

ביו-אתיקה

פורום צפת לביו-אתיקה

עלון מס. 9 | דצמבר 2014

עורכת: לימור מלול

עורכת לשונית: חנה כרמי

מערכת: אורן אסמן, נורית דסאו, מוחמד וותד, יעקב כהן, אמנון כרמי, חנה כרמי, אנתוני לודר, לימור מלול וקרן ממין.

כתובת: limorbiolaw@gmail.com

עלון הביו-אתיקה זמין ברשת תחת הערך "עלון הביו-אתיקה"

תוכן עניינים

מדורים

3	דבר העורכת
4	בעין המשפט - הולדה בעוולה
7	בראי הכנסת - שימוש בגופות אדם לאחר המוות
9	בראי הכנסת - תרומת כליות לאחר מוות לבבי
13	בעט האקדמיה - כתב העת הבינלאומי 'רפואה ומשפט'
17	ביו-אתיקה בראי הדת - קדימויות בטיפול רפואי
19	בפרקטיקה הטיפולית- ועדת האתיקה והטיפול בחסרי כשרות
22	במרחב הגלובלי
23	הולדה בעוולה - שיפוטים מוסריים נייטרלים
25	מדדי איכות לבריאות הנפש
26	מוסדות ואישים - חוג האתיקה - האגודה האמריקאית לביו-אתיקה
27	ידיעות והודעות - כנס עולמי על אתיקה רפואית

דבר העורכת

קוראות וקוראים יקרות ויקרים,

לאחרונה נתקלתי בכתבה מקוממת במיוחד. הכתבה פורסמה בכלכליסט, תחת הכותרת: **אפל פייסבוק מחזרות אחר העובדות: יממנו הקפאת ביציות**. בכתבה מודגשת נכונותן הרבה של ענקיות הטכנולוגיה "לסייע" לנשים להתרכז בעבודתן על ידי דחיית מועד הבאת ילדים לשלב מאוחר יותר בחייהן ובכך לסייע בקידומן המקצועי. החברות המצליחות יממנו, לפי הנכתב בכתבה, עד 20 אלף דולר לכל עובדת שתבקש להקפיא ביציות. בריג'יט אדאמס, הפעילה למען הקפאת ביציות בארה"ב ציינה בכתבה כי "כיום, קשה מאוד לנהל קריירה תובענית ולגדל ילדים בו-זמנית. במימון הקפאת הביציות יש כדי לאפשר לנשים לעצב את חייהן כפי שהיו רוצות". האמנם? בעלון הבי-אתיקה השני עמדתי על ההשלכות שעלולות לצמוח משימוש בטכנולוגיה רפואית זו ועל ההיבטים השונים הכרוכים בשימוש זה: **שימור פוריות האישה באמצעות הקפאת/שימור ביציות**. מעבר לכך, לצורך יצירת שוויון מהותי בין נשים לגברים בשוק העבודה יש לקבל את השונות הביולוגית המובנית (האינהרנטית) ולהתאים את שוק העבודה לצרכים הייחודיים של כל אחד מהמינים. שוויון מגדרי בשוק העבודה צריך לבוא לידי ביטוי בתוצאות, דהיינו: בממוצע שווה של שכר העבודה חודשי או במספר זהה של בעלי תפקידים בכירים. ניסיון לקדם שוויון בין נשים לגברים בשוק העבודה על ידי התערבות מכאנת לשינוי התהליכים הביולוגיים הטבעיים, המהווים חלק מזהותה של האישה מהווה פגיעה בכבודה של האישה, ולכן משריש ואף מעצים את הפער בין המינים ואת האפליה המגדרית. מעבר לכך, איני מוצאת כל הצדקה למתן לגיטימציה למגזר התעסוקתי, ואף לחברות ענק כמו אפל או פייסבוק, להתערב בתכנון התא המשפחתי או להוביל שינוי בהסדרים חברתיים ומשפחתיים.

בעין המשפט

נזיקין קש"ס - הולדה בעוולה/ קרן ממן.
ת"א 3335-09 אזחיאמן ואח' נ' שירותי בריאות כללית (ניתן ב-10.8.2014).

העובדות

התובעת 1, ביאן, נולדה ביום 12.8.01, להוריה, התובעים 2 ו-3. ההורים הם בני דודים מדרגה ראשונה. מעקב ההריון בוצע במסגרת שירותי בריאות כללית. התובעת 2 (להלן: "התובעת" או "האם"), ילידת שנת 1973, ילדה את ביאן בהריונה הרביעי. בשנת 1998, בהריונה השני, ולאחר הריון ראשון שהסתיים בהפלה טבעית, ילדה התובעת את בנה הבכור ראשיד. במהלך התפתחותו של ראשיד נמצא שהוא סובל מפיגור התפתחותי, היפוטוניה (מתח שרירים ירוד) ומקרוצפליה (היקף ראש גדול) והוא טופל במכון לניורולוגיה והתפתחות הילד של שירותי בריאות.

בהיותו בן 19 חודשים, הופנה ראשיד לד"ר זיוה בן נריה, רופאה בכירה במחלקה לגנטיקה של בית החולים הדסה, לשם יעוץ גנטי, בשל מקרוצפליה, איחור התפתחותי והיפוטוניה. בסיום הבריור, שלחה ד"ר בן נריה מכתב מסכם לד"ר שרב בו התייחסה, בין היתר, לסיכויי הישנותה של מחלתו של ראשיד בהריון נוסף, כדלהלן:

"אין לנו אבחנה בינתיים לבעיותיו. יתכן ומדובר בראש גדול משפחתי דומיננטי כי גם לאב ולסבתא (אם האב) ראש גדול, אך לדבריהם לא היה מלווה אצלם בבעיות דומות. במקרה כזה הסיכון להישנותה מגיע ל-50% בכל הריון נוסף. קיימת גם האפשרות שמדובר אצל רשיד בתסמונת רצסיבית. במקרה כזה הסיכון להישנותה מגיע ל-25% בכל הריון נוסף, וקיימת גם האפשרות שמדובר אצלו בתסמונת חדשה ולא מורשת, במקרה כזה הסיכון להישנותה הוא כ-5% בכל הריון נוסף"

ביאן נולדה, כאמור, ביום 12.8.01, בבית החולים הדסה. עם לידתה נמדד לה היקף ראש של 37 ס"מ, והיא שוחררה מבית החולים עם המלצה "להזמין תור למרפאה גנטית (ד"ר בן נריה) בגיל חודש".

זמן קצר לאחר לידתה אובחנה ביאן כסובלת, כמו אחיה ראשיד, מתסמונת גנטית שבאותם ימים טרם הוגדרה, המתבטאת בפיגור שכלי, מוטורי והתפתחותי. הגן האחראי לתסמונת זו לא היה ידוע בעת לידת ילדיהם של התובעים, וזוהה רק לפני כשנתיים. במועדים הרלוונטיים לתביעה, לא היה ידוע אם מדובר בתסמונת דומיננטית, תסמונת רצסיבית או תסמונת חדשה ולא מורשת.

טענות התובעים:

התובעים טוענים כי שירותי בריאות התרשלה באי ביצוע מעקב אולטראסאונד רציף של היקף ראש העובר, בהתאם להמלצת היועצת הגנטית, כדי לאתר את המקרוצפליה בשלב הטרומ לידתי. בשל אי ביצוע המעקב, חרף התוויה רפואית ברורה, לא אובחן במועד היקף הראש החריג, לפי הנטען, של העובר במהלך ההריון ולא ניתנה להורים האפשרות לשקול הפסקת הריון. התובעים מוסיפים וטוענים כי לו היה מועלה בפניהם החדש כי העובר לוקה בתסמונת בה לוקה ראשיד, היו מבקשים להפסיק

את ההריון כדי למנוע הבאתה לעולם של תינוקת הלוקה בתסמונת גנטית חמורה. התובעים נתמכו בתביעתם, בכל המתייחס לסוגיית החבות, **בחוות דעתו של ד"ר זוהר לויטן**, מומחה במיילדות וגניקולוגיה. בחוות דעתו הראשונה, קבע ד"ר לויטן כי: שירותי בריאות התרשלה באי ביצוע מעקב סונוגרפי רציף, בהתאם להמלצת היועצת הגנטית, כדי לאתר מבעוד מועד את המקרוצפליה. נטען כי במהלך הריונה של התובעת היה ידוע על סיכון גבוה לתסמונת גנטית אוטוזומלית רצסיבית, שמקרוצפליה היא אחד המאפיינים הבולטים שלה. אף שהיועצת הגנטית המליצה על מעקב חודשי אחר היקף ראש העובר לאורך כל ההריון, הדבר לא נעשה.

בחוות דעת משלימה, הוסיף ד"ר לויטן וציין כי ברשומות מעקב ההריון בעניינה של ביאן, בביקור הראשון אצל הרופא, אין כל רישום המעיד על נטילת אנמנזה מן התובעת לגבי הריונותיה הקודמים, תוצאות ההריונות ומצב בריאותם של הילדים, נתונים בסיסיים שיש לקבל בתשאלה היולדת בתחילת כל הריון. אין ברשומות גם כל התייחסות לקרבת הדם בין ההורים כנדרש. לו היתה ניטלת אנמנזה מפורטת מן התובעת, כמקובל, היה עולה מצבו של ראשיד וכן העובדה שההורים הם בני דודים. עובדות אלה היו מצדיקות הפנייה של בני הזוג לייעוץ גנטי, כמתחייב מתדריך הפנייה לייעוץ גנטי של משרד הבריאות ממרץ 1993. נטען גם שהיה על הרופא האחראי על מעקב ההריון להפנות התובעת לבדיקת אולטרא סאונד קצב גדילה בשליש השלישי להריון גם ללא ההתרעה המוקדמת של ד"ר בן נריה, דבר שלא נעשה. בדיקה כזו, לו נעשתה, עשויה היתה לגלות שלעובר היקף ראש חריג ולהוביל להפנייתה של התובעת לייעוץ גנטי.

טענות הנתבעת - שירותי בריאות כללית:

לטענת שירותי בריאות, התובעת לא מסרה לד"ר גושה, הרופא שביצע את מעקב ההריון, את מכתב היועצת הגנטית, בכוונת מכוון, אף שביקרה אצלו ימים ספורים לאחר שקיבלה את המכתב. עוד נטען כי התובעת לא מסרה לרופא כי יש לה ילד הסובל מפיגור התפתחותי. שירותי בריאות מוסיפה וטוענת כי אף שהמכתב לא נמסר, ביצע הרופא לתובעת בפועל אולטראסאונד למדדי גדילת העובר בכל ביקור שלה במהלך ההריון וכל הבדיקות הראו מדדים תקינים לגיל ההריון. גם בדיקת אולטראסאונד לסקירת מערכות העובר שבוצעה במכון אולטראסאונד בשבוע ה-21 להריון, הראתה ממצאים תקינים לגיל ההריון.

