

הרוגי האינתיפדה

ד"ר יהודה היס

ציפי כהנא M.A.

ההתקוממות בחבל עזה וביהודה ושומרון גרמה מאז חודש דצמבר 1987 למאות רבות של קרבנות בנפש ולאלפי פצועים ונכים הן בין אזרחי המדינה והן בין תושבי השטחים.

במכון לרפואה משפטית נבדקו גופותיהם של כ-65% מקרבנות האינתיפדה. במדינות מתוקנות מקובל שכל קרבנות אלימות נבדקים ע"י מומחה ברפואה משפטית אך בארץ, בגלל אילוצים ביטחוניים ולוגיסטיים ובגלל התחשבות כוחות הבטחון ובתי המשפט במנהגים דתיים, לא ניתן לישים נוהל זה.

לראשונה אנו חושפים בפני הציבור הרחב ממצאים ומסקנות מבדיקות גופות קרבנות האינתיפדה, שנעשו במכון לרפואה משפטית, ומשויים את הנתונים שלנו לאלה שפורסמו ע"י דובר צה"ל, ארגון "בצלם" ומועצת יש"ע.

הואיל וקיימים אי דיוקים והבדלים, מקצתם משמעותיים, בין הנתונים המופיעים בפרסומי הגופים הנ"ל לבין הממצאים מבדיקת הגופות, הן לגבי מספר הקרבנות והן לגבי הנסיבות וסיבות מותם, החלטנו להשתמש בתוצאות הבדיקות במכון, המתועדות כראוי, כנתון אובייקטיבי ובסיסי.

בגלל המגבלות שהטלנו על עצמנו ביחס לנתונים שלא אומתו על ידינו נתייחס אליהם באופן כללי ונפרט יותר לגבי הקרבנות הישראלים, אשר 77% מהם נבדקו במכון.

א. אזרחי המדינה ותיירים שנהרגו ע"י מחבלים

לפי דובר צה"ל והרישומים במכון, נרצחו עד סוף שנת 1992 108 אזרחים ותיירים. מהם - 67 בתחום הקו הירוק, ו-41 בשטחים. לפי פרסומי יש"ע נרצחו באותה התקופה 116 איש.

לגבי שנים מתוך הקרבנות שנמנו ע"י מועצת יש"ע, ואשר גופותיהם נבדקו במכון לרפואה משפטית הוכח שמותם לא ניגרם מאלימות עוינת (אחד נורה ע"י ישראלי ואחר מצא מותו בשריפה שפרצה ברכבו בגלל תקלה מכנית). מותם של ששה אחרים אינו קשור לארועי האינתיפדה. המגמה הכללית מצביעה על עליה שנתית מתמשכת במספר הקרבנות מאז שנת 1988, תלולה במיוחד בשנים 1989 ו-1992. מרבית הקרבנות שמצאו את מותם בתחום הקו הירוק נרצחו בנשק קר (סכינים וגרזנים) ומחבלות קהות ומיקצתם מפיצוץ מטען חבלה (במאי 1990 בירושלים וחדושיים מאחר יותר בת"א). רק 4 נורו (מהם שלושה בפיגוע הירי על אוטובוס בשנת 1988). 16 מצאו את מותם בדרדור אוטובוס קו 405 בשנת 1989. עד שנת 1991 רוב אזרחי המדינה שנרצחו בשטחים נפגעו בנשק קר ומאז גם בנשק חם (12 איש). ב-7 ארועים שונים נרצחו יותר משני אזרחים בכל אירוע ובארבעה אירועים – יותר משלושה בכל אירוע.

ב. אנשי כוחות הבטחון שנהרגו ע"י מחבלים

לפי דובר צה"ל עד סוף שנת 1992 נהרגו 31 חיילים ואנשי בטחון ולפי הרישומים במכון באותה התקופה מצאו את מותם 33 חיילים (כולל 2 קרבנות תאונת דרכים מכוונת בעזה בשנת 1991).

במשך 4 שנים הראשונות לאינתיפדה נהרגו שניים עד חמישה חיילים בכל שנה. ובשנת 1992 נהרגו 16. רוב החיילים נהרגו מפגיעת נשק חם. הראשון, במרץ 1988, נורה בראשו.

הסיוע הרפואי שהוענק לנפגעי כוחות הבטחון בזירת הארוע היה בדרך כלל לפי אמות מידה מקובלות, למעט בשני מקרים בהם לא זוהו הפגיעות הפנימיות ולכן לא הוענק טיפול חרום מתאים.

ג. תושבי השטחים שנהרגו ע"י כוחות הבטחון

מפירסומים של משרד הבטחון עולה כי בשנתיים הראשונות לאינתיפדה נהרגו כ-250 מתושבי השטחים בשנה ובהמשך ירד מספרם (119 בשנת 1990, 82 בשנת 1991 ו-127 בשנת 1992).

ארגון "בצלם" מוסר נתונים גבוהים בכ-30% (בשנת 1988-313; ב-1989-329; ב-1990-163; ב-1991-133; בשנת 1992-134).

כמעט כל הקרבנות נהרגו מירי, רובם הגדול מקליעים קונבנציונאליים. ירי בקליעים לא קונבנציונאליים (פלסטיק או גומי) מטוחים קצרים כנגד ילדים ו/או צעירים גרם לקרבנות בנפש מפגיעות בראש, בגלל רכותן היחסית

ד"ר יהודה היס הוא פאתולוג ומנהל המכון לרפואה משפטית.
ציפי כהנא היא אנטרופולוגית משפטית במכון.

של עצמות הגולגולת בגילים אלה. רוב הפגיעות היו בקידמת הגוף ורק בודדים נורו בגבם. במספר קרבנות שנהרגו לכאורה מפגיעת כוחות הבטחון (כולל תינוק בן חודש וילד בן 4 שנים) נמצאה בנתיחה סיבת מוות טבעית ולא נצפו כל סימני אלימות, כמו כן בכל המתים של קרבנות שנפגעו מ"שאיפת גז מדמיע" שבשימוש כוחות הבטחון לא אותרה כל ראיה לפגיעת גז.

בכל מקרי המוות במתקני כליאה או חקירה לא נמצא קשר ישיר בין סיבת המוות לבין תיפקוד כוחות הביטחון (למעט אחד משנת 1989 שנפגע בבטן).

אירגונים פלסטינאים נוהגים לשלוח רופאים משפטיים מטעמם לצפות בנתיחת גופות של אנשים מקומיים, במכון לרפואה משפטית. בכל המקרים היתה תמימות דעים בין הרופאים הישראלים והאחרים לגבי סיבת המוות ורק במיקצתם היו חילוקי דעות לגבי הנסיבות.

ד. תושבי השטחים שנהרגו ע"י מקומיים

דובר צה"ל פירסם כי בשנת 1988 נהרגו 19 תושבי שטחים ע"י מקומיים ובשנת 1989 כ-140. מאז קיימת עליה שנתית מתמדת עד ל-239 הרוגים בשנת 1992. בסה"כ 773 קורבנות במשך 5 השנים הראשונות. פרסומי "בצלם" מאשרים כ-10% מהנ"ל. הואיל ורק חלק מהגופות הועבר לבדיקה במכון לא ניתן לאמת את הנתונים הרשמיים.

לכאורה כולם נהרגו בגלל שיתוף פעולה עם השלטונות הישראלים אך סביר להניח שלפחות 50 או יותר בכל שנה היו קרבנות של אלימות פלילית, חיסול חשבוניות לא פוליטי ורצח עקב פגיעה במוסר האיטלקי. משנת 1967 ועד תחילת האינתיפדה היו בשטחים כ-50 מקרי רצח על רקע פלילי בכל שנה. מאז תחילת האינתיפדה לא דווחו קרבנות אלימות פלילית.

מות הפלסטינאים נגרם מחבלות קהות (מכות אגרוף ובעיטות ומכות בחפצים ומכשירים שונים), חנק, פצעי דקירה, חתך, מכות גרון ופצעי ירי (השימוש בנשק חם נעשה מתחילת ההתקוממות והפך שכיח יותר בשנה החמישית). לפחות 7 מהקרבנות נרצחו בתליה פומבית. חלק מהקרבנות עונו לפני המוות (ע"י טפטוף נוזל רותח, כוויות מסיגריות, פצעי דקירה במקומות רגישים, כפיתת גפיים ולחץ על בית החזה ועל הגפיים בכוח רב) ובמיעוטם הוטל מום אחר המוות (כריתת אברים).

במשך שנות האינתיפדה נרצחו 31 מחבלים כלואים בידי פלסטינאים בגלל שיתוף פעולה עם השלטונות. מותם נגרם מחנק, מכות ודקירות ובד"כ על ידי יותר מתוקף אחד.

מבדיקת הגופות של הרוגי האינתיפדה במכון לרפואה משפטית ומנתונים של דובר צה"ל, אירגון "בצלם" ומועצת יש"ע עולות המסקנות הבאות:

1. קיים צמצום משמעותי בפגיעות קטלניות בתושבי השטחים על ידי כוחות הבטחון ביחס לשנתיים הראשונות של האינתיפדה ולעומתו – עליה שנתית מתמשכת במספר אורחי המדינה ותושבי השטחים שנרצחו על ידי מחבלים.
2. שימוש נרחב יותר בקליעים לא קונבנציונאליים (גומי ופלסטיק) שמטרתם לגרום לנזק מוגבל וכן שמירה על הוראות מגבילות בהפעלת נשק חם ע"י כוחות הבטחון הפחיתו במידה ניכרת את מספר הקרבנות בנפש.
3. על סמך הנתונים מהרבעון הראשון של השנה הנוכחית צפויה עליה משמעותית במספר הקרבנות הישראלים בשנת 1993.
4. קיימת עליה שנתית בשימוש בנשק חם ע"י המחבלים נגד אזרחים ונגד כוחות הבטחון בתחום הקו הירוק ובשטחים.
5. ברוב הקרבנות שנבדקו במכון לרפואה משפטית נמצא קשר סיבתי בין מותם לבין ארועי האינתיפדה. במיקצת המקרים העלתה הבדיקה הפתולוגית סיבת מוות אחרת. ההבדלים המשמעותיים בין מספר הקרבנות הפלסטינאים כפי שדווח ע"י דובר צה"ל לבין מספרם לפי דוחי "בצלם" נובעים לא רק מגישות שונות אלא בעיקר מהעדר תעוד מתאים (ניתוח אחר המוות). בחלק מהמקרים נחטפות הגופות מזירת הארוע ו/או בתי חולים מקומיים ונקברות בחופזה. בחלק מן המקרים כוחות הבטחון אינם מעבירים את הגופות לבדיקה במכון בכדי להמנע מעימות נוסף עם האוכלוסיה המקומית.
6. לשם אימות ותעוד הדיווחים הרשמיים והאחרים לגבי מספר הקרבנות וסיבות ונסיבות מותם יש צורך לבדוק את כל הגופות על ידי מומחים ברפואה משפטית.
7. הנוהל המאפשר יצוג אירגונים פלסטינאים ע"י רופא מטעמם בנתיחת גופות מקומיים צמצם באופן משמעותי פרסומים מגמתיים ולא מבוססים.

רשומות רפואיות

את רצף הארועים לגבי החולה הבודד ולתת חוות דעה מקצועית אם היה כאן חריג, טעות בהערכה, או חלילה רשלנות פושעת בטיפול שניתן.

השלב הבא שהופיע לפתע היה שרשומה בלתי שלמה (שטרם הוגדרה למעשה) הפכה אף היא ל"רשלנות", ושעצם קיומה העמיד את הרופא/הצוות המטפל באור שלילי בעיני המערכת המשפטית. בית המשפט העליון הדגיש באחת מהחלטותיו: סדרי מנהל תקינים מחייבים ניהול רשומות מפורטת ומדויקת של הטיפול בחולה, מעבר לכעיה המנהלתית.

המערכת הרפואית חייבת לשאוף למצב שבו יוגדר מבנה ותכולה של רשומה רפואית ראשונית, ותהליך עדכונה במהלך האשפוז. ההגדרות חייבות להתחשב בתנאי עבודתו של הרופא המצוי/סביר בבית החולים, בעומס העבודה הרפואית הטוהרה המוטלת עליו, ובעובדה שהטיפול בחולה קודם תמיד לניהול הרשומה.

תמונת מצב עכשוית

רשומה רפואית של היום היא מכלול של מסמכים רפואיים הכוללים כמויות מידע מדהימות. אם ננסה לנתח את כמות פריטי המידע האפשריים לחולה פוטנציאלי מתהליך טרום כניסה להריון ועד למותו, נראה שאנו דנים בכמות של עשרות אלפי פריטים אפשריים. המידע מתקבל בשלבים שונים של חיי החולה במצבי מחלה או במהלך בירור רפואי שגרתי מונע. הוא כרוך ברישומים (לעתים בכתב יד בלתי קריא, ולעתים בלתי חתומים), בהעתקת תוצאות מעבדה במספרים גדולים (לעתים ללא שמירת המסמך המקורי), ובכתיבת דיונים ומסקנות אופרטיביות (בזמן אמת או בזמן מאוחר יותר), ובסופו של דבר בכתיבת סיכום מחלה האמור להיות את תמצות מהלך הארועים באותו אשפוז. במקרים מסובכים וחריגים יכול הסיכום לרוב גם דיון והסבר מהלך המחלה. זהו דיון רפואי שלא נועד להיות הגנה בפני תביעה משפטית.

הרשומה רפואית הופכת להיות אוסף מסמכים מסורבל, שקל מאד לאבד חלקים מתוכו המהווים בסיס לסיכום, שאינו תמיד קריא, לצערנו. חלק מהרשומות אינו ראוי להיחשב כרשומה מלאה וטובה. רשומות החולה המהוות את תיקו הרפואי עלולות להעלים – כולן או חלקן – בגלל טעויות אנוש בניהול הארכיון, או בגלל סיבות טכניות.

כללי

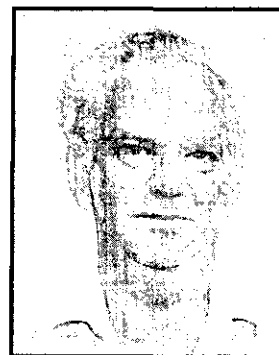
הרשומה הרפואית התפתחה ככלי תעוד, שמטרתו:

1. לשמר באופן כרונולוגי עובדות, מסמכים, מחשבות ודיונים הנוגעים לחולה הבודד, במטרה לאפשר רצף טיפולי נכון על ידי הצוות הרפואי, בהתחשב בעובדה שהטיפול בחולה נמשך

על פני כל היממה ולמשך מספר בלתי מוגדר ובלתי ידוע מראש של ימים, ומתבצע על ידי מספר חברי צוות.

2. לאפשר ניתוח רטרוספקטיבי של מהלך המחלה, אבחונה והטיפול בה במטרה להפיק לקחים רפואיים.
3. לאפשר ביצוע עבודות מחקר תוך ניצול מאגרי מידע שנאספו במהלך העבודה השגרתית, על בסיס של טכניקה אחידה ומוכתבת של ניהול הרשומה הרפואית.

המפגש התכוף בין המערכת הרפואית והמערכת המשפטית נראה לנו כיום כחלק בלתי נפרד מהחיים הרפואיים. זהו פועל יוצא של פניות אנשים שנוקו לטיפול רפואי במערכת המשפטית, במטרה לקבל פיצוי כספי. עילת הפניה היא הרגשה, מוצדקת או לא, שהטיפול הרפואי לא הביא לתוצאות שהיה אמור להביא או לחילופין גרם נזק למקבלו. מפגש זה דורש מן המערכת המשפטית לפסוק בסוגיות רפואיות מורכבות שלגביהן אין אחידות דעים אף בקרב הרופאים. הרשומה הרפואית הפכה להיות כלי בעל חשיבות על, לבריקת שרשרת הארועים שהביאה לתוצאה בלתי רצויה למטופל. היא מהווה תעוד יחיד המאפשר למומחים ניתוח והערכת רצף הארועים הדרוש להכנת ולמתן חוות דעה אם אמנם היה ליקוי/פגם במה שבוצע או לא בוצע, ובאם המסקנות שהוסקו היו סבירות. המונח "סבירות" מוגדר כ"מה שרופא סביר במוסד רפואי דומה היה עושה בנסיבות הנדונות". השאיפה האוטופית היא להגיע לרשומה רפואית טובה ומלאה שתאפשר, גם לאחר שנים, לשחזר



ד"ר נתנאל צור

ד"ר נתנאל צור הוא מנהל מחלקה כירורגית ב' בבית"ח העמק בעפולה.

ככל שמקצוע הרפואה מתקדם, וככל שגדלה חשיבות התיעוד (למטרות רפואיות שוטפות ו/או למטרות מחקר) הרי שהסרבול של התיק הולך וגדל והקושי להשתמש בו למטרות המוגדרות בתחילת מאמר זה הופך כמעט לבלתי אפשרי. עלינו לזכור שלעתים גם ההיסטוריה המתועדת של החולה יכולה לעזור באבחון נכון. גישות נוחה ומהירה תסייע בכך. מכאן השאיפה למחשב את הרשומה הרפואית, ובכך לסלק או לפתור חלק מן הבעיות שתוארו, וכל זאת מבלי לפגוע באיכות הרשומה, אלא אף לשפרה.

שיטת העבודה הרפואית

המערכת הרפואית, בדרג המוסמך, צריכה לקבוע ולהגדיר את המאפיינים דלהלן. על ידי כך היא תאפשר למערכת המשפטית לשפוט האם רשומה רפואית עונה על הדרישות הפורמליות (רפואיות/מנהליות):

1. הבסיס האופטימלי/סביר/מינימלי של תכולתה הראשונית.
2. מה נדרש הרופא לבצע כרישום מעקב אחרי המתרחש/המתפתח אצל החולה הספציפי, וזמן הרישום.
3. לקבוע את שיטת התעוד של ההסבר לחולה לגבי פרוצדורות אבחוניות/טיפוליות פולשניות המתבצעות במהלך האבחון/הטיפול.
4. לקבוע האם נחוצה כתיבת דיון/הסבר על מהלך המחשבה שהביאה לבצוע הבדיקות הנ"ל? או להסתפק בקביעת העובדה?
5. לקבוע נחיצות הדיון על כל טיפול הניתן לחולה?

ההגדרות שנגענו בהן, אינן קיימות כהוראות מחייבות וכל רופא שעמד בפני בית המשפט כנתבע, נאלץ להתמודד עם הבקורת על המצוי בחוק/ברשומה שצורתה ותכנה טרם הוגדרו.

על המערכת המשפטית להכיר גם את העומס המוטל על הצוות הרפואי כדי שתוכל להשתתף בקביעת נהלים שניתן לעמוד בהם, או שתתחשב בהם בעת דיון משפטי. ספק אם ניתן לעמוד בדרישות שהועלו בתנאי העבודה הרפואית הרגילה בבתי החולים, ובהתחשב בצורך להעדיף טיפול בארועים דחופים ורק לאחר מכן לטפל בתיעוד.

הקף העבודה

1. מחלקה מטפלת בחוליה 365 יום בשנה, 24 שעות ביממה.
2. מחלקות מסוימות נותנות גם שירותי חירום ליתר מחלקות בית החולים במסגרת תורניות/כונניות מתוכננות.
3. כוח האדם הרפואי המוקצה למחלקה נקבע על

ידי משרד הבריאות כתקן מחייב. השיקולים בקביעת תקן זה אינם בניתוח מקצועי של המערכת ובקביעת הצורך האמיתי בכוח אדם, אלא במשא ומתן פרופסיונלי/כלכלי, השוקל לא רק מתן טיפול רפואי אופטימלי בחולה (לרבות ניהול הרשומה הרפואית), אלא לפשר בין הדרישות הכלכליות/פרופסיונליות/מקצועיות של מערך הרפואה ובין השאיפה למינימום הוצאות ולו גם במחיר הורדת איכות הרפואה. גם הרשומה הרפואית נכללת באיכות הרפואה.

נקח כמדגם מחלקה כירורגית בת 25 מיטות. מקצוע זה זוכה לנתח ניכר של תביעות משפטיות.

1. תקן כוח האדם (כולל) 7 אנשים (רופאים).
2. שעות עבודה בהתאם לחוקי מדינת ישראל 200 שעות לחודש.
3. תקן כח האדם שזקוקים לו למשמרת אחת, שעות הבוקר, עונה על עבודת המחלקה. (לא כולל שבתות, חגים וכו').
4. שעות העבודה הנדרשות כדי לענות על היקף העבודה שהוגדר ובהתחשב בכך שהמחלקה מבצעת תורניות פעילות ומקבלת חולים דחופים וחייבת לפתור את בעיותיהם:

- א. תורן כונן ביום שאינו יום תורנות.
 - ב. 2 תורנים כונן ביום תורנות.
- אם ניקח כנתון 15 תורניות פעילות לחודש הרי שצריכת שעות עבודה תהיה:

לעבודה השגרתית (משמרת בוקר)
שעות 3658720440.

למשמרת שנייה ושלישית (לא ביום תורנות)
שעות 1821625760.

למשמרת שניה ושלישית (ביום תורנות)
שעות 18216317520.

סה"כ שעות עבודה שנתיות 43720 לכלל הצוות. ממוצע שעות עבודה לרופא תורנות/כוננות הוא 6245. וזאת בהשואה ל-2400 שעות עבודה של עובד רגיל במדינת ישראל.

הנתוח דלעיל לא התחשב בצורך לאפשר מנוחה לאחר תורנות/כוננות (מנוחה זו אינה מתאפשרת בגלל מגבלות כוח האדם), ולא לקח בחשבון את העובדה כי הרופאים חייבים בשירות מילואים, כך שהתקן על הנייר שווה מעשית רופא אחד פחות לשנה.

החולה והציבור מצפים לקבל מכוח אדם זה, טיפול אופטימלי תמיד, מפני שהמערכת המבקרת את מהלך הטיפול בחולה, (רפואית או משפטית) אינה מתחשבת במצבו הפיזי/נפשי של הרופא ומספר שעות עבודה/תורנות שמאחוריו ודורשת ממנו שיקול דעת וכשר ביצוע וזה בתחילת יום עבודה ולאחר 24 שעות עבודה או יותר.

על מנת לעמוד בדרישות המוצדקות (אשר, כאמור, טרם הוגדרו חוקית/מנהלתית) יש להעמיד לרשות כל חולה רופא צמוד, טרי ורענן, ששעות עבודתו תתאמנה למקובל גם במקצועות שבהם אין צורך בקבלת החלטות קריטיות וביצוען בזמן/בסמוך להתרחשות הארועים. במציאות הרפואית של העולם המערבי דבר זה אינו קיים. רק בחדרי הניתוח או בעת ביצוע פעולות פולשניות ישנו צוות רפואי צמוד לחולה אחד ואילו ביתר המצבים על רופא אחד/צוות רפואי אחד לטפל בו זמנית וברצף במספר רב של חולים ונזכור כי לדעת המערכת המשפטית הטיפול קודם לתעוד.

בתי משפט בארה"ב קבעו "כי קיימת חוקת רשלנות רפואית מקום שהתביעה מצליחה להוכיח שהטיפול הרפואי לווה ברישום רפואי רשלני" וגם פיגור בתיעוד מוגדר לעתים כרשלנות. מערכת המשפט בארץ קובעת כך באחוז ניכר מן המקרים המובאים בפניה, ונראה לנו כי לא היתה עושה כן לו נתקיימו תנאי העבודה האופטימליים כפי שפורטו לעיל.

רשומה רפואית ממוחשבת

השאיפה היא להגיע לתוכנה אשר תבנה ותנהל תיק רפואי, שיהיה בעל מבנה אחיד ומקובל על המערכת הרפואית והמשפטית. התוכנה תאפשר לרופא תוך חסכון בזמן ליצור רשומה רפואית מלאה וקריאה. יירשמו אוטומטית תאריכים ושעות תעוד, וכאשר התעוד נעשה כתגובה לארוע, יירשם גם זמן הארוע והמטפל. התוכנה תתן גישה טובה לכל מידע ותאבטח עצמה בפני אבדן המידע באמצעות מערכת גיבוי. תוכנה זו יכולה להיות פתרון מלא או חלקי לבעיות שהוצגו ופתרון אבסולוטי לכתב היר הבלתי קריא. יש לזכור כי לתיק/לרשומה רפואית של היום אין כל גיבוי.

כדי הרשומה הרפואית תהפוך לתיק רפואי מלא, עליה להיות משולבת בתוכנה להפעלת תחנת אחות שגם אותה יש להגדיר מבחינת היקף המידע שעליה להכיל.

בעיות ברשומי מחשב:

בעיה: זיהוי אמין של כותב הרשומה, וכך של מי שמבצע הכנסת נתונים ו/או תיקון נתונים בתוכנה.

פתרון: מערכת קודים שתאפשר רק לאדם מורשה להכנס לביצוע פעולות, או קריאת תוכן הרשומה. לחילופין – מנגנון כרטיס מגנטי אישי. סגירת התיק אוטומטית עם תום פעולת בנייתו, כך שכל הפעלה תדרוש הזדהות מחדש.

בעיה: איך לבצע תיקונים/שינויים ברשומה אלקטרונית ללא מחיקת המידע הקודם?

פתרון: תיקון ברישום יעשה על ידי תוספת התיקון ללא

מחיקת הרישום, כאשר ניתן יהיה לזהות את מתקן הרישום על ידי אותה מערכת שמאפשרת את כניסתו הראשונית. (מערכת זאת תרשום באופן אוטומטי, ליד כל שינוי את מבצעו). מערכת זאת מקבילה למעשה לרשומה הידנית, שבה ניתן לדעת על ביצוע שינויים, שכן הדבר קשור במחיקה הנראית לעין, אם כי לרוב קשה לזהות את המבצע. שיטה זו יעילה יותר, כי במצב הקיים קל להעלים או להחליף דף/מסמך מתוך תיק רפואי גרוש בניירת.

בעיה: איבוד רשומה בגלל תקלת מחשב.

פתרון: מערכת גיבוי אוטומטית בזמן אמת אפשרות של פלט מודפס של הרשומה ושמירתו בשיטה השמרנית הקיימת, בלוויית חתימת ידו של כותב הרשומה.

בעיה: היש אחידות במבנה ובתוכן הרשומה הרפואית הבסיסית?

תשובה: נכון להיום בבית הספר לרפואה, בכל העולם, מלמדים את הרופא לעתיד שיטה סטנדרטית של לקיחת היסטוריה רפואית, בדיקת חולה וכתובת אבחנה. מבנה זה ניתן להתאמה לתוכנת מחשב.

בעיה: היש נוהל מחייב להכנסת מעקב ומתי להכניסו תוך כדי האשפות, טרום קבלת החלטה ומתן או שינוי בטיפול?

תשובה: בתיאוריה הדבר אפשרי. כל דבר חייב להיות מתועד ובזמן אמת. בפועל – הדבר אינו בר ביצוע בטכניקות של היום. שימוש בטכניקת מחשב יעזור ברישום מירב הארועים הקשורים למעקב בזמן אמת ותוך תיעוד הזמן והמבצע.

בעיה: הניתן להכניס דיון בכל שלב של קבלת החלטה טיפולית חריגה, שינוי בטיפול שניתן או החלטה בדבר פעולה אבחנתית/טיפולית פולשנית?

תשובה: באחוז גבוה מהמצבים, לא ניתן להכניס דיון בזמן אמת, שכן הוא דורש שימוש בטכניקה של הכנסת/הקלדת מלל חופשי ואינו ניתן לביצוע על ידי שימוש בטכניקת מחשב. ייתכן שכאשר תתפתח טכניקת העברת מידע קולי למידע דיגיטלי במישורין יהיה גם דבר זה ריאלי. בכל מקרה גם ללא שימוש בטכניקת מחשב עיקר הדיונים נעשים בעת כתיבת סיכום המחלה, דהיינו בזמן סביר קרוב לזמן אמת מבחינת זכרון הדברים.

בעיה: הניתן לחייב הכנסת מידע ספציפי בתוכנת מחשב ולא להשאיר את הדבר לשקול דעתו של המכניס?

תשובה: ניתן לחייב מילוי פריטים/סעיפים, בטכניקת מחשב פשוטה שלא תאפשר לדלג עליהם ולהמשיך בעבודה.

שאלה: האם שימוש בתוכנת מחשב עתיד להקל על

עבודת הרופא ולהביא ליצירת רשומה אחידה וטובה יותר?
תשובה: לפחות בשטח הכירורגיה – לדעתנו – התשובה חיובית.

עלות המחשוב:

אין ספק שגורם המחיר הנדרש למעבר מרשומות רפואיות ידניות לטכנולוגית מחשב הוא בעל חשיבות ראשונה. בהתייחס למחשוב הדרג המטפל בחולה, (מחלקה/יחידה/מכון) מדובר בעלות בסיסית של 10,000\$ בקירוב. עלות זאת מתכסה תוך כשנה, בגלל ביטול מערך כתבניות המדיסות כיום את סיכומי המחלקה (אך לא כל הרישומים הקיימים בתיק הרפואי). כאשר המחשוב יורחב לדרגי מנהל, מערכת הבקרה והשליטה של הגורמים הממונים, (בשטח הרפואי ובשטח הכלכלי/מנהלתי), תוכל לשלוט על כל הנעשה בתחומי אחריותה.

סיכום:

כותב מאמר זה, משתמש ברשומה ממוחשבת זה חמש שנים. כאשר פתרון הבעיה של קבילות הרישומים נעשה – לצערנו – על ידי שמירת פלט חתום של הגליון בתיק הרפואי המקובל. הוצגו כאן בעיות אמת שנתקלנו בהן בעת תהליך בניית התוכנה, והפתרונות כפי שהוצעו חלקם יושם.

קבילות רשומה ממוחשבת על ידי המערכת המשפטית יכולה להוות גורם מחיש לפיתוח טכניקה זו. במידה

וגליון ממוחשב לא יהיה מקובל על המערכת המשפטית, הרי שלא יהיה כדאי לנהל רשומה ממוחשבת עם מאגר נתונים טוב ויעיל ובו זמנית לנהל רשומה נוספת לצרכי ההתגוננות המשפטית.

חלק מהבעיות שלא מצאו את פתרון בשיטה הקיימת תמצאנה את פתרון ברשומה ממוחשבת. התנאי לכך הוא יצירת גוף משותף למערכת הרפואה ולמערכת המשפט שבו יקבע השותף הרפואי את הצורה והתוכן שייכללו ברשומה ואת החייב להיות ממולא במהלך המעקב וקבלת ההחלטות. השותף המשפטי יקבע את דרישותיו כדי שהרשומה תהיה קבילה עליו. על אלה שמפתחים תוכנות רפואיות לדאוג שהתוכנות תענינה על כל הדרישות, מבחינה רפואית ומבחינה משפטית.

