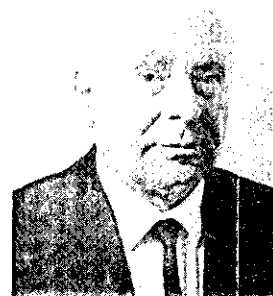


משפט רפואי

היבטים אחדים של סוגיית עדות מומחה



שופט רם סביר

אילו התקיים היום משפט שלמה בשיטת המשפט שלנו, כמה עדים היו באים להעיד וביניהם עדים מומחים: סוג דם, עצמות, רקמות. במשפט המקורי העדיף המלך ללכת בדרך משלו, כתחליף לעדות מומחה.

כבר ב־1553 במשפט BUCKLEY V. RICE-THOMAS, העיר השופט SAUNDERS כי בענינים המתעוררים בחוק והמתייחסים למדעים אחרים וכאשר מדעים אחרים נחוצים לשם כך, פונים לעזרתם של אותם המדעים.

מאות שנים יותר מאוחר (1953), העיר לורד קופר באותה רוח לגבי המומחים כי תפקידם לספק לשופט או למושבעים, קריטריון מדעי על מנת שיוכלו, השופטים והמושבעים, לבחון את המסקנות שלהם מתוך העדויות שהוכאו בפניהם.

החוק הישראלי מאזכר עדות מומחה בשלושה מקורות: בפקודת הראיות נוסח חדש, בתקנות סדר דין אזרחי ובחוק פיצויים לנפגעי תאונות דרכים.

למעשה, מגדיר שם כל חוק את ההגדרה של מומחה כמי שניתן להגדירו כמומחה במדע, מחקר, אמנות או מקצוע. (ראה סעיף 20 לפקודת הראיות, תקנה 1 לתקנות פיצויים לנפגעי תאונות ותקנה 125 לתקנות סדר דין אזרחי).

אותה הגדרה איננה נושאת בתוכה כל הוראה מהותית. כלומר הגדיר עצמו האדם כמומחה - המשקל שינתן לחוות דעתו, הוא זה של בית המשפט. כל

על פי הפרסומים המופיעים בספרות המשפטית והרפואית, ניתן לקרוא לעידן שלנו העידן של המומחה.

המומחה הרפואי וכך המומחה בכל מקצוע או ענף, הופך להיות יותר ויותר מעורב בהליכי משפט בעולם המערבי, שבו מתקיימת עדיין השיטה האדברסרית. הן בפני שופט מקצועי (ישראלי) הן בפני חבר מושבעים בתחום פילילי או בתחום האזרחי (אנגליה, ארה"ב ומדינות מערביות אחרות).

מעורבות המומחה בהליך משפטי, מטרתה העיקרית - יעילות. משמע - מצפים מן המומחה שבהופעתו בכל שלב הדיון (מקדמי או תוך שמיעת עדויות) יקצר את הדרך של שמיעת המשפט.

מה עושה בעצם בית המשפט? הוא קובע בראש ובראשונה עובדות, על מנת להתאים את הנורמה המשפטית התואמת את העובדות שבית השופט קבע לאחר שמיעת עדים.

מומחיות - מתפרשת בדרך כלל כשליטה במידע, תוך יכולת לבטא דברים מסובכים בפשטות ובהגיון מדעי. לכן, הבאת עדות מומחה לבית המשפט בדרך של חוות דעת או בדרך של השמעת עדות בע"פ, מטרתה העיקרית - פישוט והאצה של אותו חלק של המשפט שבו נגזל זמנו של בית המשפט לקבוע עובדות בדרך לא יעילה, כנגד דברי מומחה, יעילים, קצרים ועניניים.

הכותב הינו נשיא בית משפט השלום בחיפה.

רפואה ומשפט

בארה"ב, ניסו ואף הצליחו להרכיב לוח עזר, אשר על פיו יכול השופט לבחון אם עדות המומחה מקיימת את הציפיות הבסיסיות. מה מצפים ממומחה, במיוחד ממומחה רפואי? מצפים כי ימסור את ההסטוריה של החומר, את הרקע של הבדיקה, את המצב הנפשי והפסיכולוגי, את הנתונים האנמנטיים, את הבדיקות המעבדתיות ולבסוף את הדיאגנוזה.

מה הנתונים שבית המשפט יכול להתחשב בהם כאשר הוא שוקל את עדות המומחה? הנתונים האישיים (Credentials), הנסיון, עבודות ופרסומים, באם העיד המומחה בבתי המשפט, מה השכר שהוא גובה, כיצד ניתן להתרשם מארגון הנתונים המבוקשים ע"י המומחה, האם המומחה מגלה זהירות עצמית כמומחה, איזון וביקורת. האם המומחה מצביע על הקטבים המדעיים, האם המומחה איננו "שכיר חרב" מטעמו של עורך הדין, אם המומחה, שהוא רופא, הסתמך על אותן עובדות או נתונים אנמנטיים שעמדו לרשות המומחה של הצד שכנגד.

הרעה הנתונה כפי שבאה לידי ביטוי במאמר של פאוס וויסקין, (Science כרך 1, יולי 88). אחרת, כי השורה התחתונה בעדות מומחה, היא: באיזו מידה המומחה מספק לבית המשפט את הוודאות הרפואית המסתברת - "Reasonable medical certainty".

יש לזכור כי במשפט מערבי, הכלל הדומיננטי במשפט פלילי, הוא כלל של חובת הוכחה מעל כל ספק מתקבל על הרעת. מינוח דיאגנוסטי רפואי חייב למלא את החלל המשפטי של העקרון הזה במשפטים פליליים. לא תתכן דיאגנוזה מספקת, אשר לא יהיה בה ביטוי לאותה וודאות רפואית מסתברת.

גם הכלל הקיים של המשפט האזרחי (הסתברות עדיפת של גירסה אחת יותר מגירסה אחרת), מחייב כי הגדרה סופית של המומחה, תהיה תואמת את הדרישה של נטל הראיה.

עדות מומחה, לרוב, איננה עדות של עד ראייה, אף שלעיתים היא עדיפה עליו. המומחה לא היה במקום, לא ראה את המתרחש ומאידך - קביעותיו הן קביעות של ממש (עדות פתולוג לנבי סיבות המוות).

לכן, אך טבעי הדבר, שהמומחה תלוי בנתונים אנמנטיים או נתונים מעבדתיים שהוא לא יצר, ולכן לרוב הקביעה של המומחה תלויה באם יאמתו (אמת, אמת) את כל מה שהיה בפניו ושהוא לקח בחשבון מתוך הנחה שכל הנתונים אכן נתוני אמת הם.

מטרה של החוקים שבהם הוזכרה עדות מומחה, היא מטרה דיונית במהותה: לאפשר לצד הסבור שיש להוכיח עובדה מסוימת ע"י הבאת מומחה, לעשות זאת. ומאידך - להקפיד כי הצד שכנגד לא יופתע מהצגת עדות זו. לכן מחייב החוק כי עדות מומחה תוגש במועד שיאפשר לצד שכנגד להגיב, להתכונן ואף להביא עדות משלו.

המשך הדרך הדיונית, הוא חקירת אותו מומחה והעמדת המומחה שכנגד לחקירת הצד. כל זאת תוך שמירה על איזון דיוני במהלך המשפט, ובעיקר כאשר היומזה להביא מומחה היא של צד. ררצה - מביא. אינו ררצה - אינו מביא. אך מסתכן בכך שייאמר לו: דבר זה צריך היית להוכיח ע"י מומחה, כי הוא בתחום של מומחיות.

קשה, לאחרונה (20 השנים האחרונות) לפעמים לקבוע מה שייך לתחום של מומחה ומה צריך לדעת כל אחד. בימינו, הפעלת מחשב הפכה לנושא נלמד בבתי הספר. שלא לדבר על מחשב כיס, המשרת את הכל, כאשר שימוש בתוכנות של מחשבים הופך לפונקציה יומיומית של הפעלת רדיו, רדיו טייפ, או כל מכשיר חשמלי במטבח. לכן, העולם המשפטי ער להתרחבות של אותו מושג, שאף כי הוא במומחיות, הרי הכל יודעים אותו, כנגד תחומים שהדיוטות אינם יכולים להבין בהם.

בתחילת ינואר יצאה הצעת חוק, אשר עשויה, אם תתקבל, להביא לשינויים במעמד של עד מומחה בבית המשפט. בשל גידול ההזדקקות למומחה, מרצע לאפשר לבית המשפט, מיומנותו, למנות מומחה כבר בשלבים מוקדמים של המשפט, ובכך להקדים ביומנות את הצדדים ולהטיל עליהם את ההוצאות. אם ההצעה תתקבל, לא יהיה בית המשפט תלוי ברצון הצדדים. ירצו - יביאו מומחה. לא ירצו - לא יביאו. והכל על פי שיקולים לא תמיד טהורים. כאן יוכל בית המשפט מיומנותו, עם השמע ירית הזינוק במשפט, לתפוס את הכדור מידי הצדדים (שיטה אדברסרית) ולרוץ עימו קדימה (נגיסה בשיטה אדברסרית), כאשר את הבעיה הכלכלית (מי ישלם?) פותר החוק ע"י מתן סמכות לבית המשפט להטיל את ההוצאות ולחלקן, אפילו יחסית.

הקושי העיקרי הוא, כמובן, במתן המשקל הנכון לעדות של מומחה והכרעה בין עדויות של מומחים, אם ישנם, כמה מומחים ועדויותיהם נוגדות זו את זו.

הפטנט של המלך שלמה לא תמיד יוכל לעזור ובתי משפט נקלעים לא אחת לתוך קושי שקשה להחליץ ממנו (משפט שרה פישבין נגד סוכנות מזרח לביטוח).

המומחה וגם עורך הדין של הצד שכנגד, צריכים להתכונן מראש לאותו נושא על מנת שלא להפוך את הדיון עצמו ללמידה של הבעיות.

לעיתים, צצה השאלה (משפטי נויקין): מומחה, באיזה תחום של הרפואה רצוי כי יחוזה את דעתו. דוגמא: פגיעה מוחית בעקבות תאונה. מי יעיד? נאופתולוג - או פסיכולוג. בפגיעה אורטופדית /או נאורולוגית - שניהם יחד או רק אחד מהם? ויש דוגמאות כאלה ללא סוף.

על מנת לסיים סקירה זו, יש לשים דגש על הצורך בהסדרת הסוגיה, על ידי מציאת אחדות מינוחים שיהיו מקובלים הן על השופטים והן על המומחים.

לכן, ניתן לומר כי זוהי עדות על תנאי: כי הנתונים נכונים ולכן גם המומחה לא צריך "להתבייש" או לחוש עצמו לא בנוח, אם הוא נחקר שתי וערב בדבר אותם הנתונים שהובאו בפניו, ובדבר אמיתותם. לכן המומחה אינו אחראי וכל דבריו מושתתים על הנחה כי הנתונים אכן נכונים.

תמונה שכיחה היום בבתי המשפט, היא שמומחה נכנס לפעמים ללחץ בעומדו על הדוכן, כאילו הוא עצמו אחראי להסתמכות על פרטים שאינם נכונים, אך הובאו אליו כפרטים נכונים.

הזדקקות לעדות המומחה בתחום הרפואה, יוצרת תופעות לוואי: גם עורך הדין של הצד שמזמין את

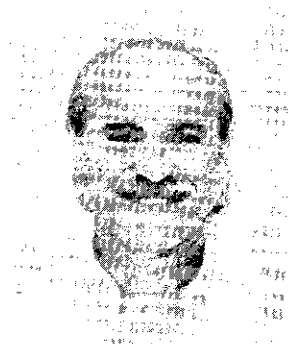
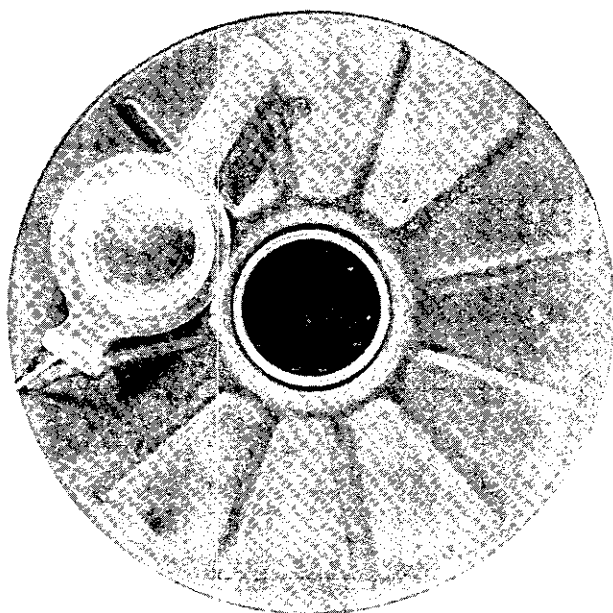


רפואה משפטית

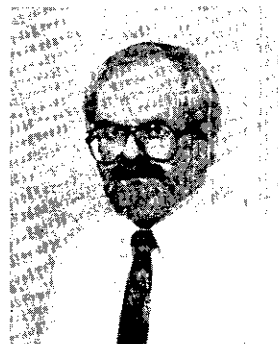
תשניק קטלני ממסכת אב"כ בזמן מלחמת המפרץ

המסכה אל הפנים, נראו ברוב הקורבנות שנמצאו עם מסכת אב"כ על פניהם והאטם הפלסטי של מיכל המסנן, המורג לגוף המסכה מהדוק לפתח כניסת האויר של המסנן. המוות נגרם מחסימה מוחלטת של פתח האיוורור במסנן המסכה המהווה את מעבר האויר היחידי לתוך חלל המסכה שמכסה את הנחיריים ושפתי הפה.

קרוב לוודאי שאחוז מסויים של האוכלוסיה נהג, בניגוד להוראות מפורשות של שלטונות הביטחון וההגנה האזרחית, לאטום את פתח האיוורור במיכל המסנן אחר שימוש במסכה, במטרה להאריך את תקופת שמישות המסנן (ראה צילום).



ד"ר ברוך ארנסבורג



ד"ר יהודה היס

האיום העיראקי לתקוף את כולוסיית ישראל בטילים בעלי ראש נפץ חל"כ (חומרי לחימה כימיים) גרם לצייד את אזרחי המדינה בסתיו 1990 בערכות אב"כ (אטומי-ביולוגי-כימי). החשש העיקרי היה מפני פגיעה בעורף ע"י זרחנים אורגניים מלחמתיים ו/או חרדלים והתושבים תודרכו להכין "חדרים אטומים" ומיד עם השמע האזעקה להכנס לתוכם ולחבוש את ערכות האב"כ. הוראות ותרגול השמוש בערכות (מנשאים לטף, ברדסים עם מפוחי אויר מופעלים ע"י סוללות, מסכות עם מפוחים ומסכות ללא עוזרים) ניתנו עם חלוקתן לאוכלוסיה והדרכות חוזרות הושמעו והוקרנו בזמן המלחמה בכל אמצעי התקשורת ובשפות השונות.

בגלל התקפות טילי סקאר משטח עיראק על מדינת ישראל בזמן מלחמת המפרץ, 12 מבוגרים ותינוק אחד נחנקו למוות משמוש לא תקין בערכות האב"כ. שמונה מתוך הקורבנות (ארבע זכרים וארבע נקבות בגילים שבין שלוש לשבעים ושמונה) נבדקו במכון לרפואה משפטית ובכולם נמצאו דימויים נקודתיים בלחמיות וקרומים של האברים הפנימיים, כחלון בעור הפנים ובצקת וגודש ריאתי המעידים על מוות מתשניק (חנק) בעיקבות חסימת מעבר האויר לריאות וחזרה¹. פטי לחץ סביב האף והשפתיים מהצמדת שולי פתח הנשימה של

ד"ר יהודה היס - מנהל המכון לרפואה משפטית באוניברסיטת בר-אילן.

ד"ר ברוך ארנסבורג - ראש החוג לאנטומיה בפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב.

מספר קטן מבין אלה שכחו להסיר את האטם מעל פתח המסנן לפני שימוש חוזר במסכה וגרמו לחנק עצמי.

כאשר המסכה מהודקת היטב לפני ע"י הרצועות האלסטיות ופתח האוורור של המסנן אטום, נוצר בתוך המסכה תת לחץ בעקבות נסיונות שאיפת אויר ע"י המשתמש. תת-הלחץ גורם להידוק מוגבר של המסכה לעור ומקשה מאוד להסירה מהפנים. כבר אחרי עשרות שניות בודדות עלול המשתמש במסכת אב"כ עם מסנן אטום לאבד את האפשרות להסירה בעצמו בגלל פגיעה במערכת העצבים המרכזית הרגישה מאוד לתת חימצון, ואם לא יקבל עזרה מאדם אחר התשניק עלול להיות קטלני.

בחול"ל נערכו ניסויים על חיילים המבצעים פעילות פיזית רצופה כשהם חבושים במסכות אב"כ. הניסויים הראו כי אצל 20% של החיילים הופיעו תגובות פסיכולוגיות שונות כמו פחד, בלבול, אימה ואוירת פורענות עם קשיים בתיפקוד פיזי ונשימתי כבר ב-10 דקות ראשונות של התרגיל. חיילים אלה סבלו גם מנמנום, סחרחורות ודאגנות יתר^{3,2}. למרות שהיו מתורגלים בפעילות גופנית תחת מסכות אב"כ. אין תימה איפה שאוכלוסיה אזרחית תהיה, לפחות בחלקה, מבולבלת ו"לחוצה" בהשמע האזעקה, שבעקבותיה יש לחבוש את ערכות האב"כ ומבוגרים עלולים לשכוח ולהסיר את האטם מעל פני המסנן. גם מבוגרים בריאים החובשים מסכות עם מסננים מוכנים לשמוש מתלוננים על הרגשת קושי בנשימה ותת-חימצון אשר מגבירים עוד יותר את מצב החרדה והבהלה ועלולים למנוע ביצוע פעולות מעט מסובכות כמו הסרה מידית של מסכת אב"כ המהודקת היטב לפני.

בכדי למנוע קורבנות תשניק משמוש לא תקין בערכות אב"כ, אנו ממליצים להחליף את האטם הפלסטי לשמוש רב פעמי במיכל המסנן באטם חד פעמי שלא יהיה יותר שמיש אחר הברגת מיכל המסנן למסכה, מה גם שלאטימה חוזרת של המסנן אין כמעט השפעה על תקופת שמישותו. אנו מציעים גם לצייד את כל מסכות האב"כ במפוחים מופעלים על ידי טוללות שיגבירו את זרימת האויר לתוך חלל המסכה ויקטינו את הרגשת "המחנק" אצל מבוגרים בריאים אך מפוחדים וביחוד באוכלוסיה קשישה.

(הנ"ל הינו חלק ממאמר שיפורסם בקרוב בחול"ל).

מראי מקום

1. Polson, C.J. Gee, D.J. and B. Knight, B., 1985. Mechanical Asphyxia, The Essentials Of Forensic Medicine, Pergamon, pp. 351-356.
2. Brooks, F.R., Xenakis, S.N., Ebner, D.G. and Balson, P.M., 1983. Psychological Reactions During Chemical Warfare Training. Military Medicine, 148:232-235.
3. Shephard, R.J., 1962. Ergonomics Of The Respirator, Davis, in C.N. (ed.), Design And Use Of Respirators, pp. 51-66, MacMillan, N.Y.

רפואה משפטית



ד"ר דניאל בקנר

המרדים והאחריות בפני החוק

עם התפתחות הרפואה והכנסה לשימוש של תכשירים, שיטות, וציוד חדשים התאפשר ביצוע של ניתוחים שלא בוצעו בעבר. כיום, אם ישנה סבירות - אפילו קטנה - להצלחת חולה ע"י ניתוח, על המרדים לסייע לרופא הכירורג. על הרופא להבהיר לחולה ו/או משפחתו את סיכויי הניתוח והסיכונים הכרוכים בו, ובני המשפחה נדרשים לחתום על טופס הסכמה מתאים.

המרדים חייב להיות מעודכן בכל ההתקדמות והחידושים של המקצוע וכיום נדרשות כ-5 שנים של התמחות לצבירת ידע בשטחים רבים כמו אנטומיה, פיסיולוגיה, פרמקולוגיה, מיכשור רפואי וכן ידע רחב במקצועות הכירורגיה, רפואה פנימית וטיפול נמרץ.

המרדים הינו הרופא המפקח על החולה בשעת ניתוח. עליו להיות ער לכל שינוי במצב החולה או הציוד ולקבל החלטות מהירות ואבחנות מידיות בהתאם למתרחש.

למרות שתרופות חדשות ותכשירים חדשים מוכנסים לשימוש ברפואה לאחר מחקר מעמיק וניסויים רבים, אין לדעת כיצד יגיב חולה מסויים, דבר זה הופך כל הרדמה לניסוי.

על מנת להקטין למינימום תקלות וסיכונים אפשריים, המרדים חייב לבדוק את החולה מראש, ללמד את קורות המחלה בעבר ובהווה, והתרופות שקיבל. באותה הזדמנות הוא מסביר לחולה את עבודתו, ואת הצפוי לחולה בעת הניתוח ואחריו.

