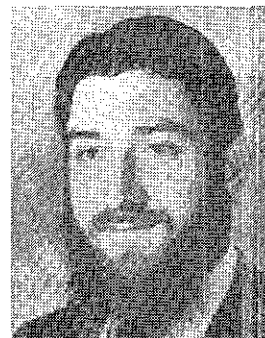


משפט רפואי



הרב ד"ר מרדכי הלפרין

אם פונדקאית

רקע רפואי

שני בני זוג שהם בעלי כושר פריון מבחינה גנטית (אשכים ושחלות מתפקדים) אך לאשה אין אפשרות לשאת את העובר עקב העדר רחם, או עקב ליקוי ברחם או מחמת בעיה רפואית אחרת (אורגנית או נפשית) - הינם מועמדים לתהליך העמדת צאצאים באמצעות אם פונדקאית.

הטכנולוגיה הרפואית הקיימת מאפשרת ביצוע הפריה חוץ-גופית (IVF) של ביצית האשה עם זרע הבעל, והשתלת העוברון ברחמה של אשה זרה - "אם פונדקאית".¹

הסכם חוזי מראש אמור להקנות להורים הגנטיים את הזכות לגדל את צאצאם הגנטי אותו תלד האם הפונדקאית.

הערה: המינוח "אם פונדקאית" ישמש להלן אך ורק ל: Surrogate gestational mother: women who gestate a genetically unrelated embryo, ולא לאשה המזרעת בורע האב במטרה למסור את בנה לאב ולאשתו החוקית.

ראשי פרקים והיבטים

1. ה"זכות" להעמדת צאצאים.
2. קביעת ההורות המשפטית.
3. הליכי אימוץ של בן הפונדקאית.
4. הדמיון למכירת אברים.

הכותב הינו יועץ רפואי לסגן שר הבריאות.

5. שאלת הממזרות.

6. תוקפו של חוזה הפונדקאות.

7. הגבלות על התנהגות הפונדקאית.

8. "המדיון החלקלק".

9. תקנות בריאות העם (הפריה חוץ גופית תשמ"ז 1987).

10. המלצות.

1. ה"זכות" להעמדת צאצאים

המצב בארה"ב

בארה"ב קבעו בעבר בתי המשפט כי "החופש להנשא ולהעמיד צאצאים (Procreation) הינו בין הזכויות הבסיסיות של האדם".² אולם עיון בפסקי הדין של בית המשפט העליון בארה"ב העוסקים בזכות זו, מעלה כי הדיון בזכות ההולדה מתייחס באופן מעשי לזכות בני זוג להנשא ולהעמיד צאצאים ע"י יחסים טבעיים.³

קיימות היום גישות המגבילות זכות זו למערכת הולדה טבעית, לעומת גישות אחרות המרחיבות לגבי זכות בני הזוג להנות מהפריה חוץ גופית ומאם פונדקאית.⁴ אולם גם לגישה המרחיבה, מקובל בארה"ב שהרחבת הזכות לפוריות טכנולוגית איננה מחייבת את החברה בכיסוי הרצאות, כשם שאיננה מחייבת רופא או טכנאי לבצע את הפרוצדורה.

ההסבר המקובל הוא ש"זכות" זו הינה בעלת אופי שולל - בכוחה למנוע הפרעה להעמדת צאצאים, ולא מחייב - להטיל התחייבות על גורם אחר.⁵

רפואה ומשפט

המצב בישראל

מסקנות:

- א. בהריון ולידה לאחר תרומת ביצית והפריה חוץ-גופית - האם המשפטית היא היולדת, מקבלת התרומה.
- ב. בהריון ולידה של אם פונדקאית (לאחר הפריה חוץ-גופית והעברת העוברון לרחם הפונדקאית) - האם המשפטית היא היולדת הפונדקאית. לכן: צאצא הנולד לפונדקאית, אביו החוקי הוא בעלה של נותנת הביצית; אימו החוקית היא - הפונדקאית, למרות היותה זרה מבחינה גנטית.

אלטרנטיבות לקביעת אימהות:

- א. תיאורטית, ניתן לקבוע בחוק יחס אימהות גנטי, על פיו נותנת הביצית תחשב כאם החוקית.

המשמעות:

- (1) תרומת ביצית, כיום תהליך נפוץ, תיהפך לפעולה המחייבת אימוץ
- (2) הגדרה כזו נוגדת את התחושה הסובייקטיבית החזה של האם היולדת מקבלת התרומה.
- (3) הגדרה זו מנוגדת, קרוב לוודאי, לעמדת המשפט העברי.

לאור זאת, קביעת אימהות גנטית ללא לידה אינה מומלצת.

- ב. אלטרנטיבה נוספת: קביעת אימהות גמישה לפי הצרכים. כאשר נדון זוג הזקוק לתרומת ביצית - תוגדר האם היולדת כאם החוקית. אך כאשר נדון זוג הזקוק לרחם פונדקאית - תוגדר האם הגנטית כאם חוקית.

להערכתנו, "גמישות" בהגדרת אימהות מסוכנת מבחינה חברתית, וכאשר יתקיים מצב של ניגוד אינטרסים חריף יוצרו בעיות משפטיות, אתיות ודתיות קשות, לכן קביעת הגדרה גמישה ליחס האימהות אינה מומלצת.

הגדרת אימהות - סיכום

מומלץ לקבל את הקביעה על פיה היולדת את הוולד תוגדר כאם מבחינה משפטית, כפי שמקובל בעת תרומת ביצית. הגדרה זו מחייבת הליכי אימוץ (לגבי האם) כדי לאפשר לזוג ההורים הגנטי לגדל, כהורים, את צאצאם לאחר קבלתו מידי הפונדקאית שילדתו.

המצב התחוקתי בישראל שונה, כמובן מהמצב בארה"ב, וקשה לדבר על זכויות יסוד בעלות תוקף מחייב ללא מקור חוקי. אולם מאז 1980 ניתן להשתמש בחוק יסודות המשפט תש"מ-1980⁶ ולהסיק ממנו מסקנות.

במסורת ישראל אנו מוצאים שלושה עקרונות הלכתיים התומכים בהפעלת טכנולוגיות מגבירות פריון⁷.

א. מצוות פרו ורבו המוגדרות כמצווה חשובה במיוחד.

ב. השאיפה לשמור על שלמות המשפחה. ככלל, צאצא משותף תורם לשלום הבית.

ג. חובת הסיוע לזולת - גמילות חסדים - מחייבת סיוע להגברת אושרו של הזולת. העמדת צאצאים תורמת לאושר זה.

אולם, עקרונות אלה ישימים אם אינם גורמים להולדת צאצא פגום הסובל קשות מבחינה רפואית או חברתית (למשל "ממזר"), ואם התהליך עצמו איננו כרוך בעבירה.

2. קביעת ההורות המשפטית

קביעת אבהות ואימהות בצאצא שנולד בעזרת מניפולציות מגבירות-פריון הינה קביעה משפטית.

אם קיימת לקונה במשפט הישראלי לגבי קביעת ההורות החוקית - אזי חוק יסודות המשפט מפנה אותנו למסורת ישראל⁶.

קביעת אבהות

על פי ההלכה המקובלת במשפט העברי, צאצא נחשב כבנו של נותן הזרע⁸. לכן גם כאשר מדובר באם פונדקאית - נותן הזרע הוא אביו החוקי של הילד.

קביעת אימהות

למרות ויכוח קיים בספרות ההלכתית, רווחת בקרב גדולי הפוסקים הגטיה להסתמך על המקורות מהם נובע שהלידה קובעת את יחס האימהות ולא התרומה הגנטית כשאינה מלווה בהריון ולידה⁹. פסיקה זו תואמת גם את ההרגשה הסובייקטיבית של האם הנושאת את העובר ברחמה ועוברת איתו את תהליך הלידה.

3. הליכי אימוץ של בן הפונקאית

חובת תיווך פקיד הסעד

בניגוד לתהליך אימוץ רגיל, המותר על פי החוק רק באמצעות פקיד סעד¹⁰, אימוץ מאם פונקאית לזוג ההורים הגנטיים אינו מחייב התערבות פקיד סעד, שכן "הוראה זו (הצורך בפקיד סעד) לא תחול על מסירה למאמץ שהוא בן זוגו של הורה המאומץ"¹¹.

לכן, מאחר ואביו החוקי של הצאצא אינו נותן הזרע - בעלה של נותנת הביצית - תהליך האימוץ האימהי אינו נזקק לתיווך פקיד סעד.

איסור תמורה

בהתאם לחוק, "המציע או נותן או מבקש או מקבל תמורה בכסף או בשוה כסף בעד אימוץ או בעד תיווך לאימוץ שלא ברשות בית המשפט, דינו מאסר 3 שנים"¹².

יש מקום לעיון אם סעיף זה חל גם על קבלת תמורה עבור נשיאת עובר ברחם פונקאית, על סבל ההריון והטיפול הרפואי כשמטרת הפונקאית היא מסירת הצאצא להורים הגנטיים לאחר הלידה. נראה שיש מקום לפרש היתר זה ע"י תיקון חוק האימוץ.

4. הדמיון בין פונקאית בשכר למכירת אברים

מכירת איברים

העקרונות האתיים המקובלים בעולם המערבי, אוסרים בדרך כלל מכירת אברים להשתלה¹³. לכן, אסורה מכירת כליות או אונות כבד להשתלה, משתי סיבות¹⁴:

א. הסכנה החברתית של הפיכת בני מעמד עני למאגר איברים לריפוי בני המעמד העשיר.

ב. העדר הסכמה מודעת אמיתית של התורם המוכר, עקב הקושי האובייקטיבי להעריך מראש את הכאב והסבל העתידיים של תורם האיבר.

פונקאות מסחרית

פונקאות מסחרית מהווה בעיה דומה לזו של מכירת איברים.

א. עלול להוצר מצב שבנות מעמד עני "ישכירו" את רחמן לפונקאות עבור בני מעמד עשיר.

ב. העדר הסכמה מודעת מראש למשמעות הרגשית של הפרידה מהתינוק הנולד בעת מסירתו לאימוץ.

ג. נזק מצטבר לרחם בעקבות כל לידה. הסכמה לפונקאות עלולה להנתן ללא מודעות לנזק מצטבר זה ולהשפעתו על הפוריות בעתיד.

הבדלים בין פונקאות למכירת איברים

ההבדל עקרוני בין פונקאות לבין מכירת איבר נעוץ בעובדה שבפונקאות לא נכרת איבר מגופה של הפונקאית אלא היא משתמש ברחמה.

הבדל זה קיים גם בין מכירת איברים לבין תרומת ביצית בשכר (כלומר: קבלת שכר עבור הסכמה לגירוי שחלתי, שאיבת ביציות להפריה חוץ-גופית והעברת העובר לרחם ה"משלמת").

הבדל אפשרי נוסף, נובע מ"חווית הלידה" אותה עוברת הפונקאית, שאינה דומה ל"חווית" ניתוח כריתת איבר.

פונקאות בשכר - סיכום

כל היתר לפונקאות חוקית חייב להביא בחשבון שרוב הפונקאיות יסכימו לכך תמורת תשלום, גלוי או נסתר. שמירת אונימיות כמעט ואינה מעשית. לכך משמעויות חברתיות-מוסריות מחר, וקשיים בהסכמה מודעת אמיתית - מאידך.

5. שאלת הממזרות

פונקאית פנויה

כאשר הפונקאית אינה נשואה - אין מקום לשאלת ממזרות של הצאצא עקב תהליך הפונקאות.

ההפריה נעשתה בין גמטות (זרע+ביצית) של זוג נשוי כחוק, ובהמשך תהליכי ההחזרה וההריון של הפנויה אין עילת ממזרות.

פונקאית נשואה

הפונקאית הנשואה נושאת ברחמה עובר שאביו איננו בעלה של הפונקאית, אלא אדם זר.

בספרות הפוסקים ישנו ויכוח אם "ממזרות" הנה תולדה של מעשה ניאוף או של עירוב גנטי זר¹⁵.

לויכוח זה השלכה מיידת על מעמד צאצא של אישה נשואה מתרומת זרע, כאשר קיים עירוב גנטי זר ללא מעשה ניאוף.

צאצא של פונקאית נשואה אינו תולדה של מעשה ניאוף. מסתבר, שהוא איננו נחשב אפילו לתולדה של

עירוב גנטי זה, שכן מבחינה גנטית העובר נוצר מגמטות של זוג נשוי כחוק¹⁶. לכן נראה לי שאין כאן עילת ממזרות.

אמנם, מאחר וכתם ממזרות אינו ניתן לתיקון¹⁷, וחומרתו רבה גם בספק ממזרות, לכן יש צורך לוודא מראש קיום קונצנוס הלכתי רחב לפני מתן היתר לפונדקאית נשואה.

הערך קונצנוס עלול להסתיים בלידת צאצא פגום מבחינה חברתית ודתית, שלא תמיד יהיה בר תיקון.

דתו של הצאצא

כאשר האם הפונדקאית הנה בת דת שונה מדתו של אבי הצאצא, קיים ויכוח חריף בספרות הפוסקים מהי דתו המשפטית של הצאצא.

לפי חוק אימוץ ילדים, "אין מאמץ אלא בן דתו של המאומץ"¹⁸. מכאן שצאצא של פונדקאית לא יהודיה חייב לעבור תהליך גיור לפני תהליך האימוץ.

6. חוזה הפונדקאות

ניתן להסתכל על חוזה פונדקאות בשתי צורות עיקריות:

א. התחייבות לויתור על זכות גידול הצאצא לטובת האב, ולהסכמה לאימוץ הצאצא ע"י אשת האב.

ב. חוזה ל"השכרת" רחם.

גם חוזה מהסוג השני (השכרת רחם) איננו יכול לשנות את יחס האימהות המשפטי, ולכן איננו מונע את הצורך בהסכמה לאימוץ עתידי ו/או לויתור על זכות האם היולדת לגדל את הצאצא. לכן, בכל מקרה, קיים בחוזה פונדקאות אלמנט של "דבר שלא בא לעולם".

הצד המשפטי של חוזה פונדקאות מחייב, איפוא, דיון מקצועי נפרד בתוקפו המשפטי, בזכות הצדדים לחזרה בשלבי ההריון או לאחר הלידה, ובגורלו של וולד פגום ששני הצדדים מסרבים לקבלו כבן.

7. הגבלות על התנהגות הפונדקאית במהלך ההריון ולאחריו

כאן מתעוררות שאלות אתיות ומשפטיות:

א. האם לנותני הגמטות (זרע+ביצית) יש זכות להתערב בחייה האישיים של הפונדקאית במהלך ההריון?

לדוגמא: האם ניתן למנוע ממנה עישון המזיק לעובר, קיום יחסי מין מחשש להידבקות במחלות המסכנות או מזיקות לעובר, שתיית אלכוהול וכדומה?

האם זכאית האם הפונדקאית להפסיק את ההריון על פי אינדיקציות מקובלות?

ב. האם חייבת הפונדקאית להסכים לניתוח קיסרי בעת מצבי דחק עובריים?

ג. האם יש להתיר, לחייב או לאסור קשר בין האם הפונדקאית לבין הצאצא, לאחר האימוץ?

8. "המדרון החלקלק", או: היכן הגבול?

היתר גורף לפונדקאות עלול לעורר וליצור בעיות חדשות, כגון:

א. אם גנטית רווקה

האם אשה רווקה זכאית להעמיד צאצאים באמצעות אם פונדקאית?

עומדים כאן לדיון היבטים נוגדים של רצון הרווקה לגדל ילד במשפחה חד-הורית, מול טובת הילד, שאיננה בהכרח זהה. יתכן שאף הקשר הנפשי של האם הגנטית הרווקה יהיה נמוך במידה רבה מזו של היולדת הפונדקאית, נקודה שחייבת להלקח בחשבון.

יש להבדיל בין הימנעות מהגבלת אשה ללדת באופן טבעי לבין הקצאת משאבים של החברה העלולים להביא ליצירת צאצא מאומץ במשפחה חד-הורית לאחר לידה לאם פונדקאית. אולם, מאחר וכיום מותר לנשים רווקות לעבור תהליכי הפרייה מלאכותיים כולל הפריה חוץ-גופית (IVF) בתנאים מסויימים¹⁹, יקשה בעתיד למנוע הרחבת היתר הפונדקאות גם לרווקות.

אמנם מבחינה משפטית, לפי חוק האימוץ יש הבדל ברור בין אימוץ מפונדקאית ע"י זוג נותני הגמטות לבין אימוץ ע"י רווקה.

במקרה ראשון מדובר באימוץ לבן זוג של האב - ההורה החוקי, מצב שאינו מצריך אימוץ באמצעות פקיד סעד¹⁰.

לעומת זאת, אימוץ ע"י רווקה מחייב ע"פ החוק את תיווכו של פקיד הסעד¹¹, על כל המשתמע מכך.

ב. פונדקאית פנויה

האם יש להתיר לאשה רווקה להיות פונדקאית?

לפי התקנות הקיימות (נתעלם מענין תוקפן המשפטי של תקנות אלה) לא תושלל ביצית מופרית באשה רווקה "אלא אם כן הביצית היא שלה..."¹⁹. מכאן נובע איסור לרווקה פונדקאית.

עיון בלשון התקנות מראה שפרט לסעיף 13 בהן (ראה להלן סעיף 9) אין מניעה בהחזרת ביצים נתרמת מופרית לאשה פנויה שאינה "רווקה" אלא גרושה או אלמנה. כך שאם תותר פונדקאית (ראה להלן) - לא תהיה למעשה הגבלה על פונדקאית שאיננה רווקה.

עקב השינויים הבלתי הפיכים העוברים על האשה במהלך הריון ולידה, נראה שמבחינה אתית יש למנוע רווקה שטרם הרתה וילדה מלהיות אם פונדקאית. היבט זה פחות חריף באלמנה או גרושה שכבר ילדה בעבר.

ג. קרבת משפחה

כיצד להתייחס לפונדקאית קרובת משפחה?

במקרים רבים תתרחש פונדקאות ממניעים אלטרואיסטים ולא מסחריים. מניעים אלה באים לידי ביטוי בתוך משפחה.

מבחינת טובת הילד, נראה שיש עדיפות לפונדקאות במשפחה, פרט לאותם מקרים בהם עלולה להיווצר שאלת ממזרות.

כיום, התקנות אוסרות השתלת ביצית מופרית לקרובת משפחה של נותנת הביצית²⁰.

9. תקנות בריאות העם -

(הפריה חוץ גופית) תשמ"ז-1987

איסור בתקנות

בהתאם לסעיף 11 של התקנות: "לא תושלל ביצית מופרית אלא באשה שתהיה אם הילוד". תקנה זו אוסרת, לכאורה, את ביצוע העברת העוברונים (ET) לרחם האם הפונדקאית.

תקנות התקנה

קיים ויכוח משפטי על התוקף החוקי של ההגבלות הלא-רפואיות בתקנות הנ"ל, אולם מסיבות ענייניות ראוי להתייחס לתקנות כתקפות, כל זמן שלא יוכרע אחרת בבית המשפט.

פרשנות מתירה

מסעיף 2 לעיל נובעת המסקנה הבאה: האם הפונדקאית היא, ורק היא, אימו החוקית של הצאצא

שהביאה לעולם. רק לאחר תהליך אימוץ נוצר קשר משפטי עם האם הגנטית המאמצת.

לכן, יש מקום לפרשנות שהתקנה איננה אוסרת פונדקאות, כל זמן שיחס האימהות של הילדת איננו נשלל מראש ע"פ חוק. קבלת פרשנות זו איננה נזקקת לשינוי בחוק או לביטול סעיף 11 שבתקנות.

סעיף 13

סעיף 13 בתקנות קובע: "לא תושלל באשה ביצית שנשללה מתרומה אלא אם הופרתה בזרע בעלה של האשה".

על פי הגדרת "תורמת" בסעיף 1 לתקנות, סעיף 13 אוסר למעשה החזרת הביצית לאם הפונדקאית לאחר שהופרתה בזרע בעלה של נותנת הזרע.

שינוי בהגדרת "תורמת" בסעיף 1 יכול לאפשר פונדקאות חוקית גם ללא ביטול סעיף 13.

פגם בתקנות

סעיף 3 בתקנות אוסר נטילת ביצית אלא אם נועדה "למטרה של הפריה חוץ גופית והשתלתה לאחר הפרייתיה". סעיף זה יוצר איסור על שאיבת ביציות לצורך GIFT, בו מותזות לחצורות האשה ביציות לא מופרות + זרע הבעל.

פעולה זו מתבצעת בפועל במרכזים רפואיים רבים בישראל, ובמקרים המתאימים עם סיכויי הריון טובים יותר מאשר בהפריה חוץ-גופית.

ראוי לתקן ליקוי זה בהקדם.

10. המלצות

לאור מורכבות הבעיה, כאשר היכולת הטכנולוגית להעניק אושר לזוג חשוך ילדים עומדת, לעיתים, מול נזקים אפשריים לצאצא או לחברה, מוצע:

א. להקים וועדת מומחים לליבון שקט של הנושא במסגרת משרד הבריאות. הוועדה תכלול את אנשי המקצוע הבאים:

(1) מומחה מקצועי רפואי.

(2) משפטן מומחה.

(3) מומחה הלכתי.

(4) נציג בכיר של המנהל.

(5) מומחה להיבטים הרב-תחומיים.

ב. לפנות למועצת הרבנות הראשית כדי שתפעיל את הוועדה שהוקמה על ידה לדיון בבעיות פוריות חדישות, על מנת לקבל החלטות.

11. סיום

"תפקיד הועדה לבחון את ההיבטים החברתיים, האתיים, ההלכתיים והמשפטיים של השיטות הטיפוליות הקשורות לנושא הנ"ל, מתוך התייחסות בין היתר, להסכמים ולנשיאת עוברים" (מתוך כתב המינוי).