'שירותי בריאות' תמכה הגנתה **בחוות דעתו של פרופ' אריה הרמן**, מומחה במיילדות וגניקולוגיה. פרופ' הרמן סבור, לאור נתוני היקף הראש של העובר שנמדדו באולטראסאונד ראשון שבוצע בתחילת ההריון ובסקירת המערכות שבוצעה ב-22.3.01, כי מעקב גדילת הראש, לו בוצע, היה מציג ערכים שבטווח הנורמה עבור מרבית תקופת ההריון. רק בשבועות הסמוכים שלפני הלידה היה היקף הראש מגיע, לדעתו, לגבול של שתי סטיות תקן מעל הממוצע, מצב המעלה חשד להישנות התסמונת בה לקה האח ראשיד. פרופ' הרמן מוסיף וקובע כי גם לו בוצע מעקב גדילת הראש והיה עולה, לקראת סוף ההריון, חשד להישנות התסמונת אצל העובר, הדבר לא היה מוביל להפסקת הריון. מסקנה זו מסיק

המומחה מהחלטת ההורים שלא לבצע הפסקת הריון בהריונה השישי של האם, המאוחר ללידתה של ביאן, אף שהוסבר להורים שקיים סיכוי גבוה שגם עובר זה לוקה בתסמונת, ואף שהומלץ להם לבצע הפסקת הריון. החלטה זו נתקבלה ע"י ההורים אף שהיו להם בשלב זה שני ילדים הלוקים בתסמונת. פרופ' הרמן סבור כי העובדה שהחשד הגבוה להישנות התסמונת בהריון משנת 2009 לא הוביל להפסקת הריון אף שהיה מדובר בשלב הריון מוקדם יותר, עם דרגת וודאות גדולה יותר, ולאחר שההורים הכירו היטב את משמעות התסמונת משני ילדיהם שלקו בה, מלמדת כי ההורים לא היו בוחרים בהפסקת הריון גם בהריון עם ביאן.

הכרעת בית המשפט:

ראשית, כידוע, אין מקום לקבוע ממצאים בהתייחס לבחירתם של ההורים רק על יסוד השתייכותם הדתית-מגזרית. כפי שנקבע בענין המר "השאלה העומדת להכרעה אינה מהי עמדתה של הדת אליה משתייכים התובעים כלפי ביצוע הפלה בנסיבות המקרה, אלא כיצד היו נוהגים התובעים המסוימים העומדים לפי בית המשפט. כאמור, הפרט עצמו עשוי לחרוג מתכתיבים קבוצתיים או ממוסכמות, במיוחד כשמדובר במוסכמות קבוצתיות, ולא ניתן להימנע, עובדתית ונורמטיבית, מהתייחסות אליו כאל פרט שבחירתו אינה מוכתבת מראש... על מנת שנתון זה יחא רלבנטי לצורך ההכרעה, על בית המשפט להשתכנע כי האם היתה נשמעת לאיסור זה גם בפועל"

חרף האמור לעיל, ניתן ללמוד מן העדויות שהובאו, לרבות מעדותה של האם, שלו ניתנה הבחירה בידי התובעים בהריון עם ביאן, היו בוחרים שלא להפסיק את ההריון.

אין חולק כי בעת ההריון עם ביאן לא ניתן היה להגיע לאבחון טרום לידתי וודאי. בעת ההריון עם ביאן, הממצא היחיד שניתן היה לבדיקה בחיים העובריים היה היקף הראש. ממצא זה לא היה אבחנתי, במיוחד נוכח היקפי הראש החריגים של האב והסבתא הבריאים. לפיכך, גם לו נמדדו היקפי ראש חריגים בבדיקות האולטראסאונד, לא ניתן היה להסיק מכך בוודאות שהעובר חולה במחלה, ובלשונה של התובעת, לא ניתן היה "לדעת" בהריון עם ביאן "שהיא תיוולד כמו רשיד".

ניתן לסכם ולומר, כי בהריונה השישי של האם, חרף הערכת הגורמים המטפלים כי העובר, **בסבירות גבוהה**, נגוע במחלה, ואף שבשלב זה היו לתובעת כבר שני ילדים חולים, בחרו ההורים שלא להפסיק את ההריון בשל חוסר הוודאות שבאבחנה ובשל האפשרות שהעובר יולד בריא. מבחירתם זו ניתן ללמוד כי לו הוצעה להם האפשרות להפסיק את ההריון בהריון עם ביאן, היו בוחרים שלא להפסיקו. משהוכח כי לא קיים קשר סיבתי בין ההתרשלות הנטענת לבין נזקי התובעים, אני מורה על דחיית התביעה.

בראי הכנסת:

שימוש בגופות אדם לאחר המוות-חוזר מנכ"ל משרד הבריאות/יעקב כהן.

לאחרונה פורסם נייר עמדה של המועצה הלאומית לביואתיקה שאושר על ידי הנהלת משרד הבריאות. עניינו **שימוש בגופות אדם לאחר המוות** וזאת בשל תערוכת "עולמות הגוף" אשר מוצגת ברחבי העולם והוצגה בישראל בעבר ובימים אלה עלתה שוב לסדר היום הציבורי.

במדינת ישראל התקיימה תערוכת גופות במתחם התחנה בתל אביב בחודשים מאי-אוקטובר בשנת 2012. מדובר בתצוגה של כ-20 גופות אדם שלמות, ועוד כ-200 חלקי גוף של מתים מסין, אשר עברו שימור ועיבוד בשיטת פלסטיציה. פלסטיציה היא טכנולוגיית שימור הכוללת חניטה באמצעות פורמליהיד, האורכת כשנה, ותוצאותיה היא מוצגים המדמים במדויק את המבנה האנטומי של גוף האדם. תהליך השימור פותח על ידי המומחה הגרמני לאנטומיה, ד"ר גונתר פון האגנס, באוניברסיטת היידלברג בשנת 1977.

על פי הגדרות המארגנים, מטרת התערוכה היא: "לגלות ולחשוף את המבנה האנטומי של גוף האדם ותפקודו במעין שיעור יחיד במינו על מורכבותו, להגביר את הערנות למצב בריאותו ולהדגיש את החשיבות אימוץ אורח חיים בריא... התערוכה מאפשרת בנוסף להתבוננות במערכות המופלאות של הגוף האנושי גם התבוננות באופן פעולתו כאשר הוא בריא ובשעה בה הוא קורס כתוצאה ממחלה, כיצד נראים האיברים במצוקה וכדומה".¹

ההערכה היא כי הגופות וחלקיהן הם של סינים שמתו. לטענת העותרים בתביעה לבית המשפט העליון מיום 3.9.12 נגד קיום התערוכה, קיים חשש שמדובר באסירים שעונו והוצאו להורג, שעברו תהליכי שימור ונמכרו ב"שוק השחור" לצורך הצגתן בתערוכה למטרות מסחריות וזאת ללא הסכמתם או הסכמת משפחותיהם לכך. המשיות לא הצליחו לאשר באופן עצמאי כי ניתנה הסכמה מאת הנפטרים או משפחותיהם לשימוש בגופותיהם בתערוכה, ומשכך לא עלה בידיהן להזים חשד ממשי זה.²

ביום 23.9.12 הורה בית המשפט העליון לסגור את התערוכה לא יאוחר מיום 9.10.12, תוך שהוא פונה למחוקק לקביעת הסדר בנידון. בעקבות הדין המשפטי קיבלה המועצה הלאומית לביואתיקה פניה ממשרד המדע להביע את עמדתה בהיבטים האתיים הנוגעים לסוגיה זו, ולהלן ממצאיה:

1. Körperwelten – Einblicke in den Menschlichen Körper, Mannheim, 1997.
2. בג"צ 4068/12 שונברג נ' היועץ המשפטי לממשלה ואח' [פורסם בנבו].

הסכמה מדעת - תנאי סף מבחינה אתית לדיון בסוגיה זו הוא שהנפטרים שגופותיהם משמשים למטרות שונות נתנו את הסכמתם להליך זה עוד בחייהם והסכמה זו נמסרת על ידם בחייהם, או על ידי משפחתם לאחר מותם. על מנת שתהא להסכמה זו משמעות אתית היא צריכה להינתן במפורש ובצורה ברורה על ידי האדם עצמו בחייו כשהוא בר-כושר שיפוט תקין מבחינה שכלית ורגשית, על בסיס של מידע מלא ורלוונטי, ומתוך הבנת ההליכים הרלוונטיים, וכי ההחלטה צריכה להתקבל בחופשיות, ללא לחץ או כפייה, ולא על ידי אוכלוסייה "שבויה" כמו אסירים, חיילים וכדומה. לכך, חייב להיות תיעוד אמין ומהימן לקיום התנאים המפורטים לעיל.

כבוד האדם - עקרון יסוד מוסרי, אתי, חוקי ודתי הוא הצורך העליון לשמור על כבוד האדם, ובכלל זה גם על כבוד המת. חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו קובע כי "זכויות היסוד של האדם בישראל מושגות על ההכרה בערך האדם, בקדושת חייו ובהיותו בן חורין", ועל כן "אין פוגעים בחייו, בגופו, או בכבודו של אדם באשר הוא אדם". בכמה פסקי דין של בית המשפט העליון נקבע כי ההגנה על כבוד האדם החי נמשכת אף לאחר מותו, והוא עקרון חוקתי הנגזר כפועל יוצא מכבודו של האדם החי.³

מבחינה יהודית מבוסס כבוד האדם על היותו נברא בצלם אלוקים, וגם אחרי מותו נותרת חובה לכבדו, ועל כן חייבים לקבורו בצורה מכובדת, אסור לנוולו, ואסור ליהנות מגופו. עם זאת יש להכיר שבתרבויות שונות יש מנהגים מגוונים המבטאים את כבוד האדם בחייו ולאחר מותו.

חירויות הפרט - עקרונות האוטונומיה, חופש הביטוי, חופש התעסוקה משמשים עקרונות-מנחים מוסריים לכיבוד רצונותיו של הפרט, במסגרת מגבלות חוקיות, ובקביעת קדימויות בהתנגשויות עם ערכים אחרים ולעיתים סותרים.

שיקולים יישומיים - תנאי הסף של הסכמה מפורשת וברורה הוא עקרון אתי החל גם על שימוש בגופה, ויש לבדוק אם הוא מתקיים על פי אמות המידה שלעיל. יתכנו מקרים שבהם לא יהא זה תנאי מספיק, וצריך יהא להתחשב בנתונים ובערכים אחרים, שלעיתים גוברים על ההסכמה מדעת. זאת ועוד קיים מגוון רחב של שימושים אפשריים בגופות נפטרים, והדיון האתי צריך להתייחס להיבטים הבאים: המטרה, המידתיות, פגיעה במשפחה ותקנת הציבור.

קיימים מקרים של שימוש בגופות אדם אשר לגביהם הסכמה רחבה יותר כדוגמת הנצלת איברים מהמת להצלת חיים של חולים הזקוקים לאותם איברים; נתיחת המת לצורך בירור מצבים רפואיים שיש להם השלכות טיפוליות בחיים; שימוש בגופות לצורכי הוראה של סטודנטים למקצועות הבריאות; שימוש בגופות או בחלקי גופות לצרכי מחקר ביו-רפואי. במקרים אלה המטרה היא הצלת חיים מיידית או פוטנציאלית, שנחשבת כמטרה ראויה מאד, ואין דרך חלופית מידתית. מצבים אלה מוגדרים ומקובלים נורמטיבית ברוב התרבויות.

3. ראו: בג"צ 52/06 חברת אלאקסא נ' מוזיאון ויזנטל; בג"צ 4225/01 כהן נ' שר

בשונה מכך שימוש בגופות אדם בתערוכה לצרכים מסחריים ולימודיים-חינוכיים, או לצרכי אמנות, ללא הסכמה מפורשת וברורה, ובוודאי אם אמנם יתברר שמדובר באוכלוסייה "שבויה", הוא מעשה בלתי מוסרי, ונוגד את הדרישות האתיות כאמור לעיל. דילמה אתית זאת תוארה היטב על ידי פרופ' אביעד הכהן במאמרו:

"כבוד האדם הנו ערך חשוב מידי מכדי להופכו מטבע עובר לסוחר. אדם יסודו מעפר, וסופו לעפר, לא למוזיאון המדע. במכירת איברים, שאף היא אינה נקייה מספקות, קיימת לפחות תכלית ראויה של הצלת חיי אחרים. במקרה דנן, מדובר במיזם שאינו הכרחי, ויש חלופות שעשויות להשיג את מטרתו, גם אם בעוצמה פחותה יותר, אך תוך השמירה על כבוד האדם. אם אמנם תכלית התערוכה היא לעורר מודעות לבריאות האדם, ניתן להשיגה באמצעים הרבה פחות פוגעניים. הצגת גופות אדם כשהן מנגנות בגיטרה או משחקות בקלפים, מספקות אולי את יצר המציצנות הטבוע באדם, אך לא די בכך כדי להתיר את הפגיעה בכבוד האדם".⁴

תמורות בתרומות - הרהורים על חוזר מנכ"ל משרד הבריאות המאפשר תרומת כליות לאחר מוות לבבי/ עירית עופר-שטרק.

