



ביו-אתיקה

פורום צפת לביו-אתיקה

המכללה האקדמית צפת
עלון מס' 17 | ספטמבר 2017

עורכת: לימור מלול

עורכת לשונית: חנה כרמי

מערכת: תמר גדרון, אורית גולן, מאיר דובדבני, נורית דסאו, מוחמד וותד, רותם וייצמן, אמנון כרמי,
חנה כרמי, אייל כתבן, אנתוני לודר, דניאל מישורי, לימור מלול, קרן ממן ונילי קרקו-אייל.

כתובת: limorbiolaw@gmail.com

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



מדורים

דבר העורכת	עמ' 4
בעין המשפט - עדכוני פסיקה	עמ' 6
בראי הכנסת - יחסים רפואיים: האם הדין הפלילי מגביל	עמ' 14
אבחון מין העובר בשלביו המוקדמים של ההריון	עמ' 20
בעט האקדמיה - כתב העת הבינלאומי 'רפואה ומשפט'	עמ' 24
בעט האקדמיה - 'רפואה ומשפט'	עמ' 25
במרחב הגלובלי - צ'ארלי גארד ומגבלות הרפואה	עמ' 27
שינוי בעמדה ביחס לשימוש קליני בעריכת גנים אנושיים	עמ' 29
תרומת המחשבה האסייתית לאתיקה הרפואית	עמ' 31
האמת שמאחורי המבחנה	עמ' 36
התמודדות עם דילמות אתיות בקרב סטודנטים לרפואה	עמ' 38
קנאביס וסטיביקס: סם מסוכן או תרופה	עמ' 47
ביו-אתיקה בראי הדת - תרומת איברים חיוניים	עמ' 57
הכנס העולמי ה-12 על ביו-אתיקה, אתיקה רפואית ומשפט רפואי	עמ' 60
ידיעות והודעות - כנס יום הביו-אתיקה העולמי	עמ' 61


דבר העורכת:

קוראות וקוראים יקרות ויקרים,

יצירת מסגרת עבודה בטוחה עבור הצוותים המטפלים מהווה תנאי בסיסי להענקת שירותי בריאות ברמה מקצועית גבוהה. אלימות מטופלים ובני משפחותיהם כלפי צוותים רפואיים הינה תופעה ההולכת ומסלימה, הן בחומרתה והן בתדירותה, ומהווה איום ממשי על חייהם ושלמות גופם של המטפלים ועל מסגרת עבודה שתאפשר מתן טיפול מקצועי, איכותי ובטיחותי עבור המטופלים.

אתמול, ב-12.09.2017, הותקפה אחות על-ידי מטופלת וחברתה במרכז הרפואי רמב"ם. האחות הובהלה למיין לאחר שאיבדה הכרתה כתוצאה מהתקרית ושם טופלה עד להטבה במצבה. במהלך התקרית ספגה האחות יריקות, קללות וגידופים, איומים ואף חבטות קשות. אירוע קשה זה אירע זמן קצר לאחר שאירוע אלימות קשה אחר כלפי האחות טובה קררו במהלך עבודתה במרפאה בחולון הוביל למותה. בעקבות אירוע זה, שהתרחש ב-13.03.2017, מינה שר הבריאות, ח"כ הרב יעקב ליצמן, ב-24.07.2017 **וועדה להתמודדות עם אלימות במערכת הבריאות ולמיגורה**, בראשותו של פרופ' שלמה מור יוסף. תפקידה של הוועדה לגבש תכנית פעולה ולתת שורה של המלצות במטרה לשפר את יכולת ההתמודדות עם תופעת האלימות במערכת הבריאות ולמגרה. **הוועדה אמורה להעביר המלצותיה לשר עד לתאריך ה-1.11.2017.**

אין לשכוח, כי האלימות היא תופעה המכרסמת במערכת הבריאות באופן מתמשך והינה בעלת השלכות שליליות רבות. בשל ההבנה שמדובר בתופעה הרסנית הן בהיבט המקצועי והן בהיבט החברתי והערכי נעשו מספר ניסיונות להתמודד עמה. בשנת 2008, בעקבות גל אלימות שפקד את מערכת הבריאות, פנו נציגי קופת-חולים כללית, ההסתדרות הרפואית והארגונים של רופאי ועובדי כללית למכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל בבקשה לחקור את נושא האלימות כלפי צוותים רפואיים במרפאות הקהילה. מטרתם היתה לאסוף מידע אמין על היקף תופעת האלימות ומאפייניה ולבנות אסטרטגיית התמודדות מושכלת ויעילה. בשנת 2011 פורסם דו"ח מחקר של מרכז מאירס-ג'וינט-ברוקדייל בנוגע לאלימות כלפי צוותים במרפאות ראשוניות בקהילה. על-פי ממצאי הדו"ח, "75% מאנשי הצוות



במרפאות דיווחו שחוו אלימות מילולית (צעקות, קללות ואיומים) לפחות פעם אחת במהלך השנה שקדמה למחקר. למעלה משליש (36%) חוו אלימות פיזית (בין היתר זריקת חפצים וסירוב של מטופל לצאת מהחדר) לפחות פעם בשנה, ו-10% שלוש פעמים בשנה לפחות". נתון מדאיג נוסף שהעלה המחקר, כי רק 11% מהמקרים מדווחים למשטרה, ואף פחות מכך מגיעים למיצוי הדין. מנתוני המרכז להעצמת האזרח ישנם כ-3000 מקרי אלימות נגד צוותים רפואיים בשנה, מתוכם 800-1000 מקרים מדווחים, ורק 8-10 מקרים מגיעים למיצוי הדין (2%). פירוש ממצאים קשים אלה הוא שרוב האנשים האלימים אינם משלמים על מעשיהם ועלולים להסיק מכך שמעשיהם אינם ראויים לגנאי ואולי אפילו לגיטימיים. הדבר נובע בראש ובראשונה מכך שהאחות או הרופא או כל מטפל אחר, שספגו אלימות במהלך עבודתם, נדרשים לפעול באופן עצמאי ולהגיש תלונה, להעיד, להגיע לפי הצורך לתחנת המשטרה ואף להתעמת עם דברים שמוטחים כנגדם. אין לשכוח **שמצבו הגופני והרגשי של איש צוות לאחר אירוע כזה עלול להיות ירוד מאוד והוא עלול למצוא עצמו מרוקן מאנרגיות שיניעו אותו לכל פעולה**. מעבר לפגיעה הגופנית, שעלולה להיות קשה, כרוכה האלימות גם בהשפלה של איש הצוות שכלפיו מופנית האלימות; האירוע ילווה לרוב גם בתחושות של **כישלון ואכזבה אישית ואף מקצועית**. במצב זה זקוק המטפל הפגוע **לתמיכה וליווי**, הן בתהליך שנועד למיצוי הדין עם הפוגע והן בתהליך החלמתו האישית והחלמת המקצוע' מחולי רע זה של האלימות. מציאת פתרון הלוקח בחשבון את כל המשתנים הרלבנטיים הינו הכרחי לצורך שיקום הסטטוס של המקצועות הטיפוליים ושיקום המטפלים הפגועים. המטפלים הפגועים יישארו 'פצועים' אם המערכת לא תשמש להם משענת ותסייע להם לעבור תהליך אישי של ריפוי ואיחוי ותהליך של העצמה מקצועית.

אין ספק אם כן, כי תופעת האלימות כלפי צוותי רפואה הינה תופעה שטבועה בהענקת שירותי בריאות במערכת העובדת באילוצים תקציביים ובמגבלות אירגוניות. תופעה רחבת היקף זו תמשיך ותסלים, ככל הנראה, אם לא תטופל באופן מותאם.

שנה טובה וחופשיה מאלימות,

קריאה מהנה,

לימור.

בעין המשפט

הנגשה לשונית במרכזים הרפואיים // נילי קרקו-אייל

בקשה לאישור תובענה ייצוגית שהונחה לאחרונה פתחו של בית המשפט המחוזי מרכז- לוד - ת"צ 2211-09-14 טמנו ואח' נ' שירותי בריאות כללית - העלתה לדין את הסוגיה של הנגשה לשונית של שירותי בריאות בישראל למי שאינם דוברים את השפה העברית.¹

המבקשים שעלו לישראל מאתיופיה בשנים 1990-1991, המבוטחים בביטוח בריאות באמצעות קופת חולים כללית, טענו כי המשיבה אינה מנגישה את שירותיה מבחינה לשונית, ללקוחותיה שארץ מוצאם היא אתיופיה, והם אינם דוברים את השפה העברית. המבקשים הוסיפו וטענו כי מאחר שהם אינם דוברים את השפה העברית, הם מתקשים לקבל טיפול רפואי מהקופה. באופן ספציפי יותר טענו המבקשים כי הם אינם יכולים לתאם תור לרופא או למרפאת האחיות מאחר שאין מענה לתיאום תורים בשפה האמהרית, והם צריכים לבקש מבני משפחה לקבוע עבורם את התור, או להגיע לצורך זה למרפאה. כי הם נזקקים לליווי מי מבני משפחתם בהגיעם למרפאת הקופה לצורך תרגום (דבר הפוגע בפרטיותם). כי במקרים שבהם הגיעו ללא ליווי כאמור הם נזקקים לשירותי המגשרת הלשונית האחת הנמצאת בסניף הקופה, אך לרוב היא אינה פנויה. במקרה זה התקשורת עם אנשי הצוות הרפואי כמעט בלתי אפשרית, לא ברור להם אם הצוות הרפואי הבין את תלונותיהם, והם אינם מבינים את ההסברים שניתנים להם, אם בכלל, ומהו הטיפול המומלץ להם. כך הדבר גם לגבי מרפאות מומחים.²

בבקשה טענו המבקשים כי עניינם בא בגדר פרט 7 לתוספת השנייה לחוק תובענות ייצוגיות, תשס"ו-2006,³ ולפיו ניתן להגיש בקשה לאישור תובענה ייצוגית בתביעה בעילה לפי חוק איסור הפליה במוצרים, בשירותים ובכניסה למקומות בידור

1. ת"צ 2211-09-14 טמנו ואח' נ' שירותי בריאות כללית (להלן: עניין טמנו)

2. שם, פסקאות 1-2 לפסק הדין.



ולמקומות ציבוריים, התשס"א-2000⁴. בהמשך לכך, טענו המבקשים כי בהתנהלות המשיבה יש משום הפליה לפי חוק איסור הפליה. עוד הוסיפו וטענו כי בהתנהלות הפרה המשיבה את סעיפים 4, 5, 13, 14, 17 לחוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996⁵, ופגעה בזכותם לשוויון לפי סעיף 1 לחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו⁶.

את טענת ההפליה, שהייתה הטענה העיקרית עליה נסמכו המבקשים, ביססו האחרונים על סעיף 3 (א) לחוק איסור הפליה, הקובע כי מי שעיסוקו בהספקת מוצר או שירות ציבורי או בהפעלת מקום ציבורי, לא יפלה בהספקת המוצר או השירות הציבורי או במתן שירות במקום הציבורי, בין השאר מחמת גזעו או ארץ מוצאו של אדם. בצידה של הוראה זו הצביעו המבקשים על סעיף 4 לחוק זכויות החולה האוסר על הפליה בין מטופל למטופל מטעמי דת, גזע, מין, לאום, ארץ מוצא, נטייה מינית, גיל או מטעם אחר⁷.

אף שביט המשפט סבר שהפליה של בני העדה האתיופית שמקורה בקשיי שפה מהווה משום הפליה מחמת גזעם ובשל ארץ מוצאם, הבקשה לאישור התובענה כתובענה ייצוגית נדחתה⁸. בדחותו את הבקשה הסביר בית המשפט כי לא עלה בידי המבקשים להוכיח במידה הנדרשת לשלב של בקשה לאישור תובענה כייצוגית, כי קיימת אפשרות סבירה לכך שהמחלוקות בינם לבין המשיבה יוכרעו לטובתם⁹.

למסקנה זו הגיע בית המשפט לאחר שמצא שהמשיבה מנגישה מבחינה לשונית את שירותיה לבני העדה האתיופית. מסקנה זו התבססה על הממצאים הבאים, שהונחו בפני בית המשפט: לרשות מטופלים יוצאי אתיופיה שאינם דוברים עברית ברמה מספקת, עומדת האפשרות לשוחח עם נציג שירות טלפוני בשפה האמהרית, לקבוע תור ולקבל מידע; בעת הביקור במרפאה יכול המטופל להסתייע בשירותי המגשרים התרבותיים הקיימים בסניפי הקופה בהם יש ריכוז גבוה של יוצאי אתיופיה; לרשות המטופל ולרשות הרופא המטפל עומדת האפשרות להתקשר למוקד תרגום, במהלך הטיפול עצמו, ולהסתייע בשירותי תרגום סימולטאני מאמהרית לעברית - עבור המטופל, ולהפך - עבור הרופא המטפל; במקרים שבהם הדבר נדרש ואפשרי, ניתן להסתייע בשירותי תרגום של אחד מעובדי הקופה הדובר

3. ס"ח תשס"ו מס' 2054, עמ' 264. (להלן - חוק התובענות הייצוגיות).

4. ס"ח תשס"א מס' 1765, עמ' 58. (להלן - חוק איסור הפליה).

5. ס"ח תשנ"ו מס' 1591, עמ' 327. (להלן - חוק זכויות החולה)

6. ס"ח תשנ"ב מס' 1391, עמ' 150

7. עניין טמנו, פסקאות 3,4,45.

8. שם, פסקה 46.

9. שם, פסקה 84.

את השפה האמהרית; לבסוף, חלק מהמטופלים מבכרים כי ייכנס עימם לרופא בן משפחה מלווה, וזה מספק את שירותי התרגום הנדרשים.

נוכח מסקנה זו סבר בית המשפט כי המבקשים כשלו גם להוכיח שאיזה מהעילות האחרות שלהן טענו התקיימו.¹⁰ כאמור, כל אלה הובילו את בית המשפט למסקנה כי יש לדחות את הבקשה לאשר את התובענה כתובענה ייצוגית.

הבקשה שהונחה לפתחו של בית המשפט מבטאת מקצת מהקשיים שמעוררת הסוגיה של הנגשה לשונית של שירותי בריאות לקבוצות אוכלוסיה שאינן דוברות את השפה העברית.


מדינת ישראל היא מדינה רב-לשונית. עברית, ערבית, רוסית, אמהרית, אנגלית, צרפתית ושפות רבות נוספות משמשות בה בערבוביה. יתרה מכך, לעיתים קרובות העברית אינה שגורה בפיהם של הדוברים שפות אלה וחלקם אף אינם דוברים עברית כלל. עבור אלה המפגש עם מערכת הבריאות בישראל צפוי להיות מורכב. לקשיים הפיזיים, הנפשיים והבירוקרטיים המלווים בגיל כל אדם הזקוק לטיפול רפואי, מתלווים במקרים אלה קשיי תקשורת. אלה באים לידי ביטוי בחוסר יכולת לקרוא או להבין טפסים מנהלים או רפואיים, בקושי להתמצא במרחב הרפואי, ויותר מכל בקושי להחליף מידע עם המטפל.

מצב דברים זה מעורר מספר שאלות: האם למטופל הזכות לדבר, לקרוא ולקבל מידע בשפה המובנת לו ומה מקורה החוקי של זכות זו? האם העלויות הכרוכות בהנגשה לשונית של מערכת הבריאות יעילות וככאלה מוצדקות? ועל מי מוטלת החובה להנגיש את מערכת הבריאות למטופלים שאינם דוברי עברית (אם אכן חובה כזאת קיימת) - על משרד הבריאות או על קופות החולים ועל המוסדות הרפואיים? מהו הסעד הנתון למטופל ששירותי הבריאות לא הונגשו לו בשפתו?

החוקים העוסקים בזכויות הפרט לטיפול רפואי ובזכויותיו בעת קבלת טיפול רפואי - חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994¹¹ וחוק זכויות החולה - אינם קובעים מפורשות כי לאדם הזקוק לטיפול רפואי הזכות לקבל שירותים בלשון המובנית לו ולתקשר עם הסובבים אותו בלשון השגורה בפיו.

10. שם, פסקאות 72-80.

11. פורסם ס"ח תשנ"ד מס' 1469, עמ' 156.



אף על פי כן, מספר הוראות חוק בחוק ביטוח בריאות ממלכתי ובחוק זכויות החולה מלמדות כי לחולה הזכות לקבל שירותים רפואיים בשפה המובנת לו. סעיף 3 (א) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע כי כל תושב זכאי לשירותי בריאות לפי חוק זה. סעיף 3 (ד) לחוק זה קובע כי שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות ינתנו בישראל באיכות סבירה. כל אחד מסעיפים אלה ושניהם יחדיו מספקים מקור חוקי לזכות להנגשה לשונית. קשיי שפה מוזכרים בספרות כאחד החסמים למיצוי זכויות על ידי פרטים.¹² בהמשך לכך, ניתן לטעון כי הזכות להנגשה לשונית של מערכת הבריאות מהווה חלק בלתי נפרד מהזכות לקבל שירותי בריאות לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי. בהעדר הראשונה נשמט לא אחת הבסיס ליכולתו של הפרט לממש את השניה. זאת ועוד, כפי שנראה בהמשך קשיי תקשורת בין המטפל למטופל פוגעים, לא אחת, באיכות הטיפול הרפואי הניתן למטופל. החובה לספק לפרטים שירותים רפואיים מונגשים לשונית נגזרת, אם כך, גם מהחובה לספק לפרטים שירות רפואי באיכות סבירה, הקבועה בסעיף 3 (ד) לחוק.

חוק זכויות החולה מספק אף הוא מקור חוקי לזכות להנגשה לשונית. סעיף 4 (א) לחוק אוסר על הפליית מטופלים על ידי מוסד רפואי בין השאר מחמת גזע, לאום, ארץ מוצא וכיוצא באלה. כאמור, העדר נגישות לשונית יוצר חסמים למיצוי זכויות על ידי פרטים. התוצאה צפויה להיות אי שוויון בקבלת שירותים רפואיים - פרטים שאינם שולטים בשפה העברית יתקלו בחסמים לשונים למימוש זכותם לטיפול רפואי, לעיתים עד כדי שלילתה לחלוטין, בעוד אלה הדוברים את השפה העברית על בוריה לא יתקלו בחסמים מסוג זה. מאחר ואי ידיעת השפה העברית היא נחלתם של מיעוטים, עולים חדשים ומהגרי עבודה, ניתן לטעון שהעדר נגישות לשונית מהווה משום הפליה על רקע לאום או ארץ מוצא. כאמור, גישה זו התקבלה בעניין טמנו. לחילופין, נטען לטעון שמדובר בהפליה על רקע מאפיינים שפתיים, הבאה בגדר המונח "וכיוצא באלה".

סעיף 5 לחוק זכויות החולה קובע כי מטופל זכאי לקבל טיפול רפואי נאות, הן מבחינת הרמה המקצועית והאיכות הרפואית, והן מבחינת יחסי האנוש. כאמור, קשיי תקשורת שמקורם באי ידיעת השפה העברית עלולים לפגוע באיכות הרפואית של הטיפול הרפואי. זאת ועוד, פניה למטופל בשפתו או לכל הפחות הנגשת מידע למטופלים בשפתם בדרכים אחרות, מחוייבת מכוח הדרישה לספק למטופלים טיפול רפואי נאות מבחינת יחסי אנוש. בהעדר תקשורת ברת הבנה בין הצדדים כיצד ניתן לדבר על טיפול רפואי נאות מבחינת יחסי אנוש?

12. ראו: ג' גל "החשיבות של מיצוי זכויות" 73 בטחון סוציאלי (תשס"ז) 2007, 5, 6-7.

בצד הוראות חוק כלליות אלה עומדות הוראות חוק המספקות בסיס משפטי לזכות להנגשה לשונית בהקשרים ספציפיים.¹³ סעיף 13 (א) לחוק זכויות החולה קובע כי לא ינתן למטופל טיפול רפואי אלא אם נתן את הסכמתו החופשית והמודעת לכך. סעיף 14 (א) לחוק זכויות החולה מורה כי הסכמת המטופל לטיפול יכולה להינתן גם בכתב, ואילו סעיף 14 (ב) לחוק מטיל חובה לקבל את הסכמת המטופל במסמך בכתב הכולל את תמצית ההסבר שניתן לו במקרים המנויים בתוספת לחוק. סעיף 13 (ב) לחוק זכויות החולה ממשיך וקובע כי לשם קבלת הסכמה מדעת, ימסור המטפל למטופל מידע רפואי הדרוש לו, באורח סביר, כדי לאפשר לו להחליט אם להסכים לטיפול המוצע. סעיף 13 (ג) לחוק קובע כי המטפל ימסור למטופל את המידע הרפואי באופן שיאפשר לו מידה מרבית של הבנת המידע. ביסוד הוראות אלה עומדת זכותו של המטופל לאוטונומיה. כלומר, זכותו להחליט מהו הטיפול הרפואי שיעשה בגופו, בהתאם לערכיו, למטרותיו ולהעדפותיו.¹⁴

עיון בהוראות חוק אלה, כמו גם ברציונל העומד ביסודן, מוביל לשתי מסקנות חשובות:

ראשית, על תהליך קבלת ההסכמה - בין אם בעל פה ובין אם בכתב-להעשות בשפה המובנת למטופל. מטופל המהנן בראשו או חותם על טופס הסכמה לטיפול, מבלי שהבין כי בכך נתן את הסכמתו לטיפול רפואי, מחמת אי ידיעת השפה שבה התבקשה הסכמתו, כאילו לא נתן כל הסכמה לטיפול. ביצוע טיפול רפואי בניסיונות אלה, מהווה משום פגיעה חמורה בזכות המטופל לאוטונומיה, ומקימה לו עילה תביעה בעוולת התקיפה ובעוולה של הפרת חובה חקוקה.¹⁵

שנית, החובה למסור למטופל מידע בדבר מצבו הרפואי ובדבר הטיפול המוצע משמעה כי יש למסור לו את המידע בשפה המובנת לו. מסירת מידע למטופל בשפה שאינה שגורה בפיו, כך שזה לא הבין את המידע הדרוש לשם קבלת החלטה אוטונומית, אינה מקיימת אחר חובת הגילוי. כפי שקבעה הפסיקה "כדי לצאת ידי חובת ההסבר, לצורך קבלת הסכמתו מדעת של החולה לטיפול הרפואי, אין הרופא יוצא ידי חובתו בעצם מתן ההסבר, בבחינת "מצוות רופאים מלומדה", אלא עליו להתרשם גם שהחולה הבין את המידע שנמסר לו ושהחלטתו להסכים לטיפול ולסיכונים הכרוכים בו - אכן הייתה מתוך הסכמה מדעת, דהיינו על יסוג הבנתו

13. החובה לקבל את הסכמת המטופל בכתב, כפופה לחריגים הקבועים בסעיפים 14 (ג) ו-14 (ד) לחוק. ע"א 2781/93 עלי דעקה, בית החולים "כרמל" חיפה, פ"ד נג 526, 572, 613; ע"א 4384/90 ואתורי נ' בית החולים לניאדו, מא (2) 173, 182; ע"א 1303/09 קדוש נ' בית החולים "ביקור חולים" (נבו) פסקה 14 לפסק דינו של השופט ריבלין. 15. ראו: סעיף 23 לפקודת הנזיקין, תשל"ז-1977, נוסח חדש. פס"ד קדוש, לעיל הערה 14, פסקאות 24 ו-27 לפסק דינו של השופט ריבלין.

