

חד – נס הפרלמנטריזם הישראלי

פרופ' שבח וייס – יו"ר הכנסת

אלא מבצעת את תפקידיה ומשימותיה בהצלחה הראויה לשבח.

בנושא נטרול תופעות אנטי-דמוקרטיות די אם נציין שתי דוגמאות. האחת, התיקונים משנת 1986 בחוק יסוד: הכנסת וחוק הבחירות לכנסת, המונעים בחירתן לכנסת של רשימות המסיתות לגזענות, ומכחישות את אופיה הדמוקרטי של מדינת ישראל. השניה, החקיקה כנגד תופעת הכלנטריזם שהופיעה במלוא כיעורה לאחר הפלת ממשלת האחדות הלאומית במרס 1990 בהצבעת אי-אמון.

אחת מהמשימות החשובות שהוטלה על הכנסת הייתה הכנתה של חוקה למדינת ישראל, 45 שנים לאחר הקמתה של המדינה עדיין לא הושלמה המלאכה. ובכל זאת עבודת הנמלים נמשכת, וככל שהמציאות הפוליטית הישראלית הסבוכה מרשה, הכנסת מחוקקת אחד לאחר את חוקי היסוד שבסופו של דבר כולם ביחד כשלמות אחת יהיו את חוקתה של מדינת ישראל – וייתכן שהמלאכה עוד תושלם במהלך הכנסת ה-13. ועדת חוקה, חוק ומשפט מטפלת כיום בניסוח חוק יסוד: חקיקה, שעבר כבר בקריאה ראשונה, וחוק יסוד: זכויות האדם. בעיקר בניסוח החוק האחרון עומדות בעיות חמורות בפני המחוקק, שכן קיים חשש בקרב חוגים דתיים שניסוח החוק במונחים אוניברסליים יעמוד בסתירה למהותה היהודית של המדינה. בכדי להתגבר על הקשיים ולהתקדם לכיוון הרצוי הוחלט לחוקק את החוק הזה קטעים קטעים, כאשר שניים עברו בסוף הכנסת הקודמת, ושניים נוספים עומדים על הפרק.

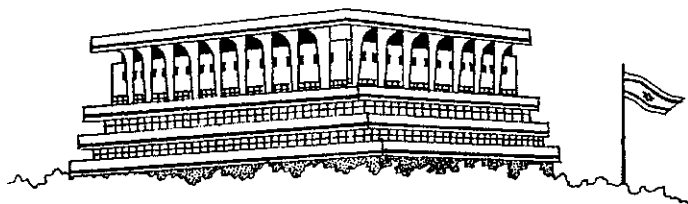
תפקידו המרכזי של בית מחוקקים הנו חקיקה. מה שמייחד את בית המחוקקים הישראלי בשנים האחרונות היא התרחבות החקיקה פרטית, אשר בשלהי הכנסת ה-12 כללה תיקון מהותי בחוק יסוד: הממשלה – החוק לבחירה ישירה של ראש הממשלה. בין הכנסת הראשונה לתשיעית היו רק שבעה אחוז מן החוקים שנחקקו פרי יוזמת חברי כנסת מהשורה, כאשר השאר היו פרי יוזמה ממשלתית.

ספק אם קיימת מדינה נוספת בעולם שהצליחה להקים ולקיים מערכת דמוקרטית בתנאים בהם קמה ומתקיימת מדינת ישראל. ראשית, רוב רובו של העם היהודי שעלה לישראל הגיע ממדינות בעולם בהן לא התקיימה מעולם דמוקרטיה או שלא התפתחה מסורת דמוקרטית – מדינות במזרח אירופה, אסיה, אפריקה ואמריקה הלטינית. שנית, מאז תחילת שיבת ציון בעת החדשה חי העם היהודי בארץ ישראל בתנאי מלחמה מרה ועקובה מדם עם שכניו הערבים – תנאים שאינם, על פי רוב, כר נוח לצמיחתה ופריחתה של מערכת דמוקרטית, אלא להתפתחותה של מדינת קסרקטין. שלישית, מושגי יסוד ועקרונות מסויימים בדמוקרטיה המערבית החילונית, שהייתה המודל שעל פיו עיצבו האבות המיסדים את המערכת הפוליטית של מדינת ישראל, סותרים לכאורה את ההלכה היהודית האורתודוקסית בנושאים כגון חוקה, זכויות אדם והפרדת הדת והמדינה.

אך לצד הגורמים שהיו אמורים, לכאורה, לפגוע בהתפתחות המרקם הדמוקרטי במדינת ישראל, פעלו גם כוחות שמשכו לכיוון הדמוקרטיה – וכוחות אלה הם שגברו. למעשה, לא הייתה שום דרך אחרת להביא חזרה לארץ ישראל את קהילות ישראל מארבע כנפות העולם – קהילות בעלות תרבויות ומסורות שונות – לכנסן יחד ולצקת מהן ישות מדינית וחברתית אחת, שלא תתרוסק או תתפורר בעת מבחן, מלבד הדרך הדמוקרטית.

לא במקרה החלה המסורת של דמוקרטיה פרלמנטרית להתפתח בתנועה הציונית ובארץ עוד לפני הקמתה של המדינה. הקונגרס הציוני, שהתכנס לראשונה בשנת 1897 בבאזל, ואספת הנבחרים, שהיה בית הנבחרים של היישוב בארץ ישראל בשנים 1920-1948, השפיעו שניהם על מבנה הכנסת, תקנונה, דרכי פעולתה, צורת בחירתה, הרכב מפלגותיה ויחסיה עם הרשות המבצעת. אפילו לכנסת הגדולה שהוקמה לאחר שיבת ציון הראשונה, הייתה השפעה על בית הנבחרים של מדינת ישראל המודרנית – ואת בכך שמספר חברי הכנסת נקבע ל-120 על בסיס אותה כנסת שפעלה לפני קרוב ל-2,500 שנים.

בעקבות התמונה המעוותת של הכנסת המשתקפת בתקשורת – המחפשת את התריג והסנסציוניות – אין הצבור ער לעבודה האמיתית והחשובה הנעשית במשכן הכנסת, ולא קיימת הערכה נכונה ומספקת לגבי העבודה שהכנסת לא רק מצליחה לנטרל תופעות אנטי-דמוקרטיות,



כיום, קרוב ל-30 אחוזים מהחוקים הנחקקים הנם פרי יוזמה פרלמנטרית של בודדים וקבוצות. אחת הבעיות הקשורות לתהליך זה הינה שלפחות חלק מהחוקים הפרטיים הנכנסים לתוקף כרוכים בהוצאות תקציביות גדולות שאין הממשלה יכולה או מוכנה לעמוד בהן. בנושא זה יש צורך להביא ליתר שתוף פעולה בין הזרוע המחוקקת והזרוע המבצעת, כך שלא יקרה שזו האחרונה תיראה כמבזה את רצון הראשונה.

מבין החוקים החשובים ביותר שהממשלה מביאה מידי שנה לאישור הכנסת נמצא חוק התקציב וספיחיו. בעבר היה חוק זה עובר בקריאה שלישית כמעט ללא שינויים. כיום, לא רק שהכנסת מקיימת דיון אמיתי בסעיפים שניים במחלוקת בו, אלא שלועדת הכספים ישנה השפעה מכרעת על עיצוב התקציב, והתקציב היוצא מידי המחוקק שונה בסעיפים רבים מזה שהוגש ע"י שר האוצר. קשה לתאר דוגמא מוצלחת יותר של בקרה אמיתית מצד בית הנבחרים על הממשלה – גם אם מהות הבקרה מבטאת לעתים אינטרסים סקטורליים ומפלגתיים יותר מאשר אינטרסים לאומיים.

כפי שהדבר קורה בבתי מחוקקים במדינות דמוקרטיות אחרות בעולם, כך גם בכנסת חלק גדול מהעבודה הפרלמנטרית נעשית בוועדות ולא במליאה. באופן מסורתי נחשבו ועדת הכספים ועדת חוץ וביטחון כועדות החשובות ביותר. כפי שכבר צוין, ועדת הכספים משחקת כיום תפקיד מרכזי בעיצוב תקציב המדינה. ועדת חוץ וביטחון משחקת אף היא תפקיד חשוב יותר מבעבר, מאז כינונה של ועדת מרידור לבחינת מדיניות הביטחון הכוללת של מדינת ישראל. בכנסות האחרונות גדלה גם חשיבותה של הועדה לביקורת המדינה, העובדת בצמוד עם מוסד מבקר המדינה, ומהווה זרוע מפקחת אפקטיבית, יותר מאשר אי פעם בעבר, על פעילות משרדי הממשלה וסוכנויותיה. גם קרנן של ועדות נוספות עלתה, כמו זו של ועדת העבודה והרווחה בתקופה שלא היה שר ממונה על המשרד לעבודה ורווחה בכנסת ה-12.

מבין החידושים בתחום עבודת הועדות בכנסת ה-13 יש לציין את צירופן של שתי ועדות חדשות – ועדת הסמים והוועדה למעמד האישה – לעשר הועדות הקבועות הותיקות של הכנסת. כמו כן, נעשה ניסיון לייעל את עבודת הועדות על ידי צמצום מספר החברים בוועדת הכספים וועדת חוץ וביטחון ל-17, ובשאר הועדות ל-15.

רבות דובר בארץ על הצורך לשנות את שיטת הבחירות משיטה יחסית-ארצית הגורמת לריבוי במספר המפלגות הנבחרות לכנסת ולצורך להקים קואליציות מורכבות ולא תמיד יציבות, לשיטה אזורית-רובית או אזורית-יחסית, שלפי דעת המציעים תקטין את מספר המפלגות. ההצעה האחרונה שעלתה לדיון בכנסת דיברה על בחירת מחצית חברי הכנסת בשיטה הנוכחית (יחסית-ארצית) והמחצית

השנייה באזורי בחירה אשר בכל אחד מהם ייבחרו מספר חברי כנסת. אולם אף על פי שהליכוד ומפלגת העבודה סיכמו ביניהן להעביר שינוי כזה עוד בזמן כהונתה של ממשלת האחדות הלאומית הראשונה, בגלל התנגדות המפלגות החרדיות, התוכנית הוקפאה. השינויים המהותיים היחידים שהוכנסו בשלהי הכנסת ה-12 בשיטת הבחירות הקיימת, היו העלאת אחוז החסימה מאחוז אחד ל-אחד וחצי אחוזים (שאמנם חסמה את דרכן של כמה רשימות קטנות לכנסת ה-13, והורידה את מספר הסיעות בכנסת מ-15 בכנסת ה-12 ל-10 בכנסת ה-13), וקיום בחירות ישירות לרוה"מ בו זמנית עם הבחירות לכנסת, החל מהבחירות לכנסת ה-14. כוונתו העיקרית של השינוי הייתה לשנות את יחס הכוחות בין רוה"מ מחד והכנסת מאידך, תוך הקטנת כוחה של האחרונה שלא תהיה לה יותר הזכות הבלעדית להחליט מתי תתקיימנה בחירות חדשות, ואף יקשה עליה להפיל את הממשלה בהצבעת אי-אמון. עדיין לא ברור בדיוק איזו השפעה תהיה לשיטה החדשה על תוצאות הבחירות לכנסת ודרכי פעולתה של הכנסת, ועדיין ייתכן שיוכנסו תיקונים אחדים בחוק לפני הבחירות לכנסת ה-14.

אף על פי שעדיין לא קיימת בארץ שיטת בחירות אזורית, הרי שבעקבות הכנסת שיטת הבחירות המקדימות (פריימריס) בחלק מהמפלגות – שיטה שעדיין שנויה במחלוקת ונתונה לוויכוח ציבורי – גדל מספר הנבחרים המיצגים את אזוריהם, והתרחבה תופעת הלוקליות בכנסת. חשוב גם לציין שהכנסות כיום מיצגות את הרב-גוניות של האוכלוסיה הישראלית בצורה יותר מלאה מבעבר – התפתחות שאף היא נובעת בחלקה משיטת הבחירות המקדימות. ובכל זאת יש עוד מקום לשיפור, בייחוד כשמדובר בנשים (המיצגות בכנסת ע"י 10 חברות בלבד אף על פי שהנשים מהוות למעלה מ-50 אחוז מהאוכלוסיה), ובאוכלוסיה הערבית של ישראל.

בזמן שאחת מכוונותיו של התיקון לחוק יסוד: הממשלה, הייתה להביא לשינוי במערכת היחסים בין הרשות המחוקקת והרשות המבצעת, נשמעים יותר ויותר קולות הקוראים לשינוי במערכת היחסים גם בין הרשות המחוקקת והרשות השופטת, וזאת בגלל מה שנראה כהתערבותו ההולכת וגוברת של בג"ץ בעבודת הכנסת. למעשה מה שקרה הוא היוזקות הולכת וגוברת של חברי כנסת ואחרים לבג"ץ, בעתירות שעניינן החלטות הכנסת ורשויותיה. נורות אדומות נדלקו בייחוד לאחר שבג"ץ דרש מהכנסת הצבעה חוזרת בענין הסרת חסינותו של חבר כנסת. ההצבעה החוזרת הביאה לשינוי בהחלטת הכנסת, והחסינות שהוסרה בהצעה החשאית הראשונה לא הוסרה בהצעה התחרת. היו רבים שראו בהחלטה זו התערבות בוטה של בג"ץ בהחלטות הכנסת, וקראו לחקיקה שתקצץ בסמכויות בג"ץ, ותמנע להבא התערבות כזאת. סוגיה

בארץ, הרי אשרינו שאנו חיים בחברה שבה יכולות כל הדעות לבוא לידי ביטוי בדיון גלוי ומתועד, אשר בסופו מתקבלות – בצורה מסודרת – החלטות המקובלות על דעת הרוב. לעתים ההחלטות קשות, והדיונים הקדומים להן מרים – כמו ההחלטה בנושא הסכם השילומים מגרמניה, או ההחלטה לאשר את הסכם העקרונות שנחתם בין ממשלת ישראל ואש"ף. אך דעת הרוב, כפי שהיא משתקפת בהרכב הסיעתי והאנושי של הכנסת היא הקובעת.

לעתים מתרחשים בין כותלי הכנסת אירועים בעלי משמעות היסטורית עמוקה, כמו למשל ההחלטה על איחוד ירושלים מיד לאחר מלחמת ששת הימים, נאום ההיסטורי של נשיא מצרים אנוואר סאדאת ואישור הסכם השלום בין ישראל ומצרים. אך גם כאשר ההתרחשויות אינן כה דרמטיות, אין עוררין על כך שדברי הכנסת משקפים חלק נכבד מההתהוות ההיסטורית של מדינת ישראל, ומהווים חלק חשוב מהתיעוד של התהוות זאת.

זאת עדיין לא נפתרה, אך יש לקוות כי לא ייעשה ניסיון להתנכל לבג"ץ באמצעות תחיקה, שכן תהיה בכך פגיעה בארשיות שיטתנו הדמוקרטית.

עם זאת, יש להתנות את התערבותו של בג"ץ בענייני הכנסת למקרים שבהם הכנסת, או אחת מרשותיה, חרגה חריגה בוטה מכללי המשחק, והפעילו האופן קיצוני סוג כזה או אחר של עריצות הרוב. כמו כן, אל לבג"ץ להתערב בעניינים שמפאת אופיים הפוליטי הם בלתי-שפיעים באופן מובהק.

קשה שלא להתעלם מהאלימות המילולית הפורצת מידי פעם בפעם במליאת הכנסת, ומובלטת ע"י התקשורת. ובכל זאת, כל המעיין בדברי הכנסת, גם בעת דיונים סוערים ורוויי מתח, אינו יכול שלא להתרשם מהעובדה שהדיונים המתקיימים הם אמיתיים, עוסקים בנושאים העומדים במרכז סדר היום הלאומי ומבטאים נאמנה את עושר הדעות, הגישות והאמונות הקיימות בחברה הישראלית. גם אם ניתן לשפר את איכות תרבות הוויכוח



על מי מגן איסור הפירסום?



ד"ר מרדכי הלפרין

גבוה. לעומת זאת, פירסום אמת רשאי להיות גם תוקפני. אין פלא שמהדורות חדשות בארה"ב נקטעות לעיתים קרובות על ידי פירסומת חדה של משרדים וחברות של עורכי-דין. הקריין בקטעי פירסומת כאלה קורא לכל אדם, אשר ייתכן ונפגע במסגרת טיפול רפואי, להתקשר מייד וללא התחייבות, למשרדי החברה. המטרה – לפתוח תהליך משפטי שסופו, הכמעט ודאי, יהיה קבלת פיצוי כספי נכבד מחברת הביטוח של הרופא המטפל. אחוז מסויים מן הפיצוי יעבור, כמובן, לידי חברת עורכי הדין.

שתי הגישות הקיצוניות, הן האמריקאית והן זו של משרד הבריאות הישראלי, פוגעות בסופו של דבר גם במקצועות הרפואה והמשפט וגם בטובת הציבור. שביל הזהב המתבקש איננו גלוי לעין. הקושי להגדיר את תחום האיוון הסביר בין שמירה על הזכות למידע לבין כבוד המקצוע (או כבוד חברי הגילדות) הביא כבר למאמר מערכת ב"רפואה ומשפט"⁵, למאמרים משפטיים¹ ולפסקי דין רבי ענין של בית המשפט העליון⁶. הקושי במציאת האיוון, בולט במיוחד לאור סעיף 8 בהצעת "חוק יסוד: זכויות היסוד של האדם". ההצעה קובעת, במידה רבה בעיקבות הגישה האמריקאית, כי "לכל אדם חופש מצפון, חופש הדעה והביטוי וכן החופש לפרסם דעות ומידע רבים בכל דרך"⁷.

הגישה השמרנית של משרד הבריאות בוודאי לא תוכל לעמוד בפני חוק יסוד זכויות האדם אם/ולכשיתקבל, וספק אם היא יכולה לעמוד גם במצב החוקי הקיים היום במדינת ישראל. מאידך, עיקרון כל כך יפה של הזכות האלמנטרית להפצת מידע, עלול להוליך אותנו בעל כורחנו לקיצוניות האמריקאית הנגרית, לטוב ולרע. האם לכוון הזה מועדות פנינו?

דומני שדווקא חוק יסודות המשפט התש"מ – 1980 המפנה אותנו לעקרונות מתוך מורשת ישראל, עשוי להדגים גישה מאוזנת השומרת באופן אלגנטי על כבוד המקצוע ועל זכות הציבור גם יחד.

רופא ושופט מחזיקים בידיהם עוצמה רבה היכולה להשפיע באופן מהותי על גורלו של הפרט. שניהם חותכים את דינו. כבני אדם, שניהם עלולים לטעות טעויות הרות אסון לפרט הנידון. נטילת העוצמה התיפקודית מידיהם תמנע טעויות כאלה, אך תמנע גם, פי כמה וכמה, תרופה הולמת חיונית לפרט ולחברה. אין פלא שכבר במשפט העברי נצטווה הדיין להרגיש את הסיכון בהחלטה שגויה ואת כובד אחריותו באזהרה הציורית: "לעולם יראה

קשר מקצועי בין מערכת המשפט לעולם הרפואה הפך לא מכבר לתופעה מצויה. הליכים משפטיים רבים באים לעולם אחרי תוצאות לא נעימות של טיפול רפואי. חדשים לבקרים מגיעות לבית המשפט בקשות להכרעה אתית כבדת משקל לפני החלטה על התחלת טיפול או הימנעות ממנו.

במקביל, יעוץ רפואי-משפטי הפך לצורך חיוני של מערכת המשפט. ניתן להניח שהמשך התהליך הנוכחי יביא ליצוג התמחות משפטית-רפואית ברמה גבוהה גם בבית המשפט העליון.

עולם המשפט ועולם הרפואה מקיימים ביניהם קשר הדוק לא רק באולמות בתי הדין ובין כותלי בתי החולים, אלא גם בתחומי החקיקה. הוראות חוק דומות קיימות בשתי המערכות, כשהדוגמה הבולטת היא איסור הפירסום: הן הרופא והן המשפטן אסורים לפרסם את עצמם פרסומת מסחרית, בין במישרין ובין בעקיפין, כאשר לשון המחוקק האוסרני מתבססת על תפיסת המחוקק המנדטורי והתפיסה האנגלית השמרנית שמלפני קום המדינה¹. התפיסה הרווחת כיום במשרד הבריאות הינה שמרנית עוד יותר. היא מחמירה עד כדי ראיית מאמר מקצועי בבטאון מדעי פופולרי – כפרסומת אסורה, אם שמו של הרופא הכותב ושם המוסד בו הוא עובד נכתבו כהלכה². גם מתן מידע לציבור באמצעות "קו פתוח" נתפסת על ידי משרד הבריאות כתכסיס לגיוס מטופלים, והמשרד כבר הביא להתליית רשיונו של רופא שפרסם בציבור את קיומו של "קו מידע פתוח" בנושא רפואי חדשני³.

גישה קיצונית הפוכה קיימת במשפט האמריקאי. הגישה האמריקאית מתבססת על חופש הביטוי ועל זכות הציבור למידע חופשי. לפיכך היא רואה איסורי פרסומת רפואית או איסור פירסום שירותי עריכת-דין כנוגדים את החוקה האמריקאית, ומשום כך אינם תקפים⁴. בארה"ב רשאים רופא או משפטן לפרסם מודעות על פני עמודים שלמים בתקשורת הכתובה, על כישוריהם, עיסוקיהם, דרכי התקשורת איתם וכדומה. המגבלות היחידות החלות על פרסום כזה הן הימנעות מהטעיית הציבור. פירסומת מטעה חושפת את המפרסם לתביעה משפטית עם סיכון כספי

דיין עצמו כאילו חרב מונחת לו בין ירכותיו וגהינום פרוסה לו מתחתיו⁸. ביטוי האזהרה החריף כלפי השופט, מזכיר התבטאות חריפה אחרת הנוגעת לרופא: "הטוב שברופאים לגיהנום"⁹.



ביקור רופאים

— והנה רבותי, כאן בוצע ניתוח בהצלחה מלאה, למרות שכולם אמרו שהדבר בלתי אפשרי.
— אבל דוקטור, הפצינט הרי מת.
— אז מה? ממילא היה נפטר, גם בלעדי הניתוח.

מצד שני, מאד לא רצוי שדווקא הרגשת האחריות הכבדה תרתיע את המומחים המתאימים לשיפוט או לרפואה. משום כך מעניק המשפט העברי לרופא ולשופט חסינות מוגבלת מפני תביעה משפטית על נזקי טעות בתום לב^{10,11}. עצם מתן הגנה כזו מצביע אף הוא על המעמד המקצועי המיוחד של המוגן, הנובע מהצורך הציבורי בתיפקודו התקין.

עיון נוסף מלמד כי הגישה הדרערכית כלפי השופט והרופא יסודה בהגדרה ייחודית של נושאי משרה אלה. מורשת ישראל איננה רואה בשתי משרות אלה עיסוק מסחרי כלכלי רגיל, אלא עיסוק המוגדר יותר כשליחות אנושית וכעיסוק במצוה. הן הרופא והן השופט אסורים, מעיקר הדין, ליטול שכר על עצם פעילותם המקצועית, והם רשאים לדרוש אך ורק פיצוי עבור הוצאותיהם, כולל ביטול זמנם. "הנוטל שכר לדון — דיניו בטלים"¹², ודרישה

דומה להימנע מתביעת תשלום פרט להוצאות וביטול זמן קיימת גם לגבי הרופאים¹³.

נסיון דורות הראה שלעיתים, הקפדה מלאה על כללי מוסר אלה עלולה להביא לתוצאה הפוכה ולפגוע בזמינות שירותים חיוניים של משפט ורפואה. משום כך, החשש מפגיעה כזו מתיר, ואף מחייב לחרוג מהכלל הבסיסי ולאפשר לשופט או לרופא לקבל שכר הולם^{14,15}. במילים אחרות, עיקרון טובת הציבור, עיקרון זמינות השירות הרפואי או המשפטי, עומדים מעל לכללי השליחות המוסרית של עיסוקי רפואה ומשפט.

ניתן לסכם: המשפט העברי רואה בשני המקצועות הללו — הרפואה והמשפט — "תפקידי שליחות" ולא מקצועות מסחריים.

הגדרת מקצועות הרפואה והמשפט כ"תפקידי שליחות" מחייבת גישה מוסרית דורשת וזירות ואחריות מיוחדת מצד העוסקים בהם. הגדרה זו יכולה להצדיק הגבלות מסויימות בתחום המסחרי כולל הגבלות שכר. ניתן להקיש מכאן גם הצדקה להגבלת פירסומות מסחריות אפילו בעידן התיקשורת החופשית. אולם ברגע שהיחס המיוחד הזה עלול לפגוע באזרח הנוק — הגישה המעשית מחוללת מהפך: עיקרון זמינות השירות, רפואי או משפטי, עומדים, לעיתים, מעל לחלק מכללי השליחות של עיסוקי רפואה ומשפט.

משום כך מוצדקת חסינות חלקית הנדרשת למניעת פגיעה בציבור. הרפואה הדפנסיבית המיובאת לאחרונה מארה"ב, מהווה דוגמה לפגיעה לא קלה בחולה, אם שיקוליו הראשוניים של הרופא הם מניעת תביעה משפטית נגדו, ולא דווקא טובתו הרפואית של החולה.

כמו כן מוצדק מתן אפשרות להשתכרות מכובדת של רופאים ושופטים, כאשר קיים חשש אמיתי של פגיעה בזמינות השירותים החשובים הללו לאזרח הנוק. באותה מידה, גם הגבלת זכות הפירסום, מן הדין שתידחה אם היא פוגעת בזמינות המידע המקצועי החשוב כל כך לציבור בעידן המודרני.

תרגום מעשי של כללים אלה מאפשר למצוא את שביל הזהב האבוד. ניתן למצוא הצדקה לאיסור פרסומת רפואית אגרסיבית כדוגמת זו הנוהגת בארה"ב. לעומת זאת, אין להצדיק הגבלות על הפצת מידע רפואי לציבור. בשום פנים אין לאסור שירותי קו פתוח או מאמרי רפואה בבטאונים מדע פופולרי. כל זה — בתנאי, שהרופא נושא באחריות אישית למידע המועבר על ידו, בדיוק כשם שהוא נושא באחריות אישית לטיפול הניתן על ידו.

לגישה שמרנית קיצונית, הדוגלת בהגבלת הפצה של מידע רפואי גם במחיר פגיעה בזכותו הבסיסית של האזרח לקבלת מידע — אין מקום בשום מדינה מתוקנת, ובוודאי לא במדינה יהודית.

מקורות והערות:

1. עו"ד עמיר אברהמי ואלי גליקסמן, פרסומת או זכות הציבור לדעת, רפואה ומשפט 16:8 (1993).
2. סדרת מכתבים חתומים ע"י עו"ד אריה סטנגר מלשכת היועץ המשפטי במשרד הבריאות, שנשלחו בחודש אוגוסט 93 למחברים שמאמריהם פורסמו בחודשים יוני ויולי 1993 ב"מרקחתון לבריאות" (ירחון לרפואה ובריאות המשפחה, בשיתוף קופת חולים הכללית ואגודת הרוקחים בישראל).
3. ראה: עתירה וצו על-תנאי, בג"צ 4598/93 ד"ר אלכסנדר אולשניצקי נ' שר הבריאות ואח'.
4. מקור מס' 1 במאמרם של אברהמי וגליקסמן (הע' 1 לעיל).
5. ד"ר משה קלמן, רפואה רופאים ופרסומת, רפואה ומשפט 2:7 (1992).
6. לדוגמא: בג"צ 896/87 איילון חברה לביטוח בע"מ נ' רשות השידור ואח' פ"ד מג(1).
7. טיוטת הצעה של ועדת החוקה של הכנסת מיום 14.12.92 (הובא: אברהמי וגליקסמן, הע' 1 לעיל).
8. תלמוד בבלי, סנהדרין ז,א.
9. משנה, מסכת קידושין, סוף פרק רביעי.
10. שולחן ערוך, יורה דעה, שלו, א. וראה ב"נשמת אברהם" שם, ס"ק ז.
11. משנה, בכורות, ד, ד; שולחן ערוך, חושן משפט, כה, ב.
12. משנה, בכורות, ד, ו (וראה רמב"ם בפירוש המשנה שם); שולחן ערוך, חושן משפט, ט, ה.
13. רמב"ן, תורת האדם, שער הסכנה. השווה: ספר חסידים (בולוניה, רצ"ח), רצה (תתי במהדורת פרמה תרפ"ד). ראה: ש' קוטק, רפואה והלכה בספר חסידים – נטילת שכר טירחה של רפואה, ספר אסיא ה' 34-39.
14. נתיבות המשפט, משה"כ, ט, ו. ודומה למשנת בכורות, ד, ה, ע"פ הרמב"ם, הלכות בכורות, ג, ז.
15. שו"ת מוהר"י מברונא (שטעטין, תר"ך) סי' קי"ד, דף מט, ב, (לגבי מיילדת).

אתיקה רפואית

"PUBLISH OR PERISH"

האם זוהי השיטה המשפיעה על קביעת הנורמות לפרקטיקה רפואית מקובלת?
ד"ר רוני וולף עורך אסנת וולף



ד"ר רוני וולף

את הסוקר). המאמרים המתפרסמים בכתבי עת אלה (העתון הנוכחי אינו נכלל בתוכם, עדיין) עברו את ביקורת האיכות של הקהילה המדעית ובכך, הם מקבלים מעין גושפנקא, אישור והכרה. מרגע פרסומם מכתובים מאמרים אלה את שיטות האיבחון והטיפול, או במילים אחרות את ההתנהגות המקצועית המקובלת, ועל כן גם מהווים קנה מידה ובסיס לבחינת מחדליו של הרופא המובא לדיון.

ניתן לסכם, אם כן, שההתנהגות המקצועית המקובלת מסתמכת על המילה המודפסת בספרות הרפואית השואבת את האינפורמציה והמידע מכתבי עת מדעיים, שקיבלו את ההכרה של הקהילה המדעית.

במאמר הנוכחי ברצוננו לבחון את המניעים העומדים מאחורי המדענים והרופאים המפרסמים את מאמריהם בספרות הרפואית ואת שיטת התגמולים, תמלוגים ותשלומים הנהוגה במערכת זו.

נתמקד בעיקר בשני היבטים שונים של הבעיה:

א. תמיכה כספית בעבודת מחקר

בשתי עבודות שביצענו לאחרונה^{2,3}, בדקנו את אחוז המאמרים הנתמכים כספית על ידי מקורות שונים. עברנו על כתבי עת שונים, מרמות שונות, משנת 1960 ועד 1990 והשוונו את אחוז עבודות המחקר המקוריות (להוציא סקירות ספרות או מאמרי מערכת) שקיבלו תמיכה כספית.

הנתונים (ראה דיאגרמה בעמוד הבא) הצביעו על המגמות הבאות:

1. במשך 40 השנים האחרונות עלה מספרן היחסי של העבודות הנתמכות.
2. יש מתאם (קורלציה) בין איכות או רמת כתב העת לבין האחוז של העבודות הנתמכות. ככל שהעיתון טוב יותר כן גדל אחוז העבודות הנתמכות.
3. בשנים 90-1980 הגיע אחוז העבודות הנתמכות בכתבי העת מהשורה הראשונה ל-75% ויותר!!

המסקנות ברורות. רוב עבודות המחקר המקוריות המתפרסמות בכתבי עת מכובדים מהשורה הראשונה, נתמכות כספית מקרנות שונות.

במאמר המופיע בכתב העת רפואה ומשפט¹, מפרט כבוד השופט פרופ' אמנון כרמי מהם מבחני האחריות המקצועית. בין היתר כותב כבוד השופט "ההתנהגות המקצועית המקובלת עשויה לשמש כקנה מידה לבחינת מעשיו ומחדליו של הרופא המובא לדיון, ואי שימוש בפרקטיקה

רפואית מקובלת עשוי להצביע, בדרך כלל, על חוסר זהירות". במילים אחרות חוסר זהירות או רשלנות רפואית, הינה סטייה מרמת הטיפול הרצוי המקובל הסטנדרטי. וכבוד השופט ממשיך "בחירה בשיטת טיפול זו או אחרת אינה משמשת, כשלעצמה, ראיה לרשלנות, מקום שהטיפול גרם לנזק. כאשר קיימות שתי שיטות של טיפול רפואי, על הרופא להחליט, לפי הבנתו ומצפונו, באיזו מן השתיים לבחור".

באותו מאמר מצוטטת פסיקת בית המשפט המחוזי הדן בערעור המדינה על זיכוייו של רופא מרדים "סיכומו של דיון בבחינת מכלול הראיות בתיק זה נראה לנו, שהמשיב נקט בפרקטיקה רפואית מקובלת, נכונה ומתבקשת בטפלו במנוח, וכי אין לייחס לו התרשלנות בביצוע תפקידו".

לא, אין בכוונתנו כלל לדון בנושא הרשלנות הרפואית, אלא באספקט צר ביותר של הבעיה; צר אך מכריע. בכוונתנו להתייחס למושגים: פרקטיקה רפואית מקובלת, התנהגות מקצועית מקובלת, טיפול מקובל, שיטה מקובלת.

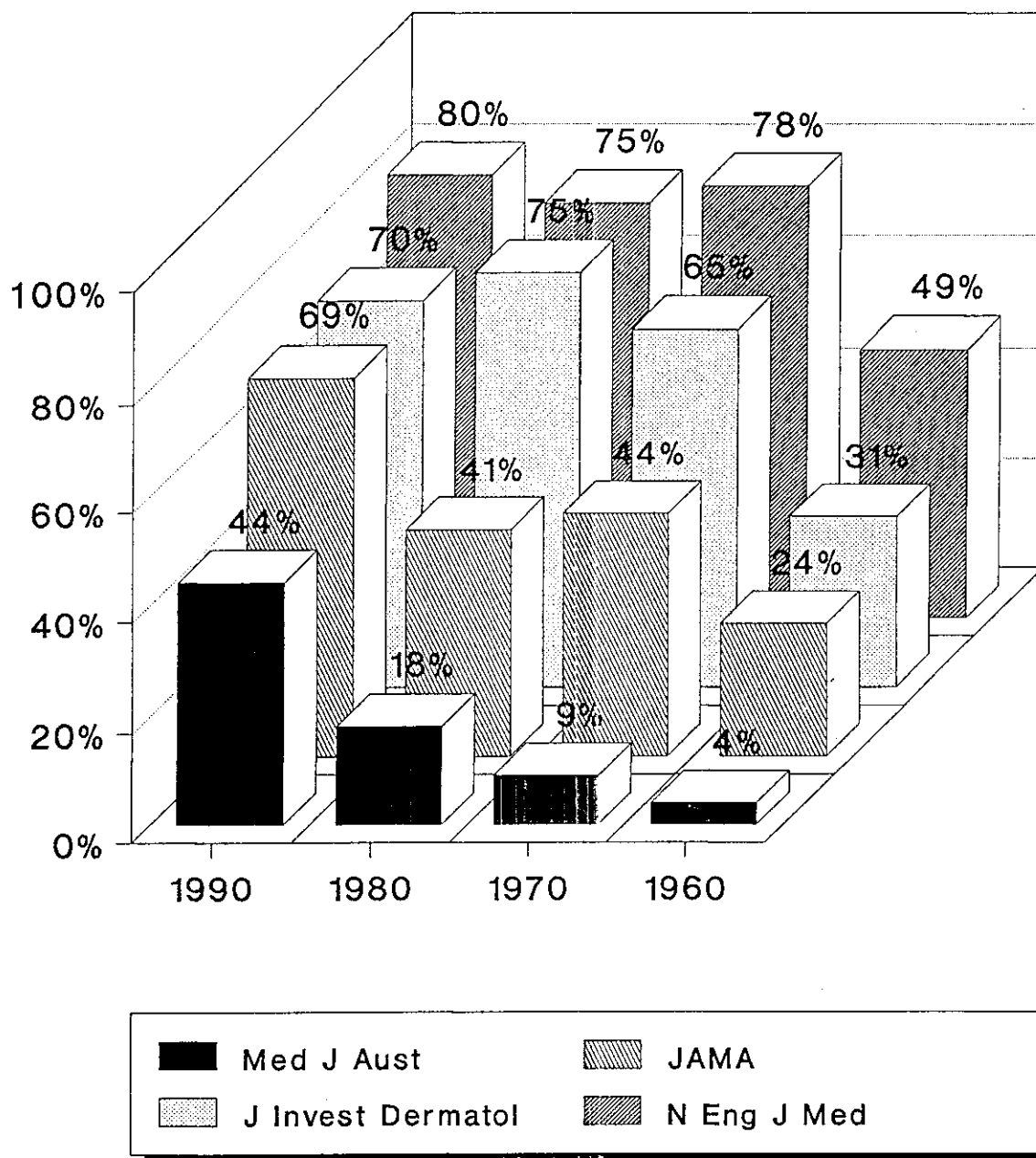
כיצד נקבעת ההתנהגות המקצועית המקובלת?

הסטנדרטים המקובלים בטיפול הרפואי נקבעים ע"י הקהילה המדעית ומתפרסמים בספרות המדעית.

הספרות הרפואית מסתמכת ונשענת על כתבי עת מדעיים, שקיבלו הכרה מצד הקהילה המדעית ונקראים peer reviewed. דהיינו בדיקת המאמרים נעשית באורח סמוי כפול (הסוקר אינו יודע מי הנסקר, ואילו הנסקר אינו מכיר

ד"ר רוני וולף, מחלקת עור, בית חולים איכילוב, תל אביב, מרצה בכיר בפקולטה לרפואה ע"ש סקלר, אוניברסיטת תל אביב.
אסנת וולף, עורכת דין בעלת משרד בתל אביב.

THE PERCENTAGE OF ORIGINAL ARTICLES WHICH RECEIVED GRANTS-IN-AID



תמורת התמיכה שהוא מקבל. חברות התרופות, למשל, אשר תמיכתן הכספית הנדיבה תרמה רבות לקידום והתפתחות הרפואה אינן עושות זאת לשם שמיים ומתוך אינטרסים טהורים של סקרנות מדעית לשמה. חברות אלו הינן גופים כלכליים עם מטרות רווח, כמו כל חברה תעשייתית מסחרית אחרת.

שליטה זו של חברות התרופות במחקר הממומן על ידן, אינה תמיד לטובת הענין המדעי⁴.

לדוגמה: חברות התרופות תהיינה מעוניינות בפיתוחן של

התועלת המרובה, שמפיק המחקר המדעי מהתמיכה הכספית אינה מוטלת בספק, כלל ועיקר. למעשה, לא ניתן כיום לתאר התפתחות מחקר ללא מקורות כספיים חיצוניים.

השאלה הנשאלת הינה: מהו המחיר שהמדע משלם עבור תמיכה זוג

במדע, כמו בפוליטיקה ובמסחר, בעל המאה הוא גם בעל הדיעה, ונותן התרומה הוא גם בעל השליטה. מודען, שנתמך ממקורות חיצוניים, חייב לשלם בחופש המדעי

תרופות חדשניות ויקרות אשר ניתן לרשום עליהן פטנט ולהפיק מהן רווחים. תרופות אנטיביוטיות מתקדמות, תרופות אנטיזרליות, תכשירים לטיפול העור, למניעת הזדקנות, למניעת התקרחות יזכו לתמיכה נדיבה, בעוד שתרופות אחרות לא פחות חשובות, כמו אלו המתבסות על מולקולות פשוטות או תרופות שלא ניתן לרשום עליהן פטנט לא יזכו להתעניינות הראויה.

באשר לתמיכה ממקורות אחרים מחוץ לחברות התרופות, השליטה בהקצאת הכספים של מקורות אלה נתונה ליבירי סמכא נבחרים אשר עליהם נדון בפרק הבא.

ב. תמורת החוקרים

מאמרים הנמסרים לפרסום בכתבי עת מדעיים אינם מזכים את המחבר בתמלוגים או בתשלומים ישירים, ויתרה מזאת, לפעמים אף נדרשים המחברים או המוסדות אליהם הם משתייכים לתמוך בכתב העת ולשאת בחלק מהוצאות הפרסום.

נשאלת השאלה: מה מניע ודוחף קבוצה גדולה של מדענים להשקיע את מירב זמנם ומירצם בהכנת מאמרים ובפרסומם?

כיצד קורה, שקבוצה גדולה של אנשים, רותמת את עצמה למשימה, נעלה וחשובה ככל שתהיה, מבלי לקבל תמורה ושכר על עמלם?

או במלים אחרות, האמנם עושים המדענים את עבודתם ללא תמורה?

התשובה לכך שלילית.

פרסום מאמרים מזכה את המחבר בהכרה ויוקרה, ובשיטה הנהוגה כיום בעולם האקדמי תומר היוקרה בעתיד גם במעמד, קידום, דרגה ושכר כספי.

ירצא איפוא, שהמדען, ככל עובד אחר במשק, מקבל תמורה מלאה עבור עבודתו והצלחותיו, הנמדדות בכמות ובאיכות פרסומיו.

אמנם, התמורה אינה ישירה ומיידית עבור כל פרסום בנפרד, אך בעולם האקדמי, כמו גם בצבא, פעילות מדעית מוחלפת בפרסומים מדעיים, המוחלפים ביוקרה והכרה, המוחלפים בקידום, מעמד ודרגה המוחלפים בטובות הנאה כמו השפעה, תנאים ותמורה כספית.

ניתן לסכם ולומר, שאף שלכאורה אין המדען מקבל תמורה עבור פעילותו המדעית ופרסומיו, הרי שלמעשה, מקבל הוא תמורה מלאה עבור עבודתו.

למתבונן מהצר בוודאי לא ברור, מה פסול יש בכך, שמדען המקדיש מזמנו ומרצו לשם קידום המדע ופרסום מאמרים יקבל תמורה עבור עבודתו?

התשובה פשוטה – אכן אין כל רע בכך שהמדענים יזכו בתמיכה הולמת עבור עבודתם כמו כל בעל מקצוע אחר.

אולם השאלה הרלוונטית העומדת על הפרק, אינה האם מגיעה למדען תמורה, אלא האם התמורה שהוא מקבל משפיעה על החלטותיו המחקריות, וכיצד?

רוב העוסקים בתחום והנמצאים בתוך הקלחת יסכימו עמי, שהרצון להשגת תמורה אכן משפיע השפעה מכרעת על כיוון המחקר והחלטותיו של החוקר. כולנו מכירים היטב את הפיתגם Publish or Perish (פרסם או העלם) המהווה מוטו לפיו נוהג חלק ניכר של המדענים.

אמנם לרוב המדענים יש ענין כן בהתפתחות המדע, בפיתרון בעיות ובפיתוחן של המצאות ותרופות, אך האם כל אלה מהווים את המניע המרכזי והיחיד לפעילותם?

אין כל ספק ששיטת התגמול והתמורה הקיימת כיום, עלולה לגרום לכך שהמניעים של המדענים והאינטרסים שלהם לא יהיו כה טהורים ותמימים.

אני מכיר מעט מאד מדענים, שלא איכפת להם אם יקדימו אותם בתגלית מדעית ובעקבות כך תמנע מהם זכות ראשונים בפרסום.

אני מכיר מעט מאוד רופאים, שמוכנים לוותר מרצון על מקום מכובד, שמגיע להם בין המחברים של מאמר רפואי. כל רופא ומדען נתקל לא פעם בתופעה, ששיטות וניסויים שפורסמו בכתבי עת מדעיים לא ניתנים לשעתוק ושחזור. כל העוסקים בתחום התאכזבו לא פעם מכך, שבמציאות תוצאותיהם אינן כה מרשימות כמו אלו, שהתפרסמו בכתבי העת המדעיים.

עובדה ידועה היא, שעורכי כתבי העת המדעיים ממעטים לפרסם ניסויים ומאמרים בעלי תוצאות שליליות, או כאלה הסוּטות יותר מדי מן הנורמה, או כאלה אשר עשו שימוש בטכניקות מקוריות, שעדיין אינן מקובלות על הקהילה המדעית.

האם אתם סבורים, קוראי המלומדים, שחוקר צעיר, הזקוק למאמרים כדי לזכות בהכרה ובמעמד לא יושפע מכל השיקולים הללו בעת שהוא מחליט על עבודת מחקר?