בעיות התקציב המדולדל של משרד הבריאות פוגעות בכל הקשור לטיפול בחולה, וביכולת של הרופאים לשמור על רמת רפואה תקינה ומודרנית. ישנם קשיים באספקת

כדי להבין את הבעיות של הרופא המרדים בתחום המשפט, עלינו להקדים ולסקור את השינויים שחלו במקצוע ההרדמה בחמישים השנים האחרונות.

ב-1941 היו מקובלים חומרי הרדמה ספורים. רוב ההרדמות בוצעו בשימוש באתר או כלורופורם ע"י מסיכה, או ע"י הזרקת לעמוד השדרה, או הזרקת מקומית.

למרות שמכונות ההרדמה היו פשוטות הן לא היו בנמצא בכל ביי"ח. בדיקות לחץ דם במהלך הניתוח, כמעט ולא נעשו. הניטור נעשה ע"י הנחת אצבע על הרופק וע"י בדיקת צבע הלחמיות. עירוי נוזלים לא היה כמעט בשימוש. נוזלי העירוי היו מתוצרת עצמית של כל בית חולים ונשפכו ישירות לתוך מיכל, שהיה פתוח בחלקו העליון ומכוסה בגזה.

בעיקרון כל רופא שחפץ בכך יכול היה לתת הרדמה. לעתים במצבי חירום הוטל התפקיד גם על האחיות או עובדי חדר ניתוח.

חולים קשים טופלו בדרך כלל באופן שמרני ולא הגיעו לניתוח. פטירה של חולה היתה חלק מהגורל, ומשפחות קיבלו בד"כ את הסבריו של הרופא המטפל ללא שאלה. הליכים משפטיים ננקטו במרבית המקרים, עקב טעויות גסות של הכירורג המנתח. פעולות החייאה לא היו קיימות כלל.

הכותב היה עד לאחרונה מנהל מח' הרדמה במרכז הרפואי "בני ציון" בחיפה.

תרופות רצוד, וחוסר בכוח אדם סיעודי וטכני שיעמוד לרשות החולה והרופא בכל שעות היממה.

בעיות התקציב גם מקשות על חידוש ציוד ותיקונו. לעתים המנהלים דורשים מהמרדימים להצטייד במכשור חדש ובטיחותי, אך לא מספקים את התקציב לרכישתו, וחררי ניתוח רבים בארץ מצטיינים בחוסר ציוד מתמיד.

לפני תחילת פעולות ההרדמה מוטלת על המרדים חובת בדיקת הציוד, תקינותו ונגישותו לפעילות מהירה. בזמן ההרדמה עומד לרשותו של המתמחה המתקדם רופא מרדים בכיר ליעוץ וסיוע, אולם לעתים - בטחון מופרז או הערכה מוטעית של המתמחה עלולים לגרום לסיבוכים ואז האחריות נופלת על מנהל המחלקה או ממלא מקומו.

שנים רבות היה נהוג לחשוב שמרדים אחד מספיק לכל חדר ניתוח. התוצאה היתה - בעיות ותסכולים אצל מרדימים, במיוחד בבתי חולים פריפריים. מרדים בודד לא יכול היה להתמודד עם מצבים דחופים או קשים ללא עזרה. מרדים שעבד שעות רבות וארוכות ביום ובלילה עלול היה לאבד את עירנותו לשינויים אצל החולה או לשינויים בפעולות מכשיר הניטור. החלפתו מפעם לפעם היתה הכרחית.

יודעים מקרים בהם המומחה הבכיר היה נוכח בחדר הניתוח עם המתמחה, אולם הוא נקרא לסייע במקרה דחוף בחדר סמוך. בזמן העדרו חל סיבוך ואף שחזר תוך זמן קצר לחדר הראשון הטיפול לא עזר. עקב חוסר בתקציב, אין בלילה מומחה בתוך בית החולים, אלא בכוננות בהישגיד. הכונן חייב להיות מדרווח על כל מקרה יוצא דופן, ולהגיע לבית החולים בזמן על מנת לתת סיוע למתמחה.

לפיכך, אולי היה מוצדק שהמרדים יסרב לבצע הרדמה בכל פעם שלא עומדים לרשותו הציוד המושלם, התרופות הדרושות או הסיוע המתאים בכל שעה משעות היום, אולם הדבר אינו בר-ביצוע בתנאים בארץ.

אפשר להקטין את הפוטנציאל של מספר התביעות ע"י בדיקה מושלמת של החולה, ו/או הכנת ציוד אשר יאפשר להכיר בסיבוכים אפשריים מבעוד מועד, או טעויות בשימוש של ציוד או טעויות במתן תרופות. כל אלה הם באחריות המרדים.

הרישום של כל הנתונים בגליון של החולה הוא הכרחי. כן חשוב להסביר לחולה ולקבל הסכמות לפעולות מסוימות.

אין הצדקה שהמרדים, בארץ מפותחת כמדינת ישראל, יהיה חייב להרדים בלי כל הציוד הנחוץ, בלי תרופות וללא עזרת רופאים, סיעודית או טכנית המקובלת וידועה. כל זאת בגלל חוסר אפשרות של המעביד לספק אותם. האם המרדים יכול לסרב ולהרדים ולתת לחולה למות במקרים שאיננו יכול להבטיח בטחון מירבי, כמו באנגליה ובארה"ב.

ההתקדמות ברמת שרותי הרפואה לא תלויה בהכנסת עוד ועוד ציוד מתקדם, אלא בראש וראשונה במספר התקנים של רופאים, אחיות, טכנאים ומרדימים בכירים.

כאן המקום להעלות את הנושא של נזקי גוף בעקבות ניתוחים, ובמיוחד מקרים בהם מועלית סברה כי פעולות הרדמה במהלך ניתוח יתכן והיו בין גורמי הנזק.

ברומה לכמה מקצועות רגישים אחרים, קיים הצורך לשקול אפשרות של פיצוי כספי בעבור נזקי גוף, מבלי להוכיח תחילה כי היתה רשלנות רפואית. זהו פיצוי הידוע בכינוי "No Fault Compensation", והוא חייב להנתן לכל חולה שנפגע, ע"י סוכנות בטוח אחת, ממלכתית או מרכזית. הדבר דומה לסידור הקיים במקרים של תאונות דרכים, כשניתן פיצוי כספי ע"י חברת בטוח ללא הוכחת חפות מאשמה, או מציאת הצד האשם. ההצעה המועלית כאן תקטין באופן משמעותי את מספר הפניות לבתי המשפט, מצד החולים שבמהלך טיפולם סבלו מנזקי גוף, או נותרו עם נזק פרמננטי בסוף הטיפול. בכל המקרים האלה מוטלת על בית המשפט ההחלטה הסופית אם אמנם היתה רשלנות רפואית.

רבות הפניות לבתי משפט, גרם כמה בארצות לתופעה בלתי רצויה: רופאים בכמה ענפי רפואה נמנעים ממעורבות במקרים מסובכים, או בטיפולים בעיתיים. הסיבה לכך נעוצה בסכנת המעורבות בתביעה משפטית, החשש מפני תוצאות כספיות גבוהות למימון של ייעוץ והגנה משפטית ע"י עו"ד, קושי בהשגת בטוח מקצועי גבוה, ולעיתים - אף חשש מפני שלילת הרשיון לעסוק ברפואה.

כאמור, הנהגת "No Fault Compensation" עשויה להיות תשובה, חלקית אמנם, לבעיות שהוזכרו, להקטין את מספר הפניות לבתי משפט בגין רשלנות רפואית ולאפשר מתן פיצוי כספי למי שנפגע ואין ידו משגת לממן הליך של פנייה לבית משפט.

התמכרות ומשפט

חפוש סמים בגוף האדם חרות הפרט ואיזון אינטרסים

שופט שלמה שהם



א': מבוא

1. סמים ועבריינות.
2. סמים ומאסר.

ב': זכות הפרט לשלימות גופו - פרה קדושה או איזון אינטרסים

ג': פס"ד "קטלן" - האמנמ?

ד': חדירה לגוף האדם באמצעות איזומל מנתחים.

ה': הגנת הפרטיות - וקבילות הסם כראיה
מסע "מטריד" בעקבות "ועקנין" (בג"ץ 249/82, ד.ג. 9/83).

ו': סיכום והמלצות - הצעת חוק: "חפוש בגוף" (בדיקות רפואיות).

א': מבוא

1. סמים ועבריינות:

- 1.1 דומה כי שוב אין חולק ומערער על דבר עוצמת הקשר שבין השמוש בסמים לעבריינות¹. תמימות דעים שוררת בענין זה בין אנשי המשפט² והאקדמיה³. בין אם קודמת המעורבות העבריינית לשמוש בסמים, בין אם קודם השמוש בסמים למעורבות העבריינית, נראה בעליל כי קיים מתאם ברור בין השניים⁴.

הכותב הינו שופט בבית משפט השלום באשדוד.

השמוש בסמים והסחר בהם מהווים ה"כח המניע" את גלגלי המערכות העברייניות. השליטה על נתיב אספקת הסמים - משמעה כח כלכלי, פיסיוולוגי ונפשי בעל עוצמה רבה.

כח זה מסור בידיו של סוחר הסמים, מופעל ומופנה אל עבר המשתמשים בסמים על דרגות השתעבדותם ואל העוסקים בפעילויות עברייניות על דרגות המעורבות שלהם.

כח זה מופעל, כמובן, גם כנגד החברה "הנורמטיבית" המתאמצת לשמור על כוחה ולהגן על חיי הפרטים בתוכה, רכושם ושלוותם. מאמצים שפריים רחוק מלהשביע רצון.

העבירות הכרוכות בשמוש בסמים נושאות אמנם ברובן המכריע אופי של עבירות כנגד הרכוש: גניבות, התפרצויות, שוד, וכו', עבירות שמטרתן "לממן" את השמוש בסמים.

חלק לא מבוטל מן העבירות החמורות כנגד הגוף כרוך אף הוא בשמוש וסחר בסמים: חטיפה, תקיפה, גרימת חבלה חמורה ורצח, הנובעות ממאבקי הכח שבין סוחר הסמים לבין עצמם ובינם לבין מגזרים עבריינים שונים.

1.2 פגיעתו של הסם המסוכן בנפש האדם קשה ביותר. תופעות הלואי הפוקדות את המשתמשים כגון האופוריה וה"קריז" - תסמונת השמוש והסחר, מביאות לא אחת את המכורים לסס לאבר צלם האדם.

פגיעתו הרעה של הסם המסוכן מתבטאת גם במינון המזערי שדי בו כדי להביא

לתוצאות הנפשיות והפיסיולוגיות אליהן מייחלים המשתמשים בו.

1.3 אין להתפלא כי העוסקים ברשת אספקת הסם, כמעט על כל דרגותיהם, בוחרים להעביר סמים ולהסתירם בתוך גוף האדם או בנקבים המוצנעים בגופו.

מקום מסתור זה הינו זמין. רב הקושי למנוע הסתרה בדרך זו, ורב יותר הקושי לגלות הסם המוסתר.

1.4 החדרת הסם לפי הטבעת, לאבר המין הנשי או בליעתו כשהוא ארוז באריזה אטומה, המונעת "דליפת" הסם בהמצאו בתוך גוף האדם, הפכה לשיטת הסתרת סם "ואמצעי תעבורה" נפוץ - אם לא הנפוץ ביותר.

רוב הבאים במגע עם סמים נוהגים כחלק מ"הוראות הבטיחות" לשמרו תדיר כשהוא ארוז באריות אטומות. בכל מקרה של חשש מאימת אנשי החוק, מוחדר הסם לגוף כנוהל שבשגרה. מוחדר - עם ע"י בליעתו אם ע"י החדרתו. המהירה לנקבי הגוף האחרים.⁵

1.5 בשל כך - קלה מאוד פעולת הברחתו והסתרתו שלהם וקשה ביותר מלאכתם של המצווים לאתרו, להשמירו ולהביא את המחזיקים בו לדין.

2. סמים ומאסר

2.1 כוחם של השולטים על נתיבי הסם המוכרח אל תוך בית הסוהר עולה עשרות מונים על כוחם מחוץ לכתליו, וזאת בשל עצמת הזדקקותו של הנרקומן לסם המסוכן.

הערר גירויים חיצוניים, הצורך הנואש שלא לחוש בסבל שבשלילת החירות ובשעמום, מגבירים אצל המשתמשים בסמים את הצורך הפנימי ורב העוצמה לברוח מן המציאות.

לא ניתן להפריז בגודל ה"יתרון" (כפי שהוא נתפש ע"י האסיר), שקנה לו מי שיכול - באמצעים כימיים - לנתק עצמו מן המציאות ולבלות זמן רב יותר מרעיו בהזיות ובדמדומים. בכך יש כדי לקרב את מועד שחרורו מן הכלא. בלא שיסבול שעות מיותרות בהתמודדות עם הקשיים בשל היותו מנותק מן ה"חץ".

2.2 השימוש בכח זה ע"י האסירים הינו אימתני בדרכי בצעו ומעורר חלחלה בתוצאותיו. ע"י השמוש ביתרונות הכלכליים ובהזדקקות הנפשית לסם, מצליחים העבריינים השולטים על נתיב הסמים לבית הסוהר או לבית המעצר ליצור לעצמם מערכת שלימה של טובות הנאה. באמצעות הסם מחליט המנהיג מי ישמש בגופו מכשיר לספוק יצרניהם של שאר האסירים במשכב זכר.

"זכות" זו מוענקת לאסיר שהמנהיג חפץ ביקרו כטובת הנאה - תוך אילוצו של הקרבן למסור את גופו וכבודו מרמס לכל דורש. באמצעות הסם בונה לעצמו המנהיג מערכת שלימה של משרתים ועושי דברו תוך שהוא שולט בהם שלטון ללא מצרים.⁶

2.3 אין להתפלא כי יראת הכבוד, ההערצה והפחד המשמשים בעירובייה, משפיעים לעיתים גם על הסוהרים והללו מאמצים להם - להוותו - את אותן דרכי התנהגות כלפי אותו אסיר.

2.4 בשנת 1979 נמסר לביהמ"ש העליון כי אחוז המשתמשים בסמים באוכלוסית בית המעצר ברמלה הינו כשבעים אחוז.⁷

2.5 קשה להבין כיצד ניתן עדיין להגות ברעיון שקום אסירים בתוך בית הסוהר, כאשר הנתון הזה מצוי לנגד עינינו ככתובת על הקיר.⁸

2.6 אכן, שאלה נכבדה היא אילו מטרות חברתיות משרתת שליחת נאשמים לרצות עונשם מאחורי סורג ובריח.⁹

אולם זו היא מציאות חיינו, בין משום שסבורים אנו כי ראוי להרחיק נאשם מן החברה כדי להגן על החברה מפניו, בין משום שסבורים אנו כי יש בענישה מרתעת כזו כדי להרתיע את הנאשם עצמו ועבריינים אחרים - בכח, מלעבור עבירות נוספות.¹⁰

2.7 משבוחרים בדרך ענישה כזו - בדרך כלל לאחר לבטים רבים - ראוי לזכור כי גוזרים אנו על הנאשם עונש הטומן בחובו "ענשי לואי" - שלא בא זכרם בספר החוקים.

ביחוד אמורים הדברים בעת שאנו גוזרים עונש מאסר ראשון לאדם שעדיין לא התערה בחברה העבריינית.¹¹

רפואה ומשפט

ב': זכות הפרט לשלמות גופו - פרה קדושה או איזון אינטרסים

1.1 "כל אדם בישראל נהנה מזכות יסוד לשלימות גופנית ולשמירת כבודו כאדם. זכויות אלה כלולות במגילת הזכויות השפותית... אשר הוכרה על ידי בית משפט זה. (כיהמ"ש העליון ש.ש.).

הזכות לשלמות גופנית וכבוד האדם היא אף זכותו של העצור והאסיר. חומות הכלא אינן מפרידות בין העצור לבין כבוד האדם".
השופט א. ברק בפס"ד קטלן (שם, בעמ' 298).

1.2 והנה באו חכמים, וקבעו כלל גדול זה:
"גדול כבוד הבריות, שדוחה לא־תעשה שבתורה" (ברכות י"ט, ב' (ה) ועד).
תרגם רב בא־שבא לפני רב כהנא, שהמדובר הוא בלא־תעשה של לא תסור, לאמור כבוד הבריות דוחה כל המצוות והאיסורים מדרבנן, שמצווים אנו עליהם מכח הלאו של "לא תסור". (מ"מ הנשיא ח. כהן שם, עמ' 306 מול האות ב').

1.3 "סוף דבר הכל נשמע: גדול כבוד הבריות, שדוחה את לא תעשה של הכנסת סמים לכתלי בית הסוהר אם אין למנוע הכנסתם אלא ע"י פגיעה בגוף האדם ובכבודו" (שם, עמ' 307 מול האות ה').

2. פשר בפסק דין קטלן עמדה להכרעה השאלה: האם יש להתיר עריכת חוקן בגופם של העצירים בבית המעצר המרכזי ברמלה, כאשר קיים חשד כי העצירים מבריחים סם בנקבי גופם בעת שהם יוצאים ובאים מבית המעצר.

3. אין חולק, כי השמוש בבדיקות החוקן בבית המעצר ברמלה הביא לתפיסתן של כמויות סמים ניכרות. בבדיקה מעבדתית הוכח כי בסוף שנת 1978 השתמשו בסמים מסוכנים כ־70% מאוכלוסית בית המעצר בעוד שבאפריל 1979 השתמשו בסמים מסוכנים רק 2% מאוכלוסיה זו.
נראה כי לשמוש בבדיקות החוקן היתה השפעה מכרעת בירידה הדראסטית הזו.

4. בית המשפט העליון היה נחרץ בקביעתו, כי בהעדר חוק ספציפי אין להתיר פגיעה כזו בגוף האדם ובכבודו - בלא שהמחוקק נתן דעתו לכך.

בדברנו על חרות הפרט וחכויותיו ראוי שנזכור את זכותו של אסיר כזה - גם הוא - להגנה על כבודו וגופו. ואולי ראוי שנקפיד דוקא להגן עליו - יותר מאשר על האסיר הוותיק?
האם הגנה על אסיר צעיר מפני ביצוע משכב זכר בגופו פחותה בחשיבותה מן ההגנה על מבריח הסמים מפני ביצוע בדיקה לגילויים באמצעות חוקן?

2.8 אדם כזה, המצוי בעיצומו של הקונפליקט, בחינת "מה היא הדרך יבור לו האדם", מושפע בר"כ נחרצות מכוחם, השפעתם וכבודם של העבריינים בחברה בה הם חיים.

והנה, ניתן היה לצפות כי בעת שהחברה בוחרת בעונש החמור - המאסר, תנסה היא ראש וראשון (בדרך כוחנית, לאחר שנכשלו כל מערכות החינוכיות והלבר-משפטיות) לשבש את מערכת הנורמות העברייניות, אותן החל "העברייני המתחיל" לאמץ לעצמו ולהטביען באישיותו.

מצפים אנו שאותו אדם יבחין בתוככי בית הסוהר כי "הפשע אינו משתלם" וכי העברייני בעל כוח ועמדה, "המנהיג", יהא זוכה ליחס שזה ככל אסיר אחר.

מצפים אנו כי בראש פירמידת הנורמות החברתיות הנהוגות בתוככי בית הסוהר יעמדו רשויות הכלא המוסמכות, והן אשר תקבענה ותכתבנה את כל כללי ההתנהגות.

והנה - בעת שמגיע אדם כזה לבית הסוהר, מתחזקת בנפשו פנימה ההכרה כי אותו עברייני שהיה מודל להזדהותו בעבר - אין כוחו פוחד ונגרע בתוך בית הסוהר. נהפוך הוא, בהיותו בבית הסוהר - הולך כוחו ומתעצם, ושליטתו בנתיב הסמים המוביל אל תוככי בית הכלא מאפשרת לו שליטה רבה באסירים אחרים, בחייהם ובאורחותם.

בכך נמצאנו מוסיפים אבן נגף משמעותית בדרכם של "עבריינים מתחילים" אלה לאמץ לעצמם מערכת התנהגות נורמטיבית ולבחור בדרך של שיקום. (אם בכלל יש מקום לדבר על שיקום אסירים - כאשר כיום מצויים תדיר כ־75% מן האסירים תחת השפעת סמים).

