

בימות המערכת

תורמי אברים מרצון ותורמים בעל כורחם

בחוברת הנוכחית מתפרסמים שני מאמרים שענינם תרומת אברים והשתלות. עו"ד יוני דיוויס ("הבטים מוסריים ומשפטיים של תרומת אברים מגוף נפטר") עוסק בשאלת ההסכמה המוקדמת של נפטר, שניתנה בחייו, או בהסכמת קרובי משפחה. ובמקביל – נטילת אבר ללא הסכמה כנ"ל. הכל לצורך הצלת חיי אדם אחר, וחיים. מוזכר פסק הלכה של הרב ישראל שאולי, ראש ישיבת מרכז הרב, שמתיר בנסיבות מסוימות ומוגדרות, תרומה בתשלום. "...תרומת כליה של אדם חי היא מעשה חסידות שלפנים משורת הדין, ואם תשלום ממריץ זאת, אין סיבה לאסור את הדבר..." הרב שאולי אינו יחיד בגישתו, והרב ישראל אליעזר וולדנברג, מחשובי הפוסקים, עוד מרחיק לכת: "קרובי משפחתו של המת מצווים בהצלת נפשו של מושלת האבר, ... השכר שניתן (להם) הוא בעד מצווה, וזה שכר שמגיע להם ממילא..."

אלא שבתוך כל סבך ההיתרים והאיסורים, הפן הזה של תשלום בגין התרומה איננו נמצא בעין הסערה של הויכוח המשפטי, ההלכתי והמוסרי. וממילא אינו ממקד את תשומת לב הציבור.

במאמר אחר בחוברת שלפנינו מתרכזת רות וייס-צוקר ("התלות הבלתי-נסבלת של הרפואה") בפער הגדל והולך בין התקדמות המחקר הרפואי, בכל הנוגע להשתלות, לבין הקשיים שמקורם במיעוט תורמים. תוצאה בלתי נמנעת של קשיים אלה היא הדילמה למי להשתיל, ואיך לקבוע את ה"תור". המרחק מכאן ועד מיסחור הבעיה קצר מאד, ובענין זה מצוטט המשנה לנשיא בית המשפט העליון, כב' השופט מנחם אילון "... לחצים חברתיים... וחמריים עלולים להביא ל'שוק איברים' של 'חלקי חילוף' ולמצב שגופם של עניים ישמש מקור אספקה עבור עשירים..." אכן, סיטואציה מצמררת ובשרו של השומע נעשה חידודין חידודין, אלא שהתופעה חרגה מזמן מתחום ה"אילור" והפכה לחלק של מציאות חיינו.

בענין זה מאלפת מאד הרפורטז'ה "עיר השמחה" של העיתונאי הצרפתי הנודע דומיניק לפייר. (Dominique Lapierre.) (City of Joy. Warner Books Inc. N.Y. Reissued, March 1992). תחת מסווה של שמות בדויים, מובא בכרך עב כרס סיפורה של הגדולה בערי הודו, כלכתה, אשר בה המסחר באברי אדם פורח בממדים כה גדולים עד שהפך לנורמה של עניים.

אנשים מוכרים את אבריהם. עצמות, כליות, ואף גוויות שלמות. הכל תמורת תשלום במזומן ומראש. זו תעשייה עניפה ומסודרת אשר בה – לעתים קרובות – הקונה פועל להחיש את רגע המוות של המוכר, כדי לממש את המפרעה שנתן לו. לשרשרת המסחר הזו כמה חוליות. החל מן המתווך ברחוב שתפקידו לשכנע את "הקרנן המיועד" כי תרומת אבר, שתמומש כמובן לעתיד לבוא, טומנת את הפתרון לכל הצרות. שטרות הכסף בהם מנופף המתווך עוזרים להעביר את אותו מסכן על דעתו. אחר כך ישנו הרופא החירורג. ובית החולים, והסיטונאי, והיצואן, וכמובן שלטונות המכס, והמשטרה, שתפקידה מתבטא בעצימת עיניים.

מרבית האברים, או השלדים, מיועדים ליצוא לארצות נאורות. בראש רשימת הקונים מערב אירופה, ארה"ב, יפן, אוסטרליה. כל "הסחורה" נארזת בזהירות ובקפדנות, ונשלחת במטוסים ואניות לארצות היעד, עד שהיא מוצאת דרכה אל בתי ספר לרפואה או בתי חולים בכל קצוי תבל. המסחר, על כל שלביו, נעשה בגלוי. הסוחרים הגדולים רשומים, מורשים, וידועים ברבים. אף ענין המכס מסודר. יש חוקים ותקנות, והכל בסדר. ואין פוצה פה ומצפצף.

במקביל לתעשיית האברים "מן המת" פורח המסחר ב"אברים מן החי". כליות, דם, עור, רקמות, קרנית. כל מה שניתן לחתוך – נמכר. מיותר להקשות באיזה תנאים סניטריים ותחת איזה כללי בקרה וסטיריליות הכל מתבצע.

למסחר בעצמות אדם כמה גרורות: שדירת קברים טריים (של מוסלמים ונצרים), שדירת חדרים מתים של בתי חולים, ו"דייג" של גופות שהושלכו לנהרות בטקס דתי. ההינדואיזם מצווה, אמנם, לשרוף את גופת הנפטר, אך לא מעטים פטורים מן התהליך: חולי צרעת (אלה מרובים מאד), ילדים מתחת לגיל 5, ואחרים.

מי הקרבנות? דלת העם, בני כתות נחותות, לרוב "הטמאים". מהגרים מן הכפרים שעוקרים באלפיהם לעיר הגדולה בעונות בצורת, ומוצאים לפתע כי הרחובות אינם מרצפים זהב, וכי עשרה מיליון בני אדם כבר הקדימו אותם. הדרך מן המחסור אל הרעב – קצרה. ופסיעה נוספת מביאה אל היאוש. וישנן הגופות של אלפי נפטרים אשר

משפחותיהם לא מצאו את מעט המעות לשלם עבור קומץ ענפים למדורה, ואת שכר כהן הרת. ברגע הנכון מופיע המתווך החלקלק. הגוויה הטריה מוצאת את דרכה אל שולחן המנתח בבקתה סמוכה, מבוטרת תוך דקות. זהחלקים – בעצמות בודדות, או כשלר שלם, נמכרים ליצואן. כמוכן לאחר שהורחק כל אבר הניתן להשתלה מיידית: כליה, כבד, עין. הכל נחשב כסחורה עוברת לסוחר. ובל נשכח את אלפי הבודדים והעריירים, חסרי משפחה וחסרי כל. אלה הם הטרף הקל ביותר של התעשייה המקאברית הזאת.

כל זה מתרחש בארץ של 870 מיליון נפש. הדמוקרטיה הגדולה בעולם, שהעמידה את ראבינדרנאט טאגור ואת המהטמה גנדי.

קל להגיד "אצלנו זה לא יקרה". אבל הנסיבות שהביאו להתפתחות התעשייה הנוראה בהודו, אינן פרי דמיון. ומי שנפלו קרבן לנסיבות, עשו מה שעשו בכורח הגורל. כבר שנינו כי אין אדם נתפש על צערו. חקיקה נאורה בדבר היתר תרומת אברים, על ידי חברי הכסת מחד, ועל ידי הרבנים שפוסקים הלכות מאידך, ברוח של "וחי בהם", תסייע להרחיק את סכנת המיסחור מן הדלת האחורית שלנו.

שלמה מאירי



תרומת אברים מגוף הנפטר – הבטים מוסריים ומשפטיים

נסיבות המקרה הנ"ל היו מעוררות פולמוס ציבורי-משפטי מעמיק יותר, אילו – למשל – הנפטר היה תייר, אשר משפחתו לא היתה מתגוררת בארץ, או אזרח ישראלי שמטעמים דתיים הביע עוד בחייו את עמדתו כי יתנגד להוציא אברים מגופו בבוא יום מתו. אך את עמדתו זו לא יכול היה להשמיע לרופאים עת שבאו ליטול את איבריו לצורך הצלת חיי אדם.

ההבט המוסרי הלכתי

אין מחלוקת כי תרומת אברים מן המת יש בה משום הצלת הזולת ומעשה חסד של פיקוח נפש. הרפואה המודרנית מאפשרת הצלת חיים ובמקרים רבים שיפור איכות החיים של אנשים שמנגנונים מסוימים בגופם לקויים ומתקשים לתפקד. הוצאת אברים מן המת מקדמת את הרפואה ומאפשרת ללמוד על מחלות נדירות ויכולת להתמודד עם מחלות אלה בעתיד, לעומת זאת, יש הרואים בגוף האדם ערך עצמאי שאין לפגוע בו אפילו לא להצלת חייו של אחר.

יש זרמים ובעקר דתיים, הרואים בהוצאת אברים מגופו של המת, פגיעה באוטונומיה או מתנגדים מסיבות הלכתיות בלתי מנומקות.

בענין זה ראוי לציין את פסק ההלכה שיצא לאחרונה מתחת ידי ראש ישיבת מרכז הרב, הרב שאול ישראלי, לפיה "תרומת כליה של אדם חי היא מעשה חסידות שלפנים משורת הדין ואם תשלום ממריץ זאת אין סיבה לאסור את הדבר".¹

מפסק הלכה זה אנו למדים כי ההלכה אינה פוסלת סחר באברים למטרות פיקוח נפש או לצורך פרעון חובות. עמדה זו אינה מקובלת בשיטות משפט בעולם ואף לא בישראל, וניתן לסייג את פסק ההלכה הנ"ל בכך שחל איסור על פתיחת משרדים למסחר באברים, כמו גם תשלום על תיווך בקניית אברים. את איסור התיווך מסביר הרב שאול ישראלי בכך שעל פי ההלכה חלה על אדם חובה לטרוח ולהתאמץ כדי לרפא את הזולת, ללא תשלום. וממילא, אדם שמתווך במסחר בקניית איבר אינו רשאי על פי ההלכה לקחת על כך כסף.

מבוא

ביום 19.6.93 נדרס אדם בבאר שבע. מצבו הוגדר כמוות קליני והוא הועבר לביה"ח סורוקה. על גופו של הנפגע לא היו אמצעי זיהוי. הנהלת בית החולים הודיעה על אשפוזו למשטרת ישראל אשר עשתה נסיונות לאתר את משפחתו.



יונתן דייזוס, עו"ד

משאפסה תקוה להציל

את חיי הנפגע, נערכו רופאי בית החולים להוציא אברים חיוניים מגופו של הנפגע לצורך השתלתם בחולים נזקקים בביה"ח סורוקה ובביה"ח הדסה בירושלים.

משפחת הנפגע לא אותרה ורופאי ביה"ח הוציאו קרניות וכליות מגופו של הנפטר לצורך השתלתם. התנהגות רופאי ביה"ח שפעלו ללא הסכמת משפחת הנפטר, עוררה סערה ציבורית. בכלי התקשורת היו שכינו את המעשה "שוד אברים" והמשטרה נערכה לחקור את הפרשה. משאותרה משפחת הנפטר הודיעה כי אין לה כל ענין בהגשת תלונה למשטרה וכי היא רואה את פעולת הרופאים כמעשה הומני להצלת חיי אדם.

המקרה כשלעצמו גווע, אך נותרה השאלה האם התנהגות הרופאים היתה ראויה ועמדה במבחנים שהציג המחוקק או שמא היתה התנהגותם פזיזה מדי, ומתוך להיטות להצלת חיי אדם נשתכחה מהם זכותו של הפרט או משפחתו והיתה פגיעה ברגשותיהם.

נסיבות המקרה הנ"ל אף שלא הובאו להכרעה משפטית מעוררות שאלות יסוד בתחום האתי-רפואי, חברתי-משפטי.

מצד אחד ברור שיש בתרומת אברים מן הנפטר משום הצלת הזולת, ששיפור איכות חייו, ומעשה חסד של פיקוח נפש. מאידך, קיימות בחלקים שונים של הציבור גישות המתנגדות להוצאת אברים מגופו של נפטר הן מבחינה רגשית והן מבחינה דתית.

תרומת אברים מגוף הנפטר – הבטים מוסריים ומשפטיים

נסיבות המקרה הנ"ל היו מעוררות פולמוס ציבורי-משפטי מעמיק יותר, אילו – למשל – הנפטר היה תייר, אשר משפחתו לא היתה מתגוררת בארץ, או אזרח ישראלי שמטעמים דתיים הביע עוד בחייו את עמדתו כי יתנגד להוציא אברים מגופו בבוא יום מועד. אך את עמדתו זו לא יכול היה להשמיע לרופאים עת שבאו ליטול את איבריו לצורך הצלת חיי אדם.

ההבט המוסרי הלכתי

אין מחלוקת כי תרומת אברים מן המת יש בה משום הצלת הזולת ומעשה חסד של פיקוח נפש. הרפואה המודרנית מאפשרת הצלת חיים ובמקרים רבים שיפור איכות החיים של אנשים שמנגנונים מסוימים בגופם לקויים ומתקשים לתפקד. הוצאת אברים מן המת מקדמת את הרפואה ומאפשרת ללמוד על מחלות נדירות ויכולת להתמודד עם מחלות אלה בעתיד, לעומת זאת, יש הרואים בגוף האדם ערך עצמאי שאין לפגוע בו אפילו לא להצלת חייו של אחר.

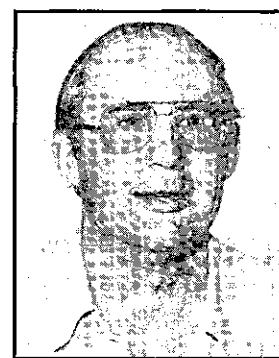
יש זרמים ובעקר דתיים, הרואים בהוצאת אברים מגופו של המת, פגיעה באוטונומיה או מתנגדים מסיבות הלכתיות בלתי מנומקות.

בענין זה ראוי לציון את פסק ההלכה שיצא לאחרונה מתחת ידי ראש ישיבת מרכז הרב, הרב שאול ישראלי, לפיה "תרומת כליה של אדם חי היא מעשה חסידות שלפנים משורת הדין ואם תשלום ממריץ זאת אין סיבה לאסור את הדבר".¹

מפסק הלכה זה אנו למדים כי ההלכה אינה פוסלת סחר באברים למטרות פיקוח נפש או לצורך פרעון חובות. עמדה זו אינה מקובלת בשיטות משפט בעולם ואף לא בישראל, וניתן לסייג את פסק ההלכה הנ"ל בכך שחל איסור על פתיחת משרדים למסחר באברים, כמו גם תשלום על תיווך בקניית אברים. את איסור התיווך מסביר הרב שאול ישראלי בכך שעל פי ההלכה חלה על אדם חובה לטרוח ולהתאמץ כדי לרפא את הזולת, ללא תשלום. וממילא, אדם שמתווך במסחר בקניית איבר אינו רשאי על פי ההלכה לקחת על כך כסף.

מבוא

ביום 19.6.93 נדרס אדם בבאר שבע. מצבו הוגדר כמוות קליני והוא הועבר לביה"ח סורוקה. על גופו של הנפגע לא היו אמצעי זיהוי. הנהלת בית החולים הודיעה על אשפוזו למשטרת ישראל אשר עשתה נסיונות לאתר את משפחתו.



יונתן דייוויס, עו"ד

משאפסה תקוה להציל את חיי הנפגע, נערכו רופאי בית החולים להוציא אברים חיוניים מגופו של הנפגע לצורך השתלתם בחולים נזקקים בביה"ח סורוקה ובביה"ח הדסה בירושלים.

משפחת הנפגע לא אותרה ורופאי ביה"ח הוציאו קרניות וכליות מגופו של הנפטר לצורך השתלתם. התנהגות רופאי ביה"ח שפעלו ללא הסכמת משפחת הנפטר, עוררה סערה ציבורית. בכלי התקשורת היו שכינו את המעשה "שוד אברים" והמשטרה נערכה לחקור את הפרשה. משאותרה משפחת הנפטר הודיעה כי אין לה כל ענין בהגשת תלונה למשטרה וכי היא רואה את פעולת הרופאים כמעשה הומני להצלת חיי אדם.

המקרה כשלעצמו גווע, אך נותרה השאלה האם התנהגות הרופאים היתה ראויה ועמדה במבחנים שהציג המחוקק או שמא היתה התנהגותם פזיזה מדי, ומתוך להיטות להצלת חיי אדם נשתכחה מהם זכותו של הפרט או משפחתו והיתה פגיעה ברגשותיהם.

נסיבות המקרה הנ"ל אף שלא הובאו להכרעה משפטית מעוררות שאלות יסוד בתחום האתי-רפואי, חברתי-משפטי.

מצד אחד ברור שיש בתרומת אברים מן הנפטר משום הצלת הזולת, ששיפור איכות חייו, ומעשה חסד של פיקוח נפש. מאידך, קיימות בחלקים שונים של הציבור גישות המתנגדות להוצאת אברים מגופו של נפטר הן מבחינה רגשית והן מבחינה דתית.

הרב ישראל אליעזר וולדנברג, מחשובי הפוסקים בתחום הרפואה וההלכה, מתיר מכירת איברים מן המת בצורה גורפת עוד יותר. הרב וולדנברג אינו מקבל את הטיעון ההלכתי המרכזי נגד מכירת אברי המת, על פיו קיימת כאן עבירה על איסור הנאה מהמת. לדבריו אין בדבר הנאה מן המת. לדעתו, קרובי משפחתו של המת מצווים בהצלת נפשו של מושל האבר וכי השכר שניתן הוא אפוא בעד מצווה שצריכים לעשות, וזה שכר שממילא מגיע, ומעיקר הדין נראה לו שיש להתיר קבלת השכר.

דומה שגישה זו עדיין נחשבת למרחיקת לכת בתפיסתה, וטרם כבשה לה מקום בויכוח המוסרי הנ"ל. כדי לאזן בין הגישות, דהיינו, ניצול המידע והיכולת של הרפואה המודרנית להציל חיים מחד, ונסיון שלא לפגוע ברגשותיהם של זרמים מסוימים בציבור מאידך, הסדיר המחוקק את נושא תרומת האברים – אם כי בצורה חלקית ובלתי מושלמת – והתנה זאת בהסכמת קרובי הנפטר. כפי שקובעת כב' השופטת פריש, בפסק דין בענינו של רופא שניתח גופה של נפטר והוציא כליותיו לשם השתלתן בחולים וזאת מבלי שנמסרה הודעה למשפחה ומבלי שנעשה נסיון סביר למסור הודעה כזו כנדרש על פי החוק²:

"מטרת החוק כפי שנקבע על ידי המחוקק היתה לאזן בין האינטרס של הצלת חיים לנוכח הקידמה והרפואה המתקדמת, מחד, והתחשבות ברגשות המשפחה ו/או רצון המנוח בחייו מאידך, אשר על כן נקבעה ההודעה וההתנגדות בכתב כאשר הניתחה דרושה להצלת חיים. התנהגות בניגוד להוראות החוק מסכלת את מטרת המחוקק שניסה למצוא "שביל זהב" בענין עדין ורגיש זה."

הבטים משפטיים

1. לכאורה נושא ההיתר להשתמש בחלק מגופו של נפטר לריפוי של אחר מוסדר אצלנו בחוק האנטומיה והפתולוגיה תשי"ג-1953 אלא שחוק זה אינו חולש על קביעת רגע מותו של אדם ושאלה זו אינה מוסדרת כלל בחקיקה על אף ההשלכות שיש לה בתחומים רבים כגון בעניני ירושה, ביטוח אחריות אזרחית ופלילית, אחריות רפואית, היתר קבורה, ניתוח שלאחר המות, עניני נישואין, דיני אבלות, וכדומה תחומים בהם למוות חשיבות³.

2. סעיף 6(א) לחוק האנטומיה והפתולוגיה קובע כי מותר לרופא לנתח גוויה לשם קביעת סיבת המות או כדי להשתמש בחלק ממנה לריפוי של אדם אם נקבע בתעודה החתומה על ידי 3 רופאים כי הניתוח משמש לאחת המטרות הנ"ל.

סעיף 6(ב) קובע כי גוויה לא תנתח לפני שעברו 5 שעות לאחר מתן ההודעה על הפטירה לאחר מבני המשפחה. אך אם היה הניתוח דרוש כדי להשתמש בחלק מהגופה לשם ריפוי של אדם, יש למסור את ההודעה לאחר מבני המשפחה (בן זוג, ילד, הורה, אח, אחות) לפני עשית הניתוח (סעיף 6(ב)(2)).

סעיף 6(ג) לחוק מטפל במקרה בו נתגלה צורך לעשות שימוש בחלק מגופה כדי להציל חיים של פלוני, ובמקרה כזה, יש למסור את ההודעה לאחר מבני המשפחה, עד למועד המאוחר ביותר שבו אפשר להוציא את השתל לשם השימוש המבוקש. ואם לא ניתן למסור הודעה, מחמת חוסר אפשרות לאתר בן משפחה מותר לבצע את הניתוח ללא הודעה, ובלבד שנעשה נסיון סביר למסור את ההודעה.

החוק קובע כי ניתוח השתלה לשם שימוש בקרנית העין, כליה, ושימוש ברקמות עור של נפטר, ייחשבו כשימוש לצרכי הצלת חיים, אך רשימה זו אינה רשימה סגורה⁴.

3. סעיף 6(א) לחוק האנטומיה והפתולוגיה מסדיר את נושא ההסכמה לניתוח הגופה. הכלל הוא כי גופה לא תנתח אלא אם הובעה הסכמה של הנפטר בחייו או בן משפחה לפי סדר עדיפות אשר נקבע בחוק (בן זוג, ילדיו, הוריו, אחיו). התנגד אדם בחייו בכתב שגוויתו תנתח לא יבוצע הניתוח.

כאשר יש צורך בניתוח דחוף להוצאת אבר מגופו של נפטר לשם הצלת חיים, מותר לבצע את הניתוח אף ללא הסכמת בני המשפחה אלא אם התנגד לכך הנפטר בחייו ובכתב או אם התנגד לכך בכתב בן זוג או אחד מילדיו או אחד מהוריו.

4. חוק האנטומיה והפתולוגיה פורש לפנינו שני מצבים עקרוניים. האחד, לפיו מותרת התערבות רפואית של הוצאת אבר מגופת המת מקום שקיימת הסכמה כמפורט לעיל. (להלן – "הגישה הראשונה").

המצב השני, ניתוח לשם הוצאת אבר כאשר הדבר דרוש לצורך הצלת חיים של אחר אף אם אין הסכמה. אולם על המנתח להודיע על כך לבני המשפחה, ועליו לעשות נסיון סביר לאתר את בני המשפחה, עד לסמוך לביצוע הניתוח. הסייג הוא התנגדות מפורשת בכתב של הנפטר בחייו או בני משפחתו כאמור (להלן – "הגישה השנייה").

בחינת שתי הגישות בחקיקה של מדינות שונות בעולם מלמדת ששתי הגישות מקבלות בטוי בצורה זו או אחרת בחקיקתן וההיתר להוצאת שתל מגופו של הנפטר מוסדר באופן דומה בחוק האנטומיה והפתולוגיה אצלנו.

באנגליה אומצה הגישה הראשונה בחוק Human Tissue Act 1961, ונקבע שהסכמתו המפורשת או מכללא של התורם המת בחייו מאפשרת שימוש בגופו למטרות השתלה אלא אם קיים טעם מיוחד למנוע ניתוח כאמור. כגון, שהוכח שהנפטר חזר בו מהסכמתו. הסכמת הנפטר בחייו צריכה להיעשות בכתב או לפני עדים והניתוח יתבצע על ידי רופא שהוסמך לכך.

לא נתקבלה הסכמת המנוח לביצוע ניתוח כאמור, התערבות רפואיות בגופו של הנפטר מותנית בהסכמת קרובי המנוח, ובלבד שהמנוח לא הביע בפניהם את סירובו המפורש כי ניתוח לאחר המות לא יתבצע.⁵

הגישה השנייה אומצה בחקיקה של מספר מדינות באירופה.⁶ בצרפת השימוש באברים מגופו של הנפטר לשם טיפול רפואי או מדעי יכול להיעשות רק כשהנפטר מת כשהוא בגיר ובמהלך חייו לא התנגד במפורש להוצאת השתל או האבר מגופו. אין משמעות להתנגדות בני המשפחה.⁷

גם בארה"ב אומצה הגישה השנייה. חקיקתן של מספר מדינות שם מאפשרת הסרת ריקמת קרנית העין במהלך ניתוח לברור סיבת המות, כאשר יש צורך בשימושה להצלת חיים של אחר. החיקוקים מונעים את ההתערבות הרפואית אם קרובי הנפטר התנגדו לניתוח הוצאת השתל, אך אינם מחייבים מתן הודעה לקרובי הנפטר אודות הניתוח.

בעבר היו נסיונות לתקוף את החיקוקים הללו, הנוגדים את חוקת ארה"ב, אך בתי המשפט הדפו טענות אלה, ונקבע שהחיקוקים מהווים איזון נאות בין האינטרסים של הצלת חיים מחד ושמירה על כבוד הנפטר מאידך. בתי המשפט דחו את הטענה שיש בהסרת הקרנית ללא הסכמה מפורשת של קרובי הנפטר פגיעה ברגשותיהם הדתיים של קרובי הנפטר ופגיעה בפרטיותו של הנפטר.⁸

כל המקרים הנ"ל נדונו בהקשר של הוצאת קרניות מגופו של הנפטר וראוי לציין שניתוח השתלת רקמת קרנית יכול להצליח רק אם השתל הוצא פחות מ-10 שעות לאחר הפטירה. בתי המשפט פסקו לענין זה,

כי בשל קוצר הזמן לא תמיד ישנה אפשרות להודיע לקרובי הנפטר.

6. את החיקוקים בארה"ב הנוגעים לנושא השתלת אברים מן הנפטר ניתן לחלק לשלש קבוצות:

הראשונה, החיקוקים המאפשרים לבית המשפט ליזום בקשה לתרומת אברים ובמקביל לה דרישה להסכמת קרובי הנפטר לתרומה המבוקשת.⁹

השנייה, בית החולים או מי שמטעמו רשאי להודיע (להבדיל מלבקש) על הצורך בתרומת אברים מהנפטר תוך ניהול רישום מתאים. במדינות קליפורניה, קנזס, פנסילבניה, טקסס, נקבע כי על בתי החולים ליצור מנגנון של יצירת קשר עם קרובי הנפטר וקבלת הסכמתם. מדינות אחרות כגון אינדיאנה ומסצ'וסטס, לא קבעו צורך במנגנון כזה אך החוקים שם דורשים שבית החולים יודיע למשפחת הנפטר כי עומד להתבצע בו ניתוח שלאחר המוות להוצאת שתל מגופתו.

הקבוצה השלישית כוללת את קבוצת המדינות בהן לא נדרש מבית החולים למסור הודעה למשפחת הנפטר אודות הניתוח שלאחר המות ותרומת אברים מגופתו.¹⁰

אחריות הרופא הפועל בניגוד לקריטריונים שנקבעו

1. אחריותו של רופא באשר להגדרת רגע המוות יכולה לקום מקום שביצע פעולת הוצאת אבר מגופו של אדם לפני שהוכרו פורמלית כמי שמת. כך גם כל פעולה הננקטת על ידי רופא, של הוצאת אברים או רקמות מגופו של הנפטר ללא הסכמת בני משפחת הנפטר, עלולה להעמידו מול תביעת פיצויים של משפחת הנפטר על פי עוללה של תקיפה (פעולה רפואית בניגוד להסכמה) או בעוללה של רשלנות ואי גילוי מידע. בארה"ב, במקרה שבו הוצאו רקמות עור מנער בן 15 לטובת בן דודו שלא בהסכמת הורי הנער המנותח, נפסקו פיצויים כנגד הרופא המטפל¹¹ וזאת מאחר ובעקבות הניתוח נגרמו לנער סיבוכים שהיטבו לו נזק לצמיתות.

2. הוצאת שתל מגופו של נפטר ללא קבלת הסכמה של קרובי הנפטר עשויה להוביל לאחריות פלילית ואזרחית נגד הרופא המבצע את הוצאת השתל. האחריות האזרחית מושתתת על פי דיני הנזיקין. למיטב ידיעתנו אין בארץ תקדים משפטי לכך, אולם להערכתנו נקיטת פעולה של הוצאת שתל מגופו של נפטר ללא הסכמת קרובי הנפטר מהווה פגיעה בזכותו

ובכבודו ושל המת, וכבר נפסק שהגנה על מת וכבודו כמותה כהגנה על החי וכבודו¹². בקנדה נפסקו פיצויים נגד רופא אשר ביצע ניתוח הרצאת שתל מגופה בניתוח לאחר המות בלא לקבל את הסכמת בני המשפחה¹³. אולם יודגש כי לא היה מדובר שם בניתוח להוצאת שתל מגופו של הנפטר לשם הצלת חיים של אחר, ונראה שמבחן זה יש בו חשיבות מבחינת אחריות הרופא (ראה שיקולי בית המשפט בענין ד"ר יוסים¹ בהחלטה לבטל את ההרשעה הפלילית).

רופא הנוקט פעולה רפואית של הוצאת שתל מגופו של נפטר ללא הסכמת בני המשפחה מסתכן גם בביצוע מעשה של רשלנות כלפי המשפחה. בהוצאת שתל מגופת הנפטר ללא קבלת הסכמת בני המשפחה עליו לצפות שהארם אשר הסכמתו מתבקשת עלול להפגע מן המעשה ועלול לסבול נזק נפשי¹⁴.

הקושי יהיה בהוכחת הנזק. לא די בהוכחת עוגמת נפש, או כאב וסבל, אלא על הניזוק להוכיח פגיעה נפשית מוחשית המגיעה לכדי מחלה של ממש¹⁵. נציין עוד כי ניתן לתבוע רופא המבצע פעולה רפואית ללא הסכמת בני משפחת הנפטר לפי ראש הנזק של הפרת חובה חקוקה.

סוף דבר

אם נבחן לאור דרישות החוק את התנהגות רופאי בית החולים סורוקה שעה שהוציאו מגופו של הנפטר את האברים שנעדרו להשתלה בחולים נזקקים, נצא למדים כי ניתוח גוויה לשם הצלת חיים מותר בכל מקרה, למעט

מקרים שהיתה התנגדות בכתב ובתנאי שתימסר הודעה למשפחה כאמור. ניתוח גוויה שלא על פי הוראות חוק האנטומיה והפתולוגיה מהווה עבירה פלילית לפי סעיף 7 לחוק, כשהאחריות מוטלת על המנתח הצפוי לעונש של עד 3 שנות מאסר ו/או קנס.

בפרשת בית החולים סורוקה לא ברור אם הניתוח נעשה לשם "הצלת נפש". אולם בכל מקרה המחוקק מטיל אחריות כבדה על הרופא המנתח לדרוש, לברר, לחקור ולאתר את קרוב המשפחה, כדי להשיג הסכמתו לניתוח הגופה. כך גם ההלכה מתנגדת בכל חומרת הדין לנתיחת מתים תוך שהיא רואה כאן פגיעה בכבוד האדם ובאוטונומיה שלו¹⁵.

