



ביו-אתיקה

פורום צפת לביו-אתיקה

המכללה האקדמית צפת
עלון מס' 15 | אוגוסט 2016

עורכת: לימור מלול
עורכת לשונית: חנה כרמי

מערכת: תמר גדרון, מאיר דובדבני, נורית דסאן, מוחמד וותד, רותם וייצמן, אמנון כרמי,
חנה כרמי, אנתוני לודר, דניאל מישורי, לימור מלול, קרן ממן, נילי קרקו-אייל וקרמל שלו.

כתובת: limorbiolaw@gmail.com

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



מדורים

דבר העורכת	עמ' 4
בעין המשפט - עדכוני פסיקה	עמ' 5
בעין המשפט-אבדן סיכויי החלמה בשיעור העולה על 50%	עמ' 10
יחסי מין אצל חולי נפש מאושפזים	עמ' 13
בראי הכנסת - עדכוני חקיקה	עמ' 18
זכויות אנשים עם מוגבלויות וגישה ביקורתית למוגבלות	עמ' 20
מתן תשובות לבדיקות דימות	עמ' 25
בעט האקדמיה - כתב העת הבינלאומי 'רפואה ומשפט'	עמ' 26
בעט האקדמיה - ספר	עמ' 27
עשרים שנה לחוק זכויות החולה - תוצאות, השגות ומבט לעתיד	עמ' 28
ביו-אתיקה בראי הדת - חובת הענקת טיפול רפואי במשפט העברי	עמ' 33
מבט לחוק זכויות החולה ולמעמד בני המשפחה של המטופל	עמ' 35
במרחב הגלובלי - פסיקה אמריקאית: גנטיקה וסוגיות משפטיות	עמ' 38
הפלרת מים: "היגיון בסיסי", הכחשת המחלוקת ועמדת המומחים	עמ' 43
מוסדות ואישים - מרכז האתיקה באוניברסיטת אמורי	עמ' 60
ידיעות והודעות - כנס עולמי מס' 12 על אתיקה רפואית, משפט רפואי וביו-אתיקה	עמ' 61

דבר העורכת:

קוראות וקוראים יקרות ויקרים,

לאחרונה חגג חוק זכויות החולה, תשנ"ו - 1996 (להלן: החוק) עשרים שנות פעילות במדינת ישראל. ההשפעה של החוק על הפרקטיקה בשדות הקליניים נבחנה בכנסים ובאירועים שונים. החוק נבחן מזוויות שונות, אך יותר מכל הודגשה ייחודיותו, כחקיקה המעגנת עקרונות אתיים ומנחה מטפלים להתנהגות ראויה. החוק צמצם הלכה למעשה את הפער בין ההתנהגות החוקית לבין ההתנהגות הראויה הנדרשת מהמטפל במהלך האינטראקציה הטיפולית וקבע את ההתנהגות הראויה כסטנדרט. אחת הדוגמאות, הממחישות העלאת הסף ההתנהגותי המותר אל הרף ההתנהגותי הרצוי בהתנהלותו של המטפל, היא חובת השמירה על סודיות רפואית. למרות ש"מידע רפואי" מוגדר בחוק כמידע המתייחס באופן ישיר למצב בריאותו הגופני או הנפשי של מטופל או לטיפול הרפואי בו (ראו בסעיף 2 לחוק). החוק מחייב את המטפל, בין היתר, לשמור על סודיות רפואית - "מטפל או עובד מוסד רפואי, ישמרו בסוד כל מידע הנוגע למטופל, שהגיע אליהם תוך כדי מילוי תפקידם או במהלך עבודתם". (סעיף 19 לחוק). חובת השמירה על סודיות רפואית לא חלה רק לגבי מידע רפואי, אלא גם לגבי מידע רכילותי, או כזה הנוגע למצבו האישי, המשפחתי, החברתי של המטופל. חובות חד משמעיות רחבות רבות הוטלו על המטפל בחוק זכויות החולה במטרה להגן על זכות המטופלים לפרטיות, כמו במקרה זה, או לאוטונומיה, כמו במקרים רבים אחרים. הסדרה חוקית גורפת הקובעת כללי אתיקה כנורמות התנהגות מחייבות מעוררת שאלות רבות, למשל על מטרות החקיקה והאם הן כוללות חינוך. שאלות כאלה ואחרות תופסת מקום מרכזי בשיח הביו-אתי בארץ ובעולם ובכנסים שונים. לכנסים יש תפקיד משמעותי בקידום השיח הביו-אתי, ביצירת תהליכים ובהשרשת התפיסה המקובלת בנוגע להסדרים הביו-אתיים השונים ולפרשנותם הראויה.

כנס בינלאומי מרכזי חשוב יחול ב-2016.3.21-23 בקפריסין בחסות אונסקו והארגון הרפואי העולמי. בהמשך הגליון הנוכחי תמצאו פרטים על הכנס וקול קורא להגשת תקצירים.

קריאה מהנה,

לימור.



בעין המשפט



עדכוני פסיקה // גל אמיר

ת.א. (חיפה) 14962-09-11 פלונים נ' מדינת ישראל ואח' (ביהמ"ש המחוזי חיפה 27.3.2016).

תיק זה הוא תביעת יילוד והוריו לפיצוי בגין הולדה בעוולה (ההורים) וחיים בעוולה (היילוד) כאשר לטענת התובעים האם לא הופנתה לביצוע דיקור מי שפיר, על אף ההתוויה הרפואית הברורה בניסבות, והתוצאה הייתה לידת תינוק עם תסמונת דאון. הנתבעים הם מדינת ישראל, המפעילה את המרכזים הרפואיים בהם נערך מעקב הלידה, ועובדים שונים בתחנה, אחיות ורופאים, כמו גם רופא שביצע בדיקות אולטרסאונד פרטיות.

מקרה זה הוא מסוג המקרים הנדירים, בהם הייתה התביעה תלויה ועומדת כאשר ניתנה הלכת המר (ע"א 1326/07 המר נ' פרופ' עמית (28.5.12)). על פי הלכת המר, נשללה זכותו של היילוד לתביעה בגין חיים בעוולה, אך תביעת ההורים להולדה בעוולה הורחבה. ההלכה יצרה מצב של אי וודאות, שנמשך כשנה. במקרים בהם התיישנה תביעת ההורים ונראה, כי בשורה של תביעות תלויות ועומדות מתחייב המצב המשפטי ולפיו תביעת ההורים התיישנה, אך את תביעת היילוד יש לדחות בעקבות הלכת המר. מצב זה נפתר באופן נקודתי בהלכת זאבי (רע"א 9444/12 ד"ר זאבי נ' פלוני (28.4.13)), בה נקבע כי במקרים שהיו תלויים ועומדים בעת שניתנה הלכת המר, תעמוד תביעת היילוד באשר להולדה בעוולה, ותביעת ההורים, שהתיישנה, תידחה.

מכאן, שבפסיקה לכשעצמה, אין עניין רב פרט לעניינים של הצדדים עצמם. בית המשפט דן ארוכות בשאלת הייעוץ שקיבלו בני הזוג, בהסתמך על חוות דעת רפואיות והתיק הרפואי של האם והגיע למסקנה, על סמך רישום מפורט של האם, כי זו סירבה לעבור בדיקת מי שפיר משהוצע לה הדבר, בשל חששה מהתנגדות האב. מכיוון שכך, נדחתה התביעה. כאמור, לו הייתה מוגשת התביעה היום, היה מקום לדחותה בשל הלכת המר.

דיון בעל ערך שנערך בתיק הוא בשאלה עד כמה היה על הצוות הרפואי שהיה מודע לסיכון ויידע את האם, ללחוץ עליה לבצע את הבדיקה (שייתכן שהייתה גוררת הפסקת הריון, אם כי האם הבהירה כי ברצונה לשמור על ההריון בכל מקרה) ועד כמה יצא ידי חובתו ביידוע האם?


בית המשפט קבע, כי רופא יוצא ידי חובתו בהפנייה לבצע טיפול רפואי, תוך מתן הסבר מלא למטופל אודות הטיפול, חשיבותו, יתרונותיו וחסרונותיו, סיכונים וסיכויים. **אולם על הרופא להימנע מהפעלת לחץ על המטופל לבצע את הטיפול**, זאת מתוך חובתו של הרופא לכבד את האוטונומיה של המטופל ובהתאם לסעיפים 13 (ב) ו-13 (ג) לחוק זכויות החולה.

בית המשפט קבע, כי ניסיונות חוזרים ונשנים של הרופא לשכנע מטופל לעבור טיפול, פוגעות בזכות העומדת לו לקבל החלטה 'תוך בחירה מרצון ואי תלות'. וכי חובת הרופא ליידע את המטופל על האפשרות העומדת בפניו לבצע בדיקה או לקבל טיפול, אך בד בבד לכבד כל החלטה שהמטופל יקבל.

במקרה זה, קבע בית המשפט, כי הצוות הרפואי יצא ידי חובתו בכך שיידע, הציע והמליץ לאם לבצע ייעוץ גנטי ודיקור מי שפיר. משקיבלה האם את המידע הדרוש, היה על הצוות לכבד את רצונה, וכך עשה, ובשל כך אינו יכול להיות אחראי.

ע.א. (תל אביב) 46623-04-14 פלוני נ' משרד הבריאות ואח'
(בימ"ש מחוזי ת"א, 9.3.2016).

זהו ערעור על פסיקתו של בית משפט השלום בתל אביב, שדחה תביעתו של אדם שהופנה לבדיקה רפואית במסגרת מחקר. התובע סבל מלחץ דם גבוה, והופנה לבדיקת דימות מסוג CT. לטענתו, לא הובהר לו באופן מלא כי הבדיקה כרוכה בהזרקת חומר ניגוד ולאחר שהוזרק לו חומר ניגוד במסגרת הבדיקה, סבל לטענתו מתופעות שונות. כן טען, כי בדיקה מסוג זה אינה כרוכה באופן שגרתי בהזרקת חומר ניגוד, וכי זה הוזרק רק בשל השתתפותו במחקר, והדבר לא הוסבר לו. התביעה הוגשה כנגד מספר גורמים שונים, אך במהלך ניהולה בערכאה הדיונית, התגבשה חזית כנגד קופת החולים שהפעילה את בית החולים בו בוצעה הבדיקה, בעילה של פגיעה באוטונומיה, וזאת מכיוון שלטענת התובע בוצעה בגופו בדיקה



שונה מזו שהוסברה לו. עיקר הגנת הנתבעים היה כי התובע חתם על טופס מידע בנוגע לבדיקה, שלווה בשאלון בריאותי, וכי בכך יצאו הגורמים המטפלים כדי חובת יידוע התובע. בית משפט השלום דחה את התביעה, כתוצאה מקבלת טענות אלו.

ערכאת הערעור קבעה, כי אכן, על פי חוק זכויות החולה, 'טיפול רפואי' כולל גם אבחון וכי גם במקרה של אבחון או בדיקה הנדרשת לאבחון, יש להעניק למטופל גילוי נאות ומלא ככל האפשר על מנת לאפשר הסכמה מדעת.

השאלה אם בחתימה על טופס יצא המטפל ידי חובתו, או שמא יש ללוות את הטופס בהסברים בעל פה נבחנת על פי נסיבות העניין. במקרה בו מעורבים מספר גורמים (רופאת המשפחה שהפנתה לבית החולים, הגורמים שהיו מעורבים במחקר, בית החולים שביצע את הבדיקה) יש לבדוק את חובות הגילוי השונות הנוגעות לכל אחד מהם, כך יש להבחין למשל במידע על עצם הצורך בבדיקה אבחנתית שצריך להינתן על ידי הגורם המטפל עוד בטרם ההפנייה, למידע על הסיכון הכרוך בבדיקה עצמה שצריך להינתן על ידי כל הגורמים המעורבים, החל מן הרופא המפנה, וכלה במבצע הבדיקה, כל אחד במסגרת האחריות העומדת בפניו והמידע הנובע ממנה.

כך, באשר למכון הדימות, נקבע כי עליו להעניק למטופל ידע לגבי ביצוע הבדיקה מבלי להידרש לדבר מעבר לכך. בית המשפט קבע כי בדיקות הדמייה הן בדיקות רוטיניות, והטלת חובה על מבצעי בדיקת ההדמייה להעניק לכל מטופל הסבר מקיף בעל פה על הבדיקה וסיכוייה תגרום לנטל בלתי סביר על המטפלים ולעומס רב על המערכת. מכיוון שכך מבצע בדיקה שהחתיים את המטופל על טופס שאלון הכתוב בשפה ברורה אותה דובר המטופל יצא ידי חובתו.

חידוש נוסף של בית המשפט היה ההתייחסות להבחנה בין הקשר הסיבתי להחלטה על ביצוע הטיפול לבין קשר סיבתי לנזק, בתביעה בגין פגיעה באוטונומיה. בית המשפט הסתמך על מאמרו החדש של כב' השופט עמית מבית המשפט העליון, "סוס **הפרא החדש של הפגיעה באוטונומיה**" (ספר שטרסברג כהן, היה צפוי להתפרסם בכתב העת "משפט ועסקים" בשנת 2015), בו קובע השופט עמית כי גם אם הוכח קשר סיבתי לפגיעה באוטונומיה של המטופל, עדיין יש צורך בהוכחת קשר סיבתי לנזק, וכי פגיעה באוטונומיה אינה גוררת אחריה פיצוי באופן אוטומטי. השופט עמית קובע כי "אם הטיפול הרפואי אכן ניתן שלא בהסכמה מדעת אך הטיפול לא גרם נזק, או נגרם למטופל נזק שאינו קשור לטיפול (למשל בשל מחלה או אירוע שאינם קשורים כלל לטיפול), המטופל לא יוכל לתבוע פיצוי בגין פגיעה באוטונומיה".

בנסיבות מקרה זה לא הוכיח התובע קשר סיבתי להחלטה לביצוע הטיפול. אך גם לו היה מוכיח, ובית המשפט היה פוסק כי הדימות בוצע ללא הסכמה מדעת, הרי שהיה עליו לעבור משוכה נוספת ולהוכיח קשר סיבתי לנזק שנגרם לו, וזאת לא עשה.

ת.א. 28486-07-13 א.פ. נ' מעיין ואח'

(בימ"ש שלום חיפה ניתן ב-8.5.2016)

באתר האינטרנט NRG המופעל על ידי העיתון 'מעריב' התפרסמה כתבה העוסקת במחלקה האונקולוגית בבית החולים 'רמב"ם' בחיפה, ובצידה תמונתו של התובע, כאשר ברור כי הוא מטופל במחלקה בטיפול יום. התובע סבר כי המדובר בפגיעה בפרטיותו ובלשון הרע, תבע את החברה המפעילה את האתר, את הכתבים ואת הצלם, ואלו הגישו הודעת צד ג' כנגד מדינת ישראל המפעילה את בית החולים.

נקבע כי יש לדחות את הודעת צד ג' כנגד בית החולים, מן הסיבה שלא הוכח שהוא אפשר את הצילום, אלא להיפך, דרש כי כל צילום ילווה בקבלת הסכמה פרטנית. התביעה כנגד הכתבים נדחתה מן הסיבה שלא הוכח כי כתבים אלו לקחו חלק בצילום התמונה או בפרסומה. התביעה כנגד החברה המפעילה את האתר נדחתה כי הוכח רק כי היא אחראית להדפסת המהדורה המודפסת של העיתון 'מעריב' ולא להכרעות מערכתיות באתר NRG. נותרה רק התביעה כנגד הצלם. בתחילה טען הצלם כי התובע הסכים בהתנהגותו לצילום, ומכיוון שלפי סעיף 1

לחוק הגנת הפרטיות פגיעה בפרטיות היא 'ללא הסכמה', אין לקבל את התביעה. טענה זו נדחתה. נקבע כי בנסיבות מעין אלו על מנת למנוע פגיעה בפרטיות יש צורך לקבל הסכמה מפורשת לצילום.

נותרת השאלה, האם יש בצילום, שבוצע ללא הסכמה מפורשת, משום פגיעה בפרטיות ולשון הרע? התובע טען כי במשך שנים פעל להסתיר את מחלתו מפני אנשים שנמצאים מחוץ לחוג קרוביו ומכריו הקרובים ביותר, ומשהתפרסמה התמונה חש מושפל, ופרטיותו נפגעה.

באשר לתחושת ההשפלה, קבע בית המשפט כי דמותו של התובע לא בוזתה, ובשל כך לא היה בצילום משום לשון הרע. ממילא, משנקבע במקום אחר בפסק



הדין כי המדובר בפגיעה בפרטיות, התייתר הדיון בשאלת הוצאת לשון הרע.

באשר לפגיעה בפרטיות, מכל החלופות של סעיף 2 לחוק הגנת הפרטיות, בחר בית המשפט להתמקד בסעיף 2 (11) לחוק, העוסק בפרסום מידע רפואי. אמנם, אין המדובר במקרה הקלאסי של פרסום תיק רפואי או מידע רפואי מפורש, אך די היה בשייך שניתן לעשות בין התובע ובין המחלקה האונקולוגית כדי לקבוע כי הוא חולה בסרטן, דבר המהווה מידע רפואי. הכרעה זו ייתרה דיון שיכול היה להיות מעניין ומרתק בשאלות של היות חדר הלובי במחלקה האונקולוגית 'מקום ציבורי' ועד כמה מהווה בית החולים 'רשות היחיד' של המטופל. עם זאת בית המשפט לא נמנע להזכיר את ההלכות הרואות בבית החולים, כמו כל מקום בו יש לאדם ציפיה להגנה על האוטונומיה של הפרט 'רשות היחיד' (בג"ץ 6650/04 פלונית נגד בית הדין נתניה [פורסם בבנו], 14.5.06).

האם קמו לנתבע הגנות סעיף 18 (2) לחוק, העוסקות במקרים שונים של פגיעה בפרטיות בתום לב? בית המשפט קבע כי מקום בו המשיך הנתבע וצילם, ולאחר מכן העביר את התמונה לאתר האינטרנט לפרסום, כאשר אינו פועל על סמך הרשאה מפורשת של המצולם, לא ניתן להסתמך על הגנות המבוססות על תום לב. גם הגנת סעיף 18 (3) לחוק, המתבססת על עניין ציבורי בפרסום נדחתה, מקום בו ניתן היה להשיג את אותה מטרה - 'צילום אווירה' תוך שימוש בטכניקות שונות לטשטוש זהות המצולמים כגון זווית צילום רחבה.

בסופו של דבר חויב הצלם בתשלום סך 15,000 ₪ כפיצוי על הפגיעה בפרטיות, וסך 5,000 ₪ כהוצאות משפט. בהתחשב בעובדה כי התביעה הועמדה מלכתחילה על סכום בן 400,000 ₪ (בהתבסס על הסכום המקסימלי לפיצוי ללא הוכחת נזק על פי החוק באשר לכל ארבעת הנתבעים) ניתן לראות כי בית המשפט סבר כי תוצאת הדיון בה נופל עיקר הנטל על כתפי הצלם בלבד אינה צודקת בנסיבות העניין, וכי על אף הפרסום הגדול לו זכתה התמונה באתרים המצויים בתפוצה ארצית, העובדה כי זו הוסרה שלושה שבועות לאחר הפרסום, והוצע לתובע כי תפורסם התצלום, עמדה לטובת הנתבעים. עם זאת חויבו כל ארבעת הנתבעים בתשלום הוצאות משפט בסך 10,000 ₪ למדינת ישראל, שהודעת צד ג' כנגדה נדחתה.

בין המשפט

...

אבדן סיכויי החלמה בשיעור העולה על 50% מזכה את הניזוק בפיצוי על מלוא נזקו // תמר גדרון


כב' השופט יצחק עמית, שופט בית המשפט העליון, הבהיר לאחרונה בע"א 3900/14 ל.ד. נ' המרכז הרפואי הלל יפה (להלן: "עניין הלל יפה") סוגיה שעד כה הייתה הפסיקה חלוקה לגביה, הן באשר לביסוסה התיאורטי והן באשר לתוצאות יישומה הלכה למעשה.

מאז ניתן פסק הדין הידוע בעניין ע"א 234/84 קופ"ח נ. פתאח, מכיר המשפט הישראלי באבדן סיכויי החלמה כנזק בר פיצוי, המזכה את הניזוק, שיצליח לשכנע את בית המשפט שהתנהלות הנתבע הייתה רשלנית ושהיא זו שגרמה לנזקו זה- בפיצוי שגובהו כגובה הסיכוי שאבד.

מלכתחילה התבססה פסיקה זו על תיוגו של הנזק שבאבדן סיכויי החלמה כראש נזק שמזכה את הניזוק בפיצוי, בתנאי שהניזוק יוכיח קשר סיבתי בינו לבין התרשלות הנתבע. במקרה זה יקבל הניזוק פיצוי כגובה האבדן שיוכח גם אם שיעורו של זה נמוך מ-50%. צידוק זה לפיצוי על נזק הנמוך מ-50%, תואם את דיני הנזיקין הגורסים "הכל או לא כלום". כלומר, משהוכח הנזק של אבדן סיכויי החלמה הוא יפוצה במלואו: "אבדן הסיכוי" הוא "הנזק" עליו מפצים. ואולם בעניין דנ"א 4693/05 ב"ח כרמל נ. עדן מלול, משנה בית המשפט העליון את טעמיה של הפסיקה הקודמת ומבהיר, כי הכשרתו של הפיצוי במקרים כן הסוג האמור מהווה חריג לכלל הרגיל בדיני נזיקין של "הכל או לא כלום". חריג זה מאפשר במקרים של רשלנות רפואית (ורק בהם) להטיל על הנתבע שהתרשל אחריות יחסית-הסתברותית כשבסימומו של ההליך המשפטי קיימת עמימות סיבתית, שאינה מאפשרת לבית המשפט קביעת ממצא עובדתי חד משמעי באשר לקשר בין ההתרשלות לבין נזקו של הניזוק. כך יכול בית המשפט "במקרים מסוימים, לפסוק לטובת הניזוק פיצוי בהתאם להסתברות, שמעשיו של הנתבע הם שגרמו את הנזק" (המשנה לנשיאה, כב' השופט ריבלין בעניין דנ"א מלול האמור).

