

ביו-אתיקה

פורום צפת לביו-אתיקה

עלון מס. 5 | בפרואר 2014

עורכת: לימור מלול

עורכת לשונית: חנה כרמי

מערכת: אורן אסמן, מוחמד וותד, יעקב כהן, אמנון כרמי, חנה כרמי, אנתוני לודר, לימור מלול וקרן מסן

כתובת: limorbiolaw@gmail.com

עלון הביו-אתיקה זמין ברשת תחת הערך "עלון הביו-אתיקה"

תוכן עניינים

מדורים

| | |
|----|--|
| 3 | דבר העורכת - מערכת במילכוד |
| 4 | בעין המשפט - פונדקאות |
| 6 | פונדקאות בישראל - היבטים אתיים |
| 8 | בעין המשפט - התאבדות מטופלת בבית חולים פסיכיאטרי |
| 10 | אובדנות בבתי החולים הפסיכיאטרים - נייר עמדה |
| 12 | בעין המשפט - רשלנות רפואית |
| 15 | ביו-אתיקה בראי הדת - רשלנות רפואית |
| 18 | בראי הכנסת - רצף טיפולי לחולי כליות |
| 19 | בעט האקדמיה - 'רפואה ומשפט' |
| 21 | בפרקטיקה הטיפולית - דיון בוועדת האתיקה |
| 23 | במרחב הגלובלי - קובץ ידיעות |
| 25 | מוסדות ואישים - מרכז קנדי לביואתיקה |
| 27 | ידיעות והודעות - יום עיון |

דבר העורכת

'חולים במילכוד' או מערכת במילכוד.

לאחרונה הופץ חוזר סמנכ"ל לפיקוח על קופות החולים ושרותי בריאות נוספים, שכותרתו 'חולים במילכוד' (מס' 6/2013) (להלן: החוזר). החוזר פותח בציטוט מהודעת דואר אלקטרוני, ובה מתארת אזרחית את התופעה החמורה והשערורייתית, לדבריה, בהתנהלות רופאים בקופת החולים. האזרחית היא בתו של מטופל הסובל מנפילות חוזרות והיא ביקשה לקבוע תור עבורו לברור סיבת הנפילות. מזכירתו של הרופא בבית החולים 'הבטיחה' לה תור ארוך ועוד חמישים ממתנים, אם לא תבחר במסלול של הביטוח המשלים.

בחוזר נאסר אמנם לקדם במסגרת מערכת הבריאות הציבורית את עסקיו הפרטיים של הרופא, אך אין איסור או המלצה לצמצם את השימוש במסלול החלופי של הביטוחים המשלימים, שבו נעזרים חולים רבים, וזאת כדי לקצר זמני ההמתנה לקבלת שרותי בריאות או לשם בחירת הרופא המנתח עליו הם סומכים. במסלול הביטוח המשלים נדרש החולה לשלם סכום נוסף עבור השירות המבוקש.

רופא העובד במסגרת מערכת הבריאות הציבורית ומשתמש בתשתיותיה ובמשאביה לצורך ניתוב חולים למערכת הבריאות הפרטית יגדיל את רווחיו, אך יחליש את מערכת הבריאות הציבורית. מיותר לציין שהדבר בא על חשבון חולים הנזקקים לשירותי מערכת הבריאות הציבורית. מסלול הביטוחים המשלימים מטשטש את הגבולות שבין מערכת הבריאות הציבורית לבין מערכת הבריאות הפרטית וקוזמן ניגודי עניינים ופגיעה באמון הציבור במערכת הציבורית. מסלול הביטוחים המשלימים הוא 'פתרון' נוסף לבעיית המשאבים במערכת הבריאות הציבורית, המביא עימו העמקת הפערים בין קבוצות שונות באוכלוסיה הן בבריאות והן בנגישות למשאבי בריאות.

בעין המשפט - פונדקאות

פונדקאות- פונדקאות בחו"ל

תמ"ש 12-06-35043 אלמוני ואלמונית נ' היועמ"ש,

ניתן ב- 14.03.2013 / קרן ממן

תמצית העובדות -

התובעים, נשואים כדמו" (כדת משה וישראל), פנו להליכי פונדקאות בארמניה ויצרו קשר עם אם פונדקאית על ידי הסכם פונדקאות. במסגרת ההסכם הוסדרו מכלול הנושאים הקשורים להליך הפונדקאות: ההליכים הרפואיים, הקשר בין הצדדים, זכויות כל צד, התשלום לפונדקאית, אחריות כל אחד מהצדדים ומסירת הילד להוריו לאחר הלידה. בהסכם הפונדקאות נקבע: "מרגע ההולדה ההורים הביולוגים יחשבו כהורי הילד והילד יימסר למשמורתם של ההורים הביולוגים אשר לאור זאת יהיו בעלי כל הזכויות והחובות של ההורה בהתאם לחוקי רפובליקת ארמניה". עוד נקבע בהסכם כי: "האם הפונדקאית אינה רשאית לסרב למסור את הילד אשר יוולד עקב רבייה להורים הביולוגים ואין היא תהיה בעלת זכויות כלשהן ולא תשא באחריות כלשהי כלפי היילוד". ביום 25.12.11 הושטלו בהצלחה ברחמה של הפונדקאית עוברים שנוצרו בהפריה חוץ גופית מזרעו של התובע ומביצית של תורמת. הליך ההפריה צלח.

ביום 1.9.2012 נולדה הקטינה וביום 15.10.12 ניתן פסק הדין שקבע את אבהות התובע לאור תוצאות בדיקות רקמות. לאור אבהות התובע ניתנה לקטינה אזרחות ישראלית ומס' תעודת זהות. באשר לקביעת האמהות של התובעת, טוענת ב"כ היועמ"ש כי לא ניתן לקבוע הורות ביולוגית מאחר ואין מדובר במי שהרתה את הקטינה או הינה בעלת המטען הגנטי וכי הדרך היחידה האפשרית לקביעת הורות, במקרה זה, היא במסלול של אימוץ.

טענות הצדדים:

התובעים - מבקשים כי בית המשפט ילמד היקש מחוק תרומת ביציות, תש"ע-2010 (להלן: **חוק תרומת ביציות**) ויקבע כי אותו דין שחל בחוק תרומת ביציות לגבי התורמת והנתרמת, יחול גם במקרה של פונדקאות חו"ל. עוד הם מדגישים כי מאחר והליך הפונדקאות בחו"ל לא רק שאינו אסור, אלא אושר כבר בתיק זה באמצעות פסק הדין לאבהות, לא יכול היועמ"ש להחזיר את הגלגל אחורה ולטעון כעת כי נדרש הליך נוסף בפיקוח לצורך קביעת האמהות. התובעים מתנגדים להליך האימוץ הנדרש ע"י ב"כ היועמ"ש בתוקף. התובעים מדגישים כי מדובר בהליך פוגעני, אשר מטיל ספק בהורותה של התובעת ובקשר שלה עם הקטינה.

הנתבעים - ב"כ היועמ"ש מדגישה כי הדין הקיים בישראל איננו מכיר בהליכי פונדקאות שנערכו בחו"ל. המחוקק הישראלי שתק בעניין זה ובתקופת ביניים שעד להסדרה בחקיקה נקבע הסדר ביניים באמצעות נוהל חו"ל. ההסדר הנוהג המכונה "נוהל חו"ל" הינו הסדר ביניים שנוצר בהתייעצות בינמשרדית של כלל משרדי הממשלה הלוקח בחשבון את מורכבות ההליך של פונדקאות חו"ל והעובדה כי הוא אינו מוסדר בחקיקה מפורשת בישראל. רישום הורות בישראל מתאפשר עפ"י הדין הקיים באחת מ-3 דרכים: הורות ביולוגית, הורות על פי אימוץ, הורות על פי חוק ההסכמים לנשיאת עוברים (אישור הסכם ומעמד היילוד), התשנ"ו-1996 (להלן: **חוק הפונדקאות**) שמתייחס להליכי פונדקאות שנערכו בישראל.