האם אתם סבורים, שחוקר זה לא ישתמש בכל השיטות ותעתועי הסטטיסטיקה כדי לגרום לעבודתו להתפרסם? לסיכום, הפרסומים בכתבי העת המדעיים והרפואיים מושפעים במידה לא מבוטלת משיקולים ואינטרסים שונים, שאינם כה טהורים ותמימים ואינם נובעים בהכרח מהרצון הכן להביא לקידום הרפואה והמדע.

במאמרנו הנוכחי אין בכוונתנו למתוח ביקורת על השיטה המדעית הנהוגה כיום. נראה שהאמרה המפורסמת של צ'רציל על הדמוקרטיה:

"a bad system, but the only one that is acceptable" אימרה זו

הקיים, לפיו רופא/מדען אינו מקבל תמורה עבור פרסומיו המדעיים.

ברצוננו להבהיר כיצד נקבעת הפרקטיקה הרפואית המקובלת ומה הגורמים המשפיעים עליה. מידע זה, אנו מקווים, יסייע לנו לדרך במחליו של רופא המובא לדין ויתן פרספקטיבה רחבה יותר ליושבים בדין.

תופסת גם כאן. אין לנו שיטה יעילה וטובה יותר כיום. כמו כן אין בכוונתנו לערער את האמון בספרות המדעית והמאמרים המתפרסמים בה, כי אין לנו תחליף לשיטה. מטרתנו היא להציג כמה מחולשותיה של השיטה המדעית הנהוגה כיום ולהכניס ספקות לגבי המילה הכתובה בספרות המדעית. כמו כן אנו רוצים לנתח את המיתוס

מקורות:

1. כרמי, א. זיכוי של רופא מרדים מעבירת גרימת מותו של חולה. רפואה ומשפט, 1992; 7: 10-13.
2. WOLF, R., WOLF, D., POLITY, Y. RESEARCH SUPPPORT, SUPPORTS RESEARTS SUPPORT. Dermatology 1992, 185: 1-2.
3. WOLF, R., WOLF, D., POLITY, Y. GRANTED PUBLICATIONS: TAKEN FOR GRANTED. Med. Hypotheses, 1993, 41: 97-99.
4. WOLF, R. INFLUENCE OF PHARMACEUTICAL COMPANIES ON MEDICAL RESEARCH. J. Am. Acad. Dermatol. 1988, 18: 384.

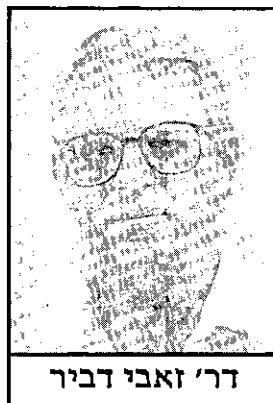
קובץ התקנות בדבר קביעת נכות ו"האדם כמכונה"

בכאב, הריחו מהווה חלק בלתי נפרד מן הנכות.

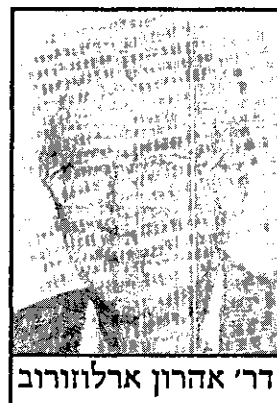
מתברר כי הכאב הגופני מעורר שינויים בפעילות החשמלית של תאים וסיבים במערכת העצבים המרכזית וההקפית. את השינויים האלה ניתן להדגים במעבדה, בצורה "אובייקטיבית" על מסך משקף התנדדות. לשוניים חשמליים אלה יש גם הבטים ביוכימיים³. ברם, תרגומה של פעילות חשמלית אפיינית זו שהכאב מעורר במערכת העצבים, לתחושת כאב או לחוויה של כאב נמצא מחוץ להשג ידנו, בהיותו מעוגן בבעיה הפסיכופיזית. ניתן להמשיל את הדבר לחור בשן: כל אחד יכול להתרשם ולהגדיר את מקום החור ואת ממדי החור, ולהגדיר במדויק. ברם, את תחושת הכאב הסובייקטיבית שהעששת גורמת לחולה, גם הטוב ברופאי השיניים לא יוכל להגדיר בצורה "אובייקטיבית". אין זאת אומרת שנבצר מאתנו למדוד את הכאב מבחינה כלשהי. אדרבא, למטרות מחקר, כמו לצרכים קליניים, מקובל לדרג את הכאב. אחת השיטות המקובלות הנה השימוש בסולם הערכה בן 10 דרגות, MODIFIED BORG CATEGORY PAIN SCALE⁴ – אשר בו דרגה 0 מסמלת העדר כאב ואילו דרגה 10 מסמלת את הכאב הקשה ביותר שהחולה יכול להעלות על דעתו. זהו סולם הערכה אופרטיבי שאין בו דרוג חד משמעי. הוא מיושם בשטח בהיעדר שיטת הערכה טובה ממנו.

אילו היינו נוהגים על פי השיטה של "האדם כמכונה" בכל הנוגע להערכת הנכות, היתה פסיקתנו נעשית כולה על הדרך "האובייקטיבית" וניתן היה או להמשיל את קוה"ת לספר תחזוקה. בעת חישוב הנכות עלינו להביא בחשבון גם את איכות החיים, וזו אינה ניתנת למדידה בכל קריטריון אובייקטיבי. לפיכך לא ניתן לפוסק הרפואי במקרים מסויימים אלא להסתמך על מיטב שפוטו העצמי. מקרים אלה עלולים להימצא בתחום שאותו אין קוה"ת¹ מכסה. ענין זה כבר נדון בהרחבה בחוברת קודמת של "רפואה ומשפט"⁵ בקשר עם התסמונת שלאחר זעזוע מח. הנכות הכרוכה בתסמונת זו מוערכת בדיכ על פי סעיף 34 מקוה"ת, המתמך על ההתאמה הסוציאלית ועל כושר העבודה. ערכים אלה, מעצם טבעם, קשים לכימות.

לעומת זאת ישנן נכויות, בתחומי האורתופדיה, או הראיה או השמיעה שלכאורה ניתן להגדירן במדויק בסנטימטרים, מעלות או דציבלים. ברם, גם כאן עלול יישומו של קוה"ת להיתקל בקשיים ולהלך מספר דוגמאות:



ד"ר זאבי דביר



ד"ר אהרון ארלוזורוב

קביעת דרגת הנכות באחחים הנה מעשה של שגרה. הכלי העומד לרשותנו לצורך זה הינו קובץ התקנות בדבר קביעת נכות והמבחנים הרפואיים, דהיינו: חוק הביטוח הלאומי. להלן: קוה"ת. קוה"ת פורטס לראשונה ב-10.6.56 ומאז נעשו בו כמה עדכונים¹. יישומו היומיומי של קוה"ת כרוך בקשיים לא מבוטלים. חלקם נעוץ במורכבות העצומה של המכונה האנושית, שאת תקלותיה מנסה קוה"ת להגדיר בערכים ספרתיים. זהו קושי עקרוני-מהותי. חלק מן הקשיים נעוץ בקוה"ת עצמו ובניסוחיו וכאן ניתן למצא אי אלה דברים הניתנים לתיקון.

הפילוסופיה של "האדם כמכונה" מוכרת מאז ימי יוון הקלאסית, ובמהלך הדורות חלו בה התפתחויות. נושא הרגל המייצג של פילוסופיה זו הוא LA METTRIE בספרו הנושא כותרת זו (1747), וענין זה נזכר ע"י POPPER². פופר, מגדולי הפילוסופים של המדע, שולל את גישתו של LA METTRIE מכל וכל ומנמק:

"המכונה איננה מהווה תכלית בפני עצמה ותהא מורכבת ככל שתהיה. המכונה עשויה להיות יקרת ערך בין אם בגלל יעילותה ובין אם בגלל נדירותה... אבל מכונות עלולות גם לאבד את ערכן ואז, כאשר מספרן עולה על הדרוש לנו, אנו נהיה מוכנים לשאת בהוצאות ובלבד שניפטר מהן. לעומת זאת לחיי האדם הננו מייחסים ערך רב בפני עצמם, זאת למרות התפרצות האוכלוסין, שהיא מן החמורות שבבעיות זמננו. על כן, אנו מייחסים ערך גם לחייו של רוצח".

הבדל נוסף בין ייצור חי למכונה הוא יכולתו של החי לחוש כאב ולחילופין – עונג. וככל שהדברים נוגעים

ד"ר ארלוזורוב – מנהל המחלקה הנורולוגית במרכז הרפואי אסף הרופא.
ד"ר דביר – מרצה בכיר בפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב ומנהל המרכז להערכת בצועים מוטוריים.

לעומת זאת ישנן נכויות, בתחומי האורתופדיה, או הראיה או השמיעה שלכאורה ניתן להגדירן במדויק בסנטימטרים, מעלות או דציבלים. ברם, גם כאן עלול יישומו של קוה"ת להיתקל בקשיים ולהלן מספר דוגמאות:

סעיף 36(2) דן בחסר בעצמות הגולגולת שנהוג למדוד בסנטימטרים רבועים. דרגות החומרה נעות מ-5 סמ"ר עד 30 סמ"ר בהתאם לשטח החסר. מדידה של שטח זה באותן דרגות הדיוק המפורטות בסעיף 36(2) עלולה להיות שגויה כאשר מדובר בערכים הגבוליים מחמת הסיבות דלקמן:

(א) צורת החסר לעולם איננה הנדסית ולא ניתן לחשב את השטח שלה על פי מדידות של קוטר, או אורך, או רוחב.

(ב) מדידת גבולות החסר מבעד לקרקפת עלולה ללקות באי דיוקים בגלל עובי הקרקפת.

(ג) מדידה רדיולוגית של החסר על לוח הצילום עלולה להחטיא את המטרה בגלל שינויים אפשריים בזוית שבין קרן הרנטגן לבין מישור החסר. שינויים אלה עלולים לשנות את ההיטל של החסר על לוח הצילום וממילא גם את ממדיו. נוסף כי בסעיף 36(2) לא נלקח בחשבון מיקומו של חסר העצם. סביר כי פגם במוצא עשוי להיות קשה יותר מפגם שזה"ממדים בקדקוד או בעורף. כי אזור הקדקוד והעורף פחות חשובים לחבלה חזרת וברוב המקרים מכוסים שיער.

סעיף 37 דן בעמוד השדרה וארבעת תת סעיפיו הראשונים דנים בקיבוע עמוד השדרה בגבהים שונים. כאן מתמקדות דרגות החומרה בהבדלים שבין "זוית נוחה" ל"זוית בלתי נוחה" או בין "קיבוע במצב נוח" לבין "קיבוע במצב בלתי נוח". הבדלים מעין אלה ניתנים לפירושים שונים לפי הגישה של כל פוסק ואין צריך לומר שעצם הגדרת קיבוע של עמוד השדרה במושג "נוח" איננה נוחה כל עיקר. ייתכן שעדיף היה לדרג את הנכות בסעיף זה על פי "ההגבלות הנגרמות ע"י המחלה בחיי יום-יום".

סעיף 12(1) דן בלשון וקובע נכות של 20% עבור "איבוד פחות ממחצית הלשון עם השפעה בולטת על הדיבור והבליעה". ניתן לומר כי במצב של חבלה בחלק הקדמי של הלשון, ההפרעה בבליעה לא תמיד קיימת במקביל עם ההפרעה בדיבור. לדעתנו הפרעה בולטת בדיבור, לעצמה,

מקורות:

אמורה להקנות יותר מ-20% נכות. במיוחד כאשר נוספת עליה הפרעה בבליעה.

סעיף 34 דן בהפרעות פסיכונזירוסיות. הגדרת החומרה נקבעת בו בין השאר בהסתמך על "סימנים אובייקטיביים". ידוע שהתסמונת הפסיכונזירוסית מוגדרת כתסמונת תפקודית "סובייקטיבית"⁶. אם יופיעו בה סימנים "אובייקטיביים" כלשהם, בתחום הנזירולוגי או בתחומים אחרים, אזי תצא התסמונת הפסיכונזירוסית ה"סובייקטיבית" מכלל נזירות, ותיחשב כמחלה "אורגנית".

סעיף 29(7) דן באפאזיה ודיסארתזיה. הראשונה היא הפרעה בתקשורת הנגרמת בתוצאה מפגיעה במרכזי השפה שבקהמיספּרה השמאלית הדומיננטית של המוח⁷. לעומתה דיסארתזיה היא הפרעה בדיבור בגלל שתוק או חולשה של אברי הפה והלשון ונגרמת בד"כ מפגיעה במוחון, במוח המוארך או בעצבי הגולגולת שמוצאים מן המוח המוארך⁸. ההבדל בין אפאזיה ודיסארתזיה הנו מהותי וקיימת אבחנה מבדלת בין השניים. והנה, בסעיף זה מופיעה ההגדרה "אפאזיה דיסארתרית עם הפרעות בהיגוי בלבד". להערכתנו, הכוונה כאן לדיסארתרית ולא לאפאזיה ונראה שנפלה כאן טעות סופר ומן הראוי לתקנה. כמובן שהבהרת ענין זה נתונה בידי המחוקק.

יישומו של קוה"ת איננו ענין של מה בכך: הקובץ מהווה גשר בין מערכת מושגים מתחומי הרפואה. (בהיותו עוסק בהגדרת הפגיונות בפעילותה של "מכונת האדם") לבין מושג הנכות המוגדרת באחרים ואשר עשויה להיבחן בפני בית המשפט. זאת ועוד, גם כאשר הנכות הנה "מיכאנית" באפיה וניתנת להימדד בערכים "אובייקטיביים" לעולם מתוסף אליה המימד ה"סובייקטיבי" דוגמת אותו חור בשן והכאב שהוא גורם.

קוה"ת, המהווה צומת, או גשר, בין הרפואה לבין המשפט, אינו נקי במתכונתו הנוכחית מטעויות ומשבוישי ניסוח. פרק המבחנים הרפואיים שבקוה"ת הוא מעיקרו טקסט רפואי, והוא ראוי לברק בית. במצב הנוכחי קיימת הסכנה של יצירה מתמשכת של תקדימים בהסתמך על פסיקות בתי המשפט, מבלי שניתן בפסיקות אלה משקל או בטוי הולם גם להשקפה הרפואית עצמה.

1. חוק הביטוח הלאומי. תקנות בדבר קביעת דרגת נכות והמבחנים הרפואיים (תדפיס), הוצאת המוסד לביטוח לאומי ירושלים, 1972.

2. POPPER K.R., ECCLES J.C. THE SELF AND ITS BRAIN. Berlin, Springer, 1977.

3. YAKSH T.L. THE SPINAL PHARMACOLOGY OF FACILITATION OF AFFERENT PROCESSING EVOKED BY HIGH-THRESHOLD AFFERENT INPUT OF THE POST-INJURY PAIN STATE. Curr. Opin. Neurol. Neurosurg. 1933; 217-222.

המשך בעמ' 26

בדיקה רפואית משפטית של קרבנות אונס

בשאלות מיותרות, אך בו בזמן עליו לכוון אותה בעדינות במסלול הנכון. גם אם הרופא מרגיש שהנבדקת, בנקודה מסוימת, אינה דוברת אמת, עליו להמנע מביטויים כגון "את משקרת", "לא נכון", ובודאי שאל לו לאיים על הנבדקת.

במהלך עבודתי השתכנעתי, כפי שמדגיש WOODING, כי החומר הנסיבתי שהרופא אוסף מן המתלוננת, משמש את החוקר, את הצדדים במשפט ואת השופט עצמו. תוך השיחה עם המתלוננת צריך הרופא לברר אם התוקף השתמש בכוח, ואם נגרם נזק למתלוננת. אם כן – באיזה מכשיר, או מכשירים השתמש התוקף; באיזה עוצמה; באיזה מקום; האם נשארו סמנים; האם היה נסיון לחנק; אם כן – באיזה אופן; באיזה עוצמה; האם הנתקפת התנגדה באופן אקטיבי או פסיבי; האם גרמה לחבלה והשאירה סמני חבלה על התוקף. יש לשאול אותה אם צעקה; אם בקשה עזרה; מה היתה תגובת התוקף; האם ניסה לסתום את פיה; ואם כן – איך עשה זאת ובמה.

באופן מיוחד נחוצות שאלות מנחות שיביאו לתאור מדויק ומפורט של המגע המיני עצמו. הרופא המשפטי צריך לשאל את הנבדקת אם היה נסיון להחרת אבר המין. אם כן – איך, ובאיזה צורה. באיזה צורה התנגדה הנתקפת. האם היה שמוש באצבעות. האם הנתקפת הרגישה כאב. האם היה דימום. האם היתה שפיכת זרע. אם כן – איפה? בתוך אבר המין שלה, על הבגדים, על כלי המיטה? האם התוקף נגב את "כ" את הנתקפת. ואם כן – במה.

הרופא המשפטי צריך לשאל את הנבדקת, אם הבחינה לאחר האירוע בסימנים או בכתמים מעוררי חשד ואם ניסתה לכבס או להוריד אותם; אם התקלחה או רחצה את אברי מינה; מתי ואיך.

במספר ניכר של המקרים שבדקתי, התוקף לא הסתפק רק במגע מיני טבעי – וגניילי, אלא ניסה לבצע, או הצליח לבצע גם מגע לא טבעי, אנלי (מעשה סדום) או אוראלי (בפה) ובמקרים נדירים – בין השניים. המתלוננות "לא אזהבות" לספר ביזמתן את כל הפרטים האלה.

באחד המקרים נבדקה בחורה בת 16, שהיתה בתולה עד לאותו ארוע. תשובותיה לשאלות היו שליליות, אך כאשר נטלתי משטח מתוך פיה, – נמצאו בו תאי זרע.

ברוב הבדיקות וחוות-הדעת של מקרי אונס, המידע

הערת המערכת: ב"רפואה ומשפט" מס' 9 (דצמ' 1993) נתפרסם מאמרו של דר' בצלאל בלוך – "דרישות וליקויים בבדיקה מדיקול-גית של מקרי אונס" – המשכו מובא להלן

השלבנים העקריים בע-בודת הרופא המשפטי

(1) קבלת ואיסוף מידע נסיבתי מפורט על

כל התהליך שקדם לאונס, כל המידע על האונס עצמו, והפעולות שאחריו.

(2) הבדיקה הגופנית של הנבדקת. שלבי הבדיקה הזו:

(א) בדיקת כל הגוף במטרה למצא סמני חבלה ואלימות. סמנים כאלה יכולים להעיד על שימוש בכח פיזי על ידי התוקף כדי להתגבר על ההתנגדות של הקרבן.

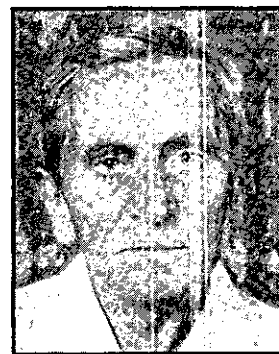
(ב) בדיקה ספציפית של אברי המין שתוכל לספק נתונים וממצאים אנטומיים להוכחת עובדת המגע המיני.

כל זה במטרה לבדוק האם קיים מתאם (קורלציה) בין נסיבות האירוע, כפי שתוארו ע"י הנבדקת, לבין הנזקים אשר הרופא מגלה אצל הנבדקת, צורת הנזקים ומקומם.

חוגים מסוימים ובמיוחד אלה המדברים בשם ארגוני נשים, מתנגדים לאיסוף מידע נסיבתי וגניקולוגי ע"י הרופא המשפטי. הם רואים בכך מעין חקירה נוספת העורמת סבל מיותר של הנחקרת, הטוענת שהיא קרבן אונס. זוהי גישה מוטעית, מוזיקה לבדיקה המדוקלגלית ומנוגדת באורח חד-משמעי לדרישות בספרות הרפואית-משפטית, ולנוהלים המיוחדים הקיימים בשטח המיקצועי הזה. היא גורמת לאי הבנה מיותרת בעת הדיון המשפטי.

הרופא המשפטי אינו חוקר את הנבדקת אלא מבקש ממנה לספר לו בצורה חפשית ובאופן מסודר ועקבי את כל תהליך האירוע, תוך שהיא מדגישה את הנקודות הרלוונטיות לשאלות שהרופא חייב להן תשובה, והרלוונטיות לחוות דעתו ולביסוס מסקנותיו.

מומלץ שהרופא לא יקטע את רצף הסיפור של הנבדקת



דר' בצלאל בלוך

דר' בצלאל בלוך הוא פתולוג ותיק והיה מנהל המכון לרפואה משפטית.

הנסיבות קצר, לא קונקרטי או בכלל חסר. במיוחד בדוחות של רופאים גינקולוגים. יחד עם זה אני מדגיש את הצורך בגישה קריטית לנסיבות האלה.

השלבים בבדיקה אוביקטיבית של המתלוננת

א. ההתרשמות הכללית של הרופא הבודק, אודות המתלוננת: הגובה שלה; ההתפתחות הפיזית; המראה שלה; האיפור; סידור השיער; הביגוד – האם הלבוש מסודר; האם הבגדים מכופתרים ונקיים או – להפך – מלוכלכים, מקומטים, קרועים ולא מסודרים. האם הלבוש צנוע או פרובוקטיבי (לדעת הרופא).

יש לציין את מצב רוחה הכללי של הנבדקת. האם נראית מבוהלת, היסטרית או רגועה. האם היא מספרת על האירוע ברצון ובעקביות, או נמנעת ממסירת פרטים. אם נראים כתמים או מקומות חשודים על הבגדים יש לסמן בגיר או בחוטים סביב, אך בשום אופן לא להוריד את הסימנים. PAUL מדגיש כי צורת הלבוש של מתלוננת, – בשעת האירוע, לעתים תכופות שונה מצורת הלבוש בו היא מופיעה בבית המשפט.

לאחר בדיקת הבגדים יש למסור את חלקי הביגוד הרלוונטים לבדיקה במעבדות מז'פ (מחלקה לזיהוי פלילי) של המטה הארצי. מסירת הבגדים לבדיקה תיעשה רק דרך חוקרי המשטרה. כל בגד יועבר בשקית מיוחדת נפרדת. אין צורך למסור את הבגדים, שאין עליהם חשד לממצא רלונטי.

הבדיקה של גוף הנבדקת מתחלקת כך: תחילה הבדיקה הכללית של כל חלקי הגוף. מיוחדת לגלות ולתאר סמני חבלה ושינויים, שיכלו להגרם על ידי התוקף, או על ידי סיבות אחרות תוך המאבק, כדי להתגבר על התנגדות האישה ולהכריעה; יש לציין את מיקומם וצורתם של הנזקים החבלתיים; דרגת האינטנסיביות ועצמת הכוח שהופעל.

דרגת האינטנסיביות והכוח שנדרש כדי לגרום את הנזקים החבלתיים, תלויה גם במידה רבה ביחס שבין הכוח הפיזי של התוקף, לבין הכוח הפיזי של המתלוננת, ומותנה ביכולת העמידה שלה ובנחישותה להתנגד ולהתגונן.

לכל הנתונים האלה חשיבות משפטית בעת הדיון בבית המשפט ובהכרעה בדבר השאלה האם התקיים וברצע אונס, או לא.

השלב הבא הוא הבדיקה המקומית, הספיציפית, של אברי המין של המתלוננת. הרופא צריך לקבוע אם הנבדקת בתולה, האם במקרה הקונקרטי היה מגע מיני או לא; אם היה – האם היה זה מגע מיני ראשון או שהדבר אינו ניתן לקביעה. האם היתה החדרה של אבר כלשהו או חפץ לאברי המין של הנבדקת, ואם היתה חדירה, אזי לאיזה עומק.

הספרות המקצועית ממליצה שתוך בצע הבדיקה הכללית, הנבדקת תסיר את כל הבגדים ותשאר עירומה. לדעתי עדיף לבצע את הבדיקה הגופנית בשני שלבים. תחילה תסיר הנבדקת את הביגוד מהחלק העליון של הגוף, ולאחר גמר בדיקת חלקי הגוף העליונים תלבש את הבגדים שהסירה ותוריד את הבגדים מחלק הגוף התחתון ואז ימשיך הרופא את הבדיקה.

הבדיקה צריכה להיעשות בקפדנות תוך סימון מדויק של המקום הטופוגרפי. בעזרת הנקודות המקובלות בגוף יש לציין את ממדי הנזק בסמ' צורתו; הצבע והגוונים של המקום הפגוע.

לפי נתונים אלה צריך הרופא הבודק לבחן ולקבוע את מהות וסוג הנזק מבחינה רפואית-משפטית: האם לפניו שריטה; פצע, קרע, פצע דקירה, או חתך, ואולי נשיכה. לדאבוני הרופאים הבודקים, פרט לרופאים משפטיים, – לעתים תכופות אינם מקפידים ואינם מדויקים בהגדרת הממצאים שאיבחנו. בכמה דוחות שראיתי, כל התיאור התבטא ברישום לקוני: "חתך בצד ימין של הגב", ולאמיתו של דבר התברר שהיה פצע קרע שטחי מאורך.

מבחינת החוקרים חשוב לקבוע לא רק את סוג הנזק, אלא איך ובמה נגרם; לברר את המנגנון של הנזק וזמן התהוותו, והאם הדבר תואם את דברי המתלוננת. כלומר לבדוק את אמינות הסיפור ותאור הנסיבות. חשוב לציין סמני נזקים ישנים; דלקות, גלדים. את מיקומם על הגוף וצורתם המדויקת. ידוע שצלקות רוחביות על אמות הידיים של הקרבן ו/או על אמות הידיים של התוקף יכולות להוות חוכחה לשימוש מופרז בסמים. מומים מולדים או נרכשים חשובים מבחינת היכולת של האישה להתגונן ומבחינת היכולת של הגבר לתקוף ולבצע את זממו.

מדי פעם מתעוררת השאלה, האם ישנם סמני חבלה ואלימות פיזית, שהם ספציפיים אך ורק לאינז או לניסיון לאינז, והאם ישנם נזקים, שהם – לכל הפחות – אופייניים. התשובה לגבי סימנים ספציפיים היא שלילית כי כל נזק שנגרם תוך תקיפת אינז, יכול היה להגרם גם בנסיבות אחרות או תוך תקיפה במטרה אחרת מאשר אינז. לעומת זאת, ישנם סימני חבלה שאנו נתקלים בהם בעיקר במקרי אינז, והם אופייניים – אם כי לא בצורה מוחלטת, למקרי אינז. כך למשל, שפכי דם תת-עוריים עגולים, בקוטר של 1.5 – 2.0 סמ', בצבע כחול בהיר בקבוצה של 3 – 4 מסודרים כמעט בשורה אורכית בצדי הזרועות, יכולים לשמש הוכחה ללחץ באצבעות, כדי להתגבר על הקרבן, לדחוף אותה ולהשכיבה.

אחת מפעולות ההתנגדות שהנתקפת נקטת בהתנגדות להחדרת אבר המין, היא הצמדת והידוק הירכיים. קבוצת השרירים האדוקטוריים חזקה במידה כזו, שכדי להפריד ביניהם צריך התוקף ללחוץ בכוח ניכר באצבעות ידיו על צידי הירכיים, כדי להרחיקן זו מזו. ואז לפשק את הרגליים

ולאנוס את הקרבן. רווחת הדיעה כי שפכי דם אלה בצד הפנימי העליון או האמצעי של הירכיים, כתוצאה מלחץ האצבעות אופייניים לנסיון לאנוס או לאנוס, והם גם משמשים כהוכחה למאמץ שעושה התוקף.

אחת הדרכים להתגבר על ההתנגדות של הנתקפת זהו נסיון לחנק או חנק ממש של הנתקפת ע"י לחץ על הצוואר. לרוב החנק הוא ידני *MANUAL STRANGULATION*, בלחיצה של יד אחת או שתי הידיים על הצוואר, יחד עם סגירת הפה. על הצוואר מוצאים שריטות קטנות פסיות, לפעמים סימני צפרניים יחד עם שפכי דם תת-עוריים קטנים. תופעת לואי אופיינית לחנק ידני—אלה הם שפכי-דם, אכרימוזות—המופיעים בלחמיות, בעפעפיים וברירית-הפה. בכמה מקרים ראיתי כי כמות שפכי הדם הקטנים במקומות שהוזכרו, היתה גדולה יותר מן הכמות הנראית במקרי חנק, כאשר הלחץ על הצוואר נגמר במוות. שפך דם בצורת אליפסה, בצבע אדום בהיר (ולא כחול-סגול) על הצוואר, על הכתף, על השד, או במקומות אחרים הוא לרוב תוצאה של מציצה בשפתיים ע"י התוקף. גודל שפך הדם הבהיר צריך להתאים בערך לגודל שפתי התוקף.

שריטות אורכיות או אלכסוניות על הגב יכולות לשמש כעדות לגרירת או סחיבת הקרבן על קרקע מחוספסת.

מובן שכל הנזקים האלה בצורתם ובזמן התהוותם צריכים להתאים לנסיבות. לדוגמה: שריטות על הבטן מעל לאברי המין יכולות להגרם על-ידי הצפרניים תוך הורדת או הרמת הבגדים באיזור זה.

סוגיה שנידונה לעתים מזומנות בסיפורת הישנה, היא האם יכול גבר אחד לאנוס אישה מבוגרת בריאה. רוב החוקרים מחזיקים בדיעה, שאם האישה מתנגדת ברצינות, אין הגבר מסוגל לאנוס אותה לבדו. לדעתנו אין מקום לקביעה כוללת ויש להעריך כל מקרה באורח קונקרטי, ולפי הנסיבות והנתונים הפיזיים של האישה ושל הגבר. כמו כן חשוב לדעת כמה נמשך המאמץ של הגבר להכניע את האישה. לרוב—האישה היא הראשונה לאבד את הכוח והיכולת להתנגד. מצד שני, התכתשות מתמשכת, כשהאישה בעלת נסיון בחיי מין, ויודעת להשתמש באמצעי התנגדות והגנה, תגרום לבסוף לשפיכת זרע של הגבר, טרם יבצע את זממו.

יש גם להתחשב בנסיבות אחרות—לא פיזיות—, שיכולות לעזור לגבר להתגבר ביתר קלות על האישה: גורם הפתעה, הפחד, הבלבול שלה, העיפות, ולבסוף—האיום. כל אלה יכולים להיות גורמים בפני עצמם, שהוכחתם היא לא מנת חלקן של הרופא המשפטי. אולם אלה הן נסיבות נלוות שעוזרות לתוקף המפעיל שמוש בכוח חבלתי פיזי, ואז יכולה דרגה הכוח ועוצמתו להיות נמוכה מן הרגיל. מתוך עין בספרות המקצועית ומנוכחות בשיבות בתי

המשפט מתקבל הרושם כי הדרישות מהאישה לגבי דרגת ההתנגדות וההתנגדות לתוקף ולכוח הפיזי שלו הן כיום יותר קלות יותר ליברליות מאלה שהיו פעם.

הצורך להוכיח כי היה אינוס, אשר התבטא בהתנהגות הגובלת עם סיכון לחיי הנתקפת—אינו מוזכר עוד בספרות. השינוי הזה אשר חל בנאנסות ובקרב הציבור מוטבר ע"י MASON בשלשה גורמים: (א) הטיפול והריפוי המתקדם והמוצלח ברוב מחלות המין. (ב) ברוב המדינות ניתן לבצע הפלות לפי רצון האישה ההרה, כמעט באופן חפשי. (ג) השימוש הנפוץ באמצעי מניעה נגד כניסה להריון.

נדרשת כיום מידה רבה של הקרבה כדי שבחורה תעדיף להסתכן בחניקה או בכיעור פניה בסכין על פני השלמה עם ביצוע מגע מיני. ויש בכך כדי להסביר את הירידה בגילוי סימני חבלה ואלומות על גוף המתלוננת הנבדקת. לא פעם נוקט התוקף באמצעים לריסון ולשיתוק כושר ההתנגדות של המתלוננת. לכן ניתן למצוא סמני חבלה בשרשי הידיים של האשה שהותקפה. הסמנים נגרמו מלחץ של התוקף או חברו על שרשי ידיה או מקשירת כפות ידיה ואו רגליה ע"י לולאה. במקרים כאלה, לעתים קרובות נשארים כאן סמני לחץ של הלולאה. לרוב על כל ההקף.

כדי להמם או לגרום לערפול או לאיבוד הכרתה של הנאנסת, הולם התוקף בעצם או מכשיר קשה על ראשה. הנזק החבלתי הנגרם במקרים האלה—שפכי דם בקרקפת; שריטות ולעתים פצעי-קרע. לא תמיד קל לגלות את הנזקים בראש, בגלל שכבת השערות של האישה. כמו כן לא תמיד נשארים סימנים אנטומיים לאחר המכות. מוצע לשאול את הנבדקת אם היא סובלת מכאבים בראשה ואם היא מיששה את מקום המכה וגלתה נזק חבלתי מסוים. ואז לחזור ולבדוק את המקום ביתר קפדנות.

במקרה של נשיכות, או חשד לנשיכות, צריך התיאור האנטומי ע"י הרופא להיות מפורט ומדויק. במיוחד כאשר מדובר בנעיצת שיניים בודדות. תאור כזה יכול לשמש לגילוי זהותו של החשוד וכהוכחה שהוא אכן התוקף האנס. מומלץ במקרים כאלה אפילו לחייב את הרופא הבדוק להיעזר ברופא שיניים הבקיא בדנטולוגיה מדיקולגלית. הכרחיים תצלומים של המקום החשוד, וגם את אלה רצוי לערוך בהוראת רופא השיניים. תצלומי הנזקים על גוף הנבדקת, אם נעשו בהסכמתה, יכולים תמיד לשמש כהוכחה חשובה.

סקרים שפורסמו בספרות הרפואית המשפטית, וכן שני סקרים לא גדולים שלנו, מצביעים על ממצאים מעניינים: נקח את מקרי האנוס שבהם התלוננה הנתקפת על שימוש נגדה באלומות פיזיות כדי לשבור את התנגדותה. ב־30%–40% מן המקרים האלה לא נמצאו על גוף המתלוננת שום סימני חבלה. לדעת DI MAIO העדר סימני

להיראות יותר מבוגרת מאשר ניתן לצפות מהתבגרות התואמת בדרך כלל שנה אחת.

בבדיקת איזור הבושת, MONS PUBIS, צריך לתאר את צורת התשעורת, לחפש שפכי דם, שריטות קלות, סימני לכלוך וגופים זרים זעירים; לסרק את השיער, כדי לבדק האם אין בין השערות שערות זרות שנתלשו מערוות הגבר. את הממצאים האלה צריך הרופא לאסוף במעטפות ולהעביר אל מעבדות מוזיפ של המטה הארצי של המשטרה. יש לתאר את שפות המין הגדולות; הקונסיסטנציה שלהן; האם הן סוגרות ומכסות את שפות המין הקטנות, או שהן רופפות ולא הדוקות. זה יכול במידה מסוימת להעיד על נהול חיי מין נמשכים ולא חד פעמיים. ולהפך, אודם באיזור הקומיסורה האחורית, FOURCHETTE, מצביע לפעמים על קיום מגע טרי.

בחקירה נגדית ותוך מתן עדות התבקשתי מספר פעמים ע"י באי כח ההגנה לענות על השאלה האם קימים סימנים או שינויים פיזיולוגיים (ולא אנטומיים) היכולים להעיד על גירוי אברי המין כשלב הכנה לביצוע מגע מיני. MASON מפרט שלש תופעות כאלה: (א) – סיכה ספונטנית של רירית הלידן; (ב) – גודש של שפות המין; (ג) – התארכות של הלידן.

תופעות אלה הן חולפות ורק לפעמים נשארות עד לאחר האורגזמה. הגודש של שפות המין נשאר לזמן יותר ארוך.

החלק החשוב ביותר בבדיקות מקרי אונס הוא תיאור קרום הבתולים, תכונותיו המולדות והשינויים הנרכשים. הקרום, כידוע, מתוח בכניסה אל הלידן, INTROITUS, VAGINAE. ומפריד בין הכניסה לבין הלידן.

זהו קרום דק, שבשטחו הפונה החוצה מכוסה ברירית-שפות המין הקטנות, ובשטחו הפנימי, הפונה אל הלידן, מכוסה בהמשך רירית הלידן (שהיא יותר דקה ועדינה). בין שתי שכבות רירית אלה ישנם סיבים אלסטיים של ריקמת חיבור, המקנים לקרום הבתולים את האלסטיות. כן ישנם סיבי שריר, שבהם תלוי עובי הקרום, ביניהם כלי דם שמדממים בשעת קריעת קרום הבתולים על ידי החדרת אבר המין במגע המיני הראשוני.

בתוך הקרום נמצא הפתח המוביל אל הלידן. קוטר הפתח נע בין 3 ל-10 מ"מ, תלוי בגיל ובמבנה הגוף. המבנה האנטומי של קרום הבתולים אינו אחיד ומשתנה מכמה בחינות: מבחינת הרוחב (הגובה), הנמדד מהשוליים החיצוניים שלו (שפות המין הקטנות) ועד לשוליים הפנימיים (בפתח קרום הבתולים); מבחינת העובי; הבשריות, והאלסטיות של הקרום (התלויה בכמות סיבי ריקמת החיבור), ובמיוחד מבחינת שפות הפתח של הקרום.

בתאור קרום הבתולים יש לציין אם הוא נמצא עמוק או יותר קרוב; יש למדוד את רוחב הקרום למעלה, למטה ובצדדים; יש לקבע את העובי ומידת האלסטיות; האם

חבלה על גוף קרבן האונס אינו שולל את אמינות הטענה של המתלוננת כי נאנסה. לעומתו – WOODING ואחרים בדיעה כי עצם העובדה שהרופא לא גילה סימנים של אלימות פיזית על גוף הנבדקת מקטינים את מהימנות תלונתה בפני חבר השופטים. כרגיל במקרים כאלה, מציין הרופא המשפטי במסקנות חוות דעתו, או בעדותו, כי העדר סימני חבלה אינו שולל את האפשרות שהתוקף השתמש באלימות פיזית. לדעתי אין הרופא המשפטי יכול להסתפק באמירה כזו והוא חייב לשקול ולציין אם נסיבות האירוע הקונקרטי והתיאור של הנבדקת אכן תואמים לעצמת הכוח ולצורת הכוח שהופעל נגדה. ואם – באופן אובייקטיבי – היה מקום לצפות שיימצאו סימני חבלה על גופה.

רוב סימני החבלה על גוף המתלוננת, הם שפכידם ות עוריים לא גדולים; שפשוף עור עליון; לעתים יותר נדירות נראים פצעי קרע. כמעט שאין למצא סמני נזקים שנגרמו במכשירים קדים או אף חדים. רק במקרים בודדים נתקלתי בנזקים יותר קשים. הנבדקות אינן נזקקות – בדרך כלל – לטיפול כירורגי, או גינקולוגי, או טיפול רפואי אחר.

הבדיקה הגניטלית, דהיינו בדיקת אברי המין, היא החלק החשוב והקובע בחוות הדעת של הרופא.

חשוב לבצע אותה, כמו את כל הבדיקות בהקדם האפשרי, טרם נעלמו והשתנו הממצאים הטריים העדינים. הרופא המבצע בדיקה זו נדרש שיהיה בעל נסיון והתמחות בשאלות הספציפיות המדיקולגיות. הבדיקה עצמה צריכה להיות עקבית, מדויקת והתאור יהיה ברור וחד-משמעי. בתיאור האנטומי-גינקולוגי ובתיאור הנזקים החבלתיים צריך הרופא להשתמש במונחים ובשמות מקובלים בשפה העברית. אני בדיעה שלעתים, כשהמונח טרם התאזרח, ניתן להשתמש גם במונח לטיני או אנגלי.

יש לבדק את המתלוננת, כשהיא שוכבת על כסא גינקולוגי עם פישוק מקסימלי של הרגליים. הטכניקה הנוחה והטובה ביותר לבדיקת אברי המין ובדיקת הכניסה אל הלידן וקרום הבתולים, מתבטאת בזה, שהרופא הבדק תופס בחלק העליון של שפות המין הגדולות, לוחץ בקלות בין האצבעות ומורשך את השפתיים קדימה ולמטה. קרום הבתולים נמשך, כך שניתן לראות אותו בכל שטחו בצורה הטובה ביותר.

במקרי אונס של בחורות צעירות יש חשיבות לבדיקת השדיים, צורתם וגודלם. הקונסיסטנציה והאלסטיות של הפיטמות וצבען. כל זה יכול לשקף במידה מסוימת את מהלך חיי המין של הנבדקת. מצד שני – חיי מין מוקדמים משפיעים על תהליך ההתבגרות ומאיצים אותו, כך שהבחורה יכולה להיראות יותר מבוגרת מאשר גילה הביולוגי. לכך ישנה לפעמים חשיבות משפטית, היות ובחורה שעוד לפני שנה, בשעת האירוע – נראתה צעירה, ועתה – כעבור שנה, כאשר המשפט מתקיים, יכולה

נקרש. כמות הכדוריות האדומות קטנה בו מהרגיל. ניתן להבחין התקלפויות של האַנדומטריום ותאים מהלידן. יש גם שוני בפרותאינים; הוא מכיל כמות יותר גבוהה של פיברינוגן.

גודל הדימום שונה ותלוי בגודל הקרע ההיקפי; במבנה ובתכונות של קרום הבתולים: עוביו, גובהו, ומספר סיבי השרירים. קרום בשרי מדמם בכמות יותר גדולה. אם הקרום שקוף הדימום קטן, ואם הקרע עובר בשטח הקרום, במקום שאין כמעט כלי דם, יתכן שלא יהיה דימום כלל. לעתים תכופות קורה שהמתלוננת מגיעה כעבור מספר ימים ומספרת שהבחינה בטיפה או יותר דם על התחתונים. בבדיקה לא נמצא שום מקור מדמם ושום נוק. האם צריך להאמין לגירסתה? לא פעם אנו עדים לכך, שהמתלוננת – בהעדר נזקים באברי המין, וכדי להוכיח את גירסת האונס, טוענת כי לאחר האונס הופיעה על התחתונים טיפה או יותר של דם. את הבגד זרקה או השמידה. אל סיפור כזה צריך להתיחס בזהירות מסוימת.

נערה בת 14, שנמצאת בבית חולים פסיכיאטרי התלוננה שנאנסה ע"י הדוד שלה במכוניתו. היא נבדקה ע"י רופאה גינקולוגית ארבעה ימים לאחר האירוע. הרופא לא ציין שום נזקים ושום קרעים, ישנים או טריים לא על גופה ולא באברי מינה. עוד באותו יום הנערה נבדקה ע"י רופא המכון, שמצא קרע ישן בקרום הבתולים, ובכניסה אל הלידן מצא כיב ישן בקטר 3-4 מ"מ עם שפות מצולקות. לא היה שום נזק ושום דימום. תוך מתן עדותה נשאלה הרופאה אם ייתכן שהכיב הוא שגרם לדימום. הרופאה

השפה הפנימית (של הפתח) דקה או עבה ומעוגלת; האם היא ישרה או יש בה שקעים מולדים, העלולים לגרום לטעויות של קרעים לאחר מגע מיני; את האלסטיות מחדים ע"י הכנסה זהירה ועדינה של קצה האצבע לתוך הפתח.

כרגיל המגע המיני הראשון גורם לקרע או לקרעים בקרום הבתולים. כאשר הקרום דק יגרום הקרע לדימום קל. במידה והקרום עבה ועשיר בריקמת-חיבור וכלי דם, הדימום הוא יותר מסיבי.

עקב החרדת אבר המין של התוקף מופיעים לרב קרע או שניים, ולפעמים יותר. מקומם בערך בשעה 6 על לוח השעון, או משני הצדדים.

