

חדשות חוץ

הערת המערכת – הסוגיות הכבדות שמעלה הנושא של "האדם שימיו קרבים לקיצם", ככל שאלה קשה, מעוררים פולמוס רב-היבטים. **רפואה ומשפט**, בגיליונות קודמים, הביא דברים שדנו בחוק החולה למות וכן בטיוטא להצעת החוק שעניינה סיוע לחולה המבקש לסיים את חייו. בגיליון זה מובא מאמרם של י. דורון וכו. שלו שכותרתו "בין חוק זכויות החולה לחוק החולה הנוטה למות: התקדמות או הליכה לאחור?", כשהוא מלווה בהערות עמיתים שנושאים אלה מעסיקים גם אותם. אין אנו בישראל המתלבטים היחידים – להלן מובא חומרים מן הספרות האמריקאית והאנגלית ומן המשפט האנגלי. ללמדך – החברה בעולם המודרני-הדמוקרטי אכן דבקה בעקרון "קדושת החיים", אך נראה כי יש המעלים ספק "בידי מי ההחלטה על סיומם".

סקר שאלות אתיות המעסיקות רופאים

העיתונות הרפואית האמריקאית הרבתה בחודשים האחרונים לעסוק בשאלות של אתיקה רפואית, ברובן עניין בהתנהלות הרופא כלפי חולה הנוטה למות – שאלות בתחום המכונה end of life. השתדלנו להביא לבטים אלה בפני הקורא הישראלי:

בחודש נובמבר 2010 פרסם כתב העת האינטרנטי WebMD סקר שנערך בחודש אוגוסט, בו נתבקשו 10,000 רופאים להשיב על סדרת שאלות בהן מתלבטים הרופאים.

להלן השאלות שהוצגו והתשובות עליהן:

תשובות			שאלות
לשיקול	לא	כן	
39.4%	37%	23.6%	האם תמליץ או תיתן טיפול מאריך חיים אף בדיעה כי הוא חסר תועלת?
29.2%	54.5%	13.6%	האם תשקול או תפסיק טיפול תומך חיים לבקשת המשפחה, אף אם לדעתך טרם הגיע הזמן לכך?
18.2%	58.3%	23.5%	האם תיתן בידי מטופל מרשם לאינבו (placebo) רק כי ביקש לתרופה?
10.3%	84.1%	5.6%	האם תפחית מינון תרופה נוגדת כאב, אף לחולה סופני, מחשש פן יתמכר לה?
23.8	14.6% מרוכך 1.7%	59.8%	האם תגלה לחולה סופני כי קיצו קרב?
20.9%	60.1%	19%	האם מותר שלא לגלות טעות בטיפול, כאשר לא נגרם נזק למטופל?
3.5%	94.9%	1.6%	האם מותר להסתיר טעות בטיפול אף אם יש סיכון לנזק בגינה?
22.6%	61.3%	16.1%	האם מותר לנקוט בפעולות אף אם אינן מתחייבות, רק מנימוקי "רפואה מתגוננת"?
13.5%	40.7%	45.8%	האם סיוע להתאבדות מותר בנסיבות מסוימות?
11.6%	2.3%	86.2%	האם תדווח על עמית שפעילותו לקויה (מחלה, סמים, שכרות...)?
5.2%	92.4%	2.4%	האם תפנה מטופל לעמית, כהחזרת טובה, אף אם אינו הבחירה הטובה ביותר?
16.5%	26.5%	57.0%	האם אתה מוכן להחליף מעסיק (ספק שירותי בריאות) לשיפור תנאיך, אף אם מטופלים וותיקים רבים לא יזכו יותר לטיפולך?
9.4%	73.2%	17.1% לאישור טיפול/אשפוז 0.2% לרווח	הם מותר להגזים בדיווח למבטח (ספק השירות) על מצב החולה?

		אישי	
12.1%	78.9%	9.0%	רופא המשתכר עפ"י תוצאות – האם "תיפטר" מחולה מסובך כדי לשפר את הכנסתך?
14.2%	77.4%	8.4%	האם תדון במצב מטופל כאשר יש סיכון לחיסיון המידע?
26.6%	20.2%	53.2%	האם מותר לפגוע בחיסיון חולה מחשש שמצבו מסכן את זולתו?
16.4%	*36.8	46.6%	האם נכון לסרב לקבל טובות הנאה מחברות תרופות מחשש להשפעה זרה?
4.5%	83.1%	0.8% - כן - 11.7% > 6 חודשים מסיום טיפול	התוכל להיות מעורב בקשר רומנטי (או מיני) עם מטופל?
13.5%	66.5%	19.9%	האם יש להתיר תשלום בגין אבר להשתלה באין מוצא אחר?
12.4%	53.5%	34.1%	האם תבצע הפלה גם אם הדבר נוגד את אמונתך?

התפצלות הנשאלים על פי תחומי התמחויותיהם

12.4%	רפואה פנימית	14.7%	רפואת משפחה
6.3%	רפואת נשים וילוד	10.7%	רפואת ילדים
5.2%	רפואה דחופה	6.1%	פסיכיאטריה
3.4%	אונקולוגיה	4.6%	כירורגיה
2.3%	הרדמה	3.4%	רפואת עיניים
2.2%	נוירולוגיה	2.3%	רדיולוגיה
2.0%	אורולוגיה	2.2%	אורטופדיה
1.6%	גסטרואנטרולוגיה	1.7%	נפרולוגיה
1.5%	פתולוגיה	1.6%	מחלות ריאה
1.2%	טיפול בכאב	1.4%	אנדוקרינולוגיה
1.1%	מחלות זיהומיות	1.1%	טיול נמרץ
1.0%	ריאומטולוגיה	1.1%	יילודים
	תחומים אחרים	6.7%	

"דוקטור, האם תסייע בידי למות?"