את ההסברים שניתנו לו...¹⁶ בהמשך לכך אף הוסיפה וקבעה הפסיקה כי על ההסבר להינתן בשפה המובנת למטופל¹⁷. הסכמה שנתן המטופל בהתבסס על מידע שנמסר לו בשפה שאינה מובנת לו, אינה הסכמה מדעת¹⁸. על כן, משניתן טיפול רפואי למטופל בנסיבות אלה, עומדת לזה עילת תביעה בעוולת הרשלנות ובעוולת הפרת חובה חקוקה¹⁹.

גישה זו שלפיה למטופל הזכות לקבל שירותי רפואה בשפה המובנית לו אומצה מפורשות והוסדרה באופן נרחב על ידי משרד הבריאות בשנת 2011, אז פרסם משרד הבריאות חוזר שעניינו התאמה והנגשה לשונית במערכת הבריאות²⁰ החוזר הווה חלק ממדיניות כוללת אותה אימץ המשרד לשם צמצום אי השוויון בבריאות בישראל. על מטרת החוזר נמנו שיפור הנגישות הלשונית של מערכת הבריאות והתאמתה לכלל אזרחי המדינה, ויצירת סטדנדרטים להתאמה ולהנגשה לשונית במתן שירות בארגוני הבריאות. בהמשך לכך קבע החוזר מספר כללים. כך נקבע כי טפסים הדורשים חתימת המטופל, כגון טופסי הסכמה מדעת, טופס קבלה לאשפוז וטופס חתימה על התחייבות כספית, יופיעו בארבע שפות - עברית, ערבית, רוסית ואנגלית. עוד נקבע כי על המטפל חלה חובה לוודא כי המטופל הבין את המידע שנמסר לו באשר לטיפול הרפואי ולזכותו לסרב לו. לשם כך, על המטפל להיעזר באמצעים שונים, כגון חומר כתוב מתורגם, שירותי תרגום באמצעות מוקד טלפוני, שירותי תרגום באמצעות "מגשרים" ומתורגמנים. החוזר מוסיף וקובע כי חומר מנהלי כתוב, כגון מידע על זכויות לקבלת שירותי בריאות או שעות העבודה של מרפאות, ומידע כתוב בנושאי קידום בריאות, רפואה מונעת ואלימות משפחה, יועמד לרשות המטופלים בארבע שפות: עברית, ערבית, רוסית ואנגלית. לדברים אלה מתווספת החובה להתאים את השילוט במוסדות בריאות להרכב הלשוני של הקבוצות המקבלות שירות במוסד, ולהציגו ככל שניתן בשלוש שפות: עברית, ערבית ואנגלית. יחידות לפניית הציבור, מוקדי שירות טלפוניים במוסדות בריאות ציבוריים ומוקדים טלפוניים של שירותי חירום נדרשו מעתה לתת מענה בכל אחת מהשפות הבאות: עברית, ערבית, רוסית אמהרית ואנגלית. עוד נקבע כי על אתרי האינטרנט של ארגוני הבריאות ומוסדות הבריאות להיות נגישים גם לקוראי ערבית,

16. ת"א (י-ם) 117/91 מזרחי נ' הסתדרות מדיצינית הדסה, תק מח 96 (2) 1980, 1986 (1996); ת"א (י-ם) 697/94 רזון נ' הסתדרות מדיצינית עין כרם - ירושלים (1996).

17. ת"א (י-ם) 002564/05 דלאשה נ' מדינת ישראל, פסקדין, פסקה 42 (2007); תא"מ (עפ) 4737-03-08 מטייב נ' פרופורציה פ.א.ס.י בע"מ (2011).

18. ראו: עלי דעקה, לעיל הערה 14, בעמ' 612.
19. ראו: פס"ד קדוש, לעיל הערה 14, פסקאות 24 ו-27 לפסק דינו של השופט ריבלין, פסקה י לפסק דינו של השופט רובינשטיין.

20. חוזר מנכ"ל 7/11 התאמה והנגשה תרבותית ולשונית במערכת הבריאות (3.2.2011).

רוסית ואנגלית ולכלול בשפות אלה מידע חיוני, כגון זכויות בסיסיות, שירותי ליבה וכתובת לפניות. כלל הארגונים והמוסדות במערכת הבריאות נדרשו להיערך להספקת שירותי תרגום זמינים למקרים שבהם הדבר נדרש במהלך טיפול או ייעוץ רפואי, באחת מהדרכים הבאות: הפעלת שירות תרגום טלפוני מקצועי, הפעלת מגשרים רפואיים והעסקת אנשי צוות דוברי שפות. החוזר הוסיף וקבע כי יש להמנע כלל האפשר משימוש בבן משפחה של המטופל כמתרגם, אלא אם אז בקשתו המפורשת של המטופל. לבסוף המליץ החוזר למוסדות רפואיים ככל הניתן, לגייס כוח אדם, רפואי, פארא - רפואי וניהולי, גם מקרב מיעוטים לשוניים.

אף שחוזר זה תרם רבות להסדרת הסוגיה של הנגשה לשונית של שירותי הבריאות, ממשיכה מערכת הבריאות להתמודד עם האתגרים המיוחדים שהסוגיה מעוררת. בין אלה בולט במיוחד האתגר התקציבי וגיוס כוח אדם מתאים. הכשרת צוותי מתורגמנים, העסקת מתורגמנים במוסדות רפואיים, תרגום טפסים מנהליים, טופסי הסכמה מדעת ומידע אחר לשפות שונות, כרוכים בעלויות לא מבוטלות. משכך נדרשות קופות החולים לערוך איזון סביר בין החובה להנגיש לשונית את שירותי הבריאות לאוכלוסיות שאינן יודעות עברית לצרכים מערכתיים אחרים. על קושי זה עמד בית המשפט בעניין **טמנו**:

"יש לזכור, כי הנגשה מלאה באמצעות מתרגמים לשוניים אינה אפשרית, אלא אם כן יועמדו לרשות המרפאה מספר בלתי סביר של מתרגמים כאמור, שיהא באפשרותו לענות על מצבי קיצון, בהם מגיעים באותה עת מספר רב של מבוטחים הזקוקים לשירותי תרגום. גם אם יש צורך ביותר ממגשר אחד במרפאה, מאחר שיש מקרים לא מעטים בהם מגיע יותר מאדם אחד הזקוק לשירותי תרגום, צריך גם להביא בחשבון מהם פרקי הזמן בהם 2 המתרגמים יישבו ב"חיבוק ידיים" וללא תעסוקה, שאף הוא אינו רצוי ואינו יעיל מבחינה כלכלית. דומה כי ההצדקה לקיומם של 2 מגשרים לשוניים במרפאה תהא מקום בו צפויה תעסוקה כמעט מלאה לשניהם, אך כאמור, לא הוכח צורך כזה. מלאכת האיזונים בעניין זה היא עדינה..."²¹

בה בעת אין להתעלם מהיתרונות התקציביים הגלומים בהנגשה לשונית של מערכת הבריאות לכלל האוכלוסיות מקבלות השירות. שורה של מחקרים מלמדים כי חסמים לשוניים למערכת הבריאות עלולים לגרום לעלויות גבוהות למערכת הרפואית ולחברה בכללותה. אלה מלמדים כי קשיי תקשורת או חוסר בתקשורת בין מיעוטים לשוניים לבין הצוות הרפואי עלולים לגרום לתת ניצול של שירותי

בריאות, על ההשלכות הכרוכות בכך.²² עוד עולה ממחקרים אלה כי בקרב קבוצות מיעוט לשוני, קשיי תקשורת אחראיים לשיעור גבוה יותר של אירועים שליליים בטיפול הרפואי בהם, מאשר בקרב דוברי שפת המקום.²³

זאת ועוד, קשיי תקשורת שמקורם באי הבנת השפה גורמים להארכת משך הביקור או האשפוז של המטופל, לשימוש מוגבר בבדיקות, לשיעור פניות גבוה יותר למיון ולירידה במידת שיתוף הפעולה עם תוכנית הטיפול. כל אלה גורמים לעלויות טיפול גבוהות יותר בטווח הקרוב ובטווח הרחוק.²⁴ לבסוף, מהספרות המחקרית עולה כי קשיי תקשורת משפיעים על מידת שביעות הרצון של השותפים למפגש הרפואי. כך מטופלים הפגינו את שביעות הרצון הנמוכה ביותר מהמפגש עם הרופא כאשר היה צורך במתורגמן אך זה לא היה בנמצא.²⁵ ממצאים אלה מקבלים משנה תוקף לאור מחקרים המלמדים כי אחד הגורמים העיקריים לגידול במספר התביעות המוגשות נגד רופאים הוא תקשורת לקויה בין חולים לרופאים.²⁶

המסקנה העולה מדברים אלה היא שאף לקויים בהנגשה הלשונית של שירותי הבריאות כרוכים בעלויות גבוהות, בדמות תחלואה מוגברת, חוסר שביעות רצון של המטופלים מרמת השירות, התמשכות משך זמן הטיפול והתדיינויות משפטיות מוגברת. מכאן עולה שכנגד ההשקעה כספית הכרוכה בהנגשה לשונית של שירותי בריאות למיעוטים לשוניים יש לשקול את התועלת הכלכלית הטמונה בכך. שיקול תוצאתי זה מן הראוי שיישקל על ידי מערכת הבריאות, כמו גם על ידי בתי המשפט,

22. לעניין זה ראו: מי שוסטר "תיוון לשוני ותרבותי של שירותים חברתיים" הד האולפו החדש (91) (תשס"ז-2007) 58, 61; Dennis Andrulic at all, What a deference an Interpreter can Make –Health Care Experience of Uninsured With Limited English Proficiency (2002) 3 (http://www.accessproject.org/downloads/c_LEPreportENG.pdf); Melanie au at all, Improving Access to Language Services in Health care: A Look at National and State Efforts (2009)1 (<http://www.ahrq.gov/populations/languageservicesbr.pdf>); Sarah Bowen Language Barriers in Access to Health Care (Prepared for Health Canada, 2001) 61 (http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2001-lang-acces/2001-lang-acces-eng.pdf); "מחקרים בקליטה: ההיבט הלשוני - תרבותי - איפה בליט לך?": קשיי תקשורת בין רופאים למטופלים במערכת הבריאות בארץ" הד האולפן החדש 89 (תשס"ז - 2006) 78, 80.

23. שוסטר ושלזינגר, לעיל הערה 22, בעמ' 4; Andrulic, לעיל הערה 22, בעמ' 7, 10-9; מיכל שוסטר, הנגשת שירותי בריאות למיעוטים לשוניים: שירות המתורגמנות "קול לבריאות" כמקרה מבחן (חיבור לשם קבלת תואר דוקטור לפילוסופיה, אוניברסיטת בר אילן, תשס"ט), 23, 52; Melanie au, לעיל הערה 22, בעמ' 1; Lily Lo "The Right to Understand your Doctor: Protecting Language Access Rights in Health Care" (2011) 31 Boston College Third World Law Journal 377, 377-378; Bowen, לעיל הערה 22, בעמ' 74.

24. ראו: שוסטר - הנגשת שירותי בריאות למיעוטים לשוניים, לעיל הערה, בעמ' 48, 49; שוסטר ושלזינגר, לעיל הערה 22, בעמ' 7; Bowen, לעיל הערה 22, בעמ' 77-76.

25. ראו: Andrulic, לעיל הערה 22, בעמ' 6; Melanie au, לעיל הערה 22, בעמ' 1; Bowen, לעיל הערה 22, בעמ' 76-75; רובובסקי, לעיל הערה 22, בעמ' 80; איג'ר דרייפוס "תווך לשוני ותרבותי של שירותים חברתיים" הד האולפן החדש 91 (תשס"ז - 2007) 29, 34.

26. ראו: T. Dobson "Achieving Better Medical Outcomes and Reducing Malpractice Litigation Through: the Healthcare Consumer's Right to Make Decisions" 15 j. Contemp. L. (29189) 175, 191; P. H. Schuch "Rethinking Informed consent" 103 Yale L. J (1994) 899, 943, n. 175

בבואם להכריע בסוגיות שעניינן הנגשה לשונית של שירותי בריאות בישראל, וזאת בצד שיקולים שעניינם זכותו של המטופל לאוטונומיה, לכבוד וליחס אנושי נאות.

בסיום דברים אלה ברצוני לחזור לבקשה לאישור התובענה הייצוגית שהדיון בה פתח רשימה זו - עניין טמנו. חשוב לזכור כי במקרה זה נדרש בית המשפט להכריע בשאלה אם המבקשים עמדו בחובה להעמיד תשתית ראייתית מספקת לכך, שקיימת אפשרות סבירה, שבית המשפט יקבע, שהמשיבה אינה מנגישה במידה מספקת מבחינה לשונית את שירותיה לחברי הקהילה האתיופית. דחיית הבקשה לאישור התובענה כתובענה ייצוגית מהטעם שהמבקשים לא עמדו בנטל המוטל עליהם, אין משמעה כי בכך נסתם הגולל על טענותיהם. עדיין פתוחה בפניהם הדרך לטעון, במסגרת תביעה נזיקית פרטית, כי אף שככלל המשיבה מנגישה במידה מספקת את שירותיה לקהילה האתיופית, הרי שבמקרה מסוים הופרה החובה לספק להם מידע בשפה המובנת להם, הפרה שתוצאתה פגיעה בזכותם לאוטונומיה או נזק פיזי. כפי שראינו, תביעות מסוג זה הוגשו כבר על ידי תובעים במקרים קודמים, וחלקן צלחו.

החוזיים שרקמו ביניהם. לבסוף, אי-הטלת האחריות על בית החולים מוצדקת גם לפי הגישה הכלכלית לדיני הנזיקין, שכן הרופא הוא מונע הנזק 'הזול' והוא זה שעליו להפנים את העלות של פעילותו.

בראי הכנסת


.....

יחסים רפואיים: האם הדין הפלילי מגביל יחסים עם מטופל והאם ראוי שיגביל? // אסף הרדוף*

רקע

באפריל 2016 נתקבלה העברה החדשה ביותר בפרק עברות המין שבחוק העונשין, התשל"ז-1977. סעיף 347בב, "יחסי מין בין כהן דת לאדם שקיבל ממנו ייעוץ או הדרכה", קובע שכהן דת הבועל אישה או עושה מעשה סדום בבגיר, במהלך





התקופה שבה ניתן להם ייעוץ או הדרכה על ידו או סמוך לאחר מכן, בהסכמה שהושגה תוך ניצול תלות נפשית ממשית בו, שמקורה בייעוץ או בהדרכה שניתנו להם על ידו - דינו מאסר ארבע שנים. "כהן דת" מוגדר באופן מעגלי, ככהן דת; וגם כמי שמציג עצמו ככזה או כאדם הידוע או המציג את עצמו כבעל סגולות רוחניות מיוחדות. "ייעוץ או הדרכה" מוגדרים כייעוץ או הדרכה שניתנו באופן מתמשך, במפגש חזותי.

עברה זו שעניינה מערכת יחסים מיוחדת, שבמהלכה ובסמוך לסיומה קוימי יחסי מין, מזכירה את העברה השנייה בעדכנותה בפרק עברות המין, "יחסי מין בין מטפל נפשי למטופל", בסעיף 347א. מטפל נפשי הבוועל אישה או העושה מעשה סדום בבגיר, במהלך התקופה שבה ניתן לו טיפול נפשי על ידו ועד תום שלוש שנים מסיום הטיפול, בהסכמה שהושגה תוך ניצול תלות נפשית ממשית בו, שמקורה בטיפול הנפשי שניתן להם על ידו, דינו - מאסר ארבע שנים. "טיפול נפשי" מוגדר כאבחון, הערכה, ייעוץ, טיפול, שיקום, או ניהול שיחות, שנעשו באופן מתמשך, במפגש חזותי, כדי לסייע לאדם הסובל ממצוקה, הפרעה, מחלה או בעיה אחרת, שמקורן רגשי או נפשי. "מטפל נפשי" מוגדר כמי שעוסק, או שמציג את עצמו כעוסק, במתן טיפול נפשי, כמשלח יד או מכוח תפקיד. איסור זה כולל חזקה, שלפיה מעשים מיניים כאמור שנעשו במהלך הטיפול - ייראו כאילו נעשו תוך ניצול תלות נפשית ממשית, אלא אם המעשים החלו לפני תחילת הטיפול הנפשי. האיסור נוגע לא רק לתקופת הטיפול וסמוך לה, אלא שנים אחריה.

שני האיסורים הללו סובבים סביב מערכת יחסים מיוחדת, על רקע מקצועי, בין בגירים. הנחת היסוד שלהם היא שבמערכות יחסים אלו קיימת הזדמנות מובנית לניצול החזק את החלש. למען שלמות התמונה ראוי להזכיר את סעיף 346, "בעילה אסורה בהסכמה". לצד בעילה האסורה בגין גיל הנבעלת (14-16) ותו לא, האיסור מכסה בעילות שונות של קטינה (16-18) שקשורות לניצול יחסי תלות, מרות, חינוך או השגחה, או תוך הבטחת שווא לנישואין. מטפל נפשי שקיים יחסי מין במצב האחרון, חזקה שניצל, אלא אם המעשים החלו לפני תחילת הטיפול הנפשי. באשר לבגירה, בעילת אישה תוך ניצול מרות ביחסי עבודה או בשירות או עקב הבטחת שווא לנישואין תוך התחזות כפנוי למרות היותו של הבוועל נשוי הנה עברה פחותה (שלוש שנים לעומת חמש).

להבדיל מעברת הבעילה האסורה (ומעברת האונס שבסעיף 345), האיסורים המסוימים על מערכת יחסים מקצועית האמורים אינם מגדריים (כלומר ניתן

להחילם גם לגבי קרבן גבר ולא רק לגבי קרבן אישה) ואינם נוגעים ליחסי מין לאחר סיום מערכת היחסים ההיררכית.


הדין הקיים

הדין הקיים אינו אוסר יחסי מין במסגרת טיפול רפואי שאיננו טיפול נפשי. האיסורים הקונקרטיים עוסקים בשתי מערכות יחסים מקצועיות מסוימות, בהן ולא באחרות. מכלל ההן נשמע הלאו: במערכות יחסים מקצועיות אחרות אין איסור.

יתרה מזאת: הצעת החוק שהולידה את איסור היחסים המיניים במסגרת טיפול נפשי הייתה רחבה יותר ודנה לא רק בטיפול נפשי אלא גם בטיפול "רפואי, פארה-רפואי או סוציאלי". מוקד ההצעה דן בטיפול הנפשי, בהנחה שהמטופל נעדר יכולת לספק הסכמה ממשית, ואין לו יכולת לשקול בחופשיות את מערכת היחסים ומשמעותה. הודגשה התלות במטפל ופגיעותו של המטופל. צוין שגם בטיפול סוציאלי, רפואי ופארארפואי יכולה להיווצר תלות שעלולה להוביל לניצול. עוד צוין שלגבי אנשי מקצוע אחרים הסבירות להיווצרות תלות מטופל-מטפל הנה נמוכה, ושבמקרים המתאימים האישום יהיה אונס. קבלת ההצעה בנוסחה הסופי מלמדת שהמחוקק סבר שלא נכון להחיל את האיסור גם לגבי טיפול רפואי.

גם הבעילה האסורה אינה מכסה יחסי מין בין רופא ומטופל. איסור הניצול על רקע מערכת יחסים רחב ונוגע ליחסי תלות, מרות, חינוך או השגחה. אולם אף שניתן לפרש טיפול רפואי בהרחבה כיחסי תלות או השגחה, מושא ההגנה באיסור מצומצם: נשים בלבד, בגיל 16-18 בלבד.

