**סיכום זהב:**

**מה קרה בשנים האחרונות?**

**א.הרפואה השתנתה:**

1. טכנולוגי – אבחונים גנטיים, מכשור מכונות.\
2. שדה טיפולי- מרופא שבא לבית בכפר למיון בו יש המון אנשים וחוסר יחס.

**כל זה הביא להרבה שינויים 🡨 דילמות אתיות בעיקר:**

**בעיות תחילת החיים:**

* הפריות- ביייבי אם- אם פונדקאית שרצתה את הילד- מי האמא האמיתית?
* פס"ד נחמני- הזכות להיות הורה או לא. האם ביצית מופרית היא ילד – לפי בהמ"ש אולי כן , אבל זורקים אותן אחרי 5 שנים.

הבעיה המשפט מדדה אחרי הרפואה 🡨

* מיפוי הגנום האנושי בארה"ב - ניסו להקדים תרופה למכה- פיתחו דברים במקביל לפיתוח הגנום האנושי.

**בעיות בסוף החיים:**

* מכונות החייאה- קדושת החיים מול איכות החיים.
* הפסקת הריון- על פגם בילד- מהו פגם? 🡨 מבנים חדשים של משפחות כי אפשר להביא ילד בדרכים אחרות: הורה חד מיני, חד הורים.
* מוות- מהו? מוחי נשימתי או רק לב?

**ב. החברה השתנתה**

**חברה משכילה יותר-** כולם יודעים קרוא וכתוב. אחד מעקרונות שבועת היפוקרטס לא להסביר לאדם מה יש לו כי הוא לא יבין ויילחץ. היום אנחנו יודעים הרבה דברים לבד + מודעים לזכויות.

**מעמד הרפואה-** בעבר קיבלו את הרופא ודבריו כפי שהם ללא ויכוח.

הקפיצה הגדולה לאחר מלחמת העולם השניה שהבינו מה רופאים עשו שם ( משפטי נירנברג) הקימו ועדת הלניסקי להסדרת ניסויים בבנ"א .

היום הרפואה מתגוננת כי הם מרגישים עוינות- רבה פעמים פרסום בתקשורת גורם לכך. כמו כן היום הוקדמו הרבה ועדות שמוציאות את הכוח מהרופאים לקבל החלטות אתיות קריטיות- כמו ניסויים בבנ"א, הפלות, טיפול רפואי, טיפול הנוטה למות.

**ג. התקשורת השתנתה-**

מביאה לידיעת הציבור- ניסויים חדשים , תרופות חדשות, עזרה לחולים וכו'.

מצד שני הרבה יותר עויינת, מפרסמת דברים מגמתיים שלאו נכונים- דוג' פרסום סטטיסטיקה על תמותה בבי"ח – שהיא לאו דווקא נכונה – אולי בי"ח בוחרים את הלקוחות שלהם.

**מהי אתיקה רפואית?**

בעבר- אתיקה פנימית – רופא לא יגנוב מטופל מחברו.

אתיקה הוא לא ייחודי לרפואה אלא הערכים שמנחים אותך להיות אדם אלו ינחו אותך להיות רופא.

אתיקה רפואית- מתייחסים כנושא נפרד- יותר ספציפי, בכדי להעניק עזרה בפתרונות לדילמות אתיות כמו אמירת אמת או כפיית טיפול על מטופל.

**תיאוריות אתיות:**

**תיאוריה תועלתנית-** מקסום תועלת- הפיתרון הטוב- הפעולה המוסרית והטובה היא זו שתביא לתוצאה הטובה ביותר עבור מספר האנשים הגדול ביותר.

ביקורת- 1. מה מודדים? הרבה פרמטרים. 2. חוסר עקביות- כל אחד מודד משהו אחר- אין אחידות. 3. הסתכלות על התוצאה ולא על הדרך 🡨 דוג':

* שנות ה70 ניסוי על מפגרים מחלת הזיוה – הגיעו לתוצאות מדהימות, הדרך בעייתית הודבקו הרבה בריאים.
* ניסוי היפנים על שבויים אמריקאיים במלחמת העולם השניה.

**תיאוריה דאונטולוגית-** עמנואל קנת. המעשה ייחשב לטוב אם יהיה מבוסס על ערכים מוחלטים- ללא תלות בנסיבות מקום וזמן והחוק יחייב את כולם.

ביקורת- 1 . אלו ערכים יהיו מוחלטים? 2. מי יחליט עליהם? 3. התעלמות מהתוצאה.

דוג'- אמירת אמת היתה בעייתית ליהודי בשואה.

**תיאוריות ספציפיות לרפואה- ג'ורג' טאון 4 עקרונות:**

א. לא לגרום נזק- זהו העיקרון הראשון.

ב. הטבה - לפעמים לא מספיק לא לגרום נזק, אלא גם להטיב עם האדם.

ג. אוטונומיה.

ד. צדק.

**היחס בין אתיקה לחוק:**

חלוקת המוסר ל3 חלקים:

**רף**- דרישות האתיקה המקצועית- כל מה שמעליו הוא התנהגות מוסרית. אידיאל חברתי.

**סף**- קו תחתון – כל מה שמתחת = התנהגות פלילית.

**בין לבין**- אפור – אין הגדרה חד משמעית- לא עבריין אך גם לא בסדר.

הרף יהיה גבוה מהסף כי מצפים להתנהגות שהיא מעבר. באתיקה יש גם סנקציות שהן חברתיות יותר – כמו צל"ש אל מול גינוי.

**שנות ה90**- מגמה של העלאת הסף וצמצום המרחק מהרף- הסיבה – חקיקת חוק בגלל שבעל המקצוע לא עומד ברף שלו. המחוקק מתערב וקובע סטנדרט שאסור לחרוג ממנו שבדר"כ הוא קרוב לרף ולא לסף, ולכן יש צמצום. **ההליך**: העם זועק🡨 המחוקק: לא עמדתם בסטנדרט 🡨 הרופאים: לא צריך חוק 🡨 חייבים כי אתם לא עובדים נכון 🡨 התערבות החוק 🡨 לא תמיד נכון לערב את המשפט יוצר בעיות.

**חקיקת חוק זכויות החולה**

עבר הרבה גלגולים 🡨 95 היה מהלך זריז של חקיקת החוק ולכן לא תואם להצעה 🡨 פער בין הרצוי למצוי.

הביא לצמצום הפער בין הרף לסף וגרם להרבה בעיות 🡨 התערבות המשפט – רפואה מתגוננת :

דוג': הסכמת המטופל לטיפול – היום מחתימים על טופס מסורבל לכסת"ח במקום לשבת ולדבר עם המטופל ולהסביר לו הכל כמו שצריך 🡨 זה פיתרון לחוק אבל לא פתר את הבעיה האתית.

**עקרונות חוק בטוח ממלכתי:**

1. **צדק שוויון עזרה הדדית**- כולם יקבלו טיפול כמה שיותר שווה. שלכל אחד תהיה האפשרות לטיפול בסיסי. בעייתי ככל שהרפואה מתקדמת- הטיפול יותר יקר. "סל בריאות"- קובע מה נותנת המדינה 🡨 יוצר הרבה לוביסטים שמקדמים את הצרכים שלהם דרך התקשורת בשביל להכניס דברים לסל.
2. **מחויבות המדינה לתושביה**- מהו תושב? כי החוק מאפשר רק להם טיפול. בעיית מעמד עובדים זרים.
3. **הטיפול לפי הצורך והתשלום לפי היכולת**- מס בריאות יורד דרך ביטוח לאומי המחושב לפי משכורת. המדינה גובה מס, את הטיפול נותנות הקופ"ח. חוקקו את החוק – קופ"ח עמדה בפני קריסה כי מכבי היו פרטיים, ולכן קופ"ח ביטחה אוכלו' חלשות, היום כל קופ"ח צריכה לקבל בלי שום מימון וניתן לעבור ביניהם. "סל הבריאות" נכנסו דברים לפי הפקודה הישנה כי רמון העביר את החוק בחופזה- הביא קצת לבעיות כי הוריד את הרף של כללית שנתנה למטופלים, מצד שני העלה את הרף של מכבי.

**ביטוח משלים**- הורס את עיקרון החוק- השאיפה לשוויון לא מתממשת. בשונה מקנדה – להם אין משלים.

**חוק יסוד כבוד האדם וחירותו**

כביכול בגללו לא צריך חוק ספציפי לחולים , כי הוא מגן על זכויות האדם, אך ההנחה היא שמדובר באוכלו' רגישה ולכן יש צורך בחקיקה משלה.

**ס' המטרה של החוק: לקבוע את זכויות האדם המבקש או המקבל טיפול רפואי ולהגן על כבודו ופרטיותו.**

**ס' ההגדרות-** מרחיב למטפל לא רק רופא.

**יש להבחין בין מצב חירום רפואי-** מיידי, להעניק טיפול רפואי דחוף **לסכנה חמורה-** ניתן להמתין מס' שעות

**ס' 3 הזכות לטיפול רפואי :**מחבר בין חוק ביטוח בריאות ממלכתי ו"סל הבריאות". ולכן לא כל אחד זכאי לטיפול רפואי אלא אם מדובר בטיפול רפואי דחוף- שזה ללא תניה.

**פס"ד אינס אל אטרש-** טיפול רפואי לבדואית צריך מקרר. עליון- אם מדובר בטיפול בסיסי של סל הבריאות חייבים למצוא פיתרון, כי לכולם זה מגיע ואכן מצאו.

**הבעיה בחוק-** מביא לטוב- כולם זכאים לטיפול בסיסי, מצד שני מונע הגדלת ראש- המע' לא רוצה להשתפר פועלת לפי מה שמחייבים אותה גרידא.

**ס'3ב:** טיפול רפואי דחוף? על מי חל? בעיקר בעיה לעובדים זרים- פתרונות לפנים משורת הדין – עמותות.

**ס'4 : איסור הפליה:**

סעיפים שעברו תיקונים. מדובר ברשימה של דברים ואפשרות שתהיה פתוחה- "מטעם אחר כיוצא באלה"

**משותף** 🡨 קריטריונים שלא קשורים למצבו הרפואי של האדם אלא חיצוניים למרות שתכלס גם הם רלבנטיים. **דוג**' ארץ מוצא – מחלות בסיכון גבוה יותר. מין- מחלות שכיחות אצל נשים/גברים.

