

בית המשפט המבוים בהרצליה

ע"א 1111/20

בשבתו כבית משפט עליון לערעורים אזרחיים

בפני הרכב השופטים :

כב' השופט נעם סולברג

ד"ר אורן אסמן

עו"ד מירה היבנר-הראל

אורלי אברהם

ע"י ב"כ מאי ארלובסקי

מרח' האוניברסיטה 8, הרצליה, 4610101, טל': 09-9527272

(להלן: "המערערת")

- נגד -

1. הרופא המטפל

2. בית חולים לבריאות הנפש

ע"י ב"כ תמר אדרי

מרח' האוניברסיטה 8, הרצליה, 4610101, טל': 09-9527272

(להלן: "המשיבים")

עיקרי טיעון - כתב ערעור

מוגש בזאת ערעור על פסק דינו של בית המשפט המחוזי תל אביב שדחה את התביעה שהגישה המערערת כנגד הרופא המטפל ובית החולים, על העוול שנגרם לה בגין רשלנותם שהובילה להיריון בעוולה ולידה בלתי רצויה. בית המשפט הנכבד מתבקש לבטל את פסק-דינו של בית המשפט המחוזי לקבוע כי למשיבים קיימת אחריות נזיקית בגין פעולותיהם, הכוללות חסימת זכות הגישה של המערערת לועדה להפסקת היריון, סירוב ביצוע החלטת הועדה, וכן העמדת התנייה לביצוע הפסקת ההריון.

ב"כ המערערת,



מאי ארלובסקי

פתח דבר

1. המערערת, צעירה מהמרכז בת 30 בעלת רקע פסיכיאטרי קודם, נכנסה להריון לאחר טיפולי הפריה ממושכים. בשבוע ה-10 להריונה ביקשה להפסיק את הריונה ממספר סיבות, והעיקריות שבהן העובדה כי לעובר סיכוי גבוה לחלות במחלת נפש, ומכיוון שהאמינה שהאחות שביצעה בה את טיפולי ההפריה "כישפה" והוא עתיד להיוולד עם מום בלתי-הפיך. על מנת להגן על שלומה ועל שלום העובר, הוחלט לאשפזה בכפייה בבית חולים לבריאות הנפש מכח סעיף 9 לחוק הטיפול בחולי נפש, תשנ"א - 1991.
2. עת אושפזה המערערת בבית החולים ביקשה לבצע הפסקת הריון, זאת מכח סעיף 316 לחוק העונשין, תשל"ז-1977. המשיבים לערעור זה, סירבו לאפשר למערערת גישה לוועדה להפסקת הריון (להלן: "הועדה"), בטענה כי היא מצויה במצב פסיכוטי ואין ביכולתה להבין את מהות בקשתה.
3. כאשר התקיימה רמיסיה (הפוגה זמנית) במצבה הרפואי של המערערת, התיר לה משיב 2 לגשת אל הוועדה. הועדה התירה למערערת לבצע הפסקת הריון, אך משיב 2 סירב להוציא לפועל את החלטת הוועדה וסבר כי המערער עודנה שרויה במצב פסיכוטי שאינה מאפשר לה להבין את משמעות הבקשה. לאחר מכן, התנה משיב 2 את ביצוע הפסקת ההריון בהסכמתה של המערערת להארכת האשפוז בחודש נוסף, בנימוק שיש להמתין עד שיחלוף ההתקף הפסיכוטי. בחלוף חודש הסכים משיב 2 לבצע את הפסקת ההריון, אך בשלב זה היה הריונה של המערערת בשלב מתקדם, והיא נאלצה להישלח לוועדה נוספת, ועדה להפסקת הריון בשלב החיות (חוזר 23/90, נספח 1), אשר דחתה את בקשתה.
4. בהתאם לאירועים אלו, המערערת הגישה תביעה נגד המשיבים בבית המשפט המחוזי, על העוול שנגרם לה בגין רשלנותם והובילה להיריון בעוולה ולידה בלתי רצויה. בגין פעולות אלו של המשיבים ביקשה המערערת בבית משפט קמא להעניק לה פיצוי עבור נזק גוף ממוני, ונזק נפשי בלתי ממוני, עקב פגיעה חמורה באוטונומיה האישית וכתוצאה - לידה בניגוד לרצונה. בית המשפט קמא דחה את תביעתה של המערערת, וקבע כי לא קמה אחריות נזיקית למשיב 2, ולכן אין להידרש לשאלת היקף הנזק שנגרם למערערת. בשאלת האחריות נקבע כי החלטות המשיבים הן מקצועיות גרידא, ואין מקום לערכאה שיפוטית להתערב בהן.
5. בערעור זה המוגש על פסק דינו של בית המשפט קמא, תבקש המערערת מבית המשפט לקבוע כי שגה בית המשפט קמא בקביעותיו. בית המשפט מתבקש לקבוע כי למשיבים קמה אחריות נזיקית בגין פעולותיהם, הכוללות חסימה לגשת אל הוועדה הראשונה להפסקת הריון, סירוב ביצוע החלטת הוועדה הראשונה שאישרה למערערת לבצע הפסקת הריון, וכן התנייה לביצוע הפעולה שאישרה הועדה בהסכמת המערערת. פעולות אלו עולות לכדי הפרת חובה חקוקה, כליאת שווא ורשלנות. זאת ועוד, המערערת סבורה כי שגה בית המשפט קמא כאשר לא קיבל את טענותיה בדבר כשירותה למתן הסכמה מדעת, שכן על אף אשפוז הכפוי היא הייתה במצב רפואי המאפשר קבלת החלטות בדבר הפסקת הריון.
6. כמו כן, טוענת המערערת כי כאשר מנעו ממנה המשיבים ביצוע הפסקת הריון, עשו זאת בחוסר סמכות. בנוסף, ולאחר שכן הותר לה לגשת לוועדה, אי ביצוע החלטת הוועדה הראשונה בעניינה, מהווה הפרת חובה חקוקה ופעולה בניגוד לעמדת המדינה כפי שהיא מוצגת בדו"ח מבקר המדינה משנת 2016 בעניין הפסקות הריון יזומות (נספח 2).

המסגרת הנורמטיבית

7. הוראות הנוגעות להיתר הפסקת הריון בישראל מעוגנות בסעיפים 312-321 לחוק העונשין. **סעיף 316 לחוק העונשין** קובע כי בסמכות הוועדה להפסקת הריון לתת אישור לרופא, אם האישה הסכימה לכך, ובלבד שקיימות אחת מן ההצדקות המפורטות בסעיף הנ"ל.
8. שני חוקים נוספים הרלוונטיים לסוגיות העולות בערעור דן הם חוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996 **וחוק הטיפול**, וקיים מתח ביניהם. בהתאם לכללי הפרשנות המקובלים - נורמה מאוחרת גוברת על נורמה מוקדמת, ונורמה ספציפית גוברת על נורמה כללית. בכל הנוגע לשני החוקים, לא ניתן לקבוע כלל פרשני קבוע וברור אילו מבין החוקים גובר כאשר קיימת סתירה, שכן חוק הטיפול הוא החוק הספציפי וחוק זכויות החולה הוא החוק הכללי שנחקק לאחר חוק הטיפול. מכיוון ששני החוקים אינם מפרטים מהי **הסכמה** לצורך טיפול בחולה נפש, תטען המערערת כי חוק זכויות החולה כחוק מאוחר וכללי משלים את הוראות חוק הטיפול. לכן, יש לראות בהוראות סעיפים 13-15 לחוק זכויות החולה לעניין הסכמה מדעת כחלות גם על חולי נפש ומשלימות את החסר בסעיף 35(ט) לחוק הטיפול. (ראה לעניין זה את מאמרו של **יצחק בנאי**, וכן את האמור ב**פרשת פלונית**).
9. הפסקת הריון היא ללא ספק הליך רפואי שלצידו קיימים אף סיכונים רפואיים ותופעות הלוואי, הדורשים מהמטופלת לחתום על טופס הסכמה לפני ההליך (ראה לעניין זה את **טופס הסכמה להפסקת הריון תרופתית, נספח 3**). משכך, למשיבים לא היתה סמכות למנוע מהמערערת לגשת לוועדות ו/או להחליט בעבורה האם לקיים או לא לקיים את הפעולה.
10. מעל להוראות הנורמטיביות שנזכרו עד כה, מרחפות הוראותיו של **חוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו**. ובייחוד סעיפים 2 ו-4 לחוק היסוד, מכוחם עולה זכותה של אישה לבריאותה ולחייה, זכויות אשר נפגעו מכח החלטות המשיבים.

אורלי הייתה כשירה עובדתית ומשפטית ליתן הסכמה

11. המערערת תטען כי כאשר שללו ממנה את האפשרות לבצע טיפול רפואי בו היא חפצה, התעלמו המשיבים מהליך קבלת ההסכמה מדעת לביצוע טיפול רפואי, ביצעו שורה של פעולות בחוסר סמכות, העולות כולן לכדי עוולות נזיקיות. לטענת המערערת, דרישת ההסכמה מדעת אינה נוגעת רק לצורך ביצוע טיפול רפואי בהסכמת החולה, אלא כוללת בתוכה גם חובה רפואית שלא לשלול את האוטונומיה של המטופל על ידי מניעה של טיפול רפואי שהמטופל חפץ בו, בהתאם למאמרו של **כרמי**. אין מחלוקת על כך שעל מנת לבצע הפסקת הריון נדרשה הסכמתה מדעת של המערערת, והמחלוקת נסובה סביב שאלת הכשרות של המערערת. המערערת טוענת כי טענת המשיבים חסרה בסיס עובדתי ומשפטי, וכי מפעולותיהם של המשיבים עולה כי הם מצאו שהמערערת היא כן במצב המאפשר ליתן הסכמה מדעת. על בסיס סברה זו אפשרו המשיבים למערערת לפנות לוועדה ולבקש את הפסקת ההריון. ויודגש, דרישתה החוזרת ונשנית של המערערת לבצע הפסקת הריון מעידה על הבנתה של משמעות הטיפול.
12. המערערת תטען שקיים פרדוקס בהתנהלותם של המשיבים: מחד, הם סברו כי המערערת כשירה מספיק על מנת לגשת אל הוועדה ולהעניק שם את הסכמתה כנדרש לפי סעיף 13 לחוק זכויות החולה ולסעיף 316(ב) לחוק העונשין, ולאחר אישור הוועדה הראשונה, מנעו את ההוצאה לפועל של ההליך, הפעם בטענה שהמערערת אינה כשירה. לטענתה של המערערת, **שאלת הכשירות היא שאלה שבמהות ואיננה יכולה להינתן תשובה שונה בנסיבות שונות**. משכך, משקבעו המשיבים שהמערערת כשירה, לא ניתן היה לטעון אחרת כדי למנוע ממנה ביצוע הפעולה.

13. לצד החוקים שעומדים לצידה של המערערת, הדרישה להסכמה מדעת של המטופל מופיעה בסעיף ז(3) **לכללי האתיקה הרפואית של ההסתדרות הרפואית בישראל (נספח 4)**, לשונו: **"הרופא ייתן טיפול רפואי למטופל רק לאחר שהתקבלה הסכמה מדעת של המטופל לכך...."**. המערערת תטען כי כאשר מנע ממנה משיב 1 טיפול בניגוד לדעתה והסכמתה, הוא סטה מכללי האתיקה.
14. בהקשר זה, יש לציין כי דרישה להסכמה מדעת קיימת גם **בסעיף 14 לתקנות בריאות העם (הפריה חוץ גופית), תשמ"ז - 1987**. לטענת המערערת, כבר בביצוע טיפולי ההפריה ניתנה הסכמתה מדעת, והרקע הרפואי שלה לא עמד בספק לשאלת הכשירות. מן המקובץ עולה שכשירותה של המערערת עמדה למבחן מספר פעמים, ובכל אחת מן הפעמים הללו הוכיחה כי היא מבינה את המשמעות, התוצאות והסיכונים של ההליכים הרפואיים האלקטיביים אותם היא בוחרת לבצע.
15. המערערת תטען כי בחינה של הסכמה מדעת אצל חולים פסיכיאטריים צריכה להיעשות על פי **"מבחן החולה הסביר"**. בית המשפט בעניין **קדוש** עשה שימוש במבחן זה וקבע כי היקף הגילוי אשר נדרש מהרופא המטפל ייקבע בהתאם למידע שחולה סביר נזקק לו, או מידע שמיוחסת לו חשיבות לצורך קבלת החלטה מושכלת לגבי הטיפול המוצע. לצד מבחן החולה הסביר, היקף הגילוי ייקבע גם בהתאם לנסיבות הטיפול הרפואי המוצע ומצבו של החולה. למשל, היקף הגילוי יושפע מגורמים נוספים: הסיכון בטיפול המוצע; דחיפות הטיפול; סוג הרפואה (פרטית או ציבורית); והשלכת הטיפול או על תקנת הציבור. מבחן **"החולה הסביר"** מוצא את ביטויו גם **בסעיף 35(י) לחוק הטיפול**, שם נחקק כי **"החולה ישותף במידת האפשר במידת הטיפול בו"**, ובדברי ההסבר להצעת החוק נכתב כי מטרת הסעיף להרחיב במידה ניכרת את זכויות המטופל. ואולם, נראה כי במקרה דנן זכותה של המערערת להביע את דעתה על אופן הטיפול, לא נלקחה בחשבון על ידי המשיבים, לא ניתן לה משקל, והיא נדחתה למעשה כליל.
16. המערערת תטען כי המשיבים סברו שיש לה את הכשירות המתאימה, ומשכך פעלו באופן המתאים למבחן החולה הסביר. זאת ועוד, המשיבים הוסיפו וחיזקו את מעמדה של המערערת ככשירה לקבל החלטות, משפנו אליה עם תנאים לביצוע הפסקת ההריון, ורק לאחר מכן ייחסו לה כשירות מוגבלת ביחס למתן הסכמה. המשיבים פעלו באופן פטרנליסטי, בוטה, ללא סמכות ובניגוד לעמדת המחוקק. גישה פטרנליסטית שכזו של צוות רפואי נדחתה בבתי המשפט בפסקי הדין בעניין **בן דוד** ובעניין **קדוש**.
17. במאמרו **שילה** מנה ארבעה תנאים שהתקבלו בבתי משפט בארה"ב לבחינת כשירותו של חולה במחלת נפש לצורך הסכמה מדעת, ואלו הובילו לכך שב-75% מהמקרים מטופלים בעלי הפרעות נפשיות היו כשירים לקבלת החלטה רפואית. אם נפנה ליישם את ארבעת התנאים על המערערת, נגיע למסקנה שהמערערת היתה כשירה לקבל החלטה וליתן הסכמה מדעת. למערערת **יכולת לבטא בחירתה**, דבר שעשתה לכל אורך השתלשלות האירועים בעניינה כאשר ביטאה את עמדה שוב ושוב. המערערת **בעלת יכולת להבין מידע רלוונטי**: הן לעניין משמעות הליך הפסקת ההריון ואיבוד העובר והן לעניין הצבת התנאי על ידי המשיבים המצריך את המשך אשפוזה הכפוי. המערערת **מעריכה נכונה את המצב ואת התוצאות הצפויות**, והשתמשה **במידע שסופק לה באופן רציונלי**. היא הייתה מודעת לפרוצדורות הנדרשות ממנה, הן מהועדה והן מהמשיבים. זאת ועוד, בקשותיה החוזרות אל מול המשיבים מצביעות על ההבנה של המערערת שמדובר בהליך לא תקין ובהיעדר סמכות של המשיבים למנוע ממנה הוצאה לפועל של ההליך לאחר שקיבלה את אישור הוועדה.
18. המערערת תטען כי היה על המשיבים לבחון את מניעיה לסירוב באמצעות ועדות האתיקה של בית החולים, וראה לעניין זה את מאמרה של **מאיה פלד-רז**. הסמכות הניתנת מכח סעיף 15(2) לחוק זכויות החולה היא רק כאשר מטופל מסרב לוועדות האתיקה של בית החולים ולא לרופא המטפל. הסעיף

מסמיך את ועדת האתיקה לכפות טיפול על אדם כשיר, רק במצב שבו האדם מצוי בסכנה חמורה, ואינו נותן מענה לסיטואציה שבה הסכנה החמורה שבפניה עומד החולה איננה סכנה מיידית, אלא סכנה בעלת פוטנציאל הידרדרות (ראה פסק דינו של בית המשפט המחוזי בתל אביב יפו, **פלונית נ' היועץ המשפטי לממשלה**).

19. כמו כן, **סעיף 7 לחוק זכויות החולה** מכוחו יש לאפשר למטופל חוות דעת רפואית נוספת. בהתאם לקבוע **בפרשת דעקה**, יש להפוך את החולה לחלק מרכזי בטיפול, ולא בהכרח להעדיף את עמדת הרופא על עמדת המטופל, שכן הרופא איננו הגורם הבלעדי בבחירת הטיפול. גם אם תתקבל נקודת המבט המקצועית של הרופא, היא כמובן תלויה בקבלת הסכמה מדעת. בהתאם לאמור לעיל בסעיף 12 לעיקרי הטיעון, חוק זכויות החולה חל גם על המערערת כחולת נפש. בשל כך גם בעניינו מצופה היה ממשיב 1 שישלח את המערערת לקבל חוות דעת רפואית נוספת, לפני שסירב להפנות אותה לבצע את הפסקת ההריון, על בסיס הקביעה שהיא אינה כשירה לקבל החלטה. לעניין זה, תטען המערערת כי עמדתה של הוועדה להפסקת ההריון כי **אכן כשירה** למתן הסכמה מדעת לביצוע הפעולה, משמשת חוות דעת נוספת.

שאלת הכשרות המשפטית אנג' אשפוז

20. בהתאם **לחוק הכשרות המשפטית והאפוסטרופוסות, תשכ"ב-1962** ולספרות (ראה מאמרו של **כרמי** וכן מאמרה של **נילי מימון**) כל עוד לא מונה אפוסטרופוס לאדם או שהכריזו עליו כפסול דין, ניתן לומר שהוא כשיר למתן הסכמה מדעת. בעניינה של המערערת לא נעשה שימוש בחוק זה. כך לא רק שהמשיבים לא פעלו בשום שלב על מנת למנות אדם אחר שיהיה רשאי לקבל החלטות במקומה, הם למעשה מינו את עצמם בדרך לא דרך לבחור בעבורה שלא תבצע הפסקת ההריון. המערערת טוען כי במצבה, עמדתה הייתה צריכה לגבור על עמדתם של המשיבים שכן גם במידה והיה ממונה לה אפוסטרופוס, כאשר אין בהירות בעניין כשירותו של המטופל דעתו עדיין גוברת על זו של האפוסטרופוס (ראה ספרם של **נתנאל בושרי ורון בן ארי**).

21. לא ניתן לקבל את הטענה שמשמעות אשפוזיה של המערערת בכפייה אצל משיב 2, מכח סעיף 6 לחוק הטיפול, היא היעדר כשירות לקבל החלטות. לא די במצבו של חולה המוביל לאשפוז בכפייה, כדי לשלול ממנו את הזכות לסרב לטיפול רפואי או לבצע טיפול רפואי שהוא חפץ בו (ראה את מאמרו של **שילה**). המערערת תחזק דבריה באמצעות נתונים סטטיסטיים של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה משנת 2015 (**נספח 5**). בשנה זו אושפזו באשפוז כפוי כ-7,679 איש, כ-15,000 נוספים התקבלו לאשפוז פסיכיאטרי וכ-105,000 איש ערכו ביקור אמבולטורי יומי במרפאות או בבתי חולים, בממוצע של כ-9.6 טיפולים פסיכיאטריים למבקר. ניתן לראות כי טיפול פסיכיאטרי אינו תופעה אזורית, גם במקרה של מחלת נפש חמורה, ועל כן אשפוזיה של המערערת לאורך השנים אינם סוטים מן הנורמה. אין לאפשר שלילת כשירותו של אדם רק משום שטופל במסגרות בריאות הנפש, וללא פיקוח של גורם שיפוטי. לכן, המערערת טוען כי אין להניח או לאפשר למשיבים שלילה אוטומטית של כשירותה ליתן הסכמה מדעת רק בשל מצבה הנפשי.

22. לטעמה של המערערת יש לפרש את הוראות סעיף 35(ט) לחוק הטיפול כך **שהמצב הרפואי** שיש לאמוד יהיה מצבו הרפואי של המטופל כמכלול, והדבר כולל את כשירותו המנטאלית. פרשנות זו מתיישבת לטעמה של המערערת עם מהות החוקים הרלוונטיים ומגשימה את זכותם של החולים לאוטונומיה, גם כשמדובר בחולים במחלות נפש.

23. המשיבים טענו כי המערערת הייתה שרויה בהתקף פסיכוטי, ולכן לא הייתה כשירה לתת את הסכמתה מדעת להפסקת ההריון, אך המערערת טוען כי אין לקבע את הטענה משום שניכר כי היא לא היתה

שרויה במצב פסיכוטי לאורך כל תקופת האשפוז. גם אם יטה בית המשפט לאשר אבחנה זו, אין לטעמנו מקום למנוע מהמערערת קבלת טיפול בניגוד לרצונה, רק בשל כך. וראו במקרה של מטופל הנמצא תחת טשטוש, נקבע כי אין לאפשר טיפול בניגוד לרצונו בעניין פסק הדין **מרפאת עין טל**. דברים אלה יפים גם לעניין מניעת טיפול, וגם לעניין מטופל אשר ספק אם מצבו הנפשי היה יציב.

סמכותה של הועדה להפסקת היריון

24. המשיבים התירו למערערת לגשת לוועדה להפסקת היריון, רק לאחר שסבר משיב 1 שחל שיפור במצבה והיא כשירה לגשת. לאחר שבחנה הוועדה את בקשתה וקבעה כי המערערת כשירה למתן הסכמה מדעת, אושרה הפסקת ההיריון. החלטה זו ניתנה כאשר עמד לנגד עיניה של הועדה מצבה של המערערת ועובדת אשפוז אצל משיב 2. בהמלצת של **ועדת ריפטיין (נספח 6)**, שסקרה את התנהלות הועדה להפסקת היריון, נאמר כי יש לחייב את הועדה להפסקת היריון לבסס את האישור לביצוע הפסקת ההיריון על אבחנה פסיכיאטרית מדויקת. מכוחו, מצבה של המערערת וודאי היה חלק ממניין השיקולים שראתה הוועדה לנגד עיניה. זאת ועוד, חוזר מנכ"ל משרד הבריאות מספר 23/93, שכותרתו: "שמירת החוק והתקנות ע"י הועדות להפסקת היריון – הנחיות ביצוע" (**נספח 7**), הדגיש כי כאשר הוועדה מאשרת הפסקת היריון בהתאם לעילות הקבועות בסעיפים 316(א)(3) או 316(א)(4) לחוק העונשין (חשש למום גופני או נפשי של הולד או נזק גופני או נפשי לאם, בהתאמה), עליה לעשות זאת בהתאם לחוות דעת רפואית.

25. נוסף על כך, עולה מדו"ח **מבקר המדינה משנת 2016**, "**הפסקות היריון יזומות**" (**נספח 2**), שכ-95% מהבקשות להפסקת היריון שאושרו, בוצעו על ידי המבקשות, חרטה ואי ביצוע של הפסקת ההיריון לאחר קבלת אישור הועדה, **מהווה חריג שבחריגים**. לטענת המערערת, היא איננה יוצאת מהכלל.

26. **הועדה להפסקת היריון היא הגורם הרפואי היחיד המוסמך לאשר או למנוע מאישה הפסקת היריון, זאת מכח סעיף 316 לחוק העונשין**. למרות האמור, פעולות המשיבים חורגות מסמכות ואין בידיהם האפשרות לשנות, להתנות או להפעיל שיקול דעת לאחר החלטת הועדה. פעולתיהם חורגות מסמכות וגם מבוססת על הנחה שגויה שהמערערת אינה כשירה.

הפגמים בהליך – פעולה בחוסר סמכות

27. אין בדין הישראלי מקור נורמטיבי ברור לסמכות הרופאים מלבד כללי האתיקה של הרופאים, ובהם תעשה המערערת שימוש. בכללי האתיקה אין הוראות המתייחסות להפסקת היריון. עיון בהוראות חוק העונשין, מעלה שהמחוקק העניק סמכות, באופן מפורש, בענייני הפסקת היריון לוועדה. לכן למשיבים, לא קיימת סמכות למנוע מהמערערת את המעשה.

28. אין גם לקבל את הטענה כי קיימת אוטונומיה לרופא שלא לספק טיפול רפואי הנוגד את מצפונו האישי או את עמדתו המקצועית (להוציא מצבי חירום מסכני חיים), שכן בהתאם **לאגד כללי האתיקה הרפואית של ההסתדרות הרפואית בישראל**, לא קיימת לרופא זכות וסמכות למנוע ממטופל את הטיפול הרפואי על ידי רופא אחר. כלומר, המשיבים היו רשאים לסרב לבצע את הטיפול בעצמם או לנסות לשנות את דעתה של המערערת מסיבות מקצועיות ואתיות, אך אין להם סמכות למנוע ממנה לבצע את הפסקת ההיריון. נראה כי מראשיתו של התהליך שיקול הדעת שהפעילו המשיבים היה בחוסר סמכות, נגוע בחוסר מקצועיות, ועל אף הידיעה הברורה כי חלון הזמן הנתון מוגבל, המשיכו לפעול כדי לסכל את ההליך, וזאת בניגוד להצהרה שעל הרופא והמטופל להיות שותפים להליך הרפואי (ראה את **ההצהרה הכללית של ההסתדרות הרפואית בישראל בדבר יחסי גומלין בין רופאים ובין ציבור המטופלים בישראל משנת 2014**).

29. משיב 2 הוא גוף מינהלי ועליו לפעול על עקרון חוקיות המנהל. גם משיב 1, כעובד של משיב 2, משמש כזרוע של הרשות המינהלית ומפעיל סמכויות מנהליות. בניגוד לועדה, אין למשיבים הסמכה מפורשת לקבל החלטות בעניינה של הפסקת ההיריון של המערערת, וראו לעניין זה את עניין **התנועה למען איכות השלטון**. לא ניתן לקרוא סמכות מתוך הוראות כלליות, כדוגמת חוק הטיפול, בהינתן סמכות מפורשת בחוק העונשין העוסק בוועדות הפסקת הריון. מכיוון שחרגו המשיבים מסמכותם, לא ניתן לאפשר את פעולתם שכן נדרשת הסמכה אחרת קיימת פגיעה בזכויות יסוד של המערערת (**עניין "המפקד הלאומי"**). זאת ועוד, על אף טענת המשיבים כי הם פעלו בסמכות סעיף 35(ט) לחוק הטיפול, אין סעיף זה מסמך אותם מכללא לקבל החלטות על עיצוב סיפור חייה של המערערת. בשל החשיבות של שמירה על זכויות אדם בעניינה של המערערת, יש לדרוש מהמשיבים רף גבוה של סמכות מפורשת בבואם לפגוע בהן (ראו דעתה של השופטת ביניש **במפקד הלאומי** וכן בפרשת המרכז האקדמי). בחינת סמכות נעשית בבתי משפט בישראל חדשות לבקרים, ובית המשפט לא יירתע מלפעול כאשר גורם בעל כוח שלטוני חורג מסמכותו, ומפעיל כוח שלטוני כופה בניגוד לעקרון חוקיות המנהל (ראה עניין מכבי שירותי בריאות).

30. בית משפט קמא סגה כאשר קבע שאינו יכול להתערב מכיוון שמדובר בשיקול דעת מקצועי. אכן, הכלל הוא שלרשות הידע והמקצועיות המתאימים, ובית המשפט יטה שלא להחליף שיקול דעתו בדעתה, אך אין הדבר נדרש **כשאינו כלל סמכות לפעול** כפי שהוצג לעיל. לכן, תטען המערערת כי זוהי שאלה של שיקול דעת מקצועי של גורמי רפואה, ובהם נוטה בית המשפט להתערב במקרים בהם הרופא סוטה באופן קיצוני מהפרקטיקה הרפואית המקובלת, כמו בפרשת **קליפורד**. במקרה זה סטה המשיב 1 מפרקטיקה רפואית מקובלת כאשר סתר את החלטת הועדה, וכשהתנה את ביצוע הפסקת ההריון בהמשך אשפוזו של המערערת.

31. המערערת סבורה שדי בבחינת שאלת הסמכות כדי להעלות שהמשיבים פעלו בחוסר סמכות, ומשכך פעילותם בטלה. משנטלו סמכות לא להם ועל דרך הפעלת שיקול הדעת שלהם פגעו באופן קשה בזכויותיה של המערערת, יש מקום לקבל את הטענה ולקבוע שהמשיבים פעלו ברשלנות.

הפגמים בהליך – הטלת חסמים ביורוקרטיים

32. גם אם ייקבע כי בסמכותם של המשיבים למנוע מהמערערת לגשת לועדה, יש בכך כדי להעמיד בפניה חסם ביורוקרטי מיותר, שבא לידי ביטוי גם בהצרת צעדיה של המערערת בהתניית החלטת הועדה בהמשך אשפוז. מטרתה של הרשות המנהלית היא להקל על הפרט במימוש זכויותיו, ותופעת החסמים הביורוקרטיים היא תופעה שיש להוקיע. טענה זו מתכתבת גם עם עמדתו של **מבקר המדינה, בדו"ח מבקר המדינה בדבר הפסקות הריון יזומות משנת 2016**. בדו"ח התייחס המבקר לסיטואציות בהן נשים קיבלו אישור מועדה להפסקת ההריון הפועלת במוסד רפואי אחד, ולאחר מכן התבקשו על ידי המוסד (או שהחליטו על דעת עצמן) לבצע את הפסקת ההריון במוסד אחר. מדו"ח המבקר עולה כי יש מוסדות רפואיים הדורשים מנשים **שבקשתן כבר אושרה במוסד אחר**, לעבור בחינה נוספת בועדה הפנימית של אותו מוסד. כלומר, מוסדות רפואיים דורשים מהאישה לעבור פרוצדורה מיותרת לאישור נוסף לביצוע המעשה, שלא בסמכות. משרד המבקר העיר כי זהו נטל ביורוקרטי הגורם **להתמשכות ההליך**; כי יש לקבוע מדיניות עקרונית להסרת חסמים שכאלה; וכי **יש לפשט את ההליך מבלי לפגוע בשיקולים הרפואיים ההכרחיים**.

33. המערערת טוענת כי על המשיבים היה לדעת כי הצבת התנאי להמשך אשפוז יביא לאיון ההחלטה של הועדה. פעולת המשיבים נעשתה על דרך העורמה בכדי להגיע למצב שהחלטת הועדה הראשונה לא תוכל להתבצע, והמערערת תחויב לגשת בפני הועדה השנייה. המשיבים הצליחו בסיכול הפסקת ההריון,

ולמעשה טוענת המערערת כי הפעלת שיקול הדעת המקצועי בעניינה נעשה בחוסר תום-לב. יש לתת את הדעת חשיבות זכותה של המערערת ועל העוול הגדול שנעשה לה, בייחוד שמדובר במעשה עשוי שעל המערערת לשאת בתוצאותיו. בסמכותו של בית המשפט לברר את חוקיות המעשה העשוי, בפרט אם הוא גובל באי-חוקיות, ולפסוק למערערת פיצוי.

העוולות הנזיקיות: הפרת חובה חקוקה

34. החלטת המשיבים שלא לבצע את החלטת הועדה להפסקת היריון עולים לכדי **הפרת חובה חקוקה לפי סעיף 63 לפקודת הנזיקין**. המערערת תטען כי מתקיימים כל הרכיבים שעליה להוכיח לצורך קיומה של העוולה.

35. המערערת תטען כי כאשר בוחנים את נסיבות המקרה, ניתן לזהות כי המשיבים **הפרו את חובתם בהתאם להוראות החוק**: סעיף 316 לחוק העונשין לבצע את הפסקת ההיריון וכן תקנה 2 לתקנות העונשין (הפסקת היריון), תשל"ח-1978. בהתאם לדברי ההסבר לחוק, מטרה של הועדה להפסקת היריון היא ללא ספק נועדה **לטובת המערערת**, לשמור על בריאותה במידה והיא חפצה בביצוע הפסקת ההיריון. בין היתר מטרת החיקוק הייתה לאפשר לנשים בישראל להימנע מנשיאת היריון בלתי רצוי, וכן להביא לידי ביטוי את זכותה של כל אישה על גופה.

36. כמו כן, תטען המערערת כי **המשיבים הפרו את החובה המוטלת עליהם**. בהתאם לאמור **בפרשת ששון** העוסקת בעניין דומה, על המשיבים היה לשלוח את המערערת לוועדה להפסקת היריון מיד עם בקשתה וכן לבצע מידית את ההליך שאושר על ידה. באמצעות הפרה זו **גרמו המשיבים לנזקים חמורים**: פגיעה באוטונומיה, נזק ממוני כתוצאה מההיריון הבלתי רצוי (אובדן השתכרות, הוצאות גידול הילד) ונזק נפשי לא ממוני בגין ההיריון עצמו (הכולל בתוכו כאב וסבל כתוצאה מהמשך ההיריון והלידה). במידה והמשיבים לא היו נוטלים סמכות לא להם, ולא פועלים בחוסר תום לב בשיקול הדעת שהפעילו בעניינה של המערערת, יכולה היתה המערערת להוציא אל הפועל את המעשה בהמשך לאישור הוועדה, וכלל הנזקים היו נמנעים.

37. המערערת טוענת כי **הנזק שנגרם לה הוא מהסוג שאותו התכוון סעיף 316 לחוק העונשין למנוע**: הנזקים האמורים בדברי ההסבר לחוק לתיקון דיני העונשין (הפסקת היריון) הינם נזק גוף מהפסקת היריון שתבצע באופן בלתי חוקי ועלולה לסכן את חיה, וכן נזק נפשי מעצם נשיאת היריון בלתי רצוי. המערערת תטען גם כי מטרת החיקוק נועדה כדי לאפשר לאישה אוטונומיה על גופה.

38. **לא מתקיים הסייג לפיו החיקוק היה אמור לשלול את הנזק**: זאת בשל החזקה כי אין בכוונת הסייג לשלול תרופה נזיקית אם מתקיים הרכיב השני ליסודות העוולה, לפיו מטרת החיקוק הייתה להגן על הניזוק (ראו את לדבריה של כבוד השופטת נתניהו בפסק הדין בעניין **סולטאן**). כמו כן, בתי המשפט הכירו בפיצוי להורים מקום בו לא בוצעה הפסקת היריון, כנידון **בפרשת המר**.

התנהלות המשיבים עולה לכדי עוולת הרשלנות

39. פעולות המשיבים עולות לכדי ביצוע של עוולת הרשלנות הקבועה בסעיפים 35-36 לפקודת הנזיקין. **בפרשת ואתורי** נקבע כי ניתן לעשות שימוש בעוולת הרשלנות במצבים שבהם לא ניתנה הסכמה למהלך טיפול רפואי לכן, בחלק זה אטען כי המשיבים חבים חובת זהירות למערערת כמטופלת, וכי התרשלו בתפקידם כיוון שסטו מסטנדרט התנהגות סביר המצופה מהם. המערערת תטען כי בהתאם לפרשת הדסה, קמות הן חובת זהירות מושגית בין רופא ומטופל ובין בית חולים ומטופל, והן חובת זהירות

קונקרטי בינה לבין המשיבים. בנוסף, קיימת חובת אמון בין רופא ומטופל היכולה להקים לרופא אחריות נזיקין, וזאת בהתאם לפרשת דעקה ולעניין סבין.

