* **תודה ליאיר מתוק ולרינת ליפשיץ על השלמת שני סיכומי שיעור! בהצלחה!**

**שיעור 1- 19.3.12**

**הממשק בין אתיקה ורפואה**

למה אנחנו מוצאים עצמנו בקורס שהוא לא קורס משפטי "קלאסי" אלא קורס שמכיל תחומים שונים?

בשביל לנסות להבין למה לומדים את הקורס צריך לתאר תמונה: איך נראתה הרפואה בעבר ואיך היא נראית היום.

**בעבר**, יש תמונה של חולה שהיה שכוב בבית, רופא שמגיע רכוב על סוס, מאוד אמפטי לחולה אבל אין לו כ"כ איך לעזור לו, הרופא הוא איש סודו של החולה. אם החולה מת מתייחסים לזה כאל גזרת גורל- ברור שאי אפשר היה לעשות משהו אחר.

**היום**, אם נגיע לחדר מיון ציבורי בבתי החולים הגדולים נראה תמונה **אחרת לגמרי** , חולה מאוד כאוב, עובר מלא טרטורים עד שמישהו ניגש אליו ורואה אותו, היחס מאוד לא אישי. יכול להיות שתהיה רופאה שהוא ירגיש שהוא כן יכול להתקרב אליה, אבל יש גם חילופי משמרות. אם הוא יהיה בבית החולים מס' שעות המידע עליו יגיע לעשרות אנשים, ואם הוא יהיה בבית החולים מס' ימים המידע עליו יגיע למאות אנשים. אותו קשר אינטימי מאוד חסר בסיטואציות כאלה. **ברור שיש סיטואציות פחות קיצוניות על הסקאלה.** מצד שני, שולחים אותו לבדיקות רבות, יש המון **עשייה מסביבו.** אם קורה לו נזק כלשהו המחשבה הראשונה שעוברת אצל בני משפחתו- בטח מישהו התרשל, זה לא יכול להיות, בטוח שמשהו קרה בדרך. ההסתכלות של "קרה כי קרה" כי לא כל הטיפולים מצליחים הולכת ונמוגה אצל רוב האוכולוסיה.

רואים שמצד אחד, הרפואה התפתחה מאוד **מדעית וטכנולוגית** ואפשר לעשות דברים שבעבר לא היו מצליחים לעשות, אפשר לראות את זה **בכל תחומי החיים שלנו,** החל מתחילת החיים, בעבר זוג שלא יכול היה להביא ילדים לעולם בצורה טבעית היה מקבל את זה כגזירת גורל, היום כל הנושא של **טכנולוגיות בהולדה** מתקדם מאוד במדינת ישראל. הרבה מההתקדמות בנושא בכלל בעולם מתרחשת במדינת ישראל. יודעים לעשות כל מיני הפריות חוץ גופניות, פונדקאות וכו'. כל אחד מהדברים האלו, עם כל הטוב שהוא הביא, גרם גם להרבה בעיות ודילמות, החל משאלות כמו שאנו שואלים את עצמנו, כמו שהיה **בנחמני נ' נחמני** , דוגמא למקרה של טכנולוגיה שמאפשרת הוצאת ביצים, הקפאתה והפרייתה באישה- גרמה לכל כך הרבה שאלות ובעיות.כל צד קרא לתהליך אחרת כדי להשפיע על ביהמ"ש בסמנטיקה. השאלה- מה עושים עם הביצים? יש לשמור עליהן או פשוט לפתוח את הביצה ולזרוק אותה לפח? או שיש משהו שצריך לשמור עליו באיזשהו אופן ויש לו זכויות באיזשהו אופן? שאלה שניה היא הזכות להורות- הזכות להורות של מי גוברת, זה שרוצה להיות הורה או זה שלא רוצה להיות הורה?

פרשיה שהסעירה את ארה"ב "**בייבי M"-** תינוקת נולדה עפ"י הסכם שנעשה בין זוג אמיד, משכיל, יהודי, האישה הייתה חולה במחלה שלא איפשרה לה להיכנס להריון לבין בחורה ממעמד סוציו-אקונומי נמוך, לא משכילה, חיה עם גבר ללא נישואין, לפיו הבחורה תעבור הליך של הזרעה מלאכותית, הביצית הייתה שלה, היא נכנסה להריון, הרתה תינוקת. החוזה אמר שכאשר היא תלד היא תמסור את התינוקת לזוג, ברגע שהיא ילדה את התינוקת היא החליטה שהיא לא מסוגלת להיפרד ממנה ולא יכולה לתת להם אותה, כך החל מאבק של מספר שנים בין מדינות שונות בארה"ב כאשר לכל מדינה יש חוקים שונים. התינוקת "בייבי M" יצרה מאבק גדול מאוד, המקרה מגיע לביהמש העליון בארה"ב וצריך להחליט מה עושים עם המקרה הזה, ביהמש אומר שהוא מסתכל על זה כעל סכסוך של משמורת, כאשר הבחורה הענייה והגבר מהנישואין הם ההורים של התינוקת, הוא מסתכל על איפה יהיה לילדה לגדול, ומגיע למסקנה שהרבה יותר טוב יהיה לילדה לגדול בביתם של הזוג. הם חמקו מהעניין האמיתי, הפונקדאות, היות והבחורה הייתה האם הביולוגית- הביצית שלה הרתה את התינוקת. במקרים אחרים בהם הפונדקאית הייתה **רק פונדק** ובתוכה הייתה ביצית מהאישה שלא יכולה להרות, ביהמש התקשה לעשות את הפיקציה הזו של בייבי M ואמר שאי אפשר לעשות את הפיקציה של המשמורת, לא מדובר פה באמא גנטית אלא רק בפונדק.

בארץ, אסור שהאם הנושאת היא אם בעלת הביצית, בעייתי גם מבחינה הלכתית וגם מחשש לחרטה של האם הפונדקאית. מבחינה הלכתית, רוב הפוסקים חושבים שהיולדת היא האם, ואז צריך לעשות הליך שדומה לאימוץ כדי להעביר את האמהות.

זו דוגמא לאיך מצד אחד ללא אפשרות של פונדקאות והפריית ביציות לא היו להם ילדים.

גם אם נקח את **סוף החיים** יש אופציות להציל אנשים שבעבר היינו אומרים שאין מה לעשות איתם, מצד שני המכונות האלו גורמות להמון בעיות, שאלות כמו האם העובדה שיש לנו את הידע ואת המכונות, זה אומר שתמיד צריך להשתמש בהן, אפילו כשיודעים שהטיפול הוא חסר תועלת ולא נצליח לעשות שום דבר כדי להציל אותו? זה מעלה שאלות של כסף ואיכות חיים. שאלות של מי מקבל את ההחלטה הזו?

יש לנו מצב שנוצר בגלל הטכנולוגיות החדשות, בעבר בכלל לא היינו מתלבטים בשאלות האם להשתמש במכשור על אף העובדה שזה לא יועיל. יש לקבל בשאלות האלו החלטה, השאלה גם מי מקבל את ההחלטה היא מורכבת לא פחות בסיטואציות כאלו. יש את ועדת האתיקה אך גם היא צריכה להחליט כיצד להחליט, והאם היא בכלל הגוף הנכון להחליט.

יש ספקטרום ענק של בעיות שהטכנולוגיות החדשות גורמות לנו וקשה לנו להתמודד איתן, גם אנחנו בחברה עברנו תהליכי שינוי, לא רק הרפואה והטכנולוגיה השתנו אלא גם החברה עצמה- החברה הפכה לפלורליסטית. יש מגוון דעות ומגוון צורות חשיבה. אנשים לומדים להסתכל לבד על דברים, יודעים שעוברים כחברה תהליך שכיום מושגי יסוד שהיו ברורים לנו בעבר כבר לא ברורים לנו היום, פעם לא הייתה שאלה לגבי **חיים ומוות, מתי מתחילים החיים? זה היה ברור, ברגע שיש מפגש בין זרע לביצית אז מתחילים החיים,** זו הייתה הגישה של הנצרות הקתולית בעבר והיום ולכן היא מתנגדת נחרצות להפלות. גם נושא של הפריה אסור לפי הכנסיה הקתולית.

היום אנו יודעים לבודד את הרגע בו מתחילים החיים- האם החיים מתחילים כאשר שמים את הביצית בתוך מיכל עם חנקן או לא? זו שאלה בעייתית ולא פשוטה.

עובר- פעם היו אומרים שאם היינו יכולים לראות את העובר בבטן זה היה משפיע על הפלות, היום יש אולטרסאונד, דימוי תלת מימדי- אז התחילו החיים או לא? שבוע 22 אפשר להחזיק עובר באינקובטור, אז האם זה אומר שמאז מתחילים החיים? הזמן הזה לא מוחלט אלא זז לפי התפתחות הטכנולוגיה.

המושג של "מתי מתחילים החיים" הוא מאוד בעייתי. בס' 1 לחוק הכשרות והאפוטרופסות קובע שלאדם יש זכויות וחובות "**מגמר לידתו ועד מותו". גם חוק העונשין שמדבר על עבירות המתה מדבר על השלב של סוף הלידה לצורך עבירת המתה, מי שגורם למותו של עובר ברחם אמו לא יכול להיות מואשם ברצח כי הוא לקח חיים מאדם.** אך האם זה אומר שהעובר הוא "שום דבר"? יודעים שלא, יש סעיפים בחוק שלא מאפשרים לעשות הפסקת הריון בצורה חופשית, יש סעיפים שממנים אפוטרופוס על עובר. **אך קיים בלבול על קו הגבול לגבי מתי מתחילים החיים?**

**שאלה לא פחות קשה- מתי מוות?** יש הרבה חוקים שמתייחסים למוות, בפלילי נושא רגע המוות מאוד חשוב, אך בשום מקום בחוק עד השנים האחרונות לא היה מוגדר מה זה מוות, כי פעם היה ברור מה זה מוות- אדם ללא דופק, שוכב, קר וכו'. הטכנולוגיות החדשות גרמו לנו למצבים בהם אנו כן שואלים את עצמנו מה זה מושג בסיסי כמו "מוות"- האם אדם שמחובר למכונות הנשמה, מחובר לאינפוזיות, המוח שלו פגוע לגמרי- האם זה מוות? הוא נראה ישן אך לא נראה מת, המושג הזה של מוות פתאום מתערער וצריך לחשוב עליו מחדש, האם מוות מוחי הוא מוות לכל דבר ועניין? האם אפשר להאשים אדם שגרם למישהו להיות במוות מוחי ברצח? **אלו שאלות שכחברה צריך לתת עליהן את הדעת.**

יש גם שאלות לגבי מושגים ברורים מתחום המשפחה, "אמא" בעבר הייתה אמא רק אחת, אבל היום זה לא כ"כ פשוט, יכולות להיות הרבה אמהות- אמא גנטית-אמא יולדת ויכולה להיות אשה שהזמינה מראש את הילד הזה והיא זו שמגדלת ומטפלת בו- אלה מגדלת. אז מי האמא?

תא המשפחה בעבר היה ברור לחלוטין, אבא אמא ילדים, היום יש תאי משפחה שונים ומגוונים.

**אנו רואים שגם מושגי יסוד וגם שאלות ערכיות שבעבר היו פשוטות הפכו לסבוכות, וגם אנו כחברה השתננו והפכנו להיות חברה "צרכנית"- רואים כל דבר כמשהו שמגיע לי. גם יודעים היום הכל, ברפואה ההשפעה ניכרת, פעם הידע הרפואי היה מאוד סגור- היו מעבירים את הידע מאב לבן, אחד הדברים שנשבעו עליו זה שלא מעבירים ידע- לא מעבירים ידע אפילו לחולה עצמו ששואל מה יש לו! היום אנחנו יודעים שיש אוטונומיה, ידע, אנשים יודעים, גולשים באינטרנט- מחקרים שמוצאים. מקבלים חוות דעת משניות מרופאים שונים. זה משפיע על דינמיקה בין החולה לרופא, פעם הרפואה הייתה קדושה, היום ישר מסתכלים מי אשם במקרה שקורה משהו.**

בנוסף, כל השאלות שקשורות בתקשורת שמנגישות מאוד את הידע, סדרות טלוויזיה, ספרים שמתעסקים בשאלות האלו. זה חומר כר ופורה ליוצרים לכתוב על הנושא.

**הממשק בין אתיקה ומשפט**

* אתיקה- מושג בפילוסופיה המתאר את **תורת המוסר** ואת תורת המידות הטובות, וכן את העיון הפילוסופי בשאלות מוסר. תחום בפילוסופיה שמתעסק בשאלות של "מוסר","מידות"- מה נכון לעשות.
* אתיקה מקצועית- יישום של האתיקה באופן כללי על הרפואה. מונח יישומי שמתייחס לאורחות ולהתנהלות העניינים של קבוצות ובעלי עניין מקצועי. ליישם את העקרונות של האתיקה על סיטואציות הקורות ברפואה.

בעבר כשרופאים דיברו על האתיקה הרפואית הם דיברו על האתיקה הפנימית שלהם- איך להיות נחמד לרופא שלידו, לא לגנוב לו חולים וכדומה. אך זה יותר התפתח לאותה תפיסה סגורה של האידיאל המעשי, כלומר לא אוסף מקרים של עקרונות והנחיות אלא מחשבה מאחורי עקרונות. רוצים שהאתיקה תשמש לנו **כמצפן- מה הדרך הנכונה שאנו צריכים לפעול בה באופן כללי ובעיקר בהתמודדות עם דילמה.**

**מהי דילמה?** התנגשות בין ערכים, עקרונות, חובות או אינטרסים בצורה שאם רוצים להגשים את א' נפגע בהכרח ב-ב'. בהתנגשות בין ערכים שנמצאים על אותה סקאלה, אם יש ערך על- כל ערך אחר שיתנגש איתו הוא יסוג. למשל אם נאמר שקדושת החיים זה הכי חשוב, גם אם האדם יסבול כשננסה להחזיק אותו בחיים- נעשה הכל. אבל האם נחזיק אדם בחיים בכל מחיר גם כאשר נגרם לו סבל מאוד קשה? או כאשר נאמר- מצד אחד יש ערך לעשות טוב לחולה ומצד שני אנחנו רוצים לשמור על האוטונומיה שלו, אם לעשות טוב לחולה מתנגש עם השמירה על האוטונומיה שלו- אתה חייב להיכנס עכשיו לחדר ניתוח, אם אני לא כורתת לך את הרגל אתה תמות- החולה אומר שהוא לא רוצה, מעדיף למות מאשר לחיות בלי רגל. כאן נוצרת דילמה! הרבה פעמים ברפואה אנו נתקלים **בשאלה אתית ולא דילמה,** מדובר על שאלות שמעוררות גם שאלות של ערכים, מוסר, מחשבה על איך נכון לנהוג ולא רק ערכים. אלו שאלות המערבות התלבטויות אתיות, המקרים של הדילמה, התנגשות ערכים שאם נבחר בא' מוותרים על ב' היא הקשה ביותר ובעולם המעשה אלו השאלות שהכי קשה לתת עליהן תשובה.

**שאלות של אתיקה רפואה** עברו מעקרונות המנוסחים ע"י רופאים לכאלה המנוסחים ע"י קבוצות של מומחים מתחומים שונים (פילוסופים, משפטנים, מדעי החברה, ועדות חקיקה), זה חלק מתפיסה שלנו היום שהשאלות קורות בשדה הרפואי אך מי שיחליט בהן הוא לא רק הרופא, כי השאלות הן לא רק רפואיות. מי שיחליט האם לעשות דיאליזה או לא היא שאלה ערכית ולא רק רפואית, משולבים בשאלה שאלות מוסריות ממדרגה ראשונה. מי שיחליט האם לעשות פונדקאות או לא, זה לא רק הרופא שיודע לעשות פונדקאות אלא **החברה צריכה להחליט.** האם כחברה רוצים לאפשר אצלנו פונדקאות? זו החלטה חברתית שיש לקבל אותה וזו לא החלטה של הרופא שיש לו את הידע! ההבנה שהשאלות האלו הן לא רק רפואיות הייתה בהתחלה לא קלה, והייתה התנגדות רבה בהתחלה בקרב הרופאים, ההבנה שיש התערבות חיצונית הופנמה לאחר זמן רב. מצד שני יש כאלו **שרוצים את ההתערבות החיצונית- רוצים שועדת אתיקה תקח את זה מהכתפיים שלו ותגיד לו מה לעשות, שהחברה תעזור לו.**

**לדוגמה:** קביעת רגע המוות- נושא שהיה במאבק בין ההסתדרות הרפואית לבין גורמים אחרים (דתיים למשל), ההסתדרות אמרה שרק רופא יגיד מה רגע המוות, בעוד שהאחרים טענו שזו אינה רק שאלה רפואית, אלא שאלה הלכתית, חברתית, משפטיץ. **פס"ד בלקר** עסק בשאלה מעניינת- בחור שהשליך את אשתו מהחלון ושרף לה את האצבעות, היא הגיעה לביהח במצב קשה ביותר, כל הניסיונות להציל את חייה לא עזרו, היא נפגעה פגיעת ראש קשה ונקבע שהיא מתה מוות מוחי. רצו להשתמש באיברים שלה להשתלה, לאחר ההסכמה השתילו. בלקר הואשם ברצח, עורך דינו טען שהוא טען לחבלה חמורה וממש לא רצח, מי שהרג אותה בסוף זה ביהח כי הם ניתקו אותה מהמכשירים, ואז **בעצם השאלה של האם המצב שבו היא הגיעה לביהח עם פגיעת ראש איננה רק רפואית, אלא רק משפטיות כבדות משקל.** במשך שנים היה נאבק קשה בעניין, הרופאים עמדו על שלהם, כשמועצת הרבנות הראשית הכשירה את נושא השתלת איברים בא"י והתנאי היה שבמסגרת קביעת רגע המוות יהיה רופא הלכתי(עבר הכשרה ע"י הרבנות בעניין הזה), ההסתדרות הרפואית לא הסכימה בשום פנים ואופן, ולכן משנת 86' רבנים לא הפצירו לחתום על כרטיס תרומת איברים. **חוק מוות מוחי משנת 2008 הוא ניסיון (שלא כ"כ מצליח בשטח) להתגבר על סכסוך רב השנים הזה.** היום רופאים מקבלים הנחיות מאנשים שהם לאו דווקא רופאים אילו תרופות הם יכולים להשתמש ואילו לא. גם שאלת מתן תרופה הופכת לשאלה שאינה רק רפואית. למשל: חולה בא לרופא, הרופא יודע שיש תרופה שתציל אותו אבל היא לא בסל התרופות. יש תרופות, אבל היא עולה הון תועפות לחודש והחולה בחיים לא יוכל לעמוד בזה, ופתאום השאלה של איזו תרופה לרשום הופכת ללא רק רפואית, גם שאלת מינונים הופכת לשאלה שהיא לא רק רפואית, נער הדיאליזה מקבל תרופות שמייצבות לו את לחץ הדם- האם נשמור אותו בחיים בכל מחיר ניתן לו מינונים מאוד גבוהים, אבל אם לא נוריד לו את המינון. לכן השאלה של מינון שהיא כאילו רפואית הופכת לשאלה **ערכית, משפטית.**

באופן כללי, כמעט כל החלטה שמקבלים בחיים מסתמכת על ערכים מוסרים. ברוב המקרים זה אינטואיטיבי, למשל אם לבוא לעבודה בבוקר או לא, הוכרעה ע"י מוסר עבודה וכו'. יכול להיות שאדם פחות ערכי היה נשאר בבית. אם אני צריכה להחליט אם להוריד קטע של סרט מהאינטרנט זו החלטה שבלי לחשוב פעמיים מקבלים אותה, אך זו החלטה ערכית שמסתמכת על הערכים שלי. ביומיום אנו מתנהלים **כל הזמן** עם החלטות ערכיות.

אתיקה מתבטאת ביום יום שלנו, אם יש החלטות מורכבות יותר צריכים לברר יותר אילו ערכים מתנגשים על הפרק, ולקבל איזושהי החלטה ובשאלות הבאמת קשות, בדילמות שיש שאלה של התנגשות אז מרגישים שהאינטואיציה לא מספיקה וכן מחפשים משהו להתבסס עליו.

* **התיאוריה התועלתנית**

המטרה היא למקסם את הטוב. מטרת המוסר היא להביא את הטוב המרבי למירב בני האדם. התיאוריה הזו מסתכלת **על התוצאה ולא על הדרך, אם התוצאה ממקסמת את הרוב לכמה שיותר אנשים זה בסדר לנו.** לפי התיאוריה הזו שנתקלים בשאלה של אתיקה רפואית, צריך להסתכל מה תהיה התוצאה ולבדוק האם כמה שיותר אנשים יצאו נשכרים מההחלטה הזו- יהיה להם טוב כתוצאה מההחלטה הזו. יש ביקורת רבה על הגישה הזו, **ראשית** מאוד קשה למדוד אושר, מה בדיוק מודדים- חוסר כאב, איכות חיים,כסף שנשאר בקופת המדינה? **שנית** חוסר ההגדרה של המדד יוצר חוסר עקביות, **שלישית** הנקודה של המטרה מקדשת את האמצעים היא מאוד בעייתית ויכולה לגרום לנו להרבה שאלות, למשל- בשנות ה60 וה70 עשו בארה"ב מס' ניסוים רפואים במוסדות למפגרים ובבתי אבות, אחד מהמפורסמים הוא שהדביקו עשרות מפגרים במחלת מין כדי לבדוק תרופה לזה- ומצאו תרופה לזה, תרופה שעוזרת היום להרבה מאוד אנשים אך זה היה במחיר ניהול הניסוי הזה באוכולוסיה שנגרמה לה נזק, שלא ידעו מה קורה איתה, לא יכלו לקבל את ההסכמה שלהם, במקרה זו הייתה אוכלוסיה שחורה והיה מאוד קל להצדיק ניסוים עליה. **לכאורה, לפי הגישה התועלתנית הטהורה, אפשר להצדיק את זה-** בסופו של דבר נפגעה קבוצה מסוימת אך תראו כמה טוב ואושר הובא לעולם, הרבה אנשים מקבלים היום תרופות מצוינות- הטוב מוקסם להרבה מאוד אנשים. זו דוגמה אחת לכך שהתיאוריה התועלתנית הטהורה היא בעלת בעיות, אך עקרון מקסום הרוב הוא עקרון שעובדים איתו גם היום באתיקה רפואית אך עם איזונים.

* **התיאורה הדאונטולוגית (קנטיאנית)**

הדגש **הוא על הדרך עצמה, ולא על התוצאה. הדגש הוא על המעשה עצמו ועל כוונתיו של המבצע ולע על תוצאותיו.** אם העלתי מינון של מורפיון לחולה וכתוצאה מכך הוא מת, אך עשיתי את זה כדי שלא יהיה לו סבל- זה יחשב למעשה טוב ונכון. מעשה יחשב לטוב ונכון אם ימלא אחר העקרונות והערכים המדריכים את חיינו **באופן מוחלט ובלתי מתפשר ללא תלות בזמן, במקופ ובנסיבות.**

האדם הוא מטרה בפני עצמה, הוא יצור אוטונומי ואף פעם אי אפשר להסתכל על אדם אחד כאמצעי לאדם אחר. לכן הסיפור של "שומרת אחותי"- לקחת מח עצם מאח לאח אחר, זה אסור, כי הופכים את האח לאמצעי למשהו אחר ולפי התיאוריה הזו האדם הוא **מטרה בפני עצמה.**

יש ביקורת רבה על התיאוריה הזו בטהרתה, **ראשית** יש קושי בהכרעה מהו ערך מוחלט ומי יקבע זאת הלכה למעשה, **שנית** יש התעלמות מתוצאות המעשים במציאות, אחת הדוגמאות הקלאסיות שמשתמשים בה כביקורת על התיאוריה הזו היא **אמירת אמת כערך מוחלט.** אם בנאדם בזמן השלטון הנאצי מחביא יהודי בבית שלו ושואלים אותו אם הוא מחביא **אסור לו לשקר הי אמירת אמת היא ערך מוחלט.** אם חולה שואל את הרופא מה יש לו והרופא יודע שאם הוא יגיד לו שיש לו סרטן ואין לו הרבה זמן לחיות הוא יתאבד הוא עדיין צריך להגיד לו את זה כי זו האמת – לא משנה מה התוצאה הרופא צריך לדבוק בערכים שלו. זה לא פלא שבשנים האחרונות, במיוחד באתיקה רפואית, התפתחו תיאוריות המנסות לשלב בין שתי הגישות. **שלישית,** יש קושי במקרה של התנגשות בין ערכים.

יש תיאוריות שונות, כמו זו של **רולס שמדבר על מסך הבערות-** מדברים על סיטואציות שלא יודעים איפה אני אהיה בסיטואציה וכך תלקח ההחלטה.

**בין אתיקה לחוק**

כשמדברים על חוק באופן כללי, יש חוקים שמסדירים התנהגות באופן כללי באוכלוסיה, יש חוקים שרלוונטים לבעלי המקצוע עצמם ולא רלוונטים לשאר האוכלוסיה, כמו למשל חוק עורכי דין (**חוקים מקצועים).** בהרבה מקצועות כאלו יש כללי **אתיקה מקצועית שנקבעים ע"י המקצוע עצמו,** כך שלמשל אם אני עו"ד חלים עלי החוקים הרגילים במדינת ישראל, גם חוק לשכת עורכי הדין וגם כללי האתיקה של הלשכה. יש דברים שאעשה שיעמידו אותו לדין משמעתי, כאלו בבית משפט וכאלו שגם לגם. **כך גם לגבי רופא, יש חוק לגבי רופאים וגם כללי אתיקה.**

בשבוע הבא נבדוק מה קורה בהתנגשות בין החוק לאתיקה.

