

במת המערכת

קוראים יקרים,

הגליון הנוכחי, מס' 7, הינו הרביעי ע"י המערכת הנוכחית. תחושתנו - כי מגליון לגליון אנו נפתחים ומתפתחים. השבחים שקבלנו מאנשי מקצוע רבים וממערכות של עתונים מקצועיים ותיקים, כגון "הרפואה" ו"שיחות", מתייחסים הן לצורה והן לתוכן של "רפואה ומשפט", ויש בהם עדוד רב.

שני סמנים (MARKERS) להתבגרות העתון, בגליון זה:

- (1) תגובות למאמרים ולרשימות שפורסמו: דר' בקר פונה לאמנון כרמי; עמי לוי מגיב לדו"ח שרשבסקי; דן שרון מתדיין עם זקהם וקולוץ'.
- (2) לראשונה מופיעות בחוברת זו, הנחיות לכותבי מאמרים, לרבות ל"קדש הקדשים" של כל מערכת עתון מקצועי - הנחיות לרשימת הספרות הנלווית למאמר. תקוותנו שהנחיות אלו תקלנה על הכותבים ועל המערכת כאחד.

למרות שכל גליון חדש הוא - עדיין - חגיגה עבורנו, טרם חלפו קשיי המימון. תבורך שוב, עיריית פתח-תקוה על הסיוע החם והנדיב.

דר' עמי לוי
עורך ראשי

הרפואה, הרופאים והפרסומת

כל אימת שדנים על פרסומת ברפואה, מועלים כמה טיעונים בזכותו של המקצוע להתפרסם ולפרסם את עצמו, ולעומתם - נימוקים מדוע יש להתנגד לכל צורה של פרסומת עצמית. להלן אחרים מן הטיעונים האלה.

בחברה דמוקרטית, התחרות החפשית היא זכות בסיסית. כוחות השוק מווסתים את האיוון בין ההיצע לביקוש. הפרסומת מקדמת את המכירות, קובעת את נפח השוק ועוצרת עלית מחירים... התאגדויות וקרטלים אינם רצויים וזכותו של כל אדם לבחור לעצמו תחום עיסוק כלכלי - היא זכות הראויה להגנה. פרסומת חופשית - תועלתה בצידה מתוך שהיא מבטיחה את זכות הציבור לדעת מה המוצרים והשירותים העומדים לרשותו. הצרכן נכון דיו להבדיל בין יומרות מוצדקות למוגזמות, אשר המפרסם שוטח לפניו. ובכל מקרה - איש אינו חייב לרכוש מוצרים או שירותים שאינו חפץ בהם. "Caveat Emptor" - הצרכן יזהר. במקרה שלנו - אם קריאת התיגר על הפרסומת מכוונת למנוע טיפולים מיותרים או רשלנות רפואית - אזי איננה מוצדקת. רופא אשר נמצא אשם במתן טיפול מיותר או טיפול גרוע - חייב לשאת בעונש. אולם אין להחניק יוזמות חופשיות רק מפני שרשויות השלטון וההתאגדויות המקצועיות של העוסקים ברפואה, אינן רוצות או אינן מסוגלות לבלום תופעות של ביזוי המקצוע וביזוי המערכת הרפואית. חזקה על הרופאים שיעשו את הטוב ביותר למען החולים המטופלים על ידם, ויימנעו מכל פעולה או טיפול מיותר. זאת - על אף הפיתוי הקיים לעתים לעשות כך. הפרסומת היא אמצעי בריא ומסוגלת להביא לעליית הרמה ולהגדלת הזמינות של הטיפול.

מנגד לכל האמור קיים נגוד חריף בין עצם הפרסומת לבין שבוטת היפוקרטס של הרופא. "פרסומת הוגנת" מעוררת שיקולים של "בעד" ו"נגד": "יהללך זר ולא פיר, ועדיף כי המטופלים שלך יעשו זאת". עיסוק מכובד אינו מציע את מרכולתו בכיכר השוק. רופא מצליח אינו זקוק לפרסומת. ככל שהמחלות מודברות וככל שמספר הרופאים בקהילה עולה, כך הופך החיזיון של הרופא המובטל, או רופא שיניים מובטל, למקור דאגה, מספר העוסקים ברפואה, שמחפשים תעסוקה, גדל והולך. "רופא רעב הוא רופא מסוכן" כפי שניסח זאת פרופ' Aubrey Sheiham מאוניברסיטת לונדון.

בסופו של דבר - לפרסומת מחיר גבוה ואת המחיר הזה צריך לכסות על ידי הגדלת נפח השרותים הניתנים על ידי הרופא, או על ידי העלאת מחירים. בעולם המסחר, איש העסקים המצליח מוכר יותר מאשר מתחריהו המצליח פחות. אבל הרופא אינו נמדד לפי כמות עבודתו. הרופא הטוב ביותר איננו בהכרח זה שמספר מטופליו הגבוה ביותר. הצרכים האמיתיים של המטופל הם השיקול העיקרי. ואילו השיקול הטוביטיבי של נוהג השירותים לא תמיד משקף את הצרכים המוצדקים של המטופל.

החברה הישראלית איננה חדורת תודעה צרכנית במידה מספקת כדי לטפח שיקול דעת צלול במציאות של פרסומת תוקפנית והצע נרחב. במקרים לא נדירים נדרשת התערבות מגבוה כדי להגן על הציבור מפני שרלטנים ובעלי יוזמה אשר תאבונם לרווח מהיר עולה על השיקולים האתיים שאמורים להנחות בעלי מקצועות חופשיים.

ובכל זאת יש מקום לנסח אחרת את החוק הנוכחי במטרה לאפשר לציבור לקבל מידע חיוני באופן שוטף ותחת בקרה. ובו בזמן למנוע מבצעי פרסומת אשר מטעים את הבריות ומבזים את המקצוע.

ד"ר משה קלמן



רחוב ביסקי
92

משפט רפואי



עו"ד יונתן ריוויס

היקף האחריות והנזק בין מזיקים שונים

הצגת הבעיה

שאלת חלוקת הנזק בין המזיקים השונים, וכן שאלת היקף האחריות, דהיינו - מהו החלק של הרופא בנזק המצטבר שבגינו יש להטיל עליו חובת פיצוי, מציגה לפנינו שאלות בסיסיות בדיני נזיקין בכלל ובדיני הפיצויים בפרט:

1. מתי יש להחיל את עקרון "הגולגולת הרקה" כשמדובר בנזק צפוי שרק שיעורו והיקפו באו בהפתעה.
2. מהו נזק בלתי ניתן לחלוקה? מתי ייקבע הנזק כבלתי ניתן לחלוקה, והאם שאלת היות הנזק כזה היא שאלה שבחוק או שאלה שבעובדה.
3. שאלת נטל ההוכחה. החידוש בפסק הדין הנדון הוא - לדעתנו - בהעתקת נטל ההוכחה אל כתפי המזיק כמכשיר לעשיית צדק. ביהמ"ש יצר כלל חדש בדיני הראיות, לפיו מעשהו הרשלני של המזיק לא רק שהוסיף לנזק המהותי אלא הוא אשר גרם ל"נזק ראייתי" כלשון בית המשפט העליון, כאשר עקב סמיכות המאורעות וטיבו של הנזק הכולל נשללה מן הניזוק האפשרות להוכיח את היקפו של הנזק היחסי שנגרם ממעשיו הרשלניים של המזיק. מכאן ההצדקה, כדברי ביהמ"ש, להטיל את מלוא חבות הפיצוי על המזיק, אלא אם הוא עמד בנטל ההוכחה של היקף הנזק שנגרם.
4. שאלת המדיניות המשפטית הראויה. האם יש מקום לגלגל את הסיכון במקרים כאלה על הניזוק, או על המעוול שגרם לחלק מן הנזק.

אדם נכנס לניתוח פשוט יחסית (כריתת תוספתן). במהלך הניתוח נזקק לעירוי שהסתבך וחייב ניתוח נוסף להוצאת צינורות העירוי. הניתוח נעשה בעורק הריאה ע"מ לאפשר הוצאת הצינורות. שני הניתוחים עברו בהצלחה ועל גוף החולה לא נותר מום זולת שלוש צלקות, אך למרות ההחלמה הפיסית יצא התובע מבית החולים אדם שונה מזה שנכנס. נגרמה לו נכות נפשית קשה והוא הפסיק לתפקד בכל המישורים. אלה עובדות המקרה שגדון בע"א 285/86 נגר נ' ד"ר וילנסקי¹.

אין מחלוקת שמדובר באדם בעל בעיות נפשיות שקדמו לתאונה והוחמרו באופן ניכר במהלך האישפוז. הקושי הוא לקבוע מהו הנזק שנגרם לו לפני התאונה ואיזה נזק נגרם לו אחריה ואחרי הניתוח, או שמא מדובר בתהליך שהוחמר עקב התאונה.

ביחוס האחריות והנזק במצבים של ריבוי מזיקים, מנחים ככלל העקרונות הבאים:

1. הניזוק זכאי לפיצוי על מלוא נזקיו שנגרמו לו בכל הארועים גם יחד.
2. אין מזיק אחראי אלא לנזק שהוא גרם לו.
3. המזיק מוצא את הניזוק כמות שהוא.
4. באומדן הנזק לעתיד מתחשבים באירועים ובהתפתחויות העלולים או עשויים להתרחש במהלך חיי הניזוק, ובאלה שכבר התרחשו עובר למתן פסק הדין, שבכוחם להגדיל את נזקיו או להקטיןם².

רפואה ומשפט

גליון מס' 7 — אוקטובר 1992

א. עקרון הגולגולת הדקה

1. כאשר הנזק נגרם על ידי מספר גורמים, על המוזיק לקבל את הניזוק כמות שהוא, אפילו נטייתו לחלות ו"גולגולתו דקה". העקרון הוא, שפגיעה בגופו של אדם, הגורמת למום (קטן או גדול, רגיל או יוצא דופן) תיחשב כאילו היא שגרמה לאותה תוצאה בלא להתחשב במצבו הרפואי הקודם של הניזוק.

בתי המשפט אשר דנו בסוגית הגולגולת הדקה התמידו בהטלת מלוא שיעור הנזק שנגרם לנפגע בשל תכונותיו המיוחדות ואף הנדירות על שכם המוזיק, מקום שהוכח הקשר הסיבתי העובדתי בין העוולה והנזק⁴. המחלוקת התמקדה בשאלה איזה מבחן יש ליישם בנסיבות המקרה: האם את מבחן הצפיות, הגורס חזות מראש לגבי הנזק העלול לצמוח מן העוולה, או העקרון שכל הנזק אפילו הוא בלתי צפוי ייוקף לחובת המוזיק⁵.

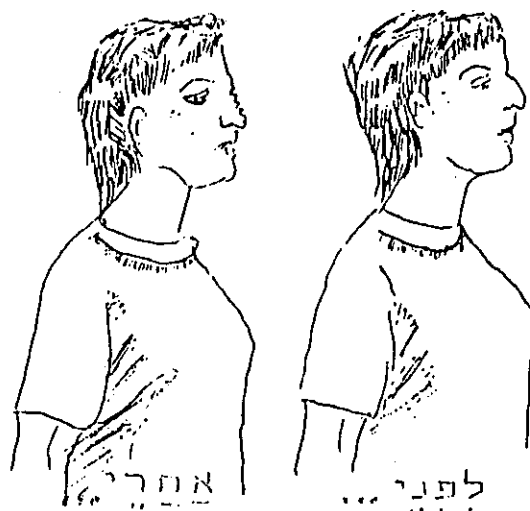
3. במשפט המקובל נוהגים לראות בעקרון הגולגולת הדקה מכשיר לעשיית צדק. בתי המשפט מטילים את האחריות על המוזיק כענין שבמדיניות משפטית⁶.

במשפט הקונטיננטלי בוחנים בתי המשפט את הרופא המוזיק ביתר חומרה מקום שלא נתן דעתו למצבו הרפואי של הנפגע, בבחינת חזקה בעיני כל רופא היא שמצבו הרפואי של המטופל רעוע עוד לפני שהגיע לשולחן הטיפולים⁷.

4. לעיתים משמש עקרון הגולגולת הדקה לענין קביעת האחריות ובמבחן הצפיות שבו עושים בתי המשפט שימוש באיתור גורמי האחריות, והנזק משמש אמצעי כדי לקבוע אם הפר אדם חובת זהירות, ולאחר שנמצא המוזיק חייב, כאשר בא בית המשפט לשום את הנזק, שוב נעשה שימוש במבחן הצפיות וזאת לפי סעיף 76(ו) לפקודת הניזוקין.

מכאן, שבתי המשפט נזקקים למבחן הצפיות תוך עירוב תחומין, ולעיתים יימצא המוזיק כמי שגרם לגולגולת הדקה. כך נקבע שרגישותו המיוחדת של התובע נלקחה כיסוד לקביעת חבותו של המוזיק כלפיו⁸, או כאשר רופא קטע את רגלו של החולה, שאלמלא הכשלון האבחנתי ניתן היה להצילה⁹. בדומה, רופא אשר יוצר באחריותו המקצועית מצב של "גולגולת דקה" או נוקט פעולה אשר מחלישה את מצבו הגופני של החולה, כך שדרושה התערבות רפואית נוספת כדי להציל או להבריא את החולה, יימצא אחראי ברשלנות בכך שלא צפה את הנזק¹⁰.

בענין נשוא דיוננו, אימץ בית המשפט את ההלכה המקובלת במשפט האנגלוסכסי, לפיה אם סיבוכי המחלה גרמו שמצב נפשי מעורער ו"גולגולת דקה" של החולה הביאו לנזק נפשי של החולה, הרופא המוזיק יימצא אחראי לכל הנזק, אפילו הנזק שנגרם בפועל חמור מזה שהיה צפוי¹¹.



2. עקרון הגולגולת הדקה משמש את סוגיית הקשר הסיבתי לענין קביעת הפיצויים המגיעים לניזוק. כאשר באים לבחון האם קיים קשר סיבתי מתעוררות שתי שאלות: האחת - האם קיים קשר סיבתי עובדתי פיס, ישיר, בין העוולה לנזק. והשניה - האם קיים קשר סיבתי משפטי, ובמסגרתה נבחן היקף האחריות המוטלת על המוזיק, וכן נבחנת השאלה האם עומד קשר זה במבחן הצפיות, כלומר האם יכול היה המוזיק לחזות מראש, כי הנזק שיגרם יגרור את הנזק שאירע בפועל, כגון השאלה האם התפתחות גידול ממאיר הינה תוצאה מחבלה שארעה במהלך העבודה והאם ניתן לייחס את האחריות לנזק בשל מחלת הסרטן, שנגרם כתוצאה ישירה ממעשהו או ממחלתו של המוזיק³.

ב. היקף הנזק וחלוקתו

1. כאשר מתרחש נזק נוסף, לפני או אחרי הנזק שהאחריות בגינו מוטלת על המזיק, בבחינת קיומם של מספר גורמים לנזק אשר די באחד מהם כדי להביא לנזק באופן עצמאי, מתעוררת בפני בית המשפט השאלה, מה היקף האחריות של המזיק הנתבע. האם יהיה אחראי לכל הנזק שהתהווה אצל הנפגע או אחראי רק לנזק שהוא גרם במישרין, או אולי לא יהיה אחראי כלל.

שאלה קשה עוד יותר היא, מה דינם של מזיקים נפרדים שגרמו לניזוק נזק אחד שאינו ניתן לחלוקה?

2. בתי המשפט אצלנו, אימצו את עקרונות המשפט האנגלי על פיהם יש להחיל את מבחן הצפיות כמכשיר לאיבחון אחריותו של המזיק. כך למשל, כאשר מדובר בנזקים עוקבים אשר קיימת סמיכות של זמן ומקום ביניהם, אימצו בתי המשפט את מבחן הצפיות. לדוגמא: ארעה תאונה שניה בעת שהנפגעת היתה בתהליך של החלמה מפגיעה שהמזיק הראשון היה אחראי לה, והנזק ארע באותו חלק גוף¹². או כאשר אדם נפגע בתאונה ונגרם לו נזק ברגלו, הוא מגיע לביה"ח ושם נקטעת רגלו אלא שבדיעבד מוכח כי לא היה צורך בכך. בית משפט באנגליה קבע כי המזיק הראשון אחראי לנזק כולו ורשלנות המזיק השני (בית החולים) אינה בבחינת "גורם זר מתערב"¹³.

3. לעומת זאת, כאשר נגרם נזק נוסף המרוחק בזמן ובמקום מהנזק הראשון, בחרו בתי המשפט להפריד בין המזיקים ולהשית את האחריות לנזק המאוחר על המזיק השני¹⁴. המזיק אחראי רק לתוצאות הנובעות ממעשהו, בין אם התוצאה של הנזק השני מתרחשת בסמיכות לנזק הראשון ובין אם לאו. לפיכך קיומה של סיבה נוספת לנזק, אפילו מהותית, לא יכולה לשחרר את המזיק מאחריותו על בסיס טענה של העדר קשר סיבתי. במקרה כזה הבעיה היא בתחום הסיבתיות המשפטית ולא רק בשאלת ריחוק הנזק או הערכת הנזק¹⁵. במקרים רבים תיפתר הבעיה על ידי העברת גטל הראייה¹⁶.

בית המשפט בעניין עובון חנשוילי דן במקרה בו נפגע אדם בתאונת דרכים ונגרמו לו 28% אחוזי נכות לצמיתות. בטרם הספיק להגיש תביעת נזיקין ושעה שמצבו הבריאותי טרם התייצב, נפגע בתאונת דרכים נוספת בה נהרג. בית המשפט התחבט בשאלה מי מבין המזיקים (המבטחים) חייב בפיצוי, ובמקרה זה הפריד בין הנזקים שכל אחד מהמזיקים גרם תוך

שהוא קובע כי כאשר מדובר בנזק שלא ניתן לחלוקה, ניתן לחייב באופן מלא את כל אחד מהמזיקים ושאלת חלוקת האחריות ביניהם נותרה להתדיינות ביניהם. אך כאשר נפגע אדם כתוצאה מרשלנות מזיק זהו נפגע שוב לאחר מכן ולפני פסק הדין, בפגיעה שניה שאינה תוצאת הפגיעה הראשונה, אזי אין המזיק הראשון חייב לשאת בנזקים שנגרמו כתוצאה מהפגיעה השנייה שבגללה בלאו הכי נשלל מהניזוק כושר השתכרותו זמנית או לצמיתות. בארה"ב ובקנדה נקבע כי כאשר נזק נוסף בתאונה מאוחרת, יהיה המזיק השני חב בכל הנזק, אם הוא לא צפה אותו¹⁷. בתי המשפט שם נוהגים לחלק את המקרים בהם רופאים נמצאים אחראים לנזק מאוחר שנגרם כתוצאה ישירה מעשיהם לשתי קבוצות עיקריות:

(1) כאשר רופא מטפל בניזוק אשר נפגע בתאונת עבודה או בתאונת דרכים. כתוצאה מהתנהגותו הרשלנית הוחמר ניזוקו של הניזוק בשל מצב רפואי שלא אובחן, כגון שלניזוק היה לב חלש¹⁸, או שהיה לו סוג דם נדיר²⁰. במקרים אלה האחריות לכל הנזק תושט על המזיק הראשון, אלא אם התנהגותו של הרופא היתה בבחינת "גורם זר מתערב", אשר ניתן את הקשר הסיבתי בין התנהגות המזיק הראשון והנזק (השווה ת.א. (ח') 933/86 שוקרי נאדיה נ' צור שמיר חב' לביטוח בע"מ פס"מ תשנ"א (ג)45).

