

הכרה בזכות חוקית "פוזיטיבית" לקבלת טיפול פליאטיבי – זו השעה

מאת

סילביאן קולומבו וראובן (רוני) ציגלר*

פתח־דבר

ב. מחות הטיפול הפליאטיבי בפריזמה היסטורית

1. מהו טיפול פליאטיבי?

2. התפתחותו ההיסטורית של הטיפול הפליאטיבי

ג. המציאות הישראלית המורכבת: קהיליית מתנדבים פעילה לצד חוסר מודעות מערכתית

1. כללי

2. החינוך הרפואי להקניית ידע בתחום הטיפול הפליאטיבי

3. המסד הרפואי

4. יוזמות חוץ-מערכתיות

ד. ההוריים בדבר: הרתיעה בחברה המערבית מדיון בשאלות "סוף החיים"

ה. השיבה עימנה המפורש של הזכות לקבל טיפול פליאטיבי

1. מדוע הכרה מפורשת בזכות "חוקית" פוזיטיבית הינה חיונית?

2. פתרונות חקיקתיים אפשריים בראי המודל שהציעה ועדת שטיינברג

3. עקרונות כלליים ליישום הצעת החקיקה

4. השגות אפשריות על המודל המוצע

1. מבט לעתיד

* סילביאן קולומבו היא מוציאה בכירה בפקולטה למשפטים באוניברסיטת חיפה. ראובן (רוני) ציגלר הוא תלמיד לתואר מוסמך במשפטים באוניברסיטת העברית בירושלים.

השתתפות המתברר הראשונה כמשיקפה בדיוני התזווערת המשפטית של "ועדת שטיינברג לנושא הזולה הנושה למח" להלן: ועדת שטיינברג, שהוקמה על-ידי משרד הבריאות בשנת 2000, הוותה את ההשדאה לכתובה המאמר בנושא, ועל כך הכתובים מודים לפרופסור אברהם שטיינברג, שעמד בראש הוועדה, ולפרופסור אנטון כרמי, שעמד בראש התזוערת המשפטית. גאי כרמי, עורך המחקר ועורך תוראה של המתברר, סייע ותרם בהערותי לגיבוש נוסחי תופי של המאמר. המגברים מודים מאוד למערכת על הסייע והעזרה בשלבים תופיים של עיצוב המאמר.

הריון בטיפול פליאטיבי בספירות המשפטיות בישראל נפקד לזמלושין (חוקה הריון בנושא בספרות הפואיות המקצועית בישראל ועוסק בייחס לספרות העולמית המקבילתה)⁴ הריון

– ד"ר נתן צ'רני, מנהל החזרה לטיפול תומך בכאב סריגי, המחלקה האוקולוגית, המרכז הרפואי "שערי צדק", ירושלים.

– גב' רמה ספיר, מנאמת מחקר ודוקות קלינית, החזרה לטיפול תומך בכאב סריגי, המחלקה האוקולוגית, המרכז הרפואי "שערי צדק", ירושלים.

– פרופסור יונתן הלוי, מנהל המרכז הרפואי "שערי צדק", ירושלים.

– בשאלת אופן מנין הטיפול הפליאטיבי וניהול שירותי הנוספים באזור יעפה והצפון: ד"ר אורה ציבילסקי, מנהלית "תמיכה" האגודה הישראלית לטיפול תומך ולשעבר מנהלת "נוספים בית טבעון".

– גב' נעמי ברנדון, מתנדבת, נוספים בית יעפה והוספים אשפוז "נוף הדר", חיפה. ר'רית אלי אשי, מייסד "נוף הגפן" (מוסד לטיפול בתולים שווספים אשפוז "נוף הדר" פועל בתוכו) חיפה.

– גב' אילנה מירבנאום, מנהלת נוספים אשפוז "נוף הדר", חיפה. בנוגע להבטת המספטיים של המוגיא:

– כבוד ושיא בית המשפט העליון, פרופסור אהרן ברק, פרופסור רוברט ברט מאוניברסיטת "יל ופרופסור צבי צינגלר מהסניון הואילו לקרוא את הצעת המחברת ולהגיב עליה בכמה שורות שפערכו עמם.

– כבוד השופטים (בריימוס) שארי ויצחק זאזיר הואילו להודיע הערות בכתב בנוגע למוסד החקיקתי המוצג במאמר.

– שופט בית המשפט הפדרלי לערעורים באצות-הכרית (2nd Circuit), גווינדו קלרסי, הואיל להגיב בארכיון לפני שני המחברים, במפגשים עם המחברת הראשונה ב-6.2.2002 ועם המחבר השני ב-2.17.9.2002, את בקורת-מבט שיופס בסוגיות חקשורות ליסוף חתימים" כפי שהיא באה לידי ביטוי, בין היתר, בעניין *Vacco v. Quill* 521 U.S. 793, 138 L. Ed.2d (1997).

כל השירותים, המפטיים והמתכותות לעיל מוזעדים בקלות, בדואר אלקטרוני ובמכתבים. המחברים ערכו פגישות נוספות, באופן לא-פורמלי, עם רופאים, משפטים ואנשים נוספים, ביניהם חולים כרוניים, שהסכימו לחלוק עם המחברים את חשפתי-עולמם בשאלות חקשורות ליסוף חתימים" אף ששמותיהם אינם מופיעים כאן, מטרה להם הכרת תודה מקרב לב.

הספרות הורה בנושא טיפול פליאטיבי זינה, לעומת זאת, מקיפה (אם כי גם היא מפתח באופן משמעותי אחר) הספרות בנושא המת-חסידי, משום כך, בעוד שבכל הנוגע בספרות הישראלית בנושא יזא המודע שנובא במאמר זה מלא (כמישם החלקה), הרי שביחס לספרות הזרה הולבלה ההתייחסות במסרון (באמצעות הפניות) למספר מצומצם של פריסולמים חשובים ומרכזיים.

– לספר מרכזי, שכתב אודו מהלוצי הטיפול הפליאטיבי בעולם, ראו: R.G. Twycross, *Introducing Palliative Care* (Oxford, 1995).

4

279

"טבעי למה כשם שטבעי להיוולד?"
פרנסיס בייקון (1561-1626)**

א. פתח-דבר

הטיפול הפליאטיבי,¹ נושא המצוי במרכזו של הריון בשאלות "סוף החיים" בקהילייה המשפטית הבריטאומית, מעורר באופן מפתיע עניין שולי בקהילייה המשפטית בישראל. מטרתו של מאמר זה היא להעלות את הטיפול הפליאטיבי על סדר-היום המשפטי-הציבורי, להרגיש את חשיבותו המכרעת של הריון בשאלות "סוף החיים" ולהביא לרי שינוי במעמד החוק שהטיפול הפליאטיבי בישראל זוכה בו.

המאמר יבחן את נושא הטיפול הפליאטיבי מנקודות-מבט אחרות. ראשית, תוצג מודת הטיפול הפליאטיבי בפרספקטיבה היסטורית. שנית, תיבחן, באופן אמפירי, המציאות הישראלית המורכבת בכל הנוגע בהתייחסות לטיפול הפליאטיבי. שלישית, יועלו תרומות ברבר התייחסות בחברה המערבית (וישראל) בכללותה מהתמודדות ראיה עם שאלות "סוף החיים". לבסוף, יוצג הצורך חקיי ליעת המחברים בעניין חקיקתי מפורש של הכות לקבלת טיפול פליאטיבי בחקיקה הישראלית, תוך התייחסות המודל המוצע בעניין זה על-ידי ועדת שטיינברג.²

בכל הנוגע בפרק העוסק בהיאור המציאות הישראלית, המאמר מבוסס ברובו על ראינות-ששח שלרבו כותביו בשנתיים האחרונות,³ בעיקר בשל העובדה שמקובל של

** F. Bacon *The Essays or Counsels, Civil and Moral* (New York, 1949) 12-14

1 בשפה העברית לא קיים מונח מקביל ל- *Palliative Care* (במשמעותו בקהיליית הרפואת הוברת ואנגלית, במיוחד לנוכח הוסר בתרגום מדויק של משמעות המלה "ease". בקהיליית הרפואית בישראל מונח איפוא להשמט במונחים "טיפול תומך", "מקל טבל" או "פליאטיבי", שאז בהם כדי לשקף באופן מלא את התמציינים הממונים לעניין זה, ראו להלן הריון בפרק ב. בהוספת המינות "חקלתי" יש כדי להציג תמונה משקפת יותר, אך לא די בו כשלעצמו. לאורך המאמר ייעשה איפוא שימוש במונח השגור ביותר בהחום בישראל, מונח שאינו ממצה – "טיפול פליאטיבי".

2 ב-19 בנובמבר 2001 הנישה ועדת שטיינברג לעיון ועדת חוקה, חוק ומשפט של הכנסת את הצעת-חוק: תחלת הנושח למות (להלן: הצעת-החוק). סעיף 13 לעצת-החוק מתייחס במפורש לנושא הטיפול הפליאטיבי (לדיון במודל המוצע בהצעת-החוק, ראו להלן פרק זה על-אף חלוק המנח חרב, טרם התקיימו בוועדת חוקה, חוק ומשפט דיונים בעניינה של הצעת החקיקה האמורה. לעיון בהצעת החוק ראו: www.health.gov.il/pages/default.asp?Pageid=632&parentid=10&id=6&maincate=1

3 במהלך המקופה שבין קץ 2000 לסתיו 2002 ערכו כותבי המאמר שירות ומפישות עם אנשי המקצוע הבאים, שלכולם מטרת תורה על שהסכימו לחלוק את הדיע והניסיון שצברו במהלך עבודתם. בשאלת מהותו של הטיפול הפליאטיבי ומצבו הנוכחי בישראל:

לפאתי הדין בשאלות אחרות, כגון שאלות המותג'הטו; כך, לא תישאל השאלה באילו מקרים ראוי שתוכר כמות-ליטות בכבוד? ואם המורל החקיקתי שהוצע להסדרת נושא זה בתצורה-החוק של ועדת ששיינברג יש בו כדי לתת מענה הולם לשאלות המתעוררות אם לא?⁸ התהייתוסת לזמנת-הסד תיעשה אך ורק כאשר יש בה רלוונטיות לשאלת הטיפול הפליאטיבי; כך, יסענו המתנדבים, כי הכרה מפורשת בוכרת להמתג'הטו, ללא הקשחת משומת-לב מספקת לוכות לקבלת טיפול פליאטיבי, צלולה לא רק לגרם פגיעה בקדמות המהותי של זו האחרונה, אלא גם להגבא לדי גלישה במדרון חלקלק קונספידואלי, שבמתחתיו תיחשב המותג'הטו לפתרון האולטימטיבי, השבעי והאופטימי לכל מצב. התקוות הצי שיוזיה במאמר זה כדי להגרום להמתג'הטו של דין אקדמי משפטי בנושא הטיפול הפליאטיבי.

ב. מהות הטיפול הפליאטיבי בפרימה היסטורית

1. מהו טיפול פליאטיבי?

ארלו הרבירות העולמי (WHO) הגדיר את הטיפול הפליאטיבי בשנת 1990 כ"טיפול פעיל שלם בהוללים שמולתם אינה מוגכה עוד על טיפול ריפויי. בבסיס הטיפול עומדים העצמות הכאב והמטמיגים אחרים, וכן בעיות פסיכולוגיות, חברתיות ונפשיות (שהתווילה סובל מהן). מטרת הטיפול הפליאטיבי היא להבטיח את איכות החיים הגבוהה ביותר האפשרית והוללים ולגבי משפחותיהם?⁹ טיפול פליאטיבי אינו אופיא טיפול ריפויי ואף לא טיפול רפואי בלבד, אלא הוא נוצר להמתג'הטו עם כלל התסמינים של המחלה בהקשר המיברתי.¹⁰

כאשר מוכרים את המונח "טיפול פליאטיבי", מדעה הרווחת היא שתכווננו אינה אך

הטיפול הפליאטיבי במטגרות הסדרה הכללית של נושא המותג'הטו בתצורה-החוק שהציעה ועדת ששיינברג במטב בקורת.

7 לדין מקף רב-החומר בנושא המותג'הטו, ראו: Carmi ed., *Euthanasia* (Berlin, A. 1984).

8 בכונות מכוון לא יודנו אף היבטים נזיקיים של שאלות "סוף החיים" הקשורים לזלגלות רפואית או היבטים פוליטיים הכרוכים בנושא המותג'הטו.

9 במקור: Palliative Care is the active total care of patients whose disease is not responsive to curative treatment. Control of pain, of other symptoms, and of psychological, social and spiritual problems is paramount. The goal of palliative care is the achievement of the best possible quality of life for patients and their families." World Health Organisation "WHO Definition of Palliative Care" www.who.int/dsaf/justpub/plan.htm

10 ראו: World Health Organisation (WHO) *Cancer Pain Relief and Palliative Care* (1990) 11-12.

בשאלות "סוף החיים" בישראל סבב בעבר וסובב כיום באופן בלעדי כמעט סביב שאלת ההכרה בזכות להמתג'הטו,⁵ והציסוק (המוצט) בטיפול פליאטיבי נעשה ברובו על בסיס מודיעות חלקיות.⁶ מאמר זה יעסיק אפי'ן בטיפול הפליאטיבי, ובו בלבד, תוך הימנעות מכוניסו רבת

– למאמר מוביל, תכוח וריכים לקביעת יעדים לטיפול ב"סוף החיים" באמצעות טיפול פליאטיבי, ראו: M. Danis et al. "Incorporating Palliative Care into Critical Care Education, Principles, Challenges and Opportunities" 27 *Critical Care Medicine* (1999).

– לספר חשוב שכתבו רופאים ישראליים, אלכסנדר וולך (מנהל רפואי, תוספיס תל-השומר) ונסי קרולין (מנהלת רפואית, תוספיס הגליל העליון, מטולוגו מומחים בנושא הטיפול הפליאטיבי, ראו: A. Waller & N.L. Caroline *Handbook of Palliative Care in Cancer* (Boston & Oxford, 1996).

5 במידות בשנתיים האחרונות הניע נושא המותג'הטו אל מרכז ההתעניינות החקורחית בישראל לזכות כמות התמהווחיות משפחותיות. ראשית, חקיקת חוק הכולל המסד באופן רשמי את האחריות הפלילית במבניעי המותג'הטו (חוק אושר כנסת החלרי ב-9 באפריל 2001, ברוב של 46 מול 28. לניסח החוק ראו: Section 293(2) of the Dutch Code Panel (להלן: Section 293(2)) ב: www.worldwide-legal.org/dutchlawtext.html.

שנית, קבלת אישור ועדת חוקה, חוק ומשפט להעלות לקריאה ראשונה התעשת-חוק פוסית של תורת-הכנסת ענת מאור, שתאמש להולת תופי לנישה לכות לקוש לא להאריך את חיינו באמצעים פלאותוריים (ראו ב" www.knesset.gov.il/protocols/search.asp).

פודוטוקול מס' 285 של ועדת חוקה, חוק ומשפט של הכנסת מיס יד 21 במרס 2001, ראו ב" ויבון "תסכמה מקיף אל קידי" לילך 12 (תססיס) 4. המסר חדין בתצורה-החוק של תורת-הכנסת מאור הוקפא בהסכמה עקב הגשת הצעת-החוק שתכינה ועדת ששיינברג לעיון ועדת חוקה, חוק ומשפט של הכנסת. ראו ב" ויבון ורי גור "אחרו ועדת ששיינברג" לילך 13 (תססיס) 4. שלישית, מתן פסק-דין הצהרתי של גביא בית-המשפט המחוזי בתל-אביב, השופט אורי גורן, המתיר ביצוע המותג'הטו להולת תופיני על-פי בקשתו (ראו הלפ (תיס) 529/01 פלנית ב' הפללית שירותי בריאות, (תקיטוח) 2001 (2) 42547).

6 בהקשר זה משמשת הקמת ועדת ששיינברג על-ידי שר תבריאות "מקרה מבוטן", הועדה כוננה בראשית דרכה "יעדת ששיינברג לנישא המותג'הטו החסי", וכמת-המפדט שלה לא כלל התייחסות מקיפה לשאלות "סוף החיים", עם התקומות דיוני הוועדה הוולט לשנות את שמה כך שישקף באופן מקיף יותר את הנושאים העומדים על המרק, ואכן, כפי שצוין למתג'הטו, לא נפקי גם מקומו של הטיפול הפליאטיבי. עם זאת, בעובדה שמטורד הבריאות מציא לנכון למקד פלכותחילת את דיוני הוועדה בנושא המותג'הטו, כמו גם בעובדה שנושא זה עומד במרכז הצעת-החוקה יש כדי להציע שבמציאות הישראלית של השנים האחרונות גודק חדין באפשרויות הטיפול הפליאטיבי שראוי כי יעברו לרשות הווללים חקוקים לתת לשוליו של חדין בהמתג'הטו. בהמשך המאמר יודון אחרות של

מעתה החולה הוא המהולל על הטיפול הראוי.¹⁴ הטיפול הפליאטיבי מתבסס, בין היתר, על התפיסה הנורסת כי השאיפה למוות היא רצון רגעי, המשתנה עם הזמן. לפי תפיסה זו, רק מיצוי מקרב החולים מביע רצון מתמשך וקבוע למוות (ובדומה המקיים חלון, רצון זה נובע מדיכאון וכאבים), האדם הוא יצור המסוגל למצבים חדשים, יודעים מקיים רבים של חולים, המצויים בשלב "א" של המתה, ומצויים כי הם מצויינים למוות המתגשם לשלב "ב", אולם כאשר שלב "ב" מופיע, הם רואים את הדברים באור חדש, ומה שנראה להם לפני כן כצפוי לחיות בלתי-נסיב אינו נראה להם בשלב קבלת ההחלטה מצדק את תפסת החיים.¹⁵ טיפול פליאטיבי הולם ומקור, המקל על סבל וכאבי של החולה ומבטיח לו את האיכות הגבוהה ביותר האפשרית לחייו הנותרים, עשוי ליצור אצל החולה את "שינוי המשקל הנודש" שבו ידו של הרצון להמשיך לחיות תהיה על העליונה.¹⁶

הטיפול הפליאטיבי אינו "מציע" לנושים למוות ולקרוביהם הארכת חיים או הפסקתם באופן מלאכותי. הטיפול הפליאטיבי, להבדיל מהמתחמס, מתמקד באיכות סוף החיים

היותו לשפר את דרך קבלת ההחלטות במצבי סוף החיים" ולהקפיד את תדירות המצבים שבהם תהליך המוות מאורכד באופן מלאכותי, באמצעות סיכון, המסב לחולים סבל וכאב. (לסקירה מפורטת של שיטות המחקר, ובכללן אופן איסוף המידע והניתוח המסטיטי של המתנגדים, תוך שפוש בקבוצת-ביקורת, ראו בנגוף המאמץ) תוצאות המחקר העירו, בין היתר, על קשיים משמעותיים המתבטאים אצל רופאים, בטיפול בחולים במחלות קשות המאופיינים בכה-חוליים. החוקרים מציינים, בין מסקנות המאמר, כי "הצלתה [במפרון] המשבר] מהייבת בחינה מחדש של המהויבות האתי-וידואית והקליניכית שלנו ליצירת אלה, נסיונות יצירתיים יותר לעצב מחדש את אליך הטיפול, ואולי נסיונות פועלים יותר ליצירת שינוי".¹⁷

14 הוגים מוסים, כאמור, בסוג ובמחוז של הטיפול בחולה, ואין בו כדי להגדיר בהכרח היצנות לבקשת חולה להמתת-חסי; שהרי האוטונומיה של החולה, כמו כל זכות אחרת, אינה מהותית, ויש לאונה מול הנזקים-כבוח למרקם החברתי, וביניהם, למשל, אמונת רוב החברה כי רופאים הם "מגילי חיים", או הסכנה שבשלב מסוים יתחשו אוכלוסיות שלמות, כגון אוכלוסיית החוקים, לבלתי-נחוצות תברותי. כאמור, בסוגיה זו לא ייערך דיון מקיף בסמטרת האמור זה.