**הרעיון🡨** הגבול בין אפליה אסורה לבין אבחנה לגיטימית שנעשית ביומיום עשוי להיות דק – כי כל יום יש אבחנות בין טיפולים. ניתן לראות שעדיין יש אפליות אפילו באמצעות חוק- כמו כרטיס אדי המאפשר קדימות בהשתלות.

**רשימה פתוחה- לא יהיה לו סנקציה פלילית אבל עדיין יאסרו את האפליה.**

**שינויים בחוק לאורך השנים:**

* נטייה מינית- גלאון אמרה שקיבלה פניות בנושא ולכן קידמה את זה.
* סעיף מיוחד לגיל- ניסיון לטוב יצא רע- מה זה אומר על ס' א? מתי אפליית גיל מותרת ומתי היא אסורה? למה זה בסעיף אחר? מהם שיקולים רפואיים שמותר להפלות בגינם- כי הרי שיקולים כאלו הם לא אפליה.

ניתן לראות חוקים שעושים אפליה על בסיס גיל – השתלות עד גיל 65 שינוי הניקוד. או טיפולי פוריות במימון עד 45.

**ס' 5: טיפול רפואי נאות**-

מזה נאות? כמו סביר? 🡨 בפסיקה זה לא ברור מה היחס.

מדוע זה כך? 1. ניסוח ישן וללא מחשבה 2. אולי המטרה היתה חינוכית ולא בסיס להעלאת הרף.

ניתן לראות שהיום משקיעים ביחסי אנוש של הרופאים- במיוחד בקבלה לאונ' ובלימוד עצמו.

**פס"ד בר אילן נ' הדסה**:טען ליחס משפיל מצד מרפאות החוץ של הביה"ח. בהמ"ש: השתכנע וקיבל פיצוי.

הרעיון היה לקבוע סטנדרט אחיד לסעיף- אבל זה כבר קשה ליישום...

**ס' 6: פרטים על המטפל:**

הבעיה היא בעיקר בתחומים מסוימים כמו כירורגים. בהתחלה לא רצו לשת"פ עם הסעיף הזה. הסיבה העיקרית- כי כל אחד ירצה שהפרופ' יבצע את הניתוח ולא מתמחה. אך הס' קובע שהמטופל זכאי למידע ולא לקבוע מי יבצע את הניתוח (לא מאפשרים את זה במע' ציבורית). לכן אין בעיה במסירת המידע. אם מטופל רוצה מישהו אחר- אפשר להגיד לו ללכת לבי"ח אחר או שבאמת יתנו לו רופא אחר... הבעיה היתה שבעבר גם בדיעבד לא נתנו את השמות.

כיום- נוהל משרד הבריאות- לאחר הניתוח נותנים את השמות. לפני רק אם האדם שואל.

**ס'7: דעה נוספת:**

**דסי רבינוביץ'**: הביא לסעיף. פנתה לרופא אחר וכאשר מצבה הדרדר הביאו אותה לבי"ח הקרוב בו היתה בהתחלה ולא רצו לטפל בה כי פנתה לאחר.

היוזמה לדעה נוספת צריכה להיות של המטופל- אך הרופא הראשון צריך לעזור (בעיקר בהעברת החומר הרפואי).

הרופא הראשון אינו מחוייב לדעתו של הרופא השני- וכל אחד צריך לפעול לפי מצפונו.

**ס'8: שת"פ בין מוסדות רפואים לאחר מעבר:**

מבטיח את הרצף הטיפולי. הבעיה בסעיף "לבקשתו" , מה קורה אם המטופל לא יכול לבקש או לא יודע, ורופא אחד רוצה ליידע רופא אחר? לא ברור אם חייבים הסכמה.

"רשומה רפואית אחודה" תיק רפואי אחיד לכולם ללא הבדל בין הקופ"ח. עדיין לא קיים.

**ס'10: שמירה על כבודו ופרטיותו של המטופל**

ס' המקשר לחו"י כבוד האדם. קשור גם לשמירה על סודיות – אם כי ידוע שזה לא לגמרי אפשרי- הכל בהתאם לתנאים.

**ס'11 טיפול רפואי מצב חירום או סכנה חמורה**

חייבים לתת טיפול ואם אי אפשר יש להעבירו למוסד שיכול לתת טיפול. הבעיה – עם זקנים מעבירים אותם למחלקות גריאטריות בשביל לא לטפל בהם ולא תמיד זה נכון.

**ס'12: בדיקת רופא בחדר מיון.**

מבוסס על פסיקה ישנה- בהמ"ש קבע שאם אדם מגיע למיון חייב לרופא לבדוק אותו ולא משחררים אותו לפני.

**החוק:**

**מטרתו** בעיקר חינוכית. **הבעיה**🡨 תקציב , לא קבעו לו תקציב ולכן יש בעיית יישום- כמו מישהו שאחראי על יישום החוק – אחד מהרבה התפקידים של מישהו בביה"ח ולכן אין הקפדה אמיתית.

**4 החלקים "הכבדים" של החוק**: 1. קבלת מידע 2. הזכות לסודיות רפואית 3. הסכמה לטיפול רפואי 4. ועדות.

**מדוע אלו הם נושאים המשמעותיים?**

1. מתעסקים בצורה מאד ספציפית בזכויות אדם וביכולת להפר אותן.

2. אלו הם נושאים מובהקים הזוכים במהלך השנים להתייחסות במישורים אתיים, מוסריים ופילוסופיים.

3. המשמעות המשפטית שלהם- הוסדרו קודם לכן בפסיקה או נהלים של משרד הביאות וחוק זכויות החולה לא מחדש חידושים- הוא פשוט מרכז הוראות חוק שהיו מפוזרות ופסיקות של ביהמ"ש.

**הסכמה וקבלת מידע:**

**ס'13 א+ב:** (א) לא יינתן טיפול רפואי למטופל אלא אם כן נתן לכך המטופל הסכמה מדעת לפי הוראות פרק זה.

 (ב) לשם קבלת הסכמה מדעת, ימסור המטפל למטופל מידע רפואי הדרוש לו, באורח סביר, כדי לאפשר לו להחליט אם להסכים לטיפול המוצע;

החל מהמאה הקודמת – התרחקות מהמודל הפטרנליסטי והעלאת מודעות זכויות האדם. ההסכמה לטיפול החלה בפסיקה.

**סוף שנות ה60: פס"ד ברחי נ' שטיינר**: עשו לילדה ניתוח לאחר שהציעו 2 דרכים ולא יידעו את ההורים על הסכנות והם גילו רק בדיעבד את האחוזים הנמוכים של ההצלחה. פנייה לבהמ"ש: 1. רשלנות 2. תקיפה.

**הגיע לד"נ בעליון**: ס' התקיפה עורר אי נוחות כי רופאים רוצים להציל ולסייע ותקיפה זה ההפך – וזה גם אלים.

**סקירה בעולם**: **אנגליה**- לא משתמשים בתקיפה ופועלים דרך רשלנות . **ארה"ב**- תקיפה- במקרים של ללא הסכמה.

**ההבדל בין השניים** – רשלנות יש להוכיח נזק וקש"ס. תקיפה רק את ביצוע העוולה- קל יותר להוכחה.

**בהמ"ש** : מצמצם את האפשרות לתבוע בגין תקיפה: 1. כאשר יש 2 שיטות טיפול וזכות המטופל לקבל את המידע 2. המטופל שאל מפורשות מה הסיכונים.

משנות ה80 התחילה התפתחות שיצרה קו יותר ברור 🡨

**פס"ד רייבי נ' ויגל**: הבחור עם הסיפור על ניתוח הגב וצלקת שהוסרה ללא ידיעתו. הבעיה היתה עדות של רופא אחר שטען שהרופא שביצע את הניתוח היה צריך לדעת.

**בהמ"ש**: קבע עקרונות ואיזונים על מתן מידע כדי שהמטופל יקלוט. (מחקרים מראים שמטופלים לא קולטים את כל המידע+מפחדים לעשות את הפעולה)

1. פרוצדורה דחופה יותר ויותר מצילת חיים פחות מידע מפעולה אלקטיבית ופחות מצילת חיים.
2. סיכון כבד משקל ומשמעותי לחיים כמו מוות או נכות או משהו – שרוב בנ"א היו רוצים לדעת כך יש לציין גם אם האחוזים נמוכים. או תופעה בעלת שכיחות גבוהה גם אם אינה מסוכנת.

**הרעיון**: דו שיח בין מטופל למטפל. ההליך צריך לכלול: דרכי טיפול רפואיות+ מידע רפואי, רצונות המטופל. כאשר נק' המוצא שלנו היא: 1. הרופא הוא זה שמקבל את ההחלטה. 2. השיקולים של הרופא הם שיקולים רפואיים, טהורים .3.הרופא באמת רופא אתי ומוסרי ורואה לנגד עיניו רק טיפול רפואי טוב.

**ההתפתחות לא נעשתה בצורה נכונה**- היום איגודי רופאים מכינים מסמכים מסורבלים וארוכים המכילים תופעות לוואי וסיכונים עליהם חותמים, וזה מונע את השיח בין המטופל למטפל כמו שהיה פעם.

**"מידע באורח סביר"-** מזה אומר? אנגליה- מה שהרופאים מוסרים זה סביר. ארה"ב- סביר מצד המטופל.

**סטנדרט רופא סביר**: יתרונות: 1. הרופא הוא מוסר המידע ולכן יהיה פחות חוסר וודאות – הם יקבעו סטנדרט, לא יהיה נטל גדול, וזה ייתחשב בזמן ומגבלות שלהם. 2. ראייתית- קל להוכחה מעידים מומחה רפואי – מה הוא אומר.

חסרונות: 1. לא מתאים לנושא האוטונומיה וכיבודה. 2. הרופאים יקבעו סטנדרט נמוך 3. מטרת החוק היא חינוכית להביא לשינוי וזה לא תואם את המטרה. 4. אנגליה אפילו יש כרסום – חייבים להתייחס לרצון המטופל.

**סטנדרט חולה ספציפי**: יתרונות: 1. מכבד את אוטונומית החולה. חיסרון: לא פרקטטי- אלא אם הולכים לרופא פרטי, כי אחרת אין זמן. 2. לעיתים המטופל לא מתעניין בדברים החשובים באמת (צלקת) 3. ראייתית – א"א להוכיח.