ב"כ היועמ"ש מדגישה את הצורך כי יהיו מנגנוני איזון, בקרה ופיקוח גם במקרה של פונדקאות בחו"ל. בית המשפט פסק- השאלה המרכזית בהחלטה זו הינה האם במצב של פונדקאות חו"ל במסגרתה נעשה שימוש בתרומת ביצית עם שימוש בזרעו של האב, יש מקום לקביעת האימהות על בסיס המסמכים שבתיק ולאחר בדיקת הרקמות של האב או שיש מקום להפנות את התובעים להליך משפטי נוסף של אימוץ הבת על ידי התובעת מאחר ואין היא בעלת מטען גנטי של האם המיועדת. חוק תרומת ביציות קובע בסעיף 42(א) לחוק כי: "יילוד שנולד כתוצאה מתרומת ביצית, יהיה ילדה של הנתרמת לכל דבר ועניין. בחוק הפונדקאות אין הבחנה בהליך בין אם מדובר בתרומת ביצית ובין אם מדובר בביצית של האם המיועדת. המחוקק בחר ליצור דין שווה והליך משפטי שווה בין אם מדובר בתרומת ביצית ובין אם מדובר בחומר הגנטי של האם המיועדת. בחוק תרומת ביציות מצויין במפורש כי מעת התרומה הנתרמת הינה אימו של היילוד ולא התרומת. להבדיל מעניינים אחרים שם הוגדר מפורשות כי ההכרעה והסמכות מתייחסים לחוקים ספציפיים מסויימים, בית המשפט למשפחה איננו קובע אבהות ואימהות רק על בסיס חוק ספציפי אחד ואינו מוגבל רק בכך. ההורות נקבעת על סמך מכלול של שיקולים ובהתאם לנסיבות החיים של כל משפחה ומשפחה. למותר לציין כי בתיקים בהם עולה חשש ממזרות נעשתה כברת דרך נוספת ונקבעה אבהות גם ללא בדיקה גנטית בנסיבות המיוחדות שנועדו להגן על הקטינה.

דרישת הליך האימוץ אינה עולה בקנה אחד עם המטרות שביסוד ובבסיס חוק האימוץ עצמו. לא ניתן להקל ראש במטרות ובערכים העומדים ביסוד חוק אימוץ ילדים. הפיכת הליך האימוץ להליך אוטומטי טכני חוטאת למטרות חוק האימוץ וליסודות החשובים שבבסיסו. את אותה מטרה של בקרה, פיקוח וביור. כוונת ההורות הייתה משותפת וכל הדרך עד להולדת הקטינה הייתה משותפת ונבעה מרצון משותף של הצדדים ומתוך שאיפה משותפת להקים תא משפחתי ובו ילדים. קביעת האימהות במסגרת הליך זה יש בה כדי להעביר מסר נוסף כי המתקשר בהסכם פונדקאות - בצד זכותו להורות - קיימת גם חובתו לקיים את החובות הנובעים מהורית הקטינה ולידתה. אשר על כן אין מקום להיענות לדרישה ולהפנות את הצדדים להליך נפרד וחדש של אימוץ הקטינה.

פונדקאות בישראל - היבטים אתיים

פונדקאות לכל- היבטים אתיים של פונדקאות / אורית גולן

במסיבת עיתונאים שכינסה בימים אלה, הודיעה שרת הבריאות, יעל גרמן, כי היא מתעתדת לקבל את המלצות "ועדת מור יוסף" בנושא פונדקאות בישראל (לדיווח על מסיבת העיתונאים של שרת הבריאות, ראו: <http://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-4463901,00.html>). כלומר לבצע שינוי דרמטי בחוק הפונדקאות (חוק הסכמים לנשיאת עוברים (אישור הסכם ומעמד היילוד), תשנ"ו-1996), אשר יאפשר לזוגות חד מיניים לקבל שירותי פונדקאות. מהלך זה מהווה שינוי ביחס למצב החוקי כיום. על המשמעות של המהלך ברצוני לעמוד ברשימה זו.

מהי פונדקאות? פונדקאות הינה תהליך בו נחתם חוזה לנשיאת עובר בין ההורים המעוניינים בתינוק ואינם יכולים לממש זאת בכוחות עצמם לבין אישה פונדקאית - שתשא את התינוק. החומר הגנטי (ביצית זרע) שייך להורים ה"מזמינים" או לתורמים, ותהליך ההפריה נעשה בצלחת פטרי במעבדה. לאחר הפרוצדורה הרפואית הביצית המופרית מוחדרת לפונדקאית. לאחר הלידה הפונדקאית מוסרת את התינוק להורים המזמינים או לאם המזמינה (רווקה) ובתמורה היא מקבלת תשלום עבור השרות. פונדקאות אלטרואיסטית, מתבצעת ללא תשלום.

הפונדקאות בישראל: מדינת ישראל הייתה מחלוצות הסדרת הליכי פונדקאות. בשנת 1996 נחקק חוק הסכמים לנשיאת עוברים (אישור הסכם ומעמד היילוד), תשנ"ו-1996, אשר אפשר קיום של פונדקאות במסגרת החוק. זוגות הטרוסקסואלים (גבר ואישה) שלא יכלו להביא ילד לעולם קיבלו אישור ממשרד הבריאות לעבור הליך פונדקאות בישראל. אולם, האפשרות הזו לא ניתנה לזוגות חד-מיניים וזוגות רבים נאלצו למצוא חלופות מסורבלות ויקרות בחו"ל.

בעקבות שורת פסקי דין בנושא זכויותיהם של זוגות חד-מיניים לעבור הליך פונדקאות בישראל, הוקמה ועדת מור-יוסף לבחינת החקיקה של נושא הפריין וההולדה בישראל. ועדת מור יוסף הגישה את המלצותיה למשרד הבריאות בחודש 5/2012. בין היתר, המליצה הועדה להרחיב את הזכות להליך פונדקאות בישראל גם לזוגות חד-מיניים, שיוכלו להיעזר בפונדקאית המסכימה לעבור את ההליך ללא תמורה כספית (פונדקאות אלטרואיסטית)

סוגיית הפונדקאות מעלה נושאים שניים במחלוקת. אלה יקבלו משנה תוקף כאשר החקיקה תאפשר הרחבה של השימוש בפונדקאות. היכולת להפריד בין הרכיב הגנטי ונשיאת ההריון לבין רכיב גידול הילדים מערערת בראש ובראשונה את מודל המשפחה המסורתית. תהליך הפונדקאות

מפריד בין הרכיבים הללו. ייתכן, באופן תיאורטי, שיוולד ילד שלו חמישה מבוגרים בעלי זיקה הורית כלפיו. לדוגמה: תורם זרע, תורמת ביצית, שני הורים מזמינים ואם נושאת. שינויים אלה מורכבים ובעלי השלכות על סוגיות אחרות כמו טובת הילד. ניתן לומר שאין כל עניין לשמר מודל משפחתי מסוים אך יש לזכור כי לשינויים במדיניות הפונדקאות בישראל יש השלכה על סוגיה זו, כמו גם על סוגיות אחרות, ויש לתת את הדעת על כך.

בנוסף, גם חשש מסחר ברחם האישה וניצול מחפיר של נשים מהמעמד הנמוך טבוע בנושא הפונדקאות. הטענה המוסרית נגד שימוש בגוף האישה מגובה לא פעם בהצדקה הנובעת ממשנתו של קאנט לפיו כל אדם הוא "תכלית בפני עצמו" ואיננו מטרה לסיפוק האחר. שרת הבריאות טוענת כי היא מקדמת את שינוי החוק מטעמי שוויון כאשר לטענתה, "זה שלגבר אין רחם לא אומר שהוא לא יוכל לממש את הכמיהה שלו לילד", אך צריך לזכור שמימוש הכמיהה נעשה באמצעות אישה אחרת. הפונדקאית הבריאה (שהרי אחרת לא היתה משמשת כפונדקאית) מקבלת טיפול רפואי (כמו: הורמונים או גירוי שחלתי) ומבצעת פרוצדורה רפואית פולשנית שאיננה נטולת סיכונים למימוש כמיהתו של אדם אחר. נשים אלה נאלצות לא פעם בדרישת ההורים לנוח, לא לעשן, להקפיד על תזונה מיטבית ועוד. נושא זה טעון ביותר ומצריך מחשבה על מעמדן של הנשים בחברה.

שינוי נוסף אשר מוצע הוא להתיר לנשים נשואות לשמש כפונדקאיות בתנאים מסוימים. היתר זה מעלה חשש על ניצול נשים על ידי בעליהן. מתייעוד מרפאות הפריור בהודו נראה כי חשש זה ריאלי וקיים ניצול שכזה. דו"ח על מצבן של הנשים הפונדקאיות בהודו מראה כי מצבן הכלכלי, החברתי והנפשי של אותן נשים לא רק שאינו משתפר כתוצאה מהפונדקאות אלא אף מידרדר והולך. הדו"ח התבסס על ראיונות עם כ-100 נשים (לפרטי המחקר ראה: <http://www.womenleadership.in/Csr/SurrogacyReport.pdf>).

בישראל מקבלות נשים תשלום מההורים המזמינים, שמטרתו לפצות את האישה על הוצאותיה לצורך ההליך ועל אובדן ימי עבודה, זמן ומאמץ וסבל הכרוכים בהליך. הסכום נקבע מתוך חשש שלא למסחר את ההולדה, והוא נע בין 200 ל-400 אלף ש"ח. קשה לומר כי סכום נכבד זה אינו מעודד נשים במצוקה כלכלית לפנות לאפיק פרנסה זה.

