



# ביו-אתיקה

**מרכז צפת לביו-אתיקה:  
משפט, מוסר ומדעי הבריאות**

המכללה האקדמית צפת  
עלון מס' 18 | אוגוסט 2018

עורכת: לימור מלול

עורכת לשונית: חנה כרמי

מערכת: תמר גדרון, מאיר דובדבני, נדב דוידוביץ', נורית דסאן, מוחמד וותד, רותם וייצמן,  
אמנון כרמי, דניאל מישורי, זק מישל ונילי קרקו-אייל.

כתובת: [limorbiolaw@gmail.com](mailto:limorbiolaw@gmail.com)

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





## מדורים

דבר העורכת	עמ' 4
בעין המשפט - עדכוני פסיקה	עמ' 6
בראי הכנסת - חוזר מנכ"ל בנושא שר"פ בבתי חולים ציבוריים	עמ' 12
בעט האקדמיה - כתב העת הבינלאומי 'רפואה ומשפט'	עמ' 14
בעט האקדמיה - 'רפואה ומשפט'	עמ' 16
ביו-אתיקה בראי הדת - תרומת זרע מן המת בעין המשפט העברי	עמ' 20
במרחב הגלובלי - חובת ההסבר לצורך גיבוש הסכמה מדעת	עמ' 22
לידות בית במרכזי לידה טבעית	עמ' 25
על הנשים שמאחורי חוק הפונדקאות	עמ' 27
הבדלי תרבות וההשפעה על הסכמה מדעת	עמ' 29
איך למנוע סחף בעמדות אתיות בקרב עובדי המערכת הרפואית	עמ' 32
היבטים אתיים אודות מקומה של המשפחה בקבלת החלטות בסוף החיים	עמ' 40
טעויות הרפואה, קנאביס וליגליזציה	עמ' 46
מוסדות ואישים - האגודה האמריקאית לביו-אתיקה ולמדעי הרוח	עמ' 59

## דבר העורכת:

### קוראות וקוראים יקרות ויקרים,

דבר העורכת יוקדש הפעם לכנס גדול במיוחד ומגוון, שיתקיים בקרוב ויוקדש לנושאים המעניינים את כולנו, כאנשי מקצועות הטיפול, המשפט, ההוראה והחינוך, הרגולציה וקובעי המדיניות, המנהל, צרכני הבריאות ואזרחי המדינה.

### הכנס העולמי ה-13 על ביו-אתיקה, אתיקה רפואית ומשפט רפואי.


הכינוס יתקיים ב-29-27 בנובמבר 2018 במלון רמדה, ירושלים.

שפת הכינוס: אנגלית.

**נושאים מרכזיים:** ביו-אתיקה, אתיקה רפואית ומשפט רפואי, ועדות אתיקה, ניסויים רפואיים, רפואה משפטית, חינוך לביו-אתיקה.

#### ארגון וחסות:

- ההסתדרות הרפואית בישראל
- לשכת עורכי הדין בישראל
- המרכז הבינלאומי לבריאות, משפט ואתיקה, אוניברסיטת חיפה
- האגודה לרפואה ולמשפט בישראל
- הארגון הרפואי העולמי
- הארגון הפסיכיאטרי העולמי
- הפדרציה העולמית לחינוך רפואי
- הפדרציה הבינלאומית של ארגוני סטודנטים לרפואה
- הפורום הישראלי לחיות מעבדה



---

**הכינוס מציע למשתתפיו במה אקדמית בינלאומית של מידע וידע  
באמצעות: הרצאות • סדנאות • דיונים • תערוכה  
תקצירים: ניתן לשלוח תקציר באורך של 250 מילים עבור הרצאה או פוסטר,  
בכל אחד מהנושאים ברשימה.**

**מועד אחרון למשלוח תקצירים: 1 בספטמבר, 2018.**

**לפרטים נוספים ולשליחת תקצירים ניתן להיכנס לאתר הכנס:  
<https://ethics-2018.isas.co.il/he/>**

קריאה מהנה,

לימור

## בעין המשפט



### הורות בקרב זוגות חד מיניים // נורית דאוד

הורותם של זוגות חד מיניים נדונה לאחרונה בבג"ץ בשני הקשרים שונים - עתירה אחת בנוגע לאימוץ והשנייה בנוגע לפונדקאות. שתי העתירות עדיין לא מוצו, אך השתלשלות העניינים המעניינת בכל אחת מהן, המובאת בהמשך רשימה זו, מראה בבירור כי חלה התקדמות לקראת הורותם של זוגות חד מיניים באופנים אלו.


#### פונדקאות

באוגוסט 2017 ניתנו פסק דין חלקי והחלטה בעתירה (בג"ץ 781/15) אשר ביקשה להרחיב את הגישה להסדר הפונדקאות בישראל, המוסדר בחוק הסכמים לנשיאת עוברים (אישור הסכם ומעמד היילוד), התשנ"ו-1996 ("חוק הפונדקאות"), כך שיחול גם על זוגות חד-מיניים ועל יחידנים, בעלי או נטולי זיקה גנטית ליילוד.

לאור קיומה של הצעת חוק ממשלתית לתיקון חוק הפונדקאות, אשר נכון למועד מתן פסק הדין החלקי היתה מונחת על שולחנה של ועדת העבודה, הרווחה והבריאות בכנסת לצורך הכנתה לקריאה שנייה ושלישית, בית המשפט ביקש לאזן בין התועלת הטמונה בבירור הסוגיות שביסוד העתירה על ידי המחוקק ובין הנזק הצפוי לעותרים כתוצאה מהותרת המצב הנורמטיבי הקיים על כנו. על אף שנוסח הצעת החוק אינו מרחיב את החוק לזוגות חד מיניים, ועל אף שמתן שהות למחוקק להשלים את הליכי תיקון חוק הפונדקאות אינו מסייע לעותרים, מאחר וההצעה כאמור אינה נותנת מזור למבוקשם, בית המשפט סבר שעדיין מוטב שהמחוקק הוא שיידרש תחילה להסדר הפונדקאות ויתקן את החוק על פי תבונתו ושיקוליו. בית המשפט ציין בביטחון, כי המחוקק יהא ער לפגיעה כבדת המשקל המתמשכת בעותרים ויפעל ביעילות הראויה למצות את הליך החקיקה.

לאור זאת, החליט בית המשפט לקצוב פרק זמן סביר, שבו תידרש המדינה למסור





הודעה מעדכנת בדבר ההתקדמות בהליך החקיקה, כאשר באם טענות העותרים ויותר על כנן, בית המשפט ישוב וכריע בדבר חוקתיות ההסדר החדש. בית המשפט הורה למשיבות להגיש את ההודעה האמורה בתוך ששה חודשים, ולקראת סיומם התיר דחיית הגשתה בשלושה חודשים נוספים המסתיימים בראשית חודש מאי 2018. עוד החליט בית המשפט לדחות את העתירה לאפשר התקשרות בהליכי פונדקאות ללא קיומה של זיקה גנטית בין ההורה המיועד או ההורים המיועדים לבין היילוד בקביעתו שהפגיעה בזכות להפוך להורה הנגרמת כתוצאה מהדרישה לזיקה גנטית עומדת בתנאי פסקת ההגבלה בחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו.

עם זאת, התייחסות נוקבת ואישית לחומרת המצב החקיקתי הקיים עם הגשת העתירה, מצויה דווקא בדברי הנעילה, אגב אורחא, לפסק דינו של המשנה לנשיאה ס' ג'זבראן, אשר ניתן ביום פרישתו מבית המשפט. המשנה לנשיאה כתב, כי הינו מתקשה להסכין למצב דברים שבו נמנע מזוגות חד-מיניים להגשים את זכותם להפוך להורים על ידי התקשרות בהסכמי פונדקאות, שעה שלאחיותיהם ולאחיהם ההטרסקסואלים מוקנית זכות זו, וכי הסדר חוקי המעניק זכות בעלת מעמד חוקתי לקבוצה אחת, ומדיר מפניו קבוצה אחרת בשל זהותה, העדפותיה, נטיותיה או אורחות חייה - הוא הסדר הנחזה להיות מפלה, אשר קשה להלום אותו.

המשנה לנשיאה הוסיף וכתב כי העדפה חסרת בסיס זו מפנה עורף לערך כבוד האדם ולעיקרון השוויון הנגזר ממנו, אשר אחד מנדבכיו העיקריים הוא האיסור על אפליה מחמת נטייה מינית. המשנה לנשיאה התייחס להיעדר יישום של עקרון השוויון בהיבטים רבים הנטועים בלב חייהם של האזרחית והאזרח הלהט"בים, וציין שהדבר מביא לכך שקבוצת אזרחיות ואזרחים שוות חובות וזכויות מצויה במעמד נחות מזה של יתר בנות ובני החברה הישראלית, תוך פגיעה קשה בכבוד האדם, וזאת ללא טעם ענייני. המשנה לנשיאה סיים את דבריו בהערה כי למקרא נימוקי המשיבות, מבלי להידרש לגופן, נותר בתחושה קשה באשר להלימת האמור בהם את ערכיהם של חוקי היסוד.

## אימוץ

בשנת 2016 הוגשה עתירה (בג"ץ 3217/16) לפירוש הוראה, הנמצאת בחוק אימוץ ילדים, תשמ"א 1981 ("חוק האימוץ"), בדבר כשירות המאמץ לפיה "אין אימוץ אלא על ידי איש ואשתו יחד", כך שתכלול גם זוגות ידועים בציבור שאינם נשואים וכן

בני זוג חד מיניים. באותה העת עדיין דנה ועדה מקצועית ממשלתית (אשר מונתה בשנת 2005) בהיבטים רבים של דיני האימוץ בישראל, ובכלל זה בשאלת הכשירות של המבקשים לאמץ, ומשכך תגובתה של המדינה הוגשה רק לאחר פרסום דוח הועדה וגיבוש עמדת השרים שמינו אותה בהמשך לו.

כמפורט בתגובת המדינה, לא התגבשה בדוח הועדה דעת רוב ברורה באשר להחלת הכלל של אימוץ על ידי איש ואשתו או אל ידי זוגות חד מיניים. יש שסברו שניתן להרחיב את הכלל לפיו אין אימוץ על ידי איש ואשתו יחד גם לידועים בציבור, שהם גבר ואשה, החיים ביחד במשך תקופה שתקבע, ויש שסברו שיש לבטל בכלל את כלל הסף ולהסתפק בקביעת קווים מנחים להתאמת הילד למאמציו, אשר יכללו גם את התנאי לפיו על המאמצים להיות בני זוג עם קשר יציב וממושך, אך ללא קשר לסוג הזוגיות שביניהם.

המדינה טענה בתגובתה, כי ניתן לאפשר גם לזוגות ידועים בציבור שהם גבר ואשה, המנהלים משק בית משותף ויציב למעלה מ-3 שנים, לאמץ כזוג, בדומה לזוגות נשואים, כאשר עם זאת אין כוונה לשנות את המדיניות הנוהגת באשר לזוגות חד מיניים. לעמדתה, נושא הכשירות של זוגות חד-מיניים לאמץ ילד הוא עניין למחוקק, ולא לבית המשפט. בנוסף, גם במישור המהותי אין להתיר זאת. בטענה זו הסתמכה המדינה על עמדת השירות למען הילד, לפיה "מכיוון שהילד הנמסר לאימוץ נושא תחושה של חריגות, רצוי ככל הניתן להימנע מהעמסת "מטען" נוסף על הילד, בדמות השמתו בתא משפחתי הנתפס בחברה הישראלית היום עדיין כתופעה חדשה ושונה".

טענותיה של המדינה בתגובתה לעתירה יצרו סערה ציבורית אשר הביאה להתנצלות פומבית ולשינוי משמעותי בעמדתה, ובתגובה מעודכנת הודיעה כי הוחלט לאמץ את העמדה הנוספת שהוצגה במסגרת דיוני הועדה המקצועית, לפיה יש לבטל את תנאי הסף הדורש זוגיות של איש ואשתו, תוך עמידה על כך שנדרש קשר זוגי יציב וממושך. עם זאת, המדינה הוסיפה וטענה, כי הוראת החוק הקיים אינן מאפשרות זאת ונדרש לשם כך תיקון חקיקה. נציג מדינה התחייב בדיון בית המשפט, כי המדינה תפרסם תזכיר לחוק האימוץ עד אמצע 2018 וכי במסגרתו ינתן יחס שווה לבני אותו המין. לאור זאת העתירה נמחקה.





## ת"א 13-11-41722 נ.ש. ז"ל ואח' נ' בית חולים שיבא

ואח' // קרן ממן

התובעים, יורשיה של המנוחה, הגישו כנגד הנתבעת תביעה שעניינה באחריות הנתבעת למותה של המנוחה בנסיבות טרגיות, לאחר שהתאבדה בקפיצה מביתה בקומה הרביעית. הצדדים חלוקים סביב השאלה: **האם העובדה שהמנוחה לא נמצאה באשפוז במועד בו שמה קץ לחייה - מהווה בנסיבות בעניין התנהלות שיש בה להקים אחריות בנזיקין על בית החולים?**

### תמצית העובדות -

עובר למותה, סבלה המנוחה ממספר לא מבוטל של מחלות רקע וביניהן: סכרת, יתר לחץ דם, יתר שומני דם, מחלה ריאתית חסימתית כרונית, פרפור פרודודורים כרוני ועוד, אשר הביאו, בין היתר, לאשפוז במהלך השנים.

במהלך שנת 2009 נזקקה המנוחה לראשונה לביקורים וטיפולים שונים וביניהם תקופת אשפוז בת מספר שבועות במחלקה פסיכיאטרית של בית החולים, וזאת על רקע התדרדרות במצבה הנפשי;

המנוחה ביקרה בבית החולים בשל מצבה הנפשי הרעוע ומחשבות אובדניות, מספר פעמים ובכל פעם שוחררה לביתה.

ביום 19/10/09, כשלושה ימים לאחר ביקורה האחרון של המנוחה במיון בית החולים, שמה כאמור המנוחה קץ לחייה לאחר שהשליכה עצמה מביתה בקומה ברביעית.

### טענות התביעה

לאחר יציאתה של המנוחה לגמלאות, בחודש מאי 2009, היא התקשתה מאוד בהתמודדות עם המציאות החדשה, מה שהביא אותה להתדרדרות במצב הנפשי ובעקבות זאת למספר ניסיונות לשים קץ לחייה, תוך הבעת רצון עז למות. לאחר שחרורה מאשפוז האחרון ובעקבות ההמלצה שניתנה, העסיק התובע מטפלת על מנת שתשהה עם המנוחה.

על אף פניית המנוחה למיון בית החולים ביום 16/10/09 בעקבות ההתדרדרות במצבה, הוחלט לשחררה, למרות בקשתו של התובע להותיר את המנוחה בבית החולים לצורך השגחה. בנסיבות אלה, נטען שבית החולים התרשל בטיפול במנוחה, שעה שבחר לשחררה לאחר ביקורה האחרון חלף הצורך לאשפזה, לנוכח עברה הפסיכיאטרי וקיומם של גורמי סיכון רבים שהעידו של מצוקה נפשית קשה. כן, נטען כי לזרופאי בית החולים היו מטפלים במנוחה כראוי ומשגיחים עליה עד לאיזון במצבה, מותה היה נמנע.

### טענות הנתבעת


הנתבעת טענה מאידך כי לא נפלה כל רשלנות בטיפול במנוחה לאורך כל הדרך; הטיפול שניתן לה היה הנכון והמתאים בהתאם למצבה הרפואי שעמד בפני הצוות הרפואי המטפל, ובפרט בביקורה של המנוחה בסמוך להתאבדותה. התאבדותה של המנוחה בנסיבות העניין היתה בלתי צפויה ובלתי נמנעת, כאשר גם אמצעי המגן האבסולוטי לכאורה, האשפוז הפסיכיאטרי לא היה יכול למנוע מעשה אובדני ובנסיבות המקרה לא היה מקום לאשפז את המנוחה. כן, נטען כי בכל הפעמים בהם ביקרה המנוחה בבית החולים ושחררה לביתה, ולרבות בביקורה ביום 16/10/09, לא הייתה אינדיקציה כדי לאשפז אותה ולא ניתן היה לאשפזה בכפייה בהעדר קריטריונים.

בנוסף, נטען כי משעה שהמנוחה שמה קץ לחייה בביתה ובעת שבעלה והמטפלת שנשכרה על ידו, היו אמורים להשגיח עליה באופן צמוד וכפי שהורה להם הצוות הרפואי של בית החולים, הרי שבתוצאה הטרגית שארעה בסופו של יום, יש כדי ללמד שלמרבית הצער, הבעל כשל בהשגחה זו ויש להשית עליו אשם תורם מכריע למותה של המנוחה. כן, נטען כי בנסיבות אלה, אף מתנתק הקשר הסיבתי בין האירוע נשוא התביעה לנתבעת.

### בית המשפט פסק

על-מנת לבסס חבות בעוולת הרשלנות - העוולה העיקרית עליה מבססים התובעים את תביעתם - יש להוכיח קיומם של שלושה יסודות: חובת זהירות (מושגית וקונקרטי), הפרת חובת הזהירות (התרשלות), נזק וקשר סיבתי (עובדתי ומשפטי) בין ההתרשלות לבין הנזק.





לאחר בחינת השתלשלות האירועים ותיאור מצבה של המנוחה על פי הרשומות הרפואיות הרלוונטיים - הגעתי לכלל מסקנה כי נעשתה בחינה ראויה של מצבה של המנוחה מצד הרופאים כאשר בהעדר אינדיקציה ברורה לקיומו של סיכון הצפוי מהמנוחה כלפי עצמה או כלפי אחרים - ההחלטה לשחררה מתקופת האשפוז ביום 19/8/09 חלף המשך אשפוז ו/או לאחר הביקורת ביום 8/9/09 וכן לאחר ביקורה הנוסף במיון בית החולים ביום 16/10/09 - לא הייתה בגדר החלטה החורגת מאמת המידה המצופה מרופא זהיר.

מכלל הרשומות הרפואיות אודות מועדי הבדיקות האמורים, עולה כאמור כי לא הייתה קיימת אינדיקציה למסוכנות בדמות קיומה של אובדנות מידית בקרב המנוחה כלפיה ובכלל.

