



# כבוד האדם זכות חיה בטיפול הרפואי

דנה בלאנדר | כרמית הבר | מרדכי קרמניצר



המכון הישראלי  
לדמוקרטיה

עיון



המכון הישראלי  
לדמוקרטיה

---

## כבוד האדם

# זכות חיה בטיפול הרפואי

---

דנה בלאנדר | כרמית הבר | מרדכי קרמניצר

Human Dignity:  
A Living Right in Medical Treatment

Dana Blander | Karmit Haber | Mordechai Kremnitzer

עריכת הטקסט: קרן גליקליך  
עיצוב הסדרה והעטיפה: סטוריו תמר בר־דיין  
ביצוע גרפי: אירית נחום  
הדפסה: גרפוס פרינט, ירושלים

הציור על העטיפה: עומר קליין

הספר ראה אור בסיוע מועצת הפיס לתרבות ולאמנות



מסת"ב 978-965-519-293-3

אין לשכפל, להעתיק, לצלם, להקליט, לתרגם, לאחסן במאגר ידע, לשדר או לקלוט בכל דרך או אמצעי אלקטרוני, אופטי או מכני או אחר – כל חלק שהוא מהחומר בספר זה. שימוש מסחרי מכל סוג שהוא בחומר הכלול בספר זה אסור בהחלט אלא ברשות מפורשת בכתב מהמוציא לאור.

© כל הזכויות שמורות למכון הישראלי לדמוקרטיה (ע"ר), 2020  
נרפס בישראל, תש"ף/2020

המכון הישראלי לדמוקרטיה  
רח' פינסקר 4, ת"ד 4702, ירושלים 9104602  
טל': 02-5300888  
אתר האינטרנט: [www.idi.org.il](http://www.idi.org.il)

## המכון הישראלי לדמוקרטיה

---

המכון הישראלי לדמוקרטיה הוא מוסד עצמאי א-מפלגתי, מחקרי ויישומי, הפועל בזירה הציבורית הישראלית בתחומי הממשל, הכלכלה והחברה. יעדיו הם חיזוק התשתית הערכית והמוסדית של ישראל כמדינה יהודית ודמוקרטית, שיפור התפקוד של מבני הממשל והמשק, גיבוש דרכים להתמודדות עם אתגרי הביטחון מתוך שמירה על הערכים הדמוקרטיים וטיפוח שותפות ומכנה משותף אזרחי בחברה הישראלית רבת הפנים.

לצורך מימוש יעדים אלו חוקרי המכון שוקדים על מחקרים המניחים תשתית רעיונית ומעשית לדמוקרטיה הישראלית. בעקבותיהם מגובשות המלצות מעשיות לשיפור התפקוד של המשטר במדינת ישראל ולטיפוח חזון ארוך טווח של תרבות דמוקרטית נכונה לחברה הישראלית ולמגוון הזהויות שבה. המכון שם לו למטרה לקדם בישראל שיח ציבורי מבוסס ידע בנושאים שעל סדר היום הלאומי, ליוזם רפורמות מבניות, פוליטיות וכלכליות ולשמש גוף מייעץ למקבלי ההחלטות ולציבור הרחב.

המכון הישראלי לדמוקרטיה הוא זוכה פרס ישראל לשנת תשס"ט על מפעל חיים – תרומה מיוחדת לחברה ולמדינה.

הדברים המובאים בספר זה אינם משקפים בהכרח את עמדת המכון הישראלי לדמוקרטיה.

כל פרסומי המכון ניתנים להורדה חינם, במלואם או בחלקם, מאתר האינטרנט.



## תוכן העניינים

7	<b>תודות</b>
9	<b>פרולוג</b> מרדכי קרמניצר
23	<b>מבוא</b> כבוד האדם כזכות חיה
31	<b>שער ראשון</b> כבוד האדם כערך עליון חוקתי ובטיפול הרפואי
33	<b>פרק ראשון.</b> כבוד האדם כערך עליון
47	<b>פרק שני.</b> כבוד האדם כערך עליון ברפואה
61	<b>פרק שלישי.</b> כבוד האדם בטיפול הרפואי: מבט על מצב המחקר
97	<b>שער שני</b> כבוד האדם – בין המהותי לפרוצדורלי
103	<b>פרק רביעי.</b> כבוד האדם במישור המהותי
139	<b>פרק חמישי.</b> היבטים פרוצדורליים של כבוד האדם ודיקתם למישור המהותי
171	<b>פרק שישי.</b> כבוד האדם במצבי סוף חיים: בין המהותי לפרוצדורלי
203	<b>שער שלישי</b> כבוד האדם כחוויה חיה
205	<b>פרק שביעי.</b> קול הכבוד: מבט ספרותי על כבוד האדם בטיפול הרפואי
219	<b>פרק שמיני.</b> עדות חיה: רגעים של פגיעה בכבוד האדם

269

אפילוג

279

הערות

iii

**Introduction: Human Dignity as a Living Right**

## תודות

—

ספר זה הוא תולדה של מאמץ מתמשך לקדם את כבוד האדם במוסדות רפואיים, שנעשה במכון הישראלי לדמוקרטיה במסגרת המרכז לערכים ומוסדות דמוקרטיים. בראש הפרויקט עמד פרופ' מרדכי קרמניצר, ולהובלתו היו שותפים גם האלוף במילואים עמיחי איילון ואסף גפן.

במסגרת הפרויקט התקיים שיתוף פעולה פורה עם שלושה מוסדות רפואיים. אנו מבקשים להודות להנהלת המוסדות, לצוותים הרפואיים, למטופלים ולמלוויהם על שפתחו לנו צוהר אל המציאות המורכבת של הטיפול הרפואי ובתוך כל רגעי העומס והמכאוב שלהם שיתפו אותנו בפתיחות בתובנותיהם על החוויה הרפואית.

תודה אישית לד"ר שלומית פרי, פרופ' סלומון שטמר, ד"ר יצחק ברלוביץ', פרופ' יהושע (שוקי) שמר, פרופ' יוסי ווייס וד"ר יפעת עבדי-קורק, שליוו אותנו בשלבים שונים במהלך הפרויקט.

תודה מיוחדת לטל רייכמן, שהייתה עוזרת מחקר והקדישה ממרצה ומחוכמתה לקידום המחקר. תודה גם לאפרת וקסמן על העזרה באיתור השירים. אנו מודים למפעל הפיס על תרומתו להפקת הספר, לקרן גליקליך העורכת המסורה ולצוות ההוצאה לאור של המכון הישראלי לדמוקרטיה.





## פרולוג

### מרכזי קרמניצ'ר

—

אימי זכרה לברכה הייתה ידועת חולי. הליווי שלה מאז נעוריי ובמשך יותר משלושים שנה במפגשיה עם מערכת הבריאות הציבורית הפגיש אותי לרוב עם אנשי צוות רפואי יוצאי דופן, מלאכים ממש, ועם אנשי צוות רפואי בני אדם, לא מלאכים – טיפולם ויחסם היו ללא דופי. אבל היו גם אחרים, כאלה שהתייחסו אל אימי כאל "מקרה רפואי" ותו לא והתעלמו לחלוטין מבני המשפחה, ואפילו כאלה שהקרינו את התחושה, שהתבררה מוצדקת, שבלי תמרוץ מיוחד שיינתן להם, לא נוכל לקבל מהם יחס הולם. חרוטה בליבי תחושת ההשפלה של אימי כמי שאישיותה צומצמה למקרה רפואי, ותחושת ההשפלה שלי כמי שהתעלמו מקיומו או התייחסו אליו כאל מטרד.

לכן היה זה אך טבעי ומתבקש בעיניי שאחד התחומים שהמכון הישראלי לדמוקרטיה יעסוק בו במסגרת התוכנית של כבוד האדם בארגונים ציבוריים, הוא הבריאות, בעיקר בבתי החולים. כפתח דבר לספר שנכתב בעקבות הפרויקט "כבוד האדם בבריאות" ובהשראתו, אתייחס בקצרה לערך של כבוד האדם כערך משפטי ומוסרי, לבעייתיות המיוחדת של שמירה על כבוד האדם במערכת הבריאות ולהשלכות של הדיון בתרבות הארגונית בבתי חולים.

אפתח בתיאור המצע החוקתי והחוקי של כבוד האדם כערך מוסרי ומשפטי. הערך של חיי אדם – שבלשונו של חוק היסוד: כבוד האדם וחירותו נקרא קדושת

החיים; הערך של כבוד האדם – שבחוק היסוד נקרא גם ערך האדם; והיותו של האדם בן חורין – הם התשתית לזכויות היסוד של האדם בישראל. שלושה אלה – החיים, הכבוד האנושי והחירות – מרכיבים יחד את פסגת הערכים של המשפט הישראלי. לא למותר לציין כי ערך האדם הוא הערך הפותח שלישיה זו, וכי מקובלת התפיסה שלפיה החיים והכבוד האנושי קודמים לחירות, בעיקר משום שהחירות של פלוני עשויה להתנגש בחירותה של אלמונית.

לכבוד האנושי – הרי הוא כבוד האדם כאשר הוא אדם – שני תפקידים בחוק היסוד שלנו: הוא זכות אדם ספציפית שאין לפגוע בה אלא בתנאים מסוימים הקבועים בחוק היסוד עצמו, וחובה להגן עליה; והוא גם המקור לזכויות אדם רבות אחרות, והשורש שלהן, וגם אמת המידה לחשיבותן: ככל שזכות קרובה יותר לזכות לכבוד האדם וממשת אותה, כך חשיבותה עולה.

לזכות לכבוד אנושי כמה היבטים, ולשלושה מהם, כמו שנראה, זיקה מובהקת למערכת הבריאות.