הדימום מאברי המין אחרי מגע מיני, מהווה בדרך כלל אחת ההוכחות לפגיעה ולקרע בקרום הבתולים ומשמש גם סוף הבתולות, DEFLORATIO. בעיות הדימום והופעת הדם מאברי המין מעוררות לא פעם ויכוחים באשר למקור הדימום והסיבה האנטומית לגילוי הקרע מומלץ למתח את שפות המין הגדולות ולבדוק בקפדנות את קרום הבתולים ואם נחוץ, להשתמש בזכוכית מגדלת. הקושי לקבע מה קרה ולענות לשאלות גדל עם חלוף הזמן ובמיוחד אם הבדיקה מתבצעת בשעת המחזור החדשי. יש המיעצים לדחות את הבדיקה. לדעתי יותר נכון לנקות את הדם ולברק כפי שהדבר מתאפשר ואם נשארות נקודות לא ברורות – להזמין את המתלוננת לבדיקה נוספת בגמר המחזור. בין הדם הרגיל והדם המחזורי מנסטרואלי קיים הבדל במראה ובהרכב. הדם המנסטרואלי יותר קהה ואינו



ענתה בחיוב ולדעתה ייתכן והדימום נגרם ע"י שיפשוף באבר המין הגברי.

מסקנה זו לדעתי מוטלת בספק רב, הן מבחינת יכולת הדימום של הכיב והן מבחינת המצאותו.

מתוך בדיקת תלונות על אונס ונסיון לאונס, ומתוך בדיקת המתלוננות עצמן, וכן מקריאת דוחות של רופאים אחרים, למדתי כי אחת הבעיות המעוררות קשיים וספקות, וגורמות לטעויות, קשורה בתאור נכון של צורת קרום הבתולים. במיוחד בפתח שלו ובשוליים הפנימיים. האם ניתן לקבוע בודאות כי ישנם קרעים בקרום; האם מה שאנחנו רואים זהו קרע מכני או שמא זהו שקע מולד דמוי קרע ולא תוצאת פעולה מכנית כל שהיא; אם לפנינו קרע, האם ניתן לאבחן ולקבע איך ובמה נגרם? בהחזרת אבר המין תוך מגע מיני וגנאלי או בהחזרת גוף אחר (אצבע, צוואר בקבוק, טמפונים); או תוך מגע לסבי. בדרך כלל מתהווה קרע (או כמה קרעים) בעת מגע מיני ראשון. קרע כזה מאופיין בכך שהוא נמשך לרוחב כל הקרום. זאת אומרת מהשפה הפנימית של פתח הקרום עד לשפה החיצונית, מקום התחברות הקרום עם הלידן. סימן מאפיין שני: הקרע מתמקד בשעה 6, או בין השעות 4-6-8. לעומת זאת, קרעים עקב ההזדווגות גופים אחרים מתחילים בשפה או בשוליים הפנימיים החופשיים של פתח הקרום ואינם מגיעים עד לשוליים החיצוניים. כלומר הם קצרים ואינם עוברים לרחב כל הקרום. גם מקום התהוות הקרעים שונה: הם מתמקדים בחצי העליון של הקרום. בין השעות 3-12-9. סימנים אלה אינם מוחלטים, והם מותנים בנסיבות האירוע. תכונה נוספת של הקרעים, בלתי תלויה בנסיבות התהוותם: שפות הקרע אף פעם אינן מתאחות לגמרי, גנו לא בהתערבות חירורגית או רפואית אחרית. הקרע נשאר לתמיד, ופתח הקרום, שלפני כן היה צר, יישאר רחב. מגעי מין נוספים לא יגרמו להתהוות קרעים, חדשים טריים. ומכאן שתלונה על אונס (שלא היה מגע מיני ראשון) שבעקבותיו היה דימום טרי, לא תעמוד במבחן האמת.

ריפוי קרעים בקרום הבתולים עובר דינמיקה קבועה, פחות או יותר, שיש לה חשיבות מיוחדת לקביעת פרק הזמן מן האונס ועד לבדיקה. בתהליך הרפוי ישנה הצטלקות של שפות הקרע, אשר דורשת 10-14 יום. במשך הימים האלה שפות הקרע משתנות ולפי מצבן ניתן לקבוע כמה זמן עבר מהאונס, ואם הוא תואם את גירסת הנאנסת. בגמר הריפוי אין אפשרות לקבוע מתי התהוו הקרעים בקרום. במשך 2-3 הימים הראשונים שפות הקרע בצלקיות, מדרמות מנגיעה קלה, צבען אדום כהה. אחרי 4-7 ימים שפות הפצע מתכסות בפיברין וכאמור – התהליך נגמר לאחר 10-14 ימים בהצטלקות עדינה ומעוגלת, בצבע אפור. מהירות הרפוי מותנית בתכונות הקרום והיא איטית ככל שהקרום עבה יותר. כפי שכבר נאמר לעיל, הכרחי להבדיל בין קרעים מכניים בקרום, לבין שינויים ושקעים מולדים. לא פעם תהיה הנבדקת חסרת סבלנות בעת הבדיקה. על

אף זאת חייב הרופא המשפטי לנהוג באורך רוח, ואף להתייעץ עם עמיתים אם יש ספקות בלב. כי אבחנה לא נכונה תוכל להשפיע בעת המשפט על גורלו של אדם. דוגמה: עוד בעבודתי בחו"ל נתבקשתי ע"י המשטרה לבדוק תלמידה בת חמש עשרה וחצי. הנערה התלוננה כי אביה קיים אתה יחס מין שנה קודם לכן. האם תמכה בהאשמה. פתולוג מקומי שברק את הנערה קבע כי קרום הבתולים ניזוק ויש בו קרע ישן שנגרם ע"י יחסי מין. לא ניתן תיאור מפורט יותר. בית משפט מחזי הטיל על האב כמה שנות מאסר, למרות שזה כפר באשמה בתוקף.

לאחר טענות חוזרות של האב בדבר חפותו וכי היתה כאן עלילת שוא של האם והבת נתבקשתי לבדוק את הנערה שנית, בהסכמת המשטרה. בבדיקה החוזרת הזו השתתפו 3 רופאים משפטיים בכירים והגענו למסקנה חד משמעית: אותו קרע שהרופא הראשון איבחן בתור קרע מכני, היה שקע מולד, בערך בין השעות 10-1. השקע היה קצר ולא לרחב כל הקרום. שפותיו היו מרוחקות קמעה, חלקות, דקות, ישרות וללא סימני הצטלקות. כל אלה – מאפיינים מנוגדים לקרע מכני. הבת הודתה כי בדתה את כל סיפור האונס, אחרי הסתה של האם, אשר רצתה להתגרש מבעלה. האיש שוחרר אמנם מן הכלא אך הסיוט הקשור באותו אירוע ודאי לוה אותו לאורך זמן.

הספרות הרפואית-משפטית קובעת, כי לאחר שהקרעים בקרום הבתולים הצטלקו והגיעו למצב סטטי אין הרופא הבודק יכול לקבע אם המתלוננת הנבדקת קיימה יחסי מין, או נאנסה. למרות קביעה זו, ניתן לפעמים למצוא סימנים ושינויים המאפשרים לקבע אבחנה: א. זמן קצר לאחר מגע מיני ניתן לאבחן אדם מוגבר באזור הפורשט. ב. אצל נשים שהתנסו במגע מיני ראשון, עם קרע בקרום, בגיל צעיר מאד, הרי למרות שהקרעים הצטלקו מזמן, אוי אחרי מגע מיני בגיל מבוגר, מופיעים קרעים טריים נוספים. תופעה יותר שכיחה: אצל נשים בגיל מתקדם, שלא קיימו יחסי מין זמן ממושך, יכולים להפיע אחרי אונס קרעים טריים, וגדולים יחסית, כיון שהרקמות אבדו את האלסטיות שלהן.

לעתים מזמנות מתעוררת שאלה: האם ניתן לבצע מגע מיני עם אשה בתולה מבלי לגרום לקרעים בקרום. עקרונית – התשובה חיובית, והתופעה שכיחה. בהתאם לספרות – עד 15%. התרחשות כזו מותנית בכמה תנאים: א. הצוה והמבנה של הקרום, ובמיוחד גודל הפתח. ב. גיל הנאנסת ביחס לגיל התוקף, וההתפתחות הפיסית של כל אחד מהם.

מכאן, שלא ייתכן קיום יחסי מין בין גבר מבוגר לילדה בת 12, שאחריהם קרום הבתולים יישאר שלם. במקרה שנערה בתולה, המתקרבת לגיל בגרות, מתלוננת על אונס עם חדירה מלאה, ובעת הבדיקה מסתבר כי הקרום נשאר שלם, על הרופא הבודק להמשיך ולחפש אם

אכן קיימת אפשרות שלמרות החדירה לא נוצרו קרעים. פרטי הבדיקה הדרושה כבר צוינו לעיל. בתום הבדיקה צריך הרופא הבדוק לרשום בחוות דעתו, אם במקרה הקונקרטי שלפניו, למרות שלמות קרום הבתולים והעדר קרעים, ניתן היה לבצע מגע מיני, או שהתלונה בדבר אונס אינה אמינה ויש לדחותה.

המתלוננות על אונס נשאלות ע"י הרופא הבדוק אם קיימו בעבר יחסי מין. רובן עונות בחיוב, אך מוסיפות מיד "רק פעם אחת, לפני הרבה שנים". ישנה חשיבות חקירתית ומשפטית לכך, אם הרופא יכול לאמת את הגירסה של המתלוננת על סמך הבדיקות שערך. אנו מוצאים בספרות דעות כי ישנם מיקרוסימפטומים המאפשרים לאבחן אם המתלוננת קימה יחסי מין פעם או פעמיים או ניהלה חיי מין טדירים. בין הסימנים האלה נזכיר: העדר תגובה של האישה להכנסת אצבע דרך הפתח בקרום. התעבות השוליים הפנימיים של פתח הכניסה, השתטחות היריית של הלידן, במיוחד בחלקו הקדמי. סימנים אלה – פרובלמטיים, לא תמיד ברורים ויש להזהר במסקנות המסתמכות עליהם.

בדיקת עקבות שהשאיר התוקף

איתור, איסוף חמר החשוד כנזל זרע, והעברתו לבדיקת מעבדה, הוא מתפקדו של הרופא הבדוק. המחלקה לזווי פלילי במשטרה הציאה לענין זה הנחיות ברורות, יחד עם ערכה מיוחדת.

קימת השאלה של זמן המצאות תאי זרע במקומות שונים בגוף, והיכולת לגלותם. את השובה לשאלה הזו מבקשים השופטים לקבל, בעת הצורך, מן הרופאים.

גילוי נוזל זרע (ספרמה) ותאי זרע (ספרמוזואידים) באברי המין החיצוניים הוא הקריטריון השני בחשיבותו להוכחת מגע מיני. זהו קריטריון ביולוגי-סרולוגי, וחשיבותו בכך שהוא תקף כהוכחה למגע מיני לגבי נשים, מבלי להתחשב במצב שלמותו של קרום הבתולים ואם האשה קיימה בעבר יחסי מין.

הגילוי של נוזל זרע ותאי זרע, מאפשר לעתים לקבוע את זמן המגע המיני (האונס) ולשייך את האנס לאחת הקבוצות של המערכת הסרולוגית ABO ומערכת האנזימים הספציפיים.

לצורך האבחנה חשוב ליטול בהקדם את תאי הזרע ו/או נוזל זרע מן הבגדים, או מבלי המיטה, או מאברי המין החיצוניים, ובמיוחד משערות הבושת (יחד עם השערות) ולשלוח לבדיקה. צריך להשתדל לאסוף נוזל זרע או תאי זרע ממקומות שונים בלידן: מהכניסה, מהפורניקס, ורצוי גם מצואר הרחם כי שם נשמרים תאי הזרע בצורה טובה ולאורך זמן. מומלץ לקחת משטחים מאזור פי הטבעת ומן הפה. בכל מקרה יש ליטול דם ורוק לבדיקה הן מן הקרבן

והן מן החשוד. זאת – אם רוצים לקבוע את ההשתייכות הקבוצתית של הנאשם.

הפרשנות של הממצאים המעבדתיים היא בסמכותו של הרופא המשפטי, אם כי בשאלות סרולוגיות מוזמן להעיד מומחה המעבדה.

CARTWRIGHT בדק נשים שהתלוננו על אונס, וגילה כי בתוך 48 שעות מוזמן האונס היו תאי זרע בלידן אצל 37% – 63% מן המתלוננות. לאחוז הנמוך כמה סיבות:

א. שבערך 10% מכל הגברים המבוגרים סובלים מאוזוספרמיה, או מאליגוספרמיה.

ב. בערך שליש מן האנסים סובלים מדיספונקציה מינית, בכך שאינם שופכים את הזרע לתוך הלידן.

ג. בארצות הברית מתבצעים כמיליון נתוחי נאקסטומיה בכל שנה.

ד. כ-30% מקרבנות האונס מתקלחות טרם שהן מגיעות לבדיקה.

כל אלה מורידים במדה רבה את אחוז המקרים שבהם אובחנו תאי זרע בתוך הלידן אצל נשים שהתלוננו על אונס.

זמן ההשרדות, של תאי זרע בתוך הלידן אחרי מגע מיני, שונה אצל נשים שונות. הדבר מוסבר בשני גורמים: המקום הטופוגרפי ממנו נלקח החמר לבדיקה, והגישה המקובלת לאיבחון ספרמוזואידים.

אשר למקום נטילת החמר, ידוע כי בחלק הלידן הקרוב לכניסה לצואר הרחם, ויותר מכך – בצואר הרחם, תאי הזרע נשמרים בצורה טובה ולאורך זמן.

אשר לאבחון התאים. תא הזרע מורכב משלושה חלקים: ראש, צואר חנב, מבחינה רפואית-משפטית חשוב שהתא יהיה שלם, אך יש ומסתפקים לצורך אבחנה בגילוי ראש תא הזרע בלבד. באופן מעשי מבחינים בין תאים חיים, נעים, לבין תאים מתים. בהתאם לנתונים של ARTHUR F. SCHIFF (בספר של TEDDESHI ואחרים), הרי בזמן השפיכה של נוזל הזרע, 80% מן הכמות הכוללת של התאים, עדיין חיים.

זמן החיים של תאי זרע, וכמות התאים החיים והמתים מותנים בגורמים אחדים, שחלקם נעוצים בגבר וחלקם באשה. שק אשכים השרוי בחום גבוה (אמבטיה) יגרום למות של הספרמוזואידים. באשר לאשה – ידוע כי שלבים שונים של המתזור החדשי משפיעים על כמות הספרמוזואידים. הפלורה הבקטריאלית של הלידן ודלקת הלידן גורמת להפחתת כמות תאי הזרע ולקצור זמן חייהם.

אין תמימות דעים בין החוקרים בדבר משך החיים של תאי זרע. מקובל לחשוב כי ניתן לגלות תאי זרע חיים ונעים תוך זמן של עד 6 שעות. בחומר שנלקח מצואר הרחם – אפילו עד מספר ימים.

יש לפרט את מצב הבגדים; קרעים; כפתורים חסרים; כתמים החשודים ככתמי דם, או כתמי ספרמה; לכלוך או גופים זרים שיכולים להעיד על המצאות האיש במקום מסוים, התואם את זירת האונס.

בבדיקת הגוף יש להוריד את בגדי הנבדק ולחפש סימני חבלה, שריטות, שפכי דם תת-עוריים, נשיכות. יש לבדוק בקפדנות את אבר המין, ולחפש סימני חבלה, נשיכות. מן המקומות החשודים יש ליטול חומר לבדיקת מעבדה. דם, נחל זרע. יש לבדוק את הפתח החיצוני של אבר המין וליטול משטח תוך לחיצה לאורך האבר. יש לחפש שערות זרות באזור אבר המין ובין שערות הבושת. בהסכמת הנבדק יש לקחת דגימת דם במזרק.

לסיכום

אחרון אחרון – רצוי ונחוץ שהרופא יצא לזירת האירוע. מטרתי בכתבה זו היתה לסייע לרופאים שנתקלים בתלונות על מקרי אונס. כיצד לערוך את הבדיקות וכיצד להתייחס להכנת חוות דעת לבתי המשפט. הדברים מכוונים גם לחוקרי המשטרה ואנשי הפרקליטות.

בסקר שערכתי הסתבר כי מספר תאי הזרע שנתגלו ביום השני לאחר האונס, לעומת המספר שנתגלה ביום הראשון – ירד במדה ניכרת, וביום השלישי נתגלו רק תאי זרע בודדים.

בגופות של נשים מתות, שנאנסו לפני מותן, ניתן למצוא תאי זרע חיים תוך שעתיים, ואילו תאים מתים – אפילו לאחר שבעות. בגופה של אשה, שהיתה במשך כחודש בתוך מי נהר קרים (בסתיו), נמצא מספר ניכר של ספרמטוזואידים שנשמרו בצורה טובה.

בכתמי זרע יבשים, על בגדים, נמצאו תאי זרע כעבור שנה. הכתמים האלה, צבעם לבן-צהבהב. הם נוקשים וניתן להבחין בהם משני צידי הבגד.

בדיקת החשוד או הנאשם

בדיקה זו נערכת בארץ לעתים רחוקות, על אף חשיבותה הרבה. ייתכן ובגלל חוסר מודעות לערך של הבדיקה בזמן החקירה.

בתהליך הבדיקה יש לציין את מצבו הפיזי הכללי של הנבדק; גובהו; משקלו; ליקויים גופניים; האם אובחנו השפעות של אלכוהול, סמים;

מקורות:

1. BERTHOLD MUELLER (1975). GERICHTLICHE MEDIZIN. Springer Verlag. Berlin, Heidelberg.
2. NOVAK'S TEXTBOOK OF GYNECOLOGY. 11th Ed. Williams & Wilkins. Baltimore, London.
3. PAUL D. M. (1990). THE PITFALLS WHICH MAY BE ENCOUNTERED DURING AN EXAMINATION FOR SIGNS OF SEXUAL ABUSE.
4. SERDIUKOV M. G. (1964). SUDEBNAJA GYNEKOLOGIA I SUDEBNOE AKUSHERSTWO. Medicina. Moskwa.
5. TEDESHI C. G. ECKERT W. G. TEDESHI L. G. (1977). FORENSIC MEDICINE, W. B. Saunders Co. Philadelphia, London, Toronto.

המשך מעמ' 18

4. BORG G. A CATEGORY SCALE WITH RATIO PROPERTIES FOR INTERMODAL INTERINDIVIDUAL COMPARISONS, in: GEISSLER G.H., POTZOLD P., EDITORS. PSYCHOPHYSICAL JUDGEMENT AND THE PROCESS OF PERCEPTION, Berlin, V.E.B. Deutsche Verlag Der Wissenschaften 1982.
5. א. ארלוזורוב. התקנה הראויה לתסמונת שלאחר זעזוע מוח. רפואה ומשפט 8; 20-21, 1993.
6. NEMIAH J.C. PSYCHONEUROTIC DISORDERS, in: THE NEW HARVARD GUIDE TO PSYCHIATRY. Nicoli A.M., ed., Harvard University Press, 1988: 234-250.

הערכת מהימנות התלונה בליקויים של המערכת הלוקומוטורית



ד"ר זאבי דביר

בסיטואציה האופינית מתלונן התובע על הגבלה בתנועה או על חולשת שרירים המבוססים על ארוע חבלתי או תהליך פתולוגי מסוים. כדי להוכיח את טענתו בקשר להגבלת תנועה, מתבצעת בדיקה במהלכה מתבקש הנבדק לאפשר לבדוק להניע, PASSIVE RANGE OF MOTION, או לחילופין להניע בכוחות עצמו, ACTIVE RANGE OF MOTION, מפרק מסוים. יצוין עוד כי לענין תנועתיות עמוד השדרה הצווארי או המותני מוכרת למעשה רק החלופה השנייה. באופן דומה מתבצעת הערכת הפגיעה ביכולת השריר ע"י מידדת הכח (מומנט) שמפעיל השריר כנגד הבדוק (בבדיקה ידנית) או באמצעות מיכשור המיועד ספציפית למטרה זו. מאחר ובשני המקרים מדובר בפעולה רצונית, יוצא כי בבדיקה נוטל חלק גורם דומיננטי ביותר אשר את היקף השפעתו לא ניתן לכאורה לאמוד באופן אובייקטיבי. זהו מצב ענינים בעייתי בלשון המעטה.

בתנאים אלה סביר היה להניח כי סעיפי החוק יתייחסו לסוגיה סבוכה זו ואף יכוונו את הבדוקים אל האמצעים הנאותים לאישוש תלונות הנוגעות לליקויים אלה. מסתבר כי לא זה המצב. מאחר והנחיות כאלה אינן מופיעות, נמצא כי הערכת מהימנות התלונה בליקויים המתיחסים לביצועי שרירים ומוגבלות תנועתית, נתונה בישראל באופן בלעדי לשיפוט הסובייקטיבי של הבדוק. זהו מצב בלתי מתקבל על הדעת משום בחינה. שתי סיבות עקריות לקביעה זו:

1. שיטות אחרות להערכת ליקויים לוקומוטוריים מקבילים התעמתו עם חלק מהקשיים ואף ניסחו מבחנים לקביעת קבילות/מהימנות התלונה.
2. ספק רב אם היה בכוחות המחוקק להעניק סמכות כה נרחבת בלי המצאת הנחיות למימושה. שהרי אין חולק כי ענין המהימנות משלב יסודות פסיכולוגיים. ולא בתחום זה, מצויה בדרך כלל המומחיות של אנשי הועדות, קרי הרופאים המוסמכים. מאחר והטריבונלים הרפואיים ממלאים פונקציה מעין-שיפוטית אשר ערעור על קביעותיה הוא משימה מורכבת ביותר, הופך המצב המתואר, ביחס לליקויים האמורים, לפרדוקסאלי אף יותר.

כפי שיבואר להלן, במרבית המקרים מעמיד הידע המדעי שברשותנו כיום אמצעים הולמים להערכת מהימנות

עיון בפרק החמישי למב-חני הנכות: "מחלות ופג" מות במערכת הלוקומוטורית" מלמד כי המחוקק התייחס לקבוצה נרחבת של הפרעות DISORDERS הכוללת: מחלות (למשל סעיף 35), ליקויי צורה (למשל סעיפים 36, 38), קשיונות (למשל סעיף 37), עיוותים מבניים סטטיים (חיבור

גרוע של עצמות וכיו"ב), (למשל סעיף 40) הפרעות דינמיות (נקיעות, חוסר יציבות, (למשל סעיף 41), אברון פרקים למשל סעיף 43), הגבלות בתנועה (למשל סעיף 48) ופגיעת השרירים (למשל סעיף 51).

הן מנקודת המבט של התובע והן מנקודת המבט של המשפחה קיימת אבחנה ברורה בין שתי צורות ההפרעה האחרונות: הגבלות בתנועה ופגיעת השרירים ובין כל הצורות האחרות. אבחנה זו מתייחסת למישור הראייתי דהיינו היא נעוצה במהות הדרישה להוכחת הפגיעה האמורה. הוכחה זו מהווה תנאי הכרחי להמשך הטיפול בתביעה; רק משוקבע כי אכן קיימת הפרעה בתנועה או ביכולת השריר נפתחת הדרך לדיון בהיקף הנזק או הנזק שייפסקו.

ככל שהדברים נוגעים להפרעות הלוקומוטוריות האחרות הרי קיימים בדרך כלל אמצעים לאישוש קיומן באופן אובייקטיבי. לדוגמה: תלונה בדבר אי-יציבות עמוד השדרה (ע"ש) הצווארי תוכח ע"י ממצאים 'רנטגניים' כמצוין במפורש בסעיף 37(5) ד"ר ולעומת זאת קיומו של בקע דיסקי יוכח כיום על פי רוב על ידי שימוש באמצעי הרמייתי חדש כמו טומוגרפיה ממוחשבת. עקרונות אלה ישימים באותה מידה לגבי הוכחת קיומה של מחלה כתובע לדוגמה ארטריטיס ראומטואידית (סעיף 35). ברי אפוא כי מדובר במחלות או פגיומות אשר להוכחתן אין צורך בפעולה רצונית מצד הנבדק למעט הסכמתו להבדק. מאידך, הוכחת קיומן וביתר שאת היקפן של הגבלות תנועה או פגיעות שריריות איננה למעשה ברת-ביצוע ללא שיתוף פעולה מצד התובע.

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

רמת ביצוע פחותה מזו שהוא מסוגל לה באמת. לענין זה נציין כי 'הזכרון המוטורי' דהיינו היכולת 'לזכור' רמת ביצוע תנועתית או שרירית מוגבל לפרקי זמן קצרים ביותר.

על כן ניתן לבצע סדרה של בדיקות זהות במרווחי זמן קצרים יחסית. אמנם המדריך אינו מתיחס לתזמון של הבדיקות העוקבות אך הפרקטיקה המקובלת היא הפוגה של לפחות חצי דקה בין בדיקות המתייחסות לאותה תנועה. אם לעומת זאת מדובר במספר תנועות אפשריות באותו מפרק, ניתן לבחון אותן באורח רציף אף יותר. כך למשל מבוסס מכלול התנועה הצווארי על שש תנועות אינדיבידואליות: כפיפה, פשיטה, הטיה (LATERAL FLEXION) לימין, הטיה לשמאל, סיבוב ימינה וסיבוב שמאלה. בדיקה לפי סדר התנועות הנ"ל (בה נקט המחבר) וחזרה עליה 3 או 6 פעמים, לפי הצורך, עדיפה על שש סדרות של בדיקות רציפות, בכל פעם סדרה המתייחסת לתנועה אחת. למרות שהמדריך אינו פוסק נחרצות בסוגית סדר הבדיקות, מבטיח השמוש לפי צורת הבדיקה המוצעת את ניטרולו של כל מרכיב זכרון מוטורי כלשהו. כאשר עם ביצועה של תנועה חדשה "נמחקות" למעשה עקבותיה של התנועה הקודמת, בתנאי ביצוע רגילים.

לענין מהימנות התלונה בדבר הגבלה בכפיפת עמוד השדרה המותני (LUMBAR FLEXION) ניסח המדריך הליך בדיקה ופרשנות מיוחד, המתייחס למושג "גורם המאמץ" EFFORT FACTOR. שילובו של גורם זה יעיל במיוחד במקרה זה מאחר וכפיפה מותנית מורכבת למעשה מתנועה אנגית (ירכית) ותנועה מותנית. זו האחרונה תורמת בד"כ יותר מ-50% של התנועה הגלובלית. תוצאת ההשוואה בין כמות התנועה בירך, בה נמדדה הגבלה גדולה יותר לפי מבחן STRAIGHT LEG RAISING, (SLR) עם זו הנמדדת בעת ביצוע, כפיפה ופשיטה, מהווה מדד לתקפות התלונה. זאת – באופן בלתי תלוי עם עקביות השחזור. הבדיקה אינה תקפה ויש לחזור עליה אם התנאי הבא אינו מתמלא (עמ' 96):

$$\text{Tightest side SLR} - (\text{hip flexion} + \text{hip extension}) \leq 10^\circ$$

המדריך מוצא לנכון להדגיש כי גם אם הבדיקות של מימצאי מדידת הכפיפה המותנית הינן כשלעצמן עקביות, דפוס תנועה ירכי בלתי נורמאלי כפי שנמדד במבחן גורם המאמץ, הופך את המדידות לבלתי תקפות. מסקנה זו נובעת מההנחה הסבירה כי אי ההתאמה בתנועות הנמדדות מקורה במאמץ תת-מיטבי (SUBOPTIMAL) של הנבדק ומכאן סיכול האפשרות לקביעת היקף התנועה בצורה חד-משמעית.

לסיכום: המבחנים האמריקאיים קובעים כי את מהימנות התלונה המתייחסת לליקויים תנועתיים יש לבחון לאור עקביות הביצוע בבדיקות חוזרות של אותה תנועה.

התלונה בנושאים הנ"ל. נוח לדון באמצעים אלה תוך הפרדת המרכיב התנועתי מהמרכיב השרירי. יצוין כי במונח "ידע מדעי" אין הכוונה לשמוש ב'מכונת אמת' או בצילום סמוי של התובע, אלא בפרשנות מלומדת של מימצאי בדיקות מקובלות אשר מאפשרת קבלת החלטה נאותה ביחס למהימנות.

הערכת מהימנות התלונה בליקויים תנועתיים

סוגיה זו מתייחסת בד"כ לתחום התנועות האקטיביות במפרקים. דהיינו זו המוצאת לפועל ע"י הנבדק. המקור הסמכותי ביותר לצורך זה הינו הקובץ האמריקאי 'המדריך להערכת ליקויים קבועים' (להלן 'המדריך')¹. מקור זה משמש את הועדות הרפואיות בארה"ב העוסקות בקביעת ליקויים גופניים והיקפם. לענין הנוכחי רלבנטי פרק 3 של המדריך: 'הגפיים, עמוד השדרה, האגן'. ראשית דבר, מגדיר המדריך את הגונומטר: המכשיר באמצעותו יבדקו טווחי התנועה. מדובר במכשיר למדידת זוויות מהסוג הבסיסי (דיר-זרועי ובעל חוגת מעלות) או יותר מורכב כמו הגונומטר הגרויטציוני מכני (בעל מנגנון מטוטלת המשלב חוגת מעלות דהיינו 'מצפן גרויטציוני') או גונומטר גרויטציוני אלקטרוני (כקודמו אך בעל חישה שונה ותצוגה ספרתית).

סוגית מהימנות התלונה בדבר הגבלה תנועתית נבחנת באופן ספציפי בקשר לעמוד השדרה, וביתר פירוט ביחס לכל אחד ממרכיביו: הצווארי, החוי (DORSAL/THORACIC) והמותני. עם זאת ניתן ליישם את הליך הבדיקה דלעיל גם במפרקים אחרים. המהימנות נבחנת על פי העקביות בשיחזור, REPRODUCIBILITY, דהיינו מידת הפער בין מדידות חוזרות של אותה תנועה. בהנחה כי תנאי הבדיקה נשמרים בקפדנות קובע המדריך (עמ' 79):

"3. Perform at least three measurements of each range of motion, and calculate the permitted variability (+/- 10% or 5') based on either the maximum or the median motion values. That is, check to determine if all three measurements fall within reproducibility guidelines by varying less than 10% or 5' from either the maximum or median value.

4. If consistency requirements are not met, perform additional tests up to a maximum of six until reproducibility criteria are satisfied. If testing remains inconsistent after six measurements, consider the test invalid and reexamine at a later date or disqualify that part of the examination."

הבסיס הפיסיולוגי לעקרון העקביות הוא העדר היכולת לשחזר באופן עקבי תת-ביצוע מוטורי. במלים אחרות, רק ביצועים מירביים ניתנים לשחזור באופן עקבי יחסית. לעומת זאת, הפער בין ביצועים חוזרים של אותה פונקציה מוטורית גדל בד"כ כאשר הנבדק (התובע) מנסה להציג

כח האחיזה. ערכי הכח בשתי הידיים הנמדדים בשיטה זו מושווים לערכים שנמצאו בבדיקה הרגילה. המחקר מראה כי סטיה של יותר מ-5 ק"ג בין מימצאי החוזק בבדיקה המהירה למקבילים להם בבדיקה הרגילה מעידה על נסיון להונות את הבדק. פרוטוקול זה מיושם כבר באופן נרחב בארה"ב ולצורך מימושו פותחה מערכת בדיקה מיוחדת (EVAL, greenleaf inc. USA).

בדיקות שרירים למדידת חוזק האחיזה מבוססות על כיווצים סטטיים ומוגבלות לקבוצות השרירים הרלבנטיות.

למעט שימוש זה, בדיקת קבוצות השרירים האחרות בגוף מתבצעת כיום במודל פעולה דינמי המבוסס על אמצעי מדידה מתקדם לאין שיעור מזה המיושם במדידות סטטיות. מדובר בדינמומטר האיוזקינטי אשר עקרונית פעולתו וחלק מהמימצאים הנגזרים ממנו, נסקרו בהרחבה בגליון האחרון של כתב עת זה⁴. במשך השנים התבססה גישה כי עקביות הביצוע המשתקפת בחפיפת עקומי החוזק האיוזקינטיים מהווה ראיה טובה להוכחת מהימנות התלונה.

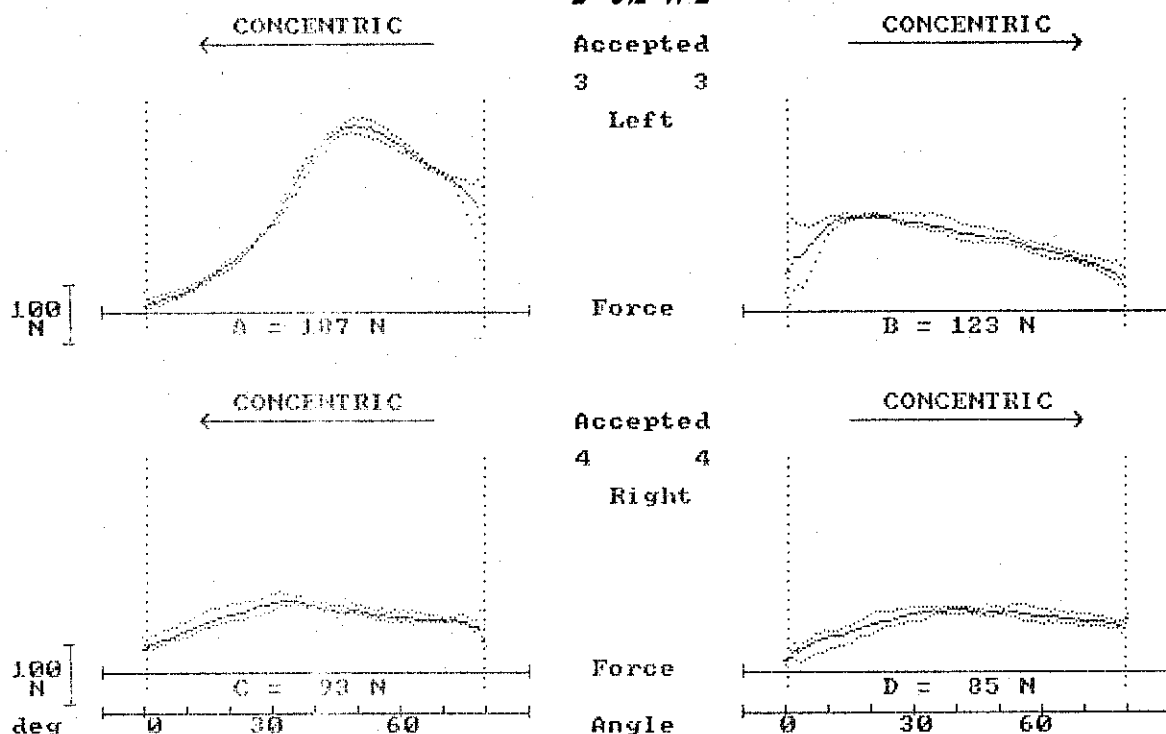
להמחשת מושג החפיפה מובאים מימצאי בדיקה של תובעת הסובלת משבר חבלתי של עצם הפיקה (ציור 1).

בהתייחס לתנועתיות ע"ש יהיה מתחם הקבילות במרווח של 10% או 5° מהערך הנמדד המירבי או החציוני. בתלונות הנוגעות לע"ש המותני ייבחן במקביל גורם המאמץ. באין הנחיה מפורשת אחרת, ניתן להשתמש בערכים אלה כמנחים גם לגבי בחינת תנועתיות מפרקי הגוף האחרים.

מהימנות התלונה בליקויים שריריים

קביעת המהימנות במקרה זה מורכבת יותר מקודמתה ובכל זאת עקרון עקביות הביצוע במשמעותו הכללית ישים אף כאן. הגישה האמריקאית, המשתקפת במדריך, עוסקת במיוחד בליקויי תפקוד השרירים בהקשר של חוזק הכיווץ הסטטי של שרירי האחיזה (GRIP STRENGTH). דהיינו בפגיעות של היד. המכשיר הספציפי לצורך זה הינו ה-JAMAR hand dynamometer². המדריך קובע כי במדה והפער בין מימצאי בדיקות חוזק אחיזה עולה על 20%, יש להניח כי הנבדק אינו משקיע את מירב כוחו. גם כאן מבוססת ההחלטה על סידרה בת 3 חזרות בתנאים זהים. מחקר חדיש יותר³ הנוגע אף הוא לתפקוד הסטטי של השרירים הנוטלים חלק באחיזה פיתח בדיקה רגישה יותר מזו המתאפשרת ע"י חזרות עוקבות בלבד. בהתאם לפרוטוקול המוצע, מועבר הדינמומטר במהירות מיד ליד, כך שיש לבדק שהות עד 3-4 שניות לפתח את מירב

ציור מס' 1



ארבעה עקומי חוזק של תובעת הסובלת מפגיעה בשרירי הברך. העקומים העליונים מתייחסים לשתי קבוצות שרירים בברך התקינה ואילו התחתונים מתייחסים לאותם שרירים בברך הפגועה. הקווים המרוסקים מסמנים את הסטיות המירביות ובסח"כ מדובר בעקביות מצוינת.

שמצבים פתולוגיים מסוימים יתבטאו בתנודות בערכי החוזק מהסוג שתואר. לדוגמה, אצל כמה תובעים אובחנה תסמונת בת-ר-חבלתית (Post traumatic syndrome), נמצאו ביטויים מוטוריים לא-עקביים ברמה כה משמעותית עד כי מתבקשת השאלה האם אין בעצם מימצא זה משום חיזוק לטענתם בדבר פגיעה נפשית⁷. עם זאת, מאליו מובן כי גם אם תשקל האפשרות האחרונה, לא ימצא תובע כזה סעד לתלונתו בדבר הגבלה מוטורית-שרירית.

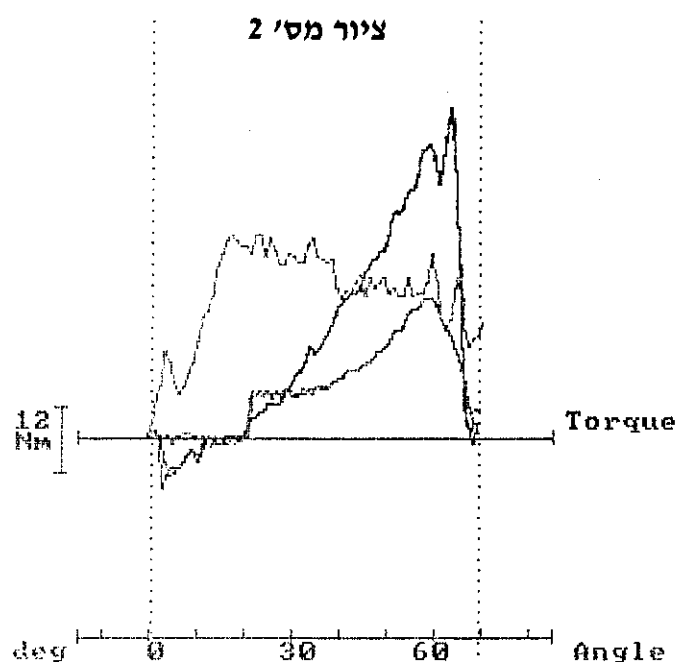
כדי להתמודד במקרים הרלבנטיים עם המחסום הגבוה מאד של עקביות הביצוע השרירי, מוצעת גישה חדשנית הבוחנת את מכלול היסודות של פעולת השרירים במקום להתבסס רק על מרכיב אחד (העקביות). לפי גישה זו, אין לדחות אוטומטית את תלונת התובע אלא אם כן מלמדים גם מימצאים אחרים על אי התאמה, דהיינו בניגוד לפרמטרים פיסיוולוגיים/ביומכניים הצפויים. עיקרי הגישה המובאים בספרו של הכותב⁸, מתייחסים למכלול המכונה על דרך הקיצור C C S S, אשר פירושו עקביות (CONSISTENCY), תאימות פיסיוולוגית (COMPATIBILITY), סימטריה (SYMMETRY) וסגוליות (SPECIFICITY).

דיון בעיקרי הגישה מחייב ידיעה מעמיקה של הבסיסים הפיסיוולוגיים והמכניים של פעולת השריר, ולכן מסגרת זו אינה מאפשרת פריסה יסודית של כל הסוגיות הכרוכות בישומה. מכל מקום מתוארים להלן כמה ממרכיבי המכלול:

1. תאימות פיסיוולוגית. אחת הדוגמאות לעניין זה נוגעת לעובדה כי המהירות בה מניעים שרירים את המפרק עליו הם פועלים, עומדת באופן כללי ביחס הפוך לעוצמת ההתנגדות לתנועה. נניח כי התובע מתלונן על חולשת השרירים מניפי הזרוע. לפי היחס הנ"ל אם יתבקש התובע להניף חפץ בעל משקל נמוך הוא אמור לעשות זאת במהירות גבוהה יותר מאשר הנפת חפץ בעל משקל כפול. זאת במידה והוא מפעיל את השרירים המניפים בכח (מומנט) מירבי. נניח עתה כי התובע טוען שאי העקביות בה לוקים מימצאי הבדיקה מקורם בחרדה. מאחר והדינמומטר האיווקינטי מסוגל להדמות (SIMULATE) פעולה כזו, ניתן לבצע בדיקת חוזק השריר

בספקטרום מהירויות מבלבל (ס.מ.מ) (CONFOUNDING) (VELOCITY SPECTRUM). משמעות הס.מ.מ היא שעוצמות כיווץ השריר נמדדות בעת בדיקות בסדרה רצופה של מהירויות, שאינן בהכרח בסדר עולה או יורד. בשל רגישותו הגבוהה ביותר של המכשיר מחד, והזכרון המוטורי המוגבל לשניות בודדות מאידך, יהיו מימצאים – אשר אינם תואמים את הצפוי כשהם מלווים בביצוע בלתי עקבי – עילה מצוינת לרחיית הטענה. אם לעומת זאת חרף אי-העקביות היחסית בתוך בדיקה (מהירות) בודדת, מסתמנת תאימות פיסיוולוגית ברורה בין הבדיקות, עשויה ההחלטה בדבר

השבר טופל בניתוח ולאחריו ניתן טיפול פיסיותרפי אינטנסיבי במשך למעלה מחצי שנה. הבדיקה האיווקינטית של שרירי ה-*quadriceps* וה-*hamstring* התבצעה כשנה אחר התאונה, פרק זמן אשר בו סביר להניח כי חוזק השריר בצד הפגוע הגיע לערך קבוע (plateau). נעשו כמה בדיקות חוזרות בכל אחד משני השרירים הנ"ל ובשתי הברכיים. נמצאה התאמה מצוינת, הן בצד התקין והן בצד הפגוע, בין עקומי החוזק בבדיקות החוזרות. לעומת זאת, מדגים ציור 2 מימצאי בדיקות חוזרות של שריר ה-*quadriceps* אצל נבדק אחר, אשר בוצעו בהפרש של 30 שניות זו מזו. הפער בין עקומי החוזק, המגיע ליותר מ-100%, מלמד, על פניו, על ביצוע תת-מיטבי ונסיון להציג רמות חוזק נמוכות.



שלושה עקומי חוזק של אותו שריר בהפרש של 30 שניות. החבדלים הם בשעור של קרוב ל-200% ומלמדים בעלי על חוסר-עקביות חמור.

נשאלת השאלה האם ביצוע שרירי בלתי-עקבי פוסל אוטומטית את טענת התובע? נראה כי התשובה שלילית, אם כי רמת אי-עקביות גבוהה מעמידה את התובע במצב בעיתי. ראשית, מספר גורמים כמו חרדה, כאב, או עייפות, עלולים להשפיע שלילית על רמת הביצוע השרירי עד גרימת שוני משמעותי בין כיווץ אחד למשנהו, ולגרום בכך לתמונה כוזבה חיובית (false positive). במיוחד נכונים הדברים לגבי הערכות כמותיות של חוזק שרירי ע"ש בעת ביצוע פעולות כפיפה וישור של האזור המותני^{5,6}. זו אף אחת הסיבות לבעיות החבורה להערכות איווקינטיות של דיספונקציה שדרתית. במקביל, לא מן הנמנע הוא



"...אמנם הפסדת במשפט, אבל לפחות תתנחמי ששמעת את אחד מנאומי החגנה המבריקים בכל הדורות."