- ביהמ"ש אף פנה למחוקק בקריאה לקבוע הסדר חוקי מתאים - אלא שבעשור השנים שחלפו לא נעשה דבר.
5. בקביעותיו משתמש בית המשפט העליון בהגדרות אכסיומטיות כדלעיל, מהן ניתן להבין כאילו לא תתכן סיטואציה בה תותר פגיעה מסוג זה בגוף האדם בלא חוק ספציפי^{12,13}.
6. לעניות דעתנו, בכל עת שניצבת זכות מזכויותיו של הפרט מול אינטרס לגיטימי של החברה - בעיקר במקרים בהם יונק אינטרס זה מחובתה של החברה להגן על עצמה - אל לנו לקבוע מסמרות אכסיומטיות. המציאות, העולה על כל דמיון, זימנה לנו בעבר ועתידה לזמן לנו בעתיד, סיטואציות בהן עלול להיראות כל כלל שנקבע בעבר - בלתי ישים. (לו יצויר, כי במקרה הנדון בפסק-דין קטלן לא הסתיר העצור בקיבתו סם מסוכן, אלא מפה סודית ובה צוין מקום בו הטמין פצצה, העלולה לחסל בתוך שעות את מדינת ישראל כולה, האם גם אז נאמר שיחול הכלל של "גדול כבוד הבריות", שרוחה כל "לא תעשה" שבתורה?). גם המשפט העברי מכיר במקרים בהם המצוות והאיסורים אינם נדחים מפני כבוד הבריות, ובהם העדיף פגיעה בגוף האדם ובכבודו על פני פגיעה באינטרס מוסרי אחר. התורה מחייבת, למשל, אשת איש הנחשדת בסטיה מוסרית ובעלה מקנא לה - לשתות מי סוטה מים מרים מאררים - אשר יש בהם גם משום סכנת מוות¹⁴. מעניינת ההשוואה של חובת השקית מי-סוטה עם המקרה של השקית מי מלח בכח (כדי לגרום להקאת סמים) וקבילותה של הראיה הנובעת מהשקיה אשר כוז^{15,16}.
7. הגישה הראויה בכל התמודדות של אינטרסים נוגדים מן הסוג שבפנינו טמונה כל כולה בצורך לאזנם עפ"י הנורמות הערכיות השונות. "כלל גדול בידנו שאין מערכת המשפט יכולה להתפרנס מגופו של הדין בלבד. גופה של מערכת המשפט זקוק לנשמה ויש אף לנשמה יתרה. נשמה יתרה זו תימצא למערכת המשפט בדמותן ובצלמן של נורמות ערכיות שונות"¹⁷.
8. על בית המשפט במסגרת שקול הדעת השפוטי - לאזן בין האינטרסים השונים: זכותו של הפרט שלא יפגע גופו או כבודו ע"י ביצוע חוקן בגופו - מחד גיסא, ומאידך - חובתה של החברה לספק לאסיריה ועציריה תנאי מאסר ומעצר הוגנים, תוך סיכול השמוש בסמים ככח הפוגע בחרותם וכבודם של הנתונים לשליטת העברייני החזק.
9. ראוי להדגיש כי משבחר אדם להשתמש בגופו כמקום מסתור לסמים ובחר לעבור עבירות תוך שימוש ציני בנקביו - הוא הוא אשר פרץ הגדר ופגע בכבוד גופו ואבריו האינטימיים. אם לאחר פריצת גדר זו הולך הריבון, תר ומחפש אחר החפצים האסורים שהוטתרו במקום שהוטתרו. אין לו לאדם שבחר בדרך מסתור זו להלין אלא על עצמו.
10. משבאנו לכאן, שוב אין אנו הולכים עפ"י כללים נוקשים אלא עלינו לבצע אותה שקילה מדויקת של אינטרסים ואינטרסים נוגדים עפ"י צרכי החברה, ושקילה אשר כוז ראוי שתעשה בכל מקרה לגופו.
11. במקרים שיידונו לקמן, חייבת שקילה אשר כוז להכריע בין אינטרסים נוגדים המצויים בשיאם (במקרים אלה - גובר אינטרס החברה להגן על עצמה ובד בבד גוברת הפגיעה בזכותו של הפרט על גופו).
12. נציין לדוגמא את הדיון במשפט האמריקאי בשאלת השמוש בכלבי סמים בבתי הספר¹⁸, השמוש בשטיפת קיבה ובסמי הקאה¹⁹, ובמשפט ארצנו את המקרה של השקית חייל במי מלח בנגוד לרצונו (כדי לגרום להקאת סמים)²⁰. את הנטילה בכח של טבילת ידיים לגלוי שרידי סם²¹, את ביצוע נתוח בגופו של אדם להוצאת חבילת סם - לשם הצלת חייו²² - הכל כפי שיבואר לקמן.
13. נראה בעליל כי בעת שהמחוקק מרצא קיומו של אינטרס לגיטימי סותר בעל חשיבות רבה יותר - כגון האינטרס הבטחוני - הלך הוא כברת דרך לא מבוטלת בכון המרצע על ידינו. כך הוא הדבר ב"מלחמה" לבעור נגע הסמים בצהל ובחקיקה המיוחדת שנתלוותה לכך²³.

ג': פס"ד "קטלן" - האמנם?

משנה, אלא רק בדרך חקיקה ראשית או מכח הסמכה ברורה בחקיקה ראשית, ובאשר לתוכנה של חקיקה ראשית כזאת לא הייתי מתחייב מראש לטובת פתרון זה או אחר ולא הייתי מקבל על עצמי לערוך עצות למחוקק כיצד ינהג" (שם, עמ' 308).

4.3 "חוק יש לפרש לאור ערכי היסוד של המשטר הדמוקרטי ושל שיטתנו המשפטית. ערכי יסוד אלה כוללים בין השאר... שיוויון, צדק, מוסר, כבוד האדם... צדק טבעי... הגינות וסבירות".
השופט פרופ' א. ברק בספרו "שקול דעת שפוט"ר בעמ' 98.

4.4 השאלה אימתי ראוי להפעיל שקול דעת בפרוש חוק, כדי להגשים את מטרת החקיקה לא תידון במסגרת מאמר זה.²⁶
נצביע רק על העובדה, כי מאז קריאתו של הנשיא לנרדי למחוקק להסדיר חסר זה עבר עשור והמחוקק עדיין לא אמר את דברו. (ניתן להסביר זאת, אולי, בעובדה, כי חקיקה מסוג זה אינה כה פופולרית).

4.5 לדעתנו ראוי היה כי ביהמ"ש יאזן בין האינטרסים השונים בדרך של יצירת נורמה משפטית חדשה תוך התייחסות לשקוליה הנורמטיביים הראויים של השיטה, ושקילת המכלול הדרוש להפעלתה של חקיקה שפוטית.²⁷

4.6 הדבר גם עולה בקנה אחד עם פרושו המילולי הדוקני של החוק.

4.7 בהשוותו את נוסחו המקורי של סעיף 5 לפקודת בתיהסוהר (נוסח חדש) (סעיף 54(1) לפקודה), הגיע השופט ברק למסקנה, כי הביטויים "ייערך בן חיפוש או חיפוש ייערך אצל כל אסיר אינם מאפשרים עפ"י פשוטו של מקרא חדירה לתוך גופו של הנבדק"²⁸ (ההדגשות שלי ש.ש.).

4.8 בכל הכבוד הראוי, נראה, כי נתוחן המדויק של המילים הן בעברית והן במקור האנגלי טובל פרוש, אשר עולה בקנה אחד עם משמעות הפוכה מהמשמעות שנתנה לו בפסה"ד, או למצער איננו נותן כל אינדיקציה.

4.9 במקרה זה אין לאמר, כי מדובר במילים בעלות "רקמה פתוחה", שהרי משמעותן הדקדוקית ברורה

1. במסגרת עתירת האסירים לצוות להימנע מהוצאת סם מגופם באמצעות חוקן, נצבה השאלה כיצד ראוי לפרש החוק כאשר הלשון סובלת פרושים נוגדים. האם יש לפרש את סמכות החפוש ככוללת גם חפוש בנקבי גופו של האדם?

2. אין חולק כי בעת שחוקקו הסעיפים הרלוונטיים לא עמדה בפני המחוקק שאלת ביצוע החיפוש בתוככי גופו של האדם, ועל כן - לא ניתן כלל לעמוד על כוונת המחוקק האמיתית - עובר לבצוע מעשה החקיקה.

3. ואלו הם סעיפי החוק שפרושם היה שנוי במחלוקת: (ההדגשות שלי ש.ש.).

א. סעיף 5 לפקודת בתי הסוהר (נוסח חדש):
בשעת קבלת אסיר ייערך בו חיפוש, וחפצים אסורים יילקחו ממנו.

ב. סעיף 22 לפקודת סדר הדין הפלילי (מעצר וחפוש) (נוסח חדש) תשכ"ט - 1969:
שוטר שעצר אדם לפי צו או ללא צו, או שקבל נעצר ממי שעצרו, רשאי לחפש בכליו או בגופו, בעצמו או ע"י אחר ולשים במשמורת בטוחה כל דבר שנמצא אצלו.

ג. תקנה 20 לתקנות בתי הסוהר תשל"ח - 1978:
רשאי הסוהר להשתמש בכל האמצעים הסבירים, כולל שמוש בכח להשלטת הסדר הטוב, להגנתו של סוהר או אסיר ולמניעת בריחתו של אסיר.

ד. סעיף 40(א) לפקודת בתי הסוהר (נוסח חדש):
"חפוש הערך אצל כל אסיר במועדים שנקבעו, וחפצים אסורים ילקחו ממנו".

4.1 ביסוד הלבטים עמדה השאלה האם ראוי לילך במקרה דנן בדרך של חקיקה שפוטית²⁴ או שמא גם בענין זה יאמר "אין מחוקק מבלעדי המחוקק ולו לבדו נתכנו עלילות חקיקה"²⁵.

4.2 על כך השיב הנשיא לנרדי:
"כללו של דבר, גם לי נראה שאת הנושא הזה אין להסדיר, מפאת הפגיעה בזכות לפרטיות גופו של אדם, בדרך הנחיות מנהליות ואף לא בדרך חקיקת

33. A search of the mouth of a person should by authorized only:
- (a) in connection with an offence of a serious nature specified by Parliament;
 - (b) if performed in a manner not dangerous to human life or safety;
 - (c) on the condition that the peace officer performing the search complete a post-search report, as set out in Recommendation 37.

5.4 ראו להדגיש כי הצעה זו איננה סותרת את הלכת קטלן המתייחסת אך ורק לגוף מנהלי שנטל לעצמו חרות לבצע חוקן בעצירים - ואיננה מחילה מגבלה כלשהיא על סמכות החפוש "בכל מקום" המסורה לביהמ"ש ומעוגנת בחוק.

5.5 שופטי שלום רבים נהגים הלכה למעשה עפ"י הצעה זו ומפרשים באופן זה את המצב המשפטי הקיים.

5.6 גם "ועדת היחיד" לענין הוצאת צווי חיפוש - שליד הועדה הקבועה לענין מערכת בתי המשפט (השופט ד"ר דן ריין) המליצה - יש לאפשר הוצאת צו חפוש לא רק לגבי בית או מקום אלא גם לגבי חפוש בגופו של אדם" (עמ' 22 לד"ח - המלצה ג').

ד': חריזה לגוף האדם באמצעות איזמל מנתחים^{31,30}

1.1 בליל 20/6/84 הבחינו שוטרים ממחלק הסמים של משטרת חיפה במכונית "וולבו", שהיתה נהוגה ע"י אחד אפללו ולידו ישב יוסף קורטאם. המכונית עוררה את חשדם של אנשי המשטרה. כאשר ניגשו אליה פתחה בנסיעה מהירה. במהלך המרדף אחר המכונית, הבחין אחד מקציני המשטרה, כי יוסף קורטאם בולע דבר מה. קורטאם הכחיש כי בלע סם, אך הסכים כי תערך לו בדיקה גופנית. לקורטאם נעשו מספר חוקנים וצלומי רנטגן. הרופאים שוכנעו, כי בגופו מצוי חומר החשוד כהרואין, אשר נתקע בקיבתו ובשל כך מצוי קורטאם בסכנת מוות. לאור זאת, בקשו הרופאים לנתחו, אך הלה סרב.

והשאלה אינה מהו היחס שבין "העדר כונת מחוקק בעת ניסוח החוק" לבין קיומו של פרוש דוקני מילולי.

שמא ראוי לשקול את עקרון כוונת המחוקק במנותק מטבורו הכרונולוגי ולבחון "כוונתו התאורטית" כאן ועכשיו?

4.10 המילה "בו" שבסעיף 5 לפקדת בתי הסוהר מוגדרת ע"י המלונאי אבן שושן - בתוכו, בקרבו. פרוש זה עולה בקנה אחד עם אפשרות חיפוש גם בנקבי גופו של האדם.

4.11 המונח האנגלי "SEARCHED" - שהוא פאסיבי אינו מעלה כל מגבלה באשר למקום החיפוש.

4.12 על כן ההבחנה בין חיפוש על פני גופו של הנבדק לבין חיפוש בתוך גופו של הנבדק, כעולה מן המשמעות המילולית של הסעיף - מניין?

5.1 ההסדר המשפטי המוצע על ידינו, כי ביהמ"ש יהא מוסמך להורות על סמכות זו נשאב מסמכותו להורות על חיפוש "בכל מקום"²⁹.

5.2 במקרים כאלה יערך החיפוש במסגרת בדיקה רפואית, אשר יהא בה כדי לשמור על כבודו, פרטיותו ושלמות גופו.

5.3 גם בארצות המערב החלה נושבת הרוח הרואה בחפוש בגוף האדם רע הכרחי במלחמה בסמים. ראה לדוגמא את המלצות הועדה לחידושי חקיקה בקנדה (1983) - סעיפים 32, 33:

32. No activity involving the puncturing of human skin should be authorized under search and seizure law. A "medical examination" (viz. a sexually intimate search, examination of the naked body or probing of body cavities not involving puncturing the skin should be authorized only:
- (a) in connection with an offence of a serious nature specified by Parliament;
 - (b) pursuant to a specific warrant naming the person to be examined;
 - (c) if performed by a qualified medical practitioner; and
 - (d) if conducted in circumstances respectful of the privacy of the person to be examined.

1.2 קצין המשטרה פנה מיד לביתו של שופט השלום (השופט חרטונסקי), והשופט הורה לבצע ניתוח בגופו להצלת חייו.

הניתוח בוצע ומקיבתו של המערער הוצאו שתי תבילות, אשר הכילו 45 גרם הרואין.

קורטאם נשפט בבית המשפט המחוזי בחיפה ונדון לעונש של 6 שנות מאסר. הסם שהוצא מגופו נגד רצונו באמצעות איזמל המנתחים, שימש כראיה.

1.3 ביהמ"ש העליון קבע, כי הסם קביל כראיה, וזאת מאחר שיש לפרש את המונח "הטרדה אחרת", שבחוק הגנת הפרטיות כמונח, שאינו כולל מעשה תקיפה מסוג זה.

קביעה זו מבוססת על קביעה יסודית ומרחיקה לכת, על פיה רשאי היה השופט ליתן צו להצלת חייו של אדם גם בניגוד לרצונו.

ביהמ"ש העליון סטה למעשה מן ההלכות במשפט האנגלי והאמריקאי, ואימץ את שיטת המשפט העברי.

1.4 ביהמ"ש סמך על דברי רבי יעקב עמדין בספרו "מור ורציעה" על שולחן ערוך - אורח חיים: "בחולי ומכה שבגלוי שיש לרופא ידיעה ודאית והכרה ברורה בהם ועוסק בתרופה בדוקה וגמורה, ודאי לעולם כופין לחולה המטרב במקום סכנה... כגון: לחתוך בשר חי שבמכה, אפילו בנטילת איבר להצילו ממוות... ואין הדבר תלוי בדעת של חולה ואינו נתון ברשותו לאבד את עצמו..."³².

2. פס"ד זה מעורר מספר שאלות יסוד:

2.1 האם יש מקום לאמץ במשפט הנוהג בישראל את השיטה הפטרנליסטית על פיה הצלת החיים מהווה ערך עליון, וניתן לרפא את האדם אפילו ע"י ניתוח גם בניגוד לרצונו.

2.2 האם ראוי כי בנושא, שבו ההתערבות בחיי הפרט ובגופו הינה מן הקיצוניות ביותר שניתן להעלות על הדעת, נטל הפרט את זכות הבחירה ומטרה לחברה ולערכי המוסר שבה.

2.3 המעבד הנוהג במשפט העברי המאפשר הצלת חיים, מבוסס על הנחת היסוד כי בורא העולם הוא אשר

נטע הנפש בגוף האדם, וע"כ אין האדם רשאי לקפח חייו או חיי אחרים בפוגעו ביישות שאיננה מסורה לו.

2.4 האם ראוי לאמץ מערכת פילוסופית חברתית כזו ולכפותה על כלל אזרחי המדינה, חלקם בעלי השקפת עולם שונה או הפוכה?

2.5 במקרה דנן - משבוחר החשוד ליטול על עצמו סכנת מוות, שאת מימדיה הוא יודע טוב מן האחרים, ולא להמירה בסיכון העולה מהתערבות ניתוחית אשר תגרור בעקבותיה גם כליאתו לתקופה ממושכת, האם רשאית החברה לכפות עליו דרך התנהגות בנושא כזה אישי ופרטי?

2.6 בפס"ד קורטאם לא עלתה כלל השאלה מהי המשמעות, אם בכלל, לעובדה שמדובר בסיכון חיים הנובע ממעשה עבירה והאם לכך היתה השפעה כלשהי על תוצאותיו? או שמא זה יהא הדין לגבי כל מתאבד המנסה לקפח חייו באמצעות בליעת חומר כלשהו.

2.7 האם ניתן להבין לאור התוצאה שבפס"ד קורטאם, כי המלצתנו דלעיל באשר לאפשרות להורות עריכת חוקן במסגרת צו של בית משפט, מקבלת את אישורו של בית המשפט העליון במקרים בהם קיימת סכנה לחייו של אדם כתוצאה מהטמנת סם בנקבי גופו?

2.8 והרי הדברים קל וחומר - אם "הוכשר" בדיעבד בצו נתוח לשם הצלת חיים - ודאי יש לאפשר לשופט להוציא צו לבצוע בדיקה רפואית בגוף האדם - בלא נתוח - כדי להציל את חייו³³.

ה': הגנת הפרטיות - וקבילות הסם כראיה

מסע "מטריד" בעקבות "ועקנין" (בג"ץ 249/82 ד.נ. 9/83)

1.1 שאלה נכבדה, האחוזה וכרוכה בשאלת חפוש הסם בתוככי הגוף - הינה: האם ראיה חפצית, שהושגה באמצעות חיפוש אשר כזה תהא קבילה?

1.2 במשפט ארצנו נכרכה שאלה זו בשאלה כיצד יש לפרש את המונח "הטרדה אחרת" שבסעיף (ו)2

רפואה ומשפט

שופט המעוט השופט בך (שם, עמ' 869) - נוצר מצב שבו בילוש או התחקות אחר מונו של אדם, או במחילה, אחר יציאותיו, מהווים הטרדה אחרת, כך בשלב הביניים החמור לאין שעור בו נעשית ההתחקות אחר הללו בתוך גופו של האדם, שם לא יחשב הדבר להטרדה.

גם אם לא נתכוון המחקק מלכתחילה לדון כלל בסיטואציות אלה - דאי שלא נתכוון ליצור עיוות לוגי חריף על כך.

1.11 דומה, שראוי היה לקבוע כניסה כזו לגוף כהטרדה, וליתן הנחיות מרחיבות לשמוש שיש לעשות בשקול הרעת המאפשר "הכשרת" הראיה עפ"י סעיף 32 לחוק. (התייחסות רחבה לסוגיה זו ראוי שתבוא במסגרת נפרדת).

1.12 מכל מקום, ככל שהדברים צריכים למאמר זה, ראינו להציע קביעה מפורשת בחקוק כי ראייה אשר הושגה באמצעות בדיקה רפואית בגוף האדם תהא קבילה (בדיקה שנעשתה עפ"י הכללים כמוצע לקמן).

ו': סיכום והמלצות - הצעת חוק: "חפוש בגוף" (בדיקות רפואיות)

1.1 המסקנה המתבקשת מתאור המצב החברתי והמשפטי כפי שבאו במאמר זה, הינה, כי ראוי בנסיבות מיוחדות לאפשר חפוש אחר סמים בנקבי גופו של אדם.

1.2 על פי הלכת "קטלן" אל לו לחיפוש כזה שיעשה ע"י רשות מנהלית. אולם, כדלעיל, אין לשלול מבית המשפט מלצוות על חפוש אשר כזה תוך שמירה ראויה על כבוד האדם ובהתאם לכללים שפורטו.

1.3 לאור זאת ראינו להציע הצעת חוק, הנסמכת על התיזה ועל המקורות והמהווה הצעת המשך בעקבות הפנייה למחקק להביא להסדרים חקיקתיים בפ"ד "קטלן" הנ"ל.

1.4 ראינו גם להציע - עפ"י הלכת "ועקנין" (הדיון הנוסף) כי ראייה חפצית המושגת כתוצאה של

לחקק הגנת הפרטיות תשמ"א-1981, ומהי תחולת סעיף 32 לחוק הנ"ל^{35,34}.

1.3 לאחרונה נפל דבר, עת ניתן פסה"ד בדיון הנוסף 9/83 "ביה"ד הצבאי לערעורים ואח' נגד ועקנין" (להלן: "ועקנין").