**סטנדרט חולה סביר**: כלי אוב' מבחינה ראייתית. חיסרון: 1. פגיעה באוטונומיה המושלמת של החולה 2. דרישה לא פשוטה מהרופא – מבחינת זמן פחות מעשי 3. כיום אין מע' סטנדרטים ברורה ולכן כל העניין לא מוגדר.

**מה משמעות "דרוש לו"**- כביכול מוכוון לספציפי- דעת כותבים – שילוב: המבחן הכללי הוא החולה הסביר, אם המטופל שואל שאלה ספציפית חייבים לענות לו. המרצה מסכימה עם המבחן הזה.

**סיכונים/ סיכויים**: אנשים שונים מחשבים סיכונים באופן שונה- אוהבי סיכון/ שונאי סיכון. בנוסף יש השפעה לאופן ההצגה של הדברים: לדוג': אומרים טיפול 1: 50% סיכוי לחמישים שנות חיים 50% מוות. טיפול 2: הצלחה מובטחת של X שנים- השאלה היא מה צריך להיות X כדי שאני אבחר? בנוסף- איך מדברים על סיכונים: באחוזים או במילים? **פס"ד פנינה ידיד**: הבחורה שכרתו לה את הרחם ורצתה להיכנס להריון. בהמ"ש: במקרה זה אי יידוע הוא בעייתי כי הסיבה להליך היה כניסה להריון והתוצאה- כריתת רחם היא נוראית. ו 3%-8% זה לא סיכוי מבוטל ולכן היו חייבים ליידע. ואין זה משנה מה היתה מחליטה לאחר שהיו נותנים לה את המידע.

**היום**- החוק נותן רשימה של דברים שיש ליידע את המטופל לגביהם – איסוף של הפסיקה לאורך הזמן- זהו ניסיון להגיע לעמק השווה בין השיטה האנגלית לאמריקאית- אובייקטיבי לסובייקטיבי של המטופל:

(1) האבחנה (הדיאגנוזה) והסָכוּת (הפרוגנוזה) של מצבו הרפואי של המטופל;

(2) תיאור המהות, ההליך, המטרה, התועלת הצפויה והסיכויים של הטיפול המוצע;

(3) הסיכונים הכרוכים בטיפול המוצע, לרבות תופעות לוואי, כאב ואי נוחות;

(4) סיכויים וסיכונים של טיפולים רפואיים חלופיים או של העדר טיפול רפואי;

(5) עובדת היות הטיפול בעל אופי חדשני.

**בהצעת חוק**- ניסיון המטפל – אבל הוסר בשל התנגדות גדולה של הרופאים. ההלכה- אם מטופל שואל יש להגיד.

**הפיצוי** : נופל על חברות הביטוח ולא על הרופאים. אבל זה בעייתי כי זה יוצר רפואה מתגוננת וכסת"ח. כי לבהמ"ש קל יותר לפצות ולקבוע רשלנות, ולכן הרופא מתוסכל ומרגיש שגם אם פעל בסדר לא יהיה מוגן.

**מושג ההסכמה**- 1. מידע 2. הסכמה מתוך רצון חופשי.

מחקרים מראים שאנשים לא קולטים את המידע שנותנים להם כי: 1. אמרו להם הרבה והם לא זוכרים 2. לא תמיד הם יודעים מה הכי טוב- פוגע בחופשיות הרצון. 3. אנשים ניזונים משמועות ומחליטים לפי זה.

הבינו שככל במדובר במקרה דחוף יותר קבלת ההחלטה היא פחות מחופשיות ואי תלות.

**פס"ד אסא**- חתם על טופס צנטור כשהיה בחדר הניתוח מטושטש. תביעתו – רשלנות ופגיעה באוטונומיה. **בהמ"ש**: חופשיות הרצון במקרה זה הוא קיצוני ולכן לא היתה כאן הסכמה. פוסלים הסכמה כזו במקרים נדירים כמו זה.

**מדוע לא תובעים גם כשאין נזק**? 1. אנשים מגיעים לבירור רק כשיש נזק כי לא יודעים שאפשר לתבוע בכל מקרה

חוץ מזה מחקרים מראים שאנשים תובעים כש: 1. נזק 2. שיש בליבך על המערכת – יחס טוב מונע תביעות.

הרבה פעמים מחוסר נעימות כשיש נזק תובעים את ביה"ח ולא את הרופא. 3. שיטת הפיצוי דורשת השבת המצב לקדמותו אם אין נזק אין מה להוכיח. כך שבפס"ד רק על עוגמת נפש לא מתקבלים – חוץ מהפס"ד בר אילן נ הדסה. למשל אישה תבעה על שנאמר לה שיש לה סרטן בטעות בהמ"ש לא קיבל את זה.

**ס' 14: אופן מתן ההסכמה מדעת: כתב, התנהגות, בע"פ.**

הסכמה בהתנהגות- בדיקות רוטיניות שגרתיות, החולה יודע למה הוא מסכים, כל השאר צריך הסכמה מפורשת. בדיקת דם- הפשלת שרוול, אבל אסור לתת חיסון על הדרך.

הסכמה בע"פ- הדרך המקובלת ביותר.

הסכמה בכתב- **ס'14ב** בהתאם לתוספת:

* + 1. ניתוחים, למעט כירורגיה זעירה.
	+ 2. צינתורים של כלי דם.
	+ 3. דיאליזה.
	+ 4. טיפול בקרינה מייננת (רדיותרפיה).
	+ 5. טיפולי הפריה חוץ-גופית.
	+ 6. כימותרפיה לטיפול בתהליכים ממאירים.

פקודת בריאות העם- מנתה טיפולים הדורשים הסכמה בכתב לפני החוק היום.

**הרעיון** 🡨 העברת נטל הראיה. טופס חתום- הנטל על המטופל שלא הסכים (אסא) אם לא חתום- הנטל על הרופא.

**בשטח** 🡨 נותנים את הטפסים ומחתימים בלי הרבה הסברים בע"פ, אם יש שאלות על הטפסים מאפשרים לשאול.

**ס'14ג'**: הסכמה בע"פ במקום בכתב. מתי? דתי בשבת, לא יודע קרוא וכתוב- כל המצבים. אין בעיה מבחינת הרצון אך לא יכול לחתום, ואז יכול להסכים בפני 2 עדים. רופאים לא יודעים זאת (דוג' אישה דתייה בהריון שהפחידו אותה)

**ס'14ד'**: מצב חירום – ניתן לתת הסכמה בע"פ במקום בכתב. בלבד שיתועד בכתב ככל האפשר בסמוך להסכמה.

**מה קורה כשאין הסכמה?**

1.לא יינתן טיפול 2. לא יכול לתת הסכמה כי אין כשרות משפטית 3. כשירים מבינים אך לא רוצים.

**ס'15- עוסק בטיפול בכפייה**:

(1) מטפל רשאי לתת טיפול רפואי שאינו מנוי בתוספת (טיפולי שגרה), גם ללא הסכמתו מדעת של המטופל אם נתקיימו כל אלה:

(א) מצבו הגופני או הנפשי של המטופל אינו מאפשר קבלת הסכמתו מדעת;

(ב) לא ידוע למטפל כי המטופל או אפוטרופסו מתנגד לקבלת הטיפול הרפואי; (מעולף או ילד)

(ג) אין אפשרות לקבל את הסכמת בא כוחו אם מונה בא כוח מטעמו לפי סעיף 16, או אין אפשרות לקבל את הסכמת אפוטרופסו אם המטופל הוא קטין או פסול דין.

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

הסיבה שמצב חירום זה בסדר: **הסכמה מכללא**- רוב האנשים רוצים טיפול במצב כזה. הפסיקה דיברה על כך תמיד.

**מתי הבעיה**? כשהכלל משתנה. איכות חיים משחק תפקיד חשוב ומשמעותי- ולכן עדיף שלא יהיה טיפול. הסיכוי שזה ישתנה בפסיקה הוא קטן. **אבל**- אדם שמוציא עצמו מהכלל יכול ללכת עם פתק/ שלט שמציין זאת. כמו כת נוצרית שלא רוצה תרומת דם ומעדיפה למות כי אנחנו בפרוזדור בדרך לגן עדן הטהור, ודם של אחר מפריע....

**משפחה**- חוץ מהסעיף ה-1 אין התייחסות אליהם. בפרקטיקה היה מקובל ששואלים, אך יש לזכור את ס' המטרה של החוק- אוטונומיה של גוף המטופל ולכן הוא חשוב ולא אחר. ובדר"כ מי שמחליף בחוק את שק"ד זה ועדת האתיקה. ניתן לראות שבחוק החולה נוטה למות – כן יש התייחסות למשפחה.

**המצב הכי מסובך:**

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

(א) נמסר למטופל מידע כנדרש לקבלת הסכמה מדעת;

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

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

במצב רגיל היו עוזבים אותו ולא נותנים לו טיפול. חוץ מאשפוז כפי פסיכיאטרי.. **דוגמאות בפסיקה עובר לחוק:**

**פס"ד ורדי ג'ק**:בן 17 חלה בסרטן ולא רצה טיפול. **בהמ"ש**:אשפוז כפוי פסיכיאטרי – כי זו הדרך יחידה לאשפוז כפוי – ושם טיפלו בו. היה אח"כ עוד דיון: השופט שוחח עם הנער- והסכימו שילך לטיפול- הלך לאחד ברח ומת.

ולכן תפיסת חוק/ בהמ"ש שונתה 🡨 קדושת החיים מול רצון האדם- רצונו פחות חשוב. בשונה משאר מדינות העולם.

החוק משאיר פתח קטן להתערבות וכפייה ברצונו האוטונומי של האדם.

**פס"ד קורטאם**- שקיות סמים בבטן. בהמ"ש קבע קדושת החיים קודמת לרצון- יש לבצע את הטיפול.

**עוד דוג' לכרסום באוטונומיה: חיסון**- לא להכביר במידע – לא לעורר התנגדות אלא אם מישהו שואל. רצו ללכת עוד צעד- לא לתת קצבת ילדים אם לא נתנו חיסון. **מעקב אחר משפחה שלא נותנת טיפול לילד**.

על כל אלו יש **ביקורת רבה**- עמדה פטרנליסטית לא נכונה.

**מהי כפיית הטיפול**? 1. סכנה חמורה 2. אדם מקבל את כל המידע שהוא צריך – מתנגד מדעת- בדר"כ מקבלים את התנגדותו. 3. "רשאי" המטפל לכפות טיפול באישור של ועדת האתיקה.

