

# מתן תרופות נוגדות פסיכוזא למטופל ללא ידיעתו

תקציר:

"לא יינתן טיפול רפואי למטופל אלא אם כן נתן לכך המטופל הסכמה מדעת" – כך נוסח החוק לזכויות החולה, 1996. ללא הסכמה זו, ניתן לראות טיפול כמעשה תקיפה (Battery). המצב החריג והיוצא מן הכלל הוא אשפוז כפוי לפי החוק לטיפול לחולי נפש, 1991. עקב הסיכוי להופעתן של השפעות לוואי בלתי הפיכות בעקבות נטילת תרופות נוגדות פסיכוזא, מומלץ שההסכמה מדעת תהיה גם מתועדת. במאמרנו אנו מדווחים על ארבעה מטופלים שקיבלו במשך שנים טיפול תרופות נוגדות פסיכוזא ללא ידיעתם. במאמר אנו דנים בנסיבות המהלך מיוחד ולא חוקי זה. שני מטופלים שעליהם מדווח במאמר זה גילו שהם מטופלים תרופתית ללא ידיעתם, הטיפול בעקבות גילוי זה הופסק, ובהמשך הם קיבלו טיפול בהסכמה. שני מטופלים אלה לא ביקשו החלפת מטפל ולא הביעו כעס על מתן הטיפול ללא ידיעתם, אם כי ביטאו תסכול על כך שקולם לא נשמע בבחירת הטיפול והמינונים.

דוד גרינברג  
גבי שפלר

מרכז רפואי הרצוג, ירושלים  
האוניברסיטה העברית, ירושלים

מילות מפתח:

טיפול מוסווה; הסכמה מדעת; טיפול נוגד פסיכוזא; מחלת נפש כרונית; תבונה.  
Covert medication; Informed consent; Antipsychotic treatment; Chronic mental illness; Insight

:KEY WORDS

## הקדמה

ההסכמה מדעת חייבת להיות מבחירה חופשית, עם יכולת הבנה (Competence) ומדעת. אי מסירת מלא הפרטים על ידי הרופא למטופל, ובמיוחד הפרטים על השפעות הלוואי האפשריות של תרופה שאדם מיועד ליטול, היא הונאה. בתנאים רגילים עלולה הסתרה כזו של מידע להיחשב להונאה (הסתרה מכוונת של פרטים לצורך השגת מטרה כלשהי). יחד עם זאת, הסוואת טיפול או הסתרת פרטים על השפעות לוואי כתוצאה מטיפול מוצע לחולה שאינו מסוגל להבין את המצב לאשורו ומתנגד לו מתוך פגיעה חולנית בשיפוטו, אינן נחשבות לפעולה עבריינית המתוכננת לטובת הנאה או רווח לרופא או לבני המשפחה, אלא בפעולה שנועדה למנוע מהחולה מצב שלעיתים להערכת הרופא המטפל יהיה בבחינת תוצאה קשה לחולה. הרופא אף הוא נתון במצב כזה להתמודדות קשה מנשוא, ונקיטת פעולות מסוג זה באופן שכיח מידי ובלתי מבוקר מצד הרופא על מנת להימנע מהתמודדות כזו, עלולה להוביל אותו לעיתים קרובות מידי להימנע ממסירת מידע – כפי שנוכחנו לדעת מהסקרים שציטטנו. בנסיבות אלו, הונאה היא הטעייה מכוונת שנועדה למנוע מהאדם את זכויותיו החוקיות.

המקרה הקיצוני הוא טיפול מוסווה. שיח ציבורי בנושא מתן "טיפול מוסווה (Covert medication)", התפתח רק בשני העשורים האחרונים. באנגליה התקיים בשנת 1998 דיון בנושא טיפול מוסווה; במאמר שפורסם נכתב, כי טיפול מוסווה עשוי להתקבל בנסיבות מיוחדות [10]. באותה שנה פרסמו Thara ו־ Srinivasan [11] תוצאות מחקר שבו ראינו 254 קרובים של חולים הלוקים בסכיזופרניה הנמצאים בטיפול במרפאה בהודו. מתוך 148 המטופלים שלא שיתפו פעולה בטיפול, קרוביהם של כמחצית מהמטופלים הודו שנתנו למטופלים שבחסותם טיפול מוסווה. 14% מהם קבלו טיפול מוסווה למשך יותר משנה. 19 מטופלים (26%) גילו את ההסוואה. שנים עשר הגיבו בכעס, אבל הרוב הסכימו להמשיך בטיפול בהסכמה שלהם. את הנושא סיכמו לאחרונה במאמר סקירה Hung ו־ חוב' [8].

