**הכנסת השש עשרה נוסח לא מתוקן**

**מושב שני**

**פרוטוקול מס' 81**

**מישיבת הועדה לקידום מעמד האישה**

**יום שני, ח' באדר תשס"ד, 1.3.2004 בשעה 10:30**

**סדר היום**

**הצגת שני מחקרים: "השפעת חשיפה כימית" , ו- "עומסים על שריר שלד"**

**נכחו:** היו"ר גילה גמליאל

מרינה סולודקין

**מוזמנים:** פרופ' יונה אמיתי,מנהל המח' לאם לילד ומתבגר, משרד הבריאות

אורלי בוני, , משרד הבריאות

סמדר אלינסון, אחות מחוזית י-ם, קופ"ח לאומית

אדית הוגון אחות ראשית, קופ"ח מאוחדת

ד"ר מריו סקולסקי, המוסד לביטוח לאומי

ד"ר נאוה רצון, מרצה, החוג לריפוי בעיסוק, אוניברסיטת תל אביב

ד"ר אורלי תיבון-פישר, מנהלת מח' לרפואה תעסוקתית פרופ' יהודה לרמן, ר' המרכז לרפואה תעסוקתית שירותי בריאות

כללית ור' החוג לאפידמולוגיה אוני' תל אביב.

דורון לוי, מנהל המח' לרפואה תעסוקתית, מכבי שירותי בריאות.

פיטר מגנוס, מפקח עבודה ראשי, משרד התמ"ת

יהודית שחם, מנהלת המחלקה לסרטן תעסוקתי

ד"ר אשר פרדו, מנהלת המחלקה לסרטן תעסוקתי

רבקה שקד, הממונה על קידום ושילוב נשים בשירות המדינה.

**מנהלת הוועדה:** דלית אזולאי

**נרשם ע"י :** חבר המתרגמים בע"מ

**היו"ר גילה גמליאל:**

אני פותחת את הישיבה.

ד"ר נאוה רצון תציג את המחקר שלה בנושא "השפעת חשיפה כימית", ובנושא "עומסים של שריר שלד" שגורמים לסיכונים בריאותיים לנשים בסביבת העבודה. הבמה היא שלך בינתיים להציג לנו את המחקר ונראה איך מכאן נפתח את הדיון.

**נאוה רצון:**

אני חשבתי להגיד כמה מילים מקדימות מה התחום. הנושא של נשים בעולם העבודה למעשה אקטואלי לאורך כל מעגל החיים של האישה. אנחנו מדברים על אישה שמתחילה לעבוד ואז זה בגיל הפוריות. נשים במהלך העבודה שלהן נכנסות להריון, מניקות ולאחר גיל הפוריות אנחנו יודעים על תופעות כמו בריחת סידן והדברים מאד משמעותיים בכל הנושא. עומסים על מערכת שריר שלד ולכן כל נושא העבודה לאורך כל מעגל החיים של האישה הוא מאד מאוד חשוב. למה אנחנו מייחדים את הנשים מהגברים בעולם העבודה? לכאורה מה ההבדל? הבאתי כמה נקודות זה כמובן לא כולל את הכל, זה ים של חומר. אבל אנחנו יודעים שנשים בממוצע נמוכות יותר מגברים, אורך הגפיים פרופורציונית קצר מהגברים. כמו כן פלג גוף עליון נמוך בכ-40 עד 75% מגברים. כל הדברים האלה וגמישות מפרקית גבוהה משל הגברים והסיבולת – כל אלה משפיעים שוב במערכת של שלד בסביבת העבודה בעיקר בסוגי עבודות שנשים עושות – תיכף נדבר על זה.

חשיפות כימיות משפיעות אחרת על גברים ונשים בגלל שנשים בעלות רקמות שומן רבות יותר. יש פעילות הורמונאלית שונה, יש מטבוליזם שונה וכו'. הבאתי רק כמה דוגמאות.

אם אנחנו מדברים על הבדלים בין גברים לנשים, גם כמו שאמרתי אצל נשים לאורך מעגל החיים המצב משתנה. אם אנחנו מדברים על הבדל בין גברים ונשים חשוב לדבר על אותה אישה כאשר היא בהריון וכאשר היא לא בהריון. אם זה משקל הגוף שהוא משמעותי, אנחנו מדברים על חשיפות של חומרים מסוכנים שסופגים אותם דרך מערכת הנשימה. אז כמו שאתם רואים את השורה האחרונה כאן, נפח האוויר שנכנס חילופי האוויר במשך שמונה שעות עבודה משתנה בזמן ההיריון. לכן אם יש משהו באוויר הוא נכנס הרבה יותר אצל אישה בהריון שלא לדבר על זה שאם אלה חומרים שעוברים את השלייה – הם משפיעים גם על העובר. אם אלה חומרים שנספגים דרך העור שטח הפנים של העור בזמן ההיריון יותר גדול, זרימת הדם לעור היא יותר גדולה.

חלק אחד של כל נושא הנשים בעולם העבודה קשור לדברים האנטומים והפיזיולוגיים של הנשים. החלק השני קשור באיזה סוגי עבודות נשים נמצאות יותר מאשר גברים – אלה נתונים מהארץ. 22% מהם עוסקות בחינוך, 17% מהנשים עוסקות בשרותי בריאות רווחה וסעד. 12% בתעשייה, שירותים עסקיים ואחרים. ולמה הדברים האלה חשובים? כי הם מאפיינים את הנזקים ששכיחים לנשים בעולם העבודה. אז אם יש שעור גבוה של נשים שעובדות במקצועות הבריאות ואם הפגיעה הכי שכיחה בקרב מקצוע הסיעוד זה פגיעות גב, אז מכאן השכיחות הגבוהה יחסית של בעיות גב אצל נשים שעובדות במגזר הזה. אם נשים סובלות פי שלוש מכל מיני סיבות מתסמונת התעלה, או איזושהי הפרעה עצבית של הידיים שמפריעה להן לתפקד – אז גם עצם זה שנשים עוסקות הרבה בהקלדה, קופאיות, עובדות בפסי יצור, מגביר את הסיכון שלהן להיפגע מהתסמונת הזאת. אם אנחנו מדברים על בעיה בסדירות המחזור החודשי – נשים שעובדות במשמרות בבתי חולים, בשרותי תעופה, רקדניות שזה מסיבה אחרת יפתחו בעיות בכיוון הזה.

זה רק מדגם של דברים המסבירים לנו למה השיעור והאופי אצל נשים שונה מאשר אצל גברים. נכנסים כאן עוד המון גורמים שאני לא אכנס אליהם כמו גורמים פסיכולוגים, והעובדה שנשים נוטות יותר לדווח על פגיעות מאשר גברים וכו', זה היה רק איזשהו רקע. אי אפשר לדבר על הגורמים בלי לדבר מה התפקיד שלנו של המערכת.

אני לא יודעת עד כמה הוועדה תכנס לתוך זה, ומה התפקיד שלנו במניעה בכל הנושא הזה. כמובן שצריך לדבר על התאמת כושר גופני בהתאם לסביבת העבודה. זה מתחיל עם איך הם יושבים, ותלמידות איך הן יושבות וממשיך הלאה שהיום בנות מתגייסות לתפקידי גברים בצבא, ועד כמה בונים את הכושר הגופני שלהן בהתאם לתפקידים החדשים שלהם. ומדובר על שיפור ארגונומי של סביבת העבודה. רוב עמדות העבודה מסודרות באופן שמתאים לגברים ולא לנשים. והדבר הזה משפיע על היכולת של נשים לעבוד. כלי העבודה שמיוצרים היום בשוק החופשי לא מותרים ארגונומית לנשים. וארגון ודרישות העבודה.

אם אנחנו מדברים ספציפית על הריון מאד חשוב לדבר על מניעה ראשונית כאשר צריך לספק הגנה מלאה לאישה מפני חשיפות שונות. ואם לא ניתן – אז צריך לחשוב אולי להרחיק אותה מאותו מקור. צריך להדריך את האימהות הנמצאות בסיכון, ותיכף אני אדבר ספציפית על המחקרים שעשיתי בארץ ונראה איך כל זה אמור להיות ישים שם. כמובן לספק להן הערכה תקופתית בטיפול למי שכבר נחשפה וזקוקה לזה.

אני רק רציתי להביא את ההמלצות של ארגון הבריאות האמריקאי ספציפית לנשים, לבריאות תעסוקתית של נשים משנת 96 שהם החליטו להקדיש משאבים לחקר נושא נשים ועבודה והם כיוונו ספציפית לתחומים האלה שהעליתי כאן. נושא של אלרגיות, אסטמה, פוריות והריון, אובדן שמיעתי שיש אלפי מחקרים בנושא של נזק שמיעתי לאנשים בסביבת העבודה. אבל לא מספיק מחקרים על מה קורה לנשים שחשופות לאותן רמות של רעש. מחלות זיהומיות, נזקי מערכת של השלד ופגיעות טראומטיות.

