

ביו-אתיקה

פורום צפת לביו-אתיקה

עלון מס. 8 | ספטמבר 2014

עורכת: לימור מלול

עורכת לשונית: חנה כרמי

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

כתובת: limorbiolaw@gmail.com

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

תוכן עניינים

מדורים

3	דבר העורכת
4	בעין המשפט- מתן טיפול לקטין בניגוד לעמדת ההורים
7	בראי הכנסת- הצעת חוק לתיקון פקודת בתי הסוהר- מניעת נזק לשובתי רעב
11	בראי הכנסת- הזכות לפרטיות- חוק בתי המשפט
13	בעט האקדמיה- כתב העת הבינלאומי 'רפואה ומשפט'
14	ביו-אתיקה בראי הדת- כפיית הזנה על שובתי רעב
16	בפרקטיקה הטיפולית- פינוי בכפייה מהבית לבית חולים
21	בריאות התלמיד- שירותי עזרה ראשונה
23	התערבות בית המשפט במחלוקת בין הורים על חיסון ילדם
25	המלצות הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית
28	במרחב הגלובלי
29	מוסדות ואישים- חוג האתיקה- הפקולטה לרפואה בטכניון
29	מוסדות ואישים- לימודי ביו-אתיקה
31	ידיעות והודעות- כנס עולמי על אתיקה רפואית

דבר העורכת

קוראות וקוראים יקרות ויקרים,

תקופה קשה עברה עלינו בחודשים האחרונים, המאורעות הקשים גבו לעיתים מחיר כבד מנשוא מכל המעורבים בהם, וכן מאזרחי המדינה ומחייליה. חוסנם של אזרחי המדינה התגלה כבעל עוצמה אדירה ומהווה מקור לגאווה. לא נותר אלא לקוות שאירועים דומים לא יחזרו ושננתב עוצמה זו לצמיחה וליצירה ברוכה.

ברצוני לברך על תיקון שנעשה לאחרונה בחקיקה ולבשר על כנס בינלאומי מכובד בנושאי ביואתיקה: לאחרונה אושרה הצעת **חוק זכויות החולה (תיקון מס' 6) (הכללת אחות מוסמכת בהרכב ועדת אתיקה), התשע"ד-2014**. תיקון זה הוביל לשינוי בהרכבה של ועדת האתיקה: במקום חמישה חברים יהיו מעתה שישה חברים וגם הצוות הסייעודי הבא במגע יומיומי עם המטופל יכלל בין חברי וועדה זו. תיקון זה יאפשר דיון מקיף יותר בוועדות האתיקה המוסדיות ומדגיש את חשיבות התפקיד שנוטלים האחיות והאחים במסגרת הטיפולית.

כנס עולמי על אתיקה רפואית, משפט רפואי וביו-אתיקה יתקיים ב- 8.01.2015-6 במלון קראון פלאזה, ירושלים. ניתן להגיש תקצירים (עד 250 מלים, בצירוף תמצית קו"ח) עד ליום 30.9.2014. שליחת תקצירים אל: seminars@isas.co.il

לפרטים נוספים: לחץ/לחצי לאתר הכנס, לחץ/לחצי לקובץ pdf בעברית על הכנס.

בעין המשפט

מתן טיפול לקטין בניגוד לעמדת ההורים.

כשרות משפטית ואפוטרופסות - קטינים - נקיטת אמצעים רפואיים בהוראת בית-המשפט

א"פ 14-04-16397 היועץ המשפטי לממשלה-משרד הרווחה והשירותים החברתיים חיפה נ' א' כ' ואח' / קרן ממן

עיקרי העובדות

הקטין, כבן 14 וחצי שנים, סבל לפני כחמש שנים מלוקמיה לימפטית חריפה, טופל בכימותרפיה והבריא. המשיבים הינם הוריו של הקטין והאפוטרופוסים הטבעיים עליו (להלן: "ההורים").

על פי המסמכים הרפואיים אשר צורפו לבקשה, אובחנה הישנות של מחלת הקטין באשך, הקטין עבר ניתוח לכריתת הגידול וכעת הוא נזקק, לדעת הגורמים הרפואיים המטפלים בו במרכז הרפואי "בני ציון", למתן טיפולים כימותרפיים והקרנות. לעמדת רופאי המרכז הרפואי "בני ציון" ניתן לטפל בהישנות המחלה בהצלחה רבה, עם סיכויי החלמה טובים. כן ניתן לשמור על פוריותו של הקטין. אם המחלה לא תטופל, להערכת הרופאים היא עלולה להתפשט למוח העצם, ובמקרה זה הטיפול יהיה אגרסיבי ומורכב הרבה יותר וסיכויי הצלחתו יורדים, עד כדי מצב של סכנת חיים. דחיית הטיפול עלולה לגרום לקטין נזק.

הוריו של הקטין מסרבים למתן הטיפול ולתכנית הטיפול המוצעת על ידי צוות ביה"ח.

טענת המשיבים (ההורים)

מן התסקיר שנערך על ידי העו"ס לסדרי עולה כי סירובם של ההורים מבוסס על שני טעמים עיקריים: האחד, אמונתם ללא סייג בכבוד הרב ק', אשר הורה להם להימנע מקבלת הטיפול הכימותרפי (וזאת בשונה מטיפולים קודמים בקטין, אותם הורה להם לקיים). השני, טענתם כי משהוסר הגידול ותוצאות הבדיקות שנערכו לקטין הן תקינות - הרי שהקטין אינו חולה, וכי אין דחופות במתן הטיפול הכימותרפי. ההורים הציגו סיכום ייעוץ מטעם ד"ר יוסף ברנר - מומחה באונקולוגיה לתמיכה בעמדתם. לדברי ההורים, מאחר ותוצאות הבדיקות שנערכו לקטין לאחר הסרת הגידול מצביעות על ערכים תקינים, ואין עדות להתפרצות של המחלה - ההורים מסרבים לטיפול אשר יסכן את הקטין ויגרום לו לנזק. לדברי ההורים הם מוכנים לקחת את הקטין לבדיקות תכופות בביה"ח (פעמיים בשבוע), ואם יתברר כי הקטין חלה חס וחלילה, הרי שהם יתחילו בטיפול הכימותרפי באופן מיידי.

באשר לעמדת הקטין, העו"ס שוחחה עימו והוא הביע בפניה את סירובו לביצוע הפעולות הרפואיות.

הקטין תיאר את תקופת אשפוזו הקודמת כשהות "בכלא" ואמר כי הוא מעדיף לשחק עם חברים, להיות בבית ולמות, מאשר להיות בבית החולים, לעבור טיפולים רפואיים ואז למות. לדבריו הוא נפגש עם כבוד הרב ק' וזה הורה לו שלא להגיע לבית החולים. עפ"י התרשמות העו"ס הקטין חוזר על דברים שנאמרו לו בסביבתו מבלי שהוא מבין את משמעותם.

מסגרת נורמטיבית

בסעיף 15 לחוק הכשרות המשפטית נקבע כי:

"15. אפטרופסות ההורים כוללת את החובה והזכות לדאוג לצרכי הקטין, לרבות חינוכו, לימודיו, הכשרתו לעבודה ולמשלח-יד ועבודתו, וכן שמירת נכסיו, ניהולם ופיתוחם; וצמודה לה הרשות להחזיק בקטין ולקבוע את מקום מגוריו, והסמכות לייצגו."

אף על פי שלשונו של סעיף 15 לחוק הכשרות המשפטית אינה מתייחסת לבריאותו הגופנית של הקטין, נקבע בפסיקתו של בית המשפט העליון כי אחריות ההורים טומנת בחובה גם את הדאגה לבריאות הקטין.

בכל הנוגע למתן טיפול רפואי לקטין, קיימת סמכות לבית המשפט להתערב באוטונומיה הטבעית של ההורים, וזאת בהתאם לסעיף 68(ב) לחוק הכשרות המשפטית הקובע כי:

"(ב) היתה הבקשה להורות על ביצוע ניתוח או על נקיטת אמצעים רפואיים אחרים, לא יורה על כך בית המשפט אלא אם שוכנע, על פי חוות דעת רפואית, כי האמצעים האמורים דרושים לשמירת שלומו הגופני או הנפשי של הקטין, פסול הדין או החסוי."

להורים עומדת הזכות לסרב לטיפול רפואי בשם ילדם הקטין, אך סירוב העלול להביא למותו של קטין, נדרש לקבל את אישורו של בית המשפט.

בחינת "טובת הילד" בהקשר של נקיטת טיפול רפואי, מצריכה בחינת האמצעי הדרוש לשמירת שלומו הגופני או הנפשי של הקטין. על בית-המשפט לערוך שקלול של התועלת הטמונה בטיפול מול הנזק האפשרי הכרוך בו. המבחן הוא מבחן תועלתני, שעל פיו יש לבחור באותה פעולה, אשר תוצאתה תגדיל במידה הרבה ביותר את שמירת שלומו של הקטין, למול הנזק שיגרם באותו טיפול. במסגרת מבחן התועלת מול הנזק יש לבחון האם מדובר בטיפול מידתי, והאם יש בו כדי להיטיב את מצבו של הקטין.

שאלות משפטיות

- האם העובדה שתוצאות הבדיקות האחרונות שנערכו לקטין יצאו תקינות, יש בכך כדי להעיד שהקטין בריא וכי המחלה לא מצויה בגופו?
- מהם הסיכונים להם חשוף הקטין ככל שלא יקבל טיפולים כימותרפיים והקרנות באופן מיידי בהשוואה למצב בו יחל בקבלת טיפולים רק אם חס וחלילה תהיה עדות להתפרצות המחלה - וסיכויי החלמתו בכל אחד מהמצבים?

- מהם הסיכונים אליהם ייחשף הקטין כתוצאה מהטיפולים הכימותרפיים וההקרנות ונזקי הטיפול, והיחס בינם לבין התועלת לשלמו של הקטין מנקיטת הטיפול?
- האם רצון הקטין והוריו וסירובם לקבלת הטיפול הכימותרפי בשלב זה, עולה בקנה אחד עם טובת הקטין?

פסיקת בית המשפט

בחינת "טובת הילד" בהקשר של נקיטת טיפול רפואי, מצריכה בחינת האמצעי הדרוש לשמירת שלומו הגופני או הנפשי של הקטין. לעניין זה, על בית-המשפט לערוך שקלול של התועלת הטמונה בטיפול מול הנזק האפשרי הכרוך בו. כאשר התועלת הצפויה מהטיפול עולה על הנזק שיגיע ממנו, ניתן לומר כי הטיפול הרפואי 'דרוש' לקטין"; ביישום מבחן התועלת למול הנזק כנדרש על פי סעיף 68(ב) לחוק הכשרות המשפטית ובפסיקת ביהמ"ש העליון, יש לבחון את התועלת שתגרם ממתן הטיפול הרפואי למול טובת הילד המסוים בנסיבות העניין. לעניין זה, יש לבחון את כל האפשרויות העומדות על הפרק, כאשר בראש מעייניו של ביהמ"ש ניצב עיקרון קדושת חייו של הקטין. ביהמ"ש מוסיף וקובע כי ככל שאי-נקיטת הטיפול תביא לפגיעה משמעותית יותר בסיכויי ההחלמה של הקטין ותעמיד את הקטין בסכנת חיים גדולה יותר, כך תגבר הנטייה להתערבות ביהמ"ש, חרף האוטונומיה של ההורים ורצון הקטין.

במקרה דנא, למרות שתוצאות הבדיקות אשר נערכו לקטין היו תקינות, ביהמ"ש מאמץ את עמדת המומחה לפיה, הקטין אינו בריא כיום, כי המחלה קיימת בגופו גם עתה וכי היא צפויה להתפרץ באם לא יינתן לקטין טיפול כימותרפי מידי. ביהמ"ש שוכנע כי הטיפול הכימותרפי דרוש לשם שלמות גופו של הקטין והתועלת מנקיטה מיידית בטיפול עולה לעין שיעור על הסיכונים הכרוכים בה. מאידך, המתנה לשלב בו תהיה עדות להתפרצות המחלה, טומנת בחובה סיכונים משמעותיים לחייו, טיפולים קשים וארוכים יותר וסיכויי החלמה נמוכים בהרבה באופן שאינו עולה בקנה אחד עם טובתו. במצב זה, סירוב הקטין והוריו לטיפול אינו יכול להוות נימוק לעיכוב במתן הטיפול.

בראי הכנסת:

הצעת חוק לתיקון פקודת בתי הסוהר (מס' 48) (מניעת נזקי שביתת רעב), התשע"ד-2014 / יעקב כהן

ועדת הפנים, בראשות ח"כ מירי רגב, אישרה ביום ב' תמוז תשע"ד, 30 ביוני 2014, את הצעת חוק לתיקון פקודת בתי הסוהר (מס' 48), התשע"ד-2014 או בשמה המוכר יותר "הצעת חוק הזנה בכפייה של אסירים". כל הסתייגויות האופוזיציה נדחו ולאחר רביזיה שהגיש ח"כ חמד עמאר החוק אושר סופית בוועדה והוא צפוי לעלות למליאה לקריאה שנייה ושלישית. הדיונים היו רוויי אמוציות וקולות בעד ונגד נשמעו מכאן ומכאן. ברשימה זו איני בא להביע תמיכה בעמדה כלשהיא, אלא אך לסקור את הצעת החוק ולהפנות זרקור לדילמות המשפטיות-אתיות העולות ממנה.

