



חוק חדש להסדרת יחסי מטפל/מטופל

הגליון הנוכחי של "רפואה ומשפט" הינו הראשון לאחר כניסת "חוק זכויות החולה" לתקפו. חוק זכויות החולה מסדיר (יותר מאי פעם בעבר בישראל), את יחסי מטפל/מטופל. החוק עוסק בכמה סוגיות מרכזיות: בזכות לטיפול רפואי; בהסכמה מדעת לטיפול רפואי; בטפול רפואי הניתן ללא הסכמה; ברשומה הרפואית; במידע הרפואי; בועדות שונות ובאחריות לקיום זכויות המטופל במוסד רפואי. אני מניח שבחודשים הקרובים תעסוק הקהילה הרפואית והמשפטית בישראל באינטנסיביות בפענוח חוק זכויות החולה, על תוצאותיו ומשמעויותיו. הרי עשר "דגימות ראשוניות" בנושא חוק זכויות החולה, הנושאות עמן את ניחוח החוק:

1. החוק קובע את זכות המטופל לטיפול רפואי (זכות שעדיין לא נקבעה בצורה ברורה לגבי כלל המטופלים בישראל; אם כי נקבעה, באופן חלקי, בחוק לטיפול בחולי נפש מ-1991, וזאת לגבי אוכלוסית חולי הנפש בישראל בלבד).
2. במצב חרום רפואי (סכנה מידית לחיים, או לנכות חמורה ובלתי הפיכה, בהעדר טפול רפואי דחוף), זכאי אדם לקבלת טפול רפואי דחוף, ללא התנייה.
3. מטופל זכאי לטיפול רפואי נאות, לא רק מבחינת הרמה המקצועית והאיכות הרפואית, אלא אף מבחינת יחסי אנוש.
4. מטופל זכאי לדעה רפואית נוספת בענינו.
5. מטופל זכאי לשמירה על כבודו ועל פרטיותו. סוגית השמירה על הפרטיות איננה פשוטה, בעיקר במוסדות רפואיים ציבוריים, ונוקטת לדיון ולפענוח.
6. מטופל הפונה לחדר מיון זכאי לבדיקה רפואית.
7. הוגדרו תנאי ההסכמה מדעת שנותן המטופל (לאחר שקבל מידע מספיק), כולל האבחנה, התחזית, מהות הטיפול המוצע, הסיכונים שבטיפול המוצע, הסיכויים והסיכונים של טפולים חלופיים, ושל העדר טפול רפואי, וכיו"ב.
8. ניתן, אמנם, שלא למסור מידע רפואי למטופל, וזאת באישור ועדת אתיקה, ואם מסירת המידע עלולה לגרום לנזק חמור לבריאות הגופנית או הנפשית של המטופל.
9. הסכמה מדעת (לטיפול) יכול שתהיה בכתב, בע"פ, או בדרך של התנהגות.
10. טיפול רפואי יכול להינתן ללא הסכמה מדעת של המטופל, אם התמלאו התנאים הבאים: מצבו הנפשי והגופני של המטופל איננו מאפשר קבלת הסכמתו מדעת; לא ידוע למטפל כי המטופל או אפוטרופסו מתנגדים לקבלת הטיפול הרפואי; אין ניתן לקבל את הסכמת בא כוחו או אפוטרופסו של המטופל. ועוד, טיפול רפואי יכול להינתן למטופל המתנגד לטיפול זה, כאשר מדובר בסכנה חמורה הנשקפת למטופל; יש לתת את הטיפול הרפואי בהקדם; ועדת אתיקה שמעה את המטופל, ואישרה את הטיפול (וזאת לאחר ששוכנעה כי נמסר למטופל מידע כנדרש לקבלת הסכמתו מדעת; שצפוי שהטיפול הרפואי ישפר במידה ניכרת מצבו הרפואי של המטופל; ושקיים יסוד סביר להניח שלאחר מתן הטיפול הרפואי, יתן המטופל את הסכמתו למפרע). ועוד: במצב חרום רפואי, רשאי מטפל להעניק טיפול רפואי דחוף גם ללא הסכמה מדעת של המטופל, אם בשל נסיבות החרום (כולל מצבו הגופני והנפשי של המטופל) אין ניתן לקבל את הסכמתו מדעת. טיפולים רפואיים מסוימים (נתוחים; צנתור כלי דם; דיאליזה; רדיותרפיה; הפריה חוץ גופית; כמותרפיה לטיפול בתהליכים ממאירים) אמורים להינתן בהסכמת שלושה רופאים (אלא אם נסיבות החרום אינן מאפשרות זאת).

כאמור, זוהי רק "דגימה" מחדושי ומקביעות חוק זכויות החולה, ובטוחני שנדון בחוק זה רבות, גם מעל דפי "רפואה ומשפט". הערה שניתן להעירה כבר כיום: חבל שאין החוק מדבר גם על "חובות החולה" (לפחות לא באופן גלוי). חוק שכולו זכויות איננו מאוזן, ומשמעו שלמטופלים חובות בלבד. עדיף היה שיחקק "חוק זכויות וחובות החולה", ואפילו אם פרק החובות היה זעום ומצומק.

בנימת המערכת

בהמשך "בנימת המערכת" (וכפתיח אפשרי לדעות, להשגות ולדיונים הצפויים בעקבות/לצד החוק), מובא מאמרו של ד"ר מלר "על הדדהומניזציה של הרפואה: מקצועיות על חשבון אנושיות?", ותגובה של ד"ר אהרון ארלזורוב, הרואה את המקצוענות של הרופאים - מזוית שונה. המערכת מצפה לתגובות נוספות.

הגליון הנוכחי כולל את עיקרי ההרצאות והדיון מיום העיון השני של מערכת "רפואה ומשפט", שנערך ב-12.5.96, בביה"ס לרפואה של אוניברסיטת ת"א, בנושא "שאלת החסיון של דיונים בועדות בקרה ובדיקה רפואיות". יום העיון נערך טרם כניסת חוק זכויות החולה לתקפו. נראה שהחוק החדש מסדיר, ולו חלקית, אף סוגיה זו.

מערכת "רפואה ומשפט" החליטה לקיים יום עיון שנתי קבוע בסוגיות רפואיות-משפטיות שעל הפרק, וזאת לאור העניין הרב שגילה הצבור המקצועי בשני ימי העיון שכבר נתקמו (השנה ובשנה שעברה). יום העיון הבא מצוי, לכן, כבר בשלבי תכנון. המערכת מודה בחום למארגני יום העיון הנוכחי (ד"ר הדר רון; ד"ר דורון דינאי; ועו"ד יונתן דיוויס), וכמובן, לשלמה מאירי.

עמיחי לוי.
עורך ראשי.

לחברנו

ד"ר יהודה היס

מנהל המכון לרפואה משפטית

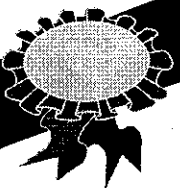


ברכות חמות לקבלת התואר

פרופסור

באוניברסיטה העברית בירושלים
ובאוניברסיטת תל-אביב

כה לחי



חברך במערכת
"רפואה ומשפט"

רפואה ומשפט גיליון מס. 15 - נובמבר 1996



שאלת החסיון של דיונים בועדות בקרה ובדיקה, רפואיות

יום עיון שאורגן ע"י מערכת "רפואה ומשפט" והתקיים ביום ששי 7.6.96 בבנין הפקולטה לרפואה של אוניברסיטת תל-אביב.

השתתפו במל

ממערכת כתב-העת שלנו, של האגודה לרפואה ולמשפט בישראל. "רפואה ומשפט" - זה שם כתב העת, והמערכת אשר רק השבוע הוציאה גליון יוצא מן הכלל במתכונתו ובתוכנו, שנשלח לכל אלה מכם שהם חברים באגודתנו.

המערכת, וזו לא פעם ראשונה, תכננה, מתכננת ותתכנן כינוסים כאלה בנוסף להוצאה לאור של כתב-העת.

יושבים איתנו כאן העורך הראשי, עמיחי לוי, ומנהל הבטאון שלמה מאירי שהוא המנוע של כל הענין הזה אני מבקש להודות ראשית כל לפרופסור קפלינסקי. (פונה אליו) "פרופסור קפלינסקי, ראשית כל אני מודה על האכסניה, ואינני יכול שלא לזרוק מילה אישית, שגם תצביע על שערי הלבן; שנים עבדתי עם נח קפלינסקי והיתה לי הערכה עמוקה מאוד לאדם וזה כיף פעם ראשונה לומר לך זאת כאן. אני רוצה להודות לעורכת הדין דוקטור הדר רון, לעו"ד יוני דייזיס, לעורך הדין ד"ר דורון דינאי, לד"ר זאבי דביר שלקח על עצמו עבודה רבה, ויש לי הרגשה ששכחתי מישהו - שלמה מאירי. כן, הזכרתי אבל החבר הזה שלנו עושה עבודה כל כך מאומצת ומוצלחת שמגיע לו להיות מוזכר בהתחלה ובסוף, אף-על-פי שאינו אוהב זאת. בשלב זה אני שמח להעביר את רשות ההנחייה, לעו"ד אלי זהר, חבר בכיר בהנהלת האגודה לרפואה ומשפט בישראל.

עו"ד אלי זהר: אנחנו עומדים להכנס ישר לעומק יחסי רופא-חולה, שהם יחסים עתירי קונפליקטים. ביחסים האלה מובנים קונפליקטים בין הרופא ומאבקו במחלה, הקונפליקט בין הרופא לחולה, הקונפליקט בין הרופא לעמיתיו ובין הרופא לחברה בכלל.

במרכז הקונפליקט הזה עומדים הרופא והחולה אשר מעורבים ומתערבלים במערכת שלמה של אינטרסים, בחלקם מנוגדים, אשר באופן תיאורטי או פילוסופי או אידיאולוגי מיועדים להביא בסופו של דבר את החולה לידי החלמה, ואת המחלה לידי הכחדה. בדרך יש לנו שורה של בעיות שדורשות פתרון משום שהן רוויות קונפליקטים.

הנושא שאנו עומדים לדון בו הוא חסיון הדיונים והמידע

פרופ' אליעזר קפלינסקי, דיקאן ביה"ס לרפואה באוניברסיטת ת"א.

פרופ' יונתן הלוי, מנהל ביה"ח שערי צדק, ירושלים.

מר דוד קציר, שופט (בדימוס) בביהמ"ש המחוזי בחיפה.

עו"ד דורון כספי, עו"ד פרטי שמייצג חולים.

עו"ד לאה ופנר, היועצת המשפטית של ההסתדרות הרפואית בישראל.

את הדיון פתח פרופ' אמנון כרמי, נשיא האגודה לרפואה ומשפט בישראל.

המנחה היה עו"ד אלי זהר, חבר הנהלת האגודה.

אנו מביאים כאן את דברי חברי הפנל, ודברי משתתפים מן הקהל, כלשונם ובמלואם. הדברים הוקלט בכל מהלך הדיון והוקלדו לאחר מכן.

פרופ' אמנון כרמי: היתה לי חוויה מעניינת כאשר נכנסתי לפני שבועות אחדים לאחד מבתי החולים בארץ, ומטבע הדברים שאלתי, בין היתר, מה נשמע בנושא שאנחנו עומדים לדון בו בשביעי ליוני. ונאמר לי "אין בעיה", אין בעיה משום שמנהל בית החולים נתן הוראה, שהיא על תקן של פרשנות מחייבת, וההוראה היתה - "אתם ממשיכים לקיים את הוועדות, לנהל את הוועדות, מכיוון שהפרשנות שלי לגבי פסק הדין (שבו אנחנו עומדים לדון היום היא ששום דבר לא השתנה מהמצב שהיה לפניכן ולכן הוועדות תמשכנה לפעול."

הדבר הזה קרה כמה שבועות לאחר שיו"ר ההסתדרות הרפואית פירסם פרשנות שהיא פחות או יותר הפוכה. זה באמת נותן לנו חומר למחשבה על פרשנות וכו'.

הפיתוי לבוא כבר בשלב מוקדם זה ולהביע דעה על-ה, הוא פיתוי גדול. אבל נאמר לי שאני כאן על תקן "מברך", ולכן לא אתפתה ואסתפק בכך שאבקש להודות למי שזים ולמי שארגן את הכינוס הזה. היוזמה באה, אם אינכם יודעים,

רפואה ומשפט גיליון מס. 15 - נובמבר 1996

בוועדות רפואיות. זה נראה לכאורה על פניו, כשניגשים אליו, כנושא צר מאוד - למה לא לדבר על דברים שהם בלב הקונפליקט? ובכל זאת הדברים צרים רק לכאורה, כי מסתבר שזה אחד מהנושאים כבדי המשקל במערכת היחסים של זכויות החולה הכלליות. בין הזכויות שלו - הזכות לטיפול אשר פותחת ומצויה ומרוכזת היום בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. עליד הזכות למידע, עליד הזכות ההולכת ומתגברת להגשת תביעה, ישנה הזכות המרכזית והיא הזכות של החולה לגופו.

בתוך כל המסגרת הזו מסתבר שהנושא של וועדות רפואיות, מצבן ומעמדן, הזכות למידע, חשיבות הוועדות והדברים הקשורים בהן, זהו לב הנושא שעליו נדון הבוקר.

לטובת העניין הזה זימנו לכאן פאנל מאוד מכובד שמורכב ממרבית הדיסציפלינות שיכולנו לחשוב עליהן, בהמשך גם נרצה שאתם, הקהל באולם (כולם מעורבים ומכירים את הנושא) הרוצה להעמיק את המידע, יוזמן להשתתף, להצביע, לשאול שאלות - ככל שיתיר לנו הזמן.

אני מבקש להזמין לכאן את מר דוד קציר, שופט ביהמ"ש המחוזי בחיפה, בדימוס, את עוה"ד דורון כספי, שהוא עו"ד פרטי המתמחה בהגשת תביעות. די מהר תאתרו מאיזה צד של השולחן הוא יושב בזמן הדיון המשפטי. עלידו, אבל לא כל-כך איתו, עו"ד לאה ופנר, שהיא מנכ"לית ההסתדרות הרפואית והיועצת המשפטית. אליהם מצטרפים 2 רופאים מובילים, שכל אחד נושא גם בתפקיד ניהולי וחינוכי: הראשון הוא פרופ' יונתן הלוי, שהוא מנהל בי"ח שערי צדק, השני פרופ' אליעזר קפלינסקי, שבנוסף למומחיותו הרפואית הוא גם דיקן ביה"ס לרפואה שבו אנו מתארחים. כולכם מכירים את כל החברים, כולכם גם יודעים שבתוך הפאנל הזה בעצם מתמצה לב הדיון שבו אנו עומדים לעסוק היום.

מר קציר, בטרם ניכנס לעומק הנושא הפרטיקולרי, תן בבקשה תמונה קצרה למה בעצם החיסיון, מה הגיונו של החיסיון, ולא דוקא הרפואי. עצם העובדה שניתנת זכות לחיסיון - מה מטרתה, מה משמעותה.

כב' השופט קציר: החיסיון הקיים ביחס לקומוניקציות בין עו"ד ללקוח, מעוגן בחוק לשכת עוה"ד והסעיף הרלבנטי מדבר על כך שדברים שהוחלפו בין לקוח לעו"ד בקשר לשירות המשפטי שעורך הדין אמור לתת, חסויים מפני גילוי בביהמ"ש. הפרוצדורה המשפטית היא כזאת והיא נוגעת למה

שקרה באותו פס"ד של כב' השופט ברק שהוזכר כאן. הפרוצדורה היא שכאשר מוגשת תביעה אזרחית, וזה כולל תביעות רשלנות נגד רופאים, מבקש התובע לגלות לו את המסמכים הנוגעים לעניין, והנתבע חייב לתת תצהיר ולהודיע לתובע ולביהמ"ש מה רשימת המסמכים הנוגעים לעניין שנמצאים בידי. אם המדובר באינפורמציה קונפידנציאלית, כפי שהזכרתי קודם, דברים שהוחלפו בין עו"ד ללקוח, אזי הוא מודיע בתצהיר שהוא מגיש אם יש לו מסמך שהוא חסוי.

עו"ד זהר: למה בכלל לפי דעתך ולפי נסיוןך, מה ה- essence שמאחורי תפישת העולם ששמה חיסיון? ולשם מה?

כב' השופט קציר: נדמה לי שזה ברור לכל. המחוקק מבשר ללקוח לשוחח עם פרקליטו באופן חופשי לגמרי, בלי שיהיה חשוף לגילוי האינפורמציה שהלקוח מסר לעוה"ד לצורך השירות המשפטי. זה אלף-בית שקיים בכל המדינות המערביות ואנחנו לקחנו את זה מהם, קודם כל עפ"י מה שנקרא ה- Common Law. לקחנו זאת מהאנגלים, ואח"כ כאשר חוקק חוק לשכת עוה"ד הדבר הזה קיבל ביטוי מפורש בחוק.

עו"ד זהר: מה ההגיון, אם כן, גם ביחסים שבין רופא-חולה, ביחסים בין פסיכולוג לחולה, ביחסים בין כומר למתוודה. הרי כל אלה מוגנים עפ"י פקודת הראיות, סעיפים 46-8. כל אלה מוגנים והאינפורמציה מוגנת גם כן, מה ההגיון של החסיונות?

כב' השופט קציר: לדעתי ההגיון של כל החסיונות הללו שהזכרת הוא אותו הגיון, כמובן עם שינוי הנסיבות שקיים ביחס לחיסיון בין לקוח לעו"ד, במילים אחרות - אדם צריך להיות חופשי לדבר עם הרופא שלו, או עם הפסיכיאטר שלו וכיו"ב, מקצועות שדורשים מיומנות מצד אחד, ויחסי אמון מצד שני, מבלי שתהיה קיימת סכנה שהדברים שהוחלפו ביניהם לא יהיו מוגנים.

עו"ד זהר: פרופ' הלוי, של מי בעצם החיסיון הזה והאם לרופא יש איזה שהוא חיסיון במסגרת אותו חיסיון או שזה חיסיון שהוא כל כולו חיסיון של החולה?

פרופ' הלוי: אני חושב שהכל קבל תאוצה כאשר הפרשיות האחרונות פרצו, בשנה-שנתיים האחרונות והחברה הישראלית רואה את התמורות שמאפיינות אולי את חמש השנים

האחרונות, ומתאפיינות בריבוי הגשת תביעות ומתאפיינות בשינוי האווירה כלפי רופאים. אני רופא עשרים וארבע שנים ורק בחמש השנים האחרונות אני מרגיש כטייח בפני הרבה מאוד גורמים בקרב הציבור, הרבה מאוד הופעות בתקשורת, שלמעשה הדביקו על רופאי ישראל, בצורה די הכללתית, שהסבירות היא שיש העלמת מימצאים וטיוח עובדות מהנעשה בבי"ח. יותר מהסבירות שאין העלמה וטיוח כאלה. כאשר מדובר על חיסיון לגבי הרופא, אני חייב לומר שבמשך שנים הסתובבנו במסדרונות ביה"ח והיה ברור לנו שדעות שאנחנו משמיעים לגבי מצבם הרפואי של הפציינטים שלנו, ההתחככות ההדדית בינינו, בין אם במסגרת C.P.C - (Clinical Pathological Conference) כל זה היה מאז ומתמיד יסוד מוצק של העשייה הרפואית בין כותלי ביה"ח.

עו"ד זהר: ואתם חיתם בהרגשה שהחיסיון הוא בעצם חיסיון של הרופא. נכון?

פרופ' הלוי: אנחנו חיינו בהרגשה במשך שנים שהעשייה הרפואית בהחלט צריכה להיות חסויה כלפי גורמים חיצוניים, בתנאי שהפציינט הוא שותף פעיל לתהליך קבלת ההחלטות, שהשיקולים שלנו מה לעשות איתו, מחולקים בינינו לבינו, אבל מעולם לא חשבנו שכל זה לא טוב.

מהקהל: גם כשאין לזה עיגון בחוק?

עו"ד זהר: אני מציע שאת דברי הפתיחה נשמע בלי הפרעות. אני רוצה להבין את התפישה שהיתה בבסיס הרגשתכם, הרופאים, שבעצם החיסיון הוא של הרופא.

פרופ' הלוי: אני רוצה להביא דוגמא להמחיש את דברי. אני חושב שאם בחדר לידה בשעה 03.00 לפנות בוקר נולד תינוק, והלידה נוהלה ע"י מתמחה שנה שלישית וסניור צעיר שגמר התמחות בשנה שעברה, והלידה הסתיימה שלא כצפוי, עם עובר פגום, שיתכן שהיה פגום מלכתחילה ויתכן שהיה פגום מניהול כושל של הלידה, וב-7.30 בבוקר מתכנס צוות הרופאים שעובדים באותה מחלקת נשים ויולדות, מותר לסניור אחר שלא היה ב-03.00 לפנות בוקר בחדר הלידה להביע את דעתו בצורה גלויה, ולומר את המלים, 'לוא אני הייתי בחדר הלידה ב-3.00 לפנות בוקר, הייתי מנהל את הלידה אחרת'. למדתי בדרך הקשה, בתקופה האחרונה, שמשפט כזה מסוכן לומר.

עו"ד זהר: עו"ד כספי, אתה עוסק ביצוג חולים, איך, לפי

התחושה שלך, החיסיון הזה שהרופאים הבינו אותו כחסיוןם נראה לך מבחינת נקודת מבטם של החולים, או ההורים של אותו ילד שנולד פגום, וב-7.30 בבוקר מחפשים תשובות לשאלות?

עו"ד כספי: החיסיון על עניינים רפואיים הוא מקדמת דנא חסיונו של החולה. זאת הסיבה שכדי שמאך-הוא יוכל לקבל אינפורמציה על עניינים רפואיים של אדם כלשהו, אותו אדם חייב לחתום על ויתור על הסודיות הרפואית. הדוגמא שהביא פרופ' הלוי היא מאוד קיצונית. אף אחד מחוץ למערכת הרפואית, או מחוץ לפורום חדר הלידה, לא ידע שרופא איקס אמר 'אני הייתי עושה את הלידה הזו אחרת'. הדברים לא מתועדים בזמן אמת. מה יעשו ההורים של אותו ילד שיחיו מעתה ועד בכלל עם קטסטרופה שהורסת משפחה, ילד עם C.P, שהפגיעה שלו היא חסרת גבולות כמעט. למה צריך לחסום בפני המשפחה הזאת את היכולת להגיע לחקר האמת. חייבים לזכור על איזה רקע כל הדיון הזה מתקיים, על רקע איזו מציאות או דנים בנושא של החיסיון.

עו"ד זהר: עו"ד כספי, תיכף נדבר על המציאות. אותי מענינת כרגע השאלה של מי החיסיון. לפרופ' הלוי היתה תחושה עד לפני 5 שנים שבמידה רבה זה גם החיסיון של הרופא. אתה אומר: החיסיון הוא החיסיון של החולה ושהרופא לא יגיד לו מה לעשות.

עו"ד ופנר: חייבים להשיב תשובה, כי נדמה לי שיש פה ערבוב או בלבול בין חסיונות.

עו"ד זהר: אני רוצה לשאול אותך שאלה בעניין החיסיון. עניין ההסכמה המודעת, זוהי התגובה התודעתית של החולה לטיפול שהוא עומד לקבל - הידיעה שלו. האם אתה רואה במסירת אינפורמציה על מה שקרה לו אחרי הניתוח חלק מאותה הסכמה מודעת, או שצריכים להפריד בין שני הדברים האלה וזה לא נוגע לחולה.

עו"ד ופנר: תרשה לי להתייחס למה שנאמר קודם, כי לי יש מבט שונה מאוד. צריך להפריד בין שני סוגי חסיונות שקיימים במשפט. יש לנו חיסיון שנועד להגן על מערכת יחסים מסויימת, אז בא המחקק וקובע שהוא מעוניין לשמור על יחסי אמון ולכן הוא קובע ומעודד את העובדה שיחסים אלה צריך לשמור עליהם ולהגן עליהם ולכן לא צריך לבוא ולספר דברים שהוחלפו, זה בעצם החיסיון בין רופא וחולה. בהקשר הזה אני בהחלט מסכימה עם עו"ד כספי שאמר

הבעיה היא אחרת. סיבוכים ותמותה ניתוחית הם חלק הכרחי של השמירה על המשכיות המקצוע שלנו. אז אם אתם רוצים ביטוי בוטה, אמר פעם אחד מגדולי הכירורגים, קודם כל צריך להרוג כמה חולים כדי שאפשר יהיה אחר-כך להצליח בניתוחים כמו שצריך.

עו"ד זהר: אני רוצה לעצור אותך. נגיע ללב העניין בהמשך. מה שאמר פרופ' הלוי בחלק הקודם של הדברים, התייחס לאותו דבר שאנחנו במשך הרבה שנים כינינו "קשר השתיקה" של הרופאים, וקשר השתיקה היה כותרת טובה מאוד בעיתונות. היא הרבתה לעסוק בזה. עו"ד כספי, אנחנו היום ב-1996. קשר השתיקה - ואני מוכרח לומר שאפילו אישית, בשיחה המקדימה לדיון הזה, הופתעתי מתגובתך הקיצונית - קשר השתיקה הזה עדיין קיים לדעתך?

עו"ד כספי: אתה מתכוון לקשר השתיקה כאשר חולה רוצה לבוא ולהוכיח את טענותיו באמצעות חוות-דעת של מומחה. הוא קיים בשני מישורים. קשר השתיקה קיים בטרם מגיע החולה שנפגע אל עו"ד. קשר השתיקה נמצא כבר בקונוטציה רפואית, שאתה זקוק לה כדי להיות מסוגל להרים תביעה משפטית. אעבור לפן המאוחר יותר של קשר השתיקה כאשר אתה בא לבקש חוות-דעת של מומחה. הוא לא קיים כמו שהיה בעבר, אבל הוא בהחלט קיים. אני יכול להגיד בצורה מוחלטת שישנם תחומים רפואיים שבהם איננו יכולים לקבל חוות-דעת רפואית בארץ לצורך הגשת תביעת נזיקין. אני לא רוצה לפרט את התחומים כי זה לא נוח במיוחד כאשר מדובר בתחומים רפואיים שבהם מספר רופאים בעלי שיעור קומה מאוד מצומצם. התחומים המאוד יחודיים של הרפואה.

במקרים כאלה חייבים להבין שאי-אפשר להגיש תביעת נזיקין על רשלנות רפואית בלי לצרף לכתב התביעה חוות-דעת של מומחה. זאת - בניגוד לכל מישור נזיקי אחר, ששם די בהגשת תביעה לביהמ"ש בהעלאת הטענות ברוח החוק. שערי ביהמ"ש לא נפתחים בכלל לפני תובע שרוצה להוכיח את טענותיו במישור הרפואי, במישור של רשלנות רפואית. הוא חייב לצרף לכתב התביעה חוות דעת מומחה. בלי חוות-דעת אין לתביעתו תקומה. כמו שאמרתי, או שתביעות לא מוגשות או שצריך להרחיק לכת עד חו"ל ולהביא חוות-דעת משם וכמובן שיש נפגעים שידם אינה משגת לעשות זאת. ולא רק בתחומים רפואיים שונים, אלא גם כשמדובר ברופא ספציפי. כאשר מדובר ברופא בעל שיעור קומה ובעל "כח", אנחנו נתקלים לא אחת בתופעה שאין מי שיתן חוות-דעת. הרי מי שצריך לתת חוות-דעת הם רופאים שעוסקים ברמה שלו

שהחיסיון הוא של החולה בלבד, דהיינו אם הוא רוצה הוא מוותר על זה. זה סוג אחד של חיסיון, אבל לא זה החיסיון שבו אנו רוצים לעסוק היום. החיסיון בו אנו עוסקים היום הוא החיסיון לטובת תועלת הציבור או לטובת אינטרס ציבורי אחר והוא דומה יותר לחסיונות שקיימים משום טובת הציבור וזה מופיע בפקודת הראיות, או מטעמי בטחון. במקרה הזה בא המחוקק וקובע שיש איזה שהוא אינטרס שגובר על האינטרס של חקר האמת עד הסוף, והוא מעדיף מטעמים של טובת הכלל להעניק חיסיון במקרה הזה. אכן כפי ששאלת קודם החיסיון הזה לא היה מעוגן בפסיקה וזה מה שהשופט ברק אמר במפורש. זה עדיין לא עוגן בחקיקה ואני בפסיקה לא רוצה ליצור את החיסיון החדש הזה, וחוק זכויות החולה יצר את החיסיון הזה. אנחנו איננו דנים בשאלה של שמירת היחס חולה-רופא. בהקשר הזה החיסיון הוא של הרופא בלבד.

עו"ד זהר: החיסיון החדש נועד להגן על הרופאים, לדעתך. החיסיון הישן היה חיסיון של החולה. החיסיון הפרטיקולרי היה חיסיון של החולה. אני רוצה להזכיר לכולנו שנושא החיסיון עלה בפעם, נדמה לי, הראשונה בישראל לדיון בפסה"ד של ישמחוביץ. אמר אז ממלא מקום הנשיא, כבי' השופט זוסמן ז"ל: במקום שמדובר בעבירת מס כל החיסיון נעלם, כל החיסיון נדחק מול העבירה הפלילית - עבירת המס. אני בעצם רציתי לבחון איתך שאלה נוספת, שאני רוצה להפנות לפרופ' קפלינסקי: ישנה טענה, מחשבה, שההסכמה המודעת, שאנחנו מדברים עליה בקבלת הטיפול הרפואי, טומנת בחובה גם את הזכות של החולה לדעת דה-פקטו מה נעשה בו. אותו ילד, הוריו של אותו ילד וכד' - מה דעתך?

פרופ' קפלינסקי: אני מסכים איתך במאה אחוז. אני יוצא מנקודת הנחה שכל מה שידוע על חולה מבחינה רפואית, זכותו של החולה לדעת. אני, באופן אישי, חושב שזכותו של החולה לקבל העתק מדויק של כל מה שנרשם ברשומה הרפואית של ביה"ח. הגישה שחונכתי עליה שהיו שמים גליון על מיטת החולה ואם חולה היה מעז לקרוא, אחות היתה אוסרת עליו לעשות זאת. זה עבר מן העולם. לא יתכן שיפשפשו במעיו של אדם והוא לא יוכל לקרוא על כך. זה צריך להיות מנוסח בהסכמה מודעת. חייבים לדווח לו הכל. לכן כשמדובר על חיסיון צריך לחלק את יחסי רופא-חולה להמון קבוצות. כשחולה מגיע למשרדו של רופא, עושים לו בדיקות, הוא מאושפז, מנותח. אם החולה מבקש לקבל העתק - זכותו לקבל. אז אין חיסיון על עבודת הרופאים. אין, ואסור שיהיה.

באותו תחום. הם לא יתנו חוות דעת נגד אותו רופא שהוא פיגורטיבי. זה גם אחד המכשולים. וזה לא שאני לא יכול להבין זאת. אני יכול להבין זאת, אבל מצד שני נמצאת הדילמה של החולה שלא מסוגל להביא טענות בפני בימ"ש.

פרופ' הלוי: יש לי רושם שהשלב של הדיון עדיין לא מתייחס לקשר השתיקה במתן חוות-דעת. אני רוצה לחזור לתוך מסדרונות ביה"ח, אני רוצה לחזור לדוגמא שהבאתי.

עו"ד כספי מטיל אותנו פעם שניה בדיון הקצר הזה מהשאלה העדינה שהיא העיקרית, של יחסי רופא-חולה. מה קורה לחולה. מה נגמר בין רופא לחולה ישירות למסדרונות בתי המשפט. גם בדוגמא הקודמת שהבאתי וניסיתי לפתח, והמנחה לא נתן לי - מהי טובת החולה בנושא הזה. אז נולד אותו ילוד פגום ב-3.00 לפנות בוקר, ואתה, עוד לפני שגמרתי את המשפט, החלטת שהוא פגום, בגלל שרופאים עשו מה שעשו ובגלל שאני לא נותן לרופא ב-7.30 בבוקר להגיד מה שהוא אומר. לאור מה שהתרחש במדינה בשנה-שנתיים האחרונות, פס"ד ברק וכו', כבר המשפחה לא תוכל לקבל את המגיע לה, כבר המשפחה תצטרך לחיות עם הנוק כל החיים, והרופאים שותקים.

מה צריך להגיד למשפחה הזאת? ב-7.30 בבוקר מתנהל דיון ולצערי רמת הדיון יורדת פלאים בגלל שהרופא יושב ושותק וזה קשר השתיקה שמפחיד אותי כי אמרו לו שאם הוא ידבר, וישרטט את מהלך הלידה, כמו שהיינו עושים דורות, והיה מסביר למה הוא היה נוהג אחרת, הוא עלול להקרא ע"י דורון כספי בעוד שנה לדוכן העדים ושאל, נכון שהיית נוכח בתאריך זה וזה ב-7.30 בדיון? נכון שאמרת שהיית נוהג אחרת? בין זה לבין חקר האמת הדרך רחוקה ביותר.

עו"ד זהר: אם אני מבין נכון, ישנו קשר השתיקה הזה בדבר הדיון לאחר האירוע וישנו קשר השתיקה של חוות-הדעת כנגד.

פרופ' הלוי: אינני רוצה כרגע להתייחס לחוות-הדעת. אני גם לא אומר שיש קשר שתיקה, אני אומר שהמערכת בכל הנושא של הבדיקה העצמית שלה, בכל ההתחככות העצמית, הבעת דעה נגדית, ההפרייה ההדדית, קיבלה מכה שעדיין איננה מכת מוות אבל אני לא בטוח שחוק זכויות החולה יאשש אותה מהמצב "על הפנים" שבו היא נמצאת, שבו רופאים יביעו את דעתם בצורה חופשית לחלוטין.

שאלה אחרת, ואני לא מסכים עם עו"ד ופנר שעומדת בראש ארגון פרופסיונלי, שרואה את הגנת הרופא כדבר הראשון והמובן מאליו. אני רואה את החיסיון כנועד להגן על הרופא ונועד לא פחות מכך להגן על זכויות החולה על מנת שיקבל דיון ענייני שבו כל אחד שיש לו מה לתרום מבחינה מקצועית יגיד את דעתו בצורה חופשית ללא פחד, על מנת שהאבחנה הרפואית תצא מזוככת ונתמכת ככל האפשר.

עו"ד זהר: אני מודה לך על הדוגמא שנתת בדבר הילוד הפגום כי הילוד הפגום הזה ילווה אותנו לאורך כל הדיון.

לפני שאנו מגיעים לסיטואציה הזו, מתרחשת תופעה אבסורדית ואני פונה אליך, השופט קציר. פעם גדלנו על קשר השתיקה בקשר לחוות הדעת אבל הפתיחות בביה"ח היתה רבה, הדיונים היו מקיפים ונתנו להתדיין. ככל שנראה כאילו אפשר להשיג חוות-דעת כלפי חוץ, כלפי פנים הולכת ונוצרת הסתגרות מזיקה. איך זה היום מנקודת מבטך?

כב' השופט קציר: לדעתי קשר השתיקה הוא אגדה. אני יושבתי בלא מעט משפטים על רשלנות רפואית. באחד המשפטים שנגע לבדיקות אולטרה-סאונד שלא מצאו מה שצריך היה למצוא, התבטאתי שבמקום קשר השתיקה יש לי במשפט הזה קשר של דברנות. קיבלתי כל כך הרבה חוות דעת, בין מצד התובעים ובין מצד הנתבעים, עד כי לרגע אחד חשבתי שאני אטבע בים של דיבורים או של חוות דעת. אני לא יכול לתת הסבר מדוע המצב השתנה, והוא השתנה לדעתי בעשור האחרון. ייתכן שהחברה החומרנית והנהנתנית של היום היא אשר גרמה לרופאים, תמורת שכר מתאים, להיות מוכנים לתת חוות דעת אבל אני מודיע לכם שקשר השתיקה לא קיים יותר. אני כשופט אינני יודע מה קורה בין הלקוח לרופא לפני שבאים לבית המשפט, כי יתכן כפי שאומר עו"ד כספי, עו"ד צריך לטרוח ולמצוא את הרופא שמוכן לבוא לביהמ"ש. אני אומר לכם מהנסיון שלי שנמצאו ע"י שני הצדדים לא מעט רופאים שהיו מוכנים להביע דעות ואתם יכולים לתאר לעצמכם שהדעות שהובעו היו מנוגדות בתכלית. האחד אומר שהמעשה הוא מעשה רשלנות חמור והשני אומר שהמעשה הזה שיגרת, שאין איתו שום רשלנות ואפילו לא טעות בשיקול-דעת.

עו"ד זהר: השופט קציר, זה חריג בהשוואה לתחומים אחרים? אתה זוכר פעם כשניהלנו משפטים על רשלנות בתאונות דרכים היה מומחה א' מומחה ב' וגם שם אמרו שזו רשלנות.

והאינפורמציה שם היא מלאה, והיא חשובה לחולה כדי לדעת מה נעשה בגופו בדיעבד, וחשובה לביהמ"ש בדרכו לחקר האמת.

עו"ד זהר: אתה מדבר על רשומות רפואיות לא תקינות:

עו"ד כספי: אני מדבר על רשומות לא תקינות. המקרים בדרך כלל מאד מורכבים ואי אפשר להסביר אותם פה בשתי דקות, אבל מצאתי דוגמא או שתיים שיכולות להמחיש את הפער העצום בין הנזק או הקטסטרופה מצד אחד, לבין התרשומת שברקע מצד שני. כמובן שזה לא הכלל. יש מקרים שבהם התיאור הוא סביר. יש מקרים רבים ודוקא במיוחד כאשר יש רשלנות רפואית, שהתיעוד הוא לא סביר. נקח אשה שבאה לשאוב שומן מיותר. היא עשתה זאת באיזו שהיא מסגרת ולמחרת שוחררה הביתה, וזאת התוצאה כיום: הבטן מאוד יפה ושטוחה והחתך הניתוחי למטה הוא ארוך. אבל מה שיש לה מעל זה, מתחת לטבור זו כווייה דרגה שלישית. אפשר רק לנחש ממה נגרמה לה כווייה מדרגה שלישית במהלך ניתוח למתיחת בטן. אך לא זה העניין. העניין הוא בטופס השחרור מביה"ח. ואם מישו מהפורום הנכבד של הרופאים היושבים כאן ימצא שם איזכור של אותו אירוע שבמהלך הניתוח גרם לגברת הזאת כווייה דרגה שלישית, אני אשמה, כי אני לא מצאתי.

עו"ד זהר: אתה יכול לפרט לטובת אלה שלא קוראים סיכומי מחלה?

עו"ד כספי: יש פה תיאור שבלוני של מהלך הניתוח בהרדמה כללית, שאיבת שומן וכ"ו וכ"ו. ככל שידיעתי מגעת אין פה אינפורמציה לגבי איזה שהוא אירוע חריג שגרם לכווייה הזאת. זאת באמת דוגמא נקודתית, יש הרבה דוגמאות שהן הרבה יותר מורכבות וכדי להוכיח אותן, אני צריך להביא הרבה מאד מסמכים, לכן זאת דוגמא מאד מתאימה. זה לא בסדר. הגברת הזאת לא יודעת מה קרה לה. הרופא שאל אותה למחרת אם יש לה צלקת, היא ענתה, כן. שלפוחיות. וחודשיים הוא בא אליה למרוח את המשחה בלי כסף וזה יפה מאד, אבל בדוקומנטציה שאיתה יצאה מביה"ח לא כתוב שום דבר.

כב' השופט קציר: זה המסמך היחיד?

עו"ד כספי: זה המסמך שאיתו היא יצאה. זה בעצם גם

כב' השופט קציר: לא היה אף פעם קשר של שתיקה ביחס למומחים שאינם מתחום הרפואה. היו מומחים למכביר לשני הצדדים, וזה שאחד אומר אי והשני אומר ב', לזה אנו רגילים בבתי-המשפט, וזה גם לגיטימי. השופט צריך אחר-כך לשבת ולשקול את דעות המנוגדות ולהכריע איפה האמת. ותשים לב שלא הוספתי לזה מרכאות, אם כי אפשר להוסיף גם מרכאות.

אבל אני מדבר על קשר השתיקה של הרופאים, שלדעתי מנוחתו עדן.

עו"ד זהר: אכן מנוחתו עדן, עו"ד כספי? ומה בדבר קשר השתיקה על מה שנעשה בבתי החולים? האם אתה היום יכול להכנס ולקבל מידע? בא אליך קליינט, אתה יכול לבוא ולקבל מידע?

עו"ד כספי: אני חייב לומר עוד מילה אחת. השופט קציר רואה את התיקים שמגיעים אליו ומן הסתם הוגשו כבר בצידם חוות-דעת רפואיות. השופט קציר לא מודע לדרך שעורכי דין צריכים לעבור כדי להגיש תיק לביהמ"ש. צריכים לעבור 10 כירורגים עד שמישהו בכלל יסכים להתייחס לגופו של עניין. האחרים אמרו שאינם מוכנים להסתכל על התיק, למרות שכל אותם שמסרבים יתנו חוות-דעת בקלות מטעם ההגנה. זאת המציאות היום-יומית שלנו. אז קשר השתיקה קיים, אנחנו מצליחים לפרוץ אותו, אבל בדרך מאד קשה.

לגבי המציאות היום-יומית של השגת חומר מביה"ח, מהמרפאה, בעיקרו של דבר אין בעיה. אם אני אשלח מכתב דרישה לבי"ח עם טופס ויתור על סודיות רפואית, אני אקבל את החומר. פעם הייתי מקבל מהמחלקה לרשומות רפואיות, היום החומר מתקבל אצל שוקי מדנס, המבטחים, ואחרי פרק זמן של בדיקת התיק אני מקבל אותו. מה הן התחושות שלי בדרך, כל אחד יכול לנחש. קיבלתי את החומר. אתם יודעים כמה פעמים חסר חומר מהותי? כמה פעמים במשך השעה וחצי האחרונות של הלידה, פרט המוניטור שמנטר את דופק לב העובר, כל זה לא קיים! כמה פעמים אין על גליון הניתוח שעת תחילת וסיום הניתוח שלעיתים הם קריטיות לגבי קביעת דברים שונים! אתם יודעים כמה פעמים לא נכתב בגליון הניתוח שהאורטר נתפר כשכרתו את הרחם והחולה תצא עם כליה דפוקה? אז זה שקיבלתי את החומר עדיין לא אומר שהחומר הזה מגלם בחובו את האינפורמציה המלאה. לכן מובנת החשיבות העצומה של אותן וועדות בדיקה פנימיות, שיושבות שם קרוב להתרחשות האירועים

מסמך שחרור, כי יש בו הוראות להמשך טיפול: לבוא בעוד שבועיים להוצאת תפרים וכו'.

עו"ד זהר: מה גרם לכוויה?

עו"ד כספי: מה שגרם לכוויה, לאחר התייעצות, זה אותו מכשיר שצורב את כלי הדם כדי לעצור את הדימום, או שהוא הושאר על בטנה, או שאני לא יודע מה. זה גרם לכוויה.

פרופ' קפלינסקי: התייעוד בגליונות, גם של חדר ניתוח, גם של מחלקות בתי חולים, ככלל במדינת ישראל, אני אומר בפה מלא, הוא מתחת לכל ביקורת. אני מודה שברוב בתי החולים, בדרך כלל, גם במפורסמים ביותר, רמת התייעוד היא לא טובה.