(2) הקבוצה השנייה מתייחסת למקרים בהם הנפגע סבל ממצב רפואי קודם, ובשל התנהגות הרופא הוחמר מצבו הרפואי של הניזוק באופן משמעותי כגון שיתוק שנגרם כתוצאה מהתנהגות רשלנית של הרופא. במקרה כזה הרופא יימצא אחראי לכל הנזק, בהתבסס על עקרון "הגולגולת הדקה" הפורש את כנפי הגנתו גם על נפגעים שהם בעלי נטיה גבוהה לחלות²¹.

4. כאשר הנזק שנגרם לניזוק על ידי מספר גורמים או מעוולים בלתי ניתן לחלוקה, כגון: ראובן ושמעון תוקפים את לוי וכל אחד גורם לו חבלה מיוחדת, שהיא בלתי ניתנת לחלוקה, או כאשר שתי מכוניות מתנגשות זו בזו וגורמות נזק להולך רגל או נוסע באחת המכוניות. כיצר ניתן לחלק את הנזק בין הגורמים השונים?

ההלכה הפסוקה אומרת: כאשר מזיקים נפרדים גרמו לניזוק אחד שאינו ניתן לחלוקה, הם חבים יחד ולחוד לכל הנזק בשלמותו²². הקושי בהטלת האחריות בין המעוולים השונים, הוא כאשר מעשיו של כל

רפואה ומשפט

גליון מס' 7 — אוקטובר 1992



אחד מהמעוולים יכול היה לגרום לחלק מן הנזק, אך לא לכולו, וכאשר שיעור "התרומה" של כל אחד מהמעוולים אינו ניתן להוכחה על פי קנה מידה סביר.

עד לאחרונה ההלכה הפסוקה בענין חלוקת הנזק בין המעוולים השונים היתה: כאשר אי אפשר להעריך בהרצאות את הנזק שנגרם על ידי כל אחד מהגורמים השונים הפועלים בנפרד, באותו זמן או בזמנים שונים - אין להסתפק בפיצוי סימלי בלבד, והחלוקה בין המעוולים בנפרד תעשה שווה בשווה כדרך היחידה הצודקת, וכאשר אין אינדיקציה לחלוקה צודקת יותר.²³

בד"נ 15/88 מלך נ' קורנהויזר ואח'י²⁴ דן בית המשפט העליון בהרחבה בסוגית חלוקת הנזק בין המעוולים השונים. נקודת המוצא של כב' השופט לזין אשר ביטא את דעת הרוב, ש"היא זה נכון לחפש בכל מקרה ומקרה אחר קנה מידה סביר כלשהו לחלוקת הנזק בין המעוולים השונים ולפסוק על חלוקה בהתאם ככל שניתן לעשות זאת בדרך סבירה והגיונית בנסיבות הענין".²⁵ וכאשר קביעת חלקו של כל מוּזיק בנפרד וזקיפת כל מרכיב של הנזק לחובתו של מוּזיק פלוני הן כה משולבות, עד שאין אפשרות להתיר את הקשר הסבוך כדי לייחס כל מרכיב ממרכיבי הנזק לאחד המוּזיקים - יוטל נטל הראייה על הנתבע להוכיח מי מבין המוּזיקים האפשריים גרם את הנזק, ואם לא יעלה בדעתו לעשות כן, עליו לשאת בכל הנזק.

ג. נטל ההוכחה

1. החידוש בפסק הדין הנדון, הוא לדעתנו בממצאו של בית המשפט שמקום שנמנעת מהניזוק האפשרות להוכיח איזה חלק מהנזק הסופי היה קיים טרם הארוע הרשלני ואיזה חלק התגבש בעקבותיו, יעבור הנטל על המוּזיק להוכיח את חלקו בנזק הסופי. אם לא יצליח להרים את הנטל תושת עליו מלוא חבות הפיצוי. אלא, שבבסיס הקביעה הנ"ל עומד הממצא שהמוּזיק הרשלן גרם בנוסף לנזק הממשי גם "נזק ראייתי", דהיינו שבשל רשלנותו של המוּזיק נמנעת מהניזוק האפשרות להוכיח איזה חלק מהנזק הסופי היה קיים קודם ואיזה התגבש בעקבותיו. נקבע כי "נזק ראייתי" כזה יכול שייגרם בנסיבות שבהן רשלנות הנתבע ארעה זמן קצר אחרי הנזק הראשון, חסר החבות, וסוג הנזק זהה לסוג הנזק הקיים. כך ששני נזקים אלה בהצטרפותם יצרו נזק סופי כולל המהווה יחידת נזק אחת בלתי ניתנת לחלוקה. במקרה כזה צודק יהיה להעביר את נטל ההוכחה על כתפי הנתבע.

2. העברת נטל הראייה כמכשיר לעשיית צדק אינה דבר בלתי מקובל. בשיטה האנגלו-אמריקאית נעשה שימוש רב במכשיר זה.²⁶ ההצדקה להטיל את הנטל על הנתבע היא בכך, שאין מקום שהנתבע ייהנה מיתרון "ראייתי" ואם על ביהמ"ש לבחור בין המוּזיק המעוול והניזוק החף, הרי שהנטל צריך ליפול על שכמו של המוּזיק.

3. כשם שבית המשפט בענין קורנהויזר הנ"ל מצא להעביר את נטל הראייה של המעוול, מקום שהנזק לא ניתן לחלוקה, כמכשיר למניעת אי צדק בענין שבמדיניות, כך ראה בית המשפט בענינו לעשות זאת, כאשר לא ניתן להפריד בין נזקו הקודם של הניזוק והנזק שנגרם לו במהלך הטיפול הרפואי. במקרה כזה על הניזוק להוכיח עפ"י מאון ההסתברויות שהתנהגותו הרשלנית של הרופא גרמה או הביאה לנזק. משלב זה עובר נטל הראייה על כתפי המוּזיק להוכיח איזה חלק מהנזק הסופי היה קיים טרם הטיפול הרפואי.

ד. המדיניות המשפטית הראויה

כאשר מונחות בפני בית המשפט על כפות המאזניים שאלות קשות להכרעה ועליו להכריע בין הטבת נזקו של הניזוק מחד גיסא, ובין הצורך למנוע אי צדק מהמוּזיק מאידך, (שהרי מטרת דיני הניזוקין אינה להעניש את המוּזיק אלא להחזיר את המצב לקדמותו ולפצות את הניזוק כדי שהנזק שהוא גרם), פותר בית המשפט את המחלוקת הבאה לפניו על בסיס המדיניות המשפטית הראויה לפיה "ניתן למצוא הצדקה לכך שהמוּזיק יישא בשיעור גבוה מכדי נזקו".²⁷

בתי המשפט נעזרים לעתים בשיקולים שאינם קשורים לנתונים שהוכחו במשפט כגון המטרה ההרתעתית²⁸, או השיקול כי מי שיצר את הסיכון ראוי שישא בו²⁹ וכן השיקול הביטחוני, דהיינו, אם למוּזיק היתה האפשרות להתגונן באמצעות ביטוח שעשה - ראוי שישא במלוא הנזק, כדי שזה יפול על שכם הרבים ולא על היחיד³⁰.

לאור המגמה בדיני הניזוקין המחייבת הטלת אחריות, ומטרת דיני הניזוקין להיטב את הנזק שסבל הניזוק ולהחזיר את המצב לקדמותו, מוצאים בתי המשפט בענין שבמדיניות משפטית, שמוטב לגלגל את האחריות לפתחו של המוּזיק³¹. ומשהחליט בית המשפט המחוזי, בענין וילנסקי הנ"ל³², בשאלה איזה חלק נגרם ברשלנותו של הרופא ואיזה חלק מן הנזק אינו קשור לתאונה הוא קבע:

רפואה ומשפט

גליון מס' 7 — אוקטובר 1992

"קיימות רק שתי חלופות: הטלת מלוא הנזק על הנתבע או ספיגת מלוא הנזק על ידי התובע... נדמה לי שכאן אנו חורגים כבר מתחום דיני הראיות וסוגית נטל ההוכחה, שהרי ברור מראש שמדובר בעובדה שאינה ניתנת להוכחת כלל. הגענו, איפוא, לענין שכולו בתחום המדיניות המשפטית. מי

מהשניים (התובע או הנתבע) יצא כולו נשכר ומי יצא כולו ניזוק. הואיל ומדובר מצד אחד בתובע שנפגע ולא פשע, ומצד שני בנתבע שגרם לפחות חלק מן הנזק, אין ספק שבדילמה הנדונה צריך התובע לצאת נשכר"³³

מקורות

1. פ"ד מג(3) 284.
2. ע"א 248/83 עובק לילי חנשוילי ואח' נ' רותם חב' לבטוח בע"מ פ"ד מה(2) 529.
3. ע.א. 378/82 רינגר נ' ליאון פ"ד יו' 1662 בעמ' 1667.
4. ד"נ 12/63 ליאון נ' רינגר פ"ד יח(4) 701.
4. ראה לענין זה:
ע.א. 22/49 לוי נ' מוסף פ"ד ד' 558.
- ע.א. 237/55 סטורצ'ינר נ' פומבנצ'יק פ"ד י' 1050.
- ד"נ 12/63 ליאון נ' רינגר פ"ד יח(4) 701.
- ע.א. 51/65 מרקשייד נ' רחון פ"ד יט(2) 184.
5. תחילתה של המחלוקת בפסק הדין האנגלי:
Re Polemis and Farness Withy PCo. (1921) 3 K.B. 560 בפסק הדין הידוע.
Overseas Tank ship U.K. LTD Morts Dock Engineering Co. Ltd (The Wagon Mound) (1961) I ALL E.R. 404.
- ובארץ התחלקו הפוסקים בפסקי הדין הבאים:
ע.א. 378/6 רינגר נ' ליאון פ"ד יו' 1662.
- ד"נ 12/63 ליאון נ' רינגר פ"ד יח(4) 701.
- ע.א. 47/58 מלכה נ' היועץ המשפטי לממשלה פ"ד י' 1543.
- ע.א. 1030/68 כהן נ' עלי טבק פ"ד כג(1) 707.
- ע.א. 299/71 מורח נ' מקורות פ"ד כו(2) 248.
6. Cottic V. Gray (1981) 17 CCLT 138
(Cont CA mme. Wilson).
- באנגליה נקבע כי כאשר רופא נכשל באבחנת נטיה של החולה ללקות במחלה או כאשר מתגלה שהחולה אלרגי לתרופות מסוימות או לניהומים, הרופא יימצא אחראי, אם לא גילה זאת מראש ולא צפה את האפשרות שיגרם לחולה נזק כתוצאה מרגישותו.
Rolinson V. Post Office (1974) 2 ALL E.R. 337.
7. אצלנו ע"א 248/86 עובק לילי חנשוילי ואח' נ' רותם חב' לבטוח בע"מ פ"ד מה(2) 529.
- בגרמניה
29 Feb. 1956 BGHZ 20, 131, (199)
- בצרפת
17 May, BULL CIV. 1965, I 239
8. ראה דברי מ"מ הנשיא (כתוארו או) זוסמן בע.א. 299/71 מורחי נ' מקורות פ"ד כו(2) 248.
9. ע.א. 630/68 כהן נ' עלי טבק פ"ד כג(1) 707.
9. McKew V. Holland & Cabius (1969) 3 ALL E.R. 1621 (HL)
10. Hogan V. Betinck West Hatley Collieries (1949) 1 ALL E.R. 588 (HC)
11. כך שבאנגליה לעניין שנדון במקרה של חולה שחלה במחלת נירווה:
Beiscak V. National Coal BD. (1965) 1 ALL E.R. 895
- כך בקנדה לענין סכיופרינה
Mount ISA Mines V. Pusey (1970) 125 CLR 383
- דכאן ברוני
Hollian V. United Grain Growers (1980) 11 CCLT 184
- Sullivan V. Biverside (1973) 36 DLR 3a 538 559 NS, TD
12. ע.א. 23/61 סימון ואח' נ' משה ואח' פ"ד יו' 449.
- ד"נ 12/63 הנ"ל הי"ש (3) לעיל.
- ע.א. 125/71 חרד נ' קייק פ"ד כו(2) 490.
13. Baker V. Willoughby (1969) 3 ALL E.R. 1528 (HL)
- אולם בפסק דין מאוחר יותר, סטה בית הלורדים מהעקרון הנ"ל והעדיף להטיב עם הניזוק מקום שלא היה ניתן להפרע מהמויק הראשון, וחייב את המויק השני מטעמי מדיניות משפטית.
- Jobling V. Associated Dairies (1981) 2 ALL E.R. 752 HL
14. ע.א. 223/80 בן ציון נ' מגורי בת ים פ"ד לו(3) 113.
15. Hotson V. Easton Bershire AHA (1978) 2 ALL E.R. 909 HL
- Mcgee V. National Coal BD. (1972) 3 ALL E.R. 1008 HL
- G. Williams: "Causation in the Law" (1967) Cam. LJ. 62-85
- בקנדה נדון מקרה בו היתה לניזוק נטיה לחלות במחלה מדממת בשם פלביטיס. הוא נכנס לביה"ח כדי לעבור ניתוח בברך. אחרי הניתוח קיבל הוראות ליטול תרופות להקשת דם אך הרופאים לא הזהירו אותו מפני תופעות לוואי. בית המשפט לערעורים קבע שהרופאים התרשלו בכך שהורו לחולה ליטול את התרופות ללא פיקוח רפואי. היה על הרופאים לצפות כי נטילת התרופות ללא אזהרה, עלולה להביא לתופעות לוואי שנוק בצידן ולפיכך מכיון שהיה על הניזוק לעבור ניתוח נוסף וטיפול נוספים, נקבע שהרופאים אחראים לתוצאות הניתוח לרבות הנזק שנגרם לחולה כתוצאה מאי אזהרתו.

- ע.א. 594/82 טל נ' עובק המנוח פרנקל פ"ד מ(1) 64.
 ע.א. 443/83 קורנהויזר ואח' נ' שמואל מלך פ"ד מב(2) 573.
 ד"נ 15/88 שמואל מלך נ' קורנהויזר ואח' פ"ד מד(2) 89.
 23. ע.א. 304/68 גיטסר קבוצת הנוער העובד בע"מ נ' צחאברה
 פ"ד כג(1) 366.
 ע.א. 448/83 קורנהויזר ואח' נ' מלך פ"ד מב(2) 573, 580.
 24. ד"נ 15/88 קורנהויזר נ' מלך פ"ד מד(2) 89.
 25. עמ' 104 מול האות ד', כן ראה דעות דומות.
 Restatement; Second Torts, 433A p. 436.
 Prosser & Keeton ON Torts, 5th ed. (St. Paul Minn) 1984 p. 345.
 26. ראה:
 Restatement. Second Torts 433 B(2)
 Lee & Lindhall,
 Modern Tort Law - Liability & Litigation (Revised ed. (1988)).
 Prosser & Keeton on Torts 5th ed. (St. Paul Minn) 1984 p. 35.
 Purkess V. Crittenden (1965) 114 CLR 164.
 27. ד"נ 15/81 מלך נ' קורנהויזר הי"ש (24) לעיל.
 28. P.C. Atiyah, "Accidents, Compensation and the Law"
 (3rd ed. Condorn (1982)) pp. 532.
 29. שם בעמ' 546, וכן בע.א. 358/83 שולמן נ' ציף חב' לבטוח
 בע"מ פ"ד מב(2), 844, 868.
 30. Atiah בעמ' 546, וכן ד"נ 12/63 ליאון נ' זינגר פ"ד יח(4) 701.
 31. ד"נ 15/85 מלך נ' קורנהויזר הי"ש(24) לעיל.
 32. ע"א 285/86 נגר נ' דר' וילנסקי פ"ד מג(3) 284.
 33. שם, בעמ' 289.
 Chichion V. Hastings (1972) 30R 859 CA
 16. בענין McGee (ה"ש 15 לעיל) קובע הלורד סלמן (עמ' 1017)
 שאין לעשות אבחנה בין מעשה אשר מגביר את הסיכון באופן
 מהותי או תורם לנוק ומי שטוען להעדר קשר סיבתי עליו נטל
 הראייה. ראה בפרק הדין בנושא נטל הראייה והשוואה דעת כב'
 השופט בך ד"נ 15/88 מלך נ' קורנהויזר פ"ד מד(2) 89 וכן דעת
 הרוב בע"א 448/83 קורנהויזר ואח' נ' מלך פ"ד מב(2) 573.
 17. WL. Prosser & WP. Keeton, On Torts 5th ed. St. Paul Minn
 1984 Sec. 44.
 Restatement: Second Torts Sec. 441.
 18. ע"א 248/86 עובק לילי חננשוילי נ' רותם חב' לבטוח בע"מ פ"ד
 מזה(2) 529.
 19. Bishop V. Arts & Letters Club of Toronto
 (1978) 83 DLR 3d 107 (Ont. Hc).
 20. Keegan V. Minneapolis & St. Louis RR. 78 NW 965 (Minn 1899)
 21. Peacock V. Mills & City of Calgary
 (1964) 50 wwr 626 (ALTA.CA.)
 במקרה שנסיבותיו דומות למקרה נושא דיוננו, חבלה בצואר
 אשר הביאה להתדרדרות נפשית קשה.
 Sullivan V. Bivenside Rentals (1973) 36 DLR 3d 538, 559 WS TD.
 Holian V. United Grain Growers (1980) 11 CCLT 184, (Man. QB).
 וראה גם באנגליה,
 Knightley V. Jones (1982) 1 ALL E.R. 851 CA.
 Home Office V. Dorset Yacht (1970) 2 ALL E.R. 294 (HL).
 22. ע.א. 22/75 אדרי נ' עוזיאן פ"ד ל(1) 701.
 ע.א. 788/78 קופת חולים נ' אלקוצר פ"ד לד(4) 264.

האגודה לרפואה ולמשפט
 בישראל

קופת חולים מכבי

קרן פרסים לעבודות מחקר
 מטעם קופ"ח מכבי
 ע"ש עו"ד אליהו גיצטלר ז"ל

ה כ ר ז ה

ביום 15.1.93 יערך בכפר המכביה יום העיון הרביעי לזכרו של עו"ד אליהו גיצטלר ז"ל מטעם
 האגודה לרפואה ולמשפט וקופת-חולים מכבי.
 במסגרת יום העיון יחולקו הפרסים מטעם קרן לעבודות מחקר על שם עו"ד אליהו גיצטלר ז"ל.
 נושא המחקרים שהוכרז עוד בשנת 1991: "רפואה ומשפט סביב הלידה".
 שלוש העבודות המצטיינות יזכו את מקבליהן בפרסים בסכום כולל של \$10,000.
 את עבודות המחקר יש לשלוח בשלושה עותקים, עד 1.11.92 אל ת.ד. 4090, תל-אביב — 61040,
 עבור "קרן פרסים".
 הנהלת קרן גיצטלר

משפט רפואי

זכויו של רופא מרדים מעבירת גרימת מותו של חולה

שופט פרופ' אמנון כרמי

סמוך לשעה 14.45 חלה ירידה בלחץ הדם של התינוק והפסקה במתן השתן.