לשיעור הבא- לקרוא את חוק זכויות החולה ולהביא אותו, לראות מקרים שמקומם באתיקה

**שיעור 2- 26.3.12**

 בשיעור הקודם התחלנו במבוא לכל הנושא של אתיקה רפואית והתפתחות של אתיקה רפואית בשנים האחרונות. הזכרנו את הנושא של **תיאוריות אתיות** עליהן מסתמכים, אך זה היה על קצה המזלג. דיברנו על התיאוריה התועלתנית שמתמקדת בתוצאה ולא במעשה. כאשר אנו נתקלים בשאלה אתית ושואלים את עצמנו שאלות מי המשפחה של התיאוריה התועלתנית (בית מדרשו של ניל) שואלים את עצמנו שאלות: אם נבחר בפתרון X לכמה אנשים זה יעשה טוב? לכמה צדדים יהיה יותר טוב כתוצאה מהפעולה? האם הפעולה תביא למקסום והטבה בצורה שכמה שיותר אנשים המעורבים בסיטואציה המצב שלהם יוטב?

ישנן ביקורת רבות על כך, זהו אינו עקרון שתמיד משרת אותנו- יש בו סכנה גדולה לפגיעה בזכויות של מיעוטים, ופגיעה בזכות האדם על גופו. למשל: נכה קשה שאומרים שאם לא נטפל בו למשפחה שלו יהיה יותר טוב כי היא לא תצטרך לטפל בו ולבזבז משאבים כספיים וכן לחברה יהיה יותר טוב ולכן זה יוביל לויתור על הזכויות של האדם עצמו.

התיאוריה הדאונטולוגית (קאנט) פעולה נכונה מתמקדת במעשה עצמו, האם כאשר אדם בחר בחירה X האם הוא התכוון למלא בחירה מוסרית? לכבד את העקרונות המוסרים שלו והאם ההחלטה שומרת על כבוד האדם של האדם שלגביו אנו מחליטים? האם אנו מחליטים בהתאם לעקרונות על עליהם רוצים לשמור כמו אמירת אמת? כמובן, השאלה- אם אני מוכן שכולם ינהגו כמוני וזה יהפוך לעקרון? הביקורת היא שיש התעלמות מהתוצאה ויש התנגשות של ערכים ומה עושים במצב זה?

* **תיאוריה נוספת מבית מדרשו של רולס (פילוסוף אמריקאי)- צדק חברתי.**

תיאוריה זו מתמקדת בשאלות של מה נכון וצודק מבחינה חברתית, בעצם צריך לראות איך לא נותנים לאנשים מסויימים יתרון על פני אנשים אחרים- איך שומרים על עקרון שוויון וצדק. הוא מדבר הרבה על שוויון הזדמנויות, הוגנות. משתמשים הרבה בעקרונותיו בכל הקשור להקצאת משאבים מוגבלים- איך לחלק את העוגה? איך להחליט אילו תרופות יכנסו לסל? רולס אומר שההחלטות שיש לקבל בסיטואציות כאלו צריכות להתקבל **כאשר יש את מסך הבערות- אם אני צריכה להחליט האם להכניס תרופה למחלה מסוימת לסל אני צריכה להיות בורה- האם אני אצטרך את התרופה? קרוב משפחה וכו'? יש לקבל את ההחלטה מאחורי מסך הבערות כאילו אנחנו יכולים למצוא עצמנו בסופו של דבר בכל אחת מן הקבוצות האלו.** הוא מדבר על סיכויים וסיכונים, אך הרבה פעמים היישום של העקרון הזה (לקבל החלטה ממקום כזה) זה כמעט בלתי אפשרי. רואים כמה הועדה לתרופות הסל מוטה מלחצים עליה. צריך לקחת בחשבון שמי שיוצא נפגע מכך זה אלו שלא יכולים ליחצן את עצמם. בעידן שלנו שהתקשורת היא חלק משמעותי בקבלת החלטות זה מאוד בעייתי כי יותר קל להפעיל לחץ על דברים שיש להם "רייטינג".

**ה"רף" ו"הסף"**

אומנם יש תיאוריות אך יש גם חוק. כאשר מדברים על יחסי הגומלין בין אתיקה לחוק אחד הדימויים שמשתמשים בהם (שטבע אותו הפרופ' אסא כשר- פרופ' לפילוסופיה בת"א) כדי לתאר את הקשר בין אתיקה לחוק- הוא משתמש בדימוי של **רף וסף-** על כל דילמה אתית אפשר לזרוק מלא צורות של התנהגות מוסרית. למשל: יש בנאדם שמתענה מאוד בכאבים, בסבל איום ונורא, יש לו סרטן מפושט וגרורות בכל הגוף, הוא סובל ייסורים קשים. הוא מבקש שיעזרו לו למות, אם הוא מפסיק לנשום- לא להנשים אותו, הוא רוצה למות. אנחנו צריכים להחליט, הוא מפסיק לנשום- מה עושים? האם עומדים בשילוב ידיים ומסתכלים עליו מת או מפעילים את כל הטכנולוגיה שיש לו?

לתת טיפול זמני

**\_\_\_\_\_\_\_**

**אתיקה**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

להעביר אחריות לרופא אחר

\_\_\_\_\_\_\_\_

**חוק**

**מתחת למה שמותר מבחינה משפטית: להזריק לו חומר**

**\*לתת טיפול- האם זה אתי או לא אתי?** נשאיר בצ"ע את הדיון האתי והמשפטי בינתיים, נדבר בהמשך על איך דנים מבחינה אתית ואיך דנים מבחינת החוק?

התרשים לעיל, **מראה דוגמא:** למשל רופא שלוקח מזרק עם חומר ממית, למרות שהוא יעשה את זה ממניעים נאצלים, ימצא עצמו נאשם ברצח כי הוא עבר את הקו האדום של מתחת לחוק. היו במדינת ישראל אי אילו מקרים של רצח מרחמים. נראה שהפרקליטות משחקת עם האישום- מאשימים בהריגה ובהרבה מקרים נותנים עונש קל, אך מבחינת האישום- **האישום הוא פלילי.** נראה בהמשך שיש מקומות בעולם שזה כבר לא קו אדום, המקרה של **עדי טלמור בשוויץ** שם הרופא עזר לו למות, כנ"ל בהולנד.

יש לנו את קו החוק ויש את קו האתיקה, יש דברים כמו להעביר אחריות שמבחינת החוק אני בסדר- איש לא יתבע אותי בביהמש אם העברתי את הטיפול לרופא אחר בסיטואציה כזו, אך מבחינת האתיקה המקצועית שלי כרופא שאני מחויב לא להפקיר את החולה גם במצבים קשים ויכול להיות שאם המשפחה תרצה להתלונן עלי לועדת האתיקה אני אעמוד לדין משמעתי, לא יעמידו אותי לדין בבימ"ש כי לא עברתי על החוק, אך מבחינת האתיקה כרופא- אני לא נהגתי כשורה.

יש לנו מרחב של התנהגות שהיא לא אתית אבל היא לא נחשבת לא חוקית. המרחב הזה מאוד מעניין כי הוא יכול להיות מאוד רחוק אך יכול להיות גם מאוד קרוב, באופן כללי אנו יודעים שחוקים מקויימים יותר ונאכפים יותר טוב אם הם מתאימים לאתיקה של רוב החברה. למשל: לא לגנוב, רוב האנשים פה לא גונבים בגלל האתיקה שלהם ולא כי יש חוק שאוסר לגנוב. יש הרבה דברים שהם במסגרת התבלטות כמו האם להמית אדם שסובל, ובדיוק כמו שבאתיקה הכללית תמצא דעות שונות בין אנשים, כך גם באתיקה הרפואית- בין רופאים.

הרף מייצג את **האידיאל של ההתנהגות שלנו- המקצועית או האישית- מדובר על התנהגות ראויה. אם מתנהגים בגובה הרף או למעלה ממנו מתנהגים בצורה מוסרית.**

**הסף מייצג את ההתנהגות החוקית- אם יורדים מתחת אליו זו התנהגות פלילית.**

לפני חוק אל תעמוד על דם רעך, אני רואה ברחוב אדם מדמם ומחרחר, זקוק לעזרה- הוא מבקש ממני עזרה ואני אומרת שאין לי זמן כי אני מאחרת לשיעור. לפני החוק, מבחינת החוק אי אפשר היה לתבוע אותי, התביעה היחידה שהיה אפשר להפנות נגדי הייתה ברמה המוסרית, האתית. היה אפשר לגנות אותי מהבחינה המוסרית. אם הייתי רואה מישהו שנפגע בתאונה היו חלים עלי הכללים בפק' התעבורה שאומרים שיש לעצור ולהגיש עזרה- חובה המוטלת על **הנהג** לעזור בתאונת דרכים, אך אם לא הייתי הנהג אי אפשר היה לומר לי כלום.

**חוק לא תעמוד על דם רעך לקח את המוסר והפך אותו לכלל משפטי, הוא צמצם את הרווח בין הסף לרף, היום אם אני לא מגישה עזרה לאדם אני לא בסדר מבחינה מוסרית וכן מבחינה משפטית.** לקחו חובה שהייתה במשך שנים ארוכות חובה מוסרית והפכו אותה לחובה חוקית. **חוק זכויות החולה הוא דוגמה למצב שדברים שהיו בכללי האתיקה של הרופא והאחות ונחשבו לחובות מוסריות הפכו לחובות חוקיות- המדינה עשתה מהלך של צמצום ואיחוד בין הרף לסף. פעם רופא שלא היה שומר על פרטיות המטופל שלו היה לא בסדר מבחינה אתית, היום לאור חוק זכויות החולה רופא שלא שומר את הפרטיות של החולה שלו מוצא עצמו כעבריין על פי חוק- הוא מתחת לסף!**

אנחנו צריכים כחברה להיכנס ברגל גסה עם החוק ולהפוך את הדברים שהיו אתיקה לחוק ולתת עליהם סנקציה משפטית.

**בחוק זכויות החולה- ס' 5** מדבר על **טיפול נאות** הן מבחינה הרמה המקצועית והן מבחינת יחסי אנוש. המונח "נאות" אינו מונח שגור, בדר"כ המונח הוא **סביר** , בודקים שהרופא פעל בסבירות. פתאום בא חוק זכויות החולה ואומר "טיפול רפואי נאות"- מה זה נאות? גבוה מסביר, סביר או פחות מסביר?

אפשר לומר שבחוק הזה שואפים לרף- שואפים גבוה, לא רוצים להישאר בסף. הפסיקה עוד לא התייחסה לזה בצורה ברורה. הטיפול הנאות מושך את זה למעלה. הפסיקה כמט היחידה שיש בנושא היא של **השלום,** אדם תבע שהוא לא קיבל טיפול נאות- נתנו לו לחכות המון זמן, דיברו אליו לא יפה, הוא תבע שלא קיבל טיפול רפואי נאות מבחינת יחסי האנוש, ביהמש התרשם מהכנות שלו- שהוא נפגע מהבחינה האישית, לא משנה אם מבחינת המקצועיות הוא כן קיבל טיפול טוב, מבחינת הפיצויים זה התבטא בסכומים זעומים עקב הסיטואציה. אך ביהמש עושה הפרדה לראשונה בין טיפול מקצועי לבין יחסי אנוש שמצפים למשהו יותר גבוה.

אם מנסים לרגע למקד את ההבדלים בין אתיקה לחוק:

**אתיקה=**

1. **קובעת מה ראוי ומה אינו ראוי לעשות.**
2. **פרוספקטיבית, מנחה.**
3. **מקור ההכוונה הפנימי "שכלי"- שואפים להגיע למצב שאנחנו באמת מאמינים, באמת מרגישים שזה מה שנכון וראוי לעשות**
4. **היענות מתוך הקשבה לצו המצפ(ו)ן**

**החוק=**

1. **קובע מה אסור ומה חובה לעשות.**
2. **נתפס כבעל משמעות רטרוספקטיבית(בוחנים התנהגות לאחור), סנקציה**
3. **מקור ההכוונה חיצוני "שמעי" -אנחנו מחוייבים לציית לחוק גם אם זה לא מתחבר אלי, גם אם אני חושבת אחרת**

**איך מתבטאת האתיקה בחוקי הבריאות?**

1. **השראה:** האתיקה, מערכת המוסר, משמשת כמעין השראה לחוקים שנחקקים. החוקים נחקקים עם איזושהי תפיסה אתית בבסיס שלהם. ניסיון להביא את הערכים האתים לחקיקה(הסדרת סוגיות אתיות בחוק, תפיסה אתית כבסיס לחקיקהף הצהרה על ערכים מנחים).
2. **דיאלוג:** הסמכת גופים להכרעה בדילמות אתיות
3. **מבוכה:** יש לנו מבוכה כאשר לא רואים קו אתי ברור בחקיקה, חוק אחד אומר כך וחוק שני אומר אחרת, ולפעמים יש תחושת יריבות- החוק אומר לנו לעשות דברים שסותרים את האתיקה המקצועית. החוק אומר לנו לעשות משהו שמבחינה אתית לא נוח לנו בו.

ישנם שורה של **ערכים מנחים** העומדים בבסיס החקיקות:

1. ניסיון לשמור על החיים והבריאות
2. ניסיון לשמור על איכות החיים- שהאדם לא יסבול
3. לשמור על כבוד האדם ופרטיותו
4. כיבוד האוטונומיה של הפרט
5. מניעת הפטרנליזם- "אבא", הרופא הוא כמו אבא הוא יודע יותר טוב מה טוב לחולה, לכן החולה לא צריך לדעת כלום- זו התפיסה הפטרנליסטית שהייתה מקובלת מאוד ברפואה. היום יש ניסיון ללכת לכיוון כבוד האדם ואוטונומיה.
6. ערכים של זכות להורות, של פריון- לאפשר ללדת ולהיכנס להריון.
7. ערכי צדק ושוויון- רולס.
8. הגנה על חלשים.
9. קידום על מקצוועיות הרפואה.

חקיקת הבריאות מכניסה לתוכה ערכים אלו ומנסה לקדם אותם באמצעות החקיקה. **אך אחד מהערכים האלו איננו מוחלט, ולעיתים הם מתנגשים ביניהם ואז יש לערוך "איזון" – בדר"כ ערך החיים יקבל משקל רב יותר, אך זה לא אומר שהוא תמיד יגבר.** אך עדיין יש לנו ערך גבוה יותר משל האחרים, אך המעמד שלו הולך ונשחק. היום ערכים אחרים נוגסים בו כמו "כבוד האדם", "אוטונומיה", "מניעת סבל" "איכות חיים".

**איך מחליטים שיש התנגשות בין ערכים ומי מחליט- החולה, הרופא בשטח, קב' רופאים, ועדת אתיקה?**

**דוגמה להשראה- חוק שהערכים האתים משמשים לו השראה:**

**חוק זכויות החולה-**

* 1- הצהרה: חוק זה מטרתו לקבוע את זכויות האדם המבקש טיפול רפואי או המקבל טיפול רפואי ולהגן על כבודו

ועל פרטיותו

הצהרה אתית. החוק הזה בא לקדם ערך מסוים, הוא בא לקדם את הכבוד, את הפרטיות והזכויות של האדם שבא לקבל טיפול רפואי.

**חוק מידע גנטי:"מטרתו של חוק זה להגן על זכות הנבדק לפרטיות לגבי המידע הגנטי המזוהה, והכל בלי לפגוע באיכות הטיפול הרפואי".**

**חוק ביטוח בריאות ממלכתי:** "חוק זה יהיה מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית".

**חוק החולה הנוטה למות:** "חוק זה בא להסדיר את הטיפול הרפואי בחולה הנוטה למות **תוך איזון ראוי** בין ערך קדושת החיים, לבין ערך אוטונומיית הרצון של האדם והחשיבות של איכות החיים"- החוק הזה מתכתש עם האוטונומיה.

**חוק תרומת ביציות:"**מטרתו של חוק זה להסדיר תרומת ביציות למרות הולודה, תוך שמירה מרבית על כבודן של התורמת והנתרמת...."- מצד אחד יש צורך לקדם פריון ומצד שני תוך שמירה על זכויות.

החוק נותן את הכיוון שהוא רוצה ללכת בו- זהו מצפן ערכי, כאשר יש לנו מצפן כזה יותר קל לפרש את החוק ולהבין מה החוק רוצה מאיתנו, יותר קל להבין שנאות זה גבוה מסביר כי החוק מדבר על ערכים אתיים אך לפעמים יש ביקורת על כך שאיזונים מסוימים שנעשו בחקיקה אינם תואמים לפי תיאוריה אתית כזו או אחרת- למשל ביקורת על חוק נוטה למות שהחוק מצהיר כביכול על איזון בין מניעת סבל לאוטונומיה אך בפועל אומרים שזה לא מאזן ובוחרים בקדושת החיים ולא באוטונומיה. **יש לבחון איך זה קורה בשטח.**

**הגבלת "קשת דרכי הפעולה האפשרויות"**

**חוק החולה הנוטה למות- ס' 19:** אסור לעשות המתה אקטיבית, אסור לשים כרית על הראש, לירות בבנאדם וכו'. אסור לעשות פעולה להמתה אפילו מתוך חסד וחמלה. **זה גבול שהחוק קובע.** יש פה שיקולים אתיים, רצון לאיזונים בין קדושת החיים לאוטונומיה אך יש **קו אדום- אסור לעשות המתה אקטיבית. יכול להיות שהחולה סובל מאוד אך יש קו אדום- אסור לעשות המתה במעשה.**

**חוק תרומת ביציות-** אסור לסחור בביציות- **זה הקו האדום.** אסור לשלם כסף. מעבר לקו האדום, נתחיל את הדיון האתי, אבל מתחת לגבול האדום אסור לרדת. זה דוג' לקו האדום שהחוק נותן לנו ואומר שהדיון האתי יתחיל מעל הקו הזה.

יש מקרים בהם **החוק קובע חובות דיווח, כמו בס' 20 לחוק זכויות החולה- מקרים בהם הרופא צריך לדווח.** נניח שמגיעה לרופא אמא עם תינוק, התינוק חבול בחבלות והאם מספרת בבכי לרופא שברגע של חולשה (דיכאון אחרי לידה) היא חבטה בו והיא ממש מתייסרת על זה ומתחננת שהרופא לא יעשה דבר עם המידע. **מבחינה אתית- איך נכון לפעול בסיטואציה כזו? מה ראוי לעשות? האם נכון לומר שבכל מקרה ראוי לא להגיד כי זה ישרת יותר נכון את האינטימיות של התא המשפחתי אם זה באמת משהו חד פעמי? אך במקרה הזה החוק שם קו אדום- יש חובה לדווח! בכל מקרה של חשד להתעללות בילדים חייבים(!!) לדווח, אין שיקול דעת אתי! החוק מחייב אותך לדווח במקרים כאלו.**

מגיע חולה שעבר אירוע מוחי, הוא לא כ"כ מאופס על עצמו. יכול להיות שאם הרופא ידווח שהוא לא יכול לנהוג יפטרו אותו מעבודתו כנהג, אך החוק אומר שבמקרים האלה **אין שיקול דעת- אם כרגע הוא מסוכן לנהיגה הרופא חייב לדווח למכון הרפואי לבטיחות בדרכים- יש פה בנאדם שעבר אירוע מוחי וכרגע הוא לא כשיר לנהיגה!**

**חיים כהן בפס"ד משנת 72'- ישמחוביץ נ' ברוך פקיד השומה לחקירות-** הרופא ישמחוביץ ניהל מרפאה משגשגת, טיפל בפוריות ובתפקוד מיני, מס הכנסה חשד שהוא מעלים הכנסות. יום אחד הגיעו אליו למרפאה עם צו של פקיד השומה להחרים את כל החומר שיש לו במרפאה. הוא עותר לבגצ ואומר שיש חסיון על החומר הרפואי הזה, אי אפשר שפקיד השומה יתחיל לראות מה כתוב בחומרים. בפסק הדין בסופו של דבר ביהמש מגיע למסקנה שלמרות שיש חסיון רפואי **החובה החוקית לדווח אמת למס הכנסה- גוברת! "כבודן של החובות האתיות הללו במקומו מונח, כל המחמיר עם עצמו לפנים משורת הדין הרי זה משובח. אולם כאן לא בחובות אתיות קא עסקינן, כי אם בחובות חוקיות. ומקום שהחוק הטיל חובה לגלות, אין שום אתיקה האוסרת את הגילוי, יכולה לעמוד"**

**גם היום, ההשקפה הזו לא בטוח הייתה עומדת ויתכן כי הפסיקה הייתה נראית אחרת. אך חשוב לראות איך הסתכלו ואיך מסתכלים על זה.** הערך החברתי והמשפטי של אמירת אמת למס הכנסה גבר במקרה של הרופא על סודיות של אנשים, ופקיד השומה קיבל אור ירוק להסתכל על כל החומר של הרופא.

היום במקרים רבים החוק והאתיקה לא מתנגשים כי החוקים אימצו אליהם את החשיבה האתית, אך עדיין תתכן התנגשות ואז הרופא יצטרך להחליט האם הוא רוצה לעמוד מול החוק ולהחליט שהוא לא עושה את זה תוך לקיחה בחשבון שהוא ישא בתוצאות.

**חוק זכויות החולה:**

לראות את הסרט- WHOS LIfE IS IT ANYWAY. לחשוב על הסיטואציה שראינו בסרט, לקרוא את חוק זכויות החולה- האם מקרה כזה היה קורה לאור החוק היום? לקרוא פס"ד שהיא תעלה באתר.

**שיעור 3- 16.4.12**

כמו שראינו בסרט יש קונפליקטים רבים, ביניהם היה הקונפליקט בין הרופא הותיק ששייך לאסכולה הישנה המייצג את הגישה לפיה יש לעשות הכל כדי שהחולה יחיה לא משנה מה האמצעים, לבין הרופאה הצעירה ששייכת לגישה לפיה בודקים מה החולה רוצה. הקונפליקט השני הוא עד כמה החלטת החולה היא באמת אוטונומית, הנושא של האם החולה מבקש את בקשתו בדעה צלולה או שמא הוא מושפע מהדכאון בו הוא נמצא.

הנקודה המשמעותית לענייננו היא עד כמה דברי החולה הם מרצון חופשי ומדעה צלולה ועד כמה יש גורמים אחרים שמשפיעים כמו דכאון. שאלה העולה בהקשר הזה היא מה קורה עם מישהו שמתאבד- האם אפשר לטפל בו, האם עצם העובדה שהוא מתאבד מעידה על כך שמרצון חופשי הוא רוצה למות ולא רוצה טיפול, או שמא אפשר מסיקים מכך שהוא מדוכא- לא יודע מה הוא רוצה ולכן רוצה שיטפלו בו.

יש היום חוות דעת של פסיכיאטרים שעצם העובדה שאדם בוחר להתאבד לא אומרת דבר וחצי דבר על מידת צלילות הדעת שלו, כך שיתכן שמבחינת הצלילות הוא היה צלול לחלוטין, **אך זה אומר שזו בחירה חברתית, והבחירה החברתית-ערכית שלנו במדינת ישראל היא במקרים כאלו לעשות מהלך, שיכול להיות שבמקרים רבים יהיה פיקציה, לפיו כאשר בנאדם החליט לקפוץ אל מותו או לבצע פעולת התאבדות אחרת, באותו רגע עצמו אנחנו לא בטוחים שהייתה לו גמירות דעת. אין לו באמת הסכמה מדעת לכל מה שקשור בעניין הזה ובטח שההתנגדות שלו לטיפול לא הייתה אמיתית.** יחד עם זאת, לפעמים מבחן העובדה הוא שאנשים באמת רוצים למות אך לפעמים זו זעקה לעזרה. **כאשר אנחנו בתור חברה (כאשר הערכים החברתים באים לידי ביטוי גם בפסיקה) בוחרים להגיד ולעשות פיקציה שאומרת שאנחנו נטפל במתאבדים.**

**למה מפעילים את הפיקציה הזו?** מכיוון שערך החיים חשוב לנו ובמדינת ישראל בחרנו, לפעמים במודע ולפעמים לא, לקדש את ערך החיים.  **הגישה הזו באה לידי ביטוי גם בהרבה מדינות מערביות.** במקום כמו יפן למשל מכבדים מתאבד אבל הרבה פעמים הם ימצאו את הפיקציות כדי כן לאפשר לטפל בו. בישראל בגלל שקדושת החיים חשובה לנו אנחנו בוחרים לעשות פיקציה ולהסתכל על אדם הבוחר להתאבד כאילו גמירות הדעת שלו לא מושלמת, למרות שזה לא בהכרח נכון, ולהחליט לטפל בו.

