בימות המערכת

טיפול רפואי כפוי

יום עיון שאורגן ע"י מערכת "רפואה ומשפט", והתקיים ביום שישי 5.6.1998, בבניין בית הספר לרפואת שיניים, באוניברסיטת תל-אביב

השתתפו בפנל:

פרופ' שמעון גליק - אוניברסיטת בן-גוריון

ד"ר שי ברייל - מנהל ביה"ח בית רבקה

גב' רחל תמיר - מנהלת שירותי סיעוד, משען רעננה

עו"ד אורנה לין - משרד עו"ד גליקמן

המנחה היה **עו"ד אלי זהר**, חבר הנהלת האגודה לרפואה ומשפט בישראל.

הערת המערכת:

אנו מביאים כאן את דברי חברי הפנל והמשתתפים מן הקהל, כפי שהוקלטו במהלך יום העיון.

המערכת מביעה את תודתה העמוקה לעו"ד אלי זהר על ההנחיה המצויינת של יום העיון השנתי. זו הפעם הרביעית ברציפות.

ייתכן ובמהלך ההקלטה נפלו טעויות פה ושם. השתדלנו לתקנן במידת האפשר, ותקוותנו שלא השתרבבה שגיאה משמעותית.

עו"ד אלי זהר: בוקר טוב. אני קודם אברך את כל אלה שבאו ליום העיון הרביעי של מערכת "רפואה ומשפט", ביטאון האגודה לרפואה ומשפט. מטרת הדיון הזה, מעבר לצורך לקיים אותו, משום שהדברים שאנחנו אומרים כאן והדיון שיתקיים כאן מיועדים, בסופו של דבר, להתפרסם בביטאון של האגודה. אני אומר את הדברים מראש, משום שכל מי שמבקש לדבר, וכיוון שיש לנו אנשים שמתעניינים בנושא, הייתי מאד מבקש שיתבטאו באופן ברור, באופן שניתן יהיה לקלוט את דבריהם. הם יציגו את עצמם, ואחר כך יאמרו את אשר יש להם לומר.

התכנסנו כאן הבוקר על מנת לקיים דיון אקדמי, אישי, אנושי בנושא של טיפול רפואי כפוי.

ההגדרה של טיפול רפואי כפוי תובהר במהלך הדיון, אבל אנחנו יוצאים מנקודת המוצא שזכות האדם לגופו היא זכות ראשונה במעלה ברשימת הזכויות, כפי שהיא מוגדרת בסעיף 2 לחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, "אין פוגעים בחייו, בגופו או בכבודו של אדם באשר הוא אדם". זאת לדעת כי חייו וגופו של אדם הם זכויות היסוד הנעלות ביותר שלו, והן נשמרות ואמורות להישמר בכל החוקים אשר קשורים לזכות הזו של האדם על גופו, להבדיל מחופש העיסוק, להבדיל מחופש הביטוי, להבדיל מהחופש ומהחירות לעסוק בכל הדברים שאדם רוצה בהם. לרכוש נכסים, למכור אותם וכדומה.

מרגע שהגדרנו את הזכות, גדרנו את גבולות הדיון. גדרות הדיון שלנו הן מהנרחבות והגדולות ביותר אשר קיימות בזכויות אנוש. קרי, החיים והגוף. במסגרת הזו יתקיים הדיון שלנו, אשר יסתכם בפרק העיקרי שלו: עד היכן משתרעת זכותו של האדם להחליט על חייו, עד היכן משתרעת זכותו של האדם להחליט על גופו. וזוהי דילמה מוסרית בראש ובראשונה. זוהי דילמה ערכית בראש ובראשונה. היא מוצאת ביטויים משפטיים מתוך הניסיון של המשפטנים לפתור, או לנסות לפתור את הדילמה הזאת, עד לחוסר היכולת של המשפטנים, או עד הקשיים שיש למשפטנים לפתור את הדילמה הזו, וההתמודדות שצריכים לעמוד מולה הרופאים אשר מופקדים על גופו, על חייו, ובאותו הקשר גם על רווחתו של האדם.

בדיון ישתתף פנל של חברים, שמותיהם ידועים לכם, רובם מוכרים לכם. אנחנו גם נבקש להביא מספר דוגמאות על מקרים ואירועים אשר קשורים בזכות של אדם לקבל החלטות לגבי עצמו, לגבי גופו ולגבי חייו.

מלכתחילה בפתח הדברים התנצלות. כבוד שופט בית המשפט העליון, חנוך אריאל, שאמור היה להשתתף בפנל, התקשר אלי אתמול והסביר שמפאת סיבה אישית הקשורה גם היא בגופו של אדם ובבריאותו, נבצר ממנו להשתתף היום. הוא היה עמנו בעבר, וגם יהיה עמנו בעתיד, ואני מקווה בבריאות טובה שלו ושל בני ביתו, וששום דבר לא ימנע ממנו להשתתף בימי העיון הבאים שלנו.

nevo.co.il

עמנו בפנל הגברת רחל תמיר, מנהלת שירותי הסיעוד. פרופ' שמעון גליק, מאוניברסיטת בן-גוריון. שי בריל, מנהל בית החולים בית-רבקה, ועורכת הדין אורנה לין, מומחית למשפט ציבורי ודיני עבודה, ובעלת ערכי מוסר ראויים במיוחד.

הנושא הראשון שאני רוצה להבהיר באמצעות הצוות הזה, ואסתייע בידע המקצועי של אורנה, הוא ההתמודדות עם השאלה המרכזית, המשפטית, לפיה החוק הפלילי ופקודת הנזיקין מגדירות תקיפת אדם מה היא. אני רוצה לקרוא את ההגדרה, כדי שכולכם תהיו מודעים לה:

"המכה אדם, נוגע, דוחפו או מפעיל על גופו כוח בדרך אחרת, במישרין או בעקיפין, בלא הסכמתו, או בהסכמתו שהושגה בתרמית, הרי זו תקיפה. הפעלת כוח, כולל הפעלת חום, אור, חשמל, גז, רוח או כל חומר אחר, שהפעילו אותו במידה שיש בה כדי לגרום נזק או נוחות. התוקף שלא כדין, דינו שנתיים. התוקף וגורם לו חבלה של ממש, דינו מאסר 3 שנים".

גם פקודת הנזיקין מגדירה את התקיפה בדרך הבאה:

"תקיפה היא שימוש בכוח בכל סוג שהוא, במתכוון כנגד גופו של אדם, על ידי הכאה, נגיעה, הזזה או בכל דרך אחרת, בין במישרין ובין בעקיפין שלא בהסכמת האדם או בהסכמתו שהושגה בתרמית". ולכן כדי להימנע מויכוח מיותר, אבהיר: בכל נגיעה שנוגע רופא או בעל מקצוע רפואי אחר, או כל אדם, בגופו של אדם אחר, הרי הוא מבצע בו תקיפה. לבד מכל מיני הגנות שאנחנו נדבר עליהן בהמשך, של צידוק וכדומה, שהן לא לעניננו.

עו"ד לין, לאיזו קטגוריה נכנס הטיפול הרפואי ובאיזו דרך?

אורנה לין: כמו שכבר נאמר, מלכתחילה רופא שמטפל בחולה הוא בעצם "תוקף אותו". אלא מה נוטל את עוקצה של התקיפה? מה נותן את הפטור הראוי מפני חבות בפלילים או בדיני נזיקין על התקיפה? זו היא ההסכמה של החולה שהרופא אכן יטפל בו, ויעשה בו את כל הדרוש, לצורך הצלתו, לצורך טיפול בו, לרווחתו וכיוצא בזה. זאת אומרת, יש כאן "הסכמה כדין" שהרופא יבצע את ה"תקיפה".

אלי זהר: זאת אומרת, ההסכמה כדין. אנחנו עוד נדבר יותר מאוחר, איך מתבטאת הסכמה, אבל זו הסכמה מדעת.

פרופ' גליק, כיצד אתה מתייחס לאדם צעיר אשר חולה ואיננו רוצה לתת הסכמה, מטעמי אמונה, או מטעמי חרדה, או מכל טעם אחר?

שמעון גליק: למרות שאני מאד באופן עקרוני בעד אוטונומיה וכל מה ששמענו כרגע, אשחק מה שנקרא Devil's Advocate ואציג כמה מקרים, שבהם הגישה הפשטנית והאמריקאית הזאת, שממנה אני יונק את שורשיי, לא עובדת כל כך טוב. יש מקרים שגם כיום בחקיקה הישראלית של חוק זכויות החולה, יש בהם פתח מילוט שאולי הוא מוזר. כששמעתי על פתח המילוט פעם ראשונה חשבתי שזה אפילו מטורף, אבל אחרי כמה חודשים וכמה מקרים, אני חושב שחייב להיות פתח מילוט שיתיר, והוא אכן מתיר, טיפול בחולה שפוי כנגד רצונו.

אלי זהר: מהי התייחסותך האישית, כרופא, לבחור צעיר אשר בא אליך? האם אתה בכלל מערב את תפיסתך האישית, ואת תחושתך האישית בסיטואציה הזו, או שאתה אומר "הסברתי לו, הבהרתי לו, הוא לא רוצה. לא צריך".

שמעון גליק: מה שאני מנסה לעשות, ואני חושב שזה לעיתים קרובות אכן עובד, הוא: לברר באמת למה הבחור מסרב לטיפול. ואם נכנסים לדברים כאלה, לעיתים קרובות אפשר לפתור את הבעיה. אבל יש להקשיב לסיבות, כי הסיבות הן לא כל כך פשוטות כמו שהן נראות לעין.

קודם אני אנסה להבין אותו, לא לשכנע. אני חושב שאחד הדברים שאנחנו לא עושים כרופאים, לא מקשיבים ומנסים לשכנע. ואני חושב שדבר ראשון, יש לברר למה בן אדם מסרב לטיפול שעשוי להציל אותו, ומדובר באדם שרוצה לחיות. לא מדובר באדם שרוצה למות. אני לא מדבר על מישהו שניסה להתאבד. ולעיתים קרובות על ידי הבנה אפשר לפתור את הבעיה, לא תמיד.

אלי זהר: דר' בריל, אדם שמסרב לטיפול ואתה משתכנע, על פי כל מה שאמרנו עד עכשיו. אתה משתכנע ברצינות של התנגדותו. מה גישתך המקצועית לנושא?

שי בריל: קודם כל אני שמח שאתה לא חזרת על המילה "צעיר", כי בשבילי כרופא גריאטר האבחנה בין צעיר לזקן מאד מקוממת. בסך הכל כל אדם שהוא צלול, ולא משנה לי מה גילו, יכול להביע התנגדות. הניסיון למקד את ההתנגדות כאיזה אקט בודד הוא לא הגיוני, הקשר בין חולה לרופא איננו מסתכם בפגישה: - "שלום, אתה רוצה ניתוח? כן, לא". ונגמר. אנחנו מתעסקים פה ביצירת קשר, ובקשר הזה אני מסכים לגמרי עם פרופ' גליק. ישנה שאלה איך אני חש את החולה, איך אני מבין מה הוא הבין, ובהתאם לכך נוצר פה דיאלוג. ולכן לא ניתן לגזור פה איזו שהיא גזירה שווה בכל מקרה. אם יבוא מישהו, ולא משנה מה גילו, וישכנע אותו שבעצם הניתוח שאני מציע לו, הטיפול שאני מציע לו, הולך לפגוע באיכות החיים שלו בקנה מידה כזה, שהוא לא רואה בזה תועלת, נראה לי שמבחינה זאת אני בודאי לא אסתכן בתקיפה שלו, ואכבד את רצונו. למעט המצב הקיים במדינת ישראל. וזה מאד הצחיק אותי כשפתחת בנושא של חוק

nevo.co.il

היסוד, כי אם זה חוק יסוד, הרי הוא לא מתקיים. למה? כי אני אתן לכם הרבה מאד מצבים שבהם גם אם פניתי לחולה, ואמרתי לו - "תראה, אם אתה לא תעשה המודיאליזה, אתה תמות". והחולה אמר - "אני לא רוצה המודיאליזה". ואגב, הסיבה השכיחה ביותר למוות בארה"ב מהמודיאליזה זה החלטה אישית של החולה שהוא מפסיק. הוא מודיע. הוא לא רוצה. והם מכבדים את זה. במדינת ישראל, אותה גברת שביקשה את זה, אחרי שהיה לה אירוע מוחי, והיתה משותקת ביד ורגל, וארבעת הילדים שלה סירבו לקחת אותה הביתה. אז אמרנו לה - "תראי גברתי, אנחנו נורא מצטערים, אנחנו לא יכולים לתת יד לדבר הזה, ולכן נאלץ לפנות לבית המשפט, כדי שהוא יחליט בדבר הזכות שלך על גופך, לבין קדושת החיים". ואז הילדים שלה שמעו שהעיתונאים יגיעו, והרבנים יגיעו, אפילו לא היינו צריכים להגיע לבית המשפט, היא התכופפה. עשתה המודיאליזה עד יום מותה. לכן אין פה חוק יסוד. יש פה קדושת החיים. כאנשים שחיים במדינה תיאוקרטית אנחנו בעצם חייבים לקבל את זה, ולהבין שזה המצב.

אלי זהר: אבל אתה באופן אישי, וכבר בפתח הדברים. אמרת: "אני לא מתמודד עם השאלה הזו. אני אישית לא מתמודד עם השאלה הזו. אני מצוי היום במדינה מסוימת, אם אני אוהב את זה, או אני לא אוהב את זה, זו בעיה אחרת. אני נמצא במדינה תיאוקרטית, ובמדינה תיאוקרטית יש לי פתרון: אני מביא את הרבנים, או את מי שצריך".

שי בריל: אני לא אמרתי את זה. לא, אני נורא מצטער, בוא נחדד את זה,

אלי זהר: בסדר, בוא נתייחס בשלב הזה, ברשותך, רק לתחושה האישית שלך. אם לא איכפת לך, בנסיבות האלה, וכמו שאומרים, בין חברים, לבוא ולומר מה היא תחושתך האישית לגבי ההתמודדות. לאמור, האם אתה תלך לתהליך הזה ברמה האישית של ההתייחסות?

שי בריל: המושג "רמה אישית" לא ברור לי, כי אני צריך להפריד הפרדה מאד גדולה בין אני, כאיש מקצוע, לבין אני, כאדם פרטי, שיש לו דעות ואמונות, והוא עושה את הדברים. וכשאני רופא, אני מצווה לפרוש בפני החולה את מגוון האפשרויות. להסביר לו מה המשמעויות שלהן. להבין למה הוא מסרב, ובהתאם לכך לקבוע גישה. ואי אפשר לתת משהו שהוא כללי. במובן האישי שלי, יכולות להיות לי הדעות שלי, ואני לא חושב שאני צריך לערב אותן במפגש, ולהגיד לחולה מה קורה.

אני רוצה לחדד נקודה נוספת. המפגש בין חולה לרופא הוא כמו בין עו"ד לבין לקוחו. הוא חסוי, יכולים לקרות בו דברים שהם בניגוד לחוק. ואני אומר את זה כמו שאתה כעו"ד תשמע מהלקוח שלך שהוא רצח, אתה לא מדווח את זה למשטרה. אותו דבר יכול לקרות אצלי. אני מקבל אינפורמציה שעולה ביני לבין החולה שלי, ואנחנו יכולים לקבל את ההחלטות שהן בעצם אישיות, והחוק מכסה אותנו במובן הזה שהוא נותן לנו את החיסיון המלא. לכן, לא כל דבר אני יכול בכלל לבוא ולומר שהוא פומבי, אלא הוא חלק מקשר ביני לבין החולה.

אלי זהר: אני רוצה להניח דבר אחד, כדי לא להשאיר אותו חשוף: ההבדל בין החיסיון שלך לבין החיסיון שלי, או שלנו המשפטנים, הוא שלך יש חיסיון יחסי. מהחיסיון היחסי הזה, אני אסטה לרגע ואחי"כ אחזור. אני מבקש לא להמשיך את הדיון על החסיון הזה, כי זה נושא מעצבן בפני עצמו. החיסיון היחסי שלך הוא בכך שאם בית הדין יקבע, אני בכוונה אמרתי בית הדין ולא בית משפט, כי בדיוק אתמול הוצאתי מכתב לבית הדין הרבני. כשבית המשפט יקבע שמטעמי הצדק אתה צריך לחשוף את הסוד של החולה. לא את הסוד שלך. אתה תאלץ לעשות זאת. לכן לך יש חיסיון יחסי. למזלנו, המשפטנים, לנו יש חיסיון מוחלט. אנחנו קרובים למחוקקים, אני מסכים עם הקביעה הזו, ואני בכלל לא חולק עליה. היא חלק מהבעיה שאנחנו מתמודדים איתה. לנו יש חיסיון מוחלט, ואני הצטערתי לקרוא בכל הספרות האמריקאית, שהסוד הכלכלי הוא יותר חשוב אשר הסוד הגופני. ראיתי סופרים חשובים כותבים את זה. ואפילו הנשיא זוסמן כתב על כך בפסק הדין הבסיסי על סודיות רפואית: הוא אומר כי במקום שבו עומדת עבירת מס על הפרק, שום סוד רפואי לא יעמוד בפניה. אם אתה מודע לזה, אז נוכל להמשיך הלאה.

שי בריל: אני מודע, ואני רוצה לצטט את פרופ' ישעיהו ליבוביץ', שאמר כי שיש דברים מסוימים שבהם המוסר הוא מעבר לחוק. ולכן צריך לקבל את העובדה שאני כרופא, לפעמים, ואני אומר תודה לאל, לא נתקלתי בקריירה שלי בדברים האלה. לא נאלצתי לעשות את הדברים האלה. אבל שמורה לי הזכות להפעיל את המוסר שלי, שלפעמים גם הוא היה מנוגד לחוק. אבל בסך הכל אנחנו מדברים פה על דברים שהם בקשר שלי עם החולה שלי, שהוא אותו קשר ייחודי שהופך את מקצוע הרפואה למקצוע מדהים ונאצל כל כך, שבקשר הזה נאמרים דברים שלא נאמרים בכלל במקומות אחרים, ולכן אני, כרופא, חייב להתייחס אליהם ולא יכול לקבל אותם במובאות משפטיות. ברגע שהחוק הפלילי קובע שדיני 3 שנים מאסר אם סייעתי לקיצור חיים או טיפול ברשלנות, אז רוב הרופאים במדינת ישראל לא רוצים להיות מרטיריים ולא רוצים להסתבך עם החוק, והם יבואו ויגידו: "מצטער, אתה לא תמצא בי בן-ברית למהלך הזה, אדוני

nevo.co.il

החולה. לך לבית המשפט, שהוא יפתור לך את הבעיות". וזה רע.

אורנה לין: אני רוצה בדיוק לתפוס את הזנב של הדברים שלך, ולחזור רגע ולחבר את זה עם מה שאמרנו קודם, למשל דיאליזה וכיוצא בזה. השבוע יצא ספר של דר' רם ישי, שהיה יו"ר ההסתדרות הרפואית משך הרבה מאד שנים, והוא מביא שם מקרה מעניין, שאפשר גם לחבר אותו לאותו מקרה, או לדוגמא של דיאליזה. נתחיל רגע מדיאליזה, ומאמריקה.

אלי זהר: אורנה, אם את נכנסת כרגע לדוגמאות, יש לי פרק שלם לכל הנושא הזה, אני רציתי לקבל את התחושות מההתייחסות האישית, ויש לנו פה שני רופאים. פרופ' גליק, האם אתה מקבל את תפיסתו של דר' בריל שבעצם אמר: "בסופו של דבר, אני סוגר את הדלת, אני יושב מול החולה שלי, אני מסתכל לו בעיניים, ואם אני משתכנע שהוא צודק ברצון שלו שלא לעשות המודיאליזה, אני לא עושה לו המודיאליזה". הוא אמר את זה, ואני רוצה לדעת האם אתה, בסופו של דבר, מקבל את התפיסה הזאת?

שמעון גליק: אני מקבל את התפיסה, אבל גם מהצד השני. לאמור, אם אני חושב שאני חייב להציל אותו, אני אפר את החוק. ואני חושב שצריך לקבל את הציטוט של פרופ' ליבוביץ' שצטט את אמרסון, דהיינו שכל אדם טוב חייב לפעמים להפר את החוק. הייתה תלויה בלוח מודעות שלי, קריקטורה של ילד מהצופים שעומד להזעיק על שריפה בבניין ממול, והוא עומד ומחכה עד שאור אדום יהפוך לירוק לפני שהוא עובר את הכביש, כי זה כנגד החוק לעבור את הכביש באדום. אז יש לפעמים, שבן אדם עם שכל ועם קצת אומץ מעיז להפר את החוק. אני חושב שכתב שופט בית המשפט העליון בארה"ב פורטס, מתי מותר להפר את החוק, מתי חייבים להפר את החוק. הוא נתן כמה תנאים: אם זה עיקרון חשוב, אם אתה מוכן לקבל את העונש, ואם זה למען עיקרון חשוב ואם אתה לא מפעיל אלימות. אז יש לפעמים שלבן אדם צריך להיות מספיק אומץ להפר את החוק.

אלי זהר: הגברת תמיר, את נמצאת באמצע, בין העמדות והדעות. האם את בעצמך, פרט לעובדה שאת צופה מקרוב מאד ומלווה הרבה מאד מקרים ואירועים שעוד נדבר עליהם בהמשך, האם את בעצמך נקלעת לדילמות האלה, שאנחנו העלינו אותן כאן ברפרוף?

רחל תמיר: ללא ספק שהמעורבות שלי במסגרת עבודתי כאחות היא גבוהה מאד בסיטואציות שונות, ואני יכולה להעלות דוגמאות רבות. אני רוצה להתייחס לאותן דוגמאות שלפעמים נראות לנו מאד פשוטות, ואנחנו בעצם חיים אותן בחיי היומיום. אלה דוגמאות בהקשר לטיפול בילדים, שאנחנו לא תמיד יכולים, ולא תמיד מתייחסים אליהם כאל אנשים שיכולים לתת את ההסכמה לכל טיפול וטיפול, ואנחנו עושים לפעמים פרוצדורות שכל כך היו פשוטות לנו ומובנות.

אלי זהר: אני מבקש להבין בראש ובראשונה את גישתך האישית, את מידת המעורבות שלך. אני רוצה שהקהל יצא מתוך נקודת מוצא של הבנה באיזה מקום בספקטרום של הדילמה נמצא כל אחד ואחד מכם. פשוט תמקמי לי אותך, כאחות, וכמנהלת שירותי סיעוד ברעננה, תמקמי לי אותך במקום שבו המשפטנית עומדת, הרופאים עומדים, ואת עומדת.

רחל תמיר: לא ספק שבהתמודדות עם קשישים, שלא תמיד יכולים להיות שותפים לדילמה, הבעיה קשה ומורכבת מאד. במוסד, כפי שאני עובדת בו, כאשר כ-85% הם פעולות סיעוד שונות, בהחלט הייתי אומרת שאנחנו נמצאים בדילמות קשות מאד. אנחנו נוקטים צעדים. אני מתייצבת לצד המטופל, בתוקף תפקידי כאחות, אבל אני כאדם נמצאת לא פעם בדילמה קשה כי אני מבינה שהחלטות שמתקבלות הן החלטות קשות. אני יכולה לתת את הדוגמא של הזנה. ואני בעצם נמצאת בין המשפחה ובין החולה המאושפז.

אלי זהר: ואת מוצאת את עצמך בדילמה. את נשארת אובייקטיבית או שאת באה לרופא? האם את מוצאת את עצמך באה לרופא ומנסה לשכנע אותו לעשות משהו כזה או אחר. או שאת לא רואה בזה את תפקידך בכלל?

רחל תמיר: אני בהחלט רואה בזה את תפקידי, ואני מוצאת את עצמי הרבה פעמים בדו-שיח כזה עם הרופא. ואני גם נוקטת צד.

אלי זהר: ואת מצאת את עצמך אומרת לרופא: "אתה לא צודק"?

רחל תמיר: כן, מתוך שיקולים שונים, אבל בהחלט כן. הקולגה שלי נמצא כאן, והוא בהחלט שותף להליכים האלה. אנחנו לא פעם יושבים יחד, ומאריכים בשיחה לליבון דילמה שכל אחד מאיתנו, מצד אחד מוצא את עצמו חושב בכיוון אחר, ומצד שני כל אחד מאיתנו מבין שחלה עליו החובה, כאיש מקצוע, לנקוט בדרך מסוימת.

אלי זהר: נראה לי שזה מקובל על כולכם, אם כי את אורנה לא שאלתי. אורנה, האם זה נכון שכל החברים שלנו לצוות, שמים פה את המעורבות האישית שלהם ואת אופיים, ואת טיבם ואת ערכיהם, על השולחן בהכרעה בשאלות של חיים ומוות?

nevo.co.il

אורנה לין: קודם כל, ודאי זה נכון. זה נכון ומצופה מכל בן אדם בר-דעת עם רמה אנושית ומקצועית מסוימת. אבל אני רוצה לומר, לא כל כך בתור The Devil's Advocate, אבל בתור מי שראה לאחרונה את חוק זכויות החולה שהתקבל לא מזמן. ואני רוצה לומר, שאמנם אני נמצאת במקום יותר נוח מאשר אלה שמתעסקים עם החולים, כי אני עורכת דין ואני לא עוסקת עם החולים. ואני יכולה בדרך הזאת להימלט מהדילמות הקרובות אליך ממש, שהן ממש קשות, כשאתה רואה את החולה מול העיניים. ובכל זאת קשה לי מאד להתמודד עם אותו סעיף בחוק זכויות החולה שודאי נגיע אליו, הסעיף שמאפשר לרופא, אחרי שהוא חווה את כל הדילמות עם עצמו, ואחרי שהוא שקל והכניס את כל הערכים שלו, ואפילו אם הוא עשה את כל זה כדת וכדין בדיוק לפי אמות המידה החוקיות, קשה לי מאד להשלים עם מצב שבו חולה מפגין את אוטונומית הרצון שלו, ואומר במפורש את מה שהוא רוצה, ומה שהוא רוצה זה לא לקבל טיפול, ובכל זאת, על פי החוק, אפשר לתת לו את הטיפול הזה בניגוד לרצונו. מהמקום שאני נמצאת בו, כמשפטנית, ולא כרופאה, או כאחות, זהו מצב קשה מאד.

אלי זהר: האם את, וכך שאלתי גם את החברים האחרים בפנל, האם את מערבת את ההתייחסות האישית והרגשית שלך?

אורנה לין: תמיד. את ההתייחסות הרגשית שלי, - אלי מכיר אותי אז הוא יודע שאני צודקת - אני מערבת את ההתייחסות האישית הרגשית שלי, את ההיסטוריה האישית שלי, את החוק, את הבן אדם שעומד מולי, את ההיסטוריה שלו, את ההתייחסות הרגשית שלו. הוא אומר לי: "אני לא רוצה להיות מחובר לדיאליזה", ואני אלך לבית משפט כדי להשיג לו את זה. הוא אומר לי: "אני לא רוצה לקבל כימותרפיה", ואני אלך עד הסוף לבית משפט כדי להשיג לו את זה, וכן הלאה וכן הלאה. למרות, כמובן, שאני אצטרך לבדוק שהוא יודע מה שהוא רוצה, שהוא מבין מה שהוא אומר וכו', וכו'.

אלי זהר: גם אם את מאמינה על פי חוות דעת רפואית שהוא יכול להירפא, שצפויה לו רווחת חיים, ואת מאד-מאד אוהבת אותו, ואת לא רוצה לתת לו לעשות את זה?

אורנה לין: תשמע, לי היתה סבתא יקרה מאד, יקרה מאד. ואתה אמרת אמר שמותר גם להגיד דברים אישיים. והיא חלתה בסרטן, והיתה עם הסרטן הזה 4 שנים קשות ביותר. והיא היתה מלאך במחלה שלה, גם כשכבר לא נותר הגוף כמעט, ורק הנפש נותרה. אפשר היה לראות שיש לה נפש גדולה יותר מכל מה שאני נתקלתי בו מאז ועד היום, אבל זה הסיפור האישי שלי. כל אחד יש לו את הסיפור האישי שלו. שני האחים שלי, שניהם רופאים, הם שניהם היו אז סטודנטים לרפואה ברמה האחרונה שלהם, והם בידיהם הצילו אותה. הם החיו אותה פעמיים, החזירו אותה מן המתים פעמיים. כולנו נורא רצינו שהיא תישאר איתנו עוד קצת, עוד קצת. כי זה היה נפלא, והיא גם כן רצתה, אז זה היה בסדר. אבל אם הסבתא האהובה הזאת שלי היתה אומרת לי, וכמובן הדיון הוא במצב שהיא היתה מסוגלת להגיד את זה, זאת אומרת זה לא הדיון האחר של מישהו שהוא לא. אבל אם היא היתה אומרת לי במילה אחת, ואם היא היתה אומרת לאחים שלי במילה אחת, שהיא לא רוצה את זה יותר, לא חשוב אם היה חוק זכויות החולה או לא היה חוק זכויות החולה, זה מה שהיינו עושים.

שמעון גליק: אני חושב שצריך להבדיל פה, ואני מסכים איתך במאה אחוז כשמדובר בסיפור הזה. אבל מה שקרה הוא שהחוק גם מתפרש במצבים אקוטיים, וזה הבדל גדול. אני לא מדבר עכשיו על בן אדם שיש לו סרטן ויש לו דיאליזה. אני אספר לכם סיפור מלפני כמה שבועות. נכנס חולה צעיר עם דלקת ריאות לבית חולים מסוים. פעם ראשונה בבית חולים, עם דלקת ריאות שניתן להגיב לאנטיביוטיקה. ורצו לעשות לו אינטובציה שהיתה מחוייבת המציאות, ובלי זה הוא לא היה חי. והוא מת, בגלל שהרופא אמר: "חוק. לא אומר לו". אני חושב שזה פשע, למרות שזה כנגד החוק להגיד. הוא לא רצה למות. הוא לא הבין את המשמעות. הוא היה צלול לפי כל קריטריון, ולרופא היה צריך להיות אומץ באותו רגע להציל אותו. לא מדובר בבן אדם שיש לו דיאליזה. אני 45 שנים רופא ואף פעם לא הגעתי לבית משפט. אפשר לעבוד עם החולה ולשמוע אותו, ולכבד אותו. אבל יש מצבים, מדי פעם, שחייבים לעשות אחרת.

שי בריל: שאלה לעו"ד לין. כשהסבתא שלך ז"ל היתה אומרת: "אני לא רוצה", והיו מופיעים רבנים ועיתונאים, ואתם כמשפחה הייתם נחשפים, אני מנסה להגיד, שבעצם במדינת ישראל עם כל הנושא הזה, יש פריצה לזכות הפרט במובן הזה שאני מסתכל לאותה גברת מטבריה, שעמדו לקטוע לה את הרגל והיא סירבה. זה הופיע ב-Front Page של כל העיתונים. אני חושב על זה שנושא כל כך אישי ומשפחתי מופיע בצהובונים, ואת רואה את הסבתא היקרה שלך במקום הראשון, והיא רוצה למות, היא לא רוצה את המשפחה שלה, היא לא רוצה להיות פה. אני חושב שמופעל פה לחץ פיזי לא רק מתון אלא אגרסיבי בצורה בלתי-רגילה על ידי דעת קהל שהיא בעצם מוזנת מהנושא של קדושת החיים, ואי אפשר לעצור אותה.

שמעון גליק: אני חושב שזאת הבעיה. שאנחנו הפכנו, כמו

nevo.co.il

ארה"ב כל דבר לעילה ללכת לבית משפט.

אלי זהר: אני רוצה להוסיף לך עוד אלמנט אחד לשאלה שלך. קח בחשבון שהמשפחה של אורנה זו משפחה שחשופה בתקשורת, ושסבא שלה היה אבא חושי ואביה הוא ח"כ לשעבר אמנון לין,

שי בריל: אתה צודק. הלחץ אז הרבה יותר חמור. זו לא סתם איזו משפחה.

אורנה לין: הוא צודק מאה אחוז. גם משפחה סתם היתה פותחת את מהדורת מבט. אני חושבת שזה רע מאד. אבל זה ככה. ראשית מזמינים את התקשורת, ואז התקשורת עטה עליך. ככה זה לא טוב, וככה זה לא טוב, אלא אם כן באמת יש רצון לעשות איזה מסע צלב, אז לוקחים את הכל בחשבון, ורצים לתקשורת, וזה מקבל את התהודה. ראיתי מקרה באמריקה, כשהייתי שם לפני כמה חודשים: ג'ימס מיצינר, שכל מישהו בגיל מסוים ואילך הכיר אותו בתור סופר, דמות אמריקאית וכיוצא בזה. הוא החליט בגיל מבוגר מאד להפסיק עם הדיאליזה. אז זה זכה שם כמובן ל-Front Page כי זה היה ג'ימס מיצינר, אבל באיזה כבוד, ובאיזה השלמה, ובאיזו אורך רוח, עם הצגת כל הדילמה של העניין. אז אנחנו כנראה עוד לא שם, אולי אנחנו אף פעם לא נהייה שם כי אנחנו נורא אחרים פה. אנחנו אחרים. אבל בכל זאת, התקשורת והלחצים שמופעלים בגלל התקשורת, זה לא ממין העניין, וזה לא צריך להיות ממין העניין. וההחלטה בעניין הזה **צריכה** להיות. שוב מכל הטעמים שעוד לא נכנסנו אליהם, וגם מן הטעמים החוקיים כמובן.

אלי זהר: לפני שאנו עוברים לחלק שהוא באמת החלק היותר קשה של העניין, אנחנו מוכרחים להיכנס למסגרת המשפטית. המסגרת המשפטית היא אותה הסכמה לטיפול רפואי.

הסכמה לטיפול רפואי היום מעוגנת בחוק זכויות החולה, בסעיפים 13, 14, 15. הייתי רוצה לשמוע מפיך אורנה, באופן מאד כללי, מה דעתך על היקפו, ועל מסגרתו של סעיף 13 לחוק זכויות החולה. זהו אותו סעיף אשר הגדיר בחוק את ההסכמה מדעת - "לא יינתן טיפול רפואי למטופל אלא אם כן נתן לכך המטופל הסכמה מדעת לפי הוראות פרק זה".

מה היום נדרש רופא לתת לחולה?

אורנה לין: ראשית, מה שהחוק עשה כאן ובמידה רבה עשה טוב, זה שראשית הוא הסדיר בצורה מסודרת יחסית מה צריך לעשות, ונתן גם דוגמאות, בטכניקה החקיקתית הרגילה. החוק לא נתן רשימה סגורה של מה צריך להיות בהסכמה-מדעת הזאת, ומה הרופא צריך להסביר. אלא כתב דוגמאות כדי שהרופאים יבינו על מה מדובר: צריך להגיד מה הדיאגנוזה ומה הפרוגנוזה, וצריך לתאר את ההליך של הטיפול, וצריך לתאר את הסיכונים שבטיפול, וצריך לתאר את הסיכונים אם לא יינתן הטיפול וכיוצא בזה. ואם אתה נותן טיפול חדשני, אז אתה צריך להגיד שזה טיפול חדשני וכיוצא בזה. גם אתה, כרופא, צריך להעמיד את המטופל שלך במצב בהיר. זאת אומרת יש חובה בכל זאת שהרופא לא יתן את זה בצורה מכנית, מצוות אנשים מלומדה, אלא יראה שמי שעומד מולו, פחות או יותר מבין על מה מדובר, וייתן לו את הזמן לעכל את זה. יתן לו את כל הנאום הזה. את כל ההסבר הזה בזמן מספיק מראש כדי להכין אותו. זאת אומרת, לא בשעה 07:30 יש ניתוח, אז ב-07:00 הרופא יבוא, יסביר לחולה ב-5 דקות מה שצריך. לא כך! יסביר לו, אם אפשר ערב קודם וכיוצא בזה. ויש עוד כל מיני פרטים: מתי ההסכמה הזאת צריכה להיות בכתב, מתי היא יכולה לא להיות בכתב. ומתי - באופן מודגש, כשיש טיפולים יותר פולשניים, ויש את זה בתוספת בחוק, כמו ניתוחים, חוץ מכירורגיה זעירה, צינתורים, דיאליזות, טיפולים בהפריה חוץ-גופית, הקרנות, כימותרפיה. אלה דברים שאתה, כרופא, צריך שיהיה לך טופס עם כל ההסברים, ונחוץ שגם אתה תסביר, כי הטופס הזה לא צריך לשחרר אותך מההסבר. חוץ מזה שתסביר לו, גם תחתים אותו כדת וכדין על הטופס הזה.

אלי זהר: ופה אני רוצה ברשותך, לשאול את הרופאים. עד היום היו כללים, אני התכוננתי לדיון הזה, אז לקחתי איזו הרצאה שהרציתי בפני פורום של משפטנים על הסכמה מדעת, ועל טיפול רפואי כפוי, וכל מה שמתלווה לזה. ההרצאה נכתבה בתחילת שנות ה-90 על הפסיקה שהיתה אז, ואני רואה בה כמה דברים. למשל: ציטטתי שם פסק דינה הישן של השופטת אבנור שאומרת - "אסור להפחיד את החולה, ואסור להראות לו שהדבר מסוכן מדי. אי אפשר להגיד לחולה. סליחה". היא אומרת את זה יותר חריף: "יהיה זה רשלני אם תגיד לחולה שכל ניתוח הוא מסוכן. אמירה מן הסוג הזה יכולה להפחיד אותו, יכולה לגרום לזה שהוא לא ירצה להינתח ואחר כך אנה אנו באים". ואז אני רשמתי לעצמי את הכללים, שהיו ממש נכונים לפני שנים אחדות. רופא שנשאל על טיפול, אם אינו נשאל על היקף הסיכונים איננו חייב לתת הסבר כזה. זה היה כלל שהתגבש. משנשאל רופא על סיכון, הוא חייב להסבירו רק אם התוצאה היא בלתי-נמנעת והנזק רציני ומתמיד, ואז יש לרופא שיקול דעת להתחשב במצבו הרגשי וברמת האינטליגנציה של החולה. יש להתחשב במידת האמון שנתן החולה ברופא, ובאיזה מידה הסכים כי יחליט עבורו לבחון אם השאלה שנשאלה התייחסה למתן הסכמה או שהייתה שאלה סתמית. מבחן הרופא הסביר.

בתחילת שנות ה-90 זה היה הסיכום. כשאני הרציתי בפני

nevo.co.il

רופאים, אמרתי להם - רבותיי, זה צריך להיות הכלל. בא החוק ויצר סיטואציה מאד ברורה, כמו שאורנה אומרת. החוק אמר מה צריך לעשות. צריך אבחנה ופרוגנוזה ברורה. תיאור המהות, ההליך, המטרה, התועלת הצפויה והסיכויים של הטיפול המוצע. עכשיו אנחנו נגשים אל הסיכונים הכרוכים בטיפול המוצע, לרבות תופעות לוואי, סיכויים וסיכונים של טיפולים רפואיים חלופיים או של העדר טיפול רפואי. עובדת היות הטיפול בעל אופי חדשני.

פרופ' גליק, מה דעתך על החובה אשר יצר החוק, ואני מדגיש את המילים "החובה שיצר החוק" לומר את הדברים שבעבר היו בשיקול דעתו של הרופא?

שמעון גליק: אנחנו היינו צריכים לבחור בין הגישה האמריקאית לגישה האנגלית. בגישה האמריקאית, אזכיר את המקרה של Canterburry Vs. Spence. מקרה של נער שהפך לפרה-פלג, וההגנה הייתה שהם הודיעו למשפחה מה שרופא סביר היה עושה. השופט אומר - זה לא מספיק, אנחנו צריכים לדעת מה חולה סביר היה רוצה לדעת.

האנגלים, כמה שנים לאחר מכן, במשפט כמעט זהה, אמרו: "אנחנו לא אמריקאים, אנחנו הולכים לפי הרופא הסביר". החוק כיום עבר לצד האמריקאי, ויש פה מאזן של טוב-רע בנושא הזה, ואני חושב כי הרבה תלוי באיך בית משפט יפרש את זה. אם בית המשפט יפרש את זה בצורה נבונה, פירושו כי אתה יכול: יש לי טופס הסכמה לניתוח הרניה שמישהו כתב בצורה מאד היתולית כמעט. ולפי הטופס צריך להסביר שיכול החולה ליפול מהאלונקה, יכול להיות פיצוץ גזים, וכל האפשרויות, אז כל אדם בר-דעת יברח מהחדר. אז צריכה להיות איזה סבירות גם של השופט וגם של עורכי דין, ואני מפחד; הוא אמר שזה לא יקרה. אני כבר רואה בתפקיד שלי כנציב קבילות הציבור, תלונות שבאים אלי אנשים ואומרים: "הרופא לא הסביר לנו שיש אחוז אחד שיכול לקרות X וכו'." ואני מפחד שזה יקרה, וזה ייצא שכרו בהפסדו, כי אני מאד בעד גילוי לחולה מה שהוא רוצה לדעת. יש לי חולים שאומרים: "דר', אני לא רוצה לשמוע. זה מסוכן או לא מסוכן"? מה הוא אומר בעצם? הוא רוצה לדעת אם אני הייתי עושה את זה בשביל אשתי או אמא שלי.

אלי זהר: האם אתה מוכן לקבל את העמדה הזו של החולה שאומר: "אני לא רוצה לקבל, לא רוצה לשמוע. תגיד לי, אתה לבת שלך היית מציע לעשות ניתוח כזה"? אני כמעט קיבלתי סטירה מרופא על דבר כזה.

שמעון גליק: יש לי מכרים בארה"ב שעוסקים בניאו-כירורגיה, שלא הולכים לרופא לפני ניתוח בלי טייפרקורדר, פשוט כדי להגן על עצמם, ואני מפחד שנוכל חס ושלום להגיע למצב כזה, אבל נגיע בזכות עורכי דין.

שי בריל: חברה צרכנית לא יכולה להלין שהיא מקבלת את כל המידע עד לפרט האחרון. חוק זכויות החולה בשבילי הוא סטירת לחי כרופא. כיוון שהוא בא ואומר לי כי מה שנשבעתי בשבועת הרופא, אני חייב לעשות ולא עושה את זה מתוך ערכי המוסר שלי. זה מצחיק אותי, כי החוק לא יכול להפוך אותי לאנושי, לא יכול להפוך אותי למוסרי, הוא יכול להגיד לי תלך ימינה ושמאלה, אבל יש כל כך הרבה דברים שהחוק לא מכסה שבסך הכל זה או שאני א-מֶנטש או שאני לא א-מֶנטש. ולכן, בסיטואציה הזאת יש רק ברירה אחת, כשבאים ואומרים כי מצד כל חולה שלא מרוצה עומד עו"ד אשר - Is aiming at my jogularis, זאת אומרת מתכוון להרוג אותי מקצועית ולהוכיח שאני בור ועם הארץ ורצחתי את החולה, או פגעתי ביכולת ההשתכרות שלו. רבותיי, אין מה לעשות, כחברה אם אלה הם הערכים ששמנו על הדגל, ושמנו את הרופאים בעצם בקו האש, שזאת הדרך היחידה לתגמל עבור נכות שנוצרה, במקום לפתור את המצב כמו שחברת "אבנר" נותנת פיצוי בתאונות דרכים ללא קשר למי אשם, אז התוצאה היא מה שאנחנו מקבלים. לצערי הרב כל חולה צריך להבין שהרופא שלו יש לו אישה בדרך כלל, וילדים, והוא צריך להמשיך להתקיים, והוא לכן לא רוצה לקבל תביעת Malpractice והוא יסביר את הדברים בצורה הבוטה והחשובה ביותר. ולכן, אני אומר שלא יכול להיות מצב שבו אנחנו, כחברה, נותנים נורמה ומעגנים אותה בחוק, ואחר כך אומרים - לא Fair, הרופא, אתה מבהיל אותי. אז או ש- או ש-. ולכן, אם יש מולי חולה, שמביע את הפחדים שלו ולא ילך לדברים מסויימים, אני אתן לו את זה בקצב שלו, ויכול להיות שזה ייקח יותר מפעם אחת. אבל אני רוצה להגיד לכם, שעם כל הנושא של Informed Consent בבתי החולים שלנו, כשמגיעה אישה בת 88 והיא דמנטית לגמרי, והיא מתקבלת בגלל שבר במפרק הירך, ולצורך העניין יש לה אפוטרופוס והיא נותחה. ועכשיו ישנה השאלה, אם הגברת הזאת הקדוש ברוך הוא החליט לקחת אותה אליו, והיא עברה דום לב, היא תעבור החייאה כדת וכדין, כי כמו שאומר סגן שר הבריאות, כל המקיים נפש אחת מישראל כאילו קיים עולם מלא, גם אם היא דמנטית בת 88. ואז למה אנחנו לא מדברים עם אותה משפחה על המשמעות של רסוסיטציה, של החייאה, ומה הסיכויים שלה בכלל להצליח? כשיש בספרות הרפואית אינפורמציה שהסיכויים שלה הם 0.1%? כלומר, אנחנו כחברה משדרים כל הזמן את הנושא של קדושת החיים, ולכן מתקיים איזה שהוא טקס של החייאה, כי אף אחד לא רוצה להסתכן ב-Malpractice ובתביעה שאולי מישהו יבוא אליו בתלונה.

nevo.co.il

אין בארץ דבר כזה DNR, כי לפי החוק אתה לא יכול לקבוע אם המשפחה מחליטה Do not Resuscitate, כי בסך הכל, אם אני אשים את הדגש על העניין, יכולים להאשים אותי ברשלנות.

אלי זהר: בואו רגע נתקדם לנקודה הבאה, ל-Do not .DNR Resuscitate, והאם הוא קיים בישראל או לא קיים בישראל?

שי בריל: לא, אבל זאת הסכמה מדעת לטיפול, נכון? כי אתה צריך מראש לתת הסכמה, אם יתנו לך החייאה או לא.

אלי זהר: נכון מאד, אבל ההסכמה מתחילה עוד לפני שהחולה דמנטית.

שי בריל: נכון, אין ספק.

אלי זהר: היא מתחילה לפני גיל 88, היא מתחילה מכל דבר הכי פעוט. בסופו של דבר החוק נתן רשות להימנע ממסירת מידע רפואי מסוים למטופל: "רשאי מטפל להימנע ממסירת מידע רפואי מסויים למטופל בנוגע למצבו הרפואי, אם אישרה ועדת אתיקה כי מסירתו עלולה לגרום נזק חמור לבריאותו הגופנית או הנפשית של המטופל". איך אתם מתייחסים לעובדה שהיום, בסוף המילניום הזה, אנחנו עומדים בסיטואציה שבה לא מקבלים את תפיסתו של הרופא ואת שיקול דעתו. אמנם מקבלים את שיקול דעתו לגבי הטיפול הרפואי שהוא הולך לתת לחולה. זה כן. אבל, לא מקבלים את שיקול דעתו בדבר הנזק אשר עלול להיגרם לו ממסירת הידיעה, ושולחים את כל התהליך הזה אל ועדת האתיקה.

שמעון גליק: אני הייתי מעורב בכתיבת החוק. ישבתי שעות רבות כיועץ ליאיר צבן לייעץ בנושא. ואני התחננתי שהסעיף הזה הוא מטופש, תסלחו לי, אידיוטי ולא בר-ביצוע. ואני לא מכיר שום בית חולים בארץ שעושים את זה. ועדת האתיקה תבוא לחולה לשאול אותו אם הוא מסוגל לקבל אינפורמציה שיש לו סרטן או לא? זה ממש מגוחך. ורוב ועדות האתיקה, אפילו שהן קיימות, לא נפגשות בנושא הזה, ועולם כמנהגו נוהג. ואני מקווה שישנו את הדבר הזה, כי זה פשוט נכתב על ידי אנשים שלא דרכה רגלם בבית חולים, לא כחולים ולא כרופאים. זה פשוט לא ישים. אני מצטער לומר, אבל זאת עובדה.

אלי זהר: דר' בריל, אתה מסכים שבעצם אתם עוברים על הסעיף הזה בחוק?

שי בריל: לא שאנחנו עוברים, אבל אני חושב שצריך להפריד פה בין שני דברים. בין הקטע שבו אתה מפרט לחולה שעומד לעבור צינתור, או לצורך העניין למינקטומיה-צווארית, את כל הסכנות שיהיו כתוצאה מהדבר הזה, וזה סיפור אחד. לבין דבר שני. האם החולה יוכל לקבל האינפורמציה שהוא חולה סרטן או לא. זה נראה לי כמו שני מצבים שונים, כי פה אתה מדבר על משהו שהוא כביכול שגרתי, ויש בו סכנות, אבל אתה יכול להבהיל את האיש כשתתאר לו באופן כולל מה האפשרות שהאלונקה תחליק במדרגות. לבין הנושא של איזו שהיא הכרה עם נפשו של החולה, שבעבר לא התמודד עם בעיות כאלה. והיתה דוגמא אחת שהוא קיבל איזו אינפורמציה והיא שיתקה אותו לשנים. ואז אני לא צריך את ועדת האתיקה, כי אז השיקול שלי בהחלט מאפשר לי לקבל החלטה מאד כואבת, מאד קשה, שאומרת שאני לא ארוץ לבית המשפט ואנסה. אני מסכים שזה סעיף מטופש. אגב, שאלה קטנה, יש פה ועדות אתיקה לפי החוק?

אלי זהר: כבר הוקמו ועדות אתיקה ברוב בתי החולים. אני הייתי אתמול אצל היועצת המשפטית של משרד הבריאות והיא אמרה שברוב בתי החולים כבר יש ועדות אתיקה.

שמעון גליק: אבל הם לא נפגשים. זו רשימה, אבל הם לא נפגשים.

אלי זהר: בסדר, אבל הם קודם כל נפגשים על דפי הרשומות, זה כבר הישג. אבל מעבר לזה, אני רוצה להמשיך. יש שתי רמות, ישנה רמה ראשונה של הפחדת החולה. אז אתה יודע מה, יש לנו בעיה עוד יותר סבוכה, כי יש לנו בעצם שלוש בעיות. הראשונה, זו הפחדת החולה. השניה, לתת לו תיאור של הטיפולים החדשניים הקיימים, את סיכוייהם ואת סיכוניהם, וזה דבר שמפעיל לחץ בלתי-סביר על הרופא שנדרש להיות לא רק מעודכן אודות מה נכנס לאינטרנט אתמול בלילה, כמו גם לפתוח את החולה לאיזו מערכת של בלבול שהיא באמת לא מתקבלת על הדעת. סליחה. אתם תגידו אם זה מתקבל או לא מתקבל על הדעת. לי יש הרגשה שהיא מעמידה אותו בפני התלבטות מאד קשה. והדבר השלישי הוא הנושא הזה, ההימנעות.

אז תגיד לי איך אתה מתייצב עם כל אחד משלושת אלה? איך אתה, איך הגברת תמיר, איך דר' גליק, מתייצבים עם כל שלושת האלמנטים האלה של ההסכמה מדעת?

שי בריל: בוא נחלק את האנשים לשני חלקים. הגישה האנגלית והגישה האמריקאית משתקפות בעצם שני סוגים עיקריים של אנשים. ישנו החולה שמסתכל אליך, ואומר לך: "דר', אני בידיך, אני איש שמאמין, אני איש שחושב שאתה רוצה את טובתי, ואני מפקיד בידיך את חיי". אני מאד מפחד מזה, אני רוצה שהוא יהיה שותף איתי, אבל אני לא יכול להגיד לו אם הוא לא יכול ולא רוצה. אני לא יכול לאנוס אותו להבין את כל הפרטים. ואז אני אלך איתו בדרך הזאת. לחילופין, ישנו אותו חולה שכשהוא נכנס אלי אני רואה את

nevo.co.il

המבט הלוחמני בכניסה. הוא כבר נכנס עם הדפים. הוא כבר היה באינטרנט כל הלילה. הוא כבר מנסה להראות לי בכל שלב שאני עושה, איפה אני לא up to date ולא חדש. ואלך אתו בדרכו. כלומר, כשנופל עלינו אסון, מחלה, יש לכל אחד מאיתנו דרכי התגוננות שונים. יש כאלה שהם רוצים להילחם, והם רוצים להיות מעורבים בכל החלטה. לא אשכח את אותה גברת שבהיותי סטאז'ר יילדתי אותה בבית החולים בצפת. והיא רצתה לראות את הלידה של הבן שלה, והיא הרימה את הראש כל תהליך הלידה בעיניים סקרניות לדעת איך קורה הנס הזה. מאד מרגש. לעומת זאת, יש מקרים אחרים, שאומרים: "תעשו את מה שצריך, אני לא רוצה להיות מעורב בזה, אני בכלל רואה דם אני מתעלף". אז לכן אני חושב שצריך ללכת פה בעקרון של "חנוך לנער על פי דרכו". אני לא יכול ללכת ולתת גזירה חדה, למרות שהחוק היה רוצה מאד מצב של שחור-לבן. אנחנו צריכים להבין מי עומד בפנינו, אנחנו כורתים פה ברית טיפולית. אנחנו רוצים להצליח, ולכן צריך להבין מי האיש, מי האישה, ביחד לנסות למצוא את הדרך שתעביר אותנו דרך אותו משבר.

אלי זהר: במשך הקריירה שלך, העשירה, שהביאה אותך למקום שבו אתה נמצא כרגע, האם נתקלת בסיטואציה שאותם אנשים אשר התייחסו אליך כאלוהים, היו המעריצים שלך, ונשאו אליך עיניים, ברגע שמשהו לא הצליח הפכו להיות אויבי העם. ואתה הפכת להיות בעיניהם אויב העם והם היו מוכנים לתקוף, לא אותך אישית. אני מוצא את עצמי מטפל בתביעות נגד רופאים, בעניינים שהמשפחה נשאה את הרופא על כפיים במשך שנים, ופתאום קרה משהו שלפי לדעתם הרופא לא היה בסדר, והנה הוא הפך להיות רוצח, והנה הם מוכנים לעשות לו כל נזק אפשרי, והם אכן עושים.

שי בריל: הרבה מהכעס על טרגדיה שאירעה מופנה כלפי הסביבה המטפלת. זה לא רק בסוף הטיפול כשיש טרגדיה, אלא גם תוך כדי. הרבה פעמים העובדה שלא ניגשו מיד לאותו חולה, הופכת להיות issue להתפרצות. חימה מאד קשה. כי זה מאיים. מתי אנחנו מגיבים בכעס, כשמשהו מאיים עלינו מבחינה קיומית. על משפחה שאירע אסון ונשאר חולה נכה לאחר ניתוח, מאיים הנטל הכלכלי. מה יקרה הלאה. מעבר לכאב, מעבר לכל הדברים. הם חייבים למצוא פתרון. ולצערי אין בארץ פתרון כספי הוגן שיאפשר למשפחה כזאת לקבל פיצוי, ולמעשה הדרך היחידה שפתוחה בפניהם זו הפניה לבית המשפט ולהוכיח רשלנות. ולכן, אנחנו במו ידינו נותנים להם את הסכין ואומרים: "הכיוון - זה הרופא שלך, כי משם תקבל את הכסף". ולכן אני חושב שזאת הסיבה שאנחנו רואים את השינוי. אני לא כירורג, תודה לאל. למרות שאני בהחלט התלבטתי אם לא להיות. זה מקצוע שיש בו הרבה מאד סכנה, הרבה מאד אתריות, אבל גם הרבה מאד עזרה. אבל בסך הכל, בהחלט יכול להיות מצב, שמשפחה שהאמינה מאד במנתח, אם היא פתאום רואה תוצאה קשה והיא צריכה להתמודד עם התוצאה הזאת לאורך זמן, תהפוך את עורה. אבל לדעתי זה לא בגלל שהקשר בין המקצועות נדפק, אלא בגלל הבעיה כספית.

אלי זהר: פרופ' גליק, האם לפי דעתך החולה הסביר מסוגל להתמודד בעצמו עם הדילמה של קבלת הכרעה בין שני סוגי טיפול?

שמעון גליק: תלוי במצב ותלוי בחולה.

אלי זהר: האם החולה הממוצע, הרגיל, אדם אינטליגנטי סביר. גמר את כל הכיתות הישראליות, הלך ללמוד באוניברסיטה בישראל. נסע לחו"ל. למד בחו"ל. עשה מסטר, דוקטורט.

...מהקהל: זה החולה הסביר?

אלי זהר: זה לא נכון, גם בסביבה שלי זה לא סביר. האדם הכי אינטליגנטי, עם אסופת הידע בתחום, מה יעשה?

שמעון גליק: תלוי מה המקרה. אני יכול לספר לכם על מקרה שהיה לפני שנה. יש לי נכד שהיה זקוק לניתוח לב. ואני יחסית יודע רפואה. כשהעמידו בפני הילדים שלי את הטיפול בין שני דברים, אני אישית הייתי צריך לפנות לעוד 5 אנשים לקבל את דעתם. זה מקרה מסובך, אבל יש מקרים קלים, ואז החולה יכול להחליט. תלוי במצב, ותלוי בחולה. אין פה הכללות. אבל אני חושב שכמו שדר' בריל אמר, הצורך לטפל בחולה הספציפי. יש חולים שרוצים הרבה אינפורמציה, וצריך לתת להם. יש כאלה שרוצים מעט אינפורמציה. לא משנה, אתה צריך למלא את הצרכים של החולה המסוים. בארה"ב, דרך אגב, מעניין מאד נושא של סרטן השד. אופירה נבון עשתה פה מהפכה בארץ. כשיש חוק זה מבטא חוסר שביעות רצון של הציבור בנושא ספציפי. בארה"ב, ב-18 מדינות חקקו חוק מיוחד לסרטן השד; והרופאים חייבים לפי החוק לתת לנשים את האפשרויות השונות. למה עשו את זה? כי הנשים פשוט כעסו על הרופאים. ספק אם זה שינה משהו, אבל זה ביטוי של ציבור מתוסכל. ואני חושב שהחוק הזה שאנחנו רואים, הוא גם כן ביטוי לציבור מתוסכל מכמות האינפורמציה שקיבל מהרופאים, ומן ההתייחסות הפטרנליסטית במידה מסוימת. אנחנו עכשיו מקבלים את הריקושט, אני מקווה כי כאשר המטוטלת תפסיק לנוע, נגיע לאיזה שהוא עמק השווה באמצע, שלא נצטרך לספר לחולה כל דבר.

היה לי חולה השבוע ונשכח לרגע מה אני אמרתי לחולה. הוא

nevo.co.il

בא אלי, והוא קיבל אספירין קרטייה כמו שכל אחד מקבל. הוא קרא את מה שכתוב, ולא נטל את הכדורים, הוא חוזר אלי אחרי חודש. ואומר לי: "אני לא לוקח קרטייה. קראתי מה שכתוב על אספירין אז אני נבהלתי ואני לא לוקח". והוא לא פנה אפילו לרופא. אז יש פה שאלה: "למה זה כתוב על ה-leaflet?". כדי להגן על החברה ממה שקוראים בצבא כסת"ח. זה חלק מהחיים שלנו.

אלי זהר: דר' בריל שם את האצבע בשרטוט מאד עדין על הדילמה. עד עכשיו לא היה חוק, השאירו את זה לשיקול דעת הרופא. אף אחד לא יכול היה לבוא ולומר: " זה וזה הוא טיפול רשלני", או: "זה וזה הוא הפרת חובה חקוקה". אם יש חובה חקוקה שאומרת שצריכים להסביר לחולה כל טיפול חדשני, פירושו של דבר לשים בפניו דילמה שלפי דעתי ותפיסתי, אין לו יכולת ממשית להתמודד איתה בסיטואציה הבלתי-מוכרת של גילוי מחלה קשה.

שמעון גליק: קודם כל, בטיפול חדשני חייבים להגיד לחולה שיש פה דבר כזה וכזה. ואז הוא יצטרך גם כן לעשות משהו, אני לא יודע מה הוא יעשה. אבל יש כל מיני דרכים שהוא יחליט. יש לי חולים שהולכים לרבי. ואני אומר להם: "יש זה וזה, אני ממליץ ככה", הוא הולך לבבא אלעזר בבאר שבע, שהוא המומחה התורן. ואז חוזרים אלי ואומרים לי מה אני צריך לעשות. זה מה שרוצים. אחד הולך לאינטרנט ואחד אומר תעשה מה שאתה בוחר. אז אני חייב להתאים את עצמי לשלושת סוגי החולים האלה.

אלי זהר: האם לפי דעתם החולים הרוויחו מהעובדה שהדבר הוא עכשיו בחוק, באופן כפי שנמצא בחוק זכויות החולה?

רחל תמיר: לדעתי, כן. אני חושבת שהחולים הרוויחו כבוד, ואנחנו - כאנשים שעוסקים בתחום הזה הרווחנו יותר אמון, אם אנחנו באמת נוקטים בדרך. אבל אני רוצה להעלות את הנושא קצת בהיבט אחר. אולי קצת יותר פשטני. בחוק אין פירוט למה צריך לתת הסכמה. ובעובדה שבעבר אנחנו לא פירטנו ולא נתנו את הדעת לקבלת ההסכמה. אנחנו היום עדיין עסוקים בפעולות שמאד שגרתיות לנו, ואנחנו בעצם לא נותנים את הדעת שצריך לקבל הסכמה לזה. אתן לכם דוגמא פשוטה. אני עוסקת לאחרונה בנושא של אינקונטיניציה בקרב קשישים. ועשיתי איזו בדיקה כמה שואלים את הקשיש. ואני כרגע מדברת על הקשיש הצלול. כמה שואלים את הקשיש בכל מסגרות הטיפול, אם זה בבתי חולים ואם זה בבית, ואם זה במוסדות סיעודיים, לפני ששמים לו את החיתול. האם הוא מסכים בכלל לדרך הזו? כי בעצם זו פרוצדורה כל כך פשוטה שכל כולה זה לשים חיתול, והיא לא פולשנית אולי. ולא נותנים מספיק את הדעת לכל המשמעות של הנושא, והדברים נעשים בהיסח הדעת.

אני רוצה להעלות עוד נקודה אחת בהיבט של הקשישים, ואני חושבת שצריך לתת את הדעת עליה כי היא פרובלמטית מאד. זה הנושא של היכולת של הרבה מאד קשישים במוסדות שלא יכולים להיות שותפים למתן ההסכמה.

אלי זהר: נגיע לפרק הזה של הקשישים כטיפול מיוחד. אבל, דר' בריל, האם אתה חושב שהציבור הרוויח מהעובדה שיש חוק? ואני שם לב איך שאתה באופן די מעודן מוביל למה שאני דוחף לו או קורא לו במשך קרוב ל-20 שנה, וזה - לאחריות מוחלטת ברפואה. אמרתָ "אבנר", וזה בעצם ההגדרה של העניין. שיטה דומה היתה יכולה לפתור לנו הרבה מהבעיה. אולי היתה יוצרת בעיה כלכלית, אולי היתה יוצרת בעיה לעורכי דין, אבל בעקרון היתה אולי פותרת בעיה לרפואה. אבל, אתה חושב שהחולה הישראלי הרוויח מהעובדה שיש סעיף 13, 14, 15?

שי בריל: אני חושב שהחולה בישראל, או הציבור בישראל, הרוויח בהיבט הזה שהחוק נתן ביטוי לאי-שביעות רצון שלו מהמצב הקיים. אני מאד מסכים עם פרופ' גליק שזה בעצם הפטרנליזם הרפואי שהביא על עצמו את הדבר הזה, ואנחנו אשמים בכך שהחוק חוקק. כי מה קרה? בא ציבור ואמר: "כלקוחות אנחנו לא מרוצים, אנחנו רוצים להכתיב לכם בדיוק איך נקבל את השירות". אני חושב שזה לא טוב שהיינו צריכים להגיע עד כדי חוק, יכול להיות שהיה טוב יותר שאנחנו כרופאים היינו מגלים את הרגישות המתאימה והיינו משנים את הדרכים שלנו בהתאם למה שקורה בחברה. אבל אני רוצה שתבינו שבדברים האלה לא קל לעבור מהמצב הזה שבו באים אליך כאיש מקצוע, ושואלים לדעתך, ומפקידים את החיים, לבין ומצב שבו אתה עוטה על היד מגבת, קד קידה ואומר: "אדוני, מה אני יכול לעשות עוד בשבילך"? זאת אומרת, הקטע הזה, המעבר הזה, בין איש מקצוע לאיש נותן שירותים, הוא משבר מאד לא פשוט לאנשי המקצוע. כשאני הלכתי ללמוד 14 שנים, 7 שנים בית ספר לרפואה ואחר כך התמחות בפנימית ובגריאטריה לא חשבתי שבסוף הדרך אני אמדד האם פתחתי את הדלת לפני הגברת שבאה לבקר את בעלה, או כיבדתי אותה ואמרתי לה תודה ובבקשה, הרבה יותר מאשר המיומנות המקצועית שלי. או האם יש במחלקה פינת קפה שכל אחד יכול לקחת. זה הופך להיות פתאום למשהו בשביעות רצון הרבה יותר, כי זה מפתיע את החולה, מאשר הטיפול הרפואי האיכותי. אבל זו כבר בעיה שנוגעת לצרכן, שלא תמיד יודע להעריך את המוצר שהוא מקבל. אבל אני חושב שמותר לסכם, כי חוק זכויות החולה נתן לגיטימיזציה לאי-שביעות רצון, חייב את הקהילה

nevo.co.il

של הרופאים ועובדי הבריאות להתייחס לציבור, ואני חושב שבסיכומו של דבר הוא לטובת העניין.

אלי זהר: הפטרנליזם הזה שאתה מדבר עליו, הוא בעצם הביטוי האולטימטיבי של כל היכולות שאתם רוכשים בבתי הספר לרפואה, על מנת לומר לחולה או לשכנע את החולה לעשות דבר זה או אחר. החוק בא ובעצם יצר סיטואציה שצריכה להקל על הרופאים, כי הסיטואציה היא שהם אומרים: "זאת הסיטואציה. אלה הטיפולים. זה מה שיש". במידה רבה החוק השווה אתכם לעורכי דין. עורך הדין אומר לקליינט שלו: "זה קו ההגנה שאפשר לבחור, אתה רוצה טוב, אתה לא רוצה אז נלך בקו הגנה אחר". הרי בסופו של דבר הוא חותם שזה מה שהוא רוצה לעשות, ושבת שלום. אותו דבר אצלכם. זהו מין קו הגנה. אתם לא חשים ככה?

שי בריל: אני חושב שהצלחנו, במידה רבה, לבלבל חלק מהחולים שקשה להם מאד לקבל החלטה. אני רוצה לתת לכם סיפור מתוך המשפחה לגבי החלטה מאד טריוויאלית על כריתת רחם. זה ניתוח שגרתי. ההחלטה שיש לקבל היא כן לכרות או לא. נשמע כאילו טריוויאלית. הגברת באה לגינקולוג, הוא בודק, אומר: "תראי, כדאי לעשות ניתוח". רבותי, 4 אולטרא-סאונדים, חצי כן, חצי לא, שני גינקולוגים. אחד אומר לפרוסקופיה, השני אומר כדאי ללכת ישר בגישה כזאת. אחד אומר מעקב חצי שנה, השני אומר משהו אחר. כלומר באיזו שהיא נקודה אנחנו צריכים להבין שרפואה היא לא מדע, רפואה היא אומנות. כשאנחנו באים ונותנים בידי החולה את כל האינפורמציה הזאת, אז זה מאד נחמד שאתה כעורך דין תגיד לי: "יש בפניך שתיים שלוש אפשרויות אולי אפילו ארבע", אבל איזה כלים יש לי לשפוט מה יעבוד על השופטת X ומה יעבוד כשהתובעת היא Y. ובסיטואציה שקיימת בתי משפט. הרי בשביל זה אני בא אליך. אתה המומחה. ולכן, עם כל הכבוד שנתנו והקלנו על עצמנו, בפועל הקשינו על החולים. במיוחד אותם אלה שאין להם את ההשכלה האוניברסיטאית ואת הגישה החופשית לאינטרנט, כי הם באיזו שהיא נקודה מסתכלים עלינו ולא יודעים להחליט. ועוד לא דיברתי לאיזה מנתח הולכים, ולאיזה בית חולים, ואם מתייחסים למרדים או לא מתייחסים למרדים. יש פה אינסוף גורמים שנכנסים למשוואה שפתאום אתה אחראי עליהם, ואתה מגלה שאין לך שליטה.

אלי זהר: ואני מוצא את עצמי מרצה הרבה על הנושאים האלה, ורוב האנשים פה מכירים את הדעות שלי בעניין הזה. אני מרגיש קשה מאד עם החוק הזה. ולא ידעתי כמה קשה אני מרגיש עד שלא נתקלתי באותה סיטואציה שכל אחד מאיתנו היום הביא את הדוגמאות: בן של חברים, ידידי משפחה. בגיל 28 הרגיש כאבי ראש וכן הלאה. בקיצור לקה בגירמינומה במוח, והיתה שאלה מה לעשות. גירמינומה זה סוג של סרטן שניתן לטפל בו, ולצאת ממנו. ופתאום אני ראיתי הכל מקרוב. והפניה שלהם אלי, ואל משפחתי, היתה לעזור בגלל היקף הקשרים וההתמצאות וההכרה, והיכולת להגיע באופן מהיר לכל הרופאים האפשריים בארץ ובחו"ל. וכך עשינו. ומצאנו את עצמנו בתוך סערה של בלבול בלתי-אפשרי, שהתמצתה בסיטואציה הבאה. בבית חולים מרכזי גדול, ה-מומחים אמרו לעשות רדיו-תרפיה וכימו-תרפיה, שבלעדי זה אי אפשר יהיה להציל בחור צעיר, מוכשר, יפה, עשיר. כל הדברים החיוביים שאפשר למצוא בחיים של בן-אדם. לעומת חו"ל, ארה"ב, ניו-יורק, ה-מקום, הכי בולט עם הכי הרבה ניסיון, שאומר - מה פתאום כימו-תרפיה? מה פתאום כימו-תרפיה? רק רדיו-תרפיה. ומוכרחים להתרכז רק בזה, כי ככה וככה. יושבים אנשים מאד אינטליגנטים, שרושמים כל חוות דעת, עושים סבב אצל כל מי שיש לו זיקה לאנציקלופדיה ורושמים, ורושמים, ויש מחברת מלאה. אחר כך יושבים בלילה, במלון בניו-יורק וקוראים פרק, פרק ואומרים - ומה עושים עכשיו? מה עושים עכשיו? אתה מקבל טלפון מהארץ. אומרים לך: "תדע לך, הרדיו-תרפיה זה עוזר אבל יש שינויי אישיות, וזה יכול להשפיע". אבל, אומרים לך: "תראה, אבל כימו-תרפיה זה בטוח". וכימו-תרפיה יש לו תופעות לוואי, ומה עושים?

אורנה לין: תשמע, החיים נורא קשים, ועדיף המצב הזה 100 פעם, עם החוק הקשה הזה של חוק זכויות החולה. קשה נורא לרופאים, ולכולנו, לעורכי הדין ולכולם. עדיף המצב הזה 100 פעם על מצב שבו הרופא היה אלוהים בשביל להחליט מה לעשות ומה לא לעשות. והחולה, אני בכוונה מקצינה את זה; אני כמובן לא חושבת שזה היה המצב, אבל אני מקצינה את זה, והחולה היה נעדר. הוא לא היה שם בכלל. הרופא החליט בשבילו. והוא לא יודע שום דבר. אז הרופא יגיד לו מה לעשות, וכו'. המצב דהיום, והזכרת את אופירה נבון, גם דר' רם ישי מזכיר בספר את התרומה האדירה שתרם המצב הקשה שהיה לאופירה נבון עם סרטן השד: בגלל מעמדה המיוחד הזמינו 6 רופאים, שישבו כדי להחליט מה לעשות, האם להמליץ לה על כריתה מלאה, או על כריתה חלקית. כמובן, ששת רופאים האלה לא הגיעו לידי הסכמה. ובסופו של דבר השאירו את ההחלטה לאופירה נבון. אבל היו לה 6 דעות של 6 רופאים. שיכלה לעשות איתם את ה-debate הזה, ולקבל את ההחלטה כפי שהיא החליטה בסופו של דבר. זה לא קל, אבל זה עדיף על כל דבר אחר.

שמעון גליק: יש שיקול לבחורה שהיא דוגמנית, מול אישה ממאה שערים, איזה אחוז סיכון היא רוצה לקחת בשביל

nevo.co.il

שהשד ייראה נורמלי. אז זו זכות של בן אדם להחליט. הרופא לא יכול להחליט בשבילה. מצד שני, יש גם דבר חיובי לפטרנליזם. יש מאמר מאד מעניין שנכתב על ידי פרופ' אינגלפינגר שהיה העורך של New-England Journal of Medicine הרבה שנים, והיה מומחה לסרטן בושט. הוא חלה בסוף חייו בסרטן הושט. יש לו אישה רופאה ובן רופא. והוא תיאר את המבוכה שלו. כולם טיפלו, כולם נתנו עצות טובות. והוא מתאר הכל במאמר מאד מעניין: "ואז במבוכה שלי איך להחליט, בא אלי חבר, ואמר לי - מה שאתה צריך זה רופא טוב. תבחר רופא, ותשאיר את זה בידיו. ואחרי שעשיתי כך, זו העצה הכי טובה שאי-פעם קיבלתי, ואז הייתי יכול לחזור לעבודתי, לדחות מאמרים, ב-New-England Journal, כי באיזה שהוא שלב, האדם מבולבל והוא רוצה פטרנליזם והוא רוצה להפטר מהלחץ. ויש ספר שיצא עכשיו: כשרופאים הם חולים, וחלק גדול רוצה שמישהו אחר יחליט עבורם. זאת זכותו של החולה. אבל זכותו של החולה גם אם הוא רוצה לחטט באינטרנט, שיחטט, ושידע את הכל. ואני חושב ששני הדברים לא סותרים אחד את השני.

אורנה לין: אני רוצה להגיד עוד מילה אחת. שוב, על המקרים האישיים, זה נורא מאיר עיניים: יש לי חבר טוב, שקרה לו שהוא אובחן מאוחר ולא בזמן. הוא חולה בסרטן הערמונית, והוא מסוג החולים האלה שבאמת הלך לאינטרנט. חודש, חודשיים. ישב על האינטרנט. ובסופו של דבר הוא הגיע למסקנה המדהימה, שהיא כנראה נכונה, לא בדקתי, אבל כנראה נכונה, שמשוה פחות או יותר את הפרוגנוזה, בין שלוש האפשרויות הבאות: האם לעשות כריתה כזאת או אחרת; האם לעשות איזה שהוא דבר די-חדשני היום שמשמעותו הכנסת לורוח כאלה שעושים רדיו-תרפיה פנימית; או לעשות watchful-waiting, דהיינו לא לעשות שום דבר. היו לו שלוש האפשרויות האלה, ובאמת חודשיים ימים הוא התענה בדבר הזה של מה לעשות, עם כל החישובים של השפעות הלוואי. וכריתה עושה ככה וככה ורדיולוגיה עושה ככה וככה. ועד כמה איכות החיים שלו תיפגע וכו'. ומה אתם חושבים שהוא החליט בסוף? הוא החליט לעשות את הטיפול החדשני. אבל זה בדיוק מה שהיה חשוב. הוא החליט לעשות את הטיפול החדשני, ובלי לדעת רפואה, ובלי לדעת פסיכולוגיה. שום דבר. אני בטוחה שעצם העובדה שהוא זה ששקל את הכל, והוא זה שהחליט, אם יש איזה שהוא אחוז של ריפוי בדבר הזה בעצמו, אז הוא קיבל את המאה אחוז בדבר הזה.

אלי זהר: פרט לעובדה שזה מאד ליברלי לחוש ככה, האם באמת בתוך הקישקעס של כל אחד מאיתנו זה מה שאנחנו רוצים? רק הזכות הזו מעל התחושה שאולי מישהו קצת לוקח מאיתנו את ההחלטה שהיא הכי קשה בחיים שלנו?

אורנה לין: לא. את זה אתה יודע. אתה יודע, אם אתה בסוף רוצה שהוא יחליט בשבילך, זה דבר שאתה יודע, אז תגיד לו, אז הוא יחליט.

שי ברייל: לא, עו"ד לין. אני חושב שאת קצת מושכת את זה למצב היום שבו הרופא כבר חייב לשתף. וזה מה שרע בחוק הזה, הרעה שבו היא, שאתה חייב כבר היום לקחת את החולה. ואני חושב שאם ניקח את ה-living will אז נראה כי בניו-יורק, בכל ארה"ב, 25% בלבד מהאוכלוסיה מימשו את הזכות הנאצלה הזאת לקבוע איך הם רוצים למות. אז מה עשית כאן? את דחפת 75% לקבל החלטות שהם לא רצו בהן in the first place, וזו הסכנה בחוק, כי אם היית אומרת לי שזה פקולטטיבי, אין לי בעיה.

אורנה לין: לא! אני דחפתי 75% להתעמת עם האפשרות לעשות לעצמם living will.

שי ברייל: לא, אני מדבר על הצורך להיות שותפים בקביעת הדרך הטיפולית, זה מה שחוק זכויות החולה מכוון.

אורנה לין: אבל אתה יוצא מתוך הנחה שהמסה הזאת לא יודעת בדיוק מה שהיא רוצה, ולא עושה את זה. בוא ניקח צוואה בחיים, זאת פשוט דוגמא נוחה. אז ישנם אלה שיודעים בדיוק שזה מה שהם רוצים, והם עושים, ונגיד שזה 10% אפילו. איזה סוג של הנחה אנחנו עושים לגבי 90% האחרים? שהם לא רוצים את זה? אני חושבת שלא. אלא הם לא יודעים שיש אפשרות. יכול להיות שמתוך ה-90% האלה רק עוד10% באמת ירצו את ה-living will. אבל יכול להיות שעוד 60%.

שי ברייל: את צודקת לגמרי, אני רק אומר שבניגוד ל-living will, הנושא של חוק זכויות החולה מחייב את הרופא ואת הצוות המטפל לקבל informed consent וזה לא אותו דבר, כי ב-living will אין היום חוק במדינת ישראל שעל פיו אני אומר לו: "אדוני, המוות שלך ייראה ככה וככה".

אלי זהר: רבותיי, נגיע גם ל-living will אבל יש פה בעיה. עצרו שנייה, ואני רוצה רק לרגע לסכם את הנושא, בחלק הזה במובן הבא: כולנו רוצים את הזכות הליברלית להחליט מה לעשות בגופנו. מצד שני, יש לנו גם רצון שמישהו ייקח אותנו ויוביל אותנו. יעביר אותנו את הכביש. כי זה רצון טבעי של ילד שרוצה להתגונן בפני הסיטואציה הקשה שהוא נמצא בה, כי זו פעם ראשונה שהוא נמצא בה, ובעצם היא לא מסתדרת לו עם האישיות שלו. בא החוק וקצת מנע את זה. בא החוק ומחנך רופאים שאינם ערוכים יותר להוביל את הילדים, להוביל אותנו החולים, להוביל אותנו בכביש,

nevo.co.il

ולתת לנו את תחושת הביטחון שהנה זה בא. מה קורה? מה קרה? מה שקורה הוא, שתחושת הביטחון באיש שלפנינו, תחושת הביטחון בביטחון של האיש שלפנינו, תחושת האמונה והאמון התחלפה בנתונים סטטיסטיים, בכמות המאמרים שהוא כתב או הוא קרא. בכמות המקרים שהוא קרא והוא עשה, וכן הלאה וכן הלאה. קשה. אני חושב שמכוח הליברליזם והחופש המוחלט שאנחנו רצינו לקבל על עצמנו, אנחנו מקבלים רפואה אחרת, קשה יותר, מסובכת יותר, סבוכה יותר, אשר נדמה לי, מונעת מאיתנו כמה מהפריבילגיות שהיו לנו פעם לקחת את הרופא, ולהישען עליו, ולהגיד - קח אותי and carry me on. בזכות הזכות שלי לקבל החלטות בדברים שאין לי שום ביטחון ושום חינוך, או לא תמיד יש לי ביטחון ולא תמיד יש לי את החינוך להתמודד איתם בכלל. אבל בכך נגררתי להביע דעה אישית, בגלל הדילמה הזו של אותה משפחה שסיפרתי עליה.

שמעון גליק: סליחה, ואיזה חינוך יש לך לבחור רופא? יותר גרוע, איך אתה בוחר את הרופא שיש לך אמון בו? אנחנו מגיעים, למה שנקרא, עכשיו, השלב הבא זה score-card medicine. שהחולה, בצדק, ידרוש לדעת את הנתונים של הרופא, כמו שלפני שאני קונה טויוטה או הונדה אני רוצה לדעת את הביצועים. ואני רוצה כיום לפנות לרופא, ולדעת כמה הוא עשה ומה התוצאות שלו, וזה השלב הבא.

אלי זהר: פרופ' גליק, אני אומר לך שאותו חינוך שקיבלתי לקבל החלטות בכל מיני דברים שאני עושה, נתן לי גם את הכוח והיכולת לבחור את הרופא. אני בוחר אותו בדרך כלל אם הוא יפה, אם הוא לבוש יפה, הרי כל אחד פועל לפי הכלים שלו. אתה יודע מה - זה מתחיל ונגמר עם אותו שידור של אמון. מה השידור של האמון נותן? שידור של האמון זה הביטחון. אם לקחנו מהרופא את הביטחון וזה הפתד הכי גדול שלי. אם משכנו את השטיח מתחת לרגליים של הרופא, על ידי שנתנו לו נוהל קרב שהוא צריך להגיד - א, ב, ג, ד הוא ייראה נחות גם לעיניים שלי.

עמוס הרמן (מהקהל): זה לא החוק עשה. החוק רק מגבש את מה שהיה קודם. נדמה לי שאני נמצא בחלל, אני ממש מתפלא על חלק גדול מהדברים שאני שומע. זה רחוק מאד מהמציאות.

אלי זהר: מה רחוק מהמציאות?

עמוס הרמן (מהקהל): קודם כל, אנחנו שוכחים שהרבה פעמים יש הרבה דברים שהם פשוטים וחד-משמעיים, ולא כל דבר הוא דילמה. חלק גדול מן הפרוצדורות, הן רק פרוצדורות.

אלי זהר: עמוס, תציג את עצמך לפני המיקרופון. דר' עמוס הרמן. הדוקטורט הוא במשפטים לא ברפואה.

עמוס הרמן (מהקהל): הפרוצדורות כאן הן מאד פשוטות, וגם הדוגמא של החיתול. יש לך את ההסכמה בעצם זה שהוא לא מתנגד שתשימי לו את החיתול. זאת אומרת יש הסכמה בהתנהגות.

רחל תמיר: הוא לא מודע לזה בכלל.

עמוס הרמן (מהקהל): את סותרת את עצמך. לא, העמדה שלי היא שיש לנו חוק שהוא הרבה יותר בסיסי, והרבה יותר רחב, והוא קדם לחוק זכויות החולה, וזה חוק יסוד כבוד האדם וחירותו. וגם חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו נחקק על איזה רקע מסוים, שהחברה שלנו הגיעה אליו. ואנחנו בכל זאת חברה מאד מתקדמת, ומאד ליברלית, ואנשים רוצים לדעת את הזכויות שלהם, והם רוצים להיות אדונים על גופם, ורוצים להיות אדונים על ההחלטות שלהם. אין בזה שום סתירה לעניין, שכשבא בן אדם לבית חולים, או שהוא בא לרופא, אז הוא אומר לרופא: "תחליט אתה בשבילי מה שאתה רוצה להחליט, אני מאמין בך". ואתה באמת אמרת את זה. אתה אמרת: "אני רוצה מישהו שיהיה לי אמון בו". באותה מידה, אין בזה שום פגם ושום סתירה לעניין שאני רוצה לדעת עוד, ואני רוצה לדעת מה הולכים לעשות, ואני רוצה להיות אדון לגופי, ולהחליט לבד. לעשות מזה כאילו אנחנו עכשיו באיזו מין קיצוניות חדשה, זה מאד מוגזם.

אלי זהר: אני מוכן לקבל שיש מימד של הגזמה בהצגת קיצוניות כזו או אחרת. בסופו של דבר, הכל מתנקז אל המקרה הבודד, ובמקרה הבודד נמצא קונפליקט בין האנשים. אלא מה? כל המטרה של דיונים מהסוג הזה והגות בעניינים האלה, היא לצאת מתוך המקרים הבודדים, ולעבור למקרה הרחב. החרדה שאני מנסה לשדר, ואני מנסה לשדר אותה כבר הרבה זמן, היא זו שהיה חינוך רפואי שניתן במשך שנים. הוא הוביל את הרופאים לגישה מסוימת של פטרנליזם, אשר גרמה לקונפליקט בינם לבין הציבור. הפטרנליזם הזה היה צריך להתעדן, כי סוג מסויים של פטרנליזם כולנו מקבלים. אבל היה צריך להתעדן. איך עידנו אותו? עידנו אותו כמו שבהרבה דברים בשיטת העבודה של החברה הישראלית, משכו אותו לקיצוניות האחרת. הקיצוניות האחרת הופכת רופא פטרנליסט לפעמים גם קצת אכזרי וקצת שחצן, וקצת מתנשא - לרופא שיושב עם נייר כתוב, מקריא את כל הדברים, ואומר - אחת, שתיים, שלוש, ארבע, חמש, שש, שבע, שמונה. יש לו חובות. הוא חרד. הוא מפחד מתביעת הנזיקין. הוא מפחד לראות איפה יש בעיה לפציינט שנכנס ושם את מכונת ההקלטה על השולחן ואומר: "אני רוצה לשמוע עכשיו מה

nevo.co.il

הדיאגנוזה, מה הפרוגנוזה, מה הולכים לעשות". כל מערכת היחסים הזו, היא מערכת יחסים שנפגעת בצורה חריפה בגלל חוק שנועד להגן על כולנו.

דליה פילבסקי (מהקהל): אתה יודע כל כך יפה לייצג עכשיו את הרופא ומצבו הקשה עכשיו, אנא בבקשה תן לי דוגמא או ציור של החולה בלי החוק הזה. איך הוא נראה כשהוא עומד לפני הרופא, והוא לא מבין שום דבר. ותמשיך את התיאור הזה. קודם אמרת מה שתציע לרופא. עכשיו תציע לחולה, ונראה. אתה גזלת ממנו את יכולת החלטה, אתה גזלת ממנו את הכבוד האישי, אתה גזלת ממנו את היכולת אפילו ליצור את אותו קשר של אמון. איך נוצר קשר אמון? איך נוצרים קשר ואמון? במצב שהיינו קודם אנחנו המטפלים או המטופלים? אני אומרת - המטפלים והמטופלים - כי כולנו מטופלים פעם. ואז צריך לעבור, כולנו, את המעמד הזה של המטופל כדי להתחיל להבין באיזה מעמד הוא היה.

אלי זהר: אני מסכים איתך. רק אם לא קשה לך, תציגי את עצמך.

דליה פילבסקי (מהקהל): אני דליה פילבסקי, מה אתם רוצים לדעת עוד?

אלי זהר: אנחנו רוצים לדעת עוד הרבה דברים, אבל אל תכעסי עלי אם אני אשאל אותך אם יש לך התנסות אישית, אבל כבר התחלת לומר.

דליה פילבסקי (מהקהל): אני אחות ויש לי התנסות אישית שאני יכולה למלא סימפוזיון שלם. כמטפלת וכמטופל.

אלי זהר: בעיסוקך כאחות?

דליה פילבסקי (מהקהל): בעיסוקי כאחות ובעיסוקי כאזרח. אני אזרח, אני מקבלת שירותים, אני עומדת מול רופא לא פעם ולא פעמיים. אני יכולה להיות לידו כשאני אחות, ואני יכולה להיות לבד עם אותו מטופל כאחות. אני יכולה לגוון לך את כל הסיפור. אז אתה מצייר פה תמונה של רופא אומלל, ואני לא רואה את זה ככה. אני רואה רופא שסוף-סוף למרות כל השנים של החינוך שהוא קיבל, נתנו לו מכה קטנה, קטנה לעומת הכעס שהם השאירו אצל עצמם, על ההתנהגות שלו. במשך כל השנים. איך הוא התנהג לחולה. חולה בשבילו זה המיטה מצד שמאל עם האפנדיקס, או מצד ימין עם הטיירואיד. מי הוא האדם שיש מאחורי זה?

אלי זהר: איפה את שימשת כאחות?

דליה פילבסקי (מהקהל): זה לא שייך לעניין.

אלי זהר: סליחה, הגברת פילבסקי, שום דבר לא שייך לעניין. זה מאד מעניין אותי לדעת, קודם כל בשביל הסימפוזיון הבא.

דליה פילבסקי (מהקהל): אז בבקשה. עד היום הזה, כשאתה מסתכל על מה שקורה בטיפול נמרץ, אחרי החוק, הלוואי שבמצב ההתנהגותי משני הצדדים היינו אנושיים, כי אז לא היה צריך חוק. אבל כשאנחנו רואים את המיקוד בטכנולוגיה, המיקוד בכל העושר האדיר שיש היום ברפואה, והתעלמות ממי שמקבל את כל הטכנולוגיה הזאת, זה מרגיז. אז תודה לאל שיש חוק.

אלי זהר: יש משהו בתחושה שלך, כמו גם בהתבטאות שלך, שברור שההתנסות שלך היא הקיצוניות האחרת הזו של ההתעלמות מן החולה עם האפנדיקס במיטה השלישית משמאל. את זה צריך היה לתקן. את זה לפי דעתי משכו לקיצוניות אשר כתוצאה ממנה התוצאה תהיה בדיוק הפוכה. והניזוק יהיה החולה.

אורנה לין: אני רוצה להשתמש בהזדמנות, אם לא מפריע לך, לשאול את גב' פילבסקי. יש רופאים, יש מטופלים ויש באמת אחיות. אנחנו למשל, שמייצגים בדרך כלל רופאים, האחיות כאילו חסרות במשוואה. איפה לדעתך הן נמצאות? מבחינת אחריות, הרי החוק הזה כאילו לא חל עליהן. כאילו. אבל ברור שהחוק חל, אני מדברת בתחום האחריות.

דליה פילבסקי (מהקהל): החוק לא חל על אחיות.

אלי זוהר: בהחלט חל.

דליה פילבסקי (מהקהל): לא, הוא חל על הרופאים. הקוד האתי שלי מספיק טוב בשבילי ובשבילם.

אורנה לין: אז קודם כל לפי תפיסתך, באמת החוק חל על הרופאים.

דליה פילבסקי (מהקהל): נכון.

אורנה לין: ומה חל על האחיות?

דליה פילבסקי (מהקהל): זאת בעיה. בשבילי כרגע יש קודם כל את המצפון האישי שלי, שמנחה אותי, ואפילו הזהות שאני קיבלתי. ויש לי את הקוד האתי. יש לי קוד אתי שאומר לי מה המגבלות שלי ומה היכולות שלי. איפה אני עוברת את הגבול וזה מלא דילמות.

אלי זהר: לפני שאת ממשיכה. למען הסדר הטוב, החוק חל על אחים ועל אחיות. עוד משפט אחד, אני רוצה לקרוא לכם משהו פשוט, כדי שנצא גם עם רווח: "מטפל, רופא, רופא שיניים, סטאז'ר, אח או אחות, מיילדת, פסיכולוג". על כל אלו הוא חל.

nevo.co.il

דליה פילבסקי (מהקהל): טעיתי בדבר הזה, אבל הטעות שלי נובעת מנוהל הייצוג של האחיות בכלל.

אלי זהר: את לא רואה ייצוג, מפני שעד לרגע זה היתה לך תחושה שאת יכולה באופן מאד מועיל להתמודד עם העניין הזה עם המצפון המקצועי שלך,

דליה פילבסקי (מהקהל): יש לי דילמות. ולכן אני מדברת עם אנשים.

אלי זהר: אבל את לא מקבלת את המומנט שהרופא יכול להתמודד עם העניין.

דליה פילבסקי (מהקהל): אתה יודע, אני מצטערת שאני הופכת להיות עכשיו חלק מן הדו-שיח. זאת לא המטרה שלי, אבל באמת המצב האידיאלי שהיתה אפשרות כזאת והרבה יותר פתוחה וכנה, אמיתית, עם כוונות אמיתיות שהרופאים והאחיות יחד עם המטופלים יטפלו בדבר הזה. כי הרופא אומר הרבה פעמים דברים וזה נכון שהוא, החולה, לא מבין שום דבר. פה אני נכנסת, והיכולת שלי לתרגם את אותם הדברים שנאמרו על ידי הרופא, ביתר קלות, לחולה, לא בגלל זה שהרופא לא יודע לעשות זאת, אלא שלי יש הזדמנויות יותר גדולות. אני נמצאת הרבה יותר זמן עם החולה, בהמשכיות, במצבים הרבה יותר אינטימיים שאי-פעם הרופא חלם. ואז אני יכולה לתרגם בצורה הרבה יותר ניתנת לנגישות לחולה את מה שאמר הרופא, בשביל זה אני צריכה לעבוד בצוות.

דר' נילי טבק (מהקהל): רק מילה אחת לדליה. הכוונה שלה אולי יותר לפרק 13 שמדבר על הסכמה מדעת, שהחולה החרד נכנס לחדרו של הרופא. הוא יסביר לו בדיוק על פי חוק מה שהוא צריך להסביר לו. אבל לחולה יש משתנים גם של חרדה, עם מנגנוני הגנה שהוא לא יכול לקלוט ולעשות processing information של המידע שהוא קיבל. ואז הוא יוצא החוצה לאחות והוא אומר לה: "תשמעי, מה הוא אמר? הוא דיבר אבל אני לא מבין שום דבר ממה שהוא אמר לי. בואי תשבי ותסבירי לי". עכשיו תראה איזה אבסורד. הוא יוצא. הוא חתם אצל הרופא, הרופא אין לו את הזמן לשאול אותו, "תגיד לי, תן לי פידבק, הבנת בכלל ממה שהסברתי לך". ואז באה החתימה, מבחינה משפטית היא איננה תקפה, אבל הוא יוצא לאחות והאחות בפעילות משותפת עם הרופא צריכה לשבת ולהסביר לו את הכל, אבל הרבה פעמים רופאים אומרים: "תלך אליה היא כבר תסביר לך". משום שהרופא מפחד להגיד את כל האמת.

אורנה לין: אני רוצה להגיד לך גב' פילבסקי, שלדעתי אחת הבעיות היותר קשות עם החוק, זה שבאמת ישנה איזו הבנה מוטעית שהוא חל על הרופאים, וגם יש מבין האחיות שערות לזה שהוא חל גם עליהן. בכל אופן, באמת, אני לא יודעת למה, זה אולי שייך למבנה ההיררכי של בית החולים, ואולי זה שייך לכך שמי שעושה את כנסי ההסברה על חוק זכויות החולה זאת ההסתדרות הרפואית ולא הסתדרות האחיות, או גם הסתדרות האחיות. בכל מקרה, אני חושבת שכמעט יותר חשוב מה אחיות יודעות לעשות עם החוק הזה ומה אחיות יודעות לעשות עם החולים, לפחות או באותה מידה כמו שעם הרופאים. וזה באמת מוכרח ללכת ביחד, כי אפילו באופן היררכי נאמר, באמת הרופא הוא זה שצריך לקבל אחריות כזאת או אחרת. אני רואה את זה כאחריות משותפת. אבל תביני גם שמה שאֵלי זהר אמר, מבחינת איזה כובד אחריות יש בחוק הזה, הדבר הזה, המצה הזאת על הראש היא גם על הראש שלכן, גם על הראש של האחיות.

רחל תמיר: אני רוצה להוסיף משפט אחד: כמה הנקודה הזו בעייתית, כי כשאנחנו עובדים יחד בצוות, רופאים ואחיות, לא תמיד אפשר לבוא ולעשות חתך חד, מה שייך לרופא ומה שייך לאחות. וכאשר אנחנו עומדים מול המשפחה, ואנחנו צריכים להסביר, לתת את האינפורמציה של הטיפול הסיעודי, שוב אי אפשר תמיד לעשות חתך חד מה הוא הטיפול הרפואי גרידא, ומה הוא הטיפול הסיעודי גרידא. ולא פעם אנחנו עומדים לפני הדילמות האלה. אני חושבת שהחוק לא נתן את דעתו לבעייתיות הזו, ואני חושבת שאנחנו כמתמודדים היום עם הסוגיה של החוק החדש, צריכים ללמוד איך לחיות איתו, ואולי גם להרחיב דברים או להוסיף, או כמו שנילי אומרת, לתקן דברים על מנת שנוכל לחיות איתו בשלום.

שי ברייל: אני מאד מבין את הכעס של גברת דליה פילבסקי. אבל אני מזמין אותה לראות מה קורה היום בבתי החולים, ולראות שבסך הכל עם החוק או בלי החוק, אני לוקח כדוגמה בית חולים כמו "בית רבקה". רגע אל תעשו לי "אה" כי בסך הכל אנחנו מסתכלים על העובדה. אני לא יודע מה זה ממוצע או לא ממוצע, אני מסתכל על העובדה, שעם כל הכבוד, המצב הזה של הרופא האטום, המתנשא, הנובח פקודות, לעומת האחות הרחמנייה, שהיא זאת שמחבקת ונותנת. אני מבקש שננסה להיפרד מהסטראוטיפ של פלורנס נַייטינגֵל לעומת הרופא רודף הבצע. אבל זה משתמע, ואני מבקש שתבינו שאנחנו עוברים היום יותר ויותר לעבודת צוות. אנחנו נמצאים היום במצב שהרופא הוא בודאי חלק מצוות, ואני מנסה לראות באיזו שהיא נקודה, כי כולנו פציינטים פוטנציאלים, את הדברים בכל זאת ברמה מאוזנת, כי אחרת אני שומע, ולכל אחד מאיתנו יש את הכאבים שלו ואת המצוקות, ואת המפגשים הלא נעימים עם המערכת. אבל סך הכל אנחנו צריכים לראות שהכיוון הוא בהחלט לכיוון שאת מדברת

nevo.co.il

עליו, לשיתוף פעולה.

אלי זהר: ולסיכום הנושא הזה, שני דברים חשובים. א' - אחים ואחיות הם חלק בלתי-נפרד מחוק זכויות החולה, וכך עוד 20 מקצועות שצורפו, ועוד רשימה של אנשים. לכן דעו כי החובות האלה חלות עליכם. עליכן. על כל מי שיש לו איזו שהיא זיקה לטיפול הרפואי.

ב' - גם חוק זכויות החולה קבע בסעיף 15 את כל מה שאנחנו כוללים בנושא ההדיון שלנו היום, דהיינו טיפול רפואי כפוי. החוק נתן, בעצם התיר, אישר, טיפול רפואי ללא הסכמה, למי שמצבו הנפשי והגופני אינו מאפשר קבלת הסכמתו, בנסיבות שבהן נשקפת למטופל סכנה חמורה בתנאים שקבע החוק, ובנסיבות של מצב חירום רפואי.

לפני שאני אמשיך, ואכנס לתחומים הספציפיים של מקבלי הטיפול הרפואי הכפוי, או שלא בהסכמתם או ללא הסכמה מדעת, כי בעצם אחרי שקיימנו דיון על ההסכמה מדעת, אנחנו עוברים לכל אלה שמקבלים את הטיפול ללא הסכמה מדעת. יש שורה של אנשים שעליהם כופים טיפול רפואי. על פי פקודת הרופאים אפשר לחייב רופא ללכת לבדיקה רפואית. על פי פקודת רופאי השיניים, אפשר, אם המנהל בדעה שהוא סובל ממחלה מסכנת אחרים, לדרוש שהוא ייבדק. אותו דבר חל לגבי חוק הפסיכולוגים. אותו דבר לגבי בדיקה כפויה של אחיות ולגבי צוות סיעודי במרפאות. אני עושה ממש ריצה על החוק לצורך האוריינטציה של הנוכחים.

ביטוח לאומי: מי שתובע גימלה צריך ללכת להיבדק. אבל זה נכפה. על אדם ללכת להיבדק, גם כשהוא לא רוצה ללכת להיבדק. עכשיו נעבור לפקודת בריאות העם. יש שורה של דברים: אפשר להיכנס לבית שיש בו חשש למחלה מדבקת, ולבדוק כל אדם שנמצא בבית. הרופא הממשלתי רשאי להעמיד כל אדם הנמצא במגע עם אדם שהוא נגוע במחלה מדבקת, לבדיקה רפואית. לשים אותו תחת השגחה או פיקוח. להיכנס לבית, לבצע חיטוי. אנשים שבאים מאזורים נגועים, אפשר להכריח לעמוד בהשגחה רפואית. זה טיפול כפוי. יש אשפוז כפוי לגבי מחלות מדבקות. אני מזכיר לכולכם שנהגים שיכורים או מסוממים אפשר לחייב לבצע הן בדיקת שכרות, והן בדיקות סמים. וגם מי שרוצה להיות נשיא המדינה צריך להיבדק כדי להוכיח שהוא בריא מבחינה גופנית.

דורון דינאי (מהקהל): יש עוד הרבה חוקים. יש חוק הנוער, חוק השיפוט הצבאי, ועוד. וכך לגבי קטין.

אלי זהר: אבל לזה אני נכנס כטיפול פרטני, אני דיברתי על אותם דברים שאינם נכנסים למסגרת הדיונים של נוער, חולי נפש, קשישים, וכל אלה שאני רוצה כרגע לדבר עליהם. אז זה לא הכל, וההערה נכונה.

אין ספק שהטיפולים הכפויים האלה אינם עומדים במחלוקת חברתית, כי בסופו של דבר הם נועדו להגן על החברה, וכן הלאה.

אורנה לין: יש תקנות בתי הסוהר, אתה לא תגיע לזה אחר כך. רק כאנקדוטה. אלא שזה לא כל כך אנקדוטה. בניגוד לכל בן אדם אחר, ובניגוד לכל בן אדם אחר אפילו שלא יכול להביע את רצונו או דעתו שאז יש לגביו כל מיני סידורים של אפוטרופוס, בית משפט וכיוצא בזה. אם בן האדם הוא אסיר, זאת אומרת באמת הוא עשה כבר משהו רע בחיים שלו, אבל הוא עשה רק משהו רע אחד בחיים שלו, בשביל זה הוא יושב בבית סוהר. לבן אדם כזה אפשר לעשות טיפול רפואי לפי תקנה 10, שאומרת ככה: "קבע הרופא כי נשקפת סכנה לבריאותו או לחייו של אסיר, והאסיר מסרב לקבל את הטיפול שקבע הרופא, מותר להשתמש במידת הכוח הדרושה כדי לבצע הוראות רופא". זאת אומרת, חס ושלום קרה למישהו משהו, כבר קרה לו פנציר אחד בחיים. הוא כבר בבית סוהר. הרצון שלו כבר לא רצון. זה כבר לא מעניין אף אחד. אני כמובן מציגה את זה בצורה מאד קיצונית, כי יש להניח שלא עושים בזה שימוש לרעה. איזה שימוש עושים בזה? אם אסירים שובתים שביתת רעב למשל, אז יכולים להאכיל אותם בכוח. אבל האמת, שלפי הניסוח של הסעיף הזה, שאין ספק שהוא פשוט ארכאי בצורה לא מתקבלת על הדעת יחסית למצב הפסיקה והחקיקה דהיום, אפשר לעשות לאסיר כל מה שרוצים אם נשקפת סכנה לבריאותו או לחייו, וללא שום קשר למה הוא רוצה.

אלי זהר: אבל השופט, חיים כהן המשנה לנשיא בית המשפט העליון לשעבר, כשהיה מדובר באיתור סמים על ידי הכנסת חוקן לאסיר, אמר, "סוף דבר הכל נשמר. גדול כבוד הבריות שדוחה את לא תעשה של הכנסת סמים לכותלי בית הסוהר, אם אין למנוע את הכנסתם אלא על ידי פגיעה בגוף האדם וכבודו". וגוף האדם וכבודו בעיני חיים כהן היה גם אסיר.

אנחנו נכנסים עכשיו לשלוש קטיגוריות פרובלמטיות, אשר עוסקות בטיפול הרפואי הכפוי. נדבר על קטינים, נדבר על מוגבלים וחולים בנפשם, ואנחנו נדבר על קשישים. ונסה גם להגיע לכל הנושא שקשור עם המתת חסד, נושא שבעצם עובר איתנו לאורך כל הדיון.

לגבי החולה הקטין, היום החוק מאד ברור. יש לו אפוטרופוס, מה שמחליטים ההורים זה הפתרון. אני רוצה לדעת מה גישתכם לגבי הסכמה מדעת של חולה קטין, אשר לפי החוק, האפוטרופוס שלו יכול לקבוע מה טוב לו ומה רע לו, ומה

nevo.co.il

יעשו לו, ומה לא יעשו לו.

שי בריל: כיוון שההורים מחליטים מיליוני החלטות לגבי ילדיהם, וכל אחד מהם יש לו השפעה, בודאי שגם במצב של מחלה יש לתת להם את הזכות הזאת. אני לא מכיר מישהו שיכול לקבל החלטה יותר טובה. אם ההורים עצמם קיבלו את הרשיון לעשות ילד, אז הם גם קיבלו את הרשיון לקבל את ההחלטות עד הגעתו לגיל 18. לכן, אין לי שום ספק שמה שהורה יגיד, זאת צריך לקבל. כי אין לנו משהו יותר טוב. כאשר, בדברים הספציפיים האלה, ההנחה היא שהורים עצמם בריאים בנפשם ובגופם, ומסוגלים ומבטאים דברים שאנחנו יכולים להבין את ההגיון שמאחוריהם. ודאי כשמישהו בא ואומר לי דבר שאני לא מבין למה, והוא לא מפרט, והוא עושה את הדברים שיש בהם איזו שהיא סכנה לנסות לפגוע בילד, אז בעצם הנושא של הדאגה לילד, לא מניח את דעתנו כמטפלים. ואז יש כמובן מקום לשאול כן או לא למנות אפוטרופוס אחר. אבל אני מנסה לומר, שבדרך כלל הדברים האלה הם באמת דברים קיצוניים ויוצאי דופן, וברוב הגדול של המקרים ניתן להניח ולראות שהורים אכן ממלאים את תפקידם.

אלי זהר: בערעורו של בן איכר בבית המשפט העליון (רע"א 5587/97 - היועץ המשפטי נגד בן איכר), היה מדובר בילד בן 8. נולד עם פגיעה שכלית ומוטורית קשה. CP. הרקע לפגיעה הזו אינו ברור. הפגיעה מתבטאת ביכולת התנועה, מוגבלת לזחילה. הוא איננו אוכל בעצמו, הוא מואכל על ידי מטפלת. אין לו שליטה על סוגריו. הקשר שלו עם הסביבה מוגבל. עם זאת, הוא מגיב בחיוך, או יוצר קשר עין עם סביבתו. הוא בוכה כאשר הוא רוצה דבר מה וכו'. והיה ומדובר במשאלה של ההורים שלא לקיים בו דיאליזה. לא להמשיך לתת לו דיאליזה שהמשמעות שלה היתה בסופו של דבר, הפסקת חייו. והנה, בית המשפט המחוזי התיר לרופאים שלא להמשיך בדיאליזה, ואילו בית המשפט העליון בפסק דין ארוך ומנומק, שההחלטה בו ניתנה ביום הדיון ב-9/97 והנימוקים פורסמו ממש בימים אלה, הפך את פסה"ד.

מה דעתך, פרופי גליק, לא על פסק הדין, אלא על העובדה שרצון ההורים נדחה מול הקביעה המשפטית?

שמעון גליק: אני חושב שהמקרה הספציפי איננו החשוב פה. הנושא פה הוא האם הורים תמיד יש להם את הסמכות. להורים יש סמכות להיטיב ולא להרע. אז אנחנו לפעמים מוציאים ילד מרשות הוריו. למשל Jehova's Witnesses (עדי יהוה). זו דוגמא ידועה בארה"ב, שהיא מעוז האוטונומיה, שאם Jehova's Witness מסרב לקבל עירוי דם, נותנים לו לסרב, אבל אם ההורה מסרב עבור הילד, לא נותנים לו לסרב. השאלה פה, האם במקרה הזה פסק הדין הוא צודק? האם ההורים באמת עשו כנגד טובת הילד? ופה אפשר להתווכח. אבל הנקודה המקובלת, שאם הורה פועל לא לטובת הילד, אז החברה מתערבת. אם זה היה מוצדק כאן לרופאים לחשוב שההורים לא פעלו לטובת הילד, אני חושב שזה נושא לויכוח. אבל בעיקרון זה מקובל.

אלי זהר: מקובל גם עליך אורנה, שאפשר להתערב בהחלטתם של ההורים? אני לא מדבר בנסיבות קיצוניות שהורים לא מטפלים, אבל כשפסק הדין הזה מתאר איך במשך 8 שנים מטפלים הורים בילד, שתיארתי לכם את מצבו, אפשר?

שמעון גליק: אבל אתה פה מנסה לבדוק אם השופטים צדקו במקרה הזה או לא צדקו.

אלי זהר: לא. אלא על עצם הזכות. לא אם הם צדקו או לא, ודאי שלא.

שמעון גליק: על עצם הזכות, אנחנו כחברה כולנו מקבלים שאם הורים פועלים איך שאנחנו כבית משפט חושבים או עובדת סוציאלית חושבת שהם פועלים כנגד טובת הילד, אז מוציאים את הילד מההורים. זה מקובל. אם במקרה זה הם צדקו או לא צדקו, זה נושא לויכוח. אבל העקרון מקובל בכל חברה מערבית שאני מכיר. אפילו בחברה הכי אוטונומית. אם זה ילד מוכה, אם זה ילד מעורער, אם זה ילד שלא מקבל חינוך, החברה מוציאה אותו. עכשיו אתה יכול להגיד: "תשמע, השופטים עשו פה שטות", או "רופאים לא היו צריכים להתערב", אבל העקרון קיים.

שי בריל: יש פה בסך הכל, שלושת המקרים. זאת אומרת שלוש הקטיגוריות שאתה דיברת עליהן, נכנסות לאותו משולש שיש בו שלושה קודקודים. האחד, זה כבוד האדם וחירותו, שהורים מייצגים כרגע את הילד, והם מחליטים לגביו את ההחלטות מבחינת איכות החיים, כי זה לא רק העניין של חיים או לא, אלא הם בהערכה שלהם. איכות חיים של CP וכל הדומה, היא איכות חיים שהם לא היו רוצים שהיא תימשך בכל דרך. יש צד שני, שהוא קדושת החיים. ואת זה מייצגים הדת ובית המשפט, כי החברה היא בבואה, הכנסת מחוקקת חוקים שבעצם מבטאים את הנורמות שלנו, ובית המשפט אוכף אותם. והחלק השלישי, זה הידע המקצועי של הרופא, שבא ואומר ומסביר מה ההיגיון לבצע הֶמוֹ-דיאליזה, והאם זה טוב או לא טוב. לכן, אנחנו בעצם נמצאים פה בתוך מקבילית של וקטורים. בעצם זהו משולש, שכל פעם מוקד אחר שלו - מתעורר, לפי המקומות בעולם. ישנם מקומות שבהם המוקד של זכות האדם לגופו הוא גדול יותר, הוא חזק יותר. מקומות כמו שלנו, שבהם קדושת החיים, בין אם זה כפי שמתבטא בחוק האזרחי ובחוק הדתי, היא היותר

nevo.co.il

חזקה. ולכן, אני אומר שבמדינת ישראל, בית המשפט העליון ביטא את העניין של קדושת החיים, שהיא משקפת את הנורמה הרווחת באוכלוסיה, והליברליזם במקרה הזה, בעת ההיא יידום. ולעומת זאת, בקטע שאם זה היה בארה"ב אני מניח שבית המשפט היה מקבל את הפסיקה הזאת, אם הניחו את דעתו שהם טיפלו בו נכון.

אלי זהר: דר' דורון דינאי, הוא דר' לרפואה ועו"ד במקצועו.

דורון דינאי (מהקהל): האמת שההוויה האמיתית היא לא במקרים שעוסקים בקטינים, שבהם יש סיטואציה חברתית שבה אנחנו צריכים מראש להכיר בעובדה, מוכנים מראש להכיר בעובדה שלבית משפט יש הסמכות העליונה להתערב בכל החלטה. לא רק בטיפול רפואי, אלא בכל החלטה שמחליטים האפוטרופוסים, משום שיש אינטרס של טובתם, טובת חסוי או טובת הילד, ובית המשפט הוא בעצם האוטוריטה העליונה לקבוע מה היא טובת הילד, לא ההורים. ההורים מקבלים מנדט מוגבל לנושא הזה, בכל דבר לא רק בטיפול רפואי. בית משפט יכול להתערב בכל דבר שקשור בטיפול בילד, לא רק בטיפול רפואי. לכן, הטיפול הרפואי הוא רק עוד סממן אחד מתוך שרשרת של דברים שבית משפט יכול להתערב בהם, ולדעתי לא אלה המקרים שמייצגים את הדילמה האמיתית. המקרים שיוצרים את הדילמה האמיתית הם המקרים שבהם בן אדם בגיר, עצמאי לכל דבר, מסרב ביודעין, ואז בית המשפט מתערב.

אלי זהר: ואני רוצה להוביל אותך ברשותך, לדילמה האמיתית, שאני רואה, גם לגבי סמכות בית המשפט להתערב בכל מיני דברים. אני רוצה לקרוא לכם משהו מתוך פסק הדין. אני לא מושך להתווכח עם פסק הדין, ואני מאד מצר דווקא בנקודה הזו, שהשופט חנוך אריאל לא נמצא כאן, כי אני לא מתווכח עם פסק הדין בכלל. אני מתווכח עם תפיסת העולם, שהיא קשה לי, ואני רוצה שגם אתם, הרופאים, תשמעו. כי פסק הדין אומר כך:

"ב"כ המשיבים - זהו ב"כ ההורים, שהופיע בתיק הזה שם דגש רב בטיעוניו על העובדה שפרופ' וינוגרד אשר היה המומחה מטעם בית המשפט לבדיקת מצבו של הילד, (זאת אומרת היה רופא אובייקטיבי,) המומחה שמונה מטעם בית המשפט קמא סבר בחוות דעתו כי יש מקום להיענות לעמדת ההורים ולא לבצע את הטיפול המוצע. לדעתי, אין לייחס לעמדה זו של הרופא משקל רב. מומחיותו של הרופא היא בתחום הרפואה. לחוות דעתו של הרופא משקל בכל הנוגע לאבחנה הרפואית של מצבו של בן, לפרוגנוזה ולהיבטים השונים של הטיפול הרפואי המוצע. אך המסקנה הסופית, האם יש לבצע את הטיפול אם לאו, אינה תולדה של שקלול רפואי. המדובר בסופו של דבר בשאלה אתית, אשר בה אין לפרופ' וינוגרד כרופא יתרון מיוחד המחייב ליתן משקל מיוחד לחוות דעתו, שמובאת לפתחו של בית המשפט", ואחרי ציטוט מספרות, ממשיך פסה"ד:

"הכרעה בנושא העוסק בעניינו, לא החלטתו וגישתו האתית של הרופא, היא שתכריע. ההכרעה כמו האחריות לה היא של בית המשפט".

ואני רוצה לשאול, האם בית משפט, האם שופט בשר ודם יכול לומר שילד בן 8 אשר איננו אוכל בעצמו, ואין לו שליטה על סוגריו, ואיננו הולך, ויש לו קשר מוגבל עם הסביבה, ולבד מקשר עין וחיוך ובכי איננו מתפקד, האם בית המשפט יכול לומר, האם הוא בנוי לומר, והאם הוא לא שם משקל ערכי בתוך החלטתו?

שמעון גליק: זה התפקיד שלו. הוא משקף את הערכים של החברה, כמו שדר' ברייל אמר. בהודו הרשיעו רופא שלא כפה טיפול. הרשיעו אותו, בגלל שבחברה הזאת טיפול כפוי מקובל. בארה"ב אם הוא היה עושה את זה, היה הולך לבית סוהר בגלל שהוא כן כפה. אז הכל תלוי בערכים של החברה. והחברה שאתה נמצא בה, היא באיזו שהיא נקודת אמצע.

מהקהל: אנחנו יותר קרובים לארה"ב מאשר להודו.

שמעון גליק: בסדר, אז השופט הוא אינסטנציה,

אלי זהר: רבותיי, רגע אחד, הודו או ארה"ב, בואו לא נכריע בשאלה הזו לפחות. האם בתחושה שלכם, במשולש הזה הרופא, בית המשפט וההורים, בית המשפט אשר שם את שיקוליו הערכיים והאתיים בדיוק כשם שהוא לא מקבל את תפיסתו המיוחדת של הרופא, מאותם טעמים אתיים, האם נראה לכם שהוא טוב לנו על פני הכרעתם המוסרית של ההורים אשר במשך 8 שנים מטפלים ואומרים: "אנחנו חושבים שזה לא נכון, גם מבחינת איכות החיים הצפויה. קחו בחשבון את איכות החיים הצפויה לילד הזה".

רמי לוטן (מהקהל): העולם הולך בכיוון של התחשבות בדעתם של ילדים, גם אם הם מתחת לגיל 18. זה נכון בדברים רבים. גם בנושא האימוץ שואלים את הילד בגיל 11 או 12, כשהוא כבר יכול לחוות דעה. יש חוקים בנושא של גילוי איידס, של הפלות, שילדים מתחת לגיל 18 לא צריכים הסכמת הורים. אני חושב שזו זווית הרבה יותר מעניינת לבחון את רצונם של ילדים, בגיל שהם כבר יכולים להבין.

אלי זהר: אתה פשוט הקדמת אותי בשנייה, כי זאת השאלה הבאה שאני מעלה. אני בכל זאת רוצה בנקודה הזו לסכם את הדיון. האם מבחינת התפיסה של הדיון, אני רוצה איזו

nevo.co.il

שהיא עמדה של חברי הצוות. האם השופט האובייקטיבי עם כל הניסיון, השופט אור שכתב את הדברים שקראתי, עדיף לנו בעולם הערכים שלו, ובעולם המוסרי שלו, לעומת העולם המוסרי של הרופא, ולעומת עולמם המוסרי של הורים. כשאליבא דפסק הדין, ההורים הם מלאכים מבחינת ההשקעה שלהם בילד?

דר' ויינשל (רופא. מהקהל): שלושת הגורמים באיזה שהוא מקום צודקים. אני חושב שפרופ' וינוגרד שקבע מה שקבע, אפשר לחשוב שהוא לא שקל אלמנט אתי כשהוא המליץ לכבד את בקשת ההורים. אני חושב שהשופט במקרה הזה הביע את הדעה של רוב הציבור על קדושת החיים. הוא יצא מהנחה שלו, ואולי גם אתית. אבל אני חושב שכל שלושת הגורמים, בודאי ההורים, הביעו את הצדק שלהם, והנושא הזה לא היה צריך בכלל להגיע לבית המשפט. אם צוות הרופאים של המוסד היה שוקל את כל האלמנטים האחרים והיה מקבל שלטובת הילד אולי, המשכת החיים היא לא הדבר הגדול ביותר, לפי דעתי זה היה הדבר הנכון. הדבר לא היה מגיע לבית משפט. מכיוון שאני חוזר ואני אומר, בכל שלושת הגורמים האלה, ההורים צודקים באיזה שהוא מקום.