היום יש הרבה רשומות ממוחשבות, לכל מחלה יש מהלך רגיל שלה, מכניסים לגליון את המהלך הרגיל של האישפוז מתוך תקווה שלקראת השחרור זה יעבור את התוספות, ההערות, והמודיפיקציות הדרושות לצורך האינדוואליזציה של המקרה. אני כבר ראיתי הרבה גליונות של חולים שהם תאומים זהים, למרות שזה בן 60 וזה בן 70. רק הבוקר, בישיבת בוקר אצלנו במכון דפדפתי בחומר שקיבלנו ממשרד הבריאות, שמזהיר אותנו לכתוב כך ולעשות אחרת, ואמרתי שיבניתיים, ואני מקווה שזה ישתנה לטובה, רמת התייעוד בארץ היא גרועה לעורכי-דין.

פרופ' הלוי: אני רוצה לומר בצורה ברורה ביותר. לא ניתן להצדיק אירוע משמעותי שמתרחש בחדר ניתוח ובהנחה שבניתוח הנדון כאן הרופא היה מודע לזה שהדיאטרמיה או משהו אחר צרב את ביטנה של החולה. הוא היה חייב להפגין את האומץ ולהכניס לרשומה. יחד עם זה, לא ייתכן לבוא ולא לרמוז אלא לומר במפורש, שיחידות לניהול סיכונים, בין אצל המבטח ובין בבתי חולים, עוסקות בשמיטת מידע מהגליונות.

עו"ד כספי: אני לא אמרתי את זה.

פרופ' הלוי: יותר מאשר אמרת. פה יש השמטה מכוונת של אירוע לא נעים. גם אנחנו רצוננו להגן על הרופא, אבל לא בכל מחיר.

עו"ד זהר: אלא שאתה רואה את זה פעם, פעמיים, והעניין הזה מקבל את האוירה הזו של קשר השתיקה, אז הכותרת

שאתה אומר "אין דבר כזה", וגם כל מי שעוסק בנושא, אומר "אין דבר כזה", ואילו הפציינט הבודד שיצא עם הכוויה על הבטן וקרא את הסיכום, שואל "איפה פה כתוב מה שקרה לי?"

עו"ד ופנר: זה שיש בעיה בתייעוד, וכולם יודעים את זה, זה לא אומר שהפתרון הוא פתרון שאותו אנחנו מחפשים. ראשית, מערכות המשפט מתמודדות עם זה טוב מאוד. אתה יודע שכשמופיע דבר כזה בפני ביהמ"ש אז ישר מעבירים את נטל הראייה וההוכחה לרופא עצמו והוא צריך לבוא ולהסביר למה הבטן נראית כך. זאת אומרת שיש כלים להתמודד עם זה, ועובדה שהמערכת המשפטית מתמודדת עם הכלים האלה. זה לא אומר שלא צריך לפעול בדרך של חינוך והסבר וכו', שהרשומה תהיה כפי שהיא צריכה להיות. לא רק זה, אם ראית בחוק זכויות החולה, אפילו נקבעה עבירה אישית כשתיעוד הרשומה לא כהלכה. אז בהחלט יכול להיות שבעוד שנתיים, שלוש, ארבע או חמש, הדיון הזה יהיה מיותר. העובדה שהרשומה הרפואית לקויה לא מעידה בהכרח על העובדה שצריך לחשוף את הנושא של דיונים בוועדות בקרה.

וועדות הבקרה לא נבראו ולא נוצרו על-מנת להשמיד תיעוד רפואי, ולכן הבעיה הכי גדולה היא שאנחנו צריכים לאפשר להן לקיים את מטרותן ולא לנצל אותן לשם מניע זר.

עו"ד זהר: שאלת המניע הזר היא שתרחף בחלל האולם בהמשך הדיון.

עו"ד ופנר: (לעו"ד כספי): במידה ואתה נתקל באיזה שהוא קושי להשיג חוות דעת, אתה יכול, רשאי וחייב לפנות להסתדרות הרפואית. אנחנו התחייבנו ועשינו את זה ויש לנו הוכחות וקבלות לפחות לשלושת החודשים האחרונים, שאנחנו נדאג לספק לך רשימה של אנשים שיסכימו לתת לך חוות-דעת.

עו"ד כספי: גם נגד מדינת ישראל?

עו"ד ופנר: נגד מדינת ישראל. אנחנו אלה שיצאנו חוצץ ואמרנו "גם נגד מדינת ישראל" ולא רק זה, אלא שאנחנו אפילו הנחינו את כל הרופאים לפעול בניגוד לתקשייר ולתת גם חוות דעת נגד המדינה.

עו"ד זהר: אני רוצה להבין: בתקשייר יש הוראה מפורשת

האוסרת על רופא של בייח ממשלתי לתת חוות דעת כנגד ביה"ח.

פרופ' קפלינסקי: הם ברוך השם לא מעיזים לאכוף את זה, אחרת תהיה להם מהומה רבתי.

רציתי בהמשך להגיד שלא רק שיש קשר שתיקה, אלא שיש קשר השתקה. לא רק שאוסרים על רופא בבי"ח ממשלתי להעיד נגד ביה"ח שלו, אלא אסור לו למסור חוות-דעת נגד ביי"ח ממשלתי אחר, ואסור לו למסור חוות-דעת כנגד כל גוף שקשור במדינת ישראל. אז אם במקרה רוצים למסור חוות-דעת לקצין התגמולים של משהב"ט - גם כן אסור. אני מוכרח להגיד שאני כבר דור שלם מוסר חוות-דעת נגד קצין התגמולים ונגד המוסד לביטוח לאומי, ולמרות פניות חוזרות מנציבות שירות המדינה, הם לא העיזו לעשות שום דבר בנדון, הם גם לא יעזו, משום שזה קשר ההשתקה שחומרתו גדלה כאשר מתברר שלתת חוות דעת לטובת המדינה כן מותר, לפי אותה הוראת תקשי"ר. מזה יוצא, איפא, שהמדינה עדיפה על האזרח.

מר עמוס הרמן: (משנה למנכ"ל "ענבל") סליחה, אנחנו מדברים פה על ההגנה, על מצב מסויים, זה לא לטובת המדינה. הנושא המרכזי היה החיסיון. קשר השתיקה הוא לא רלבנטי, בהנחה שיש קשר שתיקה. בשביל להתגבר על קשר השתיקה הולכים ומבטלים את החיסיון ולוקחים את וועדת החקירה הפנימית כהודאת בעל-דין ואז בודאי שאין קשר שתיקה כי יש הודעת בעל דין. עשו בדיקה וכמו שאמר פרופ' הלוי, זה שבא בשבע וחצי בבוקר ואמר אני עשיתי ככה - יש מסמך ואתה כבר לא צריך להוכיח שום דבר. כאשר בא הרופא מטעם ביה"ח ונותן חוות דעת שנועדה להגן על ביה"ח זו לא חוות דעת עבור ביה"ח, זה אמצעי להתגונן כנגד התביעה שבאה מהצד השני. מה שאותי מדאיג, פרופ' קפלינסקי, זה שהולך עובד מדינה ויורה ברגל של עצמו וזה שמגיש חוות דעת נגד המדינה, מפני שאתה לא יכול לעשות דבר כזה, זה מקום העבודה שלך. ואל תפגע במקום העבודה שלך. נכון שהטענות שאתה עושה את זה למען הרפואה, לא תמיד מדוייקות, מפני שהוות דעת של רופא שהוא עובד מדינה, לא צריכה להעשות כנגד המדינה.

עו"ד זהר: אני לא רוצה שמגמת הויכוח תהיה האם זה נכון לתת חוות דעת כנגד המדינה או לא, אבל עניין קשר השתיקה חשיבותו מפני שקפדנות היתר שהיום נוהגים כנגד הוועדות הרפואיות וחיסיון, מקורה באותם אלמנטים של התוצאות

בגלל דברים מן הסוג הזה שהצטיירו כקשר השתיקה.

עו"ד דן שפי (יועץ משפטי של ביי"ח הדסה): הסיבה שנועדה ושבגללה כרכו את האיסור של רופאי המדינה להעיד נגד המדינה, ואני לא בא להגן על זה, היא הסיבה של המושג של הודעת בעל דין. לדוגמא אם פרופ' קפלינסקי יתן חוות דעת נגד ביי"ח שבו הוא עובד, ביי"ח שיבא.

עו"ד זהר: יש פה יותר מדי משפטנים, רובם מובהקים מכדי להכנס בשאלה הזו. אני מתקשה להכנס איתך לויכוח האם זה ייחשב כהודאת בעל-דין אם פרופ' קפלינסקי משיבא מעיד נגד פרופ' אחר מאיכילוב בעניין שהוא תיאורטי.

תרשה לי להחזיר את הדיון לשאלה הזו - מה זה ועדות הבדיקה שאנחנו מדברים עליהן? לפני שאתה עושה את ההבחנה של החוק. ותשווה אולי לתחקיר הצבאי.

פרופ' הלוי: אני הייתי מבדיל בין שלושה סוגים של וועדות. יש וועדות לשיפור איכות הטיפול הרפואי בביה"ח שהיו קיימות מאז ומתמיד, מזה דורות. הדוגמא הבולטת ביותר אולי, זו וועדת זיהומים. בדרך כלל היה מנהל היחידה למחלות זיהומיות בבי"ח עם אחות אפידמיולוגית, עם עוד רופא או שניים, אחראי לכך שבבי"ח תנקטנה פעולות למניעת התפרצויות של זיהומים נוזוכומיאליים, זיהומים צולבים בתוך ביה"ח. זאת היתה ועדת אפידמיולוגיה של ביה"ח. ברוב בתי החולים במדינת ישראל היתה קיימת למשל וועדה למקרי מוות, במשך עשרות שנים. מטרתה היתה שאם חולה נפטר בתוך ביה"ח, עוד עיניים, מלבד עיני הרופאים שטיפלו בו, יעברו על התיק על-מנת לראות אם ניתן להפיק איזה שהם לקחים מאותו מקרה מוות, והיו עוברים על כל מקרי התמותה. וועדת רקמות שתפקידה לדאוג לזה שתשובה היסטולוגית שמגיעה בעיקר על מחלה שאתית, תגיע לגבי החולה הנכון ושלא תבוצע פעולה רדיקאלית, כמו כריתת שד, מבלי שינקטו אמצעים שיוודאו שאכן הדגימה שייכת לאותו חולה והתשובה שניתנה מהמכון הפתולוגי מוודאה שהפעולה הקיצונית הבלתי-הפיכה תינקט לגבי החולה הנכון.

אלה הן וועדות לבקרת איכות, לשיפור איכות בביה"ח, וזה סוג אחד של וועדות.

בארכע או שלוש וחצי השנים האחרונות, בבתי החולים במדינת ישראל הופיעו וועדות לניהול סיכונים, פורומים שונים לניהול סיכונים שהם תוצאה של התמורות החברתיות שחלו

בעולם הביטוח, המשפט, התקשורת במדינת ישראל בעשר השנים האחרונות, צאתה של ה"אנ.די" מן הארץ, כניסתה של חברה אחרת שהתנתה את הביטוח עם הפוליסה היקרה הרבה יותר, בקביעת איזה שהוא מנעול בטחון של פעולות ניהול סיכונים, וועדות ניהול סיכונים שהן אולי מרכז הקונטרול ברשיה בנושא החיסיון, הן וועדות שמעצם טיבן מעודדות דיווחים על אירועים חריגים שקרו בביה"ח, בצורה שיגרתית. זו לא וועדה שמתכנסת אד-הוק כאשר קורה "ברוך" בבי"ח. זו וועדה שבאופן שיגרתית מעודדת את ציבור הרופאים והאחיות לדווח על החמצות וכמעט החמצות, שהן אולי מבחינת תרומתן לאיכות הרפואה יותר חשובות מאשר ההחמצות שהן כבר רוויות בעורכי-דין ובחולה ממורמר. האירועים הטובים ביותר לחקירה ע"י וועדת ניהול סיכונים, אלה הכמעט תאונות שכל כך שכיחות בחיל-האוויר (ביקשת שאשווה לתחקיר הצבאי). איפה נשמע שטייס נוחת בחיל אויר, כולו חיוור, ואומר: "כמעט קרתה לי תאונה", ולא מקיימים תחקיר. בבתי חולים מתרחשות "כמעט תאונות" ואנחנו אומרים, או.קי. טוב שלא קרה שום דבר ולא עושים יותר. וועדות אלה הן וועדות בעייתיות, וועדות שעורכי הדין, מגישי התביעות, והפציינטים שנפגעו אמיתית, או שכך נדמה להם, היו רוצים להגיע לפרוטוקולים שלהן, לדיונים שלהן. וטענתנו היא שאם על הפעילות הזו לא יחול חיסיון, אז היא נידונה לכליה, כי הפעילות הזאת מתבססת על כך שרופאים ואחיות יחצו מחסום פסיכולוגי אדיר שמחייב אותם לשבת ולכתוב דו"ח על משהו שקרה והוא מאוד לא נעים, והוא פוגע בגאווה המקצועית שלהם, והוא החמצה.

הסוג השלישי של וועדות, כשקרה אירוע חריג, דרמטי, ומנהל ביה"ח, לפעמים בעצמו, לפעמים לאחר שדיווח למשרד הבריאות, כשהיה ברור כי יש פה חשד כבד מאוד שמישהו לא פעל כמו שצריך, או רשלנות, חוסר התמסרות, חוסר מקצועיות, וקרה "ברוך" אדיר. אלה וועדות חיצוניות בד"כ. יכולה להיות גם וועדה פנימית. אני חושב שבחוק הנוכחי זוהי וועדת הבדיקה שעליה מדובר ועליה לא חל חיסיון ואולי לא צריך שיחול חיסיון.

עו"ד זהר: השופט קציר, צריך שיחול חיסיון על כל האינפורמציה העשירה הזו שנאספת על-ידי כל הפורומים האלה?

כב' השופט קציר: לא. אני נוטה להסכים לדברי קודמי. אני חושב שחיסיון לגבי פעילות יום-יומית והפקת לקחים זו פעילות שיגרתית. היא בהחלט דבר רצוי ויש לתת על כך חיסיון.

עו"ד כספי: אם מדובר בתוצאות בלתי צפויות של טיפול רפואי לגבי חולה ספציפי, ואותו חולה ספציפי נפגע, אז אני מצפה שאותו חולה ספציפי שנפגע יהיה זכאי לקבל את כל האינפורמציה על מה שקרה לו. זה נראה לי שקול לחלוטין מול זכותו של חולה לדעת מראש מה ייעשה בגופו. כשהחולה בא ומפקיד את חייו, את שלמות בריאותו בידיו של גוף רפואי, שהרבה פעמים מתחרה עם גופים אחרים ואומר, אני טוב מהם בתחום הספציפי הזה. בהרבה מקרים החולה לא מודע למה שעושים לו, תרתי-משמע בתרדמה, ואחרי זה הוא יוצא פגוע. איך יעלה על הדעת מבחינת ההגיון הסביר שהחולה לא יהיה זכאי לדעת מה קרה שם, כאשר הדוקומנטציה בפני עצמה לא אומרת את זה, כי היא יבשה, ובחלקה כתובה בסניתי. גם כשהרופאים עמדו סביב מיטתו ודיברו, הוא לא הבין מה שאמרו. זה שונה מכל תחום אחר, חייבים להבין את זה.

כמובן שהעניין לא פשוט, כי אם מסתבר שבועדות התיאורטיות לאורך זמן יש איזו תופעה בבי"ח שפוגע. לא עושים שום דבר, אבל כולם ידעו שמשחו קורה...

עו"ד ופנר: ברצוני להבחין: לגבי נושא העובדות אין ספק שהחולה זכאי לדעת על כל מה שנעשה בו. זה אמור היה להופיע ברשומה, ואם זה לא הופיע בזמן אמת זה צריך להופיע אחר כך, ויש כל מיני פרטים שנוספים בצורה זו או אחרת. זו לא נקודת המחלוקת. הנקודה שבועדות מדובר בעיקר בהחלפת דעות, כשהחלפת הדעות אינה נעשית בצורה מבוקרת, רופא זורק כל מה שעל ליבו, לפעמים מתוך כעס. הדברים נרשמים ואז זה גם לא יתרום יותר מדי אפילו לתביעה. הרבה מאוד פעמים אפשר להגיד שזו סברה, שמיעה וכ"ו וכ"ו. אבל זה יכול לגרום למצב שיבוא עו"ד זה או אחר, יראה איזו שהיא השערה שהיא דחוקה ביותר, ומתוך הדבר הזה הוא יתחיל אינרציה של פעולת תביעה. אפשר להגיד: לא נורא, לא קרה כלום, יבוא השופט מקץ כמה שנים, ישפוט ויראה שאכן היה מדובר בסברה מאוד רחוקה ולא יקרה שום דבר. הבעיה היא שהמערכת הרפואית והרופא שיהיה נתון לתביעה מיותרת, הנזק להם מאוד מאוד גדול ומאוד מאוד משמעותי. מצד אחד המידע שכל כך רוצים להפיק, שנמצא בתוך וועדות הבקרה, לא משמעותי עבור המטופל כי המטופל אמור לדעת את העובדות מן התייעוד ועל זה אין חולק, וכל הדבר הנוסף שיכול להתגלות לו כתוצאה מהדברים האלה לא מוסיף לו דבר, לא לבריאותו, לא לאפשרות התביעה. בסך הכל נותנים אפשרות לשאר הרופאים ללמוד ולהפיק לקחים. דבר נוסף, שלא עלה מדבריו של פרופ' הלוי,

אבל תרשה לי להוסיף. לא רק הלימוד והפקת הלקחים, לפעמים קיים מצב שיש אולי דבר שלא ידעו אותו בכלל ורק באמצעות הדרישה והחקירה עולה דבר חדש לחלוטין. אם לא נאפשר את זה, זה יעצור קידום של החלק המדעי של הרפואה וזה אולי יזיק לא רק לחולה הזה אלא לכל שאר החולים שבאים אחר-כך.

לכן אני בהחלט רוצה להגיד שהשיקול בעד, זהו בדיוק האינטרס הציבורי ואינטרס של הכלל מול הפגיעה המעטה שעלולה להיות לחולה.

עו"ד זהר: פרופ' הלוי, אתה רצית לתת דוגמאות.

פרופ' הלוי: אני רוצה לחדד ע"י דוגמא ולשאול את עו"ד כספי איך הוא היה מתייחס לדבר הזה. חולה מקבל תרופה בשם דרלין שידוע שאסור לתת אותה לחולה אסטמה והוא קיבל את התרופה הזאת מפני שהיה חוסר קומוניקציה בין הרופא שקיבל את החולה וציין בגליון שהחולה הוא חולה אסטמטי, לבין הרופא שנתן את הפקודה והמידע הזה נשמט ממנו. ניקח עכשיו שתי אפשרויות, האחת שהחולה לא פיתח התקף אסטמה והשניה - שהחולה פיתח התקף והסתבך קשות ואישפוזו הוארך כתוצאה מזה והיה סבל רב. נגיד, לצורך הדיון, שהוא בסופו של דבר ניצל. מה צריך לדעת החולה? מה צריכה לעשות וועדת ניהול סיכונים ועל מה צריך לחול חיסיון? במקרה שלא נזק, האם חובתנו לתעד ולכתוב שהחולה קיבל דרלין, אבל לא פיתח התקף אסטמטי, וברוך השם, זה עבר בשלום? כשנגרם נזק - מה צריך להכתב? אין ספק שבמציאות השוררת היום בביה"ח קודם כל אירוע כזה, לו היתה מערכת ניהול סיכונים אידיאלית - היה מדווח למערכת ניהול סיכונים. אותו מנהל סיכונים שהיה חוקר את המקרה היה יורד לרשימי הבעיה ומוצא את חוסר הקומוניקציה שקיים באותה מחלקה בין הרופאים הצעירים שכותבים את הקבלות לחולים לבין הרופאים הבכירים יותר. תהליך הצגת החולה בזמן הביקור הוא לקוי באותה מחלקה והתועלת הגדולה ביותר שיפיקו חולי אותה מחלקה, וזו כמובן רק דוגמא מעתה ועד עולם, הוא זה שהתהליך הזה נחקר, המודעות תעלה והקומוניקציה בין רופאים צעירים לבכירים באותה מחלקה תלך ותשתפר, וזוהי מטרתה של וועדת ניהול סיכונים.

אם לא קרה נזק - אז לא קרה שום דבר, אם קרה נזק - לדעתי, ותורת ניהול הסיכונים מטיפה לזה, צריך רופא בכיר לגשת לחולה ולהגיד לו: ההתקף האסטמטי שפיתחת, ואני

יודע שבמציאות השוררת במדינת ישראל זה כמעט לא קורה, אני מודה בזה, ולהגיד לו: ניתנה לך תרופה שלא היתה צריכה להנתן לך, ונקטו אמצעים שזה לא יחזור. חולה כזה לא ימהר לתבוע אם יקבל אינפורמציה כנה וגלויה, אם ניצל. וזה מה שאנחנו מלמדים את הרופאים. אם הוא לא ניצל, או נגרם לו נזק משמעותי מתמשך, הוא צריך לתבוע וכי-כדין יקבע ואפשר לעודד אותו לתבוע. אני יודע שאני משרטט מצב אידיאלי, אבל לצרכינו אותו דיון בוועדת ניהול סיכונים שאתה רוצה לפתוח אותו, אשר דן על כל נושאי הקומוניקציה במחלקה הזאת, מזמן את מנהל המחלקה ודן איתו על מנת לשפר את התופעה, זה אתה רוצה שיהיה נחלת כל העולם, זה אתה רוצה שיעמוד לרועץ, זה לעולם לא יקרה ולעולם לא תקבל פיקוח על אותו דרלין. למען החולים הבאים צריך לאפשר לקיים את זה בשקט, החולה צריך לדעת את העובדות, שהוא פיתח התקף אסטמטי כתוצאה ממתן שגוי של תרופה.

עו"ד כספי: אני מפנה אליך את השאלה בחזרה אם בדוגמאות עסקינות. מקרה שהסתיים לפני יומיים בבימ"ש, אז נוח לי לדבר עליו. הגיעה גברת שאיבדה את מאור עיניה בבי"ח ממשלתי אחרי ניתוח קטרקט, וכל מה שידעה להגיד לנו, זה שחדר ניתוח לאחר שנתגלה בו זיהום, נסגר לשבוע או למספר ימים. כשקבלנו את מסמכי התיק שלה, אין שם כלום, תהליך של הזדהמות תוך-ענייני שבסופו של דבר אבדה ראייתה לגמרי, ומאחר והעין השנייה היתה "דפוקה" כבר קודם (סליחה על הביטוי), הגברת הזו עיוורת לגמרי בגיל 60. ורק בזכות פסה"ד בעניין גלעד אנחנו יכולים להגיש בקשה לביהמ"ש על סמך ניחוש. לא ידענו שהיתה בקשה לקבלת כל המסמכים של וועדות הבדיקה הקודמות שנערכו בעקבות הזיהום שהיה כנראה, וקבלנו. במהלך 3 ימים באותו חדר ניתוח עניינים היו מספר זיהומים תוך-ענייניים וחדר הניתוח הזה נסגר, ומצאו שהאוטוקלב שמשמש לסטריליזציה של מכשירי הניתוח היה מזוהם וצמחו בו תרביות ורק בזכות זה, הגברת הזו קיבלה פיצוי על הנזק הקטסטרופלי שלה.

אני שואל את פרופ' הלוי איך היא היתה מקבלת איזה שהוא פיצוי על הנזק שלה אם לא היתה לנו יכולת להגיע לדיווחות הפנימיים האלה?

פרופ' הלוי: אני חושב שניתוח קטרקט שהסתיים בצורה בלתי צפויה, ואנחנו עוסקים בניתוח שלעיתים מאוד נדירות מסתיים היום בעיוורון, היית יכול במפורש להגיע רק מתוך העובדה שפה הדבר מדבר כמעט בעד עצמו, שבניתוח קטרקט

שנכשל קרה משהו, וזיהום לאחר ניתוח קטרקט שמביא לכשלון מוחלט של הניתוח. אני לא משפטן. הדבר מדבר בעד עצמו, אז היתה חסרה לך העובדה הזו והיית עובד קצת יותר קשה כדי להגיע אליה.

פרופ' קפלינסקי: אז למשל שואלים את הנציג של ביה"ח, מה הסבירות לקבל דלקת זיהומית בעין בניתוח קטרקט, הוא אומר אחד לעשרת אלפים או שלושה לאלף. שואלים אותו, אפשר לדעת כמה אירועים קרו אצלכם בחודש האחרון, ואז הוא מוכרח להגיד שהם עשו 30 ניתוחים והיו להם ששה זיהומים ונגמר הענין.

עו"ד כספי: אני לא רוצה להכנס לשערי בית משפט בלי שיש לי חוות דעת שקובעת את הרשלנות, עוד לפני שהגעתי לבית המשפט.

עמוס הרמן (מהקהל): אני רוצה להיות מאוד ציני. לדורון כספי יש שותף שקוראים לו דני סרור. הם הגישו תביעה בשם לקוח, והם פישלו בגדול.

עו"ד ופנר: זה הוא אומר נגד עין הרע.

עמוס הרמן: הם אמרו לתובעת הפוטנציאלית, אנחנו פה מיליון שקל, זה בטוח. השאלה היא אם שניים או שלושה מיליון. בסוף התביעה נדחתה והשיתו על התובעת המסכנה את ההוצאות. הם ניסו להבין איפה הם פישלו, וגילו, שבעצם ניסוח כתב התביעה, והשאלונים וחוות הדעת שנתנו היו לא טובים. באה האשה וביקשה את הפרוטוקול של הפישול כדי לתבוע אותם על רשלנות.

עו"ד טלי חלמיש-שני: (מנהלת מח' תביעות ב"מ דנס" ומנהלת החברה לניהול סיכונים): הדוגמא שהבאת, יתכן מאוד שבמקרה הספציפי הזה אם לא היה מתגלה הדו"ח הפנימי, היתה החולה הזו מפסידה את אפשרותה לפיצויים. אבל מאד ייתכן שמעצם העובדה שהחולה הזו זכתה בפיצויים, בכך תיפסק הפעילות של הבקרה בתוך בית החולים,

עו"ד כספי: את שומעת מה שאת אומרת! שאתם הרופאים תפסיקו לתרום לטובת החולים, שמא חברת הביטוח תשלם פה פיצוי. תשמעו מה פה אומרים.

עו"ד חלמיש-שני: אני לא מדברת בשם חברת הביטוח אלא מתוך המאמץ האדיר, שאני באופן אישי יחד עם כל עמיתי

לעבודה, יחד עם פרופ' הלוי, היינו צריכים להשפיע בשביל ליצור את המערכת הזו של ניהול סיכונים, כאשר המכשול העיקרי שנתקלנו בו היה החשש לנהל פעילות כזו בגלל העדר חסיון. מתוך זה אני אומרת לך ולא שאני ממליצה על זה ולא שאני תומכת בזה, אלא זהו תיאור של המציאות. והמציאות הזו אומרת, שאם יהיה גילוי מוחלט, אז בפעם הבאה לא תיעשה עבודה פנימית כזו שתמנע פגיעות מעוד חולים. משום שמערכת בקרת איכות לא תמיד פועלת באופן וולונטרי אלא לפעמים היא כפויה. עליכם להכיר בעובדה, שכדי שמערכת כזו תתקיים באופן פתוח וכן, היא צריכה ליהנות מחסיון.

עו"ד זהר: תעצרי לרגע אחד. אני בקשתי בכוונה את פרופ' הלוי שישווה את זה קצת לצבא. יש דברים שהם מוגנים מפני השימוש המשפטי. התחקיר מוגן מפני השימוש המשפטי. כזכור לכם, דוחות של ועדות חקירה, ראיות שנמצאות בועדת חקירה, כל זה מוגן מפני שימוש במשפט. לפי חוק ועדות חקירה, כל הראיות אינן ראיות שמותר לעשות בהן שימוש במשפט. עם כל ההסתייגויות מפס"ד הבנקאים וכדומה, נזכור כי ההסתייגויות נבעו מפני שהבנקאים שהופיעו בפני ועדת בייסקי. כשבאה החקירה המשטרית הם אמרו 'אנחנו מאשרים את כל מה שאמרנו לוועדה', וזה הפך להיות עדות.

יש לוגיקה מאחורי חסיון. לא רק החסיון האישי אלא החסיון בכלל. אני רוצה לסטות לרגע מן הויכוח ולומר: כבי' השופט ברק, בפס"ד גלעד, שהוא הבסיס להתגלגלות ולמהפך החוקי בשאלת החסיון, מדבר בפתח דבריו על חשיבות המסמך לגילוי האמת. ואני רוצה כרגע לצאת קצת מהדיון הפרטני. הרי הלוגיקה מאחורי כל החסיונות האלה ואי הזכות להשתמש, היא כדי לתת לאנשים לומר אמת. קיימת איזו הלכה טבועה, שמתוך מנגנון של הגנה עצמית אנשים לא אומרים את האמת. האם אתה חושב שחשיבות המסמך לגילוי האמת היא באמת הגדרה אמיתית?

כב' השופט קציר: כן. כן. משום שהמסמך הזה חשוב מה שכתוב בו וחשוב גם מה שלא כתוב בו ומדוע לא כתוב בו ואיך כתוב מה שכתוב ואיך כתוב מה שכתוב במרומז ומדוע לא נכתב מה שלא נכתב. צריך לדעת שהרופאים, בשעה שהם נתונים בלחץ של הטיפול, רושמים את הדברים כמו גוי המשיח לפי תומו. באותו רגע הם לא חושבים על ההיבט המשפטי. ומי שיודע לקרוא את המסמכים האלה, אותו מומחה רפואי שעו"ד כספי מתקשה למצוא, עד שהוא מוצא

אותו, יודע גם לפענח את רזי המסמך הזה. בסופו של דבר זה עוזר לצדדים, לתובע וגם לשופט להגיע לחקר האמת, כי זו המטרה הדומיננטית של כל ההליך השיפוטי.

עו"ד זהר: אז בכל זאת, תסביר לכולם, למה חוק ועדות חקירה, למה חש"צ ולמה עוד גופים מהסוג הזה קובעים שראיות שנוספו לפרומים האלה, לתחקירים, עושים תחקיר והתחקיר הזה לא חשוף. למרות שכולם יודעים שאלה שעות האמת של האנשים.

כב' השופט קציר: אבל אתה צריך לזכור, שמי שמעיין בדו"ח ועדת החקירה ורוצה להביא את אותן הראיות בהליך משפטי רגיל, יכול לעשות את זה. הדו"ח כשלעצמו איננו קביל בבית המשפט אבל הראיות שנשמעו בוועדת החקירה בהחלט יכולות להשמע בהליך משפטי רגיל. לכן אפשר לתת למי שמופיע בפני ועדת חקירה אותו בטחון שדבריו לא יתגלו בבית משפט, אבל אם עו"ד שמעיין בדו"ח יקרא לו להעיד בבית המשפט, הוא יצטרך להגיד אותו דבר. אם הוא לא ירצה לשקר, יצטרך לומר מה שאמר בוועדת החקירה.

עו"ד זהר: פרופ' קפלינסקי, אתה רצית להגיב על הענין הזה של מציאת האמת. אתה לא רואה בזה אלמנט.

פרופ' קפלינסקי: אני מוכרח להגיד. שזה לא רק הענין של האמת. הוועדות הפנימיות של בתי החולים הן לא גוף משפטי, משטירתי, שכל תפקידו זה להגיע לתשובה מה בדיוק קרה ובאיזו שניה. חלק מהפרוטוקולים של הוועדות האלה הם דיונים והעברת מחשבות והתבטאות חופשית, שהרי כבר נאמר מזמן שאם שני אנשים מסכימים זה לזה במאה אחוז, אחד מהם מיותר. לא צריך אותו. אז בוועדות כאלה, כשדנים על מה שקרה בניתוח מסויים, המשתתפים צריכים להרגיש חופש מלא להביע דעה אפיקורסית, לבדוק מה היה קורה אם היו עושים להיפך. אולי זה יותר הגיוני. זה מה שחשוב. כי את הבדיקה העובדתית יכולה לעשות משטרה ויכולה לעשות כל ועדת חקירה חיצונית. מה שייפגע זה חופש הדיון, זריקת השאלות הפרובוקטיביות כדי לודא שהמערכת מתפקדת היטב. זה יפגע לעומק. ואני יכול להגיד לכם, שאם יתברר לנו ששיבות הבוקר שלנו בשמונה בבוקר במכון הלב, אפילו אם לא נרשם בהן פרוטוקול, אנחנו חייבים לדווח לפציינט מה שנאמר בהן, זאת תהיה מכה קשה ביותר.

ד"ר סיגל (מהקהל): יש נקודה שחשוב להדגיש וזו שאלת

הסטנדרט. פה לא היתה הבחנה מהותית מבחינת הסטטוס היום. משום שלהבדיל מהסטנדרט שנבחן ונבדק בבית החולים ובבית המשפט, שהוא הסטנדרט של הרופא הסביר, הרי הסטנדרט שנבחן בוועדות שפרופ' הלוי אמון עליהן, זה הסטנדרט ששואף לרפואה האופטימלית, לרופא המצויין. הפן האחר, ודיברה על זה עו"ד טליה חלמיש-שני, זה הפן של הבדיקה המנדטורית. ישנו מצב מוזר, שבו הרופאים מנסים לשכנע את כל העולם, שאנחנו עושים משהו שהוא מאינטרס הציבור. אינטרס הציבור הוא בקיום השרות הרפואי. בקרת איכות.

עו"ד זהר: ד"ר סיגל, אני אגיע לזה בשלב הסופי של הדיון, מה המטרה בעצם,

ד"ר סיגל: אני רק אסיים את המשפט. כל עוד שבישראל לא הוכללה החקירה בחוק, כלומר בניגוד לארה"ב, אין חקירה שעוגנה בחוק, והרופאים מתחננים לזה, אז הקו שעו"ד כספי מייצג הוא קו שרואה את האינטרס של הפרט. וכאן יש הסכמה גורפת. כאשר מדובר בהסכמה שלפני העשייה, אז באמת הכל מונח על כפות המאזנים.

עו"ד זהר: פרופ' הלוי, אתה באמת רואה קונפליקט אמיתי בין זכות הציבור לזכות הפרט?

פרופ' הלוי: בנושא הספציפי הזה אני בהחלט מסכים. שני הדוברים, גם עו"ד טלי חלמיש וגם ד"ר סיגל, דיברו על הענין הזה. עו"ד כספי, נמצא לפניו הפציינט הפגוע או הפגוע לכאורה, ואנחנו פה אומרים שהקונפליקט הוא מאד גדול. אם תיתן לפציינט הפגוע לכאורה גישה לפרוטוקולים של דיונים מהסוג הזה או דיוני ועדות לניהול סיכונים, ייפגע תהליך שיפור איכות הרפואה.

עו"ד זהר: מבחינת תפישתך, האם כפי שאמר כב' השופט זוסמן ב-1972 - במקום שבו עומד דיון על עבירת מס, זכות החולה נדחית. האם במקום שבו עומדת טובת הציבור הכללית, זכות החולה נדחית? מקובל עליך?

עו"ד ופנר: לא, בהחלט שזה לא מקובל עלי. אני חושבת שאין לנו צורך להגיע לדבר הזה. קודם כל, אנחנו נמצאים תמיד באיזון של אינטרסים. צריך לקחת את האינטרס שנמצא מול האינטרס הקטן שיכול להיות שיפגע. ולכן אני בהחלט לא מקבלת, שהאינטרס של החולה הפרטי נפגע, כי העובדות צריכות להיות בפניו. אני חושבת שבסך הכל, הדבר



היחיד החשוב זה שאנחנו לא מוכנים לקצר את דרכו. זה הכל.

דבר שני, אחד העקרונות הבסיסיים שבוחנים אותם, כששוקלים האם לצעוק "חסיון" או לא, זאת השאלה האם לולא החסיון, המידע הזה היה קיים או לא. זאת אומרת, האם החסיון מנע מידע שקיים או לא מנע מידע שקיים. אנחנו מנסים להגיד פה כל הזמן, שהמידע הזה ללא החסיון לא היה נוצר ולא ייוצר. כי כמו שאמרו פה, עובדות יהיו תמיד. אבל לא זה מה שאנחנו מנסים לחפש בועדות הבקרה האלה. בועדות הבקרה האלה מבקשים מהרופא להכנס למוחו ולרעיונותיו ולמה שהוא חושב ואיך הוא מביע ועל זה אנחנו רוצים להגן. על העובדה אם קרה א' ב' או ג' אין מחלוקת בין כל הרופאים שזהו מה שאנחנו רוצים לדעת. אין שום דרך בעולם לבוא ולצפות שרופא או שאדם כלשהו יתן את מה שבתוך לבו או בתוך מוחו ויתן זאת בצורה כלשהי, כאשר ישנה סכנה שהדבר יכול באיזו שהיא צורה לפגוע.

עו"ד זהר: אני אבל בכל זאת חייב לשים פה משפט אחד של כבי' השופט ברק בפסק הדין של עופרה גלעד, כשהוא

אומר: ביסוד תפישתנו עומד האדם שבו מקננת מחלה ולא מחלה שמצאה לה בית קיבול באדם. פרופ' ברק אומר, סליחה, עם כל הכבוד למחלה ולמחקר ולחיטוט במומו של הרופא וברעיונות ובישיבות הבוקר, הוא אומר - אותי מעניין האדם שיש לו מחלה ולא חלק המחלה שמקננת באדם.

עו"ד ופנר: אני חושבת שהשופט ברק גם לא צפה את העובדה שהוא אמר שהוא לא נכנס לשאלה של החומר האובייקטיבי והחומר הסובייקטיבי ואני בהחלט חושבת שפה יכול להיות מה שאנחנו אומרים,

עו"ד זהר: כן, אבל היכולת שיש לשופט ברק להתחמק מלענות על שאלות לא מאפשרת לנו להתחמק מלענות על שאלות.

מחקהל: עובדה היא שבתי המשפט הולכים ומקילים, כל פעם בדבר אחר, עם התובע, כנראה מתוך איזו הכרה שמערך הכוחות הוא לא שווה, כלומר הוא לרעת התובע, והוא צריך כנראה איזה שהם כלים. ככה ניתן להבין את כל הקומפלקס הזה, שיקלו על התובע מול המערכת. צריך פה לראות את הקונטקסט הכללי הזה. עוד נדבך אחד, שבעצם בא אולי לעזור, ומבחינה זו האם החוק לא מטיל אותנו קצת אחורה?

עו"ד זהר: זה היתרון הגדול של הוותק. כשאתה נמצא בסרט, בקולנוע הזה, הרבה זמן, אז אתה רואה את התהליכים. זה מה שקרה לתאונות הדרכים, זה מה שקרה לתאונות העבודה, זה מה שקרה כשהטילו לפי סעיף 34 פסי"ד פלילי במשפט אורחי וזה הביא לאחריות המוחלטת וגם אליה נגיע.

גלעד. כמה מדובר! מדובר פה בועדת בדיקה ולא בועדת בקרה ואיכות. זה ה-issue של הפאנל היום, זה הדיון.

עו"ד כספי: אנחנו לא מדברים על שיחות בוקר. לקחת את זה כשיחות בוקר על קפה בקפיטריה, זה לא המקרה. ועדה שהוקמה לבדוק אירוע או ועדה שדנה באירוע כל שהוא שהגיע לשולחנה.

עו"ד זהר: פרופ' הלוי, אני רוצה לשאול אותך שאלה. אומר כבי' השופט ברק בפסק הדין שלו, שהנימוקים המצדיקים את החסיין על המידע זו המנעות לפעול באופן שייטיב לחולה. בית החולים לא יקיים בדיקות פנימיות, צוות הבדיקה יפעל באופן מסוייג ורופאים לא יעידו ויחשפו לתביעות של לשון הרע. האם הנימוקים האלה נראים לך כנימוקים ריאליים במציאות שלנו?

פרופ' הלוי: הנימוקים האלה נראים נימוקים. זאת בדיוק המציאות וזה בדיוק תוכן האמירה של עו"ד כספי כרגע, שלקחת את הענין של שיחות הבוקר זה בלתי רלוונטי. זה מאד רלוונטי. הרופאים קראו את פסק דין ברק. ההסתדרות הרפואית קראה את פסק דין ברק ומאז העבודה בבתי החולים השתנתה.

עו"ד כספי: הפסקתם לדבר בבוקר?

פרופ' הלוי: הפסקנו לדבר בבוקר. אני לא מדבר כרגע אישית על רופא זה או אחר. ככל שהמקצוע חשוף יותר, במחלקות נשים יולדות ובחדרי לידה, שאלה הם האתרים הכי עתירי סיכון לתביעה משפטית בבית החולים, מדברים פחות. בהחלט מדברים פחות. ויש בתי חולים מסויימים שביטלו את הסי.פי.סי. רק בגלל פסק הדין. זה שהאינטרפרטציה גולשת לקיצוניות, בסדר, אבל זאת האינטרפרטציה, בהחלט. בתי החולים אחרי פסק דין ברק שונים מבתי החולים לפני פסק דין ברק.

עו"ד דיוויס: אני שואל את ד"ר יונתן הלוי אם אחרי החוק התחילו לדבר שוב.

עו"ד זהר: יש לוח זמנים לדיון שלנו ואנחנו נגיע לחוק, ואנחנו נספיק הכל, והכל יגיע על מקומו בשלום למרות הרצון שלך לדבר על החוק.

עו"ד דיוויס: הבעיה שבסוף יהיה סימן שאלה ולא יהיה סימן קריאה.

ד"ר דינאי: אני רוצה להוסיף למה שנאמר עתה. לפי דעתי, אין הבחנה בכל הויכוח שהיה פה, בין הערך של הקבילות ובין של החסיין. ואני חושב שנדע כי לטובת הענין, זה לא בהכרח היינו הך. אפשר לחסום את הקבילות של המסקנות של הועדה בבית משפט כראיה, וזה לא אומר שצריך למנוע מאנשים לעיין בחומר.

עו"ד זהר: השופט קציר אמר את זה בצורה ברורה, הוא אמר שאתה יכול לקחת את הדו"ח הזה ואחר כך לעשות בו איזה שימוש שתראה.

ד"ר הדר דון: רציתי להגיב למה שד"ר דינאי אמר כרגע, ואני חושבת שלמעשה יש איזה שהוא בלבול מושגים בין ועדות בוקר לוועדות בדיקה שהוקמו לצורך בדיקת אירוע מסויים שבדאי עליהן אנחנו מתדיינים,

עו"ד זהר: לא. מבחינה זו אומר עו"ד כספי "אני רוצה לראות את הכל, אותי זה לא מעניין, תקרא לזה ועדת בוקר, ועדת צהרים, ועדה אחרת, אני רוצה לראות כל דבר".

מתקחה: יש פה בעיה של האשה מול בעיית החברה לעתיד. האשה הזו נמצאת ביום הניתוח שלה אחרי תהליך של שנה, שנתיים, שלוש, עשר, שבו יש לימוד בועדות, אותן ועדות פנימיות... נגיד שיכולנו להציב לאשה הזו את השאלה לפני הניתוח, האם את יכולה שנשתמש בכל הידע אבל תמורת זה אם נרצה לבדוק את המקרה שלפנינו ותהיה בעיה, יהיה לנו חסיין, או שמא תעדיפי ללכת בתהליך אחר: לא נשתמש בחומר הזה ומה שיקרה לך יקרה לך, אבל תוכלי לתבוע וללכת על כל הקופה. איפה כאן אינטרס הפרט?