יחד עם זאת על פי מצוות פיקוח נפש מעניקה ההלכה וכך גם החוק, הגנות לרופא אשר פעל בתום לב, גם אם בדיעבד נכשל בעבירה ופגע וגרם נזק.

בית משפט השלום בפתח תקוה בענין מדינת ישראל נגד ד"ר יוסים אלכסנדר, הרשיע רופא שביצע ניתוח להוצאת כליותיו של הנפטר בלא למסור כל הודעה לבני המשפחה למרות שניתן היה לאתרם.

לו היו רופאי בית החולים סורוקה עומדים לדין על פי הנסיבות שהוצגו במבוא למאמר זה, יתכן שבית המשפט היה מרשיע אותם, אך סביר שהיו עומדות להם ההגנות של פעולה בתום לב. יחד עם זאת, מאחר ואין בידינו העובדות, אין לראות בקביעה אחרונה זו משום הכרעה כלשהי או חות דעת.

מקורות והערות שוליים:

1. דברי הרב שאול ישראלי, בבינוס הבין לאומי לרפואה, אתיקה והלכה. בית חולים שערי צדק יולי 1993.
2. ת.פ. 1045/86 מדינת ישראל נגד ד"ר יוסים אלכסנדר (טרם פורסם) בס"ז של כב' השופטת ש. פריש בבית משפט השלום בפתח תקוה.
3. BRENNAN, S.L.; DELGRADOY R; DEATH MULTIPLE DEFINITIONS OR A SINGLE STANDARD 54 S. cal. L. Rev. (1981) 1323.
4. ראה גזר הדין של כבוד השופטת פריש בת.פ. 1048/86.
5. לדין מקיף בחוק האנגלי ובהשלכותיו ראה: KENNEDY I "THE DONATION AND TRANSPLANTATION OF KIDNEYS: SHOULD THE LAW BE CHANGED?" (1979) 5 J M E. KENNEDY, GRUBB: MEDICAL LAW - Text, Butterworth London Materials. 1989, pp. 1022.

KENNEDY I: "FURTHER THOUGHTS ON LIABILITY OF NON OBSEVANCE OF THE HUMAN TISSUE ACT. 1961" 16 Medicine Science and Law 49' (1979).

- .6 Statute no. 76*1181 22.12.1979 צרפת
Statute of 13 June 1986 בלגיה
Statute on 644 2 Dec. 1975 איטליה
Statute no 190 15 May 1975 שבדיה.
- .7 FAR J.A. for "ORGANS FOR TRANSPLANT, COURAGE AND LEGISLATION" (1977) IBMJ497-498 :ראה
- .8 State V. Powell 497 SO-2d 1188 - (fla 1986).
Georgia Lions Eye Bank v. Lavant 335, SE.2D 127 (ga. 1985).
Tillman v. Detroit Recieving Hos. 360 N.W. 2d 275 (mich app. 1984).
- .9 ראה במדינות אלבמה, אריזונה, פלורידה, ג'ורג'יה.
- .10 קונטיקט, הוואי, קנטקי, ניו ג'רסי וורג'יניה.
- .11 BONNER V. MORAN 126 f 2d 121 (DC Cir 1941).
- .12 בג"צ 66/81 המפקח הכללי של משטרת ישראל נגד שופט בית משפט השלום ברמלה מר בייזר ואח' פ"ד לה (4) 337.
- .13 EDMOND V. ARMSTRONG FUNERAL HOME Ltd (1931) 1 DLR 676.
- .14 W/ Prosser: LAW OF TORTS 4th ED (West Publishig CO. 1971) :השווה בארה"ב.
- .15 ראה דרישת תקנות סדר הדין האזרחי תשמ"ד-1984, המחייבת צירוף חוות דעת רפואית כתנאי להגשה. כך גם הדרישה באנגליה.
MCCLOUGHLIN V. O'BRIAN (1982) 2 WLR 982.
וכן פסק הדין המנחה בענין.
- .16 רשי – סנהדרין מ"ה ע.א. הנודע ביהודה בתשובה של יור תנינאי והחתם סופר תשובה תשל"ו חלק י'.
איסור הנאה מן המת. רמב"ם הלכות אבל, פרק י"ד הלכה כ"א. על פי הגמרא בעבודה זרה דף כ"ט ע"ב.

טופס הסכמה – חלום או מציאות?

למלא חובה. עקרון ההסכמה מדעת הוא פשרה בין עקרונות האוטונומיה לבין האילוצים של השרה הקליני. בעיקרון פשרה זה גלומה תקווה כי באמצעותו ניתן להתגבר על הפטרנליזם השגור בדרך הפיכת החולה לשותף בתרפיה.²

הצורך בהסכמה הוא נגזרת לוגית של אמנה חברתית המכוננת מקום שחברים בני אדם דרך חוזה והסכמה לבניית קהילה. על כן שיתוף הפרטים בתהליך קבלת החלטות מאפשר שמירה על דמוקרטיה המגינה על זכויות המטופלים.

משמעות טופס הסכמה מדעת בשדה הקליני

כאמור, טופס הסכמה מדעת מהווה חוזה בין הרופא לחולה, המצביע על אינטראקציה המתבססת על שיתוף פעולה. במהותו נועד להגן על השניים בתהליך הטיפול. בטופס מתואר התהליך הרפואי המתוכנן, מפורטות מטרות הטיפול. נמנים הסיכונים והסיכויים הכרוכים ומתואר אופן מתן הטיפול.

חתימת החולה על הטופס הנמסר לו על-ידי הרופא מאשרת את העקרונות שעל-פיהם נוסח הטופס, ומצביעה על הסכמת שני הצדדים לפעול בדרך רפואית הולמת. לא רק במושגים של שיקולים ביולוגיים, אלא גם על-פי קריטריונים של הגיון פסיכולוגי וסוציולוגי: מתוך אחריות והתחייבות לשמירת ערכי הפרט.³

הטיפול בטופס הסכמה דורש מהרופא מומחיות ומיומנות. הוא מפרט את התנאים בהם חלה על הרופא חובה חוקית ומוסרית למסור מידע מקיף לחולה, על-מנת לאפשר לו לקבל החלטה שקולה ואינטליגנטית בטרם יחתום על הטופס.⁴ מצפים מן החולה להיות שותף פעיל, לבדוק את מטרות ההתערבות הרפואית, לעורר שאלות בתחומים שאינם מובנים לו, להבהיר ספיקות ולתת לרופא משוב שאכן ההסבר ברור ומובן.⁵

אם נתמלאו תנאים אלה, אזי חתימת החולה על טופס ההסכמה מהווה התחייבות לציית להוראות הרופא. המגמה המרכזית בהחתמת החולה היא ליכוד של מטרותיו עם אלה של הרופא המטפל, על מנת לאפשר תוכנית טיפולית מגובשת, ומועילה, שתסייע לחולה להתגבר על מחלתו.

מבוא

ההתפתחות המואצת בתחומי הרפואה השונים, הגבירה את הנחיצות בתשומת לב מיוחדת לצרכים הריגשיים של החולים, לשמירה על כבודם ועל יכולת הכרעתם החופשית באמצעות ביטוס וחיזוק של ערכי המקצוע הרפואי כלפי המטופלים.

הסכמה מדעת מצריכה

את שיתוף הפרט בתהליך קבלת החלטות על מנת לשמור על זכויות המטופל.

השגת ההסכמה נעשית בעל פה ובכתב כאשר הטופס המיועד לכך מהווה חוזה, והוא בא לפתור דילמה מורלית משפטית בעימות בין החברה, הרופא המטפל, והחולה המטופל. עקרון ההסכמה מדעת מפשר בין האוטונומיה לבין האילוצים בשדה הקליני.

נעמוד להלן על מורכבות האינטראקציה שבין הרופא לחולה ובהתמודדות ביניהם בדרך להשגת הסכמה מדעת.

תהליך השגת הסכמה מדעת בשדה הקליני

הסכמה מדעת – משמעות המושג

השגת הסכמה מדעת מראש, היא תנאי לביצוע טיפול רפואי וטיפול ניסויי. המושג "הסכמה מדעת" מבקש להציג דרך לפיתרון דילמה מוסרית בהפגישו את החברה, את הרופא המטפל ואת המטופל.

זהו מושג מורכב המכיל יסודות של חופשיות ורצוניות של הסוביקט. המושג צמח מספרות המחקר הרפואי ומן הספרות המשפטית בדיוניה ברשלנות רפואית והפך לעקרון מוסרי ולתנאי בטיפולים רפואיים וניסויים קליניים.¹

ריבוי המשפטים שעסקו בטיפולים רפואיים שימש תמריץ לשינוי בתפישת המושג "הסכמה מדעת" ברפואה היישומית הקלינית וחייב קיום מאזן של סיכון/תועלת למטופל ולחברה. המאזן הזה משפיע על חומרת הדרישה להסכמה מדעת. המטרה האמיתית היא להיות כלי עזר בתהליך קבלת החלטות של חולים, בטרם יבוצע בגופם הליך רפואי קליני, ולא להיות כלי משפטי מוסרי התובע



ד"ר נילי טבק

ד"ר נילי טבק – R.N. PH.D – מלמדת בחוג לסיעוד באוניברסיטת תל אביב.

המידע שכל בר-דעת מעונין או צריך לדעת לשם קבלת החלטה.

טיפול ניסויי תרופתי

זוהי פעולה מכוונת המשנה את מצבו הקליני של החולה ומטרתה להעניק טיפול חדשני⁹. הניסוי הרפואי הוא כלי חשוב וחיוני בתחומי הרפואה. עם זאת קיימת תחושת אי בהירות בגבול הדק שבו הופך הניסוי לטיפול. בעבר לא הועמד הניסוי בבני אדם למבחן החוק, משום הנטייה לבטוח בשיפוט הנכון של מרעני הרפואה, בהתנהגותם המוסרית ובאמות המידה שלהם, כאנשים שמקדישים את מיטבם לבריאות הזולת¹⁰.

הניסוי התרופתי אינו מכשיר של הרפואה. אלא להפך, מדע הרפואה הוא העומד לרשותו, בד בבד עם התפתחות הרפואה. נמצא כי בכל טיפול קיימים סממנים של מחקר ועל כן כדי להעניק תקפות לעשייה הריפויית ולוודא את רווחת הפרט יש לחתור להשגת הסכמה מדעת באיכות גבוהה ביותר. האחריות לבריאות החולים אינה מוטלת על כתפי הרופאים בלבד, שכן גם החולים אחראים להשתתפות בתהליך הריפוי. לפיכך יש לשאוף לאיזון במגילת החובות והזכויות העומדת בבסיס היחסים שבין רופא לחולה, להגביר ולהעמיק את שיתוף הפעולה אשר ינן על שני הצדדים מפני הפרעות בלתי רצוניות וליצור תנאים מסייעים לחולים ולרופאים להשגת הסכמה מלאה ותקפה.

הקשיים בהשגת הסכמה מדעת

השגת הסכמה מדעת היא תהליך מורכב למטפל ולמטופל, משום שהוא מערב בתוכו גורמים פסיכולוגיים, מוסריים וחוקיים, בצד הגורמים הקשורים למחלה ולטיפול בה. מטבע הדברים הקשיים הכרוכים בתהליך הטיפול, מגבירים את חילוקי הדעות לגבי נחיצותו.

חובת הרופא לאינטרס של המטופל מתעמתת עם חובתו לצורך השגת הסכמה מדעת, ועם יכולתו לוודא כי אכן הושגה ההסכמה הנדרשת.

הרופא אינו יכול להיות בטוח אם החולה נותן הסכמתו על בסיס המידע המלא שקיבל ומתוך הבנת הטיפול המוצע לו, או שמא מצבו הפיסי והנפשי מקשה עליו ומונע ממנו הבנת המצב לאשורו. זאת ועוד, האם מיומנות הרופאים כוללת את הידע ההוראתי הנדרש, שבאמצעותו יספקו לחולה מידע מלא על הטיפול ועל כל הכרוך בו? האם הרופא יודע להתאים את המידע לרמת ההבנה של כל מטופל? האם הוא מסוגל לפשט את לשון הדיבור עד שמושגיה יהיו מובנים לכל אדם?

תהליך השגת הסכמה מדעת נושא משמעות עניינית ופסיכולוגית לגבי שני הצדדים כאחד: החולה מתבקש להבין את המידע הניתן לו על-ידי הרופא, ולאשר הבנתו והסכמתו בחתימה. הרופא נדרש לספק לחולה את המידע הנחוץ על-פי סטנדרטים מקובלים. חתימת החולה היא בבחינת אישור של התהליך והתחייבות להמשכו.

החולה שותף לרילמות הרפואיות הכרוכות בטיפול בו ומקבל את הנתונים על מנת שיוכל להשתתף בתהליך קבלת ההחלטות לגביו. החתימה על טופס ההסכמה מדעת מחלקת את האחריות לטיפול ולתוצאותיו בין שני הצדדים⁶.

זכויות החולה למידע

זכות החולה לקבל מידע וחובת הרופא לגלותו, יוצרות מצבים שבהם הרופא חש התחייבות מוסרית החורגת מעבר להתחייבותו החוקית להגן על החולה ולמנוע ממנו נזק פיסי ונפשי. מחויבות כפולה זו גורמת לחולים מסויימים לנקוט עמדה פאסיבית ולהעדיף את הגישה הפטרנליסטית ("הרופא יודע מה טוב עבורי"). בנוסף לזכות השמורה לחולה לדעת מה ייעשה בגופו מוטלת עליו חובה מוסרית להבין זאת בטרם יסכים לטיפול. הוא חייב להבין מראש את התוצאות החזויות מהטיפול, ללמוד את האלטרנטיבות הקיימות לטיפול המוצע, שהרי לחולה, על פי תפיסתו, שמורה זכות לכל המידע שאדם נכון היה רוצה בו⁷. הספקת כל המידע והסברת כל הסיכויים והסיכונים הכרוכים מוליכים לשתוף פעולה בין המטפל למטופל, אשר מתבטא – כאמור – בהסכמה מלאה, חפשית ורצונית⁸.

עמדה זו אולי אידיאלית מדי. באשר אין לוקחת בחשבון את האפשרות שאפילו אדם נכון יותר על כל המידע הרב הזה יסתפק באמון אל המטפל. בין זכויות האדם מצויה הזכות לא לרצות ללמוד עניין זה או אחר. מכאן, כאשר במצבים רפואיים מסויימים, החולה אינו יודע למה הוא מסכים, מפני שאינו קורא בעיון את הטופס, אינו משתף פעולה ונוקט עמדה פעסיבית. אך באותה עת הוא חותם על טופס ההסכמה – אין לראות בכך הסכמה מלאה ותקפה, שכן אנו מצפים מהרופא שיקבל משוב מהחולה שאכן הבין על מה הוא חותם. הסכמה זו מצביעה על מצוקה הן של המטופל והן של המטפל, ללא פיתרון משביע רצון.

טיפול ניסויי

בשדה הקליני קיימים גם טיפולים ניסויים שתוצאותיהם אינן בנות חיזוי. לפיכך במתן הסכמה לטיפולים כאלה יש מן הסיכון לרופא ולחולה גם יחד. על מנת להתגבר על מצב כזה נדרשת החברה לקבוע סטנדרטים לאיכות

חוסר סבלנות, לחץ זמן שהרופא נתון בו, הרגישות והמתח הפיסי, כל זה מכביד על שני הצדדים ומונע התעמקות בטופס¹⁰. החתמת חולה על טופס הסכמה ורישום מלא של השיחה שבה נמסר המידע לחולה, ותגובת החולה – כל אלה חיוניים להוכחת מתן ההסכמה¹⁵.

סיכום

במערכת הקיימת, התהליך להשגת הסכמה מדעת אינו עונה על ייעודו ויוצר אילוצים ולחצים הפוגמים במרקם העדין של מערכת היחסים בין רופא לחולה. רק זהות אינטרסים המבוססת על אמון וביטחון תביא ליחסים פוריים בין חולה לרופא. אנו חייבים להתגבר על הקשיים שבשמירת זכויות הפרט, בעזרת הקהילה הרפואית, וזו נדרשת לעמוד על המרכיבים הבעייתיים שבתהליך השגת הסכמה מדעת: למסד את שמירת זכויות החולים, אך לא במחיר נטרול יכולתם של הרופאים לראות בתהליך אתגר ואידיאל שמביא כבוד לכל הנוטלים בו חלק.

כבר אמרנו כי הסוגיות המתעוררות לגבי הדוקטרינה של הסכמה מדעת מסובכות ומורכבות, ועדיין קשה לומר כי באו על פתרון. הגברת המודעות בקרב הרופאים לזכויות הפרט ולצורך לקבל מהפרט הסכמה מדעת על פי הדיון, והגברת המודעות של המטופלים לשאול את השאלות הנכונות, כל אלה יאפשרו תקשורת יעילה במערכת יחסי רופא-חולה, ויביאו למילוי הציפיות ההדדיות והשגת הסכמה משכילה בחוזה הטיפול.

מול הקשיים האובייקטיביים והסובייקטיביים שמציבה התביעה להשגת הסכמה מדעת, אין לתמוה כי יש המפקפקים בה או מבקשים לסייגה. כך יש הטוענים כי הסכמת החולים אינה מצטיינת בהבנה יתרה או בבחירה חופשית, היות והתנאים והנסיבות להשגתה רחוקים מלהיות אידיאליים. בתנאים אלה ההגנה היחידה למעורב בטיפול או בטיפול נסיוני היא מידת הרחמים של עורכו. לפיכך יש לחתור להזדהות בין המטפל לבין המטופל ולאיחוד מטרותיהם.

רופא מסוים, לאחר שנתבע לדין על-ידי אחד מחוליו השמיע טיעונים קשים. לטענתו, אין בבית-חולים התנאים האובייקטיביים הנדרשים כדי להתמודד עם תהליך השגת הסכמה מדעת¹¹. רופאים רבים מוצאים כי השגת הסכמה מדעת – במיוחד כאשר המידע לחולה מכיל "בשורת איוב" – היא חלום רחוק ממימוש (ראה פסקי דין – NATANSON V. KLINE (187 Kan 186) 354, p. 2d. 670 (1960) ¹² MITCHELL V. ROBINSON, 3345. W. 2d. 11 (Mo 1960)

רבים טוענים כי מורכבות הרפואה אינה מאפשרת מסירת מידע תוך עמידה בקריטריונים הנדרשים להשגת הסכמה מלאה. לכן היא הופכת למושג אוטופי¹³. הפערים המאפיינים מפגשים רבים בין רופאים למטופלים גורמים למסירת מידע קלוש, או לשכנוע שאין בצידו מידע. כתוצאה הופך תהליך השגת הסכמה מדעת לטקס חסר תוכן¹⁴.

מקורות

1. CARMİ A. - LAW AND MEDICINE. Tamar Publishing. 1987. pp. 106-120.
2. FADEN R.R. & BEAUCHAMPS T.L. - A HISTORY AND THEORY OF INFORMED CONSENT N.Y., Oxford University Press. 19
3. KIMBELL. C.P. - THE ETHICS OF PERSONAL MEDICINE. Med. Clinic of North America. (1969). 123. pp.
4. EPSTEIN L.C. & LASGANA L. - "OBTAINING INFORMED CONSENT" Arch. Intern. Med. 1969. 123, pp. 682-688.
5. APPELBAUM P.S., LIDZ W. & MEISEL - "INFORMED CONSENT", Legal Theory and Clinical Practice. N.Y.: Oxford University. 1987 pp. 3-267.
6. KESENICH L.W. & MANKIN P.A. - THE RIGHT TO BE INFORMED. University of San-Francisco. Law Review. 8. 1973 pp. 81-261.
7. HULL R.T. INFORMED CONSENT: PATIENT RIGHT OR PATIENT DUTY? The Journal of Medicine and Philosophy (1985). 10 pp. 183-197.
8. LE BLANTT T.R.T., "INFORMED CONSENT" Duty and Causation: A Survey of Current Development in Personal Injury. Deskbook. N.Y. 1984 pp. 335-350.
9. PELLEGRINO E.D., BAHNA G. & HOLLAND J.C. - PATIENT PERCEPTION OF GIVING INVESTIGATIONAL CHEMOTHERAPY. Clinic Investigation. 1980. pp. 108-110.
10. MAEIR D.M. - "THE IMPOSSIBILITY OF INFORMED CONSENT" In: Carmi A., Medical Experimentation. Its Legal and Ethical Aspect, 1979 p. 50-73.

11. DEMY N.J. - "INFORMED CONSENT" - A Study of Patient Reaction. JAMA. (1971), 217, pp. 696-697.
12. MUSS H.B. & SPURR C.L., WRITTEN INFORMED CONSENT. In Patient with Breast Cancer. Cancer, 1979, 43: pp 1549-1556.
13. NATANSON V. KLEINE (187 Kan. 186. 354, p. 20, 670 (1960). MITCHELL V. ROBINSON, 3 345. W. 20, 11 (no 1960).
14. BEECHER H. _ "CONSENT IN CLINICAL EXPERIMENTATION: Myth and Reality. Journal of American Medical Association (1966), 195. pp. 34-35 In: Katz (1972). pp. 583-638.
15. ROSENBAUM J. - FROM THE AGE OF TRUST TO THE AGE OF CYNICISM. THE MURKY WATERS OF INFORMED CANSENT. The malpractice reporter. Vol. 1, No. 8, Sep. 1982, p. 1-10



אתיקה רפואית

התלות הבלתי נסבלת של הרפואה – דילמות אתיות בהשתלת איברים

כל ההתקדמות הזאת תעצר בהעדר כמות מספקת של איברים להשתלה.

הבעיה במדינת ישראל, בהשגת איברים להשתלה, דומה בעיקרה לזו בעולם כולו. בבסיס הבעיות – התלות הבלתי נסבלת של הרפואה.

מהי תלות זאת ולמה היא בלתי נסבלת? ההתקדמות העצומה בתחום הרפואה ההשתלתית מבחינה טכנולוגית ופרמקולוגית, מאפשרת פיתוח מהיר ויעיל של כל הרפואה ההשתלתית. מאידך – פחדים, אמונות טפלות, אינפורמציה שגויה או אינפורמציה חסרה מעכבים את התהליך בשנות דור. גם ההתקדמות וגם המעצורים מותנים בפעילות שהיא בתחום המוח האנושי.

בצוע השתלות איברים מותנה ותלוי בשתוף פעולה מצד רופאים שאינם מעורבים ישירות בהשתלה, ובהסכמת משפחות לאפשר תרומת איברים להצלת חיים.

תלות זאת בין היכולת הרפואית האובייקטיבית ובין המעצורים האנושיים הסובייקטיביים, גורמת ללחצים קשים על המערכת הרפואית, שמטבעה מעונינת להשיג מהר את המקסימום האפשרי בתחום ההתקדמות המקצועית.

ההצלחות הרפואיות בתחום ההשתלות, מיומנות הרופאים, ציוד ההולך ומשתכלל וחידושים בתחום המאבק למניעת דחית השתל מגבירים כל הזמן את דרישות החולים לטיפול בהשתלה. אולם הרופא המשתיל, על אף כל מיומנותו, על אף הציוד המשוכלל שעומד לרשותו, הצוות המעולה שעוזר לו, והתרופות התחדשניות הזמינות, לא יוכל לספק את דרישת החולים ולהציל חיים ללא הסכמת משפחת נפטר לתרומת איברים. תלות בלעדית זו של אדם באדם הינה ייחודית בתחום הרפואה המודרנית וגוררת בעקבותיה בעיות אתיות, מוסריות, משפטיות, דתיות, חברתיות, משפחתיות ואישיות.

כדי להגשים את השגי הרפואה ההשתלתית על הרופאים להתמודד עם מצבים אנושיים רגישים ביותר המודרכים על ידי מניעים שחלקם מודעים וחלקם בלתי מודעים והם בתחום הרבדים העמוקים ביותר בתרבות ובתודעה האנושית.

מעל שני מיליון איש מתים כל שנה בארה"ב, אך רק

החלום על החלפת איברי רימ פגועים היה בלבם של בני האדם מימים רבים. ישנו סיפור מן המאה הרביעית לפני הספירה אודות השתלת לב ע"י רופא סיני, פיין צייאן, וסיפור אחר מן המאה השלישית לספירה אודות השתלת רגל של אדם שחור, שנפטר, לאדם לבן שרגלו נכרתה. הנתוח

נעשה בידי הרופאים קוסמוס ודמיין, אחים שכאו מסוריה והוכרו לקדושים – פטרוני רפואה, אחרי מותם. ספור השתלת הרגל הלהיב את דמיונם של ציירים רבים וכ-1500 ציורים מתארים את האירוע. לפי הסיפורים עמדו המושתלים על רגליהם תוך ימים ספורים^{4,1}.

נסיונות להשתלה בבני אדם נעשו בסוף המאה התשע עשרה והתהליך הגיע לשיאו שמונים שנה לאחר מכן, כאשר הומצאה תרופה המאפשרת הענקת טפול מונע דחיה לאחר ההשתלה.

פריצת הדרך נעשתה בזמן מלחמת העולם השנייה ולאחריה. בשנת 1954 בוצעה השתלת הכליה הראשונה כאשר התורם היה בן משפחה של המושתל. יותר מאוחר הפכו השתלות כליות מתורמים בני משפחה לשגרתיות.

השתלת הלב הראשונה בעולם נעשתה ע"י פרופ' כריסטיאן ברנרד, כירורג מקייפטאון דרום אפריקה, בשנת 1967.

בשנות השבעים גילו הרופאים את חשיבות הזהות הרקמתית בין התורם לנתרם. כיום נעשות בדיקות נרחבות לפני כל השתלה המגדילות את סכוי ההתאמה בין תורם לנתרם. במקביל פותחו בשנים האחרונות תרופות המאפשרות ביתר-קלות השתלה של אברים מאנשים שאינם קרובי משפחה. ב-1980 פותחה תרופה שמקורה בדגימה מאדמה סקנדינבית, שהיוותה פריצת דרך מדהימה במאמצים לרסן את המערכת החיסונית^{4,2}.

עידן ההשתלות הנוכחי מתאפיין בשכלול ושפור של טכניקות לשימור אברים, בהרחבת ההיקף של הפעילות הכירורגית אצל החולה ובהעמקת הידע החיסוני. אולם



רות וייס – צוקר

הכותבת מרכזת מידע ארצי על השתלות בביה"ח בילנסון.

כ־25,000 מהם מהווים מקור מתאים לאיברים. הדרישות המיוחדות לקבוצה זו הן בריאות טובה ומוות פתאומי כגון תאונת דרכים או שבץ מוחי. מתוך קבוצה זו, רק שיטת תורמים את איבריהם. המדיניות של הממשלה הפרלית מ־1988 מחייבת בתי חולים ליידע את המשפחות של תורמים פוטנציאליים לגבי האפשרות של "מתן חיים". למרות זאת נמנעים הרופאים לעיתים קרובות מן הפנייה לבקש איברים ממשפחות כואבות.² בינתיים בשל המחסור בתורמים נאלצים רופאים לקבל החלטות קשות מאד בשאלה מי יחיה ומי ימות. החלטות סובייקטיביות ממלאות תפקיד למרות שהשיקולים הרפואיים הינם החשובים ביותר, למשל: האם מושל חסר השכלה יכול להתמודד עם טיפול מעקב מורכב וקפדני לאחר ההשתלה, כאשר מטרת הטיפול לשמור על השתל שהושג במאמ רב? או: האם להשתיל כבר חדש לאלכוהוליסט? ככל שגדלה ההצלחה של ניתוחי השתלות כך הרופאים עומדים יותר ויותר בפני דילמות אתיות. באחד העתונים בארה"ב פורסמה תמונת רופא בעת ניתוח, כשהוא משתיל לחולה שלושה איברים: כבד, לב וכיליה. כותרת המאמר: מה הם גבולות הרפואה ההשתלתית? האם להשתיל לחולה אחד שלושה איברים כאשר יש ממתנים לכל אחד מהאיברים?³ כאשר ישנה התאמה רפואית בין התורם לכמה חולים ממתנים, למי להשתיל קודם? לאדם צעיר או מבוגר? להורה או ילד? ובמקרים שהשתל נדחה – האם יקבל החולה עדיפות בהמתנה או יחזור ויחכה לתורו? וכאשר מדובר בהשתלת איברים, יש הבדל בהתייחסות להשתלת כליות כאלטרנטיבה טיפולית והשתלת לב וכבד שהם טיפולים אולטימטיביים. השתלת תאים מייצרי דופין למוח יכולה להפחית סימפטומים של מחלת פרקינסון, והזרקת תאי שריר צעירים יכולה לחדש שרירים חולים. תאי איים שמייצרים אינסולין עשויים לרפא סוכרת הגורמת למקרי מות רבים מדי שנה. עיי תרומת חומר אנטי בחיינו ולאחר מוות נתנה הטכנולוגיה הרפואית משמעות חדשה לאימרה התלמודית "המציל נפש אחת כאילו הציל עולם מלא".¹ האם ליטול רקמות מעוברים להצלת חיי חולים, או כדי לעזור לחולי פרקינסון ואלצהיימר? או האם להשתמש ברקמות של תינוקות שנולדו עם פגמים מולדים קשים? או תינוקות אנצפליים שאין להם מוח ועומדים למות תוך כמה ימים? הרי הם יכולים לשמש מקור עצום לאברים ורקמות עבור תינוקות אחרים. בארה"ב עוכבו מחקרים בנושא מחשש שנשים יתפתו לספק "חומר" לקרובי משפחה נזקקים.⁴

המדע התפתח יותר מהר מאשר החברה יכולה לעכל מבחינה מוסרית.⁵ מוח עצמות שמיצר את כל כדוריות הדם החדשות, ועשו לרפא כמה מחלות סופניות, חייב לבוא מתורמים חיים. מאחר וסכויי התאמה בין אתים הם 1:4,⁴ נשים לא מעטות נכנסות להריון בתקווה שמוח עצמות חדש יציל את ילדן החולה. האם זה מוסרי ללדת

ילד לא כמטרה בפני עצמה אלא כאמצעי לשרת מטרה אחרת, כמאגר ביולוגי?

כאשר הורים מולידים ילדים הם עושים זאת מסבות שונות. במשפחות איכרים – לעבודה בשדות, ובחברה אחרת כבטחון סוציאלי לעת זקנה. לעיתים הורים מביאים ילד לעולם כדי להציל חיי נשואין או כדי שילד שכבר ישנו לא יהיה בן יחיד במשפחה. האם הולדת אח או אחות נוספים כדי להציל חיי אחים הוא מעשה בלתי מוסרי? הרי חובת ההורים להציל את חיי ילדיהם.

השאלות האתיות הולכות ומסתבכות. מה יקרה כאשר תוצאות הבדיקות של העובר תראינה חוסר התאמה? האם בני הזוג יחליטו על הפלה וינסו שוב? אחד הרופאים העוסקים בבעיות אתיות טוען כי מי שמאמין בזכות האישה להרות מכל סיבה שהיא לא יכול להתייחס בשלילה לסיבה כזאת להריון. מאידך הפלות מכוונות נעשות כדי לסיים הריונות בלתי צפויים ובלתי רצויים, אך מהי ההצדקה לסיים הריון שהיה מלכתחילה מתוכנן?