לעומת זאת, קיימת התייחסות ליחסי רופא-מטופל בחוק למניעת הטרדה מינית, תשנ"ח-1998. החוק מגדיר הטרדות מיניות בצורות שונות, שהעיקריות הן "הצעות חוזרות בעלות אופי מיני, המופנות לאדם אשר הראה למטריד כי אינו מעונין בהצעות האמורות" ו"התייחסויות חוזרות המופנות לאדם, המתמקדות במיניותו, כאשר אותו אדם הראה למטריד כי אינו מעונין בהתייחסויות האמורות". כלומר, החוק מטיל על המוטריד נטל להראות את חוסר העניין שלו, למעט במקרים מיוחדים. אחד מהם הוא כשההצעות מופנות "למטופל, במסגרת טיפול נפשי, בריאותי, רפואי או פארה-רפואי - תוך ניצול תלות של המטופל במטפל". את הסעיף ניתן לפרש בשתי צורות, כשהמשותף הוא ניצול תלות המטופל. לפי האחת, כל הצעה ואמירה מינית למטופל הנה אסורה, פטרנליזם מוחלט; לפי האחרת, הצעה ואמירה כאמור אסורות



רק במצב שהמטופל חווה מוטרדות בגינן, אפילו שלא הביע את מוטרדותו בפני המציע. יושם אל לב שההצעה צריכה להיות מופנה במסגרת הטיפול ולא אחריה או אפילו מחוץ לה.

הדין הראוי

האם ראוי שהדין יאסור יחסי מין במסגרת טיפול רפואי שאיננו טיפול נפשי? השאלה מורכבת ואבקש אך להציע כיווני מחשבה.

מערכות יחסים רבות - אולי רבות מספור ואולי כמעט כולן - כוללות יסוד היררכי, של יתרון מסוים לצד אחד על אחר, יתרון שהופך את האחד לחזק ואת האחר לפגיע. בהקשר המקצועי, בעלי מקצוע מסוימים זוכים מכוח תפקידם בגישה לגופו של אחר: רופאים, אחיות, מטפלים אלטרנטיביים, מעסים ועוד. יש הזוכים בגישה לביתו: טכנאים, שרברבים, קבלנים, צבעים ועוד. אחרים זוכים בגישה לנפשו ולסודותיו: פסיכולוגים, עובדים סוציאליים, ואפילו טכנאי מחשב. רבים זוכים בגישה לשכלו של אדם: מורים, מרצים, מעבידים ועוד. מערכות יחסים אחרות מקנות יתרון מובנה לאחד הצדדים, יתרון שעלול להיות מתורגם לניצול. למשל מפיק או במאי ושחקן, או שחקן ראשי ושחקן משני; מאמן ספורטיבי ומתאמן; מנהל ומורה; דיקן ומרצה; מרצה ותלמיד; מעביד ועובד; עובד בכיר ועובד זוט; עורך דין ומתמחה; בעל משרד ופקיד. הרשימה אין סופית. כמובן, לא נדרשת מערכת יחסים מקצועית מתמשכת כדי לנצל אדם אחר. שירותים רבים שניתנים יוצרים עמדת כוח, ולו זמנית, וזו ניתנת לניצול לרעה, גם בהקשר מיני.

כולנו פגיעים מצד אחד, ועלולים לפגוע מצד אחר. ניתן לכאורה לאסור על יחסי מין במסגרת כל מערכת יחסים, ובלבד שהמין הושג בניצול עמדת כוח; ניתן אפילו לאסור על כל מין שהושג בניצול, בלי קשר לעמדת כוח ולמערכת יחסים. איסור כאמור רחוק מאד מהמציאות המשפטית העכשווית, שאוסרת על מין שהושג באמצעות ניצול רק במערכות יחסים מסוימות מאד.

כדי להתמקד במערכת יחסים מקצועית ולהגבילה לא כעניין חברתי ואפילו לא כעניין אתי, אלא כעניין פלילי - דרוש ייחוד שיבדל אותה ממערכות יחסים אחרות. הייררכיה והזדמנויות כוח כשלעצמן אינן מספיקות. באשר לטיפול נפשי, ניתן לסבור שהייחוד הנו הגישה למסתורי הנפש, לסודות האינטימיים, לנכונות להיחשף

רגשית ולהיות פגיע כדי לזכות בטיפול הטוב ביותר. אכן, אנו נחשפים רגשית בשפע הקשרים; אך בדרך כלל ההקשר הוא חברתי-אישי הדדי ולא מקצועי חד-צדדי. הטיפול הנפשי יוצר פגיעות חריגה ויתרון נפשי מובנה גדול במיוחד. באשר לייעוץ דתי, ניתן לסבור שהיחוד הנו במעמד הרם שמייחס האדם הדתי למי שהוא תופס כבעל סמכות בתחום שאינו קרוב ללבו גרידא - הוא ממלא אותו וחשוב לו ביותר. מה באשר לרופא?


כמו המטפל הנפשי וכהן הדת, גם הרופא נהנה מחיסיון ראייתי חוקי, שמטרתו לשחרר את חרצבות לשונו של המטופל ולעודדו לדבר בחופשיות, כעולה מסעיפים 49-51 לפקודת הראיות, התשל"א-1971. אולם בשונה מהם, הרופא הטיפוסי אינו מוכנס בסודות קורותיו האישיים של אדם. כאשר שוקלים להגביל מערכות יחסים מיניות - מבחינה אתית ופילית - ראוי לפלח את מערכות היחסים כפי הניתן כדי לזהות פוטנציאל לא רק לניצול, שלא די בו; אלא גם לפגיעות מובנית, לחולשה של צד למערכת היחסים שמעודדת אותנו להגן עליו לא רק מפני אדם אחר, אלא גם מפני בחירותיו שלו, שאינן מספיק חופשיות או מודעות.

הליכים רפואיים מסוימים פולשניים יותר מאחרים. רמת הפגיעות של המטופל אינה אחידה. הליכים שבהם המטופל מתפשט באופן מלא או חלקי מגבירים את פגיעותו. מגע מצד המטפל במצב כזה, לעומת מבט גרידא, מגביר אותה אף הוא, במיוחד מגע באברים אינטימיים. הליכים שבהם המטופל מצוי בחוסר הכרה, למשל בהרדמה, והליכים שבהם הוא אינו מסוגל לזוז באופן מלא, למשל בהרדמה חלקית, או כשאינו מסוגל להגיב מידית, למשל כשהוא שוכב על בטנו - מגבירים את הפגיעות. כך גם אשפוז מתמשך וכך גם הליכים שנעשים ללא ליווי מצד המטופל וללא השגחת איש צוות נוסף. הליכים שכרוכים בחשיפה רגשית ובחשיפת מידע אינטימי מגבירים את הפגיעות. גם מקום הטיפול עשוי להשפיע. פגיעות היא נקודת מפתח משפטית ואתית בסוגיה.

כפי שניתן לזהות מצבי פגיעות ניתן לזהות גם מצבי עניין מיני, שהוא החלק השני במשוואת הניצול המיני; למשל טיפול בידי גורם ממגדר אחר מגדיל את הסיכוי לעניין מיני.

שאלת ההפללה של סוג התנהגות רחבה ומורכבת במיוחד ולא ניתן להכריע בה במסגרת זו. רזולוציה של ההליך הרפואי היא מפתח לזיהוי מצבי סכנה לניצול מיני.





”הליכי פגיעות” הם אלו שמסוכנים ולפיכך הם ורק הם אלו שראויים לתשומת לב מגבילה. ראוי לפעול לצמצום הסכנה - דרך אתיקה ונהלים ואולי גם דרך המשפט. כמובן, כל איסור פלילי ואתי ראוי לניסוח חד וברור שאינו רחב מהנדרש. מערכות יחסים בין אישיות הן מהדברים החשובים ביותר בקיום האנושי, והגבלתן אינה עניין של מה בכך.

אתיקה

אסיים בקווי מחשבה אתיים בנושא המדובר, עשרה דיברות להליכי הניסוח הנו עובר מטפל זכר ומטופלת נקבה, אך המסר אינו מגדרי.

1. אין לנצל את חולשתה הפיזית או המנטלית של מטופלת לכל צורך מיני. 2. אין לשאול את המטופלת אם היא רווקה או פנויה; באופן מוחלט אין זה עניינו של המטפל. 3. אין להציע למטופלת לצאת עם המטפל או להתעניין אם הייתה יוצאת עמו; היענות להזמנה מצד המטופלת אינה פסולה בתום הטיפול, כשאין תחזית לטיפול עתידי. 4. אין לשאול את המטופלת על הרגליה המיניים וחוויותיה המיניות. אם הדבר חיוני לטיפול, יש להסביר לה את החשיבות מבעוד מועד ולערך את השיח בנוכחות בת משפחה או אשת צוות. 5. בהנחה שאין עסקינן בטיפול קוסמטי, אין להחמיא למטופלת על חזותה, על פניה או על גופה. 6. אין ללטף ואין לגעת במטופלת בכל אופן שאינו טיפולי וחיוני. 7. אין לבקש ממטופלת להתפשט שלא לצורך; אין לשלוח מבטים לאזורים מוצנעים, בעיקר כשהמטופלת נתבקשה להתפשט. 8. אם המטופלת הביאה אדם נוסף לצדה, אין לבקש ממנו לצאת אלא אם זו בקשת המטופלת. 9. אין להעביר מידע מיני או גופני-אינטימי לאחרים, גם לא לעמיתים. 10. כל הליך רפואי שמצריך התפשטות מול רופא/אח צריך להיעשות בידי בן אותו מין של המטופל או לכל הפחות בנוכחותו.

* מרצה, דוקטור, המכללה האקדמית צפת. האחריות לכל טעות שנפלה במסגרת הרשימה - עליי.
מחכה לתגובות: asafhardoof@gmail.com


אבחון מין העובר בשלביו המוקדמים של ההריון: פרקטיקה שהגיעה זמן בחינתה // דניאל שפרלינג*

מועצה לאומית בביו-אתיקה באנגליה, ה-Nuffield Council on Bioethics, פרסמה לאחרונה מסמך המלצות העוסק במעמד האתי של סקירות לא פולשניות במהלך ההריון (Nuffield Council on Bioethics, 2017). דוח ועדה מיוחדת, שבראשה עמד Prof. Tom Shakespeare, מומחה בין-לאומי לחקר מוגבלות וחבר המועצה לביו-אתיקה, דנה בשימוש הרחב שנעשה בימים אלה בסקירות גנטיות לא פולשניות במהלך ההריון לאיתור, למשל מצבים גנטיים, מאפיינים ותכונות הקשורים עם תסמונת דאון, תסמונת אדוארד, סיסטיק פיברוזיס ולגילוי מין העובר. הבחינה התבקשה לנוכח העדרן של הנחיות אתיות בנושא והעדר תחולה ברורה של חקיקה אנגלית רלבנטית על מצבים, בהם מוצעות בדיקות כאלה.

הדוח האמור הדגיש את ערך החירות וקבלת ההחלטות הקשורות במיוחד ברבייה ובהולדה (Sperling, 2011a), את חובת המדינה למנוע או למזער נזקים שעלולים להיגרם ע"י טכנולוגיות סקירה אלה ומנגד את חובת המדינה לקדם ערכים של שיוויון, הכלה והוגנות בהתייחסות לכל בני האדם. בכל הנוגע לבדיקת מין העובר, הנעשית באמצעות בדיקת דם בשבוע התשיעי-עשירי להריון ומקדימה את בדיקת האולטרא-סאונד שנעשית לרוב בשבועות 18-20 להריון, הדוח מצייין, כי קיימת עדות ראשונית לכך שפרקטיקה זו מובילה לסיים הריונות של עוברים השייכים למגדר בלתי רצוי בבריטניה ובמקומות אחרים בעולם או לקיומו של לחץ לכיוון כזה (Lewis, Hill, Skirton, & Chitty, 2012). כן מוסיף הדוח, כי קיימת נסיעה של נשים בהריון למדינות בהן ברירת מין העובר היא חוקית (כמו למשל הונג קונג) כדי לבצע בדיקות כאלה.

בעוד שהדוח מסכם וממליץ, כי עומדת לזכות נשים בהריון וזוגות האפשרות להשתמש בבדיקות כאלה לאיתור מצב רפואי משמעותי או לקות אצל העובר, שיכולה להתבטא בלידה או בילדות, וכי בירור המין לפני הלידה או בלידה - אין בו כשלעצמו כדי לפגוע בילוד ובחירותו, הוא קובע, כי מבחינה אתית אין לעשות בבדיקות אלה שימוש לאיתור מצבים קלים יותר או בקשר עם מחלות או מומים, שיבואו לידי ביטוי בחייו הבוגרים של הילוד. כן, קובע הדוח, שאין להשתמש בבדיקות אלה לאיתור מין הילוד ועל כן ספקים של בדיקות כאלה צריכים להימנע מלהציעו





הנחת הדוח, כמו גם הנחת המחוקק, היא כי ככל שקיימת הצדקה לבחינת מין הילוד (על כל המשתמע מכך) היא מצויה במישור הרפואי, דהיינו כדי למנוע את קיומו האפשרי של ילוד הנושא מחלה קשה, ולא החברתי. הבחנה זו הינה בעייתית מבחינה עקרונית ומעשית וראוי להרהר אחריה (Sperling, 2011b). ניתן לטעון, כי לגילוי מין העובר בשלבי הריון מוקדמים יש ערך רב לנשים ולהורים לעתיד: הוא מאפשר להיערך לתינוק ממין מסוים, להתקשר אליו/ה במהלך ההריון בצורה מכוונת-מגדרית והוא מספק צורך סקרנות בסיסי. ניתן עוד לטעון, כי גם אם תוצאת הגילוי עלולה להביא לסיום ההריון, סיום זה עדיף בשבועות המוקדמים להריון על-פני סיום על רקע גילוי מאוחר יותר, שאינו בלתי חוקי ברוב מדינות המערב. היא גם נראית פחות חמורה מבחינה אתית בהשוואה לאיתור מין הילוד הנעשה בטרם השרשה (Pre implantation genetic diagnosis), במיוחד במצבים בהם לא מדובר בליקוי פוריות אלא ביצירה מכוונת של ביציות מופרות לצורך אבחון כזה, הקשורה בחשיפה מיותרת ובלתי אחראית של האשה וגם הילודים העתידיים לסיכונים בריאותיים.

אחד הטעמים הרציניים להתנגד לאבחון מין העובר קשור בהשפעות האפשריות שיכולות לנבוע לאבחנה זו על ההחלטה אם להמשיך את ההריון ועל העדפה מגדרית באוכלוסייה באופן רחב יותר. אף שבעניין זה, לא קיימות ראיות מכריעות התומכות בהשלכה אפשרית זאת, ניתן לטעון, כי ברוב מדינות המערב, גם אם קיימת העדפה חברתית ופסיכולוגית במיוחד לטובת המין הגברי, לא ניכרת תופעה משמעותית של הפסקות הריון מהטעם הזה. כך, למשל, בדיקה שנערכה בקרב רישום 3.9 מיליון לידות שהתקיימו בבריטניה בין השנים 2009-2013 העלתה ששיעור הבנים בהשוואה לבנות היה 105.2 (Department of Health, 2015).

טעם נוסף להתנגדות לאבחון מין העובר קשור בעצם ייחוס משקל היתר למגדר מסוים - תופעה שעלולה להביא להחרפה בהפלייה ע"ב מגדרי ולהפלייה בכלל (Dondorp et al., 2013). עם זאת, הקשר שבין העדפת מין בבחירות הולדה לבין העדפה מגדרית בחברה בכלל אינו ברור, אם הוא בכלל נתמך אמפירית. אבחון מין העובר יכול לאפשר לקבל החלטות שמוזנות משיקולים אחרים מהעדפה מגדרית, למשל איזון בין מגדרים במשפחה ולטפח מערכות יחסים מיוחדות עם הילד/ים

שנשענות על מישור אחר של יחסים. מקומה של טענה זו נמצא בספק לנוכח העובדה שבדיקת מין העובר בשלבים מתקדמים יותר בהריון ממילא אפשרית ונפוצה.

לבסוף, חלק מהמתנגדים לאבחון מין העובר ולברירת העובר לפי מינו מהטעם שהדבר עלול לפגוע באפשרות הבחירה של הילד עצמו וגם ביחסיו העתידיים עם הוריו (זפרן, 2007). להתנגדות זו נלווית תפיסה, הרואה בבחירה ההורית הפעלת כוח פוליטי פסבדו-ריבוני, המצדיקה הטלת מגבלות על חירות ההורים לבחור את מינו של ילדם (רון-אל, 2010). נשאלת השאלה, אם טיעונים אלה מקבלים משנה תוקף משמעותי יותר בשלבים הראשוניים של ההריון, אליהם מכוונת הבדיקה הלא-פולשנית לאבחון מין העובר בהשוואה לשלבים מתקדמים יותר שלו, בהם הפרקטיקה של איתור מין הילוד (וקבלת ההחלטות הנובעת ממנו) הינה מקובלת ולגיטימית מבחינה מוסרית. זאת ועוד, מחקר, למשל מישראל מצביע על כך שהסיבה העיקרית לכך שאנשים רוצים לבחור את מין הילוד היא הרצון לאזן בין המינים במשפחה. ביסודו של רצון זה עומד הצורך לטפח מערכת יחסים תקינה עם הילד שיתכן שדווקא תחליף מערכת יחסים פחות ראויה ללא אפשרות הבחירה (השילוני-דולב, הירש-יחזקאל, בויקו, שיף ולרנר-גבע, 2014).

נדמה, שהדיון האנגלי באתיקה של אבחון מין העובר בשלבים מוקדמים בהריון מזמן הרהור מחדש אחר הטענות, המבססות או קוראות תיגר למה שנראה כשירות רפואי לדרישה לגיטימית של צרכנים. דיון זה מצריך התמודדות אמיצה יותר עם חופש הבחירה הקשור בהריון ובלידה במיוחד מקום שמעמדו של העובר הינו בעל משקל פחות יחסית. החברה האנגלית ביקשה להאריך את האיסור לבחור את מין העובר שלא ע"ב רפואי אל תוך ההריון עצמו ושלא להבחין במובן זה בין הכללים החלים על ביציות מופרות לעוברים. בחברה הישראלית, בה קיים מנגנון יוצא דופן מבחינה השוואתית, המאפשר, בנסיבות מסוימות, ברירת ביציות מופרות מטעמים שאינם רפואיים (משרד הבריאות, 2015), נראה, שעשויה להתפתח מגמה אחרת מכך. ככל שמנגנון זה ניתן להצדקה, נראה כי הגיעה העת לבחון את תקפותו לשלבים מתקדמים יותר בהליך ההפרייה, קרי בעת ההריון עצמו.

* ד"ר דניאל שפרלינג, המכללה האקדמית עמק יזרעאל ואוניברסיטת חיפה. danielsp@yvc.ac.il

ביבליוגרפיה

- השילוני-דולב, י', הירש-יחזקאל, ג', בויקו, ו', שיף, א' ולרנר-גבע, ל. (2014). בחירת מין היילוד בישראל: סקר עמדות בקרב מעוניינים פוטנציאליים. מגמות, מ"ט(3), 575-555.
- זפרן, ר' (2007). מתחם הלגיטימיות בבחירת מאפייניו הגנטיים של הילד על-ידי הוריו - בחירת מין העובר מטעמים חברתיים כמקרה-מבחן. משפט ועסקים, ו', 485-451.
- משרד הבריאות (2015). ועדה ארצית לפי נוהל משרד הבריאות לברירת מין היילוד באבחון גנטי טרום השרשתי - עדכון שם יו"ר הועדה. מאוחר מתוך: http://www.health.gov.il/hozer/mk04_2015.pdf
- רון-אל, י' (2010). גבולותיו של חופש הפרייון מפרספקטיבה ליברלית: המקרה של בחירת מין היילוד. עיוני משפט, 32(2), 480-391.

- Department of Health. (2015). Assessment of termination of pregnancy on grounds of the sex of the foetus - Response to Serious Crime Act 2015. Available at: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/456642/sex_selection_doc.pdf
- Dondorp, W., De Wert, G., Pennings, G., Shenfield, F., Devroey, P., Tarlatzis, B...& Diedrich, K. (2013). ESHRE task force on ethics and law 20: Sex selection for non-medical reasons. *Human Reproduction*, 28(6), 1448-1454
- Lewis, C., Hill, M., Skirton, H., & Chitty, L.S. (2012). Non-invasive prenatal diagnosis for fetal sex determination: Benefits and disadvantages from the service users' perspective. *European Journal of Human Genetics*, 20, 1127-1133
- Nuffield Council on Bioethics. (2017). Non-invasive prenatal testing: Ethical issues. available at: <http://nuffieldbioethics.org/wp-content/uploads/NIPT-ethical-issues-full-report.pdf>
- Sperling, D. (2011a). 'Male and female he created them': Procreative liberty, its conceptual deficiencies and the legal right to access fertility care of males. *International Journal of Law in Context*, 7(3), 375-400
- Sperling, D. (2011b). The therapeutic triumph: Making poor claims and offering a revised conceptualization to justify embryo selection. *Ethical Perspectives*, 18(3), 407-440

בעט האקדמיה

.....

מתוך כתב העת הבינלאומי 'רפואה ומשפט' //

מוחמד ותד

ארנזי-אומובי צ'נימבלום נלסון, "הערכת כללי האתיקה בנוגע לנושא ההנדסה הגנטית ביחס לעֶבְרִים והשלכותיהם על כבוד המין האנושי," 35(3) כתב העת הבינלאומי 'רפואה ומשפט' 509-524 (2017).

