

## סעיף הסכמה מדעת בחוק זכויות החולה: הלכה מול מעשה

לי-מור צבר-אלין ורוחלה עזמו

המאמר מתאר מחקר שבדק היבט אחד של חוק זכויות החולה – הסכמה מדעת לטיפול רפואי. החוק קובע כי על מטפל חלה חובה למסור למטופל את כל המידע הרפואי, כדי שיוכל לתת את הסכמתו לטיפול המוצע לו. כדי לבדוק את הדרכים שרופאים נוקטים בהן כדי לקבל הסכמה מדעת של החולה נבחנו ההבדלים הקיימים בין רופאים בעניינים אלו: כמות המידע שהם סבורים שהם מוסרים לחולים ואופן מסירתו, הקשר בין כמות המידע ואופן מסירתו לתפיסת החוק וחשיבותו ואם תפיסת יחסי רופא-חולה משפיעה על הקשר שבין כמות המידע ואופן מסירתו לבין תפיסת החוק וחשיבותו. ממצאי המחקר מראים שהרופאים מוסרים לחולה מידע רב מאוד, משתפים אותו בנתונים המצויים בידם, שהחוק חשוב מאוד והם מוסרים את המידע באופן המתחשב למדי בחולה. במחקר נמצא קשר חיובי בין תפיסת החוק לבין כמות המידע הנמסרת לחולה, אך התברר גם כי יותר משליש הרופאים אינם מכירים את החוק, את כולו או את מרביתו. בסיום נדונות ההשלכות של הממצאים על עבודת הרופאים ועל עבודת העובדים הסוציאליים במערכת הבריאות.

---

מבוא

---

במאי 1996 התקבל בכנסת חוק זכויות החולה, העוסק במגוון היבטים מדיקן-לגליים. המאמר מתאר מחקר שבחן היבט אחד של חוק זכויות החולה – הסכמה מדעת לטיפול רפואי. הסכמה מדעת לטיפול רפואי מופיעה בפרק ד' של חוק זכויות החולה, הקובע כי על מטפל חלה חובה למסור "למטופל מידע רפואי הדרוש לו, באורח סביר, כדי לאפשר לו להחליט אם להסכים לטיפול המוצע" (פרק ד' בחוק, עמ' 329).

מהי משמעותו של מידע רפואי? דיאגנוזה ופרוגנוזה על מצבו הרפואי של החולה; תיאור מהותו של הטיפול המוצע, מהלכו, מטרתו, התועלת הצפויה ממנו

והסיכויים הטמונים בו; הסבר על הסיכונים הכרוכים בטיפול, לרבות תופעות לוואי, כאב ואי־נוחות; סיכויים וסיכונים של טיפולים רפואיים חלופיים או של היעדר טיפול רפואי; עובדת היות הטיפול בעל אופי חדשני.

החוק מוסיף ואומר כי מטפל צריך למסור לחולה את המידע הרפואי בשלב מוקדם ככל האפשר ובאופן ברור, שיובן כהלכה, כדי שהחולה יוכל להחליט על הדרך שיבחר וייתן הסכמה מדעת לטיפול. המידע אמור להינתן לחולה עצמו, אך המחוקק מסייג את דבריו ונותן אפשרות למטפל לא למסור לחולה את המידע, אם הוא סבור שהמידע עשוי להזיק לחולה, לגרום לו נזק רפואי או נפשי. החלטה כזו תידון בוועדת אתיקה המתכנסת בבית החולים.

התפתחויות מספר הביאו לחקיקת חוק זכויות החולה: אחת ההתפתחויות קשורה להתחזקות תפיסת העולם כי האדם אדון לגורלו ובעל זכות להחליט בכל הנוגע לו ולגופו, להכרה באוטונומיה של החולה על גופו, לירידה ביישום הגישה הרפואית הפטרנליסטית ששלטה עד אז (ישי, 1991; מימון, 1997) ולצורך ליצור שינוי שיעזור ליישם עקרונות אלו אצל הרופאים ולעגן את הנושא באופן חוקי. התפתחות אחרת היא הצטברות תביעות נגד מטפלים בגין "תקיפה" בטענה כי הטיפול או הבדיקה ברצונו ללא הסכמתו של התובע. תביעות שעניינן תקיפה מוגשות, על פי רוב, על ידי חולים שהטיפול הרפואי גרם להם נזק או לא ענה על ציפיותיהם (משרד הבריאות, 1995). התפתחות נוספת קשורה לעובדה שחולים רוכשים ידע בתחום הרפואה. יעילותן של שיטות רפואיות, שעד כה נחשבו יעילות באופן מוחלט, מוטלות כעת בספק (ישי, 1991), וחולים מעוניינים להיות מעודכנים בהתפתחויות הרפואיות. עוד התפתחות היא השיפור באפידמיולוגיה הקלינית שחשף כי טיפולים וניתוחים שעלולים להזיק ולגרום לתופעות לוואי לאנשים מסוימים עשויים להועיל לאחרים. התפתחות זו מלחיצה ומניעה את הרופא לשתף את החולה בקבלת ההחלטות ולתת לו נתונים קליניים שיאפשרו לו לדעת מהן האפשרויות השונות העומדות לרשותו (Lantos, 1993). התפתחות אחרונה קשורה לנגישות המידע בערוצי התקשורת השונים המביאה את החולים להתעדכן, לשאול ולדרוש הסברים ומעורבות בטיפול (בלשר, 2001).

על אף חקיקת החוק והחיוב הקיים בו למסור מידע, עדיין נותרה ללא מענה השאלה באשר לכמות המידע הנמסר ולאופן מסירתו. ההנחיות בחוק כלליות, וכל רופא מוסר מידע לפי הבנתו וסגנונו. לכן אין שליטה ובקרה על אופן מסירת המידע ועל כמותו. לדוגמה, יש רופאים הממלאים את הוראות החוק ככתבן וכלשונו, ואינם מקדישים תשומת לב לחולה הספציפי העומד מולם, ליכולתו לקבל מידע, לרקע שלו וליכולת ההבנה שלו. לעומת זאת, רופאים אחרים מוסרים לחולה מידע חלקי בלבד. למסירת מידע חלקי סיבות שונות, ביניהן אי־היכרות עם החוק, חוסר זמן, העברת המידע לבן משפחה ולא לחולה.

פסקי דין אחדים שעסקו בסוגיה (ואף תרמו להבנת חשיבותו של החוק) חושפים את עצמת הבעייתיות בנושא כמות המידע. לדוגמה, אחד מפסקי הדין הראשונים בנושא המידע היה פס"ד שטיינר ואחרים נגד ד"ר בר חיים ואחרים (1964). במקרה זה סבלה ילדה מבעיה בשליטה על דרכי השתן שניתן היה לתקן בפעולה ניתוחית. בעת ביצוע הפרוצדורה לתיקון הבעיה, נוצר בשוגג נקב שבשלו היה הכרח לפתוח את הבטן וליצור כיס שתן חיצוני זמני. הורי הילדה תבעו את הרופאים בטענה כי לא נאמר להם שקיים סיכון תדיר ליצירת נקב (פיסטולה), וכי לו ידעו היו מסרבים לניתוח. בית המשפט פסק כי על הרופאים הייתה מוטלת החובה למסור להורים מידע על הסיכון האפשרי, ומשלא ידעו ההורים, הסכמתם לניתוח כאילו לא ניתנה. בהמשך המאמר מתואר מחקר שבחן את התנהגות הרופאים בדרכם לקבל את הסכמת החולה לביצוע פרוצדורות או ניתוחים במשך כארבע שנים לאחר חקיקת החוק. באמצעות הבנת דרך פעולתם של הרופאים (כגון, כמות המידע ואופן מסירתו) והגורמים האפשריים להתנהגות זו (כגון, תפיסת חוק זכויות החולה וחשיבותו ותפיסת יחסי רופא-חולה) ניתן יהיה להעריך את השירות הניתן ולקדם את רווחת החולה. סביר להניח, שאם יזוהו גורמים אפשריים להתנהגות מסוימת של רופאים, ניתן יהיה להתערב בנושא, לפעול לשינוי הרגלים ודפוסיים ולשפר את רמת השירות אגב גיבוש דרך ברורה יותר לקבלת ההסכמה.

