

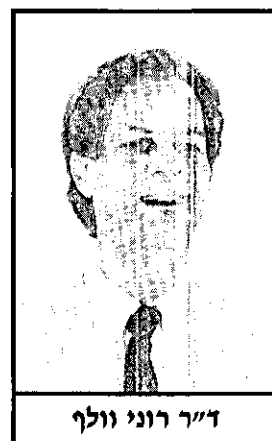
בימת המערכת

חוות דעת רפואית ועדות מומחה

מערכת המשפט, בארץ ובעולם, נמצאת בעידן בו היא נזקקת יותר ויותר לחוות דעת ולעדויות של רופאים מומחים.

הרופא המומחה הוא איש המקצוע, השולט במידע וממנו מצפים להערכה אובייקטיבית ואמינה של עובדות הקשורות בתחום התמחותו.

למרות שחוות דעתו של המומחה מדריכה ומנחה את בית המשפט, היא איננה בחזקת קביעה סופית ועל כן נתונה תמיד לחקירה, לביקורת ולפעמים אף לדחייה מוחלטת. המומחה אינו פוסק ומינויו לא נועד לשלול מבית המשפט את שיקול הדעת הסופי, אלא רק לעזור לבית המשפט ולהעמיד לרשותו כלי עזר.



ד"ר רוני וולף

עפ"י תקנה 127 לתקנות סדר הדין האזרחי, התשמ"ד-1984 בעל-דין הרוצה להוכיח עניין שברפואה לביסוס טענה מטענותיו חייב לצרף חוות-דעת רפואית. חקירת המומחה והעמדת מומחה שכנגד עפ"י תקנה 128 א ו-ב לתקנות סדר הדין הנ"ל, הם מרכיבים חיוניים בכל דיון משפטי ובמידה מסוימת בעשיית הצדק וההתקרבות לאמת.

אבקש להתייחס כאן לאספקט צר של הסוגיה, לאספקט הכלכלי, אשר קשור קשר אמיץ עם הצד האיכותי.

אנו עדים לתופעה של ריבוי מספר העדים המומחים, אשר נקראים להעיד בבתי-המשפט. תופעה זו יוצרת בעיה אצל העדים המומחים: אצל הרופא, מתן חוות-דעת זהו עיסוק צדדי והרופאים אינם ערוכים לבקר בבית המשפט. זאת - בניגוד לעורכי הדין אשר בית המשפט הוא מקום עבודתם העיקרי. בעוד שלקוחותיו של עורך-הדין יקבלו בטבעיות ובהבנה את העובדה שעורך-הדין נמצא בבית-המשפט, ותשובת מזכירתו: "עורך הדין נמצא בדיון בבית-המשפט" היא עניין שבשגרה ומשכנעת היטב, הרי שאצל הרופאים, המצב אינו כך. מנהל המחלקה ו/או החולים יקבלו בטבעיות ובהבנה מרובה תשובה כמו "הרופא מתעכב בחדר ניתוח" או "עסוק בהחייאה" או "מטפל בתאונת דרכים קשה", אבל לא יבינו ולא יקבלו את העובדה שהרופא מתעכב בבית-המשפט.

לרופאים ימי מרפאה או ימי ניתוחים קבועים וימים אלה מעצבים את לוח הזמנים של הרופאים.

יום מרפאה כרוך בהזמנת חולים רבים, בהכנת המרפאה, הכנת החדר והמיכשור, זימון הצוות כמו מזכירה, אחות וכיו"ב. יום ניתוחים כרוך בהכנת חדר-ניתוח ובהכנה של חולים שמתכוננים פיזית ונפשית לאירוע שהוא די משמעותי בחייהם.

בניגוד גמור למצב זה, עורך הדין מארגן את כל זמנו ופגישותיו סביב הופעותיו בבית המשפט - מקום עבודתו העיקרי. זאת ועוד. עורך הדין מתוגמל עבור הזמן שהוא מבלה בבית-המשפט על-פי תחשיב שנקבע על ידו, בעוד שלרופאים נפסקות הוצאות על ידי השופט (הכוונה הוצאות עבור העדות עצמה ולא שכר על חוות-הדעת, אותו קובע הרופא באופן חופשי עפ"י שיקול דעתו).

הניסיון מראה כי ההוצאות שפוסק השופט עפ"י תקנה 187 לתקנות סדר הדין הנ"ל, מתייחסות, במקרה הטוב, לזמן העדות עצמה ואינן מפצות את העד המומחה עבור זמן ההמתנה הארוך שהוא נאלץ לחכות בטרם יחל בעדותו או עבור זמן הנסיעה לבית המשפט.

ד"ר רוני וולף, מומחה למחלות עור ומרצה בכיר בדרמטולוגיה בפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר, אוניברסיטת תל-אביב.
הדעות המובעות כאן הן על דעת המחבר ואינן משקפות בהכרח את דעת המוסדות עמם הוא קשור.

כאמור, עורך הדין בנוי וערוך להופעות בבית המשפט והוא מכיר היטב את נוהלי ההופעה, לרבות ההמתנה הארוכה מהמועד לו נקבע הדין והוזמנו הצדדים, ועד למועד תחילת המשפט בפועל. תופעה מוכרת זו לא נלקחה בחשבון, עד היום, על ידי העדים המומחים.

העלייה במספר המקרים של הזדקקות למתן עדות בבית-המשפט, מחד, והזמן הרב הכרוך במתן העדות מאידך, יביאו בהכרח לשני תהליכים:

א. ייקור דרסטי של חוות-הדעת. כאמור, עד היום לא היה נהוג לגבות תשלום עבור מתן העדות, ועבור הזמן הכרוך בכך, והפיצוי

נקבע על ידי תשלום ההוצאות כפי שנפסק על ידי בית-המשפט. לא סביר שהמומחים יספגו לאורך זמן את ההפסד בגין זמן שהייה בין כתלי בית-המשפט. הם יקחו זאת בחשבון כבר בעת קביעת שכר הטרחה עבור כתיבת חוות-הדעת.

ב. ירידה ברמה המקצועית של העדים. אין זה סוד, שזמנם של הרופאים הבכירים, יקר ביותר, הן בגלל רמתם המקצועית הגבוהה והן בגלל הביקוש הגדול לשירותיהם.

קשה להעריך מהו פיצוי הולם לרופא בכיר עבור ביטול יום מרפאה או יום ניתוחים, בשל עדות בבית-משפט. סביר להניח, שעבור התגמול הנהוג כיום ואפילו תגמול גבוה ממנו, לא תהיה נהירה של הרופאים הבכירים לתת חוות-דעת מקצועיות, והחלל שיווצר, יתמלא על ידי רופאים בינוניים, אשר זמנם אינו כה יקר. ההשלכות ברורות והתוצאה צפויה: ירידה במיומנות של העדים המומחים.

למרות שאין פתרונות קלים לבעיה, מוצעות כאן שתי דרכים לשיפור המצב:

א. שימוש נרחב יותר בעדות מומחה מוסכם על שני הצדדים ובעדות של מומחים שנקבעים על ידי בית המשפט, בהתאם לתקנה 130 לתקנות סדר הדין הני"ל, אשר סיכוייהם להיקרא להעיד קטנים יותר ממומחה מטעם אחד הצדדים בלבד. נראה לי, שצעד זה בלבד, אינו מספיק והוא מוגבל ביותר, עדיין יהיו משפטים רבים אשר בהם לא יוכלו או לא ירצו הצדדים לוותר על זכותם להביא חוות דעת של מומחה מטעמם בשל השקפותיו ונטיותיו של המומחה או מחמת סיבות אחרות. בכל מקרה כזה חייב העד לעמוד לחקירה נגדית ואולי אף לעמוד בפני חוות דעת נגדית.

ב. לאור זאת נראה, שלא יהיה מנוס, אלא להתחשב יותר בזמנם של המומחים ולהעניק להם "זכויות מועדפות" בכל הכרוך בקיצור זמן ההמתנה למשפט.

ייאמר מייד כי לא יעלה על הדעת לפגוע בחקירת העד המומחה באשר החקירה הינה מרכיב חיוני בכל דיון משפטי. הכוונה רק לקצר את זמן ההמתנה ממועד הזימון עד לתחילת הדיון.

מערכת המשפט והשופטים יצטרכו להגיע למסקנה שכדי להשיג חוות-דעת מקצועית ברמה נאותה מטעם מומחים מקצועיים ובעלות כספית סבירה, יש ללכת לקראת המומחים בכל הקשור בזמן הנגזל מהם בשל התהליך המינהלי הקיים.

בכל מערכת קיימות קדימויות הנקבעות עפ"י שיקולים ענייניים. במערכת הרפואה קיימת קדימות רפואית; כך בתחבורה היבשתית, הימית והאווירית; כך בתקשורת; במסחר ובבנקים; כל מערכת והקדימויות שלה.

נראה שמתן קדימות ועדיפות לעדים המומחים, יהיה אינטרס מובהק של המערכת המשפטית.

חייבים להדגיש כי לעד הממחה עצמו אין עניין להקדים את מועד המשפט. כל רצונו לקצר את משך שהייתו בבית המשפט לשם מתן עדות. את זאת ניתן, לדעתי, להסדיר בתנאי שייתנו על-כך את הדעת ויתייחסו לכך בכובד ראש הראוי לכך.

לסיכום

מתן חוות-דעת והופעה בבית-המשפט אינם עיסוקיהם העיקריים של המומחים. כל מומחה והרופא בכלל זה, בונה את הקידום האקדמי, את הקריירה המקצועית, את המוניטין ואת ההכנסה הכספית במקום אחר.

בעוד שעורך הדין, שבית המשפט הוא מקום עבודתו הטבעי, מקבל תמורה עבור הזמן שהוא מבלה בבית המשפט, הרי שהרופא אמנם גובה שכר טרחה עבור חוות-הדעת, אך אינו מקבל תמורה חולמת עבור עדותו בבית-המשפט. בעוד שעורך הדין בונה את לוח הזמנים והפגישות שלו עפ"י הופעותיו בבית-המשפט, הרי שעבור הרופא, הופעה בבית-המשפט פרושה ביטול מרפאות ו/או ימי ניתוחים. ביטול זה מביא עומס נוסף יותר מאוחר ואבדן הכנסה ניכר. עורך הדין "מופיע" בבית המשפט לעומת המומחה שרק "מעיד" בבית המשפט.

המערכת חייבת להכיר בהבדלים המהותיים בין עורכי הדין לבין העדים המומחים. אין ספק שהופעת עדים מומחים ברמה גבוהה היא אינטרס מובהק של מערכת המשפט, היא יעילה, מפשטת ומאיצה את הדיון ומאפשרת לקבוע עובדות בתחומים בהם המשפטנים אינם בקיאים.

כדי לשמור ולשמר את שיתוף הפעולה החיוני כל-כך, בין העדים המומחים לבין מערכת-המשפט, יהיה צורך לתת את הדעת לאותה בעייה כאובה של גזילת זמנם היקר של המומחים בהמתנה לקראת הדיון. לא שזמנם של המומחים יקר יותר מזה של עורכי-הדין, אלא שהם בנויים וערוכים בצורה שונה וכאמור, גם מתוגמלים אחרת בעבור הופעתם בבית-המשפט.

תימוכין לגישה המובאת כאן, נמצא גם בספרו של כבוד השופט אורי גורן, "סוגיות בסדר דין-אזרחי": "תקנה 187 לתקנות (המחליפה את תקנות 210 ו-211 לתקנות תשכ"ג) מחדשת הוראה חשובה. בתקנות תשכ"ג הוגבלה סמכותו של בית המשפט לקבוע את שכר הבטלה והוצאות העד, לפי תעריפי המקסימום שבתוספת לתקנות. תעריפי התוספת הנ"ל היו נמוכים באופן בלתי סביר, נוכח ההפסד הריאלי של העדים שבזבוז את זמנם בבית המשפט... עתה, בית המשפט אינו מוגבל עוד בתעריפי שכר העד המופיע לפניו בפיצוי ריאלי..." (עמ' 261-262).

אף שהתקנה החדשה מצביעה על התייחסות לבעייה ומהווה צעד חשוב בכיוון הנכון, הרי שעדיין מדובר במעט מדי. יש לעשות יותר על מנת להתמודד עם המציאות החדשה ולא רק בכיוון של העלאת תעריפים, אלא, ובעיקר קיצור "זמן הבטלה" של העדים המומחים.

בימת המערכת

קביעת דרגת נכות לפי חוק הביטוח הלאומי

יום עיון שאורגן על ידי מערכת "רפואה ומשפט" והתקיים ביום שישי 9.6.95 בבית "יד לבנים" בפתח-תקוה

הצגת הנושאים נעשתה ע"י חברי הפנל הבאים:

- עו"ד זאב כרמלי, המשנה ליועץ המשפטי של המוסד לביטוח לאומי, על: "ביקורת שיפוטית על קביעות הוועדות הרפואיות של המוסד לביטוח לאומי".

- ד"ר חיה קטן, רופאת המוסד לביטוח לאומי, על: "אופן קביעת הרכב הוועדות הרפואיות ואופן מינויין". "תפקודו של רופא במוסד לביטוח לאומי לעומת הפוסק בוועדות המוסד. התאמת התקנות למציאות הרפואית".

- עו"ד ישראל יונגר, מחיפה, על "סטיות בקביעת דרגת נכות רפואית לפי תקנות הביטוח הלאומי (קביעת דרגת נכות לנפגע עבודה) בהתאם לקריטריונים של גיל, מין ומקצוע, והתאמת הנכות התפקודית לנכות הרפואית" (תקנה 15).

- כבי השופט ד"ר ש. קובובי, שופט בדימוס ביה"ד הארצי לעבודה, על: "המעקב הרפואי והמשפטי אחר קביעות דרגת הנכות במוסד לביטוח הלאומי (תקנות 36 ו-37 לתקנות הביטוח הלאומי)". (קביעת דרגת נכות לנפגע עבודה).

- כבי השופט חנוך אריאל, שופט בית המשפט המחוזי בחיפה, על: "השלכות של קביעת דרגת נכות רפואית לפי חוק הביטוח הלאומי על החלטות של בתי המשפט האזרחיים". (סעיף 6ב לחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים תשל"ה - 1975).

- ד"ר מ. לוטס, רופא אורטופד. פוסק לשעבר בוועדות הרפואיות של המוסד לביטוח הלאומי, על: "התאמת סעיפי הנכות הרפואית (על פי תקנות הביטוח לאומי) למציאות הרפואית".

את הדיון הנחה עורך הדין **אלי זהר**.

אנו מביאים כאן את דברי המשתתפים כמעט במלואם. לאחר הצגת הנושאים על ידי חברי הפנל נערך דיון פתוח בהשתתפות הקהל, אך מפאת קוצר היריעה אין המערכת רואה אפשרות להניח לפני הקוראים את הדברים שהושמעו במהלך הדיון.

עו"ד אלי זהר: בוקר טוב חברים. תודתי לוועדה המארגנת על הכבוד להנחות את האירוע הזה. אנסה למלא את תפקידי בדרך ובאופן שיאפשרו להעביר את היום הזה, ואת החשיבה של כולנו סביב הנושא שעל השולחן, בצורה היעילה והמועילה ביותר.

אני משוכנע שהאנשים שבאו להקשיב, עשו זאת בגלל העניין שלהם, המעורבות שלהם, הידע שלהם, והמומחיות שלהם בנושא. ומשום כך, ודווקא משום כך, יש בדו-שיח שנקיים כאן, יתרון גדול לחשיבה ולסיכום שאנו רוצים לגבש בסיומו של יום העיון.

זה איננו דיון לשם מיצוי הסקרנות או לשם מיצוי העניין בבילוי של יום שישי. זה דיון שיש לו מטרה והיא מאפיינת את המטרות של האגודה לרפואה ומשפט בכלל; לגבש חשיבה שבסיועה, על פי יוזמת המערכת של העיתון והאנשים שפעלו בעניין, להביא לגיבוש האפשרויות לשינוי המצב הקיים, שעניינו קביעת דרגות הנכות לפי חוק הביטוח הלאומי. מזה שנות דור כל תפיסת העולם הנוגעת לנכותו של אדם במדינת ישראל, חיה, נושמת ושואבת את כוחה מתקנות הנכות על פי חוק הביטוח הלאומי. אנחנו, עורכי הדין שעוסקים בנוזיקין, הרופאים שנותנים את חוות הדעת, חברי הוועדות הרפואיות של הפרורמים השונים, לפי חוק הנכים, לפי חוק הפיצויים לנפגעי הנאצים וכדומה, כולנו כאחד, נזקקים לאותן תקנות ולאותם קווי הנחייה מרכזיים שמקורם בתקנות אלה.

אנחנו אוכלים, שותים וישנים אחוזי נכות. כל מערכת הנוזיקין, כל מערכת החשיבה הפיצויית במדינת ישראל - שואבת את כוחה מאותן תקנות בדבר אחוזי נכות. אחוזי הנכות הם הבסיס לפיצוי, הם הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים, והם גם הבסיס לקביעת הכאב והסבל שהפך להיות אלמנט בנוסחה המתמטית. הבסיס הזה לפיצויים ותורת היחסות של איינשטיין, אלה כמעט הדברים הכי קבועים במערכת החשיבה הקולוסאלית. זה משתקף היום גם בחשבונות השונים שאנחנו עושים.

השאלות שהייתי רוצה לשמוע מענה עליהן, מהפורום המכובד שהצליחו המארגנים לכנס: האם אנחנו עושים נכון? האם אנחנו עובדים נכון? האם אנחנו חושבים נכון? האם אנחנו בוחרים אנשים מתאימים לבדיקת העניין? האם אנחנו עושים צדק לנפגעים? האם אנחנו עושים צדק למשלמי הפיצויים? ואצל מי הפיצויים? אצל חברות ביטוח, אבל בעצם זה הכסף שלנו, שכל אחד מאיתנו נותן באמצעות ביטוח המכונית שלו ובדברים אחרים. זה בעצם מס נוסף שחל על כל אחד מאיתנו,

כדי לפצות ניפגעים. האם איתנו נעשה צדק? והאם בסוף היום השכלנו להרים מערכת סוציאלית צודקת באמצעות הכלי הזה ששמו אחוזי הנכות.

הרשוני להציג את חברי הפורום: עורך הדין זאב כרמלי, המישנה ליוסף המשפטי של המוסד לביטוח לאומי, ד"ר חיה קטן, רופאת המוסד לביטוח לאומי, עורך הדין ישראל יונגר מחיפה, שעיסוקו - תחום הנוזיקין, כבוד השופט ד"ר ש. קובובי, שהיה סגן נשיא בית הדין הארצי לעבודה, כבוד השופט חנוך אריאל, מבית המשפט המחוזי בחיפה ואחרון אחרון חביב, ד"ר משה לוטס, רופא מומחה אורטופד, עוסק בוועדות רפואיות, נותן חוות דעת וכדומה.

חברי הפנל יתבקשו להציג נושאים ספציפיים, על פי תחום מומחיותם, ולאחר מכן אנחנו נפתח את הוויכוח.

אני מבקש מעורך דין זאב כרמלי, המשנה ליועץ המשפטי של הביטוח הלאומי, לפתוח בנושא הביקורת השיפוטית על קביעת הוועדות הרפואיות של המוסד לביטוח לאומי. בבקשה.

עו"ד כרמלי: אחר המאפיינים את חוק הביטוח הלאומי הוא שיטת הבקרה השיטתית שלו. הייתי אומר שהמחוקק כמעט יצא מגידרו כדי לאפשר לנכים להביא את טענותיהם בפני בית הדין.

קודם כל הוא פרץ את מחסום הכניסה. אין אדם חייב לשלם אגרה כשהוא פונה לבית הדין. בתי הדין קבעו כנורמה, שאם אדם מפסיד בדין, אין מחייבים אותו בהוצאות. אלא אם כן ניצל את הבמה לרעה. יותר מזה, לא נתקררה דעתו של המחוקק, עד שקבע, כי מי שתובע את הביטוח הלאומי לדין, ייעזר בעורך דין על חשבון הביטוח הלאומי. כדי שלא יחשוב אדם שאם הביטוח הלאומי מממן את העורך דין הוא גם לוחש לו באוזן, הפרידו בין בעל המאה ובעל הדעה, וקבעו שאת הסיוע המשפטי יתן משרד השפטים, מכוחותיו או מהשוק החופשי. כמובן, שרבו התובעים. זה עלה למערכת בכסף, אבל היתרון הגדול היה, שפותחו הלכות רבות ומגוונות מאוד. רק בתחום אחד היתה איזו התמהמהות: בתחום הוועדות הרפואיות. כשמונה שנים בתי הדין והביטוח הלאומי ריסנו את עצמם מלבקר את הוועדות הרפואיות וכל כך מאימתו של הדין, כי סעיף 65 לחוק הביטוח הלאומי אומר, שקביעת דרגת נכות מעבודה, בוועדות רפואיות, היא תנאי מוקדם לכל תובענה לפני בית הדין לעבודה, והתביעה תחייב את בית הדין. חשבו בתי הדין, שאין להם סמכות לדון בהחלטות של הוועדות הרפואיות.

בשנת 1962 נפרץ גם המחסום הזה, בעקבות בג"ץ, שקבע, כי מה שמחייב את בית הדין, אלה התביעות הרפואיות. דרגת הנכות היא המחייבת, ולא הבסיס המשפטי המנחה או המשמש בסיס לקביעת דרגת הנכות. כאן הדרך פתוחה לבקרה שיפוטית. ועד מהרה נפרץ הסכר ורבו התביעות בסוגיה הזו. לימים גם נקבע הדבר מפורשות בסעיף 64 לחוק, שהחלטת הוועדה הרפואית ניתנת לעירעור בשאלה משפטית בלבד, לפני בית דין איזורי לעבודה.

השורש שהביא לבקרה שיפוטית הוא הגישה השונה של שתי הפרופסיות, הרפואית והמשפטית. למרות שהן נזקקות לעיתים קרובות למונחים זהים, אינן מתכוונות לתוכן זהה. וכאן שורש הבעיה. ישנה חלוקת עבודה מוחלטת בין בית הדין מצד אחד ובין הוועדה הרפואית מצד שני. בית הדין גם לא מביא את הדין לפי התביעות של הביטוח הלאומי. אלה קובעות מתי אירוע מסויים ייחשב כתאונה בעבודה, והוועדות הרפואיות קובעות את הקשר שבין הנזק הרפואי ותאונת העבודה ואת דרגת הנכות.

השאלה מה הוא קשר רפואי, מהו הקשר בין אירוע מסויים והתוצאה הרפואית, זאת שאלה משפטית. וכאן שוב שורש המחלוקת. כי כשרופאים מתכוונים לקשר, הם מתכוונים לקשר האנטומי. הקשר שבין אירוע מסויים והמחלה התוצאתית, ולא תמיד הם מייחסים לאירוע העובדתי את הגורם הקובע את המחלה. הם רואים בו לפעמים עניין שולי ביותר. הם רואים בגורם הדומיננטי את המחלה הקונסטיטוציונית.

המחלוקת הזו באה לידי ביטוי בפסק דין אשר ניתן עוד בבית הדין לביטוח לאומי ולאחר מכן היה עניין דומה בבית הדין לעבודה. אני מתכוון לפסק הדין בעניין כהנוביץ. שם היה מדובר בנהג, שנהג עשרות שנים, עד שיום אחד בעקבות מאמץ או התרגשות, הוא נפגע באירוע מוחי. פקיד התביעות של הביטוח הלאומי הכיר בתביעה. שילם לו את מירב דמי הפגיעה 26 שבועות, ולאחר מכן האיש בא בפני ועדה רפואית, שקבעה לו בדרגה ראשונה 50%.

הוא עירער וטען שקבעו לו מעט מדי. הביטוח הלאומי עירער על שקבעו לו הרבה מדי. העניין הגיע לוועדה רפואית. ישבו בה טובי המומחים. אחד מהם נזכירורג מן המובילים בשטח. והנה מה שנרשם בפרוטוקול:

"המימצא היום מזדהה בהחלט עם המימצא שתואר על ידי הוועדה הקודמת. אין ספק, שהתובע מראה סימנים שלאחר

שיתוק חצי הגוף. למעשה הוא לא מסוגל לכל עבודה ומבחינה זו נכותו היא 100%. הוועדה משוכנעת שמאורע זה אין לו כל קשר סיבתי לתאונה, שנגרמה כביכול בעבודה, והוא תוצאה טבעית וצפויה של התהליך החולני החמור שהחל אצל התובע שנים רבות קודם לכן.

לצערנו הרב, הכיר המוסד לביטוח לאומי בתביעתו של הנ"ל ועל ידי כך פתח את הפתח לתביעות דומות, והוא מתריע ומפנה את תשומת לב מינהלת המוסד לתופעה החמורה הזו, וכו', אבל הם מודים שקביעתו של פקיד התביעות מחייבת את הוועדה. לכן הם קובעים לו באופן סימלי 5% על חשבון התאונה".

האיש עירער לפני בית הדין לביטוח לאומי דאז. כמובן שאם תחטטו באותם המבחנים לא תמצאו מבחן או פריט המסמל, או המזכה ב-5% סימלי. דבר כזה, נכות סימלית, לא קיימת במבחנים. כמובן שההחלטה הזו לא עמדה בביקורת השיפוטית. היא נדחתה ובוטלה והעניין הוחזר לוועדה הרפואית עם הנחייה, שעליה לבטל את מה שפקיד התביעות קבע ולקבוע את אחוזי הנכות. הוסיף בית הדין בסוגיה זו: אפשר להגיע גם לתוצאה של אפס אחוז. כי הוועדה הרפואית לא רק מוסמכת, אלא גם חייבת, לנכות כל נכות קודמת. אם הוועדה בדעה, שעובר לתאונה האיש כבר היה נכה, בדרגת נכות מקסימלית של 90%, 95% אחוז, אולי תיאורטית גם 100%, הם יתנו לו את ה-0% בסופו של דבר, לאחר ניכוי, ולאחר הפעלת שיטת המאזן שבתי הדין לעבודה המציאו.

זוהי שיטה של "עובר ושב" כלומר, מזכים, מחייבים, מזכים, מחייבים, וקובעים את ההפרש. אבל מנגד - אי אפשר לבוא ולומר, האיש היה צפוי לקבל שטף דם במוח, לאור לחץ הדם שלו. אנו מניחים שהוא היה חולה קודם לכן וכו'. זה לא מספיק. לפי פסיקה עקיבה שנקבעה על ידי הדין, צריך להראות במסמכים שאפשר להגדיר את נכותו לפני התאונה באחוז מסויים. ורק את האחוז הזה אפשר לנכות.

כעבור שנים הגיע שוב עניין כזה לפני בית הדין, הפעם לפני בית הדין לעבודה. סיפור של אדם ששק חיטה נפל על ראשו, והוא התעורר. עיוורון הוא 100% נכות. הוועדה קבעה לו דרגת נכות של 0%.

כותבת הוועדה: "העניין הזה כבר הגיע לבית דין, אשר קבע שהמקרה הוא תאונה בעבודה, לאחר ששמע פרופיל משני הצדדים. אילמלא פסק הדין של בית הדין שצריך לכבדו,

אשר קבע כי אירעה תאונה בעבודה, הוועדה לא היתה מסכימה להכיר שהיתה כאן פגיעה בעבודה. היה קשר כלשהו בין הפגיעה ומחלתו של התובע. שהיא תוצאה פטאלית של מחלה ממאירה של שתי העיניים. הוועדה סבורה כי מחלתו של התובע לא הוחמרה על ידי הפגיעה בעין".

שוב, גישה שונה לבעיות שמדברות במונחים זהים. כבר מזמן קבעו בתי הדין, אמר פעם אחד השופטים, שהדו-שיח שבין שתי הפרופסיות הללו, הוא למעשה דו-שיח בין חרשים. כל אחד מדבר בשפה שלו ואחד איננו מבין את שפת רעהו, אומר בית הדין הארצי לעבודה, בסוגיה זו של העיוורון. בפרשת לאה סנו, מי שמכיר אותה, אומר בית הדין כי יש להיות מודעים לכך, שעל אף השימוש במילים זהות, מדברים לעיתים המשפטן והרופא בשפות שונות. ובהמשך, ניתן לסכם ולומר כי בעוד שהרפואה באה לקבוע את הקשר הסיבתי על מנת למנוע תוצאות פתולוגיות, בא המשפט לקבוע קשר סיבתי שיש בו כדי להצדיק העברת נזק חומרי מאחד למישנהו.

כלומר, בית הדין קובע את הקשר. הוא לא קובע אותו כרופא, אלא כמי שמועד לתוצאות החברתיות של המקרה. בתי הדין באנגליה, בישראל וגם בארצות הברית אמרו כי אי אפשר להתעלם מהעובדה, שעד לאירוע שפקד אותו בעבודה והביא עליו את הנזק - האיש תיפקד. במקרה הזה של הנהג, הוא תיפקד כ-20-30 שנה. עם הנכות הזו הוא היה מגוייס עם המכונית לצבא, שרת במילואים, תיפקד כהלכה. עד שיום אחד, קרה מה שקרה והוא יצא מכלל פעולה. אי אפשר להתעלם מבחינה חברתית מהבעיה.

הבעיה היא כיצד למצוא את המאזן בין הגישה הרפואית ובין הצורך החברתי לפצות את האדם. במקרה הזה של העיוורון, ביקש בא כוחו של העותר, שבית הדין יקבע את דרגת הנכות. הוא אמר, הרי עיוורון זה 100%. הוועדה עצמה קבעה, כי באותו רגע, כאשר האיש עומד לפניו, נכותו 100%. למה להחזיר את העניין לוועדה הרפואית? הרי הדבר פשוט.

כאן בלמו את עצמם בתי הדין. מאז ועד היום הזה. בלשונו של ד"ר קובובי, באחד מפסקי הדין הגדולים שלו, "...אשר לרפואה - לרפואה. ואשר למשפט - למשפטן. אשר לרפואה - לרופא ואשר למשפט - למשפטן. הם אינם קובעים דרגות נכות. את דרגות הנכות הם משאירים לוועדה. הם יכולים רק להנחות אותה, כיצד להגיע לתוצאה. אבל אינם עושים זאת כמעט לעולם, אלא אם כן הדבר ברור, ולא נשאר אלא להסיק את המסקנה המתמטית. רק אז ולעיתים נדירות מאוד. נדמה לי שכבוד השופט חנוך אריאל פרץ פעם מחסום

שכזה בעניין של משרד הבטחון, וקבע בעצמו את דרגת הנכות. אם אני לא טועה.

השופט אריאל: ביטלו לי את זה בעליון.

עו"ד כרמלי: עכשיו, לא זו בלבד, שבית הדין נמנע מלקבוע את דרגת הנכות, הוא גם בלם את עצמו ואסר להשמיע עדויות רפואיות בשאלת אחוזי הנכות, כאשר הנושא שבמחלוקת הוא החלטה של ועדה רפואית. ויותר מזה - היה מקרה, שבפני ועדה רפואית, בעזרת משפטן כמובן, הוצגו אחת עשרה חוות דעת רפואיות, שכתבו טובי המומחים. ואז אמר בא כוח העותר בפני בית הדין: אחת עשרה חוות דעת, לעומת חוות הדעת של הרופאים בוועדה. הרי בוודאי שמסקנן הוא גדול. אמרו לו: כבר קבע בית הדין בפסק הדין: אנחנו לא נכריע בשאלה הרפואית, ולא נקבע מי מבעלי ההשקפות השונות צודק יותר בקביעות הרפואיות שלו. החוק הסמיך את הוועדה הרפואית לקבוע. אנחנו לא נתערב בשאלות רפואיות. ואכן לא נכנסו לסוגיה הזו.

בתי הדין נתנו דעתם גם לעניין הרכב הוועדה. קבעו שעל אחד הרופאים לפחות, להיות מומחה בפגימה הנדונה. ואם אין בצוות מומחה לפגימה ששנוייה במחלוקת, בית הדין יבטל את ההחלטה. כשיש הרבה פגומות, וישנם רק רופא אחד או שניים בוועדה הראשונה, ולא יותר משלושה, אזי יכולה הוועדה להיעזר ביועץ מומחה, אשר יעזור לה להגיע לתוצאה. למרבה הצער אפשר להיעזר ביועץ מומחה רק בוועדה רפואית בדרג ראשון. בגלל תקלה שבתקנות, לא יכולה ועדה רפואית להיעזר ישירות ביועץ מומחה. עוד קבעו בתי הדין, שכאשר הנפגע מציג בפני הוועדה חוות דעת של רופא מומחה, חייב אחד מן הרופאים בוועדה להיות מומחה בסוגיה הנדונה. לדוגמה: אם חוות הדעת עוסקת בבעייה קרדיולוגית, אין מסתפקים אפילו בפנימאי, למרות שאין חולק על הבנתו במחלות לב, ויש צורך שבוועדה ישב קרדיולוג ויתיחס לחוות הדעת.

עו"ד זוהר: אבקש להעלות שאלה, לסיכום החלק הזה של הדיון. האם לפי דעתך, מנסיון מצטבר של עשרות שנים, יש הצדקה לביקורת שיפוטית על קביעת אחוזי נכות בוועדות רפואיות בביטוח לאומי, וכך גם על ידי הוועדות המקוריות של הביטוח הלאומי? ובהמשך - האם התחושה שלך, לאור הנסיון, היא שוועדה המורכבת ממשפטנים טובה יותר מחמשה רופאים, למשל.

עו"ד כרמלי: לגבי קביעת אחוזי הנכות עצמם, אני סבור

שכן. מאידך, אם אתה מדבר על קביעה טהורה של אחוזי הנכות - לא. משום שזה לא בא לשאלה משפטית אלא לשאלה רפואית טהורה. אבל לפעמים תתעורר השאלה, האם הוועדה יישמה נכון את המבחן שקבוע בתקנות, או אם הדרך שבה היא הגיעה לשאלת הקשר נכונה. באשר לשאלה בדבר ועדה שיש בה משפטנים במקום רופאים - אינני יודע. לפי דעתי אין צורך ביותר משלושה רופאים גם כאשר מספר התביעות גדול, וכשמתעורר צורך הם יכולים לענות. צריך להסמיך אותם להתיעץ עם מומחה בסוגייה אשר נדונה בפניהם, אבל צריך לשקול, האם לא מן הראוי שבוועדה של ערעורים, ישבו, נוסף לרופאים גם משפטנים. משפטן אחד אשר ינחה את הוועדה בהיבט המשפטי של הסוגיה שלפניהם. ואז צריך גם לחשוב אם לא לנהוג כך בשתי הערכאות, בוועדה בדרג ראשון, ובוועדה בדרג שני. ישבו רופאים ומשפטן ויהיה סוף פסוק לוויכוח בסוגיית דרגת הנכות. אבל על זה אולי הקדמתי את המאוחר.

הוועדה מומסמכת לצרף מומחה אבל כיועץ. זה נכון. אני תמיד מופתע מהעובדה שאנחנו המשפטנים, שמים את עצמנו בכל מקום ואני כל הזמן מזהיר את עצמי לפחות, האם לאורך כל הדרך יש הצדקה לגטל המשפטי, שמיושם על דברים, שהם בדיסציפלינות שונות לגמרי. אף פעם אינני יכול להבדיל האם המציאות הביאה את זה לכך, או אנחנו המשפטנים עיוותנו את זה בחוכמתנו וגרמנו לסיטואציה שכל דבר יוכרע בסופו של דבר על ידי משפטנים. היום אנחנו גם צופים ששאלות פילוסופיות, חברתיות וגניקולוגיות, שאלות ענקיות, הוות עולם, מוכרעות על ידי משפטנים. ומה המרחק מכאן לאחוזי הנכות.

עו"ד זהר: ד"ר חיה קטן היא רופאה ראשית של המוסד לביטוח לאומי, והיא תיחד את הדיבור על קביעת הרכב הוועדות הרפואיות ואופן מינויין. הייתי מאוד שמח אם את היית משיבה ומתייחסת לשביעות רצון הציבור שניזקק לשירות שלכם.

ד"ר קטן: מקודם אמרת שאתה אוכל, ניזון, ישן, מאחוזי נכות. אתה נראה לא רע. ככה שהמצב לא כל כך קריטי. אני מנהלת את המחלקה הרפואית של הביטוח הלאומי. אני רוצה להבהיר כמה מושגים. כדי שלא נהיה כאן בדר-שיח של חרשים.

מיהו עוסק רפואי? זהו אותו רופא שיושב בוועדות. הוא רופא מומחה בתחומו, שהוסמך על ידי שר העבודה והרווחה,

לשבת ולפסוק בוועדה רופאית. כל רופא מומחה בארץ, בעל רישיון עבודה ישראלי, בדרגת מומחה, מטעם המועצה המדעית, רשאי, ויכול, לבקש לשמש כפוסק רפואי.

ההמלצה מועברת דרך הלישכה המשפטית שלנו אל שרת העבודה והרווחה. ברוב המקרים אין מניעה להמליץ על הרופא להתמנות כפוסק, אלא אם כן האיש מוכר לנו שהוא לא ראוי לשמש כפוסק. יש נגדו תלונות, היה נגדו משפט, היו לו תעודות מזוייפות וכדומה. אבל ברוב הגדול של המקרים, הרופאים המומחים, שמבקשים להתמנות כפוסקים, אנחנו ממנים אותם.

יש לנו במוסד לביטוח לאומי מאגר ממוחשב של כל המומחים שקיבלו הרשאה לעסוק כפוסקים, הן לפי תחומי המומחיות והן לפי איזור המגורים. הם רופאים בכל הארץ, רופאי בתי חולים, מרפאות, קופת חולים, גימלאים, כל מי שעונה על דרישות המועצה הישראלית, מחזיק תעודת מומחה וידוע כרופא שאפשר לסמוך עליו גם מבחינה מקצועית.

המוסד לביטוח לאומי מעסיק בתקן רופאים אחרים. זאת אותה מחלקה רפואית שאני ממונה עליה. יש לנו 17 סניפים בכל הארץ. בכל סניף יש לנו רופא בתקן. מה תפקידו של רופא המוסד? בניגוד לפוסק הרפואי שהזכרתי קודם. התביעות מגיעות למוסד לביטוח לאומי ומועברות אל פקיד התביעות לכל תביעה מצורפת תעודה רפואית, שמעידה על מחלת התובע, על ליקויים, על האבחנות. המלצה לטיפול, ימי אי כושר. פקיד התביעות אינו רופא. הוא צריך לשאול את הרופא שלנו, במוסד, על מה מדברת האבחנה הרפואית. האם על פניו נראה שיש קשר בין התאונה שאותו תובע טוען שקרתה לו, לבין האבחנה הרפואית. מדובר בוועדות של העיוורים, מדובר בתאונות, בתוצאות ברורות. אין בעייה לאשר אותם.