קיימות נסיבות שבהן מתן טיפול בהסוואה נפוץ למדי בבתי אבות. Kirkevold ו־ Engedal [12] חקרו 1,943 מטופלים בבתי אבות בדרום-מזרח נורבגיה. 23.4% מהמטופלים קיבלו טיפול תרופתי

"לא יינתן טיפול רפואי למטופל אלא אם כן נתן לכך המטופל הסכמה מדעת" – כך נוסח החוק לזכויות החולה, 1996 [1]. מעצם יצירת המושג הסכמה מדעת ניתן להבין שיש מקום לאי הסכמה לקבלת טיפול. במקרה של טיפול בתרופות נוגדות פסיכוזא, עקב הסיכון לפתח השפעות לוואי קשות ובלתי הפיכות של דיסקיניזיה מאוחרת (Tardive dyskinesia), ובעקבות תביעות מוצלחות לנזקים עקב הופעת התופעה ללא הסכמה מדעת [2], איגוד הפסיכיאטריה האמריקאי ואיגודים מקצועיים אחרים המליצו על תהליך מסודר של מתן הסכמה בכתב לטיפול זה [3].

Schachter ו־ Kleinman [4] בדקו פסיכיאטרים בקנדה. 263 (78%) מהמשיבים דיווחו שהם מספרים למטופלים על הסיכון לפתח דיסקיניזיה מאוחרת כתוצאה מנטילת תרופות נוגדות פסיכוזא, 43% סברו כי טובת המטופל גוברת על זכותו לקביעה עצמית ו־ 29% לא הסכימו לקביעה זו. אותה קבוצת חוקרים, Schachter ו־ חוב' [5] תשאלו 30 רופאי משפחה בקנדה המטפלים בעשרה חולים לפחות בתרופות נוגדות פסיכוזא ודיווחו שהסבירו את הסיבות למתן התרופה ל־ 84% מהמטופלים, אך רק ל־ 40%–50% הם הסבירו על השפעות הלוואי מנטילתן. בפועל, היה רישום על הסבר זה בתיק המטופל רק אצל 13%. 77% מהרופאים סברו שאין צורך בתייעוד בכתב של ההסכמה מדעת. בתי משפט קבעו שלמטופל הנמצא במצב פסיכוטי יש זכות לסרב לטיפול עקב הסיכון להופעתן של השפעות לוואי. בארה"ב המצב מורכב יותר: יש החלטה משפטית שאם מטופל באשפוז פסיכיאטרי, מסרב לטיפול, גם אם אשפוזו כפוי, הוא יקבל טיפול נגד רצונו (Medication over objection) רק אם "הייתה החלטה משפטית שלמטופל אין יכולת לעשות החלטות קומפלטיות לגבי טיפולו" [6].

הסכמה מדעת היא מזכויות החולה הבסיסיות. אם לרופא המטפל יש אחריות לגבי השלכות הטיפול שהוא נותן, אם המטופל לא נתן את הסכמתו מדעת לטיפול, יש מקום לראות את עצם הטיפול כסוג של תקיפה (battery) [7, 8]. לטענתה של Dickenson [9], הסכמה מדעת מעבירה את האחריות על הטפול ותוצאותיו מן המטפל אל המטופל, לרבות השפעות לוואי.

במרפאה. היו לנו שיחות על החלטה המשותפת של הוריה ושלנו כמטפלים, ועל פעולתה של אמה לתת לה טיפול מוסווה ללא ידיעתה: "בהתחלה כעסתי, ואז הבנתי שפעלה לטובתי". ברגע זה בשיחה בכתה פ' והסבירה: "זה גורם לי לחשוב על אמי", והוסיפה: "זה (הפנפלורידול) שגרם לי להשמנה, לא עשה לי טוב, הייתי מיאשת. כשקיבלתי לידיים שלי את האחריות לטיפול שלי היה לי שליטה על הכמויות. אם הייתי יודעת, הייתי מקבלת את המינון הנכון." בדיון חזר: "אני מאוד מבונה את החלטה שלהם, לא היה להם ברירה אחרת, הייתי כה בטוחה בעצמי, אך כשיש איזון הייתם צריכים לפנות ולשתף אותי מוקדם יותר. רצייתי להיות שותף להחלטה".