הנדסה גנטית נחשבת לאחת מפריצות הדרך המשמעותיות בתחום הרפואה. זאת, בהינתן רצונו המולד והעקבי של המין האנושי לשפר את חייו ולדאוג לסביבתו, וכן בהתחשב בפיתוחים ובתגליות המדעיים של המאות האחרונות. במאמר זה, המחבר בוחן את כללי האתיקה הנוגעים לנושא ההנדסה הגנטית ביחס לעֶבְרִים. כמו-כן, המחבר בודק אם יש בהנדסה גנטית בנוגע לעֶבְרִים כשלעצמה משום הפרה לזכויות אדם המבטיחות עתיד חופשי נטול חששות ביחס ליצירת בני אדם, לרבות צאצאיהם, מלאכותיים. המאמר מספק ניתוח מקיף של הטעונוים בעד ונגד הנדסה גנטית של עֶבְרִים, לרבות טעונוים בדבר מדרון חלקלק. במסגרת מאמר זה, המחבר אף נדרש למשמעות הזכות לכבוד ולהשלכותיה ביחס לנושא המאמר. לבסוף, המחבר אף בוחן את הסוגיה מושא המאמר לאורם כללים בינלאומיים הנוגעים להנדסה גנטית של עֶבְרִים, לרבות מידת יעילותן של כלים אלה.

נג'מה מוסא, "טיעון בזכות הגנה עֶבְרִית במסגרת של הפלה חוקית בדרום אפריקה," 35(3) כתב העת הבינלאומי 'רפואה ומשפט' 605-624 (2017).

מבחינה משפטית סוגיות בנוגע להפסקת היריון (הפלה) ולהגנה עֶבְרִית נותרו מאתגרים כפי שתמיד היו בדרום אפריקה; שם, הפלה אפשרית מכוח החוק החרות. ככלל, לעובר, טרם לידתו בחיים, אין כל מעמד משפטי, וככזה אין לו זכות לחיים. התמודדות משמעותית עם מספר פסקי-דין העוסקים בהפלה בדרום אפריקה, עשויה להשליך זרקור של אור על אפשרות הענקת הגנה עֶבְרִית במספר מקרים. במסגרת מאמר זה, המחברת מציעה טיעון המצדד בהגנה עֶבְרִית, תוך שהיא צועדת אף מעבר לתפיסות הקלאסיות בדבר ייחוס חיים לעובר. כחריג לכלל המצוין לעיל, המחברת מציעה קריאה אחרת של החקיקה הקיימת בדרום אפריקה

בנוגע להפלות - בלי צורך בתיקונה של חקיקה זו - כזו המאפשרת הענקת זכויות לעוברים. זאת עושה המחברת באמצעות שימוש בכלים חוקתיים פרשניים, כאלה המתחייבים מחוקת דרום אפריקה, הגם שזו כוננה עוקב לחקיקה הרלבנטית בעניין הפלות.

בעט האקדמיה

מתוך כתב העת 'רפואה ומשפט' // אהובה טיכונ ורותם ויצמן

גל רוזנצוויג, "אצטלה מדעית אינה מבססת קבילות - דיון בעקבות הלכת מצגורה וזדורוב בשאלת יחסו הראוי של בית המשפט לראיות המדעיות" 49, רפואה ומשפט, 42-65 (2017).

חוקר המציג תאוריה בכינוס מדעי נדרש להציג את תוצרי המחקר ולהראות את ההסתברות המתמטית להסבר שהיא מספקת לתופעת טבע נצפית. האם ראוי שאותה תאוריה תוצג במשפט בלי לבחון מראש את שאלת תוקפה, וייתכן אפוא שההכרעה בגורלם של אנשים תושבת על יסודה של ראייה פסידו-מדעית? במאמר אציג את בעיית השימוש בראיות המדעיות ואת הגישות השונות האפשריות לפתרונה. אעמוד על הגישה הנוהגת בפסיקה, על הצדקותיה, ואציג את הבעיות הנוגעות לפתרון זה. לבסוף אציע פתרון חלופי לבעיית השימוש בראיות המדעיות ואבחן בחינה ראשונית את אפשרות יישומו. ההלכה הנוהגת שבאה לאחרונה לידי ביטוי בהלכת מצגורה (ע"פ 1620/10) ובהלכת זדורוב (ע"פ 7939/10) הציבה מבחני תיקוף לראיות מדעיות על יסוד הלכת דאוברט האמריקאית שעל פיהם נבחנת מידת ביסוסה האמפירי של השיטה המדעית, בדגש על משקל הראיה. אטען כי גישת הפסיקה פותחת פתח בעייתי לקבלת ראיות פסידו-מדעיות שעצם החשיפה לתוכן עלול להטעות את בית המשפט, לייצר דעה קדומה ולגרום לעיוות דין, משום שיקשה על בית המשפט להתעלם מהשפעותיהן המזיקות אף אם יוחלט בסופו של דבר לייחס להן משקל אפסי. השפעתן נובעת מהנטייה הלא מודעת לייחס לראיה זו משקל יתר בשל הצגתה בידי מומחה והשימוש בתואר "מדעי", שמתגברת בהחלטה במצבי עמימות ובהפעלת שיקול דעת יחסי ולא מוחלט, כגון


החלטה בשאלת משקל הראיה לעומת החלטה בשאלת קבילותה. כמו כן אטען שאין כל תועלת בקבלת ראיה פסידו - מדעית במשפט, משום שאין היא מכילה כל מידע, ומשום שלא ראוי להשתמש בה ככלי היסקי במשפט כשאין בכוחה לספק הסבר מבוסס ומדויק לתופעות טבע נצפות. אציע שבשל טיבו של הסיכון האמור מתחייבת הצבתו של כלל פסילה על מנת לוודא, מראש, ששיטת ההיסק וכלי ההיסק שביסוד הראיה המדעית מבוססים בממצאים אמפיריים ואינם מייצרים מסקנה שגויה. אמנם הצבת כלל פסילה עלולה להאריך במידה מסוימת את משך הדיונים, אולם קיימת הצדקה לכך בשל החשש שהשימוש בראיה לא בדוקה יגרור טעות ויגרם לעיוות דין. שיטת התקדים המחייב באשר לראיה מדעית שנבדקה בעבר תוכל אף היא לצמצם במידה ניכרת קושי זה כל עוד לא חל שינוי מהותי באשר לתוקף השיטה המדעית בעולם המדע.

לפיכך, אציע להחיל מודל תלת-שלבי - תחילה תוגש לבית המשפט, במסגרת הליך נפרד בפני אותו מותב, חוות דעת כללית על השיטה המדעית וכלי ההיסק, לאחר מכן יבחן בית המשפט בעזרת מומחים אם ועד כמה רחוקה שיטה זו מגדר ההשערה ועל פי זה יחליט אם היא קבילה. לבסוף, ורק אם יוחלט שהשיטה בדוקה דייה, תוגש לאותו מותב חוות דעת לגופו של עניין, שאז משקל הראיה יושפע בין היתר ממידת ריחוקה מגדר ההשערה.

רחל ניסנהולץ-גנות, אריאל ינקלביץ' ונורית ניראל, "בין חקיקה להסדרה עצמית: המקרה של מערכת היחסים בין רופאים לחברות תרופות" 49, רפואה ומשפט, 117-132 (2017).

הסדרה עצמית היא קביעת נורמות התנהגות באמצעות הגופים המעורבים בפעילות המוסדרת. בהסדרה ממשלתית המדינה קובעת את הנורמה המחייבת, ובדרך כלל מגבה אותה בסנקציות פליליות או בסעדים אזרחיים. מערכת היחסים בין רופאים לחברות תרופות מעסיקה את קובעי המדיניות בארץ ובעולם, בין היתר בשאלה מהי הדרך הנכונה לפיקוח על ניגוד העניינים הטמון בה. בשנים האחרונות אנו עדים לחקיקה ולקודים אתיים להסדרה עצמית בנושא זה בעולם ובישראל. בארץ חוקק סעיף 40 א לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, המחייב שקיפות בתרומות שניתנות לרופאים מחברות תרופות, וכן חוברו קודים אתיים שונים. מטרת המחקר היא לבחון כיצד נתפסות הרגולציה וההסדרה העצמית בעיני קובעי המדיניות והגורמים הרלוונטיים למערכת היחסים.





ביצענו 42 ראיונות עומק פתוחים עם נציגים בכירים מהגופים הרלוונטיים וקובעי המדיניות. רוב המראיינים סבורים כי יש צורך בהסדרה של מערכת היחסים, אך קיימים חילוקי דעות בנוגע למקור הרצוי להסדרה זו. המצדדים בהסדרה עצמית טוענים כי עליה להתבסס על כללים אתיים הצומחים

מן השטח והמוסכמים על העוסקים בתחום. מנגד, תומכי הרגולציה תומכים בהתערבות המדינה, בין היתר משום שהפיתויים במערכת היחסים גדולים מכדי להשאיר את הסדרתם למעורבים בקשר. הן תומכי הרגולציה והן תומכי ההסדרה העצמית מכירים בחשיבות השקיפות במערכת היחסים, אך טוענים כי השפעת החקיקה אינה מורגשת כלל לא במובן של ירידה בהיקף התרומות ולא במובן של שינוי בנורמות של מערכת היחסים. החקיקה וההסדרה העצמית נתפסות כפתרונות חלקיים שאינם מושלמים, והמראיינים הציעו פתרונות שונים להסדרה. נראה כי השינויים שהתרחשו לאחרונה בתחום זה אינם קשורים לחקיקה. לטעמנו, על המחוקק להמשיך ולפעול להשפעה על דרך התנהלות הצדדים ולגבש מדיניות שתקבע נורמות וסייגים ונוסף על זה תרחיב את המידע המועבר מחברות התרופות למחוקק ולציבור.

במרחב הגלובאלי

צ'ארלי גארד ומגבלות הרפואה // תמר גדרון

The Lancet, Vol.390, No.10094, p. 53, 5 August 2017.
After Charlie Gard: ethically ensuring access to innovative treatment
צ'רלי גארד נפטר ב-28.7.2017 בטרם מלאה לו שנה. חייו ומותו העסיקו את העיתונות ואת דעת הקהל באנגליה כמעט מאז לידתו. המחלוקת סביב השאלה אם יזכה לקבל טיפול רפואי נסיוני בארה"ב הגיעה גם לבית המשפט בלונדון, שם העידו טובי המומחים בעולם בשאלה אם נכון - מבחינה רפואית - להיענות לתביעת הוריו של צ'ארלי, שבקשו להעבירו לארה"ב לצורך קבלת הטיפול. בית החולים בו היה

מאושפז בלונדון התנגד להעברה ולטיפול המוצע הואיל והמומחים שטפלו בצ'ארלי סברו שהנזק הרב מערכתני שנגרם לו כתוצאה מהפגם המולד שלו הביאו למצב ששום טיפול - מוצלח ככל שיהיה - לא יוכל לשפר את מצבו אפילו תיאורטית.


צ'ארלי סבל מפגם גנטי נדיר שאובחן בסמוך ללידתו - encephalomyopathic (mitochondrial DNA depletion syndrome (MDDS בבית החולים (Great Ormond Street Hospital GOSH) הייתה עגומה ולא השאירה פתח לתקווה שמצבו ישתפר, ואכן תוך תקופה קצרה הוא נזקק להנשמה קבועה, סבל מהתקפים חמורים ורופאיו סברו שיש לנתקו ממכשירי ההנשמה.

הוריו ניהלו מאבק עיקש על חייו. הם הצליחו לגייס סכום של 1.3 מליון פאונד לצורך העברתו לבית חולים בניו יורק שם הסכימו לתת לו טיפול נסיוני, אולם בית המשפט בלונדון, אליו פנה בית החולים על מנת שיפסוק במחלוקת בינו לבין הוריו של צ'ארלי, פסק שטובתו של הילד מחייבת את הפסקת הטיפול לאלתר הואיל ושוכנע שהסיכוי לשיפור מצבו הוא אפסי. ערעורם של ההורים לבית המשפט העליון באנגליה ולאחר מכן לבית הדין האירופי לזכויות האדם נדחה. האפיפיור והנשיא טראמפ הביעו תמיכה בהורים, אולם לאחר שגם הרופא האמריקאי שהסכים להעניק לצ'ארלי את הטיפול הנסיוני חזר בו, ולאחר שגם ההורים הבינו שהזמן שחלף הביא לכך שחלון ההזדמנויות לשפר את מצבו של צ'ארלי - גם אם היה חלון הזדמנויות כזה בכלל - נסגר, נותק צ'ארלי הקטן ממכשירי ההחיה, הועבר להוספיס לילדים ושם נפטר כמה ימים לאחר מכן.

ההד הציבורי של המקרה היה רחב ושיקף מחלוקת אתית מוסרית קשה. העובדה שקצרה ידה של הרפואה להושיע לצ'ארלי מקדה את חילוקי הדעות בין בית החולים לבין ההורים ובין הרופאים לבין עצמם, בעיקר בשאלה זכותו של מי להחליט מה ייעשה בילד חולה המצוי בשלבים סופניים של המחלה. במקרה זה החליט בית המשפט כי טובת הילד היא הקובעת גם אם הוריו, החולקים על החלטת הרופאים, משוכנעים שעמדתם היא זו שצריכה לקבוע את גורלו של בנם.

פאנל מומחים שדינו סוכמו ב-Lancet ניסח כמה סוגיות אתיות שהמקרה מעורר: מעמד ההורים בהחלטה הנוגעת לטיפול בילד; טיפול נסיוני מציל/מאריך חיים; הצורך להגן על חולים סופניים מפני טיפול נסיוני שסיכויי קלושים; סוגיית עלויות הטיפול; תפקיד בתי המשפט והאלטרנטיבות האפשריות כגון גישור, שהשימוש בהן נדחה במקרה זה על ידי הוריו של צ'ארלי; החלטות אתיות מול החלטות





רפואיות; השפעת השקפות דתיות וערכים תרבותיים שונים מהמקובל של ההורים או החברה בה הם חיים; תיירות מרפא; הליכי התייעצות, פתיחות וסובלנות לדעות מגוונות מצד הצוות הרפואי; גבולות ומגבלות הטיפול הפליאטיבי (תומך); הצורך לעודד גישור מנדטורי במקרים קיצוניים; ומעמדן ותפקידן של וועדות קליניות ואתיות בבתי חולים בפרט ומוסדות רפואיים בכלל.

מורשתו של צ'ארלי מחייבת המשך דיון ועיון בסוגיות הקשות שמקרה נדיר זה עורר.

שינוי בעמדה ביחס לשימוש קליני בעריכת גנים אנושיים // נורית יאוד

לאחרונה פורסמה טיוטת דוח מאת האקדמיה הלאומית למדעים והאקדמיה הלאומית לרפואה בארצות הברית אשר משנה באופן מהותי החלטה קודמת מדצמבר 2015 ביחס לשימוש קליני בעריכת גנים אנושיים. להלן נתאר בקצרה את שתי העמדות ואת ההבדלים המהותיים ביניהן.

בחודש דצמבר 2015 - עם סיומה של ועידת פסגה בינלאומית בנושא עריכת גנים אנושיים - פורסמה הצהרה מסכמת קצרה לוועידה הכוללת המלצות בנושא עריכת גנים אנושיים ("הצהרה"), כאשר המלצות נקבעו על פי מטרת השימוש בעריכה והתאים בהם הינה מבוצעת: ביחס למחקר בסיסי וטרום-קליני הותרה עריכת גנים בכל סוגי התאים, ובכלל זה תאים שמטענם הגנטי עובר לדורות הבאים ("תאי רבייה"), כפוף לפיקוח חוקי ואתי ראוי ותוך איסור על שימוש בתאים אשר עברו התהליך לצורך הריון. מאידך, ביחס למחקר או טיפול קליני, ההמלצה הינה על פי התאים בהם מבוצעת העריכה. כך הותר שימוש קליני בעריכת גנים בתאים אשר מטענם הגנטי אינו עובר לדורות הבאים ("תאים סומאטיים") אך נאסר השימוש הקליני בתאי רבייה וזאת עד להבהרת סוגיות של בטיחות ויעילות ועד להתקיימותה של תמימות דעים חברתית ביחס לעריכת גנים לשימוש זה ולהיותו הולם.

בחודש פברואר האחרון, פורסמה טיוטת דוח מפורט של ועדה מיוחדת בנושא אשר הוקמה על ידי האקדמיה הלאומית למדעים והאקדמיה המדעית לרפואה בארצות הברית ("הדוח"). הדוח מבטא שינוי מהותי בעמדה ביחס לשימוש קליני בעריכת גנים כפי שבאה לידי ביטוי בהצהרה שניתנה אך 14 חודשים קודם לכן. על פי הדוח, על הרשויות הרגולטוריות להימנע מלהתיר בשלב זה ניסויים קליניים - הן בתאי רבייה והן בתאים סומאטיים - לכל מטרה שאינה טיפול או מניעת מחלה או מוגבלות, כאשר יצוין כי אין בדוח הגדרה של מטרות אלו. ביחס לתאים סומאטיים נראה שיש בכך משום החמרה ביחס למסקנה המקבילה בהצהרה אשר התירה שימוש קליני בעריכת גנים בתאים סומאטיים ללא התייחסות למטרת העריכה.

החידוש המהותי ביותר העולה מהדוח הינו התרת ניסויים קליניים בעריכת גנים בתאי רבייה בתנאים מסוימים, זאת בניגוד גמור לאיסור שנקבע בהצהרה. על פי הדוח, הזהירות הרבה הנדרשת לעריכת ניסויים אין משמעה שיש לאסרם. משכך, ניתן להתירם תחת מסגרת רגולטורית מקיפה ודקדקנית אשר תבטיח התקיימותם במצטבר של כל התנאים המפורטים בדוח, ובהם בין היתר, היעדר חלופות סבירות, קיומו של מידע קליני או טרום-קליני אודות התועלת הבריאותית של הפרוצדורה כמו גם הסיכונים הכרוכים בה והערכה נמשכת של גורמים אלו וכן מנגנוני פיקוח אמינים למניעת הרחבת השימוש בעריכת הגנים למטרות מעבר למניעת מחלה חמורה. עם זאת חשוב להבהיר כי הגם שעל פניו ניתן לסבור כי ניתן להחל בקרוב בעריכת ניסויים כאלו, הרי אין זה כך כאשר מצוין מפורשות בדוח כי נדרש מחקר וכן דיון ציבורי מקיף בהגדרת הערכים על פיהם ניתן יהיה להעריך הסיכון והתועלת בהליך הנדרשים כאמור לצורך אישור הניסויים.

נראה כי השינוי שחל ביחס לעריכת ניסויים קליניים בעריכת גנים בתאי רבייה מבטא עמדה המאשרת עקרונות עריכת ניסויים אלו; אם על פי ההצהרה, ההחלטה העקרונית בדבר עריכת הניסויים תיעשה רק לאחר הבהרת סוגיות מהותיות מסוימות, הרי על פי הדוח כבר התקבלה ההחלטה העקרונית בדבר עריכתם, וזאת כפוף להתקיימות תנאים מסוימים, אשר ביחס לחלקם ניתן להכריע כבר עתה לו היתה בקשה תלויה ועומדת, וביחס לחלקם האחר נדרש מחקר ודיון ציבורי לצורך מילוי תוכנם הערכי.



תרומתה האפשרית של המחשבה האסייטית לאתיקה הרפואית - חלק שני // איתמר תאודור*

בהמשך לחלק הראשון של המאמר מגליון קודם, שעסק בניסיון למצוא עקרונ מאחד למערכת הבריאות:

המטאפורה העומדת בבסיס זהות הרופא

כיצד ניתן להסביר את עבודתו של הרופא? כמו מי פועל הרופא? אחת הטענות המופנית כלפי מקצוע הרפואה הקונבנציונלי מכיוונה של הרפואה המשלימה הוא של העצמת ההיבט המכאניסטי ברפואה. בהקשר זה כותב גדעון רון: "אבחנה יפה בין רופא קונבנציונלי לעמיתו הסיני, עשו ביינפילד וקורנגולד בספרם 'בין שמיים וארץ'. את הרופא הרגיל הם כינו מכונאי, המתקן קלקולים, ואת הרופא הסיני-גנגן המטפח חיים".³³ לדעתי הבחנה זו היא מעט קיצונית ואינה עושה צדק לא עם הרופא הסיני שאף הוא מתקן קלקולים, ולא עם הרופא המערבי שהוא גם מטפח חיים ומחנך את ציבור מטופליו לאורח חיים בריא. גם תהליך הריפוי ברפואה המערבית הוא ללא ספק מורכב יותר מ'תיקון קלקולים', וגם 'תיקון הקלקולים', יש לזכור, עשוי לעשות את ההבדל שבין חיים ומוות במקרים קיצוניים, ובין חיים טובים יותר לחיי סבל כזה או אחר במקרים קיצוניים פחות. עם זאת, הביקורת ראויה להתייחסות, ויש לתת את הדעת על המיכון והטכנולוגיה שהולכים ומשתלטים על הרפואה, ועל היחס ביניהם לדימוי הרופא בעיני ציבור המטופלים. בהקשר זה כותב יונתן הלוי:

הטיפול הרפואי בעבר התאפיין בגישה בלתי אמצעית של הרופא לחולה. הטיפול כלל שיחות רבות, לעיתים שיחות נפש, ובדיקה גופנית יסודית ביותר תוך שימוש אינטנסיבי בסטטוסקופ ומגע ממשי. בתקופתנו חל מהפך ואמצעי האבחון והטיפול הם עתירי טכנולוגיה. לחץ הזמן שבו עובד הרופא המודרני איננו מאפשר לו לבלות זמן רב כבעבר בהקשבה לחולה ולמשפחתו בגביית סיפור המחלה. הרופא יכול להגיע לאבחון מחלה מורכבת במהירות תוך שימוש באמצעי הדמיה משוכללים ביותר... לעיתים נעזר הרופא במחשב ומסוגל לאבחן ולטפל אף ממרחקים.. הדיוק האבחוני ושיעור ההצלחה בריפוי הם כיום חסרי תקדים ומציתים את הדמיון, אך בה בעת הביא צמצום המגע האנושי לירידה ברמת האמון שרוחש המטופל למטפל... רמת הביקורת כלפי הטיפול

33. רון, ג., בריאות נוסח סין, אסטרולוג, הוד השרון, 2007, עמ' ---


34. הלוי, י., רפואה שלמה - בין רופא למטופליו, משרד הבטחון - הוצאה לאור, תל אביב, 2003, עמ' 11.