15 ראו לי קורנר "צמח לחיות" מוסף הארץ 29.6.2001, שבו מוצג ד"ר רחמים מלמד-כהן, הסובל מהחלת ניוון של מערכת העצבים המרכזית שתחילתה במח המושכה בעמוד-השדרה; "זנוף סתגל למצבים וחי איומים... עקשי כל המשוות שלי יודעת שאני רוצה לחיות. הם יודעים שאפשר להמשיך לחיות גם במצבים קשים פחותה גופנית... לא לאלול לבר, זה גם כן לא נורא. אני אמנם לא מרגיש את החיים, אבל אני נושם חתי. אני מרגיש שאני הודם לסיבתה... ראו גם א' המופר וי' ניריאר כמול סרפן – משע לבלי שוב (תשס"ב) 276

16 דאו, באופן כללי: N.I. Cheney, N. Coyle & K.M. Foley "Suffering in the Advanced Cancer Patient: A Definition and Taxonomy" 10 *Journal of Palliative Care* (1994) 57

לחירות הניתנות לשם שיכון כאבים (כפי שנהוג להשווה לציונים), אלא, כפי שמכרז חבראות המאריקאי (QOM) הגדיר זאת בשנת 1997, גם להכנת המישרים הפיזיים, תפסכולוגיים, הנפשיים והמעשיים של דוקטרינת הזאגה לחולה; וזהו, אבהון ופרונוגוה המסבירות לחולה המגוי יעדים ותוכניות, והאמצעים של הטיפול הפליאטיבי וטיפולים אחרים ליעדים אלה".¹¹

מחוז הטיפול הפליאטיבי הוא יישומם של העקרונות הכלליים המופיעים בשרת המגדרות שהוצאו לעיל. ראשית, השוב מכל, מושג דגש ביחווה" כחלק ממעגל חייו של האדם, חלק בלתי-נפרד המשלים את החוויה האנושית. תפסולופיה שהטיפול הפליאטיבי מבוסס עליה היא דאגה מלאה לחולה, כוז ששמה במרכז את צרכיו הייחודיים, לא רק הרפואיים, אלא גם תפסכולוגיים, תברתיים והנפשיים. תפסית העולם העומדת בבסיס הטיפול הפליאטיבי היא ריסון, ומקורה בחוק התיפוקרטי *in dubio astute* (כשיש ספק, הזמג [מפועלת]), זאת במובןן מנטייה תרונות בקרב רופאים רבים בעידן המודרני לטפל במחלה באופן ריפוי גם כשמתעוררים בקרבים משמעותיים לגבי הצלחתו הנצפית של הטיפול.¹²

השירה – השלב שבו הרופא מעריך כי נוחר סיכוי קלוש שההצטרבות הרפואית תשיג יעד רפויי מסוים. (שלב זה מכונה בלעז "medical futility"). הטיפול הפליאטיבי מבוסס על איסונומיה החולה וההכרה העצמית שלו, במובן זה שתחולה הוא המחליט, בהתאם לערכיו, אם להמשיך להשקש עצמו לטיפול רפואי. לפי עקרונות הטיפול הפליאטיבי, כאשר מוצו כל הנטינות הריפויים, הרופא אמור להודול מאמציו לרפא את החולה בכל מחיר, ופעולותיו מרגיע והאיך ראו שיתמקד בהקלת סבלו, כמחן המכנה ובאון קשבת.¹³

11 במקור: "Understanding the physical, psychological, spiritual and practical dimensions of care-giving: identifying and communicating diagnosis and prognosis; establishing goals and plans, and fitting palliative and other care to Institute of Medicine Approaching Death: Improving Care at these goals".
the End of Life (Washington, 1997) 260

12 לשענה זו ראו, באופן כללי: P. Star *The Social Transformation of American and the Making of a Vast Industry* (New York, 1982); R. Burt *Death Is That Man Taking Names: Intersections of American Medicine, Law, and Culture* (Berkeley, 2002)
13 משיחה עם פרופסור יונתן חלי, מנהל המרכז הרפואי "שערי צדק" בירושלים, במסגרת כנס ארצי שנערך באוניברסיטת חיפה ב-8.5.01, הוא מביע חשש שכל שנרשמה התקבוחת בסכנולוגיה ובאמצעי ריפוי, כן משבר התקשורת בין הרופא לחולה חולך ומעיק. ראו המאמר הבא, משנת 1995, שהיה חושני באופן שבו הציג את בעיית התקשורת בין הרופא לבין חוליו: Improve Care to Seriously Ill Hospitalized Patients" 274 *JAMA* (1995) 1591

שנערך בשיני שלבים (שנתיים בכל פעם) בהמישה בתי-חולים מוגדלים בארצות-הברית, בקרב משעתי אלפים שלוש באות ואתר חולים בגורים שמהלומה אובונה כמסכת חיים,

לחיי החולה והן לאחר מותו למשל על ידי הקמת קבוצות-תמיכה, והכל מתוך שאיפה לצמצם ככל שניתן את תביעורקוטיה הנלווית פצמים כה רבות לנהלים רפואיים ומינהליים במערכת הבריאות.

על-מנת להתבטח שאנשי-מקצוע רבים יד הצורך יוכשרו לעסוק בטיפול פליאטיבי ברשת הברה בו כהמתוות רפואת בסיסית שכל לומדי הרפואה יתחשפו לה, מסלול חתכשה של כל סטודנט רפואה, גם אלה שלא יעסקו ולא יום אחד בניצוקלוגיה, לרומה כולל רכישת ידע בסיסי בכל תחומי ההמתוות ברפואה, ובכללם הניצוקלוגיה, קל וחומר ראוי שכל הסטודנטים לרפואה יידעו טיפול פליאטיבי מהו, מוטם שרבים מהם עשויים להודיש לידע זה שכל זה או אחר של עיסוקם המקצועי. מציע אפוא לגלות שהמתבוננת של בת-הספר לרפואה בעולם כולו ממוקדת כיום באופן מובהק בשימור והארכת חיים בכל מחיר, ומקומו של החייון במוות מוגבל למספר מצומצם של שעות חוראה.²¹ התוצאה היא שרופאים רבים נמקלים במוות לראשונה כשהם חסרי הכשרה נאותה להתמודד איתו.²²

הרפואה המודרנית מבוססת ברובה על פישול אקטיבי לריפוי. הטרמינולוגיה שנה משמובשים לקחה מעולם המלחמה: הרופאים "גלחמים" במוות, עליהם "לצנה" את "זאובי", והמטות הם "מפסידנים". כמי שהכשרו "לצנה" בכל מצב,²³ הרופאים רואים במות החולה, לעיתים קרובות שלא בצדק, כישלון אישי שלהם.²⁴ רופאים שלא הכשרו להתעניק תקלה רגשית ורוחנית למסופותיהם מצרפיים כיום להתרחק מהחולים הנזטים

21 לויזן ברתה בשאלת הכשרתם והאקדמיה של רופאים בישראל בתחום הטיפול הפליאטיבי ראו להלן, פרק ג.

22 האגודה הבריטית לתוך הסרין הוריצה בסוף פרס 2002 שהיא בוחנת, בשיחה עם נמשלת בריטניה, דרכים לשיפור כישורי המקורות הכינאטיה של רופאים. הרופאים יצברו השתלמות לשיפור יזום למאשפוזים, ולמדו כיצד יש לכשר לחולים בשירות רעות. ראו שירות הריעות וריטורס 25.5.2002. www.journals.com.

23 לניתוח האנגרים שהטרמינולוגיה המלחמתית שבה נעשה שימוש כשדנים בנוח האדם מצביה, ראו: Sontag *Illness and Metaphors* (New York, 1990) (במקור, פורסם ב: Sontag *Sontag Illness and Metaphors* (New York, 1989) ו-1979) שהשימוש במטפורות הלוקחות משדה הקרב תורם להצמדת חיוג שלילי למחלות כסוימות, ובמידה מסוימת לכל החולים. "המלחמה נגד מחלות אינו רק קריאה לרת לחישה וקנאה ולתקיפה בחיך רבים יותר, המספורה יוצרת את האופן שבו מחלות בוראות כסוימות נתפסות כאחי, וי, כאויבים במלחמה בתקופת המודרנית." (ibid, p. 99).

24 כך, אין שואלים לעיתים קרובות אם יש להילחם במוות או לקבלו כחלק ממסלול החיים, שהרי המוות הוא חלק טבעי וחשוב של חיינו. הוא בלתי-זמני, אין לכפור בו ואין לדאות בו כישלון. לענין זה, ראו: D. Callahan "Research and the Place of Death in Modern Medicine" 29 *Israel Yearbook on Human Rights* (1999) 71, 73.

ורכבות למות באופן שבו יישמר כבודו של האדם בתקופת חייו האחרונה, למרבה הצער, מקורי מוות רבים מתרחשים בעת הזאת בסביבה מנוכרת של ציוי חיי-שם משוכבל, מכונות השממה מלאכותיות, חררי בת-זוילים קרים, בדיקות וטיפולים רפואיים שנדמה כי אינם מסויימים לעולם, רופאים מוחשים, אהיות עסוקות, ומעל לכל – בריאות אינמה,¹⁷ נדמה לעיתים כי נסינות עילאיים להחזיק את החולה בחיים ומן רב ככל האפשר נעשים מתוך דאגה לא רק לחולה, אלא גם למוניטין של הממסד הרפואי.

כאמור, בבסיס הפילוסופי של הרפואה המודרנית עומד היסוד של עשיית הפעולה, וכך גם מוקצנים המשאבים הכספיים של המערכת – כאשר הדאגה לזוטים למות ולקורבניה נדחקת לתחתית של סולם העדיפות. 18 הדאגה העיקרית של המערכת, שבה הצוות הרפואי ממשיך את הודיע והפון שלו, נוגמה לשימור החיים,¹⁹ ולא להכנת החולה וסביבתו למוות הקרב ובה ולשימור תנאי חיהם בתקופה שלפני המוות. כך, תשומת-חלב והמון המקדשים לחולה הנזטה למות מוגבלים ומצומצמים. הטיפול הפליאטיבי, לעומת זאת, מתמקד בשינוי "סביבת המוות" ובתוכיכתו לאנושית והמה ככל שניתן.

לשים כך, הטיפול הפליאטיבי מתמקד ביז החיה בהקלת מכאובים, פרויזם ונפשיים גם יחד.¹⁹ ניזון למנוע מהחולה סבל רב, כך נעשן, באמצעות שיפול חולם, הכלל תרופות נאותות, צוות רפואי מאומן וסביבה נוחה ומדינית.²⁰ בקשותיו ורצונותיו של החולה ממויזם חלק בלתי-נפרד מהחלה הרפואי של קבלת החלטות, המחזות שכלעצמו חלק אחד בלבד מתוך בחינה רב-תחומית של צרכיו היחודיים של כל חולה, צוות רפואי בטיפול פליאטיבי חייב לפיכך לכלול רופאים ואחות בעלי הכשרה מתאמה, עובדים סוציאליים, פסיכולוגים ואנשי-מקצוע אחרים. הגישה של הצוות הרפואי בבואו לטפל בחולה חייבת להיות של פתיחות והאגה, תוך שיתוף המשתתף, תן בחודשים האחרונים

17 להסקפה מענינה על בדידותו והאימה של האדם (במאה התשע-עשרה אומנם) ראו ל"י טילטסר איוואן אוליקי ואחרים (תשנ"ט).

18 למעלה מ-80% מהמטופלים הכלכליים מוקדשים כיום בעולם לטיפולים ריפויים, בעוד WHO ממליץ על הקצאה שוויונית – 50% לטיפולים ריפויים, 50% לטיפולים מקלי-סבל. תשומת-לב דלה מוקדשת כיום על-ידי הממסד הרפואי לקשיחים של חולים הסובלים במחלת וטרסין. ראו: D. Walsh & S. Gordon "The Terminally III: Dying for Palliative Medicine" 18(3) *American Journal of Hospice and Palliative Care* (2001) 203.

19 להמשה כללית של שיטות לטיפול מקלי-סבל ראו הטיפול בכך הממשפחה בביתו (מחברת הדרכה למטפל בחולה בסיון בביתו, הוסיפה תופה לטיפול בית, תשנ"א, לדוגמה פרטיות אחרות של טיפול פליאטיבי הלכה למעשה, ראו ר' שהל-זמנר "הוספיס הדסה הר הצופנים – ירושלים" תמריכה 11 (תשנ"ט) 13; מ"י אבידן "שלישה מפגשים עם משפחה אחת" תמריכה 14 (תשנ"א) 8.

20 לעקרונות הטיפול הפליאטיבי, ראו ד"ר כונה הרפואה פליאטיבית – עקרונות הטיפול גרונולוגיה 65 (תשנ"ד) 5; פ' ברקמן ועו יושפה "מאפייני המטפל המשתתף בחולה הסופי בקהלה" גרונולוגיה 65 (תשנ"ד) 40.

באצרות-הברית, לעומת זאת, צמחה תנועת ההוספיס "מן השעת" (בלעז, כ: grass movement, foot movement), ואפיינה אותה קריאת-תזיג על המסד הרפואי. שנות השישים של המאה העשרים, תקופה של פריחה רעיונית אנטי-ממסדיים (כגון הפמיניזם וכוונות האורז), אפשרו פריחת תנועות הרגולציה בכוונות חולים,⁴⁰ שהובילתן מבינתן והתהוותן שערורו כנגסת תכנון-הגיה והחשה, הניכור הגובר של המסד הרפואי והפגיעה בהוספיס המורו גיסא, וכצמצום המגע האנושי הרווח שהתקבל בקרב חולים ליד המיון-הקריטי והחלטה וגוברת שבה החלה נתקל בנגוע להזדמדות עם המוות, וקראו לאמונו חולים" פעלו להקניית דע לרופאים בנוגע להזדמדות עם המוות, וקראו גישה שהיה בה כדי לסייע על התחלה בחלום בהחלטה להזדמדות עם המוות, וקראו גישת שנתה לשים הארכת חיי החולה ונוטה לזמן. ההוספיס הראשון בארצות-הברית נוסד בקונטיקט בשנת 1974.⁴¹ כעבור שנה חוקק ההוספיס של סט. לוקיס בניו-יורק.⁴² בשנים הראשונות מוטמו שירותי הטיפול הפליאטיבי ושירותי ההוספיס נותרו בשולי המודעות הציבורית. התייחסות אליהם הייתה כאל מי שצמחו לפגוע במסד הרפואי ומאיימים על כוחם של המאגרים העצמיים של מייצרי התרופות. השינוי הגדול הל עם התחלפות המינוח והמבנה-הרגולציה המקומית על הרפואה הארץאית ודם כניסתם של צולק המשפט הכריז אתקרה לידן הציבורי בשאלות "סוף החיים". הדין, שהתמקד באישית בשאלה אם התגדרה הצעתה והאנונימיות של החלטה מקנים לו את הכוח לקבל "סיוע להזדמדות", אפשר בחלוף הזמן את השתלבות הטיפול הפליאטיבי בשדה הציבורי, וכיום הוא מוהה חלק בלתי-נפרד משיחית.⁴⁴

40 ראו: Foucault *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception* (New York, M.S. Smith trans, 1973).

41 E. Dobihal, S. Lack, D. Rezendes & F. Wald *Principles of Hospice Care* (New Haven, 1975).
"Yale Plans Hospice Like St. Christopher's" *71 American Journal of Nursing* (1971) 2296.

42 R. Buckingham, J. Kron & H. Wald *The Hospice Concept* (New York, 1977).

43 חולים מתגוררים על שירותי Medicare וראים אומנם, משנת 1983, לזנתות בשירותי הווספיס, אולם רוב השירותים מוהנים גם כיום על-ידי גופים לא-ממשלתיים. ראו לעניין זה: M. America & N. Bohnet *Nursing Care of the Terminally Ill* (Boston, 1988).
V.F. Sender & P.M. O'Connor, ראו: *Hospice and Palliative Care* (Lanham, Maryland, 1997) 4-5.

44 יעידו על כך אגורות עונות שקבו בארצות-הברית בשנים האחרונות, וזגתה ה- *The American Academy of Hospice and Palliative Medicine*, *The American Journal of Palliative Medicine* ו- *The Journal of Pain and Symptom Management*.

כאן המקום להוד את הוהבתה תקימת כיום בין דיסציפלינת הטיפול הפליאטיבי לבין תנועת ההוספיס. שניהם מבוססים אומנם על שיטה דגש בהפיכת "סוף החיים" לתקופה נוחה יותר, ומשרת שנתה היא להביא את החולה ליד מיעין "סגירת מעגל" (closure) בלעז, אולם התפתחויות שונות הביאו לירי כך שטיפול פליאטיבי והוספיס אינם כיום שני שוליות לתופעה זוהי, אף שבמספרות המקצועיות ניכר עדיין ששטוש גבוהות מוסים ביניהם, הוספיס היא תוכנית מוגבלת שנועד לרת לזוהרה הנושה לזמן בביתו (הוספיס-בית) או במקום מיוחד (הוספיס-אשפוז), שנועד לרת לו מודת האפשר הנושה ברי-התמיה שבראשה האחרוניים, כשהיא מוקד תכרים ונבו משפחה. שיפול פליאטיבי, לעומת זאת, הוא ריסיפלינתי רפואתי-אקדמית הממומשת על-ידי קבוצת מטפלים רבי-תמיה שבראשה רופא המתמחה בריאה לחולים השוכני-מורפא. הדגש מושם בגוהיות ובמקסום איכות חיים. הטיפול אינו תלוי-מקום קבוע, בניגוד למהות של שירות הוספיס, כך, בעוד ששירותי הוספיס הינו סטטי, ובמתחתו הוא מוצג כהזדמדות לטיפול קונולונוניולי בסוף חיי החולה,³⁷ הוספיס הוא שיפול דינמי המתפתח ומשתנה כל העת, ויכול שיתקיים בצורות שונות עם שיפולים ריפויים אף בשלבים ראשוניים של גילוי המחלה השוכנת המורפא. הוא עשוי להיות פליאטיבי, שחול בניסיון לאפשר לחולים המצויים על ערש דווי לסיים למשהו, הטיפול הפליאטיבי, נופך לכדי פילוסופיה שלמה, שלפיה כל חולה, ולא רק החולה "נושה למה" הגדרש לטיפול מוטג אלה המתוכנים במאמר לעיל, וכלי לקבלם.³⁸ נכון שער לאחזרה ניתן לטיפול פליאטיבי בישראל בעיקר במסגרת שירותי הוספיס-בית והוספיס-אשפוז, אולם כיום הוא ניתן במקומות רבים גם בסביבת רפואית שירותית על-ידי רופאי-משפחה, בתי-חולים ובמוסדות סיעודיים.

בעקבות דיין סובנדס ותלמידים אחרים, זכו תנועת ההוספיס וריסיפלינתי הטיפול הפליאטיבי זה מכבר להכרה ציבורית ומשכרית בבריטניה, בעוד שקצב ההתקדמות במדינות אחרות אישי הרבה יותר. יש שישענו כי הסיבה להצלחה היחסית שבה זכו וזכה הטיפול הפליאטיבי בבריטניה היא העובדה שמערכת הבריאות שלה מבוססת על ערכים של דאגה קהילתית ותפיסתה של אחריות קולקטיבית לגורל החולה. בבריטניה התפתחה איפוא תנועת הוספיס מתוך המסד הרפואי ובתמיכתו העקיבית.³⁹

37 בריטופורים, סט. ג'וזפס, סט. מרגרטיס וסט. לוקיס, ראו לעניין זה: Stoddard, *supra*, note 31, at pp. 20-30.

38 טווה וכן של שלישו עד שישה חודשים לפי התגדרות המקובלות בארץ ובשולב, טווה וכן של שישה חודשים הוא גם המד שאיפיה ועדת שטיינברג לצורך הגדרתו של חולה נושה למה (ראו סעיף 1 לתעתיק-החוק, לעיל הערת 42).

39 ראו: J.A. Billings & S. Pantlzer "Survey of Palliative Care Programs in United States Teaching Hospitals" *4 Journal of Palliative Medicine* (2001) 309, 310.

39 מעניין שכבר בראשיתם, מוטמו שירותי הוספיס בבריטניה על-ידי "מערבת הבריאות הלאומית" – The National Health Service (NHS). לסקירת ת-NHS, ראו: I. Mohan *A National Health Service? (New York, 1995)*.

ג. המציאות הישראלית המורכבת: קהיליית מתנדבים פעילה לצד תוסר מודרנית מערכתית

1. כללי

בדוגמה של המציאות הישראלית, בהתאם להתהוותה לטיפול הפליאטיבי מעוררת רגשות מעורבים, על-אף העובדה שקיימת בישראל מערכת שירותים קהילתיים מן השנובת בעולם, הכוללת רופאים מסורים ומספר רב של מתנדבים, שהיה ניתן לנצלם לשם מתן טיפול פליאטיבי נאות לאוכלוסייה הנזקקת לו, טרם השתכללה מערכת הנבדלת הישראלית לגביה לצמצום מודרן ראוי להקצאה וניצול של המשאבים הנכספים הארגוניים העומדים לרשותה לצורך מטרת ראויות כגון דא. המוצאה היא, כפי שבאה לוחץ, שהפעילות בתחום נעשית באופן בלתי-מוסדר ומאלתר. ייסקרו לוחץ שלוש מרכיבים מרכזיים בפסיכוסוציאליים בתחום הטיפול הפליאטיבי בישראל: ההיגיון הרפואי לתקניית ידע בתחום, גישת הממשל הרפואי לנושא והיחלשות העיסוקים המציעות פתרונות משעמם לגיבוי תוסר ההסדרה המערכתית.

2. החינוך הרפואי לתקניית ידע בתחום הטיפול הפליאטיבי

נראה כי הטיפול הפליאטיבי כדיסציפלינה רפואית מקובלת בישראל טרם צעד צעד לה יצטרף מציינת מקומה החולם במסגרת החינוך הרפואי האקדמי הניתן במסגרות להשכלה גבוהה.⁴⁷

ד"ר נתן צ'ירני,⁴⁸ מהממחאים המובילים בתחום הטיפול הפליאטיבי בישראל, גורס כי

1105 (1999) *Lancet*. הערכה זו התבססה על התפיסה שלפיה על שירותים חברתיים ורפואיים להיות מתואמים, כך שטיפול פליאטיבי יינתן לחולים בעיקר בבית – המקום שנחשב לטוב ביותר בכל הנוגע בשליטה הן בטיפול והן בתוצאותיו (וכמובן, עלונו נמוכה יותר). לפיכך, על השוניים החקיקתיים לכלול המשרה טובה יותר של אנשי-מקצוע בברדים השונים של מערכת המרואות ושל עובדים סוציאליים וטיפולים טוב יותר במשפחות החולים. יתר על-כן, רוב המטוריים הספיריים הסכימו שעל-מנת לתקן את הלקיים הקיימים בהשירות אנשי-מקצוע לטיפול פליאטיבי, על סוג טיפול את להחושב לדיסציפלינה אקדמית נפרדת. אולם כאשר אנשים הצעתי-החוקי, תוצי *Coral Rodriguez*, נוטור מהמכללה הטכניאלסטית, יריבה של ה- *Partido Popular*, תיקון שלפיו התצעו מחזה "דיסקרימינציה בלתי-רגילה" של הוועדה המיוחדת שהוקמה כדי לבחון את שארית תמות החסד בספרד. בעיני המחברים, הצעות מסוג זה הנהי שגויה ונובעת מחברה לא-מספקת של תושא.

47 על הנציות הנבדשות מכך, בכל הנוגע ביישום הצעת החקיקה המוצגת על-ידי המחברים שלפניו מחזה "דיסקרימינציה בלתי-רגילה" של הוועדה המיוחדת שהוקמה כדי לבחון את שארית תמות החסד בספרד. בעיני המחברים, הצעות מסוג זה הנהי שגויה ונובעת מחברה לא-מספקת של תושא.