ניתן לראות כי העקרון המרכזי להוכחת מהימנות תלונה הנוגעת לליקויים לוקומוטוריים הינו העקביות בביצוע. אם כי לא בכל מקרה מדובר ביישום בלעדי של העיקרון. מבחינות רבות קיימת, איפא, הקבלה רעיונית בין קבילותה של עדות מילולית לבין קבילותה של עדות 'מוטורית'. בשני המקרים נדרש שיתוף פעולה מצד המעיד, הוא הנבדק בענין זה, ובשניהם חזרה מדויקת על אותו 'סיפור' מקנה מימד יציב של מהימנות. עם זאת לא בכל סטיה מהסיפור יש כדי להנחית מכה אנושה על המעיד. נסיבות המקרה, לרבות מצבו של המעיד, עשויות להקנות לעדות מעין זו דרגה של מהימנות המאפשרת לעבור לשלב הבא, דהיינו קביעת משקלה של העדות לצורך החלטה סופית בענין הנדון.

מהימנות התובע להיות שונה.

2. סימטריה. יסוד זה הינו בעל נפקות מיוחדת כאשר התביעה נוגעת להפרעה דרצדית. כאן קיימת צפיות סבירה שחומרת הפגיעה תהיה דומה בשרירים המקבילים בשתי הגפיים. לדוגמה, מחלות נוירומוסקולריות מסוימות מתאפיינות בחולשה סימטרית דרצדית. במצב זה, גם אם קיים פער גדול יחסית בין בדיקות חוזרות של אותו גף, יאפשר פער דומה המתפרס על פני אותם טווחים בגף הנגדי, להטות את הכף לטובת מהימנות התובע.

3. סגוליות. יסוד זה מתיחס בין השאר לקשר בין מיקום החבלה וקבוצות השרירים שניזוקו. תובע פלוני התלונן על חולשה בביצוע פעולות מסוימות בכתפו, כתוצאה מפגיעה באזור זה עקב תאונת דרכים. הפוסק מטעם ביהמ"ש סבר כי מדובר במקרה של הצגת נזק חמור מהצפוי, או מה שמכונה בעגה המקצועית SYMPTOM MAGNIFICATION. בדיקה איוזקינטית של שרירי הגף העליון הצביעה על עקביות טובה רק בחלק מהבדיקות (ייתכן כתוצאה מנוכחות כאב). לעומת זאת היו דפוסי הפעולה של כל השרירים שנבדקו חדים וברורים והעידו על חולשה אשר תאמה במדויק את הסימפטומטולוגיה.

לסיכום: ניתן להעריך את מהימנות התלונה הנוגעת לפגיעה בביצועי השריר באמצעות כלים אנלוגיים לאלה שתוארו בקשר למגבלות תנועתיות. לעומת זאת, התכונות המיוחדות של השרירים מאפשרות הרחבה משמעותית של צורת בחינת המהימנות גם במקרים בהם מבוזן עקביות הביצוע אינו מתמלא.

מקורות:

1. THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. GUIDE TO THE EVALUATION OF PERMANENT IMPAIRMENT. Third (revised) edition. 1991.
2. BECHTOL CO. GRIP TEST: THE USE OF A DYNAMOMETER WITH ADJUSTABLE HANDLE SPACINGS. Journal of Bone and Joint Surgery, 36A: 820-832, 1954.
3. HILDRETH DH ET AL. DETECTION OF SUBMAXIMAL STRENGTH EFFORT BY THE USE OF RAPID EXCHANGE GRIP. Journal of Hand surgery 14A: 742-745, 1989.
4. דביר ז. מבחני חוזק שרירים: מכשולים מדיקולגליים ופתרונותיהם. רפואה ומשפט, 9: 23-17, 1993.
5. MAYER TG ET AL. QUANTIFICATION OF LUMBAR FUNCTION. PART 2: SAGITTAL PLANE TRUNK STRENGTH IN CHRONIC LOW BACK PAIN PATIENTS. Spine 10:765-771, 1985
6. NEWTON M ET AL. TRUNK STRENGTH TESTING WITH ISO-MACHINES. PART 2: EXPERIMENTAL EVALUATION OF THE CYBEX II BACK TESTING UNIT IN NORMAL SUBJECTS AND PATIENTS WITH CHRONIC LOW BACK PAIN. Spine 18:812-824, 1993.
7. DVIR Z. MEDICOLEGAL ASPECTS OF ISOKINETIC DYNAMOMETRY. PRESENTED AT THE SEMINAR FOR INDUSTRIAL SAFETY: OCCUPATIONAL AND LEGAL ASPECTS. The Royal Free Hospital School of Medicine, London, Sept 1993.
8. DVIR Z. ISOKINETICS: ASSESSMENT, INTERPRETATION AND CLINICAL APPLICATIONS. Churchill Livingstone, 1994.

רוקחות ומשפט

הרוקח בקהילה בעידן המודרני – הבטים מעשיים ומשפטיים

למרות שמחובתו המקצועית של הרוקח, להסביר לחולה כיצד ומתי ליטול את תרופותיו, – אין בפקודת הרוקחים אוכור של חובה כזאת. הפקודה מתייחסת לניפוק התרופה בלבד.

השוואה לנעשה בארה"ב

החוק הפררלי של ארצות הברית מחייב נוהלי רישום בכרטיס של החולה בבית המרקחת. הסברת אופן השמוש המדויק בתרופות ומתן אינפורמציה עליהן לחולה – כל אלה הן מחובתו של הרוקח ובאחריותו המלאה. בעוד שבשראל אין חובה כזאת.

בכמה ממדינות ארה"ב ניתן היתר לרוקחים לרשום מרשמים למחלות פשוטות, תוך מעקב ומתן הסבר לחולה כי אם הסימפטומים שאובחנו לא נעלמו תוך זמן קצר, עליו לפנות לרופא.

מעשה רוקחות תקין (מר"ת) והדרכים להשגתו

המר"ת הוא מין תורה שבע"פ של הרוקחים בארצות אחרות, והיא בהחלט תורה וולונטרית, אשר ייעודה לכוון את עבודת הרוקח לאפיקים נכונים לטובת הפרט והכלל. ויש לראות את המר"ת, כמסגרת בלבד. המסגרת הזו נקבעה באוגוסט 1991 בכנוס של נציגי רוקחים מעשר ארצות שונות, בשטוקהולם.

המסמך שנוסח באותו כנוס, אושר אח"כ ע"י המוסדות של הארגון הבינלאומי של הרוקחים (P.I.P.) בטוקיו, בשנת 1993. את עקרינו אנו מביאים כאן, כלשונם.

1. עקרונות כלליים של עבודת הרוקחות

1.1 משימתה של הרוקחות היא לעזור לפרט ולחברה בשמוש הטוב ביותר בתרופות, מצרי בריאות שונים ושרותי בריאות שונים.

1.2 שרות רוקחי פרושו מעורבות ופעילות לקידום בריאות ומניעת חולי, מעורבות ופעילות במצבי מחלה על מנת להבטיח קבלה וטיפול הטוב ביותר. הדבר נעשה ע"י שפור תמידי על בסיס אישי של תהליך אספקת תרופה.

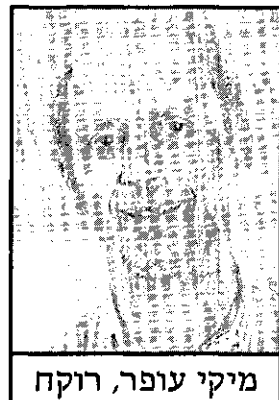
1.3 חלק בלתי ניתק מעבודתו של הרוקח הוא תרומתו לקדום רשום כלכלי ונכון של תרופות בקהילה ואבטחת שימוש נכון בתרופות ע"י היחיד.

מבוא

בהתחלת המאה היו בית המרקחת והרוקח בעליו, מרכז לטיפול, לייעוץ ולרקיחת תרופות. במקומות קטנים ונדחים, אף מילא הרוקח את מקום הרופא לעת מצוא.

ככל שהתקדמה הרוקחות התעשייתית, ויותר תרופות מן התעשייה הפרמצבטית הופיעו על

המדפים החל תפקידו של הרוקח להשתנות. מתפקיד של מייעץ, רוקח תרופות, ומטפל – הפך הרוקח למנפק תרופות.



מיקי עופר, רוקח

המצב החוקי בישראל

פקודת הרוקחים (נוסח חדש) סעיפים 22א', 26א', 27, קובעת:

"בבית מרקחת רשוי אסור לעסוק ברפואה או לטפל בבני אדם או להורות על הטיפול בהם."

"לא ינופקו תרופות אלא לפי מרשם חתום בידי רופא, רופא שניים, או רופא וטרינרי."

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

לשון אחר, פקודת הרוקחים אוסרת על הרוקח לנפק תרופות שלא על פי הוראות הרופא. יתר על כן, הפקודה אוסרת על הרוקח לייעץ לחולה בקשר למחלתו, או להפעיל שקול דעת מכל סוג שהוא. למעשה, רוקח שמייעץ לחולה, או בוחר עבורו תרופה, לרבות תרופה פשוטה כמו אקמול, אופטלגין או אחרת, מאלה המכונות O.T.C. (OVER THE COUNTER), רוקח שעושה אחת מאלה הוא עבריון לפי פקודת הרוקחים.

נסיוני כרוקח מורה כי לפי אמות מדה אלה, כל הרוקחים בישראל – עבריונים.

מיקי עופר, בוגר בית הספר לרוקחות באוניברסיטה העברית, בעל שני בתי מרקחת, בעכו ובחיפה.

1.4 מעשה רוקחות תקין מחייב שהרוקח יראה בכל פעולותיו רק את רווחתו של החולה.

2. הכללים לביצוע עקרונות עבודת הרוקחות

מוגדרים בזה ארבעה מרכיבים בעבודת הרוקחות שבצועם הופך את העבודה "למעשה רוקחות תקין".

2.1 כל פעילות הקשורה לקדום בריאות, מניעת חולי והשגת מטרות בריאות מוגדרות אחרות של החברה.

2.2 כל פעילות הקשורה באספקת תרופות לפי מרשם רופא או פריטים שונים אחרים לטיפול אם בבית המרקחת או בביתו של החולה.

2.3 כל פעילות הקשורה במשגוח עצמי כגון ייעוץ בטיפול בסימני מחלה פשוטים שניתן לטפל בהם באופן עצמאי ע"י תרופות וטיפולים אחרים.

2.4 כל פעילות הקשורה להשפעה על רשום תרופות ושימוש בתרופות.

3. התהליכים המעשיים להשגת "מעשה רוקחות תקין (מר"ת) (GPP)

כל אחד מהעקרונות שתוארו לעיל מחייב יצירת אמות מידה (STANDARDS) שיתארו את התהליכים המעשיים לפרטים.

- 3.1 קידום בריאות ומניעת חולי
אמות מידה לאומיות נחוצות לקביעות הבאות:
- ייעוץ ומסירת מידע.
 - מעורבות במסעות לקדום בריאות.
 - בקרת איכות של שירותים וציוד.



תרופה מרה

3.2 תרופות על פי מרשם ומוצרים אחרים לקידום הבריאות

אמות מידה לאומיות נחוצות לפרוט כל אחד מהשלבים של התהליכים הבאים:

- מסירת תרופה על פי מרשם לידי חולה.
- ייעוץ לחולה.
- מעקב אחרי הטיפול התרופתי שנרשם.
- רשום פעולות מקצועיות.

3.3 השגחה עצמית

אמות מידה לאומיות נחוצות לקביעות הבאות:

- כישורים הדרושים לרוקח על מנת לספק את הדרישה הציבורית למשגוח עצמי.
- הערכה וטיפול בבעיות בריאות שכיחות.
- מידע על יעילות המוצרים המומלצים לטיפול (מוצרים: תרופות ומוצרים אחרים).
- מה הם גבולות ההשגחה העצמית.

3.4 השפעה על רשום תרופות והערכה של טפול בתרופות

אמות מידה לאומיות נחוצות לקביעות הבאות:

- מדיניות רשום תרופות ככלל.
- רשום תרופה לפרט החולה.
- מעקב אחר השימוש בתרופה.
- רשום הולם בבתי המרקחת שיאפשר בצוע מטלות מקצועיות וגם מחקר.

להזכיר שוב, – כל האמור לעיל, שמגדיר את מר"ת (מעשה רוקחות תקין), זהו כלב שמירה נטול שיניים. ובהעדר גושפנקא של החוק לכל הדברים האלה, יש לראותם בחזקת "ירצו יאכלו. לא ירצו, לא יאכלו". ומכאן אנו מגיעים אל שאלת המפתח:

מה יכול, או מה צריך לעשות הרוקח בקהילה

1. הרוקח צריך להיות מסוגל להדריך ולייעץ לחולה בקשר לתרופותיו, ובכך להגביר את ההיענות של החולה לטיפול התרופתי – PATIENT COMPLIANCE.
2. במקרים של סימפטומים קלים חייב הרוקח להיות מסוגל לייעץ לחולה, לבחור עבורו תרופות O.T.C. ולהדריכו כיצד לנהוג.
3. בית המרקחת והרוקח צריכים לתפקד כמרכז של מידע תרופתי לחולים הפונים אליו, ולאנשי דיסציפלינות אחרות (רופאים) הזקוקים למידע כזה.
4. בהיות בית המרקחת המקום הנגיש ביותר לחולה, יכול בית המרקחת להוות את התחנה הראשונה של חולה בדרכו לטיפול רפואי. על ידי כך יופחת הלחץ מן המערכת כולה. קרי קופות החולים השונות.
5. יש לחייב את הרוקח בבית המרקחת לנהל "כרטיס מעקב לחולה", היכול במקרים רבים לעזור בעת טפול בעתיד, או למנוע נטילת תרופות הנוגדות אחת את

איש המקצוע שמעמיד את הידע שלו לרשות ותועלת הקהילה. כמובן ששינוי זה עתיד להיות מלווה, כמו בכל שטחי החיים, – בקומפנסציות הכספיות המתבקשות.

חזוק המעמד של קהילת הרוקחים, מבחינה מקצועית ומבחינת האחריות הצבורית, – מחויב המציאות. הדרך המעשית למתן הסמכות הנדרשת היא הקמת לשכת רוקחים, בדומה ללשכת עורכי הדין, עם פונקציות זהות. ואם לחזור לרגע קט, אל נקודת המוצא, הרי אנו מצפים שהנוסח החדש של פקודת הרוקחים, כשייכתב, לא יכיל יותר את אותן המגבלות שהוטלו בשעתו על פעילות הרוקח, ויקח בחשבון את התועלת שניתן להפיק מהשכלתו וידיעותיו, – לטובת הצבור.

האחרת, או תרופות האסורות על אותו חולה בכלל.

השינוי הנדרש במצב הקיים, – סיכום

כדי ליצור תנאים בהם כל האמור בפרק הקודם יוכל להתקיים, – חייבת פקודת הרוקחים לעבור רענון, שינויים, ואולי אף כתיבה מחדש.

בנוסף החדש שייכתב, יהיו תנאים אשר יאפשרו לרוקחים בארץ לעמוד במטלות שהתקופה מחייבת. ייתכן ולשם כך תידרשנה השתלמויות מקצועיות לרענון והשלמת ידע, אשר יאורגנו ע"י משרד הבריאות עם הסתדרות הרוקחים.

אותן מטלות שיונחו על כתפי הרוקח, מכתיבות למעשה את תחומי המקצועיים, ומזבן מנפק תרופות, יחזור להיות

מקורות:

1. BRITISH JOURNAL OF GENERAL PRACTICE, March 1991.
2. JOURNAL OF THE ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS, May 1989.



עורך חדין לרוקח
– נכבדי, נבצר ממני ליצג אותך מחמת הקושי להוכיח
את חפותך.
– מדוע?
– כי לא השתכנעתי ביכלתך לשלם את שכרי.

החוק הרוסי החדש על טיפול בחולי נפש

פרופ' אמנון כרמי

1. מטרה

החוק הרוסי החדש על "טיפול פסיכיאטרי ושמירת הזכויות של האזרחים בקבלת הטיפול" נחקק בפדרציה הרוסית ביום 2.7.1992, ונכנס לתוקפו ביום 20.8.1992, (להלן: "החוק").

מטרת החקיקה הזו והכוונות החיוביות של המחוקק מצויות במבוא לחוק, שם מוסבר הצורך הרשמי בביטוי הזכויות והחירויות של האדם, כפי שהוכרו על ידי החברה הבינלאומית. המחוקק הדגיש והכיר בכך שהיעדר חקיקה נאותה להסדרת הטיפול הפסיכיאטרי תרם בעבר לביזוי של הפסיכיאטר, לאבדן זכויות אדם, ולפגיעה בכבוד האדם.

מטרת המאמר – לבחון באם החוק ממלא את הכוונות הטובות שהיו למחוקק.

אין להתעלם ממטרת לוואי של חקיקת החוק: הפסיכיאטריה הרוסית היתה מנודה במשך דורות על ידי הקהילה הפסיכיאטרית הבינלאומית, בשל תפקוד בלתי אתי. החוק חותר לקבלת הכרה בינלאומית ולהעלאה של יוקרת רוסיה. ביטוי מפורש לכך ניתן גם במבוא לחוק.

2. הוראות החוק: קצר ועירפול

ההשגות הראשונות מתייחסות לשורה של הוראות חסרות ומעורפלות. אין להתעלם מן הקושי לקבוע קריטריונים ברורים לכמה מושגים ומונחים. אולם שומה על המחוקק להשתמש במינוח ברור על מנת שדברי החוק יהיו ברורים.

א. החוק מוקל על "הפרעות נפשיות – MENTAL DISORDERS" המונח "מחלת נפש" הכביר מבוכה בין המשפטנים בעולם, שהתחבטו בהגדרתו. המונח החילופי "הפרעה נפשית" – בה רחב עד שהשימוש בו, לצורך הקלה על הוראות החוק, עלול להיות קשה עוד יותר.

ב. החוק דן בועדות פסיכיאטריות, ומעניק להן סמכויות וכוונות רבות. החוק אינו קובע מי הרשויות שהוסמכו להקים את הועדות ולמנות את חבריהן. כמו כן אין החוק קובע את הקריטריונים לבחירת חברי הועדות. מיותר להדגיש כי כשלון במינויים עלול להכשיל את תפקוד הועדות.

ג. החוק מסמיך את בתי המשפט להורות על טיפול בכפייה לגבי חולים שביצעו מעשים "המסכנים את החברה" סתם ולא פָּרַש איזה מעשים מסכנים את

החברה. אכן – החוק מפנה בענין זה אל דיני העונשין. פָּרַש – החוק הפלילי חל על קשת רחבה של עבירות, למן חטאים קלים ועד לפשעים חמורים. אין להעלות על הדעת שטיפול כפייתי יינתן לכל מי שעבר חטא קל. היה מקום, לפיכך, להגדיר טוב יותר מהו "מעשה המסכן את החברה".

אגב, אם כוונת המחוקק היא שטעמי ענישה ינחו את בית המשפט, בהורותו על טיפול כפייתי לנאשם, עלולה מעורבות של הפסיכיאטר בהפעלת הכפייה לנגוד את הכללים האתיים, שמחייבים אותו לעשות לריפוי החולה, ותו לא.

ד. החוק מקנה לחולים זכות לקבל מידע על זכויותיהם, ואינו מפרט באיזה זכויות מדובר. ראוי להדריך בתי חולים ופסיכיאטרים לגבי המסרים שיש להעביר לחולים, ודרכי יידועם. מי אמור ליידע את החולים? האם היידוע יעשה בעל פה, או בכתב?

ה. החוק מפגין התחשבות יתירה בקהילה הבינלאומית בכלל, ובקהילה הפסיכיאטרית הבינלאומית בפרט. המבוא לחוק מתייחס לצורך לשמור על זכויות האדם, כפי שהוכרו על ידי הקהילה הבינלאומית. החוק עצמו קובע כי האיבחון של הפרעות נפשיות ייעשה על פי סטנדרטים בינלאומיים מוכרים.

המחוקק הרוסי ראוי לשבח על גישה חיובית זו. אולם רצוי היה לכלול בחוק הנחיות ממוקדות ומפורטות יותר, בשים לב לכך שבתחומים פסיכיאטריים שונים אין למצוא סטנדרטים בינלאומיים המקובלים על הכל.

ו. החוק מקנה לחולים זכויות רבות, אולם מתעלם מזכותם הבסיסית להיות מעורבים באורח פעיל בהליך הטיפול בהם. זאת – בנוסף להסברים הניתנים להם במסגרת הכלל של "ההסכמה המודעת". כן נעדרות מן החוק הוראות מפורטות להמשך הטיפול של החולים בנכסים שלהם ובשאר האינטרסים הכלכליים שלהם, בתקופת היותם מאושפזים.

3. טיפול פסיכיאטרי

החלק השני של המאמר יעסוק בהבטים מדיקולגיים של הטיפול הפסיכיאטרי, תוך הפנייה להוראות החוק המתייחסות ל"טיפול חברתי", לשיטות טיפול, לטיפול כפייתי, ולקבוצות מיוחדות: חולים קטינים, חולים בלתי כשירים וחולים זרים.

א. "טיפול חברתי". התפיסה הסוציאליסטית הנושנה מצאה את מקומה בחקיקה החדשה, על ידי הדגשת האחריות הפטרנליסטית של "חינוך" האזרחים. ייעור הפסיכיאטריה אינו הענשת החולים או חינוכם, מוטב, לפיכך, שהמחוקק הרוסי ישקול מחדש את התיפקוד של "המוסדות הפסיכיאטריים הפדרליים לרווחה חברתית", ואת ההצדקה של אישפוז חולים במוסדות הללו. מן הראוי שתישקל מחדש ההגדרה של טיפול פסיכיאטרי. בחוק שלפנינו כוללת הגדרה זו את "השיקול הרפואי-החברתי".

ב. שיטות טיפול. החוק קובע כי איבחון ההפרעות הנפשיות של חולה יבוצע תוך שימוש בשיטות ואמצעים רפואיים התואמים את החקיקה הרוסית. מאידך – החקיקה הרוסית אינה מפרטת הליכי איבחון וכך גם החוק הנוכחי. מוזר, אך החוק ממשיך וקובע שאיבחון ההפרעות הנפשיות יתבצע על פי "סטנדרטים בינלאומיים מוכרים". הפסיכיאטריה הרוסית אמורה – איפא – להשתמש בעת התהליך האיבחוני בסטנדרטים בינלאומיים ובשיטות מקומיות. ניתן להטיל ספק ביכולת של פסיכיאטרים אלה להבחין בין סטנדרטים לשיטות, ולגבש הליך טיפולי שבו יתמזגו שני המרכיבים.

החוק קובע כי שיטות ואמצעים רפואיים ישמשו רק לצורך ריפוי, ולא ייעשה בהם שימוש זולת לטובת החולים. הוראה זו, החשובה כשלעצמה, מתעלמת מן החובה ליתן את הדעת וההגנה גם על שלומם וחייהם של הקרובות הפוטנציאלים של החולים.

ג. טיפול כפוי. החוק מסמיך לבצע בדיקה פסיכיאטרית כפויה מקום שצפויה סכנה מיידית לחולה או למי שסמוך אליו.

החוק אינו מבחין בין סכנה גופנית לסכנה רכושית, ואין צריך לומר כי יש ונזק רכושי רב מהווה סכנה גדולה מנזק גופני קל.

החוק קובע שההחלטה על מתן טיפול רפואי כפוי תימסר לסמכותו הבלעדית של הפסיכיאטר. הוראה זו סותרת הוראות אחרות בחוק, המחייבות את הפסיכיאטר, החפץ לטפל בחולים ללא הסכמתם, לבקש את אישור בית המשפט לכך.

החוק אוסר לבצע ניתוח או טיפול רפואי שיש לו השלכה בלתי חוזרת, בחולים הנתונים לטיפול כפוי. למרות שמטרת ההוראה הזו – חיובית, היא עלולה לשלול מחולים אלה את העזרה הרפואית הדרושה בעת חירום.

החוק מסמיך את בתי המשפט לדרן בבקשות לאישפוז כפוי. החולה שמדובר בו זכאי להשתתף בדיון. מקום שמצבו הנפשי של החולה אינו מאפשר את נוכחותו

בבית המשפט בעת הדיון, יתקיים הדיון בבית החולים. החוק אינו מציין – בנסיבות כאלה – את זכות החולה ליטול חלק בדיון, אף כי הטעם היחיד להסבת מקום הדיון מאולם המשפטים אל בית החולים הוא המצאותו של החולה כאן. מן הראוי היה לציין את זכות החולה להשתתף בדיון, אלא אם מצבו הרפואי אינו מאפשר זאת כלל.

החוק מסמיך שופט להאריך מדי שנה את תקופת האישפוז הכפוי. החוק אינו מציין את הפרוצדורה של ההארכה, ומי יהיה נוכח במהלך הדיון אודותה.

החוק קובע כי במקרים של אישפוז כפוי, ישמשו כבילה ובידוד רק אם הפסיכיאטר הגיע למסקנה כי שיטות טיפול אחרות אין בהן כדי למנוע בעד החולה לבצע מעשים שיהוו סכנה מיידית לו או לזולתו.

החוק אינו מפרט את ההליכים ומגבלות הזמן, ומכאן שמימוש ההוראה עלול להכשל.



רפואה אלטרנטיבית

"שני דליי מים יספיקו לחיום. מחר תביא ארבעה. אבל אני חושש שהוא יתרגל לשתות, ואחר כך לא ירצה לאכול שום דבר."

ד. קטינים. שתי מערכות נפרדות של כללים מוחלטות על קטינים עד גיל 15 ועל קטינים עד גיל 18. השטח "היאפור" שבין שני הגילים אפוף ערפל של ספקות לגבי הזכויות של מתבגר, מעמדו, והחובה לקבל את הסכמתו המודעת.

החוק מתייחס אל רשות של אפוסטרופטות, ומחייב את הנהלת בית החולים לדרוש לרשות זו על הפרות

הנעשות על ידי אפוטרופסים של קטינים שגילם עד 15, במהלך האישפוח של קטינים אלה. הוראה זו מעוררת שתי השגות: ראשית – מן הראוי שהחוק יתייחס גם, או בעיקר, להפרות שנעשו לפני האישפוח, על מנת לאפשר את האישפוח. שנית – היה רצוי להורות על דווח למשטרה או לתביעה הכללית במקרים של הפרות חמורות.

ה. חולים בלתי כשירים. החוק מפרט הוראות מיוחדות לגבי בני אדם שאינם כשירים. החוק אינו מגדיר מהי אי-כשירות זו ומסתפק בהפנייה אל הדין האזרחי הכללי. ניתן להטיל ספק בכך שאי-הכשירות אשר החוק הכללי מתייחס אליה, תואמת את ההוראות החמורות של החוק הנוכחי. הוראות אלה מאפשרות טיפול כפוי ואישפוח כפוי של החולים.

החוק מסמין את הנהלת בית החולים לשמש כנציגה של החולה הבלתי כשיר, שאין לידו אפוטרופוס או נציג. ניתן לצפות לניגוד אינטרסים במקרים אחדים בין הנהלת בית החולים לבין החולה, ומוטב היה להפקיד את ההגנה על חולים כאלה בידי גורם חיצוני, כגון "השירות להגנת זכויות החולים" שהוכר על ידי החוק ופועל מכוחו.

ו. חולים זרים. החוק קובע כי חולים זרים המצויים על אדמת רוסיה ומקבלים טיפול פסיכיאטרי וכויותיהם תהינה זהות לאלה של אזרחי הפדרציה הרוסית.

החוק אינו מצוין מתי ובאיזה תנאים זכאים הזרים לקבל טיפול פסיכיאטרי, ואם חלות עליהם חובות או הגבלות כלשהן.

4. זכויות החולים

א. החוק קובע כי הזכויות והחירויות של החולים לא יוגבלו "רק" על סמך איבחון פסיכיאטרי או על סמך ממצאים רפואיים.

כפי הנראה, מטרת ההוראה הזו היתה למנוע את ההשתלטות של רפואה טירנית. ברם, ניסוח ההוראה

לקה, שכן מלשון ההוראה עולה כי שיקולים לברי-רפואיים, כשיקולים פוליטיים או כלכליים, מותרים בקביעת זכויות החולה וחירויותיו.

ב. החוק מתיר להגביל חולה, באופן זמני, מלעסוק בפעילות מקצועית או מסוכנת. הגבלה זו, עם כל ההבנה לנחיצותה, עלולה לפגוע בזכות היסודית של חופש האזרח לעיסוק במקצועו. ראוי היה להורות כי בדיון בנידון ישותף נציג של השירות להגנת זכויות החולים.

ג. החוק קובע כי בקשות למידע על מצבו הנפשי של אזרח, תתקבלנה רק בכפוף לחקיקה הרוסית.

מן הראוי היה לפרט בחוק את המקרים או התנאים לגילוי מידע רפואי חסוי, שכן בהוראה הקיימת, כלשונה, אין מאומה והיא מיותרת.

החוק מחייב מסירת מידע לחולים אודות מצב בריאותם ואודות הטיפול הניתן להם. בכפוף לכך – המידע הרפואי חסוי.

היה מקום לשקול הוספת כלל המתיר לפסיכיאטר לגלות לקרובי משפחה מידע אודות מצב בריאותו של החולה, על פי שיקולי הרופא, כנהוג בחקיקות זרות.

5. סיכום

עיון מדוקדק בחוק מגלה שהפסיכיאטריה הרוסית: התקרמה בצער משמעותי לעבר הפסיכיאטריה הבינלאומית והתפיסות ההומניטריות של הקהילה הבינלאומית. צעד זה משקף הבנה ורצון טוב מצד הרשויות. החוק מבטיח לאזרחי הפדרציה הרוסית שלא יפלו קרבן – כבעבר – לפסיכיאטריה המשרתת משטר טוטאליטרי.

אין מטרת ההשגות דלעיל לגרוע מחשיבותם של ההישגים הללו, אלא לעשות לשיפור החוק ולקידום רעיונותיו החיוביים. זאת, לרווחת החולים והפסיכיאטרים גם יחד.

סטטוס מדעי לרענון הזכרון באמצעות היפנוזה

מאחר וישנה ספרות רבה בנושא זה, ומגוון של דעות, נבחן בזהירות, בספרות המדעית את ההיבטים הבאים של שאלה זו:

- (1) זכרון בשעת נסיגת גיל היפנוטית.
- (2) הגברה היפנוטית של זכרון מכני.
- (3) הגברה היפנוטית של הכרת זכרון עבור חומר מורכב ומשמעותי.
- (4) הגברה היפנוטית לצרכי העלאת זכרון עבור חומר מורכב ומשמעותי.
- (5) הגברה היפנוטית של הזכרון לארועים אנלוגיים.
- (6) מקרים קליניים ודוחי שדה.
- (7) בקורת עניינית של החומר והספרות.

תוך ההתבוננות והחקירה, נכיר בכך שרק לעתים נדירות מאפשר המצב בעולם המציאותי הערכה אמينة של דיוק הזכירה, מאחר ולעתים קשה ואף בלתי אפשרי לוודא מה באמת קרה. מכאן, שאין אפשרות להשיג נתונים שימושיים במצבים ממשיים, אלא אם כן דוח זכרון היפנוטי מוביל באופן ברור לראיות פיזיות בלתי תלויות.

רק במחקרים מבוקרים ניתן לדעת במה הפרט באמת הבחין וניתן להשוות את דיוק הזכרון הלא-היפנוטי וההיפנוטי. למרות שמחקרים אלה רלוונטים לשמוש בהיפנוזה להגברת הזכרון במקרה של עדים לא מעורבים, חשוב לדעת שהם עלולים לא לשחזר את רמת המוטיבציה ועצמת הרגשות שיתכן ויתעוררו על ידי מעשים פליליים.

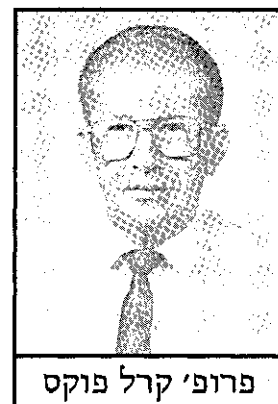
מהות ההיפנוזה

אין הסכמה כללית אחידה לגבי התיאוריה של ההיפנוזה ואין הסכמה לגבי הגדרה אחידה. למרות חלוקי דעות בין המומחים בנושאים טכניים רובם מסכימים שהיפנוזה דורשת לפחות שתוף פעולה מצד המטופל, פיתוח יחסי זיקה, וכן מיקוד תשומת הלב של המטופל. בדרך כלל מתבצעת הקדמה או "טכס" (אינדוקציה) שהיא מקובלת על הרופא והחולה להתחלת היפנוזה, ואשר אחריה המטופל מגיב בצורה מוגברת לסוגסטיות (השאות) של המהפנט. בשלב זה המטופל אינו מעביר בקורת אינטלקטואלית אלא מקבל מבלי לשאול ולברוק את הסוגסטיות (השאות) שניתנו לו.

כאשר ההיפנוזה מתקיימת ניתן להבחין בה על ידי מתן מבחני סוגסטיביליות בעלי דרגות קושי שונות המאופיינות

עיקר הנושא

נמצא שזכרונות המושגים בשעת היפנוזה עלולים לערב בדיות וזכרונות מדומים אשר לא רק שאינם מדויקים, אלא שהם פחות אמינים מאשר זכרון לא-היפנוטי. לשימוש בהיפנוזה עם עדים ועם קרבנות יכולות להיות תוצאות רציניות



פרופ' קרל פוקס

בתהליכים המשפטיים, כאשר העדות מבוססת על חומר שהוצא מפי העד, בהיותו מהופנט לצרכי רענון הזכרון.

השמוש בהיפנוזה על ידי רופאים ופסיכולוגים מוכר ע"י המועצה האמריקאית הרפואית¹ כמודל טפולי תקף מאז 1958. אין כל הסכמה לגבי שמוש בהיפנוזה כאמצעי לרענון הזכרון. נעשו נסיונות תכופים להשתמש בהיפנוזה למטרות סיוע לעדים ולקרבתות כדי שיוכלו להזכר בפרטים נשכחים ויעידו בהתאם לזכרונות אלה.

הוצאו הודאות^{2,3,4} מפי חשודים מהופנטים⁵ אשר הקלו (כולל חנינה)^{6,7} על הנתבעים⁸. התגלו מחלוקות רבות, הנוגעות לתקפות ההיפנוזה לשם חקירות⁹. בתי דין אחדים קבעו שזכרון מרוענן באמצעות היפנוזה יכול להיות בסיס לעדות, ועל השופט והמושבעים להתחשב בקשיים אפשריים העלולים לצוץ עקב השמוש בהיפנוזה, ולהחליט מה יהיה משקל העדות^{10,11}. בתי דין אחרים קבעו כי אדם, אשר אי פעם היה מהופנט, לא יוכל להעיד על נושא שזכרונו רוענן ע"י היפנוזה^{12,13}. ושוב, אחרים פסקו כי יש למלא אחרי קוים מנחים בהערכה, אם – במצב נתון – עדות המבוססת על רענון זכרון באמצעות היפנוזה הינה ראוייה להתקבל^{14,15}.

תפקידנו להעריך את הראיות המדעיות הנוגעות להשפעת ההיפנוזה על הזכרון, ולהגביל את החקירה להטרי-היפנוזה (אשר בה מעורבים המהפנט והמטופל).

יש ראיות שזכרון עלול להיות מושפע ממצבים היפנוטיים.

לא נטפל כאן במקרים משפטיים או בשאלות אשר אין עליהן נתונים מדעיים, אלא נתמקד בהשפעת ההיפנוזה על דוחי זכרון בתנאים שונים.

פרופ' קרל פוקס – גניקולוג ומרצה בפקולטה לרפואה בטכניון בחיפה.

בשנויי תפיסה, שליטה מוטורית או זכרון. הדרגה שבה סוגסטיית מתקדמות, והתנסות אמיתית ובלתי רצונית מראות על מידת קיום ההיפנוזה.

מחקרים במעבדה¹⁶ ובשטח^{17,18} מדווחים שכל פרט מגיב אחרת ביכולתו להתנסות בהיפנוזה, וכי שוני זה הינו תכונה יחסית קבועה למרות שמטופלים בעלי יכולת היפנוט גבוהה עלולים לבחור שלא להגיב (או לא להגיב כפי שהם מסוגלים). רוב האנשים יכולים להתנסות בדרגה מסויימת של היפנוזה, וכך, היפנוזה מערבת התמקדות של תשומת לב, תגובה גוברת לסוגסטיה, דחית חוסר האמון וירידה בשפוט בקורתי, לשינוי תפיסתי, בבקרה מוטורית או זכרון – כתגובה לסוגסטיה.

ראיות מדעיות הנוגעות לזכרון מרוענן על ידי היפנוזה

היפנוזה היתה בשימוש כנסיון לרענן זכרון בשתי דרכים עקביות: הראשונה נובעת משמוש בהיפנוזה בפסיכותרפיה כ"נסיגת גיל" AGE REGRESSION. האדם המהופנט מתבקש לשחזר חוויה או רגש שאין לו אפשרות להזכר בהם במודע. הדרך השנייה מערבת סוגסטיה (השאה) של האדם המהופנט באופן ישיר או עקיף באמצעות מטאפורות, כך שארועים ספציפיים או מידע מסוים ייזכר. גישה זו היא הנפוצה ביותר בהיפנוזה לגבי קרבות ועדים כאשר יש צורך לרענן אצלם את הזכירה.

זכרון בשעת נסיגת גיל היפנוטית

השימוש בהיפנוזה כדי לחוות מחדש רגש הנלווה לארועים טראומטיים בעבר, נמשך כבר למעלה ממאה שנה. בנסיגת גיל היפנוטית, חולים עשויים להתנהג בצורה המתאימה לגיל אשר בו התרחש הארוע הטראומטי. הזכרונות שלהם לרוב קשורים לארועים הטראומטיים בעבר, ותחת השפעת ההיפנוזה הם עשויים לחוות ארועים אלה מחדש בצורה רגשית חזקה. החולים יכולים לתאר אין ספור פרטים (כגון הבעת פנים של הורה, או כתם על שטיח). לבסוף, החולים לעתים מגלים סמני רווחה הקשורים לארועים אשר הם חוו מחדש בזמן ההיפנוזה.

תופעה זו היתה מספיק חזקה כדי לשכנע את פרויד שזכרונות היפנוטיים מיצגים תאור מדויק של ארועי עבר. פרויד¹⁹ הכיר בכך שזכרונות אלה שיקפו מציאות רגשית אבל לא היו בהכרח מדויקים מבחינה היסטורית, אלא היו – לרוב – שלוב של הזיות, רצונות, פחדים, חכירות אמיתיות של תקופות זמן שונות.

רוב המחקרים האחרונים בנושא של נסיגת-גיל היפנוטית חפשו לבסס את התאוריה שהאדם למעשה חווה ארועי עבר, וכי תפקד – הן במישור הפסיכולוגי והן במישור הפיזיולוגי – בהתאם לגיל אותו נראה היה שהוא חי

שנית. למרות שטענה זו עדיין לא התבססה ע"י ביקורת מדעית מדויקת²⁰, ישנם חלוקי דעות אחרים הקשורים לנושא זה ומתבססים על דווחים בודדים²¹. בהתנסות קלינית לעתים קשה לאמת באופן עצמאי אפילו מספרים בודדים של ארועים אשר עליהם מדווח החולה בהיפנוזה (ואי אפשר להסיק כי מאחר ופרט אחד או יותר עשוי להיות נכון, הרי פרטים אחרים שלא אומתו יהיו נכונים אף הם).

חוקרים הגיעו להסכמה שנסיגת גיל היפנוטית הינה שחזור סובייקטיבי של התנסויות וחוויות מוקדמות כאילו היו מציאותיות – דבר שאינו בהכרח העתק של ארועים קודמים.

זכירה מוגברת ע"י היפנוזה

הליך היפנוטי לרענן הזכירה שנמצא בשימוש עם קרבות ועדים הוא "טכניקת הטלויזיה". לפני ההיפנוזה נאמר למטופל שכל דבר שאדם רואה, שומע או חווה, נרשם בתת מודע וניתן להגעה בהיפנוזה. אדם מהופנט מתבקש לדמיין מסך טלויזיה עליו הוא יראה סרט תעודי של הארועים שבהם ייזכר. כמו בארוע ספורטיבי בטלויזיה, הוא יוכל להפסיק תנועה, להתקדם מהר קדימה או אחורה ו"להתקרב" כדי לראות כל פרט שלא נראה ברור בצורה אחרת. לבסוף, נאמר לו שבשעה שיראה את עצמו בסרט תעודי זה ויצפה באופן מדויק במה שקורה, אין עליו לחוות את הרגשות המעיקים או הכאב שכנראה היו בזמנו, אלא יראה באופן אובייקטיבי את הארועים כפי שהתרחשו.

טכניקת הטלויזיה אינה מוצגת בפני המטופל רק כמטפורה, אלא מייצגת את צורת ארגון הזכרון והיא היסוד להנחה שהיפנוזה יכולה למעשה לרענן את הזכרון. ההסבר התיאורטי התומך של טכניקה זו קובע: "התת-מודע עירני ומתפקד במשך 24 שעות ביממה, שבעה ימים בשבוע: הוא לעולם אינו ישן" (11 p-22).

היות ו"המכונה התפיסתית" עובדת באופן קיברנטי, בדומה למקלט וידאו ענק, שפע המידע הנתפס ע"י המערכת הסנסורית מוקלט ומאוחסן במוח ברמת התת-מודע (40 p-24). ההנחה שתהליך אנלוגי למכשיר וידאו רב-ערוצי בתוך המוח מקליט את כל הרשמים הסנסוריים ומאוחסן אותם בצורתם המקורית לזמן בלתי מוגבל, אינה עקבית עם ממצאי מחקרים או עם תיאוריות זכרון עכשויות.

הגברה היפנוטית של זכרון מכני

כל תאורית מקלט (טייפ רקורדר) של הזכרון אשר קובעת שהיפנוזה יכולה לגשת לכל הזכרונות, תצטרך גם לקבוע שהיפנוזה מגבירה את הזכירה אפילו של חומר חסר חשיבות אשר נלמד בצורה מכנית. לאחר הסתכלות במחקרים רבים, נסיק שאין כל ראיות מדעיות שהיפנוזה

מגבירה את העלאת הזכרון של הברות חסרות משמעות או כל חומר חסר חשיבות אחר.

הגברה היפנוטית של זכרון הכרתי עבור חומר משמעותי ומורכב

המטופל מתבקש להחליט ולקבוע את נכונות המידע על ידי תשובות "כן" ו"לא", או על ידי בחירת תשובה בין אפשרויות שונות. לאחר בדיקת נתונים מדעיים רלוונטיים, לא נמצאו ראיות ממחקרי מעבדה (של אנשים נורמלים) כי זכרון הכרתי גדל באמצעות היפנוזה. הספרות הנסיונית לא טפלה באופן שיטתי בשאלה האם ממצאים אלה מתייחסים לבודדים כגון עברניים, או קרבנות של פשעים, או לעדים המעורבים באופן רגשי בצורה משמעותית. בכל אופן, מחקר שדה אחד טפל בשאלה זו, וממצאיו מצביעים על כך שגם במציאות אין הגדלה של זכרון הכרתי של קרבנות ושל עדים מהופנטים²⁴.

הגברה היפנוטית של העלאת הזכרון של חומר משמעותי ומורכב

זכירת זכרונות של חומר משמעותי ומורכב, כפי שנלמדת בספרות, כוללת שמוש בתמונות, שירה ופרחה כגוריו. מחקר קלאסי אחד²⁵ מראה זכרון מוגבר של שירה שנלמדה שנים קודם. המטופלים זכרו יותר את השירה במצב היפנוטי מאשר במצב לא-היפנוטי. אך כאשר הקטע הנזכר הושוה לשירה המקורית התברר שהמטופלים המציאו או בדו קטעים בסגנונו של המשורר. למרות שלצופה נראה שהיתה עליה בזכרון ההיפנוטי, נתגלה שהמטופלים המהופנטים הפיקו יותר מלים בסך הכל, נכונות ובלתי נכונות, על ידי מילוי הרווחים (פערים) בזכרון במשפטים מתקבלים על הדעת.

