

# לקוחות או מטופלים? נותני שירות או מטופלים?

## על אוטונומיה, עשיית הטוב ופטרנליזם ביחסי מטפל מטופל

טל גרנות

מטופל. כמו כן, ננסה לשרטט את משמעות היעדר הסימטריות ביחסי מטפל מטופל, ואת ההשלכות של היעדר הסימטריות על יחסי מטפל מטופל. בסיכום נבקש לבסס את ההנחה, שמתן השם "לקוח" ו"נותן שירות" טומן בחובו יותר מאשר שם בלבד, ושהמעבר ממטפל-מטופל לנותן שירות-לקוח, אינו בהכרח טוב למטופלים.

לקוחות או מטופלים? נותני שירות או מטופלים? מטרת מאמר זה היא לנסות ולשפוך אור על מושגים מרכזיים באתיקה רפואית, על מערכת היחסים התיאורטית בין המושג "עשיית הטוב" או "פטרנליזם" לבין המושג "אוטונומיה", ולהעלות את הקשיים העולים ביחסי מטפל מטופל, כתוצאה מאי בהירות בהבנת מקומם של מושגים אלה ביחסי מטפל

### סיפור מקרה

א.י. נשואה + 2, בת 58 סובלת מסרטן שד גרורותי לריאות, למוח ולעצמות הפנים. אובחנה עם סרטן שד מתקדם בשנת 2013, קיבלה טיפול קדם ניתוחי (Neo Adjuvant) והמשיכה טיפול כימי גם לאחר הניתוח, נוכח שארית מחלה גדולה. עם הופעת הגרורות בריאות, ולאחר שאובחנה כנשאית של BRCA, הוכנסה כמשתתפת במחקר קליני, הבודק השפעת טיפול במעכב PARP (Poly ADP-ribose polymerase) על סרטן שד גרורותי. כשנה וחצי לאחר תחילת הטיפול, חלה החמרה במצבה והיא החלה לקבל XELODA. בשלב זה חזר לארץ בנה, אשר שהה בחו"ל בזמן האבחון. הבן לקח על עצמו את תפקיד המטפל העיקרי באם, תוך שמירת קשר הדוק עם הצוות המטפל במיילים, טלפונים ונוכחות פיזית. כחודשיים לאחר שובו לארץ הופיעו גרורות מוחיות. האם אושפזה

לניתוח בתוספת קרינה, אך דימום מקומי חייב ניתוח נוסף, ורק לאחר מכן קיבלה קרינה מוחית. בכל אותו זמן לא הפסיק הבן לשאול מתי יתחילו טיפול כימי מערכתי. ההסברים שקיבל מהאחות ומהרופאה המטפלת לא הניחו את דעתו, והוא חזר ושוב ושוב על אותן שאלות ואותן בקשות. על דרישתו לטיפול. מצבה המדורדר של האם לא השתפר לאחר הקרינה, ובסיומה נותרה גברת א.י. חסרת יכולת להתנייד עצמאית, לדבר ברור, או לתפקד. הצוות שאל את עצמו, האם נכון וראוי לתת טיפול כימי במצבה זה? לפיכך התקיימה שיחה עם המשפחה אודות חומרת מחלתה והסיכוי המועט להצלחת הטיפול להסיג את המחלה, לעומת הסיכון במתן טיפול כימי במצב זה. תחת רצון המשפחה, החלה א.י. לקבל טיפול ב-CISPLATIN במינון מופחת. הטיפולים לא היו סדירים בשל החמרות חוזרות ונשנות במצבה המוחי והנשימתי. כשפרכסה בבית בשל החמרה מוחית נוספת, הובאה לבית חולים מונשמת, ותחת טיפול תומך בסטרואידים, ניתן היה לגמלה ממכשיר הנשמה. שלושה שבועות לאחר המאורע הראשון, אירע

טל גרנות, RN, MA, אחות היחידה לאונקולוגיה של השד,

מרכז דידוף, בילינסון talg@einat.org.il

האמון על טיפול מבוסס ראיות, לא תמיד יכול להמליץ על הטיפול שמבקש המטופל, מכיוון שהמטופל אינו עומד בקריטריונים הרפואיים של הטיפול או הבדיקה, או לחילופין, משום שמצבו הרפואי אינו מאפשר טיפול כזה או אחר. מצב זה יוצר קונפליקט, השם את המטפלים כפטרנליסטיים הרומסים, כביכול, את האוטונומיה של המטופל.