השאלה הבאה ששואל פקיד התביעות את הרופא שלנו, האם ימי החופש, או ימי אי הכושר שהתובע קיבל, נראים על פניו סבירים ומתאימים. רופא המוסד, פונה למומחים ומתייעץ איתם. אם נראה לו שהקשר בין התאונה לבין התוצאה הוא לא חד משמעי הוא צריך לפנות לרופא מומחה בשאלת קשר סיבתי. אם המקרים ברורים, התביעה מאושרת. ברגע שפקיד תביעות מאשר את התביעה, גם אם אחר כך נמצא, שהתביעה אושרה בטעות, או שהקשר לא כל כך ברור - אנחנו נמשיך ונפצה את התובע. זה קורה לנו הרבה פעמים. האיש מגיע לוועדה רפואית, הוועדה אומרת: בכלל לא היינו קושרים את

התוצאה לאירוע. אז אנחנו אומרים לוועדה: זה לא בסמכותכם. נקבע קשר סיבתי. אתם רק צריכים לקבוע דרגת נכות. כשהאיש מגיש תביעה לנכות, על הרופא שלנו להכין את התיק לוועדה. הוא צריך לדאוג שיהיו בתיק כל המסמכים הרפואיים הרלוונטיים. בדיקות רפואיות, סיכומי מחלה, צילומי רנטגן עדכניים.

האיש שבר את רגלו ואנחנו רוצים לראות אם השבר אוחה היטב. הוא יכול לבקש בדיקות רפואיות. הרופא מכין את התיק כך, שלו הוא עצמו היה צריך לקבוע דרגת נכות, כל החומר היה לפניו. הרופא שלנו גם קובע את תחום המומחיות של הפוסק הרפואי באותה ועדה, לפי אופי הליקוי הרפואי. על טופס מיוחד מודיע הרופא לוועדה רפואית, להזמין אורטופד, או נירולוג, או רופא אף-אוזן-גרון. ברוב המקרים, בדרג ראשון, מוזמן פוסק רפואי אחד. הרופא שלנו אינו קובע מי ישב בוועדה. הוא אינו אומר: רופא פלוני או אלמוני. הוא קובע את תחום המומחיות. התיק מגיע לפקיד התביעות ומתוך מאגר הרופאים שיש לנו בתחום הזה, שולפים רופא שיהיה זמין באותו יום ובאותה שעה, ושמוכן לשבת בוועדה ולדון בדרגת הנכות. הרופא לא יודע מראש מי ישב, כי הוא לא יודע מי יצא עכשיו מתוך המאגר לשמש בוועדה. הוועדה יושבת, ובהרכב שלה פוסק אחד או שני פוסקים וקובעת, ואז התיק חוזר לרופא המוסד אשר צריך לעבור על החלטת הוועדה ולשים לב לכמה דברים: שהוועדה אכן התייחסה לכל תלונות התובע. שהתיאור מתאים לתלונות. שסעיף הליקוי מתאים לתיאור. שאחוזי הנכות מתאימים לסעיף הליקוי. זאת אומרת שעל פניו הוועדה תקינה. כשם שיש לתובע זכות לערער על החלטת הוועדה ועל החלטת הפוסק הרפואי, כך גם רופא המוסד, שאינו צד, אבל עוסק בבדיקת התקינות, רשאי לערער על החלטת הוועדה.

ערעור על החלטת הוועדה בדרג ראשון מגיע לוועדה לעררים. הרופא שלנו צריך לבדוק שוב שאכן כל הממצאים הרפואיים וסיכומי המחלה, נמצאים בתיק. הוא ממנה שוב את הרכב הרופאים שישבו בוועדת עררים. מדובר הפעם, בשלושה רופאים. הוא שוב צריך לציין אלו תחומי מומחיות צריכים להיות בוועדה לעררים. הלהליך חוזר, כי בתביעות מזכיר הוועדות הרפואיות הוא זה שממנה באופן שמי את הרופאים ומזמן אותם לוועדה. גם הפעם החלטת הוועדה עוברת ביקורת פנימית על ידי הרופא שלנו, שצריך לחתום מטעמו. שהכל תקין. הזכות לערער כמובן שמורה לתובע. אנו רואים, איפא, כי יש פה שתי אינסטנציות רפואיות שאחת נוגעת בשנייה. הרופא במוסד והפוסק הרפואי.

עו"ד זוהר: לאור תפקידך, אני מבקש את חוות דעתך על השאלה הראשונה. האם יש לך תחושה, שהציבור שבע רצון מן ההפרדה שאת ניסית להדגיש פה. ההפרדה הזו ברורה לנו כשאנחנו קוראים את החוק ושומעים את הדברים שלך. זוהי חומה סינית, כביכול, בין המערכת של ביטוח לאומי שצריכה לקבוע ושצריכה לשלם, לבין המערכת שקובעת את אחוזי הנכות, שהם הבסיס לתשלום.

ד"ר קטן: אנחנו מערערים לעיתים. גם לטובת התובע וגם לרעתו. ואתה יודע ומכיר מקרים כאלה והם רבים. הבקרה היא עניינית. התייחסו לכל התלונות ומצאו שזה מתאים וזה לא מתאים והרבה פעמים אנו רואים שהוועדה לא התייחסה לכל, לא שמה לב שהתובע התלונן גם על ליקוי נוסף ולא קיבל על זה אחוזי נכות. בשנה ישנן למעלה מ-20,000 ועדות רפואיות. הרוב הגדול, נראה לי שבע רצון. מי שלא שבע רצון - זה מי שחושב שלא קיבל את מה שהגיע לו. ואלה מתלוננים וימצאו תמיד דרך לערער.

בסך הכל הרוב הגדול של המקרים נראה סביר. יכול להיות יותר טוב ויכול להיות פחות טוב. הדבר תלוי בפוסקים הרפואיים ובעוד מערכת שלמה של גורמים שלא רציתי להיכנס אליה היום. מי הם אותם פוסקים שבפועל עובדים אצלנו? מדוע אנחנו לא מצליחים לגייס את מיטב הרופאים? כי פוסק רפואי שיושב בוועדות רפואיות, מנוע מלתת חוות דעת למוסד. רופא מוסד יכול לפנות בשאלת קשר סיבתי לרופאים מומחים והם שנותנים לנו חוות דעת בשאלות פשוטות: האם החבלה או הנפילה הזאת יכלה לגרום לשבר בפיקה? האם סיבוב הרגל יכול היה לגרום לבית המיפסעה משהו? האם חבלת ראש יכלה לגרום לפטריות ברגליים? והרופאים שפונים אליהם, אלה תמיד אותם רופאים, כי הרופאים שלי לא צריכים להיות מומחים לכל כיוון. אבל הם צריכים לדעת לאן לפנות. הם צריכים לדעת להבחין באיזה מקרה הם לא יודעים להחליט, ואז לקבל חוות דעת של מומחה. אותו מומחה אסור לו לשבת כפוסק רפואי.

פוסק רפואי לא יכול לשמש כמומחה בבית הדין. פוסק רפואי לא יכול לשמש כרופא שלנו שמאבחן לצורך נכות כללית. פוסק רפואי צריך לפסול את עצמו מלטפל במקרים באופן פרטי. זאת אומרת אנחנו מגיעים לקבוצה מאוד מוצמצמת של פוסקים שרוצים לעבוד, ושמוכנים לעבוד בתנאים שלנו, ובתעריפים שאנחנו משלמים להם. וזאת בעייה מאוד רצינית.

עו"ד זוהר: בסיום דברך, ד"ר קטן, את נגעת בחלק מהבעייה שגורמת לציבור תחושה לא נוחה, דווקא מאותו קומץ

מצומצם של רופאים שאכן נמצאו ראויים ומתאימים לעסוק בעניין הזה. אנחנו רק צריכים לזכור עוד שהמערכת אשר את תיארת בצורה כה פלסטית, מחליטה, לא רק לצורך ביטוח לאומי, אלא לצורך המסה הענקית של פיצויים לנפגעי תאונות דרכים ועוד. אני מודה לד"ר חיה קטן.

עו"ד זוהר: עורך הדין ישראל יונגר, שעוסק בתחום הזה. יפתח כיוון אחר לגמרי וינסה לעסוק בסטיות בקביעת דרגת נכות רפואית לפי תקנות הביטוח הלאומי, בהתאם לקריטריונים שונים. אבקש מעורך הדין יונגר להרחיב את הדיבור על התאמתן של התקנות לצרכים האנושיים האינדיבידואליים. בבקשה.

עו"ד יונגר: עד שהגעתי לכאן, הייתם כולכם עבורי בבחינת דבר שלא בא לעולם. ברגע שאני רואה רופאים, משפטנים, שופטים, זה מטיל עלי מורא מסויים. מה עוד, שזו ההזדמנות היחידה אולי, להודות לשניים מגדולי המשפטנים, שזכיתי להיות המתמחה שלהם. כאשר מימיני השופט כרמי, הוא בבחינת מיכאל, ומשמאלי השופט חנוך אריאל. זכיתי ליצוק מים על כפיהם וזו ההזדמנות להגיד להם תודה.

יש לי מה לומר בבחינת מי שאמור לייצג את הנפגעים ואת הציבור הדומם, שלא תמיד יכול לבוא לידי ביטוי. אם משום שאינו יודע להתבטא, או משום שאין לו הכלים המתאימים. כפי שהסביר המנחה המכובד, עו"ד אלי זהר, אני אייחד את הדיבור על תקנה מסויימת הנקראת תקנה 15. אכן יש תקנות אשר נתקנו לפני עשרות שנים כדי לתקן את העולם. הגיעה העת לעשות בהן רוויזיה רצינית. תוקנו מספר תקנות מיוחדות לחוק זה, אשר הן חריג. אני מתכוון לתקנה 12, שהיא מאוד מיוחדת וקשה. צירוף נכויות. תקנה נוספת, מספר 16, המאפשרת להעלות נכות של 65% לכדי 100%. והכוונה ל-65% בסיס רפואי ללא תוספות.

ואני מגיע לתקנה שבה אנחנו דנים פה, תקנה 15. היא באה לתקן במקצת את העיוותים שנוצרו בתקנות אחרות, אשר מתחשבות אך ורק במצב האנטומי הרפואי של הפגיעה. הדוגמה המפורסמת ביותר היא הפסנתרן, שאצבעותיו נפגעו. לגבי מורה, זה יהיה שווה 20%, או 19% כי המוסד בדרך כלל דואג לא לעבור חלילה את ה-20% אם אפשר. ואילו הפסנתרן - עם 10% פגיעה באצבעות למעשה איבד כמעט את כושרו לעבוד.

ואז באה תקנה 15, וקובעת אפשרות של סטייה למעלה או למטה, עד כדי מחצית. נזכור, שעד שנת 70, נדמה לי, הסטייה

היתה עד כדי 25%. זה מה שהיה מותר לעלות ולרדת בהתחשב במינו, גילו, ומקצועו של הנפגע. נדון בעיקר במקצועו. כי לגבי מינו וגילו, אני אינני זוכר פסיקה שהתחשבו בתקנה 15 לעניין מינו של הנפגע, אבל אני מתאר לעצמי שכאשר רקדנית, או שחקנית, אשר תיפגע בפניה, ויהיו לה צלקות אשר שוות 10%, ואם הן נרחבות - 20%, זאת - לפי סעיף 175, ב' או ג', כאן יהיה המקום להתחשב בגילה, במינה ובמקצועה לצורך העלאת הנכות. וזכור המקרה של שחקנית שנושכה ע"י כלב. ואז התחשבו גם בגילה, גם במקצועה וגם במינה.

הסיווג השני, הגיל. עוד פרובלמטיקה. עדיין לא החליטו מה פירוש גיל. גיל צעיר זה התחשבות בגיל או גיל גבוה זה התחשבות בגיל. והנה ישנם מספר פסקי דין. אני מעלה על הדעת, למשל מקרה של רופא צעיר, בגיל 22, 23 שלומד כירורגית ידיים ויפגע בידי. לדעתי, יהיה צורך להתחשב לצורך התקנה, בגילו. מאידך, ישנו מקרה של פועל בניין בן 58, שנפצע ונקבעו לו 60% נכות רפואית. הוועדה קבעה והתחשבה בגילו, לצורך העלאת דרגת הנכות. לא התחשבו, במקרה של רופא אורטופד מוכר מאוד בחיפה, אשר לקה בליבו. נקבעו לו נכות של 25% לפי סעיף 9, ב' או ג', והוא ביקש להתחשב בגילו. הוא היה בעת התאונה בן 65, או בן 64. הוא טען כי בגילו. בגלל ההתקף, יקשה עליו לתפקד, והוועדה אמרה, ובית הדין אישר את הקביעה, שזה בידע משפטי ושיפוטי, שבגיל 65 אנשים פורשים כבר לפנסיה. ולכן אין לגיל השפעה לצורך הגדלת הנכות. זה היה השופט מימון. פסק דין גורביץ.

עכשיו, הבה נסתכל לרגע, בפרובלמטיקה של התקנה הזו, שמדברת על שלושה מושגים. מקצוע, גיל ומין. ובאחת מפסיקות המישנה שלה, נכנס המושג, כושר העבודה. לא התחשבו במקצוע. אלא אם כן נפגם כושר העבודה, ירדה ההכנסה, לא באופן זמני וכו' וכו'.

כל הבעייה של תקנה 15 מתעוררת בעיקר לגבי שלושה פריטי נוק רציניים ביותר. כל הנושא הקרדיאלי. מה שאנחנו קוראים פריט 9. הפריט השני, פסיקה 34, אלה כל הבעיות הנפשיות, והשלישי, פריט 35, זהו סעיף כולבויניק, וכאשר כל הרופאים האורטופדיים לא יודעים מה לעשות, מכניסים את 35.

בואו נראה לרגע מהן ההגדרות של שלושת הפריטים הללו. בפריט 9, הקרדיאלי, מדברת התקנה על כושר פעולה, בפריט 34 מדברת התקנה על כושר העבודה, לא "כושר עבודה", אלא "כושר העבודה". פריט 35 מדבר על כושר פעולה של תנועות ולא על כושר הליכה.

לגבי תנועה שתתפרש ככושר עבודה, או כושר פעולה שיתפרש ככושר עבודה, לא מפעילים את תקנה 15, ואפילו לא בודקים את הרכיבים שלה. עד עכשיו היו מעט פסקי דין כאלה. הראשון היה בשנת 1982 ולאחר מכן הטלאי המפורסם שהתפרסם פעמיים, פעם בבג"ץ אצל כבוד השופט ברק, ופעם לצורך תקנה 15.

והנה הוחלט שגם בפריט 9, שהוא פריט קרדיאלי, יש להתחשב ולבודק את הרכיבים של תקנה 15, למרות שהפריט עצמו כולל בחובו את המושג "כושר פעולה". לא הרי כושר פעולה, כמו מקצוע או כושר עבודה. כנ"ל לגבי כושר פעולה של תנועות, פריט 35, פסק דין אוולי. נדמה לי, שגם מקרה זה איננו זהה למושג הכלול בתקנה 15.

מה שנותר בבירור, היא תקנה או פריט 34. כל התופעות הנפשיות למיניהן, שבהן אין מתחשבים. בסוגריים הייתי מעיר: תקנה 15 מדברת על הגדלת נכות ועל הקטנת נכות. לא זכיתי לראות הקטנת נכות עדיין. כנראה באופן מעשי, לא עושים את זה. אבל תשימו לב. כדי להגדיל נכות, ישנו מחסום של 19%. אדם שמקבל קביעה רפואית מ-5% ומעלה, כי פחות מכך אין משלמים, רשאית הוועדה, בתנאים מסויימים, להעלות, אבל בתנאי שאיננו עובר 20%, כדי שהוא לא יקבל קיצבה. לעומת זאת, באופן תיאורטי, אם אדם מקבל קביעה רפואית של 30%, מותר לוועדה לרדת מתחת ל-20%. זאת העובדה. ככה מוסדר התקנון. וכך זה מנוסח. מבחינת התקנות זוהי הקולא. שמתי לב לכך לקראת הדיון הזה. להעלות - ישנו מחסום. לרדת - אין מחסום. וזה כמובן איננו נכון ואיננו צודק. ואיך זה נעשה בפועל? עד לפני שנים, אם האיש או בא כוחו לא יזם ולא ביקש להתחשב בתקנה 15, לא היו מתחשבים. לא אמרת, לא טענת, לא פירטת. לא ציינת פגיעה בעיניים וכו', בא בית הדין הארצי, והחליט שהוועדה מיוזמתה חייבת להתייחס לתקנה 15, גם אם האיש לא העלה אותה. ואז ראינו שורה של דו"חות. בטופס עצמו ישנה כבר, "הגדלה", "הקטנה", "תקנה 15". הוועדה כותבת בעיקר בדרג ראשון. הנ"ל שב לעבודתו, אין להפעיל תקנה 15. וזהו. פסול לחלוטין.

כי אני ואבוי אם כל הנכים שלנו לא יחזרו לעבודה. הנימוק "שב לעבודתו" ולכן אין להפעיל "תקנה 15, פסול. אדרבא, החוק בנוי כך, שנפגעים ישובו לעבודה. ולכן הם מפוצים לא על אובדן הכנסה, אלא על פגיעה בגופם. אני טוען שחוק ביטוח לאומי, הוועדות, התקנות, כל אלה אינם עוסקים ב"למה" אלא ב"כמה". את ה"למה" עברנו אצל פקיד התביעות או בבית הדין. את ה"כמה" אנחנו עוברים בוועדות. ולכן, חייבת או מוטלת על הוועדה, אחריות. משום שזה למעשה הרגע שעשוי לקבוע את עתידו של הנפגע, שלרוע מזלו נפגע

בצורה זו או אחרת, ותרים חלק מגופו לעבודה ולכן מגיע לו פיצוי.

דרך אגב האמת היא, שאני מתפעל מההקשבה של הקהל.

עו"ד זהר: ההקשבה של הקהל נהדרת, ואני רוצה לשאול אותך שאלה, שתחרוג קצת. האם לפי נסיוןך, העובדה שאחרי שהופעלה תקנה 15 לגבי נפגע, האם זה נכון שהשופט, כשיבוא לפסוק על הנכות התיפקודית של הנפגע יקח בחשבון את מקצועו? אני מדבר על ההיבט האזרחי. לפני נסיוןך כעורך דין בתחום הניזקין במשך הרבה שנים, האם יש קיים, האם יש רגליים לדרישה של עורך הדין, שבא ואומר לאותה זרת של מנוחין, עם ה-5%, האם אחרי שכבר נתנו לו עוד 15%, עוד 50% בביטוח לאומי, אזי בית המשפט, כשיבוא ליצוק את הצד הכספי, ייקח בחשבון את נכותו התיפקודית?

עו"ד יונגר: גולת יותר משלוש דקות. אני אעשה שלוש דקות נטו שלי. התשובה לשאלה שלך היא כל כך פשוטה, ונמצאת בפסק דין אררט נגד אזולאי, של כבי' השופט דב לוי. אבל זה התחום של מורי ורבי, כבי' השופט אריאל. בקשר ל-6 ב'. נפסק חד משמעית, השופט איננו מחייב אותו. קביעת תקנה 15 איננה מחייבת את בית המשפט האזרחי. יש לו שיקולים משלו. ובצדק זה נפסק כך. משום שיש מערכות שלמות של פיצויים, כמו צה"ל, וכמו נפגעי נאצים וכדומה, שאין בהם מנגנון של תקנה 15. וחייבת להיות אחידות מסויימת, אבל אני גולש קצת לתחום אחר. אומרים לי שלנפגעי נאצים יש מנגנון. יכול להיות. למשל בצה"ל יש נכה לא מתפרנס, או משהו כזה, לכן הזכרתי אותו. אבל אני אגזול עוד שתי דקות ובזאת אני רוצה לסיים. הנכון הוא, שעוד משהו העיר כאן כי כבוד השופט אריאל לא נחה דעתו מקביעת ועדה בענייני צה"ל וקבע את הנכות בעצמו. פסק הדין שונה בבית המשפט העליון. אבל ישנו פסק דין בבית הדין הארצי, שמעניין אתכם. הנשיא ברנזון המנוח, ונדמה לי כי גם כבי' השופט קובובי, ייבדל לחיים ארוכים, פסקו. זה היה בספטמבר 1977. אדם התלונן נגד המוסד. האיש קיבל 72% לצמיתות. קטיעת רגליים וכדומה. היתה השאלה אם ליישם או לא ליישם תקנה 15. הוועדה סירבה ליישם. האיש היה טרקטוריסט. בא בית הדין הארצי ובהחלטה קבע נכות של 100%. פסק הדין בידי. נאמר כי הנימוקים יהיו בהקדם. עד היום אין נימוקים אבל זה מה שנקבע. לסיום אני רוצה לציין שזה בערך 15% מהחומר שהכנתי על תקנה 15. את היתר, בהזדמנות אחרת. ותודה רבה על ההקשבה.

עו"ד זהר: תודה לעורך הדין יונגר.

כבוד השופט ד"ר קובובי, אמור לדון ולהעלות לדיון את הנושא: המעקב הרפואי והמשפטי אחרי קביעות דרגת הנכות

במוסד לביטוח לאומי. הוא מחזיר אותנו לשאלה שנשאלה כבר בתחילת הדיון. האם בכלל יש טעם והצדקה, לתחושה ציבורית על המעורבות בין המשפטנים לבין הרופאים בקביעת אחוזי נכות. בבקשה ד"ר קובובי.

ד"ר קובובי: הנושא שלי הוא תקנה 36 ו-37 לתקנות בדבר קביעת דרגת הנכות לנפגעי עבודה. אקריא בפניכם את תקנה 36, שהיא הנושא העיקרי שלי.

36 א': עברו 6 חודשים מאז נקבעה לאחרונה דרגת נכותו של הנפגע, ורופא שאושר במיוחד לכך על ידי שירות רפואי מוסמך, אישר בכתב בתוקף תפקידו זה, שהפגימה, שבקשר אליה נקבעה דרגת הנכות הוחמרה, וכן כי עלתה פגימה חדשה, רשאי הנפגע לבקש קביעת דרגת נכות מחדש. ב'. בהסכמת רופא מוסמך מותר שהדיון על קביעה מחדש, ייערך לפני תום שישה חודשים.

ג'. הדיון בקביעת דרגת נכותו מחדש של הנפגע, ייעשה רק אם ההחמרה או הפגימה החדשה באה כתוצאה מהפגיעה בעבודה, בקשר אליה נקבעה דרגת הנכות.

ובכן, כאשר מגיעים ליישום תקנה 36, ישנם שלבים אלה: אירעה תאונת עבודה. הנפגע קיבל דמי פגיעה בעבודה, בפרק זמן שאינו עולה על 26 שבועות. הוא נשאר נכה. הוא עמד בפני ועדה רפואית. קובעים לו דרגת נכות. חולפים 6 חודשים, ואז לראשונה יש אפשרות ליישם את תקנה 36.

אלמלא תקנה 36, היה מתהווה מצב, לפיו דרגת הנכות שנקבעה לראשונה, תחייב סופית ותהיה עומדת כל חייו של הנפגע. בחינת מעשה מקפיד הליכי נפש וגוף של הנפגע. כל החלטה סופית, היא גם דרגת נכות. אבל אינה אלא דרגה ארעית. עד שתבוא דרגה סופית חדשה, אף היא בבחינת סופית על תנאי. חלפו 6 חודשים והאיש פונה לקביעת דרגת נכותו מחדש. הוא צריך להיות מסוגל לאישור רפואי, כפי שנאמר בתקנון. מה צריך שיענה לאותו אישור רפואי? אם הוא נפגע בפגיעה שלא הובהרה, כל שהפרופסור צריך לקבוע באישור, הוא שחלה החמרה במצבו של האבר הפגוע, של הפונקציה שנפגעה. הרופא אינו חייב ואף לא רשאי לקבוע את מידת ההחמרה, וגם לא אם יש קשר סיבתי בין ההחמרה לבין התאונה דאז. נניח כי יש לאותו אדם תעודה שמאשרת פגימה חדשה, שהתגלתה לאחרונה ואומרת כי קיים קשר סיבתי בינה לבין תאונת העבודה, שבגינה נגרמה הנכות. כאשר מוגשת תביעה ועוברים מחדש על התיק ומצורף שם אישור רפואי, מי שבדק את התעודה הרפואית איננו המזכיר של הוועדה, אלא פקיד התביעות. הטענה בדבר החמרת המצב לא נתקבלה במכלול השיקולים המופעלים על ידי הוועדה הרפואית. השאלה התעוררה במשפטים הראשונים

שהתנהלו בבית הדין הארצי לעבודה, לפני למעלה מ-20 שנה. חלק מן הנפשות הפועלות דאז נמצא פה. בא כוח המערער היה עורך הדין יונגר, בא כוח המוסד היה עורך דין כרמלי, ואני כתבתי את פסק הדין. הטענה של עורך דין יונגר, בא כח המערער, היתה, כי בבוא הנפגע לבקש בוועדה רפואית דרגת נכות, ובידו אישור רפואי, כל שנותר לוועדה לעשות הוא לבדוק את נושא בריאותו של הנפגע, לקבוע ממצאים כפי שנמצאו בבדיקה ולקבוע דרגת נכות לאור הפגימות שנתגלו. כל זאת ללא השוואה עם קביעותיהן של ועדות רפואיות קודמות. מצב חדש. הטענה לא נתקבלה, ונומקה כך: העמדתו של נכה לדיון מחדש בפני ועדה רפואית, מותנית בכך שיהיה בידו אישור רפואי בכתב המאשר שאכן מפרטים בו הכל, כנדרש לדרגת נכות חדשה. תכליתו של האישור הרפואי היא לשמש כאשרת כניסה לנכה, למען יוכל להופיע ולטעון לפני ועדה רפואית. אך אין האישור קובע ולא כלום, לעניין הוועדה. לוועדה הרפואית הסמכות הבלעדית לקבוע על פי מימצאיה היא, אם אמנם הוחמרה פגימתו של הנכה, לעומת המצב העולה ממצאי הוועדה הקודמת.

לא זו בלבד שהוועדה ורק היא, מסוגלת לקבוע שהיתה החמרה בפגימה, אלא שעליה לקבוע גם אם ההחמרה היא תוצאה מהפגיעה בעבודה בקשר אליה הנפגע פנה. כאשר הוועדה סבורה כי קיים קשר סיבתי בין ההחמרה לבין הפגיעה בעבודה, עליה לדון בקביעת דרגת נכותו הקבועה של הנפגע. בפסק דין זה סמך בית הדין הארצי לעבודה על פסק דין קודם שלו עצמו, שבו הוא הבחין בין שתי הפונקציות, קביעת דרגת נכות, וקביעת קשר סיבתי. באותו מקרה קודם נאמר כך: הוועדה הרפואית לערעורים, עורכת מעין הליך שיפוטי. מאחר ופעולתה פעולה פוסקת, מתעוררת שאלה, באיזו מידה כאשר היא עורכת הליך מעין שיפוטי, היא יכולה לשנות את אותן ההחלטות. תקנה 36 מסמיכה את הוועדה הרפואית לדון מחדש, אם קיימים תנאים מסויימים לעניין, או אם החליטה להחליט קודמת. ואז יש להבדיל בין פעולות מכח סמכות נמשכת, ופעולות שהן בבחינת מעשה בית דין. לסוג הראשון שייכת פעולה של קביעת דרגת הנכות. הסוג השני, עניין קביעת הקשר הסיבתי והנכות בגין הפגיעה בעבודה.

הייתה אמירה לחסד, ונשיא בית הדין דאז קבע שאחוז הנכות יהיה דינמי לעתיד, במידה שהיא נכונה בשעה מסויימת, והוא ניתן מהיום למחר. הקשר הסיבתי יהיה סטאטי, ופניו לעבר. באותו משפט דובר בעובד שנפגע ב-1964. ב-1965 נקבע שהוא לקה בנוירוסיס ראומטית ושהוא זכאי לקיצבת נכות. ב-1969 נקבע שאין קשר סיבתי בין המצב הנפשי הנוכחי והתלונות המרובות על כאבים, לבין תוצאות התאונה

ב-1964. בית הדין קבע, שאם הדעה כי הוועדה הרפואית פעלה כראוי תתקבל רק בעוד עשר שנים ויותר, אזי אין הדעת סובלת שיטת בטחון סוציאלי עם מקסימום אי בטחון לנפגע בתאונת עבודה. התוצאה היתה שהעניין הוחזר לדיון בוועדה הרפואית לעררים, עם הוראה לקבל כנתון סופי ומחייב, את העובדה שאכן קיים קשר סיבתי בין מצבו הנפשי של המערער לבין התאונה. זאת - אף אם הוועדה סבורה שקביעה זו של הוועדה הקודמת, היתה מוטעית. עם זאת, בית הדין נמנע מביקורת, שקביעה של ועדה קודמת לעניין קשר סיבתי, אינה נגמרת באותו שלב, כי הרי קיימת אפשרות של רמאות, של טעות, או של הערכה מוטעית של העובדות.

והנה מצאתי, מקרה אחד שהראה כי אפשר לשנות קביעה של ועדה קודמת בדבר הקשר הסיבתי. מדובר באדם שלקה ב-1975 באוטם שריר הלב, שהוגדר כתאונת עבודה. כאשר הובא בפני ועדה רפואית ב-1980, העריכה הוועדה את דרגת נכותו ב-50%. אך קבעה בו זמנית, שהיתה לו נכות קודמת, אף היא של 50%. שתי הנכויות התקזזו זו בזו, כך שלא נותרה נכות כתוצאה מתאונה. משמע, שלא היה קשר סיבתי בין נכותו לבין הפגיעה בעבודה. בשנת 1984 נערך דיון מחדש לפי תקנה 36. שוב נקבעה דרגת נכות של 50%, אך נכותו הקודמת הועמדה הפעם על 25% בלבד. הוא יצא עם קיצבת נכות של 25% באמתחתו, ולא עם 0%. המוסד לביטוח לאומי ערער על ההחלטה החדשה בטענה שהוועדה הרפואית לא היתה רשאית לשנות את קביעתה של הוועדה הקודמת, בדבר היעדר קשר סיבתי. הטענה לא התקבלה מאחר שבית הדין מצא, ביוזמתו הוא, שההחלטה בוועדה הקודמת היתה שגויה בעליל, וממילא בלתי מחייבת. הכיצד? האיש לקה, כאמור, באוטם שריר הלב. לפי סעיף 9, 1 ג' שברשימת הליקויים, מי שלקה באוטם שריר הלב, הוא נכה של 10%, אפילו אם חזר לכושר תיפקוד מלא. כך שבכל מקרה לא ניתן לקבוע במקרה דנן אפס אחוז נכות. ערעורו של המוסד נדחה והיהודי יצא עם 25% נכות.

עו"ד זהר: מה שם פסק הדין?

ד"ר קובובי: זה פסק דין שלי שנתקבל ברוב דעות, וזה תקף. ועכשיו, בקצרה לתקנה 37. אספר לכם על מקרה שנוגע לענין זה.

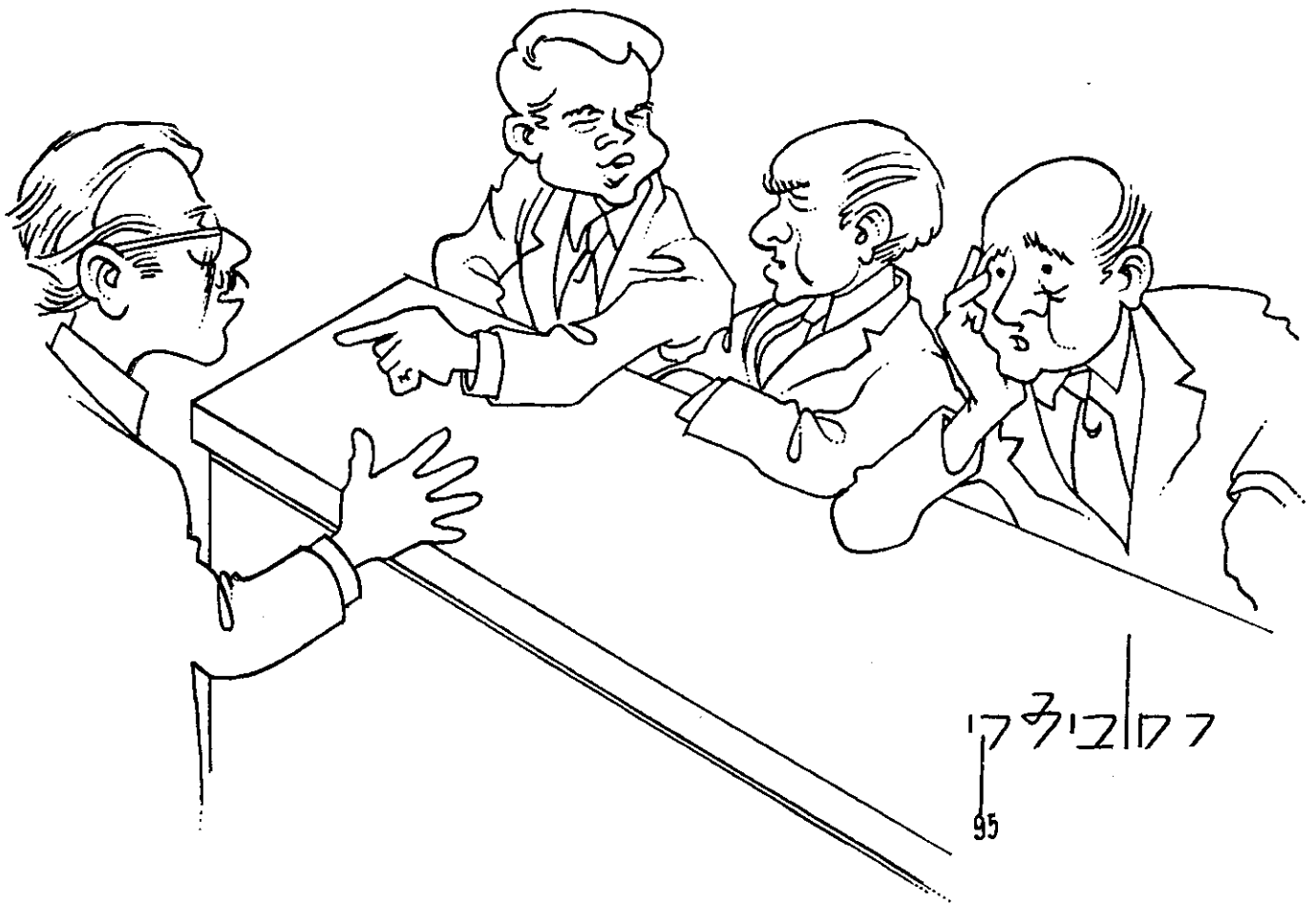
הביאו לפני הוועדה מקרה, לדיון מחדש לפי סעיף 37. אין צורך באישור רפואי אם חל שינוי במצבו של הנפגע. כל שדרוש הוא, בקשה של רופא מוסמך שמונה על ידי המוסד לצורך זה. ואמנם עצם העובדה, שהסמכות במסגרת 37, מסורה בידי רופא, ולא בידי עובד של המוסד, שלא לדבר על מנהל מחלקה לנפגעי עבודה, מלמדת שהכוונה היא להעביר את הסמכות לשיקולים רפואיים. לכל סמכות של ביקורת

צריך שיפוט על. וכאשר מדובר בהחלטה חדשה בדבר דרגת נכות, צריך ששיקולים אלה יהיו קבילים. כלומר, מבוססים על סברה שחל שינוי במצבו של הנפגע. סברה זו יכולה להסתמך על ידיעתו המקצועית וניסיונו של הרופא המוסמך.

עו"ד זהר: תודה רבה.

כנראה שאין דבר פחות סופי מאשר סופיות אחוזי הנכות. וזה מביא אותנו מייד לסיטואציה התיפקודית של אותו אדם, ולדרישות של פסק הדין, אני כל הזמן מוציא את זה מהביטוח הלאומי בפסק הדין האזרחי. תחילה הם מוכנים. לוקחים את אחוזי הנכות. אחר כך המשפט עוסק בנכות התיפקודית. כבוד השופט עוסק בנכות התיפקודית. אחר כך השופט, ולא הרופא, עושה את האקסטראפולציה לגבי השאלה, האם האיש יכול לשפר את מצבו. האם מצבו השתפר, זאת אומרת, הקטנת הנזק. האם לחייב אותו לעשות פיזיותרפיה

במאמצים, על מנת שיתפקד יותר טוב בנכותו. כי גם זה אלמנט שהמשפט יצר. כללים שמכוחם מתערבבים דברים רפואיים ומשפטיים אשר מחייבים קביעה גמישה של אחוזי נכות. כי קיים גם הצורך הזה להגדיל או להקטין או לשנות, או לפסוק לפי התפתחויות. בעידן שלנו כאשר הכל כה מתקדם, גם בתחום הרפואה, היה מקום לצפות לאיזה נכונות לשינוי, לאיזו תפיסת עולם גמישה. ככל שהמדע מתקדם, המשפט מתאבן. והוא מתאבן, ולא רק מפני שהוא קיצץ לשופטים את הידיים, מבחינת היכולת שלהם להתרחב. ולפרקליטים הוא קיצץ את יכולת היוזמה והיצירתיות, בלי קשר לאחוזי הנכות שנקבעו בביטוח הלאומי. חובה עלינו ללכת ולהראות מה באמת גורלו ועתידו של הקורבן הספציפי שאנחנו מייצגים. האיש אשר למרות נכותו הקטנה, בעינינו הוא המנוחין עם 5% נכות.



דן אביר קי

95

מבקש להתחשב בגיל. אני מבקש להתחשב בגיל. ואז זילברג אמר: תראה, אתה בן 30, אתה נראה בסדר. לא בגיל של עורך הדין שלך. גם זו התחשבות בגיל.