**מתי נכון לפנות**? במצב של קונפליקט בין מה שמטופל רוצה לבין מה שהרופא חושב שנכון ומרגיש אי נוחות עם החלטת המטופל. חשש- רופאים חושבים כי הם חייבים לקבל את התנגדות המטופל ולא לא יודעים על הועדה.

**\*\*\* מי עוד יכול לפנות לועדה**? מטופל עצמו, בני משפחה, חברים קרובים ס'7א לתקנות.

הסעיך מצליח לעשות איזון בין עקרונות החוק – הזכות לאוטונומיה וכבוד אדם לבין להגן על שלמות הגוף קדושת החיים ועיקרון ההטבה ( היה מרכזי בעולם פטרנליסטי).

**התנאים המקדימים של הסעיף**: 1. סכנה חמורה לחיים או נכות- לא מיידית 2. לתת את הטיפול בהקדם 3. התנגדות המטופל 4. הועדה צריכה לשמוע את התנגדותו 5. בדיקה -מסרו לו מידע בצורה מספיק ברורה 6. לעיתים בדיקת פסיכיאטר – שהוא צלול 7. מבין את השפה.

**שיקולי הועדה**:

1. מידע – שקיבל את כל המידע הרלבנטי.
2. הטיפול ישפר במידה ניכרת את מצבו: א. בדיקת מצבו הרפואי ב. מה הטיפול המוצע ג. מטרת הטיפול ד. סיכונים ה. מה השיפור שייתן ו. חלופות. יש להסתכל על כלל התמונה ולא על מרכיב ספציפי בנתונים- לכן המידע חשוב.
3. יסוד סביר להניח שלאחר הטיפול יתן המטופל הסכמתו למפרע- ניסיון לצפות את עתיד. יסוד סביר- ראיות נסיבתיות תומכות: גיל, משפחה וכו'. היה מקרה של צעיר שהתהפך ולא רצה הנשמה – לאחר הועדה הודה על כך.

**שאלות שהועדה בודקת לכפיית טיפול**: 1. הכרת המטופל במשמעות הטיפול 2. להבין את ההתנגדות- ולפתח פתרונות יצירתיים לבעיה. 3. איך לשכנע אותו 4. האם חסרים נתונים 5. אנשים נוספים שכדאי לשמוע (משפחה) 6. מעשי- מה המשמעות בכפיית הטיפול- האם זה אפשרי?

**ועדות אתיקה:**

מוכר לנו עוד הרבה לפני החוק. **סוף שנות ה-70**: נוצר כדי לסייע לצוות הרפואי לקבל החלטות בנושאים עם אספקטים אתיים מוסריים לא רק טיפולי. בעבר 🡨 רופא היה לוקח על עצמו את ההחלטה בהתאם לסולם הערכים שלו 🡨 עם השנים :1. פלורליזם 2. פיתוח טכנולוגי🡨 אי נוחות 🡨 רצנו לבהמ"ש לקבלת החלטות 🡨 פיתוח הועדות.

**(ארה"ב) פס"ד קרן אנקווינן**: מחוסרת הכרה מנת יתר- חיבור למכונת הנשמה. עליון: אלו לא חיים שיש להגן עליהם עפ"י החוקה ולכן ניתן לנתק אותה. השופטים מפנים למאמר של ד"ר קרן טיל שמדברת על הקמת ועדות.

**ביקורת**: **מדרון חלקלק**- חשש שבמקרה מסויים יהיו לנו כל ההצדקות והנסיבות ויהיה אישור למהלך שיביא לכדור שלג. פחד מאובדן שליטה וגבולות. **ישעיהו לייבוביץ'**- הכרסום בערך מוחלט החיים ומעמדם המקודש לא יביאו אותנו כחב' למקום טוב. הזהיר שניתוק ממכונה יהיה מצב נורמאלי, ואח"כ יהיו עוד דברים- הפסקת הזנה מלאכותית וכו' – עד אפליה שווים יותר /פחות כמו הנאצים.

**כיום**- הפס"ד הפך ללא חריג, ובתחילת שנות ה80 החלו לדבר על הפסקת הזנה מלאכותית. ( יש מקומות בעולם בהם יש המתות אקטיביות של חסר כמו הולנד)

**שנות ה80- ועדות אתיקה**: צוות רב מקצועי – רפואה, משפט, פילוסופיה. המקרים שהגיעו היו לפי החלטת הצוות, לפעמים הגיעו מקרים בדיעבד בשל אי נוחות. החלטת הועדה היתה רק המלצה.

**כיום ועדת אתיקה לפי החוק-** שונה לחלוטין. מבנה קבוע- 5 חברים משפטן שיכול להיות ש' מחוזי, 2 רופאים בכירים, עו"ס/ פסיכולוג, איש דת/ ציבור. הם צריכים להיות ממונים שמית ע"י משרד הבריאות.

המקרים שיגיעו לועדה – רשימה סגורה. סמכות- - מכריעה בסוגיה- מחליטה- מאשרת או לא.

תכלס- הועדה היא משפטית, ממנה ניתן לפנות למחוזי, ואין בה איש אתיקה/פילוסופיה. טשטוש בין אתיקה למשפט.

**נקודות המוצא של חוק זכויות החולה**: 1. הסכמה מטופל 2. מבוסס על מידע רלבנטי 3. הזכות לקבל ת מידע על גופו 4. חובת סודיות רפואית. **ועדת האתיקה פועלת במקום שבו יש חריגה מהכללים האלו בחוק** (כפייה, מסירת מידע לצד ג' והסתרת מידע מהמטופל)

1. **האפשרות לכפות טיפול רפואי-**

סמכות משמעותית – דיברנו עליה לעיל. דוג' לכפייה – אדם שסירב לעשות דיאליזה – ניסיון לפיתרון יצירתי + לאחר שק"ד רציני + בדיקה אצל פסיכיאטר+ האם ההצעה היא מעשית. החליטו- לך לטיפול אחד לפחות ואז תחליט. שיקולים : 1. שיתנסה בטיפול ואז יפסול- שבירת מחסום הפחד 2. הרעלים בגופו יכולים להשפיע על החלטתו.

ביקורת- חותר תחת המטרה הראשונית. המרצה- דווקא יוצר איזון ראוי והיישום הוא נכון.

1. **מסירת מידע סודי של בנ"א למישהו אחר-**

נושא המושרש עמוק באתיקה. היום קשה יותר לשמור על סודיות. הרעיון: 1. אדם ייתן אמון ברופא ויהיה גלוי עימו 2. שמירה על כבוד האדם על גופו ועל המידע שלו 3. אנשים יטפלו בעצמם ולא יפגעו בסביבתם (כמו ילדים עם איידס)

**בג"צ ישמכוביץ' פקיד שומה**- רופא נשים שמס הכנסה נפלו עליו. טען לחיסיון רפואי. **בהמ"ש**: דחה את הטענה. 1. שוויון לכולם בלי קשר לידוענים .2. עצם העובדה שאנשים מגיעים לרופא היא לא סודית ( בניגוד לטיפולי פסיכולוגיה- גרם לצעקה רבה על בהמ"ש על קיבעון מצבים חברתיים) 3. כרטסת הביקורים- סודיות רפואית אינה ערך מוחלט אלא מתאזן עם ערכים אחרים כמו העלמת מס- ערך חברתי. רואים נגיסה בסודיות הרפואית.

סודיות רפואית **ס'19** מחייב סודיות רפואית. **ס'** **20** ניתן להפר סודיות רפואית באיזון אינטרסים מבלי שייחשב להפרה 🡨 1. דיווחים עפ"י חוק- רופאים מחוייבים למשל למסור מידע רפואי לרשויות בנוגע לרישיונות: נהיגה אקדח וכו'. 2. המטופל נתן אישור 3. הועדה אישרה 4. הועדה אישרה לאחר ס'18ג. 5. לביטאון ללא זהות המטופל 6. לרופא אחר לצורך טיפול במטופל 7. העברת המידע לצורך תיוקו – דיווח למוסד המטפל. חובות דיווח בתקנות ופק' העם.

(5) ועדת האתיקה קבעה, לאחר מתן הזדמנות למטופל להשמיע את דבריו, כי מסירת המידע הרפואי על אודותיו חיונית להגנה על בריאות הזולת או הציבור וכי הצורך במסירתו עדיף מן הענין שיש באי מסירתו;

**מצב בו אדם מסכן לדעתנו את סביבתו, לכן גם האדם מסרב למסור מידע עליו יעשו כן**. כמו מקרה האיידס- הועדה החליטה שצריך לספר לבחורה – הוא צריך לספר יחד עם הרופא- אלמנט הפחד שאולי הרופא יספר במקומו.

עוד דוג'- גן BRCA מעלה חשש לסרטן- האם חובה לדווח לבני המשפחה להיבדק.

**הרעיון**- לגלות יצירתיות, לא לחשוף את החולה. כמו מקרה הבדואי החד מיני שבדקו את כל הכפר בגללו.

1. **הסתרת מידע מהמטופל-**

"זכות היתר טיפולית" – מניעת מידע מהמטופל אם הוא יכול לפגוע בו. ברוב המדינות זה עדיין ככה. כאן הפקיעו והעבירו להחלטת הועדה- בשל החריגה ממטרת העל של החוק. ס'13 +ס' 18 מתעסקים במסירת מידע.

**ההבדל**- ס'13 היוזמה היא של המטפל- יוזם את הליך מסירת המידע כי זה לפני טיפול והמטופל צריך ליתן הסכמתו.

ס'18- המטופל יוזם את המידע- רוצה לקבל מידע על התיק הרפואי שלו.

**הבעיה**- יש אנשים במצב רפואי קשה שלא רוצים לדעת על מצבם- וכך יכולים להמנע מס' 18 אבל ס' 13 הרופא חייב במסירת המידע למעט חריג ס13ד – באישור הועדה.

**הראיה היום** – אנחנו נותנים את המידע בין אם אתה רוצה או לא (מלבד באישור הועדה) מנגד, שוב פטרנליזם, אם אנחנו מעודדים אוטו' אמיתית - אדם יכול להחליט שהוא לא רוצה מידע. **לכן היום** אם אדם לא רוצה לקבל מידע על ההליך- הרופא מחתים אותו על כך – וכותב שהחולה ביקש לא לדעת. במקרה של סיכון גבוה- מיידעים במס' מילים מועט. המחשבה היא לא לכפות זכויות.

