

חוזר מס' : 16/2014

ירושלים, י"ב אייר, תשע"ד
12 מאי, 2014

אל: מנהלי בתי החולים
מנהלי האגפים הרפואיים – קופות החולים

הנדון : א. ניתוחים לשינוי מין
ב. תיקון פגמים במצבים של HERMAPHRODITISM ודומיהם

סימוכין: חוזר מינהל הרפואה מס' 39/1986

הננו להביא בזאת לידיעתכם חוזר בנושא שבנדון המחליף ומעדכן את חוזרנו שבסימוכין.

א. ניתוחים לשינוי מין

1. רקע:

החוזר שבסימוכין הסדיר לראשונה את ביצועם של ניתוחים לשינוי מין בישראל. חוזר זה נחשב מהפכני בפתיחותו וניסה לתת מענה הולם לצרכיהם של אנשים טרנסג'נדרים שביקשו לעבור ניתוח לשינוי מין. במהלך השנים האחרונות התפתחו תפיסות קליניות בנושא, שופרה הבנת הצרכים של אנשים בעלי שוני מגדרי והצטבר ידע וניסיון בנושא הזהות הטרנסג'נדרית שהצריך את עדכון ההנחיות בנושא והתאמתן לצרכים המשתנים.

2. מטרת:

- 2.1 עדכון הנחיות לביצוע ניתוחים לשינוי מין בישראל;
- 2.2 הגדרת הרכבה ותפקידיה של הועדה הרב מקצועית לניתוחים לשינוי מין.

3. הגדרה:

"טרנסג'נדר" אדם שעונה על אמות המידה המקצועיות המקובלות והתקפות בתקופה הרלוונטית.

4. הנחיות:

- 4.1 הניתוחים העיקריים לשינוי מין יערכו בבתי חולים כלליים ציבוריים בלבד.

4.2 תנאים לביצוע ניתוחים לשינוי מין

- 4.2.1 לפונה מלאו 18 שנים לפחות ביום הפניה הראשונה;
- 4.2.2 על מנת להבטיח את התאמתו של המטופל להליך שינוי המין והסכמתו מדעת יוצגו בפני הוועדה:
 - 4.2.2.1 המלצה של פסיכולוג קליני או עו"ס קליני;
 - 4.2.2.2 חוות דעת פסיכיאטרית.
- 4.2.3 חוות דעת אלו תוכלנה להינתן במסגרת הליך בחינת הוועדה על ידי אחד מחבריה או חוות דעת ממטפל אחר.
- 4.2.3 חתימת המטופל על "טופס הסכמה מדעת לניתוח לשינוי מין" המצורף לחוזר זה (נספח 1).

- 4.2.4. ניסיון מוכח בזהות המגדרית המבוקשת- 12 חודשים לפחות מרגע פנייתו למוסד הרפואי בבקשה לביצוע הניתוח כאמור. הוועדה רשאית על פי שיקול דעתה הרפואי לשנות ובכלל זה לקצר את התקופה האמורה.
- 4.2.5. נטילת הורמונים – בסמכות הוועדה להתנות את אישורה בנטילת הורמונים. בחינת סוגיית נטילת ההורמונים תבחן על פי המלצת חברי הוועדה.

4.3. תמונה ועדה ציבורית ארצית על ידי המנהל הכללי של משרד הבריאות.

4.3.1. הרכב הוועדה

- יו"ר- מומחה לכירורגיה פלסטית שעבר הכשרה ייעודית בביצוע ניתוחים לשינוי מין / פסיכיאטר;
- פסיכולוג/ית קליני או עו"ס קליני;
- פסיכיאטר/ית;
- אנדוקרינולוג/ית;
- אורולוג/ית;
- גניקולוג/ית.

4.3.2. תפקידי הוועדה

- (1) אבחון, מעקב, תמיכה וסיוע בתהליך העובר אדם שעומד לשנות את מינו.
- (2) בדיקת התאמת מטופל להליך ניתוחי מסוים לשינוי מין, הנבחר על ידו, מבחינה גופנית ונפשית.