מאמר שזאת כותרתו נכתב על ידי Wayne J. Guglielmo, רופא העוסק בין היתר בכלכלה רפואית ובאתיקה, ופורסם בכתב העת האיטרנטי Medscape Neurology. המאמר מתייחס בעיקר לשאלה "האם סיוע להתאבדות מותר בנסיבות מסוימות?" שהועלתה במשאל שלעיל, ומנתח את דעות המשיבים. המובא להלן הוא תרגום עיקר הדברים שבמאמר:

לשאלה בדבר נכונות לסייע להתאבדות מטופל השיבו בחיוב 45.8% מן הרופאים שנשאלו, לעומת 40.7% שהשיבו בשלילה. 13.5% השיבו "תלוי (בנסיבות)".

ההנמקות בשני הקצוות היו חדות: השוללים הדגישו את תפקיד הרופא כמכפא, ואילו המחייבים הבליטו את יסוד החמלה (ואת יתרונם של תושבי מדינת אורגון על תושבי מדינות אחרות). האוחזים בדעות הביניים מבקשים להדגיש את חשיבות איכות החיים בשלביהם המאוחרים. אולם גם בין הרואים אפשרות לסייע פעיל לקירוב הקץ בנסיבות מסוימות, שוללים מתן היתר על פי חוק.

המחבר מדגיש כי לאחר דיון ציבורי שנמשך עשרות בשנים, יש רק 3 מדינות בארה"ב (אורגון, וושינגטון ומונטנה) המתירות בחוק לסיוע להתאבדות של חולה הנוטה למות.

מעניין גם השימוש בלשון (נקייה) – אל תאמר "התאבדות בסיוע רופא", אָמור "מוות בסיוע רופא".

הדיון בנושא זה בקהילה הרפואית נסב בעיקר סביב תפקיד הרופא במטופל הנוטה למות.

בין המתנגדים לסיוע לחולה למות יש המותחים גבול חד בין סיוע להמתה, לבין הגשת כל טיפול אפשרי (מרבי) למניעת כאב, אף במחיר דיכוי הנשימה שבו חשש לקרוב המוות. הנימוק:

"Patient comfort is paramount. If death occurs but [it] is not the intent of [the] intervention, I do this" (ההדגשה אינה במקור – א.ס.).

כאן, על פי דעה זאת, הגבול הברור בין טיפול תומך אגרסיבי לבין סיוע להמתה.

וטיעון נוסף:

"Palliative care and withdrawing life-sustaining support are legally and morally distinct from physician-assisted suicide, ... palliative care is supported by a variety of measures in different states, where a legal and ethical consensus around its importance has formed."

(Nancy Berlinger, PhD, Deputy Director and Research Scholar at The Hastings Center)

אולם, לטעמים של רופאים רבים מאד קו דק זה בין טיפול תומך אגרסיבי לבין סיוע להמתה הוא דק מדי. אלה מתקשים לקבל את הצידוק על פי **הדוקטרינה של "התוצאה הכפולה"** ("double effect") – שמשמעותו כי כאשר נעשה מעשה שעשויות להיות לו שתי תוצאות שונות, והתוצאה הקורית בפועל אינה זאת (הלגיטימית – במקרה דנן: טיפול בכאב) אליה התכוון האדם, אלא האחרת (כאן: מוות מהפסקת נשימה) אין באותו אדם אשם.¹ טיעון זה נסמך גם על פסקי דין ומעשי חקיקה במדינות שונות, ואף של בית המשפט העליון, שנאחזו בהיעדר של יסוד הכוונה להמית. נראה כי הגנה בנימוק זה תופסת אחיזה רחבה בארה"ב.

לדעת חוקרים שבדקו את הנושא אין קשר הכרחי בין טיפול תומך יעיל לבין הבחירה ב"זכות למות בכבוד" המותרת בחוק מדינת אורגון. מסקנת חוקרים אלה היא כי הבוחרים באפשרות החוקית לבקש סיוע לסיום חייהם, הם בני אדם הרואים חשיבות רבה בשמירה על עצמאותם עד לרגע האחרון ועד בכלל.

מחקר נוסף קובע כי הציבור הרחב רואה אבחנה ברורה בין האפשרויות:

"Americans make a distinction between allowing a terminally ill patient to die and taking action to end someone's life."

בסקרים שונים התברר כי התפלגות דעות הציבור ביחס לאפשרות של סיוע למות חולה דומה לזו של הרופאים (ראו לעיל), כשהשעורים של "בעד" ו"נגד" קרובים מאד בשני הציבורים.

עם זאת רופאים רבים חוששים מחקיקה מתירנית מדי מחשש ליצירת מדרון חלקלק.

1 Alan Meisel, JD, Seven Barriers to End-of-Life-Care. *JAMA*. 2000;284:2495-2501 המחבר הוא משפטן ומומחה לאתיקה רפואית.

היחס האתי של רופאים לשאלה "האם עלי לקיים חולה זה בחיים?"