40. המשיבים הפרו את חובת הזהירות כלפי המערער במספר מקרים לאורך תקופת אשפוזו: המשיבים השתהו בשליחתה של המערער לועדה ואיבדו זמן יקר, ולאחר מכן השתהו גם בביצוע ההליך (ראה לעניין זה פרשת מלול). התועלת בשיהוי היא אפסית לעומת הנזק שנגרם בפועל למערער. המשיבים ידעו כי לאחר ארבעה שבועות לא יהיה ניתן עוד לבצע את החלטת הועדה, או לכל הפחות היו צריכים לדעת, לכן החלטתם גרמה לנזק ודאי למערער שלצידה תועלת מזערית ולא ברורה, שכן גישת המשיבים המערער עדיין לא הייתה כשירה דיה על מנת להעניק הסכמה לביצוע הפסקת ההריון.

41. המערער תטען כי יש לבצע מבחן אובייקטיבי בדמות "המטפל הסביר" בבחינת פעולות המשיבים. התניית הפסקת ההריון בהמשך אשפוז איננה פרקטיקה סבירה שהייתה נקטת על ידי מטפל סביר. לכן, אין לקבל את טענתם של המשיבים כי פעולותיהם, גם אם ייחשבו בגדר "טעות" ולא עולות לכדי רשלנות, שכן ניכר מכל שלב באשפוזו של המערער כי הופרה חובת זהירות בדרך שבה טופלה.

42. הקשר הסיבתי בין התרשלות המשיבים בקבלת הסכמה מדעת לבין הנזק מתקיים, שכן אלמלא היו משתהים המשיבים בשליחתה לועדה ולאחר מכן מסרבים לבצע בה את ההליך, לא היו מתקיימים הנזקים שבגינם תובעת המערער.

43. לטענת המערער המשיבים היו בעמדה טובה יותר מהמערער למנוע את הנזק, שכן היה בידיהם את הידע הרפואי, הכוח לאפשר לה גישה לועדה וכן היכולת לתאם בין הגורמים הרלוונטיים לביצוע ההחלטה. מכיוון שנראה שמשיב 2 בחר שלא להתערב, הוא למעשה לא עשה שימוש בכוחו על מנת למנוע את הנזק. בית המשפט מתבקש להכיר בחובתם של המשיבים, על מנת למנוע מקרים חוזרים ונשנים של רופאים המקבלים החלטות פרוצדורליות עבור המטופלים שלהם מבלי קבלת הסכמה מדעת (ראה עניין דעקה, דבריו של השופט אור בפסקה 22).

44. כפי שנטען לעיל בסעיף 30, בית המשפט הנכבד הוא זה שבסמכותו לקבוע האם סטו המשיבים מסטנדרט טיפול סביר, שכן זוהי שאלה משפטית אודות הזכות לאוטונומיה של המערער ולא שאלה של מומחיות רפואית. (ראו מאמרה של נילי קרקו-אייל). במקרה זה גם עמדתו המקצועית של משיב 1 נגועה בחריגה קיצונית מסטנדרט התנהגות סביר, עובדה המחזקת את סמכותו של בית משפט זה לפסוק בנושא.

אחריות נזיקית מכוח כליאת שווא

45. קיימת אחריות נזיקית למשיבים מכוח סעיף 26 לפקודת הנזיקין העוסק בכליאת שווא. לטענת המערער, כלל רכיבי העולה מתקיימים בעניין זה. המשך אשפוזו של המערער עולה לכדי שלילת חירותה שלא כדין. על אף שאשפוזו הראשוני של המערער נעשה בסמכות, יש לטענתה לראות בהמשך אשפוזו בחוסר סמכות שכן נעשה בצורה של תנאי שהמערער לא יכלה לסרב לו. בתי המשפט איפשרו להרחיב את המושג "שלילת חירות" מכח סעיף 26 גם למצבים שבהם חירותו של אדם נשללת באלמנט מסוים (ראה לעניין זה את ע"א 3806/06 פלוני נ' פלונית). כמו כן נשללה חירות המערער על ידי המשיב 1 שהופיע מולה כבעל סמכות אובייקטיבי האמון על בריאותה. כל אלו לא הותירה למערער ברירה אלא להיכנע לתנאי על מנת להגיע לתוצאה הרצויה מבחינתה – הפסקת ההריון.

46. לא ניתן לעשות שימוש בהוראות חוק הטיפול באופן שמגביל ושולל את חירותו של הפרט באופן שרירותי ומרחיק לכת, וראה פרשת כרמלי לעניין זה. אין זו דרישה ביורוקרטית שיש להקל בה ראש, אלא "ערובה לשמירה על זכותו הבסיסית של הפרט לחופש תנועתו" (כרמלי, עמ' 786). בעניינה של המערער המשיבים שללו ממנה זכות לתנועה לצד יכולת לבחור ולעצב את סיפור חייה בכך שלא אפשרו לה לגשת

את הועדה והתנו את ביצוע המעשה בהמשך אשפוז. המשיבים עשו שימוש בכוחם באופן שיצר מערכת של כפיפות, לא עמדה למערערת אפשרות אמיתית שלא להיענות בהסכמה לתנאי, מצב זה איננו הסכמה מרצון, גמירות דעת ומפגש של רצונות לא היה שם, אלא רק שימוש בכח בסמכותם של המשיבים והעמדה של המערערת עם הגב אל הקיר.

47. לא נראה כי הפעולות שביצעו המשיבים היו נחוצות להגנה עליה, ופעולותיהם של המשיבים אינן נכללות כך או כך תחת הוראות סעיף 27(3) לפקודת הנזיקין משהמערערת לא היוותה סכנה ברורה לעצמה או היתה לקויה בנפשה. לכן, בהתאם לקביעה בפסק הדין **ירחמלביץ'**, יש לראות בהוראות שניתנו על ידי המשיבים כלא נחוצות, לא סבירות מבחינה רפואית, תוך סטייה חמורה מסטנדרט התנהגות של רופא סביר וחסרות תום לב, וכן עולות לכדי אחריות בגין כליאת שווא.

הנזק

48. הנזק שנגרם מורכב מ**נזק לא ממוני**, הכולל **כאב, סבל, אי נוחות ופגיעה באוטונומיה**. הכאב והסבל רלוונטיים לא רק למהלך הלידה, אלא גם לתחושה כי זכותה הבסיסית של המערערת על גופה נפגעה. כמו כן, נגרם למערערת נזק **ממוני**, הנוגע לאובדן השתכרות לאחר הלידה ולהוצאות הכספיות בגידול הילד – מזון, ביגוד, חינוך, דיור ועוד.

49. המערערת מבקשת לטעון כי היא זכאית לפיצוי מכוח עילת "הריון בעוולה" ותתבסס על מאמרו של **עמוס הרמן בנושא**. לפיכך, אי ביצוע הפסקת ההריון עקב רשלנותו של משיב 1 הוביל להריון בלתי רצוי ולידה לא מתוכננת. הפסיקה הכירה בעילה זו בערכאות נמוכות והיא נדונה גם ב**פרשת זייצוב** באופן עקרוני, ונקבע כי ניתן להעניק פיצוי עקב התרשלות רפואית אשר הובילה באופן לא רצוי ללידת ילד בריא, עקב הזכות של הורים לתכנן את משפחתם. זוהי עילה מנותקת לעילת "ההולדה בעוולה", שכן היא עוסקת לא בלידתו של הילד הבריא אלא בפגיעה באוטונומיה של האם (וראו מאמרה של **גלית אקרמן** בסוגייה זו).

50. כמו כן תציין המערערת כי מתן הפיצוי יסייע לה לגדל את הילד כראוי ואינו מהווה איתות לילד כי הוא אינו רצוי בחייה, כפי שנכתב בהקשר זה ב**פרשת דונין**. מכיוון שהמערערת סובלת ממחלת נפש, עלות גידולו של הילד תהא גבוהה יותר מאשר גידולו של ילד שנולד להורה ללא מוגבלות נפשית, וזאת בהתאם לדו"ח המחקר בנושא הורות בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית של משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים (ראה **נספח 8**). על כן שיעור הפיצויים צריך להכיל בתוכו את מחלת הנפש של המערערת, לצד הסיכוי שהוכר בספרות כי היא עלולה לפתח נטיות אובדניות בגין הסירוב לבצע את הפסקת ההריון. משמעות הדבר הוא שהמעשה, איתו צריכה לחיות המערערת בכל יום מחדש, יכול להוות מכשול בפניה, ולהחריף את שכיחות התפרצויות המחלה. כל אלו הם סיכונים אפשריים אשר בית המשפט הנכבד נדרש לקחת בחשבון בעת פסיקת הפיצויים למערערת.

51. המערערת טען גם כי אין לראות בעובדה שהיא עצמה יזמה את טיפולי הפוריות כעובדה מסכלת לשאלת הפיצוי. הסוגיה הנוגעת לדרך שבה נכנסה המערערת להריון, ופעולותיה לשם כך, אינה רלוונטית לעצם זכאותה של המערערת לפיצוי, או לשאלת הקטנת הנזק והאשם התורם. על אף שהמערערת חפצה בהריון, עומדת לה זכות לשנות את דעתה ולסיים את ההריון מכל טעם שהוא. ההחלטה להביא ילד לעולם (או לבצע הפסקת הריון) נשענת על שיקולים רגשיים, מוסריים ושכלתניים, לצד נסיבות עובדתיות בנוגע לסיכוי של הוולד לחלות במחלת נפש תורשתית. לפיכך, המערערת טען כי נקטה בכל אמצעי שברשותה להקטין את הנזק – היא חפצה לעשות את הפסקת ההריון בשלבים מוקדמים, וכשנדרשה לכך אף ניגשה לוועדה להפסקת הריון בשלב החיות.

52. לחילופין, היה ולא יתקבלו טענותיה של המערערת בגין נזק ממוני ולא ממוני בשל היריון בעוולה, תטען המערערת לנזק שנגרם לב בשל הפגיעה באוטונומיה, שהוכר בפסיקה כאשר לא קיים נזק ממוני או לא ממוני (**פרשת דעקה**). יתרה על כך, באותו עניין הגדיר בית המשפט את הזכות לאוטונומיה כזכותו של הפרט להחליט על מעשיו על פי בחירותיו, והיא מקנה לפרט לסרב לטיפול רפואי גם אם הסירוב אינו רציונלי. זאת ועוד, ככל שהחלטה קרובה יותר לנסיבות החשובות למסלול החיים של המטופל, כך קבלת ההחלטה ללא מעורבות המטופל פוגעת במידה רבה יותר בזכותו לאוטונומיה, וכך ייטה בית המשפט להעניק חשיבות רבה יותר לפגיעה באוטונומיה (ראו לעניין זה **פרשת דעקה**, וכן מאמרו של **אסף יעקב** בנושא). לכן, יש להכיר בפגיעה באוטונומיה של המערערת, כנזק בר פיצוי, כפי שהתקבל בפסיקה במספר מקרים נוספים כגון **פרשת קדוש** ועניין **עזבון המנוחה ברוריה צבי**.

סיכום ואחרית דבר

53. המערערת סבורה שעל ערעור זה להתקבל משלל טעמים. המערערת הוכיחה כי **קיימת סמכות לבית המשפט לפסוק בעניינים מקצועיים רפואיים כאשר המשיבים סטו מהתנהגות רפואית מקובלת**. שנית, קיימת **חריגה מסמכות** שהובילה לרשלנות ולהפרת חובה. המערערת הוכיחה כי המשיבים פעלו **בניגוד לדוקטרינת ההסכמה מדעת**, וכשירותה לא נבחנה בהתאם לחוק הכשרות המשפטית והאפוטרופוסות, חוק זכויות החולה ובניגוד למבחנים הקבועים בפסיקה. כמו כן, הוכיחה המערערת כי היה צורך לשתפה בהליך הטיפול על אף אשפוזה הכפוי, בהתאם ללשון חוק זכויות החולה, חוק הטיפול וכן כנגזרת של חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו.

54. המערערת הראתה כי **אין בנמצא חוק המעניק למשיבים סמכות למנוע ממנה גישה לועדה להפסקת הריון**. כך, גם אם סברו המשיבים כי המערערת לא כשירה לקבל החלטה להפסיק את ההיריון, לא היה בסמכותם לפעול כפי שפעלו, תוך שהם מסכלים את החלטת הוועדה. בכוחם של המשיבים היה לפעול במסלולים מקבילים כגון פנייה לועדת האתיקה ופינוי אפוטרופוס, פעולות שהם נמנעו מלבצע. **ההחלטות הכוחניות והרשלניות שבהן נהגו המשיבים הובילו לכפיית ההיריון ולנזקים כתוצאה מכך**. לא זו אף זו, הראתה המערערת כי המשיבים העמידו בפניה **חסם ביורוקרטי** בדרכה לממש את זכותה לגשת לועדה להפסקת הריון – חסם אשר אף הוא מהווה רשלנות והפרת חובה חקוקה.

55. כמו כן, **הראתה המערערת כי המשיבים נהגו ברשלנות** כאשר סיווגו את כשירותה להסכים מדעת שלא כראוי, כאשר השתהו בשליחתה לועדה, וכאשר התנו את ביצוע ההליך בארבעה שבועות נוספים, תוך התעלמות מהתקדמות ההיריון. לצד זאת הראתה המערערת כי יסודותיה של עוולת כליאת שווא מתקיימים במקרה זה, וראוי כי תפוצה גם בגין עוולה זו. **ההתנהגות הרשלנית והחוטאת לצדק של המשיבים גרמו לכך שזכותה של המערערת לאוטונומיה נפגעה באופן אנוש**. עקב התנהגות זו, קיים למערערת **נזק של היריון בעוולה**, הטומן בחובו נזק גוף ממוני ונזק נפשי שאיננו ממוני, לצד אובדן כושר השתכרות והוצאות גידול הילד. כמו כן, ראוי כי בגין הנסיבות החריגות של המקרה תפוצה המערערת בגין הפגיעה באוטונומיה שחוותה.

56. בית המשפט הנכבד מתבקש לקחת לתשומת ליבו את **חשיבותה של ההסכמה מדעת, ואת השיקולים והאינטרסים שמעבר לעניינה של המערערת בניזוקה**. הכרה בסבלה של המערערת עשוי להביא לצדק מתקן לא רק עבורה, אלא בדרך של יצירת הכוונת התנהגות והרתעה ראויה של המשיבים, רופאים וגופים נוספים, וימנע מצבים נוספים שבהם היחס אל החולה הוא כאל אובייקט.

רשימת אסמכתאות – ע"א 1111/20
אורלי אברהם נ' הרופא המטפל ואח'

חקיקה

1. חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, התשכ"ב-1962, ס"ח 380.
2. חוק העונשין, התשל"ז-1977, ס"ח 864.
3. חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, ס"ח 1591.
4. חוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991, ס"ח 1339.
5. חוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו ס"ח התשנ"ב, 1391.

תקנות

6. תקנות בריאות העם (הפריה חוץ-גופית), התשמ"ז-1987.
7. תקנות העונשין (הפסקת הריון), התשל"ח-1978.

הצעות חוק

8. הצעת חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות (תיקון מספר 19), התשע"ה-2014, ה"ח הממשלה 890.
9. הצעת חוק לתיקון דיני העונשין (הפסקת הריון), תשל"ו-1975, ה"ח 10.

פסיקה

10. בג"ץ 10203/03 "המפקד הלאומי" בע"מ נ' היועץ המשפטי לממשלה, סב(4) 715, 32 (2008).
11. בג"ץ 3933/11 מכבי שירותי בריאות נ' שר הבריאות (פורסם בנבו, 25.03.2014).
12. בג"ץ 4374/15 התנועה למען איכות השלטון בישראל נ' ממשלת ישראל (פורסם בנבו, 27.3.2016).
13. בג"ץ 4491/13 המרכז האקדמי למשפט ולעסקים נ' ממשלת ישראל, סז(1) 177 (2014).
14. ע"א 1303/09 מרגלית קדוש נ' בית החולים ביקור חולים (פורסם בנבו, 05.03.2012).
15. ע"א 1615/11 מרפאת עין טל – מרכז לרפואת עיניים נ' פינקלשטיין (אלבלך) (פורסם בנבו, 06.08.2013).
16. ע"א 219/79 ד"ר זאב ירמלוביץ נ' משה חובב, לה(3) 766 (1980).
17. ע"א 245/81 חוריה ג'מיל מחמוד סולטאן נ' חסן כמאל סולטאן, לח(3) 169 (1984).
18. ע"א 2781/93 מיאסה עלי דעקה נ' בית החולים "כרמל" חיפה, נג(4) 526 (1999).
19. ע"א 3114/12 מנחם ששון נ' משרד הרווחה (פורסם בנבו, 13.04.2014).
20. ע"א 3806/06 פלוני נ' פלונית (פורסם בנבו, 26.05.2009).
21. ע"א 4384/90 שמעון ואתורי נ' בית החולים לניאדו [23 עמ'], נא(2) 171 (1997).
22. ע"א 50/91 ד"ר אדגר סבין נ' שר הבריאות, מז(1) 027 (1993).
23. ע"א 518/82 ד"ר רינה זייצוב נ' שאול כץ (2) 085 (1986).
24. ע"א 558/84 כרמלי נ' מדינת ישראל ואח', מא(3) 757 (1987).
25. ע"א 6649/96 הסתדרות מדיציניית הדסה נ' עופרה גלעד, נג(3) 529 (1999).

26. ע"א 7375/02 בית חולים כרמל, חיפה נ' עדן מלול, ס(1) 11 (2005).
27. ע"א 7905/02 פלונית נ' משרד הבריאות (פורסם בנבו, 28.7.2003).
28. ע"א 8126/07 עזבון המנוחה ברוריה צבי נ' בית החולים ביקור חולים, (פורסם בנבו, 03.01.2010).
29. ע"א 935/95 רביד משה נ' דניס קליפורד, נב(4) 736 (1998).
30. ע"א 9936/07 מאיה בן דוד נ' ד"ר אייל ענטבי (פורסם בנבו, 22.02.2011).
31. ע"ו (מחוזי תל אביב-יפו) 9219-07-17 פלונית נ' היועץ המשפטי לממשלה (פורסם בנבו, 30.07.2017).
32. עא 1326/07 ליאור המר נ' פרופ' עמי עמית, (פורסם בנבו, 28.05.2012).
33. ראה ע"א 145/80 שלמה ועקנין נ' המועצה המקומית, בית שמש, לז(1) 113 (1982).
34. ת"א (מחוזי ירושלים) 1315/97 פלונית נ' קופת חולים של ההסתדרות הכללית של העובדים בישראל, תשסג(2) 309 (2004).
35. ת"א (שלום חי) 4503-06 פלוני ואח' נ' מדינת ישראל-משרד הבריאות (פורסם בנבו, 04.03.2012).
36. ת"א (שלום ירושלים) 733/94 דונין רבקה נ' קופ"ח של ההסתדרות הכללית של העובדים בישראל ואח' (פורסם בנבו, 19.09.1996).
37. ת"פ (מחוזי חיפה) 207/52 היועץ המשפטי לממשלת ישראל נ' ד"ר משה בן מנחם הורביץ, ה 459 (1952).

כללי אתיקה

38. ההסתדרות הרפואית בישראל, הלשכה לאתיקה "אתיקה רפואית – כללים וניירות עמדה" (אבינועם רכס עורך) 2014.
39. ההסתדרות הרפואית בישראל, הלשכה לאתיקה "ההצהרה הכללית בדבר יחסי גומלין בין רופאים ובין ציבור המטופלים בישראל" (אבינועם רכס עורך) 2014.

חוזרי מנכ"ל משרד הבריאות

40. חוזר מנכ"ל משרד הבריאות מספר 23/93, "שמירת החוק והתקנות ע"י הועדות להפסקת הריון – הנחיות ביצוע", 1993.
41. חוזר מנכ"ל משרד הבריאות מספר 23/07, "ועדות להפסקת הריון בשלב החיות", 2007.

דוחות

42. איילת גור ומייקל אשלי שטיין "דו"ח מחקר: הורות בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית, פרספקטיבה של עובדים סוציאליים במחלקות לשירותים חברתיים" דו"ח סופי המוגש למנהל מוגבלויות, משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים (2019).
43. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שנתון סטטיסטי – בריאות הנפש בישראל (2015).
44. מבקר המדינה דוח שנתי 66, משרד הבריאות - הפסקות הריון יזומות (2016).
45. משרד הבריאות דו"ח הצוות לבדיקת ביצוע חוק העונשין (דו"ח ועדת ריפטין) (בדיקת ביצוע סעיפי חוק העונשין הנוגעים להפסקות הריון) (1992).

טפסים

46. ההסתדרות הרפואית בישראל, ארגון מיילדות וגניקולוגיה **טופס הסכמה: הפסקות הריון תרופתית באמצעות טבליות** (2004).

ספרות

47. אהרן ברק **פרשנות במשפט – תורת הפרשנות הכללית** (1992).

מאמרים

48. אסף יעקב "דא עקא דעקה – גלגוליה של פגיעה באוטונומיה" **משפטים** מב 5 (2012).
49. אסף שילה "קבלת הסכמה מדעת לטיפול רפואי של חולי נפש" **רפואה ומשפט** 17 (1997).
50. גלית אקרמן "סוגית הלידה הבלתי רצויה – WRONGFUL CONCEPTION" **רפואה ומשפט** 11 (1994).
51. מאיה פלד-רז "אחר כך תודה לנו": טיפול כפוי בפרט כשיר, המסרב מדעת" **הפרקליט** נג(1) 61 (2014).
52. יצחק בנאי "החלת הוראות חוק זכויות החולה על חולי הנפש" **רפואה ומשפט** 28 (2003).
53. ישראל דורון "הורות חברתית וזכויות אדם בישראל – האתגר הבא של המשפט והרפואה" **רפואה ומשפט** 26 (2002).
54. נילי מימון "התמודדות המחוקק עם שאלת מתן טיפול רפואי ללא הסכמה או בכפייה" **רפואה ומשפט** (1997).
55. נילי קרקו-אייל "דוקטרינת 'ההסכמה מדעת' – עילת התביעה הראויה מקום שבו הופרה זכות המטופל לאוטונומיה" **הפרקליט** מט 181 (2007).
56. עמוס הרמן "הריון בעוולה" **משפחה ומשפט** ג (2008).
57. אמנון כרמי "הסכמה לטיפול רפואי" **רפואה ומשפט** 16 (1997).

בבית המשפט המבוים בהרצליה

בשבתו כבית משפט עליון לערעורים אזרחיים

ע"א 1111/20

בפני הרכב השופטים :

כב' השופט נעם סולברג

ד"ר אורן אסמן

עו"ד מירה היבנר-הראל

אורלי אברהם

ע"י ב"כ מאי ארלובסקי

מרח' האוניברסיטה 8, הרצליה, 4610101, טל': 09-9527272

(להלן: "המערערת")

- נגד -

1. הרופא המטפל

2. בית חולים לבריאות הנפש

ע"י ב"כ תמר אדרי

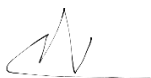
מרח' האוניברסיטה 8, הרצליה, 4610101, טל': 09-9527272

(להלן: "המשיבים")

כתב ערעור

מוגש בזאת ערעור על פסק דינו של בית המשפט המחוזי תל אביב שדחה את התביעה שהגישה המערערת כנגד הרופא המטפל ובית החולים, על העוול שנגרם לה בגין רשלנותם שהובילה להיריון בעוולה ולידה בלתי רצויה. בית המשפט הנכבד מתבקש לבטל את פסק-דינו של בית המשפט המחוזי לקבוע כי למשיבים קיימת אחריות נזיקית בגין פעולותיהם, הכוללות חסימת זכות הגישה של המערערת לועדה להפסקת היריון, סירוב ביצוע החלטת הועדה, וכן העמדת התנייה לביצוע הפסקת ההריון.

ב"כ המערערת,



מאי ארלובסקי

א. פתח דבר

1. המערערת, צעירה מהמרכז בת 30 בעלת רקע פסיכיאטרי קודם, נכנסה להריון לאחר טיפולי הפריה ממושכים. בשבוע ה-10 להריונה ביקשה המערערת להפסיק את הריונה, זאת ממספר סיבות, והעיקריות שבהן העובדה כי לעובר סיכוי גבוה לחלות במחלת נפש, ומכיוון שהאמינה שהאחות שביצעה בה את טיפולי ההפריה "כישפה" את העובר כדי שייולד עם מום בלתי הפיך.
 2. בכדי להגן על העובר, החליטו בני המשפחה של המערערת לאשפזה בכפייה בבית חולים לבריאות הנפש. ואכן, על פי רצון המשפחה, מכח סעיף 9 לחוק הטיפול בחולי נפש, תשנ"א - 1991 (להלן: "**חוק הטיפול**"), אושפזה המערערת אצל משיב 2 לכתב ערעור זה ושם ניתן לה טיפול בידי משיב 1 לכתב ערעור זה.
 3. עת אושפזה המערערת בבית החולים ביקשה לבצע הפסקת הריון, זאת מכח סעיף 316 לחוק העונשין, תשל"ז-1977 (להלן: "**חוק העונשין**"). המשיבים לערעור זה, סירבו לאפשר למערערת גישה לוועדה להפסקת הריון (להלן: "**הוועדה**"), בטענה כי היא מצויה במצב פסיכוטי ואין ביכולתה להבין את מהות בקשתה.
 4. כאשר התקיימה רמיסיה (הפוגה זמנית) במצבה הרפואי של המערערת, התיר לה משיב 2 לגשת אל הוועדה. זו האחרונה, התירה למערערת לבצע הפסקת הריון (להלן: "**החלטת הוועדה הראשונה**"), אך משיב 2 סירב להוציא לפועל את החלטת הוועדה, ונותר בעמדתו שהמערערת עודנה שרויה במצב פסיכוטי, שאינו מאפשר לה להבין את משמעות הבקשה להפסקת הריון.
 5. לאחר שסירב משיב 2 לאפשר למערערת את הפסקת הריונה, על אף אישור הוועדה, התנה את ביצוע הפסקת ההריון בהסכמתה של המערערת להארכת האשפוז בחודש נוסף, תוך שהוא מנמק החלטתו בכך שיש להמתין עד שיחלוף ההתקף הפסיכוטי בו היא שרויה. בחלוף חודש הסכים משיב 2 לבצע את הפסקת ההריון, אך בשלב זה היה הריונה של המערערת בשלב מתקדם, ולא ניתן היה לבצע את החלטת הוועדה. על כן נשלחה המערערת לוועדה נוספת, ועדה להפסקת הריון בשלב החיות (חוזר מנכ"ל משרד הבריאות 23/07, "ועדות להפסקת הריון בשלב החיות", 2007), אשר דחתה את בקשתה (להלן: "**החלטת הוועדה השנייה**").
- העתק חוזר מנכ"ל משרד הבריאות 23/07 מצורף לכתב טענות זה כנספח ע'1.**
6. המערערת הגישה תביעה נגד המשיבים בבית המשפט המחוזי, על העוול שנגרם לה בגין רשלנותם והובילה להיריון בעוולה ולידה בלתי רצויה. בגין פעולות אלו של המשיבים ביקשה המערערת בבית משפט קמא להעניק לה פיצוי עבור נזק גוף ממוני, ונזק נפשי בלתי ממוני, עקב פגיעה חמורה באוטונומיה האישית וכתוצאה - לידה בניגוד לרצונה.
 7. בית המשפט קמא דחה את תביעתה של המערערת. בפסק דינו קבע בית משפט קמא כי למשיב 2 לא קיימת אחריות נזיקית, ולכן אין להידרש כלל לשאלת היקף הנזק שנגרם למערערת. בשאלת האחריות קבע בית המשפט קמא כי החלטות המשיבים הן מקצועיות גרידא, ואין מקום לערכאה שיפוטית להתערב בהן. לבסוף, ולמעלה מן הצורך, קבע בית משפט קמא כי למשיב 2 לא קיימת אחריות בנזיקין, כיוון שלא נגרם למערערת כל נזק מהמשך ההריון, אליו נכנסה מרצון ובתכנון, זאת ניתן ללמוד מטיפולי הפוריות שיזמה.

8. בערעור זה המוגש על פסק דינו של בית המשפט קמא, תבקש המערערת מבית המשפט הנכבד לקבוע כי שגה בית המשפט קמא, בקביעותיו כי למשיבים לא קיימת אחריות נזיקית, וכי למערערת לא נגרם כל נזק בר פיצוי. בית המשפט הנכבד מתבקש לקבוע כי למשיבים קיימת אחריות נזיקית בגין פעולותיהם, הכוללות חסימה לגשת אל הוועדה הראשונה להפסקת היריון, סירוב ביצוע החלטת הוועדה הראשונה שאישרה למערערת לבצע הפסקת הריון, וכן התנייה לביצוע הפעולה שאישרה הוועדה בהסכמת המערערת.

9. המערערת סבורה כי שגה בית המשפט קמא כאשר לא קיבל את טענותיה בדבר כשירותה למתן הסכמה מדעת, ואת טענותיה בדבר פעולה בחוסר סמכות של משיב 2. זאת ועוד, שגה בית משפט קמא כאשר דחה את טענות המערערת כי יש לראות בפעולות המשיבים משום הפרה חובה חקוקה, כליאת שווא, וכן פעולות העולות לכדי רשלנות.

10. המערערת סבורה כי נגרם לה נזק חמור משמנעו ממנה המשיבים ביצוע הפסקת היריון. המערערת עומדת על כך שהחלטתו של משיב 1 שלא לאפשר לה לגשת לוועדה הראשונה, נעשתה בחוסר סמכות. בנוסף, ולאחר שכן הותר לה לגשת לוועדה, אי ביצוע החלטת הוועדה הראשונה בעניינה, מהווה הפרת חובה חקוקה ופעולה בניגוד לעמדת המדינה כפי שהיא מוצגת בדו"ח מבקר המדינה משנת 2016 (מבקר המדינה דוח שנתי 66ג, משרד הבריאות - הפסקות הריון יזומות (2016)).

העתק העמודים הרלוונטיים מדו"ח מבקר המדינה לעניין הפסקות הריון יזומות מצורף לכתב טענות זה כנספח ע/2.

כמו כן, טוענת המערערת כי על אף אשפוזה הכפוי היא הייתה במצב רפואי המאפשר קבלת החלטות בדבר הפסקת ההיריון.

ב. המסגרת הנורמטיבית

11. הוראות הנוגעות להיתר הפסקת הריון בישראל מעוגנות בסעיפים 312-321 לחוק העונשין. **סעיף 316 לחוק העונשין** קובע כי בסמכות הוועדה להפסקת הריון לתת אישור לרופא, אם האישה הסכימה לכך, ובלבד שקיימות אחת מן ההצדקות המפורטות בחוק:

(1) האישה היא למטה מגיל הנישואין (18), או מעל גיל ארבעים;

(2) ההיריון נובע מיחסים שאסורים לפי הדין הפלילי, או יחסים שמקורם בגילוי עריות, או לחילופין הריון מחוץ לנישואין;

(3) העובר עשוי להיוולד עם מום גופני או נפשי;

(4) המשך ההיריון עשוי לסכן את חייה של האישה ולגרום לה נזק, גופני או נפשי;

12. החוק הנוכחי הינו גלגול חדש של סעיף 175 לפקודת החוק הפלילי, 1936, שהטיל איסור מוחלט על ביצוע הפסקת הריון. עד להצעת החוק מס' 1217 לתיקון דיני העונשין (הפסקת הריון תשל"ו (1975)), הקלו בתי המשפט בפסיקתם על האיסור לביצוע הפסקת הריון מתוך כוונה להציל את חיי האישה ולשמור על בריאותה. המגמה הרווחת דאז הייתה לנקוט בדרך ביניים – להטיל כלל אחריות פלילית על הגורם שביצע הפסקת הריון, לצד הענקת פטור מאחריות אם מבחינה סובייקטיבית סבר המבצע כי ההליך נדרש על מנת להציל את חיי האישה (ראו תפ (ח"י) 207/52 **היועץ המשפטי לממשלת ישראל נ' ד"ר**

משה בן מנחם הורביץ, ה' 459). המגמה בפסיקה באה לידי ביטוי בתיקון לחוק העונשין שהתקבל ביום 31.1.1997 (להלן: "**התיקון לחוק העונשין**"), ובו קבע המחוקק מספר עילות שבגינן ניתן לאשר לאישה לבצע הליך של הפסקת הריון. נראה כי כוונת המחוקק הייתה להתאים את חוק העונשין למגמה שהייתה בפסיקה עוד טרם חקיקת התיקון החוק – והיא לאפשר לאישה מידה של אוטונומיה על גופה ועל המשך חייה, בשאלה האם לבצע הפסקת הריון או להמשיכו ולהביא ילד לעולם.

13. שני חוקים נוספים הרלוונטיים לסוגיות העולות בערעור דנן, ומתקיימים זה לצד זה, הם חוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996 (להלן: "**חוק זכויות החולה**") ו**חוק הטיפול**. לא פעם קיים מתח בין הוראות אלה, ולא ברור איזה הוראה גוברת על רעותה. בהתאם לכללי הפרשנות הנהוגים בדין הישראלי – נורמה מאוחרת גוברת על נורמה מוקדמת, ונורמה ספציפית גוברת על נורמה כללית (ראה אהרון ברק **פרשנות במשפט – תורת הפרשנות הכללית** עמ' 569-570 (1992)). בכל הנוגע לשני החוקים, לא ניתן לקבוע כלל פרשני קבוע וברור אילו מבין החוקים גובר כאשר קיימת סתירה ביניהם – שכן חוק הטיפול הוא החוק הספציפי הדן בעניינים של המטופלים, וחוק זכויות החולה אמנם החוק הכללי אך נחקק מאוחר יותר לחוק הטיפול.

14. חוק הטיפול וכן התקנות מכוחו, אינם מפרטים מהי **הסכמה** לצורך טיפול בחולה נפש. לכן המעוררת תטען כי במקרה זה, חוק זכויות החולה המאוחר והכללי, משלים את הוראות חוק הטיפול בחולי נפש, המוקדם והספציפי. בשל כך יש לראות בהוראות המנויות בחוק זכויות החולה בנוגע להגדרת הסכמה מדעת הנדרשת מחולה טרם טיפול רפואי, כחלות גם על הטיפול בעניינים של חולי נפש. ויודגש כי גישה זו נשענת על פסיקה וספרות איתנה, ראו כדוגמא את ע"א 7905/02 **פלונית נ' משרד הבריאות** (פורסם בנבו, 28.07.2003); יצחק בנאי "החלת הוראות חוק זכויות החולה על חולי הנפש" **רפואה ומשפט** 28, 18 (2003).

15. סעיפים 13-15 לחוק זכויות החולה מגדירים מהי הסכמה מדעת, כיצד היא ניתנת, ומה הם התנאים למתן טיפול רפואי ללא הסכמה מדעת של המטופל. המעוררת תטען כי סעיפים אלה משלימים את החסר בסעיף 35(ט) לחוק הטיפול, לפיו ניתן לבצע בתנאים מסוימים טיפול רפואי גם ללא הסכמתו של מטופל שנמצא באשפוז כפוי בבית חולים לחולי נפש. בחוק הטיפול או בתקנות שהוצאו מכוחו, אין כל התייחסות למה היא ההסכמה הנדרשת ממטופל חולה נפש, ומהי הדרך להשגתה. לכן לטענת המעוררת, יש להיעזר בתנאים האמורים בחוק זכויות החולה גם לצורך מתן טיפול לחולי נפש.

16. סעיף חוק נוסף הרלוונטי לסוגיות המועלות בערעור דנן, הוא סעיף 7 לחוק זכויות החולה. לשון הסעיף מעלה שכל מטופל זכאי לקבלת חוות דעת רפואית נוספת, ועל המוסד הרפואי והרופא המטפל, לסייע לו בהגשמת זכות זו. המחוקק אם כך, גמר בדעתו שבסמכותם של המשיבים לסייע למעוררת ולא לקבוע בעבורה. בסמכותם לשקלל עבורה את היתרונות והחסרונות שבקיום פרוצדורה רפואית, אך עליהם להותיר את הבחירה בידיה (לעניין זה ראה ע"א 9936/07 **מאיה בן דוד נ' ד"ר אייל ענטבי**, להלן: "**פרשת בן דוד**"). הדבר נכון בנוגע לכל טיפול רפואי, ונכון כפליים בנוגע להליך הפסקת הריון, שכן הבאת ילד לעולם כרוכה בהשפעה עצומה על חייה של האישה, וקיימות השפעות פסיכולוגיות להפסקת הריון יזומה או להמשך ההיריון בניגוד לרצון האישה.