חשוב לזכור שכנגד כל האמור לעיל עולה חשש של פגיעה במידת האוטונומיה של נשים, אשר לדבריהן בוחרות לשמש כפונדקאיות. מהי, אם כן, ההצדקה המוסרית לאסור על אישה בוגרת לבחור בפונדקאות? האם ראוי להתערב בחופש החוזי? ומי רשאי להכריע בסוגיות הללו?

הסוגיות שהועלו כאן רחוקות מלמצות נושא רחב זה, שהינו בעל השפעה עמוקה על חייהן של נשים, משפחות והחברה בכלל. השאלות בנושא זה אינן ניתנות לפתרון בנקל ונראה כי המלצות שרת הבריאות מהוות נדבך משמעותי נוסף בדיון החברתי והמוסרי בישראל.

בעין המשפט - התאבדות מטופלת בבית חולים פסיכיאטרי

תיק חקירת מקרי מוות - 09-09-27773

ק.ב. ז"ל ואח' נ' מדינת ישראל ואח' ניתן ביום 16.06.13 / קרן ממון.

עיקרי העובדות -

ביום 28.8.2009 קיפחה המנוחה ק.ב. את חייה בהתאבדות בתלייה בעת שהותה באשפוז בבית החולים הפסיכיאטרי טירת הכרמל. בעקבות מותה הטראגי, ביום 30.9.09 הוגשה ע"י המבקשים בקשה לפי סעיף 19 לחוק חקירת סיבות מוות, התשי"ח-1958 (להלן: **חוק החס"מ**). בהחלטת החס"מ הגיע בית המשפט למסקנה, לפיה המשיבים פעלו כנדרש בכל הקשור לאבחנה, וכי בעניין הערכת המסוכנות של המנוחה, הצוות הרפואי פעל לפי מיטב ניסיונו ותפקודו, ולא עלה חשש לרשלנות. כך גם בנוגע ליתר הסוגיות הקשורות בטיפול הרפואי והתרופתי, הכפלת מינון תרופות הציפרלקס, יציאת המנוחה לחופשות, רשומות רפואיות והתנהגות ב"ח טירה לאחר האירוע - בכל הנ"ל הגעתי למסקנה לפיה לא היתה רשלנות עד כדי ביצוע עבירה פלילית מטעם מי מעובדי ביה"ח, גם אם אלה טעו בשיקול דעתם בעניינים מסוימים. יחד עם זאת, מסקנתי בהחלטת החס"מ היתה, כי המשיב 2, ששימש כסגן מנהלת בית החולים ומנהל מחלקה 8 בזמן הרלבנטי להתאבדות, והמשיב 3, ששימשה באותו זמן כמנהלת בית החולים, הפרו את חובת הזהירות המוטלת עליהם באשר להגעת המנוחה לזירת ההתאבדות ולשימוש שעשתה בסדין ובשולחן שהיה במקום וכי לכאורה נעברה על ידם עבירה של גרם מוות ברשלנות.

השאלה המשפטית - האם להורות לפרקליטות להגיש כתב אישום, בעבירה של גרימת מוות ברשלנות, נגד ד"ר איילה שיינקמן, ששימשה בזמן הרלבנטי לאירוע נשוא החלטה זו כמנהלת בית החולים הפסיכיאטרי טירת הכרמל ונגד פרופ' מיכאל פוירובסקי, שכיהן כסגנה.

פסיקת בית המשפט -

מכל העדויות בתיק שוכנע בית המשפט, שכאשר גמלה בליבה של המנוחה ההחלטה לשים קץ לחייה, בשל מחלתה, סביר להניח שהייתה מגשימה את החלטתה בכל דרך שתזדמן לה, והבחירה בסדין הייתה מקרית בלבד. מכאן, העובדה שבבית החולים מצויים סדינים הזמינים לחולים, אין בה כשלעצמה כדי להצביע על רשלנות מצידם של המשיבים. עוד מוסיף בית המשפט כי שוכנע שהמשיבים הם אנשי מקצוע מיומנים ומהימנים, שעשו את מלאכתם נאמנה. אמנם יש לוודא כי כל בעל מקצוע יבצע את משימותיו על הצד הטוב ביותר, וללא התרשלנות, ובעיקר אלה המטפלים

בבני אנוש. התאבדותו של מטופל בין כותלי בית החולים אינה צריכה להוביל ישירות למסקנה שמי מהצוות הרפואי התרשל במילוי תפקידו, אלא יש לבחון אם הייתה התרשלות כלשהי מצדו, בתהליך שהוביל להתאבדות המטופל. במקרה דנן לא נמצא כל דופי בעבודת הצוות המאבטח, וגם לא בעבודת צוות האחיות. בנוגע לצוות הרפואי, הגעתי למסקנות שפורטו בהחלטת החס"מ לפיהם אירע מקרה התאבדות כשלוש שנים לפני מקרה זה, וזאת באותו מקום ובאותה שיטה בה התאבדה המנוחה. בית המשפט לא שוכנע מחומר הראיות בתיק, שהמנוחה ידעה אודות מקרה ההתאבדות משנת 2006, וגם אם כן, המדובר בזירת התאבדות שונה, ובשימוש באמצעי התאבדות אחרים- כיסא וחבל תלוי על עץ, במקרה משנת 2006, לעומת שולחן וסדין כרוך סביב צינור- במקרה של המנוחה. לא נמצא שבעצם הימצאות השולחן בזירת האירוע יש משום התרשלות- זאת, כאמור, בעקבות שלילת הדמיון שבין ההתאבדות של המנוחה להתאבדות שארעה כשלוש שנים קודם לכן.

סוף דבר- בתי החולים הפסיכיאטריים עוסקים במלאכת קודש, בכדי להחזיר מטופל לחיים נורמטיביים בחברה. מכל הראיות שהובאו בפניי שוכנעתי, שהן ד"ר שיינקמן והן פרופ' פירובסקי פעלו באופן סביר וכפי שניתן לצפות ממנהלים סבירים. שני המשיבים הנ"ל לא יכלו לצפות את האפשרות כי המנוחה, שכבר יצאה לחופשות בביתה, ואושפזה במחלקה הפתוחה, תבצע מעשה אובדני דווקא בעזרת שולחן וסדין תלוי על צינורות בחצר בית החולים. המנוחה החליטה לשים קץ לחייה, ובחירתה בשולחן ובסדין היא בחירה מקרית, שאלמלא נקרו בדרכה, סביר להניח כי הייתה מחפשת דרכים אחרות למימוש החלטתה למות. אין סוף לדרכים בהם יכול אדם להתאבד, על כן, חוזר אני למסקנה שצוינה לא אחת בהחלטה זו, לפיה- מי שהחליט להתאבד יעשה הכל בכדי לממש את החלטתו ובחירת האמצעי שישמש במימוש ההחלטה היא מעשה מקרי ומזדמן ובהעדר רשלנות מצידם של רופאי ועובדי בית החולים, אין להטיל עליהם אחריות בגין מות מטופלים.

יש לאפשר לצוותים הרפואיים בבתי החולים לבצע את מלאכתם נאמנה, ואין למנוע מהמטופלים מלחיות בתנאים הולמים וראויים בתוך כותלי בית החולים, בשל חשש הרופאים שמא ימצאו עצמם אשמים במות מטופלים שהתאבדו, ומבלי שאותם רופאים יתרשלו במילוי תפקידיהם.

אובדנות בבתי החולים הפסיכיאטרים

עמדת פורום מנהלי בתי חולים הפסיכיאטרים ואיגוד הפסיכיאטריה

התמודדות עם אובדנות בבתי החולים הפסיכיאטרים / כהן יעקב

ביום 28.8.09 קיפחה המנוחה ק.ג את חייה בהתאבדות בתלייה בתקופת אישפוז בבית החולים הפסיכיאטרי טירת הכרמל. בעקבות מותה הטראגי הוגשה על-ידי אם המנוחה ואח המנוחה בקשה לפי סעיף 19 לחוק חקירת סיבות מוות התשי"ח-1958. לאחר דיונים רבים, בהם נשמעו עדים והוגשו ראיות, בית המשפט השלום בחיפה פסק, בין היתר, כי במקרה דנן לא נמצא כל דופי בעבודת הצוות המאבטח וגם לא בעבודת צוות האחיות. עוד הוכח כי מנהלת בית החולים הפסיכיאטרי וסגנה עשו את מלאכתם נאמנה ופעלו באופן סביר וכפי שניתן לצפות ממנהלים סבירים.