1.4 ועקנין הורשע בבי"ד צבאי מחוזי בעבירה של החזקת סם לפי סעיף 7(א) לפקודת הסמים המסוכנים (נוסח חדש) תשל"ג - 1973. שתי חבילות סם שהוגשו כראיה נגד ועקנין, נפלטו מקיבתו לאחר שהושקה בכח במי מלח. השוטרים הצבאיים החזיקו את פיו פתוח ומורם ולא אפשרו לו לפלוט את המים החוצה. כתוצאה משתית מים אלה הקיא העותר את החבילות (חבילה נוספת שלישית נפלטה, לאחר שנשתו מי מלח בהסכמת ועקנין - ואין עניינה לכאן).

1.5 השאלה שעמדה להכרעה בביה"ד הצבאי המחוזי המטכ"ל, בביה"ד הצבאי לערעורים, בבג"ץ 249/82³⁷ ובדיון הנוסף³⁸ היתה: האם הראיה שהוצאה מגוף האדם בדרך זו הינה ראייה קבילה למרות הוצאתה שלא כדין, תוך שמוש באמצעי פסול?

1.6 גם כאן נתקלים אנו בלבטים הנעוצים ביסוד השמוש בכללי הפרשנות³⁹.

1.7 גם אם יוצאים מתוך הנחה כי המחקק לא נתכוון ליתן במסגרת חוק הגנת הפרטיות הגנה בפני סוג כזה של פגיעה בגוף האדם, עדיין רבות הקושיות על הפרוש שניתן בדעת הרוב למונח "הטרדה".

1.8 שהרי הדברים קל וחומר - אם נתכוון המחקק ליתן הגנה מפני הטרדות בדרגה נמוכה יותר, כיצד לא תנתן הגנה כאשר רמת ההטרדה עולה?

1.9 אין מנוס מן הקביעה, כי ביהמ"ש העליון ברצותו שלא לגרום להכנסת עקרון "הפירות הבאשים של העץ המורעל" למשפט ארצנו - בחר להוציא המקרא מידי פשוטו ולקבוע סייגים מטרידים למונח "הטרדה".

1.10 כפי שבאו הדברים בפסק דינו של השופט שינבויים בבג"ץ - 249/82 וכפי שהצטיירו בפסק דינו של

(ב) ניתן צו כזה - יפרט בית המשפט את שם הנבדק ואת דרכי הבדיקה.

(ג) החיפוש יבוצע ע"י רופא מומחה במסגרת בית חולים או במסגרת מקבילה שתקבע בתקנות, ובאופן שיש בו כדי לשמור על פרטיותו, כבודו ושלומו הגופני של הנבדק.

3. לא ייערך חיפוש בפיו של אדם אלא ע"י איש משטרה ובהתמלא התנאים הבאים:

(א) החפוש נעשה למניעת פשע.

(ב) החפוש נעשה בדרך שאין בה כדי לסכן את חיי הנבדק או בטחוננו.

(ג) בוצע חיפוש בפיו של אדם - יגיש איש המשטרה דו"ח שלאחר המעשה. דו"ח זה יובא בפני ביהמ"ש לבדיקתו ואשורו.

4. ראייה חפצית שהושגה עפ"י הוראות חוק זה - קבילה.

חיפוש אשר כזה - תהא קבילה.

1.5 הצעת החוק איננה מתייחסת כלל לשאלת החזירה לגוף האדם באמצעות איזמל מנתחים לשם הצלת חייו, שאלה שחייבת לבוא על פתרונה באמצעות דבר חקיקה נפרד.

הצעת חוק: "חיפוש בגוף" - (בדיקות רפואיות):

1. פעולה חקירתית הטומנת בחובה חיפוש בנקבי גופו המוצנעים של האדם או חזירה דרך עורו - אסורה.

2. (א) למרות האמור בסעיף 1 לעיל, רשאי שופט של בימ"ש שלום ליתן צו לחיפוש בנקבי גופו של האדם, אם הוכח להנחת דעתו קיומו של חשד סביר כי החפוש חיוני לגלוי או מניעת עבירה מסוג פשע.

הערות שוליים

8. מאמרנו איננו מתייחס לפרובלמטיקה העולה ממתן תחלופי סם לחלק נכבד מאוכלוסית האסירים העצירים - שלא במסגרת טפול גמילה. דבר שאיננו מקובל במערכות הגמילה המודרניות והוא נעשה רק על מנת "לשמור על השקט" ולהמנע מן הצורך להתמודד עם הבעיה במלוא חריפותה בתוככי בתי המאסר השונים.
9. ראה מאמרו של ד"ר גבריאל שביט - השמוש במאסר - לשם מה? הפרקליט ל"ח חוברת א', בעמ' 221.
10. ראה ספרו של נשיא בתי המשפט לנער, השופט אהרון מלמד, "ענישה או שקום" - הרצאת תמר התשמ"ח - ביחוד בעמ' 83 ואילך.
11. ר' א. מלמד, שם, בעמ' 93 ואילך.
12. פס"ד קטלן, שם, עמ' 297 מול האות ז'.
13. ראה גם ספרו של ד"ר גרשון אוריון - דיני הודאות וחקירה. הרצאת רמות 1985, עמ' 92. והשוואה לפס"ד האמריקאי .U.S. V. WILLIS 85 F. SUPP. 745 (149).
14. "איש כי תשטה אשתו ומעלה בו מעל, ושכב איש אותה שכבת זרע ונעלם מעיני אישה ונסתרה..." ולקח הכהן מים קדרשים בכלי חרש ומן העפר והעמיד

1. במאמר זה - סמים - סמים פסיכואקטיביים אשר הוגדרו ע"י המחוקק כסמים מסוכנים.
2. ראה - פקודת הסמים המסוכנים (נוסח חרש) תשל"ג - 1973.
3. ראה הקרמתו של נשיא בית המשפט העליון השופט מאיר שמגר - לספרם של ד"ר לסלי א. סבה וד"ר ר. ארנפלד, "גמילה בעונש".
4. ראה למשל - מאמרו של ד"ר מאיר טייכמן - "פשיעה ושמוש בסמים". הפרקליט ל"ח חוברת א', בעמ' 213 ואילך.
5. ראה מאמרו של ד"ר טייכמן, שם, בעמ' 216 - ביחוד האסמכתאות המחקריות.
6. קביעות אלה מבוססות ברובן על הגסיון העולה מהתמודדות יומיומית בשפיטת עברייני סמים.
7. ראה למשל תאור מצב דברים זה כפי שבא מפי השופט א. ברק - בבג"ץ 355/79, 370, 391, 373. קטלן ואח' נגד שרות בתי הסוהר ואח' פד"י ל"ד (3) 294 להלן: קטלן, בעמ' 296-298 (סעיפים 1-4).
8. ראה קטלן, שם, בעמ' 297 מול האות ב'.
9. ראה קטלן, שם, שם, מול האות ז'.

- הכהן את האשה לפני ד' ופרע את ראש האשה... והשביע הכהן את האשה, ואמר הכהן לאשה יתן ד' אותך לאלה ולשבויה בתוך עמך בתת ד' את ירכך נופלת ואת בטן צבה, ובאו המים המאירים האלה במעיך לצבות בטן ולנפיל ירך". במדבר ה' 22-11.
15. בג"ץ 249/82 משה ועקנין נ. ביה"ד הצבאי ואח'. פד"י ל"ז (2) עמ' 393.
16. דיון נוסף 9/83 ביי"צ לערעורים ואח' נ. ועקנין, פד"י מ"ב (3) עמ' 837 (להלן: ועקנין).
17. דברי מ"מ הנשיא מ. אלון - בע.א. 391/80 לסרטון נ. שכון עובדים בע"מ, פד"י ל"ח (2) 237, בעמ' 264.
18. Use of drug detecting dogs in public high schools. Indiana Law Journal (1981). Vol 56:321, p.322.
- וכן ראה:
- (1) Doe V. Renfrow, 475 F. Supp 1012 (N.D. Ind 1979).
- (2) Jones V. "Latexo" - Independent School District 499 F. Supp 233 (E.D. Tex 1980).
19. In Re Guzzardi, 84 Fed. Supp. p. 294.
20. בג"ץ "ועקנין" - לעיל ד.ב. "ועקנין" - לעיל.
21. ע"פ 663/81 אברהם חורי נ. מ"י, פד"י ל"ו (2) 85. וכן ספרו של ד"ר גרשון אוריון, שם, עמ' 94.
22. ע"פ 527, 480/85 קורטאם נ. מ"י, פד"י מ' (3) עמ' 673.
23. ראה:
- (1) סעיפים 127א', 250א', לחוק השיפוט הצבאי. תשט"ו - 1955.
- (2) ע' 232/84 - רביט רן ואח' נגר תובע צבאי ראשי (ביד"צ לערעורים). פס"מ תשמ"ז ב', עמ' 353 - בעמ' 368, 369, ועוד...
- (3) וכן הצעת חוק לשנוי סעיפים אלה כפי שהוגשה
- ע"י אגודה לזכויות האזרח בישראל בפברואר 1984.
24. א. ברק, "חקיקה שפוטית" משפטים י"ג, עמ' 25.
- א. ברק, "שקול דעת שפוטית" ביחד עמ' 75-81.
25. דברי השופט זילברג בפס"ד אשר נ. היועמ"ש לממשלה, פד"י ח' 785.
26. א. ברק, "שקול דעת שפוטית", הרצאת פפירוס, 1987, שם, עמ' 339-366, עמ' 381-385.
27. א. ברק, שם, עמ' 384.
28. קטלן, שם, עמ' 299 מול האות ב'.
29. סעיף 23 פקודת סדר הדין הפלילי (מעצר וחניפה) נוסח חדש תשכ"ט - 1969.
30. ת.פ. 361/84 מ"י נ. יוסף קורטאם ואליהו אפללו. פס"מ תשמ"ז ח"א, עמ' 45.
31. ע"פ 527, 480/85 קורטאם נ. מ"י, פד"י מ' (3), עמ' 673.
32. שם, בעמ' 696.
33. למרבה התמיהה תומך פרופ' ברק בתוצאה אליה הגיע ביהמ"ש בפס"ד קורטאם, למרות שהדבר נוגד את הכחותיו בפס"ד קטלן באשר לכבודו של היחיד וזכותו על גופו חזאת תוך שימוש בנימוק של הצלת חיים, אשר, כפי שצינו, גם הוא טעון בירור.
- (ראה ברק, "שקול דעת שפוטית", עמ' 464, סעיף 514 הערת שוליים 122).
34. חוק הגנת הפרטיות תשמ"א - 1981 ס"ח 128.
35. כן ראה הצעת חוק הגנת הפרטיות תשמ"א - 1980 ה"ח 205.
36. לעיל הערה 16.
37. לעיל הערה 15.
38. לעיל הערה 16.
39. לעיל הערות 24, 26.

אתיקה רפואית

לתת או לא לתת תרופה?

ד"ר רוני וולף
עו"ד אסנת וולף



מבוא

הרופא הממליץ על תרופה חייב להתמודד באופן מתמיד עם שני הבטים סותרים של הטיפול התרופתי: התועלת שבתרופה מול הנזק והסיכון האפשרי הטמונים בה.

ההתמודדות נעשית קשה יותר כאשר מדובר בתרופה, שקיים חשש כי בעבר גרמה לתופעת לוואי אלרגית ("תרופה חשודה").

מטרת המאמר להציג ולהמחיש את ההתלבטויות של הרופא בעת מתן תרופה "חשודה", ונעשה זאת באמצעות תיאור של מקרה פרטי.

פרטי המקרה

גבר בן 39 הופנה למחלקתנו לטיפול בעגבת (סיפיליס).

הצורך בהפניה למחלקת עור ומין נבע מהעובדה, שהחולה מסר על אלרגיה לפניצילין. תכשירי אנטיביוטיקה אחרים (טטרציקלין) לא היו יעילים ולא הצליחו להוריד את כייל הנוגדנים נגד עגבת (VDRL).

מעברו של החולה

החולה מקיים יחסי מין הומוסקסואלים, לדבריו, עם שלושים עד ארבעים גברים בכל יום. הוא נוטל בקביעות תכשירי הורמונים נשיים ופיתח סימני מין משניים נשיים.

לחולה בעיות נפשיות ובעבר אושפז מספר פעמים בבי"ח לחולי נפש.

בדיקה גופנית בקבלתו

גבר במצב כללי טוב, נראה כפי גילו. מבנה גופו שמן עם סימני מין נשיים, חזה מפותח וחוסר שיעור בעור הגוף. כל יתר הבדיקה תקינה.

בדיקות המעבדה הרוטיניות (ספירת דם, שקיעת דם, בדיקות כימיות של הדם) כולן בגדר הנורמה. צילום חזה ואלקטרוקרדיוגרם תקינים. נוגדנים לעגבת - VDRL חיוביים בכייל של 1:32.

לא נמצאו נוגדנים למחלת הכשל החיסוני הנרכש (HIV).

מהלך ודיון

החולה הביע רצון עז לקבל טיפול יעיל למחלתו הן מחשש מתוצאות המחלה לגביו והן מחשש הדבקת הפרטנרים בקיום יחסי מין. היה מוכן לקבל את הטיפול גם במחיר של סיכון אפשרי.

הרופא האחראי התרשם, שהטיפול על האלרגיה לפניצילין אינו מבוסס. החולה מסר על אירוע לא ברור בעת הילדות אחרי זריקת פניצילין ומאז הוא מתהלך עם תווית "רגיש לפניצילין".

הוחלט לנסות ולחשוף את החולה שנית לפניצילין. החשיפה בוצעה בתנאים אופטימליים, ובכל אמצעי הזהירות, שכללו עירוי לשמירת הוריד כאשר ציוד רצוות החיאה מוכנים לצידו של החולה, לכל מקרה.

החשיפה עברה ללא תקלות והחולה טופל לאחר מכן טיפול מלא ב-10 זריקות פניצילין של מיליון יחידות כל אחת.

המקרה ממחיש את הקשיים וההתלבטויות בהחלטה על מתן "תרופה חשודה" לחולה נזקק.

השיקולים שהנחו את הרופא המטפל:

(1) הצורך במתן התרופה, כאשר מדובר בתרופה, שהיתה חיונית לבריאותו של החולה ושלא היה לה שום תחליף אחר.

החולה הביע רצונו העז לקבל טיפול יעיל בפניצילין אף שהוטברו לו הסיכונים האפשריים הכרוכים בכך.

(2) הסיכון האפשרי בטיפול:

כידוע, חשיפה חוזרת לתרופה, שגרמה בעבר לתופעות לוואי אלרגיות, עלולה להיות מסוכנת ולהסתיים בהלם אנפילקטי ובמות.

כד"כ העיקרון המנחה במקרים אלה הוא, שאין לחשוף חולה לתרופה שגרמה לו בעבר לתופעות לוואי אלרגיות ("תרופה חשודה"). קיימים מצבים נדירים בהם מוצדק לחרוג מכלל ברזל זה ולחשוף חולה ל"תרופה חשודה". אלה הם מצבים בהם הצורך בתרופה הוא כה גדול עד כי הוא מצדיק סיכון החולה בתופעת הלוואי, כלומר מצבים בהם הנזק שיגרם באי מתן התרופה עולה על הסיכון האפשרי במתן התרופה.

במקרה שלפנינו היה אמנם צורך במתן התרופה אך לא ברמה כזו שתצדיק הסתכנות בתגובה אלרגית כללית העלולה, כאמור, להסתיים במוח.

למערכת השיקולים בעד ונגד מתן התרופה נכנס גורם נוסף, שהביא בסופו של דבר להחלטה שנתקבלה. השיקול

המרכזי והמכריע במקרה הנדון היה התרשמותו הסובייקטיבית של הרופא כי האנמנזה בדבר תופעת לוואי אלרגית - כביכול - בעבר, לא היתה מבוססת, היות של "רגישות לפנצילין", שהודבקה לחולה לא היתה מוצדקת ולפיכך הסיכוי שהחולה יגיב בתופעות לוואי אלרגיות לתרופה אמנם קיים אך אינו גדול.

זאת ועוד - התנאים האופטימליים בהם בוצעה החשיפה החוזרת נתנו יסוד להניח שגם אם תתרחש תגובה חריגה יש סיכוי למנוע נזקים אפשריים בעוד מועד ובכך להקטין את הסיכון למינימום.

כאשר שוקלים זה מול זה את התועלת הבטוחה בטיפול היעיל בפניצילין מול הסיכונים האפשריים, נראה שההחלטה לתת לחולה את הטיפול היתה מוצדקת.

כל מקרה מסוג זה מחייב את הרופא לקחת סיכון מסוים, בין אם ההחלטה חיובית או שלילית. החלטות כאלה מהוות אתגר לא קל, מחייבות ידע, מיומנות וניסיון ומשלכות היבטים רפואיים מעשיים ותאורטיים והיבטים אתיים ומשפטיים.

שתי שאלות נוספות נשארות פתוחות:

א. אורח החיים של החולה מסכן מידי יום אנשים רבים (לדבריו הוא מקיים יחסי מין עם 30-40 גברים ביום). האם עובדה זו השפיעה על ההחלטה של הרופא?

ב. האם צריכה היתה עובדה זו להשפיע על ההחלטה הסופית?

האם מותר ונכון להתחשב בסכנה לציבור מאותו חולה, כאשר על הפרק עומד הטיפול בחולה עצמו והסיכונים האפשריים לבריאותו?

פסיכיאטריה ומשפט



ד"ר עמיהל לוי

מגמות בחוק החדש לטיפול בחולי-נפש – 1991

אלה, לרבות הזכות לפרטיות ולקיום יחסי-מין. החולים הפסיכיאטריים נותרו משוללי בטוח רפואי, בלא מחויבות של המדינה או של קופות-החולים לבטוחם.

העילות לאשפוז הכפוי הוגדרו ביתר בהירות: נדרשת הגדרת "מחלת-נפש" בהתאם לתוצאותיה: נדרשת הגדרת הסכנה, וקיום קשר סבתי בין המחלה לסכנה. מצאי אמצעי-הכפיה התרחב: בדיקה כפויה דחופה, בדיקה כפויה בלתי-דחופה, טפול מרפאתי כפוי, אשפוז כפוי דחוף, ואשפוז כפוי בלתי דחוף. גוון החלטות הכפיה הללו מאפשר שקול גמיש יותר, שימוש באמצעים חריפים פחות, וכפועל יוצא-חוק המגמה הקהילתית בפסיכיאטריה. הוראת האשפוז איננה נתנת לתקופה בלתי מוגבלת כבעבר, אלא פגה לאחר שבע, ונתנת להארכה חוזרת ע"י הפסיכיאטר המחוזי לעוד שבע בלבד. אח"כ עוברת סמכות ההארכה לועדה הפסיכיאטרית המחוזית. חידוש נוסף וחשוב: הוראת אישפוז מוצאת רק לאחר שנבדק האדם בדיקה פסיכיאטרית. לשם כך צריך הפסיכיאטר המחוזי להגיע למצב של "משוכנעות". למעשה הורחבה האוכלוסיה הפסיכיאטרית הנכנסת למעגלי הבדיקה, האשפוז והטיפול הפסיכיאטרי הכפוי. יש כאן צד חיובי (טפול), אך קיים גם צד בעיתי (פגיעה בחירויות).

תנאי האשפוז מרצון אף הם הובהרו. המאושפז מרצונו רשאי לסיים את אשפוזו; מאידך - המאושפז בכפיה יכול לשנות את דעתו, כלומר להסכים לאשפוז מרצון. המאושפז מרצון מאשר בחתימתו את הסכמתו לאישפוז,

החוק החדש לטיפול בחולי-נפש בא לאחר המתנה ארוכה. זה שנים הורגש הצורך בשנוי החוק הישן מ-1955; למרות שנערכו בו תקונים והטלאות מרובים, עדיין אינו שייך ל"דח"הזמן". תקופתנו, דהיינו הרבע האחרון של המאה העשרים (וכמובן מדובר על העולם המערבי), הדגישה את הכוון הליברלי-משפטי, על חשבון המגמה הרפואית - פטרנליסטית בחקיקה הפסיכיאטרית החדשה. השינוי שנדרש - הושג בעמל רב, לאחר לא מעט לחצים ותביעות מצד גורמים רבים, אך בעיקר בעידודה ובהמרצתה של ח"כ ארכלי-אלמוזלינו, לשעבר שרת-הבריאות.

ארכלי הגישה הצעת חוק חדשה כהצעה פרטית משלה, ובכך אילצה את המערכת להתייחס. החוק החדש עבר בכנסת בסוף 1990, וכנס לתקפו בראשית אפריל 1991, ואנו נסקור להלן את המגמות הבולטות בו.