בית המשפט דן בעניין הלל יפה על מקרה שבו עברה הניזוקה שני ניתוחים להסרת





בלוטת התריס הנוגעה שלה. במהלך הניתוחים הוסרו כל בלוטות יותרת בלוטת התריס שלה. כתוצאה מכך נגרמה לה היפוקלצמיה - ירידה קיצונית ברמת הסיידן בדם. הניזוקה טענה שהנתבע התרשל בכך שלא ביצע השתלה עצמית של אחת הבלוטות, דבר שגרם לה לאבדן סיכויי החלמה בשיעור של 50%. בית המשפט המחוזי פסק לניזוקה 50% פיצוי מכלל הנזק שהוכח.

בבית המשפט העליון מקבל השופט עמית את טענת ההתרשלות וקובע, כי בניתוח השני היה על הרופאים לבצע השתלה עצמית של אחת הבלוטות. בהמשך לכך משנה השופט עמית את מסקנתו של בית המשפט המחוזי בדבר שיעורו של אבדן סיכויי ההחלמה - שהמחוזי העמידו כאמור על-50% וקובע, כי האכחה הסתברות גבוהה להצלחת ההשתלה שלא בוצעה ולכן סיכויי ההחלמה שאבדו היו גבוהים יותר והניזוקה זכאית לפיצוי בגובה מלוא הנזק שנגרם לה בהתאם להערכה שביצע בית המשפט המחוזי.

את החרוג לכלל הפיצוי הנוהג ברגיל בדיני הנזיקין, המאפשר פיצוי יחסי-הסתברות, מגביל בית המשפט העליון רק למקרים של רשלנות רפואית, כשליזוק נגרם בפועל נזק פיסי. זאת, מהסיבות כדלקמן: בתביעות שמקורן ברשלנות רפואית חברות הביטוח הן אלו הנושאות בעלות הפיצוי והן מהוות "שחקנים חוזרים" בתביעות מסוג זה (השוו לדרישת ה"הטייה הנשנית" בעניין דנ"א מלול); פיצוי יחסי-הסתברותי מאפשר פיזור הנזק; בתביעות בגין רשלנות רפואית מדובר בנזק גוף, שלגביו הנכונות למתן פיצוי גבוהה יותר; בנוסף, "בתחום הרפואי קיימת נורמה כללית של איסוף נתונים וחישוב הסתברויות, גם ללא קשר לדיני הנזיקין". על בסיס רציונאל זה מתיר בית המשפט להטיל אחריות על הנתבע בגין הנזק הפיסי שנגרם לניזוק בפועל שגובהו נקבע על פי נוסחה אחידה: שיעור הסיכון לאחר ההתרשלות פחות שיעור הסיכון של הניזוק קודם להתרשלות כשאת התוצאה יש לחלק באחוז הסיכון לאחר ההתרשלות. נוסחה זו משקפת (EX POST) את שיעור ההסתברות שהנזק שנגרם בפועל לניזוק מקורו בהתרשלותו של הנתבע.

מאז פסק הדין בעניין פתאח וגם אחרי פסק הדין בעניין דנ"א מלול, נהגו בתי המשפט לפסוק במקרים של עמימות סיבתית בתביעה שמקורה ברשלנות רפואית, שפגעה בסיכויי ההחלמה של הניזוק, פיצוי יחסי, בין אם שיעורו היה נמוך מ-50% ובין אם היה גבוה מ-50%. יישום עקרון היחסיות ההסתברותית נעשה באופן הדדי (סימטרי) וחל על שני הצדדים. פסק הדין בעניין הלל יפה מאמץ גישה שונה. הוא קובע כי יש לאמץ "את עקרון הא-סימטריות" לטובת הניזוק. כך, פגיעה בסיכויי החלמה בהסתברות נמוכה מ-50% תזכה את הניזוק באחוז זהה מסך הנזק שנגרם לו ואילו

פגיעה בסיכויי החלמה בהסתברות של מעל 50% - תוביל לפיצוי מלא. לצד זאת קובע השופט עמית, כי כאשר שיעור הפגיעה בסיכויי החלמה הוא זניח, לא יזכה הניזוק לפיצוי כלל. את הכלל הא-סימטרי הזה, שהוא כשלעצמו חריג נוסף לחריג האחריות היחסית ההסתברותית, מבסס בית המשפט על שיקולי צדק מתקן וצדק מחלק, שיקולי הרתעה, שיקולי אשם, ושיקולי התאמה ל"כלי עבודה" משפטיים מקבילים (בעיקר כלל הנזק הראייתי) המחייבים תוצאה משפטית זהה. השופטת חיות והשופט פוגלמן הצטרפו לדעתו של השופט עמית בעניין הזכאות לפיצוי מלא בגין הנזק הפיסי שנגרם לניזוק כשיעור הפגיעה בסיכויי החלמתו עולה על 50%, אולם בחרו שלא לדון בחלקה השני של ה"משוואה" ולהשאיר את ההכרעה במצב בו סיכויי החלמה שנפגעו הם זניחים לעת מצוא.

הנה כי כן, בפנינו צעד נוסף משמעותי בהתפתחותם של דיני הרשלנות הרפואית. דינים אלה נוטים בעשורים האחרונים להעניק הגנה מתרחבת והולכת לנזקיהם של תובעים שנזקם נובע מהתרשלות רפואית. לצד עקרון הנזק הראייתי, המקל על התובעים ויוצר, בהתקיים התנאים לו, קיימת חזקה לטובת הניזוק, בהמשך להכרה בראש הנזק - יציר הפסיקה וחביב התובעים - של פגיעה באוטונומיה וכפועל יוצא של הנטייה להקל בסוג המקרים הזה בדרישות הקשר הסיבתי, באה כעת הקביעה, המבוססת על אדנים תיאורטיים ופרקטיים מפורטים ומשכנעים, לפיה, במקרים של עמימות סיבתית, יהיה הניזוק זכאי לפיצוי על מלוא הנזק הפיסי שנגרם לו, אם יצליח להוכיח, כי שיעור הפגיעה בסיכויי החלמה שלו עולה על 50%. חריג בן חריג זה, הגם שהוא מלווה באזהרות חוזרות ונשנות על הזהירות הנדרשת ביישומו וההקפדה על צמצום גזרת פעילותו, מהווה עליית מדרגה משמעותית בהרחבת אחריותם הנזיקית של רופאים כלפי מטופליהם. ספק אם בעניין הלל יפה נאמרה המילה האחרונה בתחום בעייתי וכואב זה.



יחסי מין אצל חולי נפש מאושפדים - דילמות משפטיות, אתיות והלכתיות // שמואל וולפמן

בחדש פברואר 2016, קבע כבוד השופט ד"ר עדי זרנקין מבית המשפט המחוזי בחיפה (בת"א 5104-03-13 ואח' נ' מדינת ישראל, ניתן ב-14.2.2016) כי אין להטיל אחריות על בית חולים פסיכיאטרי שלא הצליח למנוע יחסי מין בין מטופל ומטופלת במחלקה פסיכיאטרית סגורה. מיחסים אלו נולד לבני הזוג ילד בריא אולם בני הזוג הגישו תביעה כנגד בית החולים בגין "הריון בעוולה" וטענו שלאור מחלתם, משום שאינם יכולים לעבוד וכל קיומם תלוי בקצבת נכות של הביטוח הלאומי, יקשה עליהם לקיים את בנם הצעיר. בהתאם לכך תבעו בני הזוג את נזקם, שהתבטא בהוצאות גידולו של הילד, הוצאות מחיייה רגילות של ילד בריא.

כמו כן, תבעו בני הזוג סכום גבוה נוסף, בגין הפגיעה באוטונומיה שלהם. לטענתם הם קיימו יחסי מין אלה כאשר היו במצב פסיכוטי פעיל, ללא תובנה ותוך ניתוק מהמציאות ומשכך יש לראות ביחסים אלה יחסי מין שלא בהסכמתם המודעת, דבר שלטענתם היווה פגיעה חמורה באוטונומיה שלהם.

על פי המתואר בפסק הדין, קיימו בני הזוג יחסים במועדון המחלקה ובשירותים ולטענתם היה על צוות המחלקה לפקח בצורה הדוקה על התנהלות החולים ולמנוע מהם לקיים יחסים אלה. לטענתם, מחדל זה היה בבחינת רשלנות שבגינה תבעו את נזקם.

בית המשפט דחה את תביעתם וקבע שלא ברור בדיוק היכן ומתי קיימו יחסי המין מהם נכנסה התובעת להריון. כב' השופט ד"ר עדי זרנקין כותב, כי "טענת התובעים כי לא היה די פיקוח במחלקה הסגורה נטענה על דרך הסתם"; וכן, כי "התובעים לא פירטו אלו צעדים סבירים היה על בית החולים לנקוט, על מנת למנוע מן התובעים לקיים יחסי מין בחדר השירותים, שהוא אולי המקום היחידי שבו יש למטופלים מידה של פרטיות במחלקה הסגורה".

באשר לפגיעה באוטונומיה, קבע כב' השופט זרנקין כי "מעדות התובעת עלה, כי היא דווקא שמחה על הקשר שנוצר ונראה כי במסגרת המחלקה הסגורה, התובעים מצאו נחמה האחד בשנייה. עצם העובדה כי מדובר בשני חולים שאובחנו כחולי נפש, שאושפזו במחלקה הסגורה, כלל אינה מחייבת את המסקנה כי הם לא רצו בקשר אישי, מנחם וחם, או כי הם נטולי רגש ורצונות משל עצמם".

פסק הדין גם מתאר את האיסור החמור שחל על המאושפזים במחלקה הפסיכיאטרית, לקיים יחסי מין ואף לעבור מאגף הגברים לאגף הנשים. איסור זה מוסבר לחולים במפורש בעל פה בעת הקבלה לאשפוז ובעת העברתם למחלקה, כאשר הם מוחתמים על טופס המפרט את כללי ההתנהגות במחלקה. הדברים אף מוסברים להם בהמשך, במפגשים קבוצתיים של המטופלים במהלך האשפוז.

פסק הדין מציף מציאות ידועה ומוכרת לכל מי שעוסק בבריאות הנפש, כאשר חולי נפש, שחלקם מאושפזים בכפייה, מנועים מכוח כללים משמעותיים נוקשים מלקיים יחסי מין עם חולים אחרים המאושפזים במחלקה.

המקובלה הפסיכיאטרית מניחה, כי בהיותם במצב פסיכוטני אין להם תובנה למצבם ושיפוטם פגום ומשכך, אין הם מבינים בטיבה של התקשרות מינית ויחסי מין אלה עלולים להזיק להם.

יתירה מזו, כותב רשימה זו מכהן כיו"ר וועדות פסיכיאטריות לאשפוזים כפויים ולא פעם נטענת בפני הוועדה, ע"י המחלקה הפסיכיאטרית, טענה של מסוכנות מינית כעילה להמשך אשפוז כפוי. טענה זו אכן נובעת מדאגה כנה לשלומה של המטופלת הן במישור הפיזי והן בתחום מחלת הנפש בגינה היא מאושפזת. כמו כן קיימת דאגה לשלומם ולבריאותם הנפשית של המטופלים האחרים במחלקה אם וכאשר "יפותו" לקיים יחסי מין עם המטופלת.


אלא שכאשר נבדקות העובדות, הסתבר לא פעם, כי המסוכנות אותה קבע הצוות המטפל התבטאה בכניסה של מטופלת לחדר של גברים ובמקרה אחד אף צוין, כי מצאו את המטופלת, רחמנא ליצלן, מחובקת עם אחד המטופלים במחלקה.

אכן כללי המשמעת במחלקות הסגורות אוסרים על קיום יחסי מין. אולם, האם הפרת הוראה משמעתית זו היא אכן מסוכנות שביגנה יש לאשפז את המטופלת בכפיה?

ראוי לציין, כי לעניין דומה נדרש כבר בית המשפט המחוזי בתל אביב בע"ש 420/00 **פלונית נ. היועץ המשפטי לממשלה**. גם שם נטענה טענה של מסוכנות עצמית של חולת סכיזופרניה בשל קיום יחסי מין ללא הבחנה. אלא שבית המשפט כתב כי "קיום יחסי מין ללא ביקורת, כשלעצמו, בוודאי שאיננו יכול להוות נימוק לאישפוז כפוי דחוף", ובהמשך הוסיף בית המשפט "אינני יכולה להעלות בדעתי אשפוז כפוי דחוף תוך התעלמות מזכותה של המערערת לקיים את יחסי המין שלה כרצונה, כל עוד אינה פוגעת באחרים".

מבחינה משפטית ואתית, מציאות זו, ששוללת זכות אנושית בסיסית מחולי הנפש, הינה בעייתית שהרי מדובר בחולים שמאושפזים בכפיה וחרותם נשללת





מכוח החוק. אכן שלילת חירות זו הינה למטרה ראויה, היינו, קבלת טיפול רפואי שיטפל במצב הפסיכוטני, יאזן את מצב החולים ויביאם למצב של רמיסיה סבירה, שתאפשר להם להשתחרר מהאשפוז, כאשר הם מסוגלים לקיים אורח חיים סביר במשפחתם ובקהילה. אלא שמאידך נשאלת השאלה, האם מניעת יחסי מין אצל אנשים שחלקם הגדול צעירים, אינה פגיעה חמורה נוספת ושמה לא מידתית, לא רק בחירות אלא גם בזכויות למלוי צרכים אנושיים בסיסיים. יש לזכור, כי חלק מהחולים הפסיכיאטרים מאושפדים תקופות ארוכות ביותר, חודשים ושנים, עובדה שמחריפה עוד יותר את הפגיעה בזכות הבסיסית של הרצון לקיים יחסי מין ולהתחבר לאדם אחר "בקשר אישי, מנחם וחם", כדברי כב' השופט ד"ר זרנגין בפסק הדין שהוזכר לעיל.

מניעת יחסי מין מחולי נפש מאושפדים מעלה דילמות משפטיות, מוסריות אתיות והלכתיות. הדילמות הן של הצוות הרפואי המופקד על שלומם ובריאותם של החולים, של משפחות החולים וכן של חולי הנפש עצמם.

ניתן להגן על התפיסה שכופה איסור יחסי מין במחלקה, בטעמים של ניהול סביר של מחלקה לפגועי נפש. אולם בכפייה זו מרכיבים ברורים של גישה פטרנליסטית, שלכאורה מתעלמת מצרכים ודחפים אנושיים טבעיים, במיוחד כאשר מדובר באנשים צעירים המאושפדים תקופות ארוכות במחלקות פסיכיאטריות.

הדילמה המשפטית אתית ברורה: מחד, כאשר מדובר בחולים המאושפדים בכפייה ואינם בני חורין לצאת מהמחלקה בכל עת, הרי שהאפשרות היחידה שלהם למלא צרכים אלה היא במסגרת החברתית והאנושית בה הם מצויים. מאידך, קשה להתעלם מעובדת היעדר שיקול הדעת והרצון החופשי במובן המקובל, אצל חולים אלה, במיוחד אצל חולים חסרי תובנה המנותקים מהמציאות.

יש לזכור, שגם מבחינת דיני העונשין קיימת דילמה. יחסי מין בהסכמה, לרבות מעשים מיניים מסוגים שונים הנעשים בגופו של אדם בהסכמתו ולרבות יחסים בין בני זוג מאותו מין בהסכמה, אינם נחשבים למעשה פלילי. אלא שכאשר מדובר בחולה נפש, מניח החוק כי לאותה הסכמה אין ערך לאור הפגיעה בכושר השיפוט של החולה.

בהתאם לכך מגדיר סעיף 345(א)(5) לחוק העונשין את המושג אינוס, כבעילת אשה תוך ניצול היותה חולת נפש.

כאשר שני בני הזוג המעורבים במעשה המיני הם חולי נפש, שאינם אחראים למעשיהם או שאינם מסוגלים לעמוד לדין, לא ניתן להטיל עליהם אחריות פלילית.

אלא שמאיך קובע חוק העונשין, בסעיף 362, את אחריותו של מי שמחוייב לדאוג לצרכי חייו של מושגח הנתון להשגחתו וסעיף זה עלול לתפוס ברשתו את הצוות הרפואי שחולי הנפש נתונים לאחריותו.

בנוסף לפן הפלילי, עלול בית החולים למצוא עצמו נתבע בתביעה אזרחית בשל נזק נפשי, נזק גופני (בין השאר הדבקה במחלות) או החמרת מצב של חולה נפש, במידה ויוכח כי יחסי מין בעת האשפוז הרעו את מצבו.


פן נוסף שיש לתת עליו את הדעת, במיוחד במדינת ישראל, הוא הפן הדתי-הלכתי. על פי ההלכה, אשה נשואה המקיימת יחסים עם גבר זר נאסרת לבעלה ולבועלה. מכאן, שכאשר חולת נפש נשואה המעורבת בקיום יחסי מין במהלך האשפוז במחלקה משתחררת מבית החולים ומצויה כבר ברמיסיה, עלולים יחסי המין שקיימה בעת אשפוז להיות גורם המערער באופן חמור את מבנה המשפחה ועלולים אף להביא לפירוקה.

מאיך, גם ההלכה מכירה באחריות המשפטית המוגבלת של חולה הנפש, המוגדר כ"שוטה" בטרמינולוגיה ההלכתית ויתכן שהאיסור לבעל ולבועל לא יופעל על ידי פוסקי הלכה מקילים. אלא שמעבר לאיסור ההלכתי, הרי מדובר במבנה ובמרקם של זוגיות משפחתית בה מעורבות רגשות והשקפות שונות. לאור זאת, גם מעבר לפן ההלכתי, יש להניח שיחסי מין של אשה נשואה עם מטופלים במחלקה, עלולים במקרים מסוימים לפגוע בזוגיות ובמשפחה, גם באוכלוסיות שאינן מנהלות אורח חיים דתי, אף כי באוכלוסיות המנהלות חייהם על פי ההלכה, יש לנושא זה משנה חשיבות.

הגישה הפטרנליסטית כלפי פגועי הנפש מתקיימת לא רק בעולם הפסיכיאטרי. אנו מוצאים פטרנליסטיות עמוקה גם בחברה הכללית, כלפי תשושי נפש מכל הסוגים, לא רק כלפי אלה שמוגדרים ומאובחנים כלוקים בסכיזופרניה ו/או מחלות נפש אחרות. גישה זו קיימת גם כלפי חולים דמנטיים וחולי אלצהיימר, הן ע"י הצוותים הרפואיים והן, אפילו, ע"י בני משפחה קרובים.

כאשר מדובר בחולים מאושפזים במחלקות פסיכיאטריות, נוטל הצוות הרפואי לעצמו סמכות להחליט מהי הדרך בה צריך החולה להתנהג במחלקה ומהם כללי המשמעת במחלקה. אכן, בכל מסגרת אנושית יש צורך בכללי התנהגות ואפילו בכללי משמעת, אולם כאשר מדובר בחולי נפש השאלה היא, האם התווית הכללים אינה נגועה ביותר משמץ פטרנליזם?





דוגמה לגישה פטרנליסטית של משפחה כלפי חולי נפש, ננקטה גם בבקשה של בני משפחה של חולת נפש, שאף היו אפוטרופסים שלה ובקשו אישור מבית המשפט לענייני משפחה, לבצע בה ניתוח עיקור בלתי הפיך - קשירת חצוצרות - על מנת שלא תוכל להיכנס להריון בעתיד (א"פ (פ"ת) 13-06-21169 ק. ואח' נ' מ. ואח'). אין ספק שבני המשפחה הגישו עתירה זו מתוך דאגה כנה לבת המשפחה החולה, אשר ילדיה הקודמים נלקחו ממנה לאימוץ והיא לא הייתה מסוגלת לגדל ילדים נוספים. אלא שעדיין מרחף אותו ענן ספקני מעל מקרה זה והשאלה האם בני המשפחה לא הלכו צעד אחד רחוק מדי בעודף פטרנליזם?

באותו מקרה אכן דחה בית המשפט את הבקשה, שכן הוכח בפניו שניתן למנוע את כניסתה של חולת הנפש להריון באמצעים הפיכים, כמו זריקה ארוכת טווח של הורמונים, פעם בשלושה חודשים.

אלא שבית המשפט הנכבד לא קבע מה יקרה אם החולה תתנגד לקבל זריקה ולא קבע שלא ניתן לאכוף עליה לקבל זריקה כזו. לכאורה, ניתן להבין כי גם בית המשפט סבר שמניעת הריון מאותה חולה הוא מעשה ראוי, אלא שרצה להימנע מפעולה בלתי הפיכה.

האם גם בית המשפט נתן ידו, מבלי משים, לפטרנליזם על פיו לחולת נפש כזו אין זכות להיכנס להריון?

לסיכום: סוגיית יחסי מין של חולי נפש המאושפזים במחלקות פסיכיאטריות סגורות מעלה שורה של דילמות, משפטיות, אתיות, מוסריות והלכתיות. מן הראוי לבחון היטב את שורשי הגישה הפטרנליסטית של החברה בכלל ושל הצוות המטפל בפרט ולבדוק דרכים חלופיות בהן תינתן גם לחולי הנפש המאושפזים אפשרות להביע ולממש את זכותם לקיום יחסי מין, כמובן תוך בקרה והערכה מראש כי יחסים כאלו לא יפגעו בבריאותם הנפשית. **הטלת איסור גורף על יחסי מין בין חולים במחלקה הפסיכיאטרית, ללא התייחסות לכל מקרה לגופו הינה התייחסות פוגענית ומקפחת ולעניות דעתנו עלולה לעלות כדי פגיעה בזכויות אדם בסיסיות.**

* ד"ר שמואל וולפמן, לשעבר מרצה בכיר בבית הספר למשפטים במכללה האקדמית בצפת, חוקר ומרצה בתחום הפסיכיאטריה המשפטית וביו-אתיקה באוניברסיטת חיפה וכפרופסור אורח באוניברסיטאות בארה"ב.