מבחינה תפיסתית קצב ההתפתחות של ההשתלות מהמם ומערער את המודל שלנו על סדרי הטבע.⁵ "האיבר היחיד, שאינו בא בחשבון הוא המוח" – אומר תומס סטרצל, מנתח מפיססבורג, אחד החלוצים והמובילים בתחום ההשתלות,⁴ ואילו מבחינה מוסרית הנושא עדיין לא נקלט ולא שולב באמות המידה המוכרות בחיינו. למשל, המחסור הנואש באברים להשתלה עלול להביא בני אדם למחשבה המפחידה שחוקים הבאים להגן על הנהגים בדרכים כמו חגורות, קסדות בטיחות והגבלת מהירות יביאו להפחתה של כמות האברים להשתלה....

בתשובה לכך, טוענת הגישה הסתגלנית, שכל חידוש – בתחילתו – הוא בלתי מוכר, מוזר ומפחיד, אך במשך הזמן נעשה מקובל ולא מאיים. זוהי הנחה מוסרית המאמינה בהגיון האנושי של החברה שלא תקבל על עצמה זוויות פוטנציאליות....⁵

כאשר מדובר על תרומות מאדם חי, הבעיה האתית היא בשאלת רמת הסכון (כליות, חלקי כבד וריאה) כאשר אין אפשרות שחזור, לעומת תרומה של רקמות, אשר לגביהן ישנה אפשרות של שחזור ואין סיכון (דם, עור, מוח עצמות). האם החברה יכולה לחייב משפחה לתרום לבן משפחה חולה כאשר יש מחסור כה חמור באברים מן המת? ובאיזה מידה ההחלטה של התורם חופשית מלחצים מכל סוג ומה לגבי תורם חי שאינו בר הבנה?

יש טוענים שלעולם לא יספיקו תרומות של חלקים מגופות, והלחץ על תורמים חיים ילך ויגדל. ההשתלה הופכת להיות יותר ויותר מורכבת מבחינה רגשית ככל שהיא נעשית אפשרית ומקיפה מבחינה רפואית. המחיר הגבוה הוא לטווחים ארוכים ביותר. הלחצים להציל בן משפחה עיי תרומה והשתלה מכבידים מאד על שאר בני

המשפחה. קשה לסרב, וצפויים קונפליקטים קשים לאורך זמן. אנשי המקצוע רגישים לבעיה ויודעים מתי ואיך להקל על בני משפחה כך שיוכלו לאמר "לא" במקרים מסוימים. הם מציינים פשוט שהתורם אינו מתאים.

אחר המקרים המפורסמים בנושא הזה התרחש בשיקגו כאשר בנו של מר טאמאס בוז חלה בלוקמיה והדרך היחידה להצילו היתה השתלת מח עצמות. למר בוז היו בנים תאומים שנולדו למי שהיתה חברתו, מחוץ לנשואין. האב תבע את אם התאומים, במטרה לאלצה דרך ביה"מש לבדוק אם התאומים מתאימים להשתלת מח עצם בגוף אחיהם החורג. האם לא הסכימה ובית המשפט תמך בהחלטתה. הילד החולה נפטר מספר חודשים לאחר מכן.⁵

השופט מנחם אילון התייחס לנושא מבחינת תפיסת תרומת האיבר כהעברת רכוש מאדם לאדם. תרומת האיבר אינה "במובן הרגיל והמקובל של נתינת מתנה של רכוש או של נכס ולו יהיה בעל שווי גדול ביותר... ערכה הוא מתחום הערכים האנושיים-רוחניים שאינם נמדדים לפי עולם המושגים של רכוש ושווי כספי" (פסק דין בר"ע 698/86). השופט מזהיר מפני מה שקרוי "המדרון החלקלק" כי "לחצים חברתיים ופסיכולוגיים וחומריים עלולים להביא ל"שוק איברים" של "חלקי חילוף" ולמצב שגופם של עניים ישמש מקור אספקה עבור עשירים. מסחור באיבר של בן אנוש ותרומת איבר של אדם הם תרתי דסתרי ונוגדים תפיסות יסוד של ערכינו הרוחניים והמוסריים." (שם)

המחשבה כי יש אנשים כה נואשים המוכרים חלקי גופם על מנת לשרוד, מעוררת חלחלה. סוכנים הקונים ומוכרים אברי אדם באסיה, דרום אמריקה ואירופה רואים רעיון זה, שכאילו נלקח מסרט זוועה, כשאלה של ביקוש והיצע. יש הרבה יותר נזקקים מאשר תורמים ובשוק השחור של אברי אדם, מתגלגלים סכומי כסף גדולים². כל זאת – למרות שמדינות רבות מחוקקות חוקים למנוע את המסחר הזה.

פרופ' אסא כשר, בכנס באוניברסיטת תל אביב בדצמבר 1989: "חובתינו המוסרית כחברה שבחרה לחיות במשטר

דמוקרטי לספק שרותי בריאות לכלם כאשר הם נזקקים לכך ולהבטיח הזדמנות שווה לכל נזקק. הזכות לחיים היא ביסוד זכויות האדם הבסיסיות וכפי שמדינת הרווחה המודרנית חייבת לספק שרותי בטחון, משטרה וחינוך, היא חייבת בשרותי בריאות שווים לכל נפש". פרופ' כשר מעלה את השאלה עד כמה אנו חייבים להתחשב בדעת המשפחה בבואנו להחליט על נטילת איברים להצלת חיים: כל אחד מאיתנו צריך לחשוב על היקר לו ביותר ולא על עצמו כאשר הוא בא לרון בסוגיה זו. "ידוע לי שמישהו הלך לעולמו. איזה נימוקים אני מוכן לקבל מאנשים הסובבים את המת שלא לתרום את איבריו על מנת להציל את היקר לי ביותר? שהיה בעל דת זו או אחרת? שיש מישהו במשפחת הנפטר שמצפוני מציק לו? שלא ברור מה היה הנפטר רוצה בחייו? ואפילו אילו ידעתי שהנפטר לא רצה בחייו לתרום, האם רצונו של המת יותר חשוב מהצלת חיים?" איננו יכולים להשחרר מהמעמסה המוסרית של השאלות האלה. לא ברמת הפרט ולא ברמת הכלל. החברה כולה אחראית לרווחתו ובריאותו של היחיד ומחויבת להבטיח את השוויון של הזכות לחיים.

הפנייה למשפחה היא השלב היותר קשה בתהליך ההתרמה. הרגשות והפחדים ברגעי המפגש עם המת, עומדים מול החובה המקצועית להציע לכל משפחה את הזכות לבחור בתרומת איברים⁵. כל מפגש כזה הוא התמודדות של הרצון לברוח מהנוכחות המעיקה של מוות עם החובה המקצועית לבקש את הסכמת המשפחה לתרומת איברים. אסור להחליט מראש לאיזה משפחה להפנות את הבקשה להסכמה. זוהי גישה שפוטית שבאה להקל עלינו ומעבירה אלינו – אנשי המקצוע – את זכות ההחלטה הנתונה רק למשפחה. חובתינו המקצועית – מוסרית להציע לכל משפחה את הזכות לבחור בתרומת איברים. אם הדברים אכן ינוסחו כך, ויוגשו כך למשפחות, כל התפיסה החברתית תשתנה, מעמדת התגוננות לעמדה של כבוד.

מקורות:

1. ELLIS, H: FAMOUS OPERATIONS. Harwal Publishing Co. Media, Pa. 1984.
2. COLMAN, C: MATCHMAKER, FIND ME A MATCH. Time Mag 1991, Jun 17.
3. ALTMAN L.K: THE LIMITS OF TRANSPLANTATION - HOW FAR SHOULD SURGEONS GO? NY Times Dec 19. 1989.
4. SWERDLOW, J.L: A NEW KIND OF KINSHIP. National Geographic 9/1991: Vol. 180 No.3:66-93.
5. MORROW, L: WHEN ONE BODY CAN SAVE ANOTHER. Time Mag. 1991, Jun 17.

THE 10TH WORLD CONGRESS ON MEDICAL LAW

Date: 28th August - 1 September 1994.

Location: Jerusalem Ramada Congress Center, ISRAEL.

Organizer: The World Association for Medical Law

Head of Steering Committee: Prof. Amnon Carmi,
c/o., STIER GROUP LTD.,
28 Hayetzira St.,
Ramat Gan 52521, ISRAEL,
Tel: ++972-3-751-6422/3/5/7
Fax: ++972-3-751-6635 & ++972-3-575-6395

Frequency of Event: Every 2 Years.

No. of Participants (expected): 1,000 plus

Congress Language: English/French.

Official Airline: EL AL

Official Travel Agent: Capitol Tours, (Attn: Mr. Chaim Don),
38-40 Frishman St., Tel Aviv 63417, ISRAEL
Tel: ++972-3-527-9522 **Fax:** ++972-3-527-9521

Registration Fee:

Secretariat:	For Participants:	For Accompanying Persons
Until 31.12.93	US\$ 350	US\$ 110
Until 30.6.94	US\$ 400	US\$ 120
After 30.6.94	US\$ 450	US\$ 130

Main Topics: All Aspects of Medical Law dealing with:

- | | | |
|-------------------------|----------------------|-----------------------------|
| * Abortion | * Health Care | * Moment of Death |
| * AIDS | * Hospital Law | * Negligence |
| * Alzheimer | * Incest | * Nursing Law & Ethics |
| * Blood Donation | * Infertility | * Patients Rights |
| * Circumcision | * Informed Consent | * Pharmacy Law |
| * Damages | * Insemination | * Psychiatry Law |
| * Disciplinary Measures | * Insurance | * Psychology Law and Ethics |
| * Embryo | * Jewish Medical Law | * Quality Assessment |
| * Ethics | * Legal Medicine | * Science & Law |
| * Euthanasia | * Malpractice | * Sex & Law |

רפואה ומשפט גליון מס' 9 דצמבר - 1993

הערכת יכולת השריר: מכשולים מדיקולגליים ופתרונותיהם



ד"ר זאבי דביר

השרירים מכופפי המרפק. לעומת זאת מבוצעת הנעת המרפק ע"י כיווץ דינמי של השרירים. בהמשך לדוגמה הנ"ל, כיווץ דינמי של מכופפי המרפק בעוצמה מספקת יביא להנעת החפץ כלפי מעלה תוך כדי "סגירת" המרפק. סוג כיווץ דינמי זה נקרא קונסטנטי, במהלכו מתקצרים השרירים המתכווצים. אפשרות אחרת לכיווץ דינמי של קבוצת שרירים זו היא בעת פעולתה בהורדה מבוקרת של הידיים. כיווץ זה מכונה אקסנטרי ובמהלכו מתארכים השרירים המתכווצים. יש לשים לב לעובדה כי החחק הדינמי משתנה עם זווית המרפק. בד"כ השריר "חזק" יותר בלב טווח תנועת המרפק ואילו בקצות הטווח יכולתו מוגבלת יותר.

המבחן הידני לבדיקת הכוח שמפתח השריר בעת התכווצותו היה עד לפני שנים מעטות האמצעי המקובל להערכה הקלינית של חוזק. יסודה של הבדיקה הוא הערכת עוצמת ההתכווצות האיזומטרית של השרירים הנבדקים והיא מבוססת על הפעלת כח מצד הבדק השווה בגודלו ומנוגד בכיוונו לכח השרירים אותו מפעיל הנבדק לפי הוראת הבדק (למעשה הכח' בו מדובר הוא הגודל הפיסיקלי המכונה בשפה המקצועית מומנט והנברל מהכח בהיותו מוכפל במרחק קו פעולת השריר מציר המרפק. כדי למנוע הרחבת המאמר לבסיסים הביומכניים של פעולת השריר נתיחס במסגרת זו למומנט ולכח חליפות). את עוצמת הכח המופעל כנגד הנבדק מדרג הבדק לפי תחושתו הסובייקטיבית בהתאם לסולם בן 5 דרגות כדלקמן (LOVETT & MARTIN 1916):

- 0 – העדר מוחלט של יכולת כיווצית
- 1 – יכולת כיווצית שרידית ללא תנועה
- 2 – תנועה אפשרית אך ללא התנגדות כח הכובד
- 3 – תנועה גם כנגד כח הכובד אך נגדו בלבד
- 4 – תנועה כנגד כח בכובד והתנגדות חיצונית מסוימת
- 5 – תנועה כנגד התנגדות מירבית

המגבלות העקרויות בשיטה זו הן:

1. הרגישות האנטישית למידת כח נמוכה מאד יחסית לרגישויות המאפינות אברי חישה אחרים כמו אלה שבעין או באוזן. מכאן השמוש בקטגוריות גסות כמו למשל "כנגד הכבידה וכח כלשהו". המצב מסתבך עוד יותר כאשר מדובר ברמות כח גבוהות מאחר וסף ההבדל גדל אף הוא. יתר-על-כן, השמוש בתת-קטגוריות

בין ההוראות של חוק ביטוח נכות, כפי שפורסמו עד 1.1.85 זהו נוגעות למחלות ופגיונות במערכת הלוקומוטורית (להלן מערכת התנועה) ייחודי מקום לליקויים בשרירי הגוף העליון והגוף התחתון, סעיפים 42 ו-51 בהתאמה. על אלה יש להוסיף את האמור בסעיף א לתוספת א': רשימת

הליקויים (להלן התוספת) המתייחסת לשרירי הגוף התחתון (גמלת הניידות). עיון בנ"ל מגלה כי במתכונת הנוכחית החוק אינו עדכני, הן מבחינת יסודותיו המדעיים/קליניים והן מבחינת יישומן של טכנולוגיות הערכה חדשות של השרירים. אינו מדויק ומצמצם בגישתו ובהיקפו. אגד נסיבות אלה מהווה מעת לעת בסיס להחלטות אשר ניתן בנקל להגדיר כמוטעות. מטרת המאמר להאיר את עיני העוסקים בדיני נזקי הגוף לאחדים מהקשיים והמגבלות הגלומים בלשון החוק, להשלכות הנובעות מקשיים אלה ולמספר פתרונות אפשריים.

רקע

הידע המודרני המתייחס לאופן פעולתם הפרטני של שרירי הגוף מלמד כי אלה מסוגלים לבצע אחר מהבאים: להתכווץ או להתרפות. האות לכיווץ או להרפיה מקורו במערכת העצבים ופעולתה עשויה להיות – בהקשר זה – רצונית, אוטומטית או רפלקסיבית. אופני פעולה אלה ניתנים להדגמה בפעולת שרירי היד בכתיבה (רצונית) שרירי הגוף התחתון בהליכה (אוטומטית) וקבוצת השרירים האחראים על הרחקתו המהירה של איבר בגוף בבואו במגע עם גרמי מכאיב או מאיים (רפלקסיבית).

לפי המודל המבני הפשוט ביותר, נאחז השריר בשתי עצמות היוצרות מגע זו עם זו במפרקן המשותף. כיווץ השריר יכול להתבטא: א'. בהקפאת התנועה במפרק. ב'. בהנעתו. במקרה הראשון מכונה ההתכווצות איזומטרית (סטטית) ומודגמת למשל במצב של החזקת חפץ כבד תוך שמירה על כפיפת המרפקים בזווית של 90 מעלות. מניעת צניחת הידיים נעשית ע"י כיווץ איזומטרי של

ד"ר זאבי דביר הוא מרצה בכיר בפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר, באוניברסיטת תל אביב ומנהל המרכז להערכת ביצועים מוטוריים, תל אביב

מכשירים פשוטים שהיו אמורים לתת מענה לבעיות שהתעוררו. מכשירים אלה לא זכו לתשומת לב מיוחדת, אולי בשל המגבלות הרבות בהן לקו ולפיכך המשיכו ידי הבדק להיות כלי המדידה העקרי.

בשני העשורים האחרונים חל מפנה מהפכני בכל הנוגע להערכת הפונקציות השריריות. המפנה התבטא בפיתוח מערכות מתוחכמות ואוביקטיביות, חדישות ביותר, המסוגלות למדוד באורח דינמי ובצורה מדויקת ביותר את היכולת המכנית של קבוצות השרירים המרכזיות. מדובר במכשירים ספציפיים המוכרים בשפה המקצועית במונח דינמומטרים איזוקינטיים (ד"א). הד"א הינו "רובוט" מיכני מתוחכם ביותר הנישלט על ידי מחשב והמסוגל למדוד את חוזקם של השרירים בדיוק של פלוס/מינוס 100 גרם (1) על פני טווח של יותר מ-100 ק"ג. הד"א נחשבים כיום כלי הבדיקה המתקדמים, המדויקים והמהימנים ביותר לצורך הערכת יכולת השרירים.

הבדיקה מתבצעת כאשר הנבדק נמצא בעמדה תקנית ספציפית לקבוצת השרירים הרלבנטית. לפי הוראת הבדק, עליו לפתח כח מירבי ע"י כיווץ השרירים הנ"ל באורח דינמי (קונסטנטי ו/או אקסנטרי) לאורך טווח תנועה רחב ככל האפשר. הגף הנע נמצא כל עת התנועה במגע עם חיישן כח (Force sensor) הממוקם על זרוע מכנית. זו האחרונה נעה במהירות זוויתית קצובה הנשלטת ע"י המחשב והנקבעת ע"י הבדק. עוצמת הכח שהשריר מפעיל נמדדת באופן רציף באמצעות החיישן, מקודדת ומתעברת למחשב ומעובדת על ידו. אות הכח מופיע בזמן אמת על צג המחשב (ציור 1) ומאפשר קבלת מידע כמותי על מדדי פעולה שונים של השרירים הנמדדים.

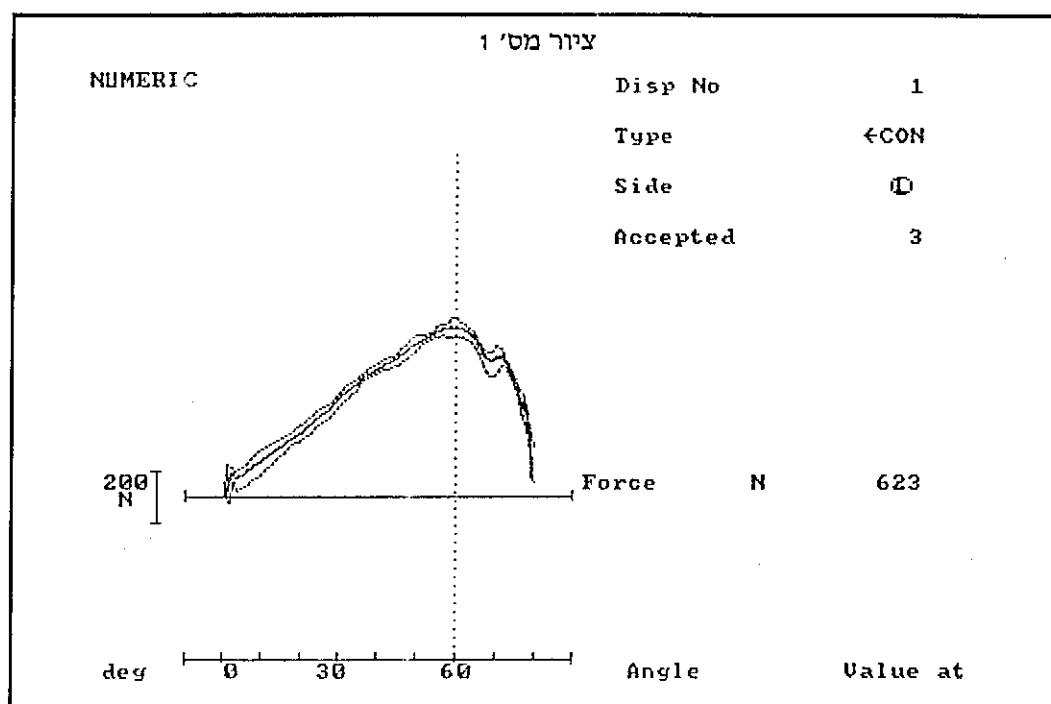
כמו +3 או -5 – אינו משפר את איכות השיפוט ואף מוריד את רמת המהימנות (ראה לעיל). השמוש בקטגוריה 4 בעייתי במיוחד בשל מידתו הגורפת של המונח "התנגדות מסוימת".

2. הערכת חוק השריר בשיטה האיומטרית נעשית בעמדה אחת בלבד על פני טווח תנועת המפרק. בנקודה זו מניח הבדק כי חוק השריר הוא מירבי. הנחה זו עלולה להיות מוטעית בשל בחירה בלתי מיטבית של נקודת הבדיקה. יתר-על-כן, התמקדות בהערכה איומטרית שוללת מעיקרה את האפשרות להעריך את יכולתו הדינמית, האופינית יותר, של השריר.

3. הזכרון המוטורי הינו קצר מתעד ביותר ועל-כן השוואה מדויקת של שני כיווצים עוקבים היא למעשה בלתי אפשרית.

4. מגבלות אלה ואחרות מובילות בהכרח למצב בו מוטל צל כבד על מהימנותה של השיטה הידנית להערכת חוק השריר. ההסתגויות אכן זכו להד נרחב במספר רב של פרסומים מדעיים (ROTHSTEIN 1985). המהימנות היתה נמוכה באופן מיוחד כאשר חושבה לפי השיטה המכונה "בין-בדקים", דהיינו לפי מידת ההתאמה שבין בדק אחד למשנהו. המהימנות הנמוכה נובעת גם מהקושי באבחנה בין דרגות סמוכות, במיוחד בין 4 ו-5. כיון שדרוג חוק השרירים מהווה בסיס לקביעת חומרת "פציעתם" (כפי שזו מכונה בלשון החוק) מובן שלמגבלות הנ"ל השפעה שלילית ביותר על תקפותן של ההחלטות המתמצות בהענקת דרגת פציעה בינונית, ניכרת או קשה.

לכאורה קורא מצב זה לשמוש בטכניקות אוביקטיביות למדידת כח השריר. ואכן, במשך השנים פותחו מספר



עקום חוזק טיפוסי. הקו המרוסק מצביע על שיא החוק.

הבעיות

הקשיים המתעוררים כיום בפירוש החוק ויישומו מקורם הן בקבוצת היבטים פונקציונליים של עבודת השרירים והן בקבוצת סוגיות משפטיות אשר חלקן נובע ישירות מההיבטים הנ"ל. נתיחס תחילה לכל קבוצה בנפרד.

היבטים פונקציונליים

1. בדיקות השרירים, הן המכשיריות והן הידניות מתייחסות למעשה למישורי תנועה ולאו דווקא לשרירים ספציפיים. יתר-על-כן, החוק אינו מתייחס לעובדה כי בהחלטות של אחד השרירים מחוללי התנועה במישור נתון, עשויים השרירים האחרים השותפים להנעת המפרק באותו מישור לפצות במדה כזו או אחרת על החסר. היקף הפיצוי הינו יחסי לימשקלו הסגולי של השריר בבצוע הפעולה. כך למשל לשריר ה-TERES MAJOR המאוזכר בסעיף 42(1) ב' לחוק, תפקיד משני בפעולת קירוב הזרוע (Glenohumeral depression) יחסית לשני השרירים האחרים:

Pectoralis major, Latissimus dorsi. ספק אם לפגיעה סלקטיבית בו ישנה השפעה ברת משמעות על הפעולה הנ"ל. זאת ועוד, יתכן כי הכללתו של שריר נוסף, ה-Pectoralis minor, נובעת מסיבות היסטוריות שכן אין לו ולא כלום עם פעולת קירוב הזרוע.

2. בהמשך ל-(1) הנ"ל נציין עוד כי התנועה האנושית מוצאת בדרך לפעל ע"י פעולה ברזומנית של מספר קבוצות שרירים הנפרשים על פני מספר מפרקים. הבדיקה הידנית מסוגלת כענין שבהגדרה ובמקרה הטוב ביותר להעריך באופן גס את עוצמת הכח של קבוצת שרירים אחת.

3. מכל מקום את תפקוד השרירים בביצוע פעולות פונקציונליות יש להבין בהקשר דינמי ולא סטטי. אם לדוגמה הקלאסית לפעולה פונקציונלית היא זו של הליכה, הרי אף אחד מהשרירים הנוטלים חלק בביצוע פעולה זו אינו מתכווץ באורח סטטי במהלך מחזור ההליכה. הדברים יפים באותה מידה לטווח רחב של תפקודים אחרים. לדוגמה קימה ממושבת או הרמת חפץ. הערכת היכולת השרירית לבצע פעולות אלה באמצעות מבחנים ידניים סטטיים הינה למצער בלתי הולמת ואינה מתישבת עם שורת ההגיון הפיזיולוגית-מכנית.

4. הבסיס המהימן והתקף ביותר להערכת החומרה של פגיעה חד-צדדית של מי מהשרירים המפורטים בחוק הינה השוואה לצד הנגדי התקין (SAPEGA 1990). לאור המגבלות שפורטו עשויים להיווצר מצבים בהם הרגישות הנמוכה בה לוקה השיטה הידנית תוביל למסקנה מוטעית (ראה בהמשך).

5. יכולת השריר תלויה במין, בגיל, ברמת הפעילות ובסוג הליקוי (DVIR 1994). לצורך זה נבנו מסדי נתונים

נורמטיביים המתייחסים למספר קבוצות של שרירים כמו למשל אלה של עמוד השדרה (Timm 1988). למציאותן של נורמות אלה נפקות מיוחדת בפגיעות שריריות דרצדיות מקום שם השוואה לצד התקין אינה מעשית. באופן מיוחד ישימות הנורמות במצבי מחלות הפוגעות באופן כללי בשרירים.

סוגיות משפטיות

1. כיצד יש לפרש את המונח "פגיעת השרירים": האם נתייחס למשמעות החבלתית בלבד, פשוטו כמשמעו, או לכל מצב בו נפגעת היכולת התפקודית של השריר?

2. בהערך פרשנות, הסברים או הנחיות בגוף ההוראות, האם יש לראות בחוק השריר את המדד הבלעדי ליכולתו, או האם ניתן, לחילופין, להשתמש במדדים אחרים כמו למשל עבודת השריר או ההספק שהוא מפתח?

3. בפס"ד תקדימי שניתן ע"י בית הדין לעבודה נקבע כי דרגת חוזק 3 שקולה למצב של שיתוק מלא של השריר. משמעות ההחלטה כי אף אם הנבדק מסוגל להניע את הפרק הרחיקני (ריסטלי) של המפרק כנגד התנגדות הכבדה (למשל השוק יחסית לברך) לא תחשב יכולת זו כתפקודית. מכאן נובע כי שתי הקטגוריות היחידות הרלבנטיות למצבים שאינם בבחינת שיתוק השריר הן 4 ו-5. לעומת זאת, מאחר ולפי הגדרתה שקולה דרגה 5 למצב תקין לחלוטין והיינו הפעלת השריר כנגד התנגדות הכבדה והתנגדות חיצונית מירבית אחרת, מצטמצם טווח האפשרויות לתאור ליקוי בפעולת השריר, שאינו מגיע כדי שיתוק מלא, לדרגה בודדת—4. נניח כי אצל נבדק פלוני הוערך חזקו של שריר מסוים כ-4, כיצד תקבע דרגת הליקוי: בינונית, ניכרת או קשה?

4. גם אם מכללא ברור כי היקף "פגיעת" השריר יוערך כנגד אמת מידה תקנית מסוימת (סטנדרט) אין הדבר מתבטא מפורשות בחוק ובכך נפער לקונה שיש למלאה. במה דברים אמורים? נניח כי מדובר בליקוי בשרירים מכופפי ירך ימין, האם יהיה מבחן החסר יחסי או מוחלט? לשון אחר, האם נשתמש בשרירים המקבילים (התקינים) של ירך שמאל כבסיס להשוואה או שמא נתייחס לערך סובייקטיבי מסוים כבסיס למידת חוזקם הפרטני של השרירים שנפגעו?

5. אם אכן נאמץ את ההשוואה הדרצדית כבסיס, מה יהיה הדין מקום בו הפגיעה הינה דרצדית, או לחילופין מצב בו השוואה זו הינה מחוסרת נפקות, לדוגמה שרירי עמוד השדרה?

6. כיצד יש לפרש את המונח "שיתוק מלא למעשה של שני השוקיים" המופיע בתוספת?

רפואה ומשפט

גליון מס' 9 דצמבר 1993

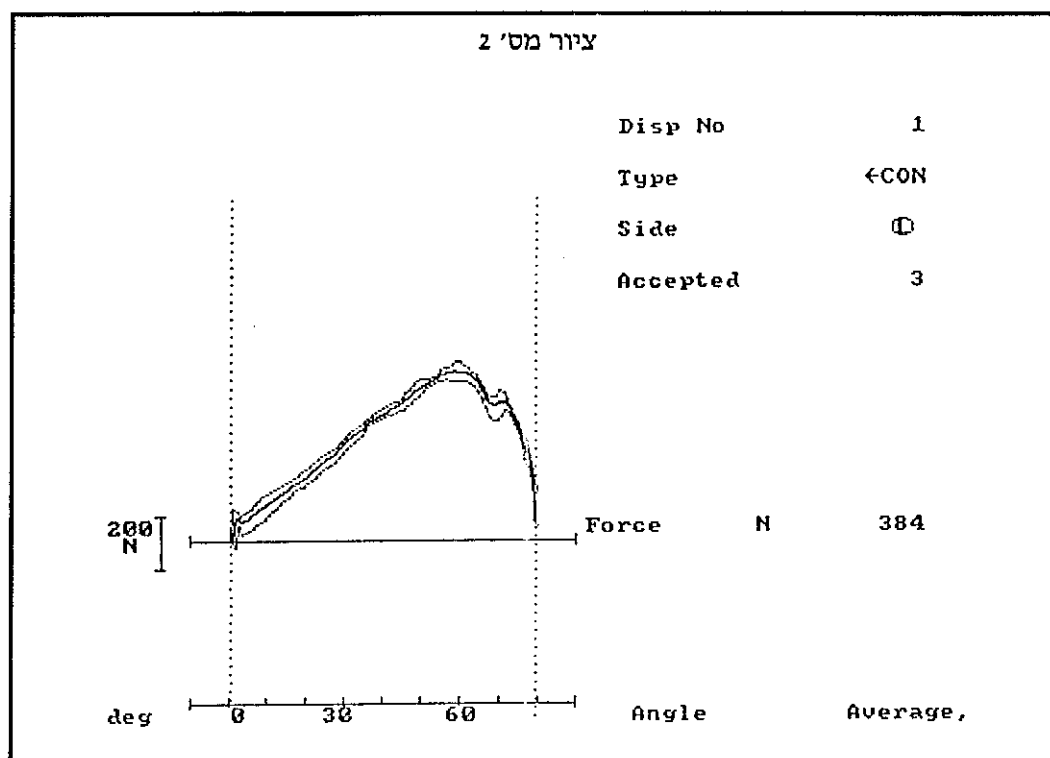
שנית, ענין המדר הספציפי על פיו תתקבל ההחלטה, הוא אולי הסבוך ביותר מבחינה מתודולוגית. אין עוררין על כך כי חוקן הדינמי המירבי של השריר הוא המדר הנוח והיעיל ביותר ברוב הנסיבות. חוק השריר הוא הגדל הפיסיקלי הנרשם ומתועד ישירות ע"י הדיא והשתנותו מתוארת באמצעות העקום המופיע בציור 1. למרות שכל נקודה ונקודה על העקום מציינת את חוק השריר המירבי בהתיחס למצבו הזויתי של המפרק, הרי הערך המספרי של הנקודה הגבוהה ביותר על העקום נחשב כחוק השריר. יצוין בכל אופן כי גם בענין זה חלוקות הדעות וכמה מהמומחים מצדדים בראית החוק הממוצע (ציור 2) כערך היציג של חוק השריר. ההבדל בין השניים אינו סמאנטי כלל ועיקר אך דיון בו חורג ממסגרת מאמר זה. החוק (הנמדד ע"י הדיא) מבוסס על מספר מצומצם של כיווצים חוזרים. מספר זה נקבע בהתאם לרמת החפיפה בין העקומים כאשר עפ"ר נדרשות 4-6 חזרות המתבצעות בהפרש זמנים של שניות זו מזו.