שביתות רעב של אסירים הן תופעה מוכרת, אשר חוזרת על עצמה במציאות הישראלית (כמו גם במדינות נוספות) במשך השנים, לשם קידום תכליות שונות של ציבור האסירים השובתים. לעיתים מתאפיינות שביתות הרעב בכך שמשתתפים בהן מספר גדול של אסירים, וכן בכך שחלק מן האסירים מתמידים בשביתת הרעב למשך פרק זמן ממושך, אשר בחלק מהמקרים מגיע עד כדי סיכון חייהם. מצב דברים זה מחייב גיבוש של דרכים ראויות ומתאימות לצורך התמודדות עם שביתות הרעב.

שביתת רעב היא אמצעי מחאה בלתי אלים, שבאמצעותו מבקש שובת הרעב להביע את מחאתו בנושא מסוים, ולקבל את מבוקשו, כאשר הוא חש שהרשויות אינן קשובות ואינן נענות למצוקותיו ולדרישותיו. הזכות לשבות רעב מהווה חלק מהזכות לחופש הביטוי, שהיא זכות יסוד אשר זוכה להגנה חוקתית במשפט הישראלי, ומוגבלת רק לעיתים נדירות ובנסיבות חריגות.

כאשר מדובר באסיר השובת רעב, מצב הדברים מורכב יותר. זאת, משום שאדם שנעצר בהחלטה שיפוטית או מינהלית, או נאסר בעקבות גזר דין של בית המשפט נתון במשמורת חוקית, ומכוחה חלק מזכויותיו נשללות או נפגעות, ובראשן הזכות לחירות, והאוטונומיה המלאה על חייו ועל גופו. אדם המוחזק במשמורת חוקית נמצא באחריות המדינה, באמצעות זרועה הארוכה - שירות בתי הסוהר (להלן: "שב"ס"), הנושא באחריות הישירה לשמירה על חייו, בריאותו, שלומו ורווחתו של האסיר.

הוויתור על האוטונומיה של האסיר בא לידי ביטוי במישורים רבים בחיי היום-יום בבית הסוהר כדוגמת אלו: האסיר אינו שולט בזמני הארוחות ובתפריט, הוא אינו שולט בסדר יומו, ולא בזהות חבריו לתא המאסר. הוא עוסק בפעילות שהשב"ס מטיל עליו או מאפשר לו להשתתף בהן, ותו לא. הוא אינו יכול לקבל מבקרים כרצונו, אלא בזמנים ובתנאים שנקבעו על ידי שב"ס. כמו כן לעיתים מוטלות עליו מגבלות נוספות. עם זאת, עקרון יסוד הנוגע למעמדם של אסירים, הוא כי המאסר אינו שולל מהם אלא את אותן זכויות אשר אינן עולות בקנה אחד עם מהות המאסר. שאר הזכויות והחירויות עומדות על תלן גם בין חומות בתי הסוהר.

בסוגיה זה קבע בית המשפט שורה ארוכה של הוראות הבאות לשמור על זכותם של האסירים ולשמור

על כבודם כאדם. עמד על כך השופט אהרן ברק באחת הפרשות בציינו כי:

"הזכות לשלמות גופנית וכבוד האדם היא אף זכותו של העצור והאסיר. חומות הכלא אינן מפרידות בין העצור לבין כבוד האדם. משטר החיים בבית הסוהר מחייב, מעצם טבעו, פגיעה בחירויות רבות מהן נהנה האדם החופשי... אך אין משטר החיים בבית הסוהר מחייב שלילת זכותו של העצור לשלמות גופו ולהגנה בפני פגיעה בכבודו כאדם. החופש נשלל מהעצור; צלם האדם לא נלקח ממנו".¹

ברוח זו נפסק בשורה ארוכה של פסקי דין כי אסיר זכאי להשתתף בבחירות,² לפרסם טור אישי או כתבות בעיתונות³ ולהיעזר באמצעי עזר (כגון כלב נחייה לאסיר עיוור).⁴ בית המשפט העליון הדגיש מפי השופט מנחם אלון כי:

"כלל גדול בדינו, כי כל זכות מזכויות האדם באשר הוא אדם שמורה לו, כאשר הוא נתון במעצר או במאסר, ואין בעובדת המאסר בלבד כדי לשלול הימנו זכות כלשהי, אלא כאשר הדבר מחויב ונובע מעצם שלילת חופש התנועה הימנו, או כאשר מצויה על כך הוראה מפורשת בדין".⁵

ברוח זו ציין השופט אליהו מצא כי:

"עלינו לזכור ולהזכיר, שכבוד האדם של האסיר הוא ככבודו של כל אדם. המאסר פוגע בחירותו של האסיר, אך אסור שיפגע בכבוד האדם שלו. זכות יסוד היא לאסיר שכבודו לא ייפגע, ועל כל רשויות השלטון מוטלת חובה לכבד זכות זו וכן להגן עליה מפני פגיעה... יתר על כן: פגיעה בכבוד האדם של אסיר פוגעת לא רק באסיר, אלא גם בדמותה של החברה. יחס אנושי לאסירים מהווה חלק מנורמה מוסרית-אנושית שמדינה דמוקרטית מצווה לקיימה. מדינה הפוגעת בכבוד אסיריה, מפרה את חובתה, המוטלת עליה כלפי כלל אזרחיה ותושביה, לכבד את זכויות היסוד של האדם".⁶

דווקא לאור חירותו המוגבלת של האסיר, יש לזכור כי גם הכלים העומדים לרשותו לצורך הבעת מחאה או קידום ענייניו הם מוגבלים, ועל כן זכותו לחופש ביטוי מקבלת משנה חשיבות, ויש לאפשר לו, ככל האפשר, לבטא את עמדותיו ורצונותיו. עם זאת, מעמדו של האסיר, כמי שאיננו עומד ברשות עצמו, וכמי שהאחריות לחייו ולשלמו מוטלת על שב"ס, כאמור, משפיע ישירות על האופנים שבהם הוא רשאי להביע את עמדותיו, וכפועל יוצא מכך – אין האסיר רשאי לעשות זאת באמצעות שביתת רעב, כפי שנקבע בפסק דינו של בית המשפט העליון בדבריו של השופט יהונתן עדיאל:

"...גם אם נניח ששביתת רעב היא בגדר אמצעי לגיטימי להבעת דעות ולמימוש הזכות לחופש הביטוי, נטילת חלק בשביתה כזאת אינה נמנית על הזכויות המוקנות לאדם בעת שהוא כלוא בבית הסוהר. שביתת רעב, על שני יסודותיה, הרעב והשביתה, פוגעת בניהול התקין של בית הסוהר. בעניינו אין מדובר ב"סתם" סירוב לאכול, אלא בסירוב שהוא ביטוי של מחאה מאורגנת בדרך של שביתה. שביתה מאורגנת גם היא אינה מתיישבת עם קיום הסדר והמשמעת בבית הסוהר". לעניין זה כבר נקבע, "על

1. בג"צ 355/79 קטלן נ' שירות בתי הסוהר, פ"ד לד(3) 294, 298.

2. בג"צ 337/84 הוקמה נ' שר הפנים, פ"ד לח(2) 826.

3. עע"א 4463/94 גולן נ' שירות בתי הסוהר, פ"ד (4) 156.

4. עע"א 7440/97 מדינת ישראל נ' גולן, פ"ד נב(1) 1.

5. בג"צ 337/84 הוקמה נ' שר הפנים, פ"ד לח(2) 832.

6. עע"א 4463/94 גולן נ' שירות בתי הסוהר, פ"ד (4) 156.

דרך ההקצנה... שלא הרי הפגנה בסתם יום של חול - בעיר או בכפר - כהרי הפגנה של אסירים בין כתליו של בית כלא. הימצא מי שיעלה על דעתו כי ניתן להתיר הפגנה של אסירים בבית כלא?⁷

שביתת רעב, לפי הצעת החוק, מוגדרת כהימנעות, מלאה או חלקית, מאכילה או משתייה, כדי להשיג מטרה מוגדרת. הניסיון מלמד כי אנשים שונים בוחרים לשבות רעב באופנים שונים. חלקם מסרבים לקבל מים או מזון, חלקם מסרבים לקבל כל סוג של תוספים, וחלקם מוכנים לקבל תוספים כגון מלחים וויטמינים לצורך שמירה על בריאותם, ככל האפשר, בתקופת השביתה. מטבע הדברים, מצבם של שובתי הרעב לאחר כמה ימי שביתה משתנה בין אסיר אחד לרעהו, בהתאם להיקף השביתה, ולנתונים הרפואיים הסובייקטיביים של כל שובת. עם זאת, ניתן להצביע על תופעות רפואיות האופייניות לשביתות רעב הנמשכות יותר מימים ספורים. בימים הראשונים של שביתת הרעב (הכוללת שתיית מים), מנצל הגוף את מאגרי השומן העומדים לרשותו. בהמשך, מתחיל תהליך של פירוק החלבונים והשרירים, אשר לאחר כ-20 ימי שביתת רעב עלול להגיע לרמה שבה נפגעים שריר הלב ושרירים חיוניים נוספים. בהתאם לספרות הרפואית ולניסיון המוגבל שהצטבר בתחום, כעבור 26 עד 30 ימי שביתת רעב עלולה כבר להישקף סכנה לחייו של שובת הרעב, או להיגרם לו נכות חמורה ובלתי הפיכה. לאחר 55 עד 75 ימי שביתת רעב, נמצא שובת הרעב בסכנה ממשית למוות פתאומי. בלא קבלת תוספים שונים, אין עדות בעולם לשביתת רעב מלאה ורצופה של יותר מ-75 ימים, שלאחריה נותר שובת הרעב בחיים.⁸

מתן טיפול לשובת רעב בניגוד לרצונו, מעורר שאלות אתיות משמעותיות בעבור הרופא המטפל בו. אין חולק כי הרופא, מעצם הכשרתו ובהתאם למהות תפקידו, מחויב לעשות כל שביכולתו כדי להקל על המטופל ולסייע לו מבחינה רפואית, ודאי כשהמדובר בהצלת חיים. על פי רוב, חובה זו של הרופא עולה בקנה אחד עם רצונו של המטופל, ושיתוף הפעולה של המטופל עם הסיוע הרפואי הניתן לו, וכן האמון שהוא רוכש לרופא המטפל בו, הם אלמנטים מהותיים להצלחת הטיפול, ולשיפור במצבו של המטופל.

עם זאת, קיימים מצבים שבהם המטופל, מסיבותיו שלו, אינו משתף פעולה עם קבלת הטיפול הרפואי המוצע לו, ואף מתנגד באופן נחרץ לקבלת הטיפול או אף לביצוע בדיקות לאבחון מצבו הרפואי. מקרה כזה מעמיד את הרופא בפני דילמה קשה, שבה מחד גיסא, יש לו אחריות מקצועית כלפי המטופל אשר יש בו באפשרותו לסייע לו, ולעיתים אף להציל את חייו, ומאידך גיסא - עומד הערך של כיבוד אוטונומיית הרצון של המטופל, ואין הוא רשאי לקחת ממנו את הזכות לקבל את ההחלטות הנוגעות לחייו ולבריאותו.

כאמור, בעת שביתת רעב מצוי שובת הרעב במצב רפואי ייחודי, שבו הנזק לבריאותו, אשר מגיע לעיתים עד כדי סכנה ממשית לשלמו ולחיי, הוא תוצאה של התנהגות רצונית שלו. במקרה זה בוחר שובת הרעב להימנע מאכילה, וזאת במטרה להשיג תכלית אחרת - במישור האישי או הפוליטי, ותוך

7. בג"צ 7837/04 לילא בורגאל נ' שב"ס, פ"ד נט(3) 97.

8. הנתונים נלקחו מהצעת חוק לתיקון פקודת בתי הסוהר (מס' 48) (מניעת נזקי שביתת רעב), התשע"ד-2014.

התעלמות לעיתים מן הנזק הבלתי הפיך שהתנהגות זו גורמת לבריאותו, והסיכון שהיא יוצרת לחייו. הדרך להשגת מטרה זו, לדידו של שובת הרעב, היא באמצעות הפעלת לחץ על הסביבה, ובפרט על מי שנושאים באחריות הישירה לשלומם ולבריאותם. במצב זה, נמצאות הרשויות בין הפטיש לסדן: מצד אחד כל נזק שייגרם לשלומם של האסיר יזקף לחובתן, ומצד שני המפתח לשמירה על בריאותם נמצא בידיו שלו - והרשות אינה יכולה לכפות על השובת להפסיק את שביתת הרעב, בלי שהדבר ייחשב לפגיעה חמורה בחירות הפרט שלו.