נושא הפוסט דוקטורט שלי עסק בהתפתחות של ילדים שנולדו לאמהות שהיו חשופות במהלך ההיריון לחומרי הרדמה. קרי, רופאות מרדימות ואחיות.

אני לא הגעתי סתם לנושא הזה, אני ראיתי כמו שראיתם שדילגתי על השקפים התחילו בשנות ה-70 להתפרסם מחקרים על נזקים כמו הפלות, מום מולדים וכמעט לא היה, למעט מחקר אחד של כהן משנת 71 לא היה מחקרים שעסקו במה קורה לילדים של הצוות שחשוף לחומרי הרדמה. השותפים למחקר הזה הם פרופסור הורנוי, ד"ר אשר פרדו ופרופסור מורין הץ' שליוותה אותנו שהייתה בזמנו כשעשיתי את הפוסט דוקטורט – ראש המחלקה לאפידמולוגיה.

במחקר שלנו השתתפו 80 ילדים שנולדו בין השנים 83 ל-96 ארבעים ילדים שנולדו לאמהות שהיו חושפות בעבודתן לחומרים המרדימים וארבעים ילדים לכל ילד שנולד בבית חולים מסוים, ילד של אחות שנולד באותו זמן רק שהאמא שלו לא הייתה חשופה לא לחומרי הרדמה, ולא לחומרים אחרים שידועים כטוקסיגנים.

אני לא אכנס לכל סדרת הספרות שקשורה לזה, מבחינת שבוע הלידה של אותם ארבעים ילדים, מול 40 ילדים לא היה הבדל. משקל הלידה לא היה הבדל. מה כן מצאנו? מבחינה התפתחותית מצאנו הבדלים בהתפתחות המוטורית הגסה בין הילדים שנולדו לאמהות שהיו חשופות לאמהות שלא היו חשופות ומצאנו הבדל מובהק סטטיסטית ביכולת הריכוז של הילדים. מה שנקרא קשב וריכוז. ואני מקשרת את זה כבר, אנחנו הרבה מי שעוסק בהתפתחות ילדים יודע שאנחנו מנסים למצוא מה ההסבר לכך שיש כל כך הרבה ילדים עם איחור התפתחותי, עם בעיות קשב וריכוז, עם בעיות למידה. חלק מזה קשור לדברים גנטיים וחלק מזה בהחלט קשור לדברים סביבתיים כאשר חלק מהדברים הסביבתיים בהחלט קשורים לסביבת העבודה של האמא ולחומרים שהאמא חשופה אליהם. וזה עוד מחקר שמוסיף איזה שהוא נדבך בכיוון הזה.

אמנם הממצאים כאן לא היו מובהקים כאשר רצינו לראות האם יש קשר בין רמת החשיפה לבין מידת הפגיעה היה באופן עקבי קשר הפוך בין הדברים, ככל שהחשיפה הייתה יותר גבוהה, כך התוצאות ההתפתחותיות היו יותר נמוכות. כאשר השתמשנו בערכים עצמם, בערכים של החשיפה באוויר. הקשר לא היה מובהק. אבל כאשר התייחסנו כמדד חשיפה לשעות עבודה שבועיות, הקשר היה מובהק. ככל שאמא שהייתה חשופה ועבדה יותר שעות בחדרי הניתוח, כך הממצאים היו יותר מובהקים ומידת הפגיעה של הילד הייתה יותר גבוהה.

יתרה מזאת, גם כשעשינו ניתוח של רגרסיה כאשר לתוך הנוסחא הכנסנו עוד משתנים שעלולים היו להשפיע על הממצאים שלנו בכל הנושא של קשב וריכוז של הילדים שנולדו לאמהות החשופות הוא נשאר משתנה שהוא בא על ידי העובדה שהאמא הייתה חשופה.

מודל הרגרסיה לא ניבא את ההתפתחות המוטורית ואת ציוני האיי.קיו. כמובן שאני רוצה לסייג את המחקר הזה, המחקר הזה נעשה סך הכול למספר יחסית נמוך של ילדים למרות שאני רוצה לומר שאילולא לא היה כאן "סלקשין בייס" במובן הזה המספר הקטן לא פגע באיכות של זה. אנחנו פיטרנו את כל האמהות שעבדו והיו להם ילדים בגיל הזה. סירבו אולי נשים לראות. גם הגענו לאמהות שעבדו בחדרי ניתוח ועזבו את העבודה. סך הכול זאת אוכלוסיה שדי שומרת הרבה שנים על המקום שלה. בדרך כלל מי שעובד בחדר,אחיות חדר ניתוח ורופאי ניתוח הם אנשים שמתמידים באותו מקום עבודה. היו אולי חמישה אנשים שעזבו את מקום העבודה שלהם. הגענו לנשים ובדקנו את הילדים שלהם. אבל למרות זאת למה כל כך מעט ילדים? כי הרבה מהצוות שעובד רופאות מרדימות הם רוסיות שבזמן ההיריון הם לא עבדו כאן בארץ, או כאלה שהילדים שלהם כבר עברו את הגיל שהיה צריך. 40 ילדים שמצאנו באמת היו הילדים המתאימים בטווח השנים האלה. אבל בכל זאת זה מספר מוגבל יחסית. כמובן שהיה כאן מה שאנחנו קוראים 'ריקול בייאס' כי האמהות היו צריכות לשחזר כמה שעות הם עבדו וכו' והמגבלה האחרונה ועל זה מאד הייתי רוצה שאשר ידבר.

הרעיון המקורי של המחקר היה לנסות למצוא קורלציה בין חשיפה אמיתית כי באים ובודקים את רמות החשיפה בחדר שהנשים עובדות שם. ומה שגילינו לצערנו הרב למרות שאלה לא היו בתי חולים נידחים אלא ממש מהמובילים בארץ במהלך 12 שנים בארבעה בתי חולים היו אולי 16 בדיקות כאשר מהטווח הגילאים שאנחנו בדקנו היו שמונה בדיקות שהיו סך הכול רלוונטיות. וזה היה בשבילנו תדהמה. אולי אתם תוכלו להגיד יותר טוב מה התקנות, באיזה שכיחות צריך לעשות בדיקות של רמות חשיפה בחדרי ניתוח. והממצאים בעיני מזעזעים. למה הם מזעזעים? בגלל שאם האליטה של אנשי המקצוע בארץ שהם רופאים ואחיות חדרי ניתוח לא דואגים לסביבת העבודה שלהם, מבחינת סביבת העבודה. אז מה אנחנו מצפים מהפועלת שעובדת באיזה שהוא מפעל ואין לה אומץ מול ההנהלה שלה שזה כזה, בהערת סוגריים מעבר לממצאים אני חושבת שזה צריך לומר דרשני שלמרות שזה צריך להיות אחריות של המעסיק ושל העובדים ושל כל הסביבה. האנשים לא עושים את מה שצריך לעשות בסביבה שלהם.

אם אני צריכה לסכם את הממצא של המחקר הזה לא הייתי הולכת למקום גורף מצד אחד בגלל המגבלות שאמרתי. אבל מצד שני בהחלט זה צריך להדליק לנו נורת אזהרה כאשר צוותים שעובדים בחדר ניתוח חשופים, החומרים האלה עוברים את השלייה, משפיעים על העובר וזה צריך לגרום לנו למחשבה נוספת.

בעקבות, או במקביל לממצאים האלה כשראינו שיש דברים בגו – אשר ואני הנחנו סטודנטית בשם רחל מרגולין שבדקה את השפעת החשיפה לחומרי הרדמה במהלך ההיריון על ילודים של מרדימות ואחיות חדר ניתוח. הגדלנו את המדגם שלנו. במקרה הזה יש לנו 73 אמהות שהיו חשופות ו-73 אמהות ביקורת שזה כבר מספר יותר רציני. אבל לא עשינו כאן בדיקות התפתחותיות אלא רק לקחנו נתונים של הילודים. לא מצאנו הבדלים במשקל הילוד, באורך הילוד, בהיקף הראש, ב"אבגר" ובשבוע הלידה.