גם מאמר זה התפרסם ב־Medscape Neurology והוא מתייחס לשאלה שונה שנבדקה באותו סקר עצמו: "האם תמליץ או תיתן טיפול מאריך חיים אף בידיעה כי הוא חסר תועלת?". כפי שמובהר לעיל 23.6% מן הנשאלים השיבו בחיוב, 37.0% השיבו בשלילה ו־39.4% ענו כי החלטתם תותנה הנסיבות המקרה.

החוקרת Nancy Berlinger (ראו לעיל) לא התפלאה מהתפלגות התשובות לשאלה זאת:

"For a treatment option to be morally justified, there has to be a greater benefit than burden. Physicians must constantly consider and communicate those burdens and benefits of care to their patients and surrogates."

היא הוסיפה ואמרה כי אי־הנחות שבהזנה באמצעות צינור לקיבה או העברת מטופל מביתו לבית חולים או מוסד סיעודי, עלולה לגרום קושי רב למטופל.

ואף זאת – מתעורר קושי כאשר רופא מתבקש על ידי המשפחה בנוסח "עשה הכול עבור אימא" – והרי אין בנמצא טיפול שהוא "הכול". כך גם אין הסכמה כללית על המושג "חסר תועלת (או תוחלת)".

חלק מן הרופאים שלא השיבו בהן או לאו, הוסיפו כי הם מוכנים לתת טיפול חסר תועלת לבקשת המשפחה – אך זה, לדעת Berlinger עלול להכביד על החולה, ואינו בהכרח על דעתו.

רופאים אחרים בקבוצה זאת השיבו כי מעשיהם יהיו מותנים בהנחיות המקדימות שמסר החולה או בא כוחו (הקשיר). אולם, באשר להנחיות המקדימות מעירה ומדגישה Berlinger כי הן לרוב מפורטות, אך עם זאת הן עלולות שלא להתאים לנסיבות המתרחשות עד 5 שנים ויותר לאחר כתיבתן. לדעתה טיפול בחולה המתקרב לסוף חייו, אסור שיוכתב על ידי שיקולים משפטיים. הטיפול חייב להינתן על פי שיקולים המוכתבים על ידי ולהתייחס אל מצבו הרפואי של החולה וסכותו במועד הרלוונטי, וברצונו החופשי.

במקרה בו יחוש הרופא כי המשפחה מציבה דרישות שלהערכתו אינן עולות בקנה אחד עם טובת החולה, עליו לערב בדיון עובד סוציאלי, מומחה לאתיקה, כהן דת וכיו'. עם זאת אסור לרופא להרשות למשפחה "למשוך זמן".

אחד הנושאים בהם נחלקו הרפאים־המשיבים היה מתן מזון ונוזלים – אם הם נכללים ב"טיפול תומך" או לאו. מניעת מזון ונוזלים אינה קבילה על רופאים כעל משפחות חולים.

לשאלה בדבר הפסקת טיפול תומך בטרם זמנו ("האם תשקול או תפסיק טיפול תומך חיים לבקשת המשפחה, אף אם לדעתך טרם הגיע הזמן לכך?") היה רוב ברור לשוללים אפשרות זאת (54.5%) ואילו רק 16.3% השיבו בחיוב, שעה ש־29.4% תלו את החלטתם בנסיבות.

רבים מן המשיבים העלו את אפשרויות המניעים העומדים לפני עיני המשפחות, בקשר להחלטות מסוג זה. בעיקר הודגש הצורך להכיר את המניעים של אלה המבקשים הפסקה מוקדמת של הטיפול התומך. תופעה זאת מחייבת דיון בין הרופא למשפחה, בו יועלו כל ההיבטים האפשריים, ובוודאי שאלות של דת, תרבות וכיו'. כמובן שנדרשת ידיעה ברורה של רצון החולה ביותו עדיין כשיר.

AS IT IS AT THE END SO IT IS AT THE BEGINNING: LEGAL CHALLENGES AND NEW HORIZONS FOR MEDICALISED DEATH AND DYING

מאמר מערכת הנושא כותרת זאת התפרסם בגיליון האחרון של כתב העת האנגלי (2010) *Medical Law Review* 437-441 (4): 18, פרי עטן של Suzanne Ost and Hazel Biggs. המאמר הוא פתיח וסקירה של סדרת מאמרים בנושא זה שבגיליון זה.

בחודש פברואר 2010 פרסם ה-Director of Public Prosecutions (DPP) הנחיות ועיקרי מדיניות בקשר להחלטה על העמדה לדין של אדם שסייע להתאבדותו של אחר.² באותו זמן נחקק ה-Coroners and Justice Act 2009³ (שהחליף חוק משנת 1991) שעניינו סיוע להתאבדות. הוראות החוק החדש היו מדויקות וקפדניות. אדם צפוי לאישום בשל:

“aiding and abetting, counselling or procuring the suicide of another person”

המועצה הרפואית הכללית (General Medical Council (GMC)) הגוף המשמעותי העליון ברפואה האנגלית, פרסמה הנחיות בדבר *Treatment and Care Towards the End of Life*.⁴ בהנחיות הודגשה “חזקת הארכת החיים” והובהרה זכות החולה להחליט על גורלו בעצמו.

בד בבד יצאה קבוצה בשם Healthcare Professionals for Change בקריאה לאפשר לחולים שחווים סבל קשה, שיקול דעת ובחירה בהסתייעות במוות.⁵ גם העיתונות הכללית עסקה בנושא.