**הבדל ביישום**:

**בס'18** – רשאית הועדה לשמוע את המטופל. **בס'13** לא שומעים אותו – כלומר הועדה היא טכנית יותר- לא רוצים שהמטופל יישמע את המידע. לעומת **ס'15** טיפול בכפייה שם מחייבים את הועדה לשמוע את המטופל.- כי לא מסתירים ממנו דבר.

**הבעיה- לא ישים – סיבה**: בשטח אי אפשר לפנות לועדה כל הזמן 🡨 הרופאים הופכים לעבריינים 🡨 קורה בעיקר כשהמשפחה מבקשת לא לשתף את המטופל ונוטים לקבל זאת- במיוחד כשמדובר במקרי מוות.

**ההליך**- בעבר פנו בכך לבהמ"ש 🡨 חוק 🡨 המשיכו לפנות לבהמ"ש 🡨 פס"ד שנוזפים שלא הקימו ועדות אתיקה (פס"ד יפה עם הניתוח הקיסרי).

**סתירות בין החוק לחוק טיפול בחולי נפש** – שם מותר להסתיר מידע מהמטופל ולמסור אותו לאחר. פס**"ד פלונית נ משרד הבריאות**- סרבו למסור לה תיק רפואי 2 סיבות: 1. תפגע בעצמה 2. תפגע בסביבתה. 🡨 ביקשה שיעבירו לועדת אתיקה 🡨 במקרה של חולי נפש החוק הקובע הוא החוק הספציפי שלהם.

**בעיה בהפעלת ועדת האתיקה**: 1. החוק לא תקצב את הועדה 2. לא קבע הכשרה לחבריה 3. לא קבע כלי מעשי לאפשר הפעלת הועדות בשטח 4. סגנון הועדה שונה מכל מקום אחר בעולם – הפרדה בין ועדת אתיקה לועדה מייעצת למעשה הסגנון בארץ קצת מטרפד את העבודה שלהן.

**היבטים הקשורים ליום השואה – הגבלת הזכות להורות – התנועה להשבחת גזע**

אוגניקה – הורשה טובה. בסוף המאה ה19 דרווין העלה את התיאוריה על התפתחות האבולוציה והברירה הטבעית.

הוא ניסה להסביר את הליכי הטבע ובפועל במאה ה20 השתמשו בכך בטיעונים של השבחת גזע- הוקמו מוס' חינוך האוגני והופצו רעיונות להשבחת הגזע. **בגרמניה** הוקמה "התנועה להגיינה גזעית" שרצתה לשמר את הגזע הארי – כשהרעיון הוא להיפטר משאר הגזעים. שנות **ה30**- חוק למניעת צאצאים הסובלים ממחלות תורשתיות מחייב עיקור אנשים הסובלים מבעיות גנטיות. הוקמו 300 בי"ד שהורכבו ממשפטנים ורופאים והביאו ל400,000 עיקורים בחמש שנים. **ב35**- חוקקו שכל מי שרוצה רישיון לנישואים אזור להיות בעל מחלה גנטית או סובל ממחלות מין. וחוקקו חוק להגבלת נישואי תערובת- הארי ויהודי. והחלו המתות חסד לכל מי ש"זיהם" את הגזע הארי.

**2 דרכים:** אוגניקה חיובית- לשמר ולפתח את הגזע הטהור- לקחו את בנות הגזע הארי וחיברו אותן עם חיילי SS בחוות גידול שיישמרו על גזע עליון . אוגניקה שלילית- לחסל את כל מי שלא שייך לגזע הטהור.

הרופאים היו חלק מהעניין – ביצעו המתות חסד- כאשר האבסורד שגרמניה נחשבה למדינה מערבית מפותחת מבחינה רפואית אתית.

**אחרי המלחמה המילה אוגניקה הפכה לגסה**, אך **כיום** זה חוזר במיוחד בתהליכיה פרייה חוץ גופית, ביציות עם גן עם פגם לא מכניסים לאמא. הבעיה- יוצר דילמות מה נחזיר ומה לא. איפה עובר הגבול.

בנ"א הוא ייצור מורכב לא כמו חיות אחרות ולכן קשה לבודד גנים ולהחליט מה מתאים ומה לא דוג' האומנים שככל הנראה היו פסיכיים אבל גאונים.

**מ"י**: כל הטיפול במפגרים, כל החלטה צריכה להתקבל בנימוק אחד לטובת החוסה. המקרים שמעקרים מפגרים הם בודדים כשמדובר בטובת האישה. וכשאין שום דרך אחרת לא קיצונית לפתור את זה. כל בקשה כזו דורשת אישור בהמ"ש לפי ס' 98 לחוק הכשרות. המצב כיום הוא מסובך כי כל שנה נולדים ילדים למפגרים ואח"כ מוציאים אותם מהבית בצו בהמ"ש.

**ועדות נוספות שאינן נקראות ועדות אתיקה אך יש להן שיקולים אתיים:**

**הפסקת הריון**- להבדיל ממדינות אחרות, אצלנו חוק העונשין קובע שאסור להפסיק הריון למעט: 1. אישור של ועדה בכל שלבי ההיריון 2. הפסקת ההיריון נערכת במוסד מוכר. 🡨 בפועל החוק לא נאכף. כמו כן אין ערעור על הוועדה.

**בפועל**, החוק אצלנו הוא אחד מהרחבים בעולם- בכל הקשור אחרי השליש הראשון הועדה מתירה כאן יותר.

עד שבוע 24 – וועדה רגילה- 2 רופאים בכירים ועו"ס. אחד מהחברים הוא אישה.

משבוע 24 יש חיוב לוועדה מורחבת- 5-7 אנשים.יושב נאוטולוג ועוד רופא- כי מדובר בלידה מוקדמת- מזריקים חומר רעיל ללב העובר. 🡨 לכן לא מחייבים רופא לעשות את ההליך אם זה נוגד מצפונו וניתן לדלג עליו בסבב שעושים.

**\*\*** **הערות**: בדר"כ האישה נפגשת עם העו"ס ולא מול הועדה. ולגבר אין מילה בהליך.

**הבעיה**- **א**. בטוחים שמי שעונה על קריטריונים נותנים לו הפלה. אבל החוק כותב: 1. "רשאי" כלומר יש להפעיל שק"ד. 2. סעיפים רחבים כמו מום בעובר או סיכון האם המאפשרים שק"ד 🡨 בפועל לא שוקלים אלא מאשרים.

**ב**. הועדות לא תופסות עצמן כועדת אתיקה אלא כמשהו טכני לאישור. **ג.** אין רישום מסודר של הועדות ולכן אישה יכולה לוועדה אחת שתאשר ואחת שתשלול ולא יידעו זו על זו.

**התלוננות הרופאים**- ביקשו שייצאו הנחיות ברורות לקביעת הפסקת היריון של השבועות האחרונים.

**חריג קטינים**- השתתפות קטינה בוועדה אינה מחייבת אישור או יידוע הורים. שוב יש בעיה בכך שלא מפעילים שק"ד.

**אשפוז בכפייה**- חירות מול שלום הציבור/ שלום המטופל. 2 גופים משמעותיים: 1. פסיכיאטר מחוזי 2. בהמ"ש.

קיימת ועדה להארכת או קבלת אשפוז- מורכבת מבעלי מקצוע ששוקלים שיקולים אתיים.

**תרומת איברים**- מרכז לאומי להשתלת איברים- עוסקים מי יקבל איברים. קביעת הקריטריונים עפ"י שיטת ניקוד מתחשבים: זמן המתנה, דחיפות, סוג דם. הועדה מתכנסת בכל פעם שיש נושא חדש והיא מורכבת מאנשי אתיקה ומשפט ומומחים מעלים את הנושא לאחר ליבון ודיון אתי מחליטים אם להטמיע את ההחלטה או לא.

יש ועדה המאפשרת תרומת איברים מחי – קרובי משפחה- מינורית, ו"קרובים רגשית" – וועדה רגילה.

**בודקים בחשיבות רבה**: שק"ד והסכמת התורם מדעתו שלו.

**ניסויים בבנ"א**- ועדות הלניסקי החל ממשפט נירנברג.

**ועדת חוק הנוטה למות**- נדבר על כך בשיעור הבא- הרעיון לבנות ועדה טובה מזו של זכויות חולה.

**ועדה לקביעת מין היילוד**- **הנחיות** של משרד הבריאות, חוזר מנכ"ל.**תנאי סף**- משפחה עם 4 ילדים מאותו מין ועלול להיגרם נזק נפשי. בתהליך שנקרא BGD הפריה חוץ גופית בודקים פגמים וניתן לבדוק את מין היילוד ולשלוט בחזרת הביצית לגוף האיש- כל זה מעלה פרדוקס על המשפחה הנורמאלית....

**השאלה**- מי אמור לשלם על זה – המדינה או האנשים הפרטיים.

**מורכבת מ**: רפואנים, משפטן, רב, אתיקאי סוציולוג.

**בסין גרם להרס גדול**- כי במשך שנים היה חוק שמותר ילד אחד, ובני הכפר רצו ילד ולכן הפילו עוברי בנות, וכיום יש מחסור עצום בבנות ומייבאים אותן ממדינות אחרות.

**החוק המסדיר פונדקאות במ"י-** חוק ההסכמים לנשיאת עוברים- אישור ההסכם ומעמד היילוד.

כל הסכם צריך לעבור אישור וועדה. **מגבלות**: זוג גבר ואישה תושבי ישראל שאינם קרובי משפחה. לועדה מרחב תימרון ולא כל אחד מקבל אישור- עוברים הערכות, בודקים את טיב החוזה. מחמירים בדברים מעבר לחוק: בודקים שהאישה ילדה כבר פעם כי: 1. מכירה את ההליך – הסכמה מתוך הבנה 2. יש סיכון שלא תוכל ללדת שוב. כמו כן בודקים שהיא אישה לא נשואה, מאשרים לעיתים נדירות נשואות.

**שיקולים אתיים**: הצורך של הזוג, בעיה רפואת אצל האישה. כמו כן לעומת אימוץ בודקים שהמשפחה נורמטיבית (אימוץ הילד קיים, כאן עוד לא..)