### מפרשת חולה 3:

א', בת 50 שנים, מתגוררת יחד עם הוריה. היא סובלת מפיגור שכלי קל והתחנכה במסגרות החינוך המיוחד. בצעירותה פיתחה מצב פסיכוטי, חוותה דמיונות שווא והפכה תוקפנית כלפי הוריה. היא אושפזה לשבועיים, קבלה טיפול, נרגעה ושחררה חזרה לבית הוריה. כעבור שנה הפסיקה טיפול על דעת עצמה, ובמהלך עשור היא הסתגרה בבית, לא דאגה לגרות שלה, והופעתה הפכה מוזנחת מאוד. לפני שמונה שנים הוריה פנו למרפאה בבקשת עזרה. הציעו שיתנו טיפול של טיפול תרופתי מוסווה באוכל. מינון נמוך של טיפול ריספרידון גרם לשיפור הדרגתי אך מרשים: התחילה לצאת עם הוריה, התחילה להשקיע בהופעתה, הפכה להיות פחות חשדנית והתחילה להתעניין בחדשות.

א' אובחנה עם שאת ממאירה, שיתפה פעולה בנייתוח, והוריה בטוחים שזה לא היה קורה ללא הטיפול המוסווה. לאחר הניתוח היא החלה לקבל מגוון כדורים, הוריה ביקשו להחליף את הטיפול בטיפות לטיפול כדורים, ועם טיפול זה מצבה יציב. לאחרונה נמצאה שאת טבה (Benign tumor) במוח והייתה זקוקה לניתוח לא דחוף. היא סירבה בתוקף לניתוח. סוכם עם אביה על העלאה הדרגתית במינון לראות אם תגיע לשלב בקרוב בו תסכים לניתוח אך בסוף היה צורך בדיון משפטי בו השופט החליט על הצורך בנייתוח חרף התנגדותה.

### מפרשת חולה 4:

ל', בת 63 שנים, נשואה ואם לשישה, אושפזה לראשונה לפני 30 שנה. במשך שנים קיבלה טיפול, כולל פנפלורידול שבועי. לפני שנה חלה החמרה ואושפזה שוב במצב פסיכוטי. לאחר שחרורה היא הובאה למרפאה על ידי בעלה והודיעה שהפסיקה כל טיפול. היא הייתה חסרת שקט עם מחשבות שווא והפרעות בהליכי החשיבה. דרשה להתגרש מבעלה ומסרה סדרה של טענות על התנהגותו. ילדיה שהגיעו לפגישה העידו שכך היא מדברת בכל פעם שהיא חולה. ל' רק הסכימה לקבל מינון נמוך של קוטיאפיין ובהמשך סירבה להגביר את המינון. בעלה ובניה התנגדו לאשפוז נשנה. לפני הביקור הבא התקשר בעלה ומסר שהוא התחיל להכניס לה כדור אחד של פנפלורידול לאוכל ללא ידיעתה עם שיפור ניכר במצבה. הוא ביקש למסור לו מרשמים להמשך הטיפול. הוא היה בטוח שהיא לא תסכים לקבל את הטיפול ולא תשתכנע אם יוסבר לה שמתן הטיפול הביא לשיפור הנוכחי. ואכן בביקור הבא הבחנו בשיפור ניכר. היא ובעלה דיווחו שהיא חזרה לתפקוד מלא ונמצאת ביחסים מצוינים עם בעלה, ילדיה ונכדיה. היא סירבה לכל שינוי במרשם שלה. עם עזיבת הזוג את החדר, בעלה יצא אחריה עם יד מקופלת מאחורי גבו, היד שקיבלה מרשם לפנפלורידול. בצורה זו אנו פועלים כבר שנה. מצבה של ל' מצוין, ללא כל סימן של פסיכוזה וללא השפעות לוואי.

מעורבב באוכל ובמשקה שלהם, וב-10%–14% מתן הטיפול נעשה ללא ידיעתם (טיפול מוסווה).