ועדה לניהול סיכונים (הפועלת בתוך בית החולים) בוחנת לאחר כל מקרה של אובדנות את אירוע ומסיקה מסקנות שיש בהן כדי לסייע במאמץ למנוע את מקרה האובדנות הבא. בעקבות מקרה זה התכנס פורום מנהלי בית החולים הפסיכיאטרים ואיגוד הפסיכיאטריה על מנת לגבש עמדתם בנידון, להלן עמדתם:

"בתי החולים לבריאות הנפש אמונים על הטיפול בחולי הנפש ושיקומם. טיפול במצבם הנפשי ומניעת סיכון אובדני הינם לב-ליבה של הווייה הפסיכיאטרית. מניעת סיכון לחולה ולסביבתו הינה פועל יוצא של הטיפול הנפשי - הכולל בחובו הערכת סיכון דינמית מתמשכת. בתי חולים פסיכיאטרים, חווים, למצער, כעניין שבשגרה ומידי יום ביומו אירוע של ניסיון/איום אובדני של חולה. אין כל אפשרות למנוע כל סיכון בכל תרחיש אפשרי. שאיפה לצמצום מוחלט של אובדנות הינה בלתי אפשרית ואף בלתי מציאותית. כמוה כציפייה מרופא כללי המטפל בחולה במחלה קשה, שיביא לריפוי בכל מקרה וימנע כל סיבוך אפשרי של מחלתו".

בית חולים פסיכיאטרי נועד לטפל בחולים, לרפאם ולשקמם, תוך ניסיון בלתי פוסק למנוע מהם להזיק לעצמם ו/או לסביבתם, אבל הוא אינו בשום פנים ואופן "פוליסת ביטוח" המבטיחה שפלוני או אלמוני לא יוכלו למצוא דרך כלשהי לשים קץ לחייהם, והוא אינו חסין מפני מקרי התאבדות, העלולים במקרים מסוימים אף להיות דומים אחד לשני - בדרך הפעולה, בשיטה, באמצעים ואף בזירות הקיימות בשטחי בתי החולים.

במקרה הנדון, לא ניתן לומר כי מנהל בית חולים סביר ו/או מנהל מחלקה סביר, יכולים וצריכים היו לצפות, כי שולחן וסדין, שהינם פריטים סטנדרטיים ואלמנטריים בבית חולים, יובילו בהכרח להתרחשות המצערת. נגישות לסדין הינה דבר אלמנטרי לאיכות החיים שאין למנעו - מניעת סדין משמעותה שינה על מזרן חשוף, וכי זה יעלה על הדעת?

קיימת חשיבות ניכרת בשימור מימד האחריות האישית - המשפטית והמוסרית - של המטופל שהינו בעל שיפוט וביקורת מציאות, על מלוא הכרעותיו האישיות ולרבות התנהגותו האובדנית, ולא להפקיעה ולהשליכה על המטפל. הטלת אחריות גורפת על הגורם הטיפולי, תוך הפחתת אחריותו של המטופל, דוחקת את המטפל לשיקולי רפואה מתגוננת ופוגעת במרחב שיקול הדעת. מבחנו של המטפל יהיה, אם ביצע את המצופה ממנו - במורכבותו העניינית של כל מקרה - באופן מקצועי ובשיקול דעת ראוי, ולא אם הצליח בהתערבותו למניעת המקרה האובדני בחוכמה שלאחר מעשה. הטלת אחריות פלילית על מנהלים, תוביל בהכרח למצב בו בתי החולים הפסיכיאטריים יחדלו מלמלא את תפקידם הרפואי והציבורי בחברה.

קיים מתח אינהרנטי יומיומי בין הרצון לשמור על כבודו של החולה ועל צלם אנושיותו לבין הרצון להגן עליו מפני עצמו. יתכן כי החלק מההחלטות שתתקבלנה תהיינה בעלות שיקול דעת מוטעה בדיעבד ושגויות במבחן התוצאה, אך אינן מעידות על רשלנות פלילית.

בית החולים הינו מקום טיפולי. המחלקה הינה המקום בו מטפלים בחולים, תפקיד הרופא לסייע לחולה לעבור מאגף סגור לפתוח, בהמשך לחצר ובהמשך חזרה לקהילה, כל זאת בדרך הדרגתית, מתונה ומדודה, ותוך לקיחת סיכונים מסוימים. בכל הליך קבלת החלטות ברפואה תיתכן שונות בדעות בין הצוות המטפל ואף בין המנהלים השונים.

פורום מנהלי בתי החולים הפסיכיאטרים והאיגוד הפסיכיאטרי, לאחר דיון מעמיק במקרה, סבור כי טיפול המנהלים במקרה דנן והליך קבלת ההחלטות נמצא בתוך טווח ההחלטות הסביר, המידתי והראוי.

בעין המשפט - רשלנות רפואית

ע"א-3106/10 - עיזבון המנוח נפתלי בשטרק ז"ל נגד בית החולים סורוקה ואח' ניתן ביום 04.11.13 / קרן ממן.

רשלנות רפואית - היקף אחריות - שיעור פיצויים

עיקרי העובדות -

המנוח, יליד שנת 1937, נפטר בתאריך 26.11.2003 בבית חולים סיעודי "נווה שבא" שבבאר-שבע לאחר ששהה שם קרוב לחמש שנים. בזמן שהותו במוסד הסיעודי, עבר המנוח טיפול רפואי בבית החולים סורוקה עקב דימום תוך-גולגלתי, שבסופו נותר כשהוא שרוי בחוסר הכרה עמוק ובמצב וגטטיבי. הטיפול הרפואי הנ"ל החל בתאריך 26.12.1998, בעקבות תלונות המנוח על כאב ראש עז.

שלושה ימים לאחר מכן, בתאריך 29.12.1998, אושפז המנוח בבית החולים, כשהוא סובל מכאבי ראש חריפים, משיתוק בחלק השמאלי של הפנים ומירידה בשמיעה באוזן השמאלית. במהלך אשפוזו, שנעשה באותה עת במחלקת אף-אוזן-גרון, התגלו במנוח סימנים קליניים ניירולוגיים שונים, וביניהם: בלבול, הפרעות קשות בהתמצאות, נמנום וישנוניות, שיתוק חלקי וחולשה בפלג הגוף הימני. בעקבות כל אלה, הועבר המנוח בתאריך 31.12.1998 ממחלקת אף-אוזן-גרון למחלקה הניירוכירורגית, לצורך ביצוע בדיקות ניירולוגיות וניירוכירורגיות שונות.

בדיקת CT שבוצעה במנוח באותו יום הדגימה דימום תת-עכבישי מפושט.

בדיקת CTA שבוצעה לצורך איתור מקור הדימום - לא הדגימה מפרצת עורקית, או מום וסקולרי. יחד עם זאת, בדיקת ה-CTA בוצעה בתנאים בעייתיים, נוכח העובדה שהמנוח היה שרוי באי-שקט, ולכן יעילותה הייתה מוגבלת. בשל נסיבות אלו, הומלץ על בדיקה חוזרת - אך זו לא בוצעה עקב חשד של הרופאים המטפלים לקיומו של VASO SPASM (שאז אין לבצע בדיקת אנגיוגרפיה קונבנציונאלית).

רק בחלוף שבוע ימים בתאריך 11.01.1999 בוצעה הבדיקה אך למרבה הצער, הסתבר כי ארבעה ימים קודם לכן, בתאריך 07.01.1999, סבל המנוח מהתקף אפילפטי ושקע בקומה. בתאריך 09.03.1999 הוא הועבר לטיפול במוסד סיעודי בו שהה עד יום מותו.

פסיקת בית המשפט בערכאה הראשונה (שלום) -

ניתן לסכם ולומר כי האבחנה שנעשתה למנוח ביום 26.12.98 הייתה אבחנה סבירה וזאת בהתחשב בסימפטומים הקליניים שניכרו בתובע.

כאשר התקבל המנוח בחדר המיון, ביום 29.12.98, כשהוא מתלונן על כאבי ראש וחוסר שמיעה באוזן שמאל, לא הייתה עדות למחלה נויורולוגית חריפה ולא היו סימנים נויורולוגיים מחשידים כל שהם. לפיכך, לא היה מקום לשקול ביצוע פרוצדורה נויורולוגית פולשנית מכל סוג שהוא.

כאשר התקבל המנוח למחלקה הנוירוכירורגית ביום 31.12.98 ולאור הסימנים הנוירולוגים שנמצאו בו, שבאו לידי ביטוי בבלבול, הפרעות קשות בהתמצאות, נמנום וישנוניות, שיתוף פעולה חלקי וחולשה בפלג הגוף הימני, בוצעו בו בדיקות מיידיות לאיתור הדמם המוחי ולנוכח הסבירות הגבוהה כי המנוח סבל ממצב של VASO SPASM, כפי שהצביעו הממצאים הנוירולוגיים, הפעילו הנתבעים שיקול דעת סביר ונכון משהחליטו כי אין צורך בהתערבות מיידית ודחופה של בדיקת האנגיוגרפיה הקונבנציונאלית או בדרך של ניתוח דחוף, ודחו את הבדיקה הפולשנית, על כל הסכנות שבה, עד לחלוף תקופת ה-VASO SPASM, אשר נמנתה מיום 26.12.98 ונקבעה בהתאם ליום 4.1.99. דהיינו, ביצוע בדיקה בחלוף 10 ימים מתחילת תקופת ה-VASO SPASM, כשבמהלך כל התקופה טופל התובע בטיפול שמרני תרופתי לצורך ייצוב מצבו.

