



מקור ראשון - דיוקן	עמוד 16	1/6	27.06x27.57
מאגנס - הוצאת ספרי - 25910			

מקדים רפואה למכה

מחקרים מוטים, סטטיסטיקה מתוחכמת ומרדף אחר פרסום מגוונים את עולם הרפואה - טוען הרופא והחוקר ד"ר בני מוזס, שגם מזהיר מפני אחת התרופות השכיחות בשוק: אספירין

אריאל שנבל, 16

להוציא את האורז מהכדר

האספירין, אחת התרופות הפופולריות במאה השנים האחרונות, מחביאה בתוכה לפי ד"ר בני מוזס את המחלות הקשות ביותר של עולם הרפואה: הסתמכות על מחקרים חלקיים ומוטים, מרדף בלתי פוסק אחר כבוד ופרסום, וחוסר יכולת להתנתק ממוסכמות גם כאשר מתברר שהן גורמות למוות. יותר מעשרים שנה אחרי שקומם עליו את מערכת הבריאות הישראלית, הרופא והחוקר הוותיק מפרסם כתב אישום חריף נוסף, ומזהיר: למגפות העתידיות אולי לא יהיה מי שימצא חיסון

← אריאל שנבל



27.19x32.64	2/6	עמוד 17	מקור ראשון - דיוקן	10/2021	79160242-1
מאגנס - הוצאת ספרי - 25910					





26.86x33.39	3/6	עמוד 18	מקור ראשון - דיוקן	10/2021	79160243-2
מאגנט - הוצאת ספרי - 25910					

הקשר בין זהות המנתח לסיכויי הניתוח הופרך. ד"ר בני מוזס



"אין שום סיכוי לתפוס את השקרים. מי שמבקר מחקר, אף פעם לא הולך לנתוניו הגסים והראשוניים, כי אין זמן וזה לא משתלם כלכלית. שקרים מתגלים רק בעקבות הלשנות מתוך המערכת. נכון, יש מעט מאוד זייפני נתונים, וצריך להיות פסיכופת אמיתי בשביל זה. אבל למחוק מהמחקר כמה נתונים – רוב החוקרים מודים שזה קיים"

באוניברסיטת תל-אביב ושירת בצה"ל כרופא, ולאחר מכן התמחה ושימש רופא בכיר במחלקה פנימית בבית החולים שיבא. בהמשך יצא לאוניברסיטת קליפורניה בסן-פרנסיסקו, השתלם שם באנליזה של מסדי נתונים בחקר שירותי הבריאות, ואז חזר ארצה. במשך כשנה שימש כמנהל המרע של המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומדיניות בריאות. במקביל פיתח קריירה אקדמית – הוא היה מרצה בכיר לרפואה פנימית באוניברסיטת תל-אביב, ואחר כך הפך לפרופסור-חבר באוניברסיטת קולומביה בניו-יורק, ולימד שם אפידמיולוגיה קלינית במשך כמה שנים. כיום הוא עובד כרופא פנימי, עוסק בחקר הרפואה בת זמננו ומפרסם ספרים בנושא.

הבעיות שהוא מזהה בעולם הרפואה קיימות לרבריו לכל אורך התהליך שבסופו אמור חולה לקבל תרופה מהרופא שלו. אחד הכשלים קשור לשני כתבי העת החשובים ביותר בתחום הרפואה, The Lancet ו-The New England Journal of Medicine. "מדובר בסוג של תנ"ך עבור רופאים ברחבי העולם. לרופא אין זמן לקרוא את כל המחקר אז הוא סומך על המסקנות שמוצגות בכתב העת, ויממה לאחר פרסום המאמר הפרקטיקה במרפאות משתנה לפי מה שנכתב שם. מדובר בתעודת כשרות,