ד"ר וולפמן מכהן מזה שנים רבות כיו"ר וועדות פסיכיאטריות מחוזיות בהתאם לחוק טיפול בחולי נפש 1991.

בראי הכנסת:


...

חוק איסור התערבות גנטית (שיבוט אדם ושינוי גנטי בתאי רבייה), (תיקון מס' 3), התשע"ו-2016 // לימור מלול

חוק השיבוט - ההחלטה שלא להחליט התקבלה שוב, והפעם למשך ארבע שנים.

ב- 23.5.2016 אישרה מליאת הכנסת בקריאה שנייה ושלישית את הצעת חוק איסור התערבות גנטית (שיבוט אדם ושינוי גנטי בתאי רבייה) (תיקון מס' 3), התשע"ו-2016. בעת חקיקת החוק, בשנת 1999, נקבע, כי תוקפו יהיה לתקופה קצובה (של חמש שנים), אשר לאחריו תיבחן, בכל פעם מחדש, נחיצות קיומו של החוק והצורך בשינויו כדי להבטיח שבצד האיסור הקבוע בו, לא תהיה פגיעה מתמשכת בענף המחקר החשוב והמתפתח של שיבוט לצרכים תרפויטיים. מטרת החוק היתה: "לקבוע תקופה קצובה של חמש שנים, שבה לא יתבצעו סוגים של התערבות גנטית בבני-אדם, לשם בחינת ההיבטים המוסריים, המשפטיים, החברתיים והמדעיים של סוגי התערבות אלה והשלכותיהם על כבוד האדם, מתוך מחשבה שהדיון הציבורי בהיבטים ובהשלכות אלה והשלכותיהם הוא עדיין בראשיתו".

מאז חקיקתו הוארכה תקופת תוקפו של החוק פעמיים: בשנת 2004 (ס"ח התשס"ד, עמ' 340) לתקופה של חמש שנים, ובשנת 2009 (ס"ח התש"ע עמ' 233) לתקופה של שבע שנים נוספות. הצעת החוק הנוכחית נידונה יום קודם בוועדת המדע והטכנולוגיה (פרוטוקול מס' 55 יום ראשון, י"ד באייר התשע"ו (22 במאי 2016), שעה 10:00). אורי מקלב - יו"ר הוועדה, והיחיד מבין חברי הוועדה שהיה נוכח בדיון, הצביע בעד העברת הצעת החוק לקריאה שנייה ושלישית במליאה מול 0 מתנגדים. הוצע להאריך את הוראת השעה בארבע שנים עד ליום 23.5.2020, שבמהלכן יימשך האיסור בדבר התערבות גנטית לצורכי שיבוט אדם ויישאר על כנו ההיתר של התערבות גנטית לצורך מחקר גנטי בתאי רבייה, בכפוף לאישור מוועדת הלסינקי העליונה. כמו כן, הוצע להרחיב את ההגדרה של "שיבוט אדם", כך שתכלול כל טכנולוגיה שבאמצעותה ניתן לשבט אדם. הגדרת השיבוט החדשה מתייחסת למעשה לתוצאת הפעולה ולא לדרך, וכך תוכל לכלול כל טכנולוגיה שהתפתחה ושעוד עשויה להתפתח.



דברי ההסבר להצעה נכתב: "לנוכח ההתפתחויות הטכנולוגיות בתחום שהביאו לכך שהטכנולוגיה של העברה והחדרה של גרעין, אינה השיטה היחידה הקיימת להשגת "שיבוט אדם" וכדי למנוע ולאסור כל "שיבוט לצורכי הולדה" של אדם שלם - תוצאה שאותה מבקש החוק למנוע, מוצע לתקן את הגדרת השיבוט, כך שתכלול כל שיטה אפשרית ועתידית לשיבוט אדם".

החוק, אם כן, ממשיך להיות הוראת שעה (מורטוריום) ואוסר התערבות גנטית לצורכי שיבוט אדם ומתיר (תחת אישור ועדת הלסינקי העליונה) התערבות גנטית לצורכי מחקר וטיפול רפואי. מבחינה מעשית, בשני המקרים מדובר בהליך זהה (לפחות בתחילתו): שיבוט הוא תהליך של שכפול גנטי שבמהלכו מוציאים מהביצית את הגרעין (הנושא את המטען הגנטי) ובמקומו מושתל גרעין מתא גוף אחר, שאת תכונותיו אנו מעוניינים לשכפל. בהמשך משרים גירוי כימי-חשמלי המאיץ את תהליך התחלקות הביצית. להבדיל משיבוט לצורכי רבייה, שבו נבקש להשריש את התוצר ברחם (טבעי או מלאכותי), שיוביל להתפתחות עובר וליצירת יצור חי (הזהה מבחינה גנטית למקור ממנו נלקח הגרעין הושתל בביצית). כאשר אנו רוצים לעשות בתאים שימוש לצורכי רפואה ומחקר גנטי, הרי שכשבע לאחר תחילת התהליך מוצאים תאי הגזע מהעובר הפוטנציאלי ומעבירים אותם למצע בעל תנאים אופטימליים להמשך חלוקתם והתרבותם. בדרך זו, מקווים לנצל את יכולת ההתמיינות של תאי גזע העובריים, שיכולים להתמייין לכל תא בגוף (פלורופוטנטיים). יכולת התמיינות זו עשויה, למשל, להוות פתרון למחסור באיברי אדם הנדרשים לממתינים הרבים בתור השתלות עקב אי ספיקה של איבר בגופם.




זכויות אנשים עם מוגבלויות וגישה ביקורתית למוגבלות: השלכות לתחום הביו-אתיקה // שגית מור*

מאז שנות התשעים של המאה העשרים מחלחלת והולכת בישראל תפיסה חדשה ביחס למוגבלות ונכות. תפיסה זו רואה באנשים עם מוגבלויות אנשים שווים זכויות בחברה ובמשפט ומבקשת להיאבק בהדרה, בהפליה ובדיכוי שאנשים עם מוגבלויות חווים על בסיס יומיומי בכל תחומי החיים: בעבודה, במגורים, בחינוך, בתחבורה ציבורית, ביכולת ליהנות מתרבות ופנאי ועוד ועוד. אנשים עם מוגבלויות רבים אינם יכולים כלל לצאת מביתם בשל חסמים סביבתיים וחברתיים המונעים מהם את היכולת ליהנות מהמרחב הציבורי, אך גם בצאתם מביתם הם לרוב מצויים במרחבים נפרדים המיועדים להם: חינוך מיוחד, דיור מוסדי, הסעות לנכים, תעסוקה מוגנת ואף מעמד משפטי נפרד של "חסויים" על פי חוק הכשרות והאפטרופוסות. בתגובה לכך, אנשים עם מוגבלויות נאבקים לשילוב בחינוך, דיור בקהילה, תחבורה ציבורית נגישה, נגישות לאתרים ולשירותים ציבוריים, איסור הפליה בעבודה, מעבר מאפטרופוסות לקבלת החלטות נתמכת וכדומה.

המאבק לשינוי מצב זה מתחולל בזירות רבות המתרחבות והולכות: החל מאקטיביזם חברתי באמצעות הפגנות פעולות מחאה, פעילות ציבורית של ארגונים ועמותות, או שינוי עמדות באמצעי מדיה ורשתות חברתיות, דרך בפעילות משפטית לשינוי פני החברה באמצעים משפטיים (חקיקה, התדיינות בתי משפט, שינוי מדיניות), או פעילות של אנשי מקצוע לשינוי הפרקטיקות בתחומי מומחיותם בעיקר במקצועות החינוך, הבריאות והרווחה, וכלה בפעילות אקדמית לקידום המחקר הביקורתי, הרואה במוגבלות הבניה חברתית ולא תכונת גוף ביולוגית. לשינויים אלה השלכות נרחבות גם על תחום הביו-אתיקה ויחסו למוגבלות, אותן אפרט בסיכום הדברים.

ברשימה זו אעמוד על שתי נקודות כובד בשינוי החברתי המתחולל. האחת היא **גישת הזכויות** הרואה באנשים עם מוגבלויות קבוצת מיעוט מופלית אשר יש להכיר בזכויותיה ובפגיעה בהן וליצור סעדים מתאימים שיאפשרו לחברי הקבוצה לקדם את זכויותיהם בכל תחומי החיים באמצעים משפטיים ויסייעו בקידום שינוי עומק חברתי כולל. השניה היא **התיאוריה של לימודי מוגבלות** (disability studies) שהיא בעיקרה גישה ביקורתית למוגבלות הניזונה מאקדמאים עם וללא מוגבלות ומהוגים או מובילי דעה עם מוגבלות השמה במוקד פעילותה את חקר





ההבניה החברתית של מוגבלות, כלומר חקר התהליכים החברתיים, התרבותיים, הכלכליים, הפוליטיים וההיסטוריים שתרמו לעיצוב המשמעות המיוחסת למוגבלות בכל חברה או הקשר נתונים.

גישת הזכויות החלה לחלחל לשיח הציבורי והמשפטי הישראלי במהלך שנות השמונים של המאה העשרים, אך ציוני הדרך המרכזיים בהתפתחות זו היו בשנות התשעים. המרכזי שבהם היה חקיקת חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות בשנת 1998) חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח-1998), אשר תוקן בשנת 2006 כשנוסף לו פרק נגישות רחב היקף.¹ חוק זה מהווה את הבסיס לאיסור ההפליה של אנשים עם מוגבלויות, לחובת ההתאמות ולזכות לנגישות של אנשים עם מוגבלויות. החוק הקים את נציבות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות וכולל סעיפי עקרונות רחבים, העיקרי שבהם הוא סעיף המטרה (סעיף 2) לפיו מטרת החוק היא כפולה: ראשית, שוויון פוליטי ואזרחי - "להגן על כבודו וחירותו של אדם עם מוגבלות, ולעגן את זכותו להשתתפות שוויונית ופעילה בחברה בכל תחומי החיים" ושנית - שוויון מהותי המכיר במגוון האנושי הבא לידי ביטוי במתן "מענה הולם לצרכי המיוחדים באופן שיאפשר לו לחיות את חייו בעצמאות מרבית, בפרטיות ובכבוד, תוך מיצוי מלוא יכולתו". בעקבות חקיקת חוק השוויון נערכו עוד שינויי חקיקה ספציפיים בתחומים רבים, כולל תעסוקה, חינוך, דיור, רווחה ועוד, אם כי המצב רחוק מלהשביע רצון הן במישור החקיקה והן ביישום.² חקיקת השוויון קיבלה חיזוק נוסף עם החתימה על האמנה הבינלאומית בדבר זכויות אנשים עם מוגבלויות משנת 2006 ואשרורה על ידי מדינת ישראל בשנת 2012,³ המציגה תפיסה רחבה של זכויות אדם בכל תחומי החיים. אך אין די במסגרת חוקית. על מנת לצקת בה תוכן יש להבין את שורשי היחס השלילי למוגבלות ובה בעת לפתח תפיסה חיובית חלופית למוגבלות. לשם כך יש צורך בהיכרות עם התפיסה החברתית הביקורתית של מוגבלות.

במקביל להתפתחות גישת הזכויות התגבשה והלכה תיאוריה נרחבת בתחום של לימודי מוגבלות שביקשה להסיט את מוקד העיסוק במוגבלות מהפרט אל החברה. מי שהיו ראשוניים לפתח תחום זה היו אנשים עם מוגבלויות מאנגליה ומארה"ב שהצליחו לפרוץ למערכת ההשכלה הגבוהה למרות כל החסמים שעמדו בפניהם תוך למידה ממאבקי קבוצות מיעוט אחרות, כגון שחורים ונשים. באנגליה היה זה

1. חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, שם, פרק ה'1: מקום ציבורי ושירות ציבורי.

2. למאגר חקיקה מקיף, ראו: אתר נציבות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תחת "חקיקה"

<http://www.justice.gov.il/Units/NetzivutShivyon/mishpati/Pages/Hakika.aspx>

3. "האמנה הבינלאומית בדבר זכויות אנשים עם מוגבלות, 2006 (נחתמה 2006, אושררה 2012).

מייקל אוליבר שפיתח את "המודל החברתי" של מוגבלות, המדגיש את התנאים החברתיים והפוליטיים המייצרים מוגבלות (בשל סטיגמה והעדר נגישות) לעומת "המודל האינדיבידואלי", הרואה במוגבלות בעיה של הפרט - טרגדיה אישית, גורל אכזר - ומתעלם מההקשר החברתי.⁴ בארה"ב, היו אלה פעילים שהקימו מרכזים לחיים עצמאיים כחלופה למוסדות ובצדם אקדמאים שביקרו את "המודל הרפואי" של מוגבלות.⁵ הביקורת על הגישה הרפואית למוגבלות מערערת על המעמד המרכזי ממנו נהנים מקצועות הרפואה והבריאות במתן הסבר למוגבלות ובקביעת דרכי התגובה ("הטיפולים") למוגבלות.⁶ גישה זו רואה במוגבלות פתולוגיה, סטייה ואבנורמליות ואנשים עם מוגבלויות כאנשים "חולים". במקום התפיסה של מוגבלות כנחיתות טבועה ופתולוגיה רפואית מציעים לימודי המוגבלות גישה המדגישה את היות המוגבלות חלק מהמגוון האנושי ומהמצב האנושי, תוצר של הבניה חברתית שלילית ויחסי כוחות חברתיים הדוחקים אנשים עם מוגבלויות לשולי החברה.⁷ ההבניה החברתית של מוגבלות באה לידי ביטוי בעמדות שליליות - דרך סטיגמות, סטראוטיפים וייצוגים שליליים של מוגבלות בספרות באמנות ובתקשורת; בעיצוב ותכנון סביבתי - שאינו לוקח בחשבון את צרכיהם של אנשים עם מוגבלויות וגורם להדרתם; ובהעדרם של שירותים חברתיים מתקדמים - כאלו המציבים את האדם במרכז ומאפשרים לו או לה לקחת חלק פעיל בחיים הציבוריים ולקבל החלטות במישור האישי.

מדיניות פרוגרסיבית בתחום המוגבלות צריכה להישען על שני אדנים אלו - הן הגישה הביקורתית למוגבלות והן גישת הזכויות - ולהיות מחויבת לסט הערכים החלופי המגולם בהם המבוסס על שוויון, זכויות, הכרה קבוצתית, הגדרה-עצמית (self determination), עצמאות מרבית, ייצוג עצמי, סולידריות חברתית ותלות-הדדית. סיסמת העל של תנועת האנשים עם מוגבלויות העולמית היא "שום דבר עלינו בלעדינו" ומכאן שאנשים עם מוגבלות צריכים לקחת חלק בעיצוב מדיניות, בעיצוב מחקר, בקבלת החלטות ציבוריות ובקבלת החלטות הנוגעות לחייהם. זהו חזון המבקש לקדם סדר יום של גאווה והכרה בתרומה של אנשים עם מוגבלויות לחברה - כלומר לא רק הכרה בדיכוי ובהדרה אלא גם בערך החיובי הטמון בחיים עם מוגבלות ובאנשים עם מוגבלויות.

4. Michael J. Oliver, *Understanding Disability: From Theory to Practice* (1996).

5. Shapiro, Joseph P., *No Pity: People with Disabilities Forging a New Civil Rights Movement* (1994).

6. Simi Linton, *Claiming Disability: Knowledge and Identity* (1998).

7. לפירוט, ראו: שנית מור, שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלויות בתעסוקה - מתיקון הפרט לתיקון החברה,

עיוני משפט לה, 97 - 150 (2012).

אתגר המוגבלות מונח כעת גם לפתחו של תחום הביו-אתיקה. השלכותיו הן רבות ונרחבות ממה שיכולה רשימה זו להכיל, אבל אנסה לסקור את חלקן.⁸ כפי שביקורת המודל הרפואי של מוגבלות מגלה, תפיסת המוגבלות ברפואה, בביו-אתיקה, בשיקום, ברווחה ובשירותי הבריאות, הינה לרוב תפיסה מוטה, המבוססת על הנחות שליליות ביחס למוגבלות ולחיים עם מוגבלות. תפיסה זו מייחסת ערך אובייקטיבי וניטרלי לידע המדעי וערך נמוך לידע הנובע מניסיון החיים ומנקודת המבט של אנשים עם מוגבלויות. ההשלכות המשמעותיות ביותר של תפיסה זו באות לידי ביטוי בשאלות של חיים ומוות - בתחילת החיים ובסופם. כך, סוגיות רבות הקשורות בלקויות מולדות באות לידי ביטוי בהקשר של בדיקות גנטיות, מעקב היריון, הפסקת היריון ותביעות בנין הולדה בעוולה.⁹ בכל אלה נתפסת מוגבלות כמצב של אומללות וסבל אינהרנטי, כנטל וכעול חברתי ומשפחתי, כמצב שאי החיים עדיפים על פניו - כחיים שאינם ראויים. המוסכמה החברתית היא לא רק שמוגבלות הינה שיקול לגיטימי בשאלות של הפסקת היריון, אלא שישנה ציפיה חברתית, הצדקה מוסרית וגיבוי משפטי לנקוט בכל אמצעי קיים לאיתור לקויות מולדות ולהפסיק היריון בשל כך. ביקורת המוגבלות מבקשת להראות שתפיסה זו של מוגבלות כ"מום" ו"פגם" היא בעייתית מבחינה מוסרית. כך, לאחרונה, ביטל בית המשפט העליון בע"א¹⁰ **המר** משנת 2012, את עילת החיים בעוולה וקבע כי חיים עם מוגבלות הם בעלי ערך וכי הגדרתם כ"נזק" פוגעת בכבוד האדם וסותרת את חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות. עם זאת, הוא הותיר את עילת הלידה בעוולה על כנה. עוד טוענת ביקורת המוגבלות, כי התפיסה השלילית של מוגבלות מבוססת על מידע מוטה ביחס לאיכות החיים עם מוגבלות - מידע שמוטה עקב אי היכרות עם חווית החיים של אנשים עם מוגבלויות, כפי שהם מספרים עליה ועקב התבססותו על המצב החברתי הנוכחי של סטיגמה, הדרה והעדר שירותים חברתיים מתאימים, במקום על המצב הראוי אליו יש לשאוף של הכרה, קבלה, שוויון ונגישות. לכך לא התייחס בית המשפט בעניין **המר**.

באופן דומה, מבקרת ביקורת המוגבלות את האופן בו נתפסת המוגבלות ומתוארת בשאלות הקשורות בהפסקת חיים. כאן נשאלת השאלה - עם מי החסד ב"המתת החסד"? פעמים רבות מדובר בקרובים ובני משפחה הטוענים בשם האדם עם

8. לדיון מקיף ומעמיק בנושא, ראו: אדריאן אש "מוגבלות, ביאתיקה וזכויות אדם", בתוך: לימודי מוגבלות: מקראה (שגית מור, נטע זיו, ארלין קנטר, ניסים מזרחי ואדנה אייכנגרין עורכים, פרסום צפוי 2016).

9. לפירוט בהקשר הישראלי ראו: שגית מור "ביקורת מוגבלות על ברירת עוברים בשל לקות: מבט לישראל" בתוך: לימודי מוגבלות: מקראה (שגית מור, נטע זיו, ארלין קנטר, ניסים מזרחי ואדנה אייכנגרין עורכים, פרסום צפוי 2016).

10. ע"א 1326/07 המר נ' עמית (28.5.2012).

המוגבלות שמותו עדיף מחייו, מבלי שנעשה מאמץ לברר את העדפת האדם עצמו בזמן שהם מבקשים למעשה להקל על סבלם-הם. פעמים אחרות מדובר באנשים עם מוגבלויות עצמם, המבקשים להפסיק את חייהם. אך גם כאן עולה השאלה עד כמה בקשתם זו מושפעת מהעדר משאבים, העדר נגישות, סטיגמה, ואוירה כללית של חסד ורחמים, הגורמים לאדם לרצות שלא להיות לנטל על סביבתו. אם נשים לרגע בצד מקרים בהם מדובר באדם שצופה פני מוות, הרי שמוגבלות בהגדרה, על פי הגישה הרפואית, הנה "מחלה בלתי ניתנת לריפוי". מכאן, שאדם עם תסמונת דאון או שיתוק מוחין עשוי להיחשב כמי שמצבו "סופני" ורע ממילא ושהימנעות ממתן טיפול במצבו או החשת מותו הינה מוצדקת. מכאן אפשר להרחיב את הדיון לשאלות הקשורות במתן טיפול רפואי: במצבים של משאבים מוגבלים, האם ומתי יינתן טיפול לאדם עם מוגבלות? האם יאושר טיפול יקר במיוחד? האם תינתן עדיפות בתרומת אברים? שאלות נוספות קשורות בטיפולים שמהותם "קוסמטית", במובן זה שהם נועדו "לנרמל" את החזות החיצונית או התפקוד של האדם, כך שיתאימו לנורמות החברתיות הרווחות: ניתוחים קוסמטיים לשינוי פניו של אדם עם תסמונת דאון, הארכת גפיים וטיפולים הורמונליים למי שקומתם נמוכה במיוחד, או טיפולים התנהגותיים לאנשים על הספקטרום האוטיסטי. ככל שתפיסת זכויות האדם ותפיסת המוגבלות כחלק מהמגוון החברתי עומדות במרכז הדיון על חייהם של אנשים עם מוגבלויות ועל שיטות הטיפול והשיקום הראויות, כך גם ישתנה מערך השיקולים הביו-אתי המשפיע על קבלת ההחלטות הן במישור המדיניות והן במישור הפרטני. ככל שיינתן מקום לקולם וניסיון חייהם של אנשים עם מוגבלויות, כך יהפוך תהליך קבלת ההחלטות למוסרי, אתי ולגיטימי מבחינה חברתית וכך גם תשתננה ההחלטות עצמן ותשקפנה תפיסה של זכויות אדם וכבוד אדם באשר הוא אדם.