הצעה:

להקים ועדה משותפת למערכת המשפט (בחסות האגודה לרפואה ומשפט) ולמערכת הרפואית שתלמד את הפרובלמטיקה של ניהול הרשומה הרפואית. המערכת הרפואית תהיה זו שתקבע את מבנה הרשומה, תכולתה וביחד עם המערכת המשפטית תקבע את דרכי ניהולה בהתחשב באמצעים המוקצים. לאחר קביעת מבנה הרשומה כפי שהוזכר, תקבע המערכת המשפטית מה הם התנאים שבהם תוכר רשומה/תיק רפואי אלקטרוני כמסמך מקובל על המערכת המשפטית.

**לחברנו פרופ' עמיחי לוי
עם קידומך בסולם האקדמי
ברכות חמות.**

חברייך במערכת "רפואה ומשפט"

משפט רפואי

נהיגת רכב בהכרה מעורפלת

שופט פרופ' אמנון כרמי

פרטי המקרה

בית המשפט המחוזי בחיפה דן באישום שהוגש נגד נהג רכב (ת"פ חיפה 354/90, לא פורסם). לטענת המאשימה, הובא הנאשם לדין בשל שש עבירות שעבר, ואלה הן: הריגה, הפקרה אחרי פגיעה, נהיגה בשכרות, נהיגה בזמן חולשה וליקוי גופני, נהיגה במהירות בלתי סבירה, אי האטה בקירבת קבוצת אנשים.

גירסת המאשימה, בתמצית:

ביום 24/8/90, בשעה 22:30, נהג הנאשם ברכב פרטי בדרך עירונית, בכביש היציאה מכפר שעב. באותה עת הלכו באותה דרך חמשה בחורים בכוון הנסיעה. שלשת הראשונים הלכו על השוליים הימניים, ושני הנותרים הלכו על הכביש בצמוד לשוליים. הבחורים הלכו בניחותא ושוחחו ביניהם. לטענת המאשימה, בהגיע הנאשם עם רכבו סמוך לקבוצה הוא סטה ימינה, כשחלק של רכבו נע על השוליים, וחלק נשאר על הכביש, ותוך כדי נסיעה הוא פגע בכל חמשת הבחורים, והעופים לכל עבר. כתוצאה מהתאונה נגרם מותו המידי של המנוח, ויתר ארבעת הבחורים נחבלו. בדיקת דם שנערכה לנאשם שעתיים לאחר התאונה קבעה שרמת האלכוהול בדמו היתה 50 ס"ג ל-100 מילימטר דם.

עובר לתאונה חש הנאשם ברע, והמשיך לנהוג תוך שהוא מניח את ראשו על ההגה, מבלי שיכול היה לראות את הדרך שלפניו. לאחר התאונה יצא הנאשם מרכבו, וביודעו שפגע באנשים הוא לא הגיש להם כל עזרה, השאיר את רכבו במקום התאונה, והסתלק אל בית הוריו.

טענת הנאשם

ההגנה התמקדה בטענה, כי בשעת התאונה לא היה הנאשם בהכרה, וכי מצבו הגופני או הנפשי הלקוי בא לו על ידי גורם, שהוא לא היה מודע לו, ושלא היה בשליטתו.

בהודעתו במשטרה סיפר הנאשם לחוקרו, שבתחילת אותו ערב הוא שתה בקבוק בירה קטן אחד. בעדותו בבית המשפט טען הנאשם, כי שתה שני בקבוקי בירה. ברם, ההגנה אינה מתרצת את פשר מצבו הנפשי של הנאשם בעובדה שהוא שתה משקה חריף.

לגירסת הנאשם, לאחר שתיית המשקה החריף, ועובר לתאונה, הוא ביקר במסיבה בכפר. באותה מסיבה הותקף הנאשם על ידי אחד יוסף חטיב, והוכה בשרשרת על גבו. הנאשם גמר אומר בנפשו להגיש תלונה במשטרה. לפיכך, וגם על מנת להמלט מידיו של מכהו, פנה הנאשם בריצה מאתר המסיבה, ותוך כדי ריצה נפל וקיבל מכה בצד ימין של ראשו. השערת ההגנה היא, שבשלב מאוחר יותר ואלה הביאו לאבדן שליטתו ברכב.

דברי ביהמ"ש כאשר רחה את גירסת הנאשם:

"לצורך הסקת מסקנה בנושא זה הנני נותן דעתי לממצאים הבאים, הנקבעים על ידי על סמך ראיות המקובלות עלי כנכונות, היינו:

ראשית כל, ניתן להטיל ספק בטענת הנאשם כי הוכה בשרשרת על ידי חטיב, ומה גם שלא הובאה ראיה רפואית על סימני מכה כזו. אולם, גם אם אניח שהנאשם הותקף בטענתו, הרי שלא היה בעובדה זו כדי לפגוע בכישוריו, שכן הוא החליט, על סמך האירוע הנדון, להגיש תלונה במשטרה, ואף ניסה לממש רצונו זה. הנני מטיל ספק בטענת הנאשם בדבר נפילתו. אולם, גם אם אניח שהנאשם נפל במהלך ריצתו, הרי שלא היה בעובדה זו כדי לפגוע בכישוריו, לרבות כישורי תפיסה וזכרון, שכן הוא המשיך בריצתו, דיווח על האירוע לאנשי שיחו, ולאחר מכן השכיל להגיע רכב ולהסיעו בדרך נאותה, עד לתאונה עצמה.

בהעדר חוות דעת רפואית, או ראייה מסייעת אחרת כבדת משקל, אינני מוכן לאמץ לעצמי את גירסת הנאשם, ממנה עולה שהוא נפל קרבן למצב נפשי של אבדן הכרה, רצון ושליטה, שמקורו באירועי הנפילה ו/או התקיפה שקדמו לתאונה. הנאשם טען, והנני נכון להאמין לו בנושא זה שעובר לתאונה הוא הניח ראשו על ההגה. ניתן להניח שבגין תחושת עייפות, התרגשות או אי נעימות, הוא עשה כן. ברם, התחושות הללו חייבוהו לעצור נסיעתו, ומשנמנע מלעשות כן, דומה שניתן להחיל עליו דברי השופט עציוני בע"פ 144/72, 191/72 מדינת ישראל נגד חיים רופא, פ"ד כ"ו (2) 718, 717:

משבחר להמשיך ולנהוג מתוך נטילת סיכון ביודעין גילה בכך אי-אכפתיות לחיי אנשים הסובבים אותו, וגם אם לא רצה בתוצאה הקטלנית שנגרמה על ידו, אין בחוסר הרצון די לשלול את רשלנותו הפושעת. נהיגת רכב במצב זה יש בה משום גילוי של אי-אכפתיות

הצפויה לאחרים מהתנהגותו. ברם, מאחר ואנו דנים במניעים ובגורמים הצפונים בנפשו של אדם, אין מנוס מלהסיק את דבר קיומם מנסיבות חיצוניות הנבחנות על סמך נסיון החיים. במקרה דנן נראה שהחלטתו של הנאשם לצאת לדרכו במכונית, ולהמשיך ולנהוג בה חרף אי הנוחות הגופנית או הלחץ הנפשי שהעיקו עליו, היוותה מעשה של פזיזות ואי-איכפתיות, לסכנה הצפויה לאחרים מהתנהגותו. דברים אלה – כוחם יפה גם לגבי השלב בו הניח הנאשם ראשו על ההגה.

סיכומו של דיון:

הנאשם הורשע בעבירות שיוחסו לו על ידי התביעה (פרט לעבירה אחת, שלא הוכחה).

לתוצאותיה, גם אם הנוהג ברכב אינו רוצה או שאינו מתכוון לתוצאה הצפויה מנהיגה זו, או שהוא אדיש לאפשרות התרחשותה.

השופט עציוני המשיך ופסק באותו מקרה (שם, 718): "אם לסכם, איפוא, הרי שמתוך הראיות שהיו בפני בית המשפט המחוזי עולה, כי היה בידי המשיב הספק והאפשרות לעמוד על הנמנום שאוחזו ... אלא שלמרות היותו ער למצב זה, בחר המשיב להמשיך בנסיעתו בהיותו סבור כנראה שיוכל לגבור על עייפותו."

הוא הדין בעניננו.

לכן, כדי להוכיח פזיזות או אי-איכפתיות המגעת כדי רשלנות פושעת, יש להצביע על האלמנט הסוביקטיבי, היינו שהנאשם הספציפי גילה יחס של התנכרות לסכנה



אתיקה רפואית

מי כופה על מי - זכותו של אדם על חייו

בית המשפט לקח את האחריות וקבע בצו הצהרתי כי יש לכבד את רצונה של החולה. הצהרה זו חייבה גם את הרופאים שטיפלו במרים צדוק, והגבילה את הזכות, או אולי החובה, שהיתה להם לפני שניתן פסק הדין, להאריך את חייה באמצעים מלאכותיים.

תפקידם של הרופאים מוגבל על פי פסק הדין לפן המקצועי. על הרופאים לאשר כי אכן התקיימו התנאים אותם ציינה מרים צדוק כבסיס לרצונה למות, דהיינו ושתמות בהעדר שימוש באמצעים מלאכותיים. החלטה זו של הרופאים ברבר התקיימות התנאים הינה מקצועית, כמעט טכנית באופיה.

את ההכרעה המוסרית – משפטית עשה השופט טלגם בהצהרה כי יש לכבד את רצון החולה שהוכח בפניו, וכי בהתקיים התנאים הנ"ל עומדת לחולה זכותה לממש את רצונה ולמנוע כל טיפול רפואי שיאריך את חייה.

הכרעה אנושית ומוסרית זו לא נעשתה במישור הכללי של קביעת הלכה עקרונית, אלא במישור הפרטי והאישי, בהתחשב בדעת הרופא המטפל ובעמדת המשפחה. עם זאת, לאחר שניתנה, מחייבת ההכרעה את המטפלים בחולה, ובמובן זה כופה עליהם את רצונה של מרים צדוק.

בעולם המושגים המשפטי, כנגד כל זכות, ניצבת החובה. לצד זכותו של פלוני לקבל 2,000 ש"ח, ניצבת חובתו של פלמוני לשלם לו את אותו הסכום. זכותו של בעל קרקע באדמתו פירושה חובתו של אחר להמנע מהסגת גבול.

זכותה של מרים צדוק על גופה פירושה החובה המוטלת על הכל, לרבות הרופא המטפל, שלא לטפל בה בניגוד לרצונה.

הצהרת השופט טלגם כי זכותה של החולה לממש את רצונה, למרות שאינה (מהבחינה המשפטית הפורמלית) בגדר צו עשה או צו מניעה הכופה על רופאים פעולה בניגוד למצפונם, די בה כדי להטיל חובה מוסרית ומשפטית כלפי כולי עלמא להמנע מלהעניק לה טיפול רפואי שיאריך את חייה. הפרתה של חובה זו עלולה לעלות כדי ביזיון בית משפט ועוולה בנויקין.

ההתלבטות הקשה והאנושית שליוותה את ההכרעה ניכרת בפסקה האחרונה של פסק הדין. בשלב זה קובע השופט טלגם:

המאמר נכתב בעקבות החלטת כב' השופט משה טלגם בענינה של מרים צדוק, חולת אלצהיימר אשר בקשה כי לא יאריכו את חייה באמצעים מלאכותיים. תקציר פסה"ד מצורף למאמר.

זכותו של מי גוברת, זכותה של מרים צדוק על גופה, זכותה לפרטיות, לכבוד

ולהגשמת משאלתה למות בכבוד, או זכותו וחובתו של הרופא המטפל לפעול על פי צו מצפונה, להאריך את חייה או להקל על סבלה.

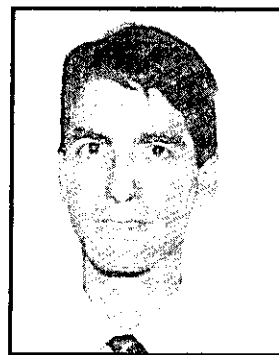
בקין אשתקד, התפרסם בעיתונות המקרה של מרים צדוק, חולה במחלת אלצהיימר, אשר ביקשה, ואף תיעדה את בקשתה באמצעות קלטת וידאו, שלא יאריכו את חייה באמצעים מלאכותיים כאשר תדרדר מחלתה והיא לא תוכל להשאר בחיים בלא הפעלת אותם אמצעים מלאכותיים. מרים צדוק הביעה משאלתה זו כשנתיים לפני כן, כיוון שחששה שמחלתה תגבר עליה, וכיוון שידעה שלא תהיה בהכרה צלולה כאשר יבוא היום ובקשתה תהיה רלבנטית.

בקשתה נדונה במסגרת המרצת פתיחה 759/92 שהוגשה על ידי באי כוחה, בשמה ובשם בעלה, בבית המשפט המחוזי בתל אביב.

השופט משה טלגם, בהחלטה אמיצה, ניסה להתמודד עם אחד הקונפליקטים הקשים ביותר מהבחינה המוסרית והמשפטית כאחד.

השופט טלגם קבע כי יש לכבד את רצונה של חולת האלצהיימר הסופנית שלא לחברה למכשירי החיאה מלאכותיים, בהתקיים תנאים מסויימים.

משפטנים ורופאים אחרים תיארו את פסק הדין כמשאיר את ההכרעה וההחלטה בידי הרופא המטפל. לדעתי, אין זה מדויק לתאר את הפסיקה כהשאת ההחלטה בידי הרופא המטפל.



יובל קרניאל, עו"ד

עו"ד יובל קרניאל הנו יועץ שר התקשורת והמטרה, משה שחל.

"להסיר ספק, אין זה מזכותה של המבקשת לכפות את קיום רצונה על אחרים, והבעת רצונה אינה חורגת מגדר השאלה – שמצווה לכבדה; אולם אין לכפות על מי שמטפל בחולה לעמוד באפס מעשה כשלחולה נגרם סבל מידי או שהיא נמצאת במצוקה מיידית. הגשת סיוע להקלה זמנית של הסבל – היא זכותו וחובתו האתית של המטפל".

פיסקה זו מבטאת את הקושי, גם של השופט טלגם עצמו, להכיר במשמעות המלאה של זכות החולה למות בכבוד. לחולה ניתנת בפסק הדין זכות, בהתקיים התנאים המסויימים שפורטו לעיל, למנוע מהרופא להעניק לה טיפול שיאריך את חייה. לחולה ישנה זכות לפרטיות, לכבוד ולהגשמת רצונה להמנע מכל טיפול רפואי, לרבות הזנה מלאכותית נמשכת והספקת חמצן מתמדת. אך פסק הדין קובע גם גבולות לזכות זו. לחולה, מרים צדוק, אין זכות למנוע מרופאים להקל על סבל או מצוקה זמניים.

פסק הדין לא מרחיב ולא מבהיר את מהות ההבחנה בין הזכות להמנע מכל טיפול רפואי שיאריך את חיי החולה, כלומר הזכות למות שניתנה לחולה, לבין הזכות למנוע מהרופאים גם מתן טיפול שמטרתו הקלה זמנית של הסבל, שלא הוענקה לחולה. בכך קבע השופט טלגם סייג לזכותה של החולה.

נראה כי ההבחנה נערכה על רקע הראיות החד משמעיות לרצונה הברור של מרים צדוק שלא להאריך את חייה באמצעים מלאכותיים. בפני בית המשפט לא היו כל ראיות באשר לעמדת החולה בשאלת הטיפול הזמני להקלת הסבל. לא ברור מפסק הדין מה היתה עמדת השופט אילו הוכח בפניו כי מרים צדוק ביקשה להמנע גם מכל נסיון להקל על סבלה וכאביה.

ניכרת בפסיקה זו תחושת כבוד לצו מצפונם של רופאים מטפלים ולקושי של המשפט לאכוף על אדם התנהגות מקצועית הסותרת את ערכיו ומצפונו, אך חשוב לזכור כי גם מימוש מלא של זכות האדם על גופו אינו בגדר כפייה על אחרים. נהפוך הוא, דווקא הרופא המתערב ומטפל נגד רצונו של אדם, הוא זה שכופה את עצמו ואת רצונו על אחר, חסר ישע.

רוח אנושית נושבת בין דפי פסק הדין, ובה גלומה ההכרה כי גם חולה סופני המבקש נפשו למות, ועשה זאת באופן הברור ביותר, לא היה רוצה בימיו האחרונים לסבול, והיה מבקש הקלה זמנית לסבלו, עד למנוחה האחרונה. אין בדברים אנושיים אלה כדי לטשטש ולהמעית בחשיבות העובדה כי בית המשפט הכיר באופן המפורש ביותר, ואף נתן צו הצהרתי, כי לחולה מרים צדוק, שאינה יכולה כבר לבטא את רצונה, עומדת הזכות המשפטית לממש את רצונה למנוע כל טיפול רפואי שיאריך את חייה באמצעים מלאכותיים.

דעתי, כי לאור פסק דין זה, יכולים היום חולים סופניים הנמצאים בהכרה מלאה, להנחות באופן מפורש את המשפחה והרופאים המטפלים מהו רצונם האמיתי, איך לטפל בהם ואפילו איך, ומתי להקל על סבל או מצוקה זמניים. ביטוי הרצון צריך להיות ברור וחד משמעי.

נספח

תקציר של ה.פ. 759/92 מרים צדוק ואח' נ' בית האלה בע"מ ואח' (משיב נוסף – היועמ"ש). פסה"ד ניתן ביום 10.6.92 ע"י כב' השופט משה טלגם, בבית המשפט המחוזי בת"א.

זוהי בקשה לסעד הצהרתי שיכיר בזכותה של החולה מרים צדוק לבל יוארכו חייה באופן מלאכותי באמצעות הזנה מלאכותית ו/או מתן חמצן ו/או חיבור למכונת הנשמה. המבקשת מאושפזת זה זמן מה במוסד סיעודי (המשיב מס. 1), ומצבה הוחמר.

ביום 22.5.92 נתן השופט טלגם צו ביניים שאסר על חיבור המבקשת למכשירי החייאה מלאכותיים. הצו ניתן על סמך הקלטה מפיה של החולה שברצעה כשנה ומחצה לפני כן, כאשר עדיין היתה בהכרה. הצו התיר לצוות הרפואי ליתן כל טיפול רפואי שיש בו להקל על הסבל, מתן מזון, נשימה ותרופות.

השופט קבע כי משקיימת ראייה על רצונה של המבקשת, הרי שמי שחולק על כך שהיה זה רצונה האמיתי שהובע תוך הכרה צלולה, ושזהו עדיין הרצון האמיתי – עליו נטל השכנוע.

השופט לא שעה לעניינים פורמליים כגון עניין ייצוג המשיבה על ידי בעלה ופרקליטו. הוא מינה את הבעל ואת עו"ד הלוי אשר בפניו חתמה על רצונה, כאפוטרופסים לדין וגם לצורך טיפול רפואי ואישפוז.

במקרה הספציפי שבפניו, שוכנע השופט כי בני המשפחה (ובעיקר בעלה של המבקשת) מיטיבים להביע ולייצג את רצון המבקשת, וכי אין כל ניגוד אינטרסים בין המבקשת לבין בני משפחתה. לפיכך מהימנה היתה עליו עדותו של הבעל באשר להבעת רצונה של המבקשת.

השופט קבע כי אין ספק שהתצהיר והשיחות שניהלה המבקשת עם עורך הדין משקפים את רצונה של המבקשת כמי שרואה עצמו אל מול פני המוות ויש לכבד את הדברים כפי שמכבדים את דבריו של שכיב מרע. עם זאת, ביקש להדגיש כי אין הוא פוסק אלא בעניין שבפניו, ואין בפסיקתו זו משום הלכה.

אין ספק כי המבקשת לא העלתה בדעתה הפסקת מזון וחמצן. אלא רק את המחשבה שרצונה למות, אך הרצון למות כולל גם מניעת שימוש בכל אמצעי שיאריך את ימיה, כולל אספקה מלאכותית של מזון וחמצן. אין בכך משום משאלה בלתי חוקית משום שאין בתצהיר דרישה

שהחיש את המוות. אך עדיין, הכל נתון לשיקול דעתו של הרופא.

הדין העברי הובא בפני השופט מתוך הצבעה על לקונה אפשרית. עמדת ההלכה, כפי שפירש הפרופ' ליבוביץ הינה "אסור, אבל פטור". השופט טלגם נוטה שלא להחיל את עקרונות ההלכה אלא על מי שרואה אותם כמחייבים.

חוק המדינה, לפי דעתו של השופט טלגם, מאשר לכבד את זכותה של המבקשת ומאפשר לרופא אשר מוכן לכבד את רצונה לקחת את רצונה של החולה בחשבון. אין אפשרות לחייב רופא לעשות פעולה על פי רצונה של החולה.

ולסיכומו של דבר:

מוסכם על הכל כי המבקשת נמצאת במצב של מחלה סופנית ואין לה כל סיכוי להרפא. כמו כן עומדת המבקשת על סף התדרדרות גמורה בתפקוד המוח.

המשיב מתחייב שלא לבצע הזנה מלאכותית באמצעות זונדה לקיבה, וכן כל פעולת החייאה דרסטית כגון הנשמה במכונה, השתלת קוצב לב וכו'. פעולות אלה אינן עומדות על הפרק.

מה שעומד על הפרק הינו הזנה ועירוי נוזלים וחמצן. השופט הגיע למסקנה כי לא יוכל להענות לבקשת המבקשים לכפות על המשיבים להמנע מהטפולים הללו, כיוון שהם נועדו להקל את סבלה של החולה. אי אפשר לחייב את הרופא לבצע הרעבה וחנק. משעה שהתברר שמצב המצוקה אינו זמני והקיום של המבקשת תלוי בהזנה ובמתן חמצן, מסכים גם הרופא כי יש לכבד את רצון החולה ולהפסיק את אמצעי ההקלה.

לסייע להתאבד. כמו כן, אין הוראות המבקשת בתצהירה מכוונות למנוע עזרה רפואית אשר תקל על סבל מיידית, כגון משככי כאבים, חמצן כמונע חנק או נוזלים כמונעי התייבשות מיידית.

במצב עניינים זה, כל עוד לא הוכח בראיות משכנעות שחל שינוי ברצונה של המבקשת כפי שהובע בתצהיר ובקלטות, עומדת הכרזת רצונה בתוקפה.

זכות המבקשת להורות על הפסקת הטיפול בה

האם יש במילוי רצונה של המבקשת משום עוולה נזיקית, עבירה פלילית או עבירה אתית.

הדין (האזרחי) מחייב את הרופא לתת טיפול מסור ומיומן. אם החולה מבטל את ההתקשרות החוזית עם רופאו ואוסר על רופאו לטפל בו – אין על הרופא לא חובה שבחוק ולא חובה שבחוזה.

המצב סבוך יותר בתחום הפלילי והאתי. אין באפשרות המבקשת לכפות על רופא לעשות מעשה כנגד רצונו ומצפונו. או לעשות מעשה שהינו בגדר עבירה.

קיים ויכוח מר בשאלת המתת החסד, והאם לגיטימי להניח לתהליך הטבעי של המוות להתנהל במסלולו בשלב הסופי של המחלה. עמדת המדינה במקרה זה היתה כי אם נוקק חולה סופני לחיבור למכשירי החייאה, זאת שעה שרופא בכיר החליט כי החל תהליך הגסיסה, ניתן להתחשב גם ברצון החולה שעה שהיה בדיעה צלולה.

רופא שלא יחבר את החולה במקרה זה למכשיר החייאה, לא יועמד לדין באשמת סיוע להתאבדות, ולא ייראה כמי

לחברנו ד"ר רוני וולף
על הכתף שנתת להוצאת
חוברת זו של "רפואה ומשפט"

תודה-המערכת

אתיקה רפואית

גילוי מידע ואמירת אמת למטופלים

נתנה חולה הסכמתה לתרפיה קרינתית לאחר כריתת שד, כאשר האינפורמציה שניתנה לחולה על ידי הרופא לקחה בחסר, בעיקר אודות הסיכונים הצפויים עקב הטיפול. ביהמ"ש קבע כי תפקיד הרופא היה ליידע את החולה על הנזקים הצפויים ו"התוצאות הרעות", על מנת שהחולה תוכל לתת הסכמה תקיפה בצורה מלאה. בית המשפט טען:

A Reasonable disclosure... of the nature and probable consequences of the suggested, or recommended... treatment, and ... a reasonable disclosure of the danger within his knowledge which were incident to, or possible in the treatment he proposed to administer.

גילוי מידע איננו רק תביעה משפטית, אלא פעולה המצביעה על דאגתו של הרופא לרווחה של המטופל על ידו – Miller,⁹ 1980. חובת הרופא מעוגנת, איפוא בזכותו של החולה למידע, על מנת שיהיה מסוגל לקבל החלטה שקולה לגבי הטיפול בו, ולהגיע להסכמה תקיפה. השגת הסכמה מדעת היא בטווח אחריותו של הרופא, ועליו לעשות את כל הנדרש על מנת שהחולה יוכל למלא את חובתו לתת את הסכמתו.

הנמוקים לחובת גילוי מידע

הנימוקים לחובת גילוי מידע המתמייחים לרופא, לחולה ולמערכת היחסים ביניהם:

1. גילוי המידע מעורר בקרב החולים מודעות למחלה ולאופן הטיפול בה, ומחזק את שיתוף הפעולה של החולים בתהליך.
2. גילוי מידע מאפשר לחולה חופש בחירה, מגן על האוטונומיה שלו ועל מעמדו כבן אנוש בעל כבוד.
3. הגילוי מונע לחץ וכפייה חיצוניים, פיתוי החולה או שכנועו לבחור בטיפול, ומצמצם אפשרויות להונאה.
4. גילוי מידע מאפשר תהליך איכותי וראציונלי של קבלת החלטות.
5. הגילוי יוצר מערכת יחסים איכותית בין הרופא לחולה.
6. הגילוי מאפשר שיתוף פעולה בין הצדדים בתהליך ההחלמה והריפוי.
7. גילוי מידע עוזר לרופא ולחולה להתמודד עם אפשרות המוות, ומאפשר הערכה עניינית ביחס לעתיד (Bascue & Krieger 1972).¹
8. הגילוי מונע מהרופא מצב של העמדת פנים ומאפשר לו התמקדות באמת, ועל ידי כך נוצרת מערכת יחסים

חובת הרופא לגילוי מידע ולאמירת אמת



ד"ר נילי טברק

את מערכת היחסים בין רופא לחולה מאפיינת דינמיות המבוססת על מחויבות והתקשרות חזית ספציפית – Specific Contractual Obligation. זוהי מעין ברית שאינה נקבעת תמיד על ידי חוקים וכללים, אלא קמה מכוחה של מערכת יחסים הדדית אשר בדרך כלל אי אפשר להפעיל עליה פיקוח חיצוני – Ramsey¹², 1972. זוהי מערכת שמטרתה בראש וראשונה לכונן אינטראקציה המבוססת על שיתוף פעולה. SZAS & HOLLANDER¹³ 1956. Mutual Participation

חובת הרופא לקיים מערכת יחסים זו על בסיס של נאמנות, אמירת אמת, ומתן הסבר מקיף ואיכותי בדבר מהותו של הטיפול הרפואי ותוצאותיו החזיות, מתוך השאיפה הראשונית לגרום לתהליך של ריפוי והבראה. חובת גילוי מידע לחולה היא מרכיב מרכזי בדוקטרינה החוקית לגבי הסכמה מדעת, אך עדיין קיימת התלבטות בשאלות כגון: מה לגלות, עד כמה לגלות ולמי. חובה זו בלעדית לרופא ונובעת מעצם תפקידו. היא מקבלת משנה תוקף במערכת החזית בינו לבין החולה, שבה ניתן תרגום משפטי לזכויות ולחובות של שני הצדדים על מנת לשמור ולהגן על תועלתם. מבחינה זו דומה הדבר לחוזה חברתי, שעל יסודותיו מכוננת מדינה. נוסף לחובות המעוגנות בחוק, חלות על הרופא חובות מוסריות אשר צריכות להנחותו בשיקול הדעת ובהכרעה לגבי תהליכים הקשורים בטיפולים נסיוניים. העלמת מידע מחולה באשר לטיפול הרפואי בו, יכולה להיחשב על פי החוק כטיפול רשלני, אשר בגינו עלול הרופא להיתבע בנויקין (כרמי, 1978).⁵ בעבר, במקרים של תביעות נגד רופאים בשל אי גילוי מידע, קבע בית המשפט כי חובתו של הרופא לגלות מידע חלה על אותם גילויים אשר מי שעוסק ברפואה היה מגלה במקרים דומים כמו במקרה של: Natanzon V. Kline 1960¹⁰. מקרה זה מתאר מצב בו

ד"ר נילי טברק מלמדת בחוג לסיעוד באוניברסיטת תל – אביב.

אמינה (Carmi, 1978).

9. מבחינה אובייקטיבית, פעולת גילוי מגינה על בצוע תהליך של טיפול נסיוני.

אמירת אמת

בדרך כלל אין להפריד את חובת הרופא לגלות לחולה מידע, מחובתו לאמירת אמת בהתייחס לאבחנה, לפרוגנוזה ולטיפול עצמו. יתר על כן, מבחינה מוסרית נדרש הרופא לא רק לומר דברי אמת, אלא להיות נאמן להם.

מטבע הדברים, חובת אמירת אמת במערכת המורכבת של יחסי רופא-חולה כרוכה, לעתים קרובות, בקונפליקטים עמוקים, ומעמידה שאלות רבות פנים. לפי הגדרת מילון אבן שושן, אמת היא דבר נכון ונאמן, שיש לתת בו אמון, ההפך מ"שקר". לכאורה, נדמה כי הדברים פשוטים ואין לערער עליהם, כשם שכיום איש אינו מערער, למשל, על העובדה שכדור הארץ סובב את השמש, והכל מקבלים זאת כדבר אמת בלתי משתנה. דומה כי על המושג "אמת" כשלעצמו – כמו גם על ניגודו – אין איש חולק, אך הקיומיות האנושית מעמידה סיטואציות רבות לאין ספור שבהן אמירת אמת ונאמנות לה אינן משימה פשוטה כלל ועיקר.