17. הפסקת הריון היא ללא ספק הליך רפואי שלצידו קיימים אף סיכונים רפואיים ותופעות הלוואי, בהתחשב באלה, נדרשת המטופלת לחתום על טופס הסכמה לפני ההליך. (ראה לעניין ההסתדרות הרפואית בישראל, ארגון מיילדות וגניקולוגיה **טופס הסכמה: הפסקות הריון תרופתית באמצעות**

טבליות (2004). משכך, למשיבים לא היתה סמכות למנוע מהמערערת לגשת לוועדות ו/או להחליט בעבורה האם לקיים או לא לקיים את הפעולה.

העתק טופס ההסכמה להפסקת היריון תרופתית מצורף לכתב טענות זה **כנספח ע/3**.

18. מעל להוראות הנורמטיביות שזכרו עד כה, מרחפות הוראותיו של **חוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו**. ובייחוד סעיפים 2 ו-4 לחוק היסוד, מכוחם עולה זכותה של אישה לבריאותה ולחיייה, זכויות אשר נפגעו מכח החלטות המשיבים.

ג. כשירות ליתן הסכמה

דוקטרינת ההסכמה מדעת בדין הישראלי

19. במקרה שלפנינו המשיבים פעלו למנוע מהמערערת לבצע הליך רפואי להפסקת ההיריון, בטענה כי היא אינה מבינה את מצבה, אינה מסוגלת לקבל החלטה משנת חיים וזאת בנימוק שהיא מצויה בעיצומו של התקף פסיכוטי ועל כן אינה מצויה במצב נפשי המאפשר לה מתן הסכמה מדעת לטיפול רפואי. המערערת תטען כי כאשר שללו ממנה את האפשרות לבצע טיפול רפואי בו היא חפצה, התעלמו המשיבים מהליך קבלת ההסכמה מדעת לביצוע טיפול רפואי, ביצעו שורה של פעולות בחוסר סמכות, העולות כולן לכדי עוולות נזיקיות ויפורטו בהמשך לכתב ערעור זה.

20. לטענת המערערת, דרישת ההסכמה מדעת אינה נוגעת רק לצורך לבצע טיפול רפואי בהסכמת החולה, אלא כוללת בתוכה גם חובה רפואית שלא לשלול את האוטונומיה של המטופל על ידי מניעה של טיפול רפואי שהמטופל חפץ בו (ראו פרופ' אמנון כרמי "הסכמה לטיפול רפואי" **רפואה ומשפט** 16, 5 (1997) (להלן: "**כרמי**")). כפי שהוצג לעיל, הפסקת היריון נחשבת לטיפול רפואי ולכן על מנת לבצע הפסקת היריון נדרש היה לקבל את הסכמתה מדעת של המערערת. בנושא זה אין מחלוקת בין הצדדים. המשיבים מסכימים לכך, אך טוענים כי המערערת לא הייתה כשירה ליתן הסכמתה. ואולם, כפי שתבקש להראות המערערת, טענת המשיבים חסרה כל בסיס משפטי ועובדתי, וכי מפעולותיהם של המשיבים עצמם עולה כי הם מצאו שהמערערת היא כן במצב המאפשר ליתן הסכמה מדעת. על בסיס סברה זו אפשרו המשיבים למערערת לפנות לוועדה ולבקש את הפסקת ההריון. ויודגש, דרישתה החוזרת ונשנית של המערערת לבצע הפסקת הריון מעידה על הבנתה של משמעויות הטיפול.

21. לפי הוראות סעיף 13 לחוק זכויות החולה, על מנת לקבל הסכמה מדעת לטיפול רפואי נדרש הרופא המטפל למסור למטופל את המידע הרפואי הרלוונטי הדרוש לו על מנת לקבל החלטה האם לבצע את הטיפול. על המידע להינתן בהקדם האפשרי, על מנת שיוכל לקבל החלטה שניתן להגדירה כבחירה מרצון. דרישה זו להסכמה מדעת בכל הליך רפואי, הייתה קיימת עוד קודם לחקיקת החוק, באופן נקודתי לעניין הפסקת היריון. כך ניתן ללמוד מהחובה הקיימת **בסעיף 316(ב) לחוק העונשין**. לשון הסעיף מבהירה כי לא ניתן להסתפק בהסכמה "רגילה" ושרירותית של האישה, ונדרשת הסכמה בכתב לאחר שגורמים רפואיים הסבירו את מכלול ההשלכות והסיכונים הגופניים והנפשיים של ההליך הרפואי.

22. המערערת תטען שקיים פרדוקס בהתנהלותם של המשיבים: מחד, הם סברו כי המערערת כשירה מספיק על מנת לגשת אל הוועדה ולהעניק שם את הסכמתה כנדרש, ולאחר אישור הוועדה הראשונה, מנעו את ההוצאה לפועל של ההליך, הפעם בטענה שהמערערת אינה כשירה. לטענתה של המערערת,

שאלת הכשירות היא שאלה שבמהות ואיננה יכולה להינתן תשובה שונה בנסיבות שונות. משכך, משקבעו המשיבים שהמערערת כשירה, לא ניתן היה לטעון אחרת כדי למנוע ממנה ביצוע הפעולה.

23. הדרישה להסכמה מדעת מופיעה גם בסעיף ז(3) לכללי האתיקה הרפואית של ההסתדרות הרפואית בישראל, לשונו: **"הרופא ייתן טיפול רפואי למטופל רק לאחר שהתקבלה הסכמה מדעת של המטופל לכך...."** המערערת טוען כי כאשר מנע ממנה משיב 1 טיפול בניגוד לדעתה והסכמתה, הוא סטה מכללי האתיקה. כללים אלה באים להוסיף ולחזק את ההוראות בחוק, אך בכוחם גם לעמוד לבדם (ראה פרופ' אבינועם רכס, "אתיקה רפואית – כללים וניירות עמדה", **ההסתדרות הרפואית בישראל, הלשכה לאתיקה**, עמ' 15 (2014)).

העתק העמודים הרלוונטיים של כללי האתיקה של ההסתדרות הרפואית בישראל מצורפים לכתב טענות זה **כנספח ע/4**.

24. בהקשר זה, יש לציין כי דרישה להסכמה מדעת קיימת בחוקים נוספים, ובהם גם בסעיף 14 **לתקנות בריאות העם (הפריה חוץ גופית), תשמ"ז - 1987**. לטענת המערערת, כבר בביצוע טיפולי ההפריה ניתנה הסכמתה מדעת, והסטורית הטיפולים שלה ומחלת הנפש לא העמידו בספק את כשירותה ליתן הסכמה זו. מן המקובץ עולה שכשירותה של המערערת עמדה למבחן מספר פעמים, ובכל אחת מן הפעמים הללו הוכיחה כי היא מבינה את המשמעות, התוצאות והסיכונים של ההליכים הרפואיים האלקטיביים אותם היא בוחרת לבצע.

25. המערערת טוען כי בחינה של הסכמה מדעת אצל חולים פסיכיאטריים צריכה להיעשות על פי **"מבחן החולה הסביר"**, בית המשפט בעניין **קדוש** עשה שימוש במבחן זה (ע"א 1303/09 **מרגלית קדוש נ' בית החולים ביקור חולים** סה(3) 164 (2012)), שם נקבע כי היקף הגילוי אשר נדרש מהרופא המטפל ייקבע בהתאם למידע שחולה סביר נזקק לו, או מידע שמיוחסת לו חשיבות לצורך קבלת החלטה מושכלת לגבי הטיפול המוצע. והודגש שלא מדובר רק על הצורך להעניק למטופל מידע כדי שיקבל החלטה אם לבצע את הטיפול הרפואי. אלא על המידע להיות נגיש לכל אדם סביר, באופן שאינו מצריך השכלה רפואית על מנת להבינו. לצד מבחן החולה הסביר, היקף הגילוי ייקבע גם בהתאם לנסיבות הטיפול הרפואי המוצע ומצבו של החולה. למשל, היקף הגילוי יושפע מכמה גורמים: הסיכון בטיפול המוצע; דחיפות הטיפול; סוג הרפואה (אם היא פרטית או ציבורית); והשלכת הטיפול או אי הטיפול על תקנת הציבור.

26. מבחן **"החולה הסביר"** מוצא את ביטוייו גם בסעיף 35(ג) **לחוק הטיפול**, שם נחקק כי **"החולה ישותף במידת האפשר במידת הטיפול בו"**, ובדברי ההסבר להצעת החוק נכתב כי מטרת הסעיף להרחיב במידה ניכרת את זכויות המטופל. ואולם, על אף ניסיונו של המחוקק להרחיב את זכויותיהם של המטופלים, נראה כי במקרה דנן זכותה של המערערת להביע את דעתה על אופן הטיפול, לא נלקחה בחשבון על ידי המשיבים, לא ניתן לה משקל, והיא נדחתה למעשה כליל.

27. המערערת טוען כי המשיבים סברו שיש לה את הכשירות המתאימה, ומשכך פעלו באופן המתאים למבחן האדם הסביר, מסרו לה מידע רלוונטי, ואף ניסו להניע אותה מהמשך פעולות. זאת ועוד, המשיבים הוסיפו וחיזקו את מעמדה של המערערת ככשירה לקבל החלטות, משפנו אליה עם תנאים לביצוע הפסקת ההריון. לאחר מסירת המידע פעלו המשיבים כלפי המערערת כאילו אין היא מחזיקה בתנאי כשירות ומנעו ממנה את זכותה לבצע את הפעולה הרפואית. עינינו הרואות את שפעלו המשיבים תוך שהם שוללים מהמערערת את יכולת הבחירה שלה באופן פטרנליסטי ובוטה, ללא סמכות לכך

ובניגוד לעמדת המחוקק בחוק הכשרות המשפטית והאפוסטרופוסות. כל הגורמים המעורבים, המשיבים וגם חברי שתי הוועדות, סברו שהמערערת היא בעלת יכולת בחירה ומסוגלת לבטא את רצונה.

28. גישה פטרנליסטית של צוות רפואי נדחתה בעבר בבתי המשפט, כך בעניין **בן דוד**, נקבע כי רופא אינו רשאי לשקלל עבור מטופל תועלות וסיכונים, ולהחליט האם פרוצדורה רפואית מסוימת היא כדאית או לא. ההחלטה היא של המטופל ולא של הרופא (**בן דוד**, עמוד 10). ובאופן מחזק נקבע ב**פרשת קדוש** כי ההסכמה מדעת היא למעשה אנטי-תזה לפטרנליזם רפואי.

29. גם בתי המשפט בארצות הברית מצאו שאין להניח שכשירותו המשפטית של החולה נסוגה במקרה של מחלת נפש. בתי המשפט, מונים ארבעה תנאים לבחינת כשירותו של חולה במחלת נפש לצורך הסכמה מדעת: (א) יכולת לבטא בחירה; (ב) יכולת להבין מידע רלוונטי; (ג) יכולת להעריך את המצב ואת התוצאות הצפויות; (ד) יכולת להשתמש במידע שניתן באופן רציונלי. השימוש בתנאים מצטברים אלה הביא לכך שבכ-75% מהמקרים נמצא שמטופלים בעלי הפרעות נפשיות חמורות הם כשירים לקבל החלטה רפואית (אסף שילה "קבלת הסכמה מדעת לטיפול רפואי של חולי נפש" **רפואה ומשפט**, גיליון 17, 70 (1997) (להלן: "**שילה**")).

30. אם נפנה ליישם את ארבעת התנאים על המערערת, נגיע למסקנה שהמערערת היתה כשירה לקבל החלטה וליתן הסכמה מדעת.

א. למערערת **יכולת לבטא בחירתה**. החל מרצונה להיכנס להריון בטיפול הפריה, הלאה בבקשותיה החוזרות ונשנות להפסיק את ההריון משעלו בה חששות. המערערת המשיכה לבטא את רצונה להפסקת ההריון בבקשה לגשת לוועדה, כך בפני הוועדה הראשונה, הוועדה השנייה, וגם עת ביקשו המשיבים להתנות את ביצוע החלטת הוועדה הראשונה בהמשך אשפוזה הכפוי של המערערת.

ב. המערערת **בעלת יכולת להבין מידע רלוונטי**. הן לעניין משמעות הליך הפסקת ההריון ואיבוד העובר והן לעניין הצבת התנאי על ידי המשיבים המצריך את המשך אשפוזה הכפוי.

ג. המערערת **מעריכה נכונה את המצב ואת התוצאות הצפויות, והשתמשה במידע שסופק לה באופן רציונלי**. היא הייתה מודעת לפרוצדורה הנגרשת ממנה ולצורך באישור מהוועדה. כך גם בבקשותיה החוזרות אל מול המשיבים מצביעות על ההבנה של המערערת שמדובר בהליך לא תקין ובהיעדר סמכות של המשיבים למנוע ממנה הוצאה לפועל של ההליך לאחר שקיבלה את אישור הוועדה.

31. אכן, קביעת כשירותו של אדם היא הליך מורכב, רב ממדים ונזיל (ישראל דורון "הורות חברתית וזכויות אדם בישראל – האתגר הבא של המשפט והרפואה" **רפואה ומשפט** 26, 169 (2002)), דווקא בשל כך, קשה יהיה לקבל את עמדת המשיבים לעניין כשירותה של המערערת, מששתי וועדות להפסקת הריון, בהם יושבים בעלי מקצוע מכובדים, סברו אחרת. בייחוד, משום שהסמכות הנתונה היא לחברי הוועדה ולא למשיבים.

32. במקרה זה, כאשר המערערת חולקת על דעתו של משיב 1, ובהמשך לדוקטרינת ההסכמה מדעת, היה על המשיבים לבחון את מניעי המערערת לסירוב באמצעות ועדות האתיקה של בית החולים (מאיה פלד-רז "אחר כך תודה לנו": טיפול כפוי בפרט כשיר, המסרב מדעת" **הפרקליט** נג(1) 61 (2014)). הסמכות הניתנת מכח סעיף 15(2) לחוק זכויות החולה היא רק כאשר מטופל מסרב לוועדות האתיקה של בית החולים ולא לרופא המטפל בעצמו (שם, בעמוד 68). זאת ועוד, הסעיף מסמיך את ועדת האתיקה לכפות טיפול על אדם כשיר, רק במצב שבו האדם מצוי בסכנה חמורה, ואינו נותן מענה לסיטואציה שבה

הסכנה החמורה שבפניה עומד החולה איננה סכנה מיידית, אלא סכנה בעלת פוטנציאל הידרדרות (ע"י (מחוזי תל אביב-יפו) 9219-07-17 **פלונית נ' היועץ המשפטי לממשלה** (פורסם בנבו, 30.07.2017)).

33. וראו גם את **סעיף 7 לחוק זכויות החולה** מכוחו יש לאפשר למטופל חוות דעת רפואית נוספת. סעיף זה הוא חלק ממגמה שהופכת את החולה לחלק מרכזי בטיפול הרפואי. כפי שכתבה כב' השופטת שטרסברג-כהן בפסק הדין ע"א 2781/93 **מיאסה עלי דעקה נ' בית החולים "כרמל" חיפה** נג(4) 526 (1999), הרופא המטפל איננו המייעץ הבלעדי בבחירת הטיפול המתאים, ואין הצדקה להעדיף בהכרח את נקודת המבט המקצועית של הרופא בעניין מסוים, על פני הדעה האינדיבידואלית של החולה. גם אם תתקבל נקודת המבט המקצועית הראשונית של הרופא כדרך הנכונה לטיפול בחולה, היא תלויה כמובן בקבלת הסכמה מדעת של החולה לביצוע הטיפול הרפואי (שם, בעמוד 611).

34. על אף שהזכות לקבלת חוות דעת נוספת אינה קיימת בחוק הטיפול, חוק זכויות החולה, כחוק מאוחר וכללי חל על כלל החולים, וגם על חולי הנפש (השופטת **דורנר**, ע"א 7905/02 **פלונית נ' משרד הבריאות** (פורסם בנבו, 28.07.2003)). בשל כך גם בעניינו מצופה היה ממשיב 1 שישלח את המערערת לקבל חוות דעת רפואית נוספת, לפני שסירב להפנות אותה לבצע את הפסקת ההריון, על בסיס הקביעה שהיא אינה כשירה לקבל החלטה. לעניין זה, תטען המערערת כי עמדתה של הוועדה להפסקת הריון כי **אכן כשירה** למתן הסכמה מדעת לביצוע הפעולה, משמשת חוות דעת נוספת.

שאלת הכשרות המשפטית ואגב אשפו

35. **חוק הכשרות המשפטית והאפוסטרופוסות, תשכ"ב-1962** הוא החוק הקובע בדין הישראלי אם אדם כשיר להחליט בענייניו, ומסוגל לתת הסכמה מדעת לפרוצדורות רפואיות המוצעות לו. כל עוד לא מונה אפוסטרופוס לאדם או שהכריזו עליו כפסול דין, ניתן לומר שהוא כשיר למתן הסכמה מדעת (נילי מימון "התמודדות המחוקק עם שאלת מתן טיפול רפואי ללא הסכמה או בכפייה" **רפואה ומשפט** 17, עמ' 6 (1997); **כרמי**, בעמוד 5). בעניינה של המערערת לא נעשה שימוש בחוק זה. כך לא רק שהמשיבים לא פעלו בשום שלב על מנת למנות אדם אחר שיהיה ראוי לקבל החלטות במקומה, הם למעשה מינו את עצמם בדרך לא דרך לבחור בעבורה שלא תבצע הפסקת הריון.

36. יתרה מכך, בדברי ההסבר לתיקון לחוק הכשרות המשפטית והאפוסטרופוסות משנת 2014 (הצעת חוק הכשרות המשפטית והאפוסטרופוסות (תיקון מספר 19), התשע"ה-2014, ה"ח הממשלה 890), נראה כי המחוקק הכיר ב"עקרון ההחלטה העצמאית", שהתקבל במדינות דמוקרטיות שונות בעולם המערבי (בין היתר אוסטרליה, קנדה, ואנגליה), שמטרתו לאפשר לאדם ככל האפשר לקבל החלטות בעצמו בנוגע לגופו, רכושו וחיייו. על פי עקרון זה כל עוד לא מונה למטופל אפוסטרופוס יש להתייחס אליו ככשיר ובעל מסוגלות לקבל החלטות הנוגעות לחייו, ובהתאם ל"עקרון ההחלטה העצמאית" יש לאפשר למטופל שליטה על חייו כמה שיותר, זאת גם אחרי שנקבע כי הוא פסול דין ו/או במינוי של אפוסטרופוס. לכן, גם במסגרת אשפוז של המערערת יש להגן על זכותה לעצמאות בנוגע להחלטות רפואיות.

37. יתרה מכך, דעתם של **נתנאל בושרי ורון בן ארי** היא שבמצב בו קיימת סתירה בין דעתו של חולה פסיכיאטרי לבין דעתו של האפוסטרופוס שלו, ואותו חולה כשיר משפטית וקיים חשש כי כשירותו לתת הסכמה מדעת ירודה, תגבר דעתו של החולה על דעתו של האפוסטרופוס. (בושרי ובן ארי "טיפול רפואי **כפוי בעידן ההסכמה מדעת**" (2015)). קל וחומר שבמצבה של המערערת, עמדתה ובחירתה הייתה צריכה לגבור על עמדת המשיבים.

38. לא ניתן לקבל את הטענה שמשמעות אשפוז של המערערת בכפייה אצל משיב 2, מכח סעיף 6 לחוק הטיפול, היא היעדר כשירות לקבל החלטות. לא די במצבו של חולה המוביל לאשפוז בכפייה, כדי לשלול ממנו את הזכות לסרב לטיפול רפואי או לבצע טיפול רפואי שהוא חפץ בו (ראה מאמרו של **שילה**).

39. כל הנחה לפיה המטופלים פסיכיאטריים אינם כשירים לצורך מתן הסכמה מדעת הינה שגויה. בשנת 2015 אושפזו באשפוז כפוי כ-7,679 איש, כ-15,000 נוספים התקבלו לאשפוז פסיכיאטרי וכמות לא מבוטלת של כ-105,000 איש ערכו ביקור אמבולטורי יומי במרפאות או בבתי חולים, בממוצע של כ-9.6 טיפולים פסיכיאטריים למבקר (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, **שנתון סטטיסטי – בריאות הנפש בישראל, 2015**). המשמעות של מספרים אלו היא שטיפול פסיכיאטרי אינו תופעה אזורית, גם במקרה של מחלת נפש חמורה. בענייננו, נראה כי אשפוזיה החוזרים ונשנים של המערערת לאורך השנים גם הם אינם סוטים מן הנורמה. אין לאפשר שלילת כשירותו של אדם רק משום שטופל במסגרות בריאות הנפש, וללא פיקוח של גורם שיפוטי. לכן, המערערת תטען כי אין להניח או לאפשר למשיבים שלילה אוטומטית של כשירותה ליתן הסכמה מדעת רק בשל מצבה הנפשי.

העתק העמודים הרלוונטיים של שנתון סטטיסטי – בריאות הנפש בישראל, 2015 מצורף לכתב טענות זה **כנספח ע/5**.

40. בתשובה לטענת המשיבים כי ניתן לכפות טיפול רפואי מכח סעיף 35(ט) לחוק הטיפול, שלשונו: "חולה שאושפז אשפוז כפוי או שניתנה לגביו הוראה לטיפול מרפאתי, יינתן לו טיפול לפי **מצבו הרפואי** אף למרות התנגדותו..." יש לטעמה של המערערת לפרש את כוונת המחוקק בהקשר זה בצורך לשקול מספר שיקולים כדי לעמוד על מצבו הרפואי של המטופל כמכלול, ובין היתר, כשירותו המנטאלית. פרשנות זו מתיישבת לטעמה של המערערת עם מהות החוקים הרלוונטיים ומגשימה את זכותם של החולים לאוטונומיה, גם כשמדובר בחולים במחלות נפש.

41. המשיבים טענו כי המערערת הייתה שרויה בהתקף פסיכוטי, ולכן לא הייתה כשירה לתת את הסכמתה מדעת להפסקת ההיריון. לטעמנו לא ניתן לקבל את הטענה משום לא ניכר שהמצב של המערערת היה פסיכוטי לאורך כל תקופת אשפוזיה. אך גם אם ייטה בית משפט נכבד זה לאשר קביעה מאבחנת זו, אין לטעמנו מקום למנוע מהמערערת קבלת טיפול, בניגוד לרצונה, רק בשל כך. וראו במקרה של מטופל הנמצא תחת טשטוש, נקבע כי אין לאפשר טיפול בניגוד לרצונו. (ע"א 1615/11 **מרפאת עין טל – מרכז לרפואת עיניים נ' פינקלשטיין (אלבלך)** (פורסם בנבו, 06.08.2013)). דברים אלה יפים גם לעניין מניעת טיפול, וגם לעניין מטופל אשר ספק אם מצבו הנפשי היה יציב.

ד. סמכותה של הוועדה להפסקת היריון

42. המשיבים התירו למערערת לגשת לוועדה להפסקת היריון, רק לאחר שסבר משיב 1 שחל שיפור במצבה והיא כשירה לגשת. בהמשך, לאחר שבחנה הוועדה את בקשתה, קבעה כי המערערת כשירה למתן הסכמה מדעת, ואישרה את הפסקת ההיריון. החלטה זו ניתנה כאשר עמד לנגד עיניה של הוועדה מצבה של המערערת ועובדת אשפוזיה אצל משיב 2. בהמלצת של **ועדת ריפטיין**, שסקרה את התנהלות הוועדה להפסקת היריון, נאמר כי יש לחייב את הוועדה להפסקת היריון לבסס את האישור לביצוע הפסקת ההיריון על אבחנה פסיכיאטרית מדויקת. מכוחו, מצבה של המערערת וודאי היה חלק ממניין השיקולים שראתה הוועדה לנגד עיניה (משרד הבריאות **דו"ח הצוות לבדיקת ביצוע חוק העונשין (דו"ח ועדת ריפטיין)** (בדיקת ביצוע סעיפי חוק העונשין הנוגעים להפסקות היריון) (1992)).

העתק דו"ח ועדת ריפטיין מצורף לכתב טענות זה כנספח ע/6.

43. זאת ועוד, חוזר מנכ"ל משרד הבריאות מספר 23/93, שכותרתו: "שמירת החוק והתקנות ע"י הועדות להפסקת הריון – הנחיות ביצוע", הדגיש כי כאשר הוועדה מאשרת הפסקת הריון ומקבלת את עמדת המבקשת לביצוע הפעולה מחשש שהולד עלול להיות בעל מום גופני או נפשי (סעיף 316(א)(3) לחוק העונשין) או לחילופין מחשש שהמשך ההיריון עלול לסכן את חייה או לגרום לה נזק גופני או נפשי (סעיף 316(א)(4) לחוק), עליה לעשות זאת בהתאם לחוות דעת רפואית.

העתק חוזר מנכ"ל משרד הבריאות מספר 23/93 מצורף לכתב טענות זה כנספח ע/7.

44. נוסף על כך, עולה מדו"ח מבקר המדינה משנת 2016, "הפסקות הריון יזומות" (להלן: "דו"ח מבקר המדינה"), שכ-95% מהבקשות להפסקת הריון שאושרו, בוצעו על ידי המבקשות, חרטה ואי ביצוע של הפסקת ההיריון לאחר קבלת אישור הוועדה, מהווה **חריג שבחריגים**. לטענת המערערת, היא איננה יוצאת מהכלל.

45. הוועדה להפסקת הריון היא הגורם הרפואי היחיד המוסמך לאשר או למנוע מאישה הפסקת הריון, זאת מכח סעיף 316 לחוק העונשין למרות זאת, סברו המשיבים בטעות שהסמכות נתונה להם לשנות או להתנות על החלטת הוועדה. פעולת המשיבים שמנעה מהמערערת להוציא לפועל את הפעולה שקיבלה את אישור הוועדה, חורגת מסמכות וגם מבוססת על הנחה שגויה שהמערערת אינה כשירה. לטענת המערערת אין למשיבים כל סמכות ולא ניתן להפעיל שיקול דעת מקום שלא ניתנה להם סמכות לכך. כל מקום של שקילת שיקולים לאחר החלטת הוועדה אינה במקומה.

ה. הפגמים בהליך

המשיבים פעלו בחוסר סמכות

46. אין בדין הישראלי מקור נורמטיבי ברור שמתוכו שואב הרופא את סמכותו, ולכן תעשה המערערת שימוש גם בכללי האתיקה של הרופאים וגם בהוראות חוק העונשין. כללי האתיקה של הרופאים יכולים לשמש כמקור לסמכותו של משיב 1, ולא מצאנו בו הוראה המתייחסת להפסקת הריון. עיון בהוראות חוק העונשין, מעלה שהמחוקק העניק סמכות, באופן מפורש, בענייני הפסקת הריון לוועדה. לכן למשיבים, לא קיימת סמכות למנוע מהמערערת את המעשה.

47. אין גם לקבל את הטענה כי קיימת אוטונומיה לרופא וזכות שלא לספק טיפול רפואי הנוגד את מצפונו האישי או את עמדתו המקצועית (להוציא מצבי חירום מסכני חיים), שכן בהתאם לאגד כללי האתיקה הרפואית של ההסתדרות הרפואית בישראל, לא קיימת לרופא זכות וסמכות למנוע ממטופל את הטיפול הרפואי על ידי רופא אחר. כלומר, המשיבים היו רשאים לסרב לבצע את הטיפול בעצמם, עקב סיבות אתיות ומקצועיות, ורשאים היו גם לנסות לשנות את דעתה של המערערת, אך אין להם סמכות למנוע ממנה לבצע את הפסקת ההריון. נראה כי מראשיתו של התהליך שיקול הדעת שהפעילו המשיבים היה בחוסר סמכות, נגוע בחוסר מקצועיות, ועל אף הידיעה הברורה כי חלון הזמן הנתון למערערת מוגבל, המשיכו לפעול כדי לסכל את ההליך. הכל בשונה מההצהרה שעל הרופא והמטופל להיות שותפים להליך הרפואי (ההסתדרות הרפואית בישראל, הלשכה לאתיקה "ההצהרה הכללית בדבר יחסי גומלין בין רופאים ובין ציבור המטופלים בישראל" (אבינועם רכס עורך) 2014).

העתק העמודים הרלוונטיים של ההצהרה הכללית בדבר יחסי גומלין בין רופאים ובין ציבור המטופלים בישראל מצורף כנספח ע/8.

48. משיב 2 הוא גוף מינהלי ועליו לפעול על עקרון חוקיות המנהל. גם משיב 1, כעובד של משיב 2, משמש כזרוע של הרשות המינהלית ומפעיל סמכויות מנהליות.

בשונה מוועדות להפסקת הריון, למשיבים לא ניתנה הסמכה מפורשת לקבל החלטות בעניינה של המערערת בנושא של הפסקת הריון (בג"ץ 4374/15 **התנועה למען איכות השלטון בישראל נ' ממשלת ישראל** (פורסם בנבו, 27.3.2016)). זאת ועוד, לא ניתן לקרוא סמכות מתוך הוראות כלליות, כדוגמת חוק הטיפול, בהינתן סמכות מפורשת בחוק העונשין העוסק בוועדות הפסקת הריון (בג"ץ 10203/03 **"המפקד הלאומי" בע"מ נ' היועץ המשפטי לממשלה**, סב(4) 32, 715 (2008)).

49. לטענת המערערת, המשיבים חרגו מהסמכות הכללית שניתנה להם ולא ניתן, על דרך הפרשנות, לאפשר פעולות אלה שכן נדרשת הסמכה אחרת כאשר על הפרק פגיעה בזכויות יסוד של המערערת (**עניין "המפקד הלאומי"**). קביעתה של כבוד השופטת בייניש באותו עניין, הניחה את הכלל הפרשני בדבר הסמכה מפורשת של הרשות המינהלית, בהתאם למכלול נסיבות וביניהן: סוג הזכות הנפגעת, הנסיבות המונחות בבסיסה ועוצמת הפגיעה בהן. בשל החשיבות של שמירה על זכויות אדם בעניינה של המערערת, יש לדרוש מהמשיבים רף גבוה של סמכות מפורשת בבואם לפגוע בהן. (דעתה של השופטת בייניש אומצה בהמשך גם בבג"ץ 4491/13 **המרכז האקדמי למשפט ולעסקים נ' ממשלת ישראל**, עמ' 243). בחינת סמכות נעשית בבתי משפט בישראל חדשות לבקרים, ובית המשפט לא יירתע מלפעול כאשר גורם בעל כוח שלטוני חורג מסמכותו, ומפעיל כוח שלטוני כופה בניגוד לעקרון חוקיות המנהל (בג"צ 3933/11 **מכבי שירותי בריאות נ' שר הבריאות** (פורסם בנבו, 25.03.2014)).

50. לכן, למשיבים אין סמכות מלבד הסמכות שהוענקה להם על פי חוק, והיה עליהם לבחון האם להם התיר המחוקק את הסמכות בנוגע להפסקת הריונה של המערערת. גם בבחינת החוק המסמך של המשיבים, היה עליהם לבחון חוקים אחרים ולהכיר בסמכותה הבלעדית של הוועדה להפסקת הריון, שכן החוק המסמך אינו עומד ברשות עצמו, אלא הוא אבן אחת בפסיפס המורכב של המשפט. קבלת הטענה בדבר סמכותם של המשיבים לפעול, חורגת מהפרשנות הרגילה והאלמנטרית הרחוקה מליבת העיסוק של המשיבים, כשמדובר בליבת עיסוקה של הוועדה.

51. למשיב 1, **שאינו חלק מן הוועדה, אין סמכות** להפעיל שיקול דעת ולהחליט אם להתיר למערערת לבצע את שאישרה הוועדה. חוות דעתו של משיב 1 הובאה בפני הוועדות, על סמך כלל המידע הרפואי שהיה ברשותה, פעלה הוועדה והפעילה את שיקול דעתה, והמשיבים אינם משמשים ערכאת ערעור או גורם מאשר להחלטת הוועדה.

52. בית משפט קמא שגה כאשר קבע שאינו יכול להתערב מכיוון שמדובר בשיקול דעת מקצועי. השאלה המקדמית לה נדרש בית משפט קמא היא שאלת סמכותם של המשיבים. רק אם ניתן היה לאתר מקור מכוחו שואבים המשיבים את סמכותם למנוע מהמערערת את הליך הפסקת ההריון, היה מקום להמשיך ולבחון את הליך הפעלת **שיקול הדעת**. אכן, הכלל הוא שלרשות הידע והמקצועיות המתאימים, ובית המשפט יטה שלא להחליף שיקול דעתו בדעתה, אך אין הדבר נדרש כשאין כלל סמכות לפעול. עם זאת, לעיתים נוטים בתי משפט שכן להתערב בהחלטות הנוגעות לשיקול דעת מקצועי של גורמי רפואה, במקרים בהם הרופא סוטה באופן קיצוני מהפרקטיקה הרפואית המקובלת, כפי שניתן לטעון שקרה גם בעניינינו (ע"א 935/95 **רביד משה נ' דניס קליפורד**, נב(4) 736 (1998)). גם במקרה שלפנינו סטה משיב

1 מהפרקטיקה הרפואית המקובלת כאשר סתר את החלטת הוועדה, וכשהתנה את ביצוע הפסקת ההריון בהמשך אשפוזה של המערערת.

53. המערערת סבורה שדי בבחינת שאלת הסמכות כדי להעלות שהמשיבים פעלו בחוסר סמכות, ומשכך פעילותם בטלה. משנטלו סמכות לא להם ועל דרך הפעלת שיקול הדעת שלהם פגעו באופן קשה בזכויותיה של המערערת, יש מקום לקבל את הטענה ולקבוע שהמשיבים פעלו ברשלנות.

הטלת חסמים ביורוקרטיים

54. לטענתה של המערערת לא היתה בסמכותם של המשיבים למנוע ממנה לגשת לוועדה. זאת ועוד, גם אם ניתן לקרוא סמכותם לכך, יש בדבר כדי להעמיד בפניה חסם ביורוקרטי מיותר. עוד הוסיפו המשיבים להצר את צעדיה של המערערת אחריה שהוועדה הראשונה התירה לה לבצע את הפסקת ההריון, והתנו זאת בהארכת משך האשפוז.

55. ידוע כי במקרים רבים קיים קושי במימוש זכות כזו או אחרת, בגלל חסמים ביורוקרטיים. מורכבות המימוש של הזכות היא תופעה שיש להוקיע, והמטרה של רשות מינהלית היא להקל על הפרט ככל שניתן לממש את הזכויות הניתנות לו. טענה זו מתכתבת גם עם עמדתו של **מבקר המדינה, בדו"ח מבקר המדינה בדבר הפסקות הריון יזומות משנת 2016**. בדו"ח התייחס המבקר לסיטואציות בהן נשים קיבלו אישור מועדה להפסקת הריון הפועלת במוסד רפואי אחד, ולאחר מכן התבקשו על ידי המוסד (או שהחליטו על דעת עצמן) לבצע את הפסקת ההריון במוסד אחר. מדו"ח המבקר עולה כי יש מוסדות רפואיים הדורשים מנשים **שבקשתן כבר אושרה במוסד אחר**, לעבור בחינה נוספת בועדה הפנימית של אותו מוסד. כלומר, מוסדות רפואיים שאינם מסתפקים באישור שקיבלה האישה ממוסד רפואי מוכר, ודורשים ממנה לעבור פרוצדורה מיותרת לאישור נוסף לביצוע המעשה, שלא בסמכות. משרד המבקר העיר כי זהו נטל ביורוקרטי הגורם **להתמשכות ההליך**; כי יש לקבוע מדיניות עקרונית להסרת חסמים שכאלה; וכי **במטרה לפשט את ההליך מבלי לפגוע בשיקולים הרפואיים ההכרחיים**.