עו"ד זהר: יכול להיות שזה אחד הפתרונות ואני לא כל כך בטוח שאפשר להעמיד אשה זו או אחרת בפני הדילמה הזו בכלל.

עו"ד דיוויס: אני מבקש שהפאנל יתייחס לנושא הזה כי זה חשוב, בעקבות פסק הדין של כבי' השופט ברק. צריך לדבר על החוק החדש.

עו"ד זהר: אני אגיע לחוק אחרי שאגמור, ברשותך, לנתח את פסק הדין, כי פסק הדין קבע את אותן מוסכמות והחוק סטה מהקביעות של פסק הדין.

עו"ד דיוויס: אני רוצה להבהיר את הנסיבות של פסק דין

עו"ד זהר: לא יהיה סימן קריאה כי בדיונים כאלה אין סימני קריאה. יש רק סימני שאלה. ותאמין לי, כל דבר בחיים יש בו יותר סימני שאלה מסימני קריאה. בואו נתקדם באיזו שהיא צורה, שגם תיתן לדיון איזו שהיא תשתית אידיאולוגית. החוק לא חי בפני עצמו. החוק צנח על איזו שהיא מציאות. ואיך הוא מתפקד בזה, תיכף נבדוק.

אני רוצה לשאול את פרופ' קפלינסקי, אומר השופט ברק, מתוך איזו שהיא היכרות או מתוך אילוהיה, שכל החששות האלה שאתה העלית זה הכל אילוהיות. זה לא נכון. כולם יבואו וכולם יגיעו. אלה ספקולציות, הוא אומר. הרי מדובר במהות מקצוע הרפואה. הרופאים יבואו לדבר, וכן הלאה. האם מה שאומר פרופ' הלוי, שבתי החולים לפני פסק הדין ואחרי פסק הדין הם לא אותו דבר, זה נכון?

פרופ' קפלינסקי: אתה יודע שרק הזמן יענה לך. אנחנו מדברים עכשיו רק על חששות. התחושה לא טובה. אתם יודעים שבדיקות פוסט מורטם, רופאים עושים הרבה פעמים בניגוד למין תחושה טבעית כזאת, שאסור להעלות אותה על דל שפתותנו. כי אם מטפלים בחולה והוא נפטר, אז הרצון לדעת למה הוא נפטר הוא באופן בסיסי, ההשתלטות של הגישה האקדמית מקצועית על התת-מודע שאומר 'למה לך צרות. מה אתה צריך את זה. נפטר החולה, נגמר העניין, אחר כך תצטרך לסבול שפיספסת בגדול'. אתם לא יכולים ללכת נגד טבע האדם. אי אפשר ללכת נגד טבע האדם. אז נכון שהאדם הסביר, כשהוא רואה שמונחים עיתונים וכל אחד שם חצי שקל ולוקח עתון, הוא לא יקח את העודף שישנו שם. הוא לא יגנוב את זה. אבל יש ביטוי והיום אתם צריכים להתייחס לזה בכבוד. אני חושב שגם קודם היה צריך להתייחס בכבוד. כבר ההלכה אמרה שלא תשים מכשול בפני עוור. זה לא שכן אדם עוור הולך ברחוב ושמים לו רגל. זאת לא הכוונה. הכוונה היא הרבה יותר רחבה, שאין אדם שאין לו חולשות ואם אתה יודע חולשתו של אדם, אל תשחק עליה. ופה נותנים פתח יוצא מן הכלל של הסתגרות. הוא אומר, למה לנו להתעסק יותר מדי. אתם יודעים מה שאמרו על הרופאים, שהכשלונו שלם קבורים באדמה. הסכנה היא שבאמת יהיו קבורים באדמה.

אני חוזר על מה שאמרתי בהתחלה. אם עורך הדין פישל, הקליינט שלו יפשוט את הרגל, יצטרך למכור את האוטו, את הבית. כשרופא מפשל, נפגע הדבר היקר ביותר. אבל רבותי, אין דין רופא אחרי חמש שנות עבודה לדין רופא אחרי עשרים וחמש שנות עבודה, ואין דין כירורג שנמצא בסוף ההתמחות ככירורג של שלושים שנה. אז מה אתם

רוצים, שרק הכירורגים של שלושים שנה ינתחו? אם רק הכירורגים של שלושים שנה ינתחו, אז בעוד זמן קצר לא יהיו כירורגים במדינה.

אני הייתי מציע לכל עו"ד, לקחת את הספר שנקרא "The Hearts". כותב עתונאי שישב שמונה חודשים ביוסטון אצל דבייקי ואצל קוני. שערותיכם יסמרו מהלכסיקון ומה ששומעים שם בחדרי חדרים. הכירורג שמנתח היום בתל השומר, כירורג הלב, שיש לו תוצאות מצויינות, אם תפשו מה היו התוצאות שלו לפני עשר שנים, זה לא דומה בכלל. אז מה, נתבע אותו לדין? המערכת מטבעה לומדת את עצמה. ואיך היא לומדת את עצמה? על ידי זה שכשחולה נפטר בביתו, יושבים בכבוד ראש ומתברר ששמת שני תפרים יותר מדי והדקת את הקשר יותר מדי. הוא למד לקח.

אנחנו יודעים שיש שאלה של ביטוח בסוף. אם הולכים לצלוב את הרופא הכירורג הקרדיאלי בתחילת דרכו, שהוא לא שם את התפרים טוב על השסתום ולכן צריך היה לפתוח את החולה עוד פעם, כדי להדק את התפרים, יהיה עליכם לצלוב אותו בבית משפט. בכך יתנו מכת מוות למקצוע.

כאן ישנה השאלה של איזון. והנקודה העיקרית היא, שכאשר יש דבר שהוא לא סביר ושיש רשלנות, על זה אנחנו לא מתווכחים. מה שצריך אולי להיות כאן זה מצב שכל הקרקס שהולך במדינה בנושא של הכרה בהתקפי לב כתאונת עבודה, כל הקרקס הזה היה נמנע לו היה איזה שהוא גוף ממשלתי מחליט פעם ולתמיד, שמדינת ישראל והביטוח הלאומי מכסים כל נפגע בהתקף לב. הון כסף היו חוסכים למדינה. אותו דבר גם כאן. אותו חולה שנותח פעם שניה, מגיעים לו פיצויים, אבל לא מגיע לרופא עינוי דין של שלוש שנים ואיבוד הקריירה.

עו"ד זהר: פסק הדין של עופרה גלעד נחתם בנובמבר 1995. לא עבר זמן רב, במובן המשפטי, לפני שבועות, נחקק חוק זכויות החולה, ובסופו של דבר נעשה נסיון להסביר את השאלה הזאת. השופט קציר, בשתי מלים - מה חידוש החוק?

כב' השופט קציר: לדעתי, וכמובן שהמדובר הוא בקריאת החוק בלבד, משום שאין עדיין נסיון מעשי, החוק פותר את מרבית הבעיות של פרופ' הלוי. החוק מבחין בין שני סוגי ועדות. יש ועדת בדיקה ויש ועדת בקרה ואיכות. בעוד שהפרוטוקול של ועדת בדיקה ניתן לעיון של הפציינט רק

על פי צו של בית המשפט, לפרוטוקול ולמסקנות של ועדת בקרה יש חסיון מוחלט. לכן בבוקר אפשר לדבר על כל הדברים שאתה רוצה, מתוך ידיעה גמורה שהדבר הזה לא יגיע לא לידיעת הפצינט ולא לידיעת השופט. באשר לוועדת בדיקה, הרי בפי החוק היא מוקמת על פי בקשת החולה או על פי בקשת מנהל מוסד רפואי, במקרה חריג - כחוק. לא במקרה שגרתי שעליו דובר בבוקר אלא במקרים חריגים.

עו"ד זהר: אבל גם לפי תלונה של מטופל.

כב' השופט קציר: גם לפי בקשת מטופל וגם לפי הוראת מנהל המוסד. אבל הדגש הוא על חריג ולא על דיבורים בשעות הבוקר. לכן הסתייגתי ואמרתי שאינני יודע איך הדבר הזה יופעל בפועל ממש. אני חושב שהחוק הזה הוא חוק והכוונה ודאי טובה. היא מקבלת את עיקר הטענות של הרופאים. החוק מקבל את עיקר הטענות של הרופאים כפי שביטא אותן היטב פרופ' הלוי.

עו"ד זהר: פרופ' הלוי, זה פותר לכם את הבעיה?

פרופ' הלוי: אני מסכים באופן בסיסי. אני מסכים בעיקר עם הכוונה הטובה של מייסדי החוק. אני רואה בעיה בהגדרות, מפני שאם אנחנו לוקחים את ההגדרה של ועדת בדיקה, אותה ועדה שלא חל עליה חסיון, זו ועדה שהוקמה לשם בדיקת תלונה של מטופל או של נציגו או לשם בדיקת אירוע חריג הנוגע למתן טיפול רפואי. ההגדרה של ועדת בקרה ואיכות, אומרת כי זו ועדה פנימית של מוסד רפואי, שהקים מנהל המוסד, לשם הערכת הפעילות הרפואית ושיפור איכותו של הטיפול הרפואי. היא נופלת באמצע אותה פעילות שוטפת. לא אד-הוק של ועדת ניהול סיכונים, שמתבססת כולה על דיון על מקרים חריגים. אני מסכים עם כבוד השופט קציר, שזה צריך לעבור את מבחן המציאות. אני מאד מקווה שבתי המשפט יגלו נאורות באינטרפרטציה של החוק הזה ויבינו, שהועדה שעוסקת בניהול סיכונים היא חלק מועדות הבקרה, ועדות האיכות, ולא ועדות הבדיקה.

אני רוצה לשאול את עו"ד כספי ואת יתר עורכי הדין העוסקים בתביעות משפטיות, מה דעתם על ההצעה ל-no fault. עורכי הדין משום מה לא אוהבים את ה-no fault.

עו"ד כספי: הימוש מה' לא כל כך ברור לי.

ד"ר דינאי: שמישהו יממן את זה.

עו"ד זהר: את התביעה הזו שמישהו יממן את זה, אמרנו כולנו בתאונות דרכים. נמצא מי שמימן את זה. מי שבריצה קלה רץ לחוק ביטוח בריאות ממלכתי היה באותה מחשבה ועם חצי פרומיל יכול גם לשפר את הענין. אבל זה דיון אחר.

עו"ד כספי: אני מודאג בדיוק ממה שעלה מדבריו של פרופ' יונתן הלוי. אני חושש מהסיטואציה שבה אנחנו לא נדע מתי הגדירו ועדה מסויימת כועדה לבקרה ואיכות והדיון יוגדר כועדת בדיקה. אני בטוח שנתקל בזה בהמשך.

עו"ד זהר: יש לכם ועדת אתיקה, שאפשר לפנות אליה.

עו"ד כספי: בוועדת אתיקה יושבים שני רופאים ושופט אחד. אני מודאג מעוד דבר אחד. אני מודאג מאד מכך שחברתי הטובה, עו"ד טליה חלמיש-שני, שהיא מנהלת החברה לניהול סיכונים, כותבת בעתון שמופץ לרופאים לגבי דרכי פעולה שמומלצות לוועדות בדיקה. היא נותנת המלצה ואומרת: "בואו נמנה את הועדה, על ידי מנהל בית החולים לפי בקשת עורכי הדין של בית החולים ושל חברת הביטוח", ואז:

עו"ד זהר: זה המצב הישן, זה לפני שהוחק החוק.

עו"ד כספי: אבל הגישה שמסתמנת שם: "בואו נמנה אותה על פי בקשה שלנו, של עורכי הדין של הביטוח". ואז מטבע הדברים הנושא הזה חסוי, כי אלה דברים שהוחלפו בין עו"ד ללקוחו. אני לא מבין את הגישה הזאת.

עו"ד זהר: פסק דין גלעד סתם את הגולל על הפתרון הזה שאמר, כי לא מספיק להגיד שזה רק לצורך ענין משפטי, צריך שיהיה זה ורק למען ענין משפטי ולא למען דבר אחר.

עו"ד כספי: יש לי עוד כמה נקודות. מדאיג אותי מדוע גם בוועדת בדיקה החולה וגם בית המשפט לא זכאים על פני הדברים לקבל את הפרוטוקול. איך אפשר לדעת שהמסקנות והממצאים שרק אותם אני זכאי לקבל אכן קורלטיבים לעובדות שהיו לפני אותה ועדה? איך אפשר לדעת שלא היה שום טיוח ושאכן זה מתבקש מהעובדות שעמדו בפני הועדה.

מדאיג אותי כאן סעיף 21.ה. לחוק הזה, שאומר שאם ממצאי ועדת הבדיקה חמורים עד כדי שעולה חשד למעשה פלילי, רשאי הממונה על הועדה להעביר את הפרוטוקול,

עו"ד זהר: סעיף 21.ה. אומר: החליט המנהל הכללי לפתוח

בהליך משמעותי על פי דין, או להגיש תלונה נגד אדם בשל חשד למעשה פלילי, רשאי הוא להורות על מסירת הפרוטוקול לצורך ניהול החקירה או ההליך המשמעותי לאדם המוסמך לכך וכן למטפל שנגדו נפתח ההליך או הוגשה התלונה.

עו"ד כספי: אני לא מצליח להבין את ההגיון שלפיו אנחנו מצויים לנוכח מעשה פלילי. המטפל מקבל את הפרוטוקול ואת האינדיקציות, אני המטפל שהיה קורבן לאותו מעשה לכאורה פלילי, והנה אני לא זכאי לקחת את זה. אני לא זכאי לדעת את הממצאים. אני לא יודע כלום. אני צריך לדעת משהו כדי להיות מסוגל לפנות לבית משפט. למה מלכתחילה לא נותנים לי את הכלים להיות מודע למה שהמטפל יודע, כאשר ברקע הדברים מרחף חשד למעשה פלילי? זה מין חוסר איוון שקשה לי להבין אותו.

עו"ד זהר: עו"ד כספי, אתה לא מרגיש, שאילו העמדה שלך היתה מתקבלת, התיאור של פרופ' הלוי הוא זה שהיה מתרחש - לא היו יותר פרוטוקולים. כמו שבצה"ל כאשר מתרחשת טרגדיה, לא מתקיימים תחקירים, בגלל ועדות חקירה או בגלל משפטיים. למה אנחנו לא לומדים את הסיטואציה הזאת? הסיטואציה הצפויה הזאת היא הרבה יותר חמורה. וזה לא איזה דבר דמיוני.

עו"ד כספי: קודם כל, אני לא חושב שהיא הרבה יותר חמורה כי אני סבור שיכול להגרם נזק עצום למערכת הרפואה ולכולנו כאזרחים שמקבלים את השרותים שלה אם לא יתאפשר למנגנון שבדק את המערכת הרפואית - זה אותו מנגנון שיפוטי במקרים של רשלנויות - להגיע לחקר האמת. הדבר היחידי שנכון להיום, אני באמת סומך על המנגנון השיפוטי, גם נוכח הנסיון שלי בדברים שאני נתקל בהם, וקודם נתנו כמה דוגמאות.

דרך אגב, זאת גם תוצאה של no fault. איפה יהיה האינסנטיב של המערכת הרפואית לבדוק את עצמה ולהקפיד שבעתיים? לעומת זאת, כאשר אנחנו מגישים תביעות ויש רישומים נכונים, אז טלי חלמיש-שני מפרסמת את זה לרופאים. הם לומדים איך להחתים על טפסים ואיך לעשות תרשומת רפואית נאותה, ומתי לא לעשות לפרוסקופיה. ואני חושב שיש פה מערכת של יישום הדדית.

עו"ד ופנר: אני רוצה להסביר. קודם כל החוק החדש הבדיל בין ועדת בקרה לבין ועדת הבדיקה ובאיזשהו שלב נראה לי שהיה איזה ערבוב בדברך.

לגבי ועדת בדיקה, אין שום כוונה שהדברים יהיו חצויים. זה דומה להליך משטרי - אני מגבילה את זה. כלומר הולכים וחוקרים ובודקים, והרופא על הכוונת. באותו רגע שנפתחת ועדת בדיקה, יש איזשהו צל של חשד שמהו לא היה כרגיל, כי המקרה הוא חריג. יש תלונה או יש כבר איזשהו ספק. מאותו רגע גם הרופא, וכך כל המערכת, יודע שהוא צריך להיות במצב של התגוננות, כי יכול להיות שהוא עשה מעשים, כפי שאמרת, פליליים או משמעותיים או משהו מהסוג הזה. אנחנו נכנסים למסלול מסוים, והמערכת הזאת צריכה לבדוק את עצמה. היא בודקת את זה בדומה להליך משטרי ולכן בדיוק כמו חומר החקירה המשטרי. ואם תשים לב, זה אחד-אחד. את החומר המשטרי ניתן לגלות לצורך ההליך המשפטי יותר מאוחר.

לעומת זאת, התהליך של ועדת הבקרה, כל קיומה הוא רק לדבר אחד, להפקת לקחים. באותו רגע שתשתמש בדבר הזה לצורך משמעותי, או לצורך תביעה, אז אתה סותר את הסיבה שלשמה הוקמה ועדת הבקרה. ולכן מה שאנחנו באים ואומרים, שועדת הבקרה צריכה ליפול במישור אחד, והיא נושא של שיפור איכות. במקביל לה, צריכות להמשיך ולפעול כל אותן פעולות שפעלו עד עכשיו במערכת המשמעותית, כפי שפעלו ע"י פקודת הרופאים וכפי שימשיכו לפעול, הן המערכת המשמעותית כפי שקורה מחוק שירות המדינה משמעת, והמערכת המשפטית של המשטרה והמערכת הפלילית וכו'. לא לערב בין הדברים האלה.

ויתרה מזאת, בוא ונקבע פה בועדות בקרה - דבר שמאוד לא מצא חן בעיני הרופאים, ובצדק מסויים - שבאותו רגע שועדת הבקרה נתקלת במצב שהוא עלול להפוך להיות חשש למעשים שדורשים איזושהי התערבות של משמעת, חייבים לדווח על זה למנהל הכללי ואז המנהל הכללי, מה הוא עושה עם המידע הזה? הוא פשוט מתחיל את הבדיקה ואת החקירה פעם נוספת, באפיק המשמעותי. ואם אנחנו רוצים להגביל את זה לוועדות החקירה, בדיוק כפי שאתה אמרת, לא באו ואמרו באותו רגע 'גילית רשלנות חמורה במהלך ועדת הבקרה, עכשיו תסתום את הגולל, תקבור את זה', אלא באו ואמרו לך 'אתה צריך להודיע על זה למנהל הכללי ושהוא יתחיל בבדיקה'. אבל באותו רגע שיש לך איזשהו חשש, האם לא זכאי אותו רופא שנגדו יש חשד למעשה פלילי, כפי שאמרת, לאיזשהו זכויות בסיסיות שנותנים לכל אזרח אחר במדינת ישראל, כגון האפשרות להיוועץ בעו"ד לפני שהוא מוסר משהו, כאשר יש נגדו חשד לעבירה פלילית. מה שאמרת זו בדיוק הסיטואציה שהחוק אומר. הוא אומר: אתה תנהל את שני

התיקים באפיקים מקבילים. אפיק אחד אשר בו תנהל אותו יהיה אפיק של שיפור איכות. באותה מידה, גילית משהו, איזשהי בעיה, תעצור את ההליך הזה, תלך להליך אחר. רק אל תשתמש בהליכים שהיו לצורך שיפור האיכות. אל תערבב בין שני ההליכים.

עו"ד כספי: דעתי היתה נחה אם המערכת מיוזמתה, היתה מפנה את המקרים שהיא מזהה כחריגים, מיוזמתה, לבדיקה של אותן ועדות בדיקה, וכאשר הפרוטוקולים מגביית העדויות של אותה ועדת בדיקה, היו פתוחים לעיניו של המטופל. כשאז הייתי יכול לראות את אותה קורלציה בין המימצאים העובדתיים ובין המסקנות. כשאז הייתי עוזב בשקט את ועדות בקרת האיכות ולא נוגע בהן, והרפואה היתה מתקדמת יופי.

אבל כל עוד זאת לא הסיטואציה, והפרוטוקול חסום בפני המטופל והמערכת לא מפנה מיוזמתה את הפרשה לעוד בדיקה, אני מוטרד.

מהקהל: רציתי להעיר בענין של פסה"ד. לגבי הרופאים שקוברים חולים פה ושם וציטטת את דבייקי או כירורגים אחרים, עם כל הכבוד לדברים הללו, אני לא יודע עד כמה בבתי חולים בארץ יש ישיבות בוקר או ישיבות צהרים, ברור שזה קיים במחלקות מסוימות. ולעו"ד כספי רציתי לומר שאם רופא קושר אורטר בניתוח ולא כותב את זה בדו"ח כי הוא יודע שהוא קשר ולא נראה לו חשוב לרשום.

מהקהל: במקרה ההוא היה ברור שהרופא ידע שהוא גרם נזק.

מהקהל: אני הבינתי שהשופט ברק בהחלט השאיר פתח למחוקק ואם הם מצהירים בועדות או בישיבות למיניהם הם נועדו לצורך הליכי משפט צפויים, הדברים האלה ישארו חסויים.

עו"ד כספי: אל תעמיד את זה במבחן. אני ממליץ לך, אל תעמיד את זה במבחן משום שהשופט ברק צמצם מאוד את החסיון המשפטי על ועדות החקירה באומרו שכאשר זאת איננה המטרה היחידה אז זה נעשה חסוי. כך או כך, פסה"ד בסופו של דבר היה רחב יותר מאשר החוק ואנחנו כרגע עברנו על החוק.

פרופ' הלוי: אם אנחנו בוחנים את הנסיבות שבהן חולה נפש,

אם אני לא טועה, קפץ אל מותו מהקומה השמינית של ביה"ח, והוקמה ועדה אד-הוק לשם בדיקת הנסיבות, אז הרי ברור שמדובר פה בועדת בדיקה. במובן זה, החוק לא שינה מאומה מעבר למה שנקבע בפסה"ד של כב' השופט ברק. יחד עם זאת, אני לא מבין את המצב שנוצר אצל הרופאים אחרי פסה"ד של גלעד. האם הם ישנים יותר טוב בלילה, אחרי החוק? זו שאלה אחרת.

דבר שני, אני רוצה לחזור לדוגמה שאתה נתת, לאותו מקרה של הלידה ב-3.30 בלילה, של ילד פגום. בישיבת הבוקר שלמחרת דנים הרופאים בינם לבינם מה קרה. ברור שאין שום גישה ויכולת לבדוק בצעדיהם של הרופאים, על מה דובר שם.

עו"ד זוהר: למה שאי אפשר יהיה לקבל מיד כל פרט על השיחה הזו? מה יש? יקליטו את השיחה וירשמו את זה.

פרופ' הלוי: תן לי תשובה לשאלה הבאה: נניח שאותה אמא שהילד שלה נולד פגום, פונה על פי סעיף 21 לחוק, ומבקשת שתוקם ועדת בדיקה. מה אתה עושה? אתה מקים ועדת בדיקה עפ"י הבקשה ועפ"י סעיף 21. האם אתה מנהל, למעשה, במקרה הזה שתי ועדות בשני ערוצים שונים והאם אתה מנהל שני פרוטוקולים ושתי מערכות דיון שונות לאותו מקרה, והאם אין בכפילות הזאת של הועדות, כדי ליתר את הצורך בועדת בקרה ואיכות?

מהקהל: בהמשך לשאלה הזאת, רציתי לשאול האם אתה חושב שרופא שנועד עם עו"ד, לאור זה שהוא צפוי להתבע על איזשהו מקרה חריג, האם הוא ידבר בצורה שונה בשתי הועדות או האם הוא ידבר בדיוק אותו דבר?

עו"ד זוהר: זו שאלת המפתח שדיברנו עליה לפני שעה. אתה הרי יודע שבסופו של דבר אנחנו מסתכלים למציאות בעיניים.

ד"ר שמעון שרף (מנהל בי"ח ברזילי) **מהקהל:** אני רוצה שיהיה ברור, זוהי המכת המוות השניה שהונחתה על מקצוע הרפואה. אני מסכים לחלוטין עם מה שאומרים פה חברי פרופ' קפלינסקי ופרופ' הלוי, ובאנו במקרה מאותו הכפר. אנחנו פחדנו פחד מוות מהסי.פי.סי. ומה שיגידו הזקנים עלינו, שהם יקומו לדבר. זה לא היה פשוט להתמודד עם הועדות האלה, לא עם הסי.פי.סי. ולא עם המורטליטי. ההחלטה הראשונה על הפסקת הדי.אנ. בארץ, למרות שהיא

באה מסיבות אחרות, הביאה למצב של שיתוק מוחלט. אין אף די.אן. בארץ ומי שמפסיד מזה זאת מדינת ישראל, באותם חולים שדמעות התנין נשפכו פה מעיניהם של עורכי הדין המכובדים, שכל הזמן תוקפים את מקצוע הרפואה. פס"ד של השופט ברק, הוא פס"ד של אדם שחי (אני אומר את זה עם כל הכבוד לאיש הדגול) בעולם שכולו מגדל של שן. הוא איננו חי את המציאות היומיומית של מדינת ישראל. הוא איננו חי את כמות האנשים שעובדים. את העומס שמוטל עליהם. את העייפות שהם נמצאים בה והשחיקה שהם נמצאים בה. ואני רוצה להגיד לכם עוד, אני כבר לא סומך כל כך על המערכת המשפטית הנכונה, שהוא שם אותה כפוסקת אחרונה, כי גם במערכת הזו אתה קורא פסיקות, וסליחה כב' השופט קציר, ששופט אחד איננו מסכים עם השופט השני. כב' השופט, זנגר הוציא פס"ד מאוד יפה שבו הוא כותב שמדע הרפואה הוא לחלוטין לא מדויק ואי אפשר לדעת אף פעם מה יקרה, והחלטות במקצוע הרפואה אינן ארוחות חינם. יש על כל דבר תשלום. ואם רוצים כל כך שהילד המסכן יקבל את פיצויו, אנא, no fault קבע לו ישר ואל תחפש את האשם. חפש את הפיצוי לנפגע וגמרנו. אבל מי שמתרגז זה עוה"ד. אתמול ראיתי בטלוויזיה האמריקאית תחרות חדשה, ארבעה עו"ד רצים אחרי נייטר לטיפול נמרץ.

עו"ד כספי: אני לא מכיר עו"ד שהצליח להגיש תביעת רשלנות רפואית בלי שהקולגות שלך נתנו לו חוות דעת תמורת 5000 שקל מינימום. זו תשובה מיידית למה שאמרת "רצים אחרי האמבולנס".

החוק הוא מאוד טרי, שבועות ספורים. יושבת פה עו"ד לאה ופנר והייתי מצפה, קודם כל מההסתדרות הרפואית שתגבש את מסקנותיה מהחוק ותבטל את ההוראה החד-משמעית, שהם נתנו לרופאים, לא לדווח.

עו"ד זוהר: לפי מיטב הבנתי את כללי האתיקה של הרופאים, זאת היא עבירה אתית.

עו"ד ופנר: זה לא מה שנטען. אני מצטערת. הדבר היחיד, ההוראה שיצאה מההסתדרות הרפואית באה ואמרה: דע, שכל מילה שאתה אומר, מחר עלולה להיות בא', ב', ג'. אני חושבת שזה בהחלט חשוב שהרופא ידע זאת.

מרופ' הלוי: אתה צפוי לעונשים הקבועים בחוק, מינימום שלוש שנים.

עו"ד ופנר: אבל זאת המציאות. למה שהרופאים לא ידעו את זה? למה לחשוף את הרופא שהוא יכנס לשם ויגיד כל מה שעולה, בלי שהוא ידע לשים בלמים, בלי שהוא ידע לחשוב על מה שהוא אומר ואח"כ יבואו אליו בטענות. למה לא להגיד לו תעצור רגע, תחשוב, תעשה סדר בראש שלך. הלא אנחנו, עורכי הדין, מתורגלים מהיום הראשון. כשאנחנו נכנסים לפקולטה למשפטים מה אומרים לנו? קודם כל, לפני שאתה מוציא משהו מהפה תחשוב פעמיים ואז תחשוב. אח"כ אומרים לנו ויהי מה, אל תעזי להעלות שום דבר על הכתב. אז מה אנחנו באים ואומרים לרופאים? רבותי, תגידו כל מה שאתם רוצים להגיד, אבל תדעו שהכל יכול להיות פתוח.

עו"ד טלי חלמיש-שני: אני אולי אשלים את מה שפרופ' הלוי הצליח לקבוע - לגבי השאלה אם הרופאים שם ישנים יותר טוב בלילה, התשובה היא שעדיין הם לא יודעים אם הם ישנים יותר טוב בלילה משום שיש שאלות סבוכות כמו למשל השאלה, ועלה פה לדיון הנושא של סי.פי.סי. הם לא מוזכרים פה כי מדובר על ועדות שמקים מנהל ביי"ח ולא מדובר בסי.טי.סי. אלא ועדות שמקים מנהל ביה"ח, אז איפה זה נופל? האם זה אומר מה? האם זה אומר שאנחנו נחפש את התשובה במקומות אחרים או שאנחנו חייבים למצוא את התשובה לכל הדיונים האלה, במסגרת החוק? האם זה אומר שמעכשיו סי.טי.סי. צריך להקים מנהל ביי"ח כפורום פורמלי, כדי שזה יפול תחת סעיף ועדות הבקרה, ומה המשמעות של זה? שיצטרכו לנהל פרוטוקולים ושיצטרכו לתעד בתוך הגליון של החולה, מימצאים עובדתיים שעולים מתוך דיונים כאלה? ושמנהל ביה"ח יכול לדווח למנכ"ל משרד הבריאות, אם הועלה חשש לעבירת משמעת, גם בדיונים כאלה. מה שאומר שהם לא יתקיימו. כי לא כך הם מתקיימים.

עו"ד זוהר: רבותי, בואו נסתכל למציאות בפנים ונפסיק גם להיות, אולי צבועים, וגם נזכור כי רופאים בחוק הזה או בחוק הזה, בסיטואציה הנוכחית לא ירצו לדבר, לא ירצו לשבת להיות בסי.טי.סי. ולא באן.די.יו ולא בשום מקום. ואיפה שרופא יוכל לשתוק הוא ישתוק ואיפה שרופא יבוא להתייעץ - וזאת היא הפרובלמה האמיתית שאנחנו בעצם צריכים להחזיר אלינו לא את אמון הציבור, אלא את אימון הרופאים בסיטואציה שהולכת ומתגבשת. כי לדעתי אתם רואים את זה במציאות הזו, בתחום, יותר מכל אחד אחר.

ישנה השאלה שעולה מתוך החוק הזה, והיא האם בכלל ניתן לחייב בסיטואציה הזו, האם ניתן לחייב רופאים, לבוא ולהשתתף בפורומים האלה בגלל החשש הזה שאני מעלה.

פרופ' הלוי: אני חושב שהנטיה הטבעית של רופאים, היא לקיים פורומים ולקיים דיונים. אנשים רוצים לחלוק דיעות ולהתדיין. אני חושב שהחוק הזה אם יפורש נכון ע"י בתי המשפט, ברור שהשופט קציר פירש את זה פה פירוש ראשוני ואם ההסתדרות הרפואית תרד מהזוועה הזאת, ולאה, מה שאת אמרת זה בדיוק מה שאני אמרתי, אזי המשמעות היא להזהיר את הרופאים ומהרגע שלוקחים את העשייה היומיומית בתוך מסדרנות המחלקות, שמתרחשת והתרחשה במשך דורות בין רופאים לחולים, אל מסדרונות בתי המשפט, אל משרדי עורכי דין, תתרחש בדיוק הסיטואציה שאתה הצבעת עליה. אפשר להתחיל לסגת מהמכה הקשה הזאת שתיאר ידידי ד"ר שרף, רק אם באמת ההסתדרות הרפואית תעשה את האינטרפרטציה הנכונה של החוק הזה, של כל פעילויות הבטחות האיחוד, סי.פי.סי. התבטאויות של רופאים ליד מיטת החולה הן חסויות. זה לא בא לומר שזכותו המלאה של חולה, לדעת את כל העובדות שקשורות למחלתו והוא לא צריך לחקור ולדרוש, צריך לבוא ולהודיע לו.

עכשיו, יש דברים שהם בתחום האפור ופה אני אעלה על השאלה לגבי אותו ילוד בשעה 3 לפנות בוקר. הרי גם הפורום של 7.30 בבוקר וגם אם אנחנו נוכה לזה ואותו מיילד מהלילה, ידווח על אירוע חריג, ומנהל הסיכונים יקבל את הדו"ח ויקיים פורום פנימי בביה"ח או פורום של המבצע שינסה להגיע למסקנה מה קרה פה, קרוב לודאי שלא יגיעו למסקנה חד-משמעית. ואז עולה השאלה, מה צריך הרופא המטפל להגיד לאותה אישה, לפני שהיא משתחררת מביה"ח אחרי 48 או 72 שעות עם ילוד פגום? מה הוא צריך להגיד לה אם הוא צריך להגיד לה בכלל משהו. וזאת שאלה הרבה יותר קשה מאשר הדוגמאות האחרות שהבאתי, כי אין לזה תשובה ברורה. ואתם עוה"ד יודעים כמה מקרים יש בין נזקי פגים, נזקים שהם מולדים. קח את הנושא של סי.פי. שיש קונצנוס במערכת הרפואית שברוב המקרים של המקרים הוא תוצאה מולדת, גנטית, ואין בינו לבין ניהול כושל של הלידה, דבר. ולכן פה, אין לי תשובה חד-משמעית. לדעתי אם אנחנו נטיף לרופאים שלנו להתייצב בפני יולדת כזאת וקודם כל להביע צער על זה שזאת תוצאת הלידה, מבלי שהבעת הצער הזאת תתפרש ישר כהודאה באשמה, כי גם זה קורה היום, ולומר שאנחנו נושיט את כל העזרה הרפואית ושלא ברור לנו למה הדבר הזה קרה, ואם בתהליך הלידה לא היתה פאשלה שהיא חד-משמעית, שיש קונצנוס שהיא קרתה, אין שום צורך לדבר עליה.

אני לא חושב שזכותה תקופח. אתה מיד לקחת את המקרה

הזה כאילו ברור שהתינוק הזה עשה ספיקציה, בגלל ניהול כושל של הלידה. אם הדברים הללו ברורים, אז אני אומר: אנחנו בניגוד לעוה"ד, לא מאלה שכשעושים תאונת דרכים יתוציא את הרשיונות ותשתוקי. אנחנו בעד קומוניקציה, אנחנו בעד דיבור. יש דברים שהם בתחום האפור וקשה להגיד. אם היה ניהול כושל ברור של הלידה הזאת, אני, ויכול להיות שחלק מעמיתי לא יקבלו את זה, אני בטוח שעו"ד דורון הרים גבות. אבל אם באמת מתמחה צעיר, כמו שאמר פרופ' קפלינסקי, ידפקי את הילוד הזה, אני בעד זה שמנהל המחלקה יגש ליולדת לפני שחרורה ויגיד לה שהלידה הזאת היתה ממושכת וקשה וייתכן שיש קשר בין הדברים, אנחנו לא בטוחים בכך. לפתוח לה את הדרך לתביעה, כי יולדת כזאת צריכה לקבל פיצוי.

מחקהל: קודם כל אתם יודעים שלשכת עוה"ד מתכוונת להגיש בג"ץ נגד החוק הזה. מתכוונים ויושבים על המדוכה. זאת אומרת, אנחנו חושבים שהחוק הזה צריך להיות לטובת האזרח, שיוכל להתגונן בצורה מאוד יסודית כנגד אותו בג"ץ.

נקודה שניה, אני מרגיש שאני מתגונן. וכאן נאמר באמת קומפלימנט לעו"ד כספי, הוא הכניס את הראש שלו עכשיו ללוע של הרבה הרבה אריות.

נקודה נוספת היא, שיש לנו שלושה אינטרסים כשאנחנו מדברים על אותן ועדות. לשמור על האינטרס של החולה האינדיבידואלי שידע מה קרה ולמה קרה, ואני מסכים פה עם כולם, וכולם מסכימים עם כולם שכל אחד זכאי לדעת את הכל. ואסור להסתיר. השאלה מה עושים לענין המסקנות שרוצים להסיק, בשביל מטרות אחרות ולא...

עו"ד זוהר: אני מוכרח להפסיק אותך, כי אני נמצא בשלב שאולי איבדתי את התמימות או איבדתי את הצורך להיראות תמים. אף אחד לא רוצה שיגלו את הפאשלה שלו. כאשר היום משרד הבריאות פתח בקרב ארוך על הרופאים, על התנהגות בלתי הולמת, לקיחת רשיונות ופעולות משמעותיות, רופא אשר אומר את האמת מצוי בסיכון לפרנסתו, לא חוק חופש העיסוק יעזור לו, ולא חוק כבוד האדם וחירותו יעזור לו. הוא יאבד את רשיונו, ושום דבר לא יעזור לו. והאיזון הזה של הקצוות מדאיג אותי מול האמירה שכולנו נצא איתה בהרגשה טובה "זכותו של החולה לדעת את כל האמת" וכדומה. כי - אני רוצה לאט לאט להתקרב לסיום - אומר השופט ברק בפסה"ד גלעד: "הכרה בשתי זכויות, הזכות לדעת מול הזכות לחסיון, תיצור דיסהרמוניה בחוק". ואני רוצה

לשאול את חברי הצוות, האם לפי דעתכם הסעיפים האלה בחוק זכויות החולה, יוצרים דיסהרמוניה אשר אינה מאפשרת, בגלל הזכות לדעת, בגלל החסיון, דיסהרמוניה שאינה מאפשרת לפנות?

פרופ' קפלינסקי: אני רוצה לפנות לפרופ' הלוי. אם הוא רוצה שרוח הדברים תתקיים כפי שצוטט כאן וניתן יהיה לחלק את החסיון ואי החסיון של עבודת הרופאים, ברורה כך שהפעילות האקדמית והפעילות של שיפור העבודה תשמר, והחופש לביקורת הדדית יישמר, אז אנחנו נוכל להיות עם כל הדברים הללו. אף אחד פה לא מנסה לחפות על פאשלה.

אני מוכרח להגיד לכם, שאם אתם פותחים את הספרות הרפואית, אחד העיסוקים שרופאים אוהבים לעסוק בהם, וזה עיסוק חיובי ביותר, זה פרסום של מקרים יוצאי דופן. ובתוך המקרים הללו תמצאו הרבה פעמים דיווחים של מערכות מכובדות, על כשלונות. דברים יוצאי דופן שהתפתחו מתוך טעות באבחנה, מתוך גישה ניתוחית שנעשתה עבור מטרה א', כשהתברר שהמטרה היא ב'.

את זאת אומרת המערכת בסופו של דבר. עמוק בפנים, לכל אדם יש גאווה מקצועית. כל אדם רוצה להסתכל על עצמו בראי בבוקר ולהגיד שהוא עושה עבודה טובה. אז המערכת, יש לה הרצון הטבעי שלה לשפר את עצמה ולעשות ביקורת. ואחד הדברים האהובים ביותר על הרופאים הבכירים, בישיבות הבוקר, זה למתוח ביקורת על התורנים בלילה מפני שככה לומדים. אף אחד לא לומד מזה שאומרים לו שכל מה שעשית היה נהדר. אנחנו מוכנים לקבל טעויות, אם הדרך אל הטעות היתה רצופה בשיקולי דעת נבונים. כי טעות היא דבר שבביולוגיה הוא כמעט מתבקש מאליו. אז אם הרוח הזאת תשמר, אפשר להיות עם זה בקלות כי אנחנו לא רוצים שרופא שהתרשל או שלא ידע שדרגין אסור לתת לחולה אסטמה, לא יבוא על עונשו. חס וחלילה.

עו"ד ופנר: את השאלה של החוק והאיזון שבו, באמת צריך לבחון במשך הזמן. אם אכן הפרשנות שתנתן היא כפי שאנחנו חושבים שצריכים לראות את החוק, איזון בין הצורך בחסיון לבין הצורך לקבל את העובדות, אז מצוין. אם לא, יכול מאוד להיות שהחוק לא הועיל ולא ישמש את מטרתו.

עו"ד זוהר: אתם בהסתדרות הרפואית, תמליצו לרופאים ממחר, בלב פתוח, חופשי וגלוי לעמוד כמו בתחקיר -

עו"ד ופנר: אני חושבת שההמלצה מההסתדרות הרפואית, תבוא ותגיד שהחוק כפי שאנחנו רואים אותו, נותן מענה לא מושלם, ואנחנו נצטרך להצביע על הבעיות הנובעות מכך שהמענה אינו מושלם. החוק פתר הרבה מאוד מהבעיות שהעלינו. אם הפרשנות של ביהמ"ש תהיה בהתאם למה שאנחנו חושבים, אז המענה יכול להיות אפילו מושלם. אם בתי המשפט יגרסו אחרת, לא נוכל להגיד זאת.

דיברנו פה הרבה על חקר האמת, צריך לזכור שני דברים. ראשית: לעיתים מאוד מאוד נדירות מגיעים לחקר האמת. גם במערכת המשפטית. משום שהבעיה היא שאכן אחד טוען א' ואחד טוען ב' והשופט קובע עפ"י מירב שיפוטו ושיקולו. אין לאף אחד ערובה שזאת אכן האמת האבסולוטית אלא זאת אמת יחסית, ואנחנו כולנו חיים עם זה. אז לכן לא צריך לדבר רק בשם חקר האמת כי האמת היא בהחלט דבר יחסי.

דבר נוסף שכבר הוזכר בכל פסקי הדין שעוסקים ברשלנות רפואית: הרפואה איננה מדע מדויק ולכן כל החלטה שמתקבלת בביהמ"ש, לא באה לומר שדבר זה הוא נכון ודבר זה לא נכון. ודבר אחרון שגם כן הוזכר בפסיקה, ואני לא מחדשת שום דבר, הוא, - שחייבים להשאיר מקום לטעות ובלבד שהטעות אינה גדולה מדי.

עו"ד זוהר: עו"ד כספי, לסיכום, החוק הזה פותר בעיה? וקח קצת בחשבון, לצורך התחושה של כולנו, שהרפואה זה המקצוע היחיד, שבגלל טיב המקצוע, כל הזמן צריכים לתעד. אני לא יודע מה היה קורה אם כל אחד מאיתנו, כל הזמן היה צריך לתעד את מה שהוא עושה.

עו"ד כספי: זה לא שאני חושב שאין בעייתיות בנושא הזה. בהחלט יש בעייתיות. עוד פעם, אני מאוד מעריך את מה שאומר פרופ' הלוי לגבי נכונותו במקרים בולטים וברורים, לבוא לקראת. אבל נדמה לי שאי אפשר לאחד כאן הכל, לאיזו סיטואציה אוטופית, כדי להצדיק חסיון שהיום הוא מאוד מאוד גורף. צריך ללכת בצורה שתביא לצמצום. לכן, לפי דעתי, במציאות הקיימת כיום, נושא התרשומת הוא בעייתי ומתן חוות דעת זה נושא בעייתי ואין במציאות אותה גישה וולונטרית שאני מאוד מעריך, כפי שקיימת כאן. לפי דעתי, החסיון טרם הגיע זמנו.