בשדה העשייה הרפואית, כאשר טובת החולה אמורה להיות אמת-מידה מרכזית בשיקולי המטפלים בו, אמירת אמת אינה עולה תמיד בקנה אחד עם מטרה זו. יתר על כן, למערכת היחסים שבין רופא לחולה ישנה אמת ייחודית, הכורכת בתוכה דאגה כנה ואהבת האדם (דה-פריס, 1982)¹⁹. לפיכך, אין לתמוה כי חובת אמירת אמת כעקרון אתי ניצבת, פעמים רבות, בעימות עם עקרון שמירת טובתו של החולה. על הרופא להתייחס לחולה בראש ובראשונה כאל אדם, להביא בחשבון את המרכיבים המייחדים אותו (מצבו, תגובותיו, הנתונים הספציפיים למחלתו), ולפעול מתוך אחריות מוסרית ומחויבות של מחלות ממאירות. התביעה לאמירת אמת מוחלטת – קשה לקיימה (Henderson, 1972)⁷, ונראה כי יש אף יסוד לבחון אותה. ואמנם יש רופאים הגורסים כי חובה מקודשת היא להימנע מלומר דברים שיש בהם כדי ליאש חולה ולדכא את רוחו, מכאן – שיש צידוק לאי אמירת אמת, אם אפשר באמצעותה להפיח תקווה בחולה ולסייע בתהליך הריפוי (Veatch, 1979)¹⁴.

אמירת אמת היא, אמנם, חובת-על ("Prima Facie") הנכללת בשבועת היפוקרטס. אולם, במצבי חרום, או במצבים שהחולה מביע את רצונו שלא לקבל מידע מפורט עומדת לרופא זכות-יתר טיפולית – Therapeutic Privilege. כמו כן, כאשר שיקול דעתו ושיפוטו של הרופא מנחים אותו למסקנה כי גילוי האמת כולה עלול לגרום לחולה נזק (שפירא, 1982)²⁰ – אין הרופא נדרש לפרוש את כל המידע בדבר סיכונים, סיכויים וחלופות טיפוליות.

ההחלטה שלא לומר את האמת כולה נתונה בידי של הרופא בשל היותו מומחה בעל ידע וסמכות, ומתוקף האמון שרוחשים לו החולים. אף כי לעתים החלטה כזו של הרופא עלולה להתפרש בעיני החולה כפגיעה בו. אם כך, בטל כל הענין של חובת האמת וההסכמה מדעת.

חולה אינו מעוניין בפסק דין דיאגנוסטי, אלא בריפוי מחלתו. לעתים הגבול בין טשטוש עובדות לבין שקר בוטה הוא דק, וקשה לרופא לאמוד את הנזק הצפוי (Bok, 1976)⁴ ולהכריע על כיוון פעולה.

רצון החולה באמת

לדבריו של בריל (1981)¹⁷, מי שחושב שהחולה רוצה באמת ובתמים לדעת את העובדות לאשורן – משלה את עצמו וטועה טעות גמורה. לטענת בריל, חששות של החולה חותרים, לעתים, תחת כושר שיפוטו ואינם מאפשרים לו להיחס לבעיותיו באופן שקול. נטייתו של אדם הנקלע למצב כזה היא בדרך כלל, לבקש לברוח מן המצוקה הקשה הפוקדת אותו. על כן, טוען בריל, יש לומר לחולה את הדברים שהוא רוצה ומבקש לשמוע, ולא להעמידו מול הפחד שבידיעת האמת הערומה. טיעון מסוג כזה יכול להיות נתון, לעתים, לפרשנות מוטעית או מעוותת, אך מכל מקום אי אמירת אמת לחולה זוכה לצידוק רק אם נוסף לה מרכיב של עזרה לזולת.

לפי תפיסה אחרת, אין זה חשוב מה בדיוק אומר הרופא, אלא חשובים יותר הדברים שהוא מבקש שהחולה יבין כתוצאה מאמירתו. כדי לומר אמת יש להציג עובדות כהלכה, להיות כן ולהעניק לחולה תחושה כי האמת אכן נאמרה (גליק, 1977)¹⁸. חובת הרפואה להעמיד במקד עשייתה את האדם, ולא את המחלה. שאיפה מוסרית זו ומשמעויותיה, עומדות ביסוד הקושי לעצב הגדרה חד משמעית לאמירת אמת, אשר תחייב את כל המקרים כולם, תהיה אפשרית בכולם, ולא תגרום נזק. לא בכדי מצא המשורר הגרמני גיתה טעם להודות לאלוהים, על שהבדיל בין הסבל כלעצמו לבין ידיעת הסבל.

אי אמירת אמת לחולה היא פגיעה בזכותו הטבעית כאדם, אך באותה מידה תיפגע זכותו הטבעית אם ישתמש מישוהו באמת כדי להרע לו.

היחסים התרפויטיים מעצם טיבם מבוססים על אמת וכנות, וחובה להקפיד על יישומן, כי בלעדיהן מתערערים היחסים ומאבדים את ערכם. אולם, יש לומר אמת לחולים רק אם כוונתנו להיטיב עמם. האמת צריכה להאמר מתוך התחשבות, בצורה עדינה וכחוסד, כדי לא לגרום לחרדה נוספת על זו שהחולה נתון בה ממילא (Gordon, 1983)⁶. מכל מקום, בשנים האחרונות אנו עדים לנטיה גוברת בקרב הרופאים לגילוי מידע ולאמירת אמת למטופליהם, ובארצות מסוימות, כארה"ב ואנגליה, ניתן להגדיר את השינוי שחל בגישת הרופאים כמהפך של

ממש.

1. מחויבות גילוי מידע מקיף ואמיתי שני היבטים מרכזיים: מבחינת החולה: זכותו לדעת כל מה שעומד להתבצע בגופו, על מנת שיוכל לקבל החלטה איכותית וראציונלית אם להסכים לטיפול אם לאו.
2. מבחינת הרופא: מניעת האפשרות להסתרת מידע על סיכונים אפשריים.
- מסירת מידע אודות סיכונים חייבת להישקל בזהירות רבה. על הרופא להעריך את משמעות הסיכונים ואת ההשפעה העשויה להיות למידע על החלטת החולה. היות שענינו של החולה לדעת את הסיכונים העיקריים על מנת שיוכל לשקול ולהחליט, יש לעצב הגדרות ברורות הקובעות את היקף הגילוי שהרופא חייב בו. האם, למשל, חייב רופא לגלות מידע על סיכונים שסבירות התרחשותם נדירה ביותר? וכיצד נתחום גבולות ברורים בין נדירות ברמה גבוהה, לבין נדירות ברמה בינונית או נמוכה?

לדעת ביצ'ר (Beecher, 1969)², מורכבות הרפואה אינה מאפשרת גילוי מידע מלא ולכן אין למסור אינפורמציה על תופעות נדירות, אך יש לספק לחולים מידע על סיכונים וסיכונים אפשריים (Pappworth, 1967)¹¹. הרופא, כחוקר וכמטפל, הוא האחראי לטיפול הנסיוני, ולפיכך חובתו לספק לחולה את ההסברים הרלוונטיים באשר לסיכונים הצפויים. כדי לאפשר לחולה תהליך ראציונלי ואיכותי של קבלת החלטות, יש למסור לו מידע על הסיכונים המשמעותיים ביותר (Beecher, 1966)³.

מקורות

1. Bascue, L. & Kriger, (1972)-Existential Counseling for the Dying. Journal of Rehabilitation, 38 (2) 40.
2. Beecher, H: (1969)-"Scare Resources and Medical Advancement". Dedalus' pp. 304-307.
3. Beecher, H (1966)-"Consent in Clinical Experimentation: "Myth and Reality". Journal of the American Medical Association, 195 pp. 34-35, In: Katz pp. 583-638, 1972.
4. Bok, S. (1976)- Lying Moral Choice in Public and Private Life. New York, Vintage Books. pp. 1-354.
5. Carmi A. (1978)-Medical Experimentation. Its Legal and Ethical Aspects. Tadeledoue Publishing. Ramat Gan. Israel.
6. Gordon, H.H.: (1983)-The Doctor Patient Relations. Journal of Medicine and Philosophy. vol. 8 no 3, pp. 243-246.
7. Henderson, L.Y. (1972)-How Much Should the Patient Subject Know? In Experimentation With Human Beings. N.Y. Yale Univ. pp. 676-680.
8. Meisel A. & Kabnick J., (1986)-"Informed Consent to Medical Treatment", In: Faden, R, and Beauchamp, T. A History and Theory of Informed Consent. University Press, New York pp. 146-148.

במידע זה על הרופא להתייחס לארבעה מרכיבים: טבע הסיכון הצפוי; רמת הסיכון; אפשרות לסיבוכים; ניבוי של מרכיבי הסיכון. (Meisel & Kabnick, 1986)⁸.

יש להתייחס לכל חולה באופן אישי, להעביר אליו מסרים בשפה ברורה ומובנת – עד אשר הרופא ישוכנע כי החולה קלט את ההסבר. אם חובת הרופא לאפשר למטופל לקבוע בעצמו את אשר ייעשה בגופו, הרי רק הוכחה ברורה על הבנה מלאה תספק דרישה זו (Figher 1982)¹⁶. באמירת אמת לחולה יש להביא בחשבון את המשתנים האישיים של החולה ואת הסיטואציה הייחודית המתפתחת בינו לבין הרופא. בכל מקרה על הרופא לוודא מעל כל ספק שהמטופל הבין את העובדות החשובות (Weiss, 1973)¹⁵. נוכל לסכם ולומר כי בהתייחס לחובת אמירת האמת ולגילוי המידע אין כלל אחיד וחד – משמעי.

סיכום

הסיטואציה הרפואית המתפתחת מבוססת על שני בני אדם בעלי רצונות ובעלי רגישויות, המשפיעים על המפגש ביניהם. בדיון על זכויות חולים ועל חובות רופאים, אין לשכוח את ייחודיותו של כל אדם – ומכאן את ייחודו של כל טיפול רפואי. לפיכך, נדרשים הרופאים לדון בכל מקרה לגופו, ולהתאים את מסירת המידע ליכולתו של החולה המסוים, מתוך מאמץ ורצון כן לעשות מלאכתם כמיטב יכולתם והבנתם.

9. Miller L. (1980)-"Informed Consent, Medicine and Law", Jana, 20 (244) Nov. 21, Vol. 244 pp. 2339-2350.
10. Natanzon V. Kline (1960)-186 Kan, 393, 350, pp. 2d 1093.
11. Pappworth M. H., (1967)-Ethical Issue in Experimental Medicine Essay, Ethics and Medicine, London.
12. Ramsey P. (1972)-The Ethics of Genetic Control in: Catz. 12 (1972) Experimentation With Human Beings, N.Y. Yale University p. 487.
13. Szas R.S. & Hollander, M.H. (1956)-The Basics of the Doctor Patient Relationship. Arc Interis Med 97, pp. 585-592.
14. Veach R. (1979)-Case Study in Medical Ethics, Experiment on Humann Beings, Harward Univerty, pp. 266-289.
15. Weiss R. (1973)-Consent to Medical Experimentation in the Eyes of the Law. In: Medical Experimentation, Edited by Carmi, A. (1987).
16. Figher G., (1982)-Legal Problems of Clinical Experiments, in: Medical Experimentation, Its Legal and Ethical Aspects. A. Carmi pp. 99-104. (1987)

המשך בעמ' 26

אתיקה רפואית

פרסומת או זכות הציבור לדעת

עמיר אברהמי, עו"ד

אלי גליקסמן, מ.ס.

סקירה משפטית והסטורית

החקיקה הקיימת בישראל

בישראל איסור הפרסום קיים בקרב כל בעלי המקצועות החופשיים². מרבית החוקים העוסקים ברפואה בישראל הם יציר כפיו של המחוקק המנדטורי ומבוססים על התפיסה האנגלית השמרנית שלפני קום המדינה^{3,4,5}. ההוראות בפקודת הרופאים ובפקודת רופאי השיניים בנוגע לאיסור מוחלט של הפרסום הן זהות. בשתי הפקודות אסור לרופא לפרסם את עיסוקו, במישרין או בעקיפין, אסור לו להרשות פרסומים כאלה, או לעסוק עם יוזם פרסומים. גם מי שמפרסם בעתון או בכתב עת את כשירותו של הרופא אשם בעבירה.

רק שני דברים התירה הפקודה והתקנות שהותקנו על פיה: פרסום מאמרים או עבודות שטיבם מדעי או מקצועי בכתבי עת מדעיים או מקצועיים בלבד⁶ והצבת שלט מחוץ למרפאה (בגודל של 40 ס"מ) עם שמו ותוארו של הרופא⁷. מכאן: ציון שמו של רופא ברשימה בעתון יומי או ציון מקצועו בספר הטלפונים – אסורים. ככל שהדבר נשמע מוזר ואבסורדי, פרסום תורניות בבתי החולים מהווה עבירה על פי החוק.

איסורים אלה אינם יכולים לעמוד בפני מציאות רפואית בה הציבור נזקק למידע והדרכה בתחומים קריטיים ורבי חשיבות, כמו: התגוננות מפני מחלות מדבקות ומגפות: (איידס, פוליו וכו'); רפואה מונעת וגילוי מוקדם של מחלות (בדיקות לגילוי סרטן שד, דם סמוי בצואה, יתר לחץ דם, הגיינה של הפה והשיניים וכו').

איסורים גורפים אלה אינם הולמים תקופה של ריבוי אמצעי מידע ותקשורת מגוונת בצד ערכים חשובים של תחרות חופשית, חרות הביטוי וחופש המידע. בפרט כאשר גוברת ההזדקקות לרפואה משלימה הן באופן פרטי והן באופן ציבורי.

בעידן מודרני בו אמצעים טכנולוגיים משוכללים יכולים להסביר לציבור באופן ברור כללים חשובים של התנהגות, עומדת לרועץ פקודה מנדטורית ששינוי העיתים לא נתן בה אותותיו. למרבה הצער, נראה שהמחוקק של דורנו עדיין דורך במקום, אם כי בפועל קיימת פרסומת⁸.

תחילה נדמה היה שהמחוקק הישראלי נטש את התפיסה הנוקשה ובשנת 1977 כאשר נודמנה לו האפשרות לחוקק חוק בענין הפסיכולוגים⁹ קבע כי שר הבריאות¹⁰ רשאי לקבוע בתקנות מה הפרטים שהפסיכולוג רשאי לפרסם.

סוגית הפרסום של בעלי מקצועות חופשיים היא חדשה יחסית. במאות קודמות כאשר מספרם של בעלי מקצועות אלה היה קטן מאד והם פעלו באזורים מצומצמים לא התעוררו בעיות ימינו – תחרות והצורך של לקוחות פוטנציאליים לחפש ולבחור את בעל המקצוע המתאים. המצב אז היה שבכל כפר או עיירה נמצא בקושי רופא אחד וריפוי השיניים היה חלק מתפקידו של מפרזל הסוסים המקומי, כך שלא היתה תחרות ולחולה לא ניתנה אפשרות בחירה.

ראשוני בעלי המקצועות החופשיים היו בדרך כלל מבני האצולה שלא נזקקו למקצועם לצרכי פרנסה. לכן גם כונה שכרו של הרופא honorarium ולא fee כמקובל היום. כך נולדו הסיפורים על הרופא טוב הלב שלא רק שלא נטל שכר מחוליו העניים, אלא גם היה משאיר להם כסף לרכישת תרופות.

צירוף כל אלה יצר את הנורמה האומרת שפרסומת וחיזור אחר הלקוח אינם הולמים את כבוד המקצועות החופשיים.

התמונה השתנתה בדורות האחרונים, כאשר ההשכלה הגבוהה הדרושה לעיסוק במקצועות החופשיים נעשתה נחלת שכבות רחבות בציבור ולא נחלתם של בני אצולה, והעוסקים במקצועות כאלה מעונינים להתפרנס מעיסוקם. כך נוצר לחץ על המחוקקים ועל הארגונים המקצועיים החזקים, בעיקר רופאים ועורכי-דין, לאפשר מרחב מסוים של פרסום עצמי.

ההתנגדות לאיסור הפרסום נשענת על שורה ארוכה של נימוקים משפטיים וכלכליים מודרניים: יוזמה חופשית, תחרות בשווקים הכלכליים, חופש העיסוק, חרות הביטוי וכו'.

המפנה אירע בארצות הברית בשנת 1977 במשפטם של עורכי דין מאריזונה נגד לשכת עורכי הדין באותה מדינה¹. שם פסק בית המשפט העליון כי החלת איסור הפרסום על עורכי הדין נוגדת את הזכות לחופש הביטוי המובטחת בחוקה. גם במדינות מערב אירופה החל תהליך של שינוי (בדנמרק הפרסום מותר, באנגליה – בהגבלות, ואילו בצרפת ובבלגיה הפרסום עדיין אסור).

עו"ד עמיר אברהמי הוא יועץ משפטי של העמותה לקדום בריאות השן בישראל.

אלי גליקסמן הוא יועץ כלכלי.

שנועדה לתכלית ראויה, ובמידה שאינה עולה על הנדרש.

אפילו נאמר שאיסור הפרסום משרת תכלית ראויה, דבר השנוי במחלוקת, לא יכול להיות ספק שאין האיסור הטוטלי הגורף בדין הקיים יכול לעמוד בקריטריון של "המידה שאינה עולה על הנדרש". כפי שכבר הזכרנו לעיל, ניסוחם הגורף של החוקים אוסר למעשה פרסום תורנויות למקרי חירום או ראיון אם רופא באמצעי התקשורת בדבר אמצעי הגנה ממגפה או מחלקה קשה.

נראה לנו שפרסומת עקיפה באמצעי התקשורת, בה זוכה רופא המדריך את הציבור כיצד להתגונן מפני איידס או סכנות של שיוף מופרו אינה שקולה כנגד התועלת לציבור באותה הופעה.

פסיקת בתי המשפט

לנוכח הוראות חוק שהזכרנו מצאו את עצמם בתי המשפט בישראל מחוייבים לקיים את מצוות המחוקק ככתבה וכלשונה, מבלי שנתנו לעצמם זכות להרהר אחר הדין הרצוי וודאי שלא נתנו דרור למחשבותיהם¹⁵.

תחילתו של המפנה חלה בפסיקת בג"צ בפרשת חברת הביטוח איילון¹⁶. החברה יזמה תכנית ביטוח לריפוי שיניים לפיה רשאי כל אדם להצטרף לתכנית והוא בוחר את הרופא מתוך רשימה שחברת הביטוח מכינה. אותה חברה הכינה תשדיר פרסומת ששודר פעמים אחדות ברדיו והזמין את המאזינים להצטרף לתכנית. בעקבות תלונת הסתדרות רופאי שיניים בישראל הוחלט ברשות השידור להפסיק את שידור הפרסומת מהטעם שיש כאן פרסום עקיף לרופאי השיניים המשתתפים בתכנית¹⁷.

בהגינו על עקרונית חופש העיסוק, הביטוי זכות הציבור לדעת, מבקש כב' השופט אהרן ברק לאזן בין שתי התכליות;

"...מחד גיסא, הגנה על כבוד המקצוע והשמירה על איכותו והצורך להבטיח אמון הציבור בו... מאידך גיסא, שמירה על חופש העיסוק והביטוי, והצורך בהפצת מידע על השירותים שסופו בחירה מודעת בשירות הרצוי לנוקק..."¹⁸

כב' השופט ברק מוצא את האיזון הראוי בכך שפרסום אסור הוא פרסום שעניינו העיסוק בריפוי השיניים עצמו לעומת פרסום מותר של שירות או עיסוק שאינו כשלעצמו עיסוק בריפוי, אך להגשמתו יש להיזקק לרופאי שיניים והוא עשוי להועיל לרופא השיניים. (למשל: מוסד להשכלה גבוהה המפרסם את שירותי החינוך הכוללים בחובם שירותים רפואיים).

מדוע התיר כב' השופט ברק את מה שנראה שאסור?

אולם שר הבריאות לא השכיל לנצל סעיף זה, ולמעשה חזר על האיסורים שבפקודת הרופאים ורופאי השיניים והתיר לפסיכולוג לציין את תוארו ע"ג ניר מכתבים, כרטיסי ביקור וכיוצ"ב, בצד היתר לפרסום שמו, מענו ומספר הטלפון במדריכים מסווגים, יחד עם פסיכולוגים אחרים¹¹.

יתכן והמחוקק העדיף ליתן יד חופשית למשרד הבריאות בנושא הפרסום, שכן בחוק הנוגע לאופטומטריה¹² חזר על אותם איסורים אך הותיר פתח בסעיף 12(ב) לחוק לפיו רשאי מנכ"ל משרד הבריאות "לקבוע כללים בדבר פרסום מידע המתייחס לעיסוק במקצוע". בפתח זה, הקורא לניצול, טרם נעשה שימוש על ידי מנכ"ל משרד הבריאות.

השפעת החקיקה החדשה

1. חוק יסוד: חופש העיסוק (12)

בחודש מרץ 1992 קיבלה הכנסת השתים עשרה את חוק יסוד: חופש העיסוק. על פי סעיף 6 לחוק היסוד החדש כוחה של כל הוראת חוק המנוגדת לחוק היסוד יפוג במלאת שנתיים לחקיקת חוק היסוד.

האם איסור הפרסום נוגד את חוק היסוד: חופש העיסוק?

פרשנות מילולית ודווקנית של חוק היסוד החדש מביאה לכאורה למסקנה שהאיסור הטוטלי על הפרסום אינו פוגע בחופש העיסוק. לדעתנו יש לפרש את החוק החדש לפי מטרתו החקיקתית, שהיא הבטחת חופש העיסוק במובן המטריאלי ולא הנומינלי בלבד. איסור טוטלי של הפרסום פוגע, ללא ספק, באפשרותו של בעל מקצוע חופשי, בעיקר אם הוא איש צעיר או חדש במקצוע, להתפרנס כראוי ממקצועו.

תמיכה להשקפה זו אנו מוצאים בסעיף 2 לחוק המתיר שלילת הזכות לרשיון רק מטעמים מוגדרים שאין אפשרות לעגן בהם את איסור הפרסום.

2. הצעת חוק יסוד: זכויות היסוד של האדם (13)

סעיף 8 להצעת חוק יסוד: זכויות היסוד של האדם, הדין החופש הביטוי, קובע לאמור:

"8. לכל אדם חופש מצפון, חופש הדעה והביטוי וכן החופש לפרסם דעות ומידע ברבים, בכל דרך."

לשון החוק המוצע ברורה וחד-משמעית: קיים חופש לפרסם דיעות ומידע ברבים, בכל דרך.

אין ספק כי על פי נוסח ההצעה לא יוכל איסור הפרסום לעמוד.

על פי סעיף 2 להצעה מותר להגביל זכות יסוד רק בהסמכה מפורשת בחוק, ההולמת מדינה דמוקרטית,

נימוקו:

"הטעם בגישה זאת נעוץ בצורך שלא להרחיב את איסור הפרסום, באופן שיפגע בערכים חשובים שלמדינה ענין בהם, כגון חופש הביטוי והמידע של בעלי המקצועות השונים הנותנים את השירותים ושל הציבור הרחב המבקש לדעת, בלא שתיפגע על ידי כך ההגנה של כבוד מקצוע ריפוי השניים (עמ' 704).

יחד עם זאת, כאשר הוכח שרופא השיניים נתן יד לפרסומים של אחרים ואפילו רק השלים אם קיומם, לא היסס בית המשפט העליון¹⁹ להרשיע את הרופא בעבירת משמעת, גם אם לוותה להפדת האיסור מטרה כנה של קידום ערכים חברתיים, עזרה לזולת וכיוצא ב.

המשכיות של הקו שהותווה לראשונה בפסק דין בענין בג"צ איילון, המשקף את נטיית בתי המשפט לסגת מהפירוש הנוקשה לחקיקה המנדטורית המיושנת הביע גם כב' השופט אורי גורן (בית המשפט המחוזי בת"א) בשני פסקי דין:

בענין אחר²⁰ הנוגע לפקודת הרופאים, קבע כי פרסום לגבי פעילות כללית על עצם קיום המרכז הרפואי מבלי לפרט את דרכי הטיפול וכישורי המטפלים – מותר²¹.

בענין אחר²² הנוגע לחוק העיסוק באופטומטריה, תשנ"א-1991, עשה כב' השופט גורן הבחנה בין פרסום אופטומטרי ועיסוק – האסורים, לבין פרסום מוצרים הנמכרים בעסקו של האופטומטרי – המותרים, גם אם פרסום המוצרים יכול להועיל לאופטומטרים.

בעצם הסמכות שניתנה למנכ"ל משרד הבריאות לקבוע כללים בדבר פרסום מידע, רואה כב' השופט גורן מגמה של איסור פרסום יחיד ולא מוחלט, ומוסיף:

"...אך מתן סמכות כזו מצביע על העובדה שהמחוקק סבר כי קיימים היבטים בתחום של האופטומטריה שמן הראוי שיפורסמו בציבור."

סיכומו של דבר, פסיקת בתי המשפט מבקשת לבקע – בעדינות יתירה ובנפתלות משפטית – את החומה הבצורה של איסור הפרסום, אך אין ספק שעל המחוקק לומר את דברו.

הפתרון המוצע:

הדגם המוצע להלן בא לאזן בדרך חקיקתית ראויה בין הערכים השונים, באופן שיקיים חופש המידע והביטוי מבלי לפגוע בכבוד המקצוע²³.

הציבור הרחב זכאי לדעת על פתיחתו של בית-חולים או מרפאה, לדעת על שעות הפתיחה, את השפות המדוברות ואת מחירי הטיפולים השונים.

כיצד יפנה נזקק לעזרה ראשונה אם לא יפורסם עליה דבר?

לאן תפנה אשה לבדיקת שד אם לא תדע את מקומן של

התחנות ושעות הפתיחה שלהן?

לא רק שאין בדגם המוצע כדי לפגוע בכבוד המקצוע אלא שיש בו כדי להוסיף לו כבוד²⁴.

הפתרון המוצע מתייחס לפקודת רופאי השיניים, אך הוא טוב ומתאים ליתר תחומי הרפואה, כמובן בשינויים המחויבים.

סעיף 41 לפקודת רופאי השיניים, הנושא כותרת משנה של "פרסום מותר", מוגבל בנוסחו הנוכחי רק לפרסום מאמרים בכתבי עת מדעיים או מקצועיים.

מוצע לשנות את סעיף 41 כלהלן:

41. פרסומים אלה לא יהיו עבירה לפי סעיף 38 עד 40 – (א) פרסום של הפרטים הנוכחים בסעיף 8 (ב) לתקנות רופאי שיניים, תשל"ח-1978, כולם או מקצתם:

1. בספרי מען, מדריך טלפון, לרבות מדריך טלפון מסווג, בספרים מסוג "מי הוא מי", ברשימה רשמית של מורשים, הן בארץ והן בחוץ לארץ ובפרסום אחר כיוצא באלה.

2. על נייר מכתבים, כרטיסי ביקור או כרטיסי ברכה, מרשם, קבלה או חשבונית מס וכל טופס משרדי אחר או מסמך היוצא ממרפאתו.

3. על אריזה של תרופות או חומרים או פריטים אחרים המסופקים ע"י המורשה למתורפאים.

4. בהודעה שמורשה רשאי לשלוח לפי סעיף 38 (ב) לפקודה וכן בהודעה על פתיחת מרפאה.

(ב) פרסום של הודעות והזמנות לימי עיון, השתלמויות מקצועיות ומבצעי הסברה לציבור הרחב.

(ג) פרסום מאמרים או עבודות שטיבם מדעי או מקצועי, בכתבי עת מדעיים או מקצועיים בלבד.

(ד) פרסום של מודעה בעתון או בכתב עת אחר, בה מצויינים בנוסף לפרטים הנוכחים בסעיף קטן (א) לעיל סוגי הטיפולים ומחיריהם.

(ה) ציון שם המורשה ותארו –

1. בפרסום לפי ס"ק (ב) ובכל תכנית רדיו או טלוויזיה או בכתבה בעתון בנושא הקשור לריפוי שיניים, שיש בו ענין לציבור.

2. במאמר או במכתב למערכת, או בראיון, המתפרסמים בעתון או בכתב עת אחר בנושא הקשור לריפוי שיניים שיש בו אופי ציבורי או מאמר או מכתב לשם תיקון דברים שנתפרסמו ברבים או להגנתו האישית של המורשה.

(ו) כל פרסום המותר למורשה לפי סעיף זה יהא מותר, בשינויים המחויבים, גם למרפאות של תאגידים לפי סעיף 3א לפקודה.

(ז) תאגיד המחזיק או מנהל מרפאת שיניים בהתאם לסעיף קטן (ו) רשאי לפרסם את השירותים המוצעים על ידו או מטעמו. אולם פרסום כאמור לא ינקוב בשמו של מורשה, אלא אם הפרסום הוא בקרב חבריו או לקוחותיו של אותו תאגיד.

סיכומה של ההצעה

אם זהירות מחויבת הודגשה בפסק דינו של כב' השופט ברק בפרשת בג"צ איילון "...ההבחנה בין פרסום אסור לבין פרסום מותר לעתים אינה חדה. בין שני הקצוות ישנם, מטבע הדברים, מקרי גבול"²⁵ באה הצעתנו לקבוע תחומי גבול שעיקרם הבחנה בין מידע אובייקטיבי (קיום מרפאה, שעות פתיחה, מחירים וכו'), שפרסומו יהא מותר, לבין פרסומת מסחרית שעיקר מטרתה לשבח את "המוצר" או להטיל דופי באחר, שתהא אסורה מטעמים של שמירת כבוד המקצוע.

בהגינו על זכות הציבור לדעת לא פגענו בכל ערך אחר.

בחות דעתי שהפרסומת אסורה וכי רשות השידור תעבור עבירה פלילית אם תשרר את הפרסומת.

18. בג"צ 896/87 בענין איילון הנ"ל, עמ' 703.

19. ע"א 3786/90 דר' יעקב ברק נ' שר הבריאות, פסק דין מיום 14.1.92, (פ"ד מ (1) עמ' 661).

20. החלטה מיום 12.12.91 ה"פ 1779/91 (ת"א) מרכז רפואי יונה בע"מ נ' מדינת ישראל – טרם פורסמה.

21. פסק דין סופי ניתן על ידי כב' השופט גורן באותו ענין ביום 12.12.92 ושם נקבע:

"מרכז יונה יכול לפרסם את עצם קיומו של המרכז ואת פעילותו הכללית. עם זאת, אין המרכז יכול לפרט את תחומי הרפואה בהם הוא עוסק, כישורי המטפלים ומומחיותם, דרכי הטיפול המיוחדות, תכשירים מיוחדים המסופקים על ידו וכיוצ"ב."

פסה"ד טרם עבר את מבחנו של בית המשפט העליון וכנראה שיוגש עליו ערעור.

22. החלטה מיום 18.5.92 ה"פ 357/92 (ת"א) איגוד האופטיקאים והאופטומטריסטים בישראל ואח' נ' אופטיקנה ואח' – טרם פורסמה. החלטה זו ניתנה בהליך ביניים, אך לאחרונה הסכימו הצדדים שהחלטה זמנית זו תהיה בגדר פסק דין בתיק העיקרי, ובכך הסתיים הדיון.