מטרת מאמר זה, היא לנסות ולשפוך אור על מושגים מרכזיים באתיקה רפואית, על מערכת היחסים התיאורטית בין מושגים אלה, בעיקר בין מושג "עשיית הטוב" או "פטרנליזם" לבין מושג ה"אוטונומיה", ולהעלות את הקשיים העולים ביחסי מטפל מטופל, בעידן בו האוטונומיה הפכה להיות מושג מקודש. שאלה נוספת שתישאל בהקשר זה היא, האם המטופלים מרוויחים מ"עריצות" של האוטונומיה על פני המידע המצוי בידי הצוות המטפל.

### מושגים אתיים המשפיעים על יחסי מטפל מטופל

בשנת 1979, התפרסם ספרם של Beauchamp and Childress ("עקרונות באתיקה רפואית" (Principles of Biomedical Ethics)). השניים ביקשו להוסיף למושג הליבה של היפוקרטס, עשיית הטוב (Beneficence) והימנעות מגרימת נזק (Nonmaleficence), שני מושגים חדשים: אוטונומיה (Autonomy) ועשיית הצדק (Justice). טענתם המרכזית היא, שעשיית הטוב הינו מושג המפתח בעשייה הרפואית, בעוד ששאר שלושת המושגים: אוטונומיה, הימנעות מנזק, ועשיית הצדק הם הגבולות התוחמים את עשיית הטוב ומגבילים את הצוות הרפואי. לפי Beauchamp and Childress (2001), עשיית הטוב (Beneficence) פירושו: עשיית הטוב עבור האחר, סיוע לאחר לעשות את מה שטוב עבורו, החובה לדאוג לאחר, לחלש, החובה לייצג את אלה שאינם יכולים והחובה להגן על אלה שאינם יכולים להגן על עצמם. בתוך מושג זה מתקיים גם הפטרנליזם במובנו החיובי, המטפל כיועץ טוב יותר מהמטופל מה טוב עבורו, בהתבסס על הידע הרחב שרכש וממשיך לרכוש. אוטונומיה (Autonomy) משמעה: שלטון ה"עצמי", העדר תלות באחרים, בחירה חופשית ורצון חופשי, ה"אני" היועץ טוב מכולם מהו הטוב עבורו. הימנעות מגרימת נזק (Nonmaleficence) פירושו: לא לפגוע במטופל ולצמצם ככל הניתן את הנזק שעלול להיגרם. Beauchamp and Childress (2001) מדגישים, שמושג האוטונומיה מתייחס בעיקר להסכמה המודעת לטיפול מחד, ולזכות לסרב לקבל טיפול מאידך. עוד הם טוענים, שעל מנת להיות מסוגל להסכים או לסרב לטיפול, המטופל צריך להבין ולדעת מה הם הסיכויים, הסיכונים והחלופות האפשריים למצבו הרפואי. עמדה זו, הדנה

פרכוס מלווה בדום נשימה פעם נוספת. מאז ועד היום מונשמת גברת א.י. ולפני כשבועיים בוצעה טרכאוסטומי. גברת א.י. מיועדת לעבור לטיפול מוסדי במונשמים. הבן והבעל הם האפטרופוסים החוקיים שלה.

בשלב זה ברור היה לצוות, שלא יינתן שום טיפול אנטי סרטני נוסף, אך המשפחה ובעיקר הבן לא ויתרו. הם ביצעו בדיקה גנומית על מנת לאתר טיפול חלופי, ואכן נמצא שהאישה יכולה "ליהנות" מטיפול במעכבי PARP שאותו כזכור כבר קיבלה, ותחתיו הוכחה התקדמות מחלתה. הבן מבקש שהאם תקבל טיפול זה דרך הזונדה, ואינו מבין מדוע לא מקרינים שוב את הממצא בגולגולת ולא מנתחים את הממצא הגרורתי בלסת. בסיום שיחה של צוות רב מקצועי אודות מצבה הסופני של האם שארכה כשעה, שיחה שנוהלה ברגישות, אמפתיה ואכפתיות, הודיע הבן שהחלטות הצוות אינן מקובלות עליו והוא מבקש לפנות לרב פירר להתייעצות. נכון ליום כתיבת שורות אלה (שבוע לאחר השיחה), שוהה האם מונשמת במחלקה פנימית, חומה גבוה בשל זיהום ממושך והיא מגיבה רק לקול ולכאב, ובני המשפחה מתנגדים למתן מורפין להקלת הכאב, מתוך חשש שמתן המורפין ייקצר את חייה.