סעיף 6 ב' זאת צרה צרורה. ואני קצת אשם, אבל לא בצורה ישירה. כי אנחנו ישבנו בוועדה מוקדמת, השופט מלך, השופט זאבי המנוח, השופט קציר ואני, להביא איזו הצעה. מה שיצא זאת לא ההצעה שלנו. זה לא הילד שלנו. ולכן אני חופשי לבקר את הסעיף. הסעיף הזה הוא לא טוב. הוא גורם להרבה דיונים והוא מטריד את בתי המשפט. בגלל סעיף 6, א' 6, ב' 6, אנו לא זזים מהפרוזדור של העניין, של הוועדות, של המילואים. וצריכים להחליט כל יום החלטות חדשות בנושא הזה. לעורכי דין יש זמן והם רוצים לעכב את הדיון. יש להם הרבה טענות והרבה אפשרויות לגרום לעיכוב. אני רוצה להקריא לכם גם את 6ב, כי נוהגים לשכוח. כתוב: נקבעה על פי דין, כל דין, דרגת נכות לנפגע בשל הפגיעה שנגרמה לו באותה תאונת דרכים, לפני שמיעת הראיות ונקבעה לפי כל זה, תחייב קביעה זו גם לצורך התביעה לפי חוק זה. אולם בית המשפט יהיה רשאי להתיר ל... בתביעה לפי חוק זה להביא ראיות לסתור את הקביעה האמורה, אם שוכנע שמן הצדק להתיר... וכך הלאה.

קודם כל, הסיפא. בעצם יש פה ביקורת נוספת על הוועדות הרפואיות. וזה אולי החלק הטוב של הסעיף, אם כי למרות שהרישא שאמרת שאם נקבעה דרגת נכות לפי כל דין, היא חייבת לשמש כראייה בעניין הנכות. נסכם את זה בקצרה, שהיום אין מה לדבר על קביעה על פי דין אחר, אלא מדובר על קביעה על פי חוק הביטוח הלאומי, ולגבי תאונת עבודה בלבד.

לא נכות כללית לפי פרק 22 שעכשיו יהיה פרק י'. אתם יודעים שחוק הביטוח הלאומי נוסח משולב, התחילו לבנות אותו מחדש. ויש גם תיקונים שהם בסדר. ויש לי בשורה בשבילכם. עכשיו התובעים יתחילו לסכם קשות במשפטים אזרחיים. כמו בבית הדין לעבודה. אז חוזרים. לא נקבע פסק דין ראשון, עכשיו זה אתם וההסתדרות. וזה יביא לשינוי מבחינת השופטים, אשר יקבעו פחות פסקי דין. הפירוש הקיים היום: קודם כל תשתמשו בצורה מינימלית במתן ראיות לסתור על פי סעיף 6 ב', ואל זה אני אתן את הפתרון שלי עוד מעט.

הרישא והפרשנות אומרת, אם יש קביעה של ביטוח לאומי, בענייני עבודה, פגיעת עבודה, וישנה נכות ספציפית לאותו מקרה, בית המשפט חייב לקבל אותה. אין לה קשר סיבתי ואין הגדרת נכות. החידוש הוא מה שלא כתוב בחוק, גם

אני מזמין את כבי' השופט חנוך אריאל לדבר על ההשפעות של סעיף 6 ב' ואח"כ על הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים, ועל דברים אחרים מפרי רוחו. כפי שכבר מעתם, כמה פסקי דין של השופט חנוך אריאל עשו גלים ומהומות בתחום הזה ובתחומים אחרים.

השופט אריאל: טוב, אמנם כמה פסקי דין שלי בוטלו, אבל שמעתי בזמנו מכבי' השופט ברק, שגם בית המשפט העליון היה נמצא טועה ב-30% אילו היתה ערכאה גבוהה יותר. משום מה כל פסקי הדין שלי נמצאים באותם 30% של העליון. כבי' השופט זוסמן אמר את זה במפורש. וגם אני אומר את זה, כפי שגם ברק אמר במפורש. על כל פנים מבחינת הזמן אני כבר גמרתי.

חזרה לעניין, בהתחלה היה לי קשה להגיע, אחר כך שמחתי שאני אגיע. נסעתי עם השופט כרמי, ופתאום כשפנינו לכיוון פתח תקווה, שמחתי מאוד. מדוע? מפני שבדרך שאני נוסע לירושלים, להרצות בנווה אילן או בירושלים, כשאני מגיע לנתבי"ג יש שם שלט: הזהרו ממטוסים מנמיכי טוס. ואני רוצה להזהר ואינני יכול, ואני תמיד מגיע מתוסכל לירושלים. איך נוהרים ממטוסים מנמיכי טוס? וזה מקלקל לי את כל ההרצאה, כי כל הזמן אני חושב איך הייתי צריך להזהר. לפתח תקווה אין בעייה, אתה מגיע בלי בעיות ואתה יכול ישר להרצות.

אמרתי לשופט קובובי לא להזכיר לעורך דין יונגר את פסק הדין שהוא אמר, כי מחר הוא יבוא אלי עם פסק הדין. כל יום אדון יונגר מופיע עם רעיון חדש ויפה בענייני חוקי ביטוח לאומי. זה לא תמיד מתאים לאותו תיק שיש לו, אבל הוא אומר לי את זה. ואני אומר לו: תחכה להזדמנות. אפשר לטעון את זה אם ההזדמנות מתאימה. עם כרמלי הלכתי כברת דרך של עשרות שנים ביחד, בלשכה המשפטית של ביטוח לאומי. ואצל השופט קובובי, היתה לי הזכות להופיע הרבה פעמים, ועכשיו אני יודע מה מרגישים עורכי הדין שמופיעים אצלי ומפסידים תיקים, כי אני הפסדתי אצלו כמעט את כל התיקים. השופט קובובי היה מפורצי הדרך של הרחבת הפסיקה לטובת הנפגעים. בהתחלה בבית הדין לביטוח לאומי, ואחר כך בבית הדין הארצי לעבודה. אנחנו, כאנשי ביטוח לאומי היינו מתמרמרים, אבל בסופו של דבר הצדק היה איתו והוא פרץ דרכים לפרשנות חדשה גם בעניין ועדות רפואיות של קשר סיבתי, של פגיעות, בין אם פגיעות לב, ובין אם פגיעות גב. הוא תרם הרבה מבחינה זאת, להתפתחות חוק הביטוח הלאומי, כולל עניין הוועדות הרפואיות, ונכון שזה עדיין לא מספיק. באשר לגיל של התובע, שלא לוקחים בחשבון: אני זוכר כי השופט זילברג היה תמיד מספר על נאשם שהופיע לפניו וכל הזמן היה אומר: אני

בגלל הקשר הסיבתי, וזה מהווה קביעה גם לקשר הסיבתי וגם לדרגת הנכות. אבל דרגת הנכות הרפואית בלבד. לא 15, ולא 16. את הנכות התיפקודית פתרו ההוכחות בפני בית המשפט. אבל במגבלות מסויימות. הנכות התיפקודית, לפי הפסיקה האחרונה, אומרת שכל חוות דעת רפואית, בעניין תיפקוד, או לכל צורך אחר, חייב בית המשפט למנות לגביה מומחים, וצריכה להיות פנייה לבית המשפט, ורק בית משפט יכול למנות מומחים. צד איננו רשאי להביא מומחה רפואי, לעניין תיפקוד, או לכל עניין אחר, אלא אם הוא פנה לשופט, והשופט מינה את המומחה.

לפי דעתי, לא זה מה שכתוב ב-6 ב'. נדמה לי שסעיף-6 ב' התכוון רק לנכות רפואית. בעניין תיפקוד, ניתן וצריך לאפשר לעורך דין להביא מומחים, אף כי במידה מצומצמת. לגבי שיקומו של הנפגע, גם זה מוגדר כעדות של מומחה. הגדרת "מומחה" בתקנה 1, שהיא תקנת המומחים בחוק פיצויים, מכסה כל מומחה רפואי, לרבות מומחה לעניין שיקומו של הנפגע. אני פירשתי את זה לאחרונה שמדובר ברופא ממש לעניין שיקומו, וכל המקצועות הפרא-רפואיים יכולים להעיד בבית המשפט מטעם הצדדים. זאת אומרת פיזיותרפיסט, ספיץ-תיראפיסט, ריפוי בעיסוק, כל אלה, לפי מספר החלטות שנתתי, ניתן להביאם לבית המשפט, בתנאי שהם לא יסתרו את דעת המומחה שנתן חוות דעת בבית המשפט. עורך דין ירון, ביקש ממני אתמול, לעכב את הדיון בשמיעת ההליכים. הוא רוצה לבקש את רשות בית המשפט העליון, כי עדיין אין החלטה בנושא זה. על כל פנים בשאלה שעלתה - אני אומר: החלטה זאת היא, האם מומחים פרא-רפואיים יכולים לבוא להעיד מטעם כל צד. מפני שהם אינם נכללים בהגדרה של מומחה. אחרת, לפי דעתי, הנפגע יעמוד במיטת סדום של אותה קביעה רפואית שהיתה אחרי פסק דין. עכשיו השאלה מתי מביאים את הקביעה של המוסד לביטוח לאומי וזה לפני שמיעת הראיות בתביעה. ההלכה היא היום, שאם בית המשפט מינה פוסק רפואי, לפני שנקבע במוסד לביטוח לאומי, אזי הגשת חוות הדעת של המומחה מהווה כבר תחילת הראיות. ברגע שמוגשת חוות דעת של מומחה - אין יותר שאלה ולא צריך. ואי אפשר לפנות לקביעה של ביטוח לאומי שתבוא כאחת מהראיות.

כל זה כחריג להחלטת בית המשפט העליון שניתנה לא מזמן, האומרת כי תצהיר שמוגש לבית המשפט, הוא חתיכת נייר בעלמא עד שלא יבוא המצהיר ויאשר את התצהיר. עד אז זאת לא ראייה. היוצא דופן הוא חוות דעת מומחה לפי חוק הפיצויים. זוהי כבר תחילת הראיות. עכשיו, אם אין קביעה, מהי קביעה עתידית בביטוח לאומי? לדעתי, ויש על כך מחלוקת, זאת החלטה סופית. כלומר אם הדיון הוא בוועדה

הרפואית לעררים. אם הוא בבית הדין האיזורי לעבודה או בבית הדין הארצי לעבודה, או אם הוא מוחזר לוועדה - אין כלל על פי דין, לפי חוק הביטוח הלאומי. בית המשפט רשאי למנות מומחה, ולרוץ קדימה.

זאת דרך המלך. 6 א' נותן לנו את דרך המלך. אם יש קביעה של המוסד לביטוח לאומי, אז, לפני שמיעת הראיות והיא סופית, אפשר להשתמש בה. נעבור אל הסיפא ב'-1. אני חושב שהסיפא טובה מבחינת אפשרות לא להתייחס לוועדה הרפואית מטעמים מיוחדים שנראים על פי הצדק ואשר יירשמו. שימו לב, כל פעם שרוצים להחביא משהו, אומרים "מטעמים מיוחדים שיירשמו". אם אתה אומר "מבחינת הצדק", אז אלה בוודאי טעמים מיוחדים. שיירשמו.

לפי דעתי, וגם בזה עוד אין הכרעות, לא כל מה שבית הדין לעבודה היה פוסק בוועדה רפואית יהווה סיבה שבית משפט ייתן אישור מטעמי צדק. ישנן הרבה תקנות שהן פורמליות בלבד, ובית הדין לעבודה עלול לבטל את הקביעה בגלל אותה פורמליות. למשל, יש פסק דין של בית דין לעבודה שוועדה רפואית לעררים אינה רשאית להתייעץ עם יועץ. רק וועדה בדרגה ראשונה. מפני שאין תקנה דומה לוועדה רפואית לעררים, לביטוח לאומי, ואני כבר שומע שרוצים לשנות את זה וזה טוב. כי כל דבר שהשופטים פוסקים נהפך לתקנות, אז מייד מתקנים אותו. באו וטענו לפני לגבי מומחים, שאפשר למנות כמה מומחים שרוצים, ועדה יכולה להיות עם 300 מומחים. אמרתי: לא. אם כותבים "שלושה", צריך שיהיו שלושה. אז הלכו ותיקנו, וכתבו "שלושה או יותר". קל מאוד לתקן תקנות.

היתה טענה, וזה שייך לעניין שלנו לגבי פגיעה נפשית, בחוק הנכים. התקנה אמרה שאם הפגיעה הנפשית היא נורמלית, ולא מעבר לנורמלי, אז לא תינתן דרגת נכות. אז אני שאלתי, מה זה מצב נפשי שהוא נורמלי, אז אף אחד לא ידע לענות. הלכו ושינו את התקנות ואמרו: אם היא לא עולה מ-10% מעבר למה שמישהו אחר מראה במצבו. אז טוב שמתקנים תקנות. אבל לא תמיד כדאי לבטל את מה שאומרים: תסתכל עלי, תסתכל עליו. זה משרד הבטחון ויש לו בעיות יותר קשות איתי, והוא לא כל כך מבסוט ממני. אני אומר כך ובזה אני רוצה לסיים. הסיפא של סעיף 6 ב' נותנת אפשרות של ביקורת על הוועדות הרפואיות שהזכרתם, ואתם רוצים לדעת מה עושים. האם, כשהשופט רואה שהוועדה הרפואית של ביטוח לאומי הכניסה את הנפגע לסד, יש בעיה, שלא התייחסו למצב נפשי? לא התייחסו לפגיעה מסויימת. לא התחשבו במקצועו. התחושה היא שמיטת הנכה היא מיטת סדום, ובית המשפט יפתח את הדלת, אם

זה מהותי ויגיד מבחינה זאת דברים כדרכנות. אני מעדיף כבר שמומחה יקבע את דרגת הנכות שלו ולא צריך להישאר באותה קביעה. נכון שזה נעשה במידה מועטת. אני לא חושב שהעשייה צריכה להיות במידה מועטת. היא צריכה להיות בביקורת של בית המשפט וזאת הזדמנות לקבוע גם את הדרגה הרפואית שתיתן אחר כך מנוף לדרגה הטיפקודית, אם יש צורך.

יש בלי סוף שאלות. אבל הנה הולכות ומצטטירות שלוש ההנחות. הנפגעים ועל ידם המשפטנים שמייצגים אותם. בתי המשפט והמוסד לביטוח לאומי. היום קרתה תאונה, עברה דרך ועדה זו וזו, ותמיד אני צריך להחליט. צריכים לראות את זה באור בית המשפט כדי להתחיל בראיות. להתחיל בראיות כדי שימשיכו להביא את המומחים שלי, ולא את המומחים של הביטוח הלאומי. למהר לבית המשפט. ואם המומחים שלי בבית המשפט, סליחה, מומחים של בית המשפט, שבית המשפט ימנה את הרופאים, כדי שתהיה התחלת הראיות, כדי שנתקדם עד שביטוח לאומי יגמור. אז אתם יודעים מה? אם ביטוח לאומי בכל זאת גמר מהר, בואו נגיש ערעור. לא יזיק. אבל בינתיים? זוהי מערכת שרצתה בעצם כאילו לחסוך באמצעים ויצרה גועל נפש בתוכה. זאת מערכת מבלבלת, שפוגעת בדבר המרכזי.

אני אומר זאת במפורש, כי אני יודע שהיום בכל פנייה משפטית, כך או כך, אם צריך או לא צריך, מכניסים את כבוד האדם וחירותו. אומרים זכות האדם על גופו. אז אם זאת הזכות על גופו, אז זאת גם הזכות להוכיח איזה נכות היתה לו. ואיך הוא נפגע. והאם הנתונים האלה מתאימים לקונספציה החדשה, פרי השנים 1992-1994. חוקי היסוד, זכויות האזרח והזכות שלי. אני מדבר על הזכות שלי להיפרע על הנזקים שנגרמו לי. ואם החוקים לא מתאימים לזכותי, אולי צריכים להתאים את החוקים אלי ולא את עצמי אל החוקים. וביתיים, המערכת היא מערכת שלובה ודי. אז אולי האחרון בשלב הזה של דיונו, יהיה די"ר לוטס, שיראה לנו כאן, לצורך הדיון שלנו איך הדברים נראים מן הזווית של הרופא המומחה.

די"ר לוטס: עד שהגיע תור, כל המרצים שדיברו לפני יצאו מנקודת הנחה כי הוועדות עושות את מלאכתן כראוי וכנדרש. ומתברר שאין זה כך. אנו מכירים מן הטלוויזיה את הצילומים בעזרת מצלמה נסתרת. לו היו מכניסים מצלמה נסתרת כזו לישיבות של הוועדה, היו מתגלים הרבה דברים מצחיקים, אך גם כואבים.

נתחיל מכך שרופא שיושב בוועד מקבל שכר דל, כאשר

ההחלטות והקביעות בדבר פיצוי אשר מתקבלות בוועדה, מגיעות למיליונים.

כאשר אומרים "ועדה רפואית" לרוב זהו רופא יחיד, אשר נקרא "ועדה". העבודה נעשית בשעות הערב. הרופא מגיע לשם כשהוא עייף מיום עבודה ארוך ולעיתים אחרי תורנות. הוא משתדל - לפעמים באופן תת הכרתי - לקצר את משך הישיבה, כדי שיגיע סוף סוף הביתה. מובן שרופא זה אינו מסוגל להתרכז כראוי, ולא מפליא אם החלטותיו, פה ושם, תהיינה שגויות.

לפני כמה שנים הרופאים סרבו לעבוד בתנאים שהתקיימו, ופתחו בשביתה. מה עשו חכמים? העלו במקצת את שכר הרופא, אבל הגדילו את מספר ה"לקוחות" שמוזמנים לישיבה של הוועדה, משלושה לארבעה. הוועדה - איפוא - צריכה לעבוד בקצב מטורף, אשר מצידו - עלול להביא לשטחיות בשיקול וטעויות בהחלטות. מאידך, אם הרופא מעוניין להגדיל את שכרו עליו לבדוק את ארבעת המוזמנים. ישיבה רגילה של ועדה רפואית נמשכת כשעה, וכל אחד עושה מאמץ לא לחרוג מן השעה הזו. מה פירוש לבדוק ארבעה אנשים? לקרוא את חומר הרקע, לקבל אִנְפִּינָה, לבדוק את הנפגע, לשקול ולהגיע להחלטה ולהכתיב אותה למוזכר. כל זה ברבע שעה. אבל אם הנבדקים הראשונים גזלו יותר מחמש עשרה דקות כל אחד, לא נשאר זמן לפציין את האחרון. וכאן ישנו טריק. דוחים את הטיפול באיש האחרון לוועדה. איך? מחליטים על נכות זמית ואז אין צורך לכתוב החלטות ונימוקים ולא דרוש זמן לזה. וכך ניתן להספיק את כל הארבעה בשעה. מאחר והוועדה משתדלת לא לחרוג מגבול של שעה אחת, הרי כשמופיע מקרה מסובך, הוועדה בבעיה. הפתרון פשוט: דוחים את ההחלטה לוועדה אחרת. ואז שוב נקבעת נכות זמנית, ושוב, ושוב. כך נחסך זמן לוועדה, אבל לא לתובע, שצריך לבוא פעם ועוד פעם ועוד פעם.

הרבה מן התובעים התלוננו בפני ואמרו: "לא נתנו לי לפתוח את הפה, לא נתנו לי להסביר". במהירות שהוועדה עובדת, היא מונעת מן התובע להתבטא ומאיצה בו לקצר.

גם הבדיקה עצמה חפוזה ולא מדויקת. תנאי עבודה כאלה, בנוסף לשכר הירוד, מרתיעים רופאים בכירים ומספר הרופאים שמוכנים לשבת בוועדות, פוחת והולך, והרמה יורדת.

אם, חס ושלום אדם מופיע לפני הוועדה, כשהוא מלווה בעורך דין, זה אסון. כי יצטרכו לזמן רופא אשר יודע לנסח את דבריו ולהתמודד עם עורך הדין. וזה גוזל זמן ולכן מעצבן את הוועדה, ומכאן - כל ההמשך.

החלטה שמתקבלת בתנאי עבודה כאלה מקובלת, משום מה, על בתי המשפט, כהחלטה קובעת בתביעות רכב-גוף. בית המשפט אינו מודע, כמובן, לחיפזון ולשטחיות בהם נתקבלה ההחלטה, ובשבילו זו תורה מסיני.

בוועדת העררים המצב אינו טוב בהרבה. כאן יושבים אמנם שלושה רופאים, אבל בדרך כלל רק אחד מהם מומחה לנושא שמובא לדין. נניח שדרוש אורטופד, ואז ישנם על ידו שני רופאים ממקצועות אחרים. לדוגמה נירולוג וגניקולוג, והבעייה היא אצבע. כמובן ששני הרופאים האלה נותנים את כל הסמכות לאורטופד, ואז הם מהווים למעשה חותמת גומי להחלטותיו, שאף הן עלולות להיות חפוזות ושגויות, כמו בוועדה מדדג ראשון, ומאותן הסיבות.

המסקנה? ועדת העררים, שהיא לכאורה אינסטנציה יותר גבוהה, אינה רצינית. לא היו כאן שלושה אורטופדים כדי לבדוק את האצבע. ישב שם אורטופד אחד, כמו בוועדה רגילה, ולעיתים קרובות זה היה אורטופד עייף.

לאן כל זה מוביל? ליותר החלטות שגויות, וליותר בדיקות שטחיות. אבל גם הביטוח הלאומי תורם למצב הזה. אינם מכינים את התיקים כמו שצריך, לא פעם קורה שלא השיגו את כל פרטי העבר הרפואי של התובע, ולא טרחו לעקוב אחרי מתחזים. לעיתים התובע מופיע בפני הוועדה ללא אבחנה רפואית סופית. הוועדה הרפואית של המל"ל אינה ועדה דיאגנוסטית ואין מתפקידה להורות לרופא המטפל איזה בדיקות לערוך לשם בירור האבחנה.

אביא מקרה להמחשת המצב. היה לי פציינט שרגלו היתה נתונה בגבס כמעט שנה. היה לו אוסומליטוס. זהו שבר מסובך. בדקתי אותו באופן פרטי וקבעתי נכות של קשיון הקרסול. ותאמינו לי שאחרי שנה בגבס אכן יש קשיון של הקרסול. המקרה הגיע לוועדת עררים והוועדה כתבה: "עיינו בחוות הדעת של ד"ר לוטס, ואנחנו חושבים שד"ר לוטס לא דייק. התנועה של הקרסול מלאה". עורך הדין של התובע ביקש את עצתי. אמרתי לו: "שלח את האיש אלי שנית. אבדוק אותו ואני רוצה לראות כמה טעותי". האיש בא, ובדקתי שוב. לא בהתרשמות אלא עם מד-זווית. וכמובן שהקשיון שמצאתי בפעם הקודמת קיים גם עכשיו. אתם רואים כאן מה קורה כשמתקבלת החלטה שטחית. שום כח בעולם לא יוכל להפוך החלטה כזו של ועדת עררים.

מקרה כזה אינו בודד. ישנם רבים. וישנה גם תופעה אחרת: התובע מעצבן - לעיתים - את הוועדה. וישנם אנשים שמנסים להתחזות וזהו נושא שממעטים לדבר עליו. ורבים מתפרנסים

ממנו. וכל אחד רוצה להציג את עצמו יותר מסכן מאשר הוא באמת. ואם הוא מעצבן את הוועדה אזי יקבל אפס אחוזים, אפילו אם יש לו נכות.

עכשיו נחזור אל הוועדה עצמה. היא מקבלת ניירת מן המוסד לביטוח לאומי, צריכה לעיין בה. הניירת אמורה לתת מידע על האירוע ועל ההיסטוריה של הנפגע. הרבה פעמים, הניירת הזו כלל לא מלאה והוועדה במסגרת שתי דקות וחצי, צריכה לקרוא את המסמכים. מקבלים למעשה תמצית או תצלום של מסמכים מסומנים ולעיתים קרובות מתברר שרופא המוסד פיספס ולא שם לב לכל מיני בעיות. ואז בונים תמונה על בסיס רעוע. הוועדה כותבת: "אדם עם כאבי גב, לאחר שהרים משא כבד, בצילומים רואים שינויים ספונגילויטיים גסים בעמוד השידרה, וקיימת אצלו הגבלה קשה בתנועות הגב. היות ולא סבל בעבר מהבעיות האלה, אז קובעים שזה בגלל התאונה. לא בגלל עברו". וזה קורה מפני שרופא המוסד לא שם לב, שלאותו אדם יש כמה וכמה רישומים על פניות קודמות לרופא אורטופד. וצילמו לו את הגב חמש פעמים לפני התאונה. אבל את זה רופא המוסד לא ראה, והוועדה - אחריו - לא ידעה.

נפוצים גם מקרים שמעלימים מסמכים. או שהם "נעלמים". מביאים לוועדה תיק של קופת חולים, שמתחיל לאחר התאונה. כלומר התובע נולד אחרי התאונה. לפני זה הוא מעולם לא הלך לרופא בגלל דלקת גרון ושקדים. הוא פשוט לא היה קיים. ואף אחד אינו מחפש.

דובר על תסבוכות שמתרחשות בבית דין לעבודה. חלקן קורה מפני שהמל"ל לא דאג לערער על דברים שהיה צריך לערער. אני נתקלתי פעם בבעייה כזו. אדם עם בעיית גב. הופיע אצלו שיתוק. והביאו לו מתקן. המקרה נדד מוועדה לוועדה וכך זה נמשך כשנתיים. ויום אחד, באחת הוועדות האיש מתלונן על כאב בצוואר, והוועדה לא שמה לב שנושא הצוואר כלל לא שייך לתאונה ורשמו "סובל מהצוואר" ובדקו לו את תנועות הצוואר. בהמשך, כבר לקראת הוועדה הבאה, אותו אדם כבר עבר ניתוח של עמוד השדרה הצווארי. עשו לו לומינקטומי, ספאנאפיזי, וכל מיני דברים דומים. ואז קבעו לו נכות גם על הצוואר וגם על הגב. למרות הנסיבות שהסברתי. בינתיים פג תוקף הזמן שאפשר לערער, והמוסד לא ערער. ואחר כך האדם הזה הגיע משום מה אלי, אני בדקתי אותו. איני יודע מה היתה הפרוצדורה בוועדה, אשר

גרמה לו להגיע אלי. מה אני מוצא? הפרונל ספיד בכלל לא נחוץ. לא היה לו בכלל שיתוק ברגל. הוא שיחק את זה. אבל היתה לו נכות גבוהה, ואני נאלצתי לקבוע לו נכות מאוד גבוהה לצוואר, מפני שבמחנה פורמלית, המוסד עכשיו מכסה את זה. עשיתי את זה תוך מחאה ואסור לתת לנושא הזה להרדם.

עכשיו, לגבי קובץ התקנות. קובץ התקנות של ביטוח לאומי איננו מופעל ואיננו מתייחס לשינויים שחלו ברפואה. למשל יש נושא נפוץ ביותר כיום, של החלפת מיפרק. יש החלפת מיפרק ברך, מפרק ירך וכדומה. אין סעיף מהי הנכות של אדם אשר החליפו לו את המיפרק. התקנות האלה מאוד מאוד ישנות. מדי פעם משנים, אולי, את הצבע של הכריכה, אבל לא את הנושא. היה נסיון בצה"ל לשנות את התקנות, ובאמת שינו את צבע כריכה לאדום. אבל התוכן בכלל לא השתנה. אין שום תקנה על החלפת מפרק. יש בתקנות דברים בלתי בהירים ובלתי ברורים אשר גורמים לוועדה להשתמש בשיקול דעתה במקום להיות כבולה במסגרת שהחוק קובע. למשל: בסעיף על מיפרק הירך כתוב: "הגבלה בפיסוק, קירוב או סיבוב, נותנת 20%". המחוקק לא טרח לכתוב איזה הגבלה. נניח שאדם נורמלי יכול לסובב את פרק הירך שלו לכל כיוון, בערך 45 מעלות, ולאיש שלנו חסר בטווח הזה 10 מעלות. אזי נקבע לו 20% נכות! ואכן ועדה מסויימת תתן לו 20%. אבל ועדה אחרת?

עכשיו, לגבי הברך. יש מי שקובע כי תיפקודית - אדם מכופף את הברך עד 90 מעלות. ואז יש לו אפס נכות. אבל במקצועות רבים אי אפשר לעבוד עם ברך שמתכופפת עד 90 מעלות. רצפים, למשל, או אנשים שמניחים שטיחים. אז אפשר אמנם להגיד "תפעילו את תקנה 15". אבל גם בתקנה זו אי אפשר להגיע לנכות אמיתית במצב שהאיש אינו יכול להמשיך לעבוד.

נושא אחר שעד היום לא הצלחתי להבין. ותאמינו לי, אני כבר עשרות שנים בעסק הזה. זהו הנושא של שבר של חוליה. אולי מישחו כאן יודע עברית יותר טוב ממני. אני יליד הארץ והייתי קרוב, כנער, לשולחן של ביאליק, ובכל זאת עדיין לא הבנתי. יש סעיף 37/8. "שבר על גוף חוליה שהתרפא, בלי תזוזה ניכרת ובלי הגבלת תנועה של עמוד השדרה בקרבת החוליה הזאת". מה זה "בלי תזוזה ניכרת"? האם החוליה נמעכה, או שקעה? מה זה "תזוזה"? האם זה תת נקע? או אולי דחיסת החוליה?

זה איננו המקרה היחיד של אי בהירות בהגדרת סעיפים. אי עדכון התקנות של המל"ל וחוסר עירנות להתפתחויות שחלות ברפואה עשויים להביא להחלטות שגויות, וכבר אמרתי זאת קודם. כל רופא מפרש את הסעיפים לפי הבנתו. והתוצאה - חוסר אחידות בנושאים זהים בוועדות שונות. אביא דוגמה נוספת. סעיף 140(1): "חיבור גרוע של עצם הזרוע. קיים קיצור ניכר או זווית ניכרת עם הגבלה בתנועות המרפק או בכתף בצורה קלה או בינונית". מה הכוונה "קיצור ניכר"? מהי "זווית ניכרת"? מהי "הגבלה קלה"? ומהי "הגבלה בינונית"?

סעיף 148(1) ב': "הגבלה בהטיה, קירוב או סיבוב של הגף". זה מקנה 20% נכות. אין הגדרה מהי ההגבלה המזערית שמקנה 20%. האם זו מעלה אחת? אולי עשר מעלות? אולי 50 מעלות? מדוע אין המחוקק מסוגל לדרג את הנכות באופן כמותי, באופן יחסי למיגבלה הנמדדת באופן מדויק במעלות? זוהי הרי הדרך שבה נקבעה הנכות לפי קובץ התקנות של ההסתדרות הרפואית האמריקאית, A.M.A.

קיימים סעיפים מיושנים, כמו סעיף 49 (2) ז' III: "נזק במניסקוס. מצב לאחר הוצאת המניסקוס ללא הפרעות תיפקודיות". זה מקנה 0%. כאשר הסעיף הזה נכתב, עדיין לא היה ידוע כי המניסקוסים בברך נושאים על עצמם 40% מן העומס שעל הברך. חוסר המניסקוס מחיש התפתחות של ארתרוזיס, מפחית את יציבות הברך ומהווה נכות.

הנושא של מפרקים מלאכותיים טרם נכנס לתקנות של המל"ל, למרות שבארץ מצויים אלפי נכים שאצלם הוחלפו מפרקי ירך או ברך בתותב.

לסיכום: יש להעלות בצורה משמעותית את שכר הטרחה של רופאי הוועדות, ובו בזמן להפחית את מספר הנבדקים. רצוי אחד או שניים לשיבה אחת של הוועדה. הדבר יביא לשיפור במוטיבציה של הרופאים והעלאת הרמה של הוועדות וימשוך רופאים בכירים להיות חברים בוועדות.

יש לדאוג שהמל"ל ישפר את רמת ההכנה של חומר הרקע שמובא בפני הוועדות.

יש לדאוג לעדכן את תקנות הביטוח הלאומי ולשפר בהן את ההגדרות והניסוחים. תודה רבה.

עם סיום דברי ד"ר לוטם, אחרון הדוברים חברי הפנל, נערך דיון פתוח וסוער בהשתתפות הקהל. כפי שכבר נאמר בראשית הכתבה, אין המערכת יכולה להביא כאן את כל השאלות, התשובות, ההערות ודברי הביקורת שהושמעו.

רפואה ומשפט גיליון מס. 13 - נובמבר 1995

עו"ד אלי זהר: השעה מאוחרת ואני חייב לסגור את הדיון. הנושא שעסקנו בו היום, חשיבותו עצומה. ובסיוע חבורה מצויינת של מערכת הבטאון שלנו, "רפואה ומשפט", הנחנו על השולחן את הנושאים הכאובים שמעסיקים רבים מאיתנו. זה היה קיטוב של הבעיות. אבל השאלה איך מוציאים את הנושא מחוץ לבית. אפשר על ידי פרסום ואפשר ע"י העברת הטיפול לוועדת המחקר של האגודה. ואז תוכן המלצה למוסד לביטוח לאומי ולמשדרי הממשלה להקים ועדה ממלכתית שתבדוק את המכלול כולו באורח יסודי. דרך אחרת - האם רוצים להקים ועדה חיצונית שתקבע מחדש את אחוזי הנכות לכל המקצועות שעל הפרק.

אני גאה בדבר האחרון שאומר: ואלה התודות החמות לעו"ד זאב כרמלי, לד"ר חיה קטן, לעו"ד ישראל יונגר, לכבוד השופט ד"ר קובובי, לכבוד השופט חנוך אריאל, ואחרון אחרון, לד"ר

משה לוטם. תודות גם לכל אלה שהשתתפו בדיון ולא לה שתרמו לקיום הדיון בעצם ישיבתם כאן שלוש וחצי שעות. וזכות המילה האחרונה - לנשיא האגודה, פרופ' אמנון כרמי.

פרופ' כרמי: מילה קצרה בצהרי יום שישי. אנו מקיימים הרבה ימי עיון, אבל צריך להודות כי לעיתים רחוקות מתקיים יום עיון כזה. ואיני מדבר עכשיו על הרצאה אקדמית באוניברסיטה. שולחן נשיאות, עם מפה לבנה, וצוות אנשים אשר כל אחד מהם אריה בתחומו. לא רק באורח אקדמי, אלא במובן היותר מעשי. מי כמתקין תקנות, מי כאוכף החוק ומי כמרפא. כולם מומחים אשר המומחיות שלהם אינה נופלת מזו של טובי המומחים שבאולם ובארץ. והיתה להם הסבלנות והתבונה והרצון הטוב להאזין לכל אשר הושמע כאן. הנושא כואב וראוי שיבוא בראש התייחסותנו. תודה רבה.

מערכת "רפואה ומשפט" מברכת את
 יו"ר ועדת פדס "אות המופת לרופא"
 שופט בית המשפט העליון
דב לוין
 לקראת צאתו לנימלאות
 איחוליו לעולם ארוכות של פעילות ברוכה בתחום
 המשפט ולמען הכלל.

בימת המערכת

ועדה לקביעת נכויות - הצעה לשינוי

4. אנו נצביע במרוכז על כמה מהתופעות השליליות הבולטות בשיטה הנוכחית:

א. עצם ההרגשה של הנפגע שהוא "אינו שווה" בפני הוועדה עם הצד שכנגד, דהיינו הביטוח הלאומי.

ב. "השליטה" על הרכב הוועדות כשרופא המוסד הוא הממנה את הרופאים, ויודע מראש את גישתו של כל רופא.

ג. חוסר ציוד מינימלי בעת הבדיקה בבנין ביטוח לאומי.

ד. אימוץ אוטומטי של חוות דעת של יועצים חיצוניים המתמנים ע"י הוועדות.

ה. ריבוי ועדות מזדג ראשון אף למקרים בהם ברור שהנכות הינה ולו באורח זמני, 100%, אם על בסיס תעודת אי-כושר ואם על יסוד חומר רפואי.

ו. ערעור כמעט אוטומטי על מרבית התוצאות הזמניות, דבר המצריך הרכב של 3 רופאים לשמיעת הערעורים.

ז. היכרות אישית בין הנפגע לרופא והאפשרות לדעת מראש מי הרופא שישב בוועדה.

5. כדי להתגבר ולו על מקצת מן החליים, מועלית כאן הצעה מהפכנית שנושאה "הוועדות", תחילה לתקופת נסיון של שנתיים בענף נפגעי עבודה ולאחר מכן ולפי הנסיון שיצטבר, ניתן להרחיב את היריעה ליתר שיטות הפיצוי, כולל: צה"ל, נכות כללית, נפגעי ספר, אסירי ציון וכו', כשהשאיפה הינה האחדה של כלל השיטות ולוחות הנכויות.

6. אנו הולכים לקראת הפרטה של בתי חולים, ולאור זאת מועלית ההצעה דלהלן, המבוססת על מרכזים:

א. בארץ ישנם חמישה מחוזות לבתי משפט מחוזיים ובמקביל להם בתי דין לעבודה.

ב. בכל אחד מהמחוזות, למעט תל-אביב שיתפצל לשניים, יוצא מכרז על פיו יוכל אחד מבתי החולים במחוז לשמש מרכז לבדיקת נכויות.

ג. הבדיקות של הוועדות תערכנה במשך כל שעות היממה

1. כללי

האדם נוצר בשלמות ע"י בורא עולם שהוא עצמו כליל השלמות, ובתור שכזה האדם יוצא לדרך החיים.

במהלך חייו מתגלות אצל האדם פגימות שונות, מהן מולדות כגון פגמים גנטיים, מהן נרכשות כגון מחלות ומהן נגרמות כגון תאונות.

לנו עניין - כעקרון - בסוג האחרון, דהיינו, פגימות נגרמות.

יכולה חברה להחליט לפצות כל דבר ועל כל דבר, אלא שהחוק לביטוח לאומי, בו אנו עוסקים מפצה בעקרון את הפגימות הנגרמות, לעיתים ובמסגרות שונות. לדוגמה: נכות כללית, נייזות וכד', וכן פגימות מולדות או נרכשות.

2. במהלך ביצוע של החוק לביטוח לאומי, ובעיקר כאשר מדובר בנושא תאונת עבודה או מחלת מקצוע, אנו נתקלים בבעייה כפולה - האחת - למה? והשנייה - כמה?

נעסוק בדרך למדידת ה"כמה" והכלים לכך כשכוונתנו בעיקר ל"כמה" מבחינת האחוזים, טבלאות הנכויות, ונעסוק פחות ב"כמה" מבחינת סכומי הכסף. כי דברים אלה מוסדרים בחוקים ובתקנות שאינם מענייננו כאן.

3. במצב הקיים נקבעת הנכות ע"י ועדה רפואית. לרוב מומחה אחד, הנעזר לעיתים קרובות בחוות דעת של יועץ חיצוני (כגון רופא מומחה למחלות אף אוזן וגרון, פסיכיאטר וכד') ואשר מתמנה ע"י צד אחד, שהוא הביטוח הלאומי, מממן את הוועדה, גם מרכיב את הוועדה, גם קובע מי הרופא שישב בה, באיזה נושא ובאיזו ועדה, גם ממנה את מזכיר הוועדה (שהוא פקיד של המוסד) ואף מושיב את הוועדה בבניינו הוא.