היבט זה, הנוגע למניע של שובת הרעב, מחדד היבט מהותי נוסף: שובת הרעב איננו מבקש למוות, וזו אינה תכלית השביתה. שביתת הרעב מהווה עבורו אמצעי, ולא מטרה בפני עצמה. בהיבט זה, שונה שובת הרעב ממטופל אחר המסרב לקבל טיפול רפואי. מטופל החולה במחלה סופנית, למשל, עשוי להתנגד לקבלת טיפול נוסף מפני שכשל כוח סבלו, והוא מעדיף למוות מאשר להאריך באופן מלאכותי חיים של כאב וסבל. במצב דברים זה, אכן קיים קושי גדול להכריע אם יש להעדיף את האפשרות להאריך את חייו, באופן זמני, על פני רצונו שלו, ואכן, נושא זה הוסדר בהרחבה בחוק החולה הנוטה למוות, התשס"ו-2005. לעומת זאת, מטופל השובת רעב אינו נמצא במצב של סכנת חיים מלכתחילה, בטרם השביתה, ואין הוא רואה במוות תוצאה רצויה של מאבקו. לכל היותר ניתן לומר כי לעיתים זהו מחיר שהשובת מוכן לשלם, במסגרת מאבקו הפוליטי, ובמטרה להעצים את ההשפעה והתהודה של מאבק זה. בכך מתחדד היבט נוסף המייחד את שביתת הרעב על פני מצבי חירום רפואיים אחרים, כאשר בבסיסה של שביתת הרעב עומדת סוגיה בעלת היבטים פוליטיים, הופכת שביתת הרעב לכלי במאבק שהוא פוליטי במהותו, ועל כן מעורבים בו ומושפעים ממנו ציבורים גדולים: ציבור המזדהים עם שובת הרעב מצד אחד וציבור המתנגד לדרשותיו הפוליטיות או שרואה את עצמו נפגע מהן, מן הצד השני. מאפיינים ייחודיים אלה הצריכו גיבוש מודל ייחודי להתמודדות של הרשויות עם שביתות רעב, שבו נוסף על השיקולים העומדים בבסיס ההסדרים בחוק זכויות החולה, נדרשת שקילה של שיקולים נוספים - הן שיקולים הנוגעים למטופל עצמו, מניעיו ומטרותיו, והן שיקולים רחבים יותר, הנוגעים להיבטים הציבוריים של המצב.

בימים אלו כנסת ישראל מנסה לגבש את אותו מודל ייחודי לסוגיה זו. ימים יגידו.

בראי הכנסת:

הזכות לפרטיות - חוק בתי המשפט (תיקון מס' 77), התשע"ד - 2014 / לימור מלול

בתאריך ה-28.7.2014 אושרה בכנסת הצעת חוק בתי המשפט (תיקון מס' 77), התשע"ד - 2014. שלושים חברי הכנסת שנכחו בהצבעה הצביעו בעד. תיקון זה מגן על פרטיותו של בעל דין התובע פיצוי בשל נזק גוף, על ידי איסור פרסום תעודת זהותו או שמו בהליך המשפטי. ההליכים המשפטיים מפורסמים כיום גם במאגרי המידע האלקטרוניים וברשת האינטרנט, בנוסף על הכרכים הקשיחים של פסקי הדין ומגיעים לקהל רחב ומגוון. בכך מוגש מידע רפואי אישי של בעלי דין לציבור הרחב הגולש ברשת ונתקל בפסק הדין באקראי או שלא באקראי. הזכות לפרטיות נידונה לא מעט בערכאות השיפוטיות בארץ, אך לא קיבלה הגדרה ברורה וחד משמעית עד כה. מהניסיונות להגדיר זכות זו עולה כי הזכות לפרטיות הינה **זכותו של הפרט לשלוט במידת החשיפה בכלל הקשור למרחב הפרטי שלו**, כולל: גופו, מחשבותיו, מעשיו במרחב הפרטי, מידע הנוגע לו ועוד. פגיעה בזכות לפרטיות עלולה לפגוע בכבוד האדם, בחירותו ובאוטונומיה המהותית שלו, ברווחתו וביכולתו לממש את עצמו לפי אמונתו האישית.

יש לציין כי התקיימו דיונים רבים בספרות המקצועית ובבתי המשפט בשל האיומים החדשים שמציבות ההתפתחויות הטכנולוגיות של העשורים האחרונים על הזכות לפרטיות. דיונים אלה מובילים לרוב למסקנה הבלתי נמנעת, לפיה יש צורך לאמץ תפיסה חדשה בנוגע לזכות לפרטיות; או לפחות לבחון את גבולותיה של הזכות לפרטיות במציאות הטכנולוגית החדשה, במטרה למזער את הפגיעה בה. בתחום הבריאות ובמימוש הזכות לשירותי בריאות יש לספק למטופל סביבה טיפולית התומכת בשמירת פרטיותו. במסגרת זו, על הסביבה הטיפולית למנוע ככל הניתן את חשיפת המרחב הפרטי של המטופל, כולל חשיפה גופנית וחשיפת מידע אודותיו. הצוות המטפל נדרש לשמור על פרטיותו של המטופל באופן פאסיבי: כמו על ידי הימנעות מלהעביר מידע רפואי הנוגע לאחר שלא על פי דין (חובת הסודיות הרפואית), ובאופן אקטיבי: למשל על ידי יצירת סביבה המונעת את נגישות המידע לאחרים ואת חשיפת גופו של המטופל כשהדבר אינו הכרחי (ראו: חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, סעיפים 10, 19).

הזכות לפרטיות זכתה להגנה עוד לפני שהפכה לזכות יסוד חוקתית עם כניסתו לתוקף של חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו. סעיף 7 לחוק היסוד מחלק את פרטיות האדם למספר רבדים: כל אדם זכאי לפרטיות ולצנעת חייו, אין נכנסים לרשות היחיד של אדם שלא בהסכמתו, אין עורכים חיפוש ברשות היחיד של אדם, על גופו, בגופו או בכליו, אין פוגעים בסוד שיחו של אדם, בכתביו או ברשומותיו. חוקים נוספים הגנו על היבטים שונים של הזכות לפרטיות: חוק האזנת סתר, התשל"ט-1979, חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981, חוק סדר הדין הפלילי (סמכויות אכיפה - חיפוש בגוף החשוד), התשנ"ו-1996; חוק חופש המידע, התשנ"ח-1998; חוק בתי המשפט [נוסח משולב], תשמ"ד-1984 (סעיף 70); חוק למניעת הטרדה מינית, התשנ"ח - 1998 (סעיף 3(א)(5)). גם בערכאות השיפוטיות חלה

התפתחות בנוגע לתפיסת הזכות לפרטיות בכיוון הדגשת חשיבותה כזכות יסוד חוקתית, ראה: בג"ץ 249/82 **ועקנין נ' בית הדין הצבאי לערעורים**, פ"ד לז(1983) 399 (2), לעומת: בג"ץ 6650/04 **פלונת נ' ביה"ד הרבני האיזורי בנתניה** (לא פורסם, 14.05.2006).

סוגיה שניתן ללמוד ממנה לענייננו הינה **זכות הציבור לדעת על מצבם הבריאותי של אנשי ציבור**. בבסיס הסוגיה קיים מתח בין זכותו של איש הציבור לפרטיות לבין זכותו של הציבור לדעת פרטים על מצבו הבריאותי, ככל שהם נוגעים ליכולותיו הפיזיות והמנטליות של איש הציבור. גורל הציבור תלוי לעיתים בהחלטותיו של איש הציבור וביכולותיו לשיקול דעת, לקבלת החלטות באופן מושכל ולתיפקוד ברמה מסוימת. הזכות לפרטיות, ככל זכות יסוד חוקתית, אינה מוחלטת- בסיטואציות שונות יש לאזן בינה לבין זכויות או אינטרסים אחרים, כמו: הזכות לחופש המידע, חופש הביטוי, הגנה על שלום הציבור ועוד. יש להבחין בין **עניין ציבורי** (In the public interest), לבין **עניין לציבור** (Of public interest). עניין ציבורי הינו בעל חשיבות ציבורית משום שהינו רלבנטי לתפקודו הציבורי של איש הציבור ועלול לפגום בו ולפגוע בציבור, לעומת זאת עניין לציבור עשוי להיות מעניין בהיבט של סקרנות או רכילות, אך אינו רלבנטי למילוי התפקיד הציבורי. הדילמה האתית קיימת רק במקרה הראשון, אלא שגם במקרה זה החובה החוקית החלה על המטפל הינה לשמור בסוד על מצבו הרפואי של איש הציבור, אלא אם כן מדובר במחלות מידבקות או בסיכון תעבורתי. בפועל כשמדובר בעניין ציבורי, נעשה ניסיון לשכנע את איש הציבור לצאת בהודעה לציבור: מסכמים את תוכן ההודעה, כך שתפגע במידתיות הן בזכותו לפרטיות והן באינטרס הציבורי. מכאן לענייננו, במקרה של תביעה לפיצוי בשל נזקי גוף לא קיים עניין ציבורי ואין סיבה לספק סקרנות לשמה.

מדברי ההסבר להצעת החוק, התיקון מבקש להתמודד עם הפגיעה בפרטיות הנגרמת כתוצאה מהעובדה שמידע רפואי רגיש על בעלי דין בהליכים משפטיים, הופך להיות נגיש לכל המעוניין, באמצעות מאגרי המידע המסחריים ורשת האינטרנט.

בשל העובדה שבתובענות לפיצויים בשל נזקי גוף נחשף, על פי רוב, מידע רפואי רגיש שיש בו משום פגיעה חמורה בפרטיותו של בעל הדין שהמידע נוגע אליו, נקבע כי, ככלל, בתובענות אלה אסור יהיה לפרסם את שמו או מספר זהותו של בעל דין, אלא אם כן הוא נתן את הסכמתו לכך או שבית המשפט התיר את הפרסום.

מנגד, נקבע כי בכל יתר ההליכים המשפטיים, ובכלל זה תובענות אזרחיות שאינן תביעות לפיצויים בשל נזקי גוף, הליכים פליליים, עניינים הנידונים בפני בית משפט לעניינים מנהליים ועתירות המוגשות לבית המשפט הגבוה לצדק, ככלל, מותר יהיה לפרסם פרטים על בעלי הדין, אך בעל דין שמידע רפואי עליו נחשף בהליך, יהיה רשאי לבקש מבית המשפט לאסור על פרסום של פרטים מזוהים שלו, כדי למנוע פגיעה בפרטיותו.

בעט האקדמיה:

מתוך כתב העת הבינלאומי 'רפואה ומשפט' / מוחמד ותד

**גינלוקה מונטנארי ורגאלו, "הזנחה והגנת עובר: גבול חדש למשפט הרפואי?"
כתב העת הבינלאומי רפואה ומשפט 33(1), 13-2 (2014):**

בתחילת שנת 2012, הושמדו עוברים רבים בבית-חולים רומי באיטליה בגלל פגמים במכונה להקפאת עוברים. במקרים מעין אלה, הנזק הביולוגי - כמו, גירוי יתר של השחלות ונזק ממוני-היינו, העלויות של הטיפולים - עשויים להיות משולמים כפיצוי, מקום שהתובע מוכיח כי טיפולי פוריות לא היו מתבצעים אילולא העוברים לא היו נהרסים. הנזק בגין הכאב והסבל יכול להיות מפוצה ללא תלות בתוצאת ההשתלה. אכן, גם במקרה שהשתלת עוברים לא הייתה מוצלחת, עדיין די בעצם אובדן העוברים כדי לגרום כאב וסבל לשם פיצוי בשל פגיעה בזכות להיות הורה. עם זאת, הוכחת נזק מסוג זה אינה קלה כלל ועיקר. מחקר זה קורא שלא להסתפק אך ורק באחריות נזיקית למעוול, כי אם גם בתוצאה עונשית למי שגרם ברשלנותו למותו של עובר אגב השתלה כאמור.

**מרשל ב. קאפ, "אני נכבה: הקונצנזוס הגובר ביחס לנטרול התקני לב אלקטרוניים"
כתב העת הבינלאומי רפואה ומשפט 33(1), 21-14 (2014):**

הטיפול של החדרה כירורגית של קוצב לב קבוע (סנכרון מחדש), המותקן אצל אנשים הסובלים מליקוי לב כרוניים, הופך להיות טיפול נפוץ. קיים צפי, לפיו כל מי שיש לו התקן של קוצב לב קבוע מושתל, עלול לרצות, בשלב מסוים, בהסרתו או בנטרולו. חרף המחלוקת סביב סוגיה זו, קיים קונצנזוס מקצועי בינלאומי, החל מהשנים האחרונות, בנוגע לעקרונות משפטיים ואתיים יסודיים המנחים את הפרקטיקה הקלינית לגבי נטרול של התקני לב חשמליים (CIEDs). מאמר זה סוקר את העקרונות המשפטיים והמוסריים המרכזיים בסוגיה זו.

ביו-אתיקה בראי הדת:

כפיית הזנה על שובתי רעב / מאיר דובדבי

לאחרונה אישרה הכנסת בקריאה ראשונה את "חוק ההזנה בכפייה של אסירים שובתי רעב".

בראשית דבריי ברצוני להבהיר כי הסוגיה הקונקרטית בדבר הזנת אסירים (ובייחוד אלו הביטחוניים) בכפייה חורגת אל מעבר לדיון הביו - אתי הרגיל ומערבת בתוכה גם שיקולים מדינתיים מתוך השלכותיהן של שביתות הרעב מעבר לחיי האסירים עצמם. לפיכך, כל התייחסות המבקשת להציג עמדה מלאה לעניין, מחויבת להתייחס גם להיבטים נוספים אלה.

לאור העובדה כי נוסח החוק שגובש בסופו של דבר הגדיר את סכנת החיים הנשקפת לאסיר כתנאי לכפייה, אבקש לנצל את ההזדמנות לדון באחד המרכיבים ולברר את יחסו של המשפט העברי לפעולת התאבדות - הן כלפי אחריות המבצע והן כלפי אחריותה של החברה.

המושג ההלכתי להתאבדות הינו "איבוד עצמי לדעת" ובכך רומזת לנו ההלכה את התייחסותה לפעולה זו. בניגוד למושג הניטרלי באנגלית (suicide = הרג עצמי) המתמקד בתוצאה, היהדות רואה בפעולת ההתאבדות כמעשה בלתי רציונאלי המנוגדת לדעתו הסבירה של אדם. בכך מתייחסת היא לא רק למרכיב התוצאה אלא גם למרכיב הכוונה.