* ד"ר שגית מור, מרצה בכירה, הפקולטה למשפטים, אוניברסיטת חיפה.



מתן תשובות לבדיקות דימות // נורית דסא

בגליון הקודם תיארנו פסק דין שניתן בבית משפט השלום בתובענה אשר הוגשה על ידי עזבון מנוח, אשר לאחר שקיבל פענוח מיפוי שעשה במסגרת טיפול נגד סרטן ריאות, וסבר בטעות שהן מעידות על הרעה במצבו, נטל את חייו.

במקרה הנדון, בית המשפט התלבט בשאלה, האם נכון וראוי היה, לאור מצבו הנפשי הרעוע של המנוח, לשלוח את תוצאות בדיקת המיפוי בדואר לביתו או לתווך לו את המידע באמצעות פגישה עם הרופא המטפל אשר יסביר לו באופן אישי את תוצאות הבדיקה. באותו מקרה, בית המשפט קבע כי הצוות הרפואי היה מודע למצבו הנפשי הרעוע על המנוח וכי היה מקום למנוע ממנו את תוצאות המיפוי, אך משהוחלט למסור את המידע למנוח, היה צריך לעשות באמצעות הרופא המטפל. בית המשפט פסק, כי על הצוות הרפואי היה לפעול ביתר זהירות ולאמץ דרכים זהירות יותר למסירת הבשורה, כי הפרו חובה זו וכי הפרה זו גרמה לנזק.

בהמשך לפסק הדין ולשאלת איגוד הרדיולוגים, נדון העניין בלשכה לאתיקה של ההסתדרות הרפואית בישראל. מצד אחד, כך נכתב, מתן ישיר של תשובות לבדיקות מעבדה ודימות שומר לכאורה על האוטונומיה של המטופל, ומאפשר לו לעשות כרצונו בנתונים הקשורים למצב בריאותו, לרבות קבלת חוות דעת נוספת מרופא אחר. מצד שני, המידע יכול להכיל בשורה מרה, אך גם עדויות למצב בריאות תקין ובשני המקרים המטופל יכול שלא להבין נכון את התוצאות. ללא הסבר נאות של תוצאות הבדיקות, המטופל יכול לסבול לחינם מחרדה או דיכאון, או לחלופין, להכניס את התשובות למגירה ולא לקבל טיפול מתאים.

בנסיבות אלה החליטה הלשכה לאתיקה להציע את הפתרונות הבאים: יש לברר את רצונו של המטופל על אופן קבלת תשובת הדימות: ישירות אליו דרך האינטרנט או הדואר ללא נוכחות רופא. מומלץ כי בירור זה יעשה בעת מתן ההפניה לבדיקה וכן יש לשוב עליו בעת הקבלה במכון הדימות. בהתאמה הומלץ, כי בכל רשומה רפואית של מטופל תופיע הערה לגבי העדפתו, כי סימון כזה יתווסף גם לרישומי מכון הדימות. בהמשך, תשובת הדימות תחזור לרופא המפנה ובמקביל - אם המטופל ביקש זאת מראש - גם למטופל. בנוסף, אם המטופל ביקש שלא לקבל את התשובה ישירות, תישלח אליו הודעה המעדכנת אותו כי יש פענוח לבדיקה וכי עליו לגשת לרופא המפנה לקבלתה. עוד הוסף, כי במצבי חירום תהיה פנייה ישירות למטופל וזאת למניעת כל עיכוב.

בעט האקדמיה:

מתוך כתב העת הבינלאומי 'רפואה ומשפט' //

מוחמד ותד

נטאליה סידובה ואנדריה פיטרוב, "הסדרות משפטיות ואתיות לרפאה ברוסיה: בחינה היסטורית," 35(2) כתב העת הבינלאומי 'רפואה ומשפט' 115-130 (2016). הביסוס התיאורטי להסדרה המשפטית של הרפואה ברוסיה היה, מאז ומתמיד, בעל מאפיינים פילוסופיים הנעוצים בתורת הערכים. בהקשר זה יש להדגיש, כי המניע הראשוני להערכת הסדרה זו היה אתי ולא משפטי. דברים אלה נכונים הן ביחס לאלה המגנים, באופן שיטתי, על המשפט הרפואי, והן ביחס לאלה המתנגדים לו. הסדרה מיוחדת לסוגיות משפטיות הקשורות לבריאות היתה קיימת במידה, ראשית, הנדרשת בהקשרים קונקרטיים, ושנית, האפשרית ללא פגיעה במשטר. ככלל, הצורך בהסדרה משפטית לתחום הבריאות התפתח בצורה מהירה יותר ביחס ליכולות ולשאיפת הרשויות במדינה לפתח תחום זה. בהתאם, נוצר צורך אקוטי לשנות חקיקה קיימת בהקשר זה.

משהד אלעלאף, "השיטה בדבר לביצוע," 34(4) כתב העת הבינלאומי 'רפואה ומשפט' 131-150 (2016).

האם שינוי המראה הטבעי שלנו ייחשב כפעולה מוסרית? כיצד משפיעים שינויים אלה עלינו, כבני אדם, הן ברמה האישית והן ברמה החברתית? מאמר זה עוסק בניתוחי שיחזור ובניתוחים לטיפול היופי. בהקשר זה, שני סוגי הניתוחים האמורים יידונו לשם בחינת שאלות כמו "מי אני? וכן, התמודדות עם סוגיות מסורתיות בדבר רצון חופשי, יופי, יחסו של האדם לאלוהים, וזהות אנושית, ביחס לשינוי מראהו החיצוני של האדם. בין יתר השאלות אשר יידונו במאמר זה, נמנית השאלה בדבר בחינת ההצדקות, או היעדרן, לניתוח לשם טיפוח יופי לאור הנזק הנפשי העלול להיות כרוך בכך.

בעט האקדמיה:

איזון עדין מבט שני על זכויות עובר בר-חיות בדין הישראלי: בין זכויות האישה לזכויות העובר // פנינה ליפשיץ-אבירם

בעשרים בנובמבר 1989, אישרה האספה הכללית של האומות המאוחדות את ההצהרה בדבר זכויות הילד. הסעיף הראשון בהצהרה הוא:
"For the purposes of the present Convention, a child means every human being below the age of eighteen years unless under the law applicable to the child, majority is attained earlier".

ההצהרה הנוגעת לזכויות אדם גורסת, כי אדם הוא אדם מרגע היוולדו ואילו ההצהרה הנוגעת לזכויות הילד תוחמת את הגבול העליון של הילדות בגיל 18, אך אינה תוחמת את הגבול התחתון של הילדות. אם כך, מה מעמדם של עוברים? מחד גיסא ברור שגילם נמוך מ-18 שנה ועל כן הם ילדים; עם זאת, אם טרם נולדו, האם אפשר לכנותם "בני אדם"?

המאה העשרים ואחת, נשאה בכנפיה התקדמות ענקית בתחומי המדע, הטכנולוגיה והרפואה. תוחלת החיים עלתה, איכות החיים השתפרה ותמותת האימהות והתינוקות - אחד ממדדי הבריאות החשובים ביותר כיום - פחתה במידה ניכרת.

החוק, המשפט והאתיקה צעדו בעקבות המדע. ביטויים לכך הם חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, פסיקות של בתי המשפט ואמנות שירות רפואי. הטרכינוולוגיה השתנתה-מ'חולה' ל'מטופל', מ'פצינט' ל'לקוח'. גם תחום המיילדות זכה לעדנה במאה השנים האחרונות: לפני מאה שנה 20%-30% מההריונות היו מסתיימים במות האם, וחלק ניכר מהם היו מסתיימים במות היילוד. כיום, שיעור התחלואה והתמותה בעולם המערבי, הן של האם והן של הוולד, נמוכים. בד בבד עם התקדמות זו, חלה התקדמות ניכרת גם ביכולת לאתר סימנים למומים ולמחלות כבר במשך החיים העובריים, ובכך לאפשר להורים הפוטנציאליים בחירה. מחד גיסא הם יכולים להמשיך את ההיריון, על כל המשמעותיות הנובעות מכך: גידול ילד נכה, מעמסה נפשית ורגשית על בני המשפחה, עלות כלכלית; מאידך גיסא, אפשר לבחור לוותר

על ההיריון הנוכחי ולקוות שההיריון הבא יניב ילד בריא. במקרים של מומים משמעותיים, הכרוכים בחיים קצרים ומלאי סבל לילוד, הבחירה נראית פשוטה, אך לא כל המומים דומים ומשמעותם לא תמיד נהירה.

המדרון החלקלק הפך יותר ויותר חלקלק עם ההתקדמות שחלה בגנטיקה ובאבחון הטרום-הריוני. מצב זה מעורר שאלות, כמו: האם אדם נמוך קומה איננו זכאי לחיים? האם ילד כבד-שמיעה אינו יכול ליהנות מחיים מלאי משמעות? ואם בחרנו להגן על זכויותיהם של בני האדם באשר הם, ללא אפליה ובחרנו לייחד את קבוצת הילדים כקבוצה הזכאית לזכויות אולם מתקשה לממש את זכותה, האם אין מחובתנו להגן גם על הקטנים אף יותר, כמי שאינם יכולים לבטא את רצונם? ומה באשר להגנה על עוברים בשלב החיות?


...

עשרים שנה לחוק זכויות החולה - תוצאות, השגות ומבט לעתיד* // גיל סיגל, לימור מלול

חוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996 (להלן: **החוק**) אושר במליאת הכנסת ב- 1.5.1996, במטרה להסדיר את מערכת היחסים בין המטפלים לציבור המטופלים בישראל. החוק ביקש לקבוע את זכויות האדם המבקש טיפול רפואי או המקבל טיפול רפואי ולהגן על כבודו ועל פרטיותו (סעיף 1 לחוק). למהלך זה חשיבות מרובה לאור מרכזיותם של שירותי הבריאות בחיינו. הצפייה, כי המטפל יעשה שימוש ראוי בכלים המקצועיים ובמשאבי המערכת העומדים לרשותו ויספק באופן מקצועי ואתי את השירות הציבורי והחיוני לכל הנזקק לו, באה לידי ביטוי מפורש בחוק זכויות החולה. במילים אחרות - החוק מעגן למעשה נורמות וקודים של התנהגות במטרה לקדם ולממש את זכויות המטופלים, באופן המחייב את כל העוסקים במתן שירותי בריאות לסטנדרטים מקצועיים ואתיים. מרכזיותו של החוק בהתנהלות מערכת הבריאות בישראל מבחינה תפיסתית אינה תואמת ממצאים אודות מידת יישומו בשדות הקליניים השונים, ואנו עדים לקשיים שונים ביישום חלקים רבים וחשובים מהחוק ובהטמעתו בקרב המטופלים.

כך, בדוח משרד הבריאות - בנושא 'השמירה על זכויות החולה המאושפז ועל כבודו', על פי הדוח השנתי 65 של מבקר המדינה (שהתפרסם ב-05/5/2015) נמצאו





ליקויים רבים. הבדיקה התמקדה בטיפול בפונים למלר"דים (מחלקות לרפואה דחופה) ובמאושפזים, בעיקר במחלקות הפנימיות; בתשעה-עשר בת-החולים הכלליים הממשלתיים ובתי-החולים של קופת-חולים כללית. בין היתר נמצא, כי **הסכמה מדעת** אינה מיושמת כנדרש עקב אי-מסירת מידע כנדרש למטופל הנובע מעומס העבודה. כמו כן, חולים התבקשו לא פעם לחתום על טופס ההסכמה מדעת סמוך לביצוע הניתוח. בכך, נפגעת למעשה האוטונומיה של המטופל, שאינו מסוגל לתת ביטוי לרצונו בהחלטותיו לגבי הטיפול שיינתן לו. הבדיקה העלתה, כי הפניות ל**וועדות האתיקה** ספורות בלבד והוועדות כמעט שאינן מתכנסות. כמו כן קובע הדוח, **שרוב בתי החולים נמנעים מהקמת ועדות בדיקה**, שתפקידן לבדוק תלונה של מטופל או אירוע חריג הנוגע למתן טיפול רפואי ובמקום זה מקיימים בירורים פנימיים לצורך הפקת לקחים סמוך למועד האירוע; הדבר נובע מהחשש שהדוחות המופקים בוועדה ישמשו נגד בית החולים, למשל בתביעות של רשלנות רפואית. בכך, נמנעת למעשה ההזדמנות לבחון אירועים חריגים ולרדת לשורש ההתנהלות המובילה להם. אין ספק שציבור המטופלים הם הנפגעים העיקריים מכך. הדוח מצא, כי בשמונה-עשר בתי החולים מתוך תשעה-עשר שנבדקו, כבוד החולה וזכויותיו אינם נשמרים כראוי, עקב **תנאי אשפוז גרועים**, שפוגעים גם ביכולת לתת לחולה טיפול רפואי נאות: שיעור תפוסה גבוה אשר אינו תואם את התקנים של מיטות האשפוז ומחסור ברופאים ובאחיות ביחס לדרישות באופן הפוגע ביכולת הצוות הקיים להיענות לצרכי המטופלים, לשמור על כבודם ואף עלול לפגוע בבריאותם. הציפיה הגדולה לשינוי בעקבות חקיקת חוק זכויות החולה, נשמעה בדבריהם של המעורבים בתהליכי חקיקת החוק בשלבים השונים. הדברים הושמעו בפאנל הראשון **בכנס הארצי: "עשרים שנה לחוק זכויות החולה - תוצאות, השגות ומבט לעתיד"** שהתקיים בקריה האקדמית אונו והציגו מבט רחב ורב ממדי על הולדת החוק והתפתחותו. היועצת המשפטית של משרד הבריאות, **מירה היבנר-הראל**, הדגישה כי הדרך לחקיקת החוק נסללה מהצורך שעלה בציבור לעיגון זכויותיו בתחום הבריאות. ציבור המטופלים בישראל חש כי זכויותיו נרמסות במערכת היחסים הפטרנליסטית שאינה מותירה מקום לזכותו להיות שותף בתהליך הטיפולי. ועדות בדיקה רבות במשרד הבריאות נסובו על היחס הפטרוני והדה-הומניזציה שחוו המטופלים במערכת בזמנו. החוק שינה את הדינמיקה הטיפולית ושינה את מקומו של המטפל והמטופל בסיטואציה זו. הרופא, שקביעותיו היו מתוות את מהלך הטיפול ללא עוררין הפך למשתתף שווה ערך למטופל, שתפקידו להמליץ על הטיפול הרפואי, בהתאם לידע המקצועי שרכש. עד לחקיקת החוק התקיימה לרוב התייעצות עם המשפחה ושיתופה בהחלטות הטיפוליות הנוגעות

לבן משפחתם. החוק הוציא את המשפחה מהסיטואציה הטיפולית. רק בתיקון לחוק משנת 2014, נקבעה בחוק זכות לנוכחות מלווה בטיפול רפואי. יודגש, כי זכות זו אינה פוגעת ביכולתו של המטופל לקבל החלטה בלעדית ועצמאית בנוגע לטיפול שיקבל. לתפיסתה, מדובר בחקיקה ראשית המבקשת לחנך את המטפלים, עובדה שהיתה מושא לביקורת על החוק. ואכן, החוק לא תפס את מקומו הראוי בחינוך המטפלים, למשל בפקולטות לרפואה. רוח החוק עדיין אינה שורה לגמרי באקלים האירגוני בשדות הטיפוליים - שהאדם המבקש טיפול צריך להיות במרכז הסיטואציה הטיפולית והוא חזות הכל. חבר הכנסת והשר לשעבר **רן כהן**, מיוזמי חוק זכויות החולה, הביא את החוק כדוגמה לדרך שבה מדיניות ציבורית מתעצבת. האקלים החברתי ששרר תאם את רוח הצעת החוק שהוגשה על-ידי שרת הבריאות לשעבר שושנה ארבלי-אלמוזלינו והיא עברה בקריאה טרומית, והובאה לידיעת מנהלי בתי-החולים וראשי מערכת הבריאות ליעוץ ועבודה. לנמעני החוק, הרופאים וראשי מערכת הבריאות היה קושי גדול לקבל את מה שמשמע מן החוק והוא עבר גלגולים לא מעטים, שבמהלכם נידונו נושאים שלא נכללו בחוק, כמו נושא השר"פ (שירות רפואי פרטי) או "הזכות" למות בכבוד על פי עיקרי השקפת עולמו ואמונתו, וככל שהדבר אפשרי, בנוכחות אדם שהמטופל רצה בו, והרופא המטפל והמוסד הרפואי יסייעו לו במימוש זכותו זו, וימנעו כל דבר העלול לפגוע בכבודו" (ראו דיון בכנסת בהצעת חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, ד"כ 5878). החוק, שנולד כביכול באקראי וביוזמה של חברי כנסת שנוכחו במציאות שמדכאת זכויות אדם בתחום הבריאות, נתפס בזמנו כתקדים של חקיקה ראשית. הדרך הנכונה מבחינה מקצועית לעיצוב מדיניות בתחום הבריאות היא כאשר חקיקה נובעת ומוצעת מתוך מערכת הבריאות, לאור הצרכים העולים במערכת; דבר שלא קרה במקרה זה, אך לפחות לא סוכל על-ידי המערכת. **פרופ' אליק אבירם** מהמכון הלאומי לחקר מדיניות הבריאות במכון גרטנר הדגיש את התגובה החריפה של הרופאים, שהיו בטוחים שהם פועלים למען טובתו של המטופל ומשקיעים את מירב מאמציהם בקידום בריאות ורווחתו. לא נראה היה, מנקודת מבטם, כי יש בסיס מציאותי-אמיתי ליצירת חוק הבא ללמד אותם איך לטפל בחולה. לפתע הכתה התחושה, כי הרופאים נתפסים כ'אויבי העם' ועלו התנגדויות בקרב ראשי האירגונים הרפואיים, שטענו, שהחוק יפגע באיכות הטיפול ויעשה בו שימוש נגדם. הקהילה הרפואית חשה נפגעת מעצם האמירה העומדת בבסיסו של החוק, אמירה המגבשת דרישות מהרופא בתהליך הטיפולי. גם התפתחות החוק אינה נתפסת כתקינה, די בהשוואה בין השינויים המועטים והדלים שחלו בו במהלך השנים לעומת השינויים הרבים שחלו, למשל בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד-1994. החוק מקים את זכויות החולה, אך מציג אותם בצורה אמורפית וללא הגבלות. באשר

להשגות ומבט לעתיד, יש לציין כי נעשו מעט מאד שינויים ותוספות לחוק במהלך עשרים השנים, מה שמעיד, אולי, על חוסר הסתגלות והתאמה של החוק למציאות משתנה. זה נובע גם מחוסר נתונים והעדר מחקר מספיק על אופן יישומו של החוק והאם הוא השיג את מטרותיו. **עו"ד טליה חלמיש-שני** גרסה, כי החוק אמנם חולל סערה, אך לא הביא עמו מהפיכה או שינוי מהותי עמוק, שלא היה מתרחש ממיילא. לדבריה, השינוי בהתייחסות של המערכת הרפואית לזכויות המטופלים והאוטונומיה שלהם, הוא תולדה של ההתפתחויות החברתיות והמשפטיות, החל מתחילת שנות ה-90, ששמו דגש גובר והולך על הזכויות והחירויות של הפרט (ראו למשל, חקיקת חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו ב-1994). השפעה מכרעת נוספת על השינויים שחלו בהתייחסות לזכויות המטופלים ולאוטונומיה שלהם, היתה לגידול במספר תביעות הרשלנות הרפואית לאורך השנים ולביקורת על המערכת הרפואית בפסיקות של בתי-המשפט. הגידול במספרן ובעלותן של תביעות הרשלנות הרפואית, הביא להקמת מערכי ניהול סיכונים ובטיחות הטיפול במסודות הרפואיים, בניסיון להקטין את החשיפה המשפטית. מערכים אלה שמו דגש, בין היתר, על שיפור התקשורת של המטופלים עם המטופלים ועל שמירה על זכויות המטופלים, לרבות בכל הנוגע לתהליכי קבלת הסכמה מדעת לטיפולים ולניהול ושמירה על הרשומה הרפואית. בהקשר של הסכמה מדעת וניהול הרשומה הרפואית החוק, למעשה, לא חידש דבר שלא נידון במסגרת הערכאות המשפטיות (אמנם החוק הוסיף סעיף עונשי על אי ניהול רשומה רפואית כנדרש, אך סעיף זה כנראה לא הופעל מעולם). החידוש הממשי בחוק בנושא ההסכמה מדעת היה: הדרישה להחתים את המטופלים על טופס ייעודי לפעולות רפואיות המנויות בתוספת השניה. דווקא שינוי זה תרם יותר להגנה על הרופאים מאשר לזכויות המטופלים. זה הביא את האיגודים המדעיים של הרופאים להתארגן יחד עם החברה לניהול סיכונים ברפואה, כדי לכתוב טפסים ייעודיים אחידים להחתמה של המטופלים. בשנים האחרונות, בתי המשפט מסתמכים על טפסים אלה בבואם להכריע בתביעות של מטופלים בנושא הסכמה מדעת. קיום טופס ייעודי חתום על-ידי המטופל מהווה חזקה (הניתנת לסתירה) לכך שניתנה הסכמה מדעת. וכך, הרופאים שנסערו מהדרישה בחוק יצאו למעשה נשכרים מחקיקתו. לעומת זאת, בכל הנוגע להסדר הקיים בנושא הוועדות ללימוד והפקת לקחים מכשלים בטיפול הרפואי (פרק ו' לחוק), החוק "ספס" בגדול, משום שלא דאג להקנות חיסיון לפעילות, שמטרה שיפור בטיחות הטיפול. כתוצאה מכך נפגמת האפקטיביות של התחקירים הרפואיים ותהליך הלימוד מכשלים. ההחלטה בבית-המשפט העליון על-ידי השופט אהרן ברק בהליך רע"א 1412/94 **הסתדרות מדיצינית הדסה עין-כרם נ' ע' גלעד ואח'**, שניתנה בתפר שבין הצעת חוק זכויות

החולה לבין חקיקתו, גרמה לכך שההסדר שהיה קיים בהצעת החוק, ולפיו הוקנה חיסיון לוועדות הפנימיות ולדיונים הפנימיים על כשלים רפואיים ירד מן הפרק. במקומו קובע החוק שממצאים ומסקנות של וועדת בדיקה (סעיף 21 לחוק) יימסרו למטופל, כך שבפועל הוא יכול להשתמש בהם בהליכים משפטיים. בהתאם להגדרה בחוק, ועדת בדיקה כוללת גם בדיקה של אירועים חריגים, שזה תחום העיסוק של יחידות ניהול הסיכונים ובטיחות הטיפול. ועדת בקרה ואיכות (סעיף 22 לחוק) אמנם נהנית מחיסיון, אך ספק אם תחקירים הנערכים, כדבר שבשגרה, ע"י הממונים על ניהול סיכונים ושיפור בטיחות הטיפול נופלים בגדר ועדת בקרה ואיכות. יש, אפוא, חשיבות ממדרגה ראשונה לתיקון חוק זכויות החולה, באופן שתחקירים ודיונים פנימיים שמטרתם לימוד מכשלים ושיפור בטיחות יהנו מחיסיון, שכן הנזק לזכויות הפרט העלול להגרם מכך הוא זעום, לעומת התועלת הרבה שיפיק ציבור המטופלים מחיסיון כזה, שיתרום לשיפור האפקטיביות של התחקירים ולקידום בטיחות הטיפול.