עו"ד זוהר: השופט קציר, בתור מי שעבר כבר פרק ראשון ושני ונמצא בפרק השלישי של הקריירה המקצועית, אתה

חש שזה פתרון מאוזן שיאפשר לנו לחיות בקדנציה הבאה שלנו?

כב' השופט קציר: התשובה היא חיובית. הייתי רוצה לשים את הדגש על סמכות של השופט להורות לביה"ח להראות לחולה, למטופל, את פרוטוקול ועדת הבדיקה. כפי שאמרתי כבר קודם, ועדת הבקרה חסויה חסיון מוחלט, כמו הקומוניקציה בין עו"ד ללקוח. אבל יש מה שנקרא חסיון מותנה. אם אני אומר כי האלמנט הזה חסוי והצד שכנגד לא מקבל את זה, השופט מעיין בדוקומנט ומחליט אם הוא חסוי או לא חסוי. וזה מה שקרה למעשה במקרה של גלעד. ביה"ח לא רצה להראות את הדוקומנט, את דיוני הוועדה. השופט זיילר אמר "תראו בבקשה מה שנרשם שם או מה שנשמע שם", וכב' השופט ברק אישר את זה.

עכשיו, כשאנחנו עומדים עם החוק שלנו, החוק מדבר. ואני מדבר רק על ועדות בדיקה ולא על ועדות בקרה. החוק אומר שמה שמותר לתת, מה שצריך לתת לפציינט, המטופל, אלה המסקנות של ועדת בדיקה, לא את הפרוטוקול.

אם הפציינט חושב שמסתירים ממנו את הפרוטוקול, הוא רשאי לפנות לביהמ"ש ולומר "תורה להראות לי גם את הפרוטוקול". ואז השופט בעצמו יראה את הפרוטוקול ויחליט אם החסיון הוא מוחלט לגבי הפרוטוקול או הוא מותנה. כמו במקרה שקודם הזכרתי.

הנטיה שלי היא, אילו ישבתי על הכס, להראות בדרך כלל את הפרוטוקול לפציינט, אלא אם יש נימוק קשה או כבד במיוחד. ראשית, אני לא יכול להבין מדוע החוק לא אומר במפורש שצריך להראות לו את זה, מיד בלי פניה לביהמ"ש. שנית, אני אתקשה מאוד לקבל את סירובו של ביה"ח שאומר 'הראינו לו את המימצאים ואיננו מוכנים להראות את הפרוטוקול'. זה כשלעצמו מעורר חשד. ככה שאני הייתי מחליט בדרך כלל, חוץ ממקרים יוצאים מהכלל, להראות לפציינט את הפרוטוקול כמו את המימצאים. ואני מסיים בכך שהפרוצדורה בענין זה, בענין קבלת הפרוטוקול ע"י הפציינט, היא פשוטה מאוד ונקבעה בחוק: כל שופט שלום רשאי לצוות על ביה"ח להראות למטופל את הפרוטוקול וזה לא ענין מסובך. זה לא ענין שפרוש לכמה ערכאות אלא הסמכות נתנה לשופט. השופט יעיין בפרוטוקול ויחליט אם הצדק מצדיק או איננו מצדיק להראות את הפרוטוקול.

עו"ד זותר: פרופ' הלוי, שמעת בזעיר אנפין את גלגול התהליך לגבי סוגי הוועדות, ואתה יודע גם שוועדות האיכות מאפשרות לפתוח בהליכים משמעותיים נגד רופאים. איך אתה מרגיש?

פרופ' הלוי: במציאות היומיומית ועדות בדיקה הן אירוע נדיר. אני הייתי מעריך שוועדת בדיקה כפי שמוגדרת בחוק, בבי"ח ממוצע בן 500 מיטות במדינת ישראל, תתמנה פעם או פעמיים בשנה. זאת הערכתי. לעומת זה, ועדות בקרת האיכות או ועדות בקרה כפי שמוגדרות פה, מופעלות בבי"ח יומיום ושעה-שעה. החוק הזה, בצורה הזאת, אם הוא יעבור אינטרפרטציה נכונה, כפי אמרתי כרגע, ע"י בתי המשפט, בצירוף הערתו של השופט קציר, אם הוא יקבל את האינטרפרטציה הנכונה ע"י הסתדרות הרפואית - אני יכול לחיות איתו בשלום. חששותי הם, ששלושת ה"אם" שהדגשתי, לא יתממשו.

עו"ד זותר: בסימן שאלה אחד גדול, הגיע הדיון שלנו לסיומו. לב הענין הוא בשאלה לא רק איך זה יעבוד בשטח, כי רק בעוד עשרות שנים נדע איזה נזק או יתרון נגרם לרפואה כתוצאה מנטילת החירות לדבר באופן חופשי ולכסות על כל מיני מחדלים שזה הפך השני, מול הנזק שנגרם לציבור מחוסר היכולת לקבל את הזכות המשפטית.

בחלל האולם נעה לה האחריות המוחלטת ברפואה, זו שכמה מתוכנו, מטיפים לה עשרות שנים, מתוך תקווה לנתק את הקשר הכלכלי בין הרופא לבין הפיצוי הכלכלי לחולה. זה לא נושא הדיון שלנו היום ולכן לא נעלה את הנושא הזה.

קונפליקטים צריכים לפתור ע"י הרחקת מושאי הקונפליקטים אלה מאלה. ואם היינו יכולים להגיע למצב שבו לחולה לא תהיה אפשרות להתמודד כלכלית מול הרופא, אלא רק להתמודד איתו בטיפול הרפואי, לדעתי זה היה מעלה אותנו על דרך חדשה ונכונה לפיצוי. ובאשר לשאלה מי ישלם? אני חושב שאנחנו משלמים עבור הרבה דברים, אולי מעט פחות חשובים מאשר הבריאות של כל אחד ואחד מאיתנו.

כמו שאני נוהג לסיים דיונים מהסוג הזה, אני מודה לצוות, לפרופ' הלוי, לשופט קציר, לעו"ד דורי כספי, לעו"ד לאה ופנר ולפרופ' קפלינסקי שהוא גם המארח, ותודה רבה על האירוח. ואני מודה מאוד לכל המשתתפים מהקהל.

ומילה אחרונה: העיקר שתהיו בריאים.

רפואה משפטית

מקום הגנטיקה ברפואה משפטית

בגופנו מקורה באם והמחצית השנייה מקורה באב. כל כרומוזום מכיל מולקולת DNA ענקית באורכה ומולקולה זו מכילה את האינפורמציה הגנטית הנחוצה להתפתחות הפרט ולתיפקודו התקין. מולקולת ה-DNA מורכבת מה-DNA Helix המפורסם שתואר ע"י Crick ו-Watson בתחילת שנות ה-50. זהו אגד של שני סרטים הכרוכים זה סביב זה בצורה סלילית וקשורים זה לזה בצורה ספציפית.

כל גדיל DNA מורכב משרשרת כמעט אין סופית של ארבע אבני בנין או ארבעה בסיסים אשר הרצף המדויק שלהם לאורך הגדיל הוא זה אשר אוגר את האינפורמציה הגנטית. כל תא בגופנו מכיל כ-6,000,000,000 בסיסים והסדר או הרצף המדויק בו הם נתונים לאורך המולקולה יוצר את "ספר החיים", שהינו הוראות מלאות לקיומו.

רק 5% מכלל ה-DNA מכתיבים את האינפורמציה הגנטית החיונית לבניית הגוף ותיפקודו. תפקיד שאר ה-DNA (95%), עדיין לא ברור. באזורים המכילים את האינפורמציה הגנטית רצף הבסיסים על פני ה-DNA די קבוע, ואם קיימים שינויים הם עלולים לגרום למחלות תורשתיות אשר חלקן מלווה במוות מוקדם. לעומת זאת, באזורים שבהם אין אינפורמציה לבניית הגוף הצטברו במהלך האבולוציה שינויים רבים ברצף הבסיסים, עובדה שלא פגעה כלל בתיפקודו התקין של הפרט אך הביאה לשונות בין אדם למשנהו. אזורים כאלה, המכילים שינויים ברצף הבסיסים בין אדם לאדם, נקראים אתרים פולימורפיים (בעלי שונות צורנית).

ככל שנשווה אתרים פולימורפיים רבים יותר בין מוצג לבין חשוד מסויים כן יעלה הסיכוי שהחשוד עליו הצבענו בפני בית המשפט כמקור לזרע בגופה של הנאנסת הוא אכן האנס ולא אדם חף מפשע שבאופן מקרי פרופיל ה-DNA שלו מתאים לפרופיל ה-DNA של הזרע שנמצא.

פרופיל ה-DNA הינו המידע שנאסף דגבי האתרים הפולימורפיים הנבדקים. למשל, אתר "א" מכיל שלשה רצפים שונים באוכלוסיה (א1, א2, א3): בזרע שנבדק וכן בדמו של

בתחילת המאה, הצביע KARL LANDSTEINER על הבדלי דם אינדיוידואליים ועל כך זכה בפרס נובל (1).

במשך השנים נעשה שימוש רב בקבוצות הדם כראיות מסייעות בבית המשפט, הן במשפט הפלילי, כמו במקרי תקיפה, אונס, רצח וכו' והן במשפט האזרחי, כמו במקרי



ד"ר מאיה פרוינד

אבהות מוטלת בספק וכו'. סוגי הדם אינם יחודיים באופן מוחלט לאדם זה או אחר; למשל, כאשר על בגדי חשוד בתקיפה אלימה נמצא כתם דם מסוג O, שהוא סוג דמו של הקורבן, ראייה זו אינה קושרת בהכרח את החשוד לאירוע הואיל ו-50% מהאוכלוסיה הינם בעלי סוג דם זה. מכאן התעורר הצורך במציאת מערכות ביולוגיות אשר ייחדו פרטים באוכלוסיה, כדוגמת טביעת האצבעות (עד היום לא נמצאו שני בני אדם על פני כדור הארץ אשר להם טביעת אצבע זהה, גם לא בין תאומים זהים).

בשנת 1985 חלה פריצת דרך בכיוון זה, בעקבות תגליתו של SIR AJ JEFFREYS, שכונתה "טביעות אצבע של DNA" (2) (3). JEFFREYS הציע שיטה על פיה נבדקת מולקולת DNA, אותה מפיקים מדגימת דם או רקמה אחרת של האדם הנבדק ומולקולה זו מציגה תבנית אופיינית וספציפית, השונה בין אדם למישנהו (אך זהה בין תאומים זהים).

מהו ה-DNA

גוף האדם מורכב מטריליונים של תאים, וכל אחד מהם (פרט לתאי הדם האדומים) מכיל גרעין ובו 46 כרומוזומים. תאי המין (תא זרע או ביצית) מכילים 23 כרומוזומים. התא הנוצר מהפריית הביצית ע"י הזרע מכיל 46 כרומוזומים (23 זוגות). כל זוג כרומוזומים בנוי מכרומוזום אחד שמקורו באם ואחד שמקורו באב. מכאן, מחצית מהחומר התורשתי בכל תא

ד"ר מאיה פרוינד מנהלת המעבדה הביולוגית-משפטית במכון לרפואה משפטית ע"ש גרינברג.

החשוד נקבע האיפיון א-1. באתר "ב" קיימים 5 רצפים שונים (ב1, ב2, ב3, ב4, ב5): בזרע ובדם החשוד נקבע האיפיון ב-3. פרופיל ה-DNA שמתקבל מבדיקת שני אתרים אלה הוא: א-1; ב-3.

ככל שפרופיל ה-DNA יהיה מורכב ממידע על אתרים רבים יותר, הרי התאמה בין פרופיל DNA שנקבע לגבי מוצג מזירת העבירה לבין פרופיל DNA שנקבע בדמו של חשוד, מצביעה על קשר הדוק יותר בין החשוד לאירוע. הראייה מקבלת משנה כובד כאשר מלווה אותה הערכה בירסטטיסטית המצביעה על נדירותו של אותו פרופיל DNA באוכלוסיה (4) (5) (6).

כאשר אין התאמה מושלמת בין פרופיל ה-DNA שנקבע לגבי המוצג ובין זה של החשוד, הרי הקביעה לגבי אי שייכותו של החשוד לאירוע, הינה וודאית. (ייתכן מצב בו בעשרה אתרים פולימורפיים מתקבלת זהות בין הפרופיל שנקבע לגבי המוצג לבין הפרופיל שנקבע לגבי החשוד. לעומת זאת באתר האחד-עשר אין התאמה. במצב זה הקביעה הינה חד משמעית: החשוד איננו יכול לבוא בחשבון כמקור לאותו מוצג).

יתרונות בדיקת DNA לצרכים משפטיים

א. מולקולת ה-DNA יכולה להישמר זמן רב אף בתנאי סביבה קשים ביותר. לעומת הבדיקות הביוכימיות והסרולוגיות "ההיסטוריות" (כגון קביעת סוגי דם) אשר סיפקו ראיות לבית המשפט רק כאשר הנבדק היה בן ימים או שבועות בודדים, בדיקות ה-DNA מתמודדות בהצלחה עם כתמי זרע ודם יבשים בני חדשים ושנים ועם עצמות בנות עשרות ומאות שנים (7).

ב. ניתן היום להפיק DNA ולבנות פרופיל DNA לצרכים משפטיים מכל רקמה שהיא: דם, זרע, רוק, רקמה רכה, עצם, שן, שורש שיערה וקנה שיערה (8).

ג. בעבירות מין מתקבלים לעתים קרובות מוצגים המכילים תערובות שונות: למשל, תערובת בין הפרשות מנרות קורבן האונס וזרע. בעזרת טכניקת ה-DNA ניתן להפריד בין ה-DNA שמקורו בתאי הזרע לבין ה-DNA שמקורו בתאי גופה של הנתקפת. הפרדה כזו מאפשרת בניית שני פרופילי DNA בנפרד, כך שמלאכת התביעה בשיוך חשוד מסויים לזרע, שנמצא בגוף הקורבן, הינה קלה יותר.

ד. יתרון נוסף בשימוש בבדיקות DNA הוא בכושר ההפרדה הגבוה שמספקת טכניקה זו בין אדם למשנהו. בעוד שבשיטות הביוכימיות והסרולוגיות ניתן היה להבדיל פרט באוכלוסיה ברמה של אחד ל-100 עד אחד ל-10,000 הרי אנליזות ה-DNA מאפשרות בניית פרופיל אשר יביא להפרדה ברמה של אחד למיליון ואף למעלה מזה.

ה. טכניקת ה-DNA מסייעת גם בקביעת אבהות. מכיוון שבכל פרט 50% מה-DNA מקורו באב וה-50% האחרים מקורם באם הרי פרופיל ה-DNA של הצאצא הינו קומבינציה של פרופיל שני הוריו. אם אחד האיפיונים שנקבעו בפרופיל ה-DNA של הצאצא איננו כלול בפרופיל של האב, הרי המסקנה המתבקשת היא שהאב הנבדק איננו אביו הביולוגי של הצאצא. בצורה כזו ניתן גם לזהות גופה אלמונית כאשר בידינו פרופיל ה-DNA של הורי הנעדר, ואותו משווים לפרופיל ה-DNA מרקמת הגופה האלמונית.

ו. טכניקת ה-DNA מאפשרת את קביעת מינו של האדם אשר מרקמותיו הופק ה-DNA.

שיטת PCR

אחת השיטות הנפוצות היום לאנאליזת DNA לצרכים משפטיים הינה שיטת PCR Polymerase Chain Reaction: (9). בעזרת ה-PCR ניתן להעתיק ולשכפל קטע ספציפי של DNA במבחנה, כך שמכמות התחלתית מזערית של DNA ניתן לקבל כמות גדולה של הקטע הספציפי. שיכפול ה-DNA מתבצע בעזרת מכשיר אוטומטי ממוחשב, בשלושה שלבים החוזרים על עצמם כשלושים פעם, כך שבסיום כל מחזור מוכפלת כמות ה-DNA. בעיקרון, ניתן לשכפל מולקולת DNA מתא בודד ולקבל מליוני עותקים.

קטע ה-DNA הנבחר להיות משוכפל בעזרת ה-PCR הוא אתר פולימורפי, כלומר אזור על פני ה-DNA המכיל שונות בין אדם למשנהו.

מטרת שכפול הקטע הזה היא לבצע אנאליזה מהירה וקביעת הרצפים השונים הקיימים בין אדם למשנהו באותו אתר. ע"י שיכפול כמה אתרים פולימורפיים יתקבל פרופיל DNA המאפשר הפרדה טובה בין פרטים באוכלוסיה (10).

בעיה נפוצה, איתה נאלצים להתמודד במעבדות לביולוגיה

משפטית, היא היותם של המוצגים המובאים מזירת העבירה קטנים בכמותם (כתם דם זעיר, שורש שיערה, רוק על בדל סיגריה) וירודים באיכותם (עצם שנמצאה שנים אחדות באזור חם ולח). בעזרת טכניקת PCR ניתן להתמודד היטב עם בעיית הכמות והאיכות.

יתרון נוסף בשימוש בשיטת ה-PCR הוא המהירות בה ניתן לקבל תוצאות. בעוד שבשיטות אחרות התוצאות מתקבלות לאחר מספר שבועות, בעזרת ה-PCR ניתן תוך ימים ספורים לבנות פרופיל DNA המורכב בערך מעשרה אתרים.

כדי לקצר את זמן קבלת התשובות עוד יותר נכנס לאחרונה ברחבי העולם שימוש במיכשור אוטומטי ממוחשב (Automatic DNA Sequencer).

בהיות שיטת ה-PCR רגישה ביותר, על המעבדה המבצעת אנאליזת DNA לגבי מוצגים משפטיים, בשיטה זו, לנקוט אמצעי זהירות קפדניים ביותר. אמצעי הזהירות כוללים ביצוע כל שלב משלבי הבדיקות במיקום פיזי שונה, מידור ברור של כל שלב ושלב, ניקיון קפדני ושימוש באביזרים אשר ימנעו העברה בלתי מודעת של שרידי DNA מבדיקה קודמת. מודעות ברמה גבוהה וביקורות לכל שלב משלבי הבדיקה מביאה למניעה מוחלטת של סכנת זיהום (Cross Contamination) העלולה לגרום להפללת אדם חף מפשע.

שימוש ב-PCR לצרכים משפטיים (10)

להלן דוגמאות לשימוש בטכניקת PCR בבדיקת מוצגים משפטיים:

במשך זמן רב נמשך וויכוח בין רופאים משפטיים ברחבי העולם בסוגיית זיהויו של שלד מדרום אמריקה שנחשד כשייך לד"ר יוזף מנגלה הידוע לשמצה. בשנת 1992 נפתרה התעלומה, עקב התפתחות טכניקת ה-PCR ובעקבות הסכמת האלמנה ובנה למסור דגימה מדמם. בעזרת האיפיונים שנקבעו בדמם של האם ובנה ניתן היה לשחזר את הפרופיל הגנטי של האב האפשרי. הפרופיל שהתקבל תאם את פרופיל ה-DNA שנקבע לגבי העצמות. בדיקה זו אישרה סופית את הסברה שמדובר בעצמות הצורר הנאצי (11).

דוגמא אחרת: המערכת המשפטית התלבטה את מי מבין שלושה נוסעי רכב, שהיו מעורבים בתאונת פגע וברח, להעמיד

לדין. כל אחד משלושת המעורבים (אשר נפצעו במהלך התאונה) הכחיש את היותו הנהג. במקומות שונים ברכב נמצאו כתמי דם. למרות שכמות הדם ברכב היתה קטנה ביותר, ניתן היה, בעקבות שכפול שני אתרים ואיפיונם, למיין את הכתמים ברכב ולשייכם לאדם המתאים וכך לקבוע בוודאות מי מהלושה נהג ברכב.

דוגמא שלישית: בפיגועים רבי קורבנות, שאירעו בארץ בשנה שעברה, נדרשה המעבדה הביולוגית המשפטית במכון להיעזר בטכניקת ה-PCR כדי לאפשר זיהוי מהיר של הקורבנות, אשר ברובם נפגעו בצורה חמורה ביותר. ניתן היה למיין חלקי גופות על פי איפיוני ה-DNA ולזהות גופות אלמוניות על סמך השוואה עם פרופיל גנטי שנקבע לגבי דמם של קרובי משפחה. התוצאות שהתקבלו באמצעות טכניקת ה-PCR איפשרו את סיום הבדיקות תוך כ-24 שעות.

דוגמא נוספת: צעיר ישראלי טייל במזרח הרחוק ונעלם. הוריו של הצעיר מצאו שרידי גופה באיזור היעלמו. לא ניתן לזהות את הגופה בוודאות באמצעים אחרים אלא רק בעזרת השוואת איפיוני ה-DNA שנקבעו לגבי השלד עם איפיוני ה-DNA שנקבעו בדמם של ההורים. למרות הכמות המועטה של DNA המצויה בגרעיני התאים בעצמות ולמרות העובדה שחלפה כשנה מאז המוות, הצלחנו לאפיין עשרה אתרים על פני ה-DNA. הנתונים שנאספו איפשרו להגיע לסבירות סטטיסטית גבוהה בזיהוי השלד הנבדק.

כיוונים עתידיים בשדה הביולוגיה המשפטית

הגנטיקה המולקולרית סיפקה במשך השנים האחרונות כלים רבי עוצמה לשימוש הביולוגיה המשפטית. ההתפתחות הטכנולוגית נמצאת כיום בתאוצה וקשה לצפות איך תיראה הביולוגיה המשפטית בעשור הבא.

כיוון אחד בהתפתחות הצפויה הינו שאיפה לאיפיון מהיר של מספר אתרים רב ככל האפשר, על פני ה-DNA, תוך שימוש במכשירים אוטומטיים.

כיוון נוסף הינו יצירת בנק פרופילים של DNA, אשר מדינה מסוימת תבנה או קבוצת מדינות (מדינות האיחוד האירופי, למשל) יבנו במשותף. בנק כזה יכלול בשלב הראשון חשודים בלבד ויסייע בחקירות פשעים בלתי פתורים, עבירות מין

6. Hayes J. M. Budowle B. and Freund M. Arabs Population on the PCR Based Loci: HLA-DQA1, LDLR, GYPA, HBGG, D7S8, GC, and D1S80. J. Forensic Sci.. 705-701: 40; 1995

7. Hagelberg E, Sykes B and Hedges R. Ancient Bone DNA Amplified Nature 1990; 342-485.

8. Hochmeister M.N. and Budowle B. Confirmation of the Identity of Human Skeletal Remains Using Multiplex PCR Amplification and Typing Kits. J. Forensic Sci. 1995; 40: 701-705.

9. Saiki RK, Gelfand H, Stoffel S, Scharf SJ, Higuchi R, Horn GT, Mullis KB, and Erlich HA. Primer Directed Enzymatic Amplification of DNA with a Thermostable DNA Polymerase. Science 1988; 239: 487-491.

10. Kimpton C. and Gill P. Evaluation of an Automated DNA Profiling System Employing Multiplex Amplification of Four Tetrameric STR Loci. Inter. J. Legal Med. 1994; 106: 302-311.

11. Edwards A, Civitello A, Hammond HA, and Caskey CT. DNA Typing and Genetic Mapping with Trimeric and Tetrameric Tandem Repeats. AM. J. Human Gen. 1991; 49: 746-756.

12. Jeffreys AJ, Allen MJ, Hagelberg E, and Sonnberg A. Identification of the Skeletal Remains of Josef Mengele by DNA analysis. Forensic Sci. Inter. 1992; 56: 65-76.

סידרתיות וכו'. בשלב שני בנק זה יכלול את כל האוכלוסייה ויסייע בזיהוי שרידי גופה אשר לא ניתן לזהותם בדרך אחרת.

שימוש מעשי ברעיון זה הינה הצעת המכון להקמת מאגר פרופילים גנטיים של הורי ילדי תימן האבודים וקרוביהם. נתונים ממאגר זה יאפשרו בעתיד לזהות שרידי גופות שלטענת השלטונות נפטרו ונקברו בשנות החמישים. כמו כן, ניתן יהיה לאשש או לדחות את טענות אלה הגורסים שהינם מילדי תימן שאומצו בשנים ההן בניגוד לרצון הוריהם.

מקורות

1. Lansteiner K. Individual Differences in Human Blood Science 1931; 73: 403

2. Jaffreys AJ, Wilson V and Thein SL. Hypervariable "Minisatellite Region in Human DNA. Nature 1985;314:67-77.

3. Jeffreys AJ, Wilson V and Thein SL. Individual Specific "Fingerprinting of Human DNA. Nature 1985; 316: 76-79.

505-501: 339; 1989 Lander ES. DNA Fingerprinting on Trial. Nature. 4

5. National Research Council. DNA Technology and Forensic Science Washington DC: National Academy Press, 1992.

בדיקות גופניות כפויות להוכחת נזק

הדין המצוי והדין הרצוי

בדיקות רפואיות לדרישת "מוסדות חקירה" (1)

בית המשפט חלים עליו. מאידך, הוכר הצורך בשיטות המשפט השונות לאזן בין שמירת זכויות הפרט של קרבן התאונה לבין זכות הנתבע להתגונן בפני התביעה ולאפשר לו בחירת דרכי ההוכחה... (10).

כמו כן, קובע ביהמ"ש כי אדם יכול לסרב לבדיקה אם יש לו הצדק הסביר, לפי תקנה 137 לתקנות סדר הדין האזרחי, תשמ"ד-1984. בפרשה אחרת, בנושא הוכחת אבהות, קבע ביהמ"ש העליון כי:

"...בדיקת דם לא תיערך על כורחו של הנבדק, ואין בית המשפט מוסמך לצוות על כפיית בדיקה זו ללא הוראת חוק ברורה ומפורשת של הכנסת" (11).

מצינו אם כן, כי בתי המשפט היו ערים לבעיות, דהיינו לאינטרסים המתנגשים שבין שני הצדדים. ביהמ"ש בוחן בכל מקרה לגופו, האם קיימת הוראת חוק המסדירה את העניין, ובהיעדרה של זו, לא יצווה על בדיקה כלשהי.

פסק הדין הראשון הסדיר את הסוגיה בכל הנוגע לבדיקות רפואיות בין מתדיינים כאשר מדובר בתביעה ביטוחית נזיקת שחלו עליה תקנות הסד"א, שאז יבחן ביהמ"ש את הסירוב לפי מבחני "ההצדק הסביר" (12) כפי שהללו פותחו בפסיקה. מכאן, שהבעיה ברורה, אך מתחדדת כאשר בהוראת חוק מפורשת עסקינן. האם בהוראות החוק (13) (להוציא הוראות הסד"א), העוסקות בחובה לעמוד לבדיקות רפואיות בפני רשות חוקרת, קיימת הגנה כלשהי על הנפגע-התובע? טרם דיון בשאלה זו, יש לסקור את עמדת המשפט המשווה בסוגיה של סמכות ביהמ"ש לכוף בדיקה רפואית.

2. עמדת המשפט המשווה: (14)

2.1 המשפט האנגלי: עד לעת האחרונה לא נכפו בדיקות רפואיות עפ"י שיטת משפט זו (15). רק ב-1968 נעשה נסיון להכניס סעיף כופה אל החוק החרות, אך ההצעה לא אומצה. אולם בשנת 1969, בפרשת Edmeades (16), בחקיקה שיפוטית, נקבע כי לביהמ"ש סמכות טבועה להורות על

1.1 רקע: בדיקות רפואיות

להוכחת נזק נערכות בד"כ לצורך האינטרס הממוני של הנפגע (2). יש והבדיקות פולשניות-חדרניות ואף ניתוחיות, ויש והבדיקות חיצוניות (3). הבעיות נוצרות לרוב בכל הנוגע לסוג הראשון של הבדיקות, כאשר הנפגע מסרב ליפלישה אל תוך גופו וקרביו, אולם לעיתים גם



אייל כתבן

בדיקות 'חיצוניות' עשויות לגרום לפגיעה לא מבוטלת בפרטיותו ובכבודו של האדם. בספרות התייחסו המלומדים אל הבדיקות הללו כבדיקות לחולים נכים לצורך קביעת נכות. מוצע כאן לדייק בהבחנה בין בדיקות להוכחת נזק לבין בדיקות לקביעת נכות (5). יודגש גם כי בביטוי 'בדיקות להוכחת נזק' אנו כוללים גם בדיקות פסיכיאטריות/ פסיכולוגיות הנערכות לתובעים.

החקיקה בנושא דנו עניפה (6), וגם בפרקטיקה השימוש בבדיקות הינו רבי-מימדים (7). בדיקות רפואיות להוכחת נזק נעשות כדבר שבשיגרה, מעשה של יום ביומו. אולם, למרבה הפלא הפסיקה בנושא דלה ומועטה מבחינת היקפה (8). מיעוט פסקי הדין עומד ביחס הפוך לחשיבותו של נושא סבוך זה. לפיכך, נבחן להלן את הבעיות השונות, את האינטרסים המתנגשים, את הפתרונות האפשריים וכיו"ב.

1.2 הצגת הבעיה: בפרשת שריקי (9) נדונה שאלת סמכותו של בית המשפט לכוף בעל דין להעמיד את גופו לבדיקה רפואית. פסק הדין שניתן מפי כבוד שופטת בית המשפט המחוזי רות שטרנברג-אליעז עורך סקירה ממצה לגבי המצב הקיים בנושא בארץ ובעולם. וקובע ביה"מ:

"בשיטתנו, שבה אין חוקה, פיתחו בתי המשפט רגישות רבה לשמירה על כבוד האדם וזכות הפרט להיות אדון על גופו... אין חולקין, שבית המשפט אינו רשאי לכוף בעל דין להעמיד את גופו לבדיקה זו או אחרת על-ידי מתן צו עשה שהליכי בזיון

בדיקה רפואית, וזאת בכדי לאפשר לנתבע להגן על עצמו כראוי (17). יש להדגיש, כי בניגוד למצב המשפטי בארץ, קבעה הפסיקה האנגלית כי המדובר רק בבדיקות לצד שנפגע פגיעה גופנית, ואילו בארץ, מכח תקנות הסד"א, מדובר בכל עניין רפואי.

2.2 המשפט האמריקאי: בהתחלה, נדחתה על הסף כל אפשרות של כפייה (18). אולם מצב זה השתנה לחלוטין עם אימוצו של כלל 35 ל-Federal Rules of Civil Procedure (19) בשנת 1938. עפ"י כלל זה צד יכול לכופ את הצד השני להיבדק - לא רק כדי להתגונן בפני הוכחות הצד השני, אלא גם כדי להוכיח את טיעוניו שלו (20).

בארה"ב הכירו בחשיבותו של אינטרס הפרטיות בכל הנוגע לכפיית בדיקות רפואיות, ולכן התייחסו לעניין בדרך שונה מהדרך בה נהגו בצווי גילוי ראיות רגילים (21). בין כך ובין כך, למתדיין הסבור כי ביהמ"ש השתמש לרעה בשיקול דעתו בהוצאת צו לבדיקה רפואית, שמורות מספר אופציות ודרכי פעולה. כל זאת מהסיבה כי צד שאינו יכול להיענות לצו זה חשוף לסנקציות משפטיות כבדות (להוציא הליכי בזיון ביהמ"ש) (22). ואולם, אין לערער על צווים מעין אלה, וזאת עפ"י Final Judgment Rule. מכאן, שיצאו הניזקים וידיהם על ראשיהם, כאשר לא צייתו לצו הבדיקה. והנה, פועל הקונגרס האמריקאי לאחרונה לשינוי המצב המשפטי בנושא זה (23). כתוצאה מכך, נתונה כיום לביהמ"ש העליון האמריקאי הסמכות להחליט מתי צו הינו סופי ומתי הצו ניתן לערעור.

2.3 המשפט העברי: בתי הדין הרבניים מוסמכים לצוות ואף לאכוף בדיקות רפואיות. כאשר בא בית הדין להכריע בין שני צדדים וכשמדובר בעדות מהותית הזכות לפרטיות אינה קיימת. ואכן, בהיסטוריה המשפטית היהודית, הורו בתי הדין לערוך בדיקות שונות, אם היה בהן כדי לתרום לעשיית הצדק (24).

3. האינטרסים המתנגשים:

3.1 האינטרסים של הנתבע: כפי שראינו, לנתבע הזכות להתגונן בפני התביעה, כאשר חלק ממערך ההגנה שלו מבוסס על היכולת לסתור את ממצאיו הרפואיים של התובע. לשם כך יבקש הנתבע לכופ את גופו של התובע לבדיקה רפואית. חששו של הנתבע נובע מהתופעה הידועה כ"התחזות". ד"ר

מ. לוטם (25) במאמרו "התחזות" (26) מציג בצורה קשה ביותר את התופעה בביטויים כגון: "...מי ששרת בצה"ל פגש בוודאי בספקטרום רחב של מתחזים, החל מן המתחזה הקטן, שבסך הכל מעוניין בכמה "גימלים" ועד אלה שהופכים לנכי צה"ל ומהווים נטל על החברה". והדברים כבר זכו לדברי ביקורת (27). אך דווקא על רקע קיצוניות זאת ניתן להבין את גישתו של הנתבע, או כדברי ד"ר לוטם: "על הרופא ועל המשפטנים להיות ערים לכך כי ההתחזות נפוצה למדי, ויש לראותה כנגע חברתי ומוסרי וכרמאות לשמה. ניתן לחשפה ויש לעשות זאת בהקדם, כדי להקטין את הנזק שההתחזות גורמת לכלכלה ולחברה (28). כיום, גם האינטרסים של הנתבע מוגנים ע"י חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו (29), סעיף 3, הקובע כי "אין פוגעים בקנינו של אדם".

3.2 האינטרסים של התובע: כפי שראינו מפסקי הדין שלעיל, וכפי שנובע מחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, לתובע אינטרסים כבדי משקל העשויים לתמוך בסירובו להיבדק. כך למשל, בסעיף 2: "אין פוגעים בחייו, בגופו, או בכבודו של אדם באשר הוא אדם", ובסעיף 4: "כל אדם זכאי להגנה על חייו, על גופו ועל כבודו", וכן בסעיף 7, ובמיוחד בסעיף-קטן ג': "אין עורכים חיפוש ברשות היחיד של אדם, על גופו, בגופו או בכליו". הסעיפים הללו פורשים הגנתם על אינטרס הפרטיות, כבוד האדם ושלמות גופו.

3.3 התנגשות האינטרסים: לפנינו, כאמור, אינטרסים בעלי אופי חוקתי, על-חוקי, המתנגשים זה בזה במלוא עוצמתם: זכות הקניין של אדם וזכותו להתגונן בפני התביעה מחד, והזכות לפרטיות והשמירה על החיים, הגוף והכבוד מאידך.

גלוי וידוע לכל בר-בירב כי על הזכויות המוגנות הללו לעמוד בתנאי פסקת ההגבלה (30). כבר ראינו כי החוקים הרלבנטיים לעניינו (31) כופים על התובע להיבדק. מכאן, שידו של הנתבע על העליונה וזכותו הקנינית, כמו זכותו להתגונן, מוגנות היטב. אך מה בנוגע לתובע וזכויותיו, האין צורך להגן גם עליו: אין עוררין כי הצורך קיים, אך טרם דיון בשאלה גופא, נבחן את אופי הבדיקות המעוררות את הבעייתיות, את מהות היכפיה ואת הסנקציות המוטלות על המסרב.

4. אופיין של הבדיקות שבמחלוקת: בדיקות רפואיות, כאמור מסווגות לשתיים: א. בדיקות "על פני השטח", על המעטפת החיצונית של גוף הנבדק (32). ב. בדיקות חודרניות-פולשניות, הפוגעות אף הן באינטרסים של פרטיות וכבוד האדם, אך

וזאת בניגוד לשאר כללי סדר הדין האזרחי בארה"ב המטילים את חובת הגילוי, תוך אכיפתה ע"י הטלת קנסות, או מאסר בגין בזיון ביהמ"ש (42).

באיטליה, היסרבן יצא וידיו על ראשו אם ינסה להסתמך על ראיות רפואיות. סירובו עשוי לשמש לרעתו, כאשר ביהמ"ש יבחן את הראיות שלפניו (43).

6. הנימוקים לסירוב: ההגיון מחייב כי התנגדותו של התובע לבצע בדיקות רפואיות צריכה להיות מנומקת, סבירה וממשית. בפסיקת בתי המשפט בישראל הועלו מספר טענות כגון: טלטולו של התובע למרחקים, כאשר ניתן לבצע את הבדיקה בקרבת ביתו (44), וכן בדיקות חוזרות ומיותרות כפרשת שריקי. הצדקה סבירה עשויה לנבוע גם מאופי הבדיקה - אם זו מסוכנת או עלולה לגרום נזקים (45) או פגיעה ממשית בפרטיות ובכבוד האדם. היות ונימוקי הסירוב רבים, נראה כי שיקול הדעת שמבחן 'ההצדק הסביר' מעניק לביהמ"ש הוא הפתרון הבריא ביותר, תרתי משמע, לכל הצדדים הנוגעים בדבר.

7. דיני הראיות: גם דיני הראיות עומדים לצידו בבעיה זו. נטל הבאת הראיה ונטל השכנוע מוטלים על התובע, וזאת

בנוסף עשויות להיות מסוכנות. הבדיקות הפולשניות רבות ומגוונות: בדיקת E.M.G (33), בדיקת ארטרוסקופיה (34). די"ר לוטם מציין במאמרו מספר בדיקות מסוג זה, אולם מתעלם מהסכנות, מהכאב ומהפגיעה האפשרית בנבדק כתוצאה מהן (35).

5. מהות ה'כפיה' והסנקציות: כאשר משתמשים במונח 'כפיה' בהקשר זה, אין הכוונה לכפיה פיסית ישירה, אלא להתניית הפיצויים, או אפילו התניית התביעה כולה, בביצוע הבדיקה. במרבית החוקים העוסקים בבדיקה רפואית של תובעים במקרי הוכחת נזק, אכן מצויה סנקציה זו או אחרת. להלן מספר דוגמאות:

1. "המוסד רשאי להפחית, להשהות או לשלול גימלה... למי שסרב לעמוד לבדיקות רפואיות..." (36)
2. "לא נבדק אדם כדרוש בתקנות... רשאי המוסד לשלול את הזכות לגימלה בעד הזמן..." (37)
3. "הורה קצין התגמולים על בדיקתו מחדש של נכה, והנכה לא מילא... רשאי קצין התגמולים להורות על הפחתת תגמוליו עד אשר ימלא אותה חובה..." (38)
4. "...לא התייצב לבדיקה כאמור, ללא צידוק מספיק, רשאית הרשות המוסמכת למנוע ממנו או להפסיק את תשלומיו עד שיתייצב..." (39)
5. "מי שהומצאה לו דרישה... רשאי להגיש לבית המשפט... בקשה לביטולה. הוא הדין בנפגע שנדרש לעמוד לבדיקה אשר יש בה, לדעתו, כדי לפגוע בבריאותו או כדי לסכנה..."

"לא נענתה דרישתו של מומחה... ולא הוגשה התנגדות... בעל דין רשאי לפנות לבית המשפט בבקשה לצוות על ביצוע הבדיקה..." (40)

יוצא, שהסנקציות יוצרות "הזמנה שאי אפשר לסרב לה". הנפגע, על אף הסיכונים הכרוכים בבדיקה, יבצע אותה כדי לא לפגוע בזכויותיו.

ה- Common Law לא הטיל כל חובה להיבדק, ומכאן שלא עמדה לנתבע או לביה"מ כל אפשרות להטיל סנקציות על התובע (41). אולם, בפרשת Edmeades, עת יצר ביה"מ את סמכותו להורות על בדיקה, נקבעה גם הסנקציה של הסרת וביטול התביעה במקרה של סירוב בלתי סביר.

במשפט האמריקאי, ה"עונש" המקסימלי המוטל על צד המסרב לכופעצמו לבדיקה רפואית הוא הסרת התביעה,



עפ"י הכלל של "המוציא מחברו עליו הראיה". מכאן, שבדרך כלל יהיה על הנפגע להביא את ראיותיו. אולם, בסדרת פסקי דין שניתנו לאחרונה, נראה כי כלל זה נסוג במקצת, עת נחלקו השופטים בדיעותיהם.

כבוד השופט גולדברג בפרשת וייסנר (46) נוטה במקרי הגבול להטיל את נטל השכנוע על התובע (במקרה זה המבוטח), מכיוון שלו היכולת להוכיח העובדות. נראה, כך על פי התיחסותו לדברי ביה"ד קמא, העברת הנטל על חברות הביטוח תגרום למקרים של "שריפה עצמית", או כהגדרתו: "...פיתויים שמציב נושא הביטוח לאנשים בלתי ישרים...". והאנלוגיה למקרה שלנו ברורה - יצירת מתחזים. לעומתו, כבוד הנשיא (בדימוס) שמגר בפרשת סיני (47) מעביר את נטל השכנוע אל חברת הביטוח כי היא זו שיכולה לשאת בנטל השכנוע במקרים של טעויות. אחרי הכל, מבוטח שנפלה טעות בהחלטה לגביו, ימצא עצמו חסר כל, ואילו חברת הביטוח תבזר את העלות על כלל המבוטחים. לצורך ההיקש בלבד, המחלוקת שבין שני השופטים המכובדים דומה מאוד לבעיה שבסוגיה שלפנינו. נוטה הייתי ללכת בדרכו של הנשיא שמגר ולהטיל את החבות על כתפי חברת הביטוח, אולם, עם כל הכבוד, גישה זו היתה גורמת בשלב זה או אחר להעלאת פרמיות הביטוח, וכך היינו חוזרים לנקודת ההתחלה. מה עוד, שעלינו לזכור כי בסוגיית הבדיקות הכפויות אין מדובר בנטל שכנוע ובנטל הבאת הראיה במובנם הרגיל, אלא בהקשר לפגיעה בזכויות יסוד חוקתיות של התובע.

8. איזון האינטרסים: כפי שראינו, המוסדות הנתבעים מוגנים על ידי חוקים רבים המסדירים את הנושא. חוקים מעטים נותנים הגנה גם לתובע. ומאין יבוא לנו מזור? מהו הפתרון הראוי להגנה על שני בעלי הדין? אחרי הכל לפנינו שתי זכויות חוקתיות שוות ערך כמעט. לטעמי, בפסק הדין בפרשת שריקי ערך ביהמ"ש את איזון האינטרסים והציג את מבחני 'ההצדק הסביר'. נראה לנו כי זו הדרך הראויה והרצויה. אולם, תוקפם של החוקים הקיימים כיום בנושא אינו נתון למרות ביה"מ, גם לא עפ"י חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו (48). מכאן, שהנפגע יוצא וידיו על ראשו: הסנקציות נותרות בעינן, הכפיה נשארת על כנה, והנתבע זוכה להגנה טובה ביותר.

לעניות דעתנו, אין הדבר מתקבל על הדעת. הנפגע נמצא במצב שבו עליו לכופ את גופו לבדיקה רפואית העשויה לסכן את שלומו, בריאותו, כבודו ופרטיותו, וכל זאת כדי לשמור על האינטרס הממוני שלו (49), ולמעשה גם על האינטרס של הנתבע. כאשר עומדים, זה מול זה, אינטרס ממוני מול

האינטרס של שלמות הגוף או כבוד האדם, מן הראוי להעדיף את האינטרס האחרון, תוך מאמץ, כמובן, להגן גם על הראשון. ואכן, יש המציעים כי "רצוי שחברות הביטוח ועושי דברן - רופאים ומשפטנים - יעשו הכל מיד לאחר תאונה, שבה נפגע אדם, כדי לסייע לו ולבני משפחתו ויתחשבו לאחר מכן עם מי שצריך להתחשבן, ולא עם הפרט שנפגע, ובוודאי שלא להזדרז ולטעון שהוא מתחזה (50). אולם גם פתרון זה, עם כל הכבוד, אינו נראה מפאת חד-צדדיותו, והפעם לטובת הנפגע.