יחד עם זאת, למרות שלא היה הבדל בממוצע הציונים בין הקבוצות עד אחוזון עשירי נמצאו פי שניים נקודה 14 ילודים של אמהות חשופות. איפה החשיבות של זה, למי שלא מבין בהתפתחות הילד? מבחינתנו תינוק שהוא קטן הוא ילד בסיכון לבעיות התפתחותיות. אז זה מחזק את הממצאים הקודמים שהיו לנו אמנם על אוכלוסיה יותר קטנה שבהחלט יש קשר בין משקל הלידה לבין המצב ההתפתחותי של הילד. הממצאים במקרה הזה הראו שהיו פי 14.36 יותר לידות מוקדמות, אני מדברת על נתונים פה בארץ בקרב האוכלוסייה שבדקנו, ואלו מספרים מדהימים. פי 3.92 יותר ניתוחים קיסריים, כאשר ניתוח קיסרי הוא בדרך כלל אינדיקציה לאיזושהי מצוקה. מה שלא היה מובהק סטטיסטית זה הפלות ספונטניות, שלא היה מובהק סטטיסטית אבל יחד עם זה 1.45 על אוכלוסיה של 73 אמהות מול 73.

אני גם רוצה לציין שכשראיינו את האמהות, שלוש אמהות אמרו שבסקירת מערכות היו מומים מולדים והן עשו הפלות. אם פעם בדקו מומים מולדים ולא היה כל כך מפותח הנושא של סקירת מערכות, הן ילדו את העוברים האלה.

דבר חשוב נוסף שמצאנו במחקר הזה, זה קשר. אמנם היה הבדל באבגר בין הילודים של החשופות לאלה שלא לא חשופות, אבל יחד עם זאת מצאנו קשר מובהק, בין רמת החשיפה לבין הציון האבגרי של הילוד, שזה סימני בריאות של הילוד. ככל שהאמא הייתה יותר חשופה, כך האבגר היה יותר נמוך. הנתון הזה חזר גם בניתוח רגרסיה. עד כאן הנושא של אמהות שחשופות לחומרים כימיים.

מחקר נוסף שעשיתי במסגרת החוג לריפוי בעיסוק באוניברסיטת תל אביב, שם אני מרצה בסמינר מחקר, בחוג שלנו בדקנו את הקשר בין כאב שריר שלד בדגש על כאבי גב לבין יכולת תפקודית של נשים בעבודה שעובדות במסגרת תעשייתית. רצינו לזכור את שכיחות כאבי שלד בכלל וכאבי גב בפרט בקרב נשים שעובדות בתעשייה בישראל. רצינו להשוות את הבדלי מיקום כאבי השלד בין נשים לגברים העובדים בתעשייה בישראל. רצינו לבחון את הקשר בין כאבי גב ליכולתן התפקודית של נשים העובדות בתעשייה, ולבדוק את עוצמת יכולת האבחון של הכוח הדינמי לנבא כאבי גב. אני לא אכנס כאן לכל המטרות ולכל הניתוחים, הרעיון כאן זה להראות קצת ולאפיין את בעיות שריר השלד של נשים בתעשייה.

במחקר הזה השתתפו 80 נשים הם נדגמו בשיטת המכסה. לא הכנסנו למחקר נשים שדיווחו על בעיות לב או שהיו בהריון. חמש נשים מכלל הנשים שנדגמו סירבו להשתתף במחקר. סך הכל הנשים שהתלוננו על כאבי גב היה 32%.

מה מצאנו? קודם כל שזה בטח לא הפתעה שיכולת כוח דינמי של נשים שונה באופן מובהק מאשר של גברים. בדקנו מטלות הרמה שונות. יכולת נשיאה מילטרלית ובילטרלית דחיפה ומשיכה. יש לזה משמעות כאשר היום נשים נכנסות ליותר ויותר עבודות גבריות לגבי היכולת שלהן. זה לא אומר שהן לא יכולות לעשות את זה, זה רק אומר משהו לגבי שלבי ההכנה לקראת העיסוק שלהן.

מבחינת עוצמת כאבי הגב וחומרת הסימפטומים בכלל באופן כללי היא הייתה יותר גבוהה אצל נשים מאשר גברים אבל לא באופן מובהק. כאשר מישהו כבר התלונן חומרת הסימפטומים שלו לא הייתה שונה באופן מובהק.

מה שהיה לי הכי חשוב כאן בפורום הזה להראות זה שבמה היו שונות הנשים מהגברים. כל הנתונים לגבי כאבי גב תחתון של גברים נאספו מ-100 גברים בתעשייה, בתעשיית המתכת בישראל שזה מחקר בפני עצמו שמישהו התעניין ויש לי גם עליו הרבה נתונים.

אז כמו שאנחנו רואים, נשים סבלו פחות מבעיות גב תחתון מאשר גברים. לעומת זאת גב עליון, קרי חגורת הכתפיים וצוואר ושורש כף יד נשים סבלו יותר מבעיות אלו, שהיו יותר נפוצות בקרב הנשים. אני חושבת שמי שמכיר את מה שמאפיין עבודות נשים בתעשייה מבין את ההבדלים, נשים לרוב עובדות בעבודה חוזרנית של מיון ושל אריזה, פחות מאשר נשיאה ולכן אנחנו רואים את ההבדלים האלה. כמובן שהיה קשר בין יכולת הכוח הדינמי שלהן לבין חומרת הסימפטומים, מאחר וזה היה מחקר חתך רוחבי וקשה לנו לדעת מה גרם למה. האם העובדה שהיכולת הנמוכה יותר של הנשים היא זאת שגרמה להן לחומרה יותר גבוהה של הסימפטומים או אלה שהיה להם חומרה של סימפטומים זה פגע ביכולת שלהן. היה קשר בין עוצמת כאבי הגב הסובייקטיבית לבין כמעט כל המטלות של הכוח הדינמי, והיה קשר בין סך הפרטים הקבועים לבין היכולת הדינמית של האנשים.

אני חשבתי שזה חשוב להביא נתונים קצת על ישראל למסגרת כזאת כדי שנקדיש קצת מחשבה איך אנחנו יכולים לעזור למגזר הנשי בעולם העבודה בישראל. תודה.

**היו"ר גילה גמליאל:**

תודה רבה. אני ארצה לשמוע את דוקטור אשר.

**אשר פרדו:**

אני בא מהתחום הסביבתי שבודק חשיפה של עובדים במקומות עבודה לגורמים שונים ובמקרה שלנו כאן באמת אנחנו מדברים על חומרים כימיים, כאשר הגז הבולט שאליו חשופים זה המיתוס אוקסיד שמשמש כגז העיקרי בהרדמה. יש גם חומרים נוספים אבל כמו שנאווה אמרה התיעוד לגביהם הוא יותר טוב בשנים האחרונות והוא לא היה קיים, או לא היה מספיק בשנים קודמות.

אני רוצה להגיד שלמרות הדיווחים שיש כבר ממספר עשורים קודמים במחקרים אפידמולוגים על איזה שהן השפעות של גזי הרדמה על נשים וגם על נשים של מרדימים שלא מעורבות בעבודה. רק באמצע שנות ה-80 דוקטור ברלוביץ' הקים וועדה שמטרתה הייתה לבחון בשלושה בתי חולים את מצב החשיפה של עובדי חדרי ניתוח לגזים האלה. ואנחנו הראנו שהחשיפה היא מאד גבוהה. היא לא הייתה קבילה לגבי תקנים שהיו נהוגים אז וגם היום. והייתה איזה שהיא מגמה למשרד הבריאות, מגמה ארוכת טווח שכאשר בית חולים ישפר, ישדרג, ישנה את ציוד המכונות בחדר ההרדמה הוא ייקח את זה בחשבון.

לאורך שנות ה-90, אנחנו לא ראינו כל כך ירידה במצב של הבקרה והמניעה בחדרי ניתוח מהזווית של הגז הזה ובשנת 93 כבר נכנסו לתחיקה של משרד העבודה תקנות שנגעו או טופלו בחומרים האלה. כאשר הבקשה ההוראה לבדיקה הייתה פעם בשנה, לבדוק את החשיפה, גם כיום. רק בסוף שנות ה-90 ובתחילת שנות 2000 התחלנו לראות קצת תזוזה בנושא הזה מבחינת הריכוזים בחדר הניתוח, ריכוזים באוויר של הגזים שהצוות נושם בזמן ניתוח.

עקרונית המחקר נעשה עד שנת 98 ולכן במחקר הזה אנחנו עדיין לא רואים התחלה של ירידה למרות שגם היום כאשר מודדים את הריכוזים באזורי הנשימה של צוות הניתוח הרופאים, האחיות המרדימים בזמן ניתוח עדיין אנחנו רואים ריכוזים שהם גבוהים מעל המותר בשכיחות לא נמוכה.

מה שנאווה אמרה לגבי הנושא של מיעוט המדידות היה מפני שיוזמת המדידות היא יוזמה של המעסיק עצמו. ואם המעסיק אינו מזמין את המדידות למרות הנושא של התקנות אז התדירות המדידות לא תהיה כמו שצריך ויש בתי חולים שלקח להם כמה שנים כדי להגיע לאיזה שהיא שיגרה של מדידות.