המגמה הבולטת ביותר בחוק החדש היא הליברליזציה בזכויות חולה-הנפש המאושפז. הוענקה לו הזכות לקבל מידע על מצבו, להיות שותף בתכנית הטיפולית, להחזיק בחפצים אישיים, ללבוש בגדים אישיים, ועוד. הורחבו אפשרויות הערעור בפני הועדות הפסיכיאטריות המחוזיות, הורחב הקשר עם העולם החיצון, ונקבעה ברורות הזכות לנהל שוטף של רכושו תוך היותו מאושפז. עם זאת, נראה שהוחמץ קדום עניניהם של המאושפזים הממושכים - לא נקבעו תנאי מחיה מינימליים באשפוזים

הכותב הינו מנהל המכון לפסיכיאטריה משפטית ומנהל המח' הסגורה, "שלוחה".

ואת הסכמתו לטיפול. בכך התקבלה בחוק החדש - אמנם באופן חלקי - ההפרדה בין האישפוז לטיפול.

תפקיד ראש שרותי בריאות הנפש נקבע בחוק, עם סמכויות נכרות לנהל ולתכנן השרותים, לקביעת נהלים והסדרים, ולפקוח ברמות שונות. עם זאת, סמכויותיו לבקשת מידע הינן גורפות.

הועדות הפסיכיאטריות המחוזיות מתחזקות. תורכבנה מפסיכיאטרים מומחים (בנוסף למשפטן), וסמכויותיהן הורחבו. הן דנות באשור חופשות ושחרורים לחולים המאושפזים בצו בית המשפט ובעררים של אשפוז כפוי בהוראת אשפוז, בדומה לתפקידן בחוק הישן. להן סמכות לדון בעררים נוספים, כגון ערר על התנגדות לשחרור, על הוראה לטיפול מרפאתי כפוי, ועוד. הדיון בענינו של כל מאושפז בכפיה, הן בהוראת אשפוז או בצו אשפוז, הופך לאובליגטורי. הועדות המחוזיות נקראות מעתה לפעילות נמרצת בהרבה מאשר בעבר, ונקוה שתעמודנה בכך. חבל שהחוק החדש אינו דורש השכלה משפטית נאותה לפסיכיאטרים המכהנים בתערות.

לפסיכיאטר-המחוזי מוקנית גמישות רבה בתפקידו. ראשית, אין הוא נאלץ להחליט רק בין אשפוז לבין אי-אשפוז. שנית, השיקולים לבדיקה, לטיפול ולאשפוז כפוי, הפכו לברורים, למופרדים ולזהירים יותר. ושלישית, תוקף הוראת-האשפוז פג לאחר שבע, ולפסיכיאטר-המחוזי סמכות להאריכה בשבוע נוסף אחד. עם זאת, נשאר הפסיכיאטר-המחוזי הסמכות העיקרית לאשפוז כפוי בישראל, והמגמה להקצות תפקיד זה לביהמ"ש תצטרך להמתין, כנראה, לגלגול הבא של החוק. חבל שתפקיד הפסיכיאטר-המחוזי לא הופרד מתפקידים אחרים, ובעיקר מתפקיד מנהל בית חולים. בעוד משאביו של הפסיכיאטר-המחוזי נשארו, למרבה הצער, מוגבלים - הורחבו סמכויותיו להורות על בדיקה כפויה דחופה ובלתי דחופה, למנות את הפסיכיאטר הבודק, לקבוע את המרפאה אשר בה יבוצע הטיפול המרפאתי הכפוי, ועוד.

לפסיכיאטר-המחוזי נדרשת, יחד עם חוק משאביו, השכלה משפטית נאותה.

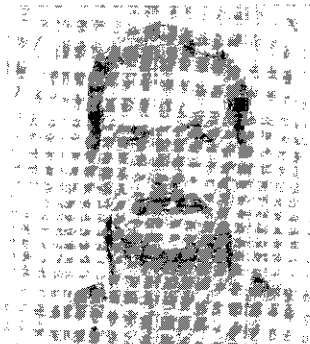
בית המשפט אף הוא גמיש יותר בהחלטותיו. סמכותו לצוות על בדיקה שלא באשפוז, על בדיקת חשוד ועל צו לטיפול מרפאתי כפוי, זאת בנוסף לסמכויותיו הותיקות להוציא צו בדיקה ואישפוז. ביהמ"ש יצטרך בכל מקרה, להסתמך בהחלטותיו על בדיקות וחוות דעת פסיכיאטריות. חבל שלא נקבעו, בהזדמנות זו, דרישות מינימום לחוות הדעת הפסיכיאטריות, ואף למספקי חוות-הדעת.

עקרונות נוספים בחוק החדש: אמצעי הכפיה הוגדרו גם לצורך טפולי ולא רק למניעת טבח; הטפול בחופשות ובבריחות תוחם ביתר קפדנות; מבין האוכלוסיות המיוחדות מטפל החוק החדש בעיקר באוכלוסיות האסירים. אוכלוסיות אחרות (קשישים, נפגעי סמים, מפגרים) הזקוקות לבטון מירבי לא קיבלו התייחסות מיוחדת, וחבל. גם מקצועות בריאות-הנפש האחרים, פסיכולוגיה, עבודה סוציאלית, קרימינולוגיה, כמעט שלא הוזכרו. עם זאת, הורחב מאוד סעיף ההגדרות בחוק, ובד"כ הוא כולל הגדרות מדויקות. הגדרות אחרות הורחבו או שוננו ("מנהל" כולל מעתה גם מנהל מחלקה).

כללית, נחלשה המגמה הרפואית-פטרנליסטית בחוק החדש לטיפול בחולי-נפש - 1991. הורחבו זכויות חולי הנפש. השימוש באמצעי הכפיה התרחב והתגמש, ומאפשר טפול בחולים שקודם לכן לא ניתן היה לטפל בהם. אמצעי הזהירות והשקול לשימוש באינבנטר אמצעי הכפיה אף הם הורחבו והפכו למדויקים יותר, וגברה יכולתם של החולים המאושפזים לערער על החלטות שונות. יחד עם כך, אמצעי הפקוח והבקרה על זכויות החולים נשארו - עקרונית - ללא שינוי (מדובר על הפסיכיאטר המחוזי והועדה הפסיכיאטרית המחוזית). החוק הבא לטיפול בחולי-הנפש יצטרך לחזק את המימד המשפטי, דהיינו שכל החלטות הכפיה תקבענה ע"י ביהמ"ש.

פסיכיאטריה ומשפט

האם תתכן קביעה של סכיזופרניה תעסוקתית - פוסט טראומטית?



ד"ר עזרא ברעם



ד"ר סרג'ו מרצ'בסקי

הנושא

התגייס לצה"ל עם פרופיל 97, ללא פרופיל נפשי. שירת שרות מלא, ללא קבלה של טיפול נפשי, ללא בעיות מיוחדות. בשנה הראשונה נשלח לקורס קצינים, ובסיומו שירת ביחידת שדה בתפקיד פיקודי ולאחר תקופה הרצב להדרכה. במילואים שירת ביחידות קרביות כ-20 שנה. השתתף במלחמת סיני, ששת הימים, מלחמת ההתשה, יום כיפור - כקצין ביחידה קרבית. לאחר תקופה ארוכה עבר לתפקיד עורפי.

לאחר השרות הסדיר, למד באוניברסיטה. תואר ראשון בכלכלה וסטטיסטיקה ומינהל עסקים. בזמן הלימודים הופיעו קשיים רגילים בהבנת החומר. לא היה בשום טיפול נפשי ולא הרגיש שסובל מבעיות נפשיות מיוחדות.

עם סיום לימודיו התחתן ונשוי עד היום. עבד במקצועו במשך כשבע שנים באותו מקום ועזב על רקע של הרגשה שהעבודה אינה מספיק בטוחה מבחינת קביעות לאורך זמן. במקום שני עבד 8 שנים בתפקיד אחר שחשף אותו לאי נעימויות ולצורך לעקוב אחרי עבודת האנשים. חש שתפקיד כזה אינו מתאים לאופיו, לכן התפטר.

היה שנתיים מחוסר עבודה ולאחר מבחנים פסיכומטריים התקבל למשרד ממשלתי. במדור שעבד, התנהלה חקירה וביקורת משטרתית ובעיקר של מבקר המדינה, בעקבות אי-סדרים. לדבריו – הוטלו ענשי מאסר על כמה מאנשי היחידה בעקבות החקירה שנמשכה כשנתיים וחצי והוא עצמו הוצא לתקופה מסוימת לחופשה ללא תשלום. בתקופת החקירה, היה

אדם חלה בסכיזופרניה בגיל 44, (בהחלט זהו גיל מאוד גבוה להתחלה של סכיזופרניה). לאחר סדרה של חקירות שעבר במקום עבודתו. מקרה זה מעלה את שאלת התפתחות הסכיזופרניה כתוצאה של מצב טראומה או דחק. נעמד על פרטי המקרה, והיבטיו המשפטיים והרפואיים, על פי תאוריית המיקרוטראומה המשפטית ותאוריית פגיעות - דחק להבנת הסכיזופרניה.

נסה להראות שבמקרים מסוימים ניתן לראות את חווית הטראומה כגורם עקרי של המחלה ולהניח שללא קיומה של הטראומה המחלה לא היתה פורצת. בהסתמך על מקרה זה נציע קריטריונים לקביעת משקלה העיקרי של הטראומה כגורם אטיולוגי.

תולדות המקרה

א' מתאר את עצמו כילד רגיל. היה לו קשר טוב עם כמה חברים קרובים. לא נטה להתבלט אך גם לא נדחק לשוליים החברתיים. לא מתאר בעיות מיוחדות לגיל הנעורים: נער חברתי, אשר הרבה לצאת למסיבות, בילויים, טיולים. השיג בבית הספר ציונים בינוניים וגם השתתף בפעילויות חברתיות, ותנועת נוער. בתקופת הילדות והנעורים לא היו מחלות גופניות או בעיות נפשיות כלשהן.

הכותבים מנהלים את מכן נתיבים לפסיכופרפיה והדרכה בהרצליה.

מאוד מתוח ומאוד מרוכז במה שקורה לו בעבודה. אשתו מספרת כי דבר רק על המתרחש ועל פחדיו מפני האשמות. המשיך להיות עסוק יותר ויותר עם הנושא. למרות שהוא יצא זכאי מכל חשד ולא התנהל נגדו משפט.

מחלה נוכחית

מספר שבעות לאחר שיצא לחופשה ללא תשלום, החל להרגיש אי-שקט, חסר ריכוז, וסבל ממחשבות רדיפה, תחושה ש"שוטפים לו את המוח". מנסים "להוריד ממנו כושר", הפרעות בשינה, הפרעות בריכוז. אז אושפז בבית חולים פסיכיאטרי.

במהלך אישפוזו הראשון ואפילו שנה לאחר מכן, המשטרה המשיכה לבקר אצל משפחתו כדי להשתמש בו כעד באותה פרשה נגד אנשים אחרים במשרד. אשתו נאלצה להמציא אישורים רפואיים כי מתן עדות יחמיר את מצבו הרפואי. ידוע לה שהחוקרים ביקרו אצל רופאיו וקיבלו אישור שאסור לו להעיד במשפט.

היה מאושפז כ-5 חודשים. אובחן כסובל מסכיזופרניה סימפלקט למרות שמציינים בפירוש את קיומן של מחשבות שוא, של אי-שקט, ואמביבלנטיות רבה. טופל בתרופות נגד פסיכוזה, אשר לא הועילו. היה מדוכא, בעל התנהגות ילדותית ודבק לצוות. קבל טפול בנועי חשמל, והשתחרר בנסיון לחזור לעבודה, למרות שמצוין בסיכום המחלה שמחשבות השוא לא נעלמו אלא פחתו.

המשיך בטיפול תרופתי מרפאתי. כשנה לאחר שיחרורו מבית החולים, מצבו שוב החמיר. נהיה חרד, מחשבות הרדיפה הלכו והתגברו, עד שהיה צורך לאשפוזו שוב. הפעם לשנה וחצי. האבחנה שמתאימה לתיאור מחשבות הרדיפה, היתה סכיזופרניה פרנואידית. נעשה נסיון טיפולי מקיף, כולל טיפולים תרופתיים, טיפול פסיכולוגי אינדיבידואלי, וטיפול זוגי. נעשה בירור מקיף ונשללה אפשרות של פגיעה אורגנית מוחית. לבסוף סוכם כי סובל מתהליך סכיזופרני פרנואיד, עם ליקוי פוסט פסיכוטי קשה, וירידה קשה בתפקוד הקוגניטיבי אינטלקטואלי, כתוצאה ממחלת הסכיזופרניה.

כל הנסיונות השיקומיים והטיפולים לא הועילו. השתחרר לאחר שנה וחצי, ללא שיפור ניכר, כשהוא עדיין סובל מחוסר תפקוד, התנהגות ילדותית, תלותיות באשתו, התעסקות כפייתית עם הפגיעה שנעשתה לו להרגשתו בעבודה, ללא שום מוטיבציה לשיקום.

מאז שיחרורו, למד בקורס להנהלת חשבונות, ולאחר קשיים מסויימים גמר סוג 1 ו-2. לאחר הקורס ניסה להתקבל לעבודה, אך לא הצליח להתקבל, עקב הרושם שעשה על המראינים ותחושת חוסר ביטחון וחוסר ריכוז. מאז עובד כ-5 שעות במפעל מוגן, בעבודות פשוטות, שאינן דורשות מקצועיות, כתחליף לאבטלה, זה מעסיק אותו ונותן לו מסגרת לכמה שעות ביום. פרט לכך, ממשיך מעקב מרפאתי. מקבל פרפנוזין 40 מ"ג ובמשך הזמן היו עליות וירידות של המינון בהתאם למצבו. מתמיד בטיפול ומשתף פעולה.

לדברי אשתו, כאשר אין לחצים או אתגרים שעליו לעמוד בפניהם, הוא רגוע. בזמן שיש לחצים או בעת נסיונות להתקבל לעבודה, או כאשר עולה נושא החקירה, מופיע אי שקט ומתגבר הרעד האקסטרופיראמידאלי.

התרשמות בעת הבדיקה

מדובר בגבר הנראה כפי גילו, יוצר קשר טוב עם הבודק בזמן הבדיקה. עונה לענין, מבין את מהות השאלות ועונה בפרטי פרטים. יוצר הרגשה כללית שהוא מנסה להפחית בערך בעיותיו וליצור רושם שהכל בסדר וכי אינו סובל ממחלה כלשהי. יחד עם זאת בולטת מידה מסויימת של חוסר סבלנות, צורך לסגור מהר את הנושאים. לא להעמיק יותר מדי. לא לעמוד מול סתירות או בדיקה מעמיקה של אותם הנושאים עליהם הוא מדבר. פרט לכך לא נצפו הפרעות בולטות במהלך או בתוכן החשיבה.

לסיכום מצבו העכשווי: הוא במצב של רמיסיה יחסית טובה ממחלה סכיזופרנית, כאשר בולטות כיום הפרעות קשות בתפקוד, בביטחון העצמי, ובריכוז. אך במסגרת המוגנת שהוא חי בה, מצליח לגייס מספיק כוחות על מנת להרגיש - יחסית - בטוב.

דיון

מחלת הסכיזופרניה הינה קבוצה של מחלות וקיימים כמה סוגי סכיזופרניה, ואחד מהם סכיזופרניה פרנואידית, המהווה את הסוג השכיח. היא מתאפיינת בכך שבתקופות החריפות בולטות מחשבות השוא, כדוגמת אלו של א'.

המחלה שכיחה למדי, וכ-1% של האוכלוסיה סובל ממנה. הגדרת המחלה ותיאורה מתבססות על מערכות איבחוניות. המקובלת מביניהם היא המנואל הסטטיסטי האיבחוני של החברה הפסיכיאטרית האמריקאית, (DSM

(R III), האבחנה על תיאור של התופעות שאדם סובל מהן ולא על בדיקות מעבדה או על הנחות סביבתיות אתילוגיות למחלה.

הסיבה למחלה טרם ידועה, אם כי מקובל לחשוב שיש מכלול של גורמים, חלקם תורשתיים גנטיים וחלקם סביבתיים כפי שיפורט בהמשך. אחת התאוריות המקובלות להסבר של תופעה מורכבת זו, היא תאוריה שנקראת פגיעות דחק (STRESS VULNERABILITY HYPOTHESIS)⁶⁷ הטוענת כי לאדם יש איזו שהיא נגיעות סמויה. כשהפגיעות הזאת באה במגע עם גורמים של דחק בסביבה, האדם מפתח תגובות חולניות, המובילות למחלת הסכיזופרניה.

תאוריה זאת מכילה במובלע את ההנחה הבאה: עם פגיעות גדולה יגיב לדחק קטן על ידי סכיזופרניה, ובאותה צורה יגיב אדם עם פגיעות קטנה לדחק גדול, על ידי סכיזופרניה.

הגורמים של פגיעות שהוזכרו לעיל, לא ניתנים לזיהוי, אלא במבחנים פסיכומטרים מורכבים. התיאוריה הזאת מניחה כי כל אחד משני הגורמים שמביאים למחלה, הינו הכרחי אך בלתי מספיק. כלומר, דחק ללא פגיעות או פגיעות ללא דחק, לא יביאו למחלה סכיזופרנית. בעת דחק גדול אצל אדם שאינו סובל מהפגיעות הספציפית הזאת, הוא יסבול מחרדה, דיכאון או בעיות נפשיות אחרות, אבל לא מסכיזופרניה. ולהיפך, אדם עם הפגיעות הסכיזופרנית, בתהליכי עיבוד ידע, ללא דחק סביבתי בולט, יוכל לעבור את חייו מבלי לחלות במחלה. כאשר המחלה מתפתחת, או מתדרדרת, יש לכך כבר השפעה בלתי הפיכה.

מה הם סוגי הסכיזופרניה?

כיוון שסכיזופרניה הינה מחלה הפוגעת במספר רב של אנשים, נשאלת השאלה, האם כל הסובלים מאותה תסמונת, סובלים גם מאותה המחלה ברמה הביולוגית או ברמת ההתפתחות של המחלה. ההנחה המקובלת היום, מתבססת על טפרות רבה, וסוכמה על ידי מחבר בשם קראון⁴ וכן גולדשטיין⁷, קאי⁷, אנדראסן¹, קרפנטר³, פיליס¹² ואחרים. הם הציעו את ההיפוטזה שניתן לחלק את החולים הסובלים ממחלת סכיזופרניה, לשני סוגים עיקריים, שקיבלו שמות שונים: סוג 1, וסוג 2; או סכיזופרניה תגובתית מול סכיזופרניה תהליכית; או סכיזופרניה פרנואידית. מול סכיזופרניה לא פרנואידית, את כל הספרות הזאת שנכתבה ב־20-30 שנים האחרונות,

ניתן לסכם בכך שסכיזופרניה מסוג 1 (תגובתית או פרנואידית) מאופיינת בכך שהיא מחלה יותר תגובתית לשינויים בסביבה, עם פחות דטרמינציה גנטית, בגיל הופעה מאוחר יותר, בפרוגנוזה תפקודית יותר טובה, כולל תגובה יותר טובה לתרופות הפסיכיאטריות.

סכיזופרניה תהליכית, או סכיזופרניה לא פרנואידית, סוג 2, היא מחלה המופיעה בגיל מוקדם יותר, גורמת לליקוי קשה יותר בתפקוד התעסוקתי חברתי של האדם. יש לה יותר דטרמינציה גנטית קשורה לדחק הסביבתי ופחות מגיבה לטיפול הפסיכיאטריים המוכרים כיום.

הנושא הזה אכן נמצא בדיון בספרות הפסיכיאטרית, אך הינו מקובל לרוב. יש הנחה שהבסיס הביולוגי לשתי המחלות הינו שונה. המחלה הפרנואידית נגרמת על ידי הפרעה בקולטני דופמין במוח, והמחלה הלא פרנואידית נגרמת על ידי ניוון של ריקמת המוח. לאחרונה פורסמו עבודות המעלות סברה שמא קיימת הפרעה בקולטני הסרטונינים.

אנו מציינים את ההבדלים האלה, כי על פי רוב הקריטריונים, א' סובל ממחלת סכיזופרניה פרנואידית, ונראה כי הקשר עם הדחק הסביבתי אצלו בולט במיוחד.

הקשר בין סכיזופרניה לדחק סביבתי

עבודות רבות אישרו את הקשר ההדוק בין מחלת הסכיזופרניה לבין קיום של דחק סביבתי (או מאורעות חיים)^{2,6,11,13}. LUKOFF וחבריו סקרו את העבודות אודות הנושא, וקבעו שקיימים שלושה סוגים של קשר בין מחלת הסכיזופרניה לבין דחק סביבתי. הסוג הראשון: טראומות קשות, אשר באופן עצמאי, גורמות למחלה: מלחמה, אסונות טבע, ואירועים קשים אחרים, גורמים לשכיחות יתר של סכיזופרניה באוכלוסיה החשופה. מצאו שגיוס לצבא יכול להגביר את הסיכוי של סכיזופרניה.