---

## הסכמה מדעת

---

### הגדרה

הסכמה מדעת מוגדרת כהסכמה תקפה לטיפול שנותן אדם בעל כשרות משפטית להסכים; הסכמה הניתנת על ידי אדם קומפוטנטי מתוך בחירה, ללא לחץ או כפייה; הסכמה הניתנת לאור מידע מלא ורלוונטי שנמסר לחולה והובן על ידו. תוקפה של ההסכמה מותנה בהבנת הטיפול ותוצאותיו. הסכמה הניתנת ללא ידיעה זו איננה נחשבת להסכמה מדעת (משרד הבריאות, 1995). הסכמה מדעת היא מכניזם שנועד לממש את האוטונומיה של החולה להחליט על הטיפול הרפואי. כלומר, הרופא מספק לחולה מידע קומפוטנטי, והחולה המבין מידע זה מחליט אם להסכים או לסרב לפרוצדורה המוצעת (Sprung & Winick, 1989).

עובדים סוציאליים במערכת הבריאות נתקלים בדפוסי התנהגות שונים של הרופאים בנושא קבלת הסכמה מדעת של החולה, והם עדים להשלכות שיש לרפואי התנהגות אלו על החולה, על משפחתו ועל אופן התמודדותם עם המחלה. דרך פעולתו של רופא תשפיע, פעמים רבות, על מידת המוטיבציה של החולה לשתף

פעולה בטיפול הדרוש, על רצונו לשפר את מצבו, על תחושת השליטה שלו על חייו, על יכולתו ועל רצונו לתכנן את מעשיו לעתיד ועוד. דרך פעולתו של הרופא תשפיע גם על התארגנותה של משפחת החולה. העובדים הסוציאליים בבתי החולים מתלבטים מהו אופן הפעולה הרצוי לקבלת ההסכמה שישמור גם על זכויותיו של החולה. לדוגמה, משפחות רבות פונות אל העובדים הסוציאליים ומבקשות למנוע מבן המשפחה החולה לדעת את האמת על מצבו הסופני בשל חשש שידיעה זו תקשה עליו להתמודד עם המחלה.

ההבדלים הקיימים בין חולים שונים ובין משפחות שונות מעלים את הצורך ללמוד את הדרכים ליישום החוק ואת השלכותיהן על החולים ועל בני משפחותיהם. העובדים הסוציאליים דואגים שחולים יהיו מודעים לזכותם הבסיסית לדעת מה עתיד להיעשות בגופם, ויתנו את הסכמתם לכך. הערכים שעליהם מושתתת ההסכמה מדעת – הגדרה עצמית של אדם, יכולתו וזכותו הטבעית להיות שותף להחלטות הנוגעות לו ולגופו, ההכרה בערך האדם ובכבודו על אף השונות וההבדלים – והאפשרות לבטא רצונות הם גם מערכיו הבסיסיים של מקצוע העבודה הסוציאלית. לאור זאת, חשוב לערב עובדים סוציאליים בדאגה ליישום מלא ונאות של ההסכמה מדעת.

## יישום

הסכמה מדעת ויישומה מעלות דילמות וסוגיות מורכבות רבות. להלן אחדות מהן:

1. מידת ההבנה שיש לחולה. קורה שרופא מוסר לחולה את המידע הנדרש, אך החולה אינו מבין את הנאמר. אם החולה אינו מגיב ואינו שואל שאלות, הרופא אינו יודע אם דבריו הובנו כהלכה. לחץ ומתח, מצב פיזי קשה, תשישות, קשיי שפה, זיקנה, רמת השכלה נמוכה הם מקצת הגורמים העלולים לשבש את הבנתו של החולה ולגרום לכך שהסכמתו מדעת תינתן מתוך אי-הבנה (מוזס, 1999; Osuna, Perez, Perez & Luna, 1998).
2. בחוק זכויות החולה נאמר: "לשם הסכמה מדעת, ימסור המטפל למטופל מידע רפואי הדרוש לו, באורח סביר, כדי לאפשר לו להחליט, אם להסכים לטיפול המוצע" (פרק ד', סעיף 13 ב'). מהו אורח סביר? נוסח החוק פורש כר פעולה רחב מאוד, והוראותיו כלליות ויוצרות בלבול וחוסר אחידות. עמימותו של הביטוי גורמת קשיים ויוצרת, במקרים רבים, הבדלים בין מה שנאמר לחולים שונים. ייתכן שעמימות זו נובעת מהעובדה שקשה להכליל ולקבוע באופן חד משמעי דרך אחת נכונה או כמות קבועה למסירת מידע כדי לקבל הסכמה מדעת לטיפול, שהרי מדובר במחלות שונות ובאנשים שונים.

3. קשיים אובייקטיביים בשגרת יומו של הרופא, כגון לחץ זמן, מחסור במקום שקט ורגוע, מחסור בכוח אדם, עומס גדול, חוסר יכולת לדעת את המצב בוודאות, מקשים מאוד על הרופא במסירת המידע לפרטיו, כפי שדורש החוק. שטינמן וטבנקין (2000) מצאו כי רופאים רבים מתלוננים על תנאים פיזיים שאינם מאפשרים להם ליישם כראוי את החוק.
  4. חולים רבים אינם רוצים לקבל סמכות ולהחליט את ההחלטות הנדרשות בעבור הטיפול הרפואי שלהם (מוזס, 1999). מוזס (שם) ציין כי במחקרים שניסו לברוק את הנושא נמצא כי שישים אחוז מהחולים מסרבים לקבל מידע רלוונטי, גם אם הרופאים מבקשים להעבירו. מה יעשה רופא כשחולה אינו מעוניין להשתתף בהחלטה?
  5. היעדר כישורים לחלוק מידע. לעתים חסרים לרופאים הכישורים הנדרשים למסירת מידע. הם מוסרים את המידע באופן שאינו מאפשר לחולה לשאול שאלות, בדרך פטרונית ולא משתפת (Buckman, 1992).
- ראוי לציין כי החוק אינו פותר סוגיות אלו, ובעיית השוני ביישומו נותרת בעינה.

### כמות המידע הנמסרת לחולה ואופן מסירתו

בספרות המקצועית יש התייחסות לדעות השונות על כמות המידע הרצויה לחולה. יש הטוענים כי הכרעה שקולה ורציונלית יכולה להתקבל רק אם החולה קיבל את המידע המקסימלי על הדיאגנוזה, על הפרוגנוזה ועל הערכת סיכונים וסיכויים של הטיפול המוצע לעומת סיכונים וסיכויים של טיפולים חלופיים (הד, 1989; מוזס, 1988). לעומתם, יש מי שמעדיפים לתת לחולה מידע מינימלי מן הטעם שככל שיאמרו פחות הסיכוי שיטעו באבחנתם יקטן (Short, 1993).