מאחר ובמועד הביקורים הרלבנטיים לא נשקפה מסוכנות מהמנוחה, אין לומר כי בית החולים נהג ברשלנות בהחלטה שלא לעשות שימוש בסמכות על פי החוק לפנות לפסיכיאטר המחוזי בבקשה למתן הוראה לאשפוז, וזאת מקום בו לא התקיימו מלוא התנאים לביסוס פניה לפסיכיאטר המחוזי על מנת שישקול הפעלת סמכותו מכוח הוראת החוק.

ההתרחשות בבית המנוחה באותו יום בו שמה קץ לחייה והנסיבות אשר אפשרו לה בסופו של יום למצוא את דרכה לאותו פתח ממנו השליכה עצמה אל מותה, נותרו בגדר תעלומה. הוא הדין באשר להלך רוחה של המנוחה באותה נקודת זמן. משעה שהתובע העיד כי לא שהה בבית באותה עת, הרי שהתבררה התמונה יכלה להיעשות למעשה רק באמצעות עדות המטפלת. עדות זו לא הובאה בפניי ויש לזקוף לחובת התובעים את החזקה הראייתית אודות הימנעות בעל דין מהבאת עדות רלוונטית.

התביעה נדחתה.

## בראי הכנסת:

....

### חוזר מנכ"ל משרד הבריאות בנושא שירותי רפואה פרטיים בבתי חולים ציבוריים // נורית סאוד


בתחילת 2018 נכנס לתוקף חוזר מנכ"ל (מס' 10/2017) חשוב שפרסם משרד הבריאות במטרה לחזק את צביונה הציבורי של מערכת הבריאות באמצעות אסדרת שירותי הרפואה הפרטיים (שר"פ) בבתי החולים הציבוריים והשתת מגבלות על היקפם.

מערכת הרפואה הפרטית נבדקה על ידי מבקר המדינה ונדונה בדוח השנתי שלו לשנת 2012. בדוח מתייחס המבקר מצד אחד ליתרונותיה דוגמת הגברת התחרות במערכת הבריאות, מתן אפשרות לבחירת רופא וזמני המתנה קצרים יותר לביצוע פרוצדורה רפואית, אך מצד שני מתייחס בהרחבה גם להשלכותיה הנרחבות על המערכת הציבורית: החל מהפחתה בתפוקות מנתחים במגזר הציבורי, המשך בחשש לניגוד עניינים בשל עבודה במערכת הרפואה הציבורית ובפרקטיקה פרטית ולניצול משאבים של המערכת הציבורית לטובת המערכת הפרטית, וכלה בפגיעה בצביונה השוויוני של מערכת הבריאות, הגדלת ההוצאה הפרטית של מבוטחי הקופות ואף של ההוצאה הלאומית לבריאות. בהמשך לבדיקתו המליץ המבקר למשרד הבריאות, בין היתר, לנקוט בצעדים לחיזוק כושר התחרות של הרפואה במערכת הציבורית מול הרפואה במערכת הפרטית.

בנסיבות אלו פרסם משרד הבריאות את חוזר המנכ"ל האמור מסדיר את שירותי הבריאות הפרטיים במקומות בהם הינם מופעלים - בתי חולים ציבוריים שאינם ממשלתיים או בבעלות קופת חולים - מבלי לתמוך בקיומם או בהתרתם במקום בו אינם פועלים. החוזר מגדיר שר"פ כבחירת רופא בתשלום ישירות על ידי המטופל או מי מטעמו לצורך נקודתי, ובכלל זה לצורך פרוצדורה המוגדרת כניתוח, פעולה פולשנית או טיפול אחר, או לצורך ביקור המוגדר כיעוץ או מתן חוות דעת.

על פי החוזר פעילות השר"פ תוגבל ל-25%, כאשר ההגבלה חלה בכל אחת מיחידות המוסד הרפואי ונמדדת בנפרד ביחס לביקורים וביחס לפרוצדורות,





וככלל תיעשה רק בשעות אחר הצהריים, אלא אם מנהל בית החולים סבר, באופן חריג, שיש בכך צורך מטעמים קליניים. בה בעת, על מנהל בית החולים לוודא רמת זמינות ציבורית סבירה לכל פרוצדורה או ביקור ברמת הרופא הבודד העוסק בשר"פ, וכן ששיטת הקצאת וקביעת התורים בבית החולים תבטיח אורך תור דומה לאותה פרוצדורה או ביקור למטופלים בשר"פ ולמטופלים בשירות הציבורי. במקרה בו מזוהה פער בזמינות התורים, על מנהל בית החולים לפעול לצמצומו על ידי חלוקה נכונה של המשאבים לצורך קיצור התור למטופלים הפונים לקבלת טיפול בשירות הציבורי.

בנוסף, חל על פי החוזר איסור על עובדי מוסד רפואי להציע מיוזמתם אפשרות לטיפול במסגרת השר"פ למטופלים הפונים לקבלת טיפול בשירות הציבורי, וכן אסור מתן שר"פ למטופלים הנמצאים במחלקה לרפואה דחופה או המאושפזים דרכה באחת המחלקות האחרות בבית החולים, מאחר ובנקודת זמן זו למטופל קושי בקבלת החלטה שקולה. לבסוף מטיל החוזר על בתי חולים המקיימים שר"פ חובת איסוף נתונים ודיווח שנתי למשרד הבריאות, תוך ציון שביצוע הנחיות החוזר ייבדק מעת לעת כחלק מתנאי הרישיון של בתי החולים הציבוריים.

חלק מהוראות החוזר מספקות מענה ישיר לליקויים שמנה מבקר המדינה בנושא אי בהירות הוראות מסוימות בטיטט נוהל משנת 2014 למתן שר"פ בכל בתי החולים הציבוריים (דוח שנתי 66). עם זאת, **חלק אחר מהוראותיו נתון לפרשנות** - דוגמת ההוראה בדבר וידוא קיומה של רמת זמינות ציבורית סבירה לכל טיפול, או הבטחת אורך תור דומה לאותו טיפול בשר"פ ובשירות הציבורי - ועלול להוות פתח למילוי לא ראוי שלהן. ימים ובקרות משרד הבריאות יגידו.

## בעט האקדמיה:

....


### מתוך כתב העת הבינלאומי 'רפואה ומשפט' // מוחמד ותד

ווגאר ממדוב, כרים מוניר, לאלא ג'אפארובה, "חינוך לביו-אתיקה באזרבייג'ן: תנאים מוקדמים, התפתחויות, והמצב העכשווי" 36(3) **כתב העת הבינלאומי 'רפואה ומשפט'** 1-12 (2017).

מאמר זה מתאר את התנאים המוקדמים ואת תהליך פיתוח החינוך של הביו-אתיקה באזרבייג'ן כתוצאה של שיתוף פעולה בינלאומי, במיוחד עם גופים של ארגון החינוך, המדע והתרבות של האו"ם (אונסק"ו). הצגתו של הקורס "ביו-אתיקה ומשפט רפואי" בהוראה וניסיון בהוראתו, כענף הנפרד הראשון בתחום החינוך לביו-אתיקה בארץ, נדונה בפירוט במאמר. על אף העובדה שהביו-אתיקה היא ענף חינוכי חדש יחסית באזרבייג'ן, נעשו כבר צעדים משמעותיים, כמו תרגום של תכנית הלימודים ללימודי ביו-אתיקה של אונסק"ו לאזרבייג'נית, מימוש קורס להכשרת מורים לאתיקה בבאקו, והנהגת קורס "ביו-אתיקה ומשפט רפואי" בבית הספר למשפטים של אוניברסיטת באקו. החינוך לביו-אתיקה זמין כקורס בין-תחומי באוניברסיטה לרפואה של אזרבייג'ן. מוסדות רפואיים אחרים, כולל מכללות, אינם מציעים קורסים או תכניות לתואר שני בביו-אתיקה. "ביו-אתיקה" נרשמה באופן רשמי כענף מדעי באזרבייג'ן, ויותר מתריסר מומחים צעירים עובדים על הדוקטורט שלהם, במסגרת האקדמיה הלאומית למדעים של אזרבייג'ן. מגמה זו מבשרת על גל של התפתחויות בתחום זה.

פריחאן אליף אקמקי וברנה ארדה, "סקירה כללית של זכויות להט"בים וחקיקה בענייני בריאותיות בטורקיה מפרספקטיבה אתית" 36(3) **כתב העת הבינלאומי 'רפואה ומשפט'** 23-40 (2017).





לסביות, הומוסקסואלים, ביסקסואלים וטרנסג'נדרים (להטב"ים) סבלו, ועודם סובלים, מאפליה ביחס לזכויות אדם בסיסיות על בסיס נטייתם המינית וזהותם המגדרית. במדינות רבות פועלים מספר ארגונים בינלאומיים, כולל האו"ם, מועצת אירופה, האיחוד האירופי וארגונים לא ממשלתיים רבים, כדי להעלות את המודעות לבעיה זו. כחברה באו"ם ובמועצת אירופה, גם כמועמדת לחברות באיחוד האירופי, יש לטורקיה חובות בנוגע לזכויות ולחירויות של הקהילה הלהט"בית. מספרם המצומצם של הסקרים הזמינים מגלה שלרוב הטורקים אין תפיסות חיוביות ביחס לאנשים הנמנים עם הקהילה הלהט"בית. אף כי החוקה הטורקית מבטיחה זכויות יסוד בסיסיות עבור כל אזרח באשר הוא, עדיין פגיעה בזכויות אזרחים הנמנים עם הקהילה הלהט"בית היא עניין נפוץ בטורקיה. הזכות הבסיסית לגורמים חברתיים, כגון חינוך, תעסוקה, ביטחון סוציאלי ודירור והזכות לבטיחות מובטחת לכל האזרחים כאחד. עם זאת, קיימת לאקונה מפורשת בנוגע לתחולתן של זכויות אלה ביחס לקהילה הלהט"בית בטורקיה. החקיקה המקומית בטורקיה מכירה בזכות לטיפול לשינוי מין; אלא שבפועל יש הגבלות חמורות על אפשרות מימושה של אפשרות זו. זהות מגדרית מתייחסת לזהות מינית אינדיבידואלית ולא דווקא להעדפה מינית; זו האחרונה היא נקודת המבט העיקרית ומקור האפליה בקהילה הלהט"בית.

דידרק' ו' ואן מירברגן, דיזיזי פ'ברויאן-גראט, אווה מ' מלקרס, איבון ג' ון ואייג' הייסטינגס, הוברטוס ג'יי.אם ווריהוף, "מחקר רטרופקטיבי על אלמנטים של איכות ובטיחות הטיפול בעת מתן הנחיות לביצוע טיפולים רפואיים בהולנד" 36(3) **כתב העת הבינלאומי 'רפואה ומשפט'** 51-68 (2017).

על מנת לקבוע אלמנטים המבטיחים את בטיחות החולה בעת ביצוע טיפולים רפואיים, נותחו במאמר פסקי דין משמעתיים נגד רופאים ואחיות. מצאנו כי 24.6% מהתלונות המבוססות היטב, היו על השלב של האבחנה, שבו יזום התהליך הרפואי (המצביע) ו-22.2% על ביצוע הטיפול בפועל. בהתבסס על ממצאים אלה ניתן להסיק כי האבחנה עבור הליך רפואי חשובה בדיוק כמו הביצועים בפועל. אף על פי שהחוק ההולנדי לא דורש במפורש ממקצוען להיות מוסמך בשני התהליכים; הרי שעל מנת להבטיח את בטיחות החולה, יש להדגיש את חשיבותו של שלב זה במסגרת המשפטית ובמסגרת המקצועית, בהדרכת אנשי המקצוע. זה חשוב במיוחד בעת ניסוח חקיקה על העברת משימות.

## בעט האקדמיה

....

**מתוך כתב העת "רפואה ומשפט" // אהובה טיכו ורותם ויצמן.**

מתוך כרך 50, אפריל 2018

**מי ישמור על חוק ביטוח בריאות ממלכתי? קווים היסטוריים להורתו של נציב קבילות הציבור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי / ד"ר עו"ד אסתר בן חיים<sup>1</sup>, ד"ר יצחק ברלוביץ<sup>2</sup>, פרופ' שפרה שורץ<sup>3</sup>**

המאמר סוקר את הקמתו ההיסטורית של מוסד האומבודסמן בעולם ואת ראשיתו של מוסד זה בישראל, בהתייחסו להקמת מוסד האומבודסמן-נציב לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, פעילותו ומיסוד מעמדו בשנות פעילותו הראשונות כשומר השער של זכויות התושבים לבריאות ציבורית וכמפקח על הפעלתו התקינה של החוק.

בינואר 1995 נכנס לתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994. פרק ט' לחוק זה מגדיר את קיומו של נציב קבילות ציבור ייעודי ליישומו של החוק.

תפקיד נציב קבילות הציבור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי הוא ייחודי לעומת תפקידים כאלה של נציבי קבילות בארץ כי רק לו יש סמכויות אכיפה ההופכות את החלטותיו למחייבות את הגופים המבוקרים. ניתן למצוא אזכורים למוסדות נציבות כבר לפני כ-2000 שנה בסין העתיקה. בהיסטוריה המודרנית הייתה שוודיה המדינה הראשונה שכוננה את תפקיד האומבודסמן. המילה "אומבודסמן" שאולה מן השפה השוודית.


מוסד נציבות קבילות ציבור התפתח במידה ניכרת לאחר מלחמת העולם השנייה

1. נציבת קבילות הציבור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, משרד הבריאות

2. בית החולים וולפסון, חולון.

3. המרכז לחינוך רפואי ע"ש פרופ' משה פריבס, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב. המחברים מבקשים להודות למר סירו בורשטיין על סיועו הרב באיתור חומרי המחקר בארכיונים השונים למאמר זה.





כחלק מההכרה בזכויות האדם. מאז הורתו הפך מוסד האומבודסמן לשומר השער של זכויות הפרט במדינות הדמוקרטיות המודרניות. מדינת ישראל הייתה מן המדינות הראשונות בעולם שייסדה מוסד נציבות קבילות ציבור ייעודי לסוגיות רפואיות. בעשותה כך היא הצהירה למעשה על חשיבותן של זכויות בריאותיות בהיותן חלק מזכויות האדם.

## **נציבות קבילות הציבור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי בראי קופות החולים / עוזי סמני<sup>4</sup>**

בחלוף עשרים שנים לפעילותה של נציבות קבילות לחוק ביטוח ממלכתי אנו בוחנים את נקודות הממשק עם קופות החולים ואת הנושאים שבהסכמה וכמובן מתייחסים לנקודות המחלוקת הקיימות בתחום הטיפול בפניותיהם ובקבילותיהם של המבוטחים.

אין ספק כי המעמד הייחודי של הנציבות כגוף חיצוני לקופות החולים, בעל סמכויות אכיפה עליהן לעניין מתן השירותים הכלולים בחוק, הוא גורם בעל חשיבות רבה בשמירה על זכויות המבוטחים לי רוח החוק ולשונו. עם זאת דומה כי על הנציבות לתת מקום רב יותר לאחד מהעקרונות הקיים אף הוא בבסיס החוק - העיקרון התקציבי - בבואה לדון בקבילות.

הפרקטיקה שהתפתחה מאז הוקנו בחוק לנציבות סמכויות אכיפה על קופות החולים הביאו בפועל לביסוסו של נייר העמדה כסוג של הכרעה סופית. בהנחה שאף לדעת הנציבות השימוש בכלי זה הוא יתרון, יש להשתמש בכלי זה במשורה על מנת לשמר את התפקיד שתפס.

מטבע הדברים קיימים חילוקי דעות בין הנציבות לקופות החולים, והם משתרעים על מגוון תחומים כרוחב קשת הנושאים המטופלים, החל מפרשנות לחוק ולפסיקה שנוספה במהלך השנים ובהתייחסות לטכנולוגיות חדשות ומקובלות של טיפולים

---

4. בוגר בית הספר לרפואה של אוניברסיטת תל אביב, סא"ל במיל. מנהל אגף הביטוחים (שב"ן) של מאוחדת 2008-2016. כיום נציב פניות הציבור במאוחדת.

חדשים, עבור בהתוויות רישום של תרופה בארץ לעומת התוויות הכללה בסל וכלה אפילו בנושאי יחס למבוטחים.

במאמר נתייחס לפרשנות הדינמית ולפרשנות המשפטית-חוזית ולנקודת המחלוקת שהן מעוררות:

פרשנות גמישה ודינמית היא אמצעי פרשני שפותח בפסיקת בתי הדין בהתייחס לגלגולן של טכנולוגיות רפואיות, בין היתר בשים לב לשינויים שחלו בשירותים מוכרים ובטכנולוגיות מאושרות בחלוף הזמן מאז הכללתן בסל השירותים. קביעת עמדת הנציבות אסור שתתעלם משיקולי תקציב שעה שהן חוק ביטוח בריאות ממלכתי והן הפסיקה כמפורט לעיל רואות בו שיקול מכריע.

פרשנות משפטית-חוזית באה לידי ביטוי בקבילות העוסקות בשירותים הניתנים על פי תקנון התוכנית לשירותי בריאות נוספים.

הנציבות אינה חולקת בעניין שמוצג על עמדת הקופה כי מדובר בצורך שאינו רפואי אלא מפנה אותנו בקביעת עמדתה לחוק החוזים, זאת תוך היעדר התייחסות להיקף ההוצאה הכרוכה ביישום עמדה זו.

לסיכום המאמר מתייחס לצורך בהרחבת מוטת האכיפה של הנציבות. יש מצבים שבהם מקור הבעיה הוא חיצוני לקופת החולים, ולקופה אין "שליטה" על התנהלותו, החל בקביעת מועדים לניתוח וכלה בגבייה שאינה מותרת.


חסר זה, במיוחד כאשר מדובר בנושאים הנוגעים לשירותים הכלולים בסל, ראוי שיושלם, אם בחקיקה או בהסדרה אחרת שתאפשר בירור ואכיפה אחידה.