באופן עקרוני התאבדות אסורה ביהדות ומהווה סעיף של שפיכות דמים ורצח. שני פסוקים בתורה מהווים את המקור לאיסור: הראשון - כחלק מאיסור שפיכות הדמים בספר בראשית מופיע הביטוי "את דמכם נפשותיכם אדרוש" אשר מתאר את שילת שפיכות הדמים גם כשהיא מבוצעת על ידי האדם עצמו. בנוסף, נדרש האיסור "לא תרצח" גם במשמעות של "לא תתרחצ", כלומר לא תרצח את עצמך. שני מקורות אלו באים לקשור באופן מובהק בין האיסור החמור של שפיכות דמים לבין התאבדות ולהדגיש כי גם חומרת הפעולה של התאבדות חמורה כמו רצח. כך גם פוסק הרמב"ם "וכן ההורג את עצמו, כל אחד מאלו שופך דמים הוא ועוון הריגה בידו וחייב מיתה לשמיים" (הלכות רצח ושמירת נפש, פרק ב' הלכה ב').

לפי המשפט העברי, עצם העובדה שאין מדובר על נזק לזולת כי אם על נזק עצמי אין בה בכדי להקל על חומרת האיסור וזאת משום שתפישת היהדות היא שאין האדם בעלים על גופו או על נפשו כדי ליטול את חייו או להזיק להם.

לאור העובדה כי ההתאבדות הינה חלק מאיסור שפיכות דמים, עמדת היהדות היא שאיסור זה חל על כל בני האדם באשר הם ולא רק על יהודים (מיעוט חולק על כך). איסור לכלל האנושות מכונה במשפט העברי "איסור לבני נוח". ממילא, עצם העובדה שמדובר לעתים על אסירים שאינם יהודים אין בכדי להקל על חומרת המעשה זה.

עם זאת, הן המקרא והן הספרות התלמודית עשירה בסיפורים אודות דמויות אשר בחרו להתאבד בסיטואציות מסוימות. ברוב ככל הפעמים המניע להתאבדות נבע מתוך רצון שלא לעבור על אחד מן האיסורים החמורים של "גילוי ערות, שפיכות דמים ועבודה זרה" שעליהם נאמר הכלל של "ההרג ובלעבור", כלומר שעדיפה פעולת ההריגה מאשר לבצע איסורים חמורים הללו.

במילים אחרות, האיסור להתאבד אינו איסור מוחלט אלא מקבל את היתרו בנסיבות בהן חוסר ההתאבדות יוביל לתוצאה מוסרית חמורה יותר.

המשפט העברי מתייחס למתאבד בחומרה רבה, ומטיל סנקציות חריפות מאוד על סדרי ההלוויה, האבלות וההספד שלו. כך כותב ר' יוסף קארו בחיבורו "שולחן ערוך":

המתאבד עצמו לדעת, א אין מתעסקים עמו לכל דבר, ואין מתאבלין עליו, ואין מספידין אותו, ולא קורעין ולא חולצין, אבל עומדין עליו בשורה אומרים עליו ברכת אבלים וכל דבר שהוא כבוד לחיים.

ההלכה מבחינה בין חלקי טקס ההלוויה שמהותם לכבד את המת והם אסורים במקרה של התאבדות לבין חלקי הטקס שמהותם הכבוד לאבלים (ה"חיים) שמתקיים גם בנסיבות אלו.

נראה שלמגמה זו של ההלכה תפקיד כפול - הן לבטא את ביקורתה על פעולתו של המתאבד ועל חילול קדושת החיים ובנוסף, מנגנון הרתעתי שיש בו בכדי למנוע מחלק מהתאבדויות להתבצע.

בכל אופן, עקב חריפותן של הסנקציות והצער הרב אשר בסופו של דבר יכול להיות מנת חלקה של משפחת המתאבד, קבעה ההלכה קריטריונים מאוד מורכבים על מנת להחיל סנקציות אלו דוגמת דעה צלולה וחוסר חרטה. בהינתן תרחיש של התאבדות, המגמה הרווחת בדרך כלל אצל הפוסקים היא להעמיד בספק את תחולתם של קריטריונים אלו.

אם כן, התאבדות הינה אסורה ביהדות כמו כל מעשה רצח של זולת מתוך ערך קדושת החיים ואיננה מצויה בתחום הבחירה האוטונומי של האדם. ההיתר (ואף החובה) להתאבד מתקיימים רק במקרים בהם העוולה המוסרית של הישארות בחיים תהיה חמורה יותר. מגמה זו באה לידי ביטוי גם בסנקציות על טקסי האבלות של המתאבד. עם זאת, מתוך התחשבות בכבודן של המשפחות ממעטת ההלכה להפעיל סנקציות אלו.

לגבי חובתה של החברה - למעט דעות יחידות, ההלכה לא מבחינה בין חובת הצלת חיי אדם אשר סכנתו באה לו בעל כורחו לבין הצלת חיים של מתאבד. ככל מקרה של אדם העומד למוות, מחויבת הסביבה להצילו מתוך דין של "לא תעמוד על דם רעך" אשר מהותו היא חובת שימור חייו של הזולת (ולא רק הימנעות מלגרם לו נזק) כך כותב הרמב"ם (הלכות רוצח ושמירת נפש, פרק א' הלכה יד):

כל היכול להציל ולא הציל עובר על "לא תעמוד על דם רעך" וכן הרואה את חברו טובע בים או ליסטים באים עליו או חיה רעה באה עליו ויכול להצילו הוא בעצמו או שישכור אחרים להצילו ולא הציל. או ששמע גוים או מוסרים מחשבים עליו רעה או טומנין לו פח ולא גלה אוזן חברו והודיעו, או שידע בגוי או באנס שהוא קובל על חברו ויכול לפייסו בגלל חברו ולהסיר מה שבלבו ולא פייסו, וכל כיוצא בדברים אלו, העושה אותם עובר על לא תעמוד על דם רעך.

יש להבהיר המאמצים למנוע את הריגתו צריכים להיות סבירים ולא לעלות בחייהם של המצילים אם כי כוללת גם הוצאה כספית גבוהה אשר תוחזר מכספיו של הניצול במידה ויש לו. הרמב"ם ממנקה את חומרתו של איסור זה בכך ש"כל המתאבד נפש אחת מישראל כאילו אבד את כל העולם כולו וכל המציל נפש אחת מישראל כאילו קיים כל העולם כולו".

בפרקטיקה הטיפולית:

פינוי בכפייה מהבית חולים / כרמל שלו

צוות אמבולנס מגיע לביתו של אדם, ולפי מיטב שיפוטם המקצועי טובתו היא להגיע לטיפול בבית החולים, אך הוא מסרב להתפנות. האם יש להתיר את פינויו על ידי צוות האמבולנס, בניגוד לרצונו ותוך שימוש בכוח?

סוגיה זאת עלתה לדיון בעקבות מקרה שהתרחש בקיץ 2012 כאשר צוות אמבולנס של מגן דוד אדום (מד"א) הוזעק לביתו של ידוען אשר לקה באירוע מוחי לעת זקנה. על פי הדיווחים בעיתונות, המשפחה הזעיקה את האמבולנס אבל האיש עצמו סירב להתפנות למרות ההפצרות של אנשי הצוות. כפי הנראה הם שהו בביתו פרק זמן, כשעה או שעתיים, בניסיון לשכנע אותו לשתף פעולה עימם ולהתלוות אליהם. אך מכיוון שלא הועילו ניסיונות השכנוע והאיש עמד בסירובו, הם עזבו את המקום - כפי שהם אמורים לעשות על פי הנוהל הקיים היום במד"א, שכן אין בידיהם סמכויות של פינוי בכוח. לבסוף הצליחו קרובי החולה להביא אותו לבית החולים "כשהוא מגולגל בשטיח"⁹. לאחר זמן, התלוננו על ההתנהלות של צוות האמבולנס בנסיבות, והאיש הגיש תביעה לגילוי מסמכים כדי לחייב את מד"א למסור לו את כל התיעוד הנמצא בידיהם בקשר לאירוע.

על המשך הסיפור לא דווח, ולא ידוע מה היה סופו. (מה אומר האיש היום, לאחר מעשה? האם הוא היה נותן את הסכמתו למפרע?) בכל מקרה, הנושא הובא לדיון במועצה הלאומית לביואטיקה [שבה אני חברה - ושם התעוררה מחלוקת בקשר לשאלה, כיצד יש לנהוג במקרה של מטופל המסרב לקבל טיפול רפואי מידי צוות אמבולנס או להתפנות לבית חולים? האם הגישה צריכה להשתנות כאשר קיים ספק לגבי כושרו של החולה לקבל החלטות? מהם הערכים המתנגשים, ומהו האיזון הראוי ביניהם? האם יש לתקן את החוק כדי לתת בידי צוותי אמבולנס סמכויות של כפייה ושימוש בכוח כנגד אנשים שאינם רוצים לשתף פעולה עימם?

התיאור של הבאת חולה לבית חולים כשהוא מגולגל בשטיח מערער חלחלה ונושא אופי של עיתונות צהובה. אף על פי כן יש לו חשיבות, מפני שהדיון בשאלת הטיפול בכפייה מתקיים לרוב ברמה מופשטת של התנגשות ערכי יסוד (לכאורה, בין קדושת החיים לאוטונומיה של הפרט), אבל אינו יורד לרמה המוחשית של ביצוע הדברים, כאשר לכך יש היבטים בעלי משמעות לדיון האתי.

סיפור אחר שעסק בטיפול כפוי, ושנחשפתי אליו בתחילת דרכי המקצועית, השפיע על גישתי לסוגיה זאת בצורה עמוקה. סיפור זה התרחש בראשית שנות ה-90 ואף הוא הגיע לכותרות העיתונות. הוא נגע בנער בן 17 שחלה בסרטן וסירב לקבל טיפול כימותרפיה. זה היה מקרה דרמטי שהגיע לדיון בבית המשפט לנוער בירושלים אשר ציווה עליו לקבל טיפול. אבל הוא לא רצה בכך כי הטיפול גרם

9. חדשות בריאות; Ynet 8.11.2012

לו סבל רב. ולאור סירובו הנמשך הגיע הענין לדיון אף בבית המשפט העליון.¹⁰ כפי שתיאר אותו השופט מנחם אלון, "העותר אכן קטין הוא ורק סמוך לבגרותו, אך מבחינת הופעתו, הרצאת דבריו, וכנותו - בוגר הוא, וניכרים דברי אמת שבפיו". אכן הנער יצר רושם של אדם אשר מסוגל לבטא את רצונותיו בהירות, לנמק את העדפותיו, ולתאר בצורה אמינה את החוויות שהוא עבר. הוא היה נער פשוט, לא משכיל, שלמד ספרות בבית ספר תיכון מקצועי, והוא היה בקונפליקט גם מול אמו. אך הוא ידע שהוא אינו רוצה טיפולי כימותרפיה, והוא ידע להסביר מדוע.

הוא היה אולי אחד האנשים הראשונים שידע לבטא את הסלידה מהכימותרפיה, בגלל הבחילות שהוא סבל בזמן הטיפול. במקום זאת הוא ביקש לקבל טיפול הומיאופתי. והוא הבין היטב וחווה על בשרו את הפגיעה בכבודו כאדם.

לפי מיטב זכרוני, הוא אמר "הרופאים מדברים על זה שאם אקבל טיפול אז יש לי בין 50% ל-70% סיכוי לחיות, ואם לא אקבל טיפול יש לי בין 30% ל-40% סיכוי לחיות, אבל אני לא מבין אותם, כי מבחינתי זה 100% או שאמות או שאחיה". היתה בדבריו חכמה עמוקה, כי לסטטיסטיקה אין משמעות ברמת הפרט, היא בעלת משמעות רק ברמת הכלל. בנוסף, הוא הרגיש שהוא משמש מעין שפן ניסיון. הוא אמר "כל פעם משנים לי את הפרוטוקול של הטיפול, את ההרכב של החומרים הכימיים שנותנים לי. כל פעם זה משתנה. אני לא חושב שהם יודעים מה הם עושים." וגם בדברים אלה היתה מידה של אמת.

הדברים הקשים עלו כשהוא תיאר מה היתה המשמעות המעשית של צו בית המשפט שעליו לקבל טיפול. למרות הצו הוא המשיך להתנגד לטיפול, וכשהיו מביאים אותו לקבל טיפול בבית החולים, הוא היה עוזב, כי הוא לא רצה להיות שם. שופט הנוער קבע ש"אם הוא לא ימשיך לקבל טיפול הוא יוצא ממשמורת הוריו וימסר למשמורת רשות הסעד שיקבע את מקום חסותו בבית החולים." לבית המשפט היה "ברור שמקום ההשמה יהיה המחלקה הפסיכיאטרית למבוגרים", כי זו מחלקה סגורה שלא ניתן לברוח ממנה. במילים אחרות, מתוך פטרנליזם באשר לטובת הנער, שללו את חירותו הפיזית כדי לכפות עליו טיפול. שילת חירות לשם כפיית טיפול היא חריג יוצא-דופן. אומנם היא מותרת על פי חוק לטיפול בחולי נפש, התשנ"ב-1992 אבל רק בהתקיים תנאים מסוימים שנקבעו בחוק, ושעיקרם - (א) היות האדם חולה במחלת נפש ו-(ב) היותו מסוכן לעצמו או לזולת. אף לא אחד מהתנאים האלה התקיים במקרה של הנער.¹¹ ולא זו בלבד, אלא שגם בתוך המחלקה הסגורה הוא המשיך להתנגד לטיפול. כפי שהוא סיפר, כאשר הוא התנגד לטיפול בתוך המחלקה, התגברו עליו שני אחים פסיכיאטריים, כפתו אותו לשולחן בזרועות וברגליים, וכך הוא עבר את הטיפול שגרם לו כאב וסבל.