לפיכך, הוכיחו הנתבעים כי העניקו למנוח טיפול רפואי מסור וראוי ולא שוכנעתי כי נפלה כל רשלנות בחלקם אשר תצדיק הטלת אחריות בנזיקין.

פסיקת בית משפט בערכאה השנייה (מחוזי)

אבדן סיכויי ההחלמה: בית המשפט המחוזי הנכבד קבע כי התרשלותם של המשיבים גרעה מסיכויי ההחלמה של המנוח. לשיטת בית המשפט המחוזי הנכבד, מדובר במקרה מסוג המקרים שבהם יש "סיבתיות עמומה", כלומר לא ניתן לקבוע שאלמלא רשלנותם של המשיבים, היה נמנע בוודאות הנזק שנגרם למנוח.

נוכח מסקנתו זו, קבע בית המשפט המחוזי הנכבד כי אחריותם של המשיבים לנזקו של המנוח (בראשי הנזק ורכיבי הפיצוי השונים) - תהיה אפוא בהיקף של 64% מהסכום המצרפי שיקבע. לאחר קביעה עקרונית זו, פנה בית המשפט המחוזי הנכבד לדון בגובהם של רכיבי הפיצוי השונים. בסופו של דבר, בית המשפט המחוזי הנכבד קבע אפוא כי סכום הפיצוי הסופי שאותו ישלמו המשיבים למנוח יעמוד על סך של 323,463 ש"ח (557,790 ש"ח, שהוא סכום הפיצויים הכולל, בהפחתה של 234,326 ש"ח, כניכוי בגין גמלאות המוסד לביטוח לאומי).

בית המשפט העליון פסק

עיון בפסק הדין ב-ע"א 8817/06, אשר נסב, כזכור, סביב שאלת אחריותם של המשיבים לנזק, איננו מדבר בכך שיש "עמימות" כלשהי בשאלת הקשר הסיבתי שבין רשלנותם של המשיבים לבין הנזק שנגרם למנוח. למעשה, ההיפך הוא הנכון.

בהתחשב בדברים הברורים הללו - אינני מוצא כל טעם לקבוע שהקשר הסיבתי בין ההתנהגות העוללתית של המשיבים לבין הנזק שנגרם למשיב - הוא עמום, או הסתברותי יחסי.

המסקנה היחידה המתקבלת אפוא ממקרא פסק הדין ב-ע"א 8817/06 היא שאחריותם של המשיבים היא אחריות "רגילה", דהיינו אחריות מלאה בשיעור של 100%. בהתאם, התיק הוחזר לבית המשפט המחוזי הנכבד לצורך דיון בשאלת גובה הפיצויים בראשי הנזק השונים, ולא בשאלת מידת האחריות של המשיבים, שכן סוגיה אחרונה זו הוכרעה באופן סופי בפסק הדין ב-ע"א 8817/06.

נוכח כל האמור - מסקנתי היא כי יש להתערב בקביעתו של בית המשפט המחוזי הנכבד, אשר פסק קבע כי למשיבים אחריות יחסית לנזק שנגרם, ויישם מסקנה זו על שאר רכיבי הפיצוי. הנה כי כן, אציע כי נקבע שאחריותם של המשיבים כאן היא בשיעור של 100% מנזקו של המנוח.

בין-אתיקה בראי הדת- רשלנות רפואית

רשלנות רפואית במשפט העברי ובמשפט הישראלי/ מאיר דובדבני.

המקור הקדום ביותר במשפט העברי העוסק באופן ישיר באחריותו הנזיקית של רופא במתן טיפול הינו התוספתא במסכת גיטין: "רופא אומן שריפא ברשות בית דין והזיק: בשוגג - פטור, במזיד - חייב, מפני תיקון העולם" (תוספתא מסכת גיטין (ליברמן) פרק ג הלכה ח).

לכאורה, מקור זה הינו דו משמעי. אין בידינו ראיה מוחלטת בדבר הנימוק המופיע בסופו של המקור - "מפני תיקון העולם" - שהרי לנימוק זה קודמים שני דינים שונים העוסקים ברופא: האחד, הדין המקל, הפוטר את הרופא המזיק אם הזיק בשוגג והשני המחייב אותו אם הזיק במזיד. כפי שנראה להלן, עשוי הנימוק "מפני תיקון העולם" להוות נימוק קוהרנטי ומובן הן לגבי הדין המקל והן לגבי הדין המחמיר. לא ברור כלפי איזה דין מובא נימוק זה.

מעמדו של הרופא בתרבויות הים התיכון השפיע ישירות על דינו בשעה שהזיק. מחד, היו תרבויות (כמו התרבות הפרסית הקדומה) אשר בהן אחריות הרופא נבחנה רק על פי "מבחן התוצאה". כאשר רופא גרם למותו של המטופל, אפילו במקרים של אונס גמור, היה חייב מיתה. מאידך, היו תרבויות (דוגמת התרבות היוונית העתיקה והתרבות הרומית) בהן נהנה הרופא מחסינות מלאה אפילו במקרים בהם גבלה התנהלותו המקצועית בהתרשלות של ממש.

אי לכך, יכול "תיקון העולם" להתייחס לתרבויות אשר בהן לא היה לרופא מעמד משפטי מיוחד והיה צורך להקל ולהגן עליו במקרים בהם הזיק מתוך שגגה או אונס.

לעומת זאת, בתרבויות אשר בהן היתה לרופא חסינות מוחלטת, ומתוך החשש כי הוא ינצל חסינות זו, "תיקון העולם" יתייחס דווקא כהחמרה למקרים בהם ניתן להוכיח באופן ברור כי היתה כוונה זדונית ורשלנות מובהקת. לפי הסבר זה, הנימוק "תיקון עולם" יתייחס לדין השני המחמיר עם הרופא במקרים בהם הזיק במזיד.

יש לציין כי רוב פרשני התלמוד, אשר נדרשו לפירוש דין הרופא העדיפו לפרש את התקנה כמקלה את דינו. לפי שיטה זו, נדון הרופא מלכתחילה, ככל אדם המועד לעולם והיה מחויב בכל נזק אשר יצא תחת ידיו, הן בשוגג והן במזיד. כוונת התקנה היא לתמרץ ולעודד אנשים לעסוק במקצוע הרפואה על אף הסיכון הגדול הכרוך בכך וזאת תוך מתן חסות לכל שגגה שתצא תחת ידם.

יש לשים לב שגם אם "השורה התחתונה" מתייחסת לשתי האפשרויות (שוגג - פטור, מזיד - חייב), הן מציגות מגמה של שיפור המצב הבריאותי בחברה. מחד, יש דעות המצדדות בהקלות על הרופאים

במידת האפשר על מנת ליצור תמריצים ללמוד רפואה. מאידך, יש המחמירים כדי להעלות את רמתם המקצועית ולהקטין סכנות לתאונות רפואיות, הנגרמות בעטייה של רשלנות הרופא.

מעניין לציין כי ויכוח קדום זה ליווה את המשפט הרפואי לאורך ההיסטוריה, תוך שהוא לובש ופושט צורה בהתאם לרוח התקופה. בשנים האחרונות, באה מחלוקת זו לידי ביטוי בשאלת ריבוי תביעות בעילה של רשלנות רפואית. מאז שנות ה-70 של המאה ה-20 חלה עלייה תלולה במספר התביעות בגין רשלנות רפואית בארץ ובעולם. מוסכם כי העלייה איננה תוצאה של עלייה בכמות המעשים הרשלניים כי אם תוצאה של שינויים חברתיים דוגמת מעמדו של מדע הרפואה בחברה, מעמדו של הרופא, יחסי רופא ומטופל ועוד. (אברהם שטיינברג, **אנציקלופדיה הלכתית רפואית (כרך ו')**, ירושלים, תשנ"ט, עמ' 247-244).

יש הטוענים כי ריבוי תביעות והמגמה להחמיר עם הרופאים גורמות לזהירות מופרזת מצד הרופאים ואינן מעודדות בהכרח רפואה טובה ויעילה יותר. סכנת התביעה המרחפת מעל ראשו של הרופא גורמת לו לחשוב בראש ובראשונה על טובתו ולא על המטופל העומד מולו. אין מדובר בעיה משפטית בלבד, כי אם בעיה אתית חמורה המנוגדת לכל "אני מאמין" של המקצוע הרפואי. נביא מדבריו של פרופ' שטיינברג, כמייצג דעה זו בספרו, "אנציקלופדיה הלכתית רפואית":

"ריבוי תביעות משפטיות בגין רשלנות רפואית, והחמרה רבה מצד בתי המשפט בהפעלת דרישות זהירות מופרזת על ידי הרופאים וחיובם בדין באשמת רשלנות, מחטיא במידה רבה את המטרה של חינוך רפואי נאות לצורך שיפור איכות הטיפול [...] אחת התוצאות של ריבוי תביעות הרשלנות המופרזות היא התפתחות רפואה הגנתית (defensive medicine) מצד הרופאים. תפישה משפטית המטילה על רופאים "אחריות מוחלטת" וגורפת על מעשיהם ומחדליהם הרפואיים, מביאה את הרופאים לדאוג יותר לעצמם מאשר לחולה, ולדחוף אותם להכנת הגנה מראש מפני תביעה משפטית אפשרית על ידו. כך שבסופו של דבר גורמת המגמה של ריבוי תביעות רשלנות נגד רופאים לפגיעה בחולים עצמם" (עמ' 252-250).