### רקע

ארבעים השנים האחרונות אופיינו במעבר מהתפיסה הפטרנליסטית ביחסי מטפל מטופל (המטפל הוא היודע מה טוב למטופל), לתפיסה המכירה באוטונומיה של המטופל, כאדם היודע מה טוב עבורו. המעבר לתפיסה האוטונומית היה חלק ממהפך חברתי כללי, בשאלת זכויות האדם על גופו ועל חייו, בשלל מערכות יחסיו של הפרט עם המדינה והחברה בה חי. בהקשר של מערכת הבריאות, שנינו זה חייב מחד חינוך מחדש של אנשי הצוות, ומאידך, העצמת המטופלים על מנת להפכם לשותפים ואחראים על חייהם בבחירתם הטיפולית. הספרות דנה ארוכות בסוגיות: מהי באמת אוטונומיה של מטופלים? עד כמה באמת מטופלים מבקשים אוטונומיה כריבונות על גופם, או שמא מדובר בבקשה לשיתוף, תוך רצון שהמטפל יכריע מהו הטיפול הנכון. בנוסף, בשאלה מרכזית האם אין כלל מקום למושג פטרנליזם, המושתת על הידע הרב שיש לאיש המקצוע ולא דווקא על התנשאות, ביחסי מטפל מטופל. דומה שהנושא עדיין לא בהיר דיו. בעידן של ריבוי מידע בתקשורת וברשתות החברתיות, חשופים מטופלים ובני משפחתם מידי יום, למידע אודות תרופה חדשה ש"לבטח תשנה את חייהם", או בדיקה שתקבע "בדיוק מהי התרופה המתאימה למחלתם". עם מידע זה מגיעים המטופלים ובני המשפחה לעיתים אל הצוות המטפל, ומבקשים/דורשים לקבל את התרופה, או לעשות את הבדיקה, כי כך נאמר בתקשורת, כי כך קראו באינטרנט. הצוות המטפל,

אוטונומיה של מטופלים וידע של מטופלים, כאשר החיצים המקווקוים מראים את הערכים ביניהם עשוי להתפתח קונפליקט. Reach (2014) מנסה לפתור את הקונפליקט, שבין הידע הקיים אצל המטפל להיעדר הידע של המטופל ביצירת תרשים זרימה המנתק, למעשה, בין הידע של המטפל לאוטונומיה של המטופל. הידע של המטופל הוא הבסיס לריבונותו ולהחלטתו.

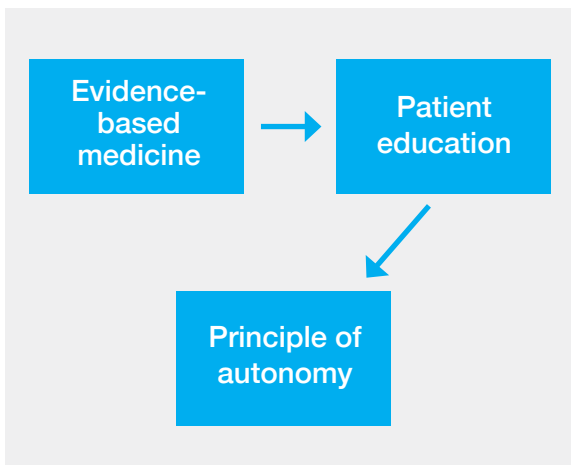
Reach (2014) טוען, שקונפליקט יכול להתקיים בין כל אחד ממרכיבי המודל (תרשים 1), שכן המלצת המטפל מבוססת הידע והניסיון, עשויה להיות שונה מהעדפת המטופל, בין אם בשל סיבות תרבותיות וחברתיות ובין אם משום המידע (לא הידע) שמביא המטופל, ששמע, קרא באינטרנט, או שמע מחברים, על טיפולים אחרים מוצלחים הרבה יותר. לטענתו, חינוך המטופל והעצמתו על ידי מתן מידע יביא לאוטונומיה רבה יותר שלו (תרשים 2) ועל כך ניתן לשאול, האומנם?