התופעה הזו מביאה לאינסוף תקלות ולא לפי ערעורים משפטיים שרובם ככולם נטולי בסיס. השיטה מכבידה מאוד על המערכת ומייקרת אותה לאין שיעור.



ישראל יונגר, עו"ד

לפי מזכירות מיוחדת לאותו נושא. ניתן יהיה לנצל את מזכירות השר"פ (שירות רפואה פרטי) בבתי חולים בהם השירות הזה קיים.

ז. הוועדות תפעלנה בבית החולים, אף בזה שהאיש טופל בו אך לא ישתתף בהן רופא מאותו בית חולים שטיפל באשפוז של האיש שעניינו נדון בוועדה.
ה. מזכיר/מזכירת הוועדה יהיה עובד של המרכז, ויקבל את שכרו מאותו מרכז.

ו. הוועדה: הרופא יוכל להורות על ביצוע בדיקות מיידיות ולא לסרב את נושא הבדיקות והצילומים עד אין קץ.

ז. הרופא - חבר הוועדה, יוכל להמשיך בעבודתו השוטפת בבית החולים ורק ייקרא לניהול הוועדה.

ח. התשלום למרכז יבוצע ע"י הגוף המזמין את הוועדה - המוסד לביטוח לאומי, מה שאין כן לגבי ועדות אחרות - מס הכנסה, ניידות וכוד'. במקרים האלה תמומן הוועדה ע"י שני הצדדים.

ט. פקיד התביעות או רופא המוסד יהיו רשאים לאשר נכויות של 100% עד שנה מיום התאונה ובכך ניתן יהיה לחסוך אינספור ועדות.

י. לא תורשה הגשת ערעור על נכויות זמניות אלא כעבור שנה מהתאונה. ועדת ערר תוכל להתייחס בערעורה הסופי גם לנכויות

זמניות אחרי תום דמי פגיעה, בדומה לערעור על החלטות ביניים במשפטים אזרחיים.

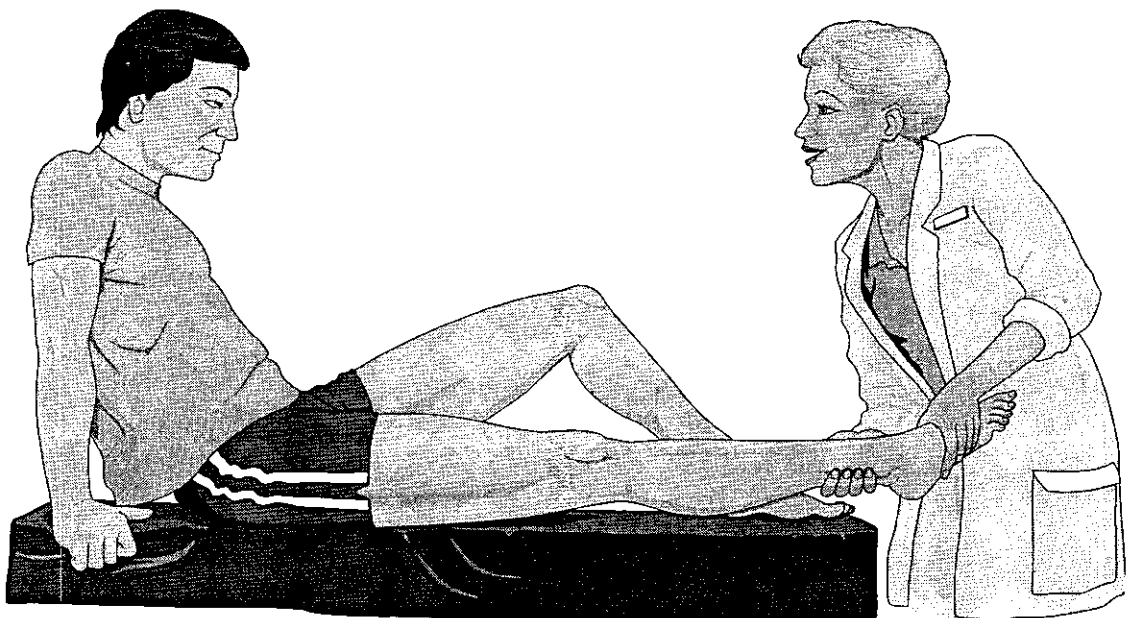
יא. הערעור יידון בד"כ ע"י שני רופאים שהם מנהלי מחלקה או סגן מנהל מחלקה או היו כאלה בעבר. השניים יוכלו לדרוש צירוף רופא שלישי.

7. המרכז יהיה לתקופה של כשנתיים. במידה והמרכז הרפואי לא עמד במשימתו, ניתן יהיה להחליף לאחר שנתיים את המרכז הרפואי הזה במרכז אחר, ע"י הוצאת מכרז.

8. הערעורים יישמעו בבית חולים מרכזי אחד בכל איזור כאשר חיפה והצפון יישמשו מרכז אחד, ירושלים והדרום מרכז שני, ות"א רבתי - מרכז שלישי.

9. כדי למנוע כל אפשרות של קשר בין הנפגע לרופא, ייקבעו הרופאים חברי הוועדה - מתוך מאגר של משרד הבריאות - רק בבוקר הוועדה. כך יימנע הקשר האפשרי בין הנפגע לרופא וגם יימצא פתרון לבעייה של היעדרות רופאים, כי ייקבעו רופאים המצויים באותו יום בעבודה.

10. אם תתקבל הצעתי או חלקים ממנה ייחסכו בוודאי מיליונים רבים של הוצאות למימון ועדות מיותרות וייחסכו אלפי ערעורים בבתי הדין לעבודה. אפילו העלאת השכר של חברי הוועדה, עלותה תקטן מאד לעומת החסכון הצפוי בשיטה המוצעת.



קביעת דרגת נכות-מורכבת, ובכלל

במקרים רבים כגון במקרה של נזק מוחי חבלתי או במקרה של רקע וסקולרי (דמם או חסימת עורק), נזק בחוט השדרה או קטיעות (3) המשמעות של הליקויים הבסיסיים תהיה מובנת בעיקר לאלה המלווים את המטופל במשך חודשים ושנים ארוכות עד לתוצאה (outcome) הסופית בכל אחד מן ההיבטים שמנינו (4). במקרים אחרים הידע הנצבר בבדיקות העזר אשר יעזרו לקדם את ההערכה של עוצמת הפגיעה הוא שיביא לטובת העניין (5).

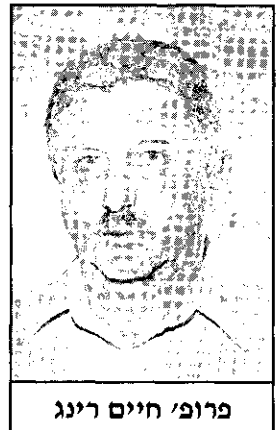
מכאן שבחירת המומחה אשר יבצע את ההערכה היא פונקציה של הצרכים המדיקו-לגאליים: במידה ומדובר בהערכת הנזק הגופני בלבד, דרוש מומחה באותה המערכת, אך במידה ומדובר בליקוי והשפעתו על תפקוד החולה או הנפגע במישורים שונים - מתחייבת התייחסות שיקומית מקצועית, עם נסיון של שנים בטיפול בנכים, וזאת עפ"י ההגדרות הפורמאליות.

צבירת חוות דעת של מומחים שונים לא בהכרח תבחיר את המצב, בוודאי להדיוטות ולמערכות שהם משרתים. זו היזה אופטית שיש להשתחרר ממנה. לעומת זאת, ייתכן ונמצא פתרון כמעט אוניברסלי, אשר נבדק בזמנו ע"י ועדה מיוחדת של לשכת עורכי הדין. בראש הועדה ישב עורך הדין ד"ר גבריאל קלינג, מי שנתמנה מאוחר יותר לשופט מחוזי. הפתרון הזה - מכון להערכה תפקודית (6), שיש בו מספר מומחים ובעלי מקצוע המתפקדים בצוותא, תחת קורת גג אחת, בההליך הנמשך יום אחד.

ועדות נכות עליונות, כמו אלה המופעלות במרכזינו לטובת מספר גורמים, מורכבות מרופאי שיקום, רופא תעסוקה, ומומחים לפי המערכות העיקריות שנפגעו. ועדות אלה מהוות אף הן פתרון הולם למצבים רפואיים מורכבים.

בכל מקרה, סוגיות אלה ואחרות, חייבות לעמוד לדיון בפורום של בעלי מקצוע שונים ברפואה שיקומית, ברפואה תעסוקתית, בתעסוקה ובחקיקה. הן חייבות להבדק גם מבחינתם של הגורמים המבטחים והנכים עצמם. פורום זה הולך ונרקם והוגשה בקשה לרישום כחוק כדי לאפשר קידום עניינים אלה ברמה הטובה ביותר מכל הבחינות. כל הרואה עצמו מסוגל לתרום בנושא זה, מוזמן.

בבואנו לדון בסוגיה של קביעות מדיקו-לגאליות, לרוב - אבל לא רק, לשימוש בבית המשפט, עלינו תחילה לדייק במספר הגדרות. היתה, ועדיין קיימת אי-בהירות במושגים שונים, הקשורים רובם למחלה או לפגיעה עם sequela, קריא-נזק בלתי הפיך עם שרידים כרוניים. עקב כך נרתם אירגון הבריאות העולמי ב-1980 למאמץ להשליט סדר בנושאים אלה.



פרופ' חיים רינג

תחת שרביטו של איש השיקום והרוימטולוג P.H. Wood נתקבלו ופורסמו מושגי יסוד המלווים כיום לא רק את העשייה השיקומית אלא כל פעולה נלווית, לרבות קביעות מדיקו-לגאליות. מושגים אלה הם: ליקוי (impairment), נכות (disability) ומוגבלות (handicap) (1).

כאשר הקורא יפנה אל המקורות לגבי ההגדרות בשפה האנגלית, הוא ימצא שם כי שלושת המושגים מתייחסים לדברים שונים אם כי קשורים בציר הזמן: הליקוי מתייחס לכל חסר או פגם בכל מערכת אנטומית או פיזיולוגית. מדובר בעובדות הגופניות הבסיסיות. הנכות, לעומת זאת, מדברת על קושי בביצוע פעולה או פעולות, בצורה הנחשבת תקינה לגבי בן האדם. כלומר נכנס פה מרכיב תפקודי, הנובע אמנם מהליקויים אך הולך מעבר לעובדות הבסיסיות, לביצוע פעולות בחיי היום-יום או מעבר לכך. ראה ב"הרפואה" (2). המוגבלות מדברת כבר על מצב של נחיתות (disadvantage) בתפקוד החברתי ובמילוי תפקידים שונים, כולל יכולת עבודה.

מטבע הדברים הליקוי תופס מקום דומיננטי בתחילת הנזק ובשיקול של דרכי הטיפול - פולשני או לאו, ואילו הנכות והמוגבלות, אשר באות בעקבות הליקויים, נכנסות מאוחר יותר לתחום השיקום, דהיינו במומחיות של הטיפול בנזק הכרוני ושיקומו לרמת תפקוד מיטבית, בשירות עצמי, בניידות, בחברה, בעבודה וכו'.

פרופ' חיים רינג הוא מנהל מח' 3 במרכז לשיקום "לוינסטין" ומנהל המכון להערכה תפקודית.

מקורות:

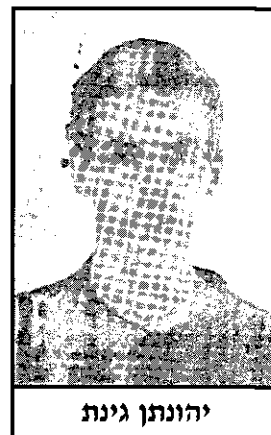
1. International Clasification of Impairments, Disabilities and Handicaps, The World Health Organization (WHO), Geneva, 1980.
2. ח. רינג, ר. אלדר. מהותם של אומדנים תפקודיים ותרומתם. הרפואה, 1992, 451-455 (7) 22.
3. מבוא לרפואה שיקומית, א. עורי, ע. שקד (עורכים). הוצאת משרד הבטחון, 1990
4. Granger CV, Hamilton BB, linacre JM et al. Performance Profiles of the Functional Independence Measure. Am J Phys Med, 1993, 72: 84-89.
5. Glass, I., Ring H. Median Nerve Conduction Tests and Phalen's Sign in Carpal Tunnel Syndrome. EMG Clin Neurophysiol, 1995, 35: 107-112.
6. Ring H., Melamed S., Schliamser J., Najenson T.A System for the Evaluation of Earning Capacity in the Disables. Scan J Rehab Med, 1985, S12: 134-138.

הגבלת העישון במקומות ציבוריים: יתכן עשן בלי אש

בכל חלקי הגוף בהם הוא עובר. פגיעתו אומנם אינה פגיעה מיידית, וטרם הוכח כי הסיגריה הראשונה יכולה להביא נזק משמעותי לגוף האדם. עם זאת, קיים כאן נזק מצטבר ובלתי הפיך. הנזק שגורמת הסיגריה השניה מתווסף לנזק שנגרם ע"י הסיגריה הראשונה. הסיגריה השלישית תגדיל את הנזק וכך הלאה. עשן הסיגריות הנכנס לגוף אינו פועל על "לוח חלקי", הוא ממשיך באופן מתמיד ובלתי נלאה, בהרס שהחל עם שאיפת העשן הראשונה. הגם שאין השפעה מיידית ישירה ונראית לעין, לעשן הטבק, אין ספק שכל עשן שנכנס לגוף גורם לנזק בלתי הפיך אשר הגוף אינו יכול להתנקות ממנו(9), אינו יכול להפטר ממנו, ואינו יכול להחלים ממנו. מערכות הגוף הולכות ומדרדרות עם שאיפת העשן, כאשר אחת התוצאות של הדרדרות זו היא קיצור משמעותי של תוחלת החיים של מעשנים בהשוואה לזו של לא מעשנים(10).

השפעות עשן הטבק אינן מוגבלות למעשנים בלבד. ציבור הלא-מעשנים נפגע אף הוא בשל מה שקרוי "עישון פסיבי" (Environmental Tobacco Smoke, או ETS). נזקי בריאות המקושרים עם עשן סיגריות, מופיעים אצל מעשנים ואצל מעשנים פסיביים כאחד(11). כל מי שעומד ליד אדם שמעשן סיגריה נושם לגופו אחוז מסוים מעשן הטבק אשר מייצר המעשן. כל מי שנמצא במקום שבו מישוהו אחר עישן סיגריה זמן מה קודם לכן, שואף לגופו חומרים מסוכנים. מי שנמצא בסביבה רווית עשן, בין אם הוא מעשן ובין אם לאו, קולט לגופו את החומרים המסוכנים שבעשן הטבק. העשן אינו מגביל את עצמו למעשן בלבד. הוא אינו מוגבל טריטוריאלי, ולא ניתן להגביל את פגיעת העשן רק למי שהחליט לעשן. כאשר אדם בוחר להדליק ולעשן סיגריה, הוא חושף את עצמו ואת זולתו לנזק. מרגע שהודלקה סיגריה, כל מי שעומד בקרבת מקום נפגע. החומרים המסוכנים שבעשן הטבק פוגעים בכל העומד בדרכם. הנזקים כתוצאה מהעישון הפסיבי מזעזעים לא פחות מהנזקים כתוצאה מהעישון עצמו. לא פחות מ-50,000 איש מתים מידי שנה מנזקי העישון הפסיבי בתחומי ארצות הברית בלבד(12). בארצות אירופה, הוכר העישון הפסיבי כגורם למותם של כ-140,000 איש כל שנה(13). דומה שהכללת הקטיגוריה של נזקים אלה תחת השם "נזקי העישון הפסיבי" מטעה. אין דבר פסיבי פחות מהנזקים שגורם עשן הסיגריות למי שנמצאים בקרבתו(14).

"Today we know that this substance, now called 'Environmental Tobacco Smoke' (ETS)... is the **deadliest** danger to which we are exposed. Indeed, it kills more Americans than all forms of air pollution, water pollution, food additives, and radiation combined; more than all automobile accidents, guns, AIDS and illicit drugs - a staggering 53,000 innocent victims each and every year!*



יהונתן גינת

לפני למעלה מ-12 שנים נחקק חוק הגבלת העישון במקומות ציבוריים, תשמ"ג-1983. במשך שנים עשרה שנים אלה לא נעשה, כמעט, שימוש בחוק והאמור בו הולך והופך, אט אט, לאות מתה. ניסוחו של החוק, מהמתקדמים בעולם, מראה על החשיבות הרבה שמייחס המחוקק להגבלת העישון. מאידך, אופן יישומו ואכיפתו, אינם מצביעים ולו אף ברמז על הניסוח המתקדם. יש מקום לשאול, מהו כיוון ההתפתחות הרצוי? מהם הגבולות הראויים לנורמה המשפטית הקבועה בחוק.

כיום, הנזקים הנגרמים מעישון אינם עומדים עוד במחלוקת(1). אין עוד ספק כי "העישון מהווה גורם מספר אחד לתמותה בטרם עת במאה העשרים, שניתן למנועה"(2). בארצות הברית בלבד, מוערכים מקרי המוות, כתוצאה מנזקי העישון, בכ-434,000 מידי שנה; אחד מכל שישה מקרי מוות מיוחס לתוצאות הקטלניות של עשן הסיגריות(3). עשן הסיגריות משפיע בצורה חסנית וכמעט בלתי הפיכה על גוף האדם. הטבק הינו אחד הגורמים הראשיים לסוגים אחדים של סרטן ובמיוחד לסרטן הריאה. ידוע כי העישון גורם למחלות נשימה שונות ומהווה סיכון מרכזי למחלות לב(4). כמעט שאין איבר מאברי הגוף שנותר בלתי פגוע כתוצאה משאיפת עשן(5). החל בסרטן הדם(6), דרך סרטן באיברי המין(7), וכלה בסרטן המוח(8), אין איבר בגוף האדם אשר נותר חסין מפני פגיעה של עשן הטבק. עם שאיפת העשן הראשונה מתחיל תהליך מהיר וקטלני של נזק, כאשר עשן הטבק פוגע

כל נזק בריאותי אשר ניתן לקשרו עם עישון, יכול להתפתח אצל מי שנחשף לעישון פסיבי. כך, למשל, נמצא כי אצל מעשנים פסיביים הוכפל הסיכון לחלות בסרטן הריאה (15). עוצמת המחקרים המדעיים המקשרים בין נזקים בריאותיים לבין עישון פסיבי (16), הלכה ותפחה, עד שלפני שנתיים הכריזה הרשות הפדראלית האמריקאית להגנת הסביבה, כי עישון פסיבי נחשב אחד הגורמים המסוכנים ביותר לסרטן ("Group A" Carcinogen) (17). בעוד שאין חולק על כך שהעישון הוא אחד מגורמי הסיכון הבריאותי הגדולים ביותר במאה העשרים (18), אין חולק על כך שהעישון הפסיבי מהווה - סיכון רציני לא פחות. אם העישון הינו גורם התמותה מספר אחד שהוא בר מניעה, הרי שהעישון הפסיבי מוגדר כגורם התמותה השלישי בגודלו (19). שתי קטיגוריות אלה של נזקים, עלולות לגרום להמשך של נזקים בריאותיים חמורים, לרבות מוות. תוצאות המחקרים בדבר הנזק הנגרם ע"י עשן שנשאף באופן ישיר או עקיף - הן לעיתים מזועזעות ומפחידות. העישון האקטיבי והפסיבי מביאים למותם של כחצי מיליון אנשים מידי שנה בארצות הברית, מספר הזהה לעשירית האוכלוסיה של מדינת ישראל. העישון הורג בכל שנה יותר אנשים מאשר אלכוהול, קוקאין, הרואין, רציחות, מקרי התאבדות, תאונות דרכים, שריפות ואיידס גם יחד (20). חברה אשר תפסיק לסבול מנזקים אלו, תהיה חברה שונה לחלוטין מן החברה המודרנית המוכרת לנו.

הנזקים הבריאותיים למעשנים אינם כה בעייתיים מבחינה משפטית. אלה הם נזקים וולנטריים שנגרמים מבחירה חופשית (21). איש אינו כופה על המעשן לעשן, ומי שבחר לעשן, מודע לנזקים שייגרמו לו. המעשן בוחר להסב לעצמו נזקים בריאותיים. כפי שהוא בוחר מרצונו להנות מההנאות עישון הסיגריה, כך הוא גם בוחר מרצונו לסבול מנזקה. המחוקק אינו צריך להתערב. ואינו צריך לחוקק חקיקה פטרנליסטית אשר תמנע מהמעשנים להסב לעצמם נזק. התערבות כזו אינה התערבות ראויה במדינה ליברלית-דמוקרטית (22).

בחברה ליברלית-חופשית שאנו חיים בה הפרט צריך להיות חופשי לעסוק בפעילות אשר יכולה לפגוע, אפילו פגיעה חומרה, בבריאותו. לא יהיה זה נכון לאסור על אדם לעשן, כפי שלא יהיה זה נכון לאסור על אדם תזונה של המבורגרים וציפס או התמכרות לשיוף, כולן פעילויות שיש להן השפעה שלילית מוכחת על הבריאות. בחברה חופשית, יש מקום לכלול את זכותו של אדם לעשן, בין מכלול הזכויות המוקנות כחלק מהזכות לפרטיות (23). לא כך הדבר כאשר הנזק נגרם למי שאינו מעשן והוא תוצאה של עישון פסיבי. אין להשוות בין הנזק הוולנטרי שנגרם למעשן לבין הנזק שנכפה על המעשן הפסיבי.

ההכרה החד משמעית של הקהילה הרפואית בנזקים הנגרמים כתוצאה מעישון פסיבי (24), הביאה לצורך למצוא פתרון לבעיה המשפטית שהתעוררה - כיצד להגן על הלא מעשנים מפני הנזק שנכפה עליהם? כמעט כל מערכת משפטית, מניחה כי זכותו של אדם אחד מסתיימת במקום שבו הוא פוגע באדם אחר. הוכחת הנזקים שבחשיפה לעשן סיגריות (25), מחייבת את המערכת המשפטית למנוע מהמעשנים לפגוע במי שאינו מסכים לשאת בנזקי העישון. זכותו של אדם לעשן צריכה להיות מוגבלת בזכותם של לא מעשנים שלא להחשף לעשן סיגריות. זכותם של מעשנים לעשן נגמרת במקום שבו התנהגותם משפיעה על בריאותם של אחרים. יתרה מכך: יש מקום לטעון כי זוהי חובתו של המעשן לדאוג לכך שלא יביא לחשיפת זולתו לתופעות המזיקות שבעשן הטבק (26).

ההכרה בדבר נזק העצום הנגרם כתוצאה מחשיפה לעשן טבק, לרבות נזק מחמת עישון פסיבי, הינה כלל עולמית. קשה למצוא מדינה אשר חוקיה אינם מגנים על הלא-מעשנים מפני נזקי העישון הפסיבי. מדינות מערביות ולא מערביות, דמוקרטיות ולא דמוקרטיות כאחת, מנסות להעניק הגנה מפני נזקי עשן הטבק. החל בארצות הברית, דרך מדינות אירופה וכלה במדינות כמו הודו וסודן. ישנה חקיקה המגבילה את תחומי העישון ואוסרת עישון במקומות ציבוריים (27). קיימת מגמה חד כיוונית לאסור את העישון בכל מקום שבו נכפה העישון על מי שאינו רוצה בו, ואף ניכרת שאיפה לאסור את העישון בכל מקום שאדם מחוייב להיכנס אליו, דהיינו, בכל מקום ציבורי. בכל מקום שיש לציבור הרחב גישה אליו, יש לשמור על אוויר נקי מעשן (28). זכותו של אדם לעשן מוגבלת למתחם הפרטי שלו, והיא נשללת ממנו שעה שהוא נמצא במקום שבו כל אדם יכול או צריך להיכנס אליו (29). במקום שזכותו של אדם לעשן פוגעת באדם אחר, הרי שזכות הלא-מעשן על גופו וזכותו לבריאות, גוברת (30). החקיקה הבינלאומית המגבילה את העישון במקומות ציבוריים מתפתחת כל הזמן והקיפה מתרחב ככל שגוברת המודעות לנזקי העישון הפסיבי. מדינות נוספות מצטרפות למאבק כנגד העישון, ורבות אף מרחיבות את איסורי העישון הנהוגים בהן.

במשפט ההשוואתי, איסור העישון הראשון הוטל בשנת 1606 באוניברסיטת קיימברידג' באנגליה. רשויות האוניברסיטה הוציאו צו שאסר באופן חד משמעי את השימוש בטבק ברחבי הקמפוס וקבע עונשים חמורים למי שהפרו את האיסור (31). הרציונאל שעמד בבסיס הצו היה שונה מהעקרונות המנחים את איסורי העישון כיום. אז לא היתה מודעות לנזקי העשן וההגבלה נעשתה מטעמי נוחיות בלבד. כך, למשל עוד בשנת

1890 דחה בית המשפט טענה של נאשם כי החקיקה העירונית האוסרת עישון בכלי תחבורה ציבוריים הינה בלתי חוקתית(32). נקבע שם כי העירייה רשאית למנוע חשיפה של לא-מעשנים לעשן הסיגריות בשל אי הנוחית הנגרמת להם. שוני משמעותי נראה בשנת 1972, עם יציאתו לאור של דו"ח משרד הבריאות האמריקאי(33). ומאז מפרידים בתי המשפט בין המעשנים למי שאינם מעשנים. פרסומו של הדו"ח מסמל התחלה של תקופה בה הרציונאל העיקרי אשר מנחה את בתי המשפט ואת הרשויות הקובעות את גבולות הנורמה האוסרת את העישון בכלל, הינו הנזק הבריאותי שנגרם. מאז ואילך יש הצבעה ברורה על כך שזכויות הלא מעשנים כוללות את הזכות לנשום אוויר נקי מעשן סיגריות, במקום ציבורי (34). בשנת 1976 החליט בית משפט בניו ג'רזי, תוך קביעה שעישון פסיבי מהווה סכנה בריאותית ממדרגה ראשונה, כי עובד אשר נאלץ לעבוד בחברת מעשנים מסכן בכך את בריאותו. נקבע כי על מעביד פרטי מוטלת החובה להגביל את העישון במקום העבודה, כך שעובד שאינו מעשן לא ייחשף לעשן סיגריות (35). מי שביכולתו למנוע היווצרות של תנאים מסוכנים הנוצרים מעשן הטבק, אך אינו עושה שימוש ביכולתו למנוע נזקים אלה, מפר את חובתו כלפי התלויים בו(36). מי שמחזיק במקום ציבורי מחוייב כלפי הנמצאים שם. כדי להגן על בריאות התלמידים נקבעו בבתי הספר תקנות האוסרות את השימוש או ההחזקה של מוצרי טבק, תקנות אלה הוכרו כחוקתיות, לאור החובות הנגזרות מיחסי התלות שבין התלמידים להנהלה(37). חובות זהות הוחלו על מחזיקים של מקומות ציבוריים רבים ומגוונים. לדוגמא, בשנת 1988, עתר אסיר כנגד שלטונות הכלא שבו הוחזק. בעתירתו טען שחשיפתו לעשן סיגריות בכלא, מהווה הפרה של זכויותיו החוקתיות. בית המשפט לערעורים קיבל את טענתו וקבע כי עישון פסיבי חושף את האסיר לנזק בריאותי בלתי הכרחי, ועל כן קמה לו זכות חוקתית להיות בסביבה נקייה מעשן. העובדה המדעית, לפיה עישון פסיבי גורם לנזק בריאותי, מביאה לכך ששיכון אסירים לא מעשנים ביחד עם אסירים מעשנים והתרת העישון בכל חלקי בית הסוהר מפירה את הזכויות המוקנות לאסיר על ידי התיקון השמיני לחוקה האמריקאית. חשיפת אסיר, באופן בלתי סביר, לסכנה בריאותית חמורה, פוגעת בסטנדרטים של ההגנות, המתחייבים מן החוקה. אף אם לא הוכח נזק ישיר לבריאות במקרה הפציפי, הרי שחשיפת אסיר לעשן סיגריות היא בלתי סבירה, אינה מחוייבת המציאות ויש לאסור אותה(38).

חוק הגבלת העישון במקומות ציבוריים, בא לתת ביטוי לערכים אלה. הוא בא לתת ביטוי לחובת רשויות מסוימות למנוע עישון במקומות ציבוריים. לאור הנזקים הרבים של העישון הפסיבי, מטיל החוק את החובה לדאוג לאיסור

העישון למי שיכולים לשלוט במקום הציבורי. החוק חל במקום שבו נוצרים יחסים מיוחדים בין הלא מעשן, לבין הבעלים של המקום הציבורי. בין הבעלים של מקום ציבורי לבין מי שנמצא במקום זה קיימים יחסי תלות, ואין הבעלים יכול לעמוד מנגד בשעה שזכויותיהם של מי שנמצאים תחת השגחתו נפגעות. החובה לפעול מוטלת עליו הן מרוח החוק והן בשל יחסי התלות המיוחדים שנוצרים(39). מי שנכנס למקום ציבורי אינו יכול להגביל את העישון בכוחות עצמו. הוא זקוק לעזרתו של מי של מי ששולט בפועל במקום זה. תלות זו היא היוצרת את החובה המיוחדת. אי יכולתו של מי שנכנס למקום ציבורי למנוע את העישון, מחד, ואי יכולתו להמנע מהכניסה למקום הציבורי מטילה חובות על הבעלים. אכן, החוק חל רק על מקומות ציבוריים, בהם האדם אינו יכול להגן על עצמו מפני הנזקים הבריאותיים שמסב לו שלא בהסכמתו, העישון הפסיבי. על כן, מטיל החוק על גורמים אחרים את הדאגה לאדם זה ואת ההגנה על זכויותיו. החוק אינו מסתפק בהטלת אחריות על הבעלים של המקום הציבורי, וקובע מנגנון פיקוח משולש: ראשיתו של הפיקוח - בבעלי המקום הציבורי, אך חובות מוטלות גם על מנגנון הפיקוח העירוני ועל המשטרה. שלוש רשויות אלה ממונות על מניעת נזקי העישון הפסיבי וצריכות ליצור את ההפרדה בין מעשנים לבין מי שאינם מעשנים. עליהן לדאוג שלא ייפגע מעישון מי שאינו מסכים לחשוף את עצמו לנזקי הטבק. אין רשות אחת יכולה להטיל את חובות החוק על רשות אחרת. על אף שוני מסויים בין חובות הרשויות הרי על כל אחת מוטלת חובת פיקוח ואכיפה עצמאית. כל אחד תדאג - במקביל לאחרות - למניעת נזקי העישון הפסיבי מחד, ולתקינות הפעולה של שתי האחרות. המשטרה אינה יכולה להתחמק מחובתה על פי חוק על ידי הטלת האחריות על בעלי המקום הציבורי. עליה לקיים מנגנון פיקוח ואכיפה עצמאי, בלתי תלוי, שיפעל להשלטת נורמות הקבועות בחוק. כך גם מנגנון הפיקוח שייזום ויקיים בקרה שוטפת. על הרשויות למנוע את הנזק, ולא לחכות להתרחשותו. עליהן לעצור את העישון הפסיבי בטרם התרחש, במקום לעסוק בפעילות ענישה מאוחרת. עליהן לעצור את הנזק בעודו באבו שאם לא כן פעולתן עלולה להיות מאוחרת.

הבעלים של מקום ציבורי אינו יכול לעמוד מנגד, תוך הטלת אחריות על רשויות אחרות, שעה שנוק בריאותי חמור נגרם למי שנמצאים במקום שבבעלותו. אין די בגינוי ציבורי חריף. יש להביא להטלת אחריות לנזקים שנגרמים על מי שלא עשה כל שבכולתו כדי למנוע אותם.

חוק הגבלת העישון מונה, בתוספת, רשימה של 15 מקומות

ציבוריים(40). המפרטת 15 סוגים שונים של מקומות ציבוריים. אך מה קורה כאשר מבנה מסויים יכול להכלל בשניים או יותר מסוגי המקומות הציבוריים המפורטים בתוספת? מה

קורה, למשל, במסעדה הנמצאת בבית חולים? האם יש להתייחס אליה כאל חלק של בית חולים כאמור בסעיף 2 לתוספת, או כמסעדה כאמור בסעיף 11 לתוספת? האם ניתן להקצות פינות עישון לעובדים של אותו בית חולים, שעבורם הוא בגדר מקום עבודה כאמור בסעיף 15 לתוספת, או שמא הקצאת פינות עישון אסורה לפי סעיף 2 האמור? איזה הסדר יחול על עובדים של מוסד חינוך? האם ייחשב מקום עבודה, או מוסד חינוך (סעיף 5 לתוספת)? היכן ניתן יהיה להקצות פינות עישון, אם בכלל? מה יהיה היקפו של איסור העישון?

נראה, כי אין סתירה בין הסעיפים השונים של התוספת. כל אחד בא להוסיף על משנהו, לצורך השגת המטרה הסופית: אי חשיפת מי שאינו מעשן לעישון פסיבי. הסעיפים השונים של התוספת משלימים זה את זה, ואינם עומדים בסתירה. ניתן לפרשם בהתאם לתכלית החקיקה - השגת ההפרדה המירבית בין מעשנים למי שאינם מעשנים. לאור פרשנות זו ההוראות יוצרות הרמוניה חקיקתית ולא אי

הבנות. סעיף מאוחר אינו בא לגרוע מסעיף מוקדם. סעיף ספציפי אינו שולל את-חולתו של סעיף כללי ולהיפך. הנורמות השונות הקבועות בתוספת משלימות ומוסיפות זו על זו בבנין של בית חולים, המשמש גם מקום עבודה, ניתן יהיה להקצות פינות עישון רק בהתקיים התנאים הקבועים בשני הסעיפים של התוספת. כך למשל, על פי סעיף 5 לתוספת מותר להקצות פינות עישון במוסד חינוך, רק במקום המשמש למגורים, במקום בספריה ובחדרי דיון. על פי סעיף 15 לתוספת ניתן להקצות פינות עישון במקום עבודה רק אם "יש בו סידורי אוורור תקינים ואם העישון בו אינו גורם למטרד בחלקים אחרים של מקום העבודה". במקום עבודה שהוא גם מוסד חינוך יותר העישון רק במקומות העונים לקריטריונים הקבועים בסעיף 5 ובסעיף 15, כאחד.

יתר על כן, מי שמקצה פינות עישון במקומות ציבוריים, צריך לזכור כי מטרת החוק ליצור הפרדה בין המעשנים למי שאינם מעשנים(41), למנוע את החשיפה הבלתי רצונית לעישון הפסיבי. ברור, כי לא ניתן יהיה להקצות פינות עישון במקומות בהם הפרדה שכזו אינה אפשרית, לדוגמא, בקפטריה, המהווה חלק מהחלל הפנימי של מוסד חינוך. העישון לא יורשה במסדרון או באולמות פנימיים בבית חולים, שכן ההפרדה תהיה סתמית ולא תגן על לא-מעשנים מפני חשיפה לעשן. יהיה זה מגוחך לטעון כי על אף האמור בסעיף 8 לתוספת, האוסר עישון במוניות, ניתן להקצות פינות עישון לנהג, שכן זהו מקום עבודתו. הפרדה כזו תשים לאל את תכליתו של החוק.

הראינו כי העישון והעישון הפסיבי גורמים לנזקים חמורים. חוק הגבלת העישון במקומות ציבוריים מספק מכשיר ללא

מעשנים להתמודד עם נזקים אלה. הוא נועד ליצור מנגנון שיפריד בין מעשנים למי שאינם מעשנים. כל שלושת מנגנוני הפיקוח שקבע החוק צריכים לפעול להחדרת הנורמות הקבועות בחוק. ספק אם ניתן למצוא מנגנון פיקוח עירוני אחד שנקט אי פעם, מאז חקיקת החוק, בהליכים הקבועים בו. ספק אם נרשם אי פעם דו"ח למי שהפר את החוק. הדבר מעיד כי הרשויות מאפשרות את התרחשותם של נזקי העישון הפסיבי, והן אחראיות לנזק



שנגרם. החוק הוא "יצור החי בסביבתו"(42). הוא אינו מנותק מהמציאות החברתית, "גם הפסוק אינו עומד בדידותו, גם הוא חלק מהקשר"(43). הוא חלק מהסביבה. יש לו "מציאות מסויימת"(44) שבה הוא פועל, הוא "משתלב בסביבתו הנורמטיבית, משפיע עליה ומושפע ממנה"(45). המציאות החברתית כיום, אשר החוק מושפע ומשפיע עליה, מכירה בכך שרק הפרדה מלאה בין מעשנים ללא מעשנים היא הפרדה יעילה ויכולה למנוע חלק מנזקי העישון הפסיבי. אמצעי פיקוח שאינם כוללים איסור חד משמעי של עישון והפרדה מוחלטת בין מעשנים ללא-מעשנים, אינם אמצעי פיקוח יעילים(46). חוק הגבלת העישון במקומות ציבוריים מקים את אמצעי הפיקוח היעילים. הוא מקים מנגנון הפרדה יעיל וחיוני. צריך רק לדעת כיצד להפעיל את המנגנון הזה, טרם החשיפה לעישון הפסיבי.