כשאנחנו מדברים על זכויות החולה במדינת ישראל יש מס' זכויות:

**זכויות החולה בישראל:**

* הזכות לקבל טיפול רפואי- חוק ביטוח בריאות ממלכתי, 1994. **החוק הזה קבע שכל תושב במ"י זכאי לקבל טיפול רפואי, יש פסיקות מעניינות על עובדים זרים ומעמדם לצורך קבלת טיפול.**
* הזכות לקבל טיפול רפואי נאות- חוק ביטוח בריאות ממלכתי, חוק זכויות החולה, פסיקת בתי משפט. **מה זה נאות? המסקנה היא שזה סטנדרט שמעבר לסביר, עוסקים במשהו גבוה יותר. הזכות לקבל טיפול רפואי נאות מעוגנת בכל החוקים לעיל והפסיקה.**
* הזכות לכבוד ולפרטיות- חוק יסוד כבוד האדם וחירותו, חוק זכויות החולה-**זכויות אלו מעוגנות ראשית בחוק יסוד שהוא האב הרוחני של חוק זכויות החולה ולמעשה ניתן היה להסתפק בו, כי הוא כולל בתוכו את כל מה שיש בחוק זכויות החולה והסיבה שהחוק הספציפי נחקק זה כדי לפשט את זה ולא להשאיר את זה ברמה הערכית. בחוק זכויות החולה עצמו מפורטות עוד הרבה זכויות שמצוינות למטה**
* זכויות נוספות- לדעת את זהות המטפל, לקבל חוו"ד נוספת, לקבל מידע, לא להיות מטופל ללא הסכמה

**חוק ביטוח בריאות ממלכתי-1994**

פותח בהצהרה שהוא מבוסס על ערכים של **צדק, שוויון, עזרה הדדית**. הוא בעצם מדבר על זה שכל תושב במדינת ישראל זכאי לשירותי בריאות. גם לפני החוק למעלה מ90% מהתושבים בישראל היו מבוטחים, אז למה היה דחוף לשנות את המבנה ולחוקק את חוק ביטוח בריאות ממלכתי? קופת חולים כללית שהייתה חלק אינטגרלי מההסתדרות, ובגלל שהן פעלו ביחד המון כספים לא שימשו לצורך טיפול בחולים אלא איכשהו זלגו. זה הביא בסופו של דבר לזה שקופת חולים כללית הייתה על סף קריסה- לא יכולה הייתה לספק שירותים. קופת חולים כללית הייתה המבטחת הגדולה בישראל, רוב האוכלוסיה הנזקקת היו מבוטחים אצלה. בנוסף, היא מפעילה יותר ממחצית בתי החולים בישראל. **הוקמה ועדת "נתניהו" שם עמדה בראש שושנה נתניהו, הועדה בחנה את מערכת הבריאות במדינת ישראל וחלק מהרפורמה של הועדה התקבל בחוק ביטוח בריאות ממלכתי- המהפך הגדול הוא שהמדינה למעשה מבטחת את התושבים ולא הקופות, דמי ביטוח הבריאות יורדים דרך ביטוח לאומי- המדינה מחלקת את הכסף לקופת החולים עפ"י נוסחת קפטיציות שאומרת שיש חלוקה של הכסף ראשית עפ"י כמות המבוטחים ואח"כ לפי איכות המבוטחים- במה הם חולים. קופת החולים מקבלת למשל על חולים כרונים יותר חולים. המדינה גובה את הכסף ומחלקת אותו לקופת החולים כדי שתהיינה ספקיות השירות. כל קופות החולים מחוייבות לשירותים אחידים- לסל קופות אחיד, זה המינימום הנדרש (הן יכולות להוסיף עליו).** ב1994 החוק כמעט טורפד לחלוטין על ויכוחים מה יכנס לסל ומה לא, היו אלו ויכוחים ערכיים. במהלך פוליטי "גאוני" שר הבריאות דאז, חיים רמון, אמר שלוקחים את הסל הקיים היום בקופת חולים כללית והוא יהיה הסל הקובע במדינת ישראל, זאת היה כדי לגמור את הסיפור הזה. זה יצר מצב שהרבה אנשים שהיו מבוטחים בקופות חולים אחרות כמו מכבי הרעו את המצב כי להם היה סל בסיסי הרבה יותר רחב ואז הם הצטמצמו.

יש מנגנון הקובע כל שנה איזה טכנולוגיות ואילו תרופות חדשות יכנסו לסל.

**עקרונות חוק ביטוח בריאות ממלכתי**

* **עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית**
* **העקרון המרכזי שעל פיו חוק ביטוח בריאות עובד על פיו- מחויבות המדינה לתושביה- אין מצב שתושב במדינה צריך טיפול רפואי בסיסי ולא קיבל אותו.**
* **הטיפול לצי הצורך**
* **תשלום-לפי היכולת**

יש פה סממנים של מדינת רווחה.

**חוק זכויות החולה**

**ס' 1: מטרת החוק- מצהיר על הערכים שמניעים אותו.** "חוק זה מטרתו לקבוע את זכויות האדם המבקש טיפול רפואי או המקבל טיפול רפואי ולהגן על כבודו ופרטיותו".

כשמדברים על אתיקה רפואית היום יש 4 עקרונות שצריכים להנחות אותנו (שני פרופ' לפילוסופיה שקבעו אותם) בכל ההתעסקות בדילמה של אתיקה רפואית:

1. לא לגרום נזק לחולה
2. להטיב עם החולה
3. לשמור על האוטונומיה של חולה
4. לשקול שיקולים של צדק (חברתי, שוויון)

ארבעת עקרונות אלו זכו לכינוי **"המנטרה של ג'ורג'טאון**" ועם השנים ערך האוטונומיה זהר מעל כולם וזכה לערך הדומיננטי. היו ביקורות רבות על המנטרה הזו שבעיקר התמקדו בכך שבשום מקום לא מוזכר קדושת החיים שזה היה הדגל שאנשים התאחדו מאחוריו. בחוק זכויות החולה יש הדהוד משמעותי למנטרה הזו ולערכים הללו, העובדה שנושא קדושת החיים לא מופיע פה היא חלק מההטמעה של המנטרה של ג'ורג'טאון.

לא כתוב בחוק "חולה" כדי לא להיכנס לויכוחים של מה זה חולה? האם יולדת היא חולה? וכו'.

**הגדרות בחוק זכויות החולה:**

* **טיפול רפואי**- "לרבות פעולות איבחון רפואי, טיפול רפואי מונע, טיפול פסיכולוגי או טיפול סיעודי;"
* **מטופל**- "חולה וכל המבקש או המקבל טיפול רפואי;"
* **מטפל-** "רופא, רופא שיניים, סטז'ר, אח או אחות, מיילדת, פסיכולוג, מרפא בעיסוק, פיזיותרפיסט, קלינאי תקשורת, תזונאי-דיאטן, קרימינולוג קליני, פודיאטר, פודיאטר מנתח, כירופרקט, וכן כל בעל מקצוע שהכיר בו המנהל הכללי, בהודעה ברשומות, כמטפל בשירותי הבריאות;"

חשוב לנו לדעת מי זה מטפל כי מול כל זכות יש חובה, מישהו שצריך לקיים את הזכות. ברוב המקומות בחוק מי שהחובה מוטלת עליו הוא המטפל. משרד הבריאות הוציא חוזר שמיועד למטפלים שמסביר את חוק זכויות החולה בשפה של חובות. רשימת המטפלים ארוכה ומתחדשת מדי פעם.

* **רשומה רפואית-** "מידע לפי סעיף 17 המתועד בדרך של רישום או צילום, או בכל דרך אחרת, לרבות התיק הרפואי של המטופל שבו מצויים מסמכים רפואיים על אודותיו;"
* "מצב חירום רפואי" – נסיבות שבהן אדם מצוי בסכנה מיידית לחייו או קיימת סכנה מיידית כי תיגרם לאדם נכות חמורה בלתי הפיכה, אם לא יינתן לו טיפול רפואי דחוף ; **פה יש את מרכיב המיידיות- זה מצב חמור, לעומת סכנה חמורה (כמו אדם שלא עשה דיאליזה ואם לא יעשה דיאליזה הוא ימות בימים הקרובים אך זה לא בשניה הזאת)**
* "סכנה חמורה" – נסיבות שבהן אדם מצוי בסכנה לחייו או קיימת סכנה כי תיגרם לאדם נכות חמורה בלתי הפיכה, אם לא יינתן לו טיפול רפואי;
* ס' 3 (א)  כל הנזקק לטיפול רפואי זכאי לקבלו בהתאם לכל דין ובהתאם לתנאים ולהסדרים הנוהגים, מעת לעת, במערכת הבריאות בישראל  (ב)  במצב חירום רפואי זכאי אדם לקבל טיפול רפואי דחוף ללא התניה.

סעיף זה מחבר את חוק זכויות החולה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. מצד אחד זה טוב שיש ס' כזה כי אחרת היינו מצפים לסטנדרטים לא ריאלים במציאות שלנו והיינו הופכים את המטפלים והמוסדות לעבריינים לא באשמתם, אך מנגד יש לשים את היד על הדופק כדי לא לקבע. זה דומה לתביעות של רשלנות רפואית, ביהמש לא רוצה לקבע מצב כיום שהוא לא טוב אלא כן להרים מעט את הרף. לדוג' היה **פסד של יולדת** שהגיע למחלקת יולדות והיו פשלות בטיפול בה ונגרם נזק לתינוק ולה, בכל השעות שהיא הייתה בחדר הלידה אף רופא לא ראה אותו ורק מיילדות יטיפלו בה, ביהח אמר שכך פועלים בביהח שלהם זה הסטנדרט ולכן כולם רופאים סבירים לחלוטין, ביהמש קבע שלא- נכון שזה המצב בשטח אך זה לא המצב התקין ולא המצב הטוב. זה אותו הדבר פה, מצד אחד יש את המצב בשטח ומצד שני יש את העין הבוחנת של ביהמש שתגיד שזה לא ראוי ואי אפשר להתחבא אחר הסביר והמקובל.

ס"ק (ב) מאפשר לכל אדם- לא משנה תושב- לקבל טיפול רפואי ללא התניה, הבעיה מתחילה אח"כ, כשצריך לעבור שיקום או ניתוחים משקמים אחרים, כלומר ברגע שהוא יוצא מכלל סכנה.

**בג"צ 8062/05 אינס אל אטראש נ' שר הבריאות:** ילדה בדואית חלתה בסרטן, לא היה חיבור לחשמל וצריך שהזריקות שלה יהיו בקירור תמיד. הפס"ד מראה איך אפשר לעשות שימוש בס' מסוים כדי להגיע למטרה אחרת לחלוטין. ביהמש אומר שמצד אחד זכותה של הילדה לקבל טיפול רפואי נאות ואם היא צריכה לקבל זריקות שצריכות להישמר בקירור היא חייבת לקבלן כך, אך מצד שני זה לא אומר שבגלל זה צריך לחבר את היישוב שאיננו מוכר לרשת חשמל- אך כן צריך לגזור מזה שהמדינה צריכה לבחון את האפשרויות כדי לספק להם גנרטור. יש פה אישוש של הנושא של הזות לקבל טיפול רפואי.

**איסור הפליה- ס' 4:**  מטפל או מוסד רפואי לא יפלו בין מטופל למטופל מטעמי דת, גזע, מין, לאום, ארץ מוצא, או מטעם אחר כיוצא באלה.

זה הסעיף המקורי. "כיוצא באלה" מהווה הנחיה, מה הקריטריון כדי שאדע שאוכל להכניס למשל את נטיה מינית? גיל?כסף? יש הבדלה בין אנשים שהיא מותרת ולא נכנסת תחת הפליה. הבחנה מותרת גם לפי עקרונות השוויון, שוויון אריסטוטלי "שווה בין שווים". אם הגעתי אחרי שנצבטה לי האצבע בארון לחדר מיון ופתאום מגיע אדם מרוטש איברים ומכניסים אותו לפני ואני אגיד לו מה זו ההפליה הזו, אז ישלחו אותי למחלקה פסיכיאטרית ☺ לא תמיד הבדלה בין אנשים משמעה הפליה אסורה, הרבה פעמים בטיפול רפואי מדובר בהבחנות מקצועיות. הרשימה שלעיל היא של אותם דברים שלא קשורים, על פניו, לטיפול רפואי, אך כל אחד מהדברים האלה אפשר למצוא קישור, למשל אפשר להגיד שיש יותר מחלות שנחשוד בקיומן אצל נשים ולהפך. או לגבי ארץ מוצא נחשוד שיש מחלות שקשורות יותר לארץ מוצא. הוסיפו במהלך השנים את **נושא הנטיה המינית, כלומר אסור להפלות בגין נטייה מינית.** אבל בפועל, אנשים שטוענים שהטיפול בהם נפגע בלי נטייתם המינית היא מזערית- לא קרה שאנשים עם נטיה מינית כלשהי הלינו על הטיפול בהם בגלל נטיה מינית, לכן לדעת המרצה מדובר על משהו פופוליסטי.

**(תיקון מס' 4)  תש"ע-2010**

           (ב)  מטפל או מוסד רפואי לא יפלו בין מטופל למטופל מטעמי גיל, ואולם אין רואים הפליה לפי סעיף זה כאשר ההבחנה נדרשת משיקולים רפואיים.

מ1996 ועד 2010 היו ויכוחים על האם גיל צריך להיות בפנים או לא. גיל בעייתי במובן שהגבול בין הבחנה מותרת עפי גיל לבין הפליה אסורה בגלל גיל הוא לפעמים דק ולפעמים מטושטש. זה דברים שהם ברורים לנו, למשל אם בנאדם מגיע והרופא אומר לו שעליו לעשות ניתוח מעקפים אבל בגלל שהוא בן 70 ומעל גיל זה לא עושים ניתוחים כאלה ולכן הם לא ינתחו אותו, בארץ ינתחו גם בנאדם בן 90 אך מבחינת מצבו הרפואי הכללי יכול להעמיד אותו בניתוח. בארץ הרבה יותר מתקדמים ממקומות אחרים ששמו גבולות קטגורים עפי גיל בלבד. למשל תינוקות עד גיל חודשיים נכנסים ישירות לטיפול ללא המתנה.

**עונשין (תיקון מס' 2) תשס"ה-2004**

28.   (א)  מטפל או מוסד רפואי המפלה בין מטופלים מטעמי דת, גזע, מין, לאום, ארץ מוצא או נטיה מינית, דינם – קנס כאמור בסעיף 61(א)(3) לחוק העונשין, תשל"ז-1977.

לשיעור הבא:

1. לקרוא את ס' 4 במיוחד את 4(ב) ולהבין מה קורה שם בנושא של גיל ומה קורה היום עם הפליה על רקע גיל- האם זה תיקקון טוב לא לא?
2. לקרוא את החוק כולל הס' על הסכמה מדעת
3. פס"ד מרגלית קדוש נ' ביהח ביקור חולים ע"א 1303/09

**שיעור 4 - השלמה מיאיר 23.4.12**

דיברנו שבוע שעבר על הנושא של איסור אפליה על זה שיש הבדל בין אפליה שהיא מנסיבות שלא קשורות למצב הרפואי לבין הבחנה בגלל שוני רלוונטי,כלומר משהו שקשור למצב הרפואי ויוצר מצב אנחנו מטפלים באדם אחד בצורה כזו ואחר בצורה אחרת וזה נכון אתית וגם משפטית.

אבל לפעמים יש מקרים שקשה למצא את ההבדל-למשל גיל, יש מקרים בהם אנחנו מבינים שהגיל קשור כי ככל שהגיל גדול משתנים תהליכים בגוף,ובדיוק כמו תינוקות שרגישים יותר לזיהום ומפלים אותם להיכנס ללא תור,וכמו כן אנשים מבוגרים תהליכים בגופם הולכים אחרת לכן אצלו לעיתים זה יהיה יותר מסובך תהליך רפואי מאשר אצל צעיר.

הבעיה עם גיל שזה מאוד מטושטש,איפה הבדל בגלל גיל ואיפה זה בגלל אפליה-מתייחסים יותר לאחר(צעיר יותר\מבוגר יותר) למשל ניתוח בטיפול נמרץ ישר מקבל טיפול ואילו אחר שהגיע לא באמבולנס לא ישר מאשפזים.כלומר מפלים ולא נותנים מיטת טיפול נמרץ שהיא יותר יקרה,למשל אם זה אדם זקן לא ישימו אותו שם אלא אדם צעיר.האם ניתן להיות משוכנע שזה אפליה כי אפשר להסביר זאת בדרכים אחרות.

למשל נושא **השתלת איברים**-יש הבחנה על פי גיל,האם זה הבחנה או אפליה? ההבחנה באה בשתי רמות-ככל שאתה צעיר(עד גיל 16) אתה מקבל **תוספת מיקוד**, כלומר לכל אדם בישראל יש מיקוד-כלומר מיקום ברשימה מסוימת, המיקוד נקבע מכל מיני פרמטרים למשל חומרת מצבו הרפואי\זמן שהוא ממתין להשתלה והגיל-עד גיל 16 יש תוספת מיקוד,מכיון שבגיל צעיר צורך בהשתלה לא פועל על המערכת הספציפית(כומר ילד שצריך השתלת כליה זה לא רק כליה,אלא הפגיעה יותר מערכתית מאשר אצל מבוגר,כי ילד צריך עוד לגדול וחוסר כליה עוצרת את זה-לכן הם מקבלים תוספת מיקוד) לכן אם יש איבר שמתאים לילד בן 15 לעומת בן 27 הבן 15 יזכה. בגיל מבוגר יש אובדן נקודות,מכיוון שלפי מחקרים ככל שאתה יותר גדול סיכויי ההצלחה לקבל את האיבר המושתל יותר נמוכים,לכן המיקוד שלו יורד.

**עוד דוג'** במלחמת העולם הראשונה היה ויכוח גדול שהתחילו להשתמש בפניצילין,שהיה מצרך נדיר-הוא הגיע ללוחמים במידה נמוכה. היה ויכוח מי יקבל תרופה זו? התחרו עליו 2 קבוצות של חיילים-שנפצעו בקרב והיו צריכים כדי להציל את חייהם,לעומת זאת היו חיילים ששכבו עם שבויות ולקו במחלות מין והיו צריכים את התרופה למי נותנים? מצד אחד אם מסתכלים על הפוטינצאל להשתמש בחולי מין הם יקומו במהרה וילכו להילחם בעוד שהלוחמים הפצועים הם לא כל כך עזרו,מצד שני הם היו טובים הם נלחמו ורוצים לעזור להם,הבעיה שאתה רק מחזיק אותם בחיים אבל הם לא יעזרו בקרב,מצד שני החיילים חולי המין התהוללו ולכן זו בעיה שלהם הם הביאו את זה על עצמם.אז למי נותנים את הפנצלין המוגבל הזה?

אותו דיון ניתן להגיע ע"י שיטת המיקוד בהשתלת איברים-למשל אם מי שצריך כליה זה חייל שנפצע במלחמה? הרי הוא ראוי הוא נלחם ועזר לנו וראוי מוסרית לתת לו,לעומתו נהג מירוצים שיכור במירוץ לא חוקי צריך את הכליה, האם ניתן לו? הרי הוא הביא את זה על עצמו שהוא הסתכן, וזה לא חוקי-זה המון התנהגויות שאנחנו לא רוצים.

שהחליטו על שיטת המיקוד,לא מכניסים פרמטרים אלה של ביקורת\עונש\פרס לכן בשנים האחרונות שיש כרטיס תורם הוא מקבל תוספת מיקוד עשה מעין מהפך,כי מתייחסים לפרמטר.כי היו חייבים לעורר את הציבור שיתרמו איברים,כי אין מספיק אברים,לכן כופפו עיקרון אתי זה(שלא מתייחסים לפרמטרים של מוסר\פרס\עונש).

כלומר הניסיון לעשות מדרג על פי תרומתך לחברה הוא מאוד בעייתי.בעולם אין מדינות שאינן מכניסות שיקולים שאינם עניינים-רפואיים,היחיד בעולם שעושים תוספת מיקוד לבעלי כרטיס אדי.סינגפור הוא המקום היחיד ששם כולם תורמים,אלא אם ביקשו שלא להיכלל.ברגע שאתה יוצא מהתורמים אתה נכנס לרשימה שאתה לא זכאי איבר להשתלה-אתה לא נותן,לכן אם תצטרך גם לא תקבל. זה נשמע הגיוני-כאילו אתה לא מוכן שיקחו ממך אברים אז למה שיתנו לך? אבל זה מאוד בעייתי עובדה שחוץ מסינגפור אף מדינה לא אימצה זאת.כי שאנו מטפלים בבן אדם אנחנו צריכים לראות רק את הצורך הרפואי שלא,כמו שאנחנו לא בודקים גזע\דת\איזה מפלגה הוא שייך גם לא רוצים לערב שיקולים כאלה של תרומה למדינה וכ"ו.

ראוי לציין- שבעל כרטיס אדי לא יכולים לקבוע למי יתרום.יש המון בקשות לא לתרום לערבים\חרדים וכ"ו. למרות שזה היה נותן יותר אברים,אבל המרכז החליט לא לקבל טופס כזה,בידיעה שמאבדים תורמים פוטנציאלים-זה ההחלטה שלא נעשה בחירות אלה-אלה ברגע שאדם צריך איבר ויש איבר,מחלטים לפי מיקומו ברשימה|(כלומר לפי מצבו הרפואי) זה החלטה ערכית שהחלטנו,שלא לתת לגיטימציה לפרמטרים לא רלוונטים כמו גזע\דת וכ"ו.כך גם לא מתייחסים אם באשמתך נכנסת למחלה\לקבלה של התרומה או אם עזרת למדינה וכ"ו.אלא **רק בודקים את הצורך בטיפול,כל דבר אחר אינו רלוונטי כמו אם היה עבריים וכ"ו,ברגע שזה לא רלוונטי זה מהווה אפליה אסורה.**

הס' נגד אפליה בחוק זכויות החולה-

1. (א)  מטפל או מוסד רפואי לא יפלו בין מטופל למטופל מטעמי דת, גזע, מין, לאום, ארץ מוצא, נטיה מינית או מטעם אחר כיוצא באלה.

 (ב)  מטפל או מוסד רפואי לא יפלו בין מטופל למטופל מטעמי גיל, ואולם אין רואים הפליה לפי סעיף זה כאשר ההבחנה נדרשת משיקולים רפואיים.

28.   (א)  מטפל או מוסד רפואי המפלה בין מטופלים מטעמי דת, גזע, מין, לאום, ארץ מוצא או נטיה מינית, דינם – קנס כאמור בסעיף 61(א)(3) לחוק העונשין, תשל"ז-1977.

היינו יכולים לומר שכדי למקסם את כמות האברים נתעלם משיקולים אתיים, אבל צריך להיזהר מזה כי אנחנו חברה עם ערכים מוסריים אנחנו לא רוצים למכור אותם-אנו לא רוצים לבטל אותם,גם אם אנחנו עושים החלטות קשות-כי הקוד האתי שלנו הוא שאנחנו מטפלים בבן אדם לפי מצבו הרפואי,ללא להתייחס לשאר דברים חיצוניים מה הוביל אותו לפציעה\האם עבריין או לוחם וכ"ו.

כלומר אנחנו מסתכלים רק המצב הרפואי-ענייני ולא מעבר שזה יהווה אפליה,גם אם זה יכול לפגוע במצבר האברים שלנו-שלא נאפשר לאנשים לבחור למי לתרום כדי לא לאפשר אפליה כזו,כי הערך המוסרי שלנו זה רק לבדוק מצב רפואי-ענייני,זה מה שערכי מה שמעבר כמו מין גזע דת או מה הוביל אותו\עברו זה אפליה. לכן שהכניסו את המיקוד יתר לבעלי כרטיס אדי זה עורר ויכוח-שמתייחסים לדברים מעבר למצב רפואי.

לסיכום אפליה- אנחנו משתדלים להגיע למצב שהקריטרון היחיד שמנחה אותנו זה **צורך רפואי**.

**התיקון שנכנס לחוק: תשס"ה-נטייה מינית (מטפל או מוסד רפואי לא יפלו בין מטופל למטופל מטעמי דת,גזע מין לאום או מטעם אחר. תש"ע-נכנס ס' שמטפל או מוסד רפואי לא יפלו בין מטופל למטופל מטעמי גיל,ואולם אין רואים הפליה לפי ס' זה כאשר זה ההבחנה נדרשת משיקולים רפואיים.**

למה הכניסו גיל לס' נפרד הרי הס' הראשון מכיל המון פרמטרים יכלו להכניס אותו בתוך הרשימה?

מה זה אומר על הס' הראשון ששם אם זה לא משיקולים רפואיים זה לא אפליה?

לדעת המרצה זה טעות שהכניסו ס' נפרד זה.ברגע ששמו את הדגש על גיל מה זה אומר שגיל יותר חשוב פחות חשוב?הרי שני הס' אומרים אותו דבר אז למה יש ס' נפרד? זה מראה שגיל יותר חשוב פחות חשוב? לדעת המרצה היה צריך להכניס את זה לס' הראשון ולא לעשות ס' נפרד שיכול לעורר בעיות. למשל:

היום יש הגבלה על מימון של טיפול על הפריה(נותנים עד גיל 45)-האם זה אפליה או הבחנה? אולי מחקרים אומרים שיש סיכוי פחות שתיכנס להיריון,מצד שני יש כאלה שגדולות מגיל זה ויש יותר סיכוי שתיכנס לעומת אחרת שמתחת לגיל ולא תיכנס. כלומר יש פה בחוק שיקול רפואי שאולי מהווה אפליה בשבילה לעומת אחרת.אבל ס' זה מדבר על שיקול רפואי.

 אולי כאשר תגיע אישה מעל 45 ותגיד שיש לה גנטיקה טובה ותגיד שס' זה מפלה אותה,אולי בית המשפט יומר שיש פה דגש על גיל אז אולי זה מהווה אפליה בשבילה ולכן לא יעמוד ס' זה מולה.

אומרת לקרא את שאר החוק לבד-כמו כן בהמשך החוק יש ס' שעוסקים בעוד נושאים שהם פחות נועדו להיות דווקא מפרנסי תביעות אלא יותר הצהרות,למשל מידע על האדם שמטפל בך (מי הולך לנתח\לטפל בך) הבעיה שהיום לא אומרים בדיוק מי זה אלא אומרים "צוות המחלקה",הם לא רוצים לומר אבל חייבים לומר,יש ס' שעוסק בזכות לקבל דיעה נוספת\חוות דעת נוספת-זכות של חולה לקבל עוד חוות דעת נוספת,זה זכות,אבל מול זכות יש חובה-החובה של המוסד הרפואי לעזור פה היא מוגבלת,החובה שלהם לעזור מתמצת בזה שיאפשרו תהליך זה ולא ימנעו זאת,אבל הם לא צריכים להציע לו(תרצה פרופסור אחר שיתן חוות דעת?) הם לא חייבים להציע,אלא החולה צריך ליזום ולשלם אבל בית החולים אסור לו להפריע ולמנוע,אלא לשתף פעולה עם הרופא האחר-לתת לו את התיק הרפואי וכ"ו.אבל בית החולים לא מציע זאת!

מה קורה שיש חוות דיעה לנתח בצורה אחרת,האם הם חייבים לנתח לפי שיטה זו? עליהם לשקול זאת עניינית אם עדיך בשיטה שלהם או המוצעת? הם צריכים לשקול עניינית-כלומר חוות דעת לא מאלצת את הרופא דווקא לזה,אבל צריך לשקול דעת ענייני ולהוציא את האיגו.ויכול להחליט משיקולים עניינים להשאיר את השיטה שלו ולא את המוצעת.אם החולה לא מסכים הוא יכול ללכת שמישהו אחר ינתח אותו.(ס' 7 זה חוות דעת נוספת).