הסוג השני של קשר בין דחק לבין מחלה, הוא יחסי גומלין בין החולה, לבין הדחק הסביבתי: התנהגותו של האדם גורמת לסביבה להגיב בצורה מסויימת כלפיו, והתגובה הזאת מהווה דחק שגורם להחמרת המצב. והדבר נכון במיוחד לגבי חולים שאושפזו ושוחררו מאישפוזם, והתנהגותם - כמו למשל הפסקת לקיחת תרופות או התגרות בסביבה - הביאה לדחק אשר בעצמו גורם להחמרת המחלה. הנחה זאת, שמאורעות חיים חריגים הם סיבה למחלה, או משפיעים על התפתחות המחלה, מתבססת על הרבה מאוד מחקרים שבדקו את השכיחות של מאורעות חיים, ב־3 חודשים עד חצי שנה

שלפני המחלה. בעיקר מצטטים עבודה של בראון וחבריו מאנגליה אשר מצאו שכיחות גבוהה של מאורעות חיים טראומטיים בחדשים או שבועות שקדמו למחלה.

סוג שלישי של קשר, נסקר באותו מאמר חשוב: אין קשר בין דחק למחלה. אחרי ניתוח מקיף של המאמרים שלא מצאו קשר סטטיסטי בין דחק לבין המחלה, הם מגיעים למסקנה שמדובר במקרים בהם הפגיעות היתה מאוד גבוהה, ולכן דחק שהינו קטן במהותו ואינו ניתן לגילוי על ידי השאלונים המקובלים, ז"א דחק שהוא בעל משמעות אישית לאדם, הוא אשר גרם לפריצת המחלה. אבל בכל זאת קיים קשר בין תורם סביבתי לבין המחלה.

לאחרונה, פורסמה עבודה בינלאומית⁹, שנעשתה ב-9 מרכזים: דנמרק, ארה"ב, יפן, צ'כוסלובקיה, רצ'סטר (ארה"ב), שני מקומות בהודו, קולומביה, וניגריה. בעבודה זו בדקו שוב את הקשר בין מאורעות חיים בשבועות שקדמו למחלה, לבין עצם הופעת המחלה. המסקנות - חד משמעיות, אומרות כי גורמים סוציו-סביבתיים, יכולים לדרבן הופעה של סמפטומים חריפים כשמדובר בעיקר במאורעות שמתרחשים בשבועות שקדמו להתקף.

בסיכום סקירתם הם תומכים בהנחה שהתאוריה של פגיעות דחק מוצאת סימוכין רבים בספרות, וכי הפגיעות הינה רצף ואנשים מסוימים יכולים להיות מאוד פגיעים ואחרים פחות פגיעים ופגיעות זאת - בקשר עם דחק סביבתי - יכולה לגרום להתחלת המחלה.

הגדרת מושגים משפטיים

מיקרוטראומות¹⁰ מוגדרות בשפה משפטית כפגיעות זעירות אשר כל אחת פועלת בעצמה. בהצטברן גורמות או מהוות את הסיבה למחלה הנדונה. מושג משפטי זה קיים בניגוד למושג ה"תהליך תחלואי רגיל" שהינו תהליך שמיוחס לגוף כשלעצמו. התהליך התחלואי יכול להיות מוחמר על ידי המיקרוטראומות, אך לא בהכרח גרם על ידן.

עולם המשפט קובע שקיימים שני סוגים של תהליכים תחלואתיים: ה"פגיעה בעבודה" וה"מחלה רגילה". במילים אחרות: ההנחה היא שסוג מסוים של מחלה הוא מחוץ לאורגניזם והשני "שייך" לאורגניזם הבריא ומושפע או מוחמר על ידי התופעות הסביבתיות.

הגדרת מושגים רפואיים מגבילים

הרפואה מבינה את הווצרות המחלה כתוצאה של יחסי גומלין בין האורגניזם לסביבה⁸. האורגניזם נוטה תמיד לשמור על שיווי המשקל שלו, ואילו הגורמים הסביבתיים מאיימים להפרו. כאשר מדובר במחלות נפש, בעיקר סכיופריניה, אנו מדברים על תאוריית "פגיעות-דחק" (STRESS VULNERABILITY HYPOTHESIS).

הדחק (STRESS):

מוגדר ברפואה כגורם המאיים על שיווי המשקל של האורגניזם דורש הפעלה של מנגנוני הגנה כדי להחזיר את שיווי המשקל. שיווי המשקל יכול להיות מופר בכל מישור: חיסוני, דופק הלב, שלמות העור, נוירולוגי ונפשי. כאשר מדובר על יציאה משיווי משקל נפשי אנו מתכוונים להווצרות תחושות מתח, לחץ וחורדה, הדורשות הפעלת מנגנונים קוגניטיביים, רגשיים וסביבתיים כדי להחזיר את המצב לקדמותו.

הטראומה:

מאז ההגדרה של החברה הפסיכיאטרית האמריקאית, בספר האבחנות שלה, המינוח "טראומה" מתייחס בעיקר לאירוע או לרצף אירועים יוצאי דופן בחריפותם ואשר לגביהם רוב האנשים היו מגיבים קשה מאוד. הקו המפריד בין דחק לטראומה הוא בכך שהטראומה גורמת להתמוטטות ההגנות הרגילות והמיוחדות. על פי הגישה המקובלת של פרופסור ג'רלד קפלן, במצב של דחק קודם מפעילים הגנות רגילות, אחר כך הגנות יוצאות דופן ולבסוף נכנסים למצב של משבר שמתאפיין בתגובות רגשיות ומחשבתיות קשות. מצב של טראומה הוא מקביל למצב של משבר.

פגיעות:

מוגדרת כנטייה גנטית סמויה אשר כמעט ואינה באה לידי ביטוי, או כלל אינה באה לידי ביטוי ממשי או מוחשי עד להפעלתה על ידי גורם חיצוני. תאוריה זאת ניזונה ממחקר רב בתחומים של לקיחת הסטוריה מפורטת של חולים סכיופרינים, ממחקר עם ילדים בעלי סיכון גבוה (בנים של שני חולי סכיופריניה) וממחקרים של תורשתיות בתאומים זהים. ממחקרים אלה ניתן לקברע באופן גס, שחלוקת ה"אחריות" בין הגורם הגנטי לגורם הסביבתי היא 40% גנטית ו-60% סביבתית. זאת מהעובדה שתאומים זהים אינם חולים ב-100% בשני המקרים אלא בסביבות 40%, למרות המטען הגנטי הזהה.

רפואה ומשפט

הגישור בין העולמות

עולם הרפואה, בניגוד לעולם המשפט, מטרתו לטפל ולמנוע. כדי לעשות כן הוא צריך להיות רחב ביותר, בהבנת גורמי המחלה. הוא מתעניין בשילוב בין הגורמים של מחלה מסוימת. הבנת מכלול הגורמים של מחלה מאפשרת טיפול ומניעה כוללנים ויעילים יותר.

מאידך, עולם המשפט - לפחות בכל הנוגע לקביעת האחריות - חייב לעבוד בדרך ההפוכה ולהיות ברור לגבי הסיבות ולהכתיר אחת מהן בתור הסיבה העיקרית למחלה. זאת מתוך הצורך לקבוע את האחריות לקיום המצב.

השוני הפילוסופי הוא שכבר שנים רבות הרפואה חושבת כי כמעט ואין מחלה הנגרמת על ידי גורם אחד ובלעדי. כל מחלה מוסברת כמכלול של גורמים הנפגשים בנקודת זמן אחת. מעבר לכך מלמדים דורות של רופאים שלא לדבר על "מחלות" אלא על "חולים". זאת כדי להיות הומאניים וכוללנים כמה שיותר בגישה הטיפולית. פעם אחר פעם מלמדים את הסטודנט לרפואה לא לקרוא לחולה לפי שם המחלה ("התוספתן ששובב במיטה 5") אלא לקרוא לו בשמו על כל המרכיבים הנפשיים החברתיים והביולוגיים. בסך הכול של הבנת האדם והמחלה כתוצאה ממכלול של גורמים בירפואה, לא מדברים על "הסיבה" למחלה אלא על "הסיבות" למחלה, בלשון רבים.

המונח המשפטי של "פגיעה בעבודה", חייב להניח שקיים אורגניזם בריא לחלוטין שנפגע כתוצאה מגורם חיצוני יחיד, הקשור בעבודה, תהיה זו טראומה או מיקרוטראומות. גישה זאת מובנת מתוך הצורך שלא להגדיר כל מחלה "טבעית" כפגיעה או תאונת עבודה.

הגישור בין המונחים אינו פשוט. השאלה הקובעת היא האם מושג ה"פגיעות", או ליתר דיוק פגיעות או נטייה גנטית, מהווה תהליך תחלואי רגיל המוחמר על ידי הגורם הטראומטי, או שאדם הנושא בתוכו "פגיעות" זאת הינו אדם בריא, עד שבא במגע עם הגורם הסיבבתי.

לפי דעתנו, מטרת התאוריה האומרת שקיימת פגיעות סמויה אצל האדם העתיד לחלות בסכיזופרניה, הינה לנסות ולהסביר לרופאים את העובדה שבמצב דומה, אדם אחד נפגע מהמחלה ואחר לא. לרבות אחים שגדלו באותה המשפחה והאחד בריא לחלוטין והשני חולה נפש קשה. ההסבר הזה תאורטי ואינו בלעדי. אי אפשר להטיל על תאוריה זאת משקל של עובדה מוגמרת. במקרה שלנו אי אפשר, על סמך תאוריה יפה זאת, לקבוע

שהיה קיים אצל האדם העתיד לחלות בסכיזופרניה תהליך תחלואתי, במובן הקליני של המילה, לפני פרוץ המחלה. את קביעת קיומו של תהליך תחלואתי רצוי לשמור במקרים שבהם ה"פגיעות" הסמויה באה לידי ביטוי ממשי - קליני. במקרה שלנו, ביטוי ממשי של מחלת נפש הינו ביטוי התנהגותי או רגשי, לפני קיומה של הטראומה.

אם נסתמך על תאוריה עכשווית ברפואה בתור עובדה שרירה וקיימת אנו עלולים לחטוא לאמת ולתת משקל יתר לנושא שהוא בגדר של תאוריה בלבד. לכן, אם מטרתנו לעשות צדק עם האדם, עדיף להסתמך על העובדות ולא על קיום של גורמים סמויים שהם בגדר של עובדה תאורטית ולא יותר מזה. במילים אחרות, גם אם מניחים שקיימת פגיעות גנטית או מולדת בבסיס המחלה בלעדי אותה נטייה גנטית לא תתפתח מחלה, אין לחשב את הקיום של אותה הפגיעות כתהליך תחלואתי אלא לאחר שנתן את אותותיו הגלויים על פני השטח, דהיינו סימנים ראשוניים של פרוץ המחלה.

השלכת הדיון הנ"ל למקרה של א' ודומיו

לדעתנו ניתן לקבוע שא' אכן סובל ממחלה סכיזופרנית פרנואידית שפרצה בגיל 44, עם קשר ברור ומובהק למועד החקירות שנוהלו במקום עבודתו. לקשר הכרונולוגי הזה, בין התפרצות המחלה לבין החקירות והמצב במקום עבודתו שהיווה דחק סביבתי חריג, יש משמעות סיבתית ברורה. זאת בהתאם לתפיסה האומרת שסכיזופרניה הינה מחלה שנגרמת כתוצאה מהחיבור של איזו פגיעות נפשית סמויה, עם דחק חברתי סביבתי חריג.

ללא הדחק באותה תקופה במקום העבודה, אפשר להניח שא' לא היה חולה במחלה הנפשית הקשה, ממנה הוא סובל. הראיה לכך היא שעד אותו הגיל הוא לא סבל ממחלה כזאת. ובכלל, המחלה נדירה לאחר גיל 45. קיים קשר סיבתי בין החקירות שהתנהלו בעבודה ב-1982 לבין מחלתו, ולדעתנו ניתן לקבוע קשר זה בוודאות במערכת מושגים רפואית פסיכיאטרית.

את אופי הטראומה ניתן להגדיר כרצף של טראומות שכל אחת ניתנת להגדרה בזמן והן גרמו פגיעה ממשית (הכוונה לחקירות שהתנהלו נגדו). תאורטית אפשר להניח שחקירה קצרה היתה גורמת לו אולי לחרדה או משבר אך במקרה כזה היה יכול לגייס את מנגנוניו ולהתאושש. לגבי א' העומס המתווסף מטראומה לטראומה, הסתיים בהתפתחות של מחלה נפשית ממשית, מסוג סכיזופרניה.

רפואה ומשפט

בריאותו הנפשית עד לגיל 44, ניתן להיות מומשג כמצב שנגרם כתוצאה מהטראומות החיצוניות, ולא כתהליך תחלואתי ממשי.

הקריטריונים המוצעים על ידינו הם: (1) בריאות קלינית-פסיכיאטרית לפני הטראומה, יחד עם - (2) סבירות גבוהה שללא נוכחות הטראומות, החולה לא היה מפתח את מחלתו כלל וכלל, למרות קיומה של אותה הנטייה הסמויה, שפסיכיאטרים מניחים שקיימת על סמך תאוריות מקובלות. קריטריונים אלו יכולים להיות נשימים במקרים אחרים דומים.

את שאלת הסיבתיים ניתן לשאול אחרת: האם הטראומות גרמו למחלה או שהן החמירו תהליך תחלואתי טבעי? תשובתנו לשאלה מסתמכת על העובדות הבאות: (1) א' היה בריא מבחינה קלינית, לפני תחילת החקירה; (2) חלה בסכיזופרניה ר(3) לאור הידע הרפואי העכשווי יש להניח שתאורטית הוא נושא בתוכו נטייה או פגיעות להגיב במחלה נפשית לאירועים טראומאטיים בסביבה; (4) הנחה תאורטית זאת באה להסביר מדוע הוא הגיב דווקא בסכיזופרניה ולא בדכאון, או באלומות, או בכל צורה אחרת של תגובה נפשית. אנו מציעים להתחשב בעובדות אלה כדי לתת תשובה מאוזנת וצודקת: מצבו של א', אדם שבהחלט הוכיח את

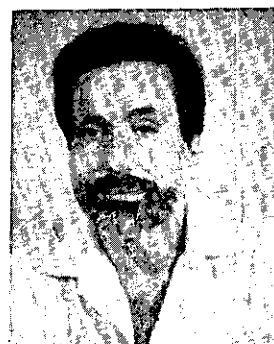
מראי מקום

1. Andreasen, N.C. (1982): Negative vs. Positive Schizophrenia: The concept and validation. Arch. Gen. Psychiatry 145:578-583.
2. Brown, N.G.N. and Birley, J.L.F. (1968): Crisis and Life change and the onset of schizophrenia. J. of Health and Soc. Behav. 9:203-214.
3. Carpenter, W.T.Jr., Heinrichs, D.W. and Wagman, A.D.I. (1988): Deficit and non deficit forms of Schizophrenia: The concept. Am. J. of Psychiatry 145:578-583.
4. Crown, T.J. (1985): The two syndrome concept: origins and current status. Schiz Bulletin 11:471-486.
5. Dawson, M.E. and Neuchterlein, K.H.(1984): Psychophysiological dysfunctions in the developmental course of schizophrenic disorders. Schiz Bulletin 10:204-232.
6. Day, R., Nielsen, J.A., et all (1987): Stressful life events preceeding the acute onset of schizophrenia: A cross-national study from the WHO. Culture, Medicine and Psychiatry 11:123-205.
7. Goldstein, M.J. (1987): Psychosocial issues. Special Report: Schizophrenia 1987. U.S. department of Health and Human Services.
8. Halleck, S.C. (1980). Law in the practice of Psychiatry - A Handbook for clinicians. pp. 262, Plenum Medical Book Company N.Y. and London.
9. Kay, S.R. (1980): Significance of the positive-negative distinction in schizophrenia. Schiz Bulletin 16:635-652.
10. Lubutzky, I. (1989) Principal resolutions of National Work Court. Lawyer's Chamber Publications, Israel, pp. 166-81.
11. Lukof, D., Snyder, K.S., Ventura, J. and Neuchterlein, K.H. (1984): Life events, familial stress and coping in the developmental course of schizophrenia. Schiz Bulletin 10:258-292.
12. phillips, L. (1953): Case history data and prognosis in Schizophrenia. J. of Nervous and Mental Dis. 117:515-525.
13. Ventura J. (1989): A prospective study of stressful life events and schizophrenia relapse. J. Abnorm. Psychol. 98:407-411.

פסיכולוגיה ומשפט

עדות פסיכולוגית בבית המשפט: סוגיות ועקרונות

ד"ר משה זכי



מבוא

בארגון הפסיכולוגים האמריקאי "AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION" קיימת חטיבה מס' 41, "לפסיכולוגיה וחוק". תפקיד הענף הזה, של "פסיכולוגיה וחוק", לחקור ולהרחיב את הידע בתוך תחומי הפסיכולוגיה המסייעים להבנת התנהגות אנושית הקשורה ולמערכת המשפטית. מעבר לתרומה מדעית זו, ניתנים שירותים פסיכולוגיים לבתי משפט באמצעות עדות של פסיכולוג מומחה בתחומים שונים, כגון: תביעת נזיקין על רקע פגיעה בגוף כתוצאה מתאונה או מרשלנות; להכריז על קטין כנוק או כבר אימוץ כתוצאה מחוסר מסוגלות הורית; במשפט הפלילי, תביעה למתן פטור לעמוד לדין או ריצוי עונש כתוצאה מהמצב הנפשי של הנתבע בעת ביצוע העבירה.

במקרים הנ"ל מבוססת העדות הפסיכולוגית בדרך כלל על אבחון והערכה, אך קיימים מקרים אחרים בהם נדרש פסיכולוג למלא פונקציות מקצועיות אחרות כגון: לשמש כמטפל על סמך פסק דין של שופט; לשמש יועץ לאיש מקצוע אחר (פסיכיאטר, נוירולוג) אשר נקבע כעד מומחה על ידי בית המשפט; לשמש כיועץ מדעי לבית המשפט באמצעות מחקרים מתחומי הפסיכולוגיה.

המודעות לשירותים פסיכולוגיים לבתי משפט, הולכת וגוברת. להלן נעמוד על סוגיות מקצועיות העשויות לייעל את הפעילות המקצועית בבית המשפט.

הכותב הינו מנהל התחנה הפסיכולוגית – טירת כרמל.

סוגיות מקצועיות

מגוון הגישות בענף הפסיכולוגיה יוצר שונות בפרשנות הממצאים הפסיכולוגיים ובשיטות התערבות. השונות של הפעילות המקצועית של הפסיכולוגים מצמצמת את המהימנות והתקפות של העדות הפסיכולוגית בבית המשפט.

מגוון השיטות בפסיכולוגיה (הגישה הפסיכודינמית, ההתנהגותית והמערכתית) מהווה סוגיה ראשונית בקביעת הערכה פסיכולוגית או במתן פרוגנוזה טיפולית. דוגמא שכיחה במסגרת משפט נזיקין: הגישה הפסיכודינמית תראה טראומה של תאונה כגורם מעורר ומזרז (TRIGGER MECHANISM) של נברווה כתר-חבלתית – POST TRAUMATIC NEUROSIS, לעומת הגישה ההתנהגותית שתתייחס לתופעה כאל מכלול של תגובות פחד מותנות ישירות לארוע התאונה.

דוגמא של משפט אימוץ: פסיכולוג נדרש להעריך מסוגלות הורית של אם שדוחה את בנה. לאחר שהפסיכולוג טיפל באם שנתיים לפי גישה פסיכודינמית. הערכתו היתה כי ההפרעות באישיות של האם אינן ניתנות לשיקום; לעומתו, פסיכולוג אחר הציג מחקרים מתוך הגישה המערכתית אשר רואה בתופעה הנ"ל תוצאה של דיספונקציה של מבנה המשפחה, ותיקשורת לקויה בין ההורים, וכינם לבין ילדיהם, ולכן הציע טיפול משפחתי כשיטת התערבות יעילה.

בתוך הגישות הפסיכולוגיות קיימות פרספקטיבות שונות: פרספקטיבה מיקרוסקופית (קלינית) המתמקדת בתהליכים פסיכודינמיים של היחיד המשתקפים מתוך

רפואה ומשפט

הכלים מועברים בשפת-האם של הנבדק או בצורת תקשורת אחרת... הם נמצאו תקפים למטרה הספציפית; הם מועברים על ידי צוות מיומן בהתאם להנחיות של המוציא לאור.

הפסיכולוגים בארצות הברית נדרשים להיות מעודכנים במחקר המדעי הקשור לתחום עדותם, דרישה זו - בהתאם לעקרונות האתיקה של ה- "AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION" והיא מחייבת אותם לסקור ספרות מקצועית מדעית מקיפה ומעודכנת, אשר תהווה בסיס לחוות הדעת המקצועית שלהם. כל זאת - בנוסף לידע המעשי בדרכי אבחון.

בהתאם לחוק הפסיכולוגים בישראל תשל"ז-1977, נדרשת התמחות ספציפית של הפסיכולוג בתחום הנדון במשפט, לדוגמא: אם דנים על חריגותו של ילד במסגרת של חינוך מיוחד, נדרשת עדות של פסיכולוג מומחה בתחום זה - אשר בנוסף לידע הכללי בפסיכולוגיה, יש לו ידע ספציפי בליקויי למידה ובתהליכי למידה, בתוך המערכת החינוכית.