23. וישומה של ההצעה הלכה למעשה יביא לקביעת מבחנים נוספים בתחומי המותר והאסור. למשל: האם מותר לרופא לשגר הודעה על העתקת המרפאה בהודעות ענק על נייר כרומו מפואר כדוגמת חברות מסחריות? ומה דינו של רופא המפזר את כרטיסי הביקור בתיבות המכתבים?

אין ספק כי הן משרד הבריאות והן ועדות האתיקה של ההסתדרות הרפואית יצטרכו ליתן על כך את הדעת. בכל מקרה, ודאי שבתי המשפט יקבעו את הנורמות המקובלות ותהליך זה ימשך תקופה ארוכה עד לקביעת דפוסי אחידים.

24. נרמה שכתבות שונות שפורסמו בעיתונים בנושאי רפואת שיניים, בהן הקפידו המרואיינים לא לנקוב בשמותיהם אלא רק בר"ת של שמותיהם – הן אלה שפוגעות בכבוד המקצוע. קורא העתון ודאי יתהה מדוע מתירא יו"ר הסתדרות רפואית מכובדת להתייבב בשמו המלא, שעה שהוא משיב לשאלות המצויות אותה עת בכותרות.

25. בג"צ 896/87 הנ"ל, עמ' 704.

(ח) תאגיד כאמור בס"ק (ה) יציב מחוץ למרפאה שלט בו יופיע שמו באופן בולט; הודעה או שלט כאמור לא ינקבו בשמו של מורשה.

(ט) בית חולים, קופת חולים, קיבוץ, רשות מקומית, חברת ביטוח או חבר בני אדם המספק שירותי רפואת שיניים או שהתקשר עם מורשה או תאגיד כאמור בס"ק (ו) לשם אספקת שירותי רפואת שיניים, רשאי לפרסם את הדבר בעתון או בכתב עת אחר וכן להודיע לכלולים בהסדר על תנאיו ועל השרותים הניתנים לפיו.

מקורות והערות

1. Bates & Van O'Steen Vs. The State Bar of Arizona
Philip Kolter, Marketing Management Analysis, Planning and Control, 3rd Edition (Englewood cliffs, New Jersey; Prentice-Hall Inc. 1976), p. 337
2. א. סעיף 55 לחוק לשכת עורכי הדין, תשכ"א – 1961;
ב. תקנה ו(13) לתקנות רואי-חשבון (התנהגות שאינה הולמת את כבוד המקצוע), תשכ"ה – 1965;
ג. תקנה ו(13) לתקנות שמאי מקרקעין (אתיקה מקצועית), התשכ"ו – 1966;
3. פקודת בריאות העם, 1940.
4. פקודת רופאי השיניים (נוסח חדש), התשל"ט-1979 היא נוסח חדש של פקודת רופאי השיניים משנת 1945.
5. פקודת הרופאים (נוסח חדש), התשל"ז-1976 – 1976 היא נוסח חדש במקום פקודת המתעסקים ברפואה משנת 1947.
6. סעיף 41 לפקודת רופאי השיניים (נוסח חדש), התשל"ט-1979.
7. תקנה 8 לתקנות רופאי שיניים, תשל"ח – 1978. תקנות אלה ביטלו תקנות ישנות משנת 1945.
8. לא בכל מקרה ננקטים הליכים משפטיים בגין פרסומים אלה, והם ניוממים בעיקר על ידי ארגוני רופאים, שחבריהם נפגעו ממשיית עקב תחרות לא שווה, ולא דוקא על ידי התביעה הכללית. ספק רב אם פרקליטות המדינה תגיש כתב אישום פלילי או תביעה אזרחית נגד בית חולים או מפראה מפרסמים, דרך משל, מבצע לגילוי מקורם של סרטן. בתביעה אזרחית בעילה של היפר חובה הקוקה קשה להוכיח כיצד, אם בכלל, ציבור כלשהו ניזוק מאותו פרסום.
9. חוק הפסיכולוגים, תשל"ז – 1977.
10. סעיף 6 לחוק הפסיכולוגים הנ"ל.
11. תקנות הפסיכולוגים (פרסומת) תשל"ט-1979.
12. חוק העיסוק באופטומטריה, תשנ"א – 1991.
13. ס"ח תשנ"ב, עמ' 114.
14. טיוטת הצעה של ועדת החוקה של הכנסת מיום 14.12.92.
15. למשל: המר' 1003/87 (חיפה) הר"ש נ' א.ר.י. ואח', פ"מ ע' 190, בה אסר כב' השופט זהבי (בית המשפט בחיפה) על פרסום מודעה אודות מרפאת שיניים לעזרה ראשונה.
16. בג"צ 896/87 איילון חברה לביטוח בע"מ נ' רשות השידור ואח', פ"ד מג(ו) ע' 701.
17. למרות ששמות הרופאים לא פורסמו. לאחר הגשת העתירה פנתה רשות השידור ליועץ המשפטי של משרד הבריאות שקבע

התקנה הראויה לתסמונת שלאחר זעזוע מח

של המקרים. חבלות ראש חמורות, לעומת זאת, עלולות לגרום לשברים בגולגולת, קרעים בקרום המוח, מעיכת רקמת המוח, דימומים ושנויים אנטומיים אחרים בחלל הגולגולת ובמח. אלה כרוכים לרוב בתרדמת ממושכת ואז החולה טעון ניטור במחלקה לטיפול נמרץ ולעתים התערבות נירוכירורגית⁵. בחלוף התרדמת, אשר עלולה להמשך שעות וימים ארוכים, עלול החולה ללקות בשתוקים, פגיעה קוגניטיבית, התקפי כפיון ופגיעות אחרות "אוביקטיביות" שנוכחותן ניכרת הן בבדיקה הנירולוגית הגופנית והן בבדיקות העזר.

הדיון במצב זה, המוגדר כחבלת המוח – CONCUSSION OF BRAIN, חורג ממסגרת רשימה זו.

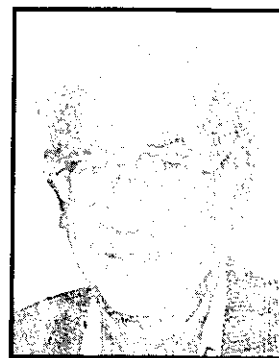
זעזוע המוח הכרוך באבדן הכרה לטוח קצר, להלן "חבלת ראש קלה" (MILD HEAD INJURY), שכיח למדי בתאונות דרכים ועבודה. באזורים עירוניים וכפריים בארה"ב מוערכת שכיחותו בעשרים השנה האחרונות ב-150-120 נפגעים בשנה על כל 100,000 תושבים⁶. מאחר וחבלת הראש הקלה אינה גורמת למות אין בידינו נתונים אודות השפעתה המידית והמאוחרת על רקמת המוח מבחינה אנטומית-פתולוגית והתצפיות בתחום זה נאספו רובן ככולן בניסויי חיה. למידע זה נודעת חשיבות לא מעטה לאור השיקולים בדבר הקשר האפשרי בין זעזוע המוח לבין התסמונת שלאחר זעזוע מח המתפתחת בהמשך במקרים לא מעטים.

מניסויים שנערכו בחיות מעבדה מתברר כי תוך 24-12 שעות לאחר החבלה עלול להופיע עיכוב בזרימת חמרי החילוף, הקיימת בסיבי העצב מגוף התא בכיוון הרחיקני – ANTEROGRADE AXONAL TRANSPORTATION, ובהמשך תופיע תפיחות מוקדית של הסיבים FOCAL AXONAL SWELLING. מצב זה נגרם כתוצאה מן החבלה הרגעית ואין פירוש הדבר ניתוק של סיבי העצב⁷.

כשלושה חרשים לאחר החבלה⁸ יחולו בסיבי העצבים שינויים ניווניים ונסיון של רפוי עצמי ע"י רגנרציה. תצפית זו נוגדת את ההנחה המקובלת בדבר העדר כושר של רגנרציה במערכת העצבים המרכזית. בנוסף להשפעה זו על סיבי העצב לטוח הארוך נמצא כי לחבלת הראש הקלה ישנה השפעה לטוח קצר על כלי הדם בקרום מח הרכים⁹. עד כאן, באשר לניסויים בחיות מעבדה.

בתחום הקליני נמצאו שנויים רדיולוגיים קלים בצלומי מח ממוחשבים ב-13% מתוך קבוצה של 1000 חולי

זעזוע מח,
CONCUSSION OF
BRAIN – באנגלית;
COMMOITIO CEREBRI
– בלטינית, מוגדר
כ"תסמונת קלינית
המאופיינת ע"י
פגיעה מידית וחולפת
בתפקוד מערכת
העצבים ואשר כוללת:
שנויים במצב ההכרה,
הפרעה בראיה, בשווי
המשקל וכו'. זאת
כתוצאה מהפעלת כח



ד"ר אהרון ארלזורוב

מיכאני¹. הגדרה זו, שזמנה כמחצית היובל, אינה שונה במהותה מהגדרות עדכניות המופיעות במקורות אחרים^{2,3}. במונחי יום-יום פירושה: חבלת ראש, לרוב קלה, ואשר גורמת לנפגע אבוד הכרה זמני, הנמשך ברוב המקרים שניות מספר עד דקה או שתיים. בהמשך חוזר הנפגע להכרה מלאה ובדיקתו הנירולוגית תקינה. התאונה אינה קיימת בזכרונו של החולה ולפעמים ישנו אבדן זיכרון לגבי פרק זמן שלפני החבלה – RETROGRADE AMNESIA, או אחריה – POSTTRAUMATIC AMNESIA.

בהתאם להנחה המקובלת זעזוע המוח עצמו אינו גורם לשנויים ברקמת המוח. בהמשך עלולה להופיע תסמונת שלאחר זעזוע המוח POSTCONCUSSION SYNDROME, שהינה שורה של מיוחסים "סוביקטיביים" שעיקרם: כאבי ראש, הפרעה בקשב (ATTENTION), בריכוז ובזיכרון לטוח קצר, אי יציבות רגשית, ירידה בסף התסכול, הפרעה בשינה ובתפקוד המיני⁴. תסמונת זו גורמת סבל והפרעה בתפקוד המקצועי, המשפחתי והחברתי ומיוחסת ע"י החולה לזעזוע המוח. כפי שיתברר להלן נסיבות הקשר שבין החבלה לבין התסמונת שלאחריה לא תמיד ברורות כל צרכן ומכאן פתוחה הדלת לטענות שוא ולהתחזות, שכן הבדיקה הנירולוגית – כאמור לעיל – תקינה, ובדיקות העזר, כמו אלקטרואנצפלוגרפיה, צלומי מח ממוחשבים, צלומי תהודה מגנטית של המוח ובדיקת פוטנציאלים מעוררים (EVOKED POTENTIALS), – תקינות גם הן ברוב המכריע

ד"ר אהרון ארלזורוב הוא מנהל המחלקה הנירולוגית במרכז הרפואי "אסף הרופא".

חבלת ראש קלה¹⁰ ואילו בצלומי תהודה מגנטית של המוח הערכים גבוהים מעט יותר¹¹.

באשר לבדיקות האלקטרופיסיולוגיות, אין לצפות לממצאים משמעותיים באלקטרואנצפלוגרפיה וזאת, בין השאר, בהתחשב בשוני הבין אישי הנרחב של תרשימים אלקטרואנצפלוגרפיים המקובלים כתיקנים. גם מבדיקת הפוטנציאלים המעוררים, ובכלל זה פוטנציאלי השמיעה המעוררים -- BRAINSTEM AUDITORY EVOKED POTENTIALS, אין לצפות לממצאים משמעותיים בתסמונת שלאחר זעזוע המוח¹².

ניתן, אם כן, לראות תסמונת זו כ"סוביקטיבית" מעיקרה. מה עוד, שבמקרים לא מעטים היא מופיעה מאוחר, כאשר החולה יוצא משלב ההחלמה וחוזר להתמודד עם קשיי יום-יום. להוסיף, כי לא תמיד קיים יחס ישיר בין עצמת החבלה לבין חומרת התסמונת שבהמשך. הויכוח בדבר מהותה של התסמונת שלאחר זעזוע מוח, ואם היא ביסודה "אורגאנית" או "נוירוטית" החל במחצית השניה של המאה הקודמת עם רבוי תאונות הרכבת¹³ ועודנו נמשך¹⁴. מקובל לחשוב כי במקרה של תביעת נזיקין התלויה ועומדת, תחלוף התסמונת עם יישוב בעיית דמי הפיצויים. תצפית של RUTHERFORD³ לא בהכרח תואמת הנחה זו. מאידך גיסא סביר כי נפגעים, שהסדר פיצויי הנזיקין מתמשך לגביהם מעל לזמן הסביר, יגזימו בתלונותיהם. מכאן קרובה הדרך לניירות תגמולים ואף להתחזות.

לפנינו תסמונת קלינית הנמצאת בצומת שבין מחלה נוירולוגית "אורגאנית" לבין מצב "נוירוטי"-תגובתי, ובמקרים לא מעטים מעורבים בה יסודות של נוירות תגמולים והתחזות. כאמור לעיל, תלונותיו של החולה, ותהיינה מגוונות ככל שתהיינה, הן "סוביקטיביות" מעיקרן ואילו ההבט "האוביקטיבי" שלהן קלוש. להוסיף, כי הגבול בין ה"סוביקטיבי" וה"אוביקטיבי", ככל שהדברים נוגעים ברפואה, אינו קבוע והוא עשוי להשתנות עם פתוח אמצעי האבחון. הנה כי כן תרמה האלקטרואנצפלוגרפיה מצד אחד להוכחת הרקע הכפיוני-אורגאני של מצבים שנחשבו מלכתחילה כהיסטריים. מצד שני ניתן בעזרת בדיקה זו להוכיח את הרקע ההיסטרי של התקפים דמויי כפיון, הנראים

מקורות

1. Head Injury Nomenclature: A Glossary of Head Injury Prepared by Ad Hoc Committee of Neurological Surgeons. Clin. Neurosurg. 1966; 12: 306-320
2. Adams RD, Victor M.: Principles of Neurology. New York, McGraw-Hill, Third Edition, 1991, pp. 644-648
3. Rutherford WH.: Postconcussion Symptoms: Relationship to Acute Neurological Indices, Individual

לכאורה כאורגניים -- PSEUDO SEIZURES. נחזור לעניינו: יש רגליים לסברה כי במקרים של דחיית הסדר הנזיקין מעל ומעבר לזמן הסביר עלולה התסמונת שלאחר זעזוע מוח להפוך למציאות המפרנסת את עצמה, בבחינת מעגל קסמים הפועל בניגוד לטובתם של המבוטח ושל המבטח גם יחד.

בבואנו להעריך את דרגת הנכות בתסמונת שלאחר זעזוע מוח אנו מסתמכים בדרך כלל על סעיף 34 מקובץ התקנות בדבר קביעת דרגת נכות והמבחנים הרפואיים, חוק הבטוח הלאומי¹⁵ ולהלן: "קובץ התקנות". השיבוץ של התסמונת המסגרת סעיף זה אינו פשוט ולהלן שתי דוגמאות:

א. השמוש במונח "סמנים סוביקטיביים" ו"סמנים אוביקטיביים" (סעיף 34 ב.ג.) לא תמיד תואם את דרגת הנכות, כי במקרים לא מעטים "הממצא האוביקטיבי" אינו אלא סטיה אלקטרואנצפלוגרפית שולית אשר לרוב אין לה כל בטוי קליני והקשר בינה לבין החבלה אינו ברור.

ב. ספק אם "סמנים קליניים ברורים המגבילים באופן ניכר את ההתאמה הסוציאלית וכושר העבודה" (סעיף 34 ד.) אכן ראויים לדרגת נכות קשה יותר מ"סמנים אוביקטיביים וסוביקטיביים המגבילים באופן בולט את ההתאמה הסוציאלית וכושר העבודה" (סעיף 34 ג.) שכן, לענינו דרגת הנכות נקבעת בהתאם לדרגת המוגבלות וכל זמן שהבולט עולה על הניכר¹⁶ מאי נפקא אם הסמנים הנם "קליניים" או "אוביקטיביים"?

התסמונת שלאחר זעזוע מוח הנה, אם כן, תסמונת מוגדרת ושכיחה למדי ולח מספר סמנים אפיניים, מעיקרם "סוביקטיביים". הצלחת הטפול במצב זה מותנית בין השאר בהסדר תוך פרק זמן סביר של בעיית הנזיקין. בהתחשב עם קשיים מסויימים בהערכת הנכות הנגרמת מתסמונת זו לפי סעיף 34 מקובץ התקנות, נשאלת השאלה אם לא מן הראוי להתקין בקובץ התקנות סעיף נפרד להערכת הנכות הנגרמת כתוצאה מחבלות הראש, הן קלות והן חמורות.

לפי שעה, כשאנו צריכים להעריך נכות הקשורה בזעזוע מוח לא נותר לנו אלא להצטרף לסעיף 34 בקובץ התקנות, חרף הבעיות הכרוכות בהסתמכות על סעיף זה.

- Differences and Circumstances of Injury, in: Levin, Eisenberg, Benson, eds, Mild Head Injury, New York, Oxford University Press, 1989, pp. 217-228
- Bincler IM.: Persisting Symptoms After Mild Head Injury: A Review of the Postconcussive Syndrome. J. Clin. Exp Neuropsychol. 1986; 8: 323-326
- Shoshan I, Umansky F.: Surgical Management of Post 41 המשך בעמ' 41

רפואה ומשפט גליון מס' 8 - מאי 1993

רפואה משפטית

בדיקת אנשים חיים ברפואה המשפטית המעשית

בדיקת אנשים חיים. המאמרים אף מעוררים בדיקות כאלה. מדגישים בהם את הפארדוקס, שבמקרי מוות – שמבחינת החקירה ערכם לא רב, תמיד מתבצעת בדיקת הגופה, והרופא המשפטי מוסר עדות מקצועית. לעומת זאת – כשהדבר נוגע לבדיקת אנשים חיים – כשהמקרה והעונש המתבקש ממנו הוא חמור – בדיקות הנפגעים לא מתבצעות ע"י רופא משפטי מקצועי.

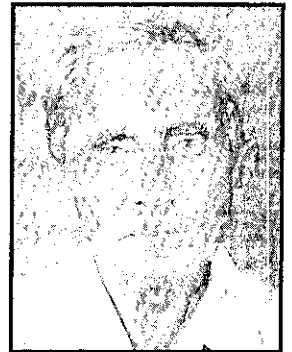
לעתים קרובות תאור הנזקים ע"י הרופא המטפל לא מתיישב עם קלסיפיקציה הנזקים המקובלת ברפואה המשפטית. האבחנה לא פעם מטעה. גלד שכיסה פצע קרע אחרי מכת פטיש, תואר כחתך. פצע דקירה בבטן, אשר לגביו הכרחי תאור קפדני ומדויק, כדי להשוותו עם מכשיר הדקירה, תואר במילה אחת "חור". כל אחד מן הרופאים שראו את הפצע, קבע מימדים שונים – מ"מ 0.5 עד 2.0 ס"מ. ומכאן שנמנע היה לקבוע את המכשיר ומנגנון גרימת הנזק.

ביחוד לוקים בתאורם המקצועי פצעי ירי. כאן מתעוררות שאלות מדיקו-קרימינולוגיות ובליסטיות. פצע (חור) הכניסה, פצע היציאה, כיון הירי ומסלול הקליע בגוף האדם, טווח הירי ונוכחות או העדר גורמי ירי נוספים, היחס ההדדי בין היורה והנפגע בשעת הירי, סיבת המוות והיכולת של הקרבן לבצע פעולות גם לאחר נזק קטלני, סוג וכלי הירי והתחמושת, מהירות הקליע באוויר.

בתאונות דרכים, כשהנפגע מגיע עם נזקים חמורים, אין הרופאים הקלינאים מוצאים לנחוץ לסמן שריטות ושטפי דם תת-עוריים, שהם – אמנם – ללא חשיבות לטיפול אך ערכם רב לקביעת מנגנון הנזקים. כך במקרי תאונות דרכים ע"י רכב. כאן מתעוררות השאלות, איך ובאיזה חלקי רכב נגרמו החבלות, האם היתה דריסה וגרירה על הכביש, ויותר מזה – הצורך לקבע מי היה הנהג ומי היושב על ידי הנהג, במקרה שאחר נהרג. זכורים לי מקרים כאשר לפי נזקים קלים יחסית של הנפגע, אך בתאום ובהשוואה עם הנזקים שנגרמו למכונית ניתן היה לפתור בעיה זו.

על הרופא הקליני לזכור, שאבחנה קלינית לא נכונה ולא מדויקת יכולה להביא להרשעת שווא של אדם החשוד. רופא קליני בכיר שנקרא לקבוע אבחנה לגבי נזקים מסויימים לגוף ילד, קבע שנגרמו עקב ישיבת הילד במים חמים. נגר האם החשודה הוגש כתב אישום.

הרפואה המשפטית במובנה הצר מוגדרת כמקצוע רפואי עצמאי, המסתמך בעבודתו המעשית על עקרונות ושיטות העבודה של הרפואה. היא נועדה להסביר, ליעץ ולתת תשובות על השאלות הספציפיות המתעוררות אצל אנשי החקירה בקשר לחיי אדם ובריאותו, ויכולת



ד"ר בצלאל בלון

תפקודו, עקב פעולה נגדו מצד גורמים חיצוניים שונים, הן במישור הפלילי והן האזרחי.

למרות הגדרה ברורה זו, מקובלת הדעה, שתחום עיסוקו ועבודתו של הרופא המשפטי מתרכזים רק בבדיקת גופות שלאחר המוות ואין לו ולא כלום עם בדיקות אנשים חיים, גם כאשר הבדיקות הנוגעות מתייחסות לשאלות ספציפיות בתחום הרפואה המשפטית.

גישה כזאת ביחס לבדיקת אנשים חיים ע"י הרופא המשפטי באה אלינו כנראה מהארצות האנגלו-סקסיות, וליתר דיוק מארצות הברית. מכאן גם השם המקובל בארצות הברית – ובמידה רבה גם אצלנו – "פאתולוגיה משפטית" – כשהמונח "פאתולוגיה" בא להדגיש את תחום עיסוקה של הרפואה המשפטית רק במקרי מוות. לעומת זאת, ברוב מדינות אירופה בדיקות אנשים חיים מסיבות שונות ולמטרות שונות מהוות חלק נכבד ובלתי נפרד של עבודת הרופא המשפטי.

בארץ, במקרים טראומתיים-חבלתיים רבים, שנגרמו על רקע פלילי או כתוצאה מתאונות (דרכים, עבודה או אחרות) בדיקת הנפגע נעשית ע"י רופאים כלליים, שחסרה להם המודעות והנסיון הספציפי הרפואי-משפטי. יש מקרים שבהם הנפגעים מנזקים קלים כלל לא נבדקים ע"י רופא, או לכל היותר מסתפקים ברישום רפואי כללי, שהוא חסר כל ערך ראייתי.

בזמן האחרון הופיעו בספרות הרפואית המשפטית, כולל האמריקאית, מספר מאמרים המכירים בחשיבות הבדיקות הרפואיות המשפטיות הקליניות, כלומר

ד"ר בצלאל בלון הוא פאתולוג ותיק והיה מנהל המכון לרפואה משפטית.

לדעתי – הדבר לא התחייב מן הממצאים לגבי מיקום וצורת הנזק.

במהלך בדיקה מדיקולוגית של אנשים חיים (וכך גם, בבדיקת גופות) ישנה חשיבות רבה לבדיקת ותאור בגדי הנפגע. במיוחד כשמדובר בנזקים של פצעי דקירה, חתך, קציצה, ירי ועוד. הנזקים בבגדים משקפים לפעמים את צורת המכשיר וכשעוסקים בפצעי ירי, ניתן למצא עליהם סמני וגורמי ירי קרוב, מה שלא ניתן לגלות על הגוף, כי הבגדים עצרו בעדם. לפי סמנים אלה ניתן לקבוע את כוון הירי, את טווח הירי ואת פצע הכניסה.

התבקשתי לפני מספר שנים לבדוק גבר, שנורה באיזור הבטן ולקבוע את כוון הירי ואת מקום פצע הכניסה ופצע היציאה. הנפגע היה מאושפז בבית החולים האנגלי בנצרת. במסמכים הרפואיים נרשם, כי ישנו פצע יריה בגב התחתון ובבטן עם נזק למעיין. בוצעה הטריה של הפצעים. שום סמנים אחרים, שיכלו להצביע על כניסת ויציאת הקליע לא נמצאו. הבגדים לא נבדקו. במהלך בדיקתי גיליתי באיזור הגב והבטן שני פצעים עגולים שקטרים 0.7-0.8 ס"מ עם שפות שלאחר הטריה. בבדיקה קפרנית של עור הבטן סביב הפצעים, ניתן היה לאבחן סימני גרגירי אבק שריפה בודדים ומפוזרים, שהרופא הקליני לא מצא לנחוץ לציינם, סימני אבק שריפה נמצאו גם בדפן הקרמי של החולצה. לא היה עוד ספק, שפצע הכניסה נמצא לפנים והיציאה מאחור, כוון הירי מלפנים אחורה.

בדיקות אנשים חיים מתבצעות לפי בקשת מוסדות החקירה ולמטרות שונות. רוב הבדיקות נעשות בקשר לפגיעות מכניות-פיזיות. במקום השני נמצאים פשעי מין שונים. לרבות מעשי אינוס ומעשי סדום, ואלה דורשים התיחסות מיוחדת. לפני שהרופא ניגש לבדיקת הנפגע, עליו לדרוש ולקבל את תיאור נסיבות האירוע, ואת הפרטים הרלוונטים לבדיקתו.

אני חולק על אלה החושבים שעל הרופא הבדוק להמנע ממידע כזה בטענה שהדבר יכול להשפיע על אובייקטיביות הבדיקה. מצד שני – הנסיבות אינן מחייבות את הרופא ובמהלך בדיקתו הוא צריך לקבוע ולציין עד כמה הממצאים שלו תואמים או נוגדים את פרטי הנסיבות. לפעמים כשנדרש מידע נסיבתי מדויק ומפורט, על הרופא הבדוק ליזום עם אנשי החקירה יציאה אל זירת האירוע. נהגנו כך לא פעם, והדבר סייע להגיע למסקנות נכונות.

בהתחלת בדיקתו על הרופא לשמוע באופן ישיר את גירסת הנבדק, אך הוא צריך להמנע מויכוחים אתו על אמיתות דבריו. שטח זה ישאיר לחוקר. אם הנבדק עבר בבדיקה רפואית קודמת ובמיוחד אם היה מאושפז, הכרחי לקבל ולציין במסמכים ולהתייחס אליהם במידת הצורך. אני מודע לקשיים שהמוסדות הרפואיים מערימים בדרכו של רופא שרוצה לקבל מידע כזה, (במיוחד כשהוא מופיע מטעם ההגנה) אך הנתונים הרפואיים האלה הכרחיים לרופא הבדוק.

הבדיקה צריכה לכלל תאור מדויק של המיקום הטופוגרפי בגוף הנבדק, צורת וגודל הנזק על כל פרטיו, המימדים המדויקים, עומקו וכוונו של הפצע, מצב העור והרקמות סביב. חשוב לציין במיוחד את סמני הטפול הרפואי ומהותו, שלבי ההחלמה, אם התחילו. שינויי צבע, הגלדה, הצטלקות, סיכוכים במהלך הטפול. בהתאם לצרכי הבדיקה, חייב הרופא לסמן גם ממצאים שאינם בעלי ערך רפואי אבחנתי או טפולי ואינם נראים רלוונטיים בזמן הבדיקה, אך יכולים להיות בעלי חשיבות משפטית במהלך החקירה, אפילו כעבור שנים. סמני לכלוך, מריחות, דקירות מחט, סמני ירי נוספים, פיח (גרגירי אבק שריפה). אם יש חשיבות לנזקים שנגרמו לבגדים, אזי צריך לבדוק גם אותם. במיוחד לשם התאמה עם הנזקים הגופניים. בדיקה כזאת של הבגדים אינה מונעת מלבצע בדיקה נוספת משלימה ע"י מעבדות המטה הארצי.

לפעמים פרוט ותאור יתר של הנזק אשר הוגש כשהוא לא מסודר ולא קומפקטי, מכביד על הקריאה ומקשה להבין למה הרופא מתכוון, לכן ניתן לפעמים, כבר בחלק התאורי של הבדיקה, לסמן את האבחנה הרפואית המשפטית המקובלת.

לא פעם נתקלתי בכתבי אישום של מוסדות החקירה, כשבהם ההערכה של חומרת הנזק נעשית מבלי להתייעץ עם הרופאי המשפטי על מחות הנזקים מבחינת הסיכון לחיים, ובהתייחס לזמן הטפול ותוצאותיו. לדעתי גישה כזאת אינה נכונה.

כל האמור כאן, אינו יכול לבא כתחליף להוראות מפורטות לבדיקות של אנשים חיים מבחינת הרפואה המשפטית. הכוונה היתה להדגיש את חשיבות הבעיה ולהסב את תשומת הלב של הרופאים הבדוקים ושל אנשי החקירה לחלק קטן מהליקויים בהם נתקלים הרופאים הפאטולוגים במהלך עבודתם.

מחשבות על חוות דעת רפואית

משום מה, ביום התאונה. לפני קיים דף חלק... התובע שוכח תאונות קודמות שעבר וכדומה. התובע, בראיתו הסוביקטיבית, חושב לעיתים קרובות כי מצבו קשה יותר מאשר במציאות האוביקטיבית ומציג עצמו בפני הרופא בהתאם.

לעיתים, אין התובע נראה אמין בעיני הרופא: המידע על עברו, אופי תלונותיו והממצאים בבדיקה הגופנית, נראים בלתי סבירים. הרופא מתרשם כי קיימת התחזות או הגזמה יתרה. למרות זאת, הוא מחליט לכתוב חוות דעת מטעם התובע. בפרפראזה על הביטוי ש"לא ניתן לפתות בחורה שאיננה מעונינת להתפתות". כך הדבר ביחס לחלק מהרופאים שנכנעים ללחץ מצד התובע או עורך-הדין מטעמו. ישנם רופאים הידועים כמרבית במתן אחוזי נכות ללא הרהורים מרובים ומגיעים ליעילות רבה. יש הפועלים בשיטת "השלים את החסר". כלומר, חוות דעתם הן סטנדרטיות וזהות זו לזו, כולל הציטטות מהספרות. השוני היחיד הוא בשמות הנבדקים והתאריכים.