פרופ' יונתן הלוי, מנכ"ל המרכז הרפואי שערי צדק, ציין כי הרקע החברתי בישראל הוביל להשתרשות התפיסה הפטרנליסטית והחוק שלח מסר לרופאים לשנות את דפוסי התנהגותם למערכת יחסים פחות פטרנליסטית ויותר משתפת. טופסי ההסכמה מדעת היו אחד מההישגים הבולטים של החוק, אך החוק כלל גם סעיפים שלא ניתן ליישםם כלשונם. דוגמה לכך הוא סעיף 13(ב) לחוק בנושא הסכמה מדעת לטיפול רפואי, המפרט רשימה ארוכה אותה נדרש הרופא לספק כדי שהמטופל יוכל להחליט האם להסכים לטיפול המוצע ולתת הסכמה מדעת. הסעיף היה עלול להוביל להצפה של תביעות במידה ובתי-המשפט היו דורשים ליישמו כלשונם. סעיפי חוק שונים דורשים פרשנות התואמת את ערכי החברה בנוגע למתן טיפול. כך, לא יתכן לפרש את סעיף 15(3), הנוגע למתן טיפול רפואי ללא הסכמה, כלשונו ללא הבנה מעמיקה של הלך הרוח הטיפולי - שהרי לא יתכן שהחוק מאפשר לתת טיפול לחולה שמסרב ונמצא במצב של סכנה חמורה, אך אינו מאפשר מתן טיפול לחולה שנמצא במצב חירום רפואי (המעמיד את ערך החיים ושלמות הגוף בסכנה מיידית ובלתי הפיכה). חוק זכויות החולה הינו חוק חד-צדדי בעניין הענקת זכויות והטלת חובות, החוק העצים את החולה, אך לא יצר מפת דרכים בעניין המצופה מהחולה לצורך הגשמת זכויותיו במערכת הבריאות. הדבר פוגם ביכולת שלנו לעצב את המרחב הטיפולי באופן קונסטרוקטיבי למען המטופלים.

* ד"ר גיל סיגל, ראש המרכז למשפט רפואי, ביו-אתיקה ומדיניות בריאות, הקריה האקדמית אונו.
 ** חלק מהרשימה מבוסס על דברים שנישאו בכנס הארצי: "עשרים שנה לחוק זכויות החולה - תוצאות, השגות ומבט לעתיד" שהתקיים בקריה האקדמית אונו, ב-14 ביוני 2016 (הדברים מובאים בשם אומרם).

ביו-אתיקה בראי הדת:

חובת הענקת טיפול רפואי במשפט העברי //

מאיר דובדבני

בבואנו לסקור את החובה להעניק טיפול רפואי למטופל הנזקק לו, יש להתייחס לשלושה מרכיבים מרכזיים:

א. מקור החובה - האם מדובר במצווה עצמאית או סניף של אחת המצוות האחרות בתורה.

ב. תוקף החובה - האם החובה היא מהתורה ("דאורייתא") או רק מדברי חכמים ("מדרבנן"). בנוסף, האם החובה הינה מוחלטת או שמא מהווה היא מעשה טוב לפנינו משורת הדין וללא תוקף מחייב.

ג. היקף החובה - האם החובה הינה מתקיימת בכל תנאי או שמא קיימות נסיבות בהן חובה זו מתבטלת.

א. מקור החובה

בדברי חז"ל, הוצעו מספר גישות בדבר מקור המצווה החלה על המטפל להעניק טיפול רפואי לחולה, להלן אציג את העיקריות שבהן:

1. **השבת אבדה** - יש שכתבו כי החובה להעניק טיפול רפואי כלולה במצווה הרחבה יותר של השבת אבדה. כשם שיש חובה על אדם להשיב לאדם אחר דברים שונים שאבדו לו, דוגמת חפצים ובגדים, כך קיימת חובה להשיב לאדם את הבריאות שאבדה לו או למנוע את אובדנה.

2. **לא תעמוד על דם רעך** - יש שביססו את החובה להעניק טיפול כחלק מאיסור זה. קיימת חובה על כל אדם אשר רואה את חברו בסכנה לפעול על מנת להציל אותו. ממילא, וכחלק מחובה זו, קיימת גם על הרופא חובה מיוחדת להציל את האדם-המטופל מהדרדרות במצבו הרפואי.

3. **וחי אחיך עמך** - קיימת חובה ביהדות למנוע הדרדרות כלכלית של הזולת על ידי מתן הלוואות כספיות או בדרכים אחרות, תוך הבנה כי הדרדרות זו תשפיע

מהותית על חייו. ממילא, כשם שיש חובה לעזרה בפי הכלכלי, כך גם קיימת חובה לעזור בפי הבריאותי והגופני על מנת למנוע ממנו הדרדרות רפואית הפוגעת בחייו.

ב. תוקף החובה

כפי שהובא לעיל, המשותף לכלל הדעות שהוצגו הוא שהן מוצאות סימוכין מן התורה ("דאורייתא") להענקת טיפול רפואי לזולת.

מפשט-הכתובים ברור שההוצאות על נזק כוללות גם הוצאות רפואיות, שהרי כתוב "רפא ירפא".

חז"ל הסיקו מכך שיש היתר ללכת לרופא (שהרי אם היה זה אסור הרי שזה לא אמור להיות כלול בהוצאות) - "מכאן שניתנה רשות לרופא לרפא"

יש להדגיש, כי חרף העובדה שנוסח המדרש של חז"ל נוקט לשון של "רשות", אשר בדרך כלל מתפרשת כחובה שאינה מוחלטת או כחובה תלוית נסיבות, הרי שרוב המפרשים טענו כי מדובר בחובה לכל דבר ועניין. הלשון "רשות" מנוסחת בהתאם למחשבה הדתית, המזהה את הנסיבות הטבעיות כביטוי לרצונו של האל, ולכאורה קיומה של מחלה בסובייקט מסוים מבטאת את רצון האל במחלתו וממילא אמורה למנוע מהאדם להתערב ולנסות לרפא אותה. לפיכך, הדגישו חז"ל כי הדת היהודית אכן מאפשרת ונותנת רשות למטפל לפעול על מנת לרפא את האדם ולא רואה בכך מרד או התרסה אל מול הרצון האלוהי.


יתרה מזו, הרמב"ן (אשר היה רופא בעצמו) קבע כי **החובה להעניק טיפול רפואי הינה פיקוח נפש ומי שנמנע מלקיימה נחשב כ"שופך דמים", כלומר כרוצח!**

ג. היקף החובה

שאלת היקף חובת הענקת הטיפול הינה רחבה עד מאוד ומצריכה דיון בפני עצמו. על חלק מהיבטיה, דוגמת קביעת סדרי עדיפויות והזנת חולה הנוטה למות, עסקנו בדיונים קודמים. בדיון הנוכחי אבקש לעסוק אך ורק בהיבט אחד של השאלה: קיומה של חובה זו במקרים בהם מתנגשת היא בהחלטה רצונית של המטופל הכשיר שלא להירפא.

יש להבהיר כי במקרים מעין אלו, קיימת התנגשות בין שני ערכים מרכזיים ביהדות: ערך קדושת החיים אל מול ערך הבחירה החופשית.





ככלל, מבכר המשפט העברי את ערך קדושת החיים על פני ערך האוטונומיה, או במילים אחרות מעדיף את "כבוד האדם" על פני "חירותו". ביכור זה בא לידי ביטוי בראש ובראשונה בעצם האיסור הידוע והמוחלט במשפט העברי על התאבדות או סיוע לה.

בהתאם לכך, **חובתו של המטפל להעניק סיוע רפואי ממשיכה להתקיים גם במקרים בהם המטופל מסרב לקבל טיפול זה**. חובה המבוססת על ההעדפה הערכית של חיי אדם על האוטונומיה שלו ובחירתו. ממילא, במקרים בהם יוכח כי בעצם קיומו של טיפול כפוי יש לסכן את המטופל הרי שעקרון קדושת החיים יחייב דווקא להימנע מטיפול.

מבט לחוק זכויות החולה ולמעמד בני המשפחה של המטופל // גילה יעקב*

חוק זכויות החולה, שהחודש מלאו עשרים שנים לחיקתו, נועד להסדיר את זכויותיו של המבקש טיפול רפואי. מעיון בחוק עולה שהגישה האתית המנחה את כותביו הייתה גישת **האוטונומיה** גישה המתאפיינת במתן דגש לזכות המטופל בקבלת החלטות על גופו ללא כפייה ומתוך ידיעת האפשרויות הטיפוליות השונות הבנות ובחירה חופשית ומודעת מתוכן¹¹.

עד חקיקת חוק זכויות החולה בלט **המודל הפטרנליסטי** מודל שהתאפיין במתן מעמד בלעדי לרופא בקבלת החלטות טיפוליות על סמך ידע מקצועי כאשר כוונתו היא טובת המטופל¹².

אולם, שינויים במעמד זכויות האדם, כמו גם, שינויים טכנולוגיים מואצים אשר הרחיבו את מגוון הטיפולים האפשריים ומאידיך, הפרה בוטה של טובת המטופל הנידו בעוצמה את מטוטלת היחסים בין מטפלים למטופלים מפטרנליזם לאוטונומיה.

11. חוק זכויות החולה התשנ"ו

Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. JAMA. 1992;267(16):2221-2226

בשלב ראשון ניתן למצוא בספרות המקצועית ובשדה הטיפולי את מודל האוטונומיה האישית.

אוטונומיה של הפרט - Individual Autonomy

גישה זו מתמקדת ביחיד ובאוטונומיה שלו כלומר, בזכותו להגדרה עצמית. לחולה זכות לקבל החלטות כרצונו כל עוד החלטתו אינה פוגעת באחרים והחלטתו אינה תוצר של לחץ חברתי שאינו הוגן. הנחות המוצא לאוטונומיה של הפרט הן - המטופל מקבל החלטותיו על בסיס מידע רלוונטי, באופן רציונלי ועצמאי. גישת האוטונומיה האישית מקדמת את יכולתו של הפרט לבחור את תכנית חייו, לתכנן את חייו כרצונו ולקבל החלטות כרצונו. מכיוון שבגישה זו הפרט הוא המושא העיקרי ניכרת התעלמות מהקשר החברתי שלו הקשר הכולל את בני משפחתו. גישה זו מאפיינת את חוק זכויות החולה הנותן קדימות למטופל הכשיר באופן בלעדי. ונקודת המוצא היא שבני המשפחה משפיעים על הפרט באופן המצמצם את האוטונומיה שלו.

עם זאת, נמצא שקיימים הבדלים בין חברות מערביות הדוגלות בגישת האוטונומיה של הפרט לחברות שאינן מערביות הנותנות דגש להקשר החברתי והמשפחתי של הפרט. חברות שאינן מערביות מתאפיינות במודל אוטונומיה מבוססת יחסים.

אוטונומיה מבוססת יחסים - Relational Autonomy

מודל האוטונומיה מבוססת היחסים מניח שהפרט מממש את רצונותיו בהקשר חברתי מסוים ושקבלת ההחלטות המבוססת על רצונו החופשי של הפרט כרוכה בשייכות למסגרות חברתיות ובמערכות יחסים עם אחרים. על פי גישה זו החלטות של הפרט אינן מנותקות ממשפחתו. וההקשר המשפחתי הוא ביטוי לצורך של הפרט בשייכות. הפרט מושפע ומשפיע בו בזמן על סביבתו. ולפיכך, יש לקחת בחשבון את האינטרסים של המשפחה. השפעת המשפחה נתפסת כמאפשרת לפרט לממש את רצונו¹³.

לאור מודלים אלה עולה השאלה: מהי הגישה הראויה במדינה רב תרבותית כמדינת ישראל?

מקריאת חוק זכויות החולה ניכר שהמחוקק מבכר את גישת האוטונומיה של הפרט. גישה הנמצאת בפער מהמצב הרווח היומיומי בשדה הטיפולי המתאפיין בכך שבני

Lee H. I. Barron H. L., (2016) Moving Past Individual and "Pure" Autonomy: The Rise of Family-Centered Patient Care. American Medical Association Journal of Ethics. Vol. 18, Number 1: 56-62.

משפחה של מטופלים מבקשים מידע אודות מצבו של המטופל ולעיתים אף מפעילים לחץ למתן או מניעת טיפול¹⁴ מנהל הרפואה מתייחס לאי הסדרת מעמדם החוקי של בני המשפחה ומציע מודל פרקטי להסדרה זו¹⁵. מטיוטת חוזר מנכ"ל משרד הבריאות מתאריך 24.12.12 בנושא שיפור חוויית המטופל במערכת הבריאות עולה שאחד הסטנדרטים לטיפול איכותי במרכיב יחס הנו: "הצוות המטפל מערב ומשתף את משפחת המטופל או אחר משמעותי, בהתאם לנסיבות ולאישור המטופל"¹⁶

אחת האפשרויות שהינה בעלת פוטנציאל להסדרת מעמד בני המשפחה בד בבד עם מתן כבוד לאוטונומיה של המטופל הינה אפשרות האנמנזה האתית. מוצע בספרות שלרשומה הרפואית יתווסף מרכיב הכולל מספר שאלות שמטרתן בירור רצונותיו והעדפותיו של המטופל במגוון נושאים ובהם מעמדם של בני משפחתו.¹⁷

למקומם של בני המשפחה פוטנציאל מיטיב ומסייע,^{18,19} כמו גם, אפשרות לצמצום האוטונומיה של המטופל ועל כן נדרשת הסדרת מעמדם המשפטי והאתי בהתחשב במגוון התרבותי המאפיין את מדינתנו מחד ואת היות המדינה מדינה דמוקרטית מאידך.²⁰

* ד"ר גילה יעקב - החוג למנהל מערכות בריאות-האקדמית עמק יזרעאל, הפקולטה לרפואה - הטכניון חיפה

14. יעקב ג. (2006) היבטים אתיים בטיפול בחולה האונקולוגי הזקן. עבודה לשם קבלת תואר דוקטור לפילוסופיה. הטכניון מכון טכנולוגי לישראל.
15. מתן מידע לקרובי החולה, מינהל רפואה, 20 ביולי 2003
16. טיוטה לחוזר מנכ"ל- 24.12.12 שיפור חוויית המטופל במערכת הבריאות
17. צדיקי. (2007) להחזיר את האתיקה לרשומה- תולדותיה של ההצעה לאנמנזה אתית. רפואה ומשפט 37. 66-70.
18. אייזנברג ש.עראף, ג.יעקב, וזאבי, ה.מסעד, ב.שמע-דידי ל. (2016) נוכחות בן משפחה בביקור רופאים מועיל או גרוע? איכות ברפואה גיליון 4. 12-20.
19. Gilbar, R. & Gilbar, O. (2009). The medical decision – making process and the family: the case of breast cancer patient and their husbands. Journal compilation, 183 - 192
20. ביקור רופאים - אז למה שבני משפחה יצאו מהחדר? - YNET 7.2.05

במרחב הגלובלי

...

גנטיקה וסוגיות משפטיות: האם יכולה המערכת המשפטית להתמודד עם אתגרים ביואתיים חדשים?

// ברברה פפר בילאוור*

בדיקות גנטיות הפכו לתכופות ונדרשות יותר ויותר, ככלי לאבחנה או לטיפול רפואי ועתה אפילו כשיטה להוכחת קשר סיבתי בתביעות משפטיות, אך איזה נטל יכול מידע שאינו קשור לכאורה למטרת הבדיקה הגנטית להטיל על הנבדק?

במקרה מן הזמן האחרון, שעודו תלוי ועומד במערכת המשפטית האמריקאית, **צ'דהם נ' מחוז בתי הספר של פאלו אלטו**²¹ (Chadam v. Palo Alto School District), למדו בני הזוג צ'דהם על קיומה של מוטציה היוצרת בבנם נטייה אפשרית למחלת הסיסטיק פיברוזיס (CF) לאחר שביצעו בדיקה שאינה קשורה במחלה. כאשר רשמו את בנם לבית ספר חדש, גילו את המידע, והאמינו כי יישאר חסוי.

CF היא מחלה גנטית, ואינה מדבקת, אך בצורתה הפעילה יכול חולה CF לסכן חולי CF אחרים המצויים בסביבתו. משום שנטייתו הגנטית של הנער צ'דהם לא הובנה כהלכה, סברה הנהלת מחוז בתי הספר האחראי על הרישום, שהנער יוצר סיכון ממשי לשני נערים חולים שנרשמו כבר לאותו בית הספר לפניו. הורי הנערים (מר וגברת X) קיבלו מידע על מצבו של צ'דהם. הם דרשו מיד כי הנער יסולק מבית הספר וכך נעשה, באופן פומבי לפני חבריו לכיתה.

משפחת צ'דהם תבעה את בית הספר על כך שסילק את בנם ועל שגילה את המידע הרפואי שלו וסימן אותו כלוקה במחלה שאינו לוקה בה.²² הם טענו להפרה של

Jennifer Wagner, Genetic Discrimination Case is appealed to the Ninth Circuit, Genomics .21 Law Report, Feb. 2, 2016 <http://www.genomicslawreport.com/index.php/2016/02/02/genetic-discrimination-case-against-school-district-is-appealed-to-ninth-circuit>
 JAMES CHADAM and JENNIFER CHADAM, on behalf of themselves and their minor children, .22 A.C. and C.C., Plaintiffs-Appellants, v. PALO ALTO UNIFIED SCHOOL DISTRICT, Appellants Opening Brief Case: 14-17384, 01/14/2016, Docket No. 14-17384 (9th Cir. 2016), (Jan 14.2016) <https://assets.documentcloud.org/documents/2701506/Opening-Brief.pdf>, [/index.php/2016/02/02/genetic-discrimination-case-against-school-district-is-appealed-to-ninth-circuit](https://index.php/2016/02/02/genetic-discrimination-case-against-school-district-is-appealed-to-ninth-circuit)

חוק המוגבלויות האמריקאי (American Disabilities Act)²³ ושל זכותם החוקתית לפרטיות. באופן תמוה, לא העלו טענה בנוגע להפרת החוק של מדינת קליפורניה האוסר על אפליה בשל מצב גנטי,²⁴ וזאת אפילו לאחר שבית המשפט העניק להם ארכה לעשות כן.

הערכאה הראשונה דחתה את התביעה²⁵ ונימקה זאת בכך ש'הסיכון לילדים אחרים היה ממשי ומבוסס על ראיות רפואיות'²⁶ ושפעולת הנהלת המחוז, שהעבירה את הנער הייתה סבירה, כי 'ישות ציבורית יכולה להעלות דרישות בטיחות הכרחיות על מנת להעניק שירותים ולהפעיל תכניות ופעילויות'; [למרות] שהישות הציבורית חייבת להבטיח שדרישות סבירות אלה מבוססות על סיכון ממשי ולא על השערה גרידא, סטריאוטיפ או הכללה הנוגעת לאנשים עם מוגבלויות'.²⁷ מכאן, למרות שהנער לא היה חולה, אישר בית המשפט את זכותה של הנהלת המחוז לסרב לקבל את הילד לבית הספר בעילה של הגנת הבריאות והבטיחות של תלמידים אחרים.²⁸ נכון לכתיבת מאמר זה ערעור על הכרעת הערכאה הראשונה עודו תלוי ועומד.²⁹

העובדות מדגימות בבירור תוצאות של אי הבנה בנוגע למידע גנטי -

1. המידע שבנם של הזוג צ'דהם היה בעל גן שעבר מוטציה, והמידע השגוי שהוא לקה במחלה³⁰ הועבר להורי הילדים החולים (מר וגב' X) על ידי מורה, ללא רשות.

.23 ADA Title II and Section 504 claims; id at 17.

-- (California Genetic Information Nondiscrimination Act of 2008 as amended 2011).