**שמירה על כבודות ופרטיותו של המטופל-ס' 10: לדעת המרצה זה הלב של החוק,זה ס' מאוד חשוב.הוא מהותו של החוק.לשמור על כבוד ופרטיות של מטופל- הרבה דברים אחרים נכנסים פנימה או לפחות רוח הדברים. ס' זה לא מדבר רק על מטפל אלא כל אחד שעובד במוסד רפואי.**

שמירה על כבודו ופרטיות- 10.   (א)  מטפל, כל מי שעובד בפיקוחו של המטפל וכן כל עובד אחר של המוסד הרפואי ישמרו על כבודו ועל פרטיותו של המטופל בכל שלבי הטיפול הרפואי.

           (ב)  מנהל מוסד רפואי יקבע הוראות בדבר שמירה על כבודו ועל פרטיותו של המטופל הנמצא במוסד הרפואי.

**ס' 3** הכל לפי מה שיש "ההסדרים הנהוגים"-כלומר אם יש מקום שקשה לשמור על סודיות ויש תנאים בעיתיים,אבל עדיין יש חובה, גם בתנאים אלה קשים שאין וילונות ואין מיטות.עדיין צריך לעשות את המקסימום.נגיד לא לומר מול שאר החולים בחדר על המחלות מינית שיש לו,אלא לומר שיהיה לו כאבים. והמון יש מקומות שמאוד מקפידים-למשל פעם היו המון רופאים במעלית היו מדברים על החולים,היום יש שלטים במעלית שמבקשים לא לדבר על חולים,יש יותר מודעות ונמנעים מזה. או למשל אם יש דברים אינטמיים לחולה אל תאמר מול שאר החולים בחדר אלא לבד.כלומר גם בתנאים הקשים יש לנסות לשמור על הפרטיות.

מבקשת לקרא את ס' שלא עברה אם יש בעיה לבקש שתסביר שיעור הבא.

**ס' 13**- **הסכמה מדעת**

 מתחיל פרק של החוק שנכנס לנושא המשפטי יותר,הנושא של **הסכמה מדעת** לא נכנס עם חוק זכויות החולה. אלא הנושא של הסכמה לטיפול התפתחת בשיטת המשפט הישראלית הרבה לפי חוק זכויות החולה.החוק לא חידש אלא רק אסף דברים שהיו בהוראות חוק אחרות או שנפסקו בהמון פסיקות ופשוט איגד זאת בחוק מסודר,אבל גם קודם היה-היו תובעים ע"י תקיפה-לפי הפקנ"ז,אם טופלה שלא בהסכמה,וכל הפיתוח איזה כמות מידע צריך לתת וחולה סביר,היה קיום כבר קודם.ההתפתחות יותר מואצת לאחר חוק זכויות החולה.יש כאלה שתובעים לפי רשלנות.כך שבארף יש את החוק לא שינה שום דבר כי זה כבר היה לפני ורק אוגד.

**ס' 13 מדבר על הסכמה מדעת,המטופל צריך להסכים. "**הסכמה מדעת" מושג זה היה כבר לפני החוק,למשל בתקנות בריאות העם,וגם בחוק העונשים יש ס' של הסכמה מדעת במקרה של היריון,לכן החוק לא חידש מושג זה. מושג זה מבוסס על הקונספט-מצב שבו ההסכמה היא ניתנת מרצון חופשי ללא כפליה ע"י אדם שכשיר לתת הסכמה כלומר לא קטין או חולה בנפש,זה היסוד של ההסכמה והיסוד של הדעת שמדבר על כמות המידע-רב התביעות מדברים על יסוד המידע,עד כמה מידע מספיק ניתן.

**פ"ד אסא נ' קופת חולים**-הייחוד שלו שהוא לא תקף את המידע אלא על עצם ההסמכה, הוא טען שבאו להחתים אותו על טפסי הסכמה לצינטור,החתימו אותו שהוא שוכב על המיטה בחדר הניתוח כל הצוות מסביבי,זה לא מצב שאני יכול לומר לא,בתחושה שלי הייתה כפייה. **העליון מקבל זאת בן אדם לא יכול לתת הסכמה פה,כי התנאים המלחצים לא מאפשרים אלא זה מהווה כפיה,עזבו את הקטע של מידע אלא עצם זה שלא הייתה הסכמה.**

נכון יש מקרים שאי אפשר לתת הסכמה במצב אחר,למשל אדם שנפצע בתאונת דרכים אין זמן לתת לו להחליט,אבל רב הטיפולים הם לא דחופים(אלקטיבים) יש זמן להתכונן לתת את המידע מראש בזמן מוקדם כדי שיפנים הדברים. **בנוסף עקרונות שנקבעו בפסיקה מפ"ד רייבי-שכמות המידע שנותנים תלויה בסיטואציה,אתה לא מספר הכל שמישהו במצב טיפול נמרץ,אלא מידע שמאוד חשוב למצב כדי שיסכים,אל תזרוק מידע סתם באוויר. אבל ככל שהטיפול יותר בחירתי ולא נדרש להציל חיים ככה אתה צריך לתת יותר מידע,כמו ניתוח פלסטי-תן לו כל המידע,כל בעיה קטנה תן לו המון חומר אחרי שיקרא,מקסימום הבן אדם ימנע לעשות-לא נורא.** בפועל זה לא תמיד קורה כך,כי זה תחומים עם כסף ואם הוא יפחד הוא ילך לרופא אחר אותו דבר בטיפולי הפריה,ככל שאתה נותן יותר מידע זה מפחיד אותו,אם אומר המון מידע היא תלך למקום אחר לטיפול ותפסיק המון כסף.

אבל אם מסתכלים על אמת מוסרית-משפטית בטיפולים אלא חייבים לתת מקסימום מידע,כמו סיכנוים ותופעות לוואי,ככל שזה סיכונים שהם יותר חמורים צריך לומר זאת גם אם הם נדירים-כי זה ישפיע על ההחלטה,וככל שמדובר בדברים שבשוליים הם לא נוראיים אבל מאוד שכיחים גם צריך לומר, כלומר המשחק הוא בין החומרה לבין השכיחות. ולפי השקילה הזו אנו מחליטים כמה מידע לתת.

**התחלת הנושא מפ"ד ריינר(זה עם השריטה).**

**ש"ב פ"ד קדוש+480 על 85 קורט נ' מדינת ישראל.**

**שיעור 5- 30.4.12- השלמה מרינת**

**סעיף 13** לא המציא דבר חדש אלא ריכז זרועות שהיו קודם, בפס''ד רמי נ' וייגל בחור נפגע בעמוד השדרה וגם בפס''ד קדוש רואים חזרה של ביהמ''ש על העקרונות של הסעיף. ככל שמדובר בניתוח דחוף יותר כך אנחנו מפחיתים את כמות המידע בעוד שמהצד השני ככל שמדובר בטיפול יותר אלקטיבי לעניינים שאינם קשורים להצלת חיים כמו: ניתוח פלסטי, קיצור קיבה וכו' נדרוש מידע יותר מקיף שכולל גם סיכויים נמוכים ביותר לכל סיכון.

איזון נוסף הוא הסיכונים של הניתוח- צריך לספר סיכונים ותופעות לוואי שגם כאן יש לנו איזון שאומר שככל שמדובר בסיכון חמור יותר צריך להגיד אותו גם אם האחוזים קטנים כמו: מוות. צריך להגיד אותם גם אם הם בסיכוי נמוך לעומת זאת יש דברים שכיחים ברמת תופעות לוואי שהן לא מסוכנות ולא נשארות יותר מדי זמן כמו כאבי ראש. ככל שהשכיחות אחר הניתוח עולה ויש סיכוי גדול שתיתקל עדיין צריך לעדכן את המטופל.

צריך לזכור שההתפתחות של טיפול ללא הסכמה בארץ לא הייתה התפתחות אחידה, מרגע שביהמ''ש הכיר בעילה הזו. אחד המקרים הראשונים בטיפול ללא הסכמה הוא **פס''ד שטיינר** שבו ביהמ''ש הגיע לדיון נוסף בגלל החדשנות של הנושא, ההלכה שנפסקה הייתה מאוד מצומצמת רק לעובדות המקרה שהיה לפניו בגלל שהסיפור היה חדש ולא רצו לרתום את העגלה לפני הסוסים, ולפתח כבר מההתחלה הלכות מסובכות ותקדימיות לכן צמצמו זאת לעובדות של פס''ד עצמו, התוצאה הייתה שאפשר לתבוע על טיפול ללא הסכמה (תקיפה) אם יש שתי שיטות טיפול (כך היה בשטיינר), היום אנחנו יודעים שתמיד יש 2 שיטות טיפול כדי תמיד את האפשרות של הרופא או אפשרות לא לעשות כלום. והדבר השני בעובדות החולה שאל במפורש על הסיכונים, גם לגבי זה ההלכה השתנתה לגמרי היום החובה למסור את הסיכונים מוטלת על הרופא. בשטיינר הכל היה עוד חדש וטרי לפני ההתפתחות של תפיסת החולה.

בשטיינר מדובר בילדה שהיו בעיות בקיבה הרופאים הציעו להם ניתוח דרך הבטן או דרך השופכה, ההורים בחרו בדרך השופכה. כדי שאדם יוכל לטעון לתקיפה צריכות להיות 2 שיטות כי גרמו לו לבחור אופציה מסוימת. **בפס''ד צבר** ביהמ''ש אומר שלא צריך להגיד למטופל הכל, לא צריך להפחיד אותו ולספר לו הכל. **אבל אח''כ במשך השנים אנו רואים תופעה חדשה בפס''ד דעקה ורייגר שביהמ''ש מפתחים את ההלכה שהדברים שנכתבו בסעיף 13 נתנו תוקף לדברים שאמרו בפסיקה כבר בעבר, מידע רפואי הוא:**

1. אבחנה
2. תיאור המהות
3. הסיכונים הכרוכים
4. סיכויים וסיכונים
5. ....

לשם קבלת הסכמה מדעת ימסור המטפל למטופל מידע רפואי הדרוש לו באורח סביר, על המשפט הזה יש דיונים רבים. יש 3 מבחנים מסורתיים:

1. **מבחן רופא סביר** – **מה רופא סביר היה עושה בנסיבות העניין?** שמדברים על הרופא הסביר ההתמקדות היא על הרופא, מה הרופא אומר לחולה והסטנדרט צריך להיות מה בדר''כ רופאים אומרים לפני טיפול כזה למשל נביא רופאים להעיד ומה שיעידו ייקבע הסטנדרט. **היתרונות הגדולים** במבחן של רופא סביר זה שקל לנו מאוד לקבוע את הסטנדרט באופן יחסי, בדיוק כמו רשלנות אנו בודקים מה מקובל בארץ ובעולם. **החסרון הבולט** הוא שברגע שמשאירים את הסטנדרט תלוי ברופאים יש סיכוי שהם יצמצמו את המידע, הם יקבעו לעצמם סטנדרט מסוים שייהפך להיות הרופא הסביר. **חסרון נוסף** הוא התעלמות מהחולה, כיום כל הגישה היא שמי שמרכז זה החולה ועליו הפוקוס ועל פיו קובעים את הדברים לכן לקחת שיטה ששמה דגש רק על הרופא זה לא בהלימה לגישה כיום. הרופאים בעד הסטנדרט הזה בגלל שהוא לא מטיל עליהם מבחנים לא סבירים. באנגליה זה היה המבחן השולט אבל גם שם יש כרסום של המבחן הם משלבים לתוך המבחן אלמנטים שקשורים בחולה סביר.
2. **חולה סביר** **– מה חולה סביר היה רוצה לדעת בנסיבות העניין**? חולה סביר זה מבחן אוב' ששם את הדגש על החולה ולא על הרופא, אם היינו יכולים להביא חולים לעדות אז מה היה רוצה לדעת כמו המבחנים שככל שהסיכון גבוה או קשה יותר צריך להגיד. ככל שמדובר בסיכון חמור יותר עולה הסיכוי שירצה לדעת כך גם לגבי ככל שמדובר בתופעה שכיחה יותר. מסתכלים באופן כללי על חולים לפני ניתוח לב פתוח ומה הם היו רוצים לדעת. מצד אחד שמים דגש על החולה אבל מצד שני אנחנו לא הולכים לגמרי לפי האוטונומיה של החולה הספציפי אלא משערים מה חולים היו רוצים לדעת. **הרופאים** אומרים שזה משהו שהם יכולים יחסית להסתדר איתו, לא מנסים להגיע לנבכי נשמתו של החולה אלא משערים מה חולה ממוצע היה רוצה. מבחן מקובל בארה''ב ובארץ
3. **מבחן החולה הספציפי** – **מבחן ששואל מה החולה הספציפי שיושב לפנינו רוצה לדעת?** מבחן של חולה ספציפי אם רוצים ללכת עם אוטונומיה עד הסוף זה המבחן המתאים. אנו רוצים לדעת מה מפריע/חשוב לאדם שיושבים מולו. למשל: בחורה שעברה ניתוח אפנדיציט רצתה רק לדעת מה זוית הצלקת ולא שאר הסכנות האחרות, האם זה אומר שכעת הרופא יצטרך לשים דגש על הצלקת מול כל חולה? לא, אבל אותה זה מה שעניין ואם אנחנו רוצים ללכת עם האוטונמיה שלה עד הסוף הרופא צריך לדבר איתה לשמוע ולהקשיב לחולה. אם הם לא יהיו בשלב של שיחה אלא רק יתמצה בהעברת טפסים לשאלה לא יהיה מקום להישאל וכשהבחורה תתעורר עם הצלקת שלא ציפתה לה אנחנו נהיה בבעיה. הנושא של החולה הספציפי הוא מאוד יפה מבחינת התיאוריה וההלימה שלו כי אם המנתח היה מקשיב לנערה ובעוד 10 שנים שהיו לו תופעות לוואי אחרות שבעבר לא עניינו אותה אך כעת מעניינות היא יכולה להתלונן כי הוא הסביר לה בזמנו רק על הצלקת. **אם הולכים לפי החולה הספציפי אנחנו בבעיה ובדר''כ הוא תמיד בשילוב עם החולה הסביר.** **כל הרעיון של הסכמה מדעת נובע מזה שאנחנו רוצים דו-שיח ישיר בין הרופא לחולה, בלי התקשורת הסתדרנו מצוין בעידן הפאטרנליסטי, החולה לא ידע כלום רק היה בא עובר ניתוח וחוזר הביתה, כך היה במשך שנים רבות. האוטונומיה החליפה את הגישה הזו ומתבססת על תקשורת בין רופא לחולה, בפועל זה לא עובד כך בגלל שברפואה הציבורית אין מספיק זמן ובנוסף הרופאים פחות רגילים לדו-שיח.** ואז נוצר מצב שהרופא לא משקיע מספיק זמן בחולה כדי לראות את הספציפיות שלו מקסימום הוא יכול להבין אולי מה חולים רוצים אבל מאוד קשה להבין מה החולה הספציפי רוצה, אלא אם כן החולה שם את על השולחן וזה מגיע מיוזמתו, אבל זה דורש חולים עם מודעות ואסרטיביות וזה מוציא מהמשוואה המון חולים שלא יודעים שהם מסוגלים להגיד את זה. הרופא מיוזמתו לא ידובב אותם.

יש בעיה שאנו רוצים מבחן שאינו ישים כיום, אם מסתכלים על לשון החוק שאומר ''לשם קבלת הסכמה מדעת ימסור המטפל למטופל מידע רפואי הדרוש לו באורח סביר''...יש ערבוב של שני מבחנים ''הדרוש לו'' זה לחולה הספציפי ויש לנו ''באורח סביר'' האם הכוונה לחולה סביר או רופא סביר? **בהרבה פסיקות ביהמ''ש אומר שהמבחן הוא של החולה הסביר עם וריאציה שאומרת אם החולה שואל דברים מסוימים צריך להיענות לו ולתת את המידע**. זה יוצר מצב שחלק מהוראות החוק הן עדיין לא שוויוניות, אם יש אנשים שהם יותר שואלים הם יקבלו יותר מידע. למשל סעיף המחייב לאפשר לדעת מי הרופא, רק אם החולה ישאל מי בדיוק מנתח אותו רק אז יגידו. לא צריך לפרט לחולה על הוותק ואחוזי הצלחה אבל אם שואלים אותו הוא חייב לענות, הרופאים מנסים להתחמק בדר''כ, רופא שזה ניתוח שני יכול להגיד ''מה אתה דואג זה לא הניתוח ראשון שלי ☺.

**למשרד הבריאות יש נתונים על מחלקות לפי אחוזי הצלחה ותמותה אבל לדעת המרצה צריך מאוד להיזהר מליפול שולל אחרי הקריאות המתלהמות שדורשות את פרסום המידע**. בגלל שבארה''ב זה מביא למקומות לא טובים אם רופא רוצה אחוזים גבוהים הוא בוחר בפינצטה רק מקרים קלים לניתוח ואנשים עם בעיות מתקשים למצוא מנתחים שינתחו אותם, כנ''ל לגבי בתי חולים הוא לא ייקח זקנים וחולים אלא יותר צעירים כדי שיוכלו להחלים טוב יותר. פרסום המידע יכול לחזור כמו בומרנג ולפגוע בחולה עוד יותר.

**בפס''ד קדוש נ' ביקור חולים השופט עמית** ניסה לקבוע סטנדרט חדש שמנסה לעשות שילוב חדש ומשלב את הרופא הסביר עם החולה הספציפי, **השופט אומר שחשוב לדעת מה החולה הספציפי רוצה אבל בגלל שמדובר בהטלת נטל כבד על הרופאים צריך לשלב את זה עם הרופא הסביר, הכל צריך להיות בסבירות המידע שנותנים מנתחים בנסיבות האלו.** אנו לא מדברים על מבחן אוב' טהור של חולה סביר אלא אנחנו לוקחים את החולה הסביר ומלבישים אותו בדמותו של החולה המסוים שיושב לפנינו אבל אנחנו שומרים על צמצום בזה שמכניסים למשוואה של הרופא הסביר (נקודת המבט של הרופא, הפרקטיקה הנוהגת). הוא קורא לו **המבחן המשולב/מעורב** ואומר שמוטלת על הרופא חובה לגלות מידע שהרופא יודע וצריך לדעת שהמידע ייתפס חשוב בעיני האדם הסביר במצבו של המטופל הספציפי. **ולדעת השופט עמית זה המבחן שמתיישב בצורה טובה גם עם לשון סעיף 13(ב).**

אנשים שונים מחשבים סיכונים ולוקחים סיכונים באופן שונה, יש אוהבי סיכון ויש שונאי סיכון. יש תרגיל שנותנים לסטו' לרפואה: מציעים שני טיפולים כאשר בטיפול הראשון יש 50% סיכוי ל50 שנות חיים וטיפול שני הוא מספר שנים מסוים של חיים בריאים. מה צריך להיות ערכו של מספר השנים כדי להסכים?
מסתבר שאנשים שונים מגיבים אחרת לשאלה הזו, יש מחקרים מאוד מעניינים על הדרך שאדם מקבל החלטות ומה משפיע על קבלת ההחלטות כולל מחקרים שמצלמים אנשים בזמן שרופא מסביר להם ואז שואלים אותם מה הרופא אמר, והרבה פעמים הם לא זוכרים מה אמרו להם.

סעיף 13(ג) אומר *ש ''המטפל ימסור למטופל את המידע הרפואי בשלב מוקדם ככל האפשר ובאופן שיאפשר למטופל מידה מרבית של הבנת המידע לשם קבלת החלטה בדרך של בחירה מרצון ואי תלות.''*
בעקבות הסעיף עולות שאלות רבות האם רופא צריך להציע דרכים אלטרנטיביות? האם הוא צריך להגיד רק על דברים שבסל הבריאות או גם דברים שמחוצו? יש ים של מידע והוא הולך וגדל ולא תמיד הרופא מסתיר בכוונה אלא לעיתים לא יודע, בעידן האינטרנט יש חולים שמביאים מידע לרופאים. זה נכון שלרופא יש נטייה להמליץ על אותם דברים שהוא טוב בהם.

סעיף 13(ד) *''על אף הוראות סעיף קטן (ב), רשאי המטפל להימנע ממסירת מידע רפואי מסויים למטופל, הנוגע למצבו הרפואי, אם אישרה ועדת אתיקה כי מסירתו עלולה לגרום נזק חמור לבריאותו הגופנית או הנפשית של המטופל''.* נכון שצריכים למסור למטופל מידע אבל יש מקרים שבהם אנחנו לא רוצים למסור מידע למטופל כי אנחנו חוששים שאם הוא יידע זה יגרום לו יותר נזק מתועלת, בעבר היה לזה שם ''זכות היתר הטיפולית'' זכות של הרופא להחליט שבמקרים מסוימים עדיף לא למסור מידע למטופל מתוך רצון למנוע נזק.

**אופן מתן הסכמה מדעת – סעיף 14**

הסכמה בהתנהגות זה משהו מאוד בעייתי, שאדם מסכים בהתנהגות אנו צריכים להיות ברורים למה הוא נותן את ההסכמה שלו ויש תביעות בעניין על אנשים שטוענים שלא הבינו את הטיפול. ההנחיה היא שמתחשבים בהסכמה בהתנהגות בדברים מאוד ברורים כמו הושטת יד למדידת לחץ דם. הסכמות בכתב צריכות להיות ע''פ רשימה שנמצאת בסוף החוק כמו: ניתוחים, כימותרפיה ועוד. ויש עוד דברים שדורשים הסכמה בכתב כמו בדיקת מי שפיר, השתתפות בניסויים רפואיים. למשל: אדם שיש לו סרטן גרורות בכל הגוף ואם הרופא יגיד לו הוא יקפוץ מהגג ויתאבד. הרופא יכול לקבל את המידע לגבי הנזק שייגרם לאדם מהאדם עצמו או מהמשפחה, חבר משפחה יכול להגיד לרופא ''אל תספר לו שיש לו סרטן כי הוא יתאבד''. מבינים את זה שלא הולכים עם האוטונומיה עם הראש בקיר וגם הרצון למנוע נזק נכלל באיזונם, מצד שני לא רוצים לתת טווח רחב להחלטה לרופא לכן מעבירים זאת לוועדת אתיקה שהיא תחליט.

**סעיף 14(ג)** – **מדובר במקרים של אדם שהוא כשיר ויכול לתת הסכמה אבל מסיבה טכנית שהוא לא יכול לכתוב אבל הוא כשיר משפטית לתת הסכמה ופשוט לא יכול לכתוב אותה**. למשל: בחורה דתיה שהייתה צריכה לעבור ניתוח קיסרי בשבת והיא לא הייתה מוכנה לחתום ידנית והרופאים הכריחו אותה, בשביל זה הסעיף הזה קיים אפשר היה לא להכריח אותה ולבקש במוצ''ש את החתימה.

מדרג להסכמות

אדם שיכול לתת הסכמה – אדם שיכול לכתוב ולא יכול אבל מבחינת תודעה יכול לתת הסכמה

אדם שלא יכול לתת הסכמה – אנשים ללא הכרה, סנילים, מפגרים, קטינים. אנשים שמבחינה משפטית לא יכולים לתת הסכמה

אדם שמתנגד לתת הסכמה – מסוגל מבחינה תודעתית וטכנית אבל לא רוצה

**שיעור 6- 7.5.12**

כאשר אדם מתנגד זה תמונת ראי של אדם מסכים- זה תמונה של אדם שיכול לתת הסכמה, יכול לקבל את המידע והוא אכן מקבל ומבין את המידע אך פשוט לא רוצה. יש מצבים בהם אדם אומר שהוא לא רוצה וקל לנו לקבל את ההתנגדות שלו, זה יקרה כאשר **ישנן מספר אפשרויות.** למשל אני רופאה ומגיע אלי חולה שיש לו גידול ויש לו כל מיני אפשרויות, אני מציעה לו קודם ניתוח ואז כימותרפיה והוא מסרב כי הוא רוצה את השיטה השנייה- זה ניתן לקבל, אבל במידה והוא מסרב כי הוא לא רוצה טיפול כלל כרופא הרבה יותר קשה לקבל את זה.

בסיטואציה בה החולה מסרב לא יקרה אסון- זה מצב בו קל לרופא לקבל את הסירוב. הרופא יכול לומר שזה לא אחראי, ואף יכתוב בתיק הרפואי שהסביר לו והחולה סירב (לכסות עצמו מבחינה רפואית) אבל אם הוא לא רוצה- אז הוא לא רוצה.

**מתי מתקשים לקבל את הסירוב?** כאשר החשש הוא שהאדם לא ינהג כפי שנאמר לו בהנחיות הרפואיות **הוא עלול להיות בסכנת חיים.** ואז אומרים- האם הוא יכול לסרב או לא? האם המשמעות של זה שהוא לא מקבל טיפול היא שהוא ימות?

מתקשים לקבל את הסירוב כאשר הסירוב נוגע לאדם שא' אחראי עליו- אפוטרופוס על זקן,ילדים על הורים.

**בחזרה לאדם על עצמו:** באופן כללי בעולם, מאז שעלתה קרנה של האוטונומיה- בעיקר שנות ה80, כשבנאדם אומר שהוא לא רוצה זה הפך להיות מקודש. במקום הערך הקודם שהנחה את הרפואה במשך שנים רבות מאוד והוא **ערך ההטבה- להטיב עם החולה, לדאוג לו ולטפל בו וכמובן להציל את חייו,** נכנס לתמונה ערך האוטונומיה. נוצר **מהפך-** מה שחשוב זה לא להטיב עם החולה ולהציל את חייו, מה שהופך למרכזי זה לשמור על האוטונומיה של החולה. אם הוא אומר לא- אז זה לא. **ההתפתלויות היחידות האפשריות בתחום הזה, שמתחיל משנות ה80, זה אם נצליח להגיד שבעצם הוא לא באמת מסרב, כלומר אם יש את הדרגה של "מסכים, לא מסכים, מסרב" – ננסה לדחוף אותו מהמסרב ל"לא מסכים"- נגיד ההכרה שלו מעורפלת, הוא לא אומר דברים מתוך צלילות.**

במקום של "הלא מסכים" יש יותר מרחב פעילות, אנחנו יכולים להרשות לעצמנו במקום הזה לומר שאם הוא היה יכול לתת הסכמה הוא היה מסכים.