אולי מחר תבקשו סליחה ותאמרו שטעיתם גם בזה?". לכן הנסיגה מהשימוש בתרופה היא איטית. בארה"ב למשל נקבע שאספירין יינתן רק למי שכבר עבר התקף לב, וקיים אצלו חשש להתקף חוזר; מי שלא עבר מעולם התקף לב, לא יקבל את התרופה הזו לצורך מניעה ראשונית. "האספירין הוא דוגמה אחת, יש עוד כמותה. המשבר קיים. אני טוען, וכמוני אומרים רבים בתחומי – בואו נחשוף את המשבר ונפעל לתיקון במתודולוגיה של המחקר הקליני והמבנה שלו". לפני שנדבר על הפתרונות שאתה מציע, בוא נמשיך עם הבעיה שאתה מציע. בספר אתה שוחט כמעט כל שלב במחקר הרפואי, אבל בפועל עולם הרפואה מוכיח את עצמו. רוב החולים שמגיעים לרופא מקבלים טיפול שמשפר את חייהם, ובמקרים רבים אף מצייל אותם.

"אני לא מכחיש את התקדמות עולם הרפואה, להפך – אני מתריע שהיא נעצרת, ושצריך לחדש אותה. גם היום יש פריצות דרך, אבל הן מעטות. קווי הייצור של חברות התרופות יבשים. התרופות החדשות שמקבלות אישור הן כמעט תמיד מוצרים דומים לכאלה שכבר קיימים, או מיווג של תרופות ותיקות. היצירותיות ירדה באופן דרמטי. "לפני כ-35 שנה הומצאו הסטטינים, תרופה להורדת כולסטרול. זו התרופה החשובה ביותר אחרי האנטיביוטיקה, והיא הורידה את תחלואת הלב בחמישים אחוז. יש גם טכנולוגיות חדשות מתקדמות, כמו צנתורים או דפיברילטור (שוקר חשמלי המיועד להשבה ולהסדרה של פעולת הלב – א"ש), אבל האפקט שלהן נמוך לאין שיעור מזה של הסטטינים. וזה העניין: כשיש פריצת דרך, רואים אותה בכירור והיא מחוללת שינויים דרמטיים בעולם. אבל הכישלונות הקטנים בעולם הרפואה הולכים ומתרבים, והם עלולים להעיב על היכולת של האנשים לקבל את מה שהרפואה כן מצליחה בו. הדוגמה הכי טובה היא החיסונים הניתנים לילדים. החיסונים האלה שינו לחלוטין את עולם הילדות, אבל הכישלונות של הרפואה בתחומים אחרים עלולים לגרום לאי התחסנות, כי האמון בה יורד".

החיסון לקורונה הוא פריצת דרך דרמטית?
"הוא הישג גדול מאוד. אני קורא לו 'כדור בין העיניים', מבחינת מובהקות התוצאות שלו. אנחנו במצב חירום, והדרך שבה אושר החיסון – אחרי ניסוי שנמשך כמה חודשים והקיף עשרות אלפי בני אדם – היא טובה מספיק. תוצאות הניסוי היו ברורות וחד-משמעיות. יש לי בעיה עם אישור החיסון השלישי בישראל, כי זו הייתה החלטה פוליטית ולא רפואית. בעיניי היא שברה את החומה הדקה שבין פוליטיקה ומדע, חומה שהיא הכרחית לקיומו של מדע טוב".

כשהתנ"ך שלך מאכזב

ד"ר בני מוזס, 70, נשוי ואב לשתיים, מתגורר בתל-אביב. הוא למד רפואה

ש משהו מפחיד, אולי אפילו מסוכן, בספר שלך, אני אומר לד"ר בני מוזס מיד בפתח השיחה. הוא לא מופתע מהאמירה הזו. ברור לו שפרסום ספר שכולו הטלת ספק במחקר הרפואי העכשווי, הוא מהלך שצריך להיעשות מתוך שיקול דעת ובוהדות רבה – בפרט בזמן מגפה עולמית שממשיכה להשתולל על גב מכחישה. ד"ר מוזס מבהיר מיד שהוא סומך את שתי ידיו על החיסון לקורונה ועל חיסונים בכלל, אך במקביל אין בכוונתו לעשות הנחות למסדר הרפואי, שנמצא לדעתו בבעיה קשה. "ישנו משבר חריף מאוד", הוא אומר, "והשאלה היא מה עושים איתו. האם חושפים אותו או לא, והאם מעלים הצעות לתיקון. בהחלט היו בעבר פריצות דרך רפואיות, אבל עכשיו אנחנו במשבר גדול".