ביום ו' תמוז תשנ"א (18.6.91) מינו יחדיו, שר המשפטים ושר הבריאות ועדה ציבורית-מקצועית בראשות השופט שאול אלוני "לבחינת הנושא של הפריה חוץ-גופית על כל הבטיו".

מקורות

1. ב"1985 דיווחו לראשונה Utian WH וחב' על הריק של עובר זר שהשתל ברחם פונדקאית בקליניקה "הר סיני" קליבלנד, ארה"ב (NEJM 313:1351).
2. הלידה הראשונה של פונדקאית באפריל 1986 דווחה ע"י Chagot P. וחב' [Detroit Free Press (April 17, 1986), p 1A]. רחמה של האם הגנטית ניכרת בעבר עקב קרעים ברחם.
3. (a) Skinner v Oklahoma, 316 US 535, 541(1942).
4. (b) Stanley v Illinois, 405 US 645, 651(1972).
5. Fertility and Sterility 53, No. 6 Supp. 2 p. 4S (1990).
6. שם.
7. שם, SS.
8. ג' רקובר, קודם לשילובו של המשפט העברי במשפט הישראלי (משרד המשפטים, שבט תשמ"ט, ינואר 1989), עמ' 14.
9. Halperin M., In-Vitro Fertilization, Embryo Transfer and Embryo Freezing, Assia - Jewish Medical Ethics 1, 1:25 (1988).
10. ר' משה לימא ב"חלקת מחוקק" אבן העזר א, ח, וכן חיד"א, "ברכי יוסף" אבן העזר א' יד.
9. הרב ז"נ גולדברג, יחוס אמהות בהשתלת עובר ברחם של אחרת, תחומין ח: 248 (1984).
10. חוק אימוץ ילדים תשמ"א-1981 סעיף 12(א).
11. שם.
12. שם, סעיף 32.
13. WHO EB 87/12, 19 November 1990.
14. מ' הלפרין, איברים להשתלה מתורם חי, אסיא מה"מו: 34 (1989).
15. א' שטיינברג, הורעה מלאכותית לאור ההלכה, ספר אסיא א', עמ' 128-141, בעמ' 135-136 שם (מהדורה רביעית, 1989).
16. הרב מ' בלייכר, הפריית מבחנה לעניין דין "הלך אחר הפגום", אסיא מט"נ: 68 (1990).
17. משנה, חגיגה, א, ו וכן משנה קידושין, ג, יג.
18. חוק אימוץ ילדים תשמ"א-1981 סעיף 5.
19. תקנות בריאות העם (הפריה חוץ גופית) תשמ"ז-1987, סעיף 8(ב).
20. שם, סעיף 12(א).

* תזכיר שנכתב בהתאם להחלטת שר הבריאות, בסיכום דיון הנהלת משרד הבריאות ביום 4.1.91, והוגש לשר ביום 4.2.91; התזכיר מתפרסם בהסכמתו האדיבה של שר הבריאות, מר אהוד אולמרט.



דן אביצקי
91

התמכרות ומשפט

תכנית טיפול לנפגעי סמים בשילוב עם מערכת אכיפת החוק

עו"ד חיה היכל



מבוא

הפעלת מערך תכניות טיפול לנפגעי סמים בשילוב עם מערך אכיפת החוק, יכולה להוות גישור יעיל בין המערכת המשפטית והמערכת הטיפולית בנפגעי סמים. המערכת הראשונה קובעת סנקציות משפטיות בשל הפרת החוק ובאה להבטיח את בטחון הציבור מחד, ואת השמירה על יסודות מטרות הענישה מאידך. המערכת השנייה משתמשת בתהליך הטיפולי לשינוי התנהגותו של הפרט, וכאמצעי המפחית את הסבל האישי שלו מחמת התלות בסם, ובעקבותיה שינוי אורח חייו והתדרדרותו לפלילים.

נעטוק להלן באפשרות לשלב את שני האספקטים: טיפול במכורים לסמים הנמצאים בהליך משפטי, יחד עם אכיפת החוק.

שימוש לרעה בסמים ועבריינות

בחברה המודרנית של היום אין בנמצא מערכת פוליטית או חברתית המסוגלת לגונן על חבריה מפני שימוש בסמים. שום חברה לא הצליחה להכחיד את השימוש בסמים בתוכה. סמים "חוקיים" (מרשמי רופא) או "בלתי חוקיים" (סמי רחוב) יימצאו במסגרת החברתית, כל עוד תהיה להם דרישה וכל עוד יימצאו כאלה שייעזרו בהם לצרכיהם החברתיים והאישיים.

הכותבת היא עו"ד, קרימינולוגית קלינית ורכז שקום וטיפול ברשות למלחמה בסמים.

מנגד - מערכת אכיפת החוק תמשיך להתקיים כל עוד העקרונות הבסיסיים הנוגעים לזכויות הפרט ישמשו כאבני יסוד לחברה.

ניתן להתמודד עם הנזקים הנגרמים על ידי שימוש בסמים בשתי דרכים:

1. נסיון להפחית עד למינימום את התוצאות השליליות והנזקים הנגרמים לבריאות הפרט ולבריאות הציבור ע"י שימוש בסמים.

2. להילחם בהיצע ובביקוש לסמים.

שתי המטרות הבסיסיות האלה ניתנות להשגה במאמץ ובשיתוף פעולה בין תכניות מניעה וטיפול לבין מערכת אכיפת החוק.

לכאורה, נראה כי הפעילות של מערכת אכיפת החוק נגד סמים נוגדת את עקרונות המערכת הטיפולית. בעוד שמטרת המשטרה, התביעה ובתי המשפט - להעניש את העבריין ולכולאו במסגרת סגורה לאחר שביצע עבירת סמים, כדי להגן על שלום הציבור - מערכת הטיפול בנויה על אמונה בעקרון שאכן האדם המכור לסם רוצה לשנות את אורח חייו ולשבור את מעגל התלות שנקלע אליו כאשר התפתחה בו התמכרות לסם ובעקבותיה הסתבך בפלילים.

עבריינות סמים מורכבת בדרך כלל מעיסקה בין מוכר מתוך רצון לבין קונה מתוך רצון. לכאורה - כל מושג ה"קרבן", הנמצא בבסיס תורת הענישה של המשפט הפלילי אינו מצוי כאן. זוהי עבריינות שהמעורבים

הישירים בה אינם מתלוננים זה על זה. נהפוך הוא, הם שותפים ומשתייכים לאותה תת-קבוצה חברתית.

עצם ההתקשרות ביניהם בלתי חוקית על פי החוק הפלילי ובעקבותיה המכורים לסמים נעצרים. עם הכנסתם למעצר או למאסר, התלות שלהם בסם אינה נפסקת. הדרישה לסם ממשיכה להתקיים גם בתוך המסגרת הטוטאלית של בית הסוהר, והיא מונעת ע"י החרדות סמים תדירות פנימה - בתי הסוהר מלאים בסמים. סטטיסטיקה רשמית של המשטרה ושרות בתי הסוהר מצביעה כי כ-80% מהעבריינים הפליליים הינם עבריינים הקשורים לשימוש בסמים. הסמים בכלא משמשים כלי שליטה אכזרי עם כל המשמעויות השליליות והשלכותיהן על החיים בתוך הכלא. בהרהור שני, נשאלת השאלה היכן יעילות שיטת הענישה הזאת לגבי המכורים לסמים, שהרי התלות שלהם בסם היא מקור הסתבכותם הפלילית. אם בעיית ההתמכרות לא תוכה להתייחסות תואמת בתקופת המאסר, אזי הענישה תשיג אומנם את מטרות הנקמה, הבודד וההגנה על שלום הציבור, אך לא תשיג את מטרות ההרתעה והשיקום. ביום שחרורו מהכלא, יתוור העברין אל הקהילה עם מלוא הבעיה של תלות בסם, כפי שהייתה.

החוק, הסם וההתמכרות

פקודת הסמים המסוכנים 1973 אוסרת החזקה, שימוש, גידול, ייצור, תווך וסחר בסמים. החוק הפלילי מחלק באופן כללי את הסמים לשתי קטגוריות עיקריות:

1. סמים שניתן להשתמש בהם בתנאים סמויימים, דהיינו: סמים רפואיים הניתנים במרשם של רופא ונצרכים בתנאי פיקוח מסויימים. כאן אנו מוצאים את כל החומרים הפסיכו-אקטיביים המשמשים כתרופות.
2. סמים שהשימוש בהם אסור לחלוטין על פי החוק. בקטגוריה זו נמצאים "סמי הרחוב" וכל פעילות הקשורה בשימוש בהם או בהפצתם נחשבת לעבירה פלילית.

למשפט, לחוק ולתקנות שהותקנו על פיו, להחלטות משפטיות, לכל אלה יש כיום חשיבות גדולה והולכת בתחום בריאות הציבור ובתחום תכנון והסדרת שירותי הטיפול, לרבות טיפול בתחום ההתמכרות לסמים.

בשנת 1962 ערך ארגון הבריאות העולמי (WHO) מחקר השוואתי שבדק את ההתייחסות של גישות משפטיות בארצות שונות אל מכורים לסמים. הגישות אמנם שונות, אך רובן נוטות לראות במכור לסם אדם לקוי באישיותו הזקוק למערכת מותאמת של טיפול ושיקום. ברוב שיטות

המשפט קיימת נטיה להפנות את העברין המכור לסם, לתכנית טיפול פסיכו-סוציאלית במקום להטיל עליו עונש מאסר. הגישה הדורשת הפניית המכורים לסמים למוסדות ענישה עם תנאי בטחון מירבי, נמצאת במיעוט.

רוב השיטות המשפטיות אינן כוללות הגדרה חוקית למושג "התמכרות לסמים". בארה"ב המכור מוגדר כך: "A person who habitually uses any habit-forming narcotic drugs, so as to endanger the public morals, health, safety or welfare, or who is so far addicted to the use of such habit-forming narcotic drugs as to have lost the power of self-control with reference to his addiction". (The law in the District of Columbia).

החוק הקנדי מגדיר את המכור כך:

"A person suffering from a disorder or disability of mind as evidenced by his being so given over to the use of alcohol or drugs that he is unable to control himself or is incapable of managing his affairs or endangers himself or others".

ועדת מומחים של ארגון הבריאות העולמי בנושא בריאות הנפש, קבעה בדו"ח מס' 14 שלה: בכל שיטת משפט יש להתייחס בהוראות נפרדות למכורים לסמים ואלכוהול בשל היותם חולים. לקביעת הוראות אלה יש להעזר באנשי מקצוע המתמחים בטיפול באוכלוסיה זו. על הוראות החוק לאפשר הקמת מערכות שיקום וטיפול תואמות תחת פיקוח מתאים, החל משלב האבחון ועד לשלב השיקום.

החוק יכול למלא תפקיד מפתח בהצבת מטרות מציאותיות ומושגות, אך התהליך הטיפולי עצמו הינו תהליך אינדידואלי המותאם לצרכים הספציפיים של כל מטופל. התחיקה עצמה חייבת להיות דינמית וגמישה עם יכולת התאמה למצוי וצריכה לאפשר אימוץ גישות טיפול שונות.

גישה טיפולית צריכה לכלול יחס אינדידואלי תוך שילוב וקשר לאספקטים חברתיים. במספר מדינות (בורמה, קולומביה ואינדונזיה) החוק מגדיר מושגים של "טיפול" ו"שיקום" תוך שימוש במושגים של "רה-סוציאליזציה" או "רה-אינטגרציה". ברוב שיטות המשפט, קביעת מושג הטיפול מסורה לשיקול דעתו של איש המקצוע המנהל את התכנית הטיפולית.

המושג "עברין סמים" הוא מושג כללי שניתן לבחון במבט היררכי של העבריינים הקשורים לעבירות סמים. אנו מוצאים כאן שלוש קבוצות עיקריות:

רפואה ומשפט

המחדשת ושיקומו בקהילה. מחקרים הוכיחו שרמת ענישה מחמירה יותר לא מנעה שימוש חוזר בסמים אצל מכורים לסמים¹.

בהתייחס לחוקי האחריות הפלילית בחוק הישראלי - המכור לסמים אחראי אחריות מלאה למעשיו אפילו אם הוא מוכר רשמית כסובל מדחף לסמים. המכור לסמים אינו מוכר כחולה-נפש ולפיכך אינו זכאי לכל פטור מאחריות פלילית. החקיקה הפלילית מתמקדת ביצירת כלים חוקיים המכוונים לאיסור או לפקוח ושליטה על ההיצע והביקוש. עם חקיקת חוק העונשין 1977 - החסרון הבולט היה העדר מודל טיפולי-שיקומי, והעדר תפישה אינטגרטיבית בשילוב מודל כזה עם אמצעים אחרים לאכיפת החוק. בחוק זה, סימן ז' בנוסח הישן, סעיפים 82-86, הוכנס עקרון האחריות המופחתת כלפי המכור לסם. סימן ז' דיבר על הוצאת צו החוקה במוסד סגור לנאשם מכור לסמים לשם גמילה מהדחף בחלק או בכל תקופת המאסר ובלבד שלא עלתה על שלוש שנים. מחקר מעקב שנערך אחר מימוש צווים אלה², הראה כי יישום הפרק האמור נכשל הן בשל גישה אידיאולוגית מוטעית (טיפול במכורים לסמים בבתי חולים לחולי נפש) והן בשל דרכי יישומו והעדר כלים מתאימים להפעלתו (העדר מקומות אשפוז). סימן ז' זה בוטל והוחלף בפברואר 1990. סעיף 82 החדש מדבר על אפשרות הטלת צו טיפול על נאשם מכור לסמים, במסגרתו יעבור הנדון טיפול בקהילה בהתאם לתכנית שיוזרה ביהמ"ש ורשאי ביהמ"ש לתת צו כאמור גם אם לא הרשיע את הנאשם.

תנאים למתן צו טיפול כזה:

1. הנדון מסכים לעבור את הטיפול ומבין את תנאיו ומהותו.
2. מצבו של הנדון מצדיק טיפול והנדון מתאים לטיפול.
3. הוכנה תכנית מפורטת בתסקיר קצין מבחן לענין סוג הטיפול מהותו והמשכו.

תיקון זה מאפשר שילוב אמצעי טיפול כחלק מתהליך אכיפת החוק, אך אינו שלם עדיין, בהעדר חוק רשמי אשר מסדיר כללי הפעלת מוסדות טיפול למכורים לסמים בתחיקה הישראלית. העדר הסדר רשמי וחוקי כזה מאפשר לשרלטנים רבים להציג את עצמם כמומחים לטיפול בנפגעי סמים. הם מלווים את הנאשם בתהליך המשפטי ומציגים בפני בית המשפט תכנית פסאודו-טיפולית - מקצועית ולו רק כדי למלט את הנדון מעונש מאסר. האינטרס האישי שלהם הוא רווח כספי בלבד. בית המשפט עצמו חסר את הכלים המקצועיים לבחון את מהותה וטיבה של התכנית הטיפולית המוצעת -

1. הסוחר בסמים לצורך רווח כספי ללא כל רקע אישי של שימוש בסמים.

2. סוחר סמים שבעצמם מכורים לסם, ועוסקים במכירתו כדי להשיג מימון לצריכתם העצמית. ברוב המקרים הם נתפסים בקלות רבה על-ידי המשטרה, שכן הזדקקותם העצמית לסם חושפת אותם מהר לנציגי רשויות אכיפת החוק.

3. מכורים לסמים המסתבכים בעבריינות פלילית (לאו דווקא עבירות סמים). עקב תלותם בסם הם מבצעים עבירות למימון קנייתו. הם נתפסים תוך ביצוע עבירות רכוש או תוך ביצוע עבירה על פי פקודת הסמים המסוכנים 1973 (שימוש או קניה).

הקבוצה הראשונה ראויה לעונש הכבד ביותר עם אחריות פלילית מלאה. בהתאם למדיניות פעילותה של המשטרה זוהי קבוצת היעד הראשונה, ויש להענישה בחומרה. כיום לפי פקודת הסמים המסוכנים 1973, צפויים לעונש של עד 20 שנות מאסר ו-25 שנות מאסר במקרה של מכירת סמים לקטינים.

את שתי הקבוצות האחרות יש לבחון בצורה שונה ברמת הענישה, על אף ביצוע העבירות הפליליות - בשל בעיית התלות בסם. לעיתים, דווקא ההסתבכות עם מערכת החוק מהווה מעין טיפול כהלם המעורר רצון לשינוי אורח חיים ונסיון לצאת ממעגל הסמים ויש לנצל מומנטום זה בצורה קונסטרוקטיבית.

תורת הענישה מציבה ארבע מטרות לעונש:

1. נקמה ותגמול על ביצוע העבירה.
2. הגנה על שלום הציבור על ידי בידודו של העבריין.
4. הרתעה "למען יראו וייראו".
4. שיקום העבריין.

ברוב מוסדות הענישה שלוש המטרות הראשונות מושגות כלפי הציבור. ואילו כלפי העבריין המכור לסם, המטרה השלישית והרביעית אינן מושגות. בתי הסוהר סובלים מהתפרצות אוכלוסין ומירב תשומת הלב ניתנת לבטחון. עם שחרורו, העבריין חוזר לחברה עם ידע פלילי מועשר. לגבי המכור לסם אלמנט ההרתעה אינו תופס, מאחר ובסיס פעילותו העבריינית הינה תלותו בסם שלא טופלה בתוך כתלי הכלא.

מאסר המתבצע תוך מתן תנאי טיפול יוכל להיות יעיל רק אם תהיה לו מסגרת המשכית לטיפול לאחר המאסר - בקהילה עצמה. עם שחרורו, נוסף לבעיית תלותו בסם נוספת לאסיר המשוחרר הסטיגמה הרשמית של עבריין, המקשה עוד יותר על תהליך השתלבותו

3. התאמת תכנית טיפול ויצירת תוכנית מותאמת אישית.
 4. קביעת מטרות טיפול מוגדרות.
 5. פסיכוטראפיה, ייעוץ ועיצוב התנהגות ככלי טיפול בסיסיים.
 6. השתלבות מחודשת בתפקוד ועבודה בשילוב מערכת תמיכתית.
 7. פיתוח מערכת רבת-תחומית בה משתלב המטופל תוך תיאום בין התחומים.
 8. הערכת התקדמותו בתכנית הטיפול.
- תכניות טיפול למכורים לסמים בשילוב מערכת אכיפת החוק, ניתנות לסווג לשלושה סוגים:

1. טיפול במקום הליך משפטי: דה-קרימינליזציה של המכור לסם, והפנייתו לטיפול, בעת מעצרו על ידי המשטרה. בהתאם לתוצאות התהליך הטיפולי - יוחלט אם להעמידו לדין או לא.
 2. טיפול במקום מאסר עם אפשרות התליית גור הדין לאחר ההרשעה - מותנה בשיתוף פעולה מצידו והתקדמותו בתכנית הטיפול.
 3. טיפול תוך כדי תקופת המאסר ובתנאי מאסר, דהיינו הפעלת מסגרת טיפול בתוך בתי הסוהר. חסרונה של תכנית זו הוא בבידודה וניתוקה ממצואות הקהילה היומיומית ומחיי היום-יום בחברה.
- מסגרת זו מנסה להידמות למסגרת טיפול של קהילה טיפולית ומתנהלת במסגרת אגפית נפרדת בבית הסוהר. בית הסוהר הינו מסגרת טוטאלית ומאופיין בבידוד מהחברה; כללי תת-תרבות עבריינית ששולטים ומקשים על תהליך של חשיפה עצמית ויצירת אמון הדדי - יסודות העומדים בבסיס הקשר הטיפולי. מסגרת בית הסוהר מחזקת את תחושת חוסר האונים של המטופל שאינו יכול לפעול מתוך רצון חופשי ובחירה חופשית³. כדי להתגבר על קשיים אלה, על מסגרת הטיפול בתוך בית הסוהר לאפשר שיקום תעסוקתי נוסף לתהליך הטיפולי; שילוב עם טיפול משפחתי (ע"י הזמנת בני המשפחה לשיחות) ומתן אפשרויות לימודים.

תכנית TASC

דוגמה טובה לתכנית טיפול בקהילה בשילוב מערכת אכיפת החוק היא תכנית TASC⁴ – Treatment Alternatives to Street Crimes). התוכנית הוקמה בארה"ב בשנת 1972 כדי ליצור את חוליית הקשר בטיפול בבעיית שימוש בסמים והתהליך המשפטי. התכנית

בהעדר הסדרי הסמכה ואישור רשמי להפעלת תכניות טיפולים. נמצא שוב ששכרו של תיקון זה - בשינוי הגישה האידאולוגית שאימץ לעצמו - יצא בהפסדו, בהעדר כלים מתאימים להפעלתו.

נראה כי בעיית האחריות הפלילית והתמכרות לסמים תזכה להתייחסות משפטית מעמיקה יותר כאשר בית המשפט יעמוד אל מול מקרים בהם ייטען שהנאשם המכור הינו "מכור מלידה" בשל היותו ילוד לאם מכורה לסמים אשר השתמשה בסמים בתקופת הריונה - בעיה זו נוגעת בעקרונות הבסיסיים של האחריות הפלילית: בעית קיומו של רצון חופשי.

תכניות טיפול לנמנעי סמים

טיפול במכורים לסמים מוגדר כמניעה שלישונית, ומטרתו להפחית את הנזק שנגרם בעקבות פיתוח התלות בסם ובאופן כללי - שינוי אורח חייו של המכור, להביאו לתהליך דה-סוציאליזציה ושיקום בתוך החברה ע"י תפקוד נורמטיבי. מערכת טיפול חייבת להיות רבת-תחומית ע"י שילוב גישות טיפוליות ומודלים שונים לטיפול. רמות שונות להתערבות טיפולית המבוססות על אספקטים רפואיים, פסיכוסוציאליים, תוך התייחסות לכל מקרה באופן אישי והפנייתו לתכנית טיפול המתאימה לו - לאחר שעבר תהליך אבחון.