**לא מסכים- ס' 15(1):** מדבר על סיטואציה שבה אדם לא מסכים. דוגמה קלאסית: בנאדם מגיע מחוסר הכרה מת.ד וצריך להכניס אותו לחדר ניתוח. איך יודעים שהוא יסכים? אי אפשר לקבל ממנו הסכמה. ניתוח זה אחד הפעולות שצריך **הסכמה בכתב!** יש חזקה שהוא יסכים. לו היינו יכולים, בתיאוריה, להעיר אותו ממצב חוסר ההכרה ולומר לו שהוא במצב מסוכן ולהכניס אותו לניתוח כדי להציל את חייו- **חזקה שרוב בני האדם יאמרו "רוצה אני".** על סמך החזקה הזו אנו מרשים לעצמנו לטפל באנשים שלא מסוגלים לתת הסכמה- ס' 15 (1) מטפל על מקרים שלא מנויים בתוספת.

**ס' 15(3)-** במקרים המנוים בתוספת **תהיה חתימה של שלושה רופאים. אנחנו רוצים להימנע מהחלטות חפוזות שמתקבלות רק ע"י רופא אחד, ויכול להיות שמרוב חיפזון, לחץ ומתח תפול טעות.** אם מגיע אדם מת.ד ורוצים להכניסו לחדר הניתוח ולכרות את הרגל שלו כדי להציל את חייו- לא רוצים שזו תהיה החלטה חפוזה, רוצים **סינון** של שלושה רופאים, זה בא באיזשהו מקום **להחליף את החוסר של הסכמת האדם עצמו.**

דוגמא נוספת: פיגוע המוני. מגיעים לחדר המיון, לא בטוח שאפשר לגייס לכל החלטה שלושה רופאים. אותו הדבר בת"ד בבתי החולים בפריפריות. לא בטוח שיהיו שלושה רופאים שיבואו, **לפעמים הנסיבות לא מאפשרות זאת והחוק עצמו מאפשר לנהוג אחרת כאשר הנסיבות לא מאפשרות זאת, אך העקרון הוא חזקה שרוב האנשים במצב הזה היו מסכימים ולכן "לוקחים את הסיכון" ומטפלים בחולה למרות שלא הסכים- כי מניחים שלו היה יכול לתת הסכמה, אכן היה מסכים.**

**יש חריגים:**

יש כת נוצרית שמאמינה שכל התעסקות עם הדם היא אסורה גם במקרי מוות. הם מאמינים שאם אדם מקבל עירוי דם זה פוגם בטוהר הדם שלך, אך מעבר לכך הם בכלל מתנגדים לעירוי דם עצמי. האמונה שלה היא אמונה מאוד עמוקה- הם מאמינים שמי שמקבל עירוי דם מאבד את חלקו בעולם הבא- לא יזכה לחיות עם ישו בעולם הנצח!

במשך שנים מסוימות הייתה נטיה לזלזל בזה. היום מתייחסים לזה הרבה יותר בכבוד. בארה"ב היו הרבה מאוד דיונים שהתעסקו בסוגיית הכת הזו, גם כאלו שהגיעו לבתי משפט. אם מגיע לביהח פצוע מת"ד והוא מדמם ומעולף, וברור לנו שבכל סיטואציה אחרת מתייחסים אליו כאדם שלא מסכים ועושים פעולות להציל את חייו, אבל פתאום רואים שיש לו על החזה תבנית שהוא שייך לכת והוא מסרב לקבל עירוי דם- **באותו רגע הוא הוציא את עצמו מהכלל הזה, הוא הוציא עצמו מהחזקה הזו שעשינו באופן פיקטיבי! "תתייחסו אליי אחרת"- אי אפשר להחיל עליו את החזקה הזו בצורה פיקטיבית.** אי אפשר לומר שהוא היה מסכים.

התפיסה שהתקבלה בפסיקה ובספרות היא שלא נותנים להם טיפול שהם לא מסכימים לו, ברור אם האדם בהכרה והוא מתנגד.

הבעיה מסתבכת כאשר מדובר בניתוח שהחולה זקוק לו, והוא מסכים לניתוח- אך אם במהלך הניתוח יתעורר צורך בעירוי דם הם לא מעוניינים לקבל אותו! **אז מה עושים?? נראה אותו מדמם? נעמוד ונסתכל עליו מת?** מאוד קשה להם עם הדבר הזה, בארץ הדבר הזה באמת לא הוברר עד הסוף. כיום יש חוות דעת של היועמש- אוסרת לנתח את חברי הכת האלו.

הידיעה על היותו חבר כת צריכה לבוא ממנו או מהתבנית הזו שהוא נושא עליו! אם יש ספק- זה יהיה לטובת הצלת החיים!

אם אתה מאמין שלאדם יש זכות לרצות דברים על עצמו אתה מתקשה ללכת נגד זה!

**העקרון בטיפול ללא הסכמה הוא של הסכמה מכללא- לו היו יכולים לקבל את הסכמת האדם הוא היה מסכים. כאשר מדובר בטיפול שהוא לא בתוספת לא צריך את הסיפור של 3 רופאים.**

נגיד אם יש לנו מישהו שמתאבד ומסרב לקבל טיפול- המקובל היום זה שמחילים פיקציה על מתאבדים שבאותו רגע משהו בצלילות דעתם השתבש רגעית ולכן כן מטפלים בהם, למרות שסטטיסטית זה לא מוכיח את עצמו. אבל לפי פסיכיאטרים זה לא נחשב מחלת נפש.

בחוק זכויות החולה אין כלל אזכור למשפחה- המקום היחיד שיש רמז למשפחה או לאפוטרופוס זה בס' 15.

**15(ג)-** מה זה בא כוח לפי ס' 16? ס' 16 זה אחד החידושים בחוק- רוב חוק זכויות החולה לקח דברים ישנים ועיגן אותם אבל לא המציא את הגלגל מחדש. יש מספר דברים בחוק שהם כן חידושים של החוק- אחד מהם זה ס' 16, ס' זה מדבר על אפשרות למנות בא כוח למטופל שיהיה מוסמך להסכים עבורו על טיפול רפואי.

למה זה טוב? זה טוב לאותם מקרים בהם בנאדם באופן כללי חי חיים עצמאיים לחלוטין. למשל אדם בן 85, צלול, יום אחד הוא נופל במדרגות בבית ולוקחים אותו לביהח וצריך לנתח אותו. אבל קורה לו עוד משהו- הוא הופך למבולבל. פגיעה פיזית מגיעה יחד עם פגיעה קוגניטיבית אצל אנשים מבוגרים. אי אפשר להחתים אותו על טופס הכנסה לניתוח- אז אומנם המשפחה אומרת שצריך לנתח אותו. המנתח אומר שלפי החוק הוא צריך להחתים אותו, או למנות לו אפוטרופוס מביהמש. בינתיים מאבדים זמן יקר- לעומת זאת אם האדם היה ממנה מיופה כוח- בא כוח- מי שהוא בוחר, במצב בו הוא מתדרדר ולא יכול להיות לגמרי צלול, היו ניגשים לבא הכוח ומחתימים אותו. **החוק נותן פתרון להרבה מאוד מקרים.** למשל: ילד שבר את היד בטיול ביהס, הביאו אותו לביהח וההורים בחו"ל- לא הצליחו להשיג אותם. המנתח אומר שהוא לא יכול לנתח, כי אין הסכמה של האפוטרופוס. אם לסבתא שהילד נשאר עמה הייתה מיופת כוח מטעם ההורים- היא הייתה יכולה למנוע את הבעיה.

ההבדל המרכזי בין אפוטרופוס לבא כוח- זה שאפוטרופוס זה מינוי ביהמש בעוד שהאדם כבר לא צלול, בעוד שבא כוח זה אדם שהחולה ממנה בעודו צלול!

(1)(ג) קטינים – בחוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות יש סעיפים שמתייחסים לקטינים ואנו למדים שהורים הם לא בעלים של הילדים אלא יש להם אפוטרופסות טבעית שבה לא צריך מינוי של בימ''ש. החוק מגדיל ואומר שהורים חייבים לנהוג כדרך שהורים מסורים היו נוהגים בנסיבות העניין ולא סתם הורה סביר, החברה מעניקה מנדט על הילדים שלך אבל יש דרישה שההורה צריך לנהוג כדרך שהורה מסור היה נוהג, צריך לראות את טובת הילד בעיניים שלך. בעידן המודרני ההתייחסות לילד היא אחרת והוא מקבל יותר מקום כישות עצמאית שההורים רק דואגים לטובתו ולא באמת יכולים לעשות איתו מה שהם רוצים. היום יש חקיקה שמאששת את העניין שאנחנו לא יכולים לעשות מה שאנחנו רוצים וזה מחלחל גם לנושא הרפואי. ברור שכל אותם דברים שמקבלים אצל אדם בעצמו לא הכרח נקבל לגבי הילדים בדוגמא של סרבנות לעירוי דם הגישה הגורפת היא שהילדים הם לא הרכוש של ההורים שלהם ולכן המחויבות החברתית לדאוג לשלומם של הילדים תגבר במקרים של סיכון הילדים על האמונה של ההורים שלהם. בדכ שמדובר בקטינים וככל שהוא קטן יותר מתעלמים מרצון ההורים, אם חוזרים לדוגמא של עדי יהוה אז ילדים שיקבלו עירוי דם במצב שלא יכלו להחליט והרופאים החליטו עבורם אז אין סנקציות לגביהם כמו לגבי מבוגרים.

התפיסה לגבי אפוטרופוס אף פעם לא שווה לחסוי שלו, למרות שהוא בא בנעלי החסוי זה עד גבול מסוים שאנחנו כחברה חושבים שהוא ממלא את תפקידו ופועל לטובת החסוי שלו, אם אנחנו חושבים שהוא לא רואה את טובת החסוי שלו אנחנו לא מקבלים את אמירת האפוטרופוס.

**סעיף 15(3**) ''בנסיבות של מצב חירום רפואי רשאי מטפל לתת טיפול רפואי דחוף גם ללא הסכמה מדעת אם בשל נסיבות החירום לרבות מצבו הנפשי או הגופני של המטופל'...יכול להיות מצב של פיגוע המוני ומגיעים עשרות פצועים למיון אין זמן לנהל את כל הליכי ההסכמה מדעת, נסיבות יכולות להיות סביבתיות אבל זה רק במצבי חירום ובד''כ נתייחס למצבו הנפשי או הגופני. ''טיפול רפואי יינתן באמצעות הסכמה של 3 שופטים אלא אם''...יהיו מקרים שבהם לא יהיה זמן לקבל הסכמה של 3 רופאים ויש לקחת את המטופל ישר לניתוח.

**סעיף 15(2)** מדבר על מצב של אדם המתנגד לטיפול רפואי – אם יש הסדר שמסדיר רק התנגדות במצבים של סכנה חמורה אנו מסיקים שבכל שאר המצבים אנו מכבדים את ההתנגדות מקבלים אותה ולא נלחמים בה, המוצא היחידי שהחוק נותן זה בנסיבות של סכנה חמורה (סכנת חיים או נכות חמורה).

**מינוי בא כוח למטופל סעיף 16**

מבוגר נופל ושובר את פרק הירך שלו וצריך להכניס אותו לחדר ניתוח אבל הוא גם מאוד מבולבל בגלל שפגיעה פיזית מגיעה יחד עם פגיעה קוגנטיבית אצל מבוגרים. המנתח רואה שהוא מבולבל ואי אפשר להחתים אותו על טופס הסכמה וגם אי אפשר לחכות יותר מדי לניתוח לכן יש למנות לו אפוטרופוס וזה לוקח זמן אך אם האדם המבוגר היה ממנה בא כוח במצב שהוא מתדרדר ולא יוכל להיות צלול בא הכוח ייתן את הסכמה ואז היו מנתחים אותו. החוק בא לתת פתרון שיכול להיות לעזר בהרבה מאוד מקרים. ההבדל בין אפוטרטופוס הוא כאשר בימ''ש ממנה לאדם שאינו צלול לעומת בא כוח שמתמנה ע''י האדם עצמו בזמן שהוא צלול ויכול לבחור בעצמו.

**שיעור 7- 14.5.12**

**ס' 15(2)-**

הגענו לסעיף הזה דרך זה שסיימנו לדבר על הנושא של הסכמה. יש טיפולים שניתנים מהסכמה מדעת, יש טיפולים הניתנים ללא הסכמה.

**ס' 15(2)** הוא הבעייתי יותר. **אפשר לראות בצורה הכי בולטת וברורה את הניסיון לגשר בחוק זכויות החולה בין עקרונות אוניברסלים של זכות האדם על גופו לבין עקרונות יהודיים של קדושת החיים והרצון להציל חיים, כמעט בכל מחיר.** הרצון לגשר בין ערכיה של מדינת ישראל כדמורקטית בעלת ערכים ליברלים ואוניברסלים ומצד שני בעלת ערכים יהודים-מסורתיים יצר את ס' 15(2). נקודת ההנחה היא שאסור לטפל באדם ללא הסכמתו- אם אדם מתנגד עוזבים אותו. זו הנחת היסוד בחוק זכויות החולה. ס' 15(2) זה היוצא מהכלל- החולה עומד בפני סכנה חמורה ובנסיבות מסויימות נכריח אותו ונכפה עליו. הסעיף הזה גם מאוד בולט בכך שאין לו אח ורע בחקיקה של מדינות מערביות שישראל מתכתבת איתן בענייני חקיקה (כמו באנגליה).

מה כן עושים? בארצות אחרות, במיוחד במשפט האנגלו-אמריקאי, נוטים להרחיב את אי הצלילות וכך אומרים שהוא לא צלול ונטפל בו, אך ברגע שאמרת על אדם שהוא צלול כאילו אמרת בנשימה אחת שאתה מחויב לקבל את הסכמתו.

החוק שלנו במהלך נועז אמר שזה לא אומר שהאדם לא צלול **ובכל זאת** יש משהו בשיקול הדעת שלו שאני לא מוכן לקבל ואני כרגע מחליט בשבילו.

בגלל כובד העניין, בגלל המשמעות שלו שהיא באמת לא פשוטה- לכפות טיפול על בן אדם, כפייה זה מושג מתחום טיפול בריאות הנפש כאשר בנאדם לא בסדר ונכנס להתקף פסיכוטי ומסכן את עצמו והסביבה ורק אז כופים עליו אשפוז.

 פה לוקחים אדם שהוא צלול לחלוטין. איך יודעים שהוא צלול? יש את העניין של **התנגדות "...והוא מתנגד לטיפול רפואי"**. יוצאים מנק' הנחה שזה אדם שמקבל מידע, הוא מסוגל לעבד אותו ואף להביע התנגדות. **הפרשנות שניתנה לסעיף ולהתנגדות בכלל, היא כשם שבהסכמה מחפשים הסכמה מדעת אותו הדבר גם בהתנגדות.** אם יהיה חולה נפש שיתנגד נתעלם מההתנגדות כי מבחינתו ההתנגדות שלו היא לא מדעת.

למרות שהוא מתנגד מדעת, הוא צלול וקיבל מידע- יש פה חלון מסוים שמאפשר לכפות עליו טיפול.

דווקא בגלל שמדובר על עניין שיש לו כובד בעניין של פגיעה בזכויות האדם- ההחלטה לא תטופל ע"י הרופא בשטח, אלא תופנה **לועדת האתיקה שזה הגוף היחיד במדינת ישראל שיש לו סמכות לכפות טיפול על אדם, אך זה בכמה תנאים:**

**1.הסכנה צריכה להיות חמורה אך לא מיידית.** אם מדובר בסכנה מיידית אין זמן לכנס ועדת אתיקה. יש לנו שהות לכנס את ועדת האתיקה.

זה לא אומר שכל יום כופים טיפולים במדינת ישראל על חולים. **השימוש בסעיף הוא נדיר שבנדירים!! רוב המקרים שמגיעים לדיונים בועדת האתיקה נפתרים בלי צורך להשתמש בסמכות הכפייה. הם נפתרים ע"י שיחה, גישור ופתרונות יצירתיים אחרים.** הרגיל הוא שכשחולה מתנגד הרופא שלו מכבד את ההתנגדות שלו.

מפעילים את הסעיף בזהירות ראויה.

2. הועדה צריכה לשמוע את המטופל ולבדוק שהוא קיבל את המידע.

**יש שני תנאים:**

**2(ב)- צפוי שהטיפול הרפואי ישפר במידה ניכרת את מצבו הרפואי של המטופל-** חייבת להיות אמונה שהטיפול הרפואי ישפר את מצבו של החולה ושאח"כ הוא יוכל לחיות חיים בריאים. אם מדובר על מטופל שהטיפול לא ישפר את מצבו **הכללי** (נניח חולה סרטן שצריך דיאליזה) זה לא מקיים את התנאי.

**2(ג)-קיים יסוד סביר להניח שלאחר מתן הטיפול הרפואי יתן המטופל את הסכמתו למפרע-** איך יודעים את זה? מנסים לשער את זה במידה של סבירות עפ"י המצב הכללי של האדם והתוצאות הצפויות של הטיפול. ככל שהטיפול ישאיר את האדם במצב יותר פגוע הסיכוי שהוא יתן את הסכמתו בדיעבד הולך ופוחת. ככל שהסיכוי הוא שהוא יתאושש יותר יתכן שיתן את הסכמתו למפרע.

**למשל המקרה של הכת עם העירוי דם:** האם אפשר לכפות עליהם טיפול לפי הסעיף הזה? **לא, בגלל ס"ק 2(ג).** אם אכן הוא אדוק בדתו וזה חשוב לו אז סביר להניח שהוא לעולם לא היה מסכים לטיפול.

**פס"ד קורטאם-** טשטשו אדם והוציאו לו שקיות עם 45 גרם הירואין, למרות שהוא התנגד. במידה והמקרה היה קורה היום סביר להניח שהיה ניתן לקבל אישור של ועדת האתיקה? הסעיף נוצר אחרי פסק הדין הזה. יש מחלוקת בין **בך ובייסקי.** הדיון בפס"ד הזה הוא **כולו באוביטר!** השאלה של הרציו- המשפטית שעמדה בפס"ד הזה היא לקבלת ראייה (עניין פלילי) ופסלות הראייה. בן אדם טען שפעלו באופן בלתי חוקי הוציאו ממנו את הסמים באופן בלתי חוקית ולא בהסכמתו ולכן הסמים צריכים לשמש כפסולים לראייה. היה ניסיון להסתמך על פס"ד קודם **ועקנין**- בו שוטרי משטרה צבאית רצו שחייל ישתה מי מלח כדי שיקיא סמים שחשדו שיש בו, הבחור לא הסכים לכך- תפסו אותו שוטרי המשטרה הצבאית והכניסו לו בכוח כוס של מי מלח ואח"כ הקיא כמות נכבדה של סם והסם הובא כראיה נגדו. הוא הסתמך על חוק הגנת הפרטיות וטען שהסם לא שמיש כראיה. בחוק הגנת הפרטיות יש ס' שמדבר על פסלות הראייה- מאפשר לפסול ראיה שהושגה בניגוד לחוק. הם ניסו לטעון שמה שעשו לו נכנס לגדר הסעיף שנקרא "הטרדה אחרת". קיבלו את הטענה שזו הטרדה אחרת (אח"כ היה ד"נ שהפך את ההלכה בנושא) ההלכה הייתה לתק' קצרה בארץ שכפייה כזו פסולה לראייה. אחרי פסק הדין הזה היה פסק הדין של קורטאם שם השתמשו באותו הטיעון ולא הייתה מחלוקת בין השופטים שהיו צריכים לנתח אותו. בועקנין כל המטרה הייתה להוציא ממנו את הסמים והוא לא היה בכלל בסכנה, בקורטאם הייתה לו סכנת חיים ולא עניין אותם הקטע הראייתי. הרופאים האמינו שהבחור הולך למות ולכן עשו מה שעשו ולכן עמדה להם הגנת תום הלב.

**היה ויכוח בין בך לבייסקי**- על זכות אדם במ"י להתנגד לטיפול.

**בך=** אנחנו מדינה שצריכה ללכת עפי המקובל בעולם הנאור. העולם הנאור מקדש את האוטונומיה וזכות האדם לגופו ולכן גם אנחנו צריכים להיות במצב בו לא נכפה על אדם שלא רוצה, אבל צריך להבדיל למה הוא לא רוצה. צריך לראות מה המניע שלו, הוא מחלק לשני סוגי מניעים:

1. מניעים חיצוניים- כל מיני פחדים שלא מתחשבים בהם בכלל.
2. מניעים פנימיים- מצב של שכנוע פנימי עמוק של ערכים, אידיאולוגיה. שהאדם יחיה בסבל מאוד גדול.

להתנגדות של קורטאם הוא קורא התנגדות חיצונית שלא היה צריך לקבל אותה- פחד מכלא זה לא התנגדות שאפשר להתחשב בה.

**בייסקי= לוקח לכיוון אחר לגמרי.** אנחנו לא ככל העמים, אנחנו לא צריכים לשאוף לעמים הנאורים והליברלים. אנחנו יהודים שמקדשים את החיים, זה המוטו שלנו בחיים והמסורת שלנו. הוא אומר שפה בחור צעיר בסכנת חיים, יכול לחיות מצויין- אז למה שלא נציל אותו?!

זה 10 שנים לפני חקיקת חוק זכויות החולה.

בסופו של דבר הויכוח לא נצרך להכרעה בפס"ד היות וזו לא הייתה הש"מ שהיה צריך לפסוק בה, אבל הדיון הזה באוביטר הפך להכי משמעותי ומשפיע בשיח של כפיית טיפול והצלת חיים למול זכות האדם לגופו.

הביקורת לאחר פסק הדין בעיקר קטלה את בך. בייסקי הלך עם התפיסה שלו אבל הטענה כנגד בך היא שאין תשובה תחתונה- מי החליט מה זה מניע חיצוני ומניע פנימי? ברגע שמחליטים מה המניע של האדם כבר מפעילים עליו פטרלניזם. בייסקי בניתוח שלו מביא מקורות מהמשפט העברי ומראה שגם שם זה לא חד וחלק ולא תמיד כופים טיפול על אדם. בעבר, בהעדר אמצעי ההבחנה שיש היום, לא ידעו מה קורה בתוך הגוף של האדם.

מה היה קורה במידה והמקרה היה מגיע לועדת האתיקה?

א.מידע שנמסר לחולה- כן.

ב. האם הטיפול הרפואי ישפר את מצבו הרפואי של המטופל? כן.

ג.האם קיים יסוד סביר שהמטופל יתן הסכמתו למפרע? מיד לאחר הטיפול אולי לא כי ייכנס ישר לכלא, אך אחרי שיצא מהכלא אולי יעריך את מה שעשו עבורו.

ועדת האתיקה לוקחת בחשבון חיים נורמטיבים ואינה יכולה להביא בחשבון איך יהיו החיים לאותו אדם בכלא.

**ועדות אתיקה לפני החוק:**

היו בארץ ועדות אתיקה, טרם חוק זכויות החולה, בדומה לועדות אתיקה שהיו בעולם. ברגע שהתחילו לחשוב ולהבין שהשאלות שמתעוררות בשדה הרפואי הן לא רק רפואיות מקצועיות אלא יש פנים אחרים והיבטים אחרים- פילוסופים, מוסריים, דתיים, חברתיים. התחילו להבין שצריך לעשות חשיבה יותר מערכתית. שלא רק רופאים יקבלו את ההחלטות. אחת הדוגמאות הראשונות לשימוש בועדות הייתה בשנות ה60 של המאה ה-20, לא היו בבתי החולים מספיק מכשירי דיאליזה, היו צריכים לקבל החלטות קשות: מי יעשה או לא יעשה טיפולי דיאליזה. הקימו ועדות שהיו שותפים בהן לא רק רופאים אלא אנשים ממקצועות אחרים. הפריחה הגדולה של הנושא התעוררה בעק' פס"ד שנקרא **קרן אן קווירלנד-** פס"ד אמריקאי שעסק בנערה שלקחה מנת יתר של סמים ואלכוהול, מצאו אותו ללא הכרה. עשו ניסיונות הנשמה שהסתיימו בכך שהיא הייתה מחוברת למכונת הנשמה ללא הכרה- כך במשך הרבה שנים עד שאביה ביקש לנתק אותה ממכונות ההנשמה. היום, ניתוק ממכשירים כ"כ בתוך המחשבה שלנו. בשנת 67' זה זעזע קשות את כל צוות ביה"ח בו היא הייתה. איש לא יכול היה לחשוב על ניתוק ממכשירים. המקרה הגיע עד לביהמש העליון בניו ג'רזי ושם ברוב של 5 נגד 4 קובע ביהמש שהחיים האלו אינם חיים, ביהמש אומר ששאלות כאלו לא צריכות להתקבל ע"י בית המשפט ולא ע"י רופאים- האוטריטה המתאימה היא ועדה רב מקצועית שיהיו בה גם אנשים חיצונים כמו אנשים שמומחים באתיקה ופילוסופיה, משפטנים, פסיכולוגים וכו', וכל אלו יקבלו את ההחלטות כבדות המשקל שהרפואה המודרנית הניחה בקרבם. מדובר בשאלות משמעותיות וחשובות שלא ברור אם התשובה עליהן ברורה.

ברגע שמתפתחת טכנולוגיה מסויימת משתמשים בה באופן כולל- גם למה שהיא יועדה מלכתחילה וגם לאלו שלא. אנחנו מרגישים אסירים בגלל הטכנולוגיה המתוחכמת שיש לנו.

