



המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (ע"ר)

חלק ב': תקציר ומילות מפתח - עברית

כותרת מלאה של המחקר

התמודדות הקהילה הרפואית בישראל עם אתגרים אתיים עכשוויים

חוקרים: שם מלא ושיוך מוסדי

פרופ' ארנה טל, ד"ר תמי קרני
המרכז הרפואי שמיר – אסף הרופא

מילות מפתח

אתיקה רפואית, עמדות רופאים, אמירת אמת למטופל, סיוע לסיום החיים, ישראל

תקציר

תקציר שאורכו עד **200 מילים**, אשר יכלול כותרים אלה: (1) רקע (2) מטרות (3) שיטה (4) ממצאים עיקריים (5) מסקנות (6) המלצות / השלכות לקובעי המדיניות

רקע: רופאים מחויבים לרפואה המבוססת עובדות, אך גם הנשענת על עקרונות אתיים. בישראל בוצעו עד כה מחקרים מועטים ומוגבלים אשר ניסו לבחון את התפיסות האתיות של הרופאים.

מטרות: לשרטט את מפת התפיסות האתיות של הרופאים בישראל, לזהות נושאים שלגביהם יש קונצנזוס לעומת נושאים שנויים במחלוקת, ולהשוות בין התפיסות האתיות בישראל ואלה הקיימות במדינות אחרות.

שיטות: (1) סקר רופאים מקוון שהופץ לכלל הרופאים הרשומים בהסתדרות הרפואית בישראל (הר"י), וניתוח עמדותיהם של 2926 המשיבים. (2) שתי קבוצות דיון בהשתתפות 16 רופאים, להעמקת הדיון בסוגיות המורכבות שעלו מהסקר.

ממצאים: שלוש תצורות של תפיסה אתית זוהו בסקר: סוגיות שלגביהן הייתה הסכמה מרובה, סוגיות שלגביהן הדעות חלוקות וסוגיות שאופיינו בשיעור גבוה של רופאים שלא הצליחו להכריע בהן. רופאים בשתי קבוצות הדיון העלו שיח אחיד בנוגע לערכים הרלוונטיים לעבודתם היומיומית (מעורבות, אוטונומיה, עשיית-טוב וחובה מקצועית). למרות הצפת עקרונות קרובים, ערכים דומים מובילים לעיתים להחלטות שונות בנוגע לשימוש באמת' אל מול המטופלים.

מסקנות: דרכם של רופאים להתנהל בעבודתם מול דילמות אתיות היא דינאמית. בעוד שבעבר היו גישות אתיות נפוצות ומובנות באופן מסורתי, כיום ניתן לזהות מחלוקות תפיסיות.

השלכות: מתוך הבנה כי קיים קושי להתמודד בשטח עם דילמות מסוימות, ראוי לפתוח ולהרחיב את הדיון בסוגיות אתיות משמעותיות. בפרט יש מקום לחקור את יכולותיו ורצונותיו של המטופל להיות במרכז.

חלק ג': תקציר ומילות מפתח - אנגלית

Full title of research project

The coping of the Israeli medical community faced with contemporary ethical challenges

Investigators: full name and affiliations

Prof. Orna Tal & Dr. Tami Karni,
Assaf Harofe (Shamir) Medical Center

Key Words

Medical Ethics, Physicians' perspective, Truth Telling to the Patient, Assisted Death, Israel

Abstract

An abstract of up to **300 words** should include these headings: (1) Scientific Background (2) Objectives (3) Methodology (4) Findings (5) Conclusions (6) Policy Implications / recommendations

Background: All physicians are expected to base their clinical decisions on evidence-based- medicine alongside the principles of ethics. Only a few limited studies have been published in Israel examining the ethical environment of physicians.

Objectives: To outline the map of ethical perceptions of Israeli physicians, to identify consensus issues versus those that are controversial, and to compare the Israeli ethical concepts with those of other countries.

Methods: A) Online survey among all registered members of the Israel Medical Association aimed at evaluating ethical perceptions among physicians. 2926 physicians completed the survey. B) Two focus groups with 16 physicians were created in order to deepen the discussion on complex ethical topics raised in the survey.

Findings: Three patterns of ethical perceptions were identified in the survey: issues of high agreement; issues on which opinions were divided and issues characterized by a relatively high proportion of indecision. Physicians in both focus groups discussed values relevant to their daily medical practice (commitment, autonomy, beneficence and professional duty). Nevertheless, these same values directed physicians to a variety of pathways according to truth-telling to patients. As for the dilemma of assisting death, the participants agreed it encompasses compassion. However, its legitimacy is still struggling with barriers.

Conclusions: The ways in which physicians address ethical dilemmas seems to be dynamic. In the past, solutions were more structured and common, in accordance with principles of traditional ethics, but today one can identify controversies.

Implications: The understanding that certain questions are a challenge in practice leads to the need to expand the discussion on ethical issues in Israel, in particular - the patient's ability and willingness to be involved in a "patient-centered" concept.

חלק ה': Executive Summary- English

Background:

The doctors' work environment is very complex and involves the need to make decisions while taking into account a variety of factors and professional considerations. Today's doctor is committed to applying cumulative evidence based knowledge and protocols, and using a great deal of data. At the same time, a physician engaged in a medical practice is also expected to base his daily practice on the principles of medical ethics.

The implications of ethics in practice are varied, expressed for example, in the need to evaluate benefits versus costs for each medical process, to integrate elements of dialogue and cooperation with patients, and to take into consideration a complex set of values such as compassion, equality and distributive justice - which are attributed to the individual patient as well as the entire society. Many studies worldwide, reports on the ethical perceptions of doctors and medical teams. There are a variety of methods to understand these perceptions, for example through surveys, narrative content analysis of medical approaches, etc. In Israel, until the present research, there were only few studies that examined the medical ethical environment of physicians and they focused on limited samples.

Objectives:

The objectives of the study are: 1) to outline the map of ethical perceptions of physicians in Israel, as a measure of the local case at this present time. 2) To identify issues that reflect a deep consensus over controversial issues among physicians, in the context of medical ethics concepts. 3) To compare the ethical concepts that characterize the Israeli field with the concepts applied abroad, with the aim of understanding whether local ethics in Israel are compatible with global ethical ideas or tend to be influenced by local norms and characteristics.

Methods:

Physicians' Survey: All registered members of the Israel Medical Association (IMA) were invited by the Chair of the IMA Ethics Bureau to participate in an online survey aimed to evaluating ethical perceptions among physicians in Israel. The questionnaire was sent to 29,208 of the 32,281 members of the IMA with a valid email address, which was first sent on January 22, 2018, and then sent reminders every two weeks. 2926 physicians completed the survey, of which 1,214 after the first request and another 1,712 after the reminders. In total, 10% of the IMA members answered the questionnaire.

Focus groups: Two focus groups were conducted with physicians to identify and deliberate substantive issues, in order to deepen the discussion of complex ethical issues raised in the survey. 16 participants took part in the two discussions, divided according to the professional seniority - to a group of experienced experts and a group of younger doctors - interns and young

experts. The goal was to examine whether there is an intergenerational gap that can affect ethical positions.

Findings:

When examining the findings of the survey, three patterns of ethical perception can be identified: (a) issues on which there was high agreement; (B) issues on which opinions were divided; C) Issues characterized by a relatively high proportion of physicians who refrained from making a decision or could not decide.

In four cases there was high agreement on a certain answer (63% -80% chose the same answer): 1) 78% of physicians responded that it is not correct to supply a expensive drug only according to the patient's request if it is not expected to provide him therapeutic benefit. 2) 63% of the respondents felt that it was wrong to stop treating patient who refuse to receive treatment (63% of the respondents thought so). 3) 78% of physicians responded that it is appropriate to breach the medical confidentiality of a single patient if it is necessary to protect public safety (78% of the respondents in the sample). 4) 79% of the respondents believe that it is incorrect to limit expensive tests and treatments, which are available by universal coverage (the basket), in order to reduce the deficit of the organization.

In two cases, the opinions distribution among the respondents was fundamentally split. These cases are characterized by a low rate of respondents who did not decide on a response (less than 15%), and also in the absence of a clear decision:

1) Regarding the question in which the respondents were asked to decide whether the doctor should tell the patient the whole truth about his or her poor prognosis, 47.5% said that it is indeed the doctor's duty, compared to 45% who claimed it is not necessary. 2) As for the controversy over the willingness to assist a terminally ill patient to end his life, the answers were also divided, yet tended to be positive -

55.1% of the respondents supported a terminally ill patient to end his life if the action was legal, while 31.3% said that it is appropriate to help him.

Regarding two other issues, there was a significant trend of inability to decide: 30.5% of the respondents claimed that they could not decide on the question: "Is it appropriate to give a very expensive treatment to a terminal patient in a public system in order to extend his life by two months?". Regarding the dilemma "Is it correct to inform your patient about a decrease in the skills of a colleague physician who is about to treat him?"- 37.4% replied that they cannot decide on the answer.

When examining the findings of the discussion groups, one can identify that the two groups yielded a number of common themes regarding the two issues of disagreement: 1) The question of telling the truth: Physicians in both groups raised shared discourse of values which relevant to their medical practice. Four values were mentioned - two related to the patient (engagement and autonomy) and two related to the physician's work (beneficence and professional duty). On the other hand, different physicians have expressed different forms of interpretation for each value which guide them to the proper use in their daily work, in their view. Two opposing types of statements about truth were mentioned in the discussions: a) the whole truth must be said to the patient and b) the truth must to be shaped. 2)

question of assisted death: In both discussions the question "Would you assist a terminally ill to end his life for his request" was the second topic in the discus. The two groups clearly discussed four main themes: the first relates to the fact that there is a consensus that the acts can be legitimate based on the principle of compassion (Theme 1). The other themes are related to the difficulty in defining "who wants to die?" (Theme 2), the need to create official and professional platforms for deciding on the criteria for provide euthanasia in Israel (Theme 3), and the lack of maturity to raise the discussion on euthanasia in Israel (Theme 4). The group of experts raised an extensive discussion about an issue that did not arise in the group of interns, and it's related to palliative alternative to euthanasia in Israel (Theme 5).