## מפרשות החולים

### מפרשת חולה 1:

ר', בת 65 שנים, גרושה ואם לשלושה ילדים, לקתה במצב פסיכוטי בגיל 25 שנים. היא קיבלה טיפול תרופתי באמצעות טבליה שבועית נוגדת פסיכוזה בשם פנפלורידול שהביא לשיפור מרשים במצבה, אך החולה נותרה לא מודעת לחומרת מצבה. אחרי כמה חדשים עמדה על דעתה להפסיק את הטיפול. היא הפכה להיות עצבנית ופרנואידית. בעלה ביקש לקבל מרשמים קבועים לתרופה שהכניס למזון שלה ללא ידיעתה. במהלך כעשור מצבה הנפשי היה מאוזן יחסית, אך חלה החמרה ביחסיה עם בעלה, והם נפרדו ולבסוף התגרשו. ללא טיפול נוגד-פסיכוזה החמיר מצבה ובמשך מספר שנים נזקקה לאשפוזים שהיו סוערים וארוכים. בסיום האשפוז הארוך ביותר לפני יותר משמונה שנים, ילדיה הביאו אותה למרפאה, מיאשים, ודרשו מול אמם להיות מעורבים בטיפול. סוכם על זריקה חודשית של הלופרידול. היום היא עובדת בחצי משרה, יש לה חיי חברה פעילים והיא מאוד מעורבת בחיי ילדיה ונכדיה. כשנשאלה לאחרונה בעניין טיפולה המוסווה, היא ענתה שהגרוש סיפר לה שנתן לה טיפול ללא ידיעתה לאורך שנים, "האמנתי לו". כשאמרנו לה שהעברת המרשמים הנושאים את שמה לבעלה היא לא חוקית, היא חיכה ונפנפה באצבעה חצי ברצינות וחצי בלצון אל מול פני הרופא. הסברנו לה שהתרשמנו כי האפשרויות שעמדו בפנינו אז היו טיפול ללא ידיעתה או אשפוז. יחד עם בעלה דאז החלטנו על החלופה הראשונה. ר' שמעה ואמרה: "טוב!".

### מפרשת חולה 2:

פ', בת 60 שנים, גרושה ואם לשני ילדים. לפני יותר משני עשורים דיווחה לנו עובדת לשכת הרווחה, כי בשנים האחרונות חלה נסיגה בהתנהגותה של פ' עד שהפסיקה לעבוד. היא הגישה תלונות שונות במשטרה וגם בבית ספר של ילדיה, ופנתה לזרים ברחוב בטענה שגברים עוקבים צופים ומצלמים אותה. הצענו שנערוך ביקור בית. היא הגיבה בכעס רב בזמן הביקור, והסתובבה בבית בחוסר שקט. למרות שלא הסכימה להתראיין, היא חזרה לחדר בו עמדנו שוב ושוב כדי למסור פרטים נוספים: גבר עוקב אחריה למטרות נקמה, המשטרה מקליטה שיחותיה. היא הדפה כל הצעה שאולי דברים אלה לא קורים במציאות. אחרי סיום הביקור היא תקפה את אחד מבני משפחתה. בהמשך למתקפה קיימנו דיון עם המשפחה על הצורך באשפוז כפוי. הוריה התנגדו לכך ושאלו על פתרונות חלופיים. הסברנו שיש טבלית שבועית, והם הציעו שטבלית שבועית של פנפלורידול תינתן לה ללא ידיעתה על ידי אמה (תיאור דומה של אימא מופיע אצל Wong וחב') [7].

במשך כעשור הגיעה אמה של פ' למרפאה מדי כמה חודשים לשוחח על מצבה הנפשי של בתה, לתאר השפעות לוואי ולדון במינונים. פ' הפכה להיות רגועה, אך עדיין עם סימנים של פסיכוזה, תיפקדה טוב עם ילדיה אך לא חזרה לעבודה. לאחר כעשור חלתה אמה במחלה סופנית. היא קראה לפ', הסבירה לה מה עשתה לה במשך עשור וביקשה ממנה לקבל אחריות על הטיפול שלה ולפנות לרופא שנתן את הטיפול. לדבריה של פ', פגישה זו הביאה לשינוי בחשיבתה ולקבלת העובדה שהחוויות שחשה בעבר היו פרי דמיונה בלבד. שלוש-עשרה שנים חלפו מאז, ופ' מגיעה לביקורים סדירים

דיון

אחרי שנים של מחלה. אצל שתיהן, כשהגיעו ליכולת לקחת אחריות על הטיפול שלהן, הן החלו גם לנהל חיים עצמאיים תוך דאגה לעצמן ולא לה שמסביבן. לעומת זאת, לא זה המצב עם א', כי גם כשהיא מקבלת טיפול, היא אינה מסוגלת לדאוג לעצמה ותלויה בטיפול ההורים, בין אם כאפוטרופוסים ובין אם כמתווכים לא רשמיים. מצבה של ל' עדיין מתפתח – כרגע היא נמצאת בשלבים המוקדמים של ר' ופ': מצבה טוב מאוד, אך היא חסרת כל תובנה לצורך בטיפול נוסף, שבלעדיו הייתה אולי נפרדת מבעלה בהשפעת מחשבות שווא.