תכניות הטיפול מתחלקות לשני מודלים עיקריים: בתוך מסגרת סגורה ולעומתה מודל מרפאתי-קהילתי. כל מודל יכול להתבסס על שילוב הטיפול ע"י תרופות או בלעדיהן.

1. תכניות הנותנות טיפול תחזוקתי תרופתי (באדולן). תכניות אלה הן מרפאתיות והטיפול התרופתי ניתן בשילוב טיפול פסיכוסוציאלי.
2. תכניות טיפול ללא שימוש בסם אשר רובן מתחילות בתהליך של התנקות (במסגרת סגורה או בהסגר בית) ואשר עוזרות למטופל בצורה הדרגתית לחזור לתפקוד במסגרת הקהילה, נקי מסמים ובליזוי תהליך טיפולי-שיקומי.

טיפול בנפגעי סמים אינו טיפול חד-כווני וייתכנו מצבי נסיגה בהם המטופל יעבור ממודל טיפול אחד לאחר או מתכנית טיפול אחת לאחרת.

שלבי התהליך הטיפולי:

1. איתור והכנה לטיפול.
2. איבחון.

רפואה ומשפט

הינה חלק ממערכת אכיפת החוק. היא מזהה, מאבחנת ומפנה את הנאשם המכור אם בתהליך האישום ואם לאחר ההרשעה, לתכנית טיפול בקהילה כאלטרנטיבה לסנקציה משפטית. המסגרת עוקבת אחר שיתוף הפעולה של הנאשם והתקדמותו בתכנית הטיפול ומרווחת על כך למערכת המשפטית (בדומה למערכת שרות מבחן אצלנו). קיומו של האיום בסנקציה משמש כגורם מוטיבציוני לשיתוף פעולה בתהליך טיפול. אף כי נראה כי יש כאן טיפול בכפייה, מחקרי מעקב הראו אותם אחוזי הצלחה בטיפול בדומה לתכניות טיפול דומות אליהן המטופלים מגיעים בקהילה מרצון חופשי.

הפיקוח המתבצע כאן מטעם מערכת המשפט משרת את בטחון הציבור. יסודות תכנית זו:

1. מערכת משפט המקיימת מסגרת משולבת זו השומרת על קשר קבוע בין מערכת המשפט ומערכת הטיפול.
2. קיום מערך תכניות טיפול בקהילה המאפשרות התאמת תכנית טיפול מתאימה והתייחסות טיפולית-שיקומית רבת-חומית לבעיית ההתמכרות. מערכת המסוגלת לפעול ב-"Case management" כדי שתוכל להצביע על הצלחת הטיפול או כשלונו.
3. מסגרת מיוחדת של TASC הפועלת כיחידה ארגונית אוטונומית ועצמאית ועונה על הציפיות המשפטיות וטיפוליות המופעלות ע"י צוות מקצועי מיומן, כלי הערכה וקריטריונים ברורים ל-"Case management".
4. צוות מקצועי בעל מיומנות ומהימנות המתמחה בכל האספקטים המשפטיים והטיפוליים.
5. מערכת הערכה נלווית היוצרת את הסטנדרטים להפעלתה והקובעת את דרכי הדיווח והאינפורמציה הנחוצה.
6. קביעת קריטריונים ברורים להפעלת המסגרת כמו: (א) מעורבות המערכת המשפטית בהפעלת התכנית;

(ב) החלטה על סמך איסוף נתונים בסיסיים על אישיותו ובעיית התמכרותו של הנאשם;
(ג) קיום הסכמה מצד הנאשם-המטופל להשתתף בתכנית בהתאם לתנאים שנקבעו.

7. הפעלת מערכת אבחון המתבססת על: הסטורית השימוש בסמים; הסטוריה פלילית; מצב בריאותי; מצב נפשי; רקע של טיפול בעבר; רקע משפחתי; רקע אישי; רקע חינוכי; רקע תעסוקתי; קיומה של מערכת תומכת ופרוגנוזה.

8. יכולת מעקב אחר נקיונו של המטופל (קיום מערכת בדיקות שתן).

9. נהלי דווח בין המערכת הטיפולית באמצעות TASC למערכת המשפטית.

מחקר נלווה למסגרת זו שנערך בשנים 1979-1987 הצביע כי מטופלים שסיימו בהצלחה תכנית משולבת זו, אחוז ה־רצידיון אצלם היה נמוך (28%) לעומת אלה שנכשלו בתכנית (57%) והוחזרו להמשך התהליך המשפטי. ירידה ברצידיון משמעותה חסכון לחברה בהוצאות החזקת הנאשם בבית הסוהר, הפחתת הנזק הנגרם לחברה בגין פעילותו העבריינית למימון צריכת הסם.

קיום תכנית כזאת חשיבותו רבה במיוחד לגבי בני נוער משתמשים בסמים - כדי למנוע את התדרדרותם החריפה יותר לעולם הסמים וכדי למנוע את תהליך יצירת הסטיגמה לעתיד.

עבריינים צעירים נמצאים בדרך כלל בשלב של תחילת שימוש בסמים, כאשר התייחסות מתאימה תוכל למנוע התפתחות של התמכרות מלאה. דווקא לגביהם שיקול הטיפול (מניעה שניונית) מול ענישה צריך לזכות בגישה גמישה יותר למניעת נזק עתידי.

הערות שוליים

3. Goffman E. - Asylums - Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates, New York, The Anchor Books Edition - 1961.
4. TASC - Implementing the Model - Bureau of Justice Assistance, Washington D.C.-U.S.A. 1988.

1. Erickson P: "Deterrence and Deviance: The Example of Cannabis Prohibition", Journal of Criminal Law, Criminology and Police Science 67(2),pp.222-232 - 1976.
2. דו"ח הוועדה הבינמשרדית לטיפול מקיף בבעיית ההתמודדות בסמים במדינת ישראל - משרד העבודה והרווחה, יולי 1983 - ע' 60.

רפואה משפטית



ד"ר משה לוטם

התחזות Malinger

יש להבדיל בין התחזות לבין היסטריה Conversion neurosis, Post traumatic neurosis בהן ההתחזות למוגבלות היא בלתי מודעת.

כדי לשחק את המתחזה בהצלחה, דרוש ידע רב ברפואה. לכן, לא כל כך קשה לרופא לאבחן התחזות, אולם האבחנה דורשת מהרופא להיות חשדן כלפי החולה ולהביא בחשבון את האפשרות לקיום התחזות. חשדנות זו עומדת בסתירה לחינוך שהרופא קיבל בביה"ס לרפואה ולאידאליים שלו. הרופא אמור להיות איש אמן של החולה גם בשטחים אינטימיים. הוא מאמין בחולה כפי שהוא מצפה שהחולה יאמין בו. הצלחת הטיפול הרפואי מושפעת הרבה מאמון הדדי זה. אך כאן, יש לנהוג בדרך של "כבדהו וחשדהו".

למרות שההתחזות אינה נדירה ולמרות חשיבותה הכלכלית לחברה, מושג זה אינו מוזכר כלל בספרי יסוד ברפואה, ואף לא בספרים המיועדים לסטודנטים. מעט מאוד מאמרים מופיעים בספרות הרפואית בנושא זה. מכאן שהרופא המצוי מודע לאפשרות קיום התחזות והוא מאפשר למתחזה לתמוך אותו כרצונו (ראה תמונה).

מכיוון שהמתחזה אינו מעוניין להבריא לפני שיקבל את מלוא הפיצויים אליהם הוא שואף, הוא אינו מגיב לטיפולים שמקבל ומצבו אינו משתפר. הרופא התמים חושב שחוסר ההצלחה בטיפול נובע מטעות באבחנה, או שמא מדובר במחלה נדירה שאינה מוכרת לרופא. תמונת המחלה מסתבכת עוד יותר כיוון שהמתחזה מציג לעיתים קרובות סימפטומים שמשתנים מביקור לביקור. תחילה סבל, למשל, מכאבי צוואר בלבד. בביקור הבא

הפולקלור גדוש בסיפורים על מתחזים, או "ארטיסים" בלשון העם. לדוגמא: מי ששרת בצה"ל פגש בוודאי בספקטרום רחב של מתחזים, החל מן המתחזה הקטן, שבסך הכל מעוניין בכמה "גימלים" ועד אלה שהופכים לנכי צה"ל ומהווים נטל על החברה.

הגדרה: מתחזים הם אנשים שמציגים עצמם כחולים או מוגבלים, יותר מאשר הם במציאות. מניעה אותם שאיפה מודעת להשיג רווח משני, או כספי, או להשיג יתרונות אחרים הנובעים מהתיחסות החברה אל המוגבלים.

המתחזים יכולים לבוא מקרב כל שכבות הציבור, לרבות משכילים ואמידים. המאחד אותם הוא הפגם המוסרי שאפשר לרמות את הממסד. "שלמתי שנים כה רבות לביטוח הלאומי (או לחב' הביטוח) ומגיע לי החזר מהם..."

אפשר לפגוש גם בילדים מתחזים, אשר תודרכו ע"י הוריהם להתלונן על הפרעות שונות, להדגים צליעה וכדומה. אפשר שגם להזכיר את המחלות הדיפלומטיות של ילדים לפני בחינה...

ההתחזות יכולה להתבטא בנסיון לשחק מחלה או מגבלה שכלל אינה קיימת אצל המתחזה, או בהגזמה בהפרעות בקשר למחלה קיימת. מבין המתחזים, יש המוכנים אפילו לעבור בדיקות בלתי נעימות, כגון מיאלוגרפיה, קטטרציה ואפילו ניתוחים בלתי מוצדקים כדי לשכנע כי הם אכן מוגבלים ויש לפצותם.

רפואה ומשפט

מופיעים גם כאבי גב תחתון ורגלים. הכאבים משנים אופיים. קורנים לאזורים אחרים מדי פעם וכדומה.



המתחזה "סובל מכאבי גב". למתחזה חיוך ממזרי על פניו (או שהוא לפחות מחייך בקירבו והרופא... שובר את ראשו.

הרופא חוזר שוב ושוב על בדיקות מעבדה, צילומי רנטגן, עובר לבדיקות יקרות ומתוחכמות כגון MRI, CT וכמובן שאינו מוצא ממצא חולני ממשי. בינתיים הזמן חולף, חופשת המחלה מתארכת, ערימת האישורים ומכתבי הרופאים תופחת ומבטסת בהדרגה את התביעה המשפטית שהמתחזה בונה בשיטתיות. השופט שאליו מובא תיק התביעה והמומחה מטעם בית המשפט מניחים לעיתים קרובות ש"אין עשן בלי אש" והמתחזה מצליח במשימתו.

איסוף הניירת והתיעוד אופייני מאוד למתחזה והוא מייחס לזה חשיבות רבה ביותר (וכפי שראינו - בצדק) והוא מציג אוסף מרשים זה בפני כל רופא חדש שהוא פונה אליו. קיימת אצל המתחזה נטיה להחליף רופאים

מדי פעם, כאשר הוא מרגיש שהם מתחילים לחשוד באמינותו ומפסיקים לתת אישורי מחלה. הוא מנסה ללטף את האגו של הרופא החדש: "אני פונה אליך כי אתה רופא טוב ומפורסם ושמעתי עליך מידידים", "שום רופא לא הצליח עד עכשיו לפתור את בעיותי ואני סומך עליך ויודע שרק אתה תצליח"... . כאשר, לאחר בקורים חוזרים, גם רופא זה מתחיל לחשוד, היחס של המתחזה משתנה. מופיעה לעיתים אלימות מילולית ולעיתים אף גופנית, תוך דרישה לחופשות מחלה נוספות ואישורים נוספים. בשלב הבא המתחזה פונה לרופא אחר וחוזר חלילה.

שיטה נוחה להשגת האישורים הדרושים, היא לפנות באופן פרטי לרופאים. לפחות לחלק מהם, נוח ומשתלם שהמתחזה יפנה אליהם שוב ושוב, תמורת תשלום כמובן. הם יספקו לו אישורי אי כושר בקלות יתרה ולא יתאמצו לחשוף את העובדה שהוא מתחזה, כדי "לא לשחוט את התרנגולת שמטילה ביצי זהב".

מתי על הרופא לחשוד שלפניו מקרה של התחזות?

א. כאשר הוא מוצא אי התאמה בין חומרת המחלה או החבלה לבין חומרת אי הכושר של החולה, או שאי הכושר מתמשך מעל ומעבר לתקופה המקובלת.

ב. הסימפטומים שמשתנים מביקור לביקור אף הם אופייניים. הרי המתחזה לא למד רפואה, ובין ביקורת אחת לשניה שכח על מה התלונן בפעם הקודמת...

ג. חוסר התאמה אנטומי ופיזיולוגי בין המחלה לסימפטומים.

ד. הממצאים בבדיקה הגופנית עומדים בסתירה למגבלה, כגון חוסר דלדול שרירים ב"שיתוק".

לשם חשיפת ההתחזות אפשר להעזר בבדיקות עזר. ב-EMG קל לחשוף "שיתוק" רצוני. אודיומטריה תחשוף "חרשות". יש לציין כי בדיקות הדמיה שונות כגון MRI, CT, שבהן מסתייעים לברור כאבי גב, עוזרות בשאלת ההתחזות באופן חלקי בלבד. הדגמת בלט דיסק בבדיקות אלה אינה מוכיחה כי בלט מסויים זה הוא שגורם למחשוי הגב וכי בכלל קיימים כאבי גב. זאת מכיוון שבאחוז ניכר מהאוכלוסיה קיימים שינויים ניווניים בעמוד השדרה, כולל בלט דיסק, מבלי שהם מכאיבים או מגבילים את התפקוד.

כאורתופד, אני פוגש במתחזים רבים. קיימת התפלגות החל מן המתחזה "הצנוע יחסית" שמתחזה כסובל מכאבי גב כרוניים, ושמעוניין בסה"כ להשיג "עבודה קלה" ועד "למשותק", שהפיל בפח את רופאיו, כולל פרופסורים

רפואה ומשפט

רופא אורזניים. בכל אחד ואחד ממכתבי ההפניה שלו לנמענים השונים, כותב הרופא כי הנפגע איבד הכרתו בשעת התאונה. הרופאים הבאים חוזרים ברישומיהם על מידע זה, עד אשר לבסוף, אבוד ההכרה שלא היה קיים מעולם, הופך לעובדה קיימת. הרופאים שלא מצאו ממצא חולני כלשהו בכל בדיקותיהם ואשר אינם חושדים בהתחזות, מאבחנים הפרעה נפשית שקיימת לכאורה. האבחנות הבאות מתחילות להופיע במכתבי הרופאים: Post concussion syndrome = תסמונת שלאחר זעזוע מוח; Post traumatic syndrome = תסמונת שלאחר חבלה שזוהה ל- Post traumatic neurosis. על המתחזה הזה לתמיד ולא לחזור לעבודה במשך שנה-שנתיים ואז יהיה מסודר בחיים. הרי תמיד יוכל לטעון במשפט, כי אבד את הכרתו בשעת התאונה והתעורר רק כשהגיע לחדר המיון. הוא ניסה להסביר זאת לרופא בחדר המיון אך הרופא לא הקשיב לתלונותיו ובדק אותו באופן שטחי... השופט, כאמור, עשוי לחשוב ש"אין עשן בלי אש" וגומר...

על הרופא ועל המשפטנים להיות ערים לכך כי ההתחזות נפוצה למדי, יש לראותה כנגע חברתי ומוסרי וכרמאות לשמה. ניתן לחשפה ויש לעשות זאת בהקדם, כדי להקטין את הנזק שההתחזות גורמת לכלכלה ולחברה.

לנירולוגיה, וחי על חשבון הציבור לאורך זמן. מן המתחזה שמגזים במקצת בהפרעות ממחלה שאכן קיימת אצלו ועד לנכה ששוקם היטב - אך אינו חוזר לעבודתו בעצת עורך דינו.

כאשר המתחזה אינו חוזר לתפקד לאחר חבלה ומבלי שמצאים אצלו ממצאים חולניים אובייקטיביים, עדיין פתוחה לפניו האופציה להחשב כסובל מ-"Post traumatic neurosis", למרות שאינו נזירי כלל, ובסך הכל הוא שואף במודע לנצל את החברה.

כדי להדגים עד כמה קל להשיג אישורים רפואיים כרצון המתחזה, נביא לפניכם מקרה יומיומי:

אדם נחבל בתאונת דרכים ונבדק בחדר המיון. בבדיקה נמצאים שפשוטים ורגישות במקומות שונים. הנפגע מספר בפרוטרוט על פרטי התאונה. הכרתו צלולה. אינו מבולבל וברור שלא איבד את ההכרה. עובדה זו נרשמת במכתב שחרורו. לאחר זאת, בפנייתו לרופא הבא, נניח - לנירולוג, הוא מספר כי אבד את הכרתו בתאונה וכי טובל מכאבי ראש, סחרחורת, חוסר ריכוז, עצבנות, רגישות לשמש, טשטוש בעיניים, זמזום באוזניים ועוד תלונות מתלונות שונות, כיד הדמיון הטובה עליו. הרופא רואה עצמו חייב לברר אם קיימת פגיעה מוחית. הוא מפנה אותו ל-CT של המוח, EEG, בדיקת רופא עיניים, בדיקת



■ תיווך נכסים ועסקים

מבחר גדול למכירה והשכרה של:

★ וילות ובתים ★ דירות ★ משרדים ★

★ חנויות ★ מגרשים ★ עסקים ★

אני בעדך - ולא רק בעד כסף!!!

רמת אביב ג' - מרכז שוסטר, אחימאיר 17
☎ 03-6411181

גלריה דניה לאמנות
הורוביץ טובה
מדרחוב נורדאו 7, חיפה
טל. 04-678723



מציגה למכירה תמונות שמן, צבע מים והדפסים ממוספרים וחתומים ממיטב אמני ארץ ישראל.

שעות פתיחה: א'ה: 09.00-13.00 ; 16.00-19.00
ג', 09.00-14.00

תארים אקדמיים מוכרים
תוך שנה
בתחומים מגוונים
בהתכתבות מהבית
מ-3,000 ש"ח לכל התואר

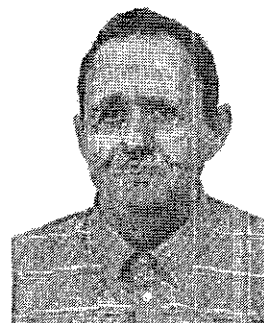


רח' הנוטר 47א', ת.ד. 206, קרית חיים - 26101
טל. 04-729706 פקס. +מודם 04-722205

רפואה משפטית

הרופא המרדים: הסיכונים והאחריות בפני החוק

ד"ר דניאל בקנר



יכולתו של המרדים המומחה, נבחנת במיטבה ביכולתו להתמודד עם מקרי חרום שונים המתרחשים ללא התראה כל שהיא, לדוגמה:

א. מילדות: דימום מסיבי, קרע ברחם, צניחה של הטבור עם תשניק של הןֶלד.

ב. טראומה: פגיעות מרובות (בעת מלחמה, או מחמת אירוע אורח), דימום חמור - קרע בכבד, או בטחול, או באבי העורקים, וכן בעיות קשות בדרכי הנשימה.

ג. תגובות אלרגיות קשות, או סיבוכים תרופתיים.

ד. פגם או תקלה בציד, לרבות במכשירים חדשים שזה עתה נתקבלו מן הספק.

רוב הארועים האלה מהווים מהלך נורמלי בחיי היום-יום של המרדים. הם מטופלים תוך שניות ע"י המרדים התורן, שכמובן ער למתרחש. אם המקרה, או התקלה, יש בהם חידוש או ענין מיוחד לציבור המרדימים, הדבר מוצא את ביטויו בספרות המקצועית. במקביל - דרך הטפול בבעיות שכיחות מועברת אל המרדים המתמחה ע"י מורהו, המרדים הוותיק, במהלך ההדרכה השוטפת בתקופת ההתמחות.

ציוד ומכשור

רבות בתביעות המשפטיות בשנים האחרונות הוביל בעקיפין להתפתחות עצומה בפתוח של מכשור רפואי ובפיתוח ציוד להרדמה באופן מיוחד.

בעבר נעשו פעולות הניטור ע"י שימוש ב"אצבע על הדופק", ו"צבע לחמיות". כיום נעשות פעולות אלה ע"י

במאמרי הקודם ("רפואה ומשפט" מס' 5, אקטובר 1991), ציינתי כי המומחה להרדמה צריך להיות בעל ידע מעמיק בתחומים רבים הנוגעים לעבודתו. ההרדמה הינה התמחות בענף של הרפואה, אשר העוסק בו עלול להיקלע בכל עת למצבים קיצוניים ובלתי צפויים, בדומה להליכה על חבל דק.

רק כאשר מנתחים את המיגוון הרחב של תאונות, שגיאות, כשלונות והחמצות של אבחון אסון רפואי המתוארים בספרות המקצועית והידועים לנו מתוך נסיונו האישי כמרדימים, ניתן להבין את עוצמת הקשת הרחבה של הבעיות אשר אורבות למרדים "מעבר לפינה", או גם ניתן להבין את המתח המלווה את המרדים כשהוא מתחיל הרדמה, מתח הכרתי ומתח תת-הכרתי הכרוכים בעצם העבודה.

מדי שנה נעשות בעולם כעשרים מליון פעולות הרדמה, ואף יותר. רובן פשוטות ומתבצעות ללא סיבוכים. אולם יש לזכור כי הולך וגדל מספרם של הניתוחים המסובכים בחולים קשים, קשישים וילדים קטנים.