שמעון גליק: אבל במקרה הזה הרופאים הם שהביאו את התביעה.

דר' ויינשל (מהקהל): אנחנו הרופאים לפעמים מוכרחים לקבל החלטות. ולא עושים את הדברים בצורה טובה.

שמעון גליק: אני לא מצדיק אותם, אני אומר פה, אני לא לוקח עמדה. אבל פה היה ויכוח בין הרופאים לבין ההורים. ואני מסכים שחבל מאד. אבל אם יש ויכוח כזה, אין אינסטנציה אחרת חוץ מבית משפט. מה אפשר לעשות. אני לא אומר שהם צודקים או לא צודקים. אם אנחנו מקבלים את המדינה כמדינת חוק, אז יש בית משפט. אם יש ויכוח בין רופאים לבין הורים, באיזה שהוא כיוון. יכול להיות שבמקרה הזה הכיוון היה הפוך, שההורים היו רוצים להמשיך את הטיפול. יש כמה מקרים בארה"ב שההורים התעקשו לגבי ילד אינדוידואלי להמשיך לחבר אותו למכשיר הנשמה, והרופאים תבעו את ההפוך, לנתק. זה אותו סיפור.

עמוס הרמן (מהקהל): מזווית אחרת לגמרי, בוא נאמר שההורים היו מחליטים שאנחנו לא לוקחים אותו לבית חולים לדיאליזה. והוא היה נפטר. האם המדינה, האם החברה היתה מעמידה לדין פלילי את ההורים? מה היה בית המשפט מחליט?

אלי זהר: דר' הרמן, אבל אם ניקח באופן דימיוני את פסק דינו של השופט אור בעניין בן איכר, כנראה שהמדינה היתה מעמידה אותם. לדין. אני לא מדבר כרגע אם היה פרקליט רגיש שהיה מונע זאת.

אלי זהר: לפעמים הדין נוקב את ההר. באים השכנים, ומתלוננים שהילד בוכה כי לא מטפלים בו, ומתחיל תהליך, ובאה משטרה, ומתחילה חקירה, וכו'.

אנחנו יצרנו חוק וסיטואציות שקמות עלינו במידה מסוימת, וזאת רק אחת הדוגמאות. אבל בוא נלך למה שעו"ד לוטן התחיל.

רמי לוטן (מהקהל): בהמשך למה שאתה אמרת, שלא סומכים על ההורים. העובדה היא שהגישה כיום לא לסמוך על מה שאומרים ההורים.

אלי זהר: מה שאמרתָ מתייחס לפן אחר של הבעיה, ואני רוצה לשאול את דר' בריל דבר פשוט, אני מקבל את ההורים. מה עם הרצון של הילדים. ילדים פתוחים, חשופים, אינטרנט. טלוויזיות. הם רואים ויודעים כמעט יותר טוב מההורים שלהם לפעמים. למה לא לשאול אותם?

שי בריל: אם הילד יכול לבטא את דעתו, בודאי חשוב לשמוע את דעתו. אבל ברוב המקרים לא זאת הבעיה, כי במקרה דנן הילד לצערנו לא יכול היה לבטא כנראה את דעתו.

אלי זהר: לא, לא הילד הזה. אני עכשיו מדבר באופן כללי, בא אליך ילד בן 13.

שי בריל: אין לי בעיה לקבל שיש היום אפשרות להוריד את הגיל למטה מגיל 18 שאין בו שום קדושה. והילדים, מה שהבת שלי יודעת היום, ומה שהיא ידעה כשהיא היתה בת 13 אני לא ידעתי כשהייתי בן 13. והחברה האלה יודעים הרבה יותר. אין לי ויכוח על הנקודה. אני רק רוצה לחדד נקודה. עצם הפניה לבית משפט, היא כרונולוגיה של מוות ידוע מראש. מכיוון שבית המשפט, ועם כל הכבוד לשופט X או Y, לא מבטא את דעתו האישית, אלא הוא מבטא את מה שכתוב בחוק. וזה תפקידו, לפרש את החוק. והחוק מדבר על קדושת החיים, ולכן בעצם הדילמה האמיתית שלנו היא, האם אנחנו כרופאים, ואנשי צוות רפואי בכלל, לא נותרנו לבד במערכה שבה החברה בצורה ציונית, הטילה עלינו להתמודד עם הבעיות הרגישות שלנו, וכלפי חוץ שמה את השלט הגדול, "אנחנו קדושת החיים, ואתם תסתדרו ביניכם בחדרי חדרים". ואנחנו, באיזו שהיא נקודה, הסכמנו עם זה, כשקיבלנו על עצמנו את הדין הזה. כי בסך הכל הקומיטמנט שלי לטפל בחולה, ילד או מבוגר, הוא הרבה יותר גדול מאשר הנושא של שלטון החוק, ואין לי כוח להתמודד עם כל השינויים בחוק. אבל צריך להבין שבאופן מעשי, כל פניה לבית משפט, גם אם הילד יבטא את דעתו, וגם אם ההורה

nevo.co.il

יבטא את דעתו, תסתיים בפסיקה חד-משמעית: "תקבל המו-דיאליזה", כיוון שאנחנו כחברה שמנו את זה כערך לפני חוק יסוד כבוד האדם וחירותו.

אלי זהר: דר' בריל, זה בעצם איזה ניסיון מצדכם. אתם אומרים - OK אתם עשיתם את מערכת החוקים הזו, קחו את זה טפלו בזה אתם.

שי בריל: לא, כי אני אומר שוב, כשזה מגיע לילדים, אנחנו בסך הכל הרבה יותר מאויימים, כי בנושא הזה כל אחד מפחד מאחד מההורים שיכול לבוא ולהגיד בדיעבד, ולצאת כנגדך. ואנחנו בסך הכל אנשים, אנחנו גיבורים שמוכנים יומיום לחרף את נפשנו גם בעבודה קשה וגם להסתכן בדברים האלה. לכן, אני אומר שוב, הנושא שכרגע מטריד אותי, זה הקונפליקט בין חוק היסוד: כבוד האדם וחירותו, שהוא כאילו חוק יסוד, וצריך היה לגבור על כל דבר אחר, והוא בעצם לא מגן על אותו אדם שרוצה לסיים את חייו ולהגיד, שבאיכות חיים כזאת הוא לא מוכן לחיות. וכשזה יגיע לבית המשפט, יבטל את חוק היסוד הזה, ויורה לו לקבל את הדיאליזה. ואני שואל את החברים המשפטנים, האם אני לא צודק? האם יש מקרה אחד שבו בית המשפט יקבל את זכותו של האיש, ויגיד לו: "אדוני, לא תחובר להמו-דיאליזה כי אתה רוצה למות בגיל 35, כי אתה לא רוצה לחיות באיכות חיים כזאת"?

אורנה לין: רציתי רק לספר לכם על פסק דינה של השופטת דורנר, כשהיא ישבה בבית המשפט המחוזי בירושלים. ובאה לפניה משפחה, וכמובן היועץ המשפטי לממשלה התייצב כמו שקורה במקרים האלה. היה מדובר שם בשני ילדים. הבן היה בן 8 ואחותו היתה בת 6, והיא היתה במצב רע מאד של לוקמיה, והיתה צריכה לקבל השתלת מח-עצם. והמתאים היחיד היה האח שלה בן ה-8. וכמובן, כל המשפחה רצתה וגם הילד הביע את רצונו לנסות את הדבר הזה, שכמו שכולנו יודעים הוא לא ודאי בכלל, אבל במקרים מסוימים זה יכול לעזור, כדי לתת לאחות שלו בת ה-6 את הסיכוי היחיד שעוד נשאר לה לחיות. מה שהשופטת דורנר עשתה, ולכן זה סיפור מעניין, זה שחוץ מזה שהיא שמעה את ההורים, וחוץ מזה שהיא שמעה את היועץ המשפטי לממשלה, היא מינתה לילד עורכת דין, שבאה, עשתה את כל מה שהיה צריך, ויש כאן ביטויים יפים של השופטת דורנר, איך היא אומרת: "עורכת הדין הזאת, חקרה נמרצות את זה, וחקרה נמרצות את זה". בקיצור, היא עשתה את כל מה שצריך בשביל הילד, ובסופו של דבר, ופה ישנו יחסית מקרה קל, כי השופטת דורנר, באמת העדיפה לקבל את חוות דעת הרופאים, שאמרו שלא ייגרם לילד עצמו, כתוצאה מלקיחת מח העצם, נזק בלתי-הפיך כלשהו. זה אמנם טיפול פולשני, כואב, וכיוצא בזה. אבל היא שמה על כפות המאזניים את העובדה הזאת שהתרומה באה מבחינת הילד של המשפחה. זאת אומרת היא שמה אחד מול השני. מה המשפחה תרגיש, ומה הילד ירגיש כשהילד לא ייתן את תרומת מח העצם, ומה המשפחה והילד ירגישו אח"כ כשהם כולם עשו את המאמץ הזה כדי לסייע. היא עשתה את זה, וזה חשוב שנדע, היא עשתה את זה כי חוק הכשרות מחייב אותה לעשות את זה, כי כל השיקולים של כולם צריכים להיות עדיין טובת הקטין עצמו, לא טובת אחותו.

ולכן, בסופו של דבר, העניין עשה את הסיבוב כולו ובסופו של דבר השופטת היא אישרה.

אלי זהר: אבל תראו איזה אקרובטיקה צריך לעשות, משפטית, כדי להגיע לתוצאה הזאת.

שמעון גליק: יש נקודה חשובה מאד שאורנה הזכירה ככה ברפרוף, וזה גם נושא של קדושת החיים. את דיברת על אסירים, ושביתת רעב. בישראל, שופט מזמין הזנה של שובת רעב, זה כנגד האתיקה הבינלאומית. בתורכיה מתו 13 איש לפני שנתיים-שלוש. באנגליה מתו. באירלנד מתו. ובישראל אנחנו מכריחים בן אדם לקבל הזנה. ואני רוצה לספר לכם מקרה ספציפי, שאני ספרתי ב-New-England Journal of Medicine כי זה במקרה קרה אצלי. אחד משובתי רעב הידועים הגיע למחלקה שלי פתאום, עם צו בית משפט להאכיל אותו. אז אני החלטתי, ואני ניגש אליו בעצמי ולא שולח את הסטאז'ר. יושב שם בחור מאד אלים, אבל נראה כמו צדיק. קורא בספר. ואני אומר לו - שלום אדוני, למה אתה פה? יש לי שני צווים להאכיל אותך. יש לי צו בית משפט. אז הוא אומר לי - "אני לא מכיר בבית משפט רשע". ובזה הוא חיסל את הצו הזה. הצו השני - אמרתי, יש לי צו עליון. אז הוא אומר, "אבל יש לי רב שאומר שצריך להקריב את החיים". אמרתי לו - תשמע, חביבי, אנחנו נאכיל אותך בכל מקרה. בין אם אתה רוצה, ובין אם אתה לא רוצה. אז יש לך ברירה, או שאתה נלחם איתנו, ואני צריך לנטרל חצי המחלקה, לתפוס אותך. או שאתה תהיה ילד טוב. אז הוא אומר לי - "אני צריך לשקול. שאלה אחת, מה תאכילו אותי?". אני אומר לו - אנחנו ניתן לך דרך אינשור זונדה. והוא אומר לי - האם יש לאינשור הכשר בד"ץ?" זה סיפור אמיתי. אז חיפשתי, ובמקרה יש הכשר בד"ץ. אחר כך הוא אומר, "אני אכתוב לך". הוא כותב לי מכתב, שאני אקח את כל הסיכונים, והוא ישפוט אותי אחרי כן, ואחר כך הוא יהיה ילד טוב, והוא לא מת. עכשיו, אם הוא יגיע לתורכיה, או לאנגליה הוא יהיה מת, האם הוא רוצה למות? העניין הוא שהגישה שלנו

עם קדושת החיים, יש לה היבט מאד חיובי לדעתי, לא רק שלילי, כי הוא לא רוצה למות.

אלי זהר: אני רוצה לסכם גם בנקודה הזו של הקטין, ולקרוא ממאמרו של פרופ' כרמי, אשר התפרסם בביטאון "רפואה ומשפט", שהוא הביטאון שמארח אותנו פה, ביום עיון הזה. אגב, שלמה מאירי, מנהל הביטאון נמצא כאן. המאמר מצטט את האמנה על זכויות האדם וביו-רפואה של מועצת אירופה, ונאמר בסעיף 6:

"מקום שעל פי החוק קטין הוא נטול כושר להסכים להתערבות, תבוצע התערבות בהרשאה של נציגו. דעתו של קטין תילקח בחשבון כגורם שמשקלו גובר באופן יחסי לגילו או לרמת בגרותו. לאמור, במקום שבו קטין יכול להתבטא יש לשאול אותו". ומסכם השופט כרמי את מאמרו מאפריל 98', "בבוא המטפל בעת החדשה לטפל במטופל הקטין, שומה עליו ליתן דעתו לנטייה החדישה ההולכת ומשתרשת בחקיקה במשפט ובאתיקה, להתחשב בדעת הקטין, ברצונו ולכבדם".

הנושא השני שחשבתי לדבר עליו, הוא על אלה שמקבלים טיפול רפואי כפוי על פי חוות דעת האפוטרופוס שלהם וכדומה. אלה הם חולי נפש. הנושא הזה מורכב, והוא מצדיק בהחלט דיון בפני עצמו, ולכן, ברשותכם, אני פוסח עליו. אבל אני לא יכול להתגבר על הרצון לעסוק בסֶמי-מַטָרָיָה שאיננה זוכה אצלנו לטיפול בכלל, והיא בן-זוגו של החולה.

בן-זוגו של החולה, אין לו מעמד בחוק זכויות החולה. הוא לא יכול, הוא לא צריך לתת הסכמה מודעת, אבל גם אסור לו לקבל את האינפורמציה, כי זאת הפרת הסוד הרפואי, אם מספרים לבן-זוגו של החולה.

רציתי לבקש מכם, גם דר' בריל, גם גברת תמיר וגם פרופ' גליק. אנא תנו לי רק את תחושתם בסיטואציה המוזרה הזו, שאדם שבאופן טבעי הופך להיות הכי קרוב לחולה המטופל, איננו צד בדיון שלנו.

שי בריל: זה מתחיל בדרך כלל ככה: ניגשת הגברת ואומרת: "אל תגידו לו שיש לו סרטן. אני יודעת. אסור להגיד לו". באה הבת, ונכנסת, ואומרת: "תגידו לו. תגידו לו. הוא צריך לדעת". זה in a nut-shell מסכם את העובדה שבני המשפחה יודעים מה שקורה. הם לא לגמרי מנותקים. ועדיין אני חושב וחוזר לנושא שנקרא חוק זכויות החולה. מאותו רגע שבחרנו להיות חברה צרכנית, אז החולה צריך להחליט האם הוא רוצה שבת הזוג שלו, או ילדיו, ייכנסו איתו למפגש עם הרופא, כשמקבלים את האינפורמציה. אם הוא אומר שהוא לא רוצה, אז הוא בחר גם שהם לא יהיו חלק מהעניין. אין לי דרך יותר טובה לקבל את הדבר הזה. זאת אומרת, אנחנו בסך הכל נמצאים בעניין שבו אני שואל את החולה, בצנעה, לא כשהם נמצאים: "האם אתה מעוניין שהם יהיו"? אם הוא אומר לי "כן", אז הם חלק בלתי-נפרד. אם הוא אומר לי "לא", אז הוא הוציא אותם. ולכן נראה לי שבדברים האלה, אם החולה מסוגל להביע את דעתו, אין בעיה לא לצרף אותם.

אלי זהר: אתה ודאי גם נתקלת בחולה שאמר לך: "תראה, אשתי נורא מבוהלת, אני מבקש שלא תיכנס איתה לפרטים. אני אסביר לה את זה".

שי בריל: זה בסדר, ועם זה אין לי שום בעיה, כי אין לי חובת מסירת אינפורמציה לאישה. אבל אני אומר שוב, הדילמה שלנו היא בדרך כלל כשיש לנו בני משפחה שחושבים שהם יודעים יותר טוב מהחולה, והם רוצים באיזו שהיא נקודה להכתיב את מדיניות הטיפול. פה הבעיה. ואני בא ואומר, שעם כל הכבוד, היתה לנו דוגמא נהדרת, ואז ועדת האתיקה, במידה מסוימת, אכן מאפשרת לנו איזה outlet שבו אנחנו יכולים לבוא ולהגיד: "רבותיי, יש כאן בת או אישה שאומרות שאם נגיד לו שיש לו סרטן הוא יתאבד". אז אנחנו יכולים כן לקבל איזו שהיא החלטה של מישהו מהצד שיסתכל על זה. למרות שאני חושב שעדיין הרופאים יוכלו בדרך כלל לעשות את הדברים האלה, או הצוות הרפואי, ולקבל החלטה בלי ועדת אתיקה. אבל אם החוק קבע את זה, יש אולי איזה שהוא יתרון לזה שישנה ועדת אתיקה שיכולה להכשיר את מתן האינפורמציה, כדי שאם אחר כך יהיו תוצאות טראגיות למתן האינפורמציה הזאת לא נהיה לגמרי חשופים.

אלי זהר: פרופ' גליק, זה נכון שיש לך ניסיון עם שביתות רעב?

שמעון גליק: אני אישית לא שבתתי רעב, אבל טיפלתי בהרבה שובתי רעב. דרך אגב, אני רוצה להראות לכם משהו בקשר לאישה של החולה. עד לפני כמה שנים בסיכומים של מחלה בבתי חולים בארץ, היה כתוב שהסיכום מיועד לרופא ואף לא לנידון, ואף לא לחולה. כך היה כתוב, אני כמעט נפלתי מהכיסא כשראיתי את זה לפני חודשיים. באותו יום ראיתי עוד סיכום מ-1997 בבית חולים מרכזי בארץ, ועל הסיכום למעלה כתוב שזה גם לא לחולה. בדרך כלל, כשאנחנו מדברים עם בן אדם, האישה שואלת, אני לא חוקר את הבעל אם הוא רוצה להגיד לה, כי בדרך כלל אם נראה לי שהיחסים הם טובים, כמו שאני לא שואל בן אדם כאשר הוא מושיט לי את היד, ואני לוקח דמים; אם יש בעיה- אז לא. אני זוכר כשקיבלנו בניו-יורק שופט אחד ל-C.C.U. ואחרי עשר דקות קיבלתי צלצול מ- Mayor Lindsey מניו-יורק. מה הוא רצה? שאני אסדר את שעות הביקור כך שאשתו של השופט ופילגשו לא ייפגשו.

nevo.co.il

אלי זהר: זה גם מוסדר בחוק זכויות החולה, כי לפי חוק זכויות החולה אפשר לבקר בזמנים קבועים ומסודרים.

גב' חנה (מהקהל): עד היום בהרבה בתי חולים, ובהרבה מחלקות מכובדות החולה הולך לניתוח מאד גדול עם סכנת חיים. הוא יודע שצוות המחלקה ינתח אותו, משום שזו התשובה שהוא מקבל.

אלי זהר: זה מעורר את הקושי של הזיהוי של הרופא, שזה גם כן חלק מהסיפור.

אבל ברשותכם אני רוצה להתקדם כי יש לנו עוד המון על מה לדבר וזמננו הולך ומתקצר.

בדרישת ההסכמה מדעת עולה הנחה טבועה, ואחרי שדיברנו על ילדים זה היה עוד יותר בהיר שקיימת הנחה טבועה האומרת, שהחולה מסוגל להעריך, לשקול את השיקולים, לשמוע את הדברים שהוצגו בפניו ולהגיע למסקנה. החולה הקשיש, וזו כשלעצמה בעית הגדרה, מעורר בעיה פרטיקולרית בכל הנוגע להסכמה מדעת מחד, ולגבי המשך טיפול וכדומה מאידך. גברת תמיר, את רצית להציג לנו דוגמא.

רחל תמיר: לפני שאני מציגה את הדוגמא, אני רוצה לקשור בין הסוגיה הקודמת לסוגיה הבאה. מעמדו של בן הזוג במקרה של קשישה דמנטית קיים בהחלט, החוק קבע שבעצם על מנת להביע את דעתו הוא צריך על פי בית המשפט להתמנות לאפוטרופוס. ואנחנו כמטפלים, מרגישים לא פעם קושי רב בסוגיה הזו, כי עומדת לפנינו משפחה תומכת, מבקרת, איכפתית, שכל חייה ליוותה והיתה שותפה בעצם ההחלטות לגבי אותה גברת. והנה כאשר אנחנו נאלצים לקבוע דרך טיפול שהיא לפעמים מאד קשה, אנחנו באים ואומרים לאותו בעל אוהב, שליווה 40 או 50 שנה את אשתו, והיום כשהיא לא יכולה להביע את דעתה והוא כל כך מכיר אותה, ואולי יודע להביע את דעתה בצורה טובה ביותר, אנחנו באים ואומרים, "עד שלא תתמנה על ידי בית המשפט כאפוטרופוס, אנחנו לא נוכל לשמוע את דעתך".

שי בריל: הבעיה היא לא זאת. הבעיה שלוקח חודשיים וחצי עד שממנים אותו, כי בתי המשפט סתומים. אתה צריך לבשר לחולה שהוא עומד ערב קטיעה.

רחל תמיר: הדוגמא שאני הבאתי, מביאה את הפרובלמטיות הרבה של הדברים שנאמרים כאן. הדוגמא היא של גברת שנמצאת במוסד סיעודי מזה 11 שנה. היא מנותקת מהסביבה. היא חולה דמנטית, שלא מתקשרת. לא עם הצוות, ולא עם בני המשפחה. לפני כ-4 שנים, במהלך התפתחות המחלה, הופיעו אצלה סימנים של חוסר רצון לאכול. ואני בכוונה אומרת חוסר רצון לאכול. אני לא אומרת סרבנות לאכול. כי בתפיסה המקצועית שלי אני חושבת שזו לא סרבנות מדעת, אלא זה חוסר מודעות. כמו שאותה אישה או כמו שהאדם הדמנטי לא מודע לחוסר השליטה שלו על הסוגרים, והוא עושה את צרכיו ללא שליטה, ככה האיש הדמנטי או האישה הדמנטית לא מודעת לחוסר הרצון שלה לאכול, בגלל הפגיעה בתאי המוח.

הגברת שאנחנו מדברים עליה, להפסיקה לאכול לפני כ-4 שנים. הצוות הסיעודי ניסה בדרכים שונות, וכפי שאנחנו מנסים בכל האפשרויות, אם זה כפית, ואם זה כך, ואם זה פיון, ואם זה מזרק, ולא הצלחנו לתת את האיכות ואת כמות של המזון הנדרשת לחיי התאים, לחיי הגוף, לחיי האישה. ואז ההליך היה שבשיתוף עם המשפחה הוכנסה זונדה להזנה. הכנסת הזונדה, היה השלב הראשון, שלב של ניסיון, כי יש לנו הרבה מאד מצבים שאנחנו בתחילת הדרך מאכילים בזונדה ואחרי תקופת מה אנחנו בכל זאת גומלים מהזונדה וחוזרים להאכלה רגילה. אחרי כקרוב ל-5 חודשים ניסינו ולא הצלחנו, והכנסנו בפרוצדורה כירורגית, גסטרוסטום, כאן השוני המהותי הוא בפן האסתטי, ובסבל של המטופל עצמו.

אלי זהר: והיא מואכלת כבר 4 שנים בצורה הזו, נכון?

רחל תמיר: קרוב ל-4 שנים זו דרך ההאכלה. הדילמה הקשה היא איכות החיים לעומת אריכות החיים. זו בעצם הדילמה הקשה. והעיקרית.

אלי זהר: את ביקשת מישהו מבני המשפחה לבוא לכאן?

רחל תמיר: אני ביקשתי את הבעל שנמצא כאן, ואני אגש להציג אותו. ביקשתי אותו לבוא ולספר לנו קצת על התחושות שלו, ואת דעתו על כל זה.

אלי זהר: אולי תצטרף אלינו, אם לא קשה לך, כדי שישמעו אותך.

מר יצחק קליין : אשתי אושפזה בבית חולים ב-1986 או 87'. זה 11 שנה שהיא נמצאת בבית חולים. היא אושפזה בתור חולת פרקינסון. היא הלכה בעצמה, נכנסה בעצמה. בינתיים המחלה שלה הסתבכה, והיום היא נמצאת במחלת אלצהיימר הרופא הוא דר' ויינשל. אני תמיד נכנס אליו, הוא תמיד נותן הדרכה והכל. דר' ויינשל אמר שמחלתה התפתחה למחלת אלצהיימר לפני 4 שנים. לפני כן היא כבר ביקשה ממני, ואני הבאתי לה אוכל מהבית, 4 פעמים בשבוע, והאכלתי אותה. מחלתה החמירה לפני 4 שנים, ולפני כן היא ביקשה ממני - יצחק, אל תיתן שיכניסו לי אוכל באופן מלאכותי.

אלי זהר: מר קליין, אם זה קשה לך, אז אני לא הייתי רוצה להכביד.

nevo.co.il

מר קליין: אני לא יכול, מה לעשות. באתי בדברים עם דר' ויינשל, והם החליטו שמוכרחים להכניס זונדה. אמרתי - דר' אל תכניסו.

אלי זהר: אולי נסתפק בזה? זה מספיק קשה גם ככה.

מר קליין: אז קיבלתי תשובה מדר' ויינשל, שאם אתה לא מסכים, אנחנו נשלח אותה הביתה. אני הייתי מוכרח להיכנע לכך. החלטתי, ומאז החיים שלה - לא חיים.

אלי זהר: אני לא רוצה, באמת, אני מבקש ממך, אני יודע כמה אתה סובל.

מר קליין: עוד כמה רגעים. מאז החיים שלנו הפסיקו. אני חושב שהתפקיד של הרפואה לעזור לחולים וגם לבית של החולים. הפעם הם עשו לנו סבל גדול. לחולה לא עזרו שום דבר, זה עובדה. ואת זה צריך לתקן. אני חושב שאתם המומחים, אתם בעלי המקצוע, אתם צריכים לטפל לכיוון זה, לא להשאיר חולים כאלה בחיים בצורה כזו, עם זונדה, אתם לא יכולים לתאר לכם מה זה חולה עם זונדה, אין לכם מושג. אתם צריכים ללמוד את הבעיה הזו, ולטפל כדי להחליף ולשנות את החוקה. מי עשה את החוקה? אנשים עשו את החוקה. יכול להיות שכמה רבנים ישבו שם, והם הכריחו לעשות את החוקה הזו. אבל זו לא חוקה טובה, זו חוקה רעה מאד. אתם מגבירים את הסבל של האנשים. רק את הסבל לא יותר. גם את הסבל של החולה, וגם את הסבל של הקרובים. זה מה שאני רוצה להגיד.

אלי זהר: אני מאד מודה לך על הדברים.

מאד קשה להתמודד עם מציאות שהיא יותר חזקה מכל הדברים שנתנו, וכל הדוגמאות שהבאנו.

דר' ויינשל (מהקהל): הוא באמת אדם נפלא. היום, אני חושב שהגישה שלי כאחראי על מערכת בריאות, אני כנראה לא הייתי מעמיד את מר קליין במצב של או זונדה או גסטרוסטום או שחרור מהמוסד. אני חושב שהגישה שלי אז היתה תוך שמירת הקדושה של החיים, ומדובר על גברת שסובלת מאלצהיימר, בשלב סופני. וזה היה גם אז, ועשינו מה שעשינו, ואני חושב שלמעשה זה מלמד שאיכות החיים, והתחשבות בבן אדם ובמשפחה, והקשר בין רופא שמסוגל ויכול לקבל החלטות, ולפעמים החלטות קשות, לגבי איכות החיים, והמשך החיים, או משיכת התקופה של המוות, אני חושב שזה ריפוי קלאסי. ואני חושב שאנחנו לא צריכים לפחד לפעמים לקבל החלטות. אני נגד המתת חסד, אבל אני גם חושב שאם בצורה מאד סלקטיבית, באים בני זוג, או ילדים של אנשים שסובלים ממחלות סופניות, אפשר לבנות תכנית טיפול ללא הכנסת זונדה.

אלי זהר: אני לא חושב שניתן היה להדגים באופן יותר חי ומציאותי, וכמעט מקרי. כי אני ראיתי על דר' ויינשל ברגע שהוא דיבר בנושא הקודם, ואני לא יודע אם אתה מר קליין ידעת שדר' ויינשל נמצא פה, והנה יש לנו מפגש של הקונפליקט עצמו. אני התרשמתי ככה, גם ממה שהוא אומר וגם ממה שאתה מדבר. הרי כל אחד מייצג איזו שהיא בעיה מהזוית האחרת שלה.

רבותי הרופאים, נוצרה ציפייה, יש ציפייה, אותה ציפייה שאני דיברתי עליה לפני שעה, שאני רוצה בסופו של דבר, כמה שאני לא יודע, וכמה שאני לא מבין, אני רוצה שמישהו סמכותי, אולי בכל זאת יקח אותי בדרך קשה, פה הדילמה מושמת לפתחכם.

שי בריל: רבותיי, החלק הנורא הוא, אוי לי מיוצרי ואוי לי מיצרי. כיוון שמה שקורה פה זה מצב קלסי. אני מקווה מאד שדר' ויינשל בנושא הזה לא ייתבע למשפט על התרשלות, אם הוא לא היה נותן גסטרוסטום, כי אני לא יכול להבטיח שזה עוזר. ואני לא יכול להבטיח שאשה צדקנית, שמדי יום פונה אל קונה שלוש פעמים, ורואה קדושת חיים כערך עליון, לא היתה הולכת למשטרה ומלשינה, ואומרת לו - רוצח. והוא היה עומד למשפט, והעיתונות היתה מלכלכת אותו, וחייו לא היו חיים, והוא היה מפוטר בבושת פנים. ורבותי, זה סצינריו שעם כל הכבוד לאנשים שיושבים כאן, הוא אפשרי בדיוק באותה מידה שהוא אולי יקבל לחיצת יד חמה ממר קליין על שהוא נענה לבקשתה של משפחתו. ממה נפשך. יש לי אמא, שהיא בלתי-רגילה, אשה בת 77, שהיא חתמה מראש והצטרפה לאגודה למען הזכות למות בכבוד. והיא הולכת עם הפתק בארנק והיא השביעה אותי: "לא הנשמה, לא זונדה, לא המו-דיאליזה. אם אני אהיה דמנטית תנו לי לסיים את חיי בכבוד". ואני אומר לכם רבותי, בתור בנה, שמכיר את כל הרזים, אני אעמוד חסר אונים בפני מערכת רפואית שתגיד לי: "דר', אתה מבין שהיא תמות בצמא וברעב", ואנחנו עם טראומה של שואה, לא יכולים לתת לבן אדם למות בצמא וברעב. אנחנו חייבים לתת לו למות מדלקת ריאות. יש פה צביעות חברתית מהמדרגה הראשונה, שבסיכומו של דבר, לצערי, מחזירה אותנו לחדר בין הרופא ובין החולה ומשפחתו. ולא יעזור כלום, ואם באים הפילוסופיים ואומרים, המדרון המדרדר, עוד מעט תוציאו להורג את המפגרים, תוציאו את הדמנטים, ואולי הוא רוצה את הדירה שלה, וכל מיני דברים כאלה, ואנחנו נכנסים פה לפילוסופים ולשגעונות. ולכן לצערי הרב, מי שיגן על אותם חולים אמיצים ובני משפחה שמביעים את דעתם, במדינת ישראל התאוקרטית של 1998, אלה רק אותם רופאים שיש להם האומץ, וצריך לקוות שאותן משפחות ואותם חולים ייפלו לרופאים שיש להם האומץ הציבורי שדר'

nevo.co.il

ויינשל גילה, והוא אמר: "שאני בנסיבות מסוימות אכן אעזור לבצע משהו שלפי הסעיף הפלילי דינו מאסר של 3 שנים".

אלי זהר: וזאת לדעת, שסעיף 302 לחוק העונשין אומר כך: "המביא אדם לידי התאבדות, בשידול או בעצה, או בסיוע לאדם להתאבד, דינו מאסר 20 שנה". וסעיף 309 לחוק הפלילי, לחוק העונשין שלנו, אומר: "בכל אחד מן המקרים המנויים להלן, יראו אדם כאילו גרם למותו של אדם אחר אף אם מעשהו ומחדלו לא היוו את הגורם התכוף או היחיד למותו של אחר, אם במעשהו ובמחדלו החיש את מותו של אדם הסובל ממחלה או מפגיעה שהיו גורמות למותו גם אילולא מעשהו זה או מחדלו".

זאת אומרת, החוק הפלילי קשר את הידיים של דר' ויינשל, ושל דר' בריל, ושל פרופ' גליק. וכל אחד ואחד מהם, באיסורים של החוק, הרים עיניים לשמיים, ואמר - קדושת החיים מעל הכל. ובסופו של דבר, אנחנו מגיעים לסיטואציה של בירור קדושת החיים מול זכותו של הפרט. היא נכנסת לתוך צוואה בחיים לתוך כל הדברים האחרים.

אורנה לין: אני רוצה להגיד לך משהו, מר קליין.

מר קליין: הזכות של חולה לחיות. הוא קובע, לא מישהו אחר.

אלי זהר: זה אלוהים שקובע בארץ שלנו.

מר קליין: אלוהים לקח את הנשמה, לקח את הכל, והשאיר את הגוף, אולי גוף אחרון.

אלי זהר: מר קליין, זו בדיוק הדילמה, ומה שדר' בריל מנסה לומר לך, הוא שהוא מסכים איתך, שהחוק פתר לעצמו את הבעיה. אורנה, את רצית לענות, לאור פסק דין שהתפרסם ממש אתמול, בעניינה של עירית מאיר.

אורנה לין: שלשום, ב-3 לחודש נתן השופט טלגם בבית המשפט המחוזי, פס"ד. אתם ודאי קראתם את זה בעיתון, בעניין של עירית מאיר. זה היה מקרה שבו היתה צוואה בחיים. החידוש בפסק הדין הזה, הוא שבאמת מוטל צו שנותן תוקף לאותה צוואה בחיים. האישה לא נמצאת כרגע במצב דומה בכלל לגברת קליין, אלא היא תימצא שם באיזה שהוא שלב בעתיד, כיוון שהמחלה שלה היא סופנית וכו'. אני רוצה לקרוא לכם בדיוק מה השופט טלגם אמר:

"נראה לי ליתן את הצו המבוקש, ולהצהיר על זכותה ועל רצונה של המבקשת, לבל תבוצע בה החייאה, לבל תחובר לכל מכשיר או אמצעי הנשמה מלאכותי עקב המחלה הסופנית ממנה היא סובלת, אם וכאשר יתעורר הצורך בכך. ואם חוברה, יש להפסיק את החיבור לכשיתברר כי אין למבקשת אפשרות קיום ללא תמיכה מלאכותית מתמדת".

זאת אומרת, סליחה שאני מדברת על אשתך, אם זה בסדר מר קליין. לו לאשתו של מר קליין היתה צוואה כזאת, אז לפחות השופט טלגם היה מאפשר לדר' ויינשל להוציא את אותו אינסטרומנט יחיד שמחזיק אותה כיום בחיים. אני לא רוצה לתת ייעוץ משפטי פה מעל הבמה, כי זה דבר שבין אדם לבין עו"ד, אבל אם אפשר היה, יקשה לדעת אם פסק הדין הזה יישאר כפי שהוא.

שמעון גליק: יש כבר ערעור. החלק השני של להוציא את האינסטרומנט. לפחות ב"הארץ" הבוקר היה כתוב שמשרד הבריאות מתכוון לערער על החלק השני, שלא היה בבקשה הראשונה של האישה. האישה ביקשה לא להכניס, והשופט טלגם הוסיף וגם אם זה לפני, להוציא. אז לפחות ככה כתוב בעיתון הבוקר.

אורנה לין: בלי קשר לעניין המשפטי הזה, שמאד יכול להיות שיתקבל בערעור. בלי קשר לזה. אני כולי תקווה, שהערעור ישאיר את פסק הדין הזה על כנו. צריך לקרוא את פסק הדין הזה, מכיוון שהשופט טלגם, בצדק, אחרי כל הדיונים הרבים וכל פסקי הדין האחרים, נתן פסק דין פשוט מאד, וקצר מאד. הוא אמר:

"זה מה שהיא רוצה. היא יודעת בדיוק מה שהיא רוצה. היא רוצה לדעת היום, שכשהיא תגיע למצב הזה שבו היא לא תוכל כבר להגיד שום דבר, יעשו את מה שהיא רוצה. וזה לא סותר את העובדה, שאם היא תשנה את דעתה, והיא תהיה במצב שהיא תוכל לומר, אני שיניתי את דעתי, אז הצוואה הזאת תבוטל". אני רוצה להגיד עוד דבר אחד. אני לא יכולה חלילה לתת ייעוץ כרגע לאף אחד, למר קליין בודאי לא. אבל אם אשתו אמרה לו, אין פה דיון אם הצוואה בחיים חייבת להיות בכתב, או לא, ואיך בדיוק קובעים אם היתה. היא אמרה לו, לפני שזה קרה. היא אמרה לו: "אל תיתן להם". אז היום יכול להיות שעל פי פסק הדין של השופט טלגם, עוד פעם כפוף לערעור וכו', אפשר שהמוסד הזה, אם הוא מסכים בכל ליבו, שאולי צריך לנתק את האישה מהמכשיר, אפשר שהמוסד הזה, ולא הייתי אומרת את זה שלשום, היום אפשר שהמוסד הזה אם הוא רוצה, ואם מר קליין רוצה, יפנו לשופט לטלגם, ויגידו לו, הנה המקרה, עכשיו תורה לנו, תאפשר לנו לנתק את המכשיר.

אלי זהר: דבר נוסף שנותן לנו פסק הדין, הוא מאד חשוב: פסק הדין אומר - "בכפוף לכך שהיא יכולה לחזור כל אימת שהיא רוצה מבקשתה זו". אבל הוא מוסיף, "זה מובן מאליו". נכון שזה מובן מאליו. אלא מה הוא אומר? הוא כותב: "אם

nevo.co.il

היא מאבדת את יכולתה, נטל ההוכחה שהיא תזרה בה לפני אובדן היכולת יהיה על מי שטוען את זה". זה נורא חשוב ב- balance של הנסיונות של גורמים שונים להיכנס לעניין. לאמור, ניתן אור ירוק לחוזר מנכ"ל משרד הבריאות מינואר 1996, שבו נאמר שצריכות להיות שלוש סיטואציות: קביעה ודאית שהחולה במצב סופני או בלתי הפיך; קביעה רפואית על הטיפול הנחוץ, ושהטיפול איננו בעצם המשכת תהליך המוות. ואחר כך, כמובן הדבר הנוסף, וזה שהסירוב הוא אכן סירוב מדעת.

מהקהל: פתרון ביניים, סעיף 16 לחוק זכויות החולה, מאפשר להשאיר ייפוי כוח למישהו להחליט לפני שאתה מאבד את האפשרות להחליט בעצמך.

אלי זהר: זה פתרון אפשרי. כדאי לנסות אותו, כדאי לשקול אותו.

והשאלה האחרונה שלי: אנחנו מדברים על קדושת החיים מול איכות החיים. זה הויכוח. האם, לפי תפיסתכם, כשאלה מסכמת, ניתן להעריך חיים מבחינת ערך, ויש חיים אשר לפי תפיסתנו אינם חיים, או החיים הם מתנת האל, יצירת האלוהים, וגם אדם הכי אומלל הוא יציר האלוהים, והחיים הם קדושים בתור שכאלה. זו השאלה המסכמת לכולנו.

שי בריל: אם מה שאמרתי עד עכשיו לא הבהיר את העמדה שלי, אז אני בצרות. אבל ברור לי לגמרי שבאותו רגע שיש פה הזכות להביע דעה לגבי טיפול ונטל האחריות והשותפות בקביעת הדרך הטיפולית, וזה מוטל גם על החולה, אז בהחלט צריכה להיות לו גם הזכות להגיד באיזה תנאים ובאיזה תוצאות הוא מוכן להישאר בחיים ובאיזה תנאים הוא לא מוכן. אני חושב שבדברים האלה אני מכריז מעל במה זו, היום כי כאשר אני אהיה דמנטי, ואני אצטרך זונדה, אני לא רוצה שיכניסו לי.

ולעניין צוואה בחיים. יכול להיות שלמחרת היום שאמות יגלו את התרופה נגד אלצהיימר, ואיבדתי 8 שנים מחיי. רבותי, לקחתי סיכון מחושב. אותו סיכון אני לוקח כאשר אני נוסע בכביש אי ולא בכביש ב'. אותו דבר אני עושה כשאני קונה מכונית זולה ולא וולוו. מה לעשות, אין לי כסף לקנות וולוו. אני לוקח אינסוף החלטות שנוגעות לגבי תוחלת החיים שלי, ואיכות החיים שלי. לכן אני מבקש את הזכות לאותם האמיצים, כי הם לא הרוב באוכלוסיה, רוב האנשים יגידו: "דרי, תעשה מה שצריך". ואז הוא יקבל את הטובוס, ואת הזונדה ואת הגסטרוסטום ואת כל מה שזה יהיה, והוא בסוף ימות.

רחל תמיר: ללא ספק הדילמה היא קשה, ואני יכולה להיזכר בכל כך הרבה דוגמאות, אם זה במוסד שאני עובדת בו, ואם זה במוסדות אחרים שאני מבקרת בהם. בתמונות הקשות. אבל אני רוצה לומר שאנחנו לא יודעים מספיק מה אותם קשישים מרגישים ורוצים. אם היינו יודעים את זה, אז אולי היינו נוהגים ביתר חופשיות. אבל כל עוד אין לנו צוואה בחיים, וכל עוד אנחנו צריכים להחליט בשביל האחר החלטות כל כך קשות כמו לחיות או לא לחיות, אני חושבת שזו החלטה ודילמה מאד קשה.

שמעון גליק: אני חושב שלפעמים איכות החיים כל כך נוראה, שיותר טוב למות. אבל זה לא אומר שכל צעד לקרב את המוות מותר. יש פה שני דברים. אני רוצה להדגיש שלא תמיד מדובר בסבל של החולה, מדובר בסבל של מישהו אחר. אני חושב שזה מאד מסוכן לפעמים, אם לא מתחשבים במה שהחולה מרגיש ומה הסכנה שלו. זה מאד לא נוח לרופא, למשפחה ולכל הסובבים אותו, אבל לא תמיד זה צריך להיות השיקול. צריך להיות מאד זהיר לפני שפותחים את הדלת לגמרי.

אורנה לין: היום, כשחוק זכויות החולה, וסעיף 15.2 מאפשר, ולכן גם מחייב, בנתונים שכתובים בו, לתת טיפול רפואי אפילו אם המטופל מתנגד לו, אני חושבת שבמצב הדברים הזה חייב כל אדם לעשות צוואה בחיים, וכמו שאני הייתי ממליצה לכל בן אדם כשהוא מתחתן, באותו יום לעשות גם את הסכם גירושים, אז אותו דבר אני הייתי רוצה במצב האוטופי, שכל בן אדם באמת יקבל את ההחלטה שלו עם עצמו, ושאחר כך הוא יוכל לשנות אותה.

שמעון גליק: או למנות מישהו, זה יותר טוב.

אורנה לין: או למנות מיופה כוח, ובלבד שבאמת ברגע הזה שבו הכי קשה לקבל את ההחלטה, גם לצוות הרפואי וגם לבן אדם עצמו, פשוט הדברים האלה כבר יהיו יותר ברורים.

רחל תמיר: אני מרגישה אולי קצת מבולבלת בסיטואציה הזו. אני יכולה להזכיר פסק דין שקיבלנו, שראיתי לפני כשלושה חודשים. היתה בו סיטואציה מאד דומה, אבל ההבדל הוא שלא היתה משפחה, והקרן לטיפול בחסויים, שטיפלה באותה מטופלת פנתה לבית המשפט וביקשה את דעת ביהמ"ש לגבי הכנסת זונדה. זאת אומרת, היו שלוש אלטרנטיבות - הכנסת זונדה, ביצוע גסטרוסטום או לא לעשות שום דבר.

קביעת בית המשפט, השופטת מילר במקרה זה, היתה לעשות גסטרוסטום. ההסדר היה שצריך לקיים את החיים, וזה עיקרון בסיסי שצריך. לפעול לפיו, להזין את האדם.

אלי זהר: ועכשיו את מבולבלת ואת לא יודעת מה לעשות.

nevo.co.il

שי בריל: למה, למה את מבולבלת, אם היא לא עשתה צוואה בחיים, מגיע לה גסטרוסטום.

דורון דינאי (מהקהל): שני דברים: ראשית - בניגוד למה שנדמה, סעיף 15 לא מחדש שום דבר. כבר מ-1966 יש לנו את חוק ההגנה על החוסים, שמעט מאד אנשים מכירים אותו, ובניגוד למה שנדמה, חוסים הם לא רק אנשים מופרעים או לא. כל אחד שמשיקולים לא סבירים מסרב לטיפול רפואי, בתי המשפט היו יכולים וכו'.

שנית - יש מידה מסוימת של צביעות בכך שאומרים קדושת החיים, ואני לא מזלזל בה חלילה, אבל מצד שני המערכת הפקידותית שלנו היום עושה כל יום שינויים כספיים אחרים, ומייחסת אותם כערך לחיים, בכך שעלות הפעילות או כל בדיקה שהיא מממנת או מסרבת לממן, בנוסף למה שכל אחד מאיתנו משלם. ומי שרואה את החולה מקבל שנת חיים נוספת, אם אנחנו נגדיל במידה כזו או אחרת באיזה שהוא מקום, ועד אז בעיקר אומרים זה יקר מדי.

גב' בינה דיבון (מהקהל): אולי כמו שנלחמו למען חוק זכויות החולה, כי היתה אי-נחת בדברים, אולי צריך להילחם היום למען חוקיות של הצוואה בחיים, ואז גם אנשים בריאים יחשבו על זה.

אלי זהר: מי כמוך, מאגודת "לילך", יודעת שנעשה ניסיון להכניס את זה לתוך החוק, ולא הצליח. אני חושב שצריכים לעשות את זה.

רבותי, שלושה דברים לסיום הדיון הזה. הדבר הראשון הוא, הגדרת איכות החיים. אנחנו צריכים להגדיר לעצמנו מה היא איכות החיים, שעליה אנחנו מדברים. וזה מדובר על מודעות למתרחש, העדר סבל וחיים בכבוד. אלה האלמנטים שנראה לי כי חשוב לשים את הלב למה שכותב פרופ' מריו רבינוביץ' בספרו. האחריות להחלטה זו של איכות החיים, או קדושת החיים, צריכה להיות נישאת על ידי אחד בלבד, ולא על ידי רבים. מפני שהאחד צריך לעמוד מול מצפונו למשך שאר חייו. חוקים וועדות אין להם מצפון. חוקים וועדות אינם צריכים לענות על אחריות אישית. הם תמיד מוגנים על ידי הקבוצתיות שלהם, על ידי הקולקטיביות שלהם. כשמדברים על להתחלק באחריות, זה אומר שאין אחריות. ואומר פרופ' רבינוביץ': "רבותי אנחנו עומדים בפני הסיטואציה, אנחנו צריכים לקבל החלטה, תנו לנו את ההגנה המתאימה, כי בסוף היום גם צוואה בחיים וגם כל פתרון אחר, הוא פתרון אשר מוביל אותנו לאותה סיטואציה שבה עומד הרופא". ומה שאמא שלך, שתאריך ימים עד 120 שנה, עושה, היא מחזיקה בתיק את העדות שלה, ואת הבקשה שלה ואת הצוואה שלה. אמי המנוחה שנפטרה לפני חודשיים, עשתה במשך שנתיים מאז שנודע לה שיש לה אֲנֵאוּרִיזְמָה באֵאוֹרְטָה. היא לא רק אמרה לי ולאחותי, אלא גם לרופא המשפחה שלנו, מנהל מחלקה באחד מבתי החולים הגדולים בתל אביב. ישבה והסבירה מדוע היא לא רוצה להינתח, ומדוע היא לא רוצה לסכן את רווחת החיים שלה בגילה, באמצע שנות ה-80 לחייה. מדוע היא לא רוצה לסכן אותם. היא אמרה: "אני מאד מבקשת מכם, שאם במקום פיצוץ דרמטי יהיה לי פיצוץ קל עם דימום, ואני אאבד את ההכרה, אל תיתנו לנתח אותי". ואכן בדיוק מה שהיא חשבה קרה. התחילו כאבים, ואנחנו לקחנו אותה לבית החולים, ואני הייתי שם, ואחותי היתה שם, וכולנו היינו מודעים במודעות מוחלטת, וחברנו הרופא, אישיות מאד סמכותית, היה שם. ובאנו לחדר מיון, ועמדנו מול רופא מאד מאד רגיש, שהפעיל עלינו לחץ קשה ומסיבי, לאפשר לו לעשות התערבות כירורגית מפני שאולי הוא יוכל להציל אותה, ואולי לא. היה לנו מזל ואנחנו מודים לאמי המנוחה, כל ימינו אנחנו נודה לה, שהיא נותרה בהכרה. היתה צלולה, ואמרה: "רבותיי, בי לא ייגע אף אחד. אני רוצה ללכת לעולמי שלמה, עם מודעות ועם תודעה". וזה היה קרב קשה. וכל הזמן חשבנו לעצמנו, כולל חברנו הרופא שמקבל החלטות קשות כאלה, על השאלה מה היה קורה אם היא היתה ללא הכרה ואנחנו היינו צריכים לקבל את ההחלטה. אני לא מסוגל היום לתת לכם תשובה שהייתי מסוגל לקבל את ההחלטה שאומרת: "אל תיגעו בה. אל תחיו אותה". למזלנו, וזה נזכור לה לתמיד, היא היתה בהכרה מאד צלולה, מאד תקיפה, מאד אסרטיבית. היא שכנעה גם את הרופאים, ואחרי שלושה ימים היא הלכה לעולמה.

אני מודה לצוות שהשתתף בדיון הזה. לדר' בריל, לגברת רחל תמיר, לפרופ' גליק, לשותפתי היקרה אורנה לין. ולכם שבאתם והשתתפתם איתנו.

שבת שלום.

nevo.co.il

המשפט הרפואי בשנת היובל

יונתן דייויס

מבוא

המשפט הרפואי הוא ענף של דיני הנזיקין הכלליים אשר מקורם במשפט האנגלי המקובל. המשפט האנגלי הוריש לנו את פקודת הנזיקין המנדטורית המהווה עדיין את החוק המגדיר את מסכת העוולות האזרחיות ביחסים שבין אדם לחברו. בשנת 1968 עברה הפקודה עיצוב מסוים על ידי המחוקק שניסח מחדש את פקודת הנזיקין אך רוב העיצוב של דיני הנזיקין המודרניים נעשה על ידי בתי המשפט. אלה יצקו תוכן פרשני לעוולות הנזכרות בפקודת הנזיקין.

המשפט הרפואי צמח והתפתח מתוך שתי עוולות מרכזיות בפקודת הנזיקין: עוולת הרשלנות ועוולת התקיפה. אולם, למשפט הרפואי פנים רבות והוא מקיף תחומים מגוונים כגון, יחסי רופא- חולה; הפיקוח על הטיפול הרפואי במסגרת השירותים והמוסדות הרפואיים; מעמד וזכויות החולה - שהוא עצמו מהווה הגדרה שנויה במחלוקת, שכן לא כל מטופל הוא חולה (יולדת למשל אינה חולה אף שיש המכנים אותה כך); חובות הזהירות של הרופא כלפי החולה שמהוות את הבסיס המשפטי לעוולת הרשלנות הרפואית; חובת הגילוי של הרופא כלפי החולה; הדוקטרינה של הסכמה מדעת; הסודיות הרפואית; קביעת מסגרת האחריות לקיום זכויות החולה במוסד רפואי והפיקוח על פעולות הרופאים בתחום הפלילי, בתחום האזרחי, אתי ומשמעתי; תורת הערכת הנזק לכל מי שניזוק, והכוונה, לתרומת הרפואה בגילוי הנזק באבחנתו, בסיווגו, באיתור הגורמים למחלה ולקשר הסיבתי בין החבלה והנזק, כגון הקשר בין עישון ולחץ בעבודה, כגורמי סיכון לאוטם שריר הלב והקשר ביניהם לצורך הקביעה המשפטית אם התאונה היא תאונת עבודה המזכה את הניזוק במענק כספי מהמוסד לביטוח לאומי, או הקשר בין מחלת נפש שבה לקתה אמו של ילד שנפגע בתאונת דרכים, ובין הגדרתה כניזוק, אף שלא נכחה ולא ראתה את התאונה; מעבר לכל אלה - הערכת היקף הנזק וקביעת נכות רפואית בתחומי הרפואה השונים.

המשפט הרפואי מוסדר בשורה ארוכה של חיקוקים אשר חלקם דנים בנושאים הנ"ל באופן ישיר , חלקם באופן עקיף. נזכיר את פקודת בריאות העם על תקנותיה הרבות; פקודת הרופאים (נ"ח); פקודת רופאי השיניים (נ"ח); פקודת הרוקחים (נ"ח); חוק הפסיכולוגים תשל"ז- 1977; פקודת המיילדות 1929; חוק האנטומיה והפתלוגיה תשי"ג- 1953; חוקי הביטוח הלאומי; חוקי הנכים ועוד. ספרנו, ומצאנו 350 חיקוקים שבהם מוזכר הערך "רופא", עובדה שיש בה כדי להצביע על התפשטותו וגווניו של המשפט הרפואי.

אמרנו שהמשפט הרפואי הוא ענף של דיני הנזיקין, אך לא נחטא אם נאמר שבחמישים השנים האחרונות התפתח מאוד וקיבל מעמד עצמאי, הן בהתנתקות שלו מהמשפט המקובל האנגלו אמריקאי והפיכתו למשפט רפואי ישראלי, הן בשינוי תפיסות העולם במערכת היחסים של רופא - חולה במעבר מגישה פטרנליסטית לפיה הרופא מחליט על הטיפול הראוי לחולה, לגישה אוטונומית תועלתית, לפיה לחולה מוקנית הזכות להחליט מה ייעשה בגופו. זהו עקרון שאומץ על ידי המחוקק, לא רק ליחסי רופא - חולה, מכוח חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, ומכח הגדרתו כבעל מעמד עצמאי על ידי המחוקק בחוק זכויות החולה תשנ"ו - 1996 ובחוק ביטוח בריאות ממלכתי תשנ"ד 1994. שני החוקים האלה הם גולת הכותרת של המשפט הרפואי, שהכיר בזכויות החולה בצורה זו או אחרת, לפני חקיקת חוקים אלה, אך לא נתן לכך ביטוי רשמי בהגדרה.

מאז שנות השמונים חל מפנה במגמות ובתפיסות המשפטיות בשיטת המשפט. גישת בית המשפט העליון השתנתה בכל תחומי המשפט ולא רק בתחום המשפט הרפואי. אנו מבחינים בפיתוח ניכר של הלכות חדשות בכל התחומים, ומעטים העניינים בהם לא הייתה התערבות בין של המחוקק ובין של בתי המשפט על דרך של חקיקה שיפוטית יוצרת (ר' א. ברק, **פרשנות במשפט**, נבו הוצאה לאור, תשנ"ב 1992 כרך ראשון, עמ' 189 ואילך). גישה זו בולטת במיוחד בדיני הנזיקין, וקיבלה משנה תוקף במשפט הרפואי, בהשפעתם הישירה של חוקי היסוד, ובעיקר חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו תשנ"ו-1992. החוק הזה חיזק וביצר את מעמדו של הפרט; את זכויות השמירה על החיים, הגוף והכבוד; השמירה על הקניין; הפרטיות וצנעת הפרט; וכן כל פגיעה בזכויותיו. אח"כ בא חוק זכויות החולה, אשר נתן גושפנקא לתפיסות יסוד כגון הזכות לסודיות רפואית; הזכות לטיפול רפואי; הסכמה מדעת לטיפול רפואי; הרשומה הרפואית והמידע הרפואי; האחריות לקיום הזכויות במוסד הרפואי ועוד.

יונתן דייויס הוא עו"ד וחבר מערכת "רפואה ומשפט".

nevo.co.il

בפסיקת בתי המשפט בשנים האחרונות ניתן להבחין במגמה בולטת של הרחבת אחריות הרופא, ובעיקר המוסד הרפואי, כלפי החולה. המסר השזור בפסיקה של הערכאות השיפוטיות השונות הוא של הגנה על החולה, דהיינו המטופל שניזוק. הדבר בולט במיוחד בפיתוח הלכות חדשות כגון ההכרה בעוולות שלא הוכרו קודם כגון, "הולדה בעוולה", "עיקור רשלני" אשר גורם להריון בלתי רצוי "Wrongfull Conception", לידה בעוולה "Wrongful Life". ביסוס הרעיון של חובת הרישום הרפואי שהפרתה יוצרת עילת תביעה בפני עצמה; הרעיון של העברת נטל הראיה על המוסד הרפואי כאשר אין בידי החולה להוכיח, בנסיבות מסוימות, אם הייתה התרשלות או לא; הענקת פיצוי חדשני על נזק שנגרם לקרוב משפחה שנפגע בנפשו עקב נזק משמעותי לניזוק הפיזי, על אף שהקרוב נעדר ולא היה נוכח בתאונה (הרחבת מעגל הזכאים לפיצויים); הענקת פיצוי על אובדן סיכויי החלמה; פיתוח הרעיון של הקשר הסיבתי המאפשר לחייב את המזיק בפיצויים גבוהים יותר מן הנזק אשר גרם, וכן הרחבת מעגל הזכאים לפיצויים ע"י פרשנות מקילה של דוקטרינות משפטיות כגון מועד גילוי הנזק לעניין הגדרת "ההתיישנות"; ביסוס הרעיון של "נזק ראייתי" כאשר רופא גורם באורח רשלני נזק לחולה שבטיפולו, אך באופן שאינו מאפשר לדעת איזה חלק מהנזק הוא תוצאת המחלה בה לקה החולה לפני שטופל, ואיזה חלק מהנזק הוא תוצאת עוולתו של הרופא. אי היכולת לדעת את חלקו של הרופא נובע מאי ניהול רישומים נאותים על ידי עובדי בית החולים, והמוסד הרפואי עשוי להיות מואשם גם בגין הנזק הישיר שנגרם וגם בגין הנזק הראייתי.

הרחבת מעגל הזכאים לפיצויים נעשתה גם על ידי המחוקק במקרים מסוימים בחקיקת חוקים סוציאליים המזכים את הנפגע בפיצויים, אף ללא הוכחת אחריותו של המזיק. כגון, בחוק הביטוח הלאומי תשנ"ה 1995 [נוסח משולב]; חוק הנכים [תגמולים ושיקום]; חוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים תשל"ה 1975; חוק לפיצוי נפגעי הגזזת תשנ"ד 1994 ועוד.

מגמת ההתרחבות של ההגנה על זכויות הפרט בכלל והחולה בפרט מתבטאת בעיקר בשתי דוקטרינות מרכזיות אשר שימשו לתכלית זו: האחת, הרחבת "חובת הזהירות" במסגרת עוולת ההתרשלות ע"פ דיני הנזיקין המסורתיים, והשניה ביישום דוקטרינת "ההסכמה מדעת" על שני פניה, דהיינו מימוש זכותו של החולה לדעת ולהחליט מה ייעשה בגופו, וחובת הגילוי היזום של הרופא כלפי החולה אודות הטיפול הרפואי שנעשה או צריך להיעשות בחולה.

הרחבת האחריות המשפטית של המוסד הרפואי והרופא כלפי החולה, מעוגנת בפסיקה. לדעתנו - נוכח ההגנה שהמחוקק מעניק לזכויות החולה בהגדרה, אחריות זו תתרחב. ביחסי הכוחות שבין הממסד הרפואי והצרכן של שירותי הבריאות היא עשויה להשפיע על מערכת הרפואית בישראל , ולעצב מחדש ובאופן שונה את מערכות יחסי הגומלין של הממסד הרפואי, שירותי הבריאות, הרופא והצרכן הנזקק לשירותי הבריאות. מגמה זו אינה מיוחדת ליחסי רופא-חולה, אלא היא חלק מהמהפכה הצרכנית, המעמידה את הצרכן כבעל זכויות, כמו במערכות יחסים אחרות של מבטח-מבוטח, בנק-לקוח, עו"ד ורו"ח ולקוח וכן כל נותן שירותים וצרכן.

במאמר זה ננסה לעמוד על התפתחות המשפט הרפואי ביובל שנים למדינה. מטבע הדברים תקצר היריעה להקיף את כל הנושאים המרכיבים את המשפט הרפואי, על כן בחרנו לעמוד על שני היסודות המרכזיים של המשפט הרפואי.

רשלנות רפואית

המונח "רשלנות" השגור בפי כל הוא מונח שזוכה לפרשנויות רבות. אף שמדובר במונח משפטי קיימת נטייה לעשות בו שימוש בחיי היום, לא תמיד על פי מובנו הנכון. כך אנו מוצאים התייחסות בכלי התקשורת להתנהגות מסוימת כהתנהגות "רשלנית" בעוד שבפועל לא נבדקו התנאים לקיומה של ההתנהגות הרשלנית. או מצב אחר: אנו קוראים בחוות דעת של רופאים קביעה כי התנהגות הרופא היא "רשלנית" או "אין לראות במעשה שעשה הרופא משום רשלנות". לפיכך מצאנו לנכון להגדיר את העוולה ואת התנאים לקיומה כדי שתהיה אחידות בהגדרה, אך, הקביעה אם התנהגות מסוימת מהווה "רשלנות" נתונה לבית המשפט ורק לו. מכאן, שיש לבחון את השימוש במונח בזהירות רבה, בלא לקבוע מסמרות, ובשים לב לכך שההגדרה טעונה בחינה משפטית ואישור של בית המשפט.

סעיף 35 לפקודת הנזיקין (נוסח חדש) תשכ"ט - 1969 (להלן: "הפקודה") מגדיר את עוולה הרשלנות כדלקמן:

"עשה אדם מעשה שאדם סביר ונבון לא היה עושה באותן נסיבות או לא עשה מעשה שאדם סביר ונבון היה עושה באותן נסיבות, או שבמשלח יד פלוני לא השתמש במיומנות, או לא נקט מידת זהירות, שאדם סביר ונבון וכשיר לפעול באותו משלח יד היה משתמש ונוקט באותן נסיבות - הרי זו התרשלות, ואם התרשל כאמור, ביחס לאדם אחר, שלגביו יש לו באותן נסיבות חובה שלא לנהוג כפי שנהג, הרי זו רשלנות, והגורם ברשלנותו נזק לזולתו עושה עוולה".

סעיף 36 לפקודה מגדיר את מבחן הצפיות (החיזוי) כמבחן שבאמצעותו בוחנים אם הייתה התרשלות:

nevo.co.il

"החובה האמורה בסעיף 35 מוטלת כלפי כל אדם וכלפי בעל כל נכס, כל אימת שאדם סביר צריך היה באותן נסיבות לראות מראש שהם עלולים במהלכם הרגיל של דברים להיפגע ממעשה או ממחדל המפורשים באותו סעיף".

ראוי לשים לב לאבחנה שעושה המחוקק בין "רשלנות" לבין "התרשלות", כאשר המונח "התרשלות" מיוחס לבעל מקצוע ואילו המונח "רשלנות" הוא מונח כללי הבא להגדיר את המעשה.

מן הנוסח של סעיפים 35, 36 לפקודה, עולה כי מי שהתרשל כלפי אדם שביחס אליו מוטלת עליו החובה שלא לנהוג כפי שנהג, הרי הוא רשלן. והגורם בהתרשלותו נזק לזולתו, עושה עוולה, היא עוולת הרשלנות. מכאן, שללא חובה אין עוולה (ע"פ 186/80 **זיו יערי ואח' נ' מדינת ישראל** פ"ד לה (1) 760, בעמ' 775 ד').

בקביעת האחריות האזרחית בעוולת הרשלנות שבנזיקין, מתעוררות שלוש שאלות:

השאלה האחת - האם המזיק חב חובת זהירות לניזוק?

תשובה לשאלה זו מצויה במבחן הציפיות הכולל בחובו שני היבטים: הראשון, עניינו בקיומה או בהעדרה של "חובת זהירות מושגית". השני, עניינו בקיומה או בהעדרה של "חובת זהירות קונקרטית".

השאלה השניה היא אם המזיק הפר את חובת הזהירות המוטלת עליו, דהיינו, האם הוא סטה מסטנדרט הזהירות המוטל עליו, וביצע התרשלות.

השאלה השלישית היא, האם הפרת החובה היא שגרמה לנזק.

ר' ע"א 145/80 **שלמה ועקנין נ' המועצה המקומית בית שמש ואח'** פד"י לז (1) 113, בעמ' 122 ה-ז.
ע"א 323/89 **פכרי קוהרי ואח' נ' מדינת ישראל/משרד הבריאות** פד מה (2) 142, בעמ' 150 ב-ד).

חובת הזהירות האמורה היא חובתו של מזיק לצפות, כי בהתנהגותו הרשלנית יגרום נזק לניזוק. חובת זהירות זו נקבעת ע"פ מבחן הציפיות. לחובת הזהירות משמעות כפולה: מושגית ומוחשית-קונקרטית.

<u>חובת הזהירות המושגית</u> עוסקת בשאלה, אם סוג המזיקים אליו משתייך המזיק הקונקרטי חב חובת זהירות - כלומר צריך לצפות את הנזק - כלפי סוג הניזוקים אליו משתייך הניזוק הקונקרטי בגין סוג הנזק שהתרחש.

<u>חובת הזהירות המוחשית-קונקרטית</u> עוסקת בשאלה, אם המזיק הספציפי הנתבע חב חובת זהירות - כלומר צריך לצפות - כלפי הניזוק הספציפי התובע, בגין הנזק שהתרחש הלכה למעשה (ראה והשווה: ע"א 243/83 **עיריית ירושלים נ' אלי גורדון** פ"ד לט (1) 113, עמ' 123. ע"א 80/86 **עיריית חדרה נ' אהרן זוהר ואח'**, פד"י לז (3) 757, שם בעמ' 765 ז - 766א).

על שאלת קיומה של חובת הזהירות העקרונית-המושגית, כלומר על השאלה אם הסוג הכללי אליו משתייכים המזיק, הניזוק, הפעולה והנזק - הפעולה והנזק עשויים להקים חובת זהירות, על שאלה זו אמר כב' השופט שמגר (כתוארו אז) בע"א 343/74 **גרובנר ואח' נ' עיריית חיפה ואח'** פ"ד ל (1) 141:

"ההתייחסות לקיומה או להעדרה של חובה, בין פלוני לרעהו, איננה מעוגנת בעיקרה בחריצת משפט אינדוידואלית בדבר מהות היחסים הספציפיים אשר ראוי שישררו בין פלוני לרעהו האמור, שאלת קיומה או העדרה של חובה היא סוגיה שבדין, הבנויה על חלוקה ועל סיווג כלליים של סוגי פגיעות וסוגי מזיקים וניזוקים ואשר גבולותיה מושפעים בראש ובראשונה ממדיניות משפטית" (שם בעמ' 156).

מדיניות משפטית זו מיושמת ע"י בתי המשפט, כלשונו של כב' השופט הלוי בע.א. 451/66 **שרה קורנפלד ואח' נ' שאולוב ואח'** פד"י כ"א (1) 310, בעמ' 324:

המסגרת החוקית נקבעה על ידי המחוקק, ואילו התפקיד היוצר למלא את מסגרת הסעיף 50 (כיום סעיף 35 לפקודה) הלכה למעשה, בהתאם לצרכי החברה המשתנים, הופקד בידי בתי המשפט".

מדיניות משפטית כלשונו של כב' השופט שמגר (כתוארו דאז) בפסק דינו הנ"ל, איננה נוסחת קסם. משמעותה איתור הערכים והאינטרסים הנאבקים על הבכורה, מתן משקולות לערכים ולאינטרסים אלה, ושקילתם במאזניים של צרכי החברה. בסוגיות שונות הערכים והאינטרסים הרלוונטיים הם שונים, ומשקלם היחסי שונה (ד"נ 77/9 **חברת החשמל לישראל בע"מ ואח' נ' הוצאת עיתון הארץ בע"מ ואח'** פ"ד לב (3) 337, בעמ' 361). האיזון משתנה בתקופות היסטוריות שונות "החיים מצויים בתנועה מתמדת. כך גם המשפט. על השופט לאזן בין יציבות לבין תנועה. הוא עושה זאת בעזרת המדיניות המשפטית. עיקרון זה של המדיניות המשפטית הוא הקושר את כלליה הספציפיים של השיטה המשפטית אל מרכז חייה הרוחניים. הוא המזרים דם וחיים לכללים אלה" (ע"א 20/797 **רביב משה ושות' בע"מ ואח' נ' בית יולס בע"מ ואח'** <u>וערעור שכנגד</u> פד"י לז (1) 533, בעמ' 556).

במסגרת עוולת הרשלנות, על בית המשפט לקבוע את הערכים

nevo.co.il

והאינטרסים המשפיעים על קיומה של חובת הזהירות:

"בית המשפט מתחשב בצורך להבטיח חופש פעולה מזה ובצורך להגן על הרכוש והגוף מזה. הוא מתחשב בסוג הנזק ובדרכי התרחשותו... הוא שוקל את המעמסה הכספית, אשר תוטל על סוג מסוים של מזיקים או ניזוקים בעקבות החלטתו. שיקולים אלה ואחרים מתאזנים בכור הכרתו השיפוטית של בית המשפט, תוך שהוא שוקלם במאזני צדק ועל פיהם הוא קובע את היקפה וגבולותיה של חובת הזהירות המושגית, אשר מהווה את השיקול במקבילית הכוחות" ע.א. 145/80 הנ"ל, שם בעמ' 123 ג-ד.

חובת זהירות מושגית

כעניין שבמדיניות משפטית, נבחן כבר קיומה של חובת זהירות בין רופא וחולה, וכבר נפסק בעבר לא אחת כי קיימים ביניהם יחסי "שכנות" ויחסי "רעות" המקימים והיוצרים חובת זהירות עקרונית-מושגים אשר כזאת:

"מעשיו ומחדליו של רופא, כמעשיו ומחדליו של כל בעל מקצוע אחר, נבחנים לצורך נושא כגון זה שנדון כאן, על פי אמות המידה שנקבעו בסעיפים 35 ו-36 לפקודת הנזיקין (נוסח חדש) ואם נכשל הרופא בכך שלא קיים כלפי החולה את חובת הזהירות המתחייבת בנסיבות העניין, לפי הנתונים שבידיו, הרי הוא נושא באחריות בנזיקין ככל בעל מקצוע אחר".

ע.א. 744/76 **דר' יוספה שרתיאל ואח' נ' שולמית קפלר ואח'** וערעור שכנגד פד"י לב (1) 113, שם בעמ' 123 ו-ז. 477).

בע.א. 58/82 **משה קנטור נ' דר' שלום מוסייב ואח'** פ"ד לט (3) 253, בעמ' 262 א-ב, נקבע כי:

"כאשר מייחסים לרופא רשלנות בטיפול בחולה שנזקק לשירותיו, תיבחן מידת האשם המיוחסת לרופא, אם קיימת היא ואם לאו, עפ"י אותם שיקולים ומבחנים, המנחים את בית המשפט בבואו להעריך את התנהגותם של בעלי מקצוע מיומנים במלאכתם".

קיומה של חובת הזהירות המושגית נקבע עפ"י מבחן הציפיות. המבחן הוא אם אדם סביר - ולעניין רשלנות רפואית, האם רופא סביר - "היה צריך" לצפות התרחשות הנזק. ר' ע.א. 145/80 הנ"ל, שם בעמ' 123א.

לעניין קיומה של חובת זהירות מושגית ביחסי רופא-חולה נפסק:

"אכן אין מחלוקת כי רופא חב חובת זהירות כלפי המטופל וכי מתקיימים ביניהם יחסי שכנות מיוחסים: **ת.א. (חיפה) 1124/94 הנ"ל** (שם פיסקה 5).

וכן-

"במישור המושגי, חב רופא חובת זהירות כלפי אדם הנתון לטיפולו ולנהוג בעניינו במיומנות הראויה": ת.א. (י-ם) 93/ 194 **ליאור מור נ' התחנה לטיפול באם ובילד (טיפת חלב) ואח'**, דינים מחוזי, כרך כו (4) 593.

וכן-

"אין עוררין כי בית החולים וצוותו הרפואי חייבים בחובת זהירות מושגית כלפי החולים המאושפזים או הנמצאים בפיקוחו הרפואי": **ת.א. (י-ם) 721/91 יוסף מושיחוב נ' הסתדרות מדיצינית הדסה** דינים מחוזי, כרך כו (4) 582.

בע.א. 58/82 הנ"ל נקבע כי:

"... התהליך הטיפולי", שבמסגרתו נוצרים אותם "יחסי שכנות" בין הרופא לחולה שמהם נגזרת חובת הזהירות המושגית של הרופא, כולל, קטגורית שלושה שלבים: האבחון, ההחלטה על דרך הטיפול והטיפול עצמו" (שם, בעמ' 262 ו).

חובת זהירות קונקרטית

על מנת לברר קיומה או אי קיומה של חובה זו, יש לבחון את השאלה: האם בין המזיק הספציפי לבין הניזוק הספציפי, בנסיבותיו המיוחדות של המקרה, קיימת חובת זהירות קונקרטית בגין הנזק הספציפי שהתרחש. גם חובה זו נקבעת עפ"י מבחן הציפיות. השאלה היא, אם אדם סביר יכול היה לצפות בנסיבותיו המיוחדות של המקרה את התרחשות הנזק, ואם התשובה על כך היא בחיוב, אם אדם סביר צריך היה, כעניין שבמדיניות, לצפות את התרחשותו של אותו נזק.

זוהי אותה **"קירבה"** או **"שכנות"** או **"רעות"** אשר אליהן מתכוונת הגדרתו הקלאסית של השופט אטקין בפסק הדין הידוע בעניין Donoghue V. Stevenson (1932) A.C. 562 אשר לפיה קירבה זו "תהיה", אנשים הנפגעים ממעשי בצורה כה קרובה וכה ישירה, עד שחייב הייתי לראותם נפגעים כך, שעה שכיוונתי את ליבי למעשה או לאפס המעשה הנדון".

השווה ע.א. 190/81 **נורית פלג נ' מדינת ישראל ואח'** פ"ד לח (2) 57 בעמ' 64 ב-ג. כדברי כבי השופט ברק בע.א. 80/ 145 הנ"ל, שם בעמ' 127 ה-ו:

"חובת הזהירות הקונקרטית אינה קיימת בחללו של עולם, אלא מיוחדת היא למזיק ספציפי, לניזוק ספציפי, לנזק ספציפי ולהתנהגות ספציפית".

לעניין רשלנות רפואית, קיימת בדרך כלל חובת זהירות קונקרטית בין הרופא לחולה. בוודאי שרופא יכול לצפות נזק

nevo.co.il

עקב כל טיפול רפואי, ומבחינת מדיניות משפטית ומבחינה נורמטיבית, הוא צריך לצפות את הנזק (ר' ספרם של עדי אזר ודר' נירנברג, **רשלנות רפואית וסוגיות בנזיקין** הוצאת פרלשטיין- גינוסר תשנ"ד 1994 , בעמ' 197).

חובות הרופא הוגדרו בע"פ 116/89 **נתן אנדל נ' מדינת ישראל** פ"ד מה(5) 276 אשר קיבץ את ההלכות שנקבעו לעניין חובות הרופא: בעמ' 284:

"במסגרת תפקידיו של רופא המטפל בחוליו, מוטלת עליו החובה, לאבחן במסגרת נתוניו של כל מקרה, את האבחנה הרפואית הנכונה ביחס לחולה בו הוא נדרש לטפל. עליו להחליט על הטיפול הנדרש ועליו להשגיח כי טיפול כזה ייתן לחולה. במסגרת חובת האבחון של המחלה, אין הרופא יוצא ידי חובתו רק בכך שהוא מסיק את המסקנה הנכונה מן העובדות המובאות לפניו. מוטלת עליו גם החובה לגלות יוזמה ולברר קיומן של תופעות מסוימות ולא אחת כדי לאבחן כראוי את מצבו של החולה נדרש הרופא שלא להסתפק במה שעיניו רואות, אלא מוטלת עליו חובה נוספת לחקור, לברר ולעקוב אחרי החולה הנזקק לטיפול ואחר קורותיו על מנת לאמת או לשלול ממצאים מסוימים, ממצאים שיש בהם כדי לסייע לאבחון נכון."

ור' ע"א 58/82 **קנטור נ' מוסייב** פ"ד לט(3) 253 262 (כב' השופט ד. לוין) ע"א 3425/90 **פינסטרבוש נ' שר הבריאות ואח'** פ"ד מו(1) 321.

חובות הזהירות הנ"ל מתייחסות לכלל הרופאים ומהן נגזרות החובות החלות על רופאי נשים, מיילדים וגינקולוגים, רופאי ילדים, אורטופדים, רופאים פנימיים, רופאים כלליים, רופאי שיניים, רנטגנולוגים, נוירולוגים, נוירוכירורגים וכו'. המשפט טרם יצר דין ספציפי לכל התמחות ברפואה, ולכן ניתן ללמוד מהתנהגות מסוימת בתחום התמחות אחד לעניין חובת הזהירות הספיציפית בתחום אחר. לעומת זאת הרחיב בית המשפט העליון את מעגל החייבים בחובת זהירות, וכך נקבעה חובת הזהירות של יועץ גנטי אשר לא הזהיר בני זוג שבאו אליו לייעוץ, מפני לידת ילד עם מום גנטי (ע"א 540/82 **זייצוב נ' כץ** פ"ד מ(2)85,107). מכאן שלא רחוקה הדרך להכרה באחריותו של יצרן תרופות או יצרן מזון אשר כתוצאה ממרכולתו יוולד עובר עם ליקוי גופני או נפשי.

נקודת המוצא לצורך בירור קיומה או אי קיומה של התרשלות רפואית היא התווית תחומיה של חובת הזהירות אותה חב הרופא כלפי המטופל. במסגרת זו שומה על בית המשפט להתחשב בנתונים ובשיקולים רבים, הקשורים במצבו הרפואי של המטופל, בטיפול שניתן לו, בידע המקצועי של הרופאים אשר טיפלו בו ובנורמות הפעולה הנדרשות מרופא סביר בנסיבות המקרה.

אין מחלוקת כי רופא חב חובת זהירות כלפי המטופל וכי מתקיימים בינהם יחסי שכנות מיוחדים. ברם, יחסים אלה הם משתנים, דינמיים והם לובשים ופושטים צורה תדיר, על פי קריטריונים שונים אשר חלקם נדון בפסיקה.

המונח "נסיבות המקרה", המתייחס למגוון העצום של מצבים רפואיים, הנו מרכיב חשוב ומשמעותי לצורך סיווג המקרה הנדון, ולצורך קביעת הקריטריונים המשפטיים לפיהם יש לבחון את קיומה או אי קיומה של רשלנות רפואית. כך למשל, המקרה בו נדרשה התערבות רפואית נוכח סכנה מיידית לחיי אדם ייבחן באופן שונה ממקרה בו לא נשקפה לחיי המטופל סכנה וכך המקרה בו נדרש הרופא לתת למטופל טיפול "פשוט" ושיגרתי, ייבחן על פי קריטריונים שונים ממקרה אחר בו נדרש אותו רופא לתת למטופל טיפול מורכב וחדשני.

עם זאת, בכל מגוון המצבים, חולה המפקיד את גופו (ולעיתים גם את חייו) בידי רופא רשאי לצפות כי אותו רופא: "יהא בעל מומחיות, ידע וכישורים המתאימים לצורך מתן טיפול מיומן, ברמה המקובלת ובהסתמך על הנורמות המקובלות אותה עת בעולם הרפואה". (השווה: ע"א 323/89 **קוברי נ' מדינת ישראל** פ"ד מה (2) 142,172).

קביעת קיומה או אי קיומה של התנהגות רפואית רשלנית, הנו מהלך בן מספר שלבים: ראשית, יש לסווג ולאבחן את המקרה הנדון ביחס למצבים רפואיים דומים (בפרט ביחס לטיפול הניתן במצבים אלה); אחר כך יש לגבש את אמות המידה הנורמטיביות אשר לאורן ראוי לבחון מקרים מעין אלה; סיום המהלך הוא בחינת התנהגות הרופא והטיפול שנתן לאורן של אמות המידה הערכיות שגובשו וקביעה שיפוטית האם עמד בהן אם לאו. ר' ת.א.(חיפה) **אורן סלמן ואח' נ' קופת חולים** דינים מחוזי כ"ו (6) עמ' 692.

בכל טיפול רפואי קיימת האפשרות של סטייה מהמהלך הצפוי. כך למשל, לידה עשויה כמובן להתרחש במועד הצפוי וללא תקלות, אולם לעיתים סוטה תהליך טבעי זה מנתיבו התקין והופך לאירוע בו נדרש שיקול דעת רפואי מיוחד והתערבות אקטיבית של הצוות הרפואי. לידות ספונטניות, המתרחשות ללא אירועים מיוחדים וללא אינדיקציה למצוקה כלשהי של האם או היילוד, מחייבות, מטבע הדברים, אמצעי זהירות פחותים מאלה הנדרשים מן הצוות הרפואי כאשר מדובר בלידה שאינה מתנהלת כצפוי, ואשר ביחס אליה יש בידי הצוות הרפואי אינדיקציות לכך שהיא עשויה להפוך

nevo.co.il

ללידה מורכבת השווה: ע"א 2694/90 **הסתדרות מדיצינית הדסה נ' א' מימון** פ"ד מו (5) 637,628.

למעלה מכך, במסגרת חובתם של צוות בית החולים וחדר הלידה לפקח על מהלך הלידה, מוטלת עליהם גם החובה לאסוף נתונים רלוונטיים, לבצע בדיקות וכן לשקול ולהעריך האם עשוי מהלך הלידה לסטות ממסלולו הרגיל. בין השאר, עליהם להכיר את התפתחות ההריון בעבר ולהתמצא בהיסטוריה הרפואית הרלוונטית של היולדת. כל זאת על מנת להעריך נכון את סבירות התרחשותה של אפשרות זו.

מן המקובץ לעיל מתבקש גם, כי כאשר עולה מן העובדות שהתבררו לצוות הרפואי שמהלך ההריון היה חריג וכי סטה ממהלכו המתוכנן, ייבחן הקיום או אי קיום של רשלנות רפואית מנקודת מבט מחמירה עוד יותר.

במקרים קשים אלה חייב בית המשפט הניצב בפני מספר מערכי עובדות אפשריים, לבחור מתוכם אפשרות אחת, תוך שהוא מפעיל לצורך כך שיקולים שונים שהם פרי ניסיונו, השקפת עולמו והאינטואיציה השיפוטית שלו. באותם המקרים תהיה גם, מטבע הדברים, חשיבות רבה לזהותו של הצד הנושא בנטל ההוכחה.

נראה אפוא, על מה תתבסס ההכרעה בדבר קיומה או אי קיומה של רשלנות רפואית במקרים בהם סטה מהלך הלידה ממסלולו המתוכנן, בפרט כאשר אין אפשרות להצביע על הגורם המדויק לנזק. ההכרעה תתבסס, במידה רבה, על יכולתו או אי יכולתו של הצד הטוען לאי קיומה של רשלנות כאמור, לשכנע, מכוח מאזן ההסתברות, שלא הייתה רשלנות אשר יחויב עליה.

בכל טיפול רפואי יש חשיבות רבה בפניית הרופא אל המטופל, כדי לקבל ממנו פרטים באופן בלתי אמצעי. חלה עליו חובה להסביר למטופל את האבחנה והתהליך הטיפולי, על אחת כמה וכמה כאשר המטופל מצוי בסיכון. מכאן, כאשר יולדת מתלוננת על כאבים קשים, על הרופא לתת את דעתו למקור הכאבים, על מנת לברר את הסיכון.

ת.א. (ת"א) 348/92 **שנכר נ' קופת חולים של ההסתדרות הכללית** פס"מ נו (1) 89 לעניין סיכון של קרע ברחם בתהליך לידה.

ע"א 2300/92 **דן רחמים (קטין) נ' דר' ליביס גנדלר** (טרם פורסם) לעניין התייחסות היולדת לתלונות בדבר חוסר תנועות של העובר וטיפול רשלני עקב שחרור היולדת לביתה, על אף שסבלה מרעלת הריון.

אך השווה: ע"א 825/91 **דורית כהן נ' דר' ציצליה צור** (לא פורסם) בו נדחתה תביעת אישה לגרידה רשלנית אשר בוצעה בה במרפאה פרטית,לטענתה בניגוד לחוק. ביהמ"ש מצא כי לא הוכחו יסודות עוולת הרשלנות.

ע"א 410/93 **דר' יהודה יגר נ' שר הבריאות** פ"ד מח (4) 97 (כב' הנשיא שמגר) לעניין אחריות רופא לפי סע' 47 לפק' הרופאים (נוסח חדש), לפיו הואשם ברשלנות חמורה עקב אי התייחסות הצוות המיילד לתלונות היולדת, אי ביצוע בדיקות המתחייבות ממצבה, אי בדיקת היולדת והתעלמות ממצבה.

ע"א 2694/90 **הסתדרות מדיצינית הדסה נ' אסי מימון** פ"ד מו (5) 628, לעניין הצורך בפיקוח צמוד והתייחסות מיוחדת בקיומם של סיכונים בלידה המחייבים להסיט את הלידה ממסלולה הרגיל למסלול אחר, כמקובל אותה עת בפרקטיקה הרפואי.

ע"א 4384/96 **ואתורי ואח' נ' בית חולים לניאדו** (להלן). לעניין החובה להסביר לחולה הנמצאת בסיכון של זיהום עקב פקיעת מי השפיר וירידת מים, את מהות והיקף הסיכון של המשך ההריון.

בבחינת סטנדרט הזהירות הראוי, אין להשוות בין רמת הטיפול הניתנת ברפואה הציבורית, לעומת הטיפול הרפואי הניתן במסגרת הרפואה הפרטית. הן חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994 והן חוק זכויות החולה התשנ"ו - 1996 (סעיף 5) קובעים סטנדרט של טיפול רפואי נאות, מבחינת הרמה המקצועית ומבחינת יחסי האנוש. לפיכך, אין להבחין בין חובת הזהירות של הרופא המטפל בחולה או מטופל במסגרת הרפואה הפרטית או הרפואה הציבורית. בשני המקרים מוטלת על הרופא חובת הזהירות, לנהוג כלפי המטופל באמצעי זהירות סבירים ובית המשפט יבחן אם הופרה חובת הזהירות הקונקרטית. בעניין זה יש להתחשב בהסתברות שהנזק יתרחש, בהוצאות הנדרשות למנוע אותו, בחומרת הנזק, בערך החברתי של ההתנהגות ועל ההנחה שהאמצעים אשר המזיק צריך לנקוט אינם חייבים להסיר את הסיכון, אלא אמצעים שסביר לנקוט אותם בנסיבות העניין (ע"א 4025/91 **יצחק צבי נ' דר' קרול** פד נ (3) 790,784). אכן, כבר נקבע כי חובתו של רופא אינה למצוא כל פגם ולרפאו (ע"א 235/59 **אלנהקרי נ' פולק** פ"ד י"ד 2497) אלא, חובתו היא לנקוט אמצעי זהירות. ר' ע"פ 116/89 **אנדל נ' מדינת ישראל** פד מה (5) 276, ע"א 323/89 **קוהרי נ' מדינת ישראל** פד' מה (2) 142.

לעומת זאת נקבע שרופא סביר חייב גם לצפות פגם נדיר שאין מקובל לערוך לגביו בדיקות לגילויו (ע"א 612/78 **פאר נ' דר' קופר** פ"ד לה (1) 720, 727), ואל לו לרופא סביר

nevo.co.il

להסתפק אך בהסקת מסקנות מתוך מידע קיים, אלא עליו ליזום בדיקות אשר יבססו מידע חדש שעל פיו ניתן יהיה לערוך אבחנה סבירה (ע"א 58/82 **קנטור נ' מוסיב** פ"ד לט (3) 253, ע"א 488/78 **קופת חולים נ' אלקוסר** פ"ד לד 246, 250). בתי המשפט עמדו על חובת איסוף נתונים לצורך אבחנה נכונה, גם באמצעות קבלת נתונים ישירות מהמטופל על ידי שיחה או תוך כדי התבוננות. ראה: ע"א 410/83 **דר' יגר נ' שר הבריאות** פ"ד מ"ח (4) 97.
ת.א. (נצרת) 673/81 **ריאם פנדי עבדלאווילי נ' בית חולים זיו בצפת.**
פס"מ תשנ"ד 1 (33) ת.א. (י-ם) 194/93 **ליאור מור נ' התחנה לאם ולילד** (לא פורסם).

אמת המידה לבחינת הרשלנות היא זו: הרופא הסביר בנסיבות המקרה. החלטותיו ופעולותיו של הרופא צריכות להיות מבוססות על שיקולים סבירים וברמה מקובלת. על הרופא לבסס את החלטותיו באשר לטיפול הרפואי על הידע העדכני הנתמך בספרות המקצועית בניסיון קודם ובהתאם לסטנדרט הרפואי המקובל באותה עת ברפואה.

ראה:
ע"א 323/89 **קוהרי נ' מדינת ישראל** פ"ד מה (2) 142
ע"א 2694/90 **הסתדרות מדיצינית הדסה נ' א. מימון** פ"ד מו (5) 628
ע"א 3108/91 **רייבי נ' וייגל** פ"ד מז (2) 497
ת.א. (ת"א) 398/89 **יערי נ' פרופ' דינבר** (לא פורסם) אושר ב-ע"א 1884/93.
פרופ' אלכס דינבר נ' עזבון המנוח פלמן יערי פ"ד (21) 605.

הקושי בבחינת התנהגות רפואית מסוימת הנעשית בדיעבד, היא תחימת המועד בה הפך הטיפול לפי השיטה החדשנית למומלץ. מצד אחד, אין בטענה כי השיטה החדשנית לא הייתה מקובלת ולא ננקטה במועד הטיפול משום הגנה. שהרי כפי שכבר ציינו, על הרופא לבסס את החלטותיו על הידע העדכני הנתמך בספרות הרפואית, בהתאם לסטנדרט המקובל באותה עת ברפואה. מאידך, לא ניתן לצפות מרופא לקרוא כל מאמר בספרות הרפואית ולנקוט בשיטה המוצעת. שיטת טיפול חדשה חייבת לעבור כור היתוך ולהתבסס הן בספרות והן בפרקטיקה, עד שתהפוך למקובלת, בדומה לתהליך שעובר רעיון משפטי עד שהוא הופך לנוהג או מנהג בתורת המשפט.

תהליך ההתבססות של הרעיון הרפואי והפיכתו לשיטה רפואית מקובלת מכונה Evidence Based Medicine. תהליך ההתבססות של הרעיון הרפואי תלוי בהיקף התמיכה העובדתית שהוא מקבל בפרקטיקה היומיומית ולכן רפואה מבוססת צריכה להיות נתמכת בראיות שהוכחו בפרקטיקה.

הרעיון הוא שכל קלינאי ידווח אודות הצלחה או כשלון של הטיפול הרפואי המוצע וכך יאספו די ראיות כדי לבחון אם הרעיון הרפואי, לאמור האבחנה, הטיפול, הפרוגנוזה וכיו"ב עומדים במבחן הביקורת והניסיון המעשי.

ר' לעניין זה:

David L. Sachett, William McRosenberg coth.
Evidence based Medicine, B.M.J. 1996 312: 71-2
Evidence based Medicine, in its place, lancet 1995: 346: 785

חובת הזהירות הקבועה בדין מחייבת את הרופא להתעדכן בספרות הרפואית, תוך מאמץ סביר להגיע למקורות המידע. אין לצפות מרופא לקרוא כל מאמר רפואי אך עליו להכיר את הספרות הרפואית העדכנית והמקובלת (Main Stream), ובמקרה של סיכון מסוים החורג מהסיכונים המקובלים, עליו להרחיב את בסיס המידע ולא להסתפק בידע העומד לרשותו, שהרי כבר נפסק כי "מי שמכריע גורלות חייב להכריע על בסיס המידע המלא הרחב והטוב ביותר האפשרי..." ת.א. (י-ם) 694/94 **רחל רזון ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה** (טרם פורסם).

בסיס הנתונים, משמעותו לא רק ספרות רפואית עדכנית אלא גם הצורך להתייעץ עם מומחים. כך נקבעה חובתו של כירורג להתייעץ עם מומחה בתחום רפואת הלב, מקום שההכרעה בטיפול הרפואי הייתה למנוע נזק ללב ונגעה לדילמה בין חשש לפגיעה בלב, עקב אי חידוש תרופות נוגדות קרישה לבין חשש אחר למתן חומרים נוגדי קרישה לחולה מדמם (ר ת.א. ת"א) 398/84 **עיזבון המנוח יערי פזל נ' פרופ' דינור ואח'**) אושר בע"א 1884/93 **פרופ' דינור ואח' נ' עיזבון המנוח יערי ז"ל.**

סטנדרט זהירות מקובל ברפואה משמעותו הכרעה על בסיס הנתונים הקיימים לרבות התייעצות עם רופאים מומחים לדבר וקבלת החלטות המבוססות על שיקול דעת מקיף. ר' ע"א 2694/94 **הסתדרות מדיצינית הדסה נ' אסי מימון** פ"ד מו (5) 633 (כב' השופט ת. אור).

המבחן, מתי התנהגות של רופא אשר ביצע טיפול רפואי שנכשל תחשב כרשלנות, הוא לפי דרגת הסיכון שנטל הרופא. רופא אשר לא פעל על פי מלוא בסיס הנתונים הקיימים ולעניין זה לא פעל על פי ההנחיות שבספרות הרפואית או לא התייעץ עם מומחים ו/או לא שקל את מלוא הנתונים הקשורים לעניין, תוך נטילת סיכון בלתי סביר, יימצא אחראי.

על פי ההלכה הפסוקה, מי שיוצר סיכון ספציפי יישא

nevo.co.il

באחריות לנזק, בהתקיים שני תנאים: ראשית, על הסיכון להיות בלתי סביר ושנית, הרופא לא נקט אמצעי זהירות סבירים. סבירותם של הסיכון ואמצעי הזהירות נקבעת על פי מדיניות משפטית ואמות המידה לקביעת המדיניות המשפטית הראויה, מבוססת על שקלול רמת הסיכון כנגד עלות אמצעי הזהירות.

ר' לעניין זה:
ע"א 145/80 **ועקנין נ' מ.מ. בית שמש** פ"ד לז (1) 113
ע"א 206/89 **חמוטל רז נ' בית חולים אלישע בע"מ** פ"ד מז (3) 805, 817
ע"א 3124/90 **סבג נ' אמסלם ואח'** פ"ד מט (1) 102, 109.
ע"א 434/94 **שי ברמן ואח' נ' מור - המכון למידע רפואי בע"מ** (טרם פורסם).

נסיבות המקרה ומשקלם המצטבר של העובדות והנתונים שעמדו לפני הרופא בעת קבלת ההחלטה אודות הטיפול, הם שיכריעו לעניין סבירות הסיכון מחד, והאמצעים שיש לנקוט מאידך. לעיתים, גם פגם נדיר שלא אובחן ואשר בעטיו נגרם הנזק, ייחשב כסיכון בלתי סביר המחייב נקיטת אמצעי זהירות מוגברים.

בע"א 612/78 **פאר נ' דר' קופר** פ"ד לו (1) 720, עבר המערער ניתוח להסרת בלוטה בלתי אסטתית בשוק הימני. לאחר הניתוח הושמה רגלו בגבס. התפתח נמק והרגל נקטעה מתחת לברך. בדיעבד הסתבר כי המערער סבל ממום מלידה, שלא ניתן היה לגלותו באמצעות בדיקת דופק שגרתית המתבצעת לפני הניתוח. טענת הנתבעת הייתה כי הפגם בהיצרות העורקים היה פגם נדיר מאוד, עד כדי כך שלא מקובל לערוך בדיקת עורקים לפני הניתוח. ביהמ"ש דחה את הטענה וקבע את אחריות הרופא:

"החולה סמך על כך שתערכנה כל הבדיקות הנחוצות. קיימת ספרות בנושא שלאנשי המקצוע יש גישה אליה. התופעה היא אמנם נדירה, אך פלוני היה רשאי לצפות שבית החולים יביא בחשבון גם אפשרות של מקרה נדיר".

ובע"א 488/78 **קופת חולים נ' אלקוסר** פ"ד לד (4) 246 בעמ' 250, נקבעה אחריותו של הרופא אשר טיפל בחולה בדרך הטיפול השגרתית, במקרה בו הוחדרו חומרים כימיים מזיקים בלחץ רב לגופו של החולה. הדבר נעשה בניגוד להוראות שבספרות הרפואית, לפיהן, יש להתייחס למצב כזה באופן שונה ולא שגרתי.

חובתו של המזיק לנקוט אמצעים זהירים סבירים, ואחריותו מתגבשת רק אם לא נקט אמצעים אלה. סבירותם של אמצעי הזהירות נקבעת על פי אמות מידה אובייקטיביות, המגולמות באמירה, כי על המזיק לנהוג כפי שאדם סביר היה נוהג בנסיבות העניין (ע"א. 145/80 הנ"ל, שם בעמ' 131 ה-ו).

בת.א. (י-ם) 194/93 **ליאור מור נ' התחנה לאם ולילד** (טרם פורסם) סיכמה כב' השופטת פרוקצ'יה :

"בשאלה אם הופרה חובת הזהירות, יש להיות ערים לשני אלה:
לעולם יש לבחון את השאלה אם הופרה חובת הזהירות על פי אמות המידה המקצועיות שהיו נהוגות ומקובלות בנקודת הזמן שבה ארע הארוע נשוא התביעה. שלא הרי הפרקטיקות המקצועיות והאמצעים העומדים לרשות בעל מקצוע היום כאלה שעמדו לרשותו לפני 25 שנים, ואחריותו נמדדת, כמובן, על פי המצב ששרר באותה עת.
כבר נאמר לא אחת, כי בהערכת שאלת האחריות אין לנהוג כ"חכם לאחר מעשה", המנתח באיזמל מנתחים ובמבט לאחור את השתלשלות הדברים, אלא להיכנס לנעלי המעורבים בארוע ולשקול את מעשיהם או מחדליהם בראיה הבוחנת את ההתרחשויות בעת שארעו ולא בדיעבד (ע.א. 323/80 **קוהרי נ' מדינת ישראל** פ"ד מה (2) 142, 151)".

שיקולים חברתיים בהטלת הרשלנות

במסגרת השיקולים שיילקחו בחשבון בבחינת הרשלנות, יש לשקלל אינטרסים נוספים שהחברה רוצה בהם, ויש לתת להם משקל. לדוגמה: אי ההכרה באחריות תשמש תמריץ גם בעתיד לכך שהמוסד שחטא ברשלנות יוסיף לנהוג גם בעתיד באופן רשלני ולא יפעל כחובתו, באמת מידה סבירה לגבי אלה שהוא נושא באחריות לגביהם (השווה עא' 206/89 **רז נ' בית החולים אלישע בע"מ** פ"ד מז (3) 808 בעמ' 818).

שיקול נוסף הוא הגורם ההרתעתי: הטלת האחריות על המזיק תמריץ אחרים לנקוט אמצעי זהירות למניעת נזקים שמקורם ברשלנות. היא תרתיע מפני חשיפת הניזוק לסיכונים בלתי סבירים מחד ותטיל אחריות על יוצרי הסיכון הקוצרים רווחים נאים מיצירת הסיכון. שיקולים אלה אומצו על ידי בית המשפט העליון בהיבטים שונים.

כך למשל בנושא הרשומה הרפואית שינה בית המשפט העליון את סטנדרט הרישום של הרשומה הרפואית באופן נוקב עד שכיום ברור לכל רופא שרישום רפואי נאות הוא חלק מהטיפול עצמו.

ישנה חשיבות בה לרישומים הרפואיים הנעשים על ידי רופאים המטפלים בחולים, בעת הטיפול או בסמוך לאחריו. זוהי שיגרת העבודה של רופאים, במיוחד בבתי חולים

nevo.co.il

ומרפאות. חשיבות הרישומים האלה מתבטאת בכך, שהם מציגים לפני הרופא המטפל או לפני כל מי שיתבקש להושיט סעד רפואי עם הזמן - תמונת מצב רפואית של המטופל, בכל שלב ושלב של הטיפול והשתלשלות הדברים. על פי רישומים אלה ובהסתמך עליהם ניתן לקיים מעקב שוטף, ראוי ואחראי אחר התפתחות הדברים ולקבל החלטות נאותות. רישומים אלה חשיבותם רבה גם כראיה אותנטית ובעלת משקל לאירועים שקרו ולהתפתחויות שהתרחשו בכל מועד שהוא בעבר. ר' ע"א 58/82 **קנטור נ' מוסייב** פ"ד לט(3) 253.

בע"א 612/78 **פאר נ' קופר** פ"ד ל"ה (1) 727,720 נאמר כי מקום שצריך לעשות רישום רפואי שכזה אך הרישום לא נעשה ולמחדל לא ניתן הסבר מניח את הדעת, נטל ההוכחה בדבר העובדות השנויות במחלוקת, ושיכלו להתברר מתוך הרישום יועבר אל כתפי הרופא או המוסד שבמסגרתו נתנו השירותים הרפואיים.

לא כל מוצא פה של חולה או של רופא צריך למצוא את ביטויו ברישומי הרופא. אך תמצית הטיפול, המעקב, ההתייעצויות עם רופאים אחרים ותוצאות ההתייעצויות וחוות הדעת כאמור חייבים ברישום.

בע"א 2245/91 **דר' ברנשטיין ואח' נ' ניסים עטייה** פ"ד מט (3) 708 קובע השופט קדמי כי:

"במקום שבו צריך היה להיעשות רישום רפואי - שישקף את תלונות החולה, תוצאות בדיקתו והטיפול הרפואי שניתן לו ולא נעשה, נושא בעל החובה, הרופא או המוסד הרפואי בנטל השכנוע של כל טענה הסומכת על הרישום שלא נערך ובנטל הפרכתה של מסקנה רשלנית המתחייבת בנסיבות של העדר הרישום. העדר הרישום פועל בהקשר הנדון כאן "כחזקת רשלנות" הקבועה בדין ואין בעל החובה יוצא ידי הפרכתה, אלא אם כן מטה הוא את מאזן ההסתברויות לזכותו. כך צריך להיות בכל מקרה של אי מילוי חובת רישום ולאו דוקא בתחום הטיפול הרפואי. מי שאינו ממלא חובת רישום, נושא בנטל השכנוע של הוכחת תוכנו ובנטל הפרכת "מסקנת הרשלנות" המתחייבת מן הנסיבות על רקע של העדר רישום."

ראה גם:

ע"א 58/82 **קנטור נ' מוסייב** פ"ד לט (3) 253 בעמ' 259-260.

ע"א 789/89 **עמר (קטינה) נ' קופת חולים** פ"ד מו (1) 712, בעמ' 721.

נוסיף כי המגמה המתגבשת ואשר נקבעה בחוק זכויות החולה תשנ"ו 1996 היא כי:

"רשלנות רפואית מתגבשת כבר בעצם אי ניהול תקין של הרישומים הרפואיים שחייבים בהם הרופאים המטפלים במוסדות הרפואיים השונים"

ע"א 2939/92 5049/91 **קופת חולים נ' יעקב רחמן ואח'** פ"ד מט (2) 369 בעמ' 376.

ע"א 5461/91, 4538/91 **עזבון המנוח עבד אל קאדר מחמוד עזאם נ' קופת חולים כללית** (טרם פורסם).

בסע' 17 לחוק זכויות החולה תשנ"ו 1996 נקבע כי "המטפל יתעד את מהלך הטיפול הרפואי ברשומת הרפואית". הרשומה הרפואית תכלול מידע רפואי בדבר הטיפול הרפואי שקיבל המטופל... והוראות טיפול...". סע' 28 לחוק דלעיל קובע אחריות מוחלטת במקרה של אי רישום והמחוקק מגדיר את ההפרה של אחת מהחובות בסע' 17 כעבירה פלילית שאינה טעונה הוכחת מחשבה פלילית או רשלנות.

את הוראות חוק זכויות החולה יש לפרש כחלות גם על הדין שקדם לחקיקתו ובכלל זה יש לפרש את כוונת המחוקק כחלה על הדין שקדם לחוק.

השווה דרך הפרשנות של חוקי היסוד את הדין הקודם:
בש"פ 537/95 **גנימאת נ' מדינת ישראל** פ"ד מט (3) 355.
ע"א 6821/92 **בנק מזרחי המאוחד נ' מגדל כפר שיתופי ואח'** פ"ד מט (4) 221.
דנ"פ 2316/95 **גנימאת נ' מדינת ישראל** פ"ד מט (4) 589.

א.ברק, **פרשנות במשפט**, כרך שני, נבו הוצאה לאור תשנ"ד - 1994 בעמ' 784,783,782,593, א. ברק, **פרשנות במשפט**, כרך שלישי, נבו הוצאה לאור תשנ"ד - 1994, עמ' 562, 563.

כיום קובע חוק זכויות החולה תשנ"ו - 1996 בסעיף 17, כי מטפל יתעד את מהלך הטיפול הרפואי ברשומה רפואית. הרשומה הרפואית תכלול, בין היתר, פרטים מזהים של המטופל והמטפל וכן תכלול מידע רפואי אודות הטיפול הרפואי שקיבל המטופל, עברו הרפואי כפי שמסר, אבחון מצבו הרפואי המוכח והוראות הטיפול. אולם תרשומת אישית של המטפל אינה חלק מהרשומה הרפואית.

המטפל, ובמוסד רפואי זהו מנהל המוסד, אחראי לניהול שוטף ועדכני של הרשומה הרפואית ולשמירתה בהתאם לכל דין.

ההנחה היא כי ההתרשלות נבחנת במבחנים של סבירות, לפיכך אין להבחין בין סטנדרט זהירות מקובל ברפואה ציבורית בהשוואה לרפואה פרטית. הווה אומר, אם טיפול מסוים ייחשב רשלני במסגרת הרפואה הפרטית הרי הוא ייחשב כזה גם במסגרת הרפואה הציבורית. לעומת זאת, אין מתפקידו של בית המשפט להתערב בשיקול הדעת של מוסד רפואי בהקצאת משאביו. זה גם העיקרון שנקבע בחוק זכויות החולה תשנ"ו-1996, הקובע כי הזכות לטיפול רפואי מוגבלת לתנאים ולהסדרים הנהוגים מעת לעת במערכת הבריאות

nevo.co.il

בישראל (סעיף 3). מכאן שאם מוסד רפואי מפעיל שיקול דעת באשר להקצאת משאביו והוכח כי הנזק נגרם כתוצאה מפעולה רפואית אשר לא הייתה במסגרת המתחם התקציבי שנקבע יופטר המוסד, על פי העקרון כי דיני הרשלנות אינם קובעים אחריות מוחלטת, אם ננקטו האמצעים שבאו להבטיח את שלומו של הניזוק. בעבר כבר הוטלה אחריות בנזיקין על רשות מקומית אשר נקבע כי התרשלה בשקילת שיקולי מדיניות הנוגעים באופן השימוש של הרשות בתקציביה המוגבלים)במקרה בו נטען כי העירייה לא דאגה לניקוז מי הביוב כדבעי, אשר חשפה תובע להחלקה ולנזק)ע"א 73/86 **שטנברג נ' עירית בני ברק** פד' מג (3) 343). אך לאחרונה נקבעה הלכה כי בית המשפט לא ימהר להטיל אחריות על רשות המפעילה שיקול דעת במסגרת פעולה שלטונית המחייבת הכרעה בין שיקולים חברתיים פוליטיים וכלכליים מתחרים, כאשר אין בחוק אמות מידה לאופן ההפעלה של שיקול הדעת.)ע"א 91/91 **מדינת ישראל נ' לוי** פ"ד מח (3) 45 - כאן מדובר בתביעה נגד המפקח על הביטוח אשר לא הזהיר את ציבור המבוטחים מפני הסכנה שחברת הביטוח תכנס לפירוק ובכך יפגעו מבוטחיה).

רשלנות רפואית - המדיניות המשפטית הראויה

הראינו לעיל שגישת בתי המשפט בבחינת הרשלנות היא על פי מבחנים של סבירות, כאשר בית המשפט בוחן את המקרה שבא לפניו על פי עובדות המקרה, אך בעיקר שומע את הראיות הרפואיות באמצעות המומחים הרפואיים של הצדדים. המציאות מוכיחה שלעיתים קרובות נשארים המומחים הרפואיים המעידים מטעם הצדדים בעמדותיהם המקוריות, זה בכה וזה בכה, וכך נותר לשופט להכריע על פי הראיות שבאו לפניו. אך החלטתו, תהא אשר תהא, לא תהיה נקייה מהתערבות של גורמים נוספים כגון השקפת עולמו של השופט היושב לדין .

טיפול רפואי מודרני הוא טיפול משולב ומסובך ולכל טיפול יש מחיר ויש סיכון. הרפואה איננה מדע מדויק. אין לה פתרונות לכל התחלואים ואין לה תשובות וודאיות ומדויקות אודות תוצאות הטיפול בכל מצב נתון. לפיכך, הדבר מחייב הפעלת שיקול דעת מקצועי בזמן אמת על ידי הרופאים המטפלים. לגבי מי שמבקשים לבקר את מעשיהם לאחר מעשה, אין די בכך שמסלול טיפולי שנבחר על ידם, לא הביא לתוצאות המקוות, כדי שרופאים אלה יהיו אחראים ברשלנות אזרחית או פלילית. קביעת ממצא כזה צריכה להיעשות רק אם הוכח שבנתוני זמן אמת פעלו הרופאים באי מיומנות מקצועית.

יש הסבורים כי אין זה הוגן להטיל כתם של אשם אזרחי או פלילי ברופא שקבע בתחום הדיאגנוסטי או הטיפולי קביעות שהיו אפשריות בזמן אמת, ואילו חטאו מתבטא בכך שלאחר מעשה הוברר שהוא איבחן לא נכון, בתנאי אי וודאות, את המחלה שיש לחולה, או שהעדיף אופציה טיפולית אחת על רעותה, בתנאי אי וודאות. הנשיא זיילר בת.א 605/94 (י-ם) **רחל מזרחי נ' מדינת ישראל** (לא פורסם), הביע דעתו כי אין זה מן החכמה להטיל על עולם הרופאים פחד יראה ומורך לב למעלה מהצריך, כפי שכבר קרה במספר ארצות, ובארה"ב בראשן, לעשיית פעולות שיותר משהן תורמות לחולה הן משריינות את הרופא.

בע"א 705/78 **פרופ' יוחנן רמון ואח' נ' אירית מאוטנר ואח'** פ"ד לד (1) 550, בעמ' 555 קובע כב' הש' בכור:

"לא פעם נאמר, ולא רק אצלנו, שאין להרחיק לכת יתר על המידה בהטלת אחריות בתביעות נזיקין נגד רופאים, ויש להבחין היטב בין אירוע שמקורו בחוסר זהירות או ברשלנות, לבין אירוע שהוא תקלה שאין ולא כלום בינה לבין חוסר זהירות או רשלנות. אחרת אנו עלולים לפגוע בהתפתחות ובשימוש הנאות במדע הרפואה שהוא ערך סוציאלי ממדרגה ראשונה. לזה אני מסכים בהחלט" -

וכך גם מפי כב' השופט קיסטר בע.א. 552/66 **צביה לויטל נ' מרכז קופת חולים של ההסתדרות הכללית של העובדים בעבריים בארץ ישראל** וערעור שכנגד פ"ד כב (2) 480.

ומפי כב' השופט שלמה לוין -

"לא כל טעות שבשיקול דעת להפרת חובה תחשב, שאם לא כן, עשויים אנו להביא את הרופאים לדאוג יותר מאשר לחולה להכנת הגנה פרוספקטיבית מפני תביעה משפטית אפשרית על ידו". ע.א. 612/78 **סמית נעים פאר נ' דר' ישראל קופר ואח'** פ"ד לה (1) 720 בעמ' 727. כך נקבע לעניין בחירה בשיטת ניתוח מסוימת, כי בחירה באופציה טיפולית אחת מתוך מספר אופציות טיפוליות לגיטימיות, אינה מהווה רשלנות ומכאן, כי רופא לא ייחשב רשלן רק מפני שיש קבוצה של רופאים מומחים, ואפילו הם רבים, הדוגלים בשיטה אחרת וחולקים על שיטתו. ת.א. (י-ם) 187/95 **כוכבה פנירי נ' המרכז הרפואי שערי צדק** תקדין מחוזי, כרך 96 (2) 1717 פסקה 3.

"פעולת רופא לא תחשב כרשלנית אם עשייתה התבססה על העדפת תפיסתה של אחת מבין האסכולות הרפואיות המוכרות". ע.א. 4384/90 **שמעון ואתורי ואח' נ' בית החולים לניאדו ואח'** תקדין עליון כרך 97 (1) 505, השופט מצא (ניתן ביום 4.3.97).

ואולם, **"הבחירה צריכה להיות מבוססת על שיקול דעת**

אמיתי ובהתאם לנורמות המקובלות בתהליך קבלת החלטות בתחום זה... דרך קבלת ההחלטה צריכה להיות בהתאם לנורמות הסבירות אשר נוצרו במטרה לשפר את ההחלטות ואת מידת הדיוק בהערכת הסיכון... אין הרופא פוטר עצמו בבחירה סתמית של אופציה טיפולית אפשרית שאינה נעשית בדרך ראויה". ע.א. 2594/90 **הסתדרות מדיצינית נ' אסי מימון (קטין) ואח'** פ"ד מו (5) 628, עמ' 637 ג-ד.

המצדדים בקביעת מנגנון של פיצוי ללא אשם כדוגמת חוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים , טוענים כי הטלת אחריות על רופאים יוצר מה שהם מכנים "רפואה מתגוננת". כלומר רופאים יבצעו בדיקות בלתי נחוצות, ניתוחים בלתי נחוצים וטיפולים רפואיים אחרים, או הימנעות מהם, כאשר למרות היותם בלתי רצויים ייעשו מתוך מחשבה (לא תמיד נכונה) שבכך משריין עצמו הרופא נגד טענות עתידיות אפשריות נגדו.

בדיקות יתר וטיפולי יתר אינם תורמים לבריאות הפרט, בנוסף הם גוזלים "זמן רפואי" ומכשור יקר.

על כל אלה יש להוסיף סטייה בקביעת סדרי עדיפויות תקציביים ואפילו קביעת סדר עדיפויות תקציבי לא ענייני, וכן הטלת הוצאות ביטוח גבוהות שסופן שהן נטל על הציבור.

המציאות הוכיחה שחששות אלה לא התממשו, וניתן לומר כי כיום אין רפואה הגנתית בישראל. הטענה כי גל התביעות ברשלנות רפואית ששטפה את ארה"ב, יצרה רפואה הגנתית שם לא יובאה לישראל. מה גם, שלא ניתן להשוות את מערכות המשפט והרפואה בארה"ב לאלה שבישראל, ולעניין זה די אם נזכיר את ההבדלים העיקריים, כגון חבר מושבעים הקובע את שיעור האחריות והנזק בארה"ב לעומת שופטים מקצועיים אצלנו, וקיומה של רפואה פרטית בעיקרה בארה"ב לעומת רפואה ציבורית אצלנו. לדעתנו, אין מקום להפלות לטובה את הרופאים, לעומת בעלי מקצוע אחרים העומדים לביקורת בתי המשפט, שהרי נטילת סמכות הביקורת מבתי המשפט עלולה להביא למצב שהטיפול הרפואי לא יהיה חשוף לביקורת ויביא לתופעה שרופאים לא יירתעו לבצע טיפול רפואי ללא מורא הדין. (ר' מאמרנו, **"תקרה לפיצויים בגין רשלנות רפואית"** רפואה ומשפט, גיליון 12, אפריל 1995).

מכל מקום, חברה המבקשת לפצות נפגעי טיפול רפואי גם ללא אשם רפואי אמיתי צריכה להסדיר זאת בחקיקה, כפי שעשתה החברה הישראלית לגבי תאונות דרכים, וכפי שהדבר נעשה באנגליה לגבי קורבנות אלימות פליליות וכיו"ב. ככל הידוע המגמה המסתמנת בהמלצות ועדת קלינג שמונתה לבדיקת אפשרות של רפורמה בתביעות רשלנות רפואית, היא לא לבצע שינויים תחיקתיים בנושא, לא כל שכן המלצה לשינוי לפיצוי מי שנפגע מטיפול רפואי.

המדיניות המשפטית הרצויה אפוא, היא זו שהייתה נהוגה עד עתה. לאמור, יש לבחון כל מקרה לגופו על פי הקריטריונים שהתוו לעיל. הכוונה של התוצאה הרצויה, תוך הגנה על האינטרס של מי מהצדדים, עלולה להיות מסוכנת ולשמש חרב פיפיות. תביעת רשלנות רפואית צריכה להבחן על פי עובדות המקרה הספציפי תוך מתן משקל ראוי לטענות הצדדים, ואם רופא התרשל אין להסס למצות עמו את הדין. באותה מידה, לא יהסס בית משפט לדחות תביעה מקום שלא הוכחו יסודות עוולת הרשלנות הנ"ל. לדעתנו, יש לפיקוח השיפוטי תרומה לרפואה, ויש לראות תרומה זו כביקורת בונה המתקנת עוולות ופגמים. לעומת זאת החלת מנגנון פיצוי ללא אשם לכל מי שנפגע עלולה לקבור את טעויות הרופאים, ותחת להביא מזור לחולה ירפאו טעויות הרפואה בלא מנגנון מבקר ומתקן.

חוק זכויות החולה

דומה שגולת הכותרת של המשפט הרפואי היא ההכרה בזכויות החולה והסדרת יחסי רופא-מטפל באמצעות הוראת חוק. תחילה באמצעות חוק ביטוח בריאות ממלכתי תשנ"ד 1994, שמעניק דה יורה לכל אזרח ישראלי טיפול רפואי בהתאם לסל בריאות שנקבע ע"י משרד הבריאות, ומאוחר יותר ע"י חוק זכויות החולה תשנ"ו 1996, אשר מנסה להגדיר מה הן הזכויות של המטופל. ראוי להדגיש שישראל היא בין המדינות הבודדות בעולם שהעלו את זכויות החולה לדרגה של נורמה תחיקתית, ומלבד בארצנו קיימים חוקים דומים המגינים על זכויות החולה בפינלנד ובהולנד. באנגליה קיימת אמנה המגינה על זכויות המטופל. ראוי להזכיר הצהרות ארגון הבריאות הבי"ל בדבר זכויות החולה מ-1994, והחלטת מועצת אירופה מיום 4.4.97 בדבר ההגנה על זכויות וכבוד האדם.