פרשות חולים אלו לא נועדו להמליץ על גישה טיפולית זו: היא כרוכה בהונאה, מאחר שהטיפול ניתן למטופל ללא הסכמה מדעת, והגישה פוגעת באמון בברית הטיפולית. ניתן אף לראות את הברית עם קרוב המשפחה, לכאורה. עקרונית, אנו מסרבים לדון בפרטי הטיפול של מטופל שלא בנוכחות עם גורם שאינו טיפולי. לדוגמה, אנו מסרבים לערוך ביקורי בית שבהם אנו מסתירים מפני החולה את העובדה שאנו מתחום בריאות הנפש. בקשה זו שכיחה בקרב קרובי משפחה של מטופלים בתחום בריאות הנפש, הדואגים ליקירי שלהם, אך במקביל חוששים מתגובתו של בן המשפחה החולה המכחיש את חוליו ואת הזדקקותו לטיפול. ארבע פרשות החולים שהבאנו במאמר זה הן נדירות מאוד, והן בבחינת היוצא מן הכלל, אך נראה היה בזמן ההחלטה שהפתרון החלופי הוא הטראומה והסבל הכרוכים באשפוזים פסיכיאטריים נשנים.

הברירה של טיפול ללא דעת המטופל נבחרה על ידי קרובי משפחה שהם הקרובים ביותר למטופל, והם אלה שביצעו את מתן הטיפול. אנחנו, מתוך הבנה את חומרת המצב ובהיעדר חלופה טיפולית הולמת, שיתפנו פעולה, וסיפקנו בדיקות נשנות ומעקב בשלוש פרשות חולים ובפרשת חולה אחת, א', הסתפקנו בעיקר בדיווחיו של האב. ר' ופ' קיבלו טיפול מוסווה לפני הופעת החוק לזכויות החולה 1996, אך איננו מתרשמים שקיום החוק השפיע על החלטתנו לשתף פעולה בטיפול. האפשרות של נטילת טבליה פעם בשבוע בשילוב עם נוכחות קרוב משפחה מסור המתגורר בסמוך למטופלת, הם שהביאו לנסיבות של החלטה על מתן טיפול מוסווה.

שתי מטופלות גילו את הטיפול המוסווה, ולמרות זאת הן לא ביקשו החלפה של הפסיכיאטר המטפל. הקשר הטיפולי שלנו עם שתי המטופלות נותר נעים ופתוח חרף הגילוי. מה חושבות ר' ופ' על מעורבות הרופא שלהן בהסתרה? שתיהן מבינות כי המהלך נעשה אחרי שיקול ומחשבה על כל הפתרונות החלופיים, וכי ההחלטה התקבלה בלב כבד. בכל קשר טיפולי, במיוחד בתחום בריאות הנפש, יש אלמנטים של הונאה (על פי Schmockler ו- Appelbaum [15] מכנים תכונה זו כמינוף – Leverage), ושהמטפל "מרעיל" את המטופל. יש מטופלים שנוטלים תרופות נוגדות פסיכოזה הנשארים עם דיסקינזיה מאוחרת בלתי הפיכה, ויש מטופלים שקיבלו ליתום במשך שנים ופיתחו בשל כך כשל כליות ונזקקים לטיפול ביאלזיה. פ' הביעה צער שלא הייתה מעורבת בהחלטות לגבי בחירת הטיפול בה, הם דוגמה למה שמכנה **דיקנסון** [9] מזל מוסרי (Moral luck), דהיינו, שמתן הסכמה מדעת מאפשר לקלינאי לחלוק באחריות עבור התוצאות החיוביות ובעיקר השליליות של הטיפול עם המטופל.

לסיכום

דיווחנו במאמר זה על ארבע פרשות חולים שטופלו בהסוואה במשך 35 השנים שבהן עבדנו במרכז קהילתי לבריאות הנפש.

ההחלטה על טיפול מוסווה נדירה מאוד ומתנגשת עם כל העקרונות של טיפול פסיכיאטרי נאות. הפעולה של טיפול מוסווה מגבירה כל נטייה למחשבה פרנואידית שמרעילים את האדם, וכוללת מהלך הסתרה שעל פי רוב מתגלה במוקדם או במאוחר. הגילוי עלול להרוס כל זכות וציפייה לאימון בין המטופל והמטפל, ולא פחות חמור מכך – בין המטופל והמשפחה הנתפסת לכאורה כ"מרעילה".