חוות דעת מטעם הנתבע:

כאן הרופא מודע יותר מחברו לקיום אפשרות של תביעות שווא, התחזות והגזמה. עם זאת עליו להיות אמין ולעמוד בלחצי הנתבע ששואף כמובן להמעיט מנכותו של התובע וכך גם להקטין את הפיצוי שמגיע לו.

חשוב ביותר שהרופא יהיה חסר פניות ולא יושפע מהצד המממן את שירותו. לא תמיד הדבר כך.

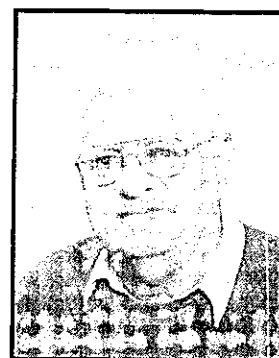
ניתן לפגוש מדי פעם בחוות דעת שניתנו ע"י רופא על פגיעות דומות, אך המסקנות בהן שונות בתכלית זו מזו, בהתאם לצד שהרופא אמור ליצג. נתקלתי במספר מקרים קיצוניים. לדוגמה: רופא קבע נכות כחבר בוועדה רפואית מטעם המוסד לביטוח הלאומי. מאוחר יותר, פנה הנפגע – באפן פרטי – לאותו רופא, לקבלת חוות דעת רפואית. בחוות דעת זו, אחוזי הנכות עלו פלאים...

חוות דעת ע"י מומחה מטעם בית המשפט:

הרופא מטעם בית המשפט מקבל מידע משני הצדדים. קביעתו היא זו שמדריכה את בית המשפט. הוא אמור להיות אוביקטיבי בהחלטותיו ולכאורה אמין יותר מהרופאים מטעם הצדדים.

לעיתים, מומחה זה רואה את עצמו כאילו הוא השופט בכבודו ובעצמו. את החלטתו הוא רואה כסופית ואינו

חוות דעת רפואית היא מונח המוכר לכולנו. המעורבים השונים מסתכלים עליה מזווית ראייה שונת, לעיתים מנוגדות. התובע ובא כוחו תולים בה תקוות רבות ומסתמכים עליה כאמצעי לקבלת פיצויים גבוהים ככל האפשר. לעומתם הנתבע ובא כוחו משתדלים להמעיט



ד"ר משה לוטם

בחיובות הפגיעה ולהפחית מחויבותו לפיצוי. בית המשפט רואה בה מסמך מקצועי שידריך אותו בבסיס לפסיקתו.

הרופא הוא איש המקצוע אשר בידיו הידע והכלים להערכת הנכות.

כיצד נערכת חוות הדעת?

הרופא מאזין לסיפור המעשה, מעיין בחומר שלפניו, בודק את התובע ובונה לעצמו תמונת מצב. עליו לאבחן את מצבו את של הנפגע כיום, תוך השוואה עם מצבו בעבר, ועליו לקחת בחשבון את מצבו בעתיד. על סמך כל זאת על הרופא לקבוע נכותו של התובע עקב התאונה.

חוות הדעת אמורה להיות אמינה. עם זאת נוכל לראות כי קיימות לעיתים סטיות. הדבר תלוי בנפשות הפועלות אך גם בסיבות אובייקטיביות.

חוות הדעת ניתנת ע"י הרופא לבקשת אחד הצדדים או לבקשת בית המשפט.

חוות דעת מטעם התובע:

מדרך הטבע עורך הדין מצד התובע עושה ככל יכלתו ליצג את מרשו ולהשיג עבורו את המירב שניתן. הוא אמור לספק לרופא שמטעמו, את המסמכים הרלוונטים, לרבות מידע על עברו של התובע. לעיתים הוא מציג בפני הרופא חצאי אמיתות, ואין הרופא יכול לדעת אם המידע שקיבל מלא או סלקטיבי. המידע על העבר עשוי להיות מקוטע. למשל, הרישומים בתיק קופ"ח מתחילים,

ד"ר משה לוטם היה סגן מנהל המחלקה האורטופדית בב"ח מאיר בכפר – סבא, ופרש לאחרונה לגמלאות.

מוכן לקבל דעה שונה משלו. הדבר ניכר בתשובות המומחים לשאלות הבהרה. רבים מהם מתקפרים בעמדותיהם ואינם מוכנים לשנות, אפילו אם מובא בפניהם מידע חדש שסותר את החלטתם.

למומחה יכולה להיות השקפה בנושא מסויים השונה מהשקפתו של מומחה אחר. הנכות שקובעים שניהם בפגיעה זהה עשויה להיות שונה בתכלית. לדוגמה, בחבלת "צליפת שוט" צווארית: התובעים מתאוננים על הפרעות שונות: מגבלת תנועה בצוואר, כאבים בצוואר ובראש, רגישות, סחרחורת, צלצל באוזניים, עצבנות יתר, רטט בידים, ליקוי תחושה וחולשה בידים, הפרעות בחיי אישות ועוד ועוד.

ישנם מומחים הנותנים אמון מלא בתלונות המגוונות האלה ובאופן כמעט סטנדרטי קובעים נכות לנפגע, גם אם לא מצאו שום ממצא חולני אובייקטיבי. אחרים קובעים נכות רק לאחר שמצאו הפרעה אובייקטיבית בבדיקת הצוואר כגון מגבלת תנועה, ספזם שרירים והפרעה שורשית.

והנה שתי דוגמאות מתחום המעשה:

1. ערכתי חוות דעת מטעם תובע בנושא כאבי גב לאחר חבלה. בבדיקה מצאתי מגבלת תנועה בגבו. בצילומי הרנטגן נראו שינויים ניווניים, חשבתי כי סביר שסבל עקב כך בגבו קודם לתאונה. אך התובע שלל בפני בעיות גב בעבר. הומצא לי מידע די מפורט על עברו קודם לתאונה, כולל תיק קופ"ח עב כרס שהשתרע לאורך שנים. בתיק זה לא נמצא רישום כלשהו על בעיות גב קודם לתאונה. לפיכך, קבעתי כי התאונה גרמה למגבלתו והערכתי נכותו בהתאם.

להפתעתי הגדולה, רופא מומחה מטעם הנתבעים, ציטט בחוות דעתו הנגדית רישומים רבים על כאבי גב בעברו של התובע. מידע זה הועלם ממני ביודעין ע"י התובע בעל הזכרון הסלקטיבי ועל ידי בא כוחו.

2. בדקתי מטעם חברת ביטוח אישה שנחבלה בצווארה במכניזם "צליפת שוט". היא הציגה בפני שתי חוות דעת שקבעו לה נכות. האחת ניתנה ע"י אורתופד והשנייה ע"י נוירולוג.

התובעת היתה אקדמאית, נעימה ותרבותית בהתנהגותה. ידעה לנסח את דבריה בהירות. תאור מהלך מחלתה ותלונותיה נראו אמינים. בבדיקתי מצאתי כי קיימת בצווארה מגבלת תנועה קלה, שמקנה 10% נכות לפי התקנות. לשאלתי האם סבלה בצווארה קודם לארוע, ענתה באופן חד משמעי כי מעולם לא סבלה ומעולם לא נחבלה בצווארה. היא לא יכלה לנחש כי על שולחני היתה מונחת חוות דעתו של רופא מטעמה שניתנה שלוש שנים קודם לכן, בנוגע לחבלת "צליפת שוט" צווארית קודמת. בחוות דעת זו הובאו תלונות וממצאים שהם לנוכחיים. הוא

העריך אז את נכותה ב-10%. בית המשפט קיבל בזמנו הערכה זו. היא קיבלה פיצויים והתיק נסגר. המידע הזה שהגיע אלי, לא היה ידוע לעורך הדין שלה (לימים נתמנה שופט מחוזי) ולא לשני הרופאים שהגישו חוות הדעת מטעמה.

בשעת המשפט, הפתיעה ההגנה והגישה את חוות הדעת בנוגע לתאונה הקודמת וציטטה את פסק הדין שניתן אז. היה מענין לצפות בנפשות הפועלות. עורך הדין שייצג את התובעת, היה לחוץ כמו Perry Mason בסדרה הידועה. קיצר בחקירה והתקפל כפי יכולתו. כאן התגלה גם היושר האישי של הרופאים מטעם התובעת: האורתופד אמר בעדותו כי אילו בזמנו היה מצוי בפניו המידע שנחשף כעת, היה משנה את חוות דעתו בהתאם.

הנוירולוג היה נאמן לתובעת עד הסוף המר ולא היה מוכן לשנות את חוות דעתו.

התובעת לא הנידה עפעף כאשר המידע נחשף בפני הנוכחים. לא הסמיקה ולא החוירה, ואני מניח שהיתה עומדת בבטחון בבדיקת פוליגרף...

היחס בין נכות רפואית לתפקודית:

בכתבי התביעה נתקלים לעיתים קרובות ברישומים מעוררי רחמים. לדוגמה: הנתבע הוא שבר כלי. כבר שנתיים אינו עובד מאז התאונה. נסיונות להסבה מקצועית לא עלו יפה והוא הגיע לפת לחם וכו', וכו'. אי כושר העבודה תלוי בנכות הממשית של הנפגע, בסוג עבודתו ובמוטיבציה שלו להשתקם. לעיתים קרובות קיים פער גדול בין הנכות הרפואית לתפקודית. עורכי דין, שופטים ומומחים רפואיים עשויים לערבב בין שני תחומים אלה. האם העדרות ממושכת מהעבודה אכן מעידה על נכות גבוהה, אם בכלל? קשה להבין מדוע אדם שעובד בישיבה אינו יכול לחזור לעבודתו תוך ימים ספורים לאחר שבר ברגל וקיבועה בגבס. הרי מגף גבס אינו מונע עבודה בישיבה. כידוע, עובדים עצמאים חוזרים לעבודתם מוקדם מאשר שכירים. וכך גם נפגעים שאין להם כיסוי ביטוחי. הפיזיקאי Hawkins, חתן פרס נובל, מסוגל להשתמש במוחו ולקדם את המדע, למרות שנכותו – למעלה מ-100%. זו דוגמה קיצונית, אולם רבים מן הקוראים ודאי מכירים אישיות קיטעים וגידמים שממשיכים בפעילות מלאה למרות נכותם.

על המומחים ועל בית המשפט להשתחרר מהרושם כי העדרות ממושכת מהעבודה מעידה על נכות גבוהה. עליהם להביא בחשבון כי לא פעם העדרות זו מעידה דווקא על חוסר מוטיבציה לחזור לעבודה ונסיון להטעות ביודעין את הפוסק הרפואי.

חוות דעת "בלתי אפשריות"

כפי שצינתי, הרופא נדרש בחוות דעתו להעריך את הפרוגנוזה העתידית של הנבדק, כולל אפשרות החמרה או שיפור עתידי. לעתים קרובות, לא ניתן להעריך באופן ספציפי נכותו של נפגע מסוים. לדוגמה, נושא תוחלת החיים.

קיימות טבלאות מידע סטטיסטי על תוחלת החיים, אולם אין לדעת מהי תוחלת החיים של האדם המסוים.

כידוע, אדם שמן, בעל לחץ דם גבוה אשר גם מעשן ושותה, תוחלת חייו קצרה. אולם מסתבר כי קביעה זו אינה תופשת, כאשר שם האדם וינסטון צ'רצ'יל, שכידוע נפטר בשיבה טובה (בגיל 91) ולא היה דל בשר.

"ניסים" כאלה קורים גם בשטחי רפואה אחרים. אצל

חולים שסובלים ממחלת לב, ארוע מוחי ופאראפלגיה. לא ניתן לנחש אם נפגע מסוים בזעזוע מח יסבול בעתיד הרחוק מאפילפסיה.

האם אדם שנותר בבטנו עלול לפתח בעתיד חסימת מעיים עקב הדבקויות? מה יהיה המהלך לאורך זמן בארתריטיס עקב מחלה או עקב שבר תוך מפרקי?

נראה לי, כאורתופד שאיננו משפטן, כי כדי למנוע אי צדק במקרים כאלה, מן הראוי למצא דרך לפצות את הנפגעים בדרך של מענק חודשי ולא באופן גלובלי.

הדברים שהועלו בנוגע לחוות הדעת הרפואית, כמובן שאינם ממצים את הנושא בכללותו. הכוונה היתה לעורר מחשבה ותגובה. הקוראים מוזמנים להביע דעותיהם מעל במה זו.

המשך מעמ' 15

מקורות

17. בריל י. (1981) – נסויים רפואיים בבני אדם. הרפואה תחת

איזמל הרפואה. עורך א. אלון, פרק 3 הוצאת פפירוס א"ת.

18. גליק ש. (1977) – דיווח אמת לחולה, אסיא (יא, ב"ג). גיסן תשמ"ג.

19. דה פריס, א. (1982) – "לחץ מוסרי על החולה עלול לפגוע ביחסים בין חולה ורופא" הכינוס הבינלאומי ה-14 של אגודה להסטוריה ורפואה ע"ש טסיה וד"ר מישן א"ת ספטמבר 1982.

20. שפירא ע. (1982) – הסכמה מדעת לטיפול רפואי. הבטים משפטיים. במסגרת הקתדרה להסטוריה של הרפואה ע"ש

טסיה וד"ר מישן, א"ת, כרך 1 חוברת 3.

21. ברמי א. (1977) – הרופא, החולה והחוק. הוצאת ספרית מעריב.

22. החלטה מיום 18.5.92 ה"פ 357/92 (ת"א) איגוד האופטיקאים

והאופטומטריסטים בישראל ואח' נ' אופטיקנה ואח' – טרם פורסמה. החלטה זו ניתנה בהליך ביניים, אך לאחרונה הסכימו הצדדים שהחלטה זמנית זו תהיה בגדר פסק דין בתיק העיקרי, ובכך הסתיים הדיון.

23. יישובה של ההצעה הלכה למעשה יביא לקביעת מבחנים

נוספים בתחומי המותר והאסור. למשל: האם מותר לרופא

לשגר הודעה על העתקת המרפאה בהודעות ענק על נייר

כרומו מפואר כדוגמת חברות מסחריות? ומה דינו של רופא

המפור את כרטיסי הביקור בתיבות המכתבים?

אין ספק כי הן משרד הבריאות והן ועדות האתיקה של

ההסתדרות הרפואית יצטרכו ליתן על כך את הדעת. בכל

מקרה, ודאי שבתי המשפט יקבעו את הנורמות המקובלות

ותהליך זה ימשך תקופה ארוכה עד לקביעת דפוסים אחידים.

24. נדמה שכתבות שונות שפורסמו בעיתונים בנושאי רפואת

שיניים, בהן הקפידו המרואיינים לא לנקוב בשמותיהם אלא

רק בר"ת של שמותיהם – הן אלה שפוגעות בכבוד המקצוע.

קורא העתון ודאי יתהה מדוע מתיירא יו"ר ההסתדרות רפואית

מכובדת להתייצב בשמו המלא, שעה שהוא משיב לשאלות

המצויות אותה עת בכותרות.

25. בג"צ 896/87 הנ"ל, עמ' 704.

מחקר ופיתוח בדרך לפסגת הקוסמטולוגיה

"לוריאל", ענק הקוסמטיקה מס' 1 בעולם, מעמיד על המדפים ברחבי תבל עשרות מוצרים מצליחים, חלקם – פריצות דרך במושגים מחקרניים-מדעיים. מאחורי המערך המצליח הזה עומד מנגנון אדיר של מחקר ופיתוח שמיום הקמתו השכיל לרתום את המדע לפיתוח מוצרי קוסמטיקה מתקדמים וחדשניים. משאבים חסרי תקדים מושקעים מדי שנה בביסוס מעמדה הבלתי מעורער של "לוריאל" כמובילה בתחומה: ה"היי-טק" של הקוסמטיקה.

ל"לוריאל" שלשה קמפוסים למחקר, גדולי ממדים. קמפוס למחקר מולקולרי מתקדם, קמפוס למחקר שמושי וקמפוס למחקר פרמצבטי. הניהול המדעי הוא אבן פינה במארג הניהולי של קונצרן הענק, ולנציגיו נגיעה ישירה בכל פעילויות הקונצרן. אנשי המדע הבכירים שייכים לאקזקוטיבה הבכירה של הקונצרן.

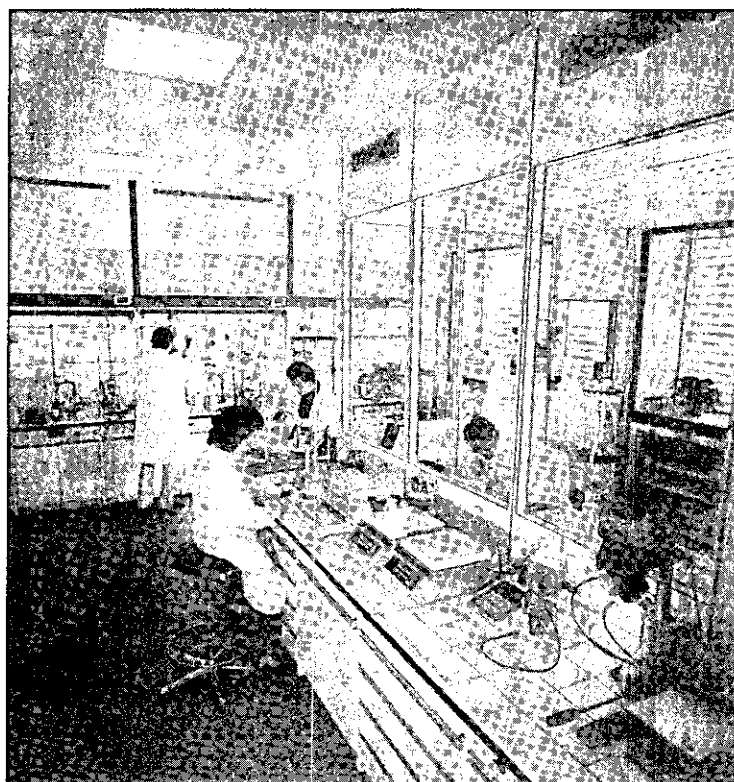
מדעני "לוריאל" מנהלים את מחקריהם בשיתוף פעולה הדוק עם קהיליית המדע הבינלאומית. מדענים אלה

קוסמטיקה, אחד מתחומי הצרכנות הנפוצים והפעילים ביותר. בשמים, קרמים, איפור וצבעי שיער. כולם משתמשים: נשים וגברים ברחבי העולם צורכים מדי יום כמויות אדירות של מוצרים. זוהי תעשיית ענק שמגלגלת כתשעים מיליארד דולרים בשנה והפכה לגורם מוביל במודעות הצרכנית של המאה ה-20.

מאחורי התופעה הייחודית הזו עומד מנגנון מדעי מפותח. מדע הקוסמטולוגיה הוא אחד מתחומי המדע המורכבים ביותר בעולם המודרני. זאת מכמה סיבות: ראשית, הוא ממוג מיגוון מדעים שונים: כימיה, פיסיקה, ביולוגיה, רפואה, דרמטולוגיה, מתמטיקה, מדעי המחשב והנדסה. יותר מזה: בזכות רמתם הגבוהה של המדענים העוסקים בקוסמטולוגיה והמשאבים העצומים המושקעים, יכולה מערכת המחקר והפיתוח של תחום ייחודי זה לזקוף לזכותה תרומה משמעותית ביותר גם בתחומים נוספים כמו הרפואה המודרנית ושיפור איכות החיים.

חברת "לוריאל" היא, ללא ספק, "נושאת דגל" של התפיסה המדעית בתחום הקוסמטיקה. מאז הקמתה, בתחילת המאה, זוקפת "לוריאל" לזכותה אלפי פיתוחים, כל אחד מהפכני בתחומו. "לוריאל" היא זו שהמציאה את השמפו. ומייסדה – הכימאי יוג'ין שולר, הוא שהמציא את צבע השיער הסינתטי הראשון בשנת 1907. בימים שרק מעטים חשבו בכלל על צביעת השיער, היום זו תעשייה של מיליארדים.

לכל אורך הדרך, שאפה "לוריאל" להשתמש בקידמה הטכנולוגית ככוח מניע להשגת איכות ורמת ביצועים גבוהה של מוצריה. זאת בהחלט סיבה מרכזית לשיגשוגה והתפתחותה המתמדת של החברה, שאיפשרו לה לשוב ולהשקיע במעבדות המחקר הקוסמטולוגי שבבעלותה, הגדולות ביותר בעולם.



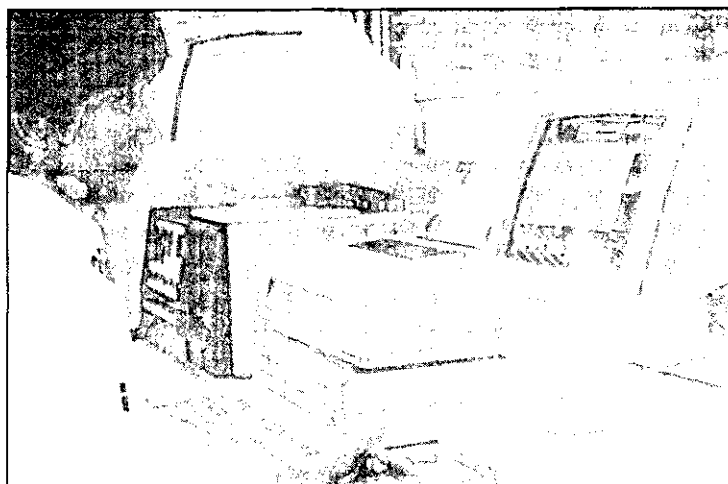
"לוריאל" – מחקר מתקדם. מעבדה כימית – פיסיקלית.
מדור פרסומי



לוריאל. מעבדות מחקר ופיתוח מתקדמות.



מחקרים מובילים בתחום הקוסמטולוגיה.



ביצוע בדיקות ועיבוד נתונים ממוחשב.

מעורבים בפרוייקטים משותפים עם אוניברסיטאות ומוסדות מחקר שונים באירופה ובעולם, המאפשרים להם ליטול חלק פעיל בכל התגליות החדשות בתחומי הקוסמטולוגיה והבריאות.

דוגמה מצוינת לשיתוף פעולה ייחודי כזה, קשורה לפתוח של מחלקה המתמחית בנושאי ביולוגיה של התא. מחלקה זו, המהווה חלק ממעבדות המחקר של "לוריאל", השלימה בשנת 1979 את עבודתה על תרבויות של עור מלאכותי. המחקר הראשוני נועד לבדוק את השפעתם וחידרתם של חומרים ומוצרים הבאים במגע עם העור. המשך המחקר המתקדם הזה איפשר למדעני "לוריאל" לפתח דגמים "משופרים" של עור מלאכותי, הדומים דימיון רב לעור האמיתי, והוא מהווה היום מודל ניסוי במחקר של מחלות עור שונות לרבות סרטן. זהו, כאמור, פיתוח קוסמטולוגי שמועיל גם לתחום הרפואה.

ורישות השוק ונורמות חברתיות מקובלות משפיעות על המחקרים אשר מדעני "לוריאל" עוסקים בהם. המראה הצעיר הוא כמעט תנאי הכרחי בניסיון להשתלבות בחברה בת זמננו. במסגרת עבודות המחקר אשר נעשו במטרה להתמודד עם בעיות הזדקנות העור, גילו מדעני "לוריאל" פורמולות מהפכניות לטיפול בעור המתבססות על ליפוזומים וניאוזומים. מחקרים קליניים בבתי-חולים הוכיחו שלאחר שימוש ב- Niosome Anti - Ageing System, העור נעשה יותר חלק, יותר רך וגמיש. גם תגלית זו מתחום הקוסמטולוגיה פותחת אפשרויות חדשות לתחומים נוספים. המדענים הבינו כי למערכות כמו ליפוזומים וניאוזומים, ישנן תכונות אשר מעבר ליכולת לשמש כנשאים של חומרים פעילים בתכשירים קוסמטיים, חומרים אלה יכולים לשמש פיתוחים גם בתחום התרופות.

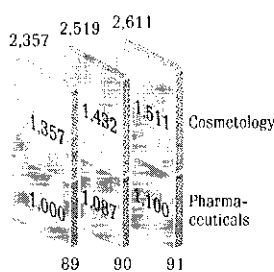
ה"ליפומטר" הוא מכשיר אלקטרוני אופטי, שפותח במעבדות "לוריאל" למדידת כמות השומנים על פני העור. פיתוח זה היא חוליה נוספת במחקרים המתקדמים אשר עושים מדעני החברה על נושא מורכב זה. עם זאת, נעשה היום שימוש במכשיר מתוחכם זה גם לצורכי פתולוגיה, כאשר המכשיר תורם, בין היתר, להבנה טובה יותר של מחלת העור הנפוצה "אקנה".

דרך ארוכה עברה מחלקת המחקר של "לוריאל" משלושה מדענים שהקימו את התשתית, לצוות של אלפי מדענים מהמובילים בתחומם. היום יכולה "לוריאל" להתגאות במעבדות הגדולות ביותר בעולם למחקר קוסמטולוגי, תוך שילוב מתמיד בין שלושה אלמנטים חיוניים: איכות חומרים, יכולת ביצוע גבוהה וביטחון אופטימלי למשתמשים. מיליארד בני אדם משתמשים בכל שנה במיגוזון מוצרי לוריאל ברחבי העולם.

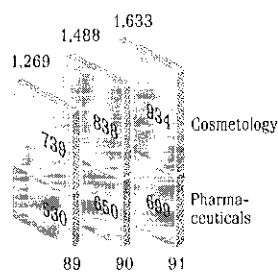
מספרים וסטטיסטיקה

המספרים מדברים בעד עצמם. ב"לוריאל" עובדים מעל 2,600 מדענים וחוקרים שהגישו, בשנה האחרונה בלבד, מעל 200 בקשות לפטנטים. כלומר: חמרים, מוצרים ופיתוחים חדשניים לחלוטין. תקציב המחקר והפיתוח של החברה עבר בשנת 1992 את הסכום של 1,633 מיליוני פרנקים צרפתיים, והוא מבטיח רק לעלות.

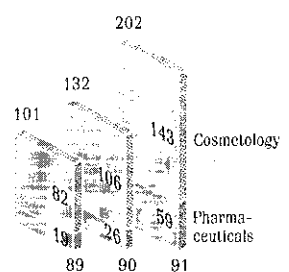
RESEARCHERS



AMOUNT EARMARKED FOR RESEARCH (FF millions)

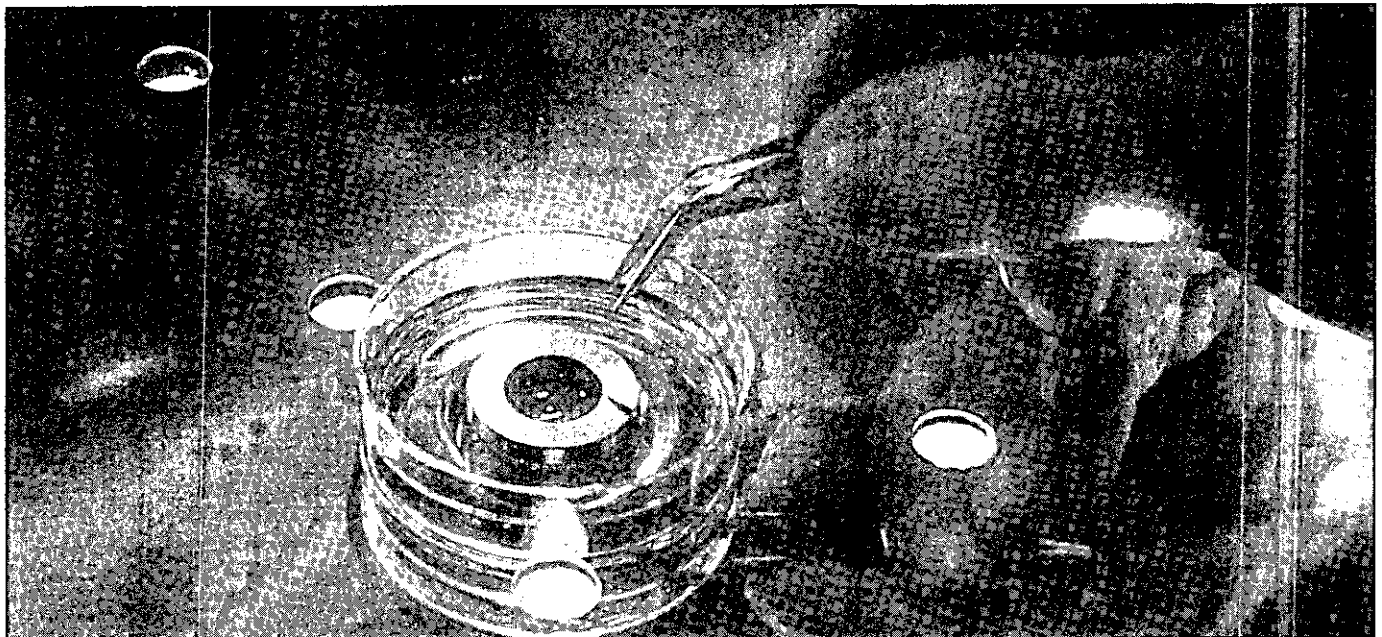


PATENT APPLICATIONS



לגישה הניהולית-שיווקית-מדעית הזו יש תוצאות מדהימות בשטח. "לוריאל" היא היום חברת הקוסמטיקה הראשונה בעולם בהיקף מכירותיה. מערך השיווק שלה מקיף את כל כדור הארץ ומחזור מכירותיה בעולם בשנת 1991, היה קרוב ל-8 ביליון דולר. מנהלי החברה ולקוחותיה יודעים כי ניתן להגיע להשגים שווקיים כאלה

התפיסה הייחודית של לוריאל" מכתובה מדיניות שיווקית המחברת באופן מושלם בין צרכי השוק לבין היכולת המדעית. ב"לוריאל" מאמינים בקשר שוטף עם השטח ועם דרישות הלקוחות, שמהווה – מבחינתם – חלק בלתי נפרד מתהליכי המחקר והפיתוח שעליהם שוקרים המדענים.



עור מלאכותי – מיצוי תאי אפידרמיס.

מדור פרסומי

הנאמנות למוצר היא הוכחה חד-משמעית לשביעות רצונו של הלקוח. הולצמן מבהיר: לקוח שאינו שומר אמונים למוצר מעיד על חוסר שביעות רצון. תופעת הנאמנות מעידה על בטחון ביכולת הביצוע של המוצר.

לקוח שקונה ומרוצה הוא המחמאה הגדולה ביותר למדען שנטל חלק בפיתוח המוצר. שכן, בלבד של כל חוקר מדעי קיים הרצון האמיתי להיטיב ולשפר את איכות חייהם של הסובבים אותו.