**הנושא העיקרי**- שאלת חופשיות הרצון של הפונדקאית ושמירה על זכויותיה. הוועדה בודקת שההסכם לא פוגע מידי בגופה. החוק קובע שזה לא יכול לסתור את חוק זכויות החולה וזה מה שהועדה בודקת.

**מרגע הלידה** יש שינוי של ממש והפוקוס עובר להורים ומעמדם- ליולדת אין אפשרות להתחרט.

**יש נושאים שהוועדה לא יכולה להסדיר** כמו הנקה אחרי הלידה. כמו כן המיילדות עומדות בין היולדת לבין האם ולא יכולות לתת מענה- כי רק החוק קובע . לכן במקרים כאלו יש עו"ס שמלווה את ההליך ודואגת שהכל ייגמר בשלום.

**בכללי**- כל ועדה צריכה לשקול: מניעת נזק אוטונומיה ושיקולי צדק. קדושת החיים , איכות החיים , השפעה או היכלות להזיק לחולה או לסביבתו. בדיקה האם ההחלטה האתית ישימה בפועל.

**חוק החולה הנוטה למות**

**מיהו החולה הנוטה למות? חולה שהתקיימו בו כל אלה:**

* הוא סובל מבעיה רפואית חשוכת מרפא;
* תוחלת חייו, אף אם יינתן לו טיפול רפואי, אינה עולה על שישה חודשים- מרתיע את הרופאים לקבוע זאת ולכן החוק כמעט לא מיושם.
* רופא אחראי קבע כי הוא חולה הנוטה למות- מנהל מחלקה או מנהל יחידה בבי"ח או רופא בכיר אחר.

**דוג' קלאסיות בטרם חקיקת החוק:**

**איתי ערד**- טייס שחלה במחלת ניוון- קיבל פס"ד הצהרתי שלא יחברו אותו למכונות. הגיע לבי"ח אמרו לו שיחברו אותו באופן זמני , אך בסוף לא יכלו לנתק אותו כי זה לא היה באופן זמני. שוב פנה **לבהמ"ש**- נקבע שניתן לנתקו, חובר בבי"ח מאיר ונותק בהדסה ע"י **פרופ' אבינועם רכס** שלאחר מכן כתב על כך רבות.

**פילוסופים**- חיבור וניתוק ממכונה זה אותו דבר, אך רופאים לא רואים זאת כך.

**איך קם החוק**? השר **בנעיזרי** הקים ועדה ברשות **שטיינברג**- ועדה ציבורית רחבה של מומחים לחוק חולה נוטה למות אך זה לא נותן מענה אמיתי. יש אף הטוענים כי החוק מהווה הסדר שלילי לקב' שלגביהן אין הסדר בחוק.

**מה מקור הקושי בטיפול בחולה הנוטה למות?**

1.התייצבות מול המוות בלי יכולת להילחם בו. 2. כשלון. 3.חוסר אונים. 4. עמידה מול הקושי (נפשי ופיסי של החולה) של החולה ומשפחתו בקבלת המוות.5. ההשלכה האישית- גם בני אלמוות .6.צורך להגדיר מחדש את מטרות הטיפול.7.דילמה אתית. 🡨 המניע הוא הארכת חיים ולא הצלה – האם זה דבר נכון כשלעצמו?

**המטרות האמיתיות של טיפול בסוף החיים**- 1. מניעה והקלה בכאב וסבל 2. שמירה על נוחות מירבית

 3. תמיכה נפשית בחולה ומשפחתו- והתמודדות אמינה עם הליך המוות 4. שמירה על כבוד החולה.

**הערכים האתיים המתנגשים**: 1. קדושת החיים 2. איכות החיים 3. מניעת כאב וסבל 4.אוטונומית החולה- ע' מוביל.

**השאלות בפניהן ניצב הרופא המטפל בחולה הנוטה למות**: 1. אילו טיפולים לתת לחולה? 2. אילו טיפולים לא לתת לו? 3. האם לבצע פעולות החייאה? 4. האם ובאילו תנאים מותר להפסיק טיפול?5. מהם הנתונים הנדרשים לצורך קבלת ההחלטות? 6. האם צריך ליידע את החולה ו/או קרוביו על מצבו?7. מי צריך להשתתף בתהליך קבלת ההחלטות? 8. מה עושים במקרה של חילוקי דעות?

**החוק קובע**🡨 **ס' 23 🡨** הרעיון הוא **להקל על המטופל** בכאב ברמה הנפשית והפיסית (א)- הכל בכפוף לרצון החולה ולהסדרים הנוהגים מעת לעת+ חוק זכויות החולה. **הקלה על משפחתו** (ב) – בכפוף לעקרונות הטיפול הסוציאלי ולהסדרים הנוהגים מעת לעת במערכת הבריאות 🡨 הסתכלות הוליסטית חדשנית.

**מהו רצון החולה- ס'4** – חזקה על אדם שרוצה לחיות אלא אם מוכח מעל ספק סביר אחרת.

**איך מוכח? ס'5**- חולה בעל כשרות ובהבעת רצונו המפורשת. חייבים להציג את השאלה בפני המטופל.

**כשרות החולה- ס'6-7-** אדם מעל גיל 17 ולא הוכרז פסול דין+ כשיר הכרתית , שכלית ונפשית. ס'7 הוצאה מחזקת כשרות- החלטה רפואית מנומקת ומתועדת של רופא אחראי לאחר התייעצות ואם אפשר עם רופאו האישי.

**איך קובעים רצון חולה שאינו בעל כשרות?**

בעיקרון - חזקה שרוצה לחיות; אלא אם כן נקבע אחרת על פי:

(1) הנחיות רפואיות מקדימות שנתן בהתאם לקבוע בחוק;

(2) החלטה של מיופה כוחו שניתנה לפי ייפוי כוח כקבוע בחוק;

(3) החלטה של ועדה מוסדית או הוועדה הארצית;

בהעדר הנחיות או החלטות כנ"ל, על פי –

(1) הצהרה מפורשת של אדם קרוב לענין רצונו של החולה הנוטה למות;

(2) ובהעדר הצהרה כאמור ייקבע רצונו של החולה הנוטה למות על פי עמדת אפוטרופסו שהוא אדם קרוב, ככל שישנו;

**איך מטפלים בחולה הנוטה למות שאינו רוצה להאריך חיים בעל כשרות? ס'15 🡨** הימנעות ממתן טיפול רפואי לחולה + יש חובה על המטפלים לשכנע אותו לקבל חמצן, מזון נוזלים ולקבל טיפולי שגרה למחלות רקע.

**איך מטפלים בחולה הנוטה למות שאינו בעל כשרות**? **ס'16**- 1. סובל סבל משמעותי- הגדיר בהנחיות מקדימות או הגדרה סטנדרטית של החוק- עושה מאמץ ניכר כדי להימנע ממנו או לסלקו. 2. נקבע לגביו ס'5ב+ג (אינו רוצה טיפול) 🡨 להמנע מטיפול רפואי בו הקשור לבעיית חשוכת המרפא אבל אין להמנע מטיפול נלווה – טיפולי שגרה למחלות אחרות, טיפול מקל, מתן מזון ונוזלים.

**גבולות החוק המותר- ס'19** איסור המתה במעשה.

**איסור סיוע להתאבדות- ס'20**- היום הצעת חוק - חוק הנוטה למות – מוות במרשם רופא.

**איסור הפסקת טיפול רציף**- **ס'21**- אסור לנתק ממכונת הנשמה, מותר להפסיק להחליף שקיות עירוי וכו'. מותר להמנע מחידוש טיפול שהופסק בטעות כמו הפסקת חשמל. המחוקק המציא פטנט- טיימר שבת למכונת הנשמה – יהיה זמן מוקצב ואם ירצה לאחר שייגמר הזמן לא יחדשו את הזמן. תוקפים אותו שזו פיקציה... אבל זה מאפשר לאנשים לרצות להתחבר למכונה בהתחלה כי הם יידעו שניתן לנתק אותם במסגרת הקצבת הזמן.

**הגדרות – טיפול רפואי מחזורי**- ניתן במחזוריות והפסקות- אפשר להבחין בין סיום מחוזר אחד של טיפול לתחילת הבא. או טיפול שתוכנן מראש כטיפול מחזורי למרות שניתן לתת אותו כרציף.

**זכותו של החולה הנוטה למות לקבל טיפול רפואי חריג להארכת ימיו**- **ס'13**- גם אם הרופא חושב אחרת יש לכבד את רצון המטופל, בהתאם לדין ולהסדרים. הטיפול לא ינתן אם הרופא חושב שזה לא יאריך את חייו או עלול לגרום נזק.

**גבולות ההימנעות מטיפול:**

|  |  |
| --- | --- |
| * **בחולה כשיר**
 | * לפי רצונו. בכפוף לנסיון לשכנעו לקבל חמצן, מזון ונוזלים, וכן טיפולים שגרתיים למחלותיו האחרות וטיפול מקל
 |
| * **בחולה שאינו בעל כשרות:**
* **שסובל סבל משמעותי**
* **ונקבע לגביו כי אינו רוצה שחייו יוארכו**
 | * לפי רצונו כפי שנקבע – יש להימנע מטיפול הקשור לבעייתו הרפואית חשוכת המרפא.
* אין להימנע מטיפולים שגרתיים למחלותיו האחרות, מטיפול מקל, וממתן מזון ונוזלים
 |
| * **חולה כנ"ל בשלב סופי –**
 | * יש להימנע מכל טיפול רפואי בו, בהתאם לרצונו, למעט מתן נוזלים, אלא אם כן קבע הרופא האחראי שמתן הנוזלים גורם סבל או נזק לחולה
 |

**חולה שלב סופי:** ס'8ב – רופא אחראי תוחלת חייו אינה עולה על שבועיים, וקרסו כמה מע' בגופו**.**

**מדוע שבועיים מצב סופי?** אדם יכול לחיות ללא הזנה שבועיים אך ללא נוזלים פחות.

**האם לבצע פעולות החייאה? ס'18**- מצב חירום רפואי 🡨 יינתן טיפול רפואי אלא אם נודע למטפל שרצון המטופל להימנע מטיפול במצב כזה. מצב חירום בחולה במצב סופי 🡨 נמנע מטיפול אלא אם נודע כי הוא רוצה בטיפול.