Conclusions:

- 1) Insights regarding the reflected attitudes: a) Physicians capable to reach a consensus, but one can identify dilemmatic subjects. b) The euthanasia and telling the truth are complex and separate dilemmas. c) Telling the truth is relatively. d) There is a broad interpretation of the value of beneficence influenced by the perceptions regarding the patient's abilities and willingness to hear the whole truth,
- 2) Some physicians can accept the concept of euthanasia but feel that is a blocked issue is restricted by some barriers that the Israeli environment.
- 3) There are several dilemmas characterized by reluctance to deal with the question. This may reflect an unwillingness to reveal 'unpopular' positions.
- 4) The combined methodology of a survey and focus groups is effective in revealing subtleties that are cannot be reflected in the survey alone. However, more research that addresses these questions should be developed and deepened.
- 5) The ways in which the physicians addressing ethical dilemmas seems to be dynamic. When, in the past it was more structured and common (in accordance with the canonical principles of traditional ethics), today one can identify sharp controversies. It is difficult to deduce whether this originates in "flexibility" resulting from universal intergenerational change (increased transparency, increased autonomy and patient participation) or from local change that is consistent with the nature of the Israeli community.
- 6) Conducting a wide-ranging survey is intended to raise the discourse around ethical issues and to promote a work environment in which the management of each treatment plan will take into account ethical considerations.

Policy Implications and Recommendation:

- 1) With the understanding that it is difficult to deal with certain questions in practice, as expressed by a high proportion of physicians who failed to resolve some of the dilemmas, it is appropriate to expand the discussion of ethical issues in Israel.
- 2) There is niche to examine the patient's abilities and willingness to be in the center (researchers will be involved in follow-up research subject to the subject)

3) It is necessary to examine whether Israel has the potential to increase the compassion component in comparison with the barriers to implementing ethical decisions, such as in cases of euthanasia and telling the truth.

חלק ה': דוח מדעי מפורט - עברית

רקע מדעי:

סביבת העבודה של הרופאים היא מורכבת מאוד וכרוכה בצורך לקבל החלטות תוך התחשבות במגוון של גורמים ושיקולים מקצועיים. הרופא של היום מחויב ליישם ידע מצטבר המבוסס על עובדות ופרוטוקולים ולהשתמש בכמות נתונים רבה. יחד עם זאת, מצופה מאדם העוסק ברפואה גם להתבסס בעבודתו על עקרונות האתיקה הרפואית. המשמעויות של אתיקה הלכה למעשה הן רבות ובאות לידי ביטוי למשל בצורך להעריך תועלות מול עלויות לכל מהלך רפואי, לשלב מרכיבים של דיאלוג ושיתוף עם המטופלים ולהתחשב במערך ערכים מורכב כגון חמלה, שוויון וצדק חלוקתי, המייחסים למטופל הבודד כמו גם לחברה כולה.

התשתית של אתיקה רפואית:

יסודותיה הפילוסופיים: מימוש זכויות האדם

שבועת היפוקרטס שנכתבה במאה החמישית לפני הספירה היא רק דוגמא אחת לרעיונות המלווים משחר ההיסטוריה את הרצון האנושי להסדיר את הקשר המיוחד שבין המטפל למטופל - בחינת התייעוד של מסמכים המעגנים יחסים אלו בקונטקסט חוקי מגיעה עד לעולם העתיק. כללי האתיקה של הרפואה, באים להוסיף על כללי המשפט, התקנות וההוראות שנקבעו על-ידי המדינה וגופי השלטון שלה. מסגרת משפטית זו מציבה אמנם סף של התנהגות ראויה, הנדרש מכל רופא, אך כללי האתיקה קובעים רף הניצב גבוה במידה רבה מעל לסף זה¹, רבות מכיוון שהתפיסה הפילוסופית המנחה את ההעמקה הזו מבוססת על זכויות אדם. רענן גילון מתאר את האספקט הפילוסופי של האתיקה הרפואית ומציע את ההנחה שבכל חברה מתקיימות זכויות מוסריות אוניברסליות מיוחדות כגון הזכות לחופש והזכות לחיים, אשר על פי הגדרתן כל אדם זכאי להם, אך בד בבד הן כופות מחויבויות על חלקים בחברה לפעול ו/או לא להפר את החלתן התקינה של הזכויות ובכך למעשה הן, מסדירות יחסים חברתיים.² הקשר המחייב שבין הרופא והחולה הוא דוגמא לכך והזכות לבריאות נחשבת כיום כאחת הזכויות הבסיסיות של האזרחים בדמוקרטיה הליברלית, ומדינות שונות אימצו לעצמן מגוון דרכים להבטיח את הזכאות לבריאות תושביהן ולמנוע את הפרתן של זכויותיהם.³⁻⁴

יסודותיה העקרוניים: עקרונות מסורתיים ועקרונות מאוחרים

הרופאים לדורותיהם זכו תמיד למידה רבה של אוטונומיה מקצועית וחופש קליני מתוך ההכרה כי רק כך 'כשהם משוחררים מלחצים מכל סוג שהוא, יוכלו לקבל את ההחלטות הרפואיות הנכונות והראויות ביותר לטובת המטופלים'. מכאן גם נגזרת החובה המוטלת על

הקהילה הרפואית לפיקוח עצמי קפדני על ההתנהלות המקצועית והאתית של חבריהם. התנהלות זו אמורה להיעשות על פי הסטנדרטים הגבוהים ביותר האפשריים וכללי האתיקה הרפואית באים לאפשר פיקוח שכזה. הכללים נקבעים לכן על ידי הרופאים למען הרופאים, על מנת להבטיח כי כל אחד מחברי הקהילה הרפואית והקהילה כולה יפעלו קודם לכל לטובת המטופל וישמרו בכך את אמון הציבור ברופאים.¹

ישנם כיום ארבעה כללים בסיסיים המניעים באופן מסורתי את מחשבה של האתיקה הרפואית, על כללים אלו ישנה הסכמה רחבה שהם יכולים לשמש כמגדלור לפתרון דילמות אתיות בתחום הרפואה.⁵⁻¹⁰ הלשכה לאתיקה של ההסתדרות הרפואית בישראל רעננה בשנת 2014 את ארבעת העקרונות בבסיס העדכון האחרון לקוד האתי שניסחה:¹ הכלל הראשון הוא **האוטונומיה (Patient Autonomy)**. משמעותו כי למטופל יש זכות מלאה לקבל החלטות, באופן חופשי ועצמאי בדבר הטיפול הרפואי שיינתן לו ובדבר מתן הרשאה והסכמה מדעת קודם לתחילת הטיפול הרפואי בו. הסכמה כזו תינתן על בסיס מידע רפואי מלא שיימסר למטופל על ידי הרופא ביושר, בשקיפות, באופן סביר ומאוזן. אוטונומיה, משמעותה גם זכות המטופל לדחות או לסרב להצעות רפואיות מבלי שהם יכפו עליו את דעתו. כיבוד עצמאותו של המטופל, משמעותו שמירה על כבודו באשר הוא אדם, והקפדה על פרטיותו ועל הסודיות הרפואית שלו. הרופא מתחייב לכבד זכויות אלו ולפעול יחד עם המטופל על פיהן. הכלל השני הוא **מניעת נזק למטופל (Non-Maleficence)**. מניעת נזק מהמטופל, משמעותה כי בטיחות המטופל ובריאותו עומדות כערך עליון ברפואה, וכי הרופאים יפעלו תמיד כך שלא ייגרם נזק למטופל, בשום צורה. החובה למנוע נזק מהמטופל, נגזרת מנקודת ההנחה כי הרופא הנו בעל הידע והכישורים הנדרשים לביצוע הטיפול הרפואי ולכן גם מוטלת עליו החובה ללימוד מתמיד ולאיומן קבוע, על מנת לשמור על מידת המקצוענות הראויה. הכלל השלישי הוא **הטבה עם המטופל (Beneficence)**. משמעותו היא כי הרופא יפעל תמיד לטובתו של המטופל ויעשה ככל יכולתו למנוע, להפחית או לסלק כל פגיעה קיימת בבריאותו של המטופל. הרופא ישקול בכל מקרה את מאזן התועלת והנזק הצפויים בטיפול הרפואי המוצע ואת התאמתו למטופל 'ויבחר בדרך הנושאת את מרב התועלת האפשרית עבורו. הכלל הרביעי הוא **שוויון (Justice)**. קיימות מספר הגדרות ל"שוויון" ברפואה – אנו בחרתנו להתייחס למשמעותו צדק חברתי, תוך מתן גישה שווה לכל אדם ואדם לאמצעי אבחון וטיפול רפואיים ותוך חלוקה צודקת של משאבים רפואיים מוגבלים ומניעת אפליה מכל סיבה שהיא. צדק חברתי, משמעותו גם כי הרופא ישקול את צרכי כלל החברה במשאבים רפואיים מוגבלים, בבואו לבחור טיפול רפואי למטופל הבודד.

ארבעה כללים אלו מהוות את התמצית העקרונית של האתיקה הרפואית, אם זאת, בעשרים השנים האחרונות הובלטו ונדונו כמה סוגיות נוספות: סוגיה ראשונה היא הצורך **במתן טיפול לחולה כאינדיבידואל ("פרט") (Patient as individual)**. לכל מטופל ישנם צרכים מיוחדים וקיים צורך להתאים עבורו את השירות המתאים ביותר עבורו, ללא תלות בכמות המשאבים וההדרכה הנחוצים עבור מילוי צורך זה, רבים ככל שיהיו.¹¹⁻¹² סוגיה שניה היא **החיסיון הרפואי (Confidentially)**. החיסיון הרפואי של המטופל חשוב מאוד ליחסי האמון בין המטפל והמטופל והוא נחשב לזכות בסיסית, אולם ישנם הרבה מצבים שכלל זה מופר מכיוון שערכים אחרים מתעלים עליו ומאלצים את הפרתו, כך למשל אפשרות לפגיעה פוטנציאלית בטובת הציבור תאלץ את המטפל להפר את חיסונו והרפואי של המטופל ולדווח עליו לרשויות החוק, וכך כלל זה, שאיננו מוחלט, מציב בפני רופאים תרחישים רבים של דילמה רפואית שהם צריכים לתת את הדעת עליהם.¹³⁻¹⁴ כלל נוסף שהורחבה לגביו המחשבה בקרב הרופאים הוא **ההסכמה מדעת (Informed consent)**. גם אם העיסוק במחויבות האתית של המטפל להשיג מהמטופל הסכמה מדעת לטיפולו החל לפני שנים רבות והוא משקף פן מסוים של עקרון האוטונומיה,¹⁵ כיום מתחדדת הגישה כי רופא צריך לעשות כל מאמץ ולפעול באופן אקטיבי על מנת להבין איזה מידע וכמה ממנו יש לספק לכל מטופל על מנת שיוכל להבין את מצבו ואת הבחירות העומדות לפניו בצורה המיטבית.^{13,16}

יסודות פרקטיים: גיבוש דפוסי פעולה לכדי קוד אתי

הקוד האתי הוא קובץ התחייבויות המהווה את הנגזרת האפליקטיבית של הערכים והעקרונות שעליהם הוא מושתת ולמרות שהוא שונה במקצת במדינה למדינה ישנם כמה הגדרות בסיסיות שחוצות גבולות.⁴ הקוד האתי בישראל ובארצות הברית למשל מגדיר לרופאים את חובותיהם כלפי המטופל, כלפי כלל החברה, כלפי חבריהם למקצוע וכלפי אותם הגופים שעמם יש להם יחסי גומלין מקצועיים.^{1,17} בגרסה הישראלית מוצהר גם שהקוד האתי מבטא את ערכי היסוד, הנורמות והסטנדרטים המקצועיים הבונים את "סדר היום של הרופאים ואת החזון החברתי והמקצועי שלהם ואף מייחד ומעצב את הזהות והתרבות המקצועית של הרופאים מול כלל החברה ובעלי מקצועות אחרים ומנחה אותם להתנהגות ראויה, השומרת על ערכי היסוד של המקצוע, כבודו ומעמדו בחברה".¹ הקוד האתי, מגדיר את היחסים מול מערכות המשפט והחוקים כמו גם את ההתנהלות התקינה בתהליך העשייה המדעית.

אתיקה לוקאלית

כפי שאתיקה רפואית היא דינאמית ומתעדכנת לאורך הזמן, כך גם יכולה להיות שונה ממדינה למדינה, בהתאם לפקטורים כגון ערכים חברתיים או זמינות טכנולוגית, ישנם מדינות למשל שידגישו את השוויון בין כל האזרחים בעוד מדינות אחרות יסבלו מידה

מסוימת של תופעת אי השוויון, בנוסף סוגיות שנויות במחלוקת כגון המתות חסד מקובלות היום בקרב אגודות רפואיות מסוימות בעוד אחרות יטילו עליהם מגבלות יישומיות.⁴ גיבוש האתיקה בכל מדינה יצריך לפיכך התאמה לתפיסות הגיאופוליטיות (התמהיל החברתי) הכלכליות, החברתיות והתרבותיות המקומית.

מחקרים רבים בעולם מנסים כל העת ללמוד וללקט דיווחים על תפיסותיהם האתיות של רופאים וצוותי רפואה. ישנם מגוון דרכים להבין תפיסות אלו, למשל באמצעות סקרים¹⁸⁻²¹, הצגת תרחישים לרופאים של דילמות רפואיות וניסיון לעימות עמם²², ניתוח תוכן נרטיבי של גישות לרפואה.²³⁻²⁴ וראיונות בקרב רופאים לגבי דילמות אתיות משמעותיות בעבודתם.²⁵ ²⁶ בין השנים 2010-2014, התבצעו מספר מחקרים בקרב מדגמים גדולים של בין 10,000 כ-20,000 רופאים אמריקאים ואירופאים במטרה לחשוף את המפה האתית של הפרופסיה, ובמסגרתם נשאלו רופאים שאלות רבות במגוון רחב אשר נועדו לשקף את מגוון הסוגיות האתיות הרלוונטיות לתקופה.^{18,25-26} בישראל לעומת זאת, מספר המחקרים שבחנו את האתיקה הרפואית של העובדים במערכת הבריאות היא מועטה והם התמקדו בסטודנטים לרפואה²⁷ ואחיות²⁸. מחקר אחד התמקד במדגם משולב של אחיות ורופאים²⁹.

מטרות המחקר:

מטרות המחקר הן שלוש:

- (1) לשרטט את מפת התפיסות האתיות של קהילת הרופאים בישראל, בנקודת הזמן הנוכחית.
- (2) לזהות בקרב הקהילה הרפואית נושאים לזהות נושאים שלגביהם יש קונצנזוס עמוק לעומת נושאים שנויים במחלוקת, בהקשר לתפיסות של אתיקה רפואית.
- (3) להשוות בין התפיסות האתיות המאפיינות את השדה הישראלי עם התפיסות המיושמות בחו"ל. המטרה בכך היא להבין האם האתיקה הלוקאלית בישראל עולה בקנה אחד עם רעיונות האתיקה הגלובלית או שנוטה להיות מושפעת מנורמות ומאפיינים מקומיים.

שיטות:

(1) סקר רופאים מקוון

מדגם:

כל החברים הרשומים ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י) הוזמנו ע"י יו"ר הלשכה לאתיקה של הר"י להשתתף בסקר מקוון שמטרתו להעריך את התפיסות האתיות בקרב רופאים בישראל. השאלונים הופצו בפנייה ישירה באמצעות הדוא"ל. הרופאים שהשיבו

לשאלון, עשו זאת באופן התנדבותי ואנונימי. הסקר נשלח ל 29,208 (מתוך 32,281) חברי הר"י בעל כתובת דוא"ל תקינה.

הסקר נשלח לראשונה בתאריך 22 בינואר, 2018 ולאחר מכן נשלחו תזכורות אחת לשבועיים. 2926 רופאים השלימו את הסקר, מתוכם 1,214 לאחר הבקשה הראשונה ועוד 1,712 לאחר התזכורות. בסה"כ 10% מחברי הר"י ענו על השאלון.

שאלון:

השאלון הכיל שלושה חלקים: (1) שאלות שנועדו לבחון את המאפיינים האישיים (מגדר, גיל) והמקצועיים (תחום התמחות, סטטוס מקצועי, מקום עבודה ומיקום לימודי הרפואה); (2) 8 סוגיות המייצגות דילמות מתוך הפרקטיקה היומיומית של רופאים בישראל.

(2) קבוצות מיקוד:

שתי קבוצות מיקוד תוכננו (ונערכו) עם רופאים על מנת לזהות ולגבש סוגיות מהותיות, על מנת להעמיק בדיון בנוגע לסוגיות אתיות מורכבות אשר עלו במסגרת הסקר. לכל קבוצה זומנו כ-20 רופאים אשר חולקו בהתאם לוותק המקצועי – לקבוצת מומחים מנוסים ולקבוצת של רופאים צעירים יותר - מתמחים ומומחים צעירים. המטרה היתה לבחון האם קיים פער בין-דורי שיכול להשפיע על עמדות אתיות.

במסגרת שתי השיטות נעשה שימוש בטכניקות תשאול שונות כדי לשקף מהמנה את התפיסה האתית של המשיבים ולהימנע ממצבים של רציה חברתית (לבחינת התנהגות בפועל, תפיסה נורמטיבית, תגובה לתרחיש או הערכת התנהגות בקרב עמיתים).

ממצאים:

(1) ממצאי הסקר

טבלה 1 מציגה את התפלגות התשובות לשאלות הסקר. כאשר בוחנים את הממצאים ניתן לזהות שלוש תבניות של תפיסה אתית: א) סוגיות שלגביהן הייתה הסכמה גבוהה; (2) סוגיות שלגביהן הדעות היו חלוקות; (3) סוגיות שלגביהן היה שיעור גבוה יחסית של נמנעים מלקבל החלטה או שלא יכלו להחליט בין האלטרנטיבות.

בארבעה מקרים זוהתה הסכמה גבוהה לגבי תשובה מסוימת (63%-80% בחרו בתשובה מסוימת):

מקרים אלו מלמדים על כך שקיימת הכרעה לגבי הדילמות הבאות; (1) לא נכון לספק תרופה יקרה רק לפי דרישת המטופל במידה והיא לא צפויה להעניק לו תועלת תרפויטית (78% מהמדגם השיבו כך). בכך העדיפו המשיבים את השמירה על הקופה הציבורית ואת ההקפדה על 'רפואה מבוססת עובדות' על פני ריצוי המטופל הבודד. (2) לא נכון להפסיק לטפל במטופל המסרב לטיפול (63% מהמשיבים סברו כך, וגם במקרה זה, נראה שהמשיבים העדיפו את ההקפדה המקצועית על פני האוטונומיה של המטופל. (3) ראוי להפר סודיות רפואית של מטופל בודד במידה ויש צורך להגן על שלום הציבור (78% מהמשיבים במדגם). (4) לא נכון לצמצם בדיקות וטיפולים יקרים, הנמצאים בסל לדרישת הנהלת הארגון במטרה להקטין גרעון (79% מהמשיבים). בכך תעדפו המשיבים את אינטרס המטופלים הבודדים על פני האינטרס הארגוני והשמירה על האיתנות הפיננסית של המערכת.

טבלה 1: התפלגות התשובות לשמונה שאלות הסקר				
#	שאלה	כן n (%)	לא n (%)	לא יכול להחליט n (%)
1	האם נכון לתת, במערכת ציבורית, טיפול יקר מאוד לחולה סופני, במטרה להאריך את חייו בחודשיים?	588 (20.3%)	1426 (49.2%)	885 (30.5%)
2	האם נכון לתת תרופה, לחולה הדורש לקבלה, על אף שהניסיון מלמד שלא תביא לו תועלת תרפויטית?	419 (14.4%)	2274 (78.2%)	216 (7.4%)
3	האם במקרה שחולה מסרב לטיפול המומלץ ע"י הרופא/ה, צריך הרופא/ה להפסיק לטפל בו?	764 (26.3%)	1835 (63.2%)	306 (10.5%)
4	האם היית מוכן/ה לסייע לחולה סופני שמבקש לסיים את חייו, אם מצבו הרפואי מצדיק זאת והחוק היה מאפשר זאת?	1594 (55.1%)	906 (31.3%)	392 (13.6%)
5	האם נכון להפר סודיות רפואית של מטופל שלך כדי להגן על שלום הציבור? (כגון דיווח לרשויות על פוטנציאל לסכנה בנהיגה)	2268 (78.3%)	343 (11.9%)	28 (9.8%)
6	האם נכון ליידע מטופל שלך לגבי ירידה בכישוריו המקצועיים של רופא עמית שעומד לטפל בו? (למשל: כשמתמנת ירידה במומנטיות בחדר הניתוח או הצטברות של החלטות שגויות)	1107 (38.1%)	712 (24.5%)	108 (37.4%)
7	האם נכון לצמצם בדיקות יקרות/טיפולים יקרים הנמצאים בסל הבריאות, על מנת להקטין את הגירעון בארגון, כאשר הנהלת הארגון נותנת לרופאים הוראה כזו?	322 (11.1%)	2306 (79.7%)	266 (9.2%)
8	האם הרופא/ה צריך/ה לומר למטופל את כל האמת לגבי מצבו, כאשר הפרוגנוזה למחלתו גרועה ביותר?	1374 (47.5%)	1295 (44.8%)	221 (7.7%)

בשני מקרים זוהה מצב של דעות חלוקות מהותיות בין המשיבים:

מקרים אלו מאופיינים בשיעור נמוך של משיבים שלא החליטו על תשובה (פחות מ-15%) אך גם בהעדר הכרעה ברורה בין המשיבים לחיוב למשיבים בשלילה: (1) לגבי השאלה בה

התבקשו המשיבים להכריע האם על הרופא לומר למטופל את כל האמת גם המקרה ה הפרוגנוזה גרועה ביותר – 47.5% השיבו כי אכן זו חובתו של הרופא, לעומת 45% שטענו שהדבר איננו הכרח והשיבו לשאלה זו בשלילה. (2) גם לגבי המחלוקת בנוגע לנכונות לסייע לחולה סופני לסיים את חייו התשובות היו חלוקות, אם כי נטו לכיוון החיובי – 55.1% מהמשיבים תמכו בסיוע לחולה סופני לסיים את חייו במידה והפעולה הייתה חוקית, בעוד 31.3% שהשיבו כי לא נכון לסייע בזה.

בשתי סוגיות זוהתה מגמה משמעותי של אי בחירת תשובה- חוסר יכולת להחליט:

(1) 30.5% מהמשיבים טענו כי אינם יכולים להחליט לגבי הדילמה "האם נכון לתת, במערכת ציבורית, טיפול יקר מאוד לחולה סופני, במטרה להאריך את חייו בחודשיים?". רמת התועלת המוענקת למטופל בהארכת חייו בחודשיים נתונה לפרשנות, על אחת כמה וכמה שמשווים אותה לצורך הקיים במערכת הציבורית לשמור על ממד השוויון ולהגן על התקציב המיועד לכולם. (2) לגבי הדילמה "האם נכון ליידע מטופל שלך לגבי ירידה בכישוריו המקצועיים של רופא עמית שעומד לטפל בו?" – 37.4% השיבו כי אינם יכולים להחליט לגבי התשובה. שאלה זו מבטאת למעשה דילמה בין נאמנות למטופל לבין נאמנות קולגיאלית לעמיתים.

(1) ממצאי קבוצות הדיון

בשתי קבוצות דיון השתתפו סה"כ שישה עשר רופאים שמתוכם שמונה גברים ושמונה נשים. החלוקה לקבוצות התבצעה כאמור לפי בהתאם לוותק המקצועי; בקבוצה שהורכבה מרופאים בכירים השתתפו תשעה, מתוכם חמישה גברים וארבעה נשים. בקבוצה שהורכבה מרופאים מתמחים וצעירים השתתפו שבעה, מתוכם ארבע נשים ושלושה גברים.

מפגשי הקבוצות התבצעו לאחר סיום הסקר והנושאים שנבחרו לדיון התמקדו בסוגיות שלגביהם ממצאי הסקר גילו מחלוקת בלתי פתורה – שאלת הצורך לומר את כל האמת למטופל ושאלת הסיוע למטופל סופני לסיים את חייו.

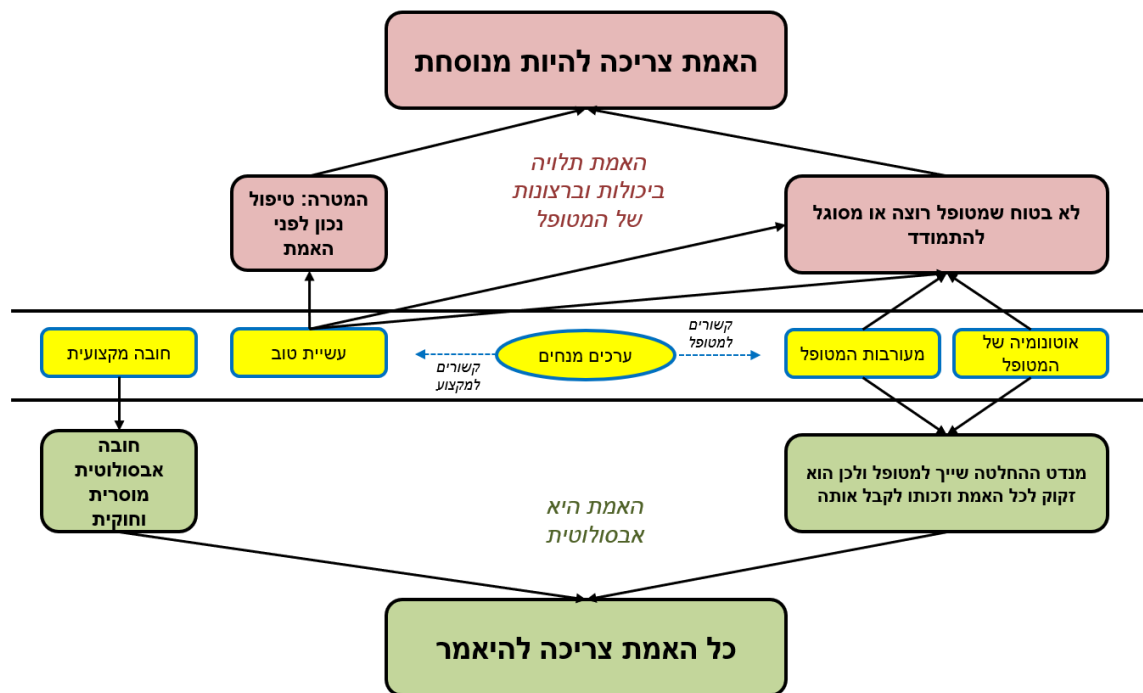
הדיונים בשתי הקבוצות הניבו מספר תמות משותפות לגבי שתי סוגיות המחלוקת:

(1) שאלת אמירת האמת

רופאים בכל דרגות הוותק הציפו שיח אחיד של ערכים הרלוונטיים לעבודתם. הוזכרו ארבעה ערכים – שניים הקשורים למטופל (מעורבות ואוטונומיה) ושניים הקשורים לעבודת הרופא

(עשיית טוב וחובה מקצועית). יחד עם זאת, רופאים שונים ביטאו צורות שונות של פרשנות לערכים שמנחות אותם לשימוש הראוי מבחינתם באמת, במהלך עבודה היומיומית. הפרשנות שהרופאים מעניקים ליישום הערכים, מנחה אותם לקבל הכרעה בשאלה הנדונה, כאשר שני סוגים מנוגדים של הכרעות הוזכרו בדיונים: א) כל האמת צריכה להיאמר ו-ב) האמת צריכה להיות מנוסחת (לעבור "עיבוד").

תרשים 1 מציג את מפת התמות שהוזכרו ביחס לאמירת האמת למטופל. כפי שניתן לזהות, ערכים זהים יכולים להוביל לקווי מחשבה מנוגדים שמובילים בתורם להכרעה מנוגדת בשאלה האם יש לומר את כל האמת למטופל. להלן הסבר מתומצת לכל אחד מקווי המחשבה וציטוטים המייצגים אותם מתוך הדיונים:



תרשים 1: מפת התמות לסוגיית אמירת האמת למטופל



ערכים הקשורים למטופל:

אוטונומיה:

קו מחשבה (1): כל האמת צריכה להיאמר בגלל האוטונומיה של המטופל

היגיון (1): למטופל יש זכות לדעת מה עומד בפניו, כך שיוכל לקבל החלטות בעצמו.

"אני באופן אישי חושב שצריך לספר... השורה התחתונה צריכה להיות ברורה. לאדם יש זכות לדעת שצריך לסגור את ענייניו ובפני מה עומד ולא לחכות לטיפולים שאין סיבה שיקבל אלא שידאג יותר לאיכות חייו מאשר לדברים אחרים."

"החלטות במקום המטופל ובעצם זה אומר לקבל החלטה במקומו. אני חושב שחייבים לספר לו חד משמעית. אין דרך לעקוף את זה. בפועל זה לא יקרה אבל אני חושב שזה חשוב."

קו מחשבה (2): האמת צריכה להיות מנוסחת בגלל האוטונומיה של המטופל

היגיון (2): לא כל מטופל רוצה לדעת את כל המידע וזכותו שלא לקבל אותה

"למטופל יש זכות לקבל מידע וגם זכות לא לקבל. אם הוא לא רוצה אז צריך להגיד שלא רוצה, אחרת חייבים לתת לו את המידע"

"קיבלת אבחנה, אתה צריך לתת אבחנה ואם המטופל לא רוצה לדעת זו זכותו. את האבחנה אני תמיד נותנת. אם לא רוצה לדעת פרטים זה משהו אחר. את האבחנה נותנת ושואלת מה רוצה לדעת. לא מתחמקת מהמילה סרטן. את המילה אני אומרת"

"אני חושב שזה לא שלא צריך להגיד אמת אבל אני אומר לא כי זה לא צריך להיות גורף. לא כל מטופל רוצה לקבל את כל האמת. כל מטופל צריך לקבל לפי מה שרוצה לדעת ומה שמסוגל לקבל. האמת לפעמים מורכבת ואז צריך להציג את האמת כמו שהמטופל יכול להבין ולא בהכרח כמו שאני רואה אותה"

מעורבות מטופלים:

קו מחשבה (3): כל האמת צריכה להיאמר בגלל שצריך לאפשר למטופלים להיות מעורבים

היגיון (3): האמת היא כלי בידי המטופל להיות מעורב במהלך הטיפול

"צריכים להגיד לאישה עם מה הולכת להתמודד וצריכה לעזור לי להחליט כמה נלחמים. אם הולכת ואומרת לי תקשיב, אני מבינה את המצב, חושבת שלא רוצה טיפול. אם אני לא אומר לה מה הטיפול ובמה כרוך אז יכולה לקבל החלטה? אז זה כן - ...חייבים לשים על השולחן"

"אנחנו רופאים אבל התפקיד לעזור לבן אדם להתמודד עם המשבר הבריאותי שיש לו. אנחנו מטפלים באנשים עצמאיים מבוגרים שצריכים להחליט לעצמם. אם אין אמת בידיים לא יכולים להחליט מה שיש להחליט.... מי אנחנו שלא נגיד את האמת?"

קו מחשבה (4): האמת צריכה להיות מנוסחת בגלל שצריך לאפשר למטופל להיות מעורב
היגיון (4): דווקא בגלל שצריך לאפשר למטופל לקחת אחריות ולהיות מעורבים בטיפול במידת יכולתם לא תמיד צריך לספק את כל האמת

"יש הרבה דברים שאתה לא נכנס אליהם. אם נגיד הוא צריך לעבור ניתוח ואתה יודע שהניתוח יותר טוב בתל השומר... זה משהו שאתה אולי מכיר ויודע בהתרשמות אישית, אתה לא יכול להיכנס לדברים האלה. מדברים על טיפול, איך עושים טיפול. אם יש מקומות שלדוגמא אצלנו אין ובמקום אחר יש, אתה מחויב להגיד שאנחנו יכולים לטפל עד פה אבל אם תלך לתל השומר תקבל עד פה ואנחנו ממליצים שיקבל מה שצריך לעשות. לא הייתי נכנס לדברים האלה, טוב יותר או פחות."

"לפעמים יש משהו תוקפני בלספר למטופל כמה המצב יהיה קשה ועלוב. זה צריך לאפשר לו לקחת מאיתנו עד כפי יכולתו. נמסור כל מה שנישאל. צריך להיזהר עם להרביץ במטופלים את כל הפרטים, זה מעבר ליכולתם לפעמים. קל לזהות במפגש מול מטופלים עם בשורות מרות, קל לגלות מה הגבול שרוצים לדעת באותו רגע. זה לעיתים יכול להשתנות יומיים או שנה אחרי. יש תהליך הבשלה והנפש צריכה זמן הסתגלות."

ערכים הקשורים למקצוע:

חובה מקצועית:

קו מחשבה (5): כל האמת צריכה להיאמר מתוקף החובה המקצועית
היגיון (5): חובות המקצוע נתפסות גם ברמה החוקית (החוק מחייב לומר את האמת) וגם ברמת התקשורת עם המטופל – אמון מלא נתפס כחלק מחובת המקצוע

"אתה בא להיות גורם מקצועי. חלק מהאמינות כגורם מקצועי והערכת המקצועיות שלך זו העובדה שאתה אומר אמת לחולה. אם אני לא אומרת אמת אז למה שיקבל את המלצותיי לגבי טיפול כזה או אחר אם אני משקרת לו? אני יכולה גם לשקר פה"

"בלי אגו, אני חושבת שאנו הקצה של המידע ואנו צריכים לתת אותו במלואו וההעברה הזו לחולה, למשפחה, תמיד כולם מעורבים בעניין, ההעברה היא לא רק משהו שצריכים

לעשות אלא חייבים לעשות. אחרינו כבר אין. אחרינו התהום של סוף השקר. אני רואה בכל אחד מאיתנו END POINT וזה בערך מוחלט והערך המוחלט זה כן. זו האמת."

"תמיד מדברים אמת ורק אמת וזה המקצוע שלנו. אין דרך אחרת לתפקד. גם בין צוות וגם עם המטופל וגם עם עצמנו... זה לא שאני מפחדת שיתבעו אותי אבל אם אני לא אגיד את הדברים כפי שצריך לומר, זה פשוט לא נכון. זה נכון שבקטע הזה יכול להיות שאני פחות רגישה, אח"כ יקחו אותי לבית משפט, סליחה שאני מקצינה, מצד שני זה טבע שני שלי כבר. אנו מחונכים על הדבר הזה שנים."

"שהאמת קשה יותר כך אנו מרגישים חובה להגיד יותר את האמת כי אחר כך אם באמת יתגשמו התחזיות הפאסימיות הריאליות ומישהו יגיד לא הכנתם אותנו אז אנו יוצאים לא בסדר. אלה שני המק' שבהם אתה לא יכול לעגל פינות, לייפות."

עשיית טוב:

קו מחשבה (6): האמת צריכה להיות מנוסחת בשם עשיית הטוב.

היגיון (6): משמעות עשיית הטוב היא טיפול 'נכון' וכזה לפעמים מתנגש עם האמת. טיפול נכון צריך להתחשב ביכולותיו ורצונותיו של המטופל לדעת את האמת – ולכן מידת האמת צריכה להיות מותאמת לסיטואציה ולמטופל האינדיבידואלי

"המטרה הסופית לא אמירת אמת אלא לתת טיפול נכון לאדם. לא לשקר אבל לא להגיד את כל מה שאולי נהוג להגיד על ההתחלה. צריך להתאים את הסיטואציה למקרה. אנחנו רופאים, המטרה לרפא."

"אני חושבת שלא תמיד זה לטובת החולה. אני עושה ייעוצים אצלכם, מקבלת ייעוצים מגנטיקה, ונושא ההתגוננות והעניין המדיקו-לגאלי מכניס אנשים לדיכאון. נשים שבאות מגנטיקה אחרי ייעוץ גנטי מגיעות בהיסטריה מוחלטת וזה נורא. זה לא פייר. חלק גדול מזה זה בגלל הקטע החוקי שלא רוצים להסתבך ומציירים תמונה לא אמינה. זה משהו לכסות את התחת, זה נורא"

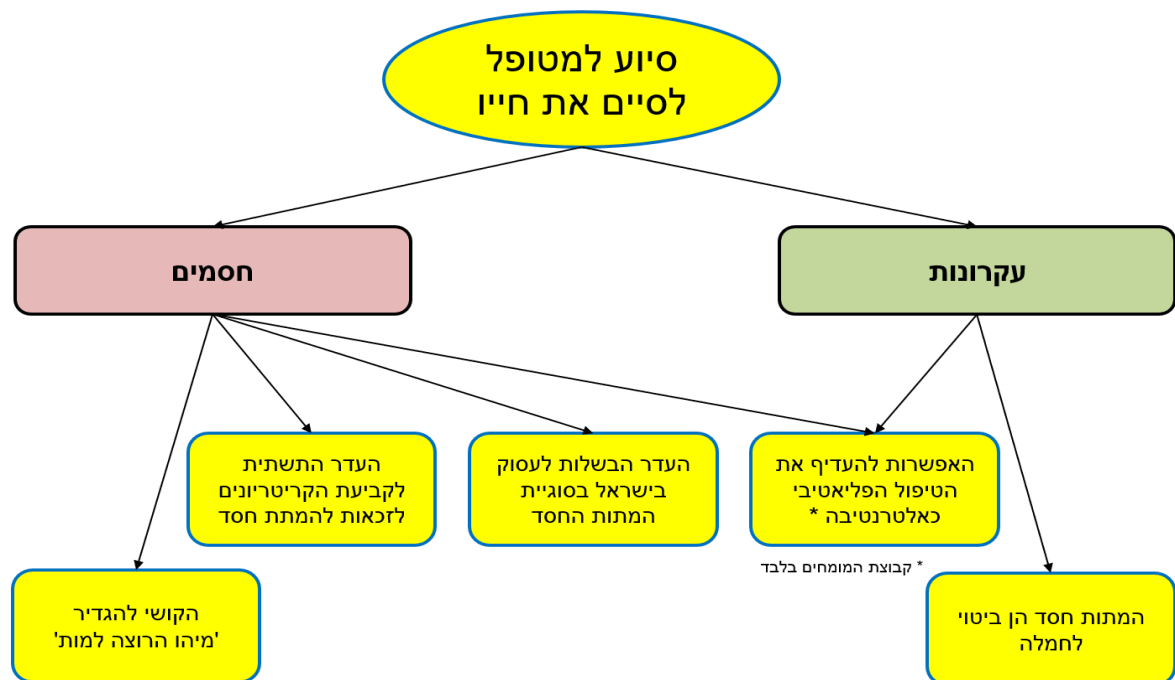
"לפעמים טובת המטופל מתנגשת עם האמת. אני חושבת שטובת המטופל ערך עליון"

"אם החוק נכון לכולם בהכרח? לפעמים המשפ' מתחננת שלא נשתף את המטופל, ובצדק. אנו משתפים כי אין ברירה. אם המטופל היה מסיים חייו בלי לדעת שיש משהו מאיים מבחינתו, לפעמים זה הפחד וכמה שנסביר שזה לא מה שיקצר את חייהם ויקלקל את איכות חייהם, האבחנה גורמת נזק. אין שאלה אם לשתף או לא אבל זה לא תמיד הדבר הנכון עבור המטופל הספציפי."

(2) שאלת סוף החיים

בשני הדיונים השאלה "האם הייתם מסייעים לחולה סופני לסיים לבקשתו את חייו" הייתה הנושא השני לדיון. שתי הקבוצות דנו באופן ברור על ארבע תמות מרכזיות: הראשונה, מתייחסת לכך שישנה הסכמה שהמתות החד הן לגיטימיות מתוך עקרון החמלה (תמה 1). התמות האחרות קשורות לקושי להגדיר "מיהו הרוצה למות?" (תמה 2), הצורך ליצור תשתית מקצועית לקבלת החלטה על הקריטריונים להפעלת המתות חסד בישראל (תמה 3) ו- היעדר הבשלות להעלות בישראל את סוגיית המתות החד לדיון (תמה 4) אם זאת, לעומת סוגיית אמירת האמת בה האמירות היו משותפות לכל הקבוצות – קבוצת המומחים העלתה לדיון נרחב סוגיה שלא עלתה כלל בקבוצת המתמחים והיא האלטרנטיבה הפליאטיבית בישראל להמתת החד (תמה 5).

תרשים 2 מציג את מפת התמות לשאלת סוף החיים



תרשים 2: מפת התמות לסוגיית הסיוע למטופל לסיים את חייו

להלן פירוט התמות בהתייחס לרעיון אותו הם מייצגים וציטוטים המייצגים אותו:

תמה (1): יש מקום ראוי לחמלה

רעיון (1): שתי הקבוצות הסכימו עם כך שברמה העקרונית יש להבין את הצורך בהמתת החד – כי זהו מקרה מובהק של יישום חמלה"

רואה מטופלים שצורחים מכאבים ואין סיכוי לכלום, לא לכימו, לא להקרנות, לא יקבלו כלום, כולם יחכו עד שימותו. חיים את זה. מוכנים לאפשר את זה ברמה העקרונית. לא אומרים שנעשה את זה אבל ברמה העקרונית שחולה סופני שסובל נשמתו – די! חווים את זה ויושבים ליד המשפחות ומדברים עם החולה אם בהכרה

זו החמלה האחרונה שאתה יכול לתת לאדם. מי שעובד במקצוע אלה אנשים שלא עובדים רק בגלל שהמקצוע נחשב, אלא זה בא מהלב. אם אתה לא מביא את זה לעבודה כל יום אז השחיקה היה כבר לפני. אם אתה מביא את זה איתך אתה מביא את הנשמה למקצוע ורוצה לעזור לאנשים שמסתכלים לך בעיניים ואומרים לך תעשה לי טובה, תעזור לי.

תמה (2): "מיהו הרוצה למות?"

רעיון (2): קשה מאוד להגדיר חולה הרוצה למות גם אם הוא מצהיר על כך – ישנם הרבה גורמים היכולים להשפיע על הצהרתו ולכן לא המטופל ולא הרופא יכולים לאשר זאת.

"אני מאוד בעד טיפול פלטיבי אבל אני חושב שצריך לעזור לפצינט בסוף החיים למות בכבוד. העניין של המתת חסד זה מדרון חלקלק. אנו מתעסקים במגוון רחב של חולים ולא בטוח שהייתי סומך על כל רופא שיקבל החלטה."

"זה מולטי פקטוריאלי, האישיות של האדם, המקום, המשפחה, מי שמנו להגיע להחלטה כזו? מי יכול באמת להיות בראש המטופל? זה מה שהוא אומר אבל זה לא בהכרח מה שהוא מרגיש או צריך. זה לא נכון. יש חולים שנכנסים והעולם שחור ובסה"כ יש נזלת. אני מקצין. זה לא רלוונטי"

"קשה לשפוט מהמקום הזה של המחלה שנמצא בה כרגע. הוא אומר את זה מתוך הצער שלו ומתוך הרצון לעשות דברים ומתוך הקושי מול האיש והנכדים שרואים אותו בצורה הזאת, לא בהכרח אומר את זה כי באמת רוצה למות."

"אני חושב שהיכולת של אנשים לצפות קדימה את מה שהם באמת ירצו לעשות באותו שלב. אם רוצים את זה באותו רגע זה לא אומר שירצו יום אח"כ. זה לא עניין רפואי אלא מנגנונים אחרים, אדם יום בהיר אחד אומר נמאס לי ורוצה לסיים את חיי"

תמה (3): הצורך ליצור תשתית מקצועית לקבלת החלטה על הקריטריונים להפעלת המתות חסד בישראל

רעיון (3): במידה ותהיה תשתית פורמאלית לקביעת הזכאות להמתת חסד – אז יהיה אפשר לקיים אותה

"הקריטריונים צריכים להיות מאוד נוקשים! מי שמי להחליט? צריכים וועדה שתקבע קריטריונים. שתוחלת החיים לא עולה על 3 חודשים, מוכח שסובל מייסורים, שיש קריטריונים שלא עומד בהם ושהוא מבקש.... שאין רקע נפשי שמשפיע על המחלה ותרופות שמשפיעות."

"קבלת ההחלטה לא צריכה להיות עניין של מה בכך, סרטן סופני, גרורות כך וכך, בבקשה, קח מרשם. לא. אם הולכים לכיוון הדברים צריכים להיות ממוסדים ובקריטריונים וצריך להיות תהליך. שלא תיפול למדרון החלקלק שמישהו בשבר רגעי יקבל החלטה שאולי לא יקבל אח"כ. אפשר לבנות מערך הגיוני שאתה מוודא שזה רצון החולה עם הערכה פסיכיאטרית."

"אנחנו לא כלי התאבדות..."

התפקיד של החברה לדאוג לדברים האלה. מי החליט שרופא צריך לעשות את זה? רופא ופסיכולוג ועו"ס צריכים לאשר את זה..."

"אני בעד המתת חסד. זה צריך להיות משהו של המדינה, לא של הרופא. הרופא לא צריך לתת מזרק של הסם אבל זה צריך להיות שירות שהמדינה מעניקה לאזרח, זו דעתי האישית. אני לא משוכנע שאני רוצה להיות זה ששם סם. במדינה נורמלית זה אמור להיות שירות של המדינה. אחרי שהמטופל עבר אישורים רפואיים ופסיכולוגיים, אני חושב שמישהו צריך לעשות את זה. נראה לי שהרופא בסוף עושה משהו טכני, לא שזה כיף גדול אבל בתור מסגרת זה כן שירות שצריך להינתן"

תמה (4): היעדר הבשלות בישראל לעסוק בהסרת החסם החוקי להמתות החסד.

רעיון (4): לא ניתן יהיה לדון בשיקול דעת בהכשרת המתות החסד בישראל לפי שיוסרו החסמים התפיסתיים המאפיינים את החברה בישראל.

"הרבה פעמים לב מושך לשם ואחד הדברים שמגבילים אותי כי אני מרגישה מחויבת לערכי היהדות, לא בטוחה שזה מסתדר, לא יודעת מה אני חושבת על זה. הלב מושך חזק לעזור למטופל. נכון להיום לא אעשה את זה, גם אם זה חוק"

"יש בעייתיות ברמה ההלכתית. אני עם עצמי לא סיימתי את הדיון האתי ולא בטוחה שאני משוכנעת מעל כל צל של ספק שברמה האתית זה לא מתנגש עם ערכים כאלה ואחרים. אני חושבת שאולי נגיע לשם אבל אני עם עצמי צריכה לפתור המון שאלות. גם ברמה ההלכתית אולי בנסיבות מסוימות זה בסדר"

"המחוקק שחושב שכך צריך, שיעשה. יש תחושה שבישראל צריכים להמציא גלגל. יש מדינות כמו הולנד, שווייץ, הם היו בגלגל הזה. אנו לא רוצים להיות אלה שדוחפים, אתה יודע בכמה סיטואציות מרגישים שהמחוקק לא נותן גם? אתה מרגיש שהמחוקק נמנע כי

לא נעים ולא פופולארי אבל הכי טוב שהרופא יהיה שם ויקבל החלטות ואתה תהיה הש"ג. לא רוצים להיות בסיטואציה הזאת."

"אם הולכים לתת טיפול פליאטיבי מקסימאלי אז זה לא דבר שמתגאים להיות במצבים האלה. עוזרים ונמצאים שם למשפ' ולמטופל אבל זה לא פשוט. התחלנו ברפואה טובה יותר ועכשיו מדברים נקודתית על דבר שהבאתם אותנו לפה וזה מאוד מורכב לצאת פה עם הצהרה כן או לא"

תמה (5): האלטרנטיבה הפליאטיבית בישראל להמתת החסד [רופאים מומחים בלבד]
רעיון (5): רפואה פליאטיבית היא כלי שיכול לסייע לחולים כסופניים לסיים את חייהם בכבוד מבלי להגיע לעיסוק המורכב והשנוי במחלוקת של המתות החסד. רופאים בכירים ציינו זאת במהלך הדיון ככלי שאפשר וצריך להסתמך עליו.

"סוף החיים נושא חשוב. צריך לסייע לחולה לא לסבול אבל זה לא כלי שצריך לתת לרופא כמו שיש בשוויצריה. האם במחלקות בחיים לא קורים מקרים שעוזרים לחולה ומקצרים לו כדי לא לסבול ונותנים תרופות? יכול להיות שכן. הקווים מטושטשים אבל אסור שיהיה חוקי"

"נותנים לחולה הרבה תרופות שמקלות. אנו כמע' רפואית צריכים לשים תמרוז עזור כי זה מצב מסוכן. בפעם הבאה יגיד מישהו כשאני אהיה סיעודי תעשו לי ASSISTED SUICIDE. לא צריכים לסייע לזה. חולה סופני מגיע לו למות בכבוד ויש דרכים למות בכבוד עם פחות כאבים."