48 במאמר זה ראוי לחץ פוק ת. מנהל והתודה לטיפול חנוך בכאב סרטי במחלקה ואונקולוגיה במרכז הרפואי "שערי

נראה כי ישראל מצויה כיום בשלב המקיפי שבו הניין בשאלות "סוף החיים" בקרב המספר הרפואי ובעולם המשפט מתמקד בעיקר בנושא המתה-החסד. החקיקה היא שנכבד לעבור במהרה תהליך דומה לזה שעברו מדינות אחרות בעולם המערבי, ואצות-הברית בכללן, כך שההניין הציבורי הנוכחי בהמתת-חסד יוביל למודעות גבוהה יותר לחשיבותו העליונה של הטיפול הפליאטיבי לשם הבטחת סיועם של החיים בכבד.⁴⁵ המחברים סבורים כי דיון משמעותי בטיפול הפליאטיבי, כאשר "יערך, ראוי שתנהל במובחן מדין ציבורי מקיבל בנושא המתה-החסד".⁴⁶

ההתנהלות בנוספת. המידע דליל מבוסס על הריאותו של פרופסור רוברט ברט מאוניברסיטת ייל בנושא "Rationalizing Death", בבית-הספר לרפואה באוניברסיטת ייל, ב-15 בנואר 2002, ועל דיונים שערבבו המתכות תראשויה בנושא אמיצו של נושא הטיפול הפליאטיבי בשית הציבורי בישראל באותו אופן שהוא אומץ בארצות-הברית, עם גישא בת-המשפט העליון, אהרון ברק, בבית-הספר למשפטים בייל, ב-6 באוקטובר 2001, ועם פרופסור פולה היימן, ב-11 בפברואר 2002.

45 כך, בקבדה, תקומה על-ידי חסנת בשנת 1994, ועדת מיוחדת לנושא המתה-חסד. הריאות הסופי של הוועדה, שהתפרסם בשנת 1995 תחת הכותרת: *Of Life and Death*, תייחס ברובו לנושא הטיפול הפליאטיבי, והמליץ ליישמו בהרחבה במדינתו. ראו: Lemmens D. & B. Dickens "Canadian Law on Euthanasia: Contrast and Comparison" 8 *European Journal of Health Law* (2001) 135, 151 שנועדה לבחון את יישום ההמלצות של והוכנה תה"ל. דו"ח הוועדה, תחת הכותרת *Quality End-Of-Life Care: The Right of Every Canadian* אסטרטגיה כוללת להבטחת טיפול חולם בסוף החיים לכל קנדי. הוועדה אומץ על-ידי הסנט פריאטי, והממשלה הפדרלית החליטה להקים משרד ממשלתי לטיפול פליאטיבי שיצטרף בנושא טיפול ביסוף החיים". לדיון נרתם בהמלצות הוועדה ויישומה, ראו: D. Barnard, S. Carstairs & H.M. Chochinov "International Policy Report" 4 *Journal of Palliative Medicine* (2001) 395

46 החשש מעורב בין הנושאים בשית הציבורי מבוסס על סיטואציה דומה שהתרחשה בספרד. "התוכנית הלאומית לטיפול פליאטיבי" עברה שם שינוי דרמטי שנועד להבטיח מתן טיפול פליאטיבי כללי ומקיף לכל החולים הסופיים, בלי קשר למחלתם הספציפית, באמצעות מתן המיכה תכריתית. טיפולים פסיכולוגיים וסיוע רפואי, תצתי-חוקי מסוג זה אושרה בסנט הספרדי בספטמבר 1999, ומהכה עדיין לאישור סופי של הממשלה. יתם התצעה היה יושב-ראש ועדת הבריאות של הסנט, Enrique Bellido פטר הממשלה חסם התפולריית, ה- *Partido Popular*, השלטת בספרד, שהוציג כי "ניתנים דמוגרפיים ונתוני המותה מצביעים על צפי לגידול במספר חולי הסרטן החולים הכרוניים בעיקר בשל העלייה המתמשכת בגיל האוכלוסייה". הוא הוסיף כי "ליד התרונות רפואיים וחברתיים, קבלי התצעה תביא לירי חסכון כספי, דוגמת ירידת של 75% בהצעת חולים אלה לתודי-הניין וירידה של 50% בחון החתות המוצע שלהם בבתי-החולים". ראו: X. Bosch "Spain Overhauls Palliative Care Plans" 354 (9184)

שקיימות לכאורה בקרב הרופאים בעיה משמעות של אי-מתן טיפול פלילאטיבי לחולייהם במקרים שבהם יש צורך בכך. מהמחקר עולה כי אף ש-57.7% מהרופאים מאמינים שיותר מ-75% מן החולים יכולים להשיג תוצאה חיובית על-ידי קבלת טיפול פלילאטיבי, רק 17.2% מהם דיווחו כי החולים שהם מטפלים בהם באופן אישי אכן השיגו תוצאות חיוביות (תוצאות שוליות תוארה על-ידי 59.7% מהרופאים כאי-שיכוך כאבים), כאשר נשארו אילו הם המכשילים העיקריים המגויסים לתוצאות שולליות אלה, טענו 65.3% מהם כי התוצאות גובעות מאבחתן לא-מודיק של כאבים, 57.9% ייתפו את התוצאות לידע לא-מספק בנושא תרפויית כאב ותגובתו של רופאים רבים לתן לתוליהם אופיוידים (תרופות מרעיש לעורך במתן תרופות לשאלות המתקד העידו אופוא שאף אם ככלל, הרופאים מרעיש לעורך במתן טיפול פלילאטיבי לחולים, הטכניקה הרפואית המוכרת להם והם עצמם לוקים בפועל בשימוש חסר ולא-מספק בטיפול פלילאטיבי, הנובע, בין היתר, מבסיס ידע מקצועי חסר בתחום זה.

לדוגמה, על מנת לאפשר את התקלתו של טיפול פלילאטיבי בחולה סרטן, נדרשת תפנית רופא אובקולוג. רופאים רבים אינם ממלאים את שילוחתם בהקשר זה. מתוך חשיש (לענין להבנו אך לא לקבלו) לחתום למעשה על "צוואתו של החולה" באמצעות הקביעה שמדובר בחולה חשוד-מורפא, הם מעדיפים להסתיר את האמת, הכרוחה להם, מהשפחה החולה ומהחולה עצמו, או לשנון לאשם בחול ולא להפשה מלכתחילה, משהה שנידבה עם מנהלת הוספיט אשפוז "נוף הד" בתופה עולה כי החולים הבודדים המגייצים לינוף הד" לקבלת טיפול פלילאטיבי מופנים לשם בדרך-כלל מאוחר מאד. כהוצאה מוכר, חלק נכבד מאוכלוסיית החולים החקיקים לטיפול פלילאטיבי אינם מקבלים אותו כלל בטופו של דבר. 52

3. הממסד הרפואי

הענקת טיפול פלילאטיבי, כמו כל טיפול אחר שחולים נדרשים לקבלו, מחייבת הקצאת משאבים, תקנים ומתקנים על-ידי הממסד הרפואי במדינת ישראל. אולם כבחינת כל אחד משלוחת הפרמטרים הללו, נראה כי מצב הטיפול הפלילאטיבי בחולים בישראל רחוק מלקויות משביע-צדון. יש שיטענו כי שורש הבעיה נטון בעובדת שהטיפול הפלילאטיבי אינו כלול בסל הבריאות.⁵³ כך שמתן הטיפול לחולים הלוי ברצונן הטוב של הקופות, ואינו מחויב על-יפי חוק (נראה זה ידון בהרחבה בפרק זה), עם זאת חשוב לציין כי אף שקופות-חולים אינן מקצות מטעמן תקנים לטיפול פלילאטיבי, הן תומכות באופן חלקי הן

52 מבוסס על שיהה עם אילנה מירדובהאם, מנהלת הוספיט אשפוז "נוף הד", 27.3.2001.

מספר החולים שוכו בטיפול פלילאטיבי בשנת 2000 בהוספיט "נוף הד", תוסיפיס חייזר הפועל ככות בחיפה, הוא כמאתיים, ותפוסת המיטות עומדת על כ-80%. מדובר באחוז נמוך מאוד מביי החולים המתגוררים באזורי חיפה.

53 להגדרת סל הבריאות הבסיסי בחקיקה הישראלית ראו סעיף 7 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד-1994, ס"ח 156.

כאשר למדעות המעדיכרות לנושא, כפי שזו באה לידי ביטוי בהכשרת אנשי-מקצוע בישראל, חלק בשינויים האחרונים התקדמות מטיימת בתחום ההכשרה המקצועית, שהיא מהחייניים ביותר ליצירת מודעות לטיפול פלילאטיבי, אולם התייחסות מספקת אינה נראית עדיין באופן.

כך, קיים אומנם קורס באוניברסיטת תל-אביב להכשרת מספר מצומצם של מטפלים פלילאטיביים, ובתוכנית לתואר רפואה משפחתית בטכניון ובאוניברסיטת בן-גוריון מלרוב קורס חובה העוסק בטיפול פלילאטיבי כחלק מתוכנית הלימודים, אולם הפקולטות לרפואה אינן מהיבות עדיין רופאים "רגילים" בלמוד קורסים בטיפול פלילאטיבי, וההסתדרות הרפואית בישראל אינה כוללת את נושא הכרת השיפול הפלילאטיבי במסגרת בתניות הממכה שהיא עורכת.⁴⁹ התוצאה הבלתי-נמנעת היא, שרובם תגדול של הרופאים, שהולקם ידרשו להמורד עם מצבי "סוף חיים" ומוות, אינם מקבלים כל הכשרה בטיפול פלילאטיבי ובהתמודדות עם מוות של חוליהם. כך נוצר גם חסר באנשי-מקצוע שיצטרפו את המידע הרופאים חדשים ויצרו בסיס ידע מתקני בנושא - מעגל-שטוח שקשה מאד לשוברו.⁵⁰

במחקר⁵¹ שעודך בשנת 1990 בקרב מאה שבעים ושישה רופאים בישראל, 52% מהם מטפלים באופן חרדי (פעם בשבוע או יותר) בחולי סרטן, החקבלו נתונים המעידים

צדק". האמור לחלז מבוסס על שיהה עם די"ר צ'רני 10-ביוני 2001, בירושלים; עם גבי רמה ספיר, מתאמת מחקר ודקורת קלינית, הוציחה לטיפול חינוך בכאב סרטני, המתקחה האונקולוגית, המרכז הרפואי "שערי צדק", ב-22 במאי 2001 בחלפה; ועם פרופסור יונתן חלז, מנכ"ל המרכז הרפואי "שערי צדק", ב-8 במאי 2001, בחיפה.

49 ברחבי אחר, הקשור לחינוך הרפואי בישראל, לא למתו לציין כי אף שבראש צוותים העוסקים בטיפול פלילאטיבי מצוי לעיתים קרובות רופא, תצוות בניו, כאמור, על בסיס תפיסת רבי-תחומית, וכולל בכוחות מכוון אנשי-מקצוע מתחומים אחרים. משום כך מצער לגלות כי בהתייחספר לעבודה סוציאלית באוניברסיטת קיימברג אוטום מסלילי הכשרה בתחום הבריאות, אולם אין כמעט התייחסות לרדיכי טיפול ותמיכה מקצועית בחולים הסובלים מהחלות ממאירות ובניו משפחתיתם.

50 כיוזמה נגזית משמשת קנדה, שם המליצה "הוועדה הקנדית להכללת טיפול פלילאטיבי בתוכנית הלימודים לתואר ראשוני" (Curriculum Committee) כבר בשנת 1990, על הכללתו של לימוד הטיפול הפלילאטיבי בתוכנית הלימודים של כל בתי-הספר לרפואה, והתוכנית מופעלת בהצלחה. מתקן שנועד בקרב סטודנטים שלמדו במסגרת תוכניות אלה וזילה כי רובם תמכיר תביע שביעיות-דצון רבה הן האפשרות שניתנה להם לחכיר תחום זה. ראו: Onesehuck D. "Undergraduate Palliative Care Education: A New Canadian Perspective" 5

Journal of Palliative Medicine (2002) 43
R. Catane, I. Cherny, R. Sapir & N. Strauss-Liviatan "Cancer Pain: Knowledge and Attitudes of Physicians in Israel" 17 Journal of Pain and Symptom Management (1999) 266

טיפול פליאטריבי, לא השתנתה באופן משמעותי שיעור הזנחה לקבל מותר ככל הנחלים תוקנים לו למן שנת 1993.⁵⁸ לפי מחקר שנערך בשנת 1993, נפטרו בישראל באותה שנה שמונה אלפים תש מאת שמונה ושמונה תלמים ממהלות מאזורות, ומתוכם נכרו רק אלה שלוש באות המליים והמלישה בטיפול פליאטריבי (תשע מאות עשרים וששנה בתודות הוספים, ארבע מאות עשרים ושמונה בניה). כולומר, רק 16% מכלל התולים הערבים נכרו ליהנות מטיפול פליאטריבי מיומן,⁵⁹ וזאת כאשר לפי נתוני ארגון הבריאות העולמי, 75% מהתולים סובלים עדיין מכאב בשלבים מתקדמים של מחלה הסרטן (לשים הדגמה), ואלה 90% מהם ניתן לטפסו אם יינתנו להם טיפולים מתאימים.⁶⁰

4. יוזמות חוקיות ומערכתיות

שירותי הוספיסיבית מופעלים בישראל באורח התנדבותי החל בשנת 1989, ומעניקים טיפול פליאטריבי לקונים לוי.⁶¹ תחילים רשאים לפנות לשירותים התנדבותיים באופן ישיר, אולם אם נרצונם לקבל שירות הוספיסיבית הכרוך באשפוז, הם נדרשים לפנות לקופת החולים שהם משהייתם אליה ולקבל את הסכמתה לרישע במימונו (משום שכאמור לעיל, אין נבמצא מקיים רשמיים לטיפול פליאטריבי, בקריית טבעון, ונתוגם תולק תרואתן בישראל. המונדריב בטבעון, המספלים בכשרים איש בשנה, נתוגם תולק עלוניה לתבות הדואר, אולם לא ניתן למצוא, ולו ברמת, מידע על שירותים מסוג זה במסגרת עלוני קופות החולים השונות.⁶² המציאות היא שכמו האגודה להלחמה בסרטן, כך גם קופות החולים אינן מעוניינות לעסוק בנושאים המתפסים כלא-רפויים ולקונים, ועד הרגע תהלת-נמנע שבו תולה הסרטן לעסוק בנושאים המתפסים כלא-רפויים לחייהם, אין סבלו וקשיי ורכים בהתייחסות תרואות מהמערכת הרפואית.⁶⁵

- 58 ראו: B. Mavis, K.S. Ogle & G.K. Wyatt "Physicians and Hospice Care: Attitudes, Knowledge and Referrals" *5 Journal of Palliative Medicine* (2002) 85.
- 59 מתוך נייר-עמדת תשנ"ז, הערות והמלצות לוחק זכויות החולה הוספיסיבית, תשנ"ז (להלן: "נייר-עמדת תשנ"ז").
- 60 לסקרת הנושא בהודעה, ראו ארנון הבריארת העולמי ב-<http://www.who.org>.
- 61 או בכינוי זאווה – שירותי טיפול בתי תומך – טבית.
- 62 שידת עם ד"ר ציבולסקי, לעיל הערת 56.
- 63 להרחיקים ברבר וסבתות ואפשייות להלך המושבה המתוכר הרווח בקרב המסד תרפואי ראו להלן פרק 7.

בשירותים העיבוריים של הטיפול הפליאטריבי והן באלה הפרטיים. בולק מבתי החולים פועלות יחידות לטיפול פליאטריבי (למשל, המרכז הרפואי "שערי צדק" וברתי החולים שיבא – תל-אשבורא).
בהבניה עוברת-אמפריית של הנוגים הסטיסטיים האחרונים ניתן לראות כי בסוף שנת 1999 עמד נתקן הממשלתי למיטות אשפוז במחלקות לטיפול פליאטריבי על עשרים ושתיים מיטות בלבד בברתי החולים תל-השבורא.⁵⁴ נוסף לשירותים אלה, פועלים כמה שירותי הוספיסיבית המפורדים באורח אקראי ולא-מיומני ברדתי הארץ, ולקונים ניתן פרסום מועט תן בקרב האוכלוסייה הכללית והן בקרב הקהילתית הרפואית.⁵⁵ יש להזכיר כי המופים הציבוריים מרוננוטיים בישראל גילו בעבר, ועדיין מגלים, השדנות כלפי שירותים המתגברות בתחום הטיפול הפליאטריבי. האגודה להלחמה בסרטן, שקנתה לה עם השנים מעמד מרכזי בקהילת הרפואית בישראל, הונגדה בתחילה לשירות הוספיסיבית משהי שראתה בו מצין הודאה בכך שאדם עומד למות גם כיום האגודה להלחמה בסרטן מעדיפה להזכיר את נושא הטיפול הפליאטריבי באורח מרכזי בלבד, מתוך תפוסה שראוי להמקד במיפוליים רפויים,⁵⁶ ועוברת זו אף באה לרדי ביטוי בהגדרת רצוי האגודה לשיאבק במחלה הסרטן בישראל הוך שיתוף פעולה... על מנת להקצות משאבים למאבק במחלה מעבר למתאפשר מהמקלטיים ולקיים בכך את המאבק במחלה הסרטן בישראל.⁵⁷

- 54 תמישים ומשע מיטות נוספות מוצעות לחולים במוסדות פרטיים ו/או מוסדות המספדים כלכלית על איזונים לא-ממשלתיים: ארבע-עשרה מיטות בבתי החולים הסטה, שלשים במסיון בעצרת ושבע-עשרה בנוף חדר (פרדסי).
- 55 שירותי הוספיסיבית בישראל (אשפוז וברתי): יחידות לטיפול בתי הוספיסיבית באר-שבתי; הוספיסיבית לטיפול בתי (מתגברות); מרכז לטיפול תומך, מיון אונקולוגי ליון נוף הוך הוספיסיבית; הוספיסיבית (מתגברות); מרכז לטיפול תומך, בתי החולים הדסה הרצופות; Nazareth Palliative Care Services; הוספיסיבית עפולת ותשקת, יחידת להסדר טיפול בתי החולים עפולת; עמותת משפחת תולי סרטן, הוספיסיבית בתי, עיד (מתגברות); הוספיסיבית, קריית-נת; הוספיסיבית, תל-השבורא; הוספיסיבית, תל-השבורא.
- 56 מתוך שיתוף עם רייך אורח ציבולסקי, מסקמי הוספיסיבית טבעון, ומבתי "תמיכה", שהמיקמת בהארץ 19.3.2001 בטבעון (להלן: שידת עם ד"ר ציבולסקי).
- 57 נכונות ושירותים – מידע לחולי סרטן, לעיל הערת 56.

הוגבלו את הטיעו הכספי להוספתם בעבור חוליה עם תחילת חיים של שרביעיים בלבד; חוסר הוודאות, גם בשלב מאוחר כליכך של החיים, באשר לצבם קיומו של הטיעו גובה מחירי כבד מכל המעורבים בעניין – המשפחות, החולים והמשפלים, מחירי הבא ליד ביטוי בפגיעה בגישות ובכובד זמן, אנרגיה ומשאבים חיוניים אחרים לצורך טיפול ראוי, הפרסום לשירות החופשיים כ"גוף הדר" נחלק אף הוא בקשיים רבים. עלונו גם נשלחו לכל המוסדות הציבוריים החלונניים בחיפה, אולם המידע לא הועבר לחולים ביוזמת המוסדות, אלא נדרשה פניה חוזרת ונשנית אל המוסדות של ערביי "גוף הדר" במשך תשע שנים פנו לתוספים בזוגותם תשעה חולים בלבד על בסיס הפרסומים הללו. גם התקשרות האלקטרונית אינה מתייערת מיטות נפוחות באופן משמעותי מהמספר הדרוש שב"גוף הדר" מצוינות אך שבע-עשרה מיטות נפוחות באופן משמעותי מהמספר הדרוש לאוכלוסיית חיפה וסביבתה, תפוסתן בשנת 2000 היתה כ-80% בממוצע, משום שהמוסדות הכלל-מערבית לעצם קיומו של שירות חופשיים באזור כה לקיחה באספקדיה משפטי-חברתית, והאינו יפוא שיקימים כשלים לאורך כל הקו בכל תנועת השירותי וטיפול הפליליטיבי בישראל, הן בהתייחסות של שירות המבחן, הן ברמת המודעות של הקהילה הרפואית, הן בתשומת-הלב התקשורתית הלה שניתנת לנושא וכן בקרב החולים עצמם והמפגים המציגים אותם ורגמת האגרות למחלה בסיון, המתברים סובבים כי ראוי שההכרה הישראלית תתמודד יותר כווריאט עם האתגר הניצב לפניו, ראשית באמצעות מודעות לעצם קיומו והשכיחות של הנושא, ושנית באמצעות פעולות מעשיות, דוגמת תכלית הטיפול הפליליטיבי כסל תברואת. בפרק המשישי להלן נסעו כי על-פני להביא פתרונות מסוג זה לירי ביצוע, ראוי שעולם המשפט יפעל להסדרתו של תחום "סוף החיים" בתקיקה הישראלית.

ד. הרהורים בדבר הרתיעה בהכרה המערבית מזיון בשאלות "סוף החיים"

"Life is a terminal disease – sexually transmitted." (עלום שם)

גדמה כי תסירוב לדון במושג "מוות" עד כדי דחיקתו והכחשתו מהווה התנהגות ל"גוף הדר", נכון להודות מרס 2001, הסתכם ב-300 ש"ח ליום בעבור כל חולה, כאשר תמלול הימית של חולה וסתמנה ב-350 ש"ח. האגודה למחלה בסיון מסייעת לנספים בהיקף של משרה בהדושי. מוסדות ממשלתיים אינם מסייעים לנספים כלל. על-מנת לזכות ביטוי מקופת-החולים, משפחת החולה נוסט (או במקרה של חולה ערבי, החולה עצמו) נדרשת להגיע בכל שביע קופת-חולים כדי להצביד את המרטיס המגנטי על-מנת להבטיח קבלת טיוע של שרוב גופו, לרוב, עוברי החופשיים מביעעים שירות זה למען החולים, אך המסובל והקשיים הביורוקרטיים פוגעים ברמה ובאיכות של השירותים התמימיים.