לאחר בדיקת הספרות הנרחבת אפשר להסיק שהיפנוזה יכולה להגדיל את מספר הפרטים המשמעותיים הנזכרים ולהגדיל את התפוקה הכללית, וכך היפנוזה מגדילה את מספר ההצהרות הנכונות והבלתי נכונות. היות וכמות תפוקת התגובה לא היתה מבוקרת כהלכה במחקרים עד היום, אי אפשר לקבוע אם היפנוזה גורמת לעליית הזכרון או גורמת להרפיית קריטריון התגובה (כלומר המטופל מקבל סטנדרד פחות נוקשה לגבי מה שהוא חווה כ"זכרון"). תוצאת המצב הזה היתה עליה במספר התגובות המופקות. אין כל טכניקות המבוססות על דווחי הפרט שיכולות להבחין ולהבדיל באופן אמין בין זכרון אמיתי ולא אמיתי במקרה ספציפי כלשהו.

הגברה היפנוטית של זכרון של ארועים אנלוגיים

מחקרים אנלוגיים בודקים את האינטראקציה בין היפנוזה וזכרון. הכללה מהמעבדה לעולם האמיתי תלויה במידה שבה תנאי המעבדה מייצגים באופן מדויק את התנאים בשטח. למרות שכמה מחקרים אנלוגיים בחנו זכרון של חומר הגדוש ברגש, אף אחד מאלה אינו יכול להגיע לרמות הטראומה שניתן להתקל בהן בשטח. יתר על כן, המוטיבציה של מטופלים נסיוניים, והתוצאות לגבי השתתפותם בתהליך הרגשי, כל אלה שונות מאשר אצל העדים והקרבנות. הספרות הקיימת רלוונטית יותר באופן ישיר למקרים שבהם פסיכופתולוגיה קודמת ותגובות טראומטיות אינן מעורבות. במחקרים שנלמדו, הספרות מציגת שהיפנוזה יכולה להוביל לגידול התפוקה, הן בזכירות אמיתיות והן בלא אמיתיות. למרות שנכיר בכך שישנם גורמים רבים – כולל שאלות מנחות – שמשפיעים על עדי ראיה בשעת עדותם במצב לא היפנוטי, מטופלים בהיפנוזה יותר פגיעים להשפעת השאלות המנחות.



נסכם שספרות עכשווית אינה תומכת בשימוש בהיפנוזה עבור עדים סתמיים או כאלה שמעורבותם קטנה. בהתייחסות למקרים בהם ישנה פסיכופתולוגיה מוקדמת ו/או טראומה רגשית קיצונית, הספרות הנסיונית העכשווית אינה ברורה.

מקרים קליניים ודווחים מהשטח

בנוסף למחקרי מעבדה, ישנם דווחים של מקרים שמוכיחים הגברת זכרון בהיפנוזה. הכמות הגדולה ביותר של דווחים כאלה הם אנקדוטות, ורובם אינם יכולים להציע אימות בלתי תלוי שהזכרונות עלו בהיפנוזה, או לבסס דעה שהיפנוזה אחראית לתוצאות שהובחנו.

סדרת מקרים רציפים²⁶ דווחה על ידי סוכנות משטרתית, אבל זו כללה רק התרשמויות סובייקטיביות של חוקרי המשטרה במה שנגע להשגת מידע חדש בעל תוקף. נתוח אובייקטיבי יותר של התוצאות²⁴ מאותה הסוכנות אינו תומך בדעיה שהיפנוזה יכולה להגביר באופן יעיל את תפוקת הזכרון המדויק מעבר למה שניתן להשיג בשיטות מתאימות ללא היפנוזה. לעומת זאת המחקר לא הראה שהיפנוזה מפיקה יותר עוותים בזכרון.

סקירות עניינות של הספרות

פרסומי סקרים של מחקרים נסיוניים ומחקרי שדה שהוכנו באופן עצמאי ובלתי תלוי בחקירות, תומכים במסקנות שהוזכרו למעלה. סקר אחד²⁷ אף מצא שאין כל תיעוד מדויק בספרות קלינית או נסיונית שהיפנוזה אכן יכולה לשפר זכרון. סוקרים אחרים, למרות שהשתכנעו עיני ראיות קליניות שהגברת הזכרון יכולה להתרחש, מסכימים שהיפנוזה יכולה אף להוביל להגדלה בזכרונות לא אמיתיים ובבדיות. הדבר קורה גם עם קרבנות ועדים לפשעים, הסובלים משכחה טראומטית או הפרעות מתח פוסט-טראומטיות.

יעילות ההיפנוזה ברענון הזכרון

בדיקה מחודשת של ספרות מדעית מציינת שכאשר משתמשים בהיפנוזה לרענון זכרון, אזי מתרחשת אחת התוצאות הבאות:

- (1) ההיפנוזה מפיקה זכרונות שאינם שונים בהרבה מזכרונות לא היפנוטיים.
- (2) ההיפנוזה גורמת להעלאת זכרונות פחות מדויקים מאשר הזכרון הלא-היפנוטי.
- (3) לעתים קרובות התוצאה היא דווח רב יותר של מידע, אבל זכרונות אלה כוללים פרטים מדויקים וגם בלתי מדויקים. כאשר התנאי השלישי מתקיים, קשה למטופל להבחין בין הזכרונות המדויקים והבלתי מדויקים. (4) אין כל נתונים לתמוך באפשרות רביעית, והיא, שהיפנוזה מגבירה זכרון של מידע מדויק בלבד.

בנגוד לסברת הצבור, זכרונות המושגים דרך היפנוזה לא רק שאינם מדויקים, אלא הם פחות אמינים מזכירה לא היפנוטית. יתר על כן, בשעה שבדווחים לא היפנוטים יש קשר חיובי בין דיוק הזכרונות והאמון שהמטופל נותן בזכרונות אלה, הרי שהתהליך ההיפנוטי עלול לעוות קשרים אלה. הספרות המדעית מציינת שהיפנוזה מגבירה את אמונו של המטופל בזכרונותיו מבלי לפגוע בדיוק^{30,31} או יכולה להגביר טעויות ובאותה שעה להגביר באופן מוטעה את האמון^{31,32}. אין כל מחקר ערכני אשר בו מצוינת עליה בדיוק הנלווה לגידול מתאים באמון ובאמיתות הזכרונות.

במקרה של פוגה, FUGUE, (הפגה) (אשר בו האדם שוכח את הזהות שלו) היפנוזה יכולה להיות יעילה כרי לעזור לאדם להזכר בזהותו. בשימוש למטרות אלה, היפנוזה עוזרת לאדם להחזיר לעצמו את זכרונותיו הקודמים. לעומת זאת, כאשר לאדם יש אמניזיה (שכחה), בעקר כאשר האמניזיה קשורה לטראומה נפשית או פיזית קשה, הסיכוי כי ההיפנוזה תשיג זכרונות, הוא 50%. והסיכוי כי הזכרונות יהיו מדויקים, גם הוא 50%^{33,34}. כמו בכל רענון זכרון היפנוטי, גם כאן הן המהפנט והן המהפנט אינם יכולים להבחין בין זכרונות ממשיים לבין זכרונות מדומים. כדי להבחין ביניהם דרוש אמות בלתי תלוי לאחר מכן.

כשיטה מרפאה, היפנוזה יכולה לעזור בבעיות נפשיות של ארוע טראומטי: כלומר, לזכרון יש תוקף רגשי אפילו אם אין הוא מדויק מבחינה היסטורית. וכך, אין חשיבות אם מה שנוצר בהיפנוזה הוא אכן אמיתי, אלא עליו לעזור למטופל לשלב חומר זה באופן אגרסיבי (בהתאמה עם עצמו) כדי להתמודד עם אירועים טראומטיים שהתרחשו.

ההשלכות על האדם המהפנט

כאשר אדם מתבקש לעבור טפול בהיפנוזה לטובת הצבור, כמו במקרה של עדים או קרבנות פשע, הרשויות מקבלות על עצמן אחריות לדאוג שהתהליך יתבצע באופן אשר יפחית למינימום תוצאות שליליות אפשריות למתנדב. למרבה המזל, השימוש בהיפנוזה הינו בטוח ביותר במקרה שלמטופלים אין בעיות פסיכופתולוגיות רגשיות הקשורות בתומר הנדון בהיפנוזה וכן כאשר לא ניתנת להם סוגסטיית אגרדיסטיות.

עדים וקרבנות אינם נבחרים בהתאם למצבם הנפשי, וישנן סיבות פסיכודינמיות מדוע הם אינם רוצים או אינם יכולים להזכר באירועים הנדונים. ישנם מקרים, אמנם נדירים, בהם אנשים שהופנטו כדי לסייע לזכירה, הופרעו בצורה רצינית בזמן הטפול, ודבר זה נמשך זמן מה לאחר מכן³⁵. בנסיבות כאלה לא די להציע שאי נוחות זו תעבור, מאחר והתגובה הבלתי נעימה הינה תוצאה של ריגוש חזק שנוצר בשעת נסיון זכירת האירועים הנדונים. לכן חיוני שהיפנוזה תתבצע על ידי רופא או פסיכולוג המיומן לעזור לעד או לקרבן

להתמודד עם רגוש חזק במיוחד. איש המקצוע חייב לעבור התמחות קלינית בשימוש בהיפנוזה כאמצעי חקירתי. זוהי אחריותו של הרופא או הפסיכולוג המשתמש בהיפנוזה לכל מטרה שהיא, לבצע הערכה קלינית על מצבו הנפשי של המטופל כדי להעריך את יכולתו להתאים להיפנוזה. תשומת לב מיוחדת יש לתת לאנשים הסובלים מהפרעות מתח פוסט-טראומטיות הקשורות באמניזיה מוחלטת או חלקית. לא מספיק לחפש דרך לפרוץ שכחה ולהפיק זכירה, יש להעריך את התוצאות החיוביות והשליליות של ההליך. באופן מיוחד חשוב לעזור למטופל לשלב כל מידע חדש שהופק. טפול בודד אינו יכול להחשב לטפול מתאים במקרים של שכחה טראומטית או הפרעות מתח פוסט-טראומטיות. יש להמשיך בטיפול. יתר על כן, במסגרת טיפולית, יש לדאוג שהמטופל, הקלינאי ושלוש המידע שהתקבל מהקרבנות והעדים המהופנטים יהיו מוגנים. את זה ניתן להשיג על ידי הקלטות מתאימות של כל הפגישות לאחר הפשע. ההקלטות חייבות להיעשות גם במסגרת הטיפולית עם אותם אנשים שיתבקשו להעיד בבית המשפט בתאריך מאוחר יותר. למרות שברשותו של המטופל עותקים של ההקלטות, הן יכולות להיות זמינות לרשויות. עדיף שהמטפל ישמור על ההקלטות המקוריות של פגישות אלה.

ההשלכות של זכירה מהימנה אבל בלתי מדויקת

לא רק שמתעוררת שאלה לגבי דיוק הזכרונות של המטופל בשעת היפנוזה, אלא ישנה בעיה שהיפנוזה מגבירה את הפגיעות לרמיזים דקים והשאיות ברורות העלולות לעוות זכירות בדרכים מסוימות. תלוי במה שנמסר למטופל. גם הצפיות של המהפנט והאמונות הקודמות של המטופל עלולות לקבוע את תוכן הבדידות או הזכרונות המדומים בשעת היפנוזה^{34,36}. האופן בו מוצגת השאלה יכולה להשפיע על התגובה ואפילו ליצור תגובה כאשר למעשה אין זכרון³⁷. כאשר חשד הופך לזכרון מדומה בהיר בהיפנוזה, ייתכן שתהיינה תוצאות חמורות לתהליך המשפטי כאשר העדות מתבססת על חומר שהוצא מהעד שהופנט למטרות רענן זכרוננו בקשר לארוע הנדון.

אני מאמין שכדי להפחית עוות דין אפשרי, חייבים להסביר בברור לרשויות המוסמכות שאין באפשרות המטופל או המהפנט להבחין בברור בין זכרונות מדויקים לזכרונות מדומים שהושגו תוך כדי היפנוזה, מבלי לערוך אימות בלתי תלוי לאחר מכן. אם מקרה כזה מגיע למשפט, הדבר חייב להיות ברור.

שימוש בהיפנוזה עם נאשמים

למרות ששימוש כזה הינו מעבר לנסיוגי האיש, יהיה זה הוגן להעיר בקצור על הנושא של שימוש בהיפנוזה עם נאשמים. לדעתי אין הצדקה שהקטגוריה תשתמש

בהיפנוזה עם חשודים². כאשר הנאשמים מראים סימנים ברורים של שכחה, ההגנה עשויה לבקש היפנוזה. במקרים אחדים, היפנוזה נתנה מידע חשוב שמאוחר יותר אושר ע"י ראיות פיזיות³⁸. בנסיבות כאלה יש לשמר את אמצעי הזהירות כמו במקרים של עדים וקרבנות פשע. יתר על כן, יש לזכור שאנשים לא מאומנים, ללא ידע מסוים בהיפנוזה עלולים להעמיד פנים או לזייף היפנוזה במידה מספקת כדי לרמות אפילו מהפנטים מנוסים. יותר מכך, אנשים בהיפנוזה עמוקה יכולים להפעיל שליטה ולשקר במכוון. כתוצאה מכך, ההצהרות הנאמרות בשעת היפנוזה יכולות לשרת את עצמן כהונאה תכליתית.

סכום והמלצות

נסכים שאין כל ראיות להגברת זכרון באמצעות היפנוזה כשמדובר בחומר חסר חשיבות או הכרת זכרון לכל חומר שהוא. כאשר משתמשים בהיפנוזה לזכירת ארועי עבר בעלי משמעות, לעתים ישנו דווח של מידע חדש^{25,39}. זה עלול לכלול מידע מדויק כמו גם בדידות וזכרונות מדומים. זכרונות מדומים אלה הם תוצאה של היפנוזה, אשר בה המטופלים משנים אמונות קודמות למחשבות או הזיות שאותן הם מקבלים כזכרונות. מטופלים מהופנטים נוטים להיות יותר מושפעים, הם נעשים יותר פגיעים לכלול סימנים הניתנים בזמן ההיפנוזה לתוך הזכירות שלהם.

לא נמצאו ראיות המציינות שיש הגדלה של זכרון מדויק בלבד בזמן היפנוזה ונכיר בכך שאין כל דרך הן למטופל והן למהפנט להבחין בין זכרונות העשויים להיות מדויקים, ואלה שהם זכרונות מדומים. סוכם שהיפנוזה יכולה להיות שמושית בזמן התהליך החקירתי, כאשר אפילו זכירה נכונה אחת יכולה להוביל לראיות חשובות חדשות. אין חשיבות רבה לכך שהמהפנט יפיק גם תגובות רבות בלתי נכונות. שימוש זה בהיפנוזה הינו בנגוד מוחלט לשמושה עם עדים אשר עומדים להעיד בבית המשפט. ישנם חלוקי דעות בספרות אם היפנוזה מספקת למעשה מידע חקירתי שמושי.

סקר מבוקר²⁴ לא תמך בטענות כאלה. הערך בשימוש היפנוזה בחקירות חייב לעמוד כנגד פסילת העדות הפוטנציאלית או מגבלות של הראיות באמצעות היפנוזה, של עדים במשפט. היפנוזה יכולה להיות יעילה כעזרה לאנשים להזכר בדוחים הקשורים לארועים שאותם הם שכחו. זכרונות כאלה עלולים להיות מדויקים ובלתי מדויקים, למרות שהם חשובים ביותר בטפול הפסיכותרפי של האדם.

בהתבסס על ממצאי הפנל⁴¹ של המועצה המדעית של ארה"ב נמליץ על הנקודות הבאות:

* השימוש בהיפנוזה עם עדים וקרבנות כדי להגדיל זכירה יוגבל לתהליך החקירתי. אמצעי זהירות מיוחדים (שיפורטו



ריפוי בהיפנוזה

משאלות ספציפיות. במקום זאת עליו לעודד הערות ללא תוכן ספציפי (כגון, "המשך", "כן" וכו'). לאחר השגת זכרון ללא לחץ בהיפנוזה, יתכן ויהיה צורך לשאול שאלות יותר ספציפיות (אבל לא מנחות). לפני שאלות ספציפיות כאלה, יש לומר למטופל שגם תגובות כמו "אינני יודע" הינן תשובות קבילות.

* תגובת המטופל לסיום ההיפנוזה והשיחות הפוסט-היפנוטיות על התנסות ההיפנוזה הינן חשובות ביותר בהערכת תגובת המטופל להיפנוזה, ולכן קלטת הוידאו חייבת לכלול את השיחות הפוסט-היפנוטיות בשלמותן.

* אחריות רפואית לבריאות ורווחתו של המטופל אינה יכולה להבטל עקב החשיבות החקירתית של הטפול ההיפנוטי.

להלן) יהיו בשמוש כדי להגן הן על רווחת המטופל והן על רווחת הצבור, וכדי לספק עדות שתהיה חיונית בהערכת חומר נוסף שיושג תוך כדי ואחרי ההיפנוזה.

* לפני הטפול בהיפנוזה בהקשר לחקירה, יש לקבל הערכה של פסיכולוג על מצבו הנפשי של המטופל ולקבל היסטוריה מפורטת על זכרונותיו של אותו אדם כפי שהושגו באופן לא מונחה. הצהרות כגון: "איני יכול לזכור דבר" לא צריכות להתקבל אלא צריכות להוביל לחקירה מדוקדקת של מה שכן ניתן להזכר. מאמצי זכירה חוזרים על עצמם. אפילו כאשר המטופל טוען שאינו זוכר דבר, ניתן להגביר זכרון⁴⁰. אם, אחרי נסיונות חוזרים ונשנים להשיג זכירה, מתקבלת החלטה להשתמש בהיפנוזה, חשוב לגלות את ציפיותיו והזיותיו של המטופל לגבי ההיפנוזה ולטפל בתפיסות מוטעות. לפני המשך טפול בהיפנוזה, יש לקבל הסכמת המטופל.

* ההיפנוזה צריכה להתבצע על ידי רופא או פסיכולוג המיומן בשמוש הקליני והחקירתי של ההיפנוזה. עליו להיות מודע למשמעות המשפטית בשמוש בהיפנוזה למטרות חקירה בתחום הסמכות שבה הוא מטפל. הקלינאי המבצע את הטפול בהיפנוזה חייב להמנע מנתינת רמזים מנחים או מנתינת רמזים בשגגה למטופל. יש לערוך דווח מדויק בכתב או בהקלטה על ידיעתו המוקדמת של הקלינאי על המקרה. יש להשיג הקלטת וידאו מושלמת של ההערכה התרום-היפנוטית וההיסטוריה, של הטפול ההיפנוטי והראיון הפוסט-היפנוטי של המטופל והמהפנט.

* בשעת ההיפנוזה רצוי שיהיו נוכחים רק המטופל והרופא/הפסיכולוג. לעתים יש צורך בחריגות. כגון כדי לאפשר לאיש החוק אשר אינו בקיא בפרטי המקרה לספק מומחיות מיוחדת. כך לגבי מומחה משפטי או משטרה. לעתים יש לאפשר להורה של ילד מיוחד להשאר בחדר הצורך בנוכחותו של אדם נוסף צריך להשקל בזהירות לנוכח הסיכון בסימנים שוגגים של האדם המהפנט.

יש להשתמש במבחנים סטנדרטיים להיפנוטיות. מבלי להתחשב בהליך הספציפי כדי למקד את תשומת ליבו של המטופל בהיפנוזה לארועים בהם עליו להזכר, על המהפנט להעלות לפחות זכרון מילולי חופשי אחד בתחילה ולהמנע

מקורות:

1. AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, MEDICAL USE OF HYPNOSIS. JAMA 168: 186, 1958;
2. PEOPLE V. LEYRA, 302 NJ 353 98 NE2d 553, 1951;
3. PEOPLE V. BOYD, Ind No. 81-C-6190, Cir Ct III Feb. 28, 1983;
4. STATE V. FORNEY, No. 25A-83, (App Div NC, Jan 19, 1983;
5. PEOPLE V. SHELLY, Ind No. 1340/73, Sup Ct NY, 1973;

6. PEOPLE V. RITCHIE, No. C-36932, Sup CT Cal April 7, 1977, unrep;
7. STATE V. PAPP, No. 78-92-00229, CP Summit C, Ohio, Lorain Co. No. 16862 March 28, 1978, unrep, appealed, US Sup CT No. 79-5091, cert denied Oct 1, 1979;
8. LANDRY V. GARRETT CHEVROLET INC, 430 So2d 1051, (La App 4th Cir), writs granted, 434 So2d 1103 (La 1983), 433 So2d 1105 (La 1983), 433 So2d 1139 (La App 4th Cir Feb 10, 1984) writs denied (not yet rep);
9. EIMMOND BL, INHERENT PROBLEMS IN THE USE OF PRETRIAL HYPNOSIS ON A PROSPECTIVE WITNESS. Calif Law Rev 68:313, 1980;
10. STATE V. McQUEEN, 295 NC 96, 244 SE2d 414, 1978;
11. UNITED STATES V. ADAMS et al, 581 F2d 193 (9th Cir 1978), cert denied - US -, 99 S Ct 621, 1978;
12. PEOPLE V. SHIRLEY, 31 Cal 3d 18, 641 P2d 775, 181 Cal Rptr 243, 1982;
13. STATE V. COLLINS, 296 Md 570, 1983;
14. STATE V. HURD, 173 NJ Sup Ct 333, 414 A2d 291, aff'd. 86 NJ 525, 132 A2d 86, 1981;
15. STATE V. BEACHUM, 97 NM 682, 643 P2d 246 Ct App 1981;
16. HILGARD ER, HYPNOTIC SUSCEPTIBILITY. New York, Harcourt Brace & World, 1965;
17. FRANKEL FH; APFEL RJ, KELLEY SF & al, THE USE OF HYPNOTIZABILITY SCALES IN THE CLINIC: A REVIEW AFTER SIX YEARS. Int J Clin Exp Hypn 27: 63, 1979;
18. SPIEGEL H, SPIEGEL D, TRANCE AND TREATMENT: CLINICAL USES OF HYPNOSIS. New York, Basic Books Inc, 1978;
19. FREUD S, A CASE OF HYSTERIA. THREE ESSAYS ON SEXUALITY, AND OTHER WORKS. London, Hogarth Press, 1953, p 276;
20. O'CONNELL DN, SHOR RE, ORNE MT, HYPNOTIC AGE REGRESSION: AN EMPIRICAL AND METHODOLOGICAL ANALYSIS. J Abnorm Psychol 76 (monogr) 30:1, 1970;
21. SPIEGEL H, SHOR G, GISCHMAN S, A HYPNOTIC ABLATION TECHNIQUE FOR THE STUDY OF PERSONALITY DEVELOPMENT. Psychosom Med 7:272, 1945;
22. REISER M, HANDBOOK OF INVESTIGATIVE HYPNOSIS, Los Angeles, LEHI Publishing Co, 1980;
23. REISER M, HYPNOSIS AS A TOOL IN CRIMINAL INVESTIGATION. Police Chief 46:36, 1976;
24. SLOANE MC, A COMPARISON OF HYPNOSIS VS. WAKING STATE, AND VISUAL VS. NON-VISUAL RECALL INSTRUCTIONS FOR WITNESS/VICTIM MEMORY RETRIEVAL IN ACTUAL MAJOR CRIMES, DOCTORAL DISSERTATION. Florida State University, Tallahassee, 1981;
25. STALNAKER JM, RIDDLE EE, THE EFFECT OF HYPNOSIS ON LONG-DELAYED RECALL. J Gen Psychol 6:429, 1982;
26. REISER M, NIELSON M, INVESTIGATIVE HYPNOSIS: A DEVELOPING SPECIALTY. Am J Clin Hypn 23:75, 1980;
27. SMITH MC, HYPNOTIC MEMORY ENHANCEMENT OF WITNESSES: DOES IT WORK? Psychol Bull 94:387, 1983;
28. PUTNAM WH, HYPNOSIS AND DISTORTIONS IN EYEWITNESS MEMORY. Int J Clin Exp Hypn 29:437, 1979;
29. ZELIG M, BEIDELMAN WB, THE INVESTIGATIVE USE OF HYPNOSIS: A WORD OF CAUTION. Int J Clin Exp Hypn 29:401, 1981;
30. SHEEHAN PW, TILDEN J, EFFECTS OF SUGGESTIBILITY AND HYPNOSIS ON ACCURATE AND DISTORTED RETRIEVAL FROM MEMORY. J Exp Psychol Learn Mem Cogn 9:283, 1983;
31. DYWAN J, HYPERMNESIA, HYPNOSIS AND MEMORY: IMPLICATIONS FOR FORENSIC INVESTIGATION, DOCTORAL DISSERTATION. University of Waterloo, Waterloo, Ontario, 1983;

המשך בעמ' 48

פסיכולוגיה ומשפט

פסיכולוגיה משפטית מהי?

של ידע אשר עשוי להיות שימושי ויישום למערכת המשפטית. לכן, חוקרים בפסיכולוגיה משפטית נדרשים למיין ולרכז את הידע הרלוונטי המסייע להבנת התנהגות אנושית הקשורה למערכת המשפטית. בארה"ב הרחיקו לכת בעשור האחרון, ויזמו מחקרים חדשים לפתרון סוגיות מקצועיות בהליך המשפטי, בתחומים הבאים:

— בתחום הפסיכולוגיה הקוגניטיבית:

ערות המבוססת על ראייה¹; ערות המבוססת על זכרון²; השפה המשפטית³;

— בתחום הפסיכולוגיה החברתית:

התנהגות פלילית⁴; מחקרי סימולאציה בהקשר לחוק⁵; פסיכולוגיה חברתית בהקשר למשפט הפלילי⁶; מערכת המשפט הפלילי⁷; פסיכולוגיה חברתית והקשרה לבית המשפט⁸; ההליך המשפטי⁹;

— בתחום הפסיכולוגיה ההתפתחותית:

יכולת של קטינים להודאה¹⁰; עברנים צעירים בפני החוק¹¹;

— בתחום הפסיכולוגיה של האישיות:

סמכותיות ופסק דין¹²;

— בתחום הפסיכולוגיה הקלינים:

היכולת לעמוד לדין¹³; ניבוי התנהגות אלימה על בסיס של שיטות הערכה קלינית¹⁴; הקשר בין בריאות נפש לעבירות חוק¹⁵; עברנים בטיכון גבוה¹⁶;

— בתחום הפסיכולוגיה הייעוצית:

מיומנויות בין-אישיות בעריכת דין¹⁷.

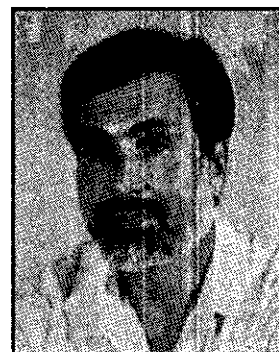
כתבי עת וכנסים מדעיים משמשים מקורות ידע נוספים מתחומי הפסיכולוגיה המשפטית. סוגיות מקצועיות כדוגמת "המסוגלות ההורית" בה עוסקים החוקים.

הקשורים למעמד האישי של קטינים—הוצגו לראשונה בכתב העת "רפואה ומשפט"¹⁸. בהמשך, הגדרת "המסוגלות ההורית" כתיסמונת קלינית והערכתה הפסיכולוגית מצאו ביטוי באותו כתב עת¹⁹, ובכנס המדעי ה-24 של הסתדרות הפסיכולוגים בישראל²⁰.

כתבי העת והכנסים המדעיים מהווים נקודת מיפגש בין האספקט המדעי של הפסיכולוגיה המשפטית לבין האספקט היישומי.

מבוא

בעשור האחרון, הולכת וגדלה ההודקקות של בתי המשפט לשירותים פסיכולוגיים. מול תופעה זו, הסתדרות הפסיכולוגים האמריקאית (APA) הקימה את חטיבה מס' 41 המכונה AMERICAN PSYCHOLOGY-LAW SOCIETY. תפקיד החטיבה הזו להרחיב את הידע המדעי והיישומי



ד"ר משה זכי

בתחומים המקשרים בין הפסיכולוגיה והחוק בחברה האמריקאית.

סדרי החוק ומבנה המערכת המשפטית הנם תלויי תרבות וחברה—מכאן, שהידע המצטבר בחטיבה 41 של APA לא תמיד מסייע וישים לארצות אחרות מחוץ לארה"ב.

בהסתדרות הפסיכולוגים בישראל לא קיים עדיין ענף "פסיכולוגיה משפטית" ולא התגבשו שיטות של התערבות פסיכולוגית כשירות מקצועי לבתי המשפט. קיים מחסור במחקרים מדעיים לבדיקת המהימנות והתקפות של מגוון שירותים פסיכולוגיים ספציפיים למערכת המשפטית.

מאמר זה ינסה להגדיר ולתאר את תחומי הפסיכולוגיה המשפטית. במצב הנתון היום, עשויים הדברים להוות בסיס להתפתחות בעתיד של ענף הפסיכולוגיה המשפטית.

הגדרה

הפסיכולוגיה המשפטית להרחיב את הידע המדעי מתחומי הפסיכולוגיה, כדי להבין את ההתנהגות הקשורה למערכת המשפטית; כמו כן, לפתח ולהציע שיטות להתערבות פסיכולוגית בבתי משפט.

לפי הגדרה זו—ניתן לייחס לפסיכולוגיה המשפטית שני אספקטים בסיסיים: אספקט מדעי ואספקט יישומי. זאת—כמו לגבי ענפי פסיכולוגיה אחרים; פסיכולוגיה קלינית, רפואית, שיקומית, חינוכית, התפתחותית, וחברתית-תעסוקתית.

האספקט המדעי

הפסיכולוגיה כמדע צברה במשך שנים כמות ומגוון

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

האספקט היישומי

שירותים פסיכולוגיים לבתי המשפט מהווים את האספקט היישומי של הפסיכולוגיה המשפטית. זו מתמקדת בערות של פסיכולוג מומחה לבית משפט. הפסיכולוג משמש כאן כמיעץ (קונסולטנט), כמאבחן או כמטפל.

ייעוץ פסיכולוגי מיושם בבית המשפט כאשר התחום הנדון מהווה סוגיה מקצועית המצריכה הרחבת ידע מדעי של חוקר מומחה בנושא; במקרים אחרים הפסיכולוג היישומי משמש יועץ לאיש מקצוע אחר (פסיכיאטר, ניירולוג) אשר זומן כער מומחה על ידי בית המשפט.

בשני המקרים הנ"ל, מגוון הגישות; הגישה הספיקודינמית, הגישה הבהביוריסטית, הגישה המערכתית; יוצר שונות בין הפסיכולוגים בהגדרת הבעיה ובחזות הדעת המקצועית שלהם²¹. דוגמא שכחה במסגרת משפט נויקין: גישה פסיכודינמית תראה בתאונה גורם מעורר ומזרז (TRIGGER MECHANISM) של נברוחה כתר-חבלתית (POST TRAUMATIC NEVROSIS), לעומת הגישה ההתנהגותית שתתייחס לתופעה כאל מכלול של תגובות פחד מותנות ישירות לארוע התאונה. דוגמא שכחה במסגרת של משפט אימוץ: הגישה הפסיכודינמית תתייחס לאי מסוגלות הורית כאל הפרעות באישיות של ההורה. לעומתה – הגישה המערכתית תתייחס לתופעה כאל סימפטום של המשפחה שאינה מתפקדת כראוי ולא בהכרח תראה בה את בעייתו של ההורה, כיחיד, המהווה "פציינט מזהה" (IDENTIFIED PATIENT).

קיימת שאיפה לצמצם את השונות בין הפסיכולוגים במתן ייעוץ לבתי משפט (בהתאם לעקרונות האתיקה של הסתדרות הפסיכולוגים האמריקאית (APA): לשם כך הם נדרשים להיות מעודכנים במחקר המדעי הקשור לתחום עדותם – כלומר, לסקור ספרות מקצועית מדעית מקיפה ושוטפת אשר תהווה בסיס רחב לחזות דעתם המקצועית.

האיבחון הפסיכולוגי מהווה את השירות השכיח והיותר הנדרש מהפסיכולוג בבית המשפט. עדות המבוססת על בדיקה פסיכולוגית משרתת תחומים שונים: תביעת נויקין על רקע פגיעה בגוף כתוצאה מתאונה או מרשלנות; הכרזה על קטין כנוק או בן אימוץ כתוצאה מחוסר מסוגלות הורית; תביעה במשפט הפלילי, למתן פטור לעמוד לדין או ריצח עונש כתוצאה מהמצב הנפשי של הנתבע בעת ביצוע העבירה.

ההערכה הפסיכולוגית מתגבשת באמצעות סוללה של מבחנים פסיכודיאגנוסטיים שכוללים: מבחנים קוגניטיביים (מבחן מישכל של וכסלר, מבחן בנדר-גשטאלט, מבחני ציור אדם); ומבחני אישיות השלכתיים (מבחני ההתפסה הנושאית T. A. T. C. A. T., ומבחן כתמי הדיו של רורשאך). המהימנות והתקפות של ההערכה הפסיכולוגית

לוקות במיגבלות מדעיות²²:

1. חזות הדעת מופקת מיסוד צר של סוללת מבחנים פסיכודיאגנוסטיים כדי לאבחן מגוון רחב של ליקויים קוגניטיביים (קשיי למידה) ושל הפרעות נפשיות (פסיכוזות, נברוחות, הפרעות באישיות).
2. המבחנים עליהם מבוססת ההערכה הם תלויי תרבות, ועשויים – לכן – לגרום להטיה (BIAS) בין קבוצות תרבות ושכבות חברתיות שונות המרכיבות את החברה הישראלית.
3. ההערכה מתבצעת ומתגבשת על ידי הפסיכולוג בלבד וללא הסתייעות באנשי מקצוע אחרים. זהו מצב המשפיע על מידת האובייקטיביות של מסקנות הבדיקה הפסיכולוגית.

כדי להתגבר על המיגבלות האלה מוצעים הכללים הבאים:

– צימצום השונות בפרשנות ממצאים פסיכודיאגנוסטיים. הדבר מושג על ידי כך שפסיכולוגים ישתמשו בסטנדרדיזציה אחידה מתוך המדריך המקצועי להערכה פסיכודיאגנוסטית ככלל²³ ולהערכת תיסמונות נפשיות בפרט²⁴.

– החוק האזרחי בארצות הברית 142-24 מחייב שימוש במבחנים פסיכולוגיים לצורך הערכה, בתנאים הבאים: המבחנים מועברים בשפת-האם של הנבדק או בצורת תקשורת אחרת; הם נמצאו תקפים למטרת הבדיקה הספציפית; הם מועברים על ידי צוות מומחה מיומן בהתאם להנחיות של המוציא לאור.

– רצוי שההערכה המקצועית תקבל אופי רבי-מימדי ומנקודות ראות מולטידיסציפלינאריות. שיתוף פעולה בין-מקצועי בתהליך האיבחון (על ידי שילוב פסיכיאטר באיבחון הפרעות נפשיות, שיתוף ניירופסיכולוג באיבחון ליקויי למידה, ושיתוף עובד סוציאלי באיבחון מסוגלות הורית) – מעלה את מידת האובייקטיביות של מסקנות חזות הדעת הפסיכולוגית.

הטיפול הפסיכולוגי משמש בעיקר בסיס לעדות של פסיכולוג מומחה על סמך ממצאי הטיפול. עם זאת הוא יכול להיות פעילות מקצועית נידרשת בחריצת דין על ידי השופט. הסוגיה העיקרית של הטיפול הפסיכולוגי היא במגוון התיאוריות (תיאוריות דינמיות, התנהגותיות ומערכתיות), כאשר בכל אחת קיימת נטיה להדגיש צד זה או אחר של טבע האדם; סוגיה אחרת היא כמות שיטות הטיפול הניגזרות מן התיאוריות. ניתן למנות כיום מעל 460 שיטות טיפול שונות. מכאן חילוקי דיעות שורשיים בין המטפלים השונים ומכאן חזות דעת פסיכולוגיות סותרות לגבי אותו אדם²⁵.

תופעה זו הוקמה בארה"ב חטיבה ל"פסיכולוגיה וחוק" ב-APA כדי לקדם ולייעל את הפעילות המקצועית במערכת המשפט האמריקאית.

בישראל, קיימות יחומות פרטיות של בודדים לעמוד על סוגיות מקצועיות הקשורות ליישום המקצוע ברשויות משפטיות. עם זאת עדיין אין מודעות כללית בקרב הפסיכולוגים בצורך לענף ספציפי לתחומי המשפט.

נסינו לרכז את המידע המדעי והיישומי המגדירים את הענף החדש "פסיכולוגיה משפטית" – עם אספקטים אופייניים בתיאוריה ובמעשה, כמו כל יתר ענפי הפסיכולוגיה. עם זאת, עדיין נחוצה הרחבת המחקר המדעי באוניברסיטאות; בהכשרה אקדמית של סטודנטים לתואר שני; בסמינריונים; בנושאים הקשורים לפסיכולוגיה ומשפט, ובהכרה של הענף על ידי הקמת חטיבה לפסיכולוגיה משפטית בהסתדרות הפסיכולוגים בישראל.

כדי להגיע לאחידות בין הפסיכולוגים ולהעלות את מהימנות ותקפות עדותם בבית המשפט – נחוצה אינטגרציה טיפולית, כלומר יצירת סינטזה של הגישות השונות בתוך מסגרת כוללת, במקום להסתגר באסכולה ספציפית זו או אחרת. סינטזה זו מתאפשרת באימוץ עמדה אקלקטית בטיפול. כאן מתאימים את הטכניקה הטיפולית למטופל ולבעייתו באופן שיטתי. מאחר שאף אחת מכל שיטות הטיפול השונות הניגזרות מאסכולות ספציפיות לא הצליחה להוכיח עדיפות ברורה²⁶, אזי הגישה האקלקטית בוחרת את ה"מתאים" וה"יעיל" בכל שיטה.

סיכום

כפי שכבר צוין במבוא, הרי בשנים האחרונות, המודעות לשירותים פסיכולוגיים לבתי משפט הולכת וגוברת. מול

מקורות:

1. WELLS, G. (Ed.) ON EYEWITNESS BEHAVIOR. Special Issue of Law and Human Behavior, 1980, 4(4), 237-394.
2. LOFTUS, E. EYEWITNESS TESTIMONY. Cambridge: Harvard University press, 1979.
3. EDWORK, A., SALES, B.D. & ALLINI, J. MAKING JURY INSTRUCTIONS UNDERSTANDABLE: Charlottesville, Va: Michie/Bobbs - Merrill, 1982.
4. CARROLL J.S. & PERLMAN, D. (Eds.) ATTRIBUTIONS IN THE CRIMINAL JUSTICE SYSTEM. Special Issue of Law and Human Behavior, 1978, 2(4), 285-401.
5. DIAMOND, S. (Ed.) SIMULATION RESEARCH AND THE LAW. Special Issue of the Law and Human Behavior, 1979, 3(1/2), 1-148.
6. GREENBERG, M. S. & RUBACK R. B. SOCIAL PSYCHOLOGY AND THE CRIMINAL JUSTICE SYSTEM. Monterey, California: Brooks/Cole, 1982.
7. KONECNI V. J. & EBBESSEN, E. B. THE CRIMINAL JUSTICE SYSTEM: A SOCIAL PSYCHOLOGICAL ANALYSIS. San Francisco: W. H. Freeman, 1982.
8. SAKS, M. J. & HASTIE, R. SOCIAL PSYCHOLOGY IN COURT. New York: Van Nostrand Heinhold, 1978.
9. SALES, R. D. THE TRIAL PROCESS. New York: Plenum, 1981.
10. MELTON, G. B. KOOCHER, G. P. & SAKS, M. J. CHILDREN'S COMPETENCE TO CONSENT. New York: Plenum, 1983.
11. GRISSE, T. JUVENILE'S WAIVER OF RIGHTS: LEGAL AND PSYCHOLOGICAL COMPETENCE. New York: Plenum, 1981.
12. BRAY, R. M. & NOBLE, A. M. AUTHORITARIANISM AND DECISIONS OF MOCK JURIES: EVIDENCE JURY BIAS AND GROUP POLARIZATION. Journal of Personality and Social Psychology, 1978, 36, 1424-1430.
13. ROESCH, R. & GOLDING, S. COMPETENCY TO STAND TRIAL. Urbana: University of Illinois Press, 1980.
14. MONAHAN, J. PREDICTING VIOLENT BEHAVIOR AND ASSESSMENT OF CLINICAL TECHNIQUES. Beverly Hills; Calif.: Sage, 1981.
15. SHAH, S. A. LEGAL AND MENTAL HEALTH SYSTEM INTERACTIONS: MAJOR DEVELOPMENTS AND RESEARCH NEEDS. International Journal of Law and Psychiatry, 1981, 4, 219-270.

16. SHAH, S. A. DANGEROUSNESS: A PARADIGM FOR EXPLORING SOME ISSUES IN LAW AND PSYCHOLOGY. *American Psychologist*, 1978, 33, 224-238.
17. FELDMAN, S. & WILSON, K. THE VALUE OF INTERPERSONAL SKILLS IN LAWYERING. *Law and Human Behavior*, 1981, 5, 311-324.
18. בלנק ש. אליצור א.: ילדים בין כסאות החוק. רפואה ומשפט, 1991, 4, 25-21.
19. זכי מ.: מודל להערכה פסיכולוגית של מסוגלות הורית: שיטות וסוגיות. רפואה ומשפט, 1992, 7, 33-30.
20. זכי מ.: מסוגלות הורית: הגדרתה כתיסמונת קלינית והערכתה הפסיכולוגית. ספר התקצירים של הכנס המדעי ה-24 של הפ"י, אוניברסיטת בר-אילן, 1993.
21. זכי מ.: עדות פסיכולוגית בבית המשפט: סוגיות ועקרונות. רפואה ומשפט, 1991, 5, 33-31.
22. זכי מ.: בדיקה פסיכולוגית עבור בית המשפט: גישות וטכניקות. רפואה ומשפט, 1993, 8, 43-42.
23. OGDON, D. P. PSYCHODIAGNOSTICS AND PERSONALITY ASSESSMENT: A Handbook. Los Angeles: Western Psychological Services, 1978.
24. SCHAFER, R. THE CLINICAL APPLICATION OF PSYCHOLOGICAL TESTS. New York: International Universities Press Inc., 1981.
25. זכי מ.: הטיפול הפסיכולוגי – שירות לבית המשפט. רפואה ומשפט, 1993, 9, 42-41.
26. OMER, H. & LONDON, P.: METAMORPHOSIS IN PSYCHOTHERAPY: END OF THE SYSTEM ERA. *Psychotherapy*, 1968, 25, 171-179.

המשך מעמ' 44

32. TIMM HW, A THEORETICAL AND EMPIRICAL EXAMINATION OF THE EFFECTS OF FORENSIC HYPNOSIS ON EYEWITNESS RECALL. Presented at the Ninth International Congress of Hypnosis and Psychosomatic Medicine, Glasgow, Scotland, Aug 22-27, 1982;
33. UDOLF R, HANDBOOK OF HYPNOSIS FOR PROFESSIONALS, New York, Van Nostrand Reinhold Co, 1980, p 243;
34. SPIEGEL H, HYPNOSIS AND EVIDENCE: HELP OR HINDRANCE? *Ann NY Acad Sci* 347:73, 1980;
35. KLEINHAUS M, HYPNOSIS IN CRIMINAL INVESTIGATION - ETHICAL AND PRACTICAL IMPLICATIONS. Presented at the Ninth International Congress of Hypnosis and Psychosomatic Medicine, Glasgow, Scotland, Aug 22-27, 1982;
36. ORNE MT, THE USE AND MISUSE OF HYPNOSIS IN COURT. *Int J Clin Exp Hypno* 27:311, 1979;
37. MUTTER C, THE USE OF HYPNOSIS WITH DEFENDANTS. Presented at the 26th Annual Meeting of the American Society of Clinical Hypnosis, Dallas, Nov 14-19, 1983;
38. STATE V. STAGGERS, No. 74-243, Cir Ct Fla April 23, 1974;
39. DYWAN J, BOWERS KS, THE USE OF HYPNOSIS TO ENHANCE RECALL. *Science* 222:184, 1983;
40. ERDELYI MH, KLEINBARD J, HAS EBBINGHAUS DECAYED WITH TIME? THE GROWTH OF RECALL (HYPERMNESIA) OVER DAYS. *J Exp Psychol Hum Learn Mem* 4:275, 1978;
41. COUNCIL REPORT, SCIENTIFIC STATUS OF REFRESHING RECOLLECTION BY THE USE OF HYPNOSIS. *Jama* 253:1918, 1985;

האחות והחוק – חובות סיעודיות

כיום הנטייה של החולים לראות את הטיפול הרפואי והסיעודי בתור שרות צרכני. המודעות הרבה של הצרכנים לקבלת טיפול איכותי, עדכני ומוגן יצרה דרישה מוגברת לפיצויים על נזקי גוף שונים.