7. מה דינם של מצבים בהם מעורבות כח הכבידה היא מזערית או זניחה, לדוגמה בעת ביצוען של פעולות מסוימות ע"י מסובבי האמה (Forearm pronators and supinators)?

הפתרונות המוצעים

ננסה לשלב עתה את שתי קבוצות ההיבטים הנ"ל כדי לגבש גישה אחידה יותר לבעיות שהועלו, תוך כדי שימוש בדוגמאות קונקרטיות.

ראשית, המונח "פציעת השריר" מלמד אמנם על כיוון חבלתי, אך בפועל, רב מאד מספר המקרים בהם ההפחתה ביכולת השריר לפתח מתח היא תוצאה של נזק לעצב ההיקפי או למערכת העצבים המרכזית. מדובר, איפא, בחבלה או פגיעה באיבר השולט, ולא דוקא הנשלט. שנית, אין ספק כי לשון החוק חייבת להיות ברורה בקשר לאותו מדר או מדדים על פיהם יקבע כי אכן קיימת פגיעה או הפחתה ביכולת השריר נשוא הבדיקה.



החוק הממוצע של אותו עקום נקבע ע"י הערך הממוצע של החוק בין שני הסימנים.

הכח המירבי המופק במספר מזערי של כיווצים יתכן כי המערך יגיע למסקנה כוזבה שלילית (false negative) דהיינו העדר ליקוי מקום בו הוא קיים. אם כי התופעה הפיסיולוגית שתוארה לעיל מתיחסת לסיבולת השריר (מידת התנגדותו להתעיפות) הרי לשון החוק ככתבה אינה שוללת ואולי אף מחייבת בשל סתמויות, את השימוש במדדים חלופיים לתאור יכולתו של השריר. אשר על כן,

ואולם יתכן כי במקרים מסוימים לא מספק חוק השריר מבט רחב מספיק על הבעיה הנידונה. כך למשל בצליעה סירונית (Intermittent Claudication) מסתבר כי חוק השריר עשוי להיות בגבולות התקין אך משמבקש הנבדק לבצע מספר רב של כיווצים סדרתיים (לפחות 25) קצב ההפחתה בעוצמת הכיווץ גדול הרבה יותר מהמקובל אצל נבדקים בריאים. לפיכך, במקרה זה אם החוק משמעו

הנורמה, בין 10% ל-20% על גבול הנורמה ומעל 20% – כנראה בלתי נורמאליים.

2. כאשר קיימת התוויה ברורה להבדל, דהיינו כתוצאה ממחלה או פגיעה, הפרשים שבין 10% ל-20% הינם כנראה אבנורמליים בעוד הפרש מעל 20% מצביע כמעט בבטחון על אבנורמליות.

כיצד אפוא נפרש הבדלים בין קבוצות שרירים מקבילות? הדינמומטריה האיוקניטית מאפשרת פתרון אלגנטי המתיישב היטב הן עם העקרונות הנ"ל והן עם הבעיות המתעוררות ביישום החוק. לכן, עם תום בדיקת קבוצות השרירים הספציפיות מושווים ערכי החוק המירבי (צד מעורב מול צד תקין) ומיושמת מערכת הכללים הבאה:

- א. ירידה בחוק בין 0 ל-16% לא תוכר כפגיעה.
- ב. ירידה שבין 17% – 33% תוכר כפגיעה בינונית.
- ג. ירידה שבין 34% – 66% תוכר כפגיעה ניכרת.
- ד. ירידה שבין 67% ל-83% תוכר כפגיעה קשה.
- ה. ירידה מעל 83% תוכר כפגיעה קשה מאוד ושקולה ל"שחוק למעשה".

המקור להחלטה בדבר ראיית הטווח 0–16% כבלתי רלבנטי לענין חומרת הפגיעה נובע הן מהעקרונות הנ"ל (Sapega 1990), הן מהעדר קטגוריה של פגיעה שרירית קלה והן בשל היות חלקו התחתון של טווח זה מרוחק כדי סטית תקן אחת מהממוצע (בהנחת נורמליות בהתפלגות הפרשי החוק). כדי להתרשם נכונה מיישום כללים אלה נבחן את עקומי החוק המופיעים בציר 3 והמתייחסים

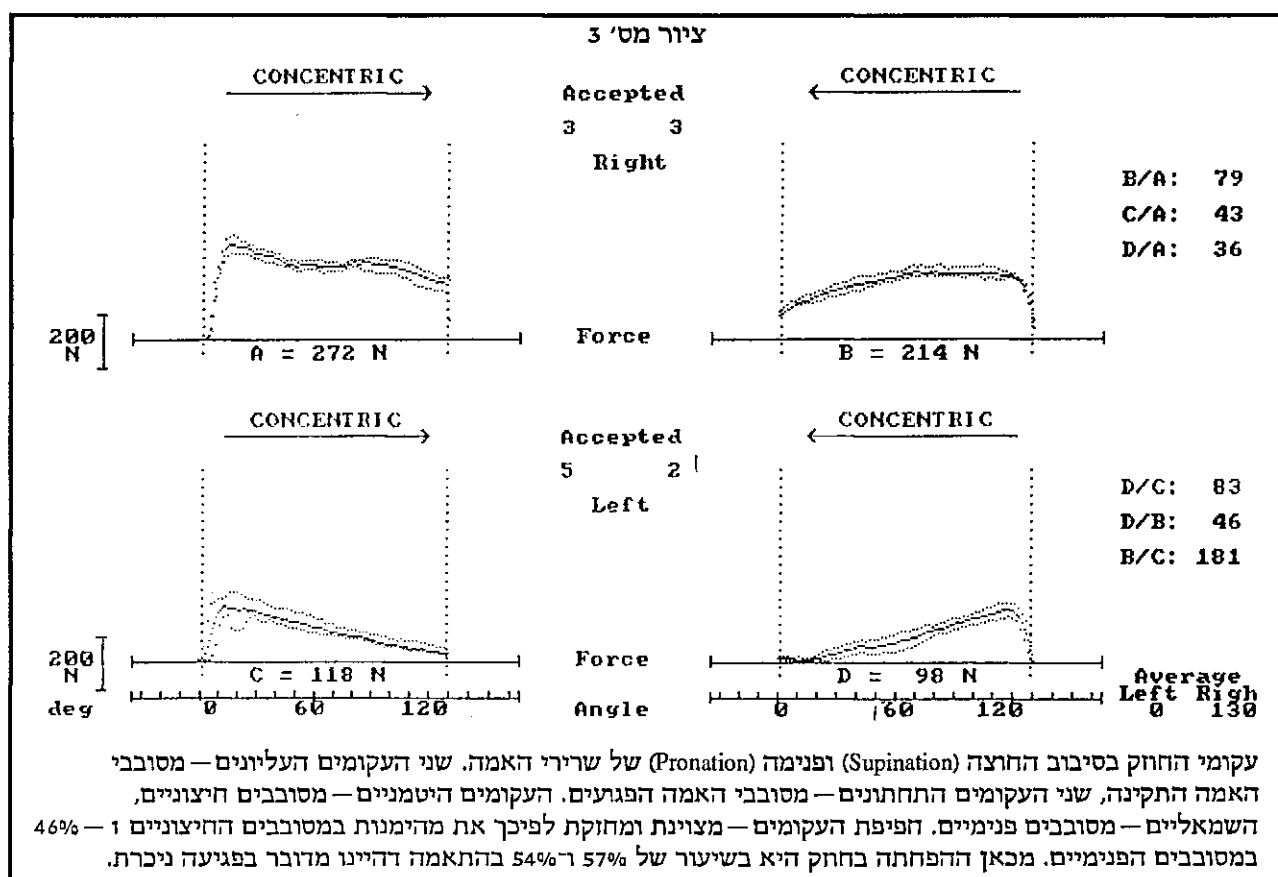
אין לפי עניות דעתי לראות בחוק מדד בלעדי, לפחות באותם מקרים בהם מידת השינוי בו אינה מסבירה את חומרת התלונה הסוביקטיבית. מכאן – השימוש בחוק ונגזרותיו הינו לגיטימי ומהווה בסיס יעיל לתביעה כל עוד שריר המצב המשפטי הנוכחי.

סוגית אי-ההקבלה בין דרגות הפגיעה המוכרות בהוראות ואלה המשמשות בהערכה הקלינית מביאה את הסיבוכים שמעורר החוק לקיצוניות. מצב זה הינו שכיח במיוחד מקום בו נזק הבודק לאבחנה שבין פגיעה בינונית לניכרת או בין ניכרת לקשה. למיטב הערכתי אין בחוק פתרון לקושי משמעותי זה, וההחלטה המתקבלת באפן חד-צדדי ע"ס הבדיקה הידנית. פתוחה להתקפה מניה וביה. סוגיה זו מובילה באפן טבעי לבאה אחריה וניתנת לפתרון בהסתמך על שני העקרונות הבאים:

1. החלטה ביחס לחומרת הפגיעה השרירית הינה מעשית רק דרך השוואה לאמת-מידה מוסכמת.
2. ההשוואה הינה רלוונטית רק אם הבדיקה נעשית באמצעים כמותיים, מדויקים ואוביקטיביים.

אמת המידה הנוהגת במקרה של נזק חד-צדדי היא רמת החוק בצד התקין. ההשוואה יונקת מהעובדה שאין לצד השליט (דומיננטי) עליונות מבחינת חוק השרירים. הכללים הנוהגים במקרה זה נוסחו ע"י SAPEGA (1990) לאמור:

1. בנבדקים בריאים, הפרשי חוק (רצודיים) בשעור של עד 10% בקבוצות שרירים אינדיבידואליות הם בתחום



2. מהו אם כן השיתוק למעשה? מצע בזאת כי כשיתוק למעשה תיחשב פגיעה קשה מאד בשתי הקבוצות הנ"ל, דהיינו ברמה התחתונה של קטגורית הפגיעה הקשה. רמה זו תוגדר ע"י ירידה של לפחות 84% בחוזק השריר לפי הבסיס החד-צדדי או הנורמטיבי. הצעה זו מקורה בהשוואה האנלוגית למצב של העדר פגיעה המתבטא בהפחתה של עד 16% בחוזק השריר. פתרון זה מתיישב הן עם כוונת המחוקק אשר ראה לנכון להבחין בין שיתוק מלא לשיתוק מלא למעשה והן עם האפשרויות הפתוחות כיום באמצעות הדינמומטריה האיוקניטית למדידת חוזקי שריר שריריים.

דוגמה לשימוש בנורמות במקרה של פגיעה דו-צדדית המתיחסת לשרירי השוקיים נמצא במקרה של גבר בן 40 שלקה במחלה נוירומוסקולרית CHARCOT-MARIE-TOOTH. מסימניה המובהקים של המחלה, לדול שרירי הגפיים התחתונות, לכתחילה באזור השוקיים. עם גילוי סימניה של המחלה הוענקו לחולה אחוזי נכות גבוהים אשר נשללו ממנו בשלב מאוחר יותר על רקע טענת יכולת הליכה תקינה. בדיקה איוקניטית מקיפה גילתה כי בהשוואה לנורמות של חוזק שרירי הקרסול, הדגים הנבדק ירידה של 92% במישרי הקרסול (פלנטרפלסטרס), 89% במכופפיו (דורסיפלסטרס) ו-73% במישרי הברך. (מדובר בירידות בצד היותר חזק אם כי ההבדל הדו-צדדי היה בשיעור של אחוזים בודדים בלבד). ירידות אלה שקולות לפגיעה חזקה ביותר או שיתוק דו-צדדי למעשה של שרירי השוקיים, כאמור בסעיף א' 4 לרשימת הליקויים (גימלת נידות). וזאת אף מבלי להתחשב בפגיעה הדו-צדדית הקשה בשרירי ה-Quadriceps.

לבסוף, אין ספק כי עקרונות השיטה הידנית אינם תמיד ישימים במקרים שבהם פעולה כנגד כח הכובד אינה גורם מכריע בתפקוד של השרירים כמו למשל מסובבי הגפיים. כאן, ביתר שאת, יש נפקות מיוחדת לכללים שפורטו.

לסיכום, מאמר זה מנסה להאיר יסודות מסוימים ביישום החוק. אין לראות בעקרונות שפורטו רשימה סגורה. כמו-כן לא נידונו, אף בקצרה, יסודות השיטה האיוקניטית, בשל מורכבותה והיקפה. מכל מקום ברור כי טעיפי החוק הרלבנטיים זקוקים לבחינה מחודשת מקיפה ורחופה ואם הנעת תהליך זה תתמך ע"י המאמר הנוכחי, הושגה בכך מטרה חשובה.

לחוזק מסובבי אמת היד אצל גבר בן 55. כתוצאה מתאונת עבודה חלה לפי טענתו ירידה משמעותית בחוזק המסובבים, החיצוניים והפנימיים כאחד. תלונה זו לא נתמכה ע"י הרופא הבדק המוסמך, בשל הרשם של אותו רופא כי שריריו הפגועים של הנבדק היו חזקים דיים כדי לסווגם בקטגוריה 5. ואולם האנליזה האיוקניטית מלמדת בעליל כי תלונת הנבדק מבוססת. בהשוואת החוזקים מתגלית ירידה של 54% ו-57% בשרירים הפגועים יחסית לתקינים (ציור 3). ירידה זו ניתנת לסיווג כפגיעה ניכרת שכן מדובר בחסר שבין 34% ל-66%. במקרה זה היתה המסקנה המבוססת על הבדיקה הקלינית מקפחת באפן משמעותי את התובע. מסקנה קלינית זו מקורה כאמור ביכולת אנשית כללית ירודה ביותר בהערכת חוזק ואו השוואתו לתקן. יתר-על-כן, חפיפת עקומי החוזק מצוינת ומהווה תמיכה חשובה במהימנות תלונתו של הנבדק. נהיר אפוא כי הדינמומטריה האיוקניטית פותחת מרחב פתרונות חדש בהיותה מסוגלת להעניק מענה מדויק, הולם ומהימן לגבי העדרו או נכחותו של נזק הגוף וחומרתו ברובם המוחלט של מקרי פגיעה שרירית דו-צדדית.

אם לחילופין מדובר בפגיעה דו-צדדית של קבוצות שרירים זהות אין כמובן ההשוואה לצד תקין ברת-ביצוע. במקרה זה מהוות נורמות חוזק מקובלות בסיס לקביעה. כאמור לעיל ביישום נורמות אלה יש למצער להתיחס לגילו ומינו של התובע אם כי גם לרמת פעילותו נפקות מיוחדת. הכללים הפועלים במקרה זה זהים לאלה שיושמו לגבי הפגיעה החד-צדדית.

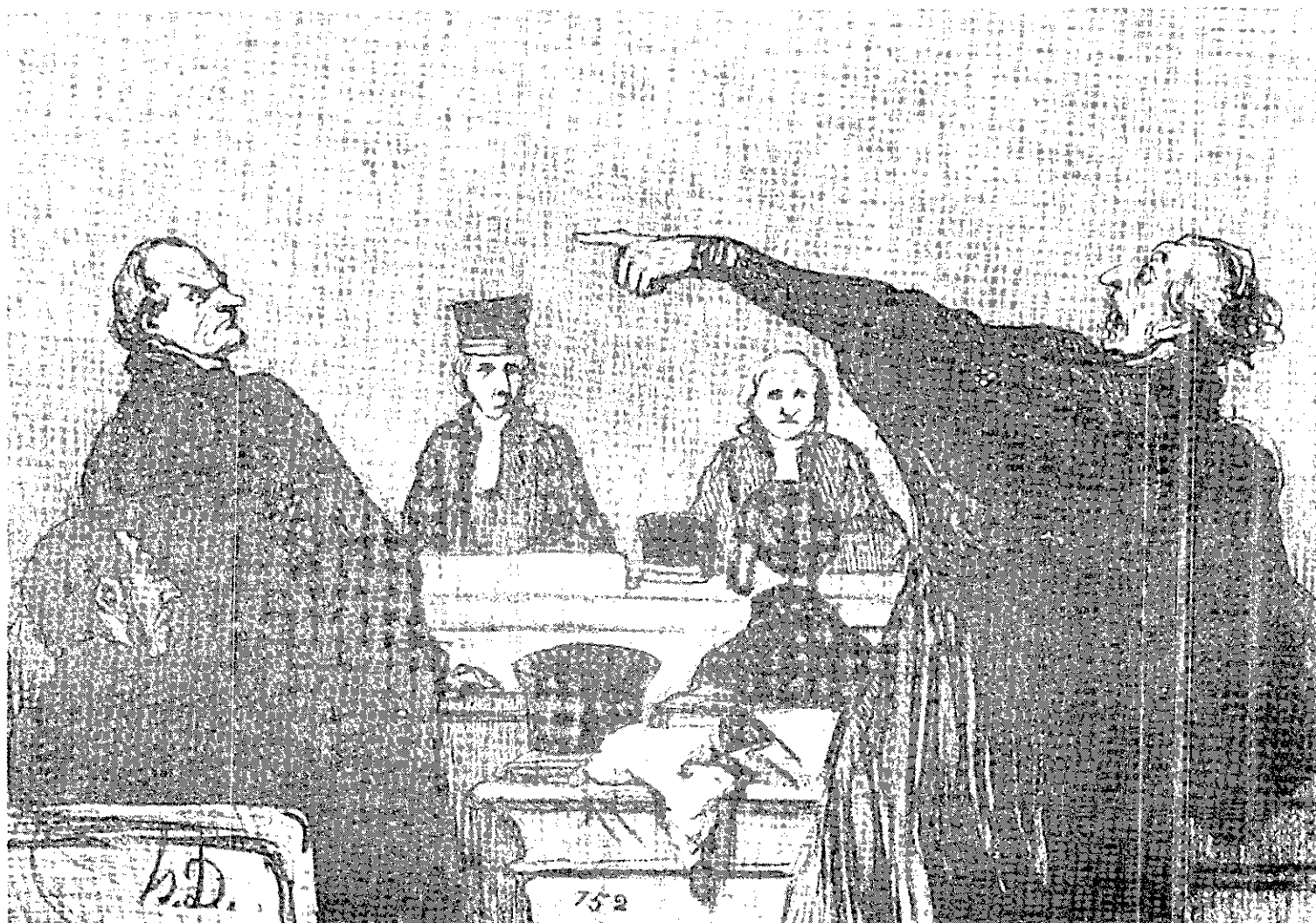
את סוגית "השיתוק המלא למעשה" המופיעה בתוספת יש לחלק לשניים. ראשית המונח שיתוק השוקיים בשלעצמו יסודו בטעות. ברי כי מדובר בשרירי השוקיים שכן השוק הינו פרק הגוף המחובר את מפרק הברך עם מפרק הקרסול. מכאן עולות שתי שאלות:

1. באלה שרירים מדובר? האם באלה האחראים על התנועה העיקרית של כף הרגל בעת ההליכה, דהיינו הפלנטרפלסטרס והדורסיפלסטרס? או גם בקבוצת השרירים החשובה האחרת: האינורטורס והאוורטורס? לאור לשון החוק ומשמעותיה הרחבות דומה כי מתחייבת תשובה הכוללת את שתי קבוצות השרירים הנ"ל.

מקורות:

1. DVIR Z. 1994 ISOKINETICS: TESTING, INTERPRETATION AND CLINICAL APPLICATIONS. Churchill Livingstone, Edinburgh.
2. LOVETT R.W; MARTIN R.G. 1916. CERTAIN ASPECTS OF INFANTILE PARALYSIS WITH A DESCRIPTION OF A METHOD OF MUSCLE TESTING. JAMA 66:729-733.

3. ROTHSTEIN J; 1985. MEASUREMENT IN PHYSICAL THERAPY. Churchill Livingstone, Edinburgh.
4. SAPEGA A.A. 1990; CURRENT CONCEPTS REVIEW: Muscle Performance Evaluation in Orthopaedic Practice. J. Bone Joint Surg. 72A:1562-1574.
- TIMM K.E. 1988; ISOKINETIC LIFTING SIMULATION: A NORMATIVE DATA STUDY. J. Orthop. Sports Phys. Ther. 8:578-581.



הסניגור משוכנע, כנראה, כי הלקוח ישלם ביד נדיבה.

דרישות ולקויים בבדיקה מדיקולגלית של מקרי אונס

בעבודתי הנוכחית, הקשורה בהכנת חוות דעת רפואיות-משפטיות והופעות בבתי המשפט נזדמן לי לעיין ולהתעמק בכמה מחוות דעת אלה, לאחר שהגיעו לבית המשפט. ככלל, ניתן לומר כי הבדיקות של הרופאים הגניקולוגיים, אינן עונות על הדרישות המוצגות לגביהן בספרי הרפואה המשפטית, ועל הכללים המיוחדים הנקטים בשטח זה בהרבה ארצות.

הבדיקות המתבצעות ע"י רופאים כלליים או גניקולוגים, ברובן שטחיות, וממוקרות לבדיקה של אברי המין בלבד. הרישום קצר ולקוי, כגון: "אין סימני חבלה", קרום הבתולין שלם, או שבצורה כוללת הדו"ח הציין: "באיזור הפנים והחזה שפכי דם". אין תאור קונקרטי של הנזק, צורתו, גודלו, צבעו. אין התייחסות לזמן ולמנגנון ההתהוות של הנזקים. חסרה בדיקה של בגדי הנתקפת, תנוחתם ומצבם על הגוף. הימצאות קרעים, כתמים חשודים, סימני לכלוך וגופים או עצמים זרים שנדבקו לבגדים ויכולים, מצד אחד, להעיד על התגוננות ומאבק ומצד שני לאמת במידה מסויימת את תהליך האירוע ומיקומו. במקרים מסוימים הכרחית יציאה לשטח של הרופא המשפטי יחד עם חוקרי המשטרה, ובדיקת זירת האירוע. רק כך יוכלו ללמד ולהכיר את הסיטואציה והנסיבות, לאסוף ממצאים ולתאר אותם במקום.

בשנים האחרונות מדגישה הספרות, והנסיון המעשי מאמת זאת, עד כמה חשובה בדיקת הגבר התוקף, אם הוא ידוע ונמצא בידי המשטרה כבר בימים הראשונים שלאחר האירוע וטרם הספיק לטשטש ולהסיר את הסימנים המחשידים אותו. אני ער לעובדה, שפעולות אלה לא תמיד מדברות ללבו של הרופא הקלינאי, ויש מקום לשאלה האם בכלל באפשרותו לבצע אותן. השאלה מתחדדת במיוחד כשהוא לבדו במחלקה ועמוס בעבודתו הישירה והשוטפת.

עובדה היא כי חלק מן הגניקולוגים או הרופאים האחרים רואה את הבדיקות האלה כעבודה נוספת ושולית, שאינה שייכת לתחום פעילותם הקלינית.

לא כאן המקום לקבע אם רופא החושב כך, צודק או לא אך בודאי שאין בכך צידוק לעריכת חוות דעת קצרה. לא מקצועית ולא ברורה. אין ספק כי חוות דעת כזאת תעורר בבית המשפט שאלות רפואיות ומשפטיות ללא יכולת לקבל עליהן תשובה.

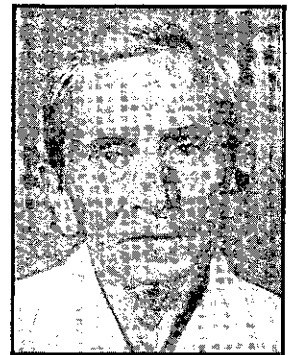
בשנים האחרונות גברה בארץ המודעות לביצוע פשעי מין ובמיוחד מקרי אינוס, זאת – הן מצד הציבור והתקשורת והן מצד אנשי המקצוע והמוסדות שעוסקים בבעיה זו באורח מעשי. לדאבון הלב הונח הצד הרפואי והמדיקולגלי ולא זכה לתשומת הלב הראויה לו.

בעיקר מדובר בחשיבותן וערכן של הבדיקות המדיקולגליות, רמתן המקצועית ועריכת חוות הדעת בעקבותיהן.

עובדה היא כי כמעט כל הרופאים המשפטיים בארץ מרוכזים במכון לרפואה משפטית, בתל-אביב. העדר רופאים משפטיים, המיומנים לבצע בדיקות, ביתר איזורי הארץ, מאלץ את חוקרי המשטרה לפנות לצורך עריכת בדיקות כאלה לרופאים כלליים, בדרך כלל רופאים גניקולוגים ולפעמים רופאי ילדים, אם הנפגעים הם ילדים. קיימת דעה בארץ, שכל רופא נשים, בתוקף המיוחדות של ההתמחות שלו, מסוגל מבחינה מקצועית לבצע בדיקות כאלה.

מבלי להפחית מן הכבוד למקצוע ולידע של אותם רופאים, אנו חייבים להיות מודעים לעובדה, שהרפואה המשפטית היא מקצוע בפני עצמו, בנוי אמנם על יסודות הרפואה הכללית, אך דורש ידע והרגלים ספציפיים של עבודה מעשית שאין לבעלי מקצועות רפואיים אחרים. העיסוק ברפואה משפטית מעשית דורש גם ידע מסויים ולא מבוטל בשטחים ובמקצועות שאין להם קשר ישיר עם הרפואה.

בדיקות מין טעונות מתח אמרציונלי ניכר בין האנשים והצדדים המעורבים בסיטואציה שנוצרה. המתח הזה מחייב את הרופא הקלינאי לבצע בדיקה מפורטת, וברורה. עליו להיות מודע לעובדה, שכל ממצא קטן יוכל לשמש בשלב יותר מאוחר כראיה חשובה במשפט, לפעמים אפילו כעבר זמן ניכר, כאשר הרופא כבר הספיק לשכוח את עצם הבדיקה ופרטיה. לכן הבדיקות המדיקולגליות של האנס דורשות גישה מיוחדת ונסיון מצטבר של הבנה ומודעות למטרת הבדיקה.



ד"ר בצלאל בלוך

ד"ר בצלאל בלוך הוא פתולוג ותיק והיה מנהל המכון לרפואה משפטית.

זה לא נכלל לפני כן בהגדרת מושג האינטוס, והיה מדובר רק בהגדרת אבר המין. מכאן אנו למדים שהמונח אינטוס, כפי שהוגדר (והיה מוגדר) אינו מושג רפואי ואף לא רפואי משפטי, אלא מושג משפטי בלבד. לכן אין זה מתפקידו (אף לא בתחום כישוריו) של הרופא המשפטי לקבוע בחוות דעתו ובמסקנותיו, אם במקרה הנידון היתה, – בהתאם לחוק העונשין, פעולת אינטוס או לא. קביעה זו היא מתפקידו של החוקר או בית המשפט.

למעשה מתבקש הרופא לענות על שתי שאלות עקרוניות המשמשות בסיס להגדרת והוכחת האינטוס:

1. האם על גוף הנבדקת נמצאו סימני אלימות פיזית או אחרת, שיכולים להעיד על השימוש בכח כדי להתגבר על התנגדותה לביצוע המגע המיני? איזה סימני אלימות קונקרטיים נמצאו? איך, ובעזרת מה הם נגרמו? מתי הם נגרמו? האם זמן התהוותם תואם לזמן הנטען של ביצוע האינטוס (או נסיון לאינטוס)?

2. הממצא השני, אותו מתבקש או צריך הרופא להוכיח להגדרת האנס – הוא החדרת איבר מין גברי (או כל איבר של הגוף או אפילו חפץ) לתוך איבר המין של האישה. הוכחה כזאת מתאפשרת לרופא בשתי דרכים: (א) גילוי שינויים אנטומיים באבר המין של אישה, המעידים על חזירה לתוכם – וזה מתבטא, בדרך כלל, בהמצאות קרעים בקרום הבתולין או ברקמות הסובבות אותו; עלינו להדגיש שקרעים כאלה מתהווים כרגיל רק אצל נשים או נערות בתולות, שטרם קיימו יחסי מין מלאים אפילו פעם אחת. נשים שקיימו מגע מיני מלא, לפחות פעם אחת, אצלן לא יתהוו קרעים נוספים טריים במגע מיני נוסף. מכאן שקרום בתולין עם קרעים ישנים, יכול לשמש רק כהוכחה, שהאישה קיימה בעבר יחסי מין. לעומת זאת – העדר קרעים טריים אינו יכול לשמש כהוכחה לשלילת יחסי מין בזמן הנקוב של האירוע הנבדק. (ב) גילוי ממצאים סרולוגיים, דהיינו נוכחות תאי זרע באבר המין או סביבו (כולל הבגדים, כלי המיטה והשטח סביבו). ממצאים כאלה אפשריים רק במקרה של החדרת איבר מין גברי לאיבר מינה של האישה. ממצאים חיוביים באחד מהמישורים או בשניהם יחד מצביעים על החדרת איבר המין לתוך אבר המין של האישה או לפחות לסיפוק המיני של הגבר.

במשך כל תהליך הבדיקה צריך הרופא להיות מודע לשאלה, האם ממצאי הבדיקה שלו מתישבים עם הנסיבות שנמסרו לו ושהוא אסף בעצמו מפי המתלוננת, וזה הן ביחס למנגנון התהוותן והן ביחס לזמן. במקרה ומתעוררים ספקות או אי התאמה, יכול הרופא לשאול בעדינות ולבקש הסבר מצד הנבדקת. הרופא אינו צריך להגיד לנבדקת שדבריה אינם נכונים, או שהיא משקרת. עליו להסתפק בסיפורה ובהסבריה ולא לחקור אותה.

במספר חוות דעת כמעט כל הבדיקה והתאור מתבטאים ברישום לקוני: "אין על הגוף סימני חבלה, קרום הבתולין של העדר תאור של בדיקה מלאה ותאור מלא של קרום הבתולין ואברי המין מונע את האפשרות לענות על השאלה, האם במקרה הקונקרטי – למרות שלמותו של קרום הבתולין, ניתן היה לחדור דרכו אל הלדן ולבצע מגע מיני מלא עם גבר מבוגר מבלי שבקרום הבתולין יוצרו קרעים. שאלה כזאת לגיטימית מבחינה רפואית-אנטומית, ועל התשובה לשאלה זו נתמקד בהמשך. כאן רק נדגיש, שכדי להוכיח יכולת כזו, באופן אובייקטיבי נדרש מהרופא הבדק תאור קפדני של קרום הבתולין עם התכונות האנטומיות והפונקציונליות הייחודיות לנבדקת הקונקרטית.