כיצד נגיע להסדר הראוי? ובכן, נראה כי בתקנות הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), תשמ"ז-1986 (51), הגיע מחוקק המשנה, אל המנגנון האידיאלי. להלן הרעיון לשלבו השונים (52):

1. הגשת התביעה על ידי הנפגע.
2. בקשת הנתבע כי התובע ייבדק בבדיקות רפואיות.
3. במקרה והתובע מסרב, עליו לפרט את נימוקי התנגדותו, ולתמוך את נימוקיו בתצהיר.
4. אם לא נענתה הדרישה להיבדק, ולא ניתנו כל נימוקים, רשאי הנתבע לבקש מביהמ"ש שיצווה על ביצוע הבדיקה.
5. אם לא נענתה הדרישה להיבדק, אך ניתנו נימוקים אזי:
 - א. אם הנימוקים שיכנעו את הנתבע לא תתבצע הבדיקה.
 - ב. לא סיפקו הנימוקים את הנתבע, הוא יכול לפנות אל ביהמ"ש כדי שיכריע בסוגיה.
6. בית המשפט יכריע, כשיובא הענין לפניו, על סמך השיקולים והמבחנים, כפי שהללו פותחו בפסיקה. מכאן, שביהמ"ש יבחן את האינטרסים הנוגדים ואת הסירוב לאור מבחן ההצדק הסביר. להוסיף כי גם כאשר הוציא בית המשפט צו המורה לניזק לכופ את גופו לבדיקה רפואית, יש לתת לאחרון אפשרות לערער על הצו (53).
7. בנוסף, יש לציין כי על הבדיקות לעמוד בכללים פרוצדוראליים, שמן הראוי לקבעם בתקנות. תפקיד הכללים - להגן עד כמה שניתן על כבודו, פרטיותו ושלמות גופו של הנבדק במהלך הבדיקה.

ולסיום: בתחום זה של בדיקות להוכחת נזק, מן הראוי שהבדיקה הרפואית ותתבצע בידי מומחה הממונה ע"י ביהמ"ש (54), ורק כאשר הבדיקה נחוצה לחלוטין. הסיבה לכך פשוטה - יצירת איתלות בין התובע או הנתבע לבין הרופא הבודק (55), תוך בטחון בכך שהתובע לא יבצע בדיקות מיותרות (56).

שיטה דומה אומצה, חלקית, בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים (לפיו אין הנפגע חייב לעמוד לבדיקה רפואית מטעם הצד השני), ובצורה מלאה יותר, בבתי הדין לעבודה (57). זה המקום לפנות אל המחוקק, למען יפעל לשינוי המצב המשפטי והתאמתו לרוח הזמן כפי שזו עולה מחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו.

מקורות והערות:

1. המושג 'מוסדות חקירה' כולל בחובו הן גופים כמו המשטרה וחברות חקירה, הן מוסדות כגון הביטוח הלאומי ואגף השיקום של משרד הבטחון, ואף חברות ביטוח.

2. להבדיל מהמקרה של הוכחת הארוע, בו האלמנטים הינם פליליים - לחשיפת הפוגע ולהרשעתו, כאן דנים אנו באלמנטים הנזיקיים של הפגיעה.

3. הנערכות בשטחו החיצוני של הגוף.

4. ראו למשל, א. כרמי, רפואה ומשפט, (תשל"א) בעמ' 4.

5. למשל, בדיקות לקביעת נכות נערכות לעתים לילדים נכים, אולם לאו דווקא לצורך הוכחת נזק, אלא לצורך זכאותם לשירותי סיעוד שונים. לעניין זה ראו תקנות הביטוח הלאומי (דמי מחיה, עזרה ללימודים וסידורים לילד נכה), תשמ"מ-1980, בסעי' 3 (ד), 9.

6. החוקים העוסקים בנושא הינם: תקנות סדר הדין האזרחי, תשמ"ד-1984, בסעי' 132, 135, 128. תקנות פיצויים לפגנעי תאונות דרכים (מומחים), תשמ"ז-1986, בסעי' 9-11. פקודת פיצויים לעובדים, 1947, סעי' 8-10. חוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב), תשכ"ח-1968, בסעי' 61, 90 ג (ב), 127 לה, 134. תקנות הביטוח הלאומי (בטוח נפגעי תאונות), תשמ"א-1981, בסעי' 2. תקנות הביטוח הלאומי (ביטוח בפני פגיעה בעבודה), תשי"ד-1954, בסעי' 16. תקנות הביטוח הלאומי (קביעת דרגת נכות לפגנעי עבודה), תשט"ז-1956, בסעי' 3, 8, 38, 40, 10. בתקנות הביטוח הלאומי (ביטוח נכות) (מתן שירותים מיוחדים), תשל"ט-1978, בסעי' 10. תקנות הביטוח הלאומי (בדיקות רפואיות), תשכ"ה-1965, בסעי' 1. חוק הנכים (תגמולים ושיקום) [נוסח משולב], תשי"ט-1959, בסעי' 37. חוק נכי רדיפות הנאצים, תשי"ז-1957. חוק נכי המלחמה בנאצים,

תשי"ד-1954, בסעי' 11. חוק שירות המדינה (גימלאות) [נוסח משולב], תשי"ל-1970, בסעי' 98. חוק שירות הקבע בצבא הגנה לישראל (גימלאות) (נוסח משולב), תשמ"ה-1985, בסעי' 52. תקנות שירות הקבע בצבא הגנה לישראל (גימלאות) (כללים ומבחנים לקביעת דרגת נכות), תשנ"א-1990, בסעי' 5, 6.

7. יש לזכור כי בדיקות להוכחת נזק אינן בגדר קטגוריה בלעדית. נוספות אליה קטגוריות נוספות כגון בדיקות לעובדים, לאסירים, להוכחת אבהות ועוד, שאין זה המקום לדון בהן.

8. אולי מכיוון שהניזקים אינם מודעים לזכויותיהם, או לאפשרות להתנגד לבדיקות.

9. תא 2885/82 **דוד שריקי נ. ציון חברה לביטוח בע"מ** פ"מ מה (2) 163, להלן: פרשת שריקי.

10. פרשת שריקי, שם, בע' 166.

11. עא 548/78 **נועה שרון נ. יוסף לוי** פ"ד לה (1) 736, 755. להלן: פרשת שרון.

12. כאן מדובר במבחן כפול: 1. האם סביר סירוב הנתבע והאם סירובו עלול לפגוע בהכרעה צודקת במשפטו. 2. המבחן האובייקטיבי - האם בנסיבות המקרה התנהגות בעל הדין הגונה וסבירה. ראו פרשת שריקי, לעיל הערה 15, בע' 167. כן ראו, ברי"ע 305/80 **שילה נ. רצקובסקי ואח'**, פ"ד לה (3) 419, 453, להלן: פרשת רצקובסקי. במקרה זה נדון סירוב לביצוע בדיקה פסיכיאטרית. יש לציין כי המבחן אינו ברור לחלוטין, אלא, כמו מבחן תום הלב, נתון לשיקול דעתו של ביהמ"ש.

13. או התקנות, בהתאם לעניין.

14. עמדת המשפט המשווה נבחנת בכל הנוגע לסמכות ביהמ"ש להורות על בדיקה רפואית.

15. ראו ד. פרימר, **"בדיקות רפואיות עפ"י צו בית המשפט והזכות לצנעת הפרט"**, זכויות האדם ביהדות (גליון מיוחד של תקדים גיד), תשנ"ב, 233.

16. **Edmeades v. MILLS Ltd (c.a) Thames Board** להלן: פרשת Edmeades [1962] Q.B. 67.

26. מ. לוטס, "התחוות", רפואה ומשפט 6, אפריל 1992, 16.

27. ראו ברשימת הביקורתית של א. כורץ, "תאונה, התחוות ואבחון לא רק ע"י אורטופד - רפואה ומשפט 9, דצמבר 1993, 27. להלן עיקרי דבריו: "קריאת המאמר הסבה לי אכזבה וכעס, כקורא נבון, שקריאתו ביקורתית, ויכולתו להבחין בין מאמר רציני לכתבה שמקומה בעיתונות צהובה. לצערי שייך מאמרו של ד"ר לוטס לקבוצה השנייה".

28. מ. לוטס, לעיל הערה 26, בע' 18.

29. ס"ח 1391, תשנ"ב, עמ' 150.

30. סעיף 8 לחוק היסוד.

31. ראו לעיל הערה 6 והחוקים שם.

32. כאשר מדובר בבדיקות "חיצוניות" באברים המוצגים של התובע. נראה לי, כי במקרים מעין אלה לא יעמוד לתובע ההצדק הרפואי לסירוב, וזאת מהסיבה שבדיקה חיצונית אינה מסוכנת, ובהיעדרה אין כל אפשרות ריאלית לבצע בדיקה. הבעיה שנוטרת בעינה היא הפגיעה בצנעת הפרט, בעיה שפתרונה עשוי להימצא בסדרי הבדיקה הראויים, כגון נוכחות מינימלית של בודקים, דהיינו הרופא הרלבנטי לצורך הבדיקה ואדם נוסף שיהיה נוכח בבדיקה, להזמנתו של הנבדק, ולטובתו. למרבה הצער, גם התנאים המינימליים הללו אינם נשמרים בקפידה. עוד בעיה מתעוררת לעניין צילומי הרנטגן והחשיפה לקרינה המסוכנת הנפלטת מהללו. ברשימה זו נתייחס לבדיקות מסוג זה כבדיקה מסוכנת בתחום ה"פולשני".

33. המדובר בבדיקה, שבה מוחדרות מחטים אל אבריו של המתלונן, על מנת לבדוק את ההולכה העצבית. הבדיקה קשה וכואבת.

34. כאן מדובר בבדיקה ניתוחית ממש.

35. מ. לוטס, לעיל הערה 26, בע' 17.

36. סעי' 127 כד לחוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב), תשכ"ח-1968.

17. S. Goldstein, "COMPELLING MEDICAL EXAMINATION OF LITIGANTS: A COMPARATIVE ANALYSIS", 21 ISR. L. REV.1986, 143, 146.

18. לסקירת עמדת המשפט האמריקאי Goldstein, supra note 17, at P. 150. 3d . 1012 33 A.L.R.

19. "When the mental or physical condition (including the blood group) of party, or of a person in the custody or under 35. a Fed. R. Civ. p the legal control of a party, is in controversy, the court in which the party to submit to a physical the action is pending may order or mental examination by a suitably licenced or certified examiner or to produce for examination the person in his custody or legal control. The order may be made only on motion for good cause shown and upon notice to the person to be examined and to all parties and shall specify the time, place, manner, conditions, and scope of the examination and the person or persons by whom it is to be made."

Sibbach v. Wilson & Co. Inc 61 S. Ct. 422

(1941) פסק הדין הראשון שדן בסעיף הינו

20. S.Goldstein, supra note 17, at P. 150-1 ראה 15, בעמ' 233-237, ואת מחלוקת השופטים בנוגע ליישומו של כלל זה. כלל 35 שונה שוב ב-1988. על השינויים ראה. D. L.Enockson, S.Z.Lange,K.M.Newman 26 Family L. Q.(1992) 44,43.

21. השינויים דנים בעיקרם בתנאי כשירותם של הבודקים. J.G. Matye "Interlocutory Appeals of Rule 35 Medical Examination Orders" 61 U. M. K. C. L. J. (1993) 503, 517.

ראה הסקירה המשווה של המצב המשפטי בארה"ב ובאנגליה בפס"ד בפרשת שריקי. (הערה 15, בע' 166-7)

22. J.G.Matye, ibid, at p.517-518

23. ibid, at p.529

24. ד. פרימר, לעיל הערה 15. כן ראה את הדוגמאות והאיזכורים שמביא המחבר, שם.

25. בהיותו אורטופד בכיר בביה"ח "מאיר" בכפר-סבא.

37. סעי' 16 לתקנות הביטוח הלאומי (ביטוח בפני פגיעה בעבודה). תשי"ד-1954.
38. סעי' 37 (ד) לחוק הנכים (תגמולים ושיקום) [נוסח משולב], תשי"ט-1959.
39. סעי' 11 (א) לחוק נכי המלחמה בנאצים, תשי"ד-1954.
40. סעי' 10-12 לתקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים), תשמ"ז-1986, לתקנה זו נתייחס ביתר פירוט בהמשך.
41. S. Goldstein, Supra note 17, at p.146.
42. S. Goldstein, ibid, at p. 151-2.
43. S. Goldstein, ibid, at p. 152-3.
44. ראו פרשת רצקובסקי, לעיל הערה 18. כן ראה, 42, Stuart v. Bunford F. R. D. 591 (1967).
45. ראו למשל, Aspinal v. Sterling Mansell Ltd (1981), 3 All. E.R. 866 המאוזכר במאמרו של S. Goldstein לעיל הערה 17, בעמ' 155.
46. ע"י 391/89 וייסנר אוריה ואח' נ' אריה חברה לביטוח בע"מ ואח' פ"ד מז (1) 837. (להלן: פרשת וייסנר).
47. ע"י 1845/90 רוני סיני נ. מגדל חברה לביטוח בע"מ פ"ד מז (5) 661. (להלן: פרשת סיני). פסקי הדין עסקו בתביעות ביטוחיות הנוגעות לפריצה או לשריפה, אך מתאימים, בשינויים המחוייבים גם למקרה שלנו.
48. זאת מכיוון שחוק היסוד אינו חל רטרואקטיבית עפ"י סעי' 10 שבו. אך יתכן וביהמ"ש יוכל לפרש החוקים הללו באופן שיתישבו עם חוק היסוד.
49. הנובע מהכלל של פיצויים בעבור השבת המצב לקדמותו.
50. א. כורץ, לעיל הערה 27, בע' 29.
51. תקנות אלה אינן מודרניות, יחסית, ואולי משום כך אנו רואים את הליברליות הרבה שבהן.
52. הבסיס לפתרון הינו, כאמור, התקנות, אולם תוך שינויים ותיקונים.
53. להצעות נוספות בעניין זה ראה:
B. A. Porter & M. B. Robinson Protected Persons and Their Property in New South Wales. (1987), 44-45
בין כך ובין כך, אין לאפשר כפייה פיסית על אדם להיבדק. אולם סירובו, ללא הצדק סביר, ישמש לרעתו.
54. ראו גם מ. לוטם "מחשבות על חוות דעת רפואית", רפואה ומשפט 8 מאי 1993, 24.
55. דבר העשוי להסיר את דאגתם של החוששים ממתחזים.
56. ראו לעניין זה ע"א 744/80 גדעון סולומון נ. קצין התגמולים לפי חוק הנכים, פ"מ מב (1) 221, 237: "...הזמנת נכים לבדיקות חוזרות דרך שיגרה לא נראית לי נכונה והיא אף אינה נחוצה..." יתר על כן, בסוגיה שלנו אין עוד צורך להוכיח את קרות הנזק, אלא את גבהו בלבד.
57. שם ממונה המומחה ע"י ביה"ד, תוך הגבלת חקירה נגדית של המומחה בביה"ד. ראה ס. אדלר "מומחים יועצים רפואיים בבתי דין לעבודה" המשפט (מתוך מוסף "הארץ" יוני-1993).

עבריון חולה נפש והגנה על הקהילה

השקפה של פסיכיאטר

במקרים בהם הפתולוגיה אינה מגיעה לדרגה המשחררת מאחריות פלילית, המשפטנים מציעים להפעיל את המושג של אחריות מופחתת שיצדיק הפחתת העונש. מצידם, הפסיכיאטרים מתייחסים להפחתת העונש במקרים אלה כהמשך הגישה הטרום טיפולית, לפיה חומרת העונש תהיה ביחס הפוך לדרגת הפתולוגיה. בעינינו, מוצדק להתחשב בקיום פתולוגיה, גם מחוץ למסגרת הפסיכוזות. באחוז די גבוה של מקרים אלה, ישנה הצדקה לטיפול מעבר למה ששרותי בריאות הנפש ליד בתי הסוהר מסוגלים להעניק בהרכבם הנוכחי.

באשר לעבריינים שאכן זוכים להגנה על אי שפיות, ישנם שופטים אשר חוששים שהעברת העבריינים לידי הפסיכיאטרים מתייחסת בעיקר לאינטרסים של העברייין אך מזניחה את הצורך להגן על הקהילה. בסך הכל ניתן לומר שמשפטנים ופסיכיאטרים תמימי דעים ותומכים באותם העקרונות הבסיסיים ובמשימות הרצויות לגבי מבצעי עבירות. ויכוחים מתעוררים סביב התועלת והמגבלות של האמצעים המיועדים להשגת משימות אלה, אשר מתחלקות לשני יעדים:

א. להגן על החברה דרך הפרדה בין העברייין לבין הקהילה.
ב. להניא את מבצעי העבירות מפני הישנות מעשיהם.

בשתי הקטגוריות, הענישה והטיפול תורמים, כל אחד בדרכו, להגשמת מטרות אלה.

ענישה. העבריינים יקלטו שהחברה מגיבה, שופטת ומענישה ותמשיך להעניש את מי שעובר על חוקיה. במקביל, היא מזהירה את העבריינים הפוטנציאליים. יחד עם זאת - כליאה מהווה הפרדה פיסית בין העברייין המסוכן לבין קורבנותיו האפשריים.

טיפול. יבוצע בתנאי אישפוז, כל עוד התנהגות הנאשם תאובחן כמסוכנת.

טיפול תרופתי ישתדל לעצור את התהליך הביולוגי ולשחרר את החולה מסימפטומים שגרמו לביצוע העבירה (מחשבות שווא, תוקפנות...)

תורת הענישה מתייחסת לאדם שביצע בכוונה עבירה על החוק, או לא עשה די כדי להמנע מביצוע העבירה. לעומת זאת, אין להעניש אדם שביצע עבירה בהעדר Mens rea, תחת השפעת מחלת נפש או פיגור שכלי.

בימים קדומים, שחררו במקרה כזה את הנאשם. כבר

במקרא מוזכר ענינו של דוד הצעיר (מאוחר יותר דוד המלך) שבברחו מפני שאול המלך לארץ פלישתים, התחזה למשוגע וכך נפטר מהעמדה לדין.

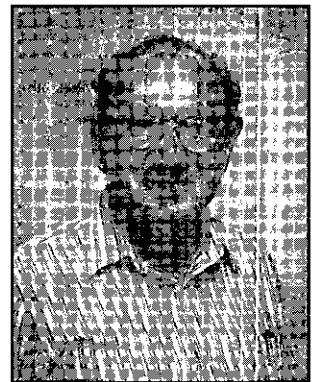
למעשה, המנעות מהענשת חולי נפש העוברים על החוק, השאירה את הקהילה חשופה לפגיעה חוזרת מצד אותם חולים.

על רקע זה ולאור התפתחות הטיפול בחולי נפש, התקבלה תפיסה מקיפה יותר לפיה עבריון שזוכה להגנה על אי שפיות, מועבר מידי הרשות השיפוטית, עם סגירת התיק, לידי הרשות הטיפולית. שחרור מצו בית משפט, לאישפוז לשם טיפול נתון בידי הועדה הפסיכיאטרית המחוזית, שמורכבת ממשפטן המשמש כיו"ר ושני פסיכיאטרים.

הצירוף של אלטרנטיבה טיפולית במקרים של אי שפיות, התקבל עקרונית כהתקדמות. למרות זאת, ערך הגבול החוקי שממין את העבריינים בין שתי קטגוריות, עם בחירה - בסופו של דבר בין עונש לבין טיפול, מעורר הסתייגויות:

בין העבריינים שאינם זוכים להגנה על אי שפיות, נכללים אנשים שניתן להגדירם כמאוזנים בנפשם, לצד אנשים שסובלים מהפרעות נפשיות כגון פסיכופתיה, תגובות חריגות לדחק חיצוני, קונפליקט פנימי בין דחפים לאיסורים, או הפרעות בהתפתחות האישיות מהילדות המוקדמת.

*ד"ר וייל הוא הפסיכיאטר המחוזי (מחוז הצפון) במשרד הבריאות.



ד"ר פרדריק וייל

התרופתי בליקויים פוסט פסיכויים נשאת חלקית בלבד וחולים יכולים להשתחרר עם ירידה בתיפקודים אינטלקטואלים, בשיפוט ובשיקול.

התוצאות של פסיכותרפיה תלויות בשיתוף פעולה של המטופל שלא תמיד מסוגל לסטות מדפוסי התנהגות שעד אז התקבלו על ידו כדפוסים האפשריים היחידים.

השגי הטיפול השיקומי שמכוון לנצל ככל האפשר את הכישורים השמורים מוגבלים בהכרח ע"י עומק הליקויים של החולה. בנוסף לכך יש לציין שהסטיגמה והסתייגויות החברה כלפי חולי נפש מסבכות את קליטתם מחדש בקהילה.

עד כאן פורטו מגבלות ספציפיות לתחום הענישה ולתחום הטיפול. מתברר שקיימים מקרים מסובכים יותר, בהם גם בגישת הענישה וגם בגישה הטיפולית אין תשובה מספקת או אין תשובה בכלל.

דוגמא: אדם ביצע עבירה בהיותו שרוי בשלב פעיל של מחלת נפש, אך בעת משפטו, הוא חזר לשלב של רמיסיה. השופט יסגור את התיק. הפסיכיאטר ישלול אינדיקציה לאישפוז. החוק לטיפול בחולי נפש 1991, מאפשר בכל זאת הוצאת צו לטיפול מרפאתי כפוי.

דוגמא נוספת מתייחסת לסכיזופרני כרוני בעל ליקויים אינטלקטואלים אשר הפך לשותף קבוע בכנופיית עבריינים. בעת מעצרו, הוא מציג תעודות רפואיות - אותן הוא מחזיק באופן קבוע - אשר מעידות על אישפוזים בעבר. בבדיקה מתברר שהוא מבין היטב את משמעות וטיב מעשיו, אך בא-כוחו יטען שכתוצאה ממחלת נפש כרונית, נפגעו כוחותיו להתמודד עם לחצים, איומים או פיתויים של הכנופיה.

ידוע שהכנסתו לכלא עלולה להפכו לקורבן של אסירים שטלנים. לעומת זאת, שיחרורו מאחריות מחמת היותו חולה נפש מהווה מעין לגיטימציה להמשך התנהגותו הבלתי מרוסנת. הוצאת צו אישפוז איננה מספקת יותר, ובהעדר פעילות פסיכוטית, המשימות הטיפוליות מוגבלות ולא ידרשו אישפוז ממושך. סעיף 35 (ב) של החוק לטיפול בחולי נפש קובע ש"המטרה העיקרית של אישפוז חולה בבית חולים הינה קבלת טיפול רפואי ואין לאשפוז אדם בבית חולים לשם הגנה על הציבור או עליו בלבד, אלא לפי הוראות חוק זה". כאפשרות אחרונה של מחדל בהגנת הציבור, יש להתייחס לליקויים או טעויות באוסף הנתונים המובילים להחלטה.

פסיכותרפיה מתייחסת בין היתר למשמעות ולמקור העבירה. המטפל מתחיל מהעובדה שהרגשות קשות כגון תסכול, קנאה, כעס, יאוש הן בלתי נמנעות אצל בני אנוש (Cain Oedipus) ושבני אדם צריכים ללמוד דרכי התמודדות סבירות. על רקע זה, המטפל מנתח את טווח דפוסי ההתנהגות של מבצע עבירות, ויחד איתו, משתדל לפתח מנגנונים חדשים נאותים יותר ומקובלים, שיקטינו את נטייתו של המטופל להגיב בתוקפנות.

טיפול שיקומי מתכוון להגדיל את הסיכויים של סוציאליזציה מספקת. עם זאת, יש להכיר בחסרונות ובמגבלות שבשתי גישות אלה: ישנם מקרים רבים של הישנות הן לאחר קבלת עונש, הן לאחר טיפול כפוי.

ענישה. מתבססת על הפעלת לחץ מצד נציגי החברה, אך סוציאליזציה בכוח נתקלת בקשיים במקרים מסויימים: למשל, במקרים של ילדים שספגו מכות מאבא אלוהוליסט בגלל סיבות לא מובנות להם והתמרמרו על כך שאף גורם לא הצליח להגן עליהם. בנסיבות אלה, הם לא פיתחו כראוי אני עליון עם נורמות מוסריות או מושג של צדק. אחוז מסויים מביניהם, במקום להפיק לקחים מענישה, עלולים להשתכנע שהתקשורת בינם לבין הסביבה נשאת מבוססת על עימות והם ימשיכו בכיוון זה.

דוגמא נוספת מתייחסת למקרה גבולי (Border Line). המטופל, עוד בתור ילד, לא זכה לקבל ביטוי אהבה מאימו - חש דחוי. הוא מעוניין ליצור קשר חזק מאוד, אך אינו משתחרר מהחשש שאף אחד לא יבין אותו ולא יהיה מעוניין בו. לאחר שחברתו הודיעה לו על כוונתה להפרד ממנו, הוא תקף אותה. גם במקרה מסוג זה, קיים הסיכון שענישה תחריף את הרגשות שאף אחד לא מבין אותו או עומד לצידו ותחזק את נטייתו לתוקפנות כלפי הזולת או כלפי עצמו.

לכל אחד ממרכיבי הטיפול ישנן מגבלות:

כימותרפיה יכולה להעלים או להחליש את הסימפטומים החריפים של התקף פסיכויטי ולגרום לרמיסיה של תהליך סכיזופרני, אך לא תמיד מחזירים את החולה לתובנה טובה על קיום מחלתו. במקרה כזה, נשאר הסיכון שלאחר שחרורו, החולה לא יקפיד על המשך טיפולו כדרוש לשם מניעת הופעת גל חריף חוזר.

למרות השיפור שחל בתקופה האחרונה, יעילות הטיפול

כאשר העברין הצליח לטשטש את העקבות, בהעדר ראיות מספיק משכנעות, חובת בית המשפט לשחררו.

הסכנה במסקנות הפסיכיאטר, היא קביעת האבחנה של מחלת נפש בקלות יתר, על סמך התמונה העשירה המופגנת ע"י נאשם מתחזה. למשל תאור של מחשבות שווא, הזיות, התנהגות בלתי מותאמת למציאות או ניתוק מהסביבה.

על סמך חוות דעת של המומחה, בית המשפט סוגר את התיק ומוציא צו אישפוז. כעבור זמן קצר, "חולה" מסוג זה "יבריא" ולא נשארת עילה להחזיקו באישפוז. במקרים אלה - שהם למעשה נדירים - ישנן שתי אפשרויות להגיב: השופט שמקבל תאור של מצב פסיכוטי פעיל בעת הבדיקה ובעת המעשה, מוציא צו אישפוז על פי סעיף 15 א: הנאשם אינו מסוגל לעמוד לדין. במידה ואובחן כמתחזה, היועץ המשפטי לממשלה רשאי להורות לאחר שחרורו. ע"י הועדה הפסיכיאטרית המחוזית, שהנאשם יעמוד לדין על העבירה שבה הואשם (סעיף 21 לחוק לטיפול בחולי נפש).

במידה ובית המשפט, על סמך חוות דעת הפסיכיאטר, הוציא צו אישפוז עפ"י סעיף 15 (ב) קבע שאינו בר עונשין וסגר את התיק, דיווח חוזר מצידו של הפסיכיאטר המטפל יכול להצדיק משפט חוזר.

בתום התייחסות נפרדת לענישה ולטיפול, אפשר לנסות ולהשוות זה עם זה:

א. משך תקופת העונש נקבע על פי חומרת העבירה כאשר משך טיפול כפוי נקבע על פי המשך הפתולוגיה החריפה. לפיכך, קיימת האפשרות שעברין בלתי שפוי שביצע מעשה חמור מאוד ישתחרר לאחר אישפוז כפוי קצר יחסית.

בכיוון הפוך, סניגור של חולה שביצע עבירה קלה יחסית ימליץ ללקוחו לרצות את עונשו במקום ללכת לטיפול שעלול לשלול את חרותו לתקופה ארוכה יותר.

ב. ההתייחסות לתנאים של טיפול כפוי אינה עקבית. בהשוואה לתנאי מאסר, האישפוז מופיע כהקלה משמעותית: מאסר אמור להרתיע את הנאשם, כאשר אישפוז הופך אותו לקורבן של מחלתו וזכאי לעזרה. לעומת זאת, בפרוטוקולים של בית המשפט, אישפוז כפוי על פי החלטת פסיכיאטר מחוזי מתואר כ"אחת מן הצורות

החמורות ביותר של שלילת חירותו של אדם" או "נקיטת צעדים כה דרסטיים של כליאת חולה במוסד סגור נגד רצונו".

יתרה מזאת, אין להשוות בהתייחסות עיתונאים מסויימים בדווחיהם על חשוד שהורשע ע"י שופט ושהה בכלא עד לקבלת ערעורו ע"י בג"ץ או כאשר ועדה פסיכיאטרית מחוזית או שופט מקבל ערר/ערעור שהוגש ע"י אדם שאושפז בניגוד לרצונו! כנראה, אישפוז כפוי נשאר חוויה קשה.

ג. באשר לעילות של ענישה ושל טיפול, העובדות מעידות על אחוז די גבוה של הישנות בשני המקרים. אין יסוד מדעי להשוואה בין אחוזים אלה מאחר ומדובר באוכלוסיות מאוד שונות. למעשה ההבדל במהות הגישות מעלה שאלה של הצדקת ההתייחסות אליהן כשתי אלטרנטיבות אצל עבריינים חולי נפש. האם, במקום לבחור באחת מהן, לא היה עדיף לשלב ביניהן?

בשטח כבר קיימת דרגה מסויימת של שילוב. הטיפול בבתי החולים הוא כפוי, זאת אומרת ששללו מהחולה את הזכות לסרב ומועד שחרורו נקבע ע"י ועדה בה יושב משפטן. בבתי סוהר, מנסים להעסיק ולשקם את האסירים. כמו כן, קיימים שרותי בריאות הנפש ליד בית סוהר.

השכל הישר אמור להביא אותנו למסקנה שהפתרון לבעיות מדיקורלגליות צריך לכלול אמצעים רפואיים ומשפטיים. אצל כל חולה ניתן להבדיל בין התיפקודים שנפגעו לבין התיפקודים השמורים. אמות המידה לטיפול מתייחסות לחלק הפתולוגי, בעוד אמות המידה לענישה מתייחסות לאי הפעלה מספקת של החלק השמור בנאשם לשם המנעות מביצוע העבירה. קריטריונים אלה אינם שוללים זה את זה אלא משלימים זה את זה.

שילוב בין ענישה לטיפול היה תורם במקרים רבים. למשל השיקול של אחריות מופחתת מבוסס על קיום של פתולוגיה שאינה שוללת לגמרי את אחריות העברין ("guilty but insane"). לכן שילוב עונש + טיפול מתאים יותר מהפחתת עונש בלבד.

המקרה המתואר לעיל של אדם סכיזופרני כרוני לקוי שמבצע עבירות חוזרות תוך כדי הבנה שמעשיו אסורים, היה מתאים גם לשילוב מסוג זה.

הטענה שפסיכיאטרים מתייחסים לכל עבריין כמו אל אד-נורמלי לא היתה מעוררת יותר את החשש שהשקפה זו הורסת את תורת הענישה. מבחינה מעשית, השילוב בין אוריה של עונש לבין אוריה של תמיכה הוא בר ביצוע. חינוך של ילדים מהווה דוגמא של שילוב מסוג זה. באשר לעבריינים חולים, השילוב נעשה ביתר קלות הודות להפרדה בין הסמכות המכריעה לבין הגורם המבצע.

בסיכום: ההגנה על הציבור מפני עבריינים חולי נפש היא משימה בעלת חשיבות עליונה. יישומה אמנם מוגבל מחד גיסא בגלל החובה לשמור על זכויות האזרח ומאידך ע"י המגבלות שבאמצעים שעומדים לרשות החברה.

מהשוואה בין ההשגים של ענישה ושל אישפוז כפוי, מתברר ששניהם מביאים להפרדת המטופל/העבריין מהקהילה לתקופה התלויה בחומרת העבירה או במסוכנות הנובעת מהמשך התהליך החולני. לגבי עתיד העבריין, על מנת להקטין את הסיכון של הישנות ולפתח נכונות לכיבוד החוק, ענישה מפעילה לחץ ומדגימה את התגובה המאורגנת של החברה. טיפול כפוי מתכוון לשחרר את העבריין מהחלק החולני שבו ולעזור לו לפתח מנגנוני הגנה מקובלים בהתמודדות עם דחפיו.

הבדל משמעותי נוסף בין שתי הגישות הופיע עם הפעלת החוק לטיפול בחולי נפש (1991). החברה מפסיקה להתערב עם תום ריצוי עונשו של העבריין. לעומת זאת, קיימת אפשרות להמשיך לפקח על העבריין לאחר תום אישפוזו, באמצעות טיפול מרפאתי כפוי (2).

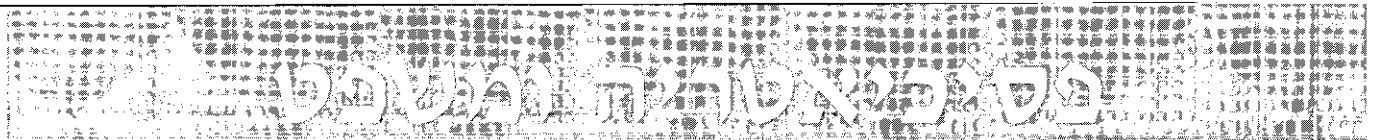
מבחינה היסטורית, אישפוז כפוי הופיע כתיקון לשחרור אוטומטי של עבריין שלא היה בר עונשין מחמת היותו חולה נפש. בהמשך, כנראה עקב הרחבת האינדיקציות לטיפול, אישפוז כפוי התקבל יותר כאלטרנטיבה לענישה והמחוקק קבע את התנאים לשיקול צו אישפוז לשם טיפול במקום ענישה.

למעשה, לא מדובר בתחליף אמיתי מאחר וטיפול מיועד לחלק הפתולוגי שבעבריין, כאשר עונש מתייחס לחלק השמור של כוח רצונו. לכן טיפול וענישה משלימים זה את זה והתקדמות בשילובם יכולה לשפר את ההשגים ולחזק את ההגנה על הציבור.

מקורות:

1. פרוטוקול של בית המשפט המחוזי בת"א-יפו, מיום 22.12.94, מ. א. 0-1762/94 ר. נ. נגד היועץ המשפטי לממשלה.

2. International Journal of Law & Psychiatry: 19 No 1 vol (1996), פורסמו 3 מאמרים המתייחסים לטיפול אמבולטורי בפסיכיאטריה פורנסית כפי שהוקם בגרמניה, אוסטריה, שווייץ, אנגליה, ארה"ב וקנדה. מדווח הבדל משמעותי מאוד באחוז מקרי הישנות בין העבריינים שהיו או לאו בטיפול עוקב לאחר שחרורם מאישפוז.



הערכת מסוכנות אצל עברייני מין המכחישים את ביצוע העבירה

הערות למאמרו של דוד א. כהן

בשיחה יכולים לעלות נושאים רבים שיאפשרו להתרשם ממצבו הנפשי, להעריך את יציבותו, את רמת האימפולסיביות שלו ואת עמדותיו בנושאים שונים, כולל בנושאים מיניים. זאת גם ללא הודאה בביצוע העבירה שבה הורשע. ניתן, לדוגמה, להבין ממנו מה דעתו על עבירה מן הסוג שבו הורשע, ע"י דיון עקיף ב"אדם שעבר עבירה כזו...", מה הוא מרגיש, חווה, איך הוא מתייחס ומתנהג. נבדק כזה יכול לשתף פעולה עם אמצעים עקיפים, ואין בכך בעיה אתית.

קשה לקבל את דברי פרופ' סילפן, שמצוטטים בצורה בולטת במאמר של כהן: "במקרה ספציפי של עברייני מין, השאלה היא באיזה מידה ישנן סטיות מיניות. הכלי לבדיקה היא השיחה. כאשר אדם טוען שאין לו סטיות מיניות, ולא מוכן להיכנס לפרטים עם הבדק בנושא זה, אין אפשרות להגיע



למסקנות. אין כלי טכני המאפשר לבדוק את המתרחש במוחו ובנפשו של אדם, ולהגיע למסקנות בתחום זה, ואפילו אם היה כלי כזה לא הייתי משתמש בו ללא הסכמת הנבדק". יש בידינו כלי עקיף המאפשר לעמוד על המתרחש במוחו ובנפשו של האדם. מדובר במבחנים הפסיכודיאגנוסטיים, שהם כלי עקיף מוכר, ואנשים רבים מוכנים להסכים לבדיקה כזו ולשתף בה פעולה. לוי במאמרו "חוות הדעת הפסיכיאטרית: הבטים מעשיים" מציין ש"אם הבדיקה הקלינית שלך איננה ברורה וחד משמעית, כדאי לשלוח את הפציינט לטסטים פסיכולוגיים" (מבחנים פסיכודיאגנוסטיים "עמ' 47). גם כהן עצמו מסכים כי "השיחה עם האסיר היא רק חלק מבדיקת המסוכנות" (עמ' 62), אולם הוא רואה בחוסר



יורם צדיק

במאמר שפורסם בחוברת מס' 14 של "רפואה ומשפט" מתאר דוד כהן את "הכחשת ביצוע העבירה ע"י עברייני מין". לדבריו יש בנציבות בתי הסוהר בישראל פקודה שאין לתת חופשה לעברייני מין, ללא חוות דעת של מומחה לבריאות הנפש. דרישה זו באה כדי להעריך את מידת הסיכון לציבור בהוצאת אסיר כזה לחופשה, לאחר מקרים בהם עשרייני מין ביצעו עבירות מין נוספות תוך חופשה מבית סוהר או תוך עבודות שיקום.

כהן מציג את הטיעון הבא: "במקרה של עבריין שטוען שאינו חפץ להיבדק או שהוא לא מוכן להודות במעשיו, לא ניתן לתת הערכה מהימנה של מסוכנות, ולכן לא ניתן להמליץ על הוצאתו לחופשה או לשיחרור מוקדם במקרים שזו מטרת הבדיקה" (עמ' 61). הטיעון הזה מעלה כמה הסתייגויות בתחום הקליני ובתחום האתי.

בדיקת מסוכנות היא בדיקה רב-מימדית, ונישענת על הרבה מקורות מידע. פאולק בפרק שלו על מסוכנות מונה מקורות רבים שתורמים להערכת המסוכנות: הילדות והרקע המשפחתי; ההיסטוריה המינית של האדם; ההיסטוריה התעסוקתית שלו; האישיות ומידת הבשלות שלה; ההיסטוריה הפסיכיאטרית; ההתנהגות בבית-חולים או בכלא; מהות העבירה והמצב הנפשי בזמן הראיון; מהות העבירה היא, אם כן, אחד מתוך מקורות רבים של מידע. בנוסף, על מהות העבירה ניתן ללמוד לא רק מן הנבדק, אלא גם מעדויות של עדי ראיה ושל הקורבן. כמובן שרצוי לקבל גם תיאור והסברים מן האדם שהורשע.

כהן רואה באי הנכונות להודות בעבירה משום אי נכונות להיבדק. קביעה זו איננה מכירה בכך שגם כאשר אדם שהורשע מסרב להודות בעבירה (אם משום שהוא חושש מהפללה עצמית אפילו לאחר שמשפטו הסתיים ואם משום צורך נפשי להכחיש את העבירה) אותו אדם יכול להסכים לשוחח עם הקלינאי על נושאים רבים ולשתף איתו פעולה.

הכותב הוא פסיכולוג קליני בכיר במח' הפסיכיאטרית, במרכז הרפואי רמב"ם

רפואה ומשפט גיליון מס. 15 - נובמבר 1996

הנכונות להודות בביצוע העבירה משום חוסר שיתוף פעולה ומגיע למסקנה שאי אפשר לבסס חוות דעת על בדיקה בה הנבדק לא שיתף פעולה, בכך שלא הודה בביצוע העבירה. זכותם של מי שעושים את הערכת המסוכנות לראות את חוסר הנכונות להודות בביצוע העבירה כמשקף הכחשה, ואולי אפילו כמעלה את הסיכון של חזרה על אותה העבירה. עם זאת, להעמיד את ההודאה כתנאי להערכת מסוכנות, זו טענה שאיננה מקבלת תמיכה מצד גישות מקובלות של הערכת מסוכנות. יש לציין שהתופעה של הכחשת העבירה נפוצה לא רק בקרב עברייני המין. בתי הסוהר מלאים באנשים המכחישים את ביצוע העבירה שבה הורשעו וטוענים לתפוחם. האם לכל אלה לא נוכל לבצע הערכת מסוכנות?

בניבוי מסוכנות קיימות שתי גישות. הגישה האחת ניקראת "גישת החופשיות" (THE LIBERTARIAN VIEW) ומיוצגת ע"י בוטומס. היא טוענת שלא מוצדק להשאיר בכלא שלושה אנשים כדי למנוע מאחד מהם לעבור שוב עבירה. הגישה השנייה, "גישת ההתגוננות" (THE PROTECTIONIST VIEW) שמיוצגת ע"י ווקר, טוענת שהחזקה בכלא של שלושה עבריינים כדי למנוע פשיעה מאחד, היא מוצדקת, כדי למנוע נזק מקורבנות חפים מפשע. כהן במאמרו קרוב לגישה השנייה, שמעמידה דרישות מקסימום. זו גישה שמעדיפה למנוע חופשות ושיחרור מוקדם ומסתכנת בשגיאה גדולה מסוג FALSE POSITIVE, ובלבד שלא תיטעה בשגיאה מסוג FALSE NEGATIVE (הערכה שאדם לא יעשה פשע נוסף, אך הוא כן עשה זאת). יש להזכיר שציוויק בפרק שלו על פסיכיאטריה פורנונית מציין שיש לפסיכיאטרים (הוא איננו דן בקרימינולוגים קליניים) נטייה לעשות אבחנות יתר של מסוכנות. נשאלת השאלה אם "גישת ההתגוננות" אופיינית רק לתחום עבירות מין, ומה גישת אנשי המקצוע לעבירות מתחומים אחרים, כמו עבירות של אלימות במשפחה או אלימות בכלל. האם גם בתחומים אלה יש התנייה של הערכת מסוכנות בהודאה על ביצוע העבירה.

כהן מדגיש כמה פעמים שהערכת המסוכנות צריכה להיות כזו שניתן להגן עליה בבית המשפט. הוא מביא בגוף המאמר הערות של כבוד השופט שמגר, כשהגיע לדון בעבירת מין שבה הואשם אסיר שהוצא לחופשה, ומזכיר כי כבי השופט סירוטה נזפה קשות בפסיכיאטר שהמליץ לאשר חופשה לעבריין מין שהכחיש את ביצוע העבירה (ראה סעיף 22 במקורות של כהן). ייתכן שהערות כאלה הביאו ליצירת פסיכיאטריה פורנונית הגנתית, שעסוקה מאוד בשאלה אם חוות הדעת היא כזו שניתן יהיה להגן עליה בבית-המשפט וחוששת מפני ניפוח.