הרפואי מושפעת ללא ספק מתהליכים מורכבים שחלו בחברה הישראלית ובחברה המערבית כולה בהתייחסות למערכות סמכותיות בעולם המשפט, התקשורת, הפוליטיקה ועוד³⁴.

מבלי להכנס לסקירה היסטורית מקפת, ניתן לומר כי לאורך ההיסטוריה הרפואית במערב ובמזרח, היו דימויים שונים או הבנות שונות למקצוע הרפואה, חלקם מיסטיים ואזוטריים למדי המערבים תקשור עם עולמות עליונים, אלכימיה, דת ועוד. אני מניח שניתן גם לומר שהעיסוק ברפואה נתפש בימנו באופן שהוא מכניסטי יותר מאשר בתקופות אחרות, ולכן הכינוי 'מכונאי' שמדביק רון לרופא אינו לחלוטין בלתי מוצדק. אין ספק שהרופא הוא גם איש מדע וחוקר, מטפל, מדריך, מורה, לעיתים גם איש עסקים וגם עורך דין. עם זאת, לא מן הנמנע כי התפישה המכניסטית של מקצוע הרפואה גורמת נזק למקצוע ולתהליך ההבראה כולו, ולכן כדאי להקדיש לה מספר מילים. כאשר מביא הלקוח את מכונתו לתיקון במוסך, ברור הן ללקוח והן למכונאי כי כל תקלה ניתנת לתיקון כיוון שניתן להחליף כל חלק ברכב, וכמובן גם את הרכב כולו. מסיבה זו השאלה העומדת על הפרק היא עלות התיקון, המורכבת משעות העבודה וממחירי החלפים. מתפישה זו של תהליך התיקון נגזרת גם אחריותו של המכונאי או המוסך כלפי בעל הרכב אחר התיקון, וישנה אחריות מקובלת של זמן או מספר קילומטרים מסוים אחרי ביצוע תיקון. כאשר התיקון אינו טוב מספיק, יכול הלקוח לדרוש תיקון חוזר או פיצוי כספי עבור תיקון לקוי. ההשלכות למקצוע הרפואה ברורות; כאשר נתפש תהליך הריפוי כמכאני, כאשר נתפש המטופל כלקוח וכאשר נתפש הרופא כסוג של מכונאי, מצפה מן הסתם הלקוח לתמורה לכספו, או לכספו של המוסד המבטח אותו בביטוח הרפואי. הלקוח מצפה לתיקון מושלם של התקלה הבריאותית, ומשזו מתמהמהת הוא ממהר לתבוע פיצויים על הטיפול הלוכה בחסר שקיבל. הזירה הרפואית הופכת לזירת קרבות משפטיים, והמערכת הרפואית מגיבה בתופעת הרפואה המתגוננת, שמסרבלת את המערכת כולה, עלותה גדולה והיא פוגעת ברמת הרפואה הכללית ומביאה לכרסום ביחסי הרופא והמטופל.

התפישה המכניסטית המערבית התפתחה לאורך מאות שנים, ובמידה רבה מייצגת את הרציונליות העומדת בליבו של עידן הנאורות או ההשכלה. לפי עיקרון זה, ניתן להסביר כל תופעה באופן רציונלי ומדעי, באופן שאינו דורש הסבר מיסטי או רליגיזי. ללא ספק עומדת הרציונליות הזאת בבסיס התפתחות המדע המערבי,

35. על הרפואה המתגוננת בישראל ראה את מחקרו של אלעד אשר.



ויתרה מזו, לא מן הנמנע כי לזכותה נזקפת, בין השאר, התפתחות המדע במערב, תופעה אשר לא התרחשה באסיה. עם זאת, נראה כי לפחות בתחום הרפואה התפתחה מעין 'רציונליות קיצונית' או 'רציונליות יתר' אשר מזינה את תפישת מקצוע הרפואה כמקצוע מכניסטי, ומכאן הדרך לתביעות משפטיות, לרפואה מתגוננת ולפגיעה במקצוע היא ישירה וקצרה.


לדעתי יש מקום לבחון מחדש את דימוי הרופא לאור המחשבה האסייטית, כאשר דימוי 'הגנן' המטפח את 'גינת הבריאות' הוא דימוי אפשרי. גם דימוי הרופא כ'מורה לבריאות' או כ'יועץ' מתאים, וגם דימוי הרופא כמי שמסייע לתהליך ההבראה הטבעי להתחולל הוא בעל פוטנציאל. לא מן הנמנע כי אפילו מסיבות פרגמטיות יש מקום לשקול מחדש את המכאניזם המזוהה עם הרפואה, לזהות במידה מסוימת את המקצוע עם תפישות רליגיוזיות יותר ולהדגיש מעט את הנסתר בתהליך הריפוי, וכך לפתוח פתח לרעיון כי הרופא אינו המרפא היחיד, אלא שהוא שותף בתהליך הריפוי יחד עם הגוף ואולי גם יחד עם האל או כוח עליון אחר. שינוי זה עשוי אולי להראות לרופאים במבט ראשון כמכרסם במעמדם ובמומחיותם, וכמוסיף מימד לא רציונלי לתהליך הריפוי, אולם ראייה מעמיקה יותר תראה כי גם לכשלונות או להעדר ההצלחות יהיו שותפים אחרים ובכלל זה הגורל והכוח העליון, דבר שעשוי להקטין את התביעה להצלחות רפואיות בלתי מסויגות, ולתביעות משפטיות בהעדרן.

רעיון נציבי האתיקה כ'ניאו ברהמיניזם'

רעיון הדהרמה מחלק את החברה האנושית לשלושה רבדים מקצועיים הפועלים במרחבים שונים; כאשר שלושת המרחבים הללו מאוזנים החברה האנושית פועלת בהרמוניה. שלושת המרחבים הללו הם המרחב הכלכלי, המרחב השלטוני והמרחב האינטלקטואלי-ערכי. המרחב הכלכלי מקיף את הפעילות הכלכלית המונעת משאיפה לרווח, ובמידה רבה מקביל למה שמכונה כיום 'המגזר העיסקי'. המרחב השלטוני מקיף את הפעולות השלטוניות השונות ובמידה רבה מקביל למה שמכונה כיום 'המגזר השלטוני' הכולל את מערכת הממשל, הצבא והמטרה. המגזר האינטלקטואלי ערכי הוא מגזר חשוב מעין כמותו ונדרש לאיזון שני המגזרים האחרים, ולמעשה אין לו מקבילה עכשווית של ממש. יש אמנם הגדרה עכשווית ל'מגזר השלישי' כמתייחס למרחב הפעילות הציבורי כאשר הוא נעשה למען תועלת הכלל וללא כוונת רווח, וההקבלה הזאת היא אכן מתאימה למגזר האינטלקטואלי-ערכי הקלאסי; עם זאת, התפישה הוודית הקלאסית כוללת מגזר

ציבורי רחב ומובחן ובו מורים, מחנכים, אנשי רוח ולדעתי גם הרופאים שייכים במידה זו או אחרת למגזר הזה.

בשעה שהמרחב השלטוני הוא הירארכי ממהותו, שכן שילטון אינו יכול להתקיים ללא הירארכיה ברורה, המגזר האינטלקטואלי-ערכי מושתת על עקרונות פעולה שונים; ראשית, הוא חסר כוח כלכלי או שלטוני, אלא שכוחו הוא מוסרי, ערכי ואינטלקטואלי. שנית, הוא אינו הירארכי אלא שהוא פועל באופן שוויוני ואפילו קהילתי; במילים אחרות, המגזר הזה אינו שואף להירארכיה ערכית בה אדם אחד או קבוצת אנשים מצומצמת מופקדת על ערכי המוסר, אלא שבבסיס פעולתו עומדת השאיפה להגיע להסכמות רחבות ככל שאפשר ע"י כלל החברים במגזר הזה. המגזר הזה נקרא המגזר הברהמיני, קיומו הוא חלק חשוב מהדהרמה, ולמעשה המגזר הזה הוא המופקד על ערכים, חינוך, תרבות ורוחניות. כך, מניע המגזר הכלכלי תהליכים דרך מסחר ופעולות המבוססות על רוח, המגזר השלטוני מניע תהליכים דרך פוליטיקה, דיפלומטיה וכוח, ואילו המגזר הערכי מניע תהליכים דרך חינוך והפצת ההארה. במחשבה היהודית מדומה החברה האנושית לגוף האדם, והגוף החברתי בריא כאשר שלושת העקרונות או המרחבים האלה פועלים בהרמוניה. אם מנסים להשליך את נקודת ההשקפה הזאת על המציאות הישראלית בת זמננו, ניתן אולי לומר כי קיים כיום חוסר איזון בין שלושת העקרונות הללו, שכן מרחב העיסוקי דומיננטי מאד, תוך שהוא הולך ומשפיע יתר על המידה על המגזר השלטוני, דבר הבא לידי ביטוי בהפרטה הולכת וגוברת ובהחלשות המערך השלטוני. המגזר השלישי, האינטלקטואלי-ערכי או הברהמיני אינו ממש קיים כדי לאזן את הכוחות הללו, וכיוון שכך ממשיך המצב הזה ואף מחריף. הפתרון לשיטתי, הוא חיזוק והעצמת המגזר האינטלקטואלי-ערכי, תוך העצמת החברים הטבעיים במגזר הזה - מורים, מחנכים, רופאים, אינטלקטואלים ואנשי רוח. הפתרון לאיזונה של המערכת נעוץ, אם כן, בשיקום או בטיפוח המרחב הערכי בתוך מערכת הבריאות, כאשר באופן מעשי הכוונה היא באופן מייד חיזוק מערך האתיקה הקיים, ולאחר מכן העמדת נציגי אתיקה שילמדו לפעול במרחב הערכי או הברהמיני, ויאזנו את המערכת כולה. לשיטתנו, כדאי לחזק את הזיקה בין האתיקה הרפואית ולבין למדעי הרוח, ולא להכפיף אותה רק לשיקולים פרגמטיים. חיזוק הזיקה הזאת יאפשר מבט רחב יותר בשאלות פילוסופיות וקיומיות אשר יחזק את מעמד הרופא, יעמיק את הזיקה שבין מקצוע הרפואה ולבין המגזר הברהמיני, יגביל את התפשטות התפישה המכניסטית ויקטין את ממדי תופעת הרפואה המתגוננת.



למעשה, במערכת הבריאות אין כיום מערך אתיקה המודע לעצמו, כמשרת את מערכת הבריאות כולה. ישנה לשכת אתיקה בהר"י, אולם כידוע הר"י הוא האיגוד המקצועי של הרופאים ולא של מערכת הבריאות בכללותה. ישנן ועדות רלוונטיות שונות שחלקן אף מוקמות מכוח החוק, אולם החברות בהן בד"כ אינה דורשת הכשרה באתיקה. במקביל, ישנו עיסוק נרחב באתיקה בשלל מאמרים וכנסים, אך הגישה הרווחת היא כי האתיקה היא סוג של ידע אנושי כללי הנועד לכל, ואינה משקפת מקצוע או התמחות לאנשים מסוימים. גישה אחרת היא כי האתיקה היא מן תרופה מרה שניתן להנחיל לסטודנטים במסגרת לימודיהם בלבד, אולם משאלה מסוימים את לימודיהם, אין אפשרות להנחיל להם עקרונות אתיים או לחנך אותם יותר. ישנם מי שרואים באתיקה מקצוע, אך בד"כ אלה אינם רואים את הצורך בקיומם של בעלי מקצוע במתחום הזה. במילים אחרות, בעוד שנגרות היא מקצוע ובעלי המקצוע הם הנגרים, בעוד שרפואה היא מקצוע ובעלי המקצוע הם הרופאים, הרי שגם מי שרואים באתיקה מקצוע, סבורים בד"כ כי זהו מקצוע שאין בו בעלי מקצוע. מסיבה זו העיסוק באתיקה כיום הוא מבחינה מסוימת דיפוזי, כלומר מפוזר ולא ממוקד. כיוון שנקודה זו היא חמקמקה מעט, יתכן ויש מקום להרחיב בדוגמה שהיא מעט קונקרטי; הדבר דומה לניסיון לרפא את הציבור באמצעות הפצת ידע אך ללא העמדת רופאים. נאמר שבעיר מסוימת אין רופאים והציבור סובל מבעיות בריאות; דרך אפשרית להתמודדות עם המצב היא קיום כנסים העוסקים בבריאות הציבור, כתיבת ספרים בנושא והפצתם לציבור הרחב, והפצת ידע בדרכים שונות. למרות שאין ספק שזהו מאמץ ראוי וחשוב, היה עדיף אולי להעמיד תחילה מערך רפואי של ממש, המורכב מרופאים ובעלי מקצוע אחרים בתחום הרפואה, ורק בנוסף לכך להפיץ ידע רפואי לכלל הציבור. באופן דומה, לשיטתנו יש להכשיר מערך אתיקה המתבסס על 'אתיקנים' או 'נציבי אתיקה', העוברים התמקצעות בתחום האתיקה הרפואית, ולמקד את מאמצי ההכשרה בקבוצה המצומצמת הזאת. חברי הקבוצה יעמיקו בהדרגה את אחיזתם בתחום האתיקה הרפואית, ויבנו יחסי עבודה ושיח שוטף בינם לבין עצמם, ויעניקו שירותי יעוץ אתי לכלל מערכת הבריאות, תוך שהם מקדמים תהליכים עמוקים הממצבים את מעמד הרופא באופן מאוזן יותר ומכניסטי פחות, ומקדמים את לכידותה של המערכת כולה.

לשיטתנו, הפרשנות של עקרונות המחשבה האסייטיים מובילה להתייחסות למערכת הבריאות כיחידה אחת שלמה, אשר יש לחזק בה את מערך האתיקה, הכולל רופאים ושאינם רופאים גם יחד. באופן מעשי, נדמה לי שניתן לזהות את

הבסיס למערך האתיקה דרך חמישה סוגים של ועדות הקיימות באופנים כאלה או אחרים בבתי החולים, ואלה הן ועדות האתיקה, ועדות הלסינקי, ועדות חוק החולה הנוטה למות, ועדות איכות וועדות ניהול סיכונים. המשמעות היא כי את ההכשרה באתיקה יש לרכז לכונן הזה, ולהשקיע את מירב המאמצים בהכשרת חברי הועדות האלה. כאשר יתחזק מערך האתיקה ויהיה מודע לעצמו, ניתן יהיה להתקדם אל עבר השלב הבא, ולהעמיד מתוך המערך הזה נציגי אתיקה, אשר ישמשו כנציגי אתיקה של בתי חולים, חטיבות ומחלקות בתוך בתי חולים. מערך האתיקה הזה יאזן את הכוחות המכרסמים כיום במערכת, ויהיה מסוגל להשמיע את דברו בשיח שאינו כלכלי ואינו משפטי אלא ישיר וברור, מתוך רצון לפעול למען המערכת, ולמען המערכת בלבד, ולמעשה לפעול למען הבריאות של מערכת הבריאות.

* ד"ר איתמר תאודור הוא עורך שותף של הספר "אתיקה רפואית בישראל" (הר"י, 2012).

על המדף

טיפול פריון: האמת שמאחורי המבחנה // אורית גולן

אין ספור מילים נכתבו על החשיבות הילודה באתוס הישראלי. בין אם הדבר נובע מתודעת שואה ובין בשל מצוות "פרו ורבו". לא ניתן להתווכח על-כך שישראל נחשבת למדינה פרו-נטליסטית, שבה הילודה והשאלה הדמוגרפית תופסות מקום משמעותי על סדר היום. הד נרחב לדיון ציבורי בעניין זה ניתן למצוא במרחב התקשורתי בישראל. יחד עם זאת, נדמה שדווקא בתחום זה הסיקור התקשורתי מתמקד בצד הטוב והיפה של התמונה. בתקשורת שומעים על סיפורי הצלחה למיניהם של זוגות שהרו בגיל מבוגר, או של נשים שהפכו לאימהות חד-הוריות לאחר שחדלו לצפות לבן זוג ועוד. התמונה הניבטת מן התקשורת אופטימית,



ולפיה "השמים הם הגבול", כך שהצופה נוטה להאמין כי העקרונות מוגדרים מן העולם המערבי כליל.

אכן, הטכנולוגיה בתחום הפרייון עשתה כברת דרך משמעותית, וסיכויי של זוג הסובל מבעיות פרייון להרות, הולכים וגדלים משנה לשנה. בשנת 2016 מספר הטיפולים בישראל עמד על 37,270. אחוז התינוקות שנולדים באמצעות טכנולוגיות פרייון עומדים על 4% מכלל הלידות, ובאופן כללי מספר התינוקות שנולדו בישראל בשנת 2013 עומד על 9,583 לפי הנתונים האחרונים שפורסמו ע"י משרד הבריאות³⁶.

אולי בשל כך מפתיע עד כמה דל הסיקור התקשורתי אודות הכאב והקושי המתלווה לתהליך הפרייה חוץ גופית. תיאור התקווה והייאוש כאשר ההליך הרפואי אינו צולח לכדי יצירת עובר - כמעט ואינו בנמצא. הסיפור האישי המסופר מנקודת מבטה של האישה שעוברת תהליך זה - כמעט נעדר מן השיח.

לפיכך, ספרה של תמר מדינה: "IVF" מהווה חידוש מרענן בשיח וחשוב מעין כמותו. תמר מדינה מבקשת לכתוב את **המדריך הידידותי לטיפול הפוריות**³⁷ ובכך מכניסה אותנו בגילוי לב לחייה, לחווייתה וגם משתפת מהידע שלה בתחום. יש לציין שמדינה עושה זאת בכישרון רב, היא מספרת את סיפורה שלה, חולקת את תחושותיה ותוך כדי מוסיפה מידע רפואי. אך בניגוד לספרות רפואית מדעית פר-אקסלנס, היא מתארת את ההליך הרפואי דרך עיניה של מטופלת, שכל כך כמהה לילדים משלה, אך מגלה את כמה הדבר אינו טריוויאלי. בפרקי הספר היא כותבת איך מגיבים לכל הדודות המייעצות? מה כדאי לומר בעבודה? איך להיות זוגית ולעבור את הטיפולים בזוג. מדינה משתפת בפתיחות ובאותנטיות אודות הרצון להיות אישה, אדם ולא רק מושא לטיפולים. על אף שהיא עצמה בחרה לבצעם היא כותבת "טיפין, טיפין חזרתי לעצמי. אני בטוחה שהרופא הוא לא חשב שהוא מזיק לי, אלא פעל לפי הכללים והידע שרכש. הבעיה שהוא לא ראה אותי כמו שאני...". (עמ' 92). הרצון של המטופלת להראות, להיות מישהי ולא פונקציה שאינה מתפקדת ונותנת את גופה ואמונה במערכת הרפואית שוזר את הפרספקטיבה שבספר זה. מדינה אף מדגישה כמה חשוב לנשים להיות מצוידות בידע רפואי, ולא להשליך את כל יתרון הרפואה. לדעתה, עליהן להיות מעורבות, פעילות ובעלות ידע מקדים. מתוך חיפוש אישי אחר תכנים אלו גמלה החלטה

36. לקריאת דו"ח משרד הבריאות ראו: https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/IVF1986_2013.pdf
37. מדינה - הרטום, ת' (2016) IVF, המדריך הידידותי לטיפול פוריות. ירושלים, הוצאת: הדפס אומנותי ירושלים.

בליבה של מדינה לכתוב ספר זה, כפי שמציינת במבוא לספר. למעט רגשותיה והחוויות שלה, היא מעוניינת להעניק משהו לבאות ה"מועדון האקסקלוסיבי" כפי שמדינה בוחרת לכתוב את הנשים הזקוקות לטיפול פריון, וככאלה היא מפרטת את פרטי תהליך ההפריה עצמו, וכן מספקת מידע אודות אתרי אינטרנט חשובים שיכולים לסייע לנשים החברות במועדון. לבסוף, מדינה מוסיפה פרק פרידה ובו היא מספרת מה עלה בגורלה והאם הטיפולים צלחו.


מעניינים וחשובים לא פחות הם דברי הפתיחה לספר של פרופ' שלמה משיח. מלבד בעלי העניין בתחום ומטופלות הפריון הוא מייעד את הספר גם לצוות המטפל: רופאים, אחיות, עובדים סוציאליים, פסיכולוגיים ואמברולוגיות. שכן ספר זה מאפשר הסתכלות מעמיקה לנפש המטופלת, שכל מילה מפי הצוות המטפל, הערת אגב, ואפילו ארשת הפנים ושפת הגוף יכולה לנסוך במטופלות אומץ, עידוד ותקווה: או חלילה, לחלופין, כאב, תסכול ואף דכאון (עמ' 14). כל מילה בסלע.