לצערנו, לא פעם אנו נתקלים בעובדה שלמרות שהבדיקה היא שטחית, בלי מסקנה ברורה, חוקרי המשטרה מקבלים אותה ללא ביקורת ובהסתמך עליה נבנה בהמשך גם כתב האישום. הערות מצד הסניגור ומצדו של מומחה מטעם הסניגור, לא תמיד מתקבלות בהבנה ובשיקול נכון. הרי בסיכומי של דבר חוות הדעת הנגדית נערכת ומתבססת כרגיל ולפחות באופן חלקי, על הבדיקה הרפואית הראשונית, על חוות הדעת שהוגשה בעקבותיה, ועל הליקויים שלה ומסקנותיה. ההחלטה הסופית נתונה בידי השופטים היושבים בדיון שביכלתם להסתמך על כל החומר שבתיק. בהתאם לשיקולים שלהם הם עתידים להחליט איזו חוות דעת אמינה עליהם, ועל איזה מסקנות יש יותר להסתמך.

אני מתרשם שרבים מהרופאים המתבקשים לערוך חוות דעת מקצועיות בקשר למקרי אנס, לא עיינו ולא קראו את הגדרת האינטוס מבחינה משפטית-חוקית בהתאם לחוק העונשין. הם אינם מודעים לתוכן המפורט של ההגדרה, לסעיפיה הקטנים ולמרכיביה הרפואיים, הם אינם יודעים מה עליהם לבדוק, מה היא מטרת בדיקתם, על אילו שאלות הם מתבקשים לענות, ובמה צריכה להתבטא עזרתם לחוקר המשטרה ולבתי המשפט.

בעית האינטוס נידונה בסעיף 345 בחוק העונשין ובתת סעיפיו. אין מטרת המאמר לפרש את כל הסעיפים בחוק הנוגעים ודנים באינטוס. נתעכב בקצרה רק על אלה שיש בהם ענין לרופא ולבדיקתו המדיקולגלית.

בהתאם להגדרת סעיף 345 לחוק העונשין: "אינטוס הוא בעילת אישה שלא בהסכמתה החופשית עקב שימוש בכח, גרימת סבל גופני, הפעלת אמצעי לחץ אחרים או איום באחד מאלה".

סעיף קטן "ג" מגדיר את המושג "בועל": המחדיר אבר מאברי גופו או (אפילו ב.ב.) חפץ לאבר המין של האישה". ונדגיש: לא רק אבר המין של הגבר אלא כל אבר מאברי גופו, למשל אצבע ואפילו סתם חפץ, כמו צוואר בקבוק. כל

פרט לשתי המשימות העיקריות האלה, יכולות להתעורר אצל החוקר שאלות נוספות, ספציפיות למקרה הקונקרטי.

אם הרופא-המשפטי הבדק, מגלה ביזמתו ממצאים שיכולים – לפי דעתו – להיות חשובים לחוקר, הוא צריך לרווח לו על כך.

אמנם נוכחות סימני חבלה היא אחת ההוכחות האובייקטיביות החשובות של שימוש בכח נגד האישה כדי להתגבר על התנגדותה, אך יש לזכור ולציין מספר הסתייגויות מעשיות:

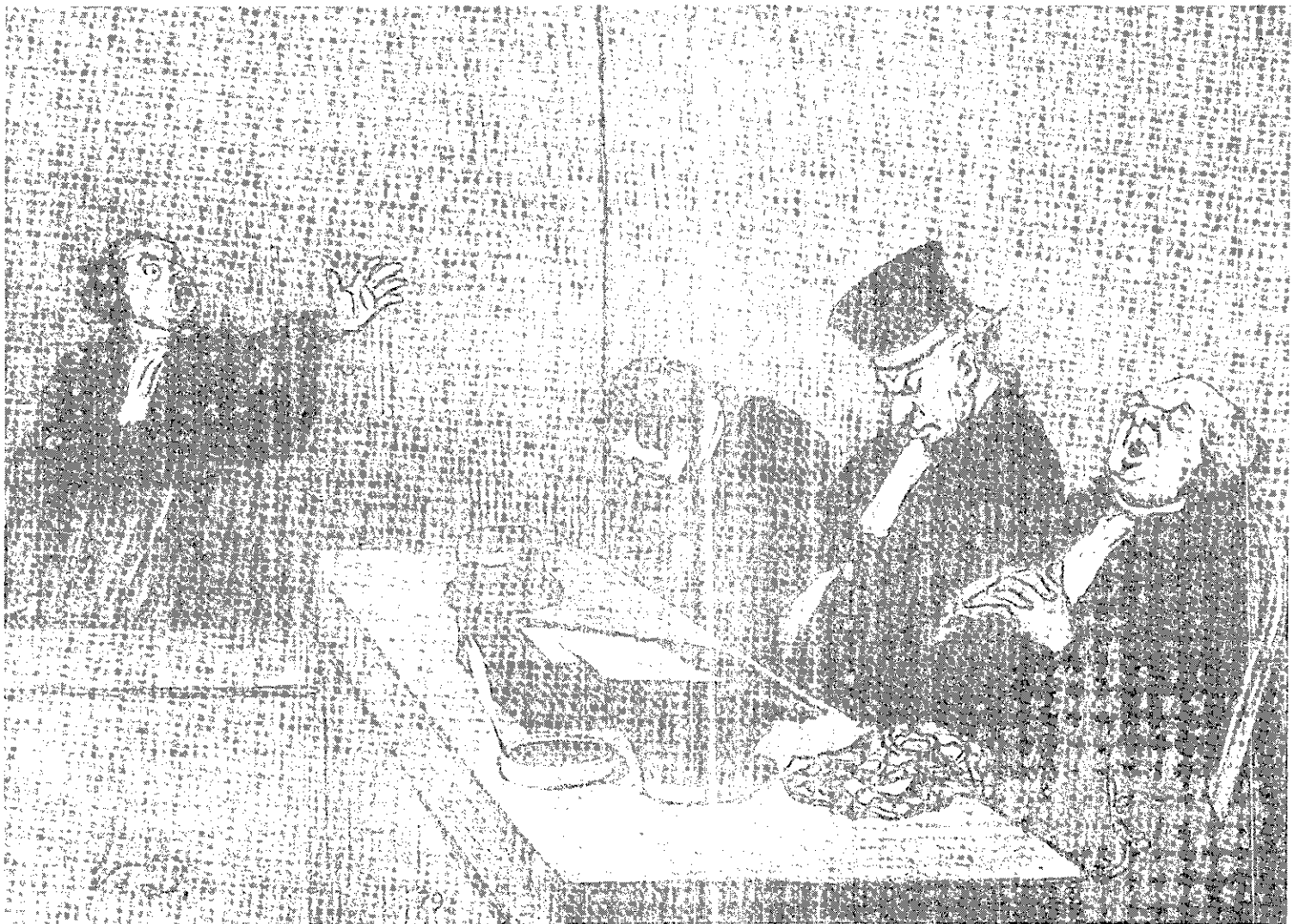
לא תמיד השימוש בכלי אלימתי פיוזי משאיר סימנים אנטומיים. ומכאן שהעדר סימני אלימות אינו שולל את האפשרות שהתוקף השתמש בכח פיוזי כדי להתגבר על התנגדות האישה.

2. סימנים אנטומיים קלים החשודים כאלימות יכולים להגרם תוך תהליך מגע מיני נורמלי, בהסכמת האישה.

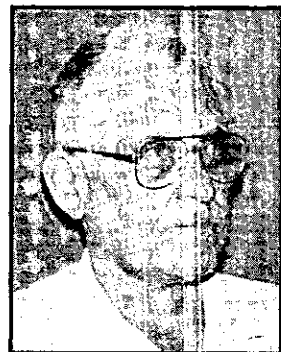
3. בעבודתי נתקלתי, ולא פעם, במקרי סימוליציה של אלימות, כשהאישה גרמה לעצמה בכוונה נזקים שונים על הגוף או סביב אברי המין (שריטות, "שפכי דם", שניתן היה להורידם בעזרת צמר גפן ומים), והדבר נעשה כדי להעליל על הגבר מתוך מטרת סחיטה או מטרת אחרות.

הערת המערכת:

המאמר דלעיל הוא ראשון מתוך שנים. החלק השני, בחוברת מס' 10, יתמקד בדרישות לבדיקות ולעריכת חוות דעת מתאימות.



תאונה, התחזות ואבחון – אולי לא רק ע"י אורטופד



אורי כרוך

הערת המערכת: אנו מביאים כאן את תגובת מר אורי כרוך למאמרו של דר' משה לוטם "התחזות – malingering" (רפואה ומשפט מס' 6, אפר. 1992). תוכן הדברים וסגנונם – על אחריות הכותב. ולא הופעלו לגביהם מספרים מכל סוג, למעט עריכה לשונית.

הערת מר כרוך בדבר האיור בגוף המאמר המותקף של דר' לוטם (פסקה שלישית להלן), מוטעית. את סוג האיור ומקומו קבעה המערכת.

טבעי שמאמרו של דר' משה לוטם (בגליון מס' 6 – אפריל 1992), "התחזות – Malingering" יעורר סקרנות אצל אנשי מקצוע, שאינם מוכנים, ואינם יכולים להרשות לעצמם – להיות מולכים שולל. Malingering כתב עת שרבים מקוראיו עוסקים בטיפול באנשים וסיוע להם – לעתים אף בבתי משפט, הוא במה מתאימה לקיום דיון במשמעות של תופעת ההתחזות – Malingering.

כמי שמציג בפני בתי משפט צרכי אנשים שנפגעו בארועים חבלתיים (והעלויות הנגזרות מצרכים אלה) – חשוב היה לי ללמוד את תוכן המאמר, שנכתב ע"י רופא מומחה ראוי להערכה. ידעתי כי חוות דעת רבות של דר' לוטם ניתנו מטעם חברות ביטוח, שענינן כמובן, לצמצם את תאור הנזק שממנו סובלים תובעים. אך קיומית שמאמר ברפואה ומשפט יסקף integrity מקצועית של הכותב, כראוי לכתב עת, שרצוני לראותו כמדעי. תקוותי ומשאלותי נגזרו.

קריאת המאמר הסבה לי אכזבה וכעס, כקורא נבון, שקריאתו ביקורתית ויכולתו להבחין בין מאמר רציני לכתבה שמקומה – בעתונות צהובה. לצערי שייך מאמרו של דר' לוטם לקבוצה השנייה. מי שמטיל ספק, ראוי שיתבונן באיור שאליו מפנה דר' לוטם את הקורא – אם עדיין לא הבין את הרמז...

כעובד סוציאלי שעוסק בסיוע לאנשים במצוקה לאחר ארועים חבלתיים, שמציג חוות דעת בבתי משפט, – לרוב שלא מטעם חברות ביטוח, וכמי שמסתייע רבות בידע של רופאים, תמהתי כיצד רופא, שיעד פעולתו המרכזי

לסיוע לחולים לסבול פחות ככל האפשר, מוציא מתחת ידו מאמר שעיקרו פגיעה באוכלוסיה רחבה של בני אדם שעברו טראומות, הסובלים, במקרים רבים, מהשלכות שלא ניתן לאמוד בכלים מדעיים מדויקים.

מדברי דר' לוטם ניתן כמעט להבין, שאנשים פונים סתם לרופא ומספרים לו סיפורים. לדעתי – אין פונים לרופא, אלא אם יש, או נדמה שיש, כאב. הפניה לרופא באה כתוצאה מתחושת אי נוחות. במקרים מסוימים קושרים אנשים את סיבת הפניה עם ארוע חבלתי בעבר.

אדם שעבר ארוע חבלתי ומתלונן על אי נוחות, עצם פנייתו למומחה רפואי, מעבירה את "נטל ההוכחה" שאין לפונה "כלום" – על הרופא. מובן שלרופא קשה יותר להתמודד עם מטלה כזאת כאשר אין לתלונות ביטויים פיזיולוגיים בולטים, או כשהתלונות מוגדרות כסובייקטיביות. במציאות זאת – לא יהיה מוגזם לראות את הרופא כחייב להפנות את המתלונן אל רופא אחר, שיטול/ישתתף באחריות הכרוכה בהוכחה, כי לפונה אין "כלום". לצערנו, יש מקרים בהם סילקו רופאים את החולים מעל פניהם, מבלי להפנותם לייעוץ נוסף. דבר שהולך אל הבלתי נמנע; הגשת תביעות פיצויים על רשלנות רפואית, שאילצה רופאים אחדים לשלם לעתים סכומי עתק כפיצויים בגין התרשלנות מקצועית, על פי החלטת בית משפט.

להלן כמה ציטוטים מדברי דר' לוטם: "מתחזים יכולים לבוא מכל שכבות הציבור". "המאחד אותם הוא הפגם המוסרי שאפשר לרמות את הממסד". "מבין המתחזים, יש המוכנים אפילו לעבור בדיקות בלתי נעימות, כגון מיאלוגרפיה, קטטריזציה ואפילו ניתוחים בלתי מוצדקים כדי לשכנע כי הם אכן מוגבלים ויש לפצותם". דברים אלה מהווים אזהרה מכלילה מפני עצם ההתייחסות הרצינית כלפי חולים שלרופאים אין יכולת לתת תשובה מרגיעה לתלונותיהם. "אזהרה" זאת, שמשמיע דר' לוטם, היא דוגמה להאשמות רווחות בציבור כלפי רופאים שמתחזים ביוהרה חלזול כלפי חולים. בציבור יש שמבקשים יתר רצינות כלפי חולים שאין לרופא אפשרות לסיוע להם ולאבחון כתוצאה מהעדר ממצאים אובייקטיביים. דר' לוטם עושה את ההיפך.

התעלמות דר' לוטם ממרכיב חולני, שאינו בתחום טיפולם של אורטופדים, אצל אדם שמוכן לעבור בדיקות וניתוחים

אורי כרוך – MSW, עובד סוציאלי שיקומי עצמאי.

רפואה ומשפט גליון מס' 9 דצמבר 1993

לסמוך. נזירותיות איננה אמצעי לעשיית "הון", שכן נזירותיות איננה מחלה ובעיקר לא בישראל, בה רבים יכולים להיכלל בקטגוריה זו על רקע חוויות-עבר קשות, שעמן הם חיים, בין שמקורן במלחמות בהן נכחו (בחזית או בעורף) או כחלק מחוויות המלחמה הקולקטיבית. מוצע לשקול את ההנחה ההפוכה מזו שמציג דר' לוטס, כלומר: "רוב הנזירותים מנהלים אורח חיים רגיל, שבה לידי ביטוי בעבודה יום יומית, באי התחלות – ובמקרים רבים דוקא בגללל הנזירותיות שלהם..."

זאת ועוד. דר' לוטס כותב: "למרות שההתחזות אינה נדירה ולמרות חשיבותה הכלכלית לחברה, מושג זה אינו מוזכר כלל בספרי יסוד ברפואה, ואף לא בספרים המיועדים לסטודנטים". מאמר בכותרת: Malingering: Fact or Fiction, נכתב ע"י SCHROEDER, O.D., Jr., et al ופורסם ב-POST GRADUATE MEDICINE חוברת מס' 40 (1966) A22-A28, מאמר זה הוא ציטוט מס' 75 מבין 93 מארי מקום בסקר שנערך ע"י DAVID DAVIS and JAMES M.A. Weiss ופורסם לפני 19 שנה כפרק ה-13 תחת הכותרת: "Malingering and Associated Syndromes" בקובץ היוקרתי: AMERICAN HANDBOOK OF PSYCHIATRY, Second Edition. Revised and Expanded; Basic Books Inc., Silvano Arieti, Editor in Chief, 1974 (pp. 271-287);

שימוש במושג ההתחזות מחייב התייחסות רצינית יותר מזו של דר' לוטס. צורת התייחסותו לנושא איננה תורמת להבנה רבה יותר של התופעה אלא מטעה ומוליכה שולל את הקורא הלא ביקורתי. מאמרו של דר' לוטס מהווה כתב פלסתר על אנשים שעושים מה שקשור לסבל שלהם. בטיפולו בנושא, מכליל דר' לוטס פונים רבים שעברו טראומות, כרמאים. דבר שאין לו מקום בקהילה מקצועית. נכון שעל הרופא ועל המשפטן להיות ערים לקיום תופעת ההתחזות, אולם נראה שדר' לוטס מציע להגדיר כל מי שפונה לרופא לאחר תאונה ושהרופא אינו יכול לגדיר את מחלתו, כמתחזה. זהו דבר חמור ומוזיק לאזניה שבה יש לבדוק את קשיו של מי שעבר טראומה. התייחסות להתחזות שלא כבעיה מורכבת – שמקורה בתאונה שמהווה את עילת המפגש בין הפרט ובין מי שמעריך את מהות הנזק – היא התייחסות פופוליסטית שאין לה מקום בכתב עת רציני כמו "רפואה ומשפט".

להתחזות יש להתייחס כאל שימוש במנגנון, שהצורך בו מעוגן באדם שהיה מעורב בתאונה שאין חולקים על קיומה. מה שעושה דר' לוטס הוא גיוס תימוכין פסוידו-רפואיים על מנת לסייע לחברות הביטוח לדחות תביעות באיצטלה רפואית. דברים אלה יש לראות על רקע המציאות שבה מפעילות חברות הביטוח כוחות עצומים כנגד מנגנוני הקיום וההישרדות של הפרט שנפגע בארוע חבלתי. הנפגע בתאונה הוא שעלול לאבד יכולת עמידה על זכויותיו החוקיות, בגלל חוסר יכולת להתמודד עם

ולו רק על מנת לקבל פיצויים – מצביעה על כך שאין ענינו של דר' לוטס ברפואה אלא בהגנה על אינטרסים כספיים של חברות הביטוח. התעלמותו של דר' לוטס מכאבו ומצבו המיוחד של אדם שמוכן לעבור בדיקות לא נעימות וניתוחים, מצביעה על העדר אמפטיה כלפי חולים שמצוקתם, ככל הנראה, איננה בתחום טיפולו של אורטופד אלא בתחום טיפול התמחויות אחרות של ה-"Helping Professions".

לא ברור איך רופא יכול שלא להגדיר את מי שמוכן "לעבור בדיקות לא נעימות ואפילו ניתוחים לא מוצדקים" כאדם חולה מאד. אורטופד אולי אינו יכול להציע דרכי התייחסות לאדם כזה, אבל עמית למקצוע בעל התמחויות אחרת אולי יכול לעשות זאת, כך שלהכליל כנוכל (וזה מה שמציע דר' לוטס) את מי שמוכן לעבור את הבדיקות הלא נעימות והניתוחים היא בחינת הלעזה ואי התייחסות של רופא כלפי פונה.

התעלמות דר' לוטס מהתייחסות לתחושות סובייקטיביות שמביאות אדם להימנע מלעבור, כיוון שהוא חש בכאב שלרפואה אין אמת מידה לאמוד – חמורה. לפני הכתמת פונה בהצגת מצג שוא, נראה שיש לשקול שמא מדובר בתגובה נפשית, לא נורמטיבית, על רקע החבלה. המינימום שעל אורטופד לעשות הוא לשלוח פונה כזה, שלעתיים קרובות מוריד ביגון שאולה את סביבתו בגלל תחושות שאין להן הסבר אובייקטיבי, להיבדק אצל רופאים אחרים המצויים בטווח קשת התמחויות רחבה, על מנת לקבל דעה שניה.

הקביעה שבפני מתחזה עומדת "אופציה להחשב כסובל מ-Post Traumatic Neurosis למרות שאינו נזירי כלל, ובסך הכל הוא שואף במודע לנצל את החברה" מבטאת את הבח שמפגין דר' לוטס לאדם שסובל, תוך איבוד מחייבות אמפטית כרופא. הדיון שמקיים דר' לוטס בנושא הנזירותיות נראה מוזר ואינו עולה בקנה מידה הנדרש מרופא במעמדו. כנראה שדר' לוטס אינו יודע, נזירותיות מה היא. זו מוסברת כנתונה בתוך הקשת שבין – "חוסר נחת כללית" ובין ביטוי אתילוגי של תהליך עתיר קונפליקטים לא מודעים שמביא לחרדה ועשיית שימוש מעוות במנגנוני הגנה כדי אימוץ סימפטומים חריגים. (זהו התרגום שלי למושג NEUROSIS כמופיע ב-TABER'S CYCLOPEDIA OF MEDICAL DICTIONARY, 15th Ed. עמ' 1122):

The definition of this term is controversial. Some feel its use should be limited to describe an unpleasant mental symptom in an individual with intact reality testing; others would have it apply to the etiological process, i.e., unconscious conflict that arouses anxiety and leads to maladaptive use of defensive mechanisms that result in symptom formation;

לכן עשיית השימוש בנזירותיות כאמצעי להשגת רווחים משניים – כפי שרוצה דר' לוטס לטעון, אין לה על מה

עוצמות הכח העומדות לרשות חברות הביטוח, שמנסות בכל כוחן להוכיח שלפרט לא אונה רע ושהשלכות הפגיעה, אם ישנן, הן שוליות.

עצם הידיעה על המאבק גורמת לפרט ולחברות הביטוח להתחיל להילחם זה בזה, כאשר הכלל המוביל הוא "תפוס ככל יכולך". הכל נעשה "כשר" כדי להזים טענות אפשריות של הצד השני. אין להתפלא שיש אנשים שמתארים את מצבם בחומרה מוגזמת, אבל יש לזכור שלצד אלה נמצא מספר גדול למדי, של נפגעי תאונות הגורסים שלא

אונה להם כל רע, אמירה שנובעת מתפיסה חברתית מושרשת – שאין למצות את מלוא הזכויות האזרחיות, אלא במצב מצוקה קיצוני.

לכן, נראה שאת אזהרת דר' לוטם בסוף רשימתו יש לאון ולומר, שרצוי שחברות הביטוח ועושי דברן – רופאים ומשפטנים – יעשו הכל מיד לאחר תאונה שבה נפגע אדם כדי לסייע לו ולבני משפחתו ויתחשבו לאחר מכן עם מי שצריך להתחשבן – ולא עם הפרט שנפגע ובודאי שלא להזדרז לטעון שהוא מתחזה.

לכבוד

העורך, "רפואה ומשפט"

נכבדי,

בגליון הנוכחי מתפרסם מאמר של מר אורי כרוך, תחת הכותרת הארוכה "תאונה, התחזות ואבחון – אולי לא רק על ידי אורטופד".

הדברים, כפי שמעיד הכותב, הם תגובה למאמר שלי בחוברת מס' 6 "התחזות – Malingering". ואבקש להעמיד הדברים על דיוקם.

במאמרי כתבתי על התחזות מודעת ולא על גוירוזים אמיתית שלאחר חבלה, שהוא נושא נפרד ואשר לא היה כלל נושא מאמרי.

כתבתי על תופעת ההתחזות שהיא "תופעה בה אנשים מציגים עצמם כחולים או מוגבלים, יותר מאשר הם במציאות חזית מתוך שאיפה מודעת להשיג רווח משני. הם משחקים מחלה או מגבלה שכלל אינה קימת, או שמגזימים בהפרעות ממחלה שקיימת אצלם".

מר כרוך מתעלם לחלוטין מקיום התחזות, שכלל אינה נדירה. הוא נסחף בדעותיו האישיות מבלי שקרא בעיון את מאמרי.

הוא מעוות דברי ומכליל הכללות כרצונו. מה חבל שאינו מסוגל לחייך למראה קריקטורה, אני יכול לפחות להרגיע אותו. הקריקטורה לא מומנה ע"י חברת ביטוח...

בברכה,

דר' משה לוטם

רישוי תרופות ע"י רשות המזון והתרופות בארה"ב

Food and Drug Administration

Pharm. D. ברוקחות קלינית) כימאים, ביולוגים, משפטים ואנשי מינהל ברמות שונות. חלק ניכר מפעילויות הבקרה והמחקר מתרכז בושינגטון D.C. ובעיר הקרובה Rockville, מרילנד. הפקת בשדה נעשה ע"י לשכות אזוריות. צבא רב של מפקחים INSPECTORS מבקר שגרתית בכל מפעלי המזון, במפעלי תרופות ואמצעים ביולוגיים ובמפעלים קוסמטיים. שום מפעל בארה"ב ומחוצה לה (גם בישראל) אינו מורשה לשווק את מוצריו בארה"ב – אלא אם נערכה בו בקורת שהניחה את דעתה של F.D.A.; בכל בקורת נלקחות דגימות של המוצרים – ואם אלה – לאחר בדיקה מעבדתית – אינן עונות על התקנים שנקבעו, אזי מופעלת מערכת "החזרה מהשוק" RECALL – באמצעות התקשורת המקצועית (עתונות מקצועית וחוזרים של מפעלים וכו'). במקרים חמורים "ההחזרה מהשוק" מובאת לידיעת הצבור הרחב (רדיו, טלוויזיה, עתונות וכו').

F.D.A. מהווה גם מוקד לצרכנות הוגנת – ע"י פרסום של ירחון F.D.A. CONSUMER, שבאמצעותו מוסבר לקהל הרחב כיצד ניתן להשתמש ביעילות סבירה במזון, תרופות, אמצעים קוסמטיים וכד' שנבדקו שגרתית ע"י רשות המזון והתרופות בארה"ב.

נשאלת השאלה: מדוע דווקא בארה"ב קיימת הקפדה הנוכחית בארצות הברית: בתחילת המאה (1906) קברניטי ארצות הברית נחלצו להגן על התעשייה הצעירה המתפתחת שם ע"י מניעת יבוא מתחרה מהלווייתנים של התעשיות באירופה – בעיקר גרמניה ואנגליה. שיטות המכס בתקופה ההיא לא היו משוכללות כהיום וההגנה התבצעה ע"י אכיפת התקנים של הפרמקופיאות (U.S.P. ו-N.E.) שעוגנה באופן משפטי כמניעה של ADULTERATIONS, תחליפי זיוף ברמה ירודה וכנראה גם במחירים מתחרים. במקביל עם אכיפת החוק לגבי היבוא הוחלו וברצו הבדיקות על פי תקנים גם לגבי היצור של מזון ותרופות בתוך ארה"ב.

במשך השנים, עם התפתחות מדעי הרפואה התרחבה מערכת F.D.A. המעבדות תופעלו ועודכנו במיטב הציד ונרתמו גם לבצוע מחקרים בסיסיים וישומיים בענפי הכימיה, הביולוגיה והרוקחות. יתר על כן, מערכות F.D.A. תרמו לאחידות של התקנים הרפואיים בכל מדינות ארה"ב, על אף השוני הרב באוכלוסיות והבדלי הרמה הרפואית; מטרה זו היתה חשובה במיוחד למחוקק האמריקני.

לשני ארועי-אסון המתוארים להלן היתה השפעה מכרעה על התפתחות F.D.A. ובעקבותם גדלו הצוותים אשר מנו

"בקרת רישוי תרופות חדישות צריכה להיות ממושכת דיה כדי לבחון כדבעי את הערך הרפואי של חידושי המדע – וקצרה ככל האפשר כדי שהחור לים יזכו להעזר בעוד מועד בהישגים המדעיים המעודכנים."

(פרופ' ז'רי א. גויאן לשעבר

ראש F.D.A. בוועידת הרוקחים לוס אנג'לס 1982.)



פרופ' אפרים מנצ'ל

בין כל המערכות הממלכתיות לרישוי תרופות בעולם, הבקרה המדוקדקת ביותר מתבצעת בארצות הברית באמצעות F.D.A. – הסמכות המקצועית והמינהלית לאישור מזון, קוסמטיקה ותרופות. עשרות מחלקות מקצועיות, מעבדות בדיקה ומחקר משוכללות, מערכות מיחשוב מעודכנות ופעילויות פקוח, מופעלות ב-F.D.A. ע"י סגל של שבעת אלפים עובדים ויותר, הכוללים רופאים, רוקחים (לאחרונה, במיוחד בעלי תואר דוקטור כה רצינית? הרי מדובר במדינה בעלת מסורת ליברלית מפותחת מאד ומעורבות ממשלתית המתאפיינת ע"י פעולות F.D.A. – אינה מהסממנים הטיפוסיים בהם התברכה ארצות הברית.

ה-F.D.A. הוקמה בשנת 1906 באמצעות חקיקה של הקונגרס האמריקאי. באותה תקופה לא היתה כל מערכת בקרה באף מדינה בעולם – לרבות אירופה שהיתה בתקופה ההיא בשיא ההתפתחות המדעית העולמית. אמנם, באנגליה, צרפת, גרמניה, וכמעט בכל מדינה באירופה נקבעו תקנים לתרופות באמצעות פרמקופיאות. גם בארה"ב פורסמו פרמקופיאות ממלכתיות – UNITED STATES PHARMACOPEA (U.S.P.) וספר תרופות לאומי NATIONAL FORMULARY (N.F.). לאחרונה אוחדו שני ספרי תקנים אלה של תרופות. בארצות הברית בניגוד למקובל באירופה, משנת 1906 דאגו לאכוף את התקנים האלה ע"י בקרה ממלכתית באמצעות ה-F.D.A.

מדוע הקדימה האכיפה של התקנים הרפואיים בארה"ב בחמישים שנה לפחות את כל המערכות המקבילות שהוקמו בארצות אירופה ואחרות. ההסבר המתקבל ביותר על הדעת לתופעה זו – עשוי להפתיע את כל אלה המכירים את ההתפתחות התעשייתית בסוף המאה

הדיאגרמה המובאת כאן (בדיאגרמה זו * INVESTIGATIONAL NEW DRUG = IND תרופה חדשה במחקר) מבטאת את הפעילויות האלה, ומשך הזמן של כל אחת, המתבצעות בתאום עם המפעל היחם – INNOVATOR. בנוסף, על המפעל היוזם לערוך בקרת בטיחות לאחר שווק POST MARKETING SAFETY MONITORING כאשר התרופה כבר משווקת באישור FDA. כמובן כל הפעילויות מעוגנות בחקיקה ראשית של FOOD AND DRUG ADMINISTRATION ACTS אשר עברה עדכונים רבים משנת 1906. העדכון האחרון הוא מינואר 1980 – ; ובהתבסס על חקיקה זו מתפרסמות תקנות משנה בחתימת המזכיר לענייני בריאות ורווחה בארה"ב. הפרסום נעשה מעת לעת ב-FEDERAL REGISTER.

כאמור – בדיאגרמה הנתונה להלן * INVESTIGATIONAL NEW DRUG = IND תרופה חדשה במחקר.

בארצות אירופה הוקמו בשנות החמישים והשישים (במיוחד לאחר "אסון תלידומיד") רשויות מקבילות ל-FDA, לראשונה בסקנדינביה ובנלוקס אחר כך בצרפת, אנגליה ועוד, כולל ישראל. רק בשנת 1980 הצטרפה גרמניה המערבית (עתי גם המזרחית) למדינות המקיימות פקוח הדוק על האמצעים הרפואיים – חזאת כאשר התברר שם כי בהעדר כל פקוח ממלכתי, מתוך מגמה "להפגין" ליברליות, הנזקים הרפואיים בשימוש בתרופות ואמצעים אחרים היו רבים לאין שעור בהשוואה לארצות בהן כבר הייתה קיימת בקרה סדירה.