במחקרים שונים נמצא שרופאים נתנו מידע חלקי על מחלות ועל מצבים קיצוניים בשל החשש מההשפעה שתהיה למלוא המידע על מצבו הנפשי של החולה (Horikawa, Yamazakii, Sagawa, & Negata, 2000; Vincent, 1998). במחקרם של סוליבן, מנאפיס, ווייט (Sullivan, Menapace, & White, 2001) נחשף פער משמעותי בין רצונו של החולה לדעת לבין הבנת הרופא את רצונו של החולה בנושא זה. רוב החולים (72%) רצו לדעת את כל הפרטים הרפואיים – דיאגנוזה ואפשרויות טיפול – בעוד שרק 42% מהרופאים סברו שהחולים ירצו לדעת את כל הפרטים. עם זאת, במחקרם של ג'נקינס פולופילד וסול (Jenkins, Fallowfield, & Saul, 2001) נמצאו הבדלים משמעותיים בין רצונותיהם של חולים לקבל מידע. כך, לדוגמה, קשישים רצו לדעת פחות מצעירים, ונשים צעירות רצו מידע רב יותר בכל תחומי

הטיפול האפשריים. לנטוס (Lantos, 1993) טען שקשה להחליט מהי כמות המידע שרצוי לתת לחולה במצבים שונים, מפני שאנו עוסקים באנשים שונים בעלי צרכים שונים, יכולות שונות ומחלות שונות. הוא הוסיף שלא פשוט ואף בלתי אפשרי לקבוע דרך פעולה אחת רצויה לקבלת הסכמה מדעת של חולה. בוקמן (Buckman, 1992) סבר שהסוגיה המרכזית אינה השאלה מה לומר לחולה אלא כיצד לומר לו את המסר, כלומר כיצד לחלוק אתו את המידע מתוך הבנה שמדובר בדיאלוג בין רופא לחולה. המחקר בדק את ההבדלים בין הרופאים בכמות המידע שהם מוסרים ובאופן מסירתו מתוך הנחה כי כמות המידע ואופן מסירתו משמעותיים לחולה, ויש להם השלכות על מצבו הבריאותי ועל יכולתו לתת הסכמה מדעת.

כמות המידע הוגדרה ככמות הפרטים שמספק הרופא, והמדד הוא כמות הפריטים הניתנים בחלק מהתחומים המוזכרים בחוק. אמנם החוק מציין חמישה תחומים, אך בשל ריבוי הפריטים בתחומים אלו וכדי לשמור על מחקר בהיקף סביר, נבחרו לצורך המחקר פריטים שנראו בסיסיים והכרחיים לקבלת החלטה ומתן הסכמה מדעת, ושבהמהלך העבודה בבית החולים נראה היה שהם הפריטים שבעבורם מבקשים החולים לקבל מידע. ואלו הם הפריטים: דיאגנוזה, פרוגנוזה, מטרת הטיפול, סיכונים וסיכויים של הטיפול המוצע, תופעות לוואי וסיכונים וסיכויים של טיפולים חלופיים. אופן מסירת המידע הוגדר על פי תנאים פיזיים ואנושיים אחדים, ואלו הם: מקום השיחה, משתתפיה, השפה שהרופא השתמש בה, דרך ארגון השיחה ושימוש באמצעים ויזואליים להמחשה. קריטריונים אלו נראו רלוונטיים לשיקוף איכות המידע הניתן ולהמחשת התחשבותו או אי-התחשבותו של הרופא בחולה.

חוק זכויות החולה מציין כי "יש צורך למסור המידע בשלב מוקדם ככל האפשר, ובאופן שיאפשר למטופל מידה מרבית של הבנת המידע לשם קבלת החלטה בדרך של בחירה מרצון ואי תלות" (פרק ד', סעיף ג', עמ' 330), כי "מטפל, כל מי שעובד בפיקוחו של המטפל וכן כל עובד אחר של המוסד הרפואי ישמרו על כבודו ועל פרטיותו של המטופל בכל שלבי הטיפול הרפואי" (פרק ג', סעיף 10 א', עמ' 329), וכי "מטופל זכאי לקבל טיפול רפואי נאות, הן מבחינת הרמה המקצועית והאיכות הרפואית, והן מבחינת יחסי האנוש" (פרק ג', סעיף 5, עמ' 328). שלושה סעיפים אלו מגדירים בעקיפין את הדרך הרצויה למסירת המידע לחולה, אך אין כאן קביעת אופן פעולה רצוי וברור לפעולה.

יתרה מזאת, נבדקו במחקר הגורמים המשפיעים על כמות מסירת המידע ועל אופן מסירתו. כלומר, אם כמות המידע הנמסר ואופן מסירתו קשורים לתפיסה שיש לרופאים באשר לחוק ולחשיבותו, ואם תפיסת היחסים רופא-חולה משפיעה על הקשר שבין תפיסת הרופא את החוק לבין כמות המידע ואופן מסירתו. בהסתמך על הגישה הקוגניטיבית המניחה כי תפיסות האדם ופרשנויותיו משפיעות על רגשותיו ועל התנהגותו (לדוגמה, Beck, 1995; Goldstein, 1982), הנחת

המחקר הייתה כי אופן תפיסת החוק עשויה להשפיע על הרגשתו ועל התנהגותו של הרופא ובהקבלה על כמות המידע הנמסר ועל אופן מסירתו. כך, לדוגמה, רופא שתופס שהחוק חשוב יתחשב בחולה – ישוחח אתו בחדר שקט, יאפשר לו לשאול שאלות, ייעזר באמצעים ויזואליים להמחשה, ימסור לו את כל המידע האפשרי וכו'. ייתכן שלרופאים סכמות קוגניטיביות שלפיהן הם תופסים את החוק, את נושא ההסכמה מדעת ואת דרך מסירת המידע, וסכמות בנושא יחסי רופא-חולה העשויות להתבטא בהתייחסותם למתח שבין אוטונומיה וכבוד האדם לבין פטרנליזם.

תפיסת חוק זכויות החולה וחשיבותו הוגדרה כמידת הסכמתו והתייחסותו של הרופא לקריטריונים האלה: 1. הכרה בחשיבות החוק (התייחסות לחוק בכללותו, האם חשוב שנחקק? האם החוק מיותר? האם החוק מקשה או אינו מקשה על עבודת הרופא? האם החוק עלול לגרום נזק לחולה או להביא לו תועלת?). 2. התייחסות למסירת מידע (הסיבות למסירת המידע – חובת הציות לחוק, חשש מתביעות או הכרה בחשיבות השינוי). 3. התייחסותו לנושא ההסכמה מדעת (החשיבות שבמסירת מידע מלא, האם יש או אין צורך בהבנה מלאה של החולה בעבור הסכמה מדעת תקפה, הכרה ביכולתו או באי-יכולתו של החולה להבין). קריטריונים אלו שנראו מייצגים את תפיסת הרופא עשויים להיות קשורים לאופן מסירת המידע ולכמות המידע הניתנים לחולה לצורך קבלת הסכמה מדעת.

תפיסת יחסי רופא-חולה הוגדרה כתפיסה משתפת, חוזית או כתפיסה פטרנליסטית. האם הרופא סבור שמעמדו קובע והוא שולט על המידע, שהוא יודע מה טוב לחולה והוא זה שמחליט או שהוא משתף וסבור כי זכותו האלמנטרית של החולה להחליט על גורלו? ואכן, במחקרם של מקקאון, ריינינגר, מרטין והופמן (McKeown, Reininger, Martin, & Hoppmann, 2002) נמצאו הבדלים בין רופאים לחולים בהבנת טיב היחסים ביניהם. במחקר זה נבדקו ציפיותיהם של חולים ושל רופאיהם במרפאות, ונמצא כי הרופאים רצו לתת שליטה גדולה יותר על תהליך קבלת ההחלטות מזו שהחולים סברו שיש לתת להם.

המחקר בדק אם תפיסת הרופאים את יחסי רופא-חולה משפיעה על הקשר שבין תפיסת החוק לבין כמות המידע ואופן מסירתו. כלומר, האם ייתכן שהמשמעות שהרופא מייחס לחוק נובעת מיחסו לחולה ומשפיעה על כמות המידע ואופן מסירתו? (לדוגמה, האם רופא שחושב כי בשל היותו מומחה ואחראי על החולה עליו להגן עליו מפני מידע קשה, וכיוון שכך יעריך שהחוק הדורש מסירת מידע מלא הוא חוק בעייתי ויעדיף שלא לתת מידע מלא?).

לסיכום, המחקר בדק את המשתנים האלה: 1. כמות המידע הנמסרת לחולה. 2. אופן מסירת המידע לחולה. 3. הקשר בין כמות המידע ואופן מסירתו לתפיסת החוק וחשיבותו. ההשערה הייתה שככל שהרופא תופס שהחוק חשוב יותר, המידע שימסור לחולה יהיה מלא יותר ואופן מסירתו יתחשב יותר בחולה. 4. אם תפיסת

יחסי רופא-חולה משפיעה על הקשר בין כמות המידע ואופן מסירתו לתפיסת החוק וחשיבותו. ההשערה הייתה שככל שתפיסת הרופא תהיה פטרנליסטית יותר ומשתפת פחות, הוא יחשוב שהחוק חשוב פחות, המידע שימסור לחולה יהיה מועט ולא מלא, ומסירת המידע תיעשה באופן מתחשב פחות בחולה.