ההיבט הראשון הוא זכותו של האדם שיתייחסו אליו באופן אנושי, שלא יושפל על ידי אחרים או יוחזק בתנאים משפילים, כלומר שיתייחסו אליו תמיד כאל מי שנברא בצלם האל, כמי שהוא תכלית לעצמו ואף פעם אינו רק אמצעי להשגת מטרה שהיא חיצונית לו. מתוך היבט עקרוני זה נגזרים כמה מאפיינים של הזכות לכבוד:

(א) הזכות לכבוד אנושי חלה על כל בן אנוש מעצם השתייכותו למין האנושי ונתונה לכול במידה שווה. אין מדובר בנכס שיש לרכוש על ידי השקעה. הכבוד האנושי אינו תלוי במעשיו של אדם ובתכונותיו. זה כבוד שאין צורך לעבוד כדי לזכות בו. הוא נתון לאדם מתוקף היותו כזה, גם לאנשים שאינם מסוגלים לפעול באופן מוסרי ותבוני, וגם לרעים שבאנשים, ללא יוצא מן הכלל. משום שאינו מותנה בדבר, תכונת האנושיות שבנו מזכה כל אחד מאיתנו במידה שווה של כבוד. ערכם האנושי של בני האדם שווה. ייתכנו הבדלים בשמם הטוב ובכבודם החברתי, המושפעים מהתנהגותם ומתכונותיהם, וכן במעמדם של בני האדם, אבל לא במידת זכאותם לכבוד אנושי.<sup>1</sup>

(ב) בניגוד לאופי הרווח של זכויות האדם – שהן יחסיות, ובהתנגשות ביניהן ובין זכויות אחרות או אינטרסים ציבוריים הן נסוגות כדי לאפשר מרחב מחיה לזכות

או לאינטרס המתנגשים בה – להיבטים מסוימים של כבוד האדם אופי מוחלט. המובהקים ביותר הם האיסור על עינויים ויחס אכזרי, בלתי אנושי או משפיל, על עבודת, על עבודת כפייה, על גירוש של אזרחים, על רדיפה, על נגישה, על ניסויים רפואיים שלא בהסכמה, על חטיפת אדם כבן ערובה, על ענישה קולקטיבית וכן על מעשים וביטויים של גזענות.

(ג) קיים קשר בין הזכות לכבוד אנושי ובין אחותה החשובה (ממנה) – הזכות לחיים. במקום שבו מתכחשים לכבודם האנושי של בני אדם, שוללים גם את זכותם לחיים ומכשירים את הקרקע למעשי רצח ומעשים אכזריים ולא אנושיים אחרים.<sup>2</sup>

(ד) למרות חשיבותו הרבה של הערך כבוד האדם, ההסכמה החברתית הרחבה בעניינו ואופיו האוניברסלי, מדובר בערך פגיע ואולי אף לא לגמרי אינטואיטיבי, בעיקר בשל הפיתוי הרובץ לפתחו של כל אדם להעלות ולהאדיר את עצמו על חשבון זולתו – על ידי הנמכת האחר ופיחות ערכו. דווקא לכן נדרשת הגנה תקיפה במיוחד על כבוד האדם – לא רק מצד חשיבותו, אלא גם מצד פגיעותו.

(ה) בניגוד לערך של כבוד האדם, שהוא נחלת הכול ולכולם נחלה שווה בו, הסכנה לפגיעה בכבוד האדם אינה מתחלקת באופן שווה, ויש קבוצות פגיעות במיוחד: הלוקים בנפשם או בדעתם, חסרי הישע, העבריינים, המסומנים כ"אחרים" על יסוד השתייכותם לקבוצה שונה מ"איתנו" בעיקר מיעוטים קבועים וזרים, מי שכפופים לאחרים ונתונים לסמכותם ולמרותם. גם חולים המאושפזים בבתי חולים נופלים בגדר זה, וגם מי שעובדים בבית החולים ביחסי כפיפות לממונים עליהם.

ההיבט השני הוא זכותו של האדם לאוטונומיה, כלומר לחצוב לעצמו, לפי תפיסתו ורצונו, את דרכו בחיים, לכתוב בעצמו את סיפור חייו כמו ידיו. היבט זה בא לידי ביטוי בדוקטרינת ההסכמה מדעת לטיפול הרפואי, ואף מעבר לה – שאלת היידוע של המטופל בדבר פרטי מצבו ותוחלת בריאותו וחיו, גם שלא בהקשר של הסכמה לקבל טיפול רפואי מסוים. מעבר למה שנדרש לפי החוק (לרבות האפשרויות שהחוק יוצר – למסור מידע לבא כוחו של המטופל, באישור של המטופל, ולהימנע ממסירת מידע באישורה של ועדת אתיקה משום שמסירתו עלולה לגרום נזק חמור לבריאותו הגופנית או הנפשית של המטופל), גם בעניין הזה, כמו בכל עניין, המטופלים אינם מקשה אחת. הם נבדלים ביניהם במידת

רצונם לדעת לפרטים את מצבם ומה מצפה להם. זה תפקידו של הצוות: להבין מה רוצה המטופל, וכך לנהוג. ומכיוון שהמטופל עשוי לשנות את רצונו, העניין טוען בירור איתו מדי פעם בפעם.

על הבסיס הזה צריך הצוות הרפואי לבנות עם המטופל שותפות באחריות על הטיפול בו, וזו הופכת את הטיפול בחולה למיזם משותף. השותפות בנויה מצד אחד על היתרון היחסי שיהיה בדרך כלל לצוות – הן מבחינה מקצועית והן בשל הריחוק – בכל הנוגע להבנת מצבו הבריאותי של המטופל, הערכת הצפוי לו והחלופות של הטיפול בו והשלכותיהן; ומצד אחר על השליטה האוטונומית של המטופל על גופו ועל בריאותו. בתוך השותפות הכמעט שווה הזאת, יש להכיר בכך שחלקו של המטופל גדול במקצת – משום שמדובר בו. כך מתחייב מזכותו לכבוד אנושי ומהחובה לכבד את רצונו, עד גבול מסוים. מה שנמצא מעבר לגבול הוא המקרה החריג מאוד של התנגדות לטיפול רפואי בנסיבות שבהן נשקפת למטופל סכנה חמורה, התנגדות שאינה עולה בקנה אחד עם האינטרסים של המטופל עצמו, כפי שהוא עצמו יכיר בהם לאחר זמן, ובכלל זה האוטונומיה הכוללת שלו. במקרה כזה רשאית ועדת אתיקה להתיר את הטיפול הרפואי חרף התנגדות עכשווית. אין לראות בכך רמיסה של רצון המטופל, אלא העדפת הרצון הכולל, היציב, ארוך הטווח שלו על פני הרצון הרגעי, הגחמתי.

ההיבט השלישי מביא לידי ביטוי את צורכי חיינו החיוניים של האדם, שבלעדיהם לא ייתכן קיום אנושי בכבוד לפי שיטת "חמשת הממים" של זאב ז'בוטינסקי – מעון, מזון, מלבוש, מורה, מרפא. צרכים אלה כוללים גם שירותי רפואה, וודאי ששירותי בריאות חיוניים. צרכים אלה הם הבסיס ליכולת לממש את כל שאר הזכויות, ולכן הם מתגבשים לכדי תשתית זכויות שהמדינה חייבת לספק. מבחינה זאת מערכת הבריאות מספקת צורך חיים שבלעדיו אין לנו חיים, מכוח חובתה של המדינה למלא את זכותם של תושביה לכבוד אנושי. במדינה מפותחת צרכים אלה אינם באים להגן רק מפני "מחסור בלתי נסבל"; אלא כפי שניסח זאת שופט בית המשפט העליון ארמונד לוי: "על חיינו של אנוש להחזיק תוחלת וערך. עליהם לאצור הבטחה כלשהי לעתיד הנראה לעין. קיום מונוטוני ונעדר מטרות אינו יכול להיחזות בעיני כקיום בכבוד".<sup>3</sup> היבטים נוספים של הזכות לכבוד אנושי שרלוונטיים לכל מערכת ציבורית, בכללה מערכת הבריאות, הם הזכות להליך הוגן, הזכות לא להיות נתון ליחס שרירותי, עריצותי, מפלה או גזעני, וכן חזקת החפות והחזקה שאדם יכול להשתנות לטובה.

**הבסיס המוסרי** כמו בכל ערך חברתי יסודי, ובפרט בערך עליון וראשון במעלה כזה (גם משום שמי שאין לו תחושת ערך עצמי לא יוכל לכבד את הזולת), הדיון אינו רק על המינימום המשפטי, אלא גם על המשמעות ועל ההיקף של הערך מבחינה מוסרית וחברתית, שכן המשפט עוסק רק במינימום שמחייב גיוס של הכוח הכופה של המדינה, ושום חברה תרבותית אינה מסתפקת בנורמות משפטיות אכיפות. את ערך כבוד האדם אי־אפשר לממש ללא חמלה אנושית וללא אהבת האדם.

דברים קולעים להפליא שם טולסטוי ב"התחייה" בפיו של נכליודוב בהתייחס להסעת אסירים, כשהסביר מדוע הוסעו ברכבת, בתנאים קשים, ללא אוויר, וכתוצאה מכך מתו שני אסירים:

כל זה נעשה משום שכל האנשים האלה [...], מושלי פלך, מפקחים על בתי סוהר, קציני משטרה, שוטרים – סבורים שיש מצבים בעולם שאינם מחייבים יחס אנושי כלפי בני אדם [...] כל האנשים האלה היו ככל הנראה חסינים, אטומים, לרגש הפשוט ביותר של חמלה, רק מפני שהיו בשירות המדינה. כמשרתיה, הם נאטמו בפני רגש אהבת האדם, כשם שהאדמה הזו המרוצפת אבנים מסותתות אינה חדירה לגשם [...] מחריד לראות אנשים שניטלה מהם התכונה האנושית החשובה ביותר – אהבה וחמלה לזולת [...] כל העניין הוא בכך שאנשים סבורים שיש מצבים שאפשר לנהוג בהם בכך אהבה, ואין מצבים כאלה. בעצמים אפשר לנהוג ללא אהבה, אך בבני אדם אסור לנהוג ללא אהבה, בדיוק כשם שאסור לנהוג בדבורים ללא זהירות. זאת תכונתן של הדבורים. אם תנהג בהן בחוסר זהירות, תזיק להן ולעצמך. אותו הדבר חל על בני אדם. ולא ייתכן שיהיה אחרת, שהרי אהבה הדדית בין בני אדם הנה חוק יסוד בחיים האנושיים.<sup>4</sup>

את אלה – אהבה וחמלה – אי־אפשר לגייס באמצעות החוק, אלא מתוך עוצמתה המוסרית של החברה.

הצורך להתגייס למען טיפוח כבוד האדם במערכת הבריאות נעוץ בחשיבותו של הערך כבוד האדם, במחויבותו המקצועית־אתית של הצוות המטפל לערך

הזה, בראגה למצבם של המאושפזים, שחוסנם הנפשי־רגשי משפיע על בריאותם, בשיפור היכולת לקבל מידע חיוני מהמטופל וממשפחתו על מצבו של המטופל, וכן ברצון להעצים את הערך העצמי של המטפלים ולהבטיח לכולנו – גם הבריאים בשלב זה ובכללם המטפלים הבריאים – יחס הראוי לבני אדם בזמן של מצוקה בריאותית.