מודלים נוספים ניסו להסביר את השינוי ביחסי מטפל מטופל, במעבר מפטרנליזם של צוות מטפל לאוטונומיה של מטופלים. ארבעת המודלים ביחסי מטפל מטופל של מטופלים (Emanuel & Emanuel, 1992; Reach, 2014), מאירים את האפשרויות העומדות בפני הצוות המטפל והמטופל (תרשים 3). עם חדירת מושג האוטונומיה ליחסי מטפל מטופל, נדחה כמעט לגמרי המודל הפטרנליסטי, אך אפשר שדחיקתו לגמרי היתה טעות, שכן ביסוד העמדה הפטרנליסטית לא עומד הכוח במובנו ההיררכי, אלא כוח שמקורו בידע ובשנות למידה מרובות. המטפל אינו יכול לכפות על המטופל את דעתו ותפישתו, אך הפיכת היחסים הטיפוליים ליחסים שוויוניים אינה אפשרית. המטפל מונע מהידע שלו והבנתו את מצבו הבריאותי של החולה, המטופל זקוק לידע זה, ובלעדיו לא יוכל לקבל טיפול שישפר את מצבו. לא מדובר ביחסים סימטריים של נותן

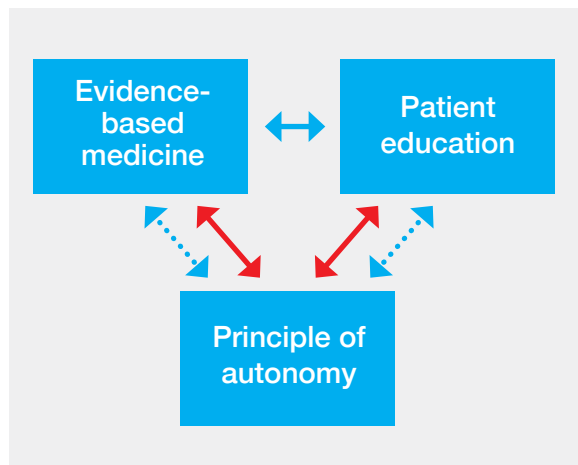
ביכולת המטופלים לקבל החלטות הנוגעות לגופם, קידמה מאד את תהליך העצמת המטופלים והפיכתם לשותפים בקבלת ההחלטות, אך בד בבד יצרה קונפליקטים חדשים ביחסי מטפל מטופל, שכן לא לגמרי ברור מהו הידע האמיתי הנדרש למטופל, על מנת שיוכל לקבל החלטה מושכלת אודות טיפול רפואי כזה או אחר. האם מידע שנרכש באינטרנט הופך את המטופל לבעל ידע זהה לזה של המטפל? האם מספיק לקבל מידע מחבר, לקרוא ברשת מאמר, דעה, או לגלוש באתר של מחלה מסוימת? האם יש למטופלים את היכולת לסנתז בין פיסות מידע ולהפכן לידע להבנה? לא בטוח.