Ch.golan.orit@gmail.com

התמודדות עם דילמות באתיקה רפואית והתחמקות מהן בקרב סטודנטים לרפואה // מירי בנטואיץ'

הקדמה

התנהגות אתית מהווה אבן יסוד במקצוענות רפואית, ולכן מרבית בתי הספר לרפואה בעולם כוללים בתוכניות הלימודים שלהם לימודי אתיקה רפואית כלימודי חובה.^{1,2} בד בבד, ב-15-10 השנים האחרונות, הפורמט שהולך ומתקבע ללימודים אלה כולל גם דיונים בקבוצות קטנות (כ-10-8 סטודנטים/ות בקבוצה), ולא רק הרצאות פרונטליות לכלל הכתה.^{3,4} ישנן אמנם שיטות שונות ללמידה בקבוצות קטנות,⁵ (CBL, PBL, TBL) אולם ישנם לפחות שני רכיבי יסוד המשותפים לכולן: (א) מקרי בוחן או וויניטות קליניות שהמהוות את הבסיס לדיונים; ו-(ב) פעולה בשיטת גישת הלמידה הפעילה באמצעות קיום דיונים משמעותיים בקרב חברי הקבוצה.^{6,7}



גישת הלמידה הפעילה, אשר שואבת את השראתה מהתיאוריה הקונסטרוקטיביסטית, בנויה מארבעה תנאים. ⁸(1) המורה מנחה שמאפשר/ מעודד למידה; (2) מתן הזדמנויות לחשיפת פערים בין ההבנה והידע הקיימים אצלם בנושא הנלמד לבין התנסויות חדשות שמערערות על הבנה וידע אלה, ומתוך כך חשיפה זו מספקת את ההזדמנות ללומדים/ות לפתח תבניות ידע והבנה חדשים. (3) למידה פעילה, המתבססת על עיסוק בבעיות/סוגיות רלוונטיות על יסוד אינטראקציה בקרב חברי הקבוצה הלומדת. (4) נדרש זמן על מנת לאפשר ללומדים/ות רפלקציה מספקת אודות ההתנסויות החדשות אליהן הם נחשפו.

גישת הלמידה הפעילה אשר אמורה להיות מיושמת באמצעות למידה בקבוצות קטנות נחשבת למהותית במיוחד עבור לימודי אתיקה רפואית. זאת משום שתחום זה אינו נסמך רק על רכישת ידע טכני ומדעי-רפואי רלוונטי להבנת סוגיות בו, אלא בעיקר על פיתוח רגישות אנושית ומוסרית, הנשענת על יכולות אנליטיות. ⁹בסופו של דבר, אין cook book עם "מתכונים" ידועים מראש לכל בעיה/דילמה אתית שבה רופאים נתקלים, אלא הם נדרשים לנתח ולאמוד דילמות בזמן אמת מתוך יכולת ניתוח מושכלת ולוגית, לצד הכרת המסגרת החוקית הרלוונטית.

אולם בעוד שהספרות המקצועית אודות הוראת אתיקה רפואית מלאה וגדושה במחקרים שעוסקים בעמדות סטודנטים כלפי מקצוע זה ומידת שביעות הרצונם, או לחלופין בהערכת תפוקות למידה בהם (כגון שאלוני Pre/Post, התייחסות לזיוניטות המשקפות דילמות אתיות וכד'), הרי שבכל הנוגע לבחינת תהליך הלמידה עצמו בקבוצות קטנות בתחום זה - ישנו חסר משמעותי. במילים אחרות, אין די מחקרים הנוגעים בתהליכי למידה פעילה במסגרת למידה בקבוצות קטנות בנושאי אתיקה רפואית, אשר אמורים לכלול את ארבעה מרכיבי היסוד של למידה זו לפי התיאוריה הקונסטרוקטיביסטית וכן לסייע לסטודנטים לשפר את יכולותיהם האנליטיות על מנת שיוכלו להתמודד טוב יותר עם סוגיות בתחום זה לכשייתקלו בהם ב"שטח".

במאמר זה אציג בקצרה מחקר שערכנו בפקולטה לרפואה של אוניברסיטת בר-אילן בגליל, אשר מטרתו לשפוך אור על תהליכי הלמידה המתקיימים בפועל בקבוצות קטנות בנושאי אתיקה רפואית.* ביקשנו לבדוק במיוחד היבטים (או אסטרטגיות) של התמודדות עם דילמות אתיות המשקפות את מיצוי גישת הלמידה הפעילה בקבוצות קטנות בהקשר של אתיקה רפואית, ואלו היבטים (או אסטרטגיות) של התחמקות מהתמודדות שכזו מתקיימים בפועל בלמידה בקבוצות קטנות. מחקר זה מבקש להאיר ולבחון (ולו באופן ראשוני/מקדמי) את

ה"קופסה השחורה" שבליבת לימודי האתיקה הרפואית בקבוצות קטנות, אשר כאמור עד כה פחות זכתה להתייחסות. מתוך הארת הגורמים התהליכיים הללו והכרה בהם, ניתן יהיה לשפר באופן משמעותי את שיטת הלמידה של אתיקה רפואית בקבוצות קטנות - בין אם ע"י הגברת הגורמים המקדמים למידה פעילה, וכן על-ידי הפחתת גורמים המונעים או מעכבים אותה.

אודות המחקר

המחקר המדובר הינו מחקר איכותני בשיטת¹⁰ Microanalysis, המסתמך על תמלול מדוקדק של הקלטות וידאו של שלושה מפגשים רציפים בקרב שלוש קבוצות קטנות, שנערכו במסגרת קורס חובה לשנה א' בנושא אתיקה רפואית. בכל קבוצה נטלו חלק כ-10 סטודנטים/ות ומנחה, אשר דנו בסוגיות של אתיקה רפואית העולות בממשק שבין גנטיקה לרבייה, על בסיס מקרה דמינוי שהוצג בפניהן בכל אחד מן המפגשים, כאשר בשניים מן המפגשים עסקו במקרים המתוארים טקסטואלית, בשלישי עסקו בדילמה שעלתה מהסרט "שומרת אחותי". הניתוח בשיטת Microanalysis נועד לזהות תמות מרכזיות המשקפות אופני התמודדות או התחמקות מהתמודדות עם הסוגיות האתיות הגלומות במקרים שהוצגו בפני הסטודנטים/ות.

עיקרי תוצאות המחקר

המחקר חשף 12 סוגים של אסטרטגיות התמודדות או התחמקות מהתמודדות עם דילמות אתיות. מחצית מהמשתתפים נמצאו מתמודדים ומחציתם מתחמקים. טבלה מס' 1 מציגה את כלל הגורמים הללו. בסה"כ נמצאו 665 מופעים של אסטרטגיות אלה במהלך המפגשים בקבוצות קטנות שעסקו באתיקה רפואית ותועדו במסגרת המחקר. בעוד שמרבית מופעים אלה מעידים על התמודדות עם הדילמות האתיות (372), התגלה גם מספר לא מבוטל של מופעים המעידים על התחמקות מהתמודדות עם הדילמות הללו (293).

* זהו מחקר משותף לכתבת מאמר זה ולד"ר יעריית בוקק-כהן מהחוג למשאבי אנוש במכללת "אחוזה".

טבלה 1: אסטרטגיות התמודדות והתחמקות ומס' מופעיהן במפגשים שתועדו

מס' מופעים	אסטרטגיות (התמודדות/התחמקות)
התמודדות	
102	העמקת הדילמה ע"י הצגת תסריטים אחרים והבחנה ביניהם לבין המקרה המוצג
96	שימוש בהומור וסלנג
66	מסגור מחדש של הדילמה ע"י חזרה על מהותה אך במלים אחרות
58	חיפוש מידע ו/או הודאה בכך שאינך יודע/ת את הפתרון/תשובה הנכונה
34	חקר טבעה של המחלה/סינדרום ו/או שיקולים רלוונטיים אחרים
16	פמיליאריזציה עם המקרה ע"י שיתוף בנסיון אישי רלוונטי או התייחסות למקרה כאל דילמה אישית
התחמקות	
116	הכחשה או הקטנה של הדילמה
84	הצעת "פתרונות קלים" לכאורה
39	התעלמות משאלות המנחה או הצגה ודין של מידע לא רלוונטי
23	הדגשת מוקצנותה של הדילמה ו/או התנגדות מוצהרת לנתח אותה
20	חיפוש אחר סתירות או חוסר הגיון במקרה המתואר
11	פחד/חשש מנטילת אחריות מוסרית על השלכות הייעוץ למטופל

כדי לסבר את האוזן והעין באשר לאופן ביטוין של אסטרטגיות אלה, להלן מס' דוגמאות קונקרטיות מן המפגשים שצולמו ותומללו. ניתן לעמוד מקרוב על ההנגדה שבין "העמקת הדילמה" המזוהה כגורם המשקף התמודדות עם דילמות אתיות, לבין "הכחשה או הקטנה של דילמות" המזוהה כגורם שמייצג התחמקות מהתמודדות. כך למשל, בהתייחסות לעצם ההחלטה להביא לעולם designer baby כדי לתת מענה לסרטן שנתגלה אצל האחות הבריאה בסרט "שומרת אחותי" הציע אחד מן הסטודנטים את התובנה הבאה:

"אולי הסיטואציה [הנוגעת להחלטה המדוברת] היתה משפיעה אחרת על האבא לו הוא היה יודע שכל הסיבוכים [שהחלטה זו תוביל אליהם] - יקרו...אז, ייתכן שלו הוא היה יודע שזה לא יסתיים רק בלקיחת דם טבורי - ההחלטה שלו היתה שונה"

מן הצד השני, על אותה דילמה באשר לעצם הולדת designer baby בסיטואציה המתוארת בסרט זה, סטודנט אחר הציע פרשנות, שלמעשה מוחקת את קיומה של הדילמה האתית הזו, ובכך "חסך" לעצמו התמודדות עמה.

"אבל תדמיינו שיש לכם זוג תאומים בני ארבע - אחד חולה, והאחר בריא. לקחת כליה מהילד הבריא לצורך השתלתה באחיו התאום החולה, זה אותו הדבר [כמו הסיטואציה שמתוארת בסרט לגבי designer baby]".

דוגמא נוספת לאופן התבטאות ההנגדה בין אסטרטגיות התמודדות לבין אלה המעידות על התחמקות, ניתן לראות בפער שבין אסטרטגיית ה"פמיליאריזציה עם המקרה ע"י שיתוף בנסיון אישי דומה", לבין "הדגשת מוקצנות הדילמה ומתוך כך סירוב לעסוק בה". כך, כאשר שאלת חשיפת מידע אודות אשה הנושאת מוטציית BRCA-1 המעלה משמעותית את הסיכון ללקות בסרטן השד ו/או השחלות, לאחותה שמצויה בראשית הריונה, שיתפה אחת מהסטודנטיות מנסיון חייה הבא:

"אני מכירה אישה עם עבר סכיזופרני במשפחה שהעדיפה לאמץ ילדה [במקום ללדת בעצמה], כדי שהיא לא תעביר את הגנים הפגמים לדורות הבאים"

כלומר, ע"י הצגת מידע זה הנובע מהיכרות אישית עם אותה האשה, הדגישה הסטודנטית והדגימה עד כמה שאלת חשיפת המידע אודות נשאות של מוטציה גנטית עשויה להיות חשובה ורלוונטית לאחות שמצויה כעת בהריון. אגב כך, המקרה התיאורטי, מבחינת אותה הסטודנטית, הפך להיות קרוב ומוחשי יותר, שכן הוא הדהד והזכיר מקרה אחר שהיא הכירה באופן אישי.

לעומת זאת, סטודנטית אחרת, בהתייחסות אל אותה הדילמה ואותו המקרה המוצג של נשאות מוטציית BRCA-1, בחרה להסביר מדוע לדעתה הדילמה מוקצנת שלא לצורך, מכתחילה ומתוך כך, ייתרה את הצורך לדון בה. אגב כך, ובמהופך מהדוגמא הקודמת, לא זו בלבד שהמקרה התיאורטי אינו הופך לקרוב ומוחשי יותר, אלא שלכתחילה ההתמקדות חדלה מלהיות במקרה הספציפי, אלא ב"הנחיות" שלפיהן צריך לפעול.

"אני עובדת בבית-חולים. אני לא פותחת עכשיו מרפאה על הירח שבה אני הרופאה היחידה... פשוט צריך לפעול לפי ההנחיות".

בד בבד, מעניין לציין שאסטרטגיות ההתמודדות וההתחמקות שנמצאו אינן נוגעות רק לצד הקוגניטיבי-רציונלי, אלא גם להיבטים רגשיים. כך, אסטרטגיות ההתחמקות מעיסוק בדילמות באתיקה רפואית, כוללות גם "פחד/חשש מלקיחת אחריות



מוסרית להשלכות היעוץ שניתן למטופל" חשש זה בא לידי ביטוי בעקיפין, למשל בקביעה הבאה של סטודנטית, כאשר למותר לציין שהסטודנטים לא התבקשו לקבל החלטה במקום המשפחה/ההורים (בעניין אבחון טרום-לידתי והפלות) אלא לחשוב על ההיבטים הרלוונטיים להחלטה שכזו:

"למה אני צריכה לקבל החלטות שאינני אמורה לקבל אותה? זהו אינו הילד שלי. זוהי אינה המשפחה שלי. הם צריכים להחליט."

מנגד, נראה שהסטודנטים אימצו גם את השימוש בהומור ו/או בסלנג כחלק מההתמודדות עם הדילמות האתיות, היבט שיקשה לקטלגו בפשטות כנוגע רק להיבט הקוגניטיבי-רציונלי, אלא גם להיבט רגשי. למשל, בעת התייחסות למשמעות לידתו של תינוק שאובחן כבעל תסמונת קליינפלטור, אחד מהסטודנטים אומר:

"בסדר, אולי הוא נולד עם חוזק נפשי נורא גדול והוא נורא רוצה להיות שונה והוא דווקא אוהב את זה והוא הולך להיות מלכת דראג מטורפת..."

בין אסטרטגיות התמודדות והתחמקות לבין מיצוי ואי מיצוי של למידה בקבוצות קטנות

עיון באסטרטגיות ההתמודדות עם דילמות אתיות וההתחמקות מעיסוק בהן, במשולב עם ספרות תיאורטית רלוונטית מעלה כי הן מהוות, בהתאמה, גורמים המאפשרים או לחלופין מונעים את מימוש רציונל הוראת האתיקה בקבוצות קטנות. כך, המחקר מצא כי בכל הנוגע לאסטרטגיות שנסבות על היבטים קוגניטיביים-רציונליים (10 מתוך 12 אסטרטגיות התמודדות והתחמקות יחידיו), הללו מתקשרות ישירות ובהתאמה למודלים אודות חשיבה ביקורתית והיעדרה, כגון המודל של קרול קמין (Carol Kamin) שהותווה בהקשר של לימודים קליניים של סטודנטים לרפואה,^{12,11} והסתמך על שני מודלים ידועים מתחום החינוך הכללי.^{13,14}

לדוגמא, אסטרטגיית "העמקת הדילמה" וגו' מסתמכת על היכולת לאתר ולדון בעמימות (שלב 2 בחשיבה ביקורתית לפי המודל של קמין), כמו גם לקשר בין עובדות רלוונטיות ו/או להציע פרשנות לטקסט/וידאו שבו מגולם המקרה הנדון (שלב 3 בחשיבה ביקורתית לפי מודל זה). לעומת זאת, מן העבר השני של אסטרטגיות התחמקות, "הכחשה או הקטנה של הדילמות", מכילה שלבים מקבילים של חשיבה בלתי-ביקורתית או "שטוחה" לפי המודל של קמין). כלומר, הכחשתן או הקטנתן של דילמות עלולות לנבוע מהיעדר סבלנות ו/או התעלמות מהעמימות (ambiguities) הגלומות במצב המתואר (שלב 2 בחשיבה בלתי ביקורתית לפי

המודל של קמין), כפי שמדגימה ההשוואה בין זוג ילדים תאומים שאחד מהם מתברר כחולה וזקוק לתרומת כליה מהתאום הבריא לבין ההחלטה על designer baby שהוצגה במובאה השניה מתוך הדיונים המצולמים.

קישורים אפשריים אלה בין השלבים השונים של חשיבה ביקורתית והיעדרה לבין אסטרטגיות ההתמודדות וההתחמקות, בהתאמה - מדגימים ומחזקים את הרלוונטיות של החלוקה בין שני סוגי האסטרטגיות בכל הנוגע לשאלת מיצוי רציונל הלמידה של אתיקה רפואית בקבוצות קטנות. כן כזכור, מרכיב יסודי בלמידה בקבוצות קטנות לפי התיאוריה הקונסטרוקטיביסטית הינו כי למידה זו מציעה הזדמנויות ללומדים/ות לחשוף פערים בין ההבנה והידע הקיימים אצלם בנושא הנלמד לבין התנסויות חדשות שמערערות על הבנה וידע אלה, ומתוך כך חשיפה זו מספקת את ההזדמנות ללומדים/ות לפתח תבניות ידע והבנה חדשים. אולם אם משמעות השימוש באסטרטגיות התחמקות הינו כי לא מתקיימת בתוכן חשיבה ביקורתית, ממילא לא מתקיימת נקודת מבט ביקורתית שתאפשר לסטודנט/ית לחשוף את הפערים הללו, לא כל שכן לפתח מתוך כך תבניות ידע והבנה חדשים. ולהיפך, אם משמעות השימוש באסטרטגיות התמודדות הינה כי מתקיימת במסגרתן חשיבה ביקורתית, הרי שמונחת התשתית שעשויה לאפשר לסטודנט/ית לחשוף את קיומם של פערים בין הידע וההבנה הקיימים אצלם בנושא הנלמד לבין ההתנסויות החדשות אליהם הינם נחשפים מתוך מקרי הבוחן שמוצגים להם במהלך הלימוד בקבוצות קטנות אודות אתיקה רפואית.

בד בבד, בכל הנוגע לאסטרטגיות התמודדות והתחמקות שנוגעות גם להיבטים רגשיים ("חשש/פחד מלקיחת אחריות מוסרית על השלכות ייעוץ למטופלים" ו"שימוש בהומור ובסלנג") - נראה כי גם הן משפיעות על מיצוי או אי-מיצוי הלמידה בקבוצות קטנות. כך, ניתן להבין את הפחד מלקיחת אחריות מוסרית כחלק ממושג "המצוקה המוסרית" (moral distress), אשר נסב על משבר מצפוני שמותיר את הרופא/ה או האח/ות חסר אונים, מאוים, מבולבל, ולעתים אף עם תחושות אשם.¹⁵ מצוקה זו מתקיימת כאשר בעלי מקצוע אלה מחד, מזהים כי מונחת לפתחם סוגיה מוסרית, אך מאידך סבורים שאין ביכולתם להתמודד עמה, בשל מגבלות חוקיות, מערכתיות וכד'. על כן, כשסטודנטים חשים פחד מלקיחת אחריות מוסרית וגו', ומשקפים בכך סוג של "מצוקה מוסרית", בדומה לרופאים/ות (ואחים/ות) הסובלים ממצוקה זו, גם הסטודנטים נמנעים מלהתייחס לדילמה האתית שעוררה מצוקה זו לכתחילה. התוצאה של אסטרטגיית התחמקות זו, אפוא, אינה שונה מזו של



אסטרטגיית ה"ההכחשה או הקטנה של דילמות מוסריות", ומכאן שגם משמעותן בכל הנוגע לאי-מיצוי הלמידה בקבוצות קטנות של אתיקה רפואית - דומה.

לבסוף, נראה כי השימוש בהומור ובסלנג, כפי שמגלמת אסטרטגיית ההתמודדות שאינה נוגעת רק להיבטים קוגניטיביים-רציונאליים, עשוי להיות משמעותי ביצירת אקלים חברתי נינוח ומופחת-מתחים בתוך הקבוצה הקטנה. שכן, השימוש בהומור תורם בין היתר לאיחוד הקבוצה ע"י הפיכת הניסיון האינדוידואלי לנסיון משותף לכל חברי הקבוצה וכן לחיזוק המבנה החברתי בו הקבוצה פועלת.^{17,16} בנוסף, השימוש בסלנג מסייע להפחתת המתח משום שהוא מאפשר לשחרר באופן מבוקר יותר תחושות חזקות שלעתים קרובות מתעוררות ומוקצנות במהלך הטיפול הקליני/רפואי.¹⁸ אקלים נינוח ומופחת-מתחים שכזה נחשב, בתורו, לכזה המאפשר למידה משמעותית בהקשר של קבוצות קטנות, ומכאן חשיבותו.^{20,19}

סיכום

המחקר שעליו מדווח מאמר זה מאיר את מקצת התהליכים שמתרחשים בעת הלימוד בקבוצות קטנות בנושא אתיקה רפואית, ואשר יכולים לאפשר את מיצוי של לימוד זה, או לחלופין לחסום או לעכב מיצוי זה. תהליכים אלה מגולמים באסטרטגיות התמודדות עם סוגיות אתיות ובאסטרטגיות התחמקות מהתמודדות שכזו, אשר מאומצות על-ידי הסטודנטים/ות במהלך הדיונים בקבוצות הקטנות. הבנת תהליכים ואסטרטגיות אלה יכולה לסייע בשיפור מיצוי הלמידה בקבוצות קטנות, שהינה כה חשובה דווקא בהקשר של הוראת אתיקה רפואית, בין אם על-ידי עידוד ונתינת "מקום" למופעים של אסטרטגיות התמודדות ובין אם על-ידי התייחסות למופעים של אסטרטגיות התחמקות, ומתוך כך הפחתת שכיחותן.