האתגר הגדול הוא כיצד מממשים את הערך – כלומר כיצד עוברים מרטוריקה ומליצות למציאות שמתבטאת באופני ההתייחסות וההתנהגות, מהלכה למעשה. יש טעם לעסוק בכבוד אדם במסגרת ארגונית רק אם יש החלטה נחושה לפעול באופן מושכל, במאמץ אמיתי ומתמיד ליישמו בחיי המעשה היום־יומיים. דיבור גבוה שבעקבותיו אין מעשים – נזקו עולה על תועלתו שכן הוא מעורר אי־אמון, ציניות וזלזול.

על כבוד האדם  
של המטופל  
והצוות המטפל

אם נקרב את מבטנו אל תחום הבריאות ונמקד אותו בבית החולים, ניווכח לדעת כי מה שמסכן את ערך האדם אינו פגיעות מכוונות בכבוד האדם, אלא דווקא פגיעות לא מכוונות, ואף לא מודעות. העובדה שהן כאלה אינה מקלה בהכרח למנוע אותן, אולי ההפך הוא הנכון. חוסר המודעות המלא נוצר גם בשל הקושי של הצוות המטפל להפנים באופן מלא את הפגיעה הקשה בתחושת הערך העצמי של המטופלים החולים.

חולים בבית חולים הם אנשים שנמצאים על קשת רחבה מאוד של מצבים בריאותיים ונפשיים. התיאור שיובא להלן מתאים במיוחד לחולים הקשים יותר, ומתאים במידה חלקית גם לחולים שמצבם קשה פחות. בעיקר מדובר באובדן של תחושת הערך העצמי (או פגיעה בה) בשל שורה של גורמים: אובדן שליטה על סדר היום והפעילות של האדם; אובדן האפשרות לתכנן את המחר ואת העתיד מתוך היכולת להשפיע עליהם ולעצב אותם; אובדן השליטה על הגוף, ירידה בתפקוד הגופני והמנטלי וחוסר ישע; תלות באחרים, בהוראותיהם ובכונותם לעזור בהקשרים של פעולות בסיסיות, וצורך להיחשף לפנייהם בחולשה; פגיעות חריפות בפרטיות; כאב וסבל והשלכותיהם הנפשיות; וכן תחושות של אי־ביטחון, פחד, חרדה, ולעיתים גם רגשות אשמה על האחריות האישית למצב הבריאות.

במצבים קשים במיוחד ובמצבים סופניים עלולה להתעורר אצל המטופל גם הרגשה שעצם קיומו הוא נטל על משפחתו ועל הסובבים אותו, הרגשה שמערערת את האדם מהיסוד. לעיתים תחושות אלה מתגברות עקב תנאי אשפוז פיזיים מכבידים וטיפול שאינו מיטבי או שנדחה בזמן. את השינוי העמוק המתחולל באדם שביטחונו בעצמו מתערער היטיבה לתאר דליה רביקוביץ, בשירה "הצהרה לעתיד", המתייחס בעיקר לאדם רעב, אך גם לאדם לא בטוח:

אָדָם כְּשֶׁהוּא רָעֵב  
אוּ לֹא בְטוּחַ  
הוּא יַעֲשֶׂה פְּשָׁרוֹת,  
הוּא יַעֲשֶׂה דְבָרִים  
שֶׁלֹא חָלַם עֲלֵיהֶם בְּחַיָּו.

לְפֶתַע יֵשׁ לוֹ גֵב עָקָם,  
וַיְמַה קָרָה לוֹ לְגִבּוֹ  
שְׁנַתְעָקָם?  
אָבְדָן הַגָּאוֹה.<sup>5</sup>

על הרקע הזה המטופל עלול לסבול סבל נוסף, ותחושות הערך העצמי שלו עלולה להיפגע עוד בשל הבירוקרטיה, הטוטליות של המוסד (כפי שהיא מתבטאת למשל בחובה ללבוש מדי חולה אחידים), אי־ההתייחסות האישית כלפיו, אי־ההתעניינות בו כאדם וכן הרגשת השוליות ותחושת הנחיתות מול הסגל הרפואי בכל הנוגע להתמצאות ולהבנה של מצבו הרפואי.

הקושי הוא שהמערכת המטפלת אינה ערוכה, וראי שלא במלואה, להתמודד עם הצורך המובהק הזה, ובמובנים מסוימים היא מנוכרת לו. נתחיל בכך שלא ברור שהתיאור שהובא לעיל תואם את תפיסתו של הצוות המטפל, בעיקר משום שלצוות קל יותר מבחינה נפשית להכחיש מצב זה באופן מלא או חלקי. הדרישה להבין מצב זה ולהפנים אותו – בעיקר כמשהו שהוא "ענייני שלי" – מחייבת מידה ניכרת של אמפתיה. ואמפתיה לא תיתכן אלא אם מוכנים לחדור מבעד למחלצות השיוך של האדם ולהכיר את המיוחד שבו באופן בלתי אמצעי.



זאת ועוד, בכל הנוגע ל"משק הנפשי" של המטפלים – להם קל יותר שלא להתייחס אל המטופל כאל אדם במלוא משמעותו של מושג זה, אלא כאל "מקרה", וכך להתמקד בהיבטים המקצועיים והמעשיים של הטיפול ולא בצדדים החווייתיים והרגשיים של האדם. ההתייחסות העצמית של חברי הצוות כאל מקצוענים – ושל הרופאים והאחרים גם כאנשי מחקר – מזמינה טיפול בחולה מזווית הראייה המיוחדת, ולענייננו, הצרה מדי הזאת. לכך מתווספות בעיות של עומס, לחץ וטרדה עקב בעיות קשות שהמטפל מתמודד איתן. מקום מיוחד תופסות השגרה והשחיקה, שמפחיתות את הרגישות האנושית, את ההתעניינות הסקרנית באחר ואת היכולת לגלות סבלנות והקשבה אמיתית לזולת. אין להתעלם גם מרציונליזציה והצדקה: "אני עושה כל מה שיכול בן תמותה במצבי לעשות, בשים לב למערכת האילוצים הקשים שבהם אני פועל". כל אלה אינם מעודדים, בלשון המעטה, יחס וקרבה אנושיים כלפי המטופלים. גם מידה של גאווה או כבוד מקצועיים (ולעיתים אף יוהרה והתנשאות) – שאותם מגבירה העליונות המצבית והתפקודית מול המטופל, ועקב כך הרצון לשמור מרחק ("דיסטנס") – הם חסמים. לא זאת אף זאת, יש מטופלים שעקב מצבם או בשל אישיותם אינם מעוררים אמפתיה, ולפעמים אפילו להפך.

חשוב להבין שהמפגש בין צורכי המטופלים בתחום הערך העצמי, כמו שתוארו בתמצית רבה לעיל, ובין היחס המקצועי, הסטרילי, כלפיהם כאל מקרה רפואי – איננו משאיר את מצבו של המטופל כמות שהוא, על עומדו. הוא מחמיר אותו בכך שהוא מוסיף ומחריף את תחושת חוסר הערך. מצד שני אנרגיות, גם נפשיות, אינן נוצרות יש מאין. אם הצוות המטפל נדרש לפעול לשיקום הערך העצמי של המטופל, הוא נדרש להעמיס על עצמו מעמסה נפשית. ללא סיוע מקצועי שיאפשר התמודדות עם העומס הזה, לא יוכל השינוי להתרחש. הדבר גם דורש היערכות מתאימה ומצריך זמן: זמן להתבוננות, לשיחה, לניתוח של המידע, למחשבה, לתוכנית ולהוצאתה אל הפועל. ללא התארגנות מערכתית שתאפשר זמן כזה, לא ניתן יהיה לממש שינוי.

הסיכון לפגיעה אגבית, לא מודעת, בכבודו של המטופל מתקיים בקרב כל מי שבא במגע עם המטופל – הן בסגל הארגוני והן במתנדבים, שיכולים להיות משאב חשוב בהקשר זה. לכן על ההתגייסות להיות טוטלית וכך גם ההכשרה, שתחילתה ביצירת מודעות והפנמתה. מי שיכולים לסייע מאוד בהצלחת המשימה הם

במקרים רבים, אף כי לא ככולם, בני משפחתו של המטופל, המכירים אותו היטב ובעלי רצון ונכונות לעזור. מבחינת המערכת מתבקש אפוא לראות במשפחה לא מעמסה נוספת, לא מטריחים ומטרידים, אלא שותפים. הכול כמובן במותנה ובכפוף לרצונו של המטופל, ובלבד שהצוות המטפל מדריך את בני המשפחה כיצד להתנהג ברגישות הראויה מתוך הבנת המצב.

תקצר היריעה מלפרט כאן את כלל המרכיבים של טיפול רפואי שנובע מאהבת אדם ומתאפיין בחמלה. אסתפק בדוגמאות ספורות מתחום התקשורת הבינאי-אישית הרגילה כמו שהיא אמורה לאפיין אנשים מן היישוב בתנאים רגילים:

הסתכלות בעיני המטופל כשמשוחחים איתו – לא בצג של מחשב ולא בנייר. אין תחליף לקשר העין ולמבט הישיר מבחינת חיוניותם ליצירת יחס אישי ואמון ואישור הדדי של אנושיות המתבוננים. הפילוסוף עמנואל לוינס עמד על כך שהפגישה עם פניו של האחר – פניו העירומים והפגיעים – יש בה כדי ליצור בנו פתיחות לאחרותו, גם לשבריריות שלו, כתשתית לרצון לקיים איתו דו-שיח ולהתעוררות של תחושת אחריות כלפיו.<sup>6</sup>

פנייה אל המטופל – רשמית או אחרת – לפי רצונו, הקדמת ברכת שלום לשיח עימו, דיבור עימו ככל האפשר בגובה עיניים ולא מעליו, דיבור עימו ולא עליו כאילו אינו קיים (כמו שנעשה לעיתים בביקורי רופאים), תשומת לב (איזה ביטוי נהדר!) כלפיו וכלפי מצבו הרגשי, מאור פנים גם כשהלב נחמץ, דיבור עימו בשפה שהוא מבין, במונחים שהוא מסוגל להבין מתוך וידוא, לא פטרוני, שהוא אכן מבין, אי-התעלמות מבקשה או מפנייה שלו (התעלמות כזאת משפילה, כאילו אינו קיים), ולהפך – הקשבה אוהדת ומכבדת לדבריו ולמשאלותיו, כיבוד ככל האפשר של רצונותיו (למשל בעניין לבוש) כדי למתן את ההשפעה המגמדת את (ערך) האדם של מוסד טוטלי, והקדמה של דיבור והסבר לכל פעולה או מעשה שקשורים במטופל.