המשיב טיפל בתינוק ע"י עירוי של דם ופלטמה, באמצעות מזרק ידני. בראותו שטיפול זה אינו עוזר לחולה, קרא לרופא נוסף, שהסיר את הכיסוי מעל ראש התינוק והבחין בנפיחות בצווארו ובחזהו ובכחלון בפניו. לגירסת המערערת נגרמה הנפיחות כתוצאה מיציאת העירוי מתוך הוריד וחילחול נוזלי העירוי לתוך רקמות הצוואר והחזה.

התינוק נכנס למצב של הלם היפרבולמי (אבדן נוזלים), בצקת ואנוקסיה של המוח, ולאחר אישפוז של שבעה ימים במחלקה לטיפול נמרץ במצב של חוסר הכרה, נפטר.

לפי גירסת המערערת נגרם מותו של התינוק כתוצאה מיציאת הקנולה של העירוי ממקומה וחילחול נוזלי העירוי לתוך רקמות הצוואר באופן שנוצרה בצקת, שגרמה ללחץ על ורידי הצוואר. העדר ניקוז ורידי מהמוח גרם ללחץ תוך גולגולתי, לבצקת במוח ולנזק מוחי בלתי הפיך. כמו כן תרמו למות המנוח ההלם שנגרם לו עקב איבוד נוזלים, שנוצר בעת הניתוח, ואי החדרת נוזלים כנדרש, באמצעות העירוי שלא תיפקד כי השתחרר ממקומו.

בכתב האישום ייחסה המערערת למשיב שמונה סעיפי רשלנות:

א. מתן הוראה להשתמש לצורך עירוי בקנולה וונלון אשר אינה בטוחה לאורך זמן מבחינת קיבועה ואורכה.

בית המשפט המחוזי בחיפה דן בערעור המדינה (ע"פ 348/90, לא פורסם) על זיכויו של רופא מרדים, דר' ב.ש., מאשמה פלילית של גרימת מוות בהתרשלות. עבירה על-פי סעיף 304 לחוק העונשין, תשל"ז-1977.

פרטי האישום

בשנת 1984 עסק המשיב בעבודתו, כרופא מרדים בכיר בבית החולים "בני ציון" (רוטשילד) בחיפה.

המנוח, רושדי אבו יונס, תינוק כבן 13 חודשים, סבל ממחלת הירשספרונג, לאחר שבניתוח קודם הוצא חלק מהמעיים הגס, והיה אמור לעבור ניתוח (שני) בבית החולים "בני ציון", על מנת לכרות חלק חולני של המעי, ולהסדיר יציאת ההפרשות בדרך טבעית. הניתוח נקבע ונערך ביום 1.11.84.

במסגרת הכנת התינוק לניתוח נעשו נסיונות במחלקת הילדים להחדיר עירוי נוזלים לורידי ידיו. הנסיונות לא עלו יפה, ודר' ארנסט טל, סגן מנהל מחלקת ילדים, החדיר לצווארו של התינוק עירוי באמצעות צינורית (קנולה) מסוג וונלון. לגירסת המערערת השתמש דר' טל בוונלון כחול, ועשה כן על פי הוראה שניתנה ע"י המשיב יומיים קודם לכן.

המשיב שהיה אחראי להרדמת התינוק בניתוח נכח במעמד החדרת הקנולה לצוואר התינוק. התינוק הורד לחדר הניתוח, הורדם ע"י המשיב וחובר למכשירים שונים, לרבות מכשיר הנשמה ומכשיר קוצב טיפות שחובר לעירוי. לאחר מכן כוסה כמעט כל ראשו של המנוח בסדין. הניתוח החל בשעה 12.30, והכירורגים שינו מידי פעם את תנוחת התינוק ע"י הרמת רגליו והורדתן.

רפואה ומשפט

גליון מס' 7 — אוקטובר 1992

כשלעצמה, ראייה לרשלנות, מקום שהטיפול גרם לנזק. כאשר קיימות שתי שיטות של טיפול רפואי, על הרופא להחליט, לפי הבנתו ומצפונו, באיזו מן השתיים לבחור. משכח הרופא בשיטה מסוימת, והשתמש בה במומחיות סבירה, לא ישא באחריות לתקלה, אפילו נבעה מן הסיכונים של אותה שיטה (ת.א. ירושלים 52/56 פולטיס נ' באלוג ואח', פ"מ כ"ח 62; ע.א. 164/57 גועטא נ' קופ"ח, פ"ע ל"ד 230, 235).

מקום שהרופאים חלוקים ביניהם לגבי הנוהל הרפואי המתאים, לא יתייחסו אל רופא, אשר השתמש בפרקטיקה הנקוטה בידי מיעוט נכבד, כאילו חטא בהתנהגות רפואית בלתי נאותה, ובית המשפט אינו מבכר, בנסיבות כאלה, שיטת רפואה מסוימת על פני רעותה (ע.א. 219/58 סנטוריון כפר גנים בע"מ נ' עיזבון הלבר ואח', פ"ע מ"ב 227, 231).

הקביעה של אמות המידה והסטנדרטים שהרופא מחוייב לנקוט בהם, נתונה בסופו של דבר ותמיד בידי בית המשפט, הפועל על סמך חומר הראיות שהוגשו לו והמודרך על פי שיקולי המדיניות השיפוטית.

"התהליך הטיפולי", שבמסגרתו נוצרים אותם ייחסי השכנות בין הרופא לחולה, שמהם נגזרת חובת הזהירות המושגית של הרופא, כולל שלושה שלבים: האיבחון, ההחלטה על דרך הטיפול, והטיפול עצמו (ע.א. 58/82 קנטור נ' מוסייב ואח', פ"ד ל"ט (3) 253, 262). איבחון מוטעה אינו, בהכרח, בגדר איבחון רשלני. שום רופא אינו חסין בפני שגיאות, ובמצבה הנוכחי של הרפואה עלול כל רופא מומחה לשגות באיתור של גורם המחלה או בהבנתו. הכלל הוא שהרופא יימצא אחראי רק אם הבחנתו הינה בלתי-נכונה באופן כל כך מוחשי, עד שיש בה כדי להצביע על רשלנותו. לשון אחר: הרופא יימצא אחראי מקום שניתן להסיק ממדות טעותו את דבר העדר מיומנותו והעדר זהירותו. זאת תוך ייחוס תשומת הלב לרמה הרגילה של הזהירות והמיומנות במקצוע. עיקר הוא, הרופא אינו אלא בשר ודם ועלול לטעות, אבל כדי שטעותו לא תגלוש לתחום הרשלנות הגוררת אחריה אחריות בנויקין, היא חייבת להיות כזאת שרופא רגיל המאומן כהלכה לתפקידו, וממלאו בזהירות הדרושה, יכול היה באורח סביר להגיע אליה.

בקיצור לשון: בכל נסיבות המקרה הטעות צריכה להיות סבירה בשים לב למעשה העומד להיעשות ולתוצאות האפשריות לגבי החולה. כמו כן הטעות עצמה צריך שיהיה לה יסוד מספיק בנסיבות המקרה, בהתחשב עם המומחיות הרגילה הנדרשת מהרופא העוסק בכך (ע.א. 171/74, תקציר פ"ד, כרך ט', חוברת

ב. הימנעות מבדיקה במהלך הניתוח כולו, אם העירוי נמצא בוריד. זאת על אף ידיעתו של המשיב שהקנולה הנ"ל הינה קצרה.

ג. המשיב לא נכח ליד התינוק במהלך כל הניתוח.

ד. כיסוי ראשו של התינוק, לרבות מקום העירוי, מנע גילוי מיידי של תחילת הנפיחות.

ה. אי בדיקת מקום העירוי, אי הפסקה של פעולת מכשיר ספירת הטיפות, והורקת נוזלים באופן ידני, כאשר הורע מצב התינוק, מבלי לוודא שהקנולה עדיין נמצאת בתוך הוריד.

ו. הימנעות מבדיקה אם הקנולה מצוייה בתוך הוריד לאחר כל שינוי בתנוחת התינוק במהלך הניתוח ולמרות ידיעתו של המשיב שהקנולה קצרה ועלולה לצאת ממקומה.

ז. אי מתן הוראה לכירורגים להפסיק את הניתוח, לאחר שהחלה ירידה בלחץ הדם של התינוק, עד מציאת גורם הירידה בלחץ הדם ושיפור המצב.

ח. באופן כללי טענה המערערת שהמשיב נהג במהלך הניתוח בחוסר מיומנות ובחוסר זהירות, שלא כפי שרופא מרדים סביר היה נוהג בנסיבות המקרה הנדון.

מבחני האחריות המקצועית

מעשיו ומחדליו של רופא, כמעשיו ומחדליו של כל בעל מקצוע אחר, נבחנים על פי אמות מידה שנקבעו בסעיפים 35-36 לפקודת הנויקין (נוסח חדש). אם נכשל הרופא בכך שלא קיים כלפי החולה את חובת הזהירות המתחייבת בנסיבות העניין, הרי הוא נושא באחריות בנויקין, ככל בעל מקצוע אחר (דר' יוספה שרתיאל ואח' נ' שולמית קפלר ואח', פד"י ל"ב (1) 113, 123).

לעוולת הרשלנות שלושה מרכיבים: מציאותה של חובת הזהירות, הפרת החובה וגרימת נזק בגין ההפרה (ע.א. 161/55 וייסברג נ' היועץ הנשפטי, פד"י י' 1986).

חובת הזהירות של הרופא כלפי החולה קיימת תמיד, ואילו דרגת הזהירות בה חייב הרופא לנקוט תלויה במידה רבה בסיכון הכרוך בפעולתו. ככל שרוב הסיכון, כך גדולה הזהירות המחייבת. ההתנהגות של רופא נבחנת לא רק במה שנוגע לגורם הזהירות, אלא גם ברמת מיומנותו. ההתנהגות המקצועית המקובלת עשויה לשמש כקנה מידה לבחינת מעשיו ומחדליו של הרופא המובא לדין, ואי שימוש בפרקטיקה רפואית מקובלת עשוי להצביע, בדרך כלל, על חוסר זהירות. בחירה בשיטת טיפול זו או אחרת אינה משמשת,

20, 282). עלינו לשוות לנגד עינינו תמיד כי הרופא אינו מבטח, וכשהוא מקבל על עצמו לטפל בפלוגי, אין הוא מבטיח הצלחת הטיפול.

הרפואה איננה מדע מדויק, ואין לחזות מראש סיכונים מסיכונים שונים, הנעוצים בסגולותיו הפיזיות או הנפשיות של החולה, והעלולים להביא לתקלה או לכשלון בשעת הטיפול הרפואי, אף אם הרופא נזהר כדבעי ופעל לפי כל כללי הרפואה. וכבר נאמר על ידי בתי משפט באנגליה כי כאשר אנחנו נהנים ברצון מן החסדים והטובות אשר מדע הרפואה המתקדם שופע עלינו בידי שלוחיו הרופאים, אין אנחנו בני חורין להתנער מן הסיכונים הטמונים עדיין בטיפולים רפואיים רבים.

כללו של דבר: לא כל תקלה או כישלון תוך כדי טיפול רפואי מסתברים כמעשה רשלנות דווקא. נהפוך הוא: בהעדר נסיבות מיוחדות והמצביעות על הסתברות של רשלנות, ההנחה היא כי התקלה או הכישלון נגרמו שלא ברשלנות הרופא אלא על ידי גורמים אחרים (ע.א. 235/59 אלהנקרי ואח' נ' דר' פולק ואח', פ"ע נ"א 63, 67).

אכן, החולה מפקיד את גופו בידי הרופא, שהוא בעל הידע המקצועי המצוייד בכלים המתאימים לברוק את דרך הטיפול בחולה. מוצדקת איפוא הציפיה של החולה כי הרופא יעשה כל אשר לאל ידו כדי למנוע תקלה בטיפול. אולם לא כל טעות שבשיקול דעת תחשב להפרת חובה, שאם לא כן, אנו עשויים להביא את הרופאים לדאוג יותר להכנת הגנה מפני תביעה משפטית מאשר לדאוג לחולה (ע.א. 216/78 פאר נ' קופר ואח', פ"ד ל"ה (1) 720, 727).

החדרת הצינורית לצוואר

קבוצת הטענות הראשונה מתייחסת לקנולה (הצינורית) שהוחדרה לצווארו של המנוח, וכאן שלוש השגות: בחירת צורת העירוי, השימוש בוונלון בלתי מתאים, ואי קיבוע של הוונלון בדרך נאותה.

שופט השלום קבע על סמך הראיות שהיו לפניו: "לא שמעתי עדות משכנעת אחת, אשר באופן ברור ומפורש באה לפטול את שיקולי העירוי המרכזי (אל תוך וריד הצוואר) במקרה דנן... קשה לקבוע כי בעשיית העירוי המרכזי היה משום בחירה לא נכונה, אשר איננה תואמת את סוג הניתוח וגיל המנותח... אין בית המשפט יכול לקבוע כי השלמה עם עירוי מרכזי ע"י הנאשם, הפכה לביטוי לרשלנותו כבר בשלבי הכנת הילד לניתוח".

שופט השלום המשיך ופסק: "עיון בעדויות אינו מאפשר בשום פנים לקבוע כי מדובר היה בוונלון כחול...".

אין ראייה בטוחה לקביעה זו לחובת הנאשם, כי הוא הירשה או ביצע במהלך הניתוח אמצעי עירוי של קנולה בלתי מתאימה (כחולה).

מחלוקת עזה ניטשה בין הצדדים לגבי צורת קיבוע הקנולה בצווארו של המנוח. גירסת ההגנה היתה והינה כי הצינורית קובעה בדרך של תפירה, ואילו המערערת הצביעה על התרשלות בטיפול במנוח בשל אי קיבוע הקנולה באמצעות תפירה. בית המשפט בחר להאמין לעדי ההגנה וקבע כי הקיבוע נעשה בדרך של תפירה.

טענה מרכזית שהועלתה ע"י המערערת כלפי המשיב היתה, שהטיפול הנאות בתינוק נמנע ממנו, הואיל והמשיב לא איבחן נכונה את מצבו של התינוק שעה שהחל להתדרדר, וכל כשלונם של המשיב באיבחון מצבו של התינוק נבע מכך שלא שקל את האפשרות שהקנולה יצאה ממקומה, אף כי חייב היה לכלול אפשרות כזאת בגדר שיקוליו. הטענה האמורה נדחתה אף היא.

מועד היציאה של הוונלון מן הוריד אינו ידוע. ודאי שלא ידוע המועד המדויק לאירוע זה. אין מחלוקת על כך שער לשלב מסוים, כפי הנראה בסביבות השעה שלוש, היתה הקנולה קבועה בתוך הוריד, שכן העירוי פעל כהלכה וההרדמה תיפקדה כראוי.

המומחים נשאלו לדעתם, באם ניתן היה לחזות מראש או בשעה שחלה ההתדרדרות במצבו של התינוק, שהקנולה יצאה ממקומה. דר' ה. השיב על כך בשלילה, ונמק זאת בשלושה טעמים: ראשית כל, התינוק טולטל, לאחר הכנסת העירוי, ממחלקת ילדים אל חדר הניתוח וגם במהלך הניתוח עצמו, ונוכח תיפקוד ההרדמה לא ניתן היה לצפות את יציאת הקנולה ממקומה. שנית, העובדה שההרדמה פעלה כהלכה במשך שעות נתנה מקום להניח שהוונלון היה קבוע במקומו. שלישית, לר' ה., המומחה שהעיד, לא היה ידוע על מקרה קודם של יציאת וונלון ממקומו.

המשיב העיד כי לאחר שדר' ק. עזב את חדר הניתוח, בסביבות השעה 15.00, ניתן עירוי מוגבר של נוזלים למנוח, וחלה הטבה במצבו: לחץ הדם עלה, הדופק ירד, ומתן השתן נמשך. כאשר חלה הרעה נוספת במצבו של התינוק, וכאשר המשיב נוכח לדעת שבתוספת הנוזלים לא נמצא מזור לתינוק וחלה ההתדרדרות בלחץ הדם, הוא מיהר וזימן לחדר הניתוח את דר' ק. פעם נוספת. שלושה מומחים אישרו כי חולפות 20-30 דקות ממועד הוספת הנוזלים, ועד למועד בו אפשר לאבחן את השפעתם או אי השפעתם של הנוזלים על מצבו של המנותח. לא היתה מחלוקת בין המומחים על כך, שהוספת נוזלים

רפואה ומשפט

גליון מס' 7 — אוקטובר 1992

בדרך של עירוי היתה פעולה נכונה ודרושה מצידו של המרדים.

המערערת חזרה והעלתה את הטענה כי אילו היה המשיב מסיר את כיסוי הסדין מעל ראשו של התינוק מוקדם יותר, יכול היה להבחין בנפוחות של הצוואר, וקל היה אז לאבחן את יציאת הקנולה ממקומה, ולמנוע את ההתדרדרות במצבו של התינוק. המומחים נחלקו בדעתם לגבי שאלת הצורך בכיסוי ראשו של התינוק במהלך הניתוח, והדרישה לשמור על סטיריליות של חלקו העליון של גוף התינוק. חלק מן העדים גרסו שכיסוי ראשו של המנותח היה חשוב מן הטעם של שמירת הסטיריליות, וכי פרט למצבי החירום, אמור המרדים להימנע מלהפריע למנתח ולמהלך הניתוח על ידי חשיפת הראש, וגרימה ע"י כך להפסקת הניתוח. אחרים גרסו שהמרדים יכול היה לבקש את הפסקת הניתוח, או שהם במקומו היו מרימים את הסדין.

בית המשפט המחוזי פסק בענין זה:

"כאמור, המומחים נחלקו בדעתם, וקשה לראות כיצד הערכאה הראשונה היתה מאמצת לעצמה דווקא את העדויות שתמכו בגירסת המערערת, אולם נראה לנו שהשופט המלומד קמא צדק בקובעו שגם אילו הוטר הסדין מעל ראשו של המנותח בשעה 14.30 או אפילו בשעה 15.30, ספק אם ניתן היה להבחין בנפוחות בצוואר, וזאת משום שחלקו הראשון ואולי הארי של העירוי המוגבר מצא מקומו תחילה בריאות של התינוק, ולאחר מכן ברקמות רכות אחרות, עד שהצטבר בצוואר עצמו. בזכור, בשעה 15.45 הגיע דר' ק. אל חדר הניתוח, ולאחר ששמע את דיווחו של המשיב, הוא עצר את הניתוח, והסיר את הסדין מעל פני המנותח. מרגע זה ואילך בוצעו במנותח פעולות החייאה, ועל כך אין טרזניה בפי המערערת.

סיכומו של דיון:

דר' ק. עזב את חדר הניתוח בשעה 15.00, ולא היה מקום להטיל ספק בקביעתו, שבשעה זו מצבו של התינוק היה, בנסיבות האמורות, תקין. הוספת הנוזלים הביאה להטבה במצבו של התינוק. כאשר חלה התדרדרות במצבו הגביר המשיב את מתן הנוזלים, ואין מחלוקת כי פעל כהלכה. לאחר שחלפו 20 עד 30 דקות, וזהו פרק זמן הדרוש לצורך הבחנה בדבר השפעת או אי השפעת הנוזלים על מצבו של המנותח, קרא המשיב לדר' ק. להתייעצות נוספת, ומייד לאחר בואו של דר' ק. לחדר הניתוח הופסק הניתוח, וננקטו הצעדים הדרושים להחייאת המנותח.

נוכח תיאור השתלשלות העניינים נראה לנו שהערכאה הראשונה צדקה בקביעתה לפיה לא נבשל המשיב בהתרשלות באיבחון מצבו של המנותח ובטיפול בו. עד כאן דברי בית המשפט המחוזי.