עכשיו אנחנו במהלך שנות ה-80 ושנות ה-90 עשינו מבצע לא קטן כמו ממש הלוך וחזור של נדנוד ושליחת מסמכים להדריך את בתי החולים כיצד הם צריכים להקטין את החשיפה ולמנוע אותה. אבל בהרבה מאוד מקרים משיקולי תקציב אני חושב בעיקר ותכנון זה לא נעשה. אנחנו גם הראנו לצוות ולבית החולים בדיוק מה המקורות של החשיפה ובמה יש תלות בחשיפה. למשל מבחינת בטיחות רפואית מרדימים אוהבים להשתמש בקצב הזרמת גז הרדמה גבוהה ממה שצריך לאותו מצב שדרוש להשאיר את המנותח בהרדמה מסוימת. ולצורך פשוט עניין של בטיחות רפואית תמיד הריכוזים היו מאד גבוהים. ההזרמה הייתה הרבה יותר גבוהה, קצב ההזרמה של הגז לחולה מהמכונה שפולטת אותו היה הרבה יותר גבוה ואנחנו הראינו במדידות ויש כמובן מחקרים תומכים גם בעולם שככל שמקטינים את קצב ההזרמה של הגז, ההפחתה בריכוזים היא אפילו לא ליניארית יותר מליניארית, ההפחתה בריכוזים באוויר.

אנחנו גם הראינו שללא מתקן מסוים שהיום כשבתי חולים מחדשים חדרי ניתוח הם דואגים לו. יניקה של עודפי הגז שנמצאים בחדר. אין שום סיכוי שהריכוזים בחדר יהיו מתחת לרמות המכסימליות המותרות והחשיפה במצב כזה היא באמת גדולה מאד.

הראינו לבתי החולים גם דברים נוספים שנתונים טכניים ובתפעול עצמו, ובשיטות עבודה שיכולים לצמצם את החשיפה. חלק יושם, חלק לא תמיד יושם. גם סוג הניתוח מאד משנה את החשיפה ובניתוחים ארוכים וקשים יותר החשיפה היא יותר גבוהה.

אם אתם שואלים אותי מה המצב היום. היום יש חשיפות. החשיפות הן גבוהות. יש גם הרבה דליפות מציוד ההרדמה והבעיה כאן היא, שיגרת החזקה שאנחנו כל הזמן מנדנדים לצוות ולבית החולים שיש צורך בשגרת החזקה קבועה ולא רק כשמגלים את הדליפות האלה. בתי החולים אינם מצוידים במכשירים לגילוי דליפות ולכן הם לא יכולים באון-ליין לדעת אם בזמן הפעלת המכשור בעת ניתוח יש דליפה שמעלה את הריכוזים בחדר ויכולה להביא לחשיפה של העובדים מעל המותר.

במחקר הזה היה לנו מעט מאוד מדידות של מה שנקרא 'הלוטן', כי לא בכל ניתוח משתמשים בו. משתמשים בו גם בניתוחי ילדים, וכאן אנחנו מדברים על צוות של חשופים. מנותח עובר רק ניתוח אחד, אבל גם 'הלוטן' וגם חומרים אחרים שנמצאים בשמות 'איזופלורן' 'סבפלורן' 'אנפלורן', כל אלה הם חומרים ממשפחה אחרת.

על כל פנים מספר המדידות היה מועט מאוד לגביהם, כי בתי חולים לא השתמשו, או שביום שהגענו לבדיקה לא השתמשו, אבל מספר המדידות של 'הידרו סוקסיד', היה לא קטן והראה ברוב המקרים חריגה בתקופת המחקר. מאחר ולא היו לנו מספיק נתונים של מדידה פיתחנו מודל ללא מחקר שיכול להראות קשר נקרא לו איכותי וחצי כמותי בין החשיפה לבין הפונקציות שנאווה דיברה עליהם והיא מדדה. כאשר גם במודל הזה אנחנו ראינו שהוא מראה על כיוון שבהם בהרבה מקרים חשיפה שהיא יכולה להיות מתורגמת לחשיפה מעל תקנים מותרים שמאשש שעובדי חדרי ניתוח חשפו בהרבה מאוד מקרים במשך השנים, או בעוד מקרים לריכוזים מעל המותר של הגזים האלה.

**היו"ר גילה גמליאל:**

תודה. ד"ר יהודית שחם.

**יהודית שחם:**

אף אחד מהגזים האלה לא מוכרים כחומרים מסרטנים. אני חושבת שהאפקט שלהם הוא לא פחות חשוב כשמדובר בנשים בציבור רחב שעובדות בחדרי ניתוח. סוג נוסף של עובדות שנתקלות בבעיה נוספת של עבודה עם חומרים טרטוגנים, כל המגזר בבתי החולים שחשופים לתרופות הטטוקציות תוך כדי טיפולם במחלקות האונקולוגיות, והיום זה לא רק במחלקות האונקולוגיות אלא במחלקות שונות אחרות.

לכן אני חושבת שצריך להסתכל על הבעיה לא רק כבעיה של חדרי ניתוח, אלא כבעיה של חשיפת נשים עובדות לחומרים טרטוגנים ככלל. היום יש וועדה בין-משרדית לחומרים מסרטנים ולאחרונה השלמנו את הרשימה של החומרים הטרטוגנים שיפורסם בעתיד הקרוב באתר של משרד הבריאות ובאתר של האגודה למלחמה בסרטן. אני חושבת שצריך לתת את הדעת בהחלט לנושא של השפעה טרטוגנית של נשים בעבודה יש לזה הרבה מאד היבטים מה עושים עם נשים כאלה בזמן ההריון. צריך לתת את הדעת גם גורמים נוספים במערכת. אבל אי אפשר להתעלם.

**היו"ר גילה גמליאל:**

האם הממצאים באמת הראו שככל שנשים עבדו יותר במהלך תקופת ההריון מבחינת מספר שעות העבודה נתנה לזה יחס ישיר לעצם החשיפה ובעקבות זה לגבי פגיעת העובדים לדוגמא? האם בחנתם אפשרות של צמצום שעות פעילות? מה מידת השפעה שנניח לא פוגעת בעובר בהתפתחות? האם יש איזשהו מדגם שלדעתכם יכול באמת להשפיע ושניתן לצאת עם מסקנות קונקרטיות לגביהם? נניח אם אישה עובדת במשרה מלאה בחדר ניתוח ואז היא חשופה לאיקס שעות ובעקבות זה העובר גם נפגע, אז אין ספק שזה מצב שהוא בלתי נסבל. בטח ובטח לא במוסדות שהם בתי חולים. אז השאלה הנשאלת היא אם נניח במחצית מהשעות המדוברות מבחינת החשיפה האם הנושא הזה מונע או יכול למנוע, יכול להוות את הפתרון? מה מבחינה מקצועית? אני בכוונה מציפה כרגע את השאלה שלא כל אחד פשוט יתייחס רק לממצאים ומכאן נפתח הדיון. אני ארצה לשמוע את ד"ר מריו מהמוסד לביטוח לאומי.

**מריו סקולסקי:**

אני חושב שיש איזו נקודה שלא נגענו בה עד עכשיו והיא, באיזו תקופה של הריון האישה חשופה. זה לא אותו דבר כמו אישה שנחשפת בתקופה ראשונית של ההריון, כיוון שיש את כל התקופה של פיתוח העובר עצמו מאשר בחודשים אחרונים של הריון.

**נאווה רצון:**

במקרה הזה אני לא מסכימה איתך. כי אנחנו מדברים על השפעה על מערכת העצבים של העובר שמתחילה להתפתח בשבועות הראשונים. וממשיכה להתפתח עד אחרי הלידה.

**מריו סקולסקי:**

אני מתכוון באופן יותר קולגני, לא רק למערכת העצבים. אם אנחנו מסתכלים על נקיטת צעדים, אז זו נקודת מבט מסוימת. אם אנחנו נסתכל על התפתחות העובר, והסכנה לאמא ולעובר בחשיפה לחומרים כימיים, ההשקפה היא שונה ואז מה שאני אמרתי יש לזה תוכן. אם אנחנו מגבילים את עצמנו למערכת העצבים אנחנו לא נתקוף את הבעיה בכללותה – ככה זה נראה לי. הבעיה שצריכים לדון בה זו החשיפה של האמא ושל העובר באופן כוללני, לגורמי סיכון במשק המדינה. זו לא בעיה של מערכת העצבים, מערכת העצבים יכול להיות נושא למחקר אחד מסוים, או למספר מחקרים אבל זו לא הבעיה שעליה אנחנו צריכים לדון.