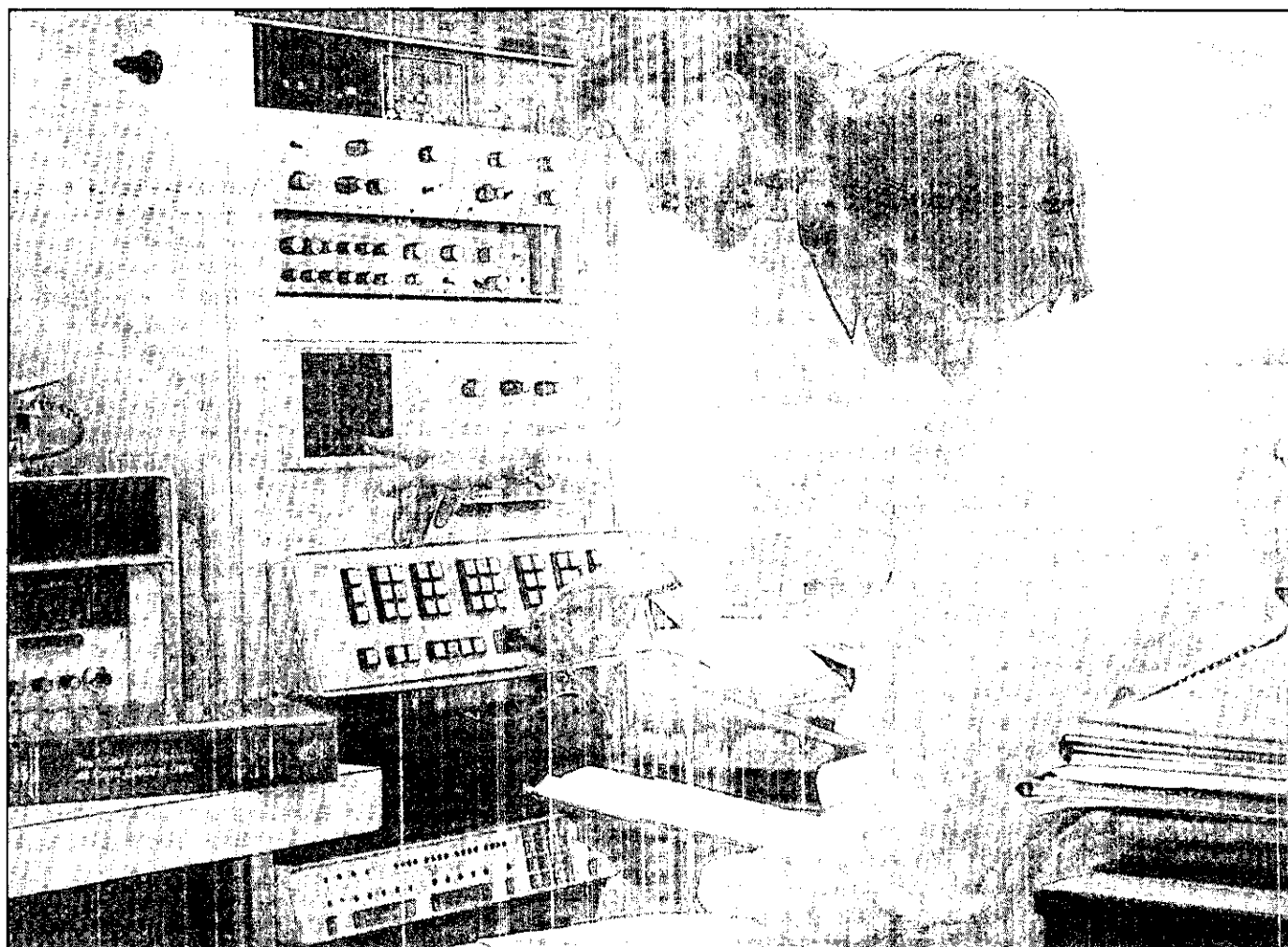
רק עם נוסחה מנצחת: מוצרים מתקדמים, בעלי איכויות גבוהות ביותר וביטחון מושלם למשתמש.

עמי הולצמן, מנהל השיווק של "לוריאל" בישראל, מרחיב על ה"שידוך" הייחודי בין צרכים שיווקיים למחקר ופיתוח: נושא המחקר והפיתוח ב"לוריאל" מתחיל ממחקר מתקדם ברמה המולקולרית ועד לרמה השימושית. זהו "שידוך" בין תוצאות מחקר לבין בדיקת צרכים משתנים ומורכבים של המשתמשים, בכך מבטיחים ב"לוריאל" שוק נאמן למוצרים.

חוקרים ומדריכים

לחברת "לוריאל" מוקד פניות העומד לרשות כל מי שמעוניין להפנות שאלה, בקשה או תגובה.

המוקד הטלפוני של "לוריאל": 052-587212. או בכתב: ת.ד. 2225 הרצליה 46120



מדור פרסומי

רוקחות ומשפט

שרשרת של טעויות בחלוקת תרופות

עו"ד אסנת וולף, ד"ר רוני וולף



ד"ר רוני וולף

מקרה 1

חולה בן 62 הסובל ממחלת עור קשה (פמפיגוס) מטופל דרך קבע בכדורי פרדניזון. באחד מביקוריו במרפאת העור של בי"ח של קופ"ח קיבל מרשם להמשך הטיפול בפרדניזון – 8 כדורים של 5 מ"ג ביום. בבית המרקחת של בית החולים ניתנו לחולה בטעות כדורי לומינל אשר להם אריזה הוזהה לכדורי הפרדניזון שהיה עליו לקבל. עוד באותו היום התבררה לרוקחת הטעות שעשתה. החולה אותר בביתו והטעות תוקנה עוד בטרם הספיק ליטול את כדורי הלומינל. מובן שנטילת 8 כדורי לומינל בבת אחת בבקר (כפי שנטילים את הפרדניזון) עלולה היתה להסתיים באסון.

מקרה 2

גבר בן 40 קיבל כדורי griseoalvin בשל פטרת מפושטת. המרשם היה לכדורי grifulin, 6 ביום. אחרי שבוע של נטילת התרופה התברר שעקב טעות של הרוקח בקריאת המרשם קיבל החולה כדורי glibenclamide, שהם המסחרי שלהם glibetic, מזכיר בשמו את הכדורים שאמור היה לקבל. החולה נטל במשך שבוע 6 כדורי glibenclamide ביום. התרופה (המיועדת לחולי סכרת) אמנם גרמה לסימנים של היפוגליקמיה אולם בדרך נס הסתיים המקרה ללא פגיעות המורות יותר ו/או מות.

שני המקרים ממחישים היטב כיצד טעות במתן התרופה גררה אחריה טעות נוספת במינון של התרופה.

בשני המקרים קיבלו החולים תרופה בלתי מתאימה שיש לקחתה במינון של 1-2 כדורים ביום בעוד ההוראה לתרופה האמיתית היתה 6-8 כדורים ביום. מינון כה גבוה לתרופה בלתי מתאימה עלול היה להביא לנזקים חמורים ואף למות.

החלפת תרופה בתרופה אחרת – אף שהיא מהווה מחדל

חמור – אינה תופעה נדירה, והיא מתרחשת, לצערינו, בבתי חולים, או בעת הנפקת תרופות בבתי מרקחת או בעת נטילת תרופות ע"י החולה בביתו. יתרה מכך, סביר להניח שאת נגע החלפת התרופות מתוך טעות ניתן יהיה לצמצם בעתיד אך לא לחסל. כל עוד נמשיך להשתמש בטיפול תרופתי נהיה חשופים גם בעתיד לטעויות בהנפקת ובנטילת התרופות.

בעוד שלא ניתן למנוע לחלוטין את נגע החלפת התרופות בשוגג, הרי שטעויות במינון ניתן לדעתנו לצמצם עד למינימום.

נסקור את האמצעים העומדים לרשותנו:

1. דיני הרוקחות הדנים בהנפקת תרופות.

פקודת הרוקחים (נוסח חדש), התשמ"א-1981.

(דיני מדינת ישראל, נוסח חדש 35 ע' 496).

פרק 3 הליכות עיסוק בבית מרקחת.

חובת מרשם סעיף א.23:

"לא יונפק תרופות אלא לפי מרשם חתום בידי רופא, רופא שיניים או וטרינר".

איסור לשנות מרשם סעיף 24 (1):

"לא ישנה רוקח נוסחו של מרשם, לא ימיר חומר שבו בחומר אחר, לא ישנה בשום דרך מן המינון הכתוב בו ולא ירכיב סמי מרפא או תרופות שלא מן המרכיבים הנדרשים או בכמויות הנדרשות".

תיקון טעות במרשם. סעיף 24(2):

"הוכרה טעות במרשם או התעורר חשד שיש בו טעות, יתקשר הרוקח עם נותן המרשם ויקבל תשובתו בכתב בטרם ינפק את המרשם".

אלה הדינים המסדירים חלוקת תרופות ע"י הרוקח בבית המרקחת.

מבחינה פורמאלית מדובר בהוראות ברורות וחד משמעיות, שהן "מצוות עשה" עבור הרוקח, שאינן מאפשרות החלפה של תרופה בתרופה אחרת ו/או כל סטיה מן המרשם הכתוב ומכסות היטב את פעולת המכירה/הספקה של תרופות לצרכן. מאידך, מוצגים לעיל שני מקרים של טעויות חמורות באספקת תרופות למרות הקפדה מלאה על הדינים האמורים.

המסקנה המתבקשת היא כי החקיקה אינה מספיקה. המציאות, כנראה, חזקה מהחוקים שהאדם מחוקק ו"יוצרת" מצבים אשר חוקים בלבד לא יצליחו למנוע.

כיום קיימות עדיין תרופות שהמינון שלהן הוא 6-8 כדורים ביום. בחלק ניכר של התרופות ניתן להגדיל את החומר הפעיל בכדור ולהסתפק בנטילה של 1-2 כדורים ביום. אכן אנו עדים לנטיה גוברת של חברות התרופות ליצור תרופות עם שחרור איטי של החומר (SLOW RELEASE) כך שניתן יהיה להסתפק בכדור אחד או שניים ליום. עם זאת, לא ניתן לבצע שינוי כזה בכל התרופות, ויש להניח, שגם בעתיד לא נוכל לוותר לחלוטין על תרופות שהמינון שלהן הוא 6-8 כדורים ליום.

לאור זאת הפתרון המעשי היחיד הינו סימון אחיד של כל הכדורים עפ"י מספר הכדורים שיש ליטול ביום.

ניתן לסמן כדורים כצבע, צורה, או בדרכים רבות אחרות עפ"י המינון. לדוגמה – צבע לבן או כדור עגול מצביע על מינון של 1 כדור ביום, צבע וצורה אחרים – על 2 כדורים ביום וכך הלאה.

אין לנו ספק, שאם יצרני התרופות יקבלו החלטה ליצר כדורים עם סימון אחיד עפ"י המינון היומי יביא הדבר לצמצום ניכר במספר הטעויות במינון.

במידה ותונהג שיטה כזו, אזי אפילו אם תיפול טעות בסוג התרופה שהונפקה, יהא החולה מוגן מפני טעות נוספת במינון ותימנע שרשרת של טעויות כמו במקרים שהוצגו.

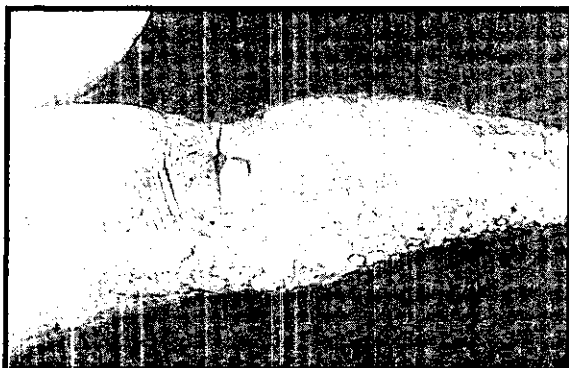
בתי מרקחת פרטיים חייבים לשווק תכשירים באריזה שעליה סימונים מפורטים לגבי פרטים רבים של התרופה (שמות גנריים ומסחריים, שמות יצרן ויבואן, חומרים פעילים וכמויות, מספר אצווה ועוד פרטים רבים אחרים)¹. תקנות אלה הביאו לכך שכמעט כל התרופות המשווקות בבתי מרקחת אילו הן באריזותיהן המקוריות. בתי המרקחת של המוסדות הגדולים אינם מחוייבים לשווק תרופות באריזות², ואכן מוסדות גדולים, כמו בתי המרקחת של קופ"ח הכללית ובתי חולים, משווקים תרופות בתפוזות, כאשר לחלק ניכר של התרופות עטיפה וזהה הנושאת את שם המוסד. נראה לנו ששיטת עטיפה כזו הינה מקור לטעויות ורצוי יהיה להחליפה. שיטת העטיפה הזוהה היתה אחד מהגורמים לטעות במקרה מס' 1, שהוזכר לעיל.

לסיום: השיפורים שהוצעו הינם רק אמצעי עזר טכניים, שאינם באים במקום ההקפדה, הזהירות, הדייקנות והעירנות של כל העוסקים בטיפול התרופתי; הרופא, הרוקח והחולה. הגורם האנושי היה ויהיה תמיד הגורם החשוב ביותר. האמצעים הטכניים שהוזכרו עשויים להיות לעזר ולתוספת אבל אינם יכולים להחליף את תשומת הלב של העוסקים במלאכה.

1. סעיף 20, תקנות הרוקחים (תכשירים רפואיים) התשמ"ו 1986, עמ' 206.
2. סעיף 24, כנ"ל.



תמונה 1:
תרופות מבית מרקחת של קופ"ח הכללית. אריזה זהה לתרופות שונות.



תמונה 2:
תוצאה של שמוש במשחה חיצונית בטעות. המשחה EFUDIX

נראה שכדי להביא לשיפור המצב יש לחפש פיתרונות אחרים.

2. הנפקת מרשם ע"י הרופא.

עפ"י סעיף 22(א) לתקנות הרוקחים (תכשירים רפואיים) התשמ"ו 1986, עמ' 906:

"לא ינפק אדם תכשיר לפי מרשם רופא אלא אם כן שמו של התכשיר או הרכבו רשום באותו מרשם באותיות לטיניות כתובות באותיות דפוס נפרדות וקריאות או מודפסות במכונת כתיבה".

הרופא מחוייב, אם כן, לכתוב את המרשם בצורה ברורה וקריאה באותיות דפוס.

גם בתקנה זו אין די, לראיה – שני המקרים שהוצגו. בשני המקרים נכתבו המרשמים עפ"י התקנות ובכל זאת לא נמנעו הטעויות.

אין ספק ששימוש במדפסות יביא בעתיד לשיפור משמעותי במצב וימנע טעויות רבות. עובדה זו ידועה היטב הן לרופאים והן למנהלים הרפואיים ויעיד על כך קצב ההצטיידות במחשבים של מוסדות רפואיים ומרפאות פרטיות. אולם, הרפסה ברורה של מרשם, עם כל החיוב והתועלת שבה, לא תביא לביעור הנגע של החלפת תרופות בשוגג ויש לחפש פתרונות נוספים.

3. סימון התרופות

לדעתנו, שינוי בסימון התרופות עשוי להוות פריצת דרך ולהביא לשיפור במצב הקיים.

רוקחות ומשפט

על המונח "תופעות לוואי"

ברם, המינוח המקובל ביותר בשפה האנגלית לפעילויות בלתי רצויות אלה הוא SIDE EFFECTS וכך גם אומץ ע"י ארגון הבריאות העולמי – כנראה כתרגום מילולי מגרמנית NEBEN WIRKUNGEN. מכל מקום, מדובר בפעילות EFFECT ואין כל התייחסות למונח "תופעה", שבתרגומו לאנגלית הינו PHENOMENON. "תופעה" אינה מבטאת פעילות של החומר שאנו נוטלים, אלא התרחשות שיכולה להיות קשורה או בהכרח לא קשורה לתרופה שנלקחה. השמוש במושג "תופעה" בהקשר להשפעה בלתי רצויה של תרופה אינו רק טעות אלא מהוה הטעיה. מאידך, התרגום של המלה האנגלית SIDE הוא "צד" (ברבים "צדדים"), אבל מבחינה עניינית אין כל פסול בתרגום הפשי ל"לוואי". על כן לעניות דעתי, התרגום העברי המדויק ביותר למינוח SIDE EFFECTS הוא "השפעות לוואי" – והוא מבטא ללא כל ספק, פעילויות צמודות לתרופה בה מדובר, גם אם הן נוספות – לוואי ובלתי רצויות.

למונח "תופעות לוואי" (לטיפול תרופתי) שהשתרש אצלנו אין אח ורע בשפות זרות המובילות בספרות הרפואית. לרוב, חומר רפואי המתמקד על קולטן (RECEPTOR) אחד להשגת הפעילות העיקרית – מפעיל במידה קטנה גם קולטנים נוספים ועל ידי כך מתקבלות גם השפעות בלתי רצויות; אלה מתורגמות לאנגלית UNWANTED או UNDESIRABLE או ADVERSE EFFECTS; לצרפתית EFFETS INDESIRABLES; ולגרמנית UNERWUNSCHETE WIRKUNGEN.



פרופ' אפרים מנצ'ל



77 | 77 | 77

93

פסיכיאטריה ומשפט

תורת פגיעות הדחק כעזר לקביעת הסיבה לסכיזופרניה בביה"מש

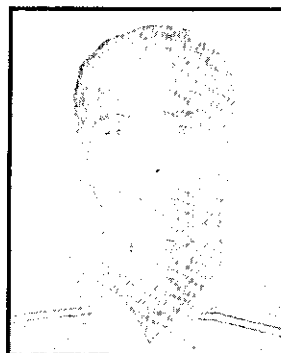
2. האם אירועים חיצוניים יכולים להיות מומשגים כ"סיבה" למחלה?

על עמדת בתי המשפט בסוגייה זאת, אפשר ללמוד מעיון בפסקי דין בשני משפטים עקריים:

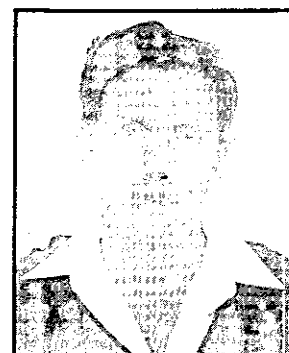
משפט "קצין תגמולים נגד שלום בוסאני – 1970:

פסק הדין נכתב על ידי כב' השופט ויתקון וקבע הלכות לגבי הכרה בעשרות חיילים שחלו כתוצאה מהדורות הצבאי בסכיזופרניה. בית המשפט ישב בהרכב של המשה שופטים, וארבעה מתוכם הסכימו עם קביעת השופט ויתקון. לנגד עיני בית המשפט עמדו חוות הדעת של ד"ר פאליק מול זאת של ד"ר אנין וד"ר הקר. ד"ר פאליק תמך בעמדה הקובעת שהמחלה הינה תוצאה בעיקר של גורמים קונסטיטוציוניים ורק אירועים מאד יוצאי דופן בחומרתם עלולים לגרום להתפרצות המחלה. ד"ר אנין וד"ר הקר טענו שגם אירועי מתח ופחד "רגילים" יכולים להביא להתפרצות המחלה, עקב קושי של האדם, העתיד לחלות, "להתנתק" מאירועים אלה. מול שתי עמדות אלה קבע בית המשפט: "במצב המדע דהיום אין דרך להכריע ביניהן. בואת הצטמצמה המחלוקת שעמדה לדיון בבית המשפט, לשאלה אחת: נכה שהוכיח עובדות המזכות אותו לתגמולים אליבא דאסכולה "המקילה" ולא הוכיח עובדות הדורשות אליבא דאסכולה "המחמירה" – האם יצא ידי חובת הראיה המוטלת עליו? לשאלה זו ענה בית המשפט בחיוב". בקטע אחר של פסק הדין כתב כב' השופט ויתקון: "במצב כזה – שיש לקוות שהוא נדיר למדי – היה על בית המשפט להגיד, מי משני הצדדים, הנכה או קצין התגמולים, ייצא מן המערכה ודיו על העליונה. בכך לא העדיף בית המשפט את האסכולה ה"מקילה" על האסכולה ה"מחמירה" אלא במובן זה, שמשקבע כי במצב של תיקו וחוסר הכרעה בין שתי האסכולות יד הנכה על העליונה, ממילא יצא הדין כדבר האסכולה המקילה. אך שאין זאת אלא תוצאה אינצידנטלית המתקבלת בדיעבד מהשיקול המשפטי. זכיית הנכה במקרה כזה היא תוצאה של שיקולים משפטיים, שיקולים בדבר קביעת נטל ההוכחה, ולא של שיקולים רפואיים".

בהמשך פסק בית המשפט לטובת החייל, משיקולים משפטיים המבוססים על תורה משפטית לגבי הנטל ה"טקטי" של הראיות. במילים של השופט: "ואילו



ד"ר עזרא ברעם



ד"ר סרג'ו מרצ'בסקי

בתי המשפט נדרשים לעתים לקבוע האם מחלת הסכיזופרניה פרצה אצל פלוני כתוצאה של דחק סביבתית, כאשר משמעות הקביעה היא מתן תגמולים לאדם שנפגע. הנושא נידון רבות בפסקי דין, כולל של בית המשפט העליון. נכון להיום – בתי משפט, בבואם לדון בנושא זה, מתייחסים בצורה לא שווה לתביעות של אזרחים ולתביעות לקביעת נכות לחיילי צה"ל שחלו במהלך השירות. זאת, למרות ששופטים קבעו שזהו מצב שאין הדעת טובלת (פסק דין של השופט ברק – 1980). נתיחס במאמר זה לחירושים בתאוריה האטיולוגית של מחלת הסכיזופרניה והשלכותיהם למישור המשפטי.

בבואנו לנתח את יחסי הגומלין בין מחלת הסכיזופרניה לבין הזכות לתגמולין אנו עומדים בפני מספר שאלות עקרוניות:

1. האם העובדה שהמחלה מוכרת כ"קונסטיטוציונית" שוללת זכות של פיצויים מהחולה?

כאן קיימת תשובה חד משמעית אשר באה לידי ביטוי בדברי השופט זוסמן המצוטטים בפסק דין שכתב השופט ויתקון ב־1970 (ראה פירוט בהמשך): "הכל מסכימים שהמחלה היא "קונסטיטוציונאלית", לאמור, היא טבועה בנפשו של אדם, וממקום מחבואיה שם יכול שתתפרץ ויכול שתישאר רדומה עד לסוף ימיו של אדם. ה"קונסטיטוציונאליות" של המחלה אינה מעמידה זכות התגמול של חייל-נכה בסימן שאלה; אם פרצה המחלה והתהוותה בפועל עקב תנאי השירות, רואים את השירות ולא את הדיספוזיציה הנפשית כגורם למחלה, והחייל זוכה בתגמול: בג"צ

177/64, 2."

הכותבים מנהלים את מכון נתיבים לפסיכוסטרפיה והדרכה בהרצליה.

בתחום שאנו עוסקים בו, בתחום מתן תגמולים לנכי צה"ל, רואים אנו בעליל שהעוול העלול להגרם לנכה עקב רחיית תביעתו שלא כדין, גדול שבעתיים מהעוול העלול להגרם למדינה עקב קבלת תביעת הנכה שלא כדין. בסיכום: "בית המשפט קבע שבמצב של תיקו וחוסר הכרעה בין שתי האסכולות יד הנכה על העליונה".

בסיכום, התחנה הראשונה בסקירתנו היא ב־1970. אז קבע בית המשפט שקיים מצב של תיקו בין האסכולה הטוענת שסכיופרניה הינה מחלה בעיקר "קונסטיטוציונאלית" לבין האסכולה הטוענת כי סכיופרניה יכולה להגרם מאירועים חיצוניים.

התחנה השנייה בסקירתנו, לפני שנגיע למצב המדעי העכשווי, היא ב־1980. כאשר השופט ברק, בפסק דין שיפורט בהמשך, ובעקבות חידושים ברפואה, שינה את מצב ה"תיקו" למצב שבו מכיר בית המשפט ש"אירוע חיצוני יוצא דופן" עלול לגרום להתפרצות מחלת הסכיופרניה.

משפט שושן דויד נגר "אוטוקרס" – 1980 :

בניגוד להרבה מאד פסקות לתגמולים לחיילים, קיים מיעוט של פסקי דין בתביעות נזיקין אזרחיות הטוענות שמחלת הסכיופרניה הינה תוצאה של ארוע חיצוני. עיקר ההלכה המשפטית נקבע על ידי כב' השופט ברק בבית המשפט העליון, בערעור של דוד שושן שתבע חברה שהעסיקה אותו, על גרימת סכיופרניה לאחר נפילה מגג, ותביעתו נדחתה על ידי בית המשפט המחוזי. העובדות הן שדוד שושן – בעת עבודת שיפוצים, נפל מגג בניין, קבל פגיעה אורטופדית וכשלושה חודשים לאחר הפגיעה פיתח מחלת סכיופרניה. בית המשפט המחוזי הכיר באחריות החברה המעסיקה לפגיעה האורטופדית, אך קבע שהפגיעה האורטופדית לא גרמה למחלת הסכיופרניה.

בפני בית המשפט עמדו אז שתי חוות דעת מנוגדות: של ד"ר חפץ (היום פרופסור חפץ) ושל פרופסור ויניק. לאחר דיון מנומק, קבל בית המשפט העליון את דעתו של חפץ וקבע שקיימת אפשרות שסכיופרניה תיגרם מארוע חיצוני, במקרה שאירוע זה הוא יוצא דופן וקרה בסמוך לפרוץ המחלה, הכוונה לפרק זמן של עד שלושה חודשים.

בפסק הדין של כב' השופט ברק, אנו מוצאים כמה משפטי מפתח חשובים לדיון שאנו עוסקים בו: "הפרופורציה הרפואית המקובלת על רוב הרופאים, כפי שבאה לידי ביטוי בשורה ארוכה של פסקי דין, היא כי ארוע עשוי להביא להתפרצותה של הסכיופרניה, וגדר הספיקות הוא אך בשאלת האיפיון של אירוע

חיצוני זה. נראה לי, על כן, כי בשאלה הרפואית האמורה אין לומר כי כפות המאזניים מאוזנות, וכי בשאלה זו הרים המערער את הנטל המוטל עליו כתובע במשפט אזרחי".

ועוד: "די בכך שהתאונה הביאה להתפרצותה של המחלה, אשר לולא אותה תאונה, נשארת היתה חבויה בנפשו של המערער עד סוף ימיו".

ולבסוף: "אם הבנתי נכון את עמדתו של פרופ' ויניק, ליברליות רפואית בהקשר זה אין פירושה אמת מדעית אחת בסוגית הנכים (הכוונה לחיילי צה"ל – הערת המחבר) ואמת מדעית אחרת בפצווי נזיקין. מצב זה הדעת אינה סובלת".

השופט ברק קבע גם: "מן המפורסמות הוא כי במדעי הרפואה רבים החידושים והגילויים, ואלה עשויים להביא לשינוי בגישות המקובלות באשר למהותה של הסכיופרניה... מן הראוי לציין כי אוזנו של בית המשפט צריכה להיות כרויה לחידושי מדע אלה, ומה שהיה "מן המפורסמות" על פי עמדת מדע הרפואה בעבר, עשוי שלא לשקף את התפתחותות בהווה".

האם יש למדע הרפואה חידוש כלשהו ב־11 השנים האחרונות, לבשר לבית המשפט אודות סיבותיה של מחלת הסכיופרניה?

יש ויש, בשנים האחרונות קיימת הצטברות עצומה של עדויות אודות האטיולוגיה של קבוצת מחלות אלה. את העדויות ניתן לרכז בשתי תאוריות כוללניות המכילות את רוב הגילויים העכשוויים: 1. התאוריה אודות הסוגים השונים של סכיופרניה; 2. תאוריית פגיעות דֶ'קֶק – GOLDSTEIN ו־ DAWSON NEUCHTERLEIN 1985 – 1987.

תאוריות אלה יכולות לעזור לבתי המשפט בבואם לפסוק האם מחלה מסוימת אצל פלוני, הינה תוצאה ישירה של קונסטיטוציונאליות או של סביבתיות. אימוץ דעתנו עשוי להביא להחלטות יותר מותאמות לכל מקרה, בניגוד להחלטות כלליות, כוללניות, שחסרות בסיס מדעי מספיק במקרה מסויים. השלכות מעשיות של גישה זאת נותחו בהצגת מקרה ספציפית במאמר קורם (מרצ'בסקי, ברעם "רפואה ומשפט", גליון 5, אוקט' 1991, עמ' 25). נפרט – איפא:

תאוריה אודות הסוגים השונים של סכיופרניה: הנושא פותח במאמרו הקודם, וסוכם כי ניתן לחלק את הסכיופרניה לשני סוגים עקריים – לפי המינוח של CROWN (1985): סוג I וסוג II. הסכיופרניה סוג I תגובתית יותר, פחות תורשתית, לובשת צורה פראנואידית, מופיעה בגיל מאוחר יותר ומגיבה יותר לתרופות נירולפטיות. הסכיופרניה סוג II יותר קונסטיטוציונאלית, בעלת פרוגנוזה גרועה יותר, מופיעים

בה יותר סימנים נוירולוגיים, מופיעה בגיל יותר מוקדם, יש יותר סימנים של אטרופיה מוחית ומגיבה פחות לתרופות חוסמות דופמין ואולי יותר לתרופות חוסמות קולטני סרוטונין.

תאוריית פגיעות – דחק: מסבירה שיש שתי קבוצות של גורמים למחלת הסכיזופרניה, או לפחות להתפתחות של התקף פסיכוטי:

הקבוצה הראשונה: הגורמים הקונסטитуציוניים: ישנם ארבע סוגים של הפרעות קונסטитуציוניות שלגבהן קיימות עדויות מחקריות המבוססות על ממצאים מחקריים באוכלוסיות בסיכון גבוה לסכיזופרניה ועל ממצאים שנלקטו רטרוספקטיבית אצל חולים שחלו במחלה:

1. ליקוי במערכת הדופמין במוח (HERITCH' A.J. 1990). ליקוי זה יכול לבוא לידי ביטוי על ידי תת – פעילות של העונה הפרונטאלית, ופעילות יתר של הגרעינים הבזלים. למיטב ידיעתנו אין דרך לבדוק פגיעות זו לפני התחלת המחלה, אלא על ידי אמצעים מאד מתוחכמים כגון P.E.T. SCAN.