(בעקבות חוזר מנכ"ל משרד הבריאות מס' 8/14 מיום 10.2.14)

נוהל חדש של משרד הבריאות מאפשר לראשונה לבצע פעולות רפואיות לשימור איברים במטרה להשתילים דקות ספורות לאחר הפסקת פעילות הלב של החולה התורם, וזאת ללא הסכמה מפורשת שלו או של בני משפחתו, בתנאי שהחולה הביע בחייו את רצונו לתרום איברים לאחר מותו באמצעות חתימה על כרטיס אדי. הנוהל מעורר מספר שאלות אתיות מטרידות.

השפעת מניעים תועלתניים על קביעת המוות:

המילים שבהם נפתח חוזר מנכ"ל משרד הבריאות בו נקבע הנוהל החדש מרמזות על תכליתו:

"...הפער בין רשימות הממתנינים להשתלה לבין מצאי האיברים אינו מצטמצם דיו והצורך לבחון חלופות נוספות להנצלת איברים לצורך השתלה הולך וגדל. במטרה להרחיב את מאגר תורמי האיברים להשתלה, ולאור התפתחויות טכנולוגיות חדשות...לחדש את השיטה של טיולת איברים מתורמים שנפטרו לאחר דום לב והשתלתם בחולים הממתנינים להשתלה"

4. אביעד הכהן, כבוד האדם ותערוכת גופות בני אדם, פרשת השבוע, גיליון מס' 345 (משרד המשפטים, המחלקה למשפט עברי).

[ההדגשות שלי -ע.ע.]

הרחבת מאגר האיברים להשתלה הינה מטרה נעלה ללא ספק, אך האם המטרה מקדשת את האמצעים? האם ראוי שמניע תועלתני שכזה ישפיע על קביעת המוות?

מוות בלתי הפיך?

הנוהל מתיר לבצע פעולות לשימור חיוניות האיברים לצורך השתלה במקרה של דום לב קבוע לאחר החיאה שלא צלחה. אמנם מובהר בנוהל כי מדובר בחידוש השיטה המסורתית של נטילת איברים לאחר הפסקה בלתי הפיכה של פעילות הלב, אך אם אכן מדובר רק בשם חדש המתאר שיטה ישנה-מדוע יש צורך בתוכנית חדשה של משרד הבריאות? מדוע לא די בחוק מוות מוחי נשימתי המכיר זה מכבר במוות לבבי כמועד מותו של אדם? מדוע לא די לטעון שבהתקיים מוות לבבי החולה מת, ולכן נטילת איברים ממנו לא גורמת למותו, וככזו היא מותרת מבחינה מוסרית? ומדוע הנוהל החדש מגביל את ההיתר לנטילת איברים מהתורם לכליות בלבד? אם התורם מוגדר כמת לאחר דום הלב, מדוע לא ליטול ממנו איברים חיוניים נוספים להשתלה?

התשובות לכך טמונות כנראה במשמעויות שונות של המונח "בלתי הפיך" והשפעתן על הגדרת המוות. שעת המוות מוגדרת בנוהל החדש, כפי שהוגדרה גם קודם לכן, כהפסקה בלתי הפיכה של פעילות הלב. אולם מה משמעותו של המונח "בלתי הפיך" בהקשר זה? האם "בלתי הפיך" הוא תיאור עובדתי? כלומר- על פי האמצעים הרפואיים הקיימים כיום אין אפשרות להחזיר את פעילות הלב? או שמא "בלתי הפיך" נקבע בהתאם לתפיסות מוסריות? כלומר- החיאת הלב באמצעים רפואיים מלאכותיים היא אפשרית אך למרות זאת התקבלה החלטה שלא לעשות כן משיקולים מוסריים?⁵

מהאמור בנוהל משתמע כי המשמעות האחרונה היא שעומדת ביסוד קביעת הנוהל המתארת את הליך קביעת המוות הלבבי כתוצאה של החלטת רופאים: "לאחר **הצוות המטפל יחליט שדום הלב הוא קבוע, והחליט להפסיק את החיאה**, יקבע הרופא את מותו של המטופל".

קביעה זו מעוררת מספר תהיות: האם החלטה רפואית שלא להחיות את הלב באמצעים מלאכותיים שקולה לקביעה שהפסקת פעילות הלב הינה בלתי הפיכה מבחינה עובדתית-ביולוגית? והאם אין הבדל בין מצב קבוע למצב שהוא בלתי הפיך? הרי ניתן לתאר מצב שהוא קבוע אך קיימת אפשרות לשנותו. הנוהל לא מפרט כיצד תתקבל החלטה להפסיק את פעולות החיאה. על פי אילו מדדים רפואיים? כמה זמן יש להמתין מדום הלב ועד להחלטה שלא תיתכן החיאה עצמית או מלאכותית של פעילות הלב? לאור זאת, עולה החשש כי ההיתר החדש להתחיל בביצוע פעולות מקדימות לשימור חיוניות האיברים

5. ראו, למשל, את עמדתו של תום תומלינסון: Tom Tomlinson, The Irreversibility of Death: Reply to Cole, 3(2) (KENNEDY INSTITUTE OF ETHICS JOURNAL 157 (1963).

מייד לאחר קביעת המוות ללא צורך בהסכמת המשפחה, עלול להשפיע על קביעת המוות עצמה - במטרה להצליח להגדיל את מאגר האיברים החיוניים לתרומה.

שאלות אלה התעוררו ביתר שאת לגבי מדיניות תרומת איברים לאחר מוות לבבי (DCD) הנהוגה במספר מדינות בארה"ב. מדיניות זו עוררה ביקורת בעיקר בשל העובדה שהיא מאפשרת, בין שאר האיברים הניתלים להשתלה, ליטול גם לב! אפשרות של נטילת לב להשתלה ממחישה את הבעייתיות שבהגדרת הפסקת פעילות הלב כבלתי הפיכה לצורך קביעת המוות הלבבי, ומעידה על הסתירה הלוגית הפנימית שבהליך זה. שהרי לב שמושתל ופועם בהצלחה בגופו של המושתל מוכיח שהפסקת פעילות הלב של התורם לא הייתה בלתי הפיכה. אם כך האיברים ניטלו מהתורם בטרם מת מוות לבבי, שהרי מות הלב לא היה בלתי הפיך.⁶

הסכמת מדעת:

סוגיה סבוכה נוספת המתעוררת מהוראות הנוהל החדש נוגעת לכיבוד האוטונומיה של החולה וזכותו להחליט באשר לטיפול הרפואי המוענק לו. על מנת לאפשר נטילת איברים מחולה לאחר מוות לבבי, יש צורך בנקיטת פעולות רפואיות מקדימות שנועדו לשמר את חיוניותם של האיברים (שלב ראשוני) עד לנטילתם והשתלתם בגוף המושתל (שלב עיקרי).⁷ כיוון שפעולות השימור צריכות להיעשות דקות ספורות לאחר דום הלב, נקבע בנוהל (סעיף 3) שניתן לבצען ללא צורך בהסכמה מדעת של המשפחה ואף לא בידיעתה, ובלבד שהחולה חתום על כרטיס אדי. בדברי ההסבר שצורפו לנוהל, מובהר כי בפרק זמן קצר זה "לא ניתן לצפות שהמשפחה גם תקבל את ההודעה על הפטירה של יקרים המחיבת התמודדות רגשית משמעותית, וגם תפעיל שיקול דעת ממשי שיאפשר לה להסכים או להתנגד באופן מושכל לפעולה..."

אולם קשה שלא לתהות, האם לא מדובר בקביעה פטרנליסטית של משרד הבריאות הפוגעת בזכויות החולה?⁸ יש להבהיר שהנוהל מתיר ביצוען של פעולות שימור איברים ללא הסכמת המשפחה רק

6. ראו למשל מאמרו החלוצי של רוברט ויטץ' בעניין זה: Robert M. Veatch, Donating Hearts after Cardiac Death—Reversing the Irreversible, 359 NEW ENG. J. MED. 672 (2008).

7. מעניין לציין שבחוזר המנכ"ל מוזכרות שתי שיטות לשימור האיברים: שיטת הקיורן ושיטת ה-ECMO. בשיטה האחרונה מונסות לגוף ממברנות ובאמצעותן מוחזר חמצן לשימור חיוניות האיברים. במאמר שהתפרסם בו 2011 ציינה הכותבת שבאופן עקרוני ניתן לעשות שימוש בממברנת החמצן על מנת להכניס חמצן גם לאבי העורקים ולשמר כך גם את פעילות הלב, אך בפרקטיקה הרפואית בארה"ב נמנעים מלבצע פעולה זו בכדי למנוע אפשרות של החייאת הלב מחדש! בכך מתחזקת הביקורת שהוצגה לעיל על חוסר ההפיכות של קביעת המוות בהליך של תרומת איברים חיוניים לאחר מוות לבבי!

8. Woien Sandra, (2011), "Donation After Cardiac Death: An Alternative Solution to Burying the Dead Donor Rule", The American Journal of Bioethics, Vol. 11, No. 8, pp. 54-56.

9. יש להבהיר כי בניגוד לפעולות שימור האיברים שיכולות להעשות ללא הסכמה, הרי שנטילת האיברים והשתלתם מחייבת הסכמה מפורשת של המשפחה (סעיף 4). לכאורה ניתן לטעון שאין רע בנקיטת פעולות רפואיות לשימור האיברים ללא הסכמת החולה, הרי מדובר בפעולות זעיר פולשניות שכל הנראה לא הן יהו את סיבת המוות.

אולם אם כך הוא, מדוע לא נוקטים בפעולות הללו בטרם נקבע המוות? הסיבה לכך היא שהפעולות הללו, גם אם הן לא גורמות למות החולה, נועדו לשרת את האינטרסים של המושתל וכאילו הן עומדות בניגוד לאינטרסים של החולה ופוגעות בזכויותיו. שהרי אם לא היו פוגעות בזכויותיו- מדוע לא לבצען כשהחולה עודנו בחיים? ואם מדובר בפעולות שמנוגדות לאינטרסים של החולה - האם ראוי לבצען ללא הסכמה מדעת מפורשת שלו לביצוען?

בתנאי שהחולה חתם על כרטיס אדי. אך האם בחתימה על כרטיס אדי הסכים החולה לנקיטת פעולות שימור האיברים דקות ספורות בלבד לאחר דום הלב? האם הביע הסכמתו לויותור על ניסיונות ההחייאה המלאכותית לאחר פרק זמן זה?

בדברי ההסבר לנוהל מובהר כי " **היות ומדובר בנפטר** - לא חלות בעניינו הוראות חוק זכויות החולה, לגבי ההסכמות הנדרשות לביצוע פרוצדורות רפואיות". אולם הגדרת החולה כנפטר, ההנחה עליה מתבסס הנוהל, היא זו ששנויה במחלוקת! ומי שמתנגד להנחה זו סבור שמדובר בחולה חי. אם כך נקיטת פעולות לשימור האיברים להשתלה, שנועדו לשרת את האינטרסים של המושתל, מנוגדות לאינטרסים של החולה התורם וככאלה ניתן לבצען רק אם החולה הביע הסכמתו לכך באופן מפורש. ספק אם ניתן לראות בחתימה על כרטיס אדי כהסכמה מפורשת לביצוע הפעולות האמורות.