מבחינת הבטוח הלאומי, כמובן שהמוסד מאד מעוניין בכל מיני ממצאים מניעתיים, על כל עובד כולל כמובן כל אישה עובדת וכל גבר עובד. כאשר אצל האישה יש את המצב הפיזיולוגי של ההיריון. עכשיו אנחנו מבדילים בין שני דברים: בין הסכנה לאישה עצמה, לדוגמא אישה שעובדת וסובלת מכאבי גב זו עבודה שנייה. כאשר ההתייחסות של המוסד לביטוח לאומי במקרה הזה, היא התייחסות כמו לכל עובד אחר וזה נכלל בתוך התחום שלנו של נזקי עבודה. זה כדוגמא כי יכול להיות כאבי גב כמו כל בעיה אחרת שהיא אנהרטית לאישה עצמה. כאשר יש סכנה לעובר וגזים שראינו עופרת וכך הלאה אז אנחנו מדברים על משהו שנקרא שמירת הריון. והתקנות קצת שונות לגבי שמירת הריון. זאת אומרת האישה הזו כאשר יש סכנה לעובר בגלל חשיפות מסוימים היא יכולה להיכנס לתקופה ממומנת על ידי הביטוח לאומי על ידי שמירת הריון. זה ההבדל בשבילנו. כמובן כל אישה שעובדת היא מכוסה אם לא משמירת הריון היא והעובר שלה בעיקר וגם מבחינת עבודה כמו כל אזרח מדינת ישראל המבוטח בביטוח לאומי.

**היו"ר גילה גמליאל:**

תודה.

**יהודה לרמן:**

אני אייצג דברים תחת שני כובעים. ראש המרכז לרפואה תעסוקתית בשירותי בריאות כללית, וגם ראש החוג לאפידמולוגיה באוניברסיטת תל אביב. אני רוצה להתייחס לשירותים להוראה ולמחקר שנעשים בתחום של בריאות נשים בסביבת העבודה שזה בעצם הנושא אם אנחנו קצת עולים מעל חדר ניתוח והחשיפה לגזי הרדמה, ורוצה לפתוח בזה שכמו שנאווה הציגה יש מאפיינים מאוד מיוחדים לנשים בכוח העבודה. אם אנחנו נדגיש נכון ש-18% מהן עובדות בתחום הרפואה ועוד 11% בתחום שני זה היה תחום המשק. אבל החלק שלהן, אם ניקח את כוח האדם בתוך עולם הרפואי הסיעודי, אנחנו נראה שהמרכיב הדומיננטי זה של נשים. זאת אומרת התמונה היא עוד יותר קשה.

יש לנו שני מגזרים עיקריים שבהם בעצם אם אתה לוקח את הנשים 100% אז אתה רואה 20% מהן עובדות בהוראה, 20% עובדות בסיעוד, אבל בתוך הסיעוד ובתוך ההוראה ובתוך העובדות מעבדה, במעבדות אתה מוצא בעצם אחוז גבוה מאד יחסית של נשים ביחס למין השני, ואני רוצה להתייחס לשירות להוראה ולמחקר שמתייחס לעניין של בריאות נשים בסביבת עבודה.

מבחינת השירותים, אני מייצג בזה גם אולי את שאר שרותי הבריאות ויושב לידי דורון לוי שהוא מרכז במרכז מכבי את התחום. אנחנו עובדים לפי החוקה התקינה שעובדת במדינה. והתקינה היא די מתקדמת יחסית. חוק עבודת נשים אליו בעצם אנחנו מתייחסים כבר מזה שלוש ארבע שנים, היא חקיקה מאוד מתקדמת והבעיה כמו בהרבה חקיקות ותקנות אחרות, היא באכיפה.

הגישה המעניינת של החוקר לפני שנכנס. הגישה המעניינת של החוק היא שהיא לא מתירה למרות שהייתה גישה מסוימת באמצע שנות ה-90 שהוביל אותה דוקטור שלו שכן להתיר לאישה את האחריות על העובר שלה. מי שזוכר את הכנס אז שהיא דיברה פה באחד הכנסים הגדולים שהיו בינלאומיים לא הלכו על זה. הגישה שאין ולא נותנים לאישה את האחריות על עוברה. היא לא מחליטה שהיא תהיה חשופה לעופרת ב-60 מיקרוגרם כי ברגע שהיא עוברת ה-30 זה לשאלתך- - -.

**היו"ר גילה גמליאל:**

איך זה בא לידי ביטוי בעישון?

**יהודה לרמן:**

זה בא לידי ביטוי בחקיקה. בעישון זה לא בא. במה שהחקיקה נתנה, כמו למשל: הבדל בין נשים לגברים, ברמות שמותר לנשים להיחשף אליהם בעופרת, מתוך אחריות שלנו שלא לתת לאישה את האחריות, היא לא יכולה לומר אני אחראית על עוברי. זו תפיסה מאד חשובה להבנה מבחינת מה הגישה שלה. ואני מציין את הדבר הזה כי יכולה להיות גישה אחרת. אני חושב שגישה שלנו היא יותר נאורה. זאת אומרת הייתה יכולה להיות גישה מאוד ליברלית, אישה אחראית לגופה, אישה מודעת, אישה היום היא אסרטיבית היא יכולה, אני חושב שאנחנו לא יכולים בדברים האלה והעבודות של נאווה רצון בהחלט מתקשרות עם זה.

אני רוצה לדעת על הלקונות שקיימות. אחת הלקונות היא, התקנות המיוחדות שדווקא מתייחסות לאוכלוסיה הזאת של נשים שעדיין אינן מופעלות. יושב פה מפקח עבודה ראשי פיטר מגנוס שיוכל להתייחס יותר מאוחר. אחת מהן זה תקנת עובדי מעבדות, והשנייה זה תקנה של עובדי ציטוטוקציקה. לגבי שניהם ד"ר יהודית שחם שהיא ראש המחלקה לסרטן תעסוקתי בבית לוינשטיין יכולה לספר על המחקר והיא לא דיברה על המחקר הגדול שהיא עשתה על עובדי מעבדות שפורסם לא מזמן, שמראה את השכיחות לצערנו הגבוהה של תמותה בקרב נשים שעובדות במעבדות. אנחנו ציינו קודם, שאחוז הגבוה מבין עובדי מעבדה הן הנשים. אלה שני תקנות מיוחדות שכבר קיימת לגביהן בואו נאמר באופן עקרוני - - -.

**היו"ר גילה גמליאל:**

התקנות קיימות מבחינה חקיקתית.

**יהודה לרמן:**

בהסתייגות מסוימת, בואי נאמר כך: יש היום 10 תקנות אנחנו מייחדים את הישיבה הזאת לנשים. אני מתוך התקנות שבדרך שיש לגביהם למעט בהסתייגות עקרונית מסוימת מקצועית לגבי המעבדות אבל בואו כרגע נניח לה. קיימות באופן עקרוני שתי תקנות חשובות לעניין הנושא שאת היום כינסת אותנו שזה עובדות מעבדה ועובדי ציטוטוקציקה שניתן להגיע תוך זמן קצר להפעיל אותם, וכל מה שצריך זה תקציב מתאים. זו טכנולוגיה חדשה, והיא אמורה להיכנס דרך סל השירותים או סל הבריאות. כמוהם גם יש כשמונה תקנות אחרות, העוסקות בכבאים, רתכים, עובדי טילי אוקסיד.

אז אנחנו מדברים היום על לקונות, הקיימות היום בחקיקה ויכולות לקדם ב- 'נו-טיים' את בריאות הנשים בסביבת העבודה, בין אם הן בהיריון ובין אם הן מחוץ להיריון. החקיקה כמו שאני אומר, כבר מוכנה בדברים האלה, כבר ישבנו על התקנות ודנו בהן,וניתן תוך זמן קצר - - -.

**היו"ר גילה גמליאל:**

אתם יכולים להעביר אלינו את שתי התקנות מדוברות?

**יהודה לרמן:** הצעות.

**היו"ר גילה גמליאל:**

סליחה. אז צריך גם לדעת, שחלק מהבעיות בדרך כלל נובעות מעצם הנתון שבו אמורים לסיים עם קביעת התקנות ואז הן עוברות בחקיקה. ועד שהן לא עוברות בחקיקה אז הן טיוטא כפי שזה נשמע. וזה חלק מהפניות שלנו היום לשר הבריאות, זה יהיה בדיוק לסיים כבר עם הנושא של התקנות על מנת שבאמת יהיה ניתן להוציא אותן לפועל. אי אפשר לדבר על אכיפה על משהו שהוא עדיין בכלל לא קיים מבחינה חקיקתית. אז אני רוצה שתאמרו לנו שוב את השמות של התקנות.

**יהודה לרמן:**

שתי ההצעות שאני מדבר עליהן, הן תקנות לבטיחות בעבודה לעובדים בציטוטוקציקה. והשם השני - - -.

**היו"ר גילה גמליאל:**

ברשותכם מה זו המילה הזאת?