בעקבות כל הסיפור הזה היה דיבור בארהב על ועדות אתיקה והחלו להקימן בבתי חולים. **זה הגיע גם לארץ החל משנות ה80, היו באופן נקודתי ועדות אתיקה וולנטריות בבתי החולים. בית החולים החליט אם להקים ועדה כזו או לא. בדר"כ הדיונים בועדת האתיקה היו לאחר המקרה, לפעמים היו מקרים לדיון לפני ההחלטה בהנחה שהועדה רק מייעצת. ההחלטה בסופו של דבר התקבלה ע"י הרופא בשטח.**

כשחוק זכויות החולה נחקק ב92' והתקבל ב96', בדיונים על החוק עלה הנושא של ועדת אתיקה. החשיבה הייתה להכניס בארץ דרך חקיקה את המודל של ועדות האתיקה המוכר בעולם. כאשר החוק התקבל התברר שיש ועדות אתיקה **אך שונות לגמרי ממה שקיים בעולם וממה שדובר בועדה.**

**הועדה שהוקמה ע"י החוק-**

* יש הרכב קבוע. השמות מאושרים ע"י שר הבריאות. בראש הועדה יושב משפטן שראוי לשמש שופט בבימ"ש מחוזי. הועדה נקראית "ועדת אתיקה" אך אין בה אף אדם שאמון על האתיקה. אין אחות בועדה כשאחות היא פונקציה מאוד משמעותית בטיפול בחולה ובמידע שהיא יכולה להביא כי היא רואה אותו על בסיס יומיומי, אותו נושא לגבי רב- האם הרב הוא מייצג את ערכיה של מדינה יהודית או האם הוא נמצא שם רק כדי לשפוך אור כל ההיבטים היהודים של המקרה ואז הוא רלוונטי רק כשהמקרה הוא יהודי? אם החולה לא יהודי- אז מי רלוונטי? לא ברור מה הפונקציה הזו. לא ברור מה הפונקציה של נציג ציבור- נציג שמתמצא בכך או שמא הוא הדיוט לגמרי? **החוק קובע 2 רופאים, מומחים, משפטן, נציג ציבור או איש דת, עובד סוציאלי או פסיכולוג.**
* לועדה יש סמכויות מאוד מוגדרות! יש תפקידים מאוד ספציפים שהחוק קבע לה. מה התפקידים? בשביל להבין את התפםקידים של הועדה עפי חוק צריך לחזור לנקודת המוצא של חוק זכויות החולה שהיא שטיפול ניתן רק בהסכמתו של המטופל, הסכמת המטופל תתבסס על כל המידע הרלוונטי, למטופל יש זכות לקבל את כל המידע שהוא רוצה על מצבו, חובת זסוגיות רפואית- לא ימסר מידע לצד שלישי ללא הסכמת המטופל.

ועדת האתיקה נכנסת לתמונה בכל אותם מקומות שאנחנו רוצים לחרוג מהכללים הרגלים:

1. לאשר טיפול כפוי למרות התנגדות המטופל.
2. לאשר אי מסירת מידע במסגרת תהליך קבלת הסכמה מדעת לטיפול- ס' 13(ד).
3. לאשר אי מסירת מידע על מצבו של המטופל.
4. לאשר מסירת מידע על מטופל לצד שלישי.

**לא ניתן לסטות מהכלל ללא אישור מוועדת האתיקה.**

המחוקק אומר שיש לחוק עקרונות מסוימיים ואם רוצים לחרוג מהם צריך את האישור של ועדת האתיקה. הועדה מחליפה בעצם בית משפט- היא טריבול שיפוטי, היא מקבלת הכרעות. הסמכות השיורית היא של בימש מחוזי.

* וולנטריות- לבחירות בית החולים האם להקים ובאיזה אופן
* ייעוץ והמלצות להתנהגות אתית
* נושאים גמישים- לבחירת הסגל/ההנהלה
* הרכב גמיש ורב מקצועי

**טיפול בכפיה- ס' 15(2):**

בנסיבות שבהן נשקפת לאדם סכנה חמורה והוא מתנגד לטיפול רפואי, שיש לתיתו בנסיבות העניין בהקדם, רשאי המטפל לתת את הטיפול הרפואי אף בניגוד לרצון המטופל, אם ועדת התיקה לאשר ששמעה את המטופל, אישרה את מתן הטיפול ובלבד ששוכנעה שהתקיימו כל הסעיפים.

**מיסרת מידע רפואי לאחר: ס' 20(א)(5)**

לקרוא את ס' 19 שמדבר על החובה לשמור על סודיות החולה, ס' 20 מדבר על חריגים- מקרים שלא צריך לשמור על סודיות.

* א.   מטפל או מוסד רפואי רשאים למסור מידע רפואי לאחר בכל אחד מאלה:
	+ 1.   המטופל נתן את הסכמתו למסירת המידע הרפואי;
	+ 2.   חלה על המטפל או על המוסד הרפואי חובה על פי דין למסור את המידע הרפואי;
	+ 3.   מסירת המידע הרפואי היא למטפל אחר לצורך טיפול במטופל;
	+ 4.   לא נמסר למטופל המידע הרפואי לפי [סעיף 18(ג)](http://www.abiliko.co.il/index2.php?id=1520&lang=HEB#PS18c) וועדת האתיקה אישרה את מסירתו לאחר;
	+ 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;
	+ 6.   מסירת המידע הרפואי היא למוסד הרפואי המטפל או לעובד של אותו מוסד רפואי לצורך עיבוד המידע, תיוקו או דיווח עליו על פי דין;
	+ 7.   מסירת המידע הרפואי נועדה לפרסום בבטאון מדעי, למטרות מחקר או הוראה בהתאם להוראות שקבע השר ובלבד שלא נחשפו פרטים מזהים של המטופל.
* ב.   מסירת מידע כאמור בסעיף קטן (א) לא תיעשה אלא במידה הנדרשת לצורך הענין, ותוך הימנעות מרבית מחשיפת זהותו של המטופל.
* ג.   קיבל אדם מידע לפי סעיף קטן (א), יחולו עליו הוראות [סעיף 19](http://www.abiliko.co.il/index2.php?id=1520&lang=HEB#PS19) והוראות סעיף זה, בשינויים המחויבים.

לסיכום, בס' 20 יש חריג שאומר שבמקרים מסויימים כאשר מסירת המידע הרפואי אודות החולה חיונית להגנה על בריאות הזולת או הצורך והצורך במסירתו עדיף על אי מסירותו: **דוגמה:** זוג שאחד מהם חולה איידס, השניה לא יודע והצוות הרפואי רוצה להגן עליו- הם יביאו את זה לועדת האתיקה ולאחר שהיא תבדוק את כל הסיטואציה היא יכולה להחליט למסור את המידע הרפואי ולהפר את הסודיות של החולה- **הצוות הרפואי לא יכול לעשות זאת לבד.**

**לשיעור הבא:**

יעל שפר.

**שיעור 8- 21.5.12**

בשיעור הקודם דיברנו על ועדות האתיקה לפי **חוק זכויות החולה** וראינו את ההבדלים בינן לבין הועדות המייעצות שהחלו בסוף המאה ה-20.

**בעולם:** השאלות שם הן לאו דווקא מקצועיות גרידא אלא כללו גם שאלות ערכיות. בעבר, היה קל יותר להכריע בשאלות ערכיות כי **הערכים היו אחידים,** היום אנו **חברה פלורליסטית** וישנם ערכים שונים, ולכן מטבע הדברים אי אפשר לצפות שהרופא הוא זה שיקבל את ההכרעה לחלוטין. בנוסף, בעבר הנאמנות של הרופא הייתה מוחלטת לחולה, אך כיום יש לו עוד שיקולים "בתוך המערכת", ישנן סיטואציות בהן הוא בין הפטיש לסדר והחלטותיו יכולות להיות מושפעות, כמו למשל קופ"ח שמחייבת אותו לרשום רק תרופות מסויימות. בנוסף **היום לאדם יש אוטונומיה- יכולת קבלת החלטות.**

כאשר הבינו שכשמדברים על שאלות ערכיות לא בהכרח לרופאים יש כוח להתמודד עמן הנטייה הראשונה הייתה לפנות לביהמ"ש, אבל גם השופטים הבינו שאלו לא נושאים שקל להתמודד עמם. כאשר חשבו מה כן יכול לעשות עלה הנושא של **ועדות אתיקה- גוף מקצועי עם אנשים שהכשירו עצמם לדילמות אתיות ברפואה. פורום לדיון בשאלות ובעיות באתיקה רפואית (**היום מתפתח נושא שנמצא בחיתוליו בארץ- ייעוץ אתי בבתי החולים, היועצים האתים הם בדר"כ מתחום הרפואה/סיעוד/ע. סוציאלית/פסיכולוגיה/משפטנים/אנשי דת ועוד). הרבה מהנושאים הנדונים בועדה קשורים לסוף החיים, אך לא רק.

אחד ההבדלים הגדולים: הועדות והיועצים עובדים **באופן וולנטרי**. אין רשימה של מה צריך להביא לועדת האתיקה ובסופו של דבר ההחלטה של ועדת האתיקה היא **ייעוץ** בעוד שההכרעה הסופית היא של הצוות בשטח, אך בפועל בדר"כ לא יקרה מצב שהצוות בשטח יפעל בניגוד לייעוץ הועדה.

**בישראל:** מאז **חוק זכויות החולה** החוק מחייב שתהיינה ועדות אתיקה, קובע סמכויותיה ואת מס' חבריה. ישנם נושאים שרק הן מוסמכות לדון בהם ובנושאים אלו היא יושבת "**כטריבונל"= גוף שיפוטי שמקבל החלטה שיפוטית מחייבת** אם לא מצליחים לארגן את הגוף, הסמכות השיורית היא של המחוזי שמקבל את ההחלטהץ

ארבעת הסמכויות (מלבד פרוצדורה) שהיא מחזיקה **חורגות מהקו הכללי של חוק זכויות החולה- רק במקרים שהחוק מחליט לחרוג מהקו של זכות האדם לגופו הוא מפקיד את ההחלטה לועדת האתיקה ולא מותיר בידי הרופא סמכות להחליט.**

**סמכויות וועדת האתיקה:**

1. הסמכות **הכבדה ביותר היא הסמכות לכפות טיפול על חולה מתנגד.**

**כמו בפס"ד קורטאם, גם בפס"ד טרבלסי** ביהמש נקרא לדגל בעניין של כפיית טיפול. **טרבלסי** סבלה מנמק ברגל, רצו לכרות את רגלה והיא בת 85. היא סירבה- לא רצתה בשום אופן להיות תלויה באחרים ומעדיפה למות. בני משפחתה התנגדו להחלטתה וניסו לשכנעה לכרות את הרגל- היא סירבה. **הם פנו לביהמש והבקשה היא שהיא תוכרז כחסויה וימנו לה אפוטרופוס, ביהמש קובע שאין הוא יכול לעשות כך- היא צלולה לגמרי! היא אומרת דעה שקשה לעכל אך היא צלולה לגמרי.** החלטת ביהמ"ש= לא ניתן לכפות עליה טיפול. המקרה נגמר בכך שהמשפחה מאוד לחצה, כרתו לה את הרגל והיא נפטרה כעבור 4 ימים מהניתוח שהסתבך.

**נושא הכפייה,** צריך להילקח מאוד בזהירות. לדעת **המרצה** אם המקרה הזה היה מגיע לועדת האתיקה קשה לראות שהיו כופים עליה- היא אשה מבוגרת עם מחלות רבות ולכן סיכוי ההחלמה קלושים= לכן היו מתקשים לומר שהיא **תתן הסכמתה למפרע! המקרה היה טרם החוק, הוא דוגמה למקרים של כפיית טיפול שהיו מגיעים לביהמש ומצפים למענה מהשופט כי הרופא חשש לקחת על עצמו את ההחלטה לטפל במישהו שמתנגד.**

חשוב להדגיש, מדובר במקרים של אנשים צלולים לגמרי.

**החוק,** העביר את ההחלטה לידיה של ועדת האתיקה שמכילה צוות מקצועי שיתן את המענה בצורה טובה יותר מאשר שופט שאין דבר בחוק שיכול לתת לו עזרים לקבל את ההחלטה.

יש פה שני דברים מתנגשים:

1. הרצון להטיב עם החולה.
2. הרצון לשמור על האוטונומיה של החולה.
3. **ס' 20(א)(5)-** מסירת מידע רפואי לאחר: **ס' 19** דן בסודיות רפואית וס' **20** נותן חריגים לסודיות הרפואית. כאשר מגיע לרופא חולה עם מחלה מדבקת הוא **חייב** להודיע למשרד הבריאות. יש חובה לדווח על אדם שיכול להיות מסוכן בנהיגה, בהחזקת נשק וכו'. **בס' 20 יש רשימה של דברים שאם הרופא עושה אותם לא ניתן לטעון נגדו להפרת הסודיות הרפואית.**

**תתכן הסכמה למסירת מידע שתהיה בכתב= ויתור על הסודיות הרפואית.**

ההסכמה יכולה להיות גם בע"פ וגם בהתנהגות.

מהי הסכמה בהתנהגות? אם נכנסים לרופא עם מישהו נוסף אז משדרים בפורום הזה שאנחנו מוותרים על סודיות. ויותור על סודיות בהתנהגות יש לקחת אותו בערבון מוגבל. אחד הדברים שמאפיינים התעללות במשפחה- גבר שמגיע עם האשה לרופא ומסווה את ההתעללות "באהבה"- אחת ההנחיות הראשונות זה להוציא את הגבר החוצה. כך, במגזר הערבי שבחורה מתחתנת חמותה הופכת למלווה שלה בכל העניינים הרפואיים= זה נראה כמו ויתור על סודיות בהתנהגות אך צריך להיזהר בזה. צריך לדעת איך להתנהל בסיטואציות של ויתור בהתנהגות.

**יש חובה עפ"י דין לדווח- מחלות מדבקות, ליקויי ראייה, זה לא קשור לועדת האתיקה אלא לרופא המטפל. גם סטודנטים נחשבים כמטפלים לצורך העניין (ס' 1-3).**

**ס' 4+5=** מערבים את ועדת האתיקה. **ס' 4** דן במקרים שועדת האתיקה מאשרת שלא למסור את המידע למטופל עצמו. מצד אחד זכותו של האדם לקבל מידע על עצמו, מצד שני זכותו של אדם שאף אחד אחר לא ידע עליו מידע. יש מקרים שמחליטים למנוע מהמטופל מידע כי חוששים שזה יסכן אותו, אך הועדה אומרת למסור את ההחלטה לאחר.

**ס' 5** דן במקרים בהם מסירת המידע חיונית להגנה על בריאות הזולת והציבור, וגם אז יכולה ועדת האתיקה להחליט להפר את סודיות המטופל ולתת מידע אודותיו. **המקרה הקלאסי הוא של איידס=** יש חשש שבני זוג לא יודעים וכאן מצמצמים את מסירת המידע **בס' 20(ב)** לחוק שם החוק קובע **רק לצורך העניין והימנעות מחשיפת זהות המטופל= במידה הנדרשת.**

מקרה שהיה: מקומון רצה לחשוף שיש בחורה שמתגוררת באחד הקיבוצים והיא נשאית איידס. היא מקיימת יחסי מין עם גברים רבים ולכן רצו ליידעם בדבר מחלתה **כולל שמה.** הבחורה פנתה לבית המשפט וביקשה לאסור עליהם לפרסם פרטים מזהים עליה או את הכתבה כולה. השופט אמר שאסור לפרסם- הפרסום לא עולה בקנה אחד עם אינטרס ההגנה לפי חוק זכויות החולה.

**התפיסה היא שאנשים צריכים להגן על עצמם מפני איידס, האחריות היא על כל אחד לדאוג לבריאותו ולאי הדבקתו, ולכן אומר ביהמש שהוא לא מעוניין לפרסם את שמה כי זה יפגע בפרטיות שלה בצורה לא מידתית, מה גם שהרבה ניזון משמועות. אין מידתיות בין הנזק שיגרם לה לבין פוטנציאל הנזק שיגרם לגברים שצריכים להגן על עצמם.**

**ס' 20 (ב)** בא להנחות אותנו שלא להיגרר ולפרסם דברים מעבר לנדרש. המקרה של המנתח שהיה נשא איידס ובעק' לחץ גדול של התקשורת והציבור פרסמו את שמו ופרצופו, למרות שנעשתה פנייה למטופלים בדרך אחרת. הוא סבל נזק גדול מאוד בעוד שההגנה על הציבור יכולה להיות מושגת בצורה אחרת ולכן פה לא פעלו נכון- גם שחושפים מידע על אנשים יש לעשות זאת במידה הנדרשת.

היום מסתכלים על איידס כמחלה כרונית והיא כבר לא נחשבת לקטלנית כבעבר. כשהתחיל כל הנושא התקבלה בארץ החלטה אסטרטגית, ובדיעבד נכונה, והיא להגיע למצב שכמה שיותר אנשים יבדקו באיידס- ברגע שאנשים מגלים שהם נשאים הם מגלים אחריות בעוד שכאשר הם לא יודעים שהם נשאים הם מסוכנים, לכן עודדו את בדיקות האייגס ואחוזי הדבקות האיידס בארץ נמוכים משמעותית מאחוזי מדינות המערב. יש מצבים שהמידע מתגלה רק כדרך אגב- חוק זכויות החולה מעביר את ההחלטה לועדת האתיקה שצריכה להחליט האם לספר או לא.

* **מה נחשב לסוד רפואי- ס' 19 לחוק?**

כל מידע שהגיע אל המטפל. החובה היא גם על כל עובד שבמוסד הרפואי. מה ככלל? האם עצם העובדה שבנאדם היה בטיפול רפואי נחשב כחלק מסוד רפואי? יכול להיות שצריכה להיות הפרדה בין הליכה לרופא משפחה לבין רופא שמתעסק בדברים יותר אינטימיים. העניין הוא שלא מקלים ראש בהפרת סודיות רפואית של אדם. בעבר, חשבו שהעובדה שאדם הלך לטיפול רפואי איננה סוד שיש להגן עליו- **בג"צ ישמחוביץ נ/ פקיד השומה** ביהמש קבע שהעובדה שבנאדם היה אצלו אינה סוד. אנשים רואים את המטופל.

ביהמש היה מוכן להכיר בעובדה שטיפול פסיכיאטרי כן צריך להיכלל במסגרת "סוד רפואי" בשל הסטיגמה החברתית- האם זה מוצדק? הייתה ביקורת רבה שביהמש רק עזר לחיזוק הסטיגמה.

משנות ה70 קרו שני דברים:

1. מדברים על סודיות החולה בחוק זכויות החולה.
2. הספציפיקציה של מקומות הטיפול היום היא שכאשר א' הולך לרופא X יודעים מה יש לו. היום נזהרים בעניין זה ומגלים יותר רגישות.

**סוד רפואי זה כל מידע שהחולה מסר לרופא מתוך אמון שישמור אותו בסוד- כל סוד שהגיע לרופא במסגרת עבודתו והמטופל סמך שזה ישמר בסוד.**

**ס' 20(7)-**

**ס' 20(א)(5)-** ישנו מכלול מקרים בהם מפרים על סודיות רפואית של אדם כדי להשיג מטרה שבעינינו היא יותר מהותית וחשובה ממנה.

כאשר אנו מעוניינים למסור מידע לאדם אחר או לכלל הציבור ישנה אפשרות להביא זאת לוועדת אתיקה ולקבל אישור. השאלה עולה רק כשהמטופל מסרב לשחרר את המידע כלומר שהצעד הראשון הוא להסביר למטופל את החשיבות בחשיפת המידע. ובדר"כ יש 30 יום לעשות זאת.

\* כאשר מעוניינים למסור מידע לאדם אחר או לכלל הציבור, לשם הגנתו של אדם אחר או של הציבור. (מחלה מדבקת, מחת נפש, אפילפסיה)

\* השאלה תעלה רק כאשר המטופל מסרב

 **ס' 13(ד)-** הסכמה מדעת לטיפול רפואי דומה לחריג בס' 18 כי שניהם מדברים על מסירת מידע למטופל עצמו. אך ס' 13 מדבר על מסירת מידע באופן כללי למשל יש ניתוח והרופא צריך להסביר על הבעיות? וס' 18 הוא על תוצאות בדיקת דם למשל.

למרות ס"ק (ב) רשאי המטפל להימנע ממסירת מידע רפואי מסויים למטופל הנוגע למצבו הרפואי. אם אישרה וועדת אתיקה כי מסירתו עלולה לגרום נזק חמוק לבריאותו הגופנית/הנפשית של המטופל.

כיום המטפל עדיין מחליט אם למנוע מידע מהמטופל אם זה יגרום לו נזק אך בישראל החליטו שלא מספיק להשאיר את השקו"ד אצל הרופא עצמו אלא להביא זאת לוועדת אתיקה למרות שברוב המקרים הדברים האלה נסגרים במחלקה והרבה רופאים לא יודעים שהם צריכים להעביר זאת לוועדה ויש רבים שאומרים שזה לא מעשי להביא זאת בפני וועדת האתיקה.

**ס' 18-** אי מסירת מידע מהרשומה הרפואית: המטופל מבקש לקבל מידע מתיקו הרפואי אך המטפל מחליט לא למסור מידע שעלול לגרום נזק חמור לבריאותו הנפשית או הגופנית של המטופח. הוועדה יכולה לאשר את החלטת המטפל לא למסור מידע או חלקו או מסירת המידע לאחר.
לא בכל מקום ישנן וועדות אתיקה פעילות אך כיוון שחוק זכויות החולה קובע שצריכות להיות וועדות אך לא קבע הכשרה, תקציב או או תוכנית להטמעת העניין בשטח הפעלת הוועדות מאוד מקרטעת.

**קטינים**

נתחבר דרך איידס וסודיות.

החוק לגילוי נגיפי איידס בקטינים משנת 1996 מאפשר לקטינים לעשות בדיקות איידס ללא ידיעות הוריהם. עד החוק, קטין שרצה לעשות את הבדיקה היה חייב לבוא עם אחד ההורים. המדיניות של מ"י בנוגע לאיידס עלתה בשלב מסויים שדווקא בני נוער שהם בסיכון לא באים להיבדק דווקא כי הם צריכים לבוא עם אחד ההורים. החשש הגדול היה שבכך הם ידביקו אחרים כי הם לא מאמצים התנהגות זהירה. החליטו לאפשר לקטינים לעבור בדיקת איידס בלי נוכחות ובלי ידיעה של אחד ההורים. אם התוצאה שלילית- לא נשא.

אך מה קורה אם הקטין מתברר כנשא איידס?

1. פוטנציאל הדבקה
2. טיפולים רפואיים
3. מעקבים

הבינו שלא ניתן ללכת "חצי דרך" וכדי לעודד בני נוער להיבדק חייבת להיות אופציה לא לגלות את תוצאות הבדיקה. החוק קובע שתשובה שלילית יכולה להימסר ללא נוכחות ההורים וגם תשובה חיובית יכולה להימסר כך **אך רק לאחר התייעצות צוות המרפאה שיבדוק בגרות, הבנה וכו'. גיל הסף לעניין זה בחוק הוא 14 .**

יש מקרים של קטינים נשאי איידס, אומנם לא שכיחים, שההורים כלל לא יודעים שילדם נשא איידס וכאשר הם מטופלים בשל סיבוך כלשהו ההורים רק יודעים שהם מאושפזים בשל המחלה שנגרמה כמו נניח דלקת ריאות. זה מצריך התארגנות עם המערכת, כל זה בכדי לעודד בני נוער להיבדק. אם יתרשמו שיש לילד חברה שעלולה להיבדק **יספרו לה באישור ועדת האתיקה- יספרו למי שעלול להיות בסכנת הדבקה.**

**החוק הזה הוא חריג לזכות ההורים לדעת.**

**שיעור 9- 4.6.12**

**טיפול בקטינים**

במשך שנים רבות קטינים היו נחשבים לרכוש הוריו ולא היו בעלי מעמד בפני עצמם. גם כשהחלה מגמה של תשומת לב לקטין עצמו העקרון שעל פיו פעלו והנחה כל הזמן היה **טובת הילד.** טובת הילד זה כשצריך להחליט החלטה שקשורה בילד מה שצריך להנחות אותנו זו טובתו- מה הכי טוב לו.

בשנים האחרונות מתחילים להסתכל על כך אחרת, זה אל שטובת שהקטין כבר לא שמישה אך **מתפתח מבחן נוסף- עצמאות הקטין והזכויות שלו.** לא סתם טובת הילד, אלא זכויות הילד. אפשר להבין את זה כשמדברים בעולם על אווירה כללית של זכויות, התעוררות הנושא של זכויות חולים. זה מן "אביב-זכויות", זה ברור שברגע שמתחילים לדבר על זכויות, הזכויות חוצות את כל המגזרים. **ברור שמתחילים להתסכל על הילדים בפריזמה של זכויות הילד (**לשים לב שעוברים תהליך מחשבתי בדיוק כמו שהיה שדיברנו על זכויות חולה- תחילה היה פטרנליזם, אותו נקביל לטובת הילד= יודעים יותר טוב מהקטין מה טוב לו, המבוגרים יודעים יותר טוב מהילד). **מבחן העצמאות של הילד, של זכויות הילד, דומה בתהליך המחשבתי שלו לזכויות החולה, יש לו רצונות גם אם הוא לא מבין את כל המידע, יש לו שיקולים וערכים משלו. יש לו את הרצונות שלו. זה הרעיון מאחורי זכויות הילד, להבדיל מטובת הילד.**

**פס"ד מאמצע שנות ה-80 היועמ"ש נ' ציוידלי** שם דובר על שתי אחיות, אחת בן 3 והשניה בת 9. הילד בת ה9 חולה במחלת דם שיוצרת מצב שהיא צריכה השתלת מח עצם, והאחות בת ה3 נמצאת כתורמת מתאימה- עולה השאלה, מה עושים? ההורים הם אפוטרופסים טבעיים של הילדים עד גיל 18, הם אומרים שהם מסכימים שיקחו מח עצם מהילדה בת ה3 ויתנו את זה לאחותה. בשנות ה80 התהליך כלל הרדמה ושאיבה של מח העצם מהאגן. הרופאים פתאום מהססים, הרופאים היססו האם הם יכולים לקבל את הסכמת ההורים לגבי שתי הבנות. פתאום רוצים לקחת את הילדה המאושרת הזו, לשים אותה בבי"ח, להעביר אותה סיכונים ועוד שאח"כ יש סיכונים. בעצם "משתמשים" בה ככלי או כמכשיר למישהו אחר. דיברנו על התיאוריה הקנטיאנית שאחד מעקרונותיה הוא שלעולם לא מסתכלים על אדם כמכשיר להשגת טובת אחר- אלא מסתכלים עליו כבעל ישות עצמאית. **הרופאים פנו לבית המשפט על מנת שיאמר לו מה לעשות- ס' 68 לחוק הכשרות והאפוטרופסות מאפשר פניה לבית משפט בכל עניין הקשור לקטין.** בעקבות הפס"ד הוסף גם ס' ב, מדבר ספציפית על פניה לבימ"ש כדי לקבל הוראות לעניין טיפולים רפואיים.