באופן יחסי מעטות הבעיות הרציניות אשר מתעוררות ו/או מתפרסמות. זאת - עקב גישה נכונה של המרדים אל תפקידו. הדבר כולל: ראיון עם החולה, בדיקה קלינית, הכנה מתאימה של החולה לקראת הניתוח, בדיקה מראש של הציוד אשר המרדים עתיד להשתמש בו, ובדיקה חוזרת כדי לוודא כי צוות מאומן ומיומן יעמוד הכן במקרה חרום בלתי צפוי.

לפני זמן קצר נפל בחלקי לשמור על קשישה בת 92 במצב בריאותי מתקבל על הדעת לניתוח (קטרקט) בהרדמה מקומית. על שולחן הניתוח בזמן ההכנות הופיעה האטה של הדופק, אבוד הכרה והפסקת הנשימה. טיפול מיידי החזיר את המצב לקדמותו והניתוח הסתיים ללא הפרעות נוספות.

תרופות ותכשירים בהרדמה

התרופות והתכשירים נכנסים לשימוש לאחר נסיון ומחקר של שנים לא מעטות. לעתים אפילו חמש שנים לאחר שהומצאו. בארץ מוכנסים התכשירים לשימוש לאחר מחקר נוסף ולאחר שנכנסו לשימוש בארה"ב, באנגליה ובארצות אירופה בכל אולם מדי פעם ולעתים אפילו לאחר שנים של ביצוע אלפי הרדמות, מתגלים סיכוכים נדירים שגורמים להוצאה מן השימוש של תכשיר שכבר אושר בעבר. בשנות עבודתי ראיתי כעשרים תכשירים שהוצאו משימוש. באופן סטטיסטי ייתכן מצב שמרדים יחיד לא יפגוש בשנות עבודתו בחלק מהסיכוכים האפשריים, אפילו אם היה מעורב ב־100,000 הרדמות ויותר. תגובות שליליות מתפרסמות בספרות המקצועית ונתקרות על מנת לדעת אם החומר, השיטה, או החולה יצרו את הסיכון. לפני כארבע שנים פורסמו נהלים חדשים לשימוש בתכשיר שנמצא בשימוש כבר כשלושים שנה, והופעל במיליונים של הרדמות. הנה, ישנו גז מוכר בשם ד־תחמוצת החנקן אשר ידוע מאז שנת 1772 ונכנס לשימוש בפעם הראשונה ב־1844 בטיפול שיניים ע"י WELLS. מסתבר שהגז הזה גורם לתגובות לא רצויות בניתוחי אונניים ונתוחים מסוימים במעינים וכנראה שבעתיד יוצא מעת לעת מן השימוש. החפוש אחרי תכשיר פשוט שיתאים לכל סוגי החולים והניתוחים נמשך. למרות כל מה שנכתב לעיל, ואם מנתח משוכנע שיש סיכוי אפילו קטן שחולה קשה יוכל להינצל ע"י נתוח, אזי המרדים ימצא את השיטה והתכשיר שיאפשרו את ההרדמה הבטוחה ביותר לבצע את הניתוח ולסייע להציל את חיי החולה.

בית חולים יום

תפקידו של המרדים המומחה חשוב ביותר לטיפול המוצלח של יחידת בית חולים יום. הוא צריך להחליט אם החולה מתאים לטיפול ביחידה ובאיזה שיטה ותכשיר להשתמש, וכן מה שיאפשר לחולה לחזור לביתו במהירות ובבטחון כמה שעות אחר הניתוח, בתנאים המיוחדים השוררים ביחידת בית חולים יום,

מכשור אלקטרוני משוכלל וכאן מתאמתת האימרה כי כל מה שנוצר בידי אדם מעצם טיבעו עלול להתקלקל. ואכן - בעת תקלה במיכשור נדרשת מן המרדים תגובה מיידית בזיהוי התקלה ומיקומה, וכן בהמשך הטיפול התקין בחולה, דבר הנעשה ע"י שימוש בשיטות פשוטות ומכשירים ידניים, כגון מכשור ה־AMBU. זהו מכשיר הנשמה שהוכנס לשימוש רק ב־1960. הוא מורכב מבלון המתנפח אוטומטית ע"י חמצן או אויר. המכשיר נמצא בשימוש בצה"ל למקרי חרום, נמצא בכל מחלקה בבתי החולים, ורווח גם בחיים האזרחיים.

בציוד המתוחכם מופיעות גם בעיות אחרות: תקלות באספקה מרכזית של גז, החלפה בשוגג בין חבורי צנורות של סוגי גז שונים, דליפות, או התהוות חורים בצנורות עקב בלאי.

הכשלונות במיכשור, שהוזכרו לעיל, מתגלים מיידית בשתי דרכים:

- א. ע"י מכשיר המוניטור, ע"י שינוי באחוזי הגז, בלחצים או מצב החימצון של החולה.
 - ב. ע"י בדיקות לחץ דם וא.ק.ג.
- כל הנתונים מופיעים על המסך בכל עת.

החולה

ידועה מלאה אודות המחלות שעברו על החולה בעבר והתרופות שקיבל אז, רגישויות שונות שלו ומצב בריאותו בהווה, מסייעים להקטנת הסיכונים בהרדמה. אולם לעיתים, פרטים חשובים נשכחים ע"י החולה או משפחתו ומתגלים רק באמצע פעולת ההרדמה כאשר מופיעים סיכוכים. לעיתים לחולה יש אישור מאת רופאו האישי כי מצב בריאותו תקין והוא כשיר לניתוח, אולם בבדיקת המרדים מתגלה קיומן של בעיות שהיו עלולות להפריע במהלך התקין של ההרדמה לו לא נתגלו מראש, לדוגמא: מצב השיניים, תנועה חופשית של הראש והצוואר, פתיחה נורמלית של הפה ופגמים נוספים.

מתח, פחד או הכנה בלתי מספקת של החולה יכולים לגרום לשינויים בדופק, עד לכלל התקף לב, זאת בזמן שהחולה ממתיך כבר בחדר הניתוח, לפני הניתוח. כמה דקות מאוחר יותר לו היה המצב מתגלה תוך כדי הרדמה, היה בכך כדי להביא להאשמת המרדים או חומרי ההרדמה. במצב של התקף לב מעדיפים לחכות לפחות כ־6 חודשים לפני ביצוע הניתוח. היום מצליחים למנוע מקרים כגון אלה, שהופיעו בעבר, על ידי ביצוע א.ק.ג. בכל מקרה מעל גיל 40, ועל ידי עשיית הניטור בזמן הניתוח.

חייב המרדים להיות בעל נסיון מצטבר רב מאוד, על מנת למנוע מצבים שיסתיימו בתביעות משפטיות.

מקרי חירום

כפי שאמרנו לעיל, הרי יכולתו, כישוריו וכושר החלטתו של המרדים המומחה, נבחנים ומתגלים בעת מצבי חירום. לפני שנים לא רבות, עדיין קפחו חולים רבים את חייהם כאשר מרדים בודד נקלע לתוך מצב חרום, כי לא קיבל סיוע מתאים ומיומן, או נתקל בחוסר תרופות, או חסר תכשיר שנדרש, או כמות דם מספקת מן הסוג המתאים. כל אלה היו צריכים להיות זמינים, ובעצם חסרונם הגבירו את היווצרות מצב החירום.

המרדים המומחה לא היה יכול להתמודד עם מצבי חרום שהתרחשו ברזמנית בחדר לידה, חדר מיון ובמחלקות שונות של בית החולים.

ברוב בתי החולים ישנם היום לפחות שני מרדימים בתפקיד, בכל שעות היממה, לרבות מתמחה בכיר או מומחה, ובנוסף לאלה ישנו מרדים בכיר, הנמצא בכוננות בביתו.

התוצאה של ההשתפרות הזו היא הפחתה ניכרת במספר התלונות שהיו בעבר נגד מחלקות ההרדמה על שלא סייעו למחלקות האחרות בבתי החולים, במקרים בעייתיים.

השיפור במתן שירותים שונים, תוספת פרסונל, והנהגת נהלים חדשים בתחומים רבים, כל אלה באו למנוע טרגדיות שהיו רווחות בעבר, כגון עירויי דם מסוג בלתי מתאים, כאשר טכנאי בבנק הדם, שהוא עולה

חדש, טעה בקריאת כתבייד בעברית של הרופא המזמין. הכנסת פתקיות ממוחשבות, אשר מכינים לכל חולה בעת קבלתו לבית החולים מקטינה באופן בולט שורה ארוכה של טעויות, אשר שמשו בעבר כבסיס לאין ספור תביעות וועדות חקירה.

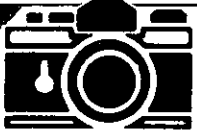
כיום ישנם קורסים בהחייאה הניתנים לסטודנטים בפקולטה לרפואה, לאחיות, לאנשי צבא ולעובדי בתי החולים, והם אחד הסימפטומים של ההתקדמות ברפואת החירום. אביא דוגמה של מקרה אחד מני רבים של מצב חירום.

חדר התעוררות ויחידת טיפול נמרץ

הקמת יחידות כאלה, לרוב ע"י הרופאים המרדימים, נעשתה כדי לתת טיפול יותר טוב לחולים. לאחר נתוח, ולמנוע סבוכים רציניים, או אף מקרי מוות, עקב החזרת המנותח למחלקה, בזמן תרדמה מוקדם מדי וכן השגחה צמודה. ההחזרה הזאת נעשית ע"י אחות בודדת ובלי רופא תורן בתוך המחלקה, ובלי לה - בדרך כלל ע"י תלמידה. גם ארועים כאלה הביאו לתביעות, משפטים וועדות חקירה.

תקוותי כי הוטל אור על עבודת המרדים והקשיים שבהם הוא נתקל בכל רגע ועם כל חולה. המרדים שמגן על החולה, ומכיר את הבעיות האפשריות וצופה את התרחשותן מגן לא רק על החולה, אלא גם על עצמו ומפחית את סיכויי עצמו להסתבך בתביעות. לכן המוטו של המרדים, הוא: שמירה קפדנית על החולה ומניעת סיכון לחולה.

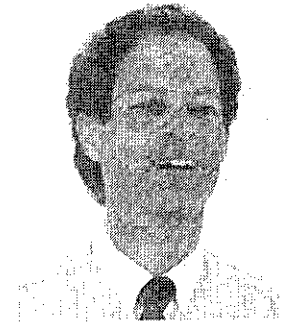
חיים!
6 חמומות
מסרט 36 + האולה
4 חמומות מסרט 24 + האולה
פיתוח תמונות ב"30 דקות!

**פוטו-טופ גבעתיים**
לחוקרים פרטיים, שמאים, רופאים, עורכידין
וועדי עובדים - מחירים מיוחדים!!
● צילום מסמכים
● מצלמות, סרטי צילום, קלטות, סוללות, אלבומים, מסגרות.
פוטו-טופ, סירקין 14 גבעתיים, מל. 03-722916

במבצע:
קלטת וידאו
HIGH GRADE
3 שעות 8.50 ש"ח
4 שעות 13.- ש"ח

מכבדים
כרטיסי אשראי

רוקחות ומשפט



ד"ר רוני וולף
עו"ד אסנת וולף

גהות ונקיון מכשירים בפעולות לא כירורגיות

איש לא יעלה בדעתו להשתמש במחט שאינה חד פעמית וסטרילית להזרקת תרופות לעור. מאידך - דווחו מקרים על העברת דלקת כבד וזיהומית, עקב שימוש במזרק המופעל על-ידי לחץ אויר ללא מחט¹.

קיימת הקפדה מרובה על הסטריליות של החוד במכשיר האלקטריקואגולוציה (מחט חשמלית), כלומר, אותו החלק הנוגע במישרין בעור^{2,4}, לעומת חוסר תשומת הלב לסטריליות של יתר חלקי המכשיר, כידית המכשיר הקרובה לסביבת האזור המטופל, למרות שהוכח כי טיפות דם זעירות עלולות להיות מותוות עד למרחק 29 ס"מ ויותר, ולהוות מקור להעברת זיהומים⁵.

איש לא יבצע שיוף העור (DERMABRASION) בצידו שאינו סטרילי לחלוטין. מאידך, אין הקפדה מספקת על הסביבה הקרובה לאיזור הפעולה, למרות שגם במקרה זה הוכח כי חלקיקי ריקמה, ואף חיידקים מותוים ומופצים באזור^{6,7}.

צריכת נגעים עוריים במכשיר הלייזר, נחשבת לטיפול שאינו דורש תנאים סטריליים וציוד חד פעמי, כי אין מגע ישיר בין המכשיר לריקמה המטופלת, אלא באמצעות קרן בלבד. לאחרונה הצלחנו להוכיח כי על אף האמור, נדבקים תאים חיים המותוים מן הריקמה המטופלת, אל ידית המכשיר בעת שימוש שיגרתי במרפאתנו. כאן יכול להתהוות מקור להדבקה והעברת זיהומים⁸.

שיטת ההקפאה השיטחית של העור בעזרת "קרר יבש" נהוגה במספר מרפאות עור. לאחרונה הוכחנו כי בשיטת טיפול זו עוברים חיידקים מעורו של המטופל אל

בעשור האחרון, חל מפנה בענף הכירורגיה האסטטית והכירורגיה הקטנה, המתבטא בכך שפעולות רבות יותר מן הסוג הזה, מתבצעות במרפאות ובבתי חולים פרטיים, במקום בבתי החולים הציבוריים הגדולים.

במקביל, חלה עליה ברמת הסטריליות בחדרי הניתוח במרפאות ובבתי החולים הפרטיים, עד לרמה הנהוגה בבתי החולים הציבוריים.

מאידך, בניגוד למצב השורר בפעולות הכירורגיות, שניתן להגדירו כמשביע רצון, הרי שבפעולות שאינן חודרניות, המצב רחוק מלהניח את הדעת: רמת הסטריליות בתחום זה אינה מספקת, ואין כל הנחיות וקריטריונים שיגדירו באילו אמצעי זהירות יש לנקוט. אין מודל לחיקוי (כחדרי ניתוח בתחום הכירורגי), ולא נקבעה רמת סטריליות אופטימלית אליה יש לשאוף.

כתוצאה, קיים פער ניכר בין רמת הסטריליות בשימוש במכשירים החודרים במישרין לעור ופוצעים אותו (איזמל הניתוח או מחטים), לבין מכשירים שאינם חודרים במישרין לעור, על אף שגם בפעולות אלה קיים סיכון של העברת מחלות, לרבות מחלות וירליות מסוכנות, כדלקת כבד וזיהומית (HEPATITIS) ואידס (AIDS).

נסקור להלן מספר דוגמאות, כדי להמחיש את הפער ברמת הסטריליות הנהוגה בפעולות חודרניות לעומת פעולות הנחשבות לבלתי חודרניות, וכדי להרגיש את הסיכונים הנובעים מכך:

רפואה ומשפט

טובת ציבור המטופלים מחייבת כי ייקבעו הנחיות ואמצעי זהירות נאותים גם בטיפולים שאינם כירורגיים ופולשניים. העיקרון שחייב להנחות אותנו בקביעת הנחיות כאלה, איננו הקפדה על סטריליות לשמה - אלא מניעת אפשרות העברת זיהום ממטופל למטופל.

נראה, כי בדק הבית בתחום זה חייב להתחיל ברופאים, ולהקיף בהדרגה גם את המקצועות הפרה-רפואיים, כמטפלים באקופונקטורה ובשיטות אחרות, דרך הפיזיותרפיסטים, האופתומטריסטים, המעסים והקוסמטיקאים ועד למקצועות שבהם נוצר מגע פיזי בין המטופל והמטפל, כמו ספרים, פדיקוריסטים ודומיהם.

לא ניתן למשל, לחייב ולדרוש מספר שיתמצא בחיטוי ויבצע עבודתו באמצעים סטריליים, אך ניתן ואף חייבים לדרוש שימוש במכשירים חד פעמיים כדי לצמצם סיכוי העברת זיהומים מלקוח אחד לאחר.

המחשבה, מה עלול לקרות כאשר הספר בבית החולים משתמש שימוש חוזר באותו תער ואותה המגבת אצל מספר חולים, מדידה שינה וחייבת להטריד מנוחת כל אלה האמונים על האינטרסים והבריאות של הציבור.

הקרח, וממנו לתרבויות שאותן בצענו⁹. דבר המצביע על סיכון של העברת זיהום ממטופל אחד לאחר.

מספר רב של פעולות אחרות המבוצעות באופן שיגרתי במרפאות טומן בחובו סכנה של העברת זיהומים. רבות נכתב ופורסם על העברת זיהומים עקב אקופונקטורה (שיטת הדיקור הסיני)¹⁰; בצוץ קעקועי¹¹; אלקטרוליזה (הרחקת שערות לצמיתות באמצעות "מחט חשמלית")¹²; וביצוע חורים בתנוך האוזן^{13,14}.

דוגמאות פחות מפורסמות ופחות ידועות הינן זהות של תמיסות המשמשות לסימון או חיטוי האיזור המטופל^{15,16} או שימוש במיטות שיוף¹⁷.

לסיכום: בתחום הפעולות שאינן כירורגיות ואינן פולשניות אין הקפדה מספקת על רמת סטריליות נאותה, ועל מניעת אפשרות העברת זיהום ממטופל אחד למטופל אחר.

לא זו בלבד שרמת הסטריליות הנהוגה לוקה בחסר, אלא שאין הנחיות ו/או הוראות מתאימות ואמות מידה מקובלות, לפיהן ועל פיהן ניתן לישר קו. המתרחש בתחום זה נראה כיום כשדה בור הממתין לחריש עמוק ויסודי, ומוטב שעה אחת קודם.

REFERENCES

- Hepatitis B associated with jet gun injection. MMWR. 1986;35:373-376.
- Sherertz EF, Davis GL, Rice RW, Harris BA, Franzini DA. Transfer of Hepatitis B virus by contaminated reusable needle electrodes after electrodesiccation in simulated use. J Am Acad Dermatol 1986;15:1242-6.
- Sebben JE, Sacramento CA. The hazards of electrosurgery. J Am Acad Dermatol 1987;16:869-71.
- Wolf R., Krakowski A. Do it yourself - How to produce a disposable electrosurgery electrode. J Am Acad Dermatol 20;709:1989.
- Berberian BJ, Burnett JW. The potential role of common dermatologic practice techniques in transmitting disease. J Am Acad Dermatol 1986;15:1057-8.
- Wentzell JM, Robinson JK, Wentzell, Jr, JM, Schwartz E, Carlson SE. Physical properties of aerosols produced by dermabrasion. Arch Dermatol. 1989;125:1637-1643.
- Sawchuk WS, Felten RP. Infectious potentia of aerosolized particles. Arch Dermatol 1989;125:1689-1692.
- Wolf R, Brenner S, Messer G. Intact cells on the laser handpiece. A non contact contamination. Acta Dermatoven. In press.

9. Wolf R, Landau M, Berger SA, Brenner S.
Transfer of bacteria with cryotherapy.
Acta Dermatoven. In press.
10. Kent GP, Brondum J, Keenlyside RA, et al.
A large outbreak of acupuncture-associated hepatitis B.
Am J Epidemiol. 1988;127:591-8.
11. Wolf R, Wolf O.
"Ye shall not... impress any writing by etching upon you".
Practical, medical and legal aspects.
Harefua. In press.
12. Hatfield J.
Electrolysis faces fears.
Boston Globe, Dec. 29, 1988, pp.57,59.
13. Wagner Jr., RF, Tomich JM, Grande DJ.
Electrolysis and thermolysis for permanent hair removal.
J Am Acad Dermatol 1985;12:441-449.
14. Viral hepatitis in young women after ear piercing.
MMWR. 1971;22:390-395.
15. Safranek TJ, Jarvis WR, Carson LA, et al.
Mycobacterium chelonae wound infections after
plastic surgery employing contaminated gentian violet
skin-marking solution.
N Engl J Med 1987;317:197-201.
16. Sebben JE.
Surgical antiseptics.
J Am Acad Dermatol 1983;9:759-765.
17. Perniciaro C, Dicken CH.
Tanning bed warts.
J Am Acad Dermatol 1988;18:586-7.

הערת המערכת:

ד"ר משה קלמן, מנהל המח' לבריאות השן במשרד הבריאות הביא לידיעתנו שני פרסומים, העונים באופן חלקי על הבעיות שעוררו מחברי המאמר:

- א. נדהלי מניעת זיהומים ברפואת שיניים - משרד הבריאות, ספטמבר 1988.
- ב. הנחיות להבטחת איכות במרפאות שיניים - משרד הבריאות, נובמבר 1990.



הוצאת "תמר" חברה להפצה בע"מ

מציעה ממבחר הספרים שבהוצאתנו:

ש"ח 100	נוער בפלילים - אלי שרון, שופט	ש"ח 1,275	חבות לפיצוי נפגעי תאונות דרכים - מיכאל צלטנר, עו"ד (כולל תוספת 14)
ש"ח 71	ענישה או שיקום - אהרן מלמד, שופט	ש"ח 250	תוספת 14 - חדשה
	שיטת המבחן בדין הפלילי - אלי שרון, שופט	ש"ח 51	לשון הרע - יונה יחב, עו"ד
ש"ח 51	הוכחת אבהות - דליה חלק, עו"ד		משפט ורפואה (באנגלית) - אמנון כרמי, שופט
ש"ח 51	מנת יתר - פביאן פארי	ש"ח 51	רפואת שיניים ומשפט - אמנון כרמי, שופט
ש"ח 20	הצצה לנוה תרצה - עמירם חרלף, עו"ד	ש"ח 51	
ש"ח 15	מפגשים - עמירם חרלף, עו"ד		
ש"ח 24			

★ המחירים כוללים מע"מ ודמי משלוח ★

לפרטים נוספים ולמשלוח הזמנות, נא לפנות לת.ד. 4560, חיפה, רח' אבן סינא 3, חיפה, טל. 04-645821; 663225

פסיכיאטריה ומשפט

התפתחות יחסו של המחוקק הישראלי לבעיית זכויותיו של חולה הנפש

ח"כ יאיר צבן

בצל הבעיות הענקיות, מחסור משווע בכלי התמודדות עם בעית חולי הנפש.