מקורות והערות:

- * ASH Smoking & Health Review, special issue, at p.1 .
1. השווה בג"צ 194/88 האגודה למלחמה בסרטן נ' מינהלת מרכז ההשקעות שליד משרד התעשייה והמסחר, פ"ד מב (3) 294, 299: "אין חולקים היום על הדעה, המבוססת על מחקרים מדעיים מוסמכים ביותר, כי עישון הסיגריות מסכן את הבריאות וגורם כל שנה למותם של המוני בני אדם ולתחלואה של בני אדם רבים עוד יותר".
 2. נתונים על היבטים שונים של תועת העישון והשלכותיה (משרד הבריאות, ירושלים, 1988) בעמ' 1.
 3. K.E. Bauman, "On the Future of Applied Smoking Research?, Is it up in smoke? American Journal of Public Health 14(1992) .
 4. Respiratory Health Effects of Passive Smoking: Lung Cancer and Other Disorders (U.S.Environmental Protection Agency, 1992), at p. 1-2 (להלן: "דו"ח ה-EPA")
 5. J.L. Repace, "Tobacco Smoke Pollution", Nicotine Addiction (C.T. Orleans & J. Slade eds., Oxford University Press 1993)129,130.
 6. L.J. Kinlen & E. Rogot, "Leukaemia and Smoking Habits Among United States Veterans", 297 British Medical Journal 657 (1988).
 7. D. Hellberg, J. Valentin, T. Eklund & N. Staffan, "Penile Cancer: Is there an Epidemiological Role for Smoking . and Sexual Behaviour?", 295 British Medical Journal 1306 (1987)
 8. J.L. Slattery et al., "Cigarette Smoking and Exposure to Passive Smoke and Risk Factors for Cervical Cancer", 261 Journal of the American Medical Association 1593 (1989).
 9. נדרש פרק זמן ארוך, הנמדד בשנים רבות, כדי להביא לניקוי של הגוף מהעשן שהצטבר בו.
 10. ראה Repace. לעיל הערה 5, בעמ' 130.
 11. "When a cigarette is smoked, approximately one-half of the smoke generated is sidestream smoke (SS) emitted from the smoldering cigarette between puffs. This SS contains essentially all of the same carcinogenic and toxic agents that have been identified in the mainstream smoke (MS) inhaled by the smoker. SS and exhaled MS are the major components of ETS. Environmental monitoring and measurements of biomarkers for ETS in the biological fluids of nonsmokers demonstrate that ETS constituents can be found at elevated levels in indoor environments where smoking occurs and that these constituents are inhaled and absorbed by nonsmokers"
 12. ראה Replace. לעיל הערה 5, בעמ' 137
 13. השווה "עישון פסיבי גורם למותם של רבבות בני אדם באירופה", איתנים, אוקטובר 1993, בעמ' 18; וגם "מחקר אוטופסיה מגלה קשר בין עישון פסיבי ובין סרטן הריאה", איתנים, אוגוסט 1993, בעמ' 22.
 14. D. Cahalan, An Ounce of Prevention (Josey-Bass Publishers, 1991). 64 בעיקר בעמ,
 15. R. Brylawski, "Passive Smoking: New Incriminating Data",. Oncology Times, December 1992, p.3
 16. Environmental Tobacco Smoke (D.J. Ecobincho & J.M. Wu eds., Lexington Books, 1990) .
 17. "Secondhand Smoke Designated a Known Human Carcinogen", EPA Journal, April June 1993, p.5
 18. World Health Organization, Tobacco: A Major International Health Hazard (International Agency for Research on Cancer, Lyon, 1986)
 19. ראה Replace. לעיל הערה 5, בעמ' 139.

- 20..K.E. Warner, "Health and Economic Implications of a Tobacco Free Society",p. 258 JAMA 2080 (1993).
21. עם זאת, לאחרונה מתגברות ההוכחות המדעיות לכך שישנם חומרים ממכרים בסיגריות, אשר חברות הסיגריות לא חשפו את קיומם עד כה. נטען (וחברות הסיגריות עומדות בפני תביעות ענק של מעשנים), שיצרני הסיגריות לא גילו לצרכנים את העובדה כי הסיגריות שהם מייצרים ממכרות, ועל כן אין כאן למעשה בחירה חופשית. טענה זו טרם הוכחה, לא מבחינה משפטית ולא מבחינה מדעית-רפואית, ועל כן לא מצאתי עדיין מקום לבחון אותה.
22. J.Feinberg, The Moral Limits of the Criminal Law: Harm to Self (vol. 3, Oxford University Press, 1985)
על כך שהתערבות המדינה במקרה של נזק וולנטרי, פגיעה עצמית, אינה ראויה.
23. Comment, "Where There's Smoke There's Irc: The Search for a Legal Path to Tobacco-Free Air",Columbia Journal of Environmental Law 62, 68-72 (1976)
24. T. Hirayama, "Passive Smoking and Lung Cancer: Consistency of Association", The Lancet 595 (1983)
and The Lancet 1425 (1983)
25. "Exposure to Environmental Tobacco Smoke in Naturalistic Settings", 82 American Journal of Public Health
24 (1992) "Exposure to environmental tobacco smoke (ETS) has been identified as a risk factor for lung cancer and chronic obstructive pulmonary disease among non-smokers".
26. D.B. Ezra, "Smoker Battery: An Antidote to Second-Hand Smoke", 63 Southern California Law Review 1061 (1990)
27. World Health Organization WHO Legislative Responses to Tobacco Use (Martinus-Nijhoff Publishers, 1991).
28. השווה בנורבגיה, חוק מס' 24, מה-6.5.88, שכותרתו Law on Protection Against Tobacco-Induced Injury
(מופיע גם ב-WHO, בעמ' 170).
29. השווה המלצות כלליות מטעם המועצה הלאומית לבריאות בשבדיה (מופיע ב-WHO, בעמ' 197).
30. ראה המלצת שרי הבריאות של הקהילה האירופית, מה-18.7.89 (מופיע ב-WHO, בעמ' 221-222).
31. העתק הצו מופיע בפתח ל-WHO.
- 32..State v. Heidenhaim, 7 So. 621
33. The Health Consequences of Smoking (A Report of the Surgeon General, 1972).
34. Comment, "The Rights of Nonsmokers in Tennessee",54 Tennessee Law Review 671 (1987).
35. **Shimp v. New Jersey Bell Telephone Company**, 368 A. 2d 408.
36. Smith v. Western Elec. Co., 643 S.W. 2d 10, 13 (Mo. App. 1982)
37. Craig v. Buncombe County Bd. of Education, 343 S.E. 2d 222 (N.C. App. 1986) למשל
38. **Mc Kinney v. Anderson**, 924 F. 2d 1500 (9th Cir. 1991)
- היו תהפוכות רבות:
112 S. Ct. 291, vacated and remanded;
959 F. 2d 853 reinstated
אושר פסק הדין בידי בית המשפט העליון:
Helling v. McKinney, 113 S. Ct. 2475 (1993)
- השווה ל: **Avery v. Posell**, 695 F. Supp. 632, 640 (D.N.H. 1988)
39. כך, למשל, חוייב משרד עורכי דין בתשלום פיצויים לאחת העובדות לאחר שנמנע מלהעניק לה הגנה מפני הטרדה מינית של אחד השותפים במשרד. ראה 19 R.C. Reubeu, "Award a Lesson for Firms", ABA Journal, November 1994, p. 19

המשך "מקורות" בעמ' 60.

רפואה משפטית

הכרת נסיבות האירוע - מרכיב הכרחי לחוות-דעת של רופא משפטי

ברצוני להמחיש את המימד הציבורי שהנושא מקבל לעיתים: בעיתון New York Times מיום 19.9.98 פורסמה כתבה נרחבת של Dr. Lawrence Altman, תחת כותרת שמדברת In a Suspicious Death, an Autopsy Alone May Be of Little Help

הקטע הפותח ראוי לציטוט:

When a Medical Examiner is trying to determine the cause of death, a witness' description of the scene and circumstances surrounding the death can be as important as an autopsy.

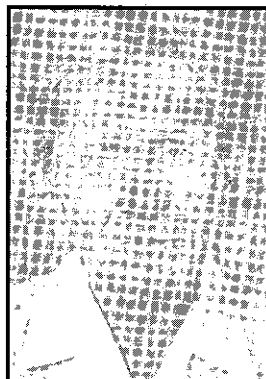
התפקיד של הרופא המשפטי אינו מסתיים בניתוח הגופה ורישום הממצאים. עליו לענות על שורת שאלות, אשר התשובות להן עשויות לגלוש מתחום הרפואה המשפטית, אל מקצועות משיקים - קרימינולוגיה, ביולוגיה, אנטרופולוגיה, מכניקה, בליסטיקה. זהו השוני בתוכן ובמהות, בין רפואה משפטית ופאתולוגיה קלינית.

כבר בשלב החקירה המשפטית, ובהמשך בבית המשפט תוצגנה בפני הרופא המשפטי שאלות קונקרטיות מגוונות: הדינמיקה של השינויים הפוסט-מורטליים בגופה; קביעת פרק הזמן שאחר המוות; המנגנון המכני-חבלתי של גרימת הנזק והמוות; המכשיר שגרם את הנזק; יכולת הנפגע לבצע פעולות מסויימות מרגע הפגיעה הקטלנית, ועד למוות; ועוד. הכל בהתאם לנסיבות ולנזק. כדי לענות על כל אלה דרוש - מעבר להתמחות הספציפית - גם נסיון אישי מצטבר, וכן מידע על מה שהתרחש בזירת האירוע. הרופא המשפטי יכול להגיע למסקנות, בהסתמכו מצד אחד על ממצאי הניתוח, ועל הקורלציה בין הנסיבות לבין הממצאים, ומצד שני - על ידי שהוא מוציא מכלל אפשרות, בדרך האלימינציה, סיבות אחרות שיש להן רקע אנטומי או טוקסיקולוגי בולט.

במהלך בדיקותיו חייב הרופא המשפטי לסטות לעיתים מן השיגרה ולבדוק איברים או מקומות נוספים. זה אפשרי רק אם קיבל את כל המידע מן החוקר המשטרתי טרם הבדיקה.

בוצע ניתוח גופת אישה, ללא זהות ודאית, עם שינויי ריקבון מתקדמים. חשוב היה לבדוק את עצם השוק הימנית. לאחר

רופא משפטי נדרש לבצע בדיקות רפואיות ולהכין חוות-דעת. בפניו שתי אפשרויות: לדרוש ולקבל מן החוקר המשטרתי את פרטי נסיבות האירוע, - או להמנע מכך, שמה יואשם כי המידע שקיבל השפיע על שיקוליו ועוות את בדיקתו ומסקנותיו. מכאן ועד האשמה של חוסר-אמינות, המרחק קטן.



ד"ר בצלאל בלוח

אצל הפאתולוג הקליני, בניגוד לפאתולוג המשפטי, הבעייה אינה קיימת. בטרם יחל בניתוח, על הפאתולוג הקליני לבוא בדברים עם הרופא שטיפל במנוח עד מותו. לקבל את יומן המחלה, או לפחות סיכום מפורט, וללמוד על התהליך שהוביל למוות.

בעת עבודתי בחו"ל היה נהוג שפאתולוג לא היה מתחיל ניתוח לפני שראה מסמך רפואי מסודר עם אבחנה סופית וסיבת המוות, ולמרות המידע הרחב שקיבל, איש לא האשים את הפאתולוג בהיעדר אובייקטיביות בהכנת הממצאים הפאתולוגיים והמסקנות.

הוויכוח בין המצדדים בכך שהרופא המשפטי יעשה שימוש במידע אודות נסיבות האירוע, לבין השוללים (במיוחד עורכי דין) טרם נגמר. אני - אישית - משוכנע כי מידע נסיבתי רלוונטי, הוא כלי הכרחי בידי הרופא המשפטי בבואו לענות על שאלות רפואיות ומשפטיות קרימינולוגיות.

הסיפרות הרפואית משפטית החדשה, מחזיקה באותה דעה, ומדגישה את החובה המוטלת על הרופא המשפטי לדרוש - מראש - שיוגשו לו כל הפרטים על נסיבות האירוע. ועליו להסתמך עליהן בביסוס מסקנותיו, ובתשובותיו בבית המשפט.

על פי הדעה הרווחת בין מרבית המשפטנים והרופאים, תפקודו העיקרי של הרופא המשפטי הוא לקבוע את סיבת המוות. גישה זו עומדת בסתירה לייעוד ולמהות של הרפואה המשפטית ואינה מתיישבת עם הבעיות הניצבות בפני הרופא המשפטי בעבודת היום יום.

ד"ר בלוח הוא פאתולוג ותיק. היה מנהל המכון לרפואה משפטית באבו כביר

הנתיחה והקבורה התברר כי המנוחה עברה שנה קודם לכן שבר בשוק הימנית. המשטרה לא מסרה לרופא המשפטי על כך, ואכן לא נבדקו עצמות רגל ימין. ידיעה מוקדמת היתה מקילה את אפשרות הזיהוי של האישה.

במהלך עבודתו נתקל הרופא המשפטי במקרים, שבהם המוות לא גרם ולא השאיר כמעט שום ממצאים פאטולוגיים, ולו גם מיקרוסקופיים. הסימנים שלאחר המוות דלים, לא בולטים, לא ספציפיים, ולא אופייניים למחלה מסוימת או לסוג של מוות אלימתי. אנו מוצאים מקרים כאלה לא רק בקבוצת המוות הטבעי, הפתאומי, אלא גם בקבוצה של המוות הלא-טבעי, האלימתי, שבא לאחר שימוש בכח פיזי מכני.

בקבוצת המוות הפתאומי, נתקלים בתופעה של העדר שינויים בכלל, או לפחות שינויים טריים. זה קורה במקרי מוות קורונריים; במקרי מוות על רקע הפרעות במערכת ההולכה; במוות מחמת emotional stress עם איום ופחד לסכנת חיים, במוות מחמת מאמץ פיזי; במקרי מוות רפלקסוגני עם מוות מומנטלי, לאחר מכות קלות, אשר כשלעצמן אינן גורמות אפילו לנזק קל בעור.

בקבוצת מקרי המוות הלא-טבעי, ישנם המקרים בהם המוות נגרם ע"י גורם חיצוני שלא משאיר סימנים אנטומיים-פיזיים. כאן בולטת קבוצת האספיקאסיות, במיוחד אלה שבהן החנק נגרם ע"י סגירת דרכי נשימה חיצוניים, כמו סגירת הפה והאף ע"י כרית או מגבת, או בהדבקות תחבושת פלסטית על הפה והאף.

אצל תינוקות אנו עדים למוות אספיקאטי ע"י אטיפת הראש בשקית פלסטיק הנדבקת על הפה והאף מחמת הלחות המצטברת. זו יכולה להיות תאונה, כאשר התינוק נמצא בקרבת יריעת פלסטיק ומתעטף בה, או תוך כוונת רצח. בשני המקרים לא יישארו שום סימנים כתוצאה מחנק בחלל של חוסר חמצן. למשל כשילד סוגר את עצמו בתוך מקרר. לאחר הורדת המחסום שמנע את כניסת האויר, לא יתעוררו שום סימנים ושום חשדות למוות מחנק מתוכנן ובלי ידיעת הנסיבות תישאר סיבת המוות בלתי ברורה, ואז ייתכן שיתעורר חשד כי המוות נגרם מסיבה כל שהיא שאינה משאירה סימנים. יש הסוברים כי במקרים כאלה על הרופא לרשום במסקנותיו: "סיבת המוות אינה ברורה" (Cause of death unascertained). דעה זו היתה המקובלת לפני שנים במכון לרפואה משפטית באבו כביר.

נחזור למקרה שהועלה, ונניח כי בידי המשטרה מידע מהימן וחד משמעי על סגירת דרכי הנשימה. לא אובחנה שום מחלה או נזק מכני שיכלו להסביר את סיבת המוות והנתיחה הראתה את הממצאים הכלליים של אספקסיה. במקרה כזה רשאי הרופא המשפטי לקבוע במסקנותיו בדרגת סבירות מסוימת, את סיבת המוות כ"מוות מאספיקסיה, ייתכן "מסגירת דרכי נשימה חיצוניים".

Davis (2) מתייחס בספרו לחשיבות הנסיבות במקרי חנק, וכותב:

The autopsy findings in death from mechanical asphyxia are modified by the circumstances... A carefully investigated, well documented set of circumstances is far more valuable in eventary weight than an unsupported series of autopsy observations.

ברוח דומה מתבטא גם Fatteh (5) (עמ' 131 בספרו): The study of the circumstances of an asphyxial death and the findings on the scene of death can contribute considerably to the overall value of investigation. כאמור, ישנם מתנגדים לכך שהרופא המשפטי יעשה שימוש בנסיבות האירוע והם מתנגדים גם לעצם נוכחותו בזירה, בשלב החקירה הפרלימינרית, יחד עם הצוות המשטרה. הסיבות להתנגדות:

א. ייתכן ותיאור הנסיבות, כפי שנמסר לרופא, אינו מדויק, או אינו נכון, או מטעה.

ב. תוך הקשר המתמיד ביניהם, מספק החוקר לרופא המשפטי מידע והסברים, כפי שהוא - החוקר - רואה אותם בהתאם לכיוון החקירה. זו סיטואציה העלולה לגרום לניסוח המסקנות של הרופא המשפטי, ברוח רצויה לחוקר. בכך תאבד חוות הדעת את המהימנות והאובייקטיביות.

שתי הטענות מופרכות ע"י הספרות המדיקו-לגאלית ונסתרו במספר רב של מקרים קונקרטיים שנתקלתי בהם בעבודתי.

נכון שלעיתים נדירות תיאור הנסיבות בשלב המוקדם בחקירה אינו מדויק. מאידך, יש לזכור כי תיאור הנסיבות המוצג ע"י החוקר, אינו מחייב את הרופא ובוודאי שלא ידרוך אותו. רופא מנוסה לא יהסס להודיע לחוקר שתוצאות הבדיקה אינן תואמות את התיאור המוקדם.

נעבור למקרים של הרעלה. כאן - תיאור קפדני של האירוע והנסיבות הכרחי. הן לרופא המשפטי והן לטוקסיקולוג שיבצע את הבדיקות לגילוי רעלים. מידע מוקדם על חשד מסויים,

יכול להקל על הטקסיקולוג לקבוע את כיוון הבדיקות ולמנוע ממנו חיפושים מיותרים, יקרים וגוזלי זמן.

לפני כעשר שנים הובאה למכון לרפואה משפטית גופת אישה צעירה שנישאה חדש לפני כן. הגופה היתה עם שינויי ריקבון, נפיחה, מספר רב של שלפוחיות על העור, שהיו מלאות נוזל ריקבון. חלק מהשלפוחיות היה קרוע. האישה נמצאה במיטה והחוקרים הדגישו כי הסדין שהאישה שכבה עליו היה ספוג בנוזל שהתיבש. החוקרים ציינו שזה היה דם. לדברי אחי הבעל, אירע המוות יומיים שלושה לפני כן. הבעל נעלם ונמצא באותו יום בבית נטוש. בחקירתו במשטרה - טרם הנתיחה - הודה כי זרק על אשתו בקבוק בירה ופגע בראשה. האיש נעצר כחשוד ברצח אשתו. בבדיקת הגופה לא נמצאו נזקים חבלתיים. לא נמצא מקור לדימום היצוני שסיביר את כמות הדם הגדולה שנספגה בסדין. לא נמצאו שינויים פאתולוגיים. בדיקה טוקסיקולוגית שגרתית העלתה נתונים שליליים, ולא היה כיוון או חשד לחיפוש רעלים בדם.

מסרתי את תוצאות הבדיקות לחוקרי המשטרה תוך הדגשה שלא אוכל לתמוך בהשערותם כי המוות נגרם מפגיעה מכנית בראש האישה (ע"י בקבוק הבירה), כי סברה כזאת לא התיישבה עם תוצאות הנתיחה. מאחר וקצין המשטרה עדיין סבר כי המוות נגרם מפגיעת הבקבוק, דבר שלא נבדק בעת החקירה בזירת האירוע - נשאר הבעל החשוד במעצר.

כעבור כשלושה שבועות חזרנו למקום. נאמר לי כי החדר של בני הזוג נשאר כפי שהיה. המסקנה המיידית היתה, שהכתם על הסדין, בצבע חום-שחרחר לא היה דם, אלא כמויות גדולות של נוזל שהופרשו משלפוחיות הריקבון. ממצא שני, שינה את כיוון החקירה: על שידה, ליד המיטה, נמצאה שקית ובה תרופות. ביניהן פרופרנולול מקבוצת Adrenergic and blocker, אשר משתמשים בה בטיפול ביתר לחץ דם והפרעות בקצב הלב. לתרופה זו פעולה טוקסית גבוהה. חיפוש החומר הזה בדם העלה ריכוז העולה אפילו על מנה לטאלית. כל זה הוליד למסקנה שסיבת המוות היחידה והוודאית היתה הרעלה ע"י פרופרנולול.

חוות הדעת עם המסקנות וסיבת המוות הועברה למשטרה. הוספתי גם כי ה-mode of death, או ההבחנה המשפטית היא קרוב לוודאי התאבדות. שללתי באופן מוחלט את הסברה המשטרית כי המוות נגרם עקב הנזקים החבלתיים בראש, כפי שהבעל הודה. הנסיבות של האירוע, כפי שנמסרו, לא היו נכונות, הבעל שוחרר ממעצרו והתיק נסגר. המסקנות מן המקרה הזה:

א. נוכחותי - כרופא משפטי - בזירה היתה נחוצה. זיהוי סיבת הכתם על הסדין כנוזל ריקבון שאינו קשור לנזקי הגוף, ולא ככתם דם (לפי הקביעה הקודמת של החוקרים) שינתה את כיוון המחשבה.

ב. שקית התרופות שנמצאה הובילה לבדיקות הטוקסיקולוגיות ולגילוי סיבת המוות.

ג. בהעדר מיתאם בין הנסיבות שאובחנו ע"י החוקרים לבין הממצאים המורפולוגיים והטקסיקולוגיים, קיבל הרופא המשפטי תיאור לא נכון.

במקרה אחר מתה חולה מהרעלה בגין רשלנות פרמצבטית בבית מרקחת של בית חולים. הנקודות המעניינות במקרה זה היו: הנסיבות וההשתלשלות של תהליך האבחנה הפוסט-מורטאלית של סיבת המוות, והטעות שכמעט אירעה.

החולה עמדה לפני בדיקות רנטגן לגילוי חוזר של פוליפים במעי הגס. מדובר כאן באישה בת 60, שעברה בשנים האחרונות כריתת שדיים לאחר גילוי סרטן. בנוסף בוצעה בה אקסצזיה של מלאנומה בירך שמאל והוצאת פוליפ מן המעי הגס.

לקראת בדיקת הרנטגן היה צורך לתת לחולה חומר משלשל, גזליטל, שמרכיביו סודיום סולפט. בשל טעות בבית המרקחת נשלח לה סודיום ניטריט, שהוא חומר רעיל הגורם למטהמוגלובינאמיה.

לאחר שהאישה שתתה בקבוק וחצי מן החומר הרעיל, הרגישה הרעה, ונתקפה שיעול, בחילות והקאות. האישה הועברה לבית חולים שלא היה מעורב במשלוח החומר השגוי הרעיל, ונפטרה שם כעבור שעה. האבחנה הקלינית של הרופאים: מוות משבץ מוח.

הפתולוג של בית החולים ביצע את נתיחת הגופה. בדו"ח הפתולוגי-אנטומי הוא לא התייחס לכתמי המוות, לא ציין את הצבע החום-סגול ולא את צבע הדם שהיה בגוון שוקולד. ממצאים כאלה - לו צוינו - היו מעוררים אצל הרופא המשפטי חשד להרעלה בחומרים שגורמים להתהוות מטהמוגלובין בדם, במקום אוקסיהמוגלובין. כזכור, המנוחה שתתה בטעות חומר השייך לקבוצת רעלים שגורמים למטהמוגלובינאמיה.

הפתולוג ערך בדיקה פנימית וגילה התפשטות של גרורות בשתי הריאות בקשרי הלימפה של המיצר ובשער הריאות, ועוד. הוא לא ציין את סיבת המוות הסופית. בהעדר חשד למוות מגורם היצוני הוא גם לקח חומר לבדיקה טוקסולוגית. במצב עניינים זה התכוונו להביא את האישה לקבורה.

ממש לפני צאת הלוויה התקשרה מנהלת בית המרקחת של ביה"ח ודיווחה על הטעות במשלוח התרופה לפני הרנטגן. היא הודיעה כי במקום סודיום סולפט היא עצמה שלחה סודיום-ניטריט, חומר הגורם להרעלות. ההודעה הדרמטית הזו נתקבלה מאוחר מדי.

בהסכמת המשפחה עצרה המשטרה את הלוויה והגופה הועברה לנתיחה חוזרת במכון לרפואה משפטית וכדי לקחת דם לבדיקה טוקסיקולוגית. בנתיחה החוזרת לא ציין הפתולוג את צבע העור, וכתמי המוות. בבדיקה טוקסיקולוגית של הדם נמצאו בו 70% מטהמוגלובין. זהו שיעור גבוה מאוד, כמעט קטלני.

סיבת המוות שנקבעה לבסוף היתה הרעלה חדה במטהמוגלובין, עקב שתייה של סודיום ניטריט, שנשלח בטעות מבית המרקחת.

המסקנה: גם רופאים קליניים מומחים עלולים לטעות באבחנה ובקביעת סיבת המוות אם אין לנגד עיניהם תיאור הנסיבות ואנמנזה מפי החולה או הנוכחים סביבו.

ולהזכיר כי הפאתולוגים לא מצאו לנכון להזמין בדיקות טוקסיקולוגיות, דבר שהיה הכרחי, על אף הפאתולוגיה הסרטנית המפושטת. אין ספק שלולא הקריאה הטלפונית של הרוקחת (שכוונתה היתה, ללא ספק, להתריע ולמנוע הרעלה), המקרה היה מסתיים אחרת, וסיבת המוות הפורמלית היתה נשארת כפי שקבעו הרופאים הקליניים - "שבץ מוח", או שהיו מייחסים את המוות ה"פתאומי" להתפשטות ולסיבוכים של הגידול הסרטני. שום תיק פלילי לא היה נפתח, ואף לא תיק אזרחי לקביעת פיצויים.

מאידך - המקרה הזה יכול לשמש הוכחה לתיזה מקובלת כי מצב חולני של אדם, ומחלות קשות שמהן סבל, אינם מהווים בהכרח את הסיבה למוותו בזמן מסויים. גם על רקע מחלות ומצב בריאותי קשה יכול המוות להגרם מתמת סיבה חיצונית, לרבות רצח או התאבדות.

אחת המחלות הקשות לאבחנה ולקביעת סיבת המוות שבא בעקבותיה היא מחלת האפילפסיה, שגורמת קשיים והתלבטויות לרופא המשפט. האבחנה הפוסט-מורטלית של אפילפסיה חשובה למשפט הפלילי ולמשפט האזרחי, וגם מנקודת ראות ציבורית סוציאלית. המוות, במקרה זה, יכול להתרחש בפתאומיות, גם אצל חולים הנמצאים בביקורת מתמדת של רופאם. המוות הבלתי צפוי יכול להגרם ע"י התקף אפילפטי מתמשך (status epilepticus). סיבת המוות היא אי-ספיקה. או הפרעות בתפקוד הלב ודרכי הנשימה.

מצב של Status Epilepticus, מלווה באיבוד הכרה, יכול - בתנוחה מסויימת של הגוף ובנסיבות סביבתיות מתאימות - להעמיד את החולה בסכנה. לדוגמה - טביעה, או נפילה מפיגום, או חשיפה לכוויות. דוגמאות אחרות: חנק משאיפת תוכן קיבה, או סגירת דרכי נשימה חיצוניות עקב נטילת תרופות, אלה יכולים לגרום לתאונה אם ארעו אצל אדם אפילפטי בעת שנהג במכונית, או שנדרס ע"י מכונית אחרת.

בכל המקרים האלה, סיבת המוות הסופית אינה קשורה בעצם המחלה ובשינויים האנטומיים - פיזיולוגיים שגרמה אלא בגורמים פיזיים - מכניים, בהתאם למקרה. לעיתים קרובות מתעוררת השאלה האם התאונה נגרמה עקב ההתקף האפילפטי, או שכלל אינה קשורה אליו והיא תוצאה של רשלנות הרת אסון, שיכול להתרחש אצל כל אדם. לפעמים המוות בא אחרי התקף אפילפטי ראשון, מבלי שמישהו בכלל ידע לפני כן על קיום המחלה. ואז קביעת סיבת המוות, וקביעת הקשר למחלת האפילפסיה קשות ביותר, כי הסימנים והשינויים האנטומיים - פאתולוגיים דלים מאוד (נשיכת לשון, שליטה על הסוגרים) ואף הם מופיעים רק ב-25% בערך מן המקרים. לפיכך, ובהעדר סימנים כאלה, אני שולל מוות מהתקף אפילפטי. Fatteh (5) כותב: In investigation of Status Epilepticus, the history is all important.

אבקש לצטט גם מספרם של האב והבן Dimairo (4): The diagnosis of death, due to epilepsy, is - for the most part - a diagnosis of exclusion. At autopsy there are no pathonomoic findings. To make a diagnosis of death due to epilepsy, one must have a clinical diagnosis of epilepsy or a well documented history of seizures. A complete autopsy, with no findings, grossly, microscopically or toxicologically, to explain death.

מצד שני, במקרי מוות רבים של אפילפטים, קשה לקבל מידע על מהלך המחלה של המנוח, על ההתקפים הקודמים, ועל פירכוסים קונבולסיביים. המשפחה מעוניינת להסתיר את קיום המחלה, כדי למנוע את הסטיגמה ואת הדימוי הציבורי והסוציאלי שמתלווה למחלה הזו.

בארץ, הבעיה חריפה במיוחד במשפחות שילדיהן עומדים לתגייס לצבא. הבנים/הבנות שלפני הגיוס פוחדים פן בהודע דבר המחלה במשפחתם, יידחו כליל, או שיימנע מהם לשרת ביחידות קרביות. זכור לי מקרה שחייל צעיר נמצא ללא רוח חיים באוהל במחנה אימונים. בבדיקה ובחיפוש במקום, לא נמצאו כל סימני מאבק או אלימות. בנתיחה שלאחר המוות היו סימנים כלליים של מוות מהיר. ללא כל סימני חבלה,

אפילו לא אותם סימנים נדירים האופייניים למוות מהתקף אפילפטי. גם בדיקה טוקסיקולוגית שיגרתית, כולל בדיקה לברביטוראטים, לא העלתה דבר. התיק הרפואי הצבאי היה ריק. ללא ציון מחלה או תלונה בהווה או בעבר.

בפגישה עם הורי המנוח השמיע האב סיפור עצוב שהסביר את מות בנו: הבן, שנראה בריא פיזית, חלה -3 שנים קודם לכן באפילספיה. סבל מהתקפים חוזרים עם איבוד הכרה, והשתמש כל הזמן בברביטוראטים. כיוון שרצה לשרת ביחידה קרבית, הסתיר את דבר מחלתו. לאחר הגיוס היה אב מביא למחנה את התרופות, והבן נטל אותן באורח סדיר ומבלי שאיש ידע על כך. ביום שלפני האסון יצאה היחידה לאימונים והבן לא הספיק למסור על כך לאביו. האב הגיע עם התרופות למחנה, וכשלא מצא את הבן שב הביתה עם התרופות. באותו לילה הבחור סבל התקף אפילפטי חזק שנגמר במוות, מבלי שמישהו הרגיש במתרחש. העדר ברביטוראטים בבדיקת הדם של המנוח הוכיח כי המוות נגרם מהתקף אפילפטי. אלמלא השיחה עם ההורים וללא המידע הרפואי שהם מסרו, היתה סיבת המוות נשארת עלומה. התיק נסגר ללא חקירה נוספת וללא בדיקות נוספות. יקרות ומיותרות.

המידע מתקבל מחוקרי משטרה נכון בדרך כלל, אך לא תמיד מפורט דיו ורלוונטי לשאלות המתעוררות. מעטים מאוד המקרים בהם המידע הנסיבתי שגוי ו/או מטעה. המקרים האלה קשורים בעדות של חשודים ושל אנשים המעוניינים לטשטש את האמת ולהוליך שולל את החוקרים והחקירה. התופעה של עדות שקר מכוונת כמעט תמיד קשורה לבדיקות בתסמונת הילד המוכה, אשר בה - כעיקרון - דווקא אנשים בעלי מחויבות לשמור על שלום הילד (התינוק) ולטפל בו גורמים לו חבלות חוזרות, ואני מדגיש - חוזרות. ולזכור - די במוות עקב מכה אחת, כדי שזה יהיה רצח, או הריגה. הנאשמים בחבלה הם הורים (תכופות - אחד מהם הורה חורג) מחזרים, מאהבים. הנזקים נגרמים ממכות מכניות, פיזיות, טרמיות ואחרות. ומכאן מובן רצונם, כשהם מגיעים עם הילד החבול לבית החולים - להסתיר את האמת. הסיפורים השונים והכוזבים מתייחסים למנגנון המכות ולזמן בו התרחשו החבלות.

הרופא המטפל והרופא המשפטי צריכים לבדוק ולקבוע את המנגנון הבסיסי של הנזק. צורתו וזמן גרימתו. את אי ההתאמה בין סיפור המחלה או הטרומה, שמסרו אלה שהביאו את הילד (הורים, שומרים, מטפלים) לבין האמת האנטומית - מורפולוגית.

לפני כ-10-11 שנה הובא ילד בן שנתיים וחצי לביה"ח באשקלון. מצבו היה טרמינלי. האיש שהביאו ספר לרופא המטפל כי הילד ישב בכסא ושיחק. לפתע שמע האיש את

בכי הילד ובהכנסו מצא את הילד שוכב על הרצפה ומילל. הוא הרים אותו ומהר לביה"ח. בדרך אבד התינוק את ההכרה וכעבור 10-15 דקות מת.

בבדיקת הגופה אובחן חורון ניכר של הפנים ושל העור. על הפנים והגפיים העליונות היו שפכי דם בנווני זמן שונים. בחלל הצפק (הבטן) היתה הצטברות דם גדולה. בבדיקת המעינים נראה קרע נרחב במונטריום (סלסליות) וקרע בולט בעורק המזנטריאלי העליון, שהווה את מוקד הדימום בחלל הצפק. בבדיקת החזה נראו שברים בצלעות, עם צלקות. ממצא אופייני לילד מוכה.

מנהל מחלקת הילדים, דווח כי הילד כבר הובא בעבר מספר פעמים לביה"ח, עם חבלות בחלקי גוף שונים.

במסקנותי הסברתי לחוקרי המשטרה כי סמני חבלה קהה על הילד, נגרמו בזמנים שונים. הקרע במונטריום, עם הדימום, לא יכול להגרם מנפילה, והיה תוצאה של מכה ישרה. יתכן באגרוף. הסיפור של האיש שהביא את הילד לביה"ח (הסתבר כי זה מחזר של האם) לא תאם לממצאי הנתיחה.

בחקירה לאחר קבלת נתוני הנתיחה, הודה המאהב החשוד כי לא יכול לסבול את בכי התינוק, והכה אותו בבטנו באגרוף. גם במקרה הזה לא התפתה הרופא המשפטי ללכת בעקבות הנסיבות שהוצגו לו, והוכיח אמת הפוכה. עדות השקר והנסיבות המטעות הוו את אחת ההוכחות בכתב האישום, נגד המאהב, שהועמד לדין ונשפט.

ראינו במקרה הזה מוות מהיר, מומנטלי, לאחר מכה קלה יחסית, באיזורי גוף שונים, בהם ישנם אברים רפלקטוריים, או רפלקסוגניים. איזורים אלה קשורים ע"י מערכת העצבים, אל הלב ואל מערכת הפעילות הנוירוגנית שלו.

מוות מהיר ומיוחד, שהרופא המשפטי נתקל בו, מאופיין בפתאומיות שהיא לעיתים ממש מונומנטלית. מוות כזה מעורר תמיד תהייה ומבוכה אצל האנשים שסובבו את המנוח. גם בין הרופאים שכיחות אי-הבנות וספקות לגבי סיבת המוות, והוויכוחים בעניין זה מתעוררים גם בביהמ"ש.

לאותה קבוצה שייך גם המוות מחמת הפרעות קרדיו-וסקולריות חדות, על רקע נוירוגני - רפלקטורי. מוות כזה יכול להופיע אחרי אירועים וגירויים אמוציונליים חדים. המקור והסיבה להופעת הגירויים יכול להיות לחץ או מכה, לא בהכרח חזקה, על האיזור או על הנקודה הרפלקסוגנית באיזור הצוואר, על איזור הגרון, או על איזור מקלעת השמש. סיבה אחרת - גירויים או מכה באיזור אברי המין או פי הטבעת. המוות הפתאומי יכול לבוא גם עקב גירויים במערכת הסימפטית-אדרנלית, או גירויים במערכת הפארא-סימפטית-הוגלית.

בין הרי הגרניט האדומים, אומרות האגדות ישנו מקום... מלון הנסיכה אילת.




EILAT
PRINCESS

מעבר לאילת, במקום הדרומי ביותר בישראל,
מחכה לך הנסיכה אילת.
היא מארחת אותך בכל אחד מ-418 חדריה
המרווחים והסוויטות היפיפיות שבה,
ופורשת לפניך את הנוף הקסום של הים האדום
ואת המראה האקזוטי של הרי המדבר.
היא מזמינה אותך לסעוד בכל אחת משפע מסעדותיה
המביאות אליך את מעדני המטבח הצרפתי,
המטבח הקריאולי החלבי, הקריאולי הבשרי,
ומטעמי המזרח של המטבח הישראלי.
היא ממריצה את גופך במועדון הבריאות החדשני,
בג'אקוזי הרוגע, בחדרי הכושר
החדשים ובסאונה היבשה והרטובה.
היא מזמינה אותך לגלוש במגלשות,
אל תוך מימיהן הכחולים והצוננים של בריכות השחיה
(אשר לכל אחת מהן מבנה מיוחד)
לשחיה מרעננת בין המפלים והאיים הטרופיים
להתרווחות נינוחה על משטחי
השיזוף בצל עצי הדקל ולצלילה
אל תוך מסתרי השוניות בחוף הצמוד של הים האדום.
היא מרגיעה אותך עם הנעימה האהובה עליך
וכוסית הקוקטייל בפיאנו בר ועם לילה היא מחכה לך
עם הבירה האהובה עליך בפאב טאבה -
פאב בסגנון אלפיני, מרקידה אותך עד אובדן החושים
בדיסקוטק שאין דומה לו.
הנסיכה מציעה לך את כל אלה במלון היפה ביותר בישראל,
באחת מפנינות הטבע היפות בעולם.

ותכלול לך ארוחת בוקר:

לילה - סוף שבוע - 1600 ₪: שושה לילות 12 בסיס לילה וארוחת בוקר.
לילה - אמצע השבוע - 1450 ₪: שושה לילות 12 בסיס לילה וארוחת בוקר.

להזמנות: (03) 5373750-03 (22 קווי). אביב 67212 6: 03-5373750 (22 קווי).

מאקרוסקופיים לא נמצאו. ואכן רווחים המקרים שבהם אין עדות אנטומית חבלתית או פאתולוגית, בנתיחה, אשר תסביר את סיבת המוות. לפעמים ניתן למצוא שפך דם קל בשרירי החזה, או בעור, כעדות לעצם המכה, אך לא כסיבה למוות.