בפס"ד ביהמ"ש הקדים את זמנו, בשנות ה80 השפה היחידה בה דיברו באשר לילדים היה טובת הילד, **אך השופט צבי טל, הכניס את מבחן העצמאות דרך המשפט העברי.** הוא קרא למבחן "אומד דעתו של הקטין"- הוא אומר שאומנם טובת הילד זה מבחן חשוב, אך צריך לבחון מבחן נוסף והוא אומד דעתו של הקטין שאומר שאם יכולנו לתקשר עם הקטין בצורה תבונית ולשאול אותו "אתה מסכים?" "אתה מוכן?" אז לפי הנסיבות תתקבל ההחלטה. פס"ד ציווידאלי התייחס לשני המבחנים המשולבים האלה, וביהמש בודק כמה דברים:

1. **האם תפגע טובתה של הקטינה**- האם מסכנים את הילד? לפי חוות דעת שאומרות שלילדה בריאה הסיכון מזערי הוא קובע שלא הולכים להכניס אותה לסיכון. ביהמש מתייעץ עם פסיכולוגים ומגיע למסקנה שמבחינת טובתה של הקטינה יש לאפשר את ההליך מכיוון שהנזק שיגרם לה אם לא יתאפשר ההליך ואחותה תמות יהיה מאוד גדול. הנזק שהוא מתייחס אליו זה לגדול בבית ששכל ילדה ברור שזה לא יהיה אותו בית וזה ישפיע על הגדילה שלה.

ביהמש מתייחס ליסורי מצפון ותחושות שעלולות לתקוף אותה בבגרותה.

1. **אומד דעתה של הקטינה**- לו היו יכולים להיכנס לנעליה, היו מגיעים למסקנה שביחסי אחים נורמלים אין ספק שהייתה מביעה רצון נורמלי וכו', הוא אומר שהיא מבינה שזה כמו שהיא הולכת לרופא שיניים ושיכאב לו כמו טיפול שיניים.

**המבחן העיקרי שבית המשפט משתמש בו הוא טובת הילדה אך מוסיף גם את אומד דעתה של הקטינה. חשוב לזכור שבית המשפט לא לוקח כפרמטר שמשחק במסגרת שיקול ההחלטה את מצבה הקשה של האחות החולה! כמה שהמצב שלה היה קשה ולקיחת מח עצם מאחותה הבריאה, בית המשפט לא מתחשב בזה.** בית המשפט מקפיד על ההפרדה הזו, המצב הקשה של האחות הגדולה לא משחק תפקיד בשיקולי השופטים.

**יש לזכור את פסד ציווידאלי ואת שיקולי בית המשפט שם!** היו התפתחויות בתחום הזה.

**היו עוד פסקי דין בעניין לקיחת מח עצם מקטינים וביהמש קבע שיש היתר באופן כללי לקחת מח עצם מקטינים כדי להשתיל באחיהם אך זה צריך לעבור לאישור היועמש.**

היום בארץ אין חוק אחד העוסק בטיפול בקטינים. באופן כללי יש את הסע' בחוק הכשרות והאפוטרופסות שקובעים שההורים הם האפוט' של הקטינים ושכל פעולה של הקטין טעונה אישור של נציגו ושיש פעולות שדרך קטינים לעשותן ואם הוא מבצע יש לו אפשרות לעשות זאת.

לגבי טיפולים רפואיים אנחנו יודעים **על ס' 15 (1) לחוק זכויות החולה שמדבר על דרך השלילה שאומר שמותר לתת טיפול רפואי לקטין גם בלי הסכמת הנציג.מזה אפשר להבין על דרך השלילה שאם יש ס' שאומר שבנסיבות מסוימות מותר לתת גם ללא הסכמה אנו מסיקים שבאופן כללי יש צורך בהסכמת הקטין.**

**יש מספר סעיפים בחוקים שונים שהם יוצאים מן הכלל:**

1. חוק גילוי נגיפי איידס בקטינים.
2. הס' בחוק העונשין- ס' 316(ב) שמאפשר לקטינה לעשות הפסקת הריון ללא הסכמת נציגה. הסכמת קטינה להפסקת הריון אינה טעונה אישור נציגה.
3. באופן כללי בחוק העונשין יש התייחסות להסכמה לקיום יחסי מין אצל קטינים ובין גיל 14-16 החוק מכיר בהסכמה של קטינה לקיום יחסי מין בתנאי שהם עם מישהו שהוא בערך בשכבת הגיל שלה. מתחת לגיל 14 החוק לא מכיר בהסכמה, כל קיום יחסי מין עם קטינה מתחת לגיל 14 זה אונס עפ"י חוק.
4. חוק טיפול בחולי נפש- יש מס' התייחסויות. קטין מגיל 15 יכול לבקש להתאשפז במחלקה פסיכיאטרית גם ללא הסכמת ההורים (יש מקרים שהרופא המטפל ממליץ על טיפול פסיכיאטרי וההורים מתנגדים בדרכ בגלל סטיגמה). גם הפוך- קטין שמאושפז בניגוד לרצונו במחלקה פסיכיאטרית, מגיל 15 המקרה שלו חייב להגיע לבית המשפט לאישור. גם מגיל 12 אם קטין מביעה את התנגדותו לאישפוז, למרות שהוריו מסכימים וחתמו וכו' יש לקבל אישור של פסיכיאטר מחוזי.
5. חוק מידע גנטי- מדבר על בדיקות גנטיות, יש צורך בהסכמה של קטין מגיל 16 ומעלה לבדיקה גנטית, גם אם הוריו מסכימים. למשל: משפחה שהאם גילתה שהיא חולה בסרטן והסתבר שהיא נשאית של גן BRCA שקשור עם שכיחות מוגברת לסרטן השד. צריך להיות במעקב צמוד. יש נשים שמגלות את זה ורוצות שבנותיהן תבדקנה. יש להבין שלא כל אחד רוצה לעשות את הבדיקה הזו. מגיל 16 צריכים ליידע את הנערה עצמה, להסביר לה ולקבל ממנה הסכמה באופן אישי.
6. חוק החולה הנוטה למות- מייחס בגירות לקטין מגיל 17. כלומר, כל ההוראות של חוק החולה הנוטה למות שחלות על חולה הנוטה למות חלות עליו מגיל 17, ולא מגיל 18 כרגיל, ויתרה מכך- מגיל 15 כבר נותנים משקל לרצונו ולבקשותיו במסגרת השיקולים שלוקחים.

**אלו בעיקר הסעיפים של החריגים מבחינה רפואית, הדבר הבולט הוא שאין אחידות!** זה לא התפתח כמקשה אחת. הרבה שנים התחושה היא שזה לא נכון שהחריגים הם לא ברורים ואין אחידות ביניהם ועוד יותר לא נכון שבמקרים שלא ברורים יש **דיכוטומיה ברורה לגמרי- עד גיל 18 יודעים הכל, בגיל 18 זהו, אתה בגיר**! אבל המציאות היא לא כזו, המציאות היא שגם קודם לפני גיל 18 הוא מבין, הבגירות וההבנה הם תהליכים והחוק לא נותן להבנה הזו שום ביטוי היות והחוק יבש. ניסו ללמוד מה קורה בעולם, ובעולם יש שינוי בגישה בשנים האחרונות ומסתכלים על בגירות אחרת- הגיעו להבנה, בדיוק כמו שיש בחוק זכויות החולה שלחולה יש יותר ידע, שגם לצעירים יש ידע.

באנגליה **פס"ד גיליק-** אם לבנות מתבגרות דרשה שבנותיה לא תוכלנה לקבל גלולות בלי שהיא תדע ותסכים. מדובר בטיפול רפואי לכל דבר ועניין, פס"ד גיליק היה הפלטפורמה שביהמש האנגלי השתמש בה כדי לחדד את הנושא של הסכמה או סירוב קטין לטיפול רפואי. לגבי הסכמה מספיקה הסכמה מגיל 16, לגבי סירוב בית המשפט האנגלי משתמש בדימוי של "דלת" שיש לה שני מפתחות- האחד בידי ההורה והשני בידי הילד, כדי לפתוח אותה צריך לעשות שימוש בשני המפתחות. **לגבי סירוב צריך את הסירוב של שניהם.**

בארה"ב יש גישות שונות במדינות שונות אך בעקרון הגישה שקיימת בהרבה מקומות היא גישה **היוצרת מעמד ביניים בין קטין לבין בגיר, שנקראת "קטין-בוגר". הגישה המדברת על הקטין הבוגרת משתמשת במבחן כפול:**

1. **גיל-** סביבות גיל 14, 15
2. **הערכת בשלות**

אי אפשר להתייחס לילד בן 9 כבגיר, מתייחסים הן לגיל והן להערכת הבשלות. אחד הדברים הכי מסוכנים זה ללכת שולל אחר קטין עם רמה קוגנטיבית אדירה, בגילאים האלו יש פערים בין התפתחות רגשית להתפתחות שכלית. כשמעריכים בשלות של קטין צריך לשים לב להתפתחות הרגשית שלו.

מבחן נוסף בו משתמשים בהרבה מדינות בארה"ב הוא מבחן **הקטין המשוחרר- על פי הגיל הוא קטין אך הוא מנהל אורח חיים עצמאיים, הרבה פעמים גם יש לו ילד.** זה מבחן שלוקח בחשבון את עצמאות חיי הקטין.

כמובן חוקים שמאפשרים טיפול בלי הסכמת ההורה. הגיל תמיד נלקחת כפרמטר.

***קטינים באופן כללי-***

מבינים שכדי להסכים לטיפול רפואי צריכים רמה מסוימת של בשלות והבנה הן ברמה הקוגנטיבית והן ברמה הרגשית. היום, לפי מחקרים, רוב הקטינים מגיעים לרמה סבירה כזו **כבר בגיל 16** ויש גם בגילאים צעירים יותר. אנחנו מבינים שלהמשיך ללכת עפ"י מבחן גיל בלבד זה לא נכון ולא מתאים. אומנם רוב המתבגרים נתונים למצבי רוח קיצוניים, אך יש להם רמת הבנה. ברגע שהבינו את זה הבינו שיש להתאים את המשפט להתפתחויות האלו, **הוועדה שישבה על המדוכה המליצה על כך שמצד אחד יש להמשיך לתת כבוד ומקום משמעותי לסמכות ההורים לגדל את ילדיהם, והחובה שלהם לדאוג להם, בתור אפוטרופסים, כהורים מסורים ורובם באמת רוצים לטובת ילדיהם, אבל מצד שני כן רוצים מגיל מסויים להכיר במעמד העצמאי של הקטין, בייחוד כשמדברים על טיפול רפואי שגרתי או בעניינים בהם קטינים רגילים לקבל החלטות בעצמם ולא נוטים לשתף את ההורים שלהם. הועדה אומרת שיש להבין שלקטין יש כשירות משפטית שמתפתחת!** בראש ובראשונה אנחנו צריכים לקחת בחשבון את **זכות הקטינים לדעת ולקבל מידע!**

כל גיל צריך לקבל מידע, לפי הבנתו ויכולתו. הזכות לדעת, אא"כ יש נימוקים משמעותיים, היא זכות שיש לשים לב אליה. בדיוק כמו שהאוטונומיה של הקטין היא מתפתחת גם זכותו היא מתפתחת בהתאם לשלושה פרמטרים:

1. **גיל**
2. **הבשלות השכלית והרגשית של הקטין**
3. **סוג הטיפול שאנו מדברים עליו**

**אנחנו מפרידים בין טיפולים שגרתיים לבין טיפולים מורכבים עם השלכות וסיכונים לטווח ארוך.** באופן כללי המלצות הוועדה הן שבכל גיל יש ליידע את הקטין, לשתף אותו ולהסביר לו- כל אחד בהתאם לרמת הבשלות והיכולת שלו להבין ולקלוט את הדברים. מגיל 14 יש "זכות להסכמה משותפת" כלומר זכות להסכמה משותפת להיות שותף להחלטות שמתקבלות לגבייך- ההורים קובעים והקטין צריך להיות שותף לכך. מגיל 16, תהיה חזקה שהקטין מבין ובשל! כמו כל חזקה היא ניתנת לסתירה. מגיל 14- 16 אפשר להסתפק בהסכמת הקטין אם המטפל מתרשם שהקטין מבין ובשל. צריכים שבאופן פוזיטיבי מישהו ישתכנע ויגיד שהוא מבין ובשל למרות שהוא בן 15, מגיל 16 זו כבר חזקה ואם רוצים לסתור אותה יש לפעול כדי לסתור אותה.

דוגמה קיצונית מאוד לכך שרצון ההורים ורצון הילד לא עולים בקנה אחד: יש עשרות ילדים במדינה שנקראים "**INTERSEX**" יש להם בגוף מערכות של שני המינים. בשלב מסוים הורים מחליטים איך לגדל את הילד- אם לגדל כבן או לגדל כבת, זה נתון במתן הורמונים אח"כ. הרבה פעמים החלטת ההורים תלויה בסביבה בה הם חיים ולפעמים הפנימיות של הילד מתפתחת לכיוון אחר. זו דוגמת קצה אבל אפשר לראות דרכה שיש פה שאלות הרות גורל- מה שההורים יחליטו והטיפול שיחליטו לתת ישפיעו על הילד.

**חשוב להבין שהועדה ניסתה ללכת על גבול דק- הם קראו לא לשמוט את הקרקע מתחת להורים אך מצד שני לתת את הדעת על כך שהעולם משתנה ומתפתח. לא ניתן להתעלם מכך שהיום לצעירים יש הבנה וזכויות. לזכור תמיד את ההקבלה שעבר על זכויות החולה.**

* באופן כללי ההורים הם האפוט' של הילדים שלהם, אך מתי יכולים להיווצר קונפליקטים?

כשדיברנו על חולה בגיר ומטפל אמרנו שיש דילמה וקונפליקט כשיש התנגשות ערכים. כשמדברים על טיפול בילדים מדברים על משולש: ילד, הורה, רופא. לא תמיד כולם רואים עין בעין. בטח ובטח שכשיש לנו ריבוע : אב, אם, ילד, רופא. לא תמיד האב והאם רואים את הדברים באותה הדרך, במיוחד אם הם גרושים. כל אחת מהצלעות היא פתח לבעיות, כשהרופאים מציעים טיפול שההורים מתנגדים אליו, כשהקטין לא רוצה זה פתח לבעיות. **פס"ד ורדי ג'ק** עסק בבחור בן 17.5 שהיה צריך טיפול בסרטן אך הוא סירב לטיפול. הוא עבר טיפול אחד שהשפיע עליו גרוע מאוד, והחליט שהוא מסרב. במקרה הזה פנו לבית המשפט **ובית המשפט אישפז אותו בכפייה דרך חוק לטיפול בחולי נפש (זה היה לפני חוק זכויות החולה) במחלקה סגורה ושם נתנו לו את הטיפול!** זו סיטואציה קשה מאוד, אם הוא היה בן 18 איש לא היה עושה זאת. המקרה הזה עורר המון אמוציות בזמנו: דבר ראשון הוא כמעט בגיר, אך מצד שני היה צריך לנקוט ביד קשה כי הוא עלול למות. רואים את הקונפליקט בגלל שזה מקרה קצה. גם כאשר אנחנו חוששים שלהורים יש ניגוד אינטרסים כמו בפס"ד ציוודיאלי גם כאן ההרגשה היא שאי אפשר להסתמך על רצון והוראות ההורים ויש לפנות לקבל הוראות ממישהו, היום הנטייה של החוק היא להפנות לועדות האתיקה, אבל היום יש נטייה בהרבה מקרים היא לפנות לביהמ"ש דרך **ס' 68 לחוק הכשרות. ס' 68(ב) מאפשר לפנות לבית המשפט בכל הקשור לטיפול בקטינים כאשר השיקול שביהמש צריך לקחת הוא טובת הקטין: טובתו הגופנית וטובתו הנפשית!**

בעניין **טיפול בקטין הנוטה למות: בפס"ד שפר** אפשר לראות את הקונפליקט של סיטוציה שהורה מבקש להפסיק טיפול בילד שלו וההשלכה היא שהילד ימות. בפס"ד שפר האם ביקשה להפסיק הנשמה והמשמעות היא שהילדה תמות. גם **בפס"ד בן איכר-** קטין שנולד עם פגיעות פיזיות ומוחיות קשות, גדל במוסד עם משפחה מאוד מסורה שהגיעה כל יום ולקחו אותו לחופשים, הוא היה במוסד רק בגלל שהטיפול היה כ"כ מורכב. בגיל 9 הוא חלה במחלת כליות קשה והן הפסיקו לתפקד- הדרך היחידה להשאיר אותו בחיים הייתה לעשות בו דיאליזה, בגיל הזה עושים דיאליזה דרך הבטן- בדר"כ בלילות מחברים את הילד למכונה שמחליפה את פעילות הכליה. עבור זה היה צריך לעשות ניתוח שמשתיל לו "שנט" בבטן כדי שיוכלו לחבר אותו. ההורים לא מוכנים לכך (הייתה דרושה הסכמתם) הם אומרים שהוא כ"כ סובל, וההנאות שעוד יש לו בחיים יתמוגגו כאשר יחברו אותו לדיאליזה. ברוב בתי החולים היום כזה מקרה לא היה מגיע לבית המשפט, אך המקרה הגיע לביהמש לענייני משפחה בשנות ה90. ביהמש אומר שההורים לא יכולים להחליט שהם לא נותנים טיפול ולכן נותן צו לטיפול בילד למרות ההתנגדות. בבית המשפט המחוזי ההחלטה מתהפכת והש' קובע שההורים נוהגים כדרך שנוהגים הורים מסורים- אין להתערב בדעת ההורים. המדינה מתגייסת לעניין ומערערת לעליון, בעליון הפכו את ההחלטה שאומר שאין להרשות כחברה לנהוג בילדים מפגרים או נכים אחרת ממה שהיו נוהגים בילדים אחרים. הטיפול של הכנסת השנט הינו רוטיני ואין סיכון ממשי. אם הילד לא היה נכה או מפגר לא הייתה שאלה בכלל אם לעשות את הטיפול הזה. לכן יש לעשות את הטיפול גם בנסיבות האלו. עשו לילד את הטיפול, וכל הסיבוכים האפשריים קורים לילד, אחרי מס' חודשים הוא נפטר בסבל לא פשוט.

אם מסתכלים על החלטת ביהמש העליון במקרה הזה יש לקחת בחשבון שזה לא נכון להגיד שאם מדובר בילד רגיל היו עושים ולכן נעשה זאת גם לילד מפגר, כי הכותרת היא לא "ילד נכה" אלא החשש שהסבל שלו יהיה יותר גדול ויותר מורכב. אותן הנאות חיים שילד רגיל יכול היה להנות מהן, גם עם שנט זה היה הופך להיות מורכב. **המקרה הזה הוא סמל ודוגמה לכך שהמקרים האלו סובלים מאוד מלהגיע לבתי משפט ובייחוד לעליון שם חייבים להגיד ערכים כללים שיש להכריזם, ורבות נכשלים לקחת בחשבון את דקויות המקרה שלפניהם.**

בגלל אמירות שונות גם בפס"ד שפר וגם בפס"ד בן איכר היום יש פרשנות משפטית שמקובלת על רוב האנשים העוסקים בתחום לפיה כל מקרה שיש בו דילמה הקשורה לסוף חיי קטין צריכה לקבל אישור של בית משפט, המרצה מצרה על כך.

**פס"ד שפר חשוב!**

**שיעור 10 - 11.6.12**

בשבוע שעבר דיברנו על ציווידאלי ולקיחת מח עצם מקטינה וכל המסביב. דיברנו על כך שההסתכלות בכל הקשור היום בקטינים זה ניסיון לתת להם עצמאות, במובן זה שאם אי אפשר לקבל מהם הסכמה מדעת, לפחות להיות בטוחים שהם מבינים, לקבל מהם השתתפות ושותפות בתהליך. בציוודיאלי השופט מדבר גם על אומד דעתו של הקטין ושם הדגש לכך שפעולה רפואית תעשה בהתאם ל**טובתו של הילד- טובתו הפיזית והנפשית.**

היום נדבר על איזשהו תהליך שניתן ללמוד דרך התפתחות הפסיקה בכל הקשור לאפוטרופוסות- גם הורים וגם אפוטרופוסים על חסויים:

**פס"ד נזירה לוי:** פס"ד משנת 1968. משפחה שזכתה לגורל מאוד קשה, משפחה עם אב חולה במחלת כליות קשה שנולדו להם 6 ילדים. 3 מהם ירשו מהאב את מחלת הכליות הקשה ונפגעו ממנה. שלושת הילדים האחרים היו מפגרים (לא חולים במחלת כליות). האם הייתה בריאה והחזיקה את כל המשפחה. בשלב כלשהו האב נפטר כתוצאה מהמחלה, המצב של הבן הגדול התדרדר והאם תרמה לו את אחת הכליות שלה, ההשתלה הצליחה- לפני כמה שנים הוא עבר השתלה נוספת. כשהאחות השניה, חלתה גם היא במחלת כליות (בת 17), עלתה אפשרות לקחת תרומת כליות מהאחות שולמית, בת ה19, **אחת מהאחים המפגרים**, ולהשתיל אותה באחותה החולה במחלת הכליות. זאת לא המציאות שמכירים היום, מדובר בתקופה שהאוטונומיה המשפחתית הרבה יותר עצמאית מאשר היום, היום אנחנו כחברה מתערבים ולוקחים אחריות.

בפס"ד הרופאים היו חלוקים בדעותיהם האם אפשר פשוט לקבל את ההסכמה של האמא, שטוענת שהיא אפוטרופסית טבעית של שתי הבנות, לבין דעה אחרת בקרב הרופאים שיתכן שיש פה משהו מורכב של ניגוד אינטרסים: נכנסים פה שיקולים זרים, אולי לא ניתן להיות אובייקטיבי.

האם אמרה- אל תטעו לחשוב, זה לא שאני אוהבת יותר את הבת החולה במחלת כליות אלא היא מסתכלת דווקא על טובתה של שולמית, הקשר ביניהם והמחויבות שהבת הגדולה תרגיש עבור שולמית, יתרמו לסיכוי שלאחר מותי שולמית תזכה לטיפול ואהבה.

הם פנו לבית המשפט לבקש הוראות, בית המשפט בפס"ד די קצר, אומר שהאם היא אפוטרופסית של שתי הבנות, איש לא טען שהאם פועלת שלא כשורה או שלא לטובת בנותיה, ואם אף אחד לא אומר זאת, אז הוא משאיר לה את ההחלטה. האם חתמה על ההסכמה על הניתוח ולקחו את הכליה משולמית.

**בר"ע 698/86 היועמ"ש נ' פלוני:** בפס"ד זה, מקרה דומה אך שונה. מדובר במשפחה עם הורים ניצולי שואה, האב חולה במחלת כליות. האם כתוצאה מכל מה שעברה מעורערת בנפשה, יוצאת ונכנסת מאשפוזים של חולי נפש. שלושה ילדים- שתי בנות בוגרות ונשואות, ובן מפגר ברמה של ילד בן 5, האב מטפל בו במסירות נפש. הוא קשור לאב בצורה בלתי רגילה. בשלב מסוים המחלה של האב מתדרדרת והוא מאוד נחלש, הסיכוי היחיד הוא השתלה אך האב בשלב הזה מעל גיל 70 והסיכוי שלו לקבל תרומת כליות דרך רשימת ההמתנה הוא אפסי. עולה רעיון ומסתבר שהבן מתאים מבחינה רפואית לאבא. האב מבחינתו אומר שהוא מבחינתו רוצה למות, אך מבחינת הבן שלו- המצב שלו עלול להתדרדר. הרווחה בודקת את זה ומסתבר שהוא מאוד אוהב ורוצה לעזור לאבא. הם פונים לבית המשפט בב"ש דרך ס' 68(ב) לקבל הוראות- מה לעשות, בגלל שהס' אומר שכל פעולה כזאת, רפואית, בנושא של מפגר או קטין, משהו חריג שיש בו חשש או בעיה, בית המשפט נותן הוראות בעניין הזה. ביהמש מאוד מתרשם מכל חוות הדעת שזו **טובת המפגר.** ביהמש רואה הכל בפריזמה של טובת המפגר! הוא מתרשם מכל מה שהובא בפניו שעדיף לו עשרת מונים להיות בלי כליה מאשר להיות בלי האבא- ומאפשר את הפעולה. מוגש ערעור לעליון ע"י **אקים- עמותה למפגרים, הם שמעו על המקרה וטענו שיש פה מדרון חלקלק- מפגרים יהפכו להיות "חלקי חילוף" לבריאים.** ביהמש העליון יושב על המדוכה במקרה המאוד מורכב הזה, יש פה שתי נקודות התייחסות שביהמש מתכתב עמן לאורך הפס"ד: האחד **פס"ד נזירה לוי** והשני **פס"ד ציוודיאלי.** ביהמש מאבחן את המקרה שלפניו משני המקרים הללו:

לגבי המקרה של נזירה לוי אומר ביהמש שבשנת 86' העידן אחר, היום מאוד התקדמו קדימה בכל הנושא של זכויות קטינים ומפגרים, היום מאוד שינינו את כל ההתייחסות לאוטונומיית ההחלטות בתוך התא המשפחתי. זו החלטה שחורגת מהתפיסה שהאב כאפוטרופוס מחליט על השתלת כליה מבנו בו. ביהמש אומר שהוא היום לא במצב של פס"ד נזירה לוי- הוא מעורב, מתערב, ולא משאיר החלטות בידים של ההורה, בטח שלא במקרה של מפגר.