בבית המשפט העליון, נענה הנער לשידולים של השופט אלון שדיבר אליו "מלב אל לב". הוא הבטיח לשופט לבוא לטיפול מרצונו "לאחר לבטים רבים, שניכרים היו בפניו". אבל הוא לא עמד בהבטחתו,

10. בג"צ 2098/91 פלוני נ' פקידת הסעד (פסק דין של המשנה לנשיא, השופט מנחם אלון, מיום 23.5.1991). בשלב מסוים היה מעורב בעניין ח"כ זבולון המר אשר פנה לשר המשפטים דאז, דן מרידור, וביקש שהוא יטפל בנושא. באותו זמן עבדתי במשרד המשפטים, המשימה הוטלה עליי, וכך נדמתי לי לפגוש את הנער ואת הסיפור שלו.

11. עצם ההימנעות מטיפול רפואי אינו יכול להיחשב כסיכון. מבחן המסוכנות מתייחס להתנהגות נבדלת של החולה (במעשה או דביבור) כלפי עצמו או הזולת.

ובסופו של דבר נמלט מן הארץ ומת כעבור חודשים ספורים בִּנְכָר. הסיפור הקשה הזה מלמד שיש מרחק רב בין החלטה שיפוטית או מנהלית כשלעצמן, לבין ההוצאה לפועל של צו או הוראה לכפות טיפול במקרה נתון. ומרחק זה גדול עוד יותר מדיון כללי של מדיניות או שיח אקדמי מופשט. השופט הוא לא זה שמוציא לפועל את החלטת הכפייה. מישהו בצוות הרפואי הוא זה שמבצע את הדבר. מאז למדתי לשאול: איך עושים זאת בפועל? איך משתמשים בכוח כדי לתת טיפול לאדם בניגוד לרצונו? על הרקע הזה נחזור לשאלה, האם רצוי לתת סמכויות כפיה בידי צוות אמבולנס? דעתי היא, לא. הרעיון שיבואו פרמדיקים אלי הביתה ויוציאו אותי בכוח ממנו, מזכיר לי מערכון של מונטי פיית'ון שבו איש יושב בביתו ועוסק בשלו, ופתאום דופקים בדלת שני אנשים במדים ובידיהם אלונקה, והם אומרים לו, "הגיע תורך, באנו לקחת אותך לתרום אברים." סיטואציה גרוטסקית זאת מצחיקה, מפני שטמון בה גרעין של אמת. אנחנו חיים בתרבות שמקדשת את הרפואה. היא מסמלת עבורנו קידמה. אנחנו חיים בעידן של אמון בכוחו השכלתני של המדע המערבי ויישומיו הטכנולוגיים, והמדע הכי קרוב אלינו ברמה האישית הוא מדע הרפואה. אפשר לומר שהרפואה היא מעין עגל זהב של מדע יישומי. יש לה יתרונות ותועלות מוחשיים, וכולנו חווים אותם על בשרנו באופן אישי. אולם לצד הניסים והנפלאות שהיא מחוללת, גלומה בה עוצמה שמולידה נורמה תרבותית סמויה ובלתי-מדוברת אשר למעשה מחייבת אותנו להיענות לטיפול רפואי.

אבל טיפול רפואי איננו חובה. הוא אמור להיות בחירה.

חופש בחירה הוא מרכיב מהותי של האוטונומיה של הפרט. מנגד, יטענו הטוענים, יש לשקול את קדושת החיים, קיימת לכאורה חובה להציל חיים, ולא ייתכן שאדם רציונאלי לא ירצה לחיות. אלא שמבחינת הפרט שמבקש להימנע מטיפול רפואי, זאת איננה שאלה. כשאדם מסרב לטיפול רפואי, הוא מסרב לטיפול רפואי. הוא לא אומר בכך שהוא מבקש את נפשו למות. מן הסתם הוא רוצה לחיות. השאלה היא איך. אבל מערכת הרפואה הינה רבת עוצמה, ויש בה נטייה לתייג את מי שלא נענה לה, מי שלא משתף פעולה או מתנהג בצייטונת (compliance) עימה, בתור מטופל בעייתי או סרבן. אפשר לראות זאת, לדוגמא, בהקשר של נשים יולדות. רובן משתפות פעולה, אך יש שרוצות קצת יותר שליטה בחוויית הלידה, ולקבל החלטות במהלך התקדמות הלידה בבית החולים. אם הן שואלות שאלות או מתנגדות או רוצות לסרב באופן סלקטיבי למרכיב של פרוטוקול הטיפול, יש נטייה לתייג אותן כבעייתיות. הדברים נכונים גם לגבי אנשים שמלווים קרובים חולים במהלך אשפוז. אני יכולה לומר מניסיוני עם הורי, בשנים לפני מותם כשהיו מטופלים הרבה בבתי חולים. אני יודעת שסומנתי בתור אישה לבנה משכילה שיש לה דעות ורצונות, ושיש איתה בעיה.

הנטייה לראות רצון להימנע מטיפול בתור רצון למות, מושפעת מהשיח הדיכטומי שמציב את ערך קדושת החיים מול ערך האוטונומיה של הפרט. שיח זה עיצב את חוק החולה הנוטה למות, התס"ה-2005,¹² כאשר ערך החיים הכריע לרוב את ערך החירות. אותו שיח ממשיך לצבוע את הדיון האתי, לרבות הנטיה להעמיד הימנעות מטיפול כענין של סכנת חיים. כך, במקרה של פיניו חולה בכוח על ידי צוות מד"א, טוענים שיש בנסיבות סכנת חיים, ואם החולה אינו כשיר לקבל החלטות באותו רגע, מתייחסים

12. חוק החולה הנוטה למות אמנם מזכיר גם את הערך של איכות חיים, אולם בהוראות האופרטיביות אין לכך ביטוי רב, מלבד ההוראה החשובה שקובעת את זכות החולה לקבל טיפול פליאטיבי.

אליו כאילו חלות עליו ההוראות של חוק החולה הנטוה למות בקשר לטיפול בחולים בלתי-כשירים. אך הוראות אלה קובעות שטיפול רפואי יינתן כברירת מחדל, כלומר לחולים בלתי-כשירים שלא הביעו את רצונם בהנחיות מקדימות או לא מינו מיפיה כוח רפואי לצורך החוק. אולם יש לזכור שחוק החולה הנטוה למות מאד מצומצם בהיקף תחולתו,¹³ והוא לא החליף את חוק זכויות החולה. יתירה מזאת, חוק החולה הנטוה למות נחקק מתוך מחשבה על חולים בסרטן סופני. בדיונים שקדמו להכנתו בוועדת שטיינברג, לא התייחסו למצבים הרבה יותר מצויים של הזדקנות לאורך זמן, עם היחלשות לאורך זמן, והזדקנות לאורך זמן לשירותים רפואיים בשל תחלואה כרונית זוחלת ומורכבת.

ההזדקנות היא מנת חלקם של בעלי המזל שזכו לחיות חיים ארוכי שנים. היינו רוצים לחיות אותם בטוב, אבל סיכויי הבריאות והמוגבלות הולכים וגדלים עם השנים ביחס לגילאים קודמים. גם אם אינני יכולה לצפות במדויק את הנסיבות הרפואיות שבהן אמצא את עצמי לעת זקנה, תחלואה ומוות, עדיין אני רואה שיש שתי בחירות מרכזיות. הבחירה הראשונה היא ביחס לטיב הטיפול שאני מעוניינת לקבל: האם אני רוצה טיפול קיורטיבי או פליאטיבי? מה יותר חשוב לי: אורך חיי או איכות חיי? הבחירה השנייה היא ביחס למקום שבו אקבל טיפול: האם אני מעדיפה להיות מטופלת בבית או בבית חולים? כלומר, זכותי היא לבחור איזה טיפול רפואי לקבל ואיזה לא, ולבחור היכן לקבל את הטיפול שאני מעוניינת בו - כאשר הבחירה המרכזית היא בין קהילה לאשפוז.¹⁴ שאלות אלה צריכות להכתיב את התכנון של שירותי הבריאות ולאולוסייה הקשישה בישראל ל-10 השנים הקרובות. היום לא קיימת תשתית שירותים שמאפשרת בחירות כאלה. ברירת המחדל היא אשפוז, אבל הוא אינו נקי מבעיות. החולה מאבד זהות בתוך המוסד הרפואי, והוא נתון לעיתים לשרשרת התערבויות רפואיות, כאשר יש שם סיכונים זיהומיים, ומוכרת התופעה של "הדלת המסתובבת" שמתארת כיצד קשישים בגיל הרביעי נכנסים ויוצאים מבתי החולים והולכים ונחלשים מאשפוז לאשפוז. קרובי הקשיש אולי מבקשים מהצוות הרפואי לעשות כל מה שניתן, אבל לאמיתו של דבר התערבויות הרואיות בגיל הרביעי הן לפעמים בבחינת טיפול יתר. מצד שני, יש יתרונות לפיתוח של אשפוז בית ושירותים אחרים בקהילה שהינם פליאטיביים ו-low-tech, ומכוונים להפחית כאב וסבל ולקיים איכות חיים.

יש גם בחירה נוספת, שלישית, שהיא עקרונית - ביחס להזנה מלאכותית, והיא גם מחזירה אותנו לשאלות של כפייה. המשמעות של האכלה בכפייה במקרה של עציר שובת רעב היא החדרה של זונדה לוושט. כאשר חולה מתנגד לך פיזית, זה הופך לסוג של עינוי. אצל זקנים שאינם יכולים ללעוס או לבלוע אוכל, או שהם אוכלים לאט מאד, מדובר בהחדרה של פג לקיבה, דבר שמצריך לעיתים ריסון פיזי של חולים שנעים באי-נוחות או מנסים למשוך את הצנתר בידיהם. זוהי נורמה של טיפול במוסדות רפואיים וסיעודיים-מורכבים בישראל. היא אפילו מחויבת על ידי חוק החולה הנטוה למות, ככל שמדובר בחולה שכזה. אבל ניסיוני עם אבי, אשר נפטר אחרי שלוש שנים אומללות של הידרדרות מנטלית ופיזית, היה שבשלב מסוים הוא פשוט הפסיק לאכול. הוא אכל פחות ופחות עד שהוא הפסיק לקבל אוכל לפה. בעצת רופא נבון, הרטבנו את שפתיו בשבבי זכוכית, וכעבור כמה ימים הוא נפטר

13. החוק חל רק על חולים שרופא מוסמך קבע לגביהם שנתרו להם לא יותר מ-6 חודשי חיים, גם אם יינתן להם טיפול רפואי.
14. יש גם שאלה לגבי המקום שבו יינתן טיפול סיעודי, בבית או במוסד.

במיטתו. הוא הפסיק לאכול. זו דרך של האורגניזם להיפרד, כך חוויתי זאת אצל אבי. על כך צריך לתת את הדעת, ולתקן את החוק בהתאם.

הסוגיה שממנה התחלנו, העלתה את השאלה האם לתת בידי אנשי צוות אמבולנס סמכויות להשתמש בכוח על מנת להוציא אדם מביתו לשם העברתו לבית חולים. כשלוקחים אדם מביתו בניגוד לרצונו, אנחנו לא רק כופים עליו את דעתנו הפטרנליסטית לגבי טובתו במונחים רפואיים, אנחנו גם שוללים את חירותו האישית ופוגעים בשלמותו (integrity) הן הגופנית והן הרגשית. זה דומה למצב שבו לוקחים אדם מביתו למעצר. במקרה של חולים, פגיעה זו מתווספת לפגיעה באוטונומיה שלהם במובן של אי-כיבוד רצונם.

כמובן העמדה של חברי המונגדת במועצה איננה עמדה מרושעת חס וחלילה.

המצוקה של המטופלים מובנת. יש להם יכולת לטפל באדם הזה. יש להם גם כלים רפואיים לטפל באנשים שנראה שההתנגדות שלהם לטיפול היא לא רציונאלית ולא מתקבלת על הדעת. החולה לא מבין מהו מצבו לאשורו. המטופלים מבינים זאת, ויודעים שהם יכולים לעזור לו, אפילו להציל את חייו, למרות שהוא מסרב לעזרתם. זו מצוקה מאד קשה. אולם, הניסיון לפתור את המצוקה הזאת על ידי מתן הנחיות באילו נסיבות חריגות אכן מותר לקחת אדם בכוח מביתו, נשען על פקפוק לגבי הרציונאליות של אותה התנגדות, ומטיל ספק בכשירות של האדם המתנגד. בפסיקה מן הארץ והעולם יש מקרים שונים שבהם פקפקו ביכולת הרציונאליות של החולה, אם בהקשר של סירוב ללידה בניוח קיסרי, או של עירוי דם. וחשוב לזכור, שבעניינים מעין אלה של חיים ומוות, יש מקום גם לאינטליגנציה רגשית, שהיא במהותה אישית ומעבר לשיפוט.