במאמרים שבגיליון מתואר המצב המשפטי הנוכחי, ומובעות דעות בנושא קשה זה:

John Coggon סבור כי נושא הסיוע לסיום החיים ראוי להתייחסות נפרדת, החורגת מגבולות המשפט הרפואי – הנושא ניצב בתחום שבין מוסר ומשפט. לשיטתו חשיבה משפטית בלבד נוטה להתחפרות בעמדות, ומתעלמת מעובדות רבות. לדעתו הפתרונות צריכים להתבסס על שיקולי מדיניות ולא על ניתוח מוסרי. הדיון המוסרי נסב על עקרונות כאוטונומיה, כבוד האדם, וקדושת החיים, אשר האיזון ביניהם תלוי בהשקפותיו של כל אדם ואדם, ואילו מדיניות אמונה על מציאת הפתרון הפרגמטי. המחבר מביא את ההתייחסות ל“פעולות בעלות תוצאה כפולה” (“double effect” – ראו לעיל), הרי שתוצאה של פעולה שלא אליה התכוון הפועל (כגון מוות תוך טיפול מסיבי בכאב שנגרם ממנת-יתר של תרופה), היחס אליה כיום שונה מאשר תוצאת-לוואי בלתי רצויה שקורית בנסיבות אחרות.

המאמר של Sofia Moratti עוסק בגישה ההולדת להחלטות סוף-החיים ביילודים. נסקרים השינויים שחלו מאז שנות ה-80 בהתפתחות טכנולוגיות רפואיות והשפעתן על הישרדות תינוקות, והשפעת שינוי זה על ההחלטות בדבר המשכת או הפסקת טיפול רפואי ביילוד. לדעת המחברת, הגישה המשפטית לנושא צריכה להתבסס על יסודות אתיים וניסיון קליני עשיר. לטענתה, ההבדלה בין סוגי מצבים שונים של הפסקת טיפול, למעט תומך, לעתים אינה משפיעה על מהלך ומשך המחלה והסבל. המחברת מדגישה גם את הצורך בפתיחות ושיתוף המשפחה בהחלטות.

James Goodman מביע דעה באמצעות דיון במקרה של Dr Munro, המדגים את בעיותיו של רופא המטפל בתינוקות, אשר לעתים עומד בפני מצב בו סיום החיים כה קרוב לתחילתם. Dr Munro קירב את קיצם של שני תינוקות מתוך חמלה – כדי לקצר את סבלם ואת סבל הוריהם. Goodman מציע לשקול טיעוני צידוק על בסיס חמלה ונסיבות המקרה.

Alexandra Mullock עוסקת בהנחיות של התביעה הכללית (אוזכרו לעיל). לטעמה בולטת בהנחיות הנטייה לקבל את טענת החמלה כבסיס להצדקת פעולת סיוע לסיום החיים. המחברת מוטרדת מן האפשרות של התרופפות

2 *CPS, Policy for Prosecutors in Respect of Cases of Encouraging or Assisting Suicide* (Crown, London 2010) S.59 1 3

4 GMC, London, May 2010

5 www.healthcareprofessionalsforchange.org.uk; Doctors and nurses launch campaign for right to help terminally ill to end their lives, *The Observer*, October 3 2010

ההגבלות החלות כיום על סיוע להתאבדות – על הסתמכות והדגשת־היתר על מניעי המסייע. ואף זאת – בדיקת המניע (או כוונה) נעשית לאחר מעשה – הטענה היא רטרוספקטיבית, בעוד שלמושא הסיוע – הנפטר – אין כבר יכולת להתגונן בפני פעולת "הסיוע".

Suzanne Ost מעירה כי סיוע לסיום החיים עשוי להינתן שלא מידי אנשי רפואה, אלא מצד בני משפחה ואחרים, וגם האמצעים הננקטים אינם בהכרח מתחום הרפואה.

John Coggon ממליץ על כי הדיון בסיום החיים ייעשה שלא במסגרת האתיקה והמשפט הרפואי, אלא יידון באורח דמוקראטי ויעסוק בעיקרי מדיניות. הסיכון בזירת וצורת דיון כזאת הוא בהפיכתן לנושא פוליטי במלא משמעות המושג, ונתון לשינויים בהתאם ולשיקולים זרים.

הנחיית "ללא פעולות החיאה" (Do Not Resuscitate – DNR) במוסדות סיעודיים בטייואן

נאספו נתונים על 201 חוסים במוסדות סיעודיים. ב־33 מקרים (16.4%) ניתנו הנחיות מקדימות. שלא לנקוט בפעולות החיאה – DNR. 91% מן ההנחיות הללו ניתנו על ידי בני משפחה באי כוח שהוסמכו לכך, קודם לכן, על ידי החוסים עצמם.

גיל החוסים, תפקודו הקוגניטיבי של החוסה עובר לשיחה עם באי הכוח היו גורמים בלתי תלויים זה בזה. הגורם המשפי האחד היה קיום נוהל של DNR באותו מוסד.

שכיחות הנחיות DNR במוסדות סיעודיים בטאיוון נמוכה מאשר במדינות אחרות. ברוב המוסדות הימנעות מפעולות החיאה אינה מקובלת.

השפעת חוק ביטוח הבריאות החדש

ה־Association of American Medical Colleges מעריכה כי הרפורמה בביטוח הבריאות בארה"ב תביא עד שנת 2015, למחסור חמור יותר ברופאים מזה שהיה צפוי קודם לכן. צפוי מחסור בלמעלה מ־33,000 רופאים בתחומים כקרדיולוגיה, אונקולוגיה ורפואה דחופה, ומחסור בכל תחומי הרפואה גם יחד בגובה של 63,000 רופאים. ארגון בתי הספר לרפואה דורש מן הקונגרס לנקוט באמצעים מעודדי חינוך רופאים.