2. הפחתת היכולת לעיבוד מידע. ההנחה היא שהמוח של החולה אינו מסוגל לעבד מידע מורכב. מידע פשוט יכול להיות מעובד על ידי מוחו של החולה בצורה שווה למוחו של אדם לא חולה. לעומת זאת מידע מורכב מיותר מגירוי אחד אינו יכול להיות מעובד בצורה טובה עקב ליקוי בתהליכים אוטומאטיים של סינון. ליקוי זה יכול להיות מדוד על ידי טסטים מסובכים כגון ה-VIGILANCE TEST. יכולת זאת ניתנת לבדיקה גם לפני פרוץ המחלה (HOLZMAN 1987). זוהי פגיעה, אשר באופן תיאורטי ניתנת למדידה כמותית.

3. תגובתיות יתר לגירויים אוטונומים. יכולה גם להמדר וגם להסביר תופעה של הסתגרות והתנתקות החולה מסביבתו, כהגנה מפני גריית היתר. הדבר יכול להבדק אנמנסטית על ידי שאלות של תגובתיות יתר ושל הסתגרות והנתקות מהסביבה.

4. קווי אישיות סכיזופאליים. קווי אישיות של אקסנטריות, מוזרות, חיים בעולם פנימי על חשבון העולם החיצון, נטייה לפירושים מסולפים של המציאות, דעות יוצאות דופן על מירב הנושאים וניתוק חברתי.

הקבוצה השניה אלה הם גורמים שמינים מפני הפגיעות הקונסטитуציוניות:

1. היכולת להתמודדות והגברת התחושה הסובייקטיבית של מסוגלות עצמית להתמודד עם בעיות. יכולה להיות מרידה על ידי תולדות העבר וההתמודדות עם בעיות בעבר.

2. תרופות נוגדות פסיכוזה. לא רלוונטי כאשר באים לדון על מקרה בטרם פרצה המחלה.

הגורמים הסביבתיים של סכיזופרניה:

1. משפחה מבקרת. סוג של משפחה שנחקרה היטב ונקראת "בעלת ביטוי רגשי גבוה" – HIGH EMOTIONAL EXPRESIVENESS. צורה זאת של תקשורת במשפחה הוגדרה על ידי חוקרים אנגלים ובראשם LEFF. המשפחות מאופיינות על ידי בקורתיות יתר, הגנתייתר ומעורבות רגשית יתרה. ביטוי כזה ניתן לבדיקה במבחנים אובייקטיבים לגבי ההווה ויכול להיות מוסק לגבי העבר – לפני פרוץ המחלה – על ידי אנמנזה מפורטת.

2. סביבה חברתית המגרה יותר מדי. סביבה לוחצת, רווית גירויים. הדבר ניתן לבדיקה אנמנסטית וקבלת תמונת מצב על סביבתו של האדם לפני המחלה.

3. אירועי חיים לוחצים. אירועים המתרחשים לפני פרוץ המחלה, בעיקר בשבועיים שלפני פרוץ הסמנים הפסיכויטיים – BROWN 1968; DAY et all 1987. כאן נכנס הוויכוח שנידון במשפטו של שושן, אך בניגוד למצב שתיאר פרופסור חפץ באותה תקופה, ניתן כיום להגדיר את "יוצאות הדופן" הנדרשת מהאירוע כדי לדרבן את המחלה, ביחס ישיר למידת הפגיעות. דהיינו פגיעות גדולה תדרוש אירוע פחות חמור ופגיעות קטנה תדרוש אירוע יותר חמור. משוואה זאת מאפשרת לקבוע לאיזה כיוון מבין שתי הסיבות למחלה נוטות כפות המאזניים בכל מקרה.

גורמים מגינים מפני הגורמים הסביבתיים:

1. יכולת המשפחה לפתור בעיות, דבר שניתן לבדוק על ידי אנמנזה לגבי סגנון התמודדות של המשפחה עם בעיות. 2. התערבויות תמיכתיות פסיכוסוציאליות: שוב נקודה לא רלוונטית כאשר דנים על מצב לפני פרוץ המחלה.

השילוב של כל הנ"ל חובר כדי לגרום למצב הקרוי "מצב ביניים", שמתבטא: א. ביכולת ירודה לעיבוד מידע, ב. בעוררות יתר אוטונומית, ג. בפירושים לא נכונים לגבי מצבים חברתיים.

במידה והגורמים אינם פוסקים, ומוחמרים על ידי מצב הביניים, מתפתח מצב פרה – פסיכוטי המאופיין: א. בהפחתת התפקוד החברתי, ב. בסמפטומים פסיכויטיים, ג. בפגיעה תפקודית – תעסוקתית.

כל הגורמים הם ביחסי גומלין דינמיים כל הזמן, לפי שלוש תקופות:

א. תקופה טרום – מחלתית או של רמיסיה. ב. תקופה פרה – פסיכוטית. ג. תקופה פסיכוטית – חריפה.

שהרפואה תפתור את הבעיה של קביעת סיבתיות המחלה בכל מקרה. אפשר להניח הנחות אחדות, המסוכמות בטבלה:

הגישה המוצעת על ידינו:

כסיכום של כל האמור לעיל, נראה ברור שאוסף הנתונים שצוטטו מאפשר להענות לאתגר שהשופט קבע, בתקוותו

גורמים המסיטים את המאזניים לקראת גורמים קונסטיטוציוניים או סביבתיים בגרימת המחלה הסכיופרנית	דגש על הגורם הקונסטיטוציוני
דגש על הגורם הסביבתי	מחלה כרונית מסוג בלתי מאורגן עם ריבוי סמנים שליליים
מחלה מסוג פרנואידי עם ריבוי סימפטומים חיוביים	גיל מוקדם של הופעה
גיל יותר מאוחר של הופעה	סמנים של חוסר הסתגלות בילדות על כל גווניה: חברתית, לימודית ומשפחתית
הסתגלות טובה בגיל ילדות והתבגרות	דפוסי אישיות סכיוטיפאליים
הערר דפוסי אישיות כאלה	סימנים של כשלון בלימודים עקב קושי לעבד מידע מורכב
השגים טובים בלימודים והוכחות של ביצועים קוגניטיביים טובים לפני פרוץ המחלה	חוסר התמודדות מוצלחת עם מצבי דחק לפני פרוץ המחלה
הוכחה של התמודדות מוצלחת עם מצבי דחק לפני פרוץ המחלה	

כאן פעלה הקביעה של השופט ברק שצוטטה לעיל, דהיינו: "...לולא אותה תאונה נשאת היתה חבויה בנפשו של המערער עד סוף ימיו".

2. המקרה שתואר במאמרנו הקודם, (רפואה ומשפט 5, אוקט. 1991, עמ' 25) שטרם הוכרע בבית משפט: אדם שהיה בריא בנפשו עד לגיל 44, עם השגים שניתן להתגאות בהם, בכל המישורים, חלה בסכיופרניה פרנואידית לאחר סדרת חקירות במקום עבודה.

3. חיילים רבים שנפסק עליהם בבית המשפט ובוועדות של קצין תגמולים כי חלו במהלך השירות הצבאי.

דוגמאות הפוכות:

1. דוגמה תאורטית של חייל שגוייס עם פרופיל נפשי נמוך, או חייל מילואים שהיה מטופל עקב בעיות נפשיות קשות לפני המילואים, שניהם חלו במהלך השירות. מקרים אלה אינם יכולים לטעון שענו לתנאי של היותם בריאים לחלוטין, לפחות מבחינה קלינית, לפני השירות. לכן אפשר לקבוע, לכל היותר, שמצבם הוחמר בעת השירות ולא שנגרם עקב השירות. בשפה של תאוריית פגיעות-דחק, ניתן לומר שהפרופיל או הטפול שקדם לשירות מצביעים בבירור על פגיעות גבוהה לפני הארוע הטראומטי הקשור לשירות.

2. דוגמה תאורטית אחרת, אדם שתובע את מקום העבודה על כך שלחץ במקום העבודה גרם למחלה סכיופרנית, אך ההגנה יכולה להוכיח שבאותה תקופה פעלו עליו הרבה גורמי דחק משפחתיים, כדוגמת פטירת הורה או בן/בת זוג.

בנוסף לכך, גם אם נגיע למסקנה שהגורם העיקרי למחלה הספציפית אצל תובע ספציפי, הינו סביבתי, עדיין אפשר לחשוב שאותו הגורם אינו קשור למצב נתון במקום עבודה, בתאונה או בכל גורם אחר שעלול להיות הצד הנתבע במשפט כזה. אפשר להניח שבו זמנית עם אותו גורם-דחק שלדברי התובע גרם למחלתו, פעלו גורמים אחרים האחראים למחלה. גם לשאלה זאת אפשר לנסות לענות בעזרת תורת פגיעות-דחק.

שניים מתוך שלושת הגורמים הסביבתיים אינם כרוכים בטראומה ספציפית ויכולים להיות מאתרים, כפי שהוסבר לעיל. דהיינו א. קיום של דפוסי משפחה של הבעת אמוציונליות מוגברת במשפחה לפני ההתקף או בתקופה הנדונה. ב. מצב של לחץ רב, לא קשור לאותו גורם שלדברי התובע גרם למחלה; מחלות של בני המשפחה, בעיות כלכליות, מצב של גירושין, מעבר מקום, מוות במשפחה, ויתר גורמי לחץ המתוארים בסולמות אירועי חיים כדוגמאת זה של HOLMES ו- RALE (LUKOF et al. 1984). אם נוכל לנטרל באנמנזה טובה את שני הגורמים האלה, אזי נשאר – בדרך השלילה – את הגורם הטראומטי כגורם מרכזי.

נמחיש את ההשלכות המעשיות של הצעתנו בכמה דוגמאות מעשיות ותאורטיות.

מקרים שהגורם הסביבתי הינו הקובע:

1. המקרה הנדון של דוד שושן: אדם שהוכיח בבית המשפט שהיה בריא בנפשו, נפל מגג וסבל מנכות אורטופדית. תוך שלושה חודשים מהנפילה החל לסבול ממצב נפשי מעורער המתאים לתיאור של "מצב ביניים" ותוך חצי שנה פתח בסכיופרניה טפוסית.

סכיזופרניה עקב פגיעות גבוהה וגורמים סביבתיים שלא קשורים לטראומה והפועלים יחד עם הפגיעות.

אנו מקווים שהכללים המוצעים כאן יאומצו על ידי עמיתינו בבואם לנסח חוות דעת פסיכיאטריות, כך שיעמדו במבחן בתי המשפט. הדבר יכול להעלות את קרנו של העד המומחה בפסיכיאטריה ולהעמיד את הדיונים המשפטיים על בסיס מדעי איתן יותר, כבקשת השופט ברק לפני 12 שנים.

3. דוגמה של תובע צעיר, בן 24, הטוען שסובל מסכיזופרניה עקב תאונת דרכים, אך באנמנוזה מפורשת מתברר שלא שירת בצה"ל, עקב חוסר התאמה, ולא הצליח להשתלב בשום עבודה עד לתאונת הדרכים ואף אפשר לגלות סמנים של אישיות סכיזופאלית.

בכל שלושת המקרים האחרונים אפשר בהחלט להניח שגם ללא הגורם שנדון במשפט, מדובר בכל זאת בחולה



דבר אולי קי
93

מקורות:

1. מרצ'בסקי ס, ברעם ע' (1991): האם תתכן קביעה של סכיזופר-
ניה תעסוקתית פוסט טראומטית? רפואה ומשפט: 5: 25-30.
2. פסק דין מנומק על ידי השופט ויתקון: ד"ג 3/70 קצין תגמולין
נגד שלום בוסאני, פ"ד כד (1) 637 — 1970.
3. פסק דין מנומק על ידי השופט ברק: דוד שושן נגד "אוטוקרס",
חברה בע"מ בפירוק. פ"ד לד (2) — 1980.
4. Dawson, M.E. and Neuchterlein, K.H. (1984):
Psychophysiological Dysfunctions in the Developmental
Course of Schizophrenic Disorders. Schizophrenia Bulletin,
10: 204-232.
5. Goldstein, M.J. (1987): Psychosocial Issues. Special
Report: Schizophrenia 1987. Reprinted from Schizophrenia
Bulletin vol 13:171-186.
6. Crow, T.J. (1985): The Two-Syndrome Concept: Origins
and Current Status. Schizophrenia Bulletin, 9:471-486.
7. Leff, J.P.; Kuipers, L.; Berkowitz, R. et al (1982): A
Controlled Trial of Social Interventions in the Families of
Schizophrenic Patients. Brit. J. of Psychiatry 141:121-134.
8. Heritch, A.J. (1990): Evidence for Reduced and
Dysregulated Turnover of Dopamine in Schizophrenia.
Schizophrenia Bulletin, 16:605-616.
9. Holzman, P.S. (1987): Recent Studies of
Psychophysiology in Schizophrenia. Special Report:
Schizophrenia 1987. Reprinted from Schizophrenia Bulletin
vol 13:65-91.
10. Brown, N.G.G. and Birley, J.L.F. (1968): Crisis and Life
Change and the Onset of Schizophrenia. J. of Health and
Soc. Behav. 9:203-214.
11. Day, R.; Nielsen, J.A.; et al (1987): Stressful Life Events
Preceding the Acute Onset of Schizophrenia: A
Cross-National Study From the WHO. Culture, Medicine
and Psychiatry 11:123-205.
12. Lukof, D.; Snyder, K.S.; Ventura, J. and Neuchterlein,
K.H. (1984): Life Events, Familial Stress and Coping in the
Developmental Course of Schizophrenia. Schizophrenia
Bulletin 10:258-292.

פסיכיאטריה ומשפט

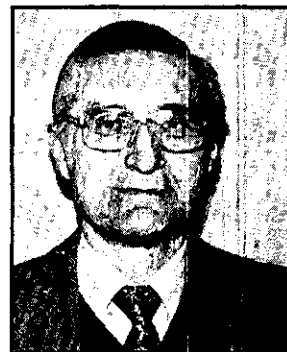
מגבלות האבחון הפסיכיאטרי בקביעת אחריות מופחתת

בתיקשורת. התופעה זוהתה לקראת סוף המאה שעברה ומשכה את תשומת לבם של הפסיכולוגים WILLIAM JAMES PIERRE JANET, ואחרים. הם תארו בהרחבה מקרים של אנשים אשר תפקדו לסירוגין על פי אישיות שונות לחלוטין. במחצית הראשונה של המאה הנוכחית, מסיבה בלתי ברורה, איבד הנושא מחשיבותו ובתחילת שנות ה-70 פורסמו מספר רומנים שתארו אנשים בעלי הפרעה כזאת. לדוגמה הספר "שלוש הפנים של אווה". מאז גדלה בארה"ב ההתעניינות בנושא זה. COLIN A. ROSS, חוקר פעיל בתחום הזה דיווח ב-1990, בבינוס הבין-לאומי השביעי על MPD כי ההימצאות (PREVALENCE) באוכלוסיה המבוגרת הכללית נעה בין 1% ל-5%. ז"א שבצפון אמריקה ישנם מליוני אנשים הסובלים מ-MPD. למרות מספרים מרשימים אלה התופעה באירופה מדווחת לעתים רחוקות ובארץ לא פורסם עד היום אף מקרה של MPD ורוב הפסיכיאטרים הישראליים מעולם לא השתמשו באבחנה זו. MPD מדגים בברור כי פסיכיאטרים שונים, אפילו בעלי אותן תפיסות מקצועיות, מגיעים לפעמים למסקנות איבחוניות שונות מאד. טווח הבחירה המצומצם, בעל שתי דרגות בלבד (אחראי-לא אחראי) הקיים היום בארץ אינו תואם לריבוי האפשרויות האבחוניות של הפסיכיאטריה המודרנית. המושג "אחריות מופחתת" עשוי לאפשר לבתי המשפט גמישות יתר בשימוש של חוות דעת פסיכיאטריות, תוך התחשבות בהתפתחויות הפסיכיאטריה המודרנית.

ב. בעשורים האחרונים התווספו לסיווגי המחלות הפסיכיאטריות ישויות קליניות חדשות. אחת מהן, האישיות הגבולית – BORDERLINE PERSONALITY DISORDER-BPD, הוכנסה לשימוש רשמי ב-DSM-III-R וב-ICD-9 בתחילת שנות השמונים. למרות היותה אבחנה יחסית חדשה היא ניתנת לעתים קרובות מאד בארה"ב ובישראל (בניגוד לארצות אירופה), ומועלית במשפטים שבהם נידונה דרגת האחריות הפלילית של הנאשם. להזכיר מקרה בו השופט שחר נאשמת מאחריות פלילית ונתן צו לאשפזה למרות שהפסיכיאטרים שבדקו אותה לא אבחנו מחלת נפש אלא אישיות גבולית-אימפולסיבית ותוקפנית. השופט נימק כי לנאשמת יש הפרעת אישיות בדרגה כה חמורה שמצבה משתווה למחלה נפשית פסיכוטית.

מבוא

לפסיכיאטריה בת זמנינו בעיות בתחום האבחון ביחס לנושא משפטי הנקרא אחריות מופחתת. גורמי הבעיות האלה:
א. קיום הרגלי אבחון שונים בארצות המשתמשות באותן מערכות אבחוניות.
ב. נטיה להרחבה פולמוסית של שדות



ד"ר רוברטו מסטר

האבחון.

ג. רמה משתנה של צפיות הרופא הבודק, לגבי יעילות הטפול הפסיכיאטרי והפסיכולוגי באנשים המעורבים בעבירות פליליות.

נדון בהרחבה בנושאים הללו ולאחר מכן נביא הערות המכוונות לשפר את שיתוף הפעולה בין המומחה הפסיכיאטרי לבין שופטים ועורכי דין בתהליכי ההתדיינות על אחריות מופחתת, וזאת במידה והנושא יתקבל פי חוק.

א. ברוב ארצות אירופה, אמריקה ובישראל משתמשים במקביל בשתי מערכות אבחון שיש ביניהן הרבה מהמשותף: DSM-III-R, ICD-9. למרות זאת מתגלים הבדלים גדולים מאד בשימוש באבחנות שונות מארץ לארץ והתופעה בולטת ביחס לאבחנות שלגביהן קיימת מחלוקת סביב הנושא של אחריות פלילית. דוגמה אופיינית: ריבוי אישיות – MPD-MULTIPLE PERSONALITY DISORDER. על פי סיווג המחלות DSM-III-R, אבחנת הפרעה זאת מתבססת על:
א.א. קיום של שתי אישיות או יותר בתוך אדם אחד. לכל אחת מהן איפיונים יציבים בתפיסה, בחשיבה וביחסים לעצמי (SELF) ולאחרים.
א.ב. לפחות שתיים מהאישיות האלה משתלטות לסרוגין ובצורה חוזרת על האדם.

התופעה מאובחנת בארה"ב לעתים קרובות מאד עד שקיבלה את הכינוי "המחלה האמריקאית" והועלתה במיקרים פלילים שזכו לכיסוי נרחב

ד"ר רוברטו מסטר הינו מנהל ביה"ח הפסיכיאטרי בנס ציונה, ובו זמנית – הפסיכיאטר המחוזי של משרד הבריאות במחוז המרכז.

רפואה ומשפט גליון מס' 8 - מאי 1993

הקושי במיקרה זה ובדומים לו הוא שרופאים מצטווים לטפל באדם שאינם רואים כחולה או כזקוק לטיפול פסיכיאטרי. כך נוצרת בעיה אתית ומשפטית רגישה. סביר להניח ששימוש במושג "אחריות מופחתת" יסלול את הדרך לפתרון בעיה זאת.

ממה נובעת בעיתיות השימוש המשפטי של האבחנה BPD? היא נעוצה בריבוי הנתונים שמאפיינים את התמונה הקלינית והשוני ביניהם. על פי DSM-III-R אבחנת BPD, תקבע אם מתקיימים המאפיינים הבאים: רפוט מתמשך של אייזיבות ברגשות, ביחסים בין אישיים ובדמות עצמי המופיע מיד אחרי ההתבגרות ומתבטא לפחות בחמישה מן התחומים דלהלן:

1. נטיה לאיזיבות ולתנודות קיצוניות ביחסים בין אישיים. זו מתבטאת במצבים מתחלפים בין הערצת יתר לבין זילזול ובוז.
2. פעילות על פי דחפים פתאומיים לפחות בשני תחומים בעלי סיכון לפגיעה עצמית: ביזבוז כספים; שימוש בסמים; נהיגה לא זהירה; הפרעות אכילה;
3. אייזיבות ריגשית: תנודות קיצוניות בין דיכאון כעסנות-חרדה אשר חולפות תוך שעות ספורות.
4. קושי רב בריסון/וויסות תגובות הזעם, מעורבות בקטטות, וכעסנות מתמשכת.
5. ניסיונות אובדניים חוזרים, איומי התאבדות ואפילו הטלת מומים בעצמו.
6. הפרעה קשה ומתמשכת בזהות עצמית המתבטאת באי-וודאות לפחות בשניים מהתחומים הבאים: דמות עצמית, זהות מינית, בחירת מקצוע, בחירת חברים וערכים מועדפים.
7. תחושות מתמשכות של ריקנות ו/או שיעמום.
8. השקעת מאמצים רבים וקדחתניים כדי למנוע נטישה (מציאותית או מדומה) ע"י אנשים אחרים.

המורכבות והעדר אחידות שבמערכת האיפיוניים הקליניים של BPD, הופכים את האבחנה הזאת לפלומוסית. נשווה אותה עם הפרעת אישיות אחרת המוכרת שנים רבות מאד: הפרעת אישיות פראנואידית, המוגדרת ב-DSM-III-R על פי האיפיוניים הבאים:

- נטיה מתמשכת ועקבית, מאז תום ההתבגרות, לפרש את המעשים של אנשים אחרים, כמכוונים להשפיל או לאיים. היא מתבטאת לפחות בארבעה משבעת התחומים הבאים:
1. האדם מצפה, ללא נתונים עובדתיים מספיקים, שאנשים אחרים ינצלו אותו או יפגעו בו.
 2. חושש, ללא צידוק, מהנאמנות של חברים ושותפים.
 3. נוטה לייחס משמעויות מעליבות/מאיימות לביטויים/מעשים סתמיים של אנשים אחרים.
 4. שומר טינה ולא שוכח/סולח עלבונות.
 5. חושש למסור סודות כי פוחד שישימשו לרעתו.

6. נפגע/נעלב בקלות ומגיב מהר בהתקפות נגדיות.
 7. מפקפק, ללא צידוק, בנאמנות של בת/בן זוג.
- כפי שאפשר לראות אישיות פראנואידית מתאפיינת, לעומת BPD, ביציבות ועיקביות הפרעה ובהומוגניות של הביטויים הקליניים השונים לכן קל יותר לקבוע את האבחנה.

ג. ולבסוף – השינויים ברמת ציפיות המומחה הפסיכיאטרי לגבי יעילות הטיפול באנשים חשודים בביצוע עבירות פליליות. לענין זה שני הביטים עיקריים: 1. תגובות המטפל המתבקש, במהלך טיפול ממושך, להמציא חוות דעת משפטית על מטופלו אשר נחשד בביצוע עבירה פלילית; 2. העונש כטיפול נפשי.

המקרה של מ.ג. יסייע להבהרת המרכיבים השונים של הנושא: גבר צעיר אשר משך שנים ארוכות ביצע עבירות רבות שחלקן היו גניבות כספים, אך רובן גניבות נעלי אשה משומשות אותן לקח כדי להריח, כי פעולה זו גרמה לו הנאה והרגעה. דחפיו ללקיחת נעליים היו כה חזקים עד שפרץ לבתים, לא עבד רוב שנות חייו, לא רכש מקצוע, לא הקים משפחה ולא שירת בצבא. נעצר פעמים מספר בגין העבירות הנ"ל והיה בטיפול פסיכיאטרי – בגלל אותן תופעות – במשך 8 שנים, במרפאת חוץ של ב"ח פסיכיאטרי גדול ועבר כמה אשפוזים קצרים עקב מצבי חרדה קשים ונסיונות התאבדות. בסיכומי המחלה צויין שלא התגלו סימנים פסיכוטטיים ברורים בכל מהלך טיפולו ובמהלך האשפוזים. לפני זמן קצר נעצר שוב באשמת גניבת זוג נעלי אישה משומשות, והועמד לדין. השופט הזמין חוות דעת מרופא שעבד במוסד בו מ.ג. טופל שנים רבות. הרופא ערך בירור ודיונים במוסד וסיכם בחוות דעתו שהנאשם איננו פסיכוטטי והוא אחראי למעשיו. חוות דעת של רופא פסיכיאטר אחר אשר בדק את הנאשם רק פעם אחת וטען שמדובר בחולה הלוקה בסכיזופרניה ממושכת ושאיננו אחראי מבחינה נפשית על העבירה המיוחסת לו. לאחר דיון ממצה בבית המשפט, חוות הדעת הזאת לא נתקבלה ע"י השופט.

המקרה מעורר את השאלות הבאות:

א. האם המטפלים נואשו מלטפל באדם אשר למרות מאמציהם הרבים חזר על מעשיו. לא קל לקבוע אם גורם זה פעל, באופן מודע או לא, אצל המומחה/מטפל. לכן יתכן ששימוש במושג "אחריות מופחתת" במקרה כגון זה עשוי לעזור לשופט לנקוט בדרך גמישה יותר שתאפשר שילוב סביר של טיפול וענישה.

ב. האם מטפלו של מ.ג., לאחר שנים של טיפול פסיכיאטרי רגיל, הגיעו למסקנה שענישה היא הדרך הרצויה והיעילה לטיפול בהפרעות הקשות והמורכבות של מטופליהם? גישה זאת מעוררת שאלות סבוכות מבחינה רפואית, מוסרית ואתית

באיבחון ובטיפול של עבריינים בעלי פסיכופטולוגיה ברורה (מוגדרת בסוגי ההפרעות הנפשיות המקובלות בארץ).

3. לחוקק חוקים שיאפשרו התמודדות מעודכנת עם בעית העברייין בעל הפרעת אישיות קשה (אשר הפרעתו גובלת עם הפרעה פסיכוטית). חוקים אלה חייבים לקחת בחשבון את ההתפתחויות החלות בפסיכיאטריה בשנים האחרונות. כולל שאלת העונש בטיפול.

4. לדרוש מן הפסיכיאטור המומחה לחוות את דעתו על יכולת הנבדק להגיב לטיפולים בצורה חיובית תוך פסק זמן סביר.

ואיננה מבטאת את דעת רוב אנשי המקצוע. לכן סביר להניח שהמושג "אחריות מופחתת" יאפשר למצוא פשרות מקובלות והולמות במקרים בהם מועלית ע"י המומחה הפסיכיאטר השאלה של שימוש בעונש כטיפול.

המלצות:

1. לקבוע סולם דרגות חומרה של הפרעות נפשיות תוך הנחה שיש יחס הפוך בין חומרה ובין אחריות פלילית. אפשר להשתמש בסולם דרגות חומרה מקובלות, כגון זה המופיע ב-DSM-III-R.
2. להרחיב ולפתח את השרותים הפסיכיאטרים העוסקים

המשך מעמ' 21

מקורות

- Tomography in the Management of 1000 Consecutive Head Injuries. Surg. Neurol. 1977; 7: 171-183
- Jenkins A, Teasdale G, Hadley MDM, MacPherson P, Rowan JO. Brain Lesions Detected by MRI in Mild and Severe Injuries. Lancet 1986; 2: 445-446
- Schoenhuber R and Gentilini M.: Neurophysiological Assessment of Mild Head Injury in: Levin HS, Eisenberg HM, Benson AL, eds: Mild Head Injury, New York, Oxford University Press, 1989, pp. 142-150
- Ericksen JE.: On Concussion of the Spine. London: Longmans Green, 1883
- Kelly R.: Correspondence on the Post-Traumatic Syndrome. J Royal Soc Med 1981; 74: 630-631
15. חוק הביטוח הלאומי. תקנות בדבר קביעת דרגת נכות המבחנים הרפואיים (תדפיס). הוצאת המוסד לביטוח לאומי, ירושלים 1972, 8: 272.
16. אבן-שושן א. המלון החדש, ירושלים, קרית ספר 1974.
- Traumatic Malignant Brain Edema. Harefuah 1992; 123: 122-126
- Kraus JF, Nourjah P.: The Epidemiology of Mild Head Injuries in: Levin, Eisenberg, Benson, eds, Mild Head Injury, New York, Oxford University Press, 1989, pp. 8-22
- Povlishock JT.: Traumatically Induced Axonal Damage Without Concomitant Change in Locally Related Neuronal Somata and Derivatives. Acta Neuropathol (Berl) 1986; 53-59.
- Povlishock JT, Becker DP.: Fate of Reactive Axonal Swelling Induced by Head Injury. Lab Invest. 1985; 52: 540-552
- Lewelt W, Jenkins LW, Miller JD.: Autoregulation of Cerebral Blood Flow After Experimental Fluid Percussion Injury of the Brain. J. Neurosurg. 1980; 53: 500-511
- French BN, Dublin AB.: The Value of Computerized

המשך מעמ' 43

מקורות

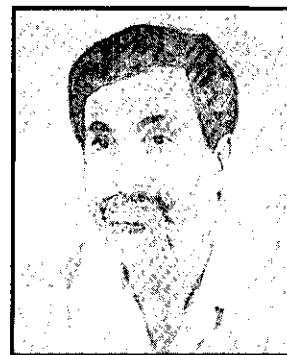
8. א. דרום, י. רייך: "מדריך לשאלון איכות החיים בבית הספר" (אוניברסיטת בר-אילן, 1982).
9. מ. זכי: "לקראת מודל קהילתי בפסיכולוגיה חינוכית: עקרונות וצורות ההתערבות בבתי הספר". פסיכולוגיה וייעוץ בחינוך (1987) 156-172.
5. מ. פורטי: "גישות בהדרכת הורים", עיונים (1978) 93-111
6. י. פרנקל: "מבחן יחסי משפחה". (אוניברסיטת בר-אילן, 1976).
7. J. Epstein: "The Quality of School Life." (Heath, Massachussets, 1981).

פסיכולוגיה ומשפט

בדיקה פסיכולוגית עבור בית המשפט: גישות וטכניקות

מבוא

הבדיקה הפסיכולוגית מהווה את השירות הפסיכולוגי השכיח והיותר נדרש מהפסיכולוג בבית המשפט. פסיכולוגית המבוססת על בדיקה פסיכולוגית באה לשרת תחומים שונים בתוך המערכת המשפטית:



ד"ר משה זכי

1. תביעת נזיקין על רקע פגיעה בגוף כתוצאה מתאונה או מרשלנות.
2. להכריז על קטין כנוזק או בר – אימוץ כתוצאה מחוסר מסוגלות הורית.
3. הפנית תלמיד למסגרת של חינוך מיוחד על בסיס חוק חינוך מיוחד.
4. במשפט פלילי, תביעה למתן פטור לעמוד לדין או לרצות עונש כתוצאה מהמצב הנפשי של הנתבע בעת ביצוע העבירה.
5. בדיקה פסיכולוגית לאיש מקצוע אחר (פסיכיאטר, נוירולוג) אשר ניקבע על ידי בית המשפט כער מומחה.