חד עם זאת, על אף ההכרזה החגיגית של המחוקק בדבר מטרת חוק זכויות החולה (סע' 1) בנוסח השמור לחוקי יסוד כגון חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, מגבש החוק נורמות התנהגות וקודים אתיים שהיו מוכרים בדין הישראלי זה מכבר, כגון הזכות לטיפול רפואי נאות (ר' חוק ביטוח בריאות ממלכתי) לרבות הזכות לסרב לטיפול רפואי (ע"א 1354/92 היועה"מ נ' פלונית פ"ד מח(1)711 וכן ע"א 506/88 יעל שפר נ' מדינת ישראל פ"ד מח(1)87, איסור הפליה והעדפת עקרון

nevo.co.il

השוויון (בג"צ 721/94 אל על נ' דנילוביץ פ"ד מח(5)749), הזכות למידע רפואי (ע"א 1412/94 הסתדרות מדיצינית הדסה נ' עפרה גלעד פ"ד מט (2)516), השמירה על כבודו ופרטיותו של המטופל (ר' חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, חוק הגנת הפרטיות תשמ"א - 1981, חוק הגנת הצרכן תשמ"א - 1981), החובה לניהול רשומה רפואית תקינה (ע"א 2245/91 ד"ר ברנשטיין נ' ניסים עטייה פ"ד מט(3)709, הסכמה מדעת לטיפול רפואי (ע"א 3108/91 רייבי נ' ד"ר וייגל פ"ד מז(2)497), וסודיות רפואית (חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, חוק הגנת הפרטיות תשמ"א 1981, חוק העונשין התשל"ז 1977, פקודת הראיות (נוסח חדש) התשל"א 1977, פקודת הרופאים התשל"ז 1976 ועוד).

חוק זכויות החולה התגבש לאחר שבמשך השנים הוגשו חמש הצעות חוק פרטיות. התמריץ לגיבושו הסופי של החוק במתכונת הנוכחית היה פסק הדין בע"א 1412/94 הסתדרות מדיצינית הדסה נ' עפרה גלעד ואח' פ"ד מט (2)516 שבו דן כב' הנשיא ברק בטענת ביה"ח הדסה, כי מן הראוי שבית המשפט יכיר בחסינות שיפוטית מיוחדת לדוח"ת בדיקה פנימיים הנערכים בין כותלי בית החולים לאחר אירוע חריג.

באותו מקרה קפץ חולה אל מותו מהקומה השמינית ומשפחתו ביקשה לעיין בדו"ח הבדיקה הפנימית של בית החולים. ביה"מ העליון קבע שבאיזון בין זכות החולה למידע, ובין זכות ביה"ח לחיסיון יש להעדיף את זכות החולה, כאשר כנגד זכות החולה למידע על הטיפול הרפואי שקיבל, עומדת גם החובה של המטפל למסור לו את המידע, כאשר זכות זו נגזרת מחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו. באשר לטענה כי חשיפת הדוח"ת תפגע בקיומן ותפקודן של ועדות הבדיקה הפנימיות, קבע הנשיא ברק כי ועדות הבדיקה תתקיימנה אף בלי חיסיון, שכן הדבר מתבקש ממהות מקצוע הרפואה, והמחויבות האתית והמשפטית של הרופא.

פסק הדין עורר סערה בציבור הרפואי. החשש היה כי עתה יהססו רופאים להעיד בפני ועדות בדיקה, ולא יוכלו להתבטא בחופשיות, באופן שיקדם את העניין הרפואי בעקבות האירוע וכל שיאמרו ישמש נגדם כראיה בתביעה פרוספקטיבית אם תוגש. היו אף שקראו לא להתייצב בפני ועדות בדיקה, ואף נשמעו קולות של רופאים אשר התבטאו כי לא יספרו את כל האמת באשר למקרה אם יחויבו להעיד.

על רקע זה הופעל לחץ כבד בועדת העבודה והרווחה של הכנסת, להביא במהרה לביטול הלכת גלעד, במסגרת חקיקת חוק זכויות החולה. ואמנם על פי החוק הוקמו מוסדות בדיקה ובקרה שונים. לפי סע' 22 הוקמו ועדות בקרה ואיכות שאינן אלא ועדות בדיקה פנימיות של ביה"ח או קופ"ח או ועדה אד הוק שעל הקמתה מורה מנכ"ל משרד הבריאות. תוכן הדיונים שהתקיימו בועדת בקרה ואיכות חסוי. בכך נהפכה לכאורה הלכת גלעד, אך סעיף זה טרם עמד לביקורת שיפוטית, ולהערכתנו לאור הנימוקים שביססו את העדפת זכות החולה על החיסון כנגזרת של חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו יש לפרש את הסעיף המאוחר לחוק היסוד לאורו.

חוק זכויות החולה חל בהגדרה על כל "טיפול רפואי" לרבות פעולות אבחון רפואי, טיפול רפואי מונע טיפול פסיכילוגי או טיפול סיעודי, אך אין תשובה בחוק לטיפולים שאינם נמנים על הרפואה הקונבנציונאלית. כך יוצא שלכאורה, טיפול רפלקסולוגי או דיקור במחטים סיניים אינם טיפולים רפואיים שהחוק חל עליהם, אך לדעתנו אף הפרת זכות של מטופל שאינה מנויה בחוק במפורש תזכה לסעד.

ראוי להבחין בין זכויות פסיביות וזכויות אקטיביות שהחוק דן בהן, משמע זכויות שניתן להביאן לפני בית המשפט ולזכות בסעד משפטי, לבין זכויות שהתרופה המשפטית תינתן ע"י נציב תלונות הציבור. בין הזכויות הפסיביות ניתן למנות את הזכות לקבל מידע בדבר זהות המטפל, הזכות לדעה נוספת, הזכות לקבלת מבקרים, הזכות לבדיקה רפואית בחדר מיון והזכות לקבל טיפול רפואי נאות מבחינת יחסי האנוש.

החוק מגדיר "מטפל" בהרחבה, ומחיל את החוק על רופא, רופא שיניים, סטז'ר, אח או אחות, מיילדת, פסיכולוג וכן על כל בעל מקצוע שהכיר בו מנכ"ל משרד הבריאות. ואמנם המנהל עשה שימוש בסמכותו ובילקוט הפרסומים מיום 8.3.98 הוכרו בעלי המקצוע הבאים כ"מטפלים" לצורך החוק: אופטומטרייה וכן מקצועות אופטיים נוספים, גנטיקה קלינית, דיאטטיקה, טכנאות הנשמה, טכנאות שיניים, כירופודיסטיקה, כירופרקטיקה, פודיאטריה, סייעות לרפואת שיניים, פיזיותרפיה, קלינאות תקשורת, רוקחות, ריפוי בעיסוק, ריפוי ביצירה, קרימינולוגיה קלינית ושיננות. כמו"כ הוחל החוק על עובדים סוציאליים במוסדות רפואיים. הרחבה זו של קשת המקצועות הרפואיים והפרא רפואיים שמטריית החוק חלה עליהם יוצרת מצב שלמעט הרפואה הלא קונבנציונלית רוב התחומים הקליניים מכוסים על ידי החוק.

הזכות לקבל מידע רפואי:

הסכמה חופשית לטיפול רפואי מצד המטופל היא תנאי מוקדם לתחילת הטיפול הרפואי. יעודה של תורת ההסכמה

nevo.co.il

מדעת הוא לקדם את זכות החולה להגדרה עצמית ולאוטונומיה של היחיד, למנוע או לצמצם את האפשרות של תרמית, כפייה, השפעה בלתי הוגנת, טעות, הזנחה ורשלנות בתהליך קבלת ההחלטות לגבי הטיפול הרפואי ולתרום לעיצובו של תהליך רציונלי, שלם ומקיף ככל האפשר של קבלת ההחלטות בתחום הטיפול הרפואי.

להסכמה מדעת יש שלושה מרכיבים חיוניים:
מרכיב הגילוי - שמשמעו גילוי המידע הרפואי אשר על המטפל למסור ולגלות למטופל.
מרכיב ההסכמה - רצון הדדי לטיפול רפואי (הן מצד המטופל והן מצד המטפל).
מרכיב ההבנה - יכולת מספקת מצד המטופל להבין את מהות הטיפול הרפואי והתועלת הצפויה אשר על המטפל למסור ולגלות למטופל.
הסכמה מדעת מקיפה את שלושת המרכיבים הנ"ל, ואי עמידה באחד המרכיבים, משמעותה חוסר הסכמה מדעת לטיפול הרפואי.

בכדי שהמטופל יוכל להסכים לטיפול המוצע לו, ברור שיש לספק לו מידע הולם על מצבו, על מהות הטיפול המומלץ ומטרתו, על הסיכויים והסיכונים הטמונים בטיפול המומלץ ועל אלטרנטיבות טיפוליות. חובת הגילוי הגלומה במונח "הסכמה מדעת" רחבה מאוד אך היקפה טרם הוגדר. עד כמה צריך הרופא ליידע את המטופל על סיכונים ועל חלופות טיפוליות? האם גם אפשרות קלושה של סיכון עתידי רחוק, טמונה בגדר חובת הגילוי? כך למשל נקבע בע"א 568/93 **קופת חולים נ' פנינה ידיד** (טרם פורסם) כי סיכון להתפתחות דלקת בשיעור של 2-3% אינו סיכון אפסי. ניתן להתרשם ממנו וראוי להציגו בפני מטופל בטרם ביצוע הטיפול ובמיוחד נוכח חומרתו הרבה של הסיכון. בארה"ב נקבע שגם הימנעות מגילוי סיכון של 1% לשיתוק בעקבות ניתוח, מהווה התרשלות. (**Canterbury Vs. Spencer** 464 AD 772). יוצא אפוא, שגם סיכון שהוא קרוב לאפס, אך תוצאותיו הרות אסון למטופל אם יתממש, הוא סיכון שחובת הגילוי שלו חלה על המטפל. במסגרת חובת הגילוי המגולמת בדוקטרינה של הסכמה מדעת, על הרופא לתת תשובות כנות לשאלות המוצגות בפניו, ולא להחסיר מידע מהמטופל המבקש לדעת ולא לנקוט בגישה פטרנליסטית, לפיה אין ליידע את המטופל כי הוא ממילא לא יבין ואין לו הכלים לאבחן בין סיכון לסיכון.

המרכיב השני של "הסכמה מדעת" הוא ביסוד ההסכמה, בעיקר הסכמת המטופל לקבל את הטיפול הרפואי. מרכיב זה משולב במרכיב השלישי, שהוא יסוד ההבנה של הטיפול הרפואי עליו ניתנה ההסכמה. שהרי אין לך הסכמה של ממש לטיפול רפואי, אם אין היא ניתנת מרצונו החופשי של המטופל, והסכמה כזו צריכה להיות תקפה ואמיתית, רק אם המטופל יבין את אשר נאמר לו ושתהיה לו יכולת שיפוט לקבל את ההחלטה בבחינת Compos Mentis. לפיכך, יש קבוצות אוכלוסייה כגון קטינים, חולי נפש, קשישים, חולים כרוניים ובעלי מנת משכל נמוכה, שלגביהם יש קושי ביישום ההסכמה מדעת, שכן הגם שההסבר הנדרש על פי דין יינתן להם, הרי מרכיב ההבנה ומרכיב ההסכמה לא מתמלאים. במקרה כזה, רשאי המטפל ליתן טיפול רפואי גם ללא הסכמה מדעת של המטופל, לפי ההגדרות בסע' 15 לחוק זכויות החולה.

פרופ' ע. שפירא במאמרו "**הסכמה מדעת" לטיפול רפואי - הדין המצוי והרצוי**, עיוני משפט יד (2) 225-272, מציע לעצב עקרונות מנחים ליישומה הנאות של דוקטרינת ההסכמה מדעת, ואף שהמאמר מקדים את החוק, הרי הוא ראוי ליישום גם בעקבותיו.

המידע שחובה על רופא למסור למטופל אינו אפוא הנוהג המקובל בקרב הרופאים, אלא צרכיו של המטופל. לפיכך נקבע כי על רופא למסור למטופל את כל המידע כדי שהמטופל יחליט אם לקבל את הצעת רופאו. צרכי המטופל נקבעים על פי קנה מידה אובייקטיבי. הרופא חייב למסור למטופל את כל האינפורמציה שאדם סביר היה נדרש לה כדי לגבש החלטה אם להסכים לטיפול המוצע. בית המשפט העליון קבע לאחרונה בע"א 434/94 **שי ברמן קטינה ואח' נ' מור המכון למידע רפואי** קריטריונים בעניין זה.

לחולה עומדת זכות יסוד הנובעת מן האוטונומיה של הפרט, להחליט מדעת, כלומר ידיעת העובדות הרלבנטיות אם להסכים לטיפול הרפואי המוצע לו.
כנגד זכות המטופל עומדת חובתו של הרופא המטפל למסור למטופל מידע בדבר הטיפול הרפואי שהוא מציע, לרבות אמצעי טיפול אלטרנטיביים ומידע בדבר הסיכונים והסיכויים הכרוכים בכל אחד מאמצעי הטיפול .

הגישה הפטרנליסטית, הגורסת כי הרופא יצא ידי חובתו כלפי המטופל לעניין מסירת מידע אם נהג על פי הפרקטיקה הרפואית המקובלת, נדחתה. נקבע סטנדרט גילוי המצוי גם בפסיקה האמריקנית והמקובל בקנדה ובאוסטרליה, המבוסס על צרכיו של המטופל הנדרש לגבש הסכמה לטיפול רפואי .

המבחן למידע שחובה למסור למטופל אינו הנוהג המקובל בקרב הרופאים אלא צרכיו של המטופל למידע כדי להחליט אם לקבל את הצעת רופאו. צרכים אלה נקבעים על פי קנה מידה אובייקטיבי.

nevo.co.il

היקף חובת הגילוי בדוקטרינת "ההסכמה מדעת".

בשיטות משפט שונות, לרבות אצלנו, נדונה חובתו של הרופא לגלות למטופל את המידע הרפואי המוגדר בחוק זכויות החולה בדבר הטיפול הרפואי המוצע על ידיו וסיכוניו.

בית המשפט העליון קבע לאחרונה בע"א 434/94 **ברמן וגל נ' מור המכון למידע רפואי בע"מ** (טרם פורסם) כי חובת הרופא העומד לבצע טיפול רפואי, לספק לחולה את מירב הפרטים הקשורים לטיפול לשם קבלת הסכמתו המודעת. חובתו של הרופא עוגנה לאחרונה בהוראות סעיף 13, חוק זכויות החולה תשנ"ו 1996). בית המשפט השאיר בצריך עיון את השאלה מה היקף החובה המוטלת על רופא ליידע את החולה שנשלח לבדיקה שגרתית של סיכונים חבויים שלגביהם יש לערוך בדיקות נוספות. (כב' המשנה לנשיא שלמה לוין).

המקור של חובת הגילוי מצוי הן בדיני החוזים והן בדיני הנזיקין:

א. בין הרופא והחולה קיימים יחסים חוזיים, מקום שהחולה פונה לרופא לקבלת טיפול רפואי (ע"א 612/78 **פאר נ' דר' קופר** פ"ד לה (1) 720, 727). מקום שקיימים יחסים חוזיים בין מוסד (בין אם באמצעות קופת חולים ובין אם ישירות) עשוי המוסד הרפואי להימצא חייב בגין הפרת חוזה, אם לא ביצע את הטיפול הרפואי המוסכם במפורש או במשתמע. בארה"ב נקבע שהפרת חובת הגילוי למסור למטופל את כל הפרטים המהותיים מגיעה לכדי הטעיה ותחשב להפרת הסכם המזכה את המטופל בפיצויים.
והשווה ג' שלו "**דיני חוזים**" (תש"ן) דין הוצאה לאור בעמ' 49 ה"ש 40.

ב. חובת הגילוי בדיני החוזים קבועה בסעיף 15 לחוק החוזים (חלק כללי) תשל"ג 1973, לפיה הוגדרה "הטעיה" כאי גילוי עובדות אשר לפי דין או נוהג או לפי הנסיבות היה על הצד השני לגלותן.

לאחרונה יש נטייה בפסיקת בית המשפט להרחיב את חובת הגילוי במערכות יחסים שונות. כך למשל במערכת יחסי מבטח-מבוטח נקבע כי גם על המבטח וגם על המבוטח קיימת חובת גילוי יזום, למסור מידע הדדי גם מבלי שיתבקשו לתתו ומבלי שיישאלו לגביו (סעיף 6 לחוק חוזה הביטוח תשמ"א 1981). חובת הגילוי של המבטח הורחבה לאחרונה ונקבע שעל **המבטח** קיימת חובת גילוי יזום ועליו לוודא שהמבוטח ער להחרגות ולסייגים שבפוליסה והוא לא יפטור עצמו מאחריות להפניה סתמית לתנאי הפוליסה (ר' ע"א 4819/92 **אליהו חב' לביטוח בע"מ נ' ישר מנשה** פד' מט(2) 749. כן ר' דוד שוורץ "**דיני ביטוח - תהליכים ומגמות**" ספר השנה של המשפט בישראל תשנ"ו 1996 בעריכת דר' א. רוזן צבי זי"ל, הוצאת פפירוס אוניברסיטת תל אביב 1997 עמ' 31).

חובת הגילוי הורחבה ביחסי בנק - לקוח (ע"א 5302/93 **בנק מסד בע"מ נ' מרדכי לויט ובנק הפועלים** (טרם פורסם), וע"א 168/81 **בנק איגוד לישראל נ' לה כודיאר** פ"ד מ"ב)(3) 77, וקיימת בכל מערכת יחסים שבה צד אחד שבידיו המידע מתבקש למסור חוות דעת ללקוח, כגון במערכת יחסים שבין עורך דין ללקוח. (ר' ע"א 37/86, 58).

משה לוי נ' שרמן כו מד (4), 446). בהקשר זה נקבע לאחרונה כי לעורך דין יש חובת זהירות גם כלפי מי שלא היו לקוחותיו בעסקת מקרקעין בה ייצג עוה"ד צד אחד בלבד. ר' ע"א 1227/91 **יחיאל נ' כהן** פ"ד מח (2) 207, ו-ע"א 4612/95 **איתמר מתיתיהו נ' שטיל יהודית** (טרם פורסם), וגם במערכות יחסים אחרות כגון בין חברה משכנת ומי שסמך על חוות דעת בלתי נכונה שניתנה על ידי החברה המשכנת (ע"א 86/76 פ"ד לב (2) 337), וכך גם בין רואה חשבון ללקוח.

חובת הגילוי קיימת מכוח נסיבות מיוחדות, כגון כאשר התרחש שינוי מצב מהותי בין המצג לפעולה על פיה מתחייב הגילוי (ע"א 44/66 **דרייב נ' הרץ** כד כ"א (1) 576), והיא קיימת גם במערכת היחסים בין הרופא והחולה. ר' ע"א 3108/91 **רייבי נ' וייגל** פד מ"ז(2) 497 ע"א 560/84 **נחמן נ' קופת חולים** פד מ (2) 384.

חובת הגילוי בדיני הנזיקין

חובת הגילוי בדיני הנזיקין נגזרת מחובת הזהירות הכללית אשר הרופא והמוסד הרפואי חבים לחולה. היא גם נגזרת מהזכות היסודית לדעת על עצמנו, המהווה ביטוי לאוטונומיה של האדם ומבטאת את ערך כבוד האדם (ר' סעיפים 2 ו-4 לחוק יסוד: "כבוד האדם וחירותו"). זכותו של האדם על גופו משמעותה חירותו לקבל את המידע אשר יאפשר לו להחליט מה יעשה בגופו (ר' עפ' 480/85, 527 **קורטאם נ' מדינת ישראל** פד מ (3) 673; ע"א 3108/91 **רייבי נ' וייגל** פד מ"ז (2) 497, 509; ר"ע 1412/94 **הסתדרות מדיצינית הדסה נ' עפרה גלעד** ואח' פ"ד מט (2) 516, 526).

סעיף 13 לחוק זכויות החולה תשנ"ו 1996, מחייב קבלת הסכמה מודעת לכל טיפול רפואי. החוק מגדיר מיהו מטפל, מיהו מטופל, מהו טיפול רפואי, את כשרות המטופל, את מטרת מסירת המידע, את היקף המידע שיש למסור למטופל, את מועד מסירת המידע וכן את תוצאות אי מסירת המידע.

nevo.co.il

על ניתוח סעיף 13, **ר' פרופ' א. כרמי "הסכמה לטיפול רפואי"** "רפואה ומשפט", גיליון מספר 16, אפריל 1992 עמ' 7. לדעתנו, חובת הגילוי של הרופא וקבלת הסכמה מודעת מצד המטופל היו קיימים כאמור לפני חוק זכויות החולה, הן מכוח חוק יסוד: זכות האדם וחירותו והן מכוח ההלכה הפסוקה (ע"א 3108/91 **רייבי נ' דר' וייגל** פד מז (2) 497, ע"א 568/93 **קופת חולים נ' פנינה ידיד** (טרם פורסם).

הטיפול הרפואי בהסכמה של המטופל מעוגן בדוקטרינה של "הסכמה מדעת" (Informed Concent) המיועדת לקדם את הזכות להגדרה עצמית ולאוטונומיה של היחיד. דהיינו להבטיח שהמטופל יהיה אדון לגורלו, לחייו ולבריאותו ולכל מה שנעשה בגופו כשחופש הבחירה משולב באחריות אישית לתוצאות הבחירה. עקרון זה אומץ בחוק זכויות החולה תשמ"ו- 1996 (להלן: חוק זכויות החולה) בסעיפים 3, 13, 14, 15 שבחוק.

לעקרון דלעיל יש חריגים, כגון טיפול רפואי חיוני בנסיבות שבהן לא ניתן לקבל את הסכמת החולה או קרוב משפחתו. ההסכמה לטיפול יכולה להיות גם במשתמע, לאור מכלול נסיבות המקרה (ר' סעיפים 13 ו-14 לחוק זכויות החולה).

ביצוע טיפול רפואי שלא בהסכמת החולה מהווה תקיפה, עוולה נזיקית לפי סע' 23 (א) לפקודת הנזיקין ובנסיבות מסוימות גם רשלנות. וכן עוולה נזיקית לפי סע' 35 - 36 לפקודת הנזיקין. בנוסף, הוא יכול להוליד תוצאות משפטיות אחרות כגון הפרת חובה חקוקה שהיא עוולה לפי סע' 63 לפק' הנזיקין, הפרת הסכם לפי חוקי החוזים ובמישור המשפט הפלילי לפי חוק העונשין ואף הפרת משמעת מצד המטפל.

הסכמה לטיפול רפואי אינה מצטמצמת להסכמה במובן המופשט של המילה. עד לאחרונה הייתה מחלוקת בדין הישראלי, עד היכן משתרעת ההסכמה הנדרשת (ר' למשל הדיון המקיף בע"א 3108/91 **יריבי נ' דר' וייגל** פ"ד מז (2) 497). אך עם חקיקת חוק זכויות החולה התשנ"ו-1996 נקבע בסע' 13 לחוק כי לא יינתן טיפול רפואי למטופל, אלא אם כן המטופל נתן לכך הסכמה מדעת. לשם הסכמה מדעת, ימסור המטפל למטופל מידע רפואי הדרוש לו באורח סביר, כדי לאפשר למטופל להחליט אם להסכים לטיפול המוצע. "המידע הרפואי" הוגדר בהרחבה כדלקמן:

1. האבחנה (הדיאגנוזה), התחזית (הפרוגנוזה) של מצבו הרפואי של המטופל - משמע, על הרופא לתאר בפני המטופל את אבחנת המחלה שלו ותיאור המהלך הרפואי הצפוי וכן את:

2. תאור המהות (בדיקה, הקרנה, ניתוח וכד'), ההליך, המטרה, התועלת הצפויה והסיכויים של הטיפול המוצע וכן את-

3. הסיכונים הכרוכים בטיפול המוצע, לרבות תופעות לוואי, כאב ואי נוחות, העלולים להתלוות לטיפול.

4. הסיכויים והסיכונים של טיפולים רפואיים או של העדר טיפול רפואי וכן את-

5. עובדת היות הטיפול בעל אופי חדשני.

החוק קובע כי הרופא המטפל ימסור למטופל את המידע הרפואי בשלב מוקדם ככל האפשר ובאופן שיאפשר למטופל מידה מרבית של הבנת מידע, לשם קבלת החלטה בדרך של בחירה מרצון ואי-תלות.

ההסכמה מדעת, יכול שתינתן בכתב, בעל פה, או בדרך של התנהגות. יש סוגים של טיפולים רפואיים כגון, ניתוחים, צנתורים, דיאליזה, טיפול רדיותרפי, הפריה חוץ גופית וכימותרפיה, המחייבים הסכמה במסמך בכתב, שיכלול גם את תמצית ההסבר שניתן למטופל (סע' 14 (ב) לחוק זכויות החולה), ואם נמנע מהמטופל לחתום על כתב ההסכמה (13), אזי תינתן ההסכמה בפני שני עדים שיחתמו.

בת.א. (ת"א) 342/90 **עזבון המנוחה קרן (און) תמי ז"ל ואח' נ' קופ"ח של ההסתדרות הכללית** טענו התובעים כי הנתבעת התרשלה מקום שלא ניסתה לשכנע את המנוחה אשר סירבה לבצע בדיקת ביופסיה.

בית המשפט (כב' השופטת דר' ד. פלפל) בחן את גילוין המחלה ורישומים אחרים של רופאים אליהם הופנתה המנוחה ומצא בהם ראייה אובייקטיבית ממנה ניתן ללמוד כי המנוחה הייתה אישה שאהבה את החיים, שבריאותה הייתה חשובה לה והיא הייתה עקבית ברצונה להירפא מכאבים. לכן לא סביר שהמנוחה סירבה במודע לבצע את בדיקת הביופסיה, אלא סביר יותר שתשומת ליבה לא הופנתה לכך שמדובר בבדיקה שיכולה לתת תשובה לכאביה כתוצאה מחוסר הסבר נאות ואי גילוי הקשר הסיבתי בין הבדיקה לבין כאביה.

שתי גישות יסוד מתייחסות להיקף ואופי הגלוי הנדרש מן הרופא, האחת מדגישה את המידע שלדעת המטפל דרוש למטופל לצורך קבלת ההחלטה (מבחן הרופא הסביר). השנייה מדגישה את צורכי המידע של החולה וכוללת מידע הנדרש ע"י המטופל, אף שאינו חשוב או רלבנטי לדעת המטפל (מבחן החולה הסביר).

מבחן החולה הסביר אומץ בחוק זכויות החולה תשנ"ו1996, אך עוד לפני כן הוכר בפסיקת בתי המשפט. בע"א 3108/91 **נועם רייבי נ' דר' וייגל** פ"ד מז (2) 497, נקבע כי במשפט הישראלי לא אומץ הכלל הנותן מעמד בכורה לקיום פראקטיקה רפואית מוכחת אלא עוצב סטנדרד הגילוי הנדרש

nevo.co.il

מרופא, תוך התחשבות בראש ובראשונה בזכות היסוד של הפרט לאוטונומיה וכי יש לגלות לחולה את כל הסיכונים אשר אדם סביר היה מייחס להם חשיבות בהחלטתו להסכים לביצוע הטיפול.

חובת הרופא להשגת המידע הרלבנטי:

בתי המשפט הלכו כברת דרך בהגדרת חובת הגילוי של הרופא, ופסקו כי לא די בכך שרופא ימסור לחולה את המידע שבידיו, אלא שבנסיבות מסוימות ראוי שרופא ישיג את המידע נשוא הטיפול הרפואי, יתייעץ עם מומחים ממנו וימסור למטופל מידע שלם ומקיף אודות הטיפול הרפואי.

קביעה דומה קבע בית המשפט המחוזי בירושלים (כב' השופט ע. קמא) בת.א 697/94 **רחל רזון ואח' נ' הסתדרות רפואית הדסה** (טרם פורסם):

"מי שמכריע גורלות חייב להכריע על בסיס המידע המלא, הרחב והטוב ביותר האפשרי. רופא המקבל על עצמו טיפול באדם - אם בייעוץ, אם בעריכת בדיקות, מעקבים רפואיים וכיוצא באלה - רואים אותו כמי שמציג בפני הפציינט מצג מכללא, לפיו הוא בעל הכישורים המתאימים, הידע והיכולת להבין, לטפל ולנהל את המעקב והטיפול הרפואי הדרוש לבעיה הרפואית המוצגת לפניו, וכי הוא יפעיל מידה של אחריות סבירה, שבה היה נוהג רופא סביר בנסיבות דומות".

בדילמה הרפואית שבפניה ניצב רופא, הנוגעת לא רק לתחום התמחותו אלא גם למומחיות בתחום ובמעגל מומחיות מרוחק יותר, חייב הרופא להתייעץ, ולבחון את כל המידע המצוי בספרות אודות הנושא, לערוך בדיקות למחלה הספציפית שהתגלתה ולהתייעץ עם מומחים נוספים.

אבחנה בין סוגי טיפולים רפואיים:

כשמדובר בטיפול רפואי החיוני לבריאותו של המטופל, ניתן להבין את הגישה לפיה ההחלטה אילו סיכונים יש לחשוף בפני המטופל צריכה להתבצע ע"י הרופא, כחלק מיחסי האמון שבינו לבין המטופל, בשל היותה קלינית במהותה. אולם, מה לגבי מצבים שבהם זקוק המטופל לייעוץ לגבי טיפולים אלקטיביים, והאופציות הכרוכות בהם, כמו במקרה של טיפול רפואי מתוכנן כגון ניתוח פלסטי קוסמטי, שאינו חיוני לבריאות?

שאלת מתן טיפול רפואי למטופל, בהעדר הסכמה נאותה, והיישום של עוולת התקיפה, או עוולת הרשלנות במקרים של טיפול רפואי ללא גילוי נאות של המידע לגבי הסיכונים הכרוכים בטיפול והחלופות הטיפוליות, עברה שינויים בשנים האחרונות, כאשר בתחילה בחנו בתי המשפט את חוסר ההסבר במסגרת עוולת התקיפה. אולם לאחרונה בעקבות הרחבת חובת הגילוי מחד, וביסוס הזכות להגדרה עצמית והאוטונומיה של החולה עברה השאלה שבדיון לתוך מסגרת עוולת הרשלנות.

להלן מספר דוגמאות:

בע"א 81/66: 67/66 **בר חי נ' שטיינר** פד כ (3) 230, נדון ערעורם של רופאים לגבי חיובם בעוולת התקיפה, לאחר שנקבע כי ניתחו קטינה, מבלי שיבקשו הסכמת האפוטרופוס שלה. בערעור נקבע (מפי כב' השופט בנימין כהן), כי משנשאל רופא למשמעות טיפול רפואי, הוא חייב בדרך כלל, ליתן הסבר על הסיכונים והסיכויים העיקריים הכרוכים בו. בדיון הנוסף שהתקיים באותו עניין, ד"נ 25/66 **שטיינר נ' בר חי**, פ"ד כ (4) 327, 330 הסביר כב' השופט לנדוי (כתארו אז):

"נכון הדבר שהבעיה, באיזו מידה חייב הרופא חובת גילוי עובדות וגילוי לב לחולה העומד בפני ניתוח, הנה מסובכת למדי. אולם, משום כך דווקא אין זה רצוי לקבוע בה מסמרות מראש, בצורת הלכות כלליות. לפי שיטת המשפט שלנו בתי המשפט אינם עוסקים בפסיקת הלכות לשמן, והלכת בתי המשפט יונקת את חיותה מן העובדות של המקרה שנדון, ולעולם יש לראותה על רקע אותן עובדות".

במקרה שנדון שם, נשאל הרופא על מידת הסיכון שבניתוח והשיב כי אין סיכון כזה, מבלי שגילה לאם הקטינה, כי ב-20% ממקרים דומים בהם טיפל, ארע הנזק שנגרם באותו מקרה. לפיכך, ההלכה שנקבעה בע"א 67/66: 81/66 הנ"ל היא, כי רופא שנשאל מפורשות לגבי מידת הסיכון הכרוכה בטיפול רפואי, ואינו מגלה סיכון זה, יש לראות בניתוח שביצע בחולה עוולת תקיפה.

בע"א 560/84 **נחמן נ' קופת חולים** פ"ד מ (2) 384, נדון עניינו של חולה, אשר טען כי בטרם בוצעה בו בדיקה רפואית, הרופאים לא הסבירו לו את הסיכונים הכרוכים באותה בדיקה. התובע סמך שם את תביעתו על עילת התקיפה. נקבע, כי מבחינה עובדתית, הוסברו לחולה המהות, המטרה והסיכונים הכרוכים בבדיקה והחולה הסכים לביצועה, באופן שלא עלתה לדיון שאלת יישום אף אחד מהמבחנים הנזכרים.

בע"א 323/89 **פכרי קוהרי נ' מדינת ישראל** פ"ד מה (2) 142, התעוררה, בין היתר, השאלה האם הסכמת המערערת מס' 1 לניתוח שבוצע בה נתקבלה כדין, לאחר שהובהר לה טיבו של הניתוח והסיכונים הכרוכים בו. כב' השופט דב לוין, שייצג את דעת הרוב, בהתייחסו לכך, קבע בין היתר בעמ' 171 לפסק הדין:

nevo.co.il

במתן ההסבר הנ"ל יתאים עצמו הרופא לנסיבות המיוחדות של המטופל, בשים לב לנתונים הבאים:

אישיותו של המטופל, יכולתו השכלית להבין את ההסבר. ידיעותיו, ויחסו של המטופל לטיפול המוצע מבחינה רגשית.

מתן הסבר מורכב או מופשט - בהתאם ליכולתו של המטופל להבין את הדברים הנאמרים.

אופי הטיפול והשפעתו על החלטת המטופל, לרבות האפשרות שגילוי מלוא הסיכונים של הטיפול או תוצאותיו עלול להשפיע לשלילה על מצבו של המטופל.

תיאור היקף הטיפול ביחס למהותו (ככל שהסיכון של תוצאות הטיפול גדול יותר, דרוש הסבר מקיף יותר, ולהיפך).

טיפול רפואי ללא הסכמה

לעקרון ההסכמה מדעת יש חריגים כגון טיפול רפואי דחוף שמטרתו הצלת חיים, או טיפול רפואי חיוני בנסיבות בהן לא ניתן לקבל את הסכמת החולה או הסכמת קרוב משפחתו.

במצב חירום כשלא ניתן לקבל את הסכמת החולה או הסכמת הממונים עליו רשאי הרופא להעדיף את האינטרס של הצלת חיי החולה ולבצע את הטיפול הרפואי לאלתר. ועל כך נאמר בפסק הדין בע"א 322/63 **עשירה קטינה על ידי הוריה ואח' נ' מ"י** פ"ד יח (2) 449 בעמ' 450:

"כאשר הנסיבות מאפשרות להשיג את ההסכמה של החולה, או של האדם הממונה על פיקוחו, לטפל בגופו, מעדיף החוק את האינטרס של החולה. לעומת זאת כאשר נשקפת סכנה מיידית לחייו, או לבריאותו, ולא ניתן להשיג עקב גורמי הזמן, המרחק, מצבו של החולה, או כיוצא בגורמים מעשיים אלה, את ההסכמה האמורה, אז מעדיף החוק את האינטרס שיש לציבור להצלת חיי אדם או במניעת נזק לבריאותו".

בית המשפט פסק כי הוא מוסמך לתת בדיעבד את הרשות שסירבו ההורים לתיתה, אחרי שבוצע הניתוח והקטין הוצל ממות.

משמע, כי במקרים בהם המטופל אינו מסוגל לתת הסכמה (בהיותו קטין) אך קיים אדם אחר המסרב לטיפול במקומו (הורה), ניתן לפנות לביהמ"ש. ואז - בהתקיים התנאים הבאים יכול הרופא לפעול לאלתר:

(1) גורם הזמן מונע מהרופא המטפל לפנות לביהמ"ש,

(2) מדובר במצב חירום בו נשקפת סכנה מיידית לחייו או בריאותו של התובע,

(3) סירוב הנוגעים בדבר איננו סביר.

שאלת מתן הטיפול הרפואי ללא הסכמה נדונה בהרחבה בע"פ 480/85 **קורטהם נ' מ"י** פ"ד מ' (3) 673. ביהמ"ש אימץ את החריגים בפסיקה האנגלית-אמריקאית לעיקרון בדבר זכותו של אדם שלא ינותח שלא בהסכמתו, ביניהם החריג הרלבנטי לענייננו הוא הסיטואציה בה חיי ילד קטן ניתנים להצלה אך ורק באמצעות ניתוח, וההורים מסרבים להסכים לכך, ללא כל נימוק סביר.

בפסיקתו הבחין ביהמ"ש בין ניתוחים העלולים להשפיע בצורה חמורה ומשמעותית על אורח חייו ועל איכות חייו של המנותח מההיבט הגופני, ושלגביהם יש להשאיר את ההכרעה בידי החולה, לבין ניתוחים אשר אינם נושאים בחובם סיכונים והשלכות לגבי מצבו הפיסי של החולה בעתיד, ושביחס אליהם יש להשאיר, בדרך כלל, בידי הרופא את הסמכות לפעול על פי יוזמתו, אף ללא הסכמת הפציינט (ר' דברי כב' השופט בך).

ביהמ"ש קבע כי כאשר אדם נתון בסכנת מוות מיידית או שצפוי נזק חמור ודאי לבריאותו, מותר לבצע ניתוח או התערבות אחרת בגופו, אף שלא בהסכמתו, ואף מחויב הוא כאשר מההתערבות עצמה לא נשקף סיכון מיוחד מעבר למקובל מניתוח או התערבות מאותו סוג, וכאשר אין קיים חשש לנכות מהותית (דברי כב' השופט בייסקי).

תמיכה לעמדתו של השופט בייסקי דלעיל מצאנו בדברי המשנה לנשיא כב' השופט אילון בע"א 506/88 **יעל שפר (קטינה) נ' מ"י** פ"ד מח (1) 87 בעמ' 170:

"כיום הזה, עם חקיקת חוקי היסוד: כבוד האדם וחירותו, וקביעת העיקרון בדבר עיגון ערכיה של מדינת ישראל כמדינה יהודית ודמוקרטית, דומה שבדבריו האמורים של השופט בייסקי עולים הם בקנה עם הוראותיו ותוכנו של חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו. <u>השמירה על חייו של אדם, גופו וכבודו מטרתה לעגן במערכת משפטה של מדינת ישראל את ערכיה של מדינה יהודית ודמוקרטית.</u> שומה עלינו אפוא ליצור סינתזה ראויה ונכונה בין ערכיה של מדינה יהודית ודמוקרטית, ומן הראוי ומן הנכון שההכרעה על פי ערכיה של מדינה יהודית תשמש לא רק למען חיזוקם של החריגים שבתפיסה האנגלית והאמריקנית, אלא לשם קביעת תפיסה מקורית של מערכת משפטנו"

על דברים ברוח זו ניתן ללמוד גם מן הניסוח של מספר חיקוקים אשר מגמתם לאפשר, במקרים מסוימים, טיפול רפואי ללא הסכמה של המטופל:

סע' 24 (8) בפקודת הנזיקין (נוסח חדש) התשמ"ד 1984

nevo.co.il

קובע כי בתובענה על תקיפה תהא הגנה לנתבע אם "**עשה בתום לב מעשה שהיה לו יסוד להניח שהוא לטובת התובע, אלא שלפני שעשהו לא היה בידו לקבל את הסכמת התובע, משפני שבנסיבות ההן לא היה בידי התובע לציין את הסכמתו או שהאדם הממונה עליו כדין לא היה בידו להסכים מטעמו, ולנתבע היה יסוד להניח כי טובת התובע מחייבת שלא לדחות את המעשה**".

הגנה זו תהא לנתבע רק במצבים שבהם לא הייתה לרופא המטפל האפשרות לקבל את הסכמת התובע (ר' **עשירה גרטי** הנ"ל, ע"א 322/63).

סע' 4 לחוק **ההגנה על חוסים** מתיר לביהמ"ש לכפות טיפול רפואי במקרים בהם החוסה או האחראי עליו מסרבים לקבל את הטיפול, והטיפול מוצדק. החוק מגדיר חוסה כחוסה - מי שלא מלאו לו 14 שנה.

סע' 20 א **לחוק השיפוט הצבאי תשט"ו 1955** מתיר מתן טיפול רפואי גם בעל כורחו של חייל באישורם של שני רופאים בכתב כי הטיפול נדרש להצלת חייו של החייל או כדי למנוע החרפת מחלתו או למנוע נזק בלתי הפיך לבריאותו או כדי לחסנו מפני מחלה.

החוק קובע כי רואים בטיפול זה כאילו ניתן בהסכמת החייל. (ר' גם סע' 9 לתקנות בריאות העם (טופסי הסכמה) התשמ"ד 1984).

קובע סע' 15 לחוק זכויות החולה כי: "**בנסיבות של מצב חירום רפואי רשאי מטפל לתת טיפול רפואי דחוף גם ללא הסכמתו מדעת של המטופל, אם בשל נסיבות החירום, לרבות מצבו הגופני או הנפשי של המטופל, לא ניתן לקבל את הסכמתו מדעת; טיפול רפואי המנוי בתוספת יינתן בהסכמת שלושה רופאים, אלא אם כן מסיבות החירום אינן מאפשרות זאת**" -

סע' 2 לחוק מגדיר מצב חירום רפואי כ-"**נסיבות שבהן אדם מצוי בסכנה מיידית לחייו או קיימת סכנה מיידית כי תגרם לאדם נכות חמורה בלתי הפיכה, אם לא יינתן טיפול רפואי דחוף**".

מהוראות אלה ומהפסיקה לעיל ניתן להסיק כי זכותו של החולה לסרב לטיפול הרפואי איננה מוחלטת, והיא נדחית במקרים מסוימים. מסכם בית המשפט בהמ"פ (ב"ש) 1030/95 **ישראל גלעד נ' מרכז רפואי סורוקה** בהתייחסו לפס"ד יעל שפר הנ"ל:

"**הזכות לסרב לטיפול רפואי היא על כן זכות יחסית. היא עשויה לסגת מפני האינטרס של שמירה על חיי אדם, בהגנה על מקצוע הרפואה והאינטרס בהגנה על צדדים שלישיים תמימים התלויים בחולה:**

ע"א 506/88 **יעל שפר נ' מ"י**, פ"ד (1) 87 מפי כבוד המשנה לנשיא מ' אילון.

בבואו לאזן בין הערכים המתחרים, ישקול בית המשפט את מידת הפלישה, לגופו של החולה, הדרושה לשם הטיפול הרפואי, ואת הסיכוי להצלחת הטיפול. כן ישקול בית המשפט את הסבל והיסורים שיגרמו לחולה בעטיו של הטיפול הרפואי ואת הסיכון הכרוך בטיפול הרפואי)שם בעמ' 150)".

בית המשפט סקר את שיקוליו של בית המשפט האמריקאי בבואו להכריע בפרשות בהן סירב החולה לקבל את הטיפול הרפואי והבחין בין טיפול כימותרפי או קטיעה, בהם אין לכפות על החולה את הטיפול הרפואי, לבין חיסון נגד מחלה מדבקת, עירוי דם שהם טיפולים פשוטים יחסית וניתן לכפות טיפול רפואי על החולה בניגוד לרצונו.

הסווג המשפטי של טיפול רפואי ללא הסכמה מדעת

לטיפול רפואי ללא הסכמה מדעת יש השלכות, הן במישור המשפט הפלילי והן במישור המשפט האזרחי.

רוב המקרים בהם קמה למטופל עילה משפטית נגד הרופא המטפל בגין טיפול רפואי שניתן ללא הסכמה מדעת, הם במישור המשפט האזרחי. טיפול ללא הסכמה יכול להיחשב כעוולה נזיקית. משמע, תקיפה רפואית, רשלנות או הפרת חובה חקוקה. ההפרה היא של החובות המוסדרות בחוק זכויות החולה תשנ"ו 1996 בנוסף ניתן לטעון כי בין מטפל (שהוא בדרך כלל שליח של מוסד רפואי) ומטופל, קיימים יחסים חוזיים מכוח חברותו של המטופל בקופת חולים או מכוח פנייתו למוסד רפואי ותשלום עבור הטיפול הרצוי. לפיכך, קבלת הסכמה מדעת לטיפול הרפואי היא רכיב של החוזה בין הצדדים והעדר הסכמה מהווה הפרת הסכם, על כל המשתמע מכך מחוקי החוזים. נעמוד על התוצאות המשפטיות של טיפול רפואי ללא הסכמה מדעת, לפי כל אחת מהפעולות הנ"ל.

העדר הסכמה לטיפול רפואי כעבירה פלילית

nevo.co.il

במישור הפלילי, רק טיפול רפואי שניתן ללא הסכמת המטופל, תוך שניתן לייחס לרופא מחשבה פלילית או כוונה לבצע עבירה פלילית, יכול להביא לאחריות פלילית. סעיף 374 לחוק העונשין תשל"ז 1977 קובע לאמור:

"המכה אדם, נוגע בו, דוחפו או מפעיל על גופו כוח בדרך אחרת, במישרין או בעקיפין, בלא הסכמתו או בהסכמתו שהושגה בתרמית - הרי זו תקיפה. לעניין זה הפעלת כוח - לרבות הפעלת ... כל דבר או חומר אחר, אם הפעיל אותם במידה שיש בהם כדי לגרום נזק או אי-נוחות".

כך למשל בדיקה רפואית אצל אישה מתוך מניעים פסולים וללא כל צורך מבחינה רפואית. לטיפול רפואי כזה לא ניתנה הסכמה והוא יכול להביא לאחריות פלילית של המטפל.

בת.פ. 470/92 **מדינת ישראל נ' אליהו פלח** פס"מ תשנ"ד (2) 265 הואשם הנאשם, פסיכולוג במקצועו, במעשים מגונים במטופלות, תוך ניצול מעמדו המקצועי. נטען בין היתר כי הנאשם ליטף, נישק ונגע באברי מינן של המטופלות ואף קיים מגע מיני אוראלי עם אחת המטופלות.

להגנתו טען הנאשם כי המגעים שימשו חלק מן הטיפול הפסיכולוגי, לו העניק למטופלות "טיפול" אשר המטופלות הסכימו לו.

ביהמ"ש המחוזי ואחריו ביהמ"ש העליון, לא קיבלו את טענות הנאשם וביהמ"ש הרשיע אותו בין היתר בעבירה על סע' 374 ו- 354 (א)(2) לחוק העונשין הנ"ל.

בת.פ. (פ"ת) 1045/86 **מדינת ישראל נ' דר' יוסים** (לא פורסם) הורשע רופא על עבירה על פי חוק האנטומיה והפתלוגיה תשי"ג 1953 מקום שנטל איברים מגופו של נפטר לצורך השתלה ללא קבלת הסכמת קרובי הנפטר.

העדר קבלת הסכמה לטיפול רפואי כעבירת משמעת

חוק זכויות החולה קובע בסע' 29 שאינו בא לגרוע מכל הוראת דין אחר. סע' 41 לפקודת הרופאים (נוסח חדש) תשל"ז 1976 קובע כעבירת משמעת, התנהגות בלתי הולמת רופא, וסע' 33 לחוק זכויות החולה קובע כי לסע' 41 יתווסף סעיף נוסף:

"(7) הפר הוראה מהוראות חוק זכויות החולה התשנ"ו"

מכאן, שאם ניתן טיפול רפואי על ידי רופא, בהעדר הסכמה, תהא זו התנהגות בלתי הולמת, המהווה עבירת משמעת שבעטייה יכול שר הבריאות להעמיד רופא לדין משמעתי.

למיטב ידיעתנו, עד כה לא הועמד רופא לדין בשל הפרת כלל 28 לכללי האתיקה של ההסתדרות הרפואית, אשר קובע כי תנאי לטיפול רפואי הוא הסכמתו המודעת של החולה לטיפול.

באנגליה התעוררה לאחרונה מחלוקת בקהילה הרפואית, בעקבות השעייתם של שני רופאים מנתחי לב שהמשיכו לנתח תרף ידיעתם כי שיעור המנותחים שנפטרו תוך כדי הניתוחים שביצעו גבוה באופן בלתי סביר. המועצה הרפואית הכללית, גוף שאחראי בין היתר על רישוי של רופאים בבריטניה, החליט בהחלטה יוצאת דופן ומעוררת מחלוקת להשעות את שני הרופאים הנ"ל באופן חד צדדי.

(The Dark Side Of Medicine BMJ 1998.316 (6/6/98)

העדר הסכמה רפואית כתקיפה (BATTERY)

סע' 23 לפקודת הנזיקין מגדיר את עוולת התקיפה בזו הלשון:

(א) "תקיפה היא שימוש בכוח מכל סוג שהוא, ובמתכוון, נגד גופו של אדם על ידי הכאה, נגיעה, הזזה או בכל דרך אחרת, בין במישרין ובין בעקיפין, שלא בהסכמת האדם או בהסכמתו שהושגה ברמית..."

(ב) שימוש בכוח לעניין סעיף זה - לרבות שימוש בחום, באור, בחשמל, בגז, בריח או בכל דבר או חומר אחר, אם השתמשו בהם במידה שיש בה להזיק".

יסודות העוולה הן לפיכך:

1) שימוש בכוח מכל סוג שהוא נגד גופו של אדם.

2) במתכוון.

3) שלא בהסכמת האדם.

הפגיעה באינטרס המוגן על פי עוולת התקיפה היא עקב שימוש בכוח, שהוא המגע הפיזי עם גופו של הניזוק. לפיכך, ומכיוון שבדרך כלל טיפול רפואי כרוך במגע פיזי בגופו של המטופל, והנגיעה נעשית במתכוון, הרי שעצם המגע הפיזי שלא בהסכמת המטופל, ממלא אחר יסודות עוולת התקיפה, והעדר הסכמה הוא יסוד מיסודות האחריות בעוולת התקיפה.

הסכמה, יכול שתינתן במפורש או במשתמע, לכן, מי שמתיישב על כסא המטופל במרפאת השיניים, מסכים מכללא לטיפול הרפואי ואין צורך במילות הסכמה לזריקת ההרדמה - ההסכמה מובעת בהתנהגות האדם (ת.א. (ת"א) 906/73 **צברי נ' ברונר** פ"מ תשל"ו (ב) 465 473-475).

לעומת זאת, אותה הסכמה לטיפול רפואי, מבלי שהמטופל יודע מה מהותה וטיבה של הנגיעה, איננה הסכמה מספקת לצורך תקיפה. לפיכך, הסכמת מטופל לניתוח מבלי שהוא

nevo.co.il

יודע באיזה ניתוח מדובר, אינה הסכמה תקפה. והשאלה, מה היקף המידע שעל הרופא להמציא למטופל כדי שהסכמתו תהא תקפה, טעונה תשובה.

התשובה לשאלה זו מגולמת בבחינת הסיכונים הכרוכים שבטיפול הרפואי נשוא ההסכמה הנדרשת. ככל שהסיכון גדול יותר, כך יגדל המידע שיש לתת בדבר טיב הטיפול, הסיכויים והסיכונים הטמונים בו ומבחינת הפגיעה אשר ביצועו עשוי להסב לכבודו של המטופל ולצינעת הפרט שלו (השווה ע"א 3108/91 **נועם רייבי נ' דר' וייגל ואח'** פ"ד מז (2) 497).

בפ"ד **רייבי נ' וייגל** הנ"ל נקבע כי ככל שהדברים נוגעים לדרישה כי עובר לביצועו של מהלך טיפול רפואי תינתן לכך הסכמה של החולה, יש לגלות לחולה את כל הסיכונים אשר אדם סביר היה מייחס להם חשיבות בהחלטתו להסכים לביצוע הטיפול. באימוץ אמת מידה זו נדחתה אמת המידה הרווחת במשפט האנגלי, שבה ניתן משקל מכריע לפרקטיקה הרפואית המקובלת ותחתיה הועמדו במרכז האינטרסים של הפרט המקבל את הטיפול. בית המשפט הוסיף וקבע כי לצורך עוולת התקיפה, אין צורך בהוכחת קשר סיבתי בין הליקוי במידע שנמסר ובין קיום ההסכמה, ועם זכות החולה לשליטה על גופו. זאת - להבדיל מעוולת הרשלנות שיסוד הקשר הסיבתי הוא תנאי לקיומה של התרשלות.

הדין (סע' 24 (8) לפקודת הנזיקין (נוסח חדש), קובע הגנה טובה למעשה תקיפה, אם זו נעשתה בתום לב, תוך שלתוקף (המטפל בענייננו) היה יסוד להניח שהוא לטובת התובע, אלא שלפני שנעשה המעשה לא היה בידי התובע לציין את הסכמתו או שהאדם הממונה לא הסכים ולנתבע היה יסוד להניח כי טובת התובע מחייבת שלא לדחות את המעשה (כגון: סכנה הנשקפת לחולה אם תתעכב מסירת המידע המלא וקבלת ההסכמה).

העדר הסכמה מדעת כהתרשלות

בקביעת האחריות האזרחית בעוולת הרשלנות לפי פקודת הנזיקין, בוחנים קיומם של כמה יסודות:

1. האם המזיק חב חובת זהירות לניזוק
2. האם הופרה אותה חובת זהירות
3. האם נגרם נזק
4. האם הפרת החובה היא שגרמה לנזק (קשר סיבתי)

כפי שהראינו לעיל, על המטפל לגלות למטופל כל מידע בדבר מצבו הרפואי, בדבר הסיכויים והסיכונים הכרוכים בטיפול המוצע וחלופות טיפוליות, לרבות האפשרות של אי מתן טיפול כלשהו הדרוש לצורך הסכמתו.

היקף המידע ואופן מסירתו ייקבעו לפי מבחן "החולה הסביר", כלומר מהו המידע שעשוי היה להשפיע על החלטתו של אדם סביר במצבו של המטופל אם לעבור את הטיפול הרפואי.

פרופ' שפירא, במאמרו "הסכמה מדעת לטיפול רפואי - הדין המצוי והרצוי" סבור שניתן ליישם את מבחן "החולה הסביר" על הגדרת חובת הזהירות בסע' 36 לפקודת הנזיקין משהוכיח המטופל קיום חובת גילוי מידע והפרתה על ידי המטפל, יהיה עליו להצביע על הנזק שנגרם לו). פרופ' שפירא מציע שאם הרופא לא גילה את אוזנו של החולה בדבר סיכון ממשי הטמון בטיפול רפואי מוצע והסיכון התממש, הרי שבכך התקיים הקשר הסיבתי בין אי הגילוי והנזק שנגרם לתובע. בהוכחת התממשות הסיכון, יצא התובע ידי חובתו להוכיח גרם נזק.

נראה לנו שבית המשפט העליון בע"א 434/94 **ברמן וגל נ' מור המכון למידע רפואי בע"מ** נתן גושפנקא להחלת מבחן "החולה הסביר" והעדפתו על פני "הרופא הסביר".

העדר הסכמה מדעת לטיפול רפואי כהפרת חובה חקוקה

בע"א 434/94 **ברמן וגל נ' מור המכון למידע רפואי בע"מ**, קובעת כב' השופטת ד. דורנר, כי הפרת חובת הגילוי של הרופא ואי קבלת הסכמה מדעת לטיפול רפואי, מבססת את יסודות העוולה של הפרת חובה חקוקה, כמשמעותה בסע' 63 לפקודת הנזיקין (נוסח חדש).

תובע המבקש להוכיח עוולה של הפרת חובה חקוקה, בכך שלא נתן "הסכמה מדעת" על פי חוק זכויות החולה, חייב להראות שעמד בחמישה יסודות:

1. החובה מוטלת על המזיק מכוח חיקוק (בענייננו חוק זכויות החולה תשנ"ו 1996).
2. החיקוק נועד לטובתו של הניזוק (יסוד זה נקבע במפורש בסע' 13(א) לחוק הקובע כי לא יינתן טיפול רפואי למטופל אלא אם נתן לכך המטופל הסכמה מדעת לטיפול).
3. המזיק הפר את החובה המוטלת עליו (בעניין זה די להוכיח שהייתה הפרה של אחת החובות הקבועות בחוק ולא צריך להוכיח הפרה של חובת זהירות).
4. ההפרה גרמה לניזוק נזק (קשר סיבתי כמו ברשלנות).
5. הנזק הוא מסוג הנזק אליו נתכוון החיקוק (מטרת החוק

nevo.co.il

היא להגן על זכויות החולה, ודומה שעצם הפרת החובה יש בה כדי לגרום נזק). לדעתנו שונה העוולה של הפרת חובה חקיקה מעוולת התקיפה, בכך שהיא מחייבת את יסוד הנזק, אך הנזק שעל הניזוק להוכיח הוא לא זה הנדרש בעוולת הרשלנות.

השווה: ע"א 145/80 **ועקנין נ' המועצה המקומית בית שמש**, פ"ד לז (1) 113, 138, ע. בר שירה "הפרת חובה חקוקה - דיני הנזיקין, העוולות השונות" (המכון למחקר, חקיקה ולמשפט השוואתי, מכון הרי סאקר, ג. טדסקי עורך. תשל"ט 1979, עמ' 40).

סעיף 63 לפקודת הנזיקין (נוסח חדש) קובע כי מפר חובה חקוקה הוא מי שאינו מקיים חובה המוטלת עליו לפי כל חיקוק, למעט פקודה זו. דהיינו, פקודת הנזיקין. האם קיומן של עוולות הרשלנות והתקיפה כמקנות תרופה לפי פק' הנזיקין, האם קיומן שולל את זכות התובע לתבוע על פי עוולה של הפרת חובה חקוקה, מקום שהופרו זכויות המטופל לפי חוק זכויות החולה?

בע"א 558/84 **כרמלי נ' מדינת ישראל** פ"ד מא (3) 757, אושפז חולה נפש בעל כורחו לתקופה העולה על 5 ימים. חוק הטיפול בחולי נפש מחייב אישור של הפסיכיאטר המחוזי. האישור לא ניתן. התובעת השתיתה תביעה בעוולה של כליאת שווא כדי לתת תרופה (על אף שיסודותיה במקרה זה לא התקיימו). אין לחייב בהפרת חובה חקוקה. ביהמ"ש העליון לא קיבל טענה זו וקבע שניתן לתבוע בהפרת חובה חקוקה, ואירוע עובדתי מסוים עשוי לקיים את יסודותיהן של מספר עוולות. האירוע במקרה זה עונה על יסודות עוולת כליאת שווא והפרת חובה חקוקה גם יחד. האירוע שנלכד תחילה ברשתותיהן של שתי העוולות גם יחד, נשמט מרשתה של עוולת כליאת שווא בגין ההפרה האמורה, ונותרה רק העוולה בגין הפרת חובה חקוקה. לעניין זה, אין נפקא מינה אם לא ניתן לתבוע בגין כליאת שווא עקב צמצום יסודות העוולה או עקב קיום הגנה ספציפית בפקודת הנזיקין.

תנאי לחיוב על פי עוולת הרשלנות הוא קיומו של קשר סיבתי בין הפרת החובה והנזק. דהיינו, הקשר הסיבתי צריך שיהיה עובדתי - במסגרתו בוחנים האם אלמלא הפרת החובה לא היה מתרחש הנזק וצריך שיהיה קשר סיבתי עובדתי. במסגרת בחינה זו בודקים על פי מבחן הסיכון אם התוצאה המזיקה נופלת לתוך אותו מתחם של סיכון, כי אז מתקיים הקשר הסיבתי המשפטי .

השאלה מהו הנזק הנגרם למטופל אם הופרה כלפיו חובת "ההסכמה מדעת" הקבועה בחוק זכויות החולה. שאלה דומה נשאלת לעניין הרשלנות ודומה כי כיום אין עוד מחלוקת כי גם אם לא התרחש נזק פיזי מוחשי, די בעצם הפגיעה בכבודו של המטופל, בנוחותו, באוטונומיה שלו ובשלמות נפשו כדי לגרום לנזק.

בע"א 243/83 **עירית ירושלים נ' גורדון** פ"ד לט (1) 113, קובע הנשיא ברק (בעמ' 142):

"כשלעצמי, איני רואה כל יסוד רציונלי להבחין בין נזק לא רכושי הכרוך בנזק רכושי, לבין נזק לא רכושי העומד בפני עצמו. מדוע אקבל פיצוי על פחד שפחדתי, אם הדבר הביא לכאב בבטני, ולא אקבל פיצוי על פחד שפחדתי אם בטני לא כאבה ... יש להכיר בנזק כבר פיצוי. כבודו של אדם, שמו הטוב, ניחוחו ושלמות נפשו חשובים לחיי חברה תקינים וצריכים לקבל הגנה ראויה כמו כל אינטרס רכושי".

לדעתנו, עצם הפרת החובה והפגיעה בעקרון של ה"הסכמה מדעת", גורם לנזק אף אם אינו מוחשי. הנזק הוא בפגיעה באוטונומיה וההגדרה העצמית של המטופל, בזכותו לדעת, במתן האפשרות לבחור בין אופציות טיפוליות שונות, לרבות האפשרות לדעת כי קיימת אפשרות שלא לקבל טיפול כלשהו. זכויות אלה נפגעות כל אימת שהרופא מפר את חובת הגילוי ובכך שולל מהמטופל את עצם האפשרות למתן הסכמה לטיפול המוצע.

טענת הגנה של הרופא להעדר קשר סיבתי יכולה להיות כי אדם סביר במצבו של המטופל היה נותן את הסכמתו לטיפול המוצע, אילו ידע מראש על הסיכון הטמון בו. אם הרופא ישכנע את בית המשפט כי על אף אי-גילוי המידע, היה המטופל מסכים לטיפול, גם אילו ידע מראש על הסיכון הכרוך בו, כי אז יישלל הקשר הסיבתי.

פרופ' א. ברק, בספרו **"פרשנות במשפט"** (כרך שלישי) הוצאת נבו (1994) בעמ' 787 ואילך, סבור כי ניתן למצוא בעוולה של הפרת חובה חקוקה תרופה חיצונית ראויה להפרת זכות האדם המוגנת וזאת בנוסף לעוולת הרשלנות. אין ספק כי העדר קבלת הסכמה מדעת לטיפול רפואי מהווה הפרה של זכות אדם מוגנת בחוקי היסוד. מטרת חוק זכויות החולה להרים את הזכויות בחוק לדרגה של זכות יסוד, ומטרתו להטיל על המטפל חובות אשר נועדו להגן על המטופל, והפרתן מקיימת את יסודותיה של העוולה בדבר הפרת חובה חקוקה. יתרונה של עוולת הפרת חובה חקוקה על עוולת הרשלנות מתבטא בכך שאין היא דורשת "התרשלות" לשם גיבוש אחריות על פיה. מאחר והחובה בחוק זכויות החולה היא חובה מוחלטת (סע' 13 לחוק) הרי שגם האחריות על פי העוולה של הפר חובה חקוקה היא מוחלטת.

בע"א 4384/90 **שמעון ואתורי ואח' נ' בית חולים לניאדו**

nevo.co.il

ואח' (להלן) מציע כב' השופט מצא גישה חדשה לבדיקת שאלת הקשר הסיבתי ככל שמדובר בהפרת חובת הגילוי, לפיה בחינת שאלת הקשר הסיבתי אינה טעונה קביעה על פי מבחני הסיבתיות המקובלים כמבחן "הסיבה המכרעת" ומבחן הצפיות. מבחנים אלה לא מתאימים למקרים בהם ניצב בית המשפט בפני הצורך להעריך באופן היפותטי כיצד היה נוהג חולה פלוני אילו העמידוהו הרופאים מראש על הסיכון והסיכוי הטמונים בטיפול רפואי מסוים. בית המשפט יבחן אם התקיים הקשר הסיבתי בין הפרת חובת הגילוי והנזק)כולו או מקצתו(על פי האומדן השיפוטי. כיצד ניתן היה לצפות התנהגות מחולה סביר. ביהמ"ש העליון החזיר את התיק לביהמ"ש המחוזי לבחינת השאלה האם קודם להחלטת הרופאים שלא להפסיק את ההריון של המנוחה הסבירו רופאי בית החולים למנוחה את מהות והיקף הסיכון הכרוך בדרך זו.

העדר הסכמה מדעת כהפרת חוזה

עד לחקיקת חוק זכויות החולה, היה מקובל שהעדר קבלת סכמת המטופל לטיפול רפואי, עשוי להצמיח עילות תביעה על פי דיני הנזיקין (תקיפה, רשלנות וכו'). נראה לנו כיום, שהגדרת החוק לפיה לא יינתן טיפול רפואי למטופל, אלא אם נתקבלה הסכמה מדעת לטיפול (סע' 13 (א) לחוק), מקימה חובת גילוי מכוח הדין (לפי פקודת הפרשנות דין כולל בין השאר מעשי חקיקה, חקיקה ראשית וחקיקה משנה) ומכאן, שלמטופל קמה עילת תביעה לפי סע' 15 לחוק החוזים (חלק כללי) תשל"ג 1973 הקובע:

"מי שהתקשר בחוזה עקב טעות שהיא תוצאת הטעייה שהטעהו הצד השני או אחר מטעמו, רשאי לבטל את החוזה. לעניין זה: הטעייה - לרבות אי גילוין של עובדות, אשר לפי דין, לפי נוהג או לפי הנסיבות, היה על הצד השני לגלותן".

אמנם, יחסי רופא-מטופל הם יחסים חוזיים מיוחדים, ועל אף החובה של הרופא לגלות עובדות מהותיות למטופל, ואי גילוי יכול בנסיבות העניין להוות הטעייה, הפגם החוזי שבו מדובר לא יביא לביטול החוזה, סנקציה המוקנית על פי סע' 15 לחוק החוזים, אלא עשויה לחייב את המוסד הרפואי בפיצויים בגין הפרת חוזה.

היקף חובותיו החוזיות של הרופא כלפי המטופל, אינו נופל מהיקף החובה הנזיקית. בתי המשפט אמנם נרתעים מלהטיל אחריות בשל הפרת חוזה מצד הרופא או המוסד הרפואי, בשל כשלון בטיפול הרפואי, אך מקום שרופא לא מקבל את הסכמת המטופל לטיפול הרפואי ומפר את חובת הגילוי כלפיו, יש בכך משום הפרת חוזה, בדיוק כשם שמוכר מקרקעין חייב לפעול בתום לב, ולגלות לקונה אודות קיומם של פגמים בנכס הנמכר, אשר יש להם השלכות על התמורה.

כיום מקובל לבחון את האחריות החוזית של המוסד הרפואי כלפי המטופל, אף אם אין תנאי מפורש המחייב את המוסד הרפואי או הרופא בחובת גילוי כלפי המטופל, לפיכך קוראים לחוק החוזה בין הצדדים, תנאי מכללא, דהיינו, תנאי ממנו משתמע כי במערכת היחסים החוזית בין הצדדים, הם התכוונו כי השרות הרפואי יינתן במיומנות ובזהירות סבירה. חובת הזהירות הנדרשת להוכיח את הפרת ההסכם, היא זו שברשלנות וסטייה מרמת הזהירות המקובלת, יכולה להוות בנסיבות מסוימות, גם רשלנות וגם הפרת חוזה.

בין מכלול הזכויות שיש למטופל במערכת היחסים החוזית שלו עם המוסד הרפואי, מצויות גם זכויות יסוד של כבוד האדם ושמירה על האוטונומיה של הרצון הפרטי. מכאן שהעדר הסכמה מדעת של המטופל, ייחשב כהפרת חוזה.

בע"א 3108/91 **נועם רייבי ואח' נ' דר' וייגל** פ"ד מז (2) 497, ניתח ביהמ"ש העליון את מערכת היחסים בין רופא למטופל, כאשר במהלך ניתוח לאיחוי חוליות, החליט הרופא להסיר צלקת עבה ורחבה הדבוקה בין השרירים העוטפים את עמוד השדרה ובמהלך פעולה זו, פגע בעצבים העוברים דרך חוט השדרה ובכך גרם לו עוולת תקיפה.

ביהמ"ש העליון התייחס גם לטופסי ההסכמה עליהם חתם המערער ובהם הסכים "לכל ניתוח או טיפול רפואי אחר או נוסף שהרופא ימצא לנחוץ לבצעו תוך כדי הניתוח". בית המשפט קבע כי יש לפרש מסמך זה באופן המתיישב עם עקרון היסוד בדבר זכות החולה על גופו.

מעקרון זה נגזרת גישה פרשנית זהירה להוראה הנדונה, ואין לפרש את הכתוב כמקנה לרופא כוח לבצע כל טיפול שהוא ימצא לנכון. "**מן הצורך לאזן את שיקול הדעת הרפואי לבין זכויותיו הבסיסיות של החולה נובע כי אין להתיר הרחבת הרצועה מעבר לכך, שכן הדבר יוביל לריקון הדרישה לקבל הסכמתו של החולה לפני ביצוע טיפול בגופו מכל תוכן של ממש ויהפוך את טופס ההסכמה לרשיון בלתי מוגבל לביצוע הפעולה, כל פעולה שהרופא ימצא לנכון לעשות**".

ביהמ"ש קובע למעשה כי חובתו הנזיקית של הרופא אינה מוגבלת מכוח התחייבותו החוזית של המטופל, ועצם החתימה על טופס ההסכמה, שהיא הרשאה לטיפול רפואי, אינה מצמצמת את חובותיו של הרופא להימנע מטיפול רפואי שהמטופל לא הסכים לו במפורש וממילא, באי קבלת הסכמתו

nevo.co.il

המפורשת של המטופל לטיפול הרפואי הספציפי מפר הרופא הן את חובתו החוזית והן את חובתו הנזיקית.

בסופו של חשבון, השאלה היא שאלה של סווג ומיון. נסיבותיו של מקרה מסוים יכולות להוות הן רשלנות או תקיפה עפ"י דיני הנזיקין והן הפרת חוזה המקיים זכות לפיצויים על פי דיני החוזים (השווה: ע"א 231/84 **קופת חולים נ' פאתח** פ"ד מב (3) 312).

מקום שקיימים יחסים חוזיים בין מוסד רפואי למטופל, עשוי המוסד הרפואי להימצא חייב בגין הפרת חוזה אם לא ביצע את הטיפול הרפואי המוסכם במפורש או מכללא. בארה"ב נקבע שהפרת חובת הזהירות של הרופא הנטען בענייננו וכן הפרת חובת הגילוי למסור למטופל את כל הפרטים המהותיים מגיעה לכדי הטעייה ותחשב כהפרת הסכם המזכה את המטופל בפיצויים.

ההסכם בין רופא למטופל מעניק זכויות ומטיל חובות בשורה של מישורים באופן מפורש או במשתמע ממערכת היחסים בין הצדדים. כך למשל מוסכם בין הצדדים כי על הרופא מוטלת חובה חוזית לנהוג כלפי המטופל במיומנות ובזהירות, והמשפט מטיל על הרופא חובות שהצדדים להסכם לא הסכימו עליהן או אפילו לא שקלו אותן במערכת היחסים ביניהם, כגון חובת מתן הטיפול הרפואי לאחר סיום הניתוח, לרבות הפיקוח על מצבו של המטופל עד לשחרורו מהמוסד הרפואי.

השווה ד. פרידמן, נילי כהן, **חוזים** (כרך א') תשנ"א 1991, אבירם הוצאה לאור בע"מ, עמ' 573.

המבחן, בכל מקרה שצריך לחול הוא, לא מה שהצדדים סברו בקשר לתנאי ההסכם מכללא, אלא מה שבית המשפט מפרש לאור נסיבות המקרה.

היחס בין העוולות השונות:

ביחסים שבין מטפל ומטופל חוסר הסבר של המידע הרפואי הדרוש באורח סביר כדי לאפשר למטופל להחליט אם להסכים לטיפול המוצע, יכול להיחשב כתקיפה רפואית, רשלנות או הפרת חובה חקוקה. לפיכך, חשוב להבחין בין המרכיבים של כל אחת מהעוולות, שכן התוצאה לפי כל אחת - שונה, כך גם הפיצויים. מטרת דיני הנזיקין אינה עונשית, אלא השבת המצב לקדמותו. דהיינו, ככל שהפיצוי בא להעמיד את הניזוק במצבו ערב ביצוע העוולה, מטרת המשפט היא להעמיד את הניזוק באותו מצב אלמלא העוולה וזאת, על אף הקושי הקונספטואלי בהחלפת פיצוי כספי בנזק גוף.

בעוולת התקיפה, אין צורך להוכיח את יסוד הנזק, שהוא תנאי מרכזי בעוולת הרשלנות והפרת חובה חקוקה. כמו כן בעוולת התקיפה, אין צורך להוכיח חובת זהירות המזיק כלפי הניזוק. לעומת זאת, יסוד הכוונה אינו דרוש בעוולת הרשלנות.

לאבחנות הנ"ל יש משמעות משפטית, מכיוון שעוולת הרשלנות היא עוולה מורכבת יותר וכך גם ההגנות שלצידה. ההגנה העיקרית בעוולת התקיפה היא שהתקיפה נעשתה בתום לב לטובת הניזוק, והסכמה הייתה ניתנת אילו היה בידי המזיק לקבל את הסכמת הניזוק או הממונה עליו.

בעוולת הרשלנות ההגנות מתמצות בבחינת קיום יסודות העוולה: האם ההתנהגות של המזיק נעשתה במיומנות סבירה לפי הפרקטיקה הרפואית המקובלת, והאם נהג המזיק בזהירות סבירה בביצוע המעשה או המחדל לו מייחסים את העוולה.

הגנות אחרות מתייחסות להתנהגות הניזוק, כגון שהסכים בהתנהגותו לטיפול הרפואי (הסתכנות מרצון) או אשמת התורם הביאה לנזק שנגרם.

שאלת הקשר הסיבתי בין הפרת חובת הזהירות והנזק בעוולת הרשלנות, היא אחת הסוגיות היותר מסובכות. במיוחד בתביעות שעניינן רשלנות רפואית בהעדר יסוד של נזק בעוולת התקיפה, אין צורך להיזקק לשאלת הקשר הסיבתי. (להבחנה בין הקשר הסיבתי הנדרש בתביעה לרשלנות בגין חוסר הסבר והפרה של חובת הגילוי לעומת תביעה רשלנות רפואית רגילה ראה: ע"א 4384/94 ש. **ואטורי נ' בי"ח לניאדו** (טרם פורסם).

מאחר ועוולת התקיפה אינה מחייבת הוכחת נזק, הרי הפיצויים שפסקו בתי המשפט הם לא ממוניים (דהיינו, פיצוי בגין עוגמת נפש וכו'). לעומת זאת, אם הוכחה עוולת הרשלנות, דיני הפיצויים מזכים את הניזוק בנזק ממוני מיוחד שהוצא ע"י הניזוק עד למועד פסק הדין, וכן נזק כללי הכולל נזק ממוני ולא ממוני, דהיינו הפסדי שכר, עזרה בבית, הוצאות רפואיות וכל נזק ממוני מוכח לו יזדקק הניזוק בעתיד. תוצאה זו מתחייבת גם ממורכבות העוולות, ודרישות הדין להוכחת רכיבי כל אחת מהעוולות, כאמור לעיל.

שאלת סיווג של מקרה נתון לעוולת רשלנות, עוולת התקיפה או הפרת חובה חקוקה, כולן יחד והתוצאות המשפטיות של הסיווג האמור, כחלק משלש העוולות הנ"ל, לא לובנה דיה בפסיקת בית המשפט. בחלק מפסקי הדין הייתה התייחסות לנושא ההסכמה מדעת בעיקר במסגרת עוולת התקיפה, ראה:

ת.א. 834/64 **שטיינר נ' ברחי** ס"מ תשל"ו (2) 465.

ע.א. 323/84 **קוהרי נ' מדינת ישראל** פ"ד מה (2) 142.

ע.א. 560/84 **נחמן נ' קופת חולים** פ"ד מ (2) 384.

ע.א. 3108/91 **נועם רייבי נ' דר' וייגל** פ"ד מז (2) 497.

דיון רחב בנושא מצוי במאמר של פרופ' ע. שפירא "**הסכמה**

nevo.co.il

מדעת לטיפול רפואי - הדין המצוי והרצוי" עיוני משפט יד עמ' 255 בעמ' 229-239, שם מגיע המחבר למסקנה כי ניתן לסווג את המקרה גם במסגרת עוולת התקיפה וגם במסגרת עוולת הרשלנות. ר' גם פרופ' קרצמר "**תקיפה וכליאת שווא**", קובץ דיני הנזיקין ועוולת הרשלנות, בעריכת ג. טדסקי, עמ' 17.

לעומת זאת, לאחרונה קיימת נטיה לסווג את חובתו של הרופא לגלות למטופל את הסיכויים והסיכונים בדבר הטיפול הראוי המוצע על ידו וסיכוניו, כנופל במסגרות עוולת הרשלנות:

ע.א. 3108/91 **רייבי נ' דר' וייגל** ואח פ"ד מז (2) 497.

ת.א. (י-ם) 475/99 **אמיאל נ' בי"ח הדסה** (טרם פורסם).

ת.א. (י-ם) 697/94 **רחל רזון ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה** (טרם פורסם).

ע.א. 434/92 **ברמן ותומר גל נ' מור/המכון למידע רפואי בע"מ** (ר' לעיל).

ע.א. 4384/90 **ואתורי ואח' נ' בי"ח לניאדו** (להלן).

פסקי הדין שדנו בנושא חובת הגילוי וההסבר, שיבצו בדרך כלל את העדר ההסכמה מדעת למסגרת עוולת התקיפה, אך בענין פסיקת הפיצויים, הנושא פרוץ לחלוטין. דומה שבתי המשפט טרם עשו את ההבחנה בין שתי העוולות, ולא רואים בעוולת תקיפה עוולה עצמאית ברת פיצוי. הדוגמאות שלהלן מציגות את חוסר העקביות והבלבול השורר בפסיקת ביהמ"ש.

בת.א. (ב"ש) 300/85 **יצחק אמר נ' קופת חולים הכללית**, פסקי דין רפואה ומשפט, הוצאת ועד מחוז ת"א 1989 בעמ' 177, נדונה עוולת התקיפה במקרה שבו במסגרת ניתוח ירוד (קטרקט) בעינו של התובע שהיה בן שנה ורבע, והשתלת עדשה, לא הוסברו להורים הסיכונים והסיכויים שבשיטה שבה בחר הרופא ואף לא שיטה אחרת שבה ניתן היה לעשות את הטיפול הרפואי.

בית המשפט קבע כי משנזנחה טענת הרשלנות הרפואית, הרי שהוכחה עוולת התקיפה, אך בשל כך יש לפצות את התובע בפיצוי סמלי של 2,000 ש"ח (פסק הדין ניתן ביום 26.11.87).

בת.א. (י-ם) **ביסטריצר נ' מדינת ישראל** (טרם פורסם), דן ביהמ"ש המחוזי במקרה שבו נתגלה אצל התובע גידול הממוקם באזור הלבלב, הגורם להפרשת יתר של אינסולין, ועקב כך להורדת כמות הסוכר בדם. לאחר שנעשו בדיקות, הוצע לתובע לעבור ניתוח של הסרת הגידול. במהלך הניתוח הסתבר כי האבחנה של הגידול הייתה מוטעית ומדובר בטחול נוסף, לכן כרתו 2/3 מהלבלב וכרתו את הטחול הנוסף.

ביהמ"ש, לאחר ששמע את הראיות, הגיע למסקנה כי הצוות הרפואי לא התרשל, אך גרמו לתובע עוולה של תקיפה, בכך שלא העמידו אותו על אפשרויות הטיפול השונות שעמדו לפניהם במהלך הניתוח כאשר גילו את טעותם. ביהמ"ש פסק לתובע פיצויים בגין עוולת התקיפה בסך 60,000 ש"ח.

ת.א. (שלום ת"א) 23605/88 **טלי אביב נ' דר' עמי גלעדי** (טרם פורסם). התובעת פנתה לנתבע להתייעצות בקשר לניתוח פלסטי אסתטי לשיפור צורת אפה. לאחר הניתוח התלוננה התובעת על נזלת ובעיות נשימה ופנתה את הנתבע מספר פעמים. לאחר זמן נזקקה לניתוח נוסף לפתיחת הסתימה ותיקון עקמומית עצם האף. בית משפט השלום (כב' השופטת משל-שהם) הגיע ביהמ"ש למסקנה כי הנתבע התרשל ולאחר ניתוח מעמיק של היקף חובת הגילוי וההסכמה מדעת, בארץ ובעולם, הגיע ביהמ"ש למסקנה כי ההתרשלות היא באי גילוי הסיכונים הכרוכים בניתוח לתובעת (כלומר, הכיר בעוולת התקיפה, במסגרת עוולת הרשלנות). ביהמ"ש פסק לתובעת פיצוי לא ממוני בסך 75,000 ש"ח וכן פיצוי ממוני לעבר שהוכח במשפט (בסה"כ כ-100,000 ש"ח).

ת.א. (שלום רמלה) 1724/92 **טפירו נ' קופ"ח של ההסתדרות** (לא פורסם). התובעת עברה ניתוח לקשירת חצוצרות, על מנת שלא תהרה עוד, וזאת לאחר שהתובעים חתמו על טופס הסכמה. על אף הניתוח הנ"ל, נכנסה התובעת להריון וילדה את בנם. למרות שרופא הנתבעת הפנה אותם לוועדה להפסקת הריון, התביעה הוגשה על פי עוולה של תקיפה בטענה שהנתבעת לא גילתה להם את הסיכונים של הכניסה להריון, ובעוולה של רשלנות, בכך שהרופאים לא קיימו את חובת הזהירות בקשירה ההרמטית של החצוצרות כדי למנוע הריונות נוספים.

ביהמ"ש השלום (כב' השופט טל) הגיע למסקנה כי הנתבעת ביצעה כלפי התובעים עוולה של תקיפה וכן רשלנות, בכך שבדיקת הרקמות לא נשלחה לבדיקה היסטולוגית, אך בשל אי ביצוע ההפלה על ידי התובעת, נקבע כי נותק הקשר הסיבתי בין עוולת התקיפה והרשלנות שביצעו עובדי הנתבעת, ופסק לתובעים נזק לא ממוני בסך 15,000 ש"ח (פסק הדין מיום 1.9.96).

ת.א. (ת"א) 65/90 **מישל ביתן נ' קופת חולים של ההסתדרות** (טרם פורסם). התובע נפגע באפו במהלך משחק כדורגל. בעקבות זאת הופנה לבי"ח של הנתבעת ונקבע כי עליו לעבור ניתוח קוסמטי. הניתוח התבצע בטרם מלאו לתובע 18. לאחר הניתוח סבל התובע מקשיי נשימה וכן נשמט קצה אפו. כדי לשפר המצב בוצעו בו מיד שני ניתוחים ומצבו הקוסמטי והנשימתי שופר.

בית המשפט המחוזי (כב' השופטת פלפל) מצאה כי בוצעו כלפי התובע עוולות של תקיפה ורשלנות, וכן העדר הסבר ומידע. ביהמ"ש לא עשה אבחנה בפיצויים בגין עוולת הרשלנות והתקיפה לעניין הפיצוי הלא ממוני, ופסק סכום גלובלי של 50,000 ש"ח, וכן נזק ממוני אחר שהוכח במשפט

nevo.co.il

(פסק הדין מיום 15.7.96).

ע.א. 5681/93 **קופת חולים של ההסתדרות נ' פנינה ידיד** (להלן). המשיבה פנתה למרפאת פוריות של ביי"ח רוטשילד בחיפה, שם נעשה לה צילום רחם. אחר כך עברה למרפאת לין בבעלות המערערת, שם חלק רופא הקופה על ממצאי פענוח הצילום בביי"ח רוטשילד ולדעתו, אין ללמוד מהצילום על היות החצוצרות סתומות, ולכן, נתן למשיבה טיפול שונה מזה שבוצע לה בביי"ח רוטשילד. במקום לפרסקופיה, כתב לתת טיפול הורמונלי תרופתי. בעקבות צילום רחם נוסף, לקתה המשיבה בדלקת קרום הצפק ורחמה נכרת.

ביהמ"ש המחוזי, לאחר ששמע את הראיות, קבע שעל רופא המערערת היה לדעת שברחמה של המשיבה מצויה דלקת קדומה, אשר עלולה להתפרץ עם החדרת הנוזל במסגרת צילום הרחם, ובכך שלא הזים חשדות אלה טרם ביצוע צילום הרחם, התרשל. ביהמ"ש המחוזי חייב את המערערת על נזקיה בסכום גלובלי של 280,000 ש"ח. על פסק הדין הוגש ערעור וערעור שכנגד לבית המשפט העליון.

כב' השופט דב לוין ניתח את הממצאים והמסקנות והגיע למסקנה כי הרופא לא התרשל, וגם רופא סביר אשר היה בליבו חשד כי מטופלת סובלת מדלקת רדומה ברחם, לא היה נוקט בדרך שונה מזו שבה נקט רופא המערערת, ועל כן לא התרשל. בכך קיבל ביהמ"ש העליון את ערעור המערערת, אך כשדן בערעור המשיבה, לפיה לא נתנה הסכמה מדעת לצילום הרחם בשני, קיבל גם את הערעור שכנגד, לכן קבע, כי רופא המערערת לא הציג את הסיכונים הכרוכים בצילום. סיכון של 3.1% להתפתחות דלקת אשר עלול להביא לכריתת רחמה של אישה, מחייב הבהרת הסיכונים הכרוכים בטיפול, ומשלא ניתנו הסברים, יש לקבל את הערעור שכנגד. למעשה, בית המשפט העליון קבע - אף בלי לומר זאת - שהמערערת גרמה למשיבה עוולת תקיפה, בכך שבוצע צילום בלא לקבל את הסכמתה המודעת של התובעת לטיפול, ומבלי להסביר לה את הסיכונים המשתמעים מהטיפול.

בית המשפט העליון קבע כי סכום הפיצוי שנפסק בביהמ"ש המחוזי הוא ראוי ומשקף את הנזקים שנגרמו למשיבה מכל ההיבטים גם יחד, בכך השווה את הפיצוי שנפסק בגין עוולת הרשלנות בביהמ"ש המחוזי לפיצוי הראוי בגין עוולת התקיפה.

פסקי הדין הנ"ל מלמדים על מגמה לא ברורה בפסיקת בתי המשפט. ככל שבתי המשפט דנו בעוולת התקיפה, לא נתנו לה מעמד עצמאי והפיצויים בגין נזק לא ממוני שנפסקו, היו זעומים. יתכן שבפסק הדין בת.א. 5681/93 **קופת חולים הכללית נ' פנינה ידיד** הביע ביהמ"ש העליון דעתו כי יש להשוות את הפיצוי הלא ממוני בעוולת התקיפה ופיצוי בגין נזק לא ממוני הנפסק בעוולת הרשלנות.

נציין עוד, שאף אם מצא בית המשפט כי יש להעניק פיצוי בשל נזק ממוני בשל הפרת אחת או יותר מהעילות, כגון הפרת חובת הגילוי המקימה זכות לפיצויים בגין הפרת חוזה ועוולת הרשלנות ו/או הפרת חובה חקוקה, לא יפסוק ביהמ"ש פיצוי כפל של נזק לא ממוני בשל ההפרה, כי אם פיצוי אחד כולל.

סוף דבר

חוק זכויות החולה ביסס את המשפט הרפואי והעלה אותו לדרגה עצמאית עד שכיום הוא עומד בפני עצמו, בלתי תלוי בדיני הנזיקין, אם כי יונק ממנו חיות. המשפט הרפואי ביובל שנים למדינה ביסס את זכויות היסוד של החולה לשלוט על גופו וזכותו לאוטונומיה ולהגדרה עצמית. מאמרנו בא להציג את מעמדו העצמאי של המשפט הרפואי וכן את התוצאות המשפטיות הנובעות מהפרת זכויות החולה.

חוק זכויות החולה שינה את התוצאה המשפטית של טיפול רפואי בהעדר הסכמה מדעת. כיום, מתן טיפול רפואי עשוי לחייב רופא, בנוסף לעוולות שהיו מוכרות על פי פקודת הנזיקין כתקיפה ורשלנות, גם בעוולה של הפרת חובה חקוקה. משמעות הדבר היא שטיפול רפואי ללא הסכמה מדעת, יחייב את המוסד הרפואי, בהתקיים יסודות העוולה של הפרת חובה חקוקה.

אף השימוש בעילה של הפרת חוזה ביחסים שבין רופא-חולה לא הוכר עד כה, ונראה לנו כי כיום, בעקבות ביסוס מבחן החולה הסביר, תעמוד למטופל שלא קיבל הסבר נאות ולא נתן הסכמה מדעת לטיפול הרפואי, תרופה של פיצויים בשל הפרת ההסכם בינו ובין המטפל.

בבחירה בין העוולות, תקיפה או רשלנות, נראה לנו כי כבר בעתיד הקרוב תתבסס הגישה, לפיה מטפל שלא קיבל את הסכמתו מדעת של המטופל לטיפול הרפואי, יצטרך להתמודד עם עוולת הרשלנות, על אף מורכבותה והצורך להוכיח נזק וקשר סיבתי בין הגילוי והנזק הסופי שנגרם לו.

אנו מקווים כי המאמר הכניס שיטה וסדר מבחינת הבנת התוצאות המשפטיות של הפרת זכויות החולה. ברור לנו כי חוק זכויות החולה מכביד על המטפל כיום, לעומת המצב שהיה קיים, וביטל הלכה למעשה את הגישה הפטרנליסטית, שעדיין יש מי שמוצאים לה תמיכה, לפיה, הרופא יודע יותר טוב מהחולה מה טוב עבורו. גישה זו עברה מן העולם ויש לברך את המחוקק על כך שהביע דעתו עלי ספר, כי הגישה התועלתית היא השלטת.

nevo.co.il

מ-"חובה להציל חיי אדם" עד-"להימנע מלהאריך חיי אדם"

אליעזר בן שלמה

אין בחוקי מדינת ישראל חובה פוזיטיבית להציל חיי אדם, במיוחד לא חלה החובה על עובר אורח שאינו בתפקיד[1]. ברם, קיים עיסוק בנושא בחקיקה ובפסיקה, ממנו נבחר שלשה פרקים:

1. ערך "חיי אדם" כיצירה שיפוטית בתחום הנזיקין.

2. כפיית טיפול מציל חיים.

3. זכות לסרוב טיפול רפואי.

במאמר זה אנו מבקשים להראות כי קיים מתח בין המחוקק לבין בתי המשפט, ובמקביל - רופאים ומרכזים רפואיים אינם מקבלים תמיד את הגבוי הראוי להם.

ערך "חיי אדם" כיצירה שיפוטית בתחום הנזיקין.

הנושא עלה לראשונה בע"א 461/62, **צים חברת השיט הישראלית בע"מ ואח' נ. שושנה מיזאר** (2). מזיאר נסעה באניה של צים. נפגעה בעת הנסיעה, ותבעה פיצויים. צים התגוננה בטענה כי בכרטיס הנסיעה שקנתה מזיאר, והמהווה חוזה בין הצדדים, היה "סעיף פטור" המשחרר את צים ואת עובדיה מכל אחריות לנזקי התובעת. הן נזקי ממון והן נזקי גוף. שופט בית המשפט המחוזי, זאב צלטנר המנוח הכריז על סעיף-הפטור כבטל ומבוטל בהיותו נוגד את "הסדר הצבורי", ואת "תקון העולם"[3].

חב' צים ערערה לבית המשפט העליון. בדחותו את הערעור הניח השופט זילברג[4]: "על עצם השאלה מה הוא הסדר הציבורי או תיקון העולם, עלינו להשיב מתוך השקפות המוסר והתרבות שלנו, כי מקור אחר זולתן ל"סדר" ול"תקינות" אין".

ולענין הנדון, קבע השופט זילברג[5]:
"תוך המסגרת הסדירה של חיי החברה ועל פי סולם העדיפויות של תורת ישראל, החיים הם הנכס הקדוש ביותר שהשמירה עליו דוחה כל קדושה אחרת, לרבות - אין ספק - קדושת החוזים".

לאחר ציטוט מספר מובאות סיים כב' השופט זילברג את דבריו בהתרגשות ניכרת[6]:
"והקול הקורא ממעמקי המקורות הנ"ל הוא: אל תעשו סחר-מכר בחיי אדם, ואל תקלו ראש בשמירתם, כי החיים ערכם רב מידי, והם אינם שלכם. קדושת החוזים או קדושת העקרון של חירות החוזים, כבודה במקומה מונח, אבל מקודשת הרבה יותר הימנה היא קדושת החיים".

הביטוי "קדושת החיים" הינו יציר לשונו של כב' השופט זילברג. ספק אם התכוון להחיל במשפט הנוהג במדינת ישראל עקרון-דתי של קדושה, ולהעדיף אותו על פני העקרון מהמשפט-האנגלי של "חירות החוזים". ממכלול דבריו עולה כי ישנם מקרים בהם אל למדינה להרשות לחברות הובלה גדולות להכתיב לנוסע ויתור על בריאותו והסכמה לסיכון חייו, וכי מפאת האינטרס של המדינה לשמור על חיי אזרחיה ובריאותם וכאשר היא חפצה להעניק הגנה לאינטרס זה, היא מעדיפה את הערך של החיים על פני הערך של חופש ההתקשרות החוזית.

אף ששושנה מזיאר הביעה הסכמתה לפטור את צים מאחריות, קבע בית המשפט כי אין להכיר בהסכמה זו. למרות שהיציבות החברתית מחייבת כיבוד הסכמים והכרעת הזכויות והחובות של הצדדים על פי המוסכם ביניהם - קבע בית המשפט כי השמירה על חיי בני אדם והגנה על בריאותם הינה ערך עדיף ומכריע שיש בכחה לשנות סדרי משפט מקובלים.

כעבור שנה הגיע לדיון בבית המשפט העליון מקרה שחייב הכרעה בין "הצלת חיי אדם", לבין ערך משפטי אחר[7]. עשירה הייתה קטינה. בחודש מרץ 1958 חלתה, והתברר כי מתפתחת גנגרנה ברגלה, ואם לא תנותח מייד תתפשט ההרעלה בגופה והיא עלולה למות. הרופאים קבעו כי יש לקטוע בדחיפות את הרגל מעל הברך. בהיותה קטינה נדרשה הסכמת ההורים לקטיעה. האב סרב וטען כי מוטב לבתו שתמות מאשר תחיה ללא אחת מרגליה. הרופאים ניתחו ללא הסכמתו, והאב הגיש תביעת נזיקין נגד הרופא, ונגד בית החולים הממשלתי בו בוצע הניתוח.

בית המשפט העליון, מפי כב' השופט אגרנט (מ"מ הנשיא, כתארו אז), פטר את הרופא ואת המדינה שברשותה עבד מאחריות, מכח ההגנה הנזכרת בס' 25 לפקודת הנזיקין

דר' אליעזר בן שלמה - עורך דין

nevo.co.il

האזרחיים 1944[8] וקבע את הדברים הבאים[9]: "מטרת המחוקק בסעיף 25 (ח), היא לגשר בין האינטרס שיש לחולה, כי הרופא לא יפגע, אגב טיפול רפואי או כירורגי, בגופו, בלי שהסכים הראשון לעצם הטיפול הזה או לדרך שבו נעשה, לבין האינטרס שיש לציבור בהצלת חיי אדם או במניעת נזק לבריאותו. רצוני לומר: כאשר הנסיבות מאפשרות להשיג את ההסכמה של החולה - או של האדם הממונה על פיקוחו - לטיפול בגופו, כי אז מעדיף החוק את האינטרס הראשון. לעומת זה, כאשר נשקפת סכנה מיידית לחייו או לבריאותו ולא ניתן להשיג, עקב גורמי הזמן, המרחק, מצבו של החולה או כיוצא בגורמים מעשיים אלה, הסכמה כנ"ל כי אז מעדיף החוק את האינטרס השני".

שלשה אירועים של כפיית טיפול מציל חיים[10]

1. בשנת תשמ"ב נחשד אדם על ידי חוליית סיור של משטרת חיפה בסחר בסמים. השוטרים רדפו אחריו לתפסו. בעת המרדף ראוהו בולע שתי חבילות קטנות, שלאחר מכן התברר, כי הכילו כ - 45 גרם סם מסוכן. האיש נתפס והובא על ידי השוטרים לבית חולים. הרופאים קבעו, כי חייו נתונים בסכנה, וכדי להצילו, עליהם לנתחו ולהוציא החבילות מקיבתו. הנאשם התנגד. המשטרה קיבלה צו משופט בית משפט השלום לביצוע הניתוח אשר בוצע חרף התנגדותו המפורשת של הנאשם. חבילות הסם שהוצאו שמשו ראיה נגדו ומכוחן הורשע בבית-המשפט המחוזי. הנאשם לא הורשה לקבל חוות-דעת רפואית נוספת ולא ניתנה לו הזדמנות לבחון דרך טיפול אלטרנטיבית. הוא ערער לבית-המשפט העליון. דעות השופטים נחלקו באשר לחוקיות הניתוח שבוצע במערער, למרות התנגדותו[11].

כב' השופט בך הזדהה עם העקרון שנתקבל והשתרש בפסיקה האנגלית והאמריקאית כי "האדם הוא שליט על גופו, ולא ניתן להפעיל עליו טיפול פיסי, ולא כל שכן לנתח את גופו, בניגוד לרצונו וללא קבלת הסכמתו"[12].

מכח העקרון האמור, אסור לרופא לבצע ניתוח בניגוד לרצונו של החולה, אפילו הדבר נחוץ להצלת חייו של החולה[13]. גם צו של בית-משפט אין בו, לדעת השופט בך, כדי להכשיר את מעשה התקיפה[14].

בניגוד לדעת כב' השופט בך, הצטרף כב' השופט בייסקי לעמדה שקבעו השופטים זילברג[15] ואגרנט[16] לפני כעשרים שנה והצהיר: "אין אני סבור כי בסוגיא קשה וסבוכה זו עלינו לאמץ בהכרח את העקרונות שנתגבשו בארצות הברית ובאנגליה.[17]. תפיסה המעמידה את הצלת החיים כערך עליון, מקום שאלה נתונים בסכנה מיידית-ודאית, אם לא תבוצע התערבות רפואית, כירורגית או אחרת, שקולה כנגד העקרון, כי האדם הוא אדון לגופו, וכי לא תבוצע בו כל התערבות רפואית ללא הסכמתו"[18].

כב' השופט בייסקי ממשיך:

"סבורני, כי העקרון של קדושת החיים והצלתם כערך עליון מצדיק שלא להיצמד לאותם הכללים הדוגלים כמעט נוקשות, למעט חריגים מסוימים, באיסור התערבות בגופו של אדם שלא בהסכמתו, בלי להתחשב בתוצאות. דומני כי הגישה העולה מע"א 322/63 (עשירה), ומע"א 461/62 (צים) הנ"ל היא המייצגת והתואמת את התפיסה ראויה בישראל, בהיותה הקרובה ביותר למסורת ישראל, הדוגלת בקדושת החיים. על כן כאשר נתון אדם בסכנת מוות ודאית מיידית או שצפוי הוא לנזק חמור וודאי לבריאותו, מותר לבצע ניתוח או התערבות אחרת בגופו, אף שלא בהסכמתו: מכל שכן מותר הדבר, ואף מחוייב הוא, כאשר מההתערבות עצמה אין נשקפים סיכונים מיוחדים מעבר למקובל מניתוח או מהתערבות מאותו סוג, וכאשר אין קיים חשש לנכות מהותית".

מעתה, שתי גישות עקרוניות, שונות ומנוגדות זו לזו, בבית המשפט העליון: זו של השופט בך, המאמץ מקורות נכריים מחד גיסא, וזו של השופט בייסקי התולה עצמו במקורות יהודיים מאידך[19].

2. בחודש שבט תש"ן (1990) אושפזה בבית החולים "פוריה" גב' רות טרבלסי ע"ה, ישישה בת 84, עקב גנגרנה רטובה. רופאי המחלקה הכירוגית הציעו לחולה ולמשפחתה לבצע כריתה של הרגל מעל לברך. הרופאים הסבירו, כי אם הניתוח לא ייערך **בתוך זמן קצר**, כי אז מותה של החולה ודאי. הסיכוי היחיד שעשוי להביא להשרדותה של החולה הינו ניתוח הכריתה האמור.

החולה, אשה מבוגרת בהכרה מלאה, צלולה לחלוטין ומבינה את ההסברים ואת המשמעות של ההמנעות מניתוח. היא סירבה להסכים לעריכת הניתוח המוצע. עניינה בא לפני בית המשפט[20]. טרבלסי נימקה בפני השופט עודד גרשון את סירובה לכריתת רגלה:

" אני מעדיפה למות ולא להשאר עם רגל קטועה. המוות לא בידי ולא בידכם, אלא בידי אלוקים".

בבית המשפט עלתה שאלת האוטונומיה של אדם על גופו וחייו, והאפשרות להעמיד לו אפוטרופוס או ליתן הוראות לפי סעיף 4 לחוק הגנת החוסים תשכ"ו - 1996.

בית המשפט הניח, כי ההלכה שוללת את זכות האדם להימנע מטיפול מציל חיים, נושא שיידון בהמשך. ברם, בית המשפט

nevo.co.il

החליט לא לכפות על גב' טרבלסי לעבור את ניתוח כריתת הרגל.

לאחר שיכנוע חברתי ולחץ שהופעל עליה, הסכימה טרבלסי לקטיעה. למרבה הצער, היא נפטרה לאחר הניתוח. לאחר הקטיעה, טענו מומחים באמצעי התקשורת, כי ברפואה האלטרנטיבית קיימים פתרונות לגנגרנה בגיל מבוגר, ללא צורך בהתערבות כירורגית. אפשרות זו לא נידונה בפסק הדין, וכנראה לא הובאה כלל לידיעת טרבלסי. כמו כן, לא הוזמנו מומחים ממרכזים רפואיים אחרים לבחון את הצורך בכריתת הרגל.

3. ביום 03.05.97 אושפזה בבית חולים "אסף הרופא" צעירה בת 20 הסובלת מאנורקסיה-נרבוזה, במצב של אפיסת כוחות וחוסר הכרה.

אביה פנה לביהמ"ש המחוזי במחוז תל-אביב והמרכז (תמ"ש 43880/97) בבקשה למנות לה אפוטרופוס בהתאם להוראות ס' 33 (4) לחוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות תשמ"ב - 1982.

בית המשפט המחוזי נתן צו זמני לעשרה ימים להזנה על ידי זונדה והעביר את הדיון לבית המשפט לענייני משפחה. שם התנגדה הצעירה לבקשה.

ביום 18.05.97 החליט בית המשפט למנות אפוטרופוס על גופה של הצעירה לצורך המשך הטיפול הרפואי - למרות התנגדותה - לתקופה של שלשה חדשים. בית המשפט הורה להזמין במהלך התקופה חוות דעת פסיכיאטרית, דו"ח טיפול של יחידת הסיוע ודוח של האפוטרופוס והרופאים המטפלים ולמסור את כל אלה ליועץ המשפטי של משרד העבודה והרווחה לשם ריכוז המשך הטיפול והדיון בבית המשפט (אם יהא בו צורך).

נאבחן בין שלשת הנושאים הנסקרים לעיל:
בנערה האנורקטית (מקרה מס' 3 לעיל) - קיים סיכוי סביר כי הטיפול הכפוי יציל חייה.

בשני המקרים האחרים לא נבחנו דרכי טיפול אלטרנטיביות: גב' טרבלסי (מקרה מס' 2) נפטרה. בדיעבד, צדק בית המשפט שלא כפה עליה את הטיפול. ואילו המקרה של קורטאם (מקרה מס' 1) נגוע בחשד כי הרצון להשיג עדות מפלילה, היווה גורם לא מבוטל לכפיית הניתוח.

זכות משפטית לסירוב רפואי

במערכת האזרחית - אין על הרופא חובה, לא חובה שבחוזה ולא חובה שבחוק, לטפל בחולה - שהורה לו לחדול. הזכות לביטול חוזה הטיפול והריפוי שמורה לרופא ולמוסד הרפואי, כמו לחולה. כל אחד מהם רשאי שלא להסכים לטיפול לפי התנאים של האחר.

סוגיא סבוכה יותר היא האחריות הפלילית של הרופא. על הרופא חלה חובה לטפל בחולה מכח סעיף 322 בחוק העונשין שעניינו אחריות לחסרי ישע:

"מי שעליו האחריות לאדם שמחמת גילו, מחלתו, ליקויו הרוחני, מצבו או כל סיבה אחרת, אינו יכול להפקיע עצמו מאותה אחריות, ואינו יכול לספק לעצמו את צרכי חייו - בין שהאחריות מקורה בחוזה או בדין ובין שנוצרה מחמת מעשה כשר או אסור של האחראי - חובה עליו לספק לו את צרכי מחייתו ולדאוג לבריאותו. ויראוהו כמי שגרם לתוצאות שבאו על חייו או על בריאותו של האדם מחמת שלא קיים את חובתו האמורה".

על פי החוק במדינת ישראל - אסור לרופא לסייע להתאבדות ואף אסור לו להמנע מטיפול, אם הדבר עלול להחיש את מותו של החולה.

סעיף 302 לחוק העונשין אוסר כל מעורבות בהתאבדות: "המביא אדם לידי התאבדות, בשידול או בעצה, או מסייע אדם להתאבד - דינו מאסר עשרים שנה".

סעיף 298 לחוק העונשין מדגים רשלנות פושעת: "הגורם במעשה או במחדל למותו של אדם ייאשם בהריגה".

סעיף 309 (4) לחוק העונשין עוסק באחריותו הפלילית של הגורם המתערב; "בכל אחד מהמקרים המנויים להלן יראו אדם כאילו גרם למותו של אדם אחר, אף אם מעשהו או מחדלו לא היו הגורם התכוף ולא היה הגורם היחיד למותו של האחר; "(4) במעשהו או במחדלו החיש את מותו של אדם הסובל ממחלה או פגיעה שהיו גורמות למותו גם אלמלא מעשהו או מחדלו זה".

משמע, כי גם בנסיבות הקיצוניות ביותר, אין בכוחה של מערכת הגורמים והנסיבות המקוריות לנתק את הקשר הסיבתי בין מעשי המתערב שתרמו למותו לבין אותה תוצאה אסורה (לוי לדרמן, עיקרים באחריות פלילית 385).

ביישומו של הכלל ביחסי-רופא חולה ובעיקר בתחום המוגדר כ"רצח מתוך רחמים" מפגין הכלל את דבקותה של השיטה בעקרון קדושת החיים וכי ערך זה אינו ניתן לחלוקה (לוי לדרמן 387).

מנקודת מבט זו, חומרת מצבו של הקרבן לפני התנהגות הנאשם או ארכה של תוחלת החיים שנותרה לו, אינם מוסיפים ולא כלום (שם).

nevo.co.il

בשלב הסופני החולה כבר אינו יכול לבלוע, לדבר, להשתעל, להפעיל את שרירי הנשימה, וחייו נהפכים לגיהנום עלי אדמות. המהלך הזה הוא ידוע ובלתי הפיך" (256-א).

המבקש א.א. פרט בתצהירו, כי המחלה הגיעה לשלב בו אין הוא מסוגל ללכת, הוא מרותק לכסא גלגלים. ידיו כבר כמעט משותקות. הוא איבד שליטה על תנועות הידיים והרגליים. מצבו הגופני ומגבלותיו כה קשות, עד שאין הוא מסוגל לאכול, או ליטול תרופות ללא עזרה.

מתוך כל המפורט לעיל, אישר רופא המשפחה המטפל בו כי המבקש זקוק לעזרה תמידית בכל התפקודים הפשוטים, כגון: הלבשה, רחצה והאכלה (256 ב-ג).

הנוירולוג, פרופ' רכס, הצטרף לדעתו של פרופ' שיבולת כי "השימוש באמצעים מלאכותיים כלשהם רק יאריך את סבלו מבלי שיהיה במקביל ולו צל של תקווה כי ניתן יהיה להחזיר לו את בריאותו" (257).

בסיכום הדיון ציווה השופט טלגם:

"אין לחבר אף אחד מהמבקשים לכל מכשיר או אמצעי של הנשמה או החייאה מתמדת" (264-ב).

השופט הגביל את הצו ביחס לרופאים: "אין בדברים גם פגיעה בזכותו ובחובתו של הרופא שלא לעמוד מנגד למראה סבל אקוטי מיידי - כשמדובר בהקלה זמנית של הכאב או החנק".

חזר ופירש השופט את ההיתר שנתן:
"ובלבד שלא תהפוך להתערבות מתמדת, כלומר, שהחיבור לא ייעשה אלא לצורך הטיפול האקוטי בהקלה" (264-ב).

החלטותיו של השופט בנויות על העקרונות - הנדבכים הבאים;

א. האדם אוטונומי להחליט ולתת הוראות לרופאים שלא להתערב בתהליך הטבעי של המחלה והמוות.

ב. השמירה על חיי האדם (ס' 2 בחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו: "אין פוגעין בחייו, בגופו או בכבודו של אדם") נועדה לשמירה על אדם מפני זולתו, ואילו שמירה על חיי אדם מפניו הוא, תהא מצומצמת למקרים בהם יש חשש לצלילות דעתו, כגון שנטרפה עליו דעתו, או שאינו בהכרה, או שיש יסוד להניח שמה שהוא מביע אינו רצונו האמיתי או שהיה רצונו והשתנה (261)".

ביקורת על פסק הדין של השופט טלגם

פסק הדין השני של השופט טלגם מעורר תמיהות קשות;

א. תמיהה לגבי התוקף המשפטי של ההחלטה

בפסק הדין הראשון (צדוק) - השאירה המבקשת בצוואתה את ההחלטה האם לטפל או להפסיק טיפול להכרעתם של שני רופאים. השופט טלגם הצהיר על זכותה לבקש כן וסייג את החלטתו שאין זכותה של המבקשת מחייב את מוסד בית האלה לפעול על פי בקשתה.

מאידך, בעניינים א.א.-י.ש. נתן השופט טלגם "צו עשה": "אין לחבר אף אחד מן המבקשים לכל מכשיר או אמצעי של הנשמה או החייאה מתמדת".

יתרה מזו, השופט הורה:
"ואם חוברו - יש להפסיק את החיבור, אם יתברר שאין לחולה אפשרות לקיים חיים ללא עזרה מתמדת" (תשנ"ה (2) 264). צו העשה מחייב את המוסד הרפואי להפסיק טיפול. ואם לא יעשה כן עלול המוסד להתבע לדין.

השופט טלגם לא נימק מה הניעו לעבור מצו הצהרתי-לצו עשה.

ב. תמיהה לגבי האוניברסליות של פסה"ד

בפסק הדין הראשון (צדוק) סייג השופט טלגם את החלטתו רק ל"חולה שלפניו" ולמוסד הרפואי שלפניו (מרים צדוק ומוסד בית האלה). השופט טלגם נימק את צמצום החלטתו רק למקרה שלפניו כך: "אני ער לעמדתו של בית המשפט העליון, שנוטה להשאיר עניינים ערכיים מסוג זה להכרעה עניינית, בכל מקרה שיתעורר ולא לקבוע הלכות חובקות עולם".

השופט טלגם הסתמך בצמצום ההחלטה רק למקרה שלפניו, על הגישות של נשיא בית המשפט המחוזי בבאר שבע י. טירקל במאמרו "תיקון הלב" (הפרקליט ג' (תשנ"א) 34, ושל מ"מ נשיא בית המשפט העליון חיים כהן במסתו "זכות משפטית לסירוב רפואי" שצורפה כהקדמה לספרו של ע"ד חושן. כמו כן הסתמך השופט טלגם על בית המשפט האמריקאי בענין
Cruzan V. Director, Missouri Department Of Health
(58W.L)4916(1990)
הקובע שכל תשעה אזרחים שילוקטו ממדריך הטלפונים ייטיבו לפסוק בעניינים אלה ממש כמו תשעת שופטי בית המשפט העליון של ארה"ב.

ואילו פסק הדין השני (א.א.-י.ש.) ניתן כלפי קופ"ח הכללית ומדינת ישראל (לאמור, כל ציבור הרופאים במדינה) ולא הותיר בידיהם את שיקול הדעת הרפואי.

ג. תמיהה לגבי המסר שבפסה"ד

משפטנים פרשו את פסק דינו של השופט טלגם כפסיקה מהפכנית. ע"ד יונתן דייויס בסקירתו (רפואה ומשפט 15, נוב' 1996, עמ' 69) כותב: "החלטת כבוד השופט טלגם חדשנית

nevo.co.il

ואמיצה, והיא עומדת בסתירה למקרים דומים שנדונו בבית המשפט".

עו"ד יצחק לוי (שייצג את קופ"ח הכללית במשפט) כותב בסקירתו (שם ע' 60) כי כבוד השופט טלגם קיבל את העמדה "המדגישה את האוטונומיה של החולה על גופו ושלפיה כל טיפול שיינתן לחולה כאמור, חייב להיעשות עפ"י הסכמתו המודעת (Informed Concent) בלבד, שניתנה בהיותו בדעה צלולה ומרצונו החפשי".

מסיים עו"ד לוי את סקירתו ב"מסר" של פסק הדין; שהחלטת כב' השופט טלגם תחיש את הסדרת נושא "הזכות למות בכבוד" בחקיקה מפורטת.

לא מובן לנו מדוע סטה השופט טלגם מהכלל שהנחה אותו בפסק דינו בענין מרים צדוק שבשאלות עקרוניות של חיים ומוות על השופט לצמצם את הדיון למקרה שלפניו וכי בית המשפט אינו הפורום המתאים להכרעות חברתיות-השקפתיות.

ד. הזכות לחיים - הזכות למות;

השופט טלגם הזכיר בפסק דינו שפרופ' רוברטסון, נושא דגל "הצוואות בחיים" מעיד על עצמו שיש לו מחשבה שניה בנושא, שמא הדגשת חירותו של הבריא וזכותו האוטונומית, מתעלמת מזכותו של החולה שיכובד רצונו לדבוק בחיים, כל עוד יש להם איכות כלשהיא.

Robertson. "Living Wills", Hastings Center Report, 1991.

בפס"ד צדוק נקבע מנגנון בקרה של שני רופאים בכירים, אשר יקבעו אם החולה הגיע ל"שערי מוות" ואין להמשיך ולטפל בו.

בפסק דין א.א.-י.ש לא קיבל השופט טלגם את עמדת קופת חולים ומשרד הבריאות כי החלטה להימנע מטיפול חריג שיימנע את התהליך הטבעי של המוות אינה צריכה הכרעה שיפוטית, אלא החלטה של שלושה רופאים וביניהם מנהל בית החולים ומנהל המחלקה בה מאושפז החולה וכי הם בהחלטתם יביאו בחשבון את עמדת החולה (פס"מ תשנ"ה (2) 258-א).

השופט טלגם לא קיבל את עמדת קופת חולים כי "ההחלטה, אם החולה נמצא במצב סופני, בלתי הפיך, ואינו יכול להמשיך את חייו באופן עצמאי, היא החלטה רפואית הנתונה לשיקול דעתם של הרופאים" (258-ב).

ה. קריאה מדוקדקת של פסק הדין מעלה את האפשרות כי פסילה של הרופאים נובעת מהחשש שמא המשך הטיפול נועד לשם "המחקר והקידמה בפיתוח שיטות טיפול יעילות למניעת כאב וסבל". על נימוק זה מגיב השופט טלגם:

"שאיני יכול לתאר לעצמי כיצד מתיישב שיקול זה עם "כבוד האדם" שאנו דוגלים בו, וכיצד יעלה על הדעת לכוף חולה שלא הסכים לכך, להשאר בחיים, כדי שהמחקר והקידמה יוכלו לפתח שיטות טיפול יעילות למניעת כאב וסבל - על חשבונו" (תשנ"ה (2) 261-ד).

סיבה כבדת משקל זו, יכולה למצא את פתרונה במסגרת ועדת הלסינקי, או כל פורום אחר שימונה להחליט בכל מקרה לגופו, אם יש להמשיך טיפול או שיש מקום להמנע מטיפול.

אכן, בעקבות פסקי הדין של השופט טלגם הוקדש חוזר המנהל הכללי של משרד הבריאות (פבר' 96) לטיפול בחולה הנוטה למות. בקטע "ההיבטים האתיים של הבעיה" סעיף 3 כותב המנכ"ל ד"ר אורן:

"חובתו של הרופא חלה, מבחינה משפטית אתית ואף הלכתית, רק כאשר יש בידו להציע לחולה טיפול רפואי כלשהו . אם החולה עומד למות ממחלה חשוכת מרפא, לאחר שכל הטיפולים נכשלו, תפקידו של הרופא משתנה מ- curing ל-caring, מריפוי לטיפול תומך".

שם, בסעיף 1, נשלל השימוש בטכנולוגיות רק משום שהן עומדות לרשותנו.

1. בשני פסקי הדין של השופט טלגם חסר דיון בשאלת תהליך המוות. בעיקר חסר דיון במצבו של חולה הנמצא בשלב סופני של מחלה קטלנית, והוא לוקה בזיהום או במחלה אחרת שניתן לטפל בהם, כדוגמת חולה בסרטן מפושט שלקה בדלקת ריאות שאם לא תטופל - ימות החולה מדלקת ריאות, ואם תטופל תרפא המחלה, ברם, החולה יישאר במצבו הסופני עקב מחלתו המקורית. האם לטפל במחלה או לחדול?

אפשר להבחין בכמה מצבים:

1. אם החולה נמצא בהוספיס בו אין בדיקות (ואין טיפולים, למעט משככי כאבים). לא מתהווים צרכים ולכן אין צורך בטיפול.

2. אם החולה נמצא בבית חולים - תלוי בנסיבותיו של החולה;

2.1 אם מדובר בסיבוך חולף או הפיך שיוכל להגיב לטיפול אנטיביוטי, יתכן שכדאי לתת תרופה, אפילו אם החולה מחוסר הכרה.

2.2 אם על פי השיפוט הרפואי החולה שקע בחוסר הכרה במהלך הגסיסה, עלול הטיפול להיות עקר (fatile).

2.3 אם החולה סובל מיסורים וצפוי שימות בקרוב מזיהום

nevo.co.il

המסבך את המצב הסופני - יש לשקול "שב ואל תעשה" ולא לתת אנטיביוטיקה.

השופט טלגם יצר הכללה מהמקרה האחרון: התוצאה המעשית היא שהוא כפה על בתי חולים הממונים על מתן טיפול לנהוג בסטנדרט של הוספיס, דהיינו של העדר טיפול.