ניגוד עניינים:

הנוהל מעגן את החובה לבצע הפרדה מוחלטת בין פעולת הצוות הקובע את המוות לבין הצוות האחראי על שימור האיברים ותרומתם. הפרדה זו נועדה למנוע מצב של ניגוד אינטרסים שישפיע על קביעת המוות. האפשרות שרופא יקבע את מותו של החולה בטרם עת נתפסת כאסורה מבחינה מוסרית, גם אם הדבר נעשה למען הצלת חיים של חולה אחר. עקרון ההפרדה המעוגן בנוהל נועד להבטיח שמוסכמה מוסרית זו תשמר.

אם כך, מתעצמת השאלה באשר לתכלית הנוהל: האם ראוי מבחינה מוסרית שהצורך בהגדלת מאגר האיברים להשתלה ישפיע על קביעת המוות? האין זה חוטא למוסכמה המוסרית הנ"ל, שעקרון ההפרדה נועד להגן עליה? כמו כן עולה השאלה האם הנוהל המוצע יצליח באמת למנוע מצב של ניגוד עניינים, בו שיקולים של הצלת חולים הממתינים לתרומה משפיעים על קביעת המוות של החולה המועמד לתרומה?

הנוהל מקדם את המטרה שאותה נועד השיגי?

שאלה מטרידה נוספת נוגעת למישור המעשי, ועניינה בהגדלת מאגר האיברים להשתלה - מטרה שהוצגה בדברי המבוא לנוהל כתכליתו של הנוהל. מאחר שהנוהל קובע שחתימה על כרטיס אדי כמוה כהסכמה להליך תרומת איברים לאחר מוות לבבי כמוצע בנוהל, קיים חשש שאנשים שמתנגדים להליך זה יסרבו לחתום על כרטיס אדי (עדות מסוימת לכך ניתן לראות בטוקבקים שנכתבו בתגובה לפרסום הוראות הנוהל בחדשות. רבים מהמגיבים כתבו שהם מבטלים את חתימתם על כרטיס אדי).⁹

9. כך למשל ניתן לראות את התגובות הבאות: "חתימתי על כרטיס אדי ואני כרגע אבטל את החתימה", "חסר תוקף משפטי - לא על זה חתמתי כשהצטרפתי לאדי - יש להגיש בנצ", "תבטלו את כרטיס האדי שלכם לפני שיהיה מאוחר מדי", "הרגע שלחתי מייל עם בקשה לבטל. עם העתק לאגודה לזכויות האזרח. משהו פה לא נראה לי בכלל. מדרון חלקלק מדי", ועוד תגובות רבות ברוח זו.

<http://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-4491984,00.html>

אם מספר החתומים על כרטיס אדי יפחת בעקבות הנוהל, הרי שהנוהל מחטיא את המטרה שאותה נועד לקדם - הגדלת מאגר האיברים להשתלה - שכן הוא מרע את המצב שהיה לפני כן, כיוון שמספר התורמים הפוטנציאליים יקטן. אם כך, הרי שיצא שכרו בהפסדו.

סיכום

הנוהל החדש שנועד להרחיב את מאגר האיברים להשתלה למען הצלת חיים של חולים הממתינים להשתלה מעורר שאלות מוסריות כבדות משקל באשר לפגיעה בחייהם של החולים המועמדים להיות תורמים. לצד שאלות אלה מתעוררות שאלות גם ברובד הפרקטי- באשר למידת הצלחתו של הנוהל החדש להגדיל את מאגר האיברים להשתלה. דומני כי מן הראוי לחשוף לידיעת הציבור את מכלול השאלות המטרידות, על מנת ליצור דיון ציבורי כן באשר להליך קביעת המוות בישראל.

* עיריית עופר-שטרק היא תלמידת מחקר לתואר שלישי במחלקה לפילוסופיה יהודית באוניברסיטת בר-אילן, המתמחה בביואתיקה יהודית ובפילוסופיה של ההלכה iritoffer@gmail.com

בעט האקדמיה:

מתוך כתב העת הבינלאומי 'רפואה ומשפט' / מוחמד ותד,
עורכת אורחת: דניאלה קידר.

Emad Gith, "Adoption in Shari'a Law, Its Impact on the Muslim Minority in Israel, and the Therapist-Patient Relationship when Psychological Intervention is Necessary" 33(3) The International Journal 'Medicine and Law' 21-23 (2014)

במהלך שני העשורים האחרונים, ניכרת עליה בתודעה של החברה הערבית במדינת ישראל בצורך בטיפול בילדים הסובלים מ-ADHD (הפרעת קשב, ריכוז והיפראקטיביות). מדינת ישראל מספקת שירותים פסיכולוגיים חינוכיים כמעט בכל עיר ערבית-ישראלית, כאלה המאפשרים זיהוי, אבחון וטיפול. אולם דעות קדומות, הנובעות מחוסר ידע בסיסי, מציבות קשיים בהצעות לטיפול מתאים. המאמר מצביע על המשמעות של העדר מודעות ושל סטיגמות ומציג את הדילמות והפגמים במערכת היחסים המקצועית בין המעורבים במתן טיפול ראוי. מסקנת המאמר היא, כי החברה הערבית בישראל חייבת לאמץ גישה טיפולית רב-מערכתית, תוך שימת דגש על מערכת היחסים של מטפל-מטופל ותוך התחשבות בצרכיו הפרטניים של כל מטופל.

Alonit Berenson and Rabia Khalaila, "Patient's Rights Law and Culturally Competent Nursing Care: An Israeli Perspective" 33(3) The International (Journal 'Medicine and Law' 35-48 (2014

מטרת המאמר היא לרונ במרכיב התרבותי בטיפול הסייעודי בהתאם לחוק זכויות החולה. המאמר מבקש גם להציע אסטרטגיות ומודלים להקניית טיפול כזה. בהתאם לחוק זכויות החולה, נותני שירותי בריאות חייבים ליידיע את החולה על מצבו/מצבה הרפואי באמצעות שפה מובנת ומתאימה לתרבות החולה. יחד עם זאת, תקשורת עם חולים בעלי תרבות ושפה שונים הוכחה כקשה. הבדלי תרבות ושפה עלולים להקשות על גישה לטיפול רפואי, על אבחון מדויק ועל טיפול יעיל. המרכיב התרבותי בגישה הסייעודית, מוצע כדרך הנאותה ביותר להקטנת קשיים אלה. המאמר תורם לאיכות הטיפול הסייעודי באמצעות הצעות לסטנדרטים ולמודלים טיפוליים כדי לשפר את איכות הטיפול בהקשר התרבותי. כך גם, על אחיות לתת את הדעת להקשר התרבותי ולהגן על זכויותיו של החולה המגיע מתרבויות מגוונות.

התפרצות מחלת נגיף האבולה במערב אפריקה, סוגיות אתיות בטיפול במחלה וההיערכות בישראל לקראת מקרי תחלואה בה/ נורית דסאן.

בסוף חודש דצמבר 2013 החלה ההתפרצות הנוכחית של מחלת נגיף האבולה ("המחלה") בגינאה שבמערב אפריקה ולאחר מכן התפשטה במהירות גבוהה לליבריה ולסיירה-לאונה השכנות. התפרצות זו הינה הקשה ביותר שידועה אי פעם מבחינת היקף ומשך. ממועד ההתפרצות ועד למחצית חודש ספטמבר 2014 (תקופה בת 37 שבועות), נמנו 4,507 מקרים, מאושרים ומסתברים, של תחלואה במחלה, וכן 2,296 מיתות כתוצאה ממנה, ויש הסוברים כי השיעור האמיתי של מקרי תחלואה ומיתות בוודאי גבוה מכך (Ebola Virus Disease in West Africa – The First 9 Months) of the Epidemic and Forward Projections, New England Journal of Medicine, (September 23, 2014). במהלך 16 שבועות לפחות מאז מאי 2014, שיעור החולים במחלה גדל באופן אקספוננציאלי, ומספר החולים החדשים הוכפל מידי 20-30 יום. כך לדוגמה, על מנת להמחיש הגידול העצום במספר המקרים, בשבוע שבין ה-8 וה-14 לספטמבר דווחו 718 מקרים של תחלואה במחלה ו-289 מיתות כתוצאה ממנה.

המחלה, אשר אובחנה לראשונה באפריקה בשנת 1976, נגרמת על-ידי נגיף השייך למשפחת Filoviridae. תסמיניה של המחלה, המופיעים לאחר תקופת דגירה של עד כ-21 יום, הם חום המלווה בחולשה קשה, כאבי שרירים, כאבי ראש, כאב גרון, כאב בטן, שלשול והקאה. בחלק מהחולים מתפתחים דימומים פנימיים וחיצוניים, פגיעה בכליות, בכבד, במערכת העצבים וכשל רב מערכתי. שיעור הקטלניות הוא גבוה ועומד על כ-40%-90% מהמקרים. המחלה מועברת לאחר מגע ישיר עם

חולים או מתים, לרבות עם הפרשות ונוזלי גוף, או לאחר מגע עם הפרשות של בעלי חיים מתים או חיים. כך דווחו על אשכולות של חולים במסודות רפואיים, המיוחסים לפגמים וחוסר הקפדה על אמצעי מניעת זיהומים ובידוד מתאימים, וכן בקהילה, זאת בשל מנהגים דתיים במהלך לוויית הכרוכים במגע עם גופות הנפטרים, הפרשותיהם וחפציהם. יצויין כי אדם אשר הבריא מהמחלה עשוי להפריש את הנגיף בנוזלי הגוף במשך עד חודשיים לאחר החלמתו, ולכן בכל תקופה זו הוא ממשיך להיות מדבק. בעשור האחרון נערך מחקר לצורך פיתוח תרופה או חיסון למחלה, אף נראו תוצאות מבטיחות יחסית בניסויים במעבדה ובבעלי חיים, אך טרם נבדקה הבטיחות והיעילות של רובם בבני אדם. לאור היקף ההתפרצות החמורה של המחלה במערב אפריקה והמספר הרב של האנשים שנפגעו ממנה, הועלה הרעיון לעשות שימוש באותן תרופות או חיסונים, על מנת לנסות ולהציל חיי החולים ולמגר את המגיפה, על אף שטרם נרשמו ואושרו לשיווק.

בנסיבות אלה, ארגון הבריאות העולמי כינס פאנל בהשתתפות תריסר חברים מוזמנים בעלי מומחיות בתחומים שונים הנוגעים לנושא, על מנת לדון בהשלכות האתיות של קבלת החלטות ביחס למתן טיפול תרופתי או חיסון אשר מצד אחד הראו תוצאות מבטיחות בניסויים במעבדה ובבעלי חיים, אך מצד שני בעלי השפעות שליליות לא ידועות על בני אדם, על פי השאלות המנחות הבאות: האם מתן טיפול תרופתי או חיסון כאמור יהא אתי ביחס לטיפול אפשרי באנשים שנפגעו מהמחלה, לטיפול מונע באנשים שנחשפו למחלה אך אינם מראים סימני מחלה, או לטיפול מונע באנשים העלולים להיחשף למחלה (טרם היחשפותם); אם אכן מתן טיפול תרופתי או חיסון כאמור יהא אתי, אלו קריטריונים ינחו את הבחירה בטיפול כזה או אחר, ומי צריך לקבל קדימות במתן הטיפול.