המכניקת הוויזה שדנה בו שודות בערן 9 תקהלות, שמספר הצופים בו מוגבל למתי.

לירי רטיי במניעת הכבדה מיונתת על יוזמות פרטיות שנוצרו למלא את החלל שנוצר, אולם בפועל, יוזמות מסוג זה בתמלולות בחשדנות, המובלת בעייונות, מצד הממסד. על-מנת להבטיח זאת, נפרוש לחלן את השתלשלות האירועים שחובילו להקמתו של תוספים אשפוז פרטי, "גוף הדר" (ע"ש חנה אשר) בחיפה, המעניק שירותי טיפול פליליטיבי לחולים אוונקורטיים.⁶⁴ התיאור שלחלן רלוונטי כמניין תמורר אחרת, על-מנת שיוזמות רזומות בעתיד לא ייתאוד שלחלן רלוונטי כמניין תמורר אחרת, על-מנת שיוזמות רזומות בשנת 1992, הוא נותר עד היום תוספים האשפוז החדר בארן בעצלות פרטית הפועל ברישוי משרד תברואת.⁶⁵ הפנייה למחלקה האונקולוגית בבית-החולים רמב"ם בתחנה כרי להסד שיתוף-פעולה, בענחה תחילה בהתייערות, אולם לא-אחר-מכן החלה על הקמת ועדה משותפת שתקבע כללים לפעולת החופשיים. הצורך בהקמת גוף מקצועי כזה היה חיוני משום שמספר המזרחים בתחום היה אז (ועודנו חיים, לנוכח אי-השדורים המספקת של אנשי-מקצוע) מזער.

הפנייה לקבלת המיכה מקופות-החולים נדרתה אף היא בתחילה מטעמי חיסכון כספי למערכת, אך בעבור זמן מסכמו קופות-החולים לסייע כלכלית לחולים הפונים ל"גוף הדר": חולים המעוניינים להתקבל לטיפול בתוספים נדרשים להציג מכתב הפניה מרופא אונקולוג המעיד על מצבם הטופני,⁶⁶ וכן עליהם להתמיינות כספית (טופס 17) מקופת-החולים שהם משתייכים אליה.⁶⁷ בהקשר זה לא למותר לציין כי קופות-החולים

הזנות במסוד כולל רופא אונקולוג שמוודא כי החולים והקוקים לטיפול פליליטיבי (כגון הקרנות להפחתת כאבים שגורמות גוררות בעצמות) יקבלויו. המשרה היא להעניק לחולים כל טיפול שורש על-מנת יטבילו. חשוב להדגיש כי השתלשלות האירועים תמוכבת בגוף המאמר לחלן נועדה להבהיר לקורא את המאבק, שיש שגיגרותו קפואי לעיתים, שגופים רפואיים נדרשים לנהל מול תכונותיה המשכיות. המקרה מובטטת על השתתות המוקדנות תכאים: א. מיינדבאום "ימשכיות בטיפול אונקולוגי – תוספים" תמוכבת 11 (תשי"ז) 15. בתחום כטלטיטיים תוספים "גוף הדר" – סיכום שנת 2000 וא' מיינדבאום עורכת, עליון של "גוף הדר" – בית-חולים לחולים כרוניים, מחלקה לטיפול תומך (תוספים) ע"ש חנה אשר. שיה עם רויס אלי אשר, מייסד "גוף המפ" (מסוד לטיפול בחולים שחופשיים אשפוז "גוף הדר" פועל בו), שיה עם אילנה מיינדבאום, מנהלת תוספים אשפוז "גוף הדר", 273-2001.

מסוד תברואת המיינס בעייונות לרעיון הקמתו של החופשיים תפרי, וליא חסיכה בתחילה להעניק רשיון לפתיחתו (לדברי מייסד "גוף המפ"), דחיות הבקשה להפעלת השירות התבטטה על שני סעימים: השעם הרשמי היה שמחורב בשירות המופעל על-ידי אדם פרטי. הטעם הסמוי היה שאין צורך במתן רשיון ו/או טיוע לשירותים מסוג זה במערכת תברואת הישראלית. הפנייה לעייונית היפת לקבלת טיוע נדרתה אף היא מן השעם שהשירות מופעל על-ידי פרטי למטרות רווח, ועל-כן אין הוא ראוי לעונה כלשתי.

מכתב שהם מתקשים לעיתים לקבלו, כאמור לעיל, משום שהרופא אינו מעוניין "לחתום על צוואתו" של החולה.
חולה שקיבל תפניה מרופא אינו משלם השתתפות עצמית: הטיוע של קופת-חולים

האנונימי⁷⁵: המפלוסופים היווניים נתפסו את הכאב כאופן של הבעת רגשות, כמבטא תוסף אידון בין גורלי הגוף או כביקור של עין הריע, כאשר הלב נתפס כמקור למרכז הוויגו של המאב. ⁷⁹ רנה דיקארט (René Dekart), שראו בפעולות האנושיות שלוב של פעולות המוח (מריצוג'ל) והגוף (תגשיל על-ידי כוחות טבע), תיאר את הכאב כהודעה שנושלחת משולי הגוף, מקומה הפיזי של הכאב, אל המוח, ⁸⁰ המוח הוא, תיאוריה שהיו בעצמות השונים האחרונות מי שהטילו בה ספקות. ⁸¹ בעת האחרונה, כאש שהמוח תולך ותופס מקום נכבד יותר בשיח הציבורי במדינות רבות, כך גם נושא הכאב הוכה לאישו למקום של כבוד, המאזן לירי בשיח בריאות של קליניקות לטיפול בכאב, ⁸² המממשות את תצפיותיו, שהתורבו לעיל, כי הכאב כשלעצמו הוא המחלה, כמו-כן יש בכך כדי לעצן את התפיסה שלפיה הגוף המוחת חזק ומשום כך הכאב הינו לא רק בעל מאפיינים רפואיים, אלא גם בעל מאפיינים נפשיים ופסיכולוגיים. ⁸³ כך גם התפתחו דיסציפלינות הוליסטיות לכאב וסבל המבוססות על עקרון "הכאב וטוטלי", ⁸⁴ ונפרדו על טיפול בכאב בידי רופאים להיעשות בליווי צמוד של

מטעים מודעים לעובדה שעד לאמצע המאה התשע-עשרה לא היו משככי כאבים בנמצא, וניתוחים נעשו תוך גרימת כאבי-חומה לעולמות. מקורם של משככי הכאבים ב-Ether (Massachusetts) ב-16 באוקטובר 1846, בבית-חולים המרכזי במסצ'וסטס (D.B. Morris *The Culture of Pain* (San Francisco, 1991). ראו: ⁸⁴ ⁸³ ⁸² ⁸¹ ⁸⁰ ⁷⁹ C.J. Main & C.C. Spanswick *Pain Management: An Interdisciplinary Approach* (Edinburgh & New York, 2000) 4-5. ⁷⁹ ⁷⁸ ⁷⁷ ⁷⁶ ⁷⁵ ⁷⁴ ⁷³ ⁷² ⁷¹ ⁷⁰ ⁶⁹ ⁶⁸ ⁶⁷ ⁶⁶ ⁶⁵ ⁶⁴ ⁶³ ⁶² ⁶¹ ⁶⁰ ⁵⁹ ⁵⁸ ⁵⁷ ⁵⁶ ⁵⁵ ⁵⁴ ⁵³ ⁵² ⁵¹ ⁵⁰ ⁴⁹ ⁴⁸ ⁴⁷ ⁴⁶ ⁴⁵ ⁴⁴ ⁴³ ⁴² ⁴¹ ⁴⁰ ³⁹ ³⁸ ³⁷ ³⁶ ³⁵ ³⁴ ³³ ³² ³¹ ³⁰ ²⁹ ²⁸ ²⁷ ²⁶ ²⁵ ²⁴ ²³ ²² ²¹ ²⁰ ¹⁹ ¹⁸ ¹⁷ ¹⁶ ¹⁵ ¹⁴ ¹³ ¹² ¹¹ ¹⁰ ⁹ ⁸ ⁷ ⁶ ⁵ ⁴ ³ ² ¹ ⁰ ⁻¹ ⁻² ⁻³ ⁻⁴ ⁻⁵ ⁻⁶ ⁻⁷ ⁻⁸ ⁻⁹ ⁻¹⁰ ⁻¹¹ ⁻¹² ⁻¹³ ⁻¹⁴ ⁻¹⁵ ⁻¹⁶ ⁻¹⁷ ⁻¹⁸ ⁻¹⁹ ⁻²⁰ ⁻²¹ ⁻²² ⁻²³ ⁻²⁴ ⁻²⁵ ⁻²⁶ ⁻²⁷ ⁻²⁸ ⁻²⁹ ⁻³⁰ ⁻³¹ ⁻³² ⁻³³ ⁻³⁴ ⁻³⁵ ⁻³⁶ ⁻³⁷ ⁻³⁸ ⁻³⁹ ⁻⁴⁰ ⁻⁴¹ ⁻⁴² ⁻⁴³ ⁻⁴⁴ ⁻⁴⁵ ⁻⁴⁶ ⁻⁴⁷ ⁻⁴⁸ ⁻⁴⁹ ⁻⁵⁰ ⁻⁵¹ ⁻⁵² ⁻⁵³ ⁻⁵⁴ ⁻⁵⁵ ⁻⁵⁶ ⁻⁵⁷ ⁻⁵⁸ ⁻⁵⁹ ⁻⁶⁰ ⁻⁶¹ ⁻⁶² ⁻⁶³ ⁻⁶⁴ ⁻⁶⁵ ⁻⁶⁶ ⁻⁶⁷ ⁻⁶⁸ ⁻⁶⁹ ⁻⁷⁰ ⁻⁷¹ ⁻⁷² ⁻⁷³ ⁻⁷⁴ ⁻⁷⁵ ⁻⁷⁶ ⁻⁷⁷ ⁻⁷⁸ ⁻⁷⁹ ⁻⁸⁰ ⁻⁸¹ ⁻⁸² ⁻⁸³ ⁻⁸⁴ ⁻⁸⁵ ⁻⁸⁶ ⁻⁸⁷ ⁻⁸⁸ ⁻⁸⁹ ⁻⁹⁰ ⁻⁹¹ ⁻⁹² ⁻⁹³ ⁻⁹⁴ ⁻⁹⁵ ⁻⁹⁶ ⁻⁹⁷ ⁻⁹⁸ ⁻⁹⁹ ⁻¹⁰⁰ ⁻¹⁰¹ ⁻¹⁰² ⁻¹⁰³ ⁻¹⁰⁴ ⁻¹⁰⁵ ⁻¹⁰⁶ ⁻¹⁰⁷ ⁻¹⁰⁸ ⁻¹⁰⁹ ⁻¹¹⁰ ⁻¹¹¹ ⁻¹¹² ⁻¹¹³ ⁻¹¹⁴ ⁻¹¹⁵ ⁻¹¹⁶ ⁻¹¹⁷ ⁻¹¹⁸ ⁻¹¹⁹ ⁻¹²⁰ ⁻¹²¹ ⁻¹²² ⁻¹²³ ⁻¹²⁴ ⁻¹²⁵ ⁻¹²⁶ ⁻¹²⁷ ⁻¹²⁸ ⁻¹²⁹ ⁻¹³⁰ ⁻¹³¹ ⁻¹³² ⁻¹³³ ⁻¹³⁴ ⁻¹³⁵ ⁻¹³⁶ ⁻¹³⁷ ⁻¹³⁸ ⁻¹³⁹ ⁻¹⁴⁰ ⁻¹⁴¹ ⁻¹⁴² ⁻¹⁴³ ⁻¹⁴⁴ ⁻¹⁴⁵ ⁻¹⁴⁶ ⁻¹⁴⁷ ⁻¹⁴⁸ ⁻¹⁴⁹ ⁻¹⁵⁰ ⁻¹⁵¹ ⁻¹⁵² ⁻¹⁵³ ⁻¹⁵⁴ ⁻¹⁵⁵ ⁻¹⁵⁶ ⁻¹⁵⁷ ⁻¹⁵⁸ ⁻¹⁵⁹ ⁻¹⁶⁰ ⁻¹⁶¹ ⁻¹⁶² ⁻¹⁶³ ⁻¹⁶⁴ ⁻¹⁶⁵ ⁻¹⁶⁶ ⁻¹⁶⁷ ⁻¹⁶⁸ ⁻¹⁶⁹ ⁻¹⁷⁰ ⁻¹⁷¹ ⁻¹⁷² ⁻¹⁷³ ⁻¹⁷⁴ ⁻¹⁷⁵ ⁻¹⁷⁶ ⁻¹⁷⁷ ⁻¹⁷⁸ ⁻¹⁷⁹ ⁻¹⁸⁰ ⁻¹⁸¹ ⁻¹⁸² ⁻¹⁸³ ⁻¹⁸⁴ ⁻¹⁸⁵ ⁻¹⁸⁶ ⁻¹⁸⁷ ⁻¹⁸⁸ ⁻¹⁸⁹ ⁻¹⁹⁰ ⁻¹⁹¹ ⁻¹⁹² ⁻¹⁹³ ⁻¹⁹⁴ ⁻¹⁹⁵ ⁻¹⁹⁶ ⁻¹⁹⁷ ⁻¹⁹⁸ ⁻¹⁹⁹ ⁻²⁰⁰ ⁻²⁰¹ ⁻²⁰² ⁻²⁰³ ⁻²⁰⁴ ⁻²⁰⁵ ⁻²⁰⁶ ⁻²⁰⁷ ⁻²⁰⁸ ⁻²⁰⁹ ⁻²¹⁰ ⁻²¹¹ ⁻²¹² ⁻²¹³ ⁻²¹⁴ ⁻²¹⁵ ⁻²¹⁶ ⁻²¹⁷ ⁻²¹⁸ ⁻²¹⁹ ⁻²²⁰ ⁻²²¹ ⁻²²² ⁻²²³ ⁻²²⁴ ⁻²²⁵ ⁻²²⁶ ⁻²²⁷ ⁻²²⁸ ⁻²²⁹ ⁻²³⁰ ⁻²³¹ ⁻²³² ⁻²³³ ⁻²³⁴ ⁻²³⁵ ⁻²³⁶ ⁻²³⁷ ⁻²³⁸ ⁻²³⁹ ⁻²⁴⁰ ⁻²⁴¹ ⁻²⁴² ⁻²⁴³ ⁻²⁴⁴ ⁻²⁴⁵ ⁻²⁴⁶ ⁻²⁴⁷ ⁻²⁴⁸ ⁻²⁴⁹ ⁻²⁵⁰ ⁻²⁵¹ ⁻²⁵² ⁻²⁵³ ⁻²⁵⁴ ⁻²⁵⁵ ⁻²⁵⁶ ⁻²⁵⁷ ⁻²⁵⁸ ⁻²⁵⁹ ⁻²⁶⁰ ⁻²⁶¹ ⁻²⁶² ⁻²⁶³ ⁻²⁶⁴ ⁻²⁶⁵ ⁻²⁶⁶ ⁻²⁶⁷ ⁻²⁶⁸ ⁻²⁶⁹ ⁻²⁷⁰ ⁻²⁷¹ ⁻²⁷² ⁻²⁷³ ⁻²⁷⁴ ⁻²⁷⁵ ⁻²⁷⁶ ⁻²⁷⁷ ⁻²⁷⁸ ⁻²⁷⁹ ⁻²⁸⁰ ⁻²⁸¹ ⁻²⁸² ⁻²⁸³ ⁻²⁸⁴ ⁻²⁸⁵ ⁻²⁸⁶ ⁻²⁸⁷ ⁻²⁸⁸ ⁻²⁸⁹ ⁻²⁹⁰ ⁻²⁹¹ ⁻²⁹² ⁻²⁹³ ⁻²⁹⁴ ⁻²⁹⁵ ⁻²⁹⁶ ⁻²⁹⁷ ⁻²⁹⁸ ⁻²⁹⁹ ⁻³⁰⁰ ⁻³⁰¹ ⁻³⁰² ⁻³⁰³ ⁻³⁰⁴ ⁻³⁰⁵ ⁻³⁰⁶ ⁻³⁰⁷ ⁻³⁰⁸ ⁻³⁰⁹ ⁻³¹⁰ ⁻³¹¹ ⁻³¹² ⁻³¹³ ⁻³¹⁴ ⁻³¹⁵ ⁻³¹⁶ ⁻³¹⁷ ⁻³¹⁸ ⁻³¹⁹ ⁻³²⁰ ⁻³²¹ ⁻³²² ⁻³²³ ⁻³²⁴ ⁻³²⁵ ⁻³²⁶ ⁻³²⁷ ⁻³²⁸ ⁻³²⁹ ⁻³³⁰ ⁻³³¹ ⁻³³² ⁻³³³ ⁻³³⁴ ⁻³³⁵ ⁻³³⁶ ⁻³³⁷ ⁻³³⁸ ⁻³³⁹ ⁻³⁴⁰ ⁻³⁴¹ ⁻³⁴² ⁻³⁴³ ⁻³⁴⁴ ⁻³⁴⁵ ⁻³⁴⁶ ⁻³⁴⁷ ⁻³⁴⁸ ⁻³⁴⁹ ⁻³⁵⁰ ⁻³⁵¹ ⁻³⁵² ⁻³⁵³ ⁻³⁵⁴ ⁻³⁵⁵ ⁻³⁵⁶ ⁻³⁵⁷ ⁻³⁵⁸ ⁻³⁵⁹ ⁻³⁶⁰ ⁻³⁶¹ ⁻³⁶² ⁻³⁶³ ⁻³⁶⁴ ⁻³⁶⁵ ⁻³⁶⁶ ⁻³⁶⁷ ⁻³⁶⁸ ⁻³⁶⁹ ⁻³⁷⁰ ⁻³⁷¹ ⁻³⁷² ⁻³⁷³ ⁻³⁷⁴ ⁻³⁷⁵ ⁻³⁷⁶ ⁻³⁷⁷ ⁻³⁷⁸ ⁻³⁷⁹ ⁻³⁸⁰ ⁻³⁸¹ ⁻³⁸² ⁻³⁸³ ⁻³⁸⁴ ⁻³⁸⁵ ⁻³⁸⁶ ⁻³⁸⁷ ⁻³⁸⁸ ⁻³⁸⁹ ⁻³⁹⁰ ⁻³⁹¹ ⁻³⁹² ⁻³⁹³ ⁻³⁹⁴ ⁻³⁹⁵ ⁻³⁹⁶ ⁻³⁹⁷ ⁻³⁹⁸ ⁻³⁹⁹ ⁻⁴⁰⁰ ⁻⁴⁰¹ ⁻⁴⁰² ⁻⁴⁰³ ⁻⁴⁰⁴ ⁻⁴⁰⁵ ⁻⁴⁰⁶ ⁻⁴⁰⁷ ⁻⁴⁰⁸ ⁻⁴⁰⁹ ⁻⁴¹⁰ ⁻⁴¹¹ ⁻⁴¹² ⁻⁴¹³ ⁻⁴¹⁴ ⁻⁴¹⁵ ⁻⁴¹⁶ ⁻⁴¹⁷ ⁻⁴¹⁸ ⁻⁴¹⁹ ⁻⁴²⁰ ⁻⁴²¹ ⁻⁴²² ⁻⁴²³ ⁻⁴²⁴ ⁻⁴²⁵ ⁻⁴²⁶ ⁻⁴²⁷ ⁻⁴²⁸ ⁻⁴²⁹ ⁻⁴³⁰ ⁻⁴³¹ ⁻⁴³² ⁻⁴³³ ⁻⁴³⁴ ⁻⁴³⁵ ⁻⁴³⁶ ⁻⁴³⁷ ⁻⁴³⁸ ⁻⁴³⁹ ⁻⁴⁴⁰ ⁻⁴⁴¹ ⁻⁴⁴² ⁻⁴⁴³ ⁻⁴⁴⁴ ⁻⁴⁴⁵ ⁻⁴⁴⁶ ⁻⁴⁴⁷ ⁻⁴⁴⁸ ⁻⁴⁴⁹ ⁻⁴⁵⁰ ⁻⁴⁵¹ ⁻⁴⁵² ⁻⁴⁵³ ⁻⁴⁵⁴ ⁻⁴⁵⁵ ⁻⁴⁵⁶ ⁻⁴⁵⁷ ⁻⁴⁵⁸ ⁻⁴⁵⁹ ⁻⁴⁶⁰ ⁻⁴⁶¹ ⁻⁴⁶² ⁻⁴⁶³ ⁻⁴⁶⁴ ⁻⁴⁶⁵ ⁻⁴⁶⁶ ⁻⁴⁶⁷ ⁻⁴⁶⁸ ⁻⁴⁶⁹ ⁻⁴⁷⁰ ⁻⁴⁷¹ ⁻⁴⁷² ⁻⁴⁷³ ⁻⁴⁷⁴ ⁻⁴⁷⁵ ⁻⁴⁷⁶ ⁻⁴⁷⁷ ⁻⁴⁷⁸ ⁻⁴⁷⁹ ⁻⁴⁸⁰ ⁻⁴⁸¹ ⁻⁴⁸² ⁻⁴⁸³ ⁻⁴⁸⁴ ⁻⁴⁸⁵ ⁻⁴⁸⁶ ⁻⁴⁸⁷ ⁻⁴⁸⁸ ⁻⁴⁸⁹ ⁻⁴⁹⁰ ⁻⁴⁹¹ ⁻⁴⁹² ⁻⁴⁹³ ⁻⁴⁹⁴ ⁻⁴⁹⁵ ⁻⁴⁹⁶ ⁻⁴⁹⁷ ⁻⁴⁹⁸ ⁻⁴⁹⁹ ⁻⁵⁰⁰ ⁻⁵⁰¹ ⁻⁵⁰² ⁻⁵⁰³ ⁻⁵⁰⁴ ⁻⁵⁰⁵ ⁻⁵⁰⁶ ⁻⁵⁰⁷ ⁻⁵⁰⁸ ⁻⁵⁰⁹ ⁻⁵¹⁰ ⁻⁵¹¹ ⁻⁵¹² ⁻⁵¹³ ⁻⁵¹⁴ ⁻⁵¹⁵ ⁻⁵¹⁶ ⁻⁵¹⁷ ⁻⁵¹⁸ ⁻⁵¹⁹ ⁻⁵²⁰ ⁻⁵²¹ ⁻⁵²² ⁻⁵²³ ⁻⁵²⁴ ⁻⁵²⁵ ⁻⁵²⁶ ⁻⁵²⁷ ⁻⁵²⁸ ⁻⁵²⁹ ⁻⁵³⁰ ⁻⁵³¹ ⁻⁵³² ⁻⁵³³ ⁻⁵³⁴ ⁻⁵³⁵ ⁻⁵³⁶ ⁻⁵³⁷ ⁻⁵³⁸ ⁻⁵³⁹ ⁻⁵⁴⁰ ⁻⁵⁴¹ ⁻⁵⁴² ⁻⁵⁴³ ⁻⁵⁴⁴ ⁻⁵⁴⁵ ⁻⁵⁴⁶ ⁻⁵⁴⁷ ⁻⁵⁴⁸ ⁻⁵⁴⁹ ⁻⁵⁵⁰ ⁻⁵⁵¹ ⁻⁵⁵² ⁻⁵⁵³ ⁻⁵⁵⁴ ⁻⁵⁵⁵ ⁻⁵⁵⁶ ⁻⁵⁵⁷ ⁻⁵⁵⁸ ⁻⁵⁵⁹ ⁻⁵⁶⁰ ⁻⁵⁶¹ ⁻⁵⁶² ⁻⁵⁶³ ⁻⁵⁶⁴ ⁻⁵⁶⁵ ⁻⁵⁶⁶ ⁻⁵⁶⁷ ⁻⁵⁶⁸ ⁻⁵⁶⁹ ⁻⁵⁷⁰ ⁻⁵⁷¹ ⁻⁵⁷² ⁻⁵⁷³ ⁻⁵⁷⁴ ⁻⁵⁷⁵ ⁻⁵⁷⁶ ⁻⁵⁷⁷ ⁻⁵⁷⁸ ⁻⁵⁷⁹ ⁻⁵⁸⁰ ⁻⁵⁸¹ ⁻⁵⁸² ⁻⁵⁸³ ⁻⁵⁸⁴ ⁻⁵⁸⁵ ⁻⁵⁸⁶ ⁻⁵⁸⁷ ⁻⁵⁸⁸ ⁻⁵⁸⁹ ⁻⁵⁹⁰ ⁻⁵⁹¹ ⁻⁵⁹² ⁻⁵⁹³ ⁻⁵⁹⁴ ⁻⁵⁹⁵ ⁻⁵⁹⁶ ⁻⁵⁹⁷ ⁻⁵⁹⁸ ⁻⁵⁹⁹ ⁻⁶⁰⁰ ⁻⁶⁰¹ ⁻⁶⁰² ⁻⁶⁰³ ⁻⁶⁰⁴ ⁻⁶⁰⁵ ⁻⁶⁰⁶ ⁻⁶⁰⁷ ⁻⁶⁰⁸ ⁻⁶⁰⁹ ⁻⁶¹⁰ ⁻⁶¹¹ ⁻⁶¹² ⁻⁶¹³ ⁻⁶¹⁴ ⁻⁶¹⁵ ⁻⁶¹⁶ ⁻⁶¹⁷ ⁻⁶¹⁸ ⁻⁶¹⁹ ⁻⁶²⁰ ⁻⁶²¹ ⁻⁶²² ⁻⁶²³ ⁻⁶²⁴ ⁻⁶²⁵ ⁻⁶²⁶ ⁻⁶²⁷ ⁻⁶²⁸ ⁻⁶²⁹ ⁻⁶³⁰ ⁻⁶³¹ ⁻⁶³² ⁻⁶³³ ⁻⁶³⁴ ⁻⁶³⁵ ⁻⁶³⁶ ⁻⁶³⁷ ⁻⁶³⁸ ⁻⁶³⁹ ⁻⁶⁴⁰ ⁻⁶⁴¹ ⁻⁶⁴² ⁻⁶⁴³ ⁻⁶⁴⁴ ⁻⁶⁴⁵ ⁻⁶⁴⁶ ⁻⁶⁴⁷ ⁻⁶⁴⁸ ⁻⁶⁴⁹ ⁻⁶⁵⁰ ⁻⁶⁵¹ ⁻⁶⁵² ⁻⁶⁵³ ⁻⁶⁵⁴ ⁻⁶⁵⁵ ⁻⁶⁵⁶ ⁻⁶⁵⁷ ⁻⁶⁵⁸ ⁻⁶⁵⁹ ⁻⁶⁶⁰ ⁻⁶⁶¹ ⁻⁶⁶² ⁻⁶⁶³ ⁻⁶⁶⁴ ⁻⁶⁶⁵ ⁻⁶⁶⁶ ⁻⁶⁶⁷ ⁻⁶⁶⁸ ⁻⁶⁶⁹ ⁻⁶⁷⁰ ⁻⁶⁷¹ ⁻⁶⁷² ⁻⁶⁷³ ⁻⁶⁷⁴ ⁻⁶⁷⁵ ⁻⁶⁷⁶ ⁻⁶⁷⁷ ⁻⁶⁷⁸ ⁻⁶⁷⁹ ⁻⁶⁸⁰ ⁻⁶⁸¹ ⁻⁶⁸² ⁻⁶⁸³ ⁻⁶⁸⁴ ⁻⁶⁸⁵ ⁻⁶⁸⁶ ⁻⁶⁸⁷ ⁻⁶⁸⁸ ⁻⁶⁸⁹ ⁻⁶⁹⁰ ⁻⁶⁹¹ ⁻⁶⁹² ⁻⁶⁹³ ⁻⁶⁹⁴ ⁻⁶⁹⁵ ⁻⁶⁹⁶ ⁻⁶⁹⁷ ⁻⁶⁹⁸ ⁻⁶⁹⁹ ⁻⁷⁰⁰ ⁻⁷⁰¹ ⁻⁷⁰² ⁻⁷⁰³ ⁻⁷⁰⁴ ⁻⁷⁰⁵ ⁻⁷⁰⁶ ⁻⁷⁰⁷ ⁻⁷⁰⁸ ⁻⁷⁰⁹ ⁻⁷¹⁰ ⁻⁷¹¹ ⁻⁷¹² ⁻⁷¹³ ⁻⁷¹⁴ ⁻⁷¹⁵ ⁻⁷¹⁶ ⁻⁷¹⁷ ⁻⁷¹⁸ ⁻⁷¹⁹ ⁻⁷²⁰ ⁻⁷²¹ ⁻⁷²² ⁻⁷²³ ⁻⁷²⁴ ⁻⁷²⁵ ⁻⁷²⁶ ⁻⁷²⁷ ⁻⁷²⁸ ⁻⁷²⁹ ⁻⁷³⁰ ⁻⁷³¹ ⁻⁷³² ⁻⁷³³ ⁻⁷³⁴ ⁻⁷³⁵ ⁻⁷³⁶ ⁻⁷³⁷ ⁻⁷³⁸ ⁻⁷³⁹ ⁻⁷⁴⁰ ⁻⁷⁴¹ ⁻⁷⁴² ⁻⁷⁴³ ⁻⁷⁴⁴ ⁻⁷⁴⁵ ⁻⁷⁴⁶ ⁻⁷⁴⁷ ⁻⁷⁴⁸ ⁻⁷⁴⁹ ⁻⁷⁵⁰ ⁻⁷⁵¹ ⁻⁷⁵² ⁻⁷⁵³ ⁻⁷⁵⁴ ⁻⁷⁵⁵ ⁻⁷⁵⁶ ⁻⁷⁵⁷ ⁻⁷⁵⁸ ⁻⁷⁵⁹ ⁻⁷⁶⁰ ⁻⁷⁶¹ ⁻⁷⁶² ⁻⁷⁶³ ⁻⁷⁶⁴ ⁻⁷⁶⁵ ⁻⁷⁶⁶ ⁻⁷⁶⁷ ⁻⁷⁶⁸ ⁻⁷⁶⁹ ⁻⁷⁷⁰ ⁻⁷⁷¹ ⁻⁷⁷² ⁻⁷⁷³ ⁻⁷⁷⁴ ⁻⁷⁷⁵ ⁻⁷⁷⁶ ⁻⁷⁷⁷ ⁻⁷⁷⁸ ⁻⁷⁷⁹ ⁻⁷⁸⁰ ⁻⁷⁸¹ ⁻⁷⁸² ⁻⁷⁸³ ⁻⁷⁸⁴ ⁻⁷⁸⁵ ⁻⁷⁸⁶ ⁻⁷⁸⁷ ⁻⁷⁸⁸ ⁻⁷⁸⁹ ⁻⁷⁹⁰ ⁻⁷⁹¹ ⁻⁷⁹² ⁻⁷⁹³ ⁻⁷⁹⁴ ⁻⁷⁹⁵ ⁻⁷⁹⁶ ⁻⁷⁹⁷ ⁻⁷⁹⁸ ⁻⁷⁹⁹ ⁻⁸⁰⁰ ⁻⁸⁰¹ ⁻⁸⁰² ⁻⁸⁰³ ⁻⁸⁰⁴ ⁻⁸⁰⁵ ⁻⁸⁰⁶ ⁻⁸⁰⁷ ⁻⁸⁰⁸ ⁻⁸⁰⁹ ⁻⁸¹⁰ ⁻⁸¹¹ ⁻⁸¹² ⁻⁸¹³ ⁻⁸¹⁴ ⁻⁸¹⁵ ⁻⁸¹⁶ ⁻⁸¹⁷ ⁻⁸¹⁸ ⁻⁸¹⁹ ⁻⁸²⁰ ⁻⁸²¹ ⁻⁸²² ⁻⁸²³ ⁻⁸²⁴ ⁻⁸²⁵ ⁻⁸²⁶ ⁻⁸²⁷ ⁻⁸²⁸ ⁻⁸²⁹ ⁻⁸³⁰ ⁻⁸³¹ ⁻⁸³² ⁻⁸³³ ⁻⁸³⁴ ⁻⁸³⁵ ⁻⁸³⁶ ⁻⁸³⁷ ⁻⁸³⁸ ⁻⁸³⁹ ⁻⁸⁴⁰ ⁻⁸⁴¹ ⁻⁸⁴² ⁻⁸⁴³ ⁻⁸⁴⁴ ⁻⁸⁴⁵ ⁻⁸⁴⁶ ⁻⁸⁴⁷ ⁻⁸⁴⁸ ⁻⁸⁴⁹ ⁻⁸⁵⁰ ⁻⁸⁵¹ ⁻⁸⁵² ⁻⁸⁵³ ⁻⁸⁵⁴ ⁻⁸⁵⁵ ⁻⁸⁵⁶ ⁻⁸⁵⁷ ⁻⁸⁵⁸ ⁻⁸⁵⁹ ⁻⁸⁶⁰ ⁻⁸⁶¹ ⁻⁸⁶² ⁻⁸⁶³ ⁻⁸⁶⁴ ⁻⁸⁶⁵ ⁻⁸⁶⁶ ⁻⁸⁶⁷ ⁻⁸⁶⁸ ⁻⁸⁶⁹ ⁻⁸⁷⁰ ⁻⁸⁷¹ ⁻⁸⁷² ⁻⁸⁷³ ⁻⁸⁷⁴ ⁻⁸⁷⁵ ⁻⁸⁷⁶ ⁻⁸⁷⁷ ⁻⁸⁷⁸ ⁻⁸⁷⁹ ⁻⁸⁸⁰ ⁻⁸⁸¹ ⁻⁸⁸² ⁻⁸⁸³ ⁻⁸⁸⁴ ⁻⁸⁸⁵ ⁻⁸⁸⁶ ⁻⁸⁸⁷ ⁻⁸⁸⁸ ⁻⁸⁸⁹ ⁻⁸⁹⁰ ⁻⁸⁹¹ ⁻⁸⁹² ⁻⁸⁹³ ⁻⁸⁹⁴ ⁻⁸⁹⁵ ⁻⁸⁹⁶ ⁻⁸⁹⁷ ⁻⁸⁹⁸ ⁻⁸⁹⁹ ⁻⁹⁰⁰ ⁻⁹⁰¹ ⁻⁹⁰² ⁻⁹⁰³ ⁻⁹⁰⁴ ⁻⁹⁰⁵ ⁻⁹⁰⁶ ⁻⁹⁰⁷ ⁻⁹⁰⁸ ⁻⁹⁰⁹ ⁻⁹¹⁰ ⁻⁹¹¹ ⁻⁹¹² ⁻⁹¹³ ⁻⁹¹⁴ ⁻⁹¹⁵ ⁻⁹¹⁶ ⁻⁹¹⁷ ⁻⁹¹⁸ ⁻⁹¹⁹ ⁻⁹²⁰ ⁻⁹²¹ ⁻⁹²² ⁻⁹²³ ⁻⁹²⁴ ⁻⁹²⁵ ⁻⁹²⁶ ⁻⁹²⁷ ⁻⁹²⁸ ⁻⁹²⁹ ⁻⁹³⁰ ⁻⁹³¹ ⁻⁹³² ⁻⁹³³ ⁻⁹³⁴ ⁻⁹³⁵ ⁻⁹³⁶ ⁻⁹³⁷ ⁻⁹³⁸ ⁻⁹³⁹ ⁻⁹⁴⁰ ⁻⁹⁴¹ ⁻⁹⁴² ⁻⁹⁴³ ⁻⁹⁴⁴ ⁻⁹⁴⁵ ⁻⁹⁴⁶ ⁻⁹⁴⁷ ⁻⁹⁴⁸ ⁻⁹⁴⁹ ⁻⁹⁵⁰ ⁻⁹⁵¹ ⁻⁹⁵² ⁻⁹⁵³ ⁻⁹⁵⁴ ⁻⁹⁵⁵ ⁻⁹⁵⁶ ⁻⁹⁵⁷ ⁻⁹⁵⁸ ⁻⁹⁵⁹ ⁻⁹⁶⁰ ⁻⁹⁶¹ ⁻⁹⁶² ⁻⁹⁶³ ⁻⁹⁶⁴ ⁻⁹⁶⁵ ⁻⁹⁶⁶ ⁻⁹⁶⁷ ⁻⁹⁶⁸ ⁻⁹⁶⁹ ⁻⁹⁷⁰ ⁻⁹⁷¹ ⁻⁹⁷² ⁻⁹⁷³ ⁻⁹⁷⁴ ⁻⁹⁷⁵ ⁻⁹⁷⁶ ⁻⁹⁷⁷ ⁻⁹⁷⁸ ⁻⁹⁷⁹ ⁻⁹⁸⁰ ⁻⁹⁸¹ ⁻⁹⁸² ⁻⁹⁸³ ⁻⁹⁸⁴ ⁻⁹⁸⁵ ⁻⁹⁸⁶ ⁻⁹⁸⁷ ⁻⁹⁸⁸ ⁻⁹⁸⁹ ⁻⁹⁹⁰ ⁻⁹⁹¹ ⁻⁹⁹² ⁻⁹⁹³ ⁻⁹⁹⁴ ⁻⁹⁹⁵ ⁻⁹⁹⁶ ⁻⁹⁹⁷ ⁻⁹⁹⁸ ⁻⁹⁹⁹ ⁻¹⁰⁰⁰