56. זאת ועוד, לטענת המערערת, כרשות מינהלית מקצועית, היה על המשיבים לדעת שהצבת התנאי להמשך אשפוז בכדי להוציא לפועל את החלטת הוועדה, יביא לאיון ההחלטה. לטענת המערערת, פעולה זו שעשו המשיבים, היתה על דרך העורמה, בכדי להגיע למצב שבו גם אם בתום תקופת האשפוז שהוארכה תבקש המערערת לקיים את הפסקת ההריון על בסיס אישור הוועדה הראשונה, היא תהיה בהריון מתקדם ולא תוכל לעשות זאת מבלי להידרש לוועדה נוספת. עובדה היא, שבעניינה של המערערת הוועדה השנייה לא התירה את הפסקת ההריון, והמשיבים הצליחו בסיכול המעשה. בעניינינו לא רק שלמשיבים לא היתה סמכות פעולה, היא הפגם החמור ביותר במשפט המינהלי בשל הפגיעה בעקרון חוקיות המינהל, הוא אבן הפינה של המשפט המינהלי. גם הפעלת שיקול דעתם המקצועי נעשה בחוסר תום – לב.

57. בעניינה של המערערת יש ליתן את הדעת לחומרת הפרת החוק על ידי המשיבים וחשיבות הזכויות הנפגעות ומידת הפגיעה. לכך יש לצרף את חוסר תום לבם של המשיבים ואת העוול שנגרם למערערת. בית המשפט הנכבד מתבקש גם לתת את הדעת לעובדה שמדובר במעשה עשוי, כלומר העניין אינו ניתן לשינוי, המערערת צריכה להמשיך לחיות את חייה עם תוצאת הלידה במקום הפסקת ההריון ולא ניתן עוד לדרוש היתר להפסקתו. אם נוצר מצב של מעשה עשוי, עדיין בסמכותו של כבוד בית המשפט לברר

את חוקיות המעשה שנעשה, ואם הבירור מצדיק זאת לתת הצהרה כי המעשה הוא בלתי חוקי ולפסוק למערערת פיצוי. הצהרה שכזו יש בה תועלת גם כהנחיה לעתיד לרשות המינהלית.

ו. העוולות

הפרת חובה חקוקה

58. החלטת המשיבים שלא לבצע את החלטת הוועדה להפסקת היריון מהווה עוולה של **הפרת חובה חקוקה בהתאם לסעיף 63 לפקודת הנזיקין**. לעוולה זו שישה רכיבים של התובע להוכיח – קיומה של הוראת חוק; הוראת החוק נועדה לטובת הנזוק; המזיק הפר את החובה המוטלת עליו; ההפרה גרמה לנזוק נזק; הנזק שנגרם הוא מהסוג שאליו התכוון החיקוק. הרכיב השישי הינו סייג, אשר גורס כי במידה וקיים הסדר חיצוני שמטרתו למנוע את הנזק, לא ניתן לתבוע בגין הפרת חובה חקוקה (ע"א 145/80 שלמה ועקנין נ' המועצה המקומית, בית שמש, לז"א (1) 113, 139 (1982)).

59. המערערת טוען כי כאשר בוחנים את נסיבות המקרה, ניתן לזהות כי המשיבים **הפרו את חובתם בהתאם להוראות החוק**: סעיף 316 לחוק העונשין לבצע את הפסקת ההיריון וכן תקנה 2 לתקנות העונשין (הפסקת היריון), תשל"ח-1978.

60. בהתאם לדברי ההסבר לחוק, המטרה של הוועדה להפסקת היריון היא ללא ספק נועדה **לטובת המערערת**, לשמור על בריאותה במידה והיא חפצה בביצוע הפסקת ההיריון. בין היתר מטרת החיקוק הייתה לאפשר לנשים בישראל להימנע מסיטואציות שבהן הן נאלצות לשאת היריון בלתי רצוי, וכן להביא לידי ביטוי את זכותה של כל אישה על גופה.

61. **המשיבים הפרו את החובה המוטלת עליהם**: המשיבים הפרו את חובתם לשלוח את המערערת לוועדה להפסקת היריון, מיד עם בקשתה ובהמשך עת ביקשו שלא להתיר את המעשה שאישרה הוועדה. ניתן לעשות היקש מפסק הדין ע"א 3114/12 מנחם ששון נ' משרד הרווחה (פורסם בנבו, 13.04.2014) שם נקבע כי הרשות המינהלית הפרה חובה חקוקה כאשר לא העמידה אדם בפני ועדה בהתאם לחוק. בהתאם לכך, כאשר המשיבים לא אפשרו למערערת לגשת לוועדה עת ביקשה זאת ובהמשך התעלמו מהחלטת הוועדה ובהעמידו תנאים לקיומה תוך שהם למעשה גוזרים את אי ביצוע המעשה בפועל.

62. **ההפרות של המשיבים גרמו למערערת נזקים**: ובין היתר פגיעה באוטונומיה, נזק ממוני כתוצאה מההיריון הבלתי רצוי (אובדן השתכרות, הוצאות גידול הילד) ונזק נפשי לא ממוני בגין ההיריון עצמו (הכולל בתוכו כאב וסבל כתוצאה מהמשך ההיריון והלידה). במידה והמשיבים לא היו נוטלים סמכות לא להם, ולא פועלים בחוסר תום לב בשיקול הדעת שהפעילו בעניינה של המערערת, יכולה היתה המערערת להוציא אל הפועל את המעשה בהמשך לאישור הוועדה, וכלל הנזקים היו נמנעים.

63. **הנזק שנגרם למערערת הוא מהסוג שאליו התכוון החיקוק**: סעיף 316 לחוק העונשין מתכוון למנוע מהאישה שני סוגים של נזקים: ראשית, נזק גוף מהפסקת היריון שתבצע באופן בלתי חוקי, וזאת במטרה לשמור על בריאותה של האישה ולהציל את חייה במקרים שבהם המשך ההיריון יכול לסכן את חייה (דברי ההסבר להצעת חוק לתיקון דיני העונשין (הפסקת היריון), תשל"ו (1975)). שנית, נזק נפשי של האישה מעצם נשיאת היריון שהוא בלתי רצוי. המערערת טוען גם כי מטרת החיקוק נועדה כדי לאפשר לאישה אוטונומיה על גופה.

64. לא מתקיים הסייג לפיו החיקוק היה אמור לשלול את הנזק: זאת בשל החזקה כי אין בכוונת הסייג לשלול תרופה נזיקית אם מתקיים הרכיב השני ליסודות העוולה, לפיו מטרת החיקוק הייתה להגן על הניזוק (ראו את לדבריה של כבוד השופטת נתיניהו בפסק הדין ע"א 245/81 **חוריה ג'מיל מחמוד סולטאן נ' חסן כמאל סולטאן**, לח(3) 169 (1984)). בתי המשפט אף הכירו בפיצוי להורים מקום בו לא בוצעה הפסקת הריון (ע"א 1326/07 **ליאור המר נ' פרופ' עמי עמית** (פורסם בנבו, 28.05.2012)).

התנהלות המשיבים עולה לכדי עוולת הרשלנות

65. פעולות המשיבים עולות לכדי ביצוע של עוולת הרשלנות הקבועה בסעיפים 35-36 לפקודת הנזיקין. **בפרשת ואתורי** נקבע כי ניתן לעשות שימוש בעוולת הרשלנות במצבים שבהם לא ניתנה הסכמה למהלך טיפול רפואי (ע"א 4384/90 **שמעון ואתורי נ' בית החולים לניאדו** נא(2) 171 (1997)). לכן, בחלק זה אטען כי המשיבים חבים חובת זהירות למערערת כמטופלת, וכי התרשלו בתפקידם כיוון שסטו מסטנדרט התנהגות סביר המצופה מהם.

66. בתי המשפט קבעו במקרים רבים כי קיימת חובת זהירות מושגית בין רופא ומטופל ובין בית החולים למטופל. ראו לעניין זה ע"א 6649/96 **הסתדרות מדיציניית הדסה נ' עופרה גלעד**, נג(3) 529 (1999), להלן: "**פרשת הדסה**". בשל כך, אין ספק כי בענייננו קיימת חובת זהירות מושגית בין המשיבים לבין המערערת. כמו כן, המערערת תפנה גם לפסיקה שבה נקבע כי קיימת חובת אומון בין רופא ומטופל, וחובה זו עשויה להקים לרופא אחריות בנזיקין (ראו פרשת **דעקה**, וכן ע"א 50/91 **ד"ר אדגר סבין נ' שר הבריאות**, מז(1) 027 (1993)).

67. המערערת טען כי קיימת חובת זהירות קונקרטית בינה ובין המשיבים. משיב 1 היה הגורם המטפל המרכזי, והיה אחראי על השגחתה הרפואית בעת האשפוז הכפוי. כמו כן, גם למשיב 2 בעניין זה קמה חובת זהירות קונקרטית (ראו **הדסה**, עמ' 541-542), שכן לצד העובדה כי הרופא הוא הגורם הטיפולי המרכזי, הרופא משמש כזרוע של בית החולים ולכן חובת הזהירות שעומדת לרופא, עומדת גם בפני בית החולים. גם אם יטען על ידי המשיבים כי חיוב הרופא ברשלנות ייצור מעגלי חבות שאינם ניתנים לצפייה מראש, מבקשת המערערת לטעון כי במקרה שלפנינו המערערת נמצאה במעגל הסיכון הראשוני להיפגע, ואינה יוצרת מעגלי חבות משניים לגורמים אחרים. לכן חיוב המשיבים שניהם ברשלנות במקרה זה לא יוצרת מעגלי חבות שאינם ניתנים לצפייה מראש (ראו בפרשת **דעקה**).

68. המשיבים הפרו את חובת הזהירות כלפי המערערת במספר מקרים לאורך תקופת אשפוזיה. תחילה, מעצם ההשתתפות בשליחתה של המערערת לועדה, פעולה שגרמה לאיבוד זמן יקר (ראה לעניין זה ע"א 7375/02 **בית חולים כרמל, חיפה נ' עדן מלול**, ס(1) 11 (2005)). בהמשך, המשיבים השתתפו גם בביצוע ההליך לאחר שכבר התקבל האישור מהוועדה להפסקת הריון, היא הגורם המוסמך לקבל החלטות בנושא זה. התועלת בשיהוי ביצוע ההליך הייתה נמוכה בפועל מפותנציאל הנזק של המערערת – שהוא אי אפשרות לביצוע הפסקת ההריון. המשיבים ידעו כי לאחר ארבעה שבועות לא יהיה ניתן עוד לבצע את החלטת הוועדה, או לכל הפחות היו צריכים לדעת, לכן החלטתם גרמה לנזק ודאי למערערת שלצידה תועלת מזערית, שולית, ולא ברורה, שכן בחלוף הזמן לא השתנתה האבחנה של המערערת, ולגישת המשיבים היא עדיין לא הייתה כשירה דיה על מנת להעניק הסכמה לביצוע הפסקת ההריון. דעה זו של המשיבים, יש להעמיד בספק, לטענתה של המערערת, כפי שעמדנו בהרחבה לעיל, ככל שהייתה נבחנת כהלכה סביר שהיא היתה נמצאת בעלת כשירות ליתן הסכמה מדעת.

69. יש אם כן מקום להעמיד מבחן אובייקטיבי לפעולת המשיבים, האם נקטו בפעולות שמטפל סביר היה נוקט. לטענת המערער, במקרה זה, התניית הפסקת ההיריון בהמשך אשפוז איננה פרקטיקה סבירה שהייתה ננקטת על ידי מטפל סביר. מתוך כל אלו, אין לקבל את טענתם של המשיבים כי פעולותיהם, גם אם הן ייחשבו בבית משפט נכבד זה בגדר "טעות", אינן עולות לכדי רשלנות, שכן ניכר מכל שלב באשפוז של המערער כי הופרה חובת זהירות בדרך שבה טופלה.

70. המערער הוכיחה בטענותיה כי היא הייתה כשירה בפני החוק לבצע הפסקת ההיריון, וכך גם סברה הוועדה להפסקת ההיריון שהיא בעלת הסמכות. כיוון שההליך אושר על ידי הוועדה, אין ספק כי המכשול היחיד שעמד בדרכה של המערער לביצועו היו המשיבים. אלמלא היו משתתפים בשליחתה לוועדה ולאחר מכן מסרב לבצע בה את ההליך אם לא תסכים לאשפוז נוסף, כל הנזקים שבגינם תובעת המערער לא היו מתקיימים. כיוון שהמערער הביעה את רצונה מספר פעמים ובמספר דרכים. לכן, לטענתה הקשר הסיבתי בין התרשלות המשיבים בקבלת הסכמתה מדעת וההשתתפות בשליחתה לוועדה, לבין הנזק, מתקיים ביתר שאת.

71. זאת ועוד, לטענת המערער, משיב 1 **היה בעמדה טובה יותר מהמערער למנוע את הנזק**. לא רק שהיה בידיו הידע הרפואי, אלא גם **את הכוח** למנוע או לאפשר למערער גישה לוועדה להפסקת ההיריון, וכן לפעול למען ביצוע החלטת הוועדה. לטענתה, גם משיב 2 היה בעמדה טובה יותר למנוע את הנזק, שכן לבית החולים הייתה היכולת לתאם בין כלל הגורמים הרלוונטיים: הוועדה להפסקת ההיריון, משיב 1 וכן מחלקה גניקולוגית שיכולה לבצע את ההליך. מכיוון שנראה שמשיב 2 בחר שלא להתערב, הוא למעשה לא עשתה שימוש בכוחו על מנת למנוע את הנזק. בית המשפט מתבקש להכיר בחובתם של המשיבים, על מנת למנוע מקרים חוזרים ונשנים של רופאים המקבלים החלטות פרוצדורליות עבור המטופלים שלהם מבלי קבלת הסכמה מדעת (ראה עניין **דעקה**, דבריו של השופט אור בפסקה 22).

72. בית המשפט הנכבד הוא זה שבסמכותו לקבוע האם סטו המשיבים מסטנדרט טיפול סביר, שכן השאלה שעומדת בפתח הינה שאלה **משפטית** על אודות הזכות לאוטונומיה של המערער בהחלטה להפסיק את ההיריון, ולא שאלה העוסקת במומחיות רפואית (לעניין זה ראה מאמרה של נילי קרקו-אייל "דוקטרינת 'ההסכמה מדעת' – עילת התביעה הראויה מקום שבו הופרה זכות המטופל לאוטונומיה" **הפרקליט** מט 181, 201 (2007)). אמנם בית משפט זה מתבקש לפסוק בנושא של חריגה מסמכות ולא בנושא מומחיותו הרפואית של המשיבים, אך במקרה זה גם עמדתו המקצועית של משיב 1 נגועה בחריגה קיצונית מסטנדרט התנהגות סביר, עובדה המחזקת את סמכות בית משפט נכבד זה לפסוק בנושא.

כליאת שווא

73. קיימת אחריות נזיקית למשיבים מכוח עוולת **כליאת שווא**, המעוגנת בסעיף 26 לפקודת הנזיקין. על פי לשון הסעיף: "**כליאת שווא** היא שלילת חירותו של אדם, שלילה מוחלטת ושלא כדין, למשך זמן כלשהו, באמצעים פיסיים או על ידי הופעה כבעל סמכות".

74. בעניינינו, **המשך אשפוז של המערער עולה לכדי שלילת חירותה שלא כדין**. על אף שאשפוז הראשוני של המערער נעשה בסמכות, יש לטענתה לראות בהמשך אשפוז, בחוסר סמכות שכן נעשה שלא על פי הסכמתה אלא בצורה של תנאי. המשיבים יצרו מצב שבו המערער לא יכולה לסרב לו. גם בתי המשפט איפשרו להרחיב את המושג "שלילת חירות" מכח סעיף 26 גם למצבים שבהם חירותו של אדם נשללת באלמנט מסוים (ראה לעניין זה את ע"א 3806/06 **פלוגי נ' פלוגית** (פורסם בנבו,

26.05.2009)). ראוי שגם במקרה זה, כאשר העמיד משיב 1 בפני המערערת תנאי שהשפיע על קבלת החלטתה, היא תהיה זכאית לפיצוי.

75. זאת ועוד, חירותה של המערערת נשללה גם על ידי הופעה כבעל סמכות. המערערת נסמכה על עמדתו משיב 1 שלא לאפשר לה לבצע הפסקת הריון כגורם מקצועי אובייקטיבי האמון על בריאותה. משיב 1 מצדו, לא הותיר לה ברירה אלא להיכנע לתכתיב התנאי, מתוך הסתמכות שבתום תקופת האשפוז הנוספת היא תוכל לממש את הפעולה, ולהגיע לתוצאה הרצויה מבחינתה – הפסקת הריון.

76. שימוש בהוראות חוק הטיפול באופן שמגביל ושולל את חירותו של הפרט, איננה יכולה להיעשות באופן שרירותי, לא מוצדק או מרחיק לכת (ע"א 558/84 מזל כרמלי נ' מדינת ישראל, מא(3) 757 (1987)). לא מדובר בדרישה ביורוקרטית שיש להקל בה ראש, אלא "ערובה לשמירה על זכותו הבסיסית של הפרט לחופש תנועתו" (כרמלי, עמ' 786). לכן, בעניינה של המערערת לא רק שנשללה זכותה הפיזית לתנועה, אלא במעשיהם שללו ממנה המשיבים גם את יכולת הבחירה והאוטונומיה האישית, שכן לא אפשרו לה לגשת אל הוועדה, ולאחר מכן התנו את ביצוע המעשה בהמשך אשפוז. המשיבים עשו שימוש בכוחם באופן שיצר מערכת של כפיפות, לא עמדה למערערת אפשרות אמיתית שלא להיענות בהסכמה לתנאי, מצב זה איננו הסכמה מרצון, גמירות דעת ומפגש של רצונות לא היה שם, אלא רק שימוש בכח בסמכותם של המשיבים והעמדה של המערערת עם הגב אל הקיר.

77. בעניין זה, גם אם יקבל בית המשפט הנכבד את טענת המשיבים שהמערערת לא הייתה כשירה ליתן הסמחה מדעת, לא ניתן ללמוד על ספק בכשירותה מפעילות המשיבים. זאת ועוד, לא נראה כי הפעולות שביצעו המשיבים היו נחוצות להגנה עליה, ופעולותיהם של המשיבים אינן נכללות כך או כך תחת הוראות סעיף 27(3) לפקודת הנזיקין משהמערערת לא היוותה סכנה ברורה לעצמה או היתה לקויה בנפשה.

78. לכן, יש לראות בהוראות שניתנו על ידי המשיבים כלא נחוצות, לא סבירות מבחינה רפואית, תוך סטייה חמורה מסטנדרט התנהגות של רופא סביר וחסרות תום לב. פעולות אלה של משיב 1 יכולות לעלות לכדי אחריות בנזיקין על כליאת שווא (ע"א 219/79 ד"ר זאב ירמלוביץ נ' משה חובב, לה(3) 766 (1980)).

ז. הנזק

79. הנזק שנגרם מורכב מנזק לא ממוני, הכולל כאב, סבל, אי נוחות ופגיעה באוטונומיה. הכאב והסבל רלוונטיים לא רק למהלך הלידה, אלא גם לתחושה כי זכותה הבסיסית של המערערת על גופה נפגעה. כמו כן, נגרם למערערת נזק ממוני, הנוגע לאובדן השתכרות לאחר הלידה ולהוצאות הכספיות בגידול הילד – מזון, ביגוד, חינוך, דיור ועוד.

80. בשונה מהעילה של הולדה בעוולה אשר הוכרה בפרשת המר, תטען המערערת ל'הריון העוולה', עילה זו יכולה לקום עקב כישלון לבצע הפסקת הריון ורשלנותו של משיב 1, אשר תוצאתה הריון בלתי רצוי ולידה של ילד לא מתוכנן (עמוס הרמן, "הריון בעוולה" משפחה ומשפט, ג (2008)). במקרה שלפנינו פעולות המשיבים מנעו מהמערערת לבצע הפסקת הריון, בוצעו ללא סמכות ובאופן המהווה טיפול רשלני, באופן המקיים את עילת "ההריון בעוולה" שהוכרה מספר פעמים על ידי בתי המשפט (ראו לעניין זה ת"א (שלום י-ם) 733/94 דונין רבקה נ' קופ"ח של ההסתדרות הכללית של העובדים בישראל ואח' (פורסם בנבו, 19.09.1996); ת"א (מחוזי י-ם) 1315/97 פלונית נ' קופת חולים של ההסתדרות הכללית של העובדים בישראל, תשסג(2) 309 (2004); ת"א (שלום חי') 4503-06 פלוני ואח' נ' מדינת ישראל-

משרד הבריאות (פורסם בנבו, 04.03.2012). כמו כן, בע"א 518/82 ד"ר רינה זייצוב נ' **שאל כץ**, (מ(2) 085 (1986), הכיר בית המשפט העליון באופן עקרוני בעקרונותיה המנחים של עילת "היריון בעוולה" (מבלי לדון בה במפורש), וקבע כי ניתן להעניק פיצוי עקב התרשלות רפואית אשר הובילה באופן לא רצוי ללידת ילד בריא, וזאת עקב זכותם של ההורים לתכנן את משפחתם (שם, בעמוד 113).

81. ההלכה בעניין **זייצוב** עומדת באופן עצמאי ובמנותק מעילת ההולדה בעוולה, כאמור בפרשת **המר**, ומאפשרת להכיר בנזק שנגרם כתוצאה מלידתו של ילד לא רצוי. על כן, מתבקש בית המשפט הנכבד לאפשר מתן פיצויים עקב לידתו של ילד בעילה זו, הגם שמדובר בילד בריא. השאלה שצריכה לעמוד בפני בית המשפט היא איננה האם הילד שנולד מהווה נזק לכשעצמו. אלא, יש לראות בנזק שנגרם למערערת בעקבות ההולדה, כנזק של **פגיעה באוטונומיה**. התפיסה לפיה נולדה למערערת תועלת עם היוולדו של הילד, היא תפיסה פטרנליסטית, מתערבת, שמניחה שהמערערת יכולה להביט בילד מבלי להיזכר בכל רגע נתון שהוא תוצאה של הליך פגום, כוחני, שנכפה עליה (ראו גלית אקרמן, "סוגית הלידה הבלתי רצויה – WRONGFUL CONCEPTION, רפואה ומשפט, 11, 1994).

אשר לטענה כי קביעת אחריות בגין היריון בעוולה עשויה להביא לפגיעה נפשית לילד אשר יידע כי הוריו לא רצו שיבוא לעולם. כן יצוין כי הטענה לפגיעה פסיכולוגית אפשרית בילד היא טענה ספקולטיבית שאינה מבוססת, שכן התביעה לקבלת פיצוי בגין ההיריון הבלתי רצוי אינה מהווה בהכרח איתות לילד כי הוא אינו רצוי בחייו של ההורים. על אף החום והאהבה שהמערערת תעניק לילדה, גידולו יצריך ממנה משאבים כלכליים אשר היו נמנעים אם הפסקת ההיריון הייתה מבוצעת כהלכתה. על כן, אין לעשות היקש כי ילד שנתבעו עבורו פיצויים בגין היריון בעוולה, הוא בהכרח ילד אשר יחוש כי אינו רצוי בחיי הוריו. לטענת המערערת מטרת הפיצויים להקל על המערערת את הנטל שבלידתו, והפחתה מן העומס הכלכלי המוטל עליה. סיוע זה הוא קודם כל לטובת הילד, ומנטרל את הנטל שעשוי לחוש הילד. מתן פיצוי מסוג זה, כפי שנכתב בהקשר זה בפסק הדין **דונין**, תורם לגידולו של הילד באופן ראוי (**דונין**, בעמוד 4).

82. נוסף על כך המערערת תטען כי כיוון שהיא סובלת ממחלת נפש, הרי שעלות גידול הילד גבוהה מעלות גידולו של ילד הנולד להורה ללא מוגבלות נפשית, זאת גם אם הילד לא יסבול ממחלת נפש תורשתית כפי שחוששת המערערת. עקב מחלתה המערערת תזדקק לעזרה וסיוע רחבים יותר מאשר אם חד הורית ללא מוגבלות (ראה לעניין זה ד"ר איילת גור ופרופ' מייקל אשלי שטיין "דו"ח מחקר: הורות בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית, פרספקטיבה של עובדים סוציאליים במחלקות לשירותים חברתיים" **משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים** (2019)). עקב כך, בשיעור הפיצויים, על כל רכיביו, יש לקחת בחשבון את מחלת הנפש של המערערת. זאת ועוד, מחקרים מראים כי היריון אשר נכפה על נשים בניגוד לרצונן, עשוי להביא את האישה לפתח נטיות אובדניות (נטייה שהכפילה את עצמה כאשר הנשים עוברות תהליך הדומה לועדה להפסקת היריון ובקשתן נדחתה), טינה כלפי הילד, חרדה ומחלות נפש (ראה לעניין זה "Unwanted Pregnancy, 'Forced Continuation of Pregnancy and Effects on Mental Health Position Paper', **Global Doctors for Choice Network**, (2011)). משמעות הדבר הוא שהמעשה, איתו צריכה לחיות המערערת בכל יום מחדש, יכול להוות מכשול בפניה, ולהחריף את שכיחות התפרצויות המחלה. כל אלו הם סיכונים אפשריים אשר בית המשפט הנכבד נדרש לקחת בחשבון בעת פסיקת הפיצויים למערערת.

העתק של דו"ח מחקר: הורות בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית של משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים מצורף לכתב טענות זה **כנספח ע/9**.

83. המערערת תטען גם כי לראות בעובדה שהיא עצמה יזמה את טיפולי הפוריות כעובדה מסכלת לשאלת הפיצוי. הסוגיה הנוגעת לדרך שבה נכנסה המערערת להיריון, ופעולותיה לשם כך, אינה רלוונטית לעצם זכאותה של המערערת לפיצוי, או לשאלת הקטנת הנזק והאשם התורם. על אף שהמערערת חפצה בהיריון, עומדת לה זכות לשנות את דעתה, ולסיים את ההיריון, בטח במצב שבו עולה חשש לבריאותה או בריאות הילד. ההחלטה להביא ילד לעולם נשענת על שילוב של שיקולים רגשיים, מוסריים ושכלתניים, ואישה רשאית לשנות את דעתה במהלך ההיריון. על אחת כמה וכמה שהחלטתה של המערערת לסיים את ההיריון נבעה מנסיבות עובדתיות שנתגלו למערערת, של סיכוי כי הוולד יחלה במחלת נפש תורשתית. לפיכך, המערערת תטען כי נקטה בכל אמצעי שברשותה להקטין את הנזק – היא חפצה לעשות את הפסקת ההריון בשלבים מוקדמים, וכשנדרשה לכך אף ניגשה לוועדה להפסקת הריון בשלב החיות.

84. לחילופין, היה ולא יתקבלו טענותיה של המערערת בגין נזק ממוני ולא ממוני בשל היריון בעוולה, תטען המערערת לנזק שנגרם לב בשל הפגיעה באוטונומיה. גם הפסיקה הכירה באפשרות למתן פיצוי בגין נזק של פגיעה באוטונומיה כאשר לא קיים נזק ממוני או לא ממוני (פרשת **דעקה**). יתרה על כך, באותו עניין הגדיר בית המשפט את הזכות לאוטונומיה כזכותו של הפרט להחליט על מעשיו על פי בחירותיו, ובמסגרת טיפול רפואי הזכות לאוטונומיה מקנה למטופל את האפשרות לסרב לטיפול, **גם אם הסירוב מגיע מבסיס שאינו רציונלי**. זאת ועוד, ככל שההחלטה קרובה יותר לנסיבות החשובות למסלול החיים של המטופל, כך קבלת ההחלטה ללא מעורבות המטופל פוגעת במידה רבה יותר בזכותו לאוטונומיה, וכך ייטה בית המשפט להעניק חשיבות רבה יותר לפגיעה באוטונומיה (**דעקה**, דברי השופט אור בפסקה 28, וכן אסף יעקב "דא עקא דעקה – גלגוליה של פגיעה באוטונומיה" **משפטים** מב 5 19 (2012)). לכן, יש להכיר בפגיעה באוטונומיה של המערערת, כנזק בר פיצוי, כפי שהתקבל בפסיקה במספר מקרים נוספים (ראה **פרשת קדוש**, עמ' 245, וכן ע"א 8126/07 **עזבון המנוחה ברוריה צבי נ' בית החולים ביקור חולים**, (פורסם בנבו, 03.01.2010), בעמוד 27).

ח. סיכום

85. המערערת סבורה שעל ערעור זה להתקבל משלל טעמים. ראשית הוכיחה המערערת במהלך כתב ערעור זה כי קיימת חריגה מסמכות שהובילה לרשלנות ולהפרת חובה. כמו כן, קיימת סמכות לבית המשפט לפסוק גם בעניינים מקצועיים רפואיים, עקב הסטייה הקיצונית של המשיבים מהתנהגות רפואית מקובלת.

86. שנית, הראתה המערערת כי המשיבים לא פעלו בהתאם לדוקטרינת ההסכמה מדעת, וכי כשירותה של המערערת לקבל החלטות בעניינה לא נבחנה כראוי בהתאם לחוק הכשרות המשפטית והאפוסטרופסות, חוק הטיפול בחולי נפש או בהתאם למבחנים הקבועים בפסיקה. עוד הוכיחה המערערת כי היה צורך לשתפה אודות הליך הטיפול הצפוי לו, גם אם מדובר בחולה המאושפזת באשפוז כפוי. צורך זה עולה במפורש מלשון חוק זכויות החולה והחוק לטיפול, וכן נגזר מחוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו.

87. המערערת הראתה כי המשיבים פעלו בחוסר סמכות כאשר לא אפשרו לה לגשת לוועדה להפסקת הריון. אין בנמצא חוק המעניק סמכות למשיבים למנוע מהמערערת גישה זו. כך, גם אם סברו המשיבים כי המערערת לא כשירה לקבל החלטה להפסיק את ההיריון, לא היה בסמכותם לפעול כפי שפעלו, תוך

שהם מסכלים את החלטת הוועדה. אמנם היה בכוחם לפעול במסלולים אחרים כמו מינוי אפטרופוס, ועדת האתיקה ועוד, אך הם לא עשו זאת. ההחלטות הכוחניות והרשלניות שבהן נהגו המשיבים, משמעותן כפייה של המשך ההיריון על המערערת, על כל המשתמע מכך. לא זו אף זו, הראתה המערערת כי המשיבים העמידו בפניה חסם ביורוקרטי בדרכה לממש את זכותה לגשת לוועדה להפסקת היריון – חסם אשר אף הוא מהווה רשלנות והפרת חובה חקוקה.

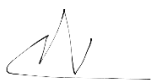
88. המערערת הוכיחה כי התנהלותם של המשיבים עולה לכדי עוולה של הפרת של חובה חקוקה, שכן מחובתם לבצע את החלטת הוועדה להפסקת היריון, ולא קיימת להם כל סמכות חוקית למנוע את ביצוע ההחלטה, לעכבה או להתנות עליה.

89. כמו כן, הראתה המערערת כי המשיבים נהגו ברשלנות כאשר סיווגו את כשירותה להסכים מדעת שלא כראוי, כאשר השתהו בשליחתה לוועדה, וכאשר התנו את ביצוע ההליך בארבעה שבועות נוספים, תוך התעלמות מהתקדמות ההיריון. לצד זאת הראתה המערערת כי יסודותיה של עוולת כליאת שווא מתקיימים במקרה זה, וראוי כי תפוצה גם בגין עוולה זו.

90. ההתנהגות הרשלנית והחוטאת לצדק של המשיבים גרמו לכך שזכותה של המערערת לאוטונומיה נפגעה באופן אנוש. עקב התנהגות זו, קיים למערערת נזק של היריון בעוולה, הטומן בחובו נזק גוף ממוני ונזק נפשי שאיננו ממוני, לצד אובדן כושר השתכרות והוצאות גידול הילד. כמו כן, ראוי כי בגין הנסיבות החריגות של המקרה תפוצה המערערת בגין הפגיעה באוטונומיה שחוותה.

91. בית המשפט הנכבד מתבקש לקחת לתשומת ליבו את חשיבותה של ההסכמה מדעת, ואת השיקולים והאינטרסים שמעבר לעניינה של המערערת כניזוקה. הכרה בסבלה של המערערת עשוי להביא לצדק מתקן לא רק עבורה, אלא בדרך של יצירת הכוונת התנהגות והרתעה ראויה של המשיבים, רופאים וגופים נוספים, וימנע מצבים נוספים שבהם היחס אל החולה הוא כאל אובייקט.

ב"כ המערערת,



מאי ארלובסקי

ע"א 1111/20

אורלי אברהם נ' הרופא המטפל ואח'

רשימת נספחים

2	העתק חוזר מנכ"ל משרד הבריאות מספר 23/07	ע/1
11	העתק העמודים הרלוונטיים מדו"ח מבקר המדינה לעניין הפסקות היריון יזומות	ע/2
18	העתק טופס הסכמה להפסקת היריון תרופתית	ע/3
20	העתק העמודים הרלוונטיים מכללי האתיקה של ההסתדרות הרפואית בישראל	ע/4
23	העתק העמודים הרלוונטיים משנתון סטטיסטי – בריאות הנפש בישראל, 2015	ע/5
28	העתק דו"ח ועדת ריפטין	ע/6
36	העתק חוזר מנכ"ל משרד הבריאות מספר 23/93	ע/7
40	העתק העמודים הרלוונטיים מהצהרה הכללית בדבר יחסי גומלין בין רופאים ובין ציבור המטופלים בישראל	ע/8
43	העתק דו"ח מחקר: הורות בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית של משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים	ע/9

ע/1:

העתק חוזר מנכ"ל
משרד הבריאות מספר
23/07



חוזר המנהל הכללי

מס'

23/07

תאריך

י' טבת תשס"ח (19.12.07)

נושא:

ועדות להפסקת הריון בשלב החיות

חוזר זה מהווה רענון והרחבה לחוזר שירותי רפואה 76/94 מיום 28/12/94 בנושא ועדות על אזוריות להפסקת הריון בהריונות שגילם מ- 24 שבועות מלאים, דהיינו 24 0/7 שבועות, וכן קוים מנחים מינהליים וקליניים לעבודת ועדות להפסקות הריון לגבי הריון בשלב החיות.

יובהר כי חוזר זה אינו מבטל את חוזר 76/94 אלא בא לתקן מספר נקודות בו, להדגיש נקודות אחרות ולהוסיף קווים מנחים להפעלת שיקול הדעת. חוזרי משרד הבריאות הינם בהתאם לחוק העונשין, ואינם גורעים או משנים מהוראותיו.

לפי חוק העונשין, ועדה להפסקת הריון רשאית לאשר או לדחות בקשה להפסקת הריון, אם ראתה, או לא ראתה, הצדקה לכך, וזאת על פי שיקול דעתה במסגרת העילות המצוינות בחוק. בעת חקיקת חוק זה, האפשרות של הפסקת הריון בשלב החיות, במשמעות של גרימת לידת עובר בר-חיות כשהוא ללא רוח חיים, לא עמדה על הפרק.

הפסקת הריון מאוחרת, בשלב החיות, היא פעולה מרחיקת לכת, ויש מדינות מערביות בהן, על אף השמירה הקפדנית על זכויות הפרט, הפסקת הריון בשלב החיות אסורה או כפופה לסייגים מחמירים.

לאחר ניסיון שהצטבר במשך יותר מעשר שנים בהן הופעלו "ועדות על אזוריות" להפסקות הריון מאוחרות – ובעקבות לקחים ומסקנות של צוות שבדק את הנושא מטעם משרד הבריאות, מובא להלן עדכון ורענון להנחיות הקיימות וכן מספר תיקונים, וקווים מנחים, מנהליים וקליניים, לפעילות ועדות להפסקת הריון בשלב החיות.