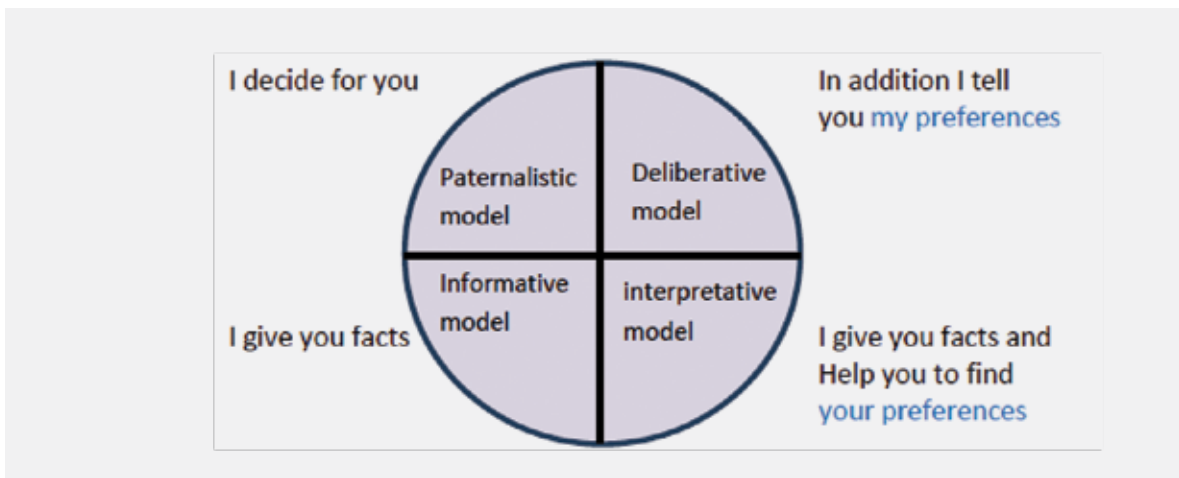
בתקופה בה פורסם ספרם של Beauchamp and Childress, התפתחה גישת הטיפול מבוססת הראיות (Evidence Based Practice - EBP) אשר מטרתו הייתה לתת כלים מבוססי מחקר וראיות לצוותים רפואיים. לא עוד ניסיון בלבד, אלא טיפול הנסמך על עדויות מחקריות, המבקש לקבוע מה טוב ומה רע למטופל, ועל ידי כך לשמר את העקרונות ההיפוקרטיים של עשיית הטוב והימנעות מגרימת נזק (Cochran, 1972). המטפל יכול כעת לפרוש בפני המטופל רשתות של מידע מבוסס ואמין, אך האם המטופל יכול ומסוגל לבקר את המידע כמו בעל ניסיון מקצועי? דומה שבנקודה זו נוצר הקונפליקט המוסרי, בין מטפלים ומטופלים ברמה האתית. מחד, מטופלים המבקשים לקבוע מהו הטיפול שיינתן להם על בסיס האוטונומיה שלהם, ומאידך, צוות רפואי האמון על עדויות מחקריות ואמונה בידעיתו מהו הדבר הנכון למטופל (Reach, 2014). על מנת לנסות ולפתור את הקונפליקטים, התפתחו מספר מודלים. הראשון שחובר על ידי Beauchamp and Childress (1979) מחבר בין ריבונות המטופלים לבין הידע האגור אצל הצוות המטפל (תרשים 1) וכולל 3 רכיבים: רפואה מבוססת ראיות,