עד היום אין כל מערכת בקרה ממלכתית מחוץ לארה"ב, – היכולה להשתוות ל-FDA. – כמובן, שהיקף כה נרחב של בקרה הוליד סירבול, כפילויות והארכת משך הבדיקות ב-FDA. בתוצאה מכך, הקדימו רשויות התרופות באירופה לאשר תרופות חשובות ביותר – כגון ה-BETA BLOCKERS שתורמו בזמן במדה נכרת לשיפור הטיפול התרופתי ביתר לחץ דם, הבקורת על האיחורים והעיכובים המשמעותיים ברישוי תרופות בארה"ב היתה נחלת התעשייה בארה"ב וארגוני הרופאים והרוקחים. נוצר מצב פרדוקסלי בלתי נסבל: בעוד המחקר הרפואי בארה"ב הגיע להשגים מעל ומעבר למקובל בארצות אחרות לרבות בפתוח תרופות חדשות שבחלקן מהוות BREAKTHROUGH – פריצת דרך בטפולים הרפואיים – הרי למעשה ניתן היה להשתמש בתרופות החדשות שפותחו בארה"ב רק מחוץ לארצות הברית, כי האישורים הדרושים לשווק בארה"ב התעכבו ב-FDA.

לאחר התארגנות מחדש של ה-FDA ויעול מערכת הניהול חל לאחרונה מפנה בהנהגתו הנמרצת של ד"ר דוד קסלר ראש ה-FDA שמינויו לא בוטל ע"י ממשל הנשיא קלינטון. לפי הדוח האחרון של FDA אושרו לשווק בשנת 1992 26 תרופות חדשות כאשר בממוצע היה משך בדיקתן ע"י FDA 30 חודש בלבד במקום ממוצע

מאות, והגיעו לאלפי עובדים, ע"ח משלם המיסים האמריקאי.

1. אסון סירופ סולפנילמיד (המיועד לילדים) מתוצרת מפעל מקומי בארה"ב בשנת 1938. בהכנת הסירופ השתמשו בממיס אתלון גליקול מתוך אי ידיעה על רעילותו. עשרות ילדים נפטרו בהרעלה זו בארה"ב כאשר טופלו בסירופ זה. נזכור כי בתקופה ההיא, הסירופ שמדובר בו היה האמצעי האנטיביוטי היחיד למתן per os (נטילת תרופה דרך הפה). הוכח כי אכיפת תקנים כימיים אינה מונעת הרעלה, ובטיחות ניתנת להוכחה אך ורק על ידי בדיקות רעילות בחיות ניסוי.

2. אסון תלידומיד מתוצרת מפעל מוכר בגרמניה בשנת 1962. כאשר התברר סופית שבארצות רבות – מלבד בארצות הברית – גדל במידה נכרת מספר המומים מלידה הוכח כי נשים בהריון אשר טופלו בתלידומיד כאמצעי להרגעה, עובריהן ניזוקו, בצורה לא הפיכה. ארצות הברית נחלצה מאסון זה, היות ואותה רופאה, אשר טפלה בתיק זה מטעם ה-FDA, לא אישרה את התרופה תוך בדיקה ממושכת של בטיחות החומר מבלי שהייתה מודעת לנזק לעוברים הכרוך במתן התרופה לנשים בהריון. במאמר מוסגר יצויין כי הישג זה של ה-FDA בארה"ב נתן תנופה להקמת מערכות בקרה מקבילות ל-FDA בארצות אירופה ואחרות, כולל ישראל.

לאור שני ארועי אסון אלה, הוטל על FDA, בנוסף לבדיקת ואכיפת תקנים רפואיים, לחדא ע"י מערכת בקרה כי תרופה שתאושר לשווק הינה גם בטוחה וגם יעילה לשימוש רפואי. מבחינת בטיחות חייבים, לפני שמוש רפואי, לבדוק כל תרופה בחיות ניסוי לתקופות קצרות וארוכות, ולקבוע המנות הרעילות, השפעה טרטוגנית (רעילות עוברים) ותכונות סרטניות CARCINOGENICITY. בהמשך לבדיקות אלה חייבים לערוך סוללה של בדיקות פרמקודינמיות על פעילות התרופה ובדיקות פרמקוקינטיות – על התפרקות התרופה במערכות שונות בגופם של בעלי החיים.

כאשר מסתיימות בהצלחה הבדיקות השונות בחיות ניסוי נערכים נסויים קליניים המאושרים ע"י FDA וועדות אתיקה מוסדיות – INSTITUTIONAL REVIEW BOARD (IRB) בשלשה שלבים בטרם תוגש בקשה לרישוי התרופה לשווק. בשלב ראשון נבדקת מנת תרופה הניתנת למתנדבים בריאים. כאשר לא נצפה כל נזק ממשי, באים השלב השני והשלישי, בהם מתבצעים נסויים קליניים בהיקף נרחב (בעיקר בשלב השלישי), כדי להוכיח את יעילותה של התרופה למטרה אליה נועדה בטפול הרפואי, ואת הקף השפעות הלוואי – במידה והן נצפו במשך הניסויים הקליניים.

רפואה ומשפט גליון מס' 9 דצמבר - 1993

Drug Development and Approval Process

Preclinical Testing		Phase I	Phase II	Phase III	FDA	Approval	
YEARS	3.5	1	2	3	2.5	Total=12	
Test Population	Laboratory and Animal Studies	20 to 80 Healthy Volunteers	100 to 300 Patient Volunteers	1,000 to 3,000 Patient Volunteers	Review Process	Post marketing safety monitoring	
PURPOSE	Assess safety and biological activity	Determine safety and dosage	Evaluate effectiveness. Look for side effects.	Verify effectiveness, monitor adverse reactions from long-term use.		Large-scale manufacturing	
			Expedited Review: Phases II and III combined to shorten approval process on new medicines for serious & life-threatening diseases.			Distribution	
						Education	
% of all new drugs that pass		70% of INDs	33% of INDs	27% of INDs	20% of INDs		

It takes 12 years on average for an experimental drug to travel from lab to medicine chest.

Only five in 4,000 compounds screened in preclinical testing make it to human testing.

One of these five tested in people is approved.

ארה"ב השוואת הספיגה של תרופות מקבוצות הויטמינים של יצרנים שונים לטיפול בתת-תזונה של חיילים.

נושא אחר אשר הטיפול בו נמשך זה למעלה מעשור – הוא קבוצת OVER THE COUNTER=OTC – תרופות לטיפול עצמי – ללא צורך במרשם רופא, כגון אספירין, טילנול (אקמול בארץ) וכו'. לפי החלטה שנתקבלה באחת מועדות הקונגרס, כל התרופות אשר בשנת 1964 נחשבו כבטוחות ולניפוקן בבתי מרקחת לא נדרש מרשם רופא – נשארו במעמד של "OTC": דהיינו ללא צורך במרשם רופא לניפוק ולא נדרש עבורן כל רישוי מטעם ה-F.D.A. לתרופות מקבוצה זו מתוספות מדי פעם תרופות שונות שעל פי החלטת אחת הועדות הרפואיות של ה-F.D.A. אין לצפות לכל נזק בשימוש הרפואי בהן, כגון IBUPROFEN להקלת כאב במינון של 200 מ"ג (במנה של 400 מ"ג כאמצעי אנטי-דלקתי דרש מרשם רופא). לעומת זאת, הודות להתפתחות הרפואית אבד הכלל על חלק ניכר מהתרופות הישנות (לפני 1964) מבחינת יעילותן – כגון תרופות שונות לשעול. אמנם, ועדות שונות של ה-F.D.A. פועלות לערכון בדיקות היעילות והבטיחות של תרופות OTC ולאחרונה עובדה רשימה של כ-200 חמרים אשר הומלץ על הצאתם משימוש רפואי – אך לפי הנהל, המלצות אלה אינן מחייבות אלא לאחר דיונים וביורורים אין סופיים עם גורמים רבים בתעשייה ומחוצה לה. כך נוצר מצב פרדוקסלי נוסף שתרופות אשר לא אושרו לשווק בארצות אירופה (וגם בישראל) – או בהגבלה לפי מרשם רופא – עדיין נמצאות בשווק חפשי בארצות הברית, כגון אמצעים שונים להרזיה.

קצרה היריעה להעלות את כל מגוון הבעיות הכרוכות ברישוי תרופות ב-F.D.A. בסיכום, נוכל לציין כי ראיית הנולד בארה"ב בתחילת המאה הזאת באמצעות ה-F.D.A. סללה את הדרך לבקרה יעילה של רישוי תרופות בכל העולם בסוף המאה הנוכחית. עובדה היא שמאז אסונות סולפנילמיד ותלירומיד, נמנעו תקלות בהיקף כה גדול ועל כך יש להתברך בחזון המדעי והמקצועי של מדעני ה-F.D.A. ובשאיפתם להבטיח הלכה למעשה כי הטפול התרופתי יתבסס על קריטריונים של איכות מעולה, בטיחות מוכחת ויעילות סבירה.

של 4 שנים עד לפני מספר שנים. אמנם, לתרופה אחת אנטי-דלקתית OXAPROZIN, נמשכו הבדיקות ב-F.D.A. למעלה מ-10 שנים, אך לרוב התרופות משך הבדיקה היה קצר יותר, ולתרופה אחת PACLITAXEL הפועלת כנגד OVARIAN CARCINOMA הושג שיא בקצור משך הבדיקות ב-F.D.A. והן הסתכמו ב-5 חודשים בלבד. יצוין כי מתוך 26 תרופות חרישות אלה – רק שתיים מאושרות לשווק בארץ – ויתכן שלא הוגשו בקשות לאישורן כאן.

אין להסיק מכל המתואר לעיל שכבר נפתרו כל הבעיות הכרוכות ברישוי תרופות במערכת הגדולה של ה-F.D.A. הבעיות היחודיות ברישוי תרופות באה לידי ביטוי בהחלטה שנתקבלה לאחרונה ע"י ה-F.D.A. להחזרה מהשווק RECALL של אחת התרופות TEMAFLOXACIN מקבוצת 26 התרופות שאושרו בשנת 1992, למרות הבדיקות הקפדניות במשך עשרים וששה חודשים. על אף כל הבדיקות המדוקדקות של תרופה זו ע"י ה-F.D.A. במשך תקופה כה ארוכה בשימוש המעשי בתרופה זו במספר רב של חולים במשך כ-6 חודשים התברר היקף התגובות השליליות – השפעות לוואי חמורות שחייבו את הצאתה משימוש רפואי. בסופו של דבר, רק הנסיון הקליני המקיף אלפי חולים קובע את הקבילות ACCEPTANCE של תרופה חדשה בטיפולים הרפואיים.

בעשור האחרון גדל בשיעור ניכר מספר מפעלי תרופות העוסקים ביצור "גנרי" המוכר גם כ-"ME TOO" – דהיינו חיקויים לתרופות שהומצאו במחקרים רבים על ידי היצרנים המקוריים INNOVATORS; זאת כאשר לאחר כ-19 שנה פג תוקף הפטנטים המקוריים. תרופות גנריות אלה מטבען זולות יותר – ורשויות הבריאות הממשלתיות בארה"ב המכסות חלק מהעלויות עבור תרופות למבוטחי MEDICAD, MEDICARE (HEALTH CARE MANAGED) מעונינות ברכישתן. מאידך, ה-F.D.A. כסמכות ממלכתית חייבת להבטיח שתרופות אלה תהיינה שוות ערך BIOEQUIVALENT לתרופות המקוריות, כדי שהטפולים התרופתיים לא יפגעו. ההוכחות לכך חייבות להתקבל בניסויים קליניים בבני אדם, מתנדבים לרוב, ופותרו שיטות הערכה יחדיות. גם בנושא זה, מדעני ארצות הברית היו החלוצים וכבר ב-1945 נערכה ע"י הענף הרפואי של צבא

מקורות:

1. FOOD AND DRUG ADMINISTRATION ACTS-Federal Food, Drug and Cosmetic Act-As Amended January 1980. U.S. Govt. Printing Office.
2. NEW DRUG DEVELOPMENT IN THE UNITED STATES, F.D.A. CONSUMER, Special Report, January 1988 (Revised March 1990).
3. F.D.A. CLEARS 26 NEW DRUGS FOR MARKETING IN 1992, Amer. J. Hosp. Pharm. 50; 578-581, 1993.



רפואה ומשפט גליון מס' 9 דצמבר 1993

הבעת תודה:

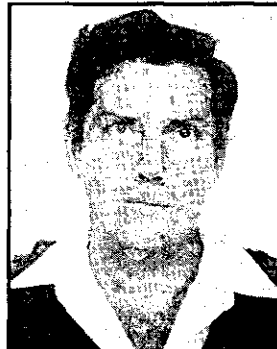
מחקרים שלי בחיריות חמרים דרך העור PERCUTANBOUS PENETRATION נתמכו בתחילתם באורח חלקי ע"י ה-F.D.A. תודתי שלוחה לפרופ' מייבך מאוניברסיטת קליפורניה בסן פרנציסקו ולד"ר מרזולי מן ה-F.D.A. על עידודם בקדום המחקרים האלה.



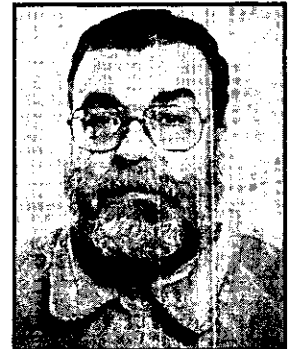
— אני זקוק לכתב הגנה קורע לב, שירכך את לב השופט.
— מהג לרכך את לב השופט אתה כנראה לא מכאן.

לפואה ומשפט גליון מס' 9 דצמבר 1993

דילמות מקצועיות ואתיות בהפסקת טיפול גמילה



ד"ר סרגיו מרצבסקי



פרופ' עמיחי לוי

מבוא

האגודה למניעת אלכוהוליזם בישראל מקיימת מעון אישפוזי לגמילה מאלכוהול. במעון הזה קיים נוהל ישר, אשר לפיו כל מטופל ששותה או משתמש בתרופות או סמים שלא על דעת המטפלים מסולק מן המקום. תחילה היה הטיפול לתמיד. יותר מאוחר הועמד על חמש שנים. בעקבות התלבטויות אתיות ומקצועיות, שונה הנהל לאחרונה מכל וכל ונקבע שהמטופל יורחק מהאשפוז, אך תיקבע מסגרת להמשך טיפול, אשר יכולה לכלול אשפוז מחדש, תוך שלושה חודשים.

אנו נציג להלן את ההיבטים האתיים והמקצועיים בסוגייה של הפסקת טפול פסיכוסוציאלי לגמילה – ביחומת המטפל – כתגובה לשימוש בחומר שאליו היה מכור המטופל. במהלך הדיון נתמודד עם הסוגיה האם הפסקת טפול הינה פעולה אתית. על בסיס הקביעה הזאת ננתח את ההיבטים התאורטיים והמעשיים של הסוגיה לאור תאוריות טפוליות שונות.

סוגיות אתיות

מתן טפול פסיכוטראפויטי או רפואי על ידי איש מקצוע מושתת על חוזה חברתי אנטרופולוגי המשתנה מתרבות לתרבות. בתרבות המערבית החוזה הטיפולי מושתת על עקרון אתי האומר שלאדם "זכות לבריאות". ניתן להגדיר מונח זה על ידי פרמטרים שונים: בריאות "אורגנית" גופנית, בריאות מניעתית, בריאות במונחים של איכות חיים, בריאות במונחים של תעסוקה ופרנסה, בריאות

במונח הפילוסופי של "הגשמה עצמית" כולל מרכיבים נפשיים, ובריאות במונח האקולוגי.

ארגון הבריאות העולמי מגדיר בריאות במונחים של "שלמות" וזהו השורש האטימולוגי של המילה האנגלית "HEALTH - WHOLE - HOLINESS": בריאות איננה רק העדר מחלה או העדר חסר כלשהו. בריאות היא מצב של רווחה מלאה – גופנית, נפשית וחברתית. בריאות נפשית יכולה להיות מובנת כ"העדר מחלה" ומחלה נפשית מוגדרת על ידי ה-D.S.M.-III-R, כתסמונת התנהגותית או דפוס פסיכולוגי המשמעותיים מבחינה קלינית, אשר קשורים עם סבל (DISTRESS) נוכחי, או פגיעה תפקודית באחד המישורים החשובים של תפקוד, או עם עלייה משמעותית בסיכוי לסבול מכאב, מוות, נכות או אובדן חרות. בנוסף לכך תסמונת או דפוס זה חייבים לא להתאים לתגובה צפויה לארוע מסוים, כגון מוות של אדם יקר. ללא קשר לסיבה המקורית חייבים להבין את הבעיה כביטוי של הפרעה בתפקוד הביולוגי, הפסיכולוגי או ההתנהגותי של האדם. שום התנהגות סוטה – פוליטית או דתית או סכסוכים בין האדם לחברה, אין לראותם כמחלות נפשיות, אלא אם הסטייה מהווה בטוי של תסמונת או הפרעה תפקודית כמוגדר לעיל.

מעבר לשאלה של בריאות או חולי, שמוגדרת במונח הרחב ביותר של שלמות האדם, קיימות שאלות נלוות להגדרה של בריאות, הקשורות לכבוד האדם – INTEGRITY. כך אפשר להגדיר את הזכות לבריאות של האדם לא רק כשאלה של תפקוד אברים, אלא של תפקוד אנושי.

ד"ר סרגיו מרצבסקי – המעון האישפוזי לגמילה מאלכוהול.
פרופ' עמיחי לוי – מנהל המחלקה הסגורה ב"ח שלותה.

החובה לרעת ולהיות מיומן בבצוע הפעולות הרפואיות. חובת התקשורת עם החולה, במובן של יצירת קשר של אמון אשר יאפשר לחולה למסור לרופא את כל המידע הדרוש לקביעת האבחנה וכדי לאפשר לחולה לממש את הזכות לבריאות ואת החובה להיות אחראי על עצמו בכל רגע בהווה ובעתיד.

חובות של המטפל ע"פ המודל הפסיכוסטראטגי

ספיקוטריפיה הינה אומנות שמתבצעת על פי עקרונות מקובלים העוברים כחוט שני בין כל הגישות הטפוליות. מה שנקרא "גורמים בלתי ספציפיים". בין הגורמים האלה מקובל העקרון הפסיכואנליטי אשר לפיו אחת המטרות החשובות של כל טפול היא לעודד מעבר מהתנהגות של ACTING OUT, לתובנה, מעבר מפעולות מועילות, דרך הגברת המודעות ובלתי מועילות לפעולות מועילות, על חלה על המטפל ועל העצמית. להשגת מטרות אלה חלה על המטפל ועל המטפל חובת שמירה על המסגרת הטפולית, האוסרת ACTING OUT, גם כשלא נוח להם בכך.

מסגרת קונצפטואלית נוספת היא האמון של המטפל במטפל. במסגרת מגבלות הטפול, מתחייב המטפל שלא להפר את אמון המטופל בדברים הבסיסים: מקצועיות, קבלת המטופל, המאמץ לעזור לו, שמירת סדירות ושמירה על אמפטיה ועניין בהרגשתו ומצבו של המטופל.

במונחים כוללנים אפשר לצטט את ROYCE ו-ASHLEY: "על מנת שהחולה ירגיש טוב יותר, חלה עליו חובה מוסרית לנסות לסמוך על המטפל או להאמין בו, לשחק פעולה ולערב את עצמו בעבודה של WORKING THROUGH – על עיבוד החומרים הנפשיים. המטופלים חייבים לסמוך על המטפל ולנסות להבריא ולחזור לתפקוד עצמאי. לעומת זאת – על המטפלים לקבל את החובה המוסרית להיות ראויים לאימון המטופלים. הם חייבים לשמוע, לא לשפוט ובמידה מסוימת להזדהות או להיות אמפטיים למטופל. עליהם לקבוע גבולות ל-ACTING OUT. לחזור ולהתעקש על עבודת העיבוד הטיפולית (WORKING THROUGH), לקבל ולחזק את התחוזה של המטופל לכיוון של הגברת המודעות העצמית ובהדרגה לעמת אותו עם דרישות הקשורות למציאות. על המטפלים חלה חובה מוסרית להפרד מהמטופלים וגם מהאהובים שביניהם. על מנת לממש את החובות המוסריות האלה על המטפלים להיות מודעים לנטיות הקאונטר-טרנספרנציאליות של עצמם, ולדעותיהם הקדומות והם חייבים לנסות להגביל את ההבטים השליליים של נטיות אנושיות אלה.

הזכות הטבעית לבריאות

עקרון הזכות הטבעית לבריאות וההסכם האנטרופולוגי והמוסרי במונחים של "הסכם ראשוני הנכרת במצב התחלי", קיים בין המקצוע של המטפל לבין המטופלים.

עקרונית ניתן להקריב יכולת תפקודית מסוימת למען שלמות התפקוד האנושי. אפשר להקריב תפקודים משניים למען תפקודים גבוהים יותר. למשל ניתן להקריב אצבע כדי להציל את היד. תפקודים אנושיים בסיסים אינם יכולים להיות מוקרבים למען תפקוד אחר, פרט ליוצא מהכלל של הצלת חיים. למשל התפקוד הרגשי: אין להקריבו למען תפקוד מדעי יעיל. אין להקריב את היכולת של חשיבה אנושית על שגיאותיה, למען חשיבה יעילה יותר. במונחים כאלה ניתן לומר שלאדם זכות לבריאות, לשלמות תפקודיו האנושיים ולכבוד אנושי – INTEGRITY. זכויות אלה באות לידי בטוי על ידי הזכות לבחירת מטפל, זכות לקבלת כל האמת אודות מצבו, הזכות לפרטיות ולשמירת כבוד האדם, הזכות לסרב לבדיקה או טפול, הזכות לעיין בכל מסמך רפואי הקשור אליו.

זכות וחובה

הזכות לבריאות נחשבת לאחת "הזכויות הטבעיות" ולא רק "זכות חוקית", דהיינו זכות שקיימת גם ב"מצב התחלי" (VINRIV 1980) והחחה החברתי הבסיסי מכיל אותה כאחד המרכיבים הבסיסיים. מבחינה פילוסופית "זכות" מוגדרת רק על ידי החובה המקבילה. למשל "זכות-קדימה" בכביש מוגדרת על ידי חובת הנהג האחר לתת לי זכות קדימה. לזכות אין קיום מעשי לעצמה, אלא דרך מילוי החובות המשלימות הקשורות לאותה זכות. במקרה של הזכות לבריאות, צריכות להתקיים שתי חובות כדי שהזכות תתממש:

חובות של "החולה – האדם"

על המטופל או "החולה" למלא חובות שבלעדיהן זכותו לבריאות לא תוכל להתממש: החובה של שמירת הבריאות. בחירת רופא מתאים. החובה להתעניין בטיפול שמציעים לו ולהגיע ל-INFORMED CONSENT. החובה לשחק פעולה עם הטיפול המוצע. חובות אלה של "החולה" מתקשרות לחובות של המטפל דרך העקרון של ההסכמה מודעת, המוגדרת כך: לצורך שמירה על הזכות הבסיסית של כל אדם לבריאות והאחריות הבסיסית של כל אדם לבריאותו אין לתת כל טפול פיזי או נפשי ללא הסכמה חופשית ומדעת של הפציאנט (...).

חובות המטפל ע"פ המודל הרפואי

חובות הרופא כלפי החולה מסתכמות בכמה עקרונות בסיסיים, ובאות לידי בטוי בשבועת הרופא: חובת הדאגה לחולה – CONCERN; על הרופא לראו לרווחת החולה מעבר לשיקולים צרים של תשלום או תפקוד ביוורוקראטי מכני בתוך ארגון. עליו להתעניין בחולה לא כ"כליה" או כ"לב", אלא כאדם בשלמותו ולא רק על בסיס של אינטרסים אגואיסטיים של הרופא עצמו.

מעקרונות של צדק תיקוני ולא מעקרונות של חוזה טפולי אישי בין המטופל למטפל. במונחים של חובה רפואית, מדובר על חוסר דאגה לחולה והסתמכות על עקרונות ביורוקראטיים בלתי אנושיים.

חסרה לנו התשובה לשאלה, האם הפסקת טפול ברגע מסויים מהווה פעולה המוגדרת כ"התערבות טפולית" או כפעולה "ענישתית" לא אתית במונחים של החוזה מטפל/מטופל חייבת להיות תיאורטית-מקצועית, על סמך הערכת היעילות הטפולית של השיטה. על כך נרחיב בסעיפים הבאים.

הפסקת הטפול כהתערבות טפולית ועילה לאור תאוריות טפוליות שונות

בחיפוש נרחב בספרות לא נמצאו די עבודות המתארות מקומות שנוהגים להפסיק טפול עקב שתייה ולא מצאנו עבודות מבוקרות. הנדשא הקרוב ביותר שנמצא הוא הערך "CONTINGENCY CONTRACTING" (Estes 1978), אך התיאורים תחת ערך זה הם כלליים, מבלי להכנס לנושא הספציפי של הפסקת הטפול. גם בספריה שבמעון האשפוזי לגמילה מאלכוהול, המכילה תכניות טפול ממרכזים שונים בעולם לא מצאנו התייחסות ספציפית לנושא הפסקת הטפול. לפיכך נצטרך להביע את הנימוקים לעמדתנו על סמך התפיסה התאורטית.

התייחסות מתוך תאורית עיצוב התנהגות

עיצוב התנהגות הוא מושג בסיסי בטפול התנהגותי. מושג זה מניח שהאדם יוצא מהתנהגות א' לכיוון של התנהגות ב', תהליך העיצוב מתרחש ע"י חיזוק של התנהגות ב' והכחדה של התנהגות א'. התהליך אינו רציף, אלא מתקדם עם עליות וירידות. כיוון שכך ניתן לשאול האם מטופל שבא לטפול גמילה, כרת חוזה להפסקה מוחלטת של השתייה, אך למרות זאת שותה, האם באמת הפר חוזה באופן מוחלט, או שמא יש לראות בהפרה זמנית זאת תופעה צפויה, טבעית, אינטרינסיית לתהליך הטפול ושמןה אפשר, ללא בעייתיות מיוחדת להמשיך לקיים את החוזה הטיפולי הראשוני אולי ביתר שאת.

לפי הגישה של DICLEMENTI ו-PROCHASKA (1985-1986), שינוי של תופעה התנהגותית, לרבות התמכרות לחומרים כימיים, מתרחש בחמישה שלבים ושני מצבים נוספים: שלב שבו איננו מהרהרים בשינוי; שלב ההרהור בשינוי; שלב קבלת ההחלטה; שלב הטפול/השינוי; שלב האחזקה, שממנו אפשר לעבור למצב של שינוי/הצלחה או לשלב של מעידה/נפילה. השלבים האלה מתרחשים בצורה מעגלית וכל נפילה מעידה על כך שהשלב של הרהור בשינוי אינו מושלם מספיק ויש לחזור שוב ושוב לתהליכי הגברת המוטיבאציה והמחויבות לשינוי. נמצא שאצל מתמכרים לסיגריות קיים ממוצע של שבעה "סיבובים" של גלגל השינוי עד שמגיעים לגמילה המוחלטת. במובן מסוים,

על בסיס העקרון הזה--זכות לבריאות מוגדרת כחובה של המטפלים לתת טפול על פי עקרונות רפואיים ופסיכוטראפויטיים. חובה זו מוגבלת ע"י חובת המטופל לקבל אחריות על עצמו ולשתף פעולה בטפול. במקרים של אי קיום חובה זו של המטופל על מטפל, לעשות כל שביכולתו כדי לגרום למטופל למלא אחרי חובותיו הטיפוליות ולחזור לתלם של עבודה או WORKING THROUGH, במקום ACTING OUT.

מכאן משתמע העקרון שכל עוד המטופל מבקש טפול תוך הסכמה מדעת ומוכן לשתף פעולה, על המטפל להיענות. אם המטופל מפר את חובותיו, מחויב המטפל לנסות להחזירו לחוזה הטפולי או, במקרים מסויימים, להפסיק את הטפול.

ניגש לשאלה המרכזית במאמר זה: מטופל המקבל טפול רפואי ופסיכוסוציאלי לגמילה, הפר את החוזה הבסיסי של המנעות מוחלטת, לאחר שנתן הסכמתו מדעת. האם שמורה למטפל הזכות להפסיק את טפולו.

הדיון האתי הקודם מגדיר שאלה זאת במונחים של חובת המטפל והמטופל. על המטפל לשפוט האם הפרת החוזה מצד המטופל מהווה אי מילוי של חובותיו הבסיסיות כמטופל, ומה תהיה מידת השפעת פעולתו של המטפל לגבי בריאותו של המטופל. במילים אחרות, כל עוד המטופל מצהיר ומוכן להסכים מדעת לקבל טפול, על המטפל לנסות ולתת את הטפול על פי חובותיו: להביע דאגה למצבו של המטופל, לעשות את הפעולות המקובלות במדע הרפואה, לשמור על תקשורת טובה עם המטופל, להיות ראוי לאמון של המטופל, לשמור על גבולות המסגרת הטפולית כדרך להפעלת גורמי טפול הקשורים בהגברת המודעות העצמית, לעודד עצמאות ואי תלות במטפל ולהיות מוכן להפרד כאשר טובתו ובריאותו של המטופל דורשים זאת.

הפסקת הטפול כענישה או כהתערבות טפולית

כל עוד המטופל ממשיך להצהיר על הסכמתו מדעת לטפול, חל איסור אתי על המטפל להפסיק את מתן הטפול וחלה עליו חובה אתית לעשות כל שביכולתו לשנוי ההתנהגות ההרסנית של המטופל כלפי עצמו. חובה זאת של המטפל מועברת בפועל דרך התערבויות הטפוליות בין ההתערבויות הטפוליות האפשריות קיימת הפסקת הטפול ועליו להפעיל גם אפשרות זאת, במסגרת הידע הרפואי הפסיכוטראפויטי הקיים בתקופה הנוכחית של הטפול. דהיינו, אם קיימת הערכה שהטכניקה של הפסקת הטפול תעזור למטופל להבריא ולחזור למילוי חובותיו הבסיסיות כמטופל, אזי אין שום פסול אתי בשימוש בטכניקה זאת. מאידך, אם השימוש באמצעי זה נעשה בצורה גורפת ובלתי ספציפית, ללא שיקול דעת אישי לגבי כל מטופל, אזי אנו רואים בכך פעולת ענישה, שנובעת

כל "סיבוב", גם אם הוא כולל נפילה, מקרב את הגמילה הרצויה.