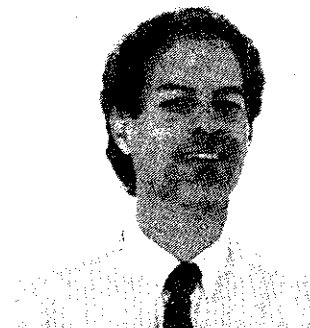
הזיכוי

בית משפט המחוזי פסק:

"סיכומו של דיון: בבחינת מכלול הראיות בתיק זה נראה לנו שהמשיב נקט בפרקטיקה רפואית מקובלת, נכונה ומתבקשת בטיפולו במנות, וכי אין לייחס לו התרשלות בכיצע תפקידו.

זיכויו של המשיב, על ידי בית המשפט קמא, נקבע ונומק כהלכה, ואין לנו אלא להביע צער על כך שאין ולא היה בידי הרפואה, ברמתה הנוכחית, להתמודד בהצלחה עם כל אירוע או תקלה, המתרחשים במהלך הטיפול בחולים, ועל גורלו המר של המנותח שנפל קורבן למצב זה".

רוקחות ומשפט



ד"ר רוני וולף

עו"ד אסנת וולף

תרופה או תמרוק החוק, רוחו וישומו

קיימת כיום קשת לא מבוטלת של בעיות קוסמטיות אסתטיות, שניתן לפתור ולשפר באמצעות תכשירים חיצוניים המכילים חומרים פעילים (תרופה).

נצר מצב אשר בו האינדיקציה (הוראה) לשימוש הינה אסתטית ונובעת מתחושתו הסוביקטיבית של המטופל, נטיותיו ודרישותיו. כל זה - ללא הקשר וקשר לדעתו של הרופא, בעוד התכשיר, שאותו מבקש המטופל, הינו רפואי ודורש מרשם רופא.

על פי צו הפיקוח על מצרכים ושירותים (תמרוקים) תשל"ג 1973 "תמרוק" הינו "כל מוצר המשמש או המיועד לשמש לטיפול, לייפוי, לנקוי, לצביעה, לשינוי או לשיפור של עור הפנים, עור הגוף, השיער, חלל הפה, הציפורניים או השיניים לרבות מוצרים כיוצא באלה". הגדרת תכשיר רפואי הינה "כל צורה של סמי מרפא שעברו תהליך עיבוד..." סעיף ההגדרות בתקנות הרוקחים (תכשירים רפואיים) תשמ"ז 1986.

באשר לתנאי הרישום: הדרישות המשותפות לשני התכשירים (רפואי וקוסמטי) הינן: אסור שיכילו חומרים מזיקים. עליהם להיות מיוצרים בתנאים סניטריים מתאימים. אסור שיימצא בהם חומר ארסי, מזוהם, מזיק, או בלתי ראוי לשימוש אדם. לגבי תמרוקים, התנאים לרישום כוללים רק את האיסורים המחכרים, כלומר, הנחיות מתי "לא ישווק אדם תמרוקים", ורשימה של תנאים, שפוסלים את התכשיר משיווק. באופן עקרוני, קיימת הקפדה אך ורק על התנאים התברואתיים ועל כך שלא יימצא בתכשיר חומר מזיק. בתכשיר רפואי קיימת דרישה נוספת ומהותית בעיקרה, בנוסף לדרישות

הגבולות בין תכשירים קוסמטיים, שנעדו על פי ההגדרה "לשמש לטיפול, לייפוי, לנקוי, לצביעה, לשינוי או שיפור של עור הפנים...", לבין תרופות אינם כה ברורים כבעבר וההבדל בין השניים הולך ומטשטש במקביל להתקדמות של תעשיית הקוסמטיקה מחד, ושל מדע הרפואה מאידך, והתקרבותם זה לזה.

התרחשות זאת מעוררת כמה שאלות: האם החוקים, התקנות והצווים הקיימים עונים על הדרישות והצרכים החדשים? האם המערכת המטפלת בנושא, ערוכה בהתאם? האם יש בידי המערכת הכלים המתאימים לטיפול בבעיה?

בשנים האחרונות, אנו עדים למפנה בענף התכשירים הקוסמטיים (תמרוקים). המפנה הזה מתבטא בשינוי יעדים ומטרות, וכתוצאה - בשינוי התכולה וההרכב של התכשירים. בעיות קוסמטיות שטופלו בעבר בעזרת תכשירים קוסמטיים יעילים ובעלי רעילות נמוכה, מטופלות כיום בתכשירים יעילים יותר אשר מכילים חומרים אקטיביים ולמעשה מהווים תרופה לכל דבר. דוגמא: הזדקנות העור, קמטים, כתמים ונזקי שמש. מעיקרם - אלה הם פגמים קוסמטיים, המטופלים כיום בתכשיר רפואי הנקרא RETINOIC ACID. דוגמא נוספת: התקרחות מטופלת בתכשיר רפואי הנקרא MINOXIDIL, קשקשת הקרקפת מטופלת בחומרים פעילים אחרים וכמוהם גם עודף או חוסר פיגמנט ובעיות אסתטיות, קוסמטיות אחרות.

שנסקרו לעיל והיא הדרישה להוכחה כי התכשיר "יעיל להתוויה שלה נועד".

לכאורה, קיים הבדל ברור ומהותי בין תכשיר רפואי לתמרוק. בתכשיר רפואי יש צורך להוכיח שהוא יעיל ואילו לגבי תמרוק לא חלה חובת הוכחה כזאת.

האינטרס של הציבור, טובתו ובריאותו מחייבים איפוא הפרדה ברורה בין תכשיר רפואי לתמרוק וראוי היה שההבדל העקרוני בין שני התכשירים אכן ישמר. רוח החוק תואמת את האינטרס שהזכרנו. התנאים לרישום תכשירים רפואיים קשים ומחמירים יותר מן התנאים הנדרשים לרישום תמרוק. בעוד שהתנאים העיקריים לגבי תמרוקים דורשים שהתמרוקים לא יהיו מזיקים, שלא יגרמו נזק ושלא יכילו חומרים מזהמים, הרי שלגבי תכשיר רפואי יש, כאמור, דרישה להוכחת יעילות. בפועל, ההבדל בין תמרוק לתכשיר רפואי אינו נשמר וחומרים בעלי הרכב דומה וחומרים פעילים זהים המיוצרים על ידי חברות שונות רשומים פעם כתמרוק ופעם כתכשיר רפואי.

להלן מספר דוגמאות:

1. קיימים בשוק תכשירי שמפו לשיער, שנועדו לטפל בקשקשת הקרקפת, ומכילים את החומר הפעיל ZINC PYRITHION. רובם רשומים כתמרוק (SULFRIN^R, ZP11). לעומתם, ישנו תכשיר אחר, בעל חומר פעיל זהה והתוויה זהה DESQUAMAN - תכשיר זה רשום כתרופה.

2. קיימים תכשירים רבים, שמטרתם חסימת קרני שמש (SUN SCREENS). רובם רשומים כתמרוק (PROTAN, ULTRASOL ועוד רבים אחרים). תכשיר אחר - SOLAREX - רשום כתרופה.

3. ישנם כמה סבונים המכילים גרגרים, שמטרתם לעודד קילוף שטחי של שכבות העור העליונות, הם נקראים ABRASIVE SOAPS. רובם משווקים כתמרוק, ואילו אחד מהם, BRASIVOL משווק ורשום כתרופה.

מקורות:

1. ק"ת תש"ג, 882.
2. ק"ת תשמ"ז, 906.

4. SEBOPONA הינו דטרגנט (סבון), שנועד לעור שמן. המרכיבים שלו מצויים במספר רב של סבונים אחרים, אולם, בניגוד לכל יתר הסבונים המצויים בשוק, SEBOPONA נרשם כתרופה בשל ההתוויה שקבע לו היצרן.

ההגדרה של תמרוק "מוצר המשמש או מיועד לשמש לטיפול, לייפוי, לנקוי..." אינה עונה עוד על הצרכים החדשים, שכן המטרות שהזכרנו מושגות כיום ביעילות ע"י תכשירים, שמטבעם חייבים להיות "תכשירים רפואיים" ולא עוד תמרוקים.

זאת ועוד. הגורם הקובע, יותר מכל, באם תכשיר ירשם כתמרוק או תרופה הינו דווקא המשווק. על פי ההתוויה שהוא קובע והבקשה שהוא מגיש יתייחסו בעתיד לתכשיר. "המנהל" הנותן רשיונות לתמרוקים אינו אותו "מנהל" המעניק רשיונות לתכשירים רפואיים. המשווק הוא זה שקובע במקרים גבוליים, כמובן, לאיזה מנהל תשלח הבקשה לרישום ורישוי ובכך משפיע המשווק על הגדרת המוצר.

מובן שהשיקולים של המשווק מודרכים בעיקר מהצדדים המסחריים-שיווקיים ולא משיקולים בריאותיים.

לסיכום:

הציבור הסמיך את משרד הבריאות (דרך המחוקק) לתת רישוי לתרופות ותמרוקים. בחוק נקבעו הבדלים ברורים ועקרוניים בין תרופה ותמרוק. האינטרס של הציבור מחייב, על כן, שמשרד הבריאות יסווג בצורה בלתי תלויה את התכשירים למיניהם ויקבע באם מדובר בתרופה או בתכשיר קוסמטי. שיטת הרישום והרישוי הקיימת כיום מאפשרת למשווק להתערב ברישוי ובמידה מסוימת אף לכוון אותו. שיטה זו אינה עונה עוד על הדרישות ומחייבת שינויים והתאמות.



ד"ר אביש קי

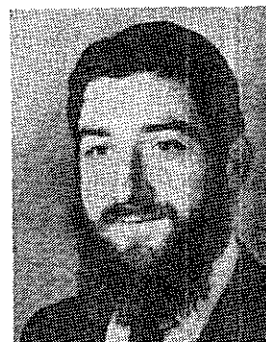
רפואה ומשפט

גליון מס' 7 — אוקטובר 1992

פסיכיאטריה ומשפט

דו"ח הועדה לענין: "הגנה על חולי נפש מאושפזים מפני תקיפה וניצול מיני"

הרב דר' מרדכי הלפרין



האופרטיביות של ועדת שרשבסקי מחייבות את מערכת הבריאות להקים מחלקות חד-מיניות בצד המחלקות המעורבות, על מנת לאפשר הגנה נאותה למאושפזים בעלי התנהגות מינית חסרת שליטה, ולמאושפזים אשר הם עצמם או בני משפחותיהם דורשים הגנה מלאה. חברי הועדה שכתבו את הדו"ח פה אחד, בקשו להבהיר למנהלי המחלקות הפסיכיאטריות ולמנהלי בתי החולים כי על פי החוק הם חשופים לתביעה פלילית ואזרחית על כל אירוע של פגיעה מינית בחולה נפש המאושפז במחלקה דו-מינית.

קבלת הדו"ח ע"י שר הבריאות הביאה לתסיסה בקרב פסיכיאטרים רבים, ועוררה ויכוח ציבורי נוקב על מסקנות הדו"ח. המסקנה המשפטית הגורפת המטילה את האחריות המלאה לשלום המאושפזים על מנהלי המחלקות ובתי החולים היוותה גורם מאיץ להתחממות הדיון. בקונגרס הבינלאומי השלישי לפסיכיאטריה, משפט ואתיקה בבניי האומה בירושלים בסוף 1991, המושב שהוקדש לדיון בממצאי ועדת שרשבסקי היה הסוער והמרק ביותר.

למען קוראי "רפואה ומשפט" מובא דו"ח שרשבסקי במלואו, בצירוף חוות דעת של העורך דר' עמי לוי, המייצג כאן את עמדת המתנגדים למסקנות הדו"ח. פרסום ראשון זה אמור לתרום תרומה מקצועית לדיון העקרוני והמעשי המסעיר את החברה הישראלית לפסיכיאטריה יחד עם משפחות רבות בישראל.

בעקבות פרסומים חוזרים ותלונות על פגיעות מיניות בחולי נפש מאושפזים, הוקמה במשרד הבריאות ועדת בירור בראשות שופט בית המשפט העליון (בדימ.) דר' בנציון שרשבסקי לבדיקת המצב הקיים והדרכים לשיפורו. הועדה מונתה על ידי שר הבריאות הקודם, מר אהוד אולמרט וסגנו מר אליעזר מזרחי. חבריה היו: יו"ר ועדת ההיגוי הארצית לפסיכיאטריה, מנהל אגף פסיכיאטרי בבית חולים ציבורי, היועץ הרפואי של סגן שר הבריאות ואישיות רבנית כנציג ציבור.

הועדה הגיעה למסקנה שאכן היו אירועים של פגיעה וניצול מיני בחולי נפש מאושפזים, כולל מקרים של לידות והפסקות הריון, והיו גם מקרים של משפחות שנתפרקו עקב הפגיעה. מבחינה משפטית נקבע בדו"ח הועדה שבתנאים הקיימים - בהם המחלקות הפסיכיאטריות הן דו מיניות - קשה מאוד להגן על המאושפזים כנדרש בחוק, ומצב זה עלול להביא לתביעות משפטיות נגד מנהלי מחלקות ומנהלי בתי חולים. הועדה החליטה להמנע מהכרעה בויכוח המקצועי האם יש חשיבות תרופוטית לאישפוז מעורב, ולכן בדקה את המשמעות הציבורית והמשפטית של המצב הקיים גם מתוך ההנחה שהחולים עשויים להפיק ממנו תועלת.

מאחר ופגיעה מינית בחולה נפש מאושפז עלולה להוות מכה קשה ביותר, ולהביא להרס התא המשפחתי בנוסף לבעיות אחרות, הגיעה הועדה למסקנה כי אין שום הצדקה לפגוע קשה בחולה אחד גם אם הפגיעה עשויה להועיל לחולה או לחולים אחרים. המסקנות

הרב דר' מרדכי הלפרין היה יועץ רפואי לסגן שר הבריאות, והיה חבר בוועדת שרשבסקי.

דו"ח וועדת הבירור לענין:

ההגנה על חולי נפש מאושפזים מפני

תקיפה וניצול מיני

ירושלים, יח' סיון תשנ"א
31 במאי 1991

דו"ח מסכם

- א. נושאי הבדיקה.
- ב. מישורי הבדיקה.
- ג. המצב הקיים - תוצאות הבדיקה.
- ד. שכיחות.
- ה. זכויותיו של חולה הנפש המאושפז.
- ו. חובת הסגל הרפואי להגן על המאושפז מפני פגיעה מינית.
- ז. העדר הגנה נאותה בתנאים הקיימים.
- ח. מחלקות מעורבות ונפרדות.
- ט. פגיעה בחולה אחד עבור רווחתו של חולה אחר.
- י. מסקנות אופרטיביות.

א. נושאי הבדיקה

בהתאם לכתב המיני, הוודעה נתבקשה לבדוק את:

1. שכיחות אירועי פגיעה מינית במצב הקיים במחלקות ובבתי חולים פסיכיאטריים;
2. מידת ההגנה הקיימת כיום במחלקות אלו;
3. מידת ההגנה הנדרשת כדי למנוע פגיעה מינית בחולי נפש מאושפזים;
4. הדרכים היעילות להשגתה.

לאחר דיון עקרוני החליטה הוועדה להתחיל בבדיקת המצב הקיים, ולברר האם קיימים אירועי פגיעה מינית לגבי חולי נפש מאושפזים.

ב. מישורי הבדיקה

הבדיקה נעשתה בדרכים הבאות:

1. משלוח שאלון למנהלי בתי החולים הפסיכיאטריים באמצעות יו"ר וועדת ההיגוי הארצית לפסיכיאטריה, עיון בתשובות שנתקבלו לשאלון זה;
2. עיון בספרות מקצועית בעלת חשיבות לענין הנדון;
3. שמיעת מנהלי מחלקות פסיכיאטריות על נסיונם האישי;
4. עיון בנתונים שנתקבלו ממערכת בתי הדין הרבניים, שבסמכותם לדרון בעניני נישואין וגירושין, על התפרקות משפחות בעקבות מקרים של פגיעה מינית בחולי נפש במהלך אישפוזם.

ג. המצב הקיים - תוצאות הבדיקה

על יסוד החומר שהיה לפנינו הגענו למסקנות הבאות:

1. היו מקרים של אירועי פגיעה וניצול מיני בחולי נפש מאושפזים.
2. יש וחולים הנמצאים במצב מאני, אינם בעלי כושר ריסון עצמי ולכן יוזמים פעילות מינית הפוגעת בעצמם.
3. יש מקרים בהם חולים הנמצאים במצב פסיכוטי או בלבולי ובהעדר כושר שיפוט וריסון כדבעי, יוזמים פעילות מינית לא מבוקרת או נענים לדרישות לפעילות כזו.
4. היו מקרים של הריונות ולידות אצל חולות נפש, כשהכניסה להריון התרחשה במהלך השהות במחלקה פסיכיאטרית וכתוצאה מזה בוצעה לפעמים הפסקת הריון.
5. יחסי מין לא מבוקרים שאירעו במהלך אישפוז פסיכיאטרי, הביאו לפעמים לפירוק משפחות.
6. לא כל האירועים מסוג כנ"ל מובאים לידיעת מנהלי בתי החולים.
7. לפעמים הרופא המטפל הכחיש בידעין או נמנע מלדווח למשפחה או לבן זוגו של החולה בדבר אירועי אמת כנ"ל במטרה להגן על המשפחה ולמנוע פרוקה הצפוי אם המידע יועבר לבן זוגו של החולה.

ד. שכיחות

הנתונים שהתקבלו מצביעים על קיום משמעותי של מקרי פגיעה מינית בחולי נפש מאושפזים. הוועדה הגיעה למסקנה כי יש בחומר שהיה לפנינו כדי לייחס משמעות משפטית וציבורית רבה לבעיית הפגיעה המינית בחולי נפש מאושפזים גם בהעדר שכיחות מקיפה. לכן הוחלט להמנע מלהמשיך ולאסוף אינפורמציה על מקרים כאלו.

ה. זכויותיו של חולה הנפש המאושפז

סעיף 35 לחוק טיפול בחולי נפש, תשנ"א-1991, קובע בסעיף קטן (א), ש"לא תשלל זכות מזכויותיו של חולה ולא תוגבל בדרך כל שהיא אלא על פי חוק". יש להבין את המילה "זכות" בהקשר זה, בין השאר, גם כחירות מפגיעה בגוף החולה ובכבודו. לכן, בהעדר הוראה מפורשת בחוק, אין להתיר ביצוע מעשה המהווה עבירה - לרבות עבירת מין - בגוף החולה. היתר מפורש כזה בחוק לבצע עבירת מין בחולה איננו קיים. אין ספק

רפואה ומשפט

גליון מס' 7 — אוקטובר 1992

מאשר אלה המאושפזים במחלקות המעורבות, אך גם במחלקות הנפרדות יש צורך בהגנה נוספת. על הסגל הרפואי והסיעודי מוטלת חובה משפטית חד-משמעית להגן על החולים גם במחלקות נפרדות.

לסיכום, גם במקום בו האוכלוסייה הבריאה היא מעורבת, חולי הנפש זקוקים להגנה ברמה אחרת משל האנשים הבריאים, ואין להקיש ממחלקות מעורבות בבתי חולים כללים על הנדרש במחלקות פסיכיאטריות. לאור האמור, ברור שמידת ההגנה הקיימת כיום במחלקות מעורבות דו-מיניות אינה מספקת.