השינוי במעמד האחות, בתפקידיה וסמכויותיה, הגבירו את הצורך בהגדרה מחודשת של החובות הסיעודיות שלה, ושל אחריותה המשפטית כלפי המטופלים ובני משפחותיהם.

חוק אחיות – התפתחות היסטורית

עד היום לא קיים חוק אחיות בישראל, פרט לחוק המילדות. בימים אלה שוקדים על הגשה של טיוטה ראשונית להצעת חוק, אשר תעניק מסגרת תחוקתית לאחיות כפי שהדבר קיים בארצות רבות בעולם. המסגרת הזו תקבע ייחוד המקצוע הסיעודי; מי רשאי לעסוק בסיעוד; הכשרת אחיות ברמות השונות; מומחיות מוכרת בענפי הסיעוד השונים וחובות סיעודיות שונות.

מדינת ישראל פיגרה מאוד בנושא שלפנינו ורק בשנות ה-70, לאחר הקמת ועדה מיוחדת וקיום דיונים ממושכים, הוצעו תקנות הקשורות לפרקטיקה הסיעודית. כאשר התקנות הראשונות תוקנו ע"י מנכ"ל משרד הבריאות בעיקר בנושא הכשרת אחיות, והן היו המקור והסמכות החלקית לכתוב תקנות בסיעוד. בפקודת הרופאים, נוסח חדש 1976, מזכרות האחיות בסעיפים המציניים את תפקיד האחיות תחת פיקוח הרופא. הסמכות לתקן תקנות בסיעוד הובאה לראשונה ב-1979 בתקנות בריאות העם (סגל סיעודי) 1979 תשל"ט³, כאשר "תקנות בריאות העם המקוריות היו קיימות מ-1946. הן נקראו "תקנות בריאות העם סגל סיעודי בבתי חולים"⁴ ומצויין בהן כיצר יפעל ביה"ח, ומה הדרישות לכהונת מנהלת שרותי הסיעוד.

ב-1981 – הכירו בחשיבות התקנות למקצוע וכתבו את "תקנות בריאות העם, סגל סיעודי מרפאות" והן חלות גם על בתי-החולים⁴.

ב-1982 – הוגדר לראשונה מהו עיסוק בסיעוד ומי מורשה לעסוק במקצוע זה, כלומר הושם דגש על: יחוד המקצוע; בדיקה רפואית; רישום בפנקס; שיפוט משמעתי; רמות מקצועיות; הכרת תעודות ותארים של אחיות מחו"ל.

הדינמיקה הסיעודית, הרפואית והחברתית חייבה את

מבוא

בשנים האחרונות גברה מודעות האחיות בשדה הקליני והמינהל הסיעודי לגבי הפעלת הנחיות הקשורות בסמכויות המקצועיות שלהן, תחום אחריותן והעשייה המקצועית שלהן.

סיעוד – משמעותו מתן שירות על בסיס יומיומי, הדורש ידע נרחב, מיומנות

גבוהה והתמחות ספציפית בתחום הנבחר שהאחות עוסקת בו.

מתוך הקוד האתי אחריותה הבסיסית של האחות היא מרובעת:

- א. קידום בריאות.
- ב. מניעת חולי.
- ג. החזרת בריאות.
- ד. הקלת סבל¹.

הצורך בסיעוד הוא אוניברסלי, כאשר שרותיו מסופקים לפרט למשפחה ולקהילה.

טבעו של המקצוע הסיעודי הוא הדאגה לרווחת האדם כאשר האחריות הראשונית של האחות היא לגבי אנשים הזקוקים לטיפול סיעודי. ההתפתחות המואצת של הרפואה, הטכנולוגיה והידע השפיעה רבות על התחום המשפטי². התפתחות זו הגבירה את הצורך בתשומת לב מיוחדת לשמירה על סטנדרטים של עבודה ברמה גבוהה, ויישום סטנדרטיזציה של פרקטיקה מקובלת, כל זאת מתוך מגמה לשמור, לתמוך ולהגן על זכויות המטופלים. החולים כיום מבינים יותר, יודעים יותר ומבקשים להחליט בכל הקשור לטיפול בגופם.

עם קבלת אחים ואחיות – עולות/ים חדשים למקצוע והחזרת מיכשור חדש ומתוחכם בטיפול היום יומי, עלו ונחשפו בעיות הכרוכות באתיקה סיעודית ובאחריות מקצועית. הציבור נעשה ער לזכויותיו וחלה התעוררות בתביעות משפטיות נגד אחיות בנושא של רשלנות סיעודית.



ד"ר נילי טבק

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

הסיעוד לצעוד בעקבות השינויים, להתערכך ולענות על צרכי המטופלים באופן שבו האחיות לא תיתבענה על חוסר טיפול מקובל והולם ו/או על רשלנות סיעודית.

מדוע הסיעוד נזקק לחוק?

למעשה ניתן ליחס תשובה זו: א. לעוסקים בסיעוד; ב. לצרכני השרות הסיעודי.

מה נדרש החוק לתת לעוסקים בסיעוד:

1. עצמאות חברתית תוך שמירה על מידת זהירות ומיומנות.
2. סטאטוס מקצועי מוכר לאחות שהוכשרה לתפקיד.
3. קביעת אמות מידה מקצועיות בפרקטיקה ובהתנהגות.
4. מתן תוקף חוקי לפעילות של אגף הסיעוד.
5. הגנה לעוסקים בסיעוד מפני תביעות על חריגה מפעילויות סיעודיות מותרות.
6. אבטחת סמכות, אחריות ומתן דין.

מה נדרש החוק לתת לצרכני השרות הסיעודי

1. הגנה על הציבור מפני נזקים:
 - א. התחזות של עובדים שלא עברו כל הכשרה.
 - ב. שמוש בידע נרכש בצורה בלתי הולמת שאיננה עונה על סטנדרטים מקובלים (רשלנות חמורה, חוסר אחריות, חוסר יכולת, הזנחה).
 2. להבטיח לציבור טיפול באיכות מקסימלית מצד בעלי תפקידים שהוכשרו לכך ומורשים לעסוק בסיעוד.
- כלומר חובת המטפלים להעניק טיפול איכותי נבעה מזכות החולה לקבל טיפול סיעודי כדי לקיים דרגת בריאות מקסימלית. בעתיד ידרוש החוק מהעוסקים בסיעוד אחריות אישית, סמכות ומתן דין בעבודה היום יומית. כך שהתוצר של המערכת החינוכית יהיה אחות עם חובות סיעודיות שיבטיחו שמירה קפדנית על סטנדרטיזציה טיפולית.

האחות כיום שותפה אוטונומית במערכת הרפואית. היא פועלת לפי שיקולה המקצועי ושיפוטתה, כאשר לנגד עיניה עשייה סיעודית לטובת המטופל. גבולות סמכויותיה ותפקידיה מוגדרים וידועים לכל שותפי התפקיד. אלה מתבססים על ידע נרחב בסיעוד ובמדעים השונים.

לגבי אחות המורשה לעסוק בסיעוד, האפשרות לבטל את רשיונה, קיימת רק בתנאים הבאים:

1. התנהגות בצורה שאינה הולמת את מקצוע הסיעוד.
2. גילתה רשלנות חמורה במילוי תפקידה.
3. הציגה רישומה כמרצג שוא.
4. הורשעה בעבירה שיש עימה קלון.
5. לא הציגה תוך זמן סביר שנקבע מסמכים המעידים על רישומה בפנקס.

6. סובלת ממחלה מסוכנת, נפשית או פיזית, שבגינה היא עלולה לסכן את בריאות האנשים שבטיפול⁴.

האחות המורשה לעסוק בסיעוד חייבת להשאר בתחום הפעילויות הסיעודיות ולהמנע מלחרוג לעבר התחום הרפואי. העיקרון המשפטי הוא כי אחות הנוטלת על עצמה את התפקיד המיועד לה, דהיינו תפקיד של אחות נוטלת על עצמה חובות שהפרתן עלולה להיות רשלנית.

החובות הסיעודיות של האחות:

1. שמירה על כללי האתיקה.
2. אבחון סיעודי.
3. מילוי הוראות רפואיות.
4. רישום ודוח.
5. ארגון עבודה, תכנון הטיפול ומתן הטיפול והערכתו.
6. השגחה מיוחדת על מטופלים מורכבים.
7. מתן הדרכה וייעוץ.
8. מתן עדות.

1. שמירה על כללי האתיקה

האחות מצווה מתוקף תפקידה לפעול עפ"י כללי האתיקה שאושרו במועצת הנציגים של ארגוני האחיות בקונגרס של ארגון האחיות הבינלאומי במקסיקו בשנת 1973. בימים אלה נתבשרנו על קוד אתי "תוצרת הארץ" שיחייב את כל ההעוסקים בסיעוד בישראל. זהו קובץ כללים הנותן מסגרת כללית, ומנחה את האחות להתנהגות אתית במפגש עם הפרט, החברה, והקהילה. לאחות תפקיד מרכזי בקביעת סטנדרטים בעשייה סיעודית ובחינוך לסיעוד. אחריותה האישית, הידע והמיומנות מאפשרים לה רמות גבוהות של טיפול סיעודי הולם כפי שמחייב הקוד.

2. אבחון סיעודי

התהליך הסיעודי דורש מהאחות לעבור שלבים לוגיים הכרחיים על מנת שתוכל להעניק למטופל טיפול איכותי ולתת הערכה כללית לטיפול הסיעודי הניתן, שתכלול: א. תצפית הסתכלות ואיתור סימנים. ב. אימות הסימנים. ג. פירוש לסימנים. ד. הסקת מסקנות. ה. קבלת החלטות לגבי הטיפול. ו. הערכה.

אבחנה סיעודית של האחות חשובה ביותר שכן אבחנה בלתי נכונה עלולה לגרום לטיפול בלתי נכון או לחוסר טיפול.

האחות תימצא אחראית רק אם אבחנתה היתה בלתי נכונה באופן כה מוחשי עד שיש בה כדי להצביע על רשלנות. (כרמי, 1984)¹⁰. מדינת ישראל, ג. שרה מטלמן, סימה נחמויהיים ואסתר שחרור. דוגמא: ת.פ. 2104/83. הנאשמות הן שלש אחיות שעבדו במחלקת יולדות בביה"ח בצפת. האישום – גרימת מוות ברשלנות של היולדת לאחר אישפוחה, ולידתה במחלקת יולדות תוך כדי מיצבור דם

ששתת מגופה למיטתה. עיקרי פרטי האישום ברשלנות הצביעו על הפרת חובה של בדיקה, פיקוח וההשגחה על היולדת מצד האחיות. בפסק הדין מודגשת העובדה שאחת ממטרות ההסתכלות והשגחה על יולדת לאחר לידה הינה לגלות מוקדם ככל האפשר דימום שבעקבותיו יולדת יכולה להיכנס למצב קשה. התנהגות האחיות היתה גורם לאסון. כי אילו נערכה ביקורת כראוי וכנדרש לא היתה המנוחה נפטרת מאבדן דם.

כל אחות מתוקף תפקידה מאבחנת וקובעת אם נוצר מצב בו היא יכולה להתמודד לבדה או עליה לקרוא לרופא למתן טיפול מיידי. האחיות מאבחנות אם המצב מצוי בתחום טיפולה או שהיא זקוקה לעזרה רפואית (MURCHISON 1970)¹².

תפקידים אוטונומיים של האחיות במתן שירות למטופל	התכונות הנדרשות מן האחיות
1. תצפית על המטופל	1. ידע
2. איסוף נתונים	2. סמכות
3. אימות נתונים	3. אחריות
4. פירוש נתונים	4. כישורים
5. הסקת מסקנות	5. מיומנות
6. קבלת החלטות	6. ערכים
7. הערכה	

3. הוראות רפואיות

- לבצוע הוראות רפואיות נדרשים התנאים הבאים:
- א. ההוראות ניתנו ע"י רופא שהוסמך לכך.
 - ב. האחיות כשירה לבצע את ההוראה שקבלה.
 - ג. האחיות מבינה את הסיבות לביצוע הטיפול ואת התוצאות הצפויות.
 - ד. כאשר ההוראה חתרמה ע"י הרופא. (כרמי, 1973)⁵.

אחות אינה רשאית לבצע פעילויות רפואיות שאינן בתחום סמכותה. לפרקים קיימים עימותים בין רופא לאחות בנושא מילוי הוראות רפואיות, כאשר תקשורת לקה בין השניים עלולה לגרום תוצאות חמורות למטופל. לא תמיד מסכימות האחיות להוראות שניתנו ומוצאות עצמן במצב מביך ולא נח (JOHNSTON, 1989)⁶.

מתן הוראה שגויה, מילוי הוראה שגויה, מהווה עילה לתביעה של רשלנות מקצועית מצד הניזוק.

דוגמא:

אחות קיבלה הוראה למתן תרופה ולדעתה המינון היה גדול מדי. היא פנתה לרופא והעירה את תשומת ליבו לכך, אך זה טען "תבצעי. על אחריותי".

אמנם אחיות חייבות במילוי הוראות רופא אלא אם ההוראה היא כזאת שאדם סביר היה צופה כי עלול להגרם נזק לחולה. במקרה כזה, חובת האחיות לבחון את ההוראה ולהסב את תשומת לב הרופא נותן ההוראה. אם

הרופא עומד על כך שהתרופה תינתן, על האחיות לטרג להוראה ולפנות לממונים. (CREIGHTON, 1974)⁷.

אין בקביעת הרופא "בצעי זאת על אחריותי" כדי לפתור את הדילמה של האחיות, שכן מחויבותה הראשונית היא כלפי המטופל ובמקום שהיא צופה נזק – חובתה למנעו בכל דרך ותוך נקיטת אמצעים שקולים ואחראיים. חובת האחיות לנקוט אמצעי זהירות, להשתמש בידע המקצועי וביומנות המתאימה כלפי החולה. חובה זו מתבססת על סעיף הרשלנות המצוי בפקודת הנוזקין נוסח חדש: "רשלנות היא המנעות משימוש בזהירות שהחוק מחייב להשתמש בה כלפי מישוהו. הרשלנות הינה עילה אזרחית וסעיף הרשלנות אומר כי אם עשה אדם מעשה שאדם סביר ונבון לא היה עושה באותן נסיבות או במשלח יד פלוני לא השתמש במיומנות, או לא נקט מידת זהירות שאדם סביר ונבון וכשיר לפעול באותו משלח יד היה משתמש או נקט באותן נסיבות הרי זו התרשלות – ואם התרשל כאמור ביחס לאדם אחר שלגביו יש לו באותן נסיבות חובה שלא לנהוג כפי שנהג הרי זו רשלנות והגורם ברשלנותו נזק לזולתו עשה עוולה" (פקודת נוזקין נ"ח)⁸.

האחריות של האחיות מקורה בחוק הקובע כי כל אדם אחראי למעשיו, עובד חב על מעשה שעשה ואם ייתבע לדין התביעה תהיה אישית.

סטנדרט האדם הסביר הוא מונח שבית המשפט משתמש בו כדגם התנהגות שכל בני אדם נתבעים להתאים עצמם אליו. על כן כל אחות שהיתה נמצאת בסיטואציה מסוג זה היתה חזוה את הסיכונים כפי שאחות סבירה היתה צופה אותם, והיתה נוקטת אמצעים מתאימים למניעת נזק צפוי.

על האחיות להישמר מבצע הוראה מוטעית וזכותה לטרג לעשות פעולה שלא למדה לעשות בתקופת הכשרתה, רק פעולה שלמדה בהכשרתה היא רשאית לבצעה (חוק האחיות. מילדות)⁹.

4. רישום ודיווח

ליקויים שכיחים בנושא של רישום ודיווח משפיעים על השדה הקליני. טיפול נאות בחולה מחייב ניהול תקין ומסודר של רשומות רפואיות וסיעודיות. הניסיון בעבודה, הראיונות עם עמיתים למקצוע ממחישים יום יום עד כמה הבעיה מורכבת ודורשת את מירב ההתייחסות. הרופאים והאחיות אינם מודעים מספיק לחשיבות הרישום והתייעוד המדויק, ולנושא כולו ישנן השלכות רפואיות, סיעודיות, מינהליות ומשפטיות.

חשיבות הרישום באה לידי ביטוי במהות התפקיד: תאור נתונים אודות תלונות החולה, ממצאי בדיקות, טיפולים, התרחשויות טיפוליות. כל זה מהווה בסיס משמעותי לקבלת החלטה בדבר טיפול רפואי וסיעודי. נסביר את ההסתמכות של האחיות מעצם פעולת הצוות:



חפוש סיבת המוות
 – ומה שלומו חבקר?
 – אוי, הוא נפטר בשעה 6.
 – ולא חספיק לקחת את התרופה
 שרשמתי לו?
 – בהחלט כן, הוא בלע הכל.
 – אם כן, שמא לקח יותר מדי?
 – לא דוקטור.
 – אז כנראה שלקח מעט מדי.

לא פעם – בגלל קשיים אוביקטיביים – נאלצת האחות האחראית להפעיל אנשים שרמתם אינה עונה על הציפיות ולהעביר להם סמכויות שלא יוכלו לממש ללא פקוח אישי. במצב כזה מוטלת על האחות אחריות מלאה על צוות שבפיקוחה.

6. השגחה על חולים

על האחות חלה אחריות כלפי החולים הנמצאים בטיפול. על פי התהליך הסיעודי חובתה לבצע את הטיפול באופן היעיל ביותר, הבטוח ביותר, ולהעריך נכונה את מצבו של המטופל לאחר מכן. שיקול הדעת והשיפוט הוא קו מנחה לאחות בתהליך קבלת החלטות לגבי השגחה על החולה. אוכלוסיות מורכבות נדרשות להשגחת יתר ולפרקים אף להשגחה צמודה 24 שעות ביממה. חולים הזקוקים להשגחה מיוחדת: סניליים; מבולבלים; מוגבלים; חולי נפש; קטינים; זקנים; בעלי מצב נפשי מדוכא או מבולבל; מחוסרי הכרה; מונשמים.

נקיטת אמצעי זהירות בעת השגחה על סוגי החולים הללו, חייבת להיות פועל יוצא של מדיניות מוסדית. האחות חייבת לנקוט בשיטות נאותות כדי למנוע נזקים צפויים.

דוגמא: התקנת דפנות לחולים מבולבלים; מניעת החולה מהליכה על רצפה רטובה; התייחסות לחולה המאיים להתאבד, וכו'.

א. הכתיבה גזלת זמן יקר. ב. דווח מפורט יוצר מחויבות ומשמש עדות.

הרשומה הסיעודית מחייבת ידע, תשומת לב לפרטים הנוגעים לחולה, התעדכנות מתמדת ומעקב קפדני אחרי הטיפול בחולה. יש לזכור כי־מה שלא נרשם לא נעשה וכאשר תוגש תביעה משפטית בגין רשלנות סיעודית או רפואית הרי שהפסיקה תתבסס רק על הכתוב. כתב בלתי קריא עלול לגרום לשרשרת של טעויות שיחרצו את גורל החולה. כך גם רשומות רפואיות/סיעודיות לא מדויקות המבוססות על נתונים בלתי ברורים, או בלתי מושלמים. אחות או רופא אשר לא יוכלו להציג ראיות אמינות, או רשומות נכונות, מסתכנים בכך שיופללו ע"י המערכת המשפטית בגין הזנחה ורשלנות. אי רישום מהווה פגיעה בטיפול השלם (BERGERSON 1988)¹³.

מה על האחות לרשום?

א. תאור אפקטיבי של מצבו הפיסי והנפשי של החולה.
 ב. השפעת הטיפולים. ג. רמת חרדה של המטפל. ד. סוגי הדרכה. ה. צפיות המטופל. ו. בעיות וסיכונים צפויים.

טיפול נכון בחולה מחייב רישום מלא ומדויק שנעשה בשיקול דעת, שיפוט וידע מקצועי. חשוב לא רק מה רושמים אלא איך. על כן חייבים כל העת להגביר את המודעות לנושא. אופן הכתיבה והצגת הכתוב מאפשרים לביה"מש להסיק על איכות הטיפול. (רייזס 1991)¹⁴.

דוגמא:

אחות במחלקה פנימית קיבלה בשעות אחר הצהריים הוראה רפואית למתן JINI: REG INSULIN 12 UNITS. האחות רשמה בקיצור 12U, כאשר התחלפו המשמרות ואחות אחרת היתה צריכה לבצע את ההוראה היא קראה 120 יחידות, כלומר החולה קיבל פי עשר מהכמות שהיה צריך לקבל. האחות לא היתה בטוחה שאכן כך, ושאלה את הרופא. הרופא היה באמצע ביקור, טרוד מאד, ואמר "כן".

לסיכום: על האחות לנהל רישומים מדויקים, לכתוב הוראות טיפול בצורה ברורה ומפורטת. במיוחד כאשר עליה למלא הוראה רפואית – הזרקה. בדוגמה שהבאנו היה עליה לרשום שם הזריקה, אופן מתן, מינון, שעה, תאריך.

5. ארגון עבודה

חובת האחות האחראית להעריך טיפול באמצעות הצוות הנמצא במחלקה. בדרך כלל נמצאות בצוות אחיות מוסמכות, מעשיות, תלמידות סיעוד ועובדי בריאות אחרים. מתוקף תפקידה צריכה האחות לקבוע איזה צרכי חולה ניתן להפקיד בידי אחרים והאם עובד בריאות בעל רמה מקצועית מסוימת כשיר לבצע פעילויות שהופקדו בידי, ואם הוא כשיר לבצען באופן עצמאי, או רק תחת פקוח.

7. ייעוץ והדרכה

הנושא כולל: (א) הדרכת הצוות המטפל. (ב) הדרכה למטופלים.

על האחות לייעץ ולהדריך את הצוות המטפל שהיא ממונה עליו, ולהבטיח בכך טפול סיעוד נאות תוך אחריות מקצועית ובטיחות במתן טיפול. האחות מעניקה מהידע שלה לאחרים ומקדמת ע"י כך את הכפופים לה.

דוגמא: שימוש במכשיר חדש במחלקה. על האחות לדאוג כי הצוות ידע להפעיל את המכשיר, להבין את דרך פעולתו, לאבחן ליקויים צפויים ולתקנם. טיפול לא נכון במכשיר עלול לגרום נזק לחולה. ע"י הסבר נאות לחולה, הדרכה ומעקב בשימוש במכשור חותרת האחות לשיתופיות, אמונה וצמצום גרימת נזק למטופל. על האחות לדאוג כי החולה יקבל מידע ויבין את תכנית הטיפול עבורו. ידע להשתתף בתהליך ההחלמה והשיקום, וידע להימנע מטעויות בדרך הטיפול בו.

8. עדות האחות

האחות נדרשת למתן עדות סיעודית במספר תנאים: א. מתן עדות כמומחית. ב. עדות על אירוע שהיתה

מעורבת בו. ג. עדות על עובדות שהבחינה בהן בשעת טיפול בחולה (כרמי 1984)¹⁵.

לפרקים נדרשת האחות לספק מידע, ולתת חוות דעת כסיעוד בדיון משפטי. חוות דעת שהוגשה כראיה לבית משפט דינה כדין עדות הדורשת הסברים מובנים ומדימונים. זוהי חובה חיונית ומשמעותית בשבועה שיש לה השלכות על חיפוש אחרי הצדק ומציאת האמת. (פקודת ראיות, 1971)¹⁶. הידע המקצועי, ניסיונה של האחות, מיומנותה והתנהגותה, מתערכים עפ"י אמות מידה של "עשיה מקובלת". על כן כאשר מוגשת תובענה על נזקים שנגרמו למטופלים בגין התנהגותה או מעשיה של אחות, אשר לא נקטה אמצעי זהירות סבירים, חלה על האחות החובה לשכנע את בית המשפט, להביא ראיות ולהוכיח את הסיבות לנזק שנגרם.

דוגמא: אחות נדרשה להשגיח על חולה בן 77, מבולבל, אשר קיבל אינפוזיה עם חומר המסדיר את קצב הלב. לאחר מספר שעות יצאה האחות את החדר והותירה את החולה ללא השגחה. החולה החל להפעיל את ברו האינפוזיה לסירוגין וגרם להדירת כל התרופה תוך זמן קצר. מצבו התדרדר, משום שהאחות נמנעה מלדאוג למחליפה בעת העדרותה מחדרו.

כאשר האחות נתבעת על נזק שגרמה לחולה וההנחה היא כי היה כאן מקרה של רשלנות, הרי נטל השכנוע כי אין הדברים כך, חל על האחות. עדותה של האחות נעוצה בכך שבעטייה של המומחיות היא מעידה על ממצאים, מידע מקצועי יחודי. לעומת אדם אחר שאינו מיומן במקצוע. העדות של האחות צריכה לעזור ולהקל על בית המשפט להגיע לאמת.

סיכום:

המבנה הבסיסי של כל מקצוע הנותן שרות, הוא האחריות לדאוג לצרכן כי לא ייפגע וכי לא ייגרם לו כל נזק. החוק מחייב לנקוט באמצעי זהירות כלפי מישהו אחר, והדבר דורש מהאחות התנהגות אחראית, סמכותית ובגדר גבולות של הגדרת תפקידים ברורה. על האחות לתת את הדעת על המימד המשפטי בעבודתה ולהיות בעלת קריטריונים הדרושים להבטיח טיפול איכותי וזבטיחותי. יחסי הגומלין של האחות עם שותפי התפקיד חייבים להתבסס על כבוד והבנה שכן מטרת כולם היא טובת המטופל ובריאותו. שיפוטה העצמי, שקול דעתה, הידע הרב וניסיונה המקצועי הם שיכתיבו את הפרקטיקה הסיעודית המקובלת והרצויה. מותר להניח כי האחיות כיום מודעות יותר מאשר בעבר לדרישות החוק ומסוגלות להדריך, לייעץ, לדווח ולהסביר על מתן השרות למטופל.

מקורות:

1. COUNCIL OF NATIONAL REPRESENTATIVES, INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. Mexico 1973.
2. HOLDEN, R. (1991) - RESPONSIBILITY AND AUTONOMOUS NURSING PRACTICE. *Journal of Advanced Nursing*, 16: 398-403.
3. תקנות בריאות העם (סגל סיעודי) תשל"ט 1979.
4. תקנות בריאות העם (סגל סיעודי) מרפאות 1981.
5. כרמי א – סיעוד ומשפט (1973) – ספר האחות. ספרית מעריב (עמ' 20).
6. JOHNSTONE, M.J. (1980) - PROFESSIONAL ETHICS AND THE PROBLEM OF CONFLICT WITH PERSONAL VALUES. *Int. Nurs. Rev.*, 36, 8: 83-89.
7. CREIGHTON, H. (1974) - PHYSICIAN'S ORDERS. *Supervisor Nurse*, 5: 12-13. October.
8. פקודת נזיקין (נוסח חדש) דמ"י נ"י (מס' 10) ס' 35.
9. הצעת חוק האחיות והמילדות (1971), טיוטא ג' פרק א' – סעיף 4 אוגוסט.
10. כרמי א. – הסיעוד החוק, (1984) הוצאת תמר.
11. ת.פ. (צפת) 2104 מדינת ישראל נ' שרה מטלמן וא' פסקי דין רפואה ומשפט (1989). הסתדרות הרפואית בישראל עמ' 175-150.
12. MURCHISON, I.A., NICHOLS, T.H. (1970) - LEGAL FOUNDATION OF NURSING PRACTICE. London: Macmillan, pp. 90-93.
13. BERGERSON, R.S. (1988) - MORE ABOUT CHARTING WITH JURY MIND. *Nursing*, 4: 51-58.
14. דיוויס י. (1991) – רשומות רפואיות היבטים משפטיים, רפואה ומשפט 4, מרץ 1991, עמ' 7.
15. ראה 10.
16. פקודת ראיות (נוסח חדש) תשל"א 1971 דמ"י נ"ח 18 עמ' 421, סעיף 25(א).

התנהגות הרופא וקביעת סטנדרטים רפואיים על ידי בית המשפט

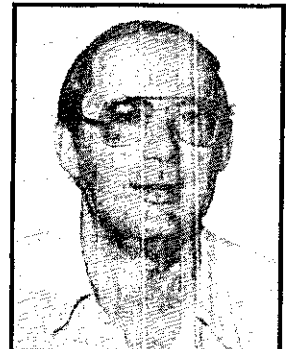
מבחינתו של הרופא הממוצע לגבי החולה המסויים. אמת המידה לבחינת הרשלנות תהיה זו של הרופא הסביר בנסיבות המקרה, החלטותיו ופעולותיו של הרופא על הידע הערכי הנתמך בספרות מקצועית, התיחסות לנסיון קודם והכל בהתאם לנורמות מקובלות באותה עת בעולם הרפואה.

בע"א 323/89 קוהרי ואח' נ' משרד הבריאות פ"ד מה(2) 142, אושפוז המערער על מנת לודא חשד כי לקחה במחלת עור מסוימת. נערכו לה בדיקות שונות שלאורן נקבע כי היא אכן סובלת ממחלת העור האמורה, אך לא בצורה חמורה. היינו היא סובלת ממחלה מערכתית שמתבטאת לא רק בהפרשה מוגבלת לעור אלא בהפרשה לאבריים הפנימיים ולמערכות שונות בגוף. באחת הבדיקות שנערכו למערער נתגלה אצל גידול שפיר גדול בכבד. הרופאים החליטו להסיר את הגידול והמערער חתמה על טופס הסכמה לניתוח. לאחר שהורדמה בהרדמה כללית ונפתחה בטנה, התברר למנתחים כי בנוסף לגידול עליו ידעו קיים גידול שני. לפיכך החליטו המנתחים לבצע התערבות כירורגית מוגבלת. במקום לכרות את האונה הימנית של הכבד קשרו את העורק ההפטי הימני שהוא אחד משני ספקי הדם לגידול, כדי שהקשירה תביא להצטמקותו. נוכח גודלו של הגידול וקירבתו לוריד החלול הגדול, היתה טמונה סכנה בניתוח המקורי שכן פגיעה בוריד עלולה לגרום למות.

הניתוח בוצע ללא בעיות והמערער התאוששה, אלא שלאחר 24 שעות חלה התדרדרות במצבה. היא נכנסה להלם אנאפילקטי שלאחריו לקחה ברום לב. בוצעה בה החיאה אך בשל חוסר אספקת דם למוח נגרם לה נזק בלתי הפיך והיא נכנסה למצב של קומה עמוקה, מאז לא חל שינוי במצבה.

בית המשפט העליון שדן במקרה קבע כי אין לראות בהחלטה על שיטת הקשירה משום החלטה רשלנית לא מקצועית, או החלטה שנתקבלה תוך שיקול דעת מוטעה. זאת – אפילו שיוצאים, בחכמה שלאחר מעשה, מתוך הנחה שהמערער חולה במחלה המערכתית. לרופאים עמדו שתי שיטות טיפול, שיטת הקשירה ושיטת הכריתה. שתי השיטות הללו ידועות ומוכרות לרפואה והרופאים בחרו בשיטת הטיפול שנראתה להם בזהירות ובכובד ראש. אפילו היה מסתבר כי המנתחים שגו בשיקול לגבי בחירת השיטה עדיין היה מדובר בטעות שאינה מהווה התרשלנות, כל שכן זהו המצב כאשר בחירת השיטה נעשתה משיקולים של סיכונים אחרים מהם חששו הרופאים.

בשנים האחרונות מתמודדת הרפואה עם תסמונת הרשלנות הרפואית. תסמונת זו מאופינת בגידול ניכר של מספר הנפגעים הפונים לבתי המשפט בתביעות משפטיות בשל רשלנות רפואית. העליה במספר התביעות השפיעה על פסיקת בתי המשפט בנושאים הקשורים



עו"ד יונתן דייוויס

למשפט ורפואה. נעמד בסקירה זו על כמה מהפסיקות אחרונות של בית המשפט העליון אשר עתידות להוות ציון דרך בשנים הקרובות בפסיקת בתי המשפט.

המערכת הרפואית רואה בהתערבות המשפטית שעושים בתי המשפט, פגיעה בהתקדמות הרפואה בכלל ובקידומו של הרופא בפרט. המערכת המשפטית לעומת זאת סבורה כי בפסיקת בית המשפט נגד המוסד הרפואי או הרופא שנכשל, יש משום מורה דרך הבא להצביע כיצד היה על הרופא לפעול במקרה נתון ומהי הדרך הנכונה שעל הרופא לנקוט כדי למנוע הישנות המקרים.

נראה לנו שחוסר האמון שנוצר בין מערכות הרפואה והמשפט הוא תוצאה של חוסר הבנה וחוסר מידע של המוסדות הרפואיים וגורמי הרפואה השונים בהבנת התפקיד של המערכת המשפטית הקובעת את הסטנדרטים המקצועיים של הרופא. להלן ייעשה ניסיון לפרש את ההלכות האחרונות של בתי המשפט בתחומים השונים, תוך ניסיון לבאר מהם הסטנדרטים המקצועיים הנדרשים מהמערכת הרפואית כפי שנקבעו על ידי בית המשפט העליון.

סטנדרטים מקצועיים בטיפול ובאבחנה

המבחן אשר בית המשפט בוחן מקרה שבו נזק לאדם בשל מעשה או מחורל של רופא, תוך כדי טיפולו המקצועי של הרופא, אם יש בו או אם אין בו משום רשלנות, אינו מבחן של חכמים לאחר מעשה אלא מבחן של הרופא הממוצע בשעת מעשה. רופא בשר ודם עשוי לטעות ולא כל טעות מהווה רשלנות.

לא כל שכן זהו המצב כאשר לא בטעות טיפולית מדובר, אלא בבחירת אחת האופציות האפשריות שהרפואה יודעת אותן אותו הזמן, ושהיא מכירה בכל הנסיבות הקיימות

לא בכל מקרה של בחירת אופציה טיפולית אחת והעדפתה על פני אופציה אחרת תחשב ההתנהגות סבירה. דרך קבלת ההחלטה צריכה אף היא להיות בהתאם לנומרת הסבירות אשר נוצרה במטרה לשפר את ההחלטות ואת מידת הדיוק בהערכת הסיכון. אין הרופא פוטר עצמו בבחירה סתמית של אופציה טיפולית אפשרית שאינה נעשית בדרך הראויה.

בע"א 2694/90 הסתדרות מדיצינית הדסה נ' מימון אסי (קטין) ואח' פ"ד מו (5) 628, נדון מקרה בו במהלך לידה וגינאלית רגילה, לאחר שלב יציאת הראש חל סיבוך המכונה "היצרות כתפיים". זהו מצב בו העובר יותר מדי גדול מכדי שניתן לחלצו כרגיל בלידה וגינאלית ויש לחלצו בדרכים אשר גורמות נזק. יחד עם זאת הסיכון של לידה שבה תתרחש היצרות כתפיים ניתן לחיזוי מראש ובמקרה כזה יש לערוך ניתוח קיסרי.

בית המשפט המחוזי קבע כי המערערת (הסתדרות מדיצינית הדסה) התרשלה באי נקיטת אמצעי זהירות סבירים הנדרשים באותן נסיבות ואי שקילת ניתוח קיסרי, זאת נוכח משקלו של העובר בבדיקת אולטרה סאונד שנערכה שבועיים לפני הלידה. כמו כן נקבע כי הרופאים המיילדים היו צריכים להתייעץ עם רופאים מומחים אחרים והדבר לא נעשה.

בית המשפט העליון בקובעו את אחריות בית החולים לנזק החליט כי מיומנות רפואית סבירה היתה צריכה להביא בהכרח להחלטה על ניתוח קיסרי כבר בשלב הראשון, אך כל שנדרש מהרופאים באותו שלב היה נקיטת אמצעי זהירות ואלה אינם מתמצים במוכנות פסיבית לקבלת אינדיקציות נוספות אלא קיימת על הרופא גם חובה של דרישה וחקירה וביור מידע נוסף. הנתונים שהיו ידועים במקרה דנן צריכים היו להדליק נורה אדומה ולהסיט את הלידה ממסלולה הרגיל למסלול אחר כמקובל אותה עת בפרקטיקה הרפואית.

כלומר אנו איננו עוסקים במקרה שבו עומדים לפני הרופא אופציות טיפוליות שונות שמהן עולה כי עליו לבחור אחת. אנו עוסקים במקרה אשר בו מוטלת על הרופא חובה לגלות יוזמה ולברר את העובדות לאמיתן. חלק מכישוריו של רופא סביר הוא לדעת לשאול, לחקור ולברר את קיומן או אי קיומן של תופעות מסוימות. אין עליו להסתפק במה שענינו ראות, אלא מוטלת עליו חובה נוספת לחקור לברר ולעקוב אחרי החולה הנזקק לטיפול.

פסק הדין בע"א 3425/90 ד"ר א. בפינסטרבוס נ' שר הבריאות, פד מו(1) 321, מדגים את הצורך שנקט בית המשפט בגישה האקטיבית הנזכרת לעיל.

החולה נותחה על ידי המערער בניתוח של הרצאות פנינים מצואר הירך. למחרת הניתוח הורדה החולה מהמיטה והורשתה להתנועע. מצבה השתפר וחומה ירד. יומיים

לאחר הניתוח אובחנה הרעה במצבה, אותותיה היו בחילות, הקאות, חולשה, הפרשה מפצע הניתוח, אי מתן שתן וכאבי בטן. למחרת התדרדר מצבה יותר וחרף פניות המשפחה לא נחלצו רופאי המחלה לטפל בה. המערער התפנה לביקור בשעות אחר הצהריים אך לא הסיר את התחבושת, הוא הנחה רופא זוט לרגי המשך הטיפול. למחרת נפטרה החולה.

בדיעבד התברר שהחולה סבלה מזיהום של חיידק חריף ואלים ביותר שנתקפה בו לאחר הניתוח. בית המשפט העליון קבע כי במסגרת תפקידיו של הרופא המטפל בחוליו, מוטלת עליו החובה לאבחן, במסגרת נתונה של כל מקרה, את האבחנה הרפואית הנכונה ביחס לחולה בו הוא נדרש לטפל. עליו להחליט על הטיפול הנדרש ועליו להשגיח כי טיפול כזה אכן יינתן לחולה.

במסגרת חובת האבחון של המחלה אין רופא יוצא ידי חובה על ידי כך שהוא מסיק את המסקנה הנכונה מן העובדות המובאות לפניו. מוטלת עליו גם החובה לגלות יוזמה ולברר את העובדות לאמיתן. במקרה הנדון תיארה החולה את תחושותיה והתלוננה. הרופא לא היה רשאי להסתפק בבדיקה כללית שערך, אלא שומה היה עליו להתמקד במצב הפצע, בביור טיבה של ההפרשה, והיתה זו חובתו לעשות מעשה, ככל שניתן היה לעשות באותו מקרה, כדי להקדים רפואה למכה.

בית המשפט קבע סטנדרט התנהגות חדש. סטנדרט של יוזמה והתענינות במצב החולה. כך יוצא שאין להשאיר את החולה ללא פיקוח רפואי צמוד וגם זאת יש לעשות בתבונה הראויה.

במסגרת תפקידיו של הרופא המטפל מוטלת עליו החובה לקבוע על סמך הנתונים של כל מקרה את האבחנה הרפואית הנכונה ביחס לחולה בו הוא נדרש לטפל. עליו להחליט על הטיפול הנדרש ועליו להשגיח כי טיפול כזה אכן יינתן לחולה.

בע"פ 116/89 נתן אנדל ג' מדינת ישראל פ"ד מה(5) 276 הוגרו היחסים בין הרופאים השונים במחלקה לרבות תפקידו של הרופא הכונן שאינו שוהה במחלקה. המערער – רופא מומחה בכיר ביחידה לכירורגית ילדים בבית חולים, היה רופא כונן במחלקה בה נותחה המנוחה, ילדה בת חמש וחצי, בניתוח קל שברצע על ידי רופא זוט בהשגחתו של המערער. בהתאם למקובל שהה המערער בקרבת חדר הניתוח, אך לא עקב אחר כל שלבי הניתוח. במהלך הניתוח נגרם נקב במעי של המנוחה, שגרם בסופו של דבר לנמק ולמוות. לו היתה מתגלית התקלה מוקדם יותר ניתן היה לטפל במנוחה ולהציל את חייה.

ביום שבת שלמחרת הניתוח החל מצבה להתדרדר. משך שעות אחדות אף רופא לא ברך את המנוחה על אף פניות ההורים לקרוא לרופא. נסיונות של האחיות להביא רופא

אם נסכם פרק זה הרי שההלכות השונות שהובאו לעיל מצביעות על כך שהרופא נדרש לבדוק את החולה, לשמוע את תלונותיו, לגלות יוזמה, עליו לשאול במידת הצורך שאלות מתאימות כדי שכל הממצאים והנתונים הדרושים לו יהיו בידי, כדי שיוכל להמליץ על הטיפול הרפואי. לעיתים בטרם תינתן החלטה על דרך הטיפול, ויינתן הטיפול עצמו, יתבקש החולה לעבור בדיקות מסוימות. במקרה כזה יידרש הרופא לא רק לקבוע את הטיפול ואופן הטיפול, אלא גם לעקוב אחרי הטיפול ולעיתים להחליט על דרך טיפול אחרת.

חובת גילוי מידע לחולה

חתימתו של חולה על טופס הסכמה לניתוח או לפרוצדורה רפואית כלשהי אינה ראייה לכך שההסכמה לטיפול רפואי ניתנה מדעת.

בע"א 560/84 דייזי נחמן ואח' ג' קופ"ח של ההסתדרות פ"ד מ (2) 384, נקבע כי אם הוסברו לחולה בטרם הסכים לניתוח הסיכונים הכרוכים בבדיקה כי אז ההסכמה תופסת ומחייבת ואין לייחס לרופאים שביצעו את הבדיקה מעשה תקיפה או מעשה נזיקין כלשהו. אך אם לא הוסברו לו הסיכונים כי אז ההסכמה חסרת נפקות והבדיקה תחשב כמעשה תקיפה המהווה עוולה בניזקין.

בע.א. 323/89 קוהרי ג' מדינת ישראל פ"ד מה (2) 142, שהוזכר לעיל נקבע כי החתימה על טופס ההסכמה לניתוח אינה מגלמת בחובה ידיעה מלאה מראש על טיב הניתוח והשפעתו האפשרית על החולה. ראוי לו לטופס הסכמה כי יהיה מפורט יותר. בנוסף להסבר של הרופא צריך הטופס להציג בפני החולה בצורה מובנת את המימצא הרפואי על הסיכונים הטמונים בניתוח, לעומת ההמנעות ממנו, כדי שהחלטתו תהא תוך שקול עצמי ובחירה חפשית. באותו מקרה קבע בית המשפט כי הרופאים עמדו בחובה המוטלת עליהם להסביר לחולה את הסיכונים הכרוכים בניתוח, תוך מודעות יתר לכך שהסבר מפורט יתר על המידה עלול להחדיר חרדה לא מוצדקת בלב החולה והוא יסרב לניתוח שיכול להצילו. אמנם הרופאים לא הסבירו לחולה כי קיים החשש הספציפי להתרחשות הארוע אשר התרחש לבסוף, אך זאת משום שהתרחשות ארוע כזה לא היתה חזויה כלל בנסיבות הענין, והרופאים לא יכלו לגלות לחולה יותר מאשר הם עצמם ידעו.