אביא מקרה נוסף שנתקלתי בו בעבודתי. במהלך טיול של בית ספר, הנחת אחד התלמידים, כבן 13, מכת אגרוף לתלמיד מכיתה גבוהה יותר. המכה היתה באיזור הלב. המוכה התמוטט והתחיל לחרחר. חובש שהיה במקום התחיל בהחייאה ללא הצלחה, והנפגע מת כעבור מספר דקות.

מסקנות חוות הדעת במקרים שהובאו הסתמכו על עדויות בדבר נסיבות האירוע, צורת המכות ומקום הפגיעה באיזורים רפלקסוגניים מובחנים. צורת המוות היתה מומנטלית. מיד לאחר הנחת המכות. כאמור, המקרים אופיינו ע"י העדר איבחון של נזקים אנטומיים חבלתיים, ושינויים פאתולוגיים או ממצאים מעבדתיים אחרים, בנתיחה, שיכלו להסביר את המוות המומנטלי.

המסקנה היתה כי סיבת המוות היתה - בדרגת סבירות גבוהה - גרימת הפרעות קצב רפלקטוריות - נוירוגניות של הלב, לאחר ועקב פגיעה מכנית באיזורים רפלקטוריים. היה קשר סיבתי בין המכות שניתכו על הנפגעים, לבין מותם. נפתחו תיקים פליליים נגד הצעירים המכים, והם נשפטו והורשעו.

זעזוע לב, Concussion Cordis או Comotio Cordis מופיע לאחר מכה מיכנית בחזה, בפרקציה של הלב. המנגון האנטומי דומה לזעזוע מוח, אלא שאודות זעזוע לב אנו מוצאים מעט מאוד חומר בספרות הקלינית ובספרות הרפואית המשפטית.

המכה בחזה גורמת להפרעות פיזיולוגיות. נקח מקרה שהנפטר הוא בחור מפותח פיזית בהתאם לגילו. בנתיחה מוצאים שפך דם קטן בשרירי החזה. בלב אין שום נזקים חבלתיים, טריים או ישנים, ואין שום שינויים פאתולוגיים חולניים. הסיבה למוות - הפרעות קצב פטאליות במערכת העצבים המסובכת של הלב. ההפרעות קשורות למכה. גם המסקנה הרפואית - משפטית היתה כי סיבת המוות, בדרגת סבירות גבוהה, אינה טבעית. היא חבלתית, ונגרמה מן המכה בחזה, שהיא שהביאה לזעזוע הלב. התנהל גם משפט אזרחי עם דרישה לפיצויים.

במקרים שהבאתי, לו המכה היתה מונחתת ללא נוכחות צופים, פרט למכה ולמוכה, ולו הגופה היתה מועברת למכון לרפואה משפטית ללא מידע נוסף על נסיבות האירוע ועל המכים, הרי סיבת המוות היתה נרשמת כלא ברורה, ושום תיק חקירה לא היה נפתח.

אמנם ישנם הבדלים במנגון המוות בדוגמאות שהובאו, אך הסיבה הסופית היא הפרעות קצב בפעולת הלב בצורת אקסטריסיטולות העוברות לפרפורי לב, או מחמת דום לב מומנטלי, הנמשך כמה שניות ועד דקות ספורות.

האבחנה הפוסט-מורטלית מבוססת ומוסברת ע"י ביצוע נתיחה מלאה, בנוסף לבדיקות השונות ובתנאי שלא נמצא נזק אנטומי או סיבה אחרת העשויים להסביר את סיבת המוות. חשוב להציג הוכחות לאימות החשש כי המוות התרחש לאחר פעולה מכנית, או אחרת, באיזור הידוע כאיזור רפלקסוגני.

גורדון, שפירא וברסון (6) כותבים:

The most important factor in establishing a diagnosis of acute neurogenic - cardiovascular failure... is a detailed autopsy, to exclude any other cause of sudden death... and if definite evidence that death occurred with dramatic suddenness, and followed promptly upon the occurrence of an appropriate nervous stimulus, a diagnosis of neurogenic cardiovascular failure may be inferred with reasonable certainty.

שני מקרים יכולים לשמש דגם לדברים שהובאו, בשם אומרים, כאן:

מקרה ראשון: בתחנה המרכזית בבאר שבע המתנינה קבוצת בחורים לאוטובוס. הגיע בחור נוסף לא מוכר לקבוצה, והתפתח ויכוח שעד מהרה הפך לקטטה. הבחור שהגיע לבדו הנחת מכת-יד לאחד מבני הקבוצה, בצווארו בצד החיצוני השמאלי. הנפגע התמוטט מבלי להוציא הגה. ניידת מ.ד.א. הגיעה במהירות למקום. נסיון להחיות את הנפגע לא הצליח.

בבדיקת הגופה לא נמצאו נזקים חבלתיים ושינויים פאתולוגיים, שיכלו להסביר את סיבת המוות. בירור נוסף ע"י המשטרה, העלה כי התוקף היה מדריך לקראטה, והמכה שהנחת היתה מכת קראטה אופיינית, באיזור המסוכן של הצוואר.

במקרה השני היה מעורב בחור כבן 18 שעמד להתגייס. תוך קטטה, תפס את אחד הבחורים המעורבים, הרים אותו והורידו על הקרקע ואז היכה בו באגרוף באיזור האפיגסטריים השמאלי. המוכה נפל. לדברי חבריו שנכחו - נשם בכבדות כמה שניות ונפטר. נלקח למרפאה הקרובה ושם נקבע מותו.

בנתיחה שלאחר המוות נמצא שפך דם קטן בשרירים במקום תואם למכה. שום שינויים או נזקים מיקרוסקופיים או

מוות ממאמץ פיזי חורג, תוך כדי עבודה, קרוב במנגון הפאטוגנטי והטנטוגנטי שלו למוות הפתאומי מסטרס אמוציונלי. גם הוא מתרחש לרוב אצל אנשים עם שינויים חולניים פאטולוגיים במערכת הקרדיו-וסקולרית. בחלק גדול מן המקרים, הנפגעים לא היו מודעים למצב הרפואי שלהם, או שבחרו להתעלם ממנו. העומס והמאמץ הפיסי שנדרשו להם תוך עבודה בתנאים מסויימים ובפרקי זמן שונים, הם שגרמו להפרעות ולשיבושים בפעולת הלב הפונקציונלית, ולפעמים האנטומית. במקרים האלה - לסיבת המוות הקונקרטית יש חשיבות מרובה מבחינה רפואית, אבל במקביל גם חשיבות משפטית פלילית, ויותר מכך - חשיבות משפטית אזרחית, כשמדובר במשפחת המנוח.

בכל מקרי המוות מחמת סטרס אמוציונלי ומאמץ פיזי, כאשר חסרים ממצאים מורפולוגיים טריים להסביר את סיבת המוות והעיתוי שלו, יש לחפש את התשובה במערכת התפקודית המסובכת של פעולת הלב. וחשיבות עליונה למציאת התשובות החסרות היא ידיעת הנסיבות. רק אם יימסר לרופא המשפטי מידע מפורט ומדויק על השתלשלות האירועים, ותתבהר הקורלציה בין הנסיבות לבין ממצאי הנתיחה, יתאפשר לספק את התשובות לשאלות שהתעוררו במהלך החקירה ובמהלך המשפט, בדבר סיבת המוות.

ישנה קבוצה לא גדולה של מקרי מוות-פתאומי, בהם נקבעים המוות והגורמים למוות, כמעט רק לפי נסיבות האירוע ונסיבות המוות עצמו. דוגמאות: אנשים שמתו כשהם נמצאים במצב של דחף נפשי, פחד, חרדה, חשש ודאגה עמוקה. המוות במקרים כאלה עלול להיות מומנטלי, ולהופיע מיד אחרי ההתרגשות. מקרים כאלה ייתכנו בכל גיל ובכל מצב אך באופן מעשי מדובר על הגיל המתקדם, כאשר עלול להיות גם רקע חולני ושינויים קרדיו-וסקולריים, ובמיוחד קורונרו-סקלרוטיים. אצל אנשים כאלה, המערכת הפגומה הסתגלה במשך הזמן לתנאי יום-יום סבירים, והם אפילו לא מודעים לשינויים החולניים שחלו בהם. אך הדחף הנפשי הפתאומי, הפחד והחרדה המלווים מקרה שוד, או איום ריאלי על החיים, או אפילו קטטה המלווה מאמץ פיזי קל, כל אלה עלולים לגרום לשיבושים פיזיולוגיים קשים, עלייה בהפרשת אפינדרין, עליית לחץ הדם, הגברת קצב הלב והפרעות בקצב הלב העוברות לפרפורי תדרים ומוות.

השאלה העיקרית שעומדת בפני הרופא המשפטי, פרט לצורך לקבוע את סיבת המוות, היא בעיית הקשר הסיבתי והקשר הנסיבתי בין האירוע שגרם לסטרס האמוציונלי, לבין המוות. בארכיון המכון לרפואה משפטית נאגרו במשך השנים עשרות מקרים בהם אירע המוות תוך ובקשר לדחף נפשי. בחלק מהם, כאשר נמצא קשר בין אירוע הסטרס והמוות הוגשו כתבי אישום נגד מי שנחשבו לאשמים בגרימת האירוע.

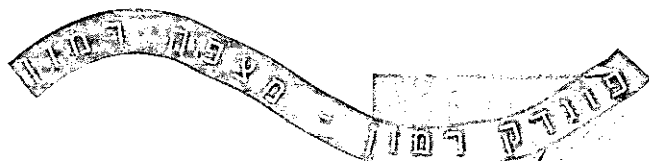
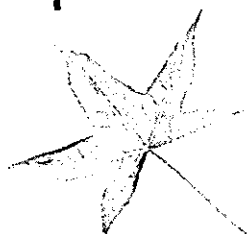
מקורות:

1. Hirsch Ch. S; Medico-Legal Autopsy in Modern Medicine Legale, Psychiatry and Forensic Science. Ed. Curran, W.Y. et al; F.F. Davis Co. 1982, pp. 132-133.
2. Davis, J. H.; Asphyxial Death in Modern Medicine Legale, Psychiatry and Forensic Science. Ed. Curran W.Y. et al; F.F. Davis Co. 1982, pp. 254-258.
3. Buja, L. M.; Petty Ch. S.; Heart Disease Trauma and Death in Modern Medicine Legale. Psychiatry and Forensic Science . Ed. Curran W.Y. et al .F.A. Davis Co. 1982 .P.P. 196-197,
4. Dimaio D.J.; Dimaio V.J. M.; Forensic Pathology; Elsevier Science Publishing Co. Inc., 1989, pp. 207-243; 367; 415-416.
5. Fattah A.; Handbook of Forensic Pathology, J.B. Lippincot Co., 1973. pp. 131, 254, 256-258.
6. Gordon J.; Shapiro H.A., Barson S.D.; Forensic Medicine, A Guide to Principles, ed. 3, Churchill Livingstone; 1988. pp. 25-76; 139.

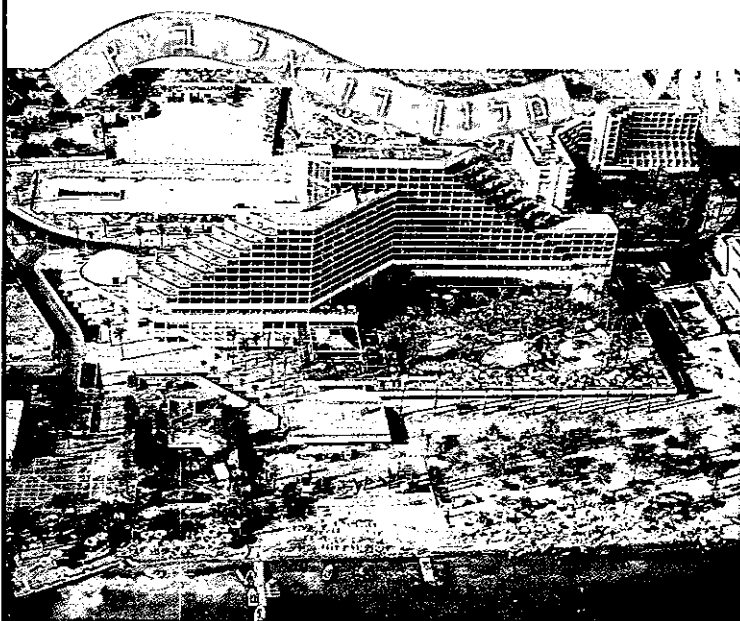
7. Hansen G.; Gerichtliche Medizin. Leipzig 1954. S. 105-106.
8. Lawrence Altman. In suspicious Death, An Autopsy Alone May Be of Little Help. The N.Y. Times, Sept. 1989.
9. Leadbeatter S.; Knight B.; The History and Cause of Death; Med. Sci. Law (1987) Vol. 27, No. 2, pp. 132-139.
10. Spitz W.U.; Fisher R.S.; Medico-Legal Investigation of Death. 2nd ed. 1980. pp. 122, 613-614; Charles C. Thomas Pub.
11. Bloch B.; Should the Forensic Medicine Expert Take Into Consideration the Circumstances of the Accident? In 10th World Congress on Medical Law, Jerusalem 28.8.94-1.9.94, pp. 371-372.



"בין אילת ומצפה רמון וכיף מעל לכל דמיון"



במלון זה המשלב סביבה טבעית עם נוחות מודרנית תוכלו לחוות חופשה שונה לגמרי. מלון ייחודי זה מספק בליבו של הנגב היפהפה ואידאלי לבידור משפחות. האורחים מוזמנים ליהנות מתבשילי המקום הידועים בטעמים המיוחד, ולטייל במדבר בגיפ, על גב גמל ואף על גבה של למה. בנוסף למכתש רמון, המפורסם בעולם כולו, האיזור עשיר באתרים ארכיאולוגיים, באתרים היסטוריים וכמובן בטבע שאין שני לו.



מלון פאר זה של ישראל, הממוקם על החוף עצמו קובע סטנדרטים חדשים של פאר ונוחות. כל 363 החדרים והסוויטות מרוהטים בפאר רב, בעלי מרפסות פרטיות, פנים דרומה ונהנים מנוף פנורמי של החוף ועל ים סוף. בכל חדר וסוויטה ישנו חדר זוגי מרווח, פינת ישיבה, שכלולים מיוחדים בחדרי האמבטיה, יכולת שליטה על מיוזג האויר בחדר, טלוויזיה צבעונית אינטראקטיבית עם שלט רחוק, רדיו, מיני-בר מצויד היטב, קוסקום חשמלי להכנת קפה וזה, כספת. החדרים: 233 חדרי "בלוויטה", מתוכם 50 חדרים צמודים עם דלת מעבר ביניהם. מתקנים: מועדון בריאות וחדר כושר, סאונה פינית, בית מרחץ טורקי, ג'קוזי וטיפולים בבזק. בריכת שחייה עם מים מתוקים דו מפלטית עם מפלי מים ומונורות. בריכה לילדים. בית כנסת, טיילת הריאל ביץ'. מועדון לילדים.

מדרכ כושים בינלאומי מודרני של המלון. משתרע על פני 600 מ"ר וממוקם במפלס התחתון של המלון. ניתן לחלקו לחמישה איזורים נפרדים. המרכז כולל ציוד וידאו וציוד אודקולי. משוכלל וחדשני. ישנם איזורים נפרדים לקבלות פנים ולהפסקות, המיועדים ל-1000 איש. חוף ריאל של ישראל. גישה ישירה מהמלון לחוף ציבורי עם שדות של מלון ריאל ביץ'.

הזמנות: ניצן יחזות בחירות ונופש בעמ' - רח' יצחק שדה 34 תל-אביב, 67212.

טלפונים: לקבוצות - 03-5374141 (רב קווי), לבודדים - 03-7373750 (רב קווי)

פנינו אכפת ופנינו פדא

האם ישנן תרופות הומיאופטיות

הכנות רוקחיות של "הומיאופתיה" אינן תכשירים רפואיים

מבחינה פרמקולוגית - מה שמוגדר בשימוש רפואי כהכנות "הומיאופתיות" (מיהול עד כדי "אפסיות" מבחינה כימית) משוללות כל בסיס מדעי-נסיוני; במהותן - הכנות אלה מהוות נסיגה לתקופת "הסבתא של הסבתא", בטרם גובשו התהליכים המדעיים העכשוויים בפרמקולוגיה. הכנות אלה אינן עומדות בשום מבחן נסיוני של תלות השפעה הפרמקולוגית (הניסויים - גם בבני אדם) בלוג המינון; אין כל מנגנון השפעה על איזו-שהיא מערכת מלבד הסתמכות חוזרת על ההיפותזה של ד"ר הנימן מלפני 200 שנה, שלא הוכחה, כי מיהול ניכר של חומר מונע וגם מרפא השפעה רעלית של אותו חומר במינון גבוה. אמנם, באלרגנים מושגת השפעה פרמקולוגית במינון מיקרוגרמי - אך אין לכך כל קשר לתיאוריה של הומיאופתיה, האומרת, כי הוכח באופן נסיוני שילוב פעולה של שני סוגי אימונוגלובולינים. מתוך כ-מיליון עבודות ברפואה המתפרסמות מדי שנה, דווחו בהומיאופתיה בערך 30 עבודות וסקרים - ובחלקן על נזקים שנגרמו עקב אי מתן הטיפול הרפואי הנכון. מרוב המלל בנושא הומיאופתיה - נשכחות ההגדרות הנכונות של טיפול רפואי, טיפול תרופתי, יבוא לעומת ייצור מקומי או רכיחה בבתי מרקחת.

טיפול רפואי -

מטרתו לרפא חולים ע"י רופאים בכל דרך ובכל אמצעי העומד לרשותם לרבות PLACEBO. אחד האמצעים היעילים ביותר - ולא תמיד החשוב ביותר - הוא הטיפול התרופתי.

טיפול תרופתי -

מטרתו שימוש בחומרים כימיים (לא חשוב אם מקור החומרים בצמחים או במעבדה) שמבחינת טיבם ובטיחותם הינם יעילים להשגת השפעה פרמקולוגית. כך, בארץ ובארצות נאורות אחרות מוגדר תכשיר רפואי כחומר או חומרים שנבדקו והוכחה איכותם, בטיחותם ויעילותם למטרה שאליה הם מיועדים (ראה גם תקנות הרוקחים - תכשירים רפואיים

יבוא -

כל יבוא של תכשיר מחו"ל אינו יכול להרוג מהוראות החוק של ייצור אותו תכשיר בארץ.

שר הבריאות ד"ר סנה הודיע על הרשאת יבוא/ייצור של תרופות הומיאופתיות. פרופ' אבדמסקי, דיקן בית הספר לרפואה של האוניברסיטה העברית שלל את הערך הרפואי של מוצרים אלה. ח"כ פרופ' לס (לשעבר מנכ"ל משרד הבריאות) התריע על מתן גושפנקא ממלכתית ל"איבוב" (כלום-בו) מסוג זהו (הטלויזיה הכללית - 13.2.95).

לפני כ-200 שנה הגה ד"ר הנימן את הרעיון כי חומר במיהול אין-סופי "הומיאופתי" מרפא מחלות; הנחת היסוד היתה כי במקרה של תסמיני מחלה הדומים להשפעה רעלית של חומר, נטילה PER OS של מיהול ניכר של אותו חומר רעל תגרום לריפוי. לדוגמא, במחלת חולי-רע (CHOLERA) - השלשולים האופייניים דומים לאלה הנגרמים מהרעלת ארסן. על כן, תמיסה מהולה של ארסן עשויה לרפא את המחלה. לפי גישה זו, בתמיסה המהולה נאגרה אנרגיה מרפאת. אך עובדה היא שאי אפשר להדביר את מחלת החולי-רע באמצעים הומיאופתיים אלא אך ורק בתרופות אנטיביוטיות - שלא היו מוכרות לפני 200 שנה. ואכן, חומרי היסוד הנמהלים בהומיאופתיה הם צמחים ומינרלים שהיו מוכרים לפני מאות בשנים. ברור מאליו כי המדע הרפואי פוסל מכל וכל את ההומיאופתיה, בהיותה נחלת העבר בטיפולים רפואיים שאבד עליהם הכלת.



פרופ' אפרים מנצל

על אף כל זאת, לטיפולים בהומיאופתיה נמצאו חסידים רבים, במיוחד בין מרפאים שאינם רופאים. גם אצל רופאים בארץ - כבארצות אירופה וארה"ב - שנוכחו לראות עד כמה רבה המשיכה להומיאופתיה אצל הציבור השואף למצוא פתרונות בלתי מקובלים למחלות כרוניות שאין להן מרפא, כגון טרשת נפוצה. בטיפול ההומיאופתי נערכות שיחות ממושכות תוך קשר נפשי עם המטופלים; גם על בסיס מדעי-רפואי מוכרות שיטות כאלה כבעלות השפעה מרגיעה מבחינה פסיכולוגית, גם אם המירשמים הניתנים למטופלים לרכיחה בבתי המרקחת - בגלל המיהול - כמעט ואין בהם כל חומר רפואי והם למעשה PLACEBO - מוצר "איבוב" - דמוי תכשיר רפואי לטיפול תרופתי.

ייצור הומיאופתיה -

מקורות:

1. Maddox J; Randi J; Stewart W; Nature (1988) 333:118.
2. Beaven Dw; Nz MED J (1989) 102:416.
3. Thomas K; Carr J; West Lake et al, BR MED J (1991) 302:207.
4. Altman M; Harefuah (1992) 122:166.
5. Tsur M.; Harefuah (1992) 122:137.
6. Stern Z; Harefuah (1992) 122:170.
7. Barrett S; Tyler V.E ; Amer. Z Health System Pharm. 52:1004-1006, 1996.



אינו כרוך בטכנולוגיות תעשייתיות ועתירות ידע, כפי שהיה נהוג גם לפני מאתיים שנה, רקיחה בבתי מרקחת של הכנות מסוג "הומיאופתיה" על פי מרשמים של רופאים, מהווה פתרון מעשי ללא כל הגבלות חוקיות. על כן, מכל בחינה, אין שום הצדקה לייבא מוצרים הומיאופתיים מחו"ל, כפי שאין צורך ליצרם במפעלים תעשייתיים בארץ.

השימוש הרפואי בהכנות הומיאופתיות כ-PLACEBO אינו מאציל עליהן הגדרה של "תכשיר רפואי" אלא אם תוכח בשיטות מעבדתיות וקליניות מקובלות איכותן, טיבן, בטיחותן ויעילותן. לא רק בארץ, אלא בעולם הרחב, טרם הובאו הוכחות כאלה.

לפנינו עדיין השאלה, מדוע מרשים בצרפת, גרמניה וארה"ב ייצור של מוצרים הומיאופתיים במפעלים. בארצות אלה קדמה ההומיאופתיה לחוקי הבקרה על תכשירים רפואיים (מזמן אסון התלדומיד ב-1962) בהן נהנים מ-LICENCE OF RIGHT - זכות אחזקה של מוצרים גם אם כאלה לא יאושרו ואינם מאושרים עתה לשווק. כדוגמת בניה חריגה של בנינים ישנים בעבר, שלמרות העדר עמידה בתקן הנוכחי - אין הורסים בנינים כאלה. ברור מאליו שאין מעבירים לארץ שניה זכויות מוקנות לא תקניות הנסבלות בלית ברירה בארץ אחת.

לסיכום:

1. הכנות הומיאופתיות אינן כלל תכשירים רפואיים.
2. השימוש הרפואי במגוון של אמצעי PLACEBO כולל גם הכנות הומיאופתיות.
3. קיימת אספקה סדירה בארץ של הכנות הומיאופתיות הנרקחות בבתי מרקחת לפי מרשמים של רופאים, לכן אין צורך בייצור תעשייתי בארץ או ביבוא של הכנות הומיאופתיות מחו"ל.

פסיכיאטריה ומשפט

הודאה של חולה נפש במשטרה - מה דינה?

מבוא



אמנון סטורשוב

לדברי השוטרים שגבה את ההודאות מהנאשם: "...קרוב לשש שנים במודיעין אף פעם לא נפל עלי דבר כזה כמו הנאשם. לא קרה לי מקרה דומה, כמו עם הנאשם, שמישהו מיוזמתו בא ומספר לי על עבירות שביצע". למותר לציין, כי חוקרי המשטרה שגבו את ההודאות מהנאשם, לא ידעו כלל על עובדת אשפוזו בבית חולים לחולי נפש.

כמה ימים לאחר מסירת ההודאות במשטרה ועריכת שיחזור עם החוקרים לגבי מקום ודרך ביצוע העבירות, שב הנאשם ואושפזו בבית החולים לחולי נפש תוך שאובחן כסובל מנתהליך סכיזופרני.

3. במהלך המשפט ביקשה התביעה הכללית להגיש את הודאותיו של הנאשם במשטרה. הסניגור התנגד לבקשה בטענה כי אלה לא נמסרו מרצון טוב וחופשי. כי נוכח היותו של הנאשם סובל ממחלת נפש לא יכול היה להבחין בין טוב לרע ובין מותר לאסור בעת מסירת ההודאות. ההודאות נמסרו, כאמור - בעת החופשה הקצרה שנטל לעצמו מבית החולים הפסיכיאטרי בו היה מאושפז.

בבית המשפט העיד הרופא הפסיכיאטר שטיפל בנאשם בבית החולים. יצוין, כי הן התביעה והן ההגנה הסתפקו בעדות אובייקטיבית זו ולא הביאו עדים לסתור מטעמם.

וכך העיד הרופא על מצבו הנפשי של הנאשם: "אני חושב שהיה במצב פסיכוכטי בעת שמסר את עדותו במשטרה... שיפוטו לא היה כרגיל, כפי שהוא רגיל בצורת התיפקוד המקובלת שלו... אני יכול להגיד שסביר להניח שהיה במצב פסיכוכטי... לדעתי, עצם הפנייה למשטרה והזיווח למשטרה היו חלק ממחלתו... הוא לא היה במצב שהוא היה יכול להבין את משמעויות הדברים בעת מסירת העדות ואם כדאי לו או לא כדאי לו ולמה זה יוביל...".

הדין בישראל

4. הודאתו של נאשם במשטרה תהיה קבילה כראיה בבית המשפט, בתנאי שיוכח ע"י התביעה "שההודאה היתה חופשית ומרצון" (סעיף 12 לפקודת הראיות [נוסח חדש], תשל"א-1971).

1. על פי הדין הנהוג במדינת ישראל, אין אדם נושא באחריות פלילית למעשה או מחדל, אם בשעת המעשה היה חולה במחלת נפש ועקב כך לא היה מסוגל "להבין את שהוא עושה או לדעת שאסור לו לנהוג כפי שנהג" (סעיף 19 לחוק העונשין, התשל"ז-1977).

דהיינו, ניתן פטור מאחריות פלילית לחולה נפש אשר בשעת ביצוע העבירה לא היה מסוגל להבחין בין מותר לאסור או בין טוב לרע.

מה דינו של חולה נפש אשר מוסר הודאה מפורטת במשטרה בדבר עבירות שביצע, וזאת כאשר הוכח בבית המשפט כי בעת מסירת ההודאה הוא היה נתון בהתקף פסיכוכטי שפגע ואף פסל את יכולתו להבחין בין טוב לרע?

עובדות המקרה

2. מקרה יוצא דופן כזה נדון בפני לא מכבר בבית המשפט המחוזי בתי"א (ת"פ [ת"א] 610/91 מ"י נ. מסיקה, פ"מ תשנ"ג [149]; להלן - פס"ד מסיקה). הנאשם היה מאושפז בבית חולים לחולי נפש במשך כשבוע ימים ואובחן במצב פראנואידי כשהוא סובל מהתקף פסיכוכטי. בתום שבוע אשפוז, שוחרר הנאשם מבית החולים לפי דרישתו שלו ועל פי בקשת אמו, בניגוד לדעת הרופאים המטפלים.

מספר ימים לאחר השחרור מבית החולים התייצב הנאשם ביוזמתו בפני שוטר במשטרת נתניה והביע רצונו להתנדב למשמר האזרחי. הוא הודיע כי בתמורה לגיוסו הוא רוצה למרק את מצפונו ולהתוודות על סדרת עבירות שביצע, ביניהן עבירות גניבה ושוד - וכך אמנם עשה. הוא מסר שתי הודאות מפורטות בדבר העבירות שביצע. לעצם ביצוע העבירות נמצאו ראיות נוספות, אם כי אלה לא קשרו את הנאשם דווקא לביצוען.

הכותב: שופט בית המשפט המחוזי בתל אביב.

ההלכה המשפטית הרווחת במדינת ישראל, קובעת כי "אין הודאתו של חולה-רוח פסולה מעיקרה, אלא שיש לבחון בכל מקרה ומקרה על סמך הנסיבות, אם ובאיזו מידה אפשר לסמוך על כך שהיא משקפת את האמת. לשון אחר, השאלה אינה שאלת כשרות ההודאה, כי אם שאלת משקלה וערכה הראייתי" (ע"פ 186/55 מיזאן נ. נ.מ"י, פ"ד י"א 769, 772).

על הלכה זו חזר בית המשפט עליון במספר פסקי דין. בע"פ 744/78 לוי נ. מ"י, פ"ד ל"ג [3] 228 (להלן: "פסק דין לוי"), קובע כבי' השופט אהרון ברק: "הלכה פסוקה היא כי הודאתו של חולה נפש כשרה להתקבל כראיה והשאלה המתעוררת לגבי הודאה כזאת אינה אלא שאלת המשקל שיש לייחס לה בבוא העת לשקול את ערכה... הלחצים הנפשיים בהם נתון חולה הנפש אין בהם כדי לשלול את קבילות הודאתו, אם כי יש בהם כדי להשפיע על משקלה של ההודאה... יחד עם זאת, בדומה לכל נאשם המודה מחוץ לכתלי בית המשפט, אף הודאתו של נאשם חולה נפש אינה קבילה אלא אם היתה יחופשית ומרצון" (ס' 12 לפקודת הראיות [נוסח חדש] תשל"א 1971), כלומר, שלא הופעל על הנאשם לחץ חיצוני, (להבדיל מלחץ פנימי) כדי שיודה בביצוע העבירה" (שם, ע' 233).

חריג מסויים לכלל לפיו הודאה שנמסרה ע"י חולה נפש היא קבילה, כשמצבו הנפשי של הנאשם בעת מסירתה יכול להשפיע על משקלה בלבד, להבדיל מקבילותה, ניתן למצוא בדברי כבוד השופט חיים כהן בפס"ד לוי הנ"ל כדלהלן:

"אין זאת אומרת שלא אוכל להעלות בדמיני מחלת נפש מסויימת שיש לה השפעה הרסנית על רצונו של הלוקה בה, אם יש לאל ידי הרופאים לאבחן מחלה זו והשפעתה זו ועדותם מתקבלת על דעת בית המשפט, כי אז מתקשה אני לראות כיצד יוכל בית המשפט לקבוע שהודיתו ניתנה מרצון. חוששני שבמקרה כגון זה בא מה שחברי הנכבד, השופט ברק, מכנה 'הלחץ הפנימי' במקום 'הלחץ החיצוני' וממלא מקומו של זה שפוסל את ההודיה מכוח הוראת סעיף 12 לפקודת הראיות".
זו גם דעתו של כבי' השופט יעקב קדמי בספרו "על הראיות" (תשנ"א-1991), חלק ראשון, עמ' 54.

פסק דין מסיקה

5. לאחר שנתן דעתו לדין ולפסיקה, הן במדינת ישראל והן במדינות כמו ארצות הברית ואנגליה, הגיע בית המשפט המחוזי בת"א למסקנה כי מאחר ולא הוכח במקרה זה כי הנאשם מסר את הודאותיו במשטרה מרצון טוב וחופשי, כנדרש לפי סעיף 12 לפקודת הראיות - דין ההודאות להיפסל.

בית המשפט קבע בהסתמך על עדות הרופא הפסיכיאטר, כי הנאשם סבל ממחלת נפש ובעת מסירת ההודאות במשטרה היה נתון בפועל בהתקף פסיכוטי חריף, ועל כן נשללו ממנו לחלוטין כח הרצון והבחירה בין חלופות התנהגות שונות. כך, למשל, לא היה הנאשם מסוגל במקרה דנן לשקול את הצורך להתייעץ בעורך דין או אף לשמור על זכות השתיקה בעת חקירתו במשטרה, וזאת מפאת מצבו הנפשי הלקוי והעדר כושר רצון, שיפוט והבנה בסיסיים לגבי משמעות מסירת ההודאות.

בית המשפט קובע עוד כי אילו היה מצבו הנפשי של הנאשם בעת ביצוע העבירות זהה למצבו הנפשי הלקוי בעת מסירת ההודאות, כי אז סביר להניח שהוא היה פטור מאחריות פלילית והיתה עומדת לו הגנת אי-השפיות הקבועה בסעיף 19 לחוק העונשין, התשל"ז-1977.

לסיכום, בית המשפט המחוזי הגיע למסקנה: "כי מקום שאין ניתן לראות את הנאשם כאחראי למעשיו, בעת ביצוע העבירות, מכח מחלת הנפש שפגעה בכושר השיפוט שלו, ברצונו ובהבנתו את מעשיו והתנהגותו - כך גם אין ניתן לראותו כאחראי למעשיו ולדבריו, שמסר בהודאותיו ובשחזור שערך בהיותו נתון במצב נפשי כה אקוטי, עד שנשללו ממנו מכל וכל כושר השיפוט, ההבחנה ושיקול הדעת" (פס"ד מסיקה, שם ע' 160-161).

אשר על כך, הגיע בית המשפט המחוזי למסקנה כי הודאותיו של הנאשם, אשר ניתנו בעת שסבל ממחלת נפש והיה נתון להתקף פסיכוטי חריף, אינן קבילות כראיה ודינן להיפסל. נוכח פסילת ההודאות, שהיוו את הראיה המרכזית וכמעט היחידה במשפט - החליט בית המשפט לזכות את הנאשם מכל האשמות.

6. אין ספק כי בפסיקתו זו של בית המשפט המחוזי בתל אביב, יש משום סטייה מסויימת מהכלל שנקבע בפסיקה, ושלפיו מצבו הנפשי של הנאשם הינו עניין למשקל ההודאה, להבדיל מקבילותה, כאשר בתי המשפט נהגו לקבל כדבר שבשגרה הודאות של חולי נפש כקבילות, ולבחון אך את משקלן וערכן הראייתי.

נראה, כי בית המשפט המחוזי יישם בפסק דינו את החריג לכלל האמור, כפי שבא לידי ביטוי בדברי כבי' השופט חיים כהן בפס"ד לוי, ובאמור בספרו של כבי' השופט יעקב קדמי "על הראיות".

בפסיקתו דגל בית המשפט המחוזי בגישה חדשה, תוך הדגשת הערך החברתי המחייב הרחבת הפיקוח וההגנה מצד הרשויות

על אותם חסרי ישע הלוקים בנפשם או בשכלם - לא רק במהלך המשפט עצמו, אלא כבר בעת גביית הודאותיהם במשטרה.

כקביעת בית המשפט עצמו:

"מחובתה של חברה בת תרבות להגן על אותם חסרי ישע שבקרבה, כולל הלוקים בנפשם, גם מפני עצמם, באותה מידה ובאותה דבקות שהיא מגינה על עצמה מפניהם" (פס"ד **מסיקה**, שם, עמ' 162).

הערעור

7. על פסק הדין של בית המשפט המחוזי, לפיו נפסלו הודאותיו של הנאשם במשטרה והוא זוכה מכל אשמה, הוגש ע"י התביעה הכללית ערעור לבית המשפט העליון.

בפסק-דינו (ע"פ 5614/92 מ"י נ. **מסיקה** מיום 11.5.95 - טרם פורסם), חזר בית המשפט העליון על ההלכה הפסוקה, לפיה הודאת חולה-נפש קבילה כאשר מוכח לבית המשפט כי היא ניתנה בהעדר "לחץ חיצוני", דהיינו, ללא שימוש באמצעים פסולים, וקבע כי אין מקום לסטות ממנה.

נושא "הלחץ הפנימי" בו היה נתון מוסר ההודאה עקב מצבו הנפשי - בדומה לאדם הנמצא במצב של שכרות או מכור לסמים - הוא שיקול שיילקח בחשבון לענין משקל ההודאה, אך אין בו כדי לגרום לפסלותה מכל וכל.

בית המשפט העליון לא מצא הצדקה להרחיב את מובנו של ה"רצון החופשי" בסעיף 12 לפקודת הראיות, כפי שסבר בית המשפט המחוזי, לגבי חולה נפש - גם אם הלה איננו מודע, אולי, למכלול הנסיבות כמו אדם בריא. כדברי בית המשפט העליון: "העובדה שחולה נפש הוא שמסר את ההודאה תמצא את ביטויה כשיבוא בית המשפט לשקול את מהימנותה, אך אין עילה שההודאה לא תכלל בין הראיות אותן על בית המשפט לשקול" (פסקה 14 לפסק הדין).

8. בית המשפט העליון הגיע איפוא למסקנה כי לא היתה הצדקה לפסילת הודאותיו של הנאשם, למרות מצבו הנפשי. בית המשפט קבע כי הגישה על פיה אין לפסול קבילות הודאתו של חולה נפש, תואמת אף את המגמה המסתמנת במדיניות השיפוטית, לפיה מועבר מרכז הכובד מקבילות הראיה לעבר אמינותה ומשקלה.

סוף דבר, פסק בית המשפט העליון לקבל את הערעור, שכן הודאותיו של הנאשם חולה-הנפש, דינן להתקבל כראייה במשפט.

ההלכה המשפטית הינה, איפא, היום כבעבר, כי הודאתו של נאשם, אף אם חולה נפש הוא ומצבו הנפשי לקוי ביותר - קבילה תמיד כראייה, ועל בית המשפט להתייחס למצב הנפשי של מוסר ההודאה רק במסגרת הכרעתו בדבר אמינותה ומשקלה.



פסיכיאטריה ומשפט

הפרעות התנהגותיות ושיפוטיות בחולי סרטן מתקדם

ככל שמדובר במצב מתקדם יותר של המחלה כן גדל מספר החולים החווים חרדה. מבין כלל החולים הסובלים מחרדה, 53 אחוז מתפקדים כשורה. ב-47 אחוז האחרים ניצפות תסמונות פסיכיאטריות שונות מחרדה ועד לבעיות אורגניות מוחיות (דהיינו - פגיעה בתיפקוד מנטלי). מקרב חולי סרטן מאושפזים - כלומר אלה שמחלתם מתקדמת יותר, קיים דיכאון משמעותי ב-20 אחוז, ובעיות אורגניות מוחיות ב-20 אחוז נוספים, בעיקר - דליריום שהינו מצב בלבולי קשה.