התשתית החוקית אף היא היתה ייחודית: עד 1955 היה תקף בארץ החוק העותומני משנת 1892 בדבר מקלט למשוגעים. איש לא הכיר אותו או נהג על פיו. החוק משנת 1955 בא, אכן, למלא חלל ריק לגמרי מבחינה חקיקתית. שר הבריאות דאז, יוסף טרלין, הצהיר בעת הגשת החוק לכנסת הצהרת כוונות נאורה לשעתה: "...השאירה היא לקרב את בית החולים לחולי-נפש עד כמה שאפשר לבתי החולים למחלות גופניות... להגביל אפשרות השימוש באמצעי כפייה עד למינימום... להסמך את האופוטרופוס הכללי לדאוג לנכסי החולה".

במתח שבין הגישה הרפואית הפטרנליסטית לבין הגישה המשפטנית, המדיגשה את זכויות הפרט, הכריעו יוזמי החוק באופן ברור לטובת הראשונה. וכך שר הבריאות אז: "הקו המנחה של הצעת החוק הוא השאיפה... להימנע ככל האפשר מכל פרוצדורה משפטית, העלולה להבהיל את החולה ולהרתיע את קרוביו, ובעיקר להשתחרר מכל נוהל המזכיר לציבור את הנוהל של בתי הסוהר".

מעניין לציין שבדיון על החוק בקריאה הראשונה (10.5.55) נטלו חלק רק שמונה ח"כים. בדברי רובם נשזרו תיאורים קשים של מציאות בה אין כל סידור למאות ואולי אלפי חולי-נפש הזקוקים לאישפוז ואילו במרבית בתי החולים לחולי-נפש, התנאים בלתי-נסבלים. רוב הדוברים ייצגו גישה פטרנליסטית מובהקת, ח"כ משה סנה התריס: "מהו הרעיון המרכזי בחוק הזה? - הדאגה שמא יאושפו חללה מי שאינו זקוק לאישפוז. הרי הכל יודעים שהשאלה המרכזית היא הפוכה: מה לעשות באלה שאינם מאושפזים אבל הם זקוקים לאישפוז".

בבואנו להעריך את התפתחות יחסו של המחוקק הישראלי לבעיית זכויותיו של חולה הנפש, ראוי שנגדיר מלכתחילה את נקודת התצפית שלנו.

לנגד עינינו חזון של מדיניות ציבורית ותפיסה חברתית השוקדת בהתמדה לחפש, ולמצוא ככל שניתן, את האיוונים הדרושים בין ערכים שונים, לעיתים סותרים: הגנה על החלש והנוקק. הקפדה על אינטרס הציבור. הבטחת טיפול רפואי אופטימלי לנזקק לו. כיבוד אנושיותו של החולה וזכותו לחירות. נורמליזציה של חיי חולה הנפש בכל תחום אפשרי. בחזון זה מן הדין שהחוק לטיפול בחולי הנפש ישקף את איוון הערכים שהזכרנו ויהווה מסגרת מנחה למעצבי המדיניות.

מנקודת תצפית זאת אין מנוס מן הקביעה, כי המחוקק שלנו עדיין לא עמד במבחן בהצלחה. הוא הצליח אמנם, לאורך הדרך, לעצב חוק שהיו בו התייחסויות חלקיות חשובות, נאורות בעיקרן לשעתן, למספר מצומצם של בעיות בתחום בריאות הנפש, ובמיוחד לשאלת האישפוז הכפוי, אך המחוקק לא הצליח לעגן אותן במסגרת רחבה יותר, שתתווה את כיווני המדיניות הציבורית וההתמודדות החברתית עם הסוגיות המורכבות שבתחום בריאות הנפש.

במבט מאותה נקודת תצפית יש בפי יותר דברי הערכה למחוקק הישראלי של שנות החמישים מאשר ליורשיו, במיוחד בשנות השבעים והשמונים. החוק לטיפול בחולי נפש, שחוקק לראשונה ב-1955, התקבל בנסיבות לאומיות וחברתיות קשות: מדינה צעירה, לאחר מלחמה קשה, עמוסת בעיות בטחון, כורעת תחת נטל קליטה של כשש מאות אלף פליטי מחנות ההשמדה ולמעלה משלוש מאות וחמישים אלף עולים מארצות האיסלם, עומט סוציאלי עצום מול משאבים דלים, מוסדות שהתגמדו

ואילו ח"כ בן ציון הראל התרעם כנגד סעיף 15 בהצעת החוק, שהגדיר כעוון את השימוש בכפייה כלפי חולה שלא לפי הוראת רופא: "האין זה מסוכן לשלום הציבור? האין זה נותן אפשרות לחולה-הנפש להשתולל הן בביתו והן ברחוב... כאוות נפשו, בלי שיורשה מישוהו לרסנו?"

דווקא דברים אלה הועיקו לדוכן את ח"כ בנימין אבניאל, שהדף בתוקף את הביקורת הזאת על החוק והרגיש את הצורך בחינוך והסברה, "כדי שיתחילו להתייחס לחולי הנפש כאל חולים רגילים... שלא יהיה דבוק לאדם מין כתם של קלון שאינו יכול לעיתים להיפטר ממנו שנים רבות".

בדיוני הועדה שנמשכו חמש ישיבות (לעומת 17 ישיבות ועדה בדיון על החוק בשנת 1990) נטלו חלק בפועל חמישה ח"כים. נמשכה בהן ביתר-שאת המגמה הפטרנליסטית ונתקפה עוד יותר הגישה הלגליסטית. למשל: היה נסיון בוועדה לבטל את סעיף 4 לחוק, הקובע כי אם מתנגד אדם כלשהו לאישפוזו של חולה-נפש, אין לאשפוזו אלא באישור הפסיכיאטר המחוזי. רק התעקשותו של היועץ המשפטי לממשלה דאז, חיים כהן, אשר הזהיר מפני אפשרות של אישפוז אדם עקב קנוניה של קרובים או שכנים, הותירה את הסעיף בעינו. במקרה אחר הצליחה הועדה לתקן את הצעת הממשלה: הנוסח המקורי של הצעת הממשלה בסעיף 7(ג) קבע שרופא רשאי לאשפוז בכפייה חולה-נפש, אם סבר כי אישפוזו דחוף, אך חובה לשחרר את החולה אם תוך 48 שעות לא נתקבלה הוראת אישפוז של הפסיכיאטר המחוזי. בטענה טכנית מפוקפקת של הקושי להשיג הוראת אישפוז תוך 48 שעות כשמדובר ביישוב מרוחק, האריכה הועדה את תקופת האישפוז בכפייה ללא הוראת הפסיכיאטר המחוזי לחמישה ימים. חלק בולט בדיוניה הקדישה הועדה דווקא לשאלות הכרוכות באופטרופסות על רכושו של המאושפז.

למרות כל האמור ראוי לקבוע כי החוק הישראלי משנת 1955 נמנה אז עם החוקים הנאורים לשעתם בעולם המערבי, אלא שאת המחמאה הזאת יש להפנות לכתובת של הרשות המבצעת יותר מאשר אל הרשות המחוקקת.

מאז חוק החוק הראשון ב-1955 ועד שהתקבל החוק החדש לטיפול בחולי-נפש הוכנסו חמישה תיקונים, שנגעו כולם בנושאים פרוצדוראליים, בסדר הדין הפלילי ובהסדרי הטיפול ברכושו של חולה-הנפש על ידי האפוטרופוס הכללי. כן נוספו לחוק קבצי תקנות, ששה במספר, שאף הם תוקנו מספר פעמים. במהלך השנים הוצאו כמה הנחיות על ידי מנכ"ל משרד הבריאות ועל

ידי היועץ המשפטי לממשלה. כך התהוותה רשת סבוכה למדי ובלתי-שיטתית של הוראות החוק, תקנות והנחיות, שהקשתה מאוד על הפסיכיאטרים להתמצא בכל אלה.

החולשות של המערכת החוקית הזאת נחשפו מדי פעם, בעיקר בפסקי דין שונים. ביקורת חריפה למדי על ניסוח החוק מתח נשיא בית המשפט העליון, (ע"א 219/79 ירמילוביץ ומדינת ישראל נגד משה חובב 5.8.80): "הוראות החוק בנושא החשוב שבו אנו עוסקים, שלילת חרותו של אדם וסגירתו בבית חולים לחולי-נפש נגד רצונו, הן גם סתמיות וגם סתומות... החוק טעון הבהרה ותיקון יסודיים בכל הנוגע לדרכי מתן הוראת אישפוז על ידי הפסיכיאטר המחוזי, ויפה שעה אחת קודם".

צר לקבוע, אך הכנסת וחבריה היו, כמעט כולם, אדישים לסוגיות אלה. במהלך שנות הששים והשבעים לא היו נסיגות רציניות, למעט אחד, לתקן את החוק. כוונתי לנסיגה של ח"כ שרה שטרן (1981) להציע פרוצדורה של בדיקה כפויה של חולה אף מחוץ לבית החולים.

תזווה מסוימת התרחשה בבית המחוקקים שלנו בעקבות הופעת מחקרם של שניט ואבירם בסוף 1981 ("טיפול פסיכיאטרי וחירויות הפרט - אישפוז כפוי של חולי-נפש בישראל"). המחברים דיווחו על המספר המדהים של 3,000 אישפוזים כפויים בשנה וחשפו ליקויים חמורים בחוק, במערכות המטפלות והמפקחות ובמדיניות בתחום בריאות הנפש בכלל. ביום 7.12.1981 העליתי את הנושא לסדר יומה של הכנסת. תבעתי דיון מקיף בנושא וקראתי לממשלה לנקוט בהקדם יוזמת חקיקה. שר הבריאות דאז, אליעזר שושטק, ניסה להמעיט בחשיבות המחקר ובביקורת שמתחת, אך הורה בצורך לתקן את החוק. הדיון הועבר לוועדת העבודה והרווחה ושם זכה למנוחת עולמים.

בכנסת העשירית ובכנסת האחת-עשרה, נעשה נסיון נוסף לעורר דיון ציבורי ופלמנטרי הן על ידי ח"כ שולמית אלוני והן על-ידי. בסוף 1987 העלינו שנינו, בר-זמנית, שתי הצעות חוק, שעיקרן - קביעת פרוצדורות ואמצעי בקרה קפדניים יותר כדי למנוע אישפוז כפוי שרירותי וחסר צידוק. להצעת החוק שיומתי הצטרפו 22 חברי כנסת, ביניהם שלושה שרי בריאות לשעבר. אולם שרת הבריאות דאז, שושנה ארבל-אלמחלינו, שהתנגדה תחילה ליוזמתנו, נאותה להעביר את הצעות החוק של ח"כ שולמית אלוני ושלי לוועדה, רק בתנאי שהן תידונה בוועדה לאחר שההצעה הממשלתית בידון תוגש אף היא לאותה ועדה.

רפואה ומשפט

בינתיים התפרסם פסק-דין חמור נוסף, בדעת מיעוט, של שופטת בית המשפט העליון, שושנה נתניהו (ע"א 558/84 מזל כרמלי נגד מדינת ישראל ואחרים, 22.7.87) שאמרה בו בין היתר: "מה קל הדבר לגרום לאישפוז וכליאה של אדם בריא", ובהזכירה לנו את הכוח הרב שנתן החוק בידי הרופאים ובידי הפסיכיאטר המחוזי "עד כדי לעורר חרדה מעצם המחשבה של האפשרות של שימוש בלתי-זוהר בו", הדגישה השופטת נתניהו את "חשיבותם של אמצעי הפיקוח והבקרה של מי שמוסמך להפעילם". גורמים נוספים בתוך המערכת הפסיכיאטרית ומחוצה לה, במיוחד האגודה לזכויות האזרח, הגבירו לחצם לשינוי החוק.

הלחצים עשו את שלהם. הוועדה המקצועית שמונתה ע"י משרד הבריאות החישה את עבודתה. באוגוסט 1989 הגישה שרת הבריאות לשעבר, ח"כ שושנה ארבל-אלמוחלינו כהצעת חוק פרטית את הצעת החוק שהכינה הוועדה הבין-משרדית. אם נתעלם מהפגם הפרוצדוראלי שבאופן הגשת החוק לכנסת, נוכל לקבוע שהוא היווה בסיס סביר לזיוניה של ועדת העבודה והרווחה. הוועדה, בראשותה של ח"כ אורה נמיר, השקיעה בחוק עבודה רבה והקדישה לו 17 ישיבות, בהן נטלו חלק פסיכיאטרים, משפטנים ונציגי האגודה לזכויות האזרח.

הצעת החוק, ככל שכללה שיפורים משמעותיים בהשוואה לחוק הראשון מ-1955, עוררה ויכוחים, אפילו חריפים, בין חברי הוועדה. החברים חשפו גישות שונות, לעיתים סותרות, ביחס לזכויות חולה-הנפש מחד, ולאינטרס הציבורי או לגישה הפטרנליסטית מאידך. הוועדה הכניסה בהצעה המקורית שיפורים חשובים לא מעטים.

החוק שהתקבל לבסוף ב-11.12.1990 כלל חידושים רבים בתחום ההגנה על זכויות חולה-הנפש. העיקריים שבהם: מתן אפשרות של טיפול מרפאתי כפוי כשניתן להמנע מאישפוז כפוי. איסור על אישפוזו של אדם ללא בדיקה רפואית בבית החולים. חולה שאושפז מרצונו זכאי להשתחרר כל אימת שירצה בכך. הגבלת אישפוז דחוף בהיעדר הוראות אישפוז של הפסיכיאטר המחוזי, ל-48 שעות. הוראת אישפוז כאמור תהיה תקפה ל-14 יום בלבד, אלא אם כן הוארכה על ידי הוועדה הפסיכיאטרית, שאף היא חייבת לאשר את האישפוז מדי שישה חודשים. כן פורטו זכויות החולה והוגבלה האפשרות של שימוש בכפייה כלפיו בעת האישפוז. הובטחה זכותו לנהל את ענייניו, כל עוד הוא מסוגל

לכך. נקבעו הוראות מפורטות יותר מבעבר באשר לחובת הסודיות.

הדיון בהסתייגויות שהוגשו לחוק חשף, לדאבון הלב, לא רק הבדלי גישה ענייניים בסוגיות האמורות, אלא סתירה בסיסית בהתייחסות לדיון הפרלמנטרי בנושא רגיש זה. בהצבעות על ההסתייגויות לחוק מורכב זה, ניתן היה לצפות לגישה עקרונית ומצפונית מצד כל חבר בבית המחוקקים שלנו. מה שקרה הוא שהופעלו לחצים מפלגתיים חריפים בשתי הסיעות הגדולות של הבית לגרום לדחייה של כל ההסתייגויות. כך נדחתה, למשל, הצעתי לקבוע בחוק, כי "לא ייתן פסיכיאטר מחוזי הוראת אישפוז... אלא אם שוכנע כי אן אפשרות לתת לחולה את הטיפול הדרוש לו אלא בבית החולים". כך גם נדחתה הסתייגות של ח"כ רן כהן ושלי לסעיף 22 בחוק, שתבעה כי רק רופא יהיה רשאי לדרוש מידע לגבי חולה נפש בשמו של ראש שירותי בריאות הנפש ואין להטיל זאת על עובדים אחרים. גם תביעתנו לשחרר חולה שאושפז בכפייה לפי הוראת הפסיכיאטר המחוזי, מתשלום עבור אשפוזו, כפי שנקבע בחוק לגבי מי שאושפז בכפייה על פי צו בית המשפט, נדחתה.

החוק החדש, ככל שיהיה מתקדם ביחס לקודמו, אינו נטול פגמים, כמובן. ניתן להצביע בו על כמה לקונות, דר-משמעותית, חוסר בהירות וכיו"ב. וכאשר יעמוד במבחנים של בתי המשפט ודאי נגלה בו פנים שכהלכה ופנים שאינם כהלכה עוד כהנה וכהנה.

אוי לנו אם ננוח על זרי דפנה. יש לחתור לשיפור מתמיד של החוק, תוך הישענות על הנסיון הנמשך ביישומו. אסתפק כרגע ברמיזה על כיווני השיפור: שינוי מעמדו של הפסיכיאטר המחוזי. מניעת הכפילות במעמדו גם כמנהל בית-חולים והקמת לשכה עצמאית עבורו. מנגנון בקרה יעיל של אישפוז מתמשך שהחל כאישפוז מרצון. והעיקר - מערכת אמינה של פקוח ובקרה שתקפיד על יישום החוק ותבטיח הגנה מירבית על זכויות חולה-הנפש ותכלול גם נציב תלונות ראוי לשמו.

נחזור עתה אל נקודת התצפית שפתחנו בה ונזכיר את ציוני הדרך שחייבים להיות מעוגנים במדיניות ציבורית שונה לחלוטין מזו הנהוגה כיום בתחום בריאות הנפש: ראשית - לא עוד בן חורג, שאינו כלול בסל שירותי הבריאות שהמבוטחים זכאים לו, אלא "נורמליזציה" במעמדו של תחום זה ביחס לשאר התחומים. שנית - מעבר נמרץ יותר מבתי-חולים גדולים והמוניים בחלקם, למוסדות אישפוז קטנים יותר, ובעיקר - לשירותים פסיכיאטריים בקהילה. שלישית - לרתום את כל

רפואה ומשפט

הגדולים הלאומיים. אלה הן שאלות חריפות בכל חברה מודרנית, אך הן חריפות שבעתים בעם, שלא רק זרים ואויבים קבעו את ה"אחרות" שלו, עד לשיא המפלצתי של השואה - אלא אנו עצמנו, להבדיל אלף אלפי הבדלות, התבצרנו ב"אחרות" שלנו, מאז "אתה בחרתנו" ועד הנה.

היכן אנו ניצבים כיום, אנו שקיומנו הלא-נורמלי כעם, אשר שיבש גם את הנורמליות של הקיום היהודי האינדיבידואלי, היה לאתגר המרדני של הציונות, זו שכל מהותה התמצתה בשאיפה לנורמליזציה של הקיום היהודי, הכללי והפרטי. היכן אנו ניצבים כיום, שעה שבקצה הנגדי של הים התיכון, במדריד, נפתח סדק-תקוה לנורמליזציה של קיומנו, ואילו בתוכנו יש הדבקים ואינם מרפים מאמונת הנצח בקיום היהודי הלא-נורמלי, בחוסר הממשות של חזון הנורמליזציה של קיומנו וחיינו.

התייחסותנו אל חולה-הנפש כאל סובייקט אנושי, במלוא מובנו של המושג, למרות ה"אחרות" שלו, סביר שתהיה לה השפעה מעצבת חשובה על התנהגותנו. ההומניזציה של הבלתי-נורמלי ביחסנו לחולה-הנפש, תותיר בנו עקבות מבורכים. יש לכך חשיבות מיוחדת במציאות בה אנו חיים, כאשר לכולנו אורבת סכנה של התקרנפות, של השלמה עם הבלתי-אנושי בחיי החברה או ביחסי עמים, של קבלת הבלתי-אנושי כנורמה, של הנורמליזציה של הבלתי הומני. אמרנו היום "כן" להומניזציה של הבלתי-נורמלי גם כדי שיקל עלינו מחר לומר "לא" לנורמליזציה של הבלתי-הומני.

בזירת מאבק זאת מזומנת לפסיכיאטרים ולנו - המחקקים ואנשי המדינה, פגישה רבת-משמעות, אל נחמיץ אותה.

הגורמים התומכים - בתחומי הדיור, התעסוקה, הטיעוד וכיו"ב, שביטחו הצלחת המעבר מבית החולים למסגרת קהילתית. כל הגורמים צריכים להתלכד למאמץ משותף, כדי לקדם חקיקה, אשר תהווה גם מסגרת מנחה למדיניות צבורית כזו.

הרשו לי הערה כללית לסיום, החורגת לכאורה מתחום הנושא:

איננו צריכים להיות חסידיים אדוקים של מישל פוקו, כדי להיות קשובים ביותר לכמה אמירות-מפתח שלו. פוקו ניסה לפענח את סוד ההתהוות של קר-ההפרדה בין התבונה לשגעון, בין השפוי לבלתי-שפוי, ואת גלגוליו ההסטוריים של קר ההפרדה הזה, הוא הציב בפנינו אתגר קשה וחיוני - להוכיח כי ביחסנו אל המשוגע לא ביטלנו את אנושיותו, אלא שיקפנו את ה"אחרות" שלו.

וכמה קשה לנו המבחן של ה"אחרות" הזאת ביחסנו לאשה, לקשיש, לנכה, למפגר, להומוסקסואל, לשחור, לערבי, לחולה הנפש. דווקא לנו, היהודים, שהיינו ה"אחרים" של כל המקומות ושל כל הזמנים.

המחוקק הישראלי עשה בשנים האחרונות כמה צעדים לא מבוטלים שנועדו לסייע לחברה הישראלית לעמוד במבחנים אלה של היחס ל"אחרות", אך עוד קשה ורבה המלאכה לעשותה. התמודדות מעמיקה, אמיצה, מתמדת, דווקא בתחום זה של היחס לחולי הפש, תוך גיוס כל כוחות התבונה והנפש לעקירת הרעות הקדומות ולקבלת ה"אחר", דווקא ה"אחר" הזה, יש בה ערובה חשובה לעמידה במבחן כולו.