לעומת זאת במקרה אחר, בת.א. (י"ם) 973/91 ביסטריצר ג' מדינת ישראל (פסק דין של כב' השופט צמח בבית המשפט המחוזי בירושלים) דן בית המשפט באדם אשר התלונן על חולשה ובלבול. הוא הופנה לבית החולים ולאחר בדיקות אובחן אצלו גידול נדיר באזור הלבלב הגורם להפרשות אינסולין ועקב כך להורדת רמת הסוכר בדם. בעקבות כך נעשו לתובע בדיקות והוצע לו לעבור ניתוח של הסרת הגידול. במהלך הניתוח התברר כי הגידול שהופיע

למיטת המנוחה לא עלו יפה במשך שעות. גם באבחון מצבה של המנוחה ובהסקת המסקנות מבדיקות שנערכו נתגלו טעויות. במהלך היום התקשרה אחות לביתו של המערער ומסרה כי המנוחה מרגישה "לא טוב" אך הוא הפנה אותה לרופא התורן (המנתח) בלא שבירר את פרטי המקרה ובלא שבירר את מצבה של המנוחה. לאחר מכן התקשר הרופא התורן לבית המערער, והמערער ביקש לעקוב אחר מצב המנוחה ולדווח לו על כך, וכשהגיע יותר מאוחר לבית החולים על פי בקשת הרופא התורן היה כבר מאוחר מדי להציל את חייה של הילדה המנוחה.

הערעור בבית המשפט העליון נסב על חובות המערער כרופא הן מכוח תפקידו במערכת הרפואית בבית החולים, הן כרופא תורן והן כחובותיו של רופא כלפי חולה.

כב' השופט אור קבע כי אף שאין הגדרה מדויקת של תפקידי הרופא הכונן ושל מסגרת חובותיו, הרי ניתן לקבוע כי במסגרת תפקידיו נכללים אלה:

- א. עליו להיות מוכן לתת ייעוץ דחוף במקרים שהעובדים במחלקה ימצאו להפנות אליו.
- ב. הוא משמש כסמכות המחליטה הבכירה למה שקורה במחלקה, כשמואב ענין לעיונו ולהחלטתו או לטיפולו.
- ג. עליו לדעת על המקרים החריגים שבמחלקה כדי שבעת הצורך יוכל לעקוב אחריהם ולדאוג למתן העזרה הרפואית הדרושה בכל אחד ממקרים אלה.

במסגרת תפקידיו תיידרש התערבותו של הרופא הכונן בדרך כלל, רק לאחר פנייה אליו על ידי הרופא התורן או על ידי אחרים במחלקה. אך כשמואב עניין לתשומת לבו, אין הוא בבחינת משקיף מן הצד המתבקש לתת חוות דעת אלא מי שאחראי למתרחש במחלקה. כאשר מובא לפניו מקרה הדורש בירור ובדיקה, עליו לדאוג שאלה יקוימו ואין הוא יכול להשתחרר מאחריותו על סמך ההנחה שהדבר ייעשה על ידי העובדים במחלקה. תפקידו מחייב מידה של מעורבות כאשר יש אינדיקציה שמעורבות כזו דרושה לטובת מי מהחולים במחלקה. מעצם תפקידו וחובתו של רופא נובע, כי כאשר קיימים בינו לבין החולה ייחסי שכנות אין הוא רשאי לחטוא במחלל של אי טיפול בחולה, רק מכיוון שעל פי ההגדרת התפקידים רופא אחר אמור לטפל בחולה. חייהם ובריאותם של חולים מופקדים בידי של הרופא. לפיכך, אם חולה נמצא במסגרת אחריותו הכוללת כרופא כונן, דהיינו החולה נמצא במחלקה שהוא הרופא הכונן בה, אין הרופא יכול להשתחרר מחובתו כלפי החולה טרם שידאג שהחולה יקבל את הטיפול הדרוש, אם על ידיו, ואם על ידי אחרים.

במקרה הנדון קבע בית המשפט העליון כי היה על הרופא הכונן לקבל את הנתונים אודות מצבה של המנוחה מהרופא התורן, והיתה מוטלת עליו החובה לברר פרטים נוספים, להתעניין ולברר אם המנוחה נבדקה ומה מצבה. משלא עשה כן הורשע במחדל.

באנגיורפיה ושעליו הצביע הצוות הרפאי בגידול שיש להסירו – אינו אלא טחול נוסף. את גידול האינסולינומה לא הצליח הצוות הרפאי לאתר, לכן כרתו 2/3 מהלבלב והשאירו בגוף את ראש הלבלב בלבד. כן כרתו את הטחול הנוסף של התובע שנפגע במהלך הניתוח. התובע לא נרפא ממחלתו והיה עליו לעבור ניתוח נוסף של כריתת גידול הלבלב.

בית המשפט דחה את תביעת הרשלנות נגד הצוות הרפאי, אך קבע כי רופאי הנתבעת לא עמדו בחובת הגילוי המוטלת עליהם. הם לא שקלו את האפשרות המעשית שיתכן והגוש אינו אינסולינומה אלא טחול נוסף, ולא העמידו את התובע על הברירה שתעמוד בפניהם במקרה זה בעת הניתוח, לבחור בין כריתתה של 2/3 מהלבלב לבין הפסקת הניתוח. מידע זה, על תוצאותיו, היה חיוני לתובע כדי שישקול אם יתן הסכמתו לניתוח. אילו ידע התובע עובדות אלה, ייתכן שהיה בוחר אחרת או שהיה מעדיף להתייעץ קודם עם רופא נוסף או לשקול ביצוע הניתוח בידי רופא אחר או בבית חולים אחר. בנסיבות אלה קמה לתובע עילה בנוזקין על עוולת תקיפה שבסעיף 23 לפקודת הנזיקין (נוסח חדש) ובמקרה זה העדר אזהרה ואי גילוי כל המידע החיוני לתובע יש בהם משום התנהגות רשלנית של רופאי בית החולים.

רשומות רפואיות

לרשומות הרפואיות המנוהלות על ידי הצוות הרפאי השלכה מכרעת על הטיפול הרפאי והאינטראקציה בין הרופאים המטפלים השונים. ניהול תקין מסייע בידי הרופא לאבחן נסיבות חדשות שנוצרו אצל החולה או

להמשיך בטיפול מסוים. רשומות רפואיות נכונות יסייעו בידי הרופא למקד את תשומת הלב בבעיה רפואית בסיסית ויחסכו זמן וטיפול יקר.

מבחינה משפטית הפכו הרשומות הרפואיות למכשיר כמעט בלעדי להגיע לחקר האמת והעדרן עלול להיות לרועץ למי שהיה צריך להוציא תחת ידו את הרישום הרפאי. לפיכך המפתח להפחתת הסיכון של הרופא בתביעות משפטיות הנוגעות לטיפול מסוים הוא ניהול רישום רפואי תקין.

כאשר הרשומות הרפואיות מצויות בידי המוסד הרפואי ולחולה אין כל יד בביצוע הרישומים נקבע כי מה שנהוג לרשום ולא נרשם – יש להניח שלא קרה. ההלכה סוכמה לאחרונה בע"א 789/89 סמדר עמר (קטינה) נ' קופת חולים פ"ד מו (1) 712, על ידי כב' השופטת נתניהו.

על המוסד הרפואי מוטלת חובת הראיה: חובת הבאת הוכחות המעלות הסבר סביר בדבר התרחשות הארוע ללא רשלנות. אם הרישומים שנעשו לוקים בחסר, ואינם מגלים את העובדות הדרושות לבירור שאלת הרשלנות הרי שמחדל ברישום מונע מהתובע ומבית המשפט ראייה אותנטית בעלת משקל. במצב זה שלילת ראייה חשובה מהנפגע עוברת החובה על הרופא או על המוסד שבו ניתנו השרותים להוכיח את העובדות שיכלו להתבהר מתוך הרישומים הרפואיים ובכך להעלות הסבר המנקה אותם מאחריות. ייתכנו אף מקרים בהם יחויבו הרופא או המוסד לפצות חולה שניזוק, אם עקב אי ניהול רישומים נאותים נגרם לו גם "נזק ראייתי" בכך שנמנע ממנו להוכיח את תביעתו.

הפרייה מלאכותית והפסקת הריון בראי החקיקה הבינלאומית

פרופ' אמנון כרמי

מבוא

תקנות בריאות העם (הפרייה חוץ גופית) התשמ"ז-1987 מסדירות את ההליך של הפרייה ביצית של אשה בזרע, מחוץ לגוף האשה.

תקנות אלה קובעות בין היתר, כי:

(א) הוצאת ביצית משחלה, תיעשה רק למטרת הפרייה חוץ גופית והשתלת הביצית לאחר הפרייה.

(ב) ביצית תופרה רק בזרע הבעל, בזרע של תורם, או בזרע לקוח מבנק הזרע.

(ג) ביצית של אשה נשואה תופרה מזרע של תורם או מבנק הזרע, רק בהסכמת האשה ובעלה.

(ד) דרושה הסכמת האשה ובעלה להפרייה ביצית של תורמת, בזרע הבעל.

(ה) באשה רווקה תושלל רק ביצית מופרית שלה.

(ו) באשה אלמנה תושלל ביצית מופרית רק בחלוף שנה מהפרייה הביצית.

(ז) ביצית שהופרתה לפני גירושין, תושלל באשה הגרושה רק לאחר קבלת ההסכמה של הבעל לשעבר.

(ח) הקפאת ביצית מותרת לתקופה שאינה עולה על חמש שנים.

(ט) לא ייעשה שמוש בביצית מופרית שניטלה מאשה נשואה שנפטרה.

(י) לא תושלל ביצית מופרית אלא באשה שתהיה אם היילוד.

(יא) לא תושלל ביצית מופרית בקרובת משפחה.

(יב) לא תושלל באשה ביצית שניטלה מתורמת, אלא אם כן הופרתה תחילה בזרע בעלה של האשה.

(יג) הרופא האחראי חייב לקבל מראש הסכמה מודעת של הבעל לכל פעולה הכרוכה בהפרייה חוץ גופית של אשה נשואה. כל זאת—לאחר מתן הסבר ע"י הרופא בדבר המשמעות של ההפרייה ותוצאותיה.

בעת האחרונה נחקקו חוקים אחדים בסוגיה הנדונה. נעקוב כאן אחר ההתייחסות של מחוקקים בארצות שונות, לאותן הדילמות.

הונגריה

החוק בדבר הגנה על חיי העובר (מס' 79 מ-17.12.92) מבוסס על ההנחות הבאות: יש לגונן על העובר מרגע

ההתעברות, בדרך של הושטת עזרה לאם. אין לראות בהפסקת הריון אמצעי לתכנון המשפחה או אמצעי לפקוח על הילודה. תכנון משפחה מקובל על המחוקק הן כזכות ההורים והן כאחריותם. להלן עקרי החוק.

זכות העובר והאם: העובר הנוצר ע"י התעברות תאי המין של הזכר והנקבה והמתפתח בתוך הרחם, וכן האם ההרה, שניהם זכאים לעזרה ולהגנה.

דרכי העזרה וההגנה: לימוד וחנוך באמצעות מערכת חנוך ותוך הסתייעות בתקשורת הצבורית.

האם ההרה תידע בדבר סגנון החיים שיש לנקוט, על מנת להבטיח התפתחות בריאה של העובר. הדבר יושג על ידי תזונה נכונה, ומניעת גורמים מזיקים לעובר, כגון עישון ואלכוהול. המעקב אחר ההתפתחות הבריאה של העובר ושל האם ההרה, ייעשה באמצעות בדיקות. לרשותה של האם יועמדו שרותי טיפול.

הפסקת הריון. ככלל, הפסקת הריון תורשה רק במקרי סיכון.

עד לשבוע ה-12 להריון, תורשה הפסקת הריון באחד המקרים הבאים:

ההריון מהווה סיכון רציני לבריאות האם.

בדיקה רפואית גילתה כי העובר צפוי לסיכון של פגם או נגע רציני.

האם מצויה במשבר רציני.

ההריון נגרם על ידי מעשה פלילי.

עד לשבוע ה-18 להריון תורשה הפסקת הריון אם התמלא אחד התנאים דלעיל, ובנוסף—מתקיים אחד התנאים הבאים:

האם סובלת מאי-כושר כללי או חלקי.

מחמת משגה של מטפליה, האם לא ידעה במועד כי היא הרה.

עד לשבוע ה-20 תורשה הפסקת הריון אם הסבירות כי העובר סובל מפגם גנטי, עולה על 50%.

הפסקת הריון תורשה תמיד במקרים של סיכון חיי האם ובמקרים שאין סיכוי להשרדות העובר לאחר הלידה, בגין מומן.



"את נחמדה. נוכל לחוכית בקלות כי הכל קרה באשמת בעלך."

International Digest of Health Legislation;
Vol. 44; no. 2; 1993; 253;

שוויץ

איסורים בשרה ההפרייה האנושית. חוק מס' 18, (אוקטובר 1990) מתיר טיפול הפרייתי רק לזוגות נשואים או לזוגות הידועים כנשואים. ההפרייה המלאכותית מותרת, אולם חלים איסורים על:

- הפרייה מלאכותית באמצעות זרע של תורם
- הפרייה מלאכותית לאחר מות בן הזוג.
- הפרייה במבחנה.
- העברת ביציות מן החצוצרה.
- העברת עוברים.
- הסדר של אם פונדקאית.

אחסון הזרע מותר רק למשך זמן הטיפול הרפואי ולא מעבר לשבעה ימים. קיים איסור על הפעולות הבאות:

- אחסון ביציות או עוברים.
- שמוש בחמר גנטי של תאי מין ועוברים חיים.
- הליכים המכוונים להשפיע על מין העובר או על תמשך בעמ' 62

רפואה ומשפט גליון מס. 10 - מאי 1994

הפסקת הריון שאיננה מבוססת על צידוק בריאותי תורשה בכפוף לבקשת האשה ההרה. בקשה כזאת תופנה לעובר של השרות לתכנון המשפחה, חה יסביר לאם—רצוי בנוכחות אבי העובר, את:

- המצב המשפטי בכל הנוגע להפסקת הריון.
- אפשרות של הושטת עזרה כלכלית ומוסרית, אם האשה תחליט לקיים את העובר.
- האפשרות למסור את היילוד לאימוץ.
- דרכי הפסקת הריון, הסיכונים וההשלכות לגבי הריון בעתיד.
- שיטות מניעה.

האשה, ואם אפשר—גם בעלה—אמורים לחתום על הבקשה להפסקת ההריון. ההפלה תבוצע במוסד רפואי מוכר, על פי בחירת האשה.

האינדיקציות הרפואיות שמצדיקות הפלה, טענות אישור של שני רופאים מומחים. רופא ואחות לא יחויבו להשתתף בהליך של הפסקת הריון נגד רצונם, אלא אם כן חיי האשה בסכנה. ולבסוף—קיים איסור בחוק על פרסום הליכי הפסקת הריון, וזיהוי המוסדות הרפואיים בהם מבוצעים הליכים כאלה.

International Digest of Health Legislation;
Vol 44; no. 2; 1993; 249

פולין

החוק על תכנון המשפחה, הגנת העובר והפסקת ההריון (מס' 7, ינואר 1993) קובע כי מרגע העיבור ישנה לעובר זכות טבעית לחיים, וכי חייו ובריאותו מוגנים בחוק.

החוק מחייב הושטת עזרה כלכלית, חברתית, רפואית ומשפטית לנשים בהריון. תשומת לב ניתנת לתלמידות בהריון, והן זכאיות להתחשבות של בית הספר בלימודיהן ובבחינותיהן. בתי ספר מחויבים לכלול חינוך מיני בתכנון הלימודים.

באשר לעוברים—הרי הם בעלי כשירות משפטית, לרבות זכות ירושה, והיילוד זכאי לתבוע פיצויים על נזק שנגרם לו עובר להולדתו.

הליכים העלולים להזיק לעובר, אסורים על פי החוק, למעט אלה המיועדים להגן על חייו ובריאות העובר, או על חייו ובריאות האם, או מקום שיש חשש לפגם גנטי. החוק קובע עונש מאסר של עד שנתיים למי שגורם למוחו של עובר. עונש זה אינו חל על האשה ההרה. ואף לא על רופא שגורם להפלה, בבית חולים מוכר, בהתמלא אחד התנאים:

- ההריון מסכן את חייו האשה, או מאיים באפן רציני על בריאותה.
- נמצא פגם רציני, שלא ניתן לרפוי אצל העובר.
- ההריון נגרם על ידי מעשה פלילי.

דוד קציר – פיצויים בשל נזק גוף*

בשנים שחלפו מאז המהדורה הקודמת, כמו בפרשת עיזבון חנשווילי נ' רותם, לענין תחום הצפיות של המזיק; בענין אלסוחה נ' עזבון דהן, באשר להיקף החבות לנזק נפשי לנפגע משני, או בסוגיות הנפתלות הנוגעות לניכוי טובות ההנאה לתלויים ולהשלכות ההרדיות בין זכאות לתשלומים לפי חוקים שונים (יחזקאל נ' אליהו, אלגריסי נ' אליהו). כל אלה ורבים אחרים נכללו במהדורה זו של הספר. יש להצטער, עם זאת, שפסק הדין החשוב של השופטת ש' נתניהו ב-ע.א. 283/89 עיריית חיפה ואח' נ' אייה מוסקוביץ, ואח', הקובע הלכות חשובות בנושא של פסיקת תשלומים עיתיים בנוזק-גוף שאינם מתאונת-דרכים, ניתן רק לאחר שנסגרה כבר המהדורה ולכן אינו נכלל בה.

נושא הפיצויים בשל נזק גוף הוא נושא מורכב מאין כמוהו – אולי מהמורכבים ביותר בתחום דיני הנזיקין – ואין להתפלא אפוא שהכרך עב-הכרס אוצר בתוכו 1,063 עמודי טקסט, 263 עמודי מפתחות ונספחים

דוד קציר
שופט בית-משפט מחוזי

פיצויים בשל נזק גוף

מהדורת שלישית
חיפה, תשנ"ג-1993



הוצאת תמר
חברה להפצה בע"מ
ת"ד 4560
רחוב אבן קינא 3 חיפה 31044
טל: 04-622229 פקס: 04-664687



ד"ר דבורה דינאי, עורכת

לאחרונה התבררנו במה-דורה שלישית ומעודכנת של ספר חשוב זה, הכוללת את כל הפסיקה של בית המשפט העליון שהתפרסמה ב"פסקי-דין" עד וכולל כרך (מו"ו), של בית המשפט המחוזי עד וכולל כרך (שנ"ב) (2), וכן תקציר פסקי דין עליונים שהתפרסמו ב"סביר" עד וכולל כרך מ'.

הספר, הערוך במתכונת של text-book, משלב את הערותיו המועילות וניתוחו ופרשנותו המקצועיים של השופט דוד קציר, ואינו מסתפק בליקוט ניטרלי של ציטוטי חקיקה ופסיקה. הספר ערוך בצורה בהירה, עם הפניות נרחבות ומרובות לאסמכתאות (בין השאר פסיקה שלא פורסמה ופסיקה זרה), ומפתחות יעילים ומפורטים, וכולל אף הפניות צולבות בין הסעיפים, המסייעות רבות לשלמות התמונה כאשר נבדקת סוגייה ממוקדת מסוימת. אנו גם מוצאים נספחים שימושיים: טבלאות היוון, תוחלת חיים, מדדים, ושכר ממוצע במשק.

מאז המהדורה הקודמת של ספר זה, לפני כשבע שנים, לא ניתן להצביע על יבול חקיקתי מרשים בתחום הנזיקין (מעבר לתיקונים בחדדים שנעשו בחקיקה הנוגעת לפיצוי נפגעי תאונות דרכים), והמחוקק הישראלי, בתחום של דיני הנזיקין הקלאסיים, ממשיך לדבוק בהסדר חקיקתי מיושן ושמרני ששורשיו בתקופת המנדט, ונרתע מלהתמודד עם האתגר של הסדר חקיקתי חדש ומקיף לדיני הנזיקין התואם את שנות ה-90. מעט האנרגיה החקיקתית המושקעת בתחום זה, מתרכזת בתיקונים "נקודתיים" ספורים בתחום פיצוי נפגעי תאונות הדרכים, שאליו עבר מרכז הכובד של תשומת-הלב וגם של נפח התביעות, אולם יש לזכור כי גם חקיקה מיוחדת זו נסמכת, בתחומים חשובים, על דיני הנזיקין הכלליים לצורך חישוב הנזק.

על דלות היוזמה החקיקתית מנסה הפסיקה לפצות, ע"י יצירת "משפט מקובל" של הלכות בתחום נזקי הגוף, ובתחום זה רב החומר וישנה לא מעט התפתחות בשנים האחרונות. די לציון מספר פסקי דין חשובים שניתנו

* מהדורה שלישית, הוצאת תמר, חיפה, התשנ"ג-1993.

רפואה ומשפט גליון מס. 10 - מאי 1994

ועד ל"ב עמודי אקדמות ותוכן ענינים (דהיינו, בסה"כ 1,417 עמודים, לעומת 802 עמודים שהיו במהדורה הראשונה של הספר, ב-1982). דומה כי לנוכח היקפו הפיסי של החומר ראוי היה ליתן את הדעת על פורמאט נוח ומתאים יותר למהדורה כזו (לחלקו לשני כרכים קטנים יותר, או להוציאו באוגדן) מאשר הכריכה הרופפת-משהו מקרטון, שבה יצא לאור, ואשר רק בדוחק אוחות את כל עמודי הספר ביחד ועוצרת אותם מהתפרקות לאחר מספר עלעולים.

לא ניתן לסיים התייחסות זו בלי הערה לענין מחיר הספר. כאשר יצא הספר לאור, במהלך שנת 1993, היה מחירו

890 ש"ח, שהוא גבוה למדי. והנה, מספר חודשים לאחר מכן, בשלהי השנה, ירד המחיר בהוצאה לאור ל-550 ש"ח. לכאורה אפוא היה המחיר הראשוני שנדרש גבוה ביותר מ-60% מהמחיר שבו הוצע הספר זמן קצר לאחר מכן (אם נביא בחשבון פיחות בשער השקל ואינפלציה שארעו בתקופת-הביניים, ההפרש הריאלי אף גבוה יותר). מעבר לתסכול (המרצק) של מי שהזדרזו ורכשו את הספר עם יציאתו לאור, במחיר המלא, נשאלת השאלה, איזו הצדקה היתה לקביעת מחיר כה גבוה מלכתחילה, אם חודשים ספורים לאחר מכן כבר היתה ההוצאה לאור מסוגלת להסתפק במחיר נמוך בהרבה. הדבר מעלה מספר תהיות לגבי תמחירם ומחיריהם של ספרים מקצועיים בארץ.

המשך מעמי 60

תכונותיו התורשתיות.

ד) שמוש בעוברים חיים או באברים, לצורך מחקר. הפרייה מלאכותית חוקית טעונה הסכמה בכתב של שני בני הזוג.

בטרם נעשה עיקור, יש ליידע את בני הזוג לגבי מהות ההליך, הסיכונים הגופניים והנפשיים, מידת ההצלחה הצפויה, ומחיר הטיפול.

החוק קובע איסורים נוספים לגבי הליכים כגון שכפול, יצירת מפלצות או יצורי כלאיים, מסחר בעוברים חיים או מתים, או מסחר באבריהם, והסדרים כספיים לגבי אם תחליפית.

International Digest of Health Legislation;
Vol. 44; no. 2; 1993; 256.

אוסטריה

חוק פדרלי (מס' 275, מ-1.7.1992) דן בהפרייה מלאכותית. החוק מתיר הליכי הפרייה מלאכותית רק בקרב זוגות נשואים, או זוגות שביניהם קשר דומה לנשואין. תנאי

נוסף: נכשלו נסיונות סבירים להפרייה טבעית. החוק מתיר שמוש רק בביציות חרעונים של זוגות נשואים, או כאלה שביניהם קשר דומה לנשואין, אלא אם כן זרעו של הבעל, או השותף, אינו בר-הפרייה. ביציות שנשלפו מאשה יוחזרו רק לאותה אישה.

החוק מחייב את הרופא להסביר במפורט, לבעל או לשותף, את מהות הטיפול, תוצאותיו, וסיכוניו לאשה וליילוד.

החוק אוסר שמוש כלשהו בתאי המין, זולת לצורך ההפרייה המלאכותית. החוק אוסר שמוש בתערובת המכילה זרעונים של כמה גברים, לצורך הפרייה מלאכותית.

החוק אוסר קבלת תמורה כספית עבור תרומת זרע לצורך הפרייה מלאכותית.

החוק מתיר אחסון זרע וביציות לתקופה שלא תעלה על שנה.

International Digest of Health Legislation;
Vol. 44; no. 2; 1993; 247;

הקונגרס העולמי ה-10

הקונגרס העולמי העשירי למשפט רפואי – בישראל

כל חברי האגודה לרפואה ולמשפט בישראל ובני/בנות זוגם מחמנים ליטול חלק באירוע היוקרתי ביותר, בשדה הרפואה והמשפט.

הכנס הגדול יתקיים במלון רמדה רנסנס בירושלים, בימים 28.8.94 – 1.9.94. התכנית המדעית תכלול מאות הרצאות בכל נושאי הבריאות, המשפט והאתיקה, מפי בכירי אנשי הרפואה והמשפט ברחבי העולם!

תכנית מיוחדת לגיבוש חברתי של חברי האגודה!

הנהלת האגודה הכינה תכנית חברתית-תיירותית עשירה לחברינו שיטלו חלק בקונגרס: לאחר ההשתתפות במושב המליאה בבקרים, יחמנו החברים שאינם מעוניינים להאזין להמשך הדיונים, לסיורים מיוחדים ובלתי שיגרתיים, שתוכננו על-ידי מביני דבר. הטיולים יתרכזו מדי יום למסלול שונה, ויימשכו עד אחרי הצהריים. בערבים נקיים תכנית חברתית סביב ארוחה חגיגית!

דמי השתתפות בסך השווה ל-240 דולר מכסים השתתפות בכל דיוני הקונגרס העולמי, הזמנה לקוקטייל הפתיחה, שתי ארוחות ערב חגיגיות והשתתפות בשלושת "טיולי ירושלים".

למעוניינים ישוריינו חדרים בבתי מלון בירושלים (3-4-5 כוכבים).

להתראות בירושלים בקיץ הקרוב!

פרטים נוספים והרשמה:

במשרד האגודה, רח' ארלוזורוב 30, פתח תקוה 49408, טל' 03-9243652.

...

הערת המערכת:

אנו מביאים כאן תקצירים של 20 הרצאות שתושמענה בקונגרס העולמי ה-10 בירושלים, באוגוסט ש.ז.

התקצירים נבחרו על ידי פרופ' אמנון כרמי, נשיא הארגון העולמי למשפט רפואי, מתוך עשרות רבות מאד של מאמרים שנתקבלו בוועדת ההיגוי של הקונגרס.

בהמשך הגליון נתונים תקצירים אלה בשפת המקור, וללא עריכה. ואילו כאן, ולנוחותכם, תרגומיהם לעברית, שנעשו בידי חברי המערכת והגב' יהודית יצחק.

חברי האגודה שלא יוכלו להשתתף בקונגרס, ימצאו פצוי מזערי בקריאת התקצירים. לאלה שיטלו חלק בקונגרס יעזרו התקצירים לנפות את הרצוי והמענין מתוך המגוון הרב שיוגש.

רפואה ומשפט גליון מס. 10 - מאי 1994

השימוש בניתוח ערכים רישמי לשיפוט של זכות החולה לטיפול

אריק נורד

המכון הלאומי לרפואה ציבורית, אוסלו, נורבגיה

רוב בתי החולים בנורבגיה הינם בבעלות ציבורית. הטיפול במאושפזים ניתן חינם, וחולי-חוץ נהנים מהשתתפות בהוצאות הטיפול. זמני ההמתנה הממושכים לאישפוז עוררו ויכוח ציבורי סביב השאלה, האם דרוש חוק שיקבע זכות החולה לקבל את הטיפול הנדרש בתוך גבולות זמן. טיוטת "חוק זכויות החולה" הוגשה ב-1992.

מובן, שאין אפשרות כלכלית להעניק זכות לטיפול רפואי חינם (או כמעט חינם) לכל דורש, ויהיה צורך לקבוע אמות מידה להחליט לפיהן למי מן החולים תנתן זכות זו.

קביעת אמות מידה כאלה אפשר שתתבסס על מודל-חישוב שהוצע בעבר לקביעת קדימויות של תכניות שירותי בריאות.

החישוב בנוי על סולם של מצב בריאות כללי בן 8 דרגות. יישום הסולם הזה מאפשר לתאר כל טיפול רפואי במונחים של חומרת המצב הראשוני והשפעת הטיפול. הערכה של החברה את התוצאות הללו תגזר משני משתנים אלה, שיתקיים ביניהם קשר גומלין. "TRADE-OFF". תוצאות המורכבות מצירופים שונים של חומרת המצב הראשוני, ומהשפעת הטיפול, תקבלנה ניקוד בסולם ערכים חברתי הנע מ-1 עד 1000, בעזרת הטכניקה הנקראת PERSON TRADE-OFF TECHNIQUE. בעקרון, הזכות החוקית לטיפול באשפוז בתוך תקופת המתנה נתונה, תוגבל לחולים אשר הניקוד שלהם יעלה מעל לרמה מסוימת של סולם הערכים החברתי.

...

בדיקות גנטיות ופרטיות – באיספקלריה אירופאית

לינדה נילסן

פרופ' למשפטים, אוניברסיטת קופנהגן, דנמרק.

פענוח השפה הגנטית ב"ספר החיים" מעורר מספר בעיות הכרוכות בפרטיות. ככל שנרבה להשתמש ב"ספר החיים" יגדל מספר האנשים שיסומנו – כתחזית – בתור "בריא חולה" ובדרך זו יקופחו וגם תדמיתם תיפגע. האנליזה של DNA עלולה לפגוע במעמד הפרט ולגרום בכך לבקרה חברתית.

הבעיות הנוגעות לפרטיות הן:

– נתונים גנטיים עשויים לזהות אדם.

– נתונים גנטיים עשויים למסור מידע שאינו ידוע לפרט הנבדק, ולמידע הזה אין – לעתים – חשיבות משמעותית.

– נתונים גנטיים עשויים לסווג את הפרט הנבדק וכן את קרוביו ב"קבוצות סיכון" של האוכלוסיה.

על פי קריטריונים מקובלים במשפט ובחברה, הזכות לפרטיות היא בלתי מעורערת. ישנה גישה תפקודית לפרטיות זו, אשר תכניה ומגבלותיה במישורים שונים מעוגנים בחברה. לפיכך קשור הדבר גם למידע.

בתכנית של הקהילה האירופית (E.C.), המתייחסת לניתוח הגנטי, נקבע מפורשות כי "הזכות לזהות גנטית היא חלק מן המהות והכבוד של הפרט", וכן נקבע כי "קיימות דרכים טובות לאבטחת זכות הפרט להפעיל בחירה מודעת האם לקבל או לא לקבל את המידע על התכונות הגנטיות של אותו פרט". וכן – "בהעדר סטנדרטים ונוהלים קיים סיכון... כי האבחנה הגנטית תשמש לניטור (MONITORING) בעל השפעה ניכרת על חיי הפרט בחברה" ועל כן יש לנקוט בכל האמצעים כדי למנוע התפתחויות בלתי רצויות, ובמיוחד בתחום של תחזית רפואית.

בהרצאה זו תוגש סקירה על התחיקה והנהלים בכמה ארצות אירופה, ועל הבחינות המוסריות, החברתיות והחוקיות של בדיקות גנטיות. בנושא זה כרוכים גם הצדק הפלילי, בטוח לאומי, בריאות הציבור, חוקים המתייחסים לזרים, בטוח פרטי ותעסוקה. לכל הבחינות האלה תבוצע הערכה מתוך מגמה להבטיח באורח אידיאלי ובמידה מירבית את הפרטיות הגנטית, מבלי לפגוע בזכויות היסוד של האנושיות באינטרסים החברתיים שלה.

פיצוי על תאונות ללא-אשם ובעיחות במקום העבודה בניו-זילנד

ט. ג'. גודארד

נשיא בית הדין לעבודה של ניו-זילנד, וולינגטון, ניו זילנד.

לפני עשרים שנה בוטלה בניו-זילנד הזכות לתביעת פיצוי נזיקין על התרשלות שגרמה לפגיעה אישית. במקומה נקבעה שיטת פיצויים של תאונות ללא-אשם. תכנית זו באה במקום המדיניות הקיימת של מתן פיצויים מוגבלים עבור פגיעות פליליות ועבור נכות מחמת תאונות עבודה בהעדר רשלנות של המעביד. התכנית החדשה הועלתה על נס כמציגה עולם חדש של הוגנות לכל, וכתכנית המוכתבת על ידי הצרכים ולא על ידי טיב הסיביות של צרכים אלה. לעומת המשבחים, היו שיצאו בתחזיות עגומות במספר תחומים. תחזית אחת למשל, קבעה שתהיה ירידה בסטנדרטים של בטיחות במקומות העבודה.

הרצאה זו בודקת עד כמה התאמתו תחזיות אלה, והיא דנה גם באפקטיביות לעתיד של מבנים שהוקמו ב-1993 בכפוף לחוקים המשלימים והמתקנים תקנות קודמות הנוגעות למקומות עבודה מסוכנים, לסיכונים מיוחדים ולמחלות תעסוקתיות.

...

דיון באמינותו המשפטית של הזיהוי באמצעות ד.נ.א. (D. N. A.)

טאטסו נאגאי

המחלקה לזיהוי מולקולתי, אוניברסיטת קיטאסאטו ביהיס למדעי ההיגנה שאגאמיהארה, יפן.

קיימת מחלוקת לגבי אמינות הזיהוי באמצעות ד.נ.א. ולכך יש השלכות מישפטיות.

אנו ניסינו להביא חוגים משפטיים להכרה שזיהוי באמצעות ד.נ.א. הינו אמין בכך שחקרנו בעיות יסוד "בטיחות האצבעות" של ד.נ.א..

הסמן למשקלים המולקולתיים (DNA/Hind III) הושם במרכז ובקצוות גיל אגארו, נמצא שהסטיות בנדידת סמני הגודל הללו כפי שדורגו בכל גיל היו בממוצע 2.96% על-כן באם המרוח בין שתי רצועות היה בגבולות 2.96% הן נחשבו כרצועה אחת.

בחקר DNA/Hind III הסטיות היו: ל-23130 זוגות בסיסים 1631 ז.ב. ל-936 ז.ב. 664 ז.ב. ל-6657 ז.ב. 462 ז.ב. ול-436 ז.ב. היה 307 ז.ב. על מנת להקל על ההשוואה הסטיות תורגמו ליחידות לוגריתמיות. הואיל והתוצאות היו 10 בחזקת 0.0126 אנו קבענו שהפרדה בין רצועה אחת לרצועה תהיה 10 בחזקת 0.025.

קיבלנו 1501 רצועות מ-81 אנשים יפניים. לכל אחד היו בממוצע 18.5 רצועות (טווח 10-28 רצועות). הממצא ששתי רצועות שניתן לזהות באמצעות עין בלתי מזוינת הופיע 144 פעמים (9.59%). מכאן ברור שאינו יכול לשמש כראיה חותכת בשל התדירות הזו. המומחים לרפואה משפטית מטבעם אינם בקיאים במשפטים, וחוגי המשפטים חסרים הידע המדעי הבסיס משתמשים בהערכות של רופאים אלה.

זיהוי באמצעות ד.נ.א. מיושם לצרכים משפטיים במיוחד לזיהוי אנשים באמצעות מקטעי ד.נ.א. למותר לציין שעל הרפואה המשפטית לפתור בעיות אלו הואיל וד.נ.א. מהווה מוצג בבתי המשפט. בהתחשב בבעיות המורכבות של זיהוי באמצעות ד.נ.א. עלינו לתקן ולמסד את מאגר הנתונים הרב גווני של "טביעות האמצעות" של ד.נ.א. באוכלוסיה.

אין זו גזמה לקבוע שזיהוי אדם באמצעות ד.נ.א. אינו ודאי עד אשר בעיות אלו תיפתרנה.

תביעות בגין רשלנות רפואית – האופנה האחרונה ביפן

טטסאו קורונאיאגו, טקאו קאראסווה

משרד עורכי דין קנאקו, איוו מאטסו; טוקיו, יפן

בסוף שנות החמישים הפכו לפתע התביעות בגין רשלנות רפואית נושא לדיונים מתמשכים בבתי המשפט. מספר התיקים עלה באופן בולט בשנים 1962-1980, ותשומת הלב של עורכי הדין הוסבה לריבוי הדרמטי של תביעות בגין רשלנות רפואית.

מספר התביעות והתיקים בהם הנתבעים הם בתי-חולים עדיין ממשיך לעלות. התביעות הן בסכומים של מיליון ין ויותר, ומוגשות במסגרת הבטוח נגד רשלנות של זהסתדרות הרפואית היפנית. בהסתדרות הזו מאוגדים כמחצית מן הקלינאים בכל רחבי יפן.

לאחרונה התיצב מספר התביעות על כ־260 בשנה, וכ־40% מהן מגיעות לשמיעה בבתי המשפט. מספר התיקים החדשים שזכו לשמיעה בבתי משפט מחוזיים בכל חלקי יפן, אשר התרבו באופן ניכר במיוחד במשך 15 השנים האחרונות, לא הגיע אף פעם ל־400 בשנה. יש לזכור כי אגרת בית המשפט היא 950.000 ין ויותר. ההרצאה תבהיר את הסיבות מדוע מספר התביעות בגין רשלנות רפואית, עם כל הגידול שהתרחש, לא הגיע לממדים שנצפו לפני 30 שנה.

...

גילוי מידע והסכמה מדעת: גידול המחויבויות של הרופא

פרופ' תיאודור ר. לבלאנג, ראש החוג למדעי הרוח

בית הספר לרפואה באוניברסיטת דרום אילינוי, ספרינגפילד, אילינוי, ארה"ב

בהקשר לקבלת הסכמה מדעת, נדרש באופן מסורתי מן הרופאים ליידע את החולים על טיבו של מהלך הטיפול המוצע, על הסיכונים והיתרונות המהותיים הנובעים ממנו, ועל אלטרנטיבות טפוליות אחרות. התפתחויות שחלו לאחרונה בארה"ב מגלות בבירור, שחובות הרופא לגילוי מידע התרחבו במידה רבה.

בפסיקות ובתחיקה שנתקבלו נקבע שהחולה יוכל לתבוע את הרופא על הפרת ההסכמה מדעת, כאשר הרופא לא מסר לחולה את המידע הנוגע לאינטרסים הכספיים הכרוכים בבדיקות ובטיפולים הרפואיים המומלצים לחולה. זאת – כאשר עולה ניגוד אינטרסים מתוך ההשפעות הפיננסיות הקשורות למחקר על חולים, או כאשר הרופא נהנה מהטבות כלכליות בתור מי ששולט על הוצאות הטיפול הרפואי במסגרת של תכניות שירותי בריאות.

חובות הגילוי התרחבו גם לגבי נסיבות שבהן מצבו הגופני של הרופא מגביר את הסיכון הקשור למהלך מטוים של טיפול. לפחות שלוש מדינות הכירו בעילה משפטית לתביעה, כאשר רופא שהיה נשא-אידס לא גילה לחולה את מצבו בטרם ביצע בו טיפול ניתוחי פולשני.

ערכאה נוספת הכירה בכך, כי רופא שהוא אלכוהוליסט כרוני, מהווה סיכון מהותי שעליו יש ליידע את החולה לפני שיעבור טיפול ניתוחי.

על רקע זה של התרחבות האפשרויות לחבות אזרחית, ועל רקע נטית הפסיקה והתחיקה בכוון הרחבת חובות הרופא לגילוי מידע במסגרת יחסי רופא-חולה – נדרשת בדיקה זהירה וקפדנית של הנושא.

אשפוז כפוי בבית חולים פסיכיאטרי – התפתחויות עדכניות

פרופ' י' לינקמאטה

אוניברסיטת ארזמוס, רוטרדם, הולנד

במהלך שנות השבעים גדלה המודעות למצב המשפטי של מאושפזים פסיכיאטריים. כתוצאה מכך עברה החקיקה בכמה מארצות אירופה תהליך של עדכון, בכל הנוגע לאשפוז כפוי.

המצב המשפטי של המאושפזים זכה במהלך העדכונים האלה לשפור ניכר. הדבר הושג – לפחות בחלקו – בהשפעת מערכת החוקים של בית הדין האירופאי העליון לזכויות האדם. הקריטריונים של אשפוז אורזחי הוחמרו, והסייגים הפרוצדורליים הורחבו. הונהג סער משפטי למאושפזים, וניתנה תשומת הלב הנחוצה למצב הליגלי של החולה בתקופת אישפוזו בבית חולים.

ההרצאה תנתח את ההתפתחות בשמונה ארצות (אוסטריה, בלגיה, אנגליה/וויילס, צרפת, גרמניה, איטליה, הולנד ושווייץ). בשנים 1978-1992 נערכה בדיקה מחודשת של מערכת החקיקה (בנושאי אשפוז כפוי). בהכללה ניתן לומר כי המהדורה החדשה של התקנות מהווה שפור ניכר בהשוואה למצב ששרר לפני כן באותן ארצות. השואה של התנאים בכל ארץ, לעומת חברותיה בקבוצה, מגלה הבדלים משמעותיים בכל הנוגע לנקודת המוצא. ההבדלים מתבטאים בחקיקה של כל ארץ ובכל הנוגע למצב ההגנה המשפטית המוענקת למאושפז, בכל ארץ. ההבדלים האלה נוגעים לקריטריונים של אשפוז אורזחי ולנחלי קבלת החלטות (של רופא או של שופט) ולבטחונות משפטיים.

נתוח המצב המתואר לעיל, ונתוח תוצאות המצב הזה, יטופלו בהרצאה בקונגרס. במיוחד לאור הצהרות בדבר הזכויות של חולי נפש, אשר הושמעו בפורומים שונים בעולם: הכנס האירופי על זכויות האדם 1950; מועצת אירופה 1983; מליאת עצרת האו"ם 1991;

...

שיקולי אתיקה בימינו הנוגעים להשתלת איברים

ברנרד כהן, מוסמך בכלכלה, EUROTRANSPLANT FOUNDATION

ג' דאמארו, ד"ר לרפואה, Ph.D. המחלקה לאימונה מטבולוגיה ובנק הדם, בית החולים האוניברסיטאי, לייזן, הולנד

התפתחויות מתמשכות בשדה השתלת האברים, שהגבירו את אפשרויות ההשתלה ושיפרו את תוצאות ההשתלה, הביאו לצורך גובר לתורמי אברים. תוצאה חשובה של המחסור החמור בתורמים היא יצירת דילמות אתיות חדשות המתייחסות ל:

- הקצאה הוגנת של אברים זמינים,
- שימוש במקורות חילופיים של אברים לתרומה,
- צמיחתו של מסחר באברים.

ביסוסה של הקצאה הוגנת של אברים היא אחת מהבעיות הגדולות ביותר בהשתלת אברים. מנקודת מבט אתית, קביעת סדרי-קדימויות להקצאה הוגנת צריכה להיות משימה של החברה בשלמותה. מספר קריטריונים להקצאה הוצעו:

- "עקרון הצלת חיים",
- "כל הקודם זוכה",
- "ניצול מיטבי של האבר",
- "הגדלה אקראית".

מכל מקום, הפעלתו של כל קריטריון יוצרת כשלעצמה בעיות אתיות חדשות. יתירה מזו, ישנן קבוצות שונות (פוליטיות, חברתיות, רפואיות) המבקשות להשפיע על מדיניות הקצאת האברים. גם הטיעון, שעל כל חולה להמתין לתורו לפי הגדלה אקראית אינו נטול עיגון משפטי בתקדימים הקיימים.

פתרונות אפשריים לחוסר החמור באברי תורמים הם:

- השתלות במשפחה,
- השתלת אבר חלקי,
- השתלת תאים תוך שימוש ברקמה עוברית,
- שימוש באברי חיות (xeno-transplantation).