24 GINA Goes to School Feb 05, 2016, Genomeweb, <https://www.genomeweb.com/scan/>.

25 gina-goes-school

26 בית המשפט התייחס לטענת הנתבעים כי חוק המדינה דרש את העברתו של צ'דהם לבית ספר אחר על מנת להגן

על בריאותם של תלמידים אחרים כמעלה הגנת 'איום ישיר' -

Judge Claudia Wilken, in *Chadam v. Palo Alto Unified School District* (No. Dis. Calif 2014) No-C

13-4129 CW, Order Granting Defendants Motion to Dismiss Seconded Amended Complaint,

November 4, 2014, at p. 16 [https://www.documentcloud.org/documents/2699117-Chadams-](https://www.documentcloud.org/documents/2699117-Chadams-v-Palo-Alto-Unified-School-District.html)

v-Palo-Alto-Unified-School-District.html, CHADAM EX REL. A.C. v. PALO ALTO UNIFIED SCHOOL

DISTRICT <http://www.leagle.com/decision/In%20FDCCO%2020141105782/CHADAM%20>

EX%20REL.%20A.C.%20v.%20PALO%20ALTO%20UNIFIED%20SCHOOL%20DISTRICT

.Id at 14. 27

28 US DOJ infra note 17.

BRIEF FOR THE UNITED STATES AS AMICUS CURIAE SUPPORTING PLAINTIFFS-APPELLANTS 29

AND URGING REVERSAL No. 14-17384, <https://www.justice.gov/crt/file/820736/download>

BRIEF FOR THE UNITED STATES AS AMICUS CURIAE SUPPORTING PLAINTIFFS- 30

APPELLANTS AND URGING REVERSAL <https://www.justice.gov/crt/file/820736> p.5

2. מיד לאחר מכן דרשו מר וגב' x מהנהלת מחוז בתי הספר לאסור את רישומו של בנם של משפחת צ'דהם (במקום להעביר את ילדיהם לבית ספר אחר) ואף שלחו מכתבים מטרידים וביצעו שיחות טלפון מטרידות למשפחת צ'דהם.
3. בית הספר נכנע לדרישות משפחת x, למרות שרופאה של משפחת צ'דהם לא חשב שבנם של הזוג צ'דהם מהווה כל סיכון שהוא לילדים אחרים... חזר על העובדה שלילד אין ומעולם לא היה CF, והציע לספק ראיות נוספות לכך שהילד אינו מהווה סיכון.
4. למרות כל אלה, סולק הילד מבית הספר, באופן שניתן לתאר רק כמשפיל, בכך שהתבקש לעזוב את הכיתה לעיני כל חבריו החדשים וסומן כלוקה במחלה שמעולם לא הייתה לו.³¹

המצב הגנטי של הילד אינו ברור ובית המשפט ועורכי הדין עמעמו אותו עוד יותר, כאשר השתמשו בביטוי 'נשא'. באופן מסורתי המונח הזה מתייחס למישהו עם העתק של גן רצסיבי שאינו יכול לקבל את המחלה בכל עת שהיא ושאינו בסיכון להעביר אותה לצאצאיו, אלא אם כן יינשא לנשאית. העובדות כאן שונות מעט, בהינתן הדרישה לבדיקה תקופתית. ייתכן שלילד יש את כל המאפיינים הגנטיים ל-CF (גנוטיפ) אך הוא אינו מראה סימני מחלה, ופירושו של דבר הוא כי הוא עלול לחלות בעתיד.³² קביעה זו חשובה על מנת להכריע בשאלת תחולת ההגנות המופיעות בחוק המוגבלויות האמריקאי.

האם בלבול זה באשר למצב הגנטי המדויק של הנער,³³ הוא העומד בבסיס המקרה?³⁴ יש הסבורים כי המצב הגנטי אינו רלוונטי,³⁵ מכיוון שבכל מקרה לנער אין את המחלה, מנקודת ראות משפטית ניתן להעלות את הטענה הפוכה. כך, אם אין זה אפשרי שלנער יש את המחלה (שהוא רק נשא) לא ניתן להעלות טענה שהנהלת המחוז התנהגה באופן הגיוני. מצד שני, אם זה אפשרי שבשלב מסוים הוא יפתח

31. 'אז, בנוכחות כל חבריו ובני כיתתו, המורה סילק את צ'דהם מהכיתה למסדרון והודיע לצ'דהם שזה יומו האחרון בבית הספר ג'ורדן. המורה שאל את צ'דהם אם הוא רוצה לחזור לכיתה ולהיפרד מחבריו. הנער שהיה במצב רגשי מעורער, ויתר, והלך הבייתה' (שם, עמ' 10).

32. 'אם היו לילד שתי מוטציות הילד אינו נחשב באופן טכני כנשא. יש להתייחס אליו כנושא את הגנוטיפ אך לא את הפנוטיפ ל-CF (במילים אחרות, לילד יש נטייה גנטית למחלה אך היא אינה משפיעה עליו או טרם הראתה סימנים חיצוניים. יש שני מונחים רפואיים רלוונטיים - חדירה לא מושלמת וביטוי (של המחלה) משתנה. חדירה לא מושלמת פירושה הוא שלא כל אדם עם אותו גנוטיפ יפגין סימפטומים של המחלה; ואגנר, לעיל ה"ש 3.



את המחלה, יהיה סיכון זעיר, אך מוחשי שהוא יסכן אחרים. במקרה זה שאלות של סיכון יחסי וסיכון מול סיכוי יכולות לעלות, אך לפחות בית הספר יפעל על בסיס סיכון אמיתי.

סוגיות ביו-אתיות

עורכי הדין של צ'דהם טענו, כי מעבר לסוגיות המשפטיות והרפואיות העולות על פני השטח במבט ראשון, מעלה המקרה שאלות חדשות בנוגע לאתיקה ולמוסר.

עם הקצב המתגבר של הטכנולוגיה הגנטית ההופכת את המידע הגנטי לזמין יותר למגזרים גדולים יותר של הציבור, לא ניתן יהיה להתחמק ממחלוקות משפטיות בנוגע לגישה ולשימוש במידע גנטי. בעוד שמקרה זה מערב את הגילוי בעוולה והשימוש שלא כדין במידע גנטי על ידי הנהלת מחוז בתי הספר, המקרה העלה שאלות רחבות יותר בנוגע לזהותו של מי שזכאי לדעת מידע גנטי פרטי ואיזה שימוש הוא יכול לעשות במידע זה. האם מעסיקים, חברות ביטוח, או בני זוג מיועדים, צריכים לדעת מידע משפטי הנוגע למועסקים, מבוטחים, או בני זוג מיועדים? כאן התמקד

Barry Starr, Palo Alto Student Was Asked to Leave School Because of His DNA, Tech Museum & Stanford University February 8, 2016 KQED Science <http://ww2.kqed.org/futureofyou/2016/02/08/student-was-asked-to-leave-school-because-of-his-dna/> DNA מידע גנטי הוא מורכב יותר ממה שאנשים רבים חושבים. למשל, מדענים מצאו יותר מאלפי ווריאנטים של שינויים גנטיים ב-DNA של CFTR, הגן המרכזי המעורב בסיסטיק פיברוזיס... ההבדלים הגנטיים המסוימים נמצאים בתחום האפור של הגנטיקה הידוע כחדירה משתנה..."

Wagner, supra note 3 .34

35. ואגנר (לעיל ה"ש 3), טוענת בצדק שהגנטיקה לכשעצמו אינו יוצר סכנה של הדבקה צולבת עם אחר בעל CF. אלו הם הסימפטומים הגלויים שיוצרים את הסכנה להדבקה צולבת (למעשה, עיבוי הליחה בריאה). עם זאת, טענתה שבסופו של דבר ההבחנה האם הנער הוא נשא או שיש לו שני עותקים שעברו מוטציה ל-CF אינה רלוונטית לניתוח משפטי אינה מבוססת כהלכה. מכיוון שהטענה המשפטית, כפי שהועלתה במקרה זה, נסמכת על חוק המוגבלויות האמריקאי, השאלה האם הנער הוא נשא או בעל הגנטיקה יכולה להיות גורם מכריע בשאלה האם הוא זוכה להגנת החוק. אך גישה משפטית זו היא בעייתית ממספר סיבות. חוק המוגבלויות דורש אנליזה מצטברת - שהנער אינו מהווה סכנה לאחרים וגם שהוא בעל לקות. עם זאת, כאשר יש לו שני גנים פגומים הוא יכול להיחשב רק בעל לקות בכוח, מה שהופך את הנושא ללא רלוונטי. זה גם משאיר פתוחה את האפשרות שבמועד מאוחר יותר הוא יהפוך להיות מסוכן, ואז ניתן להעלות את השאלה למה הזכות הראשונית - לצדה או לילדי משפחת X. דרך טובה יותר להתמודד עם המקרה, ועקבית יותר מבחינה לוגית, הייתה להסתמך על חוקי מדינת קליפורניה המגינים מפני אפליה גנטית. במקרה זה ניתן היה לטעון כי לא ניתן להסתמך על הגנטיקה - תהא אשר תהא - של הנער כדי להפלותו, וכי כרגע הוא אינו מהווה סכנה.

בית המשפט בנושאים משפטיים, לא הבין את הנושאים הרפואיים והתעלם ממגבלות ביו-אתיות. זאת אומרת, ממאזן הזכויות שבין משפחת צ'דהם ומשפחת X, ומהחובה של בית הספר למזער את הנזק (לא היה צורך, למשל, לגלות את זהותו של הנער צ'דהם למשפחת X, אפילו אם היה צורך ליידע אותם על הסיכון האפשרי לילדיהם). במילותיו של בית המשפט -

"מקרה זה מעמיד זה כנגד זה את הזכות לאי גילוי גנטי העומדת לתלמיד אחד אל מול הסיכון האפשרי לבריאותם ובטיחותם של תלמידים אחרים. בראייה רחבה... הכרעות בית המשפט צריכות להיות בעלות השלכות על... תסריטים (הכוללים למשל את זכותו של בית הספר לנקוט בפעולות כדי להגן על תלמידיו מפני תלמידים שלא חוסנו, או כאלו עם מצבים הנוגעים לבריאותם הנפשית)"³⁶

שיקול אחר שלא דנו בו הוא הסיכון האפשרי לבריאותו של הנער צ'דהם, בהנחה שהוא היה בעל נטייה למחלה, ובמקרה זה ילדי משפחת X הם המסכנים אותו ועל הנהלת מחוז בתי הספר היה לפעול לא רק לטובת ילדי משפחת X, אלא גם לטובת הנער צ'דהם. באופן דומה, אם המורה שגילה את המצב למשפחת X עשה זאת מתוך דאגה לילדי X וראה בצ'דהם סיכון אמיתי, גילוי של מצבם של ילדי משפחת X למשפחת צ'דהם התבקש בה במידה. בית המשפט לא התייחס אף לשיקול זה.

יחד עם סוגיות של פרטיות ומזעור הנזק (מכיוון שבכל מקרה לא היה צורך להעביר למשפחת X את זהותו של הנער צ'דהם, אלא מספיק היה להתריע בפניהם כי ילד אחר עם מצב דומה נרשם לבית הספר) מעלה המקרה שאלות של מאזן זכויות: ילדו של מי יישאר בבית הספר, אם שני התלמידים נמצאים במצב רפואי פעיל של המחלה? חשוב יותר, המקרה מעלה בעיות הנובעות מחוסר הבנה של מנגנון ההדבקה במחלה, של הישות שעליה מוטל להגן על בריאות הציבור, והעובדה שהנהלת המחוז קיבלה את הכרעתה בהסתמך על מידע מוטעה, לחץ והיסטריה של הורים אחרים.

אך הסוגיה החשובה ביותר, היא הסוגיה של הליכים משפטיים והגנה במקרים כאלה, הן בשאלות של אסטרטגיה משפטית, והן בשאלות טקטיות. המקרה הובא תחת הזכות החוקתית לפרטיות והגנות חוק המוגבלויות האמריקאי. בלטה בהעדרה ההסתמכות על חוק המידע הגנטי של קליפורניה, שיתכן והיווה את הדרך הישירה והיעילה ביותר להגן על משפחת צ'דהם. לכך לא ניתן כל הסבר.

* המחברת מודה לעו"ד גל אמיר על הסיוע בתרגום המאמר.

הפלת מים: "היגיון בסיסי", הכחשת המחלוקת ועמדת המומחים // דניאל מישורי

1. חלק ראשון: "היגיון בסיסי" והשכל הישר

1.1 הקדמה: על הפלת מים ו"היגיון בסיסי"

השיח האתי עוסק בדרך כלל בשאלות על אודות הטוב. את הדיון על האמת נוסים להשאיר לדיסציפלינות אחרות, למשל הלוגיקה, וכיום באופן כללי ל"מדע". לעיתים קרובות מניחים שהאמת נקבעת על-ידי מומחים, או לפחות על-ידי מי שנחשבים ל"מומחים" מוכשרים ומסוגלים להתקרב אל האמת יותר מאנשים שמיומנים פחות בתחום. בכך מופקע הדיון בתחומים רבים מהציבור הרחב. הלא-מומחים (כולל מומחים בתחומים קרובים או משיקים) אמורים, בשל הרציונאליות הקולקטיבית שאמורה להימצא בסיס המדע, לקבל בהכנעה את טענות המומחים או לכל הפחות לאמץ מידה רבה של זהירות וענווה כשהם נקלעים לוויכוח בתחום מסוים בו יש מומחים - יותר מאשר מידת הזהירות והענווה המצופה מאותם המומחים עצמם.

ההקשר בו מועלים הרהורים אלה הוא הוויכוח על הפלת המים. בקצרה, משרד הבריאות סבור שכדי להוריד את רמת העששת בקרב ילדים צריך להוסיף פלואור למי השתייה (למעשה, לכל מי המגזר הביתי בישראל). כרגע נראה, לעת עתה, שמשרד הבריאות הצליח. ועדת הפנים ואיכות הסביבה של הכנסת החליטה בישיבה ב-16.3.16 (שאושררה בישיבה נוספת ב-22.3.16) להחזיר את הפלת המים, לאחר שבוטלה כשנה וחצי קודם לכן בידי אותו משרד הבריאות עצמו, שבתשובה לבג"צ נגד ההפלה טען כי "...התפיסה שעליה הושתתו התקנות המקוריות [להפלת מים] אבד הכלח והיא אינה מקובלת עוד".

טענות וקביעות שעלו באותה ישיבה בוועדת הכנסת עומדות ברקע מאמר קצר זה. הדברים אמורים במיוחד בדבריו של יו"ר הוועדה, ח"כ דוד אמסלם, שחזר מספר פעמים על הקביעה לפיה הוא אינו יכול לגבש עמדה עצמאית בנושא. לפי ח"כ אמסלם:

"אין לי מושג למה הוועדה צריכה להחליט בנושא מקצועי שהיא לא מבינה בו כלום. לפחות אני לא מבין. אני חושב שזה צריך להיות דיון מקצועי במשרד הבריאות

אצלו נושא הבריאות חונה והוא צריך לקבל את ההחלטה. לכן, אם יש כאן איזה פרט פרוצדורלי, אני אביא אותו בסוף לידי ביטוי כי הוא יבוא בהצבעה, אבל האמינו לי שאני לא מבין בפלואור שום דבר."


כשח"כ זאב בנימין בגין ענה לו ש"זה לא הנושא היחיד שאנחנו מצביעים עליו כשאיננו מבינים", ענה לו ח"כ אמסלם ש" [בנושאים אחרים] אנחנו יכולים להפעיל איזשהו הגיון בסיסי אבל כאן אלה נתונים פר אקסלנס". ב"נתונים" הכוונה לכך שבישיבה הציגו הצדדים לוויכוח נתונים סותרים בדבר יעילות ומסוכנות ההפלרה, ואז ברירית המחדל היא לקבל את עמדת מומחי משרד הבריאות.

במילים אחרות, ח"כ אמסלם סבור שבסוגיית ההפלרה הוא אינו יכול להסתמך על ה"היגיון הבסיסי", ונגזר עליו לקבל את עמדת מומחי משרד הבריאות ללא עוררין. עצם הדיון שנכפה עליו, נתפס על-ידו כליקוי פרוצדוראלי שנגזר עליו לקיימו מתוקף תפקידו: "זה נושא מקצועי פר אקסלנס שצריך להיחתך במשרד הבריאות, שם נחתכות סוגיות מקצועיות בריאותיות. אבל זה בא לפתחנו [לועדת הכנסת], זה החוק ואנחנו נתנהל בהתאם". עמדתו של ח"כ אמסלם מהווה ויתור על המצפן הפנימי שלנו: על "ההיגיון הבסיסי".

לעניות דעתי, כאן בדיוק שורש המחלוקת, וכאן גם נמצא העוול הגדול המקופל ברעיון הפלרת המים. יש כאן שיח מומחים המנוכר להיגיון, והמבטל את ההיגיון בשם נתונים ו"עובדות" סטטיסטיות חלקיות ביותר, שנמצאות במחלוקת בעצמן. את זה מכנים "רפואה מבוססת-מדע" (science based medicine).

בשיח זה יש בהחלט מקום להפעיל היגיון, כולל "קומון סנס" גם במקום בו מתקיים שיח של מומחים מול מקבלי החלטות בנושאים שאינם בתחום מומחיותם. יש גם מקום לעוונה בקרב מומחים בפני טיעונים הגיוניים, במיוחד כשהשיח נמצא במוקד של מחלוקת מדעית. שיח זה משקף לדעתי את היהירה השגויה שלעיתים מוצאים ברפואה וביחסה למטופלים. ביטול שיקול דעת עצמאי של מקבלי ההחלטות מול המומחים, בהנחה שהם ורק הם מייצגים את האמת המוחלטת, עלול (כפי שקרה בנושא ההפלרה) להוביל להכרעה פוליטית (במסגרת חוק או תקנות מחייבות) במחלוקת מדעית - הליך שאינו מדעי או רציונאלי בכל קריטריון שהוא. בכך, הרפואה הופכת מ"מבוססת מדע" ל"מבוססת-פוליטיקה", ובכך היא בלתי-ראויה מבחינה מקצועית או מוסרית. בשורות להלן אנסה להסביר עניין זה, ולטעון שיש מקום להיגיון גם במקום בו מתקיים שיח מומחים.





אדגיש, במאמר זה לא אנסה להציג נתונים, המנוגדים לנתונים בהם משתמש משרד הבריאות. שיח הנתונים הסותרים הוא בדיוק הדבר שגורם לח"כ אמסלם ולאחרים לקבל באופן אוטומטי את עמדת מומחי משרד הבריאות, מתוך הנחה לא-מבוססת שנתונייהם מהימנים יותר. במקום זאת אנסה להראות את משמעויות השיח שמשרד הבריאות מאמץ: הכחשת המחלוקת המדעית, זלזול בסיכוני הפלואור, הצגת מידע חלקי או מטעה (למשל, הצגת הפלואורוזיס כבעיה אסתטית בלבד), וזלזול בוטה במתנגדים להפלרה.

חשוב לציין, יש לי כבוד רב לאנשי משרד הבריאות ולתומכיהם שדיברו בוועדה. לעיתים קרובות אני מעריך מאוד את עמדותיהם בנושאים אחרים, למשל עמדתם ביחס למזון מעובד עתיר סוכר ונתרן. בסוגיית הפלרת המים המחויבת-בחוק יש לי איתם מחלוקת חריפה, שהיא לחלוטין מקצועית, ואני מקווה שהם ייראו בעמדות שאציג להלן תרומה לשיח בנושא חשוב זה.

1.2 מתנגדי ההפלרה: הזויים ולא-רציונאליים?

דברים אלה נכתבים מכיוון שבועדת הכנסת, ובחלק מהפורומים הציבוריים באינטרנט, נעשה ניסיון ליצור את הרושם שאין כל מחלוקת מדעית או עניינית בנושא ההפלרה, ושהמתנגדים אינם מדענים, או כאלה שאינם מבינים במחקר, חסידי תיאוריות קונספירציה הניזונים ממקורות מפוקפקים באינטרנט, איתם לא ניתן לדבר בהיגיון. במילים אחרות: הכחשת המחלוקת, וזלזול בוטה וגלוי במתנגדים. לטעמי, אלה חטאים אינטלקטואליים ואתיים חמורים.

כך למשל, כדי להגחך את מתנגדי ההפלרה, שהתייחסו לחומר אותו אמורים להכניס למים כ"חומצה פלואורוסיליציית" אמר אחד המשתתפים בישיבה כי "אמרו כאן הרבה דברים על חומצה. חומצה זה גם חומצה אסקורבית שזה ויטמין C. הגוף שלנו בנוי מחומצות אמינות."

ראוי להזכיר, חומצה זו היא אחת התרכובות הרעילות והמסוכנות ביותר. אם אדם ייגע בטיפה ממנה, אצבעו תעוכל. רמיזות לבורות-לכאורה של מתנגדי ההפלרה אינן במקומן.

1.3 רקע: הפלרת מים

בשנה שעברה (יוני 2015) פרסמתי בעלון זה מאמר קצר בכותרת "הפלרת מים, ביו-אתיקה וסביבה"
 (http://bioethicsnews.zefat.ac.il/inner.aspx?id=272&cat=60).

במאמר זה טענתי שעיקרון ההיזהרות המונעת מחייב להתנגד להפלרת המים בשל הנזק הפוטנציאלי לבריאות ולסביבה. כמו כן טענתי שמדובר בבעיה ביואתית כטיפול ללא הסכמה מדעת (ואף מתוך התנגדות) ובעיה של טיפול קולקטיבי. טענה נוספת שטענתי שם, בדבר חוסר האתיות של הכחשת (או ביטול חשיבות) המחלוקת, ברצוני להרחיב כאן.