רשלנות רפואית

רפואה מתגוננת

בסקר שערכו חוקרי בית הספר לרפואה Mount Sinai שבניו יורק ונתפרסם ב־*Arch Intern Med.* 2010:170:1081-1084, התברר כי 91% מן הרופאים נוקטים באמצעי התגוננות – מזמינים בדיקות רבות מן הנדרשות לקביעת האבחנה, מחשש לתביעות ברשלנות. הרוב המכריע של רופאים סבור כי נדרשות רפורמות מרחיקות לכת כדי להזיקין ברפואה כדי לצמצם את כמות הבדיקות המיותרות.

שיעור הרופאים המודים בפעילות מתגוננת והסבורים כי נדרש שינוי בדיון (בסביבות ה־90%) אינו שונה במידה משמעותית גם בקרב רופאים בתחומי התמחות שהתביעות בהן פחות נפוצות (רפואת ילדים, רפואה פנימית כללית).

הערכה נאותה של עלות הרפואה המתגוננת אינה אפשרית למעשה. מחקר של משרד הבריאות ומשאבי אנוש של ארה"ב משנת 2003 העריך את ההוצאה ב־60 מיליארד דולר ארה"ב ואילו PricewaterhouseCoopers' Health

Research Institute העמידו על 210 מיליארד דולר ארה"ב, שהם 10% (עשרה אחוזים) מכלל ההוצאה על בריאות בארה"ב.

סדרת מחקרים שנתפרסמו בכתב העת 1578-1610, 1569-1577, Health Affairs 2010;29(9):1569-1577 מביאים ממצאים שונים מהני"ל. פרסומים אלה, המתבססים על נתוני ה-National Center for Policy Analysis אומד את ההוצאה הכוללת על רפואה מתגוננת ועל תביעות ברשלנות ברפואה, בשנת 2008 בסכום של 55.6 מיליארד דולר ארה"ב המהווים 2.4% מכלל ההוצאה הלאומית על בריאות.

הסכום של 55.6 מיליארד דולר ארה"ב נחלק כדלקמן:

45.6 מיליארד – הוצאות רפואה מתגוננת, שרובם הוצאו בבתי חולים,

5.72 מיליארד דולר – תשלומים בהסדרים מחוץ לכותלי בית המשפט וסכומים שנפסקו,

4.1 מיליארד – הוצאות מינהליות ושכ"ט עורכי דין.

(מהימנות הנתונים עליהם מתבססת הערכה זאת אינה אחידה, ובאחרון ברשימה היא נמוכה. בכך מודים גם מחברי המחקר.)

מחקר נוסף בסדרה העריך את "מדד החשש" של מומחים בתחומי רפואה שונים:

המדד הגבוה ביותר נמצא בקרב מומחים ברפואה דחופה – 82 (מרכי – 100)

המדד הנמוך ביותר היה בקרב הפסיכיאטרים – 51.4.

אמות המידה לקביעת מדד זה היו:

גובה תשלומי פרמיות הביטוח המקצועי

שיעור המקרים בהם שולמו פיצויים ל-1,000 מומחים באותו תחום

התשלום הממוצע לתביעה

הסיכון לרופא (= מספר התשלומים בגין תביעה X התשלום הממוצע)

קיומה של תקרת פיצויים

קיום אפשרות משפטית של חיוב "ביחד ולחוד".

מסקנת המחברים היא כי החשש בפני תביעה גדול בהרבה מן הסיכון הממשי להיתבע.

הכול מסכימים כי יש צורך בהכנת מתכוני פעילות שתהיה בהם בקרה מובנית אשר לא תאפשר מעבר משלב לשלב ללא מילוי תנאים מוגדרים מראש.

בוררות בתביעות בנזיקין בעניינים שברפואה

ביום 10.08.2010, פסק בית המשפט לערעורים של מדינת ניו-ג'רסי בעניין Estate of Ruszala v. Brookdale Living Communities והתיר לקיים הליך בוררות מחייבת בתובענה בנזיקין, בין עיזבון מטופלת לבין מוסד סיעודי, כיוון שההסכם שבין המוסד למטופלת, כלל תנית בוררות. עם זאת ביטל בית המשפט את תקרת הפיצויים, במקרה שהמוסד יחוייב בהם. אך בית המשפט אסר על חיוב בפיצויים עונשיים, מנימוקי תקנת הציבור. הלכה זאת חורגת מן העיקרון החוקתי הדיון בפני בית משפט שבו חבר מושבעים.

שבוע לאחר פסק הדיו הראשון, בעניין Moore v. Woman to Woman Obstetrics & Gynecology פסק בית המשפט לערעורים כי בוררות היא דרך ראויה לפתרון סכסוך בנזיקין בין מטופל לרופאו. מעניין כי בית המשפט קבע כי העובר, בשל היותו נוכח במשרד הרופא במעמד חתימת ההסכם בין אמו לרופא, היה זכאי לתבוע את הרופא בהולדה בעוולה, ולעומת זאת, האב, אשר לא נוכח באותו מעמד, לא היה צד להסכם.

כמובן שתוקף תניה זאת מותנה בהסברתה המלאה עובר לחתימה והבלטתה הנאותה במסמך הסכם הכתוב.