ת. מחלקות מעורבות נפרדות

עד שנות ה-60, היתה הפרדה מינית מלאה במחלקות פסיכיאטריות, עם קיום מחלקות נפרדות לגברים ומחלקות נפרדות לנשים. מאוחר יותר התפתחה נטיה לבטל את ההפרדה ולעבור למחלקות מעורבות של גברים ונשים עם הפרדת חדרים בלבד.

הנימוקים העיקריים לשינוי הנ"ל היו:

1. במחלקה מעורבת הנשים והגברים אינם מזויחים עצמם עקב נוכחות המין השני.
2. קיימת השפעה מרסנת של נוכחות הנשים על אלימות הגברים.
3. החשש מהתפתחות סטיות מיניות במחלקות נפרדות.

הועדה התרשמה מקיום חילוקי דעות מקצועיים בין המומחים בנושא הנ"ל. יש התולים את השיפור בהתנהגות החולים במעבר למחלקות דו-מיניות, ויש התולים את עיקר השיפור בהתקדמות בשיטות הטיפול ובהכנסת תרופות חדשות ולאו דווקא במעבר למחלקות דו-מיניות.

הוועדה אף שמעה דיווחים על נסיון משביע רצון בתיפקוד מחלקות נפרדות בתקופה האחרונה. למרות ויכוח מקצועי זה, החליטה הוועדה להמנע מהכרעה בוויכוח מקצועי ומשום כך בדקנו את הנושא גם מתוך ההנחה שאכן חלק מהחולים עשויים להפיק תועלת ממחלקה מעורבת.

ט. פגיעה בחולה אחד עבור רווחתו של חולה אחר

פגיעה מינית בחולה נפש מאושפז עלולה להוות מכה קשה ביותר, להביא להרס התא המשפחתי ואף לגרום לבעיות נפשיות, הזקוקות, לעיתים, לטיפול נוסף. השאלה הנדונה היא: האם מוצדק לאשפז חולה במחלקה מעורבת כאשר הוא עלול להפגע פגיעה קשה,

שמעשה כזה הוא בלתי חוקי בתחום בית החולים כפי שהוא בלתי חוקי מחוץ לבית החולים.

למרות שהסכמה לביצוע מעשה מיני יכולה לבטל את האופי הפלילי של המעשה, החוק אינו מייחס כל ערך להסכמה אם היא באה מחולה נפש או לקוי בשכלו, אלא מעשה מיני הנעשה לגבי גופו של החולה יש לראותו כנעשה ללא הסכמתו (ר' סעיף 345 לחוק העונשין תשל"ז-1977).

ו. חובת הסגל הרפואי להגן על המאושפז מפני פגיעה מינית

אחריות הסגל הרפואי לשלומם ובריאותם של החולים המאושפזים קבועה בחוק (ראה, בין היתר, סעיף 322 לחוק העונשין תשל"ז-1977). מכאן נובעת חובה בסיסית להגן על החולה המאושפז מפני פגיעה מינית. כאשר נגרמת לחולה פגיעה בריאותית - גופנית או נפשית - עקב הניצול המיני, הדבר מהווה הפרה ברורה של סעיף 322 לחוק העונשין תשל"ז-1977, המחייב, בין השאר, את האחראים לחולה לדאוג לבריאותו.

אי קיום החובה האמורה גורם, כלשון החוק, ש"יראוהו כמי שגרם לתוצאות שבאו על חייו או על בריאותו של האדם מחמת שלא קיים את חובתו האמורה".

סעיף 350 לחוק העונשין, תשל"ז-1977 קובע:

"לענין עבירה לפי סעיף זה [סימן ה': עבירות מין] - אחת היא אם העושה עשה את המעשה או גרם שהמעשה יעשה".

המשמעות המשפטית הנובעת מכך הינה האפשרות הריאלית להעמיד לדין מנהל מחלקה פסיכיאטרית, שלא נקט אמצעים למניעת סכנת אינוס של חולי נפש מאושפזים במחלקתו, בהאשמה החמורה של גרימת פגיעה מינית בחולה הנחשב על פי החוק כבלתי מסכים לכך.

ז. העדר הגנה נאותה בתנאים הקיימים

בתנאי כח האדם הקיימים במוסדות האישפוז הפסיכיאטריים אין אפשרות להגן כראוי על המאושפזים מפני פגיעה מינית, כל עוד המחלקות הפסיכיאטריות הינן דו-מיניות. גם הגדלה סבירה של כוח האדם עדיין אינה עונה על צרכי ההגנה הדרושה, לאור הדחפים הטבעיים והפגיעה בחלק ממנגנוני ההגנה של המאושפזים, במקום בו קיימות אפשרויות נוחות לביצוע פעילות מינית. אין ספק שחולי נפש המאושפזים במחלקות חד-מיניות, מוגנים הרבה יותר מפני פגיעה מינית

אם כי חלק מהחולים האחרים עשויים להפיק תועלת משאיפוזו איתם.

בעיה זו איננה רק בעיה רפואית אלא גם משפטית/חברתית. מבחינה משפטית אין שום הצדקה לפגוע אפילו בחולה אחד, גם אם הפגיעה תוכל להועיל לחולה או לחולים אחרים.

לכן, גם אם יתכן ונוכחות שני המינים במסגרת מחלקה אחת יכולה אולי לשפר התנהגות חולים ולהוות לגביהם גורם טיפולי חיובי, אין הצדקה לפגיעה אפילו בפרט בודד למען שפור כזה.

יש להדגיש, שמנהל המונע או אינו מקיים הפרדה, גם אם זאת כך מנימוקי תועלת לחולים או לתפעול המחלקה, חושף עצמו הן לתביעה פלילית לפי סעיפים 322 ו-350 לחוק העונשין, והן לתביעה אזרחית בדיני הנוזקין או החוזים באשר יש בזה משום הפרת חובה המוטלת עליו כלפי החולה עפ"י הדינים הנ"ל.

יתר על כן, אותן מערכות המקיימות בתי חולים פסיכיאטריים, כגון המדינה או קופת חולים הכללית, עלולות להיות חייבות לפיצויים כספיים בעד הפרת החובה הנ"ל של המנהלים הנ"ל ע"פ הכללים של דיני מעסיק ועובד (Master & Servant בלע"ז).

לאור האמור, הועדה הגיעה למסקנה שמידת ההגנה הנדרשת כדי למנוע פגיעה מינית בחולי נפש מאושפוזים, מחייבת קיום מחלקות נפרדות חד-מיניות, בנוסף לאמצעי הגנה סבירים להגנת המאושפוזים.

י. מסקנות אופרטיביות

1. יש חובה מוחלטת לאשפוז חולה נפש במחלקה חד-מינית אם החולה או אפוטרופסו דורשים זאת, או אם קיימת אינדיקציה רפואית לכך (כגון התנהגות מינית חסרת שליטה).

2. משרד הבריאות חייב לוודא קיום מחלקות חד-מיניות למבוגרים ולקטינים בכל מוסדות האשפוז הפסיכיאטריים במדינה, כדי שניתן יהיה לשמור על זכויות חולה הנפש במהלך אישפוזו.

3. העדר מחלקה חד-מינית מתאימה, אסור שיהווה סיבה לאשפוז חולה נפש במחלקה דו-מינית.

4. עד לביצוע מלא של ההמלצות, חולה נפש הזקוק לאישפוז, בהעדר מחלקה חד-מינית באזור מגוריו, לא יוגבל ע"י כללי האישפוז האזורי, גם אם כללים אלו מונעים אישפוזו במחלקה חד-מינית באזור אחד.

משמעות פסקה זו הינה, בין השאר, שכיסוי תקציבי לאישפוז החולה, ינתן, ללא עיכוב, אם החולה או משפחתו או אפוטרופסו מעדיפים אשפוז במחלקה חד-מינית באזור אחד על פני מחלקה מעורבת באזור מגוריו.

5. יש להבהיר למנהלי בתי החולים ומחלקות פסיכיאטריות כי:

(א) על פי החוק הקיים הם עלולים להיות חשופים הן לתביעה פלילית והן לתביעה אזרחית על כל אירוע של פגיעה מינית בחולה נפש המאושפוז במחלקתם החד-מינית.

(ב) הסכמת החולה ומשפחתו לאישפוז במחלקה מעורבת לא מהווה הגנה חוקית מפני אשימת פגיעה מינית בחולה נפש מאושפוז.

(ג) במחלקה דו-מינית, טיעון של נקיטת אמצעים סבירים אינו מהווה הגנה מפני אשימת פגיעה מינית בחולה נפש מאושפוז.

(ד) לעומת זאת, במחלקה חד-מינית, נקיטת אמצעים סבירים עשויה להוות הגנה מפני אשימת פגיעה מינית בחולה נפש מאושפוז.

6. כמו כן, יש לציין את האחריות השילוחית העלולה להביא כלפי המדינה ו/או קופת החולים לחיוב בפיצויים כתוצאה מהפרת החובה המוטלת כנ"ל (פסקה 5 לעיל) על מנהלי בתי החולים והמחלקות הפסיכיאטריות במוסדות השייכים למדינה או לקופ"ח.

מדינת ישראל
משרד הבריאות
ירושלים

לכבוד
מר אהוד אולמרט - שר הבריאות
הרב אליעזר מזרחי - סגן השר

הנדון: דו"ח מסכם של ועדת הבירור לענין ההגנה על חולי-נפש מאושפזים מפני תקיפה וניצול מיני סימוכין: כתב מינוי מיום כ"א באדר תשנ"א (7.3.99), מאת סגן שר הבריאות בשם שר הבריאות.

כבודכם,

א. כתב המינוי הטיל על הועדה לבדוק:

- (1) שכיחות אירועי פגיעה מינית במצב הקיים בבתי חולים פסיכיאטריים.
- (2) מידת ההגנה הקיימת כיום במחלקות אלו.
- (3) מידת ההגנה הנדרשת כדי למנוע פגיעה מינית בחולי נפש המאושפזים.
- (4) הדרכים היעילות להשגתה.

ב. הועדה בדקה את הנושא בדרכים הבאות:

- (1) עיון בתשובות מנהלי בתי חולים פסיכיאטריים לשאלוני בדיקה שנשלחו אליהם.
- (2) עיון בספרות מקצועית בעלת חשיבות לענין הנדון.
- (3) דיווח מנהלי מחלקות פסיכיאטריות על נסיונם האישי.
- (4) דיווח ממערכת בתי הדין הרבניים (שבסמכותם לדון בעניני נישואין וגירושין) על התפרקות משפחות עקב פגיעה מינית במהלך אישפוז פסיכיאטרי.

ג. על יסוד החומר שהיה לפנינו הגענו למסקנות על פיהן חייבים לתקן את המצב הקיים כדי למנוע פגיעה חמורה בזכויות הבסיסיות של חולים מאושפזים. המסקנות מפורטות בדו"ח הועדה הרצי"ב.

ד. אנו מקווים שיישום המסקנות יאפשר שמירה טובה יותר על זכויותיהם הבסיסיות של חולי הנפש מאושפזים וישפר את ההגנה עליהם כמתחייב כחוק.

על זה באנו, עה"ח, ירושלים, י"ח סיון תשנ"א, 31.5.91

ד"ר בנציון שרשבסקי
שופט ביה"מ העליון (דימ)
יו"ר הועדה

ד"ר א. אברבון
מנהל האגף הפסיכיאטרי
בי"ח הרצוג
חבר הועדה.

הרב יאיר ישראלי
נציג ציבור
חבר הועדה

ד"ר גורג' סקלי
יו"ר ועדת ההיגוי
הארצית לפסיכיאטריה
חבר הועדה

ד"ר מרדכי הלפרין
יועץ רפואי לסגן שר הבריאות
חבר הועדה

פסיכיאטריה ומשפט

דו"ח שרשבסקי ומשמעותו לפסיכיאטריה הישראלית

ד"ר עמית לוי



החולים המאושפזים יוצאים מן המחלקה הסגורה לחצר בית החולים בשלב מוקדם ככל האפשר של האשפוז, בהסכמי כבוד עם המטפלים (ניתן לכאורה, לנצל זאת לבריחה). למרות שהחוק מאפשר, משתדלים להפחית ככל האפשר באמצעי כפייה, ובעיקר להימנע מנרדף; החולה ומשפחתו רשאים/מוזמנים להביא יועץ מטעמם (רפואי או אחר); ואחרון, בהחלט חביב, במחלקה הסגורה המודרנית מאושפזים גברים ונשים יחדיו (לא באותם החדרים, אך באותה המחלקה), והם נפגשים באזורים המשותפים של המחלקה.

כל שמצוין למעלה, כולל המאפיין האחרון (גברים ונשים באותה המחלקה), איננו בגדר "מובן מאליו" במחלקות פסיכיאטריות סגורות. ההתפתחויות הללו הושגו בעמל רב, ואנו עובדים בצורה כזו, מזה תקופה קצרה יחסית. גם בצורתה המרוכבת, הקהילתית, אין המחלקה הסגורה בגדר קיטנה, ולהיות חולה פסיכיאטרי קשה במחלקה סגורה איננו תענוג. עם זאת, אנו משתדלים להביא אלמנטים של ה"חוץ", של "חיים נורמליים", ללב האזור ה"לא נורמלי". הרציונל: כך נוצרת אווירה שבה יכול להתקיים איזשהו הסכם בין הצוות לבין המטופלים. מצד הצוות: "לא נראה ולא נפעל כמו בית כלא; זהו מקום רפואי". מצד המאושפזים: "לא נברת יותר מדי (למרות שאפשר בנקל), ולא נהיה אלימים ככל האפשר". והשיתוף הזה עובד. המחלקה הסגורה המודרנית פחות מאיימת, פחות מסוגרת, פחות מנותקת, והרבה יותר מחוברת אל החוץ, אל הקהילה.

דו"ח ועדת הברור לענין ההגנה על חולי נפש מאושפזים מפני פגיעה וניצול מיני (להלן "דו"ח שרשבסקי"), שהובא למעלה, פורסם במאי 1991, ומדבר בעד עצמו. הדו"ח עוסק במחלקות פסיכיאטריות בכלל, אך הובן כי הוא מכון במיוחד למחלקות סגורות, והתגובה להלן - בהתאם. הפסיכיאטריה הישראלית, ברובה המכריע, מתנגדת לדו"ח ולמסקנותיו. מדוע?

הפסיכיאטריה קיימת כ-200 שנים. מתוכן במשך 160 שנים תפקדו במחלקות נפרדות. זוהי הפסיכיאטריה הישנה, המופרדת, המבוססת בעצמה. הפסיכיאטריה המודרנית - גם זו של מחלקה סגורה - פתוחה בהרבה. היא מאפשרת אפילו לדבר על המחלקה הסגורה כעל מוסד קהילתי. לכאורה, מושג והפוכו: וכי יכול המקום הסגור ביותר בפסיכיאטריה להיות מקושר אל החוץ? אל הקהילה? אפרט:

כשתבדקו מחלקה פסיכיאטרית סגורה מודרנית, יתכן שתופתעו: מסביב גינה מטופחת; אין סורגים (יש חלונות צרים); יתכן שחלק מדלתות היציאה משובצות בזוגיות (בנגוד גמור לתדמית של "מחלקה סגורה"), וכביכול מוזמנות את החולה המאושפז לברוח; חדרי המטפלים מצויים בתוך המחלקה הסגורה; הצוות מרובה, וכולל בעלי מקצועות שונים, ונשים רבות; ניתן להתקשר טלפונית מן ואל המחלקה; יש רדיו, טלוויזיה ווידאו; משפחות וחברים מבקרים במשך שעות רבות, ובכל יום;

ד"ר עמי לוי הוא מנהל המחלקה הסגורה בב"ח "שלוטה" ועורך המדור פסיכיאטריה ומשפט.

רפואה ומשפט

גליון מס' 7 — אוקטובר 1992

בהחלט נמוך מדי; אי הפרדת נערים ממבוגרים בחלק מהמחלקות, וכיו"ב.

דו"ח שרשבסקי הינו דו"ח חפוז, חלקי ומחור, ועולה ממנו ריח של דו"ח מחממן. ניתן היה למצוא פתרון אחר לאוכלוסיה המעוניינת בהפרדת המינים במחלקות הפסיכיאטריות. בצורתו הנוכחית, משמעות הדו"ח לגבי הפסיכיאטריה הישראלית: "תחזרו אחורה, חברים".

אימוץ מסקנות דו"ח שרשבסקי מתעל את הפסיכיאטריה הישראלית לאחור. אל 170 שנות הפרדת מחלקות, עם העליה הצפויה בהזנחה האישית והסביבתית. העליה בתסכול, במתח, ובאלימות של שני המינים (כן, גם של נשים). דו"ח שרשבסקי מתעלם מאספקטים מרכזיים אחרים ובעיתיים באשפוז הפסיכיאטרי, כמו אלימות של חולים כנגד חולים אחרים; משכב זכר ונקבה במחלקות מופרדות; היחס המספרי של אנשי צוות/חולים במחלקות הסגורות, שבארץ הינו

★★★★★

המשך מעמ' 16

אני פונה אל שר הבריאות, בקריאה לפעול באופן נחרץ ומהיר למניעת תקלות אלו. החומרה שבהן רבה לאין ערוך בעידן האיידס, ואני פטור מלפרט. למרבה הצער, עלולה לחלוף תקופה ארוכה של דגירה, בטרם יגלה המטופל כי זכה במנה גדושה של מחלה זיהומית קשה ואף קטלנית - בלא שיידע כיצר ובאשמת מי. האירוניה היא בכך, שחלק מהדרכים שתיארתי מהווים סכנה מוחשית גם לרופא עצמו, וכבר היו דברים מעולם.

אני משוכנע כי עצם קיומה של חוליית ביקורת, שתערוך ביקורת-פתע במרפאות, ישפר מאוד את המצב. הדבר כרוך כמובן בתקציב, אך תקציב זה הוא זעום לעומת ההוצאות לטיפול בחולה איידס אחד. פתרונות נוספים הם הסברה לציבור ועידודו להתלונן - בתנאי שפעולות הענישה תהיינה מהירות ויעילות - ופניה אל חברות הביטוח, להתנות את ביטוח האחריות המקצועית של הרופאים בהקפדה על כל כללי ההיגיינה והסטריליות.

המאמר "גהות ונקיון מכשירים בפעולות לא-כרירוגיות", שפורסם לאחרונה בכתב העת "רפואה ומשפט" (גליון מס' 6, אפריל 1992), מעיד על קיום הבעיה גם בתחומים אחרים, שאינם רפואת שיניים, ונראה לי כי גם בתחומים אלה יש צורך דחוף בנקיטת ידו הקשה של שר הבריאות ובטיפולו המהיר.

בכבוד רב,

משה מכנס, עו"ד

פסיכולוגיה ומשפט

פניות תלמידים במצוקה נפשית ליועץ חנוכי בבית הספר – שאלות אתיות

טוביה זקהם M.D.
חיה קולודנר M.A.



בצד האחד של הרצף עוסק היועץ בשאלות מינוריות בעלות אופי חינוכי ופשוטות יחסית לפתרון. בצד האחר של הרצף הוא נתקל בבעיות קשות ומורכבות.