השאלות האלה - של היחס אל ה"אחרות" - נגזרות מהמעגלים הפרטיים, האינדיבידואליים, אל המעגלים



רחל ביצ' קי
91

פסיכולוגיה ומשפט

הפרעות פסיכיאטריות ונוירופסיכולוגיות בבית המשפט

צילה בן נחום
אסתר קלאג
ד"ר עמי לוי



תמצית

תפקוד פתולוגי מאובחן לעיתים קרובות במונחים של דיכטומיה של ממש (או הפרעה פסיכיאטרית או ליקויים נוירופסיכולוגיים). הדבר מעורר רק מעט חילוקי דעות כאשר מופנות לבית-משפט שאלות לגבי בני אדם הסובלים מפתולוגיה אורגנית חריפה או ממום פסיכיאטרי חמור. מדובר בשאלות לגבי "אחריות האדם למעשיו", "כשירות האדם לעמוד לדין ולרצות את עונשו", או "הזדקקות לאפוטרופסות משפטית". אולם עניינים אלה מעוררים בעיות במקרים הפחות חמורים, לכאורה, של אי-תפקוד קל או מתון. הנסיון הקליני מצביע על כך שהאינטראקציה בין אי-תפקוד פסיכיאטרי "קל" או "מתון" לבין ליקויים נוירופסיכולוגיים מביאה לעיתים קרובות להפרעות נרחבות בהתנהגות ובתפקוד. אי-אפשר להסביר או לצפות מראש הפרעות אלה במונחים של חומרת הפגיעה או הליקוי. התנהגות המטופל משקפת תמיד את האינטגרציה בין ממדים שונים של אישיותו, כוחותיו וליקויו, אלה שקדמו לפגיעה או למחלה או אלה שנבעו מהן. האינטגרציה הזאת משקפת - בעיקר במקרים של אי-תפקוד "מתון", וכאשר עולים עניינים משפטיים - מורכבות בהגדרות האיבחוניות. במקרים כאלה מוצע ש"אבחנה מצבית" תספק מידע נוסף, החיוני להבנת התנהגותו של המטופל ולניבוייה.

שני חקרי מקרה (Case Studies) מוצגים כאן להדגמה, ועליהם נרחיב את הדיבור.

צילה בן נחום ואסתר קלאג - פסיכולוגיות ביחידה לשיקום נוירופסיכולוגי.

ד"ר עמי לוי - מנהל המחלקה הסגורה בבי"ח "שלמה".

מבוא

לעתים קרובות מתבקשים קלינאים לסייע לעורך הדין או לבית המשפט בהערכת תפקודו של הקליינט. הערכתם משמשת ליישוב עניינים מרכזיים כמו "אחריות הקליינט למעשיו", "כשירותו לעמוד לדין ולרצות את עונשו", "הזדקקות לאפוטרופסות משפטית" או "מסוגלות הורית".

שאלות כגון אלה עומדות בפנינו בקליניקה שלנו, (היחידה הנוירופסיכולוגית לטיפול ושיקום בגבעתיים). זוהי מרפאת חוץ, המתמחה באבחון ובטיפול בקליינטים הסובלים מפגיעות ראש וסוגים שונים של אי-תפקוד מוחי.

תפקוד פסיכולוגי מאובחן לעיתים קרובות במונחים של דיכטומיה חדה בין הפרעה פסיכיאטרית לבין ליקויים נוירופסיכולוגיים. זוהי אכן ההנחה האפריורית כאשר אנו עומדים בפני אבחנה מبدלת. אולם, אנו מרגישים שהגישה של "או-או" היא מוגבלת ואינה מתאימה. ישנה מודעות הולכת וגוברת לכך שבמקום גישה של "או-או" יש לשים את הדגש על האינטראקציה המורכבת בין ההשפעות של הפרעות תפקוד מוחי, היבטים של תגובתיות רגשית ומשחני אישיות כלליים. במלים אחרות, היבטים נוירופסיכולוגיים ופסיכיאטריים של אבחנה והערכה מצריכים גישה של אינטגרציה ואינטראקציה.

נתייחס לשני מימדים של מורכבות הנושא שבו מדובר. הממד האחד - האבחון הקליני. המימד השני - האבחנה המצבית, המתייחסת להיבטים התנהגותיים במצבו של

רפואה ומשפט

תאורי מקרים

שני המקרים המתוארים להלן מדגימים את חשיבות הגישה האינטגרטיבית המקיפה בהליכים המשפטיים.

מקרה ראשון:

ב', גבר בן 40, הופנה ע"י בית המשפט לבית החולים האזורי להסתכלות פסיכיאטרית לאחר שנעצר והואשם בנסיון לאונס הומוסקסואלי.

נשוי ואב לשלושה ילדים. במשך כמה שנים הועסק בקביעות בקצב. השכלתו דלה. למד בבית ספר שנים מעטות והתחיל לעבוד בגיל צעיר. שוחרר משירות צבאי בשל היותו "בעל אישיות לא בשלה". אין לו האשמות פליליות קודמות.

התנהגותו של ב' בעת אשפוזו - לפני שהופנה ליחידה שלנו - התאפיינה בחוסר יציבות וחוסר עקביות. לעתים נראו תגובותיו האמוציונליות הולמות, לעתים התנהגותו היתה ביזארית, ונראה כי לא היה מודע לסיבת היותו בבית החולים. התגודות במצבי הרוח שלו היו קיצוניות. מבחנים קליניים הצביעו על רמה נמוכה של תפקוד אינטלקטואלי ועל שיבושים בתהליכי החשיבה, שאפשר לראותם כפסיכוטיים. מכיון שהתמונה הקלינית לא היתה עקבית, האבחנה הקלינית והפסיכיאטרית היתה "הפרעת אישיות עם התחזות (Malingering) בשל הנסיבות המפלילות". האבחנה הפסיכיאטרית הזאת הובילה למסקנה כי ב' אחראי למעשיו, והוא כשיר לעמוד לדין. אולם אחד הפסיכולוגים הקליניים חשד שקיימת בעיה אורגנית בנוסף לפתולוגיה הפסיכיאטרית, ובנקודה זאת הובא חומר המבחן לקליניקה להתייעצות.

המטופל ולגורמים הסביבתיים העכשוויים שלו. אלה, יחד עם האבחנה הקלינית, מאפשרים הערכה מקיפה וניכוי של ההתנהגות הרלוונטית להשלכות המשפטיות בבית המשפט.

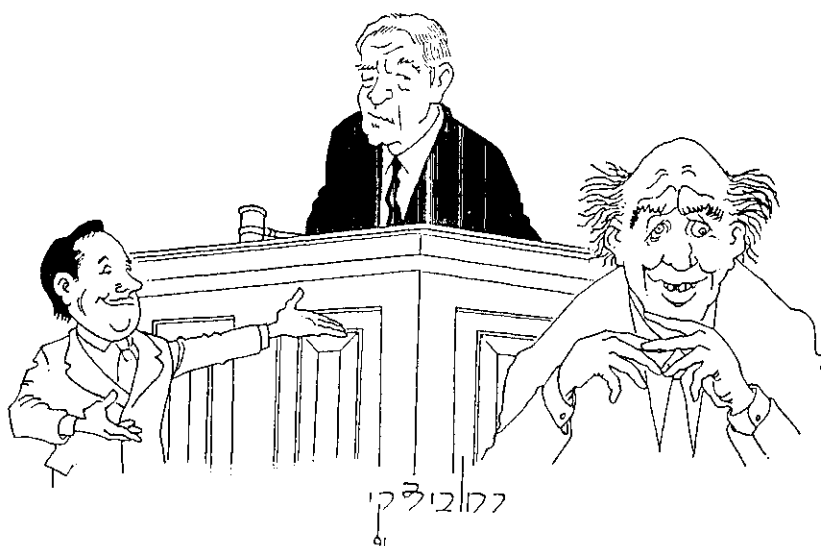
אפילו במקרים שבהם העדות הקלינית האבחונתית חדה וברורה, כמו לגבי בני אדם הסובלים מפתולוגיה אורגנית קשה או מלקות פסיכיאטרית חריפה, אין פירושו של דבר בהכרח כי דפוסי ההתנהגות או ההשלכות המשפטיות של הפתולוגיה - כפי שאובחנה - הם חדים וברורים.

כל קלינאי מכיר את המטופל הסכיזופרני שמחלתו חמורה וכרונית, ובו זמנית הוא מצליח לנהל את חייו ללא הזדקקות לאפוארופסות משפטיות. בדומה, כמה מהמטופלים שלנו מסוגלים להתמודד עם ההשפעות של פגיעות ראש חמורות ולנהל חיי יום-יום באורח עצמאי.

יתר על כן, האבחנה המצבית יכולה להיות אפילו מכרעת יותר בבית המשפט במקרים שהם לכאורה פחות חמורים של אי-תפקוד קל או מתון.

תצפית קלינית מצביעה על כך שהאינטראקציה בין אי-תפקוד פסיכיאטרי "קל" או "מתון" לבין ליקוי נוירופסיכולוגי מביאה לעתים קרובות לידי הפרעות נרחבות בהתנהגות ובתפקוד, שאי-אפשר להסבירן או לנבא אותן רק במונחים של חומרת הפגיעה או הליקוי.

נוכל לצטט את מיוריאל לזאק: "השינויים באישיות, המצוקה האמוציונאלית והבעיות ההתנהגותיות של פגועי-מוח הם בעיקרם תוצר של אינטראקציות מורכבות ביותר של לקויי הנוירולוגיים, הדרישות החברתיות העכשוויות, דפוסי התנהגות קודמים ותגובותיו לכל אלה..." (לזאק, 1983).



ההערכה המחודשת על פי חומר המבחן, הצביעה על פתולוגיה אורגנית ניכרת, שלא זו בלבד ששינתה את האבחנה, אלא גם העלתה פירוש שונה מאוד להתנהגותו של ב'. בין הליקויים הנירופסיכולוגיים שזוהו היו בעיות חמורות בשליטה על דחפים, שיפוט לקוי וחוסר יכולת לחזות תוצאות של חשיבה והתנהגות. בנוסף לכך, הליקויים הנירופסיכולוגיים היו קיימים מילדות, ופגעו במידה רבה בהתפתחותו האמרוציונלית והאישיותית. דבר אופייני לפגיעה אורגנית בגיל צעיר.

היה ברור שהתחזות אינה באה בחשבון. יתר על כן, האינטראקציה בין הפרעת האישיות של ב' לבין הליקויים הנירופסיכולוגיים שלו עוררה ספק רב באשר לאחירותו למעשיו וליכולתו להבין את ההאשמה נגדו, ולכן גם באשר ליכולתו לעמוד למשפט.

מן המקרה הזה, ניתן לראות כיצד עדות נירופסיכולוגית חדשה תרמה לפרשנות שונה של ההיבטים הפסיכיאטריים, וכן להבנה שונה של האבחנה המצבית ושל הניכוי, והדבר סייע לעורך דינו של הקליינט.

מקרה שני:

המקרה הבא של הליכי גירושין של אחד המטופלים שלנו, יוכל להדגים את מורכבותו של ההבט המשפטי של מסוגלות הורית.

א', הוא גבר בן 36. נפצע בעת שירותו כקצין במלחמת יום הכיפור ב-1973. סבל מפציעות רסיסים נרחבות, שגרמו לפגיעת ראש ולעיוורון בעין אחת. למרות שתפקודו היומיומי לאחר הפגיעה היה סביר, א' התלונן על מתח וכאבי ראש, היו לו התקפי זעם קשים, אבל אף פעם לא היה אלים כלפי בני-אדם. התחתן וגילד לו בן. הוא פרנס את משפחתו ע"י ניהול משק חקלאי קטן.

בעבור כמה שנים הידרדר מצבו הפיזי. התפתחו אצלו התקפי סחרחורת, בחילה, חום ותחושה כללית גרועה. נאלץ להפסיק לעבוד במשקו. בדיקות רפואיות במהלך תקופה זאת גילו שרסיסים היו נעוצים עמוק במוחו (ליד ה-Nucleus Caudate, בצד שמאל, ליד ה-Capsula Interna). קיבל זריקות נגד הנוקפים, ועבר הערכה נירופסיכולוגית מקיפה. בין יתר הקשיים הרבים שלו סבל מבעיות של קשב וריכוז, מדיסאינהיביציה מילולית, והתקשה לתפקד תחת לחץ. לעומת זאת, בתנאים רגועים גילה א' רמה גבוהה של תפקוד אינטלקטואלי. השינויים ההתנהגותיים

אירעו למעשה מיד לאחר הפציעה, אבל לא אובחנו אז. מקורביו ראו בשינויי ההתנהגות שלו תגובה אמרוציונלית לפציעתו הפיזית.

בעת שא' הופנה לקליניקה שלנו, לפני כשנתיים, הוא היה בעיצומה של תביעת גירושין כואבת. אשתו העלתה האשמות כבדות באשר לכשירותו כהורה.

במהלך המאבק המשפטי תואר א' כנתון להתקפי זעם תכופים. כשנבח א' בבית המשפט, נתן ביטוי לדיסאינהיביציה המילולית שלו; כמה פעמים התערב בדברים שנאמרו, העיר לגביהם הערות או תיקן אותם באורח בלתי הולם. התנהגותו חזקה את התרשמות השופט לגבי חוסר השיפוט של א' ושליטתו בעצמו. כתוצאה, אסר השופט על א' להתראות עם בנו ללא נוכחות מבוגר נוסף, מחשש שיפגע בילד.

בהסתמך על ההערכה הנירופסיכולוגית והפסיכיאטרית שלנו, היתה הפרשנות לגבי התנהגותו של א' שונה לחלוטין. הוא נראה כהורה אוהב שאינו מהווה שום סכנה לבנו. התנהגותו הבלתי הולמת נגרמה, ולדעתנו, בשל לחץ מצבי קיצוני (כמו פרובוקציות חריפות של אשתו), ואפילו אז לא גילה אלימות פיזית. מסקנתנו - שבתנאים מתאימים, ולמרות בעיותיו הרפואיות והנירופסיכולוגיות, הוא יכול לתפקד כהורה אחראי ולתרום רבות לרווחת בנו ולרווחת עצמו.

למרבה הצער, עורך דינו של א' לא הציג את ההערכה שלנו בבית המשפט - כנראה מחשש שהיא תשמש נגד מרשו. עצם העובדה שא' הוא פגוע מוח יצרה אצל פרקליטו דעה קדומה. וכך, מידע חשוב לא הובא לידיעת בית המשפט.

הערכה אינטגרטיבית, המבוססת על אבחנה נירופסיכולוגית, פסיכיאטרית וסביבתית, היתה יכולה להועיל מאוד בהליך המשפטי.

בינתיים, א' נישא בשנית, והוא אב מסור ואחראי לבנו מנשואיו אלה. התנאים הסביבתיים השתנו מאז הנישואין השניים, והפחיתו את הלחץ הקיצוני שהיה נתון בו במשך נישואיו הקדמים.

דיון

תארנו כאן את האיוון העדין בין אבחנה פסיכיאטרית להערכה נירופסיכולוגית. על פי המקרים שהוצגו ניתן להסיק בבירור כי אבחנה פסיכיאטרית או אבחנה נירופסיכולוגית כשלעצמן, אינן יכולות להציג את מלוא

רפואה ומשפט

משפחתית, ייעוץ מקצועי, כישורים מקצועיים, וכדומה. כמו כן, ייתכן שבתקופות מסוימות האדם מסוגל לדאוג לכמה מצרכיו, אבל לא לצרכים אחרים.

דוגמה נוספת נוגעת להורות: אדם פגוע מוח יכול להיות הורה טוב ואחראי, אבל תחת לחץ קיצוני עלול לאבד שליטה.

באשר לשונות בתפקוד, מטופל יכול לתפקד היטב בחברה ובכל הנוגע לעצמו, אבל להיות בלתי אמין בשיפוטו בעניינים של כסף ורכוש.

לאור כל האמור, מומלצת גישה מקיפה ואינטגרטיבית לגבי מורכבותה של המציאות הקלינית הפסיכיאטרית-נוירופסיכולוגית.

הממדים הרלוונטיים שיש להביא בחשבון. אנו מציעים אפוא מודל אינטראקטיבי, וכן מרכיב חיוני נוסף - אבחנה מצבית. במונח "אבחנה מצבית" כוונתנו להערכת היכולת של המטופל לתפקד הן ברמה האמציונלית והן ברמה הפרקטית בחיי היום-יום שלו, כפי שהיא מושפעת מנסיבות סביבתיות ספציפיות. למשל, אבחנה של פגיעה מוחית פרונטלית, יחד עם הפרעת אישיות, אינה יכולה להוביל את המטפל להחלטה נכונה באשר ליכולת של המטופל לדאוג לצרכיו. הערכה מסוימת זאת חייבת להביא בחשבון את האבחנה המצבית. שני בני-אדם שהאבחנות הקליניות ו/או הנורופסיכולוגיות שלהם דומות, מסוגלים או אינם מסוגלים לדאוג לצרכיהם באורח הולם, בהתאם לנסיבות הסביבתיות, כגון: תמיכה

התרוכץ (נוסד 1952)

ברשותנו המבחר הגדול ביותר של:

- ★ וילות ובתים
- ★ מגרשים
- ★ חבר
- ★ דירות
- ★ משרדים
- ★ דירות בשכר חודשי...
- ★ ייזם פרויקטים - טיפול ובלעדיות
- ★ יעוץ ★ קניה ★ מכירה ★ השכרה ★

מלדן

תלפון - טוהדאר 7-04-673938 דניה - 04-255874

נועם ארועים / פרם יואב

★ להקה צבאית (1970-72)

★ מועדון התיאטרון (1978-82)

★ אדום עתיק (1985-87)

★ מלונות דן כרמל ודן פנורמה

★ מוסיקה לכל ארוע ★ הנחייה ברמה גבוהה ★

★ שירי ארץ ישראל ★

בן גוריון 52, ק. ביאליק ☎ 04-674507; 732932

א.א.א הדברות וחיסוי

★ שרותי הדברות וריסוס לכל סוגי המזיקים.

★ שרותי הדברות עשבים.

★ הדברות (איוד) מזיקי עץ (תולעי עץ).

משרד ראשי: קרן היסוד 64, ק. ביאליק ☎ 04-766027

רמז 14, ק. טבעון ☎ 04-832368

פקסמיליה: ☎ 04-834842

★ היתרי משרד הבריאות

★ התואר והמוצר המובחר

1991

רפואת שיניים ומשפט

הסכמה חפשית ומודעת ברפואת שיניים

ד"ר משה קלמן

תורגם מאנגלית
ע"י שלמה מאירי



מבוא

ברפואת שיניים, כמו ברפואה כללית, שמורה לפרט הזכות הראשונית להביע את הסכמתו החפשית והמודעת לטיפול רפואי, או להמנע מכך. לעתים קרובות מתקבלת זכות זו בהבנה חלקית בלבד וזוכה לכבוד מוגבל מצד המטפל והמטופל כאחד. היחס המתנשא של העוסקים ברפואה, וההשלמה שבשתיקה מצד הציבור עם היחס המתנשא הזה, גרמו לפיחות בזכות הראשונית של המטופל.

דרישות החוק

יודגש כי החוק מגן על כל אדם מפני נגיעה בלתי רצויה בגופו. מכאן - שהעדר הסכמה לטיפול יכול להוביל לתביעה באשמת תקיפה, אם כי התרחשות כזאת נדירה מאוד במישור הרפואי. מאידך - האשמה בגרימת נזק עקב תקיפה, או עקב הזנחה במהלך טיפול שיניים, נפוצה מאוד¹. רופא שיניים אינו רשאי, מלבד בנסיבות חריגות מאוד, לטפל במתרפא מבלי שקבל את הסכמתו החופשית והמודעת לטיפול.

בהלכה היהודית, ההסכמה אינה נותנת תוקף לתקיפה. נגיעה או טיפול שלא כשורה עדיין ייחשבו כפגיעה, גם אם המטופל נתן הסכמתו להם. על פי ההלכה מחויבותו של הרופא - לטפל. חובתו המוחלטת - לרפא. ההסכמה של המטופל איננה מחויבת המציאות ואיננה תוחמת את

הכותב הינו רופא שיניים, מנהל המחלקה לבריאות השן במשרד הבריאות.

המחויבות של הרופא. יודגש עם זאת כי בעידן המודרני מסכימים בעלי הלכה סמכותיים כי ההסכמה רצויה אבל איננה הכרחית במקרים בהם נשקפת סכנת חיים².

הגדרה

ההסכמה הוגדרה¹ כ"זכותו של המתרפא לנווט את גורלו כאשר עומדת לרשותו כל האופציה שהרופא יכול לספק, כדי לאפשר למתרפא לשקול ולקבל החלטה בתבונה ותוך שמירה על כבודו העצמי".

הפרמטרים להסכמה חופשית ומודעת תוארו על ידי רבים³ והם כוללים עצמאות, נאמנות, נדיבות לב, המנעות מנזק וצדק¹.

במישור של רפואת שיניים הבעיות של ההסכמה שונה מזו שברפואה הכללית. בעיני ההדיוטות, לפחות, הסיכונים קטנים יותר. ההמנעות מכל טיפול אינה גוררת סכנת חיים. טיפול שיניים נחשב לרוב כטיפול רצוני. רופא שיניים עלול להתקל בקושי לקבל את הסכמת החולה לטיפול, יותר מאשר הרופא הכללי או הכירורג, שעוטה הילה של "אלה הוראות הרופא", והוא במידה רבה בעל תדמית של מחוסן מפני עשיית משגה. מכאן - שקיימת סכנה מוחשית של סמכות "אבהית" מצד רופא השיניים אשר, למרות הכוונות הטובות, תטיל וטו על זכויות המתרפא.

ההסכמה יכולה להיות נרמזת, מפורשת או כתובה:

הטלת וטו על הזכות להסכים: ספק אם התרחשות נדירה כזאת אפשרית ברפואת שיניים. מספיק לומר כי התגוננות של המטפל על ידי טיעון "רציונליות" מתבסס

לעתים קרובות על הקביעה כי ההחלטה של המטופל "אינה רציונלית, בהיותו נעדר יכולת לחשוב כפי שחושב הרופא"¹.