ביבליוגרפיה

1. Roberts LW, Hammond KAG, Geppert CM, Warner TD. The positive role of professionalism and ethics training in medical education: a comparison of medical student and resident perspectives. *Academic Psychiatry*. 2004;28(3):170-182.
2. Shah S, Wu T. The medical student global health experience: professionalism and ethical implications. *Journal of Medical Ethics*. 2008;34(5):375-378.
3. Hrynchak P, Batty H. The educational theory basis of team-based learning. *Medical Teacher*. 2012;34(10):796-801.
4. Mattick K, Bligh J. Teaching and assessing medical ethics: where are we now? *Journal of Medical Ethics*. 2006;32(3):181-185.
5. Jones R. Learning and teaching in small groups: characteristics, benefits, problems and approaches. *Anaesthesia and intensive care*. 2007;35(4):587-592.
6. Bennett J, Lubben F, Hogarth S, Campbell B. A Systematic Review of the Use of Small-group Discussions in Science Teaching with Students Aged 11-18, and Their Effects on Students' Understanding in Science Or Attitude to Science: Citeseer; 2004.
7. Tsai TC, Chen DF, Lei SM. The ethics script concordance test in assessing ethical reasoning. *Medical education*. May 2012;46(5):527.
8. Kaufman DM. ABC of learning and teaching in medicine: Applying educational theory in practice. *BMJ*. 2003;326:213-216.
9. Savulescu J, Crisp R, Fulford K, Hope T. Evaluating ethics competence in medical education. *Journal of Medical Ethics*. 1999;25(5):367-374.
10. Straus A, Corbin J. Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques. Newbury Park, CA: Sage; 1990.
11. Kamin C, O'Sullivan P, Deterding R, Younger M. A Comparison of Critical Thinking in Groups of Third-year Medical Students in Text, Video, and Virtual PBL Case Modalities. *Academic Medicine*. 2003;78(2):204-211.
12. Kamin CS, O'Sullivan PS, Younger M, Deterding R. Measuring critical thinking in problem-based learning discourse. *Teaching and Learning in Medicine*. 2001;13(1):27-35.
13. Garrison DR. Critical thinking and adult education: A conceptual model for developing critical thinking in adult learners. *International Journal of Lifelong Education*. 1991;10(4):287-303.
14. Newman DR, Webb B, Cochrane C. A content analysis method to measure critical thinking in face-to-face and computer supported group learning. *Interpersonal Computing and Technology*. 1995;3(2):56-77.
15. Dudzinski DM. Navigating moral distress using the moral distress map. *Journal of Medical Ethics*. 2016.
16. Chauvet S, Hofmeyer A. Humor as a facilitative style in problem-based learning environments for nursing students. *Nurse Education Today*. 2007;27(4):286-292.
17. Dean RAK, Major JE. From critical care to comfort care: the sustaining value of humour. *Journal of clinical nursing*. 2008;17(8):1088-1095.
18. Coombs RH, Chopra S, Schenk DR, Yutan E. Medical slang and its functions. *Social science & medicine*. 1993;36(8):987-998.
19. Haith-Cooper M. An exploration of tutors' experiences of facilitating problem-based learning. Part 2-implications for the facilitation of problem based learning. *Nurse Education Today*. 2003;23(1):65-75.
20. Hayden-Miles M. Humor in clinical nursing education. *Journal of nursing education*. 2002;41(9):420-424.





קנאביס וסטיבס: סם מסוכן או תרופה? לפי משרד הבריאות, תלוי ביצרן ובאריזה // צחי קליין*, דניאל מישורי

1. מהי תרופה?

הוויכוחים סביב מעמד הקנאביס בכלל וקנאביס לשימוש רפואי בפרט נמשכים בחו"ל ובישראל. מתנגדי הקנאביס רואים בו סם מסוכן, שהחברה צריכה להגביל, גם באמצעות החוק הפלילי; תומכי הקנאביס, לעומת זאת, מתייחסים אליו כחומר לא מסוכן, וכתרופה מסורתית ואפקטיבית שיכולתיה רק מתחילות להיחקר.

בתווך נמצא משרד הבריאות, שמתיימר להציג מדיניות מאוזנת ורציונאלית. עד שהמחוקק יחליט על ליגליזציה, או לפחות דה-קרימינליזציה, כהצעות החוק שנידונו לאחרונה, ועד שיצטברו עדויות מחקריות, משרד הבריאות מסתפק לכאורה ב"הסדרה".

בפועל הסדרה זו מערימה קשיים רבים על הנזקקים לקנאביס, ומרחיקה אותו מהישג ידם של רבים, כולל כאלה שיכולים היו להיטיב רפואית את מצבם. מבין הקשיים הנפוצים: מחסור ברופאים שרשאים להמליץ על קנאביס; מגבלות על ההתוויות המאפשרות שימוש בקנאביס; הגבלת המינונים למקבלי הרישיונות; זמן עיבוד בירוקרטי ארוך ומפרך להשגת רישיון (למעט חולים אונקולוגיים); זמן עיבוד בירוקרטי ארוך לחידוש הרישיון; קשיים בירוקרטיים בהגשת טפסי הרישיונות, ועוד מגבלות על מינון, על מעבר בין ספקים שונים, על שינוע התרופה ועל מקום השימוש. כמו כן, משרד הבריאות מחולל בפועל תהליכי הפרטה המפנים אלפי מטופלים נזקקים למספר קטן של רופאים, לרוב בהליך פרטי ויקר.

כפי שאמרנו בעבר (הטיפול בקנאביס רפואי: אתגר ביו-אתי למערכת הבריאות בישראל), עצם החשדנות מובילה למדיניות "הסדרה" הפוגעת בתשתית הבסיסית ביותר של האתיקה הרפואית בישראל, החל ממעמד הרופא, שכפוף לתהליכי אישור שבינם לבין שיקול-דעת רפואי אין ולא כלום, וכלה במטופלים שנדרשים לעבור טיפולים "קונבנציונליים" מיותרים, על תופעות הלוואי שעלולות להיות כרוכות בהם, כתנאי לקבלת הטיפול בקנאביס, וזאת תוך פגיעה קשה בכבודם וברוחותם כבני אדם וכמטופלים במערכת הבריאות.

לעניין הטיפולים המיותרים, לאחרונה התפרסם דו"ח חדש של מחלקת המחקר של הכנסת לפיו בשנתיים האחרונות חלה עלייה של כ-30 אחוזים בשימוש בתרופות אופיאטיות (תרופות מרשם נרקוטיות לשיכוך כאבים), וכי אלפי ישראלים מכורים להן. כזכור, כיום משרד הבריאות מחייב מטופלי כאב למצות במשך כשנה טיפול "קונבנציונלי" בכאב, שמשמעו תרופות אופיאטיות, לפני שתישקל האפשרות לתת להם רישיון לקנאביס רפואי. האם ייתכן שהנחיות משרד הבריאות מעודדות התמכרות לאופיאטים, רק בשל החשש מהקנאביס, שאינו רעיל וגם כמעט אינו ממכר? במקרה זה, מצוי ליקוי קשה בשיקול הדעת של משרד הבריאות, ליקוי שייתכן שניזון מהצביעות שבאזהרות מפני הקנאביס, ללא ההכרה בכך שתחליפיו רעילים וממכרים יותר.


דוגמה נגדית בולטת היא ארה"ב, שבה בעקבות לגליזציית הקנאביס חלה צניחה בהתמכרות למשככי כאבים אופיאטיים וירידה של עשרות אחוזים באשפוזים עקב התמכרויות לאופיאטים, שתופעות הלוואי שלהן כוללות התמכרות ושיעור תמותה גבוה. במקביל, לא נצפו עליה באשפוזים עקב שימוש בקנאביס, וזאת למרות שכיום למעלה ממחצית תושבי ארה"ב ב-28 מדינות יכולים להשתמש בקנאביס רפואי (ללא המגבלות הדרקוניות ודרך החתחתים שמאפיינת את "ההסדרה" בישראל), ובחלק מהמדינות הונהגה ליגליזציה מלאה. נתונים אלה אמורים היו לגרום לשנות את מדיניות משרד הבריאות, ולהנגיש את הקנאביס לכל מטופל.

אחת הפגיעות האתיות החמורות, בהן אנו נתקלים שוב ושוב, הוא היחס המזלזל ב-אמת המדעית והמקצועית. בכירים בממסד הבריאות, כולל באגודות מקצועיות של רופאים, מפריזים ללא סימוכין במחקר בסיכונים-לכאורה שבקנאביס, וממעייטים בערך המחקרים שמצביעים על התועלת שבקנאביס, וממעייטים גם בערך של עדויות רופאים ושל מטופלים. אחד הביטויים לכך היא ההכחשה הנמרצת שהקנאביס יכול לסייע למטופלים, להיחשב כ"תרופה".

משרד הבריאות, למשל, מתעקש בכל הפרסומים בנושא לציין ש"קנאביס רפואי אינו תרופה". כך למשל, בנוהל 106 של משרד הבריאות (רישיונות לשימוש בקנאביס, יולי 2015), נאמר:

קנביס אינו תרופה, אינו רשום כתרופה ויעילותו ובטיחותו בשימוש למטרות רפואיות טרם הוכחו. יחד עם זאת קיימות עדויות לכך שקנביס עשוי לסייע לחולים הסובלים ממצבים רפואיים מסוימים ולהקל על סבלם. על כן ממשלת ישראל ומשרד





הבריאות רואים יעד חשוב בהסדרת הגידול, הייצור, האריזה, ההפצה והניפוק של קנביס לשימוש רפואי באופן הדומה ככל הניתן לנוהג והקיים ביחס לתכשירים רפואיים (תרופות). (עמ' 2)*.

*נוסח זהה מופיע גם במסמכים נוספים, למשל בנוהל 151, העוסק ב"גידול בתנאים נאותים של קנביס לשימוש רפואי - הנחיות, דרישות איכות ואמות מידה נדרשות"

הפלפול של משרד הבריאות, לפיו יש חומר שמסייע לחולים במצבים רפואיים מסוימים, אבל הוא אינו "תרופה" משונה, בלשון המעטה. לפי וויקיפדיה, "תרופה... היא חומר כימי או ביולוגי פעיל, בודד או כחלק מתרכובת של חומרים, המשמש לטיפול, ריפוי, מניעה של מחלות."

לפי הגדרת ה-FDA האמריקאי, A drug is defined as... A substance intended for use in the diagnosis, cure, mitigation, treatment, or prevention of disease

לפי הגדרות אלה, קנאביס הוא תרופה, המשמשת להקלה על סימפטומים וטיפול במצבים רפואיים שונים. הסדרת השימוש בקנאביס הייתה אמורה להיות פשוטה ככל שניתן, ככל שההליכים מאפשרים לגבי תרופות מסוגים שונים (תרופות הנזקקות למרשם, ללא מרשם, וכ"ו), במסגרת הליך שלרוב מתחיל ובדרך-כלל גם נגמר (למעט כשעולות שאלות כלכליות) ברופא המטפל ובמתן מרשם. מדוע אפוא דינו של הקנאביס הוא אחר?

עובדה זו קשורה, לפחות בחלקה, להטיה בהגדרות של הממסד המדעי ביחס לשאלה מהי תרופה. לפי הטיה זו, "תרופה" היא רק חומר שעבר תהליכי אישור של "תרופה", נניח ב-FDA האמריקאי. תהליכי אישור אלה שעולים כיום כ-800 מיליון דולר אמריקאי בממוצע, הם מופרטים ועלויותיהם מועמסות על חברות התרופות. לכן רק חברות פארמה גדולות, המעוניינות בפטנט, מסוגלות ומעוניינות לממן תהליכים כאמור. לכן, כל ריפוי טבעי אינו נחשב ל"תרופה", וכך גם הקנאביס.

2. סטיבקס: קנאביס שנחשב לתרופה

הדוגמה המובהקת להבחנה לפי משרד הבריאות בין הקנאביס, ש"אינו רשום כתרופה ויעילותו ובטיחותו בשימוש למטרות רפואיות טרם הוכחו", לבין תרופה "אמיתית" היא סטיבקס (Sativex).

סטיבקס רשומה כתרופה בישראל. לפי דף התרופה, כפי שמפיץ משרד הבריאות, סטיבקס מותווית "...כטיפול להקלת תסמינים בחולים עם נוקשות שרירים (ספסטיות) ברמה בינונית עד קשה בשל טרשת נפוצה, שלא מגיבים במידה מספקת לטיפולים אחרים ומציגים שיפור קליני בתסמינים של ספסטיות בזמן טיפול ניסיון ראשוני (האורך 4 שבועות). סטיבקס משמש כטיפול נוסף להקלת תסמינים של כאב ניורופטי בחולי טרשת נפוצה מבוגרים."

"תרופה" זו אינה אלא מיצוי מלא באלכוהול של קנאביס, הכולל מלבד כמות מדודה של שני הקנבינואידים הנפוצים, THC ו-CBD גם קנבינואידים נוספים. בניגוד ל-Marinol, שמהווה חיקוי סינתטי של THC בלבד, סטיבקס מהווה מיצוי מלא של כל הצמח. כלומר, סטיבקס איננה אלא קנאביס שנארז בדומה לתכשיר רפואי, ונמכר על-ידי חברת תרופות. היא ניתנת כתרופה בישראל בהתוויה לחולי טרשת נפוצה באמצעות מרשם רופא, ולחולים אחרים הוא ניתן שלא בהתוויה (נניח כאבים ללא טרשת נפוצה) באמצעות מרשם רופא וטופס 29ג' - "תרופה שאינה בהתוויה".


נדגיש, מדובר במיצוי של קנאביס, כמו כל קנאביס אחר, שניתן בישראל ללא צורך ברישיון, באמצעות מרשם רופא או מרשם+29ג'. זהו מיצוי קנאביס זהה או כמעט-זהה למיצוי שמייצרות בארץ החברות לגידול קנאביס. באתר של חברת PHARMACEUTICALS GW מצוין במפורש שסטיבקס הוא מיצוי מלא ומכיל קנבינואידים רבים וחומרים נוספים המצויים באופן טבעי בצמח. המוצר מכיל גם אלכוהול ותמצית של טעם מנטה.

כלומר, הטענות בדבר מסוכנות-לכאורה של הקנאביס, וההסברים המפולפלים לרפורמות ולתהליכי ההסדרה, מאבדים את אחיזתם במציאות כשמוניחים על השולחן בקבוקון של סטיבקס. זה חוקי לגמרי, ונחשב ל"תרופה" לפי משרד הבריאות. להבדיל מקנאביס סתם לשימוש רפואי, אין צורך בהתערבות היק"ר (היחידה לקנאביס רפואי), וזה רק מאד מאד יקר: עלות השימוש היא כ-3000 ₪ בחודש, בערך פי 8 מעלות רישיון לקנאביס בישראל.

3. הסדרה ומדיקליזציה

למרבה הפליאה (והשעשוע), בכירי משרד הבריאות מתארים את ההסדרה-לכאורה של הקנאביס הרפואי באמצעות המושג "מדיקליזציה". ככל הנראה, הם





לא מכירים את המטען הביקורתי שטמון במונח זה. המושג "מדיקליזציה" מופיע לראשונה אצל המבקר החברתי החשוב איבן איליץ, בספרו "נקמת הרפואה" (עם עובד, 1978), כדי לבקר את הצדדים השליליים שבהשתלטות הרפואה על חיינו. "מדיקליזציה", לפי איליץ, היא תהליך חברתי שמגדיר-מחדש התנהגויות ומצבים מהיום יום, שבעבר הוגדרו באופנים שונים, כמחלות או כהפרעות בהן רק מומחים בעלי אוטוריטה רפואית יכולים לטפל. מדיקליזציה כוללת גם סוג של פיקוח חברתי, כשסוגיות חברתיות עוברות לשיפוטו של הממסד הרפואי על שלוחותיו השונות (למשל, הפרעות קשב וריכוז המטופלות בתרופות). לעיתים המחיר של מדיקליזציה הוא חברתי בלבד, ולעיתים המחיר הוא גם בריאות, כשהטיפול והפיקוח הרפואיים פוגעים במטופלים, תופעה שלפי איליץ הגיע כבר בשנות ה-70 לכדי מגפה אותה הוא כינה "איטרוגנזיס" ("אטרו"-רופא, "גנזיס"-מקור), כשדוגמאות בולטות שלה הן ההשלכות של טיפול-יתר בתרופות למצבים שונים, כולל דיכאון, או פגיעות מטעויות רפואיות או מתופעות-לוואי של תרופות.

לטעמנו, הקשיים ומניעת טיפול מחולים ואחרים שנזקקים לקנאביס הם מקרה מובהק של "איטרוגנזיס", פגיעה על-ידי רופא. ברשותנו מידע על מטופלים רבים שמצבם הורע עקב עיכוב בהוצאת רישיונות, חיובם בקבלת טיפול "קונבנציונאלי" הכרוך בתופעות לוואי, או ביטול רישיון או הפחתת מינון: זו פגיעה במטופלים בשם הפיקוח הרפואי וקדושת ההבחנה שבין תרופות "אמיתיות" לבין "סמים" מסוכנים-לכאורה המתחזים-לתרופות כגון קנאביס.

זאת ועוד, הנתונים מארה"ב שהוצגו לעיל, לפיה חלה ירידה בהתמכרויות, אשפוזים ותמותה מתרופות אופיאטיות עקב השימוש בקנאביס (ללא עלייה בפגיעות מקנאביס), מוכיחים שהמצב הנוכחי בישראל שכרוך במגבלות קשות על כל תהליכי האישיור של הקנאביס מהווה פגיעה רפואית "איטרוגנזית" במטופלים. עובדה זו נכונה במיוחד בתוויות המאוד מוגבלות. כך למשל, חולי פיברומיאלגיה נדרשים לעבור שנה של נרקוטיקה "כבדה", כתנאי לאישור לטיפול בקנאביס.

לא במקרה, סטיב קס פטורה מכל תהליכי ה"מדיקליזציה" של הקנאביס הרפואי, מכיוון שהיא כבר "תרופה" במשמעות היחידה שבה ככל הנראה מכיר משרד הבריאות: חומר שנמכר על-ידי חברת תרופות. דברים אחרים שמסייעים לחולים לשפר את מצבם אינם "תרופות", גם אם הם יעילים ממש כמו (ולעיתים אף יותר) מ"תרופות", וגם אם הם ממש זהים ל"תרופות".

הסטיביקס מגיע מחברת תרופות באנגליה. הרבה כסף הושקע שם בשביל למצות קנאביס. הם יודעים בדיוק כמה THC ו-CBD יש בכל "שפריץ" של התרסיס, אבל זהו פחות או יותר ההבדל המהותי בין השפריץ מאנגליה לבין הקנאביס שנותנים כאן בשאיפה או בשמן (בכפוף לרישיון). חלק מהחברות בישראל אף מספקות מיצוי קנאביס בתרסיס, 'שפריץ', ממש כמו סטיביקס. בקנאביס אפשר כזכור להשתמש גם כפי שהוא (בעישון, אידוי או בליעה), והוא עובד מצוין גם במיצוי שנעשה בתנאים פחות סטריליים מסטיביקס.

כלומר, יש היום אפשרות לקבל בישראל קנאביס רפואי (סטיביקס) ללא רישיון, ללא היק"ר, אבל זה מאוד יקר (ולא בטוח שיותר יעיל, בשל מיצוי התרסיס בחומר אלכוהולי, שעלול לגרום לכיבים בפה ובלשון, וכן אינו מתאים לילדים או לאנשים שרגישים לאלכוהול - כפי שמופיע בעלון לצרכן). קנאביס שפריץ מאנגליה - כן; קנאביס מהערבה או מהגליל - לא.

4. הפיקוח החברתי ומחיר התרופה

הסטיביקס מעלה שאלות רבות ביחס להסדרה החברתית בהשוואה של מטופלים בסטיביקס לבין מטופלים בקנאביס רפואי "רגיל".

הרישיון לקנאביס רפואי "רגיל" מציין שעל החולה להשתמש בקנאביס רק בכתובת הרשומה (אפילו אם מדובר בטיפות שמן, או קפסולה), ועליו להיות לבד. כל האיסורים האלה, שלעניות דעתנו אין בהם הצדקה, ומהווים פגיעה קשה בכבוד החולה וברווחתו, לא קיימים בנוגע לסטיביקס.

כלומר, ניתן להשפריץ מיצוי קנאביס מאנגליה בכל עת ובכל מקום, גם תוך כדי נהיגה, ללא כל הפרעה, אבל עבור מיצוי קנאביס שיוצר בישראל בקיבוץ בערבה, צריך קודם כל רישיון (תהליך ארוך, יקר ומפרך), ואז מוטלות מגבלות בתנועה (שימוש רק בכתובת הרשומה), + איסור נהיגה ולבד.

כמו כן, אין איסור על נהיגה למשתמשי סטיביקס, למרות שבדיקות דם, למשל, יימצאו במשך שבועות אותם תוצרי פירוק של THC בקרב משתמשי סטיביקס ובקרב משתמשי קנאביס "רגיל", שלפי תקנות משרד התחבורה מנועים מנהיגה עם תוצרי פירוק כאלה בדם (נחשב לנהיגה בשכרות).



חלק מחברות הגידול בישראל כבר מייצרות מיצויי קנאביס איכותיים, בדומה לסטיבקס, ויש בארץ יצרנים נוספים. כך למשל, בבית חולים הדסה פועלת חברה שמספקת מוצרי קנאביס שונים בהם משתמשים במחלקת השתלות מח עצם. שם משתמשים בקנאביס הן לשיכוך כאבים והן כנגד מחלת דחיית השתל (Graft-versus-host disease GvHD). במחלקה זו אין צורך לשלוח את החולים לקנות סטיבקס יקר. גם מחיר היא סוגיה חברתית עליה משרד הבריאות אמור היה לתת את הדעת.