**יהודה לרמן:**

ציטוטוקציקה חומרים שמטפלים בחולי סרטן. אבל יש לו גם שימושים אחרים. מחלות טראומטיות היום. כימותרפיה.

**היו"ר גילה גמליאל:**

והשני במעבדות?

**יהודה לרמן:**

כן. תקנות הבטיחות בעבודה לעובדי מעבדות, זו הלקונה הראשונה שעליה אני רוצה להצביע.

**היו"ר גילה גמליאל:**

אז אלה שתי תקנות שצריך לקדם אותן. מתי התחילו בשיח סביב הנושא של התקנות? לפני כמה שנים?

יהודה לרמן:

93/94 עובדי מעבדה. אני יכול להגיד, שהיתה פה ישיבת הוועדה לקידום מעמד האישה לפני כשנה וחצי, בראשות חברת כנסת יעל דיין וחבר כנסת גילון, ואנחנו העלינו והצגנו את הסוגיה.

הלקונות הבאות שאני רוצה להצביע עליהן, קשורות גם למאפיינים שדוקטור רצון דיברה עליהם. אם דיברנו על כך, שבתחום הרפואה האחוז הגבוה של העובדים הן נשים, כשאנחנו מדברים על כוח העזר כמעט לא תמצא גבר בכוח עזר. כשאתה מדבר על כוח עזר בנשים אתה מדבר על אישה שצריכה להרים משא ששוקל בין 80 ל-100 קילו, ולא הרבה גברים בתעשייה נדרשים להרמת משאות כאלה. זאת היא בעיה מיוחדת משום שכבר בגיל צעיר יחסית, היא עוברת תהליכים של שחיקה של הגב התחתון והגב העליון והיא מוצאת עצמה מהר מאד לפני שוקת שבורה אחרי 10 20 שנה בעבודה. היא איננה יכולה להמשיך ולעשות את העבודה הזאת. ולמה אני קושר את זה? אני קושר את זה ללקונה נוספת שקיימת והיא הלקונה של מילה לשמירת הריון חלקית. אני אראה מכתב פה שאני כתבתי ואני קושר את זה לד"ר תיבון שיושבת פה לימיני שהיא מנהלת המחלקה שלנו בטבריה.

היו"ר גילה גמליאל:

אם אני לא טועה, זה כבר עבר דרך חברת הכנסת אילנה כהן כשהם הגישו זאת כהצעת חוק. זה עבר כבר בקריאה טרומית, ואולי אפילו כבר בדרך.

**יהודה לרמן:**

יש פה מכתב שכתבתי לעורך נדל"ן ממשרד המסחר והתעשייה, בעקבות יום עיון שד"ר תיבון ארגנה לפני כחודש בתל השומר. כנס שעסק בדיוק בנושא של אישה בהריון עובדת. יש הסכמה מקצועית, הן של רופאים תעסוקתיים והן של רופאים העוסקים בתחום המיילדות והגניקולוגיה, שאישה במהלך ההיריון יש הגיון בהפחתת שעות עבודה, כפי שצויין קודם, על מנת להקל עליה להעביר את ההיריון ביתר בטחון. המצב החוקי היום, שאין מילה לשמירת הריון חלקית, יש רק או מלא או אפלס. ואז מה שקורה המשק מפסיד כלכלית משום שהנשים עוברות דרך הרופא, מקבלות את האישור לשמירת הריון מלאה. ולמעשה אינם עובדות בעוד שהם יכלו לעבוד חלקית. ולדעתי זאת היא, איך אומרים זה לא הפרצה היא הגנב אלא עצם החקיקה הזאת היא זאת שיוצרת את הבעיה פה.

**דורון לוי:**

אני אוסיף עוד אבסורד לקטע הזה. ההמלצה מספר 1 בשמירת הריון, צריכה להיות ברצף של 30 יום ולא פחות. לאחר מכן, בכל פעם שמוסיפים צריך להוסיף 14 יום. זאת אומרת אם סובר מישהו שאפשרי לתת לה אולי 4 ימי מנוחה או 5 ימי מנוחה, המוסד לבטוח לאומי לא ייתן לה את אותה שמירת הריון, שגם היא רק 75% משכרה, על פי חוקי המוסד לבטוח לאומי.

**יהודה לרמן:**

הבעיה היא לא בביטוח הלאומי. למזלנו באותו כנס השתתף עורך דין נטלן, והוא היה מספיק הוגן להציג לנו שהבעיה קיימת היום באוצר. האוצר מחפש את הכסף איפה שהוא רק יכול למצוא, ואני כותב פה מה ההצעה של האוצר. ההצעה של האוצר היא חמורה מאוד. היא באה להטיל את החלקיות הזאת על מה שנקרא ימי מחלה, שזה בנק שצוברות הנשים האלה בתוך קרנות הפנסיה ובחברות הביטוח וזאת הרעה חולה ולזה אני קושר את מה שאמרתי, במה שנאווה הציגה.

מה קורה עם הנשים האלה שהן כוח עזר בבתי חולים או מטפלות במעונות יום? שוב רק מקצוע נשי, אין מקצוע גברי. ברגע שיש לה כאבי גב תחתון, אומר ויצ"ו או נעמת, אם את לא יכולה להרים ילד במשקל 5 - 10 קילו, לכי הביתה. אותו הדבר בבית חולים הרצפלד, בכל בית חולים סיעודי ובכל מקום שבו אישה עוסקת ככוח עזר בהרמה, אם את לא יכולה להרים את 40 , 50 , 100 קילו, לכי הביתה. עכשיו מה מגן עליה בשלב הזה? בנק ימי המחלה שעומד לרשותה. אבל אותה אישה בתור כוח עזר, הרי הורידים מתנפחים לה והיא צריכה לעמוד. תורידו לה ל- 4 שעות, לא בגלל שכרגע יש איזושהי בעיה של מחלה, כי אם היתה מחלה אין בעיה שתביא תעודת מחלה, היא זאת שתוציא אותה מהעבודה. כל מה שאנחנו מנסים, זה להקל עליה. מורה לא יכולה במהלך ההיריון, לעמוד 8 שעות מול כיתה עם רגלים כאלה נפוחות. צריך להקל עליהן, ולתת להן מילה לשמירת הריון חלקית. להימנע מניצול לפי הצעת האוצר של ימי המחלה, כי היא תזדקק להם בבוא היום, כשבעצם לא תוכל באמת כבר לעבוד אחרי שילדה ארבע או חמישה ילדים, שזה הזמן שבנק ימי המחלה עומד לרשותה. אז צוברים לה שנתיים שלוש, וזה מאפשר לה עוד פרק זמן להשתקם,ואפילו לחזור למעגל העבודה בצורה כזו או אחרת.

אני רוצה להסב את תשומת לבכם לוועדה שמנכ"ל משרד הבריאות מינה לפני שנתיים או שנתיים וחצי, אשר יושבת עדיין על המדוכה, בעניין עובדות ועובדי בריאות נשאים, וזה סיפור שילך ויהיה יותר ויותר פרובלמטי.

אנחנו ראינו את אותו מרדים בבאר שבע לפני כחודש וחצי חודשיים או קצת יותר. גורם לאותה פגיעה כנראה. אנחנו מדברים אולי על משהו סוביודיצה אבל הדברים ידועים בספרות. אנחנו מדברים היום על שלושה גורמי סיכון עיקריים לנשיאות בקרב עובדות בריאות, כמו בעובדי בריאות HIV HBV HCD כנגד HBV אנחנו כשרות נותנים היום את החיסונים. צריך לאכוף את זה הרבה יותר טוב, וכאן תהיינה המלצות קוראות לגבי עובדות שיהיו נוגעות לסוגיות אתיות, האם עובדת בריאות כגון אחות ביחידת דיאליזה, נשאית יכולה להמשיך לעבוד או לא צריכה להמשיך לעבוד. האם אפשר להוציא אותה. אם נוציא אותה בהכרח מהעבודה האם ביטוח לאומי יכנס אז לנעליו של המעביד ויספק את המשכורת לאותה תקופה שהיא לא תוכל לעבוד עד שהיא תקבל טיפול ואולי עומס הוירוסים בדם ירד כן או לא, תלוי. זאת סוגיה שהולכת לעלות ובודאי אתם תגעו בה יותר מאוחר. זה מבחינה הלקונות בשירותים.