אין זה נדיר לפגוש בנערה הנאלצת להתמודד עם הריון בלתי רצוי, או מאורעות של גלוי עריות. מעשים של הונאה עצמי, צריכת סמים, אובדנות וחולי נפשי הם חלק ממגוון הבעיות שהיועץ פוגש בבית הספר. עצם המצאותו של היועץ החינוכי והיותו חלק מן הנוף הלגיטימי של בית הספר מביאה לטיפול מהיר יותר ונכון יותר, בבעיות של בני הנוער.

תפקידם והאופי בו מבצעים היועצים את מלאכתם מציבים בפניהם לא אחת בעיות אתיות נכבדות.^{1,2}

היועץ החינוכי ניצב בין התלמיד מן הצד האחד להוריו מן הצד השני והמוסד החינוכי מן הצד השלישי.

המרחב שבו פועל היועץ, נתון מטבע הדברים למתחים שונים, ללחצים לגיטימיים מן העברים השונים שהוזכרו לעיל. קונפליקט הנאמנויות עומד לכן במרכזה של השאלה האתית.

הספרות עוסקת בשאלה "למי נתונה או אמורה להיות נתונה נאמנותו של היועץ?" האם לתלמיד הפונה - ואז זו נאמנות מכח הגישה המקצועית. או אולי להוריו של התלמיד הקטין - ואז זו נאמנות מכח החוק. ואולי למוסד החינוכי - ואז זו נאמנות מכח המקצועיות והחוק.^{3,4,5}

עם פיתוחם של שרותי יועץ בבתי הספר השונים התווספו לשרותי בריאות הנפש עמיתים העוסקים בין היתר בבריאותם הנפשית של התלמידים.

חלק מפעילותם עוסק בשאלות חינוכיות גרידא, חלק אחר בעבודתם חופף במידה זו או אחרת את עבודת העוסקים במתן שרות במערכת בריאות הנפש.

המוסדות החינוכיים הם שדה הפעולה של היועצים האלה אשר דלתם פתוחה לתלמידים המחמנים להוועץ עמם בבעיותיהם. הבעיות אשר עמן הם מתמודדים שייכות לעתים לתחום החינוכי, אך במקביל הם אמורים להתמודד עם שאלות ובעיות נפשיות מורכבות המטרידות את קהל הפונים אליהם. עצם המצאותם של היועצים בבית הספר, היותם מוכרים לקהל התלמידים ונגישותם הרבה, מציבה אותם בקו החזית הראשון.

טענתו של ט. מנושין שאומרת כי המוסד החינוכי אינו יכול לקבוע לעצמו את גבולות העשייה שלו מודגשת שבעתיים באופי הפעילות הנדרשת מן היועץ החינוכי. מה שמכתיב את סוג פעילותו של היועץ החינוכי, בדומה לרופא, איננו פרי תכנון מדויק וצפוי מראש, אלא מענה מיידי לבעיות "כאן ועכשיו".

מגוון ההתערבויות המיידיות שהיועץ נדרש להן על ידי התלמידים הפונים אליו, רבגוני וכולל מן צד רחב מאוד.

רפואה ומשפט

גליון מס' 7 – אוקטובר 1992

בדומה להסדר זה אנו מציעים שהיועצים החינוכיים בבתי הספר יפעלו כגבוי של אנשי בריאות הנפש. אליהם יוכלו לפנות בשאלות קשות בהסדרי הדרכה ומכח סמכותם גם יוכלו לפעול בשטח. קשר כזה אמור להיות גלוי לאוכלוסית התלמידים והוריהם ומרצהר בפניהם ויש בו כדי לתת מענה לשאלת "הנאמנות המשולשת" שהיועץ החינוכי ניצב בפניה. אמות המידה לפעילותו המקצועית יינקו מן הדיסציפלינה הרפואית וישחררו אותו מנטל מוסדי או הורי שיש בו כדי להזיק. בהסדר זה נעוץ גם פתרון מסוים לשאלת הגבולות המקצועיים.

קיום תחת "גג" של אנשי בריאות הנפש (שיספק פיקוח יעוץ ואף התערבות מהירה יותר) יאפשר ליועץ פעולה שקולה בטוחה וממילא טובה יותר.

השאלות והבעיות העולות לקוחות לפעמים מתחום העבריות ולעתים קרובות הן נוגעות באזור הדימדומים שבין המותר והאסור.

שאלה נכבדה נוספת היא שאלת הגבולות המקצועיים. קרי: ממתי אמור היועץ להפנות את התלמיד לאנשי בריאות הנפש ועד מתי הוא יכול לנסות ולהתמודד לבדו עם הבעיה.

במטרה לספק מענה לשתי שאלות אלה מוצע לגזור גיזרה שווה מנוכחותם של השליחים הרפואיים בבית הספר: הרופא והאחות. שני אלה הם נציגים רפואיים שזהותם המקצועית ברורה היטב לתלמידים, להורים ולמורים. אחות בית הספר פועלת מכוח הסמכות ותחת פיקוח רופא בית הספר.

מקורות

1. Tennyson, W.M. (1986), Beyond Professional Standards: Developing Responsibleness. Journal of Counselling and Development, 64, 298-302.
2. Depauw, M.E. (1986). Avoiding Ethical Violations: A Timetable Perspective for Individual Counseling. There, 64, 303-305.
3. Hayman, P.M. Covert J.A. Ethical Dilemmas in College Counseling Centers. There, 64, 318-322.
4. Huey, W.C. (1986). Ethical Concerns in School Counseling. There, 64, 321-322.
5. Epting, F.R. (1984) Personal Construct Counseling and Psychotherapy. John Wiley & Sons, Chichester.



פסיכולוגיה ומשפט

תלמידים במצוקה נפשית תגובה למאמר של זקהם וקולודנר

ד"ר דן שרון

חשוב לזכור כי סעיף 2, סעיף קטן (2) לחוק הנוער (טיפול והשגחה) תש"ך-1960, מתאר את המצב הבא כמהווה עילה להכרזת הקטין כקטין נזקק; כשנתקיים בו אחד מאלה:

- "(1) לא נמצא אחראי עליו.
- (2) האחראי עליו אינו מסוגל לטפל בו או להשגיח עליו או שהוא מזניח את הטיפול או ההשגחה.
- (3) הוא עשה מעשה שהוא עבירה פלילית ולא הובא בפלילים.
- (4) הוא נמצא משוטט, פושט יד או רוכל בניגוד לחוק עבודת הנוער, תשי"ג-1953.
- (5) הוא נתון להשפעה רעה או שהוא חי במקום המשמש דרך קבע מקום עבירה.
- (6) שלומו הגופני או הנפשי נפגע או עלול להיפגע מכל סיבה אחרת."

סעיף 2א. לחוק מגדיר את חובת ההודעה כך:

"רופא, אחות, עובד חינוך, עובד סעד או שוטר המטפלים בקטין שנפגע בבריאותו הגופנית או הנפשית ויש להם יסוד להניח כי הפגיעה נגרמה בידי האחראי על הקטין או משום שהאחראי על הקטין אינו מסוגל לטפל בו או להשגיח עליו או מזניח את הטיפול או ההשגחה, ימסרו על כך לפקיד הסעד."

בהמשך, - זכותו של פקיד הסעד לחוק הנוער להתערב ולהציע דרכי טיפול נובעת מהרישא של סעיף 3 לחוק, וזו לשונו:

"היה פקיד סעד סבור שקטין הוא נזקק ושלמען הטיפול בו וההשגחה עליו יש צורך בהחלטת בית המשפט, משום שאין הסכמת האחראי על הקטין, או שהוא מסכים אך אין הקטין מציית לו, רשאי

מאמרם של ד"ר טוביה זקהם וחיה קולודנר חשוב בשל חידוד הבעיות האתיות העומדות בפני גורמים מטפלים הנדרשים לתת מענה הולם למצבי לחץ ומשבר אצל מתבגרים, אך חייבים לעשות זאת מתוך שמירה על גבולות אתיקה בהיבט הנאמנות של המטפל מול הקטין, הוריו ומסגרת ביה"ס.

יש לברך על ההדגש שניתן במאמר לשיקול הרעת והזהירות הנחוצה, כדי למנוע התערבות חפוזה, כי הנזק שהיא תגרום עלול להיות גדול יותר מהנזק שההתערבות מנסה למנוע. אולם עם כל הקרדיט שניתן לשילוב בין רופא ביה"ס והמורה היועצת, ניכרת אצל כותבי המאמר התעלמות מפונקציות טיפוליות בעלות סמכות חוקית.

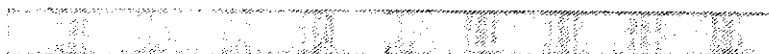
המאמר מתעלם לחלוטין משתי מערכות חוק מרכזיות: חוק הנוער טיפול והשגחה 1960, וחוק העונשין (תיקון מס' 26), התש"ן-1989.

חוק הנוער טיפול והשגחה מקנה לעובד סוציאלי, מעמד יחודי של פקיד סעד לחוק הנוער טיפול והשגחה. לפקיד הסעד סמכויות רחבות להתערב במצבי נזקקות של קטינים. הוא פועל מתוך שיקול דעת ותיאום עם גורמים טיפוליים בקהילה; רופאים, אחיות, מורות, יועצות, שירותים פסיכולוגיים ועוד. עם זאת רק לפקיד הסעד ע"פ חוק זה מוקנית הסמכות היחודית לתת לקטין הגנה משפטית וטיפולית בפועל כאשר ההורה מעורב במעשים או מחדלים הפוגעים או עלולים לפגוע בשלומו של הקטין.

ד"ר דן שרון עוסק במצבי לחץ ומשבר. הוא מרצה בביה"ס לעבודה סוציאלית באוניברסיטת תל-אביב ועורך המדור פסיכולוגיה ומשפט.

רפואה ומשפט

גליון מס' 7 — אוקטובר 1992



הוא לפנות בבקשה אל בית המשפט לנקוט באחת או באחדות מהדרכים לפי סעיף זה ומשנוכח בית המשפט כי הקטין הוא נזקק רשאי הוא: –

(1) לתת לקטין או לאחראי עליו כל הוראה הנראית לבית המשפט דרושה לטיפול בקטין או בהשגחה עליו, כולל לימודיו, חינוכו ושיקומו הנפשי.

(2) להעמיד ידיו לקטין שישמש גם כיועץ לאחראי עליו ולקבוע סמכויותיו ותפקידיו.

(3) להעמיד את הקטין תחת השגחתו של פקיד סעד.

(4) להוציא את הקטין ממשמורתו של האחראי עליו, אם ראה בית המשפט שאין דרך אחרת להבטיח את הטיפול וההשגחה, ולמסור אותו למשמורתה של רשות הסעד אשר תקבע את מקום חסותו..."

מחויבויות איש המקצוע כלפי פקיד הסעד בהקשר הגנת קטינים הודגשו עוד יותר בחוק העונשין (תיקון מס' 26) התש"ך-1989. אותו חוק שקיבל את הכינוי החוק להגנה על חסרי ישע.

סעיף 368ד' לחוק זה דן באחראים כלפי החוק לדיווח על עבירה בקטין וסעיף קטן (ב) מפרט:

"רופא, אחות, עובד חינוך, עובד סוציאלי, עובד שירותי רווחה, שוטר, פסיכולוג, קרימינולוג או עוסק במקצוע פרה-רפואי, וכן מנהל או איש צוות במעון או מוסד בו נמצא הקטין או חסר ישע - שעקב עיסוקם במקצועם או בתפקידם היה להם יסוד סביר לחשוב כי נעברה עבירה בקטין או חסר ישע בידי האחראי עליו, חובה עליהם לדווח לפקיד סעד או למשטרה. העובר על הוראה זו דינו מאסר שישה חודשים.

וסעיף קטן (ד) מפרט:

"נעברה בקטין או חסר ישע הנמצא במעון, מוסד או מסגרת חינוכית או טיפולית אחרת, עבירת מין לפי סעיפים 345 עד 348, או עבירה של גרימת חבלה חמורה לפי סעיף 368ב (ב) או עבירת התעללות לפי סעיף 368ג, חובה על מנהל או איש צוות במקום כאמור, לדווח על כך בהקדם האפשרי לפקיד הסעד או למשטרה. העובר על הוראה זו דינו מאסר שישה חודשים."

במאמרם מפרטים המחברים: "אין זה נדיר לפגוש בבת נעורים הנאלצת להתמודד עם שאלת הריון בלתי-רצוי. או מאורעות של גילוי עריות, מעשים של היזק עצמי, צריכת סמים, אובדנות..." מדובר בארועים שהבולט בהם גילוי עריות, אך אינו יחיד. על פי החוק אין ארועים אלה יכולים להיות פתורים במסגרת המוסד החינוכי בלבד. יתרה מזאת: סעיף ד' אף מגן על מצבים בהם מוסד חינוכי משיקולי יוקרה או משיקולים אחרים ינסה לפתור בעיות בגדר "הכל נשאר במשפחה". מכאן שהמאמר מתעלם לחלוטין מחוקים טיפוליים קיימים.

באשר לצורך בהפעלת שיקול דעת, ענין זה מודגש הן בחוק הנוער טיפול והשגחה והן בחוק העונשין. סעיף קטן ו' בסעיף חובת הדיווח שהוזכר קודם לכן מציין:

"פקיד סעד שקיבל דיווח לפי סעיף זה יעבירו למשטרה בצרוף המלצתו לפעול או להמנע מלפעול בקשר לדיווח, אלא אם קיבל אישור שלא להעביר את הדיווח למשטרה מאת אחת הועדות שהקים שר המשפטים לענין זה..."

סעיף קטן ז' מציין:

"הגיע מידע למשטרה לפי סעיף זה, תעביר אותו לפקיד הסעד, ולא תפעל לפני שתוועץ בפקיד הסעד."

שני הסעיפים (ו') ו-(ז') מאפשרים לפקיד הסעד והירות מירבית לפני שיעשה צעד שעלול להרוס יותר מאשר ישקם. החוק משאיר לפקיד הסעד שיקול דעת, כיצד יגן על זכויות הקטין, הן במובן הטפולי והן במובן המשפטי.

אין בכוונתי לאמר כי לא קיימות סוגיות שניתן לפתור במסגרת יחסים מקצועיים של שיקול דעת ואתיקה בין רופא בית הספר והמורה היועצת. עם זאת, הרשימה שפרטו המחברים, כוללת בעיות נוער הנכללות בסוגיות של חוק הנוער טיפול והשגחה - כמו במקרה של גילוי עריות, עבירות פליליות שלא ניתן לכסות עליהן או לטפל בהן תוך כדי עבירה על חוק שיש לו ראציונאליים טיפוליים ברורים. פקיד הסעד המתערב מתוך גבולות ברורים של סמכות, אתיקה והגנת האינטרסים של הקטין יעשה זאת מתוך עבודת צוות עם המורה היועצת ורופא ביה"ס.

פסיכולוגיה ומשפט

מודל להערכה פסיכולוגית של מסוגלות הורית: שיטות וסוגיות

ד"ר משה זכי



א. מבוא

במסגרת עבודתו המקצועית, נדרש הפסיכולוג לתת חוות דעת של מומחה בדבר מסוגלות הורית. השאלה של "מסוגלות הורית" עולה בשלוש רשויות משפטיות:

1. בבית הדין הרבני, כדי להחליט לגבי מקום משמורת של קטין (דיני משמורת ילדים).
2. בבית משפט לנוער, כדי להכריז על קטין כנוק (חוק הנוער טיפול והשגחה תשי"ך-1960).
3. בבית המשפט המחוזי, כדי להכריז על ילד כבר אימוץ (חוק אימוץ ילדים תשמ"א-1981).

ההערכה הפסיכולוגית הנדרשת מהווה סוגיה מקצועית בגלל הסיבות הבאות:

התופעה אינה מהווה תיסמונת פסיכולוגית או פסיכיאטרית מוגדרת בתוך קבוצות הסיווג של המיון האמריקאי (DSM III), סיווג שעליו מתבססים אנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש.

התופעה מוגדרת על פי נורמה חברתית בעלת אופי "איכותי" ואיננה מתבטאת בצורה "מספרית". מכאן שאין כלים פסיכולוגיים ספציפיים למדידתה על בסיס של הגדרה אופרציונלית.

ההתייחסות לתופעה כאל סטיה לפי תפיסה חברתית, הופכת אותה לתלויה תרבות - ומכאן השונות של התופעה בקרב תת-קבוצות אתניות וסוציו-אקונומיות בתוך המבנה החברתי הכולל.

ד"ר משה זכי הוא מנהל התחנה הפסיכולוגית בטירת כרמל.

העדר מודל מתודולוגי להערכת המסוגלות ההורית מעורר שאלות ביחס למהימנות של חוות דעת מקצועיות, עליהן מסתמך השופט בחריצת הדין. במצב הקיום, וכדי לשמור על מידה של אחידות ואובייקטיביות, מציע השופט פורת רשימת הנחיות להערכת המסוגלות ההורית בחוות הדעת המקצועיות (בלנק ואליצור, 1991).

מאמר זה מציע מודל להערכה פסיכולוגית של מסוגלות הורית, תוך הצגת העקרונות והשיטות של תהליך האיבחון, ודן גם בסוגיות מקצועיות העלולות להשפיע על המהימנות והתקפות של ההערכה הפסיכולוגית.

ב. המודל לאיבחון מסוגלות הורית

המודל התפתח במשך שנים של עבודה מקצועית עם רשויות הסעד ומתן עדויות של מומחה בבית משפט. עקרון היסוד המנחה את הערכת המסוגלות ההורית הוא טובת הילד וזכותו: ההורים זכאים לתבוע החזקת ילדם לא מכח עצמם אלא מכח הילד, אשר זכותו להיות מוחזק אצל ההורה המתאים יותר שיבטיח את טובתו. המודל מאחד בתוכו עקרונות של גישות קליניות ומערכתיות אשר באות לביטוי במגוון טכניקות מולטי-דיסציפלינריות. מכאן שהמודל הוליסטי (פרספקטיבה מאקרוסקופית): הערכת המסוגלות ההורית מנותחת ומובחרת באופן רב-ממדי ומנקודות ראות שונות.

תהליך ההערכה הפסיכולוגית מתבצע בשלבים:

א. הסיבות לחוסר מסוגלות הורית (בדיקה פסיכודיאגנוסטית של ההורה).

רפואה ומשפט

גליין מס' 7 — אוקטובר 1992

התחנה הפסיכולוגית בטירת כרמל

בניפרד ועל המשפחה כמערכת אחת. מירב המידע נאסף באמצעים שבידי פקיד הסעד: תצפיות, שיחות עם הורים, שיחות עם הילדים והמורים. התסקיר מהווה לא רק מתודה של איסוף נתונים, כי אם משמש בעצמו הערכה פסיכוסוציאלית של ההתנהגות הבעיתית.

שנית, באמצעות ראיון הערכה, המאפשר לפסיכולוג ללמוד ככל האפשר אודות היחיד ומערכת היחסים במשפחה. הראיון כרוך בהפקת מידע עובדתי אובייקטיבי המסייע לתהליך הגדרת הבעיה.

ולבסוף, במאצעות מבחן "יחסי משפחה" (פרנקל, 1976) בו הילד מבטא רגשותיו כלפי בני משפחתו ואף מעיד וקובע כיצד בני המשפחה נוהגים ומרגישים כלפיו.

שלב שלישי: איתור נזקים שנגרמים לילד

את הנזקים הפסיכולוגיים אצל הילד מגלים באמצעות הערכה פסיכודיאגנוסטית, המורכבת משני סוגי מבחנים: מבחני מישכל (וכסלר לילדים, מבחן בנדר) לאיתור בעיות קוגניטיביות: פיגור שכלי סביבתי ופיגור בכוחר למידה – על רקע של חסך סביבתי. מבחני אישיות השלכתיים (C.A.T., מבחן ציור) לאיתור בעיות רגשיות: חוסר בטחון, דימוי עצמי נמוך והצורך לתשומת לב מוגברת – על רקע של חסך רגשי.

בנוסף לכך, ההערכה הפסיכודיאגנוסטית יכולה לגלות אצל הילד נזקים עקב מטען תורשתי, כגון: הפרעות באינטליגנציה (פיגור התפתחותי, ליקויי למידה); הפרעות רגשיות (נורוזות החרדה); הפרעות בהתנהגות (הפרעת ליקויי קשר והיפראקטיביות ADHD). במקרים אלה צרכי הילד שונים מן הצרכים של ילדים אחרים, וההורה נדרש לתפקידים נוספים לסיפוק צרכים אלה. אם מאובחנים אצל הילד ליקויים בתחום הבריאות, יש להעזר בחוות דעת רפואית של מומחה.

שלב רביעי: חיפוש פתרונות לבעיות אי מסוגלות הורית

לאחר קבלת תמונה כוללת על סוג המסוגלות ההורית, סיבותיה והשלכותיה על הילד – מהווה השלב הנוכחי, השלישי, הערכה בדבר פתרונות אפשריים לשיקום הליקויים ולשיפור המסוגלות ההורית.

במקרים של מסוגלות חסרה, מסוגלות לקויה ואי מסוגלות זמנית; חיפוש דרכים טיפוליות בהורה תוך התייחסות ליכולת של הילד להמתין עד לשיפור המסוגלות ההורית של הוריו. במקרים אלה יש

ב. הגדרת המסוגלות ההורית (בדיקת אינטראקציה הורה-ילד).

ג. איתור נזקים שנגרמים לילד (בדיקה פסיכודיאגנוסטית של הילד).

ד. חיפוש פתרונות לבעיית אי מסוגלות הורית (העלאת מגוון אסטרטגיות לטיפול בבעיה, הערכת האלטרנטיבות, ובחירת ההתערבות המועדפת).

תהליך ההערכה מתקדם בסדר קבוע כאשר השלבים דלעיל מתמזגים לתבנית שלמה.

שלב ראשון: הסיבות לחוסר מסוגלות הורית

ההערכה הפסיכודיאגנוסטית של ההורים מורכבת משני סוגי מבחנים: מבחני מישכל (וכסלר למבוגרים), לאיבחון פיגור שכלי ראשוני או סביבתי; מבחני אישיות השלכתיים (רורשאך, T.A.T. והשלמת משפטים), לאיבחון מבנה האישיות, כמו למשל בעיות תוך נפשיות או הפרעות באישיות. אם מאתרים אצל ההורה ליקויים בתחום הבריאות, יש להעזר בחוות דעת רפואית של מומחה, ובמקרים של מחלות נפש, יש להעזר בחוות דעת של רופא פסיכיאטר.

שלב שני: הגדרת מסוגלות הורית

למסוגלות הורית ייתכנו ארבעה מצבים: הורות חסרה, הורות לקויה, אי מסוגלות זמנית, אי מסוגלות קבועה.

כדי להעריך את המסוגלות ההורית ניתן להעזר ברשימת הקריטריונים שמציע השופט פורת לאומדן התכונות ההוריות. השופט הנכבד מתייחס ליכולת לספק לילד צרכים פיזיים הולמים; מסוגלות לתכנן סדר יום; לספק לילד צרכים נפשיים והתפתחותיים בסיסיים; מסוגלות להבין את הצרכים הנפרדים המשתנים של הילד, והעדפת צרכיו על צרכי ההורה; יציבות בהתנהגות ההורה; מסוגלות להיפרד מן הילד ולתת לו להתפתח ולהיות עצמאי; להעניק לילד ערכים תרבותיים, חברתיים ומוסריים; מסוגלות להצבת גבולות לילד; מסוגלות לתקן נזקים וחטאים אצל הילד; התאמה להיות דמות הורית מספקת להפנמה חיובית של ערכים ודמויות אצל הילד.

בהתאם לקריטריונים אלה ניתן להגדיר את סוג המסוגלות ההורית תוך שימוש בכלים המקצועיים הבאים:

ראשית, באמצעות תסקיר פקיד סעד לבית משפט. תסקיר כזה מהווה אוסף של נתונים על כל יחיד

זוג חדש של האם, הסתגלותו של הילד למקום המגורים החדש, והשתלבותו החינוכית בבית-הספר.

מגוון הגישות והפרספקטיבות בפסיכולוגיה עלול ליצור שונות בין חוות הדעת המקצועיות בהערכת המסוגלות ההורית של המתדיינים. שונות זו לא רק מקשה על השופט בהריצת הדין, אלא אף מצמצמת את מהימנותם ותקפותם של השירותים הפסיכולוגיים (הערכה וטיפול) בסיכסוכי משמורת, נזקקות ואימוץ.

בארצות הברית, נערכו מחקרים עם מעקב ממושך לניבוי התנהגות אלימה על בסיס של הערכה פסיכולוגית. תוצאות המחקרים מצביעות על ניבוי נכון ביחס של אחד לשלושה מקרים (מונהן, 1982). בישראל, למרות תמורות ומגמות התפתחות בשירותי בריאות הנפש (אבירם ולבב, 1981) – מרבית המסגרות המקצועיות עדיין פועלות לפי גישה מסורתית של הדגם הקליני, תוך שימוש שכיח בטכניקת הפסיכותרפיה (בנימיני 1984; זיו, 1980; זכי, 1987; רביב ואחרים, 1982). יש להדגיש שטכניקות מסורתיות של טיפול לא נימצאו יעילות במיוחד (אייזנק, 1952).

לבסוף, חובה לציין את התערבותה של תופעה בתהליך בניית חוות דעת מקצועית של מסוגלות הורית, העלולה לצמצם את מידת האובייקטיביות: "הנבואה המתגשמת מאליה" (רוזנטל וג'קובסון, 1968).

התופעה יכולה – מחד גיסא – להתבטא בנטיה של פסיכולוגים לפרש שלא במודע ממצאים פסיכודיאגנוסטיים, בהתאם לניצפה מהם מתוך תסקיר פקיד הסעד לבית משפט; ומאידך – בנאמנותם של פסיכולוגים לצד שהזמין את השירות (גוטסמן, 1981).

ד. סיכום

קביעת מסוגלות הורית היא קריטית לגבי חריצת הדין בסכסוכי משמורת, נזקקות ואימוץ והיא מחייבת חוות דעת מקצועית שיטתית ואובייקטיבית מאחר והשופט מסתמך עליה בהריצת הדין.

הובהר כאן שמסוגלות הורית אינה תיסמונת המוגדרת אופרציונלית – מכאן העדר מתודות איבחון ספציפיות להערכתה. כדי לפתור את הפרובלמטיקה המתודולוגית הזאת הוצע מודל הוליסטי עם מגוון של טכניקות מולטי דיסציפלינריות.

עם זאת, למרות פתרון הבעיה המתודולוגית, עדיין הועלו סוגיות ביחס למידת האובייקטיביות של חוות הדעת המקצועית: מגוון הגישות בפסיכולוגיה אשר מהווה מקור לשונות של שיטות הערכה וטיפול. הצגת הסוגיות המקצועיות במאמר זה וניתוחן באים לסייע

להחליט על סוג הטיפול המומלץ (טיפול תרופתי, טיפול פסיכותרפיו) ועל טווח הטיפול. במצב של אי מסוגלות הורית קבועה יש להחליט על סוג המסגרת החילופית המומלצת ביותר לטיפול צרכי הילד, תוך פירוט הנימוקים המקצועיים: חיק משפחה, משפחה אומנת, פנימיה, מוסד, משפחה מאמצת.

ב. סוגיות מקצועיות

אם כי המודל בא לפתור את הפרובלמטיקה המתודולוגית של הערכת המסוגלות ההורית – עדיין קיימות סוגיות מקצועיות העלולות להשפיע על מהימנותה ותקפותה של חוות הדעת המקצועית. מגוון הגישות בפסיכולוגיה (הגישה הפסיכודינמית, ההתנהגותית והמערכתית) מהווה סוגיה ראשונית בהערכת המסוגלות ההורית ובקביעת סוג הטיפול לשיקומה. הגישה הפסיכודינמית תראה בהורות לקויה תוצאה של הפרעות נפשיות אשר מקורן בחוויות העבר – ותמליץ על טיפול פסיכותרפיו. לעומתה, הגישה ההתנהגותית תראה במאורעות ההווה (התנהגות בעיתית של הילד, מצוקה כלכלית...) גורמים עוקבים המחזקים את ההתנהגות הבעיתית של ההורה ותציע את הטיפול ההתנהגותי כשיטת התערבות מומלצת. בניגוד לגישות הנ"ל, הגישה המערכתית תתייחס להורות לקויה כאל התנהגות סימפטומטית הנובעת מאינטראקציות בעיתיות בתוך המשפחה, ולא כבעיה יחיד של ההורה. הגישה המערכתית תציע טיפול משפחתי שלא יתמקד בהורה עצמו, כי אם בתבניות ובקשרים בתוך המערכת המשפחתית.

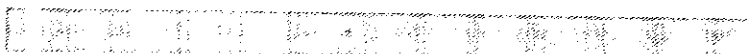
יתרה מכך, בתוך הגישות הפסיכולוגיות שהובאו, קיימות פרספקטיבות שונות:

פרספקטיבה מיקרוסקופית (קלינית), המתמקדת בתהליכים תוך נפשיים של היחיד, אלה הם תהליכים המאובחנים באמצעות מבחנים פסיכודיאגנוסטיים שמועברים למטופל בתוך הקליניקה. בניגוד לתפיסה זו ישנה פרספקטיבה מאקרוסקופית (אקולוגית), הרואה בתיפקודו של היחיד תוצאה של אינטראקציות עם מערכות חברתיות של הסביבה האקולוגית הטבעית (גוטייה, 1978).

דוגמא של משפט גירושין: פסיכולוג נדרש להחליט לגבי מקום המשמורת של הקטין. עדותו התבססה על הערכה פסיכודיאגנוסטית שנערכה לילד באמצעות מבחני אישיות השלכתיים. העדות ניסתרה על ידי פסיכולוג אחר שאימץ גישה אקולוגית: יחס הילד לבן

רפואה ומשפט

גליון מס' 7 – אוקטובר 1992



הדילמות תבואנה על פתרון באמצעות מחקרים מדעיים אשר ענינם בדיקת מהימנותן ותקפותן של חוות הדעת המקצועיות בענין מסוגלות הורית. בנוסף, המחקר יציע כיוונים ושיטות מתודולוגיות לשיפור מידת האובייקטיביות כדי למנוע ניגודים וסתירות בין חוות דעת שונות.

לעירנות של רשויות הסעד והמשפט במתן פרשנות לחוות הדעת המקצועיות. מומלץ שפסיכולוג יגדיר בחוות הדעת המקצועית שלו את גישתו בהערכת המסוגלות ההורית, ויציין את הגישות האלטרנטיביות אשר מפרשות את הממצאים בצורה אחרת.

מקורות

- Eysenk, H. The Effects of Psychotherapy: An Education. Journal of Consulting Psychology, 16, pp. 319-324, 1952.
- Gottesman, R.: The Child and the Law. West Publishing Co., St. Paul Minn., 1981.
- Monhan, J.: The Prediction of Violent Behavior: Developments in Psychology and Law. Psychology and the Law, The Master Lecture Series of APA, Washington D.C., pp., 147-176, 1982.
- Rosenthal, R., Jacobson, I. Pygmalion in the Classroom. Holt Rinehart and Winston, New York, 1968.

- אבירם, א. לבב, י.: בריאות נפש קהילתית בישראל, גומא, תל אביב 1981.
- בלנק, ש., אליצור, א.: ילדים בין כסאות החוק, רפואה ומשפט, 4, 25-21, 1991.
- בנימינה, ג.: הפסיכולוג באוהל ובשדה: מבוא למחנאות מקצועית. פסיכולוגיה וייעוץ בחינוך, 53-45, 1984.
- גוטייה, ג.: לקראת מודל חדש בפסיכולוגית בית הספר. חוות דעת, 9, 19-17, 1978.
- זיו, מ.: הפסיכולוג החינוכי בעבודתו. חוות דעת, 12, 33-25, 1980.
- זכי, מ.: לקראת מודל קהילתי בפסיכולוגיה חינוכית: עקרונות וצורות - התערבות בבתי הספר. פסיכולוגיה וייעוץ בחינוך, 172-156, 1987.
- פרנקל, י.: מבחן יחסי משפחה. בר אוריין - אוניברסיטת בר-אילן, רמת גן, 1976.
- רביב, ע., ברטל, ד.: סקר פסיכולוגי בשירותים הפסיכולוגיים החינוכיים. שפי - משרד החינוך והתרבות, ירושלים, 1982.

סיעוד ומשפט



ד"ר נילי טברק

הסכמה מדעת – דילמה אתית בטיפול

מהי זכות להסכמה מדעת?

מתוך המושג "הסכמה מדעת" משתמעת החובה למסור למטופל מידע מספיק אודות ההליך הטיפולי המבוצע בו ע"י הצוות המטפל, על סיכוניו, התועלת הצפויה, משך זמן הטיפול וחלופות קיימות.

הסבר על תוצאות ההליך חייב להיות תנאי מוקדם להסכמת החולה. הסכמה הניתנת בהעדר ידיעה - איננה הסכמה? ההסכמה מהווה תיאור של פעולה מתבצעת באמצעות ביטויים מילוליים בעל פה או בכתב, המאשרים ידיעת והבנת תוכן ההסבר שניתן לפני כן ע"י הרופא אודות הטיפול. ההסכמה באה ללא לחץ, פיתוי או הונאה, אלא מרצון חופשי. היא מהווה קשר לויאלי במערכת יחסי הגומלין בין רופא לחולה. ביחסים אלה - חובת הרופא להדריך את החולה לקראת קבלת החלטה ומתן הסכמה⁴.

מושג ההסכמה מדעת צמח מספרות המחקר הרפואי והספרות המשפטית בדיוניה ברשלנות רפואית, והתפתח לעקרון מוסרי וסימן ראשוני למודל אוטונומי בעשיה הרפואית. הדרישה להסכמה כזאת מבוססת על עקרונות אתיים; כבוד האדם, והשגת הטוב עבור הפרט³.

לפי תורת המידות הקאנטיאנית בני אדם הם בעלי ערך בפני עצמם, מעצם היותם בני אדם, ויש לראות את האדם כתכלית ולעולם לא כאמצעי. ראיית הזולת כתכלית פרושה התייחסות אליו כאל יצור אוטונומי אשר יסוד התבונה מכונן את רצונו ומעשיו באמצעות חקיקה עצמית. לפיכך אין לשום אדם הזכות להתערב בחיי

זכות המטופלים מול חובת המטפלים

קצב התמורות המואץ בשנים האחרונות ברפואה, בטכנולוגיה ובמדעי ההתנהגות הביא לשינויים משמעותיים באורח חיים ובצרכים הבריאותיים של האדם. תמורות אלה הציבו בפני הרופאים והאחיות דילמות אתיות רבות המתייחסות לזכויות חולים, לאמירת אמת לחולים, לסמכות, לאחריות ולנושאים אחרים.

טבעו של המקצוע הסיעודי הוא הדאגה לרווחת האדם. שבועת הרופא והקוד האתי של האחיות מדגישים את הציווי של המטפלים להגנה ותמיכה בזכויות של כל החולים.

זכויות החולים הונחו עד לשנות השישים. החולים היו פאסיביים בהתנהגותם, חסרי אוניס בכל הקשור למימוש זכויותיהם. רק ב-1972 החלה תסיסה ציבורית ודרישה לבחינה של זכויות החולה במערכת הבריאות. החולים החלו לרכוש ידע בתחום הרפואי, נחשפו לאמצעי התקשורת, לספרות ולעיתונות. כל אלה החדירו תפיסת עולם בנושא זכות האדם על גופו, שמירה על עצמאותו, זכותו לטיפול רפואי הוגן ומידע רפואי.

בשנים האחרונות נדונה זכותו של החולה להסכמה מדעת, קרי קבלת מידע כן, אמיתי, ברור ומובן. אך זהו עדיין שטח פרוץ וקבלת מידע מלא ומקיף אינה דבר של שיגרה.

ד"ר נילי טברק היא סגן מנהל המחלקה לסיעוד בקהילה, בקופ"ח הכללית, ומלמדת בחוג לסיעוד באוניברסיטת תל-אביב.

רפואה ומשפט

גליון מס' 7 – אוקטובר 1992

החוק והמנהל: ד"ר נילי טברק

הזולת. היות האדם אוטונומי פרושו - שולט במעשיו; הגיוני; עקבי ובלתי תלוי והוא "אידיאל האישיות"¹.

המעמד של עקרון ההסכמה מהווה פשרה בין עקרון האוטונומיה לבין עקרונות הנובעים מאילוצים בשדה הקליני, ובעזרתו ניתן להתגבר על הפטרנליזם הרפואי.

התאוריה של הסכמה מדעת



מהי הסכמה איכותית?

ההסכמה חייבת להיות חופשית, כאשר המטופל בחר להשתתף בהליך הרפואי ללא לחץ, שכנוע או אילוץ. עליה להיות רצונית, כאשר מבחינה משפטית המטופל הינו בעל יכולת לתת הסכמה. עליה להיות מינעית, כדי להבטיח תוכן המידע ומשמעותו המלאה. ולאחרונה - עליה להיות מלאה כאשר הוסברו למטופל כל הסיכונים והסיכויים של הטיפול.

יש לזכור כי כל טיפול משלב אימון, אילוצים ומעט שכנוע. חובת הרופא המטפל לספק מידע מקיף, אך השאלה הבעיתית היא היכן הגבול בין המידע השכיח לגריר.

יש להתייחס למידע משני היבטים:

1. זכות המטופל לקבל מידע לשם החלטה;
2. נטית הרופא להסתיר מידע אודות סיכונים אשר עלולים להשפיע על רווחת החולה.

מהימנות ההסכמה גדלה רק כאשר המטופל יודע, מבין ושולט במצב. הרופא עומד בפני קושי בבחירת המידע מבחינה כמותית ואיכותית, כאשר משתנים רבים הן מצד הרופא והן מצד המטופל מהווים גורם משפיע.

הדוקטרינה של הסכמה מדעת הפכה במשך השנים למקובלת ומחייבת כאשר מטרותיה המוצהרות שלובות זו בזו. תהליך קבלת הסכמה מדעת הוא חשוב ומורכב ואינו מצמצם את הדילמות הנובעות ממנו. נמחיש את הבעיות של הנושא באמצעות דוגמא בתחום העשייה הסיעודית:

טיפול טרומבוליטי

TISSUE PLASMINOGEN ACTIVATOR - T.P.A.

בשנים האחרונות חל שינוי דרמטי בטיפול חולי אוטם שריר הלב. הקטנת אזור האוטם מהווה בעיה מרכזית בטיפול, כאשר שטח שריר הלב הוא שיקבע את הפרוגנוזה של החולה. אחד הטיפולים החדשניים הוא הטיפול הטרומבוליטי T.P.A. שמטרתו חידוש זרימת הדם על ידי המסת הטרומבוס. כיוון שהזמן מהווה גורם קריטי, על הטיפול להינתן תוך 4-6 שעות מתחילת הכאבים. כאשר החולה מגיע למחלקה עם חשד לאוטם חד בשריר הלב, נבדקת בקפדנות רבה מידת התאמתו לטיפול. ההתאמה מתבצעת על פי אמות מידה רפואיות שעל הרופא לקבוע ולהחליט. נמצא החולה כשיר ומתאים לטיפול, הוא מקבל הסבר אודות הטיפול, המוצג במגוון דרכים על פי הגישה, המדיניות והאמונה של הרופא המטפל. תכיפות הטיפול, התערבות רבה של המטפלים (חמצן, עירוי, א.ק.ג., תרופות), משפיעה על אופן ההסבר מחד, והיכולת של החולה לקלוט את ההסבר מאידך. יש רופאים הנוטים להסביר הכל בצורה מקיפה. לעומתם - אחרים ממעטים בהסברים מתוך מחשבה כי תפקידם פטרנליסטי והם היודעים מה טוב לחולה.

החולה עצמו סובל כאבים עזים. זה עתה אושפז באופן פתאומי. נותק מסביבתו הטבעית. חסר לו ידע רב ותוך כדי ההליך - הוא מתבקש לתת הסכמתו לטיפול. בצר לו פונה החולה לאחות להשלמת מידע, לייעוץ ולברור. האחות נמצאת בדילמה: מה עליה לעשות וכיצד עליה לפעול. דילמה זו דורשת מהאחות לפעול בתבונה ובשיקול דעת תוך שמירה על כללי האתיקה המקצועית.

האחות יודעות כיצד למקד את תשומת לב החולים למכשולים בדרך, ומדריכות אותם לשאול את השאלות הנכונות. אם האחות משתכנעת כי החולה חסר אינפורמציה מספיקה על מנת לחתום על טופס הסכמה מדעת, חובתה לרווח לממונים, ולהאיר את תשומת לב הרופאים. זאת - על מנת להביא את החולה להסכמה מידעית ותקיפה. חתימת החולה בלבד אינה מספיקה כדי לשמש עדות להסבר, יש לקבל משוב שאמנם החולה הבין את הנאמר. בנוסף מוטלת על האחות החובה

ומטופל, הכולל אחריות, סמכות, ושמירת ערכי הפרט. הצוות הרפואי והסיעודי חייבים במדיניות טיפולית משותפת על מנת לאפשר למטופלים לקבל החלטות אוטונומיות ורציונאליות. ניתן בדרגים שונות ובפיתוח מיומנויות להתגבר על מעצורים שבמתן הסברים ולהביא לידיעת ולהבנת החולים את הטיפול אשר הם עומדים לקבל, גם כאשר המסגרת הלוחצת עומדת מנגד.

ההחלטה של האחות לנקוט פעולות, תלויה בנסיבות המיוחדות של כל מקרה ובמורכבות של המקרה. ואין תשובה חד משמעית מה נכון לעשות. יש לזכור כי חלק מתפקיד האחות הוא קבלת החלטות עצמאיות שבצידן שיקוליים מוסדיים, רפואיים וסיעודיים. לא פעם ניצבת האחות בקונפליקט בין שלושת הגורמים. על כן עליה להיות החלטית, להגיב, להתייעץ ולפעול בצורה מקצועית ואתית, על מנת למנוע מצב אנומלי במערכת הטיפולית וכדי להביא לרמה גבוהה באיכות הטיפול הן במטופלים והן במשפחותיהם.

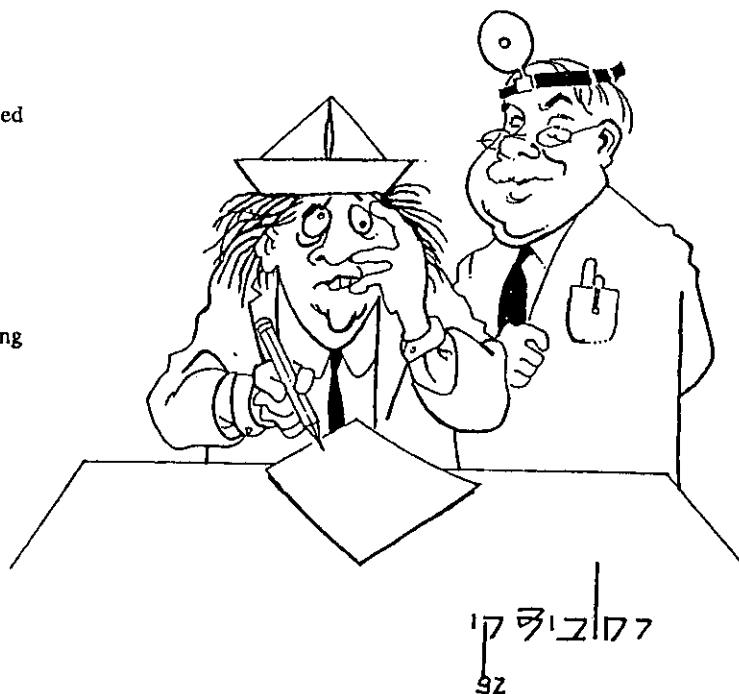
להסביר אודות הטיפול הסיעודי. אך כאשר הן מגלות ליקויים במידע הרפואי שניתן על ידי הרופאים, חלקן חשות מאוימות ומתוסכלות שכן עליהן לשמש לחולה מעין "Patient's Advocate" ומאידך - לגלות לויאליות לגישת הרופא. כדי להגיע לשילוב מושלם של טיפול רפואי וסיעודי נחוצה מדיניות מוסכמת בדבר מתן מידע לחולים בנושא.

מה הן האפשרויות העומדות בפני האחות בסיטואציה זו? לברר עם החולה האם הבין כראוי את הסבריו של הרופא. אם לא הבין, על האחות לבקש את הרופא לגשת שוב ולהסביר לחולה בשפה ברורה ומובנת אודות הטיפול. סירב הרופא, אזי על האחות לפנות לממונים. בנוסף - עליה לאפשר לחולה להתייעץ עם בני משפחתו.

אם קיים סרוב מוחלט מצד החולה לטיפול יש לכבד את רצונו. ההסכמה מיצגת לא רק את חתימתו של החולה על פיסת נייר, אלא מבטאת הסכם הדדי של מטפל

מקורות

1. Benn, S., 1986 - "Freedom and Persuasion".
In: Faden, R., et all - A History and Theory of Informed Consent.
Oxford University Press 1986.
2. Carmi A., 1987 - Law and Medicine.
Tamar Publishing, Haifa 31044, Israel.
3. Engelhardt, H.J., 1979 - Basic Ethical Principles in the Conduct of Biomedical and Behavioral Research Involving Human Subject.
Tex Rep. Biol. Med., 38, pp. 139-168.
4. Ramsey, P., 1979 - The Patient as Person, Exploration in Medical Ethics;
New Haven Yale University Press (1970).
In: Experimentation with Human Being.
Katz, J., 1972.



רפואה ומשפט

גליון מס' 7 — אוקטובר 1992

באגודה

**יום עיון לזכר עו"ד אליהו גיצלטר ז"ל
וקרן הפרסים לעבודות מחקר,
מטעם קופ"ח מכבי, בשותוף האגודה
לרפואה ולמשפט בישראל**

אלי זוהר, עו"ד



בחדש ינואר השנה התקיים יום העיון השלישי לזכרו של עו"ד אליהו גיצלטר ז"ל, שהיה יו"ר ההנהלה הציבורית של קופת חולים "מכבי", וגילם בתפקידיו המקצועיים והציבוריים את השילוב המיוחד של המשפט והרפואה.

היה זה רק טבעי כי זמן קצר לאחר פטירתו, שקלו בני משפחתו – שלשת עורכי הדין הצעירים למשפחת גיצלטר, ארנון, עמירם ואורון, יחד עם הנהלת קופת חולים מכבי, באיוו דרך להנציח את זכרו של המנוח, והחליטו לפנות אלינו כדי שנארגן אירוע מתאים.

נתגבשה החלטה לקיים מדי שנה יום עיון רב משתתפים, שיעסוק בנושאים שהיו קרובים ללבו של המנוח. ואכן – לא נקף זמן רב ויום העיון הראשון לזכרו של אליהו גיצלטר ז"ל, אורגן והתקיים ביום 6.7.90, במלון הילטון בת"א, בנושא המרכזי היה "זכויות החולה" ובדין השתתפו: הרב ישראל לאו, פרופ' משה מני, העתונאי יוסף לפיד ועו"ד אלי זוהר.

הציר העקרי עליו נסב הדיון, היה זכות החולה לגופו, זכותו לדעת, זכותו לסודיות, זכותו למות בכבוד ועוד. עיקר דברי המתווכחים נטה לרעיון בדבר חוק יסוד שיעסוק בזכויות החולה ויגדיר אותן בבחירות ובקיצור, כשכל חקיקת המשנה תהיה חייבת לצעוד בעקבות חוקי היסוד.

בד בבד עם הדיון והויכוח הוכרו ביום זה על קרן א. גיצלטר ז"ל לעבודות מחקר בתחום הרפואה והמשפט, מטעם קופ"ח מכבי, ובשותוף אגודתנו.

מטרות הקרן, כפי שהוגדרו: לקדם עבודות מחקר מדעיות בתחומי הרפואה והמשפט, בתחומים הנושקים שבין שתי דיסציפלינות מדעיות אלו.

הקרן מטפלת בעבודות מחקר, אשר עוסקות בפתרונות משפטיים למצבים רפואיים, בנושא אתיקה רפואית, בנושאי הבטחת איכות ברפואה, ביחסים המשפטיים הקשורים במינהל ורפואה ובכלכלת בריאות. הקרן מתכוונת, גם, להוציא מפעם לפעם, פירסומים של העבודות הנבחרות או אלו אשר צוינו לשבח.

החלטה נוספת קבעה כי יום העיון יתקיים מדי שנה, סמוך לתאריך פטירת המנוח. ואכן בינואר 1991, ימים אחדים לפני מלחמת המפרץ, נערך במלון הילטון בת"א יום העיון השני. לראשונה בישראל התקיים דיון פומבי בנושא "מי ישא בגוקי הרפואה". נושא ייחודי זה מאיר על צידה הכלכלי של הרשלנות הרפואית ומי אמור לשאת בה: המדינה, הפרט, חברות ביטוח או שמא דרך אחריות מוחלטת שתוטל על פי חוק.

בריון השתתפו פרופ' הלל הלקין, מנהל מחלקה פנימית בב"ח שיבא, נשיא בית המשפט המחוזי בבאר שבע, מר יעקב טירקל, עו"ד אלי זוהר, ומר עזי לוי, מנכ"ל חברת הביטוח מגדל. אחד המשתתפים שלא הצליח להגיע הוא דר' גרהם ברט, מזכיר ה- M.D.U. לעניינים בינלאומיים אשר, עקב המצב הפוליטי והתראת ממשלתו, החליט שלא להגיע לאזור המסוכן שלנו.

ימים אחדים לאחר יום העיון, וללא כל קשר לחוס הויכוח, פרצה מלחמת המפרץ. לאחריה, בראשית שנת 1992, הגענו אל יום העיון השלישי. גם הוא, כקודמיו, עסק בנושא רפואי-משפטי אקטואלי – הרפורמה במערכת הבריאות. בראש חבר הדוברים היה שר הבריאות דאז, אהוד אולמרט, ועמו השתתפו חבריו לצוות התכנון והארגון של הרפורמה, פרופ' גבריאלה שלו – המומחית למשפט החוזי בעלת קתדרה באוניברסיטה העברית, ופרופ' מ.שני, מנכ"ל בית החולים שיבא.

מולם בעימות היו ד"ר אריה אורנשטיין, יו"ר ארגון רפואי המדינה וד"ר יואל ידלובקר, יו"ר ארגון רפואי "מכבי". לידם השתתף מר רפי רוטר מנכ"ל קופת חולים "מכבי", אשר אמורה כמו קופות חולים אחרות לשאת במשמעויות המקיפות של הרפורמה. הדיון שהתנהל בדרך של שאלות ותשובות קלח בענין, והעביר לקהל הרב את עיקרי הרפורמה ובעיותיה דרך ההבטים השונים והדעות המנוגדות.

בסיום יום העיון הוענקו לראשונה פרסי הקרן על-שם גיצלטר ז"ל, לזוכים המצטיינים. הפרסים, בערך כולל של \$10,000, תרומת קופת חולים "מכבי" הם מן הנכבדים בגין עבודות מחקר מדעי, ולא תימה היא כי ההתענינות בקרן ובפרסיה הולכת וגדלה. לועדת השופטים הוגשו עשר עבודות מחקר מדעיות, כולן ראויות ומכבדות את כותביהן, ואת הקרן.

בועדת השופטים השתתפו: פרופ' אלברט חפץ, פרופ' יוסף גפני, פרופ' אורי זליגסון, פרופ' ברכה רמות, ד"ר עמי לוי, כב' השופטת שרה פריש ועו"ד אלי זוהר.

כל אחת מהעבודות, נשפטה בידי לפחות שלושה שופטים, אשר נתבקשו להעניק ציונים לכותבים, בהתאם לשורת קריטריונים; חשיבות הנושא, תרומת המחבר במאמרו לתחום בו עוסק הנושא, מקוריות העבודה, השפה וסגנון הכתיבה, עומק הניתוח, חדשנות בתחום ובנושא, רוחב אופקים, מדעיות, תרבות בכתיבה, בגישה ובהגשה והערכה כללית.

ואלה מסקנות השופטים:

1. בפרס השלישי בסך של \$2000 זכתה ד"ר כרמל שלו, עו"ד, עבור סיפרה Birth Power העוסק באספקטים סביבי ההריון, העובר, פונדקאות וכל אשר ביניהם.

ד"ר כרמל שלו עורכת דין וממונה על חקיקה במשרד המשפטים, מורה בפקולטה למשפטים באוניברסיטת ת"א. סיימה תואר שני ושלישי באוניברסיטת "ייל" ותחום עיסוקה שם היה, בין היתר, יוזמה וריכוז סדנא לתורת משפט פמיניסטית. קודם ללימודיה באוניברסיטת "ייל" סיימה את לימודי המשפטים באוניברסיטה העברית בירושלים: בשנת 1979 גמרה תואר ראשון וב-1984 השלימה בהצלחה תואר שני. עיסוקיה היחודיים בתחומים הקשורים בפוריות, בחברה ובמשפט, הביאו לכתיבת סיפרה זוכה הפרס. הספר עוסק, בין היתר, בהיבטים המשפטיים המוסריים והחברתיים של פונדקאות. הוא מביע עמדה של תמיכה בהסדרי פונדקאות מנקודת השקפה פמיניסטית.

2. בפרס השני בסך של \$3000 זכה ד"ר הר, עבור סיפרו "אתיקה ורפואה", המבוסס על הרצאות שד"ר הר הרצה בגליציה"ל, במסגרת המפעל החינוכי של האוניברסיטה המשודרת.

ד"ר הר, בוגר האוניברסיטה העברית, סיים את התואר השני בפילוסופיה בירושלים. את הדוקטורט סיים באוניברסיטת "אוקספורד" בנושאי תאוריה בפילוסופיה. לימד בביה"ס לרפואה בהדסה פילוסופיה חברתית. חבר בועדות הוראה וועדת הלסנקי בביה"ס הדסה בירושלים. היה מרצה אורח במחלקה לפילוסופיה של אוניברסיטת "הרווארד" וראש המחלקה לפילוסופיה באוניברסיטת ירושלים. כיום הוא מנהל מוסד ברגמן לפילוסופיה.

בסיפרו גובשו לראשונה בישראל עקרונות של אתיקה ורפואה, כפי שהם חיים בכפיפה אחת בחברתנו – על רקע תפיסות עולם אוניברסליות. הספר כתוב בכשרון ובמחשבה ומהווה תרומה חינוכית ומדעית ראויה להערכה.

3. בפרס הראשון בסך של \$ 5000 זכה פרופ' עמוס שפירא, על חיבורו המקיף "הסכמה מדעת" לטיפול רפואי – הדין המצוי והרצוי.

פרופ' עמוס שפירא בוגר האוניברסיטה העברית בה קיבל גם את תואר המוסמך. תואר מוסמך במשפט השוואתי קיבל באוניברסיטת "קולומביה". באוניברסיטת "ייל" השלים את עבודת הדוקטורט שלו. מאז, מרכז עיסוקיו של פרופ' שפירא, בפקולטה למשפטים באוניברסיטת תל-אביב, בראשה עמד בשנים 1985-1980.

עקב עיסוקו במשפט השוואתי מרבה פרופ' שפירא לשמש מרצה אורח במוסדות גבוהים ברחבי העולם, בארה"ב, באירופה ובמזרח-הרחוק. החל משנת 1991 מנהל פרופ' שפירא את מכון צגלה למשפט השוואתי. הוא היה שותף לתיכונים של שני ספרים בתחום המשפט הציבורי וכשלושים מאמרים בתחומי הרפואה והמשפט ובתחומים השונים של המשפט הציבורי.

עבודתו של פרופ' שפירא, זוכת הפרס, עוסקת בהסכמה המודעת, שהיא יסוד מוסד במערכת היחסים בין הרופא לחולה. ההסכמה המודעת, היא זו שהופכת את היחסים בין שני אנשים ליחסי רופא-חולה והיא המעקרת אותם מיסודות התקיפה, האזרחית והפלילית ונותנת להם נופך משפטי של התנהגות לגיטימית מותרת. החיבור מצטיין בניסוח הנושא, חודר לעומקו והוא ראוי לכל שבח.

שתי עבודות נוספות על אלו שזכו בפרס נמצאו ראויים לציון לשבח.

האחת – חיבורה של מירי פליישר – הסכמה מדעת – תרומות אברים מקטינים ופסולי דין.

השנייה – עבודה של עידית דוידוביץ – קביעת אבהות באמצעות בדיקת דם, לרבות רקמות. והפעלתה בבית משפט אזרחי ובבית דין רבני.

לגבי עבודתה של הגב' פליישר, קובעים השופטים: "בעבודתה מנתחת המחברת ביסודיות ובעמקות את כל ההבטים של הבעיה האמורה, תוך התייחסות לעמדת המשפט האמריקאי והישראלי, למשפט העברי ולהבטים המוסריים. עבודה מעניינת ומעמיקה, הראויה לשבח."

לגבי עבודת הגב' דוידוביץ, קובעים השופטים: "העבודה מצטיינת ברמה גבוהה, הן בתחום המשפטי והן בתחום המדעי, ומהווה תרומה נכבדה לעולם המשפט והמדע."

על אלה נמצאו שתיהן ראויים לשבח.

לסיום: מסורת ימי העיון לזיכרו של אליהו גיצלטר ז"ל הפכה לעובדה. בפורום רב-משתתפים, בנוכחות חברי הנהלת קופת חולים מכבי, חברי האגודה, ובפני משפחת המנוח, נאמרים דברי חוכמה בנושא שעל הפרק ומועלים קיום לדמותו של חברנו אליהו זיכרו לברכה.

אין דרך ראויה מזו להנצחה ואין דרך נאה מזו לעסוק בה בדברי תורה ומדע, להתוכח ולהתריין בשאלות שברומו של עולם הרפואה והמשפט.

בתום פרשת הדברים נבקש להזכיר, כי הנושא לפרס בשנת 1993 הוא: "רפואה ומשפט סביב הלידה".

הנושא לעבודות לשנת 1994: "זכויותיו של החולה".

לכל המועמדים לפרס: הצלחה רבה!