4.3.3. הליכי עבודת הוועדה:

- (1) הוועדה תדון במטופלים העתידים לבצע ניתוח לשינוי מין.
- (2) הוועדה תסתמך בדיוניה על הערכה ומעקב שבוצעו למטופל.
- (3) הוועדה תגבש ותפרסם נוהל פנימי לפעילותה.
- (4) המנהל הכללי ימנה נציג ציבור מהקהילה הטרנסג'נדרית שיסייע לוועדה בכתיבת הנוהל הפנימי לפעילותה ובכל נושא נוסף שיקבע על ידי הוועדה.
- (5) לפונה יקבעו פגישות ע"י מרכזת הוועדה עם המומחים השונים אשר חוות דעתם נדרשת לצורך בחינת התאמת המועמד לניתוח מבחינה גופנית ונפשית
- (6) קיום פגישה רב מקצועית אחת או יותר בנוכחות כל אנשי הצוות.
- (7) בפגישה זו תידון מידת התאמתו של המטופל לסוג הניתוח הנדרש.
- הפונה רשאי לצרף מלווה מטעמו – איש מקצוע מהתחום המדובר או בן משפחה קרוב.
- (7) דחתה הוועדה את הבקשה, תנמק בכתב את החלטתה.

ב. תיקון פגמים במצבים של DSD (Disorders of Sexual Differentiations) ודומיהם

הניתוחים המבוצעים במקרים של (Disorders of Sexual Differentiations- DSD) ומקרים אחרים של פגמים ביצור ההורמונלי התקין, מטרתם להגביר ולחזק את מינם הגנטי של המנותחים מבחינת סימני המין המשניים וכו', ולא לשם שינוי מינו של המנותח.

ניתוחים מסוג זה אינם מבוצעים על סמך אינדיקציה פסיכיאטרית, אלא במקרים בהם קיימת אינדיקציה בהסתמך על שינויים גנטיים – הורמונליים או כרומוסומליים.

מובן כי על המעומד לניתוח כנ"ל לחתום על הטופס הרגיל הנהוג להסכמה לניתוח, לאחר קבלת הסברים מתאימים, כמקובל בכל ניתוח אחר.

הואילו להעביר תוכן חוזר זה לידעת כל הנוגעים בדבר במוסדכם.

ב ב ר כ ה,



פרופ' ארנון אפק
ראש מינהל הרפואה

העתק : שרת הבריאות
המנהל הכללי
המשנה למנהל הכללי
הנהלה מורחבת
קרפ"ר – צ.ה.ל
רע"ן רפואה – מקרפ"ר
קרפ"ר – שרות בתי הסוהר
קרפ"ר – משטרת ישראל
רכז הבריאות, אגף תקציבים – משרד הבריאות
יו"ר ההסתדרות הרפואית
יו"ר מועצה מדעית – ההסתדרות הרפואית
מנכ"ל החברה לניהול סיכונים ברפואה
בית הספרים הלאומי והאוניברסיטאי
ארכיון המדינה
מנכ"ל חברת ענבל

סימוכין : 14675214

כתובת אתר האינטרנט בו מפורסמים חוזרי מינהל הרפואה וחוזרי
מנכ"ל היא: - www.health.gov.il

טופס הסכמה מדעת לניתוח שינוי מין

שם הפונה: _____ ת.ז. _____.

לאחר שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מ: _____, במוסד הרפואי: _____, על פרטי הניתוח לשינוי מין אשר כולל כריתת אבר המין הזכרי ושני אשכים, תוך יצירת נרתיק וקיצור השופכה / כריתת שדיים, בניית פיץ מלאכותי וכריתת נרתיק במידה וקיים (מחק את המיותר) / אחר _____.

הוסבר לי והבנתי שאין בניתוח זה להבטיח הגעה לסיפוק מיני או לשינויים אחרים בהרגלים המיניים.

כמו כן הוסבר לי, והבינתי כי לאחר ביצוע הניתוח המבוקש תמנע ממני אפשרות להורות טבעית.

הנני מודעת/לסיכונים הסבירים ועל דרכי הטיפול החלופיות האפשרויות בנסיבות המקרה. לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה, הבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך, אני נותנת את הסכמתי לביצוע הניתוח כאמור במוסד הרפואי _____ (להלן: "הניתוח העיקרי").

הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן כעת בוודאות או במלואן, אבל משמעותם הוסברה לי.

לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות ניתוחים שלדעת רופאי יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.

הסכמתי ניתנת, כמו כן, לביצוע הרדמה, בין כללית, בין אזורית ובין מקומית אזורית, אם ובמידה שיהיה צורך בכך בהתאם לשיקול הדעת של הרופאים המטפלים.

_____ חתימת החולה:

_____ שעה:

_____ תאריך:

אנו מאשרים כי הסברנו בעל פה ל _____ את כל האמור לעיל בפרוט דרוש וכי הוא / היא חתמה על הסכמתו/ה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם. שמות חברי הוועדה וחתומותיהם:

