

ביו-אתיקה

מרכז צפת לביו-אתיקה: משפט, מוסר ומדעי הבריאות

המכללה האקדמית צפת

עלון מס. 19 | אפריל 2019

עורכת: ד"ר לימור מלול

עורכת לשונית: חנה כרמי

מערכת: פרופ' תמר גדרון, פרופ' נדב דוידוביץ', הרב ד"ר מאיר דובדבני, עו"ד נורית דסאו, פרופ' מוחמד ותד, ד"ר רותם ויצמן, פרופ' אמנון כרמי, ד"ר דניאל מישורי, פרופ' ז'ק מישל וד"ר נילי קרקו-אייל.

כתובת: limorbiolaw@gmail.com

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

תוכן עניינים

4.....	דבר העורכת
5-8.....	בעין המשפט- פשרה בתיק האלטרוקסין
9-10.....	בראי הכנסת- מדיניות חיסונים לאומית ומתן תמריצים להתחסנות
11-16.....	בעין המשפט- הזכות לפיצוי במשטר ללא אשם בדגש על תרומתו בשדה הילודה
17-21.....	בעט האקדמיה- דילמות אתיות ברפואה דחופה ובמצבי חירום
22-23.....	ביו-אתיקה בראי הדת- קבלת שכר טיפול רפואי במשפט העברי
24-27.....	שיקולי דעת אתיים ביחס לאריכות חיים
28-42.....	במרחב הגלובלי- איום על בריאות הציבור?
43-45.....	הזכות להורות או הזכות לאשליה
46-48.....	אתיקה וביו-אתיקה לילדים ונוער
49-55.....	הסדרת הטיפול בקטינים בלתי מלווים במערכת הבריאות
56-59.....	משפט ורב תרבותיות- סיום החיים, דתיות וחילוניות
60-63.....	במרחב הטיפולי- כללים להתקשרויות בעלות אופי מסחרי של מוסדות
64.....	מוסדות ואישים- מאגר הביו-אתיקה של אוניברסיטת ליוולה מרימאונט

דבר העורכת

קוראות וקוראים יקרות ויקרים,

'מידע רפואי' מהווה אתגר בהקשרים שונים במערכת הבריאות. אחת הדילמות העולות במהלך טיפול, בהקשר זה, נוגעת לשאלת האיזון בין השמירה על פרטיות המטופל, לבין הצורך להגן על הסביבה (על אדם אחר או אנשים מסוימים ולעיתים על הציבור בכללותו). שאלה זו קיימת כל אימת שנדרש גילוי של מידע רפואי הנוגע למטופל מסוים, כדי להגן על זכויותיו (בעיקר על שלמות גופו או חייו) של אדם אחר (או אחרים).

לאחרונה הובא מקרה, שהוגדר כפורץ דרך, בנושא זה: תביעה שהוגשה על-ידי אישה שניזוקה בשל מחלה תורשתית שלא הובאה לידיעתה. הידיעה פורסמה פורסם ב- **The Guardian**, ראו:

<https://www.theguardian.com/science/2018/nov/25/woman-inherited-fatal-illness-sue-doctors-groundbreaking-case-huntingtons>
תחת הכותרת:
"Woman who inherited fatal illness to sue doctors in groundbreaking case"

האישה נקטה בהליכים משפטיים עקב הנזק שהסב לה המחדל הרפואי של אי-גילוי מידע בנוגע למחלת הנגטיטון (Huntington Disease) התורשתית מצד אביה. האישה גילתה לאחר הלידה שאביה נושא את הגן למחלת הנטינגטון (מחלה ניוונית-פרוגרסיבית של מות תאי המוח, מדובר במחלה תורשתית חשוכת מרפא). מאוחר יותר גילתה התובעת כי הגן הועבר אליה ואל ביתה בתורשה, וכי לביתה, שכעת היא בת שמונה, יש סיכוי של 50% לחלות במחלה. התביעה, שהוגשה נגד בית-חולים בלונדון, עשויה להוביל לשינוי מרחיק לכת בכללים החלים על החובה החלה על המטפלים לשמירה על סודיות רפואית.

מקרה זה הציף את שאלות אתיות רבות, המתעוררות לאור האוטונומיה הרחבה (יש שיאמרו האבסולוטית) המוענקת כיום למטופלים. הזכות לאוטונומיה מקימה חובה להימנע מכל פגיעה בפרטיות המטופל, ומבססת את יכולתו לשלוט במרחב האישי שלו, לרבות על המידע הנוגע למצבו הבריאותי. זכות המטופל מקימה חובה לסודיות רפואית, אלא שמקרה זה עשוי לחולל שינוי בחובה המשפטית והאתית החלה על המטפלים בנוגע לסודיות רפואית. מקרה זה, שדן באי-גילוי מידע גנטי, הבהיר למעשה כי מחויבות המטפלים אינה ברורה באופן חד-משמעי. המחויבות הראשונית של המטפל הינה כלפי המטופל שלו, אלא שבמקרה ספציפי זה, כמו גם במקרים דומים אחרים, המטופל אינו דווקא הנבדק. לפיכך, יש להרחיב את נקודת המבט ואת הדיון הביאותי במקרים בהם המידע שהתגלה מצביע על קיומם של חולים פוטנציאליים (לעיתים עם סיכון ממשי לתלואה).

**קריאה מהנה,
לימור.**

בעין המשפט

פשרה בתיק האלטרוקסין – אושרה על-ידי השופט פרופ' עופר גרוסקופף. 29.11.2018 / תמר גדרון

לאחר כשבע שנים של דיונים משפטיים, נחתם בבית המשפט המחוזי מרכז פסק דין המאשר פשרה בתובענה ייצוגית נגד פריגו ישראל סוכנויות בע"מ, על פיו תשלם פריגו, בעלת הרישום והמפיצה של תרופת האלטרוקסין בישראל מאז 2010, סכום של כ- 45 מליון שקל לצרכני התרופה שסבלו כאב וסבל כתוצאה מיציאה מאיזון הורמונאלי של בלוטת התריס עקב שינוי הפורמולציה של התרופה בתחילת שנת 2011.

הדרך לאישור הפשרה הייתה מורכבת ועברה שלבי דיון רבים.

להלן תקציר מהלך העניינים וסיכומם:

בחודש פברואר 2011, נטלו את התרופה אלטרקסין למעלה מ-330.000 מטופלים בישראל. האלטרוקסין הייתה אז התרופה היחידה הרשומה לטיפול בתת פעילות של בלוטת התריס.

באותו מועד הוחלל בשיוק פורמולציה חדשה של התרופה, לאחר שהרכב הרכיב הבלתי פעיל בה שונה. משרד הבריאות אישר את השינוי והוא דווח לקופות החולים ולרופאים המטפלים. הדיווח היה לאקוני וענייני ולא הכיל שום התוויה לדיווח למטופלים עצמם אודות השינוי בפורמולציה, או הנחיה לביצוע מעקב רפואי באמצעות בדיקת דם, על מנת לבדוק את השפעת השינוי, לאחר כששה שבועות של נטילת התרופה בהרכבה החדש.

באותה עת כבר היו קיימים דיווחים אודות תופעות לוואי כתוצאה מהשינוי במדינות שונות- בעיקר ניו זילנד ודנמרק, אולם הודעה על כך נמסרה למשרד הבריאות ולרופאים רק שבועות לאחר שהתרופה בהרכבה החדש הוכנסה לשימוש שוטף.

הואיל והמטופלים לא תודרכו לגבי האפשרות ששינוי הפורמולציה עלול לגרום תופעות לוואי, הידיעות אודות מטופלים שחוו תופעות שונות האופייניות ליציאה מאיזון הורמונאלי גרמו להיסטריה ציבורית, שהייתה מלווה בכותרות בולטות בעיתונות ("רמדיה 2") שהעצימו את הבהלה ואת תחושת הבלבול וחוסר האונים של המטופלים, בעיקר אלו שאצלם אכן הופיעו תופעות הלוואי האופייניות: עייפות, דיכאון, נשירת שיער. וועדת בדיקה שהקים משרד הבריאות קבעה כי "יש קשר נסיבתי ברור בין הכנסת

הפורמולציה החדשה לשיווק במדינת ישראל לבין התגברות הדיווחים על תופעות לוואי". עוד המליצה הוועדה על עריכת שינויים מבניים ורגולטוריים משמעותיים.

תשע בקשות שונות לאישור תובענות ייצוגיות של נפגעי האלטרקסין הוגשו בבתי המשפט המחוזיים בארץ במהלך 2011-2012. בסופו של דבר אישר השופט פרופ' עופר גרוסקופף (היום שופט בבית המשפט העליון) תובענה מאוחדת אחת באמצעות בא הכוח המייצג עו"ד יעקב דוידוביץ', נגד פריגו סוכנויות בע"מ, בעלת הרישום על התרופה והמשווקת שלה אותה עת בישראל. התובענה התבססה על חוק הגנת הצרכן, והטענה העיקרית בה הייתה כי משווקת התרופה הפרה את חובת הגילוי כלפי המטופלים והסתירה מהם מידע רלבנטי הקשור ונובע משינוי הפורמולה של האלטרקסין; לא התריעה בפניהם על כך שישנה אפשרות שחלק מהמטופלים יחוו תופעות לוואי אופייניות ליציאה מאיזון הורמונאלי ברמות משתנות; ולא הדריכה אותם לבצע מעקב אחרי שינויים אפשריים באמצעות בדיקת דם לאחר תקופה מסוימת של שימוש בתרופה החדשה.

הבקשה אושרה ב-2015. ערעור לבית המשפט העליון על החלטת האישור הוביל להעברת התיק לגישור בפני נשיא בית המשפט העליון (בדימוס) ד"ר גרוניס שבסימום, ולאחר תיקונים שנבעו מהתנגדויות שונות, לרבות זו של היועץ המשפטי, הגיע הסדר הפשרה חזרה לשולחנו של השופט גרוסקופף ואושר כאמור ביום 29.11.2018.

לאור חשיבותן של כמה סוגיות שנדונו במהלך השלבים השונים של הדיון, ובעיקר בכל הנוגע לנזקים שבגינם יינתן פיצוי ולמנגנון הפיצוי המורכב שעל ביצועו הופקד מנהל בתי המשפט בדימוס, השופט דן ארבל, קריאת פסק הדין חייבת להיות מלווה לכל ארכה ב"הערת אזהרה" חשובה: מדובר בפסק דין המאשר פשרה. מסגרת הפיצוי עליה הוסכם עם הנתבעת, פריגו סוכנויות בע"מ, הכתיבה חלק ניכר מהתוצאות האופרטיביות של פסק הדין והשפיעה, עובדתית, גם על סוגיות חשובות וערכיות שעלו במסגרתו. לכל אלו השלכה ישירה ומהותית על ההתפתחות והכיוון שהפסיקה הישראלית תאמץ בהמשך הן בנוגע להיקף ההגנה על האוטונומיה וחפש הבחירה של מטופלים ושל צרכני תרופות בכלל, והן בנוגע להגדרה ולמיסגור המדויק של סוג הנזקים שיכשיר את המטופלים/הצרכנים לקבל פיצוי – בתביעות פרטניות אישיות ובתביעות ייצוגיות על פי חוק הגנת הצרכן- בפרט.

על פי הפשרה שאושרה סכום הפיצוי שתשלם פריגו סוכנויות בע"מ, בגובה 45,768,900 ₪, ישולם לאותם מטופלי אלטרקסין שלקחו את התרופה לפני שינוי הפורמולציה והמשיכו לצרוך אותה גם בהרכבה החדש וחוו כאב וסבל כתוצאה מכך, וזאת עד לסכום של 9500 ₪ לכל מטופל זכאי (בכפוף להתאמות מאוחרות שישקפו את הנתונים האמיתיים של המטופלים הזכאים). מטופלים אלו יקבלו פיצוי שישקף את עצמת התופעות שחוו לאחר שיוכחו את זכאותם והיקפה לוועדת הפיצוי באמצעות מסמכים

מתוך השוואת הנתונים המספריים שלעיל, מספר המטופלים הרלבנטיים מחד והסכום העומד לחלוקה לנפגעים מאידך, כשבפועל כל הצדדים נמצאים במצב של אי ידיעה גם לגבי מספר הנפגעים שסבלו בפועל מתופעות לוואי שגרמו להם כאב וסבל, גם לגבי גובה הנזק שנגרם לכל אחד מהם וגם לגבי היכולת שלהם להוכיח את זכאותם והיקפה, ברור שבית המשפט, שפסקתו הייתה מראש ממוסגרת בתחום הפיזיו לוו הסכימה הנתבעת, צריך היה להגדיר בדיוק מירבי מי מבין כלל צרכני התרופה בתקופה הרלבנטית יזכו בפיזיו ומי לא. לא ניתן היה, וגם לא ברור אם לדעת בית המשפט צריך היה, לאפשר פיזיו הן לנפגעים שסבלו כאב וסבל כתוצאה מיציאה מאיזון הורמונאלי, והן למטופלים שלא חוו תופעות לוואי כלשהן פרט לפגיעה באוטונומיה שלהם.

משכן, פסק הדין של השופט גרוסקופף הותיר את המטופלים מן הסוג השני מחוץ להסדר הפשרה שאושר. מי שלא חוו בפועל כאב וסבל לא נכללו בגדר הזכאים לפיזיו. האוטונומיה של המטופלים כשלעצמה, לא זכתה להגנה וכן לא השפעותיה הסובייקטיביות של הפגיעה בה. גם מטופלים שחשו בעטיה תחושות של בלבול, חשש, חוסר הבנה ותסכול לא יזכו לפיזיו. זכותם לדעת על השינוי בתרופה אותה הם צורכים, זכותם לדעת על קיומו של חשש לתופעות לוואי אפשריות, וזכותם לדעת שעליהם לנטר את מצב האיזון ההורמונאלי שלהם על מנת להבחין אם חלה בו הרעה לאור השינוי בפורמולה של התרופה, והתחושות השליליות שחוו כתוצאה מאי הידיעה הזו, כל אלו לא זכו להכרה בפסק הדין המאשר את הפשרה, גם לא ברמה ההצהרתית.

אין ספק שהקביעה הזו של בית המשפט, אפילו בהתחשב בעובדה שמדובר באישור פשרה, מחייבת תשומת לב מיוחדת. גם השופט גרוסקופף עצמו מוצא לנכון לנמק מדוע בהחלטתו לאשר את התובענה הייצוגית, ב-2015, הוא כלל מפורשות את הפגיעה באוטונומיה של מי שלא חוו כאב וסבל בשל היציאה מהאיזון כראש נזק שיזכה בפיזיו אם קיומו יוכח, ואף ראה לנכון להדגיש שמדובר בפגיעה בליבת האוטונומיה וכי ההיסטוריה הציבורית שנגרמה עקב העלמת המידע תרמה לסבלם של המטופלים, ואילו באישור הפשרה, בסוף 2018, ראש הנזק הזה ("רק" פגיעה באוטונומיה ותוצאותיה הסובייקטיביות ללא קיומו של כאב וסבל) הוצא מגדר הזכאות המוסכמת. ארבעה נימוקים מצויים בפסק הדין: ראשית, הזכאות הלכאורית של נפגעי האוטונומיה נקבעה בשלב ראשוני של אישור התובענה הייצוגית. לא ברור כלל אם ועד כמה הפגיעה הזו הייתה מוכחת אילו התקיים דיון בסוגיה זו והיו נשמעות ראיות לגביה. שנית, הפסיקה של השנים האחרונות, וביתר עצמה הפסיקה שלאחר פרסום מאמרו של השופט יצחק עמית מבית המשפט העליון בנוגע לצורך בריסון האוטונומיה, "סוס הפרא" בלשונו, הביעה הסתייגות מהתחולה הרחבה של ההגנה על האוטונומיה. שלישית, בהתחשב במגבלת הסכום אותו הסכימה הנתבעת לשלם, מתן פיזיו למטופלים שחוו כאב וסבל כתוצאה מיציאה מאיזון חשוב יותר מפיזיו של

אלו שלא חוו נזק ממשי. רביעית, ובהמשך לנימוק הקודם, העדפת מי שנפגעו ממשיית נעשתה במסגרת הסכם הפשרה על דעת שני הצדדים ולכן יש לתת לה תוקף.

את הדיון בשאלת הנזקים המזכים בפיצוי חותם השופט גרוסקופף בהערה חשובה. הוא מציין כי במידה ויישארו סכומים עודפים בקרן הפיצוי לאחר שכלל המטופלים שזכאותם הוכחה יקבלו את הסכומים המגיעים להם, ייתכן וייפתח פתח לפיצוי יתר המטופלים על הפגיעה באוטונומיה שלהם. ניתן לקרוא הערה זו כהבטחה למי שלא הוכרו כזכאים לפיצוי בשלב הראשון שעניינם ישוב ויעלה במידה וסכומי הכסף שייוותרו בקרן יצדיקו זאת, וניתן לקרוא אותה גם כציון דרך משפטי המבטיח כי ההגנה על האוטונומיה עדיין מוכרת וכי בהינתן הנסיבות הנכונות היא גם תבוא לידי ביטוי הולם, משפטי וכספי.

לצד הניתוח המשפטי המדוקדק הן בהחלטה לאישור התובענה כייצוגית והן בפסק הדין שבו אושרה הפשרה, חשוב לציין שלצורך בדיקת זכאותם של המטופלים הרלבנטיים לפיצוי הוקם מנגנון ייחודי ומורכב, שמימונו הוטל על הנתבעת במסגרת סכום קצוב עליו הסכימו הצדדים. אין ספק שמדובר בתהליך פיצוי שיהיה מורכב, ארוך ואולי גם בעייתי, בעיקר בגלל המספר הרב של המטופלים באלטרנקסין בתקופה הרלבנטית וגם בגלל היעדר צפי אמיתי לגבי מספר המטופלים שיוכלו לעמוד בתנאים הקבועים בהסדר הפשרה לצורך הכרה בזכאותם.

את מידת הצלחתו של מנגנון הפיצוי ואת הנכונות של פסיקה עתידית להטמיע את ההעדפות הערכיות שהפשרה ופסק הדין שאישר אותה משקפים נדע רק בעוד ימים רבים. בראי הכנסת

בראי הכנסת

מדיניות חיסונים לאומית ומתן תמריצים להתחסנות / נורית דסא

הצעת חוק לתיקון פקודת בריאות העם (מדיניות חיסונים לאומית ומתן תמריצים להתחסנות),

התשע"ט – 2018

מחלת החצבת עלתה לכותרות בחודשים האחרונים לאחר עלייה משמעותית בשיעורי התחלואה בארץ. על פי נתוני משרד הבריאות מתחילת חודש נובמבר, בעוד שבחודשים יוני ויולי התגלו פחות מ-75 מקרים חדשים בחודש הרי בחודש ספטמבר כבר היה מדובר על 321 מקרים חדשים ובחודש אוקטובר על 735. בסך הכל התגלו מחודש מרץ עד עתה 1,401 מקרים. הנתונים חמורים במיוחד מצד אחד לאור היותה של מחלת החצבת המחלה הזיהומית המדבקת ביותר, כאשר בחלק מהמקרים סיבוכיה עלולים להיות קשים ואף לסכן חיים – בתחילת החודש תינקת לא מחוסנת בת שנה וחצי נפטרה מהמחלה, מצד שני לאור היותה ניתנת למניעה על ידי קבלת חיסון.

לאור זאת, הוגשה בסוף חודש אוקטובר הצעת חוק לתיקון פקודת בריאות העם (מדיניות חיסונים לאומית ומתן תמריצים להתחסנות), התשע"ט – 2018, המציעה לאמץ פתרון מערכתי וארוך טווח לסוגיית החיסונים, מתוך תפיסה שמדובר בנושא שעקב חשיבותו העליונה לבריאות הציבור ראוי שיוסדר בחקיקה ראשית. הצעת החוק אושרה על ידי ועדת השרים לחקיקה והועברה לדיון מליאת הכנסת.

הצעת החוק מסדירה ארבע רמות שונות של מעורבות ממשלתית במדיניות חיסונים לאומית:

ברמה הראשונה המדינה תפעל להשגת מלוא המידע על שיעורי ההתחסנות באוכלוסייה הכללית על מנת לאתר בזמן אמת "כיסים" של תת-התחסנות, לטפל בהם נקודתית וכן לתת על כך דין וחשבון לציבור, זאת לאחר שנמצא שיעורי ההתחסנות באוכלוסייה הכללית בארץ סבירים ביחס לעולם המערבי, למעט "כיסים" של אוכלוסיות לא מחוסנות באזורים מסוימים. לשם כך שר הבריאות יקים מאגר מידע ארצי ממוחשב אשר יכלול פרטי זיהוי של האדם המתחסן כגון שם, מען וכד', וכן את סוג החיסון שקיבל, מועד החיסון ומקום קבלתו. כן ייקבעו הוראות בדבר ניהול המאגר ובכלל זה האופן והדרכים למסירת המידע במאגר, שמירת סודיות הנתונים, חיסיון הפרטים האישיים, המידע שיישמר בו ומשך שמירתו.

ברמה השנייה, המדינה תפעל להסברה והנגשה של מערך החיסונים, כדי להגביר את אמון הציבור

ברפואה המודרנית, לרצף את ההתנגדות והספקנות שמקורן בחוסר מודעות או בורות, וכן להבטיח את הנגישות של כל ילד לקבלת החיסונים הרלוונטיים במועד. לשם כך משרד הבריאות יפרסם לציבור אחת לשנה בסמוך לפתיחת שנת הלימודים במערכת החינוך, דין וחשבון בדבר שיעורי ההתחסנות בחיסוני השגרה, אשר יכלול בין היתר את שיעורי ההתחסנות בכל חיסון שגרה לפי פילוח גיאוגרפי, סוציו-אקונומי ולפי מוסדות חינוכיים, מגמות בשיעורי ההתחסנות בחיסוני השגרה לעומת שנים קודמות וכל נתון אחר לעניין חיסוני השגרה שהמשרד סבור שיש ערך בהבאתו לציבור.

ברמה ה**שלישית**, משרד הבריאות ידרוש מהורים שמסרבים לחסן את ילדיהם להשתתף במפגש מידע שבמהלכו יימסר להם מידע בנושא התחסנות, ושלאחריו תינתן להם האפשרות לחזור בהם מהחלטתם ולחלופין לחתום על הצהרה בדבר סירובם לחסן את ילדם. הצהרת סירוב תכלול בין היתר פירוט החיסון או החיסונים שהורה מסרב שילדו יקבל, פרטיו האישיים של הילד והוריו, מידע מפורט בדבר ההשלכות הבריאותיות האפשריות עבור הילד ועבור סביבתו כתוצאה מסירוב כאמור, פירוט סיבת הסירוב ונסיבות המצדיקות ויתור על חיסון עקב סיבה רפואית אם קיימות. במקרה בו הורה מסרב לחתום על הצהרת סירוב או לא השתתף במפגש המידע אליו הוזמן, הדבר יצוין על גבי הצהרת הסירוב וההורה ייראה כאילו חתם עליה, ובנוסף - במקרה בו לא הגיע למפגש - תופחת זכאותו בנקודת קצבה או זיכוי אחת בעד אותו ילד באותה שנת מס.

ברמה ה**רביעית** המדינה תנקוט בצעדים חריגים, כגון הרחקה של ילדים לא מחוסנים ממוסדות חינוך, אך ורק כאשר קיים חשש ממשי להתפרצות מחלה עקב תת-התחסנות. כך, במקרה של חשש להתפרצות מחלה שכנגדה ניתן חיסון מחיסוני השגרה, שר הבריאות רשאי, מבלי לגרוע מכל סמכות אחרת הנתונה לו לפי כל דין, להורות על הפסקת פעילותו של מוסד חינוכי באופן מלא או חלקי, להנחות מוסד חינוכי שלא לאפשר לאדם שלא חוסן מפני המחלה לגביה קיים חשש להתפרצות להשתתף בפעילות המוסד החינוכי עד אשר יחוסן או עד אשר יוסר החשש וכן לפנות באופן יזום לכל אדם המצוי בשטח המוסד החינוכי ולהורי הילדים שלא חוסנו מפני אותה מחלה, ולהורות להם להתחסן במועד ובמקום שייקבעו על ידי המשרד.

בימת המשפט

הזכות לפיצוי במשטר ללא אשם בדגש על תרומתו בשדה הילודה / רויטל שטיינר*

בשנת 2017 פרסם מרכז המחקר והמדע של הכנסת דוח על רשלנות רפואית, במטרה ללמוד על היקף מקרי הרשלנות הרפואית בישראל. עיון בדוח מצביע, בין היתר, על מגמה של עליה מתמדת בהגשת תביעות רשלנות רפואית. למרות הקושי להצביע על מספר התביעות, בגין אכן שולם פיצוי, ניכרת מגמה עולה בסך התשלומים המשולמים לתובעים. הדוח מעלה כי ככלל, חלה עלייה של כמעט פי שניים בסך התשלומים עבור תביעות בגין רשלנות רפואית בין השנים 2005-2015. כך, למשל, בעוד שבשנת 2005 הוגשו 597 תביעות רשלנות רפואית, גדל מספר התביעות בשנת 2015 ל-1,008; ומתשלומים של כ-138 מיליון ש"ח בשנת 2005, לסכום של כ-262 מיליון ש"ח בשנת 2015. לפיכך, על פי נתוני משרד הבריאות ומשרד האוצר, שילמה ענבל, חברה לביטוח בע"מ, בין השנים 2005-2015, כ-2.32 מיליארד ש"ח בגין תביעות רשלנות רפואית במוסדות רפואיים ממשלתיים. הדוח מעלה, לדברי משרד הבריאות, כי בין יתר תחומי הרפואה המובילים בתשלום בגין תביעות רשלנות רפואית, בולט תחום המיילדות. פרט להשלכות הנוגעות לקופת המדינה, מונה עמו הדוח גם את ההשלכות על נותני שירותי הרפואה. לדברי ההסתדרות הרפואית לישראל (הר"י), חלה עלייה משמעותית בשנים האחרונות של תביעות ילודים, שנפגעו בלידתם ובסכומי הפיצויים הנפסקים בגין רשלנות. אם כן, הסיכון הנלווה למקצועות אלה (מיילדות ואחרים) בנוגע לתביעות, גורם להתרחקות רופאים מעיסוק בהם או לעיסוקם בתת נושאים, אשר אינם באים במגע ישיר עם אותם הסיכונים. מגמות אלה הביאו להתפתחות תופעה נוספת – 'הרפואה המתגוננת'. לתופעה זו השלכות רבות, ביניהן, השפעה על מקבלי שירותי הרפואה. הדוח מסיים בשתי נקודות שיהוו עיקר ענייננו:

- א. רעיון חלופי לגישת דיני הנזיקין: מודל פיצוי "ללא עוולה או אשם" (להלן: "פיצוי ללא אשם"), המייתר את הצורך בהוכחת התנהגות רשלנית לצורך קבלת פיצוי והמתיר זכאות לקבלת פיצוי על סמך קשר סיבתי בין הטיפול הרפואי הניתן - לנזק בלבד.
- ב. "הצעת חוק פיצוי לפגועים מלידתם, התש"ע-2010" (להלן: "הצעת החוק") אשר מתבססת בין היתר על מודל זה ומהווה פתרון אפשרי לסוגיה העולה ולאחרות.

בסוף שנות ה-80, שעה שביטוחי הרשלנות הכו חזק בשדה המיילדות בארצות הברית והביטוח הרפואי בתחומי הילודה והגניקולוגיה היה מהיקרים ביותר (בפלורידה אף היקר ביותר), החלו את פעילותן

בווירג'יניה ופלורידה, תכניות פיצוי – המבוססות 'אין-אשם' בתחום הילודה:

בווירג'יניה Virginia Birth-Related Neurological Injury Compensation Program (BIP)
בפלורידה Florida Birth-Related Neurological Injury Compensation Association (NICA).

תכניות אלה מציעות זכאות לפיצוי אם הוכחה סיבתיות בין הליך הלידה לפגיעה. זאת, להבדיל מפגיעה רשלנית, פגיעה מבוססת ממצא, שמקורו אי תקינות קוגניטיבית או גנטית או תוצאה שניתן היה למנעה. ההצטרפות לתכנית היא רצונית לרופאים, אם כי בפלורידה זוהי חובה עבור בתי החולים. ככל שלא התקיימו סייגים ספציפיים, מטופל שמצא עצמו ניזוק וידע כי המטפל מאוגד בתכנית זו, יאלץ לחפש מענה בהליך מקביל בלבד, כזה שאינו משפטי. המטרה האולטימטיבית לתכניות הייתה סלילת דרך מחודשת לקבלת פיצוי עבור עוברים עם פגיעות נוירולוגיות חמורות. מעבר מהשדה המשפטי המסורתי לשדה מקביל המציע "פיצוי מנהלי" כחלק מתכנית, כך שרופאים ובתי החולים יהיו חסינים לתביעות רשלנות. מאחורי הרעיון בפיצוי מנהלי, עמדו יתרונות ברורים: הליך מהיר ואמין לפתרון התיק, הפחתה משמעותית בתביעות ובעלויותיהן, שליטה טובה יותר בניהול מערכתי-כלכלי, העלאת הנכונות לקיום דיון פתוח ודיווח על טעויות רפואיות ותמרוץ גבוה יותר עבור נותני שירותי רפואה, לשימור תקינות הטיפול ורמתו.

הליך הגשת התביעה בוורג'יניה (BIP) נדון בפני וועדה רפואית עצמאית. חוות דעתה תועבר להכרעה בשתי ערכאות וההכרעה עשויה להינתן על ידי משפטנים מומחים בפגיעות עבודה. תנאי זכאות שיבחנו יהיו, לדוגמה: קרות פגיעה מוחית או פגיעה בעמוד השדרה, חיות העובר, פגיעה הנובעת מחסר חמצן או פגיעה מכנית שארעה במהלך עבודה, ניווד או הובלה, החייאה ועוד. התכנית ממומנת על ידי תשלומי השתתפות שנתיים ועל ידי רכישת פרמיות המבוססים (בתי חולים, גניקולוגים, מיילדות ועוד). כמו כן, מעניקה התכנית גם כיסוי בגין נזקים, עבורם התובע לא היה מקבל פיצוי דרך ביטוח ציבורי או פרטי, כגון: אבדן השתכרות בהתאם לתשלום שהיה מקבל הניזוק בטווח גילאי 18-65, מימון פיצוי והוצאות רפואיות ככל שאלו שירותים סבירים ונחוצים כדוגמת: בתי חולים, שיקום, מגורים והשגחה, ציוד רפואי, נסיעות לצורך קבלת השירותים הרפואיים והחזר הוצאות משפטיות שהיו נחוצות להליך כגון עו"ד. התשלומים מתקבלים בצורת שיפוי/החזר בניגוד למענק הקבוע מראש. חריג לעניין המענק יהיה, מותו של ילוד במהלך 180 ימי חייו הראשונים, שם יתאפשר מענק של עד 100,000 ככל שהיה זכאי לתנאי התכנית.

בפלורידה (NICA) לעומת זאת, התכנית מעסיקה שני מומחים אשר חוות דעתם תועבר לשופט המכריע בתביעה ("Administrative law judge" (ALJ)). הקריטריונים זהים ברובם לאלה בוורג'יניה, אך קיימים הבדלים קלים, לדוגמה: דרישת סף למשקל הילוד, 2.5 ק"ג. בתחילה קיבלה התכנית מימון מהמחוקק

וכיום המימון, בדומה לווייג'יניה, הינו מתשלומי השתתפות ורכישת אחריות המבטוחים (החייבים בהשתתפות והמשתתפים מרצונם). התכנית מעניקה מימון, בדומה לווייג'יניה, מבחינת הוצאות רפואיות סבירות, הוצאות משפטיות הנדרשות למילוי התביעה (למרות שייצוג אינו נחוץ) וכאלה שאינן מתקבלות על ידי ביטוח פרטי או מקורות אחרים. בניגוד לווייג'יניה, התשלומים משולמים לאורך חייו של הילוד. מתאפשר תשלום חד פעמי להורי הילוד או אפטרופוסו עד לגובה של \$100,000 ועד לפיצוי של \$10,000 במקרה מוות.

בשתי התכניות לא ניתן לקיים הליך נזיקי מקביל ("ייחוד העילה") וניתן לערער על ההחלטה. במבט כללי על ביקורות, הערכות אקדמיות וסקירות רשמיות שבוצעו, נראה כי התכניות קידמו את יעדיהן העיקריים והגשימו את מטרותיהן. התכניות השפיעו רבות על השדה הנזיקי בתחום הילודה, קידמו את המהירות ואת היעילות של תביעות ברות פיצוי והפחיתו בתשלומים הנלווים. בכך, נוצר מענה המטיב עם הילודים הניזוקים ומשפחותיהם. גם ההשפעות החיוביות על נותני שירותי הרפואה בתחום הילודה והגניקולוגיה מיהרו לבוא. פחתו התשלומים הגבוהים לתביעות נזיקין, והוזלו הפרמיות עבור הביטוחים על משתתפי התכנית ואחרים כאחד.

המודל הנזיקי המסורתי לקבלת פיצוי בגין תביעות רשלנות רפואית הוא המנחה כיום בישראל. בשנת 2010 עלתה בכנסת הצעת חוק פיצוי לפגועים מלידתם של חברי הכנסת מאיר שטרית, זאב אלקין, אברהם מיכאלי, חיים כץ וחברי כנסת נוספים, אשר אושרה בקריאה טרומית בשנת 2012. הצעת החוק נועדה לאפשר פיצוי אוטומטי למשפחות אשר בחיקן היילוד נושא מום מולד או גנטי הגורם לנכות קשה (להלן: "נזק"). הרעיון מהווה דוגמה ל-"מערכת פיצוי ללא אשם" (No-Fault Compensation Scheme), הקיימת ומתפקדת בהצלחה בווייג'יניה ובפלורידה (תכניות לפיצוי יילודים) כמוזכר לעיל, וכמו גם, בסקנדינביה ובניו-זילנד.

בשונה מכלליה של המערכת הנזיקית, בה נדרש ניזוק בתביעת רשלנות רפואית להוכיח קשר סיבתי בין ההתנהגות הרשלנית ו/או פגם בקיום הסטנדרט הרפואי הנדרש - לנזק, על פי הצעת החוק תתאפשר הזכאות לפיצוי, נוכח עצם קרותו של הנזק בלבד. החידוש על פי הצעת החוק, הנו במרכיב הסיבתי אשר מטיל מעין "אחריות מוחלטת" כקיימת בהסדר הפלג"ד בכפוף לעמידה בתנאי התכנית, נסיבות המקרה ושיקול דעתה של הוועדה הרפואית הממונה לעניין.

הנימוקים הנכונים לצורך ביסוס הנחיצות בהצעת החוק לקידום מודל פיצוי "ללא אשם" בישראל כוללים, בין היתר, את המגמה העולה בתביעות רשלנות רפואית ככלל, והנוגעות להריון ולידה בפרט. את האחוז השכיח יחסית המהווה כ-2% עד 3% מן העוברים עם פגם גנטי קשה, את הרפואה המתגוננת, הניכרת בתחום ההריון והלידה ומשליכה על איכות סטנדרט השירות הרפואי. כמו גם את הפיצויים

הרבים וגוהם, המשולמים בהתאמה ואפשרותם של ניזוקים להיוותר בלא פיצוי בסופו של הליך ארוך.

הרעיון המובא בהצעת החוק במסגרת 'מודל הפיצוי ללא אשם', מקדם מספר פתרונות לסוגיות שהועלו ולסוגיות נוספות. על פי הצעת החוק, המועמדות לקבלת פיצוי תועבר לבחינת וועדה רפואית במינוי של שר הבריאות. הוועדה תמנה רופאים מומחים בעלי וותק מומחיות של 10 שנים או יותר, בתחומים הנושקים להריון ולידה. על פי הצעת החוק, מקרים הנבחים לפיצוי, יצטרכו לעמוד בשניים מבין שלושת תנאי הסף: 1. נזק למבקש; 2. אשר נגרם על ידי טיפול רפואי, בידי צוות רפואי במוסד רפואי; 3. אשר ניתן היה למנוע הן על ידי מידע שהיה מביא לאי לידת המבקש והן על ידי טיפול מתאים. זאת, ככל שבדיקה שניתן היה לבצע באותה עת הייתה מביאה לידיע הרפואי הזמין באותו זמן. אומדן שיעור הפיצוי יכלול, בין היתר: טיפול ושיקום, תרופות, מזון מיוחד וטיפולים רפואיים ופרא-רפואיים, טיפול סיעודי ושינויים בסביבת מגורי הזכאי, אבדן הכנסה ותשלום חד פעמי שלא יעלה על 250,000 ש"ח. על מנת למנוע "כפל פיצוי", על זכאי התכנית יחול עיקרון "ייחוד העילה", המונע את התכונות של תביעה לפיצוי נוסף על פי דין אחר. החלטת הוועדה הרפואית תינתן לערעור.

הצעת החוק מיטיבה הן עם הניזוקים, הן עם קופת המדינה והן עם נתני שירותי הרפואה, כמו גם עם מקבלי שירותי הרפואה ושומרת על איכות הטיפול הרפואי והסטנדרט המקובל. להלן מיתרונות הצעת החוק על גורמים אלה:

הניזוקים: היות הפיצוי המובטח "אוטומטי" מביא להקלה על אורכו ומורכבותו של הליך בר פיצוי האופייני לתביעות רגילות של רשלנות רפואית ואף מעלה את הנגישות להליך בר פיצוי. כמו כן, תנאי סף עשויים לוודא את זכאותם של ניזוקים בלבד ליהנות מפיצוי. פיצוי אשר כמו כן, יותאם להיקף הנזק (ויכול ויוכפף לתקרה מקסימלית). קופת המדינה: ישראל כמדינת רווחה, מממנת את ההוצאה הרפואית לאזרחיה, כך שתקציב התביעות הללו יוצא בסופו של דבר מכיסו של משלם המיסים דרך חברות הביטוח, קופות החולים, משרד הבריאות, בתי החולים הפרטיים והציבוריים. התקציב שיוקצה לחוק – ירד מהפחתת התשלום לכל אחד מן הגופים הללו בסכום ידוע. הענקה שנתית של הפיצוי – תביא לתקציב פנוי בתחילת התכנית. כל זאת לצד החיסכון הניכר במניעת ביצוען העודף של בדיקות יקרות ומיותרות. נתני שירותי הרפואה: כיום הרפואה המתגוננת גורמת לנסיגתם של רופאים מעיסוק בתחום מרובה תביעות ולקושי בנייה הליך רפואי מיטבי נוכח החשש מתביעה עתידית. עיקרון הפחתת תביעות רשלנות רפואית העומד מאחורי מודל הפיצוי ללא אשם, עשוי לקדם את צמצום הרפואה המתגוננת ואף להוביל לירידה בעלות הביטוח עבור נתני שירותי הרפואה. מקבלי שירותי הרפואה: פרט למעגל הניזוקים, הנכלל לא פעם תחת מקבלי שירותי הרפואה, תשפיע הירידה בתופעת הרפואה המתגוננת על מקבלי שירותי הרפואה ככלל, השפעה אשר תיטיב עם איכות הטיפול והשירות הרפואי הניתן או המתקבל, כמו גם על זמינותו וזמינות הצוות המטפל. סטנדרט הטיפול הרפואי ואיכות: בניגוד

לעיקרון ייחוד העילה, המוזכר בהקשר של "כפל פיצוי", האוסר תביעה מקבילה לקבלת פיצוי נוסף (גם אם הייתה רשלנות רפואית), הגשתה של תביעה פלילית כנגד רופא הנמצא רשלן – מותרת ורישיונו יישלל על ידי משרד הבריאות ומערכת הרישוי של ההסתדרות הרפואית. כך, תהיה מערכת השיפוט כלפי רופאים שקופה יותר וועדות בדיקה תהיינה גלויות ואפקטיביות יותר.

לסיכום, המגמה בתביעות רשלנות רפואית ככלל ובשדה ההיריון והילודה בפרט, זועקת לשינוי. נראה, כי בשלה העת לקדם גם בישראל את 'מודל הפיצוי ללא אשם' הקיים ומהווה הצלחה במדינות נבחרות בעולם. אימוץ חלופה זו ושילובה בדיני הנזיקין בישראל, עשויים לתעדף כנדרש את חשיבות הילודים ומשפחותיהם, נותני שירותי הרפואה ומקבליה, קופת המדינה ואיכות שירותי הרפואה.

• המרכז למשפט רפואי, ביו-אתיקה ומדיניות בריאות, הקריה האקדמית אונו

ביבליוגרפיה:

3. הכנסת מרכז המחקר והמדע, טיפול משרד הבריאות ברשלנות רפואית בישראל (2017)
4. <https://m.knesset.gov.il/News/PressReleases/Pages/press060612-7.aspx>
5. הצעת חוק פיצוי לפגועים מלידתם, התש"ע-2010
6. חוק פיצויים לנפגעי תאונות דרכים, התשל"ה-1975
7. חוק אחריות למוצרים פגומים, התש"מ-1980
8. Gil Siegal, Michelle M. Mello, David M. Studdert, "Adjudicating Severe Birth Injury Claims in Florida and Virginia: The Experience of a Landmark Experiment in Personal Injury Compensation," 34 American Journal of Law & Medicine (2008) 489-533.
9. <https://www.vabirthinjury.com/>
Virginia (BIP)
10. <https://www.nica.com/>
Florida (NICA)
11. <https://www.acc.co.nz/>

New Zealand

12. <https://www.patientskadenamnden.se/system/in-english/>
Patientforsakringsforeningen - The Swedish Patient Insurance Association
Patient Injury Act **Sweden (1996:799)**
13. <https://www.pvk.fi/en/>
The Patient Insurance Centre (PIC)
The Patient Injuries Act 1986 **Finland**
14. <https://pebl.dk/da/om-pebl>
The Danish Compensation for Injuries caused by drugs (PIA – Patientforsikringen 2004)
and The Danish Patient Insurance Act of 1991 caused by treatment **Denmark**
15. (Norsk –Pasientskadeerstatning) (NPE) the Patient Injury Compensation Act 2001
Norway
16. Kelly Dickson, Kate Hinds, Helen Burchett, Ginny Brunton, Claire Stansfield, James Thomas, "No Fault Compensation Scheme: A rapid realist review to develop a context, mechanism, outcomes framework," Department of Health Reviews Facility (2016)
<https://eppi.ioe.ac.uk/CMS/Portals/0/PDF%20reviews%20and%20summaries/No%20Fault%20Comp%20Schemes%202016%20Dickson.pdf>
17. Dr Anne-Maree Farrell, Ms Sarah Devaney and Ms Amber Dar,
NO-FAULT COMPENSATION SCHEMES FOR MEDICAL INJURY: A REVIEW INTERIM REPORT,
School of Law, University of Manchester, Scottish Government Social Research, (2010)
<http://ssrn.com/abstract=2221836>

בעט האקדמיה

דילמות אתיות ברפואה דחופה ובמצבי חירום / עמרים הדרי*

אוטונומיה של המטופל, להיטיב עמו ולנהוג בצדק ובשוויון, הם העקרונות האתיים הבסיסיים של הטיפול במצבי חירום רפואיים. קונפליקטים אתיים הם לחם חוק יומיומי במהלך הטיפול במצבים רפואיים דחופים בשטח ובמחלקה לרפואה דחופה (מלר"ד). קונפליקטים אלה נוגעים בתחומים של: החייאה, החלטות טיפוליות בתנאי חוסר מידע ואי ודאות, הסכמה לטיפול וסירוב טיפול, צנעת הפרט והמחויבות לטיפול שוויוני במטופל על בסיס רפואי או מקצועי - מבלי להתייחס למצבו הכלכלי או החברתי.

קיים קושי להבנה בדיעבד של המציאות המורכבת כשבאים לנתח ולשפוט מעשים ומחדלים בשדה המערכה של הרפואה הדחופה בו נלחמים על חייהם ובריאותם של מטופלים. החלטות שנשפטות כרשלנות יכולות לעתים לנבוע מהמציאות הכאוטית בה נדרשים המטפלים לתפקד.

במחקר שפורסם לאחרונה (1) נתבקשו 173 סטודנטים בשנה ד' בקורס רפואת חירום (רפ"ח) לזהות ולסווג סוגיות אתיות בהן נתקלו במהלך הסבב במלר"ד. התחומים השכיחים ביותר, שבהם זיהו הסטודנטים התהוות דילמות אתיות, היו:

אוטונומיה/כיבוד רצון המטופל/הימנעות מכפיית טיפול-41%

צדק חברתי/אי אפליה על רקע כלשהו-32.4%

הימנעות מלהזיק - 31.8%

להיטיב- 26.6%

נאמנות- 12%

כיבוד האחר- 8.7%

בהמשך לכך, אביא להלן שורה של תרחישים שכיחים שבהם עשוי היה, או שנוצר בפועל, קונפליקט אתי, בהם נתקלתי במשך שנות עבודתי ככירורג בבית-חולים כללי:

1. **פצייתנית במצב קריטי:** בת 60, מגיעה למלר"ד מלא עד אפס מקום בשל החמרה של מחלה כרונית מאוזנת, שהסתבכה בשל התפתחות זיהום. היא נזקקת לפעולות החייאה. לצורך המשך הטיפול בה

נדרש מקום ביחידה לטיפול נמרץ, אשר נמצאת בתפוסה מלאה על-ידי חולים מונשמים. העברת החולה לבית-חולים אחר אינה אפשרית בשל מצבה הרפואי. בלית ברירה היא מועברת לטיפול בהנשמה בחדר האוכל של המחלקה הפנימית, אשר בה מאושפזים כבר 43 חולים (במקום 32, שהוא התקן).

2. **טיפול בכאב:** בחור בן 30, מתקבל לאחר פגיעת חזה בשל נפילה מגובה 5 מטר, המתרחשת במהלך קטטה. בצילומים שנעשו יש עדות לשברים מרובים בצלעות. הפצוע סובל מכאב עז ונמצא באי שקט. הוא מגלה סימני תוקפנות ואינו מגיב לטיפול נוגד כאב סטנדרטי. בעקבות מצבו הוא נזקק לטיפול בהרדמה אזורית על-ידי מרדים, אך הרופא המרדים צפוי להתפנות בעוד כשעה וחצי. ניתוח קיסרי דחוף ובלתי צפוי מעכב את הגעת המרדים ב- 3/4 שעה מעבר לצפוי.

3. **אלכוהוליסטים או הומלסים:** אישה כבת 40 נמצאת מוטלת ברחוב בשעות הערב במצב של חוסר הכרה. תוך כדי בדיקתה ניתן לחוש בנקל בריח האלכוהול העז הנודף מפיה. קיימת עדות שהיא נפגעה על-ידי רוכב אופניים שנמלט מהמקום. לאחר בדיקות מקיפות, מתברר שאין פגיעה אורגנית שמצדיקה אשפוז וניתן לשחררה לביתה. מסתבר כי מדובר באישה ערירית. המיטות הפניויות היחידות בבית-החולים הן במחלקה הכירורגית ומיועדות לחולים שמגיעים מהבית בבוקר למחרת, לצורך ביצוע הפרוצדורות הניתוחיות המתוכננות למהלך היום.

4. **נגישות לטיפול:** בן 35, נפצע בצווארו מחפץ חד, רגוע בבדיקה ראשונית וללא פגיעה ברמת ההכרה. המטופל הושאר להמתנה במסדרון המיון העמוס בחולים למשך כ- 3 שעות. בסבב הבדיקה הנוסף נמצא במצב של הלם עמוק עקב דימום פנימי.

5. **ניצול משאבים וקביעת סדרי עדיפות:** להנהלת בית-החולים מוגשת בקשה לרכישת ציוד מיוחד במחיר של כ- \$15,000 לצורך צינור קנה הנשימה במקרים קשים במיוחד, בהם הציוד הסטנדרטי אינו מספיק. צפי השימוש במכשור הנדרש הינו כשנים-שלוש פעמים בשנה, דהיינו 1/400 צינורים בלבד - לכן הבקשה נדחית.

6. **נאותות טיפול:** פציינטית בת 25, הידועה כחולת סוכרת נעורים, מטופלת במיון הפנימי בשל חוסר האיזון ברמות הסוכר בדם. החולה נזקקת למתן אינסולין. בשל תאונת דרכים רבת נפגעים, שיצרה עומס על המיון הכירורגי, הועבר חלק מהצוות לתיגבור שם. האחות, שהכינה את התרופה להזרקה, מגיעה באיחור של חצי שעה למיטת החולה ומוצאת שמצבה החמיר מאד והיא מחוסרת הכרה.

7. **שמירת אוטונומיה:** חולה בן 40 מגיע בחצות במצוקה נשימתית חמורה למלר"ד ועובר צינור קנה (אינטובציה). החולה הותיר הוראה מקדימה להימנע מטיפול החייאתי. עם הגעת כוננית הרשומות הרפואיות מהבית והוצאת התיק הרפואי מהארכיון, מתברר שלחולה מחלת שריר ניוונית וקיימת "צוואה בחיים" שלא להחיותו. (כאן היתה פגיעה באוטונומיה, לא היטיבו עם החולה ולא נמנעו מלהזיק לו).

8. **סירוב לקבל טיפול:** אישה בת 45, הידועה כסובלת מתסמונת מטבולית, הופנתה למיון על-ידי רופאת המשפחה בשל החמרת הצטננות ממנה סובלת מזה שלושה ימים. היא החליטה לא לקבל את ההמלצה לפנות לאשפוז ובחרה להסתפק בנטילת כדורי אנטיביוטיקה בבית. החולה הגיעה למר"ד כעבור יומיים במצב קשה ונפטרה כעבור 10 שעות.

9. **ראשית, אל תזיק ועיקרון ההטבה:** קבלת החלטה להנשים חולה במצוקה נשימתית, למרות שבצילום חזה קיימת עדות לגידול ממושט בראות: מדובר בחולה בן 70, אשר החל לפני כשלושה שבועות טיפול חדשני-ניסיוני, שצפוי לשפר את מצבו תוך כשלושה חודשים.

10. **גרימת נזק עקב חוסר נגישות של רשומות רפואיות:** התפתחות תגובה אלרגית קשה לתרופה אנטיביוטית, שניתנה למרות תיעוד על אלרגיה לתרופה. בזמן לקיחת האנמנזה הרפואית, המטופל שכח להזכיר שהוא אלרגי לתרופה. בזמן זה, התיק הרפואי הדיגיטלי לא היה נגיש. לכאורה מדובר ברשלנות רפואית, אך במציאות היומיומית קיימות תקלות בזמן אמת לא פעם, כמו "נפילת" המחשב. תקלה מעין זו מובילה לכך שהרשומה הרפואית הממוחשבת אינה נגישה בזמן קבלת החלטות. בפעולות רפואיות מסויימות ניתן להמתין עד לזמינות הרשומות הרפואיות הנדרשות, מה שאינו מתאפשר במצב רפואי דחוף.

11. **סדר קדימויות בהשקעת משאבי הבריאות המוגבלים:** דילמות אתיות מתעוררות גם ברמה המערכתית כשבאים להחליט על תיעודף משאבי מערכת הבריאות. כך, לפי דיווח באתר "דוקטורס אונלי" של הר"י (ההסתדרות הרפואית בישראל) (27.9.2018), טופלו בבתי-חולים בצפון ישראל בתקופה 2018-7-2013 כ-3600 פצועים נפגעי מלחמת האזרחים בסוריה. עלות הטיפול הסתכמה בכ-290 מיליון ש"ח, אשר לא שולמו בפועל בזמן מתן השירותים ומומנו רק בדיעבד. עולה השאלה: האם לנוכח המצוקה החמורה הידועה של מערכת האישפוז בצפון היה הפרויקט מוצדק מבחינה מוסרית?



12. **קדימויות בטיפול דחוף בנפגעי טרור:** במרכז הירושלמי לאתיקה התנהל דיון בשאלה "האם עניי עירך קודמים", כשהכוונה לדיון הנוגע לטיפול במפגעים בפיגועי טרור. הסיטואציה מעלה את השאלה המעשית: האם מרגע שמחבלים נפגעים והופכים לפציינטים או למטופלים ראוי שייחשבו כאחד האדם? כלומר האם יש לתעדף את הטיפול בהם לפי אינדיקציה רפואית בלבד, מבלי להתייחס כלל לרוע מעלליהם עד לרגע היפצעם?

שלושת המקורות העיקריים של תורת המוסר הם מסגרות חשיבה תועלתניות, דתיות ואסתטיות:

- תפיסות תועלתניות מודדות את ערכה המוסרי של החלטה לפי התועלת שלה לחברה בכללותה או לקבוצת פרטים בתוכה. החלטה לגבי המתת-חסד, למשל, עשויה להיתפס כמוסרית, כי היא מביאה תועלת לחולה, למשפחתו ולתקציב מערכת הבריאות.
- תפיסות דתיות (דיאונטולוגיות) מקבלות את מערכת המוסר שלהן מציווי אלוהי. הן תלויות דת או תרבות, כלומר פועלות בצורה שונה בתרבויות שונות. לדוגמה, תרומת איברים נחשבת כמצווה ברוב התרבויות הנוצריות, אבל קיימים זרמים קיצוניים ביהדות (כמו נטורי קרתא), האוסרים אותה עקב מה שנתפס בעיניהם כפגיעה בכבוד המת.
- התפיסות האסתטיות (מכונות גם 'האדם ההגון') בוחנות החלטה אתית לפי המבחן של 'האם אדם הגון היה עושה כזה דבר'. לדוגמה, האם ראוי להרוג אדם אחד ולקחת את איבריו כדי להציל את חייהם של חמישה אחרים? לפי המוסר התועלתני המעשה אפשרי. לתפישתנו אדם הגון לא יעשה זאת ועל כן הפעולה נחשבת על ידינו כבלתי מוסרית. דילמה זו עמדה למבחן כאשר כליותיהם של אויבי המשטר בסין, שנדונו למוות, נלקחו להשתלה בחולי אי ספיקת כליות – בין השאר לפציינטיים ישראלים!

סר וויליאם אוסלר (1849-1919), שהיה ממניחי היסודות לתפיסת החינוך הרפואי וההתמחות המודרנית ברפואה, קבע שהוראת אתיקה רפואית הינה חלק אינטגרלי ובלתי נפרד מחינוכם של רופאים. לצד היות יחסי רופא-חולה מבוססים על הבנה וכיבוד של רצון המטופל ומערכת המוסר והאמונה שלו, מתחייבת מודעות ציבורית לדילמות האתיות המתעוררות כאשר אנשי מקצוע הרפואה באים למלא את חובתם המקצועית, לפי מיטב שיפוטם הקליני שיוצר לעתים קונפליקט אתי. כך, למשל, במקרים בהם "חובת הדיווח" ניצבת לעומת "חיסיון מטפל-מטופל" במקרים של התעללות, ניצול של ילדים, חסרי ישע, אלימות במשפחה ומחלות מדבקות מסוכנות.

--

*ד"ר עמרם הדרי, החוג לרפואת חירום (פרמדיק), המכללה האקדמית צפת.

1. Understanding ethical dilemmas in the emergency department: views from medical students' essays.
House JB et al., Department of Emergency Medicine, University of Michigan Medical School, Ann Arbor, Michigan. *J Emerg Med.* 2015 Apr;48(4):492-8
2. Code of Ethics for Emergency Physicians [*Ann Emerg Med.* 2017;70:e17-e25.]

בין-אתיקה בראי הדת

קבלת שכר טיפול רפואי במשפט העברי / מאיר דובדבני

באחד מדיונינו בעבר עסקנו במקורה, בתוקפה ובהיקפה של חובת מתן טיפול רפואי במשפט העברי. שלושה מקורות מרכזיים הוצעו לחובת הטיפול הרפואי:

א. השבת אבידה - כשם שחובה על האדם להשיב אבידה ממונית לבעליו כך קיימת חובה להשבת בריאותו.

ב. לא תעמוד על דם רעך - החובה להציל חבר מסכנת חיים.

ג. וחי אחיך עמך - חובת מתן עזרה לזולת על מנת למנוע ממנו נזק כלכלי או בריאותי.

יהא מקורה של חובה זו אשר יהא, הרי שמדובר על מצווה בעלת תוקף מחייב.

ככלל, במשפט העברי קיים איסור על מתן שכר לקיום מצווה. איסור זה נלמד בדרשת חז"ל על הפסוק בו מצוטט משה רבינו בדבריו אל עם ישראל - "ראה לימדתי אתכם חוקים ומשפטים כאשר ציווני ה' אלוהי" ודורשים חז"ל שכפי שמשה מסר את המצוות בחינם וללא שכר כך כל מי שמקיים מצוות אלו צריך לעשות זאת ללא שכר. לאור העובדה שמתן טיפול רפואי הינו בגדר מצווה, הרי שעולה השאלה כיצד ניתן להצדיק מתן שכר על טיפול רפואי של רופא, שהרי הטיפול מהווה מצווה אשר אסור לקבל עליה שכר?

ר' משה בן נחמן (הרמב"ן), מגדולי חכמי ספרד במאה ה-13, שהיה רופא במקצועו, והתייחס באופן נרחב לרפואה ביהדות, כתב כי אמנם "שכר החכמה והלימוד - אסור", אך "שכר הטרחה והבטלה - מותר". יש להסביר מהי האבחנה בין שני סוגי התשלומים ומהי ההצדקה לאבחנה זו?

שכר החכמה והלימוד הוא השכר על הריפוי עצמו, כלומר על שיקול הדעת המקצועי של הרופא ועל העצה הטובה שהיא היא שגורמת באופן ישיר את הריפוי. לעומת זאת, שכר הטרחה והבטלה הוא גילום כל ההוצאות הנוספות הכרוכות במתן העצה הטובה דוגמת דמי הנסיעות של הרופא למרפאה ("טורח"), או עצם השקעת הזמן הכרוכה בטיפול בה יכול היה הרופא להרוויח במידה והיה עושה משהו אחר ("בטלה").

עם זאת, יש להדגיש כי גם הרמב"ן הבהיר כי במידה והרופא והחולה התנו במפורש ביניהם את הטיפול

בתשלום מסוים, הרי שהחולה מחויב לשלם לו שכר זה.

כיום, יש רופאים הגובים שכר גבוה בעד מתן שירותי הרפואה, ולכאורה קיימת סתירה לעקרון המבחין בין שכר בטלה לשכר חכמה ולימוד. עם זאת, ניתנו לכך מספר הסברים ההולמים את עקרונות ההלכה שפירטנו לעיל:

1. בתקופה המודרנית, מקצוע הרפואה הינו מקצוע קבוע והעוסקים בו עושים זאת במשרה מלאה וכמסלול חיים בלעדי. בדרך כלל עוסקים ברפואה אנשים בעלי כישרונות גבוהים אשר במידה ולא היו עוסקים ברפואה היו מתפרנסים יפה מאוד במקצועות אחרים אשר היו בוחרים לעסוק בהם. לפיכך, יש לראות את התשלום כ"שכר בטלה" על כך שלא בחרו לעסוק במקצועות אחרים.
 2. בהמשך לכך, יש אף כאלו שהגדירו ב"שכר הטרחה" גם את עלות זמן לימודי הרפואה וההתמחות הכלולים בהכשרת הרופא.
 3. גבולות אחריותו של הרופא רחבות מאוד כיום והוא חשוף באופן קבוע לתביעות מצד המטופלים על החלטותיו. לאור זאת, ניתן להצדיק את מתן התשלום לטיפול כמעין "דמי ביטוח" המיועדים לרופא. יתרה מזו, לא ראוי שיווצר מצב שבו העיסוק ברפואה ידרוש הוצאות בלבד (במצב של טיפול לקוי) ללא הכנסות.
 4. מקצוע הרפואה הינו מקצוע חיוני לכל חברה. אי אפשר לקיים חברה מתוקנת ללא קיומם של רופאים. ממילא, גם מבלי שהתנה על כך במפורש, מקבל על עצמו כל אזרח את התשלום שיידרש לשלם על שירותי הרפואה ויש לראות בכך "התניה מכללא" – כלומר התניה קבועה ועומדת גם מבלי שנאמרה במפורש. כפי שראינו, במידה וקיימת התניה כזו בין הרופא לחולה, הרי שמותר לקבל תשלום.
 5. בדומה לכך, יש אשר הרחיבו אף יותר וטענו שהשינוי במקצוע הרפואה בתקופה המודרנית, העיסוק בו באופן קבוע ומלא, והצורך החיוני של כל חברה בכך, הביא לראות בכך "תקנת הציבור" אשר יש בכוחה לגבור על האיסור הכרוך בכך.
- יש להבהיר שעל אף ההיתרים הרבים שנמצאו לכך בהלכה והעובדה ש"בשורה התחתונה" ניתן להצדיק את השכר הגבוה של הרופאים, הרי שעדיין יש חשיבות רבה לשיח ער ולדין בנושא. זאת, בעיקר לשם הדגשת הצורך בתודעת שליחות ומצווה, שתמלא את רוחו של הרופא, ולא שיראה בה כמקור הכנסה בלבד.

ביו-אתיקה והקדמה הרפואית

שיקולי דעת אתיים ביחס לאריכות חיים - Longevity

/ אילנה קפטן וגילה יעקב

השאיפה לחיים ארוכים היא שאיפה אנושית עתיקת יומין ואין תרבות, מיתולוגיה או קובץ אגדות שלא מעלה על נס את יתרונותיה ומשמעותה של אריכות ימים. בתנ"ך אנו מוצאים את אריכות הימים כפרס על התנהגות מוסרית נאותה בין אם כתוצאה של כיבוד הורים "כבד את אביך ואת אימך למען יאריך ימך", ובין כתגמול על התנהגות מוסרית כמו במצוות שילוח הקן, "כי ימצא קן ציפור לפניך בדרך או על הארץ... שלח תשלח את האם, הבנים תיקח לך, שכרה למען ייטב לך והארכת ימים". במיתולוגיה היוונית האלים האולימפיים שומרים על אריכות ימים בעזרת מזון האלים - האמברוסיה ומשקה האלים - הנקטר ובכך מעצימים את עליונותם על בני האנוש ובאגדות עממיות מסתיים סיפור הייסורים של הגיבורים ב"הם חיו באושר ועושר עד עצם היום הזה..."

נראה, אם כך, שלמות זה רע מאד והחיים הם ביטוי של "הטוב". לכן מובנת השאיפה האנושית להאריך משהו שהוא טוב. אבל כמובן, לא בכול מחיר. השאיפה אינה להמשך החיים כיצורים חיים אלא למען חיים טובים "ייטב לך והארכת חיים" או לפי אריסטו "לא החיים העיקר אלא החיים הטובים"

לית מאן דפליג שכאשר אנו פועלים להשגת אריכות חיים עלינו להבטיח שיהיו אלה חיים טובים של עצמאות, משמעות, ועשייה ולא חיים של סבל, כאב ומחלה ותלות בסובבים אותנו או כנטל על החברה.

ייתכן ולעת הזאת הצלחנו בחלק מהמטלה. כבר במהלך המאה העשרים עלתה מאד תוחלת החיים ואנו חיים היום (לפחות בעולם המערבי) יותר שנים ממה שחיו בדורות הקודמים. עם זאת עלייה זו חשפה בפנינו מחלות שבעבר לא הכרנו. כולנו מכירים וחוששים ממחלות כמו: כשל לבבי, סכרת מבוגרים, התדרדרות קוגניטיבית על כול סוגיה (דמנציה) ומגוון גדול של מחלות סרטיניות.

בשנים האחרונות, עולים קולות בקהילה המדעית הקוראים להארכת תוחלת של שנים טובות, קרי פיתוח מנגנונים טיפוליים שיאריכו את החייוניות הביולוגית והקוגניטיבית ולמעשה יידחו בצורה משמעותית את ההופעה של ה"פנוטיפ" הזקן בכול פרט. בהנחה שמתחיל מחקר מדעי־רפואי במטרה להגיע למהלך רפואי שבו נוסף רק שנים איכותיות נבחן להלן חלק משיקולי הדעת האתיים שיש לחשוב עליהם בהקשר זה.

מהות הרפואה ומטרותיה

עד כה הרפואה הייתה ממוקדת בהצלת חיים ובהקלה על סבל. בעידן של הארכת תוחלת חיים עולה השאלה האם הגדרה זו כוללת דיה. האם אכן הזיקנה בפני עצמה היא מחלה (ומתוך כך תהליך הראוי להתערבות רפואית)? האם ימוקדו מאמצי הטיפול הרפואי במניעה של מחלות הזיקנה או אולי דווקא בהעצמה - Enhancement של יכולות הפרט להתמודד עם מכשלות ביולוגיות וסביבתיות וכך לחיות יותר זמן שנים איכותיות, כלומר, העצמת יכולת הפרט להאריך חיים. מהי הזהות המקצועית של הרופאים שיעסקו בתחום ומול איזה "סבל" הם מתמודדים? כיצד נגדיר את הרופא הטוב?

היבטים של צדק חלוקתי

השגת אריכות חיים תכלול לבטח פיתוח ויישום של טכנולוגיות ותרופות חדשות וכול אלו (לפי הידוע לנו כיום) יעלו סכומי כסף אדירים. חלוקה הוגנת ומוסרית של המשאבים העומדים לרשות הרפואה מעלה שאלות רבות שחלקן מתוארות בקצרה:

מעמד הזכות לבריאות

בחלק ממדינות העולם המערבי, בריאות נתפסת כזכות בסיסית. אם כי, לא כל טיפול בריאות כלול בה (למשל, ניתוחים פלסטיים או טיפולי שיניים). עולה השאלה מה מעמדה של השגת אריכות חיים והאם היא זכות טבעית המוקנית לכול אזרח בקבוצה?

אם אריכות חיים היא מרכיב בסיסי בבריאות אזי מוטלת החובה להכיל אותה לכלל האזרחים. לחילופין, ייתכן שלאריכות חיים מעמד של טיפול פרטי וכל אזרח יפעיל שיקול דעת ויבחר אם ברצונו בכך ואם הוא נכון לשלם עבור אריכות חיים.

מעבר לכך - אנו יודעים היום שהשונות הגנטית בין אנשים "בריאים" היא גורם משפיע על הפוטנציאל לאריכות חיים. האם לטיפול שידחה את ההזדקנות וכדי להגדיל את האפקטיביות של הטיפול, תהייה זכאית הקבוצה שיש לה את הפוטנציאל הגנטי הגבוהה ביותר? או אולי דווקא הנמוך ביותר?

אבל השאלה גולשת גם להבדלים בין אנשים שמנהלים אורח חיים שונה וחיים ברמה כלכלית שונה. האם אנחנו מוכנים לרפואה שתחריף את הפער בין אוכלוסיות שיש להן כסף וכאלו שהן עניות יותר? מדינות עשירות ומדינות עניות? שאלת נגישות שווה לאותם אמצעים חדשניים, במדינות שונות או בתוך אותה מדינה היא שאלה מרכזית בנושא. כאשר אנו חיים בעולם שבו לרבים אין נגישות למים זורמים, חיסונים ומזון סביר מה תהיה ההשלכה של טיפולים מאריכי חיים?

הקצאת משאבים למחקר

מחקר יחייב השקעה של משאבים. בהינתן, שהדיון בנושא מתנהל במערכת מוגבלת משאבים, מחקר בהארכת חיים משמעותו פחות כסף לטיפול המחלות הקיימות. עולות השאלות האם נקצה משאבים לפתור מחלות דמנציה או שלא נתייחס למחלות כאלו בהנחה שהן צפויות להעלם? האם ראוי שנתעלם ממחלות קיימות?

אין ספק שהיבטים של השאלות שקשורות לחלוקה צודקת של משאבים עלו ויעלו בכל פעם שטכנולוגיה חדשה קרובה ליישום. ניסיון העבר מראה שיש להתחשב בהן אולם אין בכוחן למנוע את האנושות מלבחון אפשרויות לשינוי וליישם שינוי לפי רצונה של החברה.

בכול מחקר מתקיימת רמה גבוהה של אי וודאות לגבי ההשלכות של ההצלחה על הפרט והחברה. גם הצלחה להעלאת אריכות חיים הוא מהלך שלא כל ההשלכות ניתנות לחזוי כמו למשל:

אי וודאות הכרוכה בפן הכלכלי של רפואה

עד שניישם במלואה תוכנית לדחיית ההזדקנות והארכת החיים נאלץ להתמודד עם אוכלוסייה שלא זכתה לקבל את הטיפול החדש או כזו שתהליך ההזדקנות שלה יהיה בעיצומו. בתקופת הביניים נאלץ לקיים מערכות תומכות מקבילות שעלותן עלולה להיות גבוהה והמימונת להתמודד עם כול אחת תהיה נמוכה. האם נצליח כלכלית לבנות מערכות בריאות יציבות בזמן הביניים בו יש לספק טיפולים למי שחולים ובו בזמן לקדם תוחלת חיים?

אי וודאות כרוכה בפן החברתי

אחד המושגים הנפוצים היום בשיח החברתי – הוא Ageism גילנות- הפלייה על רקע גיל. הצלחת הניסוי בהארכת חיים עשויה לשנות את הפירמידה החברתית ולהעצים את גודלו ומשמעותו החברתית של פלח האוכלוסייה המבוגר. האם בעקבות כך נראה העלמות של הנטייה להתייחס לגיל כגורם מבדיל ומדיר? או ההפך, נראה טינה וכעס של קבוצות הגיל הצעירות יותר מול הפלח המתחזק של אוכלוסייה מבוגרת.

כבר היום ברור שאנחנו צפויים להשתנות הגדרת שנות עבודה וזכויות גימלה. אבל קיימת רמת אי וודאות גבוהה לגבי יכולתנו לחזות מה תהיה ההשפעה של משך חיים בריא ממושך על הכלכלה, יחסים חברתיים ומשפחתיים, תרבות פנאי ובעיקר שוק העבודה העתידי? כוחות השוק שיאותגרו על ידי הרפואה החדשה יהיו מצדם אתגר למערכות היחסים הנוכחיות בין קבוצות גיל שונות, תחומי עיסוק שונים וייתכן שהם יאלצו אותנו לעצב מחדש מנגנונים חוקתיים ורגולטוריים שאמורים להסדיר את כול מערכות היחסים האלו.

אי וודאות באשר להגדרת האני- Self

באופן טבעי אנחנו משתנים במהלך חיינו. האני מתעצב ומשתנה לאור חוויות, אתגרים ויכולות. אריכות חיים תעלה את זמן היותנו בעולם אבל כנראה שלא באופן אחיד- אנחנו נהיה מבוגרים המון זמן. הגם שהדבר קורץ לנו בגלל הפוטנציאל לעשות ולפעול עולות שאלות האם אריכות חיים בצורה הזו תביא לחוסר יכולת של האני לשגשג? האם נחוה שעמום? חוסר מוטיבציה? איננו יודעים אם התארכות פרק הזמן הרביעי של חיינו תאלץ אותנו לקחת על עצמנו מטלות חדשות ואתגרים חדשים אבל ייתכן שנייצר "זהות" חדשה שאיננו יכולים עדיין לתאר ולהגדיר אותה.

כאמור השאיפה לדחות את סוף החיים עתיקה כימי האנושות כולה. בעת האחרונה התחילו מחקרים מובנים להשגת המטרה הזו. עם זאת, ככול שמחקרים אלו יתקדמו שומה עלינו לתת את הדעת על ההשלכות העתידיות של הצלחתם ולהיערך לאתגרים שרק את חלקם הבאנו כאן.

מקורות:

Harris J. (2004) Immortal Ethics. ANN.N.Y.ACD.SCI.1019:527-534.

Olshansky,S.J., Passaro,J., Hershov,R., Layden,J., Carnes, B.A, Brody,J., Hayflick,L., Butler,R., Allison,D.B,Ludwig,D.S (2005). A Potential Decline in Life Expectancy in the United States in the 21st Century. N ENGL J MED, 352;11.1138-1145.

Olshansky,S.J(2018). From Lifespan to Healthspan. JAMA. 2018;320(13):1323-1324.

UNITY Biotechnology, Inc. (2018) Announces First Patient Treated in UBX0101 Phase 1 Trial for Osteoarthritis of the Knee.

קישור לאתר המכיל מאמרים רבים בנושא:

<http://www.sjaylorshansky.com>

ביו-אתיקה ובריאות הציבור

איום על בריאות הציבור? / דניאל מישורי*

הערות ראשוניות בעניין עמדתו המבהילה של ה-WHO בעניין "הססני" החיסונים (ביו-אתיקה וחיסונים: חלק ראשון)

מבוא: "הססנות חיסונים"

בינואר 2019 פרסם ארגון הבריאות העולמי רשימה של עשרה אימים על הבריאות הגלובאלית; כשברשימה מזדקר איום תמוה: Vaccine hesitancy ("היסוס" ביחס לחיסונים).

ההצבעה על "היסוס" ביחס לחיסונים כאיום גלובלי על הבריאות מעוררת שאלות קשות על ביואתיקה ומדע במאה ה-21.

רשימת האימים האחרים כוללת זיהום אוויר ושינוי אקלים (במקום הראשון); HIV; קדחת דנגי; אבולה (ופתוגנים נוספים); "חיידיקי-על עמידים" (שהתפתחו כתוצאה של שימוש-יתר בלתי זהיר באנטיביוטיקה בידי וטרינרים ורופאים); וכמובן "מגפת שפעת קטלנית".

[לא ברור כיצד יודעים ב-WHO שמגפת שפעת עומדת להתרגש עלינו, ואיזה זן (או זנים) של שפעת ייגרמו למגיפה זו, אם תתפרץ; אבל בחורף הקרוב, ליתר ביטחון, שוב יציעו לנו חיסון נגדה (שמתבסס על ניחוש מלומד, עליו עובדים כיום טובי מומחי החיסונים)].

לצד אלה נמצאות מגפות שלכאורה כבר היו נכחדות, אלמלא סרבני החיסונים סירבו להצטרף למאמץ הכללי, ולכן (לכאורה) מחלות קשות חוזרות ומתפרצות מחדש, כך לפי ארגון הבריאות העולמי:

Vaccine hesitancy – the reluctance or refusal to vaccinate despite the availability of vaccines – threatens to reverse progress made in tackling vaccine-preventable diseases. Vaccination is one of the most cost-effective ways of avoiding disease – it currently prevents 2-3 million deaths a year, and a further 1.5 million could be avoided if global coverage of vaccinations improved. Measles, for example, has seen a 30% increase in cases globally. The reasons for this rise are complex, and not all of these cases are due to vaccine hesitancy. However,

Ten threats to global health in 2019. <https://www.who.int/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019>¹

some countries that were close to eliminating the disease have seen a resurgence. The reasons why people choose not to vaccinate are complex; a vaccines advisory group to WHO [SAGE] identified complacency, inconvenience in accessing vaccines, and lack of confidence are key reasons underlying hesitancy...

הודעת ה-WHO בעניין "הססני" החיסונים חמורה ביותר, מסוכנת, ועוברת את גבול ההסתה.

ארגון הבריאות העולמי מאשים את ה"מהססים" בהפצת מגפות שכבר יכלו לעבור מן העולם, ובראשן חצבת, שלמרות אחוזי חיסון גבוהים בכל זאת התפרצה, גם בישראל, במקום בו אחוזי ההתחסנות עמדו על כ-95%.

חשוב לזכור שגם יהודים הואשמו פעם בהפצת מגפות, וגם שם התברר שזה כנראה לא היה מדויק.

בתרגום לעברית: ההסתה מתגברת

זאת ועוד, ב"תרגום" לעברית, הודעת ארגון הבריאות העולמי קיבלה משמעות חמורה עוד יותר. באתר חדשות מרכזי התפרסמה כתבה שאין לתאר את הכותרת שקיבלה, אלא כ"מפחידה": **"מתנגדי חיסונים בראש: 5 האימים הגדולים על הבריאות העולמית"**².

לפי הכתבה, **"בראש רשימת אימי הבריאות נמצאות המגפות הנובעות מסרבני החיסונים"**, וזאת לכאורה על-סמך ארגון הבריאות העולמי.

במקור לתאר באופן ביקורתי את עמדת ארגון הבריאות העולמי, ולתהות על התבונה שבהאשמת קבוצה של אנשים (שחלקם בכלל מנועי חיסון, עקב מצבים רפואיים שונים) בהפצת מגיפות, ובפגיעה בבריאות הציבור, השתמשה הכתבה בשיטת הטלפון השבור, והעצימה את הדרמה. לפי לשון הכתבה: מתנגדי החיסונים בראש הרשימה, של האיום במגפות על שלום בריאות הציבור: "המגפות נובעות מסרבני החיסונים. ארצות הברית, ישראל ומדינות נוספות באירופה חוות התפרצויות של מחלת החצבת בשל אוכלוסיות המסרבות להתחסן".

אף שארגון הבריאות העולמי עצמו לא דירג את האימים—בהודעה עצמה מופיעים בראש הרשימה

² מתנגדי חיסונים בראש: 5 האימים הגדולים על הבריאות העולמית, 21.1.19, YNET.
<https://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-5450364,00.html>

זיהום אוויר ושינוי אקלים, ו"הססנות" חיסונים מופיעה במקום ה-8—בתרגום לעברית ה"הססנות" הפכה ל"מתנגדי חיסונים", ומהמקום השמיני הגיעו "מתנגדי החיסונים" למקום הראשון באיומים על הבריאות הגלובלית בשנת 2019.

עוד מעניין שהססנות חיסונים נכנסה לרשימה, לעומת דברים אחרים שעשויים היו להיות בה או מוצגים בצורה בולטת יותר. זיהום אוויר חולק את אותה משבצת איומים יחד עם שינוי אקלים, למרות שמדובר בשתי תופעות שונות לחלוטין. יש הבדל בין מחסור באוויר לנשימה—כפי שהיה בתחילת פברואר 2019 בבנגקוק, כשהלימודים בבתי הספר ובאוניברסיטאות בוטלו, ומרבית האנשים הסתובבו עם מסכות, מנסים לגמוע מעט אוויר—לבין סיכון לשיטפון מהוריקן או רעב מבצורת עקב שינוי אקלים.

הכל נכנס למשבצת "סביבתית" אחת, כשמחוץ למפת האיומים על הבריאות הגלובלית של ה-WHO נמצאים כל הרעלים התעשייתיים, וגם תופעות הלוואי של תרופות פרמקולוגיות, התמכרויות למשככי כאבים ולכדורים פסיכיאטריים, ועוד. כל אלה הם איומים פחות דרמטיים על הבריאות הגלובלית מאשר הססני החיסונים.

לכן, צדק המתרגם לעברית, שהבין מיד את הכוונה, שכאשר מכניסים קבוצה כזו למפת האיומים, זה באמת עניין אחר/מיוחד, לא כמו כל החלטה אחרת. הוא שגה כשלא הזהיר מפני מגמה מסוכנת זו.

ה"תרגום" לעברית ממחיש את אופייה המסוכן והבלתי-נשלט של הסתה, שהולכת ומקצינה ככל שהמסר המסוכן מתחיל לחלחל.

למרבה המזל, ההקשר הוא מחלת החצבת, שככלל היא מחלה לא נעימה אולם לא מאוד מסוכנת. סטטיסטיקות אפידמיולוגיות מדברות על סיכון של 1 ל-1,000 למוות בממוצע (לא אבולה או איידס, אבל כמובן שכל מוות הוא מיותר וכל אדם הוא עולם ומלואו); בישראל, טוענים שנפטרה פעוטה אחת, מתוך כ-3500 חולים (סוף פברואר 2019), ולא דווח על פגיעות נלוות חמורות נוספות; פחות חמור מתאונות הדרכים, שגובות כ-300 קורבנות בשנה בממוצע, והן לא נחשבות ל"מגפה" שמצדיקה אמצעים קיצוניים של שמירה על בריאות הציבור כמו הרחקת ילדים של "מתנגדי חיסונים" מגנים פרטיים.

מצ"ב קישור לאופן שבו הוצגה מחלת החצבת בטלוויזיה בארה"ב, לפני שהופיעו החיסונים:

<https://www.youtube.com/watch?v=iUr06Q17sdU>

נזכיר שבכל שנה נהרגים בממוצע כ-30 רוכבי אופניים, ולא ראינו את משרד הבריאות מזדעק בעניין זה, או מדיר מגנים פרטיים ילדים של נהגים, שמסכנים רוכבי אופניים.

במילים אחרות, פניקה מתוזמרת מלמעלה, שמשדרת היסטריה ללא הצדקה, למעט הרצון העז לראות את כל ילדי ישראל מחוסנים³.

כאמור, בחצבת הייתה בהלה ציבורית, ללא מקרי מוות המוניים—לא המגפה השחורה. מה ייקרה כאשר תפרוץ מגפה חמורה של ממש? במקרה של בהלה ציבורית חמורה, ה"סרבנים/מתנגדים/מהססים" עלולים להפוך למטרה לכגיעה אישית ולאלימות, מכיוון שהם (לפי ארגון הבריאות העולמי ומשרד הבריאות) מסכנים במודע את הציבור.

לכן, צריך היה מאוד להיזהר עם הפרכת האשמות בדבר "הפצת מגפות". במקום זאת, בחר ארגון הבריאות העולמי להתבטא באופן חסר אחריות, ואילו אתר החדשות בעברית (או כתב הידיעה), בחרו ללבות את האש, ולתת להודעת ארגון הבריאות העולמי כותרת מפחידה ומאיימת עוד יותר. הסתה כפולה ומכופלת.

מהי "הססנות" (hesitancy)?

הביטוי "הססנות חיסונים" מטעה במתכוון. לא במקרה המילה "בטיחות" (safety) אינה מוזכרת בהודעת ארגון הבריאות העולמי. מדוע אנשים "מהססים" להתחסן?

בהודעה מציין ה-WHO שלוש סיבות ל"הססנות": "שאננות" (complacency), "חוסר נוחות" (inconvenience), ו"חוסר אמן" (lack of confidence). שלושת הסיבות לא קשורות לחיסונים עצמם, אלא לתכונות אופי של "ההססנים".

במילים אחרות, להססנים יש בעיות נפשיות (שאננות), או שהם קצת עצלנים (חוסר נוחות), ולא לוקחים אחריות (שאננות וחוסר נוחות), ויש להם בעיה בסיסית בלתי אמן (confidence), שזה לא קשור במה שאמורים להאמין בו, מכיוון שכולם יודעים שחיסונים זה סטנדרט מדעי ורפואי בדוק, וכל מי שלא רוצה את הסטנדרט הזה לא יכול להיות רצינולי ולכן את ההסברים צריך לחפש במקומות אחרים, למשל בתכונות אופי שגורמות ל"הססנות".

SAGE

מי מתאר כך את הססני החיסונים?

³ מומלץ לצפייה, מחלת החצבת בטלוויזיה האמריקאית, לפני שפיתחו את החיסון:

Measles, Back In The Days Before The Marketing Of The Vaccine

<https://www.youtube.com/watch?v=mDb0ZS3vB9g&feature=youtu.be&fbclid=IwAR2B4hFloxdtGQX449vT6tjuiPbVZ12-9j6PGxEkAU1UbpQ10Z2NY-pc4jA>

מדובר בוועדה פנימית של ארגון הבריאות העולמי, SAGE: Strategic Advisory Group of Experts, ועדה זו מורכבת מ"מומחים".

מיהם המומחים, מי בחר אותם, ומה בדיוק תחום מומחיותם?

בדף שמוקדש לוועדה באתר ארגון הבריאות העולמי, אין מידע על ועדה עלומה זו; הדף כולל מידע על חיסון האבולה (נשמע טוב—מחלה מפחידה), וגם דיווח על המפגש האחרון של הוועדה, שהקריאה בו מעלה זיכרונות של "פְּרַאבְּדָה" (Правда, "אמת"), שופר המפלגה הקומוניסטית הרוסית בתקופת המשטר הסובייטי והמלחמה הקרה.

ב"פְּרַאבְּדָה" הכל היה טוב, הטרכטורים חורשים בשדות, התפוקות בתעשייה עלו בעקבות תוכנית החומש האחרונה, החיסונים הצילו כן וכך אנשים; מדובר בסיפור הצלחה, הישגים בלבד ללא כל כישלונות בדרך, ולכן צריך להמשיך לעשות בדיוק מה שעשינו עד כה, יש רק בעיה אחת - הססני החיסונים:

Overcoming vaccine hesitancy and creating vaccine demand remain high priorities. The Director emphasized the importance of SAGE's recommendation on vaccine hesitancy in 2014. Indicators should be found of the reasons for vaccine hesitancy, and the degree of hesitancy should be assessed nationally and subnationally.

אם כן, הוועדה שבכלל אמורה לכלול מומחים בחיסונים, זיהתה תופעת בריאות חדשה: "הססנות", שזוהתה כרגע רק בהקשר של חיסונים, אבל אנחנו כבר מכירים אותה גם ממקומות אחרים, למשל הפלרת מים. גם שם, המומחים לא מבינים מדוע אנשים "מתנגדים" באופן "לא-רציונלי" ו"לא-מדעי" להוספת רעלן-עצבי ידוע למי השתייה⁵.

הפרוטוקול מפנה לדוח בן 64 עמודים משנת 2014, שבו יש אפילו הגדרה להיסוס:

Definition: Vaccine Hesitancy

Vaccine hesitancy refers to delay in acceptance or refusal of vaccines despite availability of vaccination services. Vaccine hesitancy is complex and context specific, varying across

⁴ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276544/WER9349.pdf?ua=1>

⁵ Mishori, D. (2019). Water Keepers, Fluoridation and the Rule of Experts: Bioethical implications of Disciplinary Science Eubios Journal of Asian and International Bioethics EJAIIB Vol. 29 (1): 18-27 <http://www.eubios.info/EJAIIB2019.pdf>

time, place and vaccines. It is influenced by factors such as complacency, convenience and confidence.

במילים אחרות, הגדרה הופיעה ב-2014, והפכה להסתה ב-2019.

אם נחליף את המילה "חיסונים" ב"רעלנים עצביים", יקל לראות עד כמה הגדרה זו מופרכת:

Definition: Neuro-Toxins Hesitancy

Neuro-toxins hesitancy refers to delay in acceptance or refusal of neuro-toxins despite availability of neuro-toxins services. Neuro-toxins hesitancy is complex and context specific, varying across time, place and neuro-toxins. It is influenced by factors such as complacency, convenience and confidence.

במילים אחרות, במקום להבין מדוע אנשים מהססים כאשר מדובר בחיסונים/רעלנים עצביים (למשל, פלואורידים/אלומיניום), שמים את הפוקוס על ההיסוס עצמו, תכונות-אישיות של המהססים.

ביחס להיסוס, מתברר שיש ספקטרום שלם, שנע מדחייה מוחלטת לבין קבלה מוחלטת של חיסונים. המסמך מכוון אל "האמצע" (middle), כדי שיילמד שלא להסס:

Vaccine attitudes can be seen on a continuum, ranging from total acceptance to complete refusal. Vaccine-hesitant individuals are a heterogeneous group in the middle of this continuum. Vaccine hesitant individuals may refuse some vaccines, but agree to others; delay vaccines or accept vaccines but are unsure in doing so.

כיצד מכוונים אל המרכז? זאת יודעים מתוך הודעת ארגון הבריאות העולמי. ראשית (א), יוצרים בהלה ממחלה שיש כנגדה חיסון; שנית (ב), מאשימים את הססני החיסונים בהפצת המחלה; וזאת (ג), בהתבסס על תיאוריית "חיסון העדר", להלן.

ומי זיהה את בעיית ההססנות? לא מומחים בפסיכולוגיה, או במדעי החברה, אלא מומחים בחיסונים, ש"הססנות" וסוגיות של אישיות בכלל כלל אינם בתחום התמחותם.

קולם של המהססים לא נשמע, וההססנות מתוארת כתופעה לא-רציונלית מפליאה: נותנים משהו בחינם, הוא אמור להיות ממש טוב, רק צריך לבוא לקחת, לא ברור למה יש בכלל מישהו שמהסס.

את תחומי התמחות של מאבחי ה"הסטנות" ניתן ללמוד מקול קורא שפורסם למינויים בקבוצת עבודה בוועדה:

Expertise needed in the Working Group: Measles and rubella Epidemiology, Public health expertise, Infectious diseases, Paediatrics, Immunization programme planning/management, implementation and monitoring, Vaccine safety, Health economics in the immunization/vaccines area, Expertise in disease modelling.

במילים אחרות, מדובר בקבוצת התמחויות מצומצמת ביותר, שמרכבת ממומחי חיסונים/אפידמיולוגים ואנשי בריאות ציבור בלבד (ורופאי הילדים, שנותנים בפועל את החיסון); הוועדה אינה זקוקה למומחים בביאתיקה, וגם לא באקולוגיה, ביולוגיה התפתחותית, רפואה סינית, או מומחים ממדעי הרוח או החברה.

כמומחים, הם נבחרים בזכות מומחיותם, בתחומי התמחות צרים, טובי-חיסונים, וכך יקבעו כמומחים קביעות "אובייקטיביות", בסוגיות שחורגות שנות אור מתחומי התמחותם: למשל בסוגיית ההסטנות, שהם רואים בה את ה-בעיה, בעוד שהיא כנראה אינה אלא ה-סימפטום: של חוסר אמן גובר במומחים עצמם, ולכן גם בחיסונים שהם ממליצים עליהם, מכיוון שלאורך שנים רבות עולות שאלות כבדות משקל בסוגיות של בטיחות, שלא מקבלות מענה הגון-אינטלקטואלית; וככל שסימני השאלה מתרבים, כך נדהמים רבים מתגובת ה"מומחים", שעסוקים בהכחשת העובדה שיש בעיות, במקום להגיב עניינית לטענות בעניין בטיחות, וטענות אחרות.

כמו כן, מסוג ההתמחויות שרלוונטיות לוועדה עולה שכמעט כל מי שיהיה שם יהיה מעורב בסוג כזה או אחר של קשר עם מחזיקי העניין המרכזיים בתחום, ולכן בסיכון להיות בדרגה זו או אחרת של ניגוד עניינים, או לכל הפחות אחדות-דעים אידיאלוגית תומכת-חיסונים, ולכן מתקשה להגיב עניינית לביקורת.

במקום להגיב עניינית לשאלות של בטיחות, פעלו בוועדה של ה-WHO בשני שלבים. ראשית, זיהו בעיה שאינה קיימת, "הסטנות", כסוגיה מנותקת מסוגיית ה"בטיחות" (שאיננה מזכרת כלל): Fake News; שנית, הפכו את ספקני החיסונים עצמם לבעיית בריאות, במקום לקיים דיון פתוח על בעיות בריאות—בטיחות—שהתגלו בחיסונים עצמם.

https://www.who.int/immunization/policy/sage/SAGE_working_group_MR_call_nominations_Jan_2019.pdf?ua=1 ⁶

אולם, מפייק-ניז ועד הסתה מסוכנת נגד "מתנגדי החיסונים" הדרך אמורה הייתה להיות ארוכה, ובארגון הבריאות העולמי עברו אותה בקפיצה קלה, ממש בלי שום בעיה, בהמלצת וועדת המומחים (SAGE) חסרת-השקיפות, חסרת האחריות, חסרת האחריותיות (accountability) וחסרת הפנים.

חיסון העדר (herd immunity) המוסת

לתיאור אופיים של ה"הססנים" מתווספת טענה חמורה (ההסתה מתגברת): הססני החיסונים לא רק עלולים לפגוע בעצמם, או בילדיהם; בגלל התנהלותם חסרת האחריות, וחוסר יכולתם לתת אמון, "חיסון העדר" עלול להיפגע, וכולנו נשלם על זה בצורה של מגפות, שלא היו מתפרצות לולא הסתובבו בינינו אנשים חסרי אחריות כאלה. את המחיר ישלמו לכאורה קודם כל החלשים, שהיו אמורים ליהנות מ"חיסון העדר", כמו פעוטות, חולים, מעוכבי חיסון וכדומה.

"חיסון העדר" היא תיאוריה הגיונית שראוי להתווכח עליה (היא איננה "מוכחת" מדעית), לפיה כאשר מרבית האוכלוסייה מחוסנת, המחלה תיעלם; לפי תיאוריה זו, הגוף החברתי מגן על עצמו באופן קולקטיבי; כשהרוב מחוסן, לחיידקים לא יהיה על מי להתעלק, והם ייעלמו.

בפועל, בעולם של מחוסנים, חיידקים ווירוסים מסתובבים גם בקרב "חזקים", שעלולים להדביק את החלשים, שלא ממש מסתתרים במרכז אלא חשופים בשוליים. כמו כן, ייתכן שמחלות מתפרצות מראש באוכלוסיות חלשות, ולא בפרטים ה"חזקים" בעדר.

כזכור, עמדת ארגון הבריאות העולמי היא: "המגפות נובעות מסרבני החיסונים. ארצות הברית, ישראל ומדינות נוספות באירופה חוות התפרצויות של מחלת החצבת בשל אוכלוסיות המסרבות להתחסן".

טענה משונה זו אמורה להסביר את העובדה, שלמרות שהיו 95% של מחוסנים נגד חצבת בישראל, בכל זאת התפרצה המגיפה והתוצאה, לפי משרד הבריאות:

"במהלך החודשים מרץ 2018 ועד סוף פברואר 2019, כתוצאה מיבוא של המחלה על ידי מספר מצומצם של תיירים ומבקרים ולאחר מכן הפצה של המחלה בקרב אוכלוסייה לא מחוסנת, נדבקו מעל ל-3505 אנשים בחצבת."

<https://www.health.gov.il/Subjects/disease/Pages/Measles.aspx>

במילים אחרות, הספיק "מספר מצומצם של תיירים ומבקרים" כדי לגרום להתפרצות החצבת, למרות שיעורי החיסון הגבוהים בישראל. "חיסון העדר" ככל הנראה אינו אלא מיתוס של מדע החיסונים,

מטאפורה מרתקת, ולא עובדה רפואית/מדעית מהימנה. אם מרבית האוכלוסייה בישראל כבר הייתה מחוסנת (כ-95%), פירוש הדבר שגם חיסון של מרבית האוכלוסייה אינו יכול למנוע לחלוטין התפרצות של מגיפות.

עובדה זו הייתה צריכה לעורר דיון על יעילות החיסונים, מתוך הנחה שלבטח יש תועלת בחלקם, אולם שייתכן שגם בתיאוריית החיסונים נפלו מספר פגמים (למשל, "חיסון העדר"), שהמציאות מסוגלת להראות, אם טורחים להתבונן.

ומי הפיץ את החצבת?

הטענה ש"המהססים" או "המתנגדים" אחראים על הפצת החצבת, באופן בלעדי (שמצדיק תקשורת המציגה אותם כסיכון יחיד) היא הסתה ממספר סיבות פשוטות.

ראשית, משרד הבריאות ביצע את מבצע החיסונים שלו לאורך זמן, היו ביקורת על כך שלא היו מספיק חיסונים, או מספיק אחיות טיפת חלב, וכדומה (לפי מערכת דוקטורס אונלי, בהתפרצות החצבת "משרד הבריאות עשה כל טעות אפשרית בניהול המשבר", 11.11.18; ביקורת נוספות הופיעו לפנינו במבר, וגם מאז).

החיסון עצמו בוצע באמצעות ניג'י חי מוחלש. פירוש הדבר שבמקרים מסוימים המחוסנים עצמם עלולים לחלות, או בכל מקרה להפיץ את נגיפי החצבת, כלומר לתרום להתפרצות המגפה.

לתופעה זו קוראים Vaccine Shedding, או transmission של ווירוסים פעילים במהלך תקופה של מספר שבועות לאחר החיסון. לכן, מזהירים מעוכבי-חיסון (Immunocompromised/deficiency) מפני מחוסנים.

למרבה התדהמה, מסתבר שיש כאלה שמכחישים שתופעה זו קיימת. יש אתר בחו"ל, שטורח להכחיש את דבריה של ד"ר סוזן המפריז בנושא shedding כך:

For example, antivaccine quack Dr. Suzanne Humphries (she is a homeopath, so she clearly embraces pseudoscience) in an article dated today, concludes:

"Some of these cases are confirmed to be among those who have received the MMR vaccine,

<https://quality.doctorsonly.co.il/2018/11/152416>⁷

and for those who have not been vaccinated, is it possible they were infected from those recently vaccinated when the vaccine was still "shedding," and that the vaccine-strain of measles was passed on from the vaccinated child to the unvaccinated child?"

ולאחר שסיימו לצטט טענה זו, פסקו לגביה כך:

Beware of provocative claims that end in a question mark. That is basically saying that they can't really prove their claim, but want to put it out there to generate fear and mistrust.⁸

כלומר, הד"ר ההומאופתית רק רוצה לגרום לפחד ולחוסר-אמון, והוכחה לכך היא העבודה שהיא שואלת שאלות (משפטים שמסתיימים בסימן שאלה), מכיוון שבמדע של תומכי החיסונים יש רק סימני קריאה, ולכן זה מדע הרבה יותר רציני מהומאופתיה.

אבל מה שהיא אמרה, זה נכון או לא נכון?

האם מחוסנים עלולים להדביק אנשים אחרים?

התייעצנו (הצוות המקצועי, "שומרי המים") עם גוגל סכולר (חיפוש מקורות מדעיים). לתדהמתנו, אין כמעט מחקרים אפידמיולוגיים בשאלת הסיכון שבהדבקה ממחוסנים. לא טרחו לבדוק את זה. לעומת זאת, יש לא מעט מחקרים, החל משנות ה-80, שמתעדים מקרים של הדבקה ממחוסנים⁹. לא מחקר קליני או אפידמיולוגי מקיף, אבל סימני אזהרה שראוי היה לבדוק.

כלומר, ההתייחסות אל הדוברת כאל antivaccine quack, אליה כאל הומיאופתית ואל ההומאופטיה כאל pseudoscience, וייחוס כוונות של הפצת [אווירה של] פחד וחוסר-אמון, כל אלה אינם אלא אלימות מילולית, שמכסה את העובדה הפשוטה, שכל מי שמחפש מחקרים כאמור באינטרנט, ימצא אותם, ויכול לספר על זה, ואז להיות מותקף כאדם לא-רציונלי שגם מסכן אחרים.

Steven Novella (13.2.19), <https://sciencebasedmedicine.org/the-myth-of-vaccine-shedding/>⁸

Millson, D. (1989). Brother-to-sister transmission of measles after measles, mumps, and rubella immunisation. *The Lancet*, 333(8632), 271

Murti, M., Krajden, M., Petric, M., Hiebert, J., Hemming, F., Hefford, B., ... & Van Buynder, P. (2013). Case of vaccine-associated measles five weeks post-immunisation, British Columbia, Canada, October 2013. *Eurosurveillance*, 18(49), 20649.

Nkowane, B. M., Bart, S. W., Orenstein, W. A., & Baltier, M. (1987). Measles outbreak in a vaccinated school population: epidemiology, chains of transmission and the role of vaccine failures. *American journal of public health*, 77(4), 434-438

שם האתר הוא: ScienceBasedMedicine.Org. ושם, מוסבר שהאתר "רפואה מבוססת מדע" מוקדש להערכת טיפולים רפואיים ומוצרים שמעניינים את הציבור באופן מדעי, תוך הקפדה על סטנדרטים מדעיים גבוהים ביותר בתחום הבריאות. אתר כזה נדרש בשל הרפואה האלטרנטיבית הבלתי-מדעית:

Online information about alternative medicine is overwhelmingly credulous and uncritical, and even mainstream media and some medical schools have bought into the hype and failed to ask the hard questions.

We provide a much needed "alternative" perspective — the scientific perspective.¹⁰

כלומר, הזווית ה"אלטרנטיבית" שאתר זה מספק הוא ניגוח אישי ולא-ענייני שביב סוגיה עניינית (הדבקה ממחוסנים) שהוא ממתג אותה כ"מיתוס", שמי שרק מזכיר אותו מוכיח שהוא quack, שכנראה פועל ממניעים לא כשרים ובכל מקרה אינו מבין במדע.

לכאורה, הבעיה ברפואה אלטרנטיבית היא שהם נכשלים בלשאול שאלות קשות — "failed to ask the hard questions" — למרות שגם שאלות קשות מסתיימות בסימן שאלה, שבציטוט הקודם נחשב לסימן של שרלטנות: "Beware of provocative claims that end in a question mark".

אין כאן "מדע", זו התבצרות עיקשת כמעט-דתית ב"מדענות", בטענה שמדענים לא יכולים לטעות, שהיא טענה לא-מדעית בעליל. הביטוי "מדע-מבוסס-עובדות" (או רפואה "מבוססת-עדויות") הופך לסיסמה בלבד.

לאחר שמועלים עוד מספר נימוקים שאמורים להוכיח לכך שד"ר סוזן המפריז טעתה, כולל מחקר בקופים שלא נדבקו מהווירוס בחיסון, מסכם האתר:

Further still – we know the causes of measles outbreaks. This is not a mystery to be solved. In the US measles outbreaks generally occur in undervaccinated or unvaccinated populations where one member brought a measles infection to the community through travel. The outbreak spread through the unvaccinated, or those who failed to develop immunity, or their immunity has waned. The latter is a minority – the vast majority are unvaccinated. So measles outbreaks are caused by antivaccine propaganda and fearmongering, not the MMR vaccine. The evidence is overwhelming and clear.

<https://sciencebasedmedicine.org/about-science-based-medicine/>¹⁰

מול עינינו המשתאות, מתברר שהיפוכה של האמת היא ההסתה.

במקרה של חיסון הפוליו, משרד הבריאות בישראל, בצדק גמור ומתוך אחריות, קבע לגבי ילדים מדוכאי-חיסון מקבוצה 3 [”חולים עם חסר גאמא גלובולין בדם, או תת גאמא גלובולין משמעותית נחשבים למדוכאי חיסון, גם אם מקבלים טיפול קבוע ב-IVIG”]: "...לא ניתן לשלוח לבתי ספר וגני ילדים בתקופת מבצע החיסון ועד 6 שבועות אחרי סיומו"¹¹. אין מחקר ש”מוכיח” שבמקרה של חצבת הסיכון להדבקה נמוך בהרבה. אפשר לטעון שהסיכון נמוך מאוד, אבל לא ניתן לטעון, ללא מחקר, שהסיכון לא קיים בכלל.

טענה כזו משולה לקביעה לפיה ”חוק מרפי” (Murphy’s law) אינו רלוונטי לסוגיית בטיחות החיסונים.

כידוע, ”חוק מרפי” הוא כלל ספק-היתולי לפיו, בכל מצב נתון, אם יש סיכוי שמהוה ישתבש, הוא אכן ישתבש (Anything that can go wrong, will go wrong).

*

כלומר, לא-מחוסנים יכלו לחלות גם כ”תוצאת לוואי” של מבצע החיסונים, ולא רק עקב העובדה שיש ”מהססי” חיסונים. מבצע החיסונים עצמו תרם להתפרצות החצבת תרומה לא-ידועה אך גדולה מ-0,5, בהיקף לא-ידוע שנגזר ביחס ישר למספר המחוסנים, ולמספר המפגשים שהיו למחוסנים עם בלתי מחוסנים.

ניתן היה לטעון שהדבקה כזו, כחלק ממבצע חיסונים, היא סיכון שראוי לקחת, כדי ליצור חברה מחוסנת יותר ב”חיסון העדר”. זה עשוי היה להיות שיקול תועלתני מוצדק. אולם, משרד הבריאות בישראל, וארגון הבריאות העולמי, מטילים את האחריות על מתנגדי החיסונים בלבד, מבלי לספר על מקורות הדבקה נוספים, כמו המחוסנים עצמם, וזאת בניגוד למדע, ובניגוד לחובה לדבוק באמת.

הלא-מחוסנים כוללים: (1) את אלה שטרם חוסנו (לא הספיקו, לא היו חיסונים, מבצע החיסונים התנהל בשלבים, וכדומה); (2) מבוגרים, שלא נדרשו כלל להתחסן, אבל שעלולים היו לחלות במחלה; (3) מנועי חיסון (בשל מצב בריאותי, חשש לתגובה עם טיפול אחר, וכדומה), ורק בסוף (מבחינה מספרית פשוטה) (4) ילדים של ”מתנגדי” (ספקני) חיסונים.

מבחינה אפידמיולוגית, נטען שהייתה התפרצות בקרב אוכלוסייה חרדית, שבחלקה מסרבת להתחסן,

¹¹ https://www.health.gov.il/Subjects/vaccines/two_drops/Immunocompromised/Pages/default.aspx

אבל לא הייתה התפרצות בפרדס חנה ובסביבה (נפת חדרה—מקרים ספורים בלבד), למרות שיש באזור ספקני חיסונים רבים.

אחת הטענות שעלו לאחרונה היא שהחצבת נוטה להתפרץ מדי מספר שנים, כשלא ברור אם שאלת אחוז המחוסנים משפיע על מועד ההתפרצות.

סיבה להיסוס להתחסן

אחת מהשאלות שעולות בהקשר של בטיחות החיסונים היא השימוש במרכיב האלומיניום בחיסונים (האד'ג'ובנט, ש"ממריץ" את המערכת החיסונית), למשל, שהוא אחד מהגורמים המעוררים חשש בקרב ספקני החיסונים (ולכן הדוגמה לעיל, של "היסוס" ביחס לרעלן עצבי).

מדובר בתרכובות שרקחו "מומחים", שעל-פי החוק בארצות הברית אין עליה "אחריות" (לא ניתן לתבוע את יצרני החיסונים), תרכובת שכוללת גם אלומיניום שהוא (כמו הפלואורידים) רעלן עצבי (neurotoxin).

אם חושבים על זה קצת, מבינים שמותר להתלבט לפני שמחליטים על הזרקה ישירה של רעלן-עצבי לגופם של תינוקות. אלומיניום הרי שייך למשפחה של חומרים שלא טובים לגוף בשום מינון. אבל כששואלים על מבדקי הבטיחות, מתברר שאין הרבה תשובות בעניין זה, והשאלות נענות במנטרה לא-מדעית: החיסונים בטוחים ואפקטיביים, וזאת על-סמך מחקרים אפידימיולוגיים, באיכות נמוכה, שטוענים שלא ניתן להוכיח קשר בין פגיעות נוירולוגיות ומחלות אוטואימוניות לבין חיסונים.

אבל אם אין מחקר ששולל עקרונית סיכון מהאלומיניום בחיסונים (האלומיניום כאן הוא דוגמה בלבד). באותו הרגע האחריות צריכה לעבור להורים, ועל משרד הבריאות להכיר בזכות ההורים לבקש ולקבל תשובות מהימנות, כדי שיוכלו לקבל החלטה-מדעת אם לסכן את התינוק הפרטי שלהם, בחיסון ששאלת בטיחותו מטופלת בידי אנשים המסוגלים להסתה ולהסחת דעת; לחילופין, לסכן את התינוק בהידבקות במחלה עצמה, שגם היא עלולה להיות מסוכנת.

זכור, מרשימת האימונים על הבריאות הגלובלית נעדר זיהום הים, חשיפה למיקרו-פלסטיקים, זיהומי מים וקרקע, וכדומה. פירוש הדבר שמדובר באנשים שמודאגים יותר מחיידקים ומווירוסים מאשר מרעלים (אלומיניום, הפלרת מים). לעניות דעתנו, לא בלתי-הגיוני להעמיד סדר עדיפויות מנוגד.

לאחרונה הופיע בעברית ספר, "צבים כל הדרך למטה" (2018), שמציג בצורה בהירה ומקיפה שאלות מטרידות בנושא בטיחות החיסונים. מחברי הספר, אינם חתומים בשם, לכאורה בשל חשש שיבולע להם כרופאים מצד משרד הבריאות, שכידוע כבר החל לזמן ל"שימועים" (אינקוויזיציה?) רופאים המדברים באופן ביקורתי על בטיחות חיסונים.

כלומר, עמדת משרד הבריאות, כמו עמדת ארגון הבריאות העולמי, מונעת דיון מדעי-ביקורתי פתוח בשאלת החיסונים, עובדה שאינה יכולה להתפרש אלא כזיהום המדע בכוחניות ובהשתקה של עמדות אחרות—לא מתכון למדיניות ציבורית רציונלית ושקולה.

הערך המדעי של "מתנגדי החיסונים"

למעשה, לא ברור מדוע מותקפים "מתנגדי החיסונים". חיסון העדר לא יכול להיות תלוי דווקא בהם, כשיש אוכלוסיות שאינן יכולות להתחסן, כלומר לעולם לא נגיע לחיסון-עדר מוחלט. מתנגדי החיסונים, לעומת זאת, מאפשרים לנו להשוות בין אנשים שנהנים מהחידושים האחרונים במדע הרפואה, לבין אנשים שבחרים להימנע מכך. הם יכלו לספק לנו שירות קליני/אפידמיולוגי חשוב בבדיקת השאלה מהן ההשלכות ארוכות טווח של השימוש בחיסונים (או ההימנעות מהם), לעומת קבוצת ביקורת, של המסרבים-מדעת להתחסן. ניסוי טבעי.

מחקר השוואתי אפידמיולוגי/קליני כאמור יכול היה להוכיח-לכאורה את עמדת תומכי החיסונים, שבפרמטרים רבים המחוסנים בריאים יותר מהבלתי-מחוסנים.

מחקר כזה, איש לא טרח לעשות, מאז ראשית תוכנית החיסונים.

תזכורת: אתיקה רפואית

אתיקה רפואית מבוססת על עיקרון האוטונומיה של המטופל. ממנה נגזרים מספר עקרונות ובראשם "הסכמה מדעת". ההסתה כנגד ספקני החיסונים נועדה לכפות עליהם (או על ילדיהם) פרקטיקה שלא היו נוקטים בה מדעת.

תיאור הסטנות החיסונים כסיבה עיקרית להתפרצות מגפות, תוך המעטה מדעת של אחריות החיסונים עצמם (shedding), מהווה סטייה מן האמת, באופנים שלא ניתן להצדיק באמצעות המטרה, שאינה יכולה לקדש אמצעים כמו הסתה ואי-הקפדה על האמת. "מדע" או "רפואה" אינם עניין של יחסי ציבור, אלא דיני נפשות.

האתיקה הרפואית אמורה להניח "ראשית, אל תזיק" (Primum non nocere או non-maleficence). הטיפול הרפואי עצמו, למשל חיסונים, עלול לגרום לתופעות לוואי, כלומר לפגיעה (iatrogenesis). חישובי עלות-תועלת ומחקרים אפידמיולוגיים יכולים לאשש יעילות חיסונים ברמת האוכלוסייה (סיכון סטטיסטי בלתי-ידוע לפגיעה), אבל לא לחייב הורים להסתכן בפרוצדורה רפואית שעלולה להסתיים בנזק לילדים.

אנו מכירים הורים, שמשוכנעים שילדם נפגע מחיסונים. הערכה זו יכולה להיות נכונה או מוטעית, אבל

רק בחברה לא-דמוקרטית באופן עמוק ניתן להגיע למצב שבו חופש הבחירה נשלל, בנימוקים של "בריאות הציבור", שהיא "טובת הכלל" כפי שהבינו אותה משטרים לא-דמוקרטיים.

נזכיר שבנושא החיסונים הוגשה לאחרונה תביעה ייצוגית¹² נגד משרד הבריאות בישראל וחברת סיינאווק שייצרה חיסון פגום (Sci-B-vac) נגד צהבת B (לכל הפחות, פגם באריזה), בטענה שפגע באלפי תינוקות¹³. התביעה הוגשה בשם שני ילדים והוריהם, בגין נזקים שנגרמו לכאורה לילדים כתוצאה מהחיסון.

על פי כתב התביעה, מתברר שהחיסון שניתן בשנים 2015-2011 לכ-428 אלף ילודים ותינוקות בישראל, לא אושר בשום מדינה מערבית לפני שניתן בישראל.

זו דוגמה בלבד לעובדה שהחיסונים ככל הנראה בטוחים פחות מכפי שמבטיחים משרד הבריאות וה-WHO. במצב כזה, לא יוצאים למתקפת הסתה כנגד המתנגדים, אלא מנסים לתת תשובות אמיתיות, מבוססות-מדע—להשתפר תוך כדי תנועה ולא לטעון שאנחנו כבר כמעט מושלמים.

התנהלות ארגון הבריאות העולמי בשאלת החיסונים מסוכנת. הסוגיה שבה מדובר מורכבת, וראוי שתקבל מענה ענייני, שאינו מזכיר Fake News או ספינים ("סחריר", בעברית). למרבה הצער, לא זה מה שקורה כיום, בישראל ובארגון הבריאות העולמי. יוזמות וולונטריות כמו "מחוסגן" והצעות חוק הנתמכות בידי רופאים, להגביל מתנגדי חיסונים או קבלת ילדיהם לגנים (תחילת מסלול ההדרה ממערכת החינוך), מסמנות את הססני החיסונים כקבוצה, ופוגעות בעקרונות בסיסיים של דמוקרטיה, זכויות אדם, זכויות החולה וביואתיקה.

כל עוד זו מדיניות הבריאות הרשמית, סביר שמספר ספקני החיסונים ימשיך לגדול בעתיד הקרוב, עד שיחל דיון ביקורתי אמיתי וענייני בשאלת החיסונים.

***גילוי נאות; בנותיו של כותב המאמר חוסנו בעבר לפי תכנית החיסונים המקובלת.**

¹² ד"ר יפה שיר-רז (16.9.18). כתב תביעה חמור: "חיסון ניסיוני ניתן לתינוקות בישראל", YNET. <https://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-5348495,00.html>

¹³ כתבת טלוויזיה: "קורבנות החיסון הפגום נגד צהבת ב", כתבת התחקיר של נועה ברק, ערוץ כאן 11, 2.2.19. <https://www.youtube.com/watch?v=PqZnWezp>

ביו-אתיקה וטכנולוגיות רפואיות

הזכות להורות או הזכות לאשליה? / אורית גולן

לאחרונה חגגה לואיז בראון, תינוקת המבחנה הראשונה, יום הולדת 40. החגיגה היא גדולה, שכן עם לידתה למד העולם כי מקרים שבעבר נדונו לעקרונות אינם חייבים עוד להיות כך. לידתה היתה בבחינת בשורה עבור זוגות חשוכי ילדים, אשר זכו בסיכוי לחבוק תינוק לאחר הטיפולים. נתון זה רלוונטי במיוחד למדיניות הישראלית, המעודדת ילודה באופן יחסי למדינות מערביות אחרות. בישראל כל אישה שאינה מצליחה להרות תהיה זכאית למימון ציבורי של טיפולי פריון במסגרת סל שירותי הבריאות עד גיל 45 (או עד הבאת שני ילדים לעולם). כמו כן, היא תהיה זכאית לטיפול מתרומת ביצית עד גיל 54. יחד עם זאת, הסיכוי להביא ילד לעולם באמצעות הפריה חוץ גופית תלוי במשתנים רבים, והוא פוחת ככל שגיל האישה עולה.

עניין רשימה זו הוא להאיר את הזווית הפחות מחמיאה של המימון הציבורי לפריון. בעוד המדינה מממנת, התוצאות המיוחלות לא תמיד מתקבלות. יש להכיר בכך שיש עדיין טיפולים ומצבים, שנכון להיום הסיכוי להרות בהם, הינו אפסי.

מהו טיפול חסר תוחלת? זהו טיפול המעניק סיכוי להשיג לידת חי, העומד על פחות מ-1% (על פי הגדרת הוועדה האתית של איל"ה (האגודה הישראלית לחקר הפוריות), שאימצה לעניין זה את ההגדרה של הוועדה האתית של האגודה האמריקאית לרפואת פריון (ASRM).¹⁴

במדינת ישראל, נראה כי אסור לומר למעוניינים בהורות שאין סיכוי. אנו מוכנים לממן אשליה ולו רק בשביל הסיכוי הקלוש שאולי יהיה ילד.

נשאלת השאלה האם נכון וראוי לאפשר לנשים את הסיכוי הקלוש להרות ולממש את רצונן ללדת ילד משלהן, תוך גביית המחיר הנפשי, הפיזי והמנטלי הכרוך בהליך זה.

במחקר שנערך על ידי פרופ' שחר קול, רופא נשים ופריון ב"מכבי שרותי בריאות", בנושא טיפולי

¹⁴ הגישה האתית לטיפולי פריון חסרי תוחלת – עמדת ועדת האתיקה של האגודה הישראלית לחקר הפריון (איל"ה), פברואר 2015, שבט תשע"ה.

<https://www.ima.org.il/userfiles/image/futileFertilityTreatments.pdf>

הפריה חוץ גופית במכבי שירותי בריאות 2010-2007¹⁵, עלתה תמונת המצב הבאה: בקבוצת הגיל 45-40 מטופלות שהרו לאחר 4.88 טיפולים בממוצע. אותה קבוצת גיל שיעור ההצלחה למחזורים טריים היה 6%, כך שבממוצע כללי בוצעו 16 טיפולים להשגת הריון. לכן, מטופלות שיש להן סיכוי סביר להשיג הריון, יהרו לאחר כ-5 ניסיונות בממוצע. השאר ימשיכו וינסו טיפולים רבים נוספים, עם סיכויי הצלחה קלושים.

במחקר נוסף¹⁶ שערכה מכבי עלה, כי תוצאות טיפולי הפוריות שנערכו בקופה בשנים 2007-2014, למרות הגידול במספר הנשים שמבקשות לבצע הפריה, שיעור ההצלחה של הטיפולים היה במגמת ירידה, בשל עלייה בגיל הנשים. בשנת 2007 נעשו 6,242 מחזורי טיפול, לעומת 8,623 בשנת 2014. מדובר בעלייה של כ-40% במספר הטיפולים בתוך שמונה שנים בלבד. ואולם שיעור הצלחת הטיפול ירד כאמור מ-18.9% בשנת 2007 ל-14.4% בשנת 2014. בהתאם, עלה הגיל הממוצע של המטופלות מ-35 ל-37 באותה התקופה. יתרה מכך, חלה עלייה של 14% במספר הנשים מעל גיל 40 שפנו לטיפול פוריות.

נתוני המחקר מבהירים את שיעור הצלחת הטיפול עם העלייה בגיל. שיעור ההצלחה בגיל 40 הוא 9.9%, אולם בגיל 42 הוא יורד ל-5.7%, ובגיל 44 צונח ל-1.8% בלבד. עוד נמצא, כי מספר מחזורי הטיפול בקרב נשים מעל גיל 40 שהצליחו להרות במסגרת טיפולי הפריה, לא עולה על שישה. כלומר סיכוייה של אישה שלא הצליחה להרות בששת הטיפולים הראשונים להצליח בטיפולים נוספים, נמוכים מאוד.

מה באשר לעלות הכלכלית של התהליך למדינת ישראל? לפי מחירון משרד הבריאות (1.1.2012), מחזור שלם של הפריה חוץ גופית מתקצב בכ-10,500 ₪. מדובר בהשקעה של 53,857 ₪ לילוד. תמונת המצב הייתה שונה כאשר המטופלות היו מגיל 43 ומעלה. שם הגיעה עלות השקעה ל-399,000 ₪ בכל לידה!!

מהמחקר עולה שנשים רבות, שאינן מצליחות להרות ועדיין ממשיכות לנסות חרף התוצאות. לפיכך, המלצת ועדת האתיקה של איל"ה היא להימנע ממתן טיפולי פריון המוגדרים כטיפולים חסרי תוחלת. כך, למשל, קובע נייר העמדה שהוציאו, כי הגיל המרבי המומלץ לטיפול הפרייה עם ביציות המטופלת יהיה 44, דהיינו פחות מגיל הזכאות על-פי הסל. כמו כן, יש להפסיק טיפול הפרייה אם בארבעה מחזורי טיפול עוקבים לא הגיעו לשלב החזרת עוברים; זאת, לעומת ההוראות הקיימות של משרד הבריאות,

¹⁵ טל סלע, יעקב סגל, איריס גורן, בריאל חודיק, ורדה שלו, רוי הומברג, רחל בכר ושחר קול (2013). טיפולי הפריה חוץ גופית במכבי שירותי בריאות 2010-2007 – תמונת מצב. הרפואה.

¹⁶ Kol S, Yellin LB, Segal YI, Porath A(2016) In Vitro fertilization (IVF) treatments in Maccabi Healthcare Services 2007-2014, Isr J Health Policy Res.

לפיהן, במקרה כזה, יש לערוך דיון של הצוות המטפל כולל עובדת-סוציאלית, שעל-פיו יקבע המשך תכנית טיפולי הפוריות.

לאור האמור לעיל, ראשית, חשוב לומר למטופלות את מה שעולה מן המחקרים, על הסיכויים הראליים להרות ועל המחירים האישיים האפשריים. על הצוותים המטפלים לגלות אחריות כלפי המטופלות ולהבהיר להן, כי זכותן למימוש היריון קיימת, בעוד ראוי למגר את הזכות לפתח אשליה.

חינוך לביו-אתיקה

אתיקה וביו-אתיקה לילדים ונוער – מתיאוריה לפרקטיקה / דניאלה קידר*

בעלון מספר 16, ינואר 2017, הצגתי תכנית לפיתוח אתיקה וביו-אתיקה לילדים ונוער ("התכנית") המבוססת על "ההכרזה האוניברסאלית על ביו-אתיקה וזכויות אדם" של ארגון אונסק"ו מ-2005. ההכרזה כוללת חמישה עשר עקרונות אתיים, לרבות: כיבוד האדם וזכויות האדם, שוויון, צדק, אי אפליה, אי תיוג, כיבוד שונות תרבותית, סולידאריות, שיתוף פעולה, הגנה על הסביבה ועוד. ראש המרכז הבינלאומי לבריאות, משפט ואתיקה, בפקולטה למשפטים של אוניברסיטת חיפה, פרופ' אמנון כרמי, הגה את הרעיון להוראת האתיקה והביו-אתיקה לילדים ונוער ופעל להוצאתו מהכוח אל הפועל.

מאז הוצגה התכנית לבתי ספר מגוונים והותאמה להכשרת מורים, מחנכים ומנהלים בבתי ספר יסודיים, בחטיבות הביניים והעליונות, ואף להכשרת גננות בגנים החל מגיל שלוש וחצי. המטרה: להכשיר באמצעות בוגרי התכנית מורים ואנשי חינוך בבתי הספר והגנים, שיטמיעו באופן חווייתי בקרב התלמידים במוסדות החינוך המגוונים ברחבי הארץ את תכני התכנית, תוך פיתוח סקרנות, מעורבות, הנאה ומוטיבציה ואימוץ התנהלות אתית בחיי היומיום. למידה חווייתית, המחברת בין רגש וקוגניציה, מאפשרת התחברות והטמעה משמעותיות יותר.

חברה נאורה, מכבדת ומתחשבת היא חברה החוררת על דגלה התנהגות אתית **מעשית** בחיי היומיום, הקשבה, סבלנות, סובלנות, עזרה הדדית, מודעות לאחר, חמלה, אמפתיה, קבלת האחר ועוד. כל אלה מהווים מרכיבים חיוניים שיש לתפח ולהביא למודעות וביצוע כבר מגיל צעיר. באמצעות מרכיבים אלו תתאפשר הטמעה אימננטית בהתנהגות היומיומית.

אתיקה נלמדת במסגרות שונות, כמו בפקולטות לרפואה, בלימודי סיעוד, בפקולטות לחינוך, משפט, ניהול, תקשורת וכד'. הוראת אתיקה במוסדות חשובה ביותר וראוי להדגיש בה לא רק את "המה" אלא גם את ה"איך". יחד עם זאת, צריך לזכור כי הוראה במשך סמסטר אחד, שניים או יותר במהלך הלימודים האקדמיים, אף שהיא חיונית, מבורכת עד מאד ומביאה לידי מודעות, אינה מספקת להטמעה של התנהגות אתית בחיי היומיום. לכן נדרש כי האדם "יגדל" מגיל צעיר עם "שפת" האתיקה כ"שפת אם". היבטים אתיים והשימוש בהם בחיי היומיום אמורים להיות אינהרנטיים וקוהרנטיים בהתנהלות החברתית היומיומית של פרטים בחברה נתונה.

לאור האמור לעיל, על בסיס חשיבה זו פותחה התכנית, בתקווה ליצור תשתית רחבה לחברה שבה אדם לאדם – אדם.

שני ספרים מהווים את ליבת התכנית:

18. **"תכנית לימודים בסיסית להוראת ביו-אתיקה"** (2008, אונסק"ו). תכנית לימודים זו, בהיקף 30 שעות, כוללת את 15 העקרונות האתיים הבסיסיים של זכויות האדם ומאמצת ברחבי העולם.

19. **"הוראת ביו-אתיקה לילדים ונוער - לקט סיפורים ומשחקים"** (המרכז הבינלאומי לבריאות, משפט ואתיקה, קתדרת אונסק"ו לביו-אתיקה אוניברסיטת חיפה), ספר, שהוכן במיוחד על פי העקרונות האתיים של ההצהרה האוניברסאלית לביו-אתיקה וזכויות האדם של אונסק"ו. הספר נכתב על-ידי צוות מדיסציפלינות שונות כמו ספרות, ייעוץ חינוכי, הנחיית קבוצות בחינוך, דידיקטיקה ומדעי החינוך, תוך דגש על אינטליגנציה רגשית. ייחודו של הספר הוא בהתמקדותו באמצעים דידיקטיים להטמעת האתיקה והביו-אתיקה בקרב תלמידים מהגיל הרך ועד סוף התיכון.

הסיפורים נערכו על פי קבוצות גיל: 3-5, 6-10, 11-14, 15-19. הספר פותח בהסבר על מהות האתיקה, הביו-אתיקה ו-15 העקרונות על ביו-אתיקה וזכויות אדם של אונסק"ו. בהמשכו, פרקים העוסקים במתודולוגיה ובדידיקטיקה של ההוראה בהם: הדיון כרב שיח, תפקיד המנחה, פתיחת המפגש, הצגת הנושא, מתודולוגיה כללית, התאמת הסיפור, שימוש במשחק והצעות נוספות לפעילות לאחר קריאת הסיפור.

אחד מרעיונותיה הבסיסיים של התכנית הוא שילוב הנאה, סקרנות ורלוונטיות המאפשרות הטמעה והתחברות רגשית לנושא. הטמעה מהווה את התשתית להתנהגות אתית בחיי היומיום.

התכנית הופעלה עד כה במספר בתי ספר ברחבי הארץ. מנחות ומנחים מקרב משתתפי התכנית הכשירו מורים באותם בתי ספר, כדי שנבחרת זו תוכל להנחיל **במסגרת שיעורי התכנים הלימודיים** את העקרונות האתיים והביו-אתיים. הכשרת המורים בבתי הספר על-ידי משתתפות ומשתתפי התכנית נעשית על-פי תכנים מדוקדקים ושיטתיים שנקבעו על-ידי מנהלי התכנית, תוך הכנה ומשוב אינטראקטיביים. מורים מנבחרות המורים בבתי הספר מדווחים על תהליך פנימי שעברו **בעצמם** ובכלל זה מודעות עצמית גבוהה ושימוש במיומנויות תוך אישיות בהתייחסות לדילמות אתיות שחוו בחייהם האישיים, הבינאישיים והמקצועיים.

נבחרות המורים בבתי הספר החלו להעביר את המיומנויות שרכשו בתחום האתיקה והביו-אתיקה בכיתות הלימוד וליישם את התכנים במקצועות הלימוד המגוונים שהם מלמדים: היסטוריה, ספרות,

מתמטיקה ומקצועות נוספים. מורים ומחנכים מנבחרות המורים השתמשו במגוון אמצעים דידיקטיים, כך ההוראה הפכה לחווייתית, מאתגרת ומסקרנת. הם השכילו לחבר בין תהליכים קוגניטיביים לרגשיים וכך ההתייחסות לאתיקה ולביו-אתיקה הייתה עמוקה ויצרה מעורבות אצל התלמידים.

נבחרות המורים נתבקשו להעביר משוב בקרב תלמידיהם. תגובות התלמידים היו נלהבות! התלמידים בקבוצות גיל שונות נהנו, הטמיעו ביתר שאת את מסרי האתיקה והביו-אתיקה ואף החלו לדבר "בשפת האתיקה" בכיתה ובאירועים חברתיים, בהפסקות ובמפגשים מחוץ לכותלי בתי הספר.

אתגר התכנית הוא: הטמעת התכנית והנחלתה לילדים, נוער ובוגרים במוסדות החינוך בארץ. התגובות הראשונות מיישומה הפרקטי של התכנית מעודדות ביותר. מנהלי התכנית שוקדים על הרחבה של מעגלי הכשרת המנחים ועל הרחבת מאגר בתי הספר בארץ שיאמצו את התכנית, שכן יותר ויותר מנחים יידרשו להפצת התכנית במוסדות החינוך השונים.

תכנית זו והצלחתה, מהוות את הקרקע והתשתית לחינוך מיטבי לדור הבא וליצירת חברה מיטבית ונאורה.

* פרופ' דניאלה קידר היא ראש המחלקה לתקשורת אנושית, בריאות ואתיקה במרכז הבינלאומי לבריאות, משפט ואתיקה, אוניברסיטת חיפה. פרופ' קידר מומחית באינטליגנציה רגשית – מוח, רגש והתנהגות ומרצה במכללות ואוניברסיטאות בארץ ובח"ל.

במרחב הטיפולי

הסדרתו של הטיפול בקטינים בלתי מלווים – נתונים אמפיריים ותובנות להמשך / מאיה פלד-רז, מיכל פרל ומנפרד גרין*

רקע כללי

מתן טיפול רפואי לקטינים (בני 0-18) במדינת ישראל מותנה בהסכמת הוריהם. [1] מן הכלל הזה, מוחרג טיפול פשוט, שניתן לתיתו כאשר ההורים אינם מאותרים תוך זמן סביר [2] וכן טיפול דחוף בקטין, הניתן ללא הסכמת הורה – לצורך הגנה על טובתו של הקטין. [2] בנוסף, החוק הישראלי פוטר מפורשות שני סוגים של טיפול מהצורך בהסכמת ההורים – הפסקת הריון [3] ובדיקת HIV [4] – במטרה להגן על בריאות הציבור.

לאורך השנים נערכו דיונים נרחבים – באקדמיה [5,6,7], ובספרות המקצועית [8,9] והרגולטיבית [10,11,12] כאחד, על ההיקף המוגבל של החריגים לדרישות הסכמת ההורים, ובאשר לצורך להרחיב אותם, כדי לקדם מגוון מטרות – בראשן את האינטרסים ואת זכויותיהם של הקטינים המבקשים טיפול. דיון זה הצליח במידה מסוימת להרחיב את ההכרה המשפטית בזכויות הקטינים להשפיע על הטיפול בהם (למשל, בסמכות קטין בן 16 להטיל וטו על בדיקות הגנטיות שלו [13] וכן אשפוזו הפסיכיאטרי של מטופל בן 15 שנים מותנה בהסכמתו הנוספת [14] בין השאר). עם זאת, החובה המשפטית לקבל הסכמת ההורים, לכל טיפול שאינו כלול בחריגים כאלה, נותרה מקיפה כתמיד.

לנוכח ניסיונות שלא הושלמו להסדיר בצורה ברורה יותר את הטיפול בקטינים ואת הסכמתם לטיפול, ניסה משרד הבריאות להגדיר כללי אצבע שיסייעו למטפלים להתמודד עם הדיסוננס בין הרגולציה לבין הצרכים של המטופלים הקטינים. לצורך כך, בשנת 2004 פרסם ראש מנהל רפואה במשרד הבריאות את חוזר 4/2004 בדבר "ביקורים של קטינים במרפאה ראשונית ללא נוכחות הוריהם" (להלן – החוזר). [15] החוזר נועד להרחיב את החוק ולהתיר טיפול בקטינים מסוימים ללא נוכחות או הסכמה של ההורים.

הוראות החוזר

מטרת החוזר היא להנחות את המטפלים במרפאות ראשוניות, בבדיקה, באבחון, בהמלצות לבדיקות נוספות ובטיפול בקטינים באחד משני תנאים:

1. כאשר קטין מבקש לקבל טיפול ללא ליווי מבוגר – לבדו או עם קטין אחר.

2. כאשר מגיע הקטין בליווי מבוגר שאינו הורה או אפוטרופוסו (סבו, שכן, אחיו הבכור או אחר).

בעשותו כן, כך מעיד הפתיח לחוזר, הוא מבקש בראש וראשונה להגן על טובת הקטינים, על ידי מתן אפשרות לניהול הטיפול, במידת הצורך, במקרים בהם ההתעקשות על הסכמה מוקדמת של ההורים תשמש מכשול למתן טיפול רפואי או סיעודי נאות.

הנחיות בחוזר זה אינן מונעות מהמטפל לבקש את הסכמת ההורים לטיפול בכל מקרה שימצא לנכון. הם גם אינן חלות בניסיונות שבהן קיימות הוראות משפטיות ספציפיות הנוגעות לטיפול בקטינים. ההנחיות מתייחסות רק למטפלים (רופאים, אחיות ומטפלים אחרים) במרפאות ראשוניות בקהילה, ולא בכל מוסד רפואי אחר, ורק לקטין ולמשפחתו המוכרים לצוות הרפואי בקליניקה.

ועדת ההיגוי של משרד הבריאות, אשר ניסחה את החוזר, מצאה, כי קטינים בני 14 ומעלה נוטים לפנות לטיפול רפואי ראשוני ושגרתי ללא ליווי ולרוב, יש להם יכולת אינטלקטואלית ונפשית להבין את המידע הדרוש לקבל החלטה ולתת הסכמה מדעת לשגרת טיפולים. בהתאם לכך, ובהתאם לסעיף 6 לחוק הכשרות המשפטית והאפוטרופוסות – המאפשר לקטין לבצע פעולות משפטיות מראש, ללא הסכמת נציגיו החוקיים, "כאשר מדובר בפעולות הנהוגות בדרך כלל קטינים בגילו" – החוזר מבחין בין קטין שגילו מעל 14, אשר ניתן לטפל בו בהסכמתו בלבד, לבין קטין שטרם מלאו לו 14 שנים. לטיפול בקטינים מתחת לגיל 14, על פי החוזר, נדרשת הסכמת הורה, בעל פה או בכתב. בנוסף, קובע החוזר, כי כאשר המטפל סבור כי הקטין אינו מבוגר נפשית כמצופה מגילו, ינהג כאילו טרם מלאו לקטין 14 שנים.

החוזר מנסה לצמצם למינימום את הפגיעה באפוטרופוסות הורית, וקובע, כי ההיתר לקבל הסכמה מדעת מקטין מעל גיל 14 אינו מתכוון לצמצם את סמכותם של ההורים, שיש להם אחריות מלאה וסמכות על הקטין עד הגיעו לגיל 18. לצורך כך, דורש החוזר, כי סיכום קצר של הבדיקה הרפואית והטיפול הרפואי של הקטין, ישלח להוריו של הקטין לאחר מעשה (ובמקרים מסוימים ניתן יהיה לבצע שיחת טלפון מהירה יותר להורים). עם זאת, החוזר מאפשר למטפל לפעול לחלוטין ללא ידיעת ההורים. במקרים בהם הוא מעריך, כי מעורבות ההורים עלולה לפגוע בקטין או כאשר הקטין מתנגד בתוקף למעורבות הוריו בטיפול. במקרים כאלה, על המטפל לערב בטיפול עובד-סוציאלי על-פי חוק הנוער.

ידע צוותים מטפלים באשר להסדר החוקי

בשנת 2016 ערכנו מחקר אמפירי כדי לבחון (א) את מאפייניהם של הקטינים הבלתי מלווים המבקשים טיפול במרפאות ראשוניות; (ב) לבחון את היכרותם של מטפלים רלוונטיים עם הוראות החוק והחוזר; וכן (ג) לבחון את יישום הוראות החוק והחוזר הנוגעות לטיפול בקטינים במרפאות ראשוניות בקהילה.

סך של 158 רופאים ואחיות ישראלים, ממרפאות ראשוניות של מחוזות חיפה והגליל של קופת חולים

כללית נסקרו באופן אנונימי באמצעות שיטת כדור שלג. הסקר כלל שאלות הנוגעות לדמוגרפיה של העונים, התמחותם, על סוג האוכלוסייה אותה הם בעיקר משרתים (כפרית / עירונית, יהודית / ערבית / מעורבת, מצב סוציאקונומי); שאלות על ניסיונם בפועל עם קטינים ללא ליווי; על היכרותם עם הוראות החוק הישראלי וחוזר משרד הבריאות; והאם הם עברו הכשרה רלוונטית כלשהי. היכרותם של המשתתפים את הוראות החוק והחוזר נבחנה באמצעות תרחישים היפותטיים קצרים. עבור 10 תרחישים, התבקשו המשיבים לציין האם הטיפול המתואר מותר ללא הסכמת ההורים. עבור 6 תרחישים נוספים, התבקשו המשיבים לציין אם הם נדרשים (לפחות בדיעבד) להודיע להורים על מצבו של הקטין ועל הטיפול בו. התשובות הנכונות לכל תרחיש נקבעו על ידי חוות דעת מומחה של שני מומחים רפואיים משפטיים.

74.1% מהנשאלים העידו, כי התבקשו לטפל בקטינים ללא ליווי בשנה האחרונה. רובם (58.2%, n=92) העריכו כי קטינים ללא ליווי מהווים פחות מ 10% מהקטינים המטופלים, וכי הרוב המכריע של הקטינים הבלתי מלווים טופלו בפועל ללא הסכמה מוקדמת ההורים (67% מהמשיבים העידו כי הם סירבו לטפל בפחות מ 10% מהמקרים). קרי - מהמחקר עולה שיעור שכיחות משמעותי של טיפול בקטינים בלתי מלווים. חשוב לציין, עם זאת, כי שיעור ההיארעות מבוסס על הערכת המרואיינים, ולא על סקר רשומות רפואיות.

מהסקר עולה, כי רוב הקטינים שהגיעו ללא ליווי הוריהם, הגיעו בליווי אחר. המלווה הנפוץ ביותר הינו סב (מעל 60% מהמשיבים ציינו כי זה היה התרחיש הנפוץ ביותר). רק 24.2% העידו שקטינים בדרך כלל נכנסים לטיפולם לבדם, ללא כל מלווה מכל סוג.

69% מהמשיבים העידו כי הם מתעדים את היעדר הנוכחות וההסכמה של ההורים תמיד או ברוב המקרים, ו 51.2% העידו על תיעוד הזהות של מי שמלווה את הקטין במקום ההורים. 15.8% אף פעם לא מתעדים את זה או בדרך כלל לא. חשוב מכך, על אף שהחוזר דורש להודיע להורים במקרים שבהם נבדק קטין וטופל ללא ליווי, רק כ 60% מהנשאלים העידו כי הם מודיעים להורים באופן רטרואקטיבי, תמיד או ברוב המקרים, על מצבו של הילד ועל הטיפול בו (בדרך כלל על ידי שיחת טלפון). 40% מהמשיבים מטפלים בקטינים מבלי לוודא שהוריהם מודעים לצרכיהם הרפואיים שלהם ולטיפול בהם.

באשר להיכרות עם הוראות החוק והחוזר – אף לא אחד מהמשתתפים ענה נכון על כל השאלות באשר להסדר החוקי. הציון הממוצע של העונים עמד על 10 תשובות נכונות מתוך 16 שאלות (בטווח של 3-15 תשובות נכונות). המחקר העלה קשר ישיר בין קבלת הכשרה בנושא לבין רמת הידע ביחס לטיפול בקטינים, אך, לצערנו, רק 41.1% מהנשאלים טענו כי הוכשרו בפועל בנושא חשוב זה.

ניתוח המצב הקיים

ממצאיו של מחקרנו תואמים את ממצאיו של מחקר, שנערך במרפאות ראשוניות במחוז הדרום של "שירותי בריאות כללית" בשנת 2008 (המחקר היחיד שנערך לפני כן בנושא זה בישראל). במחקר זה 50% מהנשאלים - כולם רופאים, ענו בצורה לא נכונה על שאלות הנוגעות להבנה וליישום של ההסדר ביחס לטיפול בקטינים בלתי מלווים. [16] בעוד שממצאי מחקר מוקדם זה - שנערך רק 4 שנים לאחר כניסתו לתוקף של החוזר, יכולים היו להיתפס כנובעים מעיכוב בהטמעת החוזר, לא ניתן לייחס מסקנה שכזו לממצאיו של המחקר הנוכחי.

אנו מאמינים, כי את תוצאות המחקר שלנו יש לייחס באופן כללי לאופייה המבוזר והבלתי-עקבי של ההסדרה הישראלית את הטיפול בקטינים הבלתי מלווים, בפרט, ובקטינים בכלל, כמו גם לנוסח המורכב של החוזר מ-2004. [17]

כפי שתואר לעיל, בשל הקושי שהתגלע בהסדרה החוקית של הטיפול בקטינים, פנה משרד הבריאות ליצירת פתרונות אנקדוטליים, המלווים בהנחיות המקצועיות של משרד הבריאות. פתרונות אלה מסבכים עוד יותר את המצב המשפטי, מבלבלים את הצוות המטפל, ובמקרים רבים מייצרים מצבי אבסורד. כך למשל, על פי חוק מותר בישראל להפסיק הריון בקטינה המסכימה לכך, מבלי ליידע את הוריה או לקבל את הסכמתם. עם זאת, אין החוק מתיר מתן מרשם לאמצעי מניעה לקטינה, ללא אישור הוריה (אלא אם כן היא מוכרת לרופא, והמרשם מלווה בהודעה רטרוספקטיבית של ההורים (על פי החוזר הנדון)), או על פי נוהל משרד הבריאות החדש - במקרים בהם הקטינה כבר עברה הפלה בעבר [18]). כמו כן אסור באופן רשמי לטפל בקטין בהקשרן של מחלות קשות אחרות המועברות במגע מיני, כגון הרפס או עגבת, הגורמות לכאב חמור ולמצוקה נפשית. באופן אירוני, בני 16 יכולים לשמש פרמדיקים מתנדבים, כחלק ממשימות בית הספר שלהם, לקבל החלטות רפואיות ולטפל באחרים, אך במצבים רבים הם לא יכולים לקבל החלטות רפואיות לגבי עצמם.

כללים משפטיים מורכבים, מעורפלים ופרדוקסיים מסוג זה מקשים על שיקול הדעת הרפואי, מעכבים טיפול, מגבירים את ההתדיינות המשפטית, וחשוב מכל - מהווים גורם המרחיק מתבגרים מלחפש ולקבל טיפול ראוי.

חשיבות ההשתתפות של ילדים ובני נוער בקבלת ההחלטות הרפואיות הנוגעות להם, זוכה להכרה גוברת והולכת ברחבי העולם [19, 20], וממחקרים עולה, כי קטינים נוטים יותר ויותר לפנות ולקבל טיפול רפואי ללא ליווי - בישראל כמו גם במדינות מערביות אחרות. [21] עם זאת, בניגוד למגמה המשפטית במדינות המערביות האחרות, המשפט הישראלי עדיין לא הצליח להתאים עצמו לזמנים ולצרכים המשתנים הללו.

המטרה אליה יש לשאוף, הינה חקיקה קוהרנטית אך רגישה לגיל, תוך שמירה, ככל הניתן, על סמכות הורית. השראה לתוכנית רגולטורית קוהרנטית כזו יכולה להימצא בקנדה, שבה (למעט במחוז של קוויבק) הגורם המכריע ביכולתו של הילד להסכים או לסרב לטיפול הינו ההתפתחות הגופנית, הנפשית והרגשית של האדם הצעיר, ובאם היא מאפשרת הערכה מספקת של טבעו ותוצאותיו של הטיפול המוצע או היעדר הטיפול. [22] בחלק מהמחוזות הקנדיים נקבעה ברירת מחדל, באשר ליכולת הסכמה מעל לגיל מסוים, אך עדיין יהיה אדם צעיר יותר מוסמך להסכים לטיפול, ללא צורך באישור הורים, אם לדעת רופא הוא או היא מסוגלים להבין את הטבע ואת ההשלכות של הטיפול ובאם הטיפול תואם את האינטרסים שלו או שלה. [23]

מסקנות

ההסדר המשפטי הישראלי, הנוגע למתן טיפול לקטינים ללא הסכמת הוריהם, מעורפל, אינו נהיר דיו למטפלים ומוגבל מבחינת התאמתו לצרכים של הקטינים עצמם, כמו גם לצרכים של המערכת הרפואית.

על מנת לשרת כראוי את הצרכים הבריאותיים של מטופלים קטינים, יש צורך בחשיבה מעמיקה ועקבית באשר לטיפול הרפואי בקטינים בישראל. עד שיבוצעו שינויים קוהרנטיים כאלה, על משרד הבריאות ועל שותפיו (בעיקר קופות החולים) להשקיע בהכשרה יסודית ומעמיקה של אנשי הטיפול ולסייע להם בתהליכי קבלת ההחלטות הרלוונטיים.

- ד"ר מאיה פלד-רז, עו"ד, ראש המגמה לבריאות הקהילה, בית הספר לבריאות הציבור, יו"ר ועדת האתיקה במחקר, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה.
- מיכל פרל-קרטנטי, B.Sc. במדעי החיים מאוניברסיטת בן גוריון, אחות מוסמכת (R.N), בעלת תואר שני בבריאות קהילתית מאוניברסיטת חיפה.
- פרופ' מנפרד גרין MD, PhD, MPH, מומחה בבריאות הציבור, מנהל רפואי ורפואה תעסוקתית. מנהל התכנית הבינלאומית לתואר שני בבריאות גלובאלית, מנהיגות ומנהל בביה"ס לבריאות הציבור באוניברסיטת חיפה, בשיתוף עם אוניברסיטת ג'ורג'יה באטלנטה, ג'ורג'יה, בארה"ב. פרופסור לאפידמיולוגיה במגמת האפידמיולוגיה בבית הספר לבריאות הציבור באוניברסיטת חיפה.

ביבליוגרפיה:

1. חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות 1982
2. חוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996, סעיף 15
3. חוק העונשין 1977, סעיף 316(ב)
4. חוק לגילוי נגיפי איידס בקטינים, תשנ"ו-1996, סעיף 1
5. מורג תמר, אתגרים חדשים בהגדרת גבולות הילדות והבגרות לאור האמנה הבינלאומית בדבר זכויות הילד, ביטחון סוציאלי 44. 108-116, (1995)
6. Kaplan Y.S.T, The right of a minor in Israel to participate in the decision making process concerning his or her medical treatment, Fordham International Law Journal.2002; 1168
7. ניב- יגודה ע. היכולת לקבל הסכמה מדעת מקטינים מטופלים ובפרט מקטין הנוטה למות. הרפואה. 2007; 146: 459-464.
8. משרד הבריאות המלצות הועדה בנושא ביקורי קטינים במרפאה ראשונית ללא מלווה (1/12/2000).
9. החברה הישראלית לרפואת מתבגרים ואיגוד רופאי הילדים: רפואת מתבגרים: המפגש הרפואי עם בני נוער, הנחיות והמלצות. רמת גן, ההסתדרות הרפואית בישראל;2000.
10. פ 1401/14 הצעת חוק זכויות החולה (תיקון – הסכמה מדעת של קטין), 1997
11. פ 2628/19 הצעת חוק זכויות החולה (תיקון – הסכמה מדעת של קטין), 2014
12. פ 2423/19 הצעת חוק זכויות החולה (תיקון – הסכמה מדעת של קטין), 2014
13. חוק מידע גנטי התשס"א 2000-, סעיף 25.
14. חוק הטיפול בחולי נפש, תשנ"א 1991.
15. חוזר מנהל רפואה 4/2004 ביקורי קטינים במרפאה ראשונית ללא מלווה
https://www.health.gov.il/hozer/mr04_2004.pdf

16. הילדסהימר א, אורקין י, בידרמן א. ביקורי קטינים (גילאי 14-18 שנים) במרפאה ראשונית ללא ליווי אפוטרופוס: עמדות רופאים ראשוניים במחוז דרום של שירותי בריאות כללית. הרפואה. 2010; 149: 214-218.
17. אורקין י, לימוני י, ברק נ, גרוסמן צ. האם מותר לבדוק קטין הפונה למרפאה ללא ליווי הורה? הסתייעות באלגוריתם לבחינת נוהל משרד הבריאות. הרפואה. 2005; 144: 397-401.
18. חוזר מנהל הרפואה 8/2017 התוויות מקצועיות לטיפול בנערות הפונות לוועדות להפסקת הריון.
19. De Lourdes Levy M., Larcher V., Kurz R., Statement of the Ethics Working Group of the Confederation of European Specialists in Paediatrics (CESP). Informed consent/ assent in children. *Eur J Pediatr.* 2003; 162(9):629-633
20. Katz AL., Webb SA., Informed Consent in Decision-Making in Pediatric Practice COMMITTEE ON BIOETHICS, *Pediatrics* 2016; 138(2)
21. Bravender T, Price N., English A., Primary care providers' willingness to see unaccompanied adolescents - *Journal of Adolescent Health* 2004; 34:30-36
22. AC v Manitoba (Director of Child and Family Services), 2009 SCC 30, [2009] 2 SCR 181
23. See for example: Medical Consent of Minors Act, SNB 1987, c M-6.1

משפט ורב-תרבותיות

סיום החיים, דתיות וחילוניות / רותם ויצמן

השאלה, האם אדם סובל רשאי לקצר את חייו? היא שאלה עתיקת יומין ונדונה עוד מימי אפלטון וסוקרטס. אפלטון¹⁷ סבר שאין להשאיר נכים בחיים. באופן דומה, סוקרטס ראה במחלה קשה ובסבל עילות סבירות שלא להותיר אדם בין החיים. מאז התרחבו הדיונים בנושא מורכב ורגיש זה, והושפעו מגורמים רבים, ביניהם התרבויות השונות.

היהדות, לדוגמה, מאדירה את ערך החיים, הנמצא מעל לכל הערכים האחרים (בר-אילן, 2003). לפיכך, קיימת העדפה ברורה להאריך חיי אדם בכל מצב, גם כשהדבר פוגע באיכות חייו¹⁸. באופן דומה, דת האסלאם תופסת את החיים כערך עליון, ולכן רואה בהמתת חסד אקטיבית כאמצעי בלתי ראוי וכפעולה אסורה¹⁹. בכל הגישות הדתיות, ניתן לראות כי האל הוא מעניק את החיים ומשמעותם, ולכן הוא שיחליט על האופן והעיתוי של סיום חיי אדם.

תהליך הקידמה הרפואית והטכנולוגית הוביל ליכולת להאריך החיים. יחד עם זאת, הארכת החיים לא לוותה תמיד בשמירה על איכותם ופעמים רבות לוותה בפגיעה משמעותית באיכות החיים ובהידרדרות תפקודית, נפשית וחברתית של מטופלים בשלבי סוף החיים. דבר זה מעלה ביתר שאת את שאלת האוטונומיה בסוף החיים והאופן הראוי לסיימם. למרות שרוב הדתות גורסות כי לא נתונה לאדם הזכות לסיים את חייו, עדיין מתקיים שיח ער בנוגע לשאלות של סיום החיים, בשל המתח הקיים בין איכות חיים לאריכות ימים.

בטרמינולוגיה של סיום החיים קיימים שלושה מושגים הנמצאים בשימוש - המתת חסד אקטיבית, התאבדות בסיוע רפואי והימנעות מטיפול מאריך חיים או מניעת טיפול (או הפסקתו).

המתת חסד אקטיבית - לפי ג'יימס רייצ'לס (Rachels, 1975), בהמתת חסד אקטיבית הרופא מבצע פעולה פוזיטיבית המביאה למותו של החולה. לדוגמה: רופא המזריק לגופו של חולה סרטן חומר קטלני

¹⁷ אפלטון, המדינה, 3, 405

¹⁸ כדוגמה לכך יש את ההערה של פרופ' שטיינברג בוועדת חוק החולה הנוטה למות שטוען שיוצאים מנקודת הנחה שכל אדם רוצה לחיות לא משנה מה, בין היתר כי ביהדות ערך החיים הוא מעל הכול.

¹⁹ קוראן: 43 – "אנו נותנים חיים וגורמים למות, ואלינו אתם תחזרו".

גורם למותו של החולה באופן ישיר. בבליגיה ובהולנד חוקקו חוקים המאפשרים המתת חסד אקטיבית (Bilsen, 2007).