במהלך הדיון התייחסו חברי הפאנל לנסיבות המיוחדות של ההתפרצות הנוכחית של המחלה. המדובר בהתפרצות רבת מוקדים ובהיקף חסר תקדים במדינות אשר מעולם לא נצפתה בהן תחלואה במחלה. מערכות הבריאות באותן מדינות היו מצויות מלכתחילה במצב עדין, ולאחר ההתפרצות מצבן הורע עוד יותר עקב הסיכון הגבוה לו חשופים הצוותים הרפואיים. לפני ההתפרצות לא היה תמריץ כלכלי לפיתוח תרופה או חיסון למחלה, והחוסר באמצעים כאלו הותיר את מערכות הבריאות באותן מדינות למעשה ללא אפשרויות מניעה של המחלה או טיפול בה, למרות העובדה שהתפרצויות אירעו מעת לעת בארבעה העשורים האחרונים. מאחר וחלק מהתרופות והחיסונים המפותחים הם בשלב מתקדם של ניסויים פרה-קליניים, כאשר חלקם אף בשל לניסויים בבני אדם, הפאנל המליץ בחום שאותם תרופות וחיסונים אשר הראו תוצאות מבטיחות בניסויים במעבדה ובבעלי חיים, ינוסו בדחיפות על בני-אדם בשיטות מדעיות מבוססות ומחמירות.

לאור האמור, חברי הפאנל הסכימו **פה אחד**, שבנסיבות המיוחדות של ההתפרצות הנוכחית של המחלה, יש הכרח אתי להציע טיפול תרופתי או חיסון נסיוניים שהראו תוצאות מבטיחות בניסויים במעבדה ובבעלי חיים רלבנטיים, לחולים ולאנשים בסיכון גבוה לפתח את המחלה, הכל כפוף לתנאים המפורטים להלן: על אף כל טיפול תרופתי או חיסון, העדיפות הראשונה מבחינת הקצאת משאבים לשליטה בהתפרצות המחלה, צריכה להיות למערכות הבריאות באותן מדינות. מתן הטיפול התרופתי

או החיסון, כאמור, צריך שיונחה על-ידי שיקולי אתיקה בסיסיים ובכלל זה שקיפות ביחס לכל היבטי הטיפול: אמון, חלוקה הוגנת לאור המחסור באמצעים, קידום סולידריות קוסמופוליטית, שימור כבוד החולה ומעורבות של הקהילה; מתן הטיפול התרופתי או החיסון צריך להתבסס על מיטב ההערכה של סיכון ותועלת על פי המידע הקיים באותו זמן; מידע הנאסף בהמשך למתן הטיפול צריך להיות מועבר בשקיפות ובמהירות לחברי הקהילה המדעית. חברי הפאנל הדגישו כי זוהי חובה מוסרית.

מאחר וקיים היצע נמוך מאוד של אותן תרופות או חיסונים, מתעורר הצורך להחליט איזו מדינה תקבל איזה אמצעי טיפול ועל בסיס אלו קריטריונים. הקריטריונים העיקריים למתן קדימות אשר נימנו על-ידי חברי הפאנל לצורך קבלת ההחלטות האמורות היו: צדק חלוקתי - הגינות בין מדינות ובין אוכלוסיות בתוך אותן מדינות; חלק מחברי הפאנל סברו שיש ליתן קדימות לעובדי מערכת הבריאות בהתבסס על שני עקרונות אתיים: הדדיות - אותם עובדים מסכנים את חייהם על מנת לטפל באחרים, ותועלתיות חברתית - עובדים אלו חיוניים על מנת לשלוט בהתפרצות. חברי פאנל אחרים סברו שיש לתת לחולים בקהילה אותה קדימות. יש לקחת בחשבון בעת קבלת החלטות את הסבירות של השפעה חיובית במתן הטיפול הן מבחינת החולה והן מבחינת בריאות הציבור, השלב הקליני של המחלה, את גיל החולים ומצבם (נשים הרות), הימצאות תשתיות וציוד לטיפול ולניטור הבטיחות, את התרבות החברתית בקהילה ובמשפחה ואת דרך העברת המידע לחולה בקשר לאמצעי הטיפול ודרך קבלת הסכמתו.

חברי הפאנל הסכימו כי יש צורך בדיון ובניתוח סוגיות נוספות בהקדם, לדוגמה: כיצד ניתן לאסוף באופן אתי מידע בדבר הטיפול הניתן, במקביל למתן הטיפול הטוב ביותר האפשרי תחת הנסיבות הקיימות? אלו שיקולים אתיים צריכים לשמש במתן קדימות במתן טיפול תרופתי או חיסון, אשר לא אושרו לשיווק אך הראו תוצאות מבטיחות בניסויים במעבדה ובבעלי חיים? אלו קריטריונים אתיים צריכים לשמש להשגת צדק חלוקתי בין הקהילות והמדינות?

לסיכום, חברי הפאנל סברו כי בהתחשב בנסיבות המיוחדות של ההתפרצות הנוכחית של המחלה במערב אפריקה, יהא זה מתקבל על הדעת מבחינה אתית, לעשות שימוש בטיפול תרופתי או חיסון אשר הראו תוצאות מבטיחות בניסויים במעבדה ובבעלי חיים, אך טרם הוערכה בבטיחותם ויעילותם לגבי בני אדם, כטיפול אפשרי או מניעתי במחלה. מתן הטיפול צריך שיוודך על ידי עקרונות אתיים, מדעיים ומעשיים, כגון: שקיפות, הגינות, קידום סולידריות אוניברסלית, הסכמה מדעת, חופש בחירה, סודיות, שימור כבוד החולה, עירוב הקהילה והערכה של סיכון ותועלת. עוד צויין כי לחוקרים את המחלה יש חובה מוסרית להעריך אותו טיפול תרופתי או חיסון בניסויים קליניים המיטביים ביותר תחת הנסיבות יוצאות הדופן.

בסוף חודש אוגוסט פרסם משרד הבריאות חוזר המעדכן את התייחסותו למאפייני התחלואה, הגדרת המקרה וההנחיות לאבחון וניהול של מקרי תחלואה אפשריים בישראל. בחוזר הונחו המוסדות הרפואיים להגביר את המודעות למניעה ובקרת זיהומים על מנת לזהות מוקדם מקרים חשודים ולמנוע התפשטות אפשרית של הנגיף. כך, במקרה בו עולה חשד למחלה, המוסדות הרפואיים הונחו

לנקוט באמצעי זהירות מוגברים על מנת למנוע העברת הנגיף לצוות המטפל ולאחרים. בשל הסיכון הגבוה הקשר למחלה בחר משרד הבריאות להחמיר ולהורות על בידוד אויר ומגע בכלל המקרים החשודים על מנת למנוע טעות. עוד נקבע כי יש להגביל למינימום הנדרש את מספר אנשי הצוות המטפלים בחולה. יצויין כי בחוזר נכתב, כי בהיעדר טיפול תרופתי או חיסון מוכחים בשלב זה, הטיפול בחולה המחלה הינו תומך בלבד.

ביו-אתיקה בראי הדת:

קדימויות בטיפול רפואי והצלת חיים (א) / מאיר דובדבני.

אחד האתגרים הגדולים העומדים בפני מדינת ישראל הוא העלאת מספר תרומות האיברים בקרב אזרחיה. לשם כך הוקמה בשלהי השנה האזרחית הקודמת וועדה ייעודית מטעם משרד הבריאות אשר מטרתה, בין היתר, להציע דרכים לקידום תרומות האיברים בישראל. בשורות הבאות אבקש להתייחס לאחת מהסוגיות המרכזיות בדיון זה לאור המשפט העברי והיא סוגיית סדר הקדימויות. בעלון הנוכחי אתאר את הגישה הדומיננטית במקורות ההלכה ואילו בעלון הבא אבקש להציג גישות תקדימיות מעט שונות.

החלוקה במצב של משאבים מוגבלים, ובמיוחד במקרים בהם קובעים סדר קדימויות בין בני אדם, מנוסחת במשפט העברי במסגרת דיני צדקה (שהרי גם בהם המשאב הכספי מוגבל ביחס לכמות הנצרכים הדורשים אותו) וממנה ניתן להקיש גם למקרים אחרים של משאבים מוגבלים דוגמת קדימות לקבלת איברים. אשר על כן נפתח בדיון המקורי בדיני הצדקה ומשם נעבור לסוגיה שלנו.

וכך דורשת המכילתא (מדרש הלכה לספר שמות) את הפסוק "אם כסף תלוה את העמי את העני עמך, לא תהיה לו כנושה, לא תשימון עליו נשך": "את עמי" - ישראל וגוי עומדין לפניך ללוות. עמי קודם. עני ועשיר, עני קודם, ענייך עירך, ענייך קודמין לענייך עירך, ענייך עירך וענייך עיר אחרת, ענייך עירך קודמין, שנאמר "את העני עמך".

מקורו של ציווי זה בחובת הלוואה לנצרך ובאיסור לקיחת הריבית. המדרש מדייק מניסוחו של הפסוק ומסיק את סדר הקדימויות הראוי במתן הלוואה מתוך הבנה שמשאביו של אדם אחד מוגבלים והוא אינו יכול להלוות לכולם באופן אינסופי. סדר הקדימויות מושפע משני פרמטרים עיקריים: הראשון, הינו מצבו הכלכלי של הנתרם, ולגביו קובע המדרש כי עני קודם לעשיר. הפרמטר השני הינו הזיקה שבין הנתרם לבין התורם - ככל שהזיקה קרובה יותר (מוניציפלי או לאומית) כך קודמת זכאותו להלוואה.

מדרש דומה נאמר על הפסוק בספר דברים אשר עוסק במצוות הצדקה: "כי יהיה בך אביון, מאחד אחיך, באחד שעריך, בארצך אשר ה' אלוהיך נותן לך, לא תאמץ את לבבך ולא תקפוץ את ירך מאחריך האביון". וכך כותב המדרש:

”כי יהיה בך” - ולא באחרים. ”אביון” - תאב תאב קודם. ”אחיך” - זה אחיך מאביך כשהוא אומר ”מאחד אחיך”, מלמד שאחיך מאביך קודם לאחיך מאמך. ”באחד שעריך” - יושבי עירך קודמים ליושבי עיר אחרת. ”בארצך” - יושבי הארץ קודמים ליושבי חוצה לארץ.

במדרש ניתן לזהות את שני הפרמטרים עליהם דברנו לעיל: הראשון, אשר מזהה את מצבו הכלכלי של הזקוק לצדקה ובלשונו של המדרש ”תאב תאב קודם”, והשני, אשר מגדיר את הזיקה הקיימת בין התורם לבין הנתרם עפ”י הפרמטרים של קרבת משפחה וקרבה גאוגרפית.

המדרש מגדיר את שני הפרמטרים אך לא קובע באופן מפורש את היחס ביניהם. ממילא עולה השאלה: כיצד יש להכריע במקרים בהם מתקיימת סתירה בין שני פרמטרים הללו דוגמת מצב בו עניי עירך נזקקים פחות מאשר עניי עיר אחרת?

רוב הפוסקים אשר התייחסו לשאלה זו הכריעו באופן ברור שהמצב הכלכלי גובר על פני הזיקה הגאוגרפית. דוגמא לכך ניתן למצוא בדבריו של ר’ ישראל מראדין (הידוע בכינויו ה”חפץ חיים”) אשר קובע באופן נחרץ בספרו ”אהבת חסד” (פרק שישי סעיף א):

”ואפילו אם העשיר הוא מעירו הוא ג”כ [=גם כן] קרובו והעני אינו קרובו והוא מעיר אחרת ג”כ העני הוא קודם. ואם שניהם עניים ואחד מהם צריך המעות למזון ואחד לכסות ילווה למי שהוא צריך למזון דהוא [=שהוא] דחוק יותר”.

ה”חפץ חיים” מתייחס ללשון של המדרש הראשון שציטטנו לעיל. לדעתו, לא בכדי פרמטר העניות מופיע בפסוק לפני הפרמטר הגאוגרפי וזאת כדי ליצור היררכיה ברורה בין שני פרמטרים אלו. יתרה מזו, ה”חפץ חיים” מתייחס לפרמטר העוני במושגים קבועים ואת היררכיה הבינארית שקבע המדרש ביחס שבין עשיר לעני, הוא מעתיק ומגדיר גם ביחס בין שני עניים - מי שמצבו דחוק יותר הוא ה”עני” ומי שמצבו פחות דחוק מקבל מעמד של ”עשיר” ביחס אליו.