MARLATT ו-GORDON (1985), מציעים סדרה של נימוקים ומטפורות משכנעות. התפישה הבסיסית המוצגת לגבי RELAPSE, היא שיש להתחייס לכך כאל טעות טבעית בדרך לשינוי. בין המטפורות היפות שלהם, מדובר על נהיגת מכונית באנגליה: בהתחלה עושים טעויות רבות ועם הזמן לומדים מהן. השיטה הבסיסית שהם מציעים במסגרת הטפול היא בנייה קוגניטיבית מחודשת המבוססת על ידי הגדרה חיובית של הנפילות.

סגנון הייחוס של סליגמן ואברמסון מייחס את הנפילה לגורמים חיצוניים, ספציפיים וזמניים הניתנים לשליטה. דהיינו: יש להתייחס לנפילה כאל טעות בתהליך הלמידה. יש להגדיר את הנפילה כאירוע יחיד בזמן ובמקום, לבודדו קוגניטיבית ולנתחו בנפרד מיתר ההתנהגות. יש לייחס את הנפילה לגורמים חיצוניים ולא פנימיים ולהגדיר את הגורמים שהביאו לנפילה כגורמים שאפשר לשנות על ידי תרגול וחשיבה חיובית. כתוצאה, יש לייחס את הנפילה לאפשרות של למידה מחדשת, ואפילו לשמוח שהיתה נפילה. סליגמן ואברמסון אינם מדברים על תהליך של RELAPSE, אלא משתמשים במושג PROLAPSE.

תאורטיקנים אלה מציעים להתייחס להמנעות מחלטות מהשימוש בחומרים – הנמצאים תמיד בהשג יד, בניגוד לתפישות האומרות כי שימוש חד פעמי פירושו נפילה מחלטת. גישות אלה מתבססות על הנחה כי שימוש בחומר מביא בהכרח לאובדן שליטה. על פי התפיסה ההתנהגותית הקוגניטיבית, אפשר לקבוע שההימנעות ניתנת להשגה בכל רגע – גם אחרי "מעידה" – על ידי אי חזרה להתנהגות ההתמכרותית ולהרגיש שהדבר אפשרי. המחברים סבורים שהשימוש בחומר מהווה ארוע בודד בשרשרת של הצלחות, ומציעים להבהיר למטופלים שמעורר שאין שום סיבה שלא יחזרו מייד להתנהגות ההמנעותית שהיתה לפני המעידה.

על סמך כל זאת ניתן לומר כי שימוש חד פעמי בחומר, או שימוש חוזר, מתוך שרשרת של הצלחות בהמנעות, אינו מעיד על הפרת החוזה הטפולי מצד המטופל או על הפסקת מילוי חובתו לשמירה על זכות הבריאות. כאן ניתנת סדרת עצות לעצירת הרדררות המתחילה בנפילה:

1. לעצור ולשמוע (במטפורה של תקר בגלגל או של עצירה על פסי הרכבת).

2. להשאר רגוע – בניגוד לכל ההמשגה של נפילה שווה חזרה לשתייה (A.V.E.).

3. לחדש את המחויבות, בהנחה שהדבר אפשרי. להזכר בעקרונות של שליטה עצמית ולהזכיר לעצמו שהתנהגותו היא תחת שליטת מוחו.

4. לנתח בצורה מעמיקה את הסיטואציה של הנפילה, על פי הסכמה בסיסית. עשה תכנית מיידית להתאוששות.

5. לבקש עזרה.

טכניקה נוספת שהמחברים מציעים היא הטכניקה של הנפילה המתוכננת, שכוללת שתייה. לא כאן המקום לסקור שיטה זאת, הדומה לשיטת החשיפה לגירוי של HODGSON ו-RANKIN.

למרות המשגה זאת, אין לשכוח שלא כל שימוש בחומר מהווה "מעידה" חד פעמית ושקיימים אכן מקרים של הפרה חוזרת ונשנית של עקרון ההמנעות המוחלטת. במקרים בעייתיים מציעים MARLATT ו-GORDON להשתמש בטכניקות של CONTINGENCY CONTRACTING. דהיינו לקבוע חוזה ברור וחתום מראש, על פי עקרונות ההסכמה מדעת, ובו יפורטו הענשים שיוטלו על המטופל במקרה של הפרת חוזה.

נימוקים מתוך מחקר קבלת ההחלטות

כאמור, אין זה המקום המתאים לנתוח הספרות הענפה בנושא. נסתפק בציטוט מ-APPEL (1987), שמנתח את תהליכי החשיבה וקבלת ההחלטות של אלכוהוליסטים או מכורים ומגיע למסקנה שאין שום הפרעה בתהליך החשיבה שהיא אופיינית לאלכוהוליסטים. כאן מתעכבים במיוחד בתופעה הקרויה "חרטה בתר החלטתית", ומצביעים על העובדה שלעיתים קרובות אנשים מתחרטים על ההחלטות שנקטו ויש להמשיך את תהליך החשיבה גם לאחר קבלת ההחלטה ההתחלתית.

נימוקים תוך גישה אנליטית

על פי הגישה הפסיכואנליטית קרוב לדאי כי במקרה של שימוש בחומר היינו מדברים במושגים של צורך בהכללה – CONTAINING. ספק אם הפסקת הטפול היתה עולה בקנה אחד עם המושג החשוב הזה. במונחים אנליטיים אפשר להגדיר תגובות נזעמות של המטפל כלפי המטופל כ-COUNTER PROJECTIVE IDENTIFICATION, דהיינו החזרת ההשלכות ההזדהותיות של המטופל ללא עיבוד ומתוך המטען הרגשי הגולמי של המטפל. אין ספק שחלק גדול של מטופלינו סובל מהפרעת אישיות ואפשר לראות את השתייה, במהלך הטפול, כתופעה של ACTING OUT, שמטרתה לגרום למטפל רגש ראשוני כלשהו או לבדוק את תגובותיו. סילוק מהטפול עומד בניגוד לעקרון ההכללה ומצביע על הרסניות הכוחות השליליים של המטופל. בטפול אנליטי, בעיקר בגרסה של קרנברג, קיים צורך בשמירה על גבולות ה-SETTING הטפולי, אך לא על ידי הפסקה מיידית או נמחרת של הטפול עקב כל הפרה. במקרים קיצוניים, גם מטפל אנליטי היה וודאי שוקל הפסקת טפול.

נימוקים מתוך הטפול במילוייה

במונחים אנליטיים, קרנברג נתח את המיליה של המחלקה כמבנה אשר אמור להיות בנוי על עקרונות הטפול האנליטי

ואם זוהי תכנית של CONTINGENCY CONTRACTING, בודאי שיש לעמוד בה כלשונה.

נימוקים מקצועיים בעד הפסקת הטפול

מבחינה מקצועית ועל פי אותם המודלים שהוזכרו הגישה הטיפולית לא תיחשב יעילה אם היא תגרוס שיש לקבל באופן מוחלט את התנהגות המטופל ובשום מקרה לא להפסיק טפול. גישה זאת היתה מביאה את הטפול למעגליות חולנית של CODEPENDENCY, של השלייה שהמטופל יתקבל ללא שום תנאים, גם אם ימשיך להרוס את חייו וחיי הסביבה.

זכורים מקרים שבהם דוקא הפסקת הטפול היתה ההתערבות הטיפולית שהביאה להפסקת השימוש בחומר. תופעה זאת יכולה להיות מוסברת במישור הקוגניטיבי בתור "הגברת המחיר" של השימוש בחומר, או כפעולה שנותנת למטופל להבין את חומרת מעשיו. במובן אקסטרנציאלי, נוכל לומר כי לעיתים משיגים שינוי רק לאחר שמביאים את המטופל ל"מצב גבול", בו חייב להתרחש שינוי כלשהו. הסבר אחר לתופעה זאת יכול להיות ההסבר של הגישה הפאראדוקסאלית.

סיכום

בשלב זה נסתפק בהבאת הנתונים שפורטו ובמסקנה הבלתי נמנעת כי באורח תיאורטי ועל פי הספרות שהובאה, אין מקום לנוהל של הפסקת טפול גמילה עקב שימוש בחומרים, לפחות לא בנפילה הראשונה או השנייה. זהו גבול אחר של רצף התגובות להפרת החוזה. מצד שני אין מקום לקביעה שלא תהיה הפסקת טפול בשום מקרה.

בין שתי האפשרויות של הפסקת טפול לאחר הפעם הראשונה שהמטופל משתמש בחומר לבין אי הרחקתו בשום מקרה, יש להעמיד גבול שרירותי של כמות ההפרות המותרות שלאחריהן יהיה על המטופל לשלם מחיר – לפי המודל של CONTINGENCY CONTRACTING. דהיינו מחיר שיקבע מראש בחוזה הטיפולי. מחיר זה לא יכול להיות הרחקה לתמיד מהטפול ואפילו לא לפרק זמן ארוך. בהרחקה מהטפול לתקופה ממושכת, יש משום יחוס כוללני וקבוע של הנפילה והעברת מסר שלילי שנפילה לעולם נמשכת.

מבחינה מוסרית קיימת הצדקה להפסקת הטפול מצד המטפל, גם אם המטופל מביע באופן מילולי את רצונו להמשיך, כיוון שהתנהגותו של המטופל מביעה בצורה ברורה שאינו מקבל על עצמו את חובת השמירה על הבריאות ובכך מגביל את יכולתו של הרופא/המטפל, למלא את חובתו כלפי המטופל. במקרים כאלה חשוב שהעיקרון שינחה את המטפל יהיה טובת המטופל באופן אישי ולא קבוצתי וכי שיקוליו יימסרו למטופל בבירור בצורה כזאת שיעזור לו להתקדם בשלבי השינוי.

ושמטרתו לעזור למטופל להגיע לאינטגרציית יתר של חלקי האישיות שלו. פעולה זאת של המילייה מתבצעת על ידי הצבת גבולות חדים מחד גיסא ועיבוד של תהליכי העברה מאידך. הפסקת הטפול היא הרס המבנה של האישיות, ומסומנת על ידי הרס של המטפל. לכן על המטפל לשרוד ולעמת את המטופל עם משאלותיו. אם המילייה מאורגן על ידי העקרונות של הגישה הקוגניטיבית, יש לבדוק לעומק את נסיבות המעידה ואולי לערב מטופלים אחרים במתן משוב והגברת בוחן המציאות של המטופל שהשתמש בחומר. על פי עקרונות הגישה של BANDURA (1977) למידה תצפיתית, אילו יכולנו להגיע למצב שאותם המטופלים, שהשתמשו בחומר, ימשיכו בטפול ויראו לאחרים שמעידה אינה בהכרח סופית, היתה כאן תרומה למניעת נפילה לאחר האשפוז, שהיא המטרה העיקרית של הטפול.

נימוקים מתוך הספר החדש של בק

בספרו החדש של בק על הטפול הקוגניטיבי בהפרעות אישיות, ישנו פרק הן בהפרעת האישיות האנטיסוציאלית. הוא מציע עקרון מעניין ומקורי ביותר: להגיד למטופל שהוא מסוגל "לעבוד על המטפל". לא לנסות להכנס לתחרות אתו ולתת לו את הבחירה בין כנות לבין תחרות ושקר, ותוך הודאה בחולשותינו, כצורה של מודלינג ושבירת אמונות בסיסיות של שחור לבן.

נימוקים מתוך גישת ה-MOTIVATIONAL INTERVIEW

W.R. MILLER (1991) בספרו החדש, הוא מנתח במפורש את השלבים הראשונים של מעגל השינוי, לפי הגישה של DICLEMENTI ו-PROCHASKA. הם מקנים כלים יעילים להגברת המוטיבציה של הפציאנט לשינוי. הם מתבססים על ממצאים אמפיריים המראים כי מידת ההתנגדות של מטופל לטפול הינה במתאם עם הסגנון של המטפל, וסגנון קונפונטטיבי מתקשר להתנגדות יתרה. על בסיס זה הם מציעים להפסיק לדבר על מידת המוטיבציה של המטופל, כאילו זהו גורם קבוע, – כמו גובה או משקל – ולדבר במונחים דינמיים של הגברת המוטיבציה. הם הופכים את מצב המוטיבציה של המטופל לאתגר של המטפל.

המרכיב השני של גישתם: ההתנגדות של מטופל טבעת מאי התאמה בין צורת ההתערבות של המטפל לבין השלב של השינוי שבו נמצא המטופל. למשל: פעולה לפי עקרונות של CONTINGENCY CONTRACTING, המתאימה לשלב השינוי. בשלב שהמטופל טרם הרחרח בשינוי, תביא בהכרח לניתוק ולהתנגדות של המטופל. הפסקת טפול איננה סבירה בשלבים הראשונים עד לשלב של תכנון תכנית הטפול (בין שלב ההחלטה לשלב הפעולה/שינוי). בשלב הפעולה, הדבר יהיה תלוי בקביעה מהי התכנית שתוכננה,

מקורות:

1. ABRAMSON, SELIGMAN, & TEASDALE: LEARNED HELPLESSNESS IN HUMANS: CRITIQUE AND REFORMULATION. J. of Abnormal Psychol.
2. APPEL C. (1987): FROM CONTEMPLATION TO DETERMINATION, In: Miller W.R. And Heather N., ED.: Eating Addictive Behaviors - Processes of Change. Plenum Press.
3. BANDURA, A.(1977): SELF-EFFICACY: TOWARD A UNIFYING THEORY OF BEHAVIOR CHANGE. Psychological Review. 84:191-215.
4. ESTES N.J., HEINEMANN M.E. ALCOHOLISM, DEVELOPMENT, CONSEQUENCES AND INTERVENTIONS. Mosby Company (1978).
5. MARLATT G.A. AND GORDON T.R., ed. (1985): RELAPSE PREVENTION. New York Guilford Press.
6. PROCHASKA, J.O., & DICLEMENTE, C.C.(1982): TRANSTHERETICAL THERAPY; TOWARD A MORE INTEGRATIVE MODEL OF CHANGE. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 19:276-288.
7. PROCHASKA J.O. & DICLEMENTE C.C (1986): TOWARD A COMPREHENSIVE MODEL OF CHANGE. In: Miller W.R. and Heather N. Ed: Treating Addictive Behaviors. Plenum Press.
8. VINRIV ELIEZER (1980): PROBLEMS IN ETHICS. Unit 5-6. Everyman's University Ramat Aviv.

הטיפול הפסיכולוגי – שירות לבית המשפט

עולים לתדעה. תוך כדי התהליך ישנן התנגדויות מצד המטופל, והפרשנות של המטפל מסייעת להתגבר עליהן. הטיפול הפסיכואנליטי מסייע למטופל להתמודד עם בעיותיו באופן מציאותי, ובכך הוא מביא לשינוי יסודי של האישיות.

הייעוץ הבלתי-מנחה

בשיטת הייעוץ הבלתי-מנחה, נוטה רוג'רס לבטל במידת האפשר את השפעת המטפל. שיטה זו מעמידה את המטופל במרכז, ושואפת שיגיע בכוחות עצמו אל בעיותיו ויחליט בעצמו על דרך פתרון. בניגוד לשיטה הפסיכואנליטית המבוססת על חוויות שהתרחשו בעבר הרחוק, שיטת הייעוץ הבלתי-מנחה מתמקדת בעמדותיו ובהתנהגותו העכשווית של המטופל. תוך כדי התהליך, המטפל תורם למטופל להרגיש שהוא בעל ערך ומשמעות, ובכך מחזקו לטפל באופן קונסטרוקטיבי בבעיותיו ובמצבו האישי.

הטיפול ההתנהגותי

השיטה מתייחסת להתנהגות של המטופל ולא למצבו הנפשי הפנימי. לדעת התומכים בשיטה, הבנה פנימית אינה תנאי מוקדם לשינוי בהתנהגות. עם זאת, התנהגות לא מסתגלת ניתנת לתיקון ישיר על ידי שימוש בעקרונות הלמידה תוך הפעלת חיזוקים שליליים וחיוניים.

הטיפול המשפחתי

הנחת היסוד בטיפול המשפחתי היא שהתנהגות האדם בין שהיא מסתגלת ובין שאינה מסתגלת, אינה יכולה להיות מוסברת מחוץ למערכת שבה היא מתרחשת. בבסיס הטיפול המשפחתי קימת הנחה כי מי שמגיע או מופנה לטיפול, "הפאצינט המזוהה" (IDENTIFIED PATIENT) מהווה סימפטום של מערכת שאינה מתפקדת כראוי, ולא דווקא בעיית פני עצמו. אופן הטיפול בשיטה המערכתית אינו מתמקד במטופל עצמו, אלא בתבניות ובקשרים בתוך המערכת המשפחתית. שינוי ושיפור התיקשורת במערכת, ישנה את ההתנהגות הבעיתית של המטופל.

פתרונות לסוגיית הטיפול הפסיכולוגי

מגוון שיטות הטיפול הפסיכולוגי גורם לא רק לשונות בפרשנות תפקודיו והתנהגותו של המטופל – אלא גם לחוות דעת סותרות לגבי אותו אדם.³ דוגמא שכוחה במסגרת משפט נזיקין: הגישה הפסכודינמית

לטיפול הפסיכולוגי, בתור שירות לבית המשפט, שתי פונקציות עיקריות: לשמש בסיס לחוות דעת פסיכר-לוגית על סמך ממצאי הטיפול; ולהוות פעילות מקצועית הנדרשת בח-ריצת דין של שופט. דוגמא למקרים כאלה, הוא משפט אימוץ בו מתייחס השופט לאפשרות של טיפול ושיקום

מסוגלות הורית של הורים – ואז נידחה פסק הדין עד לסיום הטיפול.

התהליך הטיפולי מבוסס על שתי הנחות יסוד עיקריות: אפשר לשנות את טבע האדם במידה זו או אחרת; התהליך הטיפולי תלוי במושג שיש לנו על טבע האדם, היינו, בתיאוריה.

סוגיה ראשונה של הטיפול הפסיכולוגי היא בכמות ובמגוון התיאוריות: תיאוריות דינמיות, תיאוריות התנהגותיות ותיאוריות מערכתיות. אלה גרמו להתפתחות של גישות רבות – וניתן למנות כיום מעל 460 שיטות טיפול שונות.¹

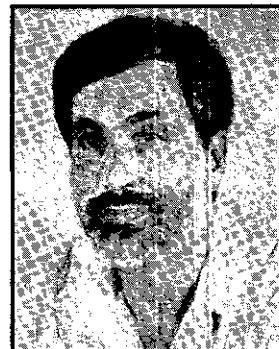
סוגיה שניה של הטיפול הפסיכולוגי היא בשונות הפרספקטיבות של כל תיאוריה, כאשר בכל אחת קימת נטייה להדגיש צד זה או אחר של טבע האדם. מכאן חילוקי דיעות שורשיים בין המטפלים השונים.

מגמות בשיטות טיפול

עמודי התווך של התיאוריות הן התיאוריה של פרויד, התיאוריה של רוג'רס, והתיאוריות ההתנהגותיות והמערכתיות.² שיטות הטיפול הניגזרות מזרמים אלה ניבדלות זו מזו בתפיסת טבע האדם, בהגדרת בעיותיו ובטכניקות ההתערבות: הבדלים אלה מומחשים בשיטות הטיפול המתוארות להלן.

הפסיכואנליזה

שיטת טיפול שפותחה על ידי פרויד ומושתתת על האסוציאציה החופשית: המטופל מביע מילולית מחשבות ורגשות מודחקים שאינם מודע להם, וכתוצאה מכך הם



ד"ר משה זכי

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

מאחר שמתוך שיטות הטיפול השונות הניגודות מאסכולות ספיציפיות אף אחת לא הצליחה להוכיח עדיפות ברורה⁽¹⁾, הגישה האקלקטית בוחרת את ה"מתאים" וה"יעילים" בכל שיטה. מאז שנות השמונים, אנו עדים לעליה משמעותית במספר הפירטומים וההתייחסויות של אנשי מקצוע לנושא המכונה "האינטגרציה התרפויטית". להוסיף גם קיומו של כתב העת JOURNAL OF INTEGRATIVE AND ECLECTIC PSYCHOTHERAPY שהחל את הופעתו בראשית שנות השמונים. כיום, אנו עדים לשימוש שכיח יותר בגישות אקלקטיות אשר מרוכזות בקובץ מאמרים⁵.

לסיכום יש לציין שמגוון שיטות הטיפול גורם לשונות בפרשנות של ממצאים פסיכולוגיים: מקור לחילוקי דיעות מקצועיים בין הפסיכולוגים ולעתים אף לחוות דעת סותרות לגבי אותו אדם. העמדה האקלקטית מרצעת כפתרון אינטגרטיבי של כל שיטות הטיפול הבא לסייע לפסיכולוגים – בנוסף ליעילות המקצועית – להגיע לאחידות בתוך המסגרת המקצועית בה ניתנת עדותם. לגבי פסיכולוגים הצמודים לאסכולה צרה: מומלץ שיצינו על גבי חוות הדעת לבית המשפט, את התיאוריה ושיטת הטיפול הספיציפית עליהן מתבססים ממצאי עדותם המקצועית.

(TRIGGER MECHANISM) של נוורוזת בְּתִרְיָתִית (POST TRAUMATIC NEUROSIS), לעומת הגישה ההתנהגותית שתתייחס לתופעה כאל מכלול של תגובות פחד מותנות ישירות לארוע התאונה. דוגמא אחרת של משפט אימוץ: פסיכולוג נדרש להעריך מסוגלות הורית של אם שדוחזה את בנה. לאחר שהפסיכולוג טיפל באם שנתיים לפי גישה פסיכודינמית, הערכתו היתה כי הפרעת אישיות של האם לא ניתנת לשיקום. לעומתו פסיכולוג אחר הציג מחקרים מתוך הגישה המערכתית אשר רואה בתופעה הנל תוצאה של דיספונקציה של מבנה המשפחה, ותיקשורת לקיחה בין ההורים ובינם לבין ילדיהם – ולכן הציע טיפול משפחתי כשיטת התערבות יעילה.

כדי להגיע לאחידות בין הפסיכולוגים ולהעלות את מהימנות ותקפות העדות הפסיכולוגית בבית משפט – נחוצה אינטגרציה טיפולית, כלומר יצירת סינטזה של הגישות השונות בתוך מסגרת כוללת, במקום להסתגר באסכולה ספיציפית זו או אחרת. סינטזה זו מתאפשרת באימוץ עמדה אקלקטית בטיפול⁴. בשיטה זו מתאימים את הטכניקה הטיפולית למטופל ולסוג בעיתו.

מקורות:

1. OMER, H. LONDON, P.: "METAMORPHOSIS IN PSYCHOTHERAPY: END OF THE SYSTEM ERA." *Psychotherapy* (25) (1988) 171-179.
2. ח. מוניץ: "פרקים נבחרים בפסיכיאטריה" (ספירוס אוניברסיטת תל אביב, 1987) 389-429.
3. זכי: "עדות פסיכולוגית בבית המשפט – סוגיות ועקרונות". רפואה ומשפט (1991) 31-33.
4. THORNE, F.C.: "ECLECTIC PSYCHOTHERAPY" in: CORSINI, R. (Ed.), *Current Psychotherapies* (Peacock, Itsaka ILL., 1973).
5. NORCROSS, J.C.: "HANDBOOK OF ECLECTIC PSYCHOTHERAPY" (Brenner New York, 1986).

סמים מזוית אחרת

לראות בו "חולה" לכל דבר – הופך לעברייין, כבר מראשית דרכו, או מפתח נטיה מושרשת לעבריינות.

מימון הסם, אשר מחירו גבוה ללא כל יחס לשוויו הריאלי דוחף את רב ה"צרכנים" לפעולות עבריות שונות: פריצה, שוד, זנות, סרסרות, סחיטה, הברחה, מעילה, גניבה, ואף רצח. במקביל הופך הצרכן עצמו להיות אוביקט לסחטנות. הפועל הירצא – כל הקבוצה הזאת של נפגעי סם מהווה מוקד של סכנה לחברה שלא השכילה לטפל בהם כיאות.

אפשר לסווג את אוכלוסייה נפגעי הסם ל-2 קבוצות עיקריות:

א. הקבוצה הבעיתית. אלה הנכללים בה הגיעו למצבם העכשווי, בין היתר – מחוסר מוטיבציה בחיים, ולפי הגישה הרווחת אין כל סיכוי לשיקומם. הנכללים בקבוצה זו זקוקים ליצירת מסגרת חדשה, בנוסף לטיפול שוטף נאות.

ב. אנשים ללא בעיות חברתיות מהווים את הקבוצה השנייה. במצבם הנוכחי אינם יכולים לחזור למסגרת נורמלית בהיותם עסוקים במאמץ של חיפוש מתמיד להשגת הסם ומימונו בדרכי הלא חוקית.

נחזור לתחילת הנושא, התפשטות הסם בחברה. זו הסכנה מס' 1 ומאיימת על האנושות כולה. התפשטות הסם אינה מקרית, אלא נגרמת ע"י החדרה מכוונת לאוכלוסייה תמימה למטרת הרחבת השוק באמצעות גורמים אינטרסנטיים, שגורפים סכומים אסטרונומיים עקב שימוש בסם. כמרכך, החדרה ע"י "נפגעי הסם" עצמם כשהם משמשים מכשירי סחיטה. מאחר ומקור ההתפשטות הוא כלכלי, הרי התשובה לבלימתה וחיסולה של התופעה הוא ניתוק הסם מהגורם הכלכלי, דהיינו, שיחרורו ושיווקו ללא פיקוח במחירי הראלי (שהוא מינימלי).

מובן מאליו שתהליך זה חייב להיות מלווה ומקביל

השימוש בסמים מסוכנים מתפשט והולך והסיבות להתפשטות תפורטנה בהמשך. אולם ניתן לעצור התפשטות זו, וכמרכך לטפל ביתר יעילות בהתמכרות הקיימת על ידי שינוי עקרוני בגישה לעצם הנושא. נתמקד בקורבנות החברה, אותם אני מכנה "נפגעי סם", ולא

"נרקומנים" או "מכורים לסמים" כמקובל. הטיפול ב"נפגעי סם" חייב להיות זהה לטיפול אינטנסיבי הניתן לכל מחלה חריפה אחרת, כגון דיאליזה לחולה כליות, או טיפול נפשי במקרה של חולה פסיכיאטרי אקוטי. כל זאת – היות ויש לראות את "נפגעי הסם" כחולים מסוכנים ללא שליטה עצמית, שאינם בוחלים בשום אמצעים להשגת הסם.

אין חשיבות לסיבה אשר גרמה לאדם להתמכר. בין אם הדבר נבע מטיפול ראשוני אחרי תאונה, או בעת מלחמה, מחלה ממושכת, סקרנות נעורים, קלות-דעת או השפעת החברה ה"עליזה". מרגע שאדם הפסיק להיות ארון לעצמו, גורלו ייחרץ בהתאם לגישה רפואית חדשנית מחד גיסא שתוביל לגמילתו ולשיקומו או – לחילופין, גורלו ייחרץ ע"פ הגישה הקונסרבטיבית – קונבנציונלית שתוצאותיה ידועות והן: הידרדרות אוטומטית לעבריינות.

נכון, קיימות תחנות לטיפול בנפגעי סמים, וכמה מרכזי גמילה. אבל מרבית הנפגעים נמצאים מחוץ למסגרות האלה. הקשיים של האוכלוסייה הפגועה הזו, עד השגת הסם, רבים ושונים. הכמויות הבלתי מספיקות לטיפול צרכי האיש המכור, מאלצות אותו לחפש מקורות הספקה מחוץ למסגרת החוקית. וכך – נפגע הסם, אשר כאמור יש



קלרה הרט

הכותבת היתה חוקת מחזית בקופ"ח הכללית, עד צאתה לגמלאות.

עצמו ולא זולתו החף מפשע. הנזק הזה לחברה קטן ללא כל פרופורציה מהנזקים שהוזכרו לעיל.

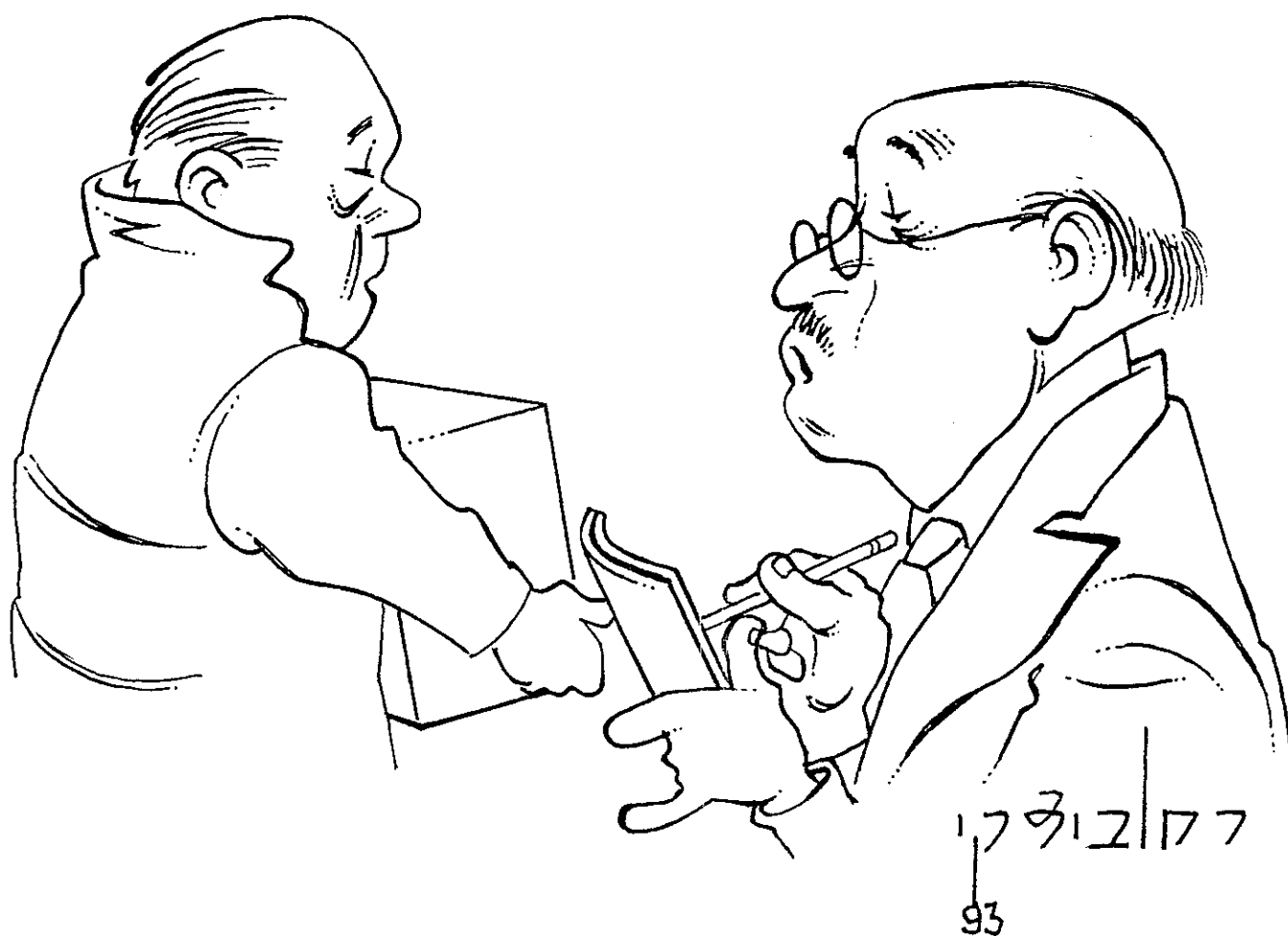
כמובן שפעולה מסיבית ונרחבת בכיוון הוצאת הסם מן המחתרת, אינה יכולה להיעשות בתחומי מדינה אחת. ודרוש כאן שתוף פעולה בין לאומי עם כל המדינות שמעונינות להדביר את הנגע בתחומן.