מדינת קליפורניה, כבר לפני שנים רבות, אפשרה בחוק הוספת תנית בוררות מחייבת בהסכמי טיפול רפואי. אמצעי זה הוזיל במידה משמעותית מאד את דמי הביטוח המקצועי שרופאי קליפורניה נדרשים לשלם, לעומת רופאי פלורידה או לונג-איילנד (ניו-יורק).

נתונים מתביעות ברשלנות כמקור לשיפור טיפול ניתוחי

Heather Comak מפרסמת במהדורת ה-13.07.2010 של *HealthLeaders Media* את הדוח השנתי של חברת CRICO/RMF, שהוא איחוד של שתי החברות Controlled Risk Insurance Company ו-HealthLeaders Media Foundation, הנשלטת ומטפלת בקהילה הרפואית של אוניברסיטת הרווארד, מונה ומנתח את התביעות. הדוח מתבסס על 3,300 תביעות ברשלנות בתחום הכירורגיה, בין השנים 2003 עד 2008.

העילות העיקריות היו בתחומי התקשורת, הגילוי, האבחון וטכניקות הביצוע של הפעולות.

מן הנתונים עולה כי טעויות כירורגיות קורות לפני, במהלך ואחר הניתוח, וכי תקשורת גלויה היא אחת הדרכים היעילות במניעת טעויות – כמוכן בנוסף לידע ולמיומנות הדרושים לביצוע פעולות מסובכות. בדוח יש גם כמה וכמה המלצות – שנערכו בשיתוף המנתחים – להכנסת שינויים למהלכים הטכניים, שיפחיתו את הסיכונים לטעויות.

הדוח מצביע על הכמות העצומה של מידע המצטבר ואשר שמירתו נדרשת כיום על פי הדין, ועל האמצעים העצומים שיש להשקיע בשמירתם.

הדוח מגלה כי במרכזים רפואיים אקדמיים מגיע שיעור סיבוכים התוך-ניתוחיים ל-27% וב-9% נמצא ליקוי בטכניקה הניתוחית. בבתי חולים קהילתיים השיעורים המקבילים היו 29% ו-17%.

להפחתת שיעור הטעויות הטכניות נבנה קורס הדרכה בסימולציה לטכניקות של ניתוחים לפרוסקופיים. בקורסים אלה השתתפו גם רופאים בכירים.

חוסר אחידות בגובה פרמיות הביטוח והרפורמה בדיני הנזיקין בארה"ב

ה-*Medical Liability Monitor (MLM)* מדווח על טווח פערים קיצוני בין הפרמיות המשולמות במקומות שונים בארה"ב. לדוגמה – מומחה ברפואה פנימית במונטריי, קליפורניה נדרש לשלם פרמיה שנתית בגובה 3,200 דולר ואילו עמיתו ממיאמי, פלורידה ישלם 48,245 דולר.

מומחים בנושא מייחסים את הפערים, לפחות חלקית, לרפורמות בדיני הנזיקין המנסות לבלום תביעות שווא ופסיקות פיצויים מופלגות על ידי מושבעים.

מדינת קליפורניה היא חלוצה בנושא – פיצויים על נזק לא ממוני בתביעות ברשלנות, מוגבלים בה ל-250,000 דולר. 20 מדינות נוספות הלכו בעקבות קליפורניה, ורופאים ופוליטיקאים רבים שואפים להגיע בנושא זה לאחידות כלל מדינית.

עם זאת תקרת הפיצויים על נזק בלתי ממוני אינה יכולה להסביר פערים בין פרמיות הנדרשות ממומחים בתחום רפואה אחד הפועלים במחוזות שונים של מדינת קליפורניה. פערים מסוג זה קיימים גם במדינות נוספות כגון טקסס, שהיא אחת המובילות בנושא הרפורמה בחקיקה בנזיקין.

ה-MLM מדווח על הפחתה של 0.5% בפרמיות במקצועות הרפואה הפנימית בשנת 2010, לאחר ירידה ב-2.5% בשנת 2009 ו-4.0% בשנת 2008.

מומחים ברפואת נשים וילוד נדרשים לשלם את הפרמיות הגבוהות ביותר ב-17 מדינות (Arizona, Connecticut, Florida, Illinois, Maryland, Michigan, Missouri, Nevada, New Jersey, New York, Ohio, Pennsylvania, Rhode

ל-13,400 דולר במחוזות מרכז קליפורניה) (Island, Utah, Texas, Virginia, and West Virginia, District of Columbia) – 100,000 דולר לשנה ויותר (בניגוד

וזאת יש לדעת – רופאים זוכים ב-80% מן התביעות ברשלנות המוגשות נגדם, אולם הוצאות המבטח עלולות להגיע לכדי 150,000 דולר.

וגם זאת – תקרות הפיצוי על נזק לא ממוני אינן שוות בין המדינות – התקרה בקליפורניה ובטקסס היא 250,000 דולר ואילו בפלורידה היא 500,000 דולר ועולה עד 1,000,000 דולר כאשר התוצאה היא מות או חוסר הכרה כרוני.

המומחים בנושא מייחסים את ההבדלים הגדולים בהתייחסות הציבור באזורים שונים לרופאיהם, וכמובן בבקאות עורכי הדין מצד התובעים בתחום הרפואי והמשפטי גם יחד. גם שופטים "נוטלים חלק" בפערי החיובים וגובהם – ה-American Tort Reform Foundation (ATRF) מפרסמת מעת לעת רשימות של "שופטים עוינים" אשר על פי הפרסומים מאפשרים, על ידי הוראות דיוניות להשפיע על פסקי הדין ולהטותם נגד הנתבעים. דרום פלורידה היא המועדת בעניין זה.