שני הכללים הראשונים מתוך הכללים הביו-אתיים של Beauchamp ו-Childress [13] הם עשיית הטוב והימנעות מגרימת נזק. שניהם כרוכים זה בזה ובספרות דיונים אינסופיים על מה קודם למה: הימנעות מיצירת נזק או עשיית הטוב. דילמה אתית זו באה לביטוי בולט בכל דיון במתן טיפול תרופתי שנועד לשפר את מצב החולה, ומאידך ההכרה בהשפעות הלוואי שעשויות להזיק. יתרה מכך, לעיתים גם הטיפול בפעולתו העיקרית יכול להזיק, מבלי שכמובן המטפל התכוון לכך. עקרון ההסכמה מדעת לטיפול הוא ללא ספק עקרון שנועד להיטיב עם החולה ובאמצעות מודעותו והסכמתו לטיפול הוא מגביר את סיכויי החלים. כפי שכותב **רובין** [14] "בימינו אין מקובל עוד שמטפל יפעל בהתאם למה שהוא חושב שהוא לטובת המטופל ללא הסכמת המטופל לכך, חוץ ממקרים קיצוניים הדורשים שיקול מיוחד". בארבעת הטיפולים שעליהם אנו מדווחים במאמרנו זה, פעל המטפל בניגוד עקרוניתו האישיים והמקצועיים, מתוך הכרה מלאה ודאגה לנזקים שלבטח ייגרמו באמצעות אשפוז כפוי, לחולים שאין מחלוקת בקרב כל מי שמכיר אותם שדעתם לא בשליטתם. הסכמת המטופלים לפעול בדרך שתוארה ולשתף פעולה עם בני המשפחה, היא החלטה המבוססת על הבנה מעמיקה של מהות הפרנויה, ואינה יכולה להיות משויכת לקטגוריה של שתוף פעולה עברייני בין מטפל ובין בני משפחת החולה, ליצירת קנוניה שיכולה לפגוע בחולה.

שיתוף הפעולה עם בני המשפחה נועד למנוע אשפוז כפוי, שעל פי ההערכה המקצועית של המטפל היה גורם לנזק רב יותר ולא היה תורם במאומה להתפתחות תובנה כלשהי בקרב החולים למצבם ולמתבקש כתוצאה ממנו. כפי שקורה בטיפולים בקהילה לעומת טיפול אשפוז, המשבר החד חולף מהר ואז למטופל אין סיבה "להבין" או "לקבל" שעליו להסכים לקבלת טיפול, ונותרים עם הברירה של רמייה לאורך תקופה ארוכה ללא סיכון מידי, המעלה שאלות אתיות מגוונות [9].

הדילמה של ההיבט הפרנואידי והיעדר האמון בולטת במיוחד במקרה של ר': בעל נותן תרופה לאשתו, הנמצאת במצב פרנואידי, בתקופה שלפני קריסת מערכת היחסים שלהם. על נסיבות אלו כתבו Srinivasan ו-Thara [11]: "על הפסיכיאטר להיות על המשמר ולהגן על מטופלו כנגד רצונות ומשאלות להזיק למטופל, שקיימים אצל בן הזוג הנותן את הטיפול (בסתר)". רק לאחר שילדיה התעמתו איתה אחרי שנים של אשפוזים נשנים וסבל רב, יכלה ר' להגיע לתובנה מלאה לכך שהיא זקוקה הייתה לטיפול.

התהליך אצל פ' מתועד בפרוט כי עבר שלבים מורכבים ומיוחדים. אמה הצליחה לתת לה טיפול שבועי בתרופות מעל עשור בלי שגילתה. ייתכן שתגובתה לכך שאמה גילתה לה את ההונאה הייתה מורכבת, כי כיצד יכלה לכעוס על אמה השוכבת על ערש דוויה? היא ידעה לתאר באוזנינו את מה שחסר לה כתוצאה מאי-שיתופה בעבודה הטיפולית (Treatment alliance) – שלא הייתה לה דעה בבחירת הטיפול ובמינונים. ר' ופ' מדגימות תהליך מרתק המתרחש אצל אדם הלוקה בפסיכוזה כרונית, תהליך של הגעה לתובנה מלאה למחלה ולצורך בטיפול, וזאת



# ביטוח נסיעות לחו"ל

## מדנס איתכם, בכל מקום שתבחרו

ביטוח נסיעות לחו"ל עם כיסויים רחבים, בהתאמה אישית. כדי ליהנות בחו"ל, חשוב להיות בראש שקט ונקי מדאגות, במיוחד בענייני בריאות. מדנס מציעה פוליסות המותאמות בדיוק לסוג הנסיעה שלך.