הסכמה נרמזת: יכולה להתבטא בעצם רצונו של אדם כשיר להשתתף בטיפול, או לשבת בכסא רפואי אצל רופא השיניים. ישנה כאן הסכמה בשתיקה⁴. צריך להתייחס להסכמה כזאת כמוגבלת, אם כי בדרך כלל מספיקה במקרים של טיפול פשוט ושגרת. כל זאת - בתנאי ששום דבר לא השתבש במהלך הטיפול. התחום של הסכמה בשתיקה מתרחב ככל שמעמיקה ההיכרות של המתרפא עם רופא השיניים וככל שמעמיקה ההיכרות של רופא השיניים עם המתרפא.

הסכמה מפורשת: ניתנת בדרך כלל בעל פה ומספיקה במרבית המקרים. מומלץ לרופא השיניים להעסיק טייעת צמודה, שתוכל לחזק ולאמת כי אכן ניתנה ההסכמה. לעדות כזאת יהיה משקל רב במקרה של חלוקי דעות⁴.

הסכמה בכתב: מומלצת, ככלל, אבל ערכה אינו בלתי מוגבל¹. כאשר קיימת אפשרות שתתעורר מחלוקת, ובמיוחד אם הטיפול הנדרש נרחב ויקר, רצוי לקבל את הסכמת המתרפא, בכתב. רופאי שיניים רבים, ובמיוחד קליניקות שפועלות על בסיס מסחרי, חיים תחת הרושם המוטעה כי אם המטופל נתן את הסכמתו בכתב, אזי "הכל יהיה בסדר". הדבר נכון רק אם ניתן למטופל, מראש, הסבר מלא לגבי הטיפול המוצע, ואם כל שאלה שהמטופל עורר, אכן נענתה. הנוהג הנפוץ של החתמת המטופל על "טופס הסכמה בלנקו" אינו מספיק, ובמקרה הטוב - ערכו מוגבל⁵.

הבחינות המשפטיות של הסכמה בתחום רפואת שיניים מוסברות בצורה מובנת על ידי אמנון כרמי, בלווי תאור של מקרים רבים⁶.

ביטול של הסכמה: מתרפא יכול לחזור בו בכל עת מהסכמה שנתן, אם כי הוא עלול להסתבך בכך בתביעה של הפרת חוזה. תסריט כזה יתרחש במקרה שהמתרפא נתן הסכמתו למהלכים מסוימים של טיפול, שעבורם הוא עתיד לשלם. לאחר מכן הוא חוזר בו מהסכמתו לעבור את מלוא הטיפול. הצעד הזה שלו נעשה בקלות דעת או באורח בלתי מוצדק, וכתוצאה נגרם נזק כספי לרופא השיניים. ביטול ההסכמה יכול להיות נרמז בכמה דרכים: רפלקס של הגוף, קריאת כאב תוך טיפול, אלה יכולים להחשב כביטול ההסכמה לפחות באופן זמני. אך כאשר המתרפא אומר לרופא השיניים לחדול, הרופא חייב לחדול⁵.

הסכמה חורגת: בתנאים שיגוריים מנוע רופא השיניים מלבצע טיפול שלא הוסכם עליו. מקרה שהובא בפני בית משפט בשנת 1945 מספר על מתרפא שבקש מרופא השיניים לעקור שתיים משיניו העליונות, תוך הרדמה כללית. במהלך הניתוח גילה רופא השיניים עששת מתקדמת ומחלה פריודונטלית ולכן עקר את כל השיניים העליונות. במשפט נמצא רופא השיניים אשם בגרימת נזקים, מאחר וחרג מן הסמכות שהוענקה לו. אולם השופט קבע, בהערת אגב, כי "ישנם מקרים בהם מותר להשאיר בידי הרופא או רופא השיניים מרחב החלטה גדול"¹.

המוגבלות של הסכמה: הצורך במתן הסכמה מרצון וללא הטעיה, ללא הפעלת לחץ וללא השפעה בלתי הוגנת של המתרפא. המתרפא חייב להיות כשיר ובעל יכולת להביע את הסכמתו, ועליו להבין את מה שעומד לקרות לו.

הסכמה צריכה להינתן ללא השפעה של הזולת. המתרפא חייב לקבל חופש בחירה. תנאי זה עלול להיות קשה לקיום, ולעתים אף בלתי אפשרי. האם המתרפא הסובל מכאב שיניים נורא ונותן הסכמתו לעקירת השן החולה, יכול להיחשב כמי שנותן הסכמתו באופן חופשי? עצם העובדה כי פנה לקבל עזרה ועצה הופכת אותו לפגיע ולנתון להשפעה, ובודאי שישאל את רופא השיניים מה הטיפול המועדף, ואל לו לרופא השיניים, לחצות את הקו הדק שמפריד בין עצה לכפייה.

ההסכמה המודעת - הכרחית. לשם כך על המתרפא לקבל את כל האינפורמציה המוקדמת שהוא מסוגל להבין, ואשר תאפשר לו להימלך בדעתו בתבונה. לעתים מוזמנות נשאלת השאלה "עד כמה מודעת היא ההסכמה המודעת?" ולעתים קרובות אין שאלה זו זוכה לתשובה. מידת האינפורמציה מותנית בסוג הטיפול המוצע וביכולת המתרפא להבין. ברור כי ככל שמהלך הטיפול המוצע מסובך יותר, חדשני יותר, או כרוך בסיכון, או יקר, כך חייב המידע הניתן למתרפא להיות רחב ככל האפשר.

אסור להטעות את המתרפא. ייתכן ואינו בריסמכא ברפואת שיניים, אבל הוא בריסמכא באשר להגינות וליושר. אסור לומר לו כי הוא עומד להבדק ולפתע להראות לו שן שנעקרה מפיו, אמנם ביעילות ובמיומנות, ואז לצפות שייתן את הסכמתו בדיעבד ואף יביע הכרת תודה³. נקיטת "תחבולה" זו נכשלת לעתים ועתידה לגרור התדיינות ופשרה מחוץ לכתלי בית המשפט, תוך סיוע והגנה מצד הארגון המקצועי של רופאי השיניים.

אסור להמעיט בערכן של התרצאות השליליות של ההליך שתואר לעיל, על מנת לדחוף למתן הסכמה.

הכרחי לשקול בזהירות יתירה האם מותר לשלול אינפורמציה "לטובת המתרפא" כדי לא לגרום לו חרדה שלא לצורך, או מכל סיבה הגיונית אחרת. זוהי הגבלה של חופש הבחירה וסביר שתיחשב בלתי הולמת³.

אל לרופא השיניים להתיימר להיות בעל נסיון שלא רכש, ולהתגדר בכישורים שאין בידיו, כדי להשפיע על המתרפא שיחליט לקבל טיפול. במיוחד אם מדובר בטיפול אלקטיבי, קוסמטי, או יקר.

J. Seear סבור כי ההסכמה חייבת לכלול הערכה של ההוצאה הכספית, כי בהיעדר הסכמה מפורשת להסדר הכספי הכרוך, לא תיחשב ההסכמה שניתנה כהסכמה מודעת⁷. בתכניות מחקר עניין ההסכמה הוא סוגיה קשה, וההסתמכות על "ועידת הלסינקי" חיונית כאשר מוצע טיפול חדשני כל שהוא. בטרם יוחל בפרייקט שעוסק בטיפול חדשני הכרחית נקיטת אמצעי זהירות מירביים והסתייעות בייעוץ משפטי. כל זאת - כדי להגן על החוקר ועל נשוא המחקר כאחד. הצורה המקרית שבה התבצעו כמה מחקרים קליניים מעמידה את כל המקצוע של רפואת שיניים בעמדת התגוננות ופוגעת באוטונומיה שהמקצוע נהנה ממנה.

בשנים האחרונות עלתה הפופולריות של השתלות בתחום רפואת שיניים. הן מצריכות אמנם מידה מרובה של נסיון, כשרון, הבחנה וזהירות, אך הן חדלו להיות תהליך מסוכן כבעבר. הטיפול - יקר מאוד. השתלים היו ועודם נושא להתדיינות, ובעקבות כמה מקרים של תביעות נגד רופאי השיניים, שבהן הרופאים הפסידו, נחקלו אלה בסירוב מצד חברות הביטוח לכסות את החבות המקצועית שלהם בכל הנוגע למקרי השתלות. חברה מסחרית המשוקת שתלים, כללה בחוברת של הדרכה מקצועית שהוציאה, ארבעה נוסחים שונים של טופס הסכמה, לשימוש של רופא השיניים. הנקודה הפיקנטית היא בכך שכל ארבעת הטסחים נבדלים זה מזה בכמות האינפורמציה השלילית הניתנת למתרפא: החל מכיסוי נרחב ביותר, שעלול לערער את המתרפא לגמרי, ועד לטופס פשוט שכולל דברי הסבר מעטים מאוד. יש לשבח את עצם ההדגשה של ענין ההסכמה, אך הצורה שבה הנושא מוגש אינה מצטיינת בראיית טובתו של המתרפא.

מתרפא שמסתיר אינפורמציה מרופא השיניים, במכוון או לא, גם הוא מהווה פן מענין בסוגיה של הסכמה מודעת. התופעה אינה נדירה. מתרפא שטובל מבעיות לב

עשוי להמנע במתכוון מלספר על כך לרופא השיניים, כדי למנוע מעצמו "הטרדה מיותרת" על ידי בדיקות והפניות למומחים, וכל זאת רק מפני שרצונו לעקור, ללא דיחוי, שן טורדנית. חולים עלולים להסתיר את היותם נושאי נגיפי איידס, ובכך מונעים בעד הרופא מלהכין מראש תכנית טיפול מתאימה. האם נסיבות כאלה פוטרות את רופא השיניים מאחריות במקרה ומשהו ישתבש? כתוצאה מן ההתנהגות של המתרפא ה"הסכמה" חדלה להיות "מודעת", כי המתרפא אינו מסוגל להיות מודע, בצורה מלאה, אם הרופא עצמו אינו מודע בצורה מלאה.

כשירות להסכמה: מקובל כי לילד אין כשירות להסכמה. אך זו איננה קביעה מוחלטת ובנסיבות מסוימות עשוי הילד להיות כשיר לתת את הסכמתו. מקובל גם שהורים רשאים להסכים בשם ילדם לקבל טיפול. ואף זכות זו אינה מוחלטת. הובא בפני בית המשפט מקרה של הורים אשר סרבו להרשות ניתוח כריתת שקדים בילדם. הדבר נחשב ל"הזנחה" והזכות להסכים או להימנע מלהסכים לא הוכרה כזכות קדושה. בית המשפט הרחיק לבחור ושאף: "מה הזכות אשר על פיה נותן הורה רשות לרופא מנתח, או לרופא מטפל לבדוק את הילד...?"⁹ Oakley V. Jackson (1814) 1 K.B. 216⁽⁹⁾.

להורים שמורה הזכות לתת הסכמתם לטיפול הדרוש לילד כדי להבטיח את שלומו ואת בריאותו. זכותם לטיפול גדולה מזכותם לטרב לטיפול, ובמקרים קיצוניים זכות הסירוב הזאת ניתנת לביטול. בחוגי מקצוע רפואת השיניים שוררת תמימות דעים באשר לעדיפות של הורים להסכים לטיפול על פני סירובו, הנרמז או המפורש, של הילד. כקו מנחה: אם ההורה מסכים לטיפול והקטין מסרב, וגיל הקטין 16 שנים, אזי שמורה לקטין "המילה האחרונה" לגבי הטיפול בו. במקרה שהמתרפא צעיר יותר, הנסיבות עלולות להסתבך ויש לשקול בכל מקרה לגופו⁴. לדוגמא: המתרפא נער צעיר, והכרחי לעקור מפיו שן עם מורסה מוגלתית, אזי מותר לעשות זאת כנגד רצונו. מאידך, טיפול אורטודנטי למטרות אסתטיות, במיוחד בנער מתבגר, אסור שיעשה שלא בהסכמתו המלאה והחפשית של הנער. בכל מקרה, טפול שיעשה ללא שתוף פעולה של הנער, עלול לעתים קרובות שלא להצליח. הבעיה המוסרית של אכיפת טיפול נגד רצונו של הצעיר אשר מיום ליום נעשה כשיר יותר לקבוע את גורלו, מאפילה על המיגבלות העלולות לנבוע מדחיית הטיפול למועד מאוחר.

הבעיה מחריפה כאשר הילד רוצה להיות מטופל וההורה מסרב להסכים. אם הטיפול אכן יתבצע, אזי רופא השיניים מסתכן בכך שיואשם בתקיפה וקרוב

לוודאי שלא יקבל את שכרו. מאידך - במקרה של נער מתבגר המבקש טיפול שיניים שגרתי, נראה כי שבעת היפוקריטס מטילה על רופא השיניים חובה לדאוג לשלום המתרפא ומאפילה על כל שיקול אחר.

Davies and King קובעים: "כאשר הערכה של הורה, כאשר לצרכי ילדו לטיפול דנטלי עומדת בסתירה להערכה של רופא השיניים, אל לו לרופא לשחרר את הילד המתרפא בטרם הבהיר הרופא את דעתו המקצועית להורה ובטרם נימק היטב את שיקוליו והחלטתו. זוהי התחייבות מוסרית שרופא השיניים חייב בה תוך ראייה של טובת הילד. מאידך - כאשר האמא, שידעת את דעתו של הרופא, עומדת בהתנגדותה לעצתו ומבטאת את רצונה: "אני מבקשת שתעקור את השן הכואבת, לא פחות ולא יותר", אזי מלוא האחריות תפול על האמא, והיא תיאלץ לשאת בתוצאות של החלטתה".

לא נעיר כאן אם מומלץ לרופא השיניים לעקור שן בניגוד לדעתו המקצועית¹⁰. רופא שיניים מנוע מלקוט פעולה כל שהיא אלא אם השיקול הרפואי - לדעתו - מחייב זאת וטובת המתרפא לנגד עיניו.

בעולם המערבי, במקומות בהם טיפול שיניים מוגש על ידי רשות מקומית או ממשלתית השיטה הנפוצה גורסת "הסכמה של הורים על ידי התעלמות". תהא זו טרדה אין סופית לאסוף אלפי טפסי הסכמה של הורים, למתן טיפול ע"י שירותי הבריאות בבתי הספר, היסונים, טיפול שיניים. מה גם שהערך המשפטי של טפסי הסכמה כאלה מפקפק מאוד, אם ההורים לא קבלו הסבר ומידע מלא, לפני שחתמו. בתהליך חילופי מתפרסמת הודעה בעתונות, לפני תחילת שנת הלימודים, ובה מבהירים להורים מה השירותים והטפולים המוצעים. ההודעה מדגישה כי ההורים ייחשבו כאילו נתנו את הסכמתם אלא אם כן הם מעדיפים להמנע מכך בכתב, לפני ועד תאריך שנקבע. במקרים רבים מוסיפה ההודעה כי הורים שניצלו את זכותם והביעו בכתב את המנעותם, לא יורשו לחזור בהם במהלך שנת הלימודים. מבחינה מוסרית ומשפטית נקיטת השיטה הזאת אינה מניחה את הדעת, אך בינתיים לא הועלתה אלטרנטיבה מעשית. שיטת ההסכמה שהוזכרה - בעלת ערך מפקפק ועדיף לייחס אותה לגבי מקרים של טיפול רפואי פשוט. במקרה של טיפול נרחב וחריג, כמו עקירות, יש לקבל הסכמה נוספת ומפורשת⁷.

הגורם הקובע היותר פשוט לגבי כשירות להסכמה הוא הגיל. אך אין בעולם תמימות דעים באשר לקריטריון זה. בדרך כלל נחשב גיל הבגרות כגיל הכשירות להסכמה. בישראל - 18 שנים. ברור כי הגיל המינימלי של כשירות להסכמה יכול להיות נמוך בהרבה, אחרת ילד בן 12 יצטרך להמציא הסכמה בכתב של אמו לפני תספורת¹. בבריטניה, על פי ההוראות המפורטות בחוק שירות הבריאות הממלכתי, הסכמה לטיפול שיניים יכולה להינתן על ידי אדם בגיל 16 שנים¹¹.

על פי ההלכה, גיל בגרות לנערים - 13 שנים ולנערות - 12. החוק האזרחי בארץ נוהג בענין זה גמישות, על פי הנסיבות². אם קטין מטופל בשיניו בהסכמתו הוא, כמפורט לעיל, טוב יעשה הרופא אם יביא את העובדות לידיעת ההורים. אולם התנהגות זו של רופא השיניים מותרת רק בהסכמת המטופל, ועל הרופא לכבד את רצונו. לעומת זאת - אם ההנחה המוקדמת אומרת כי ההורה או הבעל, יצטרך לשלם עבור הטיפול, נראה כי זכותו של אותו משלם לדעת על כך מראש.

מצבו הנפשי של המתרפא הוא הגורם הקובע השני, לגבי כשירות להסכמה, והוא עלול להיות פגום כתוצאה ממחלה או גיל. יש לבחון כל מתרפא על פי מצבו הוא.

Mortimer and Shuman, 1981 אומרים: "יותר ממחצית הקשישים המאושפזים בארה"ב סובלים מניזון או טירוף דעת". קשישים במצב כזה מהווים כ-12% מכלל אוכלוסית הקשישים. "לגבי אנשים אשר כושר ההבנה שלהם נפגם, תחול על רופא השיניים החובה להעריך את הצורך בהתערבות משפטית כדי להגן על הזכויות של המתרפא, ולהקטין את אחריותו ואת מחויבותו במקרה של נקיטת הליכים משפטיים".

התקשורת בין רופא השיניים לבין המתרפא - חיונית כדי לתעד את מצב החולה, תכנון הטיפול וקבלת הסכמתו. כאשר זכרוננו של המתרפא פגום, ייתכן ותתעורר השאלה "האם ניתנה הסכמה?" במקרים כאלה, העדות של הסייעת, התרשומת הרפואית, טופס הסכמה, משפחת המתרפא ותזכורת חוזרת ומחזקת מצד רופא השיניים עצמו מדי פעם בכל תקופת הטיפול, כל אלה עשויים לעזור באורח משמעותי, אם יתעורר הצורך לקבוע כי אכן ניתנה הסכמה¹².

אין לאלץ חולי נפש לקבל טיפול. במקרה שקיימת סכנת חיים, על הטיפול להינתן בבית החולים, על ידי צוות המורכב מנציגי כמה דיסציפלינות.

הערות שוליים

1. Kennedy I. Grubb A., Medical Law: Text and Materials, (Butterworths, London 1989) 232, 291.
2. Eilon M., In address to the Society for Medicine and Law in Israel, June 1991.
3. Warner R. Segal H., Ethical Issues of Informed Consent in Dentistry (Quintessence Publishing Co. Chicago, 1980) 3-5, 22.
4. Forbes G. Watson A.A, Legal Aspects of Dental Practice, (Wright Bristol 1975), 24.
5. Willig S.H, Legal Considerations in Dentistry, (Williams & Wilkins Baltimore 1971).
6. Carmi Amnon, Dentistry and the Law, (Hebrew) (Tamar, Haifa 1984), 101-135.
7. Seear J., Law and Ethics in Dentistry (John Wright Bristol 1975), 77.
8. Calcitek, Technical Products Manual (Implantology) USA 1990 8-5 - 8-12.
9. Coode C.A., The Law of the Individual According to Age and Sex, (Sweet & Maxwell London 1968) 62.
10. Davies G.N, King R.M, Dentistry for the Pre-school Child, (E&S Livingstone Edinburgh 1961) 9.
11. BDA, Ethical & Legal Obligations of Dental Practitioners, London 1964.
12. Holm-Pederson P, Loe H., Geriatric Dentistry, (Munksgaard, Copenhagen 1986) 149, 399.

ELFASSY

JEWELLERY

חיפה
מגדל הנביאים 409
(ליד השק"ם)

☎ 04-675169



אלפסי

תכשיטים

❖ חריטה על קניית שעון מתנה
❖ תכשיטים בהזמנה מיוחדת
❖ מבחר של שעוני צלילה
❖ עדיונים ותכשיטי כסף
❖ מעבדה לכל סוגי השעונים

OMEGA, RADO, SWATCH, SEIKO, CITIZEN

רפואה ומשפט מסביב לעולם

פסיקה, חדשות, סיפורות, כנסים.

אמנון כרמי

ביטנה. ד"ר רייס מצא ספירת טיפות דם לבנות גבוהה והפנה את התובעת אל רופא מנתח. התוספתן נבקע, ואחה"צ נערך הניתוח. בשל השהיית הניתוח כאמור נגרמו לחולה נזקים. בית המשפט פסק לה פיצוי בסך -95,000 דולר, בקבעו שהרופא התרשל בכך שנמנע מלערוך לחולה בדיקות נוספות, כאשר הגיעה אליו, ולא הפנה אותה אל מנתח כבר בביקור הראשון.

Washburn V., Medical care Group,
803 S.W. 2d 77 (Mo. App. 1990).

3. אחריות כלפי צד ג'

אדם שסבל משחפת טופל על ידי רופא. בני משפחתו, אשר נדבקו במחלה, תבעו את הרופא לדין. התביעה נדחתה, שכן החולה חי בנפרד מבני משפחתו לאחר גירושין מאשתו ובנטיבות אלה - הרופא לא חב כלפי יתר בני המשפחה חובה.

Britten V., Soltes, 563,
N.E. 2d 910 (Ill. App. 1 Dist. 1990).