התאבדות בסיוע רפואי - המטופל נוטל את חייו בעצמו, באמצעות כדורים שהרופא רושם לו. לדוגמה: הרופא רושם את הכדור הקטלני למטופל, הבולע אותו ללא עזרת הרופא. קריין פטרסון (Paterson, 2003) מציין במאמרו, כי ישנם הוגים הטוענים שכדי שרופא יסייע בהתאבדות לא צריכה להיות לרופא כוונה שהחולה ימות, אלא הכוונה צריכה להיות של החולה עצמו. החוקים שנחקקו במדינות וושינגטון ואורגון מאפשרים את סיום החיים בצורה זו (Steinbrook, 2008).

הפסקת טיפול ומניעת טיפול - המוות מתאפשר כאשר המטופל אינו מקבל טיפול רפואי המאריך את חייו. חלק מדינות העולם מאפשרות לחולה לסיים את חייו על ידי הפסקת טיפול רפואי או מניעתו. בישראל ישנה הבחנה בין זכותו של החולה לבקש הפסקת טיפול ובין זכותו לבקש להימנע מקבלת טיפול.

בגישה החילונית ההומניסטית, השמה את האדם במרכז, האדם מקבל את ההחלטות בנוגע לחייו. לפי גישה זו, ניתן לראות שהמתת חסד אקטיבית והתאבדות בסיוע רפואי אינם מחוץ לתחום המותר, והם עולים על סדר היום ובהתקיים נסיבות מסוימות ניתן יהיה ליישם. לדוגמה, בשוויץ המתת חסד אקטיבית מותרת על-פי החוק. אנשים מכל העולם מגיעים למכונים המאושרים בשוויץ, לצורך מימוש רצונם לסיים את חייהם בדרך זו. בארצות הברית, לדוגמה, המתה בסיוע רפואי מקובלת במספר מדינות, כדוגמת וושינגטון ואורגון. רופא מפורסם שהשתמש בפרקטיקה של התאבדות בסיוע רפואי ושל המתת חסד אקטיבית, כדרך טיפול בחולים בסוף חייהם בארצות הברית, היה ד"ר ג'ק קבורקיאן, שסייע לאנשים שטענו שמותם עדיף מחייהם²⁰.

במדינת ישראל החקיקה אוסרת על כל סוגי המתות חסד, למעט המתת החסד פאסיבית (הימנעות ממתן טיפול מאריך חיים) (חוק החולה למות, התשס"ו - 2005), וזאת רק בהתקיים תנאים מסוימים. עמדת ההלכה ניכרת בקביעת ההסדר המשפטי של מתן טיפול בסוף החיים בישראל. על אף הלכות, כמו: הסרת המונע, דהיינו הסרה של גורם המעקב באופן מלאכותי את סיום החיים, עדיין ההלכה המקובלת שלא ניתן לנתק ממכונת הנשמה, גם במקרה בו ניתן היה להימנע מלחבר את החולה מלכתחילה. כלומר, ההסדר החל כיום אינו מאפשר המתה בסיוע רפואי ולא המתה אקטיבית, כולל ניתוק ממכשירים.

דת האסלאם אינה מאפשרת, בדומה ליהדות, המתה בסיוע רפואי או המתת חסד אקטיבית. האסלאם

²⁰ Michigan: Kevorkian Makes the Ballot. The New York Times. July 9, 2008

מתבסס על האמירות הבאות "אל תהרוג את עצמך, כי אלוהים הוא הרחום ביותר"²¹ ו"אל תיקח את החיים שאלוהים ברא כקדושים"²².

במחקר שנעשה בישראל, גרמניה וארצות-הברית (Schweda, Schick Tanz, Raz, & Silvers, 2017), נמצאו הבדלים בין הגישות של האוכלוסייה הדתית לאוכלוסייה החילונית. ההבדלים המשמעותיים נמצאו בעיקר בנוגע לסדר הקדימויות הערכי: האוכלוסייה הדתית הכתירה את ערך החיים כערך הראשון במעלה, בעוד האוכלוסייה החילונית היתה הטרוגנית הרבה יותר. בעוד הרצון האלוהי היווה את הגורם המכריע בקבלת החלטות של האוכלוסייה הדתית, הרי שבאוכלוסייה החילונית המחויבות לאחר והצורך לעזור לו ככל הניתן, היוו גורמים מכריעים בקבלת החלטות הנוגעות לקבלת החלטות בסוף החיים ולהמתת חסד אקטיבית. במחקר זה ניתן לראות שהשפעה הדתית הייתה גדולה יותר בישראל מאשר בארצות הברית או בגרמניה. בארצות הברית ההשפעה הדתית הייתה נמוכה ובגרמניה מה שהשפיע על היחס לסוגי המתות החסד השונות היה, בין היתר, ההשפעה של ההיסטוריה הנאצית.

קאמבפל (Campbell, 1992) מציין במאמרו את ההשפעה הרבה שיש לדת ולסביבה על ההחלטות והרצונות בנושא סוף החיים. הוא מדגיש כי בחברה פלורליסטית ניתן לראות את השוני בערכים וברצונות בסוף החיים בעקבות אמונה דתית. לכן, ניתן לראות את ההשפעה הרבה של הדת על האדם בנושא המתות חסד, וככל שהאדם דתי יותר, כך הוא הולך יותר לפי דתו ויבקש שגם סביבתו תפעל בהתאם. לעומת זאת, תפיסה השמה את האדם במרכז ומדגישה את חופש הבחירה והאוטונומיה, תכוון להדגשת איכות החיים ולכך שאדם יכול להחליט שהוא רוצה לסיים את חייו, גם אם זה אומר שיבצע פעולה אקטיבית לסיום החיים.

מדינת ישראל, המורכבת מאוכלוסייה הטרוגנית מההיבט הדתי, כמו גם מהיבטים אחרים נוספים, הקונפליקט של סוף החיים כרוך במתח רבה. מודעות לקונפליקט זה הינה חשובה ביותר, בעיקר לצוותי הרפואה המטפלים בחולים בסוף חייהם ובני משפחותיהם. מטפלים נדרשים להתייחס למטופל בהתאם לצרכיו, ערכיו ותפיסותיו הייחודיים, ובאופן התואם את דתו ותרבותו.

²¹ הקוראן 4:29

²² הקוראן 6:151

- בר-אילן, י'. (2003). החולה הנוטה למות: הרקע ההלכתי, דו"ח שטיינברג והשיח הביו-אתי בישראל, הרפואה, כרך 142(ד'), 558-562.
- הלשכה לאתיקה (2005), האכלה מלאכותית של חולה הנמצא במצב וגטטיבי קבוע – נייר עמדה, זמן הרפואה, 62. הצעת חוק החולה הנוטה למות (תיקון – מוות במרשם רופא), התשע"א–2011 חוק החולה הנוטה למות (תשס"ו), רשומות - ספר החוקים של מדינת ישראל.
<<http://www.health.gov.il/Download/pages/DOA0106.pdf>>
- Bilsen, J, Vander Stichele, R, Broeckaert, B, Mortier, F, Deliens, L., (2007). Changes in Medical End-of-Life Practices During the Legalization Process of Euthanasia in Belgium, **Soc Sci Med**, Vol. 65(4), 803-808.
- Campbell, C. S. (1992). Religious Ethics and Active Euthanasia in a Pluralistic Society. **Kennedy Institute of Ethics Journal** 2(3), 253-277. Johns Hopkins University Press. Retrieved October 3, 2018, from Project MUSE database.
- Paterson, C., (2003), On Clarifying Terms in Applied Ethics Discourse: Suicide, Assisted Suicide, and Euthanasia, **International Philosophical Quarterly**, Vol. 43(3-171), 351-358.
- Rachels, J., (1975). Active and Passive Euthanasia, **The New England Journal of Medicine**, Vol. 292, 78-80.
- Schweda, M., Schicktanz, S., Raz, A., & Silvers, A. (2017). Beyond cultural stereotyping: views on end-of-life decision making among religious and secular persons in the USA, Germany, and Israel. **BMC Medical Ethics**, 18, 13. <http://doi.org/10.1186/s12910-017-0170-4>
- Steinbrook, R., (2008). Physician-Assisted Death – From Oregon to Washington State, **The New England Journal of Medicine**, Vol. 355(24), 2513-2515

תהליכי רגולציה

חוזר מנכ"ל 13/2018 בנושא כללים להתקשרויות בעלות אופי מסחרי של מוסדות הבריאות / נורית דסא

בחודש יוני פורסם חוזר מנכ"ל משרד הבריאות בנושא כללים להתקשרויות בעלות אופי מסחרי של מוסדות הבריאות (מס' 11/2018) אשר ביטל והחליף חוזר קודם משנת 2010 (מס' 2/2010). חוזר זה הרחיב את תחולת החוזר הקודם, שינה את מנגנון אישור ההתקשרויות והסדיר לראשונה כללי התנהלות מול תועמלנים. עם זאת, חלק מהוראותיו בנושא ההתנהלות מול תועמלנים נתקל בביקורת חמורה מצד חברות תרופות, ובסמוך לאחר מכן חוזר זה בוטל והוחלף גם הוא על ידי חוזר חדש שפורסם בחודש אוקטובר (13/2018) ("החוזר" או "החוזר החדש"). החוזר החדש דומה בעיקרו לקודמו למעט מספר שינויים, במיוחד בנושא האמור, ונכנס לתוקף ב-1 לנובמבר, למעט הוראה אחת אשר תיכנס לתוקף בעבור שנה כפי שיפורט בהמשך כתבה זו. להלן נתאר הוראות החוזר החדש במספר נושאים עיקריים, תוך ציון במידת הנדרש של מקור ההוראה הראשונית – האם בחוזר משנת 2010 או בחוזר הקודם משנת 2018.

החוזר מסדיר שורה של התקשרויות בעלות אופי מסחרי החורגות מפעולות רכש רגילות, כגון התקשרות עם גופים חיצוניים לצורך ביצוע ניסויים קליניים או מחקריים במוסדות הבריאות ולצורך מימון כנסים מדעיים, ימי עיון והשתלמויות בארץ ובעולם והתקשרות עם גופים מסחריים לצורך מימון נסיעות עובדי מערכת הבריאות לחו"ל. עוד מסדיר החוזר השתתפותם של עובדי מערכת הבריאות בפעילויות המאורגנות על ידי גופים מסחריים, הסדרי עבודת עובדי מוסדות ציבוריים בחברות מסחריות, קבלת תרומות מגופים מסחריים למוסדות בריאות, ולבסוף כאמור גם התנהלות מול תועמלנים.

החוזר חל על כלל מוסדות הבריאות הציבוריים והפרטיים ועובדיהם, ובנוסף על קרנות המחקר שליד בתי החולים ואגודות יידיים ועובדיהם, עובדים מושאלים ועובדי קבלן, זאת בדומה לחוזר הקודם ובניגוד לחוזר הראשון אשר חל רק על משרד הבריאות ושירותי בריאות כללית ורק המליץ על יישום הוראותיו בשאר מוסדות הבריאות.

על פי החוזר, בדומה לחוזר הקודם, הסמכות הראשונית לאישור התקשרות מסחרית מוקנית לועדה מוסדית ייעודית במינוי מנהל המוסד אשר תכלול את מנהל הכספים של המוסד, היועץ המשפטי, נציג ועדת הלסינקי, נציג ציבור וחבר נוסף לפי החלטת מנהל המוסד. במקרה בו הוועדה המוסדית מאשרת את ההתקשרות, מנהל המוסד מעבירה לוועדה העליונה להתקשרויות בעלות אופי מסחרי עם

חברות חיצוניות – ועדה משרדית במינוי מנכ"ל משרד הבריאות, וזו רשאית לבקש פרטים נוספים על ההתקשרות או להתנגד לה בתוך 7 ימי עבודה. במקרה בו הועדה העליונה אינה מודיעה על התנגדותה בתוך מועד זה, הבקשה נחשבת כמאושרת.

מנגנון זה שונה מהמנגנון אשר היה קבוע בחוזר הראשון, לפיו הסמכות הראשונית לאישור התקשרות מסחרית הוקנתה לוועדה משותפת מיוחדת של משרד הבריאות ושירותי בריאות כללית שפעלה תחת אחריות מנכ"ל המשרד ומנכ"ל הקופה, אשר היתה רשאית להאציל סמכויותיה למנהל מוסד רפואי. על פי מנגנון זה, במקרה בו הועדה האצילה סמכויותיה כאמור ומנהל המוסד אישר את הבקשה להתקשרות, הועדה היתה רשאית להתנגד לאישור בתוך 14 יום ואם לא עשתה כן הבקשה נחשבה כמאושרת.

עוד על פי החוזר, הוועדה העליונה רשאית לייעץ למנכ"ל משרד הבריאות לגבי קביעת נהלים להתקשרות מסחרית של מוסדות בריאות עם גופים חיצוניים, לקבוע נהלים להפעלת הוועדות המוסדיות, לאשר התקשרויות של עובדי מיניסטריון משרד הבריאות ומנהלי המוסדות הרפואיים עם גופים חיצוניים, וכן לדון ולקבל החלטה לגבי בקשות חריגות ובמיוחד אלו החורגות מהוראות החוזר ולערוך התייעצות בכל מקרה של ספק לגבי עניין שאינו מוסדר בחוזר. בנוסף, הוועדה העליונה רשאית להפקיע סמכותה של ועדה מוסדית ולפעול במקומה, בין היתר במקרה בו נמצא שהוועדה העליונה משנה באופן תדיר את החלטות הוועדה המוסדית או אם נמצא שהאחרונה אינה פועלת בהתאם להוראות החוזר.

החידוש המשמעותי ביותר בחוזר החדש ובחוזר הקודם הינו הסדרה ראשונית של כללי התנהלות מול תועמלנים, המוגדרים כמשווקים מטעם חברת תרופות, מזון רפואי או ציוד רפואי. ככלל, כל מוסד רפואי המבקש לאפשר פעילות תועמלנים בשטח נדרש לאשר פרטנית כל תועמלן כ"נציג מורשה" במוסד הרפואי. נציג מאושר יאשר רק לתועמלן אשר עבר קורס הכשרה בנוגע לכללי אתיקה והינו בעל ידע מדעי מספיק על מנת לספק מידע מלא ומדויק אודות המוצרים אותם הינו מבקש לקדם.

על פי החוזר, אין לקבל או לבקש מתועמלנים דוגמאות של תרופות, מזון רפואי או ציוד רפואי, ובכלל זה אביזרים נלווים או מתכלים, וקבלת דוגמאות לצורך הדגמה בלבד כפופה לתיאום מראש ובכתב עם הנהלת המוסד הרפואי. בנוסף, הפצת חומר כתוב במוסד רפואי או לצוות מוסד רפואי או בכנס המאורגן על ידיו, כפופה להצגתו בפני מנהל המוסד הרפואי או מי מטעמו וקבלת אישורו בכתב על גבי עותק נכון של החומר הכתוב. מעבר לכך חל איסור על עובד מוסד רפואי לדון, לבקש או לקבל מתועמלן תגמול, תמריץ או טובת הנאה אישית מכל סוג שהוא ובכלל זה מימון נסיעות לכנסים, ציוד משרדי ודברי מאכל ושתייה.

החוזר מוסיף וקובע כי פעילותם של תועמלנים מצריכה תיאום וקבלת אישור מוקדם כאשר פגישות, הרצאות, כנסים או סמינריונים בהשתתפות צוותי המוסד הרפואי כפופים לקבלת אישור מנהל המוסד או

נציג בכיר מטעמו וכי קיים איסור על קיום פגישות אישיות עם תועמלנים. ההוראה האחרונה נקבעה כבר בחוזר הקודם, אולם לאחר שזכתה לביקורת רבה שולבו בה מספר שינויים בחוזר החדש: (א) הובהר שאין מניעה לקיום פגישות הכוללות 3 משתתפים ומעלה, כפוף לכך שלפחות שניים מהמשתתפים הינם אנשי צוות רפואי של המוסד הרפואי; (ב) הובהר כי סעיף זה אינו חל על פגישות אישיות שמטרתן תמיכה או הדרכה של איש הצוות הרפואי בשימוש בצידוד הרפואי ואשר אינן כוללות תוכני שיווק או מכירה; (ג) הוסף כי פגישות בין רופאים ותועמלנים לא תתבצענה בכל מקרה על חשבון זמן עבודה שיועד לטיפול בחולים; ו-(ד) נקבע כי הוראה זו תיכנס לתוקף שנה לאחר שאר הוראות החוזר וכי עד אז ניתן יהיה לקיים פגישה אישית עם תועמלן בנסיבות בהן קיימת סיבה בגינה לא ניתן לעמוד בהוראת הסעיף וכפוף לקבלת אישור מראש של מנהל המוסד הרפואי או נציג שקבע לשם כך.

כמו כן, על המוסד הרפואי יהא לדווח על פגישות אישיות שאושרו על פי ההוראה האמורה ובתום שנה משרד הבריאות יקבע לאור דיווחים אלו האם להאריך את הוראת השעה ובאיזו מתכונת. הוראה חדשה נוספת ששולבה בחוזר החדש הינה זו המחייבת מנהל מוסד רפואי לדרוש מכל גוף חיצוני שתועמלנים מטעמו פועלים בשטח המוסד הרפואי דיווח חודשי אודות המפגשים שבוצעו, ולהעביר דיווח חצי שנתי אודות מפגשים אלו לוועדה העליונה אשר תפרסמו לציבור.

חוזר חטיבת הרפואה מס' 9/2018 בנושא פעילות ועדות אתיקה במוסדות הבריאות

בחודש אוקטובר פרסם חוזר חטיבת הרפואה בנושא פעילות ועדות אתיקה במוסדות הבריאות המאגד את ההנחיות הקיימות ביחס אליהן בחוקים שונים בהם חוק זכויות החולה, חוק מידע גנטי, פקודת בתי הסוהר, וכן בחוזרים, נהלים והוראות כל דין.

כך החוזר מפרט את ההוראות השונות הקיימות בשורה ארוכה של נושאים הקשורים עם פעילות ועדות אתיקה, ובכלל זה בקשר עם הקמת וועדת אתיקה, הסמכויות הקיימות לוועדה מכוח החוק לפי חוקים שונים, הנסיבות בהן לוועדה סמכות לפי חוק לדרון בענייניו של מטופל, פעילות הוועדה מעבר לתפקידים המוגדרים בחוק ובנוסף להם, תהליך מינוי הוועדה, הפנייה לוועדה, התכנסותה, הדיון בוועדה, קבלת החלטות, מעמד החלטות הוועדה לפי החוק, פרסום ויידוע, כשירות והכשרה של חברי הוועדה, ניגוד עניינים, סיום כהונת חברי וועדה, מינוי ממונה על קידום זכויות החולה ועל פעילות וועדות האתיקה, תשלום / החזר הוצאות לחברי הוועדה ובקרה.

בנוסף, לחוזר מצורפים שלושה נספחים המוסיפים ידע חשוב שנצבר לאורך השנים במהלך פעילותן של וועדות האתיקה:

נספח א' כולל הכוונה והמלצות לפעילות הוועדה במטרה ליתן ליושבי ראש הוועדות ולחבריהן קווים

מנחים לקיום דיון ולהפעלת שיקול דעתם האתי בהתאם לחוק ולכללי האתיקה החלים על טיפול רפואי. נספח זה כולל הנחיות בין היתר בנושא כשירות המטופל לקבל החלטות, ממשק הוועדה על פי חוק זכויות החולה עם חוק החולה הנוטה למות, המלצות ביחס להרכב המשתתפים בדיון, שיקולים רלוונטיים בהחלטה על אופן מעורבות המטופל והקרובים לו לדיון וגורמים רלוונטיים נוספים לדיון וכן מעקב אחר יישום המלצות והחלטות הוועדה.

נספח ב' בנושא הליך הדיון בסוגיה אתית כולל הנחיות והמלצות לגבי אופן ניהול הדיון בסוגיות אתיות, ובכלל זה שלבי הדיון האתי, שיקולים חשובים לצורך הבחירה בדרך הפעולה המועדפת וכן שתי דוגמאות להמחשה – האחת בנושא דיון על סירוב מטופל כשיר לטיפול והשנייה בנושא מסירת מידע לצד ג' בניגוד לרצון המטופל.

נספח ג' כולל דוגמאות למקרים בהם ראוי לפנות לוועדת אתיקה להמחשת המקרים שיש לדון בהם בוועדה לפי חוק, או בוועדה המייעצת.

מוסדות ואישים

מאגר הביו-אתיקה של אוניברסיטת לויולה מרימאונט / רותם ויצמן

אוניברסיטת לויולה מרימאונט (Loyola Marymount University) הקימה מאגר ביו-אתיקה הכולל לוח שנה של אירועים בתחום הביו-אתיקה, אפשרויות למלגות, תאריכי הרצאות, כנסים, קולות קוראים למאמרים ולכנסים, הרצאות וידאו (בנושאים כגון מוות מוחי, עינויים ועוד) ומאגד מאמרים נבחרים מספרות מדעית בנושא ביו-אתיקה (מאפשר גישה בחינם לחלק מהמאמרים) וכתבות נבחרות ממגוון בלוגים שמתעדכנות כל הזמן.

המאגר טוב בעיקר למתחילים אשר רוצים להיחשף לתחום הביו-אתיקה ולמי שנמצא בארצות הברית (בעיקר באזור לוס אנג'לס) ורוצה להגיע לאירועים הקשורים לביו-אתיקה. מומלץ גם למי שרוצה לפרסם בספרות האקדמית ומחפש כתבי עת אשר מבקשים מאמרים.

האוניברסיטה מציעה גם מגוון מסלולי לימוד בתחום זה, הכוללים לימודי תעודה לעוסקים ולתמעניינים בתחום הרפואה והאתיקה הרפואית ותואר שני למעוניינים להכנס לתחום.

כתובת מאגר המידע: [/http://bioethicshub.lmu.edu](http://bioethicshub.lmu.edu)



המכללה האקדמית צפת

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

המכללה האקדמית צפת. קריירה ומשמעות.