מתבקש להתחשב ברקע התרבותי של המטופל מתוך הימנעות מתפיסה שבלונית, שכן את זוהות התרבותית של המטופל לא קובע השייך שלו, אלא תפיסתו את עצמו ואת תרבותו שלו. במצב של אי-ידיעה או אי-בהירות, יש לברר עימו את הדברים בגלוי.

חשוב להקדיש תשומת לב מיוחדת למטופלים שסובלים מקשיים בתקשורת בין-אישית מסיבות שונות – מגבלות או לקויות או בעיות אישיות, קשיים שמוחרפים עקב מצב של מחלה ואשפוז. הסיכון לפגיעה בכבודם של מטופלים אלה בשל קשיי תקשורת ואי-הבנה או משום שמראש אין מתייחסים אליהם כהלכה מבחינת כבודם האנושי המלא – הוא גדול. כגודל הסיכון, כך ראוי להתאמץ כדי שלא יתממש, ולשם כך נדרשות התחשבות מיוחדת, סבלנות רבה ולעיתים אף סלחנות. חשוב גם לזכור שהמטופל, גם זה שהתפרץ ודיבר בגסות, ככל אדם אינו מתמצה במי שהיה לפני שעה או אתמול. המטופל, ככל אדם, יכול להשתנות, ולא אחת יחס גורר יחס.

הנקודה הקריטית היא שמדובר בבני אדם שתחושת הערך העצמי שלהם זקוקה לשיקום, למהלכים שהשפעתם נוגדת את המצב ואת התחושות כמו שתוארו. בראש ובראשונה דרוש למטופל שיתייחסו אליו כאל אדם במלוא משמעות המושג – אל הייחודי והמיוחד שבו, בעיותיו, פחדיו, כאביו, אבל גם הרבה מעבר לכך – אל תחושותיו, רגשותיו, רצונותיו. לא פלוני שמאובחן כך וכך, גילו הוא... דתו היא... ממוצא... אלא האישיות החד-פעמית, הייחודית, המגולמת בתוך כל אלה, מתחת לכל אלה.

בתוך המכלול הזה נודעת חשיבות מיוחדת לאופן שבו מתייחס הצוות הרפואי לכאב ולסבל שמהם סובל המטופל. כבוד למטופל משמעו בהקשר זה שאין מתייחסים לכאבו ולסבלו כאל חלק הכרחי, בלתי נמנע, טבעי, של מצבו. התייחסות כזאת נתפסת בעיניו כאדישות וניכור כלפיו מצד הצוות המטפל, גם אם אין זה כך. אדישות וניכור כאלה נתפסים כהשפלה. אף שהכאב והסבל הם לעולם של המטופל, חברי הצוות צריכים ליצור אצלו את ההבנה הברורה שכאבו וסבלו הם עניינם, שהם אמפתים למצבו ועושים ככל יכולתם להקל עליו. כשאין מנוס מלהכאיב לו, יש להעמידו על כך ולבקש את סליחתו. סליחה ראוי לבקש יחד עם הבעת צער כשנעשתה טעות בטיפול או כשהייתה תקלה כלשהי שפגעה במטופל. אין כמוה כביטוי של אנושיות שבכוחו לתקן מעוות, לפייס; לעומת זאת, היעדרה של סליחה מביא לידי הרעלת האווירה ולקלקול של היחסים. ביחסו של הצוות המטפל למטופל יש לתת משקל ניכר לאופן שבו המטופל תופס מבחינה סובייקטיבית את המציאות בהתחשב במצבו, ולא דווקא למה שנראה

לצוות אמת עובדתית-אובייקטיבית. כך צריך להבין לענייננו את שירו של יהודה עמיחי "המקום שבו אנו צודקים":

מִן הַמָּקוֹם שֶׁבּוֹ אָנוּ צוֹדְקִים  
 לֹא יִצְמָחוּ לְעוֹלָם  
 פְּרָחִים בְּאֶבֶב.<sup>7</sup>

אפשר להניח שעם ההתקדמות הטכנולוגית, בייחוד בתחום של תוכנות לומדות בכל הנוגע לאבחון ולמתן מרשמים (מרשום), המוח האנושי של הצוות לא יתייטר, דווקא בשל ייחודו ומיוחדותו של כל מטופל ומטופל, אבל משקלן היחסי של התקשורת הבין-אישית והיכולת לגלות אמפתיה יעלו מאוד. אם כך, יהיה צורך לקלוט ללימודי הרפואה והסיעוד אנשים גם בהתחשב בכישורי התקשורת הבין-אישית והאינטליגנציה הרגשית שלהם. נושאים אלה צריכים להיות כל העת על הפרק לשם למידה משפרת.

על כבוד האדם  
 והתרבות הארגונית

אי-אפשר להגשים את המשימה של הנהגת יחס מכבד כלפי מטופלים ללא שינוי בתרבות הארגונית הכוללת, שינוי שמשמעותו יחס מכבד כלפי כלל המשתתפים למסגרת הארגונית – לבית החולים. ככל שהתרבות הארגונית היא תרבות משתפת יותר, מחשיבה יותר ומכבדת יותר את כלל האנשים בה, כך סיכוייה להשיג את היעד של טיפוח כבוד האדם של המטופלים גדלים. לקשר זה שלוש סיבות: ראשית, כבוד לאדם אינו ניתן לחלוקה, למידור או לגידור – או שמכבדים את כלל בני האדם או שלא; שנית, מי שאינן להם תחושת ערך עצמי לא יוכלו לכבד את זולתם. ארגון שאינו רוחש כבוד לעובדיו, מכשיל את מסוגלותו שלו לשמור על כבוד האדם של המטופלים; ושלישית, רוב הפגיעות בכבוד האדם של מטופלים אינן מכוונות ואף אינן מודעות, ולכן אפשר לאתר אותן, לנחח אותן וללמוד מהן רק מתוך שני מקורות: המטופלים עצמם, ויש כמובן למצות מקור מידע זה ולא רק באמצעות משוב בתום הטיפול או לאחריו; והצוות המטפל, שאין ערוך ואין תחליף למודעות המתקיימת בו. ללא הפיכת הצוות כולו לצוות משתפר באמצעות למידה משותפת מטעויות או מהיעדר מספיק של תשומת לב, יהיה קשה מאוד לעמוד באתגר. הדבר מחייב טיפוח חשיבה עצמאית וביקורתית בקרב כלל העובדים, הקשבה, פתיחות, מוכנות אמיתית לקבל ביקורת גם מצד

כפופים, גישה של הפקת לקחים לשם שיפור ולא מציאת אחראים ותליית אשמה ואשמים. זאת ועוד, הצוות הרפואי צריך לראות עצמו אחראי למצב כבוד האדם של המטופל: ככל שהנהלים, הרוטינות ושגרת החיים בבית החולים פוגעים במידה רבה יותר בכבוד האדם של המטופל, כך על הצוות המטפל לפעול ככל יכולתו כדי ליצור שינוי, מכוח חובת הנאמנות שהוא חב למטופלים.

היחס כלפי מי שכפוף לסמכות – (שימו נא לב לכיטוי ולמה שהוא משמיע) המתמצה ביחס הכפופות ובציפייה ממנו להגשים את כפיפותו, כלומר לציית באופן עיוור להוראות ולכללים – סותר את כבוד האדם של הכפוף, ולכן אין הוא יכול לבוא בחשבון. הכפוף הוא בראש ובראשונה אדם, שיש לכבדו ככזה ולהתייחס אליו כאל זקוף קומה חרף היחס ממונה-כפוף, כלומר ראוי לעודד תמיד את העובדים להיות "ראש גדול". הציפייה מעובדים חייבת להיות סבירה תמיד, ובמסגרתה אי-אפשר לצפות לשלמות שאין בה משגים. בטרם ננקט עיצום כלפי עובד, חייבת להישמר זכותו לשימוע – כלומר מתוך נפש חפצה יש לשמוע את הסברו למה שמיוחס לו ולהתחשב בו. כך מתחייב מכבוד האדם, שכולל צדק דיוני או הליכי, וזכות השימוע והטיעון היא מיסודותיו המרכזיים. כבוד לאדם מניח גם יכולת של האדם להשתנות לטובה. גם זה מותר האדם מן הבהמה. כשם שיש להניח בנוגע לאדם את חזקת החפות, כך יש להניח בנוגע לו גם את חזקת הפוטנציאל של השתנות לטובה.

אי-אפשר לטפח כבוד בארגון שלעובדים בו חסרה הכשרה מתאימה למילוי תפקידם, וכשלעובד אין תחום מוגדר של סמכות ואחריות. אי-אפשר לתקן היעדר הכשרה באמצעות שיטפון של כללים וייצור בלתי פוסק של כללים חדשים במטרה להסדיר הכול בהוראות. מגמה זו – ואיני מתכחש לחשיבותם של כללים בגבולות של מידתיות וטעם ארגוני טוב – משדרת לעובדי הארגון חוסר אמון וחוסר כבוד: לא סומכים עליך, ולכן נכתיב את כל אורחותיך. מעבר לכך, כללים נוקשים אינם מסוגלים להתמודד נכון עם מציאות מורכבת ועם מצבים לא שגרתיים. לא ניתן להעלים את הצורך בשיקול דעת אנושי. הצפה בכללים נוקשים היא אפוא גם שיטה מטעה מבחינת כוחם של כללים להועיל, ונוקה עלול לעלות על תועלתה.

אין תחליף לדוגמה האישית של ראשי הארגונים ומי שמצויים בהם בתפקידי מפתח, שאחרים נושאים אליהם את עיניהם כמקורות של השראה. המסרים

שאנשים אלה מעבירים בהתנהגותם מכריעים – לחסד ולשבט. כשהם משמשים מופת ודוגמה, רבים ילכו בעקבותיהם, ותיווצר אווירה מכבדת שתקשה מאוד על הלא-מכבדים. אם לעומת זאת הדוגמה שהם נותנים שלילית – הנזק עצום. מול דוגמה שלילית מצד צמרת הארגון, רטוריקה חיובית לא תועיל.

יש סתירה קשה בין כבוד האדם ובין יחס שרירותי או עריצותי כלפי אדם. לכן במקום שמכבד אנשים אין מקום לשרירות ולעריצות. יש סתירה מובהקת בין כבוד האדם ובין רדוקציה שמכווצת ומנמיכה אדם לקבוצת השייכות שלו, והתייחסות כלפיו בהתאם לדעה הקדומה ביחס לאותה קבוצה. יחס זה – הגזעני – נפוץ ורווח, אבל בלתי נסבל. ארגון שמכבד אדם צריך להוציא את הגזענות אל מחוץ לתחום, יהא המקור לעמדה הגזענית אשר יהיה. נייר לקמוס טוב ליחס אמיתי כלפי כבוד האדם הוא יחס כלפי גזענות.