בנוסף, נדרשים פסיכולוגים להתערכך בהקשר המשפטי בו ניתנת עדותם, לאמור - קריאת הפרוטוקולים של בית המשפט לצורך מיקוד והגדרת פעילותם המקצועית במסגרת הכללית של המשפט.

לבסוף, תופעה מכשילה המחייבת עירנותם של הפסיכולוגים בתהליך בנית עדות מקצועית: "הנבואה המתגשמת מאליה"⁷. לעיתים הפסיכולוג מונע שלא במודע לפרש ממצאים מקצועיים בהתאם לניצפה ממנו, יש להישמר מתופעה זו תוך הקפדה על ראייה אובייקטיבית במתן פרשנות לממצאים, גם אם הם סותרים לעיתים את האינטרסים הישירים של מזמין השירות.

סיכום

מגוון הגישות בענף הפסיכולוגיה מהווה מקור לשונות בפרשנות הממצאים הפסיכולוגיים ובשיטות התערבות. למצב זה שלוש תוצאות עיקריות:

- (1) חילוקי דיעות מקצועיים בין הפסיכולוגים בבית המשפט;
- (2) גריעה מן המהימנות ומן התקפות של העדות הפסיכולוגית;
- (3) החלשת מעמדו המקצועי של הפסיכולוג כעד מומחה.

מבחינים פסיכודיאגנוסטיים. המבחינים מועברים למטופל בתוך הקליניקה. בניגוד לגישה זו ישנה פרספקטיבה מאקרוסקופית (מערכתית אקולוגית) הרואה בהתנהגות היחיד תוצאה של תהליכים ביך-אישיים עם מערכות חברתיות שבסביבה האקולוגית הטבעית¹.

דוגמא של משפט גירושין: פסיכולוג נדרש להחליט לגבי מקום המשמרת של הקטין. העדות המקצועית התבססה על הערכה פסיכודיאגנוסטית שנערכה לילד באמצעות מבחני אישיות השלכתיים, עדות זו ניסתרה על ידי פסיכולוג אחר שאימץ גישה מערכתית אקולוגית: יחס הילד לבן זוג חדש של האם, הסתגלותו החברתית של הילד למקום המגורים החדש, והשתלבותו החינוכית בבית הספר.

מגוון הגישות והפרספקטיבות יוצר שונות בפרשנות ממצאים פסיכולוגיים, למשל, התנהגות אלימה של בעל כלפי אשתו יכולה להתפרש כיחס עוין של הבעל מחמת הפרעות באישיותו, פרשנות אחרת לא תראה באלומות תכונה, כי אם התנהגות מצבית בסיטואציה חברתית נתונה למשבר².

שונות הפעילות המקצועית של הפסיכולוגים מצמצמת את מהימנותו ותקפותו של השירות הפסיכולוגי לבית המשפט. הרי כמה מן הסיבות לכך: ראשית, למרות תמורות ומגמות התפתחות בשירותי בריאות הנפש בישראל³ - עדיין פועלות מרבית המסגרות המקצועיות לפי גישה מסורתית של הדגם הקליני תוך שימוש שכיח בטכניקת הפסיכותרפיה⁴. יש להדגיש שטכניקות מסורתיות של טיפול לא נימצאו יעילות במיוחד⁵. שנית, ההערכה הפסיכולוגית נמצאה מוגבלת בניבוי התנהגות חריגה, נערכו מחקרים עם מעקב ממושך לניבוי התנהגות אלימה חוזרת של עברנים על בסיס של הערכה פסיכולוגית. תוצאות המחקרים מצביעות על ניבוי נכון ביחס של אחד לשלושה מקרים⁶.

עקרונות

בגלל הסוגיות המקצועיות שפורטו לעיל, אין אחידות בין הפסיכולוגים במתן עדות מקצועית בבית המשפט. דבר זה מחליש את מעמדו של הפסיכולוג כעד מומחה. במישור המקצועי קיימת שונות בגישה ובשיטות ההתערבות, ויש לשאוף לאחידות ברמת העקרונות של המקצוע והאתיקה המקצועית.

החוק האזרחי בארצות הברית 142-24 מחייב שימוש בכלים פסיכולוגיים לצורך הערכה, בתנאים הבאים:

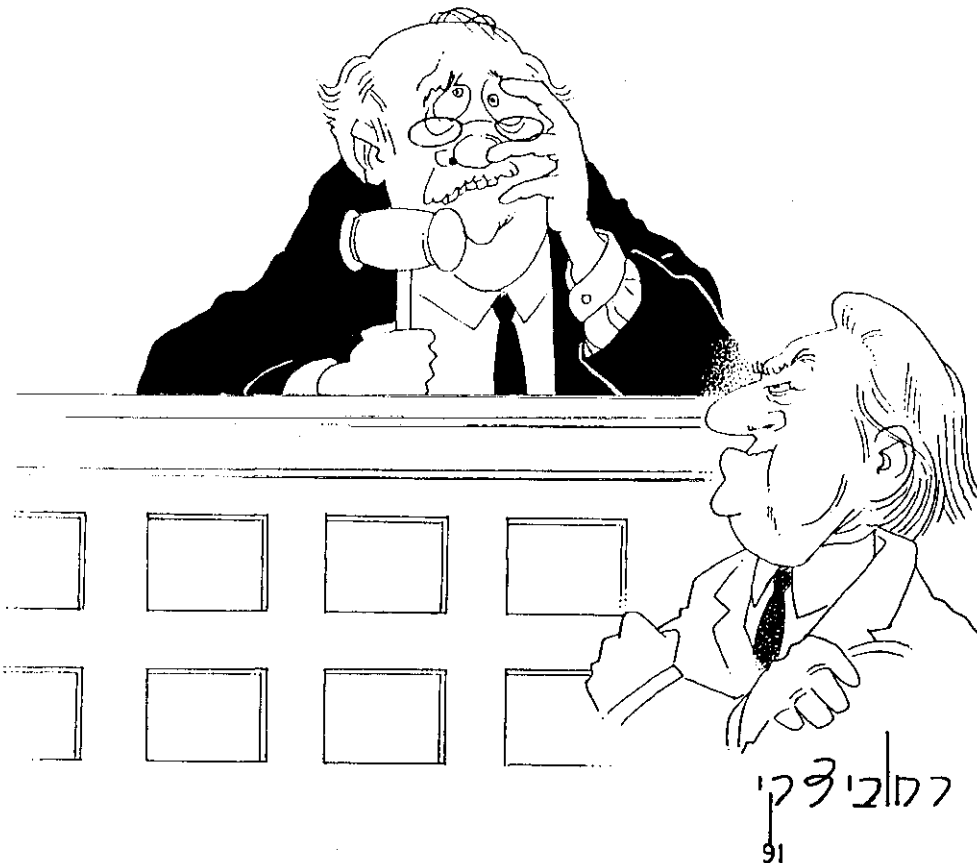
כדי להתגבר על כל אלה, יש לשאוף לאחידות בין הפסיכולוגים בתוך המסגרת המקצועית בה ניתנת עדותם.

יש לכלול בתכנית ההכשרה של האוניברסיטאות בארץ קורסים והשתלמויות בנושא פסיכולוגיה וחוק, להניע אנשי מחקר לפתח מודלים מקצועיים שיהוו אוריינטציה מקצועית בתהליך בנית עדות מקצועית בבית המשפט.

בישראל הולכת וגוברת הדרישה לשירותים פסיכולוגיים לבתי משפט, לכן יש לשאוף להתמחות בתחום זה באמצעות חטיבה ל"פסיכולוגיה וחוק" במסגרת הסתדרות הפסיכולוגים בישראל. החטיבה תהיה פתוחה למועמדים מחטיבות אחרות אשר עיסוקם כולל בין השאר שירותים פסיכולוגיים לבתי משפט.

ביבליוגרפיה

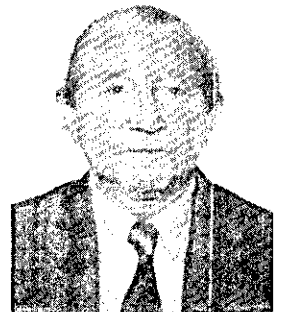
1. ג. גוטייה: "לקראת מודל חדש בפסיכולוגית בית-הספר". חוות דעת (1978) 17-19.
2. A. BANDURA: "AGGRESSION: A SOCIAL LEARNING ANALYSIS". (ENGLEWOOD CLIFFS NJ., 1973).
3. א. אבירם, י. לבב: "בריאות נפש קהילתית בישראל". (גומא תל-אביב, 1981).
4. מ. זכי: "לקראת מודל קהילתי בפסיכולוגיה חינוכית: עקרונות וצורות התערבות בבתי הספר", פסיכולוגיה וייעוץ בחינוך (1987) 156-172.
5. H. EYSENK: "THE EFFECTS OF PSYCHOTHERAPY: AN EDUCATION". JOURNAL OF CONSULTING PSYCHOLOGY (16) (1952) 319-324.
6. J. MONAHAN: "THE PREDICTION OF VIOLENT BEHAVIOR: DEVELOPMENTS IN PSYCHOLOGY AND LAW". PSYCHOLOGY AND THE LAW (THE MASTER LECTURE SERIES APA, 1982) 147-176.
7. R. ROSENTHAL, I. JACOBSON: "PYGMALION IN THE CLASSROOM (HOLT, RINEHART AND WINSTON NEW YORK, 1968).



רחובי צ'קי
91

רוקחות ומשפט

האם בעלות רוקחית ערובה לרמה מקצועית של בית המרקחת?



פרופ' א. מנצל

הוראות החוק ביחס לבעלות על בית מרקחת, מפורטות בסעיפים 12-18 של פקודת הרוקחים. (נוסח חדש - התשמ"א) כלהלן:

בסעיף 12(א): "מי שאינו רוקח מורשה לא יהיה בעל בית מרקחת".

בסעיפים 13-17: דיני ירושה של בית מרקחת במגמה להבטיח רכוש המשפחה כל עוד היורש הצעיר ביותר נרשם ללימודים האקדמאיים ברוקחות וסיימם בהצלחה.

בסעיף 18: רוקח המועסק בבית חולים או מוסד רפואי - לא יהיה בעל בית מרקחת (פרטי) או מנהל.

תחיקה רוקחית זו אינה חריגה במישור הבינלאומי. ברוב ארצות אירופה, הבעלות הרוקחית מעוגנת בחוק - וכמובן הדחף לשינוי זה בחוק בא מטעם הרוקחים מאירופה שעלו ארצה בשנות השלושים והארבעים (העליה הרביעית והחמישית).

בעוד שלפי השינוי בחוק בארץ בשנת 1964, אין כל סייג לבעלות של רוקח על בית מרקחת, בארצות אירופה הרוקח בעל בית המרקחת חייב להיות גם הרוקח האחראי באותו בית מרקחת ובתור כזה, הינו הבעלים של בית מרקחת אחד בלבד; קיימת צמידות של הבעלות והרוקח האחראי. הארצות שבהן קיימת צמידות זו: גרמניה, דנמרק, הולנד, ספרד, פינלנד וצרפת. באוסטריה ופורטוגל הצמידות אומנם קיימת, אך בעל בית המרקחת

ועדת השרים לענייני חקיקה אישרה פה אחד שינויים בפקודת הרוקחות. בין השינויים נכללו ביטול חובת הבעלות של רוקח לכל בית-מרקחת (פרטי) בארץ.

מן העתונות.

בפקודת הרוקחים המנדטורית לא הוגדרה כלל בעלות בית מרקחת, אלא נקבע כי רוקח מורשה יהיה אחראי לניהול מקצועי של בית המרקחת. ועדת הרוקחות מטעם מועצת הבריאות, הגישה בשנת 1957 הצעות לשינויים בתחיקה הרוקחית. אחד השינויים התייחס לבעלות בית המרקחת. בתחילת שנות השישים, בעת הדיון בהנהלת משרד הבריאות על עדכוני חקיקה, הוסכם לפי החלטתו של ד"ר זימן ו"ל, המנכ"ל דאז, כי חלק מהשינויים שהוצעו - לרבות בעלות רוקח על בית המרקחת - יועברו לאישור הממשלה. השינויים אושרו גם בקריאה ראשונה בכנסת; לאחר דיונים בועדת השירותים הציבוריים (בראשות ח"כ לשעבר ח. גרוסמן) הוכנסו שינויים קלים והצעות העדכון של התחיקה הרוקחית אושרו סופית בשנת 1964 בקריאה שניה ושלישית. לא היה ח"כ אשר ערער על הנחות היסוד של השינויים בתחיקה הרוקחית, כפי שסוכמו בועדת השירותים הציבוריים, וכאו לידי ביטוי בסופו של דבר, בפקודת הרוקחים.

הכותב הינו רוקח-כימאי, יועץ מנכ"ל משרד הבריאות.

רפואה ומשפט

במידה מספיקה, בוצעו שותפויות בלתי חוקיות עם בעלי הון, כביכול; אין במניעת שותפות כל תרומה לפעולתו התקינה של בית המרקחת.

כמו כן, נמנע מכל תאגיד או חברה מסחרית להיות הבעל של בית המרקחת גם אם מונה מטעמם רוקח אחראי כחוק. אם אמנם בעל בית מרקחת שאינו רוקח עלול להפעיל לחץ על הרוקח האחראי ולפגום ברמה המקצועית של בית המרקחת (היו מקרים כאלה בארץ), המציאות מוכיחה שחברות מסחריות ותאגידים שוקדים לשמור על המוניטין שלהם ומכאן שלא קיימת בפועל כל השפעה שלילית על הרוקח האחראי. נהפוך הוא, המנגנון המסחרי הדואג לרכישת מלאי וניהול כספי, משחרר את הרוקח האחראי לעבודה מקצועית בלבד. דבר זה הוכח בכל הארצות בהן חברות או תאגידים מפעילים בתי מרקחת פרטיים. גם במקרה זה, בעת החקיקה בשנת 1964, כל בתי המרקחת בארץ היו עסק של "איש אחד", ONE MAN BUSINESS, מבלי שנראו או באופן חברות או תאגידים שהיו מוכנים להשקיע בהפעלת בתי המרקחת בארץ.

בארצות אירופה המזרחית ובשבדיה הולאמו כל בתי המרקחת הפרטיים וניהולם המקצועי הופקד בידי רוקחים מוסמכים. לעומת זאת, באנגליה, באמריקה הצפונית ובכל הארצות המכונות "אנגלו-סכסיות" - כגון דרום אפריקה, אוסטרליה וכו' אין כל הגבלה על בעלות בית מרקחת. הרמה המקצועית מושגת באמצעות ניהול בלעדי על ידי רוקחים מוסמכים בפקוח מתמיד וחמור מטעם שלטונות הבריאות. בדרך כלל, במקביל להעלאת רמת הלימודים האקדמאיים ברוקחות - עולה הרמה המקצועית של הרוקחות בבתי המרקחת.

לסכום, רמה מקצועית של בתי מרקחת היא פועל יוצא של רמת ההשכלה המקצועית ברוקחות. הבעלות הבלתי רוקחית עשויה להחזיר שיקולים מסחריים וזרים העלולים לפגוע בפעילותו ותפקודו במערכת הטפולים התרופתיים; צמידות בעלות ואחריות לבית מרקחת אחד של הרוקח מונעת זאת. בדיעבד, בבתי מרקחת מרכזיים המופעלים ע"י חברות או תאגידים מסחריים, אין למנגנון המסחרי שלהם כל השפעה על התפעול המקצועי, ועל כן מבחינת בריאות הצבור אין בכך כל פגם. הדיון בנושא של בעלות בתי מרקחת חייב להתרכז באיזה מידה החלטה זו או אחרת מסייעת, או לחלופין פוגעת בתפעול בית המרקחת במערכי הרפואה ובריאות הציבור.

זכאי להיות שותף לבעלות על בית מרקחת נוסף. בנוכחיה קיימת צמידות כנ"ל אך לבית מרקחת כזה מותר לפתוח סניפים נוספים באזורים כפריים בבעלות של אותו רוקח. כאמור, אין ארץ אירופאית אשר בה הבעלות על בית המרקחת אינה מוגבלת לבית מרקחת אחד בלבד שבו הוא גם מכהן כרוקח אחראי.

ההצמדה של בעלות ורוקח אחראי לאותו בית מרקחת, - נחשבת כערובה למניעת העדפה של הגורם המסחרי-עסקי על שיקולים מקצועיים. במרשמים מסויימים חלות טעויות ומחובותו המקצועית של הרוקח לעבב בצומם - על אף ההפסד הכספי. חלק ניכר מהתרופות מוגבל לפי מרשם רופא, - ואם הרוקח מקפיד לטוב מכירתן ללא מרשם, - ברי שהדבר גורע מהמחזור העסקי של בית המרקחת. החמור ביותר הוא נושא הסמים המסוכנים שלהם מחיר פי עשרות מונים בשוק השחור מאשר באספקה חוקית לפי מרשם של רופא מוכר.

מאידך, לבעלות של הרוקח על בית המרקחת בלבד, ללא חובה להיות הרוקח האחראי בו אין כל יתרון והוא מהווה פריביליגיה - זכות מועדפת ללא כל תמורה - תועלת מקצועית. יתרה מכך, לפי החוק בישראל אין הגבלת הבעלות לבית המרקחת אחד בלבד - ורשאי רוקח אחד לרכוש את כל בתי המרקחת בארץ, ואכן מספר רוקחים רכשו אמנם כמה בתי מרקחת מאז הפעלת חוק זה בשנת 1964.

מבלי לנסות לחפות על אלה אשר גרמו בזמנו לחקיקה מעוותת זו, ניתן להבין שבאותה תקופה (סוף תקופת הצנע בארץ) לא היה כל מקרה של בעלות על יותר מבית מרקחת אחד - ולמעשה ההצמדה של בעלות ורוקח אחראי היתה אז עובדה קיימת. על כן, לא נמצא כל צורך לעגן בחוק דבר כה יסודי. כאשר התברר לאחראים לנושא הרוקחות במשרד הבריאות כי מטרת המחוקק בנושא זה נוצלה לרעה, מינה המנכ"ל (פרופ' מודן) בשנת 1982 ועדה מקצועית בהשתתפות נציגי הארגון היציג של בתי המרקחת הפרטיים. ההצעה להגבלת הבעלות לבית מרקחת אחד בלבד בו הרוקח יהיה גם הרוקח האחראי נדחתה ברוב רעות ללא כל הנמקה מקצועית.

בעלות בית המרקחת לפי פקודת הרוקחים קבלה פירוש כמונעת שותפות בבית מרקחת של "מי שאינו רוקח מורשה". מאחר ולא כל הרוקחים הם בעלי ממון

1. דיון בכנסת בכ"ג חשוון התשכ"ז - 20.11.1962:

סגן שר הבריאות, ח"כ י. רפאל (מפד"ל):

חידוש בהצעת החוק הוא האיסור על מי שבעצמו אינו רוקח מוסמך להיות בעל בית מרקחת. בית מרקחת אינו עסק לשם רווחים בלבד, אלא מקום שבו עוסקים במקצוע הקשור קשר הדוק למקצוע הרפואה ומשפיע תכופות על חייהם ובריאותם של בני האדם... מטרתה של (הצעת החוק) היא לחזק את האופי המקצועי ואת הנאמנות המקצועית של בית המרקחת.

ח"כ ב. עזיאל (המפלגה הליברלית):

אנו יודעים - אין זה סוד - על סיוף תרופות לא רק על ידי בעלי בית מרקחת שהם סוחרים בלבד, אלא גם לפעמים על ידי רוקחים. אבל בכל זאת, רוקח מדולפם שיש עליו פקוח החוק, בודאי שעלול להזהר בזאת יותר... יש מידה של מסחר ואחריות מקצועית.

ח"כ א. טיאר (תנועת החרות):

בהצעה הזאת אנו מדגישים שישנה התחשבות ברמה המקצועית של הרוקחים.

ח"כ ד. נצר (מפא"י):

הנקודה העיקרית בחוק היא שלא כל אדם שרצונו להתפרנס - וזה דבר חשוב - יוכל לפתוח לו בית מרקחת ולקחת לו רוקח... אין בית מרקחת סתם עסק לפרנסה... - עיקר תפקידו למכור דברים הקשורים בבריאות של בני אדם ופה חשוב מאוד הירע.

ח"כ ט. סנהדראי (מפד"ל):

נדמה לי שיהיה טוב... לקבוע שהאחראי לבית המרקחת הוא בעל בית המרקחת והוא רוקח בעל סמכות... אני רואה בהצעה שלפנינו הסרת מכשול ודאגה לכך שלא נרבה חלילה בקרבנות הבאים מתוך אי-זהירות בהרכבת רפואות.