המשמעות של הדברים היא שבמתח בין קדושת החיים לבין החירות והאוטונומיה והכבוד, איזון הערכים מחייב לפעמים ויתור לכאן, ולפעמים ויתור לכאן. כלומר, אם אנו באמת מכבדים את כבוד האדם, יהיו פעמים שבהם נשלם על כך במחיר של החיים. זאת המשמעות של איזון ערכים במקרה של דילמה: לפעמים נעדיף ערך אחד, אבל יהיו גם פעמים שבהם נעדיף את האחר. שהרי אם אנחנו מכריעים תמיד לטובת החיים, הערך של כבוד האדם מוכפף לו. אבל מכיוון שמדובר בערכים אופקיים, עלינו לכבד אותם באופן מאוזן, ופתרון הקונפליקט מחייב שפעם תכריע הכף הזאת של המאזניים, ופעם הכף הזאת.

ועם כל זאת, לאמיתו של דבר השניות הרעיונית היא מדומה. ההנגדה של קדושת החיים מול כבוד האדם היא עוזרת לנו לנתח את הדילמה. אבל בסופו של דבר הפתרון לקונפליקטים סביב קבלת טיפול רפואי טמון בתקשורת בין מטופלים למטופלים שבנויה על כבוד, במובן של respect. ניתן לראות כבוד במובן זה כנגזרת של ערך-העל של כבוד האדם (human dignity). אבל יש לו היבטים מעשיים, ובעיקר: להתייחס בכבוד ובטוב לב אל החולה גם בדיבור וגם בהקשבה, לאפשר לו לבטא את רגשותיו, ולהבין את התרבות שבה הוא חי. תקשורת מכבדת וקשובה היא הכלי לפתרון הדילמה. לעומת זאת, שימוש בכוח - ולו רק במקרים חריגים - יקעקע את האמון של מטופלים במערכת הרפואית, וישמיט את הבסיס לאפקטיביות שלה.

חשוב לזכור, שכאשר מדברים על כיבוד האוטונומיה של הפרט בתור נורמה אתית של קבלת החלטות רפואיות, אנו רואים את הפרט בתוך ההקשר החברתי שלו. הוא או היא קיימים ברשת של מערכות יחסים עם בני משפחה, צוות מטפל, ומורים רחניים. אם בעבר דמיינו את הפרט האוטונומי בתור איש על אי בודד, היום אנו יודעים שהאוטונומיה היא relational, כלומר היא מופעלת בהתייחס אל, ובהתהוות-גומלין עם מערכות היחסים שממקמים אותנו בעולם. אי אפשר לשלוף את האוטונומיה מתוך המארג של מערכות היחסים שמעצבות ומבנות אותנו מרגע לרגע. הכול דינאמי. ברגע זה החולה מתנגדת, ברגע זה אני מדברת איתה. אני מתעניינת לשמוע אותה, להבין את המצוקה והקושי שלה. אני מסבירה לה איך אני יכולה לעזור. היא אומרת, אה, אולי אני אחשוב על זה... ואולי לא.

- ד"ר כרמל שלו, הפקולטה למשפטים, אוניברסיטת חיפה.
- מבוסס על דברים שנישאו בכנס התשיעי של לשכת האתיקה של האחיות והאחים בישראל, 15 במאי 2014, כפר המכביה, רמת גן.

בריאות התלמיד - שירותי עזרה ראשונה / נורית דסאו

שירותי עזרה ראשונה אינם נכללים בשירותי הבריאות לתלמיד הקבועים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, ולכן הם אינם באחריות משרד הבריאות אלא באחריות משרד החינוך. בשנים שבהם נכחה אחות קבועה בבית הספר היא נתנה הן שירותי רפואה מונעת והן שירותי עזרה ראשונה. ואולם, בשל צמצום נוכחותן של אחיות בריאות הציבור בבתי הספר ובשל החלטת משרד החינוך בשנת 2005 שלא להעסיק כלל אחיות בבתי הספר לצורך מתן עזרה ראשונה, נוצר מצב שבו אין כל גורם הנותן שירותי עזרה ראשונה בבתי הספר.

בנסיבות אלו, הגישה קבוצת הורים עתירה לבג"צ שעניינה כאמור החלטה של משרד החינוך שלא לספק שירותי עזרה ראשונה לתלמידי בתי הספר בדרך של נוכחות קבועה ורציפה של אחות מוסמכת בבית הספר (בג"צ 10794/05 דודי לנדאו נ' מדינת ישראל (פורסם בנבו)). לטענת ההורים בעתירה, על המדינה חלה חובה להבטיח את נוכחותה של אחות בבתי הספר באופן קבוע, לצורך מתן שירותי עזרה ראשונה, כאשר האיסור החל על המדינה לגבות תשלומים עבור שירותי עזרה ראשונה מלמד לטענתם כי המדינה היא שמחוייבת לספק שירות זה. המדינה לא כפרה בחובתה לספק שירותי עזרה ראשונה לתלמידי בתי הספר, אך נמנעה מלנקוט עמדה ביחס לבסיס הנורמטיבי אשר עליו התבססה העתירה. לטענתה, מתן שירותי עזרה ראשונה לתלמידים אינו מחייב הצבת אחות קבועה בבתי הספר, ודי בפתרונות החלופיים אשר הוצעו על ידה בדיונים בפני בית המשפט על מנת ליתן מענה לצורך זה. כך לדוגמה בין הציעה המדינה להכשיר את סגל ההוראה או את הסגל המינהלי ליתן עזרה ראשונה. משנדחו הצעות אלו והצעות נוספות מצדה, הציעה המדינה פתרון לפיו מוקדים ממונעים יהיו אמונים על הגשת עזרה ראשונה לתלמידים. על פי הצעה זו יוקם מוקד טלפוני יעודי אשר יקבל את הקריאות מבתי הספר, וכן יוחזק מערך כוננים אשר יוכלו להגיע לבתי הספר ליתן מענה לקריאות אלו. על מנת

להיערך לשנת הלימודים הקרובה, החליטה המדינה להימנע מלצאת למרכז להקמת המוקדים, ותחת זאת להתקשר עם מד"א למתן שירותי העזרה הראשונה בבתי הספר במהלך שנת הלימודים 2008, תוך שהינה מבהירה כי מדובר בהתקשרות לתקופה קצרה ומוגבלת, אשר במהלכה יופקו הלקחים הנדרשים על מנת לשפר את השירות.

בסמוך לאחר מכן פורטו פרטי ההתקשרות המתוכננת בין המדינה ובין מד"א לפיהם מד"א יקימו מוקד טלפוני יעודי, אשר יקבל את הקריאות מבתי הספר בתוך 15 שניות, וכן יחזיק מערך כוננים אשר יוכלו להגיע לבתי הספר ליתן מענה לקריאות בתוך 15 דקות, כאשר ההחלטה באלו מקרים יש לשגר כונן לבית הספר ובאלו יש להנחות את בית הספר באמצעות הטלפון תהיה באחריות המוקד.

בית המשפט קבע כי מעת שהמדינה קיבלה על עצמה את החובה לספק שירותי עזרה ראשונה, הרי אין הוא נדרש עוד להכריע בשאלת עצם קיומה של החובה, אלא עליו לקבוע האם הפתרון אשר מוצע על ידה לשם מתן שירותים אלה הינו פתרון סביר, הנותן מענה לקיום החובה. בית המשפט קבע כי הגם שהפתרון המוצע אינו פתרון אופטימאלי, כאשר המטרה של מתן עזרה ראשונה לתלמידים היתה מושגת באופן מיטבי לו היתה נמשכת נוכחותן הקבועה של האחיות בכל בתי הספר, הרי ניתן לקבל עמדת המדינה לפיה היא יוצאת ידי חובתה בנותנה מענה לצורך בשירותי עזרה ראשונה בבתי הספר ברמה הבסיסית. כך נקבע כי חובה זו אינה מחייבת בהכרח נוכחות קבועה של אחות, וכי יכול והעזרה הראשונה תינתן גם על ידי גורם חיצוני לבית הספר, ובלבד שהמענה שיינתן יהיה מענה סביר, ויעמוד בדרישות למתן השירות ברמה מקצועית טובה ובמועד הנדרש.

בסופו של דבר קבע בית המשפט כי הפתרון המוצע על ידי המדינה, לפיו שירותי העזרה הראשונה יינתנו על ידי מערך יעודי של מד"א, במסגרת ההתקשרות בין מד"א למדינה, הינו פתרון סביר, זאת, בין היתר, בהתחשב בעובדה שבתוך שישה חודשים תכונס ועדת מעקב, אשר תדון בטיב המענה אשר ניתן על ידי מערך יעודי זה.

לקראת תום תקופת ההתקשרות עם מד"א פרסם משרד החינוך מכרז למתן שירותי עזרה ראשונה לתלמידים במערכת החינוך, אשר נערך במתכונת ההתקשרות עם מד"א, אליו ניגשו שני גופים בלבד - מד"א ונטלי. ועדת המכרזים של משרד החינוך הודיעה על זכייתה של נטלי במכרז, ולאחר שנבדקו טענות והשגות שהועלו על ידי מד"א בקשר לכך, ולאחר קבלת חוות דעת מגוף יעוץ חיצוני, החליטה ועדת המכרזים להותיר את זכייתה של נטלי במכרז על כנה, ומשרד החינוך התקשר עימה בהסכם להספקת שירותי עזרה ראשונה לתלמידי בתי הספר ברחבי הארץ החל מיום 1 באפריל 2009.

בעקבות זכייתה של נטלי במכרז, הגישה מד"א בבית המשפט לעניינים מינהליים עתירה מינהלית כנגד החלטת ועדת המכרזים, במסגרתה העלתה מספר טענות כנגד זכייתה של נטלי במכרז. בית המשפט דחה את העתירה, ועל כך הוגש ערעור בפני בית המשפט העליון ("הערעור"), אשר נדון במאוחד עם עתירה לבג"צ בקשר למכרז ולזכיית נטלי בו ("העתירה") (עע"ם 2914/09 אגודת מנג' דוד אדום בישראל נ' מדינת ישראל, בג"צ 3217/09 עו"ד רענן כרמון נ' שר החינוך). בעתירה הועלו טענות הנוגעות להליכי המכרז, טענות לפיהן לא נתמלאו התנאים שנקבעו בפסק הדין בעניין לנדאו בכל הקשור לבחינת פעילותה של מד"א על ידי ועדת מעקב והפצת נתוני המעקב בין הגורמים השונים וכן

טענות לפיהן נטלי אינה יכולה להוות תחליף הולם לשירותי העזרה הראשונה הניתנים על ידי מד"א. בית המשפט דחה הטענות ביחס להליכי המכרז, אשר העולו הן בערעור והן בעתירה, והוסיף ודחה את הטענות ביחס למילוי התנאים ביחס למעקב אחר פעילות מד"א בקבלו עמדת המדינה לפיה השירות ניתן על ידי נטלי בשקיפות מלאה תוך שהערכתו נעשית באופן מושכל ויסודי.

בית המשפט הוסיף וקבע כי עניינו של המכרז הוא במתן מענה טיפול רפואי-ראשוני לתלמידים במוסדות החינוך, וזאת להבדיל משירותי רפואה מצילי חיים הניתנים על ידי מד"א מכוח חוק מגן דוד אדום, תשי"ז-1950. כך נקבע כי המוקד הממונע בא להחליף את אחות בית הספר, שאף היא הזעיקה במצבי חירום את מד"א, וכי המכרז נועד ליתן מענה למצבים שכיחים בבתי ספר של פגיעות ופציעות בהן לא נשקפת סכנת חיים, אך נדרש טיפול מיומן.

לאור זאת, דחה בית המשפט הן את העתירה והן את הערעור.

בית המשפט הוסיף וקבע כי אין מקום לדון במסגרת הערעור והעתירה עתה בסוגיה הכללית של הפרטת שירותי הבריאות בבתי הספר מאחר ונושא זה תלוי ועומד אותה העת בפני בית המשפט העליון בעתירה במסגרתה הוצא צו על תנאי (בג"צ 1083/07 ההסתדרות הרפואית בישראל נ' משרד הבריאות (פורסם בנבו)).

בית המשפט ציין אגב אורחא כי הגם שבבסיס המהלך של הקמת המוקד הממונע עומדת ההנחה כי יש בכך כדי לחסוך סכומים ניכרים לקופת הציבור, הרי ספק האם ההכרעה העקרונית שנעשתה ביחס למתן שירותי עזרה ראשונה לבתי הספר, אכן הביאה בחשבון את החישוב הכללי של העלות אל מול התועלת והאינטרס של הציבור לטווח ארוך.

התערבות בית המשפט במחלוקת בין הורים על חיסון ילדם כנגד מחלת הפוליו/ מאיה פלד-רז

ביום 5.6.2014 ניתנה בבית המשפט לענייני משפחה בחיפה החלטה לדחות את בקשת אביו של ע', קטין, להורות על חיסונו כנגד מחלת הפוליו, בניגוד לעמדת אימו.

<http://elyon1.court.gov.il/heb/dover/4131903.pdf>

בסוף שנת 2013 מצאה עצמה מדינת ישראל מתמודדת עם סימני נוכחותה האקטיבית של מחלת הפוליו בקרב האוכלוסייה - נוכחות אשר אותותיה הלכו והתרחבו בעוצמתם. לאור החשש להתפרצות נרחבת וממשית של המחלה, הורה משרד הבריאות על הפעלתה של תוכנית חיסונים מואצת, בחיסון מוחלש, של כלל הילדים, אשר חוסנו בעבר כנגד המחלה בחיסון המומת. מטרת התוכנית - למנוע את הדבקתם במחלה של הבלתי מחוסנים, הנחשפים להפרשות גופם של המחוסנים. הפרשות אלו עשויות לשאת את הנגיף, אשר על אף שאינו מסוכן למחוסן המפריש אותו, הינו מסוכן, כאמור, לקרוביו הבלתי מחוסנים.