טבלת השוואה:

תרסיס תוצרת ישראל (פנקסיה, קנבליס, אחרים)	סטיבקס
מיצוי מלא של צמח הקנאביס	מיצוי מלא של צמח הקנאביס
תרסיס, שמן, קפסולות, אידוי ועוד	תרסיס
מיוצר בישראל	מיוצר באנגליה
ייצור מקומי ושיווק ע"י מספר חברות	ייבוא ושיווק בבלעדיות ע"י ניאופארם
עלות: ₪ 370 בחודש	עלות: כ- 3000 ₪ בחודש
מצריך המלצת רופא מומחה למשרד הבריאות, הוצאת רישיון לשימוש בסם מסוכן ע"י היחידה לקנאביס רפואי במשרד הבריאות, לרוב אחרי תהליך ארוך של מיצוי טיפול קונבנציונלי.	מצריך מרשם רופא
לפי תנאי הרישיון יש להשתמש בתרופה רק בכתובת הרשומה ברישיון (בבית); ורק לבד; אין לנהוג, ויש לדווח למשרד התחבורה; מגבלות נוספות; מעורבות של משטרת ישראל	כמו כל תרופה אחרת, במרשם רופא

כיום, משרד הבריאות דורש מיצרני הקנאביס המבקשים להיכנס לתחום, לעמוד בתנאים זהים לאלה של חברת GW PHARMACEUTICALS, בכל הנוגע לייצור של קנאביס. עלות הסדרי האבטחה החדשים להן נדרשות חברת תרופות קיימות, שכבר עוסקות בייצור תרופות מרשם נרקוטיות, היא מיליוני שקלים.

5. רפואה-מבוססת-ראיות?

משרד הבריאות מתיימר להציג מדיניות מאוזנת ורציונאלית בנושא הקנאביס. מאחר שמדובר לכאורה בסם מסוכן, נזהרים בשימוש בו, עד שהנושא ייחקר. בפועל, למרות שיש בישראל כבר כ-30,000 מטופלים בקנאביס, נמנע משרד הבריאות מלחקור את השימוש בקנאביס ואת מאגר המטופלים בקנאביס, שיכולים היו להוות מאגר מידע מדהים, כולל לעניין השפעות ארוכות הטווח של השימוש בקנאביס. לא נערכו מחקרים אפידמיולוגיים יזומים בנושא קנאביס על-ידי משרד הבריאות (וכזכור, מחקר על הפחתה בתרופות בקרב משתמשי קנאביס רפואי שערכה קופת חולים מכבי נגנז). אין מחקר, ולכן אין נתונים ומסקנות, וניתן להמשיך ולטעון טענות לא-מבוססות בדבר מסוכנות-לכאורה של הקנאביס, כדי להצדיק את המשך הגדרתו כסם מסוכן, ואת הדרתו מחולים ומהציבור הרחב כאחד.

עם זאת, גם בהיעדר מחקר רשמי (קול קורא למחקרים במימון משרד הבריאות פורסם לראשונה ב-2016), הציבור הרחב רשאי להתרשם שלא נחשפו עד כה כל תופעות חברתיות או רפואיות קשות עקב העלייה הגדולה בשימוש בקנאביס רפואי, ושהאזהרות מפניו הן ככל הנראה מוגזמות או אף חסרות-ביסוס. אם משרד הבריאות מסתייג ממסקנה זו, אין לו אלא להלין על עצמו שלא הזמין ומימן מחקרים שאמורים היו להעמיד עובדות על דיוקן.

במקום מחקרים אפידמיולוגיים פשוטים וזולים, שייקרו השלכות של השימוש בקנאביס, ניגשות כיום חברות התרופות למחקרים מסוג אחר, יקרים מאוד, כאלה שיובילו לתרופות מבוססות קנאביס שהן מוגנות-פטנט. תרופות כאלה יהיו כמו הסטיבקס, מאוד יקרות, וחסינות מהבירוקרטיה שבמשרד הבריאות מייחד רק לקנאביס פשוט להמונים. תרופות אלה יעמדו לכאורה בתנאי של רפואה מבוססת-עדויות (Evidence based medicine: EBM). גרסה כזו של EBM אפשר לעשות רק עם מאות מיליוני דולרים, משהו שרק חברות תרופות מסוגלות לעשות (ויש

לא פעם חילוקי דעות על התוצאות). מחקר של המאגר המדהים של משתמשי קנאביס רפואי בישראל עשויה הייתה לייתר תחליפים יקרים אלה.

למעשה, ההסדרה-לכאורה של הקנאביס, והפטור שממנה נהנית תרופת הקנאביס סטיבקס, מצביעה על אפיון בולט של הרפואה בימינו: התרחקותה מהבוטניקה. בעבר, חלק חשוב מהכשרת הרופאים הייתה היכרות עם צמחי מרפא, והיכולת למצות מצמחים אלה תרופות, כולל מהקנאביס. כיום, מעטים הרופאים שהם בעלי ידע כלשהו בצמחים, לתזונה או לשימוש כתרופות. על רקע זה, ההתנגדות לקנאביס מצביעה על דעות קדומות שמקורן בבורות רווחת בקרב הרופאים, שלמדו שתרופות באות באריזת יצרן בלבד. קשה להם להסתגל לרעיון שייתכן טיפול רפואי שהוא מבוסס-צמחים. אם יש בצמח תועלת, הם חושבים, ניתן יהיה לבדוד ממנו את "המרכיב הפעיל", אף שבמקרה של הקנאביס דווקא התרכובת הכוללת חיונית, ולא רק THC או CBD. עיקרון זה, "אפקט הפמלייה" (entourage effect) הודגם במחקרים עליהם התבססו יוצרי הסטיבקס (Russo & McPartland, 2003).

6. לקראת דה-מדיקליזציה

הקנאביס אינו זקוק למדיקליזציה, להפיכתו למוצר של חברת תרופות, אלא לדה-מדיקליזציה: להיות החברתי להשתמש בו כתרופה, ללא הסנקציות החברתיות שכיום נלוות לשימוש זה.

את הקנאביס אפשר וצריך לגדל בתנאי ייצור הולמים (ללא חומרי הדברה וכו'), כמו כל צמח אחר, ולייצר ממנו טיפולים יעילים וזולים. השנים האחרונות הוכיחו זאת מעבר לכל ספק. לאור זאת, לא ניתן להצדיק את הקשיים שמשרד הבריאות מערים על קבלת טיפול מבוסס-קנאביס, על-חשבון החולים וסבלם.

הפטור המוחלט שזכה קנאביס בדמות הסטיבקס מהבירוקרטיה שחלה על קנאביס רפואי "רגיל" חושפות את סדר היום של משרד הבריאות, או לפחות את נטיות הלב של בכיריו: העדפת תרופות יקרות על-פני טיפול זול בצמח טבעי; חשדנות כלפי צמחים, ריפוי טבעי ורפואה בוטאנית. הגיע הזמן לשנות סדר יום מיושן זה.

* צחי קליין, חוקר קנאביס ויוצר סרטים. בוגר תואר שני בלימודי הסביבה באוניברסיטת תל אביב. חוקר השפעות של השימוש בקנאביס רפואי על בריאות חולים ועל רווחת מטופלים.

מקורות:

קישור לדף תרופה של סטיבקס

https://www.old.health.gov.il/units/pharmacy/trufot/alonim/Sativex_pt_heb_1430915735283.pdf

[/http://mssociety.org.il/2015021714](http://mssociety.org.il/2015021714) סטיבקס באתר של ארגון חולי טרשת נפוצה

קישור לטלמדיק שם אפשר להזמין סטיבקס. המחיר באתר: 2,446.30 ₪ למנה חודשית
https://www.telemedic.co.il/%D7%A1%D7%98%D7%99%D7%91%D7%A7%D7%A1_sativex.html

אתר ה-FDA (הגדרת תרופה)

<https://www.fda.gov/Drugs/InformationOnDrugs/ucm079436.htm>

אתר יצרנית הסטיבקס: PHARMACEUTICALS GW

הכנסת, מרכז המחקר והמידע (20 במרס 2017). סוגיית ההתמכרות לתרופות מרשם בישראל.

<https://www.knesset.gov.il/mmm/data/pdf/m03929.pdf>

קישור לנוהל 106 של משרד הבריאות:

https://www.health.gov.il/hozer/DR_106.pdf

"אפקט הפמלייה":

Russo, E.B. & McPartland, J.M. Cannabis is more than simply Δ9-tetrahydrocannabinol. *Psychopharmacology* (2003) 165: 431. doi:10.1007/s00213-002-1348-z

"מחלת השתל - GVHD":

Or, R. et al The influence of cannabinoids on hematological reconstitution and on graft versus host disease after Bone Marrow Transplantation in murine model. Hadassah University Hospital, Jerusalem, Israel
<http://cannabinoids.huji.ac.il/people/11111-influence-cannabinoids-hematological-reconstitution-and-graft-versus-host-disease>



ביו-אתיקה בראי הדת:

קריאה לשיח ציבורי והלכתי הגון בנושא תרומות איברים חיוניים // עירית עופר שטרק

לאחרונה פורסם סרטון במסגרת פרויקט "שו"ת התאגיד" מטעם תאגיד השידור הישראלי, בו מציג הרב יצחק גבאי תשובה הלכתית בעניין תרומות איברים חיוניים. הצגת התשובה היא מגמתית ומקוממת. מתוך מגוון קולות המצויים במסורת ההלכה, בוחר הרב גבאי להאדיר את קולם של הפוסקים המתנגדים להשתלת איברים חיוניים וקורא שלא לחתום על כרטיס אדי. בכך הוא מצטרף למגמה הרווחת בשיח הציבורי, של גיוס ההלכה היהודית לצדם של המתנגדים לתרומות איברים חיוניים ומניעת אפשרות להצלת חיים של חולים הממתינים להשתלה.

מגמת ההתנגדות הדתית להשתלות איברים זהה במחקר כגורם מרכזי המשפיע על שיעור תרומות האיברים הנמוך במדינת ישראל ביחס לעולם. הדבר בא לידי ביטוי במקרים של בני משפחות המסרבים לתרום איברי יקיריהם בנימוק שהדבר אסור על פי ההלכה, בחלק מהמקרים אף חרף העובדה שהתורם עצמו הביע רצונו לכך בחייו באמצעות חתימה על כרטיס תורם.

אכן, הקול שבחר הרב גבאי להציג קיים במסורת ההלכה. בקרב גדולי הפוסקים של היהדות (החרדית בעיקר) במאה העשרים, ניתן למצוא מתנגדים נחרצים לתרומות איברים חיוניים. אולם, הצגת עמדה הלכתית זו ללא הצגת מקורות הרקע ההלכתיים, הסבר שיקולי הפסיקה הניצבים בתשיתה, והצגת העמדות האלטרנטיביות המצויות בשיח ההלכתי, היא חסרה, מבלבלת ומטעה את הציבור הרחב!

מן הראוי כי דיון הלכתי כן בסוגיית השתלות איברים חיוניים ייפתח בהצגת הדיון התלמודי הקלאסי בנושא קביעת רגע המוות, עליו מסתמכים כלל הפוסקים המודרניים כתקדים הלכתי להכרעתם ההלכתית בעידן החדש בנושא השתלות איברים. בדיון התלמודי מוצגת מחלוקת באשר לאיבר שהפסקת פעילותו קובעת את המוות: לפי דעה אחת החוטם קובע את המוות ולפי דעה אחרת הלב. בסיום הסוגיה קובע רב פפא כי כולם מסכימים שכאשר בדקו את החוטם ומצאו שפעילות

הנשימה חדלה, הרי ניתן לקבוע שהאדם מת. כלומר מסקנת פשט הסוגיה התלמודית הינה שהפסקת הנשימה מהווה תנאי מספיק לקביעת רגע המוות.


בניגוד להבנה זו, היו שהציעו שבדיקת החוטם הנזכרת בתלמוד נצרכה רק כבדיקה מחמירה, בנוסף לבדיקת הלב, שהפסקת פעילותו מהווה תנאי הכרחי לקביעת רגע המוות. מובן כי מדובר בבחירה פרשנית החורגת מהבנת פשט הסוגיה. חשוב שהציבור יכיר זאת. לצד הבחירה הפרשנית הזו, מעניין להיווכח במכלול שיקולים מטה-הלכתיים וחוץ הלכתיים, המשפיעים על ההכרעה ההלכתית האוסרת השתלות איברים, וביניהם: דחיית ממצאי המדע המודרני ודבקות בידע המדעי של חז"ל, חשדנות במסד הרפואי בכלל וברופאים המשתילים בפרט, תפיסה נטורליסטית הרואה בשלילה כל התערבות בבריאה ועוד. מובן כי שיקולים אלו מבטאים תפיסות עולם אידאולוגיות וערכיות של הפוסקים, וככאלה ניתנם לביקורת ערכית. גם הכרת נתונים אלו חשובה מאוד לשיח ציבורי כן.

זאת ועוד, לצד הכרת מקורות הרקע ההלכתיים ושיקולי הפסיקה של המתנגדים להשתלות האיברים, חשוב להציג לציבור הרחב גם את עמדות גדולי הפוסקים המתירים ואף מעודדים תרומות איברים! מדובר בפוסקים הסבורים שהפסקת הנשימה מהווה תנאי הלכתי מספיק לקביעת רגע המוות (מסתמכים על פשט סוגית התלמוד ביומא), ובהסתמך על קביעת המדע המודרני, לפיו מות גזע המוח מעיד על הפסקה בלתי הפיכה של פעילות הנשימה, הם קובעים כי מות המוח מעיד בהכרח על מות האדם. לכן, לא רק שתרומות איברים מותרת, אלא היא אף מהווה מצווה גדולה, ויש אומרים חובה של ממש!.

הדברים הבאים של הרב שלמה גורן ממחישים רעיון זה באופן ממצה:

כאשר קיימת לפנינו בעיה של הצלת חיי אדם אחר ע"י השתלת כבד, לב או כליות, בוודאי שדי במות של המוח כדי לקבוע את מותו של התורם ולהתיר הוצאת איברים ממנו [...] העיקר בזה [...] הוא משום דכתיב 'וחי בהם' ולא שימות בהם" [...] שלא יוכלו לבוא בשום עניין לידי מיתה בגלל שמירת התורה והמצוות [...] לכן בנוגע להשתלת איברים חיוניים, מכיון שבידינו להציל חיי אדם שהוא חולה אנוש ע"י ההשתלה, ומצד אחר התורם הוא במצב שעפ"י ההלכה הברורה דינו כמת [...] אין להחמיר עליו ולחשוש שמא עדיין לא מת. כי החומר א הוא הפקרת חייו של החולה המחכה להשתלה, ועל זה נאמר "לא תעמוד על





דם רעך" [...] לכן אין למנוע את השתלת הכבד או הלב בגלל חששות בלתי הלכתיים [...] זאת ההלכה הברורה הנראית לפי עניות דעתנו בסוגיא זו, ואשר בכוחה להוכיח קבל עם ועולם שהכתוב "וחי בהם" מתגשם להלכה ולמעשה (גורן, גבול החיים על פי ההלכה).

מדברי הרב גורן מובן גם כי היתר נטילת איברים חיוניים להשתלה אינו מבוסס על תפיסה ערכית המתירה לקצר את חיי התורם למען הצלת חיי המושתל, כפי שמשמע מדברי הרב גבאי ("נתינת כח למוסר האנושי- הרגשי , אשר מסוגל לטול חיי אדם - המתת חסד, כשניכר שהוא עומד למות בקרוב וזאת כדי להציל אדם אחר שיכול אולי להבריא). הצגה כזו של עמדת המתירים להשתיל לב הינה מגמתית ואינה הגונה! הרי איש לא חשב להתיר נטילת איברים חיוניים להשתלה בטרם נקבע מות התורם. ההפך, בסיס ההיתר ההלכתי להשתלות איברים חיוניים, הינו הכרה בקריטריון המוות המוחי, המאפשר לקבוע את המוות עם מות המוח בשעה שהלב עדיין פועם. ומרגע שנקבע המוות וניתן להציל איברים, יש אומרים, צומחת אף חובה לעשות זאת למען הצלת חיים של חולים הממתינים להשתלה.

אין זה הוגן להציג עמדה הלכתית אחת בשם מסורת הלכתית ענפה ומסועפת. השיח ההלכתי מגוון ומורכב, ומן הראוי שכלל הקולות יישמעו בשיח הציבורי. על אחת כמה וכמה כשמדובר בנושא כה מהותי, של הצלת חיים.

הכנס העולמי ה-21 על ביו-אתיקה, אתיקה רפואית

ומשפט רפואי // רותם ויצמן

הכנס ה-12 של קתדרת אונסקו"ו לביו-אתיקה, התקיים השנה במלון סט. רפאל בלימסול שבקפריסין, בתאריכים 21-23 למרץ 2017.

בכנס זה, שהוא אחד המובילים בעולם בתחום הביו-אתיקה, השתתפו למעלה מ-600 נציגים מלמעלה מ-69 מדינות. הכנס נערך בחסות: אונסקו"ו, ההסתדרות הרפואית העולמית, הפדרציה העולמית של ארגונים הסטודנטים לרפואה, ההסתדרות הרפואית בישראל, פורום צפת לביו-אתיקה, המרכז הבינלאומי לבריאות, משפט ואתיקה, אוניברסיטת חיפה, ההסתדרות הרפואית של קפריסין ומשרד הבריאות של קפריסין.

בכנס התנהלו שבעה מושבים מקבילים בתחומים מגוונים, ביניהם: חינוך לאתיקה רפואית, סוף החיים, הצהרת ג'נבה, תיירות מרפא, אוטונומיה, ביו-אתיקה והתרבות הדמוקרטית, הזנה בכפייה.

במקביל למושבים התקיימו מפגשים רשמיים של הקתדרות, ועדת החינות ושל ה-IFT. מטרת המפגשים הייתה לקדם את הפעילות של הקתדרות השונות ולבחור בעלי תפקידים לקתדרות ולמוסדות הרשמיים.

בראש הכנס עמד פרופ' אמנון כרמי שמוביל את הכנסים של קתדרת אונסקו"ו לביו-אתיקה כבר מהכנס הראשון.

בכנס הרצו מטובי ההוגים בארץ בתחום האתיקה הרפואי, ביניהם היו פרופ' אמנון כרמי, פרופ' שמעון גליק, הרב יובל שרלו, פרופ' נילי טבק וד"ר תמי קרני. כל מרצה דן בנושא מרכזי הקרוב לליבו; נושאים כמו: הטיפול בסוף החיים, הזנה בכפייה והקוד האתי לרופאים.

בערב הועלו הופעות, בערב הראשון הועלתה הופעה של להקת מחול קפריסאית ובערב השני הופעת ריקוד בנושא דילמה אתית, שאת ההופעה הובילה פרופ' דניאלה קידר עם שני רקדים ישראלים. הופעת הריקוד של סימלה את פתיחת מחלקות הקתדרה שיעסקו באומנות וביו-אתיקה.

אתר הכנס: <http://www.isas.co.il/bioethics2017-Limassol/index.php>

ידיעות והודעות

קתדרת אונסק"ו לביו-אתיקה (חיפה) כנס יום הביו-אתיקה העולמי

28.11.2017

אודיטוריום בית וואהל, המכללה האקדמית צפת

תכנית

התכנסות וכיבוד קל	09:00-09:30
מושב פתיחה ודברי ברכה	09:30-10:00
יו"ר כנס: פרופ' תמר גדרון - ראשת בית-הספר למשפטים, המכללה האקדמית צפת	
משתתפים:	
• פרופ' חיים ברייטברט - נשיא המכללה האקדמית צפת	
• פרופ' אמנון כרמי - ראש הקתדרה של אונסקו לביואתיקה (חיפה)	
• ד"ר סלמאן זרקא - מנהל המרכז הרפואי "זיו", צפת	
• פרופ' מיכאל וינגרטן - לשעבר המשנה לדיקאן החינוך הרפואי בפקולטה לרפואה של אוניברסיטת בר-אילן בגליל, צפת	
מושב ראשון: טיפול בפצועים סורים בבתי חולים בישראל	10:00-11:30
יושב-ראש: פרופ' מוחמד ותד - בית הספר למשפטים, המכללה האקדמית צפת	
משתתפים:	
• ד"ר סלמאן זרקא - מנהל המרכז הרפואי "זיו", צפת	
• ד"ר אורנה דלי-גוטפריד - מנהלת המרכז לסוכרת נעורים ואנדוקרינולוגיה ילדים, המרכז הרפואי "זיו", צפת	

הפסקה: ארוחת צהריים	11:30-12:30
<p>הרצאה מרכזית: הזכות החוקתית לבריאות</p> <p>יו"ר מושב: פרופ' תמר גדרון - ראשת בית-הספר למשפטים, המכללה האקדמית צפת</p> <p>מרצה אורח: ד"ר אשר גרוניס נשיא בית-המשפט העליון (בדימוס)</p>	12:30-13:00
<p>מושב שני: רב שיח - השפעת התרבויות השונות על מערכת הבריאות והתמודדותיה</p> <p>יו"ר מושב: ד"ר אפרת ברון-הרלב מנהלת רפואית, שירותי בריאות כללית במחוז הצפון</p>	13:00-14:30
<p>משתתפים:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ד"ר בשארה בשאראת - יו"ר החברה לקידום בריאות האוכלוסיה הערבית בישראל בהסתדרות הרפואית, ולשעבר מנהל בית-החולים האנגלי (הסקוטי) בנצרת • ד"ר כורזום טנוס - מנהל מנהלת נצרת בשירותי בריאות כללית • ד"ר יוסי גולדשטיין - מנהל מרכז בריאות הילד בקרית שמונה, שירותי בריאות כללית • ד"ר יונה וורצ'וב - רופא ילדים במרפאת חב"ד בצפת • ד"ר חבוס סלמאן - מנהל המקבץ הדרוזי ברמת הגולן, שירותי בריאות כללית • ד"ר רביע ח'לאילה - ראש החוג לסייעוד, המכללה האקדמית צפת 	
<p>דברי סיכום</p> <p>פרופ' שי לין - ראש יחידה, קתדרת אונסק"ו לביו-אתיקה, אוניברסיטת חיפה</p>	14:30-15:00

לשאלות ולבירורים ניתן לפנות לפרופ' מוחמד ותד, באמצעות הדואר האלקטרוני:
mswattad1@gmail.com





UP+HOFFER

המכללה
האקדמית צפת