## **הרפורמה בבריאות הנפש ויישומה מנקודת מבט של התנועה הצרכנית ובראי נציבות הקבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי / אבי**

**אורן<sup>5</sup>**

ביוני 2012 חתם סגן שר הבריאות (כתוארו אז), ח"כ יעקב ליצמן, על צו ביטוח בריאות ממלכתי, התשע"ב-2012, שבמסגרתו שירותים רפואיים בתחום בריאות הנפש יעברו לאחריות קופות החולים. החלטה זו הביאה לשיא מאבק חברתי חשוב, ארוך, יצרי ומורכב שנמשך כ-20 שנה ועירב שורה מגוונת של שחקנים ואינטרסים.





אחד מן השחקנים הבולטים במאבק על מה שהפך להיות מכונה בשיח הציבורי "הרפורמה בבריאות הנפש" הייתה התנועה הצרכנית בבריאות הנפש. למעשה, למן תחילת שנות האלפיים ועד לכניסתה של הרפורמה לתוקף ב-1.7.2015 הייתה התנועה לגורם החברתי הדומיננטי שנאבק למען כינונה של הרפורמה עם חלק לא מבוטל מאנשי מקצועות הטיפול המסורתיים בבריאות הנפש, על איגודיו המקצועיים, שהזהירו מהשלכותיה הצפויות לדעתם של הרפורמה, וניסו לעכבה ולבטלה.

מאמר זה מתאר את תולדותיה ואת התפתחותה של הרפורמה בבריאות הנפש מנקודת מבטה של התנועה הצרכנית וכן את יישומה של הרפורמה בבריאות הנפש. בראי נציבות הקבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

---

5. כותב המאמר הינו עובד סוציאלי ופעיל בתנועה הצרכנית בבריאות הנפש. משנת 2006 ועד 2009 שימש יושב ראש עמותת לשמ"ה והיושב ראש של קואליציית ארגוני המתמודדים ובני משפחותיהם למען הרפורמה בבריאות הנפש. במסגרת תפקידו זה ריכז את פעולותיה של התנועה הצרכנית כדי להעביר את הרפורמה. כיום כותב המאמר משמש רכז המדיניות של עמותת הצרכנים לשמ"ה ומשמש מנהל פרויקט שילוב אנשים עם מוגבלות במגזר הציבורי במסגרת המטה לשילוב אנשים עם מוגבלות בעולם העבודה.

## ביו-אתיקה בראי הדת:

### תרומת זרע מן המת בעין המשפט העברי // מאיר דובדבני


המאמר הקודם, אשר פורסם בגיליון מס' 16, בעקבות מגמת הערכאות המשפטיות בישראל להתיר שאיבת זרע מן המת לצורך הולדה, גם במקרים בהם לא הותר אחריו בת זוג המבקשת לעשות שימוש בזרעו. ראו: תמ"ש 13-06-16699-16 שחר ואח' נ' פרקליטות מחוז תל אביב אזרחי ואח'. בפסק זה נקבע כי להורי הנפטר עומדת הזכות לעשות שימוש בזרע בנם המנוח לצורך הפרייה (דרך אם פונדקאית) ולגדל אותו כבנם. המאמר הקודם התמקד בעצם פעולת השאיבה של הזרע מן הנפטר, תוך הצגת סוגיות המשפט העברי המרכזיות הכרוכות בה. עמדתי הייתה, כי על אף האיסורים הכרוכים בשאיבת הזרע, הרי שניתן להצדיקה במקרה של צורך גדול. זאת, תוך הבהרה כי יש לשקול את הצורך בכובד ראש ולא כל תכלית תוגדר בהכרח כ"צורך גדול". בנוסף, הודגש כי הרצון "לקיים את דברי המת" איננו שיקול פשוט במקרה זה, הן בשל העובדה שמדובר בדבר שאינו ממוני, הן בשל האיסורים הכרוכים בכך, והן בשל העמימות בדבר רצונו של המת במקרה זה.

לאור הנסיבות העולות מפסק הדין נראה כי עמדת המשפט העברי היא שלא להתיר את שאיבת הזרע מן הנפטר. עם זאת, הדבר בוצע כבר בפועל בסמוך למיתתו. לפיכך, עולה שאלה נוספת, שונה במהותה, בדבר השימוש הנכון והראוי בזרע במצב זה, בו כבר נשאב זרע מן המת, לשאלה זו יוקדשו הדברים שיובאו להלן.

השאלה מתחדדת לאור העובדה כי קיימות דעות שונות וחלוקות של קרובי משפחה שונים בדבר הרצון להפרות את הזרע. מחד, הורי הנפטר ביקשו להתשמש בזרע שנשאב ולקדם את ההפרייה. לעומתם, בת הזוג של הנפטר לא הייתה מעוניינת בכך, אך לא הביעה התנגדות שיעשו זאת ללא מעורבותה (אקדים את המאוחר ואבהיר כי לעניין זה, אינני רואה טעם להבחין במקרה זה, בין התנגדות "אקטיבית" של בת הזוג, לבין אי תמיכה "פאסיבית" שלה).

ראשית, יש להבהיר כי על פי מחשבת המשפט העברי, אין לאף אחד מן הצדדים





מעמד של "יורש" כלפי זרע זה. בניגוד לשאר חפציו וממונו של המת, אשר גדרי ההלכה קובעים מיהו היורש אשר זכאי לקבוע את גורלם וייעודם של חפצים אלו, הרי שלגבי זרע אין דין של ירושה. כך, שגם אם במקרה זה אחד הצדדים הוגדר כיורשו של המת (על פי צוואה מפורשת, ולחלופין על פי דיני ירושה) הרי שהזרע איננו כלול בירושה זו. ממילא, אין לאף אחד מן הצדדים את הסמכות העצמאית לקבוע את השימוש בזרע, אלא רק את הניסיון להוכיח מה היה רצונו של המת.

שנית, יש להזכיר כי במקרה דנן, הנפטר לא הביע רצון קונקרטי (בכתב או בעל פה) לשימוש בזרע לאחר מותו. הראיות דיברו על רצון כללי בלבד תוך אמירות אגביות על עתידו ועתיד משפחתו. בנוסף, הקפאת זרע אינה מעידה בהכרח על רצון לשימוש בו לאחר המוות, שהרי יכולות להתקיים נסיבות רבות למניעת פוריות מהגבר גם במהלך חייו.

**אם כן, השאלה המרכזית היא האם ניתן לקבוע באופן מובהק וברור מיהו הגורם המשפחתי אשר מייצג באופן האוטנטי ביותר את רצונו (הלא מפורש במקרה זה) של הנפטר.**

יש להודות כי המשפט העברי איננו מכריע באופן קטגורי ומוחלט בשאלה זו ואיננו מציין בצורה חד משמעית מיהו אותו קרוב אשר יועדף כמבטא את רחשי לבו של הנפטר.

אמנם, ניתן היה לטעון כי לפי הפסוק בספר בראשית (פרק ב', פסוק כד') "על כן יעזוב איש את אביו ואת אמו ודבק באשתו והיו לבשר אחד", התורה מציגה את עליונות הקשר הזוגי על פני הקשר עם ההורים. לאור זאת, יש לבכר את עמדתה של בת הזוג על פני עמדתם של ההורים. לעניין זה, גם עמדה אשר איננה תומכת בהפריה (גם אם לא מתנגדת לכך) יש בה בשביל למנוע את ההפריה.

ובכל זאת, נסיבות החיים מראות כי לעתים מעדיף האיש לשתף בנושאים מסוימים את הוריו או קרובים אחרים באופן כנה ואוטנטי יותר. גם אם יש להצטער על מצב מעין זה (מבחינת הרומנטיקה והפתיחות שהיינו שמחים שתשרה בכל זוגיות), הרי שאין לבטל את האפשרות שלעתים כך הם פני הדברים.

ממילא, לא ניתן לקבוע באופן מובהק מי מקרוביו של הנפטר מייצג באופן מובהק יותר את רצונו בדבר ההפריה שלאחר מותו.

במקרים של חוסר הכרעה, קובע המשפט העברי את הכלל "שב ואל תעשה עדיף" (עקרון מקביל ל - primum non nocere - ראשית, אל תזיק" היווני). לאור זאת, עמדתי כי במקרה זה, אשר כולל גם שלל סוגיות אתיות ופסיכולוגיות, וחוסר בעמדה מפורשת של הנפטר, עמדת המשפט העברי היא שלא לבצע פעולה אקטיבית של הפרייה בזרע.

## במרחב הגלובאלי


### החתמה על טופס הסכמה לניתוח והצורך במודעת המטופל לחלופות השונות של אופן ביצוע הניתוח // תמר גדרון

#### על מי מוטלת חובת ההסבר ומתן מידע לצורך גיבוש הסכמה מדעת?

התפתחות הטכנולוגיה והשלכותיה על עולם הרפואה וסביבתו מחייבת חדשות לבקרים חשיבה מחודשת על סוגיות שנדמה היה ש(כמעט) הכול כבר נאמר עליהן וש(כמעט) כול הנסיבות העובדתיות המשמשות להן רקע כבר נדונו וקיבלו גושפנקא תקדימית ומחייבת. חשיבה כזו מתבקשת בעיקר בסוגיות המצויות בליבה של מערכת יחסי מטפל מטופל, העוברת, הן עקב ההתפתחות הטכנולוגית, והן עקב שינוי ערכים ותפיסות חברתיות, שינוי מתמיד בעשורים האחרונים בעולם כולו.

לאחרונה אנו עדים למחלוקת מעניינת הנוגעת לסוגיית ההסכמה מדעת, דווקא בהיבט שלכאורה נדון והתקבלה בעניינו תמימות דעים בין מרבית העוסקים בתחום. תחילת המחלוקת בהחלטה של בית המשפט העליון בפילדלפיה שבארצות-הברית, בעניינה של מטופלת, גב' שינאל (Shinal), שסבלה מגידול שפיר במוח. ניתוח שביצע בה ד"ר תומס (Toms) גרם לה לפגיעה נוירולוגית חמורה. עיקר הדיון בערכאות השונות נסוב סביב שאלה מרכזית אחת: האם המטופלת, גב' שינאל, הסכימה לעבור את הניתוח, או שמא הסכמתה, וכך גם חתימתה על טופס ההסכמה, לא הייתה הסכמה מדעת

הנסיבות לא היו שנויות במחלוקת, ד"ר תומס הסביר לגב' שינאל את הצורך בניתוח. הרופא הסביר כי הגידול החוזר מהווה סכנת חיים, ואף הסביר חלקית את הסיכונים



והסיכויים הכרוכים בו, תוך ציון העובדה כי ניתן להוציא את הגידול בניתוח כולל או בניתוח חלקי. בכל אחת מהשיטות, כך אמר, יש יתרונות וחסרונות. לאחר שגב' שינאל נתנה הסכמתה לניתוח בפני ד"ר תומס, נפגשה עם אחת האסיסטנטיות שלו וניהלה איתה שיחה ארוכה בנוגע לכאבים הצפויים לה לאחר הניתוח, גודל ומיקום הצלקת, ההקרנות אותן יהיה עליה לעבור ומועד הניתוח.

הניתוח בוצע בשיטה של כריתה מלאה וגרם, כאמור, נזקים חמורים לגב' שינאל. את תביעתה היא ביססה, בין השאר, על הטיעון לפיו ד"ר תומס אמנם הציג בפניה את שתי האופציות הניתוחיות - הסרה מלאה או הסרה חלקית של הגידול - ואמנם היא חתמה על טופס הסכמה, כאמור, אלא שלטענתה חתימתה זו נעשתה בשלב בו טרם התקבלה החלטה בנוגע לאופיו של הניתוח ולפני שהסתיים, למעשה, תהליך שקילת האפשרויות וההחלטה לגביהן. עוד טענה, שאילו הוסברו לה מלוא הפרטים בנוגע לניתוח הכריתה החלקית וסיכויי הצלחתו, אין ספק שהייתה מעדיפה דווקא אותו על פני הכריתה המלאה המסוכנת.

בית המשפט העליון של פילדלפיה ניצל את סיפור המקרה, שמייצג סיפורים דומים שכיחים ומוכרים, כדי להבהיר בשפה ברורה ובאורח החלטי ונחרץ כי החובה למסור למטופל את מלוא האינפורמציה הדרושה לו כדי לגבש הסכמה מדעת המבוססת על מידע מלא ומובן, והתהליך שבמסגרתו מתקבלת החלטה משותפת של המטפל והמטופל ביחד. כל אלו הם באחריותו המקצועית הבלעדית והאישית של המטפל. מדובר בחובה שאינה ניתנת להעברה ולא ניתן ליישמה באמצעות "מתווכים". המטפל אינו רשאי לסמוך על הסברים שניתנו על ידי אחרים אפילו הם בעלי מקצוע מעולים בתחומם ומכירים היטב את המקרה. הקשר האישי והישיר בין המטפל למטופל נמצא בליבה של המחויבות המקצועית של המטפל ואין לו לא תחליף ולא מחליף.

לכאורה, הדברים ברורים וידועים, אלא שממש לאחרונה התפרסם ב-The New England Journal of Medicine מאמר המעמיד בסימן שאלה את הקביעה הזו. הטיעון של המחברים, שני משפטנים ורופא, הוא שבהתחשב בשינויים שעברה מערכת הבריאות בשנים האחרונות, יש לשנות את התפיסה לפיה חובת מתן ההסבר והליווי המקצועי של המטופל מוטלת על המטפל באופן אישי, ותחתיה יש לאמץ תפיסה המעדיפה את עבודת הצוות המקצועי כולו, כקבוצה וכפרטים (team-based approach), בכל התהליכים של מימוש חובת מתן ההסברים למטופלים וקבלת הסכמתם לטיפול אותו הם עומדים לעבור. על פי הגישה

המוצעת במאמר, רשאי המטפל להאציל חלק מסמכויותיו ומחובותיו לחברי הצוות התומך, רופאים, אחיות, עובדי מעבדה, תוך יצירת מנגנוני בקרה של בדיקות פתע, על מנת לוודא שהשילוב בין המטפל לבין צוות התמיכה אכן מייצר את התוצאה הרצויה של בניית הסכמה מדעת שלמה ומלאה. גישה זו, כך טוענים המחברים, עדיפה הן למטפל והן למטופל והיא מתחייבת מהצורך לנצל את זמנו של המטפל בצורה היעילה ביותר האפשרית ושחרורו ממטלות שאחרים מסוגלים לבצע באופן לא פחות מוצלח, לטובת מטלות שבהן מקצועיותו מנוצלת על הצד הטוב ביותר. הצעת המחברים, המבוססת, כאמור, על השינויים שמערכת הבריאות עוברת ועל ההתפתחות המדעית, הטכנולוגית והערכית בחברה המודרנית, זכתה לקיתונות של ביקורת. אחת הבולטות היא זו שהעלה לרשת ה-NIH Clinical Center. המבקרים משווים את המצב שיווצר, אם ההצעה להאציל סמכויות הסבר ומתמידע למטופלים תתקבל, לכאוס שנוצר במטבח שבו מתרוצצים יותר מדי טבחים, ואת האינפורמציה שקבל המטופל בדרך זו הם מדמים לזו המתקבלת במשחק הידוע כ"טלפון שבור". לטענתם, לא ניתן בכלל להשוות את כישוריו של הרופא המנתח המקצועי והמיומן שעוסק בהצלחת חיים, במתן טיפולים רדיואקטיביים, בנייתו שחזור ובטיפולים שיש להם השפעה בלתי הדירה על מטופליו, לכישורי אנשי המחשבים, אנשי המעבדה הרפואית או אנשי צוות תומך טיפול, שהם בעלי מידע כללי בלבד בנושאי מחלות, ניתוחים וטיפולים רפואיים כלליים

רפואה ממוקדת חולה היא "שם המשחק", כל גישה אחרת חוטאת לכללי האתיקה הבסיסית של הרופאים, שמצווים להקפיד על מקסימום אוטונומיה של המטופל, מחויבים לא לגרום נזק (First do no harm) ומצווים להיטיב עם המטופל (Do as much good as you can) ככל יכולתם.

נדמה, כי הוויכוח המקצועי המתואר לעיל הינו הקדמה לוויכוחים - טעוני להט מקצועי בניסיון למצוא את דרך המלך - שעוד יבואו. אין ספק שמערכת הבריאות בכלל ומערכת יחסי מטופל מטפל בפרט, מושפעות באופן משמעותי מההתקדמות ההולכת ומתעצמת ברפואה ובטכנולוגיות רפואיות. מאידך, התפיסה שאין תחליף לקשר האישי, לאימון האישי, ולהסבר האישי שמקבל מטופל מהמטפל שבו בחר להפקיד את חייו, עדיין נתמכת בנימוקים אנושיים ערכיים שעליהם גדלו דורות של רופאים. ימים יגידו לאיזה כיוון תיטה הכף בסופו של דבר.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMhle1800071>\*

<https://www.acsh.org/news/2018/06/22/nejm-did-authors-get-it-wrong-informed-consent-13113>\*

.MEGAN L. SHINAL AND ROBERT J. SHINAL, HER HUSBAND, Appellants v. STEVEN A. TOMS, M.D.\*



## לידות בית במרכזי לידה טבעית - פסיקת בג"ץ //

נורית דסאו

לאחרונה נדרש בג"ץ לדון בנושא לידות בית ב'מרכזי לידה טבעית', מקומות ייעודיים, המופעלים כעסק לצורך פעילות מיילדותית. נושא לידת הבית - לידה בבית היולדת באופן מתוכנן מראש ועל פי רצונה של היולדת, אינה מוסדרת בחקיקה ראשית או בתקנות, אך משרד הבריאות התייחס לנושא בחוזרים אשר פרסם. הטענות העיקריות שהועלו בעתירות שהוגשו היו כי מרכזי לידה טבעית, שייעודם היחידי לשמש תחליף זמני לבית היולדת, אינם מהווים "בית חולים" כהגדרתו בפקודת בריאות העם, ולכן אינם נדרשים לרישוי ולקבל אישור להקמתם, וכי החלטת משרד הבריאות לאסור על פעילותם פוגעת פגיעה חמורה ובלתי מידתית בזכויות החוקתיות לכבוד, לפרטיות, לאוטונומיה ולחופש בחירה של נשים יולדות. מדיניות משרד הבריאות הינה כי מבחינה רפואית יש להעדיף ביצוע לידות בחדרי לידה בבתי חולים מוכרים ומורשים, כי אין איסור על יולדת ללדת בביתה, אך חל איסור על הפעלת מקום המיועד לקבל לידות, כל עוד אינו מוסד רפואי מורשה. לטענת המשרד, מדיניותו בנושא מחד גיסא מכירה בזכות היולדת לאוטונומיה על גופה, מאידך גיסא מבקשת להגן על חיי היולדת והיילוד ומשקפת איזון ראוי וסביר.