מוזס כבר עורר בעבר סערה בקהיליית הרפואה הישראלית כשהצביע על כשל שאיש לא רצה להודות בו, והתגובות החריפות אף גרמו לו להרחיק לניו-יורק לכמה שנים. אבל המשבר שבמרכז ספרו החדש, "רקוויאם לאספירין" (הוצאת מאגנט), הוא טרי יחסית. "במשך שנים, השאלה הראשונה ששאלתי כמעט כל חולה שהגיע אליי לקליניקה, הייתה – 'אספירין אתה לוקח?' זה היה המינימום, ברירת המחל. זו תרופה בת 120 שנה שעברה שלושה שלבים. בשלב הראשון היא הייתה משכך כאבים, וניתן היה למצוא אותה בכל בית אמריקני. אחר כך, כשהומצאו תרופות אחרות נגד כאבים, האספירין התמקד ככאבי פרקים; והחל משנות החמישים הוא משמש כתרופה לדילול דם, כלומר נגד קרישיות ולמניעת התקפי לב. זה המצב עד עצם היום הזה. ופתאום ב-2018 מופיע מחקר מקיף ואיכותי שאומר בדיוק ההפך: אספירין לא רק שאינו מונע תמותה ממחלות לב, הוא גורם לתמותה.

"לאורך השנים פורסמו עשרות אם לא מאות מחקרים שעסקו באספירין, ורובם כמוזן הילול אותו, אבל המחקר הזה היה שונה בכמה היבטים: פורסמו לו שלושה מאמרים מקדימים; הוא מומן על ידי ממשלות, ולא בידי גופים בעלי אינטרס; ובעיקר, הפרוצדורה שלו הייתה נרחבת מאוד ועל פני זמן ממושך. למעשה, זה היה המחקר הטוהר הראשון שנעשה על אספירין. בכל אחד מקודמיו היה אילוף כלשהו שהפך אותם ללא מספיק טובים. למשל, אחד הדברים הכי חשובים בכל מחקר הוא רנדומיזציה – כלומר שהגורמים האקראיים שיכולים להשפיע על התוצאות, יהיו מפורדים באופן שווה בקבוצת הניסוי ובקבוצת הביקורת. שינוי באחת מהקבוצות, יכול להטות את כל התוצאות ואת הפרשנות שלהן. במחקר הזה, היה שוויון ברמה של עשיריות אחוז – וזה נחשב מושלם. מחקרים אחרים שנעשו על אספירין היו נחותים בהרבה, והחיבור בין הרבה מחקרים קטנים ברמה נמוכה כדי לקבל תוצאה אחת משמעותית, נעשה נפוץ מדי. אחרי מחקר כמו זה החדש, עולם הרפואה חייב לעצור ולחשוב מחדש, כי המסקנה ברורה – האספירין צריך לרדת מהבמה, יש מדללים אחרים".

אוקיי, אז משנים מכאן ואילך את המרשם הניתן לחולים. מדוע זה משבר גדול?
"כי השאלה היא איך עושים את זה. אנשי הקהילה הרפואית לא יכולים לבוא לציבור ולומר 'טעינו הרבה שנים, אנחנו מתנצלים', כי אז הציבור יגיד: 'ג'ע, מה אני יודע על אקמול?'



27.14x32.51	4/6	עמוד 19	מקור ראשון - דיוקן	10/2021	79160244-3
מאגנט - הוצאת ספרי - 25910					

"אנשי הקהילה הרפואית לא יכולים לבוא ולומר 'טעינו הרבה שנים לגבי האספירין, אנחנו מתנצלים', כי אז הציבור יגיד: 'רגע, מה אני יודע על אקמול? אולי מחר תאמרו שטעיתם גם בזה?'. לכן הנסיגה מהשימוש בתרופה היא איטית. זו רק דוגמה אחת למשבר הקיים. אני טוען, בואו נחשוף את המשבר ונפעל לתיקון במתודולוגיה של המחקר"



"טוב מספיק בשביל מצב חירום" מתן חיסון לקורונה בירושלים

צילום: יונתן זינדל - פלאש 90

שהיה אמור להיות".