לגבי ציווידאלי ביהמש אומר שהמקרה הנ"ל הוא לא כמו ציוודיאלי: מח עצם מתחדש, הגוף מחזיר לעצמו את מח העצם- לא נשאר לה נזק קבוע, לעומת זאת בכליה נשאר נזק קבוע. **הדבר העיקרי** שביהמש מתייחס אליו הוא: בציוודיאלי התורמת הייתה ילדה שעברה הערכות פסיכולוגית שאמרו שהיא לא מבינה עכשיו אבל היא תבין כשהיא תגדל, בפס"ד פלוני מדברים על בחור מפגר- הוא לא מבין עכשיו, **והוא לא יבין אף פעם!** הוא לא יבין את המורכבות של העניין,לא יהיה לו שום מושג לעולם. הוא לא יהיה מסוגל לתת הסכמה בעתיד- אלו הבחנות מאוד כבדות משקל מבחינת בית המשפט, כי גם מבחינת ההסכמה שלו אי אפשר לסמוך על אומד דעתו או על כך שיתן הסכמה בדיעבד, ומצד שני הפגיעה שתהיה בו הרבה יותר קשה ולתמיד. **ביהמש העליון הופך את החלטת המחוזי ואוסר על לקיחת הכליה מהבן המפגר.**

* ביהמש מתייחס בקצרה לעובדה ששתי האחיות של הבן המפגר לא נבדקו לראות האם הן יכולות להיות תורמות מתאימות או לא, אך מאחורי הקלעים זה מאוד הפריע לביהמש, זה היה נראה כאילו בחרו בפתרון "הקל". הן טענו שהן עוסקות במקצועות גופנים והסיכוי לפגיעה גופנית יותר גבוהה אצלן. ההשפעה של זה על ביהמש הייתה מאוד קשה כי התחושה שהשופטים קיבלו הייתה שאיש לא מתאמץ יותר מדי, ביהמש לא אוהב את ההחלטה הזו ובמיוחד הוא לא אוהב את זה שמצאו פתרון נוח- יש פה אח מפגר שלא מבין כלום אז נקח ממנו כליה. כמה שנים אחכ היה מקרה מעניין של שאלת רב שהפנתה משפחה חרדית לרב עובדיה יוסף- האם אפשר לקחת כליה מבן מפגר ולהשתיל באב? הוא נותן תשובה הלכתית עם הסתכלות על **אומד דעתו** של הקטין- אם לא היה מפגר והיו שואלים אותו אם הוא היה מוכן לתרום והטענה שלו הייתה שכן ונתן להם אישור הלכתי. בסוף כל התשובה יש \* למטה שנכתבה שבועיים אח"כ שבה רשום שהובא לידיעתו שכל שאר הבנים במשפחה שנשאלו לא מסכימים לתרום את הכליה, לכן כל ההנחות לגבי הבן המפגר בטלות ומבוטלות ולכן אוסר על הפעולה.
* ביהמש מדבר הרבה על העניין של "אמירה חברתית", על כך שיש לשמור על זכויות מפגרים. בזמן שעבר מפס"ד שניתן במחוזי בב"ש עד הערעור שהגישה אקים בעליון הוגשו מספר בקשות לבתי משפט בארץ בנושא הוצאת איברים ממפגרים והשתלתם בבני משפחה. אחד המקרים הבולטים היה מקרה של נער בן 16 שהיה לו אח שחלה במחלת כליות, הנער בן ה16 היה מפגר שגדל במוסד למפגרים כאשר בניגוד לפס"ד **בן איכר**  שם ההורים היו מאוד מסורים, לפי העדויות להורים לא היה שום קשר איתו, ויום אחד התייצבו ההורים, טענו שבאו לקחת אותו לחופשה, על הדרך עשו לו בדיקות דם, והתברר שהוא תורם מתאים לאח, והגישו את הבקשה. המקרים האלו הדליקו נורה אדומה וביהמש מאוד חשש מזה- עלולים למצוא עצמנו במדרון חלקלק והאמירה החברתית שיש לומר היא אמירה ברורה שממנו ישתמע שזכויות מפגר מוגנות ולא יתאפשרו סטיות מכך!

שתי הנקודות האלו השפיעו על החלטת בית המשפט שהפכה את החלטת המחוזי, למרות שלא היה אחד שחשב שזה לא הדבר הכי נכון לעשות מבחינת הבן המפגר. המקרה הסתיים בצורה מאוד טרגית, זמן קצר לאחר מכן המצב של האב החמיר והתדרדר, הבן עבר למוסד- המצב שלו היה ממש קשה, הייתה רגרסיה בכל ההתפתחות שלו. האם באחת היציאות שלה מביהח לחולי נפש הגיעה למוסד למפגרים שהבן גר בו וחנקה אותו באמצעות כרית והרגה אותו.

זה היה מקרה, שלדעת המרצה, ביהמש העליון מחויב להצהיר משהו מסויים אך ההצהרה אינה לטובת הנפשות הפועלות במקרה הספציפי. לביהמש העליון לא היו אפשרויות רבות מבחינת ההצהרה של העליון, אך מצד שני זה יכול היה להיגמר אחרת. **אך חשוב להבין ולזכור שבית המשפט לא סתם את הגולל לחלוטין על זה שאף פעם אי אפשר יהיה לקחת איברים מקטינים או מפגרים ולהשתיל באחרים, אך הוא אומר שכל בקשה כזו חייב להגיע לאישור בית משפט (תמו ימי נזירה לוי) שיאשר את זה רק במקרים סופר נדירים שיהיה ברור שזו טובתו של המפגר או הקטין ואין בילתה!! למרות שסביר שאם במקרה הכ"כ מובהק הזה חשב שזו לא טובתו של המפגר אז במקרים האחרים גם כנראה שכך יהיה- בפועל לא קורה שמאשרים על אף אי סתימת הגולל.**

אחד הדברים שביהמש התייחס אליהם **בפלוני** הוא שיתכן שיש למחלה של האב פן תורשתי ויתכן שכשהבן יגדל הכליה שלו תתמוטט, ומי יתרום לו כליה?

נקודה אחרת- אם מסתכלים על "טובתו" אז למה יש צורך בהסכמה עכשיו או אח"כ?? עם פרוץ האוטונומיה, ההטבה בעבר אינה ההטבה של ההווה. נקביל זאת לטיפול בכפייה- ס' 15(2)- הרציונל אומר שזה צריך להיות לטובתו אך יש צורך גם בהסכמה למפרע. טובת החולה כמעט כבר לא עומדת לבד- היא מתערבת עם האוטונומיה של החולה, וברגע שזה קורה זה מתחיל לבלבל כי לא מסתכלים רק על טובת הילדה התורמת אלא מסתכלים על כך שהיא תבין את העניין.

**לסיכום:**

יש רגישות גבוהה בחברה לגבי הנושא של אנשים עם מוגבלויות, לגבי נושא האפליה והזכויות בחברה. ביהמש, במיוחד העליון, שרואה עצמו כנושא דגל שפחות שם לב לדקויות. המקרה של **בן איכר** לא היה צריך להגיע לבית משפט. הפחד של ביהמש שהוא לא יכול היה לעצור את הסכר- לא בטוח שהוא מוצדק כי אלו מקרים שממילא מגיעים לבית משפט ונבדקים בפינצטה. הרגישות שצריכה להיות בחברה לערך החיים צריכה להיות גדולה. קיבלנו החלטה כחברה שההורים לא יקבלו החלטות כאלו לבד ולכן זה מגיע לועדות אתיקה.

נתחבר בעזרת פס"ד פלוני **לתרומת איברים מאנשים חיים:**

מה אפשר לתרום? כליה, דם, אונת כבד, אונת ריאה, תאי רביה (זרע, ביצית).

**שלושה דברים מאוד חשובים שמקפידים עליהם בועדות (ביהמש ידון בכך אם מדובר במקרה שנכנס בגדר ס' 68(ב) ) לבחינת תרומת איברים מאנשים חיים:**

* **יסוד ההסכמה-** ככל שמדובר בטיפול יותר אלקטיבי, פחות להצלת חיים, נדרוש את ההסכמה ברמה הגבוהה ביותר. כשאדם תורם איבר למישהו נצפה להסכמה מדעת ברמה הכי גבוהה שאפשר. אתה לא צריך את הטיפול לעצמך אלא אתה עושה את זה למישהו אחר.
* **מסוגלות לעשות זאת ללא נזק-** יש לבחון שהאדם מסוגל לעשות זאת ושאינו בקבוצת סיכון לנזק.
* **אין העברת תרומה-** להיות בטוחים שאין פה סחר באיברים. תרומת איבר מחי חייבת לעבור אישור של ועדה, כאשר אם מדובר בבני משפחה זה עובר ועדה מקומית בבית החולים שבודקת את התורם, ואם מדובר בתרומה שאינה מקרובי משפחה אלא ממשהו שהתקנות או הנהלים מגדירים ממישהו שהוא "קרוב רגשית" זה עובר דרך ועדה ארצית שבודקת את מרכיב הוולנטריות.

**האם ב100% מהמקרים הועדות יכולות להיות מדויקות?** לפעמים הן מצליחות, אך נאיבי לחשוב שבכולם היא מצליחה.

**יש דעות חלוקות באשר לסחר באיברים-** המתנגדים טוענים שמדובר בזילות חיי אדם, נגיע למצב בו עניים יהיו מחסן לחלקי חילוף לעשירים ולכן זה יגדיל הפערים בחברה ויפגע בשוויוניות של מי שיכול לקבל איברים. לעומת זאת, התומכים אומרים שהגיע הזמן שנפסיק להיות יפי נפש- חסרים איברים, אנשים מתים מהמתנה להשתלה ואנחנו חייבים להיות יצירתיים פה. כמו שאנשים תורמים זרע וביציות כשהם זקוקים לכסף גם אם הם מסכנים את עצמם, יש לאפשר זאת גם להשתלת איברים מאנשים חיים. התומכים טוענים בנוסף שלא נעשה זאת בצורה של שוק חופשי שהעניים תורמים לעשירים בלבד, אלא בצורה מאורגנת- המדינה תעשה את זה. מי שמעוניין לתרום יעשה זאת למאגר המדינה, והם יקבלו כסף מהמדינה.

**בשיעור הבא נדבר על נושא תרומת האיברים:**

**לקרוא את חוק השתלות איברים 2008+ חוק החולה הנוטה למות.**

**שיעור 11- 18.6.12 ואחרון**

**השתלות איברים מחיים**

הנקודה החשובה בהשתלות איברים היא **הסכמה חופשית והעדר תמורה,** אך זה לא תמיד "הולך". כחברה, כרסמנו בכל הנושא של קדושת הגוף ושלא משנה מה לא משלמים בעבור גוף. הכרסום הזה מחלחל. **בחוק ההשתלות החדש אפשר לראות שיש הכרה בהוצאות התורם.**

**השתלות איברים מנפטרים**

החוק המרכזי (בצורה אבסורדית) למרות שיש חוק השתלת איברים חדש מ2008, הינו **חוק האנטומיה והפתולוגיה 1952/3.** החוק הזה נועד להסדיר את כל הקשור לנתיחת גופות לצורך קביעת מוות. בתיקון שנעשה בחוק בשנת 1981, עשו מס' שינויים שהחמירו מאוד את הקריטריונים לנתיחת גופות, ובין השאר דיברו גם על מצב בו רוצים לקחת איברים לצורך תרומה. האמת שלא מוזכרת המילה "תרומה" נתון שם "לצורך הצלת חיים של אדם אחר". החוק עושה הבחנה בין איברים שנלקחים לצורך הצלת חיים (תנאים יותר מקלים) לבין איברים שנלקחים לצורך ריפוי.

חלק מההשתלות שקיימות היום, כמו לב, כבד, לא היו בשנת 1981. בעיקר דיברו שם על השתלות של כליה וקרנית והחוק מציין שהשתלות אלו הן השתלות של הצלת חיים ולא ריפוי. לא רשום בדיוק מה נועד לריפוי אבל אפשר להניח שהשתלת עור זה לצורך ריפוי.

**מה הנפקות?**

שלבים ותהליך שאתה צריך לעבור עד שניתן לקחת את האיברים.

**חוק האנטומיה והפתולוגיה=** אם יש מועמד לתרומה ולא ידוע לך שהוא התנגד לתרומה, ויש לקחת את האיבר שמוגדר **להצלת חיים** מותר לך לקחת את האיבר, בנסיבות מסוימות, אפילו ללא הסכמה מהמשפחה. יש אפשרות לקחת איבר לצורך הצלת חיים גם בלי שנמסרה הודעה למשפחה.

באילו נסיבות? עשית מאמץ לאתר את המשפחה ולא הצלחת, אם תשתהה ותתמהמה לא תוכל להשתמש באיבר כי הם לא מחזיקים לנצח.

לכן, לפי החוק יש להודיע למשפחה **אבל** אם אתה צריך את זה להצלת חיים, להבדיל מריפוי, ואתה מרגיש שאם תתמהמה תאבד את האיבר מבחינה רפואית. היום המקרים בהם אתה לא יכול להשיג אדם הולכים ונהיים נדירים יותר ויותר.

**יש לקחת בחשבון, בכל הנושא של השתלת איברים ממתים, שהחוק כמו שהוא אם קוראים אותו בצורה "הרשמית" מאפשר הרבה יותר ממה שעושים בשטח. בשטח נוהגים לפנים משורת הדין ומאוד מקפידים לא לקחת איברים מנפטרים אם המשפחה מתנגדת אפילו אם לנפטר יש כרטיס תורם. למען האמת, מדובר במקרים מאוד נדירים שפועלים בניגוד לרצון הנפטר, אך במיעוט מאוד קטן של המקרים זה אכן קורה (**סיפור אבי כהן)**. אך הנקודה המשמעותית היא שבנושא השתלת איברים יש צורך בשיתוף פעולה של הציבור.**

לאורך הקורס ראינו עד כמה בעייתי נושא שיתוף הפעולה של הציבור ואמון הציבור ובעניין של השתלות איברים זה מגיע לנקודת שיא. הסיבה הראשונה שאנשים מסרבים לתרום איבר היא מסיבות דתיות, הבעיה הקשה ביותר מבחינה דתית היא קביעת רגע המוות. השאלה פה היא עקרונית- האם המוות נקבע ע"י הפסקת פעולת הלב או ע"י הפסקת פעולת הנשימה? **אך הרעיון המנחה את פסיקת רוב הרבנים ואת חוק מוות מוחי נשימתי 2008 הוא ע"י הפסקת פעולת הנשימה באופן בלתי הפיך שיכולה להיקבע בשני אופנים: 1. הפסקת פעולת הלב- מעידה שהנשימה לא תחזור, 2. הרס של המוח כולל גזע המוח שאחראי על הנשימה.** יש לנו מוות אחד, יש כמה דרכים לקבוע את אותו מוות אחד אך לא מדובר בדרגות שונות של מוות. מבחינה דתית, רוב הרבנים מפסיקים עם הקביעה שהמוות נקבע ע"י הפסקת הנשימה והדרכים להוכיח זאת הן או ע"י הפסקת פעולת הלב או ע"י הרס המוח. יש זרם, בראשות **הרב אלישיב,** שגורם שרק הפסקת פעולת הלב היא זו שמעידה על הפסקת הנשימה באופן בלתי הפיך ולכן לפי התפיסה שלו מוות מוחי לא נחשב למעשה כמוות. הייתה גישת ביניים, שהיום רווחת אך קצת פחות, שבראשה היה **הרב אורבך** לפיה מכירים מצד אחד שמוות מוחי הוא מוות כי הוא מעיד על הפסקה בלתי הפיכה של נשימה. מחקרים הראו שיש מצב שהגוף ממשיך לחיות אפילו כשהבנאדם מת. הרב אורבך טען שהוא מכיר בכך שמוות מוחי הוא מוות לכל עניין ודבר אך לא בטוח במבחנים היום של הרפואה לאבחן זאת.

הסיבה השנייה שאנשים חוששים מתרומת איברים היא שאנשים חוששים שאם יהיה להם כרטיס תורם הרופאים ימהרו להכריז על מותם ללא מאמץ יתר על מנת להציל אותם, כדי שיהיה אפשר להשתמש באיבריהם לצורך השתלה. הדבר מעיד על פגם כבד באמון הציבור ברפואים ומתבטא בצורה חריפה ביותר. למרות שכל המנגנון של קביעת מוות מוחי, בנוי מבחינת החוק כדי למזער ולא לאפשר בכלל צל של ספק שזה מה שקורה והאנשים שקובעים מוות מוחי הם רופאים בכירים שלא קשורים לצוות המטפל או לצוות המשתיל. באמת נעשים נסיונות כדי להציל את האדם אך כנראה שזה לא משכנע את כולם. דעת הקהל מאוד שברירית, ולכן כל פעם שיש שערוריה שלא קשורה לאיברים מנפטרים גרף המסכימים לתרומה יורד בצורה חדה.

מ-2008 מתחיקת חוק מוות מוחי נשימתי יש הצהרה של מעורבות של אנשי דת בכל הליך הכשרת הרופאים שקובעים את המוות המוחי. יש פה הגנות "מכל הצדדים".

הרגישות הציבורית והחברתית למצבים האלו, הקושי הגדול שיש בנשימה אחת צריך לומר למשפחה שאפסו כל הסיכויים ובאותה נשימה לבקש מהם לתרום איברים, מעורר את הקושי של המשפחה עצמה שמעולם לא עסקה בעניין זה. יוצא שרוב המשפחות לא מתעסקות בכך, לא מדברות על הנושא ועל עמדת המשפחה וזה כמובן מקשה את העניין.

**ועידה לקביעת מוות מוחי** מורכבת מרופאים שעברו הכשרה מאוד ספציפית. יש גורמים שעליהם לשלול לפני קביעת המוות המוחי.

**פס"ד בלקר נ' מדינת ישראל** קבע בפעם הראשונה חד משמעית **שמוות מוחי הוא מוות לכל דבר ועניין גם מבחינה משפטית!** למה זו הייתה בכלל שאלה? כי לא היה בחוק מעולם מה זה מוות, עד שהגיע חוק לקביעת מוות מוחי בשנת 2008. בשום מקום לא כתוב מה זה "מוות" בעוד שחוקים רבים מזכירים מוות.מתי אדם מוגדר מת? זה לא הוגדר כי באמת בעבר לא היה צורך בכך- היה ברור מה זה מוות. כל ההתפתחות הרפואית שהתרחשה בשנים האחרונות הביאו עמן מורכבויות חדשות, לצד יכולות חדשות. יש לנו מצד אחד מוות מוחי אך מצד שני מכונות משוכללות שמאפשרות להחזיק את הגוף בחיים. פתאום כל הגדרת המוות מקבלת משמעות אחרת, במיוחד שמתעוררת הטכניקה של השתלת איברים- אנו לא רוצים לקחת איבר מאדם חי שיגרום למותו כדי להציל אחר. מצד שני אנו רוצים שתהיה היכולת לקחת איבר מאדם נפטר כדי להציל אדם אחר מבלי לפספס זאת.

**יש לנו היום שלושה חוקים:**

1. חוק האנטומיה והפתולוגיה- החוק הותיק ביותר שתוקן בשנות ה80. נושא השתלת איברים נכנס בו מהצד ולכן הוא מוסדר בו בצורה מאוד מסורבלת ובעייתית.
2. חוק מוות מוחי נשימתי 2008 שעוסק אך ורק בקביעת המוות.
3. חוק השתלות איברים 2008 שמדבר ברובו על איברים חיים, קצת על נטילת איברים מנפטרים, אך בשאלות הקריטיות של הסכמה וכו' מפנה להסדר שבחוק האנטומיה והפתולוגיה במקום לעשות הסדר חדש.

**חוק האנטומיה והפתולוגיה מגדיר מספר מצבים:**

1. מסירת הודעה למשפחה עושה הבחנה בין מצבים בהם אנו רוצים

לעשות נתיחה לצורך קביעת מוות לבין המקרים

שיש לנו צורך לקחת איברים כדי להציל חיים.

במקרה של נתיחה הוא נותן הגבלות מאוד קשות,

בנושא של הצלת חיים ההגבלות הרבה יותר קלות-

כל עוד זה לא מסכן את האפשרות להשתמש באיבר,

ואם כן לא ימסרו הודעה למשפחה. ברגע בו אני לא מצליחה

להשיג את המשפחה אני יכולה להוציא מנפטר איברים, תגיע

המשפחה לאחר מכן ותאמר שיקירהם נפטר ועל הדרך הוציאו

ממנו איברים. לא צריך להוכיח שהוא רצה לתרום.

לכאורה יכול היה להיות מצב שלוקחים איבר מאדם שלא הצלחנו למצוא את משפחתו ולא יודעים על התנגדות כלשהי, אך המקרים האלה הם נדירים! בזמן האחרון יש הוראה ממשרד הבריאות שלא לקחת כי זה לא נשמע טוב. אחד המקרים שהיו בארץ, זה הולך רגל שנפצע בתאונה. בכל הזמן ניסו למצוא את משפחתו ולא הצליחו, בסופו של דבר נקבע מוות מוחי, לקחו לו איברים והשתילו ורק לאחר מכן מצאו את המשפחה. מסתבר שזו הייתה משפחה של עולים חדשים והייתה מהומה גדולה בעניין ותקשורת לא ידידותית, המשפחה אמרה שהיא שמחה שלקחו את האיברים אך הם כמובן היו יכולים לעשות בלגן.

שאלה נוספת שהתעוררה באותו הקשר היא- האם מדובר באדם ערירי או שלא מצאו את המשפחה? חוק האנטומיה והפתולוגיה אומר שאם מדובר באדם ערירי נקח ממנו איברים רק אם ידוע שהסכים. דווקא במקרים האלו יש להיזהר כפליים. הסיפרו בב"ש היה מעניין כי רק בדיעבד התברר שיש לו משפחה אך עלתה ביקורת על ביה"ח שלכאורה לא ידעו אם יש לו משפחה או לא ולכן לא היו יכולים לקחת את האיברים ללא הסכמה שהובעה ע"י הנפטר.

1. קבלת "הסכמה":
2. **התנגד-**  אדם שהתנגד בחייו בכתב שגוויתו תנותח לא ינתחו אותה על אף הסכמת המשפחה לקחת איברים.
3. **הסכים-** מצב הפוך בו אדם הסכים, הסכים אדם בחייו שגוויתו תנותח! לכאורה לא כתוב בחוק האנטומיה והפתולוגיה שהוא צריך להסכים בכתב. אך בס' 1 לחוק=הגדרות, הסכמה מוגדרת לצורך החוק **כהסכמה שניתנה בטופס שנקבע בתקנות.** בטופס כתוב "אני מסכים שגוויתי תנותח ויוצאו ממנה איברים לאחר מותי". לכאורה זה אומר לנו שיש בעיה עם כרטיס תורם, אם הולכים בפירוש הדווקני הפורמליסטי אומרים שכרטיס תורם זה לא הטופס שכתוב בתקנות, אך מסתכלים מבחינה מהותית הרי בעצם זה אומר את אותו הדבר- אומר את זה במילים אחרות. זו הצהרת כוונות מאוד ברורה ולא ניתן לטעות בה, ולכן להגיד שבעצם אנחנו לא נתחשב בזה כי זה לא בדיוק הנוסח שכתוב בתקנות זה בוודאי מאוד בעייתי. בחוק ההשתלות החדש **בס' 28** ניסו לעשות סדר בעניין והם מדברים על זה שאפשר לקבוע עוד דרכים למתן הסכמה ולא רק הטופס מהתקנות, אלא גם כרטיס תורם. גם לכאורה לא צריך את המשפחה כי אומר החוק שאפשר לקחת ממנו איברים למרות התנגדות המשפחה, אך בפועל לא לוקחים כי לא רוצים את המאבקים במשפחה.
4. **אין לדעת-** ברוב המקרים אנו נמצאים בקטגוריה הזו. אנו לא יודעים אם הבנאדם בחייו התנגד או הסכים, ובמקרים האלו שאין שמץ של מושג נכנסת המשפחה לתמונה! החוק אומר שבמקרים שאין לנו מושג מה רצה האדם **מותר לקחת איברים אלא אם כן התנגד בכתב בן זוג, הורה או ילד לאחר המוות! החוק לא מבקש הסכמה, הוא מבקש שלא תהיה התנגדות בכתב.** בפועל הולכים עקב בצד אגודל ומנסים יותר לעבוד על הסברה ועל דעת הקהל מהבנה שבנושא הזה לא ניתן לקחת בכוח.

**המבחן:**

חומר סגור. יש בו שאלות שמנסות ליישם חומר אך גם שאלות אינפורמטיביות- לא ברמת הטפלות לפרטים איזוטרים אך כן ברמת ידע של חוק זכויות החולה **שצריך לדעת אותו טוב**.

החומר למבחן: מבוסס על החומר שבכיתה שדיברנו עליו ועל הדברים שנתבקשנו לקרוא, יש שם דברים הכוללים השלמה שלא הספקנו לדבר עליהם בכיתה שיש ללמוד אותם: כל הנושא של סודיות רפואית שדיברנו עליו מעט, היא תעלה שני חוזרי מנכל שהם חלק מהחומר, או חוק החולה הנוטה למות שלא דובר עליו אך יש לעבור על המצגת. **פס"ד שפר** זה בכל הקשור לאותם עקרונות של אפשרות ההורים להחליט החלטות באשר לילדים, בדברים הקשורים לעקרונות של סוף החיים- אותם הדברים שדיברנו עליהם בכיתה והם הרחבה.

המבחן הוא אמריקאי- כולו או מפוצל. יכלול 25 שאלות. שאלות אינפורמטיבית על החוק ויש שאלות יותר יישומיות. המבחן שעתיים.

יועלו שאלות לדוגמה (אך הן יהיו בשוליים של חומר שלא הספקנו לדבר עליהם אז לא להיבהל ☺ ) כדי לדעת את הפורמט. **חשוב מאוד לקרוא את השאלות והתשובות בעיון!!**

מרכיב- 100% +מטיב פונטנציאלי.