באופן דומה מסיק מתוך המדרש השני, ר’ פנחס הורביץ בפירושו ”פנים יפות” לתורה: ”עניי עירך [קודמים] לעניי עיר אחרת” - היינו כשהם שווין, אבל עני ביותר מחבירו חיותו קודם לכבוד חבירו, והיינו דהקדים הכתוב ”אביון” לומר דתאב תאב קודם לכל הנזכר בפסוק אח”כ [=אחרי זה]. באופן ברור, יוצר ר’ פנחס היררכיה בין שני הפרמטרים. בשלב הראשון יש לבדוק את מצבו הכלכלי של העני ובהתאם לכך לקבוע את סדר הקדימות. רק כאשר המצב הכלכלי דומה, רק אז יש מקום להתחשב בזיקה הגאוגרפית.

כעת "נעביר" את המושגים מסוגיית הצדקה לסוגיית תרומת האיברים. הפרמטר הכלכלי של הצדקה מקביל למצב הרפואי של הזקוק לתרומה ואילו הפרמטר של הזיקה הגאוגרפית מקביל לזיקות שאינם מבוססות על מצב רפואי אלא שאובות מעולם תוכן אחר. ואכן הרב שלמה זלמן אויברך מחשובי הפוסקים של הדור הקודם קבע בספרו "מנחת שלמה" (סימן פו) כי לגבי קדימויות בטיפולים רפואיים "צריכים בעיקר להתחשב עם גודל הסכנה ועם הסיכויים להצלה".

במילים אחרות, לפי שיטות אלו לעולם הפרמטר הרפואי יהיה הפרמטר הראשוני והמכריע. רק במקרים בהם קיימת זהות בפרמטר הרפואי ניתן להכניס פרמטרים אחרים ליצירת קדימויות.

יש להעיר שהזכויות המוקנות כיום בחוק למחזיקי כרטיס "אדי" תואמות את הגישה הזו שהרי הם מקנים לתורמים קדימות רק במקרים בהם הפרמטר הרפואי זהה לחלוטין. בכל מצב בו קיימת עדיפות לאחד המושגים מבחינה רפואית הוא יוקדם לחברו. בכך מתקיים העיקרון שהפרמטר הראשון והמכריע הינו הפרמטר הרפואי ואילו הפרמטר של הזיקה (= קבוצת התורמים) הינו משני ביחס אליו ומקנה עדיפות רק במצב של שוויון מבחינת הצורך הרפואי.

עם זאת, ניתן להצביע על מספר תקדימים ומקורות בהלכה (בדיני צדקה) אשר קבעו כי לעתים ניתן לנקוט בסדר קדימויות אחר וליצור קדימות על פי פרמטרים שאינם כלכליים. עיון במקורות אלו יכול באופן עקרוני גם לפתוח את הפתח לקביעת קדימויות שונה גם בעולם הרפואי. על כך בחלקו השני של עיוננו אשר יופיע בעלון הבא.

בפרקטיקה הטיפולית:

ועדת האתיקה והטיפול בחסרי כשרות/ טליה אגמון*

הטיפול בחסרי כשרות משפטית מהווה אתגר מקצועי ורגשי לכל מטפל. הטיפול באדם שאינו מסוגל לקבל החלטות עבור עצמו מאלץ את המטפל להתמודד עם שאלות אתיות ומשפטיות ביחס לאוטונומיה וחירות, אחריות ומידתיות. משמעותה של כשרות משפטית היא זכותו של אדם לקבל החלטות הנוגעות לו, ומנגד לשאת בהשלכות של תוצאות החלטות אלה. החוק מקנה זכות זו לאדם כברירת המחדל, ולפיכך, כל אדם כשיר להחליט על הטיפול הרפואי שיינתן לו - לתת הסכמה מדעת או לסרב לטיפול. אך בתנאים מסויימים אין לאדם יכולת מנטלית או מעשית לקבל החלטות עבור עצמו.

למרות הנחת הכשרות של אדם - חוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996 (להלן: **חוק זכויות החולה**) מקנה לוועדת אתיקה (סעיף 24 לחוק זכויות החולה) סמכויות להתערב בהחלטות של המטופל הכשיר, ואף להתיר למטפל לטפל בו בניגוד לרצונו. סמכות זו היא מרחיקת לכת למדי. השאלה היא האם ועדת האתיקה מוסמכת לדון ולקבל החלטות גם בעניינו של מטופל שאינו כשיר.

חוק הכשרות המשפטית והאפטרופוסות, תשכ"ב-1962 (להלן: **חוק הכשרות**) קובע כי "אדם שמחמת מחלת נפש או ליקוי בשכלו אינו מסוגל לדאוג לענינים, רשאי בית המשפט, לבקשת בן-זוגו או קרובו או לבקשת היועץ המשפטי לממשלה או בא כוחו, ולאחר ששמע את האדם או נציגו, להכריזו פסול-דין". אנשים שכשרותם המשפטית נפסלה אינם בעלי מסוגלות פורמלית לפעולות משפטיות, ביניהן קבלת החלטות על פרוצדורות רפואיות. במקרים אלה קובע החוק כי האפטרופוס שמונה לצורך זה יהיה רשאי לקבל בשמם את החלטה. עוד קובע חוק הכשרות המשפטית כי הורים הם האפטרופסים הטבעיים על ילדיהם, עד הגיעם לגיל 18.

אם החלטת האפטרופוס אינה תואמת את טובת החסוי, לדעת המטפל, רשאי הוא לפנות לבית משפט לענייני משפחה ולבקשו להורות על הטיפול הרפואי ואם: "היתה הבקשה להורות על ביצוע ניתוח או על נקיטת אמצעים רפואיים אחרים, לא יורה על כך בית המשפט אלא אם שוכנע, על פי חוות דעת רפואית, כי האמצעים האמורים דרושים לשמירת שלומו הגופני או הנפשי של הקטין, פסול הדין או החסוי". (סעיף 68(ב) לחוק הכשרות). עוד מאפשר חוק ההגנה על חוסים פניה לבית המשפט בעניינו של חוסה, וכן איפשרו תקנות בריאות העם (טופסי הסכמה) לשלושה רופאים לאשר פעולה רפואית דחופה ללא הסכמת המטופל, במקרה של סכנה לחיים.

בטרם חקיקת חוק זכויות החולה היתה גם רווחת יותר הפרקטיקה של קבלת הסכמה לטיפול מבני משפחה של מטופל שאינו כשיר לקבל החלטות, אך לפרקטיקה זו לא היה (ואין גם כיום) כל עיגון חוקי. האם הביא עמו חוק זכויות החולה חידוש בעניין הטיפול בחסרי כשרות? חוק זכויות החולה חידש מספר חידושים בעניין זה. ראשית הוא הרחיב את סמכות הצוות הרפואי לאשר טיפול במצב חירום רפואי גם למצב של סכנה מיידית לנכות חמורה בלתי הפיכה, ולא רק סכנה לחיים (סעיף 2, הגדרת "מצב חירום רפואי", וסעיף 15(3) לחוק). שנית, הוא התיר מתן טיפול פשוט, שאינו מנוי בתוספת לחוק, גם ללא קבלת הסכמה, בנסיבות בהן ניתן להניח הסכה ולא ידוע על התנגדות (סעיף 15(1) לחוק), ושלישית - הוא התיר לאדם למנות מיופה כוח שיוכל להסכים במקומו לטיפול רפואי (סעיף 16 לחוק). אולם, האם הסמיך החוק את ועדת האתיקה לדון בעניינו של חסר כשרות?

חוק זכויות החולה מונה רשימה מפורשת של עניינים שבהם יש לוועדת האתיקה סמכות לדון ולקבל החלטה. העיקרי ומרחיק הלכת שבהם הוא סעיף 15(2) לחוק, המתיר כאמור מתן טיפול רפואי למטופל שנמצא בסכנה חמורה בניגוד לרצונו המפורש. הסעיף מונה את התנאים שחייבים להתקיים בטרם תהיה ועדת האתיקה מוסמכת לקבל החלטה זו: על הועדה לשמוע את המטופל; עליה להשתכנע כי נמסר למטופל מידע כנדרש לקבלת הסכמה מדעת; כי צפוי שהטיפול הרפואי ישפר במידה ניכרת את מצבו הרפואי של המטופל; וכי קיים יסוד סביר להניח שלאחר מתן הטיפול הרפואי יתן המטופל את הסכמתו למפרע (סעיף 15(2)).

האם סעיף זה מקנה לוועדת האתיקה סמכות לדון בטיפול בחסרי כשרות, כנגד רצונם או כנגד רצון האפטרופוס שלהם? אמנם סעיף 15(2) מתיר לוועדת האתיקה לתת טיפול בניגוד לרצון המטופל,

אך האם מדובר במטופל חסר כשרות? לדעתי, התנאים הנלווים לסעיף זה שוללים הנחה זו, ובפרט הדרישה כי המטופל קיבל מידע כנדרש לקבלת הסכמה מדעת והדרישה לשמוע אותו; וכן הצורך שהועדה תשתכנע כי קיים יסוד סביר להניח **שלאחר מתן הטיפול המטופל ייתן הסכמתו למפרע**. במקומות בהם חוק זכויות החולה מבקש לאפשר קבלת החלטות על ידי אחר הוא מתייחס למטופל או אפוטרופוס - למשל בסעיף 15(ו), ובסעיף 18(ה).

זאת ועוד. ברירת המחדל של חוק זכויות החולה היא כיבוד רצונו של המטופל, למעט החריגים שבחוק. מטופל אינו מחוייב לנהוג בסבירות ביחס לגופו, ומותר לו להיות בלתי רציונלי או לא סביר, מבלי להיחשב כבלתי כשיר. לכן - ועדת האתיקה אינה מתכנסת לשם בחינת סבירות הסירוב של המטופל לטיפול המוצע לו, אלא לבחינת סבירות בקשת המטפלים (או אדם אחר) לכפות על המטופל את הטיפול בניגוד לרצונו.

לעומת זאת, אפוטרופוס מחוייב לפי חוק לנהוג לטובת החסוי, ובאופן סביר. לכן, החלטה של אפוטרופוס נבחנת תמיד במבחן הסבירות. מכאן שהתמודדות עם סירוב של אפוטרופוס לטפל במטופל שאינו כשיר בוחנת את סבירות החלטתו למול המלצת הצוות הרפואי לטיפול. חוק הכשרות המשפטית מלמדנו שרק בית משפט מוסמך לתת הוראות לאפוטרופוס, אם קבע כי אינו פועל באופן סביר לטובת החסוי. בהיעדר הסמכה מפורשת לוועדת אתיקה לדון בסירובו של אפוטרופוס לחסוי - אין היא מוסמכת לעשות כן.

הערכאות השיפוטיות השונות הגיעו אף הן למסקנה לפיה לא נתונה לוועדת האתיקה הסמכות לדון בסירובו של מטופל חסר כשרות לטיפול, זין במצב חירום ובין במצב של סכנה חמורה. בתא 8067/06 (מחוזי י-ם) **מחבר נ' הדסה** נאמר על-ידי השופט ענבר כי: "ספק בעיניי אם נסיבות של 'מצב חירום רפואי' כלל מאפשרות לקיים [ועדת אתיקה]....אולם אף אם אניח כי הדבר אפשרי וראוי, הרי שהתנגדותו של התובע לניתוח...לא היתה 'התנגדות מדעת', אלא יסודה בהפרעה קוגניטיבית של התובע...". עוד מוסיף השופט וקובע כי: "יושם לב, שבאתם מקרים שבהם ביקש המחוקק להקנות מעמד לאדם אחר זולת המטופל, הוא עשה זאת באופן מפורש. כך, למשל על פי סעיף 18(ה) לחוק...".