ז. מה מרגיש אדם מחוסר הכרה;

השופט טלגם הניח בשני פסקי הדין כי המבקשים, כשיגיעו למצב של איבוד הכרה - יסבלו. ברם, בקיץ 1994, מסרו רופאים בכירים ניירות עמדה שמהם עולה כי אין להם, לרופאים, מידע ברור ובדוק בנושא.

ריכוז סוכר גבוה בדם גורם להפרשת יתר של נוזלים מהגוף, התייבשות של החולה, הפרשת יתר של מלחים מהגוף, ריכוז גבוה של מלחים בדם, הפרעות בחילוף שומנים וחלבונים.

לאדם הנמצא בהכרה כל זה גורם לסבל קשה, צמאון, יובש בפה וחולשה קיצונית. מומחה במחלות אינדוקריניות במרכז הרפואי ע"ש שיבא מניח שאותם סימנים מתרחשים גם אצל חולה שאינו בהכרה.

לדעת מנהל המחלקה הגריאטרית בבי"ח כרמל בחיפה, אין כל מידע רפואי האם חולים טרמינלים סובלים יותר או פחות כאשר מונעים מהם נוזלים. מתוך שהאדם הבריא סובל מרעב וצמא נוטים רופאים לייחס לחולה הטרמינלי תחושת סבל עקב רעב וצמא בעוד שיתכן מאד שההיפך הוא הנכון.

ח. הפסיכיאטר שבדק את המבקשים לא נדרש לערוך עם החולים - המבקשים למות, סימולציה של התייחסות אל המוות. נבחן את הדברים:

Kubler-Ross, פסיכיאטרית בארה"ב שיצרה את המקצוע THANTOLOGY, מתארת בספרה חמישה שלבים בדרכו של החולה אל המוות:

.On Death and Dying N.Y. Macmillan Publishing Co 1969

1. הכחשה; "זה לא יכול לקרות לי והאבחנה אינה נכונה".

2. כעס; החולה מפנה כעסו אל הסובבים אותו - משפחה, צוות רפואי וכדומה.

3. התמקחות; החולה מנסה להתמקח עם הבורא ועם הצוות בקבלה חלקית של גזר הדין.

4. דיכאון.

5. השלמה; בשלב הזה החולה אינו מאושר אבל הוא שליו.

השופט לא בדק באיזה שלב של התייחסות אל המוות נמצאים המבקשים, ולא בחן מה הייתה עשויה להיות תגובתם אילו היו בשלב אחר של התייחסות.

בהעדר בדיקה מדעית נאותה, לא היו בידי השופט כלים לבחון מה הייתה עשויה להיות עמדת המבקשים בעומדם באמת מול המוות. ועל כן הניח כי עמדתם לא תשתנה מכפי שהוצהרה לפניו.

ט. תמיהתנו למקרא פסק דינו גוברת, משום שהשופט טלגם יכול היה לאשר את הבקשה של א.א. ושל י.ש. לגופה של מחלתם בלי לדון כלל בחוק יסוד כבוד האדם וחירותו, באוטונומיה של החולה ובסמכותו של הרופא.

השופט טלגם עצמו מזכיר בפסק דינו את הערך "נוטה למות" כמתואר באנציקלופדיה הלכתית רפואית של פרופ' אברהם שטיינברג (תשנ"ה (ב) 261-ד).

והנה באנציקלופדיה הנ"ל הוקדשה פסקה מיוחדת למחלת טרשת צד חוט השדרה; Amyotrophic Lateral Sclerosis - ALS, מחלתם של א.א. וי.ש.

פרופ' שטיינברג מצטט פסק ההלכה של הגרש"ב אויערבאך, הגרי"ש אלישיב והרי"מ לאו - שהובאו דבריהם בנשמת אברהם (לפרופ' אברהם א. סופר) חלק ד' חיו"ד סי' שלט סק"ב ובשו"ת יחל ישראל חלק ב' סי' ס"ב - "שמותר להימנע מלחבר חולה כזה למכשיר הנשמה, בגלל הסבל הרב שיסבול בשארית חייו על המכונה... (ו) אם אינו רוצה שיאריכו חייו, לא מחוייבים לתת לו טיפול תוך ורידי" (כרך ד' ע' 412-413 וראה שם ה"ש 394-396.)

מבקשת המסקנה, כי השופט טלגם, מבלי שנזקק לצורך הענין שלפניו, רצה לתת ביטוי לטענה כי "דמוקרטיה" "חרות" ו"כבוד" הם הערכים הראויים בימינו, וכי יש להעדיף ערכי "דמוקרטיה" על פני ערכי מדינה יהודית או שמא רצה להכפיף את המערכת הרפואית להכרעות שיפוטיות בשאלות עקרוניות של חיים ומוות.

י. המחוקק במדינת ישראל לא היה מוכן לאמץ את הפקעה חובת הטיפול הרפואי מהרופא, כעולה מפסק דינו הגורף של השופט טלגם.

חוק זכויות החולה שנחקק בשנת תשנ"ו-1996 (להסתדרות הרפואית בישראל הייתה מעורבות רבה בהכנת החוק) יצר איזון בין האוטונומיה של החולה ובין חובתו של הרופא והשאיר לבית המשפט תפקיד שיורי כפי שנראה לפנינו.

nevo.co.il

הארכת חיים מול אריכות חיים - חקיקה לאחר הפסיקה;

חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996; נחקק לאחר מתן פסקי הדין של השופט טלגם. החוק לא אימץ את פסיקתו. מחד גיסא קבע החוק את חשיבותה של "הסכמה מדעת" אולם מאידך הסמיך את הרופאים להעניק טיפול "מציל חיים" גם ללא הסכמת החולה:

ס' 13. א. לא יינתן טיפול רפואי למטופל, אלא אם כן נתן לכך המטופל הסכמה מדעת לפי הוראות פרק זה.

סע' 15. על אף הוראות סעיף 13 -

(2) בנסיבות שבהן נשקפת למטופל סכנה חמורה והוא מתנגד לטיפול רפואי שיש לתיתו בנסיבות הענין בהקדם, רשאי מטפל לתת את הטיפול הרפואי אף בניגוד לרצון המטופל אם ועדת האתיקה, לאחר ששמעה את המטופל, אישרה את מתן הטיפול, ובלבד ששוכנעה כי נתקיימו כל אלה;

א. נמסר למטופל מידע כנדרש לקבלת הסכמה מדעת;

ב. צפוי שהטיפול הרפואי ישפר במידה ניכרת את מצבו הרפואי של המטופל;

ג. קיים יסוד סביר להניח שלאחר מתן הטיפול הרפואי יתן המטופל את הסכמתו למפרע;

(3) בנסיבות של מצב חירום רפואי, רשאי מטפל לתת טיפול רפואי דחוף גם ללא הסכמתו מדעת של המטופל, אם בשל נסיבות החירום, לרבות מצבו הגופני או הנפשי של המטופל, לא ניתן לקבל את הסכמתו מדעת; טיפול רפואי המנוי בתוספת יינתן בהסכמת שלושה רופאים, אלא אם כן נסיבות החירום אינן מאפשרות זאת.

סע' 24. (א) המנהל הכללי ימנה ועדות אתיקה; כל ועדה תהיה בת חמישה חברים וזה ההרכב;

אדם הכשיר להתמנות שופט בית משפט מחוזי מתוך רשימה שערך שר המשפטים, והוא יהיה היושב ראש;

שני רופאים מומחים, כל אחד מתחום התמחות אחר;

פסיכולוג או עובד סוציאלי;

נציג ציבור או איש דת;

(ג) התעורר מקרה שיש בו צורך בהכרעה דחופה של ועדת האתיקה ולא ניתן לכנסה בדחיפות הנדרשת מסיבה כלשהי, יוקנו לבית המשפט המחוזי סמכויותיה של ועדת האתיקה.

לאמור, המחוקק מעדיף כי שאלות הטיפול הרפואי יוכרעו בין כתלי בית החולים ורק במקרה חריג היקנה סעיף 24(ג) סמכות הכרעה לבית המשפט.

למרבה הצער, טרם מונו ועדות האתיקה, ונושאים של הפסקת טיפול ממשיכים להידון בבית המשפט המחוזי.

מקורות והערות:

1. א. בן-שלמה, החובה להציל נפשות. הפרקליט לט.ב (תש"ן-1990) 414. החובה להציל חיי אדם בישראל, רפואה ומשפט 14 (1996) 10.

2. הר"י יז (2) 1319.

3. השופט צלטנר הסתמך על סעיף 64 (1) בחוק הפרוצדורה האזרחית העותומני;

4. ראה 2 לעיל. ע' 1332 ליד אות ז';

5. שם, 1333 ליד האות ב';

6. דם, ליד אותיות ו' - ז';

7. ע"א 322/63 עשירה (קטינה) ואח' נ. מדינת ישראל פד"י י"ח (2) 449;

8. היום ס' 24 (8) בפקודת הנזיקין (נוסח חדש);

9. לעיל ה"ש 7 ע' 454 ליד אות א';

10. א. בן-שלמה, המנעות מטיפול רפואי מתוך צדקות, אסיא מ"ט - נ (תמוז תש"ן) 73.

11. ע"פ 480/85 קורטאם נ. מ"י, פ"ד מ (ד) 673;

12. שם, בע' 681 מול האות ד' ואילך;

13. שם, בע' 682 מול האות א';

14. שם, בע' 681 מול האות ו', השופט בך לא הזכיר את דברי השופט אגרנט, בע"א 322/63 עשירה (קטינה) נ. מ"י פ"ד יח (2) 449, בע' 458 לפסק-הדין, מול האות אי ואילך;

15. ע"א 461/62 צים נ. מזיאר פ"ד י"ז (2) 1319;

16. לעיל ה.ש. 7;

17. פסק-דין קורטאם, שם, בע/696, מול האות ג;

18. שם, בע/ 679, החל מסעיף 7 ואילך;

19. השופט השלישי שישב בדין, השופט מלץ, לא הביע עמדה.

20. ב"ש (טבריה) 126/90 פסקים-מחוזיים תש"ן (ג) 206;

nevo.co.il

מעמדו המשפטי של המומחה הרפואי הממונה על ידי בית המשפט

אסנת וולף
רוני וולף

מבוא

החוק הישראלי מאזכר עדות מומחה רפואי בשלושה מקורות עיקריים: פקודת הראיות (נוסח חדש) (להלן: "פקודת הראיות"); תקנות סדר הדין האזרחי, התשמ"ד - 1984 (להלן: "התקנות") ותקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (מומחים) התשמ"ז - 1986 שהותקנו מכח סעי 6 א (א) לחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים, התשל"ה - 1975 (להלן: "תקנות המומחים").

עד לשנת 1954 לא היה, בדרך-כלל הבדל בין מומחה לבין כל עד אחר מבחינת הדרך בה נמסרה עדותו. ככל עד, היה על המומחה להופיע אישית בבית-המשפט, להעיד ולהיחקר על ידי הצדדים. בשנת 1954 תוקנה פקודת העדות, ואיפשרה הגשת חוות דעת של מומחה בכתב. תקנות אלו נקראו תקנות סדרי הדין (עדות מומחים) התשט"ו - 1954.

בשנת 1963[1] הוספו תקנות לתקנות סדר הדין האזרחי, תשכ"ג - 1963, שהסדירו את דרכי הבאת עדות רפואית בתביעת נזיקין. מטרתן היתה לחייב את התובע בהבאת עדות רפואית כבר עם הגשת התובענה, ולא בשעת הדיון, ולאפשר לבית-המשפט לגבות מיוזמתו עדות של רופא - מומחה. חלק מהתקנות האלה בוטל והוחלף בשנת 1966[2].

תקנות סדר הדין האזרחי, תשכ"ג - 1963 הוחלפו בשנת 1984 על ידי התקנות הנהוגות היום[3]. לתקנות אלה אין תחולה בתביעות הקשורות בתאונות דרכים, שעליהן חלות תקנות המומחים.

בשנת 1985, בעקבות המלצות ועדת המשנה לייעול ההליכים במשפטים אזרחיים בראשות השופט מלץ, תוקן חוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים ע"י הוספת סעי 6.א. לחוק. הרעיון המרכזי בחוק, מינוי מומחה רפואי מטעם ביהמ"ש בלבד. אמנם, ההמלצות עצמן התייחסו לכלל תביעות הנזיקין, אך הוחלט להגביל את ההסדר החדש לתאונות הדרכים במגמה לבדוק תחילה הפעלתן בתחום זה[4].

מפאת חשיבות ההסבר לתיקון, מובא להלן ציטוט דברי ההסבר: "נושא חוות דעת של מומחים הסותרות זו את זו מעורר בעיות קשות ביותר בבתי המשפט וזוכה לביקורת חריפה הן מצד שופטי בית המשפט והן מצד הגופים הנזקקים להן.

המצב כיום הוא בלתי נסבל, כאשר לפני בית המשפט הדן בתביעות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים מובאות שתי חוות דעת רפואיות: אחת של התובע והשניה של חברת הביטוח, ולרוב אין מנוס מבקשת חוות דעת שלישית של מומחה שקבע בית המשפט. מצב זה גורם לסחבת ולבזבוז משווע של משאבים ומוצע לבטלו"[5].

על כן, לאור התיקון, עפ"י תקנות המומחים אין הצדדים רשאים לצרף חוות דעת מטעמם והמומחה הרפואי מתמנה אך ורק על ידי בית המשפט בדרכים שנקבעו בתקנות המומחים[6]. לעומתם, בעל הדין הרוצה להוכיח ענין שברפואה לביסוס טענה מטענותיו, ותביעתו אינה תביעת נזיקין כתוצאה מתאונת דרכים, יצרף לכתב טענותיו תעודת רופא או חוות דעת של מומחה. לצד שכנגד שמורה הזכות לדרוש ולהעמיד את נושא חוות הדעת לבדיקה בידי רופא או מומחה רפואי מטעמו. בית - המשפט רשאי, בכל עת, למנות מומחה או מומחים לענין שבמחלוקת[7].

אנו נעסוק בהיבטי המינוי ונפקותו המשפטית עפ"י ומכח התקנות בלבד, אם כי ההיבט המהותי של הדיון בדבר משמעות מינוי מומחה רפואי מטעם בית המשפט תקף לשתי מערכות התקנות.

מתי ימונה מומחה רפואי על ידי בית המשפט, ומיהו המומחה הרפואי הממונה.

לביהמ"ש הסמכות ושיקול הדעת למנות מומחה רפואי. עצם הצורך במינוי הינו בהתאם לנסיבות הענין, ומסור כאמור, להחלטת בית המשפט. אין בתקנות או בפסיקה כללים

אסנת וולף - עורכת דין.
רוני וולף - רופא, מומחה למחלות עור.

nevo.co.il

המפרטים אימתי ימנה בית המשפט מומחה רפואי. כך, אין כללים מפורטים בדבר זהות המומחה המתמנה, ובלבד שיהא פורמאלית מומחה רפואי, כנדרש על פי התקנות.

לעומת המצב כיום, הוקמה בשנת 1963 מכח התקנות, ועדה רפואית שתפקידה היה להמליץ "על רשימת מועמדים של רופאים למקצועותיהם, הראויים והמסכימים להימנות מומחים רפואיים" ורק אלה שימשו מומחים רפואיים. התקנות שדנו בועדה זו ובסמכויותיה בוטלו בשנת 1966, ובמקומן הותקנה תקנה 168, היא תקנה 125 כיום, המגדירה מומחה רפואי כ"רופא בעל תואר מומחה ששמו כלול ברשימת הרופאים שנתפרסמה לפי תקנה 134 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973".

כמפורט לעיל, בדרישה היחידה הקבועה בתקנות לגבי המומחה הרפואי, הינה כי יהא בעל תואר מומחה. אין כל דרישה ו/או הגבלה לענין נסיונו, תאריו האקדמאיים, השגיו המדעיים, פרסומיו וכיו"ב. לכאורה, יכול כל רופא שאך זה זכה לאישור מומחיותו לשמש מומחה רפואי כאשר מולו, לדוגמא, דיקן הפקולטה לרפואה באחת האוניברסיטאות.

כמובן שבית המשפט היושב בדין הינו פורום מקצועי וביכולתו לשקול ולהעריך עיניינית את תוכן של חוות הדעת המובאת בפניו, לגופו של ענין, ולא לתאריו של המומחה הרפואי. עם זאת, אין להתעלם מנסיוננו, כי נקודה זו מועלית בעיקר, ע"י עורכי הדין בעת החקירה הנגדית של המומחה הרפואי.

כמו כן, אין בתקנות הוראה מחייבת באשר לגובה שכרו של המומחה הרפואי. בימינו כאשר שיקולי כלכלה מעורבים בכל תחום לרבות התחום הרפואי והמשפטי, וכל היבט ענייני נשקל בשיקולי כדאיות כלכלית, ישנה חשיבות לגובה שכרו של המומחה בשיקוליו לקבלת המנוי ועצם ביצוע התפקיד. דבר זה מתבטא בסופו של ענין באיכות, רמת המומחה ותוות הדעת הניתנת על ידו. מכאן, שאם ברצון בית-המשפט שיהא בידיו מאגר מומחים בעלי מוניטין שמטבע הדברים זמנם יקר, עליו לשקול בין שאר שיקולי המינוי את השאלה הכלכלית הנובעת מן המינוי, דהיינו שכר טירחתו של המומה.

מאחר ומטרת מוסד המומחה הממונה הינה ייעול, פישוט, קיצור וזירוז ההליך המשפטי, הרי ככל ששכר טירחתו של המומחה הממונה ייעלה, תפגע מטרה אחרת הנובעת מהמינוי, דהיינו צמצום העלויות הכספיות. ייקור המינוי מעלה תהיות לגבי כדאיותו הכספית של מוסד זה.

סמכויות המומחה הרפואי הממונה על ידי בית-המשפט

למומחה הרפואי ההמונה על ידי בית המשפט סמכויות נרחבות. הוא רשאי , בין השאר, לדרוש בדיקה של נושא חוות הדעת, לעיין בכל חוות הדעת שבידי בעלי הדין, לשמוע את דעתו של רופא או מומחה רפואי שנתנו חוות דעת לבעל דין ולקבל מכל אדם או מוסד תרשומות רפואיות הנוגעות לנושא חוות הדעת.(8)

תוקף המינוי, כאמור, הוא מכח החלטה וכתב מינוי של בית המשפט , ובהתאם לאמור בו. המומחה משמש לצורך בירורה של התובענה שבמסגרתה נתמנה, מעין זרועו הארוכה של בית המשפט בתחומי הרפואה(9). גבולות סמכותו הן אלו הקבועות בתקנות, וכפי שפורט לעיל סמכויות אלו נרחבות ביותר ומתרתן מתן כלי עזר למומחה בביצוע תפקידו.

המעמד המשפטי של חוות הדעת

חוות הדעת המוגשת ע"י המומחה לבית המשפט הינה ראיה ככל ראיה אחרת. על אף שחוות הדעת אינה ראיה מטעם בעלי הדין. בעלי הדין רשאים לחקור את המומחה הרפואי על חוות דעתו ומומחיותו. (10)

בית המשפט הוא שקובע מהי המידה, האופן וההיקף של אימוץ האמור בחוות הדעת. אין בית המשפט חייב לפסוק ולאמץ כל האמור בחוות דעת והוא רשאי להסתמך עליה או לדחותה, כולה או חלקה, הכל-לפי שיקול דעתו. (11)

מכאן, שעל אף המינוי והתפקיד המיוחד שנועד למומחה הרפואי הממונה, אין חוות דעתו סופית באופן שאין אחריה ולא כלום (12), והיא כפופה לבדיקה שיפוטית.

גישה זו בדבר אי סופיות מסקנות חוות-הדעת מוצאת ביטויה גם בתקנות 134 ו-135, לפיהן מותר להציג למומחה שאלות הבהרה, וכי בסמכות בית-המשפט, בין היתר, להורות למומחה לבדוק בדיקה נוספת מי שטעון בדיקה, ולהגיש חוות-דעת נוספת.

כמו כן, בהתאם לאמור בתקנות, שמורה הזכות לצדדים, בתנאים מסוימים, להביא עדות נוספת של מומחה לענין הנדון.

כאמור מחד, ביהמ"ש ממנה את המומחה הרפואי, מאחר ואין הוא מצוי ואין הוא בעל ידע בתחום המקצועי. מאידך סמכות ההכרעה בסכסוך, לרבות הממצאים הרפואיים, מסורה לבית המשפט. אמנם, חזקה על בית המשפט כי כאשר הוא ממנה מומחה רפואי המתמחה בתחום הרפואי שעליו הוא מתבקש ליתן חוות דעתו, יתן לחוות הדעת את משקלה הראוי בכל הנוגע לצד הרפואי המקצועי ולא יתערב במסקנות המומחה[13],"... אך לעיתים, מתוך עיון בחוות הדעת עצמה או במכלול נסיבות הענין, יתברר לבית המשפט שהתשתית העובדתית, שעליה היא נשענת, אינה מהימנה. במקרה כזה, בית המשפט רשאי שלא לסמוך על חוות-דעתו של המומחה, וראוי כי לא יבסס מסקנתו על אותה חוות-דעת"[14].

nevo.co.il

מכל האמור עולה כי על בית המשפט לשקול את חוות הדעת על פי אותן אמות מידה ואותם המבחנים בהם הוא בוחן ושוקל את שאר הראיות המובאות בפניו, ומכאן שאין לחוות דעתו של המומחה הרפואי, על אף מעמדו המיוחד, עדיפות על פני כל ראיה אחרת.

מעמדו המשפטי של המומחה הרפואי

כאמור, למומחה הרפואי הממונה על ידי בית המשפט, מעמד מיוחד. תפקידו להסביר לבית המשפט את הקשר הקיים בדרך כלל בין גורמים כלשהם (המיוחסים לנתבע) לבין התוצאות המשתקפות בנזקים שטוען להם התובע. דהיינו, לפרוש לפני בית המשפט את הידע בתחום מומחיותו, ולנתח בהתאם לכך, את נתוני המקרה הספציפי באופן בהיר, בפשטות ובהגיון מדעי (15).

בהיות העד המומחה בחזקת הזרוע הארוכה של בית-המשפט, נסמך ביהמ"ש על נסיונו ועל הידע המקצועי של המומחה. כן סומך ביהמ"ש על יכולתו של המומחה לבדוק ולמיין את האינפורמציה הנמסרת לו, על סמך בדיקות שהוא עורך, על סמך החומר הרפואי שהוא מקבל, ועל סמך ההתרשמות המקצועית שלו (16).

לכאורה, בעשותו כן, ממלא המומחה הרפואי תפקיד מעין שיפוטי. בירור ומיון מידע הינו מעשה שיפוטי, העומד, לכאורה, בסתירה ובניגוד ל"חלוקת התפקידים" שבין המומחה הרפואי, לבין בית המשפט, שאינו מתייתר מסמכותו וחובתו, לשפוט ולהכריע בסכסוך על אף מינוי המומחה על ידו.

בהתייחסו לדילמה זו, נקבע ע"י ביהמ"ש כי "שני עקרונות צריכים להנחותנו ולשמש אמת מידה לתיחום מסגרת החומר אותו נרשה להעביר למומחה; האחד שמלאכת השיפוט תשאר תמיד בידי בית-המשפט ולא תועבר על ידו למומחה; השני, שיאופשר למומחה לקבל זרימת מידע ותעוד הדרושים לו כדי שחוות דעתו תהיה רצינית, עניינית ומקצועית..."[17].

ביהמ"ש נדרש, על כן, לעמוד על המשמר לבל ייאלץ המומחה הרפואי לבצע פעולות בירור ומיון מידע, דבר שיהפוך את תפקידו לתפקיד מעין שיפוטי.

על המומחה להשתמש רק במידע אמין שניתן יהא לאמתו ולבדקו, עליו להזהיר עצמו לא להשתמש בסברות, השערות או מסקנות של נותני המידע. ועליו לזכור כי עיקר תפקידו גיבוש חוות דעת מקצועית ואובייקטיבית על מצבו של הנבדק[18].

על המומחה ליתן חוות דעת עצמאית משלו "... שתהיה פרי הבדיקה, המומחיות, העיון ושיקול הדעת שלו לבדו. כמו השופט, שאינו רשאי להעביר את החלטתו לגורם אחר, אלא עליו לשאת אותה לבדו, במלוא כובדה, על כתפיו שלו, כך גם המומחה הרפואי..."[19].

כמו השופט המוסמך למנות מומחה רפואי שיסייע בידו, רשאי המומחה הממונה לפנות לביהמ"ש ולבקש בדיקה נוספת על ידי רופא או מומחה אחר ורשאי הוא לסמוך על תוצאותיה - זאת, אך ורק לאחר שבדק אותה ושקל אותה על פי מומחיותו. חל עליו איסור לסמוך את חוות דעתו על חוות הדעת של מומחה אחר ואל לו לאמצה[20].

על המומחה הרפואי חלים כללי טוהר ההליכים השיפוטיים וההליכים הנילווים אליהם. כמו כן חלים עליו כללי הצדק הטבעי, חשש לניגוד עניינים ומשוא פנים[21].

החלת הכללים הנ"ל על המומחה הרפואי, על מנת שיבצע תפקידו ביושר, במקצועיות, ובאובייקטיביות, תוך הקפדה על שמירת נהלים וכללי טוהר מידות מעמידה את המומחה במעמד של מבצע תפקיד מעין שיפוטי. אימוץ או שלילת חוות הדעת עצמה, אין בהם כדי לגרוע מעצם משמעות ההליך ודרך דרישת מילוי התפקיד מהמומחה הרפואי הממונה בדין ובפסיקה. היות המומחה זרועו הארוכה של בית-המשפט, מחילה עליו כללים שאינם נובעים ממומחיותו, אם כי אין בכך העברת סמכויות שיפוטיות מבית-המשפט אל המומחה הרפואי, אלא ביסוס מעמדו כמוסד ייחודי, מוסד המומחה הרפואי.

הרצון והדרישה לשמור על מוסד המומחה הרפואי ככלי עזר לבית המשפט מבלי שתועברנה אליו סמכויות שיפוטיות בביצוע משימתו מעלה, בהיפוך השאלה, תהווה, לגבי העשייה השיפוטית עת השופט דן בנושאים שבמדע בכלל ורפואה בפרט: האם באמצו את מסקנות חוות הדעת, בקבלו איבחונים, דרכי טיפול רפואיים, באמצו שיטות וכלי מחקר מדעיים כפי שהובאו ונסקרו בפניו, האם מסקנותיו וקביעותיו הינן כקביעות איש המקצוע, הרופא או המדען? האם יכול מי שאינו איש המדע (הרפואה) להכריע בשאלות מדעיות? בשאלות של מומחיות?

על פניו, בית המשפט עושה כך, ולפיכך עשיית עבודתו השיפוטית בדרך הכרעותיו לובשת פן מדעי מבלי שתהווה עבודה מדעית.

סיכום:

רבים הם הישגי המשפט הישראלי בתחום קביעה ומיסוד דרכי הבאת עדויות רפואיות באמצעות הקמת מוסד המומחה הרפואי, והמומחה הרפואי הממונה על ידי בית המשפט בפרט, ויציקת תוכן ומהות למוסד זה על כל היבטיו, במשך חמישים שנות המשפט במדינה. הם מהווים ביטוי לשינויים בחברה

nevo.co.il

הישראלית וצרכי המתדיינים ובית המשפט.

עצם יצירת מוסד המומחה הרפואי, והנהגת מתן עדות באמצעות חוות דעת בכתב, מהווה הישג של ממש מבחינה דיונית ומבחינה מהותית. לעומת זאת, המגמה למינוי מומחה יחיד מטעם בית-המשפט, כפי שיושמה בתקנות הפיצויים בשנת 1985, שנויה במחלוקת. מחד, מינוי מומחה רפואי נייטרלי יחיד, מהווה פגיעה בעצם זכותו המהותית של כל צד להביא מכלול ראיותיו להוכחת הנושאים השנויים במחלוקת, ולפיכך, אין היא רצויה ואין היא צודקת. מאידך, מהבחינה המעשית רצוי לצדדים כי ענינם יובא להכרעה בדרך היעילה, המהירה והזולה ביותר, וזאת מושגת באמצעות מינוי מומחה רפואי יחיד.

בפנינו שתי דיעות מנוגדות באשר לשיטה העדיפה בדבר מינוי מומחה מטעם בית משפט:

דעת אחת (בה תומכת המשפטנית כותבת המאמר) גורסת שאין להעדיף את אינטרס ייעול הבירור, הן במישור הדיוני והן במישור העלויות ואין לצמצם את זכויות הצדדים כפי השיטה שהונהגה בתקנות המומחים. יש להעדיף זכויות הצדדים להביא בפני בית המשפט את כל ראיותיהם על מנת שיוכלו להוכיח עניינים רפואיים שבמחלוקת, ועל כן אין להרחיב השיטה שהונהגה בתקנות המומחים לתחום יתר תביעות הנזיקין. בנסיבות מתאימות, אותן יקבע בית המשפט בכל מקרה, ומקרה תישקל שאלת מינויו של המומחה הרפואי על ידי בית המשפט. מובן מאליו, שאין לצמצם ו/או לשלול זכויות בעלי הדין באשר לחקירת המומחה והבאת ראיות לסתור.

דוקא הקפדה ושמירה על זכויות הצדדים תאפשר הכרעה יעילה וצודקת, תייתר הליכים מקדמיים בדבר מינוי מומחים, תחומי המומחיות, המתנה למתן חוות דעת והגשת בקשות שונות אודותיה שייתכן, כי מייקרות הן את ההליך המשפטי ומסרבלות אותו.

לעומת דעה זו עומדת דעה אחרת (המיוצגת ע"י הרופא כותב המאמר) הגורסת כי השיטה של הבאת מומחים "מטעם" אכן נכונה, אולם התוצאות מושגות בצורה יעילה, מהירה וזולה יותר בשיטת מינוי מומחה נייטרלי ע"י בית-המשפט.

בשפה רפואית, נאמר שמינוי מומחה ע"י בית המשפט, אף שהשיטה והאמצעים (material & methods) אינם מושלמים התוצאות והמסקנות נכונות אמינות ומושגות בדרך יעילה, זולה ומהירה.

מאחר ובית המשפט והמחוקק טרם הכריעו בשאלת הגישה העדיפה, נראה, שהמחלוקת תשאר בעינה, ותשתקף בשתי מערכות מקבילות הדנות במינוי מומחים רפואיים: תקנות סדר הדין האזרחי, התשמ"ד - 1984 ותקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים, התשל"ה - 1975.

מקורות והערות שוליים

1. פרק י"ב סימן ד', תקנות סדר הדין האזרחי, תשכ"ג - 1963.

2. ק.ת. 1902 תשכ"ו, 7.7.66

3. ק"ת 4685 התשמ"ד, 12.8.1984 עמ' 2220.

4. דברי ההסבר לסעיף 4 לתק' פיצויים לנפגעי תכונת דרכים (תיקון מס' 5), התשמ"ד - 1984, ה"ח 1674, עמ' 193.

5. ר' ה"ש 4, לעיל, באותו עמוד.

6. תקנות 2, 3, 4 ו- 7, לתקנות המומחים.

7. תקנות 127, 128 ו- 130 לתקנות.

8. תקנה 132 לתקנות.

9. רע"א 7265/95 **גלדשטיין ואח' נ. בראל**, פס"ד נ (3), עמ' 214 בעמ' 218 מול האות א'.

10. ע"א 1619/93 **"אליהו חברה לביטוח בע"מ" נ. טטרו**, פס"ד מז (4), 89 בעמ' 97-98 מול האותיות ז' - א'.

11. ע"א 402/85 **מרקוביץ נ. עירית ראשון לציון**, פס"ד מא (1), 133 בעמ' 139 מול האות ד'.

12. ע"א 2160/90 **רז נ. לאץ ואח'**, פס"ד מז (5), 170, בעמ' 174 מול האותיות ב'-ה'.

וכן: א. גורן, סוגיות בסדר דין אזרחי, מהד' שלישית, עמ' 214-215.

יעקב קדמי, על הראיות, הדין בראי הפסיקה, עדכון והשלמה, התשנ"ה - 1995, בעמ' 54.

13. ע"א 16/68 **רמת סיב בע"מ נ. דרזי עקרם**, פס"ד כב(2), 164 בעמ' 168 מול האות ב'.

14. ע"א 2160/90, בעמ' 174, מול האות ו'.

במקרה זה, ביהמ"ש לא היה מוכן להסתמך על חוות דעתו של המומחה הרפואי, מאחר והמידע עליו ביסס המומחה את חוות דעתו היה חלקי ואף מוטעה (זאת, מאחר והמערערת העלימה מהמומחה קורותיה ומצבה הרפואי טרם התאונה שבגינה נתבקש למסור חוות דעתו).

15. ע"א 702/86 **איטונג בטרום (איטווג) בע"מ נ. יצחק בן הרוש**, בערעור שכנגד פס"ד מד (1), 160, בעמ' 173 מול האות ג'.

nevo.co.il

16. ע"א 5638/95 **מגדל חברה לביטוח בע"מ נ. כריסטיאן שמור**, פס"ד מט (4), 865, בעמ' 874.

אמנם פסק דין זה עוסק במינוי המומחה הרפואי ובסמכויותיו על פי תקנות המומחים)תאונות דרכים(ואולם לקביעות ולאימרות שבפסק הדין, באשר למשמעות המינוי, תפקידי המומחה וסמכויותיו - משמעות מהותית באשר למינוי, תפקידי וסמכויות מומחים בכלל.

17. ע"א 5638/95, בעמ' 875, מול האות א'.

שם מאוזכר ציטוט מתוך פסק דין קודם שניתן ע"י כב' השופטת שטרסברג-כהן.

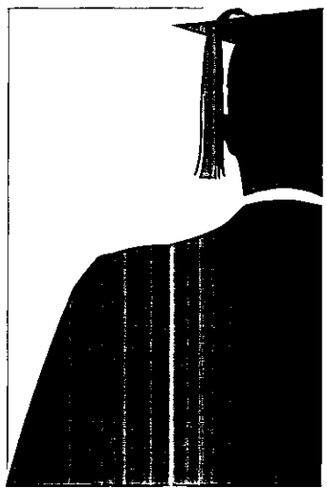
18. רע"א 7265/95, פס"ד נ (3), 214, עמ' 217 מול האות ה'.

19. רע"א 7265/95, שם, בעמ' 219, מול האות ב'.

20. רע"א 7265/95, שם, בעמ' 219, מול האות ב'.

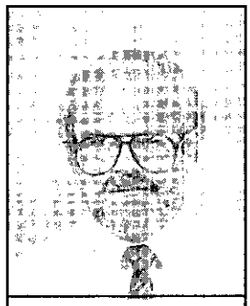
21. רע"א 7265/95, שם, בעמ' 219 מול האות ג'.

וכן בג"צ 2874/93 **קופטי כמאל נ. בית הדין הארצי לעבודה ואח'**, פס"ד מח (2), 673, בפסק הדין שדחה עתירה לביטול מינוי מומחה רפואי מייעץ בבית הדין לעבודה, מנחה בית המשפט את בתי הדין ובתי המשפט שבבואם לבחור מועמד למינוי כמומחה מטעמם, ישקלו בין היתר, ועל רקע נסיבותיו של כל מקרה נתון - גם את חברותו של המועמד בוועדה המופעלת על ידי הרשות שהינה צד להליך, וזאת מחשש לניגוד עניינים ופגיעה בעיקרי הצדק הטבעי.



nevo.co.il

רפואה משפטית בישראל



יהודה היס

תולדות הרפואה המשפטית בישראל משקפות את ההסטוריה הקצרה של המדינה ומהוות תמונת - ראי להתפתחויות הפוליטיות והמדיניות.

במשך המנדט הבריטי בארץ ישראל, הרפואה המשפטית, כמו מערכת המשפט כולה, הייתה מושתתת על המשפט האנגלי. בדיקות של גופות בחשד למוות לא טבעי בוצעו על-ידי רופאים ממשלתיים בריטיים שפעלו מטעם נציגי הכתר בארץ. רוב הרופאים האלה לא היו רופאים משפטיים ואף לא פתולוגים וניסיונם בנתיחות היה מצומצם.

גלי עלייה של יהודים לארץ ישראל בסוף שנות העשרים ובשנות ה-30 עוררו בקרב התושבים הערבים התנגדות שהלכה וגברה, עד למאורעות הדמים. אחד האירועים הראשונים שנחקרו בצורה מעמיקה מההיבט הרפואי-משפטי היה מותם של קורבנות פרעות תרפ"ט (1929).

ביום 24.8.1929 נרצחו בחברון 56 יהודים על-ידי אספסוף ערבי. גופות הנרצחים נבדקו על-ידי רופאי המשטרה הבריטית ונקברו. בעקבות שמועות על התעללות פיסית ומינית בקורבנות בעודם בחיים, ציוו שילטונות המנדט להוציא את הגופות מן הקברים. הבדיקה הוטלה על צוות של 9 רופאים: שלשה רופאים בריטיים, שלשה באי כח רפואיים ערבים ושלושה רופאים יהודים. עשרים גופות הוצאו מקבריהן לאחר כשבועיים, בהסכמת כל הצדדים. בדיקתן לא העלתה סימני התעללות לפני המוות[1]. קרוב לוודאי שזה היה המקרה הראשון של שיתוף פעולה בתחום רפואה משפטית בין שלטונות הכיבוש הבריטי לבין מומחים רפואיים יהודים וערבים ששרתו את האוכלוסייה המקומית.

בשנות ה-40 נעזרו קציני המנדט הבריטי ברופאים פתולוגים יהודים בביצוע נתיחות משפטיות, אם כי באופן כללי ניסו להימנע מלהיעזר ברופאים יהודים כדי למנוע ניגוד אינטרסים בין התושבים היהודים והלא יהודים.

עם קום המדינה אימץ המשפט הפלילי הישראלי את הפקודות המנדטוריות בשילוב עם חוקים עותומניים ועקרונות המסורת היהודית. בשנת 1977 שולבה פקודת החוק הפלילי משנת 1936 עם שורה של חוקים ישראלים לחוק העונשין.

ההלכה היהודית מקפידה מאוד על כבוד המת ולכן אוסרת לבצע בגופה פעולות כלשהן היכולות לגרום לביזיון המת. במקביל קובעת ההלכה כללי טיפול בגופה מרגע המוות ועד לקבורה.

נתיחה חלקית או מלאה אסורה משלוש סיבות עיקריות: ביזיון המת[2], איסור הנאה (הפקת תועלת) מן המת או מחלקיו[3] וביטול (השהייה שלא לצורך) מצוות הקבורה[4]. בספרי ההלכה מכונה הגוף המת "נרתיק קדוש". יש להיזהר בכבודו וחובה לשמור על שלמותו, לטהרו ולהכינו לקראת הקבורה.

במקרים מסויימים ההלכה מתירה נתיחה חלקית או שלמה בגופת המת. בספר "ציץ אליעזר" טוען אחד מגדולי הפוסקים שמותר לבצע נתיחה במקרה של קורבן רצח, לשם המצאת ראיות שתבאנה להענשת הרוצח. נתיחת גופה מותרת גם במקרים בהם ניתן להפיק מן הבדיקה מסקנות שיובילו למציאת תרופה למחלה שעדיין לא נמצא לה מזור[5]. כמו כן ניתן לקבל היתר לנטילת נוזל או מעט רקמה על ידי מחט חלולה של מזרק כדי לקבוע את סיבת המוות. ההיתרים האלה מותנים בהחזרת חלקי הריקמה בשלמותם לגופה והבאתם לקבורה יחד עם הגופה ובהקדם האפשרי.

בעשורים הראשונים שלאחר קום המדינה נוצרה עוינות בין היהדות הדתית-חרדית למוסדות הרפואה המשפטית והפתלוגית בארץ. עוינות זו הגיעה לאלימות מילולית קשה. בעשור האחרון חל שיפור מסויים בקשר שבין המגזרים. מינוי רב למכון לרפואה משפטית מטעם הרבנות הראשית ומתן הסבר מדעי ומתאים למשפחות הנפטרים לגבי הצורך בנתיחה והסבר של תוצאותיה, יצרו יחסי אמון והבנה בין הציבור הדתי לבין המכון.

בשנת 1996 נותחה במכון גופת יהודי חרדי שמת באופן פתאומי ובלתי צפוי וקרוביו התנגדו לנתיחת גופתו. לאחר שבמשפחתו התרחשו מקרי מוות דומים הועלה חשד למחלה תורשתית. שלושה רבנים מוכרים בארץ, מזרמים שונים של היהדות, התירו פה אחד נתיחה חלקית לקביעת סיבת המוות ובתנאי שכל החלקים יוחזרו ובתנאי שהנתיחה תבוצע בהשגחת שליח מטעמם. בנתיחה נתגלתה אכן מחלה תורשתית ובני המשפחה הופנו לטיפול רפואי מתאים.

חוק האנטומיה הפתולוגית משנת 1953 סיפק לראשונה מסגרת רשמית לנתיחות משפטיות בישראל. די היה בסמכות שלשה רופאים לאשר נתיחה על מנת לקבוע את סיבת המוות, או כדי להשתמש בחלק מן הגופה לריפוי

פרופ' יהודה היס - פאתולוג ומנהל המכון לרפואה משפטית. מלמד באוני' העיברית בירושלים ובאוני' תל-אביב.

של אדם. הכנסת חזזה כבר אז את הצרכים העתידיים של הרפואה העכשווית, למרות שנושא השתלות האיברים היה עדיין בחיתוליו.

התיקון לחוק האנטומיה והפתולוגיה תשמ"א 1981, שנתקבל בלחץ השדולה האורתודוכסית, מחייב הסכמת קרוב משפחה של הנפטר לעריכת הנתיחה. זאת-בנוסף להרשאה הרפואית והעדר התנגדות של בן משפחה באותה דרגת קרבה של זה שהסכים לנתיחה, או בדרגת קרבה אחת אחריה. מאז ירד באופן משמעותי ביותר מספר הנתיחות הלא משפטיות שבוצעו בארץ ושהיוו בקרה מצויינת לאיכות השירות הרפואי ותרמו לזיהוי ולאיפיון של מחלות חדשות.

גם חקירות מקרי מוות כתוצאה מאלימות, מוות פתאומי ולא צפוי ומוות בנסיבות חשודות, שמתבססות על תוצאות של בדיקות שלאחר המוות, מושפעות מהשינויים במדיניות הלאומית לגבי נתיחות.

נתיחות משפטיות מתבצעות בעקבות דרישת המשטרה ובהסכמת קרובי הנפטר או על-פי צו בית-משפט. הן נעשות במכון לרפואה משפטית אשר נוסד ע"י פרופ' ח. קרפלוס המנוח, בשנת 1954, בדרום תל-אביב. המכון הוקם בעזרת משפחתו של השופט העליון ל. גרינברג מדרום אפריקה (שעל שמו נקרא המכון) והוא ממוקם במרכז האוכלוסין הצפוף ביותר במדינה. ניתן להגיע אל המכון כמעט מכל נקודה בארץ תוך פחות משלוש שעות נסיעה.

בשנות ה-60 פעלה שלוחה של המכון בצפון הארץ, אך עד מהרה הסתבר כי לאור המחסור בכוח אדם מיומן והצורך בהסעת הצוות לאותה נקודה צפונית לביצוע הנתיחות - הפיצול אינו נוח, ועל כן נסגר הסניף הצפוני.

בשנים הראשונות לקיומו שימש המכון כמחלקה של האוניברסיטה העברית בירושלים ומשנת 1988 המכון מסונף אקדמית לבית-הספר לרפואה באוניברסיטת תל-אביב. מאז 1975 המכון כפוף למשרד הבריאות.

משנת 1988 הוכר המכון על ידי המועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית כמורשה להקניית מומחיות ברפואה משפטית.

המכון משרת את כל אזרחי מדינת ישראל ומשנת 1967 ועד 1995 שרת גם את אוכלוסיית יהודה, שומרון וחבל עזה. בשנת 1990 הועברה הרפואה המשפטית הצה"לית למכון לרפואה משפטית ומאז מעניק המכון שירותים מגוונים למשרד הביטחון. כמו כן, כל תושב המעוניין בחקירה פרטית של נזק גופני ו/או מוות יכול להעזר בשירותי המכון. גם בדיקות של גופות חיילי או"ם המוצבים בלבנון ובגולן מתבצעות במכון.

לרשות הצוות הרפואי של המכון עומדים חמישה שולחנות נתיחה, מעבדת זיהוי ביולוגית משפטית. מעבדה היסטולוגית, מחלקת צילום, יחידה אנטרופולוגית, ומחלקה לרפואה משפטית קלינית. המחלקה הקלינית אחראית על בדיקת קורבנות חיים של אלימות פיסית כמו אינוס, מעשים מגונים וחבלות שונות וכן על בדיקת חשודים בביצוע מעשי אלימות. שירותים טוקסיקולוגיים ומיקרוביולוגיים מסופקים למכון ע"י מרכז רפואי אוניברסיטאי סמוך.

בצוות המכון תשעה רופאים-פתולוגים משפטיים במשרה מלאה, שני אנטרופולוגים וחמישה ביולוגים. השירותים הניתנים על ידי המכון כוללים כאלפיים נתיחות בשנה, 400 בדיקות חיים ומעל 200 חוות דעת עפ"י מסמכים רפואיים.

צוות המכון מבצע פעילויות נוספות: פיקוח על הוצאת גופות מקברים, חניטה והנפקת רישיונות למשלוח גופות אל מעבר לים. פתולוגים משפטיים מסייעים בקצירת איברים מקורבנות אלימות, לשם השתלה.

בדיקה של תוצאות הנתיחה במכון במהלך 8 השנים האחרונות, מצביעה כי ב-43% מהנתיחות המוות נגרם ממחלה. הסיבה הנפוצה - מחלה טרשתית בכלי הדם או בעורקים הכליליים של הלב והסיבה הבאה אחריה אלה מחלות בדרכי הנשימה. מקרי הרצח וההריגה היוו בשמונה השנים האלה כ-18% מהנתיחות, מתוכם 34% מהקורבנות נורו, 31% נדקרו והשאר מתו מפציעות קהות, חנק והרעלה. תאונות דרכים היוו כ-14% מהבדיקות השנתיות שבוצעו במכון.

התאבדויות בישראל הן בעלות שעור שנתי של חמש עשרה התאבדויות לכל מאה אלף תושבים לא יהודיים והן מהוות כ-11% מסך הנתיחות המתבצעות בשנה. עקב מניעים דתיים לא כל מקרי ההתאבדות מועברים לבדיקה רפואית משפטית. פצעי ירי עצמיים הם המובילים בהתאבדות בקרב גברים צעירים, ואילו בקרב נשים וקשישים השיטות הנפוצות ביותר הן תְּלִיָה וקפיצה מגובה גדול.

שנות האינתיפאדה, מ-1987 ועד 1993, הביאו גל של אלימות קשה שגרם למותם של מאות פלשתינאים וישראלים. תופעות כמו עינויים, "לינץ'" ציבורי, התעללות בגופות של חשודים בשיתוף פעולה עם שלטון הכיבוש ומקרי מוות ע"י קליעים לא קונבנציונאליים (שנועדו לפזר הפגנות), שהם נדירים בפרקטיקה הרפואית-משפטית ברוב המקומות בעולם, נצפו במכון במהלך שנות העימות עם האוכלוסיה הפלשתינאית[6].

במקרים בהם משפחתו של קורבן פלשתינאי או ארגון בינלאומי כלשהו לזכויות האדם הטילו ספק באובייקטיביות של הצוות המקצועי במכון, ניתנה תמיד רשות לרופא מטעמם להיות נוכח בנתיחה.

nevo.co.il

נתיחת גופתו של צעיר פלשתינאי בקיץ 1995, שנפטר באופן פתאומי ובלתי צפוי בחקירת שב"כ, הביאה לידיעת הציבור את הסכנה שבטלטול בכלל וטלטול ילדים בפרט.

מחבלים פלשתינאים מתאבדים, שהפעילו מטעני חומר נפץ בתחבורה הציבורית ובריכוזי אוכלוסיה, גרמו לכמעט 200 חללים. הנזק לגופות קורבנות הפיגועים מנע את זיהויים והיה צורך בפיתוח טכניקות זיהוי חדישות (כמו ביולוגיה מולקולרית). כמעט כל הקורבנות זוהו תוך 24 שעות[7].

בארבעה בנובמבר 1995 נרצח יצחק רבין ראש ממשלת ישראל. הקליעים שהוצאו מגופתו בזמן הנתיחה היוו ראיה משמעותית בהרשעתו של החשוד בירי.

בסוף שנת 1996 פנתה עמותת עולי תימן, שילדיהם נעלמו בשנות החמישים, למכון וביקשה לפתוח עשרה קברים בבית העלמין בפתח תקווה כדי לבדוק את נכונות השמועות לפיהן מתחת למצבות לא מצויות גופות. לטענת רבים, הילדים הנעדרים אומצו ע"י משפחות אשכנזיות ולהורים נמסר שילדיהם נפטרו ממחלות שונות ונקברו בחופזה, כדי למנוע התפשטות מגיפות. הסערה הציבורית שנמשכת כמעט חמישים שנה לא שכחה ושלוש ועדות בדיקה שונות, שהוקמו לברור הנושא, לא הצליחו לתרום לפתרון התעלומה. מומחי המכון לרפואה משפטית פתחו את הקברים ומצאו שרידי גופות של תינוקות וילדים שהתאימו בגיל לנעדרים. בדיקה ביולוגית, שהייתה אמורה לקבוע קשר משפחתי בין השרידים לבין קרוביהם, לא צלחה ודגימות רקמה של השרידים וקרוביהם נשלחו למעבדה בחו"ל.

האנתרופולוגיה הרפואית-משפטית סייעה במקרה זה להפריך את הטענה שהקברים ריקים. בהמשך לפרשת ילדי תימן הנעדרים, הצליחה בדיקה ביולוגית שבוצעה במכון להפריך טענה של קשר משפחתי בין עולה מתימן, המתגוררת בארץ, לבין אישה צעירה יותר, מאומצת, שהיגרה לארה"ב.

קריסת הגשר מעל נהר הירקון בעת אירועי פתיחת המכבייה בשנת 1997, גרמה למותם של ארבעה ספורטאים אוסטרלים. בנתיחת הגופה של אחד מהם אותרה פטרייה נדירה וקטלנית הגדלה בביצת הירקון.

חשיבות הבדיקות הקליניות הנערכות במכון באה לידי ביטוי בהיבטים השונים של תסמונת אלימות במשפחה. המתלוננות והמתלוננים נבדקים ולאור התוצאות של הבדיקות מוגשים כתבי אישום והרשויות המוסמכות פותחות בחקירות לגילוי קורבנות אפשריים נוספים.

במכון נחקרים נושאים הקשורים במגוון רב של בעיות, לאו דווקא פליליות, כגון נתונים אנתרופולוגיים של האוכלוסייה המקומית[8], פיתוח שיטות אלטרנטיביות לבדיקה לאחר המוות (בטומוגרפיה ממוחשבת וחזיון פנימי) על מנת לענות על צרכי הציבור האורתודוכסי, שמתנגד לנתיחות קונבנציונאליות[9].

מומחי המעבדה הביולוגית במכון מפתחים שיטות מהירות של זיהוי ביולוגי שיאפשר זיהוי ודאי של שרידי גופה תוך פחות מיממה. מומחי המכון מבצעים מחקרים משותפים עם מומחים פורנסיים מארצות שונות[10] כדי להרחיב את תחומי הפעילות של המכון.

המטלות האקדמיות של המכון כוללות בין השאר הרצאות והדרכות מעשיות לארבע אוניברסיטאות במדינה, הן בבתי הספר לרפואה והן בבתי הספר למשפטים. זאת - בנוסף להדרכת גופים מקצועיים שונים הזקוקים לידע רפואי משפטי. מתמחים בכירורגיה, בפסיכיאטריה וברפואה פנימית בארץ לוקחים חלק במחקרים המתנהלים במכון. תוכנית ההתמחות ברפואה משפטית נמשכת חמש שנים וכוללת שלוש שנים במכון לרפואה משפטית, 18 חודשים של אנטומיה פתולוגית במחלקה לפתולוגיה אוניברסיטאית ו- 6 חודשי תת התמחות כירורגית או פנימית.

תודות לרב י. רוזיה על הסיוע בכתיבת המאמר.

מקורות:

1. "הרצאת ועדת מומחים" שנתמנתה מטעם ה.מ. הנציב העליון, 13 בספטמבר 1929. חתומה ע"י ג. סטוארט, נ.י. אור-יואינג וי. סטראתארן.

2. תלמוד בבלי, מסכת בבא בתרא, דף קנ"ד, עמוד א'.

3. תלמוד בבלי, מסכת עבודה זרה, דף כ"ט, עמוד ב'.

4. תלמוד בבלי, מסכת סנהדרין, דף מ"ו, עמוד ב'.

5. "ציץ אליעזר" חלק רביעי, הוצאה שניה א.י. וולדינברג, ירושלים תשמ"ה, סימן יד, עמוד עט'.

6. Hiss J, Hellman Fn, Kahana T. Rubber and Plastic Ammunition Lethal Injuries. The Israeli Experience. Med Sci Law 1997; 37 (2): 139-144.

7. Kahana T, Freund M, Hiss J. Suicidal Terrorist Bombings in Israel - Identification of Human Remains. J Forensic Sci 1997; 42 (2): 260-264.

8. Kahana T, Lipstein E, Hiss J. Estimation of Height in The Israeli Population: A Revision of The Standard Regression Formulae. Sci Justice 1996; 36: 81-84.

9. Avrahami R, Watemberg S, Daniels-Philips E, Et Al. Endoscopic Autopsy. Am J Forensic Med Pathol 1995; 16 (2): 147-150.

10. Hiss J, Kahana T, Arensburg B. Forensic Medicine in Israel. Am J Forensic Med Pathol 1997; 18: 154-157

nevo.co.il

תרומת ביציות - המצוקה, ורעיון לפתרון

שחר קול

אישור חוק "הפונדקאות"[11] ע"י הכנסת בשנת 1996, וההרחבות הראשונים שהושגו במסגרת החוק, עוררו עניין ציבורי רב בכל הכרוך בטכנולוגיות רבייה מתקדמות. עניין מיוחד משך ההיבט המשפטי-ציבורי-אתי של טכנולוגיות אלה. בעיקר הופנו הזרקורים לטכנולוגיות המאפשרות (ראשונה בהיסטוריה האנושית) להפריד בין הורות ביולוגית לבין נשיאת ההריון. במקרה של פונדקאות, האם הנושאת את ההריון ויולדת בסיומו מוסרת את הילוד להורים הביולוגים. טכנולוגיות ההפריה מאפשרות גם ליטול ביציות מאשה אחת (תורמת הביציות, האם הביולוגית), להפרותן בזרעו של בן זוגה של האם נושאת ההריון, כאשר עם תום ההריון הילוד נשאר בחזקת האם הנושאת.

בעוד שחוק הפונדקאות נועד לפתור את המצוקה של מספר קטן (יחסית) של זוגות, עדיין אין תשובה הולמת לבעייה של זוגות רבים הנזקקים לתרומת ביציות כדי להשיג הריון.

מי נזקקת לתרומת ביציות?

הפרסום הראשון על הריון מוצלח מתרומת ביצית[1], הפיח תקוות בלב זוגות רבים ששיטה זו עשויה לסייע להם בהשגת הריון. רוב הנשים הנזקקות לתרומת ביצית הן נשים בגיל מבוגר יחסית, ששחלותיהן אינן מייצרות כלל ביציות, או שאיכות הביציות אינה מאפשרת השגת הריון. בנוסף, יש לזכור כי קיימת קבוצה לא קטנה של נשים צעירות שאף הן זקוקות לתרומת ביצית כדי להרות. עם קבוצה זו נמנות נשים שעברו טיפולים בשל מחלות ממאירות (שלא קשורות לאברי המין). מחמת מחלות אלה נגרם לשחלות נזק בלתי הפיך. קבוצה נוספת אלה נשים צעירות יחסית בהן חלה הפסקה מוקדמת בפעילות השחלות (לרוב מסיבה לא ידועה), או ששחלותיהן הורחקו בניתוח מסיבות שונות.

המכנה המשותף לכל הזקוקות לתרומת ביציות הוא שיש באפשרותן לשאת הריון משום שרחמן תקין הן מבחינה אנטומית והן מבחינה ופונקציונלית.

מדוע אין "בנק ביציות"?

ברוב בתי החולים בארץ המעניקים שרות בנושא הפוריות יש "בנק זרע" המנוהל לפי הנחיות מפורטות של משרד הבריאות. הנחיות אלה נועדו לוודא את בטיחות השימוש בזרע הנתרם (בעיקר בעידן מחלת האיידס), ולהגביל את מספר ההריונות המושגים מזרעו של תורם בודד. בעוד שאין קושי מיוחד בתהליך הקפאת הזרע והפשרתו, הרי הקפאת ביציות היא תהליך מסובך יותר, שעדיין נמצא בשלב המחקר, ואינו ניתן כשרות שיגרתי. מכיוון שבעתיד הנראה לעין לא יהיה "בנק ביציות", יש להשתמש בביציות טריות לתרומה.

מה כרוך בתרומת ביציות?

בעוד שתרומת זרע אינה כרוכה בטיפול רפואי מקדים, או כאב, או אי נוחות, תרומת ביציות מחייבת טיפול רפואי מורכב יחסית. הטיפול כרוך במתן תכשירים הורמונליים (זריקות יומיות) המעוררים את השחלות לייצור מספר רב יחסית של "זקיקים". בכל זקיק מתפתחת ביצית, וכאשר הזקיקים מגיעים לגודל הרצוי (בממוצע לאחר כ- 10 ימי טיפול), ניתן לשאוב את הביציות מן השחלות. פעולת השאיבה מתבצעת תחת הרדמה כללית, נמשכת מספר דקות, ואחרי השאיבה המטופלת נשארת מספר שעות בבית החולים להשגחה.

הביציות שנשאבו נלקחות למעבדה העוסקת בהפריה חוץ גופית. שם מביאים להפרייתן בזרע הבעל (או בן הזוג של מקבלת הביציות). לאחר יומיים - שלושה ניתן להחזיר לרחם את העוברים שהתפתחו. הכנת רחמה של מקבלת הביציות לקליטת עוברים הנה פשוטה, ונטולת סיכונים.

אמהות בכל גיל?

לפני כשנה התבשרנו על הריון ולידה (לא בישראל) של מטופלת בת 63[7]. מטבע הדברים אירועים חריגים כאלה פורצים בתרועה רמה לאמצעי התקשורת , מפיחים תקוות בלב חשוכי הילדים מחד, ומציתים ויכוח ציבורי נוקב מאידך. הריון ולידה בגיל כה מתקדם נראים בעיני רבים כשימוש לרעה בטכנולוגיות הפריה מתקדמות, תוך התעלמות מהיבטים רחבים יותר של התהליך. במספר מדינות התגובה הייתה ברמה החקיקתית, לצורך הסדרת הנושא והגבלתו[8-9]. יש להדגיש, כי אין בעיה רפואית בהשגת הריון אף בגיל גבוה יותר. המכשול הרפואי העיקרי הוא במהלך ההריון והלידה,

ד"ר שחר קול - רופא בכיר במחי נשים ויולדות, המרכז הרפואי רמב"ם

nevo.co.il

שכן הריון מהווה אתגר פיזיולוגי נכבד לגוף האישה. בעת ההריון כל מערכות הגוף עוברות שינויים פיזיולוגים ניכרים ולכן בריאות טובה של האם היא תנאי מוקדם להריון תקין. הצבת אתגר כה קשה לפיזיולוגיה של אישה בת 63 עלולה להביא לקריסת מערכות, ולנזק רפואי קשה למטופלת ולילוד. עליה משמעותית בשיעור הסיבוכים הרפואיים בהריון רגיל (מצבי יתר לחץ דם, סוכרת, ועוד) בקרב מבוגרות יחסית מוכרת היטב לכל העוסק בשטח המילדות.

אלה הם, על קצה המזלג, שיקולים רפואיים להגבלת גיל לקבלת תרומת ביצית. קיימים כמובן היבטים רבים אחרים לנושא ("יתמות מתוכננת", "הגשמת שאיפה אגואיסטית תוך התעלמות מנזק נפשי לילוד", אנרגיה נפשית לגידול ילד בגיל מתקדם ועוד), שאין בכוונת הכותב לדון בהם במאמר זה.

מאידך, יתכן שתחת הכותרת "כבוד האדם וחירותו" יש מקום לטענה כי בוגר האחראי למעשיו יכול להחליט על דרכו בחיים, כולל רצונו להביא ילד לעולם בגיל מבוגר, ואין בסמכות המדינה, או החברה, להצר את צעדיו, ולהגבילו משימוש בטכנולוגיות רפואיות המסוגלות להגשים את שאיפותיו. הגבלות בחוק יביאו להתרחבות התופעה של "תיירות רפואית", כלומר נסיעה לארצות אחרות שם אין הגבלות בחוק, וחזרה לארץ לאחר שההריון הושג. בתנאים אלה, ברור כי מימוש האמהות המאוחרת יותנה במצבה הכלכלי של האישה, ולא בשום חוק שיגביל את הנושא בישראל.

אין ספק כי הויכוח הציבורי בשאלות הטעונות שהועלו, עדיין לא מוצה. יש לשער כי עקרונות ואמונה דתית יתפסו חלק נכבד בויכוח, שכן 3 הדתות העיקריות חלוקות בגישתן לטכנולוגיות ההפריה המתקדמות.

מדוע יש מחסור בביציות לתרומה?

שתים עשרה שנים לאחר שהנושא הוסדר ע"י תקנות משרד הבריאות בישראל[5] וע"י הנחיות המנהל הכללי[6], עדיין קיים מחסור חריף בתרומת ביציות. הסיבה העיקרית היא הגדרת התורמות בכוח כנשים שעוברות בעצמן טיפולי פוריות. ניגוד האינטרסים בין התורמת והמקבלת ברור, שכן שתיהן מקוות להרות מאותו מאגר של ביציות. מסיבה זו, ומחוסר תמריץ כלשהו (פרט לסיפוק מניעים אלטרואיסטים) מספר הביציות הנתרמות הוא זעום ביותר, ותור הממתינות לתרומה הולך ומתארך. בהערכה זהירה מדובר באלפי זוגות בישראל הנזקקים לתרומת ביציות.

יש לשער כי שתי סיבות עיקריות הביאו להגבלה המובנית בתקנות משרד הבריאות: מניעת סיכון רפואי מתורמות מגויסות, ושמירה על עיקרון האנונימיות. בשתים עשרה השנים שחלפו מפרסום התקנות, חלו שינויים רבים בשיטות ההפריה החוץ גופית. הבולט ביותר ביניהם הוא הפסקת שאיבת ביציות ע"י לפרוסקופיה (פעולה כירורגית הדורשת הרדמה כללית ממושכת יחסית), ומעבר לשאיבת ביציות תחת אולטראסאונד: פעולה קצרה, בטוחה, הדורשת הרדמה למספר דקות בלבד. שינוי זה, ושיפורים משמעותיים בשיטות התרופתיות לגירוי הביוץ, צמצמו את הסיכונים למינימום.

משיקולים אתיים ברורים, רצוי להימנע משיטת "התורמת המקצועית" העושה זאת תמורת תשלום. מצד שני, הרחבת המקורות לתרומת איברים (בדומה לתרומת כליות צולבת בין משפחות), והסדרת נושא הפונדקאות בחוק[4], מכשירים את הקרקע לשינויים שיביאו להקלת המחסור בביציות נתרמות.

מה הקשר בין חוק הפונדקאות לתרומת ביציות?

בחוק הפונדקאות חבוי מסר ברור מאת המחוקק המאפשר לבוגר ליטול על עצמו סיכון בריאותי מחושב כדי לסייע לזולת העשוי ליהנות מנטילת סיכון זה, כאשר תמריץ חשוב לנטילת הסיכון הוא כספי. האישור להסכם הפונדקאות נשען על 3 מרכיבים עיקריים: רפואי (התאמה רפואית של הפונדקאית לשאת הריון, והוכחת הצורך בפונדקאות על רקע בעיה רפואית של האם הביולוגית), פסיכולוגי (הוכחת התאמה פסיכולוגית של כל הצדדים) ומשפטי. המרכיב המשפטי מסדיר את היחסים שבין הזוג לפונדקאית באופן זהה לחלוטין לכל חוזה עסקי אחר בין שני צדדים. לכל שלב יש מחיר ותגמול; כל האפשרויות הרפואיות כלולות בו (לרבות סיבוכים רפואיים שאינם נדירים בהריונות) על משמעותן הכספית. מבחינה רפואית, הסיכון בכוח הכרוך בהריון עולה על זה הכרוך בביצוע טיפול הפריה חוץ גופית. די אם נזכיר כי עד 30% מההריונות מסתיימים בהפלה טבעית, שיעור ההריונות מחוץ לרחם הוא כ - 1%, שיעור הלידות הקיסריות (בישראל) הוא כ - 15% ועוד. מבחינה זו, ניתן לטעון כי אם פונדקאות אושרה ע"י המחוקק, "קל וחומר" יש מקום לאשר תרומת ביציות באופן דומה (דהיינו ע"י אישה שאין לה צורך בביציות המוצאות מגופה).

מטרת ההצעה המובאת להלן היא להעלות שיטה מוכרת להסדרת הנושא, תוך שמירת קפדנית על עיקרון האנונימיות.

nevo.co.il

השיטה המוצעת

השיטה מבוססת על פרסומים שראו אור בספרות המדעית[2-3]. העיקרון הבסיסי הוא שכל נתרמת מגייסת תורמת (בת משפחה, חברה). התורמת עוברת תהליך של גירוי שחלות מבוקר ושאיבת ביציות. הביציות המתקבלות נתרמות לפי שיטת הפרמוטציה (ראה להלן), כך שמכל שאיבה בממוצע יש מספיק ביציות לכארבע נתרמות. בכל מקרה, האנונימיות נשמרת, שכן ביציות של תורמת לעולם לא ישמשו את המטופלת שגייסה אותה.

ההצעה מאפשרת להגדיר את גיל התורמות, מצב בריאותן, וקריטריונים רפואיים נוספים (למשל בדיקות גנטיות). הגדרות אלה יאפשרו שליטה של הגוף המנחה המקצועי (משרד הבריאות) ביישום השיטה.

פירוט השיטה: נשים שתבענה רצון להיכלל בתכנית המוצעת, תקבלנה הסבר מפורט על התוכנית, כולל יעוץ פסיכולוגי. כל תורמת בכוח שתגויס ע"י נתרמת תתבקש לחתום על טופס הסכמה, ותעבור את בדיקות הסקירה שיקבעו, בנוסף לייעוץ פסיכולוגי. אמות המידה המדויקות להתאמה לתכנית ייקבעו ע"י משרד הבריאות.

לאחר שאיבת הביציות, כל ביצית תיועד לנתרמת לפי הטבלה הבאה:

סדר עדיפות למקבלת (R)	תורמת D1	תורמת D2	תורמת D3	תורמת D4
מקום ראשון, ביציות: 1,3,5,7,9,16	R2	R3	R4	R1
מקום שני, ביציות: 2,4,6,8,10,17	R3	R4	R1	R2
מקום שלישי, ביציות: 11,12,13,18,19	R4	R1	R2	R3
מקום רביעי, ביציות: 14,15,20	רזרבה	רזרבה	רזרבה	רזרבה

מיקרא: R1, D1 - זוגות תורמת - מקבלת (Donor - Recipient), כאשר D1 גויסה ע"י R1, ולכן לעולם R1 לא תקבל את ביציות D1.

לפי הטבלה, יצירת אשכולות של 4 זוגות תורמות - מקבלות תאפשר לכל מקבלת לעבור לפחות 3 מחזורי החזרת עוברים טריים. בממוצע יש לצפות ל - 16 ביציות משאיבה אחת[2].

יתרונות השיטה

1. מניסיון הכותב, לרוב הנזקקות לתרומת ביציות יש קרובת משפחה או חברה המוכנה לתרום מביציותיה, ללא תשלום או תגמול כלשהו. בכך יהיה כדי להגדיל באופן מיידי את מאגר הביציות הנתרמות.

2. כיום אין כל שליטה או בקרה על ההתאמה הרפואית והגנטית של הביציות הנתרמות, שכן התורמת המזדמנת אינה עוברת בדיקות סריקה כלשהן (להוציא בדיקות שיגרה המבוצעות לפני טיפול הפריה חוץ גופית). השיטה המוצעת תאפשר ליישם כאן את העקרונות המנחים ניהול בנק זרע, כדי להבטיח התאמה לתרומת ביציות לפני הטיפול עצמו. בנוסף, השיטה מאפשרת הכנה רפואית ופסיכולוגית יסודית של כל הצדדים, ללא החיפזון והמקריות המאפיינים תרומת ביציות כיום.

3. מניעת תרומה לא-אנונימית. תרומת ביציות מתורמת ידועה (חברה או קרובת משפחה) אינה רצויה, שכן לכך עלולות להיות השלכות קשות על מערכת היחסים שתתפתח בין האם "החוקית" האם הביולוגית, לבין בן הזוג והצאצא. אני משאיר לדמיונם של הקורא/ת לתאר "תסריטים" אפשריים היכולים לנבוע מצרוף טעון שכזה. מטעם זה, תרומה אנונימית עדיפה.

לסיכום:

יש בהצעה המובאת כדי לפתור במידה רבה מצוקה קשה שהיא מנת חלקם של זוגות רבים. הדבר ייעשה תוך שמירה על העקרונות הבאים: אנונימיות תורמת - מקבלת, לווי רפואי ופסיכולוגי נאות, צמצום הסיכון הרפואי, שליטה ובקרה של גורם מקצועי (משרד הבריאות).

מקורות:

1. Trounson et al. Pregnancy Established in an Infertile Patient After Transfer of a Donated Embryo Fertilized In Vitro. Br Med J 1983:286:835-836.

2. Englert et al. Oocyte Shortage for Donation May Be Overcome in a Programme with Anonymous Permutation of Related Donors. Hum reprod 1996; 11:2425-2428.

3. Frydman et al. A Protocol for Satisfying the Ethical Issues Raised by Oocyte Donation: The Free Anonymous and Fertile Donors. Fertil steril 1990; 53:666-672.

4. חוק הסכמים לנשיאת עוברים (אישור הסכם ומעמד היילוד) התשנ"ו - 1996 .

5. תקנות בריאות העם (הפריה חוץ-גופית), התשמ"ז - 1986.

6. חוזר המנהל הכללי, משרד הבריאות מס' 14/86 מ - 26.12.86.

7. Paulson RJ et al. Successful Pregnancy in a 63-Year Old Woman. Fertil Steril 1997;67:949-51.

8. Proceed with Care: Final Report of the Royal Commission on New Reproductive Technologies, Royal Commission on New Reproductive Technologies, Ottawa, Canada: 1993:590.

9. German Embryo Protection Act (October 24, 1990): Gesetz zum Schutz von Embryonen (Embryonenschutzgesetz - ESchG)

10. חוק ההסכמים לנשיאת עוברים (אישור הסכם ומעמד היילוד) התשנ"ו - 1996. ספר החוקים 1577 כ"ו באדר התשנ"ו 17.3.1996.

בחוק זה מוגדרת ה"פונדקאית" כ"**אם נושאת**" ("אשה הנושאת הריון עבור הורים מיועדים"). ההורים הביולוגיים/ גנטיים מוגדרים כ-**הורים מיועדים** ("איש ואשה שהם בני זוג, המתקשרים עם אם נושאת לשם הולדת ילד").

nevo.co.il

אתיקה רפואית

העצמת (empowerment) החולה בישראל

שמעון גליק

באוגוסט 1996 העבירה הכנסת את חוק זכויות החולה. חוק זה ביטא במידה רבה שינוי דרמטי ביחסי רופא-חולה שהתרחש במאה הזאת, ובמיוחד בעשורים האחרונים, בעולם המערבי. במאזן הכוחות בין הרופא והחולה החוק ביטא את העצמת החולה. החוק הזה גרם, ועדיין גורם, לתסיסה רבה בקרב ציבור הרופאים, שרבים מהם רואים בחקיקה זו ביטוי של חוסר אמון בהם ואי-שביעות רצון של ציבור החולים מגישת המימסד הרפואי כלפיהם. החוק מתפרש על ידי רופאים רבים כפגיעה אישית וכעלבון צורב, והם רואים בו צעד הגנתי של ציבור החולים נגד הרופא. בתדמית העצמית של הרופאים, הם רואים את עצמם כמגינים על החולה ולא כאויביו.

תופעה זו של העצמת החולה איננה יחודית לישראל, אלא חלק מתופעה רחבה הפוקדת את העולם המערבי. ליין ודבידוף סיכמו את התהליך במאמר "רפואה עם החולה כמרכז"[1] בו תיארו את השינויים שפקדו את ארה"ב בחצי המאה הזו, כאשר התרחש מעבר בין "רפואה עם הרופא כמרכז" ל-"רפואה עם החולה כמרכז" כ-"רפואה שנמצאת בהתאמה עם החולה, ומגיבה לרצונותיו, לצרכיו ולסדרי עדיפויותיו". הם מתארים את השינוי הזה כחלק מהתנועה לזכויות החולה שהתחילה בשנות ה-60, בתקופת המאבק לשיפור זכויות האזרח בארה"ב, ולטענתם השינוי תפס תאוצה בשנים האחרונות.

למרות שזכויות האזרח בארה"ב מפותחות ביותר וקיים דגש חזק על היחיד ודרישותיו, אין עדיין חקיקה לאומית בדבר זכויות החולה. ראוי גם לשים לב שהמדינות הראשונות בהן נחקק חוק לאומי בענין זכויות החולה, היו דוקא דרום קוריאה ומלזיה[2], שאינן נחשבות כמעוזים של חופש הפרט. מדינת ישראל היא בין הראשונות שבהן נחקק חוק כזה. בשנה שעברה הציע הנשיא קלינטון לחוקק חוק זכויות החולה בארה"ב[3], אבל אין ודאות שהחוק יצליח לעבור את תהליך החקיקה.

הרפואה בארץ יונקת מכמה מקורות. ישנה כמובן המסורת היהודית, והיא מוצאת את ביטויה בדגש החזק על "קדושת החיים". המושג הזה מקורו - בדת, אבל חדר עמוק לתודעה הישראלית, גם ללא קשר גלוי עם הדת. אפשר לטעון שיש בדגש על קדושת החיים מידה רבה של מס שפתיים, אם לשפוט לפי הזלזול הבוטה בקדושת החיים המוצא את ביטויו בכבישים, ובחוסר בטיחות במקומות העבודה.

יש בישראל גם ביטויים מובהקים לדגש על קדושת החיים. הנה כמה מהם: היחס לחיילים פצועים בשדה הקרב, כאשר הרופאים נשלחים ליחידות הקדמיות בחזית, בכדי להעניק לפצוע סיכוי מירבי להצלת חייו; האחוז הגבוה של חולים בישראל המטופלים בדיאליזה בהשוואה למדינות עם תוצר לאומי דומה; מספר הרב של ישראלים המופנים והפונים למרכזי השתלות בחו"ל; המגביות התכופות לטיפולים יקרים עבור חולים ישראלים; כל התופעות האלו הן ביטוי לדגש החזק על קדושת החיים.

מעבר לשורשיה היהודיים, ינקה הרפואה הישראלית בעיקר מהרפואה המזרח אירופאית. רוב המנהיגות הרפואית היהודית בישראל עד לזמן האחרון, מוצאה ממזרח אירופה, והיא גם שייסדה את בתי-הספר לרפואה בישראל, וחינכה את הסטודנטים והמתמחים בארץ. רק בעשרים השנים האחרונות קם דור ישראלי חדש שחונך בארץ ועבר השתלמויות בעיקר בארה"ב.

הגישה האמריקאית העמידה עד הזמן האחרון את הרופא במרכז והדבר נכון במיוחד בקשר לאוירה המזרח אירופאית שהובאה לארץ. תיאור דרמטי של הרופא, או הפרופסור, המתנשא, שמטיל את אימתו על כל הסביבה, ושחולים וסטודנטים פחדו אפילו לשאול אותו שאלות, ועוד יותר להטיל ספק במסקנותיו, התיאור הזה נמצא בספר "המוות של איוון איליץ" של טולסטוי. תיאור אחר הוא התיאור הקיצוני של צבי הירש ליפשיץ, שנכתב בהתחלת המאה שלנו[4]:

שמעון גליק - פרופ' ברפואה באוניברסיטת בן-גוריון וראש המרכז לחינוך רפואי שם. נציב קבילות הציבור של משרד הבריאות.

דמותו של רופא אירופאי במחצית הראשונה של המאה ה-19

הרופאים לא היו רבים כבימינו אלה
ורובם ככולם היו מהאצילים
הפולנים או האשכנזים,
המתנפחים כברבורים
ביחוסם ובגאוותם,
באהבתם הגדולה להשתרר
היו כסרדיוטים אשר יתנו חיתתם,
על כלהבא לדרוש לשכנם,
ולדרוך על סף ביתם.
ועל כן כמה פעמים יאולצו
קרובי החולה
לבקש השתדלות מכירהם,
להפיק רצון מהם ...
כי יאותו לבוא אל בית החולה.
בבוא הרופא - בא זדון,
גאון ושגעון...

בהאמר: הנה הרופא הנה זה בא -
ונפלה חרדה גדולה על בני הבית
ובכל הבית הושלך הס.
כל אחד יעמוד ביראה ורתת...
והרופא - הנורא על כל סביביו -
שואל ודורש בגערת מושל
כחוקר דין מהנחשד בעוון כבד
שאלותיו ודרישותיו לחקר המחלה.
והוא מדבר מחציו,
דברים קצובים וקצרים
כמו מפיק יפיק פנינים.
...שאתו - תבעת את שומעיו
וחלילה לאיש לשוב לשאלהו שנית
כי יהוממם בגערותיו
ויחיתם בגידופיו הגסים

אבל ישנם נתונים דרמטיים פחות ומדעיים יותר, מהשנים האחרונות, המדגימים את המעמד השונה שיש לחולה מול הרופא במדינות מזרח אירופה[5]. בין משתתפי כנס לגסטרואנטרולוגיה ב-1990, הופץ שאלון על המידע שהם היו מעבירים לחולה הסובל מסרטן המעי הגס. התברר שהתנהגות הרופאים היתה שונה ממדינה למדינה. הבאים ממדינות סקנדינביות היו גלויים בהעברת מידע, בדומה לנהוג בארה"ב. מנגד - רופאי מזרח אירופה וארצות הים התיכון (יוון, איטליה) נהגו להסתיר מידע. ההשפעה המזרח אירופאית הזאת מורגשת בארץ עד היום.

גורמים נוספים תרמו לנחיתות היחסית של החולה הישראלי מול הממסד הרפואי. במשטר ריכוזי וסוציאליסטי, שהיה קיים בארץ עם קום המדינה, מעמדו של היחיד היה נחות בהרבה בהשואה לארה"ב, אשר בה האינדיבידואליזם שולט כחלק מהאתוס האמריקאי הטיפוסי.

נסתכל על מצבו של האזרח הממוצע. הוא היה לעיתים קרובות פליט ממדינות מצוקה, עם בעיות רבות. ונתון לחסדי הרשויות. מצב זה לא איפשר לאזרח הקטן להתייצב מול הממסד ולעמוד על "זכויותיו", הממסד מטבע הדברים, לא עודד עמידה על "זכויות". הפרט היה אסיר תודה על הטיפול הרפואי שקבל, ולא עלה בדעתו שמגיע לו יותר, ושמותר לו לדרוש יותר ולעמוד על זכויותיו. הוא זכר שבמדינות מהן הגיע - היו לחולה זכויות מועטות כשהתייצב מול הממסד.

קשה למצוא תיעוד מדעי חד-משמעי לנושאים שהועלו, אבל כמה דוגמאות יאירו את המצב: החוק לזכויות החולה מחייב גילוי זהות ומעמד של כל מי שמטפל בחולה. זה כולל גם את זהות המנתח וצוותיו. התיק הרפואי זמין לחולה לפי דרישתו, כולל דו"ח הניתוח. ואכן, החובה הזאת מודגשת במכתב של מנכ"ל משרד הבריאות מיום 02.07.98 למנהלי בתי-חולים בארץ, המדגיש ש"זכותו של מנותח לדעת את זהותו של הרופא-המנתח האמור לנתחו. וזאת כמובן במידה והדבר ידוע מראש"[6]. מכתב הבהרה כזה היה נחוץ גם לאחר חקיקת חוק זכויות החולה, כיוון שעד לזמן האחרון זהות הכירורג המנתח הוסתרה באופן שיטתי בבתי-חולים ציבוריים בארץ. נצטט מכתב תגובה של נציג הנהלת בי"ח ממשלתי למתלונן, בקשר לאירוע במהלך אישפוזו במחלקה כירוגית.... "במקרה של

nevo.co.il

אשתך ז"ל, היה פרופי ------ מנוע מלמסור לך לפני הניתוח את שם המנתח, כי על כך קיים איסור בבי"ח ציבורי..."

חיפוש במשרד הבריאות אחר המסמך אשר "אסר" את גילוי המידע הזה העלה חרס אבל נראה כי על פי "התורה שבעל-פה" באותה תקופה, הסתרת המידע היתה הנורמה המקובלת והקבועה ברוב בתי-חולים בארץ.

בקשר לדעה רפואית שניה (second opinion) חוק זכויות החולה מעגן במפורש את הזכות הזאת, וחובה על המוסד ועל הרופא לעזור בכך. כאן לא היתה אף פעם אחידות בין בתי-חולים ובין מנהלי המחלקות, אבל עד לפני שנים מעטות פחדו בני משפחה וחולים לפנות למנהל מחלקה לבקש ייעוץ, הן באותו בית-חולים ועל אחת כמה וכמה מחוצה לו, פן יגרום צעד זה להתפרצות כעס של הנשאל, עם גישה עוינת לחולה, עד כדי איום לניתוק מגע עימו.

נתקלתי אישית ברישום בתיק מרפאה בבי"ח ציבורי: "הבת (שהיתה אחות) ביקשה יעוץ עם מומחה לסוכרת, בקשר לאמא, בגלל בעיות באיזון המחלה. זרקתי אותה מן החדר" - כלומר: הרופא, לא רק שסירב לבקשתה וזרק את בת המשפחה מחדרו, אלא אף תיעד את האירוע בתיק - כי זאת היתה נורמה די מקובלת, והכותב לא ראה בהתנהגותו פגם כלשהו שאותו עדיף היה להסתיר.

ב-1975 התקיים דיון בפני סטודנטים בפקולטה לרפואה באוניברסיטת בן-גוריון בנגב, שנושאו - אמירת אמת לחולה הסובל ממחלה ממאירה. אחד האורחים המרצים ניהל באותה תקופה אחת ממחלקות האונקולוגיה הכי גדולות בארץ. הוא הצהיר בלשון שאינה משתמעת לשתי פנים, שהוא "אף פעם" לא מגלה לחולה את האבחנה; לטענתו - זה מה שהחולים רוצים, ויש להם אימון מלא בו.

ב-1977 דווח פרופי רובינזון[7], מנהל המכון האונקולוגי בביה"ח רמב"ם, כי חלק ניכר מהחולים המגיעים אל המכון האונקולוגי הוטעו בקשר לאבחנתם ע"י הרופא שהפנה אותם, וחשבו כי מחלתם אינה ממאירה, למרות שהופנו אל מכון אונקולוגי.

לגישה המעודדת הסתרת מידע מהחולה יש מסורת ארוכה. היפוקרטס[8] הציע:

"concealing most things from the patient while you are attending to him... revealing nothing of the patient's future or present condition".

ובמאה הקודמת הצהיר Oliver Wendell Holmes[9] בנאום בטקס סיום לבוגרי בית-ספר לרפואה:

"Your patient has no more right to all the truth you know, than he has the medicine in your saddlebags.... He should get only just so much as is good for him..."

כיום החוק הישראל מחייב גילוי מידע לחולה ולהסתרת מידע מחולים דרוש אישור מיוחד של ועדה אתית. מכתבי שיחרור, וגם מכתבים אחרים בין רופא לעמיתו מועברים לעיתים קרובות במעטפות סגורות וחתומות, והחולים מפחדים לפתוח ולקרוא. לעיתים הם פותחים את המעטפה בסתר עם אדי מים, כאילו הדבר נעשה במחתרת. הגישה הזו רווחת מאד. תעיד על כך פיסקה נפוצה שהיתה חלק מסיכום מחלה בכמה בתי-חולים עד לזמן האחרון: "סיכום זה מיועד לרופא המטפל בלבד. אין למסור אותו, או את תוכנו, או איזה פרט שהוא ממנו, למוסדות או למישהו אחר. אף לא לנדון או לקרוביו".

פסקה זו מאשרת תאור של ד"ר וילרד גיילין שעמד בראש מכון הייסטינגס לאתיקה רפואית. הוא תיאר את גישת הרופאים בשנות ה-70 בארה"ב לחולה שמעיז להסתכל בתיק שלו.

Your chart... will contain all the vital information that you would seem to be entitled to have; yet should you attempt to examine it, you will be treated like a prepubescsent caught with a copy of Porthoy's Complaint[10].

אין הרבה פסקי דין ישראליים המצביעים על המצב המשתנה במעמד החולה, אבל כמה מהם בכל זאת מדגישים את השינויים שהתרחשו.

החוק כיום מחייב גילוי מלא לחולה על מהות הטיפול המוצע, כולל אלטרנטיבות, סיכונים וכדומה. בעבר לא רק שהנוהל היה אחר, אלא הנוהל הזה היה מקובל ומאושר על ידי בתי-המשפט. טופס הסכמה לטיפול שהיה בשימוש נרחב בארץ היה די גורף, ונתן לצוות הרפואי יד כמעט חופשית לעשות מה שעלה בדעתם. אפשר לומר ללא הגזמה שע"י הטופס בנוסחו הנפוץ החולה הפקיר כביכול את גורלו בידי צוות ביה"ח.

בפסיקה אחת מדובר בחולה שסבל מלחץ בחזה מלווה בסימפטומים אחרים. קבל את המלצת רופאו לעבור ניתוח של בלוטת התריס. הרופא לא הסביר לחולה את הסיבוכים העלולים להתפתח בעקבות הניתוח. אחרי הניתוח החולה סבל מטטניה ומצרידות, בגלל פגיעה בבלוטות הפרא-תיירואיד ובעצבוב מיתרי הקול. החולה תבע את רופאו על

nevo.co.il

שלא הזהיר אותו מפני סכנות הניתוח. בית-המשפט דחה את התביעה ונימק[11]: "אין צורך להאריך את הדיבור על שני צידי המטבע שבבעיה זו. מצד אחד זכותו של החולה היא לדעת בפני מה הוא עומד, לפני שהוא מסכים לניתוח או לטיפול; מאידך במקרים לא מעטים, ואולי ברוב המקרים, גילוי מלא של כל הסכנות עלול להטיל אימה על החולה, ועל ידי כך להשפיע לרעה על מצבו הנפשי, או אף להניעו שלא להסכים לטיפול או לניתוח, אשר יכול להביא לו מרפא. על כן הטלת חובת גילוי מוחלטת על הרופאים עלולה לגרום נזק בל ישוער לחולים, ולשים מכשול רציני בדרכי התפתחות הרפואה".

בתביעה משפטית ב-1966[12], התקיים דיון משפטי על סיבוך של טיפול שעליו לא הוסבר לחולה. ההגנה טענה: "יש לרופא שיקול דעת, בהתחשב במצבו הרגשי ורמת האינטליגנציה של השואל, על מנת שהסברו לא יפחיד את החולה" - ובית המשפט הגיב כך: "זו גירסה הראויה להישמע ...". אבל בפסק הדין הנוכחי הוא לא דן בזה, משום שבמקרה הספציפי, הטיעון לא היה רלבנטי לאור העובדות המיוחדות, אבל השופט ביטא הסכמה עקרונית לגישה זו של עורך הדין.

ב- 1976[13] נתנה שופטת כר רחב לתמרון בהסתרת מידע מהחולה, דבר שכמעט בלתי-אפשרי כיום: "במקרה הנוכחי, אינני רואה בפני כלל אפשרות של קבלת הסכמה מפורשת על סמך הסבר מפורש של המצב והסיכונים: האם היה חייב הנתבע לומר לתובע כדלקמן: "דע לך כי מצבך קריטי - כיון שאין אנו יודעים מה מחלתך ואין לרפאך, ואם לא נעשה דבר, יתכן שתמות, אך אנו רוצים לבצע בדיקות, ועליך לבחור בין ביצוע ניקור כבד - שלפיו אנו מצפים לקבוע את הדיאגנוזה, אלא שיש בו סיכון של דימום (אם כי לא גדול) וגם זה יכול לגרום למותך, או כי ננתח אותך ניתוח ממש - וגם בגלל מצבך יש סכנה לחייך".

"אינני מתארת (דבר השופטת) לעצמי כי זה מה שדורש החוק. נראה לי כי כל אדם, ותהא רמת התפתחותו או האינטליגנציה שלו אשר תהיה - יכול לשבוק חיים רק על סמך דברים אלה בלבד. ובוודאי שיגיע למצב של מתח ופחד אשר יגרמו להרעת מצבו".

בספרו של לורד נתן, נאמר: אם כי אין להטעות את החולה, הרי צריך לתת לרופא חופש בתארו את סיכוניו של ניתוח מסוכן, וגם אם ימעיט בהם - יראו כאילו קיבל הסכמת החולה (Nathan, Medical Negligence. London 1957. 43,158) כל מקרה ונסיבותיו, וכן אין רואים את החולה כמסכים לניתוח, אם בא לרופא רק למטרת קביעת דיאגנוזה, בדיקה ועצה - אך מאידך יראו כהסכמה לניתוח, כאשר החולה מסר עצמו לטיפולו של הרופא - לריפויו - בצורה כללית ובלתי מסוייגת (שם בעמ' 161-160). כאן אמר פרופ' ברונר לתובע: "זה קצת אי-נעימות, אך זה שום דבר" (עמ' 16 לפרטיכל) - והתובע הסכים בצורה כללית בנתנו בו את אמונו (בו ובאלהים). לדעתי לא יכול היה ולא צריך היה הנתבע לספר לתובע על סיכונים אפשריים (שמידת התגשמותם היתה כה רחוקה עד שגם בעיניו לא נראו כסיכון ממשי) ולא היה צריך להאמר לתובע יותר משנאמר. והסכמת התובע הכללית היא הסכמה בנסיבותיו של מקרה זה".

קשה לתאר שעמדה כזאת תהא בת-הגנה כיום. נעלמו טפסי הסכמה הכלליים בנוסח "הנני מסכים לכל ריפוי ולכל ניתוח שימצא רופא ביה"ח לנחוץ לעשות לי", והם נראים היום כטפסים מימי הביניים, וקשה להאמין שהיו בשימוש לפני זמן קצר.

עוד ביטוי מובהק לשינוי שהתרחש במעמד החולה ובני משפחתו מול הממסד הרפואי, נראה בויכוח שהסעיר את הציבוריות הישראלית במשך עשרות שנים בקשר לניתוחי מתים. הויכוח, כמובן, התמקד ומוזכר כביטוי מובהק של העימות הדתי- חילוני, ובצדק. אבל התפיסה שעמדה מאחורי עמדת הממסד הרפואי שיקפה את הפטרנאליזם המובהק ששלט אז ברפואה. במשך עשרות בשנים לא היה למשפחה שום מעמד בהחלטה האם לבצע ניתוח לאחר המוות בבן-משפחה שנפטר. גם בקשת הנפטר לפני מותו שלא לנתח את גופתו,לא זכתה להתחשבות. חתימת שלושה רופאים הספיקה כדי לאפשר ביצוע ניתוח לאחר המוות, גם מול התנגדות מפורשת של הנפטר ובני-משפחתו. הקהילות החרדיות והדתיות ניהלו מאבק עיקש נגד הגישה הפטרנאליסטית הזאת של הממסד הרפואי, אבל ללא הצלחה. גם המלצת ועדה מטעם הכנסת שהיתה מורכבת ממגוון רחב של רופאים ואנשי-ציבור לא הצליחה בשנות השישים לשנות את החוק, עד שמשא ומתן קואליציוני הצליח בכך ב-1977. ניתן היה לצפות להתנגדות חריפה מצד ארגונים לשמירת זכויות האזרח לעמדת הרופאים. והנה, הארגונים האלה כלל לא נאבקו לצד המתנגדים לניתוח בגופות יקיריהם. השינוי הדרמטי בגישת החברה בנושא הזה בולט היום מתוך העובדה, שלמרות שהחוק היבש מאפשר הוצאת איברים מגופה לצורך השתלה והצלת חיים של חולה אחר, גם ללא הסכמת המשפחה, בכל זאת קיימת הסכמה חברתית לא לפעול נגד רצון המשפחה. אנו רואים כי תוך מספר שנים מועט עברנו ממצב שניתוחים שיגרתיים לאחר המוות בוצעו חרף התנגדות הנפטרים ובני משפחותיהם, למצב הנוכחי כאשר גם ניתוח להצלה ישירה של חיי אדם אינו מתבצע בלי הסכמת בני המשפחה, אפילו

nevo.co.il

כשמדובר במישהו שנושא כרטיס "אדי". - אכן תפנית דרמטית.

בשטח אחד לכאורה לא היתה "התקדמות" לקראת מה שנקרא "רפואה עם החולה כמרכז": בקשר לטיפול כפוי על חולה קומפטנטי כנגד רצונו, אפילו במצב שבו החולה מסרב לקבל טיפול להצלת חייו.

בארץ קיימת פסיקה מפורסמת במקרה של קורטאס[14] בו קבע בית המשפט העליון במפורש כי כאשר מדובר בהצלת חייו של חולה מבלי שהטיפול יהיה כרוך בסיכונים חמורים, ניתן לכפות על החולה טיפול נגד רצונו. שני השופטים בך ובייסקי קבעו גבולות שונים לגבי החופש שנתנו לרופאים לכפות טיפול על חולים, אבל שניהם תמכו בכפיית טיפול במצבים מסוימים על אדם מבוגר כנגד רצונו.

הפסיקה הזאת משכה עליה ביקורת חריפה מטעם משפטנים וגופים הדוגלים בזכויות האזרח נוסח המערב. "פסה"ד, אומר פרופ' עמוס שפירא, מעורר תהייה וראוי לביקורת... עומדים בסתירה חזיתית לעקרונות החירות האישית והאוטונומית של היחיד.... נורמות כאלו לא יכירן מקומן בשיטת משפט הדוגלת בזכות הפרט להגדרה עצמית, בחירה חופשית ושליטה בגורלו[15]".

כנראה שגישה כזאת טרם עברה מן הנוף הישראלי. לפני שנתיים הורה שופט ביהמ"ש המחוזי בתל-אביב להאכיל שובתי רעב נגד רצונם[16] בנימוק: "השאלה העומדת לפני היא האם הפגיעה בכבודם של המשיבים ע"י כפיית טיפול רפואי כפוי בסדר המתבקש בבקשה, היא כה קשה שיש להדחותה מפני הפגיעה שהשביתה יכולה לגרום לחייהם ובריאותם.

כאמור הן המחוקק והן ביהמ"ש העליון קבעו שבתחרות בין שתי זכויות היסוד, הזכות לחיים מחד והזכות לכבוד מאידך, הזכות לחיים ובריאות גוברת".

בעת הדיון על חוק זכויות האזרח, טרם חקיקתו, זימן מיכאל בן-יאיר, היועץ המשפטי של הממשלה דאז, דיון מיוחד כדי לקבע, האם יש מקום לכפיית טיפול הצלת חיים על אדם קומפטנטי נגד רצונו המפורש. בדיון הושמעו טיעונים בעד ונגד, עם נימוקים מצד אחד בעד אוטונומיה ומולם נימוקים בזכות קדימות לקדושת החיים. בסוף הושגה פשרה מעניינת שקובעת כי אם ועדת אתיקה מעריכה שלאחר מתן הטיפול החולה יסכים למפרע, מותר לטפל בו נגד רצונו.

אפשר לפרש עמדות אלו כביטוי לגישה "מפגרת" בקשר לערך האוטונימיה ולהסיק שמדינת ישראל טרם התקדמה מספיק בכיוון ה"נאור". אבל אפשר גם לראות בכך צעד חיובי: הערכה גבוהה לחיי אדם שמאפילה על הערך החשוב של אוטונומיה. לעניות דעתי - זוהי גישה שמדינת ישראל יכולה להתגאות בה[17].

בארה"ב מועלות שאלות בקשר לדין קדימה המוחלט שניתן שם לאוטונומיה ויש סבורים כי הדגש המוגזם על אוטונומיה מהווה פגם מוסרי וחברתי[18, 19, 20, 21].

לסיכום, נבדוק את קצב התפתחות של זכויות החולה בארץ, לפי תאריכים: ב-1972 פרסם איגוד בתי-חולים בארה"ב את מגילת זכויות החולה. זהו מסמך וולונטרי ללא תוקף חוקתי.

ב-1982 הכין אביתר לוין, יו"ר צוות החקיקה הכלכלית והחברתית של מפלגת העבודה, הצעת חוק על מגילת זכויות החולה, עם הקדמה מלומדת ומנומקת על רקע של התפתחות זכויות החולה במדינות שונות ובארץ. החוק הסופי ב-1996 דומה במידה רבה להצעה המקורית של אביתר לוין.

ב-1985 הוקמה ועדת משנה של המועצה הלאומית לבריאות וחברה בראשות פרופ' חיים דורון, לצורך דיון בנושא זכויות החולה.

ב-1987 מינתה שרת הבריאות דאז, גב' שושנה ארבלי-אלמוזלינו ועדה בנושא זכויות החולה, בראשות השופטת הדסה בן עתו. הועדה פעלה שלוש שנים והתפרקה ב-1990 בגלל תחושת יו"ר הועדה כי לא היתה אוזן קשבת מספקת בממסד לחלק מדרישות הועדה.

ב-1987 הוציאה הסתדרות הרפואית בישראל מסמך משלה בשם "מגילת זכויות החולה".

ב-1991 הונחו לפני הכנסת חמש הצעות חוקים פרטיות לחוק זכויות החולה. במקביל פעלו צוותי חשיבה ועבודה מטעם גופים שונים בארץ שעסקו באותו נושא.

ב-1996 חוקקה הכנסת את חוק זכויות החולה.

מקורות:

1. Lane, C., Davidoff, F. - Patient-Centered Medicine; A Professional Evolution - Jama . 1996. 275: 152-156.

2. Kaur, S.R., Herxheimer, A. Recognizing Patients`Rights: Patchy Progress Lancet . 1994. 343: 132.

3. Annas, G. - A National Bill of Patients` Rights - N. Eng. J. Med. 1998. 338: 695-669.

nevo.co.il

4. ליפשיץ, ד.ה. - מתוך הספר מ"דור לדור" (1910) עמ' 69 מצוטט בספר "זכרון יעקב" מאת יעקב הלוי ליפשיץ תרפ"ד (1924) ובמהדורות צילום בישראל תשכ"ח עמ' 45-46.

5. Thomson, O., Wulff, H.R., Martin, A., Singer, P.A. - What Do Gastroenterologists in Europe Tell Cancer Patients? Lancet 1993: 473-476.

6. ברבש, ג. - אל מנהלי בתי-חולים - הנדון: מסירת מידע על זהות מנתח, מכתב 1446/97.

7. רובינזון, א. חפץ א - מה לומר לחולה סרטן? - הרפואה 1977 צב", 96.

8.
Hippocrates.Decorum. In: Jones,WHS, trans.Hippocrates Cambridge Mass: Harvard University Press. 1923. 2: 297

.

9Holmes, OW. The Young Practitioner - In: Medical Essays - Houghton Mifflin Co; Boston, Mass.1883: 338

10Gaylin, W. - The Patient's Bill of Rights - Saturday Review of Sciences - Vol. 1#2 (Feb. 24 1973) p.22.

11. ת"א, חיפה 152/58, ליכטנשטיין נ' ברנדשטטר ואח', פ"מ ל"ח 50.

12. ד"נ 25/66 בר-חי נ' שטיינר, פ"ד כ (4) 327.

13. ת.א. (ת.א) 906/73, צברי נ' ברונר, פ"מ תשל"ו (ב) 465.

14. 480/85, קורטאם נ' מ"י, פ"ד מ (3) 673.

15. שפירא, ע. - "הסכמה מדעת" לטיפול רפואי - הדין המצוי והרצוי, עיוני משפט 1989, יד 272-225.

16. מ"י נ' רחמין גיבלי וכו' ה.פ. 829/96 א; 1996.

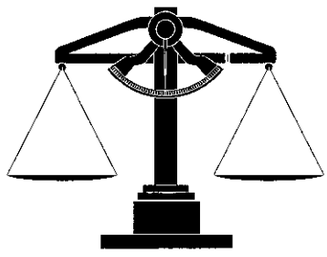
17. Glick, SM. - Unlimited Human Autonomy - A Cultural Bias? N. Engl. J. Med 1997. 336: 954-956.

18. Leeman, CP - Patient Autonomy and Undertreatment of Critical Diseas. Hospital Practice - February 15, 1998. 177-183

19. Gaylin W. Worshipping Autonomy. Hastings Center Report.1996, 26. no. 6, 43-45.

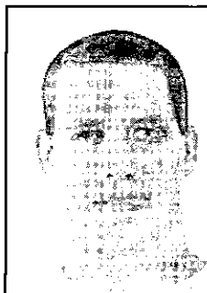
20. Cowart, D., Burt, R. - Confronting Death - Who Chooses, Who Controls? Hastings Center Report. 1998, 28. no. 1, 14-24

21. Arnold, D.G. Menzel, P.T. - When Comes "The End of the Day"? Hastings Center Report. 1998, 28. no. 1: 25-27.



nevo.co.il

הזכות לחיים של התינוק הפגום



אילן הרפז

1. הקדמה

האם לתינוק הפגום זכות מוסרית לחיים? האם לזכות זו סייגים ואם כן, מהם? איזה שיקולים הקשורים בבריאות התינוק מאפשרים לסייגה? איזה שיקולים אחרים הקשורים לטובת התינוק מאפשרים לסייגה? האם ראוי לסייג את הזכות בגין שיקולים המתייחסים למשפחת התינוק, לרופאים, לרפואה, לציבור החולים, לכלל האוכלוסייה במדינה או בעולם? האם יש לסייגה בשל חובתנו כלפי הדורות הבאים? האם לתינוק הפגום עומדת הזכות למות בכבוד?

נתייחס להלן לדין הרצוי ביחס לסוגיות אלו. זכותו של התינוק לחיים צריכה להיגזר מתפיסותינו הבסיסיות לגבי קדושת החיים וערכם. לשם גיבוש תפיסות אלה נדון בהיבטים הכללים של קדושת חיי האדם באשר הוא אדם. לעיתים בהיקש מההיבטים הכללים ולעיתים במנותק מהם נדון בהיבטים הפרטיקולריים של קדושת חיי התינוק, ונציג כמה מסקנות לגבי זכותו של התינוק לחיים מול זכותו למוות. מקוצר היריעה לא יוצג מודל מוסרי שלם ולא ייסקר הדין המצוי.

חלק מהגישות בוחן את מוסריות המעשה מההיבט הדאונטולוגי עפ"י מהותו, ואילו חלק אחר עפ"י ההיבט הטלאולוגי של המעשה, קרי עפ"י תוצאתו. לא מצאנו גישה המתייחסת באופן מעמיק לשני ההיבטים יחדיו. נראה כי, לא ניתן להסיק מסקנות אלא מתוך בחינה כפולה של כל אחד מההיבטים הנדונים וההיזון החוזר שביניהם. נבחן את גישותיהם של מספר מלומדים באספקלריה של שני המרכיבים.

לפי גישת המוסר הרלטיבי המוסר נקבע בהתאם למקום, לזמן ולנסיבות אחרות ולא קיים מוסר אוניברסלי. רמת הרפואה, גודל התוצר ושיעור צפיפות האוכלוסין הן נסיבות שעשויות להשפיע על המודל הנדון. המוסר, עפ"י מספר גישות[2], צריך אפוא לשקף במידה זו או אחרת את הנורמות המקובלות באותו זמן ומקום. לפיכך נציג את הנורמות המקובלות ביחס למותר ולאסור וביחס לטוב ולרע בסוגייה הנדונה כפי שהשתקפו לאורך ההיסטוריה, החל מהעת העתיקה, ועד סוף המאה ה-20. תיבדקנה הגישות המקובלות במסורת הדתות ובפרט ביהדות כמו גם הגישות של הוגים בולטים החל מאפלטון וכלה בפרופ' לייבוביץ. הגישות תיבדקנה תוך כדי הארת הסוגיות, הבעיות והקריטריונים המרכזיים. מתוך פרספקטיבה רחבה לגבי מושג קדושת החיים וערכם נשתדל להעניק מבט רחב יותר לעוסקים ולמתלבטים בסוגייה זו.

2. הערכים השונים של החיים

בבואנו לקבוע את זכות התינוק לחיים שומה עלינו להחליט מהם הערכים השונים שאנו מייחסים לחיי האדם ומהו משקלו היחסי של כל אחד מהערכים. נציג להלן בתמציתיות את הערכים השונים האפשריים, אליבא דדבורקין, ובהמשך - את הגישות השונות של ההוגים וננסה להקיש איזה ערך מדגיש כל אחד מן ההוגים.

עפ"י הניתוח של דבורקין[3] לחיי האדם שלושה ערכים מרכזיים:

1. ערך מכשירני לצורך חיים אחרים בין עבור פרטים אחרים ובין עבור החברה.

2. ערך אישי-סובייקטיבי שהוא התועלת והמשמעות שהאדם מייחס לחיי עצמו.

3. ערך פנימי שלדידו הוא הערך שיוצר את קדושת החיים.

מקור אחד של הערך הפנימי הוא השקעת הטבע בבריאת האדם, בין אם מדובר בבריאה אלוהית ובין אם אבולוציונית. מקור נוסף או אחר של הערך הפנימי הינו ההשקעה האנושית של האדם ושל הסובבים אותו. לדעת דבורקין, ההשקעה האנושית גדלה ככל שמתקדמים ברצף חייו של האדם. בתחילת חיי התינוק מדובר בעיקר בהשקעה של ההורים ובהמשך חייו ההשקעה העיקרית הינה של האדם עצמו.

3. קדושת החיים בהלכה היהודית

עקרון קדושת החיים הינו לכאורה מרכיב מרכזי במסורת הדתות האמורות בהיותו צו אלוהי[4] שאין להרהר אחריו. לאור ההערצה הקיימת ליצירת הבריאה האלוהית הצו מקבל משנה תוקף. אליבא דדבורקין, הדת מדגישה את הערך הפנימי הנובע מההשקעה האלוהית שבבריאה[5] כערך היוצר את קדושת

nevo.co.il

החיים ואילו ההשקעה האנושית אינה מוסיפה לקדושה זו ואינה גורעת ממנה.

מקובל לחשוב שבהלכה היהודית עקרון קדושת החיים הינו אבסולוטי. נאמר, לפיכך, שהעקרון הינו בבסיס ההלכה היהודית[6] ושערכם של חיי האדם הוא ללא שיעור[7]. הדת שוללת התאבדות[8] או המתת חסד בהיותם התערבות במעשי הבריאה. האדם נתפס כקניינו של האל[9] [10] ורק בעליו של הרכוש, הקב"ה, זכאי לפגוע ברכושו (קניינו)[11] או לוותר עליו[12].

רצונו האישי של המבקש למות אין בכוחו להכריע[13] מול רצונו של האל. מכאן שאין לקבל המתת חסד וולונטרית כמו גם בלתי וולונטרית, פסיבית או אקטיבית[14].

צו אלוהי אינו דורש נימוק רציונלי. ביהדות ובדתות אחרות הושרשה אמונה שאלהים מסוגל לחולל נסים ולהציל חולים. אמונה זו סיפקה הסבר רציונלי ולו חלקי לצו, והעניקה לו תוקף נוסף.

כפועל יוצא של תפיסות כאלה, באו מספר חובות וצווים כגון חובת החולה לנסות ולהתרפא, חובת ההצלה[15] והחובה לנהוג בגוסס כבאדם חי לכל דבר[16].

דין חשוב ביותר בסוגיה דנן קובע חובת ההצלה, שממנה נגזרת חובה להחיות יילוד פגום אפילו במחיר חילול שבת ואין נפקא מינא אם התינוק הינו בעל מום קל או קשה. חובת הצלה של ילוד פגום אינה פחותה בחשיבותה מזו של כל אדם אחר[17].

3.1 סייגים[18] לעקרון קדושת החיים ביהדות

אנו נציג דווקא את הסייגים הרבים שקמו לאיסור ההמתה וההתאבדות. ניתן להקיש מהדינים שיפורטו להלן כי היהדות מדגישה הלכה למעשה את הערך המכשירני שבחיי האדם, לאור היות האדם מכשיר בידי האל, הדת או אנשיה לשימור הדין הדתי.

א. בהלכה קיים דין "ייהרג ובל יעבור[19]". על פיו אדם חייב להתאבד כאשר הוא נדרש לבצע עבודה זרה, לגלות עריות או לשפוך דם. האם דין זה עולה בקנה אחד עם העקרון הנדון? האם אין סיכוי שאלהים, אשר ע"פ הדת מחולל ניסים ברפואה, יכול היה אלמלא ההתאבדות למנוע את הגזירה של עבודה זרה?

ב. דינו של רוצח היה מיתה, ללא אפשרות חרטה[20]. העונש החמור הוטל דוקא מפאת עקרון קדושת החיים. אין לקבל את הטיעון לפיו השיקול העומד ביסוד דין זה הינו חסכון בחיי קורבנות נוספים בעתיד. אילו זה היה השיקול המרכזי, הדין היה צריך להיות שונה לפחות לגבי מי שאינו נחשב כמועד לחזור על מעשיו והביע חרטה כנה. גם את הרוצחים המועדים היה אפשר להרחיק מהחברה מבלי להורגם, ע"י הטלת מאסר עולם.

ג. מותם של רשעים ופושעים יוחס במקרים רבים לאלהים. יתר על כן, לעיתים המוות נקבע כעונש קולקטיבי או כעונש בשל מעשי המשפחה, הדורות הקודמים, השבט או העם.

ד. לוחמים רבים נהרגו במלחמות. לכאורה ניתן לטעון כי מלחמת הגנה עשויה לחסוך חיים של אנשים רבים יותר. ברם, האם כל ההחלטות ליציאה למלחמה או לפעילות צבאית נועדו לחסוך בחיי אדם ולשם כך בלבד? גם כאשר המלחמה נועדה להביא לכך, עדיין אין בטחון שבפועל יהיה חסכון כאמור, שכן לא ברור מספר ההרוגים בפעולה זו ומה היתה הכמות של ההרוגים אלמלא הייתה מתבצעת הפעולה. יתר על כן, גם אם קיימת סבירות כמעט מוחלטת לחסכון בחיי אדם אחרים בעתיד עדיין נשאלת השאלה האם שליחת הלוחמים למלחמה או לפעולה תוך סיכון חייהם על מנת להציל חיי אנשים אחרים עולה בקנה אחד עם העקרון[21]? אם כן, מצאנו שעקרון קדושת חיי הפרט אינו אבסולוטי.

בעלי המומים, החולים והחלשים סבלו לעיתים נידוי והרחקה, ברם זכותם לחיים נותרה בעינה. כך נוצרה, אפוא, דיכוטומיה בין לקיחת חיים לשם קידוש השם או לשם קידום מטרות הצבא שנחשבו מטרות ראויות לבין לקיחתם לשם הקלה על ייסורים, דבר שנאסר בתכלית.

כוונתינו לחשוף את הקוראים לריבוי ההחלטות מחוץ לתחום הרפואה המביאות באופן ישיר או עקיף לנטילת חיי אדם. החלטות המתקבלות כעניין שבשגרה מקפחות חיי אנשים. דוגמה: פעולות צבאיות, מלחמות, היתר לנסיעת כלי רכב ממונעים. כל אלה מביאים באופן ישיר או עקיף לאובדן חיי אדם. השלמה זו של האנושות עם אובדן חיי אדם מלמדת שעקרון קדושת החיים אינו אבסולוטי. האם בבואנו לבחון את הדין הראוי בעניין תינוקות פגומים, עלינו להעניק לכך משקל? מחד, ברור שהדין המצוי או ההשקפות המקובלות

שביסוד ההחלטות האמורות אינן בהכרח הדין הראוי בעניין תינוקות פגומים. מאידך ניתן לטעון שהמוסר צריך לשקף במידה זו או אחרת נורמות מקובלות לפיהן קיפוח חיים במקרים רבים, הכרחי ואף רצוי .

nevo.co.il

4. פיחות בעקרון קדושת החיים

4.1 התקדמות הרפואה

המוות נתפס בעבר כביטוי לרצון האל והרפואה לא הצליחה ברוב המקרים לשנות את גזירת המוות. חרף כך, כבר בעת העתיקה,לפחות לפי גישה אחת בהלכה, פעולות רפואיות מסוימות נחשבו לפעולות המאריכות חיים באופן מלאכותי ומעכבות את צאת הנשמה. לפיכך, נחשבו כמתערבות במעשה הבריאה והותר להפסיקן ולהסיר את "המונע" מוות טבעי[23]. לכאורה אין בגישה זו משום פגיעה בעקרון קדושת החיים (הטבעיים) אולם, הלכה למעשה, ככל שהרפואה התקדמה, כך נוצרו אמצעים יעילים יותר שאפשרו לשמר את החיים במצבים קשים יותר לתקופות ארוכות יותר[24]. ככל שמשך ההחייאה המלאכותית התארך ועמו הנטל על החולה ו/או על המשפחה, כך קועקעה התפיסה לפיה כל מוות הינו טראגי[25] וכי יש לדבוק בחיים בכל מקרה[26] .

4.2 רפואת יילודים

בשנים האחרונות חלה התקדמות משמעותית בתחום הניאונטולוגיה. פותחו תרופות, אמצעי הזנה תוך ורידית ממושכת, אמצעי החייאה משוכללים וטכניקות כירורגיות לתיקון מומים קשים. בעבר במצבים מסוימים תינוקות נידונו למוות ודאי בעוד שכיום במצבים זהים ניתן להחיות את התינוקות ולטפל בהם. הדבר מעמיד את האנושות בפני דילמות חדשות: התקדמות רפואת היילודים מאפשרת את הצלתם ומביאה לעלייה במספרם של ילדים בעלי נכות גופנית ו/או שכלית קשה אשר מהווים נטל על עצמם, על משפחתם ועל החברה. דוגמא: כ- 1% מהתינוקות נולדים במשקל הנמוך מ-1.5 ק"ג[27] !

4.3 אפלטון

כ- 400 שנה לפנה"ס כפר אפלטון בעקרון הנדון עת הדגיש את הצורך בהשבחת הגזע ובפיקוח קפדני על הילודה כבסיס לכינונה של המדינה האוטופית בה "העדר" יהא מושלם[28]. לדידו, הפיקוח לא מתבטא במניעת ילודה בלבד אלא בהשמדת ולדים שאינם ניתנים לגידול[29]. בהמשך, לאורך ההיסטוריה הובעו דעות דומות.

4.4 דארווין והתורות הפסיכולוגיות

בשנת 1892 פרסם דארווין את התנ"ך החדש של האנושות "מוצא המינים ע"י הברירה הטבעית או ע"י שרידת הגנים המועדפים בתהליך הקיום". התאוריה של דארווין לא התייחסה במפורש לבני האדם אך הועתקה במהרה למאבק האנושי. זו היתה - לדעתנו שנת המפנה.

התורה הדארוויניסטית ותאוריות פסיכולוגיות חדשות הפרו זו את זו. ניטשה תבע את "שנוי כל הערכים והתנערות מכל ערכי המוסר, אמירת הן ואמונה כלפי כל מה שהיה עד עתה בחזקת אסור, בזוי ומקולל . הפסיכולוגיה תיצור כח חזק דיו על מנת להוליד צורת חיים שלמה וגבוהה יותר של אנושות בעלת קשיחות חסרת רחמים כנגד כל מה שמנוון וטפילי בחיים, כנגד כל מה שמשחית, מרעיל הורס ומקלקל, והיא רואה בחיסול חיים אלו סימנה של צורה עליונה יותר של הנפש[30] ".

ואכן אלכס טילה כתב בשנת 1895: " מי שאיננו יכול לשמור על קיומו - מוטב שישלים עם אובדנו. מוסדות מיוחדים לנו בהם מפונקים בעלי מום, פיסחים, עוורים, משוגעים, שחפנים

וחולי עגבת, כדי לשחררם בבוא העת למען יפרו וירבו ויורישו את מחלותיהם לדורות הבאים".

הסוציאל דארווניסטים יצרו סינתזה של התורות הפסיכולוגיות שתבעו את התנערות הערכים עם התורה הדארוינסטית שתארה את מאבק הקיום.

באותה שנה כתב יוסט בספרו "הזכות למות" : ערך החיים לא זו בלבד שהוא יכול להגיע לאפס, הוא יכול אף להיות שלילי".

30 שנה לאחר פרסום תורתו של דארווין כתב חסידו, הרופא אלפרד, כדלקמן:

"עטיפות ריקות, חיידקים זרים, כעין מתים ברוח החברה האנושית, ללא תועלת, ללא הישג פרודוקטיבי, הנתונים למצב קבוע של חוסר ישע, וזקוקים לטיפול וסעד מידי אחרים אשר כוחם יקר לחברה". ייתכן ודעות אלה סייעו ליצירת תשתית לעליית הנאצים.

4.5 הנאצים

לא בכדי הצליחו הנאצים להסתייע בתורת הגזע על מנת לעלות לשלטון בדרך דמוקרטית. הם התבססו על ההשקפה הרווחת לפיה הצידוק לקיומו של אדם הוא תרומתו לחברה ולגזע העליון.

היטלר כתב בספרו "מיין קמפף": "בטבע אין רחמנות. על היצורים החיים הנמוכים להיות מושמדים במלחמת

nevo.co.il

הקיום[31]". ואכן בעיקר בין השנים 1933 - 1945 השמידו הנאצים את כל אלה שלא יכלו לתרום לחברה: תינוקות פגומים, חולים, נכים, קשישים ואחרים. לפי שעה כוחה של התנועה הנאצית ירד. ברם תפיסות דארוינסטיות, פשיסטיות או נאציות שרירות וקיימות ועמן הסכנה להשמדת יצורים חלשים לרבות תינוקות פגומים.

5. גישות מודרניות

5.1 ערך אישי-סובייקטיבי וחירות האדם

משמעות הערך

הוגים רבים מדגישים את הערך האישי-סובייקטיבי שבחיי האדם. הפן האישי משמעותו התועלת שהפרט מפיק מחייו, להבדיל מהערך המכשירני שמשמעותו התועלת שסביבתו הקרובה או הרחוקה מפיקה מחייו.