שאלות אתיות מעורבות באופן בלתי נמנע בכל הפתרונות הנ"ל. האם לא יהא זה עדיף להגביר את האפשרויות להתרמת אברים לאחר-המוות ובכך להימנע ממרבית הבעיות האתיות?

סחר באברי תורמים הוא, למעשה, פעילות בלתי-אתית, יותר מאשר בעיה אתית, שכן התורמים מונעים מטעמים כספיים ולא אנושיים. זוהי תוצאה של נסיונות ע"י גורמים אופורטוניסטיים להרוויח מהמחסור החריף באברים להשתלה.

לסיכום, הקושיות האתיות הנוגעות להשתלת אברים ניתנות ברובן למניעה ע"י צמצום יעיל במחסור החמור של התרמות אברים שלאחר-המוות לצרכי השתלה.

...

אתיקה וסיעוד של אוכלוסיות פגיעות

אן ג'. דייוויס, RN, PHD, DSC HON

אוניברסיטת קליפורניה, סן-פרנציסקו

בעיות אתיות, הצצות ברמת המקור, מטופלות על ידי תכניות בריאות או העדר תכניות כאלה. לבטים אתיים כגון הקצאת משאבים, נגישות לשירותי בריאות ושיוויון – כולם נובעים משאלות של צדק חברתי. ארגוני סיעוד פועלים כדי להשפיע על רמת ההתייחסות האתית.

בעיות אתיות עולות גם ברמת המיקור, בקליניקה. בעיות אלה דורשות שנבדוק מושגים כגון כבוד, זכויות והתייחסות לאדם כאישיות. כדי לעשות זאת האנשים במקצועות הבריאות משתמשים לרוב בעקרונות אתיים בסיסיים. הדבר מתרחש כאשר הם מספקים שירות רפואי לאלה הפגיעים מחמת גזע, מין, אמונות ומעמד חברתי-כלכלי. ברמת המיקור של האתיקה יכולות האחיות לפעול באופן אישי על מנת להשפיע על המצב הבריאותי הספציפי של החולים.

ברור שקיימת אינטראקציה בין האתיקה ברמת המקור והאתיקה ברמת המיקור. מובן גם שנסיון לפתור בעיות אתיות בשתי הרמות אינו רק פעולה אתית, אלא גם פוליטית, אולם רק לעיתים רחוקות מכירים בכך שהסיעוד יכול להיות אתי ופוליטי כאחד.

הצגה זו מפתחת את התפיסה היסודית של צדק חברתי, כפי שהיא מיושמת באוכלוסיות פגיעות המטופלות על ידי אחיות. היא מראה שהאחיות עוסקות בפעולות אתיות שהינן גם פעולות פוליטיות.

...

תלונות ופיקוח

ג'ודית אולסוף

פרופ' למדיניות בריאות, אוניברסיטת סאות' בנק

ועדה יושבת עתה על המדוכה לבדיקת אופן הטיפול בתלונות במסגרת שירות הבריאות הלאומי בבריטניה, ואמורה להגיש דו"ח בתחילת 1994. מנגנונים לטיפול בתלונות מתקשרים עם חקירות המנוהלות והליכים הננקטים ביחס לעבודה מקצועית. הם משקפים אפוא היבטים של מקצועניות ושל כוח מקצועי. הסוגיות שתיבחנה ע"י הועדה וההמלצות שיועלו על-ידה יעידו על תזוזה בחשיבה בארץ אחת (בריטניה) לגבי אופן הויסות והפיקוח על מקצועות הבריאות. מאחר שהועדה תישאב בין השאר גם מספרות משווה, ניתן יהיה להעריך איזה חלק מהמלצותיה מקובל בארצות אחרות ואיזה חלק אינו מקובל, ומדוע.

ההרצאה תתמקד בתלונות לגבי רופאים בתוך שירות הבריאות הלאומי בבריטניה. היא תתאר את השיטות השונות לטיפול בתלונות ולהתמודדות עם סכסוכים לרופאי משפחה מחד-גיסא ולרופאי בתי חולים מאידך. ישנן דרגות והיבטים של פיקוח עצמי ושל פיקוח מדינתי בשתי המערכות, כאשר במסגרת הפיקוח המדינתי באים לידי ביטוי שני סוגים עיקריים

של הפעלת סמכות רשמית. בהסתמך על עבודתו של דאמאסקה, סוגים אלה מכונים "האינדיבידואליסטי" (משפטית) ו"הקולקטיביסטי" (ניהולית).

חלקה השני של ההרצאה יסתמך על נתוני מחקר, שיצביעו כיצד נעשה שימוש בשיטות השונות כיום ודרגת הסמכות הרשמית והכוח המקצועי.

חלקה השלישי של ההרצאה יבחן את ממצאיה והמלצותיה של הוועדה לבדיקת התלוות של שירות הבריאות הלאומי בבריטניה. בהתחשב בהחררתו של "שוק פנימי" לתוך שירות הבריאות הלאומי שם, דומה כי אין לצפות כי יושם בעתיד דגש חזק יותר על אחריות ניהולית לטיפול בתלוות קליניות. ההשלכות של הפעלת כוח מקצועי תיבחנה והשוואות תיעשנה עם שיטות אחרות.

...

שותפו של החולה – הסוגייה הנשכחת

פרופ' יוריט ברחסמה

המכון הרפואי ליעוץ פסיכיאטרי, אודיסק, הולנד. בית הספר לרפואה, אוניברסיטת ליולה, שיקאגו

ההרצאה מתייחסת לשותפיו של החולה, החווים קונפליקטים אישיים וחוסר הכרה ותמיכה מצד מערכת הבריאות. מחקרנו כולל בין השאר חולי פרקינסון וחולים לאחר השתלת לב וכן נסיון כללי אחר במסגרת בתי החולים. החשיפה המתמשכת לתנאי דחק של השותפים במצבים של מחלות כרוניות פירושה פגיעות גוברת למחלות ולתחלואים ובידוד פסיכוסוציאלי או הפרעת תפקוד במישור זה. הספרות מראה כיצד תנאי דחק מתמשכים עלולים להשפיע באופן משמעותי על תפקוד מנגנוני ההגנה של מערכת החיסון של האדם.

אני אציג מודל המראה כיצד טיפול במערכת "החולה הפגוע" עשוי להפחית הצאות בלתי-חיוניות של מערכת הבריאות ולהגביר את איכות החיים של החולה ושותפו. גישה זו תומכת בשינוי היחס מצד עובדי מערכת הבריאות וכן הכרה ועידוד של האוטונומיה הפסיכולוגית הן של החולה והן של שותפו, אפילו במצבים של חולשה פיזית. תוכניות ההתערבות השיטתיות שלנו עם שותפים של חולי פרקינסון מראות כיצד הגברה בעצמאות משפרת את תפקוד מערכת החולה כולה. מאמר מס' 11

...

מעבירות על החוק לאי-יושר מדעי – האם הפיקוח הינו מושלם?

פול ריס

בית החולים האוניברסיטאי של הרלב, הרלב, דנמרק. הנהלת הוועדה הדנית לאייושר מדעי – הרלב, דנמרק

אייושר במדע ליווה את המאמץ המדעי של האדם למן היום שבו היה המדע לתחום אקדמי. במרוצת שלושת או ארבעת העשורים האחרונים, עם העליה התלולה בפעילות המחקרית, נתגלו אי אלה מקרים של אייושר במדעי הבריאות. דבר זה הביא להרגשה שאנו רואים רק את קצה הקרחון, וכך עלה הצורך במערכות פיקוח ובמאמץ חינוכי למניעת אייושר מדעי ועל מנת לקדם פעילות מדעית נאותה. בשנת 1991 החליטו מועצת המחקר הרפואי הדנית והוועדה המרכזית למדע ולאתיקה לנתח את הצורך במערכת פיקוח ממלכתית. מונחה ועדה שהכינה נתוח מפורט של רעיונות ותפיסות של סוגי עבירות וכן דגם של גוף מנהלי¹.

ב־1992 נוסדה הוועדה הדנית לאייושר מדעי, ששת חבריה היו אנשי מדע ובראשה עמד שופט של בית המשפט העליון. זמן קצר לאחר הקמתה, החלה הוועדה לדון במקרים שהובאו בפניה. בהרצאה זו יוצג הנסיון שהצטבר בשנת פעולתה הראשונה.

1. ד. אמרסן, ל. אטרופ, נ. אקסלסן, פ. ריס, אייושר מדעי ופעילות מדעית נאותה. קופנהגן: המועצה הדנית למחקר רפואי, 1992.

רשלנות רפואית – מזוית הראיה של המומחה הרפואי

כנט רוזגרן, מונרך אַס, אדגר בורגנהאמר

ביה"ס לבריאות הצבור, גטבורג, שוודיה

המחברים מגישים נתוח של מקרים אונקולוגיים שבהם נקבעה רשלנות רפואית. הנתוח מתבסס על דוחות בכתב, שהוגשו ע"י מומחים רפואיים.

המקורות של הדוחות שהוגשו:

- | | |
|----------------|--|
| 15 מקרים | 1. הרשות הנורובגית לפצויי נזיקין לנפגעים |
| 2 מקרים | 2. האומכודסמן לעניני חולים, אוסלו, נורבגיה |
| 1 מקרים | 3. חברות בטוח בנורבגיה |
| 1 מקרים | 4. בית משפט בערכאה ראשונה, אוסלו, נורבגיה |
| 31 מקרים | 5. ניהול תיקים מרכז בוסס. שוודיה |
| בסה"כ 50 מקרים | |

המקרים בנורבגיה הועלו על ידי המטופלים. המקרים בשוודיה – ע"י הנהלות בתי חולים.

המסקנות בבדיקת הדוחות

- | | |
|----------------|---|
| 1 מקרים | 1. הוכחה רשלנות רפואית, או ניהול לקוי |
| 5 מקרים | 2. אבחנה וטיפול שלא הניחו את הרעת. לא היתה התפתחות נגיבית חמורה לגבי המטופלים |
| 31 מקרים | 3. הטיפול היה שלא כמקובל. לא היו תוצאות נגיביות לגבי המטופלים |
| 13 מקרים | 4. היו תופעות לוואי בלתי נמנעות, בחלקן חמורות |
| בסה"כ 50 מקרים | |

דיון מסכם:

נתוח מכלול המקרים של סיכון מחושב, מתבסס בעיקר על קבוצת המקרים מס' 4. מודגשת החשיבות של תקשורת טובה עם המטופלים המבוססת על אמון.

מאמר מס' 14

...

מעמדה של החלטה רפואית – היבטים פלוסופיים לאבחנה הרפואית

ד"ר ג'קוב רידריקוף

אוניברסיטת ארסמוס רוטרדם הולנד.

ההחלטה הרפואית מורכבת ממספר גורמים, ביניהם ניתן לציין את ידיעתו הרפואית של הרופא, הכרת הרופא את מצבו האמיתי של החולה והפרוצדורות הרפואיות, החלפת מידע בין חולה לרופא, הבנה ופרשנות של המידע וכן ניתוח נכון של המידע שנתקבל.

אם המידע שמתקבל מיושם בצורה נכונה, הדבר יוביל לאבחנה נכונה, הוה אומר, זיהוי המחלה המתוארת כמחלה מוכרת. השאלה האם האבחנה נכונה לא תמיד קלה להכרעה. הספרות המעטה שישנה בענין זה מצביעה על טעות באבחנה בשיעור 40%-70%.

גורמים רבים משפיעים על דיוקה של האבחנה.

— רופאים משתמשים בשפה וטרמנולוגיה המשתנות ממדינה למדינה בהתאם לתרבות, ביניהם: למשמעת הרפואית, לסטטוס חברתי וכו'.

— המידע הרפואי לא מקובל בכל מקום באותה בצורה נכונה. ההבדלים יכולים להיות משמעותיים.

— השימוש בהגדרות אבחנתיות מטשטש את המשמעויות הרבות שמאחורי ההגדרות.

— בחינה רפואית של מקרה ורישומו מודרכת על ידי תפיסה מוקדמת של הרופא באשר לאלמנטים מסוימים בתלונות החולה המתעלת את דעתו של הרופא וכך משפיעה בהכרח על ראיית הרופא את המקרה שלפניו באופן לא מדויק.

— לשפה הרפואית יש אופי מופשט וכל רופא מתרגם את המידע המתקבל מהחולה לשפתו הרפואית של הרופא. תרגום זה עלול להוביל לפרשנות מוטעית ואי הבנות.

— כתוצאה מן האמור רוב המידע המיושם בפרקטיקה הרפואית הינו המידע הפרטי של הרופא, המושפע מנסיבות הנסיון המצטבר של הרופא מאפשר לו לצפות שאם ארוע מסוים קרה תכופות בעבר, קרוב לודאי שאותו אירוע יתרחש שוב גם בעתיד.

אבחנת העתיד בפגעים תורשתיים. הקושי בניבוי

המכון לגנטיקה אנדית, אוניברסיטת בון, גרמניה

ענישה בגין רמאות מדעית – ענשים קשים לפשעים קלים

בעיות בעדות של רופא כעד מומחה

ד"ר שאול בוורסקי

בית ספר לרפואה אוניברסיטת סנט לואיס.

אי-שביעות הרצון מעדותו של הרופא כעד מומחה, והשפלת המקצוע הכרוכה במתן העדות, היא תופעה מוכרת בארה"ב, המקבלת לעתים ממד של הגזמה.

הפתרונות המוצעים:

1. הנחיות טכניות ואתיות לרופאים המעידים בבימ"ש ובפני טריבונלים משפטיים מקובלים.
2. חינוך למתן עדות במישור הדיוני. לימוד מושגים טכניים והבנה של מושגי יסוד ביחסים שבין שתי הדיסציפלינות.
3. פישוט של מונחים רפואיים ותרגומם לשפה משפטית במיוחד בכל הנוגע לחובות הזהירות, מיומנות, סיבתיות, רשלנות ואחריות.
4. הצעות דיוניות בביה"מ להדרכת העד המומחה על ידי בית המשפט ומתן פיצוי נאות לעד, על ידי בית המשפט ולא על ידי ב"כ הצדדים.
5. הבנה של תפקיד העד המומחה למניעת ניגוד אינטרסים, דעה קדומה, משוא פנים ופגניות התנהגותיות.
6. הכנסת התמחות בתאום המשפטי לתוך כל ענף של הרפואה.
7. חקיקת חוקים נגד עדויות שקר של העד המומחה.

...

שגיאות ברפואה – חובת המקצוענים לחשוף

ג' ציפור, ג'י טיילור

משחר מילנר, פנרטי, עורכי דין, קלגור, אלברטה, קנדה

נוהג הוא בקנדה כי חובת העוסקים במקצועות הרפואה, לחשוף בפני חוליהם שגיאות רפואיות. עם זאת, קיים ויכוח נוקב בסוגיה מה מידת החשיפה הנדרשת כאשר נעשתה טעות ו/או נגרם נזק.

בתי המשפט הציעו שתי רמות של חשיפה. הרמה הנמוכה איננה מטילה על כתפי הרופא את הנטל לחשוף את השגיאה. אלא אם הוא מאמין כי ניתן עדיין לתקן את המעוות.

הרמה השנייה גבוהה במעט, והיא נקוטה בדרך כלל ע"י בתי המשפט הקנדיים. כאן נלקחים בחשבון העקרונות אשר מנחים את השופט בבואו לקבוע אם – במקרה שלפניו – היתה הסכמה מודעת לטיפול הרפואי. עקרונות אלה מאומצים ע"י הרמה השנייה.

המחברים מציעים אלטרנטיבה שלישית, המתאימה יותר הן מזווית אתית והן מזווית משפטית: רמת החשיפה המוצעת על ידם דורשת גילוי לב מוחלט וחשיפה מלאה של כל שגיאה המשפיעה על הפציינט. ההצעה מתבססת על ההכרה כי על האנשים המקצוענים בתחום הרפואה חלה חובת אפרטורפוסות ונאמנות לחוליהם.

מאמר מס' 19

...

תאוריה פרשנית המבוססת על מחקר של מעשי רצח

פרופ' דר' י. פ. דוויילה

סט. גנסיס רח, בלגיה

מחקר שיטתי בן 12 שנים אשר נערך במתקן כליאה בבריסל ואשר התבסס על כלים סטטיסטיים ואידאוגרפיים הביא לניסוחה של תאוריה המסבירה ואולי אף מנבאה את ביצועם של מעשי רצח. מושגי היסוד של תאוריה זו מתייחסים לתהליך מיוני אשר מאפיין העקריים מהווים סדרת זמן. בין מאפיינים אלה, נודעת חשיבות מרכזית ל"טיפול הקרימינוגנטי" אשר מרכיביו הרבים מוגדרים ומשוקללים באופן המאפשר קביעה כמותית של הזיקה בין מקרה פרטני לטיפול הנ"ל.

מאחר ובאופן טבעי לא ניתן היה לחקור את כל סוגי מעשי הרצח, רשימת הטיפוסים הקרימינוגנטיים אינה סגורה. על-כן, אחת ממטרותיו של המאמר הינה לקדם את המחקר בתחום זה תוך שימוש בשיטות דומות. מטרה אחרת היא לתאר את קשת המושגים, הטכניקות ואמצעי הניתוח הפורמליים הנחוצים לעריכת מחקר בקרימינולוגיה.

הנדסה גנטית חיובית ושלילית: קביעת הגבולות

פאולה בודינגטון

המחלקה לפילוסופיה, האוניברסיטה הלאומית של אוסטרליה

ברייטמכא רבים סוברים כי האבחנה בין הנדסה גנטית שלילית דהיינו סילוק של מחלות ופגמים גנטיים, והנדסה גנטית חיובית – השבחה גנטית, הינה כלי נאות לקביעת הגבול בין האסור והמוותר בהנדסה גנטית מבחינה מוסרית ומשפטית. אם כי אינטואיטיבית יש באבחנה זו משום ענין רב, מן ההיבט הפילוסופי היא אינה פותרת את בעית התחימה המדויקת או את נפקותו המוסרית של השמוש היעיל מול השימוש לרעה בהנדסה גנטית. מאמר זה בוחן סוגיות אלה.

משמעות מיוחדת נודעת לשאלה כיצד נעביר את קו הגבול שבין הכחדתן של 'טעויות' גנטיות ובין השבחתן של תכונות גנטיות רצויות? לענין זה יש לבחון בדקדקנות את מושג המחלה. הבעיה מה ייחשב ל'מחלה' ומה לא, אינה בהכרח פשוטה לפתרון. קושי חשוב אחד נעוץ ביסודות חברתיים של הגדרת המחלה או הפגם וכן באותם גורמים החברתיים אשר יאפינו את היקף ההשפעה שיהיה למחלה או לפגם האמורים. יתר-על-כן, ניתן לטעון כי האבחנה בין שלילי לחיובי הינה אומדן רחב למידת המקובלות מאחר ומספר רב של מצבים נכלל כנראה בגדר פגמים גנטיים אשר אינם חמורים די כדי להצדיק התערבות גנטית. דוגמה למצב מעין זה הינו קוצר ראייה בינוני. אשר-על-כן, בנוסף להתמודדות עם מושג המחלה או הפגם, חיוניות ההתעמתות עם חומרתם. זו האחרונה שנויה במחלוקת מטבעה ונתונה לבחינה ביקורתית נוקבת.

אחת הדרכים לקביעת הגבולות האמורים בין הנדסה גנטית חיובית לשלילית היא באמצעות השמוש ברעיון כי לטבע יש כוונה או מטרה המתייחסת לעצם הווייתם הנכונה של בני-אדם. מכאן, ההנדסה הגנטית השלילית, בדומה להתערבות הרפואית הרגילה, מנסה לסייע לטבע להגשים הכוונה או המטרה הנ"ל על ידי סילוקן של 'טעויות'. לעומת זאת, ההנדסה הגנטית החיובית מנסה להתלות מעל הטבע ולכן הינה מסוכנת ואף שגויה מבחינה מוסרית. עמדותינו ביחס לטבע ומשמעויותיהן לצורך קבלת החלטות ערכיות, על פי רוב סבוכות וקשות לניסוח מדויק אך ברזומנית עתירות חשיבות. עמדות אלה ידונו במאמר הנוכחי.

מאמר מס' 21

...

כל עשרים התקצירים דלעיל, מובאים בנוסחם המקורי בעמודים 83 – 74 של גליון זה.

when determining whether there has been an informed consent to medical treatment.

The authors suggest that a third alternative is more appropriate from both an ethical and legal point of view. This standard of disclosure requires absolute candour and full disclosure of any errors which affect the patient. This theory is based on the recognition that the medical professionals owe a fiduciary duty to their patients.

...

A RESEARCH-BASED INTERPRETIVE THEORY OF HOMICIDE

Prof. Dr. em J.P. DE WAELE

St-Genesius-Rode, Belgium

A systematic study - statistical as well as idiographic - of homicidal individuals, which was carried out at the Brussels Penitentiary Orientation Center for 12 years, has lead to the formulation of a theory of homicidal acts if not predictable, at least already intelligible. The basic concepts of the theory are part of a process-taxonomy i.e. a taxonomy the defining characteristics of which constitute a time-ordered sequence. The crucial concept of the latter is the notion of "criminogenetic type". Its multiple components are empirically defined and differentially weighted in such a way that the degree of appurtenance of an individual case to a type can be estimated quantitatively.

Since quite obviously not all possible kinds of homicides could be investigated, the list of criminogenetic types is still incomplete. One of the purposes of this paper is to further investigations which, making use of a methodology similar to ours, may contribute to widen the field of application of our empirically based theory. Another one is to demonstrate the variety of concepts, techniques and formal means of analysis which are needed to conduct research in criminology.

...

POSITIVE AND NEGATIVE GENETIC ENGINEERING: DRAWING THE LINE

PAULA BODDINGTON

Department of Philosophy, Australian National University

Many authorities consider the distinction between negative genetic engineering - removing genetic diseases and defects - and positive genetic engineering - genetic enhancement, to be a useful one for drawing a line between what is morally and legally acceptable in genetic engineering and what is not. There may be great intuitive attraction for this distinction but philosophical questions remain about how, precisely, the distinction is to be drawn, and about its precise moral relevance to questions of acceptable use or unacceptable abuse of genetic technology. This paper examines such issues.

"Questions to be considered include: how exactly do we draw the line between eradication of genetic faults and enhancement of desired genetic traits? A model of disease may be called upon but the concept of disease needs careful examination here. What is and is not a "disease" is not necessarily clear cut. One important factor that will make drawing any line difficult will be the social elements in the definition of disease or defect, and the social factors that will affect the impact and hardship or otherwise that a disease or defect might bring, and this too needs careful discussion. Furthermore, it might plausibly be argued that the positive/negative distinction is a generous estimate of acceptability, since many conditions could be argued to be clearly genetic defects in some way yet not thought severe enough to justify genetic manipulation. An example might be moderate myopia. Thus, in addition to a concept of disease or defect, a method of distinguishing severity of disease or defect is needed; yet this is likely to be controversial. Attempts to answer the question of severity will be critically examined.

One way that the line between positive and negative genetic engineering may be drawn is through an idea, that may be variously expressed, that nature has a conception or aim of how we as humans should be, and that negative genetic engineering, in line with ordinary medical intervention, is simply trying to aid nature to achieve that end by helping to eliminate nature's "mistakes" hence is acceptable just as is ordinary medicine. Positive genetic engineering on the other hand is trying to do one better than nature and is both dangerous and ethically mistaken. Views on nature and its significance for value judgments are often complex and hard to articulate but are also often deeply important for explaining much of our thought. Such attempts to draw the line may also at the same time provide a value distinction to explain the ethical significance of the line, going along with nature's aims being desirable, going against her mistaken. Views such as these will be critically appraised.

Punishment for scientific misconduct varies greatly ranging from oral or written warnings, revocation of grants, public exposure in the pillory in the NIH GUIDE, to dismissal from present employment and revocation of licenses to practice medicine.

This paper presents an analysis of whether the punishment meted out can be justified by the crime committed.

The crimes involved in scientific fraud or scientific misconduct, as it should probably be called, can be of many different sorts and of varying severity. Some are crimes against specific individuals (e.g. plagiarizing grant proposals), some are crimes against institutions (e.g. applying for grants for research which has already been done), and some are crimes against society or science at large (e.g. reporting false results).

The punishments are, however, relatively uniform in the sense that they all involve an almost total destruction of the scientific standing of the scientists in question, and a severe curtailment of their possibility to continue a scientific career.

This suggests that there may be a discrepancy between punishment and crime in some cases, especially in the cases where the crime has been committed against an identifiable victim, and science as such has not suffered. This is further reinforced by a comparison with normal punishments for fraud and by an analysis of the relative lack of investigative and judicial safeguards in decisions about scientific misconduct.

...

PROBLEMS WITH PHYSICIAN EXPERT WITNESSES

SAUL BOYARSKY, M.D., J.D., F.A.C.S., F.C.L.M., A.A.F.S.

St. Louis University School of Medicine

Dissatisfaction with and disparagement of physician expert witnesses in the U.S. is widespread and often overdone. Problems remain, and solutions include:

1. Ethical and procedural guidelines for clinicians testifying in courts and other legal forums.
2. Education of testifying physicians in legal procedure, concepts and terminology, and in interprofessional relations and codes.
3. Elaboration of a logic to translate medical facts and conclusions to legal facts, specifically for standard of care, competence, the merits of a cause of action, negligence, liability.
4. Procedural suggestions for the courtroom such as judicial instruction of expert witnesses and reimbursement of experts by the courts, not by the parties or attorneys.
5. Better understanding of the expert witness role to avoid conflicts of interest, prejudice, bias, untenable stances, and misbehavior.
6. Establishment of forensic subspecialties in each branch of medicine.
7. An expert witness perjury statute to criminalize such egregious behavior specifically.

...

MEDICAL ERRORS: THE MEDICAL PROFESSIONAL'S DUTY TO DISCLOSE

G. CHIPEUR and J. TAYLOR

Milner Fenerty Barristers and Solicitors. Calgary, Alberta, Canada

In Canada, it is generally accepted that medical professionals have a duty to disclose medical mistakes to their patients. There is, however, significant debate over how much disclosure is required when an error has been made or damage has occurred.

Two different standards of disclosure have been suggested by the Courts. The lower standard does not place a burden on the physician to disclose the mistake unless the physician believes that something can be done to remedy the problem.

A somewhat higher standard is generally applied by Canadian Courts. This standard employs principles considered by a Judge

- doctors use a strange jargon and individually coloured terminology which differs from country to country and with culture, medical discipline, and social status and network;
- the body of medical knowledge is not the universally accepted one as is pretended; differences can be substantial;
- the use of abstract (diagnostic) names hides the pluriform meaning behind them;
- doctors' observations and registrations tend to be directed by preconceived ideas based on only a few elements of the patients complaint which tunnels their vision unacceptably;
- as medical language has an abstract character any information from the patient, therefore, should be carefully translated into this language which, inevitably, may lead to misinterpretations and misunderstandings;
- as the practise of medicine is one of action rather than contemplation, inductive inference is the usual method of analysing and reasoning which is underscored by the empirical approach within the discipline;
- as a result, most knowledge as applied in daily practice is personal knowledge; knowledge gained by experience which predicts that if something has frequently happened in the past it will certainly repeat in future.

• • •

PREDICTIVE DIAGNOSIS OF GENETIC DISORDERS: THE BURDEN OF PROPHECY

PETER PROPPING

Institute of Human Genetics, University of Bonn, Germany

Genetics offers powerful methods for uncovering the etiology of inherited diseases. This development which is still in its early stages will revolutionize our knowledge of the biological basis of disease predispositions and will thus give rise to the development of a rational therapy. As an immediate side effect of our understanding of the biological nature of a disease predisposition, early, even predictive (presymptomatic) diagnosis becomes possible. If the predictive diagnosis of a disease has therapeutic or preventive consequences, it may become an integral part of practical medicine. If, however, genetic methods predict only the predisposition for a disease to develop later in life where no treatment is available, this information may become a severe burden, both for the individual and society. It is a major question to what extent the individual can cope with the knowledge of his/her biological limitations.

Predictive diagnosis of a genetic predisposition has to be subdivided according to the degree of the phenotypic realization (obligate or partial) and our potential to influence it (prevention, therapy). Both the realization of a gene's information and the possibility to influence it depend on the nature of the mechanism in which the gene is involved. The ethical implications of predictive diagnosis will be discussed for a variety of diseases such as chorea Huntington, Alzheimer's disease, phenylketonuria, familial adenomatous polyposis, diabetes mellitus, cholinesterase deficiency, G-6-PD deficiency, hypertension, psychotic disorders. In the near future, genetics will allow to predict a host of disease predispositions, already at birth or even before. The individual may be faced with a complicated picture of his/her own biological weaknesses. Society has to find ways to balance the benefits with the possible negative effects of predictive medicine.

• • •

PUNISHING SCIENTIFIC FRAUD - HARSH PENALTIES FOR MINOR CRIMES?

SØREN HOLM

Institute of Biostatistics and Theory of Medicine. University of Copenhagen. Copenhagen, Denmark

Scientific fraud has received increasing attention in recent years both within the scientific community and from legislators and grant awarding bodies.

A range of investigative procedures have been put in place and punishments meted out.

The Danish Medical Research Council and the Central Scientific-Ethical Committee in 1991 decided to analyze the need for a national control system. A commission worked out a detailed analysis of concepts, types of transgressions and a model for an administrative structure¹. In 1992 a Danish Committee for Scientific Dishonesty was established with six scientific members and a High Court Judge as the chairman. Soon after its establishment cases started to appear. The first year's experiences will be presented.

1. Andersen D, Attrup L, Axelsen N, Riis P.

Scientific dishonesty and good scientific practice. Copenhagen: Danish Medical Research Council, 1992.

• • •

MALPRACTICE FROM THE MEDICAL EXPERT'S POINT OF VIEW

BENGT ROSENGREN, Monrad Aas and Edgar Borgenhammar

The Nordic School of Public Health Göteborg, Sweden

This is an analysis of malpractice oncology cases, based on our own written medical expert reports.

Material:

Norwegian System of Compensation for Injuries to Patients:	15 cases
Patient ombudsman Oslo, Norway:	2 cases
Insurance comp, Norway	1 case
Lower Court Oslo, Norway	1 case
Management Cases, Borås Central	31 cases
In all	50 cases

The Norwegian cases are raised by patients and the Swedish by Hospital Management

Results:

1. Obvious malpractice or miss-mangement	1 case
2. Suboptimal diagnosis and treatment with no severe negative consequences for the patients	5 cases
3. Unorthodox treatment with no negative consequences for the patients	31 cases
4. Unavoidable, partly severe for side effects	13 cases

Discussion:

The issue of acceptable risk is analysed based on mainly category 4. The significance of trustful communication with patients is stressed.

• • •

THE STATUS AND CONSEQUENCES OF MEDICAL JUDGEMENT;

A PHILOSOPHICAL APPROACH TO MEDICAL DIAGNOSTICS

JACOB RIDDERIKHOFF, MD, PhD

Erasmus University Rotterdam, The Netherlands

Medical judgement is determined by a number of factors among which are: the state-of-the art of medical knowledge, the doctor's knowledge of nosology and medical procedures, patient-doctor information exchange, understanding and interpretation of the information, and the quality of the doctor's inference and analysis of the case.

If optimally applied, this will, potentially, lead to an accurate diagnosis, i.e. the identification of the presented illness with a predefined disease within the taxonomy of diseases. Whether the diagnosis is accurate, is not easy to judge. In the scarce literature diagnostic accuracy is found to be 40 - 70%. Many factors, however, influence the notion of diagnostic accuracy. Among these factors are:

be regulated. As the Committee will also draw on comparative literature, it will also be possible to assess what is accepted, and what is rejected, from practice elsewhere and why.

The paper will focus on complaints about medical practitioners within the NHS. It will describe the different systems for handling complaints and dealing with disputes between family practitioners and for hospital doctors. There are degrees and facets of self and systems regulation in the two systems and within the latter two major types of state authority are manifest. Drawing on the work of Damaska these are termed the individualistic (legal) and the collectivist (managerial).

The second part of the paper will draw on research data, to indicate how the systems are currently used and the extent of state authority/professional power.

The third part of the paper will examine the analysis, findings and recommendations of the NHS Complaints Review Committee. It is likely, given the introduction of an internal market into the NHS, that there will be greater emphasis on management responsibility for taking action in relation to clinical complaints. The implications for the exercise of professional power will be explored and comparisons made with other systems.

...

THE PATIENT'S PARTNER; THE FORGOTTEN ISSUE

Prof. Dr. JURRIT BERGSMA

Inst. Med. Psych. Consultation Udijk, Netherland

Med. Hum. Progr. Med. School Loyola Univ. Chicago

The presentation concerns patient's partners, experiencing personal conflicts and a lack of recognition and support by the healthcare system. Our research encompasses a.o. Parkinson patients and heart transplant patients with additional experiences in hospital practice. The continuing exposure to stress of the partners in cases of chronic illnesses implies an increasing vulnerability for diseases and afflictions and psychosocial isolation or dysfunctioning. Literature shows how longlasting stress may significantly influence the functioning of the humane immune defence mechanisms.

I will present a model showing how approaching the afflicted patient-system may reduce unnecessary costs of healthcare and increase the quality of life of patient and partner. This approach implies the need of a change in attitude in healthcare workers as well as a recognition and encouraging of patient's and partner's psychological autonomy even in cases of a weak physical condition. Our systematic intervention-programs with partners of Parkinson patients show how increase of independency improves the functioning of the whole patient system.

...

FROM LEGAL TRANSGRESSIONS TO SCIENTIFIC DISHONESTY.

IS THE CONTROL COMPLETE?

POVL RIIS

Herlev University Hospital, Herlev, Denmark. The Board, Danish Committee for Scientific Dishonesty

Scientific dishonesty has accompanied man's scientific endeavours as long as science as an academic discipline has been known. During the last three to four decennia with the steep rise in research activity and subsequent in very competitive enterprises, scientific dishonesty has been disclosed in a number of cases within the health sciences. This has led to a feeling that only the top of the iceberg has been seen, and thus has unmasked a need for control systems and an educational effort to prevent scientific dishonesty and to forward good scientific practice.

social, medical) who want to influence the allocation policies. The argument that every patient should wait his turn according to a random lottery is not without a legal precedent.

Possible solutions for the severe organ donor shortage are:

- Family transplantation,
- Partial organ transplantation,
- Cell transplantation using foetal tissue,
- Use of animal organs ("xeno" - transplantation)

Ethical questions are inevitably linked to all of the above solutions. Would it not be better to increase the opportunities for post-mortem organ donation and thereby avoid most of the ethical problems?

Commercial trading in donor organs is, in fact, an unethical activity rather than an ethical dilemma since the donors are motivated by monetary rather than humanitarian reasons. It is the result of attempts by opportunistic individuals to profit from the acute shortage of organ donors.

In conclusion, the ethical dilemmas related to organ transplantation could be largely avoided by an effective reduction of the severe shortage of post-mortal organ donations for transplantation.

• • •

ETHICS AND THE NURSING OF VULNERABLE POPULATIONS

ANNE J. DAVIS, RN, PhD, DSc (hon)

University of California, San Francisco

Ethical problems occur at the macro-level and are usually addressed by health policies or the lack of them. Such ethical dilemmas as resource allocation, accessibility to health services, and equality all raise questions of social justice. Nursing organizations act to influence this level of ethical concern.

Ethical problems also occur at the micro-level of the clinical setting. These problems ask that we examine notions of personhood, dignity, and rights. To do so health professionals often use foundational principles in ethics when they interact and provide care for those who are vulnerable due to race, gender, beliefs or socio-economic status. It is at this micro-level of ethics that individual nurses can and do influence actual patient care situations.

That macro-level ethics and micro-level ethics interact is obvious. That an attempt to solve the ethical problems at both levels is not only an ethical act but also a political one can be less obvious. That nursing can also be both ethical and political is seldom recognized.

This presentation develops the basic concept of social justice as applied to vulnerable populations that nurses give care to and demonstrate that nurses engage in ethical acts which are also political acts.

• • •

COMPLAINTS AND REGULATIONS

JUDITH ALLSOP, Professor of Health Policy

South bank University

A Committee is currently reviewing the handling of complaints within the National Health Service in Britain and is due to report in early 1994. Mechanisms for handling complaints link with investigations into, and actions taken with regard to, professional work. They therefore reflect aspects of professionalism and professional power. The issues raised by the Committee and the recommendations made will indicate shifts in thinking in one country about how health professions should

INVOLUNTARY ADMISSION TO A PSYCHIATRIC HOSPITAL:

RECENT EUROPEAN DEVELOPMENTS

Prof. J. LEGEMAATE

Erasmus University, Rotterdam, the Netherlands

Attention for the legal position of psychiatric patients has greatly increased during the course of the seventies. As a result the legislation with respect to involuntary admission to psychiatric hospitals was revised in a large number of European countries. Partly under the influence of the jurisprudence of the European Court of Human Rights the patient's legal position has improved by the new legislation. The criteria for civil commitment have been made more stringent, the procedural guarantees have increased. Legal aid was introduced for patients and one has come to pay attention to the patient's legal position during his involuntary stay in hospital.

In this paper the developments in eight European countries will be analyzed (Austria, Belgium, England/Wales, France, Germany, Italy, the Netherlands and Switzerland). In these countries the revised legal regulations are an improvement in comparison with the legislation previously prevailing in the countries concerned. But if we compare the individual countries with each other, then great differences are to be found with respect to the starting-points of the legislation and the extent to which the patients are offered legal protection. These differences concern the criteria for civil commitment as well as the decision-making procedures (physician or judge) and the other legal safeguards. There are also major differences on the point of the internal legal position.

The results of the analysis will be discussed in the light of the international declarations on the rights of psychiatric patients (European Convention on Human Rights, 1960; Council of Europe, 1983; General Assembly of the United Nations, 1991).

...

CONTEMPORARY ETHICAL CONSIDERATIONS RELATED TO ORGAN TRANSPIANTATION

BERNRD COHEN, M. Econ, Director Eurotransplant Foundation,

JOE D'AMARO, M.D., Ph.D., Department of Immunohaematology and Bloodbank, University Hospital

Leiden, The Netherlands

Continual developments in the field of organ transplantation leading to increasing transplantation possibilities and improvements in transplantation results have led to a rising need for organ donors. An important consequence of the severe shortage of donors is the creation of new ethical dilemmas related to:

- the fair allocation of available organs,
- the use of alternative sources of donor organs, and
- the growth of commercial trade in organs.

The establishment of a fair allocation system is one of the greatest problems in organ transplantation. From an ethical point of view, it should be the task of society as a whole to set fair allocation priorities. Several allocation criteria have been proposed:

- "live saving principle",
- "first come, first served",
- "optimal usage of the organ",
- "random lottery".

However, the implementation of each variant creates new ethical dilemmas. Furthermore, there are various groups (political,

RECENT TREND OF MEDICAL MALPRACTICE LITIGATION IN JAPAN

TATSUO KUROYANAGI & TAKAO KARSAWA

In Japan, medical malpractice litigations suddenly emerged in court as legal disputes in the late 1950s and the number of the actions in court rapidly rose in 1960-1962. Then many lawyers noticed the dramatic growth of medical malpractice suits. Now adays: 1. The number of claims and suits against hospitals is increasing; 2. On the other hand, the frequency of claims (1,000,000 yen and more) treated under the Malpractice Insurance of the Japan Medical Association, which about 50% clinicians over the country become members of, is stabilized, about 260 a year (about 40% become disputed in court) despite increase of members; 3. The number of actions accepted as new cases in district courts all over the country (claims cost 950,000 yen and more), which has gradually increased for 15 years since 1976, has never reached a level of 400 a year.

This paper aims to light the reasons why Japanese medical malpractice litigations haven't increased as had been expected 30 years before.

...

INFORMATION DISCLOSURE AND INFORMED CONSENT:

PHYSICIAN OBLIGATIONS GROW

THEODORE R. LEBLANG, J.D. Professor and chair, Department of Medical Humanities

Southern Illinois University School of Medicine Springfield, Illinois U.S.A.

In the context of obtaining informed consent, physicians traditionally have been required to inform patients about the nature of a proposed course of treatment, the material risks and benefits thereof, as well as reasonable alternatives. Recent developments in the United States now clearly suggest that the physician's information disclosure obligations have grown considerably. Reviewing courts and legislatures have concluded that a patient may state a legal cause of action for breach of informed consent when the physician fails to disclose financial interests in connection with recommending certain types of treatment of diagnostic testing, when conflicts of interest arise out of financial inducements relative to patient research, or when a physician receives economic benefits to control health care delivery costs in a managed care program.

Disclosure obligations also have expanded when a physician's physical condition increases the risks that attend a particular course of treatment. At least three states have recognized a legal cause of action where an HIV-infected physician has failed to disclose this condition to a patient prior to performing invasive surgery. Another jurisdiction has recognized that a physician's chronic alcohol abuse is the type of material risk that must be disclosed to a patient prior to undergoing a surgical procedure.

Against this background of increasing potential for civil liability, the legislative and judicial trend toward expanding physician disclosure obligations within the framework of the physician-patient relationship merits careful scrutiny.

...

to preclude unacceptable developments, particularly in terms of predictive medicine".

The paper includes a survey of legislation and practice in a number of European countries on the ethical, social and legal aspects of genetic testing. The areas involved include criminal justice, social security, public health, aliens and foreigners acts, insurance and employment. These tendencies will be evaluated - when keeping in mind that the ideal goal is securing genetic privacy to the widest possible extent, without harming the respect for the people of basic societal interests.

...

NO FAULT ACCIDENT COMPENSATION &

SAFETY IN THE WORKPLACE IN NEW ZEALAND

Chief Judge T G GODDARD

Employment Court of New Zealand, Wllington, New Zealand

Twenty years ago the right to sue for compensatory damages for negligence causing personal injury was abolished in New Zealand and replaced with a no-fault accident compensation system. It also displaced existing regimes of limited compensation for criminal injuries and for disability occasioned by work accidents in the absence of employer negligence. The new scheme was hailed by some as introducing a brave new world of equity for all driven by their needs rather than by the character of the causation of those needs. Others, however, made gloomy prognostications on a number of fronts. One of those postulated that there would be a decrease in safety standards in the workplace. This paper examines the extent to which these predictions have been borne out. It also discusses the effectiveness for the future of structures put in place in 1993 under laws consolidationg and amending previous discrete statutory provisions dealing with dangerous places of work and particular perils and occupational diseases.

...

A DISCUSSION ON RELIABILITY OF DNA IDENTIFICATION IN LEGAL ASPECT

TATSUO NAGAI

Department of Molecular Identification, Kitasato University School of Hygienic Sciences, Sagamihara, 228 Japan

There are approval and disapproval for DNA identification, it is getting under way at the level of judicature. We tried to make judicial circles think DNA identification is trustworthy by studying fundamental problems of DNA fingerprint.

The molecular weights' size marker (λ DNA/Hind III) were put on the center and on the end of agarose gels. Aberrations of these sizes mark movement degree in each membrane. They were 2.96% on the average. And so, if the gap between two bands was within +2.96% they would be considered as the same band. Investigating λ DNA/Hind III, the aberration of 23130bp was 1631bp, that of 9416bp was 664bp, that of 66576p was 462bp and that of 4361bp was 307bp. To make it easy to be compared with, aberrations were changed into logarithms. Because the answers were +10 raised by the 0.0126 power, we separated bands by 10 raised by the 0.025 power from each to each. We obtained 1501 bands from 81 Japanese. Individuals had 18.5 bands on the average (from 28 bands to 10 bands). The cases where two bands could be identified with a naked eyes came into the same extent and happened 144 times (9.59%). It was clear that it could not be used as evidence because of this frequency.

Forensic medical doctors don't know law well and judicial circles and their members, lacking the knowledge in science, often take advantage of the convenient parts of appraisals by forensic medical doctors. It is deplorable for DNA identifications for legal application, especially for personal identifications with DNA fragments. Needless to say, forensic medical doctors have to solve problems because DNA appraisals have been used in court. Considering many problems for DNA identification, we have to make it standardized and establish the DNA-polymorphism data bank of population's DNA fingerprinting quickly. It is no exaggeration to say that DNA personal identification is uncertain unless these problems were solved.