בספר אתה כותב שיש סטטיסטיקאים

שמציעים שירות להוקרים: אם לא הצלחתם לרדת מהמישה אחוזי טעות, אנהנו נסייע לכם לסדר את נתוני המחקר כך שהתוצאות יהיו מובחנות מספיק לפי מודד היקף. זה מטורף.

"נכון, והבעיה היא שאין שום סיכוי לתפוס שקר כזה. מי שמבקר מחקר, אף פעם לא הולך לנתוניו הגסים והראשוניים – כי כאמור אין זמן וזה לא משתלם כלכלית. מתי התגלו שקרים כאלה? הלשנות מתוך המערכת. זו הדרך היחידה".

קיימת גם רמאות של ממש, המצאת נתונים יש מאין?

"יש מעט מאוד זיפני נתונים. צריך להיות פסיכופת אמיתי בשביל זה, אם כי גם דברים כאלה קרו. אבל למחקר מהמחקר כמה נתונים, ולעשות כל מיני גרמולים לפי שאלונים אנונימיים – 60-50 אחוז מהחוקרים מודים שהדברים האלה קיימים".

אז איך מתקנים?

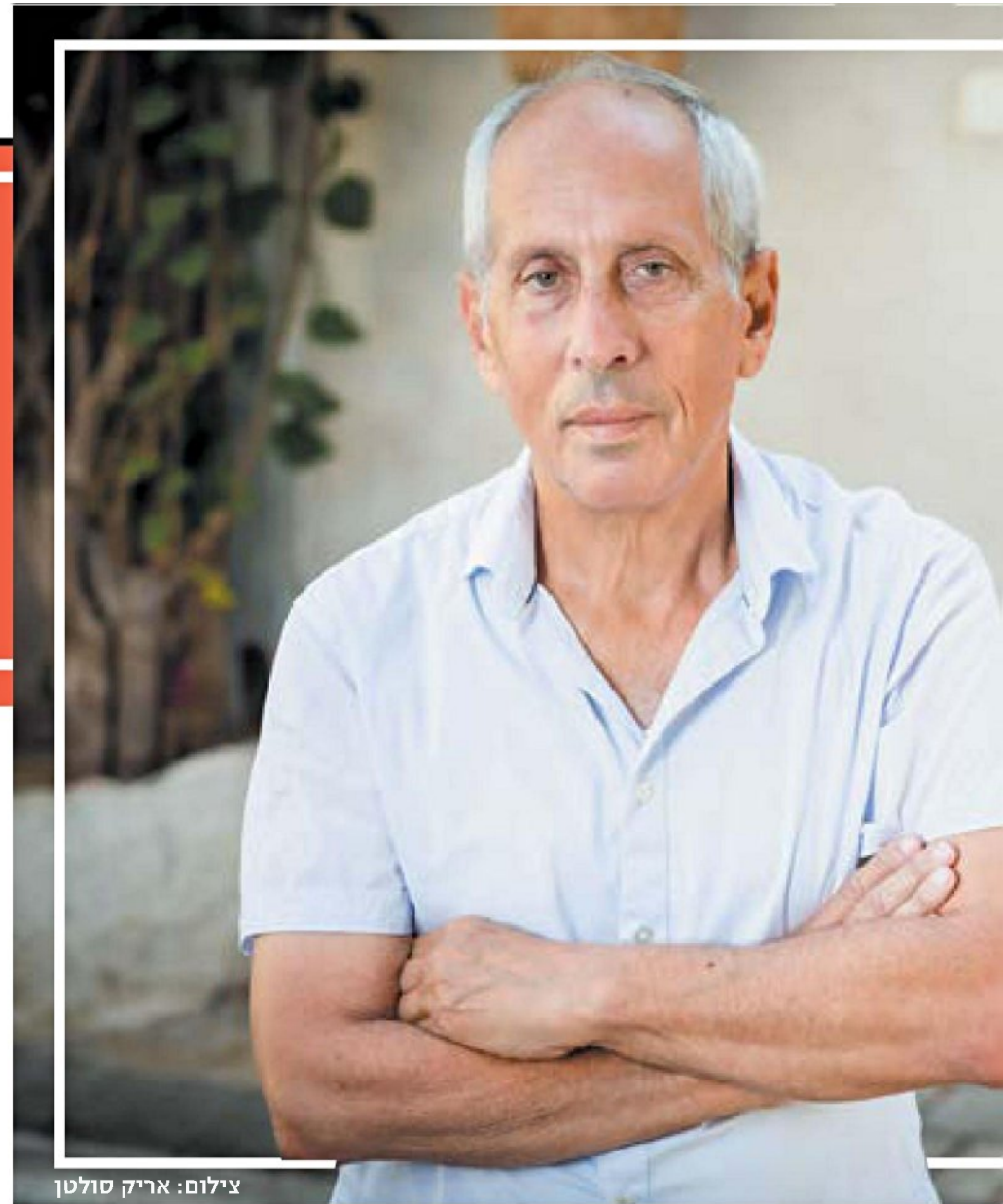
"מתחילים בממד החברתי. למה בכלל עורכים היום מחקרים? כי זו הדרך לקידום. יש מעטים שעושים זאת מתוך עניין ודבקות, אבל תחרות ורוצו לפרסום הם המניע של הרוב. באוניברסיטה שבה עשיתי פוסט-דוקטורט בתחילת שנות התשעים, הבינו כבר אז את הבעיה ויצרו מסלול מקביל של קידום לפי יכולות קליניות ויכולות הוראה. הם עשו את זה כי חוקרים רק כתבו מאמרים, לא נתנו הרצאות, והקליניקה ניווקה. קשה מאוד לעשות את השינוי הזה, אבל אין ברירה. רבים מהמחקרים הגרועים על אספירין הגיעו מחוקרים שרצו לפרסם כדי להתפרסם, אבל לא היו להם הזמן והתקציבים הדרושים. אז הם הלכו על משהו פופולרי שבטח יפרסמו, והמחקר אכן פורסם, על אף שהוא היה קטן ועם הרבה טעויות. אם תחשב את הסך הכולל של המשאבים שהוצאו על המחקרים הקטנים האלה, תגיע לסכומי עתק. לכן הכיוון צריך להשתנות".