הפן הסובייקטיבי משמעותו התועלת לחיי הפרט כפי שהפרט מייחס, ולא כפי שאחרים מייחסים. לדוגמא, האקזיסטנציאליסטיים, כגון קאמי, טענו כי הבחירה בין חיים ומוות נתונה להכרעה קיומית אישית של הפרט. הכרעה זו יכולה להיות שרירותית מנקודת מבט מטאפיסית אך די בכך שהפרט משוכנע בצדקתו. לשיטתם הדיון מתמקד לא בקדושת החיים כי אם בחירותו של האדם להכריע בדבר גורלו[32].

מבחן אובייקטיבי

בטיפול רפואי ניתן להתייחס למבחן אוביקטיבי הבוחן מהו האינטרס הטוב ביותר של החולה. המבחן נועד למצוא את הפתרון הטוב ביותר עבורו תוך איזון בין התועלת לבין הסבל והסיכונים הכרוכים בטיפול[33].

המבחן האובייקטיבי - בקורת

רבים סבורים כי לא ניתן לקבוע מתי חייו של אדם חסרי ערך שכן אין לכך פתרון חיצוני מנקודת מבט אוניברסלית, שישכנע את כולם[34]. יתרה מכך, גם אם נקבע מבחן אובייקטיבי, קיימת סכנה שישומו יעשה חסד דווקא עם גורמים אינטרסנטיים לרבות המשפחה, הרופא או המוסד הרפואי, עם נזקקים להשתלות, עורכי ניסויים וכיוצא באלה. בעיה שלישית - "המדרון החלקלק"[35].

המבחן הסובייקטיבי וקשייו

חסידי המבחן הסובייקטיבי יטענו כי מאחר וכאמור לעיל המבחן האובייקטיבי שגוי ובעייתי, יש להחיל את המבחן הסובייקטיבי. מבחן זה משקף תפיסה לפיה האוטונומיה של הפרט כוללת את הזכות להחליט, לרבות לגבי חייו. המאה ה-20 לוותה בהתפתחות של חירויות הפרט בתחום הרפואה, בשיתוף החולה בהחלטה על צורת הטיפול בו. בהולנד, במספר מדינות בארה"ב ובמקומות אחרים, דוקטרינה זו קנתה לה שביתה אף בענייני חיים ומוות ואילו בשאר הארצות התפיסה לא השתרשה או טרם השתרשה בענייני חיים ומוות. כך או כך, ברור כי המבחן הסובייקטיבי אינו ישים לגבי תינוקות.

המבחן הסובייקטיבי כברירת מחדל

חסידי המבחן הסובייקטיבי יטענו כי אפילו כאשר בתינוקות עסקינן, לאור קשיי המבחן האובייקטיבי האמורים, יש לדבוק במבחן סובייקטיבי כברירת מחדל. לפיכך, יש לאפשר לתינוק פגום לזכות בטיפול רפואי מתוך תקווה ולו הקטנה ביותר שביום מן הימים יימצא מזור למחלתו, דבר שיאפשר לו לזכות בתודעה ולהחליט בעצמו.

בקורת

1. הגישה אינה בוחנת את מעשה ההצלה עפ"י תוצאותיו, קרי עפ"י יעילות הטיפול, סיכויי ההצלה, השפעתו על המשפחה וכו'. להבדיל מהגישה האובייקטיבית, הגישה הנוכחית אפילו אינה מתיימרת להכריע עפ"י טובת התינוק או עפ"י הרצון מכללא שלו, שכן עפ"י הגישה יש להגיע לאותה תוצאה של הצלה יהיו הנסיבות הספיציפיות הקשורות בתינוק אשר יהיו.

2. ישום המבחן הסובייקטיבי במקרה של תינוקות לא יממש את תכלית המבחן הסובייקטיבי. ממילא כאשר אנו מחליטים להאריך את חיי התינוק אנו מכריעים ולא הסובייקט. הכרעתנו תשפיע על התינוק למשך תקופה ארוכה ולעיתים למשך כל חייו. אם ממילא ההכרעה אינה סובייקטיבית ואם ממילא איננו יכולים להתחשב ברצון התינוק או ברצון מכללא שלו, מדוע עלינו לדבוק באופן מלאכותי בפן האישי? מדוע שלא נבחן את האינטרסים של המשפחה, הרופא, חולים אחרים, נזקקי השתלות וניסויים כדי שלפחות נוכל לתת ביטוי לאינטרסים שלהם? בקורת זו מקבלת משנה תוקף לנוכח העלות הגבוהה של הטיפולים הרפואיים אשר נמשכים לעיתים שנים ארוכות ולנוכח המחסור במשאבים.

nevo.co.il

5.2 גישת דבורקין-הערך הפנימי

דבורקין, כמו גם השמרנים והדתיים בארה"ב, מייחס את קדושת החיים לערך הפנימי שלהם. בעוד השמרנים והדתיים רואים את מקור הערך הפנימי בהשקעה האלוהית. דבורקין סבור שמקור הערך הנו בהשקעה האנושית. לפיכך הוא סבור כי מוות של מתבגר נחשב לטראגי יותר ממוות של תינוק שכן ההשקעה האנושית במתבגר רבה יותר. האם קדושת החיים של האדם וערכם תלויים בגיל האדם ובהשקעה האנושית בו? מדוע שלא נקבע כי חיי התינוק קדושים יותר לאור אובדן פוטנציאל השקעה אנושית יותר גדול? אף שדבורקין מתנגד להמתת תינוקות (ואף לחלק מההפלות) משנתו עלולה לשמש בסיס אידיולוגי להעדפת חיים של פרטים מסוימים על פני אחרים ולכן טומנת בחובה סכנות רבות.

5.3 גישת פרופ' לייבוביץ- פוסטולט

עיקרי הגישה[37]

לטענת פרופ' ליבוביץ ערך הינו מושג הקשור בבחירה, בהחלטה ובהכרעה לפיכך החיים, שהינם מצב נתון, בלתי ניתן לבחירה, אינם יכולים להוות ערך. הוא מסביר כי אי התאבדות אינה מהווה בחירה בחיים. גם התאבדות אינה בחירה וזאת בהעדר נקודת מבט חיצונית ובהעדר אפשרות להשוות את החיים עם החידלון. כל הסדר משפטי צריך להתבסס על נימוקים רציונליים. מסקנתו שלא ניתן לבסס את החיים (כמו גם את המוות) על נימוקים רציונליים ויש לשלול את התמיכה בקיום על יסודות משפטיים-מוסריים. החיים כערך או כעקרון מקודש אינם מצב המחויב עפ"י המציאות או ההגיון אלא פוסטולט המקובל עלינו. תוקפו של העקרון נובע מהסכמתנו ומבחירתנו. מהרגע שנתחיל להרהר אחריהם שללנו את תוקפם. לשיטתו, מאחר והעקרון איננו רציונלי, לא ניתן לקבוע לו גדרות וסייגים.

הוא מכיר בקיומם של מצבים שטובת האדם מצריכה את המתתו אך לא ניתן להציב גבול מוגדר בין חיים בעלי ערך לחיים חסרי ערך, שמא היתר לנטילת חיים יערער את יסוד קיומנו. המאה ה-20 המלווה בבולמוס הנאות היא התקופה הרוויה ביותר בשפיכות דמים, וביסוד המגמות ההומניטריות מתחבאת (לעיתים במודע ולעיתים שלא במודע) מגמה ברברית שנועדה לשחרר את עולמם של הנהנים מקיום המהול בסבל אנושי ואשר עלול להעכיר את שמחתם של הנהנים. ליבוביץ מזהיר במיוחד מפני הריגת תינוקות ועוברים שהינם חסרי יכולת הגנה.

בקורת

1. על פי ליבוביץ לא ניתן לבסס את החיים או את המוות על נימוקים רציונליים ולכן אין אפשרות לקבוע הסדר משפטי בסוגייה.

אף שניתן לחלוק על כך נניח לצורך העניין שמסקנתו נכונה. ברם יש להבדיל בין התאבדות וניסיון להתאבדות שנועדו לחזק את ערך חיי האדם, לבין איסורי ההמתה, הסיוע והשידול להתאבדות שמחזקים את ערך חיי הזולת. אין חולק ששמירה על חיי הזולת היא ערך חברתי חשוב.

ניתן לבסס ערך זה בעזרת נימוקים רציונליים רבים. אחד מהם ניתן ע"י ליבוביץ עצמו שגרס כי היתר המתה עלול לערער את יסוד קיומנו. לדבריו קיימת סכנה שהיתר המתה בחסות החוק יביא לזילות בחיי אדם, יגרום לאפקט חינוכי שלילי ולקיפוד חיי אדם ע"י בעלי אינטרסים זרים גם בנסיבות שבהן ההמתה אסורה. ככל שהזילות בחיי אדם תגבר כך יעלו הסיכויים שהחוק יאפשר המתה בנסיבות רבות יותר וחוזר חלילה. מן המקובץ עולה כי קיימים טעמים רבים לקיומו של ערך שמירה על חיי הזולת. ראייה לכך הינה ריבוי העבירות הקשורות בהמתה המוזכרות בחוק העונשין והעונשים החמורים שבצידן.

לאור האמור לעיל, יכול היה ליבוביץ לטעון ששמירה על חיי הזולת הינה ערך ראשון במעלה וכי אין להתיר שום המתה לרבות המתת חסד של תינוקות. לחילופין, אם לא ראה בו ערך על, יכול היה להשוותו מול ערכים אחרים, לאזן ביניהם ולהגיע להסדר משפטי שיפרט מתי המתת חסד אסורה. נראה לנו כי טעה כשציין שבעניין זה לא ניתן ליצור הסדר משפטי המבוסס על נימוקים רציונליים.

2. ליבוביץ מכיר בקיומם של מצבים בהם ראוי היה ליטול חיי אדם אך גורס כי לא ניתן להציב גבול מוגדר בין חיים בעלי ערך לחיים חסרי ערך ומזהיר שמא הדבר יערער את יסוד קיומנו. המלומד מזכיר את מעשי הנאצים כדוגמא לסכנת המדרון החלקלק. ניתן להבין את גישתו על רקע האבחנה המוכרת בין תועלתנות כלל לתועלתנות פעולה.

לעניות דעתנו, יש בפתרונו עקיפה של הבעיה תוך התחמקות מהתמודדות ישירה עמה. נקודת המוצא הינה כי אנו חיים בחברה דמוקרטית. אל לנו להעניק פתרונות חלקיים או מאולצים מתוך חשש שיום אחד יתפסו גורמים בלתי דמוקרטיים את השלטון. עלינו למנוע את עלייתן של אותן קבוצות לשלטון אך בו בעת למצוא פתרונות המתאימים לחברה דמוקרטית.

ליבוביץ מציע[39] להאריך את החיים ואף לאסור הפלות ללא

תלות במצב הרפואי של האם, הולד או התינוק. לא ברור מדוע הוא לוקח בחשבון את התוצאות העקיפות וארוכות הטווח (ערעור הקיום האנושי) ומתעלם מהמגבלות התקציביות הכרוכות בטיפולים בהיקף כה נרחב.

אנו נפרט בהמשך את המגבלות המעשיות ליישום הצעתו של פרופ' לייבוביץ.

5.4 המחסור ושיקולים כלכליים

האם מדינת ישראל יכולה לטפל בכל החולים והפגומים, צעירים כישישים, בעלי פגמים קלים כקשים כפי שפרופ' לייבוביץ ביקש?

דניאל קלאהן[40] מותח ביקורת על מנהגם של הרופאים להאריך חיים בכל מקרה. הוא מציין שאמצעי החברה מוגבלים ולפיכך גם תקציב הבריאות מוגבל ועלינו להקצות את המשאבים לאותן מטרות מהן נפיק את התועלת והאושר המרביים. מתוך תקציב רפואי נתון ומוגבל יש להפנות משאבים לתחומי רפואה מסוימים שיביאו למקסום איכות החיים. את הכסף שנחסוך נוכל להשקיע בטיפול רפואי ובמחקר לטובת החברה. כיום לדוגמא, כמחצית מתקציב הבריאות של ארה"ב מופנה לטיפול באנשים שממילא ימותו תוך חצי שנה. לשיטתו זוהי הקצאה לא יעילה ולא ראויה של משאבי הרפואה.

יתרה מכך, הפנייית חלק מהמשאבים מתחום הרפואה לתחומים אחרים לשם שיפור אמצעי הבטיחות והביטחון ברכבים, במקומות העבודה ובבתים תביא להצלת מספר רב יותר של אנשים מאושרים יותר ובריאים יותר.

ביקורתו, שהתייחסה בעיקר לרפואה של ישישים, רלוונטית לא פחות לרפואת תינוקות, שחלקם זקוק לטיפולים ארוכים משך תקופות ארוכות.

דיון זה מדגיש שכל פתרון, לרבות פתרון שלכאורה מתחשב בשיקולים מוסריים ומתעלם משיקולים כלכליים, הלכה למעשה, יוצר מציאות כלכלית. בשל קיומם של משתנים כה טעונים כגון חיים ומוות, ולהבדיל עושר, רווחה ותועלתנות, מלומדים כמו פרופ' לייבוביץ מעדיפים לבחור בפתרון שלכאורה אינו מערב שיקולים כלכליים, אפילו אם מבחינת התוצאות המוסריות (חסכון בחיי אדם) הפתרון שלהם יהא פחות יעיל. כפי שנראה להלן פתרון זה אינו מעשי .

לדוגמא: סוגייה של תינוקות הנולדים במשקל הנמוך מ-600 גרם. האם בשם הערך האישי הסובייקטיבי יש להשקיע סכומי עתק כדי להאריך את חייהם באופן מלאכותי מתוך תקווה שיום אחד יוכלו לזכות בתודעה ולהכריע בעצמם?

לדעת פרופ' פלוס[41] תקציבה של מדינת ישראל כמו גם של כל המדינות האחרות אינו מאפשר זאת.

האם יש לאפשר את הטיפול רק לאותן משפחות שיכולות לממן את הטיפול? אנו סבורים כי הריגת חלק מהתינוקות אינה (עפ"י התוצאה) פחות מוסרית מהריגת כל התינוקות. יש להציל לפחות את אותם תינוקות שהוריהם יכולים לשלם עבור הטיפול.

נניח, לצורך העניין בלבד, כי מדינת ישראל יכולה לממן את הטיפול בכל התינוקות ושמדינות רבות אחרות אינן יכולות לעשות כן. האם המוסר סובל שעקרון קדושת החיים יתקיים בתחומי המדינה בלבד? האם עקרון זה איננו אוניברסלי? לאור ההבדלים בין הכלכלות השונות (לרבות בתוצר ובאמצעי הרפואה השונים), אנו אנוסים להעניק לעקרון משמעות שונה במדינות השונות.

לצורך העניין נניח כי כיום ניתן לממן ולבצע את כל הטיפולים השונים בכל התינוקות החולים בכל העולם. אם אכן נממן את הטיפול ונאסור לבצע כל הפלה (כפי שהציע פרופ' לייבוביץ) הדבר עלול להביא, לריבוי אנשים בעלי מומים קשים, נכויות, פיגור וריבוי יצורים תלויים שאינם יכולים לפרנס את עצמם. תינוקות בעלי מחלות מדבקות כגון איידס או מחלות תורשתיות יעבירו במהלך חייהם את מחלתם לרבים אחרים. העולם עלול להתמלא בתוך מספר דורות באנשים בעלי מומים קשים. לאור הדילול המתמשך של המשאבים הטבעיים בשלב מסוים ממילא לא ניתן יהיה לממן את כל הטיפולים.

5.5 פרופ' לי בן פו- הכחדת תינוקות

המצב בסין

להלן מספר נתונים אודות המצב הקשה בסין[42]:

1. אוכלוסיית סין מהווה כ 22% מאוכלוסיית העולם. שטחה מונה כ7% בלבד.

2. כ2% מהתינוקות הנולדים הינם פגומים.

3. עקב התקדמות הרפואה רוב התינוקות הפגומים שורדים לרבות בעלי הפגמים התורשתיים. לפיכך בסין, נכון לשנת 1997, קיימים כ-52 מיליון נכים!

4. הטיפול היקר הביא להחרפת העוני והרעב. כתוצאה מכך, מתוך אוכלוסיית הילדים המאומצים כ- 95% ננטשו ע"י הוריהם!

nevo.co.il

גישת המלומד

על רקע הנתונים האמורים מציג פרופ' Li Ben-Fu[43] מודל מרחיק לכת. הוא מסווג את התינוקות ל-2 קבוצות עיקריות עפ"י הפגמים והשפעתם על איכות החיים. את איכות החיים של התינוקות הוא בוחן עפ"י המשמעות הסוציאלית של חייהם, יכולתם וסיכוייהם לזכות באושר ולחוותו, להנות בעתיד מזכויות אדם, להשתכר עצמאית ולהתרפא. לדידו בעלי הפגמים הקלים יותר יזכו לאיכות חיים מספקת ועל כן חובה להצילם.

לי בן-פו מציין שעפ"י סקרים שונים עולה שכ-75% מהאוכלוסייה סבורים שאין לרפא את בעלי הפגמים החמורים. כ-70% מהאוכלוסייה סבורים שאת ההחלטה צריכים לקבל ההורים והרופאים במשותף. (אינו מפרט האם נדרשת הסכמה פה אחד של הרופאים ושני ההורים להמתה ומה ייעשה כאשר אחד ההורים או הרופא בעלי דעות מנוגדות).

לדעתו, יש לאפשר להורים להיוועץ בועדות אתיקה שיציגו את השיקולים והאינטרסים של התינוק, ההורים, הרופאים, בית החולים והחברה[44].

הוא מציין שעפ"י הסקרים מרבית הציבור בסין סבור שהמתה אקטיבית עדיפה על פני המתה פסיבית ומצטרף לדעה זו. למרות שהמתה אקטיבית עלולה להצטייר כאכזרית יותר יש הסבורים כי ההפך הוא הנכון. המתה פסיבית עלולה להאריך את הסבל בעוד המתה אקטיבית עשויה לקצרו. אם מטרת האותנזיה הינה הקלת סבלו של החולה, מדוע יש להעדיף דווקא המתה פסיבית[45]?

פרופ' לי בן-פו מציע להקים צוותים רפואיים שיהיו אמונים על בצוע ההמתות באופן שיוכלו להתמחות בכך. תפיסותיו אינן חריגות בקרב האקדמיה בסין אלא משקפות דווקא את דעתם של מלומדים רבים שם.

בקורת

דומה אמנם שסין אינה יכולה לממן טיפול במספר כה גדול של תינוקות בעלי פגמים חמורים, כאשר התועלת היחידה המתקבלת, אם בכלל, היא הארכת חייהם באופן מלאכותי. ברם, הוא מייחס יתר חשיבות לאינטרסים של שאר הגורמים מלבד החולה וחשיבות מועטה מדי לאינטרסים של החולה. מצבו הרפואי של התינוק צריך להיות הקריטריון המרכזי. לדוגמא: הדעה לפיה על הרופא להסביר להורים את מחויבותם הסוציאלית לשימור איכות החיים של המין האנושי בתקווה שהסבר זה ישכנע את ההורים להמית את בעלי הפגמים הקשים. אין זה סביר שההורים יצטרכו לבכר אינטרסים לאומיים על פני אינטרסים אישיים מובהקים.

חרף הבקרת שהועלתה יש לשים לב למצב הקשה בסין כפי שתואר לעיל ולהבין כי יתכן שכורח המציאות מחייב ליצור הגבלות אלו או אחרות על הילודה ואולי אף על גידול תינוקות בעלי מומים קשים.

6. סיכום

דומני כי מקובל לחשוב שהמתה עפ"י מהותה סותרת את עקרון קדושת החיים ולכן אינה מוסרית.

יתכן שהזיכרון הקולקטיבי של השואה מטיל מחסום רגשי בפני קביעת סייגים לזכותו של התינוק לחיות. יחד עם זאת, נראה שבסיכום המאמר עולה השאלה שמא לאור התוצאות הקשות של הארכת החיים בכל הנוגע לתינוק, לרופאים, למוסד הרפואי, לציבור החולים והנזקקים ולדורות הבאים, ייתכן שבמקרים מסויימים ההמתה מהווה פתרון בחינת הרע במיעוטו. עינינו הרואות שהנורמות המוסריות שהיו מקובלות מאז ומעולם ממילא כללו סייגים רבים לעקרון קדושת החיים.

המצב הרצוי היה לקבוע זכות אחידה לחיים בכל המדינות אולם דומה שהבדלי העושר בין המדינות וקיומן של כלכלות נפרדות לא מאפשרים לעשות כך. אשר על כן כל מדינה תאלץ, לפי שעה, להעניק פתרון ייחודי משלה בהתאם למגבלות המוסריות והתקציביות שלה.

דומה כי ככל שנתחשב יותר בדורות הבאים, נאלץ לקצץ יותר בתקציב לטיפולים הרפואיים. במיוחד כאשר מדובר בפגמים תורשתיים קשים או במחלות מדבקות קשות שעלולות לפגוע באנשים נוספים. יתכן שראוי להקצות משאבים רבים יותר למחקר ופיתוח שיאפשרו לחשוף פגמים רבים יותר כבר בשלבים המוקדמים של ההריון ולפקח על הילודה תוך שימת הגבלות על לידות עוברים פגומים.

לדעתנו, לפחות במקום שהמשפחה יכולה לממן טיפול רפואי יש לאפשר לה לעשות כן ולא ראוי שלמדינה תהיה במקרה כזה זכות למנוע את הלידה או את הטיפול יהא מצב העובר או התינוק אשר יהיה. יתכן שבאמצעות הלוואות ממשלתיות יתאפשר להרחיב את מעגל התינוקות המטופלים.

השאלה הקשה היא מה ייעשה באותם מקרים שבהם מדובר בפגם חמור ביותר וכאשר המשפחה בוחרת שלא לממן את הטיפול. האם לאור גישתו של פרופ' לייבוביץ על המדינה

nevo.co.il

להבטיח מתן טיפול רפואי חינם או מסובסד לכל התינוקות? האם למדינה תקציב לעשות כן והאם לאור ביקורתו של דניאל קלאהן כדאי לה לעשות כן?

האם במקרה שהמדינה איננה יכולה לממן את הטיפול בבעלי מומים מסוימים קיימת למשפחה זכות לבקש את המתת התינוק? האם יש להשמיד את העוברים או התינוקות, כפי שסבור המלומד הסיני? אם כן, באילו מקרים ניתן יהיה לעשות כן ומי יכריע בנדון? כיצד יהיה ניתן לאזן בין האינטרסים המגוונים והשונים כל כך של בעלי האינטרסים השונים?

מקוצר היריעה לא נציג מודל מוסרי מתאים ברם השתדלנו להעניק לקורא את הרקע המתאים לקראת בחירה בעמדה זאת או אחרת.

7. מקורות והערות

1. להרחבה אודות השאלה "מהו מוסר" ראה:

R.J .Devetere, "Practical Decision Making in Health Care Ethics", Georgetown Uni. Press, 1995.

2. קיימת שאלת גבול טיפוסית: מתי המעשים נחשבים בגדר יוצא מן הכלל לנורמה המוסרית ומתי הינם שכיחים או מקובלים במידה מספקת כדי להוות נורמה מוסרית שונה או חדשה.

3. א. למשנתו ראה-

Ronald Dvorkin' **"Life's Dominion"** N.Y. Knopf' 1993

ב. לניתוח המקור שלעיל ולביקורת ראה: על החיים ועל המוות: על רונלד דבורקין, "ממשלת החיים", עדנה אולמן מרגלית, עיון מ"ג, 453-464, תשנ"ה.

4. ראה לדוגמא את דברי המדרש: "...מנין שאדם אחד שקול כנגד (שאר) מעשה בראשית ..." אדר"נ, פל"א.

5. הערה 3א, 459.

6. ראה לדוגמא, משנה סנהדרין פ"ד, מ"ה : "לפיכך נברא אדם יחידי, ללמדך שכל המאבד נפש אחת מישראל כאילו אבד עולם ומלואו וכל המקיים נפש אחת כאילו קיים עולם מלא".

7. דר' אברהם שטיינברג, "רצח מתוך רחמים - לאור ההלכה", אסיה, כרך ג', תשל"א 10.

8. ראה הלכות רמב"ם, ר"מ, רוצח, פ"ד ה"ב : "וכן ההורג את עצמו ..שופך דמים הוא ועוון הריגה בידו".

9. נועם זוהר, "האדם כקניין אלוהים - על מגמת ההתנגדות ההלכתית להמתת חסד", בין דת למוסר, הוצאת אוניברסיטת בר אילן, 1993, 145.

10. לביקורת לגבי התפיסה הקניינית ראה שם, 150.

11. שולחן ערוך הרב, חלק ה, הלכות נזקי גוף ונפש, ס"ד.

12. שם.

13. ראה הערה 8.

14. ראה ע"א 506/88 **יעל שפר נ' מ"י**, פ"ד מח (1) 88, 170. לדעה אחרת שקיימת בהלכה לעניין המתה פאסיבית ראה הערה מספר 26.

15. סנהדרין, ע"ג, א. תנ"ך, ויקרא, י"ט, טז.

16. שו"ע יו"ד, סי' של"ט : דיני גוסס.

17. דר' א. שטיינברג, הטיפול ביילוד הפגום, תחומין, ד', תשמ"ו, 226-230, 228-229.

18. ניתן לטעון כי התרת המתה אינה סייג לעקרון הקדושה של החיים כי אם סייג לאיסור ההמתה ברם לפי הפרשנות שלי לעקרון קדושת החיים כל היתר המתה מהווה סייג לעקרון.

19. ר"מ, יסוה"ת ה', ד.

20. הלכות רוצח, פ"א, ה"ד .

21. ראה דר' כריסטיאן ברנארד "לחיות טוב - למות טוב", 1986, 59.

22. גם הנצרות הכירה במוות לשם הגנה על הדת כפי שניתן ללמוד מהדוגמא של הצלבנים. גם באיסלאם מוות לשם הגנה על הדת רצוי והוא מבטיח ל"שאהיד" חיי נצח בגן עדן מלא נשים.

23. הרמ"א יו"ד, סיף של"ט, ס"ג.

24. דר' א. שטיינברג, הטיפול ביילוד הפגום, תחומין, ד', תשמ"ו, 226-230.

25. לפי גישה אחת ביהדות חובה להאריך חיים, יהא האמצעי שנדרש אשר יהא וישנה גישת ביניים לפיה אין להאריך את החיים באופן מלאכותי אך גם אין איסור לעשות כן. ראה הרב ש.א. טוירק, הפרדס, שנה ג', חוברת י', 11.

26. לדוגמא, ראה הגר"מ פיינשטיין, הפרדס, שנה מ"ט, חוברת ה'.

27. הערה 24, 227.

28. אפלטון, פוליטאה ה', הוצאת שוקן, 1977.

29. שם.

30. Fridrich Nietsche ' Philosophy of Nietsche. N.Y. 'Random House' 1968 .452

31. מיין קמפף, אדולף היטלר, 314.

32. הד דוד, אתיקה ורפואה 1989, 34.

33. In re Quinlan '70' n.j. 10355 A.2d 647 (1976)

34. ישעיהו לייבוביץ, "על המתות חסד", רות גביזון וחגאי שניידר, זכויות האדם והאזרח בישראל, ירושלים, האגודה לזכויות, 1991, כרך א, 177-181 וכן ישעיהו לייבוביץ, "החיים וערכי החיים", מחשבות, 1988, 46-55

35. לדוגמא, ראה את תאור המצב בהולנד שם הותרה המתת חסד, הערה 14.

36. הערה 32, 31.

37. הניתוח בפרק זה מתבסס על המקורות המצוינים בהערה מספר 34 לעיל.

38. קיים טעם נוסף והוא שקיומו של איסור התאבדות עלול להרתיע את מי שמנסה להתאבד ולהניע אותו להשלים את נסיון ההתאבדות. עד למאה ה-19 טעם זה נעלם מעיני המחוקק באנגליה והעונש על נסיון התאבדות היה למרבה האבסורד מוות.

39. זוהי הנורמה הראויה לטעמו ויחד עם זאת כאמור הוא מציע שלא לעגנה בחוק.

40. Daniel Callhan **"The troubled Dream of life"**.Y , Simon and Schuster. 1993

41. הפרופ' הינו מומחה בינ"ל לרפואה ואתיקה. דבריו נאמרו במסגרת הרצאתו כפקולטה למשפטים באוניברסיטת חיפה, 15.12.97.

42. LI Ben -Fu Ethics on Management of Impaired Neonates 'Department of Medical Ethics' Beijing medical university, Beijing 100083, The P.r. China.

43. שם.

44. לדעת השופט אילון בפס"ד שפר שלעיל, יש לשתף בהליך את המשפחה, הרופאים, אנשי דת ומשפטנים.

45. לביקורת דומה ראה: המ"פ (ב"ש) 1030/59 **ישראל גלעד נ' המרכז הרפואי סורוקה**, תקדין מחוזי, כרך 95(3), תשנ"ה-1995, כמו כן ראה דר' עמנואל גרוס, "**אותונזיה פאסיבית - היבטים מוסריים ומשפטיים**", הפרקליט, לט, 1989, 162.

nevo.co.il

חקיקה פסיכיאטרית בישראל: נקודות ציון ונקודות למחשבה

עמיחי לוי

חלק א': חמישים השנים הראשונות.

1. מבוא

רוב הארצות המתוקנות מוצאות צורך ב"חקיקה פסיכיאטרית"; לאמור - חוקים, תקנות וסעיפים, העוסקים במכוון ובמפורש ב"אוכלוסיה הפסיכיאטרית". נסקור, במבט צפור, את החקיקה הפסיכיאטרית בישראל בחמישים שנות המדינה. כן תובאנה נקודות למחשבה, לקראת המאה ה-21.

ה"חקיקה הפסיכיאטרית" הישראלית מתמצית, ברובה, בשני חוקים מרכזיים: החוק לטפול בחולי נפש, 1955; והחוק לטפול בחולי נפש, 1991. אכן, בין שני חוקים אלה עברה החקיקה הפסיכיאטרית שלנו שינוי משמעותי; חוקים וסעיפים אחרים יוזכרו, אם בכלל, באופן משני ושולי בלבד.

2. החוק לטפול בחולי נפש 1955.

זהו חוק שנחשב בשעתו לחידוש חשוב. הוא נתפס כ"מדיציני"; כמביא השקפת עולם רפואית לסוגית האשפוז של חולי-נפש. ואכן, - לקראת חקיקת החוק, הובעה בדיוני הכנסת דאז, דאגה באשר ליכולת המערכת הפסיכיאטרית (ובעזרת החוק) לטפל בעולים החדשים החולים; החוק משנת 1955 אכן מועיד תפקיד מרכזי לרופאים; החוק הינו - ברוח התקופה - פטרנליסטי; זכויות החולים בו מועטות ושוליות. נראה שבחו"ל נתפס חוק 1955 כחשוב, וזכורה ועדה מקצועית מאנגליה, שבאה לארץ כדי לבדוק את חידושיו, וזאת טרם שינוי החוק האנגלי (אשר שונה לבסוף, ב-1958).

האשפוז הכפוי בחוק 1955, נעשה בעיקר עפ"י סעיף 5 המפורסם; סעיף מעורפל, שאיפשר אשפוז כפוי עפ"י שיקולים נרחבים ומטושטשים (המונח "תנאי המחלה" לא הוגדר כיאות; וכן לא "תנאי הסכנה". "הסכנה" נתפסה באופן נרחב וגמיש); האשפוז מרצון היה אף הוא "בעייתי". לגבי חולה שחתם על אשפוזו מרצון, החוק לא סיפק סדור נאות לשינוי ברצון החולה; כלומר להחלטה לסרב לאשפוז. החוק לא התיחס ל"טיפול" באופן מכוון; ו"הובן" שאשפוז פסיכיאטרי כפוי נועד לטיפול כפוי. הוראת האשפוז, שהוצאה ע"י הפסיכיאטר המחוזי (פ"מ) עפ"י "הווכחות" בלבד, היתה משוללת תאריך פקיעה; בלא סדור להעברתה לדיון במוסד נוסף, וללא ביקורת תקופתית מובנית. הופמי"ם (הועדות הפסיכיאטריות המחוזיות) התכנסו תוך פרקי זמן "נוחים" (ולעיתים נרחבים); הדיון בהם נסב בעיקר על חולים המאושפזים בצו ביהמ"ש, ועסק מעט מאוד בעררים; נראה שדיוני הופ"מ היו, בדרך-כלל קצרים ביותר...

"מעמד, לא-פעם, בפני הדילמה הבלתי פשוטה, שבין אשפוז כפוי מלא, מצד אחד; לבין אי אשפוז כלל, מצד שני. לא סופקו בחוק אמצעי ביניים בין שני הקצוות האלה. אשפוז כפוי ע"י מנהל ("אשפוז חרום") נתן ל-5 ימים (תקופת זמן שנראית, כיום, כממושכת ביותר). על אמצעי הכפיה נכתב "לרבות" בידוד וקשירה (כלומר, תאורטית אמצעים נוספים הובאו בחשבון).

החוק לטפול בחולי נפש מ-1955 "הוטלא" פעמים רבות; והשתלשלו ממנו תקנות אחדות; הידועות שבהן הנן תקנות 1977, שהסדירו לראשונה חלקים חשובים של ההשגחה בביה"ח.

3. הצעות לתקון החוק

החל מסוף שנות השבעים "מופיעות" (ומתרבות) הצעות לתקון חוק 1955. הן על רקע השינויים באוירה הציבורית בארצות המתוקנות (זכויות החולה); והן על רקע התפתחויות במקצוע עצמו (פסיכיאטריה קהילתית). ההצעות הללו באו בעיקר מכוון הקהילה המשפטנית והקהילה הרפואית (כמדומני שהועלו שבע עשרה הצעות שכאלו). לבסוף הוקמה ועדה מטעם משרד-הבריאות וח"כ ארבלי-אלמוזלינו (שרת

פרופ' עמיחי לוי - פסיכיאטר. מנהל המח הסגורה בביה"ח שלותה. ראש החוג למדעי ההתנהגות - ביה"ס לרפואה/אוני ת"א.
פרופ' לקרימינולוגיה קלינית/ אונ בר-אילן.

nevo.co.il

הבריאות לשעבר) "זרזה" את עבודת הועדה, בהגשת הצעת חוק פרטית. הדיונים עברו לועדת העבודה והרווחה בראשות ח"כ אורה נמיר, ולבסוף נחקק החוק החדש לטפול בחולי נפש; שנכנס לתוקפו באפריל 1991.

4. החוק לטפול בחולי נפש מ-1991

זהו חוק מודרני, שבו זכויות החולה נרחבות ומודגשות: זכות לקבלת טפול; למידע; לשתוף בטפול; לנהול שוטף של הרכוש; לקשר עם "החוץ"; לחפצים אישיים; לבגדים אישיים; וכיו"ב.

האשפוז הכפוי הוגדר ביתר פרוט, עם ניסיון להגדרות ברורות יותר של "תנאי מחלה" ושל "תנאי סכנה". נדרש אף קשר בין תנאי המחלה לתנאי הסכנה; האשפוז הכפוי נועד בברור, לשם טפול כפוי. ישנם "אמצעי ביניים" טרם אשפוז כפוי דחוף (אשפוז כפוי בלתי דחוף; טפול מרפאתי כפוי); האשפוז הפסיכיאטרי - הן הכפוי; והן הבלתי כפוי - נערך רק לאחר בדיקה פסיכיאטרית ע"י מומחה בפסיכיאטריה. הוראת האשפוז נתנת לפרק זמן מוגבל (תחילה עד שבוע); שני מוסדות שונים מטפלים בהוראת האשפוז (הפסיכיאטר המחוזי, ולאחר שבועיים - ועדה פסיכיאטרית מחוזית). כשמדובר באשפוז חירום - מתקצר הזמן לאשפוז של יומיים. הוראת האשפוז נתנת לאחר "משוכנעות" של פ"מ; האפשריות לעררים הורחבו; האשפוז מרצון מוגדר טוב יותר: ראשית, ברור שטפול באשפוז מרצון הנו בהסכמת המטופל (אלא אם כן מדובר בטפול חירום); ושנית - שנוי רצון המטופל (דהינו, דרישה לשחרור) גורר שחרורו; או, אם יש תנאים לכך, אשפוז כפוי "מסודר".

עסוקי הופ"מ התרבו. הועדה עוסקת עתה בשלושה שטחים; צוי אשפוז; עררים; (באופן נרחב), והוראות אשפוז (לאחר סיום הטפול ע"י פ"מ); הרמה המקצועית הפסיכיאטרית בועדה - הועלתה וחברים בה שני מומחים בפסיכיאטריה). גם הרמה המקצועית המשפטית הועלתה ומעתה - יו"ר הועדה תמיד משפטן. אמנם חברי הופ"מ עדיין מתמנים ואינם עומדים למכרז ואין מוענקת הכשרה משפטית מחייבת לפסיכיאטרים חברי הופ"מ.

פסיכיאטר מחוזי הנו עדיין "הצנור הראשי" לאשפוזים כפויים בישראל (באופן מספרי); הפ"מ קבלו סוף סוף לשכות עצמאיות אם כי לא מכוח החוק אך הם משמשים, בה בעת, גם כפסיכיאטרים אזוריים; בדומה לופ"מ - גם הפסיכיאטרים המחוזיים עדיין מתמנים, ואינם עומדים למכרז. עדיין אין מוענקת להם הכשרה משפטית רלבנטית. פ"מ (עדיין...) אינם מוגנים כיאות באשר להחלטותיהם.

תפקיד ראש שרותי בריאות הנפש וסמכויותיו נקבעו בחוק; אמצעי הכפיה שעומדים לרשותו - בדוד וקשירה בלבד. ואילו ביהמ"ש רשאי לצוות על בדיקת חשוד, לצוות על בדיקה בלא אשפוז, להוציא צו לטפול מרפאתי כפוי וצו לאשפוז. החלטות ביהמ"ש ניתנות עפ"י חו"ד פסיכיאטרית.

החוק לטפול בחולי נפש 1991 הנו החוק הראשון בישראל אשר כולל זכויות נרחבות ומודרניות (חוק זכויות החולה 1996 נראה, בחלקים, כ"פיתוח" שלו). עד כה כמעט שלא הועלו הצעות לשנוי חוק 1991, אולי בשל "תקופת ההמתנה", ואולי בשל שביעות רצון....

חלק ב': בפתח המאה ה-21

מבלי להסחף לתחום המדע הבדיוני ו"הלם העתיד", הנה מספר נקודות למחשבה לגבי חקיקה פסיכיאטרית בישראל ובעצם, לגבי פסיכיאטריה והחוק; שכן "הנקודות" אינן מתיחסות ל"חקיקה פסיכיאטרית" במובן ה"אשפוזי" בלבד. אלה נקודות שראוי לדון בהן ברצינות, להשקפתי, כבר בשנים הראשונות של המאה ה-21, ושלגבי רובן, כך נראה, נתן לשפר בתחום המעשי.

1. מקצועות בריאות הנפש השונים אינם שותפים כמעט לחוק לטפול בחולי נפש מ-1991 (מוזכרים רופאים ואחיות; ופרט לכך - מאומה); ראוי לשתף את מקצועות ברה"נ הנוספים בחוק וראשית לכל, להגדיר אחריות מקצועית של כל תחום. המצב הקיים שבו הרופאים הנם בעלי סמכות ואחריות נרחבות, ובעצם בעלי בלעדיות בתוככי האשפוז הפסיכיאטרי, כלל איננו רצוי.

2. נסיון להגדרה צלולה יותר של "מחלה" במשור הפסיכיאטרי; כולל נסיון להבדלה בין מחלה (disease), הפרעה (disorder), לקות (impairment), מוגבלות (disability), ונכות (handicap) בתחום הפסיכיאטרי.

3. נסיון להגדרה צלולה יותר של כל אלה במשור המשפטי, כולל בניית "סולמות נכות" מודרניים.

4. נסיון להגדרה ברורה יותר של כשירויות למיניהן: לצוות; למאסר; למעצר; לנהיגה; לנשק.

5. נסיון לפרשנות (בעצם ל"תרגום") של ספרי אבחנות פסיכיאטריים מרכזיים (DSM ;ICD) למונחים משפטיים.

6. שאיפה למצב שבו אשפוז פסיכיאטרי כפוי יתחולל רק בהחלטת ביהמ"ש, למעט אשפוז חרום קצר.

nevo.co.il

7. ומכאן - שופטים מיוחדים לענייני אשפוז/טפול כפוי.

8. הגדרת "חולה כרוני" (מבחינה פסיכיאטרית ומבחינה משפטית).

9. ומכאן - הגדרת זכויות "החולה הכרוני" ("המתגורר", בעצם, בביה"ח); לרבות פרטיות ואינטימיות, כמובן, באופן נרחב יותר מחולה "אקוטי".

10. הגדרת והבהרת סוגית האשפוז הפסיכיאטרי הנועד בעיקר לשמירה על הצבור (חוק 1991 מתיחס, באופן לא כ"כ מציאותי, לאשפוז הפסיכיאטרי כנועד בעיקר לטיפול).

11. הגדרת המבנה והדרישות מחוות הדעת הפסיכיאטרית.

12. חשיבה מעמיקה בנושא אמצעי הכפיה; אם קשירות - אזי לא רק בפסיכיאטריה. מקצועות טיפוליים אחרים משתמשים בקשירות אך בלא תקנות ונהלים חמורים כמו בפסיכיאטריה. האם לשקול צמצום הקשירות? ואם כן, מה במקומן?

13. הגדרה ברורה יותר של היחס אל קבוצות נפגעים אשר "נקלעות" למערכת הפסיכיאטרית. בעיקר מכיון שמערכות אחרות אינן מגיבות בזמן אמת: נפגעי סמים; אנשים הסובלים מפיגור שכלי; כאלה הסובלים מאוטיזם; הסובלים מדמנציה.

14. הגדרה ברורה יותר של האוכלוסיה הפסיכיאטרית הנזקקת לתנאי בטחון מירבי.

15. ומכאן - הרחבת המתקנים לאוכלוסיה זו.

16. העמקה ב"פסיכיאטריה של בתי הכלא".

17. העמקה בפסיכיאטריה הצבאית, כולל הבנה טובה יותר של הקשיים המערכתיים והפרטיקולריים שהמערכת הצבאית מספקת לחיילים בשפע.

18. נסיון להפחית את האיום שמהווה הפסיכיאטריה כלפי הציבור, וראשית לכל, ובאופן טבעי ע"י חיזוק הפסיכיאטריה הקהילתית. יש לזכור כי פיתוח הטיפול והשיקום הפסיכיאטרי בקהילה עולה ממון רב, וראוי לפתח את הפסיכיאטריה הקהילתית בלי "לחנוק באופן אוטמטי" את בתי החולים הפסיכיאטריים.

19. ובהקשר: הגדרת טפול המינימום הניתן בתוככי בית החולים הפסיכיאטרי. כלומר ששאר הטיפול יוכל להינתן מחוץ לבית-החולים. בקהילה.

20. הכרה בעומס העבודה ובנטל הסיכון שביחידות פסיכיאטריות סגורות והנהגת תקנון בהתאם.

21. הדגשת השיקום הפסיכיאטרי החברתי והמגורי והפחתת השיקום התעסוקתי, שהוקדשו לו משאבים רבים, ואשר - בינינו - איננו החשוב שבשיקומים.

22. "פענוח" סעיף 34 ח' לחוק העונשין. זהו סעיף חשוב, המשתלשל הן ממקנוטן, והן מדחף לאו-בר-כיבוש, אשר הידע לגביו מועט...

23. המשך העיסוק וההבהרות בסעיף 300 א (א) לחוק העונשין.

24. השלמת החלק החסר כל כך, בין ענישה וטיפול. ענישה המשלבת טיפול כפוי ולא רק לעברייני מין.

25. הבדלה בין אשפוז פסיכיאטרי "מרצון" (אישפוז אקטיבי), לבין אישפוז פסיכיאטרי "בהסכמה" (אשפוז פסיבי. דורש ברור עמוק יותר).

26. העמקה בסוגיית המייצג (אדבוקט) לחולה הפסיכיאטרי המאושפז.

27. בדיקה מעמיקה של החובה הגורפת לדווח, לגבי מטופלים שאינם כשירים לרשיונות לנשק ולנהיגה. המצב החוקי הנוכחי הינו גורף, קיצוני, ומזיק ביותר ליחסי מטפל/מטופל.

28. הגדרה משפטית ברורה של יחסי מטפל/מטופל, והדרכת מטפלים בנושא זה, כי אין כאן בעיה מקצועית, או סוגיה אתית בלבד.

29. מאמץ להפחתת המונוליטיות של הגדרות פסיכיאטריות, שלא ניתן - לכן - להמשיך ולהגן עליהן בהקשר המשפטי: חסר שפוט; הפרעות חשיבה; הפרעת שינה.

30. תקוה שהגדרת "מחלה פסיכיאטרית" במישור המקצועי, וממילא, בעקבות זאת, הקלת הגדרתה במישור המשפטי, תתבסס יותר על בדיקות אוביקטיביות שנחוצות במקצוענו ויש תקוה להתרבותן ולהתחזקותן. התוצאה תהיה חיזוק החלק האוביקטיבי של האבחון הפסיכיאטרי. כל זאת, כבר בראשית המאה ה-21.

31. בדומה לכך שכל מקרה של אשפוז פסיכיאטרי כפוי בישראל, מאז חוק 1991, עובר הערכה תקופתית אוטומטית הרי שראוי לבנות מנגנון אשר יעריך באופן תקופתי, את החקיקה הפסיכיאטרית עצמה.

המצב שאירע בחמישים השנים הראשונות של המדינה, דהיינו שחוק 1955 נבדק בקושי, תוך לחץ רב ולאחר תקופה ממושכת, והוחלף בחוק חדש אחרי 36 שנים, בשנת 1991 - מצב כזה איננו רצוי.

nevo.co.il

מסוכנות

משה אדד

הערת המערכת

בסתיו 1996 פנה דר' יעקב זיגלבוים ז"ל, רופא וקצין בכיר בשב"ס, אל פרופ' משה אדד בשאלה: כיצד ניתן לאבחן מסוכנות של אדם? ובהמשך - היקשה - איך ניתן לאמוד את המסוכנות של אדם הנמצא במעצר או במאסר. והאם ניתן, על פי האבחנה, לשחררו לחופשה?

פרופ' אדד ענה בהרחבה, ואף צירף (לבקשת דר' זיגלבוים) רשימה ביבליוגרפית מפורטת, שעניינה - המסוכנות.

דר' זיגלבוים התכוון לעשות שימוש בחומר שקיבל, ע"י עריכת ימי עיון והרצאות, אך לא זכה. ביום 5.5.98 קיפד את חייו כשנרצח בטרם עת.

תשובת פרופ' משה אדד, מופיעה כאן כמאמר המוקדש לזכרו של דר' יעקב זיגלבוים הי"ד.

1. מבוא

"מסוכנות" מייצגת מונח שבאמצעותו אנו מציינים את היכולת להגשמת פוטנציה אלימה ו/או עבריינית.

חברה המבקשת להבטיח את בטחונם של הפרטים החיים בה, מפקחת על הסדר הציבורי ומשגיחה על המועדים להגשים עבריינות.

חברה שהרחיקה את העבריינים שבה, ואסרה אותם, בשל התנהגותם הפלילית ועשייתם העבריינית, והמבקשת להעניק להם זכויות יסוד (התייחדות אינטימית, חופשות קצובות בזמן וכדי), חייבת להבטיח את בטחונה של הסביבה מפני מסוכנותם הפוטנציאלית של העבריינים וכן את בטחון האסירים עצמם בזמן חופשה.

האחראים על בטחונו של הציבור מתחבטים ושואלים את עצמם, האם עבריין שחרג מגבולות המותר, ישוב להפר בחופשתו נורמות?

מהי מסוכנותו לציבור של אסיר זה או אחר בהיותו בחופשה? מהו גבול ההסתכנות שיכולה הרשות ליטול על עצמה, כדי להעניק זכויות יסוד לאסיר בלא לסכן את הציבור?

ה"מסוכנות" כמונח, מייצגת מושג הסתברותי, הבא לציין את הסכנה הצפויה מאותו פרט, שאנו מתמקדים בו ורוצים לבחון את מסוכנתו.

ניתן להניח, כי כל אדם, באשר הוא אדם, צופן בתוכו סכנה פוטנציאלית לבחור באלטרנטיבה התנהגותית, שיהיה בה כדי לחרוג מנורמה התנהגותית העלולה לפגוע בזולתו, אם באופן ישיר ואם באופן עקיף.

הסבירות נותנת לנו להניח, שרוב בני האדם בתנאים רגילים, ייטו להתנהג באופן נורמאטיבי, והסיכון הפוטנציאלי, אף אם הוא קיים בהם, יגשים את עצמו כסבירות נמוכה. מכאן, שמספיקה ההשגחה החברתית המקובלת בחברה כדי להבטיח שמסוכנותו של "האדם הממוצע" לא תצא מהכוח אל הפועל.

עיון אתימולוגי בשורש המילה "מסוכנות", מביאנו להתמקד בשורש "סכן". לפנינו דימוי מעניין של קונקרטיזציה לשונית של תהליך. היצר, הדחף, האנרגיה הנפשית, מיוצגים על ידי הסוכן. כאשר סוכן זה משתחרר מכבלי ה"מייצב הפנימי", הסופר אגו של האדם, עלולה להתגשם הפרה נורמאטיבית.

עיון אתימולוגי בשורש המונח הלועזי למסוכנות, DANGER, מוביל ל - DOMINIUM, שפרושו שליטה. שוב לפנינו תיאור לשוני קונקרטי לשחרור האדם משליטת ה"מייצב הפנימי" שלו, ואז הוא עלול לסכן את הציבור.

חשוב להדגיש כבר בראשית דברינו אלו, שאין לנו יכולת מוחלטת לנבא באופן מושלם את מסוכנותו של אדם. המסוכנות הפוטנציאלית שבאדם נובעת מהיותו אדם, שאלטרנטיבות ההתנהגות הן חלק מהווייתו. בחירת אלטרנטיבה התנהגותית זו או אחרת, אינה תולדה של מרכיב אחד כי אם נובעת מצירוף אינדיבידואלי של מרכיבים קוגנטיבים, אמוציונאלים וקוגנטיבים. צירוף אינדבידואלי זה, אף הוא קשור במבניות של מנגנוני הנפש של אותו האדם, בקשר שבינם לבין הסביבה בה הוא מצוי ובסיטואציה שנוצרה או נקרתה בפניו.

מסוכנותו הפוטנציאלית של האדם דומה להר געש רדום. ההתפרצות של הר הגעש הרדום, זקוקה לתנאי שפעול. האדם אף הוא זקוק לתנאי שפעול הפועלים על סך כל אישיותו. תנאי שפעול אלה מצויים, כאמור, באישיותו, בסביבת חיותו ובסיטואציות שהוא עלול להימצא בהן.

פרופ' משה אדד - ראש המחי לקרימינילוגיה, בר-אילן.

nevo.co.il

התהליך הוא דינאמי. הפוטנציאל העבריינ‍י (Po) שבאדם יצא מהכוח אל הפועל, אם האינטרקציה בין כל הגורמים (מרכיבי אישיות (P) x הסטוריית חיים עבריינית (H) x אורינטציה אישית (O) x סביבת חיים עבריינית (EN) x סיטואציה עבריינית (S)) המגשימים עבריינות, לא תנוטרל על ידי מייצב חיצוני (מאסר וכדי) או מיצב פנימי Pot. = P.H.En.S.O

בדרך כלל, ראוי להתמקד בדינאמיות העלולה להגשים מסוכנות, מאשר לדון במצב של מסוכנות.

הדינאמיות של מסוכנות היא תולדה של האינטרקציה המצויינת לעיל, כשכל אחד מהגורמים משפיע על זולתו.

2. המרכיבים היוצרים את דינאמיות המסוכנות

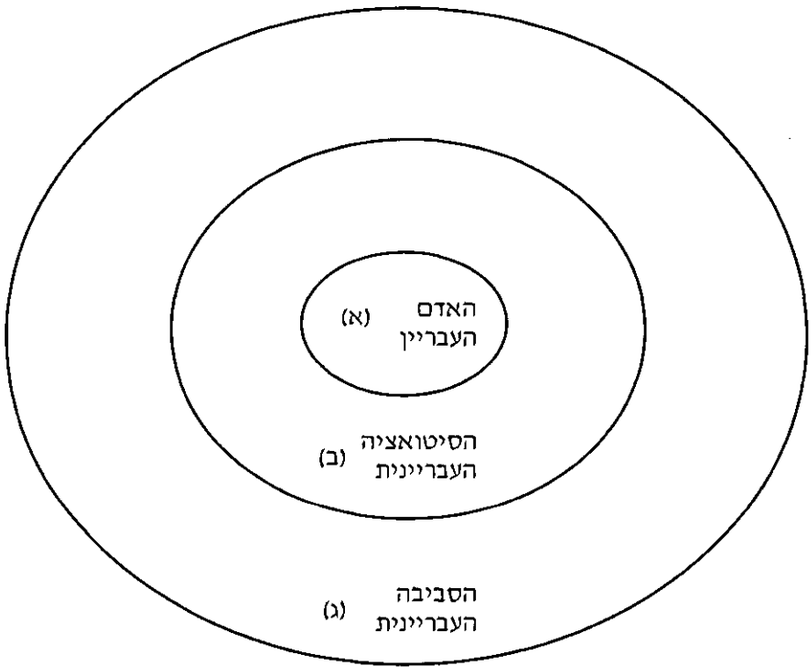
כאמור, המרכיבים העיקריים פורטו בנוסחה לעיל, ואנו נתמקד כאן באלה שבאדם העבריין, בסיטואציה העבריינית וכן בסביבה העבריינית.

א - 2) פרופיל מוסרי:

A^2 B. C = נבוי עבריינ‍י (עיין בעבודותיו של אדד וכן אדד-לסלוי ואדד-בנזש).

A = שפיטה לא מוסרית; **B** = שפיטה כפולת ערך; **C** = שפיטה מוסרית.

א - 3) הסטוריית החיים (הביוגרפיה)



א) האדם העבריין

א - 1) מרכיבי האישיות:

א. נוירוטיות (N)
ב. פסיכוטיות (P)
ג. אקסטרוורטיות (E)
ד. דימוי עצמי (S)
ה. טמפרמנט (=מזג)
ו. גיבוש הזהות (אריקסון, מרסיה)

ההסתברות להתנהגות עבריינית

(אייסנק, בורגיס, אדד) EN^2 (1)

(אייסנק, אדד, לסלוי) EP^2 (2)

א. השתלבותו והסתגלותו בעבר בבית הספר, במסגרות חברתיות מחייבות: תנועות נוער, מועדונים, צבא וכד'.

ב. חיים בתוך משפחתו בעבר הרחוק והקרוב.

ג. חיים בכנופיה.

ד. יציבות/ניידות/שוטטות/עבודה.

ה. מימד עתיד (ככל שמימד העתיד שלילי יותר, אין לו מה להפסיד).

ו. האורינטציה שיש לפרט על החיים.

ז. האינטרפרטציה שלו על אירועי החיים.

א - 4) היסטוריה עבריינית - רצידיביות (=מועדות).

לבדוק בעברו של העבריין את שכיחות העבריינות:

א) 1) בילדות.

2) בנערות.

3) בבגרות.

ב) סוגי עבירות

ג) אימפולסיביות בהתנהגותו העבריינית, של אותן עבירות שבעברו.

א - 5) העבריין כסובייקט: תחושותיו של העבריין.

א) הצטברות של מרירות על הקיום ועל הקיים.

ב) תחושות של דחק (STRESS) ושל תסכול (FRUSTRATION).

ג) תחושות של "אין עם מי לדבר", קשיים סובייקטיבים ליצירת קשר (קומוניקציה) עם הזולת, אף אחד לא רוצה לשמוע אותו.

ד) חוסר בשלות (Immaturite).

ה) חיים של קונפליקטים שאינם נסבלים על ידו.

ו) תחושה שכולם פועלים נגדו וכלפיו באי צדק תכוף ומתמיד.

ז) אינו מסוגל לפתח סימפטיה ואמפתיה כלפי הזולת או/ו כלפי העולם.

ח) רואה את עצמו כפושע, נטייה לרצידיביות.

ט) אינו מרגיש יכלת להשתייך למערך החברתי הקונפורמי.

י) תחושות "מגיע לי", צריכים לפצות אותי; המשפחה והחברה - כולם פגעו בי.

יא) נקמנות

יב) יאוש אקזיסטנציאלי.

א - 6) גורמים אוביקטיביים

א. גיל.

ב. מין.

ג. מצב משפחתי: רווק/נשוי/גרוש/אלמן.

ד. מצב כלכלי ומחויבויות כלכליות.

ה. רמה שכלית/אינטלגנציה

ו. השכלה.

ז. בריאות פיזית.

ח. בריאות נפשית.

א - 7) גורמים כלליים - מתי לשחרר? לאן לשחרר? יש להביא בחשבון את:

א) עונות השנה.

ב) אקולוגיה - הבית/השכונה.

ג) גיאוגרפיה - באיזורים מסויימים הפשע רובץ לפתחו של העבריין "לפתח חטאת רובץ".

א - 8) גורמים סוביקטיביים - לבחון אם לעבריין יש:

א) סף תסכול נמוך.

ב) דמוי עצמי שלילי, כי אז אין לו מה להפסיד, ואין לו מחויבות לשמור על דמויו העצמי בעיני הבריות (עיין במחקריהם של מוריי, רקלס, דיניץ).

ג) נטיות להתפרצות, מזג לא יציב.

ד) סגנון חיים לא קונפורמי, נטייה לסגל לעצמו חיים של חריגות (בלבוש, בדיבור, בהתנהגות).

ה) אגוצנטריות, חוסר התחשבות בזולת.

nevo.co.il

ב - הסיטואציה העבריינית

ההגשמה העבריינית קשורה בתנאי השפעול הקשורים בסביבת חיותו של העבריין וכן בסיטואציה שבה הוא ימצא.

התהליך הדינאמי שבין אדם x סביבה x מצב - מוליד את ההפרה הנורמאטיבית. הסיטואציה מולידה את הקונפליקט ועלולה ליצור את ההפרה הנורמטיבית. העבריין מעריך באופן סובייקטיבי את המצב שבו הוא נתון. הערכה זו נעשית על בסיס מרכיבי אישיותו. בכל פעם שהוא מעריך שאין לו מה להפסיד, או שהוא יכל להרוויח אמוציונאלית מתגובתו העבריינית, הרי שתהיה סכנה להפרה נורמאטיבית. כאשר האדם מנטרל את הפחד מפני האובדן של סטאטוס, של חופש, של כוח וכד', הוא עלול לפעול באופן עבריני.

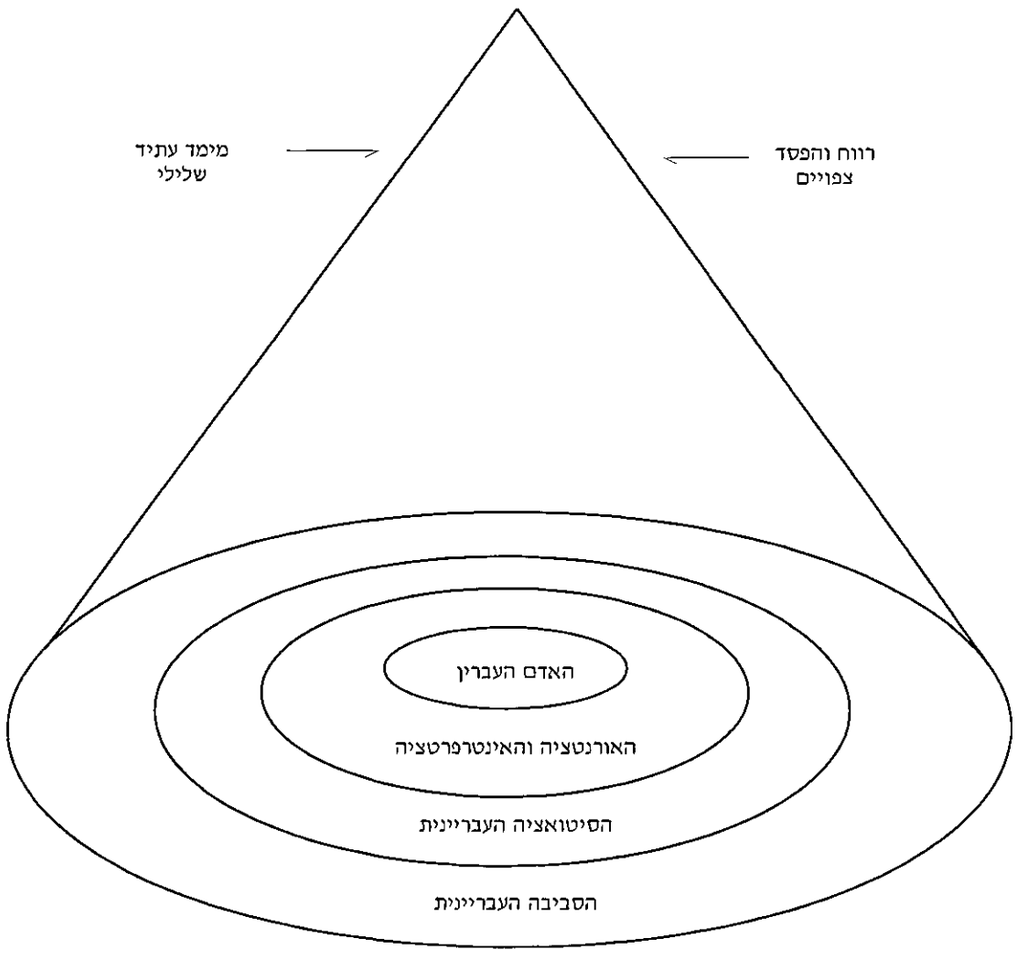
יש והסביבה, בסיטואציה המסוימת, מעודדת את העשייה העבריינית. בזכותה של אותה עשייה עבריינית, יזכה הפרט לעילוי עצמי. סיטואציה כזאת תגביר את הסיכוי להתהוות ההפרה הנורמאטיבית.

ג - הסביבה העבריינית

הסביבה העבריינית מעניקה לאדם את ההזדמנות להגשים פשע. תחום שחשוב כי יתפתח בארצנו, הוא בחינת הגיאוגרפיה הקרימיניאלית. כיום יש ברשותם של השלטונות הפונולוגים ידע מצטבר על איזורים ששכיחות הפשע בהם גבוהה.

חשוב מאוד לנטרל איזורים אלה מנוכחותו של האסיר בימי חופשתו. איזורים אלה יהיו אסורים לביקור, והאסיר בחופשתו לא ישהה בהם. ברור שיש לבחון אם משפחתו של האסיר אינה מהווה עבורו סביבה עבריינית. אם כן, יש לחפש דרכים למנוע ממנו שהות במשפחתו, שהות העלולה להביאו לעשייה פושעת. נראה לנו לתאר את ההגשמה העבריינית באופן פיראמידאלי כדלקמן:

ההגשמה העבריינית



סיכום

עיון בנאמר לעיל יכל להיות בסיס לדיון בקביעתה של מדיניות. אשמח לשוחח ולהציע באופן אופראטיבי הגשמה של הנאמר.

חשוב לעיין בבילויוגרפיה הרצ"ב וכן בחומר האמפירי שהצטבר בנדון.

מקורות:

1. Addad, M. Benezech, M. L'irresponsibilite Penale des Hahdicapes Mentanx .Librairies Techniques Ed., Paris.8791

2. Addad, M. Leslau, A. Immoral Judgement and Moral Behaviour. Studies in Education .Haifa Univ. Press, (Hebrew), 1989 49-50, 68-104.

3. Addad, M. Leslau A. Moral Judgement and Meaning of Life .The International Forum for Logotherapy .Journal of Search for Meaning 1989 12, 2, 110-116.

4. Addad, M. Leslan A. Jmmoral Judgement, Extravesion, Neuroticism and Criminal Behaviour .International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminolopy,

1990, 148, 2, 190-193.

5. Burgess, P.K. Eysneck's Theory of Criminality - A New Approach .British Jourunal of Criminology.7-47,21 .2791 ,

6. Eysneck, H.J. Crime and Personality .Routledge and Kegan Paul, London 1977.

7. Reckless, W.C. The Crime Problem .New York, Appleton-Century Crofts, 1967.

8. Reckless W.C. Dinitz, S .Pioneering with Self Concept as Vulnerability Factor in Delinquence.
Journal of Crime, Law, Criminology and Police Science.
1967, 58, 4, 515-533.

9. Erickson, E.H Childhood and Society .New - York, Norton. 1963.

10. Dinitz S, Reckless W.C. Murrey, E. Self Concept as an Insulation Against Delinquence .American Soc Rev 1956.
12, 744-764.

התפתחות האתיקה בפסיכולוגיה בארץ ב-50 השנים האחרונות

יורם צ. צדיק

מוקדש לזכרו של אמנון וולפינגר ז"ל. דמות מופת כאדם, כפסיכולוג וכאיש אתיקה.

מבוא:

האתיקה המקצועית

קוד האתיקה הראשון של הפסיכולוגים נקבע עם הקמת הסתדרות הפסיכולוגים בישראל (הפ"י) ב-1957. ב-1977 נחקק "חוק הפסיכולוגים" שפרט דרישות השכלה והתמחות, וקבע את מעמדם העצמאי של הפסיכולוגים.

החוק הביא להקמת ועדת תלונות וועדת משמעת, במקביל לעבודתה של ועדת האתיקה של הפ"י העוסקת כל השנים ביעוץ לפסיכולוגים בנושאי אתיקה, בעדכון הקוד האתי וגם בברור תלונות על חברי הפ"י.

בעקבות בקורת של מבקר המדינה נקבעו "תקנות הפסיכולוגים (אתיקה מקצועית)" ב-1991. בשנות ה-90 החלה התעניינות מוגברת בתחום האתיקה. חשיפת מקרים של ניצול מטופלים ע"י פסיכולוגים הגבירה את המודעות של מטופלים לגבי זכויותיהם, הביאה לחידוד הנורמות ולפעולה נמרצת יותר של הועדות השונות. קיימת בעיה כאשר יש מידע על התנהגות לא-אתית או לא מקצועית, אך אין מתלונן ואין תלונה כתובה. יש לחפש דרכים לטפל במידע כזה, יחד עם שמירה על הליך הוגן.

נושא האתיקה נעשה בולט יותר והפך חלק בלתי נפרד מן ההכשרה המקצועית של הפסיכולוגים. לאחרונה אושר תקנון חדש לועדת האתיקה של הפ"י ונוסח קוד אתיקה חדש ומפורט.

ניראה שיש לשנות את מדיניות אי-הפירסום של החלטות הועדות ולפרסם את שם הפסיכולוג, העבירות שעבר, והסנקציות שהוטלו עליו. יש להנהיג קורסי חובה בכל תכניות המ.א. והדוקטורט בפסיכולוגיה בארץ, ולא רק במגמה הקלינית. נושא האתיקה צריך לקבל מקום נפרד בבחינת ההתמחות.

הקדמה

בשנים האחרונות דיווחים על התנהגות לא אתית של פסיכולוגים מקבלים פרסום רב בכלי התקשורת. נשאלת השאלה אם יש הרעה במצב האתיקה, או שמודעות רבה יותר מביאה לגילוי רב יותר של תופעות שהיו קיימות גם בעבר, אך לא נחשפו.

היחסים שנוצרים בין פסיכולוג לבין מטופל או לקוח, הם יחסים א-סימטריים. מצב של יחסים א-סימטריים מאפיין שורה ארוכה של מקצועות, ולא רק את הסיטואציה של הפסיכולוגים: מורים ותלמידים, עורכי דין ולקוחות, רופאים (ובכלל זה פסיכיאטרים וגינקולוגים) וחולים, פסיכולוגים ועובדים סוציאליים ומטופלים, קצינים בצבא וחיילים, וגם מעבידים ועובדים שמועסקים אצלם. יש דיווחים בתקשורת על התנהגות לא-אתית, ועל ניצול שנוצר ביחסים בכל הסקטורים האלה.

ייתכן שיש בסיטואציה הלא-סימטרית פיתוי שממלכד אנשים מסוימים לנצל את הדמות השניה, החלשה יותר. הנושא של הניצול המיני מושך תשומת לב רבה, ורצון למציצנות, אך יש גם סוגים נוספים של ניצול (למשל ניצול כלכלי). יש גם בעיות אתיות נוספות, כמו ניגוד אינטרסים, עבודה לא מקצועית ועוד. הבעיה היא גם שמספר הדיווחים שמגיעים לתקשורת איננו בהכרח מדד תקף לחומרת המצב בסקטור זה או אחר.

השנים הראשונות לאחר הקמת המדינה

שולמית לוינזון במאמרה[1] (עמ' 110) "הפסיכולוגיה בישראל - 40 שנה להסתדרות הפסיכולוגים" מציינת ש"ערב קום המדינה היתה העבודה הפסיכולוגית מצומצמת ביותר, הן בתחום האקדמי והן בתחום הישומי. פסיכולוגים מקצועיים מעטים נמצאו בקרב אוכלוסית היהודים, שמנתה כשש מאות אלף נפש". נזכיר שהמחלקות הראשונות לפסיכולוגיה בארץ הוקמו באוניברסיטה העברית רק ב-1957 ובבר-אילן ב-1958. לכן הפסיכולוגים הראשונים היו כאלה שהשלימו את לימודיהם באוניברסיטאות בחו"ל.

הקמת הסתדרות הפסיכולוגים בישראל (הפ"י)

הפסיכולוגים השקיעו מאמץ כדי להתארגן במסגרות

יורם צ. צדיק - פסיכולוג קליני בכיר במחי הפסיכיאטרית - בי"ח רמב"ם.

מקצועיות ולקדם את מקצוע הפסיכולוגיה. בתחום הטיפולי קדמו להם רק הרופאים. בשנת 1957 הוקמה הסתדרות הפסיכולוגים בישראל, שכללה מאה ושבעים חברים. בהסתדרות החדשה התאחדו שני אירגוני פסיכולוגים שפעלו קודם לכן בנפרד. האחד, 'החברה הישראלית לפסיכולוגיה' כלל פסיכולוגים שעסקו באיבחונים פסיכומטריים, יעוץ לימודי ובהכוון תעסוקתי, וקיבל לשורותיו אקדמאים מתחומי-דעת שונים שעסקו בפועל בעבודה פסיכולוגית. האחר, הקטן יותר, 'הסתדרות הפסיכולוגים הקליניים' הציב סטנדרטים מוגדרים לקבלת חברים בעלי תואר מ.א. בפסיכולוגיה והתמחות בפסיכודיאגנוסטיקה ו/או בפסיכותרפיה. איחוד שני האירגונים התאפשר לאחר שהסתדרות הפסיכולוגים החדשה קיבלה על עצמה את הסטנדרטים של הסתדרות הפסיכולוגים הקליניים. נוסח תקנון שקבע מערכת כללים למוסדותיה, דרכי פעולה וכללי אתיקה[1], (עמ' 111). התקנון הזה (ובתוכו כללי אתיקה) שנקבע ב-1957 היה תקף במשך שנים רבות.

חוק הפסיכולוגים

כשם שהפסיכולוגים מיהרו להתאגד במסגרת מקצועית ולפרסם קוד לאתיקה כבר ב-1957, כך הם הזדרזו לפעול לחקיקת חוק שיגדיר את הפעילות בפסיכולוגיה ואת תנאי ההתמחות של הפסיכולוגים. התעורר ויכוח האם חוק כזה יעזור לקידום המקצוע, או רק יוסיף מגבלות על הפסיכולוגים. למרות זאת, יוזמות לדון בחקיקת חוק הפסיכולוגים החלו בשלב מוקדם יחסית, וכבר ב-1969 הוקמה ועדה לנושא זה ע"י שר הבריאות. בהצעת חוק הפסיכולוגים תשל"ו 1976[2], (עמ' 326) נמסר ש"טיוטה להצעת חוק הפסיכולוגים הוכנה בידי ועדה שהקים המנהל הכללי של משרד הבריאות בשנת 1969, ובה השתתפו עובדי משרד הבריאות, פסיכיאטרים ופסיכולוגים. לפני עריכת הנוסח הסופי של ההצעה נתקבלו הערות מגופים מעוניינים, בעיקר מהסתדרות הפסיכולוגים בישראל, הסתדרות האקדמאים במדעי החברה והרוח וקופת החולים של ההסתדרות".

הצעת חוק הפסיכולוגים, הוגשה לכנסת ביולי 1976 והיתה, תוצאה של שנים של דיונים. חוק הפסיכולוגים תשל"ז 1977[3], נתקבל בכנסת ב-15.3.1977.

חוק הפסיכולוגים קבע דרישות השכלה והתמחות והגדיר את מעמדם העצמאי של הפסיכולוגים. בעקבות חוק הפסיכולוגים הוגדר חסיון עדות פסיכולוג בתיקון של חוק הראיות, במקביל לחסיון עדות רופא. הפסיכולוג הוכנס לצד הרופא לנושא הדיווח בנושא של החזקת כלי יריה, בחוק הטיס, ובחוק התעבורה. בהמשך בוטלה לגבי פסיכולוגים חובת הדיווח בנושא התעבורה ונשארה רק לגבי הרופאים.

חוק הפסיכולוגים קבע הקמת שתי ועדות בעלות חשיבות לנושא ההתנהגות המקצועית ההולמת: ועדת תלונות וועדת משמעת.

כמו כן, ניכלל בחוק הפסיכולוגים[3] סעיף קצר, סעיף 57ב', שיש לו חשיבות להמשך התפתחות האתיקה בתחום הפסיכולוגיה: "בהתייעצות עם המועצה" (מועצת הפסיכולוגים - י.צ.ע) "רשאי שר הבריאות להתקין כללי אתיקה מקצועית לפסיכולוגים".

בשנת 1979 התפרסמו בקובץ התקנות "תקנות הפסיכולוגים (פרסומת)"[4].

פעילות ועדת האתיקה של הפ"י, ועדת התלונות וועדת המשמעת

ועדת התלונות שהוקמה ע"י שר הבריאות במסגרת חוק הפסיכולוגים היא ועדה לברור ראשוני של התלונות על פסיכולוגים. היא בודקת אם יש ממש בתלונה. הועדה מורכבת ממשפטן, מפסיכולוג נציג משרד הבריאות, ומפסיכולוג נציג מועצת הפסיכולוגים, שהוא בד"כ גם היו"ר.

ועדת התלונות מקבלת תלונה בכתב והיא מעבירה אותה לנשוא התלונה, לקבלת תגובתו. לפי התשובה מזמנים צד זה או אחר לדיון. אם יש ממש בתלונה, ויש אספקטים משמעתיים, התלונה מועברת לועדת המשמעת, שמתפקדת כבית-משפט, עם תובע. הפסיכולוגים שעניינם עומד לדיון, מיוצגים בד"כ ע"י עו"ד. מצאה ועדת המשמעת שפסיכולוג אשם בעבירת משמעת, היא יכולה לנקוט נגדו באמצעים שונים מהתראה, נזיפה, קנס כספי, איסור לעסוק בפסיכולוגיה לתקופה שלא תעלה על חמש שנים, ועד והסנקציה החריפה ביותר: מחיקתו מפנקס הפסיכולוגים. בעקבות מחיקה מן הפנקס, אותו אדם איננו מורשה עוד לעסוק בפסיכולוגיה.

לאחר ששמו של פסיכולוג נמחק מן הפנקס, לא תידון בקשה לרישום מחדש אלא לאחר 7 שנים, ולאחר שהוכיח קיום נסיבות מיוחדות המצדיקות את חידוש הרישום.

במכתב מיום 12.6.79 למועצת הפסיכולוגים אישר שר הבריאות שהוא "מקבל את עמדת הרוב במועצת הפסיכולוגים לפיה אין להתקין כללי אתיקה חדשים. כללי האתיקה של הסתדרות הפסיכולוגים יישארו בתוקפם. אלה הם כללי

nevo.co.il

האתיקה של גוף מקצועי שבו מאוגדים, כהגדרת החוק, רוב העוסקים במקצוע, ולכן כללים אלה מחייבים גם את בעלי המקצוע שאינם מאוגדים באותו אירגון. ועדת התלונות וועדת המשמעת תפעלנה בדיוניהן את כללי האתיקה המקצועית של הסתדרות הפסיכולוגים בישראל".

בבקורת שערכה מבקרת המדינה בשנת 1986[5] (שתוכנה יובא בהמשך בפרוט) מצאה שועדת התלונות וועדת המשמעת לא הופעלו כלל. ניראה שלאחר דו"ח הבקורת הזה, הועדות התחילו לפעול. ביולי 1998 סקר דר' שבתאי נוי, שעמד בראש ועדת התלונות באותה תקופה, את עבודת הועדה[6]. הוא מסר שהועדה לקחה על עצמה את הטיפול במתחזים כפסיכולוגים (שעושים שימוש בשם פסיכולוג שלא כחוק). בנוסף הגיעו תלונות לגבי שימוש שלא כחוק בתואר מומחה, לגבי פרסום, לגבי עבירות בנושא הסודיות (כמו חשיפת מידע בתקשורת על מטופלים ועל אדם שהתאבד), תלונות לגבי טיפולים משפחתיים ותלונות על אופי הטיפול.

לא נמצא דיווח דומה של ועדת המשמעת ודר' נוי לא מסר כמה תלונות הועברו מועדת התלונות לועדת המשמעת.

במקביל לועדת התלונות ע"פ חוק הפסיכולוגים, גם ועדת האתיקה של הפ"י המשיכה בפעילותה. לועדה זו יש פחות כוח, ואין באפשרותה לשלול את רשיונו של פסיכולוג. הסנקציה החמורה ביותר שבידיה היא להרחיק את הפסיכולוג מהפ"י. למרות זאת, מספר הפניות אליה רב יותר מאשר לועדת התלונות. לאחר שנים רבות הוחלט להרחיב את מספר חברי הועדה משלושה לחמישה, כאשר דיון יכול להתקיים בנוכחות שלוש מתוכם. במקרים רבים, עקב הדיון בועדת האתיקה, המטופל יודע שתלונתו זכתה להתייחסות ולדיון, ושהמטפל נקרא לתת הסברים על הנושאים שעלו בתלונה. מטרת ועדת האתיקה להביא לתוצאה חיובית, ללמד ולהגדיר הנחיות להתנהגות אתית, ולא דוקא להעניש. הטיפול בתלונות על פסיכולוגים חברי הפ"י, הוא רק אחד מן התפקידים של ועדת האתיקה. התפקידים הנוספים הם יעוץ לפסיכולוגים וללקוחותיהם בנושא אתיקה מקצועית, ועידכון שוטף של קוד האתיקה. מצאה ועדת האתיקה של הפ"י שיש חשד סביר לעבירה על החוק, היא מפסיקה את דיוניה בתלונה ומעבירה אותה לועדת התלונות של משרד הבריאות או למשטרה.

מהי מדיניות הפרסום של הועדות הללו? יש חשיבות רבה למתן פרסום של ועדות המשמעת והאתיקה, כדי להעלות את המודעות של הציבור ושל המטופלים: "ועדת המשמעת רשאית... להורות על פרסום החלטתה, כולה או מקצתה, עם או בלי שמו של הפסיכולוג, בצורה ובמקום שתקבע: (סעיף 46א' לחוק הפסיכולוגים).

ועדת האתיקה של הפ"י מחליטה האם לפרסם את החלטותיה ובאיזו דרך לעשות זאת. למרות האמור, פרסום מפורט על התנהגות לא-אתית של פסיכולוג, ובציון שמו היה דבר נדיר.

שני מקרים שהגיעו לבית המשפט העליון ונחשפו בתקשורת, השפיעו יותר מאשר תלונות שלא נחשפו. פרסום החלטה תוך חשיפת שם הפסיכולוג, כפי שמקובל בארה"ב, תהווה גורם מרתיע, יותר מאשר התראה או נזיפה, שנשארת בעילום שם. פירסום כזה יראה ש"יש שיניים" לועדות הללו.

מספר התלונות איננו מדד טוב להערכת מצב האתיקה, בשל חשש של מתלוננים למסור תלונה חתומה. הועדות דנות רק בתלונות המוגשות בכתב, וכוללות נתונים מזהים של המתלונן, ואינן דנות בתלונות בעילום שם. זכותו בסיסית של כל אדם, ובכלל זה פסיכולוג, להליך הוגן של ברור תלונה נגדו, וזכותו להתגונן. התלונה הכתובה והחתומה נשלחת לנשוא התלונה לשם קבלת תגובתו. ניראה שבשנים האחרונות יותר מטופלים אוזרים אומץ ומגישים תלונות בכתב, אך עדיין יש רבים שחוששים להיחשף.

התקשורת העלתה תלונה כלפי מטפלים ששמעו ממטופל שנוצל מינית ע"י מטפל אחר ולא דיווחו על כך. כאשר המטופל מסרב להתלונן בכתב, להזדהות ולהיחשף בפני ועדת בדיקה (בין אם זו ועדת התלונות או ועדת האתיקה), כיצד ניתן לערוך בירור הוגן של הנושא? המטופל דורש שסודו יישמר. המטפל מחויב לשמור על סודיות, אם המטופל איננו קטין. נסיון ללחוץ על המטופל להגיש תלונה, יכול לסבך את הטיפול הנוכחי. הגשת תלונה עם סיום הטיפול הנוכחי, מביאה את המתלונן לחוות את התקופה הקשה של בירור התלונה ללא ליווי של איש מקצוע. יש גם מקרים שאין סיפור ברור, אלא שמועות שמסתובבות לגבי התנהגות לא-אתית של איש מקצוע זה או אחר. גם שמועות כאלה אינן מגיעות לידי בדיקה בשל היעדר תלונה ומתלונן. פסיכולוג שבו דנות השמועות, איננו יודע על כך דבר, ואיננו יכול להזים את השמועות. כיון שאיננו מתייחסים למטופל כאל חסר-ישע, אין גם מקום, בשלב זה, להכניס חובת דיווח של מטפלים בנושאים אלה. השינוי יכול לבוא אם המטופלים יחששו פחות מהגשת תלונה.

דו"חות מבקרת המדינה

במחצית השניה של שנת 1986 ערך משרד מבקר המדינה בקורת לגבי ועדות משמעת רפואיות במשרד הבריאות. ונבדקה גם הפעילות של ועדת המשמעת של הפסיכולוגים. וכך נכתב בדו"ח מס' 37, משנת 1987[5]:

- "ציבור הפסיכולוגים מונה כ-2600 איש. מאז חקיקת חוק הפסיכולוגים ב-1977, לא הוגשו קובלנות נגד פסיכולוגים, אם כי היו, במשך השנים מאז חקיקת החוק, תלונות על

nevo.co.il

מעשים חריגים של פסיכולוגים, שלדעת המשרד")משרד הבריאות - י.צ.צ("חומרתן הצדיקה דיון בועדת המשמעת".

- "ועדת משמעת שמונתה על ידי השר במאי 1978 ושתקופת המינוי שלה הסתיימה במאי 1983 לא הופעלה. מאז 1983 לא מונתה ועדה חדשה במקומה".

- "הלשכה" (לשכת היועץ המשפטי של משרד הבריאות - י.צ.צ.) "הסבירה כי לא הוגשו קובלנות נגד פסיכולוגים מאחר והמשרד" (משרד הבריאות - י.צ.צ.("לא דאג להתקנת תקנות על פי חוק הפסיכולוגים, שבהן ייקבעו כללי האתיקה המקצועית של פסיכולוגים. לדעת הבקורת, אין הצדקה לכך שבמשך 10 שנים מאז חקיקת החוק לא הותקנו תקנות בעניין. על המשרד לפעול ללא דיחוי נוסף להתקנתן של כללי אתיקה על ידי שר הבריאות, בהתייעצות עם מועצת הפסיכולוגים".

-"לדעת הבקורת, אין סיבה שלא להגיש קובלנות נגד פסיכולוגים בשל העדר תקנות. ישנם תחומים באתיקה המקצועית של פסיכולוגים שהם ברורים ומובנים גם בלי שנקבעו בתקנות כללי אתיקה".

עד כאן ציטוטים מדו"ח מבקר המדינה שפורסם בשנת 1987. תשובת לשכת היועץ המשפטי של משרד הבריאות, אינה עולה בקנה אחד עם מכתבו של שר הבריאות מיום 12.6.79, שהוזכר קודם, וקבע כי ועדת התלונות וועדת המשמעת תפעלנה את תקנות האתיקה של הפ"י בדיוניהן. ניראה שתשובה זו של לשכת היועץ המשפטי היא שהביאה את מבקר המדינה לקבוע ש"על המשרד לפעול ללא דיחוי נוסף להתקנתן של כללי אתיקה".

בנובמבר 1988 ערך מבקר המדינה מעקב כדי לבדוק באיזו מידה תוקנו הליקויים שהועלו בבקורת מ-1986 לגבי ועדות משמעת במשרד הבריאות[7]. סיכום המצב ב-1986 לגבי ועדת המשמעת של הפסיכולוגים נוסח כאן בצורה חריפה אף יותר:

"המשרד (משרד הבריאות - י.צ.צ.) לא הגיש מעודו קובלנה נגד פסיכולוגים, כיוון שלא הותקנו תקנות משלימות לחוק הפסיכולוגים. התברר, שהמשרד עצמו מעכב את התקנתן"[7], (עמ' 254).

בהמשך דו"ח המעקב נאמר: ש"בתשובתו הודיע המשרד, שהוא יכין תקנות לכללי אתיקה מקצועית לפסיכולוגים"[7], (עמ' 256).

בסיכום המעקב קבע דו"ח מבקר המדינה: "משרד הבריאות לא השכיל למצוא דרך לתיקון הליקויים שהעלה מבקר המדינה ב-1986, בתחום המשמעת המקצועית של רופאים ופסיכולוגים. מבקר המדינה קבע ב-1986 שהמצב בתחום זה חמור. המעקב, שנעשה שנתיים אחר כך, העלה מצב דומה, ובתחומים אחרים אפילו גרוע יותר מב-1986".

לא זו בלבד שעדיין לא הוכנו כללי אתיקה ע"י משרד הבריאות, אלא שגם ועדת התלונות פעלה בלי מנוי תקף מאז 1983. התברר גם שועדת התלונות השתמשה בסמכות השמורה על פי החוק לוועדת המשמעת ושיגרה מכתב נזיפה והתראה לפסיכולוג, שעניינו נחקר על-ידה. יתרה מזו, הועלו גם מקרים שוועדת התלונות החליטה להעביר את התלונה לועדת משמעת אך הדבר לא התאפשר כיון שזו לא היתה קיימת.

ניסוח "כללי הפסיכולוגים (אתיקה מקצועית)"

בעקבות הבקורת החוזרת של מבקר המדינה משנת 1989, בדו"ח מס' 29[7], ניכנסו המגעים בקשר לניסוח כללי אתיקה בתקנות להילוך גבוה. לשכת היועץ המשפטי של משרד הבריאות פנתה להסתדרות הפסיכולוגים והבהירה שיש לנסח כללי אתיקה במסגרת תקנות. הנושא הובא לדיון במועצת הפסיכולוגים ונדון גם בפגישה בין שר הבריאות דאז יעקב צור לבין מועצת הפסיכולוגים ב- 16.6.89. על פגישה זו כתב פרופ' רון שובל[8]:

"דובר גם על הצעדים באשר להתקנת תקנות אתיקה, בהתאם לדרישות מבקר המדינה. יש להזכיר כאן, וזה הוזכר לשר, שבעבר אימצה המועצה את תקנות האתיקה של הפ"י ולא הכתיבה תקנות אחרות, ועמדה זו נתקבלה ע"י השר דאז. הפ"י מעונינת בהמשך סידור כזה תוך אמונה שמספיק ודי במערכת אחת של תקנות, זו של הסתדרות הפסיכולוגים. בלשכה המשפטית של משרד הבריאות המחשבה היא שהתקנות צריכות להיות מעוגנות כתקנות)לא כחוקן של התקשיר, כדי שיהיו מקובלים בבתי משפט, ובכדי שיהיו ישימים לפסיכולוגים אשר לא שייכים לגוף הוולונטרי, הפ"י".

במרץ 1990 פנה יו"ר מועצת הפסיכולוגים לשר הבריאות וטען:

"לא ברור לנו למה לא היתה אפשרות להפעיל ועדות משמעת כפי שנטען ע"י הלשכה המשפטית. בחוק הפסיכולוגים ובתקנות הפרסומת יש די סעיפים לכסות את המספר המועט של התלונות שהוגשו ואת סוג התלונות שהוגשו".

בפרוטוקול של מועצת הפסיכולוגים מיום 19.4.90 נדון גם נושא תקנות האתיקה ונמסר כי "מבקר המדינה וגם השר דורשים פרסום תקנות כאלה".

היועצת המשפטית של מועצת הפסיכולוגים טיפלה בניסוח

nevo.co.il

התקנות לפירסום. נציגי הפ"י התייחסו לנוסח המוצע והעירו הערות רבות. חלק מן ההתנגדויות היו עקרוניות-כלליות, וחלקן התנגדויות לסעיפים ספציפיים. ברמה העקרונית טענו נציגי הפ"י שאין לכפות על גוף כמו הפ"י תקנות מעין אלה, ובודאי שהמצב העובדתי בשטח אינו מצדיק פעולה דרסטית כזו. נציגי הפ"י הזכירו כי עוד ב-1979 אישר שר-הבריאות את כללי האתיקה של הפ"י והודיע שועדות התלונות והמשמעת תפעלנה אותם בדיוניהן. נטען שם כי אין הצדקה להחלת כללי אתיקה בתקנות, וודאי שלא לפסיכולוגים. אם הכוונה להסדיר את היחסים בין הפסיכולוגים ללקוחות, טענו נציגי הפ"י, הרי שהללו מוסדרים ממילא במשפט האזרחי, בו הפסיכולוגים חשופים לתביעות בעילות של רשלנות, תקיפה והפרת חוזה, כמו הרופאים. בנוסף, בכל שאר המקצועות (למעט עורכי-הדין), אין כללי אתיקה בתקנות. האמנם המצב הפרוץ ביותר הוא אצל הפסיכולוגים, שצריך להתחיל בהם?

גם למועצת הפסיכולוגים היו השגות על סעיפים ספציפיים:

1. כמה סעיפים בנושא פרסומת בוטלו בשל החפיפה עם "תקנות הפסיכולוגים (פרסומת[4])".

2. סעיף שעסק באיסור מתן תרופות ע"י פסיכולוג בוטל בהסכמת שרת הבריאות כמובן מאליו - כיון שהאיסור כבר קיים ממילא (בסעיף מס' 4 בחוק הפסיכולוגים).

3. סעיף העוסק בכללים הדרושים במחקר בוטל כיון שמועצת הפסיכולוגים טענה שהנושא קשור לחוק מחקר כלל-מקצועי, אם וכאשר יחוקק, ולא ייתכנו הנחיות ממלכתיות רק לפסיכולוגים.

4. סעיף לגבי איסור קשר מיני עם מטופלים לא הוכנס לאחר שמועצת הפסיכולוגים מסרה ש"יש התנגדות עקרונית ומפורשת של צבור הפסיכולוגים שאיסור זה יעוגן בתקנות ספציפיות". נראה שהיום סעיף כזה לא היה נפסל.

5. התנגדות עקרונית דומה היתה למועצת הפסיכולוגים גם לגבי סעיף שאסר קבלת טובות הנאה, אך סעיף זה בסופו של דבר נכלל בתקנות האתיקה.

"כללי הפסיכולוגים (אתיקה מקצועית"[9]) פורסמו בקובץ התקנות ב-8.10.1991. הנוסח שנתקבל כולל 5 נושאים מרכזיים:

שמירת טובתו של המטופל.

שמירה על כבוד המקצוע.

דרישת מיומנות מקצועית.

איסור על מתן תעודה כוזבת או מטעה.

איסור על קבלת טובות הנאה.

הפרה של סעיפים אלה, ושל סעיפים 7 (סודיות מקצועית), 9 (יחוד פעולות) ו-10 (יחוד תואר מומחה) מחוק הפסיכולוגים - תיחשב כהתנהגות שאיננה הולמת את מקצוע הפסיכולוג.

התפתחויות בשנות ה-90

מתחילת שנות ה-90 החלה התעוררות בתחום האתיקה בכמה מוקדים. בחוג לפסיכותרפיה של אוניברסיטת תל-אביב גובש קוד אתיקה. באיגוד הישראלי לפסיכותרפיה הוקמה ועדת אתיקה. באגודה הישראלית לטיפול במשפחה ובנישואין נבחרה ועדת אתיקה בסוף 1991, ואושר קוד אתיקה מפורט בנובמבר 1994, שהסתמך במידה רבה על הקוד המקביל של האגודה האמריקאית לטיפול משפחתי (AAMFT). בכתב העת המקצועי לפסיכותרפיה "שיחות" החל להופיע מנובמבר 1990 המדור "אתיקה ומשפט" בעריכתו של פרופ' עמיחי לוי. ב"דף לחבר" שמוציאה הסתדרות הפסיכולוגים מופיע מדור בשם "משולחן ועדת האתיקה" (שעסק בתחילה בעיקר בסיכום עבודת הועדה לפני האספה הכללית של הפ"י, ובהמשך החלו להופיע סיכומים בנושאים שונים של חוק ואתיקה). בבטאון האגודה לטיפול במשפחה ובנישואין "עניין משפחתי" מופיעה בצורה סדירה "פינת האתיקה".

בשנת 1993 רעשה הארץ סביב נושא הניצול המיני של מטופלות בפסיכותרפיה. הנושא טופל בהרחבה בתחקירים בעיתונות, ואח"כ במסגרת דיווחים על דיונים בבית המשפט המחוזי ובבית המשפט העליון. הנושא קיבל פירסום רב, אך איפשר לפסיכולוגים לעשות הבחנה בין נושאים פליליים, שאסורים על-פי חוק, לבין נושאים אתיים. נראה שהחשיפה הרבה בתקשורת הביאה לשינוי דוקא אצל המטופלים: היא יצרה מודעות של המטופלים לזכויות שלהם, ונכונות רבה יותר של מטופלים להגיש תלונות בכתב ולדרוש את בירורן. העליה במספר התלונות לועדות האתיקה השונות הביאה לכך שועדות אלה נעשו מקצועיות יותר וממוקדות יותר. היא הביאה גם לחידוד הנורמות ולניסוח כללים ברורים יותר, ולחשיפתם בפני ציבור המטפלים.

בעקבות דיונים של ועדות אתיקה, ובעקבות חידוד הנורמות, נעשה נושא האתיקה בולט יותר, והפך לחלק בלתי נפרד מן ההכשרה המקצועית. נושאים אתיים עולים במסגרת ההדרכה של מתמחים ובמסגרת ישיבות צוות רב-מקצועי שדן בטיפול מסוים.

הועדה המקצועית לפסיכולוגיה קלינית הפיצה אוגדן של

nevo.co.il

חוקים וקודים אתיים בין המקומות המוכרים להתמחות. אותה ועדה הוסיפה גם התייחסויות יותר פורמליות לנושא האתיקה. במכתב מהועדה המקצועית לפסיכולוגים הראשיים והאחראים על ההדרכה (מרץ 1996) נאמר:

"אנו מבקשים להתייחס בבחינה (בחינת סיום ההתמחות - י.צ.צ.) גם לתחום האתיקה המקצועית (ידיעה ושמירה על כללי האתיקה המקצועית)".

במכתב נוסף בפברואר 1997 נאמר:

"הבוחנים יקצו זמן מספיק לבדיקת כל אחד מתחומי הבחינה (פסיכותרפיה, פסיכודיאגנוסטיקה, אתיקה)".

ביוני 1998 הופץ "טופס הערכת מתמחים בפסיכולוגיה קלינית" ובו סעיף של הערכת "ידיעה ושמירה על החוק וכללי האתיקה המקצועית" במסגרת פרק על "תכונות ואיפיונים כלליים".

בתכנית ההסמכה להדרכה נוספה דרישה "להכשרה עיונית: תהליך ההסמכה יכלול לימוד עיוני על הדרכה, הרחבת הידע המקצועי בתחום בו הוא מדריך והבטים מקצועיים בסוגיות אתיות".

ניראה שהועדות המקצועיות בתחומי הפסיכולוגיה האחרים (חינוכית, שיקומית, התפתחותית וחברתית-תעסוקתית) עדיין לא הכניסו אספקטים אלה בצורה פורמלית לתהליך ההתמחות.

מועצת הפסיכולוגים, שבשלב של ניסוח כללי אתיקה בתקנות הביעה הרבה התנגדויות, החלה לעסוק בנושא האתיקה, פרסמה בינואר 1997 הנחיות מפורטות במסגרת "כללי הפסיכולוגים (אתיקה מקצועית)".[10]

קורסים על אתיקה מקצועית בתכניות מ.א. בפסיכולוגיה באוניברסיטאות.

לפני כמה שנים פנתה ועדת האתיקה של האגודה לטיפול במשפחה ובנישואין, אל מועצת ההסמכה של האגודה הזו, בהצעה לכלול במסגרת ההכשרה התיאורטית הנידרשת לקבלת תואר "מטפל משפחתי מוסמך", קורס של 10 שעות לימוד בנושא אתיקה מקצועית. הצעה זו נדחתה ע"י מועצת ההסמכה של האגודה בטענה הבאה: "אנו יוצאים מתוך הנחה שהאתיקה היא חלק בלתי נפרד מן הלימודים לקראת תואר של אנשי המקצוע השונים שאותם אנחנו מסמיכים". נשאלת השאלה האם בתחום הפסיכולוגיה (שבו אנו עוסקים כאן), יש קורס על אתיקה במסגרת לימודי המ.א.

בבדיקה בחמש האוניברסיטאות המכשירות פסיכולוגים בארץ העברית, ת"א, בר-אילן, חיפה ובן-גוריון) עולה התמונה הבאה:

1. באוניברסיטת חיפה ניתן "סמינר באתיקה מקצועית" ע"י פרופ' שמשון רובין[11]. זהו קורס חובה שנתי לתלמידי המגמה הקלינית. כיון שזה הקורס השנתי היחידי, שהוא גם קורס חובה, מן הראוי לצטט את תאור הקורס במלואו:

"הסמינר יאפשר למשתתפים היכרות עם תיאוריה ומעש בנושאים הכוללים: יסודות האתיקה המקצועית בפסיכולוגיה ורפואה, הסכמה מדעת, חובת שמירת סוד, דילמות בנאמנות ונאמנות למטופל, דאגה לעצמי, רשלנות מקצועית, גבולות במקצוע, יחסים כפולים, קודים וחוקים הנוגעים לפסיכולוגיה קלינית. בסימסטר ב' הקורס יהיה פתוח גם לתלמידים ממגמות אחרות, מותנה באישור המרצה. השתתפות ועבודה".

2. באוניברסיטה העברית, ניתן קורס בשם "סוגיות אתיות בעבודת הפסיכולוג" ע"י דר' גבי שפלר. זה קורס בחירה סימסטריאלי, לתלמידי המגמה הקלינית.

3. באוניברסיטת בן-גוריון היה קורס בחירה סימסטריאלי שניתן ע"י דר' גבי וייל לתלמידי המגמה הקלינית, אך היה פתוח גם לתלמידי המגמות האחרות. הקורס ניתן במשך שנתיים ואח"כ הופסק ולא התחדש עד היום.

4. באוניברסיטת תל-אביב לא התקיים עד כה קורס על אתיקה לתלמידי מ.א. בפסיכולוגיה. נמסר שמתוכנן קורס של דר' יהודית אכמון, ויהיה כניראה קורס בחירה.

5. באוניברסיטת בר-אילן אין קורס על אתיקה מקצועית לתלמידי מ.א. בפסיכולוגיה.

ניראה שחשוב להגיע למצב שבכל תכניות הלימודים למ.א. ולדוקטורט בפסיכולוגיה בארץ יינתן קורס על אתיקה מקצועית לכל המגמות, ועדיף שיהיה זה קורס חובה. הקורס של פרופ' רובין באוניברסיטת חיפה יכול לשמש כמודל לחקוי.

אישור תקנון אתיקה חדש וקוד אתיקה מקצועית להפ"י

כללי האתיקה שנוסחו בשנת 1957, עם הקמת הפ"י נישארו בתוקף שנים רבות. ועדת האתיקה מסרה סיכום על עבודתה בתקופה שבין פברואר 1987 לפברואר 1989[12] ודיווחה על:

"עבודה מקיפה להכנת תקנון אתיקה חדש, המסתמך על התקנון הקיים ועל תקנון האתיקה של ה-APA, ותוך התייחסות לתקנונים של הרופאים והעו"סים. התקנון עבר את שלב הטיוטה הראשונית, הוצג בפני הועד המרכזי ומוצע

להעברה לדיון מפורט בועדי החטיבות. בשלב הבא יוצג לכל חברי הפ"י להערות, שישקלו אותן ויעזרו בגיבושו הסופי". מאמץ זה לא הגיע לכלל סיום ותקנון אתיקה חדש לא אושר.

באוקטובר 1991 נבחרה ועדת אתיקה חדשה וזו הציעה שני שינויים בתקנון האתיקה: בשל עומס הפניות לועדת האתיקה, במקום ועדה בת 3 חברים, הועדה תהיה בת 5 חברים, ובכל דיון ישתתפו לפחות 3 חברים. במקום חובה למסור את העתקי ההחלטות לועד המרכזי, יינתן לועדה שיקול דעת אם להעביר החלטה זו או אחרת לועד המרכזי של הפ"י. שני התיקונים אושרו ע"י האספה הכללית של הפ"י.

ועדת אתיקה חדשה שנבחרה באספה הכללית באוקטובר 1995 חזרה להצעה לבנות קוד אתי חדש להפ"י. הפעם הוקם צוות שכלל חברים מועדת האתיקה ונציגים מכל החטיבות של הפ". התהליך של גיבוש התקנון החדש תואר בדף לחבר מספטמבר 1997[13]:

"הבסיס לעבודה זו היה חוק הפסיכולוגים ותקנותיו, כללי האתיקה של הפ"י על כל תוספותיו והקוד האתי של ה-APA, אשר הווה שלד מבחינת המבנה והצורה, וכן מהנסיון שנצבר מהטיפול בתלונות או שאלות שהופנו לועדה. בשלב ב' הקוד שגובש הוצג בפני הועד המרכזי של הפ"י. התקיים דיון ראשוני בו הוחלט להעביר את החומר לכל ועדי החטיבות, כדי שיתנו עליו את דעתם, יפיצו אותו בין חבריהם ויציעו שינויים או תיקונים, או כל התייחסות אחרת לנושא. הועדה קיבלה הערות והצעות רבות בעקבותיהן הכניסה שינויים בקוד".

בשלב ג' התקיים דיון מדוקדק על כל פרט בהצעה עם עורך הדין של הפ"י ועם יו"ר הפ"י ונציגי ועדת האתיקה. "בסיכומו של הדיון הוצע לחלק את כל נושא האתיקה לשני חלקים:

1. תקנון האתיקה של הפ"י - יגדיר את מבנה ועדת האתיקה, דרך בחירתה ודרכי פעולתה. את התקנון הזה תתבקש האספה הכללית לאשר.

2. קוד האתיקה של הפ"י זהו מסמך המבטא את עמדת הפ"י לגבי הערכים המקצועיים וכללי ההתנהגות האתית שצריכים להנחות את הפסיכולוגים בעבודתם. לכן יהווה הקוד, בסיס ללמידה בתהליך החינוך וההכשרה המקצועית של הפסיכולוגים, וינחה את ועדת האתיקה בפעולתה. הקוד האתי יעודכן מפעם לפעם לפי הצרכים המשתנים של עבודת הפסיכולוגים בארץ, על פי המלצת ועדת האתיקה ובאישור הועד המרכזי של הפ"י".

באספה הכללית של הפ"י ב-26.10.97 אושר שינוי תקנון האתיקה, ובהמשך נמסר:

"מועצת הפסיכולוגים החליטה לאמץ את קוד האתיקה של הפ"י ולראות בו מסמך המבטא את עמדת המועצה לגבי מערכת הערכים המקצועיים וכללי ההתנהגות האתית. המועצה ממליצה בפני כל הפסיכולוגים בארץ לראות בקוד האתיקה קווים מנחים בעבודתם המקצועית"[14].

מדובר בקוד אתיקה מפורט מאוד, הדורש לימוד והעמקה.

הערכת המצב העכשווי והמלצות לעתיד

בשנות ה-90 חלה התעוררות בתחום האתיקה, שהפסיקה להיות קפואה. היא מתחדשת, והיא רלבנטית, במיוחד בתקופה שמדגישה את זכויות המטופל. יותר אנשי מקצוע התחילו להרגיש שיש שאלות שעולות מן החיים ומן הסיטואציות הקליניות. יש לתת עליהן את הדעת ולנסות להגדיר הנחיות להתנהגות אתית. התנהגות לא-אתית איננה רק נושא ל"יפי נפש" שיוצאים נגד "משהו לא יפה" או "משהו שלא מריח כל-כך טוב", אלא גובלת ב-malpractice. עם זאת, ההתקדמות בתחום האתיקה עדיין תלויה מאוד במספר אנשים שהנושא קרוב לליבם. "משוגעים לדבר". בפאנלים בנושא אתיקה שהתקיימו בכנסים המדעיים של הפ"י היתה השתתפות מעטה, ובד"כ אותן פנים מוכרות חזרו מפאנל לפאנל. ניראה שבמקום לערוך פאנלים או כנסים העוסקים באתיקה, מושכים קהל מועט, רצוי "לטפטף" את נושא האתיקה בפורומים המקוריים - כלומר: להשמיע הרצאה על אספקטים אתיים בפסיכותרפיה במסגרת פאנל או כנס על פסיכותרפיה, ולא במסגרת פאנל או כנס שמוקדש כולו לאתיקה.

ניראה שגם בעבר היו בעיות אתיות והיו אנשי מקצוע (פסיכולוגים ואחרים) שפעלו בצורה בלתי הולמת את המקצוע, אלא שהמטופלים חששו להתלונן. הנורמות לא היו מספיק ברורות ומוגדרות, וועדות האתיקה לא פעלו בצורה די נחרצת. הועדות השונות (ועדת התלונות, ועדת המשמעת וועדת האתיקה של הפ"י) ממוקדות יותר ומנוסות יותר. הפניות לועדות השונות גוברות. הפניות לועדות האתיקה (של הפ"י, של האגודה לטיפול במשפחה) הן לא רק כתלונות, אלא גם כהתייעצות לגבי הדרך הרצויה/האתית במצב זה או אחר.

ניראה שיש לשנות את מדיניות אי-הפירסום של ועדת המשמעת וועדת האתיקה. פירסום ההחלטות של הועדה, עם חשיפת שם הפסיכולוג, פירוט העבירה שאותה עבר, והסנקציה

nevo.co.il

שהוטלה עליו (כפי שמקובל בארה"ב) יהווה גורם מרתיע. פירסום כזה יאפשר ללקוחות פוטנציאליים להיזהר מאנשי מקצוע שעברו עבירות אתיות, ויעודד מטופלים להגיש תלונה בכתב, כדי שתגיע לבירור ולמיצוי.

יש להשקיע מחשבה כיצד להתיחס לשמועות שעוברות בין אנשי מקצוע בנוגע להתנהגות לא אתית ולא מקצועית של קולגה, וכיצד לטפל במידע שחושף מטופל לא-קטין אשר אינו מוכן להיחשף ולהגיש תלונה בכתב, על התנהגות לא אתית ולא מקצועית שאליה נחשף בטיפול קודם. יש לחשוב איך לטפל בכל אלה מבלי שתפגע זכותו של כל אדם, וכל פסיכולוג, להליך בירור הוגן.

יש לעודד יותר כתיבה עיונית ותיאורטית בנושאי אתיקה. יש לעודד יותר מחקר בתחום הזה. נעשו אמנם מחקרים באתיקה ע"י פרופ' רובין ותלמידיו, ע"י כותב המאמר הזה ואחרים, אך יש צורך בהרחבת המחקר לגבי ההתנהגות והעמדות של אנשי המקצוע בתחומי האתיקה השונים.

יש בידנו כיום קודים אתיים מפורטים ומעודכנים יחסית (של הפ"י, של האגודה לטיפול במשפחה ובנישואין). קודים אלה מצטרפים ל"חוק הפסיכולוגים", ל"תקנות הפסיכולוגים (אתיקה מקצועית)", ל"תקנות הפסיכולוגים (פרסומת) ולמאמרים רבים בתחום האתיקה שנכתבו בארץ ובחו"ל. כל אלה דורשים לימוד והעמקה. אמנם הנושאים האתיים עולים כחלק אינטגרלי של ההדרכה, אולם זה איננו מספיק.

נחוצים קורסי חובה בכל התכניות לתאר שני ושלישי בפסיכולוגיה בארץ, ולא רק במגמה הקלינית. בכל תחומי הפסיכולוגיה יש בעיות ודילמות אתיות - בתחום החינוכי, בתחום החברתי-תעסוקתי ועוד. יש למסד את בדיקת הידע של החוקים והקודים האתיים בכל הבחינות לקבלת תואר מומחה, בכל תחומי הפסיכולוגיה.

מקורות

1. לוינזון שולמית, הפסיכולוגיה בישראל - 40 שנה להסתדרות הפסיכולוגים. פסיכולוגיה 1997, כרך ו', מס' 1, 120-109.

2. הצעת חוק הפסיכולוגים תשל"ו 1976. הצעות חוק 1251, תשל"ו, עמ' 337-326

3. חוק הפסיכולוגים תשל"ז 1977. ספר החוקים 857, 158.

4. תקנות הפסיכולוגים)פרסומת(תשל"ט 1979. קובץ התקנות תשל"ט, מס' 4013, עמ' 1691.

5. ועדות בדיקה וועדות משמעת רפואיות. דו"ח מבקר המדינה מס' 37, 1987, עמ' 302-294.

6. נוי שבתאי, על ועדת התלונות. פינת המועצה, דף לחבר של הסתדרות הפסיכולוגים בישראל, יולי 1998, עמ' 21-19.

7. ממצאי מעקב על "דו"ח ועדות בדיקה וועדות משמעת רפואיות", דו"ח מבקר המדינה מס' 39, 1989, עמ' 257-254.

8. שובל רון, פינת מועצת הפסיכולוגים, דף לחבר, ינואר 1990, עמ' 26-25.

9. כללי הפסיכולוגים (אתיקה מקצועית) תשנ"ב 1991. קובץ התקנות תשנ"ב, מס' 3589, עמ' 236.

10. פינת מועצת הפסיכולוגים - הנחיות מפורטות במסגרת כללי הפסיכולוגים , דף לחבר, ינואר 16-17,1997.

11. שנתון אוניב' חיפה, שנת הלימודים 1997-8, 574.

12. סיכום עבודת ועדת האתיקה (2.87-2.89). דף לחבר, פברואר 1989, עמ' 24-23.

13. משולחן ועדת האתיקה. דף לחבר, ספטמבר 11-14,1997.

14. משולחן ועדת אתיקה, דף לחבר, מרץ 1998, עמ' 9.

nevo.co.il

אימוץ פתוח: גיבוש גישה ישראלית

דניאל גוטליב

הקדמה

הפתרון של אימוץ פתוח זכה בשנים האחרונות להתייחסות נרחבת בספרות המקצועית ובפסיקה הישראלית והפך למושג שלא ניתן להתעלם ממנו בכל דיון רציני על אימוץ ילדים. במדינות רבות בארצות הברית נדון המושג "אימוץ פתוח" ונמצא בלתי מנוגד למדיניות Public Policy כל עוד הוא עולה בקנה אחד עם טובת הילד (1992), Ames[1]. יש ארצות, כמו ניו- זילנד בהן אנשי המקצוע דוגלים בצורה ברורה וחד משמעית באופציה זו מלכתחילה. מטרת המאמר לעמוד מקרוב על המושג "אימוץ פתוח", לבחון את היתרונות ואת החסרונות ולהתוות גישה אשר תאפשר לאנשי המקצוע השונים לבחון באופן אובייקטיבי באיזה מידה אימוץ פתוח הוא הפתרון הנכון לילד הספציפי העומד מולנו בכל מקרה ולא רק לילד התיאורטי. כמו כן, נתיחס למציאות בארץ לגבי אימוץ פתוח ונציע קווי יסוד להשמת אופציה זו.

רקע

בשנים האחרונות אימוץ פתוח מוזכר לעתים קרובות במהלך דיונים משפטיים בתיקי אימוץ ומוצע כאחת מהאופציות לעיצוב מסגרת משפחתית בה ימצא הילד את עצמו לאחר שהוכרז בר-אימוץ ומתן צו האימוץ. במקרים רבים מוצע סידור של אימוץ פתוח, לרוב על ידי עורכי דין, מבלי שקיימת הבנה מלאה לגבי מהות העניין וללא רגישות מספקת לגבי ההשלכות הפסיכולוגיות והמערכתיות האפשריות. עתירה של הורים ביולוגיים לבית המשפט כי יורה על אימוץ פתוח מהווה במקרים רבים קו הגנה אחרון או דרך להקטין את הנזקים למשפחה. זאת מתוך הסברה כי "משהו" עדיף על "כלום". ההורים סבורים כי אם יוכלו לשמר קשר, זעיר ככל שיהיה, עם יוצאי חלציהם, תתמתן הטראומה הנוראה של הכרזת ילד בר אימוץ, ותישמר טיפה מהכבוד האבוד של המשפחה. מה שבולט בהיעדרותו מהנוסחה הזאת היא התייחסות אל טובת הילד.

כמו בתחומים אחרים בפסיכולוגיה, כך גם בתחום של אימוץ ילדים השנים הולידו תיאוריות, גישות והיבטים שונים וחדשים. בעבר היתה תמימות דעים בין אנשי המקצוע כי באופן אוטומטי ואבסולוטי יש להעדיף אימוץ סגור על פני אימוץ פתוח. גישה זו נבעה מהחשיבה הפסיכואנליטית, אשר גרסה כי על מנת לאפשר לילד להיקלט רגשית במשפחתו החדשה, נחוץ ניתוק מלא וקבוע ממשפחתו הביולוגית. בשנים האחרונות התפרסמו בספרות המקצועית מחקרים ומאמרים אשר הצביעו על היתרונות היחסיים של אימוץ פתוח לעומת האימוץ הסגור המסורתי[4,3,2], כן הועלו טענות כי אימוץ פתוח הוא במקרים מסויימים לטובת הילד[6,5], ואף זכותו[7]. בארץ, נמנה פרופסור קפלן בין התומכים במוסד של אימוץ פתוח[8]. אחרים[10,9]הזהירו מפני פזיזות בשימוש באופציה זו ודגלו בבדיקה עניינית ויסודית של כל מקרה לגופו של עניין בנימוק שטרם נמצאו הוכחות חותכות כי אימוץ פתוח הוא אכן לטובת הילד. התייחסות נוספת לאימוץ פתוח בספרות המשפטית נמצא אצל בן דרור (1994)[11] וכן אצל שיפמן (1989)[12].

במהלך המאה האחרונה אימוץ ילדים הוסדר בחוקי מדינות שונות. מאז רווחת הדעה בין פסיכולוגים ופסיכיאטרים כי כאשר ילד מועבר למשפחה מאמצת יש לנתקו ניתוק גמור ומוחלט ממשפחתו הביולוגית ואין לאפשר כל קשר עתידי בינו לבין הוריו הביולוגיים או בין ההורים המאמצים להורים הביולוגיים. המחשבה אשר עמדה בבסיס הגישה הזאת הייתה כי הילד העובר למשפחה מאמצת צריך לבנות בהדרגה מערכת יחסים ראשונית עם משפחתו החדשה ולא ניתן לעשות זאת כל עוד הוריו הביולוגיים ממשיכים להוות דמויות בחייו. לפי גישה זו, הילד יכול להתקשר רק לזוג הורים אחד והבלבול אצל הילד עקב היות לו שני זוגות הורים, אינו מאפשר לו להתקשר למשפחתו החדשה והאימוץ צפוי לכישלון.

שינוי בתפיסה לגבי אימוץ פתוח התחולל בשנות השבעים. אז חלה ירידה תלולה במספר הילדים המוצעים לאימוץ, בשל שימוש נפוץ יותר באמצעי מניעה על ידי נערות מתבגרות, עקב שינויים בתפיסה החברתית לגבי נערות בהריון ובעיקר בעקבות ההחלטה של בית המשפט העליון של ארצות הברית אשר התיר ביצוע הפלות (Roe vs. Wade, 1974[13]). לנוכח הירידה במאגר הילדים המוצעים לאימוץ, חלה ליברליזציה ביחס לתהליך אימוץ ילדים ולהרבה אמהות הוצע אימוץ פתוח, על מנת לעודד אותן - נערות מתבגרות בעיקר - לא

ד"ר דניאל גוטליב - סגן מנהל מכון "סיני" לייעוץ וטיפול במשפחה ובפרט.

nevo.co.il

להפסיק את הריונן, וללדת את ילדיהן ולמוסרם לאימוץ. במקביל, התחוללה חשיבה מחודשת בקרב אנשי מקצוע לגבי ההשפעות של אימוץ סגור לעומת אימוץ פתוח על הילדים עצמם. היו שסברו כי במקרים מסויימים ובנסיבות מסויימות יש בהחלט מקום לראות אופציה זו כעולה עם טובת הילד ויש אפילו להעדיפה מלכתחילה על פני אימוץ סגור[14].

כאמור, התופעה של אימוץ פתוח החלה לתפוס תאוצה בשנות השבעים אולם עד היום לא ניתן למצוא בספרות המקצועית מחקרים הכוללים מעקב אחרי ילדים באימוץ פתוח לאורך שנים ומביאים השוואות בין ילדים הנמצאים באימוץ פתוח לבין ילדים הנמצאים באימוץ סגור. אמנם קיימים בספרות מאמרים רבים המדברים בזכות האימוץ הפתוח[15] ועל שביעות רצונם של הורים מאמצים[16,17,18] אולם חלקם מתבססים על דיווחים של אנשים והתרשמויות קליניות[19,20,21]. ראוי לציין כי ממאמרים אלה עולה כי ההצלחה של אימוץ פתוח נעוצה, בין היתר בקשר טוב בין ההורים הביולוגיים להורים המאמצים, בכך שסוג הקשר הוא פרי תיכנון של שני זוגות ההורים וכי מדובר בילדים ללא היסטוריה של התעללות או הזנחה.

אין הרבה עבודות מחקר בנושא של אימוץ פתוח. אחד המחקרים הבודדים (Grotevent et al, 1994[22]) מצא כי בניגוד לחשיבה המקובלת, באימוצים פתוחים ההורים המאמצים מרגישים את עצמם יותר בטוחים, פחות חרדים לגבי אפשרות שהאם הביולוגית תידרוש את הילד בחזרה ורמת אמפתיה גבוהה יותר להורים הביולוגיים. מדובר במחקר אשר בדק את ההורים פעם אחת בלבד ולא עמד על מצבם הנפשי של הילדים. כמו כן, מדובר בילדים אשר הוריהם הביולוגיים הסכימו לאימוץ, כלומר, הילדים לא הוצאו מרשות ההורים לאחר מאבק משפטי ארוך וקשה.