רופאים ודיווח על עמיתים "לוקים"

סקר שנתפרסם בכתב העת [CLOSE WINDOW] JAMA. 2010; 304:187-193, 210-211 מדווח כי רוב (64%) הרופאים רואים בחיוב צורך לדווח על עמיתים שתפקודם הרפואי לקוי, אולם בפועל הם מתקשים לפעול כך בהיתקלם במקרה מסוג זה. 69 מן המשיבים הביעו נכונות לפעול ביעילות למניעת התנהגות רפואית לקויה.

רופאי בתי חולים ו/או הקשורים למוסדות אקדמיים הביעו את הנכונות המרבית לדווח, ואילו רופאים בני קבוצות מיעוטים או מהגרים, הביעו נטייה פחותה מן האחרים.

הסקר נערך בשנת 2009 והקיף 2938 רופאים מתחומים שונים מרחבי ארהב (שיעור היענות 64.4% = 1891 רופאים).

בית משפט ביטל את תוכנית לסיוע למחקרים בתאי גזע של הנשיא אובמה

בחודש אוגוסט 2010 פרסם Chief Judge Royce C. Lamberth of Federal District Court for the District of Columbia פסק דין בו ביטל בית המשפט את הצו הנשיאותי שהוציא הנשיא אובמה בשנת 2009 בדבר שימוש במימון פדראלי להשמדת עוברים.

הצו, שהפתיע והדהים את הקהיליה המדעית, אסר על שימוש בכספים פדראליים לטיפול בתרבויות רקמה המורכבות מתאי גזע.

בין היתר כתב השופט:

"If one step or 'piece of research' of an E.S.C. research project results in the destruction of an embryo, the entire project is precluded from receiving federal funding..."

מהיבט מימון המחקרים, החזיר פסק הדין את המצב אל לפני תקופת הנשיא בוש, שאפשר מימון פדראלי, בהגבלות מסוימות.

החמרת ההוראות לביצוע טומוגרפיה מחשבית למוח (CT)

בחודש נובמבר 2010 פרסמה סוכנות המזון והתרופות הפדראלית (FDA) הנחיות מחמירות לבדיקת המכשור עובר לתחילת הבדיקה. מדובר בעיקר על בדיקות כלי הדם המוחיים. על פי ההנחיה החדשה יש לבדוק את כיוונון המכשיר לפני כל בדיקה. בדיקת המכשור לפני סדרת בדיקות אינה מספקת. כמו כן נדרשת מיומנות הטכנאים בשימוש בכשירים הספציפיים בהם הם משתמשים.

ההנחיות הן תוצאה של מעקב שנמשך שנה אחר נבדקים שקיבלו מנת קרינה מוגברת בהלך הבדיקות שנעשו להם, ובדיקות מכשור של חברות GE ו-Toshiba. הובהר כי לא נמצא פגם במכשור עצמו אלא בשימוש בו.

הדחיפה לבדיקה ולהנחיות הייתה העובדה כי נמצא שהיו 200 נבדקים שקיבלו בבדיקה מנות קרינה הגדולות פי 8 (שמונה) מהנדרשות בבית החולים Cedars-Sinai בלוס אנג'לס.

גם בדיקות וטיפולים הכרוכים בקרינה מיננת נבדקים בעת הנוכחית.

קביעת מוות מוחי – החוק בארה"ב (לעומת החוק בישראל)

עקרונות חקיקה

המוסד החשוב The National Conference of Commissioners on Uniform State Laws דן קיבל ביום 01.08.1980 החלטת-הצעה בדבר האחדת הדין בנושא קביעת מוות מוחי. ההחלטה אושרה על ידי ה-American Medical Association ועל ידי ה-American Bar Association.

UNIFORM DETERMINATION OF DEATH ACT

§ 1. [Determination of Death]. An individual who has sustained either (1) irreversible cessation of circulatory and respiratory functions, or (2) irreversible cessation of all functions of the entire brain, including the brain stem, is dead. A determination of death must be made in accordance with accepted medical standards.

...

§ 3. [Short Title]. This Act may be cited as the Uniform Determination of Death Act.

להצעה נוספו 3 עקרונות:

- א. ההצעה שותקת (במודע) באשר לכללים הרפואיים, המבדקים ואמות המידה על פיהם ייקבע מוות מוחי.
- ב. ההצעה לא מצאה לנכון להתייחס לאחריותו של מי שהוטל עליו לקבוע מוות מוחי, ופטרה אותו מאחריות אזרחית ו/או פלילית, בתנאי כי קביעת המוות נעשתה בתום לב.
- ג. החוק, כשיתקבל והפעולות שתעשנה על פיו, לא יהיו לו זיקה או קשר ל-Uniform Anatomical Gift Act (המקביל לחוק תרומת אברים בישראל).

הצעת החקיקה האחידה אושרה על ידי בתי המחוקקים ברוב מדינות הברית.