וכיאה לאידאה שמחפשת מימוש בחיי המעשה, אסיים בנימה מעשית ויבשה באזכור ההיבטים הכלל מערכתיים החיוניים להצלחת המשימה: בהליכי מיון וסינון – בחירה של האנשים המתאימים מבחינת האינטליגנציה הרגשית שלהם; טיפוח מתמיד של כישורים ויכולות בתקשורת בין-אישית; בניית תוכנית רב-שנתית המבוססת על ההבנה שמה שלא נמרד, מוערך, מתוקצב ומהווה קריטריון חשוב במסלול הקידום של עובדים – איננו חלק מתרבות ארגונית, והוא בגדר דיבורים בעלמא, שמוטב היה להימנע מהם.

כדי שלא ליצור ציפיות לא סבירות שאי-אפשר לעמוד בהן, יש להבין שלא ניתן לסלק כליל פגיעות לא מודעות בכבוד האדם. מראש השאיפה אפוא צנועה יותר: להביא במאמץ מתמשך לידי הפחתה ניכרת שלהן. אין מדובר בשאיפה קלת ערך. המונע (או שותף למניעה של) פגיעה אחת בכבוד האדם, רשאי לראות את עצמו כמי שהציל את כבוד האדם כולו.



## מבוא

### כבוד האדם כזכות חיה

—

זכות היסוד לכבוד האדם [...] זוהי זכות חיה, החייבת בהגשמה יום יומית ואשר איננה מתמצת בנוסחאות חוקתיות ובהתמודדות התיאורטית בין רשויות השלטון [...] ביצועה של הזכות לרבות העמקתה, השרשתה והרחבתה – חייב למצוא ביטויו בכל רובדי החיים ובכל ההקשרים והנסיבות המדיניים, החברתיים והאנושיים אשר בהם על הזכות למצוא את ביטוייה המוחשיים. כבוד האדם חייב לבוא לידי ביטוי ביחסי היום יום שבין השלטון לפרט, של האנשים ביחסיהם הבין אישיים, ביחסו של הפקיד לאזרח, ביחסה של התקשורת, ביחסה של המשטרה [...] הבשורה החוקתית אינה מתמצית רק בהצהרה המילולית על חשיבותו של כבוד האדם אלא במהותה, במידתה ובתוכנה



של הגשמת הזכות הלכה למעשה. [...] כבוד האדם וההימנעות מן הפגיעה בכבודו של אדם באשר הוא אדם הם ערכים שיש להשרישם בתוך כל רכיבי החברה ומעל ומעבר לתחומיהן של החובות המשפטיות המוטלות על רשויות השלטון. יש לעסוק בכך בגן הילדים, בבתי הספר, בצבא, במכללות ובקורסים במסגרות הקהילתיות. ערכה ויעודה של נורמה חוקתית עולים לא רק בחיוב החוקתי חל על החקיקה אלא בכוחה החינוכי. [...] הגשמת הזכות מן הנכון שתעלה מתוך חיות ערכיה של המדינה והחברה שבה היא מופעלת ותמצא ביטויה המוחשי בחיי היום יום [...] ברור וגלוי על כן שכבוד האדם לא יובטח על ידי הדיבור עליו אלא על ידי מתן ביטוי ממשי ומוחשי לשמירה עליו [...] כבוד האדם, בהקשר החוקתי, הוא מושג משפטי אולם חייב להיות לו ביטוי מעשי בהווה האנושית היום יומית וביחסם של המדינה והחברה ורשויותיהן אל הפרט החי בה" (מאיר שמגר, נשיא בית המשפט העליון לשעבר).<sup>1</sup>

היה צריך לגייס את ניסיון החיים הקולקטיבי באובדן כבוד האדם כדי למקד את תשומת הלב של העולם במשמעותו המלאה של המושג. רק כך אפשר היה להפוך אותו ממופשט למוחשי. ואולם בלי המושג המופשט, המעורר את החשיבה הביקורתית, לא הייתה שום משמעות לחוויית החיים הזאת בעיני מי שלא נשלל מהם כבוד האדם. ואף על פי כן היה זה ניסיון החיים שנתן לכבוד את האמינות הבלתי מעורערת שלו [...]

ב"ניסיון חיים" הכוונה לאופן שבו אנשים תופסים את כבוד האדם כשהם מגיבים לאופן שבו אחרים או הם עצמם מעריכים את עצמם. מנקודת מבט פילוסופית ההתמקדות בניסיון ובחוויה מעגנת את המושג מחדש בחיי היום-יום המורכבים שמתוכם חולץ. לא המושג בלבד ולא החוויה לבדה יכולים להעביר את מלוא המשמעות של המילה. כניסיון חיים, כבוד הוא תוצר של יחסים בין-אישיים ותהליכים פנימיים. חיבור

זה מבוסס על ההנחה שהבנה של מושג כה חמקמק כמו כבוד האדם חייבת להיות נטועה בניסיון החיים שלנו באופן אישי או קולקטיבי או – כמו ששאר העולם חווה את השואה וזוועות נוספות שהתחוללו במאה שעברה – בעקיפין (אדמונד פלגרינו).<sup>2</sup>

בספר זה אנו מבקשים להחיות את הזיקה בין כבוד האדם כערך חוקתי ובין כבוד האדם כזכות וכחוויה חיה בטיפול הרפואי כמו שניסחו זאת – כל אחד בדרכו ובהקשרו – נשיא בית המשפט העליון לשעבר מאיר שמגר, ואדמונד פלגרינו (Pellegrino), שהיה מומחה בעל שם עולמי לביואתיקה רפואית.

כבוד האדם נחווה בהיעדרו יותר משבקימו. זה טבעו המיוחד. כשאנשים נשאלים מה משמעותו של הערך כבוד האדם בעיניהם, לרוב הם מנסחים את משמעותו בשבילם על דרך הפגיעה בו – הזכות שלא להיות מושפל, לא להיות נתון ליחס לא הומני, לא להיות מופלה, לא להיות מודר, לא להיות שקוף, לא להיחשף בניגוד לרצונו בגוף ובנפש. ביטוי מוחשי לכך אפשר למצוא בחוקיסוד: כבוד האדם וחירותו שבו נאמר על דרך השלילה: "אין פוגעים בחייו, בגופו, או בכבודו של אדם באשר הוא אדם".

העובדה שהחוויה של כבוד האדם נעשית מוחשית ברגעים שבהם הוא נרמס דווקא, הופכת את הניסיון לעמוד על טבעו ועל טיבו של הערך למאמץ מתמשך שדורש יכולת התמודדות עם היבטים ברורים ומורגשים מאליהם לצד אי־ודאות, ספקות ומסתורין. הניסיון להגדיר את כבוד האדם הוא במונח העמוק ביותר הניסיון להגדיר את גרעינה של האנושיות. קיים פער בלתי נמנע בין החמקמקות של הגדרת המושג כבוד האדם ובין החיות החדה של פגיעה בו. ספר זה נכתב מתוך הכרה בפער הזה ומשקף אותו: בפרקיו אנו שוזרים הגדרות תאורטיות וחוקתיות של כבוד האדם עם עדויות חיות על פגיעה בו, סקירה של מחקר אקדמי אובייקטיבי לצד כתיבה ספרותית אישית, ובאמצעות מגוון הפרספקטיבות מנסים להחיות את הערך של כבוד האדם כמו שהוא בא לידי ביטוי בטיפול הרפואי.

החייאת הערך בזירה הטיפולית מאתגרת במיוחד. הטיפול הרפואי הוא בעל פוטנציאל לגלם את הדאגה לכבוד האדם במוכנה הטהור ביותר, שכן בראש ובראשונה הוא נועד לקדם ולשפר את חייו של האדם באמצעות ריפוי החולי

והפחתת הכאב והמצוקה הכרוכים במצב האנושי; ואולם משמעויות מסוימות של כבוד האדם מאוימות דווקא בהקשר של הטיפול הרפואי, שכן על המשמעות של כבוד האדם ברוח הציווי הקנטיאני – כהתייחסות אל האדם כתכלית לעצמו ולא כאמצעי – מאיימת נטייתה של הרפואה כמדע וכפרקטיקה להחפיץ את המטופל, כלומר להתייחס אליו כאל "מקרה" תוך שלילת אנושיותו. על המובן של כבוד האדם כמניעת השפלה – המבוסס על הפגיעות האנושית – מאיימת אפוא הא-סימטריה בכוח ובידע וביחסי התלות האופייניים לאינטראקציה הבין-אישית של הטיפול הרפואי, שבו התקווה למזור לסבלו של האחד נתונה בידי של האחר, שבמידה רבה מכונן את תחושת כבוד האדם של המטופל.

איומים אלה מחדדים את המצב הפרדוקסלי שבו דווקא המוסדות האמונים על ריפוי החולים, הצוות שלקח עליו את מלאכת הקודש של ריפוי המטופלים והפרוצדורות שנועדו להיטיב עימם – הם אלה שבגינם מתחייבת הגנה מיוחדת על כבוד האדם, ובהם טמון פוטנציאל גבוה לפגיעה במטופל. הסיבה לכך היא אופיים הטוטלי של המוסדות הרפואיים, פגיעות המטופל, תלות בצוות הרפואי ואופיו של הטיפול הרפואי חודר הגבולות. כל אלה הופכים את הפגיעות בכבוד האדם ללא מכוונות, ובדרך כלל הצוות המטפל – העושה מלאכתו לילות כימים ומטפל במסירות ובמיומנות בחולים רבים במשאבים מוגבלים ובעומסי עבודה גבוהים – אינו מודע לכך ואף אינו מרגיש בעשותו כן.

איומים אלה של פגיעה בכבוד אדם באמצעות החפצתו והשפלתו, הנגזרים ממאפיינים אינהרנטיים של הטיפול הרפואי ומאופיים הטוטלי של מוסדות הבריאות, הם גם אלה העומדים ביסוד הפער הבלתי נתפס בין כבוד האדם כעיקרון ביאותי חובק ומוסכם המעוגן באמנות בינלאומיות, בחקיקה ובקודים אתיים של ארגוני בריאות, ובין המציאות היום-יומית של הטיפול הרפואי, שבה כבוד האדם לרגעים נפגע, פגיעות שכאמור לרוב אינן מכוונות, אינן מודעות ולעיתים אף אינן מורגשות מצד הצוות המטפל. מהפער הזה שבין ההסכמה הרחבה בנוגע לחשיבותו של כבוד האדם כנדבך מרכזי בעבודה הרפואית, ובין מימושו למעשה כזכות חיה צמח פרויקט "כבוד האדם במוסדות רפואיים".