2. עמדת הסתדרות הרוקחים להצעת החוק בשנת 1964:

לפי מיטב הערכתנו מהווה החוק החדש שלב מקדם ביותר למטרה הנכספת: רוקחות לרוקחים וזאת תוך הבטחת שרותי רוקחות צבוריים ופרטיים יעילים בעיר ובכפר. אין להסתפק בחקיקה בלבד. המבחן העיקרי הוא הבצוע ללא משוא פנים. הסתדרות הרוקחים חייבת מצידה לעשות כל מאמץ להעלאת רמת הרוקחות בכל ענפי העבודה.

3. דברי הסבר להצעת חוק לתיקון פקודת הרוקחות (התשנ"א - 1991):

סעיף 12 לפקודה אוסר על מי שאינו רוקח להיות בעל בית מרקחת. מוצע לבטל איסור זה ולהסתפק בכך שהניהול המקצועי של בית המרקחת יהיה בידי רוקח אחראי כנדרש בסעיף 10(א) לפקודה (הרוקחות) הקובע:

ייחוד הניהול לרוקח אחראי בלבד:

10(א) - בית מרקחת יהא מסור לניהולו המקצועי ופיקוחו של רוקח אחראי שאישר לכך המנהל (הכללי של משרד הבריאות או מי שהסמיכו לכך) והוא יהיה אחראי לבצוע הפעולות המקצועיות בבית המרקחת ולמילוי הוראות פקודה זו וכל דין אחר הנוגע לבית מרקחת.

ביבליוגרפיה

1. חוק לתיקון פקודת הרוקחים (מס' 2) תשכ"ב, 1962, הרוקח העברי, ט', 310-317, התשכ"ב 1962.
2. מ.ר.ע. - "דבר מערכת הרוקח העברי", הרוקח העברי, י', 51-53, התשכ"ד 1964.
3. מנצל א., התקדמות במציאות, הרוקח העברי, י', 55-61, התשכ"ד 1964.
4. פקודת הרוקחים (נוסח חדש) התשמ"א 1981, דיני מדינת ישראל, נוסח חדש, 35, י"א באייר התשמ"א, 15 במאי 1981.
5. דין וחשבון על בעלות בתי מרקחת. הפררציה הבין-לאומית לרוקחות (פ' י' פ'), 1981.
6. חוק לתיקון פקודת הרוקחות התשנ"א 1991, הצעות חוק, 2042, ע' 166-167, י"ח באדר התשנ"א, 4 במרס 1991.

פרקי היסטוריה

מודל של ברית מקצועית בת 20 שנה

ד"ר מ. ארדרייך



כותב שורות אלה, במערכת המשפט, קדמה למעשה להקמת האגודה, מאחר ובעבודתו הציבורית בביה"ח הפסיכיאטרי ראה בברית המקצועית עם מערכת המשפט דרך לשפר את הזרע הקהילתית-שיקומית של אוכלוסייה משמעותית המגיעה למאסר במקום לטיפול.

הברית הטיפולית חייבה מפגשים בין-מקצועיים סדירים, כאשר לכל מפגש בוחרים נושא לדיון ומסבירים את עמדות הצדדים השונים הקשורים בו. היתי משוכנע שההבנה ההדדית של המושגים והגישות תוכל לשפר את תרומת כל אחד מהמקצועות.

אין בכוונתי לכתוב על תולדות התפתחות האגודה לרפואה ומשפט. אסתפק ואומר שהאגודה משיגה את מטרותיה מעל ומעבר לציפיות שהיו ממנה בשנים הראשונות של תנופת עשייה נלהבת. ההתלהבות נמשכת, ומספר החברים גדל עד 2200 איש, המתכננים ומבצעים קשת פעילויות רחבה: החל בעזרה מעשית לציבור; פעילות של לימוד והוראה במוסדות אקדמאיים; אירגון קונגרסים ותוכנית השתלמות ענפה. פעולות אלה יוצרות מיכלול חשוב, אך הציר המרכזי ממשיך להיות הדרשיה הבין-מקצועי שכולל חשיבה משותפת, על ההתלבטויות והיצירתיות שבה.

כיום, אין לי ספק שהאגודה לרפואה ומשפט הינה נוכחות דינמית, המקדשת את מרכזיותו של הציבור הנוק, ורוח הקידמה התואמת את התקרבותנו לשנות האלפיים.

בתחילת שנות ה-70, כיהן כותב שורות אלה כמנהל בית החולים הפסיכיאטרי בעכו, וחילפש בני ברית כדי לטפל בקהילה הטובלת מאיכות חיים ירודה שהתפרשה על תחומים רבים: קונפליקטים חריפים; לחץ – לעיתים אלים – ביחסים בין היהודים ובני המיעוטים; עויבת האזור כדי להשתקע במקומות אחרים; מגיפה של מחלת זיבה בקרב קבוצה של קטינות אשר הועסקו בזנות לאחר שהגיעו לתלות בסמים; חבורה גדולה של נפגעי סמים קולניים ואלים שהסתובבו במדרגות העיריה, מרפאות קופ"ח ואף בלשכת הבריאות הנפתית.

מהר מאוד נרקם שיתוף פעולה ביני לבין הרופאה הנפתית דאז, ד"ר הדי פרנק, והשופט כרמי, שכיהן בבית משפט השלום בעיר. האגודה לרפואה ומשפט נוסדה בישראל כאגודה עותומנית, באולם הגדול של ריפוי בעיסוק בבית החולים בעכו. המפגש הראשון עם הקהל נעשה בטקס מרגש, תוך התווית קווים ברורים לקראת פעילות האגודה. המעמד היה מכובד ביותר, בהשתתפות שר הבריאות, שופט בית המשפט העליון, דיקן בית הספר לרפואה, ומספר רב של אישים בולטים במקצועות הקשורים למשפט ורפואה.

ההנהלה פעלה בצורה נמרצת לקידום תוכניות האגודה. הפרק הפסיכיאטרי שימש למעשה כחלוץ לגבי מקצועות רפואה אחרים, אשר הופיעו בהדרגה בזירת הפעילות של האגודה. המעורבות המקצועית של

הכותב הינו מנהל השרות הפסיכיאטרי בביה"ח "בני ציון" בחיפה.

סיעוד פסיכיאטרי ומשפט

תכנית לעזרה עצמית במצבי לחץ

אחות שושנה שאול



עם תחושה כי מתקרב אסון בלתי נמנע ובלתי נשלט. החולים היו מלווים בבני משפחה רבים כולל ילדים, תינוקות וקשישים שנשארו ליד המטופל כל הלילה.

במהלך תקופת המלחמה החולים היו משתחררים בשעות היום ובשעות הערב והלילה הייתה הצפה של פניות חרשות. מרבית הפונים היו קשישים, בודדים ואנשים עם טראומות קשות בעבר. נוצר עומס יתר בעיקר במחלקות לטיפול נמרץ, קרדיולוגיה, פנימיות, נוירולוגיה ופניות אל השרות הפסיכיאטרי. בשעות הערב הגיעו לשהיית לילה במחלקות גם משפחות המאושפזים, שהתאכלסו מסביב בית החולים בחצרות ועל המדרכות למשך הלילה, כשהם מצויידיים בשמיכות ומסכות. בעת האזעקה כולם פרצו לתוך ביה"ח למצוא מסתור. היה ביקוש רב לתרופות הרגעה, יחד עם זאת נשמר שקט והיתה משמעת יחסית. הצוותות תפקדו במשמרות של 12 שעות ללא הפסקה, במשך כל תקופת המלחמה. השרות הפסיכיאטרי עמד לרשות המחלקות ונתן טיפול לאוכלוסיית הקהילה.

במחלקות השונות של ביה"ח התגלו לחצים גם בקרב המטפלים, בעיקר בצוות הסיעודי. אחיות שהיו מוצבות למשמרת ערב או לילה, היו בחרדה כבר משעות הבוקר. הן חששו לבני המשפחה שנשארו בבית, ואף חששו כי בעת האזעקה לא יספיקו להגיש את העזרה הנדרשת לחולים קשים ורתוקים למיטות, היה פחד מפני מתקפת גזים, אחיות פיתחו טכניקות לאיטום חדרים במהירות במקום שלא ניתן היה לנייד חולים. המתחים גברו והאחיות התלוננו על עייפות מתמשכת, נטיה לעצבנות יתר, רצון לישון ואי-יכולת להרדם, חוסר ריכוז, כאבי

למצבי לחץ פנים רבות. אירועים גורמי לחץ מתרחשים מדי יום. חלקם - צפויים וחלקם - מפתיעים. התכונות שהופכות מצב מסויים למצב לחץ משתנות מדי פעם. המשקל המיוחס לכל משתנה הינו בהתאם לאיום שהוא מהווה וצורך לחצים גורם להגברת הסיכון. מצבי לחץ הם תגובות נפשיות המתבטאות גם בפחדים, חרדות, תוקפנות, אדישות, בלבול, דכאון וכו'. בתהליך מסויים עלול להתפתח בעקבותיהן בטיי סומטי, כמו: שינויים בלחץ הדם, הפרעות בקצב הלב ותפקודו, הפרעות נשימה, הפרעות במערכת העיכול ועוד.

מלחמת המפרץ כגורם לחץ

כדי לפרט באופן שיטתי את המאפיינים שהתגלו עם פרוץ המלחמה במונחים של מצב לחץ, אתאר להלן את תפקודו של ביה"ח, בני-ציון, המשרת את אוכלוסיית חיפה. בפרוץ המלחמה הפך ביה"ח להיות יחיד למתן שירותי אשפוז לאוכלוסיית חיפה רבתי שלא נפגעה מלוחמת גזים.

עם פרוץ המלחמה ב-17.1.91 נערכו צוותות ביה"ח לקלוט את הפניות. כבר בשעה הראשונה לאחר האזעקה הובאו לחדר המיון חמישה אנשים ללא רוח חיים. בהמשך אותו לילה המחלקה הוצפה פונים שהושהו באולמות הכניסה על אלונקות וקבלו את הטיפול.

רוב הפונים התלוננו על פחדים, רעד בכל הגוף, בלבול, חולשה כללית, קושי לעמוד על הרגליים, לחצים בחזה, הפרעות בתפקודי הלב, קושי בנשימה, שנויים בלחץ הדם, כאבי ראש, כאבי בטן, בחילות, הקאות, סחרחורות ועלפון. מאפייני התלונות היו של מצבי לחץ

רפואה ומשפט

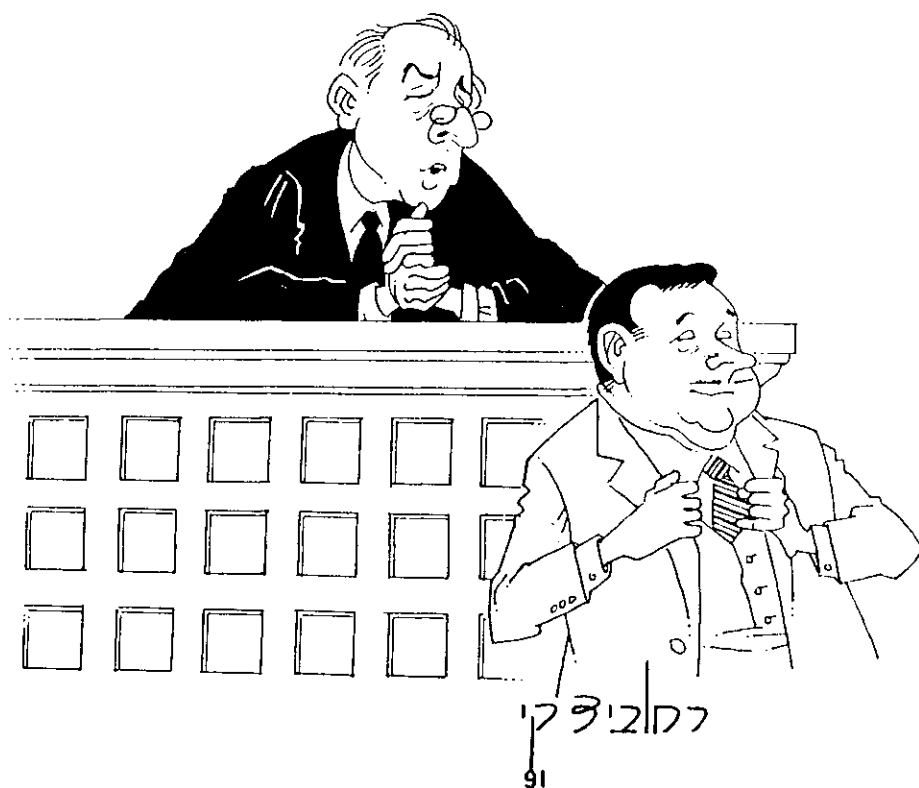
1. בתקנות למצב חרום של משרד הבריאות, להוסיף את הסעיפים שעשויים לענות על צרכים אישיים של צוות המטפלים בביה"ח, כדלקמן:
2. לטפק קווים לתקשורת טלפונית בכל יחידה.
3. להפעיל הסעות עובדים (היו שיבושים קשים בתחבורה הציבורית).
4. לקיים מתקן לאכסון ילדי עובדים לפי צרכים של שעות העבודה במשמרות.
5. להציב מורות וגננות שתדאגנה לילדי העובדים בביה"ח.
6. לאפשר למשפחות העובדים לאכול בחדר אוכל בביה"ח.
7. להעמיד לרשות העובדים מתקנים למנוחה בשעות הפסקה, עם אפשרות להתרחץ.
8. לתת את הדעת ולהפעיל צוות שיכול לענות למצוקות אישיות ונפשיות של העובדים.

ראש חוקים, אישקט פיזי ונפשי, בחילות, ירידה בתיאבון או אכילת יתר. התלונות הצביעו על תגובות של מצבי לחץ והיה צורך להתערבות מיידית.

בנסיון לעזור, השתמשנו בטכניקות של הרפיה עצמית שפותחו ע"י שימוש בלקט שיטות מותאמות לצרכים. הקנינו הרגלי התנהגות שהפעילו כוחות יצירתיים יעילים שהורידו מתחים מאימים.

בכל מחלקה התקיימו דיונים בקבוצות קטנות ואף שיחות אישיות. התייחסנו למצוקות וניסינו לפעול במשותף לפתרונות קצרי טווח. מתוך רצון לעזור, השתמשנו בטכניקות להרפיה עצמית שהתאימו לצרכים בעבודה ע"י ניצול של כל רגע פנוי. אחיות למדו להגיע להרפיה עצמית בעמידה, ישיבה ואם התאפשר - אפילו להתפנות לבד ולהכנס להרפיה עצמית בשכיבה.

בגמר המלחמה, התקיימה סדנא בנושא "מתח בטחוני באוכלוסיה האזרחית". המלצות הקבוצה היו:





האגודה לרפואה ולמשפט בישראל
THE SOCIETY FOR MEDICINE AND LAW IN ISRAEL

ת.ד. 6451, חיפה - 31063

ת.ד. 1217, פתח תקווה - 49111

**הקונגרס הבינלאומי השלישי
על פסיכיאטריה, משפט ואתיקה
ירושלים 4-7 נובמבר, 1991**

בתאריכים 4-7 בנובמבר 1991, יתקיים בירושלים בבנייני האומה
הקונגרס הבינלאומי ה-3 על פסיכיאטריה, משפט ואתיקה.

הקונגרס מכיל מגוון רב של נושאים, בתחומים - בריאות הנפש, המשפט,
האתיקה והתקשורת.

יטלו בו חלק אישים בעלי שם בינלאומי מארה"ב, דרום אפריקה, הונגריה
וארצות אחרות באירופה, וכן משתתפים ממגוון רחב של מקצועות -
פסיכיאטריה, פסיכולוגיה, עבודה סוציאלית, קרמינולוגיה, סיעוד פסיכיאטרי,
ריפוי בעיסוק, שופטים, פרקליטים ועוד.

מחיר השתתפות לישראלים למשך 4 ימי הקונגרס — 242 ש"ח
השתתפות על בסיס יומי — 99.50 ש"ח

**פרטים נוספים במזכירות הקונגרס:
צוות שטיר**

רח' היצירה 28, רמת-גן - 52521
טל. 03-7516422/3/5 ; פקס. 03-7516635

א. סקירה על פעילות האגודה בשנה שחלפה (ספטמבר 1990 - ספטמבר 1991):

1. למרות מלחמת המפרץ אשר שכשה את הפעילות של האגודה, הצלחנו לקיים את התכניות במלואן.
2. עם סיום תפקידם של מנכ"ל האגודה צבי וויס ושל אסנת שטיפלה בארגון השתלמויות סופי-השבוע, נעשו שינויים בהערכות של האגודה כשמרכז הפעילות הועבר למשרדי האגודה ב"בית יד-לבנים" בפתח-תקווה.
3. התחלנו לשלוח לחברים "דף מידע" הכולל אינפורמציה על פעילות האגודה בתחומים השונים והתכניות לעתיד.
4. יצא לאור גליון מס' 4 של בטאון האגודה, "רפואה ומשפט" והגליון החמישי מוגש לחברים עתה.
5. התקיימו ארבע השתלמויות סוף שבוע:
 - א. במלון "דן פנורמה" – בחיפה.
 - ב. בבית הארחה "נוף גינסר" – ליד טבריה.
 - ג. בבית הארחה "נוה אילן" – בהרי יהודה.
 - ד. במלון "קרלטון" – בנהריה.
6. חוג הטיולים חידש פעילותו וקיים שלושה טיולים:
 - א. טיול להר מירון והשתתפות בקונצרט ב"חמדת ימים".
 - ב. טיול לאילת - כולל ביקור במוזיאון חיל האוויר, מרכז האנרגיה בשדה בוקר, בקניון האדום ובפרק תמנע.
 - ג. טיול לירדן ההררי - כולל שיט קיאקים בירדן.
7. מסיבת חנוכה במועדון "אוסקר" בת"א וערב חברתי מוסיקלי במועדון "החמאם" ביפו.
8. א. בקיץ האחרון השתתפו כ-120 מחברי האגודה בשני קונגרסים, האחד בקרקוב שבפולין והשני במבאטו שב-בופוטאצוואנה. רוב המשתתפים לקחו חלק בסדורים תיירותיים ברוסיה, בארצות אחרות במזרח אירופה ובדרום אפריקה.
ב. באוגוסט החולף התקיים בגנט שבבלגיה הקונגרס העולמי למשפט רפואי. כשבעים חברי האגודה השתתפו בקונגרס ובסדורים באירופה.
9. בחודש ינואר קיימנו יום עיון ע"ש עו"ד גיצלטר ז"ל במלון הילטון, תל-אביב, והשתתפו בו למעלה מ-300 חברים. קופ"ח מכבי וחב' מנורה ייסדו קרן מחקר ע"ש גיצלטר בנושאי רפואה ומשפט.

לחברנו עו"ד אלי זהר
תנחומים על מות אביו
חברי מערכת "רפואה ומשפט"

10. בחדש יוני קיימנו את מיפגשנו השנתי בכפר המכביה. יו"ר הכנסת, מר דב שילנסקי, ברך את הנאטפים, והשופט אלון, המשנה לנשיא בית המשפט העליון, נשא הרצאה. שלושה רופאים זכו ב"אות המופת" על פעילותם המוסרית. המפגש כלל ארוחת ערב חגיגית והופעת אמנים. נטלו בו חלק 600 חברים, ונערך בחסות חברת "מגדל" לביטוח.
11. האגודה קיימה כ-15 במות צבוריות, עבור הקהל הרחב, ברחבי הארץ. כ-5000 אזרחים נטלו חלק בפעילות חשובה זו.
12. האגודה יזמה סמינריונים בנושאי רפואה ומשפט בבית הספר ללימודי המשך ברפואה באוניברסיטת תל-אביב, וכ-150 תלמידים נטלו בהם חלק.

ב. תחזית הפעולות לעונה הקרובה (ספטמבר 91, ספטמבר 92):

1. התכנית שהופצה לחברי האגודה, מציעה עונה מגוונת ומעניינת יותר מזו שהסתיימה עתה.
2. התכנית תכלול השתלמויות סוף שבוע, סמינריונים באוניברסיטת תל-אביב, במות ציבוריות למען קהל הרחב ברחבי הארץ, ימי עיון וכנסים.
3. במיוחד יש להדגיש את הארועים המדעיים:
 - א. בראשית ספטמבר 91, התקיים בירושלים הקונגרס הבינלאומי החמישי על סמים, ביוזמה משותפת של האגודה, הרשות למלחמה בסמים ואוניברסיטת בר-אילן.
 - ב. בחדש נובמבר 91 יתקיים בבנייני האומה בירושלים הקונגרס הבינלאומי השלישי על פסיכיאטריה ומשפט, ביוזמת ובהנהלת האגודה.
 - ג. בחדש ינואר 92 ייערך יום עיון וחלוקת פרסים על ידי קרן שהוקמה ע"ש עו"ד גיצלטר.
 - ד. בסוף חודש יולי 1992 יתקיים קונגרס בינלאומי על רפואה ומשפט במונטריאול שבקנדה. האגודה מתכננת לקחת בו חלק ולהציע לחבריה להשתתף גם בסיור נלווה בקנדה ובארה"ב במסלול לא שיגרתי.