78 מעטים מודעים לעובדה שעד לאמצע המאה התשע-עשרה לא היו משככי כאבים בנמצא, וניתוחים נעשו תוך גרימת כאבי-חומה לעולמות. מקורם של משככי הכאבים ב-Ether (Massachusetts) ב-16 באוקטובר 1846, בבית-חולים המרכזי במסצ'וסטס (D.B. Morris *The Culture of Pain* (San Francisco, 1991). ראו: ⁸⁴ ⁸³ ⁸² ⁸¹ ⁸⁰ ⁷⁹ C.J. Main & C.C. Spanswick *Pain Management: An Interdisciplinary Approach* (Edinburgh & New York, 2000) 4-5. ⁷⁹ ⁷⁸ ⁷⁷ ⁷⁶ ⁷⁵ ⁷⁴ ⁷³ ⁷² ⁷¹ ⁷⁰ ⁶⁹ ⁶⁸ ⁶⁷ ⁶⁶ ⁶⁵ ⁶⁴ ⁶³ ⁶² ⁶¹ ⁶⁰ ⁵⁹ ⁵⁸ ⁵⁷ ⁵⁶ ⁵⁵ ⁵⁴ ⁵³ ⁵² ⁵¹ ⁵⁰ ⁴⁹ ⁴⁸ ⁴⁷ ⁴⁶ ⁴⁵ ⁴⁴ ⁴³ ⁴² ⁴¹ ⁴⁰ ³⁹ ³⁸ ³⁷ ³⁶ ³⁵ ³⁴ ³³ ³² ³¹ ³⁰ ²⁹ ²⁸ ²⁷ ²⁶ ²⁵ ²⁴ ²³ ²² ²¹ ²⁰ ¹⁹ ¹⁸ ¹⁷ ¹⁶ ¹⁵ ¹⁴ ¹³ ¹² ¹¹ ¹⁰ ⁹ ⁸ ⁷ ⁶ ⁵ ⁴ ³ ² ¹ ⁰ ⁻¹ ⁻² ⁻³ ⁻⁴ ⁻⁵ ⁻⁶ ⁻⁷ ⁻⁸ ⁻⁹ ⁻¹⁰ ⁻¹¹ ⁻¹² ⁻¹³ ⁻¹⁴ ⁻¹⁵ ⁻¹⁶ ⁻¹⁷ ⁻¹⁸ ⁻¹⁹ ⁻²⁰ ⁻²¹ ⁻²² ⁻²³ ⁻²⁴ ⁻²⁵ ⁻²⁶ ⁻²⁷ ⁻²⁸ ⁻²⁹ ⁻³⁰ ⁻³¹ ⁻³² ⁻³³ ⁻³⁴ ⁻³⁵ ⁻³⁶ ⁻³⁷ ⁻³⁸ ⁻³⁹ ⁻⁴⁰ ⁻⁴¹ ⁻⁴² ⁻⁴³ ⁻⁴⁴ ⁻⁴⁵ ⁻⁴⁶ ⁻⁴⁷ ⁻⁴⁸ ⁻⁴⁹ ⁻⁵⁰ ⁻⁵¹ ⁻⁵² ⁻⁵³ ⁻⁵⁴ ⁻⁵⁵ ⁻⁵⁶ ⁻⁵⁷ ⁻⁵⁸ ⁻⁵⁹ ⁻⁶⁰ ⁻⁶¹ ⁻⁶² ⁻⁶³ ⁻⁶⁴ ⁻⁶⁵ ⁻⁶⁶ ⁻⁶⁷ ⁻⁶⁸ ⁻⁶⁹ ⁻⁷⁰ ⁻⁷¹ ⁻⁷² ⁻⁷³ ⁻⁷⁴ ⁻⁷⁵ ⁻⁷⁶ ⁻⁷⁷ ⁻⁷⁸ ⁻⁷⁹ ⁻⁸⁰ ⁻⁸¹ ⁻⁸² ⁻⁸³ ⁻⁸⁴ ⁻⁸⁵ ⁻⁸⁶ ⁻⁸⁷ ⁻⁸⁸ ⁻⁸⁹ ⁻⁹⁰ ⁻⁹¹ ⁻⁹² ⁻⁹³ ⁻⁹⁴ ⁻⁹⁵ ⁻⁹⁶ ⁻⁹⁷ ⁻⁹⁸ ⁻⁹⁹ ⁻¹⁰⁰ ⁻¹⁰¹ ⁻¹⁰² ⁻¹⁰³ ⁻¹⁰⁴ ⁻¹⁰⁵ ⁻¹⁰⁶ ⁻¹⁰⁷ ⁻¹⁰⁸ ⁻¹⁰⁹ ⁻¹¹⁰ ⁻¹¹¹ ⁻¹¹² ⁻¹¹³ ⁻¹¹⁴ ⁻¹¹⁵ ⁻¹¹⁶ ⁻¹¹⁷ ⁻¹¹⁸ ⁻¹¹⁹ ⁻¹²⁰ ⁻¹²¹ ⁻¹²² ⁻¹²³ ⁻¹²⁴ ⁻¹²⁵ ⁻¹²⁶ ⁻¹²⁷ ⁻¹²⁸ ⁻¹²⁹ ⁻¹³⁰

העקפה עלולה להיות מותו לבין פעולה הגורמת כמוות למותו של החולה (המתה-
תסד).⁹¹ שנית, לצד הורש הנפוי של השיפול בכאב לא נפקר מקומו של והיבט
האיש-הרוחני, שיש בו כדי לספק לחולה את הביטחון והאמון שהמצרחת נבועת פעמים
כה רבה מלשוד לן.⁹²

הקבוצה השנייה, המתוות חלק מקהיל'היעי, היא קבוצת האנשים הסובלים מדיכאון,
משום שדיכאון מוביל תכופות לרצון לסיים את החיים באופן דרסטי. למרות הנשייה
המקובלת בניכור לראות בדיכאון טבעית של החיזקות וקרבה למוות, אבחון
והתפעה בשלב מוקדם דיי ושימוש במגוון התרופות היצילות הקיימות כיום בשוק
להתמודדות עם דיכאון, כמו גם פסיכותרפיה כאשר היא דרושה, עשויים להביא רבים מן
המדוכאים לידי התגברות על פחדיהם.

לפי הערכות של ד"ר נתן צ'רני, העוסק זה שנים רבות בהזוהם השיפול בחולי סרטן
והסוכרי-מרפא, שתי קבוצות האוכלוסייה שהונכרו לעיל כוללות למעלה מ-75% מבני-
האדם.⁹³ ברוב "המקרים הקשים" שייחותרו, של כאב שלא ניתן לספל בו, נטען כי סרציה
(sedation)⁹⁴ שעשויה להוציא על קורחתרפא בין שיפול פליאטיבי להמתהתסר, תאפשר

Conduct Hastening Death" 29 *Israel Yearbook on Human Rights* (1999) 149.
N.L. Cantor "The Legal Bounds of the Doctor's Duty: A Case Study in
Physician Conduct Hastening Death" 48(1) *Buffalo L. Rev.* (2000) 83;
N.L. Cantor "Glucksberg, the Patient's Right to Adequate Pain Relief, and Death
with Dignity" 34 *Journal of Health Law* (2001) 301

מלגורים רבים חולקים על הצמדה שהוצגה לעיל בנייין ה-*double effect*, לטענתם,
קשה, אולי בלתי-אפשרי, להגן על הבנתה מוסרית בין תוצאה (מוות) מותרת, משום
שהיא נבפתה אך לא היוותה את מטרת הפעולה, לבין תוצאה (מוות) אסורה, משום שהיא
כוונה לגרום לה. למאמר המציג עמדה זו, ראו: T.E. Quill & D.W. Brock "The Rule of
Double Effect – A Critique of its Role in End-Of-Life Decision Making" 337 *New
England Journal of Medicine* (1997) 1768

ראו קורנר, לעיל הערה 15, שם דידי מלמד-כהן אומר כי "המסר שלי להכרת הוא שאולי
במקום להקדיש כל כך הרבה מאמצים ופשאבים לנושא כבוד האדם וכוונתו למות
בבגרות, אולי כדאי להקדיש מאמצים ביצירת אווירה חיובית פנימית החולה".

מבוסס על שיהה עם ד"ר נתן צ'רני כ-10 בינוי 2001.

סרציה טרמינלית (כלעי, *terminal sedation*) היא מתן שיפול תרופתי ששטרנו לשכך

כאבים, ושיעשה באופן אגרסיבי יותר מן המקובל, עד כדי תבאת החולה לכלל אובדן
הכרתו. התאשרות שיגרים מוות קיימת בתליך זה, אך איז כוונת מכוון להביא לידי
התרחשותה. ראו: 90, at p. 196. Cantor & Thomas, *supra* note 91, ראו גם:
N.I. Cherny & R.K. Portenoy "Sedation in the Management of Refractory
Symptoms: Guidelines for Evaluation and Treatment" 10(2) *Journal of Palliative
Care* (1994) 31

סרציה כפי שנידון בשאלת ה-*double effect*, לעיל הערה 91, גם וכתבה זו
פעודת מהלוקת רבה בספרות, וורבים גורסים כי היא צרופת אי-דייקות פחותית. את

אחיות, פסיכולוגים, ועורכים סרצ'אליים – קבוצה רב-תחומית המסוגלת לראות את האדם
תן כמכלול ותן כפיט בחברה שבה הוא חבר. למעשה, מדובר בעקרונות דומים לתפיסה
שהוצגה לעיל ביהם לשיפול הפליאטיבי.⁸⁵ כאב סרמינלי (חריף או כרוני) כמובתן מכאב
שתחולתו וסופו ידועים מראש, נתפס כחלק תחולת בעיני החולה, משום שהחוליד
הוא חלק בלתי-נפרד הימנו אינו מוביל לתוצאה רצויה מבוהינו (כבר ניתן להברידן
מכאב תכופות שותן לאחור לידה או שתחלה חש במהלך החלמה מניחונה).⁸⁶ החולה ממקד
בכאב תכופות את כל תשומת-ליבו, וכאב זה גורם לניתוק החולה מן העולם החיצון,
משום שסופו לא ברור, וכאב הטרמינלי מחכיז לאולה באופן תמדי את מוחלתו.⁸⁷ החיים
אינם נראים לו עור בעלי ערך. משום כך, השיפול הפליאטיבי דולל במתן משככי כאבים
להחליים, על-מנת להנצות את תחושת הכאב הריצפה. שיפול זה נחמד כרופאים הורחסים כי
מבחינה תיאורית, ניתן לשכך את כאבו של חולה באמצעות התבססות השיפול על
תפיסת נכונה של מהות הכאב ושל האופן הראוי לנתן תרופות.⁸⁸ השיפול הפליאטיבי
חוקר באופן חזית את התפיסת שלפיה התגברות המשככי כאבים היא בהכרת "בעיית".⁸⁹

המתגברות סוענים כי השיפול הפליאטיבי תמצג במאמר זה מיועד בעיקרו לשיח
קבוצות מרכזיות מקרב האוכלוסייה, ויש בכוחו לסייע לתן באופן משמעותי: הורחסונה
כוללת את רובנו, לגבינו, הפחד מהמוות, מהחליך המוות והתכאב הכרוך בהם מהחיים את
מקד הדאגה המרכזי, דאגה שקודמת לעיתים קרובות לסבל ואף למחלה עצמה, שלחולת
אחת, באופן מודע או בלתי-מודע, לאורך כל חייו, ושיחיתקוליות שונות עם שירות
בריאות יש בתן כדי להעצימה, במיוחד כאשר הדבר נוגע בהתמודדות עם כאב ותסמינים
שונים והקשרים אליה. התחושה שלנו היא שבהיעי יומנו, לא נוכל לסמוד על כך
שהמציבות חזית מוכנה ומסוגלת להשיח לנו מוות נטול כאבים. שיפול פליאטיבי עיל יש
בכוחו להבטיח שיפול כולל ומקוי; ראשית, באמצעות הבטחה לא סרט ליעולם לחת
להחלה את משכך הכאבים וההגשת תווית ונשנית כי החולה וכא תמדי לכשן, הקלה
כאבו של החולה צריכה להיעשות באופן נדיב ובזמן תכונ. לעיתים תידרש מנה גדולה
יותר של משככי כאבים, מנה שעלולה ליצור "אפקט כפול" (double effect). זה
מושג שצא להמויש את החברל המוסרי⁹⁰ בין פעולה הנעשית כדי לספל בחולה ותוצאתה

ראו: *The Management of Pain* (New York, L.J. Rice & M.A. Ashburn eds., 1998) 229

לדוגמה היסטורית המהוושה, בעיני המתבירים, את טענתם תאמורה, ראו באופן כללי:
A.L. Strauss & B.G. Glaser *Anguish: A Case History of a Dying Trajectory*
(London, 1977).

ראו: *The Connecticut Scholar Perspectives on Death and Dying* (I. Rundle ed.,
Vol. II, 1980) 55-56

לשענה זו, ראו באופן כללי: *Pain and Symptom Management* (Plainview, New York, 1994)

G.W. Hanks *Palliative Medicine: Problem Areas in* (London, 1994)

Pain and Symptom Management (Plainview, New York, 1994)
at pp. 49-61

N.L. Cantor & G.C. Thomas III "Legal Bounds of Physician" *ibid.*, at pp. 49-61

לעמדת זו, ראו: "Legal Bounds of Physician" *ibid.*, at pp. 49-61

התנהויות מסוימות עומדות בבסיס המודל החקיקתי; ראשית, לא ניתן לפקפק בוכחות של אדם "לחיות את שארית ימיו כראוי, לקבל מידע על מצבו ולהחליט מה ייעשה בנוסח עד נשימתו האחרונה, תוך שמירה מלאה על כבודו ופריטיותו".⁹⁶ שנית, במצב החוקי הקיים במדינת-ישראל אין הכרה בוכחות של כל חולה לקבל טיפול פליאטרי.

הזכות הכללית לקבל טיפול רפואי בישראל מעוגנת בסעיף 1(3) לחוק זכויות החולה, תשי"ז-1996.⁹⁷

"כל הנזקק לטיפול רפואי ונאי לקבלו בהתאם לכל דין, ובהתאם לתנאים ולהסדרים הנהוגים, מעת לעת, במערכת הבריאות הישראלית".

ובסעיף 3(א) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשי"ז-1994:⁹⁸

"כל תושב נאי לשירותי בריאות לפי חוק זה אלא אם כן הוא נכאי להם מכות חקוק אחר".

על הטיפול, לפי סעיף 5 לחוק זכויות החולה לחיות –

"טיפול רפואי באותו הן מבחינה הרפיה המקצועית והאיכות הרפואית, והן מבחינה יחסית האנושי".

בית-המשפט העליון קבע בע"א 506/88 שפר נ' מ"י⁹⁹ – בהתבסס על מקורות המשפט העברי המשקפים את ערכיה של מדינת-ישראל כמדינת יהדות, ועל פסיקת בית-המשפט האמריקאיים והדיון הישראלי, המספקים את ערכיה של מדינת-ישראל כמדינה דמוקרטית, מזה – כי "כבוד האדם" פירושו שאין להיטיב ולכנות את צלם האלוהים שבאדם. "עצם חייו של אדם, הם הם כבודו של האדם... חולה שאינו סובל מביבים, מקבל טיפול רפואי שגורתי, מטופל היטב מבחינה סיעודית ואינו מבוזה ומושפל – כבודו שמור".

יש הגורסים כי בית-המשפט העליון האמריקאי הצביע בעניין *Vacco v. Quill*¹⁰⁰ על אפשרות הכרה בעתיד במצמד חוקי לטיפול הפליאטרי. בית-המשפט קבע כי הרשאה להקלת הבנים והסמינים באמצעות סמי הרגעה אינה "סיוע להתאבדות" (ולכן אינה אסורה על-פי החוקים הנידונים), ובכך ניתן מעין רישיון לשימוש אגרסיבי בטיפול פליאטרי.¹⁰¹ ניכרת בפסק-הדין הסכמה של רוב שופטי בית-המשפט באשר לצורך לאפשר

96 מתוך נייר-עמדה מש"נ, לעיל הערה 59.
97 ס"ח 827 (להלן: חוק זכויות החולה).
98 ס"ח 156.

99 פ"ד (מחול) 102, 87, ראו פסק-דינו של המשנה לנשיא אלון, חשוב לציין כי פסק-הדין ניתן לאתר קבלתו של חוק יסודי: כבוד האדם והחירות, ס"ח תשנ"ב 150 (להלן: חוק יסודי: כבוד האדם והחירות).

100 *Vacco v. Quill*, supra note 3.
101 ראו: The Supreme Court's "Physician-Assisted Suicide: The Supreme Court's Wary Rejection" 31 *U. Tol. L. Rev.* (2000) 253, 263.

להתבטח לחולה מוות נטול כאבים. במספר מודע מאוד של מקרים שייחודו ללא מענה אחי, ייתכן שהמתת-חסד אכן תהיה הפתרון החלופי האנושי ביותר, אולם השאלה אם ראוי לעגנה בחקיקה חודגת מתחום עיסוק של מאמר זה. כותבי מאמר זה מאמינים כי ייתכן שניתן להפחית במידת ניכרת את סבלם של רוב החולים באמצעות מינון טיפול פליאטרי הולם על-ידי אנשי-מקצוע שהוכשרו לכך ובמדיבה הנוחה והאנושית ביותר האפשרית. כדי להביא לדיון, על הטיפול הפליאטרי להיות מתוקפת כראוי, לזכות בפרה הצבורית המתאימה, להיות מוכר כריספלינה אקדמית רפואית, לחיות מקודם על-ידי הגופים הציבוריים העוסקים בתחום, וכמובן מוכר, להיות זמין ושונה לכל נפש החקוק לו בישראל (ולא מוגבל לאלה שידם משגת ואוהם כרויה למשמע אותם שירותים חקיי-מערבתיים המוצעים להם).⁹⁵ אולם, שינויים אלה, על-מנת שיהיו אפקטיביים, נדרשים להיות מלווים בשינוי תפיסתי בקרב חלקים נרחבים של המסד הרפואי ביחס לשאלת הטיפול בכאב, אותם רופאים שלא נחשפו עדיין לטיפול הפליאטרי והשלכותיו: על הרופאים לראות בהתמודדות עם הכאב הסבל אתגר המוצב לפניהם, ולא נטל המהותי אותם מן הנשאים האמתיים העומדים על הפק.

ה. חשיבות עיגונה המפורש של הזכות לקבל טיפול פליאטרי

1. מדוע הכרה מפורשת בזכות "חוקית" פרוטגיבית חלנה חיונית?
כותבי מאמר זה מאמינים כי בעולם שבו "האוויר שאנו נושמים הוא משפטי", כמאמר אלכס דה-טוקוויל (לגבי אמריקה) ובמבט העוברת המליץ מואץ של משפטוציה וחוקיותציה שבבסיס הרעיוני עומדת תפיסת זכויות ואדם והאזרח מוטלת על המשרת המשפטית חובה מוסרית לטייע באמצעות חקיקה לפתרון של כשלים מערכתיים המונעים את ממשות זכויות האדם המבטיות הלקה למעשה.

כשל מערכתי מסוג זה, שהזוח את המניע המרכזי לכתיבת המאמר, קיים בתחום השיפוט הפליאטרי בישראל. הוא מתבטא בחוסר המודעות בציבור הרחב על שיל רכריי (רשויות המדינה חלק ניכר מן הממסד הרפואי, החקירות, והחוללים עצמם במקרים רבים מדי) לחשיבות "סוף החיים". הוא מביא לדיון שאין מובטחת כיום לכל חולה נגישות לטיפול פליאטרי חלים ושונים. נטען להלן כי הזכות לחיות את "סוף החיים" בכבוד, תוך קבלת טיפול פליאטרי חלים, ראיה לעיצון חקיקתי מפורש במשפט הישראלי. שתי

ההומבים בגישה הבקורתית הוא לודג טרייב, פרופסור למשפטים מאוניברסיטת הרוואוד, שייצג את ד"ר קוויל בדיון בעניין בית-המשפט העליון האמריקאי, וטען כי השימוש החדי בסציה סרמיולית הפך את האסור בחוק על מתן מרשם קסלוי לחולה על-פי בקשתו למשולל היגיון מבחינת חקויות. טענה זו נדחתה על-ידי נשיא ניו-יורק ורא עניין 11, n. 807, at p. 807. *Vacco v. Quill*, supra note 3.
95 אפשיין, לעיל הערה 72, בע' 247.

"Active and continuous care provided by a polyvalent team, at home or in an institute. They are meant to soothe pain, calm physical suffering, save the patients dignity and support his relatives."¹⁰⁶

בבהוינת המצב הסטטוטורי בישראל, המבוא למגזרת זכויות החולה של "הסתדרות הרפואית בישראל" – *הנועה המרכזית*¹⁰⁷ קובע:

"יעידו של הרופא הוא לשמור על בריאותו הנפשית והנפשית של האדם ולחזק את סבלו תוך כיבוד החיים וערך האדם, ללא הכרז גיל, מין, גזע, דת, לאום, מוצא תברתי, מוצעם כלכלי, אידיאולוגיה פוליטית או כל סיבה אחרת, בעת שלום כבצת מלחמה."

סעיף 10 למגזרת גורס:

"בצת מחלה סופנית יש לכבד את עצמאותו ורצונו של החולה כל עוד הוא מסוגל לבטא דעתו. על הרופא לסעוד אותו, להקל את סבלו הנופני והרוחני, להבטיח איכות לחייהם הנגמרים ולשמור על כבודו של החולה למות."

לפני שנים מספר, הנרי אף משרד הבריאות הישראלי בכך שהחכות לקבל טיפול פליאטיבי – טיפול שנועד להרגיע כאב פיזי, ומצוקות נפשיות או רגשיות – "היא חלק בלתי נפרד מהחכות לחיים בכבוד, ועל הרופאים למקד את מאמציהם בהקלה על מכאוביו, ייסוריו וסבלו של החולה."¹⁰⁸

תפקידו של הרופא במקרים של חולים חשוכי-מרא הוא בעיקר תמיכה בחולה ובנוי משפחתו, מניעת כאב וסבל ותמודדות אמינה עם החולי. חוות ועם החווה למות. בהחלט מבי"ל מוקדם יותר נקבע:

"לא בכל המקרים יש בידי הרופאה לשקם את החולה או להביא לשיפור במצבו. במקרים אלה, אשר למרבית הצער, הינם רבים, חייס והדאגה לחולה הם הטיפול עצמו, ואיכותם היא איכותו."¹⁰⁹

אולם בכל אלה אין די, משום שהחכות לקבל טיפול פליאטיבי אינה מעוגנת צדין כוחות חוקתי פרוטשטיביים במשפט הישראלי, ומסתמך לא החתקן תקנות שנתליתן לזווא שאגשים הנושים למות יזכו בטיפול הראוי, ברוח האמור במגזרת זכויות החולה של ההסתדרות הרפואית לישראל ובחוקר מנכ"ל משרד הבריאות. הנחיות פתרהיות מסוג זה

106 J.O. p. 8487, 9 June 1999, *Ilaw No. 99-457 of June 9, 1999*. תקוקה בנושא המתו"חטי, לעומת זאת, אינה עומדת כרגע על זפקו, והנושא מעורר מחלוקת קשה בינת הקהל הציבורית.

107 כפי שמפורטת בכתויות ושיירות, מדידת לחולה סרסון, לעיל הערת 55.

108 ראו חוק מנכ"ל משרד הבריאות, 27/96, 31.1.96.

109 ראו חוק מנכ"ל משרד הבריאות, 11/95, 10.12.95.

לרופאים לספק טיפול פליאטיבי מתאים.¹⁰² יתר על-כך, השופטים ברייזי ואוקונור פסקו כי בתי-המשפט אינו מתערב ואינו פוסל אומנם את חוקי מדינות ווישינגטון וניו-יורק האוסרים על "סיוע להתאבדות", אך אינו היו חוקי המדינות הללו אוסרים על מתן סמי הרגיעה (המלווים סוג של טיפול פליאטיבי), והה בית-המשפט עשוי לשנות את פסיקתו (ולבטל את החוקים) מתוך ההכרה בהשיבות העצומה של הקלה על כאב.¹⁰³ נראה אפוא כי מדובר במסע זכות חוקרית "נגטיביטי", לפי המודל החוקרית המקובל בארצות הברית, דהיינו, אסור המוסיל על שלטונות המדינה לפעול בדרך שאינה מאפשרת לחולים לקבל טיפול פליאטיבי.

באחד האירופני, שם זכויות "פרוטיביטי" מקובלות כדרכי שבשגרה, אימצה האספה הפרלמנטרית של מועצת אירופה, בשנת 1999, המלצה ברוב זכויות החולה הנעושה למות שיש בה משום הכרה בכות "פרוטיביטי" לטיפול פליאטיבי.¹⁰⁴ סעיף א להמלצה קבע כי על המדינות החברות במועצת אירופה להבטיח שטיפול נאחם לטיפול פליאטיבי יוכר כזכות החוקרת של הפרט בכל המדינות החברות, וכי תובטח נגישות נאחם לטיפול פליאטיבי לכל חולה סופני או תשו"מ-רפואי. עוד נקבע כי יש להבטיח שאנשי מקצועות הבריאות יאומנו ויונחו לספק טיפול רפואי, סיעודי ופסיכולוגי לכל חולה סופני וחולה הנעושה למות בהתאם לסטנדרטים האפשריים הגבוהים ביותר, וכי יוקמו מרכזי מחקר, הוראה ואימונים בתחומי הרפואה והטיפול הפליאטיביים.

בארפת ברת בתי-החוקקקים לפעול ברחה הדיקטיביה האירופית ולפתות ב"טאבק נגד תכאב"¹⁰⁵ ביוני 1999 נכנס להוקף החוק "להבטחת חוכות לטיפול פליאטיבי". לשון החוק:

102 *Ibid.*, at p. 265.

103 R.A. Burt "The Supreme Court. ראו: *Vacco v. Quill, supra* note 3, at p. 57.

104 Speaks – Not Assisted Suicide but A Constitutional Right to Palliative Care" 1234 *New England Journal of Medicine* (1997). בהמשך אמרה השופת

איקונור במפורש כי "אין מחלוקת שתולים סופניים במדינות ווישינגטון וניו-יורק יכולים לקבל טיפול פליאטיבי גם כאשר זה לאחוזן יאין את מותם". ראו: Cantor & Thomas, *supra* note 90, at pp. 182–183.

105 המשפט העליון האמריקאי, וגורסים כי לא ניתן להסיק ממנה שראוי להכיר בזכות חוקרית לטיפול פליאטיבי. לדעת זו, ראו באופן כללי: L. Shepherd "A Right to Say in the Physician-Assisted Suicide Cases?" 16(1) *Journal of Palliative Care* (2000).

106 48; R. Dworkin "Assisted Suicide: The Philosophers' Brief" *The New York Review of Books* 27.3.97, 41–47.

107 ראו המלצה מס' 1418 (1999) לגבי זכויות האדם והכבוד של החולה הסופני והחולת הנעושה למות, שאומצה במושב העשרים וארבעה של האספה הפרלמנטרית של מועצת אירופה, ב-25.6.1999. גלומס מלא מחורגם לעברית של המלצה ראו א' כרמי "זכויות החולה הנעושה למות" רפואה ומשפט 24 (תשס"א) 118.

108 למצב בצרפת, ראו: A.M. Duguet "Euthanasia and Assistance to End-Of-Life Legislation in France" 8 *European Journal of Health Law* (2001) 109.

109 A.M. Duguet "Euthanasia and Assistance to End-Of-Life Legislation in France" 8 *European Journal of Health Law* (2001) 109.

טיפול דיגיטי, נתינת לחלוקים חשוכי-מרופא צור בשלבים הראשוניים של מחלתם, לציתים אף בצורתה ותיא עם טיפולים ריפויים. אולם הצעת-החוק כולה מתייחסת לחלוקים ונושמים לחולה, ולתם בלבד.

שנית, ההקשר הפרטי שבו הוכחה מוכררת, דהיינו, כטיף-משנה בפרק העוסק, לפי כורתו, ב"חולה אשר אינו רוצה לראות את חייו", אינו חלום ואינו משקף באמת את מהות הוכחה: יש בך, מזה גיבא, כדי להציג את הטיפול הפליאטיבי כמתודה נוספת של אי-הארכת חיים, ומאידך גיסא, למנוע מן הוכחה את מקומה הראוי כפתרון בלתי עצמו, להבדיל מבעין ב"חולה-מחלה משפטיה.