כדוגמאות לפגיעה בחולים מציינים המתנגדים להחמרה מופרזת את הבדיקות הרבות, ואת הניתוחים המיותרים, הגורמים סבל גופני ונפשי רב, ואת ההפניות למומחים נוספים כדי להימנע מנטילת אחריות בלעדית- כל אלה מובילים לירידת קרנו של מקצוע הרפואה. פסיקת בתי המשפט בישראל מצאה אף היא לנכון להדגיש את ייחודו של מקצוע הרפואה ואת הקושי ליישם את דיני הנזיקין הרגילים על הרשלנות הרפואית, כפי שניתן לראות בדבריו של השופט קיסטר בשבתו על כס בית המשפט העליון:

“אכן בדרך כלל כאשר מבררים ענין רשלנות, השאלה היא איך היה נוהג אדם סביר, ובמקרה של רשלנות רופא - איך היה נוהג רופא סביר; אבל בדברי השופט דנינג מוצאים **מומנט נוסף והוא שלא להעמיד דרישות מופרזות לרופאים ולא להתייחס אליהם בחומרה יתירה בנימוק של תקנת הציבור** [...] **המומנט הזה של תקנת הציבור ביחס לרופאים** - ובעיקר רופאים מנתחים - מוכר במשפט העברי. העיקרון במשפט העברי הוא שאדם שחיבל בחברו חייב אפילו היה שוגג מכיוון שאדם מועד לעולם, אך לגבי רופאים העוסקים במקצועם על-פי “רשות בית-דין” (על-פי רישיון מטעם רשות ציבורית) צומצמה האחריות במידה ניכרת, היינו: לאתם מקרים של פשיעה שהוגדרו במקורות” (דברי השופט קיסטר בע”א 522/66 פד”י כב (2) 480, הדגשה שלי, מ.ד.).

בניגוד לגישה המקלה עם הרופאים בעבר, ניתן להצביע על מגמה הפוכה בשנים האחרונות הן בקרב השופטים והן בקרב מלומדי המשפט הרפואי בישראל. יש הרואים בריבוי התביעות מגמה ברוכה היוצרת מנגנון הרתעה כלפי הרופאים ותורמת לרפואה מקצועית וזהירה יותר. לשיטתם, רופא המודע לאפשרות של תביעה בשל תוצאות מעשיו, יזהר, ידרוש מעצמו להיות בקי ומעודכן יותר בספרות המקצועית ולא יימנע לשתף בהחלטותיו את עמיתיו למקצוע. לדעתם של אותם מלומדים: “ההשפעה של תביעות רשלנות רפואית על מקצוע הרפואה היא השפעה חיובית, התורמת להעלאת הרמה ולשמירתה. פיקוח בכל תחום, פירושו שיפור הרמה והקפדה על כללים. תחום הרפואה - עקב חשיבותו העצומה ועיסוקו בחיי אדם - חייב לעמוד בפיקוח קפדני. תביעה בגין רשלנות רפואית היא מכשיר מצוין לפיקוח” (עדי אזר ואילנה גרינברג, **רשלנות רפואית**, רמת גן, 2000, עמ’ 52).

יתרה מזו, הניסיון להטיל אחריות מופחתת על הרופא נתפש ע”י השופטים כלא רלבנטי ואף לא הגון והם מדגישים דווקא את הנורמות הגבוהות, הן האתיות והן המקצועיות, הנדרשות מן הרופא כאשר הוא רופא. וכך כתב על כך השופט אהרון ברק:

“אכן, הפתרון לחששם של הרופאים ובתי החולים מפני “רפואה מתגוננת” ותוצאותיה אינו בחיסיון ובהסתרת האמת. הפתרון הוא בחינוך וביגיוש כללי אחריות (אתית ומשפטית) התואמים את מקצוע הרפואה ואת מקומו בחברה המודרנית” (דברי השופט ברק ברע”א 1412/94 **הסתדרות מדיצינית הדסה עין כרם נ’ עפרה גלעד**, פ”ד מט (2) 516).

לסיכום נראה כי המשפט העברי נוטה לאזן בין הצורך החברתי לעודד את מקצוע הרפואה לבין הסכנה שעידוד יתר יגרום לירידת הרמה המקצועית של הרופאים. איזון זה נוצר תוך הטלת אחריות על הרופא אם התרשל במזיד והמתקת העונש אם שגה במידה סבירה (“שגגה”). לעומת זאת, המשפט הישראלי נוטה בשנים האחרונות להטיל האחריות על הרופא בכל סטייה ממתחם הסבירות. על האבחנות שבין רמות ההתרשלות השונות, נדון בגליונות הבאים.

בראי הכנסת

הצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון - רצף טיפולי לחולי כליות המטופלים בדיאליזה) התשע"ד-2013 / יעקב כהן.

הדיאליזה היא טיפול שנועד למלא חלק מתפקודי כליה בריאה. טיפול זה נדרש כאשר הכליות לא מסוגלות יותר למלא את צרכי הגוף. כאשר מתפתח שלב סופני של כשל כלייתי - תפקוד הכליה מאבד כ-90-85 אחוזים מיכולתו - נזקק הגוף לדיאליזה.

מטרת הטיפול בדיאליזה להוציא עודפי נוזלים מהגוף ולסלק רעלים. משך הטיפול נמשך כ-4 שעות והחולים נזקקים ל-3-4 טיפולים בכל שבוע, למשך כל ימי חייהם. יעילות הטיפול משפיעה על אורך חיי החולים ומושפעת מאד מטיב המכשור, אחזקתו, איכות המים, איכות המסננים וממרכיבים טכנולוגיים רבים.

קיימת חשיבות קריטית לשמירה על רצף הטיפול שמשמעותו היא התאמה אינדיבידואלית מתמדת של אופי מתן הטיפול וקשר רציף בין המטפלים למטופלים. רבים מהחולים מטופלי הדיאליזה סובלים ממחלות רקע נוספות, על כן קיימת חשיבות רבה להתאמה אינדיבידואלית של הטיפול, לאיזון התרופתי, לאיזון התזונתי ולניטור מצבו הנפשי של המטופל. התהליך הנדרש לצורך איזון מצבו של החולה הוא ארוך ומורכב. שמירה על האיזון היא הגורם החשוב ביותר להצלחת הטיפול ולהארכת חיי המטופלים.

על כן ביום כ"ט כסלו התשע"ד הונחה על שולחן הכנסת הצעת חוק המציעה לשמור על רצף טיפולי של חולי כליות המטופלים בדיאליזה ובכך לשפר את איכות חייהם ולשמור על בריאותם.

בעט האקדמיה:

מתוך כתב העת הבינלאומי 'רפואה ומשפט' / מוחמד ותד שין קאמבל, "כותרת לחיים: זמן לרפורמה?" כתב העת הבינלאומי "רפואה ומשפט" 32(4) 503-514 (2013):

מאמר זה מבקש לשרטט את החקיקה הרלבנטית להמתת חסד ולסיוע להתאבדות בניו-זילנד, תוך בחינה ביקורתית לקיומן של הצדקות מעשיות לשימור האיסורים הקיימים בהקשר זה. המאמר בוחן תחילה את המונחים הרלבנטיים להמתת חסד ולסיוע להתאבדות, כאשר לאחר מכן הוא דן באיסורים הקיימים בחקיקה בניו-זילנד. לאחר מכן, בוחן המאמר את הצידוקים המצויים בבסיס החקיקה הרלבנטית לסוגיית המתת חסד וסיוע להתאבדות. המאמר מסיים בהבעת הדעות בעד ונגד רפורמה בהקשר זה.