ומה לגבי הממד המחקרי עצמו? איך משפרים אותו?

"יש דברים שאפשר לשנות במתודולוגיה.

נניח שיש תרופה שמאריכה בשנה את חייהם של חולי סרטן מסוג מסוים, אבל המחקרים שעסקו בה מראים ערך p לא מספיק טוב; ולעומתה יש תרופה שמאריכה את החיים רק בעשרה ימים, אבל עם ערך p נכון. לדעתי חייבים לקחת <

תקן לתיקוף מחקרים רפואיים, קובע את רמת המובהקות הסטטיסטית הנדרשת כדי להכיר בתוצאות ניסוי: מחקר שנתוניו מצביעים על סיכוי של יותר מחמישה אחוזים שמסקנתו שגויה – למשל, החולים שעליהם נוסתה תרופה חדשה, החלימו למעשה בגלל גורם אחר – דינו להיזרק לפח; כל מחקר שצולח את סף חמשת האחוזים, יתקבל בעולם הרפואה. "אני מבין את הצורך במדד כזה", אומר ד"ר מוזס. "רפואה היא מקצוע פרגמטי שעוסק בשאלות של 'לעשות או לא לעשות'. הבעיה היא שהסף הזה הפך לחזות הכול, והוא נתון למניפולציות שמעקרות את מה



צילום: אריק סולטן



צילום: איי.אף.פי | גטי אימג'ס

שאם קרנה יורדת, יש פחות אמון ברופאים. וקרנה יורדת, כי בשנים האחרונות יש יותר ויותר מקרים של 'משית' מאמרים שכבר פורסמו. בין השאר זה נובע מכך שביקורת העמיתים על המאמרים לפני פרסומם לא מספיק טובה, כי לא משלמים עליה מספיק, ולעמיתים המבקרים אין זמן להתעמק בנתוני המחקר. בעיה נוספת שמציין ד"ר מוזס היא ההיצמדות ל"ערך p" – מדד סטטיסטי שהומצא כבר במאה ה-18, ופותח במחצית הראשונה של המאה ה-20 על ידי הסטטיסטיקאי והביוולוג הבריטי רונלד פישר. המדד הזה, שהפך לתו