ההכרה בהשיבות הטיפול הפליאטיבי עשויה אומנם להקל על קבלת הצעת-החוק, העוסקת רובה ככולה בנושא הראשון (יש אף שיטענו שהיה זה אחד המניעים המרכזיים שהניעו את ועדת שטיינברג לאיכוך במפורש את הוכחה לטיפול פליאטיבי במסגרת הצעת-החוק שהציגה); אולם מבקורות-המכתב המגובה מאמר זה והרואה בטיפול הפליאטיבי את גולת-ההוכחה של שאלות "סוף החיים", שילוב הנושאים עשוי, מאותן סיבות ממש, לעכב את התוכחה המפורשת כוכוח לטיפול פליאטיבי, שאינה מעוררת כשלעצמה מחלוקת ציבורית.

רביעית, יש בהצעת-החוק עצמה, המוגשת במתכונתה הנוכחית, כדי למקד את הדיון הציבורי בשאלות "סוף החיים", שגם כך היה בלתי-סמנטי, אך ורק בסוגיות הנוגעות בהחלטת-החסי, כך, אפשר שהצעת-החוק תתקבל לבסוף, אולם הוכחה לקבלת טיפול פליאטיבי, שהוספה לה כמעין "עלה תאגוד", לא תוכח כלל בתשובות-לב בקהילות המושפעות והרפואיות שהרפיונות המוצגים במאמר זה מכחישים אליהן. חשוב לזכור כיצד שאר, בהקשר זה, כי לפי ההצעה המוצגת במאמר זה, הוכחה לקבל טיפול פליאטיבי תהיה זכות בסיסית וטבעית ויחיד מן הוכחות להמתת-חיים, בין אם יבחר המרחיק להכיר בה וכן אם לא, משום שכנועו של שירות טיפול פליאטיבי נגיש לכל, ומדועות של חולים לאפשרות לקבל טיפול חלים עשויה להיות רבים מהם, החוששים מן המשלכות הלא-נעימות של המוות, ובמרביתן המאב התהליכי-נסבל, להעדיף טיפול פליאטיבי על שקלית קיצור חייהם באמצעות המתת-חיים.¹²⁴

המסקנה הבליתי-ונגועית, מכל הטעמים שהוצגו לעיל, היא שמקומה הראוי של הוכחה לקבלת טיפול פליאטיבי אינו במסגרת חוק-מסגרת כללי העוסק בהמתת-חיים, אלא באיכוך מפורש פרטי, שיכול שייעשה באחת משתי דרכים שיוצגו להלן. להמריכה

124 מעניין בהקשר זה שאחד התנאים המרכזיים בכל חוק המתת-חיים שחוצץ ו/או תתקבל ב"חיה חלילה הוא שהחולה יסביל מ"כאב בלתי-נסבל". מתן טיפול פליאטיבי יבוצע מרוב החולים סבל מסוג זה, ומסתמא יעקר מתוכן את תחולתם האפשרית של חוקי המתת-החיים בעניינם. לדין נרות בסוגיה זו, ראו: A. Shapira "Not Treating and Treating to Hasten Death: Two Sides of the Same Coin" 29 *Israel Yearbook on Human Rights* (1999) 1, 3-4; R.L.P. Bergmans "Buthanasia and Assisted Suicide: The Dutch Perspective" 29 *Israel Yearbook on Human Rights* (1999) 105, 108-109.

של החום המתת-החיים בלבד היא, למצער, פשטנית, הותלת לשנות את שמה, באמרו לעיל, "ל"ועדת שטיינברג לנושא החולה הנוטה למות", שם המסקנה באופן מוצלח יותר את הנושא העומד לדיון, שהוא החולה הנוטה למות, שבר"כ הוא וקוק אף לטיפול פליאטיבי. ב-19 בנובמבר 2001, לאחר דיונים מקיפים, הגישה ועדת שטיינברג את טיוטה הצעת-החוק לדין בוועדת חוקה, חוק ומשפט של הכנסת.¹²⁵ טיוטה כולה התייחסות מפורשת ל"כוחות החולה הנוטה למות"¹²⁶ לקבל טיפול פליאטיבי: לשון סעיף 13 לועדת החוק:

"ככל מקרה, בין בחולה הנוטה למות שהוא כשיר, ובין בחולה הנוטה למות שאינו כשיר, חובה על הצוות הרפואי לעשות כל הניתן להקל על כאב ולסבלו של החולה הנוטה למות, ון באמצעות תרופות משככות כאבים, או תרופות רלוגניות אחרות, למרות סיכונים סכריים, והן באמצעים פסיכולוגיים, סיעודיים וסביבתיים, על פי העקרונות המקובלים של הטיפול הפליאטיבי. מטרת הטיפול חייבת להיות הקלה על כאב וסבל, ושיפור איכות החיים."

ראוי לציין כי זו הפעם הראשונה שמוצע לעגן במקרקק ראשית את הוכחה לטיפול פליאטיבי במשפט השידולי, ועל כך ועדת שטיינברג ראוה לכל המתבטאות. יתר עליו, ניתן לראות בבירור כי הושתקת מחשבה רבה במציאת נוסח חלים שיהא בו כדי להציג תמונה שלמה של מהות הטיפול הפליאטיבי ברחב הרפיונות שהוצגו במאמר זה לעיל.¹²⁷ על בסיס משותפים אלה, הנוטה המוצע על-ידי ועדת שטיינברג עולה באיכותו על נוסח החוק שהתקבל זה מכבר בצרפת, כפי שהוצג לעיל. עם זאת נטען להלן, כי להבדיל מהנוסח המוצע כשלעצמו, מיקום ההכרה המפורשת כוכוח לטיפול פליאטיבי במסגרת חוק העוסק, רובו ככולו, בהסדרת נושא המתת-החיים לוקה בארבעה טעמים מחותמים, שיש בהם כדי לפגוע בקידום המטרה, והחשבה כל-יכך, של העגשת חשיבותו של הטיפול הפליאטיבי:

- ראשית, יש בו משום חוננות והתייחסות לתקופת החיים הארוכה שבין גילוי המחלה וחשיבת-המרופא ועד הגיעו של אדם לשלב שבו ניתן להגדירו כ"חולה הנוטה למות", דהיינו, שישה חודשים לפני מותו הצפוי. כפי שהוצג לעיל, טיפול פליאטיבי ראוי שיהיה הפליאטיבי;
- 121 ראו דיון וגו', לעיל הערה 15 *Guidelines for Ending*; *Panel Draws Up* 18.1.02 *The Internet Jerusalem Post*; *Suffering of Terminally Ill*; ראו www.ipostco.il.
- 122 המאמר בסעיף זה לועדת החוק, לעיל הערה 2, כ"אדם שילפי הידע הרפואי הידעני הוא סובל מבליה רפואית חסרת-הרפא, אשר תוחלת חייו אינה עולה על חצי שנה".
- 123 לדין עקרוני בנושא הוכחה לטיפול פליאטיבי עובר לפרסום התמצית של ועדת שטיינברג, ראו ס' קולומבו ווי צינור "עניין הוכחה לטיפול פליאטיבי וחוספי במשפט הישראלי" המיכה 15 (תשס"א) 140; S. Colombo & R. Ziegler "End-Of-Life and the Good Society: Legislating a Right to Palliative Care – A Model for Israel" 2 *European Journal of Comparative Law* (2001) 179.

התולדות השנייה שהמחברים מציינים היא תיקון הצעת חוק יסוד: זכויות חברתיות, תשס"ב-2002.¹²⁷ שהונחה לאחריה מוחש על שולחן הכנסת, לאחר שהגשתה בעבר לא צלחה,¹²⁸ כך שתכלול סעיף, לפי המלונות שהוצגה לעיל, שבו תוכר במפורש הזכות לחיות את "סוף החיים" בכבוד, והוללה את הזכות לקבלת טיפול פליאטיבי. נטען כי על מדינת-ישראל, שאשררה בשנת 1991 את האמנה הבינלאומית בדבר זכויות כלכליות, חברתיות וחברתיות,¹²⁹ המהצטרפת לחיות מדינת-דודונה, מושתתת חובה לא רק לא להצטרב בחייו של אדם בדרך שיש בה פגיעה בכבודו, אלא גם ליצור תנאים שיאפשרו לו קיום בכבוד אנושי.¹³⁰ לפיכך, בעקבות חקיקת חוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו וחקיקת-יסוד: חופש העיסוק, בשנת 1992,¹³¹ הועסקים בזכויות "גנטיביות", דאוי שהתנסת בתהליך את חוק-היסוד המוצע הנוסד רובן ככולו בזכויות "פוארטיביות".

זה אף הציגנו ל הצומח מאחורי הכללת הסעיף העוסק בטיפול פליאטיבי דווקא במסגרת חוק-היסוד המוצע. הזכות לקבל טיפול פליאטיבי היא מצמצם זכות נכות שבפירח *תוכה* אופטימיזציה של המסד להעניק שירותים לציבור הרוב. בעיני המתבררים, ברמה כי מקומה הריאוי של הזכות הוא במסגרת חוקתיות, משום שרק כך תודגש באופן ריאוי השירות המבטיח לחיי של כל אדם באשר הוא אדם. הנשיא שמגר ציין בתהליחותו לנושא הכללי כי בעיניו, במצבים מסוימים, ראוי שהחיות החולה יגברו על זכויות אחרות, דוגמת הזכות לשיבת הבית בחייו. בחייו של אדם 5 להצעת חוק-יסוד: זכויות חברתיות, וכי יש לאסור על קיום שירותים בבתי-חולים משום שאלה הפכות "את החולה המאושפז למנוח פסיכי להשגת זכויות סוציאליות לאחריים".¹³² השופט זמיר גרס, תוך שהוא מביע הסתייגות מצידו הזכות במסגרת חוק-היסוד, כי "שאלת הזכות לטיפול רפואי של חולה סופי (או חולה אחר) דומה לשאלת הזכות להינדר" (שאנה מופיעה אומנם בחוק-היסוד). נכון שקיים מניין מסוים בין החובות, בכך ששתיחן "זכויות פוארטיביות",¹³³ אולם ברמה כי מבחינה אתית, הזכות לחיות את כל החיים בכבוד חשובה מן הזכות להינדר (ואף מן הזכות לשיבת), משום שהיא מבטיח ובטיחות רובה יותר מאלה האחרונות; והזכות בחיים בכבוד כחלק אינטגרלי מכלל החובות לכל חברה הודאה עצמה כחברה בריאה

¹²⁷ ח"ח 214 (לולל); הצעת חוק-יסוד: זכויות חברתיות.

¹²⁸ ראו הצעת חוק יסוד: זכויות חברתיות, תשנ"ד-1994, ח"ח 387, שהונחה לראשונה על שולחן הכנסת בד' במרס 1994 על-ידי יושב-ראש ועדת חוקות, חוק ומשפט של הכנסת, ת"כ (דא) דוד (נד) צוקר.

¹²⁹ ראו כ"א 51, צ' 206. תאשריר גבעה במקביל לאמנה האמנה הבינלאומית בדבר זכויות אחריות ומדיניות (כ"א 51, צ' 269). להבדיל מן האמנה השנייה, שאשררה על-ידי רוב מדינות העולם, אושרה האמנה הראשונה על-ידי מספר קטן בהרבה של מדינות, רובן אירופיות. אירופות-הברית אינה חתומה על האמנה הנדונה.

¹³⁰ ראו דברי המסבר להצעת חוק-יסוד: זכויות חברתיות, לעיל הערת 127.

¹³¹ ס"ח תשר"ד 90.

¹³² מכתבו של הנשיא שמגר, לעיל הערת 114.

¹³³ מכתבו של השופט זמיר, שנשלח למחברים בהגובה על הצעת החקיקה מיום ה'01.01.85.

עקרונית ברציון זה, יוצע לקרוא המודל המשפטי הבלי: בכלגית הופדו נושא תמתי-תומסד ונושא הטיפול הפליאטיבי, כך שהובאו לפני הוועדה המשלפת למשפט ונושאים חברתיים שתי הצעות חקיקה: הצעת החקיקה המסדית את נושא המתת-חיים וכתה ריוב זעום של שבעה-עשר מיל שנים-לש-חיים. הצעת החקיקה בנושא הטיפול הפליאטיבי אומצה ללא מתנגדים.¹²⁵

אולם אין הכרח, לדעת המחברים, באימוץ המודל הבלי עיצמו הלכה למעשה בחקיקה במדינת-ישראל, שלפני יש צורך בדבר חקיקה נפרד שעוסק אך ורק בשאלת הטיפול הפליאטיבי. להלן יוצעו לקובצי המדיניות שתי תלופות (נרמות גורמטיביות שונות) שיכולות לרדו בכפיפה אחת לעיגונה המפורש של הזכות לקבל טיפול פליאטיבי בחקיקה הישראלית.

החלופה הראשונה, הפשוטה באופן יחסי, ליישום מבחינה משפטית (וכראית ריאלית פוליטיקה) היא תיקונו של חוק זכויות החולה, כך שיכלול סעיף המחייב במפורש לזכות לקבל טיפול פליאטיבי. נוסח של הסעיף יכיל שיתבסס על הנוסח שוועדת שטיינברג מציעה, בשינוי מהותי אחד, המשקף את החסיינות שהתבעה לעיל מנוסח זה: להברר מהצעות-החוק המהייתות אך ורק לחולים הנשויים למות, שאונק חיימים הוא עד שישח תורשתי של הסעיף העוסק בטיפול פליאטיבי ראוי שיהיה:

"לכל אדם שמורה הזכות לחיות בכבוד את כל חייו, מלידה ועד מות, ותובה על תצוות הרפואי..."

הרציונל העומד מאחורי הכללת הזכות לקבל טיפול פליאטיבי בחוק זכויות החולה, להבדיל מחוק העוסק במתת-חיים, הוא שתוק זה עוסק כולו בזכויות כלליות שחוללים בישראל ונאם לתן, כפי שאף עולה ממסרת החוק, שהיא: "...לקבוע את זכויות האדם המבוקש טיפול רפואי או המקבל טיפול רפואי ולתנו על כבודו ועל פרטיותו".¹²⁶ גם ההגדרה המוצעת בסעיף 2 לחוק למונח "טיפול רפואי" אינה הגדרה סגורה, והיא מפשרת לכלול בו טיפולים מהסוג המודגש במאמר זה. יתר על-כן, להבדיל מהכללה הזכות לקבל טיפול פליאטיבי במסגרת פרוק העוסק בחולה שאינו מעוניין בארכת חיי (כפי שעולה מהצעת-החוק של ועדת שטיינברג, וזות זו צשויה להשתלב בחוק זכויות החולה באופן מבעי, בפרק השלישי של החוק, שכתרתו "הזכות לטיפול רפואי", והמונה בין היתר, את זכותו של החולה למידע בדבר הזות המספל בו או וכותו לקבלת דעה נוספת לעיין הטיפול בו. הכללת הזכות בחוק זה פשוטה אף ליישום, משום שהחוק אינו מעורר מתלוקות ציבוריות, להבדיל מחוק העוסק במתת-חיים. חוק זכויות החולה, המתוות תלק בלתי-נפרד מהחקיקה הראשית במדינת-ישראל, יהווה אבטניה ראית לבנושא שתתולה תשוד-המרפא, חקיקה להבטחת זכויות בטיחות המצועות לו כבן-אנוש. עומד במרכיב.

¹²⁵ שני דברי החקיקה טום עברו את כל התליך הפרודודולילי, לדיון במצב בבלגיה, ראו: B. Broecker "Belgium: Towards a Legal Recognition of Euthanasia" 8

¹²⁶ *European Journal of Health Law* (2001) 95

¹²⁶ סעיף 1 לחוק זכויות החולה.

שיפועו בכל מסגרת שחולים מסוג זה מטופלים בה, הקצאת מיטות ייחודיות, וכן שיפור ויישול של השיטות בקניניה הנענים על-ידי המוסד לביטוח לאומי, לשכות הרווחה והשירותים החברתיים וקופות-החולים. במסגרת זו יש מקום לרדוש מן המוסד לביטוח לאומי להקצות קצבת גבות ו"שירותים מיוחדים" לחולים שמוגדרו כחולים חשוכי-מזג, כפי שהקובץ לגבי חולי ריאות, מולתלי כבד ועוד, יש לחייב את השיחות והמוסדות לספק לחולים תוספת שעות טיפול-בינה, סיוע במימון רכישת תרופות, כיסוי לגסטות לצרכים רפואיים וכיוצא בזה.

4. השגות אפידוריות על המודל המוצע

השגות על המודל שהמתברים מציעים אפשר שיהמכו על שלושה אנשים: תיאורשי-משפטי, תיאורשי-רפואי ומצטי. 156

מבחינה תיאורשי-משפטית, יש שיטענו כי המתברים מציינים לפני הקורא מודל המתאר לפחות בינה תברית בכלים משפטיים גרידא. ייתכן שהמתברים מעמלים בכך מן הפער הקיים בין ספר החוקים לבין עולם המעשה, כך, כאשר קבוצות-לוח מסיבות מצטרפות את קבוצת הנכחי החוקים, והן אף מצטרפות להשפיע על סדר-יומו של בית-המשפט, אין הדבר מביטח שהמשפטים שחוקקים בפועל בוודות של בני-דאדם תואו זו שהתכוונו אליה הנפים יצרי המשפט. 157 זאת משום שבחוק מתקיימות פעולות-הן של ישויות המנהל הממונות על ההוצאה לפועל של המשפט, שאם אלה לא יצחקו תוכן אל תוך התקנה, תישא זו כאת מתנה על ספר החוקים. זו אף זו: גם הביקורת השיפוטית, אקטיביסטית ככל שתהיה, הנה תמיד נקודתית בודות לפעולה פרטנית של השיחות המתקפת על-ידי מי מואזוזדוס, ולא מצרכנית (כלפי תפיסת-עולם של הגוף המקנלי, שהרי ערציה לבני-צ' העוסקת בנושא כללי תידחה על הסף עקב היותה תיאורטי). 158 ביקורת אחת עשויה להתייחס לדוגמיות ולאחוזות שהמשפט מציע, מצעים שיבו כחוקים על-ספר, למבנה מסוים, לעומת עושר המשפיעויות הקיימים בהיי כל אדם וכל קבוצה

136 ואוי לציין כי בתת-פרק 2 של פרק ה גידונו השגותיהם של השופטים שמגר וזמיר על אופי המודל המוצע, התייגו, על אופן ציגונה של הזכות בחקיקה. הבהנה בין השגות אלה לבין ההשגות שיובאו להלן היא שהשגותיהם של השופטים אינן כופרות בעצם החקיקה, אלא מתמקדות לדרך שהמתברים מציעים.

137 מי מאוסר המשפט הספוי מן הפי" אלפים 16 (תשנ"ח) 45, 48.
138 ראו לענין זה תיאורו של פרופסור מאוסר, הטיעון כי החברת הישראלית היא מן החברות הנמוגות גמישות וחירות ביחס לבללים, משום כך, כך נשען, מתקיימת בישראל רמה גבוהה של שליטון חוקי הפרובלמי. הפרובלמיים זו לרוב הישראלית. ציגונה של זכות בחקיקה אינו מה שמטעניו תובנה הישראלית כפי שהיה עשוי להיות תובנות שבתן הנוג לכבר כללים משפטיים באופן נקוסה וקפדני. ראו מי מאוסר ירדית הפרובלמיים ועליות הברכים במשפט הישראלי (תשנ"ב) 155-156. מאוסר מתייב תפיסה זו של הציבור הישראלי.

ומתקנתה, משום שמי שלא מוכטה לו כי יוכל לזרות את כל חיינו בכבוד מייחס חשיבות פחותה לכל של שאר תוכניות.

הוצגו אפוא לעיל שתי הקופות שאינן מוציאות זו את זו) לעיגון הזכות לקבל טיפול פלילי-אנונימי בחקיקה הישראלית. אף שראוי בעיני המתברים כי הזכות המצא את ביטוח במסגרת חוקי-הסוד, הקשיים הפוליטיים-המעשיים הנכרכים בעצם קבלת חוקי-הסוד על-ידי הנכסת בעתיד הנראה לעין גלויים וצפויים למרבה הצער. לכן, וללא תלות בקידומה של חוקי-הסוד, שהמתבררים מייחלים לקבלתה במתכונת כלשהי בתיקווה שתכלול את תוכנה לטיפול פלילי-אנונימי, ראוי שהחוק זכויות החולה יתקין לפי המודל שהוצג לעיל, ויפה שעת אחת קודם.

3. עקרונות כלליים ליישום הצעות החקיקה

חקיקה ראשית (בין אם היא במסגרת הצעת-חוק של ועדה שייגיגוברג ובין לפי המודל המוצע במאמר זה) בנושא כלשהו, מתייב פעולה אקטיבית של המוסד אין בה די, ועל-מנת שלא תזוותר כ"את מתנה", חויי שתלוה בחקיקת-משנה שתעציק למחויבות השלטונית תוקף מעשי: בראש אפוא קביעה ברורה במסגרת הספיק, בין אם יכלל חוקי זכויות החולה ובין בחוקי-סוד; זכויות חברתיות, כי על משרדי המשלה הנעצים ברוב ממשלת חזכה ובהתקין תקנות המבטחות הקצוב מהאים לגופים הקיימים המספקים טיפול פלילי-אנונימי ויצירת גופים חדשים מטעם המדינה.