בפסק דינו בחן השופט אלרון את החלטת משרד הבריאות שלא לאפשר פעילות מיילדותית במרכזי לידה טבעית מחוץ לבתי חולים לפי כללי המשפט המנהלי, ובתוך כך בחן האם משרד הבריאות פעל על פי סמכות המוקנית לו בדיון, והאם החלטתו היתה סבירה ומידתית. השופט אלרון התייחס בפסיקתו גם לטענות העותרות בדבר היתרונות הגלומים בלידה מחוץ לכותלי בית החולים, בסביבה שקטה ואינטימית וללא התערבות רפואית, אולם קבע שבהפעילו ביקורת שיפוטית על החלטת הרשות, בית המשפט אינו נדרש להכריע מי מבין העמדות נכונה או ראויה יותר בעיניו, אלא לבחון האם החלטת הרשות התקבלה על סמך שיקולים ענייניים ומקצועיים והאם היא מצויה במתחם הסבירות. השופט אלרון הוסיף, כי החלטת משרד הבריאות אכן פוגעת במידת מה בזכותן של יולדות לאוטונומיה ולפרטיות, אך פגיעה זו נעשתה מכוח חוק ולתכלית ראויה. השופט סולברג הוסיף שמלאכת האיזון בין האוטונומיה האישית של אדם לבין שיקולים פטרנליסטיים בדבר שמירת שלום הציבור ובריאותו, היתה ותישאר מלאכה מרכזית באסדרת מערכת הבריאות, וכי לא נמצאה עילה משפטית להתערבות במלאכת איזון זו לפיה נהג משרד הבריאות.

לאור זאת נקבע בדעת הרוב שהחלטת משרד הבריאות נתקבלה בסמכות, כי לא נפל פגם בשיקול הדעת המינהלי שהופעל לצורך קבלתה וכי יש לדחות את העתירות.

מנגד, דעת המיעוט, מפי השופט גרוסקופף, סברה שהמחלוקת הינה בראש ובראשונה פרשנית - האם על פי פקודת הבריאות מרכזי לידה טבעית מחויבים בהליכי רישוי כבית חולים. השופט גרוסקופף הוסיף שהמחלוקת צומחת מתוך שתי מחלוקות עומק נוספות: מקצועית - היכן רצוי כי יתקיימו לידות, וערכית - מי יקבע היכן יתקיימו לידות; אך הגם שיש להן השלכה על השאלה הפרשנית, הן אינן עומדות להכרעה בעתירה. ביחס למחלוקת הראשונה תיאר השופט גרוסקופף את שתי התפיסות העיקריות של הליך הלידה - האם הליך רפואי אשר יש לקיימו בבית החולים או הליך טבעי אשר ניתן לקיימו, כאשר המדובר בלידות בסיכון נמוך, מוחץ לבית החולים. את תהליך ה'מדיקליזציה של הלידה' בסופו התקבעה - הן בקרב הציבור והן בקרב הממסד הרפואי - התפיסה כי לידה היא הליך רפואי, ואת רמת המדיקליזציה הגבוהה של הלידה בישראל. ביחס למחלוקת לשנייה ציין השופט גרוסקופף, כי לכאורה העמדה המקובלת היא שלילדת נתונה הפרוגטיבה להחליט איך וכיצד ללדת, אולם לאמיתו של דבר, האופן שבו מובנה חופש הבחירה בלידה בישראל מצר בפועל את הבחירה העומדת בפניהן. לאחר בחינת לשון החוק ותכליתו, פסק השופט גרוסקופף שלידה כשלעצמה הינה הליך טבעי שאינו עולה כדי טיפול רפואי וכך גם לגבי סיוע טבעי ללידה, ולכן מרכז לידה טבעית - בו ניתן סיוע טבעי ללידה בלבד - אינו מחויב ברישוי כבית חולים.

• בג"ץ 1754/18 יעל רום נ' מדינת ישראל (פורסם בנבו, 18.6.2018).



## על הנשים שמאחורי "חוק הפונדקאות" // לימור מלול

**מאבק קהילת הלהט"ב לשוויון, שהתפרץ בעוצמה דווקא על רקע התיקון ל"חוק הפונדקאות", עלול להשריש ולהנציח את הפערים בחברה, את חוסר השוויון המגדרי ואת יחסי הכוחות.**

בתאריך 22.07.2018, יצאו לרחוב חברי קהילת הלהט"ב לזעוק את כאבם על אי-ייצוג ראוי של צרכיהם בקבלת ההחלטות הנוגעות להסדר החוקי של הליכי הפונדקאות בישראל. חברות מובילות במשק הישראלי התגאו בתמיכתן במחאה ההולכת וגוברת של חברי הקהילה. המחאה החלה עם אישור חוק הסכמים לנשיאת עוברים (אישור הסכם ומעמד היילוד) (תיקון מס' 2), התשע"ח-2018 (להלן: **חוק הפונדקאות**) ב-18.07.2018 על-ידי מליאת הכנסת. התיקון לחוק הרחיב את מעגל הזכאים להליך פונדקאות, באופן שיכלול גם נשים יחידניות (ללא בן זוג). בנוסף, ועדת האישורים תוכל לאשר גם לאישה נשואה לשמש כפונדקאית בתנאים מסוימים, למשל בתנאי שהיא ילדה בעבר לכל היותר 4 לידות וגילה יהיה בין 22-39 שנים.

כזכור, נתן בג"ץ, בפסק דינו של השופט סלים ג'ובראן מיום ה-3.08.2017, הארכה של שישה חודשים לתיקון "חוק הפונדקאות" ונמנע מלהכריע בעניין הרחבת מעגל הזכאים - בשאלת הגדרת "הורים מיועדים" בחוק, שיהיו זכאים לקבל שירותי פונדקאות בחסות המדינה. למרות שבג"ץ נמנע במפורש מלהכריע בעתירה שהובאה בפניו, ציפיותיו מנציגי הציבור היו ברורות: טרם נעילת פסק הדין נכתב, כי "מתקשה אני להסכין למצב דברים שבו נמנע מיחידנים ומזוגות חד-מיניים להגשים את זכותם להפוך להורים על ידי התקשרות בהסכמי פונדקאות, שעה שלאחיותיהם ולאחיהם ההטרוסקסואלים מוקנית זכות זו. הסדר חוקי המעניק זכות בעלת מעמד חוקתי לקבוצה אחת, ומדיר מפניו קבוצה אחרת בשל זהותה, העדפותיה, נטיותיה או אורחות חייה - הוא הסדר הנחזה להיות מפלה, אשר קשה להלום אותו".

פונדקאות, כטכנולוגיות פריון אחרות, זוכה לתמיכה נרחבת במדינת ישראל ולמעגל הולך ומתרחב של הזכאים ליהנות מיתרונותיה הברורים: העמדת צאצאים והקמת תא משפחתי. יחד עם זאת, הדילמה האתית האינהרנטית (הטבועה) לטכנולוגיית


פריון זו היא הצורך להשתמש בגופן של נשים כדי ליישמה. קושי זה מחייב הסדר המתייחס גם להגנה על זכויותיהן של נשים שימשו כפונדקאיות. הסדר הפונדקאות כולל החפצת גופן של נשים מקבוצות אוכלוסייה מוחלשות לרוב, המשמשות ככלי להבאת ילדים עבור זוגות, וכעת גם עבור נשים יחידניות. הסדר זה הינו בעל השלכות פסיכולוגיות וחברתיות משמעותיות עבור אותן נשים, אשר יישאו עמן את הקושי שבהפרדה המוחלטת והבלתי נמנעת ממהות שהתהוותה בקרבן במשך תשעה חודשים. מבחינה חברתית מחזק הסדר זה את אי-השוויון המגדרי ומעצים אותו, שהרי החפצת הגוף וניצולו מוכוננת כלפי נשים בלבד.

הזכות להורות הוכרה בישראל כזכות חוקתית הנובעת מכבוד האדם, ובג"ץ קבע כי "היקפה של הזכות להפוך להורה משתרע על כלל הטכניקות הרפואיות השונות שמסייעות להולדה; בתוך כך, זכות זו כוללת גם את האפשרות להפוך להורה בדרך של פונדקאות". אלא שבג"ץ בחר להתעלם, במודע או שלא במודע, מהפגיעה הבלתי מידתית בנשים בפונדקאות.

בית-המשפט וההסדר החוקי בארץ מכשירים הליך זה מבחינה מוסרית וחברתית על-ידי קיומם של שני תנאים: זיקה גנטית, המחייבת שאחד ההורים המיועדים יהיה בעל זיקה גנטית לילוד. והסכמת הפונדקאית, המחייבת הסכמה מדעת של האישה לשמש כפונדקאית. דרישה אחרונה זו בעייתית לא פחות מהדרישה להסכמת נשים בזנות לשמש שפחות מין המספקות את היצרים המיניים של גברים. הסכמה זו ניתנת לאור סיטואציה מאוד ספציפית, שאנו כחברה יצרנו ולכן גם נושאים באחריות לשנות אותה. ההסדר הקיים מעצים את זכויות מקבלי השירות: ההורים המיועדים ואינו מגן, ואף מדיר את זכויות נותנת השירות: האישה בפונדקאות. כיום, מלבד הוועדה הסטטוטורית לאישור הליך הפונדקאות, מתקיים כל התהליך ללא פיקוח ואף נותן לגיטימציה לחברות פרטיות לסחור בגופן של נשים אלה. כך, מצטרפות לעיתים חברות מסחריות אלה, המונעות משיקולים כלכליים כעותרות לצד המבקשים להביא ילד בעזרת טכנולוגיית הפונדקאות (ראו למשל: סוכנות "פונדקאות בינ"ל תמוז בע"מ", בבג"ץ 781/15 איתי ארד-פנקס נ' הועדה לאישור הסכמים לנשיאת עוברים על פי חוק הסכמים עוברים (אישור הסכם ומעמד הילוד, התשנ"ו-1996) (פורסם בנבו, 3.8.2017). המצב הקיים מאפשר, ואף עלול לעודד במקרה של הרחבת מעגל הזכאים להליך הפונדקאות, סחר בנשים לשם מילוי הפונקציה של הולדת ילדים לאלה שאינם מסוגלים להביא את ילדם בכוחות עצמם.

סחר בגופן של נשים, כמו גם הפגיעה הבוטה בזכויותיהן והעצמת הפערים





המגדריים, נתפסים כנוגדים את אושיות היסוד של חברתנו. מן הראוי כי נושאי הדגל של זכויות אדם במדינה, כמו קהילת הלהט"ב ובית-המשפט העליון, יפגינו סולידריות חברתית ויירתמו למען זכויותיהן של הנשים בכלל ונשים בפונדקאות בפרט, ולא יחששו מלהיכנס להסדר מורכב, הלוקח בחשבון גם פרמטרים חשובים אלה.

## הבדלי תרבות והשפעתם בסוגיית ההסכמה מדעת

// רותם ויצמן

אחד העקרונות החשובים בתחום האתיקה הרפואית הוא אוטונומיית האדם על גופו. השגת עקרון זה תתקיים בצורה הטובה ביותר ככל שיושגו התנאים האופטימליים שבאמצעותם יוכלו המטופלים להחליט לגבש החלטה העולה בקנה אחד עם עמדותיהם, אמונותיהם ורצונם בנוגע לקבלת טיפול. החלטה על קבלת טיפול הינה מורכבת, היות ועם התקדמות הרפואה עומדות בפני המטופל חלופות שונות לטיפול וכדי להמשיך ולקדם את הרפואה רשאי המטופל להחליט שהוא משתתף בניסוי ומקבל טיפול הנמצא בהליכי בדיקה ועדיין אינו מאושר לשיווק. אך האם אכן מצליחים להסביר לכל אדם מה עומד בפניו, כך שיוכל לגבש דעה מוצקה לגבי רצונו בטיפול מסוים ולתת הסכמה מודעת ומדעת?

תשובתי לשאלה זו שלילית, יש לכך סיבות רבות ואחת מהן נוגעת לנושא הרב תרבותיות. החיים בחברה רב תרבותית הפכו להיות שכיחים וחלק מההוויה היומיומית בעולם שהולך והופך לכפר גלובלי. במציאות העכשווית, בה "המרחקים מתקצרים", יש נגישות הולכת וגדלה לכל מקום ואנשים עוברים ממדינה למדינה, נוצר מצב שבו גם בקבוצת אנשים בני אותה תרבות יכולים להיווצר שוניות משמעותיות בעמדות, תפיסות, אמונות ואף דתות. כל הבדל תרבותי, על רקע דתי למשל, עלול לגרום לקושי בהבנת המידע הנמסר למטופל על ידי צוות מטפל שהינו מרקע תרבותי שונה. הסיבות לכך רבות ומגוונות, ביניהן השפה, הבנת מושגים שונים, אורח חיים, כמו מי מקבל את החלטות בבית וגם הערכים הבסיסיים של המטופל בנושא ההקשבה למטפל. בתרבויות המסורתיות, לדוגמה, ההחלטות בבית מתקבלות על ידי ראש המשפחה, הגבר; ובתרבויות מסורתיות פחות, כמו התרבות

האסיאתית, נוהגים להקשיב למטפל וקבל את דבריו מבלי לשאול שאלות. הדבר שונה מהתרבות המערבית, שחבריה אינם מקבלים את דברי המטפל כמובנים מאליהם, שואלים ואף מבקשים חוות דעת שנייה.

בנוסף לכך, ההבדלים ניכרים גם מהצד השני של יחסי מטפל-מטופל: המטפל ייתן הסברים והדרכה למטופל ואף יקבל החלטות באופן מותאם לתרבות שאליה הוא שייך. רופא דתי, למשל, ישים דגש על קדושת החיים והחלטותיו יכוונו להארכת חייו של המטופל, לעומת רופא חילוני, שיתכן שישים דגש על איכות חייו של המטופל וסבלו ולעיתים יקל על כאבו של המטופל, גם אם זה אומר שחייו לא יוארכו ואולי אף להיפך. רופא שמגיע מתרבות פטריאכלית, עלול להציג בפני המטופל פחות אפשרויות טיפוליות למצבו ויחפוץ לקבל החלטות מהירות שמתאימות למה שהציע עבור המטופל.

התנהלות המטפלים והמטופלים, יצירת הקשר הטיפולי מטפל-מטופל והעקרונות שיווינו את שני הצדדים בגיבוש הסכמה מדעת יושפעו בין היתר מתרבותם, לפיכך, יש חשיבות רבה בהבנת ההבדלים התרבותיים בין הצדדים ובאופן שבו משפיעים הבדלים אלה על הקשר הטיפולי. הבדלים תרבותיים הינם רלבנטיים גם לנושא תביעות ברשלנות, היות והמטפל, בן תרבות אחרת, לא תמיד מצליח להעביר את המידע למטופל ושהמטופל לא תמיד מצליח להבין את המידע, כפי שהמטפל רצה להעבירו.

לפיכך, מניעת אי הבנות שעלולות לנבוע מהבדלי תרבות עשויה לצמוח דרך הגברת המודעות להבדלים התרבותיים והבנת ההשלכות שעלולות להיות להבדלים אלה על התקשורת, קבלת החלטות וההליך הטיפולי. בנוסף, חשובה ההבנה שקיימים ערכים משותפים בין המטפלים והמטופלים על אף השוני התרבותי. הדגשת המשותף בין התרבויות ויצירת קשר המבוסס על החלקים המשותפים, תוך הבנת החלקים השונים עשויים להצמיח מערכת יחסים מקצועית, טיפולית וערכית בריאה ותורמת. ערכים משותפים אלה הם ביסוד האתיקה הרפואית ומטרתם להכווין צוותי רפואה. יצירת קשר מבוסס ערכים עם המטופלים יוביל לעידוד המטופלים לשאול שאלות לשיחות הבהרה לפי צורך ולשיתוף בקבלת החלטות.





## מקורות

- Chima, S. C. (2013). Evaluating the quality of informed consent and contemporary clinical practices by medical doctors in South Africa: An empirical study. *BMC Medical Ethics*, 14(SUPPL.1), 1–17. <http://doi.org/10.1186/1472-6939-14-S1-S3>
- Heyd, D. (2017). Between Humaneness and Human Rights: A Jewish Perspective on Modern Bioethics, 6, 255–266. <http://doi.org/10.1007/978-3-319-58431-7>
- Thomasma, D. (2008). Evolving Bioethics and International Human Rights. *Autonomy and Human Rights in Health Care*, (Purtillo 2000), 11–24. Retrieved from [http://download.springer.com/static/pdf/101/chp%253A10.1007%252F978-1-4020-5841-7\\_1.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Fchapter%2F10.1007%2F978-1-4020-5841-7\\_1&toKen2=exp=1475463174~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F101%2Fchp%25253A10.1007%25252F978-1-4020](http://download.springer.com/static/pdf/101/chp%253A10.1007%252F978-1-4020-5841-7_1.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Fchapter%2F10.1007%2F978-1-4020-5841-7_1&toKen2=exp=1475463174~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F101%2Fchp%25253A10.1007%25252F978-1-4020)
- Turner, L. (2003). Bioethics in a multicultural world: Medicine and morality in pluralistic settings. *Health Care Analysis*, 11(2), 99–117. <http://doi.org/10.1023/A:1025620211852>
- Turner, L. (2004). Bioethics in pluralistic societies. *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 7(2), 201–208. <http://doi.org/10.1023/B:MHEP.0000034330.44606.9c>

## .....

# איך למנוע סחף בעמדות האתיות בקרב עובדי המערכת הרפואית? // רבקה רייכר-עתיר, רותי יבור וסיגל לוי\*

סיכום מחקר-מעקב<sup>6</sup>

### סחף בעמדות אתיות, דחק מוסרי ופגיעה מוסרית

מחקר קודם שלנו<sup>7</sup> חשף את התופעה של סחף אתי (EE - ETHICAL EROSION), המתרחש בקרב הנמצאים בהכשרה במערכות רפואיות. ככל שחולף הזמן בהתערותם במערכת הרפואית, כך נשחקות עמדותיהם האתיות ופוחתת רגישותם לדילמות המוסריות הקיימות מטבע הדברים לרוב במערכת הרפואית. הסחף בהתנהלות האתית-מקצועית מזיק לא רק למקבלי השירות, העלולים להיחשף לטיפול פחות נאות, אלא שטיפול במקרה כזה עלול לפגוע במטפלים ובאנשי צוות, המוגעים מתוך דחק-מוסרי - MOD (MORAL DISTRESS) ואף פגיעה מוסרית<sup>8</sup>. אי הנחת המוסרית הינה תוצאת הפער בין יישוב הקונפליקט האתי שהוא בינארי, כי דן במעשה שראוי לעשותו, לבין אי-יישובה של הדילמה המוסרית רבת הפנים, שהטעינה את הקונפליקט. ככל שמצטברים יותר אירועי עבודה בהם דילמות מוסריות נותרות פתוחות ומעיקות, כך מתעצמת אי-הנחת המוסרית וגוברת הסכנה לדחק-מוסרי. אירועי דחק מצטברים הם גורמי סיכון לשחיקה בעבודה<sup>9</sup>. בניסיונות אלה, הדחק המוסרי והפגיעה המוסרית עלולים להתלקח בפתאומיות או בהסלמה.