גם בה"פ 9-14-02-22892 (מחוזי י-ם) **שערי צדק נ' א"ח** דחה השופט שחם על הסף, מחוסר סמכות עניינית, את בקשת בית החולים כי בית המשפט ישב כערכאה החלופית לוועדת אתיקה לפי סעיף 24(ג) לחוק זכויות החולה, וקבע כי "יש לדון בסוגיה של ציווי הנוגע לטיפול רפואי בקטין בבית המשפט לענייני משפחה, בהליך שיינקט לפי סעיף 68(ב) לחוק הכשרות המשפטיות...". ואם בית המשפט אינו מוסר לשבת כחלופה לוועדת אתיקה לפי חוק זכויות החולה - קל וחומר שהועדה עצמה אינה מוסמכת לדון במקרה של טיפול רפואי בקטין, שהוא מקרה פרטי של אדם חסר כשרות משפטית.

דברים אלה מובילים למסקנה הבלתי נמנעת כי סמכותה של ועדת האתיקה מוגבלת ביחס לטיפול בחסרי כשרות. הסכמה או סירוב של המטופל חסר הכשרות או של אפוטרופוסו - נתון לסמכות בית המשפט לפי סעיף 68(ב) לחוק הכשרות. ההסדר הנורמטיבי הקיים נוטל מהמוסד הרפואי ומן המטפלים

בו כל סמכות להחליט בעניינו של חסר הכשירות. אילו ירצה המחוקק להסמיך גורם רפואי-אתי לקבל החלטות מסוג זה גם ביחס לקטינים ולחסויים, במקום בית המשפט - עליו לעשות כן במפורש.*
*עו"ד טליה אגמון, סגנית בכירה ליועצת המשפטית במשרד הבריאות.

במרחב הגלובלי/ א.כרמי.

קובץ ידיעות של מייקל קוק, עורך Bioedge

אדמונד פלגרינו נפטר בגיל 92. פלגרינו כיהן כיו"ר מועצת הנשיא לביו-אתיקה בארצות הברית. הוא ייסד את כתב העת *Journal of Medicine and Philosophy*, וכיהן כיו"ר המרכז לביו-אתיקה קלינית באוניברסיטת ג'ורג'טאון. הוא חיבר 23 ספרים ולמעלה מ-600 מאמרים בנושאי מדע רפואי, פילוסופיה ואתיקה.

גלולות למניעת הריון

הנשיא אובמה תמך בגישה הקונסרבטיבית לפיה לא ניתן למכור בכל דלפק את גלולות "הבקר שאחרי" למניעת הריון למי שטרם מלאו לה 17 שנים, בכל דלפק, באמרו: "אני, כאב לשתי בנות, סבור שחשוב שנבטיח לעצמנו שימוש הגיוני בכללים מסוימים, כאשר מדובר במכירת תרופות מעל כל דלפק. הממשלה השתדלה לאמץ לעצמה גישה זו. אולם, בית משפט מחוזי פסק לאחרונה שיש לספק את הגלולות מעל לכל דלפק לכל דכפין וכי עמדת הממשל היא שרירותית, קפריסית ובלתי הגיונית.

עיקור נשים

37% ממספר העיקורים של נשים בעולם מבוצעים בהודו. מדי שנה נעשים קרוב לחמישה מליון עיקורים בהודו במאמץ להגביל את הילודה. סקרים מצביעים על כך שנעשים עיקורים רבים בקרב האוכלוסייה הענייה וכי המהלכים הרפואיים מבוצעים בתנאים קשים.

המתת חסד בבלגיה

ליאופולד דובה ופאולה ראמאן היו נשואים 64 שנים. בהגיעם לגבורות שקל הבעל בן ה-90 את הרעיון של סיום חייהם ביחד. אשתו בת ה-89 היססה בתחילה בגין אמונתה הדתית, אולם אימצה את דעתו כאשר מצבם הגופני התערער. כל בני משפחתם קבלו בהבנה את ההחלטה של בני הזוג, ואלה מימשו את מיתתם בנוכחות קרוביהם. חודשים אחדים קודם לכן הכייתה עצמם בבלגיה זוג תאומים בני 45. התאומים היו חרשים מלידה, וכאשר נפגע גם חוש הראיה שלהם הם החליטו לבחור בהמתת חסד בסברם שלא היה יותר טעם בחייהם.

תשלום עבור המתת החסד

הרופאים בבלגיה המורשים לבצע המתת חסד על פי החוק מתלוננים על היעדר פיצוי נאות לעבודתם.

מצד אחד, העבודה היא רבה, שכן רק כ-5% מן הרופאים מוסמכים לעסוק בכך. מצד שני, החוק מחייב קבלת חוות דעת שנייה לצורך האישור הנדרש. הכנת חוות הדעת השנייה צורכת עבודה וזמן, ומה גם שהרופא המתבקש לתת חוות דעת שנייה אינו מכיר את החולה ברוב המקרים. בעוד שבהולנד מקבל הרופא 330 אירו עבור חוות הדעת השנייה, הסכום הניתן בבלגיה הוא קטן בהרבה.

שיפוטיים מוסריים ניטרליים - היתכן?/ אורית גולן.

בעידן הטכנולוגי מתרבות יכולות הטיפול והסיוע של הרפואה בתחום הפרייון והילודה. מדינת ישראל מינתה בשנת 2010 וועדה ציבורית בראשותו של פרופ' מור יוסף, שמטרתה לנסח המלצות להסדרים שונים בתחומים אלו. המלצות הוועדה התפרסמו בשנת 2012, והן מתירות, בין היתר, שימוש בפונדקאות ליחידים, פונדקאות (אלטרואיסטית) לזוגות הומוסקסואלים, מסלול של תרומת זרע שאינה אנונימיות, קביעת נהלים לשימוש בחומרים גנטיים שמפקידיהם נפטרו, נטילת חומרים כאלה מן המת ועוד. בשנת 2013 החליטה שרת הבריאות יעל גרמן לאמץ את רוב המלצות הללו.

בהקדמה לדו"ח הוועדה¹ מובעת ההכרה בחשיבות החברתית והתרבותית של תחום הפרייון עבור החברה הישראלית. כלומר, נראה על פניו כי הוועדה מודעת להקשר התרבותי של הזכות להורות בעידן הטכנולוגי, וכי היא מכירה בכך שלנושא הפרייון וההולדה משמעות חברתית-מוסרית, והוא בעל השלכות משפטיות וכלכליות.

חד עם זאת, בהמשך הדו"ח מדגישה הוועדה כי היא "לא שמה עצמה כקובעת אמות מידה מוסריות או כאחראית על שמירתן לפי השקפת עולם כזו או אחרת".² במהלך זה נראה כי הוועדה בוחרת להיות כביכול "ניטרלית" לשיקולים מוסריים בהמלצותיה. בחינת היתכנות ה"ניטרליות הערכית" מהווה את הרקע לכתבת רשימה זו.

מחד - קיימת הכרה בבסיס הערכי ובהקשר החברתי של ההורות, ומאידך קיימת בחירה שלא להיות שיפוטי באשר למושג הטוב הרצוי בנושא הורות. התפיסה השואפת לניטרליות הינה בעלת קסם רב, שכן היא מפיחה בנו את התקווה שאפשר ליצור הסדרים חברתיים שיהיו מנותקים משאלות של דת, פוליטיקה או רב תרבותיות - שהחברה המערבית המודרנית מתבוססת בהן.

למעשה, אין מדובר בדיון חדש, נמצאו הדים לדיון זה כבר בדברי אריסטו. בעיניו, החשיבה על צדק כמותי כחשיבה על ה"טאלוס", או על האופי של הטוב המדובר. לפי אריסטו כאשר אנו מבקשים לחשוב על סדר חברתי צודק, עלינו לבסס את טיעונינו על אופיים של החיים הטובים. אם כן, לפי הלך מחשבה זה איננו יכולים להתוות חוקה צודקת לפני שנבין תחילה מהי דרך החיים הטובה ביותר. ובחזרה לענייננו

1. לקריאת נוסח המלצות הוועדה: <http://www.health.gov.il/publicationsfiles/bap2012.pdf> עמ' 4

2. שם, עמ' 6.

- על פי שיטת אריסטו, לא ניתן ליצור הסדרים שיש בהם כדי לעצב את אופיו של התא המשפחתי, מבלי להגדיר תחילה איזה מודל משפחתי מעוניינת החברה לעודד.

את הטענה לפיה איננו יכולים לחשוב על צדק כאשר אנו מתנתקים מזהותנו ומן ההקשר החברתי בו אנו פועלים היטיב לבטא אלסדייר מקינטאיר בספרו "מעבר למידה הטובה"³.

"אנו כסוכנים מוסריים, מגיעים אל מטרותינו ותכליותינו. בני אדם הם ישויות המספרות סיפורים. אנו חיים את חיינו כמחפשי נרטיבים" אני יכול לענות על השאלה, מה עלי לעשות, רק אם אענה קודם על השאלה "באיזה סיפור או סיפורים אני משתתף".

הרעיון לפיו ניתן לקבוע הסדרים חברתיים החפים מ"הטיות" ערכיות או מוסריות - משקף את הזרם המרכזי של המחשבה הפוליטית הליברלית המודרנית. תפיסת עולם שכזו הוצגה על ידי ג'ון רולס בספרו "תיאוריות של צדק" בשנת 1971. רולס הציע ניסוי מחשבתי היפותטי ובו שיטה לקביעת הסכמה חברתית אודות חלוקת המשאבים הציבוריים. רולס מניח כי האנשים שיקבעו את האינטרסים המשותפים הם שווים ורציונאליים. רולס בוחר להעמיד את הנציגים של הציבור מאחורי "מסך הבערות", מסך אשר מאחוריו אין הם יודעים דבר על מעמדם האישי בחברה, אלא רק עובדות מדעיות או נסיבות פוליטיות של החברה. רולס מניח כי התנאים הללו מנטרלים את השיפוט האישי של היחיד (שכן הוא אינו יודע את מיקומו החברתי) ולכן לדעתו יקבעו הנציגים הסדרים שבבסיסם ערכים אוניברסאליים הטובים לכלל בני החברה. לצורך הדיון כאן, אתמקד בחידוש של רולס במציאת דרך לבטא ערכים "מנטרלים" מקביעת הטוב המוסדי (רולס מפנה את תיאוריית הצדק שלו למוסדות ולא ליחיד).

על מנת לבסס את התיאוריה שלו, רולס הניח הנחות יסוד על טבע האדם, ועל כך ספג ביקורות, שכן הנחות אלו אינן אלא הגדרת "טוב" עבור בני החברה. (לביקורת ראו סנדל)⁴ מבקריו של רולס עומדים למעשה על הפרדוקס שבניסיון ליצור ניטרליות מדומה, בעוד שכל בחירה או אמירה מהווה עמדה ביחס להגדרת ה"טוב".

נראה כי חברי הוועדה מניחים כי ניתן ליצור הסדרים "נייטרליים" מבחינה ערכית-מוסרית, כאשר הם מותירים את חופש הבחירה והאוטונומיה בידי הפרט. אך האם ניתן לקבל עמדה זו לנוכח ההשלכות של המלצות הוועדה על החברה שלנו? כך למשל, בעקבות המלצות הוועדה אפיק הפונדקאות נפתח בפני זוגות רבים שעד כה אפיק זה היה חסום בפניהם, וכן מתאפשר לנשים רבות להיכנס למעגל הפונדקאות. המלצות הוועדה למעשה מאפשרות יצירת מודלים משפחתיים שעד כה לא ניתן היה לממשם בארץ. לא ניתן להתעלם מכך שהסדרים אלו מערבים שאלות ערכיות השנויות במחלוקת קשה בחברה הישראלית.