הוריו של הקטין, הנמצאים בהליכי גירושם, מצאו עצמם חלוקים באשר ליישומה של הנחיית משרד הבריאות, כאשר אימו של הקטין מסרבת לחיסונו בטענה כי: "מאחר והקטין קיבל את כל מנות חיסון

הפוליו המומת הוא מוגן מהמחלה... לפיכך "אין ליטול סיכון ולו מינימאלי של פרומיל לתמותה כאשר ברור כי הקטין הספציפי אינו נדרש לחיסון".

בית המשפט מינה את פרופ' עמוס עזיוני כמומחה מטעמו על מנת שיחווה דעתו לעניין נחיצות מתן החיסון לקטין. פרופ' עזיוני הביע דעתו, כי "...ע' כבר קיבל ארבעה חיסונים של הנגיף המומת, ועל כן ברור שהוא עצמו לא יחלה במחלת הפוליו גם אם ייחשף לנגיף הפרא. יחד עם זאת, מתן החיסון החי-מוחלש לע' לא יסכן אותו ואף לא יגרום לו כל סבל מאחר והחיסון ניתן בטיפות דרך הפה. כפי שהוסבר מתן החיסון יסייע בהבטחת 'חיסון העדר' לאוכלוסייה הכללית ובכך למנוע אפשרות של הופעת המחלה אצל אנשים אשר לא חוסנו מכל סיבה שהיא". בהמשך קרא המומחה לאמץ את הנחיית משרד הבריאות, ולהורות על חיסון הקטין, כבקשת אביו.

בית המשפט דחה את עמדת המומחה, כמו גם את בקשת האב להורות על חיסון הקטין, וזאת מכיוון ש"במצב דברים זה, כאשר האם מתנגדת למתן החיסון אינני סבורה שעל בית המשפט להחליף את שיקול הדעת של האם ולכפות ביצוע פעולה רפואית בקטין זאת בהיעדר סיכון ממשי לחייו של הקטין, אם לא יקבל החיסון. נימוקים שבטובת הכלל, עם כל ההבנה לחשיבותם ותוך שאינני סבורה כי יש להקל ראש בהנחיות משרד הבריאות, אין כוחם גובר על שיקול טובתו של הקטין הספציפי, מושא החלטה זו. גם אם קיים סיכון מזערי לפגיעה בקטין, אם יקבל החיסון, יש לכבד את שיקול דעתה של האם המתנגדת למתן החיסון זאת משאין חולק כי הקטין עצמו מחוסן בפני נגיף הפוליו".

על אף שהגיע לתוצאה המשפטית הנכונה, רציונאל החלטת בית המשפט הינו בעייתי, בלשון המעטה. השאלה שצריכה היתה להיות על הפרק כלל לא היתה צריכה להיות, האם בנסיבות עולה התועלת לכלל הציבור על הסיכון לילד. למעשה, משהוברר על ידי המומחה מטעם בית המשפט, כי אין החיסון מסכן כלל את הילד, לא היה סיכון מסוג זה צריך להיות כלל שיקול בהחלטה.

השאלה המשפטית שראויה היתה להישאל, הינה אך ורק האם מותר לבית המשפט להורות על הליך החיסון, בניגוד לדעת האם, מתוך הבנה כי אין החיסון טומן בחובו תועלת בהסתברות גבוהה לילד עצמו. החוק הישראלי מנוסח כך, שסמכות של בית המשפט להורות על הליך רפואי בקטין, שלא בהסכמת שני הוריו, מוגבלת למקרים בהם בית המשפט "שוכנע, על פי חוות דעת רפואית, כי האמצעים האמורים דרושים לשמירת שלומם הגופני או הנפשי של הקטין, פסול הדין או החסוי". (סעיף 64ב' לחוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות).

משהוברר למעלה מכל ספק, כי אין זה המצב בהקשר של חיסון הפוליו, כאשר הילד עצמו כבר מחוסן בחיסון המומת על כל שלביו, הרי שנמשכה הקרקע תחת סמכותו של בית המשפט להורות על ביצועו של החיסון, כנגד התנגדות אחד מאפוטרופסיו הטיבעיים.

היחיד שבסמכותו להורות על חיסון קטנים, כנגד עמדת הוריהם, מטעמי בריאותו של כלל הציבור, הינו משרד הבריאות, וזאת מתוקף סמכותו בסעיף 20(2)ב' לפקודת בריאות העם. יש להבהיר כי סמכות כפייה זו כפופה לקיומו של מצב מגפתי (או סיכון חמור לו), בהקשרה של המחלה בפניה מבקשים לחסן. סמכות גורפת זו לא הופעלה עד כה בישראל, ואף לא הופעלה בהקשרה של ההתפרצות

הפנדמית של מחלת הפוליו הנדונה.

משבחר משרד הבריאות שלא להפעיל סמכויות כפיה, ברי כי אין ראוי כי בית המשפט יפעילן, משהוברר כי אין טובתו של הקטין המסוים עומדת על הפרק.

מעניין לציין, כי הדין עשוי היה להתפתח בצורה אחרת לגמרי, לו היה נטען בו, כי אביו, או קרוב משפחה קרוב אחר שלו (סב או אח), מצויים בסכנת הדבקה מהפרשותיו. במקרה שכזה, היה בית המשפט מחויב לשקול את טובתו של הקטין, ככוללת את שימור אפשרות האינטראקציה של הקטין עם אביו (למשל) כחלק מההגנה על בריאותו הנפשית של הקטין... ויתכן כי היה בשיקול זה כדי להטות את הכף לטובת חיסונו.

טענה זו כאמור לא הועלתה בהליך, ומעניין יהיה לראות כיצד יתמודד איתו בית המשפט, באם תעלה בעתיד.

• ד"ר מאיה פלד-רז, עו"ד, המרכז הבינלאומי לבריאות, משפט ואתיקה, אוניברסיטת חיפה

המלצות הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית

נורית דסאו

לפני כעשרים שנה, נכנס לתוקפו חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994 (להלן: "החוק"), ובבסיסו נקבעו עקרונות יסוד של שוויון, צדק ועזרה הדדית. חקיקת החוק היוותה מהלך מהפכני אשר העמיד את מדינת ישראל בשורה הראשונה של המדינות המתוקנות המציעות לתושביהן מערכת רווחה מפותחת ושוויונית גם בתחום הבריאות, שלאחריו נבנתה והתפתחה בישראל מערכת מוסדית וארגונית רחבה של רפואה ציבורית ומקצועית. עם זאת, בשנים האחרונות, החלו להסתמן מגמות מדאיגות אשר יש בהן כדי להעיב על עקרונות היסוד האמורים של החוק. על רקע זה החליטה שרת הבריאות על מינוי וועדה מייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית (להלן: "הוועדה"), אשר תבחן את הסוגיות השונות הניצבות לפתחה של מערכת הבריאות הציבורית, תנתח אותן ותגבש סדרת המלצות ופתרונות לצורך חיזוקה. לאחר כתיסור חודשי דיונים, פרסמה הוועדה את המלצותיה בחודש יוני 2014. להלן נסקור את עיקרי המלצות הוועדה.

המלצות רבות של הוועדה מתייחסות לריסון המערכת הפרטית וחיזוק הרפואה הציבורית באמצעות קיצור תורים במערכת הציבורית. כך, אחת המלצות המשמעותיות של הוועדה הינה שלא להתיר פעילות במימון פרטי בתוך בתי החולים הציבוריים, מלבד הקיים והמותר כיום. עוד המליצה הוועדה בנושא מערכת האשפוז, על יישום מודל ה"פולטיימר". על פי מודל זה, כל רופא יהא חייב לבחור אחת

מן השתיים: התמסרות למסלול הציבורי, או פרקטיקה במסלול הפרטי, כאשר רופא שיבחר לעבוד במערכת הציבורית לא יוכל לעבוד גם במערכת הפרטית, ולהיפך. מאחר והעסקת רופאים וצוותים רפואיים תומכים בשעות אחר הצהריים תהא כרוכה בהוצאות רבות, התייחסה הוועדה גם לאופן בו ניתן להגדיל את תקציבי קופות החולים ובתי החולים לשם יישום מודל זה. כך המליצה הוועדה על עדכון הפיזיו הדמוגרפי בחוק על מנת שיבטא באופן מלא את הגידול באוכלוסיה או קביעת שיעור מינימלי לתוספת הטכנולוגית השנתית לשירותים הניתנים במסגרת הסל הציבורי, גורמים המשפיעים על חישוב תקציב קופות החולים. עוד המליצה הוועדה על קביעת היטל ייעודי לבתי חולים פרטיים אשר יועבר למערכת הבריאות הציבורית לצורך קיצור תורים והגברת נוכחות רופאים בכירים בשעות אחר הצהריים. בעניין פעילותם של בתי חולים פרטיים המליצה הוועדה לקבוע מנגנוני רגולציה לריסון גידול הפעילות של המערכת הפרטית ובתי החולים הפרטיים.

מנגנון נוסף אותו הציעה הוועדה במטרה להביא לקיצורה תורים במערכת הציבורית, הוא על ידי שינוי מנגנון הביטוחים הרפואיים. תחילה הציעה הוועדה לפרק את רבדי הביטוח הרפואי לשלושה רכיבים בלתי תלויים, תוך שהינה מתייחסת בעיקר לרכיב הראשון - ניתוחים וייעוץ אגב ניתוח, וכן ייעוצים וחוות דעת שנייה. בעניין זה המליצה הוועדה על יצירת תנאים אחידים לכלל תכניות הביטוח המציעות כיסוי לרכיב זה, בין אם מוצעות על ידי קופות החולים או על ידי חברות הביטוח. כך לדוגמה על הפוליסות להיות אחידות בפרמיה שלהן, אשר תשתנה לפי קבוצות גיל, וכן בשיעורי ההשתתפויות העצמיות שלהן, כאשר ייאסר על מכירת ביטוח, מוצר לכיסוי או להפחתה של ההשתתפות העצמית.

עוד המליצה הוועדה כי ביצוע הניתוחים והייעוצים יהיה באמצעות רופאים שבהסדר בלבד, כך שייאסר על החזר הוצאות בגין ניתוח או יעוץ אצל רופא שאינו בהסדר. כך, על פי המלצה זו, הרופא יקבל תשלום קבוע מהביטוח עבור הניתוח או חוות הדעת, וייאסר עליו לגבות מהמבוטח כל סכום נוסף, זאת במטרה למתן שכר הרופאים ברפואה הפרטית, ולהקטין את התחרות שמייצרת הרפואה הפרטית לציבורית.

אולם נראה כי המלצתה העיקרית של הוועדה בעניין זה הינה ביחס לתמריץ הקיים לקופות החולים להסגת חולים מהמערכת הציבורית לפרטית. כיום, במקרה בו מבוטחים מבקשים לקבל במערכת הפרטית שירותים הכלולים בסל הציבורי, למעשה במימון ביטוח משלים או ביטוח בריאות של אחת מחברות הביטוח, הרי קופת החולים מצידה עדיין מקבלת תקציב מסל הבריאות בגין שירותים אלו, הגם שבוצעו במערכת הפרטית, ומכאן הדרך להסגת חולים מהמערכת הציבורית לפרטית קצרה. משכך המליצה הוועדה כי משרדי הבריאות והאוצר יגבשו מנגנון אשר ינטרל או יצמצם ככל האפשר את התמריץ האמור לקופת החולים, באמצעות הקמת קרן ייעודית אליה תעביר הקופה את עלות הטיפול והייעוצים הכלולים בסל הציבורי עבור כל מבוטח אשר בחר להפעיל לשם כך ביטוח. חלוקת תקציבי הקרן בין קופות החולים תיקבע גם היא באופן שינטרל או יצמצם ככל האפשר את התמריץ הקיים להסגת חולים כאמור. כך למעשה יוטל על קופות החולים 'קנס' עבור שימוש בביטוח פרטי על כל שירות אשר ניתן גם בסל הציבורי, ויווצר תמריץ לקופות לשפר את השירות הציבורי שלהן, על מנת לשכנע את המבוטחים שלא להשתמש יותר מידי בביטוחים המשלימים או הפרטיים.

הוועדה גם התייחסה לנושא הסדרי הבחירה בין בתי חולים. הסדרי בחירה אלו מוסדרים על-ידי תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (הסדרי בחירה בין נותני שירותים), תשס"ה - 2005 וחוזר סמנכ"ל משרד

הבריאות מחדש יוני 2011 בנושא יישום התקנות, הקובעים למעשה תנאים כלליים שעל הסדרי הבחירה לקיים כגון עמידה בדרישות החוק לענין נגישות, זמינות ואיכות סבירים, שמירת רצף טיפולי במהלך טיפול, מומחיות נאותה של ספקי שירות וריכוז שירותים אינטנסיביים במרכז רפואי אחד. הוועדה המליצה להרחיב את הסדרי הבחירה הקיימים כיום כך שיאפשרו לכל מבוטח לקבל שירות בלפחות 3 בתי חולים העונים על הכללים הבאים: לפחות 2 בתי חולים באזור הגיאוגרפי, לפחות 2 בתי חולים אשר נמצאים בבעלות גורמים שונים (ממשלתי, קופ"ח כללית, ציבוריים אחרים) ובית חולים על, שאינו בהכרח באזור הגיאוגרפי. ועוד, קופת החולים צריכה להציע לפחות בית חולים אחד אשר זמן ההמתנה בו אינו ארוך ביחס לממוצע.