4. סודיות רפואית

בית המשפט העליון של ניו-ג'רסי, ארה"ב, אישר את קבילותה של ראייה רפואית בדבר כמות אלכוהול שנמצאה בבדיקת דם, הנסיבות היו: אשה נפצעה בתאונת דרכים והובאה לבית החולים. לנוכח מצבה הקשה, לא ניתן לשוטר החוקר לגבות ממנה עדות. לצורך איבחון מצבה הרפואי ניטל דם לבדיקה. כחודש לאחר מכן דיווח רופא בית החולים למשטרה

מטרת רשימה זו ליידע את חברינו בארץ לגבי הנעשה בשדה הרפואה והמשפט ברחבי העולם, והיא תכלול פרקים: פסיקה, "חדשות", ספרות חדשה והכנסים הבין-לאומיים הקרובים. רבים מחברי האגודה לרפואה ולמשפט בישראל נזקקים לידע זה בעבודתם השוטפת בארץ ובמגעים עם גורמי חוץ. המדור הנוכחי ישתדל לספק לקהל הקוראים מידע רלבנטי זה.

א. פסיקה בחו"ל

1. התרשלות בטיפול

מנתח פלסטי מפלורידה הושעה לתקופה מסוימת, ונדרן לסנקציות נוספות בשל התרשלותו. בית המשפט פסק כי הרופא התרשל בכך שביצע הסרת עור מלאה באמצעי כימי יומיים לאחר ניתוח מתיחת פנים, במקום להמתין חודשיים-שלושה:

Robertson V., Department of Professional
Regulation, 574 So. 2 d 153 (Fla. App.1 Dist. 1990).

2. התרשלות באיבחון דלקת תוספתן

יומיים לאחר שהחלה לחוש כאבים בביטנה, פנתה התובעת לבית חולים. עברה סידרה של בדיקות מעבדתיות. רנטגנולוגיות וידניות. אחריהן קיבלה תרופה משככת כאבים והופנתה אל הנתבע, ד"ר רייס. ד"ר רייס הסתפק בבדיקה גופנית ונמנע מלנקוט בדיקות נוספות. הכאבים פגו, וד"ר רייס סבר שהתובעת סבלה מכיב או מדלקת כלשהי. בבוקר יום המחרת חשה החולה גל של כאב בימין

רפואה ומשפט

38

כי בדמה של האשה נמצא אלכוהול בשיעור של 0.26%.

התביעה האשימה את האשה בנהיגה תחת השפעת אלכוהול. נסיון הנאשמת לדחות את קבלת התעודה הרפואית כראיה נגדה, נכשל, כאמור:

State V., Schreiber,
122 N.J. 579, A 2d 945 (1991).

5. עובר

בית המשפט העליון של Rhode Island ארה"ב, פסק שלעובר אין עילת תביעה כלפי מי שגרם למותו.

התובעת שנפגעה בתאונת דרכים הגישה תביעת פיצויים בשל פציעותיה ובשל מות עובריה שהיה בן 5 שבועות בעת התאונה. לשון החוק מתייחסת למותו של "אדם" ובית המשפט פסק שאין לראות בעובר "אדם":

Miccolis V., AMICA Mutual Ins. Co.
587 A.2d 67 (R.I. 1991).

6. הפלות

בית המשפט לערעורים בארצות הברית דחה תביעה של אסירה נגד שרותי בתי הסוהר בשל אייביצוע הפלה חרף דרישתה לעשות כן:

Gibson V., Matthews,
926 F. 2d 532 (6th cir. 1991).

7. איידס

הנאשם קיים יחסי מין עם פרוצות קטינות, בידעו שהוא נגוע באיידס. בית המשפט הגדיר את התנהגות הנאשם כאכזרית וזדונית, וגזר עליו 90 חודשי מאסר. בשולי הפסק קבע בית המשפט העליון של וושינגטון שראיה בדבר בדיקת דם שנערכה לנאשם בניגוד לרצונו וללא הסכמתו אינה קבילה. אולם לא היה בקביעה זו כדי להתערב בגזר הדין שהושת על הנאשם, שכן ממילא לא היה ערך של סיוע לראיה זו נוכח חוות דעת של מומחים לפיה אי אפשר היה ללמוד מבדיקה מאוחרת על דבר היותו של הנאשם נגוע באיידס קודם לכן:

State V., Farmer,
116 Wash. 2d 414, 805 P. 2d 200 (1991).

ב. חדשות

1. המתה מתוך רחמים

מימצאים ראשונים של מחקר מקיף מצביעים על עליה משמעותית של מספר ההחלטות הרפואיות על גמר חיים בהולנד. ב-17.5% מכלל הפטירות שם היה שימוש בתכשירים אופייניים להקלת כאב, שקיצרו את חיי החולים. ב-17.5% נוספים של פטירות היו החלטות של אי-המשכת הטיפול הרפואי. ב-1.8% מכלל הפטירות היה שימוש בסמי רעל לשם המתה מתוך רחמים.

החוק ההונגרי (1972) אינו דן כלל בהמתה מתוך רחמים, והרופאים אמורים, על פי החוק, לטפל בחולה במלוא יכולתם. למעשה, יותנויה פסיבית ננקטת באי-אילו נסיבות, בעוד שיותנויה אקטיבית אסורה בתכלית. היותנויה הפסיבית ננקטת כאשר מתעוררת השאלה של חלוקת משאבים נוכח מחסור באמצעי ריפוי.

ברומניה אסורה ההמתה מתוך רחמים לחלוטין.

המדריך של דרך המפרי "המוצא האחרון", ובו מיגוון הנחיות כיצד להתאבד, היה ל"בסט סלר" בארה"ב, בעודו נתון במחלוקת חריפה.

2. ניסויים רפואיים בבעלי חיים

כשלושה מיליון ניסויים רפואיים בבעלי חיים נרשמו באנגליה בשנת 1990. 84% מן הניסויים נערכו בעכברים ובחולדות. חלה ירידה של קרוב ל-10% בניסויים בכלבים ובחתולים.

3. אם פונדקאית

אשה בדרום-דקוטה ארה"ב, ילדה נכדים תאומים. האשה שימשה כאם פונדקאית עבור בתה אשר נולדה ללא רחם.

4. הפלות

ברומניה, בתקופת השלטון הקומוניסטי, היה איסור על ביצוע הפלות. עתה הוסר האיסור, ובשנת 1990 בוצעו כמיליון הפלות.

5. סודיות רפואית

כל החולים בממלכה המאוחדת וכאים לעיין במסמכים רפואיים המתייחסים למחלותיהם החל מ-1.11.1991.

מגיפת האיידס התפשטה באוגנדה יותר מאשר
בשאר ארצות אפריקה.
נזיר יווני בן 30 מדהר אתוס אושפז בשל מחלת
איידס. במשך ארבע השנים האחרונות קדמו לו שני
חולים נוספים מדהר אתוס.

שר התקשורת של אוגנדה אסר פרסום של
קונדומים. האיסור הרצא נוכח ההתנגדות של חוגים
מוסלמים ונוצרים הגורסים שפרסום כזה גורר
מתירנות.

ג. ספרות מדיוקלגלית חדשה

- Blank RH., Regulating Reproduction, 1990.
NY: Columbia University.
- Bloch S., Chodoff P., Psychiatric Ethics (2nd ed), 1991.
U.K.: Oxford.
- Byrne P., Ethics and Law in Health Care and Research,
1990. NY: Wiley - Liss.
- Byrne P., Medicine, Medical Ethics and the Value of Life,
1990. NY: Wiley - Liss.
- Cohen LG., Before Their Time: Fetuses and Infants at
Risk, 1990. Washington: American Ass. on Mental
Retardation.
- Czeizel A., The Right To Be Born Healthy: The Ethical
Problems of Human Genetics in Hungary, 1988. NY:
Wiley-Liss.
- Dalton HL., Aids & The Law, 1987. New Haven: Yale.
- Dellinger AM., Hospital Law, 1991. Boston: Little-Brown.
- Doxiadis S., Ethics in Health Education, 1990, N.Y.:
Wiley-Liss.
- Fein R., Medical Care, Medical Costs: The Search for a
Health Insurance Policy, 1989. Cambridge: Harvard.
- Gostin L., AIDS and the Health Care System, 1990. New
Haven: Yale.
- Gostin L., Surrogate Motherhood, 1990. Indiana:
University Press.
- Hall M. Ellman I., Health Care Law and Ethics, 1990.
MN: West.
- Huber JM. Almeder RF., Biomedical Ethics Reviews,
1990. Clifton: Humana.
- Isaac RJ. Armat VC., Madness in the Streets: How
Psychiatry and the Law Abandoned the Mentally Ill,
1990. NY: Free Press.
- Jonsen AR., The New Medicine and the Old Ethics, 1990.
Cambridge: Harvard.
- Kennedy I., Treat Me Right: Essays in Medical Law and
Ethics, 1991. Oxford: Clarendon.
- Kyes CD. Weist WE., New Harvest: Transplanting
Body Parts and Reaping the Benefits, 1991. Clifton:
Humanic.
- Langley G., Animal Experimentation: The Consensus
Changes, 1989. UK: Macmillan.
- Laor N. Agassi J., Diagnosis: Philosophical and Medical
Perspectives, 1990. Boston: Kluwer.
- Macer DRJ., Shaping Genes - Ethics, Law and Science
of Using Genetic Technology in Medicine and
Agriculture, 1990. UK: Eubios.
- Mason J. McCall Smith R., Law and Medical Ethics (3rd
ed.), 1991. UK: Butterworths.
- Miller RD., Problems in Hospital Law (6th Edition), 1990.
Maryland: ASPEN.
- Nassal G., Human Genetic Information: Science, Law
and Ethics, 1990. Ciba Foundation Symposia 149,
Wiley-Liss.
- Rollin BE., The Unheeded Cry: Animal Consciousness,
Animal Pain and Science, 1989. UK: Oxford.
- Sammons VO., Blacks in Science and Medicine, 1989.
NY: Hemisphere.
- Simon RL., Review of Clinical Psychiatry and the Law,
1990 & 1991. Washington: American Psychiatric
Press.

Suzuki D. Knudtson P., Genetics: The Ethics of Engineering Life, 1990. UK: Unwin.

Tucker BP., Disabilities Law, 1991. Horsham: LRP.

Wexler R., Wounded Innocents: The Real Victims of the War Against Child Abuse, 1990. Buffalo: Prometheus.

ד. כנסים בינלאומיים בשנת 1992

1992 July 16-91 Budapest, Hungary:

International Conference on the Use of Stories and Metaphores as Tools in Communication.

1992 July 19-23 Toronto, Canada:

The Third International Conference on Health, Law and Ethics.

1992 August 23-28 Mmabatho, Bophuthatswana:

The Third International Congress on Human Rights in Medicine and Law.

1992 November 2-6 Bangkok, Thailand:

4th International Congress of the Indo Pacific Association of Law, Medicine and Science.

מגרשים למכירה באחוזה, בסורוקה, בפרויד.

בדניה לבניה מיידית ולהשקעה ברחובות:
האג, משה סנה, שבדיה.

להשקעה בקריות: קרית ביאליק, צור שלום.

דירות למכירה והשכרה בכל אזורי חיפה

אדמה בע"מ - נורדאו 9, חיפה ☎ 04-674445

עוץ
צמיים,
דמיים
מהבית!

יית חיים
04-7
04-7222

יצרנים

ב א ג ו ד ה

אות המופת לרופא

אראלה יואל

האגודה לרפואה ולמשפט בישראל מעודדת פעילות התנדבותית בין חבריה בפרט ובין הרופאים ועורכי הדין ככלל. ואכן - מזה ארבע שנים מוענק "אות המופת לרופא" בעת המפגש השנתי של חברי האגודה.

הענקת האות מתאפשרת תודות לתמיכה הנדיבה של חברת הבטוח "מגדל", אשר מסייעת גם בארגון המפגש השנתי.

הקריטריונים לפיהם מוענק "אות המופת לרופא":

1. התנהגות ראוייה לציון במהלך ארוע חריג.
2. התנהגות ומסירות למופת של הרופא לחוליו, במהלך עבודתו השוטפת במרפאה ובבית החולים.
3. פעילות התנדבותית מיוחדת וממושכת מחוץ למסגרת העבודה.

מידי שנה מבקשת האגודה מן הציבור, ע"י פרסום בעתונות, להמליץ על מועמדים הראויים לקבל את אות המופת. ההמלצות מרופאים, מחולים ומכני משפחותיהם - נבחנות בועדה אשר בראשה שופט או שופט בדימוס, ובין חבריה יו"ר ההסתדרות הרפואית, ראש לשכת עורכי הדין וחבר הנהלת האגודה.

בכנס האחרון של חברי האגודה, ביום ג' ה-11.6.91, בכפר המכביה, הוענק אות המופת ל-3 רופאים, לפי כל אחד משלושת הקריטריונים.

מכתבי ההמלצה הרבים שהגיעו לשולחן הועדה, מצביעים על מודעות רבה בציבור למעשי הרופא בכלל, ואל פעילותו מעבר לנורמה הרגילה המקובלת. והגיעו הדברים לממדים שהיקשו על חברי הועדה לבחור את חתני הפרס היותר ראויים מבין כל הרבים שהומלצו.

נביא כאן קטעים מן ההמלצות שבעקבותיהן נבחרו שלושת הזוכים, כולם רופאים ילידי הארץ, ונקדים דברי רקע מעטים.

אות המופת על התנהגות ראוייה לציון במהלך ארוע חריג הוענק לפרופ' דניאל שובל.

פרופ' דניאל שובל מנהל היחידה למחלות כבד, ומנהל מחלקה פנימית א' בבית החולים "הרסה", עין כרם, זכה באות המופת, בגין פעולתו להצלת חיי גב' סילבי לאופר מנהריה, הטיפול בה והעברתה לבית החולים בפריס, לצורך השתלת כבד.

הכותבת היא עו"ד וחברה בהנהלת האגודה.

עצם הפעולה איננה מיוחדת, שכן במשך השנה שקדמה למתן האות העביר צוותו של פרופ' שובל 42 חולים למרכזים רפואיים באירופה להשתלת כבד. המיוחד במקרה שלפנינו - השלמה תוך כ-6 שעות של תהליך הנמשך בדרך כלל בין 3 ל-7 ימים.

כותב מר אורי לאופר, בעלה של החולה:

"פרופ' דניאל שובל, נענה לקריאה טלפונית של רופאי ביה"ח הממשלתי בנהריה ביום 21.10.90 בשעות הלילה. יצר מיד - מביתו - קשר טלפוני עם ארצות באירופה ועם ביה"ח בנהריה, בכדי להציל את חיי אשתי סילבי לאופר אשר לקתה באופן פתאומי בדלקת כבד עם נגיף מסוג "היפטיטיס B".

פרופ' שובל דרש העברת אשתי למחלקתו באופן מיידי, דאג להשתחרר משרות מילואים שתוכנן ליום המחרת 22.10.90. גייס את צוותו שהיה אמור לצאת ליום חופשה. כל זאת עשה כדי לארגן ממרפאתו את הטסתה המיידית של אשתי להשתלת כבד באחד המרכזים באירופה.

תוך שיא של 6 שעות השלים את כל הסידורים להטסתה לפריז, בליווי 2 רופאים מלווים (האחד להנשמה והשניה לבעיות כבד - בהטסה) ובכך להציל את חייה.

"...הוא עקף ביוחזקטיות אין ספור והוציא כל המסמכים הדרושים תוך 6 שעות: דרכונים; ויזות; אישור שחרור מצה"ל עבורי; ועדת משיח; התחייבות של קופ"ח; נתונים למשטרת הגבולות עבור כניסת אמבולנס נט"ן לשטח נמל התעופה; משטרת הגבולות בצרפת; שריון בי"ח שיקלוט במהירות מירבית את החולה; הזמנת כבד להשתלה באירופה; שיכנוע 2 רופאים שיסכימו לעזוב הכל ולטוס עמנו; אירגון מטוס אמבולנס הראשון שיוצא מנמל התעופה - לפריז ועוד. לוא היה חלילה מתעכב ב-8 10 שעות, אשתי לא היתה יותר בין החיים.

מוסריותו של רופא - הנמצא 200 ק"מ מנהריה. אינו מכיר את החולה ומשפחתה, ונכונותו בשעות הלילה - לשמש תחנת מעבר להטסת החולה לאירופה - ראויה לדעתי לציון מיוחד".

אות המופת על התנהגות ומסירות למופת של הרופא לחוליו במהלך עבודתו השוטפת, הוענק לד"ר עדה גולדפרב.

ד"ר עדה גולדפרב עובדת במחלקה להמטולוגיה בביה"ח "הרסה" עין כרם ומשמשת כאחראית למרפאת-היום ההמטולוגית ותוכנית התלסמיה בבית החולים. אות המופת הוענק לה בגין עבודתה המקצועית המעולה והמסירות המיוחדת שגילתה במהלך עבודתה עם חולי התלסמיה.

בחרתי להביא קטעים מתוך מכתב של חולת תלסמיה בת 32 הנמצאת בטיפול של ד"ר עדה גולדפרב.

"מהרגע הראשון שעיני קלטו את המודעה במקומון הירושלמי, הרגשתי שלרופאה שלי ושל עוד כ-70 60 חולים המטופלים על ידי, מגיע אות מופת זה.

אני חולת תלסמיה מגיל ינקות: מחלת דם תורשתית קשה, המצריכה קבלת עירוי דם מדי שבועיים. השנים הראשונות לחיי היו קשות מאוד. לא היה רופא שהסכים לקחת תחת חסותו טפול בחולים צעירים הדורשים טפולים רבים ומסוגים שונים עקב סיבוכים תמידיים. שנים רבות הסתובבנו במסדרונות בית החולים בלי מקום קבוע לקבלת העירויים. כשכל פעם רופא אחר מכניס את העירוי ונעלם. לא היה טפול מקיף, עקב זאת אחוז התחלואה גדל וכן אחוז התמותה. לפני כ-10 12 שנים, התקבלה ד"ר גולדפרב לעבודה, לטפל בחולי התלסמיה. נתקלה בקבוצת חולים קשה. קבוצה עם הרבה כעס, מרירות, שנאה והתנגדות לקבלת טפול רפואי. החולים צעירים למדי, מגיעים לטיפולים עצבניים, עייפים, חלשים, מתוסכלים, נוטים להתפרצויות זעם ובכי.

ד"ר עדה גולדפרב לא נבהלה. בשלווה, בסבלנות אין סוף, בסובלנות ובאהבה ידעה לטפל בכל חולה ובהתאם לאישיותו. ד"ר גולדפרב מכירה כל חולה בחולשותיו ובתכונותיו החיוביות. מרגיעה, מייעצת ותומכת.

כיום בזכותה מגיעים לבית החולים הדסה חולי תלסמיה יהודים, ערבים ודרוזים מכל רחבי הארץ, ומהשטחים. החולים רגועים יותר, כי יש אוזן קשבת, כל חולה מקבל את כל הטיפולים הדרושים לו, אם זה טפול אנדוקריני, אורטופדי וכו'.

בזכות עבודת ריכוז תיקיה של כל החולים, ניהול הצוות הרפואי של יחידת טיפול יום, וטיפול אישי בכל חולה ומשפחתו - הפכה ד"ר גולדפרב את הטיפול בחולי התלסמיה לאחד מן הטובים בעולם. את האופטימיות והדחף לקבל טפולים, להתמיד בהם כדי להמשיך לחיות חיים נסבלים יותר נתנה לנו ד"ר גולדפרב. אין דבר יותר חשוב מזה שאפשר לזקוף לזכות רופא."

אות המופת בשל פעילות התנדבותית מיוחדת וממושכת מחוץ למסגרת העבודה הוענק לד"ר דני בונה.

ד"ר דני בונה חבר קיבוץ בארי, מומחה לרפואת המשפחה ועובד במרפאת קופת חולים בבאר שבע. זכה בפרס בגין פעילותו ההתנדבותית, וניהול היחידה לטיפול ביתי תומך (הוספיס בית) בבאר שבע.

בלשון יבשה כתב עליו ד"ר פסח שורצמן - מנהל המחלקה לרפואת המשפחה באוניברסיטת בן-גוריון:

"את הטיפול בביתם של החולים עושה ד"ר בונה מעבר לשעות עבודתו הרגילות. הוא מבלה לילות, ערבי חג, חגים ושבתות עם חוליו, ללא קבלת כל תמורה כספית או אחרת."

אביא גם קטע ממכתב אל ד"ר בונה מאחת המשפחות המטופלות לאחר פטירת החולה:

"לד"ר בונה,

ולמרות שהסוף כה כואב ואכזר / וכל הנסיגות להועיל סופם היה מר, / לא נוכל שלא להביט לאחור / ולראות איך אדם אחד צנוע עזר כה רבות / במשך ארבע שנים ארוכות. כי בכל פעם שאמא היתה צריכה / באת ללא היסוס והיית לצידה / בטיפול מסור וחם ללא לאות / עם הבנה רבה ואחריות.

באת לקראתנו בכל דבר ובקשה / והיית איתנו גלוי לב מן ההתחלה, / שיתפת אותנו בהחלטות ואמרת לנו את האמת / ואין בפינו המילים להביע את הערכתנו כעת.

רוצים אנו להתנצל ולהודות למשפחתך / שעל חשבון זמנם וזמנך היית איתנו בכל ליבר / ועד הרגע האחרון עם כל התמיכה האפשרית.

קטנו המלים ואפסו המשפטים מלתאר את אשר בלבנו וכל שנוכל לאמר בתקווה שכוחך לא ירפה ותראה בעבודתך ברכה והצלחה.

בטוחים אנו כי לו אימנו היתה בחיים היתה היא שותפה לאלו הדברים."

ועדת אות המופת וכל הנוכחים בטכס הצטרפו לאיחולי הברכה וההצלחה לשלושת הרופאים שעבודתם צויינה למופת.

לרגל ציון עשרים שנה לאגודה לרפואה ולמשפט בישראל, בשנת 1992 - אנו מבקשים את כל חברי האגודה להפנות אלינו המלצות מפורטות בכתב על רופאים הראויים לקבל את אות המופת.

טכס חלוקת הפרס יתקיים ביום ראשון, 31.5.1992, בהיכל התרבות בתל-אביב, במסגרת חגיגה במלואת עשרם שנה לאגודה.

רפואה ומשפט