להבנתי הוועדה התמנתה מתוך רצון לשקף את הלך הרוח הציבורי בסוגיות "המשפחה החדשה".

3. מקינטאיר, א' (1981) מעבר למידה הטובה. תרגום: י. לוי. ירושלים: הוצאת שלם. עמ' 238.

4. Sandel, M. (1984). Liberalism and its critics. Oxford: Basil Blackwell

השאלה מהו המודל המשפחתי הראוי היא שעמדה בבסיס הקמת הוועדה, שכן תשובה לשאלה זו תכריע מי יינהג מן המימון הציבורי, הנובע מתוך הכרת הערך החברתי בהורות וברצון בעידוד הילודה בישראל. קשה אם כך לטעמי לטעון בסוגיות אלו לדין ניטראלי במנותק משיח ערכי.

מדדי איכות לבריאות הנפש/ נורית דסאו.

תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (מדדי איכות ומסירת מידע), התשע"ב - 2012 (להלן: "התקנות") במטרה להסדיר ניטור מדדי איכות בבתי החולים. על-פי התקנות, על המנהל הכללי של משרד הבריאות להגדיר, לאחר שנועץ בוועדה מייעצת אשר מונתה על-ידו, מדדי איכות המייצגים באופן מהימן ותקף את רמת האיכות של טיפול רפואי או של שירותי בריאות בבתי חולים ובקופות חולים, לפי הנושאים שבתוספת לתקנות.

הוועדה המייעצת למדדי איכות הביאה לאישורו של המנהל הכללי של משרד הבריאות ששה מדדים המעריכים את איכות הפעילות בבתי החולים בבריאות הנפש, ולאחר אישורו אלו נכנסו לתוקף בחודש ינואר 2014. יצוין כי לא נקבע יעד אף לאחד מן המדדים, אלא בצד כל מדד צוין, כי היעד ייקבע לאחר שנת המדידה הראשונה או כי הרבעון הראשון יהווה בסיס לקביעת היעד. באגרת המנהל הכללי של משרד הבריאות אשר נלוותה לפרסום המדדים, נכתב גם כי הוועדה המייעצת תבחן מדדים נוספים ותביא לאישורה חמישה מדדים מידי שנה, אשר יתווספו לתכנית הלאומית למדדי איכות בבתי חולים בישראל.

להלן נתאר עיקרי המדדים אשר נכנסו לתוקף כאמור:

א. **אשפוז פסיכיאטרי חוזר תוך 30 יום מהשחרור:** בספרות מתייחסים לשיעור גבוה של אשפוזים חוזרים בלתי מתוכננים בפרק זמן קצר כאל תוצא שלילי. במדינות המערביות, כ-13% מהמאושפזים בבתי חולים פסיכיאטריים חוזרים לאשפוז כעבור פרק זמן קצר, ובישראל שיעור החוזרים לאשפוז תוך 30 יום עומד על כ-16.6%. בשל כך נקבע מדד זה הבודק את שיעור המאושפזים ששוחררו מבית חולים פסיכיאטרי ואושפזו שוב באותו בית חולים פסיכיאטרי תוך 30 יום.

ב. **תכנית טיפול מתועדת בתיק המאושפז תוך 5 ימים מיום הקבלה לאשפוז:** אחד ממרכיבי הטיפול האופטימלי בחולה הפסיכיאטרי הוא בניית תכנית טיפול מפורטת ומקיפה המתייחסת להיבטים טיפוליים רב-מערכתיים - רפואיים, סיעודיים, סוציאליים ושיקומיים - הרלוונטיים לטיפול בחולה, וזאת בשלב מוקדם ככל האפשר של האשפוז. על כן נקבע מדד זה הבודק את שיעור המאושפזים שנבנתה עבורם תכנית טיפול בהתאם לרכיבים המפורטים במדד מתועדת בתיק תוך 5 ימים מיום הקבלה לאשפוז.

ג. **תכנית טיפול מתועדת בתיק המאושפז אחת לרבעון עבור מאושפזים באשפוז ממושך:** אחד ממרכיבי הטיפול האופטימלי בחולה הפסיכיאטרי הוא בניית תכנית טיפול מפורטת ומקיפה כמתואר לעיל, אשר מתעדכנת באופן דינמי בכל שלבי הטיפול. לשם כך נקבע מדד זה הבודק את שיעור המאושפזים במשך 180 יום ומעלה. נבנתה עבורם תכנית טיפול בהתאם לרכיבים המפורטים במדד מתועדת

בתיק אחת לרבעון.

ד. **הערכת סיכון של הפונים לחדר מיון פסיכיאטרי, לעצמם ו/או לסביבתם, בעת הבדיקה:** אחת המשימות המרכזיות באשפוז פסיכיאטרי היא התאמת הטיפול למצבו של המטופל, כאשר הערכת הסיכון של הפונה למיון פסיכיאטרי לעצמו ולסביבה, היא חלק בלתי נפרד מתהליך קבלת ההחלטות הרפואיות. בהתקיים בסיס ראיות רחב לכך שלשיעור גבוה של מאושפזים בבתי חולים פסיכיאטריים יש היסטוריה של סיכון לעצמם ולסביבה, שלעתים אינה מאותרת בזמן, חשוב להעריך הסיכון כבר בשלבי הפנייה הראשונים, הן כדי להעניק למאושפז טיפול נאות והן כדי למנוע ממנו לפגוע בעצמו או באחרים. לכן נקבע מדד זה הבודק את שיעור הפונים לחדר מיון פסיכיאטרי שבוצעה להם הערכת סיכון לעצמם ו/או לסביבתם.

ה. **סיכום מחלה מפורט תוך שבועיים מהשחרור:** לשמירת רצף טיפול ולהעברת מידע בין בית החולים לקהילה אחר האשפוז נודעת חשיבות רבה. על מנת שניתן יהיה לשמור על רצף טיפול נאות ולהעניק למטופל טיפול מיטבי מייד עם שחרור מבית החולים, על המטפלים בקהילה לדעת פרטים רבים ומדויקים ככל האפשר על מחלתו של המשוחרר מהאשפוז, מהלך האשפוז וחווות דעתם של מטפלו בבית החולים, זאת בשלב מוקדם ככל האפשר. משום כך נקבע מדד זה הבודק את שיעור המאושפזים שנכתב להם סיכום מחלה מפורט בהתאם לרכיבים המפורטים במדד תוך 14 ימים מיום השחרור.

ו. **הבטחת רצף הטיפול לאחר השחרור -** קביעת תור למשוחררים מאשפוז להמשך טיפול בקהילה: כאמור, לשמירת רצף טיפול ולהעברת מידע בין בית החולים לקהילה אחר האשפוז חשיבות רבה, במיוחד בהתחשב בכך שרוב המאושפזים ששוחררו זקוקים להמשך טיפול על מנת לקדם החלמתם ולמנוע התדרדרות במצבם. כלי נוסף לשמירה על רצף זה הוא וידוא שלמטופל אכן נקבע תור להמשך הטיפול בקהילה. לפיכך נקבע מדד זה הבודק את שיעור המשוחררים מאשפוז פסיכיאטרי שנקבע עבורם תוך להמשך טיפול בקהילה.

מוסדות ואישים

The American Society for Bioethics - האגודה האמריקאית לביו-אתיקה ולמדעי הרוח
(and Humanities) (ASBH) / רותם ויצמן.

האגודה האמריקאית לביו-אתיקה ולמדעי הרוח (ASBH) הוקמה בשנת 1998 בעקבות התאחדות שלוש ארגונים שונים: הארגון לבריאות וערכי האדם (SHHV), הארגון ליעוץ ביואתי (SBC) והארגון האמריקאי לביואתיקה (ASBH). AAB הוא ארגון מולטי-דיציפלינרי ללא מטרת רווח. בארגון זה חברים אנשים מכל העולם שנושא הביואתיקה מעניין אותם.

חברי ה-ASBH עוסקים בקידום חילופי רעיונות בין תחומים שונים, מחקר, הוראה, פיתוח מדיניות, פיתוח מקצועי ויצירת קשרים בין אנשים העוסקים בתחומים השונים של הביואתיקה הקלינית והאקדמית

- ובמדעי הרוח הקשורים לבריאות.
האגודה מקדמת מטרות אלו בדרכים הבאות:
1. עידוד ההתחשבות בערכים אנושיים כפי שהם מתייחסים לשירותי הבריאות, חינוך של העוסקים בתחום הבריאות ומחקר
 2. עריכת מפגשים חינוכיים העוסקים בנושאי הדגל של הארגון
 3. עידוד מחקרים בנושאי הדגל של הארגון
 4. תרומה לדיונים ציבוריים בנושא בריאות הציבור והתייחסות לנושאי הארגון
- הארגון מקיים כל שנה כנס שנתי גדול בתחום הביואתיקה אליו מגיעים מרצים ומשתתפים מכל העולם. כנס זה מאפשר להכיר הרבה מהעוסקים בתחום וללמוד על מגוון התחומים בביואתיקה. ניתן להיעזר באתר האינטרנט של הארגון כדי למצוא עבודות בתחום הביו-אתיקה: <http://www.asbh.org>.
- לאגודה יש גם יחידת פרסמים שבעזרתה הם מוציאים דוחות מחקר וספרים המסייעים לעוסקים בייעוץ אתי, אם זה בכתיבת הנחיות, עקרונות או ספרי חינוך.

ידיעות והודעות

- כנס עולמי על אתיקה רפואית, משפט רפואי וביו-אתיקה.
ב- 2015.8.01-6 יתקיים כנס עולמי על אתיקה רפואית, משפט רפואי וביו-אתיקה במלון קראון פלאזה, ירושלים.
- הכנס יערך בחסות: האיגוד הרפואי העולמי,
האיגוד הפסיכיאטרי העולמי,
האיגוד העולמי למשפט רפואי, אונסקו,
ההסתדרות הרפואית בישראל,
הסתדרות האחים והאחיות בישראל,
פורום צפת לביו-אתיקה,
המרכז הבינלאומי לבריאות, משפט ואתיקה, אוניברסיטת חיפה.

נושאים מרכזיים:

אתיקה רפואית, קודים אתיים, משפט רפואי, מחקר רפואי, ניסויים רפואיים, ועדות אתיקה, הסכמה מדעת, אוטונומיה ופטרנליזם, העיסוק במקצוע, אחריות מקצועית, כשרות וסמכויות, זכויות החולה, קבלת הכרעות טיפוליות, מוסדות, מכשור וטכנולוגיה, מחלות ומפגעים, הנדסה גנטית, רוקחות, תרופות וסמים, המתת חסד, סודיות רפואית וגילוי מידע, ביטוח בריאות, הליכים שיפוטיים, חינך אתי: מתודולוגיה, תכניות הוראה ושיטות הערכה.

נושאים מיוחדים:

דילמות אתיות בתחום הבריאות ביבשת אפריקה בפרט, ובארצות המתפתחות בכלל - דילמות קיצוב במערכת הבריאות - דילמות אתיות בהשתלת איברים - החולה הנוטה למות: דילמות אתיות.

שפה: אנגלית.

דמי רישום עד ליום ה- 1.10.2014:

רישום מלא- 320 ש"ח, רישום ליום אחד- 170 ש"ח,

קבלת פנים וארוחת ערב- 235 ש"ח, ארוחת ערב גאלה- 245 ש"ח.

רישום לכנס: register@isas.co.il

פרטים נוספים: www.bioethics-conferences.com

איסו ארגון כנסים: 02-6520574, seminars@isas.co.il

המכללה האקדמית צפת



אקדמיה גלילית בעלת מגוון תארים
יישומיים, אוירה קסומה ויחס אישי וחם,
היוצרת מקום לשאיפות ולהצלחה שלכם

רח' ירושלים 11, ת.ד. 160, צפת 13206
טל': 04-6927777, פקס: 04-6927719
www.zefat.ac.il