תזכורת: רק 1% מהמים המופלרים משמשים לשתייה, עוד 3-4% משמשים להכנת מזון ושאר ה-95% משמשים לרחצה ולשטיפה, להדחת אסלות ולהשקיה. קרוב ל-90% ממי המגזר הביתי ממוחזרים כיום במתקני טיפול בשפכים שאינם מסוגלים לסנן את הפלואור, ומשמשים כמי השקיה בחקלאות. כך, הפלואור עלול להצטבר בקרקע ובמי התהום ולפגוע בפוריות האדמה, ולהופיע בכמויות לא-ידועות בגידולים חקלאיים. כמויות החומר הרעיל הן אדירות: כ-7,000 טון חומצה פלואורוסיליציית בשנה הוחדרו בעבר בכל שנה למי השתייה בישראל. מאחר ואין אף מדינה שמתקרבת להיקף מיחזור המים הנהוג בישראל, אין אף מחקר בחו"ל שניתן לצטט כדי להפריך את החשש לפגיעה סביבתית. ב-2014 בוטלה חובת ההפלרה לאחר יותר מעשור בידי שרת הבריאות דאז, יעל גרמן, שאימצה את מסקנותיה של ועדת פרופ' אבנר עדין, שדנה בהיבטים שונים של עדכון ההנחיות לעניין מי השתייה בישראל. ביטול חובת ההפלרה הייתה אחת ממסקנות ועדה מקצועית זו. החזרת ההפלרה, לעומת זאת, נעשתה כגחמה של שר הבריאות הנוכחי, יעקב ליצמן, בתמיכה של בכירי משרדו ושל רופאים בכירים, ולא מתוקף מסקנות של ועדה מקצועית.

אדגיש, ייתכן שיש רבים הסבורים שמסקנות הוועדה היו שגויות, אולם בירור זה אמור היה להתקיים במסגרת ועדה מקצועית אחרת, שתוכל לשמוע את הצדדים השונים במחלוקת, ולדון במכלול ההיבטים בסוגיה (כולל היבטים סביבתיים וביו-אתיים). דבר זה לא נעשה.



1.4 תרגיל בהיגיון

כאמור, מאחר וח"כ אמסלם סבור שבנושא ההפלרה יש צורך במומחים ושההיגיון לא יעזור, אנסה ברשימה קצרה זו להראות את ההיפך: שההיגיון קובע שאין להפליר את מי השתייה.

לצורך כך, אטען שתי טענות, ששתיהן לא שנויות במחלוקת (אני מזמין כל מי שחולק עלי להראות ולו מחקר אחד הסותר קביעות אלה. אם יוצג מחקר כזה, אפרסם מעל במה זו רשימה בה אצהיר שטעיתי ושאני תומך בהפלרה...):

א. הפלואור אינו נוטריאנט

ב. הפלואור הוא אחד הרעלים המסוכנים ביותר

נוטריאנטים הם יסודות ותרכובות כימיים החיוניים לחיים ולגדילה של יצורים חיים. הם משמשים לבניין הגוף ולאספקת אנרגיה. אצל בעלי חיים (להבדיל מצמחים) הם כמעט תמיד ממקור אורגני. בהיעדרו של נוטריאנט יפתח הגוף מחלות-חסר. דוגמה ידועה למחלת חסר היא הצפדינה, מחלה שמקורה במחסור בויטמין C. מה שמאפיין את הנוטריאנטים שלנו הוא שהם אמורים להיכנס לגוף באמצעות מערכת העיכול. בפתח מערכת העיכול יש מנגנון סינון המכונה "טעם". נוטריאנטים אמורים להיות טעימים לנו. אם מישהו ינסה לטעום טיפה של פלואור, הוא יקבל כווייה קשה, חור בלשון וסביר שגם חור בעצם הלסת וסימני הרעלה מתמשכים במערכות אחרות של הגוף.

גם תומכי ההפלרה לא טוענים שהפלואור הוא נוטריאנט. הם אומרים משהו קצת אחר. לטענתם, הפלואור דומה מבחינה כימית להידרוקסיד, אחד מהיונים המרכיבים את אמייל השיניים. במגע עם זגוגית השן גורם הפלואור לחיזוק האמייל ולכן גם לעמידות בפני עששת. ייתכן (אם כי הדעות בעניין זה חלוקות מאוד). אולם, אפילו אם זה נכון, עובדה זו לא הופכת את הפלואור לנוטריאנט, כלומר לחלק מהמנגנון הטבעי של הגוף. במקומות רבים בעולם מתקיימים בני אדם עם שיניים מושלמות (לרוב, בקהילות שלא חשופות להרגלי תזונה קלוקלים מודרניים הכוללים סוכר ופחממות ריקות), ללא כל מפגש עם פלואור. במילים אחרות, הפלואור אינו הכרחי לגוף: אין שום תהליך בגוף שמחייב נוכחות של פלואור. להפך. מדובר בחיקוי רעיל: הפלואור רעיל ומסוכן לכל איבר ולכל רקמה בגוף. המשפט הראשון בתקציר דו"ח SCHER של האיחוד האירופאי שעסק בחשיפה לפלואור ובפלואורידים במים קובע: "פלואוריד אינו יסוד חיוני לגדילה והתפתחות האדם, ולרוב האורגניזמים בסביבה".

http://ec.europa.eu/health/scientific_committees/environmental_risks/docs/scher_o_122.pdf

גם תומכי ההפלה לא טוענים שנוכחות פלואור בגוף היא טובה. הפלואור לטענתם מועיל כשהוא בא במגע עם השיניים. אין בו כל תועלת כשהוא נבלע בגוף, ונקלט בתוכו, בכל כמות שהיא. אבל פוטנציאל הנזק גדול מאוד.

לסיכום, הפלואור אינו נוטריאנט. הוא חומר רעיל.

ההנחה ש"מכיוון שמשמשים בהפלת מים כבר עשרות שנים, ושהיא אושרה על-ידי רשויות הבריאות בארה"ב ובמקומות אחרים, ולכן היא לבטח בסדר" היא חסרת ביסוס. לכל היותר היא מבטאת עמדה שמרנית שמניחה שמי שצריך להבין ולדעת אף פעם לא טועה. לדעתי, הנחה זו שגויה. לעיתים קרובות אנשים טועים, גם מומחים, ולא תמיד הם יודעים שהם טועים, ומלאי ביטחון הם משכנעים גם אחרים, ומפיצים טעויות. ואז קשה להבין. לכן הפנייה שלי לשכל הישר, מעבר לוויכוח על הנתונים.

1.5 רעל טבעי, ולכן טוב?

נציג משרד הבריאות מגיבים בביטול ובזלזול כלפי ההאשמות, שהפלואור עלול להיות מסוכן. הם מדגישים שמדובר בחומר "טבעי" ושהם עושים אופטימיזציה של הפלואוריד במים למינון הרצוי. כך למשל, מנהל שירות בריאות הציבור במשרד הבריאות טען ש"צריך לזכור שפלואור הוא חומר שנמצא באופן טבעי בכל מי שתייה ומה שאנחנו רוצים במשרד הבריאות זה להביא אותו למינון האופטימלי כך שיגן על השיניים של הילדים והמבוגרים".

נציג איגוד רופאי בריאות הציבור, תקף את הנושא מזווית אחרת. לטענתו, "אין היום מים טבעיים. היום מים עוברים טיפול, מכניסים שם כלור, מכניסים שם הרבה מאוד חומרים כדי להגן על בריאות הציבור. ...פלואור, יש מדינות שבאופן טבעי הוא קיים בתוך המים..." גם יו"ר איגוד רופאי הילדים, התבטא באופן דומה, נגד מים מותפלים: "מים מותפלים, רק שתדעו, הם מים ללא פלואוריד בכלל, מצב שלא קיים בטבע. תמיד במים הטבעיים יש פלואוריד ברמה נמוכה, ברמה בינונית, ברמה גבוהה, אבל יש פלואוריד". במילים אחרות, הפלואור נמצא במים באופן "טבעי" ולכן הוא טוב, ואנו זקוקים לו בשביל השיניים.

צריך לדעת: הפלואור עצמו הוא אחד החומרים הרעילים והריאקטיביים ביותר בטבע. הוא גם מסרטן (בחיות מעבדה) וגם רעלן עצבי (ניורו-טוקסין). בשל רעילותו הוא היה אחד החומרים הראשונים שעברו הסדרה כחומר מסוכן. כחומר קורוזיבי, הוא גורם לנזקים לצנרת ההולכה של המים, ואגב כך עלול ליצור חומרי לוואי מסוכנים.



החומר שמוסיפים למים בהנחיית משרד הבריאות אינו פלואוריד (כלומר, אחת מתרכובות הפלואור) מהסוג אותו מכירים ממשחות השיניים (עליהם מודבקת אזהרה חמורה שלא לבלוע את המשחה), אלא חומצה פלואורוסייליציט (H_2SiF_6), המופקת ממחצבים, לרוב כתוצר לוואי (פסולת) של תעשיית הדשנים (פוספטים). חומצה זו מכילה שאריות של מתכות כבדות ושאר חומרים מסרטנים שנקשרו במחקרים גם לפגיעות נירולוגיות, ביניהם כספית, אלומיניום, ארסן, קדמיום ועוד, אשר לגביהם אין מינון "בטוח" לחשיפה, וגם הם חומרים "טבעיים".

כלומר, הפלואור שונה לחלוטין מחומרים אחרים (מים, ויטמין סי, או מלחים שונים) שבהם המינון מהווה את ההבדל בין תרומה לעודף, אבל שלא ניתן לחיות בלעדיהם.

אגב, מרבית המחקרים המצטטים מחו"ל עוסקים בפלואוריד הסיידן המצוי במים (CaF_2) או בסודיום פלואוריד (NaF) המשמש להפלרה בארה"ב, לא בחומצה הפלואורוסייליציט בה נעשה שימוש בישראל.

1.6 רעל: העיקר הוא המינון?

כנגד הטענות שהפלואור הוא רעל, הגיבו בכירי הרופאים בוועדה בקולות של ביטול. נציג משרד הבריאות טען כי "גם אם ניקח מים במינון יותר מדי גבוה, אפשר לקבל הרעלת מים"

הנציג נתלה כאן באילנות גבוהים. היה זה האלכימאי, הרופא והאסטרוולוג השווייצרי מסוף ימי הביניים, פיליפוס אאורליוס פאראצלסוס (Paracelsus) (1493-1541) שקבע את העיקרון שהפך להיות מרכזי בטוקסיקולוגיה: "רק המינון עושה את הרעל" (*sola dosi facit venenum*).

מאז ימי הביניים המדע התקדם קצת ובמיוחד חלה התקדמות בחקר רעלים ומסרטנים הפעילים גם במינונים הקטנים ביותר. כך למשל, אין כיום כל מחלוקת במדע כי כל חשיפה לעופרת, כספית, דיוקסינים, אסבסט, ועוד שורה ארוכה של חומרים ידועים פחות, היא מסוכנת מאוד. כל חשיפה כזו עלולה לגרום לשלל בעיות בריאות קשות בשל רעילותם העקרונית לכל מערכות הגוף. בחומרים מעין אלה, כל מינון הוא סיכון מיותר.

הפלואור שייך לקבוצת חומרים זו. בחשיפה לא-מבוקרת קלה הוא עלול לגרום להרעלה אקוטית ולמוות; בחשיפה מתמשכת (גם במינון נמוך) הוא גורם למחלה שזכתה לשם הולם: פלואורוזיס.

יש לציין, שכמו ביחס לאסבסט בזמנו, שהתגלה בדיעבד כי הוסתר מידע או שנעשה ניסיון להסתיר את משמעות הממצאים ביחס אליו, כך קורה גם ביחס לפלואורידים. בתכנית הלאומית לטוקסיקולוגיה בארה"ב התברר שפלואוריד גורם לסרטן עצמות בחיות מעבדה, אולם פלואורידים לא סווגו כמסרטנים (אין מינון בטוח לחומר מסרטן, עובדה שהייתה מובילה לאיסור על הפלרת מים) אלא כחומר לגביו יש Equivocal evidence (הפרשה מתועדת בסרט "פלואורידגייט: טרגדיה אמריקאית"). <https://www.youtube.com/watch?v=zpw5fGt4UvI>.

כידוע, לא כל המדע שנעשה כיום הוא תמיד נכון ומושלם. גם מדענים ומומחים עושים טעויות, ולא תמיד הם מודעים לכך. לעיתים גם אינטרסים שונים (מקור מימון המחקר, למשל) עלולים להשפיע על תוצאות מחקרים או על דרך הצגתם. במקרה כזה חובה על אנשי אקדמיה ועל הציבור הרחב להיות מסוגלים לעקוב אחר טיעוני המומחים, ולבקרם.

2. אתגר הפלואורוזיס - מחלת החשיפה לפלואורידים

2.1 פלואורוזיס: בעיה אסתטית או הרעלה סיסטמית?

מתחילת הדיון בוועדת הכנסת, התייחסו תומכי ההפלרה לפלואורוזיס כבעיה אסתטית בלבד, שלא צריכה להדאיג. לפי נציג משרד הבריאות, מאחר שהמינון שנקבע הוא "0.7 מיליגרם לליטר, מדובר בתהליך בטוח שאין לו נזקים בריאותיים למעט אפשרות של פלואורוזיס שאלה כתמים מסוימים בשיניים אבל לרוב זה במצב קל ורק רופא שיניים יודע לאבחן זאת." גם לפי פרופ' *****, נציג בית הספר לרפואת שיניים בהדסה, "לגבי פלואורוזיס... הוא נמצא אבל ברמות מאוד נמוכות או מאוד מאוד סלייט. מי שלא יודע, הפלואורוזיס מתבטא בנקודות לבנות על השיניים ואין לזה שום אפקט פרט לאפקט אסתטי אולי. יש אנשים שאוהבים את זה."

זו עמדה חסרת אחריות. הכתמים בשיניים הם סימפטום לחשיפה לפלואור. נוכחות של פלואור משנה את הרכב העצמות, והופך אותן לשבירות (לכן מוכרת תופעה של "אנשי זכוכית" הנוטים לשברים באזורים מסוימים במדינות כמו הודו וסין שבהן יש אזורים עם ריכוזי פלואור במים ובקרקע). כמו כן, נוכחות של פלואור עלולה לגרום לבעיות בריאות קשות נוספות. כאמור, הגוף לא אמור להיחשף לפלואור כלל. מדי פעם אנו נחשפים לרעלים שונים. יש בני אדם שמסוגלים לשרוד חשיפות מסוכנות, ויש שמפתחים מחלות קשות. ההגיון אומר שצריך לצמצם את החשיפה, ולא להגדילה בכל צורה שהיא.

בניגוד לדבריהם של הרופאים הנכבדים, פלואורוזיס אינו מצב אסתטי בלבד אלא הרעלה של הגוף, אשר במצבים קלים מתגלה ככתמים בשיניים. במצבים חמורים יותר היא מתבטאת בפגיעה במבנה העצמות ובמערכת השלד. למעוניינים, להלן תיאור קצר של המחלה על-פי ארגון הבריאות העולמי (WHO):

[/http://www.who.int/water_sanitation_health/diseases/fluorosis/en](http://www.who.int/water_sanitation_health/diseases/fluorosis/en)

אדגיש כאן שאינני מתייחס ל-WHO כמקור המהימן ביותר על הפלרת מים ועל פלואורוזיס. ה-WHO תומך בהפלרה, והוא אינו מרחיב באשר לשלל בעיות בריאות קשות נוספות, המיוחסות במקורות אחרים לחשיפה לא-אקוטית לפלואור כמו סרטן, פגיעה עצבית, נזק לכליות, פגיעה בבלוטת התריס (ולכן גם סיכון לסכרת), ירידה במנת משכל אצל ילדים, ועוד. הפנייה זו נועדה להראות שמשרד הבריאות מקל בערך הסיכונים, אפילו לעומת ה-WHO.

זאת ועוד, לפי ה-WHO יש צורך בשליטה במינון הפלואור, סוגיה שלטענתי לא ניתן כלל לשלוט בה (להלן). כתבי הערך לעיל על פלואורוזיס מתייחסים ל"פרדוקס", לפיו, בכמויות קטנות הוא מונע עששת בעוד שבכמויות גדולות מעט יותר הוא עלול לפגוע קשות בשיניים ובבריאות בכלל. זהו פרדוקס-לכאורה. התועלת, אם קיימת, מקורה במגע ישיר בין אמייל השן לפלואור; בעיות הבריאות מקורן בחשיפה סיסטמית של הגוף, שמקורה בספיגת רעל זה, לרוב בבליעת במים.

ומה אומרים תומכי ההפלרה? מול ההיגיון שצריך להימנע מחשיפה לרעלים, ה"מומחים" נעזרים בסטטיסטיקה/נתונים. הם טוענים שאין עדויות לבעיות (תוך הכחשת מחקרים סותרים, והתעלמות מחוות-דעת של מומחים בעלי עמדה הפוכה), ומכאן גוזרים בטיחות. לטעמי, מטענת היעדר (נתונים) לא ניתן לגזור טענה חזקה כמו בטיחות, וודאי לא במקרה של רעלן מובהק וחריף במיוחד שידוע ככזה מנתוני מחקרים טוקסיקולוגיים מצטברים החל מראשית המאה ה-20.

2.2 כיצד אמור הפלואור לעבוד על השן: בחשיפה טופולוגית או סיסטמית?

הוספת הפלואור למים מתבססת על תיאוריה שפג תוקפה, לפיה יש תועלת לשיניים בבליעת מים מופלרים. תיאוריה זו נזנחה כיום כליל, גם בקרב תומכי ההפלרה. הטענה כיום (לפי אתר המרכז לבקרת מחלות בארה"ב CDC) היא, כי התועלת (אם קיימת) מקורה בחשיפה חיצונית של השן לפלואור (חשיפה טופולוגית), ולא לספיגת הפלואור בגוף (חשיפה סיסטמית). בליעת הפלואור עם המים הופכת לתופעת לוואי לכאורה-לא-מזיקה של הליך שנועד לאפשר חשיפה טופולוגית של השן לפלואור.

כמחצית מהפלואור שנבלע עם מי השתייה מופרש באנשים בעלי כליות תקינות החוצה, בעוד שהשאר נספג בגוף, בעיקר בעצמות. זהו הגורם לפלואורוזיס.

2.3 המינון: אפשר לשלוט בחשיפה?

תומכי ההפלה מדגישים כאמור שהרעילות תלויה במינון, כשהמינון המוצע ע"י משרד הבריאות "בטוח" לחלוטין. צריך להדגיש, למשרד הבריאות אין כל דרך לשלוט במינון אצל האזרחים!


כך למשל, אנשים ששותים הרבה חשופים ליותר פלואור. זה נכון במיוחד לילדים, ספורטאים, אנשים שעובדים בחוף במזג אוויר חם, ועוד. אין ולא יכול להיות מידע למשתמש הבודד לגבי רמת החשיפה שמקורה במים מופלרים, ואין כל מידע או מחקר לגבי חשיפה אפשרית ממקורות אחרים (למשל, משחות שיניים, חשיפה חיצונית ממקלחת). כמו כן, הפרקטיקה הנהוגה בארץ של מיחזור והשבת מים מהמגזר הביתי לחקלאות עלולה לגרום בעתיד להימצאות פלואור במזון, בכמויות שלא ניתן להעריכן עקב היעדר מחקר.

נזכיר בעניין זה שלאחרונה התברר שאכילת ירקות שהושקו במי שפכים מטוהרים (המהווים מחצית המים להשקיה חקלאית בארץ) מותירה שאריות תרופות בגוף המתגלות בשתן של צרכנים. זו עדות נוספת לסיכון ולמורכבות שבחשיפה סביבתית למזהמים; גם שאריות פלואור עלולות להתגלות בעתיד באופן דומה. ראו כתבה בהארץ: <http://www.haaretz.co.il/news/science/.premium-1.2921129>

אגב, נציג משרד החקלאות נשאל בעניין זה בישיבה והסתפק באמירה: "למשרד החקלאות אין התנגדות כי בריכוז המוצע אין סיכון לגידולים החקלאיים, לא בצורה ישירה ולא בצורה עקיפה דרך מי הקולחין. מבחינתנו, אנחנו אדישים להצעה." עמדה זו לא נתמכה בשום מחקר. יש להדגיש, מאחר וישראל חלוצה בשימוש-חוזר במים מושבים בחקלאות, לא ניתן להסתמך על מחקרים מהעולם בעניין זה. עם זאת, חשוב להדגיש שיש היסטוריה מפחידה ומתועדת במחקר של פגיעות בחקלאות עקב פליטות של פלואור ממפעלי תעשייה. עיקרון ההיזהרות היה אמור לחייב התנגדות חריפה לכל קירוב של פלואור לקרקע ולתוצרת החקלאית.

נציגת "אדם טבע ודין", ציינה בישיבת הוועדה כי לפי "הוועדה המדעית האירופאית שבחנה את החשיפה של האירופאים לפלואוריד ... בריכוז של 0.8, ... יש חשיפת יתר בקרב תינוקות שניזונים מתחליפי חלב אם. כל תינוק ששותה מבקבוק ובו מי ברז,





הריכוז של הפלואוריד בברז יביא לכך שהמינון שהוא יקבל יהיה 0.14 לעומת הגבול העליון המומלץ שהוא 0.1 וזה לעומת תינוקות שניזונים מחלב אם בלבד, שם זה נקודה 001. אנחנו מדברים על פי אלף.

הנציגה ציינה גם כי "הפלואורוזיס של השן זה משהו מוכח אבל יש עוד דברים שעוד לא הוכחו אבל המנגנון שלהם ידוע. יודעים שפלואורידים יכולים לשבש תפקודים במוח. בסין, במקום שהריכוז הטבעי של פלואוריד במים הוא פי ארבע מכפי שמציעים כאן, המחקרים האפידמיולוגיים מראים על קשר בין ריכוז הפלואוריד לירידה ב-א.י.קו וזה בגלל שפלואוריד יוצר תרכובות וחודר למוח ויכול לפגוע בתפקודו."

אנשי משרד הבריאות לא טרחו להתייחס לדבריה. יש להדגיש, כי אין יכולת למנוע חשיפה לפלואור מחולי כליות, מילדים ופעוטות (מסת גוף קטנה).