כדי ליעל שירות זה לבית המשפט, אנו נציג שתי גישות של הערכה פסיכולוגית המתבססת על בדיקה פסיכולוגית: הגישה הקלינית והגישה האקולוגית, כאשר לכל אחת העקרונות והטכניקות שלה.

גישה קלינית של הערכה פסיכולוגית

הערכה פסיכולוגית המבוססת על גישה קלינית, מושפעת מהמודל הרפואי המסורתי שפועל בהתאם לעקרונות הבאים:

1. ההערכה הפסיכולוגית מתמקדת בבעיות הפסיכולוגיות של הפציינט המופנה לאיבחון.
2. ההערכה הפסיכולוגית מהווה בסיס לתכנית טיפולית משקמת אשר דורשת מיומנות מקצועית של סוכן בריאות נפש מוסמך.
3. ההערכה הזו מתבצעת בתוך הקליניקה של הפסיכולוג, בניתוק מסביבתו הטבעית של הניבדק.

ד"ר משה זכי הוא מנהל התחנה הפסיכולוגית – טירת כרמל.

בגישה זו, ההערכה הפסיכולוגית מתגבשת באמצעות סוללה של מבחנים פסיכודיאגנוסטיים שכוללים מבחנים קוגניטיביים (מבחן מישכל של וסלר, מבחן בנדר – גשטאלט, מבחני ציור אדם), ומבחני אישיות השלכתיים (מבחני ההתפסה הנושאת C.A.T. ו-T.A.T. ומבחן כתמי הדיו של רורשך).

מבחן וסלר. זהו מבחן המישכל הנפוץ ביותר לאומדן רמת המישכל ולהערכה פסיכולוגית של ליקוי למדידה. המבחן מתחלק לתת-מבחנים שבחלקם בודקים כשרים קוגניטיביים מילוליים: כושר הפשטה, רמה לשונית, טווח ידיעות כלליות, טווח ידיעות בחשבון וזכרון לטווח קצר. ותת-מבחנים הבודקים תפקודים נוירופסיכולוגיים: תפיסה חזותית, תפיסה לוגית סידרתית, תפיסה אנאליטית-סינטטית, תפיסת מרחב, תפיסת תבנית וקואורדינציה ויזואל-מוטורית.

מבחן בנדר – גשטאלט. זהו מבחן גראפומטורי להערכת תהליכי בשילה והתפתחות פסיכומוטורית. ניתן להשתמש בו לצרכי אבחנה של הפרעה ריגושית ולצרכי אבחנה נוירופסיכולוגית.¹

מבחני ציור אדם. משמשים כמדדים של בשילה והתפתחות קוגניטיבית. תוכן הציור מספק נתונים המצביעים על הבטי אישיות והסתגלות.

מבחני אישיות השלכתיים. השימוש בטכניקות השלכה מקובל בהערכה פסיכודיאגנוסטית של ילדים ומבוגרים, לאומדן הליכי אישיות ותכני חיות רגשיות של הניבדק. הטכניקות הנפוצות ביותר ששימוש הפסיכולוגים הן הטכניקות של ההתפסה הנושאת (C.A.T., T.A.T.); טכניקות של השלמה (מבחן השלמת משפטים או סיפורים); טכניקות של בניה (מבחן כתמי הדיו של רורשך).

ישום מושכל של טכניקות אלה, עשוי לספק לפסיכולוג, נתונים אודות המערך הרגשי של הניבדק: מידע פסיכודינאמי הנוגע למבנה האישיות, לתהליכי האישיות ולהתפתחות האישיות.

במרוצת הזמן, הצטמצמה סוללת המבחנים שניזקקים לה בבית המשפט – ולכן לדעת לסט², היא לוקה במיגבלות מדעיות:

1. חוות הדעת הפסיכולוגית מופקת על יסוד צר מאד של נתונים פסיכודיאגנוסטיים, ולעתים תוך הסתיעות מעטה ביותר בנתונים שהופקו ממקורות מידע אחרים,

משמש בעצמו הערכה פסיכוסוציאלית של ההתנהגות הבעתית.

מבחנים פסיכולוגיים לקטנים

א. מבחן "יחסי משפחה". מחקרים מראים קשר בין גורמים במשפחה לבין הישגיו והסתגלותו החינוכית של הילד בבית הספר.⁵ מכאן החשיבות שיש לייחס למשפחה הגרעינית ולמקומו של הילד בה. חריגות הילד אינה בהכרח תכונתית לו, כי אם נעוצה ברקמת יחסי המשפחה. לכן יש לחשוף את הרצף הרגשי של הילד כלפי בני משפחתו, ואת רגשות בני המשפחה כלפיו. מבחן "יחסי משפחה"⁶ משלב יסוד אובייקטיבי ויסוד השלכתי. מבנה המבחן ואופן העברתו נוצרו לשווה למבחן מצב ואופי של משחק כדי להקל על הניבדק לפרוק מעליו את המטען של חומר דינאמי הנוגע לבני משפחתו ולעצמו.

ב. מבחן "איכות החיים בבית הספר". יחסו הריגושי של הילד לבית הספר משקף את הסתגלותו ומהווה גורם מסייע ללמידה.⁷ אפשרות השתמש במונח "איכות חיים" בבית הספר כמיוצג את יחסו הריגושי של התלמיד כלפי הבטים שונים של חיי בית הספר. שאלון "איכות חיים בית הספר"⁸ מורכב מ-64 פריטים בשלושה תחומים: יחס כללי של התלמיד לבית הספר, יחסו למורים ויחסו ללימודים.

סיכום

למרות תמורות ומגמות התפתחות של הפסיכולוגיה במרוצת השנים, עדיין פועלים השירותים הפסיכולוגיים ברובם לפי הגישה הקלינית המסורתית.⁹ עם זאת לגישה האקולוגית כשיטת איבחון יתרונות על פני הגישה הקלינית. ראשית, הגישה אל היחיד שבאה לאחר הכרת מערכת היחסים שלו עם סביבתו, מרחיבה את סוללת המבחנים ושיטות האיבחון. יוצא מכך ריבוי בכמות ממצאי האיבחון שמעלה את רמת המהימנות של תוצאות ההערכה הפסיכולוגית. שנית, הערכה פסיכולוגית המבוססת על גישה אקולוגית היא רב-מימדית ומנקודות ראות מולטידיסציפלינריות. שיתוף פעולה, בין-מקצועי בתהליך האיבחון מעלה את מידת האובייקטיביות של מסקנות חוות הדעת הפסיכולוגית.

מן הראוי שעל גבי חוות הדעת הפסיכולוגית לבית המשפט, הפסיכולוג הבדק יציין את הגישה עליה מתבססת ההערכה הפסיכולוגית שלו, תוך הצגת איפיוני הגישה והשוני שלה מגישות אחרות.

כגון: דו"חות חינוכיים מבית הספר או מידע על תיפקוד בעבודה ועל תיפקוד במשפחה. מכאן שנוהל פסיכודיאגנוסטי מצומצם הוא חלקי בלבד במסגרת של הערכה יחידנית כוללת;

2. בגישה הקלינית, ההערכה הפסיכולוגית מתבצעת ומתגבשת על ידי הפסיכולוג בלבד וללא הסתייעות באנשי מקצוע אחרים—מצב המשפיע על מידת האובייקטיביות של מסקנות הבדיקה הפסיכולוגית.

גישה אקולוגית של הערכה פסיכולוגית

שלא כמו הגישה הקלינית עם פרספקטיבה מיקרוסקופית, הגישה האקולוגית היא מאקרוסקופית עם תכנון הוליסטי—התנהגות הפרט נסקרת ביחסים הבינאישיים שלו עם המערכות שאליו הוא קשור: המשפחה והמערך האירגוני של בית הספר או של מקום העבודה. הגישה אל היחידה חייבת לבוא רק לאחר הכרתה והבנתה של מערכת היחסים שלו עם הסביבות המשמעותיות לו. לדעת גוטייה,³ האדם נוטה להגיב בצורות שונות בסיטואציות וסביבות שונות.

קלינגמן⁴ מציע שבנוסף לכלים שבהם משתמש הפסיכולוג להערכת הדינמיקה הפנימית של הניבדק (הקוגניטיבית והרגשית), עליו להסתייע בטכניקות פסיכודיאגנוסטיות המתאייכות למערך הכללי שבו נמצא ופועל היחיד. לכן, מוצעים כאן טכניקות ומבחנים נוספים, להשלים את סוללת המבחנים שבשימוש השיגרתי של הפסיכולוג.

ראיון הערכה. מתודה זו נותנת הזדמנות ללמד ככל האפשר על אודות הניבדק העומד להערכה. הראיון כרוך בהפקת מידע עובדתי אובייקטיבי המסייע לתהליך הגדרת הבעיה.

תצפית דיאגנוסטית. מופעלת ברקע הטבעי בו הניבדק פועל: בית הספר או מקום העבודה והמשפחה. מאפשרת לפסיכולוג הצופה להיות עד—שנוכח בהקשר שבו מתרחשת ההתנהגות המוקדית שהיא מושא הפנייה להערכה הפסיכולוגית. ממצאי התצפית בשדה מהווים מדגם מייצב להתנהגות הטיפוסית של הניבדק.

דו"ח סוציאלי. מהווה אסוף של נתונים על כל יחיד בנפרד ועל המשפחה כמערכת אחת. מירב המידע נאסף בידי העובד הסוציאלי: התצפיות, שיחות עם הניבדק ובני משפחתו, עם מוריו או מעסיקיו במקום עבודתו. הדו"ח הסוציאלי מהווה לא רק מתודה של איסוף נתונים, כי אם

מקורות

1. E.M. Koppitz: "The Bender Gestalt Test for Young Children". (Grune and Stratton, New York, 1975).
2. א. לסט: "עבודה פסיכולוגית בבית הספר" (האוניברסיטה העברית ירושלים, 1987).

3. ג. גוטייה: "לקראת מודל חדש בפסיכולוגית בית הספר". חוות דעת (1978) 17-19.

4. א. קלינגמן, ר. אייון: "יעוץ פסיכולוגי: עקרונות גישות ושיטות התערבות" (אוניברסיטת תל אביב, 1990).

המשך בעמ' 41

פסיכולוגיה ומשפט

הבטים מדיקולגליים של הנירופסיכולוגיה הקלינית

אלה משקפות הפרעות במערכת העצבים, ולפיכך לפסיכיאטריה ולנירופסיכולוגיה היה בסיס מדעי משותף.

אולם מאז, אומר פריברם, נפרדה הפסיכיאטריה מהנחות מוקדמות אלה:

א. חקר ההתנהגות והתהליכים אשר הפסיכיאטרים נתקלים בהם, וכן הטכניקות הטיפוליות ההתנהגותיות המביאות לשינויים בתהליכים הללו, עשויים להיות בלתי תלויים בידיעת מה שקורה בתיפקודיות של מערכת העצבים,

ב. ההתפתחות המהירה והפוריה של מדעי החברה ושל חקר התהליכים ההתנהגותיים, הרחיקה את הפסיכיאטריה מן המעורבות המוקדמת שלה בנירופסיכולוגיה, והבהרת מספר גדל והולך של תופעות פסיכופתולוגיות התבססה יותר על הנתונים הביניים אישיים והחברתיים של הפרט. הידע בנירופסיכולוגיה נעשה אז בלתי רלוונטי לעניין זה.

ב. הבעיה הפסיכופיסית, היא עניין המוח והתודעה, שברקע הדברים, והשלכותיה לגבי הנושא הנדון

העיסוק בנירופסיכולוגיה בכלל, ובמיוחד בנירופסיכולוגיה הקלינית עומד בסימן הבעיה הפילוסופית הבלתי פתורה, ויש מי שיאמר שכלל לא תיפתר שכן עקרונית אנו מבינים שהיא אינה מובנת (ליבוביץ, 1982). היא הבעיה הפסיכופיסית. היינו, עניין ההתייחסות בין המוח, כישות אנטומית-פיסיולוגית, ובין תודעתו של בעל המוח. ההצמדה בין שני אלה היא עובדה וודאית. נתון אמפירי ראשוני. אף על פי כן איננו מסוגלים להסביר כיצד מתרחשת אותה התמרה מהתרחשויות מוחיות, ניורולוגיות – לכלל חוויות, או התנסויות, פסיכולוגיות אצל האדם "בעל המוח". להמחשת העניין: לא המוח חושב, – אלא, בעל המוח חושב; במקביל – במצב שלאחר פגיעה מוחית: בנוהל רפואי-שיקומי, לא את המוח שנפגע אנו משקמים אלא את "בעל המוח", ובמקרה של תביעת נזיקין בגין הפגיעה המוחית – הדיון המכריע, כגון בקביעה של אחוזי הנכות, אינו על המוח שניזוק, אלא על התיפקודיות של האדם שנפגע – ה"בעלים" של אותו מוח.

עניין אחד, הנגזר מן הבעיה הפסיכופיסית, וחשיבותו רבה בכל התדיינות משפטית אודות נפגעי-מוח, היא ההבנה שאנשים שנפגעו במוחם, אינם מהווים קבוצה

א. הגדרות ודברי הקדמה

המאמר להלן יעסוק במשמעותם ומקומם של חוות הדעת והערות של הנירופסיכולוג הקליני, במקרים של תביעות נזיקין עקב חבלות ראש ופגיעות מוחיות. אולם לפני כן נגדיר כמה מושגים:

נירופסיכולוגיה היא התחום המדעי העוסק

בקשר הוודאי (גם אם טיבו איננו ידוע לאשורו) בין מבנים ותהליכים שבמוח (מכאן הקידומת ניורו-) ובין אירועים פסיכולוגיים אצל "בעל המוח". הנירופסיכולוגיה הקלינית עוסקת בגילויים הפסיכופיסיים האפשריים, הקוגניטיביים ו/או ההתנהגותיים אצל מי שנפגע במוחו עקב תאונת-דרכים או תאונת-עבודה, למשל.

להלן תועלה הטענה, שבעת הדיון בבית-המשפט בגין תביעת נזיקין עקב פגיעה מוחית, חוות-דעתו ועדותו של הנירופסיכולוג הקליני הינן מכריעות בקביעת חומרת הליקוי הטיפקודי של הנפגע, על כל המשתמע מכך כגון הפסיקה לגבי אחוזי הנכות וההחלטה לגבי גובה הפיצויים.

רוב הדיון הנוכחי ייסוב על מצבים של פגיעה מוחית. יש להבחין בבירור שלא כל חבלה בראש גורמת לפגיעה מוחית, ועקב כך, להפרעה ניורופסיכולוגית. מאפיינים פסיכולוגיים שלאחר חבלה בראש לא נכללים, על כן, בהגדרה המובהקת של הפרעה ניורופסיכולוגית, אולם כיוון שבפני בית המשפט מובאות תביעות גם בענין זה, תימצא בפיסקה המסיימת התייחסות גם לכך.

בפתח הדברים, מן הראוי ליישב ויכוח סמנטי הנוגע למושג ניורופסיכיאטריה. זהו מונח אנכרוניסטי, אשר בעשרים השנים האחרונות, לפחות, כלל אינו מופיע בספרות המקצועית הרלוונטית. בהקשר זה, פריברם (1976) טוען שבמאה הקודמת המונח "ניורופסיכיאטריה" תאר היטב את התחום שעסק באבחון וטיפול במחלות פסיכולוגיות, כאשר רווחה ההנחה כי מחלות

ד"ר חנן דוד, מומחה מדיקולגלי לפסיכולוגיה שיקומית, עובד כפסיכולוג בבית-החולים לוינסקי ומרצה באוניברסיטאות חיפה ותל-אביב.



ד"ר חנן דוד

את הטענה המרכזית, אשר על פיה, בכל התדיינות משפטית אודות נפגע־מוח, וכאשר מדובר בהימצאות של הפרעה נירופסיכולוגית, חוות דעתו של נירופסיכולוג היא המכרעת.

א. הנירופסיכולוג מבסס את הבחנתו על מבחנים, כלומר על תפקידים "מנטליים". על מבחנים אלה חלים הכללים של אובייקטיביות, מהימנות, ותקפות, והם יכולים לספק הערכה מדויקת לגבי כישוריו של הנבדק. להבדיל מן הפסיכיאטר אשר מתבסס על התרשמות בראיון קליני.

ב. יעדו הסופי, המוחלט, של האבחון הנירופסיכולוגי – להגיע לאבחנה מבדלת (differential diagnosis) נאותה. שהרי ליקויים בתיפקודיות הפסיכולוגית של נבדק עשויים – או עלולים – עקרונית לנבוע משלוש סיבות אפשריות: התכונות הפרה־מורבדיות של אותו אדם (כישורים ודפוסי־התנהגות, שהיו לו עוד לפני הפגיעה); גילויים בעלי אופי "פסיכיאטרי"־אשר יכולים להיות תיסמונות פסיכיאטריות "של ממש", או תגובות של חרדה או דיכאון, שלא לדבר על מצבים של התחזות, כאשר הנבדק מבקש להפיק "רווחים משניים" מן הפגיעה. וכמובן – ביטויים של הפרעה נירופסיכולוגית־שהיא תולדה של נזק מוחי.

הנירופסיכולוג, באמצעות המבחנים שהוא מפעיל, מסוגל להגיע לירי אינטרפרטציה הולמת של הממצאים ולמסקנה אמינה ומבוססת המתייחסת לכל אחת מן הסיבות האפשריות לליקוי בתיפקודיות, המניות לעיל. ההשלכות של ענין זה לגבי פסיקתו של בית־המשפט נראות כמוכנות מאליהן.

ג. ישנו טווח נרחב ומורכב ביותר של הפרעות נירופסיכולוגיות, הנובעות מחבלה מוחית כלשהי. גם אותם נפגע־מוח, שאובחנו כלוקים בהפרעה נירופסיכולוגית אינם מהווים קבוצה אחידה ומוגדרת מבחינת ה"משמעות האבחנתית" של ההפרעה שנתגלתה דרך הטיפול, ודרך הפרוגנוזה השיקומית של הנפגע. ענין זה יכול להשפיע גם על שיקולי בית־המשפט בתביעת נזיקין בגין נזק מוחי והפרעה נירופסיכולוגית.

כדאי להזכיר בתמצית, את השקפתו של לוריא (1973, 1980), על־פיה כל פונקציה במערכת העצבים המרכזית – בפרט פונקציה מנטלית, הינה למעשה "מערכת פונקציונלית". זו מתבססת, על הפעילות המשותפת של איזה מבנה דינמי, המורכב מאזורים מוחיים שונים. כל אזור כזה תורם גורם מיוחד משלו לפעילות המשותפת של אותה מערכת פונקציונלית. לפיכך – לפי לוריא, אם יינזק אזור כלשהו, תיגרם דיסאינטגרציה של המערכת הפונקציונלית בכללותה, אולם בכל מקרה עשוי

הומוגנית מבחינת המשמעות הפונקציונלית, התיפקודית, של האבחנה הרפואית שלהם. רוצה לומר, על פי מיגבלות אפשריות שונות – פיסיות או קוגניטיביות ו/או התנהגותיות, אשר יש או אין להם. ניתן לומר שלא קיים משהו כמו פגיעה מוחית "ממוצעת" (פינגר וסטיין, 1982), וכי יש לראות כל מקרה כזה בהתרחזות נבדלת ומיוחדת במינה. כל נבדק, אשר נפגע במוחו חייב להיות נדון באורח אינדיבידואלי. המציאות הקלינית מלמדת, שישנם נפגעי־מוח, אשר אולי יש להם איזו בעיה פיסית, קלה או חמורה, אך אין להם שום ליקוי בתיפקודיות הנירופסיכולוגית. היינו, אין כל הפרעה בתחום הקוגניטיבי־התודעתי ו/או בהתנהגותם. במקרה כזה, חוות דעתו של רופא שהתמחותו בנירולוגיה או ברפואה שיקומית היא הקובעת בכל הנוגע להיבטים המדיקולגליים, כגון אחוזי הנכות הנדרשים בועדות רפואיות מוסמכות ו/או בבית המשפט.

המציאות הקלינית מלמדת – מנגד – כי ניתן למצוא נפגעי מוח רבים, אשר אולי אין להם כל בעיה פיסית, וייתכן שהממצאים הנירופתולוגיים אצלם מעטים ומצומצמים, או כלל לא קיימים, ואז יאמר הנירולוג: "אין נכות נירולוגית", ובית המשפט עשוי לקבל את חוות הדעת הזאת. אולם, כאשר יבחן נירופסיכולוג את ה"מקרה" הזה, הוא עשוי לגלות ביטויים מובהקים של הפרעה נירופסיכולוגית, כגון קשיים שונים בתיפקודיות הקוגניטיביות (ברכוז ובקשב, בשפה, בזיכרון, בלמידה, בתפיסה החזותית, בחשיבה ובמאפיינים שונים של הפעילות המוטורית) ו/או בהתנהגות (כגון מידת התכליתיות והבקרה שבתגובות, המוטיבציה והאפקט). הגילויים האלה עשויים להעיד שאכן מדובר בתולדה של נזק מוחי. במקרה כזה חוות־דעתו המקצועית ועדותו של הנירופסיכולוג הן הקובעות. כך – לפחות – משתמע, לדעת כותב הדברים, מתוך מאות רבות של אבחונים אצל נפגעי־מוח מכל הסוגים. לגבי רבים מהם הועלו גם שיקולים מדיקולגליים, גם אם לא הגיעו לכלל התדיינות משפטית. במקרים הללו, כשם שלנירולוג אין הידע והכישורים המתאימים להיות מומחה־רפואי מטעם בית־המשפט, לגבי ההערכה התיפקודית המקפת של האדם שנפגע במוחו, כך גם פסיכיאטר אינו יכול להיות מומחה־רפואי הולם, אלא בתאורן של תופעות התנהגותיות בעלות השלכות אישיות וחברתיות אצל אותם נפגעי־מוח.

ג. ייחודה של חוות־הדעת הנירופסיכולוגית בעת התדיינות משפטית אודות נפגע־מוח

לא כאן המקום להרחיב דברים על ייחודו של האבחון הנירופסיכולוגי במקרה של פגיעה מוחית, אך מן הדין לאזכר בקיצור נמרץ מאפיינים אחדים שלו, כפי שמציגים זאת לוין ובנטון (1988). זאת – כדי לבסס

"צליפת-שוט" (whip lash). למשל, כאשר עקב פגיעה של מכונית נוסעת בחלקה האחורי של מכונית נעה או ניחת, נגרמת לנהג טלטלה של הצוואר – עם או בלי חבטה נוספת בראש].

ניתן לראות כאן "מקרה מיוחד" של מה שהיה מכונה פעם "נזיפה פוסט טראומטית", כאשר מעורבת חבלה בראש, במצב הזה, – שהוא מצב יוצר-דחק. במקרה כזה תלונותיו של הנבדק, על כאבי ראש, סחרחורות, שכחנות וקשיים בריכוז אינן נושאות אופי של הפרעה נוירופסיכולוגית, אלא של קשיים פסיכוגניים אפשריים. המוגבלות של נפגע כזה עשויה להיות אמיתית, ובטרם יאובחן כהלכה לא יהיה זה נכון להגדירו כמתחזה, גם אם זוהי ההתרשמות.

כאן, חוות-דעתו של נוירולוג אולי לא תוכל להתקבל כמכרעת. מי שמצוי בפסיכופתולוגיה ובפסיכולוגיה הקלינית (כגון פסיכיאטר, פסיכולוג קליני או אף פסיכולוג שיקומי) שהתמחה בנושא הנדון, עשוי להיטיב להעיד כער מומחה. עם זאת, גם במקרים הללו חוות-דעתו של נוירופסיכולוג עשויה להיות הטובה והמקפת ביותר מכיוון (כפי שתואר בהרחבת-מה בפרק ג') לעיל) שהיא מסתמכת על מבחנים מתאימים. והאבחון הנוירופסיכולוגי חותר לקביעתה של אבחנה מברלת מדויקת. חוות דעת כזאת בכל מצב של חבלה בראש – עשויה להיות מכרעת לגבי קביעות בתחום המדיקו-לגלי בכלל, ובהכרעת הדין בתביעת נזיקין בגין חבלה כזאת, בפרט.

הדבר לשאת אופי שונה בהתאם לטיבו הייחודי של האזור שנפגע. הנוירופסיכולוג המשתמש, כאמור, במבחנים יכול להפעיל על הממצאים ניתוח איכותי, בנוסף על הניתוח הכמותי. כדי לאפיין ביתר דייקנות את ההפרעה שנתגלתה, וכדי לקבוע שהם מלמדים על סימפטומטולוגיה מובהקת של הפרעה נוירופסיכולוגית. ולדבר זה עשויות להיות השלכות חשובות על ההתדיינות בבית-המשפט.

ד. חוות הדעת במקרים של חבלה בראש שאינה גורמת לנזק מוחי

לא כל חבלה בראש (אפילו מחמת זעזוע-מוח) מביאה בהכרח לידי פגיעה מוחית, על-כן, לא מוצדק לעסוק בתולדות תפקודיות והתנהגותיות של הפגימה במסגרת דיון בנוירופסיכולוגיה. אולם תביעות כאלה עשויות להגיע לבית-המשפט.

בספרות המקצועית, ובמציאות הקלינית מוכר המושג "התיסמונת שלאחר זעזוע-מוח" – POST CONCUSSIONAL SYNDROME. אף כי האטיולוגיה הסיבתית שלו אינה מובנת כהלכה, סברה מבוססת היא שהתיסמונת היא ביסודה פסיכוגנית, היינו, קשורה במבנה האישיות ובדפוסי ההסתגלות הרגשית של הנפגע, ולא "נוירוגנית", היינו נובעת מנזק מוחי "ממשי". (כך טוען, למשל, לישמן, 1978).

[גילויים קליניים שניתן, לפחות לכאורה, לשייכם לתיסמונת הזאת שכיחים למדי בעקבות פגיעות הנקראות

מקורות

1. דוד, ח. ליקויים בבקרה הקוגניטיבית על התנועה, כחלק מן התהליך של עיבוד-אינפורמציה, והפחתה במהירות הפסיכומטרית אצל נפגעי מוח. [עבודת דוקטורט, אוניברסיטת חיפה, 1987].
2. ליבוביץ, י. גוף ונפש. הבעיה הפסיכופיסית. ספרית "האוניברסיטה המשודרת"; משרד הבטחון – ההוצאה לאור 1982.
3. Braslau, Naomi, & Davis, G.C. Post Traumatic Stress Disorder. The Strssor Criterion. The Journal of Nervous and Mental Disease, 1987' 175' 255-266.
4. Finger, S., & Stein, D.G. Brain Damage and

- Recovery-Research and Clinical Perspectives. Academic Press, 1982.
- Levin, H., & Benton A.L. Neuropsychological Assessment. 5 (chap. 11) in: R.J. Joynt (Ed.), Clinical Neurology. vol. 1, Lippincot, 1988.
- Lisman, W.A. Organic Psychiatry. Blackwell 1978. 6.
- Luria, A.R. The Working Brain, Penguin Books, 1973. 7.
- Luria, A.R. Neuropsychology in the Local Diagnosis of Brain Damage. Clinical Neuropsychology, 1980, 2, 1-7. 8.
- Pribram, K.H. Neuropsychiatry and Neuropsychology. in: 9 R.G. Grenell S. Gabay & (Ed.) Biological Foundations of Psychiatry. vol. II Raven Press, 1976, 1005-1013.

ממדף הספרים

"הסתכלות"-דו"ח מבתי חולים פסיכיאטריים



פרופ' עמיחי לוי

הספר "הסתכלות", מאת ירון אביטוב, עוסק אמנם בבעיות היומיום, אך בהחלט גם בשאלות המהותיות של העולם הפסיכיאטרי. המחבר הקדיש כשנה (מבצע עתונאי נדיר כשלעצמו) לצפייה בנעשה בבתי"ח פסיכיאטריים באזור ירושלים. נדמה שלא נעשתה בארץ עד כה

עבודה עתונאית בהקף כזה בנושא.

הקורא — שעולם הפסיכיאטריה זר לו, יוכל להתודע למושגים חשובים: מחלת-נפש, אשפוז-כפוי, פסיכיאטר-מחזוי, טפול בחשמל, שקום פסיכיאטרי, וכיו"ב. אכן, מושגים טעוני-רגש ומפחידים, מוסברים ומובהרים לקורא בדרך שוטפת וקריאה. ומה שאולי חשוב מכל, הספר מעביר לקורא עד כמה קשה להיות חולה במחלה נפשית, ושהטפול בחולי נפש איננו דבר של מה בכך, אלא משימה קשה, ולעתים תובענית מאד.

אף אנו, אנשי המקצועות הטפוליים, נוכל ללמוד דרך ספר זה מה חשוב הצבור עלינו. אמנם לא הסכמתי עם כל מה ש"הסתכלות" מציג (וגם אין צורך בכך). אך עם זאת אני רואה ב"הסתכלות" שרות חשוב לצבור.

המשך מעמ' 51

מקורות

רחבי העולם, יטלו בו חלק. בשל חשיבות האירוע, הנחשב כיוקרתית בכל הכנסים המקצועיים בשדה הרפואה והמשפט. נחרוג השנה מתאריכי כנס גיצלטר המתקיימים סמוך למועד פטירתו של עו"ד גיצלטר ז"ל, ונערוך מושב מיוחד של כנס גיצלטר, שיכלול הרצאות, דיון וחלוקת פרסים, במסגרת הקונגרס העולמי למשפט רפואי.

הנושא לעבודות לשנת 1994:

"זכויותיו של החולה".

לכל המועמדים לפרס — הצלחה רבה.

הרפואית בבול בשנת 1986.

בשנת 1988 שימש הרב שפרן כמרצה בבית הספר לרפואה ע"ש איינשטיין בניו-יורק ועם שובו מונה לתפקידי מורה ועמית מחקר במרכז לחינוך רפואי ע"ש יעקובוביץ של בית הספר לרפואה בבאר-שבע ובבית הספר ללימודי המשך ברפואה של אוניברסיטת תל-אביב.

בתום פרשת הדברים נציין כי בחודש אוגוסט 1994 יקיים הארגון העולמי למשפט רפואי את הקונגרס העולמי העשירי בירושלים, ואנשי משפט ורפואה בכירים, מכל

רפואה ומשפט גליון מס' 8 - מאי 1993