למדנס פתרונות ביטוח ייחודיים לסובלים מבעיות רפואיות



במדנס תוכלו לבחור את הכיסוי הביטוחי האופטימלי מתוך מבחר תוכניות ביטוח מובילות



מדנס תתאים עבורכם את הכיסוי הביטוחי בהתאם לאופי הטיוול

שימו לב - ניתן לרכוש ביטוח ביטול טיסה מכל סיבה, לא משנה מה הסיבה בגינה אתם רוצים לבטל את הנסיעה אתם מכוסים!

ליצירת קשר וקבלת פרטים נוספים חייגו: 03-6380298



להורדת יישומון מדנס סרקו

רח' השלושה 2 ת"א, 6706054  
www.madanes.com  
madanes@madanes.com



התנאים הקובעים, הינם תנאי הפוליסה (ניתן לפנות במייל לקבלת עיקרי הפוליסה) ט.ל.ח.

המורכבות האנושית וממנה נגזרת המורכבות של דילמות אתיות שפסיכיאטרים ומטפלים בבריאות הנפש מתמודדים איתן דרך שגרה.

שלמי תודה: ברצוננו להודות לר' ולפ' ולהוריה של א' שקראו את פרשת החולה וחתמו על הסכמתם לפרסום. בכל המקרים, פרטים חשובים שזונו כדי שלא יזוהו.

**מחבר מכותב: דוד גרינברג**

בית חולים הרצוג, ת.ד. 35300, ירושלים 91351  
**טלפון:** 02-5374505  
**פקס:** 02-5377401  
**דוא"ל:** davidg@mail.huji.ac.il

בתקופה זו טיפלנו באלפי פונים במצבים של פסיכוזה. שתיים מהארבע עדיין מטופלות ללא ידיעתן. אם כן, נראה שלמרות חששותינו ועקרונותינו, היינו עושים שוב מה שעשינו כבר. קשה לנו לקבוע מהן הנסיבות המתאימות לפעולה מסוג זה, כי עדיף לא לפעול באופן זה. אם כבר עושים, נראה שחייב להיות שהטיפול הוא במינונים נמוכים מאוד, רק סוג אחד של תרופה, עם רישום ברור בתיק הרפואי ובשיתוף ובדיון עם עמיתים במרפאה ועם קרובי המטופל.

המאמר והדוגמאות הקליניות המלוות אותו מדגימים את העובדה, כי עם כל המאמצים למצוא מענים אתיים הולמים לכל פעולה טיפולית, יש מצבי קיצון שגורמים למטפל לקבל החלטה שבהקשר אחר היא לא אתית, ולעיתים לא חוקית. זו טבעה של

**ביבליוגרפיה**

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <p>1. The law for patients' rights 5756-1996. health.gov.il/LegislationLibrary/Zchuyot_01.pdf</p> <p>2. Tancredi LR, Malpractice and tardive dyskinesia: a conceptual dilemma. J Clin Psychopharmacol, 1988 (4 Suppl):71S-76S</p> <p>3. Tardive dyskinesia: summary of a Task Force Report of the American Psychiatric Association. Am J Psychiatry, 1980; 137:1163-1172.</p> <p>4. Schachter DC &amp; Kleinman I, Psychiatr Serv, 2004; Jun;55(6):714-717.</p> <p>5. Schachter D, Kleinman I &amp; Williams JI, Informed</p> | <p>consent for antipsychotic medication. Can Fam Physician 1999; 45 Jun:1502-1508.</p> <p>6. Rivers v. Katz, 504 N.Y.S. 2d 74 (1986).</p> <p>7. Wong J, Poon Y &amp; Hui E, I can put the medicine in his soup, doctor! J Med Ethics, 2005; 31:262-265.</p> <p>8. Hung EK, McNiel DE &amp; Binder RL, Covert medication in psychiatric emergencies: is it ever ethically permissible? J Am Acad Psychiatry Law 2012;40(2):239-245.</p> <p>9. Dickenson D, Ethical issues in long-term psychiatric</p> | <p>management. J Med Ethics, 1997; 23(5):300-304.</p> <p>10. Welsh S &amp; Deahl M, Covert administration – ever ethically justifiable? Psychiatr Bull, 2002; 26: 123-126.</p> <p>11. Srinivasan TN &amp; Thara R, At issue: management of medication noncompliance in schizophrenia by families in India. Schizophr Bull 2002; 28:531-535.</p> <p>12. Kirkevold O &amp; Engedal K, Is covert medication in Norwegian nursing homes still a problem? A cross-sectional study. Drugs Aging. 2009;26(4):333-344.</p> | <p>doi: 10.2165/00002512-200926040-00004.</p> <p>13. Beauchamp TL &amp; Childress JF, Principles of biomedical ethics (6<sup>th</sup> ed.) 2009; New York: Oxford University Press.</p> <p>14. רובין ש', על קודים, עקרונות ואתיקה במקצועות הבריאות והייעוץ. מתוך: שפיר ג', אכמון י' ריייל ג' (עורכים) סוגיות אתיות במקצועות הייעוץ והטיפול הנפשי, ירושלים: הוצאת מאגנס, האוניברסיטה העברית 2007: 30-51.</p> <p>15. Szmuckler G &amp; Appelbaum PS, Treatment pressures, leverage, coercion, and compulsion in mental health care. J Mental Health, 2008; 17:233-244.</p> |
|---|---|--|--|