**האם ובאילו תנאים מותר להפסיק טיפול**? **ס'21-** איסור על הפסקת טיפול רציף – כאמור.

**רופא אחראי**: 1. מנהל מחלקה, מנהל יחידה, מוסד רפואי, האחראי על הטיפול הרפואי בחולה הנוטה למות, או רופא מומחה שמינה מנהל מוסד רפואי, מנהל מחלקה או מנהל יחידה להיות אחראי כאמור. 2. רופא מחוזי של קו"ח או רופא שמונה על ידו.

**יידוע החולה או קרוביו**: **ס'41 –** אם החולה בעל כשרות הרופא יודיע לו על הנחיות מקדימות, או למנות מיופה כוח שאותו יידעו לגבי הכל. 🡨 קושי גדול עבור הרופא ליידע את החולה על דבר כזה.

**מסירת מידע לחולה שאינו בעל כשרות**: **ס'10**- רופא אחראי- ההודעה היא למיופה כוח או לאדם קרוב למטופל ולאפוטרופוס.

**תהליך קבלת ההחלטות:**

**קביעת מצבו הרפואי של המטופל-** ס' 8ג קביעת הרופא האחראי לאחר התייעצות עם רופאים מומחים מטפלים.

**דיון ותיעוד**-ס'11- רופא אחראי יקיים עם המטפלים האחרים דיון על מצבו של המטופל- חובת דיון ותיעוד – המשפחה אינה שותפה ומקבלת הודעה על כוונה.

**חובת הערכות חוזרת**- ס'12- כל פעם להעריך מחדש ואם יש שינוי עליו לחזור ולהחליט לענין דרך הטיפול.

**מה עושים במקרה של חילוקי דעות** = פניה לועדה מוסדית.

**הנחיות רפואיות מקדימות- ס'31**- אדם בעל כשרות יפרט את ההנחיות המקדימות לגבי רצון הטיפול. תקף ל5 שנים.

ההנחיות המקדימות יינתנו אחרי שקיבל מאחות מוסמכת או רופא מידע רפואי – יבין את משמעות הדברים- **ס'32א**. אם מדובר בחולה הנוטה למות המידע צריך להינתן ע"י רופא מומחה ולא אחות או רופא. **ס'32ב**.

**דרך מתן ההנחיות**- ס' 33- יינתנו בכתב בחתימת ידו ליד 2 עדים. נעשה בדר"כ באמצעות עו"ד. מזה כולל? הגדרת סבל משמעותי, הצהרה כי זה ניתן מרצון חופשי+ הבנה ושק"ד. ותמצית המידע הרפואי שניתן לנותן ההנחיות.

**מה קורה עם הנחיות שלא על טופס- ס'34ב**- אינן מחייבות – עמותת לילך מנסה להילחם בזה.

**ייפוי כוח- ס'37**- בעל כשרות משפטית יכול להעניק ייפוי כוח לפי טופס. מיופה הכוח מוסמך להחליט במקומו על טיפול רפואי אם יהיה בלי כשרות. אפשר לרשום את זה במאגר של משרד הבריאות.

**שינוי וביטול- ס'43** בהתאם להנחיות שניתנו יותר מאוחר. ניתן לביטול בפני 2 עדים.

**קטינים**: בדר"כ קטין הוא עד גיל 18 וההורים הם האפוטרופוסים שלו אם רוצים לשלול אותם צריך בהמ"ש.

\*\*\* הבדל בין יפויי כוח – אדם ממנה , לאפוטרופוס- בהמ"ש ממנה או מכוח חוק.

**החלטות רפואיות**: 1. 2 ההורים 2. המטפל 3. לעיתים הילד 🡨 לא תמיד כולם מסכימים על אותו טיפול ודרך.

**חריגים**:

* + 1. **קטינה רוצה הפסקת הריון-**

חוק העונשין - הסכמת הקטינה אינה טעונה אישור נציגה. מכאן גזרו שלא חייבים ליידע את ההורים🡨 למרות שיש שק"ד בדר"כ לא מגלים על הקטינה.

 אין הגבלה של גיל הקטינה. **מתי בודקים** ? כשיש חשש לאונס- וזה בהתאם לגיל הקטינה- העו"ס פונה אל הילדה. **החוק**: עד גיל 14 – יחסי מין נחשבים לאונס- הפרקליטות לא תמיד מגישה תלוי נסיבות. 14-16- יחסי מין עם בני אותו גיל ללא תלונה על אונס זה בסדר. 16- רק אם טענה לאונס.

**אמצעי מניעה** – אי בהירות, מצד אחד בהפסקת היריון אין חובת גילוי אז ק"ו כאן, מצד שני גורמי סיכון.

**הפרקטיקה**- מאפשרים לתת לרופאים לתת אמצעי מניעה לקטינות ללא ידיעת ההורים, משתדלים לקבל כמה שיותר מידע רפואי על הקטינה ממנה או רופא המשפחה- כדי לדעת היסטוריה ולהיות במעקב.

מדינות שנלחמו בכך-אנגליה- שנות ה90 ההורים החליטו לצאת נגד זה והיום חקיקה רק מגיל 16 ללא ידיעת ההורים.

גם לפה היא הכניסה את נושא הרשומה הרפואית- חשש מפני ניצול לרעה – הרבה מידע במקום אחד.

* + 1. **חוק גילוי נגיפי איידס בקטינים**  גיל 14 קובע לקרוא את החוק.
		2. **חוק טיפול בחולי נפש**

במקרים מסויימים כשיש קונפליקט בין ההורים לבין הקטין לבין הצוות מאפשרים לקטין מגיל 15 לקבל החלטות- יכול לא להתאשפז/ כן להתאשפז. בפועל מגיל 12 מקשיבים לנער – לא מגיע לבהמ"ש אלא לפסיכיאטר מחוזי.

* + 1. **חוק החולה הנוטה למות**

נקבע גיל 17- שזה קשה. היום עובדים על הצעת חקיקה לשינוי הגיל שיהיה מותאם לכולם להוריד לגיל 16 באופן גורף- מלבד חריגים שזה עד גיל 18.

**מתחת לגיל 17**- רצון ההורים הוא שקובעע. במקרה של מחלוקת בין הילד להורים – עושים התערבות עדינה. תמיד יילכו עם מי שאומר להאריך חיים – הורה/ ילד / רופא- זה החזקה הקבועה.

**החוק מאפשר לקטין להביע עמדתו גם אם אין לו סמכות החלטה**- אחד התנאים לקבלת עמדת הקטין- שיבין את מצבו מורכבות וחומרת המצב שלו וזאת לאחר שהוריו עירבו אותו במידע (החוק לא פותר את בעיית השיתוף במידע)

פנייה לועדה מוסדית – 2 מקרים: 1. קונפליקט בין הצוות להורים 2. חילוקי הדעות מצטרך הקטין.

**הועדה: תיקון בא לידי ביטוי כך:**

1. הרכב הוועדה – גדול יותר מחוק זכויות החולה 2. הח' זכויות החולה היו"ר משפטן , כאן עושים הצבעה 3. כאן יש אפשרות ערעור או יכולת ביקורת- הועדה הארצית.

הרעיון הוא להתחיל עם כמה אזורים ולא להקים בכל ביה"ח.

**המקרים בהם היא דנה:**

① ערעור על קביעה של רופא אחראי- רוצים שייקבע או לא יקבע. ② הסגה על החלטת רופא אחראי בנוגע לכשירות החולה הנוטה למות. ③ חוסר בהירות בהנחיות המקדימות שהחולה נתן. ④ מיופה כוח לחולה הנוטה למות- לוקח החלטה שהרופאים מרגישים שהחלטתו לא החלטה מראיית טובת החולה.⑤ מיופה כוח מול הנחיות מקדימות.⑥ דילמות של אדם קרוב אם יש דילמות- האם הוא נחשב לאדם קרובב והאם להתחשב בדבריו. ⑦ קטינים. ➇ מחלוקת הקשורות באפוט' הממונה לחסוי. 🡸 כל המקרים מגיעים לוועדה מוסדית- כל אחד יכול לפנות לוועדה המוסדית- מיופה כוח, מטופל, רופאים, מש' וכו'.

**לוועדה מוסדית ע"פ חוק החולה הנוטה למות - 3 אפשרויות**: ① להכריע, ② לתת ייעוץ ולהשאיר את ההחלטה בידי הצוות המטפל- כמו וועדות האתיקה בעולם. ③ מקרה מורכב ועקרוני ולכן יעבירו את ההחלטה לוועדה ארצית

**ועדה ארצית**: מתעסקת: ① חילוקי דעות בוועדה המוסדית. או חוסר יכולתה להגיע להכרעה. ② במקרים חריגים עם חשיבות עקרונית שהוועדות המוסדיות העבירו. ③ בערעור על החלטה של וועדה מוסדית.

תכלס מתחילת החוק הועדות המוסדיות לא הוקמו, והועדה הארצית כונסה פעם אחת 🡨 כי הרעיון של החוק עצמו הוא קשה ליישום.

**המצב המשפטי במ"י לפני חוק החולה הנוטה למות**- מתח בין המצב שהיה לבין המצב היום לאחר החוק.

לפני חוק החולה הנוטה למות **🡨 הוראות כלליות**:➊ למשל כבה"א – לפני/אחרי חו"י ➋ קדושת החיים- לא מופיע בחוקים בצורה מפורשת אבל לומדים עליו מניסוח חוקים אחרים ופסיקות יכול להביא להתנגשות עם כבוד האדם. ➌ הוראות בחוק העונשין איסור על פגיעה בחיי אדם – מעשה או מחדל- וגם לרופא אסור, כך שבנוסף לשבועת היפוקרטס הוא יכול לעבור עבירה פלילית של המתה.

**השינוי בעקבות התעוררות נושא כבוד האדם בחו"ל**- פתחו טכנולוגיה למקרים נקודתיים , בפועל השימוש למחלות כרוניות והביא להרבה דילמות.

**המתת חסד אקטיבית**- עושים מעשה כמו זריקה, ירייה וכו'. בהמ"ש היה מקל בעונשים במקרים האלו אבל מעניש.

**המתת חסד פאסיבית**- המנעות של ממש , אי חיבור למכונה.

**ניתוק ממכונה** 🡨 נפל בין הכסאות🡨 אי בהירות מצד אחד פעולה מצד שני לתת לטבע לעשות את שלו.

**הולנד**- לקחה את זה לקצה- המתות חסד אקטיביות מותרות – הזרקת רעל או מורפיום. בהתחלה לא הגישו על כך כת"א אח"כ חוקק בחוק. תנאים: חולה במחלה סופנית , סובל סבל קשה, חזר כמה פעמים על הבקשה. בשטח לא מקפידים על ההנחיות. **הקושי בהולנד**: 1. הפך להיות מצב רגיל – החריג הוא שאדם רוצה טיפול- מצפים מאנשים לבחור בדרך הקלה והזולה 2. מסות גדולות של המתות חסד ולכן כל נושא הטיפול התומך והרווחה הולך ומצטמצם.