הפרויקט, שבראשו עמד פרופ' מרדכי קרמניצר ובשלבים שונים הובילו אותו אלוף במילואים עמיחי איילון ואסף גפן, פעל בשנים 2014-2016. במסגרת זו שהינו בשלושה מרכזים רפואיים, שונים מאוד במהותם ובאופי הפעילות

הרפואית המתקיימת בהם, ובאמצעות עריכת תצפיות, ראיונות וסקרים בקרב מטופלים, מלווים ואנשי צוות רפואי בחנו את חוויות היום-יום של המטופלים בדגש על הערך של כבוד האדם.

הנחת היסוד שלנו היא שכבוד האדם אינו בגדר מותרות בטיפול הרפואי, אלא חלק מהותי ממנו. המדד להצלחת הטיפול כולל הן את הטיפול במחלה והן את מידת השמירה על כבודו של המטופל כאדם. פגיעות בכבוד האדם של המטופל – כמו השפלה, חדירה לא מוצדקת או לא מידתית לגופו או לפרטיותו והפקעת האוטונומיה או השליטה שלו על עצמו – עלולות ליצור חוויה טראומטית, שתלווה את המטופל גם אחרי הטיפול הרפואי.

שהייתנו לצד המטופלים, המלווים והצוות במרכזים הרפואיים הולידה כמה תובנות ייחודיות בנוגע לנוכחות של כבוד האדם והפגיעות בו בהקשר של טיפול רפואי. בספר זה אנו מבקשים לחלוק תובנות אלה כדי שישמשו מצע לדיון מעמיק ורחב יותר במשמעות של כבוד האדם כזכות חיה בטיפול הרפואי ובכתי החולים.

התובנה הראשונה היא ההבחנה התאורטית שניסחנו בין כבוד האדם במישור המהותי ובמישור הפרוצדורלי: במישור המהותי הכוונה למשמעות "הגרעינית" של כבוד האדם, הכוללת את ראיית הייחודי שבכל אדם ורגישות לעולמו הפנימי ולתפיסותיו, לציפיותיו, לאמונותיו ולנסיבות חייו. יחס מכבד אדם בטיפול רפואי מתייחס למאמץ הכרוך בראיית האדם העומד מולך על כל המייחד אותו כמו שנגזר ממטריצת הקיום המורכבת שלו; ובהכרה בערכו הפנימי כאדם בלי קשר למצבו, ליכולותיו, למגבלותיו ולכישוריו. כבוד האדם במובנו המהותי הוא תולדה של המפגש הבין-אישי בין עצמי ובין אחר, כמו זה שמתרחש במפגש הרפואי. הממדים הפרוצדורליים הם מעין "מעטפת" להיבטים המהותיים, והם מתממשים לתורת השירות, אך אינם זהים לה. הממד הפרוצדורלי מעוגן בדרך כלל בחוקים, בתקנות, בכללים מקצועיים ובנהלים ארגוניים (למשל בנושאים של פרטיות וסודיות). ההיבטים הפרוצדורליים חיוניים למימושו של כבוד האדם במובנו הגרעיני המהותיים, אך אינם מספיקים.

התובנה השנייה שהתגבשה הן מהראיונות ומהתצפיות שערכנו והן מעדויות שהתפרסמו בכלי התקשורת היא הקלות הבלתי נסבלת של הפגיעה בכבוד האדם, הבנליות שלה והפוטנציאל הטראומטי הטמון בה. העדויות מלמדות שאופייה

המיוחד של הפגיעה בהקשר הרפואי הוא תולדה של הניגוד בין מהותו של המעשה הטיפולי – ריפוי האדם בגופו ובנפשו – ובין החוויה של פגיעה דווקא במקום שאמור לרפא ומידי מי שאמורים לעשות זאת. תחושת הבגידה של הגוף אינה משתווה לתחושה שמי ומה שאמור היה לרפא – פגע. דווקא משום כך גם פגיעות לכאורה בנליות שלא פעם משוקעות ברוטינה הרפואית עלולות להיצרב בנפש המטופלים והמטופלות כחוויה טראומטית.

ממגוון המקורות עולה, בדומה למה שנמצא במחקרים אחרים, כי כשם שכבוד האדם הוא זכות חיה, הפגיעה בכבוד האדם היא חוויה חיה. בדומה לטראומה, כשאדם חווה פגיעה בכבוד האדם, גם בחלוף הזמן היא נשאת פצע פתוח ומדמם. תחושות ההשפלה, הבושה, הכעס, הזעם, היעדר הכוחות, אין האונים והחילול ממשיכות לחיות באדם שכבוד האדם שלו נרמס.<sup>3</sup>

התובנה "האופטיסימית" (אופטימית ופסימית בו זמנית) שהתחדדה אל מול זאת היא שבדרך כלל הניצוץ האנושי הוא שאחראי לשמירה על כבוד האדם, ובהיעדרו הטיפול הרפואי נותר קליפה ריקה. לשם שמירה על כבוד האדם של המטופל וכדי להימנע מהשפלתו, נדרשים אפוא בראש ובראשונה משאבים אנושיים: קשר עין, תשומת לב, אמפתיה, חמלה, הכרה בכאב, יחס שוויוני, בקשת סליחה אם יש בה צורך, והרצון לרפא את האדם בכלייתו – גופו ונפשו.

ואולם את היכולת להביא לידי ביטוי את הניצוץ האנושי מאתגרים, בייחוד בישראל, מחסור במשאבים חומריים ובכוח אדם והעומס הבלתי נסבל, שהופכים את מערכת הבריאות ואת העובדים בה למועדים לפגיעה בכבוד האדם בעל כורחם. תנאים אלה פוגעים לא רק באיכות הטיפול הרפואי, אלא גם מגבירים את הסיכון לפגיעות בכבוד האדם. עם זאת ראינו כי משאבים חומריים וזמינות של אנשי צוות אינם מבטיחים שמירה על כבוד האדם, והיעדרם אין פירושו פגיעה ודאית בו. מטופלים מוכנים להעלים עין ולמחול על היבטים פרוצדורליים שקשורים בטיפול הרפואי (כגון תשתיות חומריות והמתנה) ובמקרים מסוימים אפילו על טעויות מקצועיות, בתנאי שהם זוכים ליחס מכבד אדם. עוד ראינו כי גם במקום שבו הקידרות בוכים (בגלל רטיבות), הסגל הרפואי יכול להתעלות לרמה של כיבוד האדם שאין גבוהה ממנה.

עוד תוכנה חשובה שחסרה בדיון אך נכחה מאוד במציאות, נוגעת לחשיבות השמירה על כבוד האדם של הצוות הרפואי. כשם שאין להתייחס למטופל כאל אמצעי, אלא כאל תכלית לעצמו, כך אין להפוך את איש הצוות לאובייקט חסר פנים. הטיפול הרפואי הוא אינטראקציה בין מטפל למטופל, ואף שלעולם הנזקק הוא המטופל, אין פירושו של דבר שיש לצפות מחברי הצוות המטפל להקריב את כבוד האדם שלהם בסיטואציה הטיפולית. להכרה, למודעות ולהגנה על כבוד האדם של חברי הצוות המטפל חשיבות קריטית ליכולתם לטפל וליכולתו של הארגון להיות מכבד אדם. מטפל לא יוכל לשמור על כבוד האדם של מטופל ולכבד את מלוויו אם כבודו כאדם לא יישמר.

תוכנות אלה שזורות בין דפי הספר ומבוססות על סקירה תאורטית של המחקר האקדמי בנושא כבוד האדם בטיפול הרפואי, ראיונות שערכנו במהלך הפרויקט (שציטוטים מתוכם מופיעים באופן אנונימי כדי לשמור על פרטיות המרואיינים), המשגות תאורטיות מתחומי הסוציולוגיה, הפסיכולוגיה והמשפט, מקורות ספרותיים ועדויות שהופיעו בתקשורת. מגוון המקורות שהשתמשנו בהם נועד לצייר תמונה חיה ככל האפשר של המופעים השונים של כבוד האדם והאיום עליו בהקשר של טיפול רפואי ובמוסדות רפואיים.

לספר שלושה שערים: השער הראשון עוסק בהגדרת הערך של כבוד האדם במשפט הבינלאומי, בהגות הפילוסופית, ההיסטורית והדתית, במשפט החוקתי ובדין הישראלי. הפרק הראשון מוקדש להגדרה של ערך כבוד האדם באופן כללי ובמסד החוקתי באמנות בינלאומיות ובישראל. הפרק השני מקשר את ההמשגה הכללית של כבוד האדם להיבטים הייחודיים של הזירה הרפואית. והפרק השלישי ממפה את העיסוק המחקרי במושג כבוד האדם. ממיפוי זה עולה השימוש הרואלי בכבוד האדם בהקשר הרפואי: במישור הביואתי משמש "כבוד האדם" כהצדקה לעמדות (לעיתים מנוגדות) בסוגיות כגון טכנולוגיות גנטיות חדשות; ובמישור של הטיפול הרפואי הוא משמש כאמת מידה שלפיה הוא נבחן.

השער השני מוקדש להבחנה בין כבוד האדם במישור המהותי ובין כבוד האדם במישור הפרוצדורלי. פתח הדבר לשער זה מתווה את תווי ההיכר של כבוד האדם בשני המישורים, ומבהיר במה היבטים אלה נבדלים מכללי שירות. הפרק הרביעי מנסה לשרטט את דיוקנו החמקמק והעמום של כבוד האדם במישור המהותי, והפרק החמישי מדגים את האופן שבו פגיעה בהיבטים פרוצדורליים עשויה

להתגלגל לכדי פגיעה מהותית בכבוד האדם. הפרק השישי עוסק בקצה הקרחון של סוגיית כבוד האדם במצבי סוף החיים לנוכח ההבחנה בין המישור המהותי לפרוצדורלי.

השער השלישי מחיה רגעי פגיעה בכבוד האדם בטיפול הרפואי. הפרק השביעי מביא דוגמאות מתחום הספרות והשירה לאופני פגיעה בכבוד האדם ושמירה עליו. שירים של זלדה, ויסלבה שימבורסקה, אבות ישורון, לאה גולדברג, סיון שיקנאגי וסיפורו של יהושע קנז חושפים את האנטומיה של הפגיעה בכבוד האדם וכן רומזים על הניצוץ האנושי המשמר אותו. בפרק השמיני אנו מנתחים רגעים של פגיעה בכבוד האדם לנוכח ההמשגות והתובנות שעלו מהפרקים הקודמים ומוסיפים עליהן, ובתוך כך חושפים את אופיין הטראומתי הייחודי של פגיעות אלה.