"זה תחום חשוב וטוב שזה עולה, תחום הרפואה הפליאטיבית מאוד חשוב. להרחיב ולעשות את זה טוב יותר חד משמעית, אם להרחיב את זה להמתת חסד אז יש פה שאלות פילוסופיות. זה לא המקום של הרופא לעשות המתת חסד. צריך לעזור למות בכבוד"

דיון ומסקנות:

סקירת החשיבה האתית של רופאים היא משימה מורכבת אולם הכרחית כדי לשפר את התובנה לגבי קבלת החלטות קליניות ולהטיב את רמת הרפואה, הטיפול בחולה כאדם, וגיבוש הקהילה המדעית. עד כה, סקרים רחבים לזיהוי עמדות אתיות של מטפלים בישראל נעשו בשדות קליניים מועטים, הן בשל הקושי הלוגיסטי ובעיקר בשל מיעוט יכולת להתמודד עם הסוגיה. המחקר הנוכחי נועד להתמודד עם נקודות שנויות במחלוקת שעלו מתוך השיח עם קליניים ב"עולם האמיתי", ויתרונם בכך שהציף מספר מסקנות המאפשרות לשרטט מפה של העמדות הישראליות בנוגע לסוגיות של אתיקה רפואית:

(א) תובנות לגבי העמדות בפני עצמן:

- ישנן סוגיות הטומנות בחובן משמעות ערכית כבדה בהתייחס לפעולות מסוימות, ובשל כובד משקלן של סוגיות אלה, ניתן לזהות דילמות עמוקות שיש ליישב. נראה כי רופאים מצליחים להגיע לקונצנזוס בסוגיות אלה אולם הן דורשות ליבון ואפילו הכוונה של חשיבה.
- המתות החסד ואמירת אמת למטופל הן דוגמאות לסוג כזה של דילמות, בהיותן מורכבות ממערך ערכי עשיר, שדווקא מורכבותו ועומקו זוכה לפרשנות שונה מצד רופאים שונים. הווריאציות המרובות של עמדות נתקל עד כה בקושי להגדרת כלים או כללים ברורים המאפשרים התמודדות.
- בהתייחס לסוגיית אמירת אמת עלה כי תפיסת "אמירת אמת" היא יחסית: ישנם רופאים שערך האוטונומיה של המטופל ינחה אותם לפעול להפגיש את המטופל עם כל האמת על מצבו (ובכלל זה גם אמירות "קשות"). לעומתם, רופאים אחרים ישתמשו באותו ערך של אוטונומיה על מנת לטעון שזכותו של המטופל לא לדעת את המידע שעלול לפגוע בו ובמהלך הטיפול. מכאן שיש פרשנות נרחבת לערך עשיית-טוב למטופל כתלות ביכולותיו ורצונותיו של המטופל לקבל את האמת.
- בהתייחס לסוגיית הסיוע לחולה לסיים את חייו- יש הסוברים שיש לאפשר פתח לקבל את המתות החסד בישראל כביטוי לערך החמלה, אותה יכול הרופא להעניק. עם זאת, בישראל סוגיית הסיוע לסוף החיים נתקלת בחסמים רבים ועלתה הטענה שלא ניתן לעורר שיח לגיטימי בנושא כל עוד אין הסכמה או הבנה ברורה לגבי מיהו זה הרוצה למות והאם בישראל ראוי בכלל לשוחח על כך.

(ב) תובנות לגבי המוכנות של הקהילה הרפואית להתמודד עם שאלות אתיות:

במחקר אותרו דילמות מסוימות בהן קיימת רמה גבוהה של אי-החלטה או הסתייגות מהתמודדות עם שאלות ("לא יכול להחליט בין שתי החלופות"). אנו סבורים כי חלק מהמשיבים שבחרו לא להחליט מתלבטים ואין להם עמדה ברורה, אולם ייתכן ובחלקם מדובר בחוסר רצון של רופאים לחשוף עמדות אישיות שלתפיסתם הן לא 'פופולאריות', מתוך מנגנון של "רציה חברתית".

(ג) תובנות לגבי תוצאות השימוש במתודולוגיה של שילוב שני כלי המחקר:

- במחקר הפעלנו מתודולוגיה המשלבת שני שיטות מחקר- סקר (שנותח בכלים סטטיסטיים מקובלים) וקבוצות מיקוד (שנותחו בכלים של מחקר איכותני) והשווינו בין הממצאים כדי ליצור תמונה מלאה. שיטת ניתוח שיח של קבוצות מיקוד יעילה בחשיפת דקויות שאינן באות לידי ביטוי בסקר בלבד, עם זאת, יש לפתח את העיסוק והמחקר בניתוח המתייחס לשאלות שהעלו מחלוקות או אי וודאות.

- הניתוח המשולב בוצע בשיח מובנה של החוקרים שחלקם "מומחים" לאתיקה, ובהשוואה למימצאים של סקרים מהעולם ומסקנותיהם, דבר שאיפשר פרספקטיבה מול נושאים אתיים אחרים ומול "היסטוריה" של תהליכים אתיים לאורך העשורים האחרונים של עיסוק באתיקה רפואית. אחת המסקנות היא כי קיימת דינמיקה בהתייחסות של אנשי מקצוע (רופאים קלינאים) לדילמות אתיות, בעוד שבעבר התפיסה כלפי סוגיות אתיות (ובפרט הסוגיות הנדונות במחקר) היתה יותר מובנית ורווחת (בהתאם לעקרונות הקנונים של האתיקה המסורתית). קשה להסיק אם מקורו של הדבר הוא ב"גמישות" הנובעת משינוי בין-דורי אוניברסאלי (עליה בשקיפות, הגברת אוטונומיה ושיתוף המטופל) או משינוי לוקלי(התאמה לאופי הקהילה הרפואית בישראל).

מסקנה חשובה אחרת היא כי עצם עריכת הסקר במהלך המחקר, סייעה להציף את השיח סביב סוגיות אתיות, בחלקן מוכרות לרופא הבודד ובחלקן יותר שנויות במחלוקת. ההשלכה של המחקר והשיח שהתעורר בעקבותיו הוא יכולתו להיות צעד משמעותי בדרך לקדם סביבת עבודה בה כל "ניהול" תכנית טיפול ייקח בחשבון התייחסות אתית, בניגוד להצבתה של האתיקה בעמדה פורמלית מרוחקת.

המלצות לגיבוש מדיניות ולמקבלי ההחלטות:

1. מתוך ההבנה כי קיים קושי להתמודד בשטח עם סוגיות עתירות קונפליקט, כפי שזה התבטא בשיעור גבוה של רופאים שלא הצליחו להכריע בתשובות מסוימות, ראוי לפתוח ואף להרחיב את הדיון בסוגיות אתיות שיש לגביהן בישראל שיעור גבוה של מהססים. זאת על מנת שיהיה ניתן לגבש כללים ועמדות שרופאים יוכלו להיעזר בהם.

2. לאור הדיון הרחב שנחשף לגבי התלות בין תפיסת הרופאים בנוגע לערך עשיית הטוב למאפייניו של המטופל האינדיבידואלי, יש מקום לחקור את יכולותיו ורצונותיו של המטופל להיות במרכז (החוקרים יהיו מעורבים במחקר המשך מוכוון לנושא). נראה (ב"עידן השקיפות") כי הרופאים "צמאים" לדעת מהן היכולות, ובעיקר מהו הרצון של המטופל להיות שותף בקבלת החלטות, מתוך התפיסה היא בחירת דרך טיפול כרוכה גם באחריות לתוצאות.

3. המסרים של "עשיית הטוב" במצבים מורכבים אתית בישראל נמצאים בתהליך גיבוש ברמה הלאומית, למציאת איזון בין עקרונות החוק לתפיסות ונורמות חברתיות-קהילתיות-דתיות. יש לבחון האם בישראל קיימת התכנות להגביר את מרכיב החמלה לעומת החסמים ליישום החלטות אתיות, כגון, במצבי המתת חסד ואמירת אמת.

רשימת מקורות:

- [1] רכס, א., (2014) אתיקה רפואית – כללים וניירות עמדה, ההסתדרות – הרפואית בישראל – הלשכה לאתיקה
- [2] Gillon, R. (1985). Philosophical medical ethics. Rights. Br Med J (Clin Res Ed), 290(6485), 1890-1891.
- [3] כהן-אלמגור, ר., (2002) דילמות באתיקה רפואית, רעננה: הוצאת הקיבוץ המאוחד ומכון ון ליר בירושלים
- [4] Williams, J R., (2015), medical ethics manual. publication of the World Medical Association.
- [5] Beauchamp T L, Childress J F. (1994) Principles of biomedical ethics [4th ed]. New York: Oxford University Press
- [6] Gillon R. (1986) Philosophical medical ethics. Chichester: John Wiley and Sons/
- [7] Holm, S. (1995). Not just autonomy--the principles of American biomedical ethics. Journal of medical ethics, 21(6), 332-338.
- [8] Gillon, R. (2003). Ethics needs principles—four can encompass the rest—and respect for autonomy should be “first among equals”. Journal of medical ethics, 29(5), 307-312.
- [9] Beauchamp, T. L. (2003). Methods and principles in biomedical ethics. Journal of Medical ethics, 29(5), 269-274.
- [10] Macklin, R. (2003). Applying the four principles. Journal of medical ethics, 29(5), 275-280.

- [11] McHorney, C. A., & Tarlov, A. R. (1995). Individual-patient monitoring in clinical practice: are available health status surveys adequate?. *Quality of Life Research*, 4(4), 293-307.
- [12] Peabody, F. W. (2015). The care of the patient. *Jama*, 313(18), 1868-1868.
- [13] Henderson, R., (2015) Medical ethics, retrieved from: <http://patient.info/doctor/medical-ethics>
- [14] Larkin, G. L., Moskop, J., Sanders, A., & Derse, A. (1994). The emergency physician and patient confidentiality: a review. *Annals of emergency medicine*, 24(6), 1161-1167.
- [15] Faden, R. R., Beauchamp, T. L., & King, N. M. (1986). A history and theory of informed consent.
- [16] Flory, J., & Emanuel, E. (2004). Interventions to improve research participants' understanding in informed consent for research: a systematic review. *Jama*, 292 (13), 1593-1601.
- [17] American Medical Association. (No Date) Principles of Medical Ethics. Retrieved from <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/principles-medical-ethics.page>
- [18] Kane, L., Medscape Ethics Report 2014. Retrieved from: <http://www.medscape.com/resource/ethics>
- [19] Meier, D. E., Emmons, C. A., Wallenstein, S., Quill, T., Morrison, R. S., & Cassel, C. K. (1998). A national survey of physician-assisted suicide and euthanasia in the United States. *New England Journal of Medicine*, 338(17), 1193-1201.

- [20] Feldman, D. S., Novack, D. H., & Gracely, E. (1998). Effects of Managed Care on Physician-Patient Relationships, Quality of Care, and the Ethical Practice of Medicine: A Physician Survey. *Archives of Internal Medicine*, 158(15), 1626-1632.
- [21] Vincent, J. L. (1999). Forgoing life support in western European intensive care units: the results of an ethical questionnaire. *Critical care medicine*, 27(8), 1626-1633.
- [22] Page, K. (2012). The four principles: Can they be measured and do they predict ethical decision making?. *BMC medical ethics*, 13(1), 1.
- [23] Jones, A. H. (1999). Narrative in medical ethics. *Western journal of medicine*, 171(1), 50.
- [24] Charon, R., & Montello, M. (Eds.). (2004). *Stories matter: the role of narrative in medical ethics*. Routledge.
- [25] Medscape Ethics Report 2012. Retrieved from:
<http://www.medscape.com/features/slideshow/public/ethics2012>
- [26] Physicians' Top 20 Ethical Dilemmas, Retrieved from:
<http://www.medscape.com/features/slideshow/public/ethical-dilemmas>
- [27] גליק, ש., ובנשלום, ע., (2002) ההתמודדויות האתיות של סטודנטים לרפואה, בתוך: רפאל כהן-אלמגור (עורך) דילמות באתיקה רפואית (עמ' 65-87), רעננה: הוצאת מכון ון-ליר בירושלים.
- [28] Wagner, N., & Ronen, I. (1996). Ethical dilemmas experienced by hospital and community nurses: an Israeli survey. *Nursing Ethics*, 3(4), 294-303.

- [29] Piers, R. D., Azoulay, E., Ricou, B., Ganz, F. D., Decruyenaere, J., Max, A & Depuydt, P. (2011). Perceptions of appropriateness of care among European and Israeli intensive care unit nurses and physicians. *Jama*, 306(24), 2694-2703.

נספח: שאלון הסקר

מהו תחום העיסוק שלך?:

- (1) רפואת משפחה
- (2) רפואת ילדים
- (3) המקצועות הפנימיים
- (4) המקצועות הכירורגיים
- (5) רפואת נשים
- (6) פסיכיאטריה
- (7) הרדמה
- (8) אחר, אנא פרטי

מגדר:

- (1) זכר
- (2) נקבה

שנת לידה:

האם נכון לתת, במערכת ציבורית, טיפול יקר מאוד לחולה סופני, במטרה להאריך את חייו בחודשיים?

1. נכון לתת, כי הארכת חייו של המטופל היא ערך עליון
2. לא נכון לתת, כי יש לשרת את טובת הציבור כולו והטיפול היקר יגזול משאבים חיוניים מאחרים
3. אינני יכול/ה לבחור בין שתי האפשרויות

האם נכון לתת תרופה, לחולה הדורש לקבלה, על אף שהניסיון מלמד שלא תביא לו תועלת תרפויאטית?

1. נכון לתת, כי יש לכבד את רצון החולה, כל זמן שלא גורמים לו נזק
2. לא נכון לתת, כי יש לפעול על פי BASED EVIDENCE MEDICINE
3. אינני יכול/ה לבחור בין שתי האפשרויות

האם במקרה שחולה מסרב לטיפול המומלץ ע"י הרופא/ה, צריך הרופא/ה להפסיק לטפל בו?

1. נכון להפסיק לטפל בחולה ולהעבירו לרופא אחר, כי הרופא/ה לא יכול/ה לשאת באחריות לבריאות החולה
2. לא נכון להפסיק לטפל בחולה, הרופא/ה צריך/ה להמשיך לטפל בחולה בכל מצב
3. אינני יכול/ה לבחור בין שתי האפשרויות

האם היית מוכן/ה לסייע לחולה סופני שמבקש לסיים את חייו, אם מצבו הרפואי מצדיק זאת והחוק היה מאפשר זאת?

1. הייתי מוכן/ה לסייע, כי רופא שאחראי לחולה צריך לעזור לו גם בסוף החיים
2. לא הייתי מוכן/ה לסייע, כי אסור לרופא להיות שותף בסיום חיי אדם
3. אינני יכול/ה לבחור בין שתי האפשרויות

האם נכון להפר סודיות רפואית של מטופל שלך כדי להגן על שלום הציבור? (כגון דיווח לרשויות על פוטנציאל לסכנה בנהיגה)

1. נכון להפר סודיות, כדי להגן על שלום הציבור
2. לא נכון להפר סודיות, כי סודיות רפואית היא ערך מרכזי
3. אינני יכול/ה לבחור בין שתי האפשרויות

האם נכון ליידע מטופל שלך לגבי ירידה בכישוריו המקצועיים של רופא עמית שעומד לטפל בו? (למשל: כשמסתמנת ירידה במיומנויות בחדר הניתוח או הצטברות של החלטות שגויות)

1. נכון לידע את המטופל, כי טובת המטופל קודמת
2. לא נכון לידע את המטופל, חובה לשמור על כבוד הרופא העמית, על מנת לשמר את אמון הציבור במקצוע הרפואה
3. אינני יכול/ה לבחור בין שתי האפשרויות

האם נכון לצמצם בדיקות יקרות/טיפולים יקרים הנמצאים בסל הבריאות, על מנת להקטין את הגירעון בארגון, כאשר הנהלת הארגון נותנת לרופאים הוראה כזו?

1. נכון לצמצם, כדי לא לפגוע בציבור הרחב
2. לא נכון לצמצם, כי טובת המטופל קודמת
3. אינני יכול/ה לבחור בין שתי האפשרויות

האם הרופא/ה צריך/ה לומר למטופל את כל האמת לגבי מצבו, כאשר הפרוגנוזה למחלתו גרועה ביותר?

1. הרופא/ה צריך/ה לומר למטופל את האמת המלאה על מצבו, כי זכות המטופל לדעת
2. הרופא/ה לא צריך בהכרח לומר למטופל את כל האמת, אם הרופא/ה חושב/ת שזה יזיק למטופל
3. אינני יכול/ה לבחור בין שתי האפשרויות

באיזו מידה תהיה/י מוכן/נה לסייע לחולה במחלה חשוכת מרפא שנותרו לו מספר חודשים לחיות, לסיים את חייו לפי בקשתו? (בהנחה שהחוק מאפשר זאת ויש בידיו את המסמכים הפורמליים הנדרשים)

- א. לא מוכן לסייע בסיום החיים
- ב. לא מוכן לסייע ישירות אך מוכן להפסיק טיפול מציל חיים
- ג. מוכן לתת משככי כאבים במינונים מסכני חיים
- ד. מוכן לתת תכשיר שיביא לסיום החיים

1. חולה במחלת סרטן ממושטת, סובל כאבים חריפים ומבקש למות עכשיו
2. חולה במחלת סרטן ממושטת, אינו סובל כאבים אך מבקש למות עכשיו
3. החולה סובל ממחלה ניוונית פרוגרסיבית, חושש מהשלב הבא ומבקש למות עכשיו
4. החולה שרוי בקומה זמן ממושך והכין בעבר צוואה עם הנחיות לסיים את חייו במצב כזה
5. החולה במצב סיעודי, לא רואה עוד טעם בחייו ומבקש למות עכשיו
6. חולה עם מחלת אלצהיימר מתקדמת מאד שהכין בעבר צוואה עם הנחיות לסיים את חייו במצב כזה

באיזו מידה נכון לומר למטופל את כל האמת לגבי מצבו, כאשר הפרוגנוזה למחלתו גרועה ביותר

- א. לא חייבים לומר לחולה את האמת
- ב. לא חייבים לומר לחולה את כל האמת ניתן להסתיר חלק מהאינפורמציה
- ג. צריך לומר לחולה את האמת אבל ניתן ליפות אותה
- ד. צריך לומר לחולה את כל האמת

1. נתגלו גרורות רבות אצל חולה אונקולוגי ותוחלת החיים הצפויה קצרה
2. נתגלה שמטופל צעיר נושא גן של מחלה פאטלית (הנטינגטון) שתפרוץ בעתיד, ואין כל דרך למנוע זאת
3. נתגלו סימנים ראשונים של מחלה ניוונית ממושכת ופרוגרסיבית
4. החולה עבר שבץ מוחי שגרם לשיתוק והסיכויים לשיקום מזעריים
5. נתגלה גידול ממאיר עם פולשנות נמוכה בחולה קשיש

האם נכון לתת תרופה לחולה הדורש לקבלה. על אף שהניסיון מלמד שלא תביא לו תועלת תראפויטית.

- א. נכון להיענות לבקשת המטופל ללא הבעת הסתייגות
- ב. נכון להיענות לבקשת המטופל אבל רק אחרי ניסיון לשכנע בחוסר התועלת
- ג. לא נכון להיענות לבקשת המטופל גם אם לא השתכנע
- ד. לא נכון להיענות לבקשת המטופל כי ההחלטה היא של הרופא

1. התרופה מבוקשת על ידי חולה כרוני כתוספת לטיפול השגרתי

2. התרופה מבוקשת על ידי חולה כרוני כתחליף לטיפול השגרתי
3. המטופל מגלה תסמינים של מחלת חום עונתית ויראלית ורוצה טיפול אנטיביוטי

פרטים אישיים:

א. מהו הסטאטוס המקצועי שלך

- (1) מתמחה
- (2) מומחה/ית
- (3) מומחה/ית על
- (4) רופא/ה תחומי/ת או אחר/ת

ב. איפה למדת רפואה

- (1) רק בארץ
- (2) רק בחו"ל
- (3) בארץ + בחו"ל משולב

ג. מהו המקום העבודה העיקר שלך?

- (1) קופת חולים
- (2) בית חולים ציבורי
- (3) בית חולים פרטי
- (4) מרפאה פרטית
- (5) צה"ל / משרד הביטחון
- (6) גימלאי/ת
- (7) אחר, אנא פרטי