הוועדה גם ביקשה להסדיר אופן הטיפול בתיירי מרפא, תוך קביעת מנגנון אשר מחד יבטיח קדימות ברורה לחולה הישראלי על פני תייר המרפא, ומאידך יעשה שימוש בהכנסות אשר יתקבלו מהטיפול בתיירי המרפא לטובת המטופל הישראלי. כך המליצה הוועדה כי זכות בתי החולים הציבוריים לטפל בתיירי מרפא תהיה מותנית בקבלת רשיון ממשרד הבריאות, וכן כי בפרוצדורות בהן אורך התור לישראלים לא יעמוד בתנאים כפי שנקבעו ביחס לסטנדרטים של זמינות לחולים ישראלים, לא יאושר טיפול לתיירי מרפא. ביחס להכנסות הצפויות מתיירות המרפא, המליצה הוועדה על חיוב תיירי מרפא בהיטל יעודי עבור שימוש בתשתיות-על של המדינה, אשר הכנסותיו ישמשו לטובת קיצור תורים לישראלים והתאמת התשתיות לפעילות זו, על הפניית כל רווחי בית החולים מפעילות תיירות מרפא לטובת המטופל הישראלי ועל קביעת תקרה להכנסות בית החולים מפעילות תיירות מרפא. עוד הומלץ כי ככלל, הטיפול בתיירי מרפא יעשה אחרי שעות הפעילות הרגילות של בית החולים, למעט במקרים חריגים בהם קיים אילוץ רפואי המחייב את הטיפול בשעות הפעילות הרגילות. עוד הדגישה הוועדה כי יהא זאת באחריות הנהלת בית החולים להבטיח קדימות אבסולוטית - כך לשון המלצת הוועדה - לחולה הישראלי בנגישות לכל תשתית בית החולים ובכלל זה מיטות אשפוז, מעבדות, מיכשור, מרפאות וכו'.

בנוסף התייחסו חלק מהמלצות הוועדה גם לנושאים שלהם השלכה מיוחדת על שירותי הבריאות בבריפריה. על פי אחד מעקרונות היסוד בחוק, שירותי הבריאות הכלולים בסל הציבורי יינתנו באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח (וזאת במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים כמפורט בחוק). דא עקא, עד עתה לא נקבעו כללים אשר יגדירו את הסטנדרטים למתן השירותים באופן האמור. על רקע זה, המליצה הוועדה כי משרד הבריאות והאוצר יקבעו כללים, תוך 120 יום, ויפעלו ליצירת סטנדרטים בנוגע לנגישות גיאוגרפית וזמני המתנה לשירותי הבריאות הקבועים בחוק, וליצירת תמריצים לעמידה בכללים של קיצור זמני ההמתנה הקיימים היכן שנדרש. סוגייה נוספת שלה השלכה מיוחדת על שירותי הבריאות בבריפריה היא היעדר קשר בין הפרמיה המשולמת לביטוח משלים או לביטוח רפואי אחר לבין היצע הרפואה הפרטית הקיים האזור המבוטח, כלומר יכול ושני מבוטחים ישלמו אותה פרמיה, אך אחד יוכל לממש זכויותיו על פי הביטוח אשר רכש בעוד שרעהו לא יוכל, וזאת בשל היצע נמוך של רפואה פרטית באזור מגוריו. בנושא זה המליצה הוועדה על בחינת כלים, מצד תשלומי פרמיה, שיטיבו עם אוכלוסיות הנמצאות באזורים שאין בהם היצע רחב של רפואה פרטית.

במרחב הגלובלי

קובץ ידיעות של מייקל קוק, עורך Bioedge / א.אכרמי

המתת חסד בבליגיה:

האגודה הבלגית לרפואת טיפול נמרץ (Belgian Society of Intensive Care Medicine) הוציאה לאחרונה הצהרה המתייחסת להמתת חסד ללא רצון המטופל. החוק הבלגי מתיר המתת חסד אקטיבית בתנאים מסוימים, אולם האגודה הבלגית הני"ל מרחיקה לכת מן החוק. האגודה גורסת שהקיצור של מהלך המיתה על ידי מתן סם מרגיע מעבר למנה הדרושה לנוחיות המטופל אינה רק מקובלת אלא גם רצויה. האגודה מורה לחבריה ליידע את קרובי המשפחה של המטופל על החלטתם, אבל אינה מורה לרופאים לבקש את הסכמת בני המשפחה. האגודה סבורה שמדובר בגישה אנושית, לא במעשה של הריגה.

הקפאה של גוויות

מקצועה cryonics עוסק בהקפאה ושימור גוויות של נפטרים, בתקווה של תחייתם וריפויים בעתיד. בשנת 2013 נאמד מספרם של גוויות מוקפאות ב 270. קיימות כשבע חברות העוסקות בכך, רובן בארצות הברית של אמריקה. המהלך הזה אינו חוקי במדינות שונות (כגון: צרפת), אולם יש מדינות המתירות את ההעברה של גוויות למדינה אחרת שבה המהלך אינו אסור. החברות האמורות גורסות שלא מדובר באנשים שמתו אלא באנשים המצויים במצב שקט זמני.

קריסת הטיפול בקשישים:

כתב העת לאנסט (Lancet) פרסם דבר המערכת לאחרונה. המאמר מתייחס ללחץ הגובר של אוכלוסיית הקשישים על מערכות הבריאות. התחזית מציינת שאוכלוסיית הקשישים (מעל 60 שנה) תעלה בשנים 2000 עד 2050 מ 11% עד ל 22%. מדינות במערב (לרבות בריטניה) מקצצות את התקציב לטיפול בקשישים. מאמר המערכת קורא לגישה אוהדת-גיל (age-friendly approach). קיים צורך דחוף להשקעה כלכלית ושל כוח אדם. המאמצים צריכים להתמקד בכיוונים של טיפול מניעתי וקידום הבריאות, ובפעילות נגד עישון, אלכוהול וליזם והשמנת יתר, ובחיזוק הקשר בין המערכת הרפואית לבין המערכת של השירותים הסוציאליים.

מוסדות ואישים

חוג האתיקה- הפקולטה לרפואה בטכניון / אורן אסמן

חוג האתיקה של הפקולטה לרפואה בטכניון פעיל מזה כעשרים שנים ומהווה את אחת ממסגרות המפגש הותיקות בתחום זה בישראל. הוא הוקם על ידי פרופ' גדעון אלרועי ז"ל ופרופ' רוזלי בר. מרכזי הפעילות שלו כיום הם ד"ר גרשון גרונפלד (מוטיקי החברים בחוג), פרופ' גד בר-יוסף, ד"ר גילה יעקב וד"ר עופר שמגר.

החוג פתוח לאנשי מקצוע ממערכת הבריאות- כגון: רופאים, אחיות, עובדים סוציאליים וכן לאנשי משפט ואתיקה. החוג מתכנס ביום שישי האחרון בכל חודש במהלך השנה האקדמית.

לחוג תכנית מפגשים שנתית הכוללת מגוון היבטים אתיים הרלוונטיים למערכת הבריאות.

בכל מפגש מציג מומחה נושא העקרונות או הסוגיה עימה מתמודדים אנשי מקצוע ובעקבות ההצגה מתקיים דיון. לקראת המפגש נשלחים למשתתפים מאמרים רלוונטיים המהווים רקע לנושא הנדון. בין הנושאים שנדונו בשנה הנוכחית (2013-2014): חיסוני פוליו והדיון האתי/ציבורי סביבם, מסוכנות בנהיגה ונשיאת נשק- הדילמה סביב הפרת סודיות רפואית וסביב מחויבות חברתית מול המחויבות למטופל, דילמות אתיות סביב אשפוזים פסיכיאטריים כפויים, כאב סבל ומעמד השקיפות של החולה השיטויני בעיני הצוות המטפל, בריאות וחולי באתיקה האיסלאמית, משמעותן של צוואות בחיים בחולים המתמודדים עם סוף החיים.

החוג פתוח למתעניינים שהם אנשי מקצועות הבריאות השונים וכן לאנשי אתיקה ומשפט. ניתן להצטרף לרשימת התפוצה במייל gilayak@gmail.com.

לימודי ביואתיקה ב- Union Graduate College and Icahn School of Medicine at Mount Sinai / רותם יצמן

במטרה להעלות את איכות העוסקים בתחום הביואתיקה, אם בתחום המחקר או בתחום האתיקה הקלינית, נפתח לפני למעלה מעשור מסלול משותף של Union Graduate College ו-Icahn School of Medicine at Mount Sinai בלמידה מרוחק של לימודי ביואתיקה. מסלול זה, הוא הראשון מסוגו ומביא את מיטב המרצים בתחום. המייחד את המסלול הזה ממסלולים אחרים הוא הלימודים של תחומים שונים, כגון: משפטים, היסטוריה, פילוסופיה ובריאות ולא רק התמקדות בתחום אחד. הנושאים הנלמדים הם מגוונים ורבים והם כוללים קורסים בנושא בריאות הציבור, טיפול בסוף החיים, בעלי חיים ובני אדם כנבדקים במחקרים קליניים וצדק חלוקתי במערכת הבריאות. הסטודנטים בתוכנית מגיעים מרחבי העולם וכוללים בתוכם רופאים, עורכי דין, אחיות, היסטוריונים, פילוסופים ועוד שרוצים להרחיב את ידיעותיהם בתחום האתיקה הרפואית ולהשתלב בתחום.

מערכת הלמידה הממוחשבת של התוכנית מאפשרת לתלמידים להכיר אחד את השני

במהלך הקורסים המקוונים וכך כל אחד תורם לשני מידיעותיו וניסיונו בתחום. את הלמידה המקוונת משלימים שלושה מפגשים שמתקיימים בקולג' ובבית חולים הר סיני כשבבית החולים מקיימים סימולציות במרכז הסימולציות המתקדם של בית החולים לסימולציות רפואיות. המרצים המובילים את התוכנית הם המובילים בתחומם בעולם ויושבים בוועידות הנשיא (האמריקאי) ללימוד סוגיות ביואתיקה וחוקרים ב-NIH ודרכם מפתחים כבר מספר שנים את תחום האתיקה במחקר הרפואי במזרח אירופה וחלק מהמרצים הם ממקימי תחום הביואתיקה.

אחת ממטרות התוכנית היא לעזור לבוגרים להשתלב בתחום האתיקה הרפואית ולשם כך הם עוזרים לחבר אותם עם אנשים בתחום האתיקה הרפואית והם מקיימים בכנסים שם ה-ASBH ארוחות שכוללות את הסטודנטים והבוגרים של התוכנית עם אישים נוספים מעולם האתיקה הרפואית.

לאתר התוכנית: <http://bioethics.union.edu/default.aspx>

ידיעות והודעות

כנס עולמי על אתיקה רפואית, משפט רפואי וביו-אתיקה

ב- 8.01.2015-6 יתקיים כנס עולמי על אתיקה רפואית, משפט רפואי וביו-אתיקה במלון קראון פלאזה, ירושלים.

הכנס יערך בחסות:

האיגוד הרפואי העולמי | האיגוד הפסיכיאטרי העולמי | האיגוד העולמי למשפט רפואי | אונסקו |
הסתדרות הרפואית בישראל | הסתדרות האחים והאחיות בישראל | פורום צפת לביו-אתיקה
המרכז הבינלאומי לבריאות, משפט ואתיקה, אוניברסיטת חיפה

קול קורא להגשת תקצירים

ניתן להגיש תקצירים (עד 250 מלים, בצירוף תמצית קו"ח) עד ליום 30.11.2014.
שליחת תקצירים אל: seminars@isas.co.il

נושאים מרכזיים:

אתיקה רפואית, קודים אתיים, משפט רפואי, מחקר רפואי, ניסויים רפואיים, ועדות אתיקה, הסכמה מדעת, אוטונומיה ופטרנליזם, העיסוק במקצוע, אחריות מקצועית, כשרות וסמכויות, זכויות החולה, קבלת הכרעות טיפוליות, מוסדות, מכשור וטכנולוגיה, מחלות ומפגעים, הנדסה גנטית, רוקחות, תרופות וסמים, המתת חסד, סודיות רפואית וגילוי מידע, ביטוח בריאות, הליכים שיפוטניים, חינוך אתי: מתודולוגיה, תכניות הוראה ושיטות הערכה.

נושאים מיוחדים:

דילמות אתיות בתחום הבריאות ביבשת אפריקה בפרט, ובארצות המתפתחות בכלל - דילמות קיצוב במערכת הבריאות - דילמות אתיות בהשתלת איברים - החולה הנוטה למות: דילמות אתיות. שפה: אנגלית.

דמי רישום עד ליום ה- 1.10.2014:

רישום מלא- 320 ש"ח, רישום ליום אחד- 170 ש"ח,

קבלת פנים וארוחת ערב- 235 ש"ח, ארוחת ערב גאלה- 245 ש"ח.

רישום לכנס: register@isas.co.il

פרטים נוספים: www.bioethics-conferences.com

איסו ארגון כנסים: 02-6520574, seminars@isas.co.il

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