הקווים המנחים והתיקונים בהנחיות הם פרי המלצות של ועדה משותפת רב תחומית שדנה בנושא, בהשתתפות נציגי איגודים מקצועיים של ההסתדרות הרפואית בישראל (האיגוד הישראלי במיילדות וגניקולוגיה, החברה לרפואת האם והעובר, איגוד נאונטולוגים ואיגוד הגנטיקאים), אנשי ציבור (משפט ואתיקה רפואית, מחשבת ישראל, רפואה פנימית ושירות סוציאלי), ונציגי משרד הבריאות (הנהלת המשרד, המועצה הלאומית למיילדות, גנטיקה ונאונטולוגיה, התפתחות הילד והמחלקה המשפטית).

1. סמכות הדיון בהפסקת הריון מאוחרות – בשלב החיות

- 1.1 ועדות על אזוריות יקראו ועדות להפסקת הריון בשלב החיות.
- 1.2 הועדות הרגילות להפסקת הריון רשאיות לדון רק בבקשות של נשים שגיל הריון אינו עולה על 24 שבועות מלאים דהיינו 24 0/7 שבועות מתאריך וסת אחרונה, ו/או על סמך אולטרסאונד מילדותי המאשר את גיל ההריון. בקשות לביצוע הפסקת הריון לאחר מועד זה יש להפנות לוועדה להפסקת הריון בשלב החיות.
- 1.3 ביצוע בפועל של הפסקת הריון החל מ - 24 0/7 שבועות ואילך מחייב אישור של ועדה להפסקת הריון בשלב החיות, גם אם ועדה רגילה להפסקת הריון אישרה את הפסקת ההריון בשלב מוקדם יותר. ניתן לבצע בפועל הפסקת הריון לאחר 24 0/7 שבועות באישור ועדה רגילה, רק אם היא מבוצעת בתוך 3 ימים מיום החלטת הועדה הרגילה (שהתקבלה כדין לפני 24 0/7 שבועות).

2. הרכב ועדה להפסקת הריון בשלב החיות

- 2.1 ועדה להפסקת הריון בשלב החיות, ככל ועדה להפסקת הריון, כפופה להוראות פרק י' סימן ב' לחוק העונשין הקובע את העילות המותרות להפסקת הריון, ולתקנות והנהלים הקובעים, בין היתר, את תהליך הטיפול בבקשה וקבלת הסכמת האישה.
 - 2.2 על ועדה להפסקת הריון בשלב החיות לכלול **תמיד** את הרכב הועדה להפסקת הריון הקבוע בחוק וחברים נוספים כמפורט בחוזר 76/94 ובסעיף 3.2 להלן.
 - 2.3 לפיכך, בהתאם לחוק וכאמור בחוזר 76/94 – הרכב ועדה להפסקת הריון בשלב החיות יהיה של חמישה חברים, ובהם –
 - (א) מנהל/ת המרכז הרפואי – ואם אינו בעל מומחיות מהמנויות בחוק
 - (ב) מנהל/ת מחלקת נשים ויולדות – (מומחה ביילוד וגניקולוגיה).
 - (ג) עובד/ת סוציאלי/ת בכיר/ה.
 - (ד) מנהל/ת מחלקה ניאונטולוגית.
- (יילוד וגניקולוגיה, רפואה פנימית, פסיכיאטריה, רפואת המשפחה, או בריאות הציבור)
– ימנה במקומו רופא מומחה באחד התחומים האמורים שהוא בעל ותק של 10 שנים כמומחה ובעל תפקיד בכיר בבית החולים.

(ה) מנהל/ת מכון גנטי.

החברים המנויים בפסקאות (א), (ב) ו-(ג) הם **החברים המנויים בחוק**.

לפחות אחת משלושת המנויים בחוק - תהיה אישה.

נוכחות החברים המנויים בחוק – הכרחית לקבלת החלטה חוקית.

לכל אחד מהחברים ניתן ורצוי למנות ממלאי מקום, כמפורט בסעיף 3.3 להלן.

2.4 הועדה רשאית להתייעץ עם יועצים נוספים במקרים מיוחדים בהם היא סבורה שהתייעצות כזו דרושה.

2.5 אין לקיים דיון בוועדה להפסקת הריון בשלב החיות ואין לקבל החלטה בעניין הפסקת הריון כאמור ללא נוכחות **כל שלושת החברים** המנויים בחוק. הפסקת הריון תאושר רק אם לפחות שניים מבין שלושת החברים הנ"ל תמכו בביצועה.

2.6 שני החברים הנוספים (שאינם מנויים בחוק), הם יועצים קבועים לוועדה אולם במקרים השנויים במחלוקת בוועדה ושיש להכריעם ברוב קולות – בהתאם למצב החוקי – ההחלטה תוכרע על פי דעת הרוב **מבין השלושה המנויים בחוק** בלבד.

3. מינוי הועדה

בחוזר 76/94 נקבע כי ועדה על אזורית תמונה על ידי מנכ"ל משרד הבריאות. המינוי נעשה לאחר קבלת המלצת מנהל בית החולים.

3.1 בתוך חודש מקבלת חוזר זה, מנהל מוסד רפואי בו פועלת ועדה על אזורית (ועדה להפסקת הריון בשלב החיות) יעביר לממונה על רישוי מוסדות ומכשירים רפואיים במשרד הבריאות רשימה עדכנית של חברי הוועדה וממלאי מקומם, על גבי הטופס המצורף, שתכלול פרטים על מקצועם, תפקידם במוסד הרפואי ותארי המומחה שלהם, על מנת לקבל הכרה מחודשת בכתב של המנכ"ל לוועדה.

3.2 בעתיד - יש לקבל אישור המנכ"ל בכתב לכל שינוי בהרכב הועדה, ולשם כך יש לפנות מראש אל הממונה על רישוי מוסדות ומכשירים רפואיים במשרד הבריאות ובפרק זמן שיאפשר את ההליך.

3.3 ממלאי מקום

כפי שמפורט בחוזר 76/94 - החברים בוועדה על אזורית הם בעלי מקצוע ומומחים בתחומים הקשורים לנושא הפסקות הריון, וכן חבר בה מנהל המרכז הרפואי. לכל חבר בוועדה יכול שיהיה ממלא מקום.

3.3.1 לגבי החברים מהתחומים המקצועיים - יש להקפיד כי יהיו בעלי אחת הכשירויות המקצועיות (מקצוע ומומחיות) הנחוצות לחבר הקבוע שאת מקומו הם ממלאים, ובעלי תפקיד בכיר במוסד הרפואי.

3.3.2 כממלא מקום מנהל המוסד הרפואי בוועדה ימונה סגן מנהל בית החולים

(או אחד מסגני המנהל).

- 3.3.3. יש להקפיד כי בכינוס ועדה בה משתתפים ממלאי מקום ישמרו כל הכללים המפורטים בסעיף 2 לעיל בדבר כשירות כל החברים, בפרט החברים המנויים בחוק ובדבר נוכחות חברה אחת מביניהם לפחות שהיא אישה.
4. מנהל המוסד הרפואי יודא כי כל החברים בוועדה וכל ממלאי המקום בקיאים בהוראות החוק והתקנות ומכירים את נוהלי משרד הבריאות, בנושא הפסקות הריון בכלל והפסקות הריון בשלב החיות, בפרט.
5. יש להקפיד על נוהל העבודה של הוועדה כמפורט בסעיפים ד' ו' לחוזר 76/94 ובפרט לשים לב להבהרת גיל ההריון, שלאחריו אין ועדה רגילה להפסקות הריון מוסמכת לאשר את הפסקת ההריון, אלא חובה לקבל אישור ועדה להפסקת הריון בשלב החיות.
6. בנוסף לאמור בסעיף ה' לחוזר 76/94 – במקרים חריגים ניתן לבצע את הפסקת ההריון בשלב החיות גם בבית חולים אחר מזה שבו התקיימה הוועדה, וזאת בהסכמת מנהל מחלקת נשים ויולדות בבית החולים בו מיועדת להתבצע הפסקת ההריון.
7. זמינות הוועדות בחופשות – הפסקת הריון בשלב החיות יש לבצע מוקדם ככל שמתאפשר בנסיבות. לפיכך כינוס ועדות הוא שירות חיוני לנשים הזקוקות לאישור הוועדה. לפיכך יש להקפיד כי ועדה להפסקת הריון בשלב החיות תכונס במועד קרוב ככל שניתן לאחר הגשת בקשה שיש לדון בה. במקרים חריגים בהם לא ניתן לכנס את הוועדה בתוך זמן קצר (עד שבוע) – באחריות מנהל בית החולים לדאוג לקיומו של הסדר או תיאום עם בתי-חולים סמוכים להעברת בקשות לדיון אצלם (בהסכמת האישה).
8. אישור של ועדה להפסקת הריון בשלב החיות תקף לשבועיים, ולאחר מכן יהיה צורך באישור מחודש של הוועדה.
9. על הוועדה לתעד את דיוניה והחלטותיה, כולל המסמכים הרלבנטיים והשיקולים בקבלת ההחלטה. יש לשמור תיעוד זה בהתאם לדין כפי שנשמרים מסמכים רפואיים ביחס להריון ולידה, ובכפוף לסודיות המיוחדת החלה על דיוני הוועדות, לפי סעיף 13(ו) לתקנות העונשין (הפסקת הריון) התשל"ח-1978.
10. **מסירת מידע למבקשת**
- 10.1 ככלל, ראוי שבמסגרת ההליכים בפני ועדה להפסקת הריון בשלב החיות יינתן, במקרים המתאימים, לאשה המבקשת, ייעוץ הולם ומפורט יותר מן הייעוץ המקובל בוועדות הרגילות, לרבות, לפי הצורך, ייעוץ גנטי וסוציאלי והתייחסות מיוחדת לדילמות הקשורות להפסקת הריון בשלב החיות, וזאת בפרט במקרים של בקשה להפסקת הריון של עובר בריא או הסובל מחשש למום היוצר מגבלה קלה בתפקוד בלבד.
- 10.2 כאמור בחוק העונשין וכפי שהדבר מתבצע בכל הוועדות להפסקת הריון - לא תסרב ועדה להפסקת הריון בשלב החיות לבקשה שהובאה בפניה בטרם נתנה לאישה המבקשת הזדמנות להופיע בפניה ולמסור לוועדה את נימוקה.
- 10.3 כידוע - לבן הזוג (או אבי העובר) אין מעמד חוקי בוועדה להפסקת הריון ובקשר לדיון בה, ולא נדרשת הסכמתו להפסקת ההריון. עם זאת, ראוי - במידה שהאישה מסכימה לכך - לאפשר לבן הזוג / אבי העובר ללוות את המבקשת ולשלב בדיוני הוועדה, ככל שניתן.

11. קווים מנחים קליניים

הפסקת הריון לאחר אישור של ועדה להפסקת הריון בשלב החיות משמעה סיום ההריון לאחר ביצוע פעולות רפואיות אשר יבטיחו לידת העובר כשהוא ללא רוח חיים. רצון האם, אף כי יש לכבד אותו, איננו מהווה שיקול יחיד ומכריע, בהחלטה אם לאשר הפסקת הריון בשלב החיות, ויש לשקול שיקולים נוספים שיפורטו להלן, גם במקרים בהם מבחינת החוק קיימת עילה מותרת להפסקת ההריון.

11.1 הפסקת הריון עקב עילות מס' 1-2 בחוק העונשין - האישה היא למטה מגיל הנישואין או שמלאו לה 40 שנה, או כאשר ההריון נוצר מיחסים אסורים לפי החוק הפלילי או מיחסי עריות, או שהוא לא מנישואין:

1.1.11. בהיעדר מידע קונקרטי על בעיות רפואיות אצל האישה או העובר - הפסקת הריון בשלב החיות על פי סעיפים אלה משמעה הפסקת התפתחותו של **עובר בריא** בשלב בו היה מסוגל לחיות אילו נולד ובנסיבות שאין בהן סכנה בריאותית לחיי האישה מהמשך ההריון.

2.1.11. פעולה זו היא בעייתית מבחינת האתיקה הרפואית המנחה את גורמי הרפואה לדאוג לבריאות האם ולבריאות העובר. אישורה דורש נימוקים כבדי משקל המבוססים על הצגת חומר מתועד ואמין שיצביע בברור על הצדקה להפסקת הריון עקב אחת מעילות אלה.

2.11. הפסקת הריון עקב עילה מס' 3 בחוק העונשין – **הוולד עלול להיות בעל מום גופני או נפשי:**

1.2.11. הקווים המנחים בנושא זה, המפורטים להלן, ממסדים את הגישה המקובלת בעולם לפיה: ככל שגיל ההריון מתקדם יותר יש צורך במגבלה תפקודית בדרגת חומרה גבוהה יותר הצפויה לוולד, ולפחות דרגת הסתברות משמעותית (30% לפחות) לקיום המגבלה האמורה, כדי להצדיק אישור הפסקת הריון בשלב החיות. קווים מנחים אלה יכוונו את חברי הוועדה בהחלטותיהם, אך אין הם כובלים את שיקול דעתם. במקרים מיוחדים ומשיקולים כבדי-משקל רשאית הוועדה להחליט שלא על פי קווים מנחים אלה, הן לגבי אישור והן לגבי דחיית הפניה, ויש לנמק החלטות כאלה בבירור ובמפורט.

2.2.11. יש להתייחס לחשד למום גופני או נפשי על פי אמות מידה הבודקות את המגבלה הגופנית ו/או ההתפתחותית בתפקוד, לאחר קבלת טיפול רפואי, על פי הדרוג הבא, ולאשר או לדחות את הפניה, עקב חשש למגבלה גופנית ו/או התפתחותית של הוולד כאמור, לפי הקווים המנחים הבאים:

(1) **מגבלה קלה בתפקוד (mild handicap)** – מגבלה גופנית ו/או

התפתחותית שמידת חומרתה איננה מגעת כדי פגיעה בהשתלבות בחברה או צורך בעזרת הזולת כל החיים - איננה מצדיקה הפסקת הריון בשלב החיות.

(2) **מגבלה בינונית בתפקוד (moderate handicap)** – מגבלה

גופנית ו/או התפתחותית הפוגעת בהשתלבות בחברה אך מידת חומרתה איננה מגעת כדי צורך בעזרת הזולת כל החיים - ניתן לאשר הפסקת הריון בשלב החיות עד לשבוע 27 6/7, כאשר ההסתברות לקיומה גבוהה מ- 30%.

(3) **מגבלה קשה בתפקוד (severe handicap)** – מגבלה גופנית

ו/או התפתחותית שמידת חומרתה מגעת כדי צורך בעזרת הזולת כל החיים - ניתן לאשר הפסקת הריון בשלב החיות ללא מגבלה על שבוע ההריון, כאשר ההסתברות לקיומה גבוהה מ- 30%.

3.2.11. ועדה להפסקת הריון בשלב החיות הדנה בהפסקת הריון על פי סעיף זה חייבת לקבל לפני כינוסה חוות דעת כתובה של יועצים רלבנטיים למקרה, הכוללת התייחסות למידת ההסתברות לקיום המגבלה ולמידת חומרתה של המגבלה הצפויה, על פי מיטב שיפוטם המקצועי ובהתאם למדרג שבסעיף 2.2.11 לעיל. ניתן לזמן את המומחים לוועדה, לפי הצורך.

4.2.11. אין להשתמש בעילה מס' 3 לחוק העונשין כדי לאשר הפסקת הריון בשלב החיות של עובר בריא, במקרים של סיכון ללידה מוקדמת, או לידה מוקדמת שאיננה ניתנת למניעה, או כשיש התוויה רפואית לגרימת לידה מוקדמת.

5.2.11. ניתן להשתמש בעילה מס' 3 כדי לאשר הפסקת הריון בשלב החיות במקרה של סיבוכים עובריים העלולים לגרום למום גופני או לפגיעה מוחית-התפתחותית בעובר (כגון זיהום תוך רחמי), וזאת על פי הקווים המנחים כמפורט בסעיף 2.2.11 לעיל.

3.11. הפסקת הריון עקב עילה מס' 4 בחוק העונשין – הפסקת הריון עקב כך שהריון **עלול לסכן את חיי האישה או לגרום לה נזק גופני או נפשי**:

1.3.11. בדרך כלל, סכנה לחיי האישה או חשש לנזק גופני או נפשי שיגרם לה, בעקבות הלידה, אין בו כדי להצדיק הפסקת חיי עובר בריא בשלב החיות, אם ניתן ליילדו חי מבלי לגרום נזק בלתי הפיך לאישה. לפיכך – אישור להפסקת הריון בשלב החיות במקרה של עובר בריא עקב סכנה לחיי או בריאות האישה יינתן רק במקרים חריגים ומנימוקים כבדי משקל, שיש לתעד בבירור ובמפורט.

12. הגנה משפטית

12.1. ביצוע הפסקת הריון ללא אישור ועדה הוא עבירה פלילית, ולכן עמדת משרד הבריאות היא כי חברי ועדה להפסקת הריון ממלאים תפקיד ציבורי על פי דין בעת שהם דנים בבקשה להפסקת הריון. בתור שכאלה, הם עשויים להיות זכאים להגנת המדינה בנסיבות המתאימות, ובלבד שפעלו בהתאם לחוק (והכל בהתאם לסעיפים 7 עד 17 לפקודת הנזיקין).

12.2. לשם מעקב על נושא זה חברי הוועדות מתבקשים להודיע ללשכה המשפטית של משרד הבריאות על כל מקרה בו הוגשה תביעה אישית כנגד חבר ועדה עקב מילוי תפקידו בוועדה להפסקת הריון בשלב החיות.

12.3. אף כי להורים וואו לצאצא שנולד יש, עקרונית, זכות להגיש תביעה על רשלנות רפואית בגין החלטות חברי הוועדה, עמדת משרד הבריאות היא שהחלטה לאשר או לא לאשר בקשה לבצע הפסקת הריון, כשהיא לעצמה, לא מן הראוי שתהיה עילה לתביעה אישית כנגד מי מחברי הוועדה, המוסד בו התקיימה הוועדה או מדינת ישראל-משרד הבריאות, בין בעילה של הולדה בעוולה או של חיים בעוולה ובין אם בעילה אחרת. כל זאת – אם קוימו כל הכללים לפעילות הוועדה, נעשה שימוש כדין בשיקול-דעתה וההחלטה התקבלה כחוק ובהסתמך על חוזר זה, לאחר מיצוי הברור ומתן ייעוץ נאות לאישה.

13. המועצה הלאומית לרפואת נשים, נאונטולוגיה וגנטיקה תקיים מעת לעת מפגשים תקופתיים עם חברי הוועדות להפסקת הריון בשלב החיות לדיון בנושאים מנהליים, קליניים ואחרים. על חברי הוועדות להקפיד על השתתפות במפגשים אלה.


בכבוד רב,
י
פרופ' אבי ישראל

העתק ח"כ יעקב בן-יזרי, שר הבריאות
לת/138660/103(מ)

לכבוד

הממונה על רישוי מוסדות ומכשירים רפואיים
משרד הבריאות ת.ד. 1176 ירושלים

דיווח על הרכב ועדה להפסקת הריון בשלב החיות

שם המוסד הרפואי: _____

מס' ,	שם משפחה	שם פרטי	מס' תעודת זהות	מקצוע	מס' רשיון	תואר מומחה ב..	תפקיד במוסד הרפואי
1.	חבר						
	ממלא מקומו						
2.	חבר						
	ממלא מקומו						
3.	חבר						
	ממלא מקומו						
4.	חבר						
	ממלא מקומו						
5.	חבר						
	ממלא מקומו						

תאריך: _____

חתימת מנהל המוסד הרפואי _____

ע/2:

העתק דו"ח מבקר
המדינה לעניין הפסקות
הריון יזומות, עמודים 1-
6

הפסקות היריון יזומות

תקציר

רקע כללי

לפי נתוני משרד הבריאות, בשנת 2013 היו בישראל כ-20,900 פניות של נשים לוועדות להפסקת היריון (להלן גם - ועדות), וכמעט כולן אושרו - כ-20,400 (כ-97.6%). מבין הבקשות שאושרו בוצעו כ-19,300 הפסקות היריון (כ-95% מהבקשות המאושרות). מספר הפניות לוועדות עלה מכ-19,100 ב-1990 לכ-20,900 ב-2013 (כ-9%), לעומת גידול באוכלוסייה של כ-76%¹. אם כן, שיעור הפניות לוועדות יחסית למספר הנשים באוכלוסייה ירד במשך שנים אלו.

בישראל יש 39 מוסדות רפואיים שמורשים על ידי משרד הבריאות לקיים ועדות להפסקת היריון ולבצע הפסקות היריון (להלן גם - מוסדות). רק כמחצית (52%) מהפסקות ההיריון נעשות בבתי חולים ממשלתיים, של שירותי בריאות כללית או ציבוריים. השאר, לפי הנתונים הידועים למשרד הבריאות, נעשות בבתי חולים פרטיים ובמרפאות פרטיות מורשות.

ועדות להפסקת היריון פועלות מתוקף חוק העונשין, התשל"ז-1977, ומתוקף תקנות העונשין (הפסקת היריון), התשל"ח-1978 (להלן - תקנות הפסקת היריון). קיימים שני סוגים של ועדות: ועדה שמטפלת בבקשות להפסקת היריון עד השבוע ה-24 להיריון, וועדה שמטפלת בבקשות להפסקת היריון לאחר השבוע ה-24 להיריון - שלב החיות (להלן - ועדה בשלב החיות). ועדות בשלב החיות קיימות רק ב-13 מהמוסדות המבצעים הפסקות היריון (בבתי חולים בלבד). בשנים 2000-2013 היה שיעור הפסקות ההיריון בשלב החיות כ-1%-1.5% מכלל הפסקות ההיריון בכל שנה.

1 מאז שנת 1978, שבה מספר הגברים היה שווה למספר הנשים, גדל שיעור הנשים, וכעת הן רוב באוכלוסייה.

פעולות הביקורת

בחודשים פברואר-מאי 2014 ובחודשים ינואר-יולי 2015 בדק משרד מבקר המדינה את פעולת הוועדות להפסקת היריון ואת הביצוע של הפסקות היריון. נבדקו בעיקר הנושאים האלה: אופן עבודת הוועדות; המידע הרפואי שמוסרים חברי הוועדה לפונה לוועדה (להלן גם - הפונה); ביצוע הפסקת היריון; השירות לפונות לוועדות; דיווח על הפסקות היריון לא חוקיות; דיווח המוסדות למשרד הבריאות וללשכה המרכזית לסטטיסטיקה (להלן - למ"ס) על הפסקות היריון; הפסקות היריון מאוחרות - בשלב החיות וחינוך מיני במסגרות השונות. הבדיקה נעשתה במשרד הבריאות, בבתי החולים הכלליים-ממשלתיים, בבתי החולים של שירותי בריאות כללית, בשני בתי חולים ציבוריים², בארבע קופות החולים³, במשרד החינוך, למ"ס ובצה"ל. בירורים נעשו בבתי חולים ציבוריים אחרים, בבתי חולים פרטיים ובמרפאות פרטיות. שאלונים נשלחו ל-34 מהמוסדות המורשים לקיים ועדות להפסקת היריון, ו-33 מוסדות השיבו עליהם.

הליקויים העיקריים

היעדר מידע נגיש לאישה הפונה לוועדה וקבלת הסכמתה מדעת לביצוע הפעולה בתנאים לא מספקים

מסירת מידע והנגשה שפתית: (א) בחלק מהמוסדות אין כלל חומרי הסברה, במוסדות מסוימים יש חומרי הסברה רק בחלק מהנושאים הקשורים להפסקת היריון, ובחלק מהמוסדות יש חומרי הסברה בשפה העברית בלבד. (ב) רק חלק מהנחיות משרד הבריאות בנושא התאמה והנגשה תרבותית ולשונית במערכת הבריאות כוללות דרישה להנגשת מידע גם בשפה האמהרית.

אי-מתן שהות מספקת לפונה לוועדה לשקול את החלטתה: חלק מהמוסדות שבהם פועלות ועדות להפסקת היריון לא פועלים בצורה שתותיר לפונה די זמן לגיבוש החלטתה תוך בחינה מושכלת של המידע שנמסר לה, שקילת ההחלטה והתייעצות עם גורמים נוספים שאמינים עליה, לפני חתימתה על טופס הסכמה מדעת לביצוע הפעולה.

2 בית החולים הדסה עין כרם בירושלים ובית החולים הדסה הר הצופים בירושלים.
3 שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת ולאומית שירותי בריאות.

הגברת הנטל הבירוקרטי
דרישה לקבלת אישור נוסף לפני ביצוע הפסקת היריון במוסד אחר: יש מוסדות הדורשים מנשים שכבר אושרה בקשתן במוסד מורשה אחר ושהופנו אליהם לצורך ביצוע התהליך, לקבל גם את אישורה של ועדה אצלם, ואינם מסתפקים באישור שכבר קיבלה האישה. נטל בירוקרטי בהסדרי התשלום עבור פעילות הוועדות: למרות שכ-98% מהבקשות מאושרות כאמור, ומעל ל-50% מהנשים זכאיות להחזר מחקופה, כאשר אישה מבקשת לפנות לוועדה להפסקת היריון, בדרך כלל היא אינה מקבלת מקופת החולים התחייבות למימון הליך הוועדה לפני פנייתה אליה, אלא עליה לשלם עבורו מראש בעצמה, סכום של 400 ש"ח. רק בדיעבד, לאחר שהיא מגישה לבית החולים את טופס ההתחייבות של קופת החולים והקבלה על התשלום ששילמה בבית החולים, היא מקבלת החזר מבית החולים. לחלופין, בחלק מהמקרים עליה לפנות אל הקופה שבה היא מבוטחת כדי לקבל החזר על התשלום ששילמה בבית החולים. בכך יש משום נטל בירוקרטי מיותר על חלק ניכר מהנשים. אי-בהירות בנוגע להצגת מסמכים רפואיים הנוגעים למצב נפשי: חלק מהמוסדות דורשים מהפונה לקבל חוות דעת על מצבה הנפשי מאת פסיכיאטר של המוסד שבו פועלת הוועדה, אחרים דורשים חוות דעת של פסיכיאטר חיצוני, מוסדות מסוימים מסתפקים בחוות דעת של רופא המשפחה ומוסד אחד מסתפק בהצהרת הפונה על מצבה הנפשי.

דיווח על הפסקת היריון לא חוקיות
למשרד הבריאות אין מידע בנוגע להיקף הפסקות ההיריון הלא חוקיות. המשרד יכול לדעת עליהן רק במקרה שהוא מקבל דיווח על סיבוך רפואי שהתפתח בשל הפסקת היריון, מהמוסד שבו התבצעה הפסקת ההיריון או מבית החולים שטיפל בסיבוך. הנחיות המשרד לא מתייחסות לחובות המוטלות על בית החולים שאליו הגיעו מטופלים עם סיבוך שמקורו במוסד רפואי אחר ובפרט נשים עם סיבוך מהפסקת היריון לא חוקית, וממילא לא מנחות את בית החולים לדווח על כך למשרד הבריאות. כתוצאה מכך אין למשרד הבריאות אפשרות לפעול נגד מוסדות רפואיים כאלה.

ליקויים בדיווחים על הפסקות היריון והפסקות היריון בשלב החיות

1. הבקרה והמעקב של משרד הבריאות אינם שלמים. הדיווחים שמעבירים המוסדות אליו אינם כוללים נתונים חיוניים, רפואיים ואחרים, לרבות נתונים על תרופות שהאשה נוטלת.
2. המוסדות מדווחים ללמ"ס על גבי טפסים מסורבלים שממלאים ידנית ומעבירים אותם באופן ידני. בטופס, המוסדות שולחים למשרד הבריאות בכל חודש טופס אחר ובו נתונים כלליים-אגרגטיביים על הוועדות. תהליך ידני חסר מטבעו בקרה שוטפת הקיימת בתהליך ממוכן, והיקף השגיאות בדרך כלל גבוה יותר מזה שבתהליך הממוכן. בפועל, הדיווחים של המוסדות, הן למשרד הבריאות והן ללמ"ס, אינם שלמים ואינם מתואמים, ויש פערים במספר הוועדות המדווחות.
3. במחקר שערכו חוקרים ממכון גרטנר⁴ בשנת 2008 עלה שבכ-40% מהמקרים, הוועדות בשלב החיות דיווחו באופן לקוי או חסר על הסיבות לסיום ההיריון שנבעו ממום בעובר. עקב כך, למשרד אין יכולת לקיים בקרה ומעקב שוטפים אחר הנתונים, ולכן הוא אינו יכול לפעול כדי לצמצם ככל שניתן את ביצוע הפסקת ההיריון בשלבים מאוחרים. מדובר במצב דברים חמור הנמשך גם לאחר זיהוי הבעיה ב-2008. טפסים יעודיים הוכנו ב-2013, אולם השימוש בהם מתעכב.

פעולות חינוך והסברה למניעת הריונות לא מתוכננים

1. **מסגרות החינוך:** קיים חוסר ידע, לפחות בקרב חלק מבני הנוער, בתחום החינוך המיני והמודעות לשימוש באמצעים למניעת הריון. בבתי הספר התיכוניים, במסגרת תכנית "כישורי חיים", פחות ממחצית מהיועצות העבירו תכנים בנושא קיום יחסי מין ושימוש באמצעי מניעה, ורק כשליש העבירו תכנים בנושא מניעת מחלות מין ואידס. נוסף על כך, בתכנית "כישורי חיים" המועברת בחטיבת הביניים אין שיעורים ייעודיים על שימוש באמצעי מניעה ומניעת מחלות מין.
2. **צה"ל:** כל שנה יש בצה"ל כ-615 הפסקות היריון של חיילות חובה (מתוך כ-860 הריונות). ממצאי הביקורת מצביעים על כך שצה"ל נוקט פעולות מסוימות להדרכה מינית לחיילות ומקל קבלת אמצעי מניעה; אם בשל פעולות אלו ואם בשל המגמה הכלל-ארצית, שיעור הפסקות ההיריון ל-1,000 חיילות בשנים 2011-2013 היה במגמת ירידה. עם זאת, מסקר שערך צה"ל בנושא התנהגות מינית בקרב חיילות עולה צורך להמשיך למקד מאמצים על מנת להנחיל לחיילות וגם לחיילים הדרכה והכוונה לחינוך מיני.

4 מסן גרטנר הינו חברה לתועלת הציבור ומהווה מסגרת מחקרית לאומית לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות בישראל. ייעודו המרכזי של המכון הוא לסייע למערכת הבריאות ולמשרד הבריאות בקביעת מדיניות בריאות מושכלת ובפיתוחה.

3. מסירת מידע מניעתית לפונות: משרד הבריאות לא הנחה את המוסדות למסור לפונות לוועדות מידע בנושא השימוש באמצעי מניעה, למרות שבקרב 22%-38% מהפונות⁵ זו אינה הפסקת ההיריון הראשונה.

ההמלצות העיקריות

המידע שנמסר לפונה לוועדה וקבלת הסכמתה מדעת לביצוע הפעולה: (א) נוכח העובדה שכשליש מאישורי הוועדות ניתנים למשים שאינן ילידות ישראל⁶, חיוני ביותר שמשרד הבריאות יעשה את כל הפעולות הדרושות כדי להבטיח שחומרי ההסברה והטפסים בכל המוסדות יהיו נגישים גם לנשים שאינן דוברות עברית, אם באמצעות תרגומן לשפות המקובלות: ערבית, רוסית ואנגלית, ואם באמצעות תיווך מסוג אחר. בנוסף, על משרד הבריאות לבחון את האפשרות להרחיב את הנחיותיו בנוגע לשפות אחרות, לרבות השפה האמהרית. כמו כן, על המשרד לוודא שכל המוסדות, כולל המוסדות הפרטיים, מודעים לחובתם לתת מידע מלא לפונות ומכירים את מוקד התרגום הרפואי הטלפוני. (ב) החחלטה על הפסקת היריון תלויה בראש וראשונה באישה עצמה ובערכיה, ולכן הכרחי שיהיה בידיה מלוא המידע ושהות מספקת לשקול את צעדיה. כמו כן, על המשרד לבחון את הצורך לשנות את הנחיותיו בנושא קבלת הסכמה מדעת ולהגדיר מהו פרק הזמן הראוי להחתיים מטופלים על טופס הסכמה מדעת לפני ביצוע טיפול רפואי.

הנטל הבירוקרטי המוטל על האישה המבקשת לבצע הפסקת היריון: על משרד הבריאות להסדיר בנחל מקיף את ההליך לאישור הפסקת היריון, לפשט אותו ולהקל את הנטל הבירוקרטי המוטל על הנשים. עליו לוודא כי המוסדות המקיימים הליכים להפסקת היריון מיישמים את הנוהל כלשונו.

דיווח על הפסקות היריון לא חוקיות: על משרד הבריאות להבהיר בהנחיותיו אם חשיפת בית חולים להפסקות היריון לא חוקיות, ובמיוחד כאלו שנעשות במרפאות לא מורשות, היא בבחינת אירוע מיוחד שיש לדווח עליו למשרד הבריאות.

דיווח על הפסקות היריון בכלל והפסקות היריון בשלב החיות בפרט: על משרד הבריאות לקדם תהליך למחשוב תהליכי הדיווח על הפסקות היריון, במטרה לקבל תמונת מצב מעודכנת של מכלול הפניות לוועדות ושל פרטי הפונות, שתאפשר לו שליטה בנתונים ובמידע. על משרד הבריאות להבטיח דיווח מלא על הפסקות היריון בשלב החיות ולקיים בקרה שוטפת של הנתונים, על מנת לעמוד על האפשרות לזוהות מומים בבדיקות בשלב מוקדם יותר של ההיריון כדי לצמצם ככל שניתן את ביצוע הפסקת ההיריון בשלבים מאוחרים שלו.

5 בקרב פונות עד גיל 24 - 22%, בקרב פונות בגילי 25-34 - 32% ובקרב פונות מעל גיל 35 - 38%.
6 ילידות אסיה, אירופה, אמריקה, אפריקה וברית המועצות לשעבר.

פעולות חינוך והסברה למניעת הריגות לא מתוכננים: על משרדי הבריאות והחינוך לזהות את הסיבות לחוסר הידע בנושא חינוך מיני ובמודעות לצורך בשימוש באמצעים למניעת היריון. עליהם להכין תכנית להשלמת פערי הידע אצל בני הנוער. כמו כן, על משרד הבריאות, אשר בידו הנתונים על נערות שנכנסו להיריון בלתי מתוכנן ובמיוחד נערות שאין זה היריון הלא מתוכנן הראשון, לשקול לקיים הדרכות פרטניות לאותן נערות ובמקרה הצורך אף להפנותן לסיוע של גורמי המקצוע בקהילה - רופא המשפחה או המחלקה העירונית לשירותים חברתיים.

סיכום

בכל שנה יש בישראל כ-21,000 פניות לוועדות להפסקת היריון. הסיכונים הגופניים והנפשיים הכרוכים בהפסקת היריון מחמירים ככל שהפסקת ההיריון נעשית בשלבים מאוחרים יותר. אישה המבקשת לבצע הפסקת היריון נמצאת לא פעם במתח נפשי ובחרדה, ויש נשים המתמודדות לבדן עם האירוע. כאשר מדובר בנערות, ההתמודדות קשה במיוחד - הפחד מפני הלא נודע, החשש מתגובות הסיבה והסיכונים הבריאותיים, כל אלו מגבירים את סערת הנפש.

כדי להקל על הנשים הפונות לוועדות, חשובה התמיכה המקצועית של הצוות הרפואי ושל יתר אנשי המערכת הרפואית המטפלים באישה.