צילום: גטי אימג'ס

יותר מרצונו על זכויות הפטנט לחיסון לפוליו. יונה סאלק



"הגיע אליי אדם בן 80 עם ירך שחוקה. אחרי שיחה קצרה הבנתי שהוא מחילא לא מתכוון ללכת יותר מדי, כי הוא סובל ממחלת לב, ולכן ביטלנו את הניתוח שהוא עמד לעבור. אצל האורתופד הדיון נמשך כמה דקות: הוא הסתכל על הצילום, ראה ירך שסיימה את תפקידה, וקבע שצריך לנתח. זו דיכוטומיה בעייתית"

הרבה שלבים קריטיים שהיו לפנייהם. עד לפני שלוש שנים חיסונים כאלה הזיקו. ועדת נובל נוקטת שיטה פסולה של התעלמות מכל הנרכבים הקורמים. "אבל לא רק נובל הוא פרס, גם פרופסורה באוניברסיטה היא פרס, שמעניק תמורות מרחיקות לכת מבחינת מעמד, משכורת ועוד. הניתוח לכיוון הזה גורם כאמור לירידה ברמת הקליניקה – כי הרופאים הבכירים מקרישים חלק ניכר מומנם למחקר במקום לקליניקה, על אף שלניסיון הקליני יש מרכיב מכריע בהתפתחות הרפואית".

האומנם מצבו של המחקר הרפואי קשה עד קריטי? פרופ' יונתן הלוי, נשיא המרכז הרפואי שערי צדק, מסכים עם כמה מאבחנותיו של ד"ר מוזס, אבל אינו שותף למסקנותיו. "ד"ר מוזס הוא רופא מוערך העוסק זה שנים בביקורת איכות המחקר הרפואי הקליני, ומייצג לדעתי קול חשוב – גם אם קיצוני לעיתים – שמבקש למנוע שאננות, שטחיות ואף יצר פרסום מוגזם מצד חוקרים", מקדים ואומר פרופ' הלוי. "עם זאת, העובדה שמחקר מדויק ונרחב יותר מנפץ נוהג מקובל מזה שנים רבות, הוא חיזיון נפרץ למדי. אם נימנע ממסקנות קיצוניות, לא נערער את אמון הציבור בגישות רפואיות מבוססות מחקר, גם אם לאחר שנים

הפרמקולוגי. ובמילותיו: "כל עוד השורה התחתונה של חברות התרופות תהיה שורת הרווח הכספי, אנחנו בבעיה. הסכמים מסחריים שנוגעים לתרופות, וששורת הרווח היא המרכזית בהם, יכולים להגיע למקומות גרועים שאין להם דרך לצאת מהם".

ההיסטוריה מוכיחה שאפשר גם אחרת: יונה סאלק, ממציא החיסון לפוליו, ויתר מרצונו על זכויות הפטנט ואפשר לכל דורש להשתמש בנוסחה שלו. "מגפת הפוליו הסתיימה כשהחיסונים הגיעו למקומות הנדרשים ביותר בעולם", אומר מוזס, "אבל התנהלות כזו פירושה פחות רווח לחברות המייצרות את החיסונים. ושוב, כשהכול זה כסף ותחרות, היצירתיות נפגעת והיכולת לעשות דברים חדשים פוחתת. בקשות מענק למחקר נדרשות לא להיות ריקליות מדי, כדי שהאוניברסיטאות לא ייקחו סיכון, וכך אין אפשרות להתקדם. ההמצאות הגדולות בעולם הרפואה היו רגע לפני כן בגדר רעיונות משוגעים. המסגרות צריכות להיות שונות, לא תחרותיות אלא שיתופיות. המימון צריך להינתן לפי כישורים, ובדמות חוזה אישי למחקר של חמש שנים שבמסגרתו מה שתפיקו – תפיקו, בלי ציפיות לכתיבת עשרה מאמרים וכדומה. צריך ליצור סביבת עבודה של מדען במאה ה-19, עם היכולות המדעיות והטכנולוגיות שיש לנו היום. סביבת עבודה בלי לחץ, בלי הצורך לייצר עוד מאמר ולעבור לנושא הבא".

כלומר, תהילת העולם הרפואי-מחקרי של היום מבוססת על אדי העבר, על ימים של פחות לחץ ותחרותיות?