---

## שיטת המחקר

---

### אוכלוסיית המחקר

אוכלוסיית המחקר הייתה ציבור הרופאים בבית החולים הדסה בירושלים בשנת 2000. במחקר השתתפו 121 רופאים שנדגמו משלוש-עשרה מחלקות שמבצעים בהן, בדרך כלל, פרוצדורות וניתוחים, ושהשימוש בטופס ההסכמה מדעת נפוץ בהן. הדגימה הייתה לא הסתברותית, מכיוון שהשתתפו במחקר הרופאים שנכחו בישיבות הצוות. הרופאים התבקשו לענות על שאלון שהועבר פעם אחת בישיבות צוותים מחלקתיות. מילוי השאלון ארך כעשרים עד שלושים דקות. מתוך 190 השאלונים שהועברו לרופאים הוחזרו 121 (64%). החוקרים לא ידעו כמה רופאים נכחו בישיבות ולא ענו. אחוז הרופאים שהשתתפו במחקר לעומת מספר הרופאים שעבדו במחלקות שנבדקו עמד על 54%. בבירור במחלקת הסגל האקדמי באגף משאבי האנוש של בית החולים לא נמצאו הבדלים משמעותיים במאפייניהם של הרופאים שענו על השאלון לבין מי שנשרו או לא השתתפו בישיבות הצוות.

טווח הגילים של הרופאים נע בין 25 ל-69 ( $M=41$ ;  $SD=10.12$ ); רוב המשתתפים (88%) היו גברים; 49.6% היו מומחים; 47.9% נמצאים בשלבי התמחות ו-2.5% היו סטאז'רים. רק 40% מהמומחים הסכימו להשתתף במחקר לעומת 67% מהמתמחים שהסכימו לכך.

### כלי המחקר

1. כמות המידע הנמסרת לחולה נבדקה באמצעות שש שאלות שייצגו שש קטגוריות של מסירת מידע – דיאגנוזה, פרוגנוזה, מטרת הטיפול, סיכונים וסיכויים של הטיפול המוצע, תופעות לוואי וסיכונים, וסיכויים לטיפולים חלופיים. הרופאים התבקשו למקם את תשובתם על סולם של ארבע דרגות (1 – מידע מועט ביותר; 4 – מידע רב ביותר). כדי לקבל אומדן כללי של כמות המידע שנותן הרופא, ניתן למשתנה זה גם ציון מסכם, שהוא היחס שבין מתן רוב המידע וכל המידע לבין סך כל התשובות.



2. אופן מסירת המידע נבדק באמצעות שאלון ובו עשרה היגדים מחמישה תחומים המשקפים את דרך העברת המידע – מקום עריכת השיחה, זהות המשתתפים בשיחה, השפה שבה השתמש הרופא, ארגון השיחה ושימוש באמצעים ויזואליים להמחשה. בכל תחום התבקש הרופא לציין את מידת תכיפות ביצוע הפעולה. התשובות ניתנו על סולם של חמש דרגות (1 – אף פעם; 5 – ברוב הפעמים). תשובה שהעידה על מתן מידע בדרך של התחשבות בחולה קיבלה את הניקוד הגבוה ביותר. למשתנה זה ניתן ציון מסכם, שהוא היחס שבין סך כל התשובות המעידות על מתן מידע בדרך מתחשבת בחולה לבין סך כל התשובות על אופן מתן המידע.

3. מידת ההיכרות עם החוק נבדקה באמצעות שאלה סגורה "באיזו מידה חוק זכויות החולה מוכר לך?" התשובה ניתנה על סולם של ארבע דרגות (1 – לא מכיר כלל; 4 – מכיר היטב).

4. תפיסת הרופא את החוק ותפיסת הרופא את יחסי רופא-חולה נבדקו באמצעות היגדים. בדיקת תפיסת הרופא את החוק כללה עשרה היגדים שעסקו בעמדות שונות של תפיסת החוק וחשיבותו, מסירת מידע והסכמה מדעת (לדוגמה, לדעת, החוק חשוב וראוי היה שיחוקק קודם), ותפיסת הרופא את יחסי רופא-חולה כללה חמישה היגדים שבדקו את הגישה של הרופא לחולה – האם התייחסותו פטרנליסטית או משתפת? (לדוגמה, אני המומחה בתחום, אך מדובר בחייו ובגורלו של החולה, ולכן חשוב שיהיה שותף מלא בלקיחת ההחלטה). התשובות ניתנו על סולם של ארבע דרגות (1 – לא מסכים; 4 – מסכים בהחלט). נוסף על כך חושב הציון המסכם לכל משתנה, שהיה היחס שבין התשובות המעידות על תפיסה שהחוק חשוב ומשמעותי במשתנה האחד, והיחס שבין התשובות המעידות על שיתוף החולה במידע ובהחלטה במשתנה השני, לבין סך כל התשובות שינתנו להיגדים המרכיבים את המשתנים.

מפאת גודלו של המדגם ובשל שיקולים סטטיסטיים קובצו ארבע התשובות האפשריות בכל משתנה לשתי קטגוריות (לדוגמה, 1 – פחות מידע – כלל את התשובות מינימום מידע + חלק מהמידע בלבד; 2 – יותר מידע – כלל את התשובות מרבית המידע + כל המידע).

5. מאפיינים סוציו-דמוגרפיים, כגון מקום העבודה (הדסה הר-הצופים/הדסה עין-כרם), שם המחלקה, גיל, מין, שלב מקצועי בו אני נמצא (סטזר, מומחה, מתמחה), שנת סיום לימודים.

6. ארבע שאלות פתוחות שהופיעו במקומות שונים בשאלון נועדו להשלים את

המידע שהצטבר בתשובות לשאלות הסגורות ולאפשר תמונה שלמה יותר. (לדוגמה, איזה מידע להערכתך מחייב החוק למסור? באילו מצבים אתה לא נותן את כל המידע המצוי ברשותך?) ניתוח השאלות הפתוחות וממצאיו אינם מוצגים במאמר זה במלואם אלא מוזכרים בפרק הדיון.

לשם בדיקת התוקף הנראה של משתני המחקר התבקשו שני רופאים שלא השתתפו במחקר לחוות את דעתם אם השאלות בודקות את המושגים, ואם להערכתם תאמו השאלות את ההגדרות המושגיות. מלבד זאת, נערך מדגם מקדים של שמונה רופאים (שלא השתתפו במחקר), כדי לבדוק את טיב השאלון ואת התאמתו. בהתאם להערות שהתקבלו הוצאו השאלות שהתייחסו למצבים/לחולים ספציפיים משום שלדעת הקוראים לא תמיד ניתן להסיק ממצבים אלו על דרך ההתנהגות והשוני שבין החולים לא יוכל לבוא לידי ביטוי.

## ממצאים

### כמות המידע

לוח 1 מציג את התפלגות כמות המידע הנמסרת לחולה לפי הקטגוריות השונות.

לוח 1: התפלגות כמות המידע הנמסרת לחולה לפי קטגוריות

קטגוריה	N	%
<b>דיאגנוזה</b>		
מינימום מידע + מידע חלקי	11	9.1
מרבית המידע + כל המידע	110	90.9
<b>פרוגנוזה</b>		
מינימום מידע + מידע חלקי	14	11.6
מרבית המידע + כל המידע	107	88.4
<b>מטרת הטיפול</b>		
מינימום מידע + מידע חלקי	9	7.4
מרבית המידע + כל המידע	112	92.6
<b>הסיכונים בטיפול</b>		
מינימום מידע + מידע חלקי	9	7.4
מרבית המידע + כל המידע	112	92.6

סעיף הסכמה מדעת בחוק זכויות החולה: הלכה מול מעשה

לוח 1 (המשך)

הקטגוריה	N	%
<b>תופעות הלוואי</b>		
מינימום מידע + מידע חלקי	21	17.4
מרבית המידע + כל המידע	100	82.6
<b>סיכונים וסיכויים בטיפולים חלופיים</b>		
מינימום מידע + מידע חלקי	14	11.6
מרבית המידע + כל המידע	107	88.4

לוח 1 מראה שיותר מ-82% מהרופאים דיווחו כי הם נותנים "יותר מידע" בכל הקטגוריות. טווח הציונים נע בין 0.17 ל-1.00 ( $SD=0.20$ ), והציון המסכם גבוה מאוד — 0.90.