לפיכך, עם אימוץ הוראת החוק שהוצגה לעיל, ראוי שהישויות יישמו במהירות את המלצות תבאת לקידום הטיפול הנזמך בישראל שהוכנו על-ידי "תמכרה" ונאגדה הישראלית לטיפול תומך. 154 ראשית, על החולים לקבל את השפועולים ההדדיים במסגרות המאזוזדות, שששויות לכליל, לענין זה, תספוס מוסרי או קהילתי, שיפול תומך בבתי החולים לחלזות ממושכות או בבתי-חולים כללי, הכל לפי צורכיהם המיוחדים של החולים. 155 שנית, יש להנהיל את עקרונות הטיפול הנזמך במסגרות הכריאות בפרט, ובבתי-החולים, שיפול שיכלול אבחון, שיפול ומיעקב אתר סימונים ותסמינים גופניים, נפשיים והברתיים של החולה; סיוע במצויי משאבים אישיים וגיזים משאבים קהילתיים, הברתיים ומסויים; טיפול במשפחת לופי תפסידה ואחרות. שלישי, יש לזאוג להכשית כות-אדם מיומן ופיתוח תוכניות לימודים המיועדות לפנות הממנות ביטפול תומך (ובת-ספר לרפואה, טיעוד ועבודה סוציאלית, במסגרת הינד-תוך-ישויות ובאמצעות ההוספיטלים). יש להייב את תברות הסיעוד להקדיש פרק בהכשרת המטפלים/ות לטיפול הטיפול הנזמך בחולה ובבני משפחתו. רביעית, יש להקים צוותים מיומנים לטיפול

134 להתפתחות מקבילה מצגינית ביפן, שם הניברה "חברה היפנית למוות בכבוד", באוקטובר 2000, תצעות לשיפור הטיפול הרפואי הטיפני למשוד תבריות היפני ולתבי-הספר לרפואה, ראו מי אראקאווה יפן: כך משפטים שיפול בחולים סופניים" לילך 13 (תסס"ב) 25.

החוליה, מפני והטיפול שהתברר לכך בהאמור לקיומו של דיון ציבורי-משפטי בשאלה עובר להקדיקה, יש כריז לטעות את התפק נגד המשגות – הלגיטימיות – שרבים מנעלים נגד כוחה של הקדיקה לזיכור לשינוי חברתי ותפיסתי.

ההסתייגות החלטית-רפורמית מן המודל נוגעת במשתנים אחרים המקשים לכאורה על הצלחתו הכלכלית: ראשית, לפי התפיסה המצטננת של ממות הטיפול הפליאטיבי,¹⁴³ הוא אינו טיפול מקיף, אלא מתמקד אך בהקלת מכאובים, משום כך, כאשר חזקה מסוים אינו סוגל ממכאובים, לא יחא בטיפול הפליאטיבי כריז ליתן מזור לביעוריהי. המצדדים בקיומם החברתי בוכות להמתדתם אף יטענו כי בניסיון לקדם את נושא הטיפול הפליאטיבי ולדחוק לקד-זווית של המיון הצבורי את נושא המתה-החסד בסצנה המושמעת (גם במאמר זה) כי טיפול זה בסיסי וראוי הרבה יותר, תשלל מהחלה שאינו סוגל ממכאובים תוכוח להחליט על הטיפול (או אי-הטיפול) שהוא מצוניין בו. יתר על-כך, אף במקרים שבהם החולה סוגל ממכאובים, ניתן לטעון כי אי-החכרה כיום בהשיבות הטיפול הפליאטיבי היא אך תסמין לעובדה שעד לאחריונה ואף כיום קיימת אי-מודעות בקרב הקהילה-הרפואית לעצם הצורך לטפל בכאב.¹⁴⁴ משום כך, העובדה שהוכחה הוכח על-ידי המשפטנים לא יחא בה כריז לטיעו לישים טיפולים אלה בפועל על-ידי הרופאים, וזאת, בין היתר, לנוכח הקשיים המליליים שהחלו סובלים מהם בהכנות מצוקותיהם של החולים.¹⁴⁵

הטיפול הפליאטיבי אינו הרופות-פלא ואין בכוחו לפתור את כל הקשיים הנוגעים ב"סוף החיים". כפי שכבר נטען, ישנם מקרים "קשים" שהטיפול הפליאטיבי אינו מסוגל ליתן להם מענה. כמו-כן, המתרבים מבידים בעובדה שקיים עדיין מחסור בידע מקצועי בכל הנוגע בצעם שאלת הטיפול בכאב (כמו לגבי מדיכונים אחרים הנוגעים בטיפול הפליאטיבי), מחסור שעלול להביא לריז כך שגם תכנה פורמלית בקיומה של זכות לקבל טיפול פליאטיבי תיוותר ללא תימוכין מעשיים בתיעוד יי מטפלים בעלי זיודע הנדרש. לכן תודגש תצורך בתעוד חולים בבתי-הספר לרפואה, כמו גם במוסדות המקצועיים

143 תפיסה זו אפשר שתהיה מוכסת על הפירוש המילולי של המונח Palliate to relieve: Webster's Encyclopedic Dictionary of: without curing; mitigate; alleviate. The English Language (New York, 1989) 1039.

144 ראו: D.B. Morris *The Culture of Pain* (Los Angeles, 1995) 21. שם מניעס המתכ את ריז' גיז' בוניקה, ושיחא תראשו של האגודה הבינלאומית לחקר הכאב, כפי שמתחיי את הקהילה הרפואית מפני המכניזם של ה"great void in our knowledge of the mechanisms and Psychotherapy of pain".

145 ראו: לענין בעיות הנוגעות בקשר רופא-חולה, ראו: 13 SUPP. note 13.

חברתית.¹³⁹ כך, כל המדרה חקיקת של הטיפול הפליאטיבי תחא בהכחה מצורה או מרחבה מרי בעיני המתבונן.¹⁴⁰

סכנה נוספת נובעת מייצור ה"שביסיון לעינון חקיקתי עובר לקיומו של דיון ציבורי מוחתי בסוגיה, בעניינינו, ולאור הצגתה לעיל של התפיסה החברתית בכל הנוגע בהתמודדות עם המושגים מוות, תהליך מוות וכאב, התכחה החוקרת בוכות לטיפול פליאטיבי עלולה למצוא את עצמה ללא תמיכה ציבורית ראויה, וזאת משום שלא נערך בעניינה עד כה דיון ציבורי מספק. עצם העובדה שהדיון הציבורי לא התקיים, כך יטעון, איך משמעו שיש לפסלה על שלב משמעותי זה. קיים אף חשש שבכך נהפס כמו שיצאו ירי חובתם בעינינו הנשאל בספר החוקים, ואין אנו נוקמים עור לשכנוע הציבור הודח בתזויות¹⁴¹ הנשאל.¹⁴²

המתרבים אינם חלקקים על כוחה המוגבל של החקיקה לשנות דפוסי השיבה חברתיים.¹⁴² עם זאת נטען כי דיון ציבורי בשאלת הטיפול הפליאטיבי מתקיים זה עניס מספר בקרב חלק מאנשי מודעי החיזחה והרפואה בישראל, ואף בא לידי ביטוי בעובדה שהתרושח החילה וחה באותור מפורש במסגרת המליצות ועדות שטיינברג. המתבררים מכריים בעובדה שטרם נערך דיון ציבורי מספק בנושא, מניחה במסגרת הקהילתית המשפטית. למעשה, זו אחת הטענות המרכזיות במאמר זה. המתבררים חכנסת ובמליאה הנושא אף "דיון תהליך החקיקתי, שבו יתקיימו דיונים בוועדות חכנסת ובמליאה הנושא אף "דיון בימייני מקצועיים, תיחשף הקהילתית המשפטית לנושא יחד ויותר, ומשים כך דיון ציבורי תקיים בפועל קודם שהחקיקה תגוש באופן סופי. נראה גם שאילו היה הציבור הודח נחשף באופן ראוי לאפשרויות הטיפול הפליאטיבי, היה בכך כריז ליתן מזור למצוקותיו בכל הנוגע במותיים הרפואיים, הפסיכולוגיים והפרקטיים הנוגעים ב"סוף החיים". שלו ושל קוריו והשפעתם הסביבתית. משום כך, אף שהמתבררים אינם רואים בחוק זהות הכל, במקרה זה, הסיכונים שמתחוסר מעל חקיקתי, בהמשך המצב הקיים שבו תנועת הטיפול הפליאטיבי בישראל תהיה על בלימה, ובמתנה (שעלולה להיות חסרת

139 ראו: D. Tubek "Toward a Social Theory of Law: An Essay on the Study of Law and Development" 82 Yale L. J. (1972) 1.

140 על הסיון זה של חקיקה, בוקשר של הנדרת המתה-החסד, מודח פרופסור ארתום שטיינברג בנייר-עמדה: א' שטיינברג החולה החופני - מבט השוואתי בין עורכים דמוקרטיים והלבריים (תשס"א), שהיחה את הטיס העיניי לזיוני ועדות-המשלה של ועדת שטיינברג.

141 חויכוח בין התפיסה שהחוק יכל להוביל את החברת לבין התפיסה החוזרת שלפיה החברה מוכיחה לשינויים חקיקתיים אינו המצאה תרשה. לוקר-תוכט מודרנית, ראו: I.H. Merzmann *The Loneliness of the Comparative Lawyer: And Other Essays in Foreign and Comparative Law* (Hague, 1999) 435-465. באריחה של תחילה תהא התעי-עשרה, במיוחד בגרמניה ובצרפת, ראו: I. Stone *Social Dimensions of Law and Justice* (London, 1966) 90-118.

142 ראו: I.M. Friedman *Law and Society: An Introduction* (New Jersey, 1977) 159.

מאבד במידה מסוימת את חוש הכיוון משום שלא ברור לו עור על מה ראי להסתמך בקביעת הנורמות החזרות. להתמודדות עם אתגר העמידה בקצב ההתפתחויות במשך החיים מפני קפיצת על השמים, מחד גיסא, והחריה מהירה מדי, העלולה לביאנו אל צברי פי פחת, מאידך גיסא, מפני החריה מסוג זה, בכל הנוגע בוכות להמתת חסד, ניסה מאמר זה להזהיר. התורה בדהפנתו של הדין בשאלות "סוף החיים" מצודרת השש שפירקו של הדין כיום בישראל בשאלת עיגונה והקניקיה של הזכות להמתת חסד אינו מאפקת העזרה השמואל לב מספקת לצורך להכיר *מתקלה* בוכות לטיפול פליאטיבי. בדריקת נושא הטיפול הפליאטיבי לשולי המודעות והציבורית והמקדחת במעט בעליות בשאלת המות-החסד סמנה קשה של פגיעה בקידומו המעשי של נושא הטיפול הפליאטיבי בתברנות.¹⁴⁷ דופאים יאבדו אטי-אטי את המוטיבציה לצלות את המדיניות ובלתי-גורעית של ציסקו בטיפול בתולדות השוכות-מרפא. נטען כי בקיצור דרך הברז מסוג זה קלה ופשוטה הרבה יותר. התורה בכללותה מתרגל לקיומה של המתת-חסד כפתרון האולטימטיבי, תולד הפשוט למחלות חשוכות-מרפא. נטען כי בקיצור דרך הברז מסוג זה יש כדי לפגוע אנשים בדין הצידי והמעדיק בעיקר על המסד הרפואי יוצרת אצל המתבירים תחושת אי-נוחות. המערכת אינה פועלת כדין הברזי, אלא יש בה כדי לשקף את התפוסות החברתיות של החברה שבה היא פועלת. אין להטיל את האשמה לך שקיים חסד עצום באגשי-מצוי, במקומות המתאמים למהן טיפול, במשאבים ובמקצועיות ציבורית על המסד הרפואי בלבד. הטיבה לכשלים הממורים בתחום הטיפול הפליאטיבי נעוצה בדרך שבה הזכות שבה אנו חיים מתמודדת עם המוות – באמצעות מתישת עוברת קיומו, מחד גיסא, ואימוץ מודי של פתרונות "קלים" דוגמת המתת-חסד, מאידך גיסא.

רק המעצות מהופש את תשובות פשוטות לשאלות "סוף החיים" והתמודדות אמיתית עם קיומו של המוות, רק הם יוכלו לשנות את התהליחות החברתית לטיפול פליאטיבי.

במאמר הוצג לפני הקורא מצב הטיפול הפליאטיבי בישראל של ראשית האלף השלישי. תחומה נחשקפת אינה משיב-עצ-רצון, בלשון המעטה: תחום הטיפול הפליאטיבי אינו מוסדר בחקיקה; הוא מתגמל תוך התבססות על אלתורים ויהומים חריץ-מערבתיים; הממסד הרפואי מתער, לרוב, מאחריותו המוסרית להבטיח שיפול חולים ושווייזי לכל התקנים לטיפול פליאטיבי; הגופים שנוסדו כדי לרואג לרווחת החולה הושך-המרפא אינם ממלאים את תפקידם כהלכה; החולים עצמם אינם מודעים לעצתים קרובות מדי לכוונותיהם כאורחים במדינת-דו-חזה, נטען כי למיבה הצער, עקב אי-המסדר החוקי, בתי-המשפט, כמו גם הציבור הרחב, אינם יכולים כיום לרוש מהחשיות להקדיש את המשאבים הכספיים והאנושיים לתחומים לישים יצירת השיפור המשמעותי, הנתון כל-כך, בתחום. כמעטפיגמ, נטען כי התורה הישראלית אינה יכולה עור להתמקד מהחשיות המוסלית

147 כך אידי בתולני, שתוקקה לאחרונה (לעיל הצעה 5) חקיקה המתירה בפועל ביציע המות-חסד, וטרם עיגנה את הזכות לקבל טיפול פליאטיבי. חושש הוא שכל קול לקרות במצבים דומים במדינת אחרות.

לשים הכרה בחשיבות הטיפול הפליאטיבי בכלל, ובמסגרתו בחשיבות יישובו של האורחים, עם זאת המתבירים מאמינים כי בעצם העובדה שזכות זו זוכה באופן חוקי הוא כדי ליתן דריקת עזרה לאותם גורמים בודדים, דוגמת הרופאים העוסקים בטיפול פליאטיבי, להתמסס כיום, בלי-ת-כרדה, כחריץ-מערבתיים, לקדם נושא זה ולהביאו אל מרכז העשייה בתחום "סוף החיים".

הטעם המעשי להשגה על המודל המוצע במאמר, כמו גם לעקרונות שמנחים את תקיקת המעשה הנלווית אליו, יבוסס ככל הנראה על העלויות הכספיות הנבחרות לכאורה שהמודל מציב לפני תקציב המדינה המדולדל בעת הזאת.¹⁴⁶ אולם, כפי שנטען לעיל, טיפול פליאטיבי אינו טיפול יקר באופן יחסי, הוא אינו כרוך ברכישת ציוד טכנולוגי חריש, אלא מביסס בעיקר על היכולת והרצון להקשיב לחולה, לסייע לו להתגבר על מראויו מוסורים על-ידי המדינה ותקצובם, כמו גם תקצוב נאות של תשורותיהם הקיימים, יש בהם כדי להטיל עול תקציבי ונרופים אחרים בפרט. עול זה, נטען, צריכה המדינה משיד הבראות, המוסד לביטוח לאומי ונרופים אחרים מוסים על המסד הרפואי בכלל ועל תקציב לקבל על עצמה ללא היסוס, משום שדאי כי מדיניות-רווחת דמוקרטית תעניק לאורחיה ותשריבה טיפול תולם פנים היוולדם ועד יום מותם.

ככל דבר תקיקה, אף תצעת התקיקה המוצעת אינה בקייה מספקת, בין תיאורטיים ובין מעשיים, ויש מי שייטען שיהא בכוחם של אלה לעשות את דבר המתקנה, כאשר יצאו מלפניו, פלחטה. המתבירים סבורים נוכח אף סברה ועדת שטיינברג¹⁴⁸ כי על-אף הקשיים, מדרוב בנושא הדין לעיגון תקיקתי מכל הסיבות שחוצנו לעיל במאמר זה.

1. מבט לעתיד

הרפואה והמשפט (ותחומים הנובלים בהם, דוגמת אריקה רפואית ומשפטית) נאלצים להתמודד עם התפתחויות מדיניות וטכנולוגיות המתחשות בקצב מודי; במקרים רבים, אין ידו של המשפט משגת להחביק את קצב התפתחות הטכנולוגית. אתרי קשה במיוחד ניצב לפני עולם המשפט כאשר הוא נדרש לספק תשובות לסיגיות רפואיות חדשניות, באופן מסורתי, המשפט הוא דיסציפלינה תולדת מאור, רוצה למיר שמרנית (במובן תחיתי של המלה), הוזלכת עקב בצד אגודל, תוך התינת הקדימים במקרים רבים נראה כי המהוקקים אינם יוזמים שינויים תקיקתיים המבוססים על דפוסים תורתיים חדשים, וגם כאשר רצו משפטים להקדים את החברה, נעשת הדבר תוך שימוש בידע שנורכש במשך מאות בשנים.

כמלים אלה, שבתם ידעיות ונושאים טכנולוגיים זוכים בהם תקשורתית נרחבת, המשפט

146 למעשה, מדובר בשאלה של הקצאת משאבים בחברה. לדין תיאורטי בשאלה זו ראו, באופן כללי, ספר קליס תזוסק בשאלה: G. Calabresi & P. Bobbit *Tragic Choices*.
The Conflicts Society Confronts in the Allocation of Tragically Scarce Resources (New York, 1978).

סופרי האללים של המהפכה: סמויטיקה של עורכדיין בעולם ההיי-טק

מאת
רם פורמן

פתח-דבר

- א. פעולת התנגום
- ב. מרכז ושוליים
- ג. המצפון של העולם הקפיטליסטי
- ד. סופרי האללים של המהפכה

פתח-דבר

יחד עם השופר והליל, עורכדיין נמנים עם הגבורים האולטימטיביים של הסרט החוליווי האורבני (נובלוב) גם של סדרות הטלוויזיה האמריקאיות, ושימת הסרטים שגבוריהם עורכדיין תוכל לטלא עמורים שלמים, עם זאת, נותרה מדויקת של אותם עורכדיין "גבורים" צאיג שליטה מוחלטת של ליטיגטוריום, ודמויגטיות מובקת לעורכי-דין העוסקים בפלילים ובזיקין. עורכדיין העוסקים הוצאו אל מחוץ לתמונה, גיטיון להפנות לטריטום פופולריים שחשא עוסק בעורכדיין לענייני מיסים, אולם גם שם העלילה לכאורה יוצא-דופן מאה שחשא עוסק בעורכדיין לענייני מיסים, אולם גם שם העלילה נאלצת לפנות לפלילים בהוצה השיא הפרופרטיוני של² דוגמה מובהקת יותר היא הסרט "פרקליטו של השטן"³ לכאורה, זהו סרט שבמרכזו פירמה עסקית גדולה, אולם גם כאן לא הצליחו התסריטאים לאתח לאנשי המשד לשמש גיבור, והעריפו לייבא בניבור עורכדיין פלילי האמור לפנות מחלקה פלילית בפירמה, גם זינר של סרטי המתה ההיי-טקיים לא חוליה עורכדיין של היי-טק כגיבורים.⁴

* תודה מיוחדת לדיני פורמן, רוצי עמית, שי לביא תוברי המפרכת שקיאו סיטות של ומאמר, והערתיהם הרבה משולבות בו. כמו-כן בוצעו לתורות לתלמידים שהשתתפו בקורסים שהעברתי באוניברסיטת תל-אביב בשנים 1997-2000, שסייעו לי דבות, תן באיטוק נתתניהם ותן בגיתתם.

- 1 The Firm (Paramount Pictures, 1993).
- 2 השימוש שהגיבור עושה בעברה הפלילית של חויב מופדו על-מנת לקצקצ את המשד שבו עבד.
- 3 Devil's Advocate (Warner Bros., 1993).
- 4 גם בסרט היי-טקי מובחן כ"אויב המדינה", Enemy of the State (Touchstone Pictures, 1998) שגיבורו עורכדיין, היי זה עורכדיין המתמה בדיני עבודה.

עלית להעניק לאיחודיה זכות-אדם בסיסית בדמות טיפול חולם בוסם חיימים, שיקל על סבלם ומכובאיהם באופן מיטבי ושיינתן להם בסביבה מתאימה, תוך כיבוד ערך החיים וערך האדם, כיי להלץ את מדינת-ישראל מהמעגל-השניטה המאפיין את מצב הטיפול הפליאטיבי השורר בה יינים, הוציע לקרוא מודל תקינה פשוט ליישום, המעגן באופן תקין את זכותה המוסרית של כל חולה לקבל טיפול פליאטיבי. בהמשך הוצגו הצעות קונקריות למתכונת אפשרית של החיקת-המשנה שיוזא על שד תכריאה להקין כהוצאה מאומן המודל התקיקתי על-ידי הכנסת.

כפי שנסען לעיל, ציגון תוכוח לטיפול פליאטיבי אינו פוגע במבנה החברתי העדין תקיים במודנת-ישראל; הוא אינו גורם לבעיות אחיות כלשונו מבוזנתה של גודמי המנסה בני המשפחות ו/או החללים עצמם. בבסיסו עומד הציגן לתעשיק את מודעות כלל הגורמים הקשורים, בדרך זו או אחרת, בחיי החולה המוד-המורפא להשבוותה של תקופת "סוף החיים" בהיי של כל אדם. העסקת המודעות ראי שתיעשה, כך הוציע, בעיקר באמצעות היגון רפואי אקדמי נאות, הכשרת מטפלים פליאטיביים והקצאת המשאבים הכספיים והאנושיים על-ידי הממסד הרפואי.

המתברים מציעים אפוא לעגן באופן מפורש את הזכות לטיפול פליאטיבי במשפט הישראלי בנופד ולאלתר, ללא כל תלות בינ דיון זה לבין כל דיון בייגון אפשרי של הזכות להמתח-חטי, קבלת המודל המוצע תהווה התמודדות משמעותית עם העובדה שבתלקים נרמבים של הזכות המסרביית בכלל, ובישראל בפרט, מוטבע עייין "אות-קין תברתי" על החללים והקנים, והמוות נחשב למחלה האולטימטיבית, במקום שיתחשב לחלק טביע ממסלול החיים, רק הכרה וכיבוד של המציאות שבה כל בני-אנוש מודקנים, חללים לעתים ולבסוף מתים האפשר לני לאמן באופן ממיש את הטכנולוגיה הרפואית החדשה, נטען כי אימוץ הטיפול הפליאטיבי היא אחת החריבים היעילות והראיות הקיימות לקידום היעיים של "סוף החיים". המתברים סבורים כי עייגן מפורש של הזכות התקנית ההייגטיבת" לקבל טיפול פליאטיבי במשפט הישראלי הוא צו השעה.