אם אנחנו נדבר על הוראה אז אני יכול לומר לכם שדוקטור רוני טיבון ביחד עם טיבון פישר בעלה שהוא בתחום הגניקולוגיה, קיימו לפחות שלושה כנסים גדולים בארץ בתחום של בריאות האישה העובדת בסביבת העבודה שהתקיימו אחד בדן פנורמה, השני בבית גבריאל והאחרון בתל השומר וזה דברים שאפשר אני רציתי, חשבתי שיהיה יותר זמן שארגנו את הכנס ונאווה דיברה אתי לפני כמה חודשים שגם יהיה מקום להציג את הממצאים. אחד הדברים שאנחנו עושים במסגרת החוג שלנו ההוראה ויש כאן מספר אנשים שקשורים. ד"ר אשר פרדו וד"ר יהודית שחם לעניין הזה של בריאות האישה. אחד הנושאים למשל בסמינר עכשיו של אמצע השנה בסביבתיות האם יש קשר בין עומס עבודה להריון זה לגבי הוראה. לגבי המחקר אני מציין את הפעילות המחקרית הגדולה של ד"ר יהודית שחר בנושא מעבדות שזה גם חדשני בינלאומי שני מאמרים שהתפרסמו. אם היה מקום, היא הייתה יכולה להציג מחקרים אחרים כולל שלנו, על עבודת פיזיותרפיסטיות שהשתמשו במכשיר שפרסמנו, גם כן לפני כשלוש שנים, והראנו שיש שכיחות יותר גבוהה של נשים שההיריון שלהן מסתיים במשקל לידה נמוך ולידה מוקדמת.

**מרינה סולודקין:**

יש לי עוד שאלה. האם חשבתם על פנסיה לנשים האלה? אני קיבלתי הרבה מכתבים מעולות חדשות העובדות בתעשיות כימיות, שהן לא יכולות להמשיך אחרי גיל 60 , זה קשה מאד.

**יהודה לרמן:**

הצעה לא באה מאיתנו אלא כמובן זו הצעה של האוצר, והיא נוגעת לאותה שימת יד בכיס של ימי המחלה, לעומת אותה גמילה לשמירת הריון שזה פתרון הרבה יותר הגיוני. העמדה המקצועית שלי היא, שבעצם אתה צריך לעבוד בטוח, לעבוד בטוח בגיל 59 ולעבוד בטוח בגיל 61. על מה שהנשים האלה מדברות במכתבים, אנחנו קוראים בשפה המקצועית שלנו שחיקה. אבל אם אתה מסתכל היום בדי.אס.אם, שזה המילון של המחלות, אין מחלה שקוראים לה שחיקה, היא לא מוכרת. היא תורמת, היא מגיעה אלינו לוועדות רפואיות כשהאישה אומרת אני כבר לא יכולה לעבוד יש לי לחץ דם, יש לי בעיה של דיסק, אבל מאחוריה עומדת שחיקה. ושחיקה היא דבר שאיננו מכומת איננו מוכר. היא יכולה לעבוד בגיל 64 כמו ב- 56, אבל היא צריכה לעבוד בטוח ללא חשיפות וללא משאים מיותרים. גם בגיל 50, היא לא תוכל לעבוד אם היא תרים 100 קילו במשך 20 שנה.

**פיטר מגנוס:**

אני מפקח עבודה ראשי במשרד התמ"ת. ראשית, היות ואנחנו נמצאים בכנסת, אני רוצה להתייחס למה שקיים היום בתחיקה התקינה. קיימות תקנות עבודת נשים, עבודות אסורות ומוגבלות. שבעצם באות כדי להגן על העובר, בעיקר כדי להגן על העובר של האישה בהיריון או שהיא בעתיד תהיה בהריון. התקנה הזאת עברה רביזיה מאד רצינית לפני שנתיים בערך כאשר היא קודם התייחסה למספר גורמים מועט כי הקמנו וועדה בראשותו של פרופסור הרנוי, שבאמת קבעה שגורמים נוספים כימיקלים וביולוגים עלולים להשפיע על העובר, ולכן הכנסנו את האיסור או את ההגבלה באותן התקנות. והתקנות האלה כמובן חלות בכל מקומות העבודה לרבות בתי חולים ומעבדות וכן הלאה.

אני רוצה לציין אם כי אולי זה לא פופולארי להגיד את זה בוועדה הזאת אבל יש דילמה מאוד קשה בנושא של הגבלת עבודת נשים. כי באותו זמן שאנחנו רוצים להגיע לשוויון בתנאי עבודה בין הגברים לנשים. ככל שאנחנו מגבילים את עבודת הנשים בכל מיני הוראות והגנת יתר נקרא לזה שהן מוצדקות בהחלט אנחנו גורמים לכך שאולי תהיה העדפה להעסיק גברים באותן העבודות. אז האיזון הזה הוא מאד עדין ואנחנו משתדלים מאד באמצעות בעלי מקצוע טובים באמת לבחון את כל הסיכונים האלה. ואם יש סיכון מוכח, כפי שזה בא לידי ביטוי באותו תיקון של התקנות אז כן אנחנו מכניסים את זה.

אני רוצה לציין שנעשות היום בדיקות גם בחדרי ניתוח גם במעבדות וכן הלאה ולפחות בשני בתי חולים גדולים יש אנשי גהות שבמיוחד מופקדים על הנושא של חשיפה לחומרים מזיקים. והדבר הזה אני חושב שהוא רק יתפתח במשך הזמן.

בכל בתי החולים הגדולים יש ממונה על בטיחות שגם תפקידו לעסוק ולדאוג לכך שיעשו את הבדיקות כנדרש.

אני אציין גם כן שחלק מהדברים, מהבעיות שאנחנו מגלים, כרוכות בהתנהגות של האנשים בעצמם. אשר הזכיר קצת פה את הרגלי העבודה. ואני אומר את זה בלי לפגוע באף אחד מהתחום הרפואי שחוקרים ורופאים זה האוכלוסייה הכי קשה לאכוף את ההוראות. הם חושבים שלא פוגע בהם, אבל זה כן כמובן פוגע.

אז אם הרגלים כגון הזרמת הגזי הרדמה, או לדוגמא שאנחנו ראינו שכאשר מנתחים ילדים ומשתמשים במסכה שמיועדת למבוגרים אז יש דליפה מאד ניכרת. וצריך להתאים את סיבת העבודה לאותה מטלה.

אם מותר לי רק, היות והוזכרו פה, אני רוצה לתקן שהתקנות של בטיחות במעבדות יצאו והן קיימות. התקנות כשלעצמן שדנות על בטיחות וגהות במעבדות כן יצא. מה שלא מופיע בתקנות האלה וזו הייתה הכוונה שלנו מלכתחילה לשלב את זה עם בדיקות רפואיות תקופתיות של עובדי מעבדה.

**היו"ר גילה גמליאל:**

זה כבר נתון לפניה לשר התמ"ת ולשר הבריאות במקביל. השאלה איפה זה תקוע? במשרד התמ"ת או במשרד הבריאות?

**פיטר מגנוס:**

האחריות המיניסטריאלית זה משרד התמ"ת. אולם כפי שזה מופיע בחוק הביטוח בריאות ממלכתי כל תוספת לסל הבריאות חייב במקור מימון. ואנחנו פנינו אין ספור פעמים לשר הבריאות שהוא מופקד על אותו חוק להקצות לזה כספים כדי לבצע בדיקות רפואיות לא רק דווקא לאוכלוסיה זאת אלא לאוכלוסיות- - -.

**היו"ר גילה גמליאל:**

טוב אנחנו לא נכנס כרגע לפרטים כי זה באמת פחות רלוונטי. אבל אנחנו נקבל מכם את האינפורמציה לגבי התקנות הספציפיות.

**פיטר מגנוס:**

בנושא של הארגונומיה זה דבר שטרם מעוגן בחוק. ורוצה לציין את זה. אבל יש פה גם פעילות מאד ענפה. כלומר בכל הקורסים לאנשי בטיחות ואנשי גהות יש התייחסות לנושא של הארגונומיה וזה דבר שיותר ויותר נכנס היום. מנסים לפתור את אותן הבעיות לעצב את מקומות העבודה ושיטות העבודה כך שהם לא יפגעו בעובדים. ופה בעצם אין הבדל גדול בין הגבר לבין האישה. אם חסר העיצוב הארגנומי אז זה פוגע גם בגבר.

**יונה אמיתי:**

הדיון הזה הוא באמת במקומו. נושאי הסביבה והנזקים לסביבה נמצאים במודעות הרבה יותר מאשר בעבר. וגם זכויות הנשים הממשק שבניהם בודאי חשוב במיוחד. אני חושב שצריך אבל קודם כל העבודות שהציגה ד"ר רצון אני לא אכנס לנושאים המתודולוגים כי הם בעצם הוצגו קודם. הם חשובים במחקר הראשון שמגיל 8 - 13 שאיכותו והמסקנות שלו הם פחות סולידיות זה החדש הרבה יותר מרשים. והמעקב אחרי הילדים האלה בעוד שנה שנתיים שלוש יהיה הרבה יותר מזיק משניהם ביחד.