אופן מסירת המידע

לוח 2 מציג את התפלגות אופן מסירת המידע לפי התחומים השונים.

לוח 2: התפלגות אופן מסירת המידע לפי תחומים

התחום	N	%
<b>מסירת מידע בחדרו של החולה</b>		
- לעתים רחוקות + אף פעם	47	39.2
- לעתים	25	20.8
- במרבית הפעמים + לעתים קרובות	48	40
<b>מסירת מידע במסדרון</b>		
- לעתים רחוקות + אף פעם	101	84.2
- לעתים	16	13.3
- במרבית הפעמים + לעתים קרובות	3	2.5
<b>מסירת מידע בחדר שקט</b>		
- במרבית הפעמים + לעתים קרובות	78	64.5
- לעתים	27	22.3
- לעתים רחוקות + אף פעם	16	13.2

← המשך

לוח 2 (המשך)

התחום	N	%
<b>שימוש בשפה יומיומית</b>		
- לעתים + לעתים רחוקות	108	89.3
- במרבית הפעמים + לעתים קרובות	13	10.7
<b>שימוש בשפה רפואית</b>		
- לעתים + לעתים רחוקות	110	90.9
- במרבית הפעמים + לעתים קרובות	11	9.1
<b>שימוש בשפה המותאמת לרמת החולה</b>		
- במרבית הפעמים + לעתים קרובות	116	95.9
- לעתים + לעתים רחוקות	5	4.1
<b>ארגון נכון של השיחה</b>		
- אדבר, אתן לשאול שאלות ואציע לפנות אלי לשאלות נוספות בעתיד	104	86.7
- אומר את דבריי, אתן לשאול שאלות תוך שמירת הזמן שהקצבתי מראש	16	13.0
- אומר את דבריי, אין צורך ביותר מכך כרגע	0	0
<b>המשתתפים בשיחה</b>		
- החולה, הרופא, עובד סוציאלי ובן משפחה + החולה, הרופא ובן משפחה	97	80.8
- הרכב משמעותי אחר	10	8.3
- החולה לבדו	13	10.8
<b>ארגון נכון של השיחה כאשר אין ברשותי זמן</b>		
- אדבר, אתן לשאול שאלות ואציע לפנות אלי לשאלות נוספות בעתיד	69	57
- אדבר, אתן לשאול שאלות תוך שמירת הזמן שהקצבתי מראש	50	41.3
- אומר את דבריי, אין צורך ביותר מכך כרגע	2	1.7
<b>אעזר בשרטוטים ובהדגמות</b>		
- במרבית הפעמים	83	68.6
- אם החולה יבקש	26	21.5
- זה בדרך כלל מיותר	12	9.9

לוח 2 מראה כי 65% מהרופאים דיווחו שבמרבית המקרים הם מוסרים את המידע בחדר שקט. יותר מ-80% ציינו כי בשיחות שלהם משתתפים החולה, בן משפחה ועובד סוציאלי. שימוש בשפה המותאמת לרמתו של החולה נעשה על ידי כ-90%

מהרופאים. 87% מהרופאים אמרו כי יתנו למשתתפים אפשרות לשאול שאלות ויציגו לפנות אליהם בשאלות נוספות בעתיד. 68% אמרו כי ייעזרו באמצעים ויזואליים להמחשה. טווח הציונים נע בין 0.40 ל-1.00 ( $SD = 0.13$ ), והציון המסכם הוא 0.76. ציון זה מלמד שהרופאים מוסרים את המידע לחולה בדרך מתחשבת ובאופן טוב למדי.

### הכרת החוק

עשרה אחוזים (12) מהרופאים העידו על עצמם שהם מכירים היטב את החוק. מחצית הרופאים (63) דיווחו כי הם מכירים את רובו. 32% (37) מהרופאים ציינו כי אינם מכירים את חלקו הגדול של החוק. שבעה אחוזים (9) מהרופאים אמרו כי אינם מכירים בכלל את החוק. הרופאים שציינו בחלק הראשון של השאלון כי אינם מכירים בכלל את החוק לא נספרו בשאלות שדרשו את הכרת החוק, ובשאלות אלו עמד מספר המשתתפים שתשובותיהן נספרו על 112\*.

### תפיסת החוק וחשיבותו

יותר מ-90% מהרופאים הסכימו כי החוק חשוב וראוי היה שיחוקק קודם; חשוב שיקבלו את הסכמת החולה רק לאחר שברור כי הבין כהלכה את הסברי הרופא; שחולה צריך לקבל את מלוא המידע. יותר מ-20% אמרו כי החוק מקשה עליהם, גוזל זמן שיכול היה להיות מנוצל לדברים אחרים וכי הוא עלול לגרום נזק לחולה. יותר מ-38% טענו כי הם מוסרים לחולה מידע משום שעליהם לציית לחוק או מפני שהם חוששים מתביעות. טווח הציונים נע בין 0.30 ל-1.00 ( $SD = 0.17$ ), והציון המסכם הוא 0.80. כלומר, מרבית הרופאים דיווחו כי הם מכירים בחשיבות החוק במידה רבה.

### תפיסת יחסי רופא-חולה

יותר מ-74% מהרופאים לא הסכימו עם ההיגדים האלה: "הדרך הטובה ביותר לעזור לחולה היא לומר לו רק מה שהרופא חושב שיעזור לו"; "החולה לא יכול לדעת בעצמו מהי הדרך הטובה ביותר לטיפול ולכן כדאי שהרופא יחליט למענו"; "רופא המערב את החולה ומבקש את חוות דעתו ייתכן שאיננו בטוח במקצועיותו"; "חולה

\* השאלות שהיה צורך בהכרת החוק על מנת לענות עליהן הן אלו: לדעתי, החוק חשוב וראוי היה שיחוקק קודם; החוק מקשה עליי לבצע את עבודתי וגוזל זמן רב שיכולתי לנצל לדברים חשובים יותר; החוק יישומו עלולים לגרום נזק לחולה; אני נותן את המידע מכיוון שעליי לציית לחוק.

המבקש להתייעץ עם רופא נוסף מטיל ספק ביכולתו של הרופא לעזור לו." כ-96% מהרופאים הסכימו שאמנם הם המומחים, אבל מדובר בחייו ובגורלו של החולה, ולכן חשוב שיהיה שותף מלא בקבלת ההחלטה. טווח הציונים נע בין 0.20 ל-1.00 ( $SD=0.21$ ), והציון המסכם הוא 0.83. כלומר, תפיסת הרופאים את יחסי רופא-חולה היא תפיסה משתפת, תפיסה חוזית.

### הקשר בין תפיסות הרופא לבין כמות המידע ואופן מסירתו

בבדיקת הקשר בין תפיסת החוק וחשיבותו לבין כמות המידע שמוסר הרופא (ציונים מסכמים) נמצא קשר חיובי ומובהק ( $r = .20, p < .05$ ). לעומת זאת, בבדיקת הקשר בין תפיסת החוק וחשיבותו לבין אופן מסירת המידע לא נמצא קשר מובהק ( $r = .10, p = .27$ ).

תפיסת היחס רופא-חולה לא השפיעה משמעותית על הקשר שנמצא בין תפיסת החוק וחשיבותו לבין כמות המידע הנמסרת לחולה ( $\text{partial } r = .19, p < .05$ ), ולא שינתה את התוצאה שלא נמצא קשר בין תפיסת החוק וחשיבותו לבין אופן מסירת המידע ( $\text{partial } r = .08$ ).