בסיכומו של הספר אנו פורשים את הפוטנציאל הקופרניקאי הטמון באימוץ ובהטמעה של ערך כבוד האדם כמרכיב אינהרנטי בטיפול הרפואי ואף במדיניות הבריאות.

חשוב להדגיש כי מטרתו של הספר לבחון את הטיפול הרפואי דרך הפרספקטיבה של כבוד האדם, ובתוך כך להציע דרך התבוננות על מהותם של הטיפול הרפואי, המוסד הרפואי והחוויה של היות מטפל ומטופל. בכך אנו סבורים תוכל להיווצר שפה חדשה בראי הערך של כבוד האדם כקוד לפענוח היחסים הטיפוליים. ואולם, כמו שיעלה מפרקי הספר, כבוד האדם בהקשר הטיפולי חובק מגוון סוגיות כבדות משקל בטיפול הרפואי כמו אוטונומיה של החולה, מעמד ומקומם של בני המשפחה, הסכמה מדעת ומצבי סוף החיים. איננו מתיימרים להציג דיון מקיף וממצה בכל אחת מהסוגיות הללו, אלא רק להעמיד את ההמשגה ואת התובנות בדבר הערך של כבוד האדם כפריזמה לבחינת הסוגיות המשמעותיות והרחבות האחרות.

עוד חשוב לזכור כי הספר משקף במידה רבה את טבעו של כבוד האדם שנוכח דווקא ברגעים שבהם הוא נרמס. הספר מוטה אפוא לקוטב הפגיעה בכבוד האדם, אף שאין חולק על כך שרוב רובן של האינטראקציות הרפואיות המתרחשות מדי יום ביומו הן דווקא דוגמה ומופת לשמירה עליו. לכן הספר מוקדש בהכרת תודה ובהערכה לכל הצוותים הרפואיים והפרא-רפואיים מצילי החיים שמרפאים את הגוף וחומלים על הנפש.



---

# **Human Dignity**

## A Living Right in Medical Treatment

---

Dana Blander | Karmit Haber | Mordechai Kremnitzer



Text Editor (Hebrew): Keren Gliklich  
Series & Cover Design: Studio Tamar Bar Dayan  
Typesetting: Irit Nachum  
Printed by Graphos Print, Jerusalem

**Cover illustration: Omer Klein**

ISBN 978-965-519-293-3

No portion of this book may be reproduced, copied, photographed, recorded, translated, stored in a database, broadcast, or transmitted in any form or by any means, electronic, optical, mechanical, or otherwise. Commercial use in any form of the material contained in this book without the express written permission of the publisher is strictly forbidden.

**Copyright © 2020 by the Israel Democracy Institute (RA)**

Printed in Israel

**The Israel Democracy Institute**

4 Pinsker St., P.O.B. 4702, Jerusalem 9104602

Tel: (972)-2-5300-888

Website: [en.idi.org.il](http://en.idi.org.il)

**To order books:**

Online Book Store: [en.idi.org.il/publications](http://en.idi.org.il/publications)

E-mail: [orders@idi.org.il](mailto:orders@idi.org.il)

Tel: (972)-2-5300-800; Fax: (972)-2-5300-867

All IDI publications may be downloaded for free, in full or in part, from our website.

The views expressed in this book do not necessarily reflect those of the Israel Democracy Institute.

# Introduction

## Human Dignity as a Living Right

---

The fundamental right to human dignity [...] is a *living right*, one that must be realized every day and that cannot be reduced to constitutional formulas and theoretical clashes between the branches of government. [...] This right—along with deepening, expanding, and entrenching it—must be realized in every layer of life and in all of the political, social, and human contexts and circumstances where it must find tangible expression. Human dignity must be manifested in the day-to-day interactions between the authorities and individuals, in interpersonal relationships, in how the bureaucrat treats the citizen, in the attitudes of the media and the police. [...] The constitutional gospel is not limited to verbal declaration about the importance of human dignity but also relates to the substance, extent, and content of the implementation of the right in practice. [...] Respect for human dignity, and avoidance of any assault on a person's dignity qua human being, are values that must be entrenched in every part of society and, above all, in the legal obligations incumbent on the branches of government. It must be addressed in kindergartens, in schools, in the armed forces, in the colleges, and in the courses offered by community institutions. The value and

objective of a constitutional norm are present not only in the constitutional obligation that applies to legislation, but also in its educational power. [...] It is appropriate that the implementation of this right emerge from the vital core of the values of the state and society in which it operates, and find its tangible expressions in daily life. [...] Accordingly it is clear and evident that human dignity cannot be guaranteed merely by talking about it, but only by giving real and substantive expression to its preservation. [...] Human dignity, in the constitutional context, is a legal concept; but it must also have practical expression in the daily human scene and in how the state, society, and their institutions relate to the individuals who live there (Chief Justice Meir Shamgar).\*

It took the collective lived experience of the loss of human dignity to focus the world's attention on its full meaning. Only in this way could flesh be put on the abstract concept. However, without the abstract concept to stimulate critical reflection, the lived experience would have been without meaning for those who were, themselves not deprived of dignity. But it was the lived experience that gave dignity its axiomatic credibility [...]

By a "lived experience" I mean the way human dignity is perceived by human beings as they respond to the valuations of their worth and worthiness by others or by themselves. From a philosophical perspective, a focus on

\* Meir Shamgar, "Human Dignity and Violence," remarks to students of the Law Faculty at the University of Haifa, December 11, 1994, to mark International Human Rights Day, in *Mishpat u-mimshal* 3 (1995/6), pp. 33-54 [Hebrew].

experience re-embeds the concept in the complex daily life from which that concept was extracted. Neither the concept alone nor the experience alone can transmit the full meaning of the word. As a lived experience, dignity is the product of intra- and inter-subjectivity. The underlying conviction of this essay is that the intelligibility of so elusive a notion as dignity must be grounded in our lived experiences of dignity either personally or collectively or, as the rest of the world experienced the Holocaust and the other horrors of the last century, vicariously (Edmund Pellegrino).\*

In this volume we would like to put flesh on the link between human dignity as a constitutional principle and human dignity as a fundamental right, and as a lived experience in medical treatment, as was presented, each in his own way, by the late Chief Justice Meir Shamgar and by Edmund Pellegrino, a world-renowned expert on medical ethics.

Human dignity is experienced more in its breach than its observance. That is what is special about it. When people are asked what value human dignity holds for them, they tend to answer in terms that related to its violation—the right not to be humiliated, not to be the object of inhuman treatment, not to be discriminated against, not to be excluded, not to be transparent, not to be exposed to bodily and mental harm. A tangible expression of this is found in the Basic Law: Human Dignity and Liberty, whose second article stipulates: “There shall be no violation of the life, body or dignity of any person as such.”

\* Edmund D. Pellegrino, "The Lived Experience of Human Dignity," in: Adam Schulman et al., *Human Dignity and Bioethics: Essays Commissioned by the President's Council on Bioethics* (Washington, DC: The President's Council on Bioethics, 2008), pp. 513–539.

The fact that human dignity is experienced most acutely precisely when it is violated turns the attempt to discern the nature and quality of the principle into a protracted effort that demands an ability to deal with its clear and self-evident aspects alongside uncertainty, doubts, and ambiguity. The quest to define human dignity, in the deepest sense, is an attempt to define the very core of what it means to be human. There is an unbridgeable gulf between the elusiveness of the definition of human dignity and the sharp vividness of its violation. This volume was written with an awareness of this gulf and reflects it. In its chapters we interweave theoretical and constitutional definitions of human dignity with concrete testimonies of its abuse, and a survey of objective academic research with personal writings. By means of these diverse perspectives we endeavor to give life to the principle of human dignity as it relates to medical care.

Reviving this principle in that domain is especially challenging. Medical care has the potential to embody concern for human dignity in its purest sense, because it is intended first and foremost to enhance and improve a person's life by healing illness and reducing the pain and distress associated with the human condition. However, some senses of human dignity are threatened during medical treatment, because the sense of human dignity according to the Kantian categorical imperative—treating human beings as an end in themselves and never ever as a means—runs counter to the tendency of medicine, as a science and a practice, to see patients as an object, that is, to relate to them as just a “case” while ignoring their humanity. Thus the sense of human dignity as the prevention of humiliation—based on human vulnerability—challenges the asymmetry of power and knowledge and the dependency relationship that characterize the interaction between doctor and patient, in which the hope of alleviating the latter's suffering is in the hands of the former, who to a large extent creates the patient's sense of human dignity.

These threats intensify the paradoxical situation in which precisely those institutions that are charged with healing the sick, the medical staff that has taken upon itself the holy work of caring for patients, and the medical procedures intended to help them, are those that create a special need to safeguard human dignity because of their inherent potential to hurt the patient. This follows from the totalistic nature of medical institutions, the patient's vulnerability and dependence on the medical staff, and the nature of medical treatment that transgresses the boundaries. All of these mean that the affront to human dignity is unintentional. Usually the medical team, which works day and night and treats many patients with devotion and skill, despite limited resources and heavy workloads, is not conscious of causing harm and is not aware that it is doing so.

These threats of injuring to human dignity by humiliating patients and treating them as objects, which are corollaries of the inherent characteristics of medical treatment and the totalistic nature of the healthcare system, are also what underlies the inconceivable disparity between human dignity as an all-embracing and generally accepted principle of bioethics, one that is anchored in international conventions, legislation, and the ethical codes of medical organizations, on the one hand, and the daily reality of medical care, in which human dignity is sometimes infringed—not deliberately, not consciously, and sometimes not even felt by the therapeutic staff. It is from this gulf between the general agreement about the importance of human dignity as a key element of medical treatment, and its actual implementation as a living right, that our Human Dignity in Medical Institutions project was born.

The project, headed by Prof. Mordechai Kremnitzer, and led at various stages by Rear Adm. (res.) Amichai Ayalon and Assaf Geffen, ran from 2014 to 2016. We spent several months in each of three medical centers that are very different in their nature and the type of medical activity conducted in them. By means of observations, interviews, and surveys of patients, family members, and members of the medical staff we

investigated patients' daily experience, with the emphasis on respect for their dignity.

Our basic assumption was that human dignity is not a luxury in medical care, but rather an essential part of it. The measure of successful treatment includes both curing or alleviating the illness and the extent to which the patient's human dignity is preserved. Injuries to patients' dignity—humiliation, unjustified or disproportionate violation of their body or privacy, and denial of their autonomy or control of their own destiny—are liable to create a traumatic experience that will continue to haunt patients even after their discharge from the hospital.