בחולי סרטן שמחלתם סופנית-טרמינלית, אחוז הבעיות המוחיות-אורגניות (וגם כאן הבלבול - דליריום תופס את המקום הראשון) גבוה מאוד ומגיע ל-80 אחוז מן החולים.

חולה סרטן עלול להראות שינוי חד בהתנהגותו ו/או באישיותו. הדבר יכול להתבטא בכעס, התנתקות, אפתיות, מצב בלבולי מתקדם. הסיבות להופעת השינוי, במרבית המקרים:

(א) מחסר איוון מטבולי.
(ב) תוצאה ישירה של תרופות. בדרך כלל נרקוטיקה כגון מורפין, או תרופות סטרואידליות.

מצב זה עלול להתקדם לתופעות פרנואידיות: רדיפה, הזיות, התנהגות מוזרה וחוסר היענות לטיפול ולסביבה.

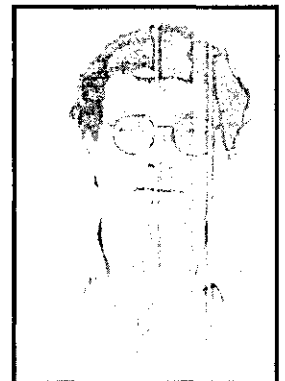
בשל המחלה או הטיפול בחולה הסרטן מופיעים לעתים שינויים הפוגעים בתיפקודו המנטלי, דבר הבא לידי ביטוי בקבלת החלטות שאינן רציונליות.

מצבים של פגיעה בכושר השיפוט מחייבים עירוב של גורמים שונים, כגון: פסיכיאטרים, ולעיתים אף לערכאות משפטיות. בעיקר כשהדבר נוגע לסרוב לא הגיוני לקבלת טיפול, אך גם בנושאים אחרים הדורשים שיקול דעת.

אצל חולי סרטן מתקדמים, ההפרעה הנפשית - התנהגותית, השנייה בשכיחותה לאחר החרדה, הינו המצב הבלבולי-דליריום. זהו מצב נפשי הנובע מפגיעה ישירה במוח, בין על ידי גרורות המחלה או כתוצאה מהתרופות הניתנות לחולה לטיפול במחלתו או לשיכוך כאבים.



ד"ר הדר רון



ד"ר אילן רון

מבוא

מחלת הסרטן בשלביה המתקדמים גורמת פעמים רבות לבעיות פסיכיאטריות והתנהגותיות מדרגות שונות.

להופעת התסמינים בחולים אשר בעברם היו בריאים לחלוטין מבחינה נפשית מספר סיבות:

(1) פגיעה אורגנית-מוחית בשל התפשטות המחלה למוח; (2) מתן טיפולים שונים הניתנים להקלת כאבים במחלה, לטיפול במחלה עצמה או להפחתת סימפטומים נוספים: כלומר, כתופעות לוואי בלתי רצויות לתרופות הניתנות לחולה במהלך הטיפול.

יש לזכור, כי לחולה סרטן במצב מתקדם ניתנות תרופות מרובות בו זמנית. כתוצאה - נגרמת אינטראקציה בין התרופות הגורמות להגברה משמעותית בתופעות בלבוליות ונפשיות.

סקירה זו תחולק למספר פרקים:

- הפרעות התנהגותיות ופסיכיאטריות בחולי סרטן.
- הסימנים הגופניים של גרורות מוחיות.
- השפעת תרופות על מצבים התנהגותיים, נפשיים ושיפוטיים.

א. הפרעות התנהגותיות ופסיכיאטריות בחולי סרטן

חלק ניכר מחולי סרטן מראה סימפטומים של חרדה. ככלל,

ד"ר הדר רון (MD; LLB) רופאה ומשפטנית. מרצה ומרכזת הקורס "רפואה למשפטנים" בביה"ס ללימודי המשך בפקולטה לרפואה, אוניברסיטת ת"א.
ד"ר אילן רון (MD) רופא ראשי במכון האונקולוגי בביה"ס איכילוב. מרצה ומרכזת בקורס "רפואה למשפטנים" בביה"ס ללימודי המשך בפקולטה לרפואה, אוניברסיטת ת"א.

ג. השפעת תרופות על מצבים התנהגותיים ונפשיים

חולי סרטן במצב מתקדם זוכים למתן כמות גדולה של תרופות. הדבר נובע מהרצון להקל על תחושות לא נוחות, להפחית כאבים המופיעים במצבים כאלה, וכן כהמשך טיפול במחלה עצמה.

תרופות פרטנטיות רבות הינן בעלות תופעות לוואי על מערכת העצבים המרכזית. פוגעות בהתנהגות, במצב עירנות ובכושר השיפוט של החולה.

כשמדובר בחולים במצב מחלתי מתקדם, השיקול העיקרי בטיפול הינו ההקלה על סבלם ושיפור בתחושה הגופנית. במודע מעדיפים המטפלים במחלה את תחושתו הנוחה והקלת כאביו של החולה הסופני על מצב עירנות וקיום מלא סבל.

יש לזכור כי בין קבוצות שונות של תרופות קיימת פעילות גומלין המעצימה את מצב הבלבול ואת הפגיעה בעירנות ועלולה להגביר תופעות של פירכוסים אפילפטיים. התרופות הגורמות לפגיעה אורגנית מוחית קיימות בכל הקבוצות הניתנות.

משככי כאבים ובעיקר קבוצת הנרקוטיקה ידועים כגורמים לדליריום, כך גם כששים תרופות כימותרפיות העלולות להשפיע ישירות על המוח. כל התרכובות הסטרואידליות שבשימוש גורמות להפרעות הנעות משינויים במצב רוח ועד פסיכוזה ממש. השינויים הנפשיים כתוצאה משימוש בתרופות סטרואידליות כוללים לבליות נפשית, דיכאון, אופוריה, חרדה, פחדים, חשדנות כלפי הסביבה, התנהגות פרנואידלית. הסימפטומים יכולים להופיע החל מארבעה ימים לאחר תחילת מתן התרופה, אך גם בכל תקופת הטיפול. יתכן כי גם לאחר הופעת סימנים אלה ממשיכים בטיפול ובמתן התרופות השונות משיקולים רפואיים, למרות תופעות הלוואי הנפשיות. על הרופאים להיות מודעים לכך ולהסתייע במקביל בתרופות פסיכיאטריות העשויות להפחית מעוצמת התופעות.

השינויים הפסיכיאטריים החלים בחולי הסרטן הינם ללא קשר למצב הנפשי הקודם של החולים. הסיבה: פגיעה ממשית במערכת העצבים המרכזית אם על ידי המחלה או על ידי הטיפולים השונים. הפגיעה מופיעה אצל אנשים שהיו בריאים נפשית לחלוטין.

תרופות שאינן כימותרפיה הנפוצות בשימוש בחולי סרטן: (1) מורפין: תרופה זו שייכת לקבוצת הנרקוטיקה ומשמשת בחולי הסרטן בעיקר לשם הקלת כאבים. זוהי אחת התרופות היעילות ביותר ומצוייה בשימוש נרחב כאשר אצל חולה

פוזנר מדווח במחקרו כי אצל 15% מכלל חולי סרטן מאושפזים מופיעות הפרעות בשיפוט התקין. מבין חולי סרטן סופניים, אצל 75% מוצאים מצב דליריום בלבול. למרבה הצער אושיות הטיפול התרופתי בחולים סופניים גורמות, בצד התועלת, לתופעות לוואי מוחיות אורגניות. יתרה מזאת, בין קבוצות התרופות השונות קיימת אינטראקציה המגבירה תופעות לוואי אלה. לדוגמא:

- * התרופות לשיכוך כאבים כמו לבופטל, מורפין ומפרדין;
- * כ-60 מהתרופות הכמותרפיות;
- * סטרואידים לסוגיהם גורמים לתופעות מוחיות. התופעות נעות משינויים במצב הרוח ועד פסיכוזה נפשית פסיכיאטרית.

ב. הסימנים הגופניים-נפשיים של גרורות מוחיות בחולה הסרטן

האבחנה של קיום גרורות מוחיות בחולה סרטן מתבצעת בדרך כלל לאחר שמופיעים סימנים ראשוניים גופניים. האישור הסופי - לאחר ביצוע בדיקת CT.

הסימפטומים מתבטאים בדרך כלל בכאבי ראש, חולשה כללית, שינויים התנהגותיים ונפשיים, פירכוסים אפילפטיים וכן סימנים ממוקדים, כגון חולשה או שיתוק של צד ו/או גפה.

מכיוון שהמשמעות של קיום גרורות מוחיות הינה הרס רקמת המוח עצמה, קיימות הפרעות בתיפקודים המנטליים הגבוהים בדרגות שונות.

הפרעות אלה כוללות שינויים בהתנהגות, הפרעות בזכרון, פגיעה בכושר הדיבור, פגיעה ביכולת לקרוא או לכתוב. למרבה הצער סימנים אלה מופיעים אצל 50%-70% מבין חולי הסרטן בעלי גרורות מוחיות.

הטיפול בגרורות המוחיות מיועד להפחתת הלחץ התוך גולגלתי (גרורות מוחיות יוצרות בצקות באיזור הימצאן) ושיפור זרימת הדם למוח ונעשה באמצעות שתי קבוצות עיקריות של תרופות:

(1) סטרואידים,

(2) משתנים אוסמוטיים.

לסטרואידים השפעה מהירה, אך מצד שני הם עלולים להחמיר את התופעות המוחיות האורגניות, כפי שיפורט בהמשך.

- תופעות לוואי קשות במערכת העצבים המרכזית, נפוצות יותר במצבי יתר-לחץ תוך גולגלתי (כמו במצבי גרורות למוח), הפרעות פירכוסיות ואלכוהוליות.

- תרופות רבות עלולות להגביר את התופעה ולתרום למצב הבלבולי ובעיקר תרופות מקבוצות: ברביטורטים, סמטודין, תרופות נוגדות חרדה.

2) דקסטמזון: תרופה סטרואידלית פוטנטית המשמשת אצל חולי סרטן להפחתת בצקת מוחית (עקב גרורות), לשיפור התחושה ומניעת הקאות. תופעות הלוואי של הסטרואידים מרובות בצד תועלתן הרבה. בשימוש ארוך הן פוגעות באברים רבים בגוף, בין היתר רטנציית נוזלים, חולשת שרירים, פגיעה בעצמות, פגיעה במערכת העיכול, עור, הפרעות הורמונליות ואחרות.

הסובל כאבים, כמעט ולא קיימת התמכרות נפשית לתרופה, אלא רק סבילות גופנית. בדרך כלל יידרשו מינונים עולים, הן מסיבה זו והן בשל הכאבים המתגברים.

תופעות לוואי נפוצות של נטילת מורפין:
- הקאות, נטייה לנמנום, בלבול, חוסר יציבות, עצירות, הזעת, פגיעה בגשימה וירידה בזרימת הדם.

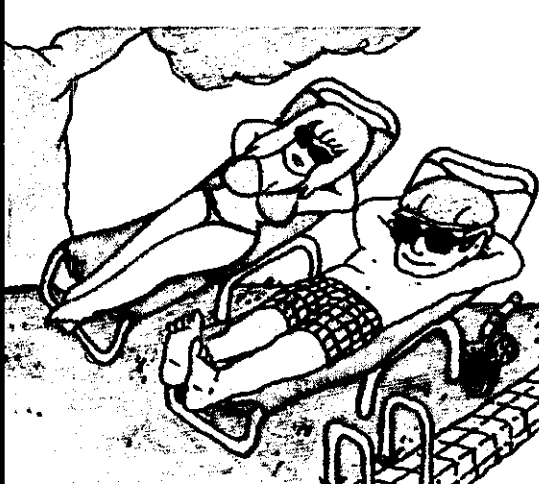
- תופעות במערכת העצבים המרכזית כוללות אופוריה, דיספוריה, מצבים בלבוליים, נטייה לישנוניות, מתחים, פחדים, הזיות, דיסאוריינטציה, לתרגיה, פגיעה בתיפקודים שכליים, שינויים במצב הרוח, שינויים במצב ההכרה, כאבי ראש, הפרעות ראייה, רעד, תלות פסיכולוגית. יש לציין, כי תופעת הלוואי הנפוצה ביותר לגבי מורפין הינה הסדציה והישנוניות העלולות להופיע כבר לאחר מתן מנה בודדת ו/או בשימוש קבוע.

ניצן

יוזמות בתזירות ונופש בגלים

נופש נכון מתחיל אצלנו

המובילים ביעוץ, תכנון, ארגון וביצוע של חבילות נופש וטיולים בכל רחבי הארץ לבודדים ולקבוצות.



- * בתי מלון.
- * ימי עיון, כנסים ואירועים.
- * ימי כ"ף.
- * חוגי טיולים.
- * השכרת רכב.
- * טיסות ארקיע.
- * אירוח משלחות מחו"ל.
- * טיולי ג'יפים, גמלים וחמורים.
- * נופש קבוצתי וטיולים לגיל הזהב.
- * לינה כפרית.

בני גרנות אגבנות (מסלול נופש)

ניצן יוזמות בתזירות ונופש בעמ', רח' יצחק שדה 34, תל-אביב 67212

טלבוזים: הזמנות לקבוצות - 03-5374141 (רב קווין).

הזמנות לבודדים - 03-5373750 (רב קווין).

מבחינת מערכת העצבים עלולות להופיע תופעות לוואי הנעות מאופוריה, חוסר שינה, שינויי אישיות ופירכוסים אפילפטיים ועד לתופעות פסיכוטיות. ידועה בספרות האבחנה של steroid psychosis, שהינה הפרעה פסיכיאטרית הנגרמת ישירות על ידי מתן סטרואידים. התופעות עלולות להופיע בתחילת מתן התרופות ובכל זמן במשך הטיפול.

(3) אלטרול: תרופה הניתנת להפחתת דיכאון ולהרגעה. יעילה בעיקר במצבים של דיכאון הנובע ממצבים אנדוגניים. תופעות לוואי נפוצות מופיעות במערכות הגוף השונות: אלרגיה, יובש בפה, שינויים הורמונליים ובמערכת העיכול.

נפוצות בעיקר תופעות במערכת העצבים המרכזית אשר מתבטאות בישוניות, מצב בלבולי, הזיות, הפרעות בריכוז,

מקורות:

הפרעות עצביות פריפריות, רעד, פירכוסים אפילפטיים. לעתים, באופן פרדוכסלי, עלולה התרופה דווקא לגרום למתח מוגבר ולחוסר יכולת לישון.

(4) סימטידין: ניתנת להפחתת צרבות וחומציות הקיבה. תופעות הלוואי כוללות שלשולים, פריחות וסחרחורות, ירידה בספירת הדם. כמו כן, יכולה התרופה לגרום למצב בלבולי הפיך - בדרך כלל בחולים זקנים או בחולים טרמינליים ובעיקר כאלה הסובלים מבעיות כליטיות או מפגיעה במערכת העצבים המרכזית.

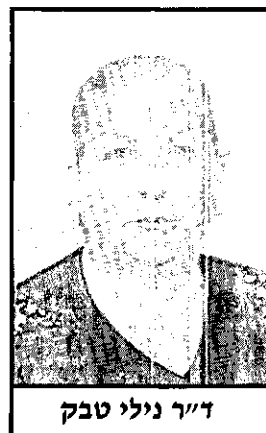
קיימת הגברה ושכיחות יתר של תופעות הלוואי במערכת העצבים במתן משולב של סימטידין עם מורפיום.

1. Treatment of Metastatic Cancer, Treatment of Metastatic Cancer to the Brain. Donald C. Wright; Thomas F. Delany. in: De Vita Principles and Practice of Oncology, 3rd Edition 1989, chapter 62, pp 2245-2249.
2. Psychological Aspects of Patients with Cancer; Abnormal Psychological Responses to Cancer. Marguerite S. Lederberg; Jimmie C. Holland, Mary Jane Massie. in: De Vita Principles and Practice of Oncology, 3rd Edition, chapter 61, pp 2192-2200.
3. Lipowski ZJ: Delirium: Acute Brain Failure in Man. Springfield, Ill. Charles C. Thomas, 1980.
4. Hall RCW, Popkin MK, Stickney Sk et al.: Presentation of the Steroid Psychosis. J. Nerv. Ment. Dis. 167: 229-236. 1979.
5. Posner JB: Neurological Complications of Systemic Cancer. Med. Clin. North Am. 55: 625-646, 1971.
6. Israel Drug Compendium. 1986-87.
7. מניעת כאב הנובע ממקור אונקולוגי. ד"ר רוברט ג. טוויקרוס, ד"ר בילביה א. לק.
8. Management of Cancer Pain: Katheleen M. Foley, Ehud Arbit. in: De Vita Principles and Practice of Oncology. 3rd Edition, 1989, chapter 59, pp 2070-2085.
9. Manual of Oncologic Therapeutics. Robert E. Wittes, 1989-90.
10. Walsh TD, West TS: Controlling Symptoms in Advanced Cancer. Brit. Med. J. 296; 477-481, 1988.
11. Kaiko RF: Controlled Release Oral Morphine for Cancer Related Pain. Adv. Pain Res. Ther. 16: 171-189, 1990.
12. Savarese JJ, Shepherd L, Krant MG: Long Acting Oral Morphine in Cancer Pain Analgesia. Clin. J. Pain 3: 177-181, 1987.
13. Principles of Analgesic Use in the Treatment of Acute Pain and Chronic Cancer Pain. A Concise Guide to Medical Practice. American Pain Society, pp 1-9, 1989.
14. Narcotic Agonist Analgesics. In: Drug-Facts and Comparison, pp 242-242h, Feb. 1990.
15. Physicians' Desk Reference of the PDR, 45th Edition, pp 1748-1752, 1991.
16. Opiate Usage - Doctor Leaflet, 1990.

סיעוד ומשפט

דילמה אתית - המתריעים בשער

מבוא



ד"ר נילי טבק

מטרת המאמר לחשוף את הבעייתיות שבנושא התפקיד של האחיות כמתריעה בשער. האם על האחיות לדווח על הזנחה בטיפול רפואי? מהן הסכנות העומדות בפניה? מהו תהליך קבלת ההחלטות שמבצעת האחיות בטרם הנשיפה במשרוקית, ומהן ההמלצות להתנהגות פרופסיונאלית?

מלות המפתח בנושא שידון - התדעה, הזנחה, ארגון, מטופל, סיעוד.

בשנים האחרונות תופסת תופעת ה-Whistle Blowing (נשיפה במשרוקית) עדיפות כנושא השנוי במחלוקת במקומות עבודה שונים בעולם, כאשר למסקנותיה יש השלכות על הפרט, על הקבוצה, על המבנה הארגוני ועל המדיניות של שירותי הבריאות. ההתעניינות בנושא מוצאת את ביטוייה באמצעי התקשורת ואצל ציבור האזרחים שנעשה ער יותר לזכויותיו. הציבור מפתח תפיסה צרכנית מתקדמת ודורש התייחסות ומתן דין וחשבון על מצב הארגונים שבהם הוא עובד או שמהם הוא מקבל שירות.

האזרחים נעשו יותר אקטיביים ורגישים לנושאים אתיים ומוסריים, וככל שעלתה רמת השכלתם וגבר היקף המידע שהם מקבלים ממקורות שונים, כך גם נעשו יותר אסרטיביים בדרישות ובנכונות להסתכן ולחשוף ליקויים, אף אם הליקויים קשורים בהנהלה עצמה(1).

כיום, זכות הציבור לדעת הינה זכות המוגדרת מתוך חובה. בישראל הפכה בשנים האחרונות סוגיית הבטחת איכות הטיפול הסיעודי לעניין מרכזי במישור המעשי, הלימודי והמחקרי. על מנת לתרום משמעותית להתפתחות זו, החלו להנהיג שינויים מרחיקי לכת במוסדות הבריאות, להתריע על ליקויים, לשנות גישות לערכים מקצועיים וליטול אחריות, מחוייבות וסמכות לכל המתבצע בשדה הקליני. בהתרעה אנו

שואפים לרמת מצויינות בארגון ומבטיחים איכות טיפול למטופל. התהליך מורכב, אך ככל שמערכת הבריאות תהיה פתוחה לביקורת ולתלונות בערוצי תקשורת מיוחדים, כך תגבר יעילות הארגון ותביא לשיפורים וקידמה בעשייה.

החשש של הצוותים הרפואיים והסיעודיים לדווח מחד, והתסכול הרב שנוצר בהעדר שינוי וחוסר יכולת מצפונית להשלים עם המצב מאידך, גרמו בכל זאת לחברים במערכת להפוך למתריעים בשער.

מהי סוגיית ההתרעה

ההתרעה הינה אזעקה הבאה להפנות תשומת לב לסיכונים המאיימים על מטופלים, או פעילויות ארגוניות מזיקות וחשיפת רשלנות ע"י אנשים העובדים בארגון. הם מתריעים על סמך הידע הרב שצברו ועל סמך מומחיותם בשטח(2). החברים בארגון מזעיקים עזרה מבחוץ על מנת להסב את תשומת הלב להזנחה, להטרדה, לחוסר פיקוח, לסכנות המאיימות מבפנים על הציבור.

זוהי זעקת מחאה כלפי חוץ כנגד אי סדרים בארגון. זוהי שריקה של מצוקה מאיימת, בתקווה לשינוי ולהחזרת הסדר על כנו(3). ההתרעה מבטאת הטלת ספק בפעולות הניהול בארגון, ויוצרת אי-שקט במערכת ואיום על סמכות ושליטה של בעלי הסמכות(4). ביחס למעשה ההתרעה קיימות שתי גישות הנוגדות זו את זו. האחת רואה בהתרעה קריאת תיגר על ההנהלה, ערעור על סמכויותיה ותפקידיה עקב פעילות בלתי חוקית או בלתי מוסרית אשר תוצאותיהן גורמות נזקים חמורים; בעוד שהגישה השנייה רואה במעשה ההתרעה פעילות מנע או קטליזטור לשינוי חיובי בארגון(5). מכל מקום, נראה כי פעולת ההתרעה נתפסת אצל חלק מהציבור כפעולה הירואית אמיצה, ואילו החלק האחר רואה בה התנהגות מאיימת, בגידה, הלשנה והתנהגות ביזארית(6).

במיגזר הרפואי-סיעודי, עומדות האחיות נוכח כפל נאמנויות. נאמנות למטופל שעפ"י הקוד האתי חייבת האחיות להיות Patient Advocate, ולסייע לו לקבל טיפול מקצועי מיומן ובטוח המושתת על יחסי אמון. במקרים של חשד לחוסר יכולת מקצועית חלות עליה החובות לברר עובדות, למנוע העלמת מידע, לפעול לפתרון בעיה דרך עמיתים וממונים

ד"ר נילי טבק R.N. Ph.D מלמדת בחוג לסיעוד באוניברסיטת תל - אביב.

רפואה ומשפט גיליון מס. 13 - נובמבר 1995

טיולי חורף אביב לעולם שלא הכרת

דרום אמריקה בתקופת הקרנבל

- פטגוניה וברזיל - 31 יום
- עם גילי חסקין, דגש על טבע ופולקלור
- המסלול המקיף הדרומי - 38 יום
- פרו, בוליביה, ארגנטינה, צילה וברזיל
- המסלול הצפוני - 34 יום
- פרו, בוליביה, ארגנטינה וברזיל
- מהקרנבל בריו עד לקרחונים
- בפטגוניה - 26 יום
- ברזיל - 15 יום

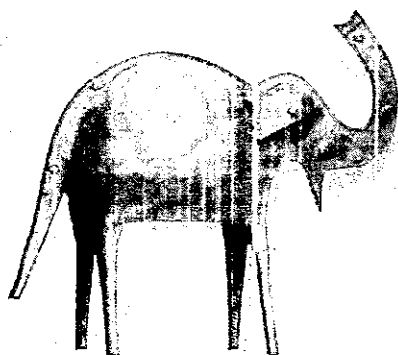
טיולים בראש צעיר

- ונצואלה וקרנבל טרינידד
- 24 יום - בהדרכת רון רו
- בראשית היתה אפריקה - 28 יום
- מסע אל דרום אפריקה עם אתי דיין
- בורמה ותאילנד - 23 יום
- בהדרכת רפי משיוף

י ר ד י

- מהגלעד לים סוף - 5 ימים
- בדרך המלך - 7 ימים
- פטרה וארץ אדום במבצע ויזה
- 3 ימים

פרטים והרשמה אצל סוכני הנסיעות



א ט י ה

- הודו ונפאל - 16 יום
- תאילנד - 14/11 יום
- אינדונזיה וסינגפור כולל
- סומטרה ג'אווה ובאלי - 20 יום
- סין - 11 יום
- סין - הונג קונג - 15 יום
- סין כולל דטונג - 18 יום
- סין כולל סצואן - 18 יום
- סין, הונג קונג ותאילנד - 25 יום

מסלולים חדשים

- בנקוק ובאלי-אינדונזיה - 13 יום
- תאילנד וויטנאם - 18 יום
- פפואה והפיליפינים - 18 יום
- המשולש ההודי - 8 ימים
- הודו, נפאל ותאילנד - 20 יום

א פ ר י ק ה

- טיול בר מצווה - 8/15 יום
- ספארי קניה וטנזניה - 8 ימים
- קניה וטנזניה - 15 יום
- קניה - 8/15 יום
- קניה ואיי סיישל - 15 יום
- דרום אפריקה - 15 יום

לקבלת חוברת טיולים טלפן / 03-5653944, 24 שעות ביממה

החברה הגאוגרפית נאות הכיכר לתיקום באוק באר

הסטודנטית פעלה תוך סיכון אישי גדול לתועלת ולהגנת הציבור.

החלופות הבסיסיות לפעולה היו: א. השארת הארגון מעומת עם הבעיה - Exit. ב. השמעת קול - החלטה מוסרית לפעול Voice - ג. הפגנת לויאליות מעבר לסגור לחולה Loyalty - Patient Advocate.

אפיוני המתריע והגורמים המשפיעים על הנשיפה במשרוקית

המתריע פועל במסגרת של ארגון, שהוא חבר בו. הוא מתריע על ליקויים המהווים סיכון לציבור כולו. הוא מאופיין ע"י רגישות מיוחדת לפעילות חוקית ומוסרית. הוא בעל מודעות גבוהה לעבירה מקצועית, בעל אסרטיביות, בעל מהימנות גבוהה ונטייה לנמק ולהצדיק התנהגויות (14).

המתריע פועל לפרקים בגלוי ולפרקים בצורה אנונימית. לאחר שנות עבודה רבות בארגון, הוא שואב את כוחו מן הסטטוס שרכש לעצמו בארגונו. לאחר שפניותיו אל הממונים עליו אודות ליקויים שחשף, ואודות סיכונים ורשלנויות נשארו ללא תגובה, הרי מעתה - הליקויים נתפסים אצלו כחמורים ביותר והוא נוטה לבסוף להזדהות (15). רגשות כעס, חוסר אונים, בידוד, אשם, נקם, נוטרות, תשומת לב ויאוש יובילו את המתריע לפנות לגורמים מחוץ לארגון: מכתבים לנבחר ציבור, לעיתונות, לטלוויזיה ועוד. Bok (16) מונה את האלמנטים המרכיבים את ה-Whistle Blowing: א. אי הסכמה; ב. נאמנות; ג. האשמה.

מצב אי ההסכמה מהווה אתגר ומעורר סיכונים מסויימים, אך מציין במקביל אחריות לסיכונים. עובדים שמביעים אי הסכמה למצב השורר בארגונם עלולים לערער את שווי המשקל, אך האחריות המוסרית שלהם גוברת על כל סיכון אחר.

הנאמנות משמשת מפתח ליעילות הארגון. ארגון הבא לעזור ולפתור בעיות ואינו מעמיד פנים שהכל כשורה ואינו מתגונן - משמש בסופו של דבר חוף מבטחים לעובדים בו. ה-Whistle Blowing צריכה להתקבל כאחריות ציבורית ממדרגה ראשונה ומכוונת למנוע קונפליקט בין לויאליות לחברים לבין לויאליות לארגון; ובין הלויאליות לבין רוחות הציבור.

אלמנט האשמה נסוב סביב הארגון כאשר המתריע מנסה לזהות את האחראים לליקויים המסכנים את הציבור. עצם העלאת האשמה, מאיימת על השם הטוב של הארגון ועל חבריו, והמתריע עלול למצוא את עצמו מבודד ומתווג כעושה

כאשר טובת הלקוח מול עיניה. כל זאת, לעומת נאמנות ומחוייבות לערכים ולנורמות של הארגון בו היא עובדת, המסייע בידיה להעניק את הטיפול שהיא מחוייבת לו מכוח הפרופסיה והארגון, כאשר האינטרס של הלקוח מייצג את האינטרס של הציבור כולו. האחות מבססת את עבודתה על ערכי מוסר, ופועלת לקידום הבריאות של החברה בכללותה ושל קבוצות אוכלוסין בה. חובת האחות לייצג אוכלוסיות חלשות, קבוצות סיכון, להעלות את בעיותיהן לדיון ולדבר בשם האנשים האלה כאשר הם אינם יכולים לבטא זאת בעצמם. הבטחת איכות הטיפול דורשת מן האחות להיות מוכנה להתריע על ליקויים, לחקור ולהסיק מסקנות כדי להשיג תקפות בעשייה הסיעודית.

יידוע המטופלים לזכויותיהם יתבצע לפרקים תוך ניצול אפיקי תקשורת שונים ומגוונים (7).

אחיות רבות שואלות את עצמן האם לדווח על עמיתית למקצוע - רופאים, על ביצוע טיפול תוך התרשלות, הזנחה וחוסר איכפתיות. הנסיון מלמד כי המחיר שהאחיות שילמו בעבר היה יקר - הן פוטרו. מקרים רבים הגיעו לבית משפט כאשר יד האחיות הייתה על התחתונה (8). סמית מתאר במאמרו מקרה שבו אחות רבה עם רופא, ולפיכך פוטרה בשל חוסר מקצועיות כאשר מתחה ביקורת על הטיפול הניתוחי שניתן לחולה ע"י אותו רופא. האחות הועסקה שנית בבית החולים, אך הפעם הוצבו לפניו תנאים של "אל תתערבי בעסקי בית החולים". כאשר חזרה האחות לעבודה בבית החולים הקודם הוכפש שמה. הרופא הגיש נגדה תביעה משפטית ודרש פיצוי בשל התגרות והוצאת דיבה. סכום פיצויים של כ-\$5,000 ניפסק ע"י חבר המושבעים (במקום \$17,500), אך האשמה של הוצאת דיבה היתה עברה עונש קשה ביותר. 'תודות' למקרה מפורסם זה רבות האחיות שניזוהרות מלדווח על מה שהן רואות.

הפחד מהסטיגמה של 'מלשין' וסכנת הפיטורין בעקבות בקורת על פעולה של רופא, במיוחד כאשר יש קשיים במציאת מקום עבודה, כל אלה גורמים ומונעים על הסף דיווח על טיפול רפואי בלתי הולם (9). מקרה נוסף של Sandra Bardenella שהתריעה על טיפול בלתי חוקי ובלתי אתי כלפי חולה הסתיים בתביעה משפטית וקנס כספי. כמו כן ניראתה המתלוננת לבסוף כפסיכוטית (10)(11)(12). מקרה אחר: רופא נעזר בבנו בן ה-14 בעת ניתוח של אישה בת 50. סטודנטית לסיעוד שהייתה בסיפוח קליני ראתה את הנעשה ודיווחה למנהלת שירותי הסיעוד. טיפולה של המנהלת לא היה לרווחה של הסטודנטית והאחרונה פנתה למועצה הרפואית אשר השעתה את הרופא מעבודתו. מאידך, הקבוצה שאליה השתייכה התלמידה ראתה בכך נשיפה כנגד הארגון.

צרות. בהמשך עלולה להתרחש הפחתה בערכו בגלל הממצאים שחשף(17).

כיום ההתרעה נתפסת יותר ויותר כחלק מדרישות התפקיד ומחויבות למקצוע. הקוד האתי החדש של האחיות והאחים בישראל (1994) מסייע לאחות לקבוע מסגרת כללית לדפוסי התנהגות כלפי מחויבותה למטופל וכלפי עמיתים למקצוע. לכן, עובדים הכפופים לקוד אתי מקצועי חשים חובה להתריע על ליקויים גם כאשר הארגון בו הם עובדים אינו מורה להם זאת(18).

כל אדם שהכוונה להתריע עולה במוחו עורך שיקולים של רווח ותועלת מול מחיר שעלול יהיה לשלם. כאשר התועלת או השינוי שיביא גדולים מן הסיכון שהמתריע נוטל על עצמו, הרי שתהליך קבלת ההחלטה להתריע יהיה חיובי(19). כאשר העובד מעריך שהחשיפה תביא לשינוי מוצדק, ויש בו את היכולת להשפיע לשינוי, הרי שלא יהסס להתריע(20).

תגובת המערכת הפורמלית

לרוב אין המערכת הפורמלית רואה את ההתרעה בחיוב ותגובתה מתבטאת בחוסר תמיכה, בחוסר הבנה ובהטלת סנקציות. הארגון רואה ב'נושף' בוגד, פחות ערך, עושה צרות מקצועי, ביזארי, נון-קונפורמיסט, בלתי נאמן, בלתי רציונלי, וחסר אחריות. כך מודבקת למתריע תווית של אדם הגורם לנזק חברתי(21).

לאחרונה היינו עדים למאמר שהופיע בעיתון "העיר": "החבר שסירב להעלים עין"(22). אחד הועסק כמנהל כח אדם במוסד הסתדרותי והתלונן על הטבות ועל העלאות שכר חריגות. הוא פוטר והוחשד בגניבה. לאחר מאבקים קשים הצליח האיש לטהר את שמו ונלחם על הזכויות הכספיות המגיעות לו.

אזרחית שניפגעה ממחדל במהלך טיפול רפואי וצפויה לגרוע מכל, התריעה על כך למשרד הבריאות באמצעות עו"ד. הסתרת המידע, הזמן הממושך בטיפול, היעדר נכונות לחשיפה גלויה והיעדר ביקורת-איכות אמיתית נוגדות את האינטרס הציבורי.

מקרה נוסף הוא של Pink Greeham. בן 63, אח בבי"ח גריאטרי, אשר חשף את היחס לקשישים ואת קיומם של ליקויים רבים אחרים במוסד. האח פוטר, וכמובן סבל מטראומה של בדידות קשה ביותר. פנה לערכאות על מנת להשיב לעצמו את מעמדו ולטהר את שמו. הוסבר לו כי אינם מעוניינים שיחזור לעבודה במוסד, אלא רק בקהילה. האיש נשבר ונכנע. לדבריו "איבדתי הכל, מה שרציתי זה כבוד וטיפול הוגן לחולים שלי"(23).

לא פעם הצוות הסייעודי מתעמת עם דילמות מוראליות

שבהן מצפים ממנו שיפעל כנגד תכתיבים של מצפנו ובניגוד לחובתו המקצועית.

מפורסם גם המקרה של Pitt Witt שהייתה אחות אחראית במחלקה פסיכיאטרית בבית חולים פרטי ופוטר, איבדה הכל במחיר הצלת חיים(24). תגובות הנקם של המערכת בדרך כלל כרוכות בפיטורין, הכפשת שם, העברה למחלקה אחרת, או תפקיד אחר, תיוג, נידוי(25) ופיקוח מיוחד וצמוד בעבודה. לפעמים קיימת אפילו התניה של העברה לבית חולים אחר או לסוג ארגון שונה. תגובות הארגון דוחפות את העובד לחפש מקום עבודה חדש, אך מאחר והוא מתוייג בפרופסיה שלו, הרי תהיה זו משימה קשה במיוחד להשיג מקום עבודה אחר ולשקם את תפקידו מחדש(26). לפרקים, התגובות יכולות להיות חיוביות הדבר תלוי בתפיסת ההנהלה את זכות העובד להתריע, באקלים הארגוני לפתרון בעיות באפקטיביות ההתרעה, ברשת התמיכה החברתית ובצורת התפיסה של תפקיד העובד, ע"י הממונים עליו. לא תמיד המערכת תוכל להקשיב. היכולת למנוע פגיעה אכזרית במתריע תלויה במספר גורמים:

1. הסטטוס של העובד בארגון ומקור כוחו;
2. עיקרי התלונות;
3. מקור התלונות בתוך הארגון;
4. נוקשות הארגון ברצונו לקבל ולפעול לפתרון בעיות;
5. מידת האסרטיביות ואורך הרוח לאורך זמן;
6. היכולת להשפיע בארגון.

כיום, זכות הציבור לדעת היא זכות המוגדרת מתוך פונקציה של חובה. בישראל, הסוגיה של הבטחת איכות הטיפול הסייעודי הפכה בשנים האחרונות לעניין מרכזי במישור המעשי, הלימודי והמחקרי. על מנת לתרום משמעותית להתפתחות זו, נחוצים שינויים מרחיקי לכת במוסדות הבריאות. יש להתריע על ליקויים, לשנות גישות לערכים מקצועיים וליטול אחריות, מחויבות וסמכות לכל המתבצע בשדה הקליני.

בהתרעה אנו שואפים לרמת מצוינות ומנסים להבטיח איכות טיפול למטופל. התהליך מורכב, אך ככל שהארגונים ומערכת הבריאות יהיו פתוחים לביקורת ולחשיפת תלונות בערוצי תקשורת מיוחדים, כך יעילות הארגון תגבר ותביא לשיפורים וקידמה בעשייה. הסייעוד כמקצוע פועל מכוח החוק, ועליו החובה לדאוג שהעוסקים בו ינהגו כגוף מקצועי הפועל עפ"י תקנים מקצועיים, ומבקר את עצמו. תופעת תביעות נזיקין בגין רשלנות עלולה להתרחב גם כלפי אחיות, מכאן - חובת מנגנוני הבקרה להבטיח טיפול כנדרש(27), ומכאן - שבכל עמדה של Patient Advocate יש מן ההתרעה.

כיצד יכולות אחיות להמנע מ-Whistle blowing ועם זאת לגרום לשיפורים בארגון

1. לעבוד עפ"י נהלי עשייה וסטנדרטים מקובלים.
2. לעבור סדנאות באתיקה, משותפות לצוות סיעודי ורפואי.
3. לחנך ל-Patient Advocate.
4. לנסח הנחיות וקריטריונים, כדי לקבוע תנאים שבהם הנשיפה במשרוקית תיחשב מוצדקת.
5. ליזום שינויים כדי להגן מפני מעשי נקם נגד אלה שנשפו במשרוקית באופן מוצדק.
6. לחוקק חוק להגנת הנושפים במשרוקית, המתריעים בשער.