לסיים - בעיה מן התחום האתי: ניראה שהתניית המלצה

לחופשה או לשיחרור מוקדם לאסיר, בהודאה שלו על ביצוע העבירה, יוצרת בעיה אתית חמורה: יצירת לחץ פסיכולוגי מסיבי על האסיר להודות בביצוע העבירה. בשנים האחרונות ניכתב רבות על כך שגורמי חקירה הפעילו לחצים על נחקרים להודות בעבירות שבהן הואשמו. ואילו כאן, מופעלים לחצים ע"י גורמים "טיפוליים" כביכול. בעקבות לחצים כאלה, יש גם בעייתיות בראיית ההודאה כאלמנט מרכזי של שיתוף פעולה, שהרי ייתכן שאסיר יסכים לתת הודאה רק כדי לקבל את ההמלצה לחופשה (כשיבין שזה התנאי להערכת מסוכנות ולהמלצה) ואף עלול להמציא עבור הקרימינולוג או הפסיכיאטר את הפרטים שהם רוצים לשמוע. אין ספק שלהכחשת העבירה ע"י אדם שהורשע בעבירת מין, יש משמעות חשובה, אולם ניראה שהחשיבות היא בעיקר בתחום הטיפולי, ואילו בתחום הערכת המסוכנות זה אלמנט אחד (גם אם חשוב) מבין הנושאים הרבים הרלבנטיים.

מקורות:

1. כהן ד. א., השלכות פסיכולוגיות ומשפטיות של הכחשת ביצוע העבירה אצל עברייני מין. **רפואה ומשפט**, גליון מס' 14, מאי 1996.
2. Faulk M., **Basic Forensic Psychiatry**. (Blackwell Scientific Publications Chap.) 14, "Dangerousness".
3. לוי ע., חוות הדעת הפסיכיאטרית: הבטים מעשיים. **רפואה ומשפט**, גליון מס' 14, מאי 1996.
4. Bottoms A. E., Selected Issues on the Dangerous Debate. in: Hamilton J. R. & Freedman H. (eds.) **Dangerousness: Psychiatric Assessment and Management**. Gaskell for The Royal College of Psychiatrists, London, 1982.
5. Walker N., Ethical Aspects of Detaining Dangerous People. in: Hamilton J. R. & Freedman H. (eds.) **Dangerousness: Psychiatric Assessment and Management**. Gaskell for The Royal College of Psychiatrists, London, 1982.
6. Walker N., Dangerous Mistakes. **British Journal of Psychiatry**. 1991, 158, 752-7.
7. Chiswick D., Forensic Psychiatry. in: Kendell R. E. & Zealley A. K (eds.) **Companion to Psychiatric Studies**. (4th ed.) Churchill Livingstone 1988.

התיחסות בין עדתית של צעירים לתוויות אזהרה מפני אלכוהול נתונים מהשלב שלפני הפעלת חוק התוויות

מבוא

ממשלת ארה"ב הפעילה בנובמבר 1989 חוק המחייב להדביק תוויות אזהרה על כל מיכלי המשקאות האלכוהוליים המשווקים בארה"ב. התוויות מכילה ארבע אזהרות בדבר נזקי השתייה לעובר בעת ההריון; נהיגה; הפעלת מכונות, ונזקים לבריאות (KASKUTAS (GREENFIELD, 1992). מטרת החוק להזכיר ולידע את הציבור בדבר נזקי צריכת אלכוהול, להגביר את המודעות לבעיות שהאלכוהול גורם. הדבקת התוויות מעלה תקוות להורדת שיעור הבעיות, להפחתת ממדי השתייה בעת נהיגה ובזמן ההריון, ולהפעלת שיטת מניעה סבילה שסומכת על האדם שיקרא את התוויות, יזכור אותה ויפעל על פיה.



ד"ר שושנה וייס (D. SC.)

האגודה למניעת אלכוהוליזם בישראל (WEISS, 1995) בשנת 1994, יזמה באמצעות ועדת הסמים והאלכוהול בכנסת, הצעת חוק בדבר הגבלת פרסומות והפעלת תוויות אזהרה הן על מיכלי משקאות משכרים ועל פרסומות לאלכוהול. התוויות שהוצעה זהה לתוויות האמריקניות, אולם, האזהרה בדבר הנזק שגורם האלכוהול לנהיגה ולהפעלת מכונות הקדימה את האזהרה לגבי שתייה בעת ההריון. הצעת החוק עברה בקריאה טרומית ביום 12 באוקטובר 1994 והוחזרה לוועדת הסמים להכנה לקראת הקריאה הראשונה. אולם, עקב לחצים של תעשיית האלכוהול, הועברה הצעת החוק לוועדת הכלכלה ו"נקברה" שם. מכאן הצורך להביא שוב את הצעת החוק לקריאה טרומית בכנסת הנוכחית בתקווה שההצעה אכן תעבור.

היוזמה להצעת החוק באה בעקבות הגורמים הבאים:

א. שיעורי המעורבים בשתיית משקאות משכרים בישראל (WEISS, MOORE, 1994);

ב. הנסיון האמריקני בכל הקשור בתוויות האזהרה: KASKUTAS 1993 (HILTON, KASKUTAS, GREENFIELD, 1991); KASKUTAS, 1993; HANKIN ET AL, 1993; PARSONS, JOHNSON, 1993-4; GRAVES, 1993;

ג. התמיכה הציבורית בחוק תוויות בקנדה (GIESBRECHT, GREENFIELD 1992, ROOM ET AL 1995;) קנדיים בחוק כזה (SOLOMON, HOVIUS, 1994);

ד. היעילות של תוויות אזהרה בהקשר למוצרים אחרים כמו טבק, מזון (סכרין, משקאות קלים דיאטטיים) ותרופות (SINGLE, 1994).

ה. ההנחה שלציבור "זכות לדעת" אודות מוצרים בעלי פוטנציאל לגרום נזק;

ו. הרעיון שתוויות אזהרה הן שיטת מניעה שניתן להשתיל במהירות ללא הוצאות ממשלתיות (תעשיית האלכוהול היא זו המדביקה את התוויות במקום הייצור. על כל מיכלי המשקאות האלכוהוליים, המיוצרים בארץ והמיועדים ליצוא לארה"ב, מודבקת התווית האמריקנית, מאחר שהיצרנים מאורגנים להדפסת והדבקת התוויות עבור השוק האמריקני, יוכלו לעשות כן גם עבור השוק המקומי);

ז. ההצהרות של נציגי יצרני האלכוהול בארץ לא יתנדבו מעצמם להדביק תוויות אזהרה, למרות שהם מחויבים לעשות זאת עבור השוק האמריקני;

ד"ר שושנה וייס היא רכזת מניעה ומחקר באגודה למניעת אלכוהוליזם בישראל.

ח. היותה של לוקסמבורג הסנונית הראשונה באירופה להפעיל חוק תוויות.

המחקר הנוכחי משמש כגל נתונים של שלב ה"קדם התערבות". הוא מבהיר את רמת התמיכה של צעירים בתוויות אזהרה ומעריך את רמת הידע שלהם ביחס לארבעת סוגי הנזקים הכלולים בתווית המוצעת וביחס לחמישה נזקים נוספים. המחקר נערך בראשית 1996 כדי לאסוף נתונים בסיסיים שניתן יהיה להשוותם עם נתונים שלאחר קבלת חוק תוויות, וכדי להשתמש בתוצאות במסגרת מאמצי תחיקה עתידיים בכנסת לגבי תוויות אזהרה זאת במיוחד לאור הנסיון בארה"ב, שם לא נותר זמן לאסוף נתונים בסיסיים בכמה נקודות זמן לפני כניסת החוק לתוקפו (PARKER ET AL, 1994).

השיטה/השאלון

השאלון האנונימי, ובו שאלות להערכת הידע של המשיבים לגבי נזקי האלכוהול, התבסס על השאלון האמריקני, שמתייחס לתשעה נזקים: ארבעת הנזקים הכלולים בתווית האזהרה וחמישה נזקים נוספים - סרטן, לחץ דם גבוה, מחלת כבד, התמכרות ושימוש ברזומני עם סמים אחרים (GREENFIELD ET AL., 1993). התשובות לשאלות התבטאו בגודל האמונה בנכונות של כל נזק ונזק: נכון בהחלט, כנראה נכון, כנראה לא נכון, לא נכון לחלוטין. שתי שאלות נוספות התייחסו לעמדת המשיבים כלפי הרעיון להפעיל תוויות אזהרה: "האם יש להדביק תוויות אזהרה על הבקבוקים והפחיות של המשקאות האלכוהוליים ולפרט בהן את הסכנות הטמונות בשתיית אלכוהול?", "האם יש לכלול תוויות אזהרה בפרסומות למשקאות אלכוהוליים ולפרט בהן את מהות הסכנות שבשתיית משקאות אלכוהוליים?".

התשובות האפשריות היו מסכים, לא מסכים, אין החלטה. בנוסף, נכללו שאלות לגבי שתיית משקאות אלכוהוליים בשנה קודמת (לצרכים חברתיים), תדירות השתייה וכמויות משקה שנצרכו בהזדמנות שתייה. הנתונים הסוציודמוגרפיים שנכללו בשאלון היו: מין, דת, כיתה, שם בית הספר ומיקומו.

משיבים

טבלה מס' 1 מראה את המיקום של בתי הספר בהם למדו 3,065 הנבדקים בגילאי 16 עד 18 בצפון הארץ. במחקר השתתפו 2,220 בני מיעוטים (מוסלמים, נוצרים דרוזים) מאזור הגליל התחתון והעליון 845 יהודים מעיר פיתוח בגליל, מחיפה ומשתי ערים סמוכות לחיפה.

מיקום בתי הספר של הנבדקים בסוגי ישוב שונים, לפי זר ומין (במספרים)

מיקום ב"ס	מוסלמים	דרוזים	נוצרים	יהודים	סה"כ
	N=1,692	N=288	N=240	N=845	N=3,065
בנים בנות	בנים בנות	בנים בנות	בנים בנות	בנים בנות	
	770	137	104	423	1,434
	922	151	136	422	1,631
ערים ערביות	335 285	13 12	47 38	- -	730
כפרים ערבים	515 440	83 72	87 62	- -	1,259
עיר מעורבת	71 44	- -	1 3	- -	119
כפר דרוזי	1 1	55 53	1 1	- -	112
עיר פיתוח	- -	- -	- -	72 39	111
חיפה ו-2 ערים לידה	- -	- -	- -	350 384	734

המשיבים הערבים למדו ב-14 בתי ספר תיכוניים ב-13 מקומות ישוב: שלוש ערים ערביות, שמונה כפרים ערבים, עיר מעורבת וכפר דרוזי. המשיבים היהודים למדו בבית ספר בעיר פיתוח וב-5 בתי ספר בחיפה ובערים סמוכות. לא הופעל מידגם אקראי,

בעיקר עקב קשיים להכנס לבתי ספר מוסלמים ודרוזים עם שאלון בנושא אלכוהול, למרות אישור משרד החינוך. המשתתפים באו מבתי ספר שהסכימו לשתף פעולה, ויצגו קשת רחבה של בתי ספר: מקיפים, עיוניים - פרטיים וציבוריים - מקצועיים וחקלאיים.

עמדות כלפי תוויות אזהרה על מיכלי אלכוהול ופרסומות, לפי דת (%)

עמדות	מוסלמים N=1,692	נוצרים N=240	דרוזים N=288	יהודים N=845
עמדות כלפי תוויות אזהרה על מיכלים				
מסכים	88.94	87.91	88.88	75.62
לא מסכים	5.26	2.91	4.86	9.94
אין החלטה	5.26	8.75	5.20	14.20
מקרים חסרים	0.53	0.41	1.04	0.23
עמדות כלפי תוויות אזהרה על פרסומות				
מסכים	75.76	77.50	74.30	71.12
לא מסכים	12.41	12.08	13.19	10.76
אין החלטה	10.93	10.00	11.45	17.63
מקרים חסרים	0.88	0.41	1.04	0.47

האחוזים אינם מסתכמים תמיד ב-100 עקב טעויות עיגול

(q= 33.45; אבל אין הבדלים לגבי תוויות אזהרה על פרסומות (q= 0.42; DF=1; P<.05).

תוצאות

טבלה מס' 2 מראה, שרוב המשיבים תמכו בתוויות אזהרה על מיכלי המשקאות ועל פרסומות לאלכוהול.

אולם, יותר משיבים תמכו בתוויות אזהרה על מיכלי המשקאות מאשר על פרסומות (93.08% מול 86.11%; t=8.49; P<.01; כאשר מתעלמים ממקרים חסרים וממקרים של חוסר החלטה). בני מיעוטים-כקבוצה-תמכו יותר מיהודים בתוויות האזהרה על המיכלים (DF=1; P<.1)

טבלה מס' 3 מציגה את רמת הידע של המשיבים לגבי נזקי השתייה

ידע של המשיבים לגבי נזקי האלכוהול (%)

נזקי שתייה	כל המשיבים N=3,065	נכון בהחלט או כנראה לא נכון או מקרים חסרים	נכון ככך
נזקים הכלולים בתווית המוצעת:			
אשה הרה לא צריכה לשתות	90.66	9.16	0.16
שתייה פוגעת ביכולת נהיגה	97.06	2.83	0.09
שתייה פוגעת בהפעלת מכונות	74.48	24.99	0.52
שתייה יכולה לגרום לנזקי בריאות	86.66	13.14	0.19
נזקים שלא כלולים בתווית:			
שתייה מגבירה סיכון ללחץ דם גבוה	60.42	38.85	0.71
שתייה מגבירה סיכון לסרטן	54.68	44.50	0.81
שתייה מגבירה סיכון למחלת כבד	83.45	16.09	0.45
אלכוהול עם סמים אחרים מסוכן	94.06	5.77	0.16
אלכוהול יכול להיות ממכר	81.53	18.10	0.35

האחוזים אינם מסתכמים תמיד ב-100 עקב טעויות עיגול

רמות הידע הבסיסיות בקרב הציבור האמריקני לפני הפעלת חוק התוויות בשנת 1989 היו מלכתחילה גבוהות למדי (95%-99%) חוץ מרמת הידע לגבי הגברת הסיכון לסרטן (75%) (1993 GREENFIELD ET AL.,). מטבלה מס' 3 עולה כי רמות הידע של המתבגרים מפון הארץ הן נמוכות יחסית, במיוחד לגבי הפעלת מכונות (74.48%) שנכללה בתווית המוצעת, ולגבי שני נזקי בריאות שלא נכללו בתווית המוצעת - הגברת הסיכון לסרטן (54.68%) ולחץ דם גבוה (60.42%).

טבלה מס' 4 מתמקדת ברמות הידע של הצעירים מארבע הדתות

רק לגבי הפריט "שימוש באלכוהול עם סמים אחרים הוא מסוכן" לא נמצאו הבדלים בין הדתות. התשובות לשאר שמונה הנזקים מגלות הבדלים. יהודים נטו לתת יותר תשובות נכונות, חוץ מהפריט שעסק בשתייה בהריון ובמיוחד הפריט שעסק בסרטן לגבי רמת הידע שלהם היתה נמוכה בצורה קיצונית (39.52%). בני המיעוטים נטו לתת תשובות שגויות לרוב השאלות.

רפואה ומשפט גיליון מס. 15 - נובמבר 1996

שיעורי המשיבים שנחנכו תשובות נכונות, לפי דת (%)

נזקי אלכוהול	מוסלמים N=1,692	נוצרים N=240	דרוזים N=288	יהודים N=845	2 ל DF=3
הריון	89.06	92.91	93.40	92.30	11.80*
נהיגה	96.51	97.08	96.62	98.34	35.86*
הפעלת מכונות	72.10	74.16	75.34	79.05	14.45*
בעיות בריאות	83.39	87.50	88.19	92.42	40.65*
לחץ דם	57.97	54.16	57.29	68.16	30.52*
סרטן	60.99	51.66	64.58	39.52	117.79*
מחלת כבד	81.97	83.75	80.55	87.33	13.68*
אלכוהול עם סמים אחרים	93.20	92.91	95.13	95.73	7.65+
התמכרות	77.42	77.91	79.86	91.36	75.81*

* P<.01

+ P>.05

נזמי אלכוהול	מוסלמים		נוצרים		דרוזים		יהודים		סה"כ						
	χ^2	n=1,692	χ^2	n=240	χ^2	n=288	χ^2	n=845	χ^2	n=3,065					
	df=1	שותים	df=1	שותים	df=1	שותים	df=1	שותים	df=1	שותים					
		n=392	n=1,300		n=131	n=109		n=85	n=203		n=489	n=356		n=1,097	n=1,968
הריון	12.49**	1,177	330	8.36**	107	116	7.88**	195	74	8.86**	340	440	20.13**	1,819	960
נהיגה	1.09	1,258	375	0.83	107	126	0.00	196	82	1.07	352	479	0.39	1,913	1 062
הפעלת מכונית	0.00	937	283	0.41	83	95	4.46'	160	57	0.01	281	387	0.18	1,461	822
בעיות בריאות	0.58	1,089	322	0.29	94	116	3.95*	184	70	3.36	336	445	0.07	1,703	953
לחץ דם	0.02	753	228	0.26	61	69	3.06	123	42	1.95	252	324	0.00	1,189	663
סרטן	8.79**	818	214	18.73**	73	51	0.26	133	53	4.74*	156	178	61.80**	1,180	496
מחלת כבד	0.90	1,072	315	7.35**	99	102	1.28	167	65	0.67	307	431	0.07	1,645	913
אלכוהול - סמים	2.84	1,219	358	3.54	105	118	2.97	196	78	2.07	345	464	4.49*	1,865	1,018
התמכרות	1.71	1,016	294	0.11	86	101	3.59	168	62	2.81	332	440	0.06	1,602	897

* P<.05

** P<.01

טבלה מס' 5 מראה את ההבדלים ברמות ידע בין שותים למתנזרים (לא שתו בשנה האחרונה) מכל ארבע הדתות. מתנזרים מוסלמים, נוצרים, דרוזים ויהודים ידעו יותר משותים שאשה הרה אינה צריכה לשתות (%90.53, %98.16, %96.05, %95.50 מול %84.18, %88.54, %87.05, %89.97 בהתאמה). מתנזרים מוסלמים, נוצרים ויהודים ידעו יותר משותים ששתייה מגבירה סיכון ללקות בסרטן (%62.92, %66.97, %43.82 מול %54.59, %38.93, %36.40 בהתאמה). יותר מתנזרים נוצרים (%90.82) משותים (%77.86) ידעו ששתייה מגבירה סיכון למחלת כבד. יותר מתנזרים דרוזים משותים ידעו ששתייה פוגעת ביכולת להפעיל מכוונות וגורמת לנזקי בריאות (%78.81, %90.64 מול %67.05, %82.35 בהתאמה). באוכלוסית המשיבים כולה, יותר מתנזרים משותים ידעו שאשה הרה אינה צריכה לשתות, וכי שתייה מגבירה סיכון לסרטן וכי שימוש באלכוהול עם סמים אחרים הוא מסוכן (%92.42, %59.95, %94.76 מול %87.51, %45.21, %92.79 בהתאמה).

דיון

יש להביא שוב את הצעת החוק בדבר תוויות האזהרה לקריאה טרומית בכנסת. מאמר זה מציג נתונים בסיסיים קודם לקבלת חוק התוויות בכנסת. לפני הפעלת חוק כזה יש צורך להעריך את רמת הידע הבסיסית ובמיוחד את היקף התמיכה בחוק, כי תמיכה ציבורית חיונית להצלחת חוקים בנושא האלכוהול (ROOM, 1984). מרבית הנבדקים תמכו בהפעלת תוויות על מיכלי משקאות משכרים ועל פרסומות ותמיכה זו מגבירה את הסיכוי להצלחת המדיניות. שיעורי ההסכמה בטבלה מס' 2 יכולים להצביע על תחושה שקיימת אצל צעירים שלממשלה יש מחויבות להזהיר צרכנים מנזקים אפשריים של השתייה. למרות שיהודים תמכו פחות מן האחרים בתוויות אזהרה, ניתן לראות בתוצאות הן בקרב היהודים ובמיוחד בקרב הערבים אינדיקציה לאקלים תרבותי סביב השתייה שתומך בהגבלות מסויימות על צריכת האלכוהול. יתר על כן, תמיכה כזו יכולה לגדול לאחר הפעלת החוק כפי שקרה בארה"ב (KASKUTAS 1993 , GREENFIELD, KASKUTAS 1994). בכל מקרה, התמיכה במדיניות התוויות יכולה למלא תפקיד במאמצים לקבלת הצעת החוק בכנסת הנוכחית.

רמות הידע התחיליות לגבי שלושה נזקי בריאות הכלולים בתווית האזהרה המוצעת (הריגון, נהיגה, בעיות בריאות) ונזק אחד שלא כלול בתווית המוצעת (הסיכון שבשימוש באלכוהול ובסמים אחרים בו זמנית) היו גבוהות מאלה לגבי נזק אחד שכלול בתווית (הפעלת מכוונות) וארבעה נזקים שלא כלולים בתווית (מחלת כבד, התמכרות, לחץ דם, סרטן) (%90.66, %97.06, %86.65, %94.06 מול %74.48, %83.45, %81.53, %60.42, %54.68 בהתאמה). כלומר, המסרים שנבחרו להכלל בתווית אינם מייצגים נושאים לגביהם המודעות של בני נוער נמוכה מאוד (חוץ מהפעלת מכוונות - %74.48). הם מודעים היטב להשפעת האלכוהול על יכולת הנהיגה (%97.06) אך אינם מודעים דיים לשני נזקים שלא כלולים בתווית: סרטן, לחץ דם גבוה.

קיימות שתי אפשרויות להשלכות על מדיניות הנובעות מן התוצאות דלעיל והקשורות למטרת התווית ככלי המשמש לאיזכור ולמתן מידע לציבור לגבי נזקים הקשורים בשתייה:



רחאבי לקי
96

א. טיעונים התומכים באי שינוי של התווית כפי שהובאה בפני הכנסת. השיעור הגבוה יחסית של המאמינים כי אלכוהול פוגע בנהיגה ובבריאות, וכי אשה הרה אינה צריכה לשתות, לפני הפעלת חוק התוויות, לא מוביל למסקנה שלתווית האזהרה אין ערך (HILTON, KASKUTAS, 1991). האזהרות משמשות יותר כמכשיר לאיזכור ברור וחד משמעי לגבי הנזקים מאשר ככלי להפיץ בציבור מידע חדש. נטען (LETHO MILLER, 1988) שתוויות אזהרה משפיעות במיוחד במצבים בהם הן מזכירות לצרכנים נזקים שכבר שמעו עליהם בעבר. בנוסף, קיומם של נזקים בתווית שאנשים כבר מודעים להם, יכול ליצור אווירה בה שתייה ונהיגה (PARKER ET AL., 1994) ושתיה בוזמן הריון (HANKIN, 1994) הן פחות מקובלות, והמשקאות האלכוהוליים מצטיירים יותר כחומרים שראוי לפקח על צריכתם.

ב. הצדקה לשינוי התוכן של תווית

האזהרה. לנוכח רמות הידע הנמוכות ביחס לנזקי בריאות שאינם כלולים בתווית המוצעת (במיוחד העובדות שהמשיבים האמינו פחות בנכונותם - הגברת הסיכון לסרטן והגדלת הסיכון ללחץ דם גבוה), תווית אזהרה שתגביר ידע לגבי נזקים ידועים פחות, תצליח יותר במשימתה. אולם, מאחר שהתווית צריכה להיות קריאה ולא עמוסה באזהרות רבות, ניתן לבחון אפשרות לקיים תווית אזהרה בכמה נוסחים שונים שתופעלנה בו זמנית ותגברנה את החשיפה גם לנזקים ידועים פחות, ואף לנזקים נוספים כמו "לאלכוהול עלולות להיות השפעות רעילות" שיש צורך לחקור את רמת הידע התחילית לגביהן (1994 ASHLEY ET AL.). לאור התמיכה בקיומן של תוויות אזהרה בקרב הנבדקים ולנוכח העלות הנמוכה יחסית של שיטת מניעה זו, כל אחת משתי האפשרויות הנ"ל, שתיבחר על ידי קובעי המדיניות, תצטרך להראות רק השפעה חיובית קטנה ביותר כדי שתועלתה תבלוט מול המחיר הכבד שמשלמת החברה בגין הבעיות הנובעות מצריכת אלכוהול. מאחר שבישראל אין מסרי בריאות בתחום האלכוהול באמצעים אחרים כמו שלטים בפאבים, במסעדות, במרכולים, בטלוויזיה וכלי תקשורת אחרים, ולמרות העובדה שמאמצי מניעה צריכים להערך בשילוב של שיטות שונות, הרי לחוק תוויות האזהרה יש פוטנציאל בהסתמך על הנסיון האמריקני לשמש כלי זול כדי להשפיע על רמות הידע של הציבור ולהוביל לירידה בנזקים אצל אוכלוסיות המטרה: נשים בגיל הפריור, אנשים צעירים, נהגים ושתיינים.

כווני המחקר העתידי

לפני קבלת חוק התוויות בכנסת ראוי לבצע מחקרים נוספים לאיסוף נתונים בסיסיים בנקודות זמן שונות גם בקרב מבוגרים.

רפואה ומשפט

גיליון מס. 15 - נובמבר 1996

Drinking and Driving Behavior. Safety Science 16, 689-707.

4. Greenfield, T.K.Graves K.L. and Kaskutas, L.A. (1993) Alcohol Warning Labels for Prevention-National Survey Findings. Alcohol Health and Research World 17, 67-75.
5. Greenfield, T.K. and Kaskutas, L.A. (1994) Change in Public Opinion About Alcohol Control and Intervention Policies in the U.S.: A Five-Year Trend Study. Paper Presented at the American Public Health Assosiation Annual Meeting, Washington D.C., Oct. 30-Nov. 4.
6. Graves, K.L. (1993) An Evaluation of the Alcohol Warning Label. A Comparison of the United States and Ontario Canada in 1990 & 1991. Journal of Public Policy and Marketing 12, 19-29.
7. Hankin, J.R., Solan, J.J., Firestone, I.J., Ager, J.W., Sokol, R.J Martier, S.S. and Townsend, J. (1993) The Alcohol Beverage Warning Label: When did Knowledge Increase? Alcoholism: Clinical and Experimental Research 19, 428-430.
8. Hankin, J.R. (1994) FAS Prevention Strategies. Alcohol Health and Research World 18, 62-66.
9. Hilton, M.E. and Kaskutas, L. (1991) Public Support for Warning Labels on Alcoholic Beverage Containers. British Journal of Addiction 86, 1323-1333.
10. Kaskutas, L. and Greenfield, T. (1992) First Effects of Warning Labels on Alcoholic Beverage Containers, Drug and Alcohol Dependence 31, 1-14.

לאחר שחוק תוויות יתקבל בכנסת והציבור ייחשף לאזהרות, יצטרך המחקר העתידי לבדוק את השפעותיו, למשל:
א. שינוי ברמות ידע ושינוי בעמדות כלפי התוויות וכלפי השתייה בכלל ובהתנהגות השתייה (נהיגה תחת השפעת אלכוהול, שתייה בעת ההריון) שניתן לקשור לתוויות;
ב. השפעות התוויות בקבוצות סוציודמוגרפיות שונות ובעלות דפוסי שתייה שונים (שתיינים מול שותים במתינות; אנשים שהבחינו בתוויות ואנשים שלא ראו אותה);
ג. בדיקת קבוצות המטרה של התוויות - האם נהגים, צעירים ונשים הרות שמים לב לתוויות ומה הם זוכרים ממרכיביה.

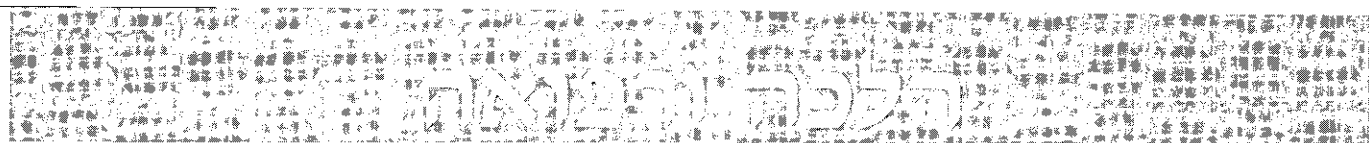
תודות

המחקר מומן על ידי האגודה למניעת אלכוהוליזם בישראל. המחברת מודה לד"ר THOMAS K. GREENFIELD מקבוצת המחקר על אלכוהול בברקלי, קליפורניה, על סיועו בשלב המוקדם של תכנון המחקר, ולפרופ' מיכאל מור, מן המחלקה להוראת הטכנולוגיה והמדעים בטכניון בחיפה, על הסיוע בניתוח התוצאות.

מקורות

1. Ashley, M.J., Ferrence, R., Room, R., Rankin, J. and Single, E(1994). Moderate Drinking and Health: Report of an International Symposium. Canadian Medical Association Journal.151 (6)1-12).
2. Giesbrecht, N. and Greenfield, T.K. (1992) Public Opinion on Alcohol Policy Issues: A Comparison of American and Canadian Surveys. Unpublished Paper Based on a Paper Presented at the Alcohol Policy Section, 36th International Institute on the Prevention and Treatment of Alcoholism, ICAA, Stockholm, Sweden, June 2-7, 1991.
3. Greenfield, T.K. and Kaskutas, L.A. (1993) Early Impacts of Alcoholic Beverage Warning Labels: Mational Study Findings Relevant to

- Greenfield, T, 1995. Trends in Public Opinion About Alcohol Policy Initiatives in Ontario and the US 1989-1991. *Drug and Alcohol Review* 14, 35-47. 153-163.
17. Single, E. (1994) The Impact of Social and Regulatory Policy on Drinking Behavior. In *The Development of Alcohol Problems: Exploring the Biopsychosocial Matrix Risk-NIAAA Research Monograph No. 26*. NIH Publication No. 94-3495. Zucker, R., Boyd, G. and Howard, J. eds. 234-237, Rockville, MD.
 18. Solomon, R. and Hovius, B. (1994) Alcohol Warning Labels Preliminary Constitutional Review. Prepared for Canadian Centre on Substance Abuse, Ottawa, Ontario, Canada.
 19. Weiss, S. and Moore, M. (1994) Why, Where and With Whom Do Israeli Teenagers Drink? To Whom Do They Turn For Help With Alcohol Problems? *Alcohol and Alcoholism* 29, 465-471.
 20. Weiss, S. (1995) The Israel Society for the Prevention of Alcoholism. *European Addiction Research* 1, 206.
 11. Kaskutas, L.A. (1993) Changes in Public Attitudes Toward Alcohol Policies, Since the Warning Label Mandate of 1988. *Journal of Public Policy and Marketing* 12, 30-37.
 12. Letho, M.R., and Miller, J.M. (1988) The Effectiveness of Warning Labels. *Journal of Products Liability* 11, 225-270.
 13. Parker, N.R., Saltz, R.F. and Hennessy, M. (1994) The Impact of Alcohol Beverage Container Warning Labels on Alcohol-Impaired Drivers, Drinking Drivers and the General Population in Northern California. *Addiction* 89, 1639-1651.
 14. Parsons, J.A. and Johnson, T.P. (1993-4) Awareness and Knowledge of Alcohol Beverage Warning Labels Among Homeless Persons in Cook County, Illinois. *International Quarterly of Community Health Education*, 14, 153-163.
 15. Room, R. (1984) Alcohol Control and Public Health. *Annual Review of Public Health* 5, 293-317.
 16. Room, R., Graves, K., Giesbrecht, N. and



הכינוס הבינלאומי השני לרפואה אתיקה והלכה

שלמה מאירי

שירותים רפואיים תוך שמירה קפדנית על דיני ישראל. "שערי צדק" שומר על מסורת זו.

המכון לחקר הרפואה ע"פ התורה נפתח ב-1966, ונקרא ע"ש ד"ר פלק שלזינגר, שהיה המנכ"ל השני של ביה"ח. אמון על הנחיות מקימיו מברר המכון בעיות רפואיות עפ"י אמות המידה של ההלכה.

עם התפתחות מקצוע האתיקה הרפואית, גדלה ההתענינות בעמדות ההלכה היהודית כשמדובר בסוגיית אקטואליות של מוסר רפואי. אלה נוצרות ככל שמדעי הרפואה מתקדמים, ומכון שלזינגר מחפש את הפתרונות המעשיים, בעזרת צוות רופאים וחוקרים בכירים, ותוך התיעצות עם גדולי הפוסקים.

המכון עוסק במחקר חדשני בין כתלי ביה"ח "שערי צדק" ובמסגרות אחרות. בביה"ס לרפואה בירושלים ובהדסה מעבירים אנשי המכון קורס קבוע שענינו המבט היהודי-הלכתי על סוגיות באתיקה רפואית. ספרית המכון פתוחה לשימוש הציבור ונעזרים בה רופאים וחוקרים.

המכון מפעיל שרות מידע טלפוני לטובת רופאים, רבנים, וחולים מכל רחבי העולם. חברי צוות המכון משתתפים בתכניות טלוויזיה ורדיו בתחומם. ספרו לי כי מתוכננת גם מערכת בינלאומית של "שאלות ותשובות" דרך האינטרנט.

הכינוס הבינלאומי השני

במשך השנים עוצב מבנה מקובל לקונגרסים מקצועיים, בכל הארצות. הועדה המארגנת של מכון שלזינגר העדיפה מבנה חדשני ולא לצעוד בתלם החרוש, השגרתי. במקום רצף של הרצאות מקצועיות, הונהג דפוס מתאים למסורת המשפט העברי - מעין "שאלות ותשובות" (שו"ת). לכל נושא קדמה הרצאת פתיחה מדעית-רפואית, בה הוצג הרקע המקצועי העדכני (ע"י איש רפואה). בעקבות הרצאה זו ניתנה סקירה משפטית (ע"י משפטן) ולסיום הדיון - סקירה הלכתית (ע"י אישיות רבנית), על נקודות המגע בין הטכנולוגיה הרפואית לבין ההלכה.

נושאי הדיונים נבחרו מתוך ערימה של פניות ושאלות מעשיות

במחצית יולי ש.ז. (14-17) התקיים בירושלים הכינוס הבינלאומי השני לרפואה, אתיקה והלכה.

האירוע היה ביוזמה וניהול של המכון ע"ש פלק שלזינגר ז"ל, לחקר הרפואה ע"פ התורה - או בשמו המקוצר והידוע יותר מכון שלזינגר.

המרכז הרפואי "שערי צדק" בירושלים, שהמכון קשור אליו, שימש אכסניה לכינוס, ושמנות המושבים הוקדשו לנושאים הבאים:

פונדקאות

רפואה משלימה (אלטרנטיבית)

רשלנות רפואית

משאבים מוגבלים ברפואה

ניסויים רפואיים בבני אדם ובבעלי חיים

בעיות סביב המוות (החולה הסופני)

המימד האקטואלי של הנושאים משך, מטבע הדברים, אורחים רבים מחו"ל, כולם אנשי מקצוע ואנשי מדע ידועים בתחומם, וכמובן לצידם - קהל רב מן הארץ. לא רק דתיים ושומרי מסורת נכחו אלא אף חילוניים גמורים.

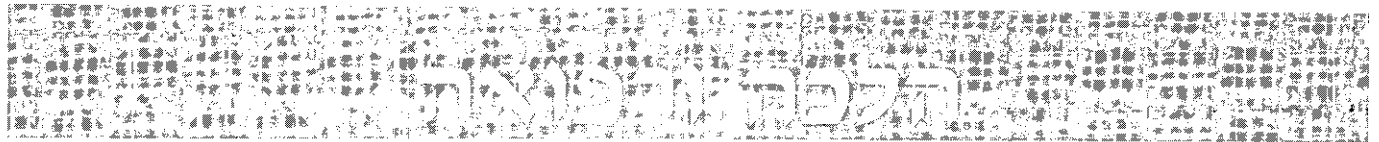
במהלך הכינוס הוענקו שלושה פרסים עבור תרומה בולטת בתחום ההלכה והרפואה.

בראש הוועדה המארגנת של הכינוס עמד פרופ' מנחם אלון, המשנה לנשיא ביהמ"ש העליון (בדימוס), אך הרוח החיה של כל האירוע היה מנהל מכון שלזינגר, הרב ד"ר מרדכי הלפרין, שהוא חבר האגודה לרפואה ולמשפט בישראל וחבר מערכת הבטאון "רפואה ומשפט".

מכון שלזינגר

לחברי האגודה שאינם קרובים אצל החוגים המסורתיים או הדתיים, השם מכון שלזינגר נשמע אולי מוכר, אבל לא יותר מכך. לנוחותם - אנו מביאים כאן סקירת-היכרות קצרה.

המרכז הרפואי שערי-צדק נוסד בשנת 1873 ע"י ועד רבנים בגרמניה ובהולנד. בתקנותיו נדרש בית החולים לספק



הכינוס הבינלאומי השני לרפואה אתיקה והלכה

שלמה מאירי

שירותים רפואיים תוך שמירה קפדנית על דיני ישראל. "שערי צדק" שומר על מסורת זו.

המכון לחקר הרפואה ע"פ התורה נפתח ב-1966, ונקרא ע"ש ד"ר פלק שלזינגר, שהיה המנכ"ל השני של ביה"ח. אמון על הנחיות מקימיו מברר המכון בעיות רפואיות עפ"י אמות המידה של ההלכה.

עם התפתחות מקצוע האתיקה הרפואית, גדלה ההתענינות בעמדות ההלכה היהודית כשמדובר בסוגיית אקטואליות של מוסר רפואי. אלה נוצרות ככל שמדעי הרפואה מתקדמים, ומכון שלזינגר מחפש את הפתרונות המעשיים, בעזרת צוות רופאים וחוקרים בכירים, ותוך התייעצות עם גדולי הפוסקים.

המכון עוסק במחקר חדשני בין כתלי ביה"ח "שערי צדק" ובמסגרות אחרות. בביה"ח לרפואה בירושלים ובהדסה מעבירים אנשי המכון קורס קבוע שענינו המבט היהודי-הלכתי על סוגיות באתיקה רפואית. ספרית המכון פתוחה לשימוש הציבור ונעזרים בה רופאים וחוקרים.

המכון מפעיל שרות מידע טלפוני לטובת רופאים, רבנים, וחולים מכל רחבי העולם. חברי צוות המכון משתתפים בתכניות טלוויזיה ורדיו בתחומם. ספרו לי כי מתוכננת גם מערכת בינלאומית של "שאלות ותשובות" דרך האינטרנט.

הכינוס הבינלאומי השני

במשך השנים עוצב מבנה מקובל לקונגרסים מקצועיים, בכל הארצות. הועדה המארגנת של מכון שלזינגר העדיפה מבנה חדשני ולא לצעוד בתלם החרוש, השגרתי. במקום רצף של הרצאות מקצועיות, הונהג דפוס מתאים למסורת המשפט העברי - מעין "שאלות ותשובות" (שו"ת). לכל נושא קדמה הרצאת פתיחה מדעית-רפואית, בה הוצג הרקע המקצועי העדכני (ע"י איש רפואה). בעקבות הרצאה זו ניתנה סקירה משפטית (ע"י משפטן) ולסיום הדיון - סקירה הלכתית (ע"י אישיות רבנית), על נקודות המגע בין הטכנולוגיה הרפואית לבין ההלכה.

נושאי הדיונים נבחרו מתוך ערימה של פניות ושאלות מעשיות

במחצית יולי ש.ז. (14-17) התקיים בירושלים הכינוס הבינלאומי השני לרפואה, אתיקה והלכה.

האירוע היה ביוזמה וניהול של המכון ע"ש פלק שלזינגר ז"ל, לחקר הרפואה ע"פ התורה - או בשמו המקוצר והידוע יותר מכון שלזינגר.

המרכז הרפואי "שערי צדק" בירושלים, שהמכון קשור אליו, שימש אכסניה לכינוס, ושמונת המושבים הוקדשו לנושאים הבאים:

פונדקאות

רפואה משלימה (אלטרנטיבית)

רשלנות רפואית

משאבים מוגבלים ברפואה

ניסויים רפואיים בבני אדם ובבעלי חיים

בעיות סביב המוות (החולה הסופני)

המימד האקטואלי של הנושאים משך, מטבע הדברים, אורחים רבים מחו"ל, כולם אנשי מקצוע ואנשי מדע ידועים בתחומם, וכמובן לצידם - קהל רב מן הארץ. לא רק דתיים ושומרי מסורת נכחו אלא אף חילוניים גמורים.

במהלך הכינוס הוענקו שלושה פרסים עבור תרומה בולטת בתחום ההלכה והרפואה.

בראש הוועדה המארגנת של הכינוס עמד פרופ' מנחם אלון, המשנה לנשיא ביהמ"ש העליון (בדימוס), אך הרוח החיה של כל האירוע היה מנהל מכון שלזינגר, הרב ד"ר מרדכי הלפרין, שהוא חבר האגודה לרפואה ולמשפט בישראל וחבר מערכת הבטאון "רפואה ומשפט".

מכון שלזינגר

לחברי האגודה שאינם קרובים אצל החוגים המסורתיים או הדתיים, השם מכון שלזינגר נשמע אולי מוכר, אבל לא יותר מכך. לנוחותם - אנו מביאים כאן סקירת-היכרות קצרה.

המרכז הרפואי שערי-צדק נוסד בשנת 1873 ע"י ועד רבנים בגרמניה ובהולנד. בתקנותיו נדרש בית החולים לספק



(לשעבר) כבי' השופט מנחם אלון דנה בנושא לפני כמה שנים והגישה מסקנותיה. חומר הרקע שחולק לבאי הכינוס כלל גם את הדו"ח הזה.

פרופ' דב פרומר יושב בראש המושב המענין הזה, והשתתפו ד"ר מנחם אוברבאום מנהל המכון לאימונולוגיה קלינית בב"ח קפלן. פרופ' ערן דולב, מנהל מח' פנימית ב' ב"חולפסון" ובעבר הקרפ"ר. הרב יצחק זילברשטיין הביא את התשובות ההלכתיות.

רשלנות רפואית

פסיקות פיצויים של מיליוני דולרים בבתי משפט בארה"ב, הביאו לעולם את "הרפואה ההגנתית", שמטרתה להגן על הרופא מפני תביעה במשפט, יותר מאשר לטפל בחולה בצורה הטובה ביותר מבחינתו. הרפואה ההגנתית הגיעה כבר לארץ, עם כל ההשלכות הטמונות בה.

המשפטן ד"ר אליעזר בן שלמה יושב בראש המושב, ואת

שהצטברה על שולחן הועדה המדעית של המכון. השאלות שנבחרו, נמסרו מראש לפוסקי הלכה ומומחים למשפט העברי, אשר הכינו תשובות מנומקות וקצרות.

המרצים שנבחרו הם מן המובילים בתחומם. חלקם הוזמנו והגיעו מחו"ל וחלקם מ"כוחותינו". לעומת זאת - כל פוסקי ההלכה - ישראלים. הכינוס התנהל בעברית ואנגלית, עם תרגום סימולטני מתאים.

נסקור במלים אחדות את מושבי הכינוס: ישיבת הפתיחה הוקדשה - לאחר הברכות המקובלות, לדרכו של הרב ש.ז. אויערבאך ז"ל שנפטר אשתקד, ולמשנתו בענייני רפואה ובהלכה. מכאן והלאה עסקו באי הכינוס ב"תכלעס" על פי סדר הנושאים שצוינו לעיל.