---

## דיון

המחקר בחן את דרך יישומו של היבט אחד של חוק זכויות החולה – הסכמה מדעת. נבדקו ההשערות שכמות המידע הנמסר לחולה ואופן מסירתו עשויים להיות מושפעים מהדרך שבה הרופא תופס את החוק, מהחשיבות שהוא מייחס לחוק ומהבנתו את היחסים שבין הרופא לחולה, ושתפיסות אלו עשויות להסביר את ההבדלים בכמות המידע שמוסרים רופאים ובאופן מסירתו.

לדעתם של הרופאים, כמות המידע שהם מספקים לחולים גדולה מאוד, בדרך כלל (90%). ממצאים אלו תואמים את מחקרם של טבנקין, שטינמיץ, חמאייסי ותמיר (2000) שנערך בשנה הראשונה להחלת החוק בבית החולים המרכזי העמק ובמחוז הצפון של קופת חולים כללית. במחקר זה נמצא כי מרבית הרופאים (יותר מ-90%) ציינו שיש למסור לחולה את כל המידע הרפואי הרלוונטי. הממצא שהתקבל במחקר הנוכחי מלמד כי הרופאים סבורים שהם מציינים לחוק. על פי דיווחיהם, החולה מקבל את מרבית/כל המידע הדרוש לו כדי להחליט אם להסכים או לא לפרוצדורה המוצעת לו, כדי לבדוק אלטרנטיבות טיפוליות וכדי לכלכל את עתידו. ואולם ישנה אפשרות שממצאים מרשימים אלו הושפעו מרצונם של הרופאים להפגין התנהגות

רצויה מבחינה חברתית ומקצועית. ייתכן שהרצייה החברתית הוגברה במחקר זה בשל דרך ניסוח השאלות, אך כפי שהוזכר לעיל, בעקבות הערותיהם של הרופאים שהשתתפו במבחן המקדים, שכלל שאלות על מצבים וחולים ספציפיים, הוחלט לשנות את הניסוח ולהתייחס לחולה הכללי. עם זאת, ממצאי מחקרים אחרים הצביעו על שביעות רצונם של חולים מכמות המידע שנמסר להם ומסוג המידע, והם נותנים תימוכין לדברי הרופאים במחקר הנוכחי. כך, לדוגמה, במחקרם של יובל, רוזן, חניניץ וקוגלייס (1995), שעסק בנקודת ראותו של המאושפז ובשביעות רצונו מהאשפוז בבית חולים, התברר כי 70% מהחולים היו שבעי רצון במידה רבה, כאשר המידע הרפואי היה אחד הקריטריונים לבדיקת שביעות רצון זו. גם במחקרם של אקלין וריס (Echlin & Rees, 2002), שבדק שביעות רצון של חולים בסרטן הערמונית, נמצא כי 69% מהחולים היו מרוצים מהמידע שניתן להם על מצבם הרפואי, ו-60% היו מרוצים מהמידע שניתן על אפשרויות הטיפול.

הממצאים העולים מדיווחיהם הסובייקטיביים של הרופאים כי הם מוסרים לחולים מידע רב ביותר מעוררים את השאלה אם רצוי למסור לחולה את כל המידע. מתשובות הרופאים לשאלה "באילו מצבים אתה לא נותן את כל המידע המצוי ברשותך?" התברר כי הרופאים מבחינים בין מקרים שונים ונסיבות שונות, ולא תמיד מוסרים לחולה את כל המידע. ייתכן שתשובות הרופאים לשאלה זו ממתנות את הציון הגבוה שקיבלו בבדיקת כמות המידע הנמסרת לחולה. כך, לדוגמה, נמצא, כי כ-42% מהרופאים ענו שבמצבים של חסימה כלשהי בהבנת המידע הם אינם מוסרים לחולה את כל המידע (חולה שאינו מעוניין לדעת וכיוצא). החוק אינו מסביר כיצד יש לנהוג במקרים אלו. מלבד ההצעה שבמצבים מיוחדים, כשרופא מתרשם שהמידע שיינתן לחולה עלול לגרום לו נזק, כדאי לפנות לוועדת האתיקה של בית החולים, אין בחוק הנחיות כיצד יש לנהוג במקרים השונים. לדוגמה, עולה השאלה מה יעשה רופא כשחולה אינו רוצה לדעת? האם הרופא חייב להכריח את החולה להקשיב לאינפורמציה? יש חוקרים הסבורים כי כשחולים מבקשים לא לדעת את כל האמת וכשהם עלולים להינזק אם יינתן להם מידע מפורט וקשה, יש לכבד את בקשתם (חשן ומרקס, 1997; טבנקין ואחרים, Hebert, Hoffmaster, Glass, & 2000; Singer, 1997).

באשר לאופן מסירת המידע, הרופאים דיווחו כי הם מוסרים את המידע מתוך התחשבות בחולה. נראה כי הרופאים מאמינים שהם משתדלים לדבר בשפה המובנת לחולה ומתאמת לרמתו. הם מאמינים כי המידע נמסר במקום פרטי ושקט. מקצתם מאמינים שהם משתמשים באמצעים ויזואליים להמחשת דבריהם ומקיימים את השיחה בנוכחות גורם תומך. על פי דיווחיהם, הם גמישים באורך השיחה וקובעים אותה בהתאם למצבים השונים (תשובות לשאלה פתוחה בנושא זה). על אף תנאי העבודה הקשים (חולים רבים, לחץ זמן, כמות החולים השוכבים באותו חדר ועוד)

והעובדה שהחוק אינו מנחה בצורה ברורה כיצד יש למסור את המידע, הממצאים שהתקבלו מראים שהרופאים מנסים למסור את המידע בדרך הטובה ביותר לחולה. לנוכח התנאים הקיימים בבתי החולים ולנוכח הממצאים ששני שלישים מהרופאים במחקר זה העידו כי הם מוסרים את המידע בחדר שקט, וכ-84% מהרופאים במחקרם של טבנקין ואחרים (2000) טענו שהם שומרים על פרטיותו של החולה, נראה כי הרופאים משתדלים ליישם את הנחיית החוק הדין בכבודו ובפרטיותו של המטופל (חוק זכויות החולה, 1996, סעיף 10). עוד נמצא כי 80% מהרופאים העדיפו שכן משפחה ו/או עובד סוציאלי יהיו נוכחים בפגישה שבה נמסר לחולה מידע על מצבו. ממצא זה מראה כי הרופאים מודעים לחשיבות נוכחותם של גורמים תומכים ומלווים. בוקמן (Buckman, 1992) התייחס לסוגיה זו, אך סבר שיש לשאול את החולה אם ברצונו שמלווה יהיה נוכח בשיחה. זאת ועוד, מרבית הרופאים (90%) טענו שהם מתאימים את שפתם לרמתו של החולה. ממצא זה נותן מענה לשאלתה של טבק (1993) באשר ליכולתו ולמיומנותו של רופא לפשט את ההסבר ולספק לחולה מידע המתאים לרמתו. ואולם, במחקרם של קרופ, ספנהי, לאובך וסייפרט (Krupp, Spanehl, Laubach & Seifert, 2000) התקבלו ממצאים אחרים. במחקרם נמצא כי קיימת ביקורת רבה של חולים על הזמן הקצר שרופאים מקדישים לשיחת ההסבר בעת ההחתמה על הסכמה מדעת, על קצב הדיבור המהיר ועל שימוש בשפה מקצועית. ממצא זה מצביע על פער אפשרי בין דיווחי הרופאים לבין התרשמותם של החולים. רצוי שההבדלים בהערכות הרופאים והחולים ייבדקו במחקרים נוספים.