מה צריכה האחות לעשות בטרם תחליט להתריע?

1. לאמת עובדות.
2. לתעד טענות ועובדות.
3. לשמור מידע מפני רכילות.
4. לדווח לממונים בהירארכיה הקיימת.
5. לנסות לפתור את הבעיה העכשווית בצורה א-פורמלית.

מקורות

1. Near, J.P., & Miceli, M.P. (1985). Organizational Dissidence: The Case of Whistle Blowing. Journal of Business Ethics, 4: 1-16.
2. Fiesta, J. (1990) Whistleblowers: Heroes or Stool Pigeons? Part I - Law for the Nurse Manager, 21(5) : 5-7. June.
3. Westin, A. (1981). Whistle Blowing - Legality and Dissent in the Corporation, New York : McGraw-Hill.
4. Emerson, R.E. (1962). Power Dependence Relations. American Sociological Review, 27 : 30-41.
5. Graham, J.U. (1984). Organizational Response to Principled Organizational Dissent. Paper Presented at the Annual Meeting of the Academy of Management, Boston.
6. Todd, V. (1991). Where Are the Whistle Blowers? Nursing Times, January 2, 87(1) : 42-44
7. בטאון הסתדרות האחיות בישראל - 1994.
8. Smith, R. (1992). The Ethics of Ignorance. Journal of Medical Ethics, 18 : 117-118, 134.
9. Kiely, M.A. & Kiely, C.D. (1987). Whistle Blowing: Disclosure and its Consequences for the Professional Nurse and Management. Nursing Management, 18 : 41-42.
10. See 2.
11. Witt, P. (1983). Notes of a Whistleblower. American J. of Nursing, 83 : 1649-1651.
12. Zorn, E. (1987). Whistle Blower Saved Lives - Lost Everything Else. Chicago Tribune, June 21, pp. 1, 2.
13. Benjamin, M. & Curtis, J. (1993). Ethics in Nursing. 3rd Ed., NY: Oxford University Press, pp. 159- 186.
14. See 1

6. לנצל כל "דלת פתוחה"

7. לתת הזדמנות למערכת לעבור על תלויות ולפתור בזמן הולם.

8. לקבל ייעוץ מעורך דין לפני ההחלטה להתריע, ולבדוק עמו מה הסיכויים להצלחה.

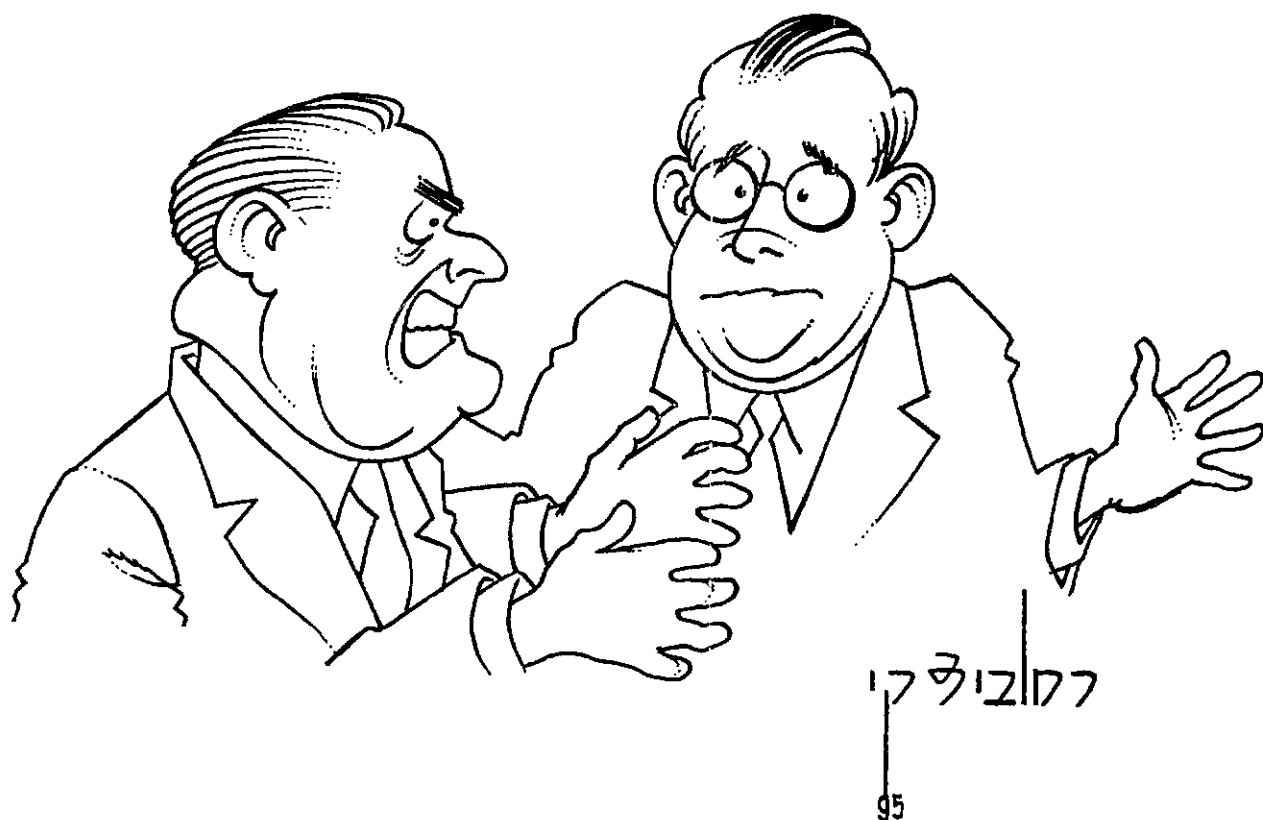
9. לבדוק מראש אם תתכן, יותר מאוחר האפשרות להילחם דרך בית משפט.

10. ליצור קשר עם האיגוד המקצועי לקבלת עזרה, תמיכה וייעוץ.

לסיכום

במציאות חיינו המחיר הגבוה שמשלם המתריע, מרתיע רבים אחרים מלחשוף ליקויים. למרות זאת מסתמנת מגמה של שינוי בתפיסה גם מבחינה ארגונית וגם מבחינה פרטנית של העובדים בארגון. כדי שהמצב יילך ויטב - דרושים שינויים מיידיים - שעיקרם: פתיחת ערוצי תקשורת בארגון; מתן משוב לעובדים, בהקדם, שיהווה אופן קשבת למתלוננים ולמתריעים; הבטחת הגנה לעובדים שיעזו ויתריעו, באמצעות חקיקה; עידוד בקרת איכות של הטיפול הניתן במוסדות, והפעלה מיידית של אמצעים לתיקון ליקויים שנתגלו.

15. Miceli, M.P. (1985). Characteristics Wics of Perceived Wrongdoing and Organizational Climate Associated With Whistle Blowing Decisions. Personnel Psychology, 38: 525-545.
16. Bok, S. (1980) Whistle Blowing and Professional Responsibility. New York University Educational Quarterly, 2: 2-7.
17. Anderson, S.L. (1990). Patient Advocate and Whistle Blowing in Nursing - Help to the Helpers. Forum, 25 (3).
18. Perrucci, R. et al. (1980). Whistle Blowing :Professional's Resistance to Organizational Authority. Social Problems, 28: 149-165.
19. Dosier, J.B. & Miceli, M.P. (1985). Potential Predictor of Whistle Blowing: A Presocial Behavior Perspective. Academy of Managerment Review, 10: 823-836
20. See 1.
21. Ferrell, D. & Petersen, Y. (1982). Patterns of Political Behavior in Organizations. Academy of Management Review, 7: 403-412.
22. קראו, נ. החבר שסרב להיעלם. עתון "העיר" 7.4.95 תל - אביב
23. Carring, S. (1991). The End of the Affair. Nursing Times, 87(1): 42.
24. See 12.
25. Elliston, F.A. et al. (1985). Whistle Blowing: Managing Dissent in the Workplace. New York: Praeger Publishers.
26. רוזניק, ר. "מחפשת את האחראים למותה". עתון "העיר" 7.4.95. תל-אביב.
27. כרמי, א. סיעוד ומשפט. הוצאת "תמר", 1984. ע"ע 23-697.



סיעוד ומשפט

בעקבות המאמר "המתריעים בשער"

ד"ר טבק במאמרה, מבליטה את הדילמה של Whistle Blowing, כאשר המתריעים הם העובדים הסיעודיים, לשון אחר, האחיות. והמותריעים - הרופאים.

וריאציה שונה על אותה סיטואציה היא כאשר שני המשתתפים בחזיון, המתריעים והמותריעים כאחד, הם הרופאים. ככל שמדובר ברופאים בכירים יותר כך מחריף הקונפליקט.

דוגמה בוטה ומציאותית של התרחשות כזאת הומחשה בפרק הראשון של סדרה טלוויזיונית פופולרית Chicago Hope (ערוץ 2, בימי ד' 21.40).

האפיזודה הראשונה בסדרה התמקדה ברופא בן 76, שהיה בימי זוהרו אחד מגדולי הכירורגים בארה"ב. במהלך ניתוח שגרתי שהוא מבצע, פוגע הרופא בכלי דם ראשי של המנותח. רק היחלצות לעזרה של שני כירורגים אחרים בביה"ח, בכירים אך צעירים, מצילה את חיי החולה.

מאוחר יותר הסתבר כי אותו מנתח קשיש סובל מרעד חזק בכפות ידיו (האבחנה לא צויינה) ומה שקרה בעת הניתוח - בא כתוצאה.

מכאן ואילך, ובתוך המהומה שקמה בבית החולים, כל ההתפתחויות הצביעו במובהק לאותו כיוון אשר ד"ר טבק עוסקת בו במאמרה, דהיינו - מה קורה למתריעים בשער :

היועץ המשפטי של בית החולים טען כי המקרה חייב בחשיפה, והכרחי דיון אודותיו בפורומים פתוחים, גם אם ההחלטות הקיצוניות שתתקבלנה, תעוררנה הדים.

לעומתו - המנהל הרפואי (Chief of Surgery). זה גרס כי די בהרחקת מיועדנו מחדרי הניתוח, לצמיתות, ואילו כל הפרשה כולה חייבת להשאר "במשפחה".

בין שני הקטבים האלה, וממש בעין הסערה, אנו מוצאים את המנתח המפורסם. האיש שכח את האתמול, מתקשה להסתגל אל המחר וסובר כי זכויות העבר עומדות לו להמשיך ולהחזיק באזמל ולסכן את חיי החולים שימצאו את עצמם מסורים בידיו. בעיניו - הקולגות שאינם מסכימים, אלה מלשינים, צרי-עין, מתנכלים, וראויים בעצמם לנידוי.

כצפוי, אין הסדרה הטלוויזיונית נותנת מענה חד-משמעי לשום דילמה שהובלטה, ואין לכך שום חשיבות, אבל הקונוטציות אל המאמר "המתריעים בשער" - ברורות.

תופעת ה"שמור לי ואשמור לך" הולכת ורווחת במקומותינו. בקרב פשוטי-עם כמו בקרב קבוצות אליטיסטיות וגילדות מקצועיות. מן המפורסמות הוא, כי לשכנע רופא להעיד נגד חברו בבית משפט - אינה משימה קלה. המתריעים בשער מקרב הרופאים, הם בינתיים חזיון נדיר. אבל מעטים שאוזרים עוז, מהווים תרופה בדוקה לשיטה של "שמור לי ואשמור לך" ועצם נכונותם ליטול משרוקית ולנשוף, - משמשת תזכורת למחוייבות שנטלו על עצמם בשבועת הרופאים.

בחלל המציאות הישראלית, ניסרו, ועדיין מהדהדות, כמה פרשות דומות שבוודאי זכורות לקוראים.

שלמה מאירי

כללי אתיקה רפואית ונושאים אחרים

פרופ' אמנון כרמי

טיפול רפואי בעצורים

הרופאים חייבים לטפל בעצורים תוך שמירה על מיטב האינטרסים של מטופלים אלה.

בדיקות רפואיות לבקשת צד שלישי

יש להשמר מפגיעה בזכויות החולים, שעה שהרופאים מבצעים בדיקות או מכינים דוחות לבקשת צד שלישי.

אחריות כלפי הקהילה

הרופאים, מכוח חינוכם, מומחיותם ומעמדם, חייבים לקדם את שירותי הבריאות ולדווח לרשויות המוסמכות על סיכונים לבריאות הקהילה.

קידום הבריאות ומניעת מחלות

הרופאים מחוייבים בקידום סיגנון חיים בריא וחינוך הקהילה למניעת מחלות.

קשר עם עמיתים

הרופאים חייבים לשתף פעולה עם עמיתיהם, על מנת להבטיח לקהילתם את מיטב הבריאות.

קשר עם מטפלים מסורתיים

הרופאים אמורים להשתדל להשפיע על מרפאים מסורתיים ומיילדים, כדי שאלה יאמצו פרקטיקה בטוחה.

השתלות

הרופאים חייבים לשמור על הזכויות ועל האינטרסים של תורמים ונתרמים פוטנציאליים. זאת על ידי מילוי כללים והליכים בינלאומיים המקובלים בתחום ההשתלות.

מחקרים

רופאים יימנעו מלהשתתף במחקר רפואי שאינו תואם הנחיות בינלאומיות מקובלות.

כללי אתיקה רפואית

ההסתדרות הרפואית של חבר העמים הבריטי גיבשה כללים אתיים למי שעוסקים ברפואה
International Digest of Health Legislation. 1994,
Vol. 45, No. 4, pp. 582-583.

כבוד החולה

הרופאים חייבים בכיבוד החולה שבטיפולם בכל עת ובכל הנסיבות.

זכות החולה למידע

לחולים הזכות לקבל מידע רלוונטי אודות מצבם הרפואי והטיפול בהם.

הסכמה לטיפול רפואי

טיפול והתערבות רפואית אחרת, כאשר מדובר בחולים בעלי כשירות להסכים, לא יינתנו אלא בהסכמתם המלאה, החופשית והמודעת.

סודיות

מידע שהושג במסגרת מערכת היחסים רופא/חולה יישמר בסודיות מוחלטת.

כשירות לעסוק ברפואה

רופאים חייבים לשקוד תמיד על כשירותם לעסוק ברפואה ולהימנע מלחשוף את החולים לסיכונים מיותרים.

מצב חירום רפואי

רופאים חייבים לעשות כל שביכולתם כדי להושיט עזרה במצב חירום רפואי.

טיפול באוכלוסיות חלשות

רופאים חייבים להושיט עזרה רפואית לאוכלוסיות חלשות, לאתר את הסיבות לבריאות לקוייה באוכלוסיות אלה, ולעשות לקידומן.

על תרומת איברים

בשלהי 1994 נחקק בצרפת חוק מס' 94-654, בעניין תרומה ושימוש באלמנטים ומוצרים של גוף האדם, בעניין הפרייה מלאכותית ואיבחון טרום-לידתי.

Journal Officiel de la Republique Francaise,
Loi et Decrets, No 175 pp 11060-110686

עקרונות כלליים

נטילת איברים ומוצרים מגוף האדם תיעשה רק בהסכמת התורם. הסכמה זו נתונה לביטול בכל עת.

חל איסור על פרסום בקשה לתרומת איברים או מוצרי גוף אדם, לטובת מישהו מסוים.

חל איסור על תשלום עבור תרומת איבר או מוצר של גוף אדם. אולם יורשה החזר הוצאות שהוצאו בפועל.

התורם לא ידע את זהות מקבל התרומה, ומקבל התרומה לא ידע את זהות התורם.

נטילת איברים מתורם חי

נטילת איבר מתורם חי תבוצע רק מטעם ריפויי לטובת הנזקק. הנתרם - מקבל התרומה - אמור להיות הורה, ילד או אח של התורם, להוציא תרומת מוח-עצם.

בן זוג יכול לשמש תורם במקרה חירום.

התורם, המיועד מראש לסיכונים ולהשלכות הצפויים כתוצאה מנטילת האיבר, חייב להצהיר בפני שופט על הסכמתו לנטילה.

נטילת איבר מקטין, או מבגיר הטעון הגנה משפטית - אסורה. נטילת מוח-עצם מקטין, לטובת אחיו או אחותו, בהסכמתו של הורה או של אפוטרופוס, אשר ניתנה בפני שופט - מותרת. הנטילה. טעונה אישור של ועדת מומחים אשר תבטיח את וידוע הקטין מראש על הנטילה. הנטילה אסורה אם הקטין מסרב לה.

נטילת איברים מן המת

נטילת איבר מאדם שנפטר מותרת לצורך ריפויי או מדעי בלבד, ולאחר שהמוות נקבע כחוק. הנטילה תותר רק מקום שהמנוח לא סרב לה בחייו באמצעות רישום לאומי ממוחשב.

נטילה לצורך מדעי, להוציא נטילה לשם קביעה של סיבת המוות, מותרת, רק אם המנוח הסכים לה בחייו.

נטילת איבר והשתלתו תבוצענה ע"י שני צוותים רפואיים נפרדים. רופא הנוטל איבר מגוויה, חייב לדאוג שהנטילה תשוחזר בדרך נאותה.

נטילת רקמות

נטילת רקמות או תאים מאדם חי מותרת רק לצורך ריפויי או מדעי. נטילת רקמות או תאים מקטין, או מבגיר הטעון הגנה משפטית - אסורה.

הפרייה מלאכותית

הפרייה מלאכותית תבוצע מקום שמדובר בזוג, גבר ואישה חיים, בגיל הפוריות, שהם נשואים או חיים יחדיו לפחות שנתיים, ושנתנו הסכמתם מראש להליך זה.

עובר ייברא במבחנה רק לצורך הפרייה מלאכותית, ובתנאי שתאי המין שייכים לפחות לאחד משני בני הזוג. בני הזוג רשאים להחליט בכתב שההפרייה תנוסה בכמה ביציות, דבר שיחייב איחסון של כמה עוברים, על מנת לממש את רצון בני הזוג להיות הורים תוך תקופת חמש שנים.

מדי שנה יישאלו בני הזוג על חפצם להיות הורים.

החוק מפרט הסדר של מסירת עובר מהוריו לזוג אחר, בהסכמה. נאסר תשלום עבור ההעברה. הפרייה מלאכותית בסיוע של צד שלישי מותרת רק מקום שלא ניתן לממש הפרייה על ידי בני הזוג עצמם.

יצירת עובר לצורך מסחרי או תעשייתי - אסורה. כן אסורה יצירת עובר במבחנה למטרות מחקר, לימוד או ניסוי.

הניסוי בעובר אסור, אלא אם כן למטרה רפואית, והוא מבוצע בהסכמת ההורים וללא סיכון העובר.

תרומת תאי מין

תרומת זרע או ביצית תותר רק מבני זוג, והיא טעונה הסכמה הן של הזוג המקבל והן של הזוג התורם. השימוש בתאי מין של תורם, אסור שיביא ליותר מחמישה ילדים.

עירוב זרע - אסור.

הכרה במקצוע הכירופרקטיקה

בשלהי 1994 הוחק בממלכה המאוחדת חוק הכירופרקטיקה. החוק מכונן מועצה כירופרקטית כללית, ומתייחס למקצוע הזה, לרישום העוסקים בו, חינוכם והתנהגותם.

זכות העובר

חוקת מדגסקר (מלגש) קובעת, בסעיף 19, שכל אדם זכאי להגנת בריאותו החל מרגע העיבור.

החלוקה על פי מקצועות

31%	עורכי דין:
20%	רופאים:
9%	אחיות:
8%	מחנכים:
6%	רופאים-משפטיים:
4%	סטודנטים:
4%	אנשי מינהל:
2%	אחיות משפטיניות:
2%	אתיקנים:
1.5%	ספרנים:
1%	אנשי בקרת איכות:
1%	עובדים סוציאליים:
9.5%	אחרים:
1%	אנשי מזכירות:

חברים בחו"ל - 246. קנדה - 78; אוסטרליה - 52; אנגליה
13; היתר - משלושים ושתיים ארצות אחרות.

שיבוט (Cloning)

הפרלמנט האירופי קיבל החלטה בנושא השיבוט, ביום
22.11.93.

ההחלטה מגנה שיבוט אנושי, לכל מטרה שהיא, לרבות מחקר,
ורואה בכך הפרה חמורה של זכויות אדם בסיסיות, מעשה
המנוגד לכבוד הפרט, פסול מוסרית ובלתי מקובל מבחינה
אתית.

ההחלטה קוראת לקהילה האירופית לאסור שיבוט לכל
מטרה שהיא, לרבות לצורך מחקר.

ההחלטה קוראת לאנשי מוע, לחוקרים ולעוסקים בטכנולוגיה
של הפרייה, הן בשטח הציבורי והן בתחום הפרטי, להתחייב
מרצונם שלא להיות מעורבים בשיבוט אנושי לכל מטרה
שהיא.

האגודה האמריקאית למשפט, רפואה ואתיקה

הנתונים להלן לקוחים מתוך הדו"ח השנתי שראה אור
לאחרונה:

(מקורות) המשך מעמ' 31:

40. סעיף 15 לתוספת, המגביל עישון במקומות עבודה, הוסף לאחרונה בצו הגבלת העישון במקומות ציבוריים (לשינוי התוספת לחוק)
(הוראות שעה) תשנ"ד-1994.

41. To protect the non-smoking public from the toxic effect of smoke" (A. Stephens, "Validity, Construction, and Application of Nonsmoking Regulations",
65 ALR 4th 1205, 1211)

42. השופט זוסמן בבג"צ 58/68 שליט נ' שר הפנים, פ"ד כג (2) 447, 513.

43. אי ברק, פרשנות במשפט (כרך א, נבו, 1991), בעמ' 225.

44. בג"צ 222/68 חוגים לאומיים נ' שר המשטרה, פ"ד כד(2) 141, 158.

45. השופט ברק בבג"צ 693/91 אפרת נ' הממונה על מרשם האוכלוסין, פ"ד מז(1) 749, 768.

46. ראה Replace. לעיל הערה 5, בעמ' 139.

באגודה

אות המופת 1995

הענקת אות המופת לרופא, הפכה לאירוע שנתי מסורתי של האגודה לרפואה ומשפט בישראל. הפרסים וכך כל הטקס המרשים, התאפשרו תודות לאדיבותה של קבוצת חברות הביטוח "מגדל".

קהל מאות מבין חברי האגודה, רופאים, משפטנים, שופטים ואחרים, ולצדם אורחים רבים, גדשו את אולם הכנסים בכפר המכביה, ביום 4.7.95. לשולחן הנשיאות הסבו כב' שר המשפטים, פרופ' דוד ליבאי, שופט בית המשפט העליון, כב' השופט דב לוין, שהוא יו"ר ועדת הפרס, ראש עיריית פתח-תקוה מר גיורא לב, מנכ"ל קבוצת "מגדל" מר עוזי לוי, נשיא האגודה לרפואה ומשפט, פרופ' אמנון כרמי, ראש לשכת עורכי הדין, עו"ד דרור חוטר-ישי, ויו"ר ההסתדרות הרפואית ד"ר יורם בלשר.

את הטקס הנחתה עו"ד אראלה יואל, חברת ועדת הפרס וחברת ההנהלה של האגודה לרפואה ומשפט בישראל. חברי הנשיאות נשאו דברים קצרים, העלו על נס את הפעולה הברוכה של האגודה והייחוד בעצם החיפוש של הרופא הטוב, והענקת הפרסים, ואיחלו ברכות לזוכים.

אנו מביאים כאן את דברי כב' השופט דב לוין, ואת החלטות ועדת הפרס;

כל המקיים נפש אחת בישראל כאילו קיים עולם מלא.

מצוות עשה זו, נושאת בתוכה את המסר הערכי, המצפוני, המעוגן במסורת ישראל מימים ימימה - קדושת החיים והצלת הנפש. אין ספק כי העוסקים ברפואה מקיימים תדיר מצווה זו ככל יכולתם. שהרי במהות עיסוקם ותפקידם, קיום החיים.

מוכר וידוע לקהילה בארץ וגם ברחבי תבל עד כמה מתקדמת ומשוכללת הרפואה בישראל. יכולתם ומסירותם של הרופאים ככלל יצאה לתהילה, וראוי להם שיבורכו על תרומתם לחברה.

אנו, האגודה לרפואה ולמשפט בישראל, מבקשים למצוא אצל אותם רופאים ולעודד אותם במשהו נוסף - זו הנשמה היתרה, לאמור יחס אישי ואנושי לחולה המתייסר במכאוביו וכן לבני משפחתו של החולה אחוזי הדאגה, שכל כך נזקקים ליד מלטפת, למילה טובה, לעצה, לחיזוק, לעידוד ולהבנה.

אלה הם בעינינו אנשי מופת שהחברה חייבת להם את המעט שהיא יכולה להעניק; הערכה, הוקרה, ומתן ביטוי לאלה בהענקת אות מופת לראוי לכך.

המשימה שנטלנו על עצמנו לשפוט ולהחליט מי מבין המומלצים על ידי הציבור ראוי שיוכתר השנה בתואר "אות המופת לרופא" אינה קלה כלל ועיקר והועמדנו בפני הכרעה מצפונית קשה ביותר.

הוגשו לנו המלצות חמות לגבי למעלה מ-100 רופאים העוסקים בתחומים שונים, ובכולם תיאור נאמן ומעומק הלב של התנסות אישית ישירה ובלתי אמצעית מפי חולים ומפי חברים לעבודה על התנהגות מופתית ומעשים מופלאים של רופאים, אשר בהחלט מהווים דוגמה ומופת ברמתם האנושית, בגישתם המצפונית ובמילוי תפקידם. אנו, שיודעים להעריך כל אחד ואחד, שמבקשים להענות לרחשי ליבו של הציבור, נדרשים לברור מבין כל אותם רופאים, בעלי תכונות תרומיות, שלושה שהם בעינינו הטובים שבטובים. הראויים שבראויים. הגענו לכלל החלטתנו בדחילו וברחימו, בלא למעט שהוא זה מן השבח וההלל המגיעים לכל המועמדים.

אנו רוצים להאמין ולקוות כי לשנציג בפניכם את הזוכים באות המופת לרופא לשנה זו, תאשרו בחתימת קיום ובברכה את החלטתנו אנו. ואלה הם אנשי המופת:

פרופ' אליהו סדובסקי ז"ל

צר ומכאיב הוא כי רופא מעולה, אישיות למופת, שנמצא בעינינו בעל מעלות תרומיות כאלה המזכות אותו באות המופת לרופא,

לא זכה להשתתף עמו במעמד זה, כיוון שנלקח לבית עולמו. ראינו להעלות זכרו ולהעניק את האות לידי בני ביתו שעמדו לצידו תמיד.

פרופ' סדובסקי נולד בשנת 1923 ועלה ארצה בהיותו בן שנתיים. למד בגמנסיה העברית ברחביה, שרת בבריגדה היהודית ובצבא הבריטי.

ב-1947 החל את לימודי הרפואה באוסטרליה, אך חזר לישראל לעמוד עם בני דורו במלחמת השחרור. אחריה המשיך את לימודי הרפואה בבולוניה, איטליה, וגמר את לימודיו בבית הספר לרפואה של האוניברסיטה העברית.

מכאן ואילך - סטאז' והתמחות ברפואת נשים, ועד תפקיד רופא ראשי ומנהל המחלקה בהדסה ירושלים. מאז 1976 - מנהל היחידה לסיכון מיילדותי בבית"ח הדסה בעין-כרם.

רופא דגול היה, רב פעלים והישגים בתחום המקצועי. אולם אות המופת מוענק לו בגלל אישיותו, מוסריותו, יחסיו לחולות ולתינוקות שבדרך.

כך כתב עליו חבר למקצוע: "יושרו האישי ומוסר עבודתו היו הדבר הבולט ביותר. רחוק מכל שיקול זר, דאגתו היה רק לחולה ולצרכיו. רדף את האמת המקצועית, דבר שלא פעם עלה לו באי-נעימויות בחיי היום-יום.

... הוא אופיין כחלק בלתי נפרד מהנוף של חדרי הלידה, והיחידה לסיכונים הריון ב"הדסה" עין-כרם, הן בגלל דמותו האבהית, האפשרות לפנות אליו בכל התלבטות מקצועית, ובגלל שעות האין-ספור אשר שהה במחלקה כדי לדאוג לחולים או להנחות את הצוות המטפל".

במכתב אחר, בו פורטו השגיו המדעיים ותרומתו למחקר, נאמר בין היתר: "אולם בנוסף ומעל לכל ההשגים הללו... פרופ' סדובסקי ז"ל הצטיין בדאגה רבה ומסירות אין קץ לחולות ולעוברים שנשאו ברחמן. הוא עשה לילות כימים במחלקה ודלתו היתה פתוחה תמיד ליולדות ולמשפחותיהן. מסירות זו נמשכה אל מעבר לשעות העבודה. השיחות בביתו עם מטופלות ומשפחותיהן המודאגות ללא כל תשלום, היו מבחינתו, דבר מובן מאליה.

פעמים רבות העסקנו אותו אנחנו, צוות הרופאים, בבעיות אתיות ומוסריות הקשורות בטיפול בחולים וביחסים בין הרופאים לבין עצמם. ביושר ומתוך עמדה אישית ומוסרית מוצקה, ידע תמיד לכוון את מעשינו באופן ההגון, הישר והמוסרי ביותר".

"הוא החמיר בדרישות שלו מעצמו ומהסביבה, ללא פשרות וללא ותרנות. בגופו הגדול פעם לב זהב שנתן ללא תנאי וללא בקשת תמורה ואשר קיבל מן הסביבה הערכה ואהבה אין קץ. לכולנו היתה זו דמות לחיקוי שאורה יאיר את דרכנו וחינו".

אנו שמחים למסור את אות המופת לרופא לידי אלמנתו, הגב' ברכה סדובסקי. אין לנו ספק שאישיותה, סבלנותה, תמיכתה והבית החם שהקימה, תרמו רבות להישגיו ולאישיותו של בעלה.

יהא זכרו לברכה ודמות המופת שהקינה אישיותו תאיר דרכנו ותנחה אותנו תמיד.

ד"ר יוסף (יוסי) אורבך

נולד בירושלים ב-1948, ובה גדל והתחנך. לאחר שרות בצבא (68-1966) החל את לימודי הרפואה ב"הדסה". את הסטאז' ואת התמחותו ברפואת ילדים עשה במרכז הרפואי שערי-צדק בירושלים.

חזר לצבא כרופא ומאז, גם במסגרת המילואים, משרת כרופא בתפקידי ניהול ואירגון רפואיים צבאיים.

ד"ר אורבך, יוסי כפי שכולם קוראים לו, משלב בעבודתו פעילות במסגרת מחלקת הילדים בבית החולים שערי-צדק לצד פעילות כרופא ילדים קהילתי, המטפל גם בנושאי רפואה מונעת לתינוקות ולגיל הרך, וגם בביקורים בישובים המרוחקים ממרכז רפואי. בנוסף לכך, התנדב למבצעים בהם נדרשה עזרה אנושית והקרבה מוחץ לישראל. ב-1991 במסגרת פעילות הגיוינט, נשלח לאדיס-אבבה למרפאה שנתחה למען יהודי אתיופיה, אשר סבלו מתחלואה קשה, לפני עלייתם ארצה ב"מבצע שלמה". בשנה שעברה יצא למחנה של פליטי רואנדה בגומא שבזאיר, במסגרת משלחת של חיל הרפואה, להצלת הפליטים.

ד"ר אורבך הומלץ על ידי רבים וטובים לקבלת אות המופת לרופא, בשל אישיותו המופלאה, כפי שזו שבאה לכלל ביטוי בדברי המטופלים על ידו ומפי חבריו לעבודה.

וכך כותב עליו אחד הרופאים: "מסירותו לחוליו היא אין סופית. יעילותו והספק עבודתו הם משהו שאי אפשר להבין. אין חולה מוחמץ ואין חולה שאינו מקבל את כל תשומת הלב יחד עם טיפול ברמה אוניברסיטאית, וכל זה ברוח טובה. מימי לא ראיתי את יוסי כועס או מאבד את סבלנותו. בנוסף לכל אלה מוצא יוסי זמן למחקר קליני, ואין דומים לו בעניין זה". ואחד המטופלים כתב: "יוסי - מסור מעל ומעבר. אדם עם נכונות מלאה לטפל בכל אחד, בכל דקה סביב השעון. ללא לאות. ללא תלונות. ללא כעס או התמרמרות. נותן יחס אישי לכל מטופל - כאילו רק הוא קיים... מבקר מאושפזים בבתי חולים ומצוי בקשר הדוק עם הרופאים המטפלים והמשפחה. יוסי מרגיע, מעודד, מסביר לפרטי פרטים ותומך. מזור לילד ולהוריו. מטפל בילדים מוכי גורל ובעלי מום, ומצליח להביא להם קרן אור ורפואה".

והנה קטע ממכתב אחר: "ד"ר אורבך נענה לכל קריאה ועומד לרשות החולים תמיד ובכל שעה משעות היום והלילה, ועושה זאת במאור פנים... ד"ר אורבך הוא שם דבר באפרת ובאיזור כולו. הוא בבחינת מוסד איזורי של אדם אחד... הוא מקרין על עבודת המרפאה כולה ורמת השירות שלו ושל הצוות כולו היא מעולה".

ונסיים בציטוט נוסף: "דומה שד"ר יוסי אורבך נחון בתכונות המעמידות אותו בשורה ראשונה של אנשים עם מודעות ומחויבות עמוקה לשירות הזולת והציבור. הוא ראוי להכרה הציבורית הנאותה והמכובדת שאות המופת מעניק".

גם אנו בטוחים בכך, ובשל כל אלה מוענק לו אות המופת לרופא.

ד"ר דן ערבות

ד"ר דן ערבות הוא הצעיר שבין הזוכים השנה. נולד בשנת 1953 ביוהנסבורג, דרום אפריקה, ועלה ארצה בגיל שנתיים. בוגר תיכון עירוני ד' בתל-אביב. שרת בצנחנים ובסיירת. תחילה כלוחם ואחר כך כמפקד מחלקה (סרן במילואים). נפצע במלחמת יום כיפור בליל חציית התעלה בחווה הסינית. איש דינמי ונועז. עסק רבות בצניחה חופשית, גלישה אווירית, שחייה, טיולים - עיסוקים עליהם ראה לוותר כדי שיוכל להתמקד בהתמחותו ברפואה.

בשנת 1981 סיים את לימודיו בבית הספר לרפואה של הדסה והאוניברסיטה העברית בירושלים. את הסטאג' עשה במרכז הרפואי על שם פרופ' שיבא בתל-השומר. החל את התמחותו בניתוחי לב בבית החולים איכילוב ובהדסה, והמשיך 6 שנים באנגליה; 4 שנים בבית החולים Harefield בלונדון ושנתיים בבית החולים Papworth ובקמברידג'. חזר ארצה לפני שלוש שנים, ועובד מאז בבי"ח בילינסון כמנתח לב בכיר ומנהל היחידה להשתלות לב וריאות.

פרסומו של ד"ר דן ערבות בין מושגלי הלב והריאה לא התחיל בישראל, אלא דווקא בלונדון, ששימשה כמקום עליה לרגל לחולים הזקוקים להשתלה. הוא היה "האבא" של כל הישראלים האלה, שחלקם שהה בלונדון שנה, שנתיים ויותר, וכמו שכותב לנו אחד החולים: "מדובר על השנים 1987, 1988, 1989. בארץ לא נערכו השתלות, והיציאה לחו"ל היתה התקווה היחידה".

תקווה שהיתה מלאה ב:- "מתח אדיר, חרדה ודאגה, בעיות של פרידה ממשפחה קרובה ומחברים, מכל הסביבה התומכת - כי בדרך כלל נוסעים עם מלווה אחד. יש דאגה בנושאי הכספים והכלכלה... ובחוי"ל, יושבים רוב הזמן בבית ומחכים ומחכים ומחכים - לצלצול הטלפון שיוזמן להשתלה..."

"לנו באנגליה - ממשיך אותו חולה - היה דני, לא ד"ר ערבות - דני! והוא היה שם בשבילנו במלוא מובן המילה. היתה תקופה שהיו שם קרוב ל-20 משפחות, חלקן בהמתנה ממושכת ומורטת עצבים, ואחרות בשלבים שונים של "אחרי השתלה", והוא היה שם בשביל כולנו... ודאג לנו בכל דרך אפשרית. אם בהסברים מפורטים, תשובות סבלניות, ליווי צמוד אל הבדיקות ובמהלכן, לפני ואחרי הניתוחים וגם "בשלב ההחלמה הממושך". יכולנו לראות אותו בשעות הקטנות של הלילה עם עיניים אדומות מעייפות, אחרי שיצא מניתוח לילי ארוך - עובר במסדרונות ו"מציק" לחדר רק כדי לומר שלום ולראות אם הכל בסדר...

לאחר השחרור מבית החולים ניהל ממש מעקב צמוד, צלצל הביתה כל יום לשאול "מה נשמע?" "כמה הלכת היום?" יצר אצל החולים מוטיבציה. בין פעולותיו עבור החולים ניתן לציין, למשל, הרצאה שנתן בלונדון, שבמהלכה נאספו כ-\$30,000 כדי לשלם עבור חולה נזקק, וכדי לחסוך מאותו חולה דאגות - שבועדאי לא הקלו על מצבו.

וכך כתב חולה לשעבר שטופל על ידו: "טיפול באדם חולה הינו שילוב של טיפול בגוף ובנפש גם יחד. ד"ר ערבות משכיל לטפל במכלול שאין להפרידו, ובכך מצליח להגיע לתוצאות מירביות. יש בו 'חיישנים' 'הקולטים' את החולה. בצד הדיאגנוסטיקה הרפואית המעולה, יש בו היכולת לבצע אנליזה וניתוח אישיות החולה, לקלוט אותו, להבינו ולדבר אליו על פי מהותו. תמיכתו היא מעל ומעבר למתחייב ולמה שאנו רגילים למצוא אצל מרבית הרופאים... ד"ר דן ערבות מתעלה למדרגת רופא מצויין שהוא בראש ובראשונה אדם (מענטש) דבר המאפיין רופא יוצא דופן - רופא למופת".

ועל כך זכה לאות המופת לרופא ב-1995.

מי יתן וירבו רופאים בלב ונפש, אנשי מופת כמו שלושת הזוכים.