<sup>6</sup> Reicher-Atir, R. (2017), Why Do Ethical Standards Drop Among Interns in Medical Settings. Ethical Erosion in Medical Psychology as a Test Case for Other Medical Professions, ICCEC 13TH Annual International Conference on Clinical Ethics Consultation, 25-27 May 2017 - Singapore <http://www.iccec2017.com/conference-programme-0> Retrieved: 31/01/2018

<sup>7</sup> רייכר-עתיר, ר., יבור, ר., לוי, ס. (2009), סחף בעמדות אתיות של סטודנטים לתואר שני בפסיכולוגיה העובדים הכשרה במערכות רפואיות, **רפואה ומשפט**, 41, עמ' 97 - 110

<sup>8</sup> Epstein & Hamric, (2009). Moral Distress, Moral Residue, and the Crescendo Effect // *J Clin Ethics*, 20(4): 330-342. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3612701> Retrieved: 31/01/2018

<sup>9</sup> כריסטין שלר, (2018), כשהמוסר נופץ אלכסון, כתב עת דיגיטלי <https://alaxon.co.il/article/%D7%9B%D7%A9%D7%94%D7%9E%D7%95%D7%A1%D7%A8-D7%A0%D7%A4%D7%A6%D7%A2> נדלה: 31/01/2018





מחקר המעקב המובא במאמר זה בחן מהן הסיבות לסחף בעמדות האתיות ולהיווצרות הדחק המוסרי, במטרה לתת כלים למנוע תופעות מזיקות אלה. במחקר הקודם, שצוין לעיל, נשאלו המשתתפים בהכשרה מקצועית על דרכי התמודדותם עם קונפליקטים אתיים במסגרת ארבעה תפקידים אותם ממלאים: מטפל, עמית לעבודה, חבר בצוות רב-מקצועי וסטודנט. הם נשאלו על עדותם להפרות כללי אתיקה ועל הפרות שהם עצמם ביצעו. נעשתה השוואה של תשובות המתחילים בהכשרה במערכת הבריאות לתשובותיהם של מסיימי ההכשרה.

הממצאים הראו כי הסחף בעמדות האתיות הופיע בנקודת זמן מפתיעה: מסיימי ההכשרה זיהו פחות קונפליקטים אתיים בהשוואה למתחילים. במקביל המחשבה אודות הדחק המוסרי עלתה כאשר אותם מסיימים דווחו על פער גדול יותר בין הדרך בה חשבו שהקונפליקט היה אמור להיפתר לבין שקרה בפועל. כמתואר, התהליך בו צוברים העובדים התנסויות של אי-נחת מוסרית שלאחר-מעשה הינו תהליך מסלים המתארגן בסופו לדחק מוסרי ולפגיעה מוסרית. אלה קורים בצילה של הדממה האתית, בה העובדים חסרים מקורות התייעצות ביחס להיבטים האתיים והמוסריים של עבודתם.

### מהמחקר הקודם למחקר המעקב

שנתיים לאחר פרסום המחקר הקודם נשאלו משתתפיו אודות הסיבות האפשריות לסחף בעמדות אתיות ואודות דרכי ההתייעצות שלהם, הקשורות כמתואר לחוללות הדחק המוסרי. רשימת הסיבות ורשימת גורמי ההתייעצויות נוסחה מתוך ממצאיו של אותו מחקר קודם. מחקר המעקב קיבל את אישור ועדת האתיקה של האקדמית ת"א - יפו, במסגרתה נערכו המחקרים. מתוך 76 סטודנטים שהשיבו במחקר הראשון, 57 השיבו לשאלות מחקר המעקב.

במחקר המעקב נמצאו שלוש סיבות כמובילות לסחף: **חשש מפגיעה אישית** ("עיתידי בידי הבכיר/ה - נאלצתי לשתוק"); **ציות לסמכות מתוך לחץ** ("איש הצוות הוא הבכיר, סמכותו היוותה לחץ והמשכתי בדפוס ההתנהגות"); **רצון להימנע מעימות** ("ידעתי איך נכון לנהוג אבל לא היה נוח להעיר"). שלוש סיבות

---

9. Wiggleton et al. (2010). Medical students' experiences of moral distress: development of a web-based survey. *Academic Medicine*, 85(1), 111-117  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20042836> Retrieved: 31/01/2018

אלו היו במתאם זו עם זו, וחלקן היו במתאמים עם סיבות לסחף נוספות שהוצעו למשתתפים. ביניהן: **היצמדות לנורמות קיימות** ("לא מקובל לדבר בפתיחות על דברים כאלה, כמו מה נכון ומה לא נכון לעשות"); **הגדרות תפקיד, ומיקום נמוך בהיררכיה** ("זה לא תפקידי לדווח על התנהגויות לא ראויות"); **היענות לסמכות מתוך תפיסה עקרונית** ("לבכירים יש יותר ידע וניסיון, וצריך לשמוע בעצתם"); **נאמנות למערכת בית החולים** ("כאיש צוות עלי לנהוג כמו שאר אנשי הצוות כדי לשמור על אווירה חברית"); **אין למי לפנות לעזרה** ("לא ידעתי עם מי להתייעץ ומה לעשות"); **חוסר ידע בתחום האתיקה**.

גורמי התייעצות בעניינים אתיים שצינו על-ידי הנמצאים בהכשרה היו המדריך המקצועי בתוך המערכת הרפואית; עמית העובד עמם במערכת; דמות כלשהי מהצוות הרב מקצועי; המדריך באקדמיה ממנה מגיעים הנמצאים בהכשרה; וחברים ובני משפחה.

שלושה מוקדי דיון עלו מממצאי השכיחויות והמתאמים שחושבו בין הסיבות לסחף ובין אלו לבין אופני ההתייעצות. מוקדים אלו ירחיבו את ההבנה ביחס להיווצרות הסחף, וליצירת ה'דממה האתית'. המוקד הראשון: הבחנה בין ציות עיוור לסמכות מתוך לחץ ופחד, לבין היענות לסמכות מתוך הפנמת העיקרון ביחס למבנה ההירארכי של המערכת הרפואית לפיו לבכירים יש מרות לה ראוי להיענות כי הם בעלי הידע וניסיון. המוקד השני: התייחסות לאופני התקשורת בתוך מערכת רב-מקצועית הירארכית, בה נבליט את חיוניותו של השיח האתי השומר את האתיקה והמקצועיות כבלתי נפרדות. השלישי: המלצות פרקטיות לשמירת האתיקה כחלק בלתי נפרד מהעבודה היומיומית באמצעותה ניתן למנוע סחף באתיקה המקצועית, ולהפחית סכנה לדחק מוסרי.

### ציות עיוור לסמכות לעומת היענות מתוך הכרה

ההבחנה בין ציות הנובע מלחץ ומכניעה לבין היענות מתוך תפיסות עקרוניות היא דרך להבחין בין שתי דרכים להטמעת נורמות התנהגות וערכים מוסריים. בין ציות מתוך לחץ לבין ההיענות מתוך עיקרון לא נמצא מתאם, משמע מדובר בשתי פרקטיקות מובחנות. הפרקטיקה של ציות מתוך לחץ נמצאה שכיחה יותר מההיענות מתוך עיקרון. בנוסף, משתתפים שצינו את הציות מתוך כניעה כסיבה

לסחף ודחק נטו לראות גם בחשש מפגיעה אישית ורצון להימנע מעימות סיבות שכיחות לסחף.

תכני הסיבות הללו תומכים במה שכבר ידוע: חשש מפגיעה, ועימות וציות עיוור מצביעים על אווירה המשררה לחץ, פחד ובעתה. זו אווירה המשתקת שיח-אתי, בו ניתן להעלות בגלוי, בפתיחות וללא חשש מענישה את אורחות ההתנהגות השוררים במערכת. לא בנקל ניתן לזהות מי הביצה ומי התרנגולת. האם הדממה האתית מטילה את האווירה המעוררת חששות או שמא האווירה מטילה את ביצת הדממה האתית. בכל מקרה, אלו מגלמים את הסחף שנמצא במחקר הקודם בו נמנע השיח החיוני המשכלל את העבודה.

הממצא אודות דרכי ההתייעצויות השונות של הצייתנים מתוך כניעה לעומת הנענים מתוך עיקרון חושף אף הוא באופן מרתק את פני הדממה האתית. המשתתפים שציינו ציות מתוך לחץ כסיבה לסחף התייעצו יותר עם גורמים מהאקדמיה ועם חברים ובני משפחה שמחוץ למערכת הרפואית. הם נמנעו מלהתייעץ עם מדריכים או קולגות הנמצאים במערכת הבריאות. לעומתם, משתתפים שנענו מתוך עיקרון נטו אף הם להתייעץ עם דמויות מחוץ למערכת, אך הטייתם הבולטת הייתה להתייעץ עם הגורמים בתוך המערכת. הנוטים לציית מתוך לחץ, נשלטים מתוך מצוקה ומטמיעים נורמות מתוך תחושות פחד ונטיות אחרות, מחמיצים את ההזדמנות להתייעץ ולחלוק את רגשותיהם וחששותיהם עם גורמים הרלבנטיים לעבודתם. לעומתם משתתפים הנוטים להיענות מתוך עיקרון נהנים להתייעץ ולחלוק היסוסים והתלבטויות עם דמויות ממקורות שונים. אנחנו מאמינות שההתייעצות בנוגע לדילמות מוסריות וקונפליקטים אתיים עם מגוון דמויות בתוך ההיררכיה הרפואית ובתוך הצוות הרב-מקצועי שומרת על שיח-אתי חי ופעיל. זהו השיח המחסן ומכשל מפני סחף ומסכנה לדחק מוסרי. שיח זה עשוי לחזק את אלה הנוקטים בעבודה מתוך רפלקציה על עצמם ועל המערכת כמו גם סקפטיות מעודנת. רפלקטיביות וסקפטיות הם מתונים הינם מבורכים וחיוניים, כי הם עומדים בניגוד לציות העיוור שנובע מתוך לחץ וכניעה<sup>10</sup>.

10. Deming et al. (2007). Incorporating Principles and Practical Wisdom in Research Ethics . Education: A Preliminary Study. Academic Medicine, 82(1), 18-23  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17198285> Retrieved 31/01/2018

וברוח הסקפטיציזם - מדוע ציות עיוור הוא רע?

### ציות עיוור עומד בניגוד לשיח האתיקה המקצועית שאסור לו להיגמר

ציות עיוור לסמכות, כדרך להפנמה של נורמות ואורחות התנהגות, הינו שלילי בכל היבט ליברלי ודמוקרטי, היות והוא מוביל לביצוע פעולה שעלולה להיות מנוגדת לערכיו או למצפונם של הפועל. אין כאן מקום להרחיב עד כמה ציות עיוור וכנוע מול סמכויות הדורשות זאת שומטות את קרקע האמון עליו יושבת מערכת טיפולית מערבית. הדבר נכון בין מטפלים ומטופלים והן בין המטפלים לבין עצמם.

באשר לאיש הצוות העלול להיקלע לפעולה בניגוד לערכיו ומצפונם, הרי שזהו מצב משע, מחליש ושוחק עבורו ועליו להשקיע אנרגיות כדי להתגונן מפני אתיקה ומוסר פוצעים וגורמי דחק. במצב זה אנו מתרשמות שעיקר המאמץ הוא למצוא מנגנוני הגנה שתכליתם לשמור, לפחות לכאורה על הקוהרנטיות והאינטגרטי. בספרות הזכרה למשל הרמייה העצמית<sup>11</sup>. מנגנון הרמייה מאפשר להסוות את הרובד האתי שבקבלת ההחלטה, על-ידי סיפור שאנו מספרים לעצמנו על הפעילות הלא-אתית שאנו מבצעים, תוך עריכה של ההתרחסות שקרתה בפועל. אמירות כמו: "זו לא ממש בעיה אתית, אלא בעיה רגשית" או "זו דילמה טיפולית מקצועית, אבל לא דילמה מוסרית אתית" - מראות על התחמקות משיח אתי בו משתמשים במושגים חליפיים להתנהגות לא נאותה.

בנוסף לרמייה העצמית ניתן לראות זוג פערים מעניין, האחד הפער בין הנאמר בגלוי בשבחה של האתיקה - שזו האתיקה המדוברת לבין המתרחש בסמוי ביחס להזנחת האתיקה. הפער השני מתקיים בזיהום המקצועיות של העובדים, הפער בין הזהות הטכנולוגית לבין הזהות ההומניסטית. במסגרת האתיקה המפורשת והגלויה מעודדת המערכת ומדגישה גם את הזהות ההומניסטית אתית. בהצהרות הגלויות מודגשת חשיבות החלקים האנושיים של העובד, כמו מידותיו הרצויות, ביניהן אכפתיות אחריות או חמלה, סגולות בין-אישיות או כישורים גבוהים ליצירת קשר טיפולי. בסמוי שלא לעיני הקהל, אך כן בתהליכי ההכשרה והסוציאליזציה של העובדים, המידות ההומניסטיות נותרות מעורפלות. הן כמעט ולא זכות לטיפול והכשרה בקרב העובדים, ואלו לא נהנים מהערכה בתחומים אלו. לעומתן, המיומנויות הטכנולוגיות תופסות מקום רב בהכשרה עצמה ובהערכת העובדים<sup>12</sup>.

Tenbrunsel, A.E & Messick, D.M. (2004). Ethical Fading: The Role of Self-Deception in Unethical. 11 Behavior. Social Justice Research(2004) Volume 17, Number 2, 223-236, 17(2), 223-236 <https://link.springer.com/article/10.1023/B:SORE.0000027411.35832.53> Retrieved 31/01/2018

זהו מצב בו הסמוי מפעיל יותר מהגלוי והזהות המקצועית האינטגרטיבית, הרואה בכל עשייה מקצועית גם פעולה בעלת היבטים אתיים, מתעממת לה אי-שם.

מה ניתן לעשות כדי לשמור את שיח האתיקה כחלק בלתי נפרד הטבוע באקלים המקצועי?

## מההלכה למעשה

### לפני המעשה אקסיומה והערה:

שיח האתיקה אמור להיות חלק בלתי נפרד מחיי העבודה של כל מערכת, בוודאי כאשר תכלית המערכת היא טיפול. שמירתו של שיח האתיקה כשיח חי ותוסס לא אמורה להתקיים בתהליכי ההכשרה בלבד, ובוודאי שלא רק בין דמויות ההירארכיה והכפופים להן. אם רוצים לקדם היענות לכללי האתיקה מתוך עמדה עקרונית ומתוך זהות מיושבת בין זו המקצועית וזו ההומנית, טוב שהשיח יתקיים בכל רמות ההירארכיה של המערכת בה ישוחחו בפתחות על התנסויות מקצועיות ללא פערים בין הגלוי המדובר האידיאלי לבין הסמוי השתוק האקטואלי.

משתתפי המחקר ומחקר המעקב היו עובדים במערכת הרפואית, הנמצאים בראשית ההכשרה וסופה ולפיכך מתקיימות הגבלות בהכללת הממצאים. חרף זאת ההמלצות לא מתייחסות לנעשה בהכשרה ולחינוך לאתיקה במסגרת זו. ביחס לנמצאים בהכשרה מתקיימים קונפליקטים ודילמות המתנגזים לבלבול בין זכות המטופלים לטיפול המיטבי וזכות המתלמידים להכשרה המיטבית. אנחנו חושבות שהשאלה, האם מתן טיפול על ידי מתלמד מקנה למטופל את הטיפול המיטבי לו הוא זכאי, מעלה קונפליקטים אתיים ודילמות מוסריות, שאינם חלים על תקופת ההכשרה בלבד, אלא על התנהלות מערכת הבריאות בכלל. לכן, ההצעות המעשיות שיובאו בהמשך תואמות מסקנה זו וחלות לגבי כלל העשייה במערכת הבריאות

**אנמנזה אתית:** תיקי מטופלים אמורים לכלול 'אנמנזה אתית', שבה ניתן יהיה למצוא את אמונות המטופל ובחירותיו או העדפותיו בנוגע לבריאותו או לטיפול בו. המטופל יעדכן, באנמנזה זו, אודות האנשים הקרובים אליו ביותר ויכולים לייצג אותו נאמנה

.12 Coulehan, J & Williams, P.C. (2001). Vanquishing virtue: the impact of medical education on Academic Medicine, 76(6), 598-605. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11401802> Retrieved 31/01/2018

במידת צורך, או לחילופין אודות אנשים שאינו רוצה שיהיו שותפים לידיעה בטיפול בו. חלק מההצעות כאן עברו לאחרונה רגולציה, למשל זו שהופצה לאחרונה על ידי המבטחים בהנחיית משרד הבריאות בעניין ייפוי כוח להליך רפואי. נראה שבמקומות בהם לא עלה בידי השיח האתי-המקצועי להטמיע את הנדרש, יודרש החוק לעשות זאת.