מחקרם של Lee and Twaite, 1997[23] תומך בהמשך קשר בין האם המאמצת לבין האם הביולוגית גם לאחר האימוץ. מדובר באוכלוסיה של אמהות מתחת לגיל 18 אשר מסרו, מרצונן, את ילדיהן לאימוץ. במחקר זה לא היה קשר ישיר בין האם הביולוגית לילד.

באחד המאמרים, המקיפים והאובייקטיביים ביותר בנושא סוקרת McWhinnie, (1994)[24] את הספרות על אימוץ פתוח ומשווה בין הגישה האמריקאית הפתוחה אוהדת לגישה הניו-זילנדית הכמעט מיסיונרית ומנסה למצוא את המודל הכי מתאים לבריטניה. מסקנותיה של McWhinnie: טרם הוכח כי אימוץ פתוח הוא בהכרח לטובתם של ילדים וכי אין לאמץ פיתרון זה רק בגלל שהוא טוב להורים הביולוגיים. מדברי McWhinnie עולה גם כי יש לקרוא את המאמרים המופיעים בנושא בזהירות רבה ולנסות להפריד בין אלה האמורים להוסיף לוויכוח המקצועי העניייני לאלה אשר נועדו לקדם עמדה מסויימת ולשכנע.

אין עבודות מחקר אשר עקבו אחרי התפתחותם של ילדים באימוץ פתוח ואשר השוו ביניהם לבין ילדים באימוץ סגור.

חשוב ביותר לציין כי הרוב המכריע של המאמרים המקצועיים בנושא זה עוסק במקרים של נערות מתבגרות אשר נכנסו להריון, לא רצו לבצע הפלה אך גם לא היו בשלות דיין לגדל את ילדיהן. הן פונות לסוכנויות אימוץ (Adoption Agencies) ומבקשות כי ילדיהן יועברו למשפחות למטרת אימוץ. כך מתבצעים הרבה אימוצים פתוחים על ידי סוכנויות אימוץ אשר ידועות כדוגלות בשיטה זו. מהספרות עולה כי רק במקרים מעטים נידונה האפשרות של אימוץ פתוח בהקשר של הוצאת ילדים מהוריהם בניגוד לרצונם באמצעות הליכים משפטיים (Termination of Parental Rights).

בספרה "דיני אימוץ ילדים" סוקרת כב' השופטת נילי מימון[25] את ההתייחסות בפסיקה הישראלית לנושא של אימוץ פתוח. באופן כללי הנטייה של בית המשפט היא לא לאפשר אימוץ פתוח מהנימוק כי אין זה לטובתו של הילד (ע"א 20/85[26]) ומהנימוק כי אישיותם של ההורים והעדר קשר בינם לבין הילדים שוללים פתרון זה (ע"א 2393/92[27]). כמו כן, בפסקי דין אלו קבע בית המשפט כי אין להזדקק לאימוץ פתוח מבלי שבין ההורים הביולוגיים להורים המאמצים ישררו הבנה ויחסים טובים (ראה לדוגמא: ע"א 4189/91[28] , ע"א 4294/91[29], ע"א 711/88[30]).

בע"א 4189/91 קבע המשנה לנשיא דאז, כבוד השופט מנחם אילון:

"המגמה האמורה יש בה בכדי לקבוע, בדרך כלל, עמדה שלילית לאימוץ פתוח, בו נותר בעינו קשר מסוים בין המאומץ לבין הוריו הטבעיים (ראה גם ע"א 594/84[31], בעמ' 575; ע"א 546/74[32]; ע"א 345/76[33]; ע"א 320/84[34]; ע"א 711/88[35].) במקרים אלה עלולים להיווצר אצל המאומץ זהות כפולה ובלבול בין הוריו הפסיכולוגיים להוריו הטבעיים. כפילות זו עלולה להביא למצב של היעדר ודאות ויציבות וכן לחוסר ביטחון וכן לחוסר שייכות אצל הילד. וכך אמרנו, כי - "תנאי הכרחי להצלחתו של אימוץ פתוח הוא, כי בין שני זוגות ההורים ישררו הבנה ויחסים תקינים ורצון כן להיטיב עם הילדים: ערובה לכישלונו של אימוץ פתוח הוא, כאשר ההורים הטבעיים ינסו להתחרות בהורים המאמצים." (ע"א 658/88 בעמ' 477)[36].

"...תנאי הכרחי ובל יעבור להצלחתו של אימוץ פתוח הוא שבין ההורים המאמצים לבין ההורים הביולוגיים ישררו הבנה

nevo.co.il

ויחסים תקינים, כאשר התנאים והנסיבות הם כאלה שייטיבו עם המאומץ ויאפשרו לו התבגרות והתפתחות תקינות."

בע"א 711/88[37] קבע כבוד השופט דב לוין:

"גם הפתרון של אימוץ פתוח אינו ישים ואינו טוב. כפי שסבר בית המשפט וכפי שקבע. ההורים, בעיקר האם, לא יוכלו לשתף פעולה ברמה הנדרשת, שיתוף פעולה שהוא תנאי הכרחי למימוש פתרון מעין זה. יתרה מזו, סידור כזה אינו טוב כלל ועיקר לילדים שנולדו להורים נעדרי מסוגלות הורית, שהרי תיווצר במקרה כזה בהכרח כפילות של זהות וחוסר יציבות במהלך גידולם. כפילות זו עלולה ליצור אצל הילד מצב של חוסר וודאות, חרדה, סיבוכים נפשיים ובלבול בין הדמויות שבחייו. ראה רע"א 282/86(לא פורסם)[38]. ככלל נראה לנו שהפתרון של "אימוץ פתוח", למעט אולי מקרים חריגים מאוד, איננו פתרון טוב בשום מקרה, הן משום ההשפעה השלילית על הילדים, כמוסבר לעיל, והן משום המצב הקשה והמסובך שבו מוצבת המשפחה המאמצת - אשר עול גידול הילדים מוטל על כתפיה, אך היא נאלצת לשאת על כתפיה גם קשר קשה ובעייתי עם ההורים הביולוגיים." עד כאן דברי כב' השופט לוין.

ההתייחסות היותר יסודית לנושא אימוץ פתוח בפסיקה הישראלית היתה בפסק דין בו עמד בית המשפט על שינויים בהלכי הרוח בקרב אנשי מקצוע ובו פירט את היתרונות ואת החסרונות של אימוץ פתוח (ע"א (ע"א 653/95)[39]. במקרה זה דחה בית המשפט את בקשת המערערים כי האימוץ יהיה "פתוח" מתוך נימוק פשוט כי לא יהיה זה לטובת הילד. דברי הנשיא דאז, כבוד השופט מאיר שמגר:

"...הכלל הוא, שיש לנתק בעת האימוץ את המאומץ ממשפחתו הטבעית. חריגים לכלל זה יתכנו רק בנסיבות יוצאות דופן. הבסיס לכלל הוא ההנחה, שיש הסכמה בין המומחים לפיה מתחייב הדבר מטובת הילד, והוא חל ביתר שאת כשאין בנמצא משפחה המוכנה לאימוץ פתוח, וכל הרעיון הוא ערטילאי בלבד."

"בית המשפט המחוזי הוסיף כי ניתן ללמוד מהמאמרים, שגישת בית המשפט, שהובאה לעיל, לפיה "לדעת כל המלומדים מוטב ניתוק מוחלט" אינה משקפת עוד דעה אחידה. אם כי אין הכרעה בדבר, קיימת לפחות מחלוקת מומחים, וקמו עוררים על הדעה ששררה בעבר כהנחה מובנת מאליה, לפיה טובת הילד דורשת ניתוקו המוחלט ממשפחתו הטבעית".

"...האמור לעיל מסביר מדוע הכלל המועדף הוא בדרך כלל האימוץ המלא ומדוע האימוץ הפתוח נחשב כחריג. הבעיות שתוארו לעיל, שרירות וקיימות בהרבה מן המקרים הצפויים או החזויים, ופתרון החלטי - אין. עם זאת, אין ספק שלא ניתן לקבוע מסקנה אחת ויחידה הישימה לכל מקרה. כל מקרה צריך להיבדק לאור נסיבותיו. למותר להוסיף שנסיבותיו של האחד אינן דומות לנסיבות רעהו."

"אין גם ספק שבכל מקרה דרושה הסכמת ההורים המאמצים ליצירת יחסים פתוחים עם ההורים הביולוגיים וכי בהעדר הסכמה כאמור לא ניתן להחליט על בחירת החלופה המתוארת."

פסק דין זה קבע מסמרות לגבי השלב בדיון בו ניתן להתחיל לדון באפשרות של אימוץ פתוח. ובהמשך נרחיב על נושא זה.

התייחסות מעמיקה, נרחבת ועדכנית לנושא של אימוץ פתוח נמצא בפסק דין משנת 1998 בבית המשפט המחוזי על ידי סגן הנשיא, כבוד השופט חיים פורת (ת.א. 180/95[40]).

בית המשפט נדרש לבקשת זוג למתן צו אימוץ אשר יאפשר להם לאמץ שני ילדים באימוץ סגור. מנגד עמד האב הביולוגי ובקש כי האימוץ יהיה פתוח כלפיו. פסק הדין סוקר בהרחבה את פסקי הדין של בית המשפט העליון בעניין אימוץ פתוח. לאחר הסקירה הזו, הגיע כבוד השופט פורת למסקנה כי למרות שרבו המקרים בהם טענו לאימוץ פתוח, טיעון זה לא עלה בכל תיק. יתרה מכך, בשנתיים האחרונות בית המשפט העליון לא נענה ביתר תכיפות לבקשות לאימוץ פתוח. בסוף פסק הדין (עמ' 87) מפרט כבוד השופט פורת ארבע עשרה מסקנות איך ראוי בית המשפט להתייחס לאימוץ פתוח ואיך ראוי שבית המשפט ינהל את ההליכים בעניין זה. אצטט רק מהמסקנה הראשונה:

"היו מספר ניסיונות לבסס אימוץ פתוח בעקבות מאמרים מחו"ל ולערער את העיקרון לפיו אימוץ בארץ בדרך כלל אימוץ סגור, עקרון אשר ניתן ללמוד מחוק אימוץ ילדים עצמו ומן הפסיקה שהתפתחה לאורך השנים.

כל שניסיונות אלו העלו הוא שהעיקרון נשאר, לפיו אימוץ הוא בדרך כלל סגור ורק בנסיבות מיוחדות ויוצאות דופן ניתן להגביר את היקפו. אולי ראוי בכל מקרה לבדוק אפשרות זו. כדי שאימוץ יוכל להיות פתוח חייבים להתקיים תנאים רבים הן בבחינת נתוני ההורים המאמצים והן מבחינת צרכי הילדים. (עמוד 87)"

למעשה, רק בנסיבות מיוחדות נוטה בית המשפט לסמוך את ידיו על פתרון של אימוץ פתוח, כגון מקרים בהם בני משפחה מורחבת מבקשים לאמץ ילד (ראה: ע"א 568/80[41]).

הגדרות

חלק מהקושי להגיע לדיון פורה אודות אימוץ פתוח נעוץ בכך שאימוץ פתוח הינו מושג בלתי מוגדר ובלתי אחיד אשר אינו מוצא ביטוי מפורט ומוגדר בחוק הישראלי (חוק אימוץ ילדים, התשמ"א - 1981[42]). בחוק האימוץ, אין איזכור של

nevo.co.il

המושג אימוץ פתוח אלא סעיף 16 (1) לחוק קובע כי "רשאי בית המשפט לצמצם בצו האימוץ את תוצאות האימוץ האמורות."

למעשה ישנן צורות או דרגות שונות של פתיחות באימוץ, ויש לבחון כל מקרה לגופו על מנת לדעת איזה סוג של אימוץ פתוח הוא הנכון, אם בכלל. באופן כללי, הדרגות השונות באימוץ פתוח הן:

1. מתן מידע בסיסי למשפחה המאמצת אודות ההורים הביולוגיים.
2. פגישה אחת בין ההורים המאמצים להורים הביולוגיים ללא חשיפת פרטים מזהים.
3. קשר מכתבים בין ההורים הביולוגיים להורים המאמצים.
4. מפגשים תקופתיים בין ההורים הביולוגיים להורים המאמצים.
5. מפגשים בין הילד המאומץ לאחיו הביולוגיים (לדוגמא פס"ד אמריקאי: In re Adoption of Anthony[43]
6. מפגשים בין הילד המאומץ לסבים הביולוגיים (ראה פס"ד אמריקאי: In People ex rel Sibley vs. Sheppard[44]
7. מפגשים בין ההורים הביולוגיים לילד.

אין ברשימה הזו כדי למצות את כל האופציות של קשר אלא כדי להדגים את הדרגות השונות ולציין את הסידורים היותר שכיחים.

יתרונות וחסרונות של אימוץ פתוח

עד לשנים האחרונות היה מקובל כי תוצאת האימוץ היתה ניתוק מוחלט בין הילד למשפחתו הביולוגית כאשר כל הפרטים המזהים של המשפחה הביולוגית נשמרו בסודיות מההורים המאמצים והפרטים המזהים של ההורים המאמצים נשמרו בסודיות מהמשפחה הביולוגית. התוצאה הכפולה של אימוץ היתה, אם כן, אבסולוטית ורק בהגיעו לגיל 18 היה הילד המאומץ רשאי לפתוח את תיקו ולחשוף את זהותם של הוריו הביולוגיים. זכויות ההורים המולידים הופסקו לגמרי והקשר בינם לבין ילדם נקטע באופן מוחלט כאשר ההורים המאמצים קבלו על עצמם את כל הזכויות והחובות של גידול הילד ללא סייג וללא צורך להתחשב ברצונות או ברגשות של ההורים הביולוגיים.

אנשי המקצוע אשר דבקים במודל המסורתי של אימוץ סגור רואים חסרונות רבים באימוץ פתוח עבור כל אחת משלש הצלעות של משולש האימוץ, ההורים הביולוגיים, ההורים המאמצים והילד (Demick & Wapner, 1988[45]). את החסרונות של אימוץ פתוח ניתן לסכם כדלהלן:

חסרונות למשפחה הביולוגית

1. דחייה על ידי המשפחה המאמצת.
2. תחושות אמביוילנטיות כלפי המשפחה המאמצת.
3. הרגשות של חרטה וקנאה בראותם את הילד נקלט בהצלחה במשפחה המאמצת.

חסרונות להורים המאמצים

1. לא בטוח כי הסכמתם הראשונית תחזיק מעמד לאורך זמן, וזאת לנוכח קשיים אפשריים.
2. חרדה כי ההורים הביולוגיים עלולים ביום מן הימים לתבוע את החזרת הילד.
3. קושי ביצירת קשר בשל תחושות של תחרות עם ההורים הביולוגיים.
4. תחושת צורך להתחרות בהורים הביולוגיים על מנת לזכות באהבה ובהוקרה של הילד.

חסרונות לילדים המאומצים

1. חרדה כי ההורים הביולוגיים ינסו להפרידם מההורים המאמצים ולהחזירם הביתה.
2. תחרות בין ההורים המאמצים להורים הביולוגיים עלולה לפגוע בקשר של הילד עם הוריו המאמצים.
3. תחושות של נאמנות חצויה.

את עמדת המתנגדים לאימוץ פתוח ניתן לסכם בכך שהם רואים בו מצב אשר יגרום לתחרות ומתיחות בין שני זוגות ההורים, ובסופו של דבר יפגע בילד עצמו. חוסר יכולתם של ההורים הביולוגיים להשלים עם האימוץ והפחד של ההורים המאמצים כי ביום מן הימים הילד ירצה לחזור להוריו הביולוגיים עלול לפגוע בטיב הקשר בין ההורים המאמצים לילד ולגרום כי קשר זה יהיה מסוייג.

לעומת הדוגלים בגישה המסורתית, הרי אלה הדוגלים בשיטה של יותר פתיחות באימוץ מציינים ומדגישים כי ישנם יתרונות למשפחה הביולוגית,למשפחה המאמצת ולילד עצמו- (Demick &Wapner, 1988[46]).

יתרונות למשפחה הביולוגית

1. תחושה של יתר שליטה על הנעשה עם ילדיהם.
2. תחושה טובה יותר על שמסרו את ילדיהם לאנשים מוכרים ולא לזרים.
3. פחות תחושת אשמה ובושה.
4. אין הם צריכים לדאוג איך ימצאו את המשפחה המאמצת מאוחר יותר.

יתרונות להורים המאמצים

1. יכולת לחיות בפתיחות ובכנות לגבי האימוץ, מבלי שיהיה צורך לדמיין לגבי עברו של הילד.
2. אפשרות טובה יותר להשלים עם עובדת האימוץ ופחות אפשרות להתכחש לבעיות הפוריות.
3. תקשורת אמיתית יותר עם הילד לגבי המורשה שלו.
4. יכולת טובה יותר להעביר לילד מסרים חיוביים על הוריו הביולוגיים.

יתרונות לילדים המאומצים

1. תחושה חזקה יותר של המשכיות בחיים, היסטוריה אישית, דימוי עצמי וזהות כתוצאה מהקשר בין ההורים הביולוגיים להורים המאמצים.
2. דימוי חיובי יותר על ההורים הביולוגיים, אשר מתוך דאגה לצרכים של הילד, העבירו אותו למשפחה מאמצת.
3. פחות תחושות של נטישה ודחייה.

השלכות מסוגיות אחרות על אימוץ פתוח

עד היום טרם פורסמו עבודות מחקר יסודיות, מקיפות וארוכות טווח לגבי ההשפעות של אימוץ פתוח על שלושת מרכיבי משולש האימוץ ולגבי יתרונותיו וחסרונותיו היחסיים. לאנשי המקצוע נותר רק להסתמך על הניסיון הקליני המצטבר שלהם. אף על פי כן, ייתכן וניתן יהיה לחדד את ההבנה לגבי ההשפעות הפסיכולוגיות של אימוץ פתוח על ידי בדיקת סוגיות אחרות בעלות צד שווה עם אימוץ פתוח.

1. יחסים בין הורים לילדים בעקבות גירושין

כמו באימוץ פתוח כך גם לאחר גירושין, ילדים צריכים לפתח מערכת יחסים דיפרנציאלית עם שני ההורים הפרודים ואשר במקרים רבים מקיימים מסגרות משפחתיות חדשות עם בני זוג ועם ילדים חדשים. בקרב אנשי מקצוע אין כל ספק כי במקרים כאלה, ילדים מסוגלים לפתח מערכות יחסים עם המשפחות החדשות של הוריהם, תוך כדי שימור הקשר המקורי עם ההורים הביולוגיים. תנאי מוקדם להתמודדות בריאה ומוצלחת במצבים כאלה הוא קיום יחסים טובים ותומכים בין ההורים הגרושים והיכולת והנכונות אצל כל אחד מהם לאפשר לילד לפתח קשרים עם ההורה השני ומשפחתו החדשה מבלי שירגיש את עצמו מאויים. כאשר הילד חשוף למתח מתמיד בין ההורים, יש לשקול נקיטת צעדים קיצוניים ומרחיקי לכת ואף להמליץ על הגבלה משמעותית מאד של הקשר בין הילד לבין הורה לא-משמורן המסית את הילד (Healy, 1990, [47] Johnston, et al, 1989, [48]), או לשקול העברת המשמורת מההורה המשמורן להורה השני. עדיף לפעמים, אם כי תמיד בדיעבד ולא מראש, להגביל את הקשר של הילד עם אחד ההורים, או אפילו לנתקו כליל, אם יש באותו קשר כדי לפגוע בילד או בקשר שלו עם ההורה המשמורן, שהוא ההורה הפסיכולוגי של הילד וזה אשר דואג למחסורו היומיומי.

ההקבלה לסיטואציה של אימוץ פתוח ברורה. סידור של אימוץ פתוח יכול לעלות בקנה אחד עם טובת הילד רק כאשר קיימת מידה סבירה של בטחון כי ההורים הביולוגיים שלמים עם האימוץ, מבינים את הצורך בו וסומכים את ידיהם על התהליך. ברגע שההורה אינו מודע לקשייו ומגבלותיו, דהיינו אינו מבין את עצם הצורך באימוץ, אין לצפות כי ישלים עם צעד זה. גם אם בדיעבד אותו הורה יצהיר כי הוא מסכים לאימוץ פתוח, יש לפקפק אם יוכל להעביר לילד מסר ברור וחד-משמעי כי הוא שלם עם האימוץ ותומך בו. כאשר הורה אינו שלם עם המקום בו נמצא הילד, ולא משנה אם מדובר במשמורת לאחר גירושין או אפוטרופסות לאחר צו אימוץ, בלתי נמנע שייווצר מצב בו הילד צריך לבחור בין נאמנותו למשפחתו הביולוגית מחד, ונאמנותו למשפחה המגדלת אותו והמהווה עבורו משפחה פסיכולוגית, מאידך. ניגוד אינטרסים כזה יגרום לילד להשאר קרח מכאן ומכאן, דהיינו בלי המשפחה הביולוגית היכולה לדאוג לצרכיו כיאות אבל גם בלי יכולת להתקשר עם משפחה מאמצת ולהיקלט בחיקה.

ילד ממוצע אשר חווה את גירושי הוריו חייב להיות בעל כוחות נפש מספיקים כדי להתמודד עם לחצים ועם מידה סבירה של נאמנות חצויה, אבל אין להשוות בין הילד שהוריו מתגרשים לבין הילד אשר נשלח למשפחה מאמצת. הראשון הוא בראש ובראשונה ילד נורמלי ובריא בנפשו אשר בשנותיו הראשונות גדל במסגרת נורמטיבית וזכה לחום, אהבה, תשומת לב, עקביות ומתן מענה הולם לצרכיו הפיזיים

והנפשיים. לא כן הילד המאומץ. עצם ההכרזה על הילד כבר-אימוץ מעידה כי במשך פרק זמן משמעותי לא זכה לגדול בתנאים נורמטיביים ובשל כך הוא כבר פגוע בנפשו. מטרת האימוץ היא לנסות לשקמו ולחפות בעתיד על תחלואי העבר. למעשה, לכל ילד המגיע למשפחה מאמצת ישנם צרכים מיוחדים, גם אם אין הוא במצב נפשי ירוד ואינו סובל מליקוי פיזי או קוגניטיבי.

ניתן לקבוע בצורה כמעט אקסיומטית כי בכל מקרה כאשר ילד מוצא מרשות הוריו מכוח החוק ובניגוד לרצונם, אין להורים יכולת להבין את המגבלות שלהם ואת צורכי הילד. לעולם לא יוכלו לאפשר לילד להיקלט במשפחתו החדשה. גם כאשר ההורים מבינים מראש ומעצמם את הצורך באימוץ, תתכן מידה רבה של קנאה ותחושת תחרות בין המשפחה הביולוגית למשפחה המאמצת, אבל דינמיקה כזאת ניתן לזהות גם בין הורים גרושים אשר שוררת ביניהם אוירה טובה.

2. אומנה לטווח ארוך

פתרון של אמנה לילדים אשר הוריהם לא מצליחים לגדלם הינו, מטבעו, פתרון זמני. מראש אין לשלב ילד במשפחה אומנת אלא לזמן קצוב, כאשר המטרה היא לאפשר להורים הביולוגים שהות מספקת לשפר את התפקוד שלהם בכדי שיוכלו לחזור ולטפל בילדיהם. כאשר ברור כי אין להורים המסוגלות המינימלית וכי הסיכוי כי יוכלו להשתקם תוך זמן סביר הינו קלוש, אין מנוס אלא לשקול אפשרות של אימוץ.

אומנה לטווח ארוך היא פתרון בעייתי עבור ילדים. אומנה יכולה אמנם לתת מענה הולם לצרכים הפיזיים והנפשיים של הילדים לטווח הקצר, אבל כמעט בלתי נמנע כי תהיה לילדים נאמנות חצויה בין שני זוגות ההורים. סביר שעם הזמן תתפתח יריבות קשה בין שני זוגות ההורים היכולה אף להגיע לאיומים ואלימות כאשר הילדים עומדים חסרי אונים בתווך. יכול להיווצר מצב בו יתברר לאחר מספר שנים של אומנה כי הורים ביולוגים עדיין אינם נשארים לגדל את ילדיהם כאשר ההורים האומנים כבר לא רוצים להמשיך בגידול הילדים בגלל ההתערבות וההפרעות של ההורים הביולוגיים. במצב כזה ילדים צריכים להינתק מהוריהם הפסיכולוגיים, דהיינו ההורים האומנים, מבלי שתהיה אפשרות לשלבם במשפחה אחרת ובכך הם נשארים ללא מסגרת משפחתית בה הם יכולים לגדול.

כמו באומנה לטווח ארוך, כך גם באימוץ פתוח יכולה להתפתח יריבות קשה בין זוגות ההורים. ההורים הביולוגיים מרגישים אשמים על שלא יכלו לגדל את ילדיהם והם מקנאים בהורים המאמצים העושים זאת בהצלחה וזוכים באהבת ואהדת הילדים אשר בתומם מגלים העדפה ברורה להורים המאמצים, דבר העלול להעיק קשות על ההורים הביולוגיים. במצב כזה ההורים המאמצים עלולים להיות מודאגים כי יום אחד ההורים הביולוגיים ידרשו את ילדיהם בחזרה או כי הילדים עצמם ירצו לחזור להורים הביולוגים וזאת לאחר שהם, ההורים המאמצים, השקיעו בילדים מכל נפשם ומכל מאודם.

מקרים בהם ניתן לשקול סידור של אימוץ פתוח

ניתן לשקול המלצה של אימוץ פתוח רק בסוגים מסויימים של מקרים:

א. ילד הגדל במשפחה אומנת המעוניינת ומתאימה לאמצו ואשר זהותה ידועה להורים הביולוגיים

במקרה כזה ייתכן והמשקל הסגולי של המשכיות בטיפול (Goldstein, Freud and Solnit, 1973, Continuity of Care[49]) והאפשרות למצוא סידור קבוע עבור הילד מאפיל על העובדה שהילד והמשפחה המאמצת חשופים למשפחה הביולוגית.

מקרה 1

ילדה בת שלש וחצי. נמצאת מאז לידתה במשפחה אומנת עקב חוסר יכולת של הוריה לגדלה כיאות. זהות המשפחה האומנת ידועה למשפחה הביולוגית והמשפחה האומנת מוכנה לאמץ את הילדה על אף הנטיות האלימות של האב הביולוגי. ברור מעבר לכל ספק כי ההורים הביולוגיים אינם יכולים לגדל את הילדה וכי לא יוכלו להשתקם תוך פרק זמן סביר. אימוץ הילדה הינו הפתרון הבלעדי אלא שהיא כבר יצרה קשר טוב, חזק ובריא עם המשפחה האומנת והניתוק ממנה יהיה קשה וטראומתי במיוחד. על כן הומלץ כי האימוץ יהיה פתוח, על אף התנגדות ההורים הביולוגיים לעצם האימוץ.

ב. בן המשפחה הביולוגית המעוניין ומסוגל לאמץ את הילד

לעתים, מתייצבים בני משפחה ומביעים באופן ספונטני ובשלב מוקדם בתהליך את נכונותם לגדל את הילד (לדוגמא ליאון, 1976[50]). עם זאת, כאשר בן משפחה מתעורר "בדקה התשעים" לפני הכרזת הילד בר אימוץ, ומביע את נכונותו לגדל את הילד, יש להתייחס בספקנות רבה לגבי כנות הבקשה ולגבי עצם היכולת של אותו בן משפחה להבין את טובת הילד. מן

הראוי לבדוק את הקשר שבין אותו קרוב משפחה לילד ולעמוד על מעורבותו בחיי הילד במשך השנים. אם מתברר כי לאורך כל התקופה אותו קרוב משפחה הדיר את רגליו מחיי הילד, וישב בחוסר מעש כאשר הורי הילד הזניחו אותו, יש לפקפק במחויבות האמיתית של אותו בן משפחה לילד ולחשוש כי רצונו נובע יותר מתוך מחויבות למשפחה ככלל ופחות מתוך מחויבות לילד. הארגומנט כי מדובר ב"דם שלנו", כדברי משפחות רבות, אינו מהווה סיבה להעדיף קרוב רחוק על פני חבר קרוב. "קול הדם" אמנם חשוב, אבל צרכי הילד חשובים יותר.

מקרה 2

שתי בנות אשר הועברו למשפחה למטרת אימוץ עוד בטרם הוכרזו בנות אימוץ. עובר להעברת הבנות למשפחה הביעו ההורים המאמצים המיועדים נכונות עקרונית כי באימוץ תהיה מידה מסוימת של פתיחות, מתוך הבנה כי בשלב טרום הכרזת הבנות בנות אימוץ ומתן צו האימוץ הסופי, נבדק עד כמה ראוי לחולל סידור של אימוץ פתוח. במקביל, טענה המשפחה הביולוגית כי טובת הבנות מחייבת המשך קשר בינן לבין המשפחה, במיוחד עם הדודות של הילדות, שהן נשים נורמטיביות, אשר בהתמדה שמרו על קשר עם הבנות ונצבו לימינן. מנגד - שני ההורים מפאת המגבלות שלהם לא הבינו את הצורך באימוץ ועדיין האמינו כי הבנות תחזורנה אליהם. המסקנה, לא רק שקיימים מניעים שונים בין בני המשפחה הביולוגית יש ניגוד אינטרסים אשר יוכל לפגוע בבנות ולגרום לכישלון האימוץ. אם האימוץ פתוח כלפי האב, תהיה הצדקה לפחדים של הזוג המגדל את הבנות. האב לא השלים עם עובדת הצורך באימוץ ותכנן מהלכים על מנת לקבל את הבנות בחזרה. בין אם יצליח ובין אם לאו, תהליך כזה עלול לפגוע בבנות, לערער את תחושת הביטחון שלהן ולהחזיר אותן אחורה לימים אפלים יותר. לו גם הייתה נכונות לפתוח את האימוץ כלפי הדודות בלבד, שהן דמויות חיוביות עם כוונות טובות, לא יהיה זה מציאותי לצפות כי הן תשמורנה סוד זה מאחיותיהן. הקשר של הבנות עם המשפחה בכלל ועם הדודות בפרט לא היה חזק במידה שניתוקו היווה עבורן דבר טראומטי.

ג. ילד גדול יותר המכיר את הוריו

ניתן לשקול אימוץ פתוח כאשר מדובר בילד גדול יותר המכיר טוב את הוריו ואשר מסוגל ואף ייתכן שירצה ליצור איתם קשר לאחר האימוץ. במקרים אלה יש לחשוש כי גם אם יהיה ניסיון לחולל אימוץ סגור, תוך פרק זמן קצר הילד ייצור קשר עם ההורים הביולוגיים ובכך, דה-פקטו, יהפוך את האימוץ לפתוח ואולי יסכן את הצלחת האימוץ. ללא אפשרות של אימוץ פתוח, ייתכן ולא יהיה ניתן למצוא עבור ילדים כאלה את המסגרות המשפחתית הקבועות להן הם זקוקים.

מקרה 3

ילדה כבת עשר וחצי הגדלה במסגרת של פנימייה קטנה כאשר ניסיון מלפני שנה לשלבה במסגרת משפחת הדוד והדודה נכשל. במהלך ארבע השנים האחרונות חייתה הילדה בשלוש מסגרות שונות עקב אי המסוגלות של האם לגדלה והעדר אב. עוד לפני שנתיים הפסיכולוג סבר כי הילדה זקוקה למסגרת משפחתית עם חום, אהבה, עקביות ותחושת שייכות. אלא שהקשר של הילדה עם האם וההשפעה של האם על הילדה לא יכלו לאפשר אימוץ סגור סטנדרטי. לנוכח נסיבות אלה ההמלצה היתה לאימוץ פתוח, בגלל החשש כי גם אם פורמלית האימוץ יהיה סגור, אחרי זמן קצר הילדה עלולה להפוך אותו לאימוץ פתוח על ידי יצירת קשר חשאי עם האם. בשעתו האם התנגדה לאימוץ בכל צורה אולם נכונותה של הדודה לקחת את הילדה דחתה הצידה את שאלת האימוץ. לא רק שהשפעת האם עדיין חזקה מאד על ילדה, אלא שהילדה גם חשה אחריות כבדה כלפי אחיה ומתקשה לראות את עצמה במסגרת שונה מהם. עם זאת, היא זקוקה מאוד למסגרת משפחתית על מנת שתוכל לגדול בצורה אופטימלית ועל מנת לחפות על הפגיעות הקשות מאד שספגה עד היום.

כיום האם מוכנה לאפשר לילדה להיות במשפחה מאמצת בסידור של אימוץ פתוח אבל קשה להעריך את המחויבות האמיתית של האם לרעיון זה, ואת הסיכוי שהיא תתמיד בעמדה זו לאורך זמן ותוכל לשכנע את הילדה כי אכן זו דעתה ורצונה האמיתיים.

במקרה דלעיל היה צריך לבחור בין המשך שהיית הילדה בפנימיות ללא כל סיכוי סביר לחזור הביתה לבין שילובה במשפחה, בתנאים פחות מאידיאליים. המומחה חזר על המלצותיו, דהיינו שילוב הילדה במשפחה בסידור של אימוץ פתוח למרות שהאם לא הייתה שלמה עם סידור זה. המומחה הגיע למסקנה כי אימוץ פתוח עדיף על מסגרת של פנימייה ואף על מסגרת של משפחה אומנת אם כי לא היה בטוח כי זהו פתרון בר-קיימא.

nevo.co.il

ד. אימוץ על ידי בן זוג של הורה גרוש

כאשר הורה ביולוגי מתגרש ונישא בשנית, לעתים בן הזוג החדש מבקש לאמץ את ילדי אשתו מנשואיה הראשונים. במקרים כאלה, אין סיבה, לכאורה, לנתק את הקשר בין הילד לבין ההורה הלא-משמורן. עם זאת, יש לתת את הדעת למערכת היחסים בין שלושת המבוגרים, ההורה הביולוגי הלא-משמורן, בן זוגו לשעבר ואותו הורה המבקש לאמץ את הילד. ייתכן ואקט האימוץ יגרום ליותר נזק למרקם יחסים העדין.

ה. ילדים בני אותה משפחה מאומצים על ידי משפחות שונות

כאשר כמה ילדים מאותה משפחה ביולוגית מאומצים על ידי משפחות שונות או כאשר אחד מהם נמצא במשפחה מאמצת והשאר לא, ייתכן שהאימוץ צריך להיות פתוח כלפי האחים לפחות, וזאת כאשר טובת הילדים מחייבת המשך קשר ביניהם. במקביל דרושה עירנות לבעיות הרבות היכולות להיווצר ויש להתייחס בצורה דיפרנציאלית לילדים קטנים אשר אולי לא מכירים זה את זה ולילדים גדולים יותר המכירים כבר האחד את רעהו. יכולה להתעורר בעיה אם מתירים לילדים המשך קשר בינם לבין עצמם אבל מבקשים מהם לא לחשוף פרטים להורים. בדרך כלל, לא רק שאין זה מציאותי לצפות זאת מילדים אלא שאין זה לטובתם להיות מחוייבים לשמור סודות מהוריהם. בעיה נוספת היא הסתירה בין הצרכים של הילדים השונים. כלומר, ייתכן וטובתו של אחד הילדים היא לשמור על קשר עם אחיו כאשר טובת האח היא דווקא לנתק את קשר.

קריטריונים להחלת סידור של אימוץ פתוח

במקרים בהם אימוץ פתוח הוא אופציה מעשית יש מקום לשקול אפשרות של אמוץ פתוח, ולבחון כמה משתנים על מנת להיווכח כי פתרון זה אכן עולה בקנה אחד עם טובת הילד.

ביחס להורים הביולוגיים, יש להתייחס לנקודות כדלהלן:

א. האם הם מודעים למגבלות שלהם ומבינים את הצורך במסירת הילד לאימוץ? צריך להניח כי הורה אשר אינו מודע למגבלותיו ולחוסר המסוגלות שלו לגדל את ילדיו לא יבין למה ילדיו נמסרים למשפחה מאמצת. חוסר יכולת להשלים עם האימוץ עלול בהחלט לגרום למערכת יחסים עכורה בין ההורים הביולוגיים להורים המאמצים ולפגוע בעצם האימוץ. יתרה מכך, אם יתקיים קשר בין ההורים הביולוגיים לילדיהם, עלולים ההורים הביולוגיים להבהיר לילדיהם כי ההורים המאמצים אינם ההורים האמיתיים וכי הם, ההורים הביולוגיים, יפעלו לקח את ילדיהם חזרה. מסרים כאלה עלולים לפגוע בקשר שהילד יוצר עם ההורים המאמצים, לא רק בגלל הקושי להתמודד עם דמויות של שני זוגות הורים אלא בשל המסרים הסותרים שהם מקבלים והלחץ הסמוי המופעל עליהם.

ב. האם יש להורים הביולוגיים עבר מוכח של אכפתיות כלפי הילד והאם התנהגותם עד כה מצביעה על רצון לפעול לטובתו? על פניה השאלה נשמעת מגוחכת, כי לו ההורים ידעו לפעול לטובת הילד לא היו מגיעים להליך אימוץ. אלא שאירעו מקרים בהם הורים ידעו לדאוג לצרכי הילד בצורה המניחה את הדעת במשך פרק זמן מסויים ובשל שינוי בנסיבות החיים אינם מצליחים לעמוד בעול גידול הילד. הורה אשר הפגין בעבר אכפתיות כלפי הילד ואשר בקשתו לאימוץ פתוח נובעת מתוך דאגה לצרכים של הילד ולא מתוך דאגה לצרכים האישיים שלו, יוכל גם בעתיד, לאחר האימוץ, לפעול בצורה העולבקנה אחד עם טובת הילד. דוגמה אחרת: קרוב משפחה סב או דוד, אשר פעל לטובת הילד אבל אינו יכול לאמצו אלא מבקש כי האימוץ יהיה פתוח כלפיו.

ג. האם ניתן לצפות כי ההורים הביולוגיים ימשיכו לשתף פעולה עם גורמי הרווחה? שוב עולה הסתירה בין היכולת לשתף פעולה לעצם הצורך לפתוח בהליכי אימוץ. רוב ההורים אשר ילדיהם נלקחים לאימוץ לא ידעו לשתף פעולה עם הגורמים בקהילה.

ד. האם יש אצל ההורים מרכיבי אישיות או התנהגות (כגון: הפרעות אישיות קשות, עבריינות, שימוש בסמים) אשר יכולים לגרום להם להתנהג בצורה בלתי צפויה ובלתי עקבית בעתיד.

ה. האם בקשתם נובעת מדאגה לטובת הילד או שמא מתוך דאגה לצרכים האישיים שלהם, או בתור "עסקת טיעון".

ביחס לילד, יש לשקול את הנקודות הבאות:

א. האם הילד פיתח מערכת יחסים טובה, מערכת בריאה ומשמעותית עם אותו הורה או בן משפחה אשר ניתוקה יגרום לילד נזק נפשי?

nevo.co.il

ב. האם יש במערכת היחסים הזאת בכדי לפגוע בילד או בכדי לסכל את האימוץ?

ג. האם המשך מערכת היחסים עם המשפחה הביולוגית יעזור לילד להיקלט במשפחה המאמצת או יפגע באפשרותו להקלט במשפחה המאמצת ובהמשך התמודדותו בכלל?

ד. האם הילד מסוגל להבין ולהתמודד עם מצב בו למעשה יש לו שני זוגות הורים?

ביחס להורים המאמצים, יש להתייחס לנקודות כדלהלן:

מהו רצונם?

בחלק מהמאמרים בספרות המקצועית, קיימת התייחסות למידת הנינוחות של המשפחה המאמצת עם סידור של אימוץ פתוח, ונכונותם להסכים מראש לסידור כזה (Van Keppel,[51] 1991). מהמאמרים הללו עולה כי אכן ישנה חשיבות לרצון של הורים המאמצים ויש לקחת בחשבון את רצונותיהם בעיצוב האימוץ. מהספרות עולה כי עוד מראשית התהליך יש לקחת בחשבון את הרצונות של ההורה המאמץ. כאשר מתוכנן אימוץ פתוח, יש לנסות מבעוד מועד להגיע להתאמה בין הרצונות של ההורים הביולוגיים לבין נכונות ההורים המאמצים.

היו מקרים בהם בית המשפט כפה סידור של אימוץ פתוח על הורים בניגוד לרצונם המפורש ובניגוד להסכם וההבנה הראשוני, והדבר נעשה מתוך שיקולים של טובת הילד (In[52] People vs. Sheppard, 1981) אבל יש לחשוש כי במצב כזה ההורים המאמצים עלולים להיפגע במידה אשר תשפיע לרעה על הילד המאומץ. נזכור כי מדובר בהורים אשר, לרוב, מגיעים למעמד של אימוץ בשל נסיבות מצערות ומוכנים להכניס לחיקם ילד אשר אף הוא בא מרקע בעייתי, אם כי מסוג אחר. תפקידם של הורים מאמצים קשה מספיק מבלי שיוטלו עליהם דרישות ותנאים להם אינם מוכנים ואף מתנגדים. אדרבא, כאשר מדובר בהורים המוכנים לאמץ ילד, ובכך להציל נפש בישראל, יש לעשות עבורם את המירב שניתן על מנת להקל עליהם בתהליך קשה זה.

ישנה כאן הקבלה מסויימת למקרה של הורים גרושים הנאבקים על סדרי הראייה ועקרונות הקשורים בגידול הילדים כגון חינוך דתי. בעיקרון יש משקל יתר לרצונות ולדרישות של ההורה המשמורן, כל עוד אין דרישות אלה פוגעות בטובת הילד, על מנת לאפשר לו לנהל את חייו כפי שנראה לו ובכך להקל עליו (גוטליב, 1997[53]). לדוגמא: ההורה המשמורן מבקש להתגורר בחוץ לארץ עם הילדים בניגוד לרצונו של משנהו. אחד השיקולים (אמנם בעל משקל נמוך יחסית) הוא ההשפעה של המעבר לחוץ לארץ על טובת ההורה ובעקיפין על טיב ההורות שלו. גישה זו מוצאת ביטוי, בעמדתם של Goldstien, Freud and Solnit, 1973[54] הגורסים כי אין להתערב בשיקולים של ההורה המשמורן, גם בענייני סדרי ראיה.

אימוץ פתוח הלכה למעשה

כפי שצוין לעיל, אימוץ פתוח הינו אופציה אחת בכל תיק אימוץ אשר אין לשלול על הסף אבל גם אין לדבוק בה בצורה גורפת ורפלקסיבית. הלגיטימיות של אופציה זו מוצאת ביטוי בפסק דין של בית המשפט העליון (ע"א 653/95[55]), לפיו בניגוד לנעשה בעבר כאשר אימוץ פתוח נדון רק בשלב של מתן צו האימוץ ולאחר הכרזת הילד בר אימוץ, ניתן עכשיו לדון בשאלה זו עוד בשלב של דיון בעצם שאלת האימוץ. פסק הדין ניתן בהרכב של חמישה שופטים והנשיא דאז, כבוד השופט מאיר שמגר כתב:

"...בין אם ההורים המיועדים לאימוץ ידועים לרשויות משרד הרווחה ובין אם לאו, חשוב הוא שהרשויות ידעו מראש אם האימוץ יהיה פתוח או סגור, בין אם כדי לתדע בכך את המיועדים לשמש מאמצים, אם כבר ידועים לרשויות ובין אם כדי לחפש הורים מאמצים העונים לדרישה האמורה.

סביר על כן שבקשה לאימוץ פתוח תועלה על ידי ההורים הביולוגיים בשלב הדיון בשאלה אם הקטין הוא בר-אימוץ וכי בית המשפט יתייחס לבקשה זו בדרך המלצה, בשלב הדיון האמור. ההחלטה הסופית תיפול בעת מתן צו האימוץ כאמור בסעיף 16, ורשאי בית המשפט הדן בצו האימוץ לסטות מן ההחלטה שנפלה בשלב הדיון הראשון, שהיא בגדר המלצה בלבד. אולם כל המשתתפים בדיון בשלב השני יהיו מודעים אז להחלטה שנפלה בשלב הראשון ויוכלו להתייחס אליה, עובר למתן ההחלטה לפי סעיף 16. סיכומו של דבר, שאלת האימוץ הפתוח ראוי שתעלה כבר בשלב הדיון הראשון, בעת שמוכרע בשאלה אם הקטין בר-אימוץ ותודע לכל הנוגעים בדבר. אולם, ההחלטה הסופית תינתן לפי סעיף 16 בעת מתן צו האימוץ."

מן הראוי כי אימוץ פתוח יהיה פתרון של "לכתחילה" ולא "בדיעבד". יש לשקול אפשרות של אימוץ פתוח עוד בשלב של הכרזת הילד בר אימוץ מבלי לחכות לשלב מאוחר יותר בתהליך המשפטי. אם אכן זהו הפתרון המתאים לילד הספציפי, יש להתייחס לכך מיד לאחר שההורים נמצאו בלתי

nevo.co.il

מסוגלים וטובת הילד הועלתה בבית המשפט. כאשר אפשרות של אימוץ פתוח מובאת לראשונה רק בשלב של מתן צו האימוץ, הוא מקבל ריח של "טיעונים לעונש" והקטנת הנזק ולא התייחסות עניינית לצרכים של הילד.

ישנם הסבורים כי אימוץ פתוח הוא פתרון טוב - אם במקרה ספציפי ואם במרבית המקרים. לגביהם אין מנוס מהעמדת המלצה שכזו מול המציאות של מאגר המשפחות המבקשות לאמץ ילדים. במציאות הישראלית, אימוץ פתוח נשקל ונדון כאשר מדובר בילדים גדולים ובעייתיים אולם לא מפתיע כי משפחות המוכנות לקלוט ילדים כאלה - אם מתוך שלא נמצאו מתאימות לאמץ תינוק או שאינן רוצות לחכות או בגלל שמניעיהן קשורים לצדקה ומעשים טובים- אינן חפצות בקשר עם ההורים הביולוגים. הסיבה יכולה להיות פחד אישי או חשש כי הדבר יפגע בגידולו של הילד. מובן מאליו כי לא ניתן לכפות על משפחה מאמצת להסכים לתנאים שאינה מוכנה לקבל. ניתן לנסות לשכנעם כי מדובר בטובת הילד, אבל אי אפשר להכריחם.

בית המשפט קבע כי אין לראות בקושי למצוא משפחה המוכנה לאימוץ פתוח סיבה לא להחיל סידור זה על ילד ספציפי. טובת הילד היא זו אשר תיקבע את הסידור ולא כל גורם אחר. עם זאת, אי אפשר להתעלם מהמציאות בשטח ומכך שגם אם נמצאו משפחות המוכנות לאימוץ פתוח, ייתכן ולא יהיה ניתן לעשות זאת בתוך פרק זמן סביר. מבחינת הילד, כאשר מדובר בילדים בעייתיים אשר האפשרויות שלהם להיקלט במסגרת של משפחה נורמטיבית הולכות ופוחתות ככל שהזמן מתקדם, אין ספק כי ידה של המשפחה המוכנה לאמץ אותם צריכה להיות על העליונה ויש לתת משקל רב מאוד לרצונות של המשפחה. כאשר הצורך של הילד באימוץ פתוח הוא גבולי מלכתחילה, ייתכן מאוד כי רצונה, או אי רצונה, של המשפחה לקבל סידור של אימוץ פתוח יהיה הגורם המכריע בקבלת החלטה, כלומר אם המשפחה לא תחפוץ באימוץ פתוח, היא תקבל את הילד באימוץ סגור.

לעיתים אנו מוצאים את עצמנו בפני דילמה קשה כאשר מחד גיסא ייטב לילד אם יוכל לשמור על קשר עם משפחתו הביולוגית ומאידך, לא ניתן למצוא משפחה המוכנה לסידור זה. הדילמה היא בין אימוץ סגור שהוא פחות מאידיאלי ועם סיכוי גבוה יותר לכישלון, לבין החלטה שהילד יגדל במסגרת מוסדית, עם קשר כלשהו עם הוריו אבל ללא דמויות הוריות קבועות, עקביות ויציבות. נוצר, אם כן, מצב של "ברי ושמא" וברור שאם הילד לא ילך למשפחה מאמצת, לא תהיה לו מסגרת הורית, ואם ילך, אין בטחון שהנסיון יצליח. נראה כי בבחירה בין "ברי" ל"שמא" - "שמא" עדיף.

פתיחות באימוץ, אם כן, יכולה להתקיים רק במצבים בהם סידור כזה הוא באופן מובהק לטובת הילד, כלומר שהוא עונה על הצרכים הנפשיים והתפתחותיים שלו ולא של הוריו או של כל גורם אחר. או, לחילופין, במצב שאי אפשר למנוע פתיחות באימוץ. נקלענו, איפוא, למצב מגוחך בו אותם הורים אשר זה עתה נמצאו בלתי מסוגלים לדאוג לצורכי הילד כיאות, הם הם אשר מתפלמסים בבית המשפט בעניין הילד וכביכול מייצגים אותו ואת טובתו. קיים חשש רציני כי אין זו טובתו של הילד אשר עומדת מול עיני ההורים , אלא טובתם האישית. במצבים כאלה ייתכן כי קולו של הילד יוכל להישמע רק באמצעות מומחה מטעם בית המשפט ו/או מינוי אפוטרופוס לילד, כדוגמת הנעשה באנגליה[56] ולא על ידי ההורים אשר אינם מבינים דבר בטובת ילדיהם.

כיוונים לעתיד

קשה לצפות בודאות את היתרונות והחסרונות של אימוץ פתוח עד שתושלמנה עבודות מחקר אובייקטיביות אשר תחקורנה לאורך זמן אוכלוסיות של ילדים מאומצים באימוץ פתוח בהשוואה לילדים באימוץ סגור, לילדים באומנה לטווח ארוך ולילדים הגדלים בבית הוריהם. גם אז ספק אם תתאפשרנה קביעות חד משמעיות אשר ניתן יהיה ליישמן באופן אוטומטי לגבי כל ילד. כמו בדברים אחרים הקשורים לנפש הילד, גם באימוץ פתוח אין תורה אחת ויש להתייחס לכל ילד ספציפי, ולא רק אל הילד התיאורטי. כי כל ילד הוא עולם ומלואו. עם זאת, ככל שנבין יותר את הדינמיקה של אימוץ פתוח לאורך זמן, נוכל לדעת מתי, איך ולאיזה ילדים הוא הכי מתאים. יש להיזהר מהישענות יתרה על הנורמות המתפתחות בחוץ לארץ. אי אפשר להתעלם מהמיוחדות והמורכבות החברתית בארץ ואין למהר לאמץ באופן גורף או אוטומטי פתרונות המקובלים בחוץ לארץ מבלי לבחון אותם היטב לנוכח המציאות הישראלית. קביעת מדיניות גורפת של אימוץ פתוח,בין אם דחייה על הסף ובין אם הנהגה גורפת של פתרון זה, תקל על מקבלי ההחלטות אבל בסופו של דבר תקשה על הילדים.

גם אם לא נקבל את העמדה כי אימוץ פתוח הינו פתרון טוב בכל או לפחות ברוב המקרים, הרי התעמקות בנושא מחייבת אותנו לשקול מחדש את יחסנו לאימוץ פתוח בפרט ולאימוץ בכלל. אין ספק כי מי שמעורב בתהליך האכזרי של קריעת ילד מחיק אמו ניגש לתפקידו בחיל ורעדה ועושה שבע דרישות וחקירות לפני שימליץ או יחליט בעניין ניתוק הקשר הטבעי שבין הורה לילד. איש המקצוע נקרע בין ההזדהות הטבעית שלו עם הכאב של הורה אומלל מחד לבין מחויבותו האישית

והמקצועית לאפשר לילד את זכויותיו לתנאים מינימליים והתפתחות תקינה. המאבק הפנימי הזה בין מידת הרחמים למידת הדין מדרבן למצוא דרך אשר תקל , ולו קמעה, על הורים אשר זכותם ההורית מופקעת, מבלי לפגוע בילדים ובסיכויים שלהם להתחיל את חייהם מחדש. ייתכן כי יש לשקול מתן יותר מידע להורים הביולוגיים על התפתחות ילדיהם ובכך לרכך את סבלם. אולם היות ומדובר במדינה קטנה, יש להיזהר שלא לחשוף מידע שעדיף להשאיר חסוי. ישנה אפשרות לפתיחת תיק אימוץ בגיל צעיר יותר אם יש לכך הצדקה מבחינת צרכי הילד ואישור של איש מקצוע.

שאלה נוקבת אחרת,במיוחד כאשר ילד כבר סודר במשפחה למטרת אימוץ לפי סעיף 12ג' לחוק אימוץ ילדים: האם ההורים המאמצים הפוטנציאליים צריכים להפוך צד לדיון והאם קולם צריך להישמע ומתי. ראוי לשקול אם במצב כזה קיימת דרך בה קולם יישמע בבית במשפט.

סיכום

ממכלול הנתונים עולה כי אין לפסול על הסף את השימוש באימוץ פתוח, כאשר ישנם מקרים בהם אופציה זו היא המענה לצורכי הילד. אין ספק כי אימוץ פתוח הוא סידור רווי בעייתיות וטומן בחובו סכנות רבות, אולם לעתים אולי הוא מהווה את האלטרנטיבה הפחות מזיקה,
"[57]The least detrimental alternative" (Goldstein" Freud and Solnit, 1973)

פה המקום לציין כי מניסיוני, האופציה של אימוץ פתוח עולה לרוב, בתור "הצעת פשרה", כביכול, ובאמצעותה מנסה המשפחה הביולוגית לשמור על קשר עם הילד, ובו בזמן לשמור על כבודה. בחלק ניכר מהמקרים האלה, ההצעה של אימוץ פתוח נובעת יותר מניסיון לתת מענה לצרכים של המשפחה, אשר בהחלט ניתן להבין, ופחות מתוך ניסיון לתת מענה הולם לצרכים של הילד. הצעת פשרה מסוג זה נגזרת משיטות משא ומתן בתחומים אחרים (כגון התחום הכלכלי), אבל אין כל מקום ליישם מודל כזה של משא ומתן כאשר מדובר בחייהם של ילדים.

פתרון של אימוץ פתוח אינו מוצע רק על ידי משפחת הילד, אלא לפעמים גם על ידי אנשי מקצוע המתקשים להתמודד עם החלטות קשות וכואבות. עצם ההחלטה להעביר ילד מהמשפחה אשר ילדה אותו למשפחה זרה אשר תאמץ אותו, היא פשרה בין הרצוי למצוי. אם כי פשרה אשר נועדה להעלות על נס את טובת הילד. אימוץ בכלל, ואימוץ פתוח בפרט, הינו הרע במיעוטו. עם זאת, אין מקום לפשרות, כולל אימוץ פתוח, אשר מטרתו להפחית בקשיים ולהקטין את רגשות האשם של אנשי המקצוע אשר על כתפיהם העול של חריצת גורל הילד. אשר על כן, יש לחדד ולמסד את הקריטריונים לפיהם יתאפשר לבחון כל מקרה לגופו על מנת לדעת בבירור מתי יישום חלופה זו הוא לטובת הילד.

אי אפשר לדעת בבירור אם אימוץ פתוח טוב או רע לילדים. האם טוב יותר שהילד ידע כי אמו זונה ונרקומנית זרוקה ברחובות יפו אשר לא יכלה לגדלו, או שמא עדיף שלא יידע עליה דבר וידמיין לעצמו כי היא הייתה נסיכה בארץ רחוקה ואיבדה אותו בשוק והיא עושה ימים כלילות למצוא אותו ולהחזירו לארמון המלוכה? כל עוד אין לנו תשובה חד משמעית לשאלה זו יש להמשיך ולבחון בתבונה וברגישות כל מקרה לגופו.

מקורות:

1. Ames, L., A. (1992) Open Adoptions: Truth and Consequences. Law and Psychology Review, 16(113), 137-152

2. Demick, J. , Wapner, S. (1988) Open and Closed Adoption: a Developmental Conceptualization. Family Process, 27, 229-249

3. Triseliotis, J. (1993) Open Adoption - the Evidence Examined. In M. Adcock, J. Kaniuk and R. White (Eds.) Exploring Openness in Adoption. London: Significant Publications

4. Gross, H., E. (1993) Open Adoption: A research - Based Literature Review and New Data. Child Welfare 72(3), 269-284

5. Nathan, J. E. (1984) Visitation after Adoption:In the Best Interests of the Child. New York University Law Review, 59 (633), 633-675

6. Cook, L. W. (1991 - 92) Open Adoption: Can Visitations with Natural Family Members be in the Child's Best Interest. Journal of Family Law ,30 ,471 - 492.

7. Corcoran, A. (1988) Open Adoption: 12(3), 39 - 41. The Child's Right. Adoption and Fostering.

8. Caplan, G. & Moshkovitz, R. (1995) Closed and Open Adoption: Recent Trends in Great Britain. Unpublished Manuscript. Caplan, G. & Moshkovitz, R. (1995) A Revolution in Adoption. Unpublished Manuscript.

9. Berry, M. (1991) The Effects of Open Adoption on Biological and Adoptive Parents and the Children: The Arguments and the Evidence. Child Welfare , 70 ,637-651.

10. Hochman, G. & Huston, A. Open Adoption.The National Adoption Clearinghouse, Rockville" Maryland.

11. בן דרור, א. (1994). אימוץ ופונדקאות. תל אביב: קוק

12. שיפמן, פ (1989) דיני משפחה בישראל. (כרך ב') ירושלים: האונברסיטה העברית

13. Roe vs. Wade,410 U.S. 113 (1973)

14. Lifton, B.J. (1994) Journey of the Adopted Self: A Quest for Wholeness. New York: Basic Books

15. Ryburn, M. (1996) A Study of Post-Adoption Contact in Compulsory Adoptions. British Journal of Social Work ,26(5), 627-646.

16. Berry, M. (1993) Adoptive Parents' Perception of and Comfort with Open Adoption. Child Welfare , 72(3) ,231-253

17. Fratter, J. (1989) How Adoptive Parents Feel About Contact with Birth Parents After Adoption. Adoption and Fostering ,13 (4), 18 - 26.

18. Etter, J. (1993) Levels of Cooperation and Satisfaction in 56 Open Adoptions. Child Welfare League of America,(3), 257 - 267.

19. Stone, S.(1994) Contact Between Adopters and Birth Parents. Adoption and Fostering, 18(2), 36 - 38

20. ראה 14 לעיל

21. Rompf, E. L.(1993) Open Adoption: What Does the "Average Person" Think? Child Welfar, 72 (3), 219-230

22. Grotevent, H.D. et al., (1994) Adoptive Family System Dynamics: Variations by Level of Openness in the Adoption Family Process, 33(2), 125-146.

23. Lee, J.S. & Twaite, J.A. (1984) Open Adoption and Adoptive Mothers: Attitudes Toward Birthmothers, Adopted Children and Parenting. American Journal of Orthopsychiatry, 67(4)576-584.

24. McWhinnie, A. (1994) The Concept of "Open Adoption" - How Valid is it? In A.Whinnie & J. Smith (Eds.) Current Human Dilemmas in Adoption. Dundee: University of Dundee.

25. מימון, נ. (1994). דיני אימוץ ילדים. תל אביב: לשכת עורכי הדין

26. ע"א 20/85 פ"ד מ 337 (2)

27. ע"א 2393/92 פ"ד מ"ז (1) 221

28. ע"א 4189/91 פ"ד מ"ו (4) 464

29. ע"א 4294/91 פ"ד מ"ו (4) 464

30. ע"א 711/88 (לא פורסם)

31. ע"א 594/84 פ"ד לט (2) 570

32. ע"א 546/74 פ"ד ל (2) 379

33. ע"א 345/76 פ"ד לא (1) 673

34. ע"א 320/84 פ"ד לח (4) 242

35. ע"א 711/88 (לא פורסם)

36. ע"א 658/88 פ"ד מג (4)

37. ראה 25 לעיל

38. רע"א 282/86 (לא פורסם)

39. ע"א 653/95 (לא פורסם)

40. ת.א. 180/95 (לא פורסם)

41. ע"א 568/80 פ"ד לה (3) 701

42. חוק אימוץ ילדים, התשמ"א - 1981

43. In re Adoption of Anthony, 113 Misc. 2d 26, 448 N.Y.S. 2d 377 (Fam. Ct .1982)

44. In People ex rel Sibley vs. Sheppard, 54 N.Y.2d 320,429 N.E. 2d 1049, 455 N.Y.S. 2d 420 (1981)

45. ראה 2 לעיל

46. ראה 2 לעיל

47. Healy, J.M.et al. (1990). Children and Their Fathers After Parental Separation. American Journal of Orthopsychiatry ,60, 531-543.

48. Johnston, J.R.et al. (1989) Ongoing Post Divorce Conflict: Effects on Children of Joint Custody and Frequent Access. American Journal of Orthopsychiatry ,59 ,576 92.

49. Goldstein, J., Freud, A. & Solnit, A.J. (1973). Beyond the Best Interests of the child. New York: Free Press.

50. ליאון, א. (1976). אחת הדילמות באימוץ ילדים: האימוץ הבין-משפחתי. סעד, חוברת מספר 5, ספטמבר.

51. Van Keppel, M. (1991) Openness in Adoption - Birth Parents and Negotiated Adoption Agreements. Adoption and Fostering,15 (4), 81 - 90

52. ראה 39 לעיל

53. גוטליב, ד. (1997) התייחסדות הפסיכולוג לנושאים דתיים בקביעת משמורת וסדרי ראיה. רפואה ומשפט, 16.

54. ראה 44 לעיל

55. ראה 34 לעיל

56. Children's Act (1989) (U.K)

57. ראה 44 לעיל

nevo.co.il

חוק אימוץ ילדים, תשמ"א-1981[83]

צו אימוץ

1. (א) אימוץ יהיה על ידי צו של בית־משפט, שיינתן לפי בקשת מאמץ.

(ב) צו אימוץ וכל החלטה אחרת לפי חוק זה יינתנו אם נוכח בית־המשפט שהם לטובת המאומץ.

כשירות המאומץ

2. אין אימוץ אלא באדם שלא מלאו לו 18 שנים.

כשירות המאמץ

3. אין אימוץ אלא על ידי איש ואשתו יחד; ואולם רשאי בית משפט ליתן צו אימוץ למאמץ יחיד —

(1) אם בן זוגו הוא הורה המאומץ או אימץ אותו לפני כן;

(2) אם הורי המאומץ נפטרו והמאמץ הוא מקרובי המאומץ ובלתי נשוי.

הבדל גיל

4. אין מאמץ אלא מי שגדול מן המאומץ לפחות ב־18 שנים; ואולם למאמץ שבן־זוגו הוא הורה המאומץ או אימץ אותו לפני כן, רשאי בית משפט ליתן צו־אימוץ אף כשאין הבדל זה בגילים.

דת

5. אין מאמץ אלא בן דתו של המאומץ.

תקופת מבחן

6. לא יתן בית משפט צו־אימוץ אלא אם היה המאומץ סמוך על שולחן המאמץ לפחות ששה חדשים לפני מתן הצו; תקופה זו תימנה מן היום שבו ניתנה הודעה לפקיד סעד שהוסמך לענין חוק זה כאמור בסעיף 36 (להלן — פקיד סעד), שהמאמץ קיבל את המאומץ לביתו בכוונה לאמצו.

---

(83) פורסם ס"ח תשמ"א מס' 1028 מיום 28.5.1981 עמ' 293 (ה"ח תשמ"א מס' 1533 עמ' 336).
תוקן ס"ח תשנ"ה מס' 1537 מיום 7.8.1995 עמ' 399 — סעיף 22 לחוק בית המשפט לעניני משפחה, תשנ"ה-1995, ראה להלן בעמ' 6659; כ"כ ראה שם הוראות מעבר בסעיף 27.
ס"ח תשנ"ו מס' 1593 מיום 12.5.1996 עמ' 354 (ה"ח תשנ"ד מס' 2271 עמ' 451 וה"ח תשנ"ו מס' 2449 עמ' 239) — חוק (מס' 2) תשנ"ו-1996; ראה להלן בעמ' 5160.
ס"ח תשנ"ו מס' 1599 מיום 21.8.1996 עמ' 378 (ה"ח תשנ"ו מס' 2553 עמ' 853) — חוק (מס' 2) (תיקון) תשנ"ו-1996; ראה להלן בעמ' 5161.
ס"ח תשנ"ח מס' 1641 מיום 9.12.1997 עמ' 20 (ה"ח תשנ"ז מס' 2642 עמ' 489) — חוק (מס' 3) תשנ"ח-1997.
ס"ח תשנ"ח מס' 1641 מיום 9.12.1997 עמ' 20 (ה"ח תשנ"ח מס' 2656 עמ' 91) — חוק (מס' 2) (תיקון מס' 3), תשנ"ח-1997; ראה להלן בעמ' 5161.

הוצאת גדעון (דפי החלפה מס' 227)

הסכמת המאומץ

7. מלאו למאומץ תשע שנים, או שטרם מלאו לו תשע שנים אך הוא מסוגל להבין בדבר, לא יתן בית משפט צו־אימוץ אלא אם נוכח שהמאומץ רוצה שאותו מאמץ יאמצו; אולם רשאי בית המשפט, לאחר ששמע את המאמץ ופקיד סעד, לתת צו אימוץ בלי לגלות את דבר האימוץ למאומץ אם שוכנע שנתקיימו שלוש אלה:

(1) המאומץ אינו יודע כי המאמץ אינו הורהו;

(2) כל הסימנים מעידים שהמאומץ רוצה בהמשך הקשר עם המאמץ;

(3) טובת המאומץ דורשת שלא לגלות לו את דבר האימוץ.

הסכמת ההורים

8. (א) לא יתן בית משפט צו־אימוץ אלא אם נוכח שהורי המאומץ הסכימו שהילד יאומץ או שהוא הוכרז כבר־אימוץ לפי סעיף 13.

(ב) אין צורך שההורים ידעו מי המאמץ.

(ג) הסכמת הורה שהוא קטין אינה טעונה הסכמת נציגו.

דרכי הסכמת ההורים

9. הביע הורה של המאומץ את הסכמתו לאימוץ באחת הדרכים ובנוסח שנקבעו לכך בתקנות, רשאי בית משפט לקבל זאת כהוכחה להסכמתו.

סייגים להסכמת ההורים

10. לפי בקשת הורה רשאי בית משפט לפסול הסכמתו שניתנה לפני לידת המאומץ או שהושגה באמצעים פסולים, ורשאי הוא, מטעמים מיוחדים שיירשמו, להרשות להורה לחזור בו מהסכמתו כל עוד לא ניתן צו האימוץ.

הורי הורים

11. בבוא בית המשפט ליתן צו אימוץ לגבי מאומץ שהוריו נפטרו, יתחשב בדעתם של הורי הוריו של המאומץ.

מסירת ילד למטרת אימוץ

12. (א) לא יימסר ילד למי שהסכים לקבלו לביתו בכוונה לאמצו, אלא באמצעות פקיד סעד; הוראה זו לא תחול על מסירה למאמץ שהוא בן זוגו של הורה המאומץ.

(ב) פקיד סעד לא ימסור ילד כאמור בסעיף קטן (א) אלא אם הסכימו הוריו לאימוצו או שבית משפט הכריז שהילד בר־אימוץ.

(ג) ראה פקיד סעד שהמקרה אינו סובל דיחוי והנסיבות מחייבות זאת, רשאי הוא, אף ללא הסכמת ההורים או הכרזה שהילד בר־אימוץ, לקבוע את מקום הימצאו או למסרו למי שהסכים לקבלו בביתו בכוונה לאמצו; פעולה לפי סעיף זה טעונה אישור בית המשפט תוך 14 ימים מיום עשייתה; אישור כאמור יכול שיינתן על פי צד אחד בלבד.

הכרזת ילד כבר־אימוץ

13. באין הסכמת הורה, רשאי בית משפט, לפי בקשת היועץ המשפטי לממשלה או נציגו, להכריז על ילד כבר־אימוץ, אם נוכח כי נתקיים אחד מאלה:

(1) אין אפשרות סבירה לזהות את ההורה, למצאו או לברר דעתו;

(2) ההורה הוא אבי הילד אך לא היה נשוי לאמו ולא הכיר בילד כילדו, או אם הכיר בו — הילד אינו גר עמו והוא סירב ללא סיבה סבירה לקבלו לבית מגוריו;

(3) ההורה מת או הוכרז פסול דין או שאפוטרופסותו על הילד נשללה ממנו;

(4) ההורה הפקיר את הילד או נמנע, ללא סיבה סבירה, מלקיים במשך ששה חדשים רצופים קשר אישי אתו;

(5) ההורה נמנע, ללא סיבה סבירה, מלקיים במשך ששה חדשים רצופים את חובותיו כלפי הילד, כולם או עיקרם;

(6) הילד היה מוחזק מחוץ לבית הורהו במשך ששה חדשים שתחילתם בטרם מלאו לו שש שנים וההורה סירב, ללא הצדקה, לקבלו לביתו;

(7) ההורה אינו מסוגל לדאוג לילדו כראוי בשל התנהגותו או מצבו, ואין סיכוי שהתנהגותו או מצבו ישתנו בעתיד הנראה לעין על אף עזרה כלכלית וטיפולית סבירה כמקובל ברשויות הסעד לשיקומו;

(8) הסירוב לתת את ההסכמה בא ממניע בלתי מוסרי או למטרה בלתי חוקית.

שמיעת האפוטרופוס

14. היה למאומץ או להורהו אפוטרופוס, לא יכריז בית משפט על ילד כבר־אימוץ אלא לאחר שנתן לאפוטרופוס הזדמנות נאותה להשמיע טענותיו ולהביא ראיותיו.

פקיד סעד כאפוטרופוס

15. (א) הורה שנתן הסכמתו לאימוץ ילדו או שבית משפט הכריז על הילד כבר־אימוץ, ולא נתמנה לילד אפוטרופוס — זכויותיו, חובותיו וסמכויותיו של ההורה כלפי הילד יהיו נתונות, עד להחלטה אחרת של בית המשפט, לפקיד סעד אשר פקיד סעד ראשי קבע לכך, כאילו נתמנה פקיד הסעד לאפוטרופוס לילד במקום אותו הורה.

(ב) הוראות סעיף קטן (א) יחולו גם כלפי ילד שפקיד סעד פעל לגביו כאמור בסעיף 12(ג).

nevo.co.il

תוצאות האימוץ

16. האימוץ יוצר בין המאמץ לבין המאומץ אותן החובות והזכויות הקיימות בין הורים ובין ילדיהם, ומקנה למאמץ ביחס למאומץ אותן הסמכויות הנתונות להורים ביחס לילדיהם; הוא מפסיק את החובות והזכויות שבין המאומץ לבין הוריו ושאר קרוביו והסמכויות הנתונות להם ביחס אליו; ואולם —

(1) רשאי בית משפט לצמצם בצו האימוץ את התוצאות האמורות;

(2) האימוץ אינו פוגע בדיני איסור והיתר לעניני נישואין וגירושין;

(3) הוראות סעיף זה אינן באות לגרוע מהוראות סעיף 16 לחוק הירושה, תשכ"ה-1965.

תחילת תקפו של האימוץ

17. תוצאות האימוץ חלות מיום מתן צו האימוץ, אם לא קבע בית המשפט בצו האימוץ שתוצאותיו, כולן או מקצתן, יחולו מיום אחר.

צו ביניים

18. (א) הוגשה בקשת אימוץ ונוכח בית המשפט שנתמלאו התנאים האמורים בסעיפים 2 עד 5, 7 עד 11, 13 ו־14, רשאי הוא, בצו ביניים, להעמיד את המאומץ ברשות המאמץ עד להחלטה בבקשת האימוץ, אך לא יותר מלשנתיים; החליט בית המשפט לעשות כן, יקבע בצו הביניים את החובות והזכויות שבין המאמץ לבין המאומץ ואת סמכויות המאמץ ביחס למאומץ לתקופה זו.

(ב) צו לפי סעיף זה ניתן לשינוי ולביטול בידי בית המשפט בכל עת, בתנאים ובתוצאות שיקבע בית המשפט.

ביטול צו אימוץ

19. רשאי בית משפט לבטל צו אימוץ על סמך נסיבות שלא היו ידועות או לא היו קיימות בשעת מתן הצו, אם נוכח שמן הראוי לעשות כן ושטובת המאומץ מחייבת זאת; הוראות סעיף זה אינן באות לגרוע מסמכות בית המשפט לבטל צוויו לפי כל דין אחר.

תוצאות הביטול

20. מן היום שנקבע לכך בצו הביטול מנתק ביטולו של צו אימוץ את החובות והזכויות שבין המאמץ לבין המאומץ ואת סמכויות המאמץ ביחס למאומץ ומחזיר את החובות והזכויות שבין המאומץ לבין הוריו ושאר קרוביו ואת סמכויותיהם ביחס אליו; ואולם רשאי בית המשפט, בצו הביטול, להורות הוראה אחרת, אם דרך כלל ואם לענין זכות, חובה או סמכות פלונית, ולצוות מה ייעשה במאומץ לאחר ביטול האימוץ.

סודיות הדיון

21. (א) דיון לפי חוק זה יהיה בדלתיים סגורות זולת אם ראה בית המשפט לקיימו בפומבי; אולם רשאי בית המשפט להרשות לאדם או לסוגי בני אדם להיות נוכחים בשעת הדיון, כולו או מקצתו.

(ב) מקום שבית המשפט מבקש לשמוע את המאומץ, רשאי הוא שלא להרשות נוכחותו של בעל דין בעת השמיעה.

תסקיר פקיד סעד

22. לא יתן בית משפט צו לפי חוק זה אלא לאחר שקיבל תסקיר בכתב מאת פקיד סעד, והוראות סעיפים 3 עד 6 לחוק הסעד (סדרי דין בעניני קטינים, חולי נפש ונעדרים), תשט"ו-1955, יחולו בשינויים המחוייבים לפי הענין.

אפוטרופוס לצורך הדיון

23. רשאי בית משפט, בכל עת ואף אם לא נתבקש לכך, למנות למאומץ אפוטרופוס לצורך הדיון לפי חוק זה.

שמיעת האפוטרופוס הכללי ומינוי עורך־דין

24. (א) מקום שההורה פסול דין או נעדר, רשאי בית המשפט להזמין את האפוטרופוס הכללי לדיון לפי חוק זה.

(ב) בדיון לפי סעיף 13 ובערעור עליו, רשאי בית המשפט למנות עורך־דין להורה שאינו מיוצג על ידי עורך־דין; נתמנה עורך־דין כאמור, יחולו על המדינה שכר הטרחה וההוצאות שלו ושל העדים.

סמכות לסטות מסייגים

25. נוכח בית המשפט שהדבר יהיה לטובת המאומץ, רשאי הוא, בנסיבות מיוחדות ומטעמים שיציין בהחלטתו, לסטות מסייגים אלה:

(1) גיל המאומץ לפי סעיף 2;

(2) פטירת הורי המאומץ וקרבת המאמץ לפי סעיף 3(2);

(3) הבדל גיל לפי סעיף 4;

(4) אורך תקופת המבחן לפי סעיף 6.

בית המשפט המוסמך חוק בית המשפט לעניני משפחה תשנ"ה-1995

26. (א) בית המשפט המוסמך לענין חוק זה הוא בית משפט לעניני משפחה.

(ב) לבית משפט הדן לפי חוק זה יהיו נתונות גם הסמכויות של בית משפט לנוער לפי חוק הנוער (טיפול והשגחה), תש"ך-1960.

בית דין מוסמך

27. (א) על אף האמור בסעיף 26 מוסמך לענין חוק זה גם בית דין דתי, והוא כשנתקיימו שתי אלה:

nevo.co.il

(1) ההורים או המאמצים, לפי הענין, הסכימו בכתב לסמכות שיפוטו של אותו בית דין; על הסכמת ההורים לענין סעיף זה יחולו הוראות סעיף 9 בשינויים המחוייבים לפי הענין;

(2) המאומץ הסכים בכתב לסמכות שיפוטו של אותו בית דין, ואם לא היה המאומץ מסוגל להבין בדבר, או היה למטה מגיל 9 — הסכים לכך היועץ המשפטי לממשלה.

(ב) בית דין דתי הדן לפי סעיף זה, יחולו עליו הוראות סעיפים 1 עד 25, 28 ו־39, וכל מקום בהם שמדובר בו בבית משפט יראו כאילו מדובר בו בבית דין דתי.

שיפוט מבחינה בין־לאומית

28. בית משפט ישראלי מוסמך לענין חוק זה כשהמאמץ הוא תושב ישראל.

אימוץ בין־ארצי חוק (מס' 2)* תשנ"ו-1996

28א. אימוץ של ילד ממדינת חוץ (להלן — אימוץ בין־ארצי) ייעשה על פי הוראות חוק זה.

רשות מרכזית חוק (מס' 2)* תשנ"ו-1996

28ב. שר העבודה והרווחה ימנה פקיד סעד ראשי, כאמור בסעיף 36(ב), שיהיה הרשות המרכזית לאימוץ בין־ארצי על פי חוק זה ולענין אמנת האג בדבר ההגנה על ילדים ושיתוף הפעולה לגבי אימוץ בין־ארצי, 1993 (להלן — הרשות המרכזית).

עמותה מוכרת חוק (מס' 2)* תשנ"ו-1996

28ג. אימוץ בין־ארצי יבוצע באמצעות עמותה, כמשמעותה בחוק העמותות, תש"ם-1980, שמטרתה הבלעדית היא פעילות בתחום האימוץ הבין־ארצי, ואשר שר העבודה והרווחה ושר המשפטים (להלן — השרים) הכירו בה לפי חוק זה (להלן — עמותה מוכרת).

הוכחת נאמנות חוק (מס' 2)* תשנ"ו-1996

28ד. בפעילותה לפי חוק זה תנהג עמותה מוכרת בתום לב, במסירות ולפי הוראות כל דין, תוך הבטחת טובת הילד וכיבוד זכויותיו היסודיות, לרבות אלה המוכרות במשפט הבינלאומי; העמותה המוכרת תשא בתובת נאמנות גם כלפי מי שפנה אליה בבקשה לאמץ ילד או כלפי מי שכבר אימץ ילד באמצעותה, כל עוד לא יפגע הדבר בחובת הנאמנות כלפי הילד.

סמכויות הרשות המרכזית חוק (מס' 2)* תשנ"ו-1996

28ה. (א) הרשות המרכזית רשאית לפעול באימוץ בין־ארצי על פי הוראות חוק זה, כאשר לא ניתן לפעול באימוץ בין־ארצי באמצעות עמותה מוכרת.

* ראה להלן בעמ' 5160 את סעיף 11 לחוק (מס' 2) תשנ"ו-1996, בענין תחילה.

(ב) על אף הוראות כל חוק, רשאית הרשות המרכזית למסור מידע בישראל או מחוץ לישראל, ככל שהדבר נחוץ לאימוץ בין־ארצי.

ועדה מייעצת חוק (מס' 2)* תשנ"ו-1996

28ו. (א) שר העבודה והרווחה, בהסכמת שר המשפטים, ימנה ועדה, אשר תייעץ לו בענין האימוץ הבין־ארצי, ובכלל זה הכרה בעמותה, ביטול או התליה של הכרה בעמותה, קביעת הנחיות מקצועיות וכללים לדרכי עבודתה של עמותה מוכרת ופיקוח עליה (להלן — ועדה מייעצת).

(ב) מספר חברי הועדה המייעצת לא יעלה על שבעה, ורוב חבריה יהיו מי שאינם עוסקים באימוץ בין־ארצי; הרשות המרכזית תהיה חברה כועדה המייעצת.

בקשה לאימוץ בין־ארצי חוק (מס' 2)* תשנ"ו-1996

28ז. (א) בקשה לאמץ ילד ממדינת חרץ חוגש לעמותה מוכרת בידי תושב ישראל (להלן — המבקש); לענין אימוץ בין־ארצי, "תושב ישראל" — תושב קבע המתגורר בישראל לפחות שלוש שנים מתוך חמש השנים שקדמו להגשת הבקשה.

(ב) לבקשה יצורף טופס ויתור על סודיות רפואית והסכמה לקבלת מידע מהמרשם הפלילי.

בדיקת כשירות מבקש חוק (מס' 2)* תשנ"ו-1996

28ח. (א) העמותה המוכרת תבדוק את כל אלה:

(1) כשירותו והתאמתו של המבקש להיות הורה מאמץ;

(2) רקעו המשפחתי של המבקש ומצבו הרפואי בעבר ובהווה;

(3) סביבתו החברתית של המבקש;

(4) מידע שקיבלה מהמרשם הפלילי;

(5) הסיבות לבקשה לאמץ ילד באימוץ בין־ארצי;

(6) יכולתו של המבקש להתחייב לאמץ ילד באימוץ בין־ארצי;

(7) פרטים אודות הילד שברצונו של המבקש לאמץ;

(8) עניינים אחרים שיקבע שר העבודה והרווחה, לרבות הערכה נפשית של המבקש ומשפחתו.

(ב) העמותה המוכרת תברר אצל הרשות המרכזית אם המבקש נמצא בלתי כשיר לאימוץ בין־ארצי.

* ראה הערה בעמ' 5148.

1998 רפואה ומשפט כרך יג, גם ג

nevo.co.il

הודעה על אי כשירות
חוק (מס' 2)*
תשנ"ו-1996

28ט. מצאה עמותה מוכרת כי מבקש שהגיש בקשה לאימוץ בין־ארצי אינו כשיר לאמץ כאמור, תודיע על כך למבקש ותעביר לרשות המרכזית, במועד המוקדם האפשרי, את חוות דעתה בדבר אי כשירותו של המבקש לאמץ.

מבקש שאינו מתאים לאימוץ בין־ארצי
חוק (מס' 2)*
תשנ"ו-1996

28י. (א) עמותה מוכרת לא תטפל בבקשה של מבקש, אם קבעה עמותה מוכרת אחרת או ועדת הערר האמורה בסעיף 36א, כי המבקש אינו כשיר לאמץ ילד באימוץ בין־ארצי, אלא אם כן חלפו שנתיים מיום קביעת העמותה המוכרת או ועדת הערר, לפי המאוחר.

(ב) מצאה הרשות המרכזית במסגרת תפקידה לפי חוק זה, כי מבקש אינו כשיר לאמץ ילד באימוץ בין־ארצי, תודיע על כך לעמותה המוכרת.

(ג) עמותה מוכרת שקיבלה הודעה כאמור בסעיף קטן (ב) תפסיק את טיפולה במבקש ולא תאשר לו לאמץ ילד באימוץ בין־ארצי, עד להחלטת ועדת הערר כאמור בסעיף 36א.

פניה לרשות מוסמכת במדינת החוץ
חוק (מס' 2)*
תשנ"ו-1996

28יא. אישרה עמותה מוכרת, לאחר שערכה בדיקה ובירור כאמור בסעיף 28ח, כי המבקש נמצא כשיר ומתאים לאמץ ילד באימוץ בין־ארצי, רשאית היא לפנות לרשות המוסמכת של מדינת החוץ, שבה היא רשאית לפעול, בבקשה למסור למבקש ילד למטרת אימוץ בין־ארצי; לבקשה תצורף חוות דעת ערוכה בידי עובד סוציאלי ובה הענינים המפורטים בסעיף 28ח(א); לענין זה, "רשות מוסמכת של מדינת חוץ" — רשות שהוסמכה על ידי מדינת חוץ לעסוק באימוץ בין־ארצי, לרבות הרשות המרכזית שהמדינה ייעדה לטיפול כאמור.

אישורים הנדרשים מהרשות המוסמכת של מדינת החוץ
חוק (מס' 2)*
תשנ"ו-1996

28יב. (א) הודיעה הרשות המוסמכת של מדינת החוץ כי נמצא ילד המתאים לאימוץ על ידי המבקש, תוורא העמותה המוכרת כי —

(1) הרשות המוסמכת של מדינת החוץ קבעה, לאחר שבדקה אפשרויות השמה של הילד במדינת החוץ, שמסירת הילד לאימוץ בידי המבקש היא לטובתו של הילד;

(2) הרשות המוסמכת של מדינת החוץ אישרה כי —

(א) ניתנו ההסכמות הדרושות למסירה לאימוץ של הילד בידי הורי הילד או בידי מי שמוסמך להסכים לכך על פי דיני מדינת החוץ, והן ניתנו בכתב, מרצון חופשי, מדעת וללא תמורה, ועל פי דיני מדינת החוץ; או

* ראה הערה בעמ' 5148.

(ב) אם הורי הילד, או אחד מהם, לא נתנו את הסכמתם לאימוץ, דיני מדינת החוץ מאפשרים את אימוץ הילד אף ללא הסכמתם של הורי הילד או אחד מהם, ונתקיימו ההליכים הדרושים לכך לפי דיני אותה מדינה;

(3) ניתנו כל האישורים הנוספים הנדרשים לפי דיני מדינת החוץ;

(4) הסכמת אימו של הילד לתת אותו לאימוץ בין־ארצי ניתנה לאחר לידתו;

(5) ההסכמות והאישורים האמורים תקפים בעת מתן האישור;

(6) הוסברו להורי הילד תוצאות האימוץ, ובפרט מידת הניתוק של הקשר המשפטי בין הילד לבין הוריו ומשפחתו;

(7) במקום שבו נדרשת הסכמתו של הילד — הרשות המוסמכת של מדינת החוץ אישרה כי הילד נתן את הסכמתו לאימוץ מרצונו החופשי, מדעת, ללא תמורה ולאחר שהוסברו לו תוצאות האימוץ, והכל בהתחשב בגילו וברמת הבנתו.

(ב) לאישורה של הרשות המוסמכת של מדינת החוץ יצורפו כל המסמכים המצוינים בסעיף קטן (א), והכל בהתאם לדיני אותה מדינה.

פניה לקבלת חוות־דעת
חוק (מס' 2)*
תשנ"ו-1996

28יג. העמותה המוכרת תבקש מהרשות המוסמכת של מדינת החוץ חוות דעת על הילד, זהותו ומידת התאמתו לאימוץ, על משפחתו, רקעו, סביבתו החברתית, דתו, מצבו הרפואי בעבר ובהווה, וכל פרט מהותי אחר.

הסכמת העמותה המוכרת לאימוץ
חוק (מס' 2)*
תשנ"ו-1996

28יד. קיבלה העמותה המוכרת את המסמכים ואת חוות הדעת הנדרשים על פי סעיפים 28יב ו־28יג, תקבע על־פי חוות דעת של עובד סוציאלי אם אימוצו של הילד על ידי המבקש הוא לטובת הילד.

בקשה לאישור כניסת ילד לישראל
חוק (מס' 2)*
תשנ"ו-1996

28טו. (א) הסכים המבקש לקבל את הילד למטרת אימוץ בין־ארצי, תגיש העמותה המוכרת לשר הפנים בקשה לאשר את כניסת הילד לישראל לישיבת קבע.

(ב) בקשה כאמור תוגש בכתב בצירוף מסמכים בדרך שיורה שר הפנים.

* ראה הערה בעמ' 5148.

nevo.co.il

מסירת הילד למבקש
חוק (מס' 2)* תשנ"ו-1996

28טז. (א) אישר שר הפנים את כניסת הילד לישראל לישיבת קבע, בתנאים שקבע, תאשר העמותה המוכרת לרשות המוסמכת של מדינת החוץ כי היא מסכימה למסירת הילד למבקש.

(ב) הילד יימסר למבקש במדינת החוץ; במקרים חריגים שכהם נבצר מהמבקש לקבל את הילד במדינת החוץ ובאישור הרשות המרכזית יימסר הילד למבקש בישראל.

סייגים לטיפול במבקש
חוק (מס' 2)* תשנ"ו-1996

28יז. קיבל מבקש ילד למטרת אימוץ בין־ארצי, לא תאשר עמותה מוכרת מסירת ילד נוסף למבקש, למעט בן־משפחה של אותו ילד, אם טרם חלפו שמונה עשר חודשים מיום שהמבקש קיבל את הילד לביתו.

מעקב אחר קליטת ילד חוץ
חוק (מס' 2)* תשנ"ו-1996

28יח. עמותה מוכרת תבצע, אם נתבקשה לכך על־ידי מדינת החוץ, מעקב אחר קליטת ילד בבית המבקש, ותעביר למדינת החוץ, לפי בקשתה, דיווח על המעקב; העבירה עמותה מוכרת דיווח כאמור למדינת החוץ, תעביר עותק ממנו לרשות המרכזית.

אפוטרופסות
חוק (מס' 2)* תשנ"ו-1996

28יט. (א) עמותה מוכרת שהסכימה למסירת ילד למבקש תהיה אפוטרופוס על הילד ויהיו לה, עד למתן צו אימוץ או עד להחלטה אחרת של בית המשפט, זכויות, חובות וסמכויות כשל הורה.

(ב) עמותה מוכרת תקבע אדם נושא תפקיד בעמותה אשר ימלא בפועל את תפקיד האפוטרופוס כאמור.

צו לאימוץ בין־ארצי על־ידי בית משפט
חוק (מס' 2)* תשנ"ו-1996

28כ. (א) בית משפט רשאי לתת צו לאימוץ של ילד ממדינת חוץ על ידי המבקש לאחר שנוכח כי נתקיימו כל התנאים לענין אימוץ בין־ארצי לפי תוק זה.

(ב) לא יתן בית המשפט צו אימוץ כאמור בסעיף קטן (א) אלא לאחר שקיבל תוות דעת בכתב מהעמותה המוכרת או תסקיר של פקיד סעד כאמור בסעיף 22.

חוק (מס' 3)
תשנ"ח-1997

(ג) בית המשפט רשאי לתת צו אימוץ לפי סעיף זה אף אם המאמץ אינו בן דתו של המאומץ, ובלבד שנוכח כי הדבר אינו פוגע בטובת הילד.

אמצעים להגנה על שלום הילד
חוק (מס' 2)* תשנ"ו-1996

28כא. (א) ראתה הרשות המרכזית כי המשך סמיכותו של הילד על שולחן המבקש למטרת מתן צו אימוץ אינו לטובת הילד, רשאית היא לקבוע, לאחר התייעצות עם העמותה המוכרת, כי הילד יוצא מהחזקת המבקש ויועבר למקום שייקבע על ידיה; כן רשאית היא לנקוט כל אמצעי זמני אחר הדרוש להגנה על שלום הילד.

* ראה הערה בעמ' 5148.

(ב) פעלה הרשות המרכזית כאמור בסעיף קטן (א), רשאי פקיד סעד, לאחר התייעצות עם הרשות המוסמכת של מדינת החוץ, למסור את הילד לאדם אחר בישראל שהסכים לקבלו בכוונה לאמצו.

(ג) לא נתאפשרה מסירתו של הילד לאדם אחר כאמור בסעיף קטן (ב), רשאית הרשות המרכזית, בתיאום עם הרשות המוסמכת של מדינת החוץ, לגרום להחזרתו של הילד לידי הרשות המוסמכת.

(ד) מלאו לילד תשע שנים, או שטרם מלאו לו תשע שנים אך הוא מסוגל להבין בדבר, יתחשבו בית המשפט והרשות המרכזית בדעתו של הילד לפני מתן ההחלטה לפי סעיף זה.

(ה) עמותה מוכרת שהסכימה למסירתו של ילד למבקש למטרת אימוץ בין־ארצי, וננקטה לגבי הילד פעולה כאמור בסעיפים קטנים (א) עד (ג), תישא בכל ההוצאות הכרוכות בהחזרת הילד למדינת החוץ ובכל ההוצאות האחרות הדרושות לטיפול בילד, הכל לפי כללים שקבע שר העבודה והרווחה.

(ו) פעולה לפי סעיף קטן (א) טעונה אישור מראש של בית המשפט.

(ז) אין בהוראות סעיף זה כדי לגרוע מהסמכויות הנתונות לפקיד סעד לפי כל חיקוק.

הכרה בעמותה
חוק (מס' 2)*
תשנ"ו-1996

28כב. (א) השרים רשאים להכיר בעמותה כאמור בסעיף 28ג, אם מצאו כי התקיימו לגביה התנאים לפי חוק זה; ורשאים הם לקבל לצורך זה חוות דעת מאת הרשות המרכזית.

(ב) ההכרה תהא לתקופה של שנתיים; ניתן להאריך תקופה זו, מדי פעם, לתקופה נוספת של עד שנתיים; הודעה על מתן ההכרה תפורסם ברשומות.

תנאים להכרה בעמותה
חוק (מס' 2)*
תשנ"ו-1996

28כג. (א) השרים רשאים להכיר בעמותה לאחר שמצאו כי התקיימו כל אלה:

(1) לעובדי העמותה הכישורים הדרושים לפעול במומחיות מקצועית נאותה באימוץ בין־ארצי;

(2) לעמותה בסיס כלכלי איתן ואמצעים, שיאפשרו לה לפעול בצורה נאותה באימוץ בין־ארצי;

* ראה הערה בעמ' 5148.

רפואה ומשפט גיליון מס' 19 - נובמבר 1998

nevo.co.il

(3) העמותה מעסיקה מנהלים ובעלי מקצוע ברמה גבוהה, בעלי ערכים אתיים נאותים ובמספר מספיק לביצוע פעולותיה באימוץ בין־ארצי, ובכלל זה עובדים סוציאליים, שאחד מהם לפחות הוא בעל עשר שנות נסיון בטיפול בילדים או בטיפול משפחתי, עורך דין בעל שבע שנות ותק, מנהל חשבונות ומבקר פנים;

(4) חבר העמותה, חבר ההנהלה או עובד העמותה לא הורשע בעבירה שיש עמה קלון או בעבירה על הוראות חוק זה.

(ב) מבלי לגרוע מהוראות פסקאות (1) עד (4) של סעיף קטן (א), רשאי שר העבודה והרווחה לקבוע כי עמותה מוכרת תייבת להעסיק בעלי תפקידים או בעלי מקצועות מסוימים וכן לקבוע את כשירותם וכישוריהם.

תנאים נוספים חוק (מס' 2)* תשנ"ו-1996

28כד. מצאו השרים שלאור היקף ואופן פעילותה של עמותה מוכרת יש צורך לקבוע תנאים נוספים לפעילותה, רשאים הם לקבוע את התנאים ולהורות כי פעילותה של העמותה המוכרת תותנה בקיום התנאים הנוספים.

בקשה להכרה חוק (מס' 2)* תשנ"ו-1996

28כה. (א) בקשה להכרה בעמותה חוגש לשרים בכתב בדרך שיקבעו.

(ב) לבקשה תצורף חוות דעת משפטית בדבר הליכי האימוץ הנהוגים במדינות שבהן מבקשת העמותה לפעול, ויצורפו לה החוקים הנוגעים בדבר של אותן מדינות, כשהם מתורגמים לעברית באישור נוטריון.

(ג) לבקשה יצורף אישור ממדינת החוץ שיסמיך את העמותה המוכרת לפעול באימוץ בין־ארצי באותה המדינה, אם תוכר בישראל.

פיקוח ומסירת מידע לרשות המרכזית חוק (מס' 2)* תשנ"ו-1996

28כו. (א) עמותה מוכרת תהא נתונה לפיקוחה של הרשות המרכזית.

(ב) עמותה מוכרת תמסור לרשות המרכזית, על פי דרישתה מעת לעת, מידע ומסמכים מדגמיים הנוגעים למבקש או לילד שנתקבל למטרת אימוץ על ידיו או לפעילות העמותה המוכרת, והכל לצורך מילוי הפקידיה של הרשות המרכזית.

(ג) הרשות המרכזית תהא רשאית למנות מפקח, אשר יהיה מוסמך, בהתקיים חשד סביר להפרת הוראה מהוראות חוק זה הנוגעת לפעילות העמותה המוכרת, או לשם פיקוח על ביצוע הוראות חוק זה, להיכנס למשרדי העמותה המוכרת ולדרוש מידע או מסמכים הנוגעים לענין ממי שהוא סבור שהם מצויים בידיו ועל אותו אדם למסרם לו; מסמכים שנתפסו כאמור יוחזרו לעמותה בתוך שלושים ימים מיום תפיסתם.

* ראה הערה בעמ' 5148.

(ד) ניתן צו לאימוץ הילד ממדינת החוץ בידי המבקש תעביר העמותה המוכרת לרשות המרכזית את המידע שקיבלה ממדינת החוץ על הילד, על הוריו ועל ההיסטוריה הרפואית שלו.

הפסקת פעילות חוק (מס' 2)* תשנ"ו-1996

28כז. (א) החליטה עמותה מוכרת להפסיק את פעילותה באימוץ בין־ארצי, תמסור על כך הודעה בכתב לרשות המרכזית שלושה חודשים לפחות לפני המועד שקבעה לסיום פעילותה.

(ב) הפסיקה עמותה מוכרת את פעילותה באימוץ בין ארצי, או בוטלה או הותלתה ההכרה בה, תעביר לרשות המרכזית את כל תיקי המבקשים ותיקי הילדים שנמסרו לאימוץ בין־ארצי ואת כל המסמכים שבידיה הנוגעים לאימוץ הבין־ארצי.

(ג) הודעה על הפסקת פעילותה של עמותה מוכרת לפי סעיף זה תפורסם ברשומות.

ביטול הכרה או החלייתה חוק (מס' 2)* תשנ"ו-1996

28כח. (א) השרים רשאים לבטל או להתלות הכרה בעמותה מוכרת, אם מצאו, לאחר קבלת חוות דעתה של הרשות המרכזית והתייעצות עם הועדה המייעצת, ולאחר שניתנה לעמותה המוכרת הזדמנות לטעון טענותיה, כי מן הנכון לעשות כן מטעמים של תקנת הציבור או טובת הילד, או אם מצאו כי —

(1) העמותה המוכרת הפרה הוראה לפי חוק זה;

(2) העמותה המוכרת לא קיימה או חדלה לקיים תנאי שהתנו השרים להכרה בה או לפעילותה באימוץ בין־ארצי;

(3) מנהל או עובד העמותה שהורשע במשפט פלילי בעבירה שיש עמה קלון או בעבירה על הוראות חוק זה.

(ב) הודעה על ביטול ההכרה בעמותה מוכרת או על התליית ההכרה בה תפורסם ברשומות.

סוריות חוק (מס' 2)* תשנ"ו-1996

28כט. על אף הוראות כל חוק, רשאית עמותה מוכרת למסור מידע בישראל או מחוץ לישראל, ככל שהדבר נחוץ לאימוץ בין־ארצי, ואולם עמותה מוכרת, עובדיה או כל מי שפועל מטעמה לא ימסרו ולא יגלו כל מידע או מסמך, אשר הגיעו אליהם בקשר לפעילותם באימוץ בין־ארצי, אלא למי שמוסמך לקבל את המידע או את המסמך לשם ביצוע תפקידיו לפי הוראות חוק זה.

הגבלת אימון ממדינת חוץ חוק (מס' 2)* תשנ"ו-1996

28ל. (א) השרים רשאים לאסור, בצו, אימוץ ממדינת חוץ מסוימת.

(ב) אין לפעול באימוץ בין־ארצי ממדינה זו כל עוד הצו בתוקפו.

* ראה הערה בעמ' 5148.

nevo.co.il

הסכם עם מדינת חרן
חוק (מס' 2)* תשנ"ו-1996

28לא. לא תחתום עמותה מוכרת על הסכם עם מדינת חרן, אלא בדבר יישומו של אימרץ בין־ארצי ובאישור השרים בלבד.

פרסומת
חוק (מס' 2)* תשנ"ו-1996

28לב. לא תפרסם עמותה מוכרת אלא פרסום שהוא מידע ענייני על עיקרי פעילותה, ובלבד שפרסום מידע כאמור לא יפגע בעקרון טובת הילד; השרים רשאים לקבוע כללים לפרסום לפי הוראות סעיף זה.

תשלומים
חוק (מס' 2)* תשנ"ו-1996

28לג. לא תגבה עמותה מוכרת תשלומים עבור פעילותה באימרץ בין־ארצי בארץ ובמדינת החרן, אלא עבור הוצאות שהוציאה בפועל בפעילותה באימרץ כאמור, ועבור שירותים שקבע שר העבודה והרווחה, הכל בשיעור שלא יעלה על הסכומים המרביים שקבע, ורשאי הוא לקבוע סכומים כאמור במטבע חרן.

טיפול בבקשה לאימרץ ללא חמורה
חוק (מס' 2)* תשנ"ו-1996

28לד. עמותה מוכרת תטפל בבקשות לאימרץ בין־ארצי של מבקשים שאין בידם היכולת הכלכלית לשלם לה עבור כל הוצאות האימרץ; השרים, לאחר התייעצות עם הועדה המייעצת, קבעו את מספר הבקשות שיטופלו לפי סעיף זה ואת הכללים והמבחנים לאישורן.

אחריות בנזיקין
חוק (מס' 2)* תשנ"ו-1996

28לה. הפרת הוראה מהוראות סעיפים 28ח, 28ט, 28י, 28יב, 28יח, 28כו(ב), 28כז(א) ו־(ב) ו־28כט היא עוולה בנזיקין, ופקודת הנזיקין [נוסח חדש], תחול עליה, בכפוף להוראות חוק זה.

אימרץ בין־ארצי בהתאם לדין הזר
חוק (מס' 2)* תשנ"ו-1996

28לו. (א) נמסר למבקש ילד למטרת אימרץ בין־ארצי לפי הוראות חוק זה, ומדינת החרן אישרה כי בית המשפט או רשות מינהלית מוסמכת באותה מדינה נתנו פסק דין או צו לאימרץ הילד על ידי המבקש, וכי האימרץ הוא סופי, יהיה דינו של האימרץ כדין אימרץ על פי חוק זה ממועד פסק הדין או הצו האמורים, אלא אם כן קבע בית המשפט כי האימרץ מנוגד לתקנת הציבור או לטובת הילד.

(ב) העמותה המוכרת תעביר את פסק הדין או את הצו כאמור, בצירוף אישורה של מדינת החרן, לרשם האמור בסעיף 29 לשם רישומו בפנקס האימוצים.

כללים והנחיות
חוק (מס' 2)* תשנ"ו-1996

28לז. שר העבודה והרווחה רשאי לקבוע כללים והנחיות מקצועיות שלפיהם תפעל עמותה מוכרת; כללים והנחיות לפי סעיף זה יפורסמו ברשומות.

* ראה הערה בעמ' 5148.

כניסה לישראל
חוק (מס' 2)* תשנ"ו-1996

28לח. לא תותר כניסה לישראל של ילד למטרת אימוץ בין־ארצי, אלא אם כן התקיימו הוראות חוק זה.

אימוץ ילד ממדינת חרן שנמסר לפני תחילתו של חוק זה
חוק (מס' 2)* תשנ"ו-1996

28לט. (א) נמסר ילד ממדינת חרן לתושב ישראל למטרת אימוץ לפני תחילתו של חוק זה והילד סמוך על שולחנו, בית המשפט רשאי, לבקשתו, לתת צו לאימוץ הילד על ידיו, אם התמלא אחד מאלה —

(1) ניתן פסק דין או צו לאימוץ הילד בידי מגיש הבקשה, ומדינת החרן אישרה את תוקפו של הצו או של פסק הדין, וכן כי האימוץ הוא סופי;

(2) מדינת החרן אישרה אחד מאלה:

(א) הורי הילד נתנו את הסכמתם לאימוץ הילד;

(ב) ניתן לאמץ את הילד אף ללא הסכמת הורים או אחד מהם לפי דיני מדינת החרן;

(3) הילד שהה בישראל בביתו של מגיש הבקשה למעלה מחמש שנים לפני תחילתו של חוק זה.

(ב) הוראות סעיף 22 לא יתולו בהליך לפי סעיף זה.

חוק (מס' 3) תשנ"ח-1997

(ג) הוראות סעיף 28כ(ג) יחולו בהליך לפי סעיף זה.

פנקס אימוצים

29. כל צו־אימוץ, לרבות צו שסעיף 31 חל עליו, וכל ביטול של צו־אימוץ יירשמו בפנקס שינוהל בידי רשם שימנה לכך שר המשפטים; פרטי הרישום וצורתו ייקבעו בתקנות.

עיון בפנקס

30. (א) פנקס האימוצים לא יהיה פתוח לעיון, ואולם רשאי לעיין בו —

(1) היועץ המשפטי לממשלה או בא כוחו;

(2) רושם נישואין או מי שהוא הסמיך לכך, כשהעיון דרוש למילוי תפקידו הרשמי;

(3) פקיד סעד ראשי.

(ב) לפי בקשת מאומץ שמלאו לו 18 שנים, רשאי פקיד סעד להתיר לו לעיין בפנקס ברישום המתייחס אליו; סירב פקיד הסעד לבקשה, רשאי בית המשפט להתיר את העיון לאחר קבלת תסקיר מפקיד הסעד.

חוק (מס' 2)* תשנ"ו-1996

(ג) היה האימוץ בין־ארצי, לא יחיר פקיד סעד עיון בפנקס אלא לאחר התייעצות עם העמותה המוכרת שטיפלה באימוץ.

* ראה הערה בעמ' 5148.

nevo.co.il

צווי אימוץ קודמים

31. מי שאומץ לפי צו של בית משפט או בית דין דתי לפני תחילתו של חוק זה, רואים אותו כאילו אומץ לפי חוק זה.

איסור תמורה

32. (א) המציע או נותן, או מבקש או מקבל, תמורה בכסף או בשווה כסף בעד אימוץ או בעד תיווך לאימוץ, שלא ברשות בית משפט, דינו — מאסר שלוש שנים.

חוק (מס' 2)* תשנ"ו-1996

(ב) הוראות סעיף קטן (א) יחולו גם לגבי אימוץ בין־ארצי, למעט תשלומים ששולמו לפי הוראות חוק זה.

עונשין חוק (מס' 2)* תשנ"ו-1996

33. (א) המוסר, מקבל או מחזיק ילד למטרת אימוץ בישראל, או למטרת אימוץ בין־ארצי שלא לפי הוראות חוק זה, דינו — מאסר שלוש שנים.

(ב) המפר את הוראות סעיפים 28ח(ב), 28ט, 28י(א) ו־(ג), 28יא, 28יב, 28יג, 28יד, 28יז, 28יח, 28כו(ב) עד (ד), 28כז(ב), 28כט, 28ל(ב), 28לא, 28לב ו־28לג, דינו — מאסר שנה, או קנס כאמור בסעיף 61(א)(3) לחוק העונשין, תשל"ז-1977.

איסור גילוי חוק (מס' 2)* תשנ"ו-1996

34. (א) המגלה או המפרסם שלא כדין, בלי רשות בית משפט, שמם של מאמץ או של מאומץ או של הורהו, כולל שמם של אלה שביחס אליהם הוגשה בקשה לפי חוק זה לבית המשפט, או דבר אחר העשוי להביא לזיהוים, או תכנם של מסמכים שהוגשו לבית המשפט לצורך דיון לפי חוק זה, דינו — מאסר ששה חדשים; סעיף זה אינו בא לגרוע מהוראות סעיף 40 לחוק בתי המשפט, תשי"ז-1957.

חוק (מס' 2)* תשנ"ו-1996

(ב) הוראות סעיף זה, למעט איסור הפרסום, לא יחולו על מאמץ ומאומץ לענין האימוץ שהם צדדים לו, ועל גילוי שנעשה בהסכמתם, בתום לב ולטובת המאומץ.

חוק (מס' 2)* תשנ"ו-1996

(ג) לענין סעיף קטן (א) אין נפקא מינה אם המאמץ או המאומץ כבר גילו או פרסמו בעבר פרט מהפרטים שגילוים או פרסומם אסור בהתאם להוראות סעיף קטן (א), או שהסכימו בעבר לגילוי או לפרסום כאמור.

חוק (מס' 2)* תשנ"ו-1996

(ד) הוראות סעיף זה יחולו גם לענין אימוץ בין־ארצי.

פרשנות חוק (מס' 2)* תשנ"ו-1996

35. חיקוק ומסמך שמדובר בהם בילדו של אדם — גם ילד שאומץ במשמע; חיקוק ומסמך שמדובר בו בהורהו של אדם — מאמצו במשמע; והוא כשאין כוונה אחרת מפורשת או משתמעת; סעיף זה לא יחול אלא על חיקוק ומסמך שניתנו אחרי כ"ו באב תש"ך (19 באוגוסט 1960).

* ראה הערה בעמ' 5148.

ביצוע, תקנות ומינוי פקידי סעד חוק (מס' 2)* (תיקון) תשנ"ו-1996

36. (א) שר המשפטים ממונה על ביצוע חוק זה והוא רשאי, בהתייעצות עם שר העבודה והרווחה, להתקין תקנות לביצועו, לרבות תקנות להבטחת סודיותם של עניני אימוץ. תקנות שענינן אימוץ בין־ארצי טעונות אישור ועדת החוקה חוק ומשפט של הכנסת.

(ב) מבין פקידי הסעד כמשמעותם בחוק שירותי הסעד, תשי"ח-1958, יסמיך שר העבודה והרווחה לענין חוק זה פקיד סעד ראשי ופקידי סעד אשר יפעלו לפי הנחיותיו של פקיד סעד ראשי, בדרך כלל או לענין מסויים.

ועדת ערר חוק (מס' 2)* תשנ"ו-1996

36א. (א) מי שרואה עצמו נפגע מהחלטה של פקיד סעד בקשר לקביעת כשירותו להיות מאמץ או מהחלטה של עמותה מוכרת בדבר כשירותו לאמץ ילד באימוץ בין־ארצי, רשאי לערור על ההחלטה לפני ועדת ערר של חמישה, שימנה שר העבודה והרווחה בהתייעצות עם שר המשפטים.

(ב) החברים בועדת הערר יהיו שופט בית משפט לעניני משפחה, והוא יהיה היושב ראש, שני עובדים סוציאליים, פסיכולוג קליני ופסיכיאטר מומחה, ובלבד שלפחות שניים מהם לא יהיו עובדי המדינה.

(ג) החלטה של ועדת ערר אינה ניתנת לערעור עוד.

ביטול

37. חוק אימוץ ילדים, תש"ך-1960 — בטל.

תיקון חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות

38. בסעיף 13א לחוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, תשכ"ב-1962, בסעיף קטן (ג), בסופו יבוא "או של אדם שהקטין היה סמוך על שלחנו, מתוך כוונה לאמצו, בשנה שקדמה להגשת הבקשה להמרת הדת, ובתנאי שבית המשפט שוכנע כי ההמרה דרושה לשם אימוצו של הקטין בידי אותו אדם לפי חוק אימוץ ילדים, תשמ"א-1981".

הוראות מעבר

39. מי שנתמלאו לגביו התנאים לאימוץ ובקשה בענינו תלויה ועומדת בבית משפט ערב פרסומו של חוק זה, רשאי בית המשפט לתת צו או אכרזה אף בסטיה מהוראותיו.

יצחק נבון	מנחם בגין	משה נסים
נשיא המדינה	ראש הממשלה	שר המשפטים

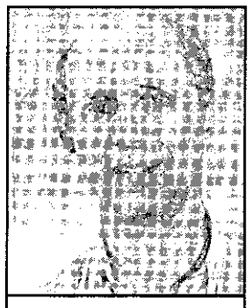
* ראה הערה בעמ' 5148.

nevo.co.il

חמישים שנות רוקחות בישראל

תפקידי הרוקח ואחריותו בעבר, היום ולקראת המאה הבאה

סימה לבני



מיקי עופר

רקע וסקר ספרות

במלאת חמישים שנה למדינת ישראל, יש מקום לבדוק את השינויים במעמדו ותפקודו של הרוקח, ולנתח את השינויים האלה לאור ההתפתחות המקצועית והטכנולוגית בעולם.

פקודת הרוקחים אמורה לשקף חלק גדול מן השינויים האלה ובכך נדון בהמשך.

ניתן לזהות מספר שלבים בהתפתחות תפקיד הרוקח:

* לפני חמישים שנה היה כל בית מרקחת מרכז לטיפול, ואילו הרוקח, בעליו, עסק בייעוץ ורקיחת תרופות. במקומות קטנים ונידחים אף מילא הרוקח את מקום הרופא לעת מצוא[1].

* התפתחות התעשייה הפרמצבטית גרמה לשינוי תפקידו של הרוקח, שהפך בעיקר לספק תרופות, כשהוא מייצר רק את מה שלא ניתן לרכוש . במקביל עלתה חשיבותו של הרוקח כמקור למידע תרופתי.

* היום, כשהאינטרנט ושירותי דיוור ישיר של ניפוק תרופות לחולה, מתחרים ברוקח על תפקידיו כספק מידע ותרופות, משתנה תפקידו של הרוקח יחד עם כל עולם הרפואה.

* בעוד שה"התמקצעות" היתה מילת המפתח בעולם הרפואה, והרוקח השתלב בו כיצרן תרופות ומספק מידע, הרי שהיום שומעים יותר על הטיפול הרפואי כעבודת צוות בינתחומי , שמתמקד בחולה[2, 3, 4, 5].

* **הרוקח במאה הבאה יצטרך להיות "המומחה לתרופות" בצוות שיטפל בחולה.** הצוות יכלול רופאים מתחומים שונים, אחיות, עובדות סוציאליות, דיאטניות, מרפאים בעיסוק פיסיותרפיסטים, רוקחים ועוד מקצועות "מטפלים" כפי שהוגדרו בחוזר מנכ"ל משרד הבריאות מיום 8.3.98[6].

במאה הבאה, יצטרך הרוקח בישראל להשתלב במערכת המופעלת ע"י שני חוקים: חוק זכויות החולה[7], המחייב דאגה לרווחתו וטובתו של חולה חכם יותר, הדורש טיפול איכותי. ומאידך - חוק בריאות ממלכתי[4] המחייב עמידה במגבלות תקציביות.

מקצוע הרוקחות הוא היחיד שעוסק בטיפול תרופתי נכון ונאות כעדיפות ראשונה (3). ניתן לראות בספרות המקצועית העולמית דרכים שונות לפיהן מאפשר החוק למקצוע הרוקחות להתפתח למטרה זו.

במדינות מסוימות בארה"ב, מנהלים רוקחים מרפאות למעקב אחרי חולים המשתמשים בתרופות כמו תכשירים נוגדי קרישה, או מורידי יתר לחץ דם[2]. פיקוח כזה לאורך זמן, תוך שינוי במינונים או בתכשירים , משיג טיפול תרופתי אופטימלי.

בחלק מהמדינות בארה"ב מוקנית לרוקחים זכות רישום מרשם לתרופות מסוימות[5].

בכל המקרים המטרה היא שהחולה יטופל כך שהיענותו לטיפול תהיה מקסימלית. חולה מטופל נכון ולאורך זמן הוא חולה שמבריא מהר יותר, חוזר למעגל העבודה לתפקוד היומיומי מוקדם יותר, והנטל שלו על החברה הוא מינימלי.

כלים ושיטות

מתוך מגוון הנושאים שדנה בהם פקודת הרוקחים, בחרנו להתמקד בתפקידי הרוקח ואחריותו שהם הבסיס לשינוי בעיסוק כפי שמצטייר מהמבוא.

הבדיקה כללה השוואה בין המציאות העכשווית לבין הוראות החוק כפי שעולה מפקודת הרוקחים ותקנות הרוקחים[9].

סימה לבני,רוקחת. מנהלת בית המרקחת של בי"ח הלל-יפה, חדרה.

מיקי עופר, רוקח קהילתי ובעל בית מרקחת בעכו.

nevo.co.il

באותם תחומים שבהם נמצאו הבדלים בין הוראת החוק לבין המציאות, חיפשנו את המקור לפערים והגענו עד לפקודת הרוקחים משנת 1921[11].

על מנת לבחון את הנעשה בעולם הגדול בתחומים אלה, השווינו את הנ"ל עם קובץ החוקים והקוד האתי האנגלי, אבי החוק הישראלי. השוואה זו נעשתה בעזרת המדריך לרוקח, MEDICINE, ETHICS AND PRACTICE[10]. מדריך זה משמש כסטנדרט לעבודת הרוקחים באנגליה. הוא כולל קלסיפיקציות חוקיות לתרופות ורעלים, קוד אתי, וקווים מנחים לפרקטיקה. הקובץ מתעדכן פעמיים בשנה, ומופץ לכל הרוקחים שכתובתם רשומה באנגליה, ובאופן מרוכז לכל בתי הספר לרוקחות באנגליה.

ההשוואות במאמר, נעשו בנושאים הקשורים לתפקידי הרוקח ואחריותו. והתמקדו בתחומים שבהם יש הבדל בין המציאות הישראלית לבין פקודת הרוקחים או בין הפקודה הישראלית לזו האנגלית. (לדעתנו, משקפת הפקודה האנגלית בצורה נכונה יותר הן את מה שקורה בפועל והן את הרוקחות במאה הבאה) . לא תוארו תחומים שבהם קיים דמיון בין הפקודה האנגלית לנעשה אצלנו.

לעומת זאת, בהשוואה עם הפקודה המנדטורית הישנה, משנת 1921, בחרנו להתמקד דווקא באותם נושאים אשר למרבית הפליאה, מופיעים עד היום בפקודת הרוקחים למרות שעברו מאז יותר משבעים וחמש שנים.

תוצאות: פקודת הרוקחים בהשוואה למציאות העכשווית.

תפקידי הרוקח

"רוקח אחראי", לפי ההגדרה בפקודת הרוקחים, "הינו רוקח מורשה שהוא בעל ניסיון ברוקחות תקופה של שנתיים לפחות אחרי קבלת הדיפלומה".

תאור התפקיד מופיע בהכללה בפרק ג' לפקודת הרוקחים, סעיף 10[9], "... אחראי לביצוע הפעולות המקצועיות בבית המרקחת ולמילוי הוראות פקודה זו וכל דין אחר הנוגע לבית המרקחת..."

תפקידים נוספים שמצאנו בפקודת הרוקחים:

1. **תפקיד הרוקח לרקוח תרופות**. פרק ד' 23[9], " לא ירקחו סמי מרפא או רעלים רפואיים בבית מרקחת אלא בידי רוקח מורשה או בידי עוזר רוקח בהשגחת רוקח מורשה,"
2. **תפקיד הרוקח להשגיח על מכירת וניפוק סמי מרפא ורעלים רפואיים.** (שם) "לא יימכרו ולא ינופקו אלא בהשגחת הרוקח האחראי או הרוקח המורשה הממלא את מקומו..."
3. **תפקיד הרוקח למכור לקהל.** פרק ו' סעיף 42[9] "מכירה קמעונית ..... לשימוש רפואי, לא תיעשה אלא בידי רוקח מורשה..."
4. **תפקיד הרוקח להיות מאגר מידע.** לפי סעיף 21[3] בפרק 3.1 (בתי מרקחת עמ' 31) חייבת להיות בכל בית מרקחת בכל עת "רשימה עדכנית של תכשירים רפואיים על מרכיביהם המפורטים המשווקים בישראל". בכל בית מרקחת חייבים להיות פרמקופיאה ומרטינדל מעודכנים (ספרות מקצועית תרופתית). כמו כן חייב להיות קובץ דיני רוקחות.
5. **תפקידו לדווח.** חובתו להעביר לרוקח המחוזי את רשימת הרוקחים ועוזרי רוקח העובדים בבית המרקחת, כולל כל שינוי שחל במצבה. וכן לדווח על תנועות המלאי של סמים בסוף כל שנה.