בביקורת עלה שקיים נטל בירוקרטי מיותר בתהליך אישור הפסקות ההיריון ובביצוען. כמו כן עלה שהתהליך עצמו מתנהל ברישום ידני אשר גורם לטעויות בקבלת המידע ובניתוחו, וכי למשרד הבריאות כמאסדר חסר מידע על הנשים המבצעות הפסקות היריון ועל הסיבות להפסקת היריון בשלב החיות. זאת ועוד, על אף הקדמה ונגישות המידע, עדיין קיים, בקרב כל הגילאים, מחסור במידע על התנהגות מינית אחראית ועל שימוש באמצעים למניעת היריון, הדבר מוביל אף להפסקות היריון חוזרות.

נוכח הממצאים שעלו בדוח זה, על משרד הבריאות לפעול כדי לייעל את פעולת הוועדות, לעקוב אחר הפסקות היריון לא חוקיות ולגבש עמדה בעניין הדיווח והטיפול בהן ולעמוד על האפשרות לזהות מומים בבדיקות בשלב מוקדם יותר של ההיריון. על משרד הבריאות והמוסדות המקיימים ועדות לתת לפונות לוועדות מידע בנוגע לאמצעי מניעה. על מערכות החינוך והבריאות להגביר את ההדרכות בבתי הספר בנושא חינוך מיני, ובייחוד בנושא השימוש באמצעי מניעה. כמו כן, על צה"ל להמשיך למקד מאמצים על מנת להנחיל לחיילות וגם לחיילים הדרכה והכוונה לחינוך מיני.



ע/3:

העתק טופס הסכמה
להפסקת היריון
תרופתית

טופס הסכמה: הפסקת הריון תרופתית באמצעות טבליות מיפג'ין וציטוטק

Termination of Pregnancy by Medication

טיפול תרופתי באמצעות טבליות מיפג'ין (מיפריסטון) וציטוטק (מיזופרוסטול) מיועד להפסקת הריון תוך רחמי שגילו אינו עולה על 49 יום. כאשר הפסקת הריון בשיטה זאת מתבצעת בעיתוי מאוחר יותר הסיכויים להצלחה של הטיפול פוחתים. הטיפול התרופתי ניתן בשני מועדים, במועד ראשון טבליות מיפג'ין ובמועד שני טבליות ציטוטק, במרווחי זמן של 36 עד 48 שעות. הפסקת ההריון צפויה להתרחש מספר שעות לאחר נטילת התרופות במועד השני. בכל אחד מהמועדים יש צורך במנוחה ובהשגחה רפואית: שעותיים לאחר נטילת טבליות המיפג'ין ושש שעות לאחר נטילת טבליות הציטוטק, או בהתאם לשיקול דעתו של הרופא המטפל.

שם האשה:

שם פרטי שם משפחה שם האב ת.ז.

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____

שם פרטי שם משפחה

על הפסקת הריון באמצעות טבליות מיפג'ין וציטוטק (להלן: "הפסקת הריון תרופתית").

הוסברה לי גם האפשרות החלופית לבצע את הפסקת ההריון באמצעות גרידה, לרבות היתרונות והחסרונות של גרידה לעומת הפסקת הריון תרופתית. הובהר לי כי לאחר נטילת הטבליות הותחלך אינו הפיך, ובמקרה בו הפסקת ההריון התרופתית לא תצליח, יש לבצע את הפסקת ההריון בשיטה המקובלת עקב החשש להוצרות מומים בעובר כתוצאה מהשפעת התרופות הנ"ל. הוסבר לי כי דימום חזק אינו מעיד בהכרח על הפסקת ההריון ועלי להגיע לפגישות המעקב אליהן אוזמן לפי תוכנית הטיפול. הוסבר לי שב-10%-50 מהמקרים של הפסקת הריון תרופתית יש צורך בהשלמת תהליך ההפלה בשיטה המקובלת של גרידה בהרדמה. אני מצהירה ומאשרת בזאת כי ניתן לי הסבר על תופעות הלוואי האפשריות, לרבות: כאבים דומים לכאבי מחזור ואף חוקים יותר; דימום ניכר מהנרתיק במהלך עד 9 ימים מיום נטילת מיפג'ין ודימום קל עד למחזור הבא; חולשה, בחילות ו/או הקאות, שלשול, העדר תאבון, פריחה, הרגשת חום או צמרמורת, כאבי ראש, סחרחורת ולעיתים כאבים בחזה ומצב רוח ירוד. תופעות לוואי אלו חולפות בדרך כלל מספר ימים לאחר נטילת טבליות הציטוטק במועד השני. הוסבר לי הסיכון האפשרי של דימום חזק שיצריך גרידה ולעיתים נדירות מתן עירוי דם. כמו כן, הוסבר לי סיכונים אפשריים של גרידה, לרבות: דלקת של רירית הרחם, הדבקויות, פוליפ ברירית הרחם וניקוב הרחם. הובהר לי שקיים איסור על ביצוע הפסקת הריון תרופתית במצבי חולי, בשילוב עם טיפולים תרופתיים אחרים ולנשים מעשנות מעל גיל 35, ואני מצהירה שמטרתי לרופא המטפל פרטים רפואיים מלאים. הוסבר לי ששיתוף הפעולה מצדדי, ומלוי אחר הוראות הטיפול, הינו הכרחי וחיוני להצלחת הטיפול על כל היבטיו. אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הפסקת הריון תרופתית.

תאריך	שעה	חתימת האשה
שם האפוטרופוס (קירבה) חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)		

אני מאשרת/ כי הסברתי בעל פה לאשה/אפוטרופוס* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא/הוא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה	חתימת הרופא/ה	מס' רישון
------------	---------------	-----------

* מחק את המיותר

ע/4:

העתק כללי האתיקה של
ההסתדרות הרפואית
בישראל, עמודים 1, 31

אתיקה רפואית

כללים וניירות עמדה

עורך: פרופ' אבינעם רכס



ההסתדרות הרפואית בישראל
הלשכה לאתיקה

ז. הסכמה מדעת

1. הרופא ימסור למטופל, בשפה ברורה ומובנת, פרטים על האבחנה הרפואית שלו ועל המהלך הצפוי של מחלתו, לרבות מזהות הטיפול המוצע, הסיכויים, הסיכונים ותופעות הלוואי האפשריות. הרופא יציג למטופל את הטיפולים החלופיים האפשריים, על מנת לאפשר לו לקבל החלטה מושכלת בדבר המשך הטיפול שיינתן לו.
2. הרופא ימסור למטופל את המידע הרפואי בשלב מוקדם ככל האפשר ובאופן שיאפשר לו מידה מרבית של הבנת המידע, לשם קבלת החלטה בדרך של בחירה מרצון חופשי ועצמאי.
3. הרופא ייתן טיפול רפואי למטופל רק לאחר שהתקבלה הסכמה מדעת של המטופל לכך. הסכמה מדעת עשויה להינתן, על פי נסיבות הטיפול הרפואי, בדרך של התנהגות, בעל־פה, או בכתב.
4. הרופא יקבל הסכמה מדעת ייחודית ומפורשת, בכתב, בכל מקרה של ניתוח, טיפול או פעולה פולשנית, ובכל מקרה אחר המחייב על פי חוק.
5. הרופא יכבד את סירוב המטופל לקבל טיפול רפואי, ובלבד שהמטופל מודע לסיכונים שהוא נוטל על עצמו.

ח. מחן טיפול רפואי ללא הסכמת המטופל

1. הרופא רשאי לתת טיפול רפואי דחוף בנסיבות של מצב חירום רפואי גם ללא הסכמתו של המטופל, אם בשל הנסיבות, לרבות מצבו הגופני או הנפשי של המטופל, לא ניתן לקבל את הסכמתו לטיפול. במקרים מסוימים הטיפול יינתן באישורם של שלושה רופאים, אלא אם נסיבות החירום אינן מאפשרות זאת.
2. הרופא רשאי לתת טיפולים רפואיים מסוימים למטופל אם מצבו הגופני או הנפשי של המטופל מונע ממנו מתן הסכמה מדעת לטיפול זה, אם לא ידוע לרופא כי המטופל או בא־כוחו או האפוטרופוס שלו מתנגד למתן טיפול זה, ואם לא ניתן להשיג את הסכמת האפוטרופוס לטיפול הנדרש.
3. הרופא רשאי לתת למטופל טיפול רפואי שיש לתיתו בהקדם, בניגוד לרצון המטופל, בנסיבות של סכנה חמורה לחייו ובאישור ועדת האתיקה של המוסד הרפואי.

ע/5:

העתק שנתון סטטיסטי –
בריאות הנפש בישראל,
2015, עמודים 1, 8-10

מדינת ישראל
משרד הבריאות
אגף המידע
חטיבת טכנולוגיות רפואיות, מידע ומחקר
אגף לבריאות הנפש

בריאות הנפש בישראל שנתון סטטיסטי 2015

אגף לבריאות הנפש

ד"ר טל ברגמן-לוי
ד"ר דפנה לוינסון
יובל זיו

אגף המידע

ציונה חקלאי
רינת יופה
אינה פוגצ'וב
מרים אבורבה
נחמה גולדברגר

הפרסום "שנתון בריאות הנפש 2015" מבוסס, ברובו על מאגרי המידע המנהלים במשרד הבריאות, באחריות שירותי בריאות הנפש. הפרסום ערוך לפי סוג השירות:

- שירותי השיקום הפסיכיאטרי בקהילה
- השירות הפסיכיאטרי האמבולטורי בבתי החולים וביחידות המסונפות להם
- פעילות המחלקות הפסיכיאטריות לרפואה דחופה (מלר"ד)
- מערך האשפוז הפסיכיאטרי
- פסיכיאטריה משפטית

שיקום: במהלך 2015 היו כ-23 אלף אנשים שקבלו שירותי שיקום פסיכיאטרי, שיעור של 4.3 ל-1,000 גילאי 18 ומעלה. השיעור גבוה במחוז חיפה (5.3), הדרום (5.0) וירושלים (4.8), לעומת שיעור נמוך יותר במחוז הצפון (4.1), תל אביב (4.0), המרכז (3.7) וביהודה ושומרון (2.8). משנת 2006 השיעור עלה ב-27%, ביהודה ושומרון ב-61%, בצפון ב-41%, בחיפה ב-31%, בדרום ב-28%, בירושלים ב-26% ובמחוז המרכז ב-11%. שיעור המשתקמים מבטחי כללית גבוה פי 1.5 ממבטחי שאר הקופות והשיעור שלהם בגיל 45-54 גבוה פי שניים. כמחצית (55%) המשתקמים גברים ו-45% נשים. כמחצית (51%) המשתקמים צעירים בגיל 18-44, 23% בגיל 45-55 ו-26% בגיל 55 ומעלה בשנת 2015.

בממוצע בשנת 2015 כל משתקם קבל 1.7 שירותים, עלייה מ-1.5 בשנת 2006. כשני שלישי (69%) מכלל המשתקמים קבלו שירותי תעסוקה, 60% מגורים נתמכים, 34% שירותי פנאי וחברה, 16% שירותי סמך וחוננות, 7% שירותי השכלה ו-7% שירותי תיאום טיפול. בסוף 2015, 29% מכלל המשתקמים היו במצטבר עד שנתיים בשיקום, 27% היו 3-6 שנים, 19% היו 7-10 שנים ו-25% היו מעל 10 שנים בשיקום.

בשנת 2015 הופנו 2,618 אנשים לועדות סל שיקום ראשונות, 92% קבלו האישור ו-80% מהם ממשיכו לפחות שירות אחד בתוך שנה מהאישור, אחוז יציב בשנים האחרונות. כשני שלישי (64%) מהשירותים שאושרו בועדות הסל הראשונות מומשו בתוך שנה, 78% משירותי מגורים נתמכים, 69% משירותי סמך וחוננות, 66% משירותי תעסוקה, 45% משירותי פנאי וחברה, 43% משירותי השכלה ו-94% משירותי תיאום טיפול.

טיפול אמבולטורי: בשנת 2015 היו כמיליון ביקורים ל-105 אלף אנשים במרפאות וביחידות לטיפול היום הפסיכיאטריות בבתי החולים הכלליים ובבתי החולים הפסיכיאטריים בבעלות ממשלתית ושירותי בריאות כללית, מספר יציב יחסית בעשור האחרון, 9.6 ביקורים למבקר בהשוואה ל-10.0 בשנת 2003. כמחצית (54%) הביקורים היו לזכרים ו-46% לנקבות. כרבע (28%) מהביקורים היו של ילדים ונעור עד גיל 25, שליש של גילאי 25-44, שליש של גילאי 45-64 ו-9% של גילאי 65 ומעלה. בבתי החולים הפסיכיאטריים הממשלתיים ובמרפאות המסונפות להם היו 446 אלף ביקורים בשנת 2015, ירידה ב-25% מ-598 אלף בשנת 2003.

ביקורים במלר"ד: בשנת 2015 נרשמו 48 אלף ביקורים במלר"ד הפסיכיאטרי בבתי החולים הכלליים ובבתי החולים הפסיכיאטריים בבעלות ממשלתית ושירותי בריאות כללית, עלייה מ-39 אלף בשנת 2006. כשני שלישי (62%) מהביקורים היו בבתי החולים הפסיכיאטריים הממשלתיים, 15% בבתי החולים הפסיכיאטריים בבעלות שירותי בריאות כללית ו-23% במלר"ד הפסיכיאטרי בבתי החולים הכלליים. שיעור הביקורים נע בין 5.6 ל-6.0 ל-

1,000 נפש בעשור האחרון, 5.7 בשנת 2015. כמחצית הביקורים במלר"ד הסתיימו באשפוז, 47% בשנת 2015, בעשור האחרון האחוז נע בין 41% ל-47%. אחוז האשפוזים בבתי החולים הפסיכיאטריים הממשלתיים גבוה, 57%, מאחר וכל המתאשפדים מתקבלים דרך המלר"ד, לעומת 44% בבתי החולים הפסיכיאטריים בבעלות שירותי בריאות כללית ו-25% בבתי החולים הכלליים, בשנת 2015.

אשפוזים: בסוף 2016 היו 3,567 מיטות לאשפוז פסיכיאטרי בתקן. שיעור המיטות ירד ב-13% בעשור האחרון, 0.41 ל-1,000 נפש בסוף 2016. בנוסף, היו 323 מיטות לאשפוז יום בתקן. אחוז התפוסה נטו היה 95% בממוצע ארצי. שיעור ימי האשפוז ירד ב-21% בעשור האחרון. שיעור ימי האשפוז ברטו של מבוסחי כללית גבוה, 192 ל-1,000 נפש, לעומת 137 בלאומית, 103 במכבי ו-90 במאוחדת, למאושפדים ששהו שנה ומעלה הפער גבוה יותר 72, 37, 23 ו-20, בהתאמה.

במהלך 2015 התקבלו כ-15 אלף אנשים לאשפוז פסיכיאטרי, 20% צעירים עד גיל 25, 42% בגיל 25-44, 29% בגיל 45-64 ו-10% בגיל 65 ומעלה. כחמישית (22%) מכלל הקבלות היו קבלות ראשונות, שיעור הקבלות הראשונות יציב בעשור האחרון, 0.59 ל-1,000 נפש בשנת 2015. מחצית (50%) הקבלות לאשפוז פסיכיאטרי היו עם סכיזופרניה והפרעות דלזינליות, 15% עם הפרעות אפקטיביות, 8% הפרעות פסיכוטיות חריפות ו-7% עם הפרעות ניאורוטיות. מרבית הקבלות עם סכיזופרניה היו קבלות חוזרות ו-5% בלבד היו קבלות ראשונות, לעומת 33% מהקבלות עם הפרעות אפקטיביות, 32% מהקבלות להפרעות אורגניות, 44% מהקבלות עם הפרעות ניאורוטיות ו-62% מהקבלות עם הפרעות פסיכוטיות חריפות היו קבלות ראשונות. במהלך השנים 2007-2015, שיעור הקבלות לאשפוז ירד ב-8%, שיעור הקבלות עם סכיזופרניה ירד ב-13%, הפרעות אורגניות ב-24%, הפרעות אישיות ב-10%, שימוש בסמים ואלכוהול ב-18% ופיגור שכלי ב-39%, לעומת עליה ב-18% בהפרעות ניאורוטיות וב-17% בהפרעות בגיל הילדות. השיעור עם הפרעות פסיכוטיות חריפות, הפרעות אפקטיביות וסיבות אחרות נשאר יציב. בשנת 2015 נרשמו 759 קבלות כתוצאה משימוש בחומרים פסיכואקטיביים, 3.4% מכלל הקבלות לאשפוז, אחוז יציב בעשור האחרון. כן נרשמו 4,481 קבלות עם דיווח עצמי על שימוש בסמים ואלכוהול, חמישית (20%) מכלל הקבלות לאשפוז, אחוז יציב יחסית בעשור האחרון. במהלך 2015 היו 17,466 אנשים באשפוז, 2.08 ל-1,000 נפש, 2.59 לגברים ו-1.59 לנשים, ירידה ב-11%, 10% ו-14%, בהתאמה, משנת 2006. כשני שליש (62%) מהמאושפדים גברים, אחוז יציב בעשור האחרון. שני שליש (63%) מהגברים היו צעירים עד גיל 45 בהשוואה ל-52% מהנשים. השיעור לזכרים גבוה פי 1.7 בהשוואה לנקבות, בגיל 18-44 פי 2.1, בגיל 45-64 פי 1.5, ילדים עד גיל 18 פי 1.3 ובגיל 65 ומעלה פי 1.1. שיעור המאושפדים של מבוסחי כללית גבוה יותר, 0.52 ל-1,000 נפש בהשוואה ל-0.36 בלאומית, 0.28 במכבי ו-0.25 במאוחדת בסוף 2015. מחצית (51%) המאושפדים היו עם סכיזופרניה, ירידה מ-55% בשנת 2007, 15% היו עם הפרעות אפקטיביות ו-5% היו הפרעות ניאורוטיות, עליה מ-13% ו-4%, בהתאמה. שני שליש (66%) מהמאושפדים בסוף 2015 שהו עד שנה באשפוז ו-34% שהו שנה ומעלה. שיעור המאושפדים עד שנה ירד ב-11% משנת 2006, לעומת ירידה ב-33% למאושפדים ששהו שנה ומעלה. חציון השהיה בבתי החולים הכלליים היה 33 ימים, לעומת 122 ימים בבתי החולים הפסיכיאטריים, 43 ימים בבתי החולים הפסיכיאטריים בבעלות כללית, 120 ימים בבעלות ממשלתית, 284 ימים בבעלות ציבורית ו-6,515 בבתי החולים הפרטיים.

אשפוז יום: במהלך 2015 היו 1,632 אנשים בטיפול במסגרת אשפוז יום, 0.19 ל-1,000 נפש, ירידה ב-54% משנת 2006 ושיעור ימי האשפוז במסגרת אשפוז יום ירד ב-39%. אחוז ההעברות ממסגרת אשפוז למסגרת אשפוז יום ירד מ-19% בשנת 2006 ל-9% בשנת 2015. אחוז ההעברות ממסגרת אשפוז יום למסגרת אשפוז ירד מ-9% בשנת 2006 ל-4% בשנת 2015.

פטירות: בשנת 2015 נפטרו 49 אנשים במהלך האשפוז, מהם 7 התאבדו. אחוז הפטירות ירד ל-0.27% מ-0.39% בשנת 2006. מרבית (71%) הנפטרים היו גברים, 20% בגיל 25-44, 49% בגיל 45-64, ו-31% בגיל 65 ומעלה.

אשפוזים חוזרים: בשנת 2015, 43% מהמאושפדים שהשתחררו חזרו בתוך שנה לאשפוז, 20% חזרו פעם אחת, 16% חזרו 2-3 פעמים ו-7% חזרו יותר משלוש פעמים, אחוז יציב בשלוש השנים האחרונות.

בשנת 2015, אחוז האשפוזים החוזרים בתוך שנה מכלל השחרורים ירד ל-52% מ-55% ב-2006, אחוז החוזרים בתוך חצי שנה ירד ל-41% מ-45% ב-2006 ואחוז החוזרים בתוך 30 ימים ירד ל-19% מ-23% בשנת 2006. אחוז האשפוזים החוזרים בתוך 30 ימים גבוה מהממוצע הארצי בבתי החולים שער מנשה (25%), אברבנאל ולב השרון (23%), שלוותה (22%), באר שבע (21%) ושיבא (20%). האחוז דומה לזכרים ונקבות ובקרב מרבית הגילים. אחוז החוזרים בתוך 30 ימים גבוה יותר למבוסחי כללית (21%) ולאומית (20%) בהשוואה למבוסחי מכבי (18%) ומאוחדת (16%). האחוז גבוה למאושפדים עם הפרעות אורגניות (25%), הפרעות אישיות (23%), סכיזופרניה (22%) ופיגור שכלי (22%), בשאר האבחנות האחוז נמוך יותר.

פסיכיאטריה משפטית: בשנת 2015 נרשמו 518 קבלות לטיפול מרפאתי כפוי בבתי החולים הפסיכיאטריים הממשלתיים, 3% מהקבלות למרפאות של גילאי 18 ומעלה.

בשנת 2015 נרשמו 7,679 קבלות לאשפוז כפוי, עלייה מ-5,467 בשנת 2006, 34% מכלל הקבלות בהשוואה ל-26% בשנת 2006. שיעור הקבלות לאשפוז כפוי עלה ל-0.92 ל-1,000 נפש, מ-0.78 בשנת 2006, עלייה ב-17%. השיעור גבוה פי שניים בקרב זכרים בהשוואה לנקבות, 1.3 ו-0.6, בהתאמה. השיעור גבוה בגיל 18-44, 1.6 ל-1,000 נפש ובגיל 45-64, 1.2, לעומת שיעור נמוך בגיל 65 ומעלה, 0.6 ובקרב בני נוער עד גיל 18, 0.1 ל-1,000 נפש. רבע מכלל הקבלות לאשפוז כפוי היו קבלות ראשונות בהשוואה ל-20% מהקבלות לאשפוז בהסכמה.

ע/6:

העתק דו"ח ועדת ריפטין

מדינת ישראל משרד הבריאות

לשכת ס/מנכ"ל לתפקידים מיוחדים

דו"ח הצוות לבדיקת ביצוע חוק העונשין (דו"ח ועדת ריפטיין) (בדיקת ביצוע סעיפי חוק העונשין הנוגעים להפסקות הריון)

ירושלים, י"ח אלול תשנ"ב
16 ספטמבר 1992

1. ביום 19.3.91 מינה שר הבריאות מר א. אולמרט צוות לבדיקת ביצוע חוק העונשין (תיקון מס' 30).

2. הרכב הצוות:

- מר א. ריפטיין - ס/מנכ"ל לתפקידים מיוחדים משרד הבריאות - יו"ר.
- ד"ר מ. הלפרין - יועץ סגן שר הבריאות.
- ד"ר י. לוטן - שירותי אשפוז משרד הבריאות.
- עו"ד ש. לרמן - לשכת הבריאות ת"א.
- הגבי סימה אורן - מנהלת השרות הסוציאלי ביה"ח וולפסון.
- הרב רזיאל מניקה - נציג ציבור מרחי חזו"א 3 בני ברק.

3. תפקידי הצוות:

על הצוות הוטלו התפקידים שיפורטו להלן ובהתאם לכך גם נקבעו סדרי העבודה של הצוות.

- א. בדיקת נהלי העבודה של הוועדות לאישור הפסקות הריון.
- ב. בירור השיקולים על פיהם מחליטים חברי הוועדה על מתן אישורים והתאמתם להוראות החוק.
- ג. בדיקה מהי תכיפות פעולתם ומעורבותם של רופאים חברי הוועדות במתן ההיתר לביצוע הפסקות ההריון בפועל.

4. שיטת העבודה:

- א. על דעת הצוות הוחלט כי יש לבדוק מדגם תיקים רפואיים של נשים אשר ביקשו הפסקות הריון. הבדיקה נדרשה כדי לענות על תפקיד הצוות כפי שהוגדר בכתב המינוי סעיף ב ו-ג. כדי לא לפגוע בצנעת הפרט, ככל האפשר, הוסכם כי הבדיקה בפועל יבוצעו חלק מחברי הצוות: שני הרופאים ומנהלת השרות הסוציאלי. כמו כן, הוחלט כי יש להיעזר במילוי המשימה בסטטיסטיקאי.
- נערכה אפוא, פניה אל מנהל המחלקה לסטטיסטיקה במשרדנו והוא נעתר לבקשה ומינה את הגבי נחמה שטיין. אנו אסירי תודה לתרומה שתרמה הגבי שטיין לעריכת הסקר וההנחיה שלה לדגימה טובה ואחראית של התיקים.
- ב. בסה"כ נבדקו 9 בתי חולים שנדגמו מתוך 28 בתי חולים שבהן פועלות וועדות כחוק.

- ג. השיקולים לדגימה וכמות התיקים כלולים בנספח מס' 1. בנספח זה הוראות מפורטות ומנומקות.
- ד. הביקורים בבתי החולים תואמו מראש. לצערנו התארכה הבדיקה מעבר לתחזית וזאת בגלל עומס עבודה שהוטל על חברי הצוות (הרופאים והעו"ס) שעליהם הוטלה העבודה בפועל.

5. הרקע המשפטי:

לשם הבנת ההיבט המשפטי כמנחה את הוועדות להפסקת הריון נכתבה סקירה מתומצת של התפתחות החוק.

"חוק העונשין תשל"ז 1977 סעיפים 312-321 (הסטוריה)

- א. סעיף 175 לפקודת החוק הפלילי 1936 הטיל איסור על ביצוע הפלות. בתי המשפט בפסיקה נטו להקל על האיסור והוציאו מגדר העבירה מעשה הפלה שמטרתו להציל את חייה של האישה ולשמור על בריאותה. הרי שיקולים שונים, הביאו להתנגדות בקרב חלקי ציבור שונים למתן היתר כללי מכוח החוק, לביצוע הפלות. מגמת החוק לאישור ביצוע הפלות היתה לנקוט דרך ביניים. מחר גיסא להטיל אחריות פלילית על מי שמבצע הפלה, אך מאידך גיסא לפטור אדם מאחריות. כזו, אם נתמלאו מספר תנאים מפורשים. תנאים אלה כוללים בעיקרם, ראשית, קיום עילה המצדיקה את ביצוע הניתוח, ושנית נקיטה בהליכים מסוימים בקשר לעשיית ההפלה אשר מתפקידם להבטיח טיפול נאות ופיקוח מתאים על כך.
- ב. בתאריך 24.11.75 פורסמה הצעת חוק 1217 חוק לתיקון דיני עונשין (הפסקת הריון תשל"ז 1975).
- בתאריך 31.1.77 התקבל בכנסת חוק לתיקון דיני עונשין (הפסקת הריון) תשל"ז – 1977. בתאריך 7.6.77 התקבל בכנסת נוסח מאוחד של חוק העונשין תשל"ז 1977, וכלל בתוכו את חוק לתיקון דיני עונשין (הפסקת הריון) תשל"ז 1977 כלשוננו, למעט שינויים במספור הסעיפים. נושא הפסקת הריון קיבל את סימן ב' בפרק י' ומוספר כסעיפים 312 עד 321.
- ג. במשך השנים נערכו בחוק שינויים כדלקמן:
- (1) בסעיף 315 אחרי הפסקה 3 הוסיפו "אחד מחברי הוועדה לפחות יהיה אישה" (התקבל בכנסת ב- 25.12.82).
 - (2) בסעיף 316 א' פסקה 5 בוטלה, (התקבל בכנסת 25.12.79).
 - (3) בסעיף 319 נאמר: סעיף 22 לא יחול על עבירה לפי סימן זה (תיקון תשל"ח 27.7.88).
- סעיף 22 אומר: "ניתן לפתור אדם מאחריות פלילית למעשה או למחדל אם יש בידו להראות שלא נהג כפי שנהג אלא כדי למנוע תוצאות שלא ניתן למנוע בדרך אחרת ושהיו גורמות חבלה חמורה או פגיעה בגופו, בכבודו או רכושו, או בגופם או בכבודם של אחרים שהגנתם עליו, או ברכוש שהופקד בידיו, ובלבד שלא עשה יותר משהיה צורך סביר לעשות לאותה מטרה ושהרעה שגרם איננה בלתי שקולה כנגד הרעה שמנע" (הגנת צורך).

- (1) בדיקת נוהלי עבודתן של הוועדות לאישור הפסקות הריון שמועלות ליד בתי החולים.
 - (2) מידת התאמתם של שיקולים אלה להוראות החוק.
 - (3) מעורבות רופאים החברים בוועדה להפסקת הריון בביצוע הפסקות ההריון בפועל.
- לאחר בדיקה ראשונית שכללה בדיקת כ – 200 תיקים ב – 4 בתי חולים (2 פרטיים ו – 2 ציבוריים) נבדקו הנתונים ע"י סטטיסטיקאי ונקבעה תוכנית עבודה לדגימה של 8 בתי-חולים (4 פרטיים ו – 4 ציבוריים). השיקולים הסטטיסטיים על פיהם נערך המדגם מפורטים ב-נספח מס' 1. במסגרת בדיקה זו נבדקו בסה"כ 743 תיקי וועדות להפסקת הריון. לפי הפרוט שב-נספח מס' 1.

בתי החולים שנבדקו הם:

<u>פרטיים:</u>	<u>ציבוריים:</u>
אלישע	בני-ציון
אסותא	וולפסון
סינפסיס	כרמל
רמת-מרפא	סורוקה

ב. תוצאות:

(1) נוהלי עבודתן של הוועדות

- (א) הוועדה מצאה כי אין אחידות בנוהלי עבודת הוועדות. חוזר שירותי אשפוז 64/90 (נספח מס' 3) מפרט את הנהלים הנדרשים. נמצא כי יש סעיפים בחוזר הנ"ל שאינם מבוצעים בחלק מבתי החולים שנבדקו. סעיפים אלו הם: 2(א), 2(ב), 4, 5, 6(ב), 7, 9 ו-10. יחד עם זאת ישנם בתי חולים שמקפידים בד"כ על רוב הנהלים.
- (ב) היו בתי חולים בהם לא התקיים כינוס משותף של חברי הוועדה, וחתימתם על המסמכים נעשתה ע"י כל אחד בנפרד.
- (ג) נמצא כי במקום אחד פועלת ועדה לאשר הפסקות הריון מחוץ לכותלי ביה"ח כאשר המינוי של חברי ועדה לא בוצע ע"י שר הבריאות כמוגדר בחוק. מצב זה נוצר בעקבות ניתוק אדמיניסטרטיבי של המרפאות מבית החולים.

(2) השיקולים למתן האישורים

- (א) שיקולי הוועדה להתיר הפסקת הריון לפי סעיף 1 או סעיף 2 בחוק התבססו על תעודת הזיהוי או הצהרת האישה (במקרים של הריון מחוץ לנישואין).
- (ב) לגבי סעיף 3 בחוק נמצא כי אין אחידות בין הרופאים בבתי החולים השונים, וניתן לחלק החלטת הוועדות לשלוש קבוצות:
 - (1) וועדות שבהן אושרה הפסקת הריון רק שהייתה סבירות גבוהה לפגיעה עוברית.
 - (2) וועדות שבהן אושרה הפסקת הריון לפי סעיף זה גם כאשר הסבירות לפגיעה עוברית הינה נמוכה מאד.
 - (3) וועדות שבהן אושרה הפסקת הריון לאחר נטילת תרופות שלגביהן הספרות איננה מצביעה על סיכון לעובר.

(נמצאו בבתי החולים הפרטיים 45% מקרים בעייתיים מסוג זה ובבתי החולים הציבוריים 39% מקרים בעייתיים מסוג זה)

ג. לגבי סעיף 4 בחוק, פרט לבייח אחד, מאפשרים הפסקת הריון לפי סעיף זה כאשר הבעיה העולה מתוך התיק הינה בעיה סוציאלית.

(בבתי החולים הפרטיים נמצאו 72% של מקרים בעייתיים מסוג זה ובבתי החולים הציבוריים נמצאו 71% מקרים בעייתיים)

פירוט הממצאים הגולמי נמצא בנספח מס' 4 בתיק הוועדה.

ד. מניתוח הנתונים מצאנו שאין הבדל משמעותי מבחינת אחוז המקרים הבעייתיים בין בתי – החולים הציבוריים לפרטיים.

מקרה בעייתי הוגדר כאשר לדעת כל חברי הצוות הבודק לא היתה התאמה בין ההחלטה לאשר הפסקת הריון להוראות החוק.

3) מעורבות רופאים חברי וועדות בביצוע בפועל של הפסקות הריון.

היה קושי בבדיקה מלאה של הנושא עקב הפרדה הקיימת במרבית בתי החולים בין המסמכים של אישור הוועדה לבין גיליונות האשפוז של אותו בית חולים.

לפיכך, נעשו בדיקות אקראיות ונשאלו שאלות של הצוות הבודק שמצא כי לא היו מקרים עקביים ושכיחים המזהים שמות של רופאים חברי וועדה אשר ביצעו בפועל הפסקת ההריון.

בבתי חולים רמת – מרפא, שם ניתן היה לבדוק את הנתונים באורח מעשי ומלא, לא נמצא כי רופאים חברי הוועדה ביצעו גם את הפסקות ההריון בפועל.

7. דיון במליאת הוועדה על ממצאי הצוות

- א. עם הגשת הדו"ח למליאת הוועדה התקיים דיון בממצאי הצוות.
- ניתוח הממצאים העלה כי היו חריגות משמעותיות ביותר מהוראות החוק בסעיפים 316 (א) (3) (בממוצע 41%), בסעיף 316 (א) (4) (בממוצע 71%).
- ב. מסקנה נוספת הוסקה לאחר הדיון כי מן הראוי לזמן לדיון נוסף שני מומחים האחד בתחום הפסיכיאטריה והשני בתחום טרטולוגיה (פגיעה בעוברים). הוסכם כי שני המומחים יהיו:
 - 1) פרופ' א. אורנו, מנהל המרכז המרכז הארצי ליינון טרטולוגי.
 - 2) פרופ' קפלן מנהלת המחלקה הפסיכיאטרית בבית"ח הדסה ירושלים.
- ג. ביום 6.2.92 נערכה ישיבה נוספת בנוכחות שני המומחים שבמהלכה הם השמיעו עמדותם והמלצותיהם, מאוחר יותר העבירו את ההמלצות גם כתב.

8. המלצות המומחים:

- א. פרופ' א. אורנו סקר מצבים שונים שהותרה הפסקת הריון מסיבות של סיכון לעובר או לולד להתפתחות מומים או ליקויים התפתחותיים.
- "סעיף 3 מאפשר הפסקת הריון בכל מצב בו קיים סיכון כלשהו לעובר או לולד להתפתחות מומים או ליקויים התפתחותיים. סעיף זה מתייחס ל- 2 קטגוריות עיקריות:
 - 1) מומים בעובר על רקע "גנטי" – בין שהוכחו ע"י אבחון טרום לידתי בין שלא הוכחו, אולם קיימת סכנה מוחשית להופעתם.
 2. מומים ופגיעות בעובר על רקע "סביבתי" – דהיינו חשיפה של העובר לגורמים מזיקים

בפוטנציה עקב חשיפת האם לגורמים חיצוניים העשויים להזיק לעובר.

ישנם יחסית מעט גורמים סביבתיים העשויים לגרום לנזק ממשי לעובר. מתוך כ- 4,000 פניות למרכז הארצי ליעוץ טרטולוגי ב- 5 השנים האחרונות, בעקבות חשיפת העובר לתרופות, לקרינת רנטגן, למחלות אימהיות או לגורמים סביבתיים שונים הרי בכ- 70% לא היה כל סיכון להתפתחות מומים בעובר מעבר לסיכון למומים הקיים בכל הריון והעומד על 3% בערך.

בכ- 25% מהפניות קיים סיכון קטן נוסף למומים, שהינו קרוב ל- 1% - אולם אין אפשרות להעריכו במדויק מאחר ואין הוא מסתמך על סקרים אפידמיולוגיים אלא על פרסומים בודדים בספרות, על ניסיונות בחיות מעבדה, ללא הוכחות מקבילות בבני אדם, או המצאות קצרה מדי של התרופה בשוק.