פרטי ביצוע – בהתייחס לדין בישראל

כאמור, החוק הותיר את קביעת המבדקים ואמות המידה לקביעת מוות מוחי בידי אנשי הרפואה. רשימת המבדקים הסופית הושלמה ופורסמה על ידי ה־American Academy of Neurology בשנת 1995⁶ והן מגדירה את המבדקים הקליניים הנדרשים ואת תנאים הבסיס לעריכתם (הנחיות אלה זהות להוראות בדבר קביעת מוות מוחי, שהוצאו בישראל בשנת 1987, על ידי מנכ"ל משרד הבריאות⁷) בתוספת אחת מבדיקות העוזר המעבדתיות (שהוספו להנחיות בישראל בחוזרי המנהל הכללי המאוחרים יותר⁸:

בדיקת זרימת דם בכלי הדם המוחיים

בדיקת קליטת איזוטופים – SPECT

בדיקת זרימת דם בשיטת TCD

לאחרונה פרסמה ה־American Academy of Neurology⁹ תוצאות של מחקר רטרוספקטיבי שבדק בעיקר את מהימנות הבדיקות. נמצא כי לא תועד ולו מקרה אחד של התאוששות של אדם לאחר שמות מוחו נקבע על פי הנחיות אלה.

הוועדה בדקה גם אם בדיקות חדישות כלשהן מהימנות במידה מספקת ואם ראוי להוסיף אחת או יותר מהן לרשימת המבדקים שיש לעשותם. וכך נמצא:

- MRI and magnetic resonance angiography – חסרת מידת המהימנות הסטטיסטית המאפשרת הסתמכות.
- CT angiography – ריבוי ממצאים חיוביים בלתי נכונים (false positive).
- Somatosensory evoked potentials – לא נצבר ניסיון ובקרה מספיקים.
- Bispectral index – טכניקה שהשימוש בה נדיר ועל כן לא נצבר ניסיון מספיק ו/או נרחב.

המסקנה הנובעת מספקות אלה בעניין המבדקים החדשים היא:

“Because of a high risk of bias and inadequate statistical precision, there is insufficient evidence to determine if any new ancillary tests accurately identify brain death.”

בדין האמריקאי אין ולו רמז לאפשרות של שיתוף מי שאינם רופאים בהליך קביעת מוות מוחי הדומה להוראה שבחוק הישראלי.¹⁰

הליכי משמעת – ה־American Academy of Neurology¹¹

האקדמיה האמריקאית לנוירולוגיה מפרסמת בביטאונה מחודש דצמבר 2010 (Neurology 2010;75:2148-2149) את ממצאיה ותוצאות פעולותיה בכל הנוגע לדיון המשמעת הפנימי של חברי האקדמיה, לאחר שהוכנסו בו חידושים כדי ליעלו. ואלה עיקר הדברים:

- 6 The Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Practice parameters for determining brain death in adults (summary statement). Neurology 1995;45:1012–1014.
- 7 חוזר המנהל הכללי מס' 15/87 בנושא: קביעת מוות מוחי, חתום בידי המנכ"ל דאז פרופסור י. לס ביום 29.11.1987.
- 8 חוזר המנכ"ל ד"ר מ. משיח מס' 11/91 מיום 21.08.1991, וחוזר המנכ"ל ד"ר מ. אורן מס' 10/96 מיום 30.04.1996.
- 9 Neurology. 2010 Jun 8;74(23):1911-8.
- 10 חוק מות מוחי-נשימתי, התשס"ח-2008 ס"ח התשנ"ו, עמ' 327.
- 11 האקדמיה לנוירולוגיה, ככל האקדמיות בתחומי הרפואה השונים בארה"ב, הם מוסדות שנועדו לקבוע ולקיים את הרמה האקדמית והאתית-התנהגותית של הרופאים הפועלים בתחום. המוסדות המקבילים בישראל הם האיגודים המקצועיים (במובן המקורי של מושג זה) המאוחדים תחת הגג של המועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית לישראל (האיגוד הרפואה פנימית, האיגוד לגינקולוגיה ומיילדות, האיגוד הארטופדי וכיו').

- מספר התלונות נגד חברי האקדמיה גדל משנת 2004 עד 2009 (58 בסה"כ); למעלה ממחציתן הוגשו בשנתיים האחרונות. 31 תלונות הוגשו על ידי מי שאינם חברים באקדמיה (באיגוד) וב-27 מקרים הוגשו התלונות על ידי עמיתים נגד עמיתיהם.
- בשנים 2004-2009 הוגשו 22 (38%) תלונות על **עדויות בלתי נאותות** של מומחים בהליכים משפטיים.
- ב-19 מקרים (33%) הייתה התלונה על **התנהגות שאינה הולמת** את המקצוע.
- ייעול ההליכים קיצר את משך הטיפול עד החלטה מכ-3 שנים ומעלה ועד לכ-4 חודשים בשנת 2009.
- רמת הבירור המעמיקה ביותר נדרשה בתלונות על עדות לא נאותה. מסקנות בירור כזה עשויות להיות מובאות לידיעת בית המשפט.
- אמצעים משמעותיים הומלצו ב-6 מקרים (10.3%) וננקטו בפועל ב-3 מקרים (5.1%) (יש שחברי האיגוד בחרו להתפטר ובכך למנוע או לקטוע את ההליך המשמעותי).

וכך מסכם יו"ר וועדת המשפעת (רופא מומחה בנוירולוגיה ונושא תואר במשפטים):

“However, if one is involved in a legal dispute and believes an Academy member has offered inaccurate expert witness testimony, an AAN member can seek redress. The Academy’s process of handling complaints from members may well serve as a deterrent to biased expert witness testimony and is unquestionably of importance for AAN members.”

הליכי המשמעת, בדומה לקודים האתיים הפנימיים ברפואה האמריקאית, הם עניינו של כל איגוד מקצועי. עם זאת יש יותר מדמיון רב בין הקודים ובין המוסדות וההליכים המשמעותיים של האיגודים (Academies) למיניהם.