מן המובאות דלעיל משתמע מה לא נכלל בתפקידי הרוקח לפי פקודת הרוקחים:

1. **הרוקח לא מוגדר כמספק מידע**, אלא כמאכסן מידע בלבד. וחובתו להחזיק ספרות עדכנית, אך אין אישור לחובתו לספק מידע תרופתי.
2. **הרוקח לא מטפל בחולה**. פרק ד22א עמ' 2 פקודת הרוקחים[9] "בבית מרקחת רשוי אסור לעסוק ברפואה או לטפל (!!) בבני אדם או להורות על הטיפול בהם." הוראת החוק במקרה זה אוסרת על הרוקח להציע טיפול תרופתי לחולה גם לא במוצרים שנמכרים ללא מרשם רופא. מכאן עולה שהנוסח היבש של הפקודה מעודד את הרוקחים להיות זבנים או מנפקי תרופות בלבד, ולא להתקדם, להתעדכן ולהשתמש בידע המקצועי שלהם.

אם נשווה את תפקידי הרוקח כפי שהם במציאות העכשווית, נמצא שהרוקח מבצע גם את התפקידים הבאים:

1. הרוקח מספק לחולה מידע הקשור לתרופות אותן קבל או שהיו ברשותו קודם, אופן נטילתן קשר עם תרופות אחרות ופרטים אחרים.
2. הרוקח מספק מידע לרופאים במידת הצורך.
3. הרוקח יועץ לחולים בבחירת תכשירים ללא מרשם רופא.
4. הרוקח משמש כ"מבקר איכות" של מרשמי רופאים

nevo.co.il

בנושאים כמו מינוני יתר, אינטרקציות בין תרופות, רגישויות ועוד

5. למרות האיסור בפקודת הרוקחים, מנפק הרוקח, במקרי חירום, תרופות החייבות מרשם רופא , גם כשאין לחולה מרשם.

תחומי אחריותו של הרוקח

1. הרוקח אחראי על ההפרדה והמיון בבית המרקחת כך שיתאימו להוראות הפקודה. להלן דוגמאות לשני נושאים שמופיעים בפקודה, שמטרתם המוגדרת היא "להקל על העבודה" אך כיום אין להם כל משמעות מקצועית והם אפילו מפריעים...:

א. סעיף 32, פרק ד' הליכות העיסוק בבית מרקחת (עמ' 2)[9]. "סיווגם של רעלים רפואיים" (תיקון תשנ"ג). "כדי להקל על הטיפול ברעלים רפואיים בבתי מרקחת, הם יחולקו לשני הסוגים האמורים..."TOXICA SEPARANDA"...

המשמעות המקצועית של המונח "ספרנדה" איננה ברורה לרוקחים בימינו. קיום הוראת החוק מפריע לרוקח ברצף עבודתו, היות שאותם תכשירים מאוכסנים במקומות מבודדים.

יש בפקודה דרישות מפורטות לריהוט: ארונות עם דלתות, רצוף חרסינה בגובה נתון, הגדרת שטח מינימלי של המעבדה. דרישות אלה שהתאימו לרוקח המייצר בתחילת המאה אינן מתאימות לבית מרקחת של סוף המאה ומן הראוי היה להגדיר סטנדרטים חדשים.

ב. 33ב' (שם) "הבקבוקים והמיכלים המכילים רעלים רפואיים מסווגים כטוקסיקה יהיו בעלי צורה שונה מאלה המכילים סמים אחרים... תווית כתומה שעליה מצוין באותיות שחורות סם המרפא ואם לא ניתן להשיג תוויות כאמור - תווית רעל בתוספת תווית המציינת את שם סם המרפא".

צורת התכשירים, צבעי התוויות וגודלן, היום הם נתונים מסחריים מאושרים על ידי משרד הבריאות ואחריותו של הרוקח עליהם איננה ישירה. לעומת זאת איכות ההכנות שהרוקח מכין, כללי עבודה נאותים הם מסוג ההוראות שהחוק יכול היה להתיחס אליהן ולא מצאנו להן איזכור.

2. הרוקח אחראי על "סמי מרפא". (רק הוא רוקח אותם, מנפק ומוכר אותם).

על פי הגדרת החוק סמי המרפא הם " מוצר כימי, תכשיר רוקחות, תרופה, תרכיב, נסיוב וכל מצרך או חומר אחר לשימוש ברפואה." בתקנות הרוקחות פרק 1.6 מוגדרים התכשירים הרפואיים שבאחריותו של הרוקח כך: כל צורה של סמי מרפא שעברו תהליך עיבוד, לרבות תכשיר לשימוש ברפואה וטרינרית ותכשיר בעל ערך תזונתי המיועד להזרקה תוך ורידית ולמעט ציוד רפואי.[9]

בפועל, תכשירים וטרינרים נמכרים לאו דוקא ע"י רוקחים, וחומרים אחרים לשימוש ברפואה כמו בלונים לצינטורים וסטנטים לכלי דם, או נוזלים לעדשות, שחייבים בבקרה מקצועית איכותית בגלל מגעם עם רקמות הגוף והדם, מוגדרים כציוד רפואי ומנופקים ע"י מחסנאים.

3. על הרוקח לוודא ש: לא יעבוד רוקח בבית מרקחת ולא יעסיק אדם אחר הסובל -

* ממחלת עור מידבקת. (תקנות הרוקחים פרק 1 סעיף 23.1 עמ' 31[9]).
* מפצע חבורה או שרטת פתוחה או מוגלתית. (שם,23.2)
* ממחלה מדבקת או שהוא נושא טפילים של מחלה מידבקת. (שם, 23.3)

הוראת החוק כאן מטילה אחריות אבחנתית כבדה על כתפי הרוקח, שלאור פרק ב1' בפקודה[9] (שדן כולו בפיקוח רפואי כולל ועדה רפואית במקרה הצורך), נראה מיותר.

מתוך העדר סעיפים מפורשים בנושא אחריות הרוקח, אנו למדים **על מה אין הרוקח אחראי:**

1. הרוקח אינו אחראי על הרמה והאיכות המקצועית של השירותים שהוא מספק.

2. הרוקח אינו אחראי על רמתם ואיכותם המקצועית של עובדיו, אלא על ניקיונם, בגדיהם ובריאותם. (שם 23,24)

3. הרוקח אינו אחראי על פריטים שמוגדרים (ע"י מי?) כציוד רפואי, אשר מוחדרים לגופו של החולה, עוברים דגרדציה או נשארים שם לנצח. זאת על אף היותם מחויבים ברישוי באגף הרוקחות, בעמידה בתאריכי תפוגה ובתנאי אכסון מיוחדים (אור וטמפ').

כללי העבודה המחייבים את הרוקח

מתוך תקנות הרוקחות פרק 1 סעיף 24[9] "שמירת כללים":

* שמירה על היגיינה.
* לבישת חלוק נקי ושלם.
* על חלוק הרוקח.....רשום שמו בצורה בולטת וקריאה

nevo.co.il

במקום הנראה לעין.

בפרק ח', אמצעי משמעת, עונשין, ביטול והתליה, מצאנו את כללי ההתנהגות הבאים:

* הרוקח חייב לנהוג בדרך שהולמת את מקצועו. (מתוך סעיף 56 א1[9])

* אסור לרוקח לנהוג בחוסר יכולת או ברשלנות גסה במילוי תפקידו (מתוך 56 א3).(שם).

הנחנו שמטרת המחוקק להבטיח שירות רוקחי איכותי. ברם, מצאנו כאן פקודה שנכנסת לרמת פירוט גבוהה ביותר בתחומים הקשורים להופעה חיצונית של הרוקח, למבנה וריהוט בית המרקחת, להיגיינה של העובדים ולצורת הבקבוקים. מאידך - לא מצאנו סעיפים שישקפו מדיניות כוללת של מערכת הבריאות, שתבטיח את איכות העבודה הרוקחית, על פי סטנדרטים מקובלים, וגם לא סעיפים שיחייבו לבנות ולכתוב סטנדרטים שכאלה אשר יבטיחו כי האזרח מקבל ויקבל בעתיד רמת שירות נאותה מהרוקח, תוך ניצול מירבי של הידע המקצועי של אותו רוקח.

תפקידי הרוקח לפי פקודת הרוקחים משנת 1921[11].

כדי להבין את רמת הפירוט הגדולה בתחומים שנראו כביכול שוליים, פנינו וקראנו את פקודת הרוקחים משנת 1921.

מבנה הפקודה ותוכנה, נמצאו דומים בצורה מדהימה לאלה של הפקודה התקפה היום. סעיפים מוזרים לגבי סיווג תרופות וערעלים (ספרנדה וטוקסיקה), שהבסיס המדעי שלהן השתנה ואינו ישים היום, דרישות ארכאיות לצורה וצבע של בקבוקים והתוויות עליהם, מופיעים בפקודה הישנה ונשארו עד היום, גם אם אין קיום בפועל של אותם סעיפים.

אנו מבינים את מקורם (1921), אך אין ספק שבמציאות הנוכחית (1998), יש לבדוק מחדש את חיוניותם של כל הסעיפים האלה.

באשר לתפקידיו ותחומי אחריותו של הרוקח, נבקש להדגיש את הנקודות הבאות:

כל התפקידים שנזכרו למעלה כ"תפקידי הרוקח", מתוך הפקודה והתקנות[9], היו קיימים גם בשנת 1921. (הרוקח כמוכר, מנפק, משגיח ומדווח), למעט חובת שמירת ספרות עדכנית בבית המרקחת. מכאן שהחוק, כאז כן עתה, לא מצא לנכון לציין ולחייב את הרוקח לשמש כמקור למידע תרופתי. רק יותר מאוחר מצא המחוקק לנכון לעגן בחוק את חובתו של הרוקח להחזיק ספרות עדכנית בבית המרקחת.

כל התפקידים שמבצעים הרוקחים היום שלא על פי הפקודה ואף בניגוד לה (הרוקח כספק מידע תרופתי, הרוקח כיועץ תרופתי וכמטפל בתכשירים ללא מרשם רופא, הרוקח כמנפק תרופות בשעת חירום ללא מרשם), **לא נמצאו גם אז**.

לזכותה של הפקודה משנת 1921

פרק שלם הוקדש לנושא השוליות (בלשון הפקודה דאז שוליאות ובשפתנו העכשווית אפשר "טכנאים"). אלה הם אותם עובדים טכניים, שהכשרתם היא לעזור לרוקח בפעילויותיו היומיומיות תחת פיקוחו והשגחתו. שוליות אלה, איפשרו לרוקח להתמקד בתפקידיו ובפעילויותיו המקצועיות ולטפל בחולים כחלק מהצוות הרפואי רופא-רוקח כפי שהיה בתחילת המאה.

גם כיום, במקומות רבים בעולם התרחבו תפקידיו המקצועיים של הרוקח (למשל באנגליה), ועדיין קיימים טכנאים כאלה, לצד עוזרי רוקחים בעלי רשיון.

בפקודת הרוקחים העכשווית לא מוזכר קיומו של מעמד השוליות. מעמד עוזרי הרוקחים הוגבל ביותר, ולפיכך הרוקחים נאלצים לעסוק בפעילויות טכניות רבות (כמו רכש, מחסנאות, הנהלת חשבונות, ייצור), במקום להתמקד בפעילויות מקצועיות כמו:

* ניהול תיקו התרופתי הכולל של החולה ,
* ייעוץ לרופאים בנושאים של מינונים, אינטרקציות בין תרופות ואפילו בחירה בין תכשירים.
* יעוץ לחולה בשימוש נכון בתרופות. מחסור בפונקציה של שוליות/טכנאים בולט במיוחד בבתי מרקחת של בתי חולים.[11] אך גם בבתי המרקחת של קופות החולים ובבתי מרקחת פרטיים.

תפקידיו של הרוקח לפי החוק האנגלי[10]

מעיון בחוק האנגלי[10], אפשר ללמוד על אפשרויות נוספות לניצול המשאב האנושי שנקרא "רוקח", כדי לספק שירותי רפואה טובים יותר, איכותיים יותר ואולי אפילו חסכוניים יותר בעתיד.

כל תפקידי ותחומי האחריות של הרוקח הרשומים למעלה, אלה שעל פי חוק ואלה שנאמר במפורש שאינם כלולים בהוראת החוק הישראלי, כלולים ברשימת התפקידים של

nevo.co.il

הרוקח האנגלי. בנוסף, הרוקח באנגליה מחויב לתשעה עקרונות שבבסיסם הטיפול הנאות בחולה patient care. אי לכך אנו מוצאים שם מספר רב של תפקידים ותחומי אחריות שלא נזכרים בחוק הישראלי, וחלקם אף אסורים. למשל:

1. הרוקח אחראי, ומחוייב על פי חוק, לעמוד בסטנדרטים מקצועיים שלו ושל אנשי צוותו.
2. הרוקח אחראי על יעילות ואיכות השירות בבית המרקחת.
3. הרוקח אחראי על הדרכת הצוות בנהלי העבודה.
4. על הרוקח האחראי לוודא שכל רוקח בצוות בית המרקחת מדבר אנגלית ברמה המבטיחה תקשורת יעילה בינו לבין החולים.
5. הרוקח חייב להבטיח שכל חבר בצוות בית המרקחת י היה בעל ידע מקצועי עדכני.
6. תפקידו של הרוקח להבטיח שיתוף פעולה בינתחומי בינו לבין מקצועות רפואיים אחרים, על מנת להבטיח את ר ווחת החולה וטובתו.
7. תפקידו של הרוקח לספק תרופות בשעת חירום גם אם אין בנמצא מרשם כנדרש, הן לפי דרישת החולה והן לפי דרישת הרופא בהתאם לקווים מנחים מפורטים.

ברצוננו להדגיש שתפקיד זה של הרוקח האנגלי אסור במפורש לפי החוק הישראלי, אך בכורח המציאות הוא מופר חדשות לבקרים.

השוואה בין המציאות לבין הוראת חוק האנגלית, לבין פקודת הרוקחים

הסעיף	מציאות ישראל 1998	אנגליה 1998	פקודה 1995
הוראות מתעדכנות	אין	פרסום מסודר, מתעדכן פעמיים בשנה.	יש פקודה בסיסית שלא התעדכנה במשך שנים. תיקונים אד הוק לנושאים בודדים.
סטנדרטים לפעילות Standards of Good Professional Practice	אין	יש	אין
רמת פירוט הוראות		מוגדרים עקרונות על פיהם יש לנהוג	מוגדרים בפרוטרוט ולא התעדכנו מזה שנים!
קוד אתי	איש איש לפי הבנתו	מובנה ומסודר	אין
תפקידו העיקרי של הרוקח	לשרוד	לדאוג לרווחתו של החולה ושאר הציבור	לרקוח לנפק ולמכור תרופות
אחריות הרוקח לאיכות ורמת השירות	אחריות אישית, כל אחד לפי הבנתו	מוגדרת ומפורטת	אין
חובת הרוקח לשמירה על רמה מקצועית אישית	איש איש לפי הבנתו	מוגדר במפורט	אין
חובת שיתוף הפעולה עם מקצועות בריאות אחרים	איש איש לפי הבנתו	מוגדר במפורט	אין
דוגמאות להבדלים שנובעים מחוסר עידכון:			
סיווג תכשירים שבאחריותו של הרוקח בבית מרקחת	1. תרופות 2. חמרי גלם 3. אחרים	1. תכשירים לשימוש הומני 2. רעלים לא רפואיים 3. כימיקלים 4. תכשירים לשימוש ווטרינרי	1. טוקסיקה 2. ספרנדה 3. אחרים
ניפוק תרופה בשעת חירום כאשר אין מרשם רופא, וצריך	נעשה	מסודר בחוק הן לפי דרישות הרופא והן לפי דרישות החולה	אין התייחסות מיוחדת: אי לכך אסור!

nevo.co.il

דיון ומסקנות

מבדיקת פקודת הרוקחים עולה שתפקידיו ותחומי אחריותו של הרוקח בישראל אינם מבטאים את השינויים בעולם הרפואה. שינויים אלה מתמקדים בטיפול בחולה patient care, הן ע"י הרוקח עצמו והן ע"י רוקח בצוות בינתחומי.

מתוך בדיקת התפקידים שלוקחים על עצמם הרוקחים בפועל, לפעמים בניגוד להוראות הפקודה, מורגשת מגמה בכיוון זה. רוקחים יועצים לחולים , מציעים טיפול בתכשירים שאינם מחייבים מרשם רופא, ואף מנפקים תרופות בשעת חירום, ללא מרשם זמין.

מצאנו שהחוק האנגלי מתעדכן ונותן גיבוי חוקי לפעילויות הרוקח תוך ראיית המציאות ותוך התקדמות עולם התרופות והשתנות הגישות הטיפוליות לכיוון של איכות, רמה גבוהה, מקצוענות, אחראיות ושיתוף פעולה בינתחומי.

מצאנו דמיון גדול מדי בין פקודת הרוקחים מ-1921 לזו של 1995. במיוחד בטיפול בפרטים קטנים כמו ספרנדה, איסור עבודה לרוקח שחולה במחלות מידבקות, איסור לטיפול בחולים בתחומי בית המרקחת. הוראות אלה שהיו אמורות להבטיח את איכות הרוקחות בתחילת המאה, תקפות על פי הפקודה של 1995 כאילו לא השתנה דבר בעולם הרפואה מאז ועד היום.

לאחרונה, בעקבות חוק זכויות החולה, התפרסם חוזר מנכ"ל משרד הבריאות, לפיו הוכנס גם הרוקח לקטגוריית המקצועות המטפלים[6]. מכאן שגם הרוקח מחויב בפני החולה באותם סעיפים המחייבים את המטפל ,בעוד שהפקודה, נכון להיום, אוסרת עליו לטפל בכלל.

לדוגמא סעיף 11א בחוק זכויות החולה[7]: "בנסיבות שיש בהן לכאורה מצב חירום רפואי או סכנה חמורה והתבקש מטפל או מוסד רפואי לתת טיפול לאדם, יבדוק אותו המטפל ויטפל בו ככל יכולתו..." ומה יעשה הרוקח, שפקודת הרוקחים אוסרת עליו לעשות זאת?

בחוק האנגלי, כאמור, יש התייחסות מפורטת למקרים שכאלה.

יתכן שחוק זכויות החולה[7] וחוזר המנכ"ל הנ"ל[6], יפתחו פתח לשינויים בפקודת הרוקחים כך שיותאמו תפקידי הרוקח ותחומי אחריותו לעולם הרפואה המתקדם לקראת המאה הבאה.

המלצות לעדכון פקודת הרוקחים לקראת המאה ה-21

כמו בתחומים אחרים בחיינו, המציאות הרוקחית משתנה ומתעדכנת לפני המחוקק.

בשורות הבאות נציע שינויים בפקודת הרוקחים על מנת שהפקודה תתאים לתקופתנו.

* יש לוודא שפירוט התפקידים ופירוט האחריות של הרוקח יענו על השינויים שחלו בשנים האחרונות בעולם הרפואה. הפקודה הישראלית צריכה להתמקד **בעקרונות** שיבטיחו טיפול תרופתי נאות בחולה, במקום להתמקד ברוקח כמייצר/מנפק תרופות.
* הפקודה הישראלית צריכה לאפשר לרוקח לשנות את תיפקודו ואחריותו לכיוון של טיפול בחולה כאשר הרוקח הוא חלק מצוות רב-תחומי שמטרתו מתן טיפול רפואי איכותי ומקצועי הכולל גם טיפול תרופתי נכון ביותר.
* ובאותו עניין, יש להרחיב את סמכויות הרוקח ולמסד את המצב הקיים כך שיתאפשר לרוקח לייעץ לחולה ואף לטפל בו בתכשירים ללא מרשם, מבלי שהרוקח יימצא עובר על החוק. יש להרחיב את תחומי אחריותו של הרוקח כדי להגביר את היענות החולה לטיפול התרופתי ,כולל סמכויות מתאימות לטיפול ולרישום מרשמי תרופות בפיקוח רופא.
* הפתרון לשלושת הסעיפים הקודמים הוא, כנראה, הוספת סעיף כמו סעיף 17א בפקודת הרופאים 1976[13], שנוסף בשנת 1987, ושמו "ייחוד פעולות " . במהותו משאיר שם המחוקק פתח להוספת פעולות מיוחדות של עיסוק ברפואה, אשר רשאים לבצע רק רופאים בעלי כשירויות מסויימות, ומציין את התנאים שבהם מותר לרופאים לבצע פעולות אלה אף אם אינם בעלי הכשירויות שנקבעו. חשוב במיוחד סעיף ב' של אותו סעיף 17א שמתייחס

למתן טיפול בשעת חירום. כדאי להוסיף סעיף כזה, או דומה, גם בפקודת הרוקחים.

* יש להגדיר מקצוע תומך במקצוע הרוקחות, כמו טכנאי רוקחות, שיאפשר לרוקח להתפנות לפעילויות רוקחיות ברמה גבוהה תוך התמקדות בטיפול בחולה.

* יש לפרט בפקודת הרוקחים את תפקידיהם של הרוקחים המחוזיים, מסגרת סמכותם, ומטרת הבקרה שלהם. הדבר נחוץ כדי למנוע את ההבדלים הקיימים היום בשירותי הרוקחות בין מחוז למחוז, ולהבטיח את קידום הרוקחות ברמה ארצית לטובת הציבור.

* כדאי להגדיר - במסגרת החוק -עקרונות מקצועיים, ולחייב בניית סטנדרטים לביצוע עבודתו של הרוקח. אפשר, ברוח זו, להוסיף הנחייה לפעילות לפי עקרונות ISO 9000 או כל סטנדרט בינלאומי מקובל אחר, שיבטיח את איכות השירות הרוקחי, את התקדמותו והתעדכנותו ברוח מגמות השינויים לקראת המאה הבאה.

מקורות:

1. מיקי עופר, רוקחות ומשפט, "רפואה ומשפט" 1994, גיליון 10, עמ' 32-34.

2. Shane RR " Pharmacy Without Walls" Am. J Health Syst Pharm 1996" 15:53(4) pp418-425

3. W.L.Boiko et al, The Journey to Professional Excellence, a Matter of Priorities.
Am J Health -Syst Pharm, 1998, Vol 55, pp 782-789

4. G.Bosker . Pharmatecture, Minimizing Medications toMaximize Results.
Pub: Facts & Comparisons, 1996. pp 46-51.

5. D.E.Boatwright "Legal Aspect of Expanded Prescribing Authority for Pharmacists".
Am J Health Syst pharm, 1998, 55 pp 585-594.

6. ילקוט פרסומים מיום 8.3.98 עמ' 2703 - חוזר מנכ"ל לפי סעיף 2 לחוק זכויות החולה - רשימת בעלי מקצוע בהם הכיר המנכ"ל כ "מטפלים" לצורך החוק.

7. חוק זכויות החולה התשנ"ו 1996.

8. חוק בריאות ממלכתי, 1995.

9. דיני רוקחות. בעריכת צבי ה. פרייזלר. מעודכן ל 1.4.95. הוצאת כתובים, ירושלים.

10. "Medicine Ethics and Practice" A Guide for Pharmacists, ed Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, January1998.

11. פקודת הרוקחים 1921.

12. סכום נתונים של רוקחות בתי חולים בישראל, 1997, נתונים שנאספו בחסות אגף הרוקחות במשרד הבריאות, סימה לבני וענת דיציאן. ינואר 1998.

13. פקודת הרופאים נוסח חדש. 1976.

תודות:

* תודה למגר' אילן קריזר שעזר באספקת המידע מאנגליה.

* תודה לעו"ד נורית שניט, פרקליטת מחוז המרכז שעזרה וציידה אותנו בפקודת הרוקחים מ- 1921.

nevo.co.il

פקודת הרוקחים משנת 1921

פרק קי.

רוקחים.

פקודה המסדירה את השמוש במקצוע הרוקחות ואת המסחר בסמים ובסמי רפואה.

[14 בנובמבר 1921]

פרק קי.
פקודה
מס' 41 ב-1921
כביף 21 בל
מס' 21 ב-1925
מס' 25 ב-1928
מס' 15 ב-1930
מס' 30 ב-1934

שם הקצר

1. פקודה זו תקרא פקודת הרוקחים.

חלק א. — מבוא.

פירוש

2. בפקודה זו יהיו למונחים הבאים המירושים דלקמן מלבד אם ענין הכתוב יחייב פירוש אחר —

"עוזר לרוקח" פירושו מי שקבל רשיון עפ"י חלק ג;

"מנהל" פירושו מנהל מחלקת הבריאות;

"סם" פירושו כל תוצרת חימית, תכשיר של רוקחות, פטנט, רפואה פרטית או סחית, וקציגה, נסיוב, או כל חומר אחר המשמש ברפואה;

"רוקח בעל רשיון" פירושו מי שקבל רשיון עפ"י חלק ב;

"רעל" פירושו כל חומר מן החמרים המתוארים בתוספת הראשונה לפקודה זו, בין בצורתו המשוטה ובין מעורב או ממחג בחמרים אחרים.

חובת רשיון עפ"י פרק קנב לחצות למכירת סמים וסמי רעל. פרק קנב.

3. כל בית עסק המשמש למכירת סמים וסמי רעל טעון רשיון עפ"י פקודת המלאכות והתעשיות (הסדרתן).

איסור מכירת סמים וסמי רעל ז"יקחם אלא ע"י רוקח בעל רשיון

4. פרט למותנה בסעיפים 34 ו-44, לא יהא מותר אלא לרוקח בעל רשיון עפ"י פקודה זו לרקוח ולמכור בקמעונות סמים וסמי רעל לשם שימוש כרפואות.

איכותם ורמת טיבם של סמי רפואה

5. (1) כל הסמים המוצעים למכירה צריך שתהא איכותם משובחת, שיהיו משתמרים יפה ונקיים מכל התערובת של יסודות נכריים.

(2) סמים לשמוש רפואי צריכים להתאים לרמת־הטיב הקבועה במהדורה האחרונה של ספר הרפואות האנגלי או הצרפתי.

הסמכות לערוך בקורת בבתי מרקחת מס' 30 ב-1934

6. המנהל או כל פקיד אחר של מחלקת הבריאות שהורשה לכך במיוחד בכתב מטעם המנהל, רשאים לבקר בכל עת בכל מוסד, חנות או מקום שעוסקים בהם במכירת סמים או סמי רעל, או החשודים על כך, ויכולים ליטול דוגמאות מן הסמים או מסמי הרעל בכמויות שתספקנה לצורך בדיקה (אנליזה) ויכולים הם לאסור מכירתו של כל חומר הנחשב כמזיק לבריאות או כמסוכן מבחינה אחרת, או להחרימו, עד שתערך חקירה ע"י המנהל או מטעמו או עד שיאחזו בצעדים משפטיים אם עפ"י פקודה זו או עפ"י כל פקודה אחרת.

חלק ב — מתן רשיונות לרוקחים.

רוקחים חייבים בקבלת רשיון

7. לא יעסוק אדם במקצוע הרוקחות אלא אם כן ניתן לו רשיון עפ"י הוראות פקודה זו.

הפרוצידורה בקבלת רשיונות

8. המבקש רשיון לעסוק ברוקחות חייב להגיש בקשה באופן הקבוע ולהביא עדות המניחה את הדעת בענין —

(א) זהותו;

(ב) אפיו הטוב;

(ג) היותו ראוי לעסוק ברוקחות;

(ד) היותו מחונן בסגולות ההכשרה הקבועות.

בחינה נוספת

9. בטרם יתן המנהל רשיון, יכול הוא לדרוש מאת המבקש לעמוד בבחינה, נוסף על כל בחינה שכבר עמד בה לשם קבלת דיפלומה ברוקחות.

מסים

10. מס של פונד אחד ישולם עם מתן רשיון לעסוק ברוקחות:

בתנאי שאם היה המבקש בעל תעודת היתר שניתנה לו מטעם בית הספר הקיסרי העותומני לרפואה לפני אוקטובר, 1918, אין הוא חייב בתשלום מס.

רשומות - גליון מס' 19 - 1698

חלק ג׳ — שוליאות של רוקחים ועוזרי רוקחים׳

שוליאות של רוקחים
מס׳ 30 לע״מ 1934

11. (1) יכול רוקח בעל רשיון להעסיק שוליא אחד של רוקח או כמה שוליאות של רוקחים לעזור לו בעבודת בית המרקחת.

(2) שוליא של רוקח סעון אשור מאת המנהל או ע״י מי שהורשה על ידו לכך במיוחד בכתב:

בתנאי שאין מאשרין שום אדם כשוליא של רוקח אלא אם כן מלאו לו שש עשרה שנה והוא יודע קרוא וכתוב בלשונות השגורות ברוקחות.

(3) שוליא של רוקח חייב לעבוד במיקוחו הישר של הרוקח ואסור לו להוציא סמים מתחת ידו או לרקח אותם אלא במצמדו של הרוקח:

בתנאי שאין רשות לשוליא של רוקח להוציא מתחת ידו או לרקח רפואות שיש בהם סמי רעל המפורטים בתוספת הראשונה לפקודה זו.

(4) בעל בית מרקחת שאין לו הכשרה של רוקח, אין נותנין לו רשיון לעסוק כשוליא של רוקח באותו בית מרקחת.

מנקס של שוליאות רוקחים והודעה על שנויים

12. (1) יש לנהל במחלקת הבריאות מנקס רישום של שמות שוליאות.

(2) משחדל שוליא של רוקח לעבוד אצל בעל בית מרקחת, חייב האחרון להודיע את הדבר למחלקת הבריאות.

מתן רשיונות לעוזרי רוקחים
מס׳ 25 לע״מ 1928

13. כל המוכיח להנחת דעתו של המנהל —

(א) כי הוא בעל אפי טוב,

(ב) כי מלאו לו עשרים שנה,

(ג) כי הוא אזרח פלשתינה (א״י) או קבל רשות להשאר בארץ עולמית,

(ד) כי השלים שלש שנות הכשרה בבית מרקחת המתנהל ע״י רוקח מוסמך,

(ה) כי עמד בפלשתינה (א״י) בבחינה קבועה ברוקחות,

ירשם במחלקת הבריאות, לבשיגיש בקשה על כך, ויקבל רשיון לשמש כעוזר לרוקח.

לכמה זמן יהא כתב של הרשיון יפה
מס׳ 25 לע״מ 1928

14. רשיון לשמש עוזר לרוקח יהא כחו יפה לא יותר משנים עשר חדש ומועדו יתם ביום השלשים ואחד בדצמבר שבכל שנה ושנה, אלא שהוא ניתן לחדוש.

מסים
מס׳ 25 לע״מ 1928

15. מס בסכום חמש מאות מיל יוטל על רשיון הניתן עפ״י סעיף 13, ומס בסכום מאה מיל יוטל על כל חדוש של רשיון.

חלק ד׳ — הוראות כלליות בדבר השמוש במקצוע הרוקחות׳

כל בית מרקחת יהא מסור לפיקוחו של רוקח בעל רשיון

16. כל בית מרקחת יהא מסור לפיקוחו של רוקח בעל רשיון, אבל אין צורך שבעל בית המרקחת יהא בעל הכשרה מקצועית, ויכול כל אדם להיות בעלים ליותר מבית מרקחת אחד.

רוקחים העובדים במוסדות צבוריים

17. רוקח המשמש בבית חולים, במרפאה או במוסד צבורי או בשרות אחרים, אסור לו להיות בעל בית מרקחת או לנהל בית מרקחת, פרט למותנה בסעיף 32 (2).

שלט

18. (1) יש לקבוע במקום בולט מחוץ לכל בית מרקחת שלט שיהא כתוב בו באנגלית ובערבית או באנגלית ובעברית שמו של הרוקח בעל הרשיון הממונה על בית המרקחת ושם בעליו של בית המרקחת.

(2) באותו שלט או בשלט אחר יצויינו השעות שבהן פתוח בית המרקחת לחלוקת רפואות.

אסור לרוקחים לעסל בחולים

19. אסור עפ״י החוק לעסוק במקצוע הרפואה בבית מרקחת בעל רשיון או לרפא בו אנשים או לרשום בו רפואות לאנשים; וכל התקשרות או קנוניה בין רוקח ובין רופא לשם נצול חולים אסורות עפ״י החוק.

סמכויותיהם וחובותיהם של עוזרים לרוקחים

20. (1) יכול רוקח בעל רשיון להעסיק עוזר אחד או כמה עוזרים שיעזרו על ידו בעבודת בית המרקחת.

מס׳ 25 לע״מ 1928

(2) מותר לו לעוזר לרוקח לרקח סמים וסמי רעל בבית מרקחת בעל רשיון בתנאים אלה —

(א) בכל עת, במעמדו ובהשגחתו של הרוקח בעל הרשיון;

(ב) בהעדרו של הרוקח בעל הרשיון, יהא מותר לו לעסוק בכך באותן השעות שתקבענה;

רפואה ומשפט כרך ג׳ חוברת ג׳ - ניסן תשכ״ט 1968

nevo.co.il

(ג) בתקופות העדר מקריות של הרוקח בעל הרשיון, יהא מותר לו לעסוק בכך למשך זמן שלא יעלה על ארבעה ימים לכל ששה חדשים:

מס' 30 לש' 1934 — בתנאי שנתקבלה תחלה הסכמה בכתב מרופא מחלקת הבריאות של המחוז שבו מצוי בית המרקחת.

(3) עוזר לרוקח האחראי לבית מרקחת למשך זמן העדרו של הרוקח בעל הרשיון, יחולו עליו כל ההתחייבויות של הרוקח הקבועות בפקודה זו.

החזרת ומיתקן המכשירים של בית מרקחת

21. כל בית מרקחת צריך שיהיו בו כל הסמים והרפואות הנחוצים, ויהיו בו משקלות ואיפות מדויקים של השטה המטרית ושל כל שטה מוכרת אחרת המקובלת ברוקחות.

הסמים יחולקו לסוגים וכו'

22. כל הסמים המצויים בבית מרקחת יחולקו לסוגים מדויקים וידביקו להם פתקים וישמרום בתנאים שלא יביאו לידי קלקולם.

מי רשאי לחתום רצפטים

23. אסור להכין רפואות אלא עפ"י רצפט החתום ע"י רופא מוסמך או ע"י רופא וטרינרי בעל רשיון או ע"י רופא שנים בעל רשיון.

אסור לו לרוקח לשנות מן הרצפט

24. (1) אסור לו לרוקח לשנות מנוסחו של רצפט או להמיר חומר אחד בשני או לשנות בדרך אחרת את מנות־הסמים הרשומות בו, או לרקוח סמים או רפואות שלא מאותם החמרים או הכמויות הנדרשים.

(2) אם נתגלתה טעות ברצפט או אם יש חשד לטעות ברצפט, חייב הרוקח לבוא בדברים עם רושם הרצפט ולקבל את תשובתו בכתב בטרם ימלא אחרי הרשום ברצפט.

פנקס לרצפטים

25. (1) יש לנהל בכל בית מרקחת פנקס לרצפטים לפי הטופס שבתוספת הרביעית לפקודה זו, ועמודיו יהיו מסומנים במספרים וטבועים בחותמת מחלקת הבריאות.

(2) כל רצפט שנתמלא ע"י הרוקח יהא נחתם בחותמת בית המרקחת, יסומן במספר סדורי ופרטיו ירשמו בפנקס הרצפטים.

בקבוקים וכלי המכילים רפואות שנרקחו בבית המרקחת צריך להדביק להם פתקים וכו'

26. (1) כל הרפואות הסמים שנרקחו יוצאו מבית המרקחת בבקבוקים או בחבילות סגורים וסתומים יפה ועליהם יודבק פתק שרשום בו שם בית המרקחת, המספר הסדורי של הרצפט כרשום בפנקס הרצפטים, שם החולה והוראות השמוש.

(2) רפואות לשמוש חיצוני ישאו עליהם, נוסף על הפתק הרגיל, גם פתק כתוב ובו המלים "לשמוש חיצוני" באנגלית ובערבית, או באנגלית ובעברית.

(3) רפואות לשמוש חיצוני שיש בהן סם רעל ימסרו בבקבוקים שאפשר להבחינם על נקלה במגע יד מבקבוקי רפואות רגילים.

מכירת סמי רעל ע"י רוקחים בעלי רשיון מס' 30 לש' 1934

27. (1) פרט למותנה בסעיף קטן (2), לא ימכור רוקח בעל רשיון סמי רעל אלא בכמויות רפואיות ולאחר שנמסר לו רצפט מרופא מוסמך או מרופא וטרינרי בעל רשיון או מרופא שנים בעל רשיון.

(2) יכול רוקח בעל רשיון למכור סמי רעל שלא בכמויות רפואיות אם —

(א) יש לו לרוקח בעל רשיון תעודת היתר למסחר רעל שניתנה לו עפ"י סעיף 36;

(ב) נמכר הרעל לרופא מוסמך או לרופא שנים בעל רשיון או לרופא וטרינרי בעל רשיון או לרוקח בעל רשיון לצרכי מקצועם או לאדם שיש לו תעודה מרופא מוסמך או מרופא וטרינרי בעל רשיון או מרופא שנים בעל רשיון המעידה שהרעל דרוש לצרכי רפואה או לצרכי רפוי שנים או לצרכי רפוי בהמות או לאדם שיש לו הרשאה בכתב מאת המנהל;

(ג) הרעל הוא זרניך (ארסניק) או אחת מהרכבותיו, ונהגין בו כמו שנקבע בסעיף 40 (1);

סיוג סמי רעל

28. כדי להקל על הטפול בסמי רעל בבתי המרקחת, מחלקין אותם לשני סוגים המתוארים בתוספת השניה לפקודה זו, דהיינו —

(א) "טוקסיקה" (רעל), או אותם סמי הרעל העזים ביותר, העלולים להמית אף בכמויות קטנות;

(ב) "ספרנדה", או אותם סמי הרעל שהם פחות עזים ואותם הסמים והתמרים שאינם רעל אלא שדרושה זהירות בטפול בהם ובריקחתם:

רפואה ומשפט גיליון מס' 19 - נובמבר 1998

nevo.co.il

בתנאי שיכול הנציב העליון להוסיף, בצו, על רשימת הסמים והחמרים המסויגים בתוספת המוזכרת לעיל.

שמירה וכו׳ על טוקסיקה

29. (1) כל החמרים הכלולים בסוג ה„טוקסיקה" יש להחזיקם ולשמרם שמירה מעולה בארון רעל נעול שמפתחו יהא שמור ביד הרוקח בעל הרשיון או, אם נעדר הלה, ביד העוזר לרוקח הרשום אם הוא מעסיק עוזר כזה.

(2) הבקבוקים והכלים המכילים חמרים מסוג הטוקסיקה צריכים להיות שונים בצורתם מן הבקבוקים ומן הכלים המשמשים לסמים אחרים, כדי שיהא אפשר להבחינם על נקלה במגע יד, וצריך להדביק להם פתק כתום שכתוב עליו שם הסם באותיות שחורות, ואם אין להשיג פתקים כאלה, צריך להדביק להם פתק רעל ופתק שיציין את שם הסם.

שמירה וכו׳ על ספרנדה

30. החמרים הכלולים בסוג הספרנדה צריך להבדילם באופן ברור מהטוקסיקה ומאת הסמים האחרים, והבקבוקים והכלים שלהם יסומנו בפתק ירוק ועליו שם החמר באותיות שחורות, ואם אין להשיג פתקים כאלה, צריך להדביק בהם פתק רעל ופתק שיציין את שם הסם.

סימון חמרי רעל בפתקים

31. (1) כל בקבוק או חבילה שהוצאו מתחת ידי רוקח ויש בהם סמי רעל או סמים עזים בכמויות שיש בהם כדי להרעיל, יהיו מסומנים בפתק רעל, נוסף על הפתק הנדרש עפ״י סעיף 26.

(2) צבעם של פתקי רעל יהא אדום, ועליהם דמות גלגולת בצבע שחור והמלה „ר ע ל" באנגלית ובערבית או באנגלית ובעברית.

חלק ה׳—הוראות בדבר עבודות הרוקחות בבתי־חולים ובמרפאות׳

סעיף 2 והסעיפים 4 עד 31 יחולו על בתי חולים, וכו׳.

32. (1) מלאכת הרוקחות וחלוקת סמים בכל בתי החולים, **המרפאות** ומוסדות כיוצא באלה, בין שהם נתונים להשגחת הממשלה ובין **שהם נתונים** להשגחת מוסדות חסד, מוסדות דת או מוסדות של מתנדבים **או להשגחת אנשים** פרטיים, צריכות להתאים מכל הבחינות לסעיף 2 ולסעיפים מ־4 עד סעיף 31.

מס׳ 30 לש׳ 1934

(2) במוסדות קטנים שאין בהם די עבודה המצריכה העסקת רוקח במשרה שלמה, או במקרים אחרים יוצאים מן הכלל, יכול המנהל, לאחר שפנו אליו בבקשה בכתב באמצעות רופא מחלקת הבריאות של המחוז, למסור את

הסכמתו בכתב להעסיק רוקח בעל רשיון במשרה חלקית, או להעסיק את הרופא של בית החולים בתורת רוקח, ואם יש צורך בכך, להעסיק גם עוזר לרוקח.

מס׳ 30 לש׳ 1934

חלוקת סמים בבתי־חולים וכו׳

33. כל בית חולים, מרפאה, קליניקה, או מוסד כיוצא בהם הנמנים על מוסדות התנדבות, חסד, או דת, לא יחלקו סמים אלא עפ״י רצפט של רופא המוסד ולחולי המוסד.

חלק ו׳ — הוראות בענין מכירת סמים פשוטים ע״י אנשים בלתי־מוסמכים׳

מכירת סמים פשוטים ע״י אנשים בלתי מוסמכים

מס׳ 30 לש׳ 1934

34. (1) כל שאינו רוקח בעל רשיון ואינו עוזר לרוקח והוא רוצה למכור לשם שמוש רפואי את הסמים שאינם ארסיים, הרפואות ותכשירי הרוקחות המתוארים בתוספת השלישית לפקודה זאת ורפואות פטנט או רפואות פרטיות שמכירתן לא נאסרה ע״י המנהל, מותר לו לעשות זאת, אם —

פרק קמג.

(א) ניתן לבית העסק שלו רשיון עפ״י פקודת המלאכות והתעשיות (הסדרתן) ;

(ב) נרשם שמו במחלקת הבריאות.

(2) כל שחל עליו סעיף קטן (1) —

(א) לא יעסוק ברפואה או ברפוי חולים ולא ירשום צרכי טפול לשום אדם ולא ימלא רצפטים ולא ירקח סמים;

(ב) לא ימכור שום חמר מהחמרים המתוארים בתוספת הראשונה או השניה לפקודה זו ולא יסחר בו.

חלק ז׳ — הוראות בענין מכירת רפואות פטנט, וכו׳

מכירת רפואות פטנט וכו׳

מס׳ 30 לש׳ 1934

35. (1) יכול המנהל לאסור בכל עת את מכירתה של רפואת פטנט ושל כל רפואה פרטית או סודית או את ריקוחן בבתי מרקחת או בבתי עסק אחרים, או במחלקה אחת או בכמה מחלקות של אותם בתי עסק.

(2) הרפואות והתכשירים שלא נאסרה מכירתם עפ״י הסעיף־הקטן הקודם ימכרו בבקבוקים ובכליהם המקוריים כשהם מסומנים בפתקיהם המקוריים וחתומים, פרט למקרה שבו מוציא הרוקח מתחת ידו תכשיר כזה

רפואה ומשפט גיליון מס׳ 19 - נובמבר 1998

nevo.co.il

רפואה ומשפט גיליון מס' 19 - נובמבר 1998

או רפואה כזאת על יסוד רצפט של רופא מוסמך או רופא שנים בעל רשיון או רופא וטרינרי בעל רשיון.

חלק ח׳ — הוראות המנהיגות פקוח על המסחר בסמים ובסמי רעל.

תעודות היתר לסחור בסמי רעל

36. (1) שום אדם, זולת רוקח בעל רשיון העוסק בסמי רעל לצרכי רפואה, לא יסחר בסמי רעל, אלא אם כן יש לו תעודת היתר למכירת רעל.

מס' 30 לש' 1934

(2) תעודת היתר למכירת רעל תנתן ע״י המנהל ובה יצוינו טיב המסחר של בעל הרשיון, סמי הרעל המיוחדים שמותר לו לסחור בהם והמטרות אשר לשמן דרושים סמי הרעל, אך לא יתיר לבעל תעודת ההיתר להכניס לארץ כל סם מסוכן בגדר פקודת סמי הרפואה המסוכנים או לסחור באותו סם.

סעיף 11 של מס' 21 לש' 1925 פרק מו.

(3) תעודת היתר למכירת רעל לא תנתן אלא לאותם האנשים הידועים באפים הטוב, ולאחר שיביא המבקש עדות המניחה את הדעת כי יודע הוא קרוא וכתוב, וכי בקי הוא בתכונותיהן המסוכנות של סמי הרעל.

סמי רעל שהוכנסו לארץ לא יסחרו אלא לבעלי תעודות היתר למכירת סמי רעל

37. סמי רעל המובאים לפלשתינה (א״י) לא ימסרו ע״י רשות המכס אלא לאנשים שיש בידם תעודת היתר שניתנה להם עפ״י סעיף 36 או לרוקחים בעלי רשיון או לאנשים אחרים שהורשו לכך בכתב מטעם המנהל.

פנקסים לסמי רעל

38. (1) כל שיש לו תעודת היתר שניתנה לו עפ״י סעיף 36 חייב לנהל פנקסים לסמי רעל בטופס המובא בתוספת הרביעית לפקודה זו ובהם ירשום את כל סמי הרעל שקנה ושמכר.

(2) עמודי הפנקסים לסמי רעל יסומנו במספרים ויהיו טבועים בחותם מחלקת הבריאות.

(3) פנקס הקניות יציין את יום הקניה, החמרים שנקנו, כמויותיהם והאיש שממנו נקנו.

(4) פנקס המכירות יציין את יום המכירה, תאור הרעל והכמות שנמכרה, המטרה שלשמה מיועד הרעל ושמו וכתובתו של הקונה.

(5) כל רשימה בפנקס המכירות תעשה בשעה שמוסרין את הרעל, ועל

הקונה לחתום את שמו לצד הרשימה, ואם נעשתה המכירה עפ״י הזמנה בכתב, שומרים את ההזמנה חלף החתימה.

(6) אסור למחוק כל רשימה שבפנקס, או לשנותה או להוסיף עליה, והמכירות והקניות תרשמנה ותסומנה במספר סדורי.

(7) מקום שנמצאה טעות־סופר, מותר להכניס תקון בשולי הפנקס, ואולם אסור לתקן את הרשימה המקורית.

(8) בעלים המעבירים חמרי רעל מבית הסיטונות שלהם אל חנות הקמעונות שלהם חייבים לרשום את ההעברה הזאת גם בפנקס של בית הסיטונות וגם בפנקס של חנות הקמעונות כאילו היתה זאת פעולת מכירה.

(9) פנקסי הרישום צריכים להיות שמורים ומצויים לבקורת המנהל או לבקורת פקיד אחר שיורשה על ידו בכתב למשך שלוש שנים לאחר יום הרשימה האחרונה.

מס. 30 לש' 1934

39. (1) סמי רעל יהיו נשמרים במקום נעול ומובדלים מחמרים שאינם ארסיים.

החסנת סמי רעל

(2) כלים וחבילות שיש בהם סמי רעל צריך להדביק להם פתקים שיהא רשום בהם באופן ברור שם החומר והמלה „רעל״ באנגלית וערבית או באנגלית ועברית.

(3) אסור למכור, להעמיד למכירה או להחסין צרכי אכילה או שתיה בבית עסק שניתן לו רשיון לסחור ברעל:

בתנאי שסעיף קטן זה לא יחול על רוקחים בעלי רשיון ביחס למכירת צרכי אוכל פטנטים ופרטיים בחבילות חתומות.

מכירת זרניך ותרכבותיו

40. (1) הזרניך ותרכבותיו ימכרו כשהם מעורבים בתערובת של אינדיגו או פיח בשעור של שלושה אחוזים למאה ממשקלם, חוץ אם תערובת זו פוסלתם למטרה שלשמה נועדו.

(2) הזרניך ותרכובותיו, אם לא נועדו לצרכי רפואה, לא ימכרו אלא לאי שניתנה לו תעודת היתר עפ״י סעיף 36 או למי שיש לו תעודה חתומה

nevo.co.il

מס' 30 לע' 1934

ע"י מושל מחוז או ע"י מפקח משסרה מחוזי, המציינת את כמות הרעל הנדרשת, את המטרה שלשמה דרוש הרעל, ואת שמו, משלח ידו וכתבתו של הקונה ואת יום מתן התעודה: את התעודה הזאת ישמור המוכר יחד עם פנקס המכירות של סמי הרעל.

מכירת סמי רעל ע"י סיטונאים וכו'

41. (1) כל שיש בידו תעודת היתר עפ"י סעיף 36 והוא סוחר־סיטונאי בסמים ובסמי רעל או כימאי הרשתן לא ימכור סמי רעל אלא לרופאים מוסמכים או לרופאי שנים בעלי רשיון או לרוקחים בעלי רשיון או לרופאי בהמות בעלי רשיון או לאנשים שקבלו תעודת היתר עפ"י סעיף 36.

(2) אסור לסוחר סיטונאי או לכימאי חרשתן כדלעיל לעסוק במסחר קמעוני אלא אם כן היתה חנותם הקמעונית נבדלת ומופרשת ממחסן הסיטונות שלהם וניתן בעדה רשיון נפרד.

(3) אסור לשום סוחר סיטונאי או לכימאי חרשתן כדלעיל לבלול, להרכיב, או לרקוח סמים או סמי רעל היעודים לצרכי רפואה, אלא אם היה רוקח בעל רשיון מנהל בעצמו את העבודה ומשגיח עליה.

מכירת סמי רעל ע"י קמעונאים מס' 30 לע' 1934

42. קמעונאים של סמי רעל לא ימכרו סמי רעל במשקלות רפואה או לשם שמוש ברפואות, ולא יהא מותר להם למכור סמי רעל אלא לאותם האנשים שהם יודעים אותם כאנשים בעלי אפי טוב ולשם מטרה כשרה. אם לשמוש בתעשיה או בחקלאות או באמנויות היפות, או למי שיש בידו תעודה חתומה ע"י מושל המחוז או ע"י מפקח משסרה מחוזי המציינת את מהותו של הרעל, את הכמות הדרושה ואת המטרה שלשמה הוא נדרש ואת שמו, משלח ידו וכתבתו של הקונה ואת תאריך מתן התעודה: על המוכר לשמור אותה תעודה עם פנקס המכירה של סמי הרעל.

חלק ט. — שונות.

איסור על מתלמד לפתוח בית־מרקחת במרחק פחות מ־10 מ' מבית המרקחת שבו עבד

43. מתלמד ברוקחות שהיה לרוקח בעל רשיון, אסור לו לפתוח או לנהל בית מרקחת במרחק של שש מאות וחמשים מטר מבית המרקחת שעבד בו קודם לכן אלא בהסכמת הבעלים של אותו בית המרקחת:

בתנאי שהגבלה זו יפקע כוחה לאחר עבור תקופה של שלוש שנים מהיום שבו תדל המתלמד לעבוד באותו בית המרקחת.

חלוקת סמים ע"י רופאים מוסמכים ורופאי בהמות

44. אסור לרופא מוסמך לחלק בבית עסקו סמים או רפואות לצורך חולין ואסור לרופא בהמות בעל רשיון לחלק בבית עסקו סמים או רפואות לצורך הבהמות החולות שהוא מטפל בהן, אלא אם כן קבלו על כך רשות בכתב מאת המנהל.

ביטול רשיונות מס' 30 לע' 1934.

45. (1) יכול המנהל לפי הכרעת דעתו לבטל לזמן או לתלוטין את רשיונו של כל רוקח שנתחייב בדין ע"י בית המשפט בשל הפרת הוראה מהוראות הפקודה הזאת.

מס' 25 לע' 1928

(2) יכול המנהל לבטל את רשיונו של כל עוזר לרוקח העובר על כל פקודה הדנה במקצוע הרוקחות או שנתחייב בדין ע"י בית משפט בשל התנהגות גרועה מאוד.

חלק י. — עברות.

עברות

46. כל העובר על הוראה מהוראות פקודה זו יאשם בעברה ויכול שופט שלום לענשו בעונשין הבאים או בכמה מהם, דהיינו: —

(א) קנס בסכום חמשים פונט;

(ב) מאסר ללא יותר משש חדשים;

(ג) החרמת החמרים שנעשתה בהם העברה;

(ד) בטול הרשיון וסגירת המוסד, לעולם או לתקופה ידועה;

(ה) בטול תעודת ההיתר למכירת רעל, לעולם או לתקופה ידועה.

חלק יא. — תקנות.

תקנות מס' 15 לע' 1930

47. יכול הנציב להתקין תקנות* בדבר —

(א) הפרוצידורה שינהגו על פיה בקשר עם בקשת רשיונות ונתינתם עפ"י פקודה זו, חדוש רשיונות והמסים שישולמו בקשר עם כך;

* ע"ין "מראי מקומות" בסוף הכרך.

רפואה ומשפט גיליון מס' 19 - נובמבר 1998

nevo.co.il

(ב) מתן תעודת היתר זמנית לעסוק במקצוע עד לגמר הפעולות הפורמליות הכרוכות במתן הרשיון;

(ג) האוניברסיטאות, בתי־ספר לרוקחות, קורסים של למוד, בחינות ודיפלומות שיכירו בהם לצורך פקודה זו;

מס' 25 (ג' 1928

(ד) תנאי הבחינה לעוזרי רוקחים;

(ה) טופס הבקשות למתן רשיון כעוזר לרוקח;

(ו) השעות שבהן יוכל עוזר לרוקח להוציא מתחת ידו רפואות בהעדרו של הרוקח בעל הרשיון;

(ז) כל דבר אחר המצריך תקנה עפ"י פקודה זו.

התוספת הראשונה

(סעיף 2)

סמי רעל

1. חומצת כוחל (פרוסית) (Hydrocyanic (prussic) acid)
2. אשלגן ושאר קיאנידים (cyanides)
3. חומצת זרניך וכל תרכובות הזרניך.
4. מלחי אנטימון, למעט התנפורת (sulphide)
5. מלחי הכספית וכל התכשירים שיש בהם מלחי כספית, למעט משחות.
6. מלחי תמיסת של נחשת, עופרת ואבץ.
7. זרחן לבן ותכשירים המכילים זרחן לבן.
8. חומצת חומעת (Oxalic acid).
9. חומצת פיקרון (Picric acid)
10. מיטן כלורי (Chloral hydrate), מיטן כלורי בושלי (butyl-chloral hydrate), כלורמין (chloretone), כלורלוז (chloralose), כלורלמיד (chloralamide), פרלדהיד (Paraldehyde), נפריתן (sulphonal), פריאנל (trional), מטרונל (tetronal), ורונל (Veronal) ותכשירים כיוצא בהם וכל **האוריאטים** (urethanes) והאוריאידים (ureides) הארסיים.
11. כלורופורם ותכשיריו, למעט מי כלורופורם ומשחת כלורופורם.
12. שמן קרוטון.
13. קרני שיפון ותכשיריהן (ergot of rye)

14. זבובי אספסית (canthárides) ותכשיריהם.
15. פיקרין ארסי (picrotoxine) ושאר יסודות ארסיים סתמיים.
16. דיגיטלין, סטרופנטין ושאר גלוקוסידים ארסיים.
17. כל האלקלואידים הארסיים, לרבות אלקלואידים ארסיים סלאכותיים ומלחיהם, ולמעט אלקלואידים של קליפת הקנכונה, כגון כינין, קוניזין וקינכונין.
18. הצמחים ולקחן, הם והיוצא מהם ותכשיריהם —
ארוך (aconite), ענבי רוש (belladonna), הפול הקלברי (calabar bean), קנביס אינדיגה (חשיש), יחנון (וראטרין), עלי קוקו, קוניום (עלי רוש), קורה (curare), שרשי חוחם הזהב (hydrastis), שכרון (hyoscyamus), אכהל (juniperus sabina), אגוז הקיא (nux vomica), אופיום, פולי איגנטיוס, זרעי חפות הקוצים (דתורה) (stramonium seeds), סטרופנטוס.
19. עופרת בצרופיה עם חומצת שמן או חומצות שמנות מסדרנה גבוהה יותר, בין שהן נסכרות בצורת דיאכילון ובין שהן נסכרות לפי כל כינוי אחר, למעט רשיות כעשה מכונה.

התוספת השניה

(סעיף 28)

טוקסיקה.

אלקלואידים ארסיים, גלוקוסידים ושאר יסודות פעילים, מלחיהם ותסיסותיהם, דהיינו—
אקוניטין, אגרצין (agaracine), אפוקודאין, אכרופין, ברוצין, קנבין, קנטרדין, קוקאין, קודאין, קולכיצין, קולוצינטין, קונין, דיגיטלין, דיאונין, אלאפרין, אסטין, אויקאין (eucaine), הירדאין, הומטרופין, הידרסטינין, היוסציאמין (byoscyamine), היוסצין (byoscine), כורפין, ניקוטין, פלטיירין (pelletierine), פיזוסטיגמין (physostigmine), פיקרוטוקסין, פילוקרפין, סקופולמין, ספרטאין (sparteine), סטרופנטין, ספריכנין, ורפרין וכל כיוצא בהם.

אמפולות וגרגירים של בסיסים פוקסיים וכל התכשירים למיזוג תת־עורי.

הזרניך ותרכובותיו, וכל תכשירי הזרניך, לרבות תרוסות פרסיות, כגון אפוקטיל, סלורסן (salvarsan), ססלוילתים, ארהנל (arrhenal) וכל כיוצא בהם.

קורה (curare)

קיאנידים, פרט לקיאניד ברזלי של אשלג, ותכשירים המכילים קיאנידים.

תמציות של ארוך (aconite), ענבי רוש (belladone), קנבים אינדיגה, קוניום, קולכיקום, קולוצינט, דיגיטלים, קרני שיפון, שכרון, איפקה (ipecacuanha), אכהל (juniperus sabina), אגוז הקיא, אופיום, חפות הקוצים (stramonium) וכל כיוצא בהם.

שמן קרוטון.

חומצת כוחל.

מלחי כספית, פרט לכלור הכספית ותסיסותיהם כגון חומצת כלור עילאית של כספית לכל צורותיה, אם כטבליות או כתמיסות (solvellae) או כטבלאים וכו', דו־יודיד ויודיד ותחמוצת הכספית, משקע לבן וכו'.

רפואה ומשפט גיליון מס' 19 - אוגוסט 1998

תמיסות ומבליות של גליצרין חנקני (ניטרוגליצרין), ארותרול (erythrol), טטרניטט (tetranitat) וסמים דומים.

אופיום וכל התכשירים המכילים עשרה אחוזים למאה מורפין או יותר מכן.

זרחן ושמן מזורחן.

ספרגדה

חומצות של מתצב מרוכז, כגון חומצת כרום, חומצת כלורמימן, חומצת חנקן, חומצת כלורמימן חנקני, חומצת זרחן וחומצת גפרית.

חומצות צורבות (caustic) או חומצות אורגניות מסוכנות, כגון חומצה חומץ, חומצת חומצת (oxalic), חומצת פיקרין.

אקוניט (ארזף), עליו, שרשיו, מישרה שלו (tincture) וכו'

אלואין.

חמצסיסה נשדורית (ammonium hydroxide) ותמיסות חריפות שלה.

אנטימון, תכשיריו ותרכבותיו.

ענבי רוש (belladona), העלים, הכרשים, המשרה וכו'.

דוכרומת של אשלג.

ברומין וברומופורם.

קפאין, דיורטין (diuretine), תאוברומין.

פול קלבדי (calabar bean).

כלור הכספית (calomel).

אשלג צורבני וסודה ותמיסות חריפות שלהם.

קנבים אינדינה ותכשיריו.

זבובי אספסיה (cantharides), תכשיריהם וכל היוצא מהם.

עשבי הכנים (cevadilla) ותכשיריו.

מימן כלורלי, תכשירי גפרית, זרוגל וכיוצא בהם.

כלורופורם.

קולכיקום, בולבום (corm), זרעיהם ותכשיריהם.

קוגיום, עליו, זרעיו ותכשיריו.

מלחי נחושת, כגון מלח חומצת החומץ, חומצת לימונים, מלח חומצת הגפרית.

אצבעונית (digitalis) עליה ותכשיריה.

קרני שיפון (ergot) ותכשיריו.

יונימין (euonymine).

פורמלדהיד (formaldehyde), פורמלין, ליזופורם.

קמבוגיה.

משרה וכו' של ירק-עד (tinctura gelsemium)

שרשי חותם חזהב (הידרסטים)

שכרון (hyoscyamus)

יודין, תמיסותיו ומשרותיו.

יודופורם.

איפקה (Ipecacuanha), שרשיו, משרותיו, יינו, תרכבותיו, אבקותיו וכו'.

גבשושיות של ילפה (Jalap tubercles), השרף והתכשירים.

עופרת, תרכבות ארסיות שלה, כגון חומצת החומץ, יודיד, תחמוצות וכו'.

לובליה (lobelia), המשרה שלה וכו'

השרך הזכרי (male ferm) ותמציותיו.

אגוז הקיא (nux vomica), זרעיו ותכשיריו.

תכשירי אופיום המכילים פחות מעשרה אחוזים למאה מורפין.

פנול (חומצת קרבול) ותכשיריו המכילים יותר משלשה אחוזים למאה פנול ושאר דברים המופקים מן הכופר, כגון קריאולין, ליזול, קריאוזוט.

סנסונין.

כסף, מלחיו ותרכבותיו, כגון ארגירול, קולגירול, פרוטרגול, חנקן הכסף וכו'.

בצל הנחש (squills), המשרה, החומץ וכו'.

Stavesacre, זרעיו, משרתו וכו'.

סטרמוניום, עליו, משרתו וכו'.

תמציות סטרופנטוס, כגון אדרינלין.

שמנים נדיפים (Volatile) ותמציות השקד המר, הערער (juniper), התרדל והפיגם (rue).

מלחי אבץ, כגון כלוריד, זרחת, גפרת, פחמן גפרית ותמיסות חריפות שלהם.

התוספת השלישית

(סעיף 34)

סמים פשוטים ותכשיריהם המותרים במכירה ע"י אנשים בלתי מוסמכים

החמרים הרשומים מטה, כל המופק מהם ותכשיריהם המכילים רק חמרים אלה: —

השטה, קלפתה ונטפה
חומצת חומץ מהול
שקד מתוק
אלום
אהלות (aloes)
כספית מתוכלת נשדור, עסיס
פרי אניסון
פרחי ארניקה
עלי ענבי הדוב (urva ursi folio)
דונג דבורים
בישה-נפתול
בורק
חומצת בור
הרותם הספרדי, ראשיו, (Broom tops)
עלי בוחה (Buchu leaves)
שמן ערער (Cade oil)
כלור הכספית, עסיס
שרש יוניה (Calumba root)
שמן קיוסוט
קמפור
קפסיקום
פרי כרויה (Caraway)
זרעי קרדמון
קלפת קרושה (Cascara sagrada)
קלפת העץ המתוק (Cascarilla)
קציעה (Cassia), התרמיל ובשר הפרי
שמן קיק
טרשו (Catechu)

גיר
פרחי בבונג (Chamomile)
פחם עץ
כירטא (Chiretta)
קלפת קנמון
קליפת קנמונה
חומצת הלימון
קרנפול
זהורית (Cochineal)
שמן דגים
כרכם (Colchicum)
קולוריון
קופיוכא (Copaiba)
פרי הקוסבר שבהרים (Coriander fruit)
קלפת שרש צמר הגפן
קוכבה (Cubebs)
פרי שבת (Dill fruit)
שמן אגוז האדמה
מלחי אפסום (גפרת המגנזיון)
קינו האקלפטוס
שמן האקליפטוס
פירות שמר (Fennel fruit)
תחמוצת הברזל, עסיס
זרחת הברזל, עסיס
אפרסמון של פרייאר (Friar's balsam)
מרה
ג'לטין
שרש גנטיאנה
זנגביל

ט"ו בשבט תשמיד - 1998 נובמבר 19, יום ג'ליון

nevo.co.il

מלחי גלוכר (נפרת נתרן)
סוכר ענבים (Glucose)
גליצרין
גרינדליה
רשונת גַּבְיָק (Guaiacum-resin)
לוז המכשפות, (Hamamelis) הקלפה והעלים
דבש
שרש החזרת (Horseradish)
דו תחמוצת חמימן
שרש קרמריה
שומן חזיר, מטונן ומפולפל
שמן נרד (Lavender oil)
קליפת לימון
מי תרזח
שמן זרע פשתים
שרש שוש (Liquorice root)
עורקי העץ
מגנזיה שרופה, כבדה וקלה
פחמת מגניון, כבדה וקלה
תחמוצת המגניון, כבדה וקלה
נפרת מגניון (מלחי אפסום)
מנתול
כספית, התרכבת והעסים
מלח חומצת שמן של הכספית, העסים.
מור
ראשי בשמים (Nutmeg)
שמן זית
תפוחי זהב, חפרח והקלפה
מרת חשור
פרפין, מוצק, נחל ורך
פלפל
שמן דנדנא (Peppermint oil)
אפרסמון של פירו
שמן הארן
רטיה המכילה עופרת, אם היא מעשה־מכונה
חומצת התחמוצת של אשלגן (Potassium acetate)
דו־פחמת האשלגן.
פחמת האשלגן
מלח חומצת לימון של האשלגן
מלח חומצת חנקן של האשלגן
על מנגנת האשלגן (Potassium permanganate)
חומצת פרטר של אשלגן
עיקר־קרחה (Pyrethrum root)

עץ קאסיה (Quassia wood)
קלפת עץ הסבון (Quillaia bark)
דוכלורמימת הכינין (Quinine bihydrochloride)
כלורמימת הכינין (Quinine hydrochloride)
נפרת הכינין (Quinine sulphate)
בורסת הכינין (Quinine tannate)
שרף
חמיץ (Rhubarb)
מלחי רושל (מלח חמצת הטרטר של ניתרת האשלגן) (Rochelle salt)
מי שושנים
שמן רוזמרי
שרשי הסנגת
שנונית (Senna), העלים והתרמילים
שמן שומשמין
בורית, יבשה, קשה ורכה
בנוואט הנתרן (Sodium benzoate)
דו פחמת הנתרן (Sodium bicarbonate)
פחמת הנתרן (Sodium carbonate)
כלוריד הנתרן
זרחת הנתרן (Sodium phosphate)
נפרת הנתרן (מלחי גלוכר)
חלב תנינים (Spermaceti)
עמילן
לבונת (Srorax) מעובדת
סוכר מצורף
נפרית כשהיא במשקעיה וכשהיא מזוקקת
אבקת טלק
תמר הודי
חומצה בורסית (Taunic acid)
זפת מעובד
שרש שן הארית (Taraxacum)
חומצת טרטר
בוטם (Terebine)
שמן תאוברומת
צרי טולו (balsam of tolu)
אנקת איל (Tragacanth)
שמן מזוקק של שרף אלה (Turpentine oil)
שורש הולרינה (Valerian rhizome)
שמן הצמר
אבץ
שמנת האבץ (zinc oleate syrup)

התוספת הרביעית

(סעיפים 25 ו־38)

טופס של פנקס רצפטים

עמוד, מס׳
(תותם מחלקת הבריאות)

המספר הסדורי	התאריך	הרצפט — ההכן, הכמות, ההוראות	שם נותן הרצפט	שם החולה	פ״ס (א״י)	הערות

טופס של פנקס סמי רעל (מכירות)

עמוד, מס׳
(תותם מחלקת הבריאות)

המספר הסדורי	התאריך	תאור הרעל	כמות	(פ״ס א״י)	המטרה שלשמה מכוון הרעל	שם הקונה וכתבתו	התימת הקונה

טופס של פנקס סמי רעל (קניות)

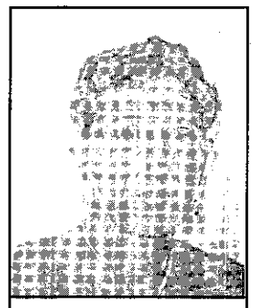
עמוד, מס׳
(תותם מחלקת הבריאות)

המספר הסדורי	תאריך	שם הרעל	הכמות	שם המוכר	פ״ס (א״י)

רפואה ומשפט גיליון מס׳ 19 - נובמבר 1998

nevo.co.il

ענישת עבריינים מכורים לסמים - עקרון הענישה המופחתת



חיה היכל

מילות המפתח במשפט הפלילי הינם מושגים כדוגמת "אחריות" ו"אשמה". בפרשנות ובמשמעות של מושגים אלה, תלויה שאלת קביעת הקיום של האחריות הפלילית.

העקרון של קיום אחריות ואשמה מושתת על ההשקפה בדבר קיומו של רצון חופשי אצל האדם, ועל העקרון כי הפעלת הרצון החופשי היא הבסיס לעשיותיו. האדם הסביר והממוצע הינו בעל בחירה חופשית לפעילויותיו ומכוון את התנהגותו בהתאם לרצונותיו. במידה ואדם אינו פועל מתוך רצון חופשי - אם בגלל סיבות חיצוניות כמו איום או כפיה, ואם בגלל מניעים פנימיים הקשורים במצבו הנפשי הרי שאינו נושא באחריות למעשיו.

זהו למעשה הנימוק להענקת פטור מאחריות פלילית לחולי נפש, בניגוד לגישות הדטרמיניסטיות בפילוסופיה הכופרות בכושרו של האדם לפעול באופן מוחלט בהתאם לרצונו החופשי.

עקרונות המשפט הפלילי קובעים כי לצורך הוכחת ביצוע עבירה פלילית יש להוכיח תחילה את קיומם של שני יסודות: האחד - המעשה האסור (actus reus) והשני - יסוד הכוונה הפלילית (mens rea) העוסק בהיבט של ההתנהגות הרצונית וכי בעת המעשה חוזה מבצע הפעולה את התוצאות האסורות שמעשהו יביא.
במידה ומעשה העבירה המבוצעת אינו נובע מרצון חופשי- אין האדם אחראי למעשיו.

בהתייחס לפרשנות המושגים אחריות ואשמה, נמצא לא מעט קונפליקטים בין הגישות המשפטיות לבין גישות מדעי ההתנהגות והפסיכיאטריה. כולם מסכימים כי במידה ומעשה אינו מבוצע מתוך רצון חופשי- הרי המבצע זכאי לפטור מאחריות פלילית. הקונפליקטים מתרכזים בשאלה מהו אותו מצב נפשי המזכה את המבצע מהפטור מאחריות פלילית בגין ביצוע המעשה האסור.

הוויכוח סביב בעיית האחריות הפלילית מחמת קיומו של מצב נפשי מסויים יכול להתחלק לשלושה נושאי משנה:

1. בהתאם למטרות המשפט הפלילי.
2. בהתאם לסנקציות אותן קובע החוק הפלילי.
3. בהתאם למצבו הנפשי של מבצע העבירה.

עיקר המחלוקת בין אנשי המשפט לבין אנשי הטיפול מתחום מדעי ההתנהגות והפסיכיאטריה נעוץ באספקט הראשון הנזכר, דהיינו האספקט המתייחס למטרות המשפט הפלילי, כאשר שני נושאי המשנה הנותרים, הקשורים לתוצאות המושגות באמצעות הסנקציות המשפטיות, משתלבים בו תוך התייחסות לנתונים האישיים של הפרט העומד לדין הפלילי.

מטרות המשפט הפלילי הינן מוסריות, פוליטיות וחברתיות. אלו הן גישות נורמטיביות ולא גישות מדעיות. לפיכך גורם הראציונאליות של העובדות אינו מהותי וההתעסקות היא בעיקר בערכים הקשורים להחלטות נורמטיביות בחברה. אנשי הטיפול והפסיכיאטריה היו מעדיפים לבטל לחלוטין את העונש הפלילי והיו מחלקים את הנאשמים לשתי קבוצות: אלה הזקוקים לטיפול ואלה שיש לכלוא בבית סוהר. אפשרות אחרת - היו דורשים להתאים את אופיו של העונש לאיפיונים השונים של הנאשמים, כשהחלוקה תתבסס על טיפול ושיקום, כנגד מטרות הרתעה והגנה על שלום הציבור.

מאחר והנורמות החברתיות והערכים החברתיים הם הקובעים את הסנקציות הפליליות, רצוי לבחון גם את האספקט העונשי ויעילותו לגבי אותו אדם המבצע את עבירותיו בהיותו נתון במצב נפשי מסויים- כדוגמת אדם המכור לסמים.

בדברנו על תורת הענישה ומטרותיה, אנו נוקבים בארבע מטרות:

1. הגנה על הציבור.
2. גמול או "מידה כנגד מידה".
3. הרתעה "למען יראו וייראו".
4. תיקון.

חיה היכל - עורכת דין. קרימינולוגית קלינית.

nevo.co.il

אם נבחון מטרות ענישה אלה אחת לאחת תוך התייחסות אל אדם המבצע את עבירותיו בשל היותו נתון במצב נפשי מסויים (כדוגמת המכור לסמים) - נראה כי המטרות אינן יכולות להיות מושגות על ידי ענישה בלבד. בהגנה על שלום הציבור כוונתנו הרחקת העבריין המסוכן מתוך החברה. בענישה באמצעות כליאה אנו משיגים את ההרחקה, אך לא פותרים את הבעיה מבחינת הטווח הרחוק שלה - שכן כל עוד לא יזכה בטיפול מתאים, בעייתו הנפשית ובעקבותיה בעיותיו ההתנהגותיות משמרות עצמן. בעונש יש אולי משום יסוד הרתעה לגבי הציבור כולו, אך אדם הפועל מתוך היותו נתון במצב נפשי מסויים, לא תמיד עושה זאת מתוך יכולת הפעלת כוונה ורצון חופשי. נוסף לכך, באמצעות הענשת הלקוי בנפשו עדיין לא מושגת הרתעת הציבור בכללותו שכן מבחינת נקודת המבט החברתית הלקוי בנפשו הוא חריג, סוטה ושונה מכלל הציבור, והחברה אינה מזהה עצמה עמו. נמצאנו שבענישתו אין משום גורם מרתיע לציבור כולו.

פרופ' הלן סילבינג[1] עסקה רבות בשאלות הקשורות לאחריות הפלילית של הלקוי בנפשו. היא מזכירה את בסיס התאוריה של קלזן: אשמה אינה קיימת במשפט הפלילי כיסוד עצמאי אלא נוצרה כתוצאה של הפרת נורמות חברתיות שהן הכרחיות לקיומה של קונפורמיות בסיסית היוצרת את חוקי החברה. לכן על הפרט בחברה לציית לחוקיה. אצל אדם שומר חוק קיימים סטנדרטים מסויימים של התאמה למסגרת חברתית, תוך שימוש במושג של "נורמאליות". אדם שאינו עומד בסטנדרט המינימאלי של אישיות, אין למוצאו אשם בשל ביצוע עבירה, מאחר ואין הוא שומר חוק ממוצע ואינו משתתף בתהליך יצירת המסגרת הנורמטיבית בחברה. המשפטנים ניסו לפתור בעיה זו באמצעות קביעת מבחנים משפטיים, אך הקרע בין אנשי המשפט לאנשי מדעי ההתנהגות והפסיכיאטריה נוצר ברגע שניסו לעצב תאוריות מדעיות אלו בצורה של כללים נוקשים, צרים ובלתי גמישים המתייחסים לאספקטים של מבנה האישיות: בעיני פרופ' סילבינג, מטרתו הנכונה של העונש הינה הבטחת קיום האיסורים המשפטיים כתגובה לאשמה. אי יכולת נפשית של אדם הלקוי בנפשו להיכלל במסגרת החברים הממוצעים בחברה - הופכת את מסגרת הדרישות הנורמטיביות לבלתי מתאימה עבורו. פרופ' סילבינג מפתחת תאוריה של שיתוף פעולה בין אנשי הטיפול ואנשי המשפט. תאוריה זו יוצרת אינטגרציה בעבודתם והיא קוראת לה:"Jurisdicopsychiatric Social Morality".

תאוריה זו עוסקת ביסוד האשמה. למעשה יש בה הבסיס למתן פטור מאחריות פלילית לחולה הנפש, שהינו אחד מן הכללים היסודיים של הצדק הטבעי. זהו עקרון אוניברסאלי אותו מוצאים בכל שיטות המשפט. השוני הקיים בין התאוריות השונות והגישות השונות נעוץ בשאלה מיהו האדם החריג והלקוי בנפשו, הזכאי להתחשבות לגבי בדיקת קיום יסוד האשמה אצלו ובאילו תנאים מכירים בקיום הכוונה הפלילית במלואה.

קיימים חילוקי דעות רבים בשאלה מיהו הסובל מליקוי נפשי המזכה אותו בפטור מאחריות פלילית. המושגים "נורמאליות" ו"אישיות ממוצעת" בהם מרבים להשתמש בבסיס התאוריות בדבר האחריות הפלילית הם למעשה מושגים שנויים במחלוקת מבחינת פרשנותם והיקפם. המשפטנים נוטים לפרש בצורה דווקנית ביותר את כללי הפטור בעוד אנשי הטיפול מתחום מדעי ההתנהגות והפסיכיאטריה מבקשים להרחיב הגדרות אלה, ומבקשים לא לעסוק בכללים נוקשים אלא לבדוק כל מקרה לגופו מבחינת נתוני אישיותו של הלקוי בנפשו.

ישנם הבדלים רבים בין סוגי ההפרעות הנפשיות במהותם, במידת עוצמתם ובמידת השפעתם על מבנה האישיות וההתנהגות. קשה לתחום קו ברור ומוגדר בין הנורמאלי לבלתי נורמאלי, בין האדם הממוצע לבלתי ממוצע. ההבדל והשוני אינו מהותי אלא בעיקר הבדל של דרגה המתבסס על הגורמים הסובייקטיביים ומבנה אישיותו של האדם. נוסף לגורמים הקשורים בנאשם, יש לזכור כי בהליך המשפטי משתתפים גורמים נוספים בדיון המשפטי כמו גישתו של השופט לנושא, בעיקר כשהנושא עוסק בבעיות שימוש לרעה בסמים, וכאשר הגישה המאפיינת נושא זה מאופיינת בדרך כלל בדחייה ציבורית. לפיכך שאלת האשמה ובעקבותיה בעיית הענישה, אינה עומדת על רמה אקדמאית תיאורטית בלבד.

בעיית ההתמכרות לסמים בהקשר להיבטיה הפליליים-קשורה ישירות לתחום האחריות הפלילית. תחילת השימוש בסמים, ברוב המקרים, הינה התנהגות רצונית המתבצעת מתוך רצונו החופשי ובחירתו של המשתמש. ככל שתופעה התנהגותית זו משתרשת באורח חייו יש לה השלכות התנהגותיות ונפשיות. השימוש בחומרים פסיכואקטיביים מביא לשינויים פיזיולוגיים ונפשיים באישיותו של האדם, וברוב המקרים המשתמש המתחיל מתכחש אליהם. ככל שהשימוש מתמשך, הגוף מפתח תלות גופנית ותלות נפשית ובעקבותיהם - סבילות. המשמעות: כדי להגיע לאותה רמה של השפעת החומר, נאלץ המשתמש להגדיל את כמויות השימוש, להגדיל את תכיפות השימוש וכשהוא מנסה להפסיק את השימוש הגוף מגיב בסימני תסמונת גמילה גופניים ונפשיים קשים. נוצר מצב של התמכרות מוחלטת כאשר האדם אינו מסוגל

nevo.co.il

לתפקד ברמה מינימאלית ללא הסם. ההזדקקות לסם באופן מתמיד, מסבכת את המשתמש בפלילים. הוא מפסיק לתפקד בצורה יציבה ונקלע למעגל סגור של שימוש חוזר ומתמשך, ואי- שקט גופני ונפשי. במצב כזה שאלת קיום הרצון החופשי לצריכת הסמים מאבדת כל שמעות שכן האדם תלוי בצורה מוחלטת בסם. בהעדר הסם סף הגרוי וסף התגובה פועלים ברמה נמוכה ביותר והמכור מוכן לעשות הכל למען השגת הסם המתחזק אותו והופך לאדם לקוי בהתנהגותו ותיפקודו.

בעיה זו עשויה להיות מוחרפת לגבי נאשמים שיטענו כי נולדו להורים מכורים לסמים ולאחר לידתם גילו סימני תסמונת גמילה. דהיינו; "מכור מלידה". בישראל נולדים מדי שנה כ- 120 תינוקות כאלה. שאלת קיום הרצון החופשי לגבי התנסות בשימוש בסם ולאחר מכן פיתוח התמכרות, מקבלת כאן משמעות אחרת.

למסגרת בעייתית זו של התיחום והמבחין בין הנורמאלי לבלתי נורמאלי משתייך נושא ה"אחריות המוגבלת" (deminished responsibility) במשפט הפלילי. נושא זה עוסק במקרים בהם ברור שיש קשר בין ההפרעות הנפשיות של הנאשם לבין התנהגותו הפלילית, ואז יש מקום להתחשב במצב נפשי זה לצורך קביעת מידת האשמה ובשלב קביעת העונש. מדובר במקרים אשר בהם המופרעות הנפשית של הנאשם אינה מגיעה לדרגה המצדיקה פטור מלא מאחריות פלילית, אך כנגד זה בשל מצבו הנפשי אין הנאשם יכול להיכלל בקטגוריה של אנשים ממוצעים ונורמאלים הנושאים באחריות פלילית מלאה למעשיהם. מבחינה תחיקתית משפטית הנושא אינו מוסדר כהלכה. בשיטות משפט שונות זהו עקרון מקובל (אנגליה; גרמניה; ארה"ב) וקיבל הסדר רשמי. בשיטת המשפט שלנו עקרון זה לא היה מקובל בצורה רשמית. לראשונה אנו נתקלים בו כמופיע בצורה רשמית בתיקון לסעיף 300 בחוק העונשין תשל"ז- 1977, בהתייחס לעבירת רצח. כותרת השוליים של סעיף 300 (א) מדברת על עונש מופחת[2]. המורשע ברצח עונשו יהיה מאסר עולם ועונש זה בלבד. על אף האמור ניתן להטיל עונש קל מהקבוע אם נעברה העבירה במצב שבו בשל הפרעה נפשית חמורה או בשל ליקוי בכושר השכלי, הוגבלה יכולתו של הנאשם במידה ניכרת, אך לא עד כדי תוסר יכולת של ממש, להבין את אשר הוא עושה או את הפסול שבמעשהו או להימנע מעשיית המעשה.

להערכתי, לגבי עבירות פליליות של מכורים לסמים עקרון זה התקבל בחלקו מבעד הדלת האחורית, מאז החלת חוק דיני העונשין תשל"ז - 1977. אמנם במשך השנים חל כאן שינוי, אך שינוי זה רק שיפר את הפעלת עקרון האחריות המופחתת. בהמשך נדון בשינוי זה. להערכתי אין בחוק זה משום הכרה מלאה בעקרון האחריות הפלילית המופחתת כלפי העבריין המכור לסמים, המבצע עבירותיו בשל הצורך לצריכת סמים, אלא נכונות להתייחסות ענישתית שונה אל המכור לסמים במידה והינו מביע רצון לטיפול ושינוי אורח חייו.

נחזור לאותה דעה הרואה בכל נושא הענישה ומטרותיה את האמצעי והמכשיר לפיקוח חברתי. אנו נראה שכל הדיון המשפטי בהליך הפלילי העוסק במצבו הנפשי של הנאשם בזמן ביצוע העבירה - מאבד את חשיבותו. מצבו הנפשי של הנאשם בזמן ביצוע העבירה מתייחס אל עברו של הנאשם תוך עריכת איבחון של מצבו הנפשי דאז ואיבחון הסיבות שהביאוהו לביצוע העבירה. בהתייחס למטרות הענישה- הרי דווקא הפרוגנוזה בדבר מצבו הנפשי היא שצריכה לעניין ובה אולי עשוי להיות הרמז לגבי מניעת הישנות של תופעות התנהגות שהופיעו אצלו בעבר - מתוך תקווה לשינוי ושיקום. שכן זוהי מטרת הפיקוח החברתי באמצעות הענישה. על פי השקפה זו, אשר רואה במטרת החוק הפלילי והענישה מניעת מעשים אנטי-סוציאליים ולאו דווקא גמול ונקמה על מעשי העבר, הרי נראה כי הדוקטרינה של mens rea מתערערת ומאבדת את חשיבותה. זוהי אף דעתה של ל. ווטון[3]. לגירסתה, לשאלת קיום ה- mens rea (הכוונה האסורה) בזמן ביצוע העבירה יש חשיבות רק בשלב שלאחר ההרשעה, כמנחה לצעדים שיש לנקוט כדי למנוע הישנות ביצוע עבירות נוספות מצד אותו הנאשם בעתיד. חשיבה זו מביאה לצורך בשינוי ראדיקאלי בשיטת הענישה. לפי ווטסון, הדיון המשפטי יתנהל בצורה הבאה: לאחר שהוכח לבית המשפט מבחינה עובדתית כי הנאשם ביצע את העבירה, ללא כל התייחסות להוכחת יסוד הכוונה הפלילית, על בית המשפט לנקוט כלפי הנאשם באחת משתי הגישות: עונשתית או טיפולית או בשתיהן גם יחד. גורלו של הנאשם ייחרץ לא בהתאם למצבו הנפשי בעבר אלא בהתחשב במצבו הכללי והנפשי בזמן הדיון המשפטי ובזמן מתן פסק הדין, מתוך מחשבת מניעת הישנות העבריינות בעתיד.

דעה זו מקבלת משנה תוקף דווקא לגבי עבריינות של מכורים לסמים המבצעים עבירות בשל התמכרותם והמביעים תוך כדי ההליך הפלילי את רצונם להשתלב במסגרת טיפולית. כאן עולה השאלה אם זו מוטיבאציה כנה ואמיתית או שמא מטרתה הימנעות משליחה למאסר. נמצאנו בהרבה מקרים שמתוך שלא לשמה התוצאה בטווח רחוק יותר - היתה לשמה.

השימוש לרעה בסמים הינו בעיה מורכבת ביותר. האספקט

nevo.co.il

המשפטי של החקיקה הנוגעת, ואכיפת החקיקה, הינו רק אחד ההיבטים שאינו עומד ופועל במבודד מכל ההיבטים האחרים הקשורים בבריאות; מדע; חברה; מוסר; תרבות; חינוך. גם כאן בדומה לתורת האחריות הפלילית והעניינה בכללותה, החוק משמש כתרגום לעמדות ובעיות חברתיות כשגישת החברה דווקא כלפי בעיית ההתמכרות לסמים הינה שלילית ביותר ומטבע הדברים החקיקה מבטאת גישה זו.

החקיקה בתחום השימוש בסמים צריכה להתמודד עם שאלות בסיסיות כמו האם יש להתיר שימוש בחומרים או בסמים מסויימים? ואם כן - לאלו צרכים? האם המשפט הפלילי הוא הכלי הראוי להתמודדות בנושא זה או שמא יש להתמודד עם בעיה זו בתחום המשפט המנהלי? האם התמכרות לסמים היא מחלה גופנית ו/או נפשית? באיזה מסגרות יש לטפל במכורים לסמים? האם ההתמכרות יוצרת נכות? הניתן לטפל בבעיית ההתמכרות לחומרים פסיכואקטיביים בכפייה? הוראות החוק בשאלות אלה צריכות להתבסס גם על היערכות חברתית מתאימה.

דו"ח הועדה הבינמשרדית לטיפול מקיף בבעיית הסמים בישראל[4] מעלה את הקשיים בתחום החקיקה בנושא השימוש בסמים. מקור הקשיים בהעדר מידע מגובש שעל בסיסו ניתן להעריך מדיניות קיימת או לעצב מדיניות חדשה. בתחום הסמים, ובמיוחד מה שקרוי בלשון עממית "סמים קלים" מושפעת ההתייחסות המשפטית, מעובדת העדר נקודת מוצא מוסכמת הן באשר לידע המקצועי והמדעי של מערכת אכיפת החוק והן באשר לנתונים ועמדות ערכיות שונות זו מזו. הדבר בא לידי ביטוי בפסיקה של בתי המשפט. ככל שהשימוש בסמים נפוץ יותר, וככל שהוא חורג מאוכלוסיית שוליים ומתפשט לרמות החברה השונות ויוצר תת-תרבות של צריכה-מתחזקים הקולות הקוראים לבחינה מחודשת של עמדת החוק, לדה-קרימינאליזציה של השימוש בסמים או בסוגים מהם. קיים וויכוח בציבור על התרת שימוש בסמים קלים והמתווכחים נוהגים לערב עובדות בדוקות, השערות, סיפורי רחוב ועמדות אידיאולוגיות. הדבר מקשה על עיצוב מדיניות אחידה, ומתבטא בהחלטות המשפטיות השונות אשר לעיתים נוגדות וסותרות.

קושי זה מתרחב לאור סוגי החומרים הרבים שהשפעתם ברורה כמזיקה מבחינה רפואית והשימוש בהם רחב וממושך. לשימוש הזה יש לגיטימציה חוקית וחברתית, באשר החומרים אינם אסורים על פי חוק (לדוגמא: תרופות; אלכוהול; ניקוטין) ומבחינה מדעית מוגדרים כחומרים פסיכואקטיביים המפתחים התמכרות. אי הבהירות בהתייחסות אל בעיית השימוש בסמים כבעיה פלילית טהורה, נותנת אותותיה בהחלטות בתי המשפט. הגישה האישית של השופט כלפי הבעיה ניכרת בהחלטתו, אותה הוא משתדל לעטר בנימוקים משפטיים.

החקיקה בישראל בנושא הסמים מורכבת בעיקר מחוקים מתקופת המנדט הבריטי שתוקנו על ידי חקיקה ישראלית.דבר החקיקה הראשי הוא פקודת הסמים המסוכנים (נוסח חדש) תשל"ג- 1973, שבמקור נחקק ב- 1936 ותוקן פעמים מספר בתחיקה ישראלית. בשנת תשל"ט הפקודה עברה שינוי בגישת הענישה שלה. עד לשנה זו היתה מדיניות ענישה אחידה הן לגבי עבירות שימוש בסמים והן לגבי עבירות הפצת סמים. בשנה זו נקבעה ההבחנה בין סחר לשימוש. שימוש לצורך החזקה עצמית דינו עד שלוש שנות מאסר והעונש על סחר בסמים הועמד על חמש עשרה שנות מאסר ומאוחר יותר הוחמר לעשרים שנות מאסר. בעוד הפקודה יצרה אבחנה בין משתמש לסוחר באספקט העונשי, הרי לא יצרה כל הבדלה בין סוגי הסמים ולא קיבלה את האבחנה הנהוגה בציבור בין סמים קשים לקלים. מחקרים אחרונים בנושא החשיש מצדיקים גישה זו ומראים כי גם חשיש מביא להתמכרות. בפסיקת בתי המשפט עדיין רואים את האבחנה לקולא בהתייחסות של שופטים אל נאשמים, כאשר העבירה בה הם מעורבים מתייחסת לחשיש-מריחואנה.

פקודת הסמים המסוכנים משמשת בתפקיד כפול: בקביעת נורמות איסור וסנקציות על הפרתן (איסור שימוש והפצה ללא היתר) וקביעת הסדרי התרת הפצה עם פיקוח ושליטה על הביקוש וההיצע. חוק העונשין תשל"ז - 1977 עוסק בנושא הטיפול והשיקום של מכורים לסמים העומדים לדין פלילי. לענייננו-חוק זה הוא העיקרי בהתייחסותו אל העבריין המכור לסמים באספקטים של האחריות והענישה הפלילית. זהו למעשה החוק שהכניס את ההתייחסות הנפרדת לענישת עבריינים מכורים לסמים.

סעיף 34 ט (א) לחוק העונשין תשל"ז- 1977 (שבחוק המקורי היה סעיף 20 ותוקן בשנת תשמ"ד) מצוי בפרק העוסק בעקרונות האחריות הפלילית ודן בסייגים לאחריות פלילית בגין שכרות. שכרות לנושא סעיף זה כוללת שכרות מאלכוהול, סם מסוכן או גורם מסמם אחר. מן הראוי לציין כי שכרות כשלעצמה אינה בגדר עבירה פלילית וכן השימוש באלכוהול אינו אסור על פי חוק. לא דומה המצב בהקשר לשימוש בסמים. אכן, המצאות אדם תחת השפעת סמים אמנם אינה עבירה, אך יש בה בכדי להעיד לשימוש בסמים לצריכה עצמית - מעשה שהוא בגדר עבירה. אף על פי כן, התייחסות המחוקק להגנות המשפט הפלילי הינה אותה התייחסות בין אם מצב השכרות נובע מאלכוהול ובין משימוש בסמים. הכלל הוא:

nevo.co.il

אין אדם פטור מאחריות בגין מעשה שביצע במצב של שכרות והוא גרם למצב זה בהתנהגותו הנשלטת ומדעת. רואים אותו כמי שעשה את המעשה במחשבה פלילית, ואפילו ביצעו ללא מחשבה פלילית. הסייג היחידי: אלא אם היה במצב שכרות שנגרמה שלא בהתנהגותו הנשלטת או שלא מדעתו.

זווית ראייה אחרת:

סימן ז' לפרק ו' (סעיפים 86-82) לחוק העונשין תשל"ז - 1977 עוסק בטיפול גמילה. סעיפים אלה עברו שינוי בשנת תשנ"א- 1991. ההוראות המקוריות משנת תשל"ז עסקו בהחזקה במוסד סגור לגמילה מדחף לסמים של נאשמים שהורשעו בעבירה שנעברה מתוך אותו דחף. אלה היו ההוראות היחידות במערכת החקיקה שדנו בשאלה זו, אולם היקפן צומצם אז לטיפול באנשים שהורשעו והיו מוגבלות למסגרת של הליך שיפוטי עונשי. על אף שסימן זה השתייך לפרק על דרכי ענישה, הוא לא דן בטיפול גמילה כתחליף לענישה.

בהוראות אלה אנו נתקלים במשפט הישראלי באימוץ מודל רפואי-טיפולי (כתחליף למודל המשפטי) כשהוא מתבסס על שני שיקולים: הראשון - המשתמש בסמים הינו חולה וזקוק לטיפול. השני - קיימת שיטת טיפול מתאימה לריפוי המשתמש. למעשה אנו רואים כאן שימוש במנגנוני אכיפת החוק כסוכנים להפנייה לטיפול. רשמית החוק אינו מתחשב בהתמכרות כגורם להפחתת האחריות הפלילית בברור יסודות האשמה, אך לצורך רמת הענישה מוכן להתחשב בעניית התמכרותו של הנאשם כדי להפנותו להליך טיפולי.

בפועל, הוראות אלה נתנו התייחסות עקיפה לנושא האחריות הפלילית שכן סעיף 82(א) אמר:

"מי שנידון לעונש מאסר שלא על תנאי לתקופה של שש חודשים או יותר, ונוכח בית המשפט לאחר ששמע חוות דעתו של רופא למחלות נפש, כי הנאשם סובל מדחף לסמים מסוכנים כמשמעותם בפקודת הסמים המסוכנים (נוסח חדש) תשל"ג- 1973, וכי יש יסוד להניח שעבר את העבירה שעליה נידון מתוך אותו דחף ושיש באותו דחף כדי להביאו לידי עבירות נוספות, רשאי בית המשפט, בגזר דינו, לצוות על החזקתו במוסד סגור לשם גמילה מן הדחף".

להערכתי, ההתייחסות אל מושג הדחף לסמים מסוכנים המופיע בסעיף זה, יש בה התייחסות אל המניע ואל הסיבה לביצוע מעשה העבירה, ונושא המניע הרי הוא מיסודות האשמה הפלילית וקביעת האחריות הפלילית. לפיכך אין להתעלם מההתייחסות אל מהות האחריות הפלילית ולהתייחס אל הוראות אלה במסגרת שיקולי ענישה בלבד.

בפועל - מטרות סימן זה לא הושגו מכמה סיבות:

1. לצורך יישומן של הוראות אלה, בהעדר מקומות טיפול סגורים לטיפול במכורים לסמים, נקבע כי הטיפול יתבצע בבתי חולים לחולי נפש, שאינם מתאימים לטיפול במכורים. שיטות הטיפול שונות; פסיכיאטרים סרבו לטפל במכורים לסמים; הצרוף של שני סוגי האוכלוסיות באותו מוסד היה הרסני ולא הביא לשיקום נפגעי סמים.

2. בסרוב הפסיכיאטרים לטפל באוכלוסיית מכורים לסמים- ניתנו רק 14 מיטות בכל רחבי הארץ לטיפול במכורים. מספר מיטות כה קטן לא יכול להתמודד אפילו עם קצה הבעיה.

3. הוראות הפעלת צווי ההחזקה לא עמדו במבחן המציאות. הוצאו יותר צווים מיכולת הקליטה של המיטות שהועמדו לנושא. צווי ההחזקה לא הופעלו בזמן והיו פניות רבות לבג"צ של אותם מכורים בשל אי הפעלת צו החזקה.

4. מחקר של חוקרים מהפקולטה למשפטים באוניברסיטה העברית[5] מצא כי טיפול בכפייה אינו אפקטיבי. בנושא זה נעיר כי על פניו, לפי הוראות סעיף זה נראה כי בית המשפט יכול להטיל צו החזקה בכפיה, אך בפועל אף צו החזקה שניתן לא הופעל בכפייה. המכור לסמים אינו מוכר כחולה נפש - לפיכך לא ניתן להפעיל כלפיו אשפוז בכפיה ואין ערך לכך, מאחר ובטיפול במכורים לסמים יש צורך בשיתוף פעולה מצד המטופל. המורשעים שפנו לבית המשפט בבקשה למתן צו החזקה עשו זאת ביוזמתם ומתוך רצון חופשי. לעיתים מתוך שיקול שאשפוז ואפילו בבית חולים לחולי נפש עדיף על שהייה בבית סוהר.

5. הוראות הסעיף לא דיברו על זמן ההוצאה לפועל של צו ההחזקה. במקרים בהם המורשע הועבר עם תחילת המאסר לאשפוז לפי צו ההחזקה ולאחר מכן, בתום ששת החודשים שנקבעו כזמן הטיפול בדחף, הוחזר למסגרת בית הסוהר להמשך ריצוי תקופת המאסר שנקבעה, סוכולה מטרת צו ההחזקה.

6. חוסר ידע מקצועי של מוסדות בריאות הנפש בתחום העבודה הטיפולית והשיקומית עם נפגעי סמים.

7. חוסר תיאום בין הגורמים המטפלים בהוצאה לפועל של צווי ההחזקה(משרד הבריאות; בתי הסוהר; בתי המשפט; וועדת שחרורים).

עדות לקשיי ההפעלה מופיעה בדברי כב' השופטת בן עתו (ע.פ. 59/81 **מ.י. נ. מסרי חוסני**):

"הצורך בנקיטת יוזמות ובחיפוש דרכים לגמילת אנשים

nevo.co.il

מסמים הוא צורך חשוב וחיוני, אין חלילה בדבר כדי לרפות ידיהם של העוסקים בכך אולם אני מרשה לעצמי להציע שתיבדק הפעלתו של סעיף 82 לחוק העונשין וייערך סיכום תוצאות שמא יש מקום לתיקון החוק או לשינוי בדרך שבה הוא מופעל על ידי הרופאים".

דו"ח הועדה הבינמשרדית הנ"ל בנושא הסמים הגיע למסקנה כי הפרק הנ"ל נכשל ביישומו. כשלון הנובע, כל הנראה, הן מהגישה האידיאולוגית המוטעית ששימשה לו בסיס והן מדרכי יישומו ומהעדר כלים מתאימים להפעלתו. הדו"ח המליץ על ביטול הוראות סימן זה והעלה מספר ברירות בתחום מדיניות הענישה של משתמשים בסמים (עי 151 לדו"ח):

1. הגישה המחמירה - מיצוי הדין בהרשעה ובמאסר, לדעת הגורסים שגישה מקילה מהווה בעקיפין לגיטימציה לשימוש.

2. הורדת רמת העונש הצפוי וסוגו; לדעת הגורסים שעונש מאסר אינו יעיל לענין זה ונזקו רב.

3. סנקציה טיפולית בלבד - בין בשלילת חופש ובין בתוך הקהילה.

4. הטלת סנקציה עונשית ללא הרשעה רשמית (אפשרות זו קיימת גם לגבי מקרים כלליים של נאשמים המופנים לצו מבחן; שרות לתועלת הצבור), מתוך מטרה למנוע הווצרות סטיגמה.

5. הטיית מסלול ההליך הפלילי לתכניות טיפוליות שלא במסגרת ענישה, לטענת הגורסים שעונש אינו אפקטיבי לגבי המכור לסמים.

סימן ז' לחוק העונשין תשל"ז - 1977 עבר שינויים בשנים האחרונות וכיום הוא מאמץ בצורה מוחלטת את המודל הטיפולי כתחליף למודל המשפטי-עונשי. דהיינו קבלת עקרון הענישה המופחתת, בתנאי שהנאשם המכור לסמים מביע רצון לשינוי אורח חייו. יש לזכור כי בינתיים השתנו גם דברים רבים בשטח. מערכת הטיפול והשיקום בנפגעי סמים התפתחה כמערכת נפרדת ומציעה תכניות טיפול שונות המותאמות אישית לכל מטופל.

בהתאם לשינויי החוק משנת תשנ"ה ותשנ"ו, קוראים לסימן ז' בשם "טיפול בקהילה". במידה והורשע אדם ונוכח בית המשפט כי הוא משתמש בסמים מסוכנים (ללא צורך בהוכחה כי המניע לביצוע העבירה היה הדחף לצריכת הסמים) - רשאי בית המשפט להטיל עליו, בצו, מבחן שבמסגרתו יעבור הנאשם טיפול בקהילה, בתקופה ובהתאם לתכנית שיורה בית המשפט. ניתן לתת צו טיפול זה גם ללא הרשעת הנאשם ואפילו אם תלוי ועומד נגדו מאסר על תנאי בר הפעלה. המחוקק הרחיק לכת ביותר לכוון מטרת הטיפול והשקום בענישת עבריינים נפגעי סמים, והוא מוותר על דרישות בסיסיות הקיימות בענישה הפלילית. דהיינו הפעלה מרחיבה ביותר של עקרון העונש המופחת-במידה והנאשם משתף פעולה. בית המשפט לא יתן צו טיפול אלא אם כן הנאשם המכור לסמים הסכים לעבור טיפול והבין את תנאי הטיפול ומהותו; מצבו של הנאשם מצדיק טיפול והנאשם מתאים לטיפול וכן אם נעשו הסידורים שיאפשרו לו לקבל את הטיפול על פי תכנית מפורטת בתסקיר קצין מבחן לענין התאמת תכנית טיפול אישית. למעשה, בית המשפט הופך כאן לשותף שעוקב אחר מצבו של הנאשם באמצעות תסקיר קצין המבחן כשהוא מתלה את הענישה הפלילית בתוצאות תכנית הטיפול והשיקום. והרחיק עוד יותר בסעיף 85 לחוק העונשין תשל"ז-1977 כשהחוק אומר שניתן להשתמש בצו הטיפול יותר מפעם אחת, אם בית המשפט שוכנע שלא יהיה זה צודק להפעיל מאסר על תנאי משום שיש סיכוי לשיקומו של הנאשם וכי הפעלת המאסר על תנאי תסב לו נזק וכשאין בכך משום סיכון לשלום הציבור. בית המשפט יכול לתת הארכה נוספת של תקופת התנאי, ובלבד שלא יטיל מאסר בפועל. זאת בהתבסס על מצב התקדמותו בתכנית הטיפול ובהתבסס על אינפורמציה אותה הוא מקבל על המוסד שבו ניתן הטיפול. דהיינו: הפיכתו של השופט לגורם שותף פעיל וקרוב לתכנית הטיפול אותה עובר הנאשם - מימוש התאוריה של פרופ' הלן סילבינג כפי שהובעה לעיל. השופט אינו ממקד עצמו בשיקולים משפטיים דווקניים תיאורטיים בלבד אלא עוסק גם בנסיבות הספציפיות - אישיותיות של הנאשם. זהו מימוש של חזון אחרית הימים בציפיות ההדדיות בין אנשי הטיפול ואנשי המשפט.

מקורות:

1. Helen Silving, Essays on Mental Incapacity and Criminal Conduct .Charles E. Thomas Publishing .Essay 1 -Mental Incapacity in Criminal Law pp.51-140 (1967)

2. חוק (מס' 44) תשנ"ה- 1955.

3. Lady Wooton, Deminished Responsibility. A Layman's "View", 76 L.Q.R. 224 (1960).

4. דו"ח הועדה הבינמוסדית והבינמשרדית לטיפול מקיף בבעיית הסמים בישראל. יחידת הסמים של משרד העבודה והרווחה יולי (1983).

5. לסלי סבה, רחל ארנפלד, גמילה כעונש - הטיפול בעבריינים מתמכרים לסמים, האוניברסיטה העברית בירושלים הפקולטה למשפטים- תשמ"ח (1988).

nevo.co.il

משקאות משכרים בראי החוק הישראלי

שושנה וייס

יובל החמישים למדינה משאיר את ישראל הרחק מאחור בכל הקשור לחוקי-פיקוח על זמינות משקאות אלכוהוליים, בהשוואה למדינות רבות באירופה, ארה"ב, קנדה ואוסטרליה[1-3]. במהלך חמישים שנות קיום המדינה, נתקקו חוקי פיקוח רק בארבעה נושאים המתייחסים למשקאות משכרים, כאשר על-פי סעיף 1 בפקודת המשקאות המשכרים (ייצור ומכירה) נוסח חדש משנת 1959, המדובר במשקאות בהם הריכוז המינימלי של אלכוהול הוא 2%. חוקי-הפיקוח מתייחסים לנושאים הבאים:

א. הספקת משקאות משכרים לקטינים.

ב. הספקת משקאות משכרים לשיכורים.

ג. נהיגה תחת השפעת אלכוהול.

ד. פרסומת המכוונת לקטינים.

הספקת משקאות אלכוהוליים לקטינים ולשיכורים

ההתייחסות לשתייה בקרב צעירים עד גיל שמונה-עשרה באה לידי ביטוי הן בחוק רישוי עסקים התשכ"ח - 1968, והן בחוק העונשין התשל"ז - 1977. על-פי חוק העונשין התשל"ז - 1977, תיקון מס' 27, י"ט בשבט התשי"ן - 2 בפברואר 1990, סעיפים 193 (ג), 193א סעיפים קטנים (א-ה), חל איסור על:

א. הספקת משקה משכר לשיכור או על עידודו לשתות משקה משכר.

ב. עידוד או שידול אדם שלא מלאו לו שמונה-עשרה שנים לשתות משקה משכר.

ג. בעל עסק או מי שעובד בעסק שבו נמכרים משקאות משכרים לשם שתייה במקום, למכור ולהגיש משקה משכר לאדם שלא מלאו לו שמונה-עשרה שנים או לעודדו לשתות, והוא רשאי לדרוש הצגת תעודה בה ניתן לוודא את גילו של האדם המבקש שיספקו לו משקה משכר. לא הציג האדם תעודה, לא יסופק המשקה למבקש.

בנוסף, על בעל העסק להציג במקום בולט את הוראות סעיף זה.

בעל עסק שלא יציג הודעה במקום בולט ביחס להספקת משקאות משכרים לקטינים, רואים אותו גם כמי שלא קיים תנאי מתנאי רשיון שניתן לפי חוק רישוי עסקים התשכ"ח - 1968. בתיקון לחוק זה משנת 1990, הוכנס סעיף קטן (ג) המחייב הצגת הודעה המפרטת את הוראות הסעיפים 193(ג) ו - 193א בחוק העונשין, וסעיף קטן (ד) הגורס שחובת הצגת ההודעה היא תנאי מתנאי הרשיון.

בנוסף לסעיף 4 בפריט 124 בחוק רישוי עסקים התשכ"ח - 1968 האוסר מכירת משקאות משכרים למי שטרם מלאו לו שמונה-עשרה שנים, קיים סעיף (3) האוסר העסקה של מי שטרם מלאו לו שמונה-עשרה שנים במכירת משקאות משכרים.

החוק הישראלי יוצא דופן בהשוואה לחוקים האוסרים הספקת משקאות משכרים לקטינים במדינות רבות אחרות[1-3], מאחר שאינו כולל איסור לספק משקאות משכרים לקטינים במקומות בהם נמכרים משקאות אלה שלא לשם שתייה במקום (מרכולים, חנויות מכולת)[4]. משמע, שקיימת פירצה, כך שמותר למכור משקאות משכרים לקטינים במרכולים, אך אסור לעשות זאת במסעדות ובפאבים. לכן, צעירים יכולים לקנות משקאות אלכוהוליים בחנויות ללא הגבלה. יתר-על-כן, צעירים שותים בפאבים. מחקרים שנערכו בשנים 1992 ו-1994 בצפון הארץ הצביעו על הפאב כמקום שתייה מועדף בקרב נוער יהודי, במיוחד אצל בנות[5-7]. מכאן ניתן להניח שאכיפת החוק הקיים הינה דלה.

נהיגה תחת השפעת אלכוהול

חוקים בדבר נהיגה בשכרות חיוניים לשלום הציבור ובטחונו[8-10]. ואכן, לאיסור נהיגה תחת השפעת אלכוהול קיימת התייחסות בכמה מקומות: בפקודת התעבורה (נוסח חדש) התשכ"א -1961, פרק 7 - עבירות ועונשין; בסעיף 62 ובסעיף 264 (א)(ב), בתקנות התעבורה 26(2); ובמיוחד בסעיף 169 בתקנות התעבורה (תיקון מס' 3) התשמ"ב - 1982, המתייחס בהרחבה לנושא זה. נהג נחשב שיכור אם ריכוז האלכוהול אצלו עולה על 50 מ"ג אלכוהול ב - 100 מ"ל דם,

דר' שושנה וייס - רכזת מניעה ומחקר באגודה למניעת אלכוהוליזם בישראל.

nevo.co.il

או על 240 מיקרוגרם אלכוהול בליטר אוויר נשוף. הסעיף עוסק בין היתר, בסמכויות השוטר, ובסעיף 169ג(א) נרשם: "היה לשוטר חשד סביר כי נוהג רכב או הממונה על הרכב הוא שיכור, רשאי השוטר לדרוש ממנו להיבדק בבדיקת נשיפה או למסור דוגמה של דם או של שתן לבדיקת מעבדה...". בסעיף 169ד(א) נרשם: "היה לשוטר חשד סביר כי נוהג רכב או הממונה על הרכב הוא שיכור, או שהוא מעורב בתאונת דרכים, רשאי הוא לדרוש ממנו להבדק בבדיקת נשיפה". סעיף 169ו(א) דן בעונשו של המסרב להיבדק לפי דרישת השוטר.

כלומר, בניגוד למרבית מדינות אירופה או אוסטרליה, אין החוק הישראלי מתיר בדיקה אקראית לשכרות של נהגים בכביש, ויש צורך ב"חשד סביר" של השוטר, או במילים אחרות, בקיומה של עבירה כלשהי על-ידי הנהג, כדי לבדוק נשיפה. יש להעיר שעל-פי סעיף 47(א) לפקודת התעבורה, קצין משטרה יכול לפסול רשיון נהיגה לשלושים יום בעבירת נהיגה תחת השפעת אלכוהול.

בהקשר זה ראוי לציין, כי למרות שמרבית בני הנוער אינם מכירים את פרטי החוק בדבר הרמה המירבית של ריכוז האלכוהול בדם המותרת בנהיגה, וידיעתם בנושא בכללותו מעטה[11-12], הרי במחקר שנערך בצפון הארץ נמצא, שלמעלה ממחציתם מביעים עמדות בכיוון של החמרת החוקים העוסקים באלכוהול ונהיגה: תמיכה בהגברת סמכויות השוטר בבדיקת נהגים שיכורים בכביש, בהפחתת מקומות מימכר של אלכוהול בצידי הכבישים ובהפחתת הרמה המירבית של ריכוז האלכוהול בדם המותרת בנהיגה אל מתחת ל - 0.05%[13] לרמות בטוחות יותר, שנהוגות במדינות שונות בעולם[14]. מחקרים שנערכו בארץ הראו זה מכבר, שאנשים נוהגים תחת השפעת אלכוהול ברמות הגבוהות מן המותר בחוק[15-17].

פרסומות לאלכוהול

בתקנות הגנת הצרכן (פרסומת המכוונת לקטינים) התשנ"א - 1991, שנקבעו לאור סעיף 7א בחוק הגנת הצרכן התשמ"א - 1981 (תיקון התשמ"ח מס' 2), קיים איסור על עשיית פרסומת המכוונת לעודד קטינים לצריכת משקאות משכרים. זהו החוק היחיד הקיים בנושא מול חוקים רבים הנוגעים להגבלות על פרסומות למשקאות משכרים הקיימים במדינות אחרות[18]. בעניין של פרסומת המכוונת לקטינים קיים גם כלל 23(א) של הרשות השנייה לטלוויזיה ולרדיו התשנ"ד - 1994, שנקבע על-סמך חוק הרשות השנייה לטלוויזיה ולרדיו התש"ן - 1990. כלל זה אומר: "בעל זכיון לא ישדר תשדיר פרסומת למשקה אלכוהולי המכוון לקטינים, או שמופיע בו קטין, למעט אם מדובר בפרסומת למשקה אלכוהולי שיש בו למטה מ - 1.2% אלכוהול בנפח, וכן לא ישדר תשדיר פרסומת שנטען או נרמז בו באופן מטעה כי שתיית משקה אלכוהולי תורמת לאיכות חיים, לבריאות, להצלחה, לתפקוד משופר שכלית או גופנית, להצלחה מינית, או תשדיר המציע תחרות או מבצעי פרסים בהקשר לשתייה, או המציג שתייה בלתי מבוקרת"[19]. בישראל לא קיים חוק בדבר תוויות אזהרה על אריזות של משקאות משכרים או על פרסומות כפי שקיים בארה"ב או באוקראינה. במחקר שנערך בצפון המדינה[20-21], הביעו מרבית בני הנוער תמיכה רחבה ביותר בתוויות אזהרה.

אחריות פלילית

בנושא זה קיים מספר קטן בלבד של מאמרים בספרות המקצועית (אין מדובר בסיכומים של פסקי דין) למשל:[22-23], ומכאן ניתן להניח שהנושא איננו מקבל את החשיבות הראויה בספרות.

חוק העונשין (תיקון מס' 39) התשנ"ד - 1994 בפרק ו': סוגים לאחריות פלילית, סעיף 34ט(א-ה) מתקן את סעיף 20 בחוק העונשין התשל"ז - 1977 הנוגע לשכרות כדלקמן:

אין אדם נושא באחריות פלילית למעשיו אם יוכיח כי בשעת ביצוע המעשה היה תחת השפעת סמים, אלכוהול, או חומר מסמם אחר, ועקב כך:

א. היה חסר יכולת ממשית להבין את מעשיו.

ב. היה חסר יכולת ממשית להבין את הפסול במעשיו.

ג. היה חסר יכולת ממשית למנוע את מעשיו.

או: עקב שכרות חלקית לא היה מודע לפרט מפרטי המעשה.

הסייג: השכרות נגרמה שלא מרצונו וידיעתו.

אם נכנס אדם למצב שכרות מרצונו, או נכנס למצב שכרות כדי לעבור עבירה, אף אם ביצע את המעשה ללא מודעות, ייראה כמי שעשה את המעשה במודעות ובמחשבה פלילית.

יוזמות חקיקה בכנסת

"החוק אינו אלא ביטוי רצונו של החזק ביותר בהווה, ולכן אין לחוקים שום קביעות והתמד, והם משתנים מדור לדור" (הנרי ברוקס אדאמס).

אימרה זו יכולה לשקף את המציאות בארץ בכל הקשור לחקיקה של חוקי פיקוח על אלכוהול, כאשר אלה שאינטרס בריאות הציבור ושלומו עומד מול עיניהם הם החלשים, ואילו

nevo.co.il

החזקים הם אלה הפועלים נגד יוזמות חקיקה בנושא, ומשאירים את ישראל חשופה ליבוא אדיר של משקאות אלכוהוליים מעשרות מדינות, עם מחיר זול ביותר של משקאות משכרים בהשוואה למשקאות קלים, ועם זמינות גבוהה ביותר של משקאות משכרים במקומות מימכר הפתוחים ללא הגבלת זמן והממוקמים בהמוניהם בכל אתר ואתר.

בכנסת ה - 13 הציעה לראשונה האגודה למניעת אלכוהוליזם בישראל לוועדת הסמים והאלכוהול, לנסח מקבץ רחב של הצעות חוק בנושאים הבאים, כדי לסגור את "הפער התחיקתי" עם מרבית מדינות העולם המערבי, פער שנוצר לאחר שנים רבות של העדר תחיקה בנושא[24]:

א. בדיקת שכרות אקראית של נהגים בכביש וביטול הצורך ב"חשד סביר" של השוטר, כתנאי לביצוע בדיקת נשיפה.

ב. הורדת רמת ריכוז האלכוהול המירבית בדם המותרת בנהיגה מ - 50 מ"ג אלכוהול ל - 100 מ"ל דם לרמה של אפס אלכוהול בדם אצל נהגים חדשים, נהגים צעירים, נהגי רכב כבד, נהגי רכב ציבורי ונהגי מערכות הביטחון וההצלה.

ג. הרחבת האיסור למכירת משקאות משכרים לקטינים גם למקומות שלא שותים בהם (מרכולים, חנויות).

ד. ייקור המשקאות האלכוהוליים והפניית תוספת המחיר לפעולות מניעה, מחקר וטיפול בנפגעי אלכוהול.

ה. הגבלת פרסומות למשקאות אלכוהוליים (בדומה להגבלות על סיגריות) והדבקת תוויות אזהרה על אריזות של משקאות משכרים ועל-גבי פרסומות.

ו. פירוט אופרטיבי לחוק האוסר הספקת אלכוהול לשיכור.

ז. הקרנה/השמעה ללא תשלום של תשדירי שירות בנושא המאבק בשכרות ובאלכוהוליזם בערוצי השידור הממלכתיים.

ח. הכללת הסם - אלכוהול ברשות למלחמה בסמים, או לחילופין, הקמת רשות למלחמה בנזקי האלכוהול.