Our presence in the hospitals alongside patients, family members, and the medical staff yielded a number of specific insights about respect for human dignity and how it is injured during medical care. In this book we share these insights so that they can serve as the basis for a deeper and more comprehensive discussion of the meaning of human dignity as a living right during medical care and hospitalization.

The first insight is the theoretical distinction we formulated between human dignity on the substantive level and the procedural level. On the substantive level, this is the core meaning of human dignity, which includes seeing what is unique in every human being and sensitivity to his or her inner world and perceptions, expectations, beliefs, and life circumstances. A respectful attitude towards patients includes the effort required to see the human being in front of you, with his or her uniqueness; it derives from the complex matrix of the patients' life and recognition of their intrinsic value as human beings, quite independent of their condition, abilities, limitations, and skills. Human dignity, in the substantive sense, is the product of the interpersonal encounter between the self and the other, such as that which takes place in the medical setting. The procedural dimensions constitute a sort of envelope around the substantive aspects and interface with the theory of service, but

are not identical with it. The procedural aspect is generally anchored in laws, regulations, professional codes, and organizational protocols (about privacy and confidentiality, for instance). The procedural aspects are essential for realizing human dignity in its core substantive sense, but are not enough by themselves.

The second insight that crystallized during the interviews and observations we conducted, as well as from testimonies published in the media, is the intolerable ease and banality with which human dignity is offended, and the traumatic potential of such conduct. From these testimonies we learned that the special nature of the violation of human dignity in the medical setting is a corollary of the contradiction between the essence of medical care—healing a person’s body and soul—and the experience of being violated precisely in a place that should heal, at the hands of those who are supposed to heal. This sense of the betrayal of the body is incompatible with the feeling that precisely those who were supposed to help in fact hurt you. Precisely for this reason, even what appear to be trivial injuries that are often embedded in the medical routine are liable to be branded into the patient’s memory as particularly traumatic.

The multiple sources indicate—as has been found by other studies—that just as human dignity is a lived right, its violation is a lived experience. As with trauma, after people feel that their human dignity has been violated even the passage of time does not heal the open and bleeding wound. The sense of humiliation, shame, anger, fury, vulnerability, helplessness, and degradation live on in those whose human dignity has been trampled underfoot.\*

The “optimistic” (both optimistic and pessimistic) insight that became

\* Jonathan Mann, "Dignity and Health: The UDHR's Revolutionary First Article," *Health and Human Rights* 3 (2) (1998), pp. 30–38.



clear to us is that, in general, the innate spark of humanity is responsible for preserving human dignity; in its absence, medical care is reduced to an empty shell. To maintain patients' human dignity and avoid humiliating them, the prime requisite is humane resources: eye contact, heartfelt attention, empathy, compassion, recognition of another's pain, an equal relationship, asking for forgiveness when necessary, and the desire to heal the whole person—both body and soul.

But the ability to express this spark of humanity is impeded by the limitations of material and human resources and by the intolerable workload, which make the healthcare system and those working in it liable to offend against human dignity, unwillingly and unwittingly. These conditions affect not only the quality of medical care, but also increase the risk of a violation of human dignity. We saw, however, that even ample material resources and staff availability cannot guarantee that human dignity will be respected, and that their absence does not necessarily violate it. Patients are willing to discount and forgive procedural aspects of their treatment (the physical infrastructure and long waits) and sometimes even professional errors, provided they are treated with respect. We have also seen that even in places where the walls themselves shed tears (we are referring to dampness), the medical staff can rise to the highest level of respect for human dignity.

Another important insight that seems to be left out of the discussions but is very much present in the reality of the hospital relates to the importance of preserving the human dignity of the medical staff. Just as patients must not be treated as a means, so too physicians, nurses, and orderlies must not be reduced to faceless objects. Medical care is an interaction between the staff and the patient; even though it is always the latter who needs assistance, this does not mean that the members of the staff should be expected to sacrifice their own dignity in the caregiving situation. "Without awareness, recognition, and protection of the staff's dignity, neither its members nor the institution can show proper respect

for patients.”. The staff cannot preserve patients’ dignity and treat their family members with respect if their own human dignity is abused.

All these insights are here in this book, the fruits of a survey of the research literature on human dignity in the medical setting, of the interviews we conducted during the course of the project (excerpts of which are quoted anonymously in order to preserve the informants’ privacy), of theoretical concepts drawn from the fields of sociology, psychology, and the law, literary sources, and testimonies collected from the media. The great diversity of sources on which we drew paints an extremely vivid picture of the various manifestations of human dignity and the threat that medical treatment and hospitals pose to it.

The book is divided into three parts. The first part (chapters one to three) reviews the definitions of human dignity in international law, philosophy, history, and religious thought, in constitutional law, and in the Israeli legal system. Chapter One takes up the definition of human dignity in general and its constitutional basis in international covenants and Israeli law. Chapter Two links the general concept of human dignity to the specific aspects of the medical system. Chapter Three maps out the research on human dignity and finds a dual use of the term in the medical context: in bioethics, “human dignity” is cited as the justification for various (and sometimes contradictory) positions on issues such as innovative genetic technologies; in the clinic and hospital, it is the standard by which treatment is judged.

The second part of the book (chapters four to six) focuses on the distinction between human dignity in the substantive sense and human dignity on the procedural level. The introduction to this section traces the trajectory of human dignity in these two realms and shows where these aspects deviate from service theory principles. Chapter Four tries to sketch the vague and elusive profile of human dignity in the substantive sense. Chapter Five offers examples of the ways in which an affront on

the procedural side can develop into a substantive assault on human dignity. Chapter Six looks at the tip of the iceberg of the question of human dignity at the end of life, in light of the distinction between the substantive and procedural aspects.

Finally, Part Three (chapters seven and eight) narrates moments when medical care detracts from human dignity. Chapter Seven consists of literary works that describe how human dignity can be injured or safeguarded. Poems by Zelda, Wisława Szymborska, Avot Yeshurun, Leah Goldberg, and Sivan Shiknaji, and a story by Yehoshua Kenaz expose the anatomy of the abuse of human dignity and give a hint of the spark of humanity that can preserve it. In Chapter Eight we analyze additional moments when human dignity is violated, in light of the concepts and ideas that emerged from the earlier chapters, and thereby uncover the unique traumatic character of these violations.

In the conclusion we lay out the Copernican potential of the adoption and inculcation of respect for human dignity as an essential principle of medical treatment and healthcare policy.

It is important for us to emphasize at the outset that the book's goal is to examine medical care through the prism of human dignity and to propose a way to ponder the essence of medical care, medical institutions, and the experiences of patient and staff. We hope in this way to help create a new language in which human dignity can serve as a code for deciphering the relations between caregivers and patients. But as the book makes clear, human dignity in the context of medical care extends to many weighty issues, including the patient's autonomy, the role and status of family members, informed consent, and end-of-life situations. We do not pretend to offer a full and exhaustive discussion of any of these issues, but seek only to employ the concepts and insights about human dignity as a lens for examining them.

It is also important to remember that to a large extent the book reflects the nature of human dignity, which is most visible precisely when it is being trampled. The book is accordingly biased towards the pole of violations of human dignity, even though none denies that most of the time the interactions that take place in the healthcare setting on a daily basis are a sterling example of respect for human dignity. We dedicate it with gratitude and appreciation to all the medical and paramedical personnel who save lives, heal the body, and care for the soul.

הלכה למעשה. האתגר הגדול נולד מטבעו הייחודי של ערך כבוד האדם, שהוא נחוה ומוחשי יותר דווקא בהיעדרו, ברגעים שהוא נרמס. מדובר אפוא בפער בלתי נמנע בין החמקמקות של הגדרת המושג "כבוד האדם" ובין החיות החריפה של הפגיעה בו. חיבור זה נכתב מתוך הכרה בפער הזה, והוא משקף אותו.

הספר מוקדש בהכרת תודה ובהערכה לכל הצוותים הרפואיים מצילי החיים - שמרפאים את הגוף וחומלים על הנפש.

---

ד"ר דנה בלאנדר היא עמיתת מחקר במכון הישראלי לדמוקרטיה ופסיכולוגית קלינית מומחית. בעלת תואר דוקטור לפסיכולוגיה ולמדע המדינה.

ד"ר כרמית הבר הייתה חברה בצוות המחקר של המכון הישראלי לדמוקרטיה. היא עובדת סוציאלית (MSW) בתחום בריאות הנפש. בעלת תואר דוקטור לסוציולוגיה.

פרופ' מרדכי קרמניצר הוא עמית בכיר במכון הישראלי לדמוקרטיה ופרופסור (אמריטוס) בפקולטה למשפטים באוניברסיטה העברית בירושלים. תחומי המומחיות שלו הם זכויות אדם ומשפט ציבורי, פלילי וצבאי.

הזיקה ההדוקה בין כבוד האדם ובין הטיפול הרפואי נובעת מכך שהמפגש הטיפולי הוא מפגש בין-אנושי. לכן כבוד האדם הוא זכות חיה, כלומר - לא רק מונח מעוגן באמנה, בחוק או בקוד אתי אלא ערך שיש לחיות אותו יום-יום, שעה-שעה, אדם-אדם. בספר זה אנו מבקשים להחיות את הזיקה שבין כבוד האדם, שהוא ערך חוקתי עליון, ובין כבוד האדם כחוויה חיה בטיפול הרפואי.

הפגיעות של כבוד האדם בזירה הרפואית נגזרת מאופיים הטוטלי של המוסדות הרפואיים, מתלותו של המטופל בצוות הרפואי ומטבעו חודר הגבולות של הטיפול הרפואי. במוסדות אלו עלולות להתרחש פגיעות בכבוד האדם שלא במזיד ושלא במודע, שכן הצוות המטפל עושה את מלאכתו לילות כימים במסירות ובמקצועיות בשעה שהוא מתמודד עם חולים רבים מאוד בעזרת משאבים מוגבלים ובעומסי עבודה כבדים.

גם הספר וגם הפרויקט שהוא מבוסס עליו - "כבוד האדם במוסדות ציבור" - צמחו מן השאלות ומן הדילמות שמעורר הפער שבין ההסכמה הרחבה על חשיבותו של כבוד האדם כנדבך מרכזי בעבודה הרפואית לבין מימושו

מחיר מומלץ: 82 ש"ח

מרץ 2020

מסת"ב: 3-293-519-965-978

[www.idi.org.il](http://www.idi.org.il)



0 4500001234 9

דאנאקוד 450-1234