תרשים 2



תרשים 1

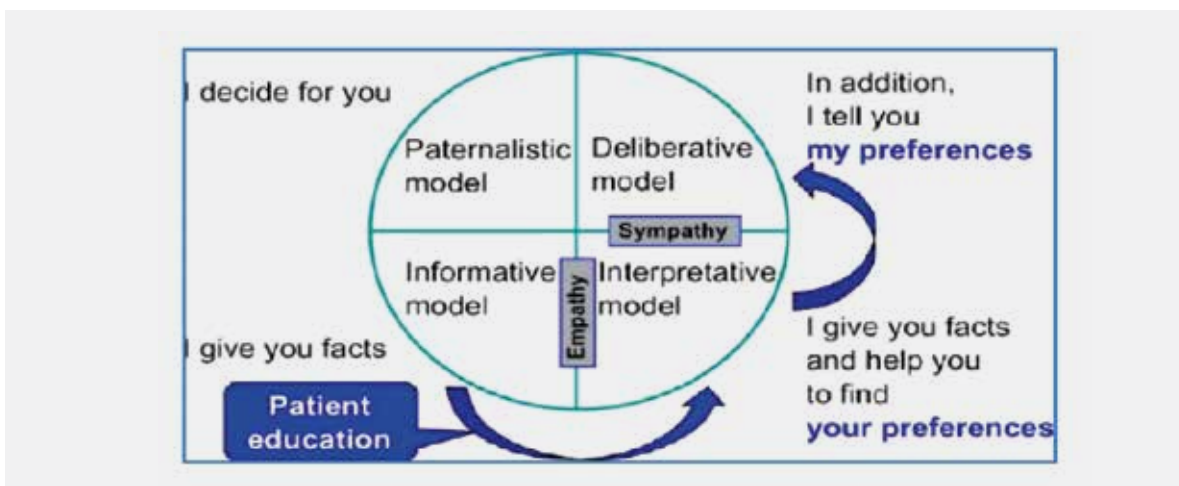




תרשים 3

המטפל מסייע למטופל לבחור את העדפותיו ובנוסף אומר לו מהן המלצותיו כמטפל. על אף המודל שמוצג על ידי Reach (2009), טרם נפתרה בעיית חוסר שיווי המשקל במערכת היחסים בין המטפל למטופל: האם מדובר ביחסי כוחות שווים או לא? Clark and Weaver (2015) טוענים, למשל, שבמקרים רבים במערכת הבריאות עשיית הטוב אמורה לגבור על האוטונומיה של המטופל, בעיקר במצבים של חולי כרוני ומחלות מאיימות חיים. Pellegrino and Thomasma (2004) משרטטים את הקונפליקט שבין שני המושגים "אוטונומיה" ו"עשיית הטוב", ומציעים מודל של עשיית טוב כמניע מוסרי לקבלת החלטות רפואיות, הלוך בחשבון את צרכי המטופלים והעדפותיהם כהליך הכרחי במתן טיפול ובקבלתו על ידי המטופל. למעשה מה שמציעים Pellegrino and Thomasma (2004) הוא

שירות ולקוח, אלא במטפל ומטופל. המטופל זקוק למטפל, בעוד המטפל אינו נזקק למטופל במובן של שמירה על חייו. בכל ארבעת המודלים שמציגים Emanuel and Emanuel (1992), המטפל הוא זה שמציג בפני המטופל את האפשרויות העומדות בפניו, ובשלושה מהם המטופל צריך לבחור את הטיפול. כלומר, לא מדובר במערכת יחסים שוויונית של לקוח ונותן שירות, אלא ביחסים עדינים יותר, מורכבים יותר, שבהם יש אדם הזקוק לסיוע, ומולו אדם שיש ביכולתו להציע את הסיוע. בנוסף, יתכן שניתן לחבר בין המודל המתדיין (Deliberative) לבין המודל המפרש (Interpretative), שכן לעיתים דומה שהמטופלים מבקשים את עמדתנו ודעתנו כצוות מטפל, בשל אמונתם בידע שיש לנו. וכך מציג Reach (2009) את התהליך המתואר בתרשים 4: מדובר לדבריו, בתהליך של שיח שבו המטופל לומד מהו מצבו,



תרשים 4

זכויות, בחירה חופשית וחובת המטפל, שיח שיהיה מלווה בכעס, בהרמת קול או יד, או תלונה. דומה שבמתח שבין אוטונומיה לעשיית הטוב, נכון לעכשיו, שכחנו להילחם על קיומו של הצד השני של המטבע, לא רק זכויות מטופלים אלא טובתם, כפי שנראית בעיניים מקצועיות. טובת המטופלים כוללת גם את הבחירה במי לטפל קודם. טובת המטופלים דורשת סדרי עדיפויות של המטפל.