הוצגה פה עבודה מאד יפה של המכון הארצי לבריאות תעסוקתי וסביבתי, ואני חושב שצריך לעודד את המשך העבודה הזאת. הבעיה היא שזה נעשה רק על פי הזמנת הנהלות בתי החולים ולא בשגרתיות בהיקף ומספיקים לענות על העניין הזה. אני חושב שבאמת מהוועדה הזאת צריכה לצאת בקריאה לנצל את הבדיקות האלה. להפוך אותן לסדירות יותר ואני חושב שהגורם שצריך להיות מחויב בזה זה בעצם הגורמים שמפעילים את בתי החולים. אין לצפות שמישהו גורם מפקח כזה או אחר אם זה משרד הבריאות או משרד המסחר והתעשייה הוא זה שיעשה את הבדיקות. המפעלים מחויבים לבטיחות העובדים, והמשרדים הרלבנטיים יפקחו על התהליך. בתהליך שעושה המכון הארצי לבריאות תעסוקתי וסביבתי, אין דיווח של הממצאים בצורה מסודרת אלא רק למזמין העבודה. זה לא מגיע למשרד הבריאות בצורה מסודרת, ואנחנו פה שומעים את זה לראשונה כאן וחבל. להערכתי, התקנות צריכות ליצור מצב שהעבודה הזאת תהיה מדווחת יותר מזה, הייתי אומר גם התכנון שלה יהיה מתואם בין שני המשרדים בין משרד המסחר והתעשייה לבין משרד הבריאות. המובנות השגרה, כמה צריך לנתר ובאיזה תכיפות ואז תמצא גם דרך לחייב את בתי החולים לעשות את זה לטובת השאר.

אני מסכים במאה אחוז עם מה שאמר פיטר מגנוס בנושא כל הפעילות לשיטת בטיחות סביבת עבודה של נשים. זה נכון לשמור על איזון בעניין הזה. למשל אם נתייחס למסמך שנאווה רצון הביאה כרקע לדיון, מה שבארצות הברית מציעים לעשות זה, מחקרים מכוונים לנשים גם בנושא של אלרגיה וגירויים גם אסטמה. גם עבודה שמיעתית ככל שהרשימה תהיה רחבה יותר האיסנטים של המעסיקים להעסיק נשים ירד. יש דברים שהם לא ספציפיים לאישה. מה עניין אובדן שמיעה ומה עניין אסטמה למשל. זאת אומרת החשיבה האמריקאית לטעמי היא רחבה מדי. מה אסטמה שונה בין גברים ונשים. אסטמה למשל. אפשר להסביר הכול. אם נלך בחזית הכי רחבה שנרצה נשיג הכי פחות. כולנו חיים בסביבה של קיצוב באמצעים. להיפך כדי להשיג את המטרות החשובות הספציפיות לנשים כמו למשל חשיפה בהריון שהיא חשובה בצורה בלתי רגילה ככל שנרחיב את רשימת המטרות נגיע לפחות הישגים.

עכשיו בנושא של חשיפה של נשים לגזי הרדמה, זה נושא מאד חשוב אבל עישון למשל מוריד 200 גרם ממשקל התינוק מעלה פי שתים את הסיכון לתמותת תינוקות זה נושא שמוכר גם שם אין מספיק פעילות. בקיצור, אם אני רוצה לסכם הדיון חשוב וההצגות האלה מאד חשובות, הרחבת החזית באופן בלתי מבוקר לא תשרת את העניין.

**דורון לוי:**

מה שהוזכר פה למי ושאותו גוף לאומי אמריקאי יש קו מחקרי. חלק מזה הוצג פה, חלק אחר אפשר להציג פה. אין במדינת ישראל היום מכון לאומי. יש משהו ברעננה איזה שהוא מכון שנשאלנו קודם איפה הוא עומד משרד תמ"ת שנים מספר כבר לא יודע אם להמשיך אותו או להפסיק אותו. בעיה בבריאות העובד. גם הגבר וגם האישה במדינת ישראל. בהעדר מחקר העיניים והאוזניים של כולנו בקטע הזה. לאן ללכת ומה לעשות אנחנו נתחיל לעבוד באפילה.

הנושא השני, תקנות שיכול לתקן משרד אחד משרד אחר איננו יכול. אנחנו עם סל שרותי הבריאות אלא אם הוא יעבוד בהתאם לאותו חוק. זאת אומרת צריך למצוא את המנגנון שיאפשר את הכנסת אותן הבדיקות ולדעתי צריך להעדיף אותם. לא כל ה- 11 יכנסו בפעם אחת. אמרתם מצוקות צריך להחליט. הממשלה היום בשני משרדים גם משרד הבריאות וגם במשרד התמ"ת אין רופאים שזה עיסוקם. זאת אומרת בעבר היה רופא במשרד הבריאות שעסק בבריאות העובד. הייתה רופאה. וזה היה במשרד העבודה לשעבר היה רופא שזה היה עבודתו באגף הפיקוח. שני רופאים אלה סיימו את עבודתם, משרותיהם לא אויישו. לממשלה היום אין אנשים שעיקר דאגתם היא בריאות העובד, בין אם הגבר או האישה, זה דבר בעייתי ביותר.

הנושא שאני כן מציע לשקול כאן, הצעתנו למשרד הבריאות להקים מועצה לאומית לבריאות העובד. יש למשרד הבריאות קבוצה גדולה של מועצות שמייעצות למנכ"ל משרד הבריאות בתחומי בריאות מגוונים. כלי שעובד בצורה בלתי רגילה מאז שהוקמו. הצענו להקים את הגוף הזה אני מציע לשקול אפשרות להקים אותו על פי חוק בתקנות. כפי שיש שתי מועצות שפועלות היום מכוח חוק. ואז המועצה הזאת תוכל לייעץ למנכ"לי משרד העבודה תעשיה ומסחר, ותעסוקה, ולבריאות בכל מה שקשור לבריאות העובד. נושא של בדיקות עובדי המעבדה הייתי שם כנושא ראשון לדיון מקצועי ענייני על מנת להגיד מה כן ומה לא אם וכאשר אני אסיים בזה. האכיפה של האגף הפיקוח על אותן מעבדות קיימות היום שיישמו את מה שהתקנה אומרת כבר ונכנסה לחוק ואני מסכים איתה בכל מאת האחוזים אני מאמין שייתכן שאנחנו נייתר את הבדיקות הביולוגיות המתבקשות שמתבססות על 20 30 שנה אחורה.

**אורלי בוני:**

אני מפקחת של משרד הבריאות. יש נושאים שעוד לא נגענו בהם, אבל אני חושבת שאין גם מידע שהועבר לציבור. אני חושבת שאישה שנכנסת לעבודה במקום מסוים כי אין לה, זאת אומרת אין שום מידע שניתן לה לגבי הסיכונים במצבים מסוים או דברים כאלה. וזה גם משהו שצריך לשקול אותו.

**נאווה רצון:**

אני לא ראיתי מקום עבודה שתולה תקנות. עוד לא זכיתי להיכנס ולראות במקום עבודה את תוצאות הבדיקות תלויות.

**אורלי בוני:**

אפילו כשמקבלים אותה לעבודה, שתקבל איזשהו דף מידע לגבי סיכונים מסוימים.

**יהודה לרמן:**

חיסון אדמת לפי חוק עבודת נשים. היום משרד הבריאות לקח את זה על עצמו, משנת 95 כן נוספה לסל השירותים. זאת היא בעיה פרקטית. היום מופנים נשים ללשכות הבריאות של משרד הבריאות לקבל את החיסון של אדמת מתוקף החוק והם נענות בשלילה. המעבידים מפנים בהתאם לחוק עבודת נשים ולשכות הבריאות. זה כתוב בחוק עבודת נשים מוסדות הוראה וחינוך ובריאות. כל אישה זכאית בגיל הפריון עד גיל 45 התיר המחוקק לזריקה לחיסון נגד אדמת כי זה הסיכון.

**היו"ר גילה גמליאל:**

ראשית, אני רוצה להודות לכולם. את המסקנות אנחנו נסיק בעקבות הדברים שנאמרו כאן היום. הן בנושא של להמליץ לגבי המועצה הלאומית לעובד, וגם נפנה לגבי התקנות למשרדים שצריך. לגבי הנושא של חיסון אדמת, אני רוצה שתעביר אלי את כל הפרטים בדיוק ואנחנו נפנה ישירות למרות שזה לא לנושא. אני רוצה להודות לדוקטור נאווה רצון על המחקרים וכן ירבו מחקרים שלטעמי כן יפקחו את עינינו ואוזנינו לגבי כל המתרחש גם אם לא צריך במיידי, או להסיק מזה מסקנות מרחיקות לכת לגבי עבודת נשים. אבל בטח ובטח צריך למצוא לזה מענה ופתרון. אני רוצה להודות לכם. ויום טוב לכם.

**הישיבה ננעלה בשעה 12:20**