פונדקאות

אבהות ביולוגית היא תמיד אבהות גנטית. לאחר ההפרייה הגבר אינו מעלה שום תרומה ביולוגית נוספת. מאידך - אימהות ביולוגית היא שונה וכוללת שתי פונקציות. האחת גנטית - העמדת הביצית להפרייה. השנייה - פיזיולוגית: נשיאת העובר, הזנתו ולידתו. טכנולוגיה חודרנית מאפשרת חלוקת שתי הפונקציות האמהיות הללו, בין שתי נשים. הראשונה תנדב את הביצית והשנייה תגדל ברחמה את העובר ותלד. כאשר חסרות לאם היולדת שחלות מבייצות, היא נזקקת לתרומת ביצית, כדי להרות וללדת. מאידך - אישה אשר רחמה אינו תקין, ורוצה ילד משלה, מעוניינת באם פונדקאית אשר תגדל ברחמה את העובר שנוצר מביצית של המזמינה. בשני המקרים, השאלה הבסיסית זהה: מי היא האם על פי ההלכה? האם הגנטית או היולדת? מהי עמדת ההלכה בעניין הבעלות על ביציות מופרות? שאלות אלה, ורבות נוספות, הועלו לדיון רפואי-משפטי-הלכתי.

יו"ר הפנל היה הרב ד"ר מרדכי הלפרין ונטלו חלק פרופ' יוסף שנקר (מנהל מח' נשים ויולדות בהדסה), כבי' השופט העליון צבי טל, והרב מרדכי אליהו, הראשון לציון לשעבר.

רפואה משלימה (אלטרנטיבית)

מושב מיוחד הוקדש ליחס השנוי במחלוקת אל הרפואה הלא קונבנציונלית, בעולם הרפואה והמדע.

ועדת מומחים בראשות המשנה לנשיא ביהמ"ש העליון

רפואה ומשפט גיליון מס. 15 - נובמבר 1996

סוגיות סביב המוות

אין ספק שלאקורד המסיים של הכינוס נבחרו נושאים "פיקנטיים" במיוחד, ולצורך המחשתם הובאו מקרים שאכן אירעו, כגון: אישה שנפגעה ומתה מוות מוחי, בסוף חדשי הריונה. האם ראוי לבצע ניתוח קיסרי להוצאת הוולד לאויר העולם. וכמובן - מקרים של מוות מוחי ובעקבותיהם - כללי הטיפול, או ההימנעות מטיפול בחולה סופני.

הדיון התקיים בנוכחות קהל אשר מלא את האולם מפה לפה, והיה - לעיתים - סוער מאוד.

השתתפו: ד"ר נתן צ'רני מהמרכז הקליני לכאב אונקולוגי ב"שערי צדק", פרופ' יהודה רוזין מנהל המח' הגריאטרית ב"שערי צדק", השופטת בדימוס שרה פריש, ראש מכללת שערי משפט. לסיכום נתנו התשובות ההלכתיות ע"י הרב חיים דוד הלוי, הרב הראשי לת"א-יפו.

מספרם הניכר של חברי האגודה לרפואה ומשפט בישראל, ושל חברי מערכת הבטאון "רפואה ומשפט", בין המרצים - ראוי לאיזכור. וזאת-במידה לא מעטה של הנאה ושל "לוקאל פטריטיבות": ד"ר מרדכי הלפרין, ד"ר אליעזר בן שלמה, פרופ' אמנון כרמי, פרופ' שמעון גליק והשופטת (בדימוס) שרה פריש.

יום שלם, במהלך הכינוס, הוקדש לטיולים מודרכים בירושלים וסביבותיה, ונועד בעיקר לאורחים מחו"ל.

הארגון וכן סדורי המינהלה והלוגיסטיקה נעשו בידי חברה מראש"צ - "מבט שירותי תיירות בע"מ" וראויים לכל שבח.

הרקע הרפואי הציג פרופ' יונתן הלוי מנכ"ל "שערי צדק". את הרקע המשפטי הציג פרופ' אמנון כרמי, נשיא האגודה לרפואה ולמשפט בישראל ושופט מחוזי בדימוס. חתם הרב שלמה דיכובסקי, חבר ביה"ד הרבני הגדול בירושלים שהביא את התשובות ההלכתיות.

משאבים מוגבלים ברפואה

הבעיה של משאבים כספיים מוגבלים, מול צרכים אשר הולכים וגדלים של הרפואה המודרנית, מעסיקה את כל הממסדים הרפואיים בעולם. לזכור כי גם "הרפואה ההגנתית" תורמת להגדלת עלות השירותים במידה ניכרת. מצב זה גרם להכללת הנושא בסדר היום. בדיון השתתפו פרופ' ארתור אידלמן, מנהל מח' פגים בשערי צדק, פרופ' פרד רוזנר. מנהל האגף הפנימי במרכז הרפואי בקווינס, ניו יורק, ואת התשובות מזוית ההלכה נתן הרב שבתאי רפפורט, ראש ישיבת אפרת.

ניסויים רפואיים בבני אדם ובעלי חיים

עיקר הדיונים במושב זה, נסב על הצד המוסרי של ניסויים רפואיים בבני אדם ו/או בעלי חיים. במיוחד הועלתה מידת המוסריות של ניצול ידע רפואי שנרכש באמצעים לא מוסריים.

השתתפו: פרופ' חיים סידר, מביה"ס לרפואה והדסה בירושלים, פרופ' שמעון גליק, ראש המרכז לחינוך רפואי באוניברסיטת בן גוריון, פרופ' יעקב פליישמן, מבכירי חוקרי האיידיס בארה"ב, והמשפטן דוד פרנקל, מאוניברסיטת בן גוריון. התשובות ההלכתיות הוצגו ע"י הרב מרדכי פרבשטיין, אב ביה"ד הרבני בנתניה.

בדיקה רפואית לנפגעות אונס

ד"ר שחר קול

כחבר חדש באגודה לרפואה ומשפט בישראל, הזדמן לי לאחרונה לקרוא שני מאמרים מפורטים של ד"ר בצלאל בלוח, העוסקים בבדיקה רפואית של קרבנות אונס. (דרישות וליקויים בבדיקה מדיקולוגית של מקרי אונס - רפואה ומשפט 9, דצמבר 1993, עמ' 24; בדיקה רפואית משפטית של קרבנות אונס - רפואה ומשפט 10, אוגוסט 1994, עמ' 19).

אמנם חלף זמן רב מפרסום המאמרים האלה אך דומה כי עולם כמנהגו נוהג. צודק ד"ר בלוח שאת הבדיקה חייב לערוך רופא משפטי, אך למרבה הצער, נערכת הבדיקה - לרוב - על ידי רופאי נשים, שלא קבלו כל הכשרה המקנה להם את הידע והיכולת לבצע את הבדיקה המאוד מפורטת שמתאר ד"ר בלוח.

כרופא נשים בבית חולים ציבורי גדול הוטל עלי לא אחת לבדוק בחדר המיון נפגעות אונס. באופן כללי, הרופא בחדר המיון אמור לבדוק את הפונים ולהחליט באילו מקרים מחייב המצב הרפואי לאשפז את הנבדק ומי יכול לחזור לביתו ולהמשיך בבירור וטיפול במסגרת אמבולטורית. מבחינה זו, בדיקת נפגעת אונס היא חריג, שכן כאן עומדת שאלה משפטית. אין ספק כי בדיקה רפואית-משפטית מקצועית ומלאה תסייע למערכת המשטרתית-משפטית להגיע לחקר האמת ולהוציא משפט צדק. לכן, האינטרס הברור של הנפגעת מחייב שתיערך לה בדיקה מקיפה כזו. כיוון ש"כמעט כל הרופאים המשפטיים בארץ מרוכזים במכון לרפואה משפטית בתל אביב" (ד"ר בלוח, גליון מס' 9), הרי אין כל אפשרות מעשית כי כל נפגעות האונס (ואפילו לא רובן) תזכינה לעבור בדיקה "על פי הספר". התסריט האופייני הוא שהמתלוננת מגיעה בלווית שוטרת לחדר המיון, בדרך כלל בשעות הקטנות של הלילה. עובדת סוציאלית מוזעקת אל חדר המיון, ומלווה את הנפגעת לבדיקה אצל רופא הנשים התורן. כפי שכבר אמרתי, רופא זה לא קיבל הכשרה לבצע את הבדיקה המשפטית כנדרש במאמר של ד"ר בלוח.

בחדר המיון נמצאת ערכה לנפגעות אונס, המכילה אמצעים לאיסוף חומר משפטי. הרופא התורן מנסה כמיטב יכולתו למלא בדיקות את ההוראות המצורפות לערכה, וכן מנסה לבדוק את הנפגעת למיטב שיקולו המקצועי.

למקרא המאמרים של ד"ר בלוח, ברור לחלוטין כי המתרחש בחדר המיון רחוק מלהשביע רצון.

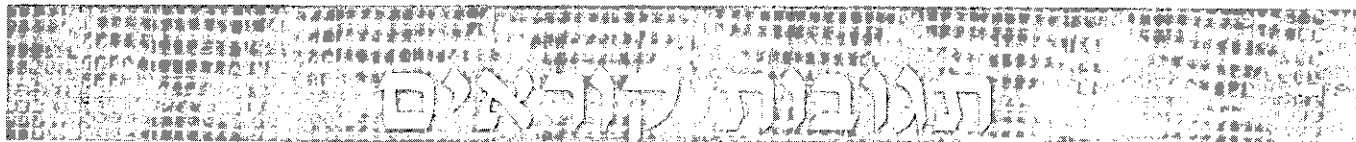
כאשר מקרה האונס יגיע לערכאות, תהיה מלאכתו של עורך הדין, המגן על הנאשם באונס, קלה. הוא יתאר את בדיקת הנאנסת ע"י הרופא כבלתי-מקצועית, לא מושלמת, ולא מדויקת, ובודאי כבדיקה שאינה עולה בקנה אחד עם הסטנדרטים שמציב ד"ר בלוח.

כאמור, אין ספק כי מצב עניינים זה אין בו כדי לשרת תהליך עשיית צדק, והוא עלול לגרום עוול למתלוננת.

הבעיה תפתר אם כל נפגעת אונס תיבדק ע"י רופא משטרת-משפטי אשר קיבל הכשרה מיוחדת לבצע בדיקה זו. פריסה ארצית של רופאים כאלה תאפשר גישה מהירה של המתלוננת לבדיקה רפואית מקצועית, שתשרת את האינטרסים שלה ותסייע לחקירת המשטרה. השענות על שרותי הרופאים בחדרי המיון היא אולי נוחה, אך נוחות זו יוצאת בהפסד של תהליך עשיית הצדק.

הכותב הוא רופא נשים במרכז הרפואי רמב"ם בחיפה.

רפואה ומשפט גליון מס' 15 - נובמבר 1996



הזכות למות בכבוד בעקבות פסיקת כב' השופט טלגם

יצחק לוי, עו"ד

החלטת כב' השופט טלגם לפיה שני חולים סופניים לא יחוברו לכל מכשיר או אמצעי של הנשמה או החייאה מתמדת מהווה ציון דרך חשוב ויש לברך עליה. עם זאת, נפתח פתח רחב מדי לפרשנויות מרחיקות לכת שעלולות לעמוד בסתירה לחוק העונשין.

עמדת קופת-חולים כללית והמדינה - לדברי כב' השופט טלגם בפסק דינו מיום 1.1.961 "מגלה התחשבות רבה במשאלותיהם של המבקשים (הטייס והפנסיונר) ומתנסחת בעקבות הפסיקה". על פיה יש לכבד ולמלא אחר בקשה של חולה סופני שלא להתחבר למכשיר הנשמה העשוי להאריך את חייו ואת סבלו בדרך מלאכותית בכפוף לקיומם המצטבר של שני תנאים כדלקמן:

1. בקשת החולה נתמכת באשור של רופא פסיכיאטר לפיו החולה הביע את בקשתו האמורה בהיותו בדעה צלולה ומרצונו החופשי.

2. קיימת אבחנה רפואית הקובעת שהחולה הגיע לשלב סופני, בלתי הפיך, שבו אין הוא מסוגל עוד להמשיך את חייו באופן עצמאי, אלא באמצעות מכשיר הנשמה תמידי. מכשיר זה עשוי להאריך את חייו ואת סבלו בדרך מלאכותית וללא כל תוחלת. מאחר ומדובר בקביעה רפואית כבדת משקל מן הראוי שתוכרע על ידי שלשה רופאים, עמם נמנים מנהל בית החולים ומנהל המחלקה בה מאושפז החולה או (בהעדרם) על ידי ממלאי מקום.

לדעתי, בהתקיים התנאים המצטברים הנ"ל (לאו דווקא בסמיכות זמנים), אזי הימנעות מטיפול בחולה באמצעים מלאכותיים עשויה להיחשב כאי התערבות בתהליך הטבעי הפיזיולוגי של המוות ולא כהחשת המוות. לפיכך, היענות לבקשת החולה כמפורט לעיל מתיישבת עם הדין הקיים.

יודגש כי כב' השופט טלגם קבע בהחלטתו כי אין צורך בהחלטה של שלשה רופאים כאמור רק כאשר "סופניות המצב הרפואי אינה מוטלת בספק" ואף הוסיף וקבע מפורשות כי "וועדות של רופאים עשויות להידרש בהכרעה אם המצב של החולה אינו משאיר מקום לתקווה ולשיפור" (שם, בסעיף 10 לפסה"ד).

החידוש שבהחלטת כב' השופט טלגם מופיע בשורה האחרונה לפסק הדין בו הוא קובע שאם מי מהמבקשים חובר למכשיר או לאמצעי של החייאה מתמדת "יש להפסיק את החיבור משיתברר שאין לחולה אפשרות לקיים חיים ללא עזרה מתמדת".

לדעתי במצב החוקי הקיים, עדיפה הכרעה נחרצת, כאמור, של שלושה רופאים, לפיה הגיע החולה לשלב הסופני של חייו והמנעות מחיבורו לאמצעי הנשמה מלאכותי מלכתחילה, עדיפה על חיבורו מתוך סברה שמדובר בסיוע זמני לנשימה ולאחר מכן ניתוקו מן המכשיר "משיתברר שאין לחולה אפשרות לקיים חיים ללא עזרה מתמדת".

דברים אלה יפים כל עוד לא הוסדר נושא "הזכות למות בכבוד" בחקיקה מפורשת או כל עוד לא יוחרג סעיף 309 (4) לחוק העונשין הקובע כי "אדם אשר במעשהו או במחדלו מחיש מות אדם הסובל ממחלה או מפגיעה שהיו גורמות למותו גם אילו לא מעשהו או מחדלו זה, הריהו עובר עבירת הריגה".

הכותב הוא היועץ המשפטי של קופ"ח הכללית

בהקשר זה מן הראוי להזכיר כי בית המשפט העליון קבע בשנת 1986 בע. פ 341/82 בלקר נגד מדינת ישראל (פד"י מ"א 1,1) כי "כאשר נקבע במבחנים רפואיים ועפ"י סטנדרטים מקובלים מימצא, כי אדם סובל מהפסקה טוטלית ובלתי חליפה של כל פעולות המוח וכולל הגזע שלו - זהו מוות במובן המשפטי", זאת במובחן מתהליך של גסיסה אותו ניתן להחיש במעשה או במחדל כאמור ועיי"כ להביא לתוצאה של מוות.

כב' השופט טלגם קיבל את עמדתנו המדגישה את האוטונומיה של החולה על גופו ושלפיה כל טיפול שינתן לחולה כאמור חייב להעשות עפ"י הסכמתו המודעת (INFORMED CONCENT) בלבד, שניתנה בהיותו בדעה צלולה ומרצונו החופשי. עמדה זו מתיישבת היטב עם חוק יסוד כבוד האדם וחירותו ועם הוראות חוק העונשין ופקודת הנזיקין לעניין "תקיפה". עמדה זו עולה בקנה אחד עם מגילת זכויות החולה של ההסתדרות הרפואית בישראל ולפיה "החולה רשאי לסרב לקבל טיפול או בדיקה אם הדבר נוגד את רצונו, דעתו או אמונתו ובלבד שהוא מודע לסיכונים שהוא לוקח על עצמו".

בהתאם לאמור לעיל עמדנו על כך שרופא פסיכיאטר יאשר כי החולים יתנו את בקשתם האמורה בהיותם בדעה צלולה ומרצונם החופשי וכב' השופט טלגם קיבל דרישה זו ואמנם כך נעשה.

בנוסף עמדנו על כך שאין לחייב את הרופאים לפעול בניגוד למצפונם וכב' השופט טלגם קיבל גם עמדה זו בקבעו כי אין בדבריו "משום שינוי לעמדה שאין לכפות על הרופא לבצע הוראות כאלה, אם הן נוגדות את מצפונם. אך הפתרון של האגודה הנוירולוגית האמריקאית נראה סביר: רופא כזה חייב להעביר את הטיפול לרופא אחר שאין לו בעיה כזו. אין בדברים פגיעה בזכותו ובחובתו של הרופא שלא לעמוד מנגד למראה סבל אקוטי מיידי - כשמדובר בהקלה זמנית של הכאב או בחנק, ובלבד שלא תהפוך להתערבות מתמדת, כלומר שהחיבור לא ייעשה אלא לצורך הטיפול האקוטי בהקלה".

לא נותר לנו אלא לקוות שהחלטת כב' השופט טלגם תחיש את הסדרת נושא "הזכות למוות בכבוד" בחקיקה מפורטת.





זכויות החולה

פרופ' אמנון כרמי

בספטמבר 1995 התכנסה באינדונזיה האסיפה הכללית של הארגון הרפואי העולמי. מבין ההחלטות וההצהרות שנתקבלו נביא את אלה הנוגעות לזכויות החולה. הצהרת ליסבון (1981) בנושא זה - תוקנה וזו לשונה כיום:

הקדמה

מערכת היחסים בין הרופאים, חוליהם והציבור הרחב, עברה לאחרונה שינויים משמעותיים: הרופא חייב לפעול תמיד עפ"י מצפנו ולמיטב האינטרסים של החולה. מאמץ זה אמור להבטיח את עצמאות החולה. ההצהרה מייצגת את הזכויות העקרוניות של החולה, המקודמות ע"י מקצוע הרפואה. על הרופאים, על המטפלים ועל גופים מטפלים מוטלת אחריות משותפת להכרה בזכויות אלה ושמירתן. מקום שחקיקה או פעילות ממשלתית או פעילות של מינהל/מוסד אחר, מונעות זכויות אלה מחולים, אמורים הרופאים לנקוט באמצעים מתאימים להבטחתן ולחידושן של זכויות אלה.

עקרונות

1. זכות לטיפול רפואי באיכות טובה.

- א. כל אדם, ללא אפליה, זכאי לטיפול רפואי נאות.
- ב. לכל חולה הזכות להיות מטופל על ידי רופא. הרופא יודע כי הוא חופשי לקבל החלטות קליניות ואתיות ללא התערבות חיצונית.
- ג. הטיפול בחולה יהיה ע"פ העקרונות הרפואיים המקובלים, ולמיטב האינטרסים של החולה.
- ד. בקרת האיכות תהווה חלק של הטיפול הבריאותי. הרופאים באופן מיוחד ישאו באחריות לגבי איכות שירותי הרפואה.
- ה. מקום שמכורח הנסיבות יש לקיים בחירה בין חולים פוטנציאליים, לגבי טיפול מסוים, כאשר האפשרות מוגבלת, תהיה לכל החולים הזכות לפרוצדורה של בחירה הוגנת של הטיפול. הבחירה חייבת להתבסס על קריטריונים רפואיים הנעשים ללא אפליה.
- ו. לחולה זכות להמשך הטיפול הבריאותי, והרופא חייב לשתף פעולה עם גורמים מטפלים אחרים. אין הרופא רשאי להפסיק טיפול בחולה כל עוד נחוץ המשך הטיפול, מבלי שיתן (הרופא) לחולה סיוע סביר והזדמנות מספקת לסידורים טיפוליים חלופיים.

2. הזכות לחופש הבחירה.

- א. לחולה הזכות לבחור באופן חפשי את רופאו ולהחליף את הרופא בבית החולים, או במוסד בריאותי אחר, בין אם במגזר הציבורי או במגזר הפרטי. ב. לחולה הזכות לבקש חוות-דעת של רופא אחר, בכל שלב.

3. זכות להחלטה עצמאית.

- א. לחולה הזכות להחלטה עצמאית וזכות לקבלת החלטות חפשיות לגבי עצמו. הרופא יידע את החולה על התוצאות של החלטותיו.
- ב. חולה בוגר שפוי זכאי להסכים או לסרב לכל הליך איבחון או טיפול. לחולה הזכות למידע אשר דרוש לקבלת החלטתו. על החולה להבין בבירור את המטרה של כל בדיקה או טיפול, ואת התוצאות הצפויות וההשלכות של אימתן ההסכמה.

4. חולה נטול הכרה.

- א. אם החולה נטול הכרה, או משולל יכולת לבטא את רצונו מטעם אחר, תושג הסכמה מדעת, ככל האפשר, של נציג שהוסמך לכך כדין, וכשהדבר רלבנטי.
- ב. אם נציג מוסמך כדין אינו בנמצא ודרושה התערבות רפואית דחופה, ניתן להניח את הסכמת החולה, אלא אם כן ברור מעל לכל ספק על סמך התבטאות החלטית קודמת של החולה, שאכן היה (החולה) מסרב ליתן הסכמתו להתערבות רפואית בנסיבות הקיימות.

ג. בכל מקרה, חייבים רופאים לעשות תמיד להצלת חיי חולה נטול הכרה בגין נסיון התאבדות.

5. חולה בלתי כשיר מן הבחינה החוקית

- א. כאשר החולה הינו קטין או בלתי כשיר מבחינה חוקית אחרת, דרושה הסכמה של נציג שהוסמך כדין, מקום שהדבר רלבנטי מבחינה חוקית. עם זאת, יש לערב את החולה בקבלת החלטה ככל המתאפשר על פי כשירות החולה.
- ב. כאשר חולה בלתי כשיר מבחינה חוקית, יכול בכל זאת לקבל החלטות רציונליות, תכובדנה החלטותיו והחולה יהיה זכאי לאסור מסירת מידע לנציגו החוקי המוסמך.
- ג. אם נציג מוסמך כדין של החולה, או אדם שהוסמך על ידו, אוסר טיפול, שהוא - לדעת הרופא - לטובת האינטרס של החולה, אזי יביא הרופא את ההחלטה בפני מוסד משפטי רלבנטי. במקרה חירום יפעל הרופא לטובת האינטרס של החולה.

6. הליכים הנוגדים את רצון החולה

הליכי איבחון או טיפול הנוגדים את רצון החולה, יינקטו רק במקרים יוצאים מן הכלל, אם הותרו במפורש בחוק ואם הם תואמים את עקרונות האתיקה הרפואית.

7. הזכות למידע

- א. לחולה הזכות לקבל מידע על עצמו, המצוי ברישומים רפואיים. לחולה הזכות להיות מידע באופן מלא על מצבו הבריאותי, לרבות העובדות הרפואיות הנוגעות למצבו. אולם מידע סודי המצוי במסמכי החולה ומתיחס לצד שלישי, לא יימסר לחולה ללא הסכמת הצד השלישי.
- ב. באופן יוצא מן הכלל ניתן למנוע מידע מן החולה, כאשר קיים בסיס להאמין שמידע זה ייצור סיכון חמור לחייו או לבריאותו של החולה.
- ג. המידע יימסר באופן המתאים לתרבות המקומית ובדרך שתהא מובנת לחולה.
- ד. לחולה זכות להיות מידע - על פי בקשתו המפורשת - אלא אם כן הידוע דרוש להגנת חיי אדם אחר.
- ה. לחולה הזכות לבחור מי - אם בכלל - יודע מכוחו.

8. זכות לסודיות

- א. כל המידע אודות המצב הבריאותי של החולה, המצב הרפואי, האיבחון, הסכייה, הטיפול וכל מידע אישי אחר, יישמר בסודיות, גם לאחר מות החולה. ליורשים - באופן יוצא מן הכלל - זכות לגישה אל המידע בנוגע לסיכונים בריאותיים הנוגעים להם.
- ב. מידע סופי יימסר רק אם החולה נתן לכך הסכמה מפורשת, או לפי הוראת החוק.
- מידע יימסר למטפלים אחרים רק על סמך "צורך לשמוע", אלא אם כן החולה נתן לכך הסכמה מפורשת.
- ג. מידע המתייחס לחולה חייב להיות מוגן. שמירת המידע תתאים לדרך איחסון המידע. כמו כן יישמר חומר אנושי שממנו מופק המידע.

9. הזכות לחינוך בריאותי

כל אדם זכאי לחינוך בריאותי אשר יסייע לו בבחירה מודעת לגבי בריאותו ואודות שירותי בריאות מצויים. החינוך יכלול מידע על אורח חיים בריא, על אמצעי מניעה ועל איתור מוקדים של מחלות. תודגש האחריות האישית של כל אדם לבריאותו. רופאים חייבים להשתתף באופן פעיל במאמצים חינוכיים.

10. הזכות לכבוד

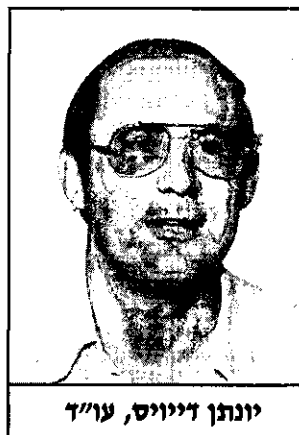
- א. זכות החולה לכבוד ולפרטיות תכובד תמיד במהלך טיפול רפואי והוראה. כן יכובדו תרבותו וערכיו.
- ב. חולה זכאי לשיכוד כאביו על פי מצב המידע המעודכן.
- ג. החולה זכאי לטיפול סופני אנושי ולסיוע בהתייחסות מכובדת ונוחה למיתה.

11. הזכות לסיוע דתי

לחולה זכות לקבל או לדחות סיוע רוחני ומוסרי, לרבות עזרה של איש דת, כבחירתו.

חוק זכויות החולה. רפורמה בתביעות רשלנות רפואית. כמה חדשים בפסיקה

א. חוק זכויות החולה
התשנ"ו-1996



יונתן דייוויד, עו"ד

1. ביום 12.8.96 נכנס לתוקפו חוק זכויות החולה התשנ"ו-1996, שמטרתו לקבוע את זכויות האדם המקבל טיפול רפואי או המבקש טיפול רפואי ולהגן על כבודו ועל פרטיותו. החוק מצהיר על זכויותיו של המטופל שהוכרו בעבר בפסיקה בתי המשפט, עד שהפכו לחוק כתוב, כגון הזכות לטיפול רפואי, הסכמה מדעת לטיפול רפואי, החובה לנהל רשומה רפואית וזכות החולה למידע רפואי. כן מסדיר החוק הקמת ועדות בדיקה, ועדות בקרה ואיכות וועדות אתיקה, ואת המעמד המשפטי של ממצאי הוועדות האלה.

למעשה, אין בחיקוקו של חוק זכויות החולה כל חידוש, למעט הטלת חסיון על תוכן הדיונים וממצאיהם של ועדות בקרה פנימיות של בית החולים או קופות החולים. בעניין אחרון זה, העדיף המחוקק את ענינו של המטפל-הרופא על זכותו של המטופל-החולה. בלחצם של מי שעמדו מאחורי העברת הצעת החוק, הביא לביטול ההלכה ברע"א 1412/94 **הסתדרות מדיציניית הדסה נ' עפרה גלעד ואח' פ"ד לט (2) 516** לפיה נדחתה הדרישה להכיר בחסיון של דוחות בקורת פנימיים של בית החולים.

כאשר דרשנו כי אין חידוש בחוק זכויות החולה, ביקשנו אך להדגיש כי הזכויות עליהן מצהיר החוק, הוכרו הן בחקיקה (למשל פקי הניקין [נוסח חדש] וחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו תשנ"ב-1992) והן בפסיקה ביהמ"ש שדנה בזכות המטופל להסכמה מדעת, בזכות המטופל לקבל מידע רפואי והחובה לתעד את מהלך הטיפול ברשומה רפואית וכד'.

2. פרק ג' של החוק דן בזכות לטיפול רפואי וקובע כי כל נזק לטיפול רפואי זכאי לקבלו. בהתאם לתנאי מערכת הבריאות בישראל במצב חרום, זכאי כל אדם לטיפול רפואי דחוף, ללא התנייה. החוק קובע כי אין להפלות בין מטופלים וכל אחד זכאי לקבל טיפול רפואי, הן

מבחינת הרמה המקצועית, מבחינת האיכות ומבחינת יחסי האנוש. כן זכאי המטופל למידע בדבר זהותו ותפקודו של כל אדם המטפל בו.

פרק זה עוסק גם בזכות של כל מטופל לקבל חוות דעת נוספת (SECOND OPINION) לענין הטיפול בו ויש בו המלצה כי המוסד הרפואי יסייע למטופל בכל הדרוש למימוש זכות זו. החוק קובע כי על המוסד הרפואי לשמור על כבודו ופרטיותו של המטופל.

3. פרק ד' של החוק קובע כי לא יינתן טיפול רפואי למטופל, אלא אם המטופל נתן הסכמה מדעת לטיפול הרפואי. לשם קבלת הסכמה מדעת, ימסור המטפל למטופל מידע רפואי הדרוש לו באורח סביר כדי לאפשר לו להחליט אם להסכים לטיפול המוצע. מידע רפואי מוגדר בהרחבה ומתייחס לעניינים הבאים:

- (1) האבחנה (דיאגנוזה) והסכות (פרוגנוזה) של מצבו הרפואי של המטופל.
- (2) תאור מהלך המחלה, מטרתה, התועלת הצפויה של הטיפול וסיכויי הטיפול המוצע.
- (3) הסיכונים הכרוכים בטיפול המוצע, לרבות תופעות לוואי, כאב ואירונחות צפויים.
- (4) סיכויים וסיכונים של טיפולים רפואיים חלופיים או של העדר טיפול רפואי.
- (5) עובדת היות הטיפול הרפואי בעל אופי חדשני.

המידע הרפואי הנ"ל יימסר למטופל בשלב מוקדם ככל הניתן ובאופן שיאפשר לו להבין את המידע, לצורך קבלת החלטה מתוך בחירה מרצון ואיתנות. במקרים מסויימים, בהם רשאית ועדת האתיקה לקבוע כי מסירת המידע עלולה להזיק למטופל - לא ימסר המידע הרפואי.

ההסכמה מדעת, יכול שתהיה בכתב, בעל פה או בהתנהגות, אך תערך תרשומת של תמצית ההסבר שניתן למטופל. אדם אשר נמנע ממנו לתת הסכמתו, ההסכמה תינתן בפני עדים ותתועד.

טיפול רפואי ללא הסכמתו המודעת של המטופל, יכול שיינתן

במקרים מסויימים הנזכרים בחוק אף כאשר נשקפת סכנה חמורה למטופל והוא מתנגד לטיפול הרפואי בתנאים שהחוק קובע.

4. פרק ה' דן ברשומה הרפואית והמידע הרפואי. חובת מטפל לתעד את מהלך הטיפול הרפואי ברשומה רפואית. פרטי הרישום נזכרים בחוק. המטופל זכאי לקבל מהמטפל או מהמוסד הרפואי מידע רפואי מהרשומה, לרבות העתק המתייחס אליו, אלא אם המידע עלול לגרום נזק חמור לבריאותו הגופנית או הנפשית של המטופל.

החוק קובע ערך של שמירת סודו של המטופל ומקיף את כל המידע הנוגע למטופל, אלא אם ויתר המטופל על הסודיות או קיימת חובה שבדין למסור את המידע הרפואי, או אם מסירת המידע היא למטפל אחר לצורך טיפול במטופל.

5. החוק מורה על הקמת "ועדת בדיקה" שהיא ועדה שהוקמה לצורך בדיקת תלונה של מטופל או של נציגו לשם בדיקת ארוע חריג הנוגע למתן טיפול רפואי. הממצאים והמסקנות של ועדת בדיקה יימסרו למי שמינה את הועדה ולמטופל, אך פרוטוקול דיוניה של ועדת הבדיקה יימסר רק למי שמינה את הועדה ולמנכ"ל משרד הבריאות. בית המשפט רשאי להורות על מסירת הפרוטוקול למטופל, לנציגו או למטפל וכן להורות על מסירת הממצאים והמסקנות למטופל. אם מצא כי לשם עשיית צדק עדיף הגילוי על פני אי-הגילוי.

6. בנוסף ל"ועדת בדיקה" מורה החוק על הקמת "ועדות בקרה ואיכות", שהן ועדות המוקמות ע"י מנכ"ל משרד הבריאות או על ידי המוסד הרפואי או ע"י קופת חולים. את הועדות הקים מנהל המוסד או הקופה, לשם הערכת הפעילות הרפואית ושיפור איכותו של הטיפול הרפואי.

החוק קובע כי תוכן הדיונים שהתקיימו בוועדות הבקרה והאיכות, הפרוטוקול וכל חומר שהוכן לשם הדיון ושנמסר לוועדה לרבות מסקנותיה, חסויים בפני כל אדם, לרבות הנוגע בדבר, ולא ישמשו ראיה בכל הליך משפטי. כן נקבע כי הממצאים העובדתיים שקבעה ועדת הבקרה והאיכות הנוגעים למצב המטופל, לטיפול בו ולתוצאותיו, יתועדו ברשומה הרפואית ויהיו חלק מהרשומה הרפואית. אם סבר המטופל או נציגו כי ממצאים עובדתיים לא תועדו ברשומה רפואית, הוא רשאי להשיג בפני ועדת האתיקה, אשר תוקם על ידי מנכ"ל משרד הבריאות.

7. פרק נוסף עוסק ביישום הוראות החוק לגבי כוחות הבטחון. חיל הרפואה של צה"ל הוכר לעניין החוק כמוסד רפואי לעניין הסעיפים הרלבנטיים והחוק חל גם על מערך הרפואה של משטרת ישראל ושרות בתי הסוהר. סמכויות מנכ"ל משרד הבריאות ניתנו לקציני הרפואה הראשיים של צה"ל ומשטרת ישראל.

8. בחוברת מס' 13 של "רפואה ומשפט" סקרנו את פסק הדין של הנשיא ברק ברע"א 2412/94 **הסתדרות מדיצינית הדסה נ' גלעד ואח'** פ"ד לט (2) 516 שבו נקבעה הלכה כי אין להתיר חסיון מעבר לנדרש. באותו מקרה הכין צוות רופאים בבית החולים דו"ח בדיקה פנימי, בעקבות מקרה מוות שארע שם. התובע ביקש לעיין בדו"ח הבדיקה הפנימי וביה"ח טען לחסיון משני טעמים: הדו"ח הוכן לקראת משפט ועל כן הוא חסוי. יש להטיל עליו חסיון מטעמים של טובת הציבור בפני גילוי דוחות של ועדות רפואיות פנימיות, הפועלות בבתי החולים (ועדות בקרה ואיכות בלשון החוק).

ביהמ"ש העליון קבע כי דו"ח הבדיקה הפנימי הוכן על פי בקשת מנכ"ל ביה"ח, אך הכנתו לקראת משפט לא היתה מטרתו היחידה, ולפיכך בנסיבות אלה, אין החסיון של המסמך שהוכן לקראת משפט עומד לביה"ח.

אשר לחסיון מטעמי הציבור, דחה ביהמ"ש העליון את טענות ביה"ח לחסיון תוכן הדיונים, הממצאים והמסקנות של ועדות הבקרה והאיכות, אשר נערכות בסמוך לאירוע, תוך שהוא מאזן בין האינטרסים המתגבשים. מחד גיסא עומד אינטרס הפרט והכלל בהגנה על הפרטיות, זכות החולה לדעת מהו הטיפול הרפואי אותו קיבל וקורותיו של אותו טיפול, ואילו מאידך ישנו האינטרס של ביה"ח לקיים בדיקה עניינית, ללא מורא ובלא חשש כי המטפלים ייחשפו לתביעה משפטית פוטנציאלית תוך ביקורת עצמית נוקבת. ביהמ"ש העליון העדיף את זכותו של המטופל וקבע כי הכרה בחיסיון מפני גילוי דו"ח ביקורת פנימית של ביה"ח, פוגעת בזכותו של האדם לדעת מה נעשה בו ואינה מתיישבת עם זכותו לאוטונומיה של רצון הפרט וכבוד האדם.

המחוקק העדיף את האינטרס של ביה"ח. בלחצם של המוסדות הרפואיים וחברות הביטוח הממנות את ועדות הבקרה והאיכות, העדיף המחוקק לקפח את זכותו של המטופל תחת להעדיף את עניינו, כפי שמצהיר החוק במטרתו. קביעת מנגנון לפיו תוכן הדיונים בוועדות הבקרה והאיכות

חסוי בפני כל אדם, לרבות המטופל הנוגע בדבר, פוגעת בזכות החולה לדעת מה נעשה בגופו ומטשטשת את האפשרות להגיע לחקר האמת בזמן אמת, בסמוך לאחר הארוע הרפואי.

השיקולים המחייבים את החסיון, באים להגן על עניינו של המטפל, תוך פגיעה בעניינו של המטופל. אם כך, אין מקומם בחוק שמטרתו המוצהרת היא לקבוע את זכויות האדם המבקש טיפול רפואי ולהגן על כבודו ועל פרטיותו (סעי' 1 לחוק). לדעתנו, ספק אם החוק עומד במבחן המידתיות הקבוע בחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, ובאיוון שבין זכות החולה לדעת מה נעשה בגופו לבין תפקודן של ועדות הבקרה והאיכות. אם נזכור כי אנו עוסקים בחוק שמטרתו להגן על זכויות החולה, אין מנוס מהמסקנה כי הכף הגורסת שמירה על זכות החולה, צריכה להיות על העליונה.

ב. בריטניה - רפורמה בתביעות רשלנות רפואית

מהפכה פרוצדורלית הוצעה על ידי ועדת וולף, שבראשה ישב "שומר המגילות" שופט בית הלורדים, הלורד וולף, בכל הנוגע לניהול משפטים אזרחיים בכלל ותביעות לרשלנות רפואית בפרט. הרפורמה המוצעת באה לחסל את הפיגור העצום בו נמצאת מערכת המשפט הבריטית בניהול משפטים. מטרתה, בין היתר, לצמצם בהוצאות ניהול משפט.

ועדת וולף ישבה על המדוכה כשנתיים, עד להגשת ממצאיה באוגוסט האחרון. שר המשפטים הבריטי הודיע כי יפעל ליישום ההצעות שהן מהפכה של ממש בשיטת המשפט השמרני הנהוג בבריטניה.

תביעות רשלנות רפואית זכו לתשומת לב מיוחדת של הוועדה, נוכח המיומנות הנדרשת מביהמ"ש בניהול משפטים בתחום זה. התערובת של שתי הדיסציפלינות רפואה ומשפט, לעומת שטחי משפט אחרים והיחס שבין הוצאות לצורך ניהול המשפט וסכום הפיצויים שנפסק בסופו אינו תמיד קורלטיבי. הוועדה מצאה שניהול משפטים העוסקים ברשלנות רפואית, דורש הרבה יותר זמן ממשפטים בתחומים אחרים. אחוז המשפטים שבהם מגיעה הערכאה הדיונית לפסק דין, גדול יותר מאשר בתביעות נזקי גוף אחרות ושיעור התביעות שהתקבלו לבסוף, אף הוא קטן יותר מתביעות נזיקין רגילות. הוועדה בדקה את המשפטים בתחום נזקי הגוף שנוהלו בבית המשפט העליון באנגליה (המקביל לבית המשפט המחוזי אצלנו) ומצאה שבמשפטים בהם שיעור הנכות היה נמוך, עלו הוצאות ניהול המשפט על סכומי הפיצויים שנפסקו.

במיוחד בתביעות לרשלנות רפואית. כך למשל, עלות ניהול המשפט לנתבעים בתביעות שסכומן הוא עד כ-20,000 \$ (12,500 ליש"ט) הגיעו ההוצאות לכדי 137% מהסכום שנפסק. גם משך ההתדיינות בתביעות אלה היה ארוך מאשר במשפטים אחרים. הוועדה מצאה שבתביעות רשלנות רפואית, משך ההתדיינות, ההתייעצות הראשונית עם עורך דין ועד לפסק הדין, נמשך 65 חדשים, לעומת 34 חדשים במשפטי נזיקין רגילים. נוכח הממצאים הנ"ל הציעה הוועדה לחלק את המשפטים למספר מסלולים. תביעות עד לסכום של 10,000 ליש"ט (כ-15,000 \$) ינוהלו בסדר דין מקוצר. פרק הזמן שיוקצב לניהולן לא יעלה על 30 שבועות. ההוצאות המשפטיות יוגבלו ע"י ביהמ"ש והוא ימנה מומחה רפואי מטעמו גם בשאלת האחריות (בדומה לפרוצדורה הנהוגה אצלנו עפ"י חוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים תשל"ה-1975, לפיו אין הצדדים רשאים להביא חוות דעת מטעמם, אלא בית המשפט ממנה מומחה מטעמו). הוועדה היתה מודעת לקושי ליישם את המלצותיה בפועל ולכן הציעה לאפשר מספר מסלולי התדיינות חלופיים:

1. ניהול משפט בסדר דין מקוצר, שבו הצדדים יסכימו על מומחה רפואי מוסכם ויגבילו את הוצאות המשפט ל-3,500 ליש"ט לכל צד.
2. במשפטים התלויים ועומדים יוגבלו ההוצאות לסך 4,000 ליש"ט לכל צד.
3. בתיקים שבהם לא תושג הסכמה למומחה מוסכם, יהיו הצדדים רשאים להגיש חוות דעת מטעמם וביהמ"ש יהיה מוסמך למנות לעצמו יועץ רפואי שיעריך את הראיות הרפואיות ואת חוות הדעת מטעם הצדדים. משפטים אלה יוגבלו ל-18 חודשים, ולביהמ"ש תהיה סמכות להגביל את הוצאות המשפט הכרוכות בהתדיינות.
4. הוועדה המליצה עוד, כי משפטי תביעות רשלנות רפואית בבית המשפט העליון (המקביל כאמור לביהמ"ש המחוזי אצלנו) יופנו לשופטים שיתמחו בתחום ויקבלו הכשרה מדיקולגלית, כך שיוכלו להתמודד עם הקושי בהבנת הראיות הרפואיות. מחוץ ללונדון יוקמו בתי משפט אזוריים, אשר יתמחו בתחום זה ואליהם יופנו כל המשפטים בתחום המדיקולגלי.
5. על מנת ליישם את המלצותיה ולהביא לקיצור תורים מציעה הוועדה לעודד את הליכי הפישור והפשרה מחוץ לביהמ"ש. צד שיעתור לביהמ"ש בלא נסיון למצות את ההתדיינות מחוץ לכתלי ביהמ"ש, תוטל עליו סנקציה, ונתבע אשר יימצא כי התדיין שלא לצורך והפסיד במשפט, ישלם פיצויים עונשיים בשיעור 25% נוספים על הפיצוי שיפסק לחובתו.



קופת החולים המטפלת ובית החולים אליו מופנה החולה לטיפול, וכן ביחס שבין תביעה לרשלנות רפואית ותקיפה רפואית, הכוללת בחובה את היקף ההסבר הנדרש מרופא והצגת מערכת השיקולים, הסיכויים והסיכונים בטיפול הרפואי.