באשר לתפיסת הרופא את חשיבות החוק התברר כי מרבית הרופאים (80%) סבורים כי החוק חשוב במידה רבה. נתונים דומים נמצאו גם במחקרם של שטינמיץ וטבנקין (2000). שם נמצא כי למרבית הרופאים (67.5%) דעה חיובית על החוק. עם זאת, כאשר בוחנים את ממצאי המחקר הנוכחי ביתר פירוט מתברר כי יותר מעשרים אחוזים מהרופאים טענו שהחוק מקשה עליהם, גוזל זמן שיכלו לנצל לדברים אחרים ועלול לגרום נזק לחולה. ממצא דומה נמצא גם במחקרם של טבנקין ואחרים (2000) שבוצע בשנת 1998, שנתיים לאחר חקיקת החוק. שיעור המסתייגים מהחוק במחקרם היה כמחצית משיעור המתנגדים במחקר הנוכחי, שבוצע שנתיים מאוחר יותר. ייתכן שהזמן החולף חושף את הרופאים לקשיים שיוצר יישום החוק ולחשש שהוא עלול לגרום נזק לחולה. במחקרם של טבנקין ואחרים (שם) הסתייגו מהחוק 11% מהרופאים וטענו כי הוא מזיק (הן לחולה והן לרופא) ובמחקרם של סיגל, סיגל ווייסמן (Siegal, Siegal & Weisman, 2001), שבדק בשנת 1998 את גישת הרופאים לנושאים אחדים בחוק, נמצא כי 13.4% מ-134 הרופאים סברו שהחוק אינו נחוץ או שהוא מזיק ופוגע בחולה, ו-43.3% היו אמביוולנטים לגביו.

האמנם החוק עלול להזיק לחולה? החוק פותר סוגיה זו באמצעות הפניה לוועדת אתיקה בכל פעם שעולה חשש לנזק. זהו פתרון בעייתי, משום שוועדת אתיקה אינה



זמינה, ואילו שאלות שכאלה עולות השכם והערב. הדעות על הנזק או התועלת במסירת כל המידע לחולה חלוקות. יש טוענים כי חולה צריך לתת הסכמה מדעת מתוך הבנה כי העלמת מידע עשויה להזיק ולערער את האמון ברופאים, ולכן יש צורך למסור לחולה מידע מלא (מוזס, 1988). לעומתם, יש מי שסבורים שהחוק בעייתי ומבקרים את כמות המידע שיש למסור לחולה. לדעתם, מידע רב מטיל על החולה עומס עצום, פרטים רבים אינם רלוונטיים לקבלת החלטה נכונה, ואין בחוק התייחסות להבדלים שבין החולים השונים ולשוני ביכולת ההתמודדות שלהם. לדעת המבקרים, המחוקק שגה בבקשתו למסור לחולה הסברים מפורטים יתר על המידה. הסברים אלו עלולים להפחיד את החולה ואף לגרום לכך שיסרב לקבל את הטיפול המוצע, שאמור לעצור או למנוע את הידרדרות המחלה (וייל, 1997; שחטמן, 1999).

ואמנם, ממצאי המחקר המעידים על קשר חיובי בין תפיסת הרופא את החוק וחשיבותו לבין דיווחם של הרופאים על כמות המידע שהם מוסרים לחולה, תומכים בעמדות אלו. עם זאת, מדובר בקשר מתון ביותר. ממצאי מחקריהם של טבנקין ואחרים (2000) ושל סיגל ואחרים (Siegal et al., 2001) עשויים להסביר קשר מתון זה. במחקריהם נמצא כי מרבית הרופאים מסכימים שיש למסור לחולה את כל המידע, אבל להערכתם החוק השפיע במידה מועטה בלבד על עבודתם היום-יומית. ייתכן שגם לפני חקיקת החוק מסרו הרופאים לחולים את מרבית המידע שיש ברשותם ולא שינו התנהגותם בגינו, וייתכן כי בשל חובת הציות לחוק ובשל החשש מתביעות משפטיות (יותר מ-37% מהמדגם הנוכחי) הפכה מסירת המידע לפעולה טכנית. הממצא שלא נמצא קשר בין תפיסת הרופא את החוק לבין אופן מסירת המידע מפתיע. ההשערה הייתה שרופאים המכירים בחשיבותו של החוק ישתדלו להתחשב בחולה בדרך מסירת המידע. אך במחקרם של טבנקין ואחרים (2000) נמצא כי 37% מהרופאים טענו שיחס מתחשב ונאות לחולה נשמר ללא קשר לחובה החוקית לעשות זאת.

הרופאים סברו כי יחסי רופא-חולה הם יחסי שיתוף ולא יחסים פטרנליסטיים (הרופא קובע פחות ושולט פחות על כמות המידע). רוב הרופאים (95%) הסכימו כי חשוב שהחולה יהיה שותף מלא בקבלת ההחלטה. עם זאת, הייתה מידה מסוימת של סתירה בממצא ש-28.1% מהרופאים סבורים שהדרך הטובה ביותר לעזור לחולה היא לומר לו רק את מה שלדעת הרופא יעזור לו. 25.6% מהרופאים סבורים כי חולה לא יכול לדעת בעצמו, מהי דרך הטיפול הטובה ביותר בעבורו, ולכן כדאי שרופא יחליט למענו. ייתכן שסתירה זו נובעת מכך שהרופאים סבורים כי שיתוף בהחלטה משמעו התייעצות עם הרופא, הקשבה להסבריו, הבנת הנאמר ושיתופו בנעשה, אך מכיוון שהרופא הוא המומחה ייטב לחולה אם יקבל את דברי הרופא ויפעל על פי המלצתו. מוזס (1999) חיזק סברה זו. לדעתו, אין אפשרות לדבר על שותפות סימטרית ועל

העברת סמכויות שלמה מהרופא לחולה, משום שאדם אינו יכול לנהוג באופן אוטונומי כאשר מדובר בבריאותו.

כאמור, לא נמצא שתפיסת היחסים רופא-חולה (משתף או פטרנליסטי) משפיעה על הקשר שבין כמות המידע ואופן מסירתו לבין תפיסת הרופא את החוק וחשיבותו. אפשר שמשנתנה זה אינו מתווך כפי שהונח, ותפיסת יחסי רופא-חולה קשורה לתפיסת הרופא את החוק, אך לא בהכרח קיים קשר בין תפיסת יחסי רופא-חולה לבין כמות המידע הנמסרת ואופן מסירתו לחולה. מחקרם של שטינמיץ וטבנקין (2000) מספק תימוכין לקשר אפשרי זה. במחקרם התברר שמרבית הרופאים סבורים כי החוק משפר את האמון בין הרופא לחולה ואת היחס ביניהם, ותורם לשיתוף החולה בהחלטות על הטיפול. כיוון זה נבדק, ונמצא שכלל שהיחס שיתופי יותר, תפיסת החוק חיובית יותר ( $r = .24, p = .008$ ).

---

## המלצות

---

בשל גודל המדגם ומגבלת ייצוגיותו כאשר לשאר בתי החולים בארץ יש להתייחס לממצאי המחקר בזהירות הראויה. ההמלצות הנגזרות מממצאי המחקר מתייחסות לעבודת הרופאים, לעבודת העובדים הסוציאליים ולמחקרים עתידיים.

רצוי להביא לידיעת הרופאים את ממצאי המחקר ואת חשיבותו של תהליך קבלת ההסכמה מדעת. חשוב לשנות את המצב שבו למעלה משליש הרופאים אינם מכירים כלל את החוק או את מרביתו, להסביר להם את חשיבות החוק וללמד מהי הדרך הרצויה למסירת מידע (כרגע מוסרים את המידע באופן "מתחשב למדי" בלבד). כדי ליצור את השינוי הרצוי בדרך קבלת ההסכמה מדעת ולהגביר את מודעותם של הרופאים לנושאים שהוזכרו, אפשר להכין בעבורם חומר כתוב, לארגן ימי עיון ולהרצות בפניהם בישיבות צוות, וייתכן שכדאי להכליל נושאים אלו כחלק מתכנית הלימודים בבית הספר לרפואה.

על העובדים הסוציאליים לבדוק את יישום החוק כחלק מהדאגה הכוללת לחולה, לכבודו ולזכותו להגדרה עצמית ולשיתוף.