**כרוניקה**

**עדיפות לתבחין לגילוי נגיף פפילומה על פני תבחין ציטולוגי בניבוי סרטן צוואר הרחם**



1,000:5, 1,000:10.6 ו-0.47, בהתאמה. ממצאים אלה חשובים לנוכח התופעה שהתגלתה באירלנד, שבה נפטרו 18 נשים מסרטן צוואר הרחם, לאחר שנבדקו רק בתבחין הציטולוגי PAP שלא העלה ממצאים לסרטן.

כשלושת אלפים נשים באירלנד אובחנו כלוקות בסרטן צוואר הרחם משנת 2008, ומחציתן הובאו לידיעת תוכנית הסריקה. מתוך 1,482 נשים שדגימות PAP שלהן פורשו כשליליות בעבר ונבדקו בשנית, לפחות 221 נמצאו בסיכון ללקות בסרטן. מומלץ כי בתוכניות הסריקה ייכלל לא רק משטח PAP, אלא גם תבחין לגילוי נגיף הפפילומה.

איתן ישראלי

אוגליבי וחב' מקנדה (JAMA 2018;320:43) ניסו לברר האם תבחין לגילוי נגיף פפילומה יעיל כמו תבחין ציטולוגי לגילוי תאי סרטן צוואר הרחם או תאים המועדים להפוך לתאים כאלה, או שהוא אף עולה עליו.

במחקר אקראי רפואי נכללו מעל 19,000 נשים בין הגילים 25-65 שנים, מהן 9,552 עברו תבחין פפילומה והשאר היו קבוצת בקרה שעברה תבחין ציטולוגי. הממצאים הצביעו על כך, שבקרב הנשים שעברו תבחין פפילומה הייתה הסתברות נמוכה יותר ללקות בסרטן צוואר הרחם בשלב 3 כעבור ארבע שנים (2.3:1,000) מהקבוצה שנבדקה בציטולוגיה בלבד (5.5:1,000) - שיעור המתורגם ליחס סיכון של 0.42. לגבי סרטן בשלב 2, הערכים היו

# לעצירות קשה יש פתרון גליצרין פורטה משחרר במהירות מהעצירות



ניתן  
להשיג  
בקופ"ח  
כללית  
ומכבי!

## גליצרין פורטה-פתילת גליצרין אחת במקום שתיים

בסקר שנערך בקרב גסטרואנטרולוגים נמצא כי יותר מ-40% מהמטופלים משתמשים ביותר מפתילת גליצרין אחת להקלה חד פעמית.

- שימוש בפתילה אחת, במקום בשתיים.
- מקל על העצירות בתוך כ-15 דקות עד כשעה.
- מאפשר הרגשת שיחרור מהירה ושליטה על זמני יציאה.
- מסייע במתן פתרון למצבים של נפיחות בבטן, חוסר נוחות, גזים וכאבי בטן הנובעים ממצבים של עצירות קשה.
- פתילה לטיפול מקומי, שאינה גורמת לכאבי בטן המאפיינים משלשים.
- מקל על כל סוגי העצירות, זו הנובעת מתנועה פריסטלטית איטית במעי (עצירות תפקודית) או בקושי במעבר היציאה בחלחולת (כגון: אנזימוס).
- משלשל היפראוסמוטי ולובריקנט, המיועד להקלה בעצירות.
- מכיל Glycerin 3.2 gr



ניתן להשיג בבתי המרקחת המובחרים.

לפרטים נוספים | 1-800-800-678 | [www.meditec.co.il](http://www.meditec.co.il)