כמו כן, נביא את עיקרי ההחלטה של ביהמ"ש המחוזי בת"א בשאלת זכותם של חולים סופניים שלא להאריך את חייהם באמצעים מלאכותיים.

1. ע"א 5461/91 **עזבון המנוח עבד אלקאדר עאזם ז"ל נ' קופת חולים מאוחדת ואח' (טרם פורסם):**

המערער היה בטיפול אמבולטורי אצל רופאת קופת חולים מאוחדת במרפאה שבכפרו. המערער נבדק ארבע פעמים בלא שהרופאה רשמה כי נעשתה למערער בדיקה רקטאלית. לאחר שהופנה לביה"ח, רופא חדר המיון החל בטיפול, אך הוזעק לטפל בחולה אחר וכששב, גילה שהמערער עזב את ביה"ח. למחרת, חזר המערער לביה"ח ונמצא כי הוא סובל ממורסה פרה-אנאלית ברקטום, שהובילה לאיספיקת כליות ואי-ספיקה נשימתית ועקב הנמק חייב כריתת האזורים.

6. הוועדה המליצה להקים גוף אשר יורכב מעורכי דין אשר מייצגים תובעים ונתבעים בתביעות רשלנות רפואיות, רופאים, החברה לניהול סיכונים של שרותי הבריאות הלאומיים (NHS) ונציגים אחרים המעורבים במערכת, כדי ליישם את הרפורמות המוצעות.

הצעות הוועדה נתקבלו בברכה על ידי משרד הבריאות הבריטי, ע"י הגופים המייצגים את ה-NHS, ע"י הרופאים וע"י המטופלים. מאחר ומערכת המשפט בישראל נתקלת בבעיות דומות, באשר למשך זמן ההתדיינות ובאשר לצורך במיומנות משפטית להכריע במשפטים של תביעות רשלנות רפואית ועלויות ההתדיינות, לכן ראוי כי ממצאי וועדת וולף יובאו בפני וועדת קלינג, הדנה ברפורמה בתביעות רשלנות רפואית, כחלק מהמלצותיה למשרד המשפטים.

ג. חידושי פסיקה

אנו מביאים הפעם תקצירים של שני פסקי דין של ביהמ"ש העליון, אשר דנו בתביעות רשלנות רפואית, ביחס שבין חובת

רפואה ומשפט

גיליון מס. 15 - נובמבר 1996

ביהמ"ש העליון, (מפי כב' השופט ט. שטרסברג-כהן) פסק לעניין הרישום הרפואי כי המנעותה של רופאת קופ"ח מאוחדת מלתעד את ביצוע הבדיקה הרקטאלית, היא בת נפקות משפטית. ביהמ"ש לא קיבל את עדותה כי ביצעה את הבדיקות הרקטאליות וקבע כי לא עמדה בנטל ההוכחה להראות שעל אף העדר רישום, אכן ביצעה את הבדיקה. ביהמ"ש קבע עוד, כי בהמנעותה מביצוע הבדיקה הרקטאלית, מנעה הרופאה מעצמה התרשמות חיונית ובלתי אמצעית ממצבו החמור של המערער. כפועל יוצא מכך התעכבה הפנייתו לביהמ"ש והתנהגות זו מהווה הפרה של חובת הזהירות, אותה חבה הרופאה למטופל.

לעניין אחריות בית החולים קבע ביהמ"ש העליון (כב' השופט שטרסברג-כהן) כי לקה בניהול סדרי מערך עובדי חדר המיון ובהוראות קבלת ושחרור של חולים. עובדי חדר המיון אפשרו למערער לעזוב את חדר המיון, מבלי שהתריעו בפניו על חומרת מצבו ועל הסכנות הטמונות באי-טיפול מהיר במורסה. בידי צוות חדר המיון היה מידע אודות המטופל ואודות המחלה שאובחנה בתעודת ההפנייה, והצוות היה מודע לכך, שקביעת אבחנה וטיפול מיידיים דרושים כדי למנוע סיכונים חמורים לבריאותו של החולה.

על עובדי חדר המיון היה לקחת בחשבון מצב בו סבל המטופל מחרדות מפני הטיפול ומקוצר רוחו בהמתנה, ולתת לו את ההסבר המתאים.

מערכת היחסים הבלתי שוויונית שבין הצוות הרפואי בבית חולים והחולה, ביחס להערכת מצבו הרפואי של החולה, מטילה על בית החולים לנסח וליישם נוהלי עבודה ברורים וחד משמעיים, שינחו את עובדי חדר המיון בעבודתם, לרבות דרכים להרגעת המטופל, השגחה עליו והעמדתו על חומרת עזיבתו את בית החולים, בטרם נעשתה אבחנה ובטרם ניתן הטיפול הרפואי הנדרש.

בית המשפט העליון חייב כאמור, את קופת חולים מאוחדת וכן את קופת חולים הכללית שבבעלותה בית החולים שבו טופל המערער, באחריות לנזקיו של המערער אשר נפטר בינתיים.

2. ע"א 5681/93 **קופת חולים הכללית נ' פנינה יזיד** (טרם פורסם) המשיבה פנתה למרפאת פוריות שם נערך לה צילום רחם, בעקבותיו הומלץ להזמינה ללפרוסקופיה, כיוון שחצוצרותיה "סתומות". המשיבה נטשה את המרפאה ללא

ביצוע הלפרוסקופיה ועברה למרפאה אחרת שבבעלותה של המערערת, שם הסיק הרופא מצילום הרחם כי החצוצרות אינן "סתומות" והמליץ על טיפול הורמונלי. רופא המערערת החליט על ביצוע צילום חוזר של הרחם, שלאחריו לקתה המשיבה בדלקת קרום הצפק והיה הכרח לכרות את רחמה.

בית המשפט המחוזי קבע כי באופן עקרוני, היה מקום לבצע צילום רחם נוסף, כהמלצת הרופא מטעם המערערת, אך היה עליו לחשוב שברחמה של המשיבה מצוייה דלקת רדומה, אשר עלולה לפרוץ אם הרחם יצולם. בכך שלא הזים חשדות אלה טרם ביצוע הצילום הנוסף - התרשל. לפיכך חייב ביהמ"ש את המערערת לפצות את המשיבה על נזקה.

ביהמ"ש העליון (כב' השופט ת. אור) קבע כי אפילו היינו מגיעים למסקנה שהיה על הרופא הנ"ל לדעת שהמשיבה סובלת מדלקת רדומה, עדיין ייתכן שלא היינו רואים בו רשלן, וזאת אם היינו מגיעים למסקנה שיש מקום לבצע צילום רחם, גם אצל אישה הסובלת מדלקת רדומה ברחמה. בתחום הרפואה - קובע ביהמ"ש העליון - יש פעמים רבות מקום ליתן למטופל טיפול, אפילו טמונים בו סיכונים כלשהם. השאלה תמיד היא מה מצבו של המטופל כעת ומהו המצב הרצוי. מה הסיכויים הטמונים בטיפול ומה הסיכונים הכל שאלה של המטרה אליה שואפים והסיכויים מול הסיכונים הטמונים, בדרך הנקטת אל המטרה.

הסיכון להתפתחות דלקת עקב החדרת נוזל בצילום רחם, הינו 31%. לפיכך, אין מדובר בסיכון אפסי אשר ניתן להתעלם ממנו. זהו סיכון אשר ראוי להציגו בפני האישה בטרם מבצעים בה את הטיפול. לפיכך היה על הרופא מטעם המערערת, להציג סיכון זה בפני המשיבה, במיוחד נוכח חומרתו הרבה של אותו סיכון. על הרופא המטפל מוטלת אחריות להבהרת הסיכונים הכרוכים בטיפול (צילום הרחם). העובדה כי הרופא הקודם נהג שלא כדין בכך שלא הציג בפני המשיבה את הסיכונים הכרוכים בצילום הרחם הראשון, אין בה כדי לנקות את רופא המערערת מאחריות בגין אותו מחדל עצמו.

ביהמ"ש קבע כי אין לחייב את הרופא ברשלנות, אך יש לראות באי-הבהרת הסיכונים והסיכויים משום תקיפה ודחה את טענת ההתרשלות. בכך קיבל ביהמ"ש את שני הערעורים והשאיר את סכום הפיצויים שנפסק בבית המשפט המחוזי, על כנו.

3. המ"פ ת"א 2242/95, 2349/ א.א.וי.ש. נ' קופת חולים הכללית פ"מ תשנ"ה (חלק שני) עמ' 253.

הדיון נסב על בקשת חולים סופניים שלא להאריך את חייהם באמצעים מלאכותיים. ביהמ"ש התבקש להתיר לרופאים להימנע מלחבר את החולים למכונות החייה. המדינה וקופת חולים טענו כי המנעות מטיפול בחולים עלולה להיות בגדר "החשת המוות במחדל" ותעמיד את רופאיהם של המבקשים בסכנה פלילית.

ביהמ"ש המחוזי (כב' השופט טלגם) בחן תחילה את מצבם הנפשי של החולים וקבע כי החלטתם של המבקשים, שלא לקבל טיפול רפואי, ניתנה בצלילות דעת מלאה ומתוך מודעות לתוצאותיה.

ביהמ"ש קבע כי ככל שמדובר במניעת כפייתו של רופא לפעול בניגוד למצפנו או לכללי האתיקה שלו, הרי שאין בידי ביהמ"ש לצוות על הרופא להימנע מהקלת מצוקה זמנית. שונה המצב כאשר מצבו של החולה אינו זמני וקיומו תלוי באמצעים מלאכותיים. במקרה כזה יש לכבד את רצונו של החולה. לדעת ביהמ"ש אין מקום לאבחנה בין חולה סופני לכל אדם אחר. ביהמ"ש מעמיד למבחן את חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו וקובע שנקודת המוצא חייבת להיות כבודו של החולה ולא של הרופא המתלבט. לפיכך, אי-כיבוד רצונו של האדם להפוך ל"צמח" או למשותק ומונשם בעל כורחו, אינו בגדר שמירת צלם האדם ואפילו מחשיבים כערך עליון את קדושת חייו, הרי החיים והכבוד שניהם ערכים שווים ואין לראותם מנוגדים זה לזה.

ביהמ"ש קובע כמו כן, כי אין לכפות על רופא לבצע את הוראות החולה. אם הן נוגדות את מצפנו אזי יש לאמץ את הפתרון של האגודה הנוירולוגית האמריקאית ועל הרופא להעביר את הטיפול לרופא אחר, שאין לו בעיה כזו.

ביהמ"ש מצא לתת את הצו המבוקש שאין לחבר אף אחד מן המבקשים לכל מכשיר או אמצעי של הנשמה או החייה מתמדת ואם חוברו, יש להפסיק את החיבור אם יתברר שאין לחולה אפשרות לקיים חיים ללא עזרה מתמדת.

4. בהקשר למשפט האחרון, ראוי להזכיר את הדיון הציבורי

המתנהל זה זמן בארה"ב בעניינו של ד"ר ג'ק קבורקיאן, אשר במשך שש השנים האחרונות "סייע" ל-28 חולים להתאבד ואף הועמד לדין באשמת רצח וזוכה פעמיים.

בעקבות התנהגותו המפגיעה, מתנהל בארה"ב דיון ציבורי נוקב במעמדו של ד"ר קבורקיאן: האם הוא גיבור או אנטי גיבור. ההסתדרות הרפואית האמריקאית העמידה בסימן שאלה את הלגיטימיות של פעולותיו המסייעות לחולים, שלא כולם נחשבים כ"סופניים".

ד"ר קבורקיאן, בהתנהגותו יוצאת הדופן הצליח לעורר סערה ציבורית כאשר ב-1990 הכריז שהוא עומד לסייע לחולה סופני להתאבד. הוא קרא תיגר על התביעה המשפטית אשר איימה להעמידו לדין. הוא לא נרתע ולמרות שהועמד לדין שש פעמים, זוכה על ידי חבר מושבעים. יש הרואים בהתנהגותו אצילות, התחסדות ואף גבורה.

John Roberts Iquill Te. "Death and Dignity. A Case of Individualized Decision Making" N. Eng. T. Med. 1991: 324; 691-4

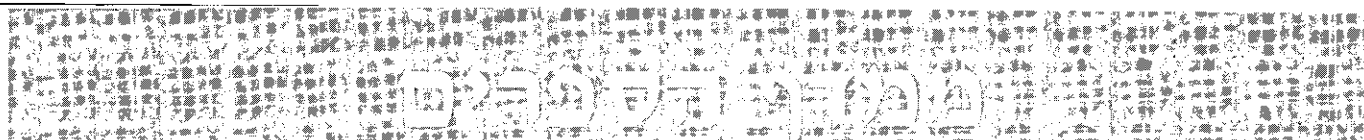
Robert T. Hjellstrand, C. "Jack Kevorkian: A" BMJ 1996 312; 1434 (8/6/96) Medical Hero

מנגד, יש המגנים את התנהגותו ומכנים אותו "ד"ר מוות" וטוענים כי התנהגותו היא אנטייתזה לגבורה.

Robert Twicross: "Jack Kevorkian: A Medical Hero?" BMJ Vol 7051, 33 (27.7.96).

מעניין כיצד היו רואים בתי המשפט אצלנו את התנהגותו של ד"ר קבורקיאן, אם היה מסייע לחולים הסובלים ממחלות בלתי נסבלות מבחינתם, להתאבד. החלטת כב' השופט טלגם חדשנית ואמיצה, והיא עומדת בסתירה למקרים דומים שנדונו בבית המשפט, אם כי ניתן לראותה באספקלריה של חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, שהסיט את נקודת המבט והאיזון המשפטיים.

אנו סבורים שטרם נאמרה המילה האחרונה בנושא מרתק זה.



יהושע כספי-סמים מסוכנים: מדיניות, פיקוח, אכיפה ומשפט.

הוצאת "תמר", חיפה, התשנ"ו-1996. 120 ש"ח.



ד"ר דורון זינאני, עורך

סמים מסוכנים: מדיניות, פיקוח, אכיפה ומשפט

ד"ר יהושע כספי



הוצאת "תמר"
חברה להבצעה בע"מ
ת"ד 4560
רחוב אבן שינא 3 חיפה 31044
טל: 04-8623225 מקסי: 04-8664659
הוצאת "תמר" בע"מ

המחבר, ניצב בדימוס, מרצה במכללת בית-ברל ובאוניברסיטת חיפה בנושא הסמים, פורש בפנינו יריעה

רחבה של הטיפול בבעיית הסמים המסוכנים בארץ ובעולם. הוא מביא רקע היסטורי מפורט של השימוש לרעה בסמים במקומות שונים בעולם, מן העת העתיקה ועד ימינו, ומתעכב בהקשר זה על קבוצות שונות של סמים. פרקים שלמים בספר מיוחדים לישראל. כאן משלב המחבר את ידיעתו ונסיונו, שצבר בעבודתו רבת-השנים בתפקידים בכירים במשטרה, בנוסף לביבליוגרפיה רחבת-היקף ממקורות זרים ומקומיים.

המחבר מרחיב על ההתארגנות לפיקוח על הגידול, הייצור והשימוש לרעה בסמים, על החקיקה נגד השימוש לרעה בסמים, על התפתחות הגופים לאכיפת החוק ובכלל זה גם על הרשות למלחמה בסמים בישראל.

המחבר מייחד אמנם פרק לשאלה, האם יש לנקוט כיום ליברליזציה בגישה כלפי שימוש בסמים, וסוקר עמדות שונות שהובעו בנושא זה בעולם ובארץ, אולם בסיכומו של הפרק הוא מביע את עמדתו התקיפה כנגד כל ליברליזציה בישראל, קלה כחמורה, בשל תנאי המיוחדים של הארץ.

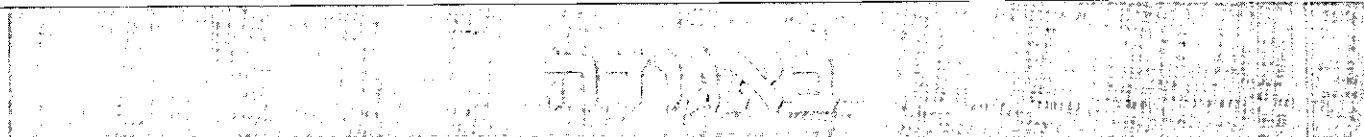
כצפוי, נקודת המבט של המחבר, לכל אורך הספר, היא נקודת מבטו של הקרימינולוג. אין ספק, שהסקירה הניתנת, מנקודת מבט זו, היא יסודית ומעמיקה. סוגיות של רפואה, פרמקולוגיה, פילוסופיה, מוסר ודת - אף שמוזכרות בחיבור - אינן זוכות לניתוח מפורט יתר על המידה, כנראה משום שחורגות מתחומו של חיבור זה.

שפת הספר קולחת ובהירה, מלווה בטבלאות רבות מאירות-עיניים, והמחבר נזהר מגלישה לטרימינולוגיה ולסגנון

מקצועיים יבשים, כך שגם מי שאינם אנשי מקצוע באחד מהתחומים שנושא הסמים משיק להם - יוכלו למצוא בספר עניין רב ולהבין את עיקר הדברים.

הספר יצא לאור הבכריכה רכה, הכוללת 288 עמודים ומפתחות מפורטים.

רפואה ומשפט גיליון מס. 15 - נובמבר 1996



אות המופת 1996 אראלה יואל, עו"ד

ביום שלישי, 25.6.96 הוענק זו הפעם התשיעית, אות המופת לרופא. מפעל משותף של האגודה לרפואה ומשפט בישראל, וחברת הביטוח "מגדל".

מהו אות המופת וכיצד נולד

לפני כעשר שנים נועדו פרופ' אמנון כרמי, נשיא האגודה לרפואה ומשפט בישראל, ומר עוזי לוי, המנהל הכללי הראשי של קבוצת הבטוח "מגדל" והחליטו כי הגיע הזמן להנהיג ולהעניק "אות מופת" לרופא, לא בזכות השגיו המקצועיים, אלא בשל מעלותיו התרומות כרופא וכאדם, בשל יחסו הלבבי לנזקקים לשירותיו ובשל מסירות ללא גבול לחולים. מדי שנה פונה האגודה לציבור הרחב - ע"י פרסום מודעות בעיתונות ובמוסדות הבריאות השונים - להמליץ על רופא שלדעתם ראוי לקבל את אות המופת לרופא.

מידי שנה מתקבלים במשרד האגודה מאות מכתבים הממליצים על למעלה מ-100 רופאים. השנה המליץ הציבור על 146 רופאים, כולם טובים וראויים לברכה ולהוקרה. אך רק שלושה, הטובים שבטובים, יכולים לזכות באות המופת לרופא.

מלאכה קשה, אחראית וכמעט בלתי אפשרית זו הוטלה על ועדת אות המופת לרופא.

בראש ועדת האות יושב כב' השופט דב לוין, שופט בדימוס של בית המשפט העליון, וחברים בה, בתוקף תפקידיהם: יו"ר ההסתדרות הרפואית בישראל - ד"ר יורם בלשר; יו"ר לשכת עורכי הדין בישראל - עו"ד דרור חוטר-ישי; חברת הנהלת האגודה לרפואה ומשפט בישראל - עו"ד אראלה יואל, ונציגת קבוצת "מגדל" - גב' אורלי ירקוני.

הפרסים לשלושת הנבחרים, נתרמים ע"י קבוצת הבטוח "מגדל", אשר בחסותה נערך האירוע.

הטקס

ברב הדר, ובפני אולם מלא מפה לפה (בכפר המכביה), פתח פרופ' אמנון כרמי את טקס חלוקת אות המופת לשנת 1996.

המנחה, עו"ד אראלה יואל הזמינה אל שולחן הנשיאות את שר המשפטים היוצא, עו"ד פרופ' דוד ליבאי, את יו"ר ועדת הפרס כב' השופט העליון (בדימוס) דב לוין; את יו"ר ההסתדרות הרפואית, ד"ר יורם בלשר; יו"ר לשכת עורכי הדין בישראל, עו"ד דרור חוטר-ישי; ואת המנהל הכללי הראשי של קבוצת "מגדל", מר עוזי לוי.

כל אלה העתירו דברי הערכה על עצם הרעיון של הענקת הפרס, וברכו את שלשת הרופאים שנבחרו השנה. אל המברכים הצטרף גם אורח מכובד נוסף, מר אביגדור קפלן - מנכ"ל קופ"ח הכללית.

את דברי **כב' השופט העליון (בדימוס) דב לוין** אנו מביאים כאן כלשונם:

אות המופת לרופא - 1996

מצווים אנו על-פי מסורת ישראל ומכח הכללים החוקתיים שבחוק יסוד: "כבוד האדם וחירותו" להקפיד בכבודו של האדם ולהגן על צנעת פרטיותו. כל בני האדם נולדו בצלם ושווים הם זה לזה בעיני אלוהים ואדם, בין אם דלים הם ואביונים ובין אם

אמידים ועתירי יכולת; בין אם נשאים הם מעם, משועי הקהילה, ובין אם חלכאים ונדכאים הם ודעתם כביכול לא נחשבת. אלה גם אלה, כבני אנוש ויצירי האל, שווים הם בפני החוק וזכויותיהם היסודיות צריכות להישמר באותה מידה.

אם כך בבני אדם דרך כלל, על אחת כמה וכמה ראויים לדעתי הדברים להיאמר לגבי אדם שהגורל התעמר בו והוא חולה המתייסר במכאוביו, שתפקודו ולעתים, חלילה, דמותו האנושית נפגעים וגם נפגמים אם פיסית ואם נפשית. ראויים הם שבעתיים כי במצוקתם, בצרתם, במוגבלותם, נזכור כי כמונו הם - עצם מעצמנו, בשר מבשרנו. כבודם כבודנו, צנעתם צנעתנו שכן אנשים אחים אנחנו. מצווים אנו לנהוג רגישות בכבודם של אלה ולהיות נכונים ומזומנים תמיד לעמוד לצידם ולהושיט להם יד אוהדת ותומכת.

יש והחולה מתקשה לבטא עצמו אם בשל גילו הרך ואם משום מוגבלות אישית. והוא מתייסר וכואב ודומה בעיניו שזעקתו האילמת אינה נשמעת. במקרה כזה ייאמר לנו - "את פתח לו". תן לו את התחושה כי אתה ער לסבלו, מבין ללבו ועושה את שביכולתך להושיט לו יד ארוכה, כי הוא מכובד בעיניך. הדבר יושג בגילוי יחס אישי, אנושי וחם, במילים של עידוד ובליטוף מרגיע המבטאים במופנן הבנה הקשבה ועידוד.

קורה והחולי קשה הוא וחם וחלילה נחשב כסופני. דומה בעיני החולה שנגזר דינו ואבדה אחריתו. חולה כזה יש לחזק את רוחו ולהפיח בלבו אמונה כי כל עוד נשמתו בו יש תקווה לעתידו. גם בחוליו יש טעם בחייו, שכן יכול הוא להינות מזהרה של חמה בזריחתה, להתפעל ולהתפעם מירח מרגש ומתפארת כוכבים ברקיע; להתבשם מריח השדה; ולהתרפק אל יד מלטפת של הורים חרדים, של רעים אוהבים, של רופא נאמן וידיד אמת, המטפל בו נאמנה ומחזק את רוחו במחשבה שאין להתייאש מרחמי שמיים ומהתפתחות המדע והרפואה.

יש ולא שפר גורלו של החולה ותפקודו הפיזי והנפשי התערער עד שדומה הוא בעיניו כמי שאיבד את צלם האנוש שבו. יש שהוא חש ניכור והסתייגות מאת הסובבים אותו ותחושתו לעיתים היא כי היה לטורח על הזולת. שומה עלינו לחזק את רוחו ולתת בלבו את התחושה ואת האמונה כי מצויים בו עדיין עוז ותעצומות נפש שיש רק לחושפם ולעוררם ושם כך ייעשה יישמר כבודו של זה ותיזקף קומתו השחוחה.

אם אכן נהיה מציאותיים לא נוכל להתעלם מתופעה שאומנם כן קיימת בציבור ומצויים בחברתנו רבים שליבם גס למוכי גורל כאלה; הם מתנכרים להם מזוללים בכבודם מדכאים את רוחם ולא טוב הדבר. אך זאת יודגש, כי באותה מידה ראוי לציין כי יש בקהילתנו רבים וטובים אשר ניחנו בנשמה יתירה המקרינה על סביבתם, ולעניינו על מוכי גורל שבראותם התערערה, יחס אישי ואנושי להם ולבני משפחותיהם אחוזי הדאגה.

כאלה מצויים לשמחתנו במידה רבה בקהילת הרופאים בישראל.

הוגשו לעיונו המלצות חמות לגבי למעלה מ-150 רופאים העוסקים בתחומים שונים ובכל אותן המלצות תיאור נאמן, מעומק לב, של התנסות ישירה ובלתי אמצעית עם אותם רופאים. קראנו בהתפעלות את דברי ההלל והשבח היוצאים מפי חולים, בני משפחה וחברים לעבודה, לרופאים אשר הפגינו בעבודתם המסורה התנהגות מופתית ומעשים מופלאים המהווים ללא ספק דוגמא ומופת לכלל ברמת האנושית ובגישה המצפונית בעת מילוי תפקידם האחראי. ניתן ללא ספק לאמור על כל אלה שאנשי מופת הם אשר החברה חייבת להם את המעט שהיא יכולה להעניק - הערכה והוקרה והכרת תודה.

כל הממולצים היו טובים בעינינו וראויים להימנות על המצויינים שבתוכם, אך על פי תקנות האות יכולים אנו להעניק את אות המופת לשלושה מבין ציבור זה.

ברוח הדברים שציינו והדגשנו עד כאן החלטנו זו הפעם להעניק את האות לרופאים אשר התמסרו לחוליהם בשלושה תחומים:

* רופא שמרכז פעילותו הושטת רפואה ומזור לילדים.

* רופא המלווה במסירות ובנאמנות חולים סופניים.
* רופא המקדיש את כל כולו ללוקים במחלת הטרשת הנפוצה.

על פועלם של אלה ועל המיוחדות שבהם שבעטיים ראויים הם גם ראויים לאות המופת נעמוד להלן אחד לאחד.

איך נבחרו הזוכים:

בפני חברי הועדה נפרשו פרשות חיים של חולים, מוכי גורל, המתייסרים במכאובם, המשוועים לעזרה, ליד מלטפת, להתייחסות חמה ואנושית, לפתח של תקווה וישועה, להצלת הנפש או למצער - חלילה - אם נגזר עליהם להחזיר נשמתם לבורא, שיישמר ויכובד צלם האנוש שבהם עד תום.

לקרוא את מכתבי ההמלצה זו חוויה מכאיבה אך גם מרטיטה שכן עולה מן המכתבים דמותם של רופאות ורופאים, בכל תחומי הרפואה, אשר בצנעה, במסירות אין קץ, בדבקות ונחרצות, בלב אוהב וחרד, מעל ומעבר לכל המתחייב, נרתמים לעזרת החולים, מקדישים ממיטב זמנם, אונם ויכולתם המקצועית למען החולים - לא אחת בתנאים קשים ומתסכלים.

קשה מלאכת השיפוט, שכן כאמור נפרשו בפני הועדה מעשי צדקתם של 146 רופאים שכל אחד מהם מהווה דוגמא ומופת ברמתו האנושית, בגישתו המצפונית ובמילוי תפקידו, שכל אחד מהם ראוי לעידוד, הוקרה והערכה, ורק בדחילו ורחימו - מבלי למעט כהוא זה מעבודת הקודש של האחרים - הגיעה הועדה, לפי מיטב הבנתה ומצפונה, להחלטה בדבר שלושת הזוכים בתואר אות המופת לרופא 1996.

בדיעבד, מסתבר כי כל שלושת הרופאים שנבחרו השנה, נולדו סמוך לאחר מלחמת העולם השנייה להורים ניצולי שואה.

מקבלי אות המופת:

כבי' השופט לוין קרא את תולדות החיים של המקבלים (לפי סדר הא"ב), עם כמה מן ההמלצות שהועדה קבלה, והזוכים נגשו בזה אחר זה לשולחן הנשיאות, לקבלת הפרס מידי מר עוזי לוי.

ד"ר אליהו הלר

ד"ר אליהו הלר - הידוע לכל בתור אלי הלר - נולד בירושלים ב-1950, להורים ניצולי שואה.

בצעירותו עבר להתגורר בתל-אביב, בה סיים לימודיו בביה"ס הממלכתי דתי "מוריה" ותיכון עירוני ב"ג. מאז ומתמיד נמשך מאוד לעולם הספרות והתאטרון, ואף משחק השחמט וספורט נשאר במסגרת תחביביו אך את עתידו ראה ברפואה.

משהתגייס לצה"ל במסגרת העתודה האקדמאית התקבל דווקא ללימודי ביוכימיה וסיים את התואר הראשון באוניברסיטת בר-אילן ב-1971 ואז שירת בצה"ל - כקצין שלישות במפקדת קצין צנחנים ראשי.

לאחר השירות סיים תואר שני בביוכימיה והחל את הכשרתו לתואר שלישי, אך תולעת הרפואה לא הניחה לו ובשנת 1978 החליט ללמוד רפואה. החליט ובצע, ולמד רפואה בטכניון בחיפה.

בשלב זה היה כבר נשוי לעדי, מיקרוביולוגית, עובדת מחקר במכון לחקר הסרטן באוניברסיטת בר-אילן ואב לבנו הבכור, ערן, המסיים כעת כיתה י"ב ועומד להתייג.

רפואה ומשפט גיליון מס. 15 - נובמבר 1996

במהלך לימודי הרפואה עבד ד"ר הלר במועצה הלאומית לחקר ופיתוח, ולאחר מכן באוניברסיטת בראילן.

המטרה התגבשה מהר - להיות רופא ילדים.

את הסטאג' עשה אלי בב"ח איכילוב, ואת התמחותו ברפואת ילדים, אותה סיים ב-1988, בבית חולים "הדסה" תל-אביב בראשותו של פרופ' שפירר. בינתיים נולדו לזוג 2 ילדים נוספים: אייל - היום בן 15 ויעל - היום בת 11.

עם סיום התמחותו החל ד"ר הלר, על-פי בחירתו החופשית - לשרת כרופא ילדים באזור מצוקה ביפו במסגרת קופת חולים מכבי.

במקביל לעבודתו זו, עבד גם כרופא בכיר במחלקת ילדים ב"הדסה" תל-אביב; הצליח לסיים תואר שני במנהל עסקים באוניברסיטת תל-אביב ולהיות אב לילד רביעי, אריאל - כיום בן 6.

מאז 1992 עובד כרופא ילדים בבני-ברק, במסגרת קופת-חולים מכבי.

מתוך מכתבי ההמלצה עולה דמות של אדם צנוע, אוהב ילדים, מסור לעבודתו ולפציינטים הצעירים שלו ללא שיור.

כשהוא שולח חולה לבדיקה, יתקשר לביתו בערב כדי לברר התוצאה. כשילד נשלח לאישפוז הוא טורח לברר בבית החולים מה מצבו. אם ניתן לדעתם לטפל בו בבית, ישתדל שהילד לא יישאר, אם אין הכרח, בבית חולים בכלל ובשבת או בחג בפרט.

רבים הורי הילדים אשר פיהם מלא שבח והלל לד"ר הלר על דמותו האנושית וסגולותיו כרופא והנה מעט שבמעט מהדברים:

קשה לכתוב עליו כרופא שכן התנהגותו היא התנהגות של ידד אמת מסור, קרוב משפחה ולא רופא גרידא.

"רופא שכל עתותיו הם עתותינו".

"ניתן לפנות אליו ברמז בכל עת ובכל שעה ולהיענות לזמן רב לכל עזרה דרושה".

"לוקח את החולה ברכב שלו, מסייע להרים ולשאת עגלות וחבילות..."

"רופא שכל הפציינטים הם לו כמו בנים או נכדים שיתפנה עבורם בלילה, ביום, בביתם או בבית החולים..."

"הרופא שימשיך הבדיקה ע"י צעצוע וסוכריה... שיתרוץ לאתר מנתח או מכשיר רפואי, שיתעניין עשרות פעמים על מצבם של החולים גם כשמדובר ב"מחלה סטנדרטית".

"למרות שביום חורף עלולים להיזקק לביקור במרפאתו יותר מ-80 ילדים, הכל נעשה בניחותה ובלא כעסים עקב קביעת תור הגיוני ומסודר באמצעות הטלפון בכל שעות היום והלילה מחד, ומאידך - התנהגות הרופא, יחסו החם והלבבי, צניעותו, השקט שלו וסבר הפנים היפות בו מתקבל כל אדם".

על כל אלה קבעה ועדת האות, ראוי ד"ר הלר לאות המופת לרופא 1996.

ד"ר יצחק מלר

ד"ר יצחק מלר נולד בספטמבר 1948 במחנה פליטים בזלצבורג שבאוסטריה וב-1949 כשהיה בן 6 חודשים עלה עם הוריו לישראל. המשפחה שמצבה הכלכלי היה קשה השתקעה ביפו העתיקה, שם גדל יצחק עד גיל 8. ב-1956 הצליחו הוריו לקנות דירת שיכון, במה שהיה אז "קצה העולם" - רמת אביב, ושם המשיך את לימודיו בבי"ס עממי ואח"כ בתיכון "אליאנס". היה חבר בתנועה המאוחדת ואח"כ ב"נוער לנוער".

תמיד חלם להיות הסטוריון, אך לעת גיוס בחר לעבור לעתודה האקדמאית וללמוד רפואה בבית הספר בירושלים.

בעת לימודיו פירנס את עצמו בעבודה כאח בבית החולים שערי צדק, כאח פסיכיאטרי בבית החולים כפר שאול, וכמדריך חבורות רחוב. הוא עבד גם בביה"ח "אלון" לילדים נכים, שם עוצבה, לדבריו, אישיותו כרופא וכמנתח. לאורטופדיה פנה בשנת הלימודים החמישית, במהלך מלחמת ההתשה, כשרד לבית החולים סורוקה ל-ELECTIVES. לדבריו - לפרופ' ג. טרק, מנהל המחלקה האורטופדית, היה חלק חשוב בעיצוב אישיותו והוא גם חזר אליו לצורך התמחותו באורטופדיה.

במהלך שרותו הצבאי שירת בסיני בתפקידים שונים: רופא גדודי, רופא חטיבתי, ואח"כ עד הפינוי - רופא אוגדתי.

בין לבין החל את התמחותו, אותה סיים ב-1984.

את אשתו - דניאלה, הכיר יצחק בבית החולים סורוקה שם היתה אחות בכירה. בהמשך פנתה דניאלה לאומנות וכיום היא מורה לאומנות וציירת אקוורל. לבני הזוג שלושה בנים - הבכור קצין שריון, האמצעי חובש בתותחנים והשלישי שמסיים השנה כתה י"ב, בדרך לצה"ל.

ב-1984 נסע יצחק לארה"ב ללמוד אורטופדיה אונקולוגית וכשחזר ייסד את היחידה לאורטופדיה אונקולוגית בבית החולים סורוקה והחל להרצות בבית הספר לרפואה באוניברסיטת בן גוריון. מאז ספטמבר 1994 הוא משרת בבית החולים איכילוב.

אולי אין הדבר ידוע לרבים אך סרטן העצמות Sarcoma הוא אחד הסרטנים הקטלניים ביותר מבין הגידולים המופיעים אצל ילדים, וצעירים בכלל. למרות הנסיון לטפל בשיטות שונות כדי למנוע קטיעת גפיים, יש לעיתים צורך גם בקטיעות נרחבות, למשל של כל הרגל וחצי אגן הירכיים. אין ספק כי במקרים אלה הפגיעה הנפשית בחולה בכלל ובחולה הצעיר בפרט, וכמובן במשפחותיהם קשה ומכאיבה ביותר.

ד"ר מלר בנה מערכת תמיכה שלמה, מורכבת מצוות רחב, המתייחסת לחולה ולמשפחתו בכל שלבי המחלה במסירות וברגישות.

ילדה שנותרה ע"י ד"ר מלר בבית החולים סורוקה בהיותה בת 11 ונותרה שוב לאחרונה באיכילוב, מציינת לאמור:

"ד"ר מלר התייחס אליי בהתאם לבגרותי ולא בהתאם לגילי. אני מציינת עובדה זו מכיוון שנתקלתי בזמן מחלתי בהרבה רופאים. רבים מביניהם התייחסו אלי כאילו אני ילדה קטנה. אפילו שביקשתי הרבה פעמים ביטלו אותי, לא רצו להסביר לי, בקושי לדבר אתי, לפעמים אפילו לא התחשבו ברצונותי הפשוטים ביותר... בכל פעם שאני נתקלת בבעיה ואפילו בשאלה הפשוטה ביותר אני חופשית להתקשר אל ד"ר מלר בכל שעה משעות היממה לבית החולים או לביתו, וד"ר מלר מתפנה לעזור לי. אפילו לבוא אלי לאחר שעות העבודה לבי"ח אחר בו קיבלתי כימותרפיה וסבלתי כאבים חזקים ברגלי".

חולה אחרת בת 44, הסובלת מסרטן זה 10 שנים והמתגוררת בצפון הארץ, הגיעה אל ד"ר מלר לבית החולים סורוקה לפני שנתיים, כשרופאים אחרים נואשו מלעזור, "הרימו ידיים".

רפואה ומשפט גיליון מס. 15 - נובמבר 1996

כשנפגשה עמו פנים אל פנים בפעם הראשונה, היתה אחוזת יאוש אך תחושה זו השתנתה תוך כדי השיחה הראשונה עם ד"ר מלר. במכתבה אלינו היא מציינת, בין היתר:

"התייחסותו נעשית מתוך הסתכלות אלי ועלי בראש ובראשונה כאדם העומד בפני עצמו. הוא יודע להפריד בין הצרכים היחודיים שלי ואלו של משפחתי. הוא מכבד את רצוני לדעת ולהבין את נסיבות מחלתי והשלכותיה, גם כאשר נדמה שגם לו קשה. בכך הוא נותן תחושה של שותף אמיתי, אבל כזה שתמיד ניתן להישען עליו. בחיים כה חסרי ודאות כפי שאני חווה את חיי, הידיעה שתמיד, ביום ובלילה, בשבת ובחג, אני יכולה לפנות לד"ר מלר ולהיענות ברצינות, בסבלנות ובכבוד, מעניקה בטחון רב.

בשנים הרבות שאני זקוקה לטיפול פגשתי רופאים רבים. ד"ר מלר בזכות התנהגותו המוסרית הגבוהה נישא מעל כולם. עבורי הוא דוגמא ומופת לטיפול הנכון, אותו צריך רופא להעניק לחולה".

אשר על אלה ראתה ועדת אות המופת להעניק לו את אות המופת לרופא 1996.

ד"ר שלמה פלכטר

ד"ר שלמה פלכטר נולד באפריל 1948 בפולין, להורים ניצולי אושוויץ. המשפחה עלתה לישראל ב-1950 והתגוררה בתחילה במעברת שער-עליה ואח"כ במעברת-הר טוב. ב-1953 נכנסו לבית נטוש בחולון וב-1956 הגיעו לתל-אביב, לדרום העיר.

שלמה סיים את בית הספר העממי ביאליק, ואת התיכון העירוני ז'. היה חבר בתנועת "הצופים", ואח"כ ב"מחנות העולים". ב-1966 התגייס לצבא ושירת בגולני, אך לאחר שנה, עקב פציעה, עבר לשרת בבסיס קליטה ומיון.

ב-1969 נסע למילנו שבאיטליה ללמוד רפואה וסיים ב-1975. את התמחותו בנוירולוגיה החל בבית החולים איכילוב וסיים בבית החולים אסף-הרופא. במהלך התמחותו באיכילוב שימש כראש המרפאה המיוחדת לחולי פרקינסון. באותו זמן עסק גם במחקר במכון ויצמן למדע, ומאז 1986 הוא חוקר שם את החיסון הכימי בטרשת נפוצה Chemical Immunology in Multiple Sclerosis

אשתי נעמי, בעלת תאר M.A בהיסטוריה ותעודת הוראה. עסקה בהוראה רק שנתיים וחזרה לשרת בצבא הקבע, כראש מדור קשרי חוץ של חיל האוויר. אביה נהרג ברמת הגולן במלחמת יום כיפור. על שמו נקראת בתם הבכורה בת הארבע עשרה וחצי, אפרת צביה. לזוג גם בן, גיא, שבקרוב יגיע למצוות.

1985 עבר ד"ר פלכטר לשרת בבית החולים שער-צדק שבירושלים, בשנים 1982-1989, שימש שם כנוירולוג בכיר. החל מ-1987 ועד היום עובד כנוירולוג בכיר גם בקופת חולים הכללית באזור יפו, וגם בקופת חולים מכבי באזור בת-ים, חולון, תל-אביב.

ב-1989 חזר לבית החולים אסף-הרופא ומאז עומד ד"ר פלכטר בראש היחידה לטרשת נפוצה.

החולים שבטיפולו, כולם מוכי טרשת נפוצה - נוהרים אליו מכל רחבי הארץ כי שמו יצא לתהילה ביחסו התומך, המחזק והמעודד לכל חולה ולבני משפחתו ועל קצה המזלג נביא דברים בשם אומרם:

"התחושה החזקה ביותר שיש לי היא שד"ר פלכטר נאבק יחד איתי ובני משפחתי נגד המחלה".

"הוא מגלה, באופן קבוע, גישה סבלנית, מעודדת, איכפתית ותומכת - דבר שהוא מאד משמעותי עבור אדם החולה במחלה שלי".

"תמיד היה לי הרבה מרץ, כוח. עכשיו אני מרגישה שאני מאבדת אותם. אני באה ומספרת לו והוא סופג כאב שלי, משחרר אותי מתלונות, הוא נותן לי תקווה, תמיכה שלו, חיוך שלו, זה עוזר לי להמשיך להילחם במחלה".

"אפשר לפנות אליו בכל שעה משעות היממה לעזרה, והוא תמיד עונה, אף פעם לא הושבו פנינו ריקם".

"בתור אדם הוא הומני, חם, סובלני ואישיות מופלאה".

"כרופא - לא נרתע מלדאוג אישית לצרכי החולה, לטיפול בו, שיודע לדבר ולהסביר היטב את מחלתו ובעיותיו של החולה. יודע להקשיב ולתת עצה טובה. נותן הרגשת בטחון, תקווה, וחיים טובים לחולים שבטיפולו. נענה לכל קריאה של חולה הזקוק לעזרתו ללא היסוס".

"אין לו חולים שווים יותר ושווים פחות - כולם זוכים ליחס שווה".

"אמי ז"ל קראה לו הרופא "הישן" אותו רופא שהיית מזעיק ביום חורף גשום או באמצע הלילה והוא היה בא. המילה "לא", לא היתה חלק משפת היום יום שלו. גם ד"ר פלכטר יגיע אלי באמצע הלילה אם אצלצל אליו. הוא מכיר את כל בני המשפחה ומוכן לעזור לכל אחד מהם".

ונסיים בציטוט מכתב המלצה אחר:

"יהי רצון שנודקק לרופאינו כמה שפחות, אבל אם צריך - לא ניתן לאחל לעצמנו אלא רופאים בשיעור קומתו של ד"ר שלמה פלכטר".

למותר לומר שאין צורך להוסיף לאלה מילות הסבר על שום מה ראוי הנ"ל לאות המופת לרופא 1996.

מי ייתן וירבו בתוכנו אנשים מצויינים - רופאי מופת - כדוגמת שלושת הזוכים והמומלצים הראויים האחרים.