כיום מושקעים משאבים כספיים ומאמצים אדירים לתפישת עבריינים למיניהם: מגדלי הצמח, המפיקים, המפיצים. לו היה רק חלק מזערי מן המאמצים האלה מנוצל למטרות שיקום נפגעי הסם, במקביל לחיסול "השוק השחור" ייתכן כי פני החברה היו נראים אחרת.

בהסברה ותעמולה מסיבית בכלי התקשורת למיניהם. כיום הסברה זו לוקה בחסר. עם הסברה וחינוך אפקטיביים בטוחני כי יפחת באופן דרסטי מספרם של אלה שיתפתו לסם, כי המציאות היא כה טרגית והרסנית שהיא זקוקה רק לחשיפה, כדי לשכנע.

נפגעי הסם מהווים את הסכנה מס' 2 לחברה. המכור לסם מהווה איום והרס מתמיד לאוכלוסייה תמימה ובכך הופך את החברה לקורבנו. לו הסם היה חופשי להשגה התופעה אומנם היתה קיימת, אבל הסכנה היתה נעלמת.

ברור שבתחילת שיחרורו של הסם מפיקות, המכורים יפריזו בשימוש בו והם יהיו הקרבנות הראשונים של הגישה החדשה, אולם זה יהיה מצב ארעי – עד מציאת מסגרת נכונה להם. והקרבת היחיד יהיה המשתמש בסם



חקיקת בריאות בארצות שונות

The Civil Code of Quebec. Date of Assent: 18 December 1991
(565 pp).

2. יוקון

נתיחת לחוק הבריאות הקנדי שהוחק בטרטוריה של יוקון ב-18.12.90 (חוקי יוקון 1989-1990, ע"ע 1-21. ראה: International Digest of Health Legislation Vol. 44; no. 1; 1993; p. 1)

בכל הנוגע לזכויות החולה, קבע החוק:

- (1) לחולים הזכות להיות מטופלים בכפוף להסכמתם המודעת.
- (2) לחולים הזכות לשמירת הסודיות של עצם קיום הקשר לבין המטופלים בהם, ולשמירת הסודיות של הטיפול המוענק להם.
- (3) לחולים זכות גישה אל מסמכי הטיפול בהם, כפוף לסייגים חוקיים.
- (4) לחולים הזכות להיות מטופלים בכבוד ובריגשות לצרכיהם האישיים ולתרבותם.

אדם כשיר למתן הסכמה מודעת לטיפול בו, אם הוא מסוגל להבין את:

- (1) המצב שבענינו מוצע הטיפול.
- (2) מהות הטיפול ומטרתו.
- (3) הסיכונים הכרוכים במתן הטיפול.
- (4) הסיכונים הכרוכים באי מתן הטיפול.

בהמשך מפרט החוק בהרחבה את החובות והזכויות של האפוטרופוס והרופאים מקום שהחולה אינו מסוגל ליתן הסכמה מודעת לטיפול בו.

3. רוסיה – הזכות לקבלת טיפול רפואי

חוק רוסי שהוחק לאחרונה קובע את הזכויות של אזרחי הפדרציה הרוסית לטיפול רפואי חפשי במסגרת מערכת הבריאות של המדינה. המדינה חוייבה בחוק החדש לפתח מערכות בריאות ממשלתיות, עירוניות ופרטיות ובטוח רפואי עבור כלל האזרחים.

כנראה שנוכח תוצאות הטרגדיה בצ'רנוביל, מטיל החוק ענשים על עובדי מדינה המעלימים את העובדות או את הנסיבות להיווצרות סיכון לחיי אדם או לבריאותו.

Constitution (Basic Law) of the Russian Federation - Russia. Consolidated text dated 21 April 1992. (Izдание Verhovnogo Soveta Rossijskoj Federacii, Moscow, 1992, 76 pp.)

א. זכויות החולה

שני חוקים נחקקו לאחרונה בקנדה, בענין זכויות החולה:

1. קויבק

החוק האזרחי של מדינת קויבק, קנדה, מפרט בחלקו הראשון את זכויותיו של החולה.

ראשית, אין אדם עובר בדיקה או טיפול רפואי כלשהם, אלא בהסכמתו. אם החולה אינו מסוגל להסכים או לסרב לטיפול, רשאי אדם אחר שנקבע לכך או שהוסמך לכך, על פי החוק לפעול במקומו. אותו מורשה מחויב לאינטרס הבלעדי של החולה תוך שימת לב עד כמה שהדבר אפשרי, לרצון שהחולה היה מבטא אילולא מיגבלתו.

הסכמה לטיפול רפואי אינה נדרשת במצב חירום כאשר חיי החולה בסכנה או כאשר שלימות החולה מאוימת, ולא ניתן להשיג את הסכמתו במועד. מאידך נדרשת ההסכמה מקום שהטיפול הוא בלתי רגיל, או שהטיפול נעשה ללא תועלת, או שהתוצאותיו עלולות להיות בלתי נסבלות על ידי החולה.

ההסכמה לטיפול בקטינים אמורה להנתן על ידי ההורים או האפוטרופסים. ברם קטין בן 14 ומעלה מוסמך לתת בעצמו את הסכמתו הבלעדית לטיפול בו. כאשר נשקפת סכנה לחיי הקטין הזה או לשלימותו די בהסכמת ההורים או האפוטרופסים לטיפול בו. כן נדרשת הסכמתם אם הטיפול עלול לגרום סיכון רציני לבריאות הקטין או לגרום לתוצאות חמורות לצמיחות. בתי המשפט מוסמכים לחייב את הקטין הזה לעבור טיפול שהוא מתנגד לו.

בוגר רשאי לתרום חלק מגופו בתנאי שהסיכון בכך אינו בלתי פרופורציונלי לתועלת הצפויה. אולם אם אותו מבוגר אינו מסוגל לתת את הסכמתו, או במקרה של קטין, רשאי האחראי עליו, באשור בית המשפט, להורות על תרומת חלק מגופו בתנאי שהמדובר בחלק שעשוי להוצר מחדש וכריתתו אינה מהווה סיכון לבריאות התורם.

החוק מפרט את התנאים לעריכת ניסוי רפואי באדם. יצוין כי מקום שהוסר חלק מגופו של אדם במהלך הטיפול בו ניתן להשתמש בחלק זה, כפוף להסכמת אותו אדם.

ככלל, תרומת איבר מגוף אדם, תהא ללא תמורה. ניסוי אינו גורר מתן פרס כספי, זולת פיצוי עבור אבדן ואי נוחות שנגרמו עקב הניסוי. כן מפרט החוק בהרחבה את ההנחיות לגבי בדיקה של חולים פסיכיאטריים ואישפוחם.

(Vedomosti Estonskoi Respubliki, 29 May 1992, No. 20, pp. 620-686)

2. בלגיה

הוקמה מועצה מדעית ואתית מיוחדת עבור איידס.
Decree of 16 April 1991 establishing the AIDS Prevention Agency and the Scientific and Ethical Council on AIDS Prevention for the French Community (Moniteur Belge, 18 July 1991, No. 137, pp. 16055-16059)

3. הודו

תקנות הסעת נוסעים הסובלים ממחלות מדבקות, אוטורות על רשות הרכבות ההודית להסיע נוסעים חולי איידס.

The Carriage of Passengers Suffering from Infectious or Contagious Diseases Rules, 1990. Dated 7 June 1990. (Delhi Law Times, 1991, Vol. 43, pp. 5-6)

4. איטליה

חוק הדין הפלילי תוקן, והוא קובע עתה כי חולה איידס לא יוחזק במעצר בכלא, בתנאים מסוימים המפורטים בחוק.

Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, 12 September 1992, No. 215, pp. 2-4.

ד. בקצרה

מועצת השרים של מדינות אירופה, בישיבה מס' 404 פרסמה המלצה מס' 87(3) לגבי תקנות הכלא האירופאיות, הנוגעות לשמירת בריאותם של אסירים, והטיפול הרפואי בהם:

International Digest of Health Legislation; Vol. 44; No. 1; 1993.

2. מועצה למחקר רפואי הוקמה בנירזילנד, מכוח חוק מס' 68, משנת 1990.

3. תיקון של חוק באיסלנד אוסר מכירת קונדומים באמצעות מכונה אוטומטית, או בדרך אחרת, באתר בו מצויים בני נוער מתחת גיל 17.

An Act (No. 20 of 1992) to amend and extend the Health (Family Planning) Act, 1979, to amend Section 65 of the Health Act, 1947, and to provide for related matters. Dated 23 July 1992. The Health (Family Planning) (Amendment) Act, 1992. 4 pp.

4. בפורטוגל הוקמה מועצה לאומית לאתיקה במדעי החיים, על פי חוק מס' 14/90 מיום 9.6.90.
Diário da República, Series I, 9 June 1990, No. 133, pp. 2516-2517

ב. תרומות איברים ותרומות דם

1. ויטנאם – נטילת אברים מן החי ומן המת

תקנות שהוצאו בוויטנאם מתייחסות, בין היתר, לנטילת אברים ורקמות מאדם חי וממי שנפטר.

נטילת רקמה או אבר מאדם חי מותרת רק אם התורם צוין בכתב את רצונו החפשי לתרום רקמה או אבר.

נטילת רקמה או אבר מנפטר מותרת רק אם המנוח הצהיר על כוונתו לתרום את רקמותיו או את אבריו, או מקום שהמנוח אומנם לא הביע את רצונו לתרום, אולם ניתנה הסכמה בכתב ע"י הקרובים לו לתרומת האבר או הרקמה, או כאשר אין למנוח יורשים.

התקנות המתייחסות לבדיקות רפואיות, לטיפול ולשיקום פונקציונלי, הוצאו בצו של מועצת השרים מיום 24.1.91.

2. פרו – תרומת דם

תקנות בנק הדם, שאימצו בפרו על ידי צו חוקי, קובעות בין היתר כי תרומת דם או מוצריו היא מעשה וולונטרי של סולידריות ואלטרואיזם, אשר בו אדם תורם דם ללא קבלת תמורה, והוא עושה זאת באופן חפשי ובמודע, לשם טיפול או אבחון או מחקר. נטילת הדם תיעשה רק במוסד רפואי מאושר ובנוכחות רופא.

התקנות מחייבות כל תורם להיחקר ולמסור מידע – טרם נטילת הדם – לגבי מחלותיו בעבר או בהווה, ואף לעמוד בבדיקה רפואית ומעבדתית, על מנת לשלול קיומן של מחלות מסוימות.

המוסד שאיבחן מחלה כזאת, חייב ליידע את החולה ולהדריכו בקשר לבדיקות נוספות ולטיפול מומלץ.

התקנות מסמיכות את הרופאים לעודד את מקבלי תרומות הדם לתרום את דמם הם, כתגמול מוסרי לתרומת הדם שזכו בה.

Supreme Decree No. 004-90-SA of 5 April 1990 adopting the draft Regulations on blood banks. (Revista de Legislación y Jurisprudencia: Normas Legales, April 1990, Vol. 165, pp. 139-142)

ג. מחלת האיידס

1. אסטוניה

חוק העונשין של המדינה מטיל עונש מאסר של חמש שנים על מי שמסכן בידועים אדם אחר ע"י הרבתו באיידס, ומטיל עונש מאסר של שמונה שנים על מי שמדביק אדם אחר באיידס תוך שהוא יודע בדאות כי הוא עצמו חולה איידס.

אות המופת לרופא

מלאכה קשה, אחראית וכמעט בלתי אפשרית זו הוטלה על חבר הפוסקים שיש לי הכבוד והעונג לעמוד בראשו. עמי בחבר היו עו"ד דרור חוטרישי, ראש לשכת עורכי הדין, עוה"ד אראלה יואל, חברה בהנהלת האגודה, מר עחי לוי, מנכ"ל ראשי של קבוצת הביטוח "מגדל" וד"ר מרים צנגן, יר"ר ההסתדרות הרפואית.

משנטלנו על עצמנו משימה זו זומנה לנו חוויה מכאיבה ומרטיטה. מכאיבה על שום מה? משום שתוך עיון במכתבי ההערכה וההמלצה הרבים, נפרשו בפנינו פרשות חיים של חולים, מוכי גורל, המתייסרים במכאובם, המשוועים לעזרה, ליד מלטפת, להתייחסות חמה ואנושית, לפתח של תקווה, לישיעה, להצלת הנפש או למצער – חלילה – אם נגזר עליהם להחזיר נשמתם לבורא, שיישמר ויכבוד צלם האנוש שבהם עד תום.

מרטיטה על שום מה? על שזכינו להיווכח כי מצויים בתוכנו רופאות ורופאים, בכל תחומי הרפואה, אשר בצנעה, במסירות אין קץ, בדבקות ונחרצות, בלב אוהב וחרד, מעל ומעבר לכל המתחייב, נרתמים לעזרת החולים – אותם מוכי גורל, המשוועים לתמיכה, סעד ועידוד. נוכחנו לדעת עד כמה הם מקדישים ממיטב זמנם, אונם ויכולתם המקצועית למען החולים, לא אחת בתנאים קשים ומתסכלים.

סיפור עשייתם המבורכת של רבים וטובים אלה (ואל נכון של רבים אחרים שהפעם לא הופנתה תשומת ליבנו לתרומתם) מעורר התפעלות. עד שיכולים לנו לבשר בקורת רוח, כי יש עמנו רופאים הראויים לכל שבח, המבטאים באישיותם ובעשייתם את הטוב והיפה והנאצל שבתורת הרפואה.

קשה מלאכת השיפוט, דרך כלל. קשה לא פחות מלאכתנו. אננו. הרי נפרשו בפנינו מעשי צדקתם של מאה ועשרה רופאים, שכל אחד מהם ראוי ללא ספק לעידוד, הוקרה והערכה.

היינו מבקשים, ברצון, לשבח את כולם באותה מידה ולהמליץ להכתירם באות המופת לרופא לשנת 1993. אולם כאמור, בשל מגבלות תקנון האות מוגבלים אנו בהענקתו לשלושה בלבד.

בדחילו ורחימו ובתחושת כובד האחריות המוטלת עלינו, מבלי למעט כהוא זה מעבודת הקודש של האחרים, ראינו למיטב הבנתנו ומצפוננו להמליץ על הענקת האות לרופאה

ביום ג' 26.10.1993 התקיים בכפר המכביה המפגש השנתי של חברי האגודה, אשר במסגרתו הוענק את המופת לרופא.

הפרסים לשלשת הזוכים נתרמו ע"י קבוצת הביטוח "מגדל" אשר בחסותה נערך האירוע.

בראש ועדת האות, ישב שופט בית המשפט העליון כב' השופט דב ליין, אשר אף ניהל את הטקס. אנו מביאים את דבריו במלואם:

האגודה לרפואה ולמשפט בישראל מאגדת בתוכה ציבור שאיכפת לו, שהציב לעצמו כמטרה ויעד להאדיר את החוק והמשפט ולרומם את הרפואה מהבחינה המקצועית, אך במיוחד מההיבטים הערכיים האתניים והמוסריים הגלומים בהם.

המשותף לשתי תורות אלה הוא בהיותן בידי העוסקים בהן, מקצוע ומשלוח יד שענינו מתן שרות מקצועי וראוי ללקוח. תורת המשפט ותורת הרפואה שונות במהותן, אך משיקות בדיבט חשוב ומרכזי שטבע בהן – ראיית המקצוע לא רק באספקלריה הצרה של משלוח היד אלא כתורות נאורות הנושאות עמן ערכים, שליחות לציבור, מסר חברתי, עשייה בנרשאים שהם ביסוד חיינו באומה ובתורה. יישום נאות של תורות אלה ייטיב עם כולנו וישפר את איכות חיינו.

מסורת היא באגודה לתת ביטוי להתייחסות הערכית לרפואה ולהביע את רגשי הערכה והוקרה לרופאים אשר בתיפקודם מיישמים הלכה למעשה ומגשימים בפועל את השליחות הציבורית הנאצלה שברפואה – במסירות ללא גבול לחולה שבטפולם ולבני משפחתו, בגישתם האנושית, ברמתם המוסרית והאתית. רופאים אלה, רבים וטובים, משמשים באישיותם ובאצילות נפשם אות ומופת לכלל וראויים לבטח לאות המופת לרופא, שהאגודה מעניקה לראויים שבראויים מבין הרופאים שהומלצו לכך.

בערב חגיגי זה יוענק האות לשלושה מבין מאה ועשרה רופאים שהומלצו על ידי הציבור, בשל מעלותיהם התרומיות כרופאים ובני אדם, בשל יחסם האנושי והלבבי לנזקים לשרותיהם, ועל מסירות אין קץ למשימתם.

כולם טובים וראויים לברכה ולהוקרה, אך בשל כללי תקנון אות המופת אין להכתיר יותר משלושה בשנה. אין ברירה מלפנינו אלא לבחור את הטובים שבטובים.

רפואה ומשפט גליון מס' 9 דצמבר - 1993

ולשני רופאים, שכמסתבר עלו ארצה מתפרצות הגולה, מיבשות שונות. כולם בוגרי לימודי הרפואה בישראל, משלוש הפקולטות שבירושלים, תל-אביב וחיפה.

נציג אותם לפי שמותיהם.

ראשונה דר' ציפורה דולפין, ילידת ארגנטינה. נשואה ואם לשלושה. החלה את לימודיה בשנת 1963 באוניברסיטת בואינוס-איירס. עלתה ארצה ב-26.10.1965 – היום לפני 26 שנה. סיימה את לימודיה בשנת 1969 באוניברסיטה העברית בירושלים, והתמחתה ברפואת ילדים וביחוד יילודים. כיום ראש היחידה לטיפול נמרץ ילודים בבית חולים מאיר, המרכז הרפואי על שם ספיר בכפר-סבא.

מכתבי ההמלצה הרבים מהורי פגים שטופלו ביחידה שמנהלת הדר' דולפין מעידים כי לא רק המקצועיות והטיפול המעולה שקיבלו הפגים היו ברמה גבוהה, אלא דווקא האנשיות, היחס החם והאיכפתיות שגילתה דר' דולפין, וכך גם כל צוותה, להורי הפגים, הם המודגשים בדברי השבח שהורעפו עליה.

שיתופם של ההורים בטיפול בפגים ובבעיות שהתעוררו, הסבלנות הרבה והנכונות להסביר בפרוטרוט את המתרחש, התמיכה הנפשית שחיוקה את ההורים המודאגים, הנכונות לסייע בכל שלב, בכל מצב, בכל שעה ואף לאחר שהתינוקות יצאו מהפגיה ונלקחו לביתם או לבית חולים בחו"ל לטיפול מיוחד. כל אלה מלמדים על אישיותה המיוחדת של דר' דולפין והאצילות הקורנת ממנה.

ציטוט מתוך מכתבה אל אחת האמהות, מדגים את כל שנאמר:

"אחד מבנינו נזקק לניתוח בעיניו בארצות הברית. בהיותי עם התינוק בבית החולים בארה"ב בטיפול נמרץ, החמיר מצבו. את חוסר האונים שהרגשתי לא ניתן לתאר במילים ואז התקשרה דר' דולפין אלי לבית החולים. קשה לתאר כיצד שיחת טלפון אחת יכולה לשנות את פני הדברים, מעבר למידע הרפואי וההמלצות שהעבירה לרופאים ובכך עזרו לבני. העידוד הנפשי והחיוזק שנתנה לי בהיותי רחוקה, בבית חולים זר, ללא משפחה וחברים, אימצו אותי ועזרו לי לעבור את התקופה הקשה. הטלפון הראשון הזה לא היה האחרון ודאגתה של דר' דולפין לוותה אותנו עד אשר בני יצא מכלל סכנה. מעבר לזאת, כאן בארץ היתה בקשר הדוק עם משפחתי ועזרה גם להם לעבור את התקופה הקשה."

הכל מציינים גם את דאגתה של דר' דולפין לצוות עזריה, בהקפדה על רמת הטיפול ושמירה על מורל גבוה במחלקה קשה ושוחקת מאוד. היא משתתפת בפעולות חברתיות של הצוות, נמצאת עמם בשמחותיהם ושותפת למצוקותיהם. כנאמר: "דלתה פתוחה למי שמשהו מעיק

לו על הלב והיא תמיד תמצא דרך ו"תהפוך עולמות לעזור לר'."

אין ספק שדר' דולפין ראויה להיות מופת לרבים ואות המופת ראוי לה.

דר' חנוך לבבי יליד תל-אביב, בן 45. נשוי ואב לבת על סף גיוס. שירת בצבא כקצין תותחנים, היה בין מקימי שבט הצופים "הגבעה" והרבה להדריך בשבט. תחביבו – לתרגם ספרי מתח מאנגלית לעברית. החל את לימודיו בבולוניה, איטליה, בשנת 1969 וסיים את בשנת 1975 בפקולטה לרפואה בטכניון בחיפה. התמחה במילדות וברפואת נשים, ואחר כך – בבריטניה – בגניקולוגיה אונקולוגית. מכהן כיום כמנהל היחידה לגניקולוגיה אונקולוגית במרכז הרפואי בילינסון.

נרים על נס את סדנאות המידע והתמיכה לחולות סרטן השחלה שהוא מקיים, בין השאר בבית האגודה – בית יד לבנים, בפתח-תקוה. סדנאות אלה, שבהן משתתפות לא רק החולות המטופלות אלא גם בני משפחותיהן ואפילו חברים קרובים. זכו להבלטה חיובית בתקשורת ואין צורך להרחיב.

נצטט ממכתב "רגיל" שכתבה חולה חיפאית:

"אני גרה בחיפה, מקום בו לא חסרים רופאי נשים טובים ומכובדים... עם זאת, אני מעדיפה בביורר להטריח עצמי לפתח-תקוה כדי לקבל טיפול שיגרתי ושאינו שיגרתי לפי הצורך, מדר' לבבי.

דר' לבבי הוא אדם מיוחד מאוד. אפשר לפנות אליו ביום או בלילה. עם כל בעיה קטנה או גדולה, ואפילו עם חשש לבעיה. תמיד אקבל תשובה מהימנה ונעימה. אף פעם לא הרגשתי שאני מטרידה שלא בשעות הביקור.

לדר' לבבי יש דרך מיוחדת לזון בבעיות רפואיות ותהיינה קשות ככל שתהיינה. כמוכן שהוא לעולם אינו מסתיר את האמת הרפואית, אך איכשהו, אני עוזבת את חדרו רגועה עם "תכנית עבודה". הצד האנושי זוכה לטיפולו כמו הצד הרפואי."

ובאותה רוח כותב בעלה של חולה אחרת:

"דר' לבבי זכאי לאות המופת לא בגלל היותו הרופא הטוב ביותר. הוא זכאי לו בגלל היותו הרופא ב"ה" הידיעה, למען החולה בלבד."

אכן, כך התרשם חבר השופטים מן החומר שהונח לפנינו, ועל כך אנו מזכים את דר' חנוך לבבי באות המופת.

דר' אוריאל מרטינוביץ – נולד בשנת 1946 בצ'כוסלובקיה לאב רופא. בגיל שלש עלה עם משפחתו לישראל. סיים

כאשר חולה ניתקל במגוון של בעיות, חשוב לו לדעת שיש כתובת אחת שאליה עליו לפנות וכך אנחנו מרגישים. בכל בעיה שהיא, רפואית, פרוצדורלית או אישית ונפשית – יש לנו כתובת אחת שבוודאות תיתן לנו תשובה, תטפל בנו ותדאג עד אשר תיפטר הבעיה ונחזור לשיגרת חיינו. הכתובת הזו בשבילנו היא אורי והצוות סביבו.

אחד מאבות הילדים המטופלים במחלקה:

"כשבני היה בין 5 שנים בסה"כ, וסבל פעם מדימום קשה, ורצה לנסוע לבית החולים לאחר שכבר טופל. ושאלתי אותו מה יהיה לך שם אחר מביתנו? ענה לי שהוא רוצה לראות את אורי!!! ומי שמבין בנפשו של ילד מבין גם שבמשפט זה מונח כל תוכן מכתבי. ועד שלא חשים את זה לבד קשה להאמין ולהבין מה השם אורי והופעתו השלווה והסובלנית גורם לבאי מחלקה זו, והלוואי שלעולם לא תזרקו לחוש את זה".

אנו מצטרפים לאיתולים אלה ובשמחה מעניקים לד"ר אורי מרטינוביץ את אות המופת לרופא לשנת 1993.

תבואו כלכם – חתני האות – על הברכה וירבו כמותכם בישראל.

בתום הטקס הושמעה הרצאת הבמאי ומבקר הסרטים נסים דיין "רופא מן הסרטים: אידיאל-על או אל-אידיאל". נגינה של להקת סטודנטים לרפואה "אקוויטקס" הנעימה לקהל את הזמן, וארוחת ערב חגיגית נעלה את האירוע.



את לימודי הרפואה באוניברסיטת תל-אביב כעתודאי ושירת כרופא בצנחנים, המשיך לשרת בצבא הקבע עד והשתחרר בדרגת סגן-אלוף.

נשוי ואב לחמישה ילדים. השתלם בבריטניה בהמטולוגיה וביחוד בהפרעות בקרישת דם. החל משנת 1979, במסגרת התמחותו בהמטולוגיה במרכז הרפואי שיבא בתל-השומר, התחיל לטפל בחולי המופיליה, וכיום הוא מנהל המרכז הארצי להמופיליה.

על עבודתו המסורה במסגרת זו מעידים מכתבים שקבלנו, נצטט מתוכם:

"ד"ר מרטינוביץ הינו גם רופא מעולה וגם אדם מיוחד במינו, המגלם שילוב מופלא ובלתי נפרד בין שני התחומים, כולו רופא, כולו אדם".

הורי אחד המטופלים:

"עצם הטיפול בהמופיליה אומר טיפול במגוון של נושאים, החל בבעיות עירוי ה-8"FACTOR והחומר לטיפול ביתי, דרך בעיות בתחום האורתופדיה, הכירורגיה, הטיפול בשיניים ועד הבעיות שהתעוררו בשנים האחרונות והקשורות בגילוי נוגדני HIV ובמחלת האיידס עצמה.



השופט פסק: פשרה.

רפואה ומשפט גליון מס' 9 דצמבר - 1993

50

האגודה לרפואה ולמשפט בישראל

פרופיל

התרחבה הפעילות של האגודה ונכנסה לתודעת אנשי המקצוע והציבור כולו.

חברי האגודה לרפואה ולמשפט בישראל מאמינים שבמפגש בין תחומי המתקיים באווירה חברתית, נעימה ונוחה, ניתן לגשר על ההתנגשות ולהתמקד במשותף בין אנשי המקצוע. ואכן, רופאים, שופטים, עורכי דין, פסיכולוגים, אחיות, עובדים סוציאליים, קרימינולוגים, ורבנים תורמים תרומה חיונית להבנת הדינמיקה של הקשר ביניהם במסגרת האגודה לרפואה ולמשפט. כך גם מתפתחים פתרונות מקובלים לבעיות הרבות המתעוררות תוך כדי עבודת החברים במקצועות שלהם.

בעית הקשר הבין תחומי קיימת בכל העולם, והפתרונות טובים וקשים!

לימוד, עיון והסברה במסגרת של הדברות חברית הם מתכון להתקדמות לקראת הבנה ושיתוף פעולה פורה.

המפגשים המקצועיים בין רופאים לבין עורכי דין מתקיימים בדרך כלל בין כותלי בית המשפט באווירה חריפה של עימות. מעבר לכך, קיים שילוב ועירוב תחומים בין רופאים לבין המערכת המשפטית שענינם בין היתר:

החלטות יומיות החורצות גורל חיים ומוות, זכות החולה על גופו, חופש הפרט לדעת, אתיקה ברפואה, הקשר להלכה, וחווית דעת של מומחים רפואיים

השילוב הופך את הקשר הדו-צדדי בין מערכת המשפט ועולם הבריאות והחברה לנושא חיוני, מרתק וקריטי לבעלי המקצוע ולכל אדם בישראל.

לכן, בי-1972, הוקמה האגודה לרפואה ולמשפט בישראל מאז

מטרות האגודה:

- להקטין את המתח המקצועי הקיים בין מיצגי עולם המשפט לבין מיצגי עולם הבריאות בישראל.
- לחקור ולהבין את הבעיות הקשורות לבריאות/רפואה בהשלכה לתחום המשפטי על כל ההיבטים הנובעים מכך במגמה לנסות למצוא פתרונות.
- העמקת מודעות הציבור הרחב בארץ לבעיות הקשורות לרפואה ולמשפט ולרפואה משפטית.
- ללמוד וללמד את סוגיות הרפואה והמשפט בקרב מומחים בתחומים השונים.
- לעשות למען חקיקה נאותה בנושאים העולים לדיון בתחום הרפואה והמשפט.
- לקדם את התענינותם של מומחים ושל הציבור במקצועות הקשורים לרפואה ולמשפט ולהעלות את רמתם ואיכותם.

דרכי פעולה:

1. הקמת תאי פעולה שמטרתם להרחיב את הידע של המומחים בנושאים אלה ואחרים: פסיכולוגיה ומשפט, פסיכיאטריה ומשפט, רפואה משפטית.
2. החדרת לימודי המשפט הרפואי לאוניברסיטאות ולמוסדות להשכלה גבוהה בישראל.
3. הקמת ועדות מחקר העוסקות בהכנת חקיקה מדיקולגלית.
4. פרסום מחקרים ותגובות בנושאים אקטואליים בעתונות המקצועית ובאמצעות האגודות המקצועיות.
5. פרסום בטאון "רפואה ומשפט" וכן ספרות מקצועית נוספת בתחום זה.
6. ארגון "במות ציבוריות" ברחבי הארץ על מנת שיביאו לידיעת הקהל הרחב בישראל מידע ודעות בנושאים רפואיים-משפטיים.
7. ארגון והשתתפות פעילה בקונגרסים בינלאומיים בישראל ובחרי"ל בתחום הרפואה והמשפט.
8. ארגון "סופי שבוע" בהם מושמעות הרצאות בתחום הרפואה והמשפט לצד הופעות תרבות וספורט מודרכים.
9. ארגון וביצוע אירועים מיוחדים חגיגיים: טקס חלוקת "אות המופת" לרופא שהצטיין במוסריות עבודתו. יום עיון לזכר ערד גיצלטר, ועוד.
10. הפעלת בית האגודה ב"יד לבנים" בפתח תקוה, בו מתקיימים ערבי עיון והרצאות, ובו קיים סניף של הלשכה למתן סיוע משפטי לנוקדים.