Roeland, Cain, Onderdonk, Kerr, Mitchell & Thornberry (2014) טוענים, שיש לבחון מחדש את היחסים שבין שני המושגים, שכן בחירות מטופלים המכתיבות את הטיפול עלולות להיות שגויות ואף מזיקות. לטענתם, לא זאת בלבד שהבחירה עלולה לגרום נזק לחולה, אלא שאנשי צוות עשויים לתת למטופלים את הבחירה בטיפול, כדי להימנע ממצבים הדורשים השקעה או עימות עם המטופלים. הכותבים משרטטים את מפת התנועה מפטרנליזם לאוטונומיה, ולטענתם מדובר כיום בסוג של "עריצות" האוטונומיה, הבאה לידי ביטוי בטיפולים יקרים, מיותרים, לא יעילים ולעיתים אף מחמירי מצב (Roeland et al., 2014). את אותה "עריצות" אוטונומיה, מציעים הכותבים לפתור בעזרת פטרנליזם תומך. משמעו של פטרנליזם תומך, לדברי הכותבים, הוא ניהול שיחות קשות גם אם לא ממש רוצים. פטרנליזם תומך משמעו לנסות ולהגיע לשיח ותובנה של בני המשפחה בעצמם, אודות משמעות ההחלטה הרפואית, אך אם המשפחה או המטופל לא מצליחים להגיע להחלטה הנכונה לדעת הצוות המטפל, על הצוות להבהיר מהי עמדתו, בצורה אמפאית ואכפתית אך ברורה. לדבריהם, אסור שתישכח עשיית הטוב מבוססת הידע, גם למול כוחה העולה של אוטונומיית המטופלים.

### סיכום ועמדה אישית

מאמר זה נכתב בשבוע הקשה שעברו האחים והאחיות בישראל, השבוע בו נרצחה אחות בשל חוסר שביעות רצון של מטופל מתוצאות הטיפול. המתח בין זכויות המטופלים לזכויות וחובות המטופלים מעולם לא היה כה חזק. אני סבורה, שעלינו לבחון מחדש את מערכת המושגים הערכית שלנו, ובמיוחד את מושג עשיית הטוב שהוא הבסיס המקצועי עליו אנו נשענים. עלינו לבחון מחדש את האופן בו אנו מיישמים מושג זה בעבודתנו היומית. עלינו לבחון את המקומות בהם מושג זה עשוי להתנגש עם האוטונומיה של המטופלים, עם דרישתם לזכויות ולטיפול, בין אם מתאים ובין אם לאו. דרישתם לקבל שירות בזמן, בין אם יש צוות מספיק ובין אם לאו. מטפלים עושים סדר עדיפויות בהחלטותיהם. נותני שירות מספקים ללקוח את מבוקשו. מטפלים יודעים מהו הדבר הנכון לעשותו, נותני שירות פשוט מושיטים יד ונותנים את המוצר שנבחר על

הכרה בהיעדר השוויוניות בין המטפל למטופל, והחלת אחריות על המטפל לבחון את עמדותיו של המטופל בעת בחירת הטיפול, אך האחריות על סוג הטיפול היא של נותן הטיפול ולא של המקבל. זוהי נקודה חשובה מאד, שכן לעיתים נדמה, שבעידן שבו האוטונומיה מקודשת כל כך, הופך הצוות הרפואי לנושא חותמת של רצונות המטופל, מבלי שיוכל לומר: איני יכול לתת טיפול זה גם אם אתה רוצה. אם נחזור למקרה שהוצג בתחילת המאמר, הרי שהמשפחה המבקשת טיפול למרות מצבה הסופני של גברת א.י. אינה מוכנה להכיר במגבלות המצב הרפואי המונע מתן טיפול כלשהו, שכן כל טיפול יכול להחמיר את מצבה ולקצר את חייה. Fournier (2005) מחזקת עמדה זו, הקוראת לגשר בין שני המונחים. במקום לבחור מושג אחד - אוטונומיה או עשיית הטוב (פטרנליזם), מציעה Fournier לרכך את הפטרנליזם, על ידי שיתוף המטופל ברציונל להחלטה, אך לא לוותר על הפטרנליזם כרכיב מרכזי ביחסי מטפל מטופל. עמדתה זו מוצאת חיזוק בממצאי סקר, שהראה שמטופלים אינם מבקשים אוטונומיה מלאה ביחסיהם עם מטפלים, אלא את הכבוד וההכרה בצרכיהם (Fournier, 2005).