**דיונים והתייעצויות בתחום האתיקה:** הדיונים אודות ההתנסויות המקצועיות חייבים לכלול גם היבטים הומניסטים אתיים. אם דנים בתיקי מטופלים, הרי שהעובדים המתדיינים אמורים להכיר את התכנים מתוך האנמנזה האתית ולבחון האם בהתערבויות המקצועיות שנעשו נלקחו בחשבון בחירות המטופל ורצונותיו, ואם לא אז מדוע. בדיון על פעולה מקצועית שטרם נעשתה תיעשה הבחירה, תוך התחשבות בזכויות המטופלים ויכולות הצוות. כשהדיון מתקיים לאחר הפעולה, חיוני להתייחס לדילמות מוסריות, פתורות ולא פתורות, שזוהו, כדי למנוע דחק מוסרי.


**ועדת אתיקה ליד מיטת החולה:** מדובר בהקמת ועדת אתיקה כתת-ועדה של הוועדה המנויה לפי חוק זכויות החולה. ועדה זו, הפועלת אד-הוק ליד מיטת החולה, נותנת מענה לשאלות בזמן אמת. המנדט של הוועדה ליד מיטת החולה הוא ייעוצי ולא שיפוטי, במטרה לקדם את הטיפול הנאות, תוך פתרונות קונפליקטים אתיים והתייחסות לדילמות המוסריות המתגלעים במלוא חיותם כאן ועכשיו<sup>13</sup>.

**ועדות אתיקה ייעוציות:** ועדות אלה פועלות מתוקף חוקי המקצוע, החלים רק על אנשי המקצוע. וועדות אתיקה ייעוציות בוחנות את ההתנהלות המקצועית של הצוות המטפל. הניסיון הראה שככל שהוועדה מגדילה את המנדט הייעוצי בתחום המקצועי - אתי ונמנעת ככל יכולתה מהשתת סנקציות על אלו שסרחו, כך שוררת אווירה פתוחה יותר, המזמינה פניות רבות יותר של אנשי מקצוע<sup>14</sup>.

הטמעת הצעות אלה מאפשרת שימור האתיקה המקצועית כחלק בלתי נפרד מהעבודה היומיומית. מאחר והסחף מהווה גורם של מועקה ושחיקה מקצועית של

13. מהי אתיקה רפואית טובה? אסופת דעות מומחים ברחבי העולם / לימור מלול Reicher-Atir, R, Tadmor, B & Levinger, U. (2013). The Ethics Committee at the Patient's Bedside. *ECatPB*: a retrospective view on the past two years. *Medicine and Law Journal*, 32(3), 277-85. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24340481> Retrieved 31/01/2018

14. רבקה רייכר-עתייר ואודליה בן-שלמה. "מה למדנו מעבודת וועדת האתיקה, סקר לאפיון הפניות לוועדת האתיקה של הסתדרות הפסיכולוגים בישראל בין השנים 2007 עד 2012, פסיכו-אקטואליה אפריל 2016, עמ' 59-50.



מטפלים ומהווה תופעה חוצה ארצות וארגונים, הרי שהעיסוק באתיקה בעשייה היומיומית הינו הכרח.

חשיבותה של הביו-אתיקה ותרומותיה האיכותיות נסקרו רבות<sup>15</sup>. חשיבות החינוך לאתיקה בקרב ילדים ונוער<sup>16</sup> ולימודי האתיקה עוד לפני הכניסה לשטח הטיפול הודגשו בכתיבה המחקרית. גם מאמר זה מדגיש את חיוניות העלאת המודעות והכרת מושגים בשפת האתיקה המקצועית, בה מובחנים הקונפליקטים האתיים מהדילמות המוסריות והמובחנות של שפת החוק והמשפט, משפת האתיקה ומשפת הטיפול, עוד לפני הכניסה לשטח הטיפול-המעשי.

• ד"ר רבקה רייכר-עתיר, פסיכולוגית קלינית ורפואית מדריכה, בעבר: מרצה בכירה המכללה האקדמית ת"א-יפו; מנהלת מערך פסיכולוגי מרכז רפואי רבין בילינסון; יו"ר וועדת האתיקה של הסתדרות הפסיכולוגים בישראל.

• רותי יבור, (פסיכולוגית רפואית מרכז רפואי סורסקי ת"א)

• ד"ר סיגל לוי, (מרצה בכירה, היחידה ללימודי סטטיסטיקה, המכללה האקדמית ת"א-יפו).

---

15. לימור מלול, מהי אתיקה רפואית טובה? אסופת דעות מומחים ברחבי העולם, עלון הביו-אתיקה, <http://bioethicsnews.zefat.ac.il/inner.aspx?id=278&cat=60>  
נדלה ב: 31/01/2018

16. דניאלה קידר, (2017), אתיקה וביו-אתיקה לילדים ונוער עלון הביו-אתיקה, מס' 16, ינואר 2017  
<http://bioethicsnews.zefat.ac.il/NewsLetter.aspx?id=353&cat=68>  
נדלה ב: 31/01/2018

## היבטים אתיים אודות מקומה של המשפחה בקבלת החלטות בסוף החיים // טלי סמסון\* וגילה יעקב\*

במסגרת כנס שנתי של עמותת תמיכה- עמותה לקידום הטיפול הפליאטיבי בישראל בשיתוף האיגוד לרפואה פליאטיבית בישראל, שהתקיים בתל אביב, קיימו כותבות המאמר סדנה לצוותים רב מקצועיים, המטפלים במטופלים בסוף החיים ובבני משפחותיהם. במאמר זה מוצגת התשתית התיאורטית עליה התבססה הסדנה.

"האתיקה היא תפיסה סדורה של האידיאל המעשי של ההתנהגות, במסגרת מקצועית, שהיא מסגרת מוגדרת של פעילות אנושית מיוחדת." (כשר, 2002)

### נקודת המוצא כוללת שאלה אתית בסיסית - מהי ההתנהגות הראויה של אדם בהיותו איש מקצוע?


הנחת היסוד היא שקבלת החלטות בסוף החיים לוקחות בחשבון סיטואציות בעלות רגישות אתית גבוהה, המערבת עקרונות אתיים רבים וכוללת מורכבות אתית. במצבי סוף החיים עולה משקלו של ערך "כבוד האדם".

**כבוד האדם הוא מטרה בפני עצמה** - כבוד לאדם באשר הוא אדם. החובה האתית כוללת הענקת כבוד בסיסי (Dignity), כמו העדר השפלה לכל אדם באשר הוא אדם (סטטמן, 2001).

### החלטות רפואיות בראי המשפחה:

בשנים האחרונות, אנו עדים למגמה של העברת עיקר הטיפול בחולה הנוטה למות לקהילה, זאת כחלק מהתפתחויות טכנולוגיות רפואיות ובעיקר כביטוי להעדפות החולים למות בבתים. תהליך העתקת תהליכי הגסיסה והמוות לחיק המשפחה נשען על מחויבות מוסרית טבעית של חברי המשפחה לרווחתם של השותפים בה. בישראל, על אף תהליכי העתקת מקום המוות לקהילה ולחיק המשפחה, למשפחה אין מעמד חוקי בתהליך קבלת החלטות טיפוליות. הגישה הרווחת מעניקה אוטונומיה לחולה ומאפשרת לו לקבל החלטות הקשורות לגופו ומאפשרת לו לשתף או להימנע מלשתף את בני משפחתו בתהליך. על מנת להבטיח הגנה על





עקרון האוטונומיה, מאפשר חוק החולה הנוטה למות לאדם, בהיותו בריא, להשאיר הנחיות רפואיות מקדימות לגבי הטיפול שירצה לקבלו, אם מצבו לא יאפשר לו קבלת החלטות בזמן אמת. החוק מונה מספר דרכים נוספות להבהרת העדפותיו של החולה בסוף החיים: מתן צוואה בחיים, מינוי מיופה כוח, עדויות של אנשים קרובים אליו (הניתנות בתצהירים). במקרים חריגים ניתן להיעזר גם באפטרופוס שמונה למטופל בקבלת ההחלטה, וזאת במידה ומדובר באפטרופוס שהוא אדם קרוב למטופל.

המסגרת התיאורטית, הנוגעת להבנת המשפחה ומערכות היחסים בן חברה, מתייחסת למשפחה כאל ישות ביו-פסיכו-סוציאלית, המהווה ישות נפשית העולה על סכום כל היחידים בה. המשפחה מהווה יחידת אנשים באינטראקציה, **אורגניזם חי, מתפתחת משתנה וצומחת** שלבי **מעגל החיים המשפחתי** מובנים וצפויים מראש, כחלק ממעגל משפחתי שרוב בני האדם אמורים לעבור אותו. קיום המשפחה **אינו תלוי בהרמוניה שבין חברה, היות והיא לא תתפרק כתוצאה מקונפליקט בין חברה. סוגית מקומה של המשפחה בקבלת החלטות רפואיות בסוף החיים הינה מורכבת. לצד הציפייה טבעית בני משפחה ידעו מהן ההעדפות הטיפוליות של חברה**ן בסוף החיים, ממצאי מחקרים מלמדים שבפועל, קיימת על מידת הלימה נמוכה בין העדפות החולים להעדפות בני המשפחה בקרב משפחות שנידרשו לקבלת החלטות רפואיות במצבי סוף החיים. **בין הממדים השונים, שדווחו כמקרינים על הסתגלותה של המשפחה, נמצאו:** התמודדות עם רגשות, פתרון בעיות, איגוד משאבים, התחשבות בזולת, יכולת אינטגרציה של העבר, גיבוש זהות משפחתית, מילוי תפקידים וסובלנות לשונות בן חברי המשפחה. **החוקרים מצביעים על כך שככל שדרגת החוסן שהמשפחה תפגין על פי כל אחד ממדים אלה, כך תהליך קבלת ההחלטות יהיה נינוח יותר.** לדוגמה: משפחות בעלות גבולות נוקשים יהיו בדרך כלל חשדניות, נוטות להתבודד ויתקשו לייצר שיתופי פעולה עם אחרים בשעת משבר. מערכות משפחתיות מסוימות עשויות להתקשות להטמיע מידע חדש ורעיונות חדשים, ולכן תהליך קבלת ההחלטות יחוה כמאבק מתמשך וכו'.

מחקר שהתקיים בישראל אודות תהליכי קבלת החלטות בסוף החיים העלה, שהאדם פועל למעשה כחלק מיחידה משפחתית רחבה, גם אם התנהל לאורך החיים באופן אוטונומי (רזניצקי, 2015). החוקרים מדווחים שהחולים ובני המשפחה פועלים כיחידה אחת, הן בחיי היום יום והן בניהול המחלה. הפעולה כיחידה משפחתית משפיעה הן על ההחלטה מי מוביל את קבלת ההחלטות (הרופא,

החולה, בן המשפחה) והן על כיוון ההחלטה (קבלה או אי קבלה של טיפול). בדומה לכך, מחקר איכותני שנעשה בארצות-הברית זיהה שלושה סגנונות לקבלת החלטות הנוגעות לטיפול רפואי: **אינדיבידואלי** - חולים שביקשו להחליט לבד, **שיתופי** - רצון למעורבות המשפחה בקבלת החלטות ו**מפקיד** - קבלת החלטות על ידי המשפחה (נולן, 2008).

ממצאי המחקרים חושפים כי הציר המרכזי שעל פיו ניתן להסביר את קבלת ההחלטות בקרב חולים סופניים הוא הסתכלות על **היחידה המשפחתית**.

### **משפחה והחלטות בסוף החיים- היבטים אתיים**

צ'לדס וביוצ'מפ (Beauchamp & Childress, 2002) פיתחו את גישת העקרונות, המוכרת גם כמנטרה של ג'ורג'טאון גישה הכוללת עקרונות אתיים רלבנטיים לפתרון דילמות מוסריות בתחום בריאות. העקרונות שתוארו בגישה זו כוללים:

**לא לפגוע** - מתוך כוונה או חוסר תשומת לב. (לא לגרום כאב, לא לעזור להתאבדות).

**טובת המטופל** - קידום טובתו ה"אובייקטיבית" של המטופל.

**אוטונומיה** - הסכמה מדעת, סודיות, אמירת אמת, וולונטריות...

**צדק** - חלוקה שוויונית של טוב ורע בין האנשים השונים (הטבות, סיכונים, עלויות - סל התרופות).

גישת העקרונות מדגישה מאד את עקרון האוטונומיה, דגש שזכה לביקורת מצד הגוים שונים, שציינו כי גישה זו מתעלמת מהיות האדם חלק מחברה.

במציאות הטיפולית בישראל, המשפחה מעורבת בכל הליכי קבלת ההחלטות (לא רק כתומכת) כולל: הליכי האבחון, מסירת האבחון, החלטה לגבי אפשרויות טיפול והטיפול עצמו. עם זאת, למשפחה אין מעמד משפטי עצמאי בקבלת החלטות לגבי חולה כשיר. החולה רשאי לקבל כל החלטה כרצונו, כל עוד החלטתו אינה פוגעת בצורה משמעותית באנשים אחרים וכל עוד היא לא מושפעת מלחץ חברתי בלתי הוגן. על מנת לקבל החלטה אוטונומית נדרשים התנאים הבאים: מידע רלבנטי בסיסי, קבלת החלטות רציונלית, עצמאות המטופל ואי תלות בשיקול דעת של אחרים וללא צורך לקחת אחריות לצרכי אחרים. גישה זו מקדמת את יכולתו של הפרט לבחור לעצמו בעצמו את סיפור חייו, לתכנן את חייו כרצונו ולקבל החלטות

אשר יעלו בקנה אחד עם תכניותיו. נקודת המוצא של גישת האוטונומיה: ההשפעה של המשפחה מפחיתה את מידת האוטונומיה של הפרט. נקודת מוצא זו הובילה לפיתוחה של גישת האוטונומיה מבוססת היחסים - Relational Autonomy.

### **גישת האוטונומיה מבוססת היחסים - Relational Autonomy**

גישה המניחה כי היכולת לקבל החלטות ולהוציאן לפועל מבוססת על רצון חופשי, מערכות יחסים קרובות עם אחרים ועל הערכים המשותפים לקהילה שבה הפרט חי. בנוסף, ההבנה שקבלת החלטות היא פרויקט משותף לפרט ולמעגל החברתי הקרוב שלו (משפחה) מוטמעת בגישה זו. כל החלטה של הפרט משפיעה על הסובבים אותו ומושפעת מהם. לאור זאת, יש לקחת בחשבון את האינטרסים של המשפחה.

**נקודת המוצא בגישת האוטונומיה מבוססת היחסים: השפעה המשפחה חיובית כי היא תורמת למימוש רצון הפרט.** על פי גישה זו בכדי להיות יצור אוטונומי על הפרט להיות בעל יכולת: לקבל החלטות באופן רציונאלי, שליטה עצמית, לקבלת מידע והבנתו, כוונה לפעול, דאגה והתחשבות באחרים, מערכות יחסים קרובות ושיתופי פעולה חברתיים וקיום בחינה ביקורתית של המצב ללא גורמים חיצוניים שעלולים להפריע. (Gilbar, 2011).

עקרונות אלו היוו בסיס לסדנה, שבמהלכה נחשפו המשתתפים לסקירה קצרה של הרקע התיאורטי המנחה ולאחר סקירה זו התבקשו לנתח תיאור מקרה על פי עקרונות המודלים השונים. בדיון שהתקיים העלו המשתתפים את ההבדלים שחוו בין המודלים השונים, והודגשה המורכבות המתעוררת במעבר מחשיבה המרוכזת בפרט לחשיבה מקצועית הרואה את מכלול הגורמים הקשורים להתמודדות. קיימת הסכמה כי מודלים הרואים את הפרט כחלק ממערכת משפחתית הם מודלים מתאימים יותר למצב הרווח בשדה הקליני. יש לציין, כי מספר המשתתפים (כחמישים אנשי מקצוע ממגוון מקצועות הבריאות) וסקר הערכה שמולא על ידי המשתתפים, מעידים כי הנושא רלבנטי וחשוב לאנשי מקצוע בתחום. מרבית המשתתפים דיווחו כי הסדנה תרמה ידע חדש ורלבנטי לתחום עיסוקם.

לסיכום, נראה כי העתקת תהליכי גסיסה ומוות לקהילה ולחיק המשפחה מעלה סוגיות אתיות מורכבות. מודלים אתיים הממוקדים בפרט מסוגלים להכיל רק חלק מההיבטים הכרוכים בסיטואציה, ולכן חשוב להמשיך ולעסוק בנושא, כמו גם לפתח מודלים לקבלת החלטות, הרואים את הפרט כחלק ממשפחה וקהילה ומאפשרים לו קבלת החלטות כחלק ממערך חברתי רחב יותר, תוך שמירה על כבודו.

## ביבליוגרפיה:

כשר, א' (2002). אתיקה מקצועית. בתוך: ג' שפיר, י' אכמון, וג' וייל (עורכים), סוגיות אתיות במקצועות הטיפול והיעוץ הנפשי. (עמ' 29-15) ירושלים: מאגנס.

סטטמן, ד' (2001). שני מושגים של כבוד. עיוני משפט, 24, 3, 541-603.

Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2001). Principles of Biomedical Ethics (5th ed.) NY: Oxford University Press

Gilbar, R. (2011). Family involvement independence and patient autonomy in practice. Medical

.Law Review, 19(2), 192-234

Available from: <https://www.nevo.co.il/> . . 1996. חוק זכויות החולה. law\_html/Law01/133\_001.htm

Shvartzman P, Reuven Y, Halperin M, Menahem S. Advance Directives—The Israeli experience. J Pain Symptom Manage. Elsevier; 2015;49:1097-1101

Available from: . . מדינת ישראל. החוק לטיפול בחולה הנוטה למות דפי מידע לציבור. <https://www.health.gov.il/DocLib/16914107.pdf>

Resnizky S, Doron I, Leichtentritt RD. The final illness: Decision-making in the family unit. unpublished thesis. . University of Haifa. 2015

Nolan MT, Kub J, Hughes MT, et al. Family health care decision making and self-efficacy with patients with ALS at the end of life


Sonnenblick M, Friedlander Y, Steinberg A. Dissociation between the wishes of terminally ill parents and decisions by their offspring. J Am Geriatr Soc. Wiley Online Library; 1993;41:599-604

Ayalon L, Bachner YG, Dwolatzky T, Heinik J. Preferences for end-of-life treatment: 11 Concordance between older adults with dementia or mild cognitive impairment and their spouses. International psychogeriatrics. Cambridge University Press; 2012;24:1798-1804

Shin DW, Cho J, Kim SY, et al. Discordance among patient preferences, caregiver preferences, and caregiver predictions of patient preferences regarding disclosure of terminal status and end-of-life choices. Psycho-Oncology. Wiley Online Library; 2015;24:212-219

Tang ST, Liu T, Lai M, Liu L, Chen C. Concordance of preferences for end-of-life care between terminally ill cancer patients and their family caregivers in taiwan. J Pain Symptom Manage. Elsevier; 2005;30:510-518





---

Dening KH, King M, Jones L, Vickestaff V, Sampson EL. Advance care planning in 14 dementia: Do family carers know the treatment preferences of people with early de

\* ד"ר טלי סמסון - עו"ס המחלקה לרפואת משפחה, מרצה במחלקות: לעבודה סוציאלית ולגרונטולוגיה, אוניברסיטת בן גוריון

\*\* ד"ר גילה יעקב - ד"ר לאתיקה רפואית, מרצה באקדמית עמק יזרעאל ויועצת הוראה בפקולטה לרפואה בטכניון.



## טעויות הרפואה, קנאביס וליגליזציה // דניאל מישורי

### 1. חשבון נפש

הקנאביס נחשב בעבר לתרופה, כנראה החשובה ביותר שרופאים הכירו עד ראשית המאה ה-20. המפגש המחודש התרחש לאחר עשורים רבים בהם הקנאביס נחשב סם מסוכן, ולא חוקי, שעל המשתמשים והסוחרים בו חלה אימת הדין הפלילי.

לפני כ-30 שנה הופיע מחדש הקנאביס כטיפול רפואי. לארץ הוא הגיע כעשור אחר-כך. התגובה של הממסד הרפואי הייתה פחד, הכחשה, והתבצרות בשמרנות.

ההתבצרות מותרת, כל עוד אינה פוגעת בזולת ואינה באה על חשבון אחרים. במקרה של הקנאביס, זה היה אחרת. במהרה התברר שהקנאביס יעיל כטיפול מגוון בסדרה ארוכה של מצבים רפואיים, סימפטומטיים ומהותיים. בישראל בלבד יש כבר כיום מעל 30,000 בעלי רישיונות לקנאביס רפואי. בנוסף, התברר כי הסיכונים שיוחסו לכאורה לקנאביס לא אוששו. התברר שיחסית לחומרים אחרים, אותם רופאים רושמים למטופליהם, הקנאביס אינו ממכר, אינו רעיל (לא ניתן לקחת מינון יתר בעישון; מינון יתר אפשרי בצריכה של מיצויים), וכמובן, אין תופעות לוואי חמורות, מעין אלה שנלוות לתרופות פרמקולוגיות, ובמיוחד לתרופות נגד כאב.

למרות זאת, הממסד הרפואי התבצר בעמדה של בורות, התנגדות ופחד, לפיה יש צורך עוד לחקור, עד שנצליח להפוך את הקנאביס לתרופה אמיתית, כזו שנמכרת בבתי מרקחת, עם עלון שכולל את המרכיבים בתרופה, ורק במרשם ובפיקוח, ובינתיים יישאר הקנאביס במעמד של סם בלתי חוקי, ואף נושא סנקציה פלילית לכל משתמש אחר.

מהלך זה כונה על-ידי הרופאים עצמם "מדיקליזציה", מתוך אי-ידיעה לגבי משמעותו הנכונה של המושג, שבמקרה זה השימוש בו היה מדויק.

מדיקליזציה הוא התהליך שבו הפרופסיה הרפואית תובעת לעצמה את הסמכות ואת הכוח הנלווה לסמכות לשלוט בתחום חברתי מסוים. דוגמה עכשווית בולטת היא המדיקליזציה של בעיות קשב וריכוז (חוסר יכולת של צעירים לשבת שעות רבות על כיסאות בבית הספר וללמוד חומר משעמם), שנחשבים לבעיה אורגנית שמצדיקה



טיפול בפרמקולוגיה. בסוציולוגיה של הבריאות, המושג "מדיקליזציה" מבטא דרישה לכוח ולסמכות מצד רופאים ועבור רופאים, ולא "סטנדרטיזציה" רפואית אחראית.

אבל בקנאביס, הרופאים התבלבלו. הם לא הבינו שהקנאביס שייך לרפואת ההרבליסטיקה (טיפול באמצעות מזונות וצמחים), ולא הפרמקולוגיה. שום מאמץ לא יהפוך את הקנביס לתרופה כמו-פרמקולוגית בשל תכונותיו הייחודיות, למשל, העובדה שהתרופה עובדת באמצעות "אפקט הפמלייה", שבה החומר הפעיל (נניח THC) אינו עובד לבדו, אלא כל מרכיבי הצמח ביחד יוצרים את התועלת הרפואית. לכן, אפילו תרופה מבוססת קנאביס כמו סטיבקס כוללת מיצוי מלא של הצמח, ולא רק THC או CBD במינון זה או אחר.

ובצמחים, לא צריך רגולציה קפדנית, ולא צריך בתי מרקחת כדי למכור אותם, למעט אם מדובר בזנים רפואיים או במיצוי רפואי, מהסוג שכבר מתפתח ויכול להוסיף ולהשתכלל בשנים הקרובות.

הרופאים התבלבלו, מכיוון שהם שכחו שהם ויתרו לגמרי על הרבליסטיקה. שהם לא מבינים בזה. הם לא לומדים טיפול בצמחים ובמזונות בבתי הספר לרפואה. הם אפילו נשבעים שהם אינם משתמשים בקנאביס, ובכך מעידים על בורות אישית בנושא, בלי להרגיש שהם מקעקעים את עצם זכותם להתבטא בנושא, ולא כל שכן לתבוע בו סמכות.

עד 1937, ניתן קנאביס בארה"ב בלמעלה מ-100 התוויות רפואיות שונות, כולל כאבי ראש, מחזור ומיגרנות. כיום מדברים על רשימה של כ-700 התוויות אפשריות. לעומת זאת, רשימת ההתוויות של היק"ר (יחידה לקנאביס רפואי) היא קצרה ומוגבלת באופן מגוחך ביחס לעבר. היא צמודה לכאורה למדע ומחקר איטיים מאוד (שמוציאה שם רע לרעיון של מדע "מבוסס עדויות/עובדות), שמפגרים אחר האפשרויות המלהיבות שיכולות היו להתממש עם שחרור הצמח מכבליו.

המדיניות הנוכחית מאפשרת לרופא/ת משפחה לתת מרשם לציפרלקס, לריטלין ולנגזרות של אופיום, אבל קנאביס הוא לכאורה "סמים קשים". כל רופא צריך היה להיות מסוגל לרשום קנאביס רפואי בכל התוויה שהיא, ולהתרשם מההשפעה, לשלילה או לחיוב. כך המדע היה מתקדם, באמצעות הניסיון הקליני המצטבר של קהילת הרופאים, שאין בו סיכונים חמורים (שהרי בקרב 30,000 בעלי הרשיונות, אין תופעות לוואי חמורות, אין הרעלות, אין מגפת תאונות דרכים, וכו').

המדיניות הנוכחית לפיכך מעכבת את המדע, והיא אנטי-מדעית, אנטי-קלינית ואנטי-מחקרית.

## 2. כישלון היק"ר

בינתיים נתן הממסד הרפואי את ידו להקמת היק"ר, שמספר נזקיו לא ייספר מרוב. היק"ר מקבל הפניות מרופאים ספורים, רובם במערכת הפרטית, ולכן כל פנייה אליו מחייבת השקעת ממון (1500 ₪ בממוצע) לפגישה אחת עם רופא (לאחר חודשים ארוכים של המתנה לתור), כדי שימליץ על שימוש. במילים אחרות: הפרטת הרפואה, ובזבוז זמן ומשאבים של חולים ונזקקים ללא צורך. קמו גם חברות עסקיות שגובות סכומים גבוהים הרבה יותר כדי לסייע להשיג רישיון. מערכת משחיתה ומושחתת מכל כיוון שמסתכלים עליה, בלי קשר לכוונותיהם הטובות של מתכנניה.

ואז צריך לעבור במשך שנה שלמה טיפולים קונבנציונאליים, שלעיתים קרובות פוגעים בבריאותו של החולה, כולל סיכונים לתופעות לוואי. חולי כאב למשל נדרשים לצרוך אופיאטים, חומרים ממכרים ומסוכנים שכבר גרמו לירידה בתוחלת החיים בארה"ב.

הדרישה לפרוצדורה כזו אינה מכבדת את שיקול דעתו המקצועי של הרופא הממליץ, או של החולה שמנסה לשפר את מצבו, ומנוגדת בצורה העמוקה ביותר לכל מה שניסו לשרטט בחוק זכויות החולה או בכל גרסה של אתיקה רפואית שמתחילה ב"קודם כל אל תזיק".


פרוצדורה זו כל-כך מתישה ומרתיעה שרבים מוותרים מראש על השגת רישיון, ככל הנראה עשרות אלפים לפחות. אחרים תקועים בצנרת של המערכת לאורך זמן, בצורה משפילה וחסרת כל תועלת, רפואית או חברתית.

כדי להוסיף חטא על פשע, היק"ר מתנכל (אין לי מילה עדינה יותר) לרופאים שממליצים על מינונים גבוהים של קנאביס, שמאפשרים לבצע מיצויים של החומר (במיוחד שמן ריק סימפסון RSO). ראו היחס לד"ר ברקת שיף-קרן, או לפרופ' ג'וני גרינפילד, מחלוצי תחום הקנאביס הרפואי בישראל.

המינונים הגבוהים שפרופ' גרינפילד רשם הפכו לעדות מרשיעה נגדו, שהופכת אותו לחשוד ב"מתירנות" ביחס לקנאביס, שהיא כמובן חטא שהעונש עליו בעידן היק"ר הוא השעייה חלקית: מאז סוף מאי 2018 אסור לו לנפק יותר מ-100 גרם קנאביס למטופל, ועליו לדחות מטופלים שאינם משייכים לבית החולים בו הוא







עובד. ד"ר גרינפלד הוא רופא מומחה לאונקולוגיה בבי"ח 'אסף הרופא', שככזה רשא לנפק רישיונות בעצמו, ללא היק"ר, ובתוך 48 שעות.

כבר כתבתי (עם שותפי צחי קליין) בארבע הזדמנויות שונות על הליקויים האתיים והרפואיים הקשים שנלווים לפרוצדורה הנוכחית (ומעולם לא קיבלנו תשובות, לא בע"פ ולא בכתב). למשל, במינונים הנמוכים שמאשרים לבעלי הרישיונות, מתוך ניסיון מתמיד להפחית את כמות הקנאביס שעומדת לרשותם, שכבר גרמה למקרים רבים של הרעה איומה בבריאות, עד כדי סכנת חיים, במקרים שהגיעו לוועדות הכנסת ולבית המשפט.

פרקטיקה זו מתורצת בעובדה שבמינונים גבוהים יותר עלולה להיות "זליגה", מעבר של קנאביס רפואי למשתמשים אחרים.

ממש לאחרונה, התבטא מנכ"ל משרד הבריאות באופן המכתיים ציבור שלם והופך לקוחות של משרד הבריאות לסוחרים סמים לכאורה.

כאן יש לעשות חשבון נפש אמתי.

מכיוון שההסדרה הנוכחית של הקנאביס הרפואי לא נועדה לשפר את מצבם של החולים, או הנזקקים האחרים לקנאביס, אלא לשמר את המצב שבו התרופה אינה חוקית.

לא במקרה, נוהל 106 ("רישיונות לשימוש בקנביס") של משרד הבריאות קובע:

"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".

"טרם הוכחו" ו"קיימות עדויות לכך שקנביס עשוי לסייע לחולים" יוצרים סתירה פשוטה, שמביישת את הנוהל הממשלתי שבמסגרתו היא מופיעה. עדות היא הוכחה: עדויות רבות הן הוכחה ניצחת, שאותה מערכת הבריאות סירבה לראות.

זה היחס של הרפואה לקנאביס עד היום: לא תרופה, מכיוון שתרופה היא לכאורה רק מוצר של חברות התרופות, ולא חומר שיכול לשפר את התפקוד של הגוף.

הגדרה לא-חכמה, שמגדירה יפה את מגבלות הרפואה, לצד הישגיה המרובים.

הגדרה שאינה כוללת טיפולים ותרופות טבעיות (וגם לא יוגה או צ'י קונג, שאינם נלמדים בבתי ספר לרפואה).

30,000 מטופלים במצבים רפואיים מגוונים פירושו שהקנאביס הוא תרופה, ככל הנראה חזקה ויעילה יותר מכל מה שהרופאים הכירו עד כה, יותר מכל תרופה אחרת בארסנל של חברות התרופות (וכנראה יותר יעילה ונכונה-לגוף מרבות מהתרופות האלה ביחד). זו תרופה שיכולה לסייע במצבים רפואיים מגוונים, החל מכאבי ראש וכאבי מחזור, מגרנות, בעיות עיכול, וכלה במחלות נירולוגיות, אוטואימוניות ובסרטן (אם לקבל עדויות של חולים וכן מחקרים ראשוניים בבעלי-חיים ובבני אדם).

הסיבה היא פשוטה: הקנאביס עובד על מערכת מאוד חשובה בגוף, עליה רופאים עדיין לא יודעים מספיק: המערכת האנדו-קנבינואידית. זו מערכת כמו מערכת האחרות בגוף (הדם, השרירים, העצבים, השלד...) שמשפיעה (כמו כל מערכות הגוף האחרות) על כל מקום בגוף. עדיין לא ידוע הרבה על מערכת זו, אבל כבר ידוע שיש לה תפקיד חשוב מאוד במגוון רחב של תפקודים תקינים של הגוף, כולל היבטים נירולוגיים, עיכול, והמערכת החיסונית.

לא ניתן לאפיין את מלוא תרומת הקנאביס ללא הבנה מלאה של המערכת האנדו-קנבינואידית. הסיבה היא פשוטה: מחלות רבות אנו מבינים במושגים של אי-תפקוד (או תפקוד לקוי) של איבר בגוף, וחלק מהמחלות אנו מבינים במושגים של אי-תפקוד (או תפקוד לקוי) של מערכות בגוף. מאחר ועדיין איננו מבינים את המערכת האנדו-קנבינואידית, עדיין איננו מסוגלים להבין את הסיבות והמקומות בהם היא משתבשת, ולכן ניתן רק אמפירית לראות שיפור עקב שימוש בקנאביס, בלי שהרפואה מסוגלת לתת לכך כיום הסבר מלא.

כאן הרופאים היו אמורים להגיב כמו אנשי מדע, האמונים על הניסיון הקליני: להתפעל ממה שגילו, להבין שאין להתבייש בבורות שהם גילו עד כה, ולנסות להבין את מקורה. כך הם יכולים לגלות-מחדש את הטיפול בצמחים בכלל.

במקום לחשוב על האתגר של הקנאביס במונחים של הזדמנויות, של גילוי ופליאה, הם מגיבים בהתנגדות, בשמרנות ובפחד.



### 3. אחריות הרופאים לקרימינליזציה של הקנאביס

כאן הרופאים רוחצים בניקיון כפיהם, ואומרים משהו בסגנון: שאלת חוקיות הקנאביס היא שאלה חברתית, שהרופאים אינם רוצים ואינם אמורים להכריע בה.

כאן הטעות השנייה של הרפואה. זה פשוט לא נכון. פקודת הסמים המסוכנים מופקדת במשרד הבריאות, שלמנהלו (המנכ"ל) הסמכות להכניס ולהוציא חומרים שונים מהפקודה, על-פי שיקול דעתו.

הממסד הרפואי, משרד הבריאות והסתדרות הרופאים, יכולים היו להחליט על ליגליזציה מלאה באמצעות החלטה מנהלתית פשוטה. במקום זאת, הם משמרים באופן אקטיבי את הקרימינליזציה של הקנאביס, למעט במקומות שבהם קיימת "מדיקליזציה".

לו המדיקליזציה הייתה מתבטאת בקצת בירוקרטיה ותו לא, אפשר היה לסלוח, אבל המדיקליזציה לוקה בליקוי חמור ביותר אחר: היא הפכה לאמצעי לחיזוק הקרימינליזציה של הקנאביס, היא שסתום שחרור הלחץ, שמגן על השקר מסביב הקנאביס. השקר לפיו הקנאביס הוא סם מסוכן, ולא תרופה.

למען הסר ספק: תרופה לא-פרמקולוגית, שעובדת יפה גם בלי חברות התרופות, בלי בתי מרקחת, ובלי עלונים למשתמש של תופעות לוואי. תרופה שניתן לגדל בעציץ בבית, או לקבל מחבר, שמבין בתחום הקנאביס יותר מאשר רופאי משרד הבריאות.

תרופה שמחייבת מומחיות, והבחנה בין זנים שונים. ה"רפורמה" האחרונה בקנאביס הרפואי מפנה את המטופלים לבתי מרקחת, בה נמכרת להם תערובת גרוסה מזנים שונים, שלגביה ידוע רק שני דברים: אחוז (לכאורה) של THC ושל CBD, בניגוד לכל היגיון קליני, באופן שימנע התמחות והבנה, תוך פגיעה קשה בחולים שכבר מצאו את הזנים שמתאימים להם יותר.

#### 4. טיפול מונע

כאן חשוב לומר שלא צריך להיות חולה כדי להשתמש בקנאביס. אם מדובר בטיפול כל כך יעיל בכל-כך הרבה מצבים רפואיים, פסיים ונפשיים, מה בנוגע לשימוש בקנאביס כטיפול מונע?

אם הקנאביס יכול לסייע לאנשים לאחר שמחלה התפרצה, האם ייתכן שהקנאביס יכול לסייע למנוע הידרדרות פיזית או נפשית, לפני שהמצב מגיע למחלה?