ב- 4% נוספים לא ידועה מידת הסיכון לעובר למרות שהיא קיימת. רק ב- 10% מהמקרים קיים סיכון נוסף - משמעותי למומים בעובר, הנע בין אחוזים ספורים לעשרות אחוזים. מדע הטרטולוגיה הקלינית עוסק בחישובי סיכונים אלו. בארץ, מלבד המרכז הארצי ליעוץ טרטולוגי בירושלים בעוסק במתן תשובות לפניות מכל הארץ (בשנת 1991 היו 1508 פניות) עוסקים במתן מידע מסוג זה גם במרכז הארצי להרעלות בביה"ח רמב"ם בחיפה ובבית החולים בלינסון בפתח תקוה. לעיתים נותנים אינפורמציה זו גם גנטיקאים. להערכתנו, מאחר והידע בחידושים בטרטולוגיה הקלינית דורש התמחות מיוחדת, ומניסיוני קיים חוסר ידע משמעותי בין רופאי הנשים בתחום זה, רצוי לנהוג בהריונות בהם קיימת סכנה לפגיעה אפשרית בעובר עקב חשיפתו (דרך האם) לגורמים סביבתיים חיצוניים כפי שנוהגים לגבי עוברים אשר בהם קיים סיכון לפגיעה גנטית.

כשם שבמקרים אלו נדרשת חוות דעת של גנטיקאי מוכר, מומלץ כי לגבי הגורמים הסביבתיים תיידרש הערכת מידת הסיכון למומים בעובר עקב חשיפתו לגורם החיצוני - ע"י מומחה בתחום הטרטולוגיה. ניתן, לעיתים להיעזר באנשי מקצוע נוספים, למשל, במידה ומדובר בצילומי רנטגן בהריון ניתן להיעזר בהערכת מנת הקרינה שהגיעה לעובר אשר תחושב ע"י פיזיקאי או מהנדס קרינה וזאת מאחר ולגבי חשיפת העובר לקרינה ישנן הנחיות של משרד הבריאות.

לגבי מחלות זיהומיות של האם ניתן להיעזר במומחים למחלות זיהומיות. מובן אבל שהטרטולוגיה הקלינית יכולה לתת תשובות מהימנות לכל הבעיות, והיא עדיפה.

ב. לדעת פרופ' ע. קפלן - דינור - מנהלת המחלקה לפסיכיאטריה בביה"ח הדסה ירושלים, "מן הראוי שבכל וועדה להפסקת הריון יכהן גם רופא פסיכיאטר, וכן שכל אישה תגיע לוועדה עם חוות דעת פסיכיאטרית שהוכנה מראש.

ג. יש להשתמש רק באינדיקציות הבאות המסתמכות על מינוחים הבינלאומיים המקובלים:

1) אישה אשר בעקבות הריון קודם פיתחה הפרעה פסיכיאטרית מהסוג המכונה דיכאון או פסיכוזה שלאחר לידה.

2) אישה הסובלת מהפרעה חמורה בציר I של ה- DSM-III-R, בין אם היא נמצאת בטיפול תרופתי או עלולה להזדקק לטיפול תרופתי.

3) אישה הסובלת מהפרעת אישיות מוכחת - (ציר II של ה- DSM-III), ואשר פיתחה בעבר תגובה נפשית להריון.

9. מסקנות והמלצות:

א. מסקנות:

על פי האמור בסעיף 3 של דו"ח זה להלן מסקנותינו:

- (1) אין אחידות בביצוע נהלי העבודה של הוועדות. נמצא כי יש התעלמות במספר ועדות מהוראות שירותי האשפוז של משרד הבריאות (חוזר ש.א. 64/90 נספח מס' 3).
- (2) ניתוח הממצאים של צוות הבדיקה העלה אחוז ניכר של חריגות משמעותיות ביותר מהוראות החוק (הוראות החוק סעיף 316 (3): 316,41% א (4): 71%).
- (3) לא נמצא כי קיים הבדל משמעותי בחריגות בדרך עבודת הוועדות וקבלת ההחלטות שלהן בין ועדות הפועלות במסגרת בתי חולים ציבוריים לבין ועדות הפועלות בבתי חולים פרטיים.
- (4) לא נמצאו ראיות כי רופאים המכהנים בוועדות להפסקת הריון מבצעים בעצמם את המלצות הוועדה שבה הם חברים יש לציין שהבדיקה בוצעה באורח חלקי בגלל קשיים טכניים כאמור בסעיף 6 ב 3).

המלצות:

- (1) הוועדה נוכחה לדעת כי הוראות שירותי אשפוז במשרד הבריאות אינן מתבצעות כנדרש. לפיכך, מציעה הוועדה לרענן ולשנן את ההוראות והנהלים שגובשו בתחום זה ולנקוט בצעדים המתחייבים נגד מי שייפר הוראות אלה בעתיד.
- (2) הוועדה ממליצה שהמנהל הכללי ימנה בעל תפקיד בכיר אשר יעמוד בראש צוות המורכב מרופא ועובד סוציאלי בכיר. הצוות יהיה מופקד על בקרה מתמדת של ביצוע חוק בעונשין תשל"ז – 1977, סעיפים 312 עד 321. הבקרה תכלול בדיקות מסורגות של עבודת הוועדות ותדווח באורח שוטף למנהל הכללי ולראש שירותי האשפוז על תקינות ביצוע הוראות החוק.
- (3) הוועדה ממליצה שהוראות שירותי אשפוז בחוזר ש.א. 64/90 (נספח מס' 3) יעובדו לתקנות (חקיקת משנה) תוך פרק זמן קצר.
- (4) יש לחייב את חברי הוועדה להפסקת הריון לבסס את אישור הפסקת הריון לפי סעיף 3 בחוק (חשש לפגיעה בעובר) על מסמך רפואי מנומק ע"י טרטולוג או חוות דעת מקצועית אחרת המאשרת כי יש חשש סביר לפגיעה בעובר ומהי רמת הסיכון בגין מחלת האם, טיפול תרופתי שקיבלה או מסיבת חשיפה לתנאים סביבתיים, עם אסמכתאות מהספרות הרפואית העדכנית. חברי הוועדה ינמקו את החלטתם על סמך חוות הדעת הכתובה שתכלול בדו"ח הוועדה.
- (5) יש לחייב את הוועדה להפסקת הריון לבסס את אישור הפסקת ההריון לפי סעיף 4 (סכנה לבריאות האשה) על מסמך רפואי מנומק ובכלל זה אבחנה רפואית מדוייקת. במקרים בהם מדובר בסכנה לבריאותה הנפשית של האשה תהיה חובה להתבסס על חוות דעת כתובה של פסיכיאטר מומחה שתכלול אבחנה על קיום הפרעה חמורה. (ראה פרק 8 סעיף ב' לעיל).
- (6) משרד הבריאות יחייב את הוועדות שמונו על פי החוק להקפיד על מילוי ההוראות בדבר מסירת חומר הסברה כתוב לידי האשה המבקשת הפסקת הריון שיכלול הסבר בדבר הסיכונים בהפסקת ההריון, סיבוכים אפשריים, וייפרט את כל האלטרנטיבות העומדות לפניה.

ע/7:

העתק חוזר מנכ"ל
משרד הבריאות מספר
23/93

705



מדינת ישראל, משרד הבריאות

חוזר המנהל הכללי

מס' 23/93 תאריך' בחשון תשנ"ד (14.11.93)

נושא: שמירת החוק והתקנות ע"י הועדות להפסקת הריון - הנחיות ביצוע

שר תברואות אימץ את המלצות הועדה שהוקמה במטרה לבדוק את תפקודן של הועדות להפסקת הריון הפועלות בחתאם לחוק העונשין תשל"ז-1977, טעיפים 312 עם 321.

המלצות אלו מובאות לחלן, ויש לחקפיד ולחתמיד בבצוען:

1. חוקם צוות קבוע אשר כולל רופא ועובדת סוציאלית. הצוות מופקד על בקרה מתמדת של ביצוע חוק העונשין, אשר תכלול בדיקות של עבודת הועדות ותדווח באורח שוטף למנהל הכללי ולמשנה הרפואי למנכ"ל ולראש שירותי האשפוז על תקינות ביצוע הוראות החוק.

יש לשתף פעולה עם צוות הבקרה ולמסור בידו כל מידע שידרש.

2. יש לחקפיד ולפעול בחתאם לחוזר שירותי אישפוז 64/90 מ-15.6.90 המפרט את סדרי עבודתן של הועדות להפסקת הריון חרצ"ב.

2/...

3. על חברי הועדה להפסקת הריון לבסס את האישור להפסקת ההריון לפי סעיף 3 בחוק (חשש לפגיעה בעובר) על מסמך רפואי מנומק ע"י טרסולוג או חוות-דעת מקצועית אחרת.
- חברי הועדה יגמקו את החלטתם על סמך חוות-דעת חתומה שתצורף לדו"ח הועדה ותשמר אמו.
4. על חברי הועדה להפסקת הריון לבסס את אישור הפסקת ההריון לפי סעיף 4 בחוק (סכנה לבריאות האישה) על מסמך רפואי מנומק ובכלל זה אבחנה רפואית מדויקת.
5. על הועדות להפסקות הריון להקפיד על מילוי ההוראות בדבר מסירת חומר הסברה כתוב לידי האישה המבקשת הפסקת הריון שיכלול הסבר בדבר הסיכונים בהפסקת ההריון, סיבוכים אפשריים, ויפרט את כל האלטרנטיבות העומדות לפניה.
- הערה - חוברות הסברה בעברית ורוסית ניתן להשיג בלשכת חדובר של משרד הבריאות.

בברכה,

ד"ר יתושוע (שוקי) שמר
המשנה למנכ"ל

העתק: שר הבריאות
ראש שירותי אישפוז
הממונה על רישוי בתי-חולים ומוסדות
תיועץ המשפטי
ראש שירותי בריאות הציבור
דוברת משרד הבריאות
מרכזי קופות-החולים
צוות הבקרה (ד"ר י. לוטן, שרותי אישפוז, משת"ב)
(גב' רוגי גאנין, בי"ח רמב"ם, חיפה)

20734

שרותי אשפוז

חוזר מס' 64/98

ירושלים, כ' בסיון
15 ביוני 1998

תיק מס' 2/1/14

אל: כל מנהלי בתי-החולים הכלליים
(מח' נשים ויולדות)
(ועדות לחפסקת הריון)

הנדון: הנחיות בדבר מסירת מידע לאשה הפונה לועדות
לחפסקת הריון וסדרי עבודתן של הועדות

לאור העובדה שסדרי עבודתן של הועדות לחפסקת הריון אינם אחידים בכל בתי-החולים, וכן קיים מצב בו אין מקפידים על מילוי כל החוראות שבתקנות, פרסם שר הבריאות הנחיות ברורות המגדירות נושא זה.

להלן הנחיות:

1. מנהל בית-החולים ידאג לכל הסיידורים והדיושים כדי לאפשר לועדות לחפסקת הריון לחקיד ולמלא את החוראות שבפרק "חפסקת הריון" בחוק העונשין תשל"ז-1977 (להלן-חוק העונשין) וחוראות בתקנות העונשין (חפסקת הריון), תשל"ח-1978 (להלן-תקנות).
2. (א) סעיף 316 לחוק העונשין מחייב קבלת הסכמת המודעת של האשה הפונה לועדה לחפסקת הריון (להלן-הפונה), שפרשה בלשון החוק "הסכמתה בסכת לאחר שתוסברו לה הסיכונים הגופניים והנפשיים הכרוכים בחפסקת הריון".
(ב) על מנת להבטיח קבלת ההסכמה המודעת של הפונה, כאמור, תופנה הפונה לשיחה עם עובדת סוציאלית שתסביר לה את הסיכונים שבתפלה ותנסה לשכנע אותה לבחור במתרון אלטרנטיבי.
3. לאחר קבלת השאלון והאיום בידי הפונה לפי תקנה 13 לתקנות, תפנה מזכירת הועדה את הפונה לפגישתה עם העובדת הסוציאלית.
4. העובדת הסוציאלית תמסור לפונה את חומר ההסברה שאושר על ידי משרד הבריאות, את ההסברים והדיושים ותביא בפניה את התרונות והחילופיים האפשריים.
5. העובדת הסוציאלית תגיש לועדה תסקיר בכתב שיאשר את קיום השיחה עם הפונה, מסירת החומר הכתוב ומתן ההסברים בעל-פה לפונה.

2/...

6. (א) תפוגת תופנה לרופא המוסמך, כפי שנקבע בתקנה 13(ד) בתקנות, לאחר פגישתה עם העובדת הסוציאלית.
- (ב) הרופא המוסמך יאשר בכתב כי חסביר לפונה את הסיכונים הכרוכים בחפזת החירון ותוצאותיה האפשרויות, כפי שנאמר בתקנה הנ"ל.
7. מזכירת הועדה חתמה בבקשת הפונה תביא בפניה את החשקיר של העובדת הסוציאלית ואת האישור של הרופא המוסמך, כאמור בסעיף 6(ב) לעיל.
8. חבר הועדה שאשרת את ביצוע החפלה לא יבצע בפונה את חפזת החירון.
9. מנחל מחלקת נשים ויולדות בבית החולים או רופא בכיר אחר שימנה מנחל בית החולים מטעמו יוודא את מלוי הוראות החוק, חתקנות והחנחיות המענייחות לבצוע חפזת חירון וידווח על כך למנחל בית החולים.
10. כל המידע והמסמכים המענייחים לבקשותיהן של הפונות, לדיוני הועדה ולחללסותיה הוא סודי וחסי ומנחל בית החולים יקבע את החסדרים לשמירתם בדרך נאותה.

הואילו לתביא הנחיות אלה לידיעת כל הנוגעים בדבר, ולוודא כי ינחגו בחתום לנדרש.
חומר החסברה הנזכר בסעיף 4 נמצא עתה בחכנה, ויופץ בקרוב לכל הועדות.

ב ב ר כ ה,

ד"ר מ. משיח

העתק: לשכת המנחל הכללי
חיוכי המסמכי
ראש שרותי בריאות חציבור
מרכזי קופות-חולים

יל/אמ/9891

ע/8:

העתק ההצהרה
הכללית בדבר יחסי
גומלין בין רופאים ובין
ציבור המטופלים
בישראל, עמודים

יחסי הגומלין בין הרופאים לבין ציבור המטופלים בישראל

עורך: פרופ' אבינעם רכס

פברואר 2014



ההסתדרות הרפואית בישראל
הלשכה לאתיקה

התקשרות דיגיטלית ומדיה חברתית

26. הרופא יפעיל שיקול דעת זהיר ויקפיד על הסודיות הרפואית ופרטיות המטופל, כאשר הוא עושה שימוש בדרכי התקשרות דיגיטליות או במדיה החברתית לצורך טיפול רפואי או לצורך הגברת זמינותו והנגישות אליו.
27. הרופא ישמור על הפרדה וגבולות ברורים בין זהותו המקצועית לזהותו האישית-חברתית בשימוש במדיה החברתית, וימנע מביקורת או מאמירות אישיות הקשורות למטופלים, בכל מקום שהוא ברשת.
28. הרופא לא יציע חברות" למטופל ולא יקבל "הצעה לחברות" של מטופל במדיה החברתית.
29. הרופא לא יציע טיפול או ייעוץ רפואי פרטני בדרכי התקשרות דיגיטליות, באם לא נוצרו קודם לכן יחסי רופא-מטופל וללא הסכמה מפורשת ומתועדת של המטופל הנועץ עמו ברשת.
30. הרופא המעורב במתן מידע רפואי או ייעוץ רפואי לאדם שאינו נמצא בטיפולו, יקפיד לתת ייעוץ כללי בלבד ולעודד את המטופל שלא לראות בכך תחליף למפגש מקצועי, ויעשה את מירב המאמצים למנוע אי-בהירות ו/או פרשנות לא נכונה של ההנחיות מצד המטופל.
31. הרופא ינטר ויבקר באופן שוטף את המידע מטעמו הנגיש למטופלים על אודותיו ברשת, ויודא כי מדובר במידע אמין המכבד את הרופא ואת מקצוע הרפואה.
32. הרופא לא יעשה שימוש במדיה לחיפוש מידע על אודות ההתנהלות האישית של מטופליו, גם לא לצורך מעקב על מצבם הרפואי או מתוך דאגה לבריאותם.

בחירת הטיפול הרפואי

33. הרופא יסייע למטופל לבחור את הטיפול הרפואי מבין האפשרויות המתאימות, ויכבד את זכותו של המטופל לבחור באפשרות הרצויה לו.
34. הרופא ימנע מלהעניק טיפול רפואי ללא קבלת הסכמתו מדעת של המטופל.
35. הרופא יכבד את זכות המטופל לסרב לקבלת טיפול רפואי, לאחר שהסביר למטופל את המשמעויות הנגזרות מכך בצורה ובאופן המובנים למטופל, ולאחר שעשה מאמץ לודא כי הסבריו הובנו כהלכה.
36. הרופא יכבד את זכות המטופל לקבל את הטיפול, כולו או מקצתו, אצל מטפל אחר ולא ימנע ממנו, בשל כך, לחזור אליו להמשך טיפול בעתיד.

ע/9:

העתק דו"ח מחקר :
הורות בקרב אנשים
עם מוגבלות שכלית
התפתחותית של משרד
העבודה, הרווחה
והשירותים החברתיים

דוח מחקר

**הורות בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית
פרספקטיבה של עובדים סוציאליים במחלקות לשירותים
חברתיים**

דו"ח סופי המוגש למנהל מוגבלויות
משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים

ד"ר איילת גור
פרופ' מייקל אשלי שטיין

אדר א' תשע"ט | פברואר 2019

ד"ר איילת גור Ph.D.
בית הספר לעבודה סוציאלית
אוניברסיטת בר אילן
ayelet.gur@biu.ac.il

פרופ' מייקל אשלי שטיין, J.D., Ph.D.
ראש פרויקט המוגבלות של בית הספר למשפטים באוניברסיטת הארוורד
mastein@law.harvard.edu

תוכן עניינים

4	סקירת ספרות	1
4	הקדמה	1.1
5	הורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית	1.2
6	שירותים חברתיים להורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית	1.3
9	המחקר הנוכחי	1.4
10	שיטה	2
10	מערך המחקר	2.1
10	הליך	2.2
10	מדגם	2.3
11	כלים	2.4
12	ניתוח הנתונים	2.5
13	ממצאים	3
13	מאפייני המשפחות	3.1
14	תמיכה משפחתית בהורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית	3.2
15	שירותים חברתיים להורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית	3.3
	גורמים מקדמים וחסמים במתן שירותים להורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית	3.4
16	התפתחותית	
	עמדות עובדים סוציאליים כלפי הורות של אנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית	3.5
19	התפתחותית	
21	סיכום ומסקנות	4
23	מקורות	

1. סקירת ספרות

1.1 הקדמה

משפחות בהן ההורה הוא אדם עם מוגבלות שכלית- התפתחותית מעוררות עניין רב בקרב גורמים במערכת הרווחה והשירותים החברתיים. משפחות אלה מציבות אתגרים ודילמות בפני נותני השירותים, אשר נדרשים לאזן בין זכותם של אנשים עם מוגבלות להיות הורים לבין אחריותם כלפי הילדים (McBrien & Power, 2002; McGaw, 2000).

הכרה בזכותם של אנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית להביא ילדים אינה מובנת מאליה. מאי וסימפסון (May & Simpson, 2003) תארו את השינוי שחל בתפיסות החברתיות כלפי זכות זו. בתקופה בה הגישה האאוגנית¹ (Eugenics) הייתה העמדה השלטת בקרב הציבור, אנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית קיבלו שירותי תמיכה והגנה, אך נאלצו לשלם מחיר גבוה של אובדן השליטה על חייהם. דוגמה לכך ניתן לראות בשימוש באמצעים לשליטה בפרייון של אנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית, מתוך חשש ל'בריאות הגנטית' של הגזע האנושי ודאגה למרקם חברתי מוסרי. הכרה בזכותם של אנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית להביא ילדים לעולם החלה להתבסס רק בתחילת שנות ה-90 והגיעה לשיאה בשנת 2006 עם אמנת האו"ם, המגדירה חזון וקובעת סטנדרטים בינלאומיים לזכויות אזרחיות וחברתיות, להן זכאים אנשים עם מוגבלות באשר הם.

באמנה מעוגנת, בראש ובראשונה, זכות כללית לאי אפליה, אליה נלווית חובה אקטיבית, של המדינות החתומות, לקדם שוויון הזדמנויות של אנשים עם מוגבלות בכל תחומי החיים. מטרת האמנה היא לקדם, להגן ולהבטיח הנאה מלאה ושווה של כל האנשים עם מוגבלויות מזכויות האדם. הגישה הכללית של האמנה מתבטאת בעקרונות המפתח עליהם היא מבוססת: (א) כבוד לאדם באשר הוא אדם וכבוד לאוטונומיה האישית (חופש הבחירה ועצמאות); (ב) אי-אפליה; (ג) השתתפות מלאה ושילוב בחברה; (ד) כבוד לשונויות וקבלה של אנשים עם מוגבלויות כחלק מהמגוון האנושי; (ה) שוויון הזדמנויות; (ו) גישות; (ז) שוויון בין גברים ונשים; (ח) כבוד ליכולות המתפתחות ולזכויות של ילדים עם מוגבלויות (United Nations, 2006).

סעיף 23 באמנה מתמקד בביעור אפליה בתחומי נישואין, משפחה, מערכות יחסים והורות. לאנשים עם מוגבלויות יש זכות להינשא ולהקים משפחה ככל אדם אחר; על המדינה לוודא שפוריותם של

¹ פילוסופיה ומחקר העוסקים בחשפעת התורשה והגנטיקה על מאפיינים התנהגותיים בבני אנוש כדי להשביח את הגזע.

אנשים עם מוגבלויות נשמרת ויש להם הזכות להחליט על מספר הילדים ועל המרווחים ביניהם. על המדינה לספק לאנשים עם מוגבלויות שירותים נגישים ומותאמים שיסייעו להם לממש זכויות אלה. כמו כן, המדינה תבטיח את הזכויות ומילוי החובות בענייני אפטרופסות ואימוץ ילדים, כאשר טובת הילד היא השיקול המכריע. זאת ועוד, על המדינה לסייע לאנשים עם מוגבלויות לשאת באחריות של גידול הילדים (United Nations, 2006).

על אף ההכרה הרשמית בזכות להביא ילדים לעולם ולקבל את התמיכות הנדרשות על מנת לגדל אותם, קיימים פערים משמעותיים בין ההכרה בזכויות לבין מימוש בפועל. למרבה הצער, עמדות חברתיות כלפי הורות של אנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית נותרו שליליות. אנשי מקצוע, הורים של אנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית והציבור הכללי נוטים להביע התנגדות להקמת משפחה ותומכים באמצעים להגבלת הילודה. עמדות שליליות אלה פוגעות בפיתוח ומתן שירותים לתמיכה בהורים, במטרה לסייע להם לנהל חיי משפחה תקינים על פי יכולתם (Aunos & Feldman, 2002; Cuskelly & Bryde, 2004).

1.2 הורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית

מספר ההורים שהינם בעלי מוגבלות שכלית-התפתחותית עולה (Booth, 2000), אך נראה שאין מספיק נתונים עדכניים כדי להעריך את מספרם (May & Simpson, 2003). ההערכות מצביעות על כך ש-1.5% מהבוגרים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית הינם הורים, רובם עם מוגבלות קלה (Willems, De Vries, 2007). עוד משוער כי בין אחוז לשני אחוזים מהילדים עד גיל 18 הינם ילדים להורה עם מוגבלות שכלית-התפתחותית (Mildon, Matthews, & Gavida-Payne, 2003).

הורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית נוטים לבריאות פיזית ונפשית נמוכה יותר, כמו גם לרווחה נפשית ירודה, בהשוואה לאוכלוסיית ההורים הכללית (Aunos, Feldman, & Goupil, 2008; Darbyshire & Stenfort Kroese, 2012). ממצא מעודד מראה שהרווחה הנפשית של הורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית יכולה להשתפר. נמצא שבריאותם הנפשית ותחושת הרווחה קשורות לרמת התמיכה החברתית, כך שהורים עם תמיכה רבה יותר מדווחים על בריאות ורווחה נפשית גבוהות יותר (Darbyshire & Stenfort Kroese, 2012). יחד עם זאת, התמיכה החברתית בהורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית אינה טריוויאלית. הורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית חווים הדרה חברתית ולרב תלויים בתמיכתם של שירותים חברתיים (McGaw, Ball, & Clark, 2002). הורים רבים נשענים על מקורות תמיכה בלתי פורמאליים. כך נמצא שאימהות שחיות לבד נוטות לפתח רשת תמיכה המבוססת על שירותים חברתיים, אך אימהות, שחיות עם בן זוג, נוטות לפתח רשת תמיכה המבוססת על משפחה

רחוקה, ואימהות שחיות עם האבות של הילדים, נתמכות בעיקר על ידי בני המשפחה הקרובה (Llewellyn & McConnell, 2002).

1.3 שירותים חברתיים להורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית

כאמור, קיים מתח תמידי בין חובתם של גורמי הרווחה להבטיח את ביטחונם ורווחתם של ילדים להורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית לבין מימוש זכותם של אנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית להביא ילדים (McGaw, 2000). ברור כי כאשר בטיחותו ורווחתו של ילד מוטלת בספק, על רשויות הרווחה להתערב. עליהן מוטלת החובה להוציא מהבית כל ילד שאינו מקבל טיפול הולם ונזקק להגנה. אולם, לא ניתן להתעלם משיעור גבוה של הוצאת ילדים מהבית כאשר מדובר בהורים בעלי מוגבלות שכלית-התפתחותית. קיים ייצוג יתר של אנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית בהליכים משפטיים של הוצאת ילד מהבית, גם בהשוואה להורים ללא מוגבלות וגם בהשוואה להורים עם מוגבלות אחרת, כגון מוגבלות פיזית, ליקויי ראייה ושמיעה ומחלות כרוניות (Gooding, 2000; Llewellyn, McConnell, & Ferronato, 2003). הורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית מאבדים את המשמורת על ילדיהם בסבירות גבוהה מאד (Collings & Llewellyn, 2012; Llewellyn et al., 2003), כאשר פעמים רבות ההוצאה מהבית מבוססת על סטראוטיפים ודעות קדומות ולא על מחקר ונתונים (McConnell & Llewellyn, 2002). המחקר מראה שהמוגבלות השכלית-התפתחותית אינה מנבאת את התפקוד ההורי (Willems, et al., 2007), וכי גורמים רבים אחרים משפיעים על סגנון ההורות ועל התפתחות הילדים (Feldman, 2002). ראוי לציין שבתיקים משפטיים יש התייחסות מועטה לתמיכות ולשירותי סיוע להורים בהתמודדות עם הקשיים. ההנחה היא שהורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית אינם מסוגלים להיות הורים טובים דיים ואינם יכולים לפתח ולשפר את כישוריהם ההוריים (ראה Booth & Booth, 2004; Booth, 2000).

הטיפול בהורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית טומן בחובו דיון על מסוגלות הורית והאם אנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית יכולים לפתח או לשכלל מיומנויות הוריות. הורות היא מבנה חברתי. עמדות חברתיות קובעות מהי הורות ועל פי אילו ערכים ונורמות היא נבחנת. האידיאל החברתי להורות מציג ציפייה כי אימהות ואבות ימלאו התחייבויות מסוימות כלפי ילדיהם.

הפולמוס אודות הורות של אנשים עם מוגבלויות מתחלק לשלוש גישות עיקריות. שתי הגישות הראשונות מייצגות את המודל הרפואי למוגבלות. הראשונה היא גישת הסיכון המתמקדת בגורמי סיכון לילדים כתוצאה ממוגבלות ההורים. חוקרים עוסקים רבות בתוצאות התפתחותיות של ילדים להורה עם מוגבלות שכלית-התפתחותית, אך הממצאים אינם חד משמעיים. חלקם מצביעים על קשר בין המוגבלות השכלית-התפתחותית של ההורה לבין פגיעה בהתפתחות הילדים, בעוד אחרים מראים שהתפתחות

הילדים אינה נפגעת כתוצאה מהמוגבלות עצמה. במקביל, החוויה הסובייקטיבית והנרטיבים של הילדים נבחנו אף הם, ונמצא שפעמים רבות, ילדים להורה עם מוגבלות שכלית- התפתחותית מדווחים על סטיגמה והדרה חברתית ועל היותם קורבנות לבריונות (Collings & Llewellyn, 2012).

הגישה השנייה היא גישה פונקציונלית המתמקדת בליקויים של ההורים. לדוגמה, מחקרם של וילמס ושותפיו (Willems et al., 2007) התחקה אחר מאפיינים המנבאים הורות טובה דיה בקרב הורים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית. הורות טובה דיה הוגדרה כהיעדר דיווחים אודות הזנחה או התעללות בילדים, היעדר מעורבותם של שירותים לשלום הילד ושמירת המשמורת על הילדים בידי ההורים. נמצא כי הרצון והיכולת של ההורים לקבל תמיכה, איכות הרשת החברתית והשילוב של ההורים בקהילה מנבאים הורות טובה דיה. חשוב לציין כי רמת האינטליגנציה של ההורים נמצאה כבעלת ערך נבואי נמוך ביותר ליכולת ההורית.

הגישה השלישית - גישת החסמים - מייצגת את המודל החברתי למוגבלות. גישה זו מתרכזת בגורמים סביבתיים המשפיעים על איכות ההורות של אנשים עם מוגבלויות, כמו עמדות חברתיות, חסמים, שירותים חברתיים ותמיכות מתאימות (Parchomiuk, 2014). מחקר ענף מדגים כי באמצעות הכשרות ותמיכות מתאימות, אנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית יכולים לפתח ולשכלל את המיומנויות ההוריות שלהם (Feldman, 2004; Llewellyn, McConnell, Honey, Mayes, & Russo, 2003; Llewellyn, McConnell, Russo, Mayes, & Honey, 2002; McGaw et al., 2002; Wade, Llewellyn, & Matthews, 2008; Wade, Mildon, & Matthews, 2007). דוגמה לכך ניתן לראות במחקר בריטי, ששם לעצמו מטרה למפות ולתאר תמיכות הולמות להורים בעלי מוגבלות שכלית- התפתחותית בבריטניה. נמצא שתמיכות כאלה תורמות לפיתוח ושכלול מיומנויות הוריות ומסייעות להורים להתגבר על מגוון רחב של חסמים רגשיים, חברתיים וכלכליים. פעמים רבות, להורים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית יש היסטוריה של יחסים מורכבים עם נותני השירותים, כדוגמת השירות לילד ולנוער. תמיכות הולמות בהורים תורמות לעבודה מיטבית עם אנשי מקצוע האחראיים על רווחת הילדים, מגבירות את הביטחון העצמי של ההורים ומפחיתות בהדרגה את התלות שלהם באחרים. החוקרים הסיקו שתמיכות הולמות מאפשרות להורים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית להפגין כישורי הורות טובים דיים ובכך מאפשרות להם לממש הן את זכותם להורות והן למלא את תפקידם כהורים בצורה אחראית כמיטב יכולתם (Tarleton & Ward, 2007).

למרבה הצער, על אף המחקר הרחב בנושא, למערכות השירותים החברתיים ולאנשי המקצוע האמונים על הטיפול בהם חסרים כלים פרקטיים, בכדי לסייע להורים אלה לממש את זכותם להורות.

כתוצאה מכך, הורים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית קיבלו לאורך ההיסטוריה שירותים לא מספקים (McBrien & Power, 2002).

על פי בות' (Booth, 2000), אחד הגורמים המשמעותיים ביותר המכשילים את מתן התמיכות להורים טמון בהנחות המוקדמות של אנשי המקצוע כלפי יכולתם של אנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית להיות הורים. פעמים רבות, אנשי מקצוע פועלים על בסיס האמונה שהמוגבלות השכלית- התפתחותית מונעת מהאדם מלהיות הורה טוב. כמו כן, התמקדות בליקויים ובחסמים במקום בחוזקות של ההורים, אינה תורמת לקשר בין איש המקצוע להורה עם המוגבלות.

כמו כן, קיימים גורמים ארגוניים אשר מקשים אף הם על מתן התמיכות להורים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית. דוגמה לכך ניתן לראות בריבוי סוכנויות המעורבות בטיפול במשפחה, שעשוי להוביל לטיפול לקוי. הנטייה של ארגונים להתערב רק בשעת משבר אינה מקדמת את ההורים למימוש זכותם ואחריותם ההורית. באופן כללי, לרב, לסוכנויות האמונות על מתן התמיכות להורים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית חסרים כלי הערכה ומודלים למתן תמיכות הולמות.

חוקרים אחרים סברו כי נקודת המבט של אנשי המקצוע, האמונים על מתן השירותים להורים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית, הינה קריטית לפיתוח וניהול תוכניות תמיכה מתאימות (Christian, 2002; Stinson, & Dotson, 2002; McBrien & Power, 2002). המחקר בנושא עמדות של אנשי מקצוע ביחס להקמת משפחה על ידי אנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית מעלה ממצאים סותרים. קיימים מחקרים המצביעים על עמדות שליליות (Oliver, Anthony, Leimkuhl, & Skillman, 2002), בעוד אחרים מציגים עמדות חיוביות של אנשי מקצוע כלפי הורות של אנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית והתנגדות לשיטות של עיקור (Christian et al., 2002).

סטארק (Starke, 2011), שערך קבוצות מיקוד של אנשי מקצוע במטרה להבין את נקודת מבטם, מצא הבדל באופן בו אנשי מקצוע מדברים על ההורים במשפחות בהן הילד מתגורר בבית לבין משפחות בהן הילד הוצא למשפחת אמונה. כאשר היה מדובר במשפחות שהילד מתגורר בסידור חוץ ביתי, המשתתפים הדגישו את הצורך לשמר ולטפח את הקשר של הילד עם ההורים. לעומת זאת, כאשר הילד מתגורר בבית, הושם דגש על אי היכולת של ההורים לספק את צרכי הילדים ואת הקשיים בעבודה עם אותם הורים. ההורים תוארו כשואפים להיות ככל ההורים, כמסרבים לקבל עזרה וכמתקשים להבין את צרכי ילדיהם.

אנשי מקצוע העובדים עם הורים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית מדווחים על עומס עבודה גבוה, קושי בעבודה עם ההורים ואי בהירות של המבנה וההליכים הארגוניים. אחת הפעולות ההכרחיות

להסרת החסמים בהם נתקלים הורים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית היא פיתוח תוכניות הכשרה לאנשי המקצוע. באופן ספציפי יותר, נדרשות הדרכות לטיפול פרטני, המתאים לצרכיו הייחודיים של כל הורה עם מוגבלות שכלית- התפתחותית (Clayton, Chester, Mildon, & Matthews, 2008).

המחקר אודות עמדות כלפי הורות של אנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית הינו מוגבל באופן יחסי. חוקרים ואנשי מדיניות מצביעים על הצורך לחקור את התחום מנקודות מבט של בעלי עניין (stakeholders) שונים, כמו אנשים והורים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית, הורים של אנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית, אנשי מקצוע והציבור הכללי (Aunos & Feldman, 2002; National Council on Disability, 2012; Starke, 2011). עמדות של אנשי מקצוע וצוותים כלפי הורות של אנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית הן חשובות לאין שיעור, משום שהן משפיעות על דרכי פעולתם יותר מאשר מדיניות הארגון בו הם עובדים (Christian et al., 2002). למיטב ידיעתנו, במדינת ישראל לא נערכו מחקרים מסוג זה.