חלק מהמדינות הצטרפו ואח"כ ביטלו. **התומכים**: התוצאה אותה תוצאה וכאן שומרים על כבה"א + זולה.

**מ"י**: בהמ"ש הולך על הגדרה מצמצמת של פאסיבית, ואסור אפילו לנתק היום ממכונה.**שנות ה80** **2 בג"צים: שמעון נחייסי ונקש-** מחלת ניוון שרירים. סעד הצהרתי שלא יחברו אותם. אחד מרחו בדיונים עד שנפטר והשני מרחו עד שחיברו אותו למכונה ולא היה מה לעשות.

**פס"ד מכונן שפר**- ניתן ב93- ילדה עם טאיזקס- 2 ההורים פעלו באופן שונה, האם התנתקה ורצתה שהטיפול בה יהיה מצומצם והאבא לא האמין שהיא תמות ורצה טיפול מלא**. ש' מצא- דיון3 רמות**: 1. האם במדינה נכון לא לטפל בילד במצבים כאלו 2. האם נכון לא לטפל גם בילדים- הורה מחליט בשבילם? 3. האם מספיק הורה אחד או צריך שניים.

**החלטה אחרי כמה שנים הש' איילון- 2 כיוונים**: 1. מה קורה בעולם 2. משפט עברי- משהוו מלאכותי שמונע ממנו למות והאם ניתן להסירו- סיפור רבי יהודה הנשיא. **עונה על השאלות**: 1. יש מצבים בהם ניתן להימנע מטיפול במ"י 2. הורים יכולים עקרונית להחליט עבור ילדיהם 3. חייבים את אישור 2 ההורים בנושא כזה.

**מחוזי: בנימין אייל**: ביקש שלא יחברו אותו למכונה. הרופא אמר שחייבים. השופט אומר תשקלו את רצונו של אייל. 3 תנאים שצריכים להתקיים: 1. הוא יהיה באותו זמן בצלילות והכרה כשהוא מבקש אי חיבור 2. קבלת החלטה בזמן אמת מכל הצדדים 3. החלטה ע"י רופא בכיר. 🡨 אם יחליטו לא לחבר לא יועמדו לדין בהחלטת בהמ"ש.

**פס"ד איתי ערד**- בהמ"ש – לא שחייבים לשקול אלא חייבים לקבל את בקשתו. ואם חיברוהו בטעות חייבים לנתק. מבטל את ההבחנה בין ניתוק לבין חיבור מלכתחילה. הביאו אותו לבי"ח אחר ושם חיברו ולא היו מוכנים לנתק- פנו לבהמ"ש, השופט נזף בהם שינתקוהו שלא ירגיש סבל. בכל זאת לא שת"פ , יצרו קשר עם הקופא האישי שניתק אותו- פרופ' אבינועם ...

**היבטים לתמיכת הניתוק ממכונה:**

1. אדם שאומר מלכתחילה שהוא לא רוצה- ניזון משמועות ולכן החלטתו לא כנה ואמיתית, אדם מחובר מבין מה הוא אומר על כל הנפקויות.
2. אי חיבור מלכתחילה מביא ללחץ מאד גדול אצל רופאים – קבלת החלטה מהירה – ונראה כי היה עדיף שתתקבל החלטה שקולה והגיונית ולא בלחץ. הבעיה שהיום לא מאפשרים ניתוק ולכן הכל צריך להחליט מהר.

**הבעיה**- עצם ניתוק המכשיר היא פעולה קשה – כמו שהיה עם קרן בארה"ב. לכן רעיון הטיימר הוא טוב.

**פס"ד מרים צדוק**- הקליטה את עצמה, ובבוא העת הראו זאת לשופטים, ונקבע ראוי להתחשב בהחלטה שנעשתה בצלילות ולאחר מחשבה.

**בהמ"ש שם את הגבול** בכל הנוגע להפסקת הזנה מלאכותית- לא מסכים, **מלבד חוק הנוטה למות** – כשיר מבקש זאת או חולה סופי ולא רוצים לגרום לו סבל.

**תרומת איברים**

דילמות סביב קדימויות – אילו שיקולים לגיטימיים ואילו לא.

**בעבר**- דחיפות רפואית – אך יש בעיה , ככל שהמצב חמור כך הסיכוי לשרוד את הניתוח נמוך יותר. ולכן יש למצוא נקודת איזון בין דחיפות לאפשרות לשרוד את הניתוח.

**המרכז להשתלות הם מסדירים את הנושא לפי ניקוד-** גגיל 16 ומטה יותר ניקוד , גיל 65 ומעלה פחות ניקוד.

**לפני שנתיים – חוק ההשתלות**- מי שחתום על אדי מקבל קדימות, יש על כך ביקורת- קדימות ונתינת פרסים שלא לפי שיקולים מהותיים- אבל אין ברירה. **סינגפור**- ברירת המחדל היא השתלה אלא אם חותם שמתנגד ואז יש תקופת צינון בה לא ניתן לקבל השתלה.

**הרצון להקצות איבר מסוים לאוכלו' מסוימת- לא מאפשרים התערבות או אפליה של התורם – עיקרון בסיסי.**

**סחר באיברים-** נהגו בעבר לעצום עיניים בעניין. בשנים האחרונות- שינוי נהלים וחוק – מי שרוצה מימון צריך להוכיח שהאיבר מושג כחוק במדינה אליה טס- קשה להוכחה כי אירופה לא משת"פ איתנו פעולה ולא נותרות כמעט מדינות.

לכן הרבה פעמים מדובר בעצימת עיניים בשל אי חוקיות ואף פלילי. סין- בהוצאה להורג המשפחה לא משלמת אם תורם את איבריו. ולכן רבים נוסעים לסין.

המצדדים בנושא- טוענים אוטונומיה של הגוף- אם אדם רוצה יש לאפשר לו לסחור באיבריו תמורת כסף.

פריצת גבולות בתחום: תשלום עבור תרומת זרע, תרומת ביצית, ביטוח דם לתורם, הסכמי פונדקאות 🡨 **גישת שבית האמצע** 🡨 נאפשר תשלום לתורם מבלי לפתוח שוק , ארגון ארצי שישלם לאנשים עבור תרומת איברים- כשאין לו שליטה למי מועבר האיבר.

**האיברים הניתנים לתרומה מחי**: 1. כלייה 2. אונת כבד 3. אונת ריאה 4. מח עצם.

**ועדה מוסדית** – בודקת קרובי משפחה תורמים . **ועדה ארצית** – בודקת תרומות של אנשים שאינם קרובים.

**בודקים**: שלא מופעל לחץ, כפייה, לא מועבר כסף.

**חוק ההשתלות 2008-**  החזר לתורם על הוצאות אובדן ימי עבודה , רכישת ביטוח מיוחד , תמיכה פסי' , כניסה חינם לגנים הלאומיים (מאד חשוב... במסגרת ההוצאות הנלוות)

**השתלה מוצלבת**- אני תורם לבן משפחה שלך אתה תורם לבן משפחה שלי – אפשרי , גם בשלישייה🡨 מצב נדיר.

**תרומות נפטרים**: רוב האיברים שניתן לתרום זה רק במוות מוחי, כי לאחר הפסקת פעילות הלב אין כמעט איברים שניתן לתרום. העברה חייבת להיות מהירה ולכן מדינות רחוקות לא עוזרות לנו בכך. החוק הקודם היה חוק האנטומיה והפתולוגיה מ53- ולכן הוא היה בעייתי כי לא היה מעודכן. ב1980 – שינו מעט את החוק במסגרת החמרת קריטריונים להחמרת ניתוח לאחר מוות. כל נושא התיאור שם הוא מצמרר ולא כתוב כהשתלה ולכן זה מעורר אנטגוניזם ובעיה רק מבחינה השפה.

**הנושא הוא רגיש**- ולכן אם יש שערורייה מנסים להוריד אותה מאור הזרקורים כי גם ככה הנושא כאן בעייתי.

רוב המתנגדים טוענים לעניין **הדת**, אבל אין לו באמת קשר- אין קשר לתחיית המתים – היחידים שיכולים לטעון לכך הם אלו שהולכים אחרי הרב אלישיב אך הרוב כן תומכים. כמו כן **פוחדים** **מחוסר** **טיפול** אם יודעים על אפשרות תרומה. **בפועל** אין קשר כי הרופא שקובע מוות מוחי הוא לא זה שמשתיל- ואין קשר בין הגורמים.

**קביעת מוות מוחי**- פגיעה בגזע המוח- אחראי על מרכז הנשימה ולכן הופך את האפשרות לנשימה לבלתי הפיך. זהו מוות מבלבל- כי כביכול האדם חי – מחובר למכונות, וקשה להבין שהוא מת. הקביעה היא קריטית מעוד בחינות- אין שום טעם להמשיך ולבזבז משאבים על גופה, ולכן צריך לבדוק אם הוא חי.

**ב2008 נושא זה זכה להתייחסות בבהמ"ש פס"ד בלקר נ מ"י**- השליך את אשתו מקומה רביעית 🡨 מוות מוחי🡨 ניתקו ממכשירים🡨 טען לא אני הרגתי אלא הרופאים🡨 בהמ"ש- אתה הרגת מוות מוחי הוא מוות לכל דבר ועניין.

**המחוקק** לאחר מכן מסדיר את הנושא **חוק מוות מוחי-** הכשרת רופאים לקביעת מוות מוחי + מוכשרים מבחנה דתית.

**תרומת איברים , חוק אנטומיה ופתולוגיה – 3 מצבים עיקריים**: 1. יודעים שאדם מתנגד- לא ייקחו לו גם אם המשפחה מסכימה 2. אדם הסכים ללקיחת איברים- משפחה לא מסכימה- לא ייקחו לו. למרות שמותר- גם חוק ההשתלות מגבה זאת 3. אי ידיעה- החוק קובע שמותר לקחת אלא אם יש התנגדות , בפועל מבקשים הסכמה.