ושאלה נוספת, האם התווית "חולה" אינה מסוכנת מדי? מדוע צריך להראות שמצבך גרוע כדי לקבל אישור לטיפול בתרופה שיכולה לשנות את מצבך לפני שידרדר? למשל, במקרים של טראומה נפשית, לאפשר נגישות לקנאביס (או ל-DMT / MDMA), לפני שיווצר נזק שקשה יהיה לתקן לאורך שנים. כיום משרד הבריאות שולל רישיון קנאביס לאנשים שמתאוששים מסרטן (מחלה שכרוכה בה טראומה נפשית קשה), חצי שנה לאחר גמר הטיפולים...

אישית, אני מסרב לטעון בפני היק"ר שאני "חולה", כדי לקבל רישיון.

ואם הקנאביס כבר הוכר כטיפול "תרופתי" בטרשת נפוצה (סטיבקס), ייתכן שהוא יכול לסייע במניעת התפרצות המחלה? עצם האפשרות אמורה לחייב שימוש חופשי כאמור.

הרופאים לא שואלים את עצמם שאלה זו, וממילא לא מסוגלים לתת לה תשובה. עד שיחשבו עליה, הם צריכים לתמוך בליגליזציה מלאה, וזאת, כדי לתקן במשהו את המחיר החברתי הנורא שנלווה לשימוש הלא-חוקי בתרופה.

#### 5. פרספקטיבה של 20 שנה

כאן צריך לעצור את הדיון, ולהתבונן על הקנאביס מפרספקטיבה של 20 שנה. לפני 20 שנה (שנות ה-90) לא היו מטופלים בקנאביס (רפואי) כלל, הממסד הרפואי התנגד, ורק קומץ של פעילים החלו לפעול למען ליגליזציה.

כיום מדינות רבות, בארה"ב ובמקומות אחרים, שינו את מדיניותן ביחס לקנאביס, והשינוי תמיד לטובה: החל מליגליזציה מלאה וכלה בהסדרה כזו או אחרת של



קנאביס רפואי, כמו אצלנו. לפי הנתונים, התוצאות החברתיות והבריאותיות מצוינות. מפרספקטיבה כזו, אכן התקדמנו, והפעילים הם "חלוצים", שחייבים להם תודה גדולה.

אבל ב-20 השנים האלה הקנאביס נותר בישראל לא-חוקי, וחשוף לסנקציות פליליות.

אני מכיר חברים רבים, שניים מהם מאוד קרובים אלי, שחיהם נהרסו עקב הליכים פליליים שננקטו נגדם, ומדובר בשנים האחרונות ממש. בשנות הפרספקטיבה שלנו.

וזאת, בגלל הניסיון להשיג את התרופה.

כאן יבואו הדקדקנים ויאמרו: הם הפרו את החוק, ולכן היו ראויים לעונש.

אינני מבין עמדה זו. האם החוק תמיד צודק?

עד לפני 30 שנה (1988), אסור היה בארץ לקיים יחסי מין בין בני אותו מגדר. האם היום נגיד שעונשים שניתנו בגין מעשים כאלה, או שעצם הגינוי החברתי והאיום הפלילי, היו צודקים או ראויים? ולחוקי נירנברג צריך היה לציית?

הניסיון הנצבר מטיפול בקנאביס רפואי מוכיח שלא ניתן לקבל את התועלות המיוחסות לו מכל טיפול אחר. פירושו של דבר שבתקופת "יובש הקנאביס" (ה-prohibition, כמו באלכוהול בארה"ב), כדי להשיג את התרופה צריך היה לעבור על החוק.

ובניגוד לאלכוהול, בקנאביס יש תועלת רפואית.

פירושו של דבר שיצרנו חברה אכזרית, שמנעה גישות לתרופה מאנשים שנזקקו לה. אכזרית עד כדי כך שהיא רדפה נזקקי קנאביס באמצעות הליכים פליליים.

כך למשל, יש לי חבר שהוא בעל רישיון רפואי לקנאביס, ובעל תיק פלילי מלפני 5 שנים על שימוש והחזקה. בגלל תיק פלילי זה, הוא מוגבל בעבודות שביכולתו לקבל, וזאת על רקע מצב רפואי מסובך. בשביל מה להרוס לאנשים את החיים? מה זה תורם לחברה שלנו?

יצרנו מערכת חברתית פגומה, שיצרה שוק שחור ופלילי, של משתמשים בתרופה ושל סוחרי סמים; של אנשים מהישוב שתורמים-לחברה ופוחדים מהמטרה. מערכת זו אפילו איננה יעילה בשום פרמטר חברתי: העלות הכלכלית שלה מיותרת, והיא לא הצליחה לעמוד ביעדים שנקבעו (צמצום צריכת הקנאביס); אגב כך נוצר שוק שחור פלילי שאינו מוסדר ואינו משלם מסים למדינה. האשמה היא בנו, בכולנו, ועכשיו צריך לתקן.

נכון, לא כל המשתמשים היו "חולים" אבל ייתכן שהם היו צריכים טיפול מונע, וגם סתם ליהנות ממתנה של הטבע מותר. בכל מקרה, מכיוון שלא נוכל להבחין רטרואקטיבית בין אלה שנזקקו לתרופה לבין כל אחד אחר עליו חל בתקופת איסור-הקנאביס ההליך הפלילי, נצטרך לתת חנינה לכולם.

## 6. צדק והיגיון

הפתרון הוא פשוט: צדק והיגיון.

צריך לחוקק מיד שני חוקים: "חוק האמת", ו"חוק הסליחה".


(א) "חוק האמת": ליגליזציה מלאה. פירוש הדבר שמכאן והלאה כל אחד יכול להחזיק או לגדל קנאביס לצריכה אישית; סחר יעבור רגולציה הדומה לזו המוטלת על טבק; קנאביס רפואי, כשמו כן הוא, יהפוך לאופן שבו מערכת הבריאות מנגישה זנים טובים ומיוחדים (או מיצויים וכו') למטופלים בשלל בעיות, בלי החשדנות והבירוקרטיה העכשוויות.

הרשות למלחמה בסמים ובאלכוהול תהפוך לרשות למאבק בהתמכרויות (סיגריות, אלכוהול, סוכר, פחמימות ריקות, אופיאטים, כדורי שינה, וכדומה).

(ב) "חוק הסליחה": חנינה רטרואקטיבית כללית על כל המואשמים בשימוש או בסחר בקנאביס.

אין לנו ברירה. נכשלנו כחברה. הפכנו תרופה-טבעית לעבירה פלילית, והפכנו צרכני תרופה-טבעית לפושעים פליליים. זו הייתה טעות. אין צורך אפילו להתנצל או לבקש סליחה. את זה אפשר לעשות בהמשך. בינתיים, צריך לתקן את מה שקלקלנו כחברה, וכמערכת הבריאות.





מורשעי הקנאביס בעבר הינם לוחמי חירות וקורבנות החברה. הם השתמשו בקנאביס, מכיוון שהרגישו שהוא תורם להם, שהוא עושה להם טוב. את הטוב הזה עדיין איננו מבינים, אבל אנו כבר יודעים שזו מעין תופעת לוואי של התרופה. מה רע בכך שנהנים? ממתי ההנאה במדינת ישראל היא פלילית? הרי אחד הכינויים לקנאביס הוא "כיף".

נכון, אנו זקוקים למתינות. הקנאביס עלול להיות מסוכן, אבל כך גם האוכל. היעדר-מתינות במזון פירושו יתר לחץ דם, השמנת יתר, סוכרת, ועוד. ממש מסוכן. אפשר למות מזה. הרבה יותר מסוכן מקנאביס, אבל איננו אוסרים מכירת מזון בכלל.

ואם תגידו ש"המזון הוא צורך הכרחי, אבל לא חייבים להתמסטר לקנאביס", אומר לכם שעדיין אינכם מבינים.

אנחנו לא יודעים מספיק על הגוף שלנו ועל העולם בשביל להבין מה באמת אנו צריכים. מזון אני אוכל מאוד בצמצום, מספיקה לי כיום 1/3 מכמות המזון שאכלתי לפני עשור, מבלי לרדת במשקל (ועם עליה גדולה בפעילות הגופנית). לגבי קנאביס, גם לגביו איננו יודעים כמה צריך, ומי זקוק לו, אבל מי שזקוק לו צריך לקבל נגישות לקנאביס, בלי להתבייש ובלי להתנצל.

את ההתנצלות כולנו חייבים לתת, לכל אלה שבזמן הצריכה של התרופה חששו להיעצר על-ידי המשטרה (תופעת הלוואי של "חרדה"), או לכל אלה שעברו אל החוויה הנוראה של מעצר, או אפילו רק עיכוב וחיפוש משפיל אחר "חומרים לא-חוקיים".

ואם תגידו, חנינה זה קיצוני, אנחנו לא רוצים אסירים פליליים ברחובות. אומר לכם, אלו גם לוחמי חירות במסע לשחרור התרופה, וגם אנשים שטעו. והרי גם אתם טעיתם, בנוגע לקנאביס, ומכם איננו מבקשים לשלם על הטעות, אז גם להם מגיעה חנינה.

למען הסר ספק, החנינה לא תחול על מעשי אלימות. במקרה של ספק, תוקם וועדה שתבחן מקרי גבול (התנגדות-לכאורה למעצר, למשל).

כך נפתור בבת אחת הרבה בעיות חברתיות: המשטרה תוכל להתרכז בתפקיד החשוב באמת של הגנה על האזרחים, בלי להציק להם; מעל בתי המשפט יוסר עומס מטורף, ובתי הכלא יתרוקנו קצת, והרווחה שבהם תגדל; העלויות המטרופות שמוקדשות כיום לאכיפה, שיטור משפט וכליאה ייחסכו, וניתן יהיה לעשות בהם

שימוש מועיל אחר; והרפואה - היא תקבל הזדמנות להפוך שוב להגונה, במקום העמדה העכשווית שלה, עליה לא ניתן יותר להגן.

יהיה פחות פשע ברחובות. חשבתי שהשר לביטחון פנים אמור לתמוך בזה.

ייפתחו גם אפשרויות אקולוגיות מלהיבות: לצמח הקנאביס (המפ) יש אלפי (!) שימושים אפשריים שונים, ידידותיים לסביבה, כולל אריגים, נייר, בנייה (המפקריט), ועוד.

שנת 2018 יכולה להיות שנת השינוי, 70 שנה למדינה. ניתן להראות שניתן לעשות שינוי, שאיננו תקועים בחשבונות ישנים, בריבים שאין בהם טעם.

ליגליזציה וסליחה.

מצופה שהממסד הרפואי יוביל מגמה זו, או לפחות יתמוך בה בכל לב, פיצוי זעיר על העוול שנגרם בבלי דעת, בטעות.

אבל טעויות צריך לתקן. למשל, להכניס את הקנאביס הרפואי לסל הבריאות, כך שחולים לא יצטרכו לשלם מכיסם הון תועפות על התרופה. הרפורמה הנוכחית עובדת הפוך, ומטילה על הנזקקים לכמות גדולה של קנאביס עלויות עתק.

נצטרך להפסיק את האלימות הממוסדת, הבריורקרטית, שמופנית כיום כלפי אנשים שרק רוצים תרופה טבעית.

בקנדה כבר החליטו ממש לאחרונה על ליגליזציה מלאה (דילגו על שלב "אי-ההפללה", שמשאיר את רווחי הקנאביס בידי השוק השחור). לפי החוק החדש, יוכלו תושבי קנדה לגדל עד ארבעה שתילי קנאביס ולהחזיק עד 30 גרם קנאביס לשימוש עצמי. יוסדרו חנויות קנאביס חוקיות, לצרכנים מגיל 18; המיסוי ייקבע לפי אחוז ה-THC, ורווחי המיסוי (כ-5 מיליארד דולר בשנה), יופנו לתקציבי חינוך.

## 7. חשבון נפש: רפואה אינטגרטיבית

המקרה של הקנאביס צריך לשמש הזדמנות לחשבון נפש ברפואה. חשבון נפש שיסביר כיצד, במשך כל כך הרבה שנים, הרפואה דחתה את כוח הריפוי של צמח טבעי רק מכיוון שהוא לא נראה כמו תרופה פרמקולוגית, ולא נמכר בבתי מרקחת.





חשבון נפש על כך, שהרופאים ראו כיצד נוצרת מערכת לא-הגונה, ולא-אתית, שעסקה בהסדרת הקנאביס, והם לא התקוממו.

חשבון נפש על התפקיד החברתי אותו מילאו הרופאים בהפצת הפחד מהתרופה, עובדה שתרמה הן לקרימינליזציה שלו, והן למגפת תרופות שגורמות בארה"ב לירידה בתוחלת החיים של האוכלוסייה. הקנאביס היה מונע את זה.

חשבון נפש על כך שבמשמרת שלה, של הישגי הרפואה המודרנית, בריאות הציבור צוללת, ומתפשטות מגיפות כמו השמנת יתר, סוכרת, יתר לחץ דם, מחלות לב וריאות, סרטן, וכמובן עששת (שיש רופאים שחושבים שאם נשים פסולת תעשייתית במים [חומצה פלואורוסיליצית, פלואורידים], זה יעזור לעששת ויתרום בסך הכל לבריאות של האוכלוסייה...). תופעות אלו מראות שהרפואה המודרנית לא תמיד יודעת לשמור על הבריאות: היא מתקנת את הגוף, אחרי שהוא כבר נפגע, והיא חסרה עדיין תיאוריה ופרקטיקה מושלמות על אודות בריאות האדם.

המקום החשוב ביותר שהרפואה צריכה להכיר בו, ולכן חשבון נפש, היא שהיא אינה יודעת הכל. יותר מכך, מתברר שהדברים שהיא אינה יודעת, על הקנאביס למשל, יובנו במושגים שלא קיימים עדיין ברפואה המודרנית, במונחי המערכת האנדו-קנבינואידית, למשל, ובאופנים אחרים.

ומה לגבי מפת המרידיאנים ברפואה הסינית? סטודנטים לרפואה "מערבית" לא לומדים אותה, למרות שרופאים יודעים שזה עובד. הם שולחים לטיפולים כאלה פציינטים, במסגרת "רפואה משלימה", המסובסדת על-ידי קופות החולים.

כמומחה ליוגה ולאמנויות לחימה, אני נדהם מהעובדה שהדברים שאני יודע ושולט בהם, לא נחשבים חלק מהרפואה. כך למשל, רופאים לא יודעים לנשום, או לשבת נכון, והם גם אינם מיומנים בתנועה וביציבות, שלא באשמתם. הם לא לומדים טאי צ'י או יוגה בביה"ס לרפואה. הם לא מבינים את הרלוונטיות של הדברים האלה לרפואה.

אולי כשרופאים יחשבו שוב על הקנאביס, הם יבינו שהם מחזיקים רק בחלק מהרפואה, ושלצידה יש הרבליסטיקה, תדרים, תנועה, נשימה, קשר עם הטבע, שעונים ביולוגיים המסונכרנים עם חילופי היום והלילה, עם עונות השנה ועם אור השמש, ועוד, שביחד איתם יוצרים רפואה אינטגרטיבית מפוארת. את הישגי הרפואה המודרנית לא ניתן לקחת ממנה, וגם לא צריך, אבל על הרפואה להכיר גם

במשגים, כדוגמת הקנאביס. לא צריך יותר מדי: חשבון נפש, ותיקון: "חוק האמת" (ליגליזציה), ו"חוק הסליחה" (חנינה).

זה יכול להיות רגע של תקווה לחברה הישראלית, של ערבות הדדית, של חסד כלפי אלו שזקוקים לו, של כפרת עוונות של בורות ופחד, ושל חיסכון אדיר במשאבים כלכליים וחברתיים.

...ורגע של התחדשות של הרפואה, של צד הישגיה המרובים תקבל הזדמנות להתפתח לזירות חדשות, במסגרת רפואה מבוססת-מדע נטול דעות-קדומות.

הכותב מזמין את הרופאים להוביל.





---

## מוסדות ואישים

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

האגודה האמריקאית לביו-אתיקה ולמדעי הרוח (ASBH) הוקמה בשנת 1998 בעקבות התאחדות שלושה ארגונים שונים: הארגון לבריאות וערכי האדם (SHHV), הארגון לייעוץ ביו-אתי (SBC) והארגון האמריקאי לביו-אתיקה (ASBH). AAB הוא ארגון מולטי-דיסציפלינרי ללא מטרת רווח, בו חברים מכל העולם בעלי עניין בביו-אתיקה.

חברי ה-ASBH עוסקים בקידום סוגיות ביו-אתיות, חילופי רעיונות, מחקר, הוראה, פיתוח מדיניות, פיתוח מקצועי ויצירת קשרים בין אנשים העוסקים בתחומים דיסציפלינריים שונים של הביו-אתיקה הקלינית והאקדמית ובמדעי הרוח הקשורים לבריאות.

האגודה מקדמת מטרת אלו בדרכים הבאות:

1. עידוד העסוק והדיון בערכים אנושיים, המיוחסים לשירותי בריאות וחינוך של העוסקים בתחום הבריאות והמחקר.
  2. עריכת מפגשים חינוכיים העוסקים בנושאי הדגל של הארגון.
  3. עידוד מחקרים בנושאי הדגל של הארגון.
  4. תרומה לדיונים ציבוריים בנושא בריאות הציבור והתייחסות לנושאי הארגון.
- הארגון מקיים כל שנה כנס שנתי גדול בתחום הביו-אתיקה, אליו מגיעים מרצים ומשתתפים מכל העולם. כנס זה מאפשר להכיר רבים מהעוסקים בתחום וללמוד על מגוון התחומים בביו-אתיקה.
- ניתן להיעזר באתר האינטרנט של הארגון כדי למצוא עבודה בתחום הביו-אתיקה:  
<http://www.asbh.org>
- לאגודה יש יחידת פרסומים, שבעזרתה הם מוציאים דוחות מחקר וספרים המסייעים לעוסקים בייעוץ אתי, אם זה בכתיבת הנחיות, עקרונות או ספרי חינוך.



UP-HOFFER

המכללה  
האקדמית צפת   
מרכז צפת לביו-אתיקה