1.4 המחקר הנוכחי

המחקר התמקד בהורות של אנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית מנקודת מבטם של עובדים סוציאליים העובדים במחלקות לשירותים חברתיים, המטפלים בהורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית. מטרת המחקר הייתה לבחון את התפיסות, העמדות ודרכי העבודה של עובדים סוציאליים בנוגע לעבודתם עם הורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית.

2. שיטה

2.1 מערך המחקר

במחקר זה ננקטה שיטת מחקר איכותנית, על מנת לאפשר למשתתפים לשתף בחוויותיהם ומחשבותיהם על נושאי המחקר המרכזיים באופן חופשי. בחקר מדיניות חברתית וציבורית, מרבית להשתמש בשיטת מחקר איכותנית לצורך ניתוח צרכים, התנהגויות מערכות ותרבויות (Ritchie & Spencer, 2002) ולזיהוי והבנה מעמיקה של עמדות, תפיסות ונורמות תרבותיות (Ulin, Robinson, & Tolley, 2005).

2.2 הליך

לאחר קבלת אישור לביצוע המחקר מאגף המחקר במשרד הרווחה והשירותים החברתיים, נערכו הראיונות במחלקות לשירותים חברתיים. במקרים אחדים, בהם התגלה קושי בקביעת פגישה פנים אל פנים, נערכו הראיונות באופן טלפוני. עובדים סוציאליים במחלקות לשירותים חברתיים, העובדים עם אנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית ממלאים לרוב את אחד או יותר מהתפקידים הבאים: (1) עובד/ת סוציאלי/ת בתחום המוגבלות שכלית-התפתחותית/ צרכים מיוחדים/ נכויות; (2) עובד/ת סוציאלי/ת לחוק נוער (חוק הנוער (טיפול והשגחה), תש"ך-1960); (3) עובד/ת סוציאלי/ת לחוק הטיפול באדם עם מוגבלות שכלית-התפתחותית (חוק הסעד (טיפול באנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית), תשכ"ט-1969); (4) עובד/ת סוציאלי/ת משפחה או עובד/ת סוציאלי/ת כוללנית (חובב, לונטל וקטן, 2012).

הראיונות נערכו על ידי החוקרת הראשית באישור המשתתפים. בכדי להבטיח את פרטיות הנבדקים, ננקטו צעדים להגבלת הגישה לנתונים לחוקרים בלבד. זהותם של הנבדקים נשמרה אנונימית ותמלול הראיונות לא כלל פרטים מזהים של המשתתפים.

2.3 מדגם

המדגם כלל 40 עובדים סוציאליים, העובדים במחלקות לשירותים חברתיים ברחבי הארץ. עשרים ואחד מהמשתתפים הם עובדים סוציאליים מהמגזר היהודי ותשעה עשר מהמגזר הערבי. שיטת הדגימה במחקר היא דגימה מזדמנת המבוססת על נוחות. החוקרת הראשית יצרה קשר עם עובדים סוציאליים העובדים עם הורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית, מתוך רשימה של מחלקות לשירותים חברתיים הזמינה באתר האינטרנט של משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים. שיעור ההיענות היה 1 ל-12 בקירוב. ברוב המקרים, הסירוב להשתתף במחקר נשען על עומס עבודה וקושי לתאם מועד לריאיון.

גודל המדגם נקבע לפי עקרון הרווייה (Saturation), בנקודה בה לא עלו תמות חדשות מהנתונים. במחקר זה, רווייה נקבעה עם 21 ראיונות במגזר היהודי ו-19 ראיונות במגזר הערבי. גודל המדגם במגזרים השונים נמצא בהלימה למחקרים איכותניים (Mason, 2010; Marshall, Cardon, Poddar, & Fontenot, 2013). טבלה 1 מציגה מאפיינים אישיים של משתתפי המחקר.

טבלה 1.

מאפיינים אישיים של משתתפי המחקר לפי מגזר

מאפיין	מדגם כללי (N=40) N(%) or Mean $\pm$ SD (range)	מגזר יהודי N(%) or Mean $\pm$ SD (range)	מגזר ערבי N(%) or Mean $\pm$ SD (range)
מגדר- גברים	4 (10%)	1 (4.8%)	3 (15.8%)
מגדר- נשים	36 (90%)	20 (95.2%)	16 (84.2%)
גיל	43 $\pm$ 10.24 (25-66)	46 $\pm$ 9.72 (33-66)	40 $\pm$ 10.29 (25-59)
ותק במקצוע העבודה הסוציאלית	17 $\pm$ 9.63 (1-40)	17 $\pm$ 9.30 (5-40)	17 $\pm$ 10.24 (1-35)
תפקיד- תחום מוגבלות שכלית- התפתחותית / חוק הסעד	24 (60%)	17 (81%)	7 (36.8%)
תפקיד- כוללני / משפחה	8 (20%)	1 (4.8%)	7 (36.8%)
תפקיד- חוק נוער	4 (10%)	2 (9.5%)	2 (10.5%)
תפקיד- מנהל/ת המחלקה	4 (10%)	1 (4.8%)	3 (15.8%)

המדגם כלל 36 (90%) עובדות סוציאליות ו-4 (10%) עובדים סוציאליים. הפער בין מספר המשתתפים למשתתפות נמצא בהלימה לפערי המגדר במקצוע העבודה הסוציאלית בישראל (טל-ספירו, 2015). טווח הגילאים נע בין 25 ל-66, עם גיל 43 בממוצע. שנות הותק במקצוע נעו בין שנה ל-40 שנים, עם ממוצע של 17 שנות ותק במקצוע.

המשתתפים במחקר קיבלו מידע חיוני על המחקר. החוקרת תארה למשתתפים את מיזם המחקר ומטרותיו, את ההליך המחקרי ואת אופי הריאיון ומשכו. יודגש כי ההשתתפות במחקר היא מרצונם החופשי וכי הם יכולים להפסיק השתתפותם בכל רגע נתון, מבלי שיגרם להם כל נזק כתוצאה מכך. החוקרים נקטו בכל האמצעים כדי להבטיח אנונימיות וסודיות. כל המשתתפים חתמו על טופס הסכמה מדעת.

2.4 כלים

כלי המחקר הוא ראיון חצי מובנה שפותח במיוחד לצורך מחקר זה על ידי החוקרים, תוך התייעצות עם מומחים בתחום מוגבלות שכלית-התפתחותית. הריאיון כלל שאלון פרטים אישיים ושאלות פתוחות בנושאים הבאים: (1) תיאורי מקרה של משפחות בהן הורה/הורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית; (2)

תפיסות של עובדים סוציאליים את הטיפול הפסיכו-סוציאלי הניתן במחלקות לשירותים חברתיים להורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית; (3) עמדות ביחס למסוגלות ההורית של אנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית; (4) עמדות כלפי זכותם של אנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית להקים משפחה ולגדל את ילדיהם. הראיון נמשך לרב 45-60 דקות.

2.5 ניתוח הנתונים

ניתוח תמטי נבחר למחקר זה בשל הגמישות המאפיינת אותו. ניתוח זה אינו מוגבל על ידי מסגרת תיאורטית מסוימת והוא מספק תובנות עשירות, מפורטות ומורכבות. תחילת ניתוח הנתונים בתמלול הראיונות, שכולל תהליך של היכרות ראשונית עם הנתונים. כל רעיון העולה מן הטקסט קודד וסך הקידודים מופו לתמונות. לאחר מכן, כל תמה אופיינית בנפרד וחל תהליך חיבור התמונות השונות לזיהוי הסיפור המתהווה מהנתונים (Holloway & Todres, 2003; Denzin & Lincoln, 2005; Braun & Clarke, 2006).

בשל השפעת התרבות על מאפיינים וצרכים של משפחות, ניתוח הנתונים נעשה בנפרד לראיונות עם עובדים סוציאליים מהמגזר היהודי ולעובדים סוציאליים בחברה הערבית. החוקרת לינה גנאים-בדראן מבית הספר לעבודה סוציאלית באוניברסיטת חיפה הייתה שותפה לניתוח הנתונים במדגם החברה הערבית.

3. ממצאים

3.1 מאפייני המשפחות

מראיונות בקרב עובדים סוציאליים המטפלים במשפחות יהודיות עולים מספר מאפיינים של משפחות בהן הורה עם מוגבלות שכלית-התפתחותית. מתיאורי העובדים הסוציאליים עולה שמקרים אלה הינם מועטים; מרבית הבוגרים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית הינם רווקים ומעטים בלבד חיים בזוגיות ו/או מביאים ילדים לעולם.

משפחות בהן הורה עם מוגבלות שכלית-התפתחותית אופיינו על ידי העובדים הסוציאליים במחקר כמשפחות רב בעיתיות. במקרים רבים, ההורה השני הוא אדם עם מוגבלות קוגניטיבית או נפשית או אדם עם אינטליגנציה גבולית. מבין הבעיות הנוספות שתוארו עלו קונפליקטים תדירים ביחסים הזוגיים, אלימות במשפחה, עוני וילדים בסיכון.

משפחות בעלות תפקוד משפחתי מספק תוארו כמאופיינות בתמיכה משפחתית נרחבת. התמיכה המשפחתית ניתנת לרב מצד הסבים והסבתות והדודים (אחאים וגיסים או גיסות של ההורה עם המוגבלות). אלה מתוארים על ידי העובדים הסוציאליים במחקר כגורם קריטי לרווחה ולביטחון של התא המשפחתי. במקרים רבים, העובד הסוציאלי נמצא בקשר רציף עם גורמים במשפחה המורחבת לצורך מתן תמיכות ומעקב. כאשר מדובר באימהות יחידניות עם מוגבלות, רבות מהן מתגוררות עם הוריהן, המסייעים להם בגידול הילדים.

מראיונות העובדים הסוציאליים בחברה הערבית עולה שבמקרים רבים, גברים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית בחברה הערבית נישאים בנישואי שידוכין לנשים ללא מוגבלות ומקימים משפחות. לעומת זאת, הסיכוי של נשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית להינשא להקים משפחה הינם קלושים.

מדיווחי העובדים הסוציאליים, המניעים המרכזיים לנישואים מצד משפחת הבעל הם רצונם להמשכיות המשפחה ודאגה לעתידו של בנם עם המוגבלות לאחר לכתם מן העולם. נישואי הבן לאישה ללא מוגבלות מעלים את סיכויי להישאר לגור בבית ולחיות חיים עצמאיים בקהילה. מצד הנשים ללא המוגבלות, המניעים המרכזיים לנישואים הם היעדר הזדמנויות אחרות להקמת משפחה ורצון לעזוב את בית הוריהן ולפתוח בחיים עצמאיים.

מעורבות הבעל/ האב עם המוגבלות בחיי המשפחה סווגה לשלוש רמות מעורבות: (1) מעורבות חלקית על פי רמת התפקוד של הבעל; (2) נוכחות בחיי המשפחה ללא מעורבות אקטיבית, אך גם ללא

הפרעה לחיי משפחה תקינים ; (3) הפרעה לחיי משפחה תקינים, המאפיינת בעיקר גברים עם התנהגות מאתגרת.

בשל היעדר מעורבות אבהית מלאה, הנשים ללא המוגבלות תוארו על ידי העובדים הסוציאליים כחוות קשיים יומיים ניכרים. עם זאת, מרביתן תוארו כמי שהשלימו עם מציאות חייהן, על רקע התגמול הנפשי- חברתי של המעמד החברתי הנלווה להיותן רעיות ואימהות.

3.2 תמיכה משפחתית בהורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית

מדיווחי העובדים הסוציאליים עולה כי הורים לבוגרים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית מביעים עניין בתחום הזוגי של ילדיהם ובאפשרות של הקמת משפחה. מניסיונם של עובדים סוציאליים עם הורים לבוגרים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית עולה שעמדותיהם של ההורים נעות מהתנגדות מוחלטת לרעיון שבנם או בתם עם המוגבלות יקימו משפחה לבין עמדות חיוביות, עד כדי עידוד וליווי של תהליך הפיכתם להורים.

מרגע הקמת המשפחה על ידי הורה עם מוגבלות שכלית-התפתחותית, רבים מהסבים והסבתות מהווים את מקור התמיכה המשמעותי ביותר. העובדים הסוציאליים אפיינו שני סוגי תמיכה : תמיכה המקדמת את התפקוד ההורי של ההורה עם המוגבלות, לעומת תמיכה מוגזמת שמערערת את האוטונומיה של ההורה ואינה מקדמת את תפקודו ההורי.

עובדים סוציאליים תופסים את תפקידם בהקשר זה כמקדם קשר מיטבי בין ההורה עם המוגבלות לסבים והסבתות, שהם כאמור, מקור התמיכה מרכזי בחיי ההורים עם המוגבלות וילדיהם. העובדים הסוציאליים תארו את הקשר שלהם עם הסבים והסבתות כקשר של שותפות, כאשר עבודתם מול הסבים והסבתות מתקיימת רק באישורם של ההורים עם המוגבלות.

בחברה הערבית בישראל, בהקשר החברתי- תרבותי, הסבים והסבתות מצד האב תוארו על ידי עובדים סוציאליים כמעורבים מאד בחיי המשפחה. כאמור, משפחות בחברה הערבית בהן הורה עם מוגבלות שכלית-התפתחותית הן כאלו עם אב עם מוגבלות שכלית-התפתחותית ואם ללא מוגבלות. מעורבותם של הסבים והסבתות מצד האב נתפסת באופן שונה על ידי הסבים והסבתות ועל ידי הנשים ללא המוגבלות. מצד הסבים והסבתות, מעורבותם נתפסת כתמיכה אינטנסיבית, שהיא חלק מהמחויבות שלהם כלפי בית האב של בנם עם המוגבלות במסגרת הנורמות התרבותיות בחברה בה הם חיים. לעומת זאת, עבור חלק מהנשים ללא המוגבלות, מעורבות הורי בעלה נתפסת פעמים רבות כחודרנית וכשתלטנית. העובדים הסוציאליים הביעו אף הם תחושה אמביוולנטית כלפי מעורבות הסבים והסבתות מצד האב עם

המוגבלות. מחד, הם מכירים בתפקיד הקריטי שיש לסבים ולסבתות בתמיכה במשפחה, אך במקביל, הם הביעו אμφתיה להתמודדות המורכבת של הנשים.

3.3 שירותים חברתיים להורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית

מהרציונות עולה כי במחלקות לשירותים חברתיים מופעלים, בהיקף משתנה, מגוון שירותים להורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית. את השירותים, שתוארו בראיונות, ניתן לסווג לשירותים הממוקדים בהורה עם המוגבלות, שירותים הממוקדים בילדים ושירותים הממוקדים בבית האב כמכלול.

שירותים הממוקדים בהורה. שירותים הממוקדים בהורה עם המוגבלות הם סל השירותים הניתן לכל בוגר עם מוגבלות שכלית-התפתחותית, ללא קשר להיותו הורה, כמו שירותי אבחון, שירותי תעסוקה ושירותי פנאי ושילוב בקהילה. המחלקה לשירותים חברתיים מחויבת על פי חוק לפעול על פי המלצות ועדת האבחון.

פעמים רבות, ניתן אף שירות סמך מקצועי. במסגרת שירות הסמך, מגיע אדם ללוות את ההורה עם המוגבלות במיומנויות חיי היום-יום. העו"ס במחלקה לשירותים חברתיים נמצא/ת בקשר עם המלווה/מזריך/ חונך. מהרציונות עולה כי שירות זה הוא חיוני בתקופות של שינויים בחיי המשפחה וצמתים משמעותיים בחיים, כמו לידת ילד, מעבר של ילדים בין מסגרות חינוך, מצבים בריאותיים, אובדן במשפחה וכדומה. שירות הסמך מותאם לצרכים של ההורה ויכול לכלול הדרכה בלבד או גם סיוע נקודתי במטלות משק הבית השונות.

תחום התערבות נוסף שעלה הוא חינוך מיני-חברתי. המחלקה לשירותים חברתיים מפנה פעמים את ההורה עם המוגבלות לקבלת הדרכה או טיפול מיני-חברתי, בהתאם לצורך. הדרכה וטיפול בתחום המיני-חברתי היא הדרכה מקצועית הניתנת לרב על ידי גורמים מקצועיים מחוץ למחלקה לשירותים חברתיים.

שירות נוסף הוא הדרכת הורים למתן כלים ופיתוח המסוגלות ההורית. משרד הרווחה והשירותים החברתיים מספק היום מגוון שירותים להדרכה הורית למשפחות באוכלוסייה הכללית. עבור הורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית, שירות זה ניתן במקרים מעטים, בהם ההורים מביעים רצון לשכלל את מיומנויותיהן ההוריות והדבר מתאפשר מבחינת זמינות השירות ותקצובו. מהרציונות עולה כי הדרכת הורים המתמחה בהורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית היא תחום שעדיין אינו מפותח דיו בישראל.

שירותים הממוקדים בילדים. אחד השירותים הנפוצים הממוקדים בילדים הוא חונכות. שירות זה ניתן בהיקף משתנה, על פי הצורך ושיקולי תקציב. חונכות מתמקדת בליווי הילד בביתו, סיוע במטלות לימודיות, משחק, יציאה לפעילות פנאי בקהילה כמו פארקים, גני שעשועים ועוד. במקרים רבים, הילדים משולבים במסגרות חינוך ופנאי משלימות כמו מועדונית טיפולית בשעות אחר הצהריים ופנימיות יום עד שעות הערב. בשילוב הילדים במסגרות חינוכיות, ניתן לילד לעיתים שירות של סיעת מלווה, המלווה אותו בהשתלבות במסגרת. לרב, שילוב הילדים במסגרות החינוכיות והפנאי, הפורמאליות והבלתי פורמאליות, יזכה בסבסוד של המחלקה לשירותים חברתיים.

עובדים סוציאליים במחלקות לשירותים חברתיים נמצאים במעקב צמוד אחר מילוי הצרכים של הילדים. במרבית המקרים, עו"ס לחוק נוער מעורב/ת בטיפול. המעקב כולל ביקורי בית תדירים, קשר אינטנסיבי עם מסגרות בקהילה (כדוגמת טיפת חלב, מעונות, מסגרות חינוך ופנאי) וגורמים במשפחה המורחבת ובקהילה.

שירותים הממוקדים בבית האב כמכלול. במחלקות לשירותים חברתיים ניתנים שירותים כוללניים לבית האב כמכלול, כדוגמת סיוע בדיור, סיוע כלכלי ורכישות, אביוזרי עזר ונופשונים. עבודת העו"ס המטפלת/ת במשפחה מתמקדת במיצוי זכויות ובליווי ומעקב אינטנסיביים. הטיפול נעשה באמצעות שיחות אישיות וביקורי בית תדירים, בתנאי שההורה משתף פעולה. עובדים סוציאליים נמצאים בקשר רציף עם גורמים במשפחה המורחבת ולעיתים אף עם גורמים בקהילה על מנת לזהות ולספק את הצרכים המשתנים של המשפחה. הליווי של ההורה עם המוגבלות נעשה גם באמצעות הקשר עם גורמי התעסוקה והסמך המקצועי. המעקב אחר מצבם והצרכים של הילדים נעשה גם באמצעות גורמים במערכות החינוכיות השונות.

3.4 גורמים מקדמים וחסמים במתן שירותים להורים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית

מהראיונות עלו גורמים מקדמים וחסמים במתן שירותים חברתיים להורים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית. איור 1 מציג את הגורמים המקדמים ואת החסמים שזוהו על ידי עובדי סוציאליים במחקר זה ביחס למתן שירותים להורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית.

איור 1.

גורמים מקדמים במתן שירותים להורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית



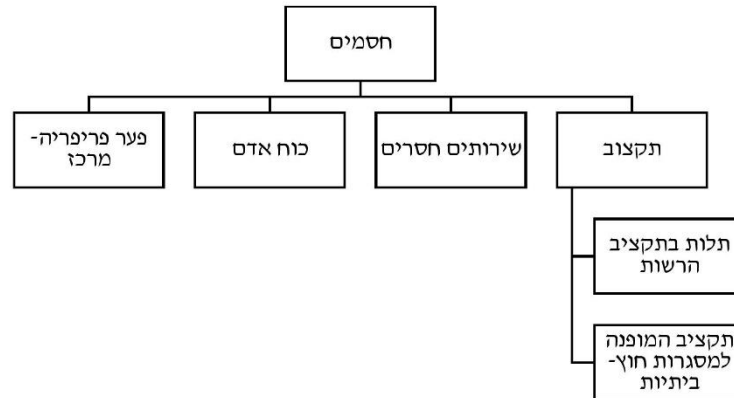
כפי שעולה מאיור 1, זוהו שלושה גורמים מקדמים המסייעים לעובדים סוציאליים במתן שירותים חברתיים להורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית. הגורם המקדם הראשון הוא סל שירותים רחב בתחום מוגבלות שכלית-התפתחותית. מהרציונות עולה כי סל השירותים בתחום זה הוא רחב ועשיר בהשוואה לאוכלוסיות אחרות בשדה המוגבלות. שירותים המעוגנים בחוק הם חשובים במיוחד, כיוון שהם אינם תלויים בתקציב הרשות. שירותים שאינם מעוגנים בחוק, ניתנים בהתאם לצורך ולשיקולים תקציביים.

הגורם המקדם השני הוא הגישה המקצועית הנהוגה במחלקות לשירותים חברתיים הדוגלת בבניית חליפה אישית לכל משפחה. מדובר בתפיסת טיפול הממוקדת בפרט ובמשפחה, הבונה תוכנית התערבות ייעודית לפי הצרכים האינדיבידואליים.

גורם מקדם נוסף הוא מעורבותו של המגזר השלישי בסיוע ומתן השירותים. עובדים סוציאליים במחלקות לשירותים חברתיים פונים לעיתים קרובות למוסדות ללא כוונת רווח, לעמותות ולארגונים לא ממשלתיים לצורך השלמת שירותים שאין ביכולתם לספק במסגרת התקציב של הרשות. מהרציונות עולה כי מצבים בהם זוהה צורך בקרב המשפחה ולא ניתן היה לספק מענה מתקציב הרשות או מסיוע של ארגונים לא ממשלתיים הינם נדירים.

איור 2 מציג את החסמים שזוהו על ידי עובדים סוציאליים במחקר זה ביחס למתן שירותים להורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית.

חסמים למתן שירותים להורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית



החסם המרכזי שתואר על ידי משתתפי המחקר הוא החסם התקציבי. מעבר לשירותים המעוגנים בחוק, כל התערבות נוספת תלויה בתקציבי הרשות. מרבית משתתפי המחקר הביעו תסכול מהתלות בתקציב הרשות. כך השירותים הסוציאליים הניתנים במחלקות לשירותים חברתיים ברשויות הנמצאות בגרעון תקציבי נפגעים ישירות.

היבט תקציבי נוסף הוא שעיקר התקציב בטיפול באוכלוסיית האנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית מופנה לסידור חוץ ביתי. לפיכך, שיעור נמוך מתקצוב אוכלוסייה זו מופנה לשירותים בקהילה. ההשתתפות של הרשות בתשלום עבור מסגרות חוץ-ביתיות (matching) הינה גבוהה. כך, מצטמצם טווח האפשרויות של העובדים הסוציאליים לספק שירותים חברתיים בקהילה. הדבר מתבטא במתן שירותים חלקיים בלבד, כדוגמת שירות סמך לשעות שבועיות ספורות בלבד, ובקשיים בפיתוח שירותים חדשים.

חסם נוסף מתמקד בשירותים חסרים. שני שירותים חסרים, שעלו שוב ושוב בראיונות, הם מרכז לטיפול במשפחה, אשר קיים רק ברשויות מסוימות, והדרכת הורים ממוקדת בהורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית. שירותים אלו ניתנים ברשויות מסוימות, אך ברובן אלה שירותים נדרשים, שאינם זמינים לעובדים סוציאליים.

חסם שלישי קשור לכוח אדם. כאמור, שירותים משמעותיים ביותר למשפחה בה הורה עם מוגבלות שכלית-התפתחותית הם סמך מקצועי וחונכות לילדים. מהראיונות עולה כי המחלקות לשירותים חברתיים עובדות עם חברות כוח אדם למתן שירותים אלה וכי קיים מחסור ארצי בעובדי סמך וחונכות.

חסם נוסף הוא בפערים בשירותים החברתיים הקיימים בין מרכז לפריפריה. מהראיונות עולה כי תוכניות מסוימות ופיילוטס של תוכניות חדשות לא מגיעות למחלקות לשירותים חברתיים בפריפריה. בנוסף, ברשויות קטנות יש מיעוט אנשים עם אותה נכות ובאותו טווח גילאים, דבר המקשה על דיוק המענים לכל אדם. ברשויות אזוריות, בהן הישובים מרוחקים זה מזה, תקציב רב מושקע בהסעות.

3.5 עמדות עובדים סוציאליים כלפי הורות של אנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית

הממצאים מראים כי עובדים סוציאליים העובדים במחלקות לשירותים חברתיים מכירים ברצון של בוגרים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית להוליד ילדים. בוגרים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית, לרב נשים, מביעים רצון להקים משפחה ולגדל ילדים. מספר משתתפים אף הוסיפו שבמקרים מסוימים, אנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית עושים מאמצים רבים כדי להביא ילדים לעולם, כדוגמת טיפולי פוריות. כמו כן, הורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית שואפים לגדל את ילדיהם ולעיתים נאלצים להיאבק על משמורת.

עמדותיהם של משתתפי המחקר ביחס למסוגלות ההורית של פונים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית נעו בין עמדות חיוביות לאמביוולנטיות ושליליות. חלקם הביעו עמדות חיוביות ביחס לכישורי ההורות של הורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית, כאשר הם מדגישים את החוזקות לצד הקשיים. בנוסף, משתתפים בעלי עמדות חיוביות ערערו על הקשר בין רמת אינטליגנציה להורות נאותה והדגישו שבעיות בתפקוד ההורי קיימות גם בקרב הורים ללא מוגבלויות. מהראיונות עלו מקרים של הורים עם מוגבלות, שבאמצעות תמיכות מתאימות, מפגינים כישורי הורות טובים דיים.

עם זאת, רב המשתתפים הביעו עמדות שליליות או אמביוולנטיות ביחס לכישורים ההוריים של הפונים שלהם. הבסיס של תפיסות שליליות אלו הוא האמונה שהורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית לא מסוגלים לספק לילדיהם את הסביבה המתאימה להתפתחות תקינה וכי ילדיהם נמצאים בסיכון.

הייתה הסכמה בין משתתפי המחקר ביחס לתפקידם המקצועי בעבודה עם הורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית – מעבר לעמדתם האישית בנוגע למסוגלות ההורית של אנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית, תפקידם המקצועי הוא לספק לפונים את התמיכות המתאימות על מנת שיממשו את זכותם לגדל את ילדיהם בבטחה. עבודתם של עובדים סוציאליים עם הורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית תוארה כטומנת בחובה דילמות רבות וקבלת החלטות מורכבת. פעמים רבות הם נאלצים להכריע בין זכותם של הורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית לגדל את ילדיהם לבין זכותם של הילדים לגדול בסביבה בטוחה ומיטיבה.

מעבר לעמדתם האישית כלפי הורות עם מוגבלות, מרבית המשתתפים הצביעו על חסמים משמעותיים עימם מתמודדים הפונים שלהם. החסם המרכזי שתואר הוא היעדר שירותי תמיכה המתאימים לתמיכה בתפקידם ההורי. משתתפי המחקר מכירים בכך שבתחום המוגבלות שכלית-התפתחותית, המדינה מספקת סל שירותים רחב בתחומי חיים רבים. עם זאת, הם מצביעים על כך שנדרשים שירותים ייעודיים להורים עם מוגבלות. כמו כן, יש צורך בהכשרת של עובדים סוציאליים במחלקות לשירותים חברתיים לתמיכה בהורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית. חסם נוסף שתואר הוא עמדות חברתיות שליליות וסטיגמה חברתית כלפי הורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית.

משתתפי המחקר תארו גורמים שעשויים לקדם את מימוש הזכות להורות ואת רווחת הילדים. הגורם המקדם העיקרי הוא תמיכה חברתית, הן על ידי שירותים והן על ידי הרשת החברתית הטבעית של ההורים. מבין סוגי התמיכה הקיימים, תמיכה משפחתית נתפסת כחשובה ביותר. בקהילות מסוימות, כדוגמת קהילות דתיות וקהילה קיבוצית, גם תמיכה קהילתית נתפסת כגורם מקדם משמעותי.

גורם מקדם נוסף הוא הפתיחות של ההורה לקבלת סיוע. פתיחות לקבלת עזרה אופיינה בשני רבדים: מודעות עצמית למוגבלות ולקשיים ומוטיבציה לשיפור כישורי ההורות. נראה שמשתתפי המחקר מאמינים בכוחן של התערבויות מסוג הדרכה הורית להורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית, אך בראיונות לא עלו התנסויות משמעותיות בתוכניות ייעודיות להורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית.

4. סיכום ומסקנות

אוכלוסיית ההורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית זכתה למעט מאד תשומת לב מחקרית ומדינית במדינת ישראל. מחקר זה התמקד בהורות של אנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית מנקודת מבטם של עובדים סוציאליים העובדים במחלקות לשירותים חברתיים, המטפלים בהורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית. מטרת המחקר הייתה לבחון את התפיסות, העמדות ודרכי העבודה של עובדים סוציאליים בנוגע לעבודתם עם הורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית.

ניתוח הנתונים העלה מספר סוגיות מרכזיות. ניכרים הבדלים מהותיים באפיוני המשפחות בחברה היהודית ובחברה הערבית. בעוד בחברה היהודית, שיעור ההורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית הוא נמוך באופן יחסי, בחברה הערבית, שיעור גבוה מהגברים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית נישאים לנשים ללא מוגבלות ומקימים משפחות.

העובדים הסוציאליים במחקר זה תארו את בני המשפחה המורחבת, ובעיקר את הסבים והסבתות, כמקור התמיכה המשמעותי ביותר למשפחות. נעשתה הבחנה בין תמיכה משפחתית, שמקדמת את התפקוד ההורי של ההורה עם המוגבלות, לבין תמיכה שמערערת את האוטונומיה של ההורה ואינה מקדמת את תפקודו ההורי.

מהראיונות עלו שירותים חברתיים הניתנים למשפחות בהן הורה עם מוגבלות שכלית-התפתחותית, מתוך ניסיונם האישי של משתתפי המחקר. ניתן לסווג את השירותים הרחבים לשירותים הממוקדים בהורה עם המוגבלות, שירותים ממוקדי ילדים ושירותים הממוקדים בבית האב כמכלול. חשוב לציין כי בנוסף על השירותים המפורטים, ייתכן וקיימים שירותים נוספים הניתנים במסגרת המחלקות לשירותים חברתיים, שלא עלו בראיונות במחקר זה. כמו כן, מניסיונם האישי של העובדים הסוציאליים המשתתפים במחקר, עלו גורמים מקדמים וחסמים במתן שירותים חברתיים להורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית.

עמדותיהם של משתתפי המחקר ביחס למסוגלות ההורית של פונים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית נעו בין עמדות חיוביות לאמביוולנטיות ושליליות. עם זאת, הייתה הסכמה בין משתתפי המחקר ביחס לתפקידם המקצועי בעבודה עם הורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית. מעבר לעמדתם האישית בנוגע למסוגלות ההורית של אנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית, תפקידם המקצועי הוא לספק לפונים את התמיכות המתאימות על מנת שיממשו את זכותם לגדל את ילדיהם בבטחה.

למחקר מספר מגבלות אשר יש לקחתן בחשבון בעת פירוש הממצאים. ראשית כל, מחקר זה בחן עמדות והתנסויות של עובדים סוציאליים, העובדים עם הורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית, במחלקות לשירותים חברתיים. נקודת המבט של עובדים סוציאליים המלווים את המשפחות הינה רחבה וחשובה, אך גם מוגבלת. ישנה חשיבות רבה לכך שמחקרי המשך יבחנו היבטים בחיי המשפחה מנקודת מבטם של ההורים עצמם ושל בני משפחה נוספים, בעיקר הסבים והסבתות, המהווים את מעגל התמיכה המרכזי.

מגבלה נוספת נובעת מעצם העובדה שזהו מחקר איכותני ולא ניתן להכליל את הממצאים על כלל העובדים הסוציאליים העובדים עם הורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית במחלקות לשירותים חברתיים. כמו כן, פרשנות הממצאים העולים מן הראיונות, מושפעת מתפיסותיהם וניסיונם הקודם של החוקרים.

המלצות יישומיות:

- ראוי שמנהל מוגבלויות יפתח הכשרות ייעודיות לתמיכה בהורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית במחלקות לשירותים חברתיים. הכשרות אלה צריכות להתבסס על גוף ידע רחב אודות התערבויות מבוססות ראיות בהורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית.
- רצוי שלעובדים סוציאליים המלווים הורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית תהיה הנחיה מקצועית זמינה, שתיתן מענה לשאלות ודילמות מקצועיות.
- בני המשפחה של הורים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית מהווים מעגל תמיכה משמעותי ויש צורך לפתח התערבויות לפיתוח ושימור חוסן משפחתי במשפחות אלה.
- בהתבסס על הממצאים של מאפייני המשפחות בהן הורה עם מוגבלות שכלית-התפתחותית בחברה הערבית, יש לשים דגש רב על מתן תמיכה אינסטרומנטאלית, נפשית וחברתית לנשים הנשואות לגברים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית ובהתערבות לחיזוק מעורבותם של האבות עם המוגבלות בחיי המשפחה.
- בכדי להעמיק במיפוי הצרכים של משפחות בהן הורה עם מוגבלות שכלית-התפתחותית, מומלץ להמשיך ולחקור את הנושא מנקודות מבט שונות של ההורים עצמם, ילדיהם, בני משפחתם וכדומה.

מקורות

- חובב, מ., לונטל, א., וקטן, י. (עורכים). (2012). *עבודה סוציאלית בישראל*. תל אביב- הוצאת הקיבוץ המאוחד.
- טל-ספירו, א. (2015). תנאי ההעסקה של העובדים הסוציאליים ברשויות המקומיות. ירושלים: הכנסת, מרכז המחקר והמידע.
- Aunos, M. & Feldman, M. A. (2002). Attitudes towards sexuality, sterilization and parenting rights of persons with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15(4), 285-296.
- Aunos, M., Feldman, M., & Goupil, G. (2008). Mothering with intellectual disabilities: Relationship between social support, health and well-being, parenting and child behavior outcomes. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21(4), 320-330.
- Booth, T. (2000). Parents with learning difficulties, child protection and the courts. *Representing children*, 13(3), 175-188.
- Booth, T. & Booth, W. (2004). Findings from a court study of care proceedings involving parents with intellectual disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 1(3-4), 179-181.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Christian, L., Stinson, J., & Dotson, L.A. (2002). Staff values regarding the sexual expression of women with developmental disabilities. *Sexuality and Disability*, 19(4), 283- 291.
- Clayton, O., Chester, A., Mildon, R., & Matthews, J. (2008). Practitioners who work with parents with intellectual disability: Stress, coping and training needs. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21(4), 367-376.
- Collings, S. & Llewellyn, G. (2012). Children of parents with intellectual disability: Facing poor outcomes or faring okay?. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 37(1), 65-82.
- Cuskelly, M. & Bryde, R. (2004). Attitudes towards the sexuality of adults with an intellectual disability: parents, support staff, and a community sample. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 29(3), 255-264.
- Darbyshire, L. V. & Stenfert Kroese, B. (2012). Psychological well-being and social support for parents with intellectual disabilities: Risk factors and interventions. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 9(1), 40-52.
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (2005). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Feldman, M. A. (2002). Children of parents with intellectual disabilities. In *The effects of parental dysfunction on children* (pp. 205-223). Springer US.
- Feldman, M. A. (2004). Self-directed learning of child-care skills by parents with intellectual disabilities. *Infants & Young Children*, 17(1), 17-31.