שרה לאיטו מוריירה, "הערות קצרות על המשטר הפלילי הפורטוגז בנושא המתה לפי דרישת קורבן עבירה והתאבדות בסיוע רופא" כתב העת הבינלאומי "רפואה ומשפט" 32(4) 525-540 (2013):

החברה משתנה בקצב חסר תקדים. תחומים אחדים של הידע מתפתחים על בסיס יומי, כמו רפואה ומדעים, ומחייבים להתאים את הדין הקיים להתפתחויות אלה. אחד התחומים הדורשים את התייחסותו של המחוקק הוא תחום הרפואה, במיוחד בנושא הארכת חיים. בעשורים האחרונים, ניתן לזהות בנקל מצבים בהם אנשים מאריכים חיים, אך בריאותם ואיכות חייהם ירודות. זוהי אפוא הסיבה שנושא המתת חסד נדון בתכיפות וברמות שונות. ברוב המדינות, כמו גם בפורטוגל, המשפט הפלילי אינו מכיר בשום צורה של המתת חסד. במאמר זה, אנו מבקשים לנתח בקצרה את שני הסעיפים בקוד הפלילי הפורטוגזי הנוגעים בסוגיה זו, וזאת במטרה להתאים את הדיון המשפטי בנושא זה לקצב התפתחותה של החברה.

דינרד וישי, "סוגיות אתיות ומשפטיות במקרים של הפסקת טיפול לחולה סופני באיטליה" כתב העת הבינלאומי "רפואה ומשפט" 32(4) 577-586 (2013):

הגישה המסורתית במשפט האיטלקי, ביחס לקבלת החלטה במקרים של חולים סופניים, השתנתה. בעוד שסעיף 32 של החוקה האיטלקית מכיר ב"זכות לבריאות", המעניקה לחולים אפשרות לעכב או להפסיק טיפול רפואי, הקוד האיטלקי לאתיקה רפואית שולל כל אפשרות של סיוע למוות או להמתת חסד. חרף נהירות נורמטיבית זו, אנשי אתיקה ועורכי דין ממשיכים לדון בשאלת אי-מוסריותה ו/או אי-חוקיותה של הפסקת טיפול הרפואי לחולה הסופני. דיונים אלה הם תוצאה של שימוש במושגים כגון "האוטונומיה של המטופל" וה"הזכות למוות". מצד אחד, אנשי אתיקה ועורכי דין, המעריכים את האוטונומיה של המטופל, סבורים כי אין להעניש סיוע להמתת חסד פסיבית. מצד שני, אנשי

אתיקה ועורכי דין שמרניים טוענים, כי הזכות לחיים היא מוחלטת והכרחית, ובהתאם לכך חייב הרופא לעשות כל אשר לאל ידו להגן על חייו של אדם.

אירנסט אווסו-דאפא, "המתת חסד, סיוע להמתה והזכות למות בגאנה: ניתוח חברתי-משפטי" כתב העת הבינלאומי "רפואה ומשפט" 32(4) 587-600 (2013):

בין המדינות בעולם קיימת תמימות דעים ביחס לצורך להגן על המשכיות החיים של האדם, כאמצעי הגנה נגד הכחדתו הקולקטיבית. הזכות לחיים מוגנת, אפוא, ואולם האנטי-תזה שלה, הזכות למות, היא מושא לוויכוח בלתי פוסק. המחלוקת סביב הזכות למות התרחבה הודות להתפתחות המהירה בתחום הרפואה, של פיתוח היכולת להאריך חיים מעבר לתוחלת הטבעית של האדם. החוק של גאנה מגן מפורשות על הזכות לחיים, אולם נותר עמום ביחס לזכות למות, במיוחד בהקשר של המתת חסד וסיוע להמתה. לפיכך, חלק מהזכויות האחרות, כמו הזכות למות ללא ייסורים, יכול להיות בסיס פרשני להצדקת מקרים של המתת חסד. הקוד הפלילי של גאנה אוסר במפורש על המתת חסד. למרות איסור זה, במחקר אמפירי שנערך בחלק מהקהילות בגאנה עולה, כי המתת חסד מתבצעת במתקני בריאות ובבתים פרטיים, בעיקר באזורים כפריים. בניגוד לסיבות הפופולאריות המופיעות בספרות המערבית, ביחס לפרקטיקה של המתת חסד כהכרח להקלת כאב או הפחת תקווה לגבי איכות החיים. נתונים אמפיריים שלפי מחקרים חברתיים ואנתרופולוגים, אשר נערכו בגאנה, חושפים כי עוני מהווה לעיתים מוטיבציה להמתת חסד בלתי פורמאלית, אך זו אינה בקשתם האמיתית. כמו כן, ערכים תרבותיים מסורתיים של חברות אפריקאיות מתייחסים למוות יזום כאל טאבו ומביא חרפה לקורבן ולמשפחתו. לפיכך, כל מהלך ממשלתי להכשיר המתת חסד צריך להיות מאושר אחרי התייעצויות נרחבות ומשאל עם. אחרת יחשב כמועתק ממודלים מערביים שאינם נותנים ביטוי לאתוס של העם האפריקאי.

בפרקטיקה הטיפולית

נושאים לדין בוועדת אתיקה. התערבות רפואית ללא הסכמה

פועל בניין בן 38 אושפז בבית חולים לאחר שסבל במשך שלושה שבועות מדלקת בדרכי הנשימה. אובחנה אצלו דלקת ריאות קשה, ולאחר 48 שעות הוא הועבר אל היחידה לטיפול נמרץ בשל קשיי נשימה. הוא טופל באופן אגרסיבי באנטיביוטיקה וחובר למכשיר הנשמה. בשלושת השבועות הבאים חלה הדרדרות במצבו והרופאים יידעו את אשתו שהוא עלול שלא לשרוד. בשלב זה בקשה האישה ליטול מבעלה זרע כדי שתוכל ללדת את בנו. האישה דיווחה לרופאים שהיא נשואה לבעלה 14 שנים, וכי לא עלה בידה להכנס להריון. לאחר תקופה ארוכה של התנגדות הסכים הבעל, חודשים ספורים לפני מחלתו הנוכחית, להיוועץ ברופא מומחה בתחום ההפריה. לאחר שבדיקות ראשונות לא הצביעו על בעיה הניתנת לפתרון, החליטו בני הזוג להתחיל בטיפולי הפריה מלאכותית, אלא שאז חלה הבעל ואושפז. האישה פנתה בבקשתה הנדונה משום שהיתה משוכנעת שבעלה היה מעוניין ביותר בהולדת צאצא. הבעל היה בן יחיד להוריו, והוא חפץ ששם משפחתו יתקיים בדור הבא. אחות הבעל, שליוותה את האישה, אישרה את נכונות המידע האמור.

R.D.Orr, U.S.A

נושא לדין בוועדת האתיקה: האם יש לכבד את בקשת האישה?

1. לא, כיוון שהבעל לא נתן להליך זה את הסכמתו המפורשת.
2. כן, כיוון שבעבר נתן הבעל הסכמה מכללית להליך זה, וזאת שעה שהסכים לטיפולי ההפריה המלאכותית.
3. כן, בכפוף לאישור בית משפט או ועדה אתית, ובהתבסס על האינטרסים של הילד שיוולד, רצון האישה, והמטרה של כיבוד ההורות.

טיפול רפואי ללא הסכמה

אדם בן 57 סובל מסרטן בגרון וגרורות ממושטות, מאושפז בבית חולים במצב סופני. צוות המטפלים מאבחן מצב חולני קשה ואבדן בהירות מחשבה לפרקים. הצוות מבקש להתקין אינטובציה על מנת לקדם את הנשימה ולתמוך בתפקוד הגופני. בשעות הבוקר מבקש הצוות מן החולה את הסכמתו לאינטובציה, ומקבל את ההסכמה. בשעות אחר הצהרים, החולה מצוי בהכרה- מפקפק במה שנוגע להסכמה שנתן בבוקר, ומתנגד לאינטובציה. מהלך זה חוזר על עצמו ביום המחרת.

.Francesco Masedu, Italy

נושאים לדין בוועדת האתיקה: האם יש לצנר ביום השלישי?

1. לצנר, כיוון שאין התנגדות מוצהרת מתמשכת מצד החולה.

2. לא לצנר, כיוון שבהצהרתו האחרונה מתנגד החולה לפעולה.

במרחב הגלובלי

קובץ ידיעות של מייקל קוק, עורך Bioedge / א.כרמי התאבדות בסיוע, שוויץ

משאל עם שנערך בשוויץ מלמד ש 62% מן המשתתפים תמכו בהצעה לחייב בתי חולים למלא משאלתו של אדם המבקש למוות. המדובר באדם שפוי, הסובל ממחלה חשוכת מרפא. הנשאלים חיוו דעתם כי יש להסמיך את האחות הראשית של מוסד סיעודי או את מנהל בית החולים לקבוע אם החולה ממלא אחר הקריטריונים החוקיים.

התאבדות בסיוע

כתב העת הרפואי הבריטי הכריז כי לגליזציה של רצון הגוסס למוות בסיוע היא בלתי נמנעת וכי הרופאים הבריטיים צריכים להתגבר על התנגדותם הטבעית.

יצוין כי רוב המכללות הרפואיות, וביניהן המכללה המלכותית של ה-GPS, הקולג' המלכותי של המנתחים של אנגליה, והאיגוד לרפואה פליאטיבית, מתנגדים באופן פעיל לסיוע למוות.