יש לדאוג כי המידע הנחוץ יימסר לכל חולה בצורה גמישה ומותאמת לו, ובתוך כך למצוא את שביל הזהב בין מסירת מידע מלא וגורף לבין גלישה וחזרה למודל הפטרנליסטי. חשוב להבהיר לרופאים את החשיבות הרבה בכמות המידע הנמסרת ובאופן מסירתו, ובד בבד את חשיבותה של הדיפרנציאציה ואת הצורך למסור את המידע באופן גמיש ומובחן על פי צרכיו האינדיבידואליים של כל חולה. חשיבותו של נושא זה רבה לנוכח דיווחי הרופאים כי הם מוסרים לחולה מידע רב אך לא תמיד הם

מתאימים את המידע ליכולותיו ולנתוניו של החולה. לשון החוק אחת היא, אך האוכלוסייה וצרכיה אינם הומוגניים. העובדים הסוציאליים, המומחים בהתמודדות עם מצבי חולי, יכולים לעזור לרופאים בהערכת יכולותיהם וכוחותיהם של החולה ומשפחתו ובגיבוש דרך למסירת מידע מותאם לחולה באופן שיאפשר לקבל הסכמה מדעת. מסירת מידע בדרך זו תכבד את החולה ואת רצונותיו ותשמור על זכותו להגדרה עצמית.

כאשר רופאים ינקטו בדרך מובחנת, מותאמת וגמישה זו יוכלו העובדים הסוציאליים להפנות יותר זמן ותשומת לב לטיפול במחלה, בפרוצדורה ובהתמודדות עמן, ולהפחית את העיסוק בדאגה ליישום הדרישה להסכמה מדעת. (רופא הפונה לעובד סוציאלי בטענה שהסביר לחולה את הצורך בניחות, אך החולה אינו רוצה לעבור את הניתוח יכול להגיע לשיתוף פעולה עם החולה ולהימנע מהצורך לערב בנושא את העובד הסוציאלי, אם יסביר לחולה את מצבו ואת צרכיו בדרך המותאמת להבנתו וליכולתו.)

לנוכח הממצאים שהתקבלו במשתנים האחרים (תפיסת הרופא את החוק וחשיבותו, תפיסת הרופא את יחסי רופא-חולה ואת כמות המידע שיש למסור לחולה), ולנוכח תשובות הרופאים לשאלות פתוחות במחקר, שבהן הבחינו בין מצבים שונים ואנשים שונים בכל הקשור לכמות המידע ודרך העברתו, חשוב לבחון את הממצאים האלה במחלקות ספציפיות ובמצבים ספציפיים. במחקרים אלו תיבחן באופן מפורט יותר ההתנהגות הדיפרנציאלית של הרופאים ביישום החוק במחלות שונות ובחולים שונים. היות שממצאי המחקר הנוכחי התקבלו על סמך דיווחים סובייקטיביים של הרופאים, רצוי לבדוק במחקרים העטידיים את התנהגותם על סמך דיווחים אובייקטיביים של החולים.

---

## מקורות

- בלשר, י. (2001). לקראת אמנה חברתית חדשה. רופאים במציאות משתנה, מעריב-מוספים, 2.  
הד, ד. (1989). אתיקה ורפואה. ספריית האוניברסיטה המשודרת, 71-90.  
וייל, פ. (1997). חוק זכויות החולה — שנה אחרי. יום עיון של מערכת רפואה ומשפט. רפואה ומשפט, 17, 46-22.  
חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996. ספר החוקים 1591, 12.5.96.  
חשן, י. ומרקס, ע. (1997). רגע דוקטור, מדרוך לזכויות החולה בישראל. טירת הכרמל: הוצאת אתיקה — הוצאה לאור.  
מבק, ג. (1993). טופס הסכמה — חלום או מציאות? רפואה ומשפט, 9, 9-11.  
סבנקין, ח., שטינמיץ, ד., חמאייסי, פ. ותמיר, ע. (2000). עמדות רופאים כלפי חוק זכויות החולה. הרפואה, 138, 1054-1050.

- יובל, ד., רוזן, ב., חניניץ, ד., קונגלייס, א. (1995). השהות בביה"ח מנקודת ראותו של המאושפז, ממצאים ראשוניים מסקר מאושפזים. גיינט-מכון ברוקדייל.
- ישי, ר. (1991). הועדה לקביעת כללים על זכות האדם לגופו, אתיקה רפואית, רפואה ומשפט, 4, 15-16.
- מוזס, ב. (1988). הרפואה המודרנית, החלטות באי ודאות. תל אביב: הוצאת עם עובד.
- מוזס, ב. (1999). אדם משחק אלוהים, תל אביב: הוצאת דיונון, אוניברסיטת תל אביב.
- מימון, נ. (1997). משפט רפואי התמודדות המחוקק עם שאלת מתן טיפול רפואי ללא הסכמה או בכפייה. רפואה ומשפט, 17, 78-89.
- משרד הבריאות (1995). חוזר המנהל הכללי. הסכמת החולה לטיפול רפואי. 4.9.95 (מס' 18/95).
- פסקים מחוזיים (1964), תיק אזרחי 838/64, שטיינר גבריאלה נגד ר"ר בר חיים ואחרים, כרך נ', ע"מ 300.
- שוחטמן, א. (1999). על דרישות ההסכמה המודעת בהפסקות הרייון. משפטים, כ"ט, 737-776.
- שטיינמן, ד. וטבנקין ח. (2000). דעתם של הרופאים על חוק זכויות החולה – ניתוח איכותי. הרפואה, 139, ג-ד, 88-90.
- Beck, J. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Buckman, R. (1992). *How to break bad news*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Echlin, K.N., & Rees, C.E. (2002). Information needs and information seeking behaviors of men with prostate cancer and their partners: A review of the literature. *Cancer Nursing*, 25, 35-41.
- Goldstein, H. (1982). Cognitive approaches to direct practice. *Social Service Review*, 56, 539-555.
- Hebert, P.C., Hoffmaster, B., Glass, K.C., & Singer, P.A. (1997). Bioethics for clinicians: Truth telling. *Canadian Medical Association*, 156, 225-228.
- Horikawa, N., Yamazaki, T., Sagawa, M., & Negata, T. (2000). Changes in disclosure of information to cancer patients in a general hospital in Japan. *General Hospital Psychiatry*, 22, 37-42.
- Jenkins, V., Fallowfield, L., & Saul, J. (2001). Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centres. *British Journal of Cancer*, 84, 48-51.
- Krupp, W., Spanehl, O., Laubach, W., & Seifert, V. (2000). Informed consent in neurosurgery: Patients' recall of preoperative discussion. *Acta Neurochirurgica*, 142, 233-239.
- Lantos, J. (1993). Informed consent: The whole truth for patient? *Cancer Supplement*, 72, 2811-2815.
- McKeown, R.E., Reininger, B.M., Martin, M., & Hoppmann, R.A. (2002). Shared decision making: Views of first year residents and clinic patients. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 77, 438-445.
- Osuna, E., Perez, C.A., Perez, M.O., & Luna, A. (1998). Informed consent: Evaluation of the information provided to patients before anaesthesia and surgery. *World Association for Medical Law*, 17, 511-518.
- Short, D. (1993). The importance of words. *British Journal of Hospital Medicine*, 50, 448-550.

- Siegal, G., Siegal, N., & Weisman, Y. (2001). Physicians' attitudes towards patients rights legislation. *Medicine and Law*, 20, 63–78.
- Sprung, C.L., & Winick, B.J. (1989). Informed consent in theory and practice: Legal and medical perspectives on the informed consent doctrine and a proposed reconceptualization. *Critical Care Medicine*, 17, 1346–1353.
- Sullivan, R.J., Menapace, L.W., & White, R.M. (2001). Truth telling and patient diagnoses. *Journal of Medical Ethics*, 27, 192–197.
- Vincent, J.L. (1998). Information in the ICU: Are we being honest with our patients? The results of a European questionnaire. *Intensive Care Medicine*, 24, 1251–1256.