האגודה החליטה בשלב זה להסתפק בשמונה יוזמות ולהשהות הצעות חוק נוספות שהיו באמתחתה, כמו חוקי פיקוח להפחתת מספר מקומות המימכר של משקאות אלכוהוליים ליד כבישים, או להקטנת שעות הפעילות של הפאבים, וחוקים אחרים כמו אלה הנוגעים לדרי רחוב אלכוהוליסטים.

רק חלק מן ההצעות הנ"ל עובד על-ידי הוועדה והועבר למליאה לקריאה טרומית. רק הצעת החוק בדבר הגבלת פרסומות למשקאות אלכוהוליים ותוויות אזהרה עברה קריאה טרומית באוקטובר 1994. אולם, לאלה הפועלים למען בריאות הציבור אין הכוח שיש לאלה המפיקים תועלת כלכלית מייצור ומשיווק של הטיפה המרה. הצעת החוק בדבר הגבלת הפרסומות חזרה לוועדת הסמים והאלכוהול לדיון לקראת הכנתה לקריאה ראשונה. אולם על-פי החלטת ועדת הכנסת, הוצאה מוועדת הסמים והועברה לוועדת הכלכלה, ושם נגנזה.

בכנסת הנוכחית (הכנסת ה - 14) חידשה האגודה למניעת אלכוהוליזם בישראל את מאמציה בתחום חוקי הפיקוח באמצעות ועדת הסמים והאלכוהול, כאשר המיקוד הוא על כמחצית מן החוקים שהוצעו בעבר, כדלקמן:

א. בדיקה אקראית של נהגים בכביש על-ידי שוטר.

ב. ייקור המשקאות האלכוהוליים.

ג. הרחבת איסור המכירה של אלכוהול לקטינים למקומות שלא שותים בהם.

ד. הגבלות על פרסומות למשקאות משכרים.

ראוי שלפחות חלק מן ההצעות הללו יתקבל בכנסת, כדי שמדינת ישראל תצעד לעבר המדינות המתקדמות והמתוקנות, בהן ישנה תחיקה עניפה בנושא כה חשוב לבריאות הציבור[25-26].

אכיפה

האכיפה של חוקי הפיקוח הנוגעים להספקת משקאות משכרים לקטינים ולנהיגה תחת השפעת אלכוהול היא חלקית בלבד[8] והחוק בדבר הספקת אלכוהול ללקוחות שיכורים בפאבים איננו נאכף כלל. (החוק בארץ איננו מטיל אחריות על בעלי פאבים בכל הקשור בתוצאות ההתנהגות של לקוחות שיכורים שעזבו את הפאב והיו מעורבים בתאונות או בארועים אלימים). כאמור לעיל, בני נוער שותים משקאות אלכוהוליים בפאבים[5-7] והאכיפה בנושא זה רופפת ביותר.

אשר לנהיגה במצב של שכרות, המשטרה עורכת מדי פעם מבצעים מיוחדים לאיתור נהגים שיכורים, במיוחד בראש השנה האזרחי ובחג פורים. אין אכיפה קבועה וממושכת בנושא. רק בחלק מתאונות הדרכים נבדקת רמת ריכוז האלכוהול בדמם של המעורבים בתאונות. בשנת 1997 נרשמו 138 תאונות דרכים שסיבתן שיכרות, מתוך מספר כולל של 27,461 סיבות לתאונות דרכים. אין ספק שמאחורי חלק מן התאונות שסיבותיהן נרשמו כ"הנהג נרדם", "פנייה לא נכונה", "אי מתן זכות לרכב", "עקיפה שלא כחוק" וכו', מסתתרת

שתיית אלכוהול, שיכולה להיות גורם ראשוני לאסונות הללו. האכיפה החלקית בלבד של חוקי הפיקוח בנושא אלכוהול בולטת על רקע של שתיה מתגברת במגזרים היהודי והערבי, במיוחד בקרב צעירים[25-27]. ולנוכח גלי העליה הגדולים מארצות חבר העמים[28].

בתחילת יולי 1998, אישרה הכנסת בקריאה שנייה ושלישית הצעת חוק המאפשרת לרופא ליטול דגימות דם מקורבן תאונת דרכים. זאת - כדי לקבוע את אחוז האלכוהול או הסם בדמו, אם ביקש זאת השוטר. בדיקת הדם תסייע לחוקרי המשטרה לאתר את סיבת התאונה ואף תיקבע בוודאות אם אחד המעורבים בתאונה היה נתון תחת השפעת אלכוהול.

מקורות

1. Edwards G. et al, Alcohol Policy & the Public Good, WHO Europe, Oxford Univ. Press, 1994.
2. וייס ש. אפילביץ א. גפן ל. תקציר - מדיניות בנושא אלכוהול וטובת הציבור - מדריך לפעולה (תרגום), משרד הבריאות, האגודה למניעת אלכוהוליזם בישראל, 1997.
3. Harkin AM. Anderson P. Lehto L. Alcohol in Europe - A Health Perspective, WHO Europe, Copenhagen, 1995.
4. Halfon S. et al, Alcohol Problems and Alcohol Control in Israel, in: Davies P. Walsh D. (eds.). Alcohol Problems & Alcohol Control in Europe, New York, Gardner Press, pp. 116-133, 1983.
5. וייס ש. מור מ. מדוע, היכן ועם מי שותים בני-נוער ישראלים? למי יפנו לקבלת סיוע בבעיות הקשורות בשתיית משקאות אלכוהוליים? חברה ורווחה, ט"ו, 2 - 3, עמ' 195 - 207, 1995.
6. Weiss S. Moore M. Why, Where and with Whom do Israeli Teenagers Drink? To Whom do They Turn for Help with Alcohol Problems? Alcohol & Alcoholism, 29, 4, pp. 465-471, 1994.
7. Weiss S. Moore M. How do Israeli Adolescents of Four Religions Obtain Alcoholic Beverages and Where? Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 4, 4, pp. 79-87, 1995.
8. Weiss S. Eldar P. Alcohol Control Policy in Israel 1986-1987: Recognizing the Need for Diverse Primary Prevention Initiatives, Alcohol & Alcoholism, 23, 6, pp. 515-520, 1988.
9. בקר מ. מנחמי ק. הקרט ש. מערכת השיטור להגברת הבטיחות בדרכים - סקר ספרות, המכון לחקר התחבורה, טכניון, פרסום מס' 5-80, עמ' 64 - 66, מרץ 1981.
10. זיידל ד. שתיית אלכוהול ונהיגה בישראל - חקיקה, אכיפה ומדידה, המכון לחקר התחבורה, טכניון, פרסום מס' 063-86, אוקטובר 1986.
11. וייס ש. מה בני נוער יהודים וערבים יודעים על אלכוהול ונהיגה? תנועה ותחבורה, 41, עמ' 43 - 47, 1995.
12. Weiss S. What do Israeli Jewish and Arab Adolescents Know About Drinking and Driving? Accident Analysis & Prevention, 28, 6, pp. 765-769, 1996.
13. וייס ש. עמדות צעירים יהודים וערבים כלפי חוקי פיקוח הנוגעים לאלכוהול ונהיגה, תנועה ותחבורה, בדפוס.
14. וייס ש. רמות מירביות של ריכוז אלכוהול בדם המותרות בעת נהיגה במדינות שונות - מה ראוי לאמץ בישראל? הכל על אלכוהול, 3, עמ' 3, 1994.
15. Shinar, D. Drinking and Driving of Pub Patrons in Israel,Accident Analysis & Prevention, 27, 1, pp .64-71, 1995.
16. אזרחי י. ואחרים. שתיית משקאות אלכוהוליים ונהיגה, תקציר מחקר המוגש למשרד התחבורה, מרטנס הופמן יועצים לניהול, ינואר 1994.
17. Richter ED. et al, Alcohol Levels in Drivers and Pedestrians Killed in Road Accidents in Israel, International Journal of Epidemiology, 15, pp .272-272 ,1986.
18. וייס ש. חוקים להגבלת פרסומות למשקאות משכרים באירופה המערבית, הכל על אלכוהול, 9, עמ' 3 - 4, 1995.
19. סגל ז. ואחרים. הוועדה הציבורית לבחינת נושא פרסומת לאלכוהול בערוץ 2 - דין וחשבון, ספטמבר 1995.
20. וייס ש. התייחסות בין-עדתית של צעירים כלפי תוויות אזהרה מאלכוהול: נתונים מהשלב שלפני הפעלת חוק התוויות, רפואה ומשפט, 15, עמ' 49 - 55, 1996.

nevo.co.il

21. Weiss S. Israeli Arab and Jewish Youth Knowledge and Opinion About Alcohol Warning Labels: Pre-intervention Data, Alcohol & Alcoholism, 32, 3, pp .251-257 ,1997.

22. מאיר ר. כוהל וחוק, עבריינות וסטייה חברתית, ג, 3, עמ' 29 - 36, 1975.

23. קרמינצר מ. נטל השיכנוע בעילות אי שפיות ושכרות, הפרקליט, ל"א, עמ' 465 - 484, 1977.

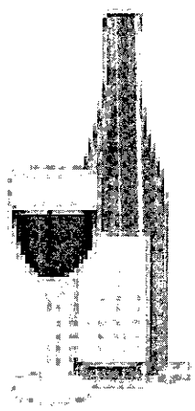
.24 Weiss S. The Alcohol Scene in Israel, The Globe, 4. pp 14-15, 1996.

25. וייס ש. התייחסות בין-עדתית של בני-נוער לחוקי פיקוח על אלכוהול, רפואה ומשפט, 18, עמ' 49-52, 1998.

26. Weiss S. Attitudes of Israeli Jewish and Arab High-School Students Toward Alcohol Control Measures, Journal of Drug Education, 29, 1, (in press).

27. וייס ש. שימוש באלכוהול בקרב תלמידים בישראל: התופעה ודרכי התמודדות עימה - סקירת ספרות מקצועית. מכון הנרייטה סאלד, מרכז המידע במדעי החברה, ירושלים 1997.

28. Rahav G. Teichman M. Drinking and Acculturation of Immigrants From the Former SOVIET UNION. Paper Presented at the 24th Ann. Alcohol Epidemiology Symposium of the KETTIL BRUUN Society for Social and Epidem. Research on Alcohol. Florence, Italy, June 1-5, 1998.



nevo.co.il

הלכה, רפואה ומשפט

אתיקה רפואית יהודית- ציוני דרך

ספרות "רפואה והלכה"

בישראל, תש"ח - תשנ"ח

ד"ר מרדכי הלפרין

ראשי פרקים

א. בלבול מושגים

1. מבוא
2. אתיקה רפואית כללית
3. אתיקה רפואית יהודית
4. רפואה ומשפט עברי
5. רפואה והלכה
6. הרפואה ביהדות

ב. ספרות רפואה והלכה

1. השלב הקדום - מתקופת המקרא ועד העליה הדתית בתחילת המאה ה18-
2. מראשית המאה ה18- ועד הקמת המדינה
3. יובל לישראל

ג. עשור ראשון

1. הרבנים הראשיים - הרב הרצוג והרב עוזיאל
2. " התורה והמדינה"
3. " ציץ אליעזר"
4. " נועם - במה לבירור בעיות בהלכה"
5. פוסקים נוספים

ד. עשור שני

1. רב מכר ראשון - ששי"כ
2. " אתיקה רפואית יהודית"
3. " תורה שבעל פה" ו"המעיין"

ה. עשור שלישי

1. מכון שלזינגר לחקר הרפואה על פי התורה
2. " אסיא"
3. " מוריה"
4. " מחניים - הרפואה ביהדות" בצה"ל
5. הפתולוגיה בתלמוד
6. לב אברהם
7. ספרים ומדריכים נוספים

ו. עשור רביעי

1. נשמת אברהם
2. אנציקלופדיה
3. חוק יסודות המשפט
4. השופט אמנון כרמי
5. המכונים הטכנולוגיים
6. סדרות וחוברות נוספות
7. מרכז יעקובוביץ לאתיקה רפואית על-פי היהדות.
8. כינוסי רופאים מיוחדים.

ח. עשור חמישי

1. כינוסים בינלאומיים בארה"ב ובישראל
2. Jewish Medical Ethics (JME)
3. רפואה והלכה במולטי-מדיה
4. פסקי דין, רפואה ומשפט
5. **יעל שפר נגד מדינת ישראל**
6. ערכיה של מדינת ישראל וחוק זכויות החולה
7. הפרייה הדדית
8. תלוצים לפני המחנה

ד"ר מרדכי הלפרין - רופא. מנהל מכון שלזיגר לחקר הרפואה על פי ההלכה.

nevo.co.il

א. בלבול מושגים

1. מבוא

בחמישים השנים האחרונות חלה מהפכה זוטא בתחום הספרות ההלכתית-רפואית. ממאמרים הפזורים במרחבי הספרות ההלכתית, דרך אסופות מאמרים שיוחדו להלכות רפואה ועד ריכוזים מקצועיים ברפואה והלכה במבנה אנציקלופדי או בסידור קלאסי על פי סדר סעיפי השולחן ערוך. אולם המהפכה לא הסתכמה רק במבנה הצורני של הספרות המקצועית הזו, אלא באה לידי ביטוי גם במיסוד הרפואה וההלכה כמקצוע רב תחומי, בשילובם של רופאים בעלי השכלה תורנית גבוהה ורבנים בעלי השכלה רפואית רחבה במרכזי מחקר רפואיים-הלכתיים, ובהטמעת עקרונות הומניים יהודיים בחוקי בריאות ורפואה מורכבים של כנסת ישראל.

אין ספק שהקמת מדינת ישראל היוותה קטליזטור להתפתחות המחקר ההלכתי-רפואי כשם שהיוותה זרז להתפתחות מחקרים אחרים הקשורים להפעלה עצמית של מערכות במדינה ריבונית.

במהלך יובל השנים אף נולדו מושגים וכינויים חדשים הקשורים לרפואה והלכה. המושג **אתיקה רפואית יהודית** שנולד בסוף העשור השני חופף במידה רבה לרפואה והלכה, אך איננו זהה לו לחלוטין. גם **רפואה ומשפט עברי** שהינו ענף או צאצא משותף של **רפואה ומשפט** ושל **רפואה והלכה**, איננו מושג נרדף לאביו ההלכתי. להגברת הבלבול אנו נתקלים גם במושג של **הרפואה ביהדות** שהשימוש בו לעיתים חופף לרפואה והלכה, לעיתים לאתיקה רפואית יהודית ולעיתים מהווה הגדרה כוללת של שני התחומים הללו, ואף יותר.

למען הסדר הטוב ראוי להגדיר תחילה את המושגים הבסיסיים הנוגעים לענייננו, ורק אחר כך לסקור את התפתחות ספרות הרפואה וההלכה במהלך יובל השנים שחלפו מאז הקמת המדינה.

2. אתיקה רפואית כללית[1]

מאז ראשית ההיסטוריה האנושית מוצאים אנו התייחסות לבעיות רפואיות-מוסריות בצורת חוקים, תקנות, הנחיות וישבועות', שנוסחו עבור רופאים, או על ידי רופאים. התייחסות כזו מוצאים אנו בין העמים הקדמונים השונים - בחוקי חמורבי בבבל[2], בפפירוסים מצריים, בתרבויות הודיות וסיניות, ובין היוונים הקדמונים, ובראשם היפוקרטס[3].

הקודים האתיים-רפואיים הקדומים נוסחו בדרך כלל על ידי אדם בודד, או קבוצה קטנה של אנשים, ובדרך כלל היו אלו רופאים. במשך תקופת ימי הביניים נוסחו עוד שבועות שונות שהוטמעו בהן כללים אתיים-רפואיים. בתקופה החדשה יש הרואים בעבודותיו וכתביו של תומס פרסיוואל (Thomas Percival), שפורסמו בשנת 1803, את הבסיס האתי-רפואי הראשון, שעליו נבנו הקודים האתיים המקצועיים בארה"ב ובעולם המערבי[4].

מן הראוי להבדיל בין כללים אתיים שיונקים את עוצמתם ממערכות מוסר בלבד, לבין "קודים אתיים" שנוצרו, בין היתר, כדי להסדיר יחסי עבודה ולשמור על אינטרסים של חברים בגילדות מקצועיות שונות[5]. במסגרת זו נתייחס למערכות אתיות מהסוג הראשון בלבד.

האתיקה הרפואית, בצורתה המודרנית המקצועית, התפתחה בקצב מהיר במחצית השניה של המאה ה- 20 ולאחר שהעולם המערבי החל לעכל את המידע על זוועות מלחמת העולם השניה. היא מבוססת על תפיסות רב-תחומיות כולל רפואה, פילוסופיה, דת, משפט, היסטוריה, פסיכולוגיה, סוציולוגיה וחינוך. אם בעבר היה העיסוק באתיקה הרפואית נחלתם של בודדים בלבד, ולרוב היו אלו הרופאים עצמם שעסקו בתחום זה, הרי שבשנים האחרונות קיבל ענף זה תנופה רבה, והעיסוק באתיקה הרפואית הפך להיות נחלתם של רבים, הן מומחים בתחומים שונים - לאו דווקא מתחום הרפואה - והן אנשי ציבור, אמצעי התקשורת, ואחרים.

כדאי לדעת כי הרבה מהמחקרים והדעות בתחום האתיקה הרפואית המודרנית מקורן בארה"ב ובבריטניה. משום כך אין דעות ומסקנות אלו משקפות את הגישות, ההשקפות והלוך-הרוחות במדינות מערביות אחרות כגון צרפת, גרמניה ואיטליה, ובוודאי שאינן משקפות את השקפות קהיליית העולם השלישי, של מדינות מזרח אירופה או של המזרח הרחוק. אין הגיון או הגינות בהנחה ששיטות והשקפות של חלק ממדינות המערב צריכות להכתיב למדינות אחרות מדיניות מוסרית בנושאי רפואה, או דרכי חשיבה ופתרון של דילמות אתיות. הדבר בוודאי נכון ככל שהוא נוגע להבדלים בין השקפות חילוניות מערביות לבין גישות דתיות שונות. הבדלים עמוקים קיימים בין הגישה החילונית המערבית לבין כל הדתות, ולאו דווקא בינה לבין היהדות[6].

גם באופיה שונה האתיקה החילונית מכל מערכת חוקית - חילונית או דתית. שכן כל מערכת חוקית קובעת, בדרך כלל, עמדה פסוקה לשאלה המתעוררת בפניה, אף אם קיימים חילוקי דעות בין השופטים או בין מורי ההלכה. לעומת זאת,

לדעת הרבה אתיקאים, האתיקה איננה מתיימרת להכריע באופן נחרץ בדילמות המוסריות, אלא לחדד את הבעיות, להגדיר היטב את צדדי השאלה, ולהציע חלופות הגיוניות לפתרונה.

3. אתיקה רפואית יהודית

עוד לפני שנים ספורות לא היה קיים בהלכה מושג ייחודי או התייחסות נפרדת לאתיקה רפואית. כללי האתיקה הרפואית נגזרו ישירות מכללי ההלכה של המשפט העברי ויושמו לתחום הרפואי בדיוק כפי שאותם עקרונות יושמו לתחום הכלכלי או החברתי. אולם לאור התפתחות ענף האתיקה הרפואית בעולם המחשבה העולמי, הורגש צורך לייחד מקום לענף זה גם במסגרת היהדות, והוטבע המונח 'אתיקה רפואית יהודית'. הראשון שטבע מונח זה והשתמש בו היה הרב ישראל-עמנואל יעקובוביץ בספרו הקלאסי Jewish Medical Ethics, New York: Bloch Pub, 1959; 2nd ed,1975[7]. למעשה עוסק מחקרו של הרב יעקובוביץ בניתוח הלכתי משוה של סוגיות מגוונות בתחום הרפואה[8].

קיים הבדל עקרוני בין מורשת ישראל לבין תורות אתיות 'כלליות' או 'חילוניות' ביחס למקור הסמכות של כללי התנהגות מוסרית. ניתן להכליל ולומר שבמסורת היהודית המקור למערכת החוקים והמוסר הוא התורה, בעוד שהמקור 'החילוני' למערכות אלו הוא התבונה האנושית שאיננה ניתנת לניתוק מהרגשים סובייקטיביים של האדם.

במורשת ישראל מצויה התייחסות נרחבת למוסר ולהתנהגות ראויה, הן בין אדם לחברו והן בין אדם למקום. שתי דרכים עיקריות להוראת ההתנהגות המוסרית הנאותה: האחת בהלכות מוגדרות ובכללים עקרוניים מחייבים. השניה בתיאור התנהגויות של אישים שונים הראויות לחיקוי .

במקרא ובספרות ההלכה נקבעו עקרונות כלליים ביחסים שבין אדם לחברו כגון 'ואהבת לרעך כמוך' - זה כלל גדול בתורה, 'דעלך סאני לחברך לא תעביד - זו כל התורה כולה, ואידך זיל גמור' ; 'ועשית הישר והטוב בעיני ה' ; 'שמרו משפט ועשו צדקה' ; 'שנאו רע ואהבו טוב והציגו בשער משפט' ; 'עשות משפט ואהבת חסד והצנע לכת עם אלקיך'; 'וצדיק באמונתו יחיה'; 'למען תלך בדרך טובים, ואורחות צדיקים תשמר' ; 'דרכיה דרכי נעם, וכל נתיבותיה שלום' ; ועוד.

מערכת המוסר היהודי, בדומה למערכת ההלכתית, איננה מסתפקת רק בכללים תיאורטיים, אלא ממלאת אותם בתוכן מעשי פרטני. דרישת ההלכה היא שכל אחד ואחת ישאף ויחתור להגיע לשלמות התנהגותית כלפי הזולת, ולא שיסתפק בהגדרות מופשטות של מידות טובות.

מבין תרי"ג המצוות שבתורה, יש מצוות רבות שניתן להגדירם כמוסריות או כאתיות. רשימה מקיפה של מצוות כאלה מפורטת באנציקלופדיה ההלכתית רפואית[9]. מצוות אלו מתייחסות למגוון של עקרונות ביניהם: הטבה, התייחסות נאותה ומכובדת לזולת, הימנעות מפגיעה בזולת במעשה, הימנעות מפגיעה בזולת בדיבור ובמחשבה, הגנה על האוכלוסיות החלשות שבחברה, שמירה על דרכי מסחר ומוסר-עבודה נאותים, שיפוט הוגן וראוי, יחסים נאותים בינו לבינה ועוד.

הדרכות והוראות מוסריות מפוזרות ברחבי ספרות ההלכה והמדרש, ומהוות בסיס לתורות מוסר מאורגנות שנוצרו בימי הביניים ובעת החדשה ולספרות מוסר ענפה. ספרות זו עוסקת בצורה מסודרת בניתוח, בהסבר ובהדגמה של התנהגות ראויה ותיקון מידותיו של אדם .

באמצע המאה הקודמת נוסדה בליטא תנועת המוסר על ידי ר' ישראל ליפקין סלנטר[10]. היתה זו תנועה רוחנית אליטיסטית לתיקון המידות ולשאיפה לשלמות אישית. עקרונות התנועה חדרו מאז לרוב הישיבות הליטאיות, ובהמשך בצורות שונות גם לישיבות חסידיות, והשפיעו על אישים בולטים בארץ ובתפוצות[11].

4. רפואה ומשפט עברי

"משפט עברי" הינו מונח מודרני הכולל את העניינים בתחום ההלכה שהם נושא לזכויות וחובות משפטיות. עניינים אלו נחשבים לעניינים משפטיים גם בשיטות משפט אחרות, וזאת להבדיל מעניני דת ומוסר שאינם נחשבים לעניינים משפטיים בשיטות המשפט המודרניות[12].

מכאן ש"רפואה ומשפט עברי" הינו צאצא משותף של "רפואה ומשפט" מחד ושל "משפט עברי" מאידך. מקצוע זה עוסק בכל הנושאים הקושרים רפואה ומשפט, כאשר הניתוח המשפטי מתבסס על הכלים של המשפט העברי. אם נסתפק בהגדרה פשטנית במקצת, ניתן לומר שרפואה ומשפט עברי עוסקת בעיקר בתחום של דינים שבין אדם לחברו, אך איננה מתייחסת כמעט לדינים שבין אדם למקום. לדוגמא: חובות הרופא, החולה והחברה שייכים, כמובן לתחום. בעוד שדיני רפואה בשבת או ביום הכיפורים, אינם כלולים בתחום, אלא שייכים בלעדית לתחום הרפואה וההלכה.

nevo.co.il

5. רפואה והלכה

תחום הרפואה וההלכה רחב יותר מתחום ה"רפואה ומשפט העברי". כלולים בו גם העניינים בתחום ההלכה שהם נושא לזכויות וחובות משפטיות, וגם ענייני דת ומוסר. במילים אחרות כלולים כאן גם דיני "בין אדם לחברו" וגם דיני "בין אדם למקום" הנוגעים לחולה, לרופא או למחקר הרפואי. תחום זה רחב יותר מ"רפואה ומשפט עברי" אך מצומצם יותר מתחום הרפואה ביהדות.

6. הרפואה ביהדות

"הרפואה ביהדות" הינו תחום מקצועי רחב הכולל הן את מקצוע "רפואה והלכה" והן ענף של מקצוע ההיסטוריה הרפואית, ענף המתייחד להיסטוריה רפואית של העולם היהודי ולאלמנטים היסטוריים המפוזרים בספרות היהודית לדורותיה. מאז 1985 מתקיים בבית הספר לרפואה של האוניברסיטה העברית וה"מ הדסה בירושלים קורס בחירה סימסטריאלי בשם" הרפואה ביהדות". לקורס שני חלקים שווים: חלק היסטורי וחלק הלכתי-רפואי. הקורס ניתן בשיתוף בין המדור להיסטוריה של הרפואה בפקולטה לבין מכון שלזינגר לחקר הרפואה על פי התורה.

ב. ספרות רפואה והלכה - השלב הקדום

1. מתקופת המקרא ועד העליה הדתית בתחילת המאה ה-18

הדיון וההתייחסות לבעיות אתיות ברפואה מבחינה יהודית-הלכתית הוא עתיק יומין, עקרונותיו מפוזרים במקרא ובתלמוד. ספרות ההלכה בכל הדורות כוללת דיונים ייחודיים לבעיות מוגדרות ברפואה. הדיונים הללו לא רוכזו במסגרת נפרדת, והם נשארו מפוזרים בשדות הרחבים של הספרות ההלכתית. חלקם בסוגיות התלמודים - הבבלי והירושלמי; חלקם בספרי הפוסקים - רמב"ם, טור ושולחן ערוך; וחלקם בתפזורת הענקית של ספרות השו"ת. רק בודדים, תלמידי חכמים מובהקים ששלטו פנומנלית במכמני ספרות ההלכה, היו מסוגלים לדלות מתוכה פתרונות לשאלות הלכתיות שנתעוררו עקב התפתחויות במחקר ובטכנולוגיה הרפואית. השאר נאלצו להסתפק במידע בסיסי המרוכז בכמה גושים בספרי הפוסקים כדוגמת הלכות חולים ורפואה בטור ושלחן-ערוך יורה-דעה[13] והלכות **פיקוח נפש בשבת** בטור ושלחן-ערוך אורח-חיים[14]. כל שאלה שפתרונה לא הופיע במפורש בריכוז הבסיסי היתה מופנית לפוסקים המובהקים.

אופי השאלות היה ברוב המקרים סביב הפרט - החולה או הרופא, ולעיתים רחוקות יחסית, נדונו גם צורכי הקהילה הקשורים ברפואה,[15] במיוחד לאחר יסודם של בתי חולים יהודיים בלונדון, ברלין וברסלאו במאה ה- 18[16].

נושא רפואי הלכתי נוסף - **ברית מילה** - נדון בספרי ההלכה בעיקר בהלכות מילה של הרמב"ם, בהלכות מילה בטור ובשולחן-ערוך[17] ובספרים בודדים נוספים[18]. ככלל, מאמרים, מחקרים וספרים המיוחדים לנושא המילה החלו להופיע בדפוס רק במאה ה-18.

2. מראשית המאה ה-18 ועד הקמת המדינה

במהלך שיבת ציון של המאה ה-19 גדל והתרחב הישוב היהודי בירושלים. עם גידול הישוב גדל גם הצורך בשירותים רפואיים. בתחילת שנות הארבעים עדיין סופקו השירותים הרפואיים במתכונת מסורתית. העול הסיעודי הוטל על בני המשפחה של החולה, כאשר חולים גלמודים וזקנים נעזרו על ידי חברות "ביקור חולים" שהיו קיימות בירושלים[19]. העול המקצועי יותר הוטל על רופאים מנוסים שפעלו בעיר. במשך שנים שירת ד"ר שמעון פרנקל את יהודי העיר, לאחר שהגיע מאנגליה בשנת 1843 בשליחות משה מונטיפיורי ובמימונו[20]. במקביל להתפתחות הישוב היהודי בירושלים גדלה גם הפעילות המסיונרית בעיר, אשר כדי להתגבר על הדחיה המסורתית מפניה הפעילה מערכת רפואית מקבילה של ביקורי בית ושירותי מרפאה. תוכנית המסיון האנגלי להקים בית חולים ליהודים שהיה אמור לפעול "תוך כדי שמירת הלכות כשרות ושבת" (!) היוותה גורם מאיץ להקמת בית חולים יהודי ראשון בירושלים אשר פתח את שעריו ימים ספורים לפני מועד פתיחתו הרשמי של בית החולים המסיונרי האנגלי בשלהי שנת 1844[21]. מובן שהפעלת השירותים הרפואיים גררה עמה גם בירור הלכתי של הסוגיות הקשורות בהפעלת שירותי הרפואה היהודיים במקביל לשאלות הקשורות בהסתייעות בשירותי הרפואה של המסיון[22].

במהלך המאה ה-19 הוקמו עוד ארבעה בתי חולים יהודיים בירושלים (רוטשילד - לימים הדסה, ביקור חולים, משגב-לדך ושערי-צדק)[23] כשהאחרון נוסד בסוף המאה, וחנוכת הבניין של שערי צדק התקיימה ב-1902. שניים מבתי חולים אלו היוו קטליזטור רב עוצמה לליבון סוגיות של רפואה והלכה: בית החולים הדסה, בעיקר בעשור שלפני הקמת המדינה בשלבי הקמת בית הספר לרפואה בירושלים[24] ובית חולים שערי צדק, אשר בתחומו הוקם, לימים, מכון שלזינגר לחקר הרפואה על פי התורה.

nevo.co.il

במחצית הראשונה של המאה העשרים החלו להופיע ספרים אחדים העוסקים ברפואה ויהדות. בשלשת הכרכים של "מדרש הרפואה" שיצאו לאור בתל-אביב בהוצאת דביר בין השנים תרפ"ו (1926) ותרצ"ד (1934), אסף וכינס משה פרלמן אלפי מקורות הקשורים לרפואה מתוך ספרות התלמוד, המדרשים וספרי הזוהר. בעת עבודת האיסוף הסיזיפית כימעא, לא היה משה פרלמן מודע לעבודתו החלוצית של יוליוס פרויס (Julius Preuss)[25], רופא יהודי גרמני, שספרו המאלף Biblisch-Talmudische Medizin יצא לאור בברלין בשנת 1911. אולם עיון במדרש הרפואה מגלה מאות רבות של מקורות שלא צויינו על ידי פרויס.

כשנתיים לאחר הופעת הכרך הראשון של מדרש הרפואה בתל-אביב, בניו של ד"ר י"ל קצנלסון הוציאו לאור בברלין את ספרו העברי של אביהם "התלמוד וחכמת הרפואה"[26]. בניגוד לספריהם של פרויס ושל פרלמן, ד"ר קצנלסון בחר לעסוק במספר מצומצם של סוגיות רפואית שבתלמוד: לאחר מבוא רפואי בן שבעים עמוד, הוא מרחיב בסוגיות טריפות ושחיטה; מציג את הידע המדהים של חכמי התלמוד בכללי התורשה של ההמופיליה; באנטומיה של גוף האדם כפי שמופיעה במקורות; בנגעים וצרעת; בכמות הדם בגופו של ילוד; במשמעות הרפואי של דיני טומאה וטהרה; ולבסוף כפעולה חלוצית הכין מילון רפואי עברי-יידי-רוסי-לטיני.

במהלך תקופה זו הופיעו גם עשרות ספרים ומונוגרפיות בנושא **ברית המילה**. חלקם עסקו רק בצד ההלכתי של המצווה, וחלקם דנים גם בהיבטים רפואיים של הנושא[27].

3. יובל לישראל

ניתן לחלק את שנות היובל לשני חצאים: החצי הראשון - שנות בנית המסד והתשתית, והחצי השני - בנין הטפחות, הקומות הגבוהות - בו הוקמו מכוני מחקר לרפואה והלכה, והחלו להופיע הסדרות המקצועיות המונומנטליות, כדוגמת סדרת לב ונשמת אברהם; סדרת כתה"ע וספרי אסיא; אנציקלופדיה הלכתית רפואית; סדרת רפואה והלכה; סדרת הרפואה לאור ההלכה; בשבילי הרפואה ועוד. אם בראשית היובל ניתן היה לספור את הספרים העוסקים ברפואה ויהדות על כף יד אחת, הרי שבשנת היובל זקוק החוקר והלומד למספר מדפים גדושים בספרים וכתבי עת העוסקים בענפיו המרובים של מקצוע הרפואה ביהדות, כשרובם עוסקים בענף המשפטי-מוסרי - רפואה והלכה.

למרות האפשרות לחלוקת היובל לשני חצאים, מאלף יותר לסקור את ההתפתחות המקצועית בחמשת העשורים מאז ועד היום.

ג. עשור ראשון

1. הרבנים הראשיים - הרב הרצוג והרב עוזיאל

עם הקמת מדינת ישראל הפכה האוטונומיה המוגבלת של הישוב היהודי בארץ ישראל לאוטונומיה מלאה. היה צורך להפעיל את כל מערכות החיים באופן עצמאי ללא השענות על השולט הזר. המעבר לשלטון עצמי היה חד וחייב פתרונות מהירים, אשר בדרך הטבע לא תמיד היו מושלמים. עולם ההלכה הועמד לא רק בפני שאלות מוכרות הנוגעות לפרט או לקהילה בעלת אוטונומיה מוגבלת, אלא גם בשאלות מורכבות הנוגעות למדינה עצמאית על כל מרכיביה. הקמת הבית הלאומי היוותה קטליזטור להתפתחות המחקר הרפואי הלכתי במקביל להתפתחות מערכות מחקר בתחומים אחרים הנוגעים להפעלה עצמית של מערכות ציבוריות. מספר אישים בולטים עסקו אז במחקר אינטנסיבי, באיסוף מקורות ומחקרים ובהוצאה לאור של מחקרים וקבצים ברפואה והלכה. הבולטים שבהם היו הראשון לציון הרב בן-ציון מאיר חי עוזיאל[28]; הרב יצחק אייזיק הלוי הרצוג[29]; הרב שאול ישראלי[30]; ויבדל"א הרב אליעזר יהודה וולדינברג[31].

חלק מהפעילות המחקרית הזו החלה להתבצע מייד אחרי סיום מלחמת העולם השניה, כשלש שנים לפני הכרזת העצמאות. עם התפתחות הישוב בארץ ישראל, עליית היטלר לשלטון בגרמניה וצמצום האפשרויות של צעירים יהודיים ללמוד רפואה באירופה - התחזק מאד הצורך בהקמת פקולטה לרפואה בארץ. שאלת הוראת האנטומיה הפכה אקטואלית, משום כך פנתה הנהלת בית החולים האוניברסיטאי הדסה בשאלה רשמית אל הרבנות הראשית ובקשה ממנה להתוות את הדרך הנכונה בה תוכל ללכת. הרב הרצוג לקח על עצמו את משימת המחקר ההלכתי הנוגע לשאלת לימודי האנטומיה. את מחקרו כתב בקיץ תש"ו (1946) ופרסם את רובו בירחון הרבני המרכזי "קול תורה"[32].

עמיתו, הראשון לציון, כבר בהיותו רבה הראשי של ת"א-יפו עסק בהרחבה בנושאים רפואיים שונים[33] כולל בשאלת ניתוחי מתים לצורכי לימוד רפואה. הרב עוזיאל פרסם בנושא שתי תשובות מקיפות, בהתייחסו לשאלות שהגיעו אליו מחו"ל. תשובותיו אלו פורסמו לפני מלחמת העולם השניה בכרך הראשון של משפטי עוזיאל[34]. למרות הבדלים ענייניים בין חוות הדעת הללו, נמצא מכנה משותף המאפשר לימודי אנטומיה לתלמידי רפואה. בעקבות חוות דעתם של שני הרבנים הראשיים נתקבלה החלטת המועצה המורחבת של הרבנות הראשית, שהציבה תנאים בסיסיים[35] המאפשרים לימודי אנטומיה מבלי לפגוע בהלכה היהודית. קבלתם על

nevo.co.il

ידי האוניברסיטה העברית והדסה[36] איפשרה את פתיחת בית הספר לרפואה סמוך להקמת המדינה.

לקראת חקיקת חוק האנטומיה והפתולוגיה פנה הרב הרצוג לרב א"י ולדינברג ובקשו להכין חוות דעת הלכתית בסוגיא. הרב וולדינברג כתב חוות דעת מפורטת שפורסמה, מאוחר יותר בחלק רביעי של סדרת שו"ת ציץ אליעזר[37].

2. התורה והמדינה

הלכות מדינה, שנחשבו דורות רבים כ"הלכתא למשיחא"[38] הפכו להלכות מעשיות לאחר קום המדינה. הרב שאול ישראלי, רבו של כפר הרואה ולימים זקן חברי מועצת הרבנות הראשית, נטל על עצמו את המשימה להמריץ פוסקים מן השורה הראשונה לברר את ההלכה בסוגיות שהתחדשו, ולערוך ולהוציא לאור את קבצי המחקר המיוחדים הללו בסדרת קבצים בשם התורה והמדינה. כשנה לאחר הקמת המדינה יצא לאור הקובץ הראשון ותריסר הקבצים שבאו אחריו יצאו לאור בין השנים תש"י (1950) ותשכ"ב (1962). בקובץ הרביעי, סוף תשי"ב (1952) רוכז לראשונה חומר בתחומי הרפואה וההלכה. כרכי התורה והמדינה אזלו, זה מכבר מהשוק, ורק בתחילת העשור החמישי הוציא מכון צומת מבחר מאמרים מתוך קובצי התורה והמדינה בעריכה מחודשת[39]. הנושאים הנידונים כאן הם: זכויות וסמכויות הרופא; שמירת החיים והבריאות; גדרי פיקוח נפש; ניתוחי מתים; המתת חסד.

3. ציץ אליעזר

הרב אליעזר יהודה ולדינברג, מחבר סידרת ספרי השו"ת "ציץ אליעזר", כיהן שנים רבות כאב בית דין בירושלים ואח"כ כחבר בית הדין הרבני הגדול בירושלים. מקום מגוריו בסימטת מזור, כמטחוי קשת מבית החולים שערי צדק הביא לקשר הדוק בינו לבין רופאי בית החולים. הוא העביר שיעור הלכתי קבוע בבית הכנסת של בית החולים וענה במסירות לשאלותיהם, המורכבות לעיתים, של הרופאים. את תשובותיו הרפואיות פרסם בסדרת ציץ אליעזר בין אלפי תשובותיו בנושאים האחרים. הכרך הראשון בסדרה הופיע בשלהי מלחמת העולם בתש"ה, השני בתש"ז והשלישי בתשי"א. אולם העיסוק ברפואה והלכה החל למעשה רק בכרך הרביעי שיצא לאור בתשי"ד, ונמשך עד היום, כשקרוב לחמישית התשובות מוקדשים לרפואה והלכה במגוון רחב של נושאים: מעמדו, חובותיו וכללי הרישוי של הרופא; הפסקות הריון; טיפולי פוריות והפריית מבחנה; ניתוחים להפיכת המין; השתלת איברים; החולה הסופני; פסיכיאטריה והלכה; ניסויים רפואיים בבני אדם; ניתוחי גוויות; התעללות בקטינים; משבים מוגבלים; קביעת המוות; כמו גם נושאים שאינם משפטיים אלא הלכתיים טהורים כגון: דיני הטיפול הרפואי בשבתות ומועדי ישראל, תפילות וברכות הקשורות בחולה ובמטפל; דיני כשרות; ברית מילה; ועישון סיגריות בבית ובמקומות ציבוריים.

ריכוז ותימצות 112 התשובות הרפואיות הראשונות מתוך הציץ אליעזר הופיע בסוף העשור השלישי בהוצאת מוסד הרב קוק בירושלים[40], ושנתיים אחר כך הופיעה המהדורה האנגלית.

הרב וולדינברג מוכר כיום כאחד מגדולי הפוסקים בעולם. תשובותיו מקיפות ועמדותיו עצמאיות, המבוססות על המקורות אותם הוא מפרט. הוא לא נרתע מעימותים הלכתיים קשים גם עם גדולי הפוסקים בעולם, כשהויכוח הבולט ביותר היה הדיון הנוקב עם הרב משה פינשטיין בנושא הפסקות ההריון[41].

4. נועם - במה לבירור בעיות בהלכה

בשלהי העשור הראשון הופיע הכרך הראשון של הבמה ההלכתית "נועם". הקובץ הראשון מתוך 25 הקבצים שהופיעו אח"כ, הקדיש מקום נכבד לשאלות רפואיות הלכתיות בתחום טיפולי הפוריות. כמחצית ממאמרי הקובץ עוסקים בסוגיות רפואיות, רובם בשאלת ההזרעה המלאכותית על צורותיה השונות. המאמר החשוב ביותר בקובץ הוא מאמרו של הרב שלמה זלמן אויערבאך, מי שלימים הוגדר כפוסק הדור, וכמתווה הראשי של דרך ההלכה ברפואה המעשית בישראל. מאמר זה נחשב עד היום כאבן יסוד בתחום ההלכתי הרגיש והמיוחד הזה.

5. פוסקים אחרים

באותם ימים פעלו בארץ ובעולם מספר פוסקים נוספים מהשורה הראשונה. ביניהם הרב משה פיינשטיין, שפעל בארה"ב מעל 40 שנה, וסדרת ספריו "אגרות משה" נחשבת כספר יסוד בהלכה. השפעת ספריו הכוללים מאות תשובות ברפואה והלכה חרגה מיבשת אמריקה והשפיעה על הפסיקה ברחבי העולם. באירלנד פעל אז הרב יצחק וייס, לימים ראב"ד העדה החרדית בירושלים, שאת תשובותיו, רבות מהם ברפואה והלכה, פרסם בסדרה "מנחת יצחק"[42].

בבני ברק הצעירה החל לפעול הרב שמואל הלוי ואזנר מחבר סדרת השו"ת "שבט הלוי". בירושלים פעלו אז הרב עובדיה הדאיא חבר בית הדין הרבני הגדול ומחבר סדרת "ישכיל עבדי", והרב שלמה זלמן אויערבאך, לימים גדול הפוסקים,

nevo.co.il

אשר פסקיו והדרכותיו ההלכתיות מהוות עד היום את הבסיס לפעילות רפואית מודרנית על פי ההלכה. מאמריו ההלכתיים פורסמו אז בבמות שונות, ודור אחר כך לוקטו לספרו מנחת שלמה.

ריכוז תמציתי מפורט של פסקי הרב אויערבאך בענייני רפואה פורסם לאחרונה ב"אסיא"[43].

ד. עשור שני

1. רב מכר ראשון - שש"כ

אמצע העשור השני הופיע לראשונה "רב מכר" בספרות ההלכה המודרנית - ספרו של הרב יהושע נויבירט - "שמירת שבת כהלכתה" (שש"כ)[44]. עד הופעת השש"כ ספרי ההלכה הנפוצים היו מסודרים לפי סדר השולחן ערוך, כדוגמת היצירה המונומנטלית" משנה ברורה" שנכתבה על ידי ה"חפץ חיים" מראדין בתחילת המאה. השש"כ, לעומת זאת, סידר את הלכות שבת בסידור חדש, לפי נושאים מוגדרים וממופתחים, בהתאם לרוח התקופה. ייחודו של הספר איננו רק במבנה הנוח לשימוש, אלא גם באלפי הציונים הביבליוגרפים וההערות המשלימות המצויים בו בכל פרקיו. מתוך 32 פרקי הספר שמונה פרקים (25%) מוקדשים לנושאים רפואיים. החל מדיני פיקוח נפש, חולה שאין בו סכנה, מיחושים, פצעים, יולדת ומנקת, דיני תינוק, יום הכיפורים, רפואה בפסח, רפואה וטרינרית ועניינים נוספים הנוגעים לרפואה "ללא קשר עם הלכות שבת ויום-טוב".

המחבר, מתלמידיו המובהקים של הרב שלמה זלמן אויערבאך, מביא בספר לראשונה מאות פסקי הלכה אקטואלים מבית מדרשו של הרב אויערבאך, פסקי הלכה שהפכו נכסי צאן ברזל של מקצוע הרפואה והלכה, והמהווים עד היום מכשירי ניווט יעילים למרכזים רפואיים דתיים ולצוותים רפואיים שומרי מצוות.

שפעת השש"כ על ההתנהגות הרפואית של שומרי הלכה היא כל כך גדולה, כך שלמרות שהנושא הפורמלי של הספר הוא כללי הרבה יותר, השפעתו על מקצוע ה"רפואה והלכה" היא חריגה בעוצמתה.

2. הרפואה והיהדות - אתיקה רפואית יהודית

לקראת סוף העשור הופיע ספרו החלוצי של רבה הראשי של בריטניה הרב עמנואל יעקובוביץ - "הרפואה והיהדות"[45]. המהדורה האנגלית יצאה לאור כבר בתחילת העשור, תחת השם Jewish Medical Ethics , ובכך היה הרב הראשי של בריטניה הראשון שטבע מונח זה במסגרת הספרות הרבנית.

למעשה עוסק מחקרו של הרב יעקובוביץ בניתוח הלכתי משוה של סוגיות מגוונות בתחום הרפואה והוא כולל פרקים על הגישה למדע הרפואה; אמונות אי-רציונליות ברפואה; ההלכה והחיים; ההלכה והבריאות; מוסר ובריאות; ההלכה והכאב; הטיפול בחולים; הטיפול בגוססים; הטיפול במתים; תכנון הילודה; ברית מילה; וחובותיו, זכויותיו ומעמדו של הרופא.

הספר הינו עיבוד מחודש של עבודת המחקר של הרב יעקובוביץ אשר הוגשה לאוניברסיטת לונדון ב-1955 לשם קבלת תואר דוקטור לפילוסופיה (Ph.D). עבודת המחקר מתבססת על ההנחה כי מצפונם של אנשי המקצוע לבדו איננו יכול להוות מדריך מוסמך לדילמות מוסריות של תקופתנו. משום כך בהתעורר בעיות מוסריות או דתיות, על הרופא המטפל להסתייע במומחים לכך, בדיוק כשם שרופא כללי נוהג להיוועץ ברופא מומחה כשהוא נתקל בבעיה הדורשת מומחיות.

לדעתו של הרב יעקובוביץ "הרפואה קרובה קירבה טבעית" ליהדות מבחינה היסטורית ואינטלקטואלית, ואליה ניתן ביותר להתאים את כללי המוסר ההגיוניים והפרגמטיים של המשפט העברי"[46].

3. "תורה שבעל פה" ו"המעיין"

בתחילת העשור הניח מוסד הרב קוק את היסוד ל"כינוס ארצי שנתי לתורה שבעל פה". הכינוס הארצי השישי התקיים באודיטוריום של האקדמיה הרפואית בירושלים, ויוחד לסדר טהרות ולנושאים קשורים של רפואה והלכה. השתתפו בכנס בכירי אנשי ההלכה בישראל, רופאים בכירים, ורבה הראשי של בריטניה, הרב יעקובוביץ, הוזמן באופן מיוחד כמרצה אורח.

הרצאות שהושמעו בכנסים הללו כונסו לספר במהלך השנה שלאחריהם, כאשר קבצים ו', י"ח, כ"ד ול"ג כוללים חומר מגוון בתחומי הרפואה המודרנית וההלכה.

באותה תקופה החל להופיע כתב העת" המעיין", רבעון הממשיך להופיע בדייקנות שוויצרית עד היום. במסגרת המעיין פורסמו מאות מאמרים, מונוגרפיות וביבליוגרפיות ברפואה והלכה. חלקם נכתב על ידי ד"ר יעקב לוי מוותיקי רופאי הילדים בירושלים. מטרתם של חלק גדול ממאמריו[47] היתה להביא לידי שיתוף פעולה בין פוסקי ההלכה לבין הרופאים, מטרה שבאותם הימים לא היתה עדיין כל כך טריוויאלית.

ה. עשור שלישי

1. מכון שלזינגר לחקר הרפואה על פי התורה

בארץ קיימים היום מספר מכוני מחקר העוסקים בתחום

nevo.co.il

הבין-מקצועי של רפואה והלכה. הראשון והותיק שבהם הוא המכון ע"ש ד"ר פי שלזינגר לחקר הרפואה על פי התורה ע"י המרכז הרפואי שערי צדק בירושלים. המכון נוסד בתחילת העשור השלישי, לאחר פטירתו של מנכ"ל בית החולים שערי צדק ונקרא על שמו. ייחודו של המכון הוא בישיבה בצוותא של רופאים וחוקרים מהשורה הראשונה יחד עם תלמידי חכמים מובהקים ועם פוסקים ידועי-שם. השילוב המיוחד הזה מאפשר למכון לבצע את משימותיו במקצועיות וביעילות. פרופי אברהם שטינברג, מנהלו הראשון של מכון שלזינגר[48] וחבר הנהלתו עד היום, מהווה בעצמו דוגמא לשילוב של נסיון קליני וידע רפואי מעמיק יחד עם ידע תורני נדיר.

במסגרת המכון מתבצעים מחקרים מקוריים ברפואה והלכה, מתבצעת הוראה תורנית ואקדמית בנושאים הללו ויוצאים לאור בתפוצה בינלאומית שני בטאונים ידועים בהלכות רפואה ואתיקה רפואית יהודית: הרבעון "אסיא" בעברית וחוברות Jewish Medical Ethics (JME) באנגלית. נושאי המחקר של המכון נלמדים בעיון לא רק במרכזי תורה אלא גם בקהילה האקדמית והמשפטית ברחבי העולם. גם בתי מחוקקים בארה"ב[49] גילו ענין רב בהכרעות הלכתיות הנופלות בארץ, ובשני העשורים האחרונים הולך ומתגבר העניין הציבורי הבינלאומי במקצוע התורני-רפואי-מוסרי שעיסוקו בסוגיות של חיים ומוות. המכון מקיים גם פרוייקט שו"ת בינלאומי לרפואה והלכה (IRP) במסגרתו מתקבלות שאלות בדואר אלקטרוני (medhal@szmc.org.il), בפקס[50], בטלפון[51] וישירות בדואר.

2. "אסיא"

החוברת הראשונה בסדרת חוברות "אסיא" יצאה לאור בשלהי תש"ל (1970). מטרת הסדרה הוגדרה אז בהקדמה לחוברת: "להביא לידיעת המעונינים והנוגעים בדבר את הבעיות הרפואיות הלכתיות, הפתרונות והלכי המחשבה של רבנים ורופאים שעסקו בבעיות אלו. הכוונה היא להביא רק נושאים אקטואליים וחדישים שנידונו לאחרונה, ואשר נכתבו במקורות מפוזרים ובלתי ספציפיים לרפואה והלכה".

הגליון הראשון יצא לאור תחת השם "פרסומים בענייני הלכה ורפואה", וכלל אחד עשר תקצירים, ללא מאמרים מקוריים. הגליון השני שיצא לאור בשבט תשל"א (1971) היה למעשה הראשון בשם "אסיא". הוא הופיע במתכונת הנוכחית הכוללת מאמרים מקוריים, תמציות וציונים ביבליוגרפיים למקורות נוספים "אסיא" - שם הביטאון - משמעותו "רופא" בשפה הארמית. בראש החוברת, בסמוך לשמה, צויינו שלש מילים מספרות המדרש: **"אסיא - אסי חיגרתך"** כלומר, אדוני הרופא, רפא קודם את עצמך, כשהכוונה לא רק לריפוי מום פיזי אלא גם לריפוי פגם אתי-מוסרי.

עד כתיבת שורות אלה יצאו לאור 62 חוברות בהן קרוב לאלף מאמרים מקצועיים וביבליוגרפיות[52]. בעקבות החוברות יצאו לאור שמונה ספרי אסיא, הכוללים עריכה ממודרת חדשה של מאמרי אסיא עם מפתחות. מאמרים אלה עוסקים במגוון נושאים. ביניהם: היבטים מדעיים, משפטיים, מוסריים והלכתיים של שיבוט (cloning) אנושי; קביעת זמן המוות והשתלות לב; גילוי האמת לחולה המסוכן; היבטים רפואיים והלכתיים של מחלת האיידס; פסיכיאטריה והלכה; סחר באיברים; הפסקת טיפול רפואי והמתת חסד; יעוץ ראשוני לצעיר בעל דחפים הומוסקסואליים; עישון ותוחלת חיים; כפיית טיפול רפואי; אם פונדקאית; דלמות אתיות של אחיות בבתי החולים; וכמובן עקרונות והלכות מעשיות על החובה להציל חיי אדם.

3. "מוריה"

בחורף תשכ"ט (1969) הופיע הגליון הראשון של הירחון "מוריה" ירחון תורני לדברי הלכה ומחשבה בהוצאת התנועה להפצת תורה. "מוריה" הממשיך ומופיע כבר קרוב לשלושים שנה, איננו מייחד את בימתו רק למאמרי רפואה והלכה אלא למגוון רחב מאד של דברי הלכה ומחשבה. אולם מספר מאמרי יסוד בתחומי רפואה והלכה מהווים עד היום ציון דרך בתחום. אסתפק כאן בשתי דוגמאות: א) מאמרם הרפואי של פרופי ב' לוננפלד וחבי על פתרון רפואי לבעיית ה"עקרות הדתית"[53]. הצעתו של פרופי לוננפלד לטיפול תרופתי בבעיה רפואית הלכתית עתיקה הכתה גלים בעולם ההלכה, וכיום היא מקובלת ברחבי העולם. כ-11 שנים אחר כך, פרסם פרופי לוננפלד עם בנו את עיקרי המאמר ב"מוריה" כחלק ממאמר מורחב ב"מדע";[54] ב) מאמרו המיוחד של הרב שלמה זלמן אויערבאך **על כללים מעשיים בהלכות פיקוח נפש**,[55] מהווה עד היום אחד מאבני היסוד להתנהגותו של רופא בשבתות ובמועדים על פי ההלכה.

4. "מחניים - הרפואה ביהדות" בצה"ל

בשנת תש"ל (1970) הקדישה הרבנות הראשית שתי חוברות "מחניים"[56] מלאות לנושא הרפואה ביהדות. החוברות כללו מאמרים של בכירי החוקרים בישראל. ביניהם הרב הראשי של צה"ל האלוף שלמה גורן; פרופי יהושע ליבוביץ; פרופי דוד פלוסר; פרופי י' זילברשטיין; הרב ד"ר ישראל (עימנואל) יעקובוביץ ואחרים. "מחניים" היה ירחון צבאי שהופק על ידי הרבנות הצבאית הראשית, ועל אף רמתו המדעית והעריכתית לא זכה לתפוצה רחבה. אולם כ-17 שנה לאחר הופעת מחנים על רפואה ויהדות, הזמינה מערכת הירחון לקציני צה"ל - "סקירה חודשית" - מאמר סקירה עדכני על הרפואה המודרנית בראי ההלכה[57].

nevo.co.il

5. הפתולוגיה בתלמוד[58]

בשטח הרפואה הצטיינו חכמי התלמוד במיוחד באנטומיה ובפתולוגיה, ולמעשה אפשר לראותם כמפלסי דרך בענף הפתולוגיה התיאורית כאלף שנה לפני פיתוחו ברפואה המודרנית. כמה מחכמי התלמוד בילו שנים ארוכות בהסתכלות ובלימוד מעשי של אנטומיה ופתולוגיה בבעלי חיים ובבני אדם. רב, אחד מגדולי האמוראים בראשית ימי התלמוד, העיד על עצמו "שמונה עשר חודש גדלתי אצל רועי בהמה לידע איזה מום קבוע ואיזה מום עובר"[59]. יתר על כן, חכמי התלמוד היו מן הראשונים שבצעו נתיחה שלאחר המוות בבני אדם, ביצעו בדיקות אמבריולוגיות, בדיקות גינקולוגיות, נטלו דגימות גסטרואינטסטינליות ועוד. כל אלו בנוסף לבדיקות אנטומיות ופתולוגיות מרובות לצורך קביעת כשרותם של בעלי חיים[60].

בתלמוד תוארו מצבים פתולוגיים מגוונים, חלקם נדירים. מטרת הספר היא לאחד את ההיבטים ההלכתיים, הרפואיים וההיסטוריים להבנה שלמה יותר של המקורות התלמודיים, באמצעות כנוס הידע הפתולוגי של חכמי ההלכה, הסברתו והקבלתו לרפואה הקדומה ולרפואה המודרנית.

הספר נועד בעצם למקצוענים השולטים היטב גם ברפואה וגם בספרות ההלכה. עבורם מדובר בפנינה יקרת מציאות.

6. לב אברהם

בשנת תשל"ו (1976) הופיע לראשונה הספר "לב אברהם"[61]. מחברו, פרופ' א"ס אברהם הינו מומחה לרפואה פנימית (מנהל מחלקה פנימית במרכז הרפואי שערי צדק) ובעל ידע נרחב ברפואה והלכה. הספר מרכז הלכות מפוזרות תחת קורת גג אחת, ומסדר את הלכות הרפואה לפי נושאים - כל נושא בפרק נפרד. כדי להקל על המעיין הכין המחבר תוכן ענינים מפורט בתחילת הספר בנוסף למפתח מלא בסופו. תוך זמן קצר אזלה המהדורה הראשונה והודפסו שתיים נוספות. לקראת סוף העשור יצא לאור כרך שני של "לב אברהם". הספר על שני כרכיו כולל 64 פרקים במגוון נושאים. החל מהגדרות רפואיות-הלכתיות של חולה, דרך הלכות הקשורות לחיי היום-יום שלו; דינים הקשורים בתהליכי פוריות וניתוחים מיוחדים; וכלה בסוגיא הכאובה של המתת חסד.

7. ספרים ומדריכים נוספים

במהלך העשור יצאו לאור גם "דרך ישראל ברפואה - ייחודה המוסרי ממקור ישראל"[62] מאת ד"ר דוד מרגליות והמדריך הרפואי לפי המסורת היהודית[63] בעריכת פרופ' לי וישליצקי.

בסוף העשור יצא לאור "הלכות רופאים ורפואה". הספר כולל ריכוז סידור ותימצות 112 התשובות הרפואיות הראשונות מתוך 13 כרכי" ציץ אליעזר" שיצאו לאור עד אז[64]. בספר עשרה שערים: יחס ההלכה לרופא ולרפואה; דינים הנוגעים לרפואה בשבת; מועדים וצומות; נשים ופוריות; כירורגיה והשתלת איברים; פסיכיאטריה; תרופות וכשרות; ברכות ותפילות; סביב המוות; ומגוון של נושאים נוספים כגון קדימויות ברפואה, ניסיונות רפואיים, סודיות רפואית, סמכותו ומעמדו של הרופא ועוד.

ו. עשור רביעי

כבר במהלך העשור השלישי ניתן להבחין בהתרחבות תורנית ומדעית של מקצוע "רפואה והלכה". אולם בעשור הרביעי חלה תאוצה מהירה של המגמה. תקציר היריעה למנות את כל הפרסומים ברפואה והלכה בשני העשורים האחרונים, ומשום כך נבחר מדגם, מייצג ככל האפשר, של הפעילות במקצוע. בראש המדגם ניצבות שתי סדרות מונומנטליות ש"נולדו" במהלך העשור: "האנציקלופדיה ההלכתית רפואית" ו"נשמת אברהם" על ארבעת חלקי השולחן-ערוך. בעולם ההלכה המודרנית מקובלות שתי דרכים לסידור ספרות הלכתית אקטואלית: האחת: סידור עניינים לפי סדר השולחן-ערוך, כמקובל מזה חמש מאות שנה. השניה: סידור לפי נושאים מוגדרים בהתאם לרוח התקופה, כשהמבנה היעיל ביותר הוא המבנה האנציקלופדי. "נשמת אברהם" בנוי במתכונת הוותיקה. האנציקלופדיה, כמובן, בנויה בדרך השניה.

1. נשמת אברהם[65]

"נשמת אברהם" בנוי, כאמור, במבנה הקלאסי - סידור הכללים והדינים על פי סדר סעיפי השולחן-ערוך. סידור כזה, מעלתו שמורה לתלמידי חכמים הבקיאים בשולחן-ערוך ובסדריו, והוא מאפשר הקף מלא של איסוף ההלכות המתחדשות בכל יום. סידור כזה מאפשר גם קביעות לימודית לפי סילבוס הבנוי על סדר סעיפי השולחן-ערוך. חסרונו הוא הקושי של שימוש מקצועי לאלה שאינם בקיאים באותיות הקטנות. פרופ' א"ס אברהם, מחבר הסדרה, פתר היטב את הבעיה. הוא ניסה להעניק לקוראים את היתרונות של שתי השיטות, בהוסיפו תוכן עניינים מפורט מאד בראש הספר, יחד עם מפתח משוכלל בסופו. כלים אלה מאפשרים גישה מהירה לנושא המבוקש גם לקוראים צעירים שאינם בקיאים במבנה של סעיפי השולחן-ערוך עצמו.

גם תוכנו של הספר מעניק לקוראיו אוסף דינים ייחודי. הן אלפים של דיני רפואה שנלקטו מתוך ים המקורות של ספרות ההלכה, ומאות פסקי הלכה חדשים וחדשניים שנאספו אישית על ידי המחבר מגדולי הפוסקים בארץ ובעולם, ובראשם גדול

הפוסקים הרב שלמה זלמן אויערבאך זצ"ל. כמעט ואין נושא הלכתי רפואי שאיננו נדון במסגרת הסדרה. מדובר בסדרת חובה לכל איש הלכה ולכל בעל מקצוע בתחומי הרפואה והלכה.

2. אנציקלופדיה הלכתית-רפואית[66]

סמוך לסוף העשור הופיע הכרך הראשון של האנציקלופדיה ההלכתית-רפואית. היא כוללת את מגוון הנושאים הקשורים לרפואה ולטיפול בחולה מבחינת הרופא והחולה ודנה לא רק בעניינים שבשגרה אלא גם בנושאים ייחודיים. היא כוללת את הידע הרחב ברפואה והלכה החל מן המקרא וספרות חז"ל ועד לפוסקים ולחוקרים בימינו. נוספו בה הערות והארות מתחומי המדע, הרפואה, הפילוסופיה האתיקה והמשפט. משום כך היא מהווה כיום לא רק ספר לימוד ועזר לידיעת נושאי רפואה והלכה, אלא גם ספר מקור הכולל עשרות אלפי ציונים ביבליוגרפיים, הנדרשים למחקר ולהעמקה.

בין ערכי הסדרה: אבהות; איבוד לדעת, אוטונומיה ובחירה חודשית; בית חולים; גנטיקה ותורשה; הסכמה מדעת; הפלה; הפדיה חוץ-גופית; השתלת איברים; השתנות הטבעים; זקן; חולה; חניטה; טעות ורשלנות רפואית; כאב ויסורים; ניתוחים; לידה; כשרות ושבת; לימוד רפואה; דת ומדע; ניסויים רפואיים; מיניות האדם; משאבים מוגבלים; ניסויים רפואיים בבני אדם; סודיות רפואית; פוריות ועקרות; פיקוח נפש; צער בעלי חיים; קדימויות בטיפול רפואי; רגע המוות; רופאים; תורת המוסר הכללית והיהודית ועוד ערכים מקצועיים רבים.

האנציקלופדיה מהווה ללא ספק סדרת חובה לרופא, למשפטן, לאתיקאי ולאיש הלכה הקשורים לעולם הרפואה המעשית בישראל ובפזורה היהודית ברחבי העולם.

3. חוק יסודות המשפט

במהלך העשור הרביעי, עם ההתרחבות התורנית והמדעית של מקצוע רפואה-והלכה, גברה גם ההכרה המשפטית לתרומתו הפוטנציאלית למערכת המשפט הישראלית. כבר בתחילת העשור הביא חוק יסודות המשפט התש"ם-1980 למפנה בזיקתו של המשפט הישראלי למשפט העברי. החוק ביטל את הזיקה האנכרוניסטית למשפט האנגלי והעותומני, ובמקומה קבע זיקה חדשה למקורות המשפט העברי. החוק קובע כי: "ראה בית המשפט שאלה משפטית הטעונה הכרעה, ולא מצא לה תשובה בדבר חקיקה, בהלכה פסוקה או בדרך של הקש, יכריע בה לאור עקרונות החירות, הצדק, היושר והשלום של מורשת ישראל".[67]

בין השופטים באות לידי ביטוי שתי גישות עיקריות בפרשנות לחוק יסודות המשפט[68]. שופטים בעלי ידע מועט במקורות המשפט העברי מפרשים בדרך כלל את החוק על דרך הצמצום, ולעיתים ממשיכים בדבקותם בשיטת המשפט האנגלי שהמחוקק פנה לה עורף. לעומתם, שופטים בעלי ידע וכושר עיון במקורות המשפט העברי מפעילים את החוק הלכה למעשה. אחד המיוחדים שבהם, שתרם רבות בתחום החינוך המשפטי להחדרת ההכרה בערכו המקורי של המשפט שלנו, הוא השופט **פרופ' אמנון כרמי, נשיא האגודה לרפואה ומשפט בישראל.**

4. השופט אמנון כרמי

השופט פרופ' אמנון כרמי פעל רבות בתחומי הרפואה והמשפט בישראל[69] ובעולם[70]. כאחד מהבולטים בתחום, הערין באופן רציונלי את האוצר המשפטי הטמון ב"מורשת ישראל" בנושאי הרפואה וההלכה. השופט כרמי פעל להעביר את המסר הזה הן לציבור המשפטנים והן לציבור הרופאים בישראל במספר מסגרות:

הבמה לרפואה ומשפט של האגודה קיימה ומקיימת באופן עקבי ערבי עיון ורבי שיח בנושאים אקטואליים של רפואה ומשפט, כאשר לגישת המשפט העברי הוקצה מקום מכובד בדיון המקצועי.

"רפואה ומשפט" בטאון האגודה, החל לצאת לאור באביב 1986 בעריכתו של השופט כרמי. בין דפיו מפוזרים מאמרים רבים ברפואה והלכה, החל מגיליון מס' 1 ועד לגיליון היובל הנוכחי. מגוון הנושאים ברפואה והלכה שפורסמו בבימה זו, מאפשר את איסופם והוצאתם כספר בעל ערך עצמי.

הספר **רשלנות רפואית ביהדות ובישראל**[71] כולל מאות ציטטות ומקורות מהספרות הענפה של מורשת ישראל - התנ"ך, המשנה והתלמוד - במקביל לציטוטים ומקורות מן החקיקה והפסיקה החדישות במדינת ישראל. נושא הספר אקטואלי עד היום, ויש לו חשיבות רבה גם במחקר משפטי השוואתי.

5. המכונים הטכנולוגיים

כבר בעשור השלישי הוקמו שני מכונים טכנולוגיים לפתרון בעיות הלכתיות: הראשון שבהם היה המכון הטכנולוגי בבית וגן בירושלים, אותו יזם והקים הפיזיקאי, בעל פרס ישראל, פרופ' זאב לב. שנים אחדות מאוחר יותר[72] הוקם אחיו הצעיר - מכון צמ"ת באלון שבות שבגוש עציון שהוקם על ידי המהנדס הרב ישראל רוזן. שני המכונים הללו פיתחו מיכשור אלקטרוני מתקדם המאפשר פתרון של בעיות הלכתיות בשבת ובחג. בתי חולים בארץ משתמשים עד היום בפיתוחים טכנולוגיים של המכונים הללו[73]. שני המכונים נכנסו לתחום ההוצאה לאור ברפואה והלכה בעיקר בעשור הרביעי.

מכון צמ"ת החל להוציא לאור בתחילת העשור הרביעי את השנתון עב הכרס **"תחומין"** הדן בשאלות של מדע חברה ומדינה. במסגרת השנתון מוקדש מקום קבוע ונרחב לסוגיות מעניינות בתחומי רפואה והלכה.

המכון הטכנולוגי בירושלים החל להוציא לאור בסוף העשור את סדרת **"מעשה חושב"**[74] ששלשה מתוך ארבעת כרכיה עוסקים בעניני רפואה והלכה.

6. חוברות וסדרות נוספות

במהלך העשור הרביעי הופיעו ספרים, סדרות ספרים וחוברות נוספות בנושאי רפואה והלכה. ביניהם: סדרת הלכה ורפואה[75]; סדרת הרפואה לאור ההלכה[76] ; סדרת עמק הלכה אסיא[77] ; סידרת בשבילי הרפואה[78] ; סדרת מאורות[79] ; וספר הרפואה במקורות[80].

במקביל להופעת הסדרות המקצועיות התפרסמו מעל דפי "הרפואה"[81] מאמרים מאלפים ברפואה והלכה, כשכמה מהם נכתבו על ידי האלוף (מיל.) הרב שלמה גורן, לשעבר הרב הראשי לישראל.

גם כתב העת לבעיות רפואה - מידע לרופא[82] - הנהיג מדור קבוע של רפואה ביהדות, תחת הכותרת "מה אומרים רבותינו על הרפואה".

7. המרכז ע"ש יעקובוביץ לאתיקה רפואית ע"פ היהדות

במהלך העשור הוקם במסגרת הפקולטה למדעי הבריאות באוניברסיטת בן גוריון בנגב, מרכז לאתיקה רפואית על פי היהדות. יוזם המרכז, הלורד הרב עימנואל (ישראל) יעקובוביץ, דאג למימון מכובד של המרכז הפעיל והקרוי על שמו.

האגדה מספרת שמתחילה פנה הלורד לבית הספר לרפואה בירושלים בהצעה להקמת המרכז עם הבטחת מימון דולרי בן שבע ספרות. הגישה הפטרנליסטית ששלטה אז בעולם הרפואה הירושלמי, התנגדה למתן דריסת רגל לגורמים חוץ רפואיים בפקולטה לרפואה. משום כך הופנתה ההצעה והתקציב הכרוך בה לאוניברסיטת הנגב.

שנים ספורות לאחר פתיחת מרכז יעקובוביץ בבאר שבע השתנתה האווירה הירושלמית, ובבית הספר לרפואה בירושלים נפתחו מספר קורסים העוסקים באתיקה רפואית כללית, באתיקה רפואית יהודית וברפואה והלכה[83].

8. שיעורי רופאים מיוחדים

במהלך השנים התקיימו ברחבי הארץ שיעורים מיוחדים לרופאים ברפואה והלכה. בין המורים דמויות ידועות מגדולי הפוסקים. הרב אליעזר ולדינברג העביר, במשך שנים, שיעור קבוע לרופאי "שערי צדק" בירושלים. רבה הראשי של תל-אביב הרב עובדיה יוסף, לימים הראשון לציון, העביר שיעורי הלכה לרופאים בתל-אביב. ראש ישיבת מרכז-הרב הרב אברהם שפירא, לימים הרב הראשי לישראל, העביר שיעורי הלכה לרופאים בירושלים במשך כשנה. הרב יצחק שפירא[84] מנתניה, העביר שיעורים לרופאים וסטודנטים בצפון הארץ. הרב יצחק זילברשטיין[85] ממשיך להעביר עד היום שיעורים חודשיים ומרתקים לרופאים בנושאי רפואה והלכה. בשיעורים אלה משתתפים עשרות רבות של רופאים מכל החוגים וההשקפות.

ח. עשור חמישי

1. כינוסים בינלאומיים בארה"ב ובישראל

העשור החמישי הצטיין בקפיצת מדרגה של מקצוע רפואה והלכה בארץ ובעולם. כבר בראשית העשור התקיים כנס הרופאים בינלאומי ראשון לרפואה והלכה בניו יורק[86]. לכנס זה הוזמנו להרצאת אורח מספר מומחים מישראל, מהמובילים בתחום[87]. בעקבות הכינוס הראשון נתקיימו עוד שלשה כינוסים ניו יורק, והכינוס החמישי אמור להתקיים בחורף הקרוב.

שנה אחר כך קיימה האוניברסיטה של מדינת ניו-יורק (S.U.N.Y.) כינוס בינלאומי לאתיקה רפואית ויהדות, שגם אליו הוזמנו ארבעה מרצים מישראל.

במקביל החלה האקדמיה העברית בסן-פרנסיסקו לקיים כינוסים בינלאומיים שנתיים לאתיקה רפואית יהודית. הכינוסים הממשיכים להתקיים כל חורף עד היום ואליהם מוזמנים מרצים בכירים מרחבי העולם.

בישראל התקיים (בקיץ 1993) הכינוס הבינלאומי הראשון לרפואה, אתיקה והלכה,[88] במרכז הרפואי שערי צדק בירושלים[89] . כינוס בינלאומי שני חזר והתקיים כעבור שלש שנים בירושלים, אף הוא בהשתתפות מאות רופאים, משפטנים ואנשי הלכה מהארץ ומרחבי העולם.

גם בממלכה המאוחדת התקיימו כינוסים דומים. ביניהם הכינוס המאוחד על הגישה היהודית לנושאי רפואה, מנצ'סטר אנגליה, נובמבר 1995.

רוב ההרצאות בכינוסים הללו הוקלטו וצולמו, כך שניתן לרכוש את קלטות האודיו והוידיאו של ההרצאות על ידי פניה ישירה למארגנים.

2. Jewish Medical Ethics (JME)

ביטאון בינלאומי באתיקה רפואית יהודית החל לצאת לאור

nevo.co.il

באנגלית בתחילת העשור[90]. הביטאון המופץ ברחבי העולם כולל חומר מגוון בתחומי הרפואה וההלכה, עם דגש על היבטים אתיים. עד כה הופיעו 6 חוברות בשלשה כרכים.

3. הלכה ורפואה במולטי-מדיה

כיאה לשנות התשעים, הטכנולוגיה המודרנית החלה להשתלב במקצוע המתפתח של רפואה והלכה. די בשלוש דוגמאות להדגמה.

במסגרת רה-אירגון של המועצה הדתית בירושלים הוקמה בה מחלקה לרפואה והלכה[91]. המחלקה לרפואה והלכה הפיקה בוידיאו מספר סרטי דרמה באיכות גבוהה. הסרטים ממחישים בדרמה מרתקת שאלות יסוד באתיקה רפואית, כדוגמת שאלת הטיפול הכפוי, הצלת חיים מול איכות חיים, יילוד עובר לאחר שאמו מתה מוות מוחי ועוד. סרטים אלו הוצגו הן בפורומים מקצועיים והן בפורומים ציבוריים. הם מהווים ללא ספק כלי המחשה מעולה לסוגיות באתיקה רפואית בכלל ולאתיקה רפואית יהודית בפרט.

מכון נהוראי שבבני ברק[92] פיתח תקליטור עם מערכת מידע ממוחשבת שיוחדה לרפואה והלכה. התוכנה משלבת בתוכה מאגר נתונים עצום שמסווגים בו עשרות אלפי מושגים הלכתיים עם תוכניות חיפש משוכללות לאיחזור מיידי של מושגים, פסקים וציטוטים הנוגעים בכל תחומי המקצוע[93]. מכון נהוראי מקיים גם קבוצת דיון וירטואלית על רפואה והלכה, בהשתתפות מאות רופאים ואנשי הלכה מרחבי העולם[94].

עם התפתחות האינטרנט הוקמו אתרים המשרתים את אנשי המקצוע ואת המתעניינים ברפואה והלכה או באתיקה רפואית יהודית. לדוגמא: http://www.szmc.org.il/machon אתר מכון שלזינגר לרפואה והלכה[95]; http://1ccme-mac4.bsd.uchicago.edu/ccmedocs/Judaism 1 אתר הקרוי Jewish Medical Ethics Page הכולל וקישוריות נוספות[96].

4. "פסקי דין רפואה ומשפט"

בתחילת העשור כתב נשיא בית המשפט העליון השופט מאיר שמגר כתב בהקדמה לקובץ פסקי דין רפואה ומשפט[97] כי יצירת גשר בין דיסציפלינות שונות הינה מטרה בעלת חשיבות מרכזית, וכי "קירובם של התחומים המקצועיים העיוניים מקבלת חשיבות משנה בתקופתנו ... אשר בה ההתקדמות המדעית גם שבה ומעלה בעיות אתיות רבות, אשר בהן הדיון האינטר-דיסציפלינרי הוא חיוני".

ייחודו של הקובץ כפול. הן בהיותו מיוחד לנושא המשפט הרפואי על כל ענפיו, והן בשל היותו מלווה בחוות דעת המאירות את הנושאים הנדונים בפסקי הדין מההיבטים השונים. בקובץ המכיל עשרה פסקי דין של משפט רפואי, אליהם צורפו היבטים משפטיים והיבטים הלכתיים. לרוב פסקי הדין צורפו גם היבטים רפואיים, ולחלקם צורפו גם היבטים אתיים. באופן טבעי הספר מרתק את הקורא, ומקרב את התחומים הרחוקים, לעיתים, זה לזה.

5. יעל שפר נגד מדינת ישראל

פעוטה יעל שפר נולדה להוריה חברי קיבוץ מרום גולן ב-1986. בהיותה כבת שנה אובחנה אצלה מחלה הגנטית חשוכת המרפא - טיי-זקס. באמצעות אמה הגישה יעל לבית המשפט בקשה להימנע מטיפולים של מתן תרופות באמצעות עירוי או סיוע נשימתי לכשיוחמר מצבה והיא תזדקק לטיפולים אלו. בית המשפט המחוזי דחה את בקשתה. בית המשפט העליון דחה את עירעורה ללא נימוקים. הנימוקים ניתנו בהרחבה לאחר מותה של יעל. עיקרם מופיע בפסק דין ארוך ומנומק של המשנה לנשיא בית המשפט העליון, השופט פרופ' מנחם אילון[98]. פסק הדין מנתח את חוק יסוד כבוד האדם וחירותו ואת המושג "מדינה יהודית ודמוקרטית" הטבוע בו. הוא עוסק במושגים עתירי מחלוקת כגון הגדרת "הציבור הנאור", "הזכות למות", "למות בכבוד" וכיוצא באלה. הוא משלב דיון באינטרסים של שמירה על חיי אדם, אותנזיה, קדושת החיים והזכות לסרב טיפול רפואי. על פי הנדרש מחוק יסוד כבוד האדם וחירותו משתמש פרופ' אילון בבקיאותו העצומה במורשת ישראל להגדרת המושג: "ערכיה של מדינה יהודית ..." הטבוע בחוק.

לאחר תרגום פסק הדין המלא לאנגלית ופרסומו בדפוס[99], הוא הפך להיות חומר עיוני נגיש לעוסקים בסוגיות חיים ומוות - רפואה ומשפט - לא רק בישראל אלא גם ברחבי העולם.

6. ערכיה של מדינת ישראל וחוק זכויות החולה

מהם "ערכיה של מדינת ישראל כמדינה יהודית ודמוקרטית" אותם בא לעגן חוק יסוד: "כבוד האדם וחרותו"?

התשובה לשאלה זו איננה טריוויאלית והיא נתונה לפרשנויות שונות. עם זאת רבים החוקים שנחקקו בכנסת תוך יניקה אמיתית משורשים במורשת ישראל, וחוק יסודות המשפט התש"מ-1980 אף מצהיר על הזיקה למורשת ישראל בגלוי.

ביטוי הולם לגישת המחוקק הישראלי נתן, לא מכבר, יושב ראש ועדת החוקה חוק ומשפט בשנת 1992, בעת הבאת חוק יסוד "כבוד האדם וחירותו" לקריאה סופית בכנסת (דברי

הכנסת כרך 125 תשנ"ב עמ' 3782 - 3783)

"החוק הזה הוכן בהבנה שעלינו ליצור הסכמה רחבה של כל סיעות הבית. היינו מודעים לכך שאין אנחנו יכולים להעביר חוק יסוד, שמעגן את ערכיה של מדינת ישראל כמדינה יהודית ודמוקרטית, אם לא נגיע להסכמה רחבה של כל סיעות הבית...

החוק פותח בהצהרה דקלרטיבית, בדקלרציה שהוא נועד להגן על כבוד האדם וחירותו על מנת לעגן בחוק את ערכיה של מדינת ישראל כמדינה יהודית ודמוקרטית. החוק במובן זה קובע כבר בסעיף הראשון שאנחנו רואים עצמנו מחויבים לערכים של מורשת ישראל ומורשת היהדות, שכן נקבעה מפורשות קביעה פוזיטיבית - ערכיה של מדינת ישראל כמדינה יהודית וגם דמוקרטית. החוק מגדיר כמה מחירויות היסוד של הפרט, שאף לא אחת מהם עומדת בסתירה למורשת ישראל או לעולם הערכים הרווח והמקובל היום בישראל על כל סיעות הבית"[100]

גישה זו, איננה חדשה, והיא תואמת להפליא דברים שהשמיע בכנסת בשנת 1961 ח"כ (לימים שר המשפטים) חיים צדוק, בדיון על חוק הכשירות המשפטית והאפוטרופסות התשכ"ב-1962 (דברי הכנסת, קריאה ראשונה, כרך 32 עמ' 156):

"...ספר החוקים של מדינת ישראל, מראשית קיומה ועד היום, זרוע חוקים בתחום הקרוי "ענייני המעמד האישי" שהם שילוב של עקרונות המשפט העברי עם עקרונות משפטיים מודרניים..."

"...בכל מערכת החקיקה שלנו קיימנו בקפדנות את הדינים הדתיים בעניני נישואין וגירושין, ונזהרנו מלפגוע בהם. ועוד נזהרנו שלא לחוקק חוקים העומדים בסתירה כלשהו לאיזה ציווי דתי"[101].

עיון בחוק זכויות החולה[102] מאשר את הדברים הללו ומצביע לפחות על שני סעיפים היונקים יניקה אמיתית משורשים במורשת ישראל: סעיפים 15 (2) ו 15 (3).

סעיף 15 (3) קובע כי "בנסיבות של מצב חירום רפואי רשאי מטפל לתת טיפול רפואי דחוף גם ללא הסכמתו מדעת של המטופל, אם בשל נסיבות החירום, לרבות מצבו הגופני או הנפשי של המטופל, לא ניתן לקבל את הסכמתו מדעת; טיפול רפואי המנוי בתוספת יינתן בהסכמת שלשה רופאים, אלא אם כן נסיבות החירום אינן מאפשרות זאת."

ברור שסעיף זה ניזון מערכי מדינת ישראל כמדינה יהודית. על פי מורשת ישראל ערכם של החיים נמצא במקום גבוה בסולם הערכים. במהלך הכנת החוק, בעת דיון בלשכת היועץ המשפטי לממשלה דאז השופט מיכאל בן יאיר, שררה הסכמה רחבה בין המשתתפים, ביניהם פרופ' אסא כשר, על חשיבות סעיף זה, ללא תלות ביחסם היום יומי להלכה.

גם לסעיף 15 (2) המתבסס ברמה העקרונית על האוטונומיה של הפרט והסכמתו הרטרואקטיבית מדעת, יש מקור לא רק בשכל הישר אלא גם בספרות ההלכה[103] , והדברים עתיקים.

7. הפרייה הדדית

במהלך העשור החמישי התרחבה גם מגמת השילוב של המקצוע "רפואה והלכה" עם דיסציפלינות שונות. התרבו עבודות מחקר אקדמיות ברפואה והלכה במוסדות הרפואה בישראל; בכנסים רפואיים-משפטיים, ארציים ובינלאומיים, יש דרישה קבועה להרצאות מקצועיות ברפואה והלכה; החברה הישראלית לאתיקה רפואית מקפידה ללמוד גם את עמדת ההלכה בסוגיות רפואיות אקטואליות; המכון להשתלמות שופטים מזמין אף הוא מרצים ומומחים לאתיקה רפואית יהודית.

תופעה זו איננה ייחודית לישראל. ההתפתחות המקצועית יחד עם המודעות הציבורית למקצוע, הביאה לכך שכמעט בכל תחום שעוסק ברפואה על היבטיה המשפטיים והאתיים, מתקיים קשר של הפריה הדדית עם ההיבטים ההלכתיים היהודיים.

תודעת המקצוע חדרה גם לתחום התודעה הציבורית, הן ברמת התקשורת הישראלית והן ברמת התקשורת הזרה. בשנים האחרונות, כשמתעוררת התעניינות ציבורית/תקשורתית בנושאי אתיקה רפואית, יש פניה כמעט אוטומטית גם לקבלת חוות דעת ממומחה לרפואה והלכה.

8. חלוצים לפני המחנה

בתחילת שנת היובל לישראל (סוף 1997) יצא לאור בארצות הברית ספר מעניין המסכם את ההתפתחות הבין-לאומית באתיקה רפואית יהודית. שמו "חלוצים באתיקה רפואית יהודית"[104]. עורך הספר, פרופ' פרד רוזנר מניו-יורק, נמנה על חברי הקבוצה הקטנה שקידמה את המקצוע בדור האחרון. הספר מציג לפני הקורא את דמויות המפתח הבינלאומיות בעולם הרפואה וההלכה, ומנסה לתת לקורא גם סקירה תמציתית על עבודתם בתחום. כמחצית מדמויות המפתח המוצגות בספר הם מומחים מישראל.

כשמסתכלים אחורה על ההתפתחות המקצועית בחמישים השנה האחרונות, מסתבר שיש לנו, אזרחי ישראל, סיבה טובה למעט גאווה צנועה.

מקורות:

1. ראה: שטינברג אברהם, אנציקלופדיה הלכתית רפואית, כרך ו, ערך" תורת המוסר הכללי" (הוצאת מכון שלזינגר, ירושלים, בדפוס).

2. מלך בבל במאה ה-18 לפנה"ס. החוקרים חלוקים על התיארוך המדוייק של שלטונו.(האנציקלופדיה הישראלית הכללית, ערך: חמורבי).

3. 377-460 לפנה"ס.

4. ראה, 1979, Chapman CB, N Engl J Med 301:630 הובא אנציקלופדיה הלכתית רפואית, ערך תורת המוסר הכללי, שם.

5. כדוגמת הכלל האתי של לשכת עורכי הדין שאסר מתן הנחה במחיר שירות משפטי, עד שבוטל ע"י בג"ץ.

6. ראה שטינברג אברהם, אנציקלופדיה הלכתית רפואית, כרך ו, ערך "תורת המוסר היהודי" (בדפוס).

7. אמנם מתרגמת הספר לעברית (גאולה בת יהודה רפאל) לא השתמשה במונח זה אלא קראה לספר המתורגם: 'הרפואה והיהדות (ירושלים: מוסד הרב קוק, 1966).

8. ראה להלן בסקירת העשור השני.

9. כרך ו, ערך "תורת המוסר היהודי", שם.

10. ראה עמנואל אטקס, ר' ישראל סלנטר וראשיתה של תנועת המוסר, הוצאת מגנס, האוניברסיטה העברית, ירושלים, 1982.

11. כדוגמת משה זילברג (1900-1975) שופט בית המשפט העליון (1950-1970), ואחרים.

12. האנציקלופדיה הישראלית הכללית (בית הוצאה כתר, ירושלים, 1987) ערך משפט עברי.

13. שו"ע יורה דעה, סימנים שלה-שלז.

14. שו"ע אורח חיים, סימנים שכח-של.

15. ראה שטינברג אברהם, "בית החולים בספרות ההלכה" ספר אסיא ב' (הוצאת מכון שלזינגר וראובן מס, ירושלים 1981) עמ' 146-153.

16. שטינברג, שם. ראה גם קוטק שמואל, "תולדות אישפוז חולים" ספר אסיא ב', עמ' 198-195.

17. יורה דעה, סימנים רס-רסו.

18. כדוגמת כללי המילה לרבי יעקב ורבי גרשון הגוזר מוהלים בני המאה ה-13 (אב ובנו), בגרמניה.

19. מורגנשטרן אריה, גאולה בדרך הטבע (הוצאת מאור, מהדורה שניה, ירושלים 1997) פרק טז - בית החולים היהודי הראשון בירושלים, עמ' 307-326.

20. מורגנשטרן אריה, שם.

21. מורגנשטרן אריה, שם.

22. על החרם שהוטל בשנת 1845 בירושלים כנגד שיתוף עם המסיון - ראה מורגנשטרן אריה, שם.

23. ליבוביץ יהושע, "לתולדות בתי החולים בירושלים" ספר אסיא ב', עמ' 199-203.

24. ראה זילברשטיין א"ד, "בעיית ניתוחי המתים ופיתרונה" יבנה - קובץ אקדמאי דתי, כרך ג, (חוב' ז-יב) ניסן תש"ט, עמ' 210-215 הערה ותיקון למאמרו של זילברשטיין בהרב קלמן כהנא, ניתוחי מתים בהלכה, המעיין ז, ב' 43-72 בעמ' 49-50 (תשכ"ז); אנציקלופדיה הלכתית רפואית, כרך ג, ערך "ניתוח המת".

25. 1861-1914.

ראה: Fred Rosner, "Julius Preuss", Medical history 19:4, 376-388 (1975).

ספרו של פרויס טרם תורגם לעברית, והוא מחכה עדיין לגואל עברי. לעומת זאת פ' רוזנר (Fred Rosner) תרגם וערך את המהדורה האנגלית שיצאה לאור ב1978- ע"י Hebrew Publishing Company בניו יורק.

26. התלמוד וחכמת הרפואה, מאת ד"ר י.ל. קצנלסון (בוקי בן יגלי), הוצאת" חיים" ברלין תרפ"ח (1928).

27. ראה: א' שטינברג, הביבליוגרפיה על מצוות המילה, ספר אסיא ג' עמ' 362-366 (1983).

28. 1880-1953. יליד ירושלים, הראשון לציון הרב הראשי של ארץ ישראל (ספר). מ-1939 ושל מדינת ישראל מלאחר הקמתה עד פטירתו.

29. 1888-1959 יליד לומז'ה שבפולין, 1919 - PhD מאוניברסיטת לונדון על מחקרו בתחום התכלת והארגמן בישראל בימי קדם. 1921-1937 הרב הראשי של אירלנד החופשית, הרב הראשי של ארץ ישראל (אשכ). מ-1937 ושל מדינת ישראל מלאחר הקמתה עד פטירתו. אביו של הנשיא השישי של ישראל - חיים הרצוג.

30. 1912-1995 זקן חברי מועצת הרבנות הראשית לישראל וראש ישיבת מרכז הרב. דיין בבית הדין הרבני הגדול 1965-1982.

31. 1917 - כהן שנים רבות כאב בית הדין הרבני בירושלים

nevo.co.il

וכחבר בית הדין הרבני הגדול, מחבר סדרת ספרי השו"ת "ציץ אליעזר" (22 כרכים), חתן פרס ישראל, חתן הפרס העולמי הראשון לרפואה אתיקה והלכה 1993.

32. קול תורה, שנה א', חוברת ב-ג, סיוון תמוז תש"ז (1947), ובהמשכים עד שנה ג, ניסן אייר תש"ט (1949). (הובא בזילברשטיין א"ד, "בעיית ניתוחי המתים ופיתרונה" יבנה - קובץ אקדמאי דתי, כרך ג' חוב' ז-יב ניסן תש"ט 1949, עמ' 210-215 בעמ' 215; (הודפס שנית עם השלמות מתוך כתב היד בהגרי"א הרצוג - פסקים וכתבים כרך ה, הוצאת מוסד הרב קוק, ירושלים תש"נ 1990, עמ' תקעד-תרד).

33. סיכומי תשובותיו בעניני רפואת נשים ופוריות בהלכה פורסמו על יד י אברהם שטינברג בספר אסיא ב עמ' 127-143.

34. משפטי עוזיאל, כרך א (תל-אביב, תרצ"ה), חלק יו"ד, סי' כח-כט (הודפס שוב בשו"ת פסקי עזיאל בשאלות הזמן, סי לב-לג), בעקבות הויכוח בו השתתף בירחון "שערי ציון", ירושלים, שנה ו, חוב' ו-ז, (ניסן תרפ"ו 1928).

35 . הסכמה מודעת בכתב של תורם הגופה יחד עם שמירה על האברים המנותחים והבאתם לקבורה מכובדת כדין תורה.

36. מאוחר יותר הוטמעו כללים בסיסיים אלו גם בחוק האנטומיה והפתולוגיה תשי"ג-1953.

37. ציץ אליעזר, ח"ד, (ירושלים, תשי"ד 1945) סי' יג.

38. הכוונה להלכות שאינן אקטואליות, אשר אמורות להיות מעשיות רק לעתיד לבוא, בימות המשיח.

39. "בצומת התורה והמדינה" (עורך: י' שביב, הוצאת מכון צומת,אלון שבות, תשנ"א 1991) ג' כרכים.

40. שטינברג אברהם, הלכות רופאים ורפואה על פי שו"ת ציץ אליעזר, מוסד הרב קוק, ירושלים, תשל"ח (1978).

41. ראה הלכות רופאים ורפואה, הוצאת מוסד הרב קוק, ירושלים, 1978, עמ' ל"ג-מ"ו.

42. תמצית של למעלה ממאה תשובות הלכתיות מתוך מנחת יצחק פורסמה בספר אסיא ב', עמ' 29-57 (1981), ע"י ד"ר אברהם שטינברג.

43. שטינברג אברהם, מנחה לשלמה - פסקי הגרש"ז אויערבאך זצ"ל בהלכות רפואה, אסיא נט-ס, 5-45 (1997).

44. "שמירת שבת כהלכתה - כולל דיני שמירת שבת ויום טוב וחו"הם בשים לב לבעיות שהתעוררו בזמננו" מאת: יהושע ישעיה נויבירט, הוצאת פלדהיים, ירושלים תשכ"ה (1965).

45. "הרפואה והיהדות - מחקר השוואתי והיסטורי על יחס הדת היהודית לרפואה" מאת הרב ד"ר עימנואל יעקובוביץ, מאנגלית: גאולה בת יהודה. מוסד הרב קוק, ירושלים תשכ"ו (1966).

46. מתוך הקדמת המחבר.

47. ביבליוגרפיה מלאה של מאמרי ד"ר לוי פורסמה בספר אסיא ה, 315-319 (1986).

48. מיום ייסודו ועד 1981.

49. ראה . JME vol. 1. No. 2, p. 56 (1989)

50. פקס מס' 972-2-652-3295

51. טל. 972-2-655-5266 בשעות העבודה, ובערב-972-2-678-6656.

52. לאחר הופעתה של החוברת ה-30 ופרישתו של המייסד והעורך הראשון - ד"ר שטינברג - מניהול מכון שלזינגר ומעריכת אסיא, החליף אותו ד"ר מרדכי הלפרין הממשיך במלאכה עד היום.

53. ב' לוננפלד וני בירנבאום, "טפול בעקרות עקב אי התאמה בין ימי הפוריות וזמן הטבילה" מוריה ב:א-ב, מח-נב, (1970).

54. א' וב' לוננפלד, "המאבק בעקרות - עקרונות הטיפול התרופתי לגרימת ביוץ" מדע כה:2, 72-77, (1981).

55. הרב שלמה זלמן אויערבאך, "בירורים וספקות בעניין פיקוח נפש דוחה שבת", מוריה ג:ג-ד, י-לו, תשל"א (1971).

56. מחניים קכ"ב וקכ"ג, הוצאת צבא הגנה לישראל - הרבנות הצבאית הראשית, חשוון וכסליו תש"ל (1970).

57. מ' הלפרין, "הרפואה המודרנית בראי ההלכה", סקירה חודשית, קחנ"ר, צה"ל, כרך 34, חוב' 6, 33-44 (1987).

58. שטינברג אברהם, פרקים בפתולוגיה בתלמוד ובנושאי כליו, מכון שלזינגר, ירושלים תשל"ה (1975).

59. סנהדרין, ה, ב.

60. פירוט ביבליוגרפי ראה שטינברג, שם, עמ' 6-5.

61. א"ס אברהם, לב אברהם - הלכות רפואה לחולה ולשמשיו, הוצאת פלדהיים, ירושלים, תשל"ו (1976).

62. הוצאת האקדמיה לרפואה, ירושלים, תש"ל (1970).

63. הוצאת יד הרב הרצוג, ירושלים, תשל"ז (1977).

64. שטינברג אברהם, הלכות רופאים ורפואה על פי שו"ת ציץ אליעזר, מוסד הרב קוק, ירושלים, תשל"ח (1978). שנתיים אחר כך הופיעה המהדורה האנגלית.

65. א"ס אברהם, נשמת אברהם - הלכות חולים רופאים ורפואה, 5 כרכים, הוצאת מכון שלזינגר, ירושלים.

שני הכרכים הראשונים (או"ח ויו"ד) יצאו במהדורתם הראשונה בהוצאת וגשל, ירושלים.

66. שטינברג אברהם, אנציקלופדיה הלכתית רפואית, 6 כרכים (כרך ו' בדפוס), הוצאת מכון שלזינגר, ירושלים.

67. **חוק יסודות המשפט התש"ם** 1980- סעיף 1 לחוק. כמו כן, סימן 46 לדבר המלך במועצתו לארץ ישראל 1922-1947, המשעבד את המשפט בארץ למשפט האנגלי - בוטל בסעיף 2 שם. לכן, וויכוח על פסיקה בלקונה משפטית, מן הראוי שיוכרע לא לפי השקפה של שופט זה או אחר אלא לפי חוק יסודות המשפט. ראה: מרדכי הלפרין, "היבטים משפטיים לאור חוק יסודות המשפט התש"ם-1980" אסיא, כרך יג, חוב' א-ב (מט-נ) (יולי 1990), עמ' 84-83.

68. לדוגמא ראה: ע"א 546/78 **בנק קופת עם נ' הנדלס ואח'**, פד"י ל"ד (3), עמ' 58; ודי"נ 13/80, **הנדלס נ' קופת עם ואח'**, פד"י ל"ה (2), עמ' 785.

69. האגודה לרפואה ומשפט בישראל הוקמה בשנת 1972 ביוזמתו של פרופ' כרמי. בין חבריה מאות שופטים ועורכי דין יחד עם מאות רופאים וחוקרים.

70. פרופ' כרמי יזם את הופעת הז'ורנל הבין-לאומי לרפואה ומשפט שגיליונו הראשון יצא לאור בישראל בשנת 1979. בשנת 1982 נרכש הז'ורנל על ידי ההוצאה לאור של שפרי (היידלברג) שהחלה להוציאו במתכונת של רבעון. משנת 1985 החל הז'ורנל לצאת לאור ברציפות של אחת לחודשיים. במהלך כל השנים הללו המשיך השופט אמנון כרמי לשמש כעורכו הראשי של הז'ורנל. (רפואה ומשפט, חוברת 2, 1986, עמ' 8).

71. כרמי אמנון ושגיב עמירם, רשלנות רפואית ביהדות ובישראל, הוצאת תמר, חיפה (1986).

72. מכון צמ"ת - צוותי תורה ומדע החל לפעול בשנת תשל"ז באלון שבות במסגרת "יד שפירא" (איתמר ורהפטיג, עורך תחומין, בהקדמה לכרך א, 1980).

73. המרכז הרפואי שערי צדק בירושלים משתמש באופן נרחב בפיתוחים של המכון הטכנולוגי בבית וגן. בתי חולים של קופת חולים רכשו מערכת של מכון צומת להפעלת מיחשוב בשבתות ובחגים. ראה: הרב ישראל רוזן, פתרונות הלכטכניים לשימוש בשבת במחשב לקליטת חולים, ספר אסיא ד, 135-138.

74. הרב לוי יצחק הילפרין (ראש מחלקת ההלכה של המכון הטכנולוגי), שו"ת מעשה חושב, הוצאת המכון.

75. הלכה ורפואה - קובץ הלכה בעניני רפואה, חמישה כרכים, עורך הרב משה הרשלר, הוצאת מכון רגנשבורג, ירושלים-שיקגו, תש"מ-תשמ"ח (1980-1988).

76. הרפואה לאור ההלכה - מחקרים ובירורים בנושאים שונים ברפואה, ארבעה כרכים + שתי חוברות, הוצאת לקידום - המכונים הביו-טכנולוגיים בישראל - המכון לחקר הרפואה בהלכה, בעריכת חברי המכון, ירושלים תש"מ-תשמ"ה (1980-1985).

77. עמק הלכה אסיא - שאלות ותשובות בעניני רפואה, שני כרכים, כרך א, עורך: מרדכי הלפרין, הוצאת מכון שלזינגר וקרן עמק הלכה, ירושלים, תשמ"ו (1986); כרך ב, עורך: אברהם שטינברג, הוצאת קרן מיכאל שארף שע"י ישיבה אוניברסיטה, ניו-יורק, תשמ"ט (1989).

78. בשבילי הרפואה - הרפואה לאור ההלכה והשקפת היהדות, עשר חוברות, הוצאת בית החולים קרית צאנז ע"ש לניאדו, תשל"ט-תשנ"ג (1979-1993).

79. מאורות - רבעון הרבנות הראשית לישראל לעניני הלכה אגדה מוסר ויהדות, שלש חוברות, המערכת: הרבנות הראשית לישראל, היכל שלמה ירושלים, תש"מ- תשמ"א. חוברת מס' 2 הוקדשה לנושא: הרפואה לאור ההלכה.

80. מנחם אסף, הרפואה במקורות - לוקט מתוך תנ"ך; משנה; תלמודים; מדרשים; זוהר; רמב"ם וראשונים, הוצאת ראובן מס, ירושלים תשמ"ג (1983). רעיון דומה ל"מדרש הרפואה" של משה פרלמן (פרק ב' לעיל), אך מדרש הרפואה (שלא הוזכר על ידי המחבר) מכיל כמות גדולה פי כמה של מקורות קדומים.

81. הרפואה, בטאון ההסתדרות הרפואית בישראל, עורך אחראי: פרופ' י' רותם.

82. בהוצאת האגף הרפואי של קופת חולים הכללית

(ISSN 0334-4169).

83. המרצים בקורסים אלו הם מבכירי המומחים בתחומי הרפואה ביהדות, ביניהם: פרופ' א"ס אברהם; ד"ר מרדכי הלפרין; פרופ' שמואל קוטק; פרופ' אברהם שטינברג והרב יגאל שפרן.

84. חבר מערכת "רפואה ומשפט" בגיליונות הראשונים של הביטאון.

85. ראש כולל בית דוד בחולון, וחתנו של הרב ש"י אלישיב הנחשב, מאז פטירתו של הרב ש"ז אויערבאך, כגדול הפוסקים בעולם הליטאי.

86. כנס הרופאים הבינלאומי הראשון לרפואה והלכה מטעם ה A.O.J.S. , ניו יורק, ינואר 1989.

87. ספר הכינוס יצא לאור כשנה וחצי אחר כך בעריכתו של פרופ' פרד רוזנר תחת השם Medicine and Jewish Law : בהוצאת Jason

nevo.co.il

Aronson Inc., Northvale, New Jersey & London, (1990).

88. מטעם מכון שלזינגר לחקר הרפואה ע"פ התורה ובית הספר לרפואה ע"ש אלברט איינשטיין בניו יורק.

89. ספר הכינוס יצא לאור ע"י מכון שלזינגר ב-1996 במהדורה עברית ובמהדורה אנגלית. הספר כולל רקע מדעי, משפטי ואתי, עם תשובות הלכתיות של גדולי הפוסקים בסוגיות רפואה אקטואליות, כפי שהוצגו במהלך הכינוס.

90. בהוצאת מכון שלזינגר, מרכז רפואי שערי צדק, ירושלים.

91. כרב המחלקה התמנה הרב יגאל שפרן, המעביר, מאז סוף העשור הרביעי, גם קורס בחירה על אתיקה רפואית יהודית בבית הספר לרפואה בירושלים.

92. בראש מכון נהוראי עומד הרב בנימין וויס, דמות יחודית המשלבת בקיאות הלכתית רבת הקף עם ידע רפואי ונסיון מעשי במערכות הי-טק.

93. לפרטים נוספים ראה אסיא סא-סב עמ' 42 (1998);

JME 3:1. p.57 (1997)

94. כתובת מרכז קבוצת הדיון:

toranet.medico-halacha@actcom.co.il .

95. אתר מעודכן המאפשר הורדה חינם של מאמרים באתיקה רפואית יהודית, כמו גם הזמנה בתשלום של ספרות מקצועית.

96. אתר עם קישוריות מעניינות, אך חלקן כבר איננו מעודכן. תאריך עידכון אחרון של האתר בעת כתיבת שורות אלו (ספטמבר 1998) הוא 13 בינואר 1997.

97. "פסקי דין רפואה ומשפט", יו"ר המערכת: השופטת שרה פריש, הוצאת האגודה לרפואה ומשפט בישראל עם ההסתדרות הרפואית בישראל ולשכת עוה"ד ועד מחוז ת"א (1989).

98. ע"א 506/88 יעל שפר נ' מדינת ישראל. פורסם עם ראשי פרקים, מבוא ואחרית דבר מאת השופט אילון בספר הכינוס הבינלאומי הראשון לרפואה אתיקה והלכה, מכון שלזינגר, ירושלים 1996, עמ' 21-118.

99. M. Elon, New Horizons in Medical Ethics, published by The Schlesinger Institute, Shaare-Zedek Medical Center, Jerusalem.

100. ההדגשה שלי (מ' ה').

101. כנ"ל.

102. חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 , ספר החוקים 1591, כ"ג באייר התשנ"ו, 12.5.1996 .

103. ראה: מ' הלפרין, התנגדות הורים לניתוח התינוק המסוכן, ספר אסיא ח, עמ' 19-31.

104. Rosner F. (ed.), Pioneers in Jewish Medical Ethics, pub.: Jason Aronson Inc., Northvale, New Jersey & Jerusalem (1997).

לד"ר נילי טבק

ברכות לרגל נישואי הבת עדי

חברייך במערכת "רפואה ומשפט"

nevo.co.il

ממדף הספרים

דר' רם ישי - בין רופא לחולה

הוצאת "שוקן", תל-אביב, התשנ"ח - 1998 (58 ש"ח)

דורון דינאי

סוגיות של אתיקה מקצועית מתעוררות בתחומים רבים, אולם הן בעלות חשיבות, עניין ורגישות ציבורית מיוחדת רק בכמה מן התחומים האלה, ואין חולק, כי הרפואה היא אחד מאותם תחומים.

ספרו של דר' רם ישי הוא חיבור עדכני, שעוסק בסוגיות של אתיקה רפואית, חלקן סוגיות "בוערות" שנדונות אף בימים אלה. הספר מיועד לציבור הרחב.

השרשים ההיסטוריים של האתיקה הרפואית נעוצים עוד בימי קדם, ועד לשבועת היפוקראטס הגיעו. עם זאת, אין ספק כי הנטייה של דורנו לעסוק הרבה יותר ואף באופן פומבי בסוגיות אשר נחשבו בעבר לעניין פנימי של העוסקים במקצוע, או לדברים שהשתיקה יפה להם - הביאה את האתיקה הרפואית למישור הדיון הציבורי בהקף ובאינטנסיביות שלא היו מוכרים בעבר. על רקע הצמאון לחיבורים עדכניים בנושאים אלה בישראל, בולט הספר שלפנינו.

לעיתים קרובות קיים תחום השקה גדול, ואף חפיפה של ממש, בין הנושאים שהאתיקה הרפואית עוסקת בהם לבין הנושאים שעוסקים בהם המחוקק ובתי המשפט. על כן, באופן בלתי נמנע, ישנה הזנה והפרייה הדדית בין שני התחומים, למרות שמבחינה עיונית אין הם אחד, וזוויות ההתייחסות של כל אחד מהם שונות לעיתים.

סוגיות הנוגעות לקשר רופא-חולה, זכות האדם על גופו, שימוש באינבו (placebo) בניסויים רפואיים, פרטיות החולה, סודיות רפואית, חובות הרופא לחולה לעומת חובותיו לציבור, טיפול בקטינים ופסולי דין, גילוי האמת לחולה, זכויות העובר לעומת זכויות האם, טיפול בחולה הסופני והמתת חסד, צוואת חיים, הקצאת משאבים ברפואה וקביעת עדיפויות - כל אלה התעוררו ומתעוררות לא מעט בהליכים משפטיים שונים, והן נדונות בספר.

בשל חפיפה בלתי נמנעת זו, המחבר כולל בסקירותיו גם התייחסות לנושאים שנדונו בפסיקה, אם כי בתמצית ועל קצה המזלג, ואין הוא מנסה להקיף בכך את כל פסקי הדין החשובים. מכאן, שאין לראות בספר זה reference textbook מקיף לסעיפי חוק ופסיקות שניתנו בארץ (או בחו"ל), מעבר לאזכור ודיון בסיסיים לגבי החשובים ביותר שבהם.

הספר מנסה לסקור, ב-152 עמודים בפורמט קטן, סוגיות קשות ונפתלות. מעצם ציון היקף העמודים ברור, שאין המחבר מבקש להקיף ולחבוק את כל הנושאים הטעונים שהוא עוסק בהם, ולא את עיקר היקפם.

יש סוגיות שהספר כמעט ואינו נוגע בהן. ואין למשל, פרק הדן בנפרד בשאלות המתעוררות לגבי harvesting של איברים להשתלה, וקביעת המוות בהקשר זה, אם כי המחבר נוגע בצורה כזו או אחרת בחלק מהענין במסגרת דיון בשאלות אחרות; אין פרק מיוחד לגבי ניסויים רפואיים, אלא רק שלושה עמודים על סוגיית ה-Placebo בניסויים כאלה. יש סוגיות הנידונות בקיצור נמרץ (למשל, שלושה עמודים לגבי מיפוי הגנום האנושי). קשה כמובן לעשות צדק לנושאים מסובכים ורבי-פנים כאלה בהיקף כה מצומצם, ואין ספק, כי המחבר, הבקיא היטב בנושאים אלה, היה ער לכך. על כן ניתן לשער כי עשה זאת במודע, תוך שהוא מבקש לשמור על היקף מוגבל של התייחסות, והסתפק בגירוי תיאבונו של הקורא, לחקור ולדרוש הלאה בכוחות עצמו.

הספר ערוך במתכונת אסתטית ונעימה, צנועה ובלתי מבהילה. אין בו מראי מקום או הפניות ביבליוגרפיות משום סוג. אין בו גם מפתח כלשהו, אלא רק תוכן עניינים המציין את שמות הפרקים. ציון המקרים שנדונו בפסיקה נעשה בדרך סיפורית, ולא בדרך הפורמלית של כללי הציטוט האחיד. דבר זה עשוי לתרום להרגעת הקורא הבלתי מקצועי, המבקש לעיין בחיבור שעוסק בתחומים קשים אלה בלשון המובנת לו ונרתע מציטוטים והפניות מרובות, אך הוא מהווה חסרון בולט למי שמעוניינים להשתמש בספר זה בתור חלון-כניסה וקרש-קפיצה לעיון מעמיק יותר בסוגיות המתעוררות, ומבקשים דווקא את מראי המקום הללו להתעמקות נוספת.

דורון דינאי הוא רופא ועו"ד.

nevo.co.il

ההתנסחות של המחבר ברורה ובלשון רהוטה ומעניינת לקריאה. למרות שהספר מופנה לפי מתכונתו ומראהו גם לקורא הבלתי מקצועי, אין המחבר מוריד את רמת הדיון לדרגה של הדיוטות מוחלטים. על כן ייתכן כי הקורא שאינו מצוי כלל בתחומים בהם עוסק המחבר, ייתקל פה ושם בקשיים, ויידרש לקריאה חוזרת בכמה מהפרקים. עם זאת, נראה כי יש לייחס זאת בעיקר לקושי ולמורכבות של הסוגיות בהן מדובר, ולאו דווקא לאיזשהו חסרון בחיבור עצמו. המחבר מניח, כי מי שמבקש לקרוא בחיבור כזה, צריך לגלות מידת-מה של התמצאות בסיסית בתחום, גם אם איננה התמצאות ברמה של עורך-דין או רופא.

שמו של המחבר הולך לפניו כמי שעסק ועוסק עד היום בענייני אתיקה רפואית, ורכש בכך בקיאות ומומחיות לא מבוטלים. דר' רם ישי הינו יו"ר החברה הישראלית לאתיקה רפואית, ומכהן גם בגופים חשובים אחרים בתחום זה, הן בישראל והן בעולם. היה פעיל בהקמת ועדות אתיקה בבתי חולים, ועוסק בהוראת אתיקה רפואית במסגרות אקדמיות ואחרות, זאת בנוסף לכהונתו במשך שנים ארוכות כיו"ר ההסתדרות הרפואית הישראלית, וכנשיא ההסתדרות הרפואית העולמית. הוא מחבר פורה בתחום האתיקה הרפואית, ומי מאיתנו הקורא את עיתון "הרפואה" ואת ה"מכתבים לחבר" שמשגרת ההסתדרות הרפואית הישראלית לחבריה, התברך ומתברך גם היום במאמרים פרי עטו בנושאים אלה.

יש לקוות, כי ספר חשוב זה יעורר עניין אצל הקוראים, באופן שיצדיק בעתיד הוצאת חיבור מקיף ומפורט יותר ע"י דר' ישי, לטובת מי מאיתנו (ואני מאמין שהם אינם מעטים), אשר כמהים להוצאתו לאור של חיבור כזה בישראל.

באגודה

אות המופת לרופא

ביום 23.6.98 נערך המפגש החגיגי השנתי של האגודה, ובמסגרתו הוענק אות המופת לרופא לשנת 1998.
את האירוע כבדו בנוכחותם שר הבריאות מר יהשע מצא, ראש עיריית פ"ת מר גיורא לב, יו"ר הר"י ד"ר יורם בלשר, ויו"ר לשכת עוה"ד בישראל, עו"ד חוטר ישי.
כל אלה, ונשיא האגודה פרופ' אמנון כרמי נשאו דברי ברכה.
אות המופת לרופא הוענק ע"י היו"ר הקבוע של ועדת הפרס. שופט ביהמ"ש העליון(בדימ.) דב לוין ואנו מביאים את דבריו במלואם:

כל המקיים נפש אחת בישראל כאילו קיים עולם מלא. מצוות עשה זו, נושאת בחובה את המסר הערכי, המצפוני, המעוגן במסורת ישראל מימים ימימה - קדושת החיים והצלת הנפש.

אין ספק כי העוסקים ברפואה מקיימים תדיר מצווה זו, ככל יכולתם, שהרי במהות עיסוקם ותפקידם, קיום החיים. מוכר וידוע לקהילה בישראל וגם ברחבי תבל, עד כמה מתקדמת ומשוכללת הרפואה בישראל, ויכולתם ומסירותם של הרופאים ככלל יצאה לתהילה, וראוי להם שיבורכו על תרומתם לחברה.

אנו האגודה לרפואה ולמשפט בישראל, מבקשים למצוא אצל אותם רופאים פן נוסף הראוי לחשיפה ולעדוד - את אותה נשמה יתרה, את אותו יחס אישי ואנושי לחולה המתייסר במכאוביו ולבני משפחתו של החולה אחוזי הדאגה, שכל כך נזקקים ליד מלטפת, למילה טובה, לעצה, לחיזוק, לעידוד ולהבנה.

מדהים ומרטיט הוא להיווכח על פי המידע המוזרם אלינו בעשרות ואף מאות המלצות על ידי אלה שזכו לטיפולם של רופאים כאלה, עד כמה רבים נאורים ואנושיים הם אלה שבצנעה, במסירות אין קץ, בדבקות ונחרצות מעל ומעבר למתחייב, בלב אוהד וחרד, נרתמים לעזרת החולים, מוכי גורל, המשוועים לתמיכה, סעד ועידוד.

אלה הם בעינינו אנשי מופת שהחברה חייבת להם את המעט שיש בכוחה להעניק לפנים משורת הדין - הערכה, הוקרה ותודה.

הוגשו לנו השנה המלצות חמות לגבי למעלה מ - 1000 רופאים העוסקים בתחומים שונים, ובכולם תיאור נאמן, ומעומק הלב, של התנסות אישית ישירה ובלתי אמצעית מפי חולים ומפי חברים לעבודה. מצביעים הם על התנהגות מופתית ומעשים מופלאים של רופאים אשר בהחלט מהווים דוגמא ומופת ברמתם האנושית ובגישתם המצפונית בעת מילוי תפקידם.

בערב חגיגי ומסורתי זה מבקשים אנו להביע אכן אותה הערכה, הוקרה ותודה, בהענקת אות המופת לרופא לשנה זו - לראויים שבראויים מבין מומלצים אלה, בשל מעלותיהם התרומיות כרופאים וכאנשים, ובשל יחסם האנושי והלבבי והמסור עד אין קץ לנזקקים לשרותם.

קשתה עלינו, חבר השופטים, המלאכה שכן נפרשו בפנינו מעשי צדקתם של רבים וטובים הראויים ללא ספק לעידוד וברכה. בסופו של דבר ראינו הפעם לזכות באות 3 רופאים, העוסקים בתחומים שונים ומגוונים. הרי הם:

ד"ר שמעון גרין - רופא משפחה.
ד"ר כאמל חלבי - רופא ילדים.
ד"ר אביבית נוימן - רופאה בכירה בתחום האונקולוגיה.

תאור מסכת חייו ופועלו הרב והמבורך של כל אחד מזוכים, יצדיק ויאשר ללא ספק בעיני כל את הבחירה האמורה.
נתברך בזוכים ומי יתן וירבו כמותם בישראל.
החלק האמנותי נפתח ע"י מקהלת פרחי פתח-תקוה, וכלל תכנית מלאה של הפנטומימאי חנוך רוזן.
את הטקס כולו ניהלה והנחתה חברת הנהלת האגודה, עו"ד אריאלה יואל.

הקונגרס ה-12 של הארגון העולמי למשפט רפואי

בימים 2-6 לאוגוסט ש.ז. התקיים לחופי אגם בלטון בהונגריה הקונגרס העולמי ה- 12 של הארגון העולמי למשפט רפואי.

בין מאות אנשי המדע מכל קצוות תבל, בלטה המשלחת הישראלית, ובה כ- 115 משתתפים ועוד כ - 50 נלווים.
החברים מישראל נטלו חלק בפנלים שונים, הגישו עבודות, נשאו הרצאות, ואף ישבו בראש כמה מושבים.
בתום הקונגרס נתקבלו החלטות, שחשיבותן גדולה לאינטרס הישראלי:
- פרופ' אמנון כרמי, הנשיא המסיים של הארגון, נבחר לקדנציה נוספת, רביעית.
- הקונגרס העולמי ה - 13 יתקיים בשנת 2000 בפינלנד. בתוך שלשת החודשים הקרובים יקבע מקום הקונגרס שאחריו: הוסכם כי אם לא תוגש הצעה רצינית מתחרה יתקיים הקונגרס העולמי ה- 14, בשנת, 2002 בישראל.

nevo.co.il