יש לציין, ש"המינון המומלץ" להפלת מים הולך ויורד. כך למשל, בארץ בשנת 2002 החלו ברמת מינון של 1.7 מג"ל; משרד הבריאות האמריקאי (HHS) הקטין בהדרגה את המינון המומלץ ל-0.7 מג"ל, בגלל ממצאים "חדשים" של עלייה בתופעת הפלואורוזיס בקרב ילדים ובגלל עודף חשיפה לפלואוריד. מחקרים מצביעים על סיכונים בהליך ההפלה כבר ב-1 מג"ל. משרד הבריאות ממליץ כיום על 0.7 מג"ל בממוצע שבועי.

מחקר משרד הבריאות, שנעשה בידי פרופ' הרולד כהן סגן מהדסה (ספטמבר 2012), מצא ש"קיימת עליה בשכיחות של סימני פלואורוזיס קלים באזורים המופלרים". כלומר, עלייה בסימפטומים של הרעלת פלואור!

מאחר ולפי משרד הבריאות המינון קובע את הרעל, היה ניתן לצפות שתקיים בקרה על המינון של החשיפות לפלואור על ידי משרד הבריאות. בפועל, משרד הבריאות מציג את הצטברות החשיפות ממקורות מגוונים כהשפעה חיובית של הפלרת המים, וזאת באמצעות מה שמשרד הבריאות עצמו מכנה באתר שלו "אפקט ההילה":

"אפקט ההילה" הוא ההשפעה של הפלרת מים על תושבי יישובים שמי השתייה שלהם אינם מופלרים. תושבי אזורים אלה אשר צורכים מוצרים שיוצרו באזורים מופלרים, (כגון: חלב, ירקות, פירות, משקאות מבוקבקים, בשר, דברי מאפה) נחשפים להשפעה החיובית של פלואוריד אע"פ שהמים המסופקים להם אינם מופלרים."

http://www.health.gov.il/Subjects/Dental_health/information/Pages/fluorides.aspx

כלומר, בגלל "אפקט ההילה", משרד הבריאות לא יהיה מסוגל לשלוט על רמת החשיפה של אזרחים לפלואורידים, ולכן על הסיכון לפלואורוזיס בדרגות חומרה שונות, מכיוון

שהוא שולט-לכאורה רק במינן הפלואורידים במים ולא על רמת החשיפות המצטברות ממקורות אחרים.

יותר מכך, למשרד הבריאות אין שום מחקר המצביע על רמת פלואורידים בטוחה בגוף, להבדיל מרמה מסוכנת של הצטברות פלואורידים ברקמות שעלולה לגרום לפלואורוזיס. בנסיבות אלה, כיצד ניתן בכלל לדבר על רמות בטוחות של פלואורידים במים?

2.4 כל המומחים תומכים בהפלה?

בפתח הישיבה אמר שר הבריאות יעקב ליצמן: "כל הרופאים אומרים לי שזה טוב, זה בריא, זה מונע עששת בקרב הילדים ואנחנו צריכים לעשות הכול כדי לשמור על הילדים שלנו." לכאורה, אין מחלוקת של ממש על ההפלה.

זו גם העמדה שהציג בישיבה מנהל האגף לבריאות השן במשרד הבריאות:


"אני מומחה ברפואת שיניים ציבורית והעבודה שלי היא לקרוא את כל המחקרים ואת כל המאמרים בצורה ביקורתית. אנחנו מכירים את הספרות המדעית. נאמר כאילו יש ויכוח או יש חילוקי דעות. אם אני הייתי אומר דעה אחת ופרופסור ****, שהוא פרופסור ברפואת שיניים ציבורית, היה אומר דעה שנייה, היה אפשר להגיד שיש ויכוח בין מומחים. אם פרופסור *** היה אומר דעה אחת ופרופסור ** היה אומר דעה אחרת, היה אפשר להגיד שיש ויכוח בין אנשי המקצוע. אבל אני שמעתי ואתם שמעתם שאין ויכוח בקרב אנשי המקצוע."

אני מנצל במה זו כדי לצטט חוקרי רפואה, לא פחות בכירים מאלה שייצגו את עמדת משרד הבריאות:

א. בחו"ל, קרוב ל-5,000 מומחים חתמו על הצהרת מומחים נגד הפלרת מים:
<http://fluoridealert.org/researchers/professionals-statement>

ב. ד"ר מארק היימן, העורך הרפואי של ההפינגטון פוסט, כתב:

There are numerous mechanisms by which uncontrolled dosing" of fluorides through water fluoridation can potentially harm thyroid function, the body and the brain. A malfunctioning thyroid often leads to weight gain. And diabetics and patients with kidney disease are often thirsty, causing them to consume increased amounts of fluorides if they have access to only fluoridated water. Communities of color and the



underserved are disproportionately harmed by fluorides because most rely on municipal water sources, many of which continue to add fluoride, despite research showing the potential harms and negating the potential benefits. I support federal investigative hearings looking into why our cities and towns are allowed to continue to add fluoride to public water sources and why the whole story about fluorides is only just now coming out." (Dr. Mark Hyman via email on April 1, 2016

[/http://fluoridealert.org/news/mark_hyman_fluoride](http://fluoridealert.org/news/mark_hyman_fluoride)

ג. ד"ר דין בורק (1904-1988), ביוכימאי ואחד מחוקרי הרפואה הידועים במאה ה-20, שעסק בחקר הסרטן שנים רבות, טען בעקבות מחקר ההשוואתי שעשה ב-20 ערים בארה"ב (10 מתוכן הופלרו ו-10 שלא הופלרו), ששיעור הסרטן בערים שהופלרו עלה משמעותית ביחס ל-10 הערים שלא הפלירו. הוא השווה את הפלרת המים ל"הרג בקנה-מידה המוני". בעקבות מחקר זה ביטלה הולנד את ההפלרה. קישור לסרטון: <https://www.youtube.com/watch?v=kzgKA5zMitQ&feature=share>

ד. ד"ר ארויד קרלסון, פרמקולוג שוודי וחתן פרס נובל לרפואה לשנת 2000. לפי קרלסון: "הוספת פלואוריד למי השתייה נוגדת את עקרונות הפרמקולוגיה המודרנית. מחקרים אחרונים גילו, שלעיתים יש הבדלי תגובות קיצוניים לתרופות. אם חומר פעיל פרמקולוגית מסופק באמצעות מי השתייה, השוני בין תגובות של יחידים, הניכר גם כשהמינון קבוע, יגבר בהרבה בשל השוני בכמויות המים ששותים אנשים... כשעלה לדיון נושא ההפלרה בשוודיה... השתתפתי בדיון הציבורי והצלחנו לשכנע את הפרלמנט השוודי לקבוע שהפלרת המים אינה חוקית. החלטות דומות התקבלו ברוב ארצות אירופה. למיטב ידיעתי אין הוכחות שמראות כי בריאות השיניים באירופה גרועה מזו שבארצות הברית." (הונאת הפלואוריד, פוקוס, עמ' 229)

בתגובה לשאלה במסגרת ריאיון לטלוויזיה (פורסם, 2012) בדבר השקפתו על הפלרת מים כפרקטיקה רפואית אמר קרלסון: "בפרמקולוגיה, אם האפקט הוא מקומי, זה לחלוטין מוזר (awkward), להשתמש בו בכל דרך אחרת. זה כל כך מובן-מאליו (צחוק), זה באמת far fetched... אינני רואה שום סיבה כלשהי לתת [את הפלואור] בכל דרך אחרת [מלבד משחת-שיניים וכדומה]".

בתגובה לשאלה בדבר טענת המרכז לבקרת מחלות בארה"ב (CDC), שהתייחס להפלרת-המים כאחד מ-10 ההישגים החשובים של הרפואה הציבורית (public

health achievements) במאה ה-20 ענה קרלסון: "אינני מסכים באופן עמוק" (I disagree profoundly). קישור לריאיון:

https://www.youtube.com/watch?v=Vmpv__jQyzA

לסיכום, מי שמכחיש מחלוקת מדעית מבצע מעשה שאינו הגון אינטלקטואלית ומקצועית. ישנם אנשי מקצוע רבים, חלקם רופאים בכירים או מדענים בכירים מתחומים אחרים, וחלקם אנשים שלמדו לקראו ספרות מדעית ולהעריכה, שחולקים על ההיגיון ועל הנתונים שמצדיקים הפלרת מים. טענות אלה מעלים גם שאלה נוספת: מי המומחים הרלוונטיים להכרעה בסוגיה? בישיבת וועדת הכנסת השתתפו אנשי סביבה, כוללת נציגת ארגון "אדם טבע ודין", שמתנגדים בצורה נחרצת להפלרת המים. האם רופאים, רובם רופאי-שיניים בעלי התמחות צרה, הם אלה שאמורים להכריע לבדם בסוגיה שחורגת מההקשר הצר של בריאות האדם לסוגיות של חומרים מסוכנים, ושל חשיפת חקלאות, מי התהום והקרקע לפלואור?

2.5 ובחזרה להיגיון


כאן אנו חוזרים לנקודת ההתחלה. האם צודק ח"כ, אמסלם, ש"ההיגיון הבסיסי" אינו יכול לסייע לנו כדי להכריע בעניין הרעיון להפליר את כל מי המגזר הבית, וזאת כדי שמי השתייה והבישול יופלרו, כדי שילדים ובני נוער שלא מצחצחים שיניים יחשפו לפלואור בחשיפה טופולוגית? האם רק למומחים תשובות?

לטעמי, רעיון זה הוא אנטי-דמוקרטי באופן עמוק, והוא גם מנוגד באופן עמוק לרעיון מאחורי הרפואה-מבוססת-מדע. רפואה כזו לא אמורה לנסות והתבסס על נתונים באופן שסותר מה שידוע על רעלים כדוגמת פלואור, כדי להצדיק סיכונים שלא ניתן להעריכם.

למען האמת, אינני מסוגל להבין את דחיית ההיגיון מפני "נתונים", שהם כשלעצמם במחלוקת, אבל חמור יותר, שהם בהגדרה חלקיים, מכיוון שלא ניתן לבחון את כל הסיכונים האפשריים של הפלואור לבריאות ולסביבה, מכיוון שהמורכבות היא אינסופית והתהליכים הסינרגטיים (השליליים) האפשריים הם אינסופיים. אין שום סיכוי שנתונים יפריכו את החששות העולים מהוספת חומר מסוכן כמו פלואור למים, ומפרקטיקה שמשמעה הוספת אלפי טונות של חומרים מסוכנים לסביבה, לחקלאות, למי-התהום ולקרקע.

כחוקר בתחום לימודי הסביבה, אני נדהם מקלות הדעת שבה משרד הבריאות מרשה לעצמו לשחרר רעלים בכמויות מטורפות (אלפי טונות בשנה) לתוך המים, ומהם





למכוני טיהור השפכים, ומשם לחקלאות, לקרקע ולמי התהום, בעלות שמוערכת בלפחות 40 מיליון ₪ בשנה, וכל זאת כדי לקדם את המאבק בעששת. כך למשל, האם משרד הבריאות מסוגל לצפות, ללא מחקר, את ההשפעה של הפלואור על נחלים, להם מזרימים כיום מים "מטוהרים" ממכוני טיפול בשפכים (שלא מסוגלים לסנן את הפלואור)? כמו כן, ההפלרה תהיה כרוכה בחשיפת עובדים של תאגידי המים לרעל, ובמאות משאיות שיטנעו עשרות טונות של פלואור בכבישי ישראל. סיכונים מיותרים נוספים.

טוב עשה משרד הבריאות לאחרונה, כשהחל לראשונה להיאבק במזון מעובד ובחשיפה לסוכר. זו הדרך להיאבק בעששת. במידה ויש בעיות ממוקדות של ילדים הלוקים בעששת באוכלוסיות מיוחדות, למשל ילדים חרדים או בדואים, ניתן להקדיש תקציבים ראויים לתכניות התערבות, הן לשמירת היגיינת הפה והן לסילוק הממתיקים והמזון המעובד ממערכת החינוך. ניתן לשקול גם אספקת מזון בריא מסובסד, בשם הצדק החברתי, שתומכי הפלרה מנפנפים בו.

2.6 השיטה היעילה, הבטוחה, הזולה והשוויונית ביותר?

לפי מנהל האגף לבריאות השן במשרד הבריאות, "מבחינה מקצועית מדעית, הפלרת מי השתייה היא השיטה היעילה, הבטוחה, הזולה והשוויונית ביותר למנוע עששת שיניים ברמה קהילתית".

כיצד אפשר להבין משפט פסקני כזה? יש כאן אוסף של טענות במשפט אחד: האם באמת הפלרת מים היא גם השיטה הבטוחה ביותר, גם היעילה ביותר, גם השוויונית ביותר וגם הזולה ביותר למנוע עששת?

בואו נתחיל בבטיחות. סביר שמימון הכשרות של אחיות טיפת חלב לשמירה על היגיינת הפה בקרב ילדים וסבסוד מזון בריא, למשל, יהיו שיטות בטוחות יותר מאשר מהילת מים בחומר רעיל ומסוכן. כלומר, זו לא באמת השיטה "הבטוחה ביותר".

שוויונית? אנשים אמידים יכולים להרשות לעצמם לשתות מי בקבוקים ומכונות שתייה, ובכך להימנע ממים מופלרים, פריווילגיה שאין לאנשים ממעמד נמוך.

בארצות הברית, המדינה שממנה החל תהליך ההפלרה, עלתה ביקורת חריפה על הטענה לשוויוניות. הטענה הייתה שדווקא ילדים עניים עלולים להיפגע יותר מההפלרה, מכיוון שהם סובלים מתזונה ירודה ולכן מוגנים פחות מהפלואור, בעיקר בשל רמות נמוכות של סידן, ויטמינים וחלבון. כמו כן התברר ששחורים והיספנים לקו בפלואורזיס באופן לא פרופורציונלי.

נשארנו עם יעילה וזולה. על היעילות כבר סיכמנו שיש מחלוקת. שיטה "זולה"? רק אם מתעקשים שלא יהיו בעיות בריאות ופגיעות סביבתיות להליך ההפלרה. אם יהיו כאלה, המחיר יאמיר מונים רבים. במילים אחרות, זו שיטה "זולה" מכיון שאת העלויות האמתיות שעלויות להיות כרוכות בה איש לא טורח לחשב.

2.7 עוד קצת אתיקה לסיום

לטעמי, ויכוח על הפלרת המים לא אמור היה להתנהל כלל. על-פי חוק זכויות החולה, ויש שיוסיפו גם על-פי חוק יסוד כבוד האדם וחירותו, לא ניתן לחייב מטופל לקבל טיפול. יש כאן מצב הפוך מ"הסכמה מדעת": מדובר בכפייה מדעת. הפלרת מים גם עומדת בניגוד מוחלט לעיקרון של "קודם כל אל תזיק" (Primum non nocere), שכן מדובר בחומר שעלול לפגוע באחוז מסוים באוכלוסייה (גם לפי נציגי משרד הבריאות, כפלאורוזיס "אסתטי"), באופנים ובהיקפים שלא ניתן להעריך.

נציג איגוד רופאי בריאות הציבור ניסה לטעון בוועדה, ש"פלאורוזיס" בסופו של דבר הוא לא תרופה. זה כמו כלור וכמו דברים אחרים. בסופו של דבר הם ניתנים כדי להגן על בריאות הציבור... זאת לא כמו אתיקה של אדם חולה שנתנים לו תרופה אלא אתיקה של מה קורה כאשר יש אנשים בריאים ששמים להם תוספות מזון בתוך הלחם, שמים להם כלור ופלאורוזיס בתוך המים ועוד הרבה דברים אחרים... "פלפולים אלה נועדו להצדיק את הסתירה מול חוק זכויות החולה.

לטעמי, דובר זה טעה לחלוטין. ראשית, את הכלור מכניסים למים כטיפול במים, ולא כטיפול בגוף (ובמדינות שונות בעולם משתמשים באוזון O₃ שאינו רעיל כמו הכלור). שנית, אין כל תקדים בעולם או בישראל לטיפול אחר בכפייה שנועד לקדם בריאות באמצעות החדרת חומרים לגוף. אני מסכים עם הדובר, שהפלאורוזיס אינו תרופה. אבל אם לפי משרד הבריאות הוא כן טיפול רפואי או תרופה (וויקיפדיה: "תכשיר המכיל חומר כימי או ביולוגי פעיל שמשתמשים בו לטיפול, ריפוי, מניעה, דיכוי..."), שנועדה למנוע עששת, הוא אינו יכול להינתן בכפייה. בטח לא כשידועים נזקים אפשריים (פלאורוזיס), במיוחד עבור אוכלוסיות פגיעות (תינוקות, חולי כליות וכו'). לאור "עיקרון ההיזהרות המונעת", ובהתחשב בסיכוני הסביבה הכרוכים בהפלרת המים, רעיון שגוי זה צריך היה להיגנז, ויפה שעה אחת קודם.

מקור לציטוטים: פרוטוקול מס' 157 מישיבת ועדת הפנים והגנת הסביבה של הכנסת, יום רביעי, ו' באדר ב' התשע"ו (16 במרץ 2016). תקנות בריאות העם [איכותם התברואית של מי שתיה ומתקני מי שתיה] - הפלרה.



[/https://oknesset.org/committee/meeting/12129](https://oknesset.org/committee/meeting/12129)

גילוי נאות: מחבר מאמר זה כתב יחד עם פרופ' דני רבינוביץ, ראש ביה"ס ללימודי הסביבה ע"ש פורטר באוניברסיטת תל-אביב, חוות דעת מומחה במסגרת העתירה לבג"צ נגד משרד הבריאות בשל ההחלטה לחייב הפלרת מים בישראל. טיוטת מאמר נוסף, "הפלרת מים: היגיון בסיסי", הכחשת המחלוקת ועמדת המומחים", צורפה גם היא כנספח לעתירה. העתירה הוגשה ב-3 ביולי 2016 על-ידי שרת הבריאות לשעבר, ח"כ יעל גרמן, ועל-ידי ח"כ יעל כהן-פארן.

קישור לעתירה:

<https://www.facebook.com/groups/888444537895579/1112300972176600>

קישור לחוות הדעת של פרופ' דני רבינוביץ וד"ר דניאל מישורי:

[/https://www.facebook.com/groups/888444537895579/1112342318839132](https://www.facebook.com/groups/888444537895579/1112342318839132)

נספחים:

[/https://www.facebook.com/groups/888444537895579/1112310128842351](https://www.facebook.com/groups/888444537895579/1112310128842351)

תודות: לשמעון צוק, איריס עצמון, אהוד לשם, מיכל רוזן, יעקב גורמן, ורבים נוספים על מידע, רעיונות ומקורות בנושאים בהם עוסק מאמר זה.

מוסדות ואישים

מרכז האתיקה באוניברסיטת אמורי (Emory Center for Ethics) // רותם ויצמן

מרכז האתיקה באוניברסיטה אמורי באטלנטה, הוא מרכז בינלאומי מוביל בחקר האתיקה. המרכז חוקר איך אירועים ודיונים אתיים המשפיעים על חיינו, על החברה והמעצבים את מחשבותינו משפיעים על ההחלטות שלנו. כדי לעשות זאת, חוקרים מרחבי האוניברסיטה מתכנסים במרכז כדי לשתף פעולה. המרכז נותן גם שירותים של תכניות לימוד וייעוציים לגופים פרטיים וקהילתיים ומלמדים בו סטודנטים בכל השלבים באקדמיה. המרכז מתחבט בשאלות הקשות ומפתח אסטרטגיות שיאפשרו לאנשים וארגונים להוציא לפועל את האתיקה מהתיאוריה לפרקטיקה. במרכז ארבע מחלקות, כשכלל מחלקה נושא שונה:

1. בריאות, מדע ואתיקה.
2. אזרחות וטובת הכלל.
3. אתיקה ארגונית.
4. אתיקה ואומנות.

המחלקה הגדולה במרכז עוסקת בבריאות, מדע ואתיקה. אנו חיים בעידן בו התקדמות המדע והבריאות מעלה שאלות אתיות שלא נדונו עד עכשיו. מטרת המחקר במחלקה היא לבחון כיצד משפיעות הטכנולוגיות הרפואיות החדשות על שלבי חיינו השונים. המרכז עוזר ומנחה בהתמודדות עם בעיות אתיות בתחום הביו-טכנולוגיה (כמו: ביולוגיה סינטטית וגנטיקה), בתחום יכולת שליטה על מצבי רוח בעזרת סמים ובשאלות של שילוב טכנולוגיה בגוף האדם. במחלקה זו לומדים לתואר ראשון בביו-אתיקה. יש תכנית לייעוץ אתי, נירו-אתיקה, ביו-אתיקה ודת ואתיקה ובריאות הציבור. המרכז מארגן כנסים בתחום האתיקה. הכנס האחרון, שהתקיים בחודש מרץ השנה, עסק ביחס של הצוות הרפואי לחולים.

למחלקה יש גם תכניות בין לאומיות של שיתוף פעולה עם אוניברסיטאות וחוקרים מכל העולם. יש תכנית מוסדית אחת של חילופי סטודנטים עם מערכת הבריאות הרוסית. זו, מאפשרת בקשת מענקים במגוון נושאים הנחקרים במרכז.

אתר המרכז: <http://www.ethics.emory.edu/index.html>



ידיעות והודעות

כנס עולמי 12 על אתיקה רפואית, משפט רפואי וביו-אתיקה

St Raphael Resort, Limassol, Cyprus: 21-23.3.2016

בחסות

אונסקו

הארגון הרפואי העולמי

קול קורא להגשת תקצירים:

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

נושאים מרכזיים:

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

פרטים נוספים: www.bioethics-conferences.com

רישום לכנס: Ethics@isas.co.il



UP+HOFFER

המכללה
האקדמית צפת