המתת חסד

בית המשפט העליון של קולומביה הבריטית קבע כי הוראות החוק הפלילי האוסרות על רופאים לסייע לחולים להתאבד מנוגדות לחוקה. השופט לין סמית קבע כי אם התאבדות היא חוקית, יש בכך אפליה לגבי נכים המבקשים לסיים את חייהם. בית המשפט העניק לפרלמנט של קנדה ארכה לשנה לנסח חוק המתיר התאבדות בסיוע.

עדי יהוה

שני מקרים של עירוי דם לעדי יהוה

גבר (20) שאושפז בבריטניה בבית חולים סירב לקבל עירוי דם. הרופאים

חששו שמא אמו שליוותה אותו הפעילה עליו השפעה בלתי הוגנת. אולם, לאחר ששוכנעו שהחולה היה מודע לחלוטין להחלטתו, כבדו אותה והוא נפטר שם לאחר כשלושה שבועות. בשלב הנוכחי אין כפי הנראה תחליף לעירוי דם שניתן להציעו לעדי יהוה, אם כי צפוי שמוצא כזה יהיה זמין בתוך 5 עד 10 שנים.

באדלייד, אוסטרליה, הוריה של ילדה בת 4 שסבלה מלוקמיה סירבו לאפשר לה לקבל עירוי דם שהיא נזקקה לו. אביה אמר לתקשורת: "אנו דבקים בעקרונות נוקשים ואחד מהם הוא להימנע מעירוי דם. אנחנו רוצים לקבל את הטיפול האפשרי הטוב ביותר ובית החולים עושה עבודה נהדרת. הדבר היחיד שאנחנו איננו נותנים לו את הסכמתנו הוא השימוש בעירוי דם." בית המשפט העליון הורה לבית החולים לתת לילדה עירוי חרף התנגדות ההורים, נוכח הסיכוי של 90% להצלת חייה.

הפריה חוץ גופית,

לסלי בראון, האישה שילדה את "תינוק המבחנה" הראשונה בשנת 1978, מתה השנה לאחר מחלה קצרה בגיל 64 בבריסטול, אנגליה. היא הספיקה לראות את הנכד שילדה בתה לואיס.

אי מתן ביטוח לתורמי כליות

Radburn Royer, מינסוטה, תרם את כלייתו לבתו אריקה שסבלה מאי ספיקת כליות. בקשתו לחוזה ביטוח רפואי או ביטוח חיים נדחתה על ידי חברת ביטוח למרות העובדה שאנשים רבים חיים עם כליה בריאה אחת.

יש מידע מועט על הבעיה של תורמי כליה להתמודד עם הקושי להשיג ביטוח. נראה כי התורמים הפוטנציאליים עשויים להירתע מתרומת כליה בשל החשש שלא יקבלו דמי ביטוח לאחר התרומה.

במחקר שנעשה בשנת 2006 נמצא כי 39% מרכזי השתלות דיווחו על כך שתורמים שנמצאו מתאימים נמנעו מתרומה בשל החשש שלא יקבלו דמי ביטוח לאחר התרומה. אכן, התורמים עשויים להיות רגישים יותר ללחץ דם גבוה, אבל במחקרים אחרים נמצא שתוחלת החיים של התורמים אינה קצרה מזו של אנשים בריאים אחרים. כמו כן נמצא שהתורמים מסוגלים להתמודד עם קשיים בעבודה, אם כי הם זקוקים לזמן התאוששות.

מוסדות ואישים

מוסד "קנדי" לאתיקה - Kennedy Institute of Ethics / אורן אסמן.

מוסד "קנדי" לאתיקה (Kennedy Institute of Ethics) הוא אחד המוסדות המובילים בשטח הביואתיקה בעולם כיום. המוסד, שהוקם בשנת 1971, ממוקם בתוך אוניברסיטת ג'ורג'טאון שבעיר וושינגטון DC, ארצות הברית. בין חברי סגל במוסד מספר פרופסורים שנחשבים למובילי דרך בתחום הביואתיקה, כגון Robert M. Veatch ו-Tom Beauchamp.

במוסד נמצאת הספרייה הגדולה ביותר בעולם בתחום הביואתיקה. חוקרים עשויים למצוא שימוש במאגר האינטרנטי של ספרייה זו: <http://bioethics.georgetown.edu/databases/ethxweb/> הסטודנטים באוניברסיטת ג'ורג'טאון, בחוגי פילוסופיה, משפטים או רפואה יכולים לשמש כעמיתים במוסד קנדי ולקחת חלק פעיל במחקר המתנהל בו.

מוסד קנדי מקיים במהלך שנת הלימודים מפגשים המכונים "רעיונות גדולים בביואתיקה". המפגשים נערכים בימי שישי בשעה 16:00 בספרייה ביואתיקה, במהלכם מרצים חוקרים ומומחים מובילים בתחומי הביואתיקה. ההרצאה פתוחה לקהל הרחב ונסקרת בתקשורת המקומית. הקלטה של ההרצאה האחרונה בסדרה (Pod-Cast) זמינה ברשת: <http://podcast.genethx.org/> קורס קיץ מרוכז (בתחילת חודש יוני) מתקיים מדי שנה עבור העוסקים בתחום הבריאות, בהנחיית מומחים בעלי שם עולמי מתוך המוסד ומחוצה לו.

למידע אודות הקורס הקרוב, שיתקיים בין 6-2 יוני 2014, ראו: <http://ibc40.org/>

כתב העת של הרשמי של המוסד Kennedy Institute of Ethics Journal יוצא לאור ארבע פעמים בשנה ומשמש במה אקדמית לדין בסוגיות ביואתיות מגוונות, כולל ניתוח וביקורת של תיאוריות ביואתיות, דיון בעבודה של גופים פדרליים בארצות הברית ובהם מועצת הנשיא לביואתיקה, ומגוון רחב של נושאים נוספים כגון רפורמה במערכת הבריאות, מחקר בתאי גזע עובריים, השתלת איברים ועוד. מדד ההשפעה של כתב העת (Impact Factor) עומד על 1.21 בעת כתיבת שורת אלה. לאתר כתב העת: <https://kiej.georgetown.edu/>

פרוייקט ייחודי שהמוסד יזם לאחרונה הינו: "מעבדת מחקר בביואתיקה" - פיתוח גישה מקורית להוראה ודיון ביואתי תוך שימוש באמצעי המחשה ויזואליים מעולם הארכיטקטורה והעיצוב. בין היתר, נדונים מקרי דוגמה באמצעות תרשימי זרימה, ציורים, מפות תלת מימדיות ועוד.

מדי שנה מבקרים במוסד חוקרים אורחים מאוניברסיטאות שונות ברחבי העולם, ועוסקים במחקר בנושאים שונים, תוך שימוש במשאבים המגוונים שעומדים לרשותם במסגרת האוניברסיטה ומוסד "קנדי". חוקרים המעוניינים להגיש מועמדות ולהתקבל כחוקרים אורחים מתבקשים לגבש פרוייקט מחקר שברצונם לבצע בתקופת שהותם שם ולהעבירו למרכז יחד עם קורות חיים ומועד הביקור המבוקש.

למוסד דף פייסבוק שמתעדכן באופן קבוע: <https://www.facebook.com/KennedyInstituteofEthics>
למידע נוסף: [/http://kennedyinstitute.georgetown.edu](http://kennedyinstitute.georgetown.edu)

ידיעות והודעות

יום עיון במועדון החברתי מקצועי במרכז הבינלאומי לבריאות, משפט ואתיקה:

המועדון החברתי מקצועי במרכז הבינלאומי לבריאות, משפט ואתיקה שבאוניברסיטת חיפה ממשיך לקיים תוכנית הרצאות מגוונת ועשירה. ההרצאות בתחום הביו-אתיקה ניתנות על ידי מרצים מובילים אחת לשישה שבועות ומיועדות למשפטנים, עורכי דין, אנשי רפואה ממקצועות טיפוליים שונים ולקהל הרחב.

המרכז יקיים יום עיון בנושא: "צאו לי מהצלחת, או לא?" ביום י"ח באדר א' תשע"ד 18.2.2014 בשעה 09.00 במרכז הקונגרסים חיפה, רח' יאסי, אולם "אלון".

לברור פרטים ולאישור ההשתתפות ניתן לפנות טלפונית: 04-8288936, פקס: 04-8288937 בימי א' ו-ד' מ-8.00 12.00 - או בדו"אל: health.law.ethics@gmail.com

המכללה האקדמית צפת

אקדמיה גלילית בעלת מגוון תארים
יישומיים, אווירה קסומה ויחס אישי וחם,
היוצרת מקום לשאיפות ולהצלחה שלכם

רח' ירושלים 11, ת.ד. 160, צפת 13206
טל': 04-6927777, פקס: 04-6927719
www.zefat.ac.il