### יחסי מטפלים מטופלים בעידן של תקשורת פתוחה בהיבט הפילוסופי

הכרה בעובדה שהיחסים אינם שוויוניים, היא המפתח להבנת המתח שבין מטפל למטופל. בהנחה שלכל מטפל ברור, שזכותו של המטופל על גופו ועל חייו עומדת וקיימת, ובהנחה שהמטפלים אינם יכולים לתת טיפול שאינם מאמינים בנכונותו, כולל המלצות של רופא אחר שאצלו היה המטופל בהתייעצות - אנו ניצבים בפני שאלה קריטית: האם קיימים גבולות לאוטונומיה של המטופלים בשיח עם המטפלים? האם מטופל יכול לדרוש כל טיפול, כל צורת שיח בכל זמן ומקום תחת המונח אוטונומיה וזכות? למעשה, המושגים האתיים העומדים זה מול זה אינם פטרנליזם למול אוטונומיה, אלא עשיית הטוב למול אוטונומיה. המטפל מאמין בכל ליבו, על סמך ניסיונו והידע שצבר, מהו הטיפול הראוי והנכון שיש לתת למטופל, ואילו המטופל מפעיל שיקולים שאינם בהכרח קשורים למצב מחלתו העכשווי, שיקולים הכוללים חשש, זיכרון, אמונות, דעות והישענות על מידע הזורם בתקשורת. למטופל יש מידע, אך אין לו את הידע, את אותו סנכרון עדין שבו גופי מידע שונים באים לכלל ידע, הבנה ויכולת ניתוח מצב וקבלת החלטות. כולנו מכירים את בני המשפחה היושבים במחלקה או במרפאה האונקולוגית, שאינם מוכנים לקבל את העובדה שהמחלה תכריע את המטופל. לפעמים שיח טוב ורגיש יסייע לבני המשפחה לקבל את העובדה, אך לעיתים, יעברו בני המשפחה להשתמש במונחים של

Fournier, V. (2005). The balance between beneficence and respect for patient autonomy in clinical medical ethics in France. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 14, 281–286.

Pellegrino, E. D., & Thomasma, D. C. (2004). The conflict between autonomy and beneficence in medical ethics: Proposal for a resolution. *Journal of Contemporary Health Law & Policy*, 3(1), 23–46.

Reach, G. (2014). Patient autonomy in chronic care: solving a paradox. *Patient Preference and Adherence*, 8, 15–24.

Reach, G. (2009). Obstacles to patient education in chronic diseases: a transtheoretical analysis. *Patient Education and Counseling*, 7, 192–196.

Roeland, E., Cain, J., Onderdonk, C., Kerr, K., Mitchell, W. & Thornberry, K. (2014). When open-ended questions don't work: The role of palliative paternalism in difficult medical decisions. *Journal of Palliative Medicine*, 17(4), 415–420.

ידי הלקוח. מטפלים נותנים את המוצר המתאים, ורק אותו למטופל. עלינו להפסיק ולראות עצמנו נותני שירות אלא מטפלים, ולחזור ולראות באנשים שבהם אנו מטפלים, לא לקוחות, אלא מטופלים, שזקוקים לנו ולידע שלנו על מנת להרגיש ולחיות טוב יותר.

## ביבליוגרפיה

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1979). *Principles of biomedical ethics* (1st ed.). Oxford: Oxford University Press.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics* (5th ed.). Oxford: Oxford University Press.

Clark, C. D., & Weaver, M. F. (2015). Balancing beneficence and autonomy. *The American Journal of Bioethics*, 15(7), 62–68.

Cochran, A. (1972). *Effectiveness and Efficacy, Random reflections on health service*. London: Nuffield Provincial Trust.

Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *Journal of American Medicine Association*, 267, 2221–2226.

**AstraZeneca**  
**ONCOLOGY**

  
**TAGRISSO™**  
osimertinib

**Lynparza™**  
olaparib  
capsules 50 mg

  
**IRESSA®**  
gefitinib

**FASLODEX®**  
fulvestrant  
500 mg

לפני מתן מרשם יש לעיין בעלון לרופא כפי שאושר ע"י משרד הבריאות  
IRESSA, FASLODEX, LYNPARZA, TAGRISSO are registered trademarks of AstraZeneca group of companies. The AstraZeneca logo is a registered trademark of AstraZeneca group of companies  
אסטרזהניקה ישראל בע"מ - רח' החרש 6, בניין E (ה'), קומה 8, ת.ד. 1455, פארק מגדלי הוד השרון, הוד השרון 4524075 - Exp. 11/2018 - 1020415.011