"יש בעולם איים שבהם התחרות אינה הדבר העיקרי, ויש יצירתיות ויכולת שיתוף פעולה. יש מכונים שמגיעים כך להישגים פנומנליים.

חוקרים עושים מחקר בלי שאף אחד לוחץ עליהם, ואם כתבת הצעת מחקר ונתקעת – מותר לך לשנות, מה שבדרך כלל לא יאפשר לך באוניברסיטה רגילה. המקומות האלה קיימים, אבל סך כל המאמץ המחקרי הולך למקום הלא נכון כי הוא מבוסס על תחרות. כששיווי המשקל נוטה לכיוון התחרות באופן קיצוני כל כך, אנחנו בבעיה".

אי אפשר לחמוק מכך שחלק מפרויקט הדרך הרפואיות הן תוצאה של מזל יותר מאשר של מחקר.

"אומרים שיש שני סוגי מזל: הראשון הוא ללכת ברחוב ופתאום למצוא כסף, והשני הוא לקנות כרטיס הגרלה ולזכות. גם אם מחקר רפואי מסתמך בתגלית בזכות המזל, זה קורה אחרי עשיית מעשה. הרבה מעשים. כדי להבחין באירוע מחקרי שהתרחש במזל, צריך עשרות שנות ניסיון במעבדה, והסתמכות על דורות של חוקרים לפניך".

גם פרס נובל הוא לכאורה מודל מובהק של "המנצח לוקח הבול".

"זה בעייתי בעיניי. אלברט איינשטיין באמת המציא משהו מאפס, אבל הוא מקרה נדיר מאוד. קח למשל את מפצחי הדייטון – איי או את מפתחי החיסונים המבוססים על mRNA – הם הגיעו לממצאים שלהם בזכות

< יותר סיכון ולהשתמש בתרופה הראשונה, וזה לא קורה היום. מה עוזרת לי תרופה שנותנת בוודאות עשרה ימים, שבהם גם כך איכות החיים גרועה.

"מחקרים לא יכולים להיות דיכוטומיים ולקבוע 'יעיל' או 'לא יעיל' לפי מדרג שרירותי. הם צריכים לתת אפשרות לבחירה, גם אם התוצאות של הניסוי טיפה פחות טובות. ההחלטה אמורה להתקבל בדיון בין הרופא והחולה, אבל בגלל קוצר זמן, רבים מהרופאים עוברים לפי פרוטוקולים ואין בכלל שיח עם החולה".

לשיטתך, החולה אמור להחליט במקום המומחה?

"בעשרים-יומשהו שנות עבודה כרופא בתל-השומר, הגעתי למסקנה שליבת הרפואה היא הדיון הזה, בין רופא וחולה. ואותו אפשר לעשות רק בקהילה, בבית חולים זה כמעט בלתי אפשרי. בזמנו הגשתי הצעה לקרפת חולים כללית, ובעקבותיה הקמתי מרפאה לחולים מורכבים. עבור כל חולה היו לי בין 45 דקות לשעה, וניהלנו דיונים. אני הפקתי מזה עולם שלם של תובנות, והחולים עצמם הרגישו שמקשיבים להם. דוגמה קטנה: אדם בן 80 עם ירך שחוקה היה אצל אורתופד, שהחליט שעושים לו ניתוח. אותו מטופל הגיע גם אליי, ואחרי שיחה קצרה הבנתי שהוא ממילא לא מתכוון ללכת יותר מדי, כי הוא סובל ממחלת לב. ביטלנו את הניתוח, מתוך הבנה שהמחיר שהוא עשוי לשלם על ההליך הרפואי הזה, גבוה הרבה יותר מהתועלת שאולי תצמח לו ממנו. מאז כבר 11 שנים הוא מטופל אצלי, ומכרך כל יום על כך שלא הלך לניתוח. אצל האורתופד הדיון נמשך כמה דקות: הוא הסתכל על הצילום, ראה ירך שסיימה את תפקידה, וקבע שצריך לנתח. זו דיכוטומיה בעייתית".

בפועל, בלתי אפשרי שרופא יושב לשיחה של 45 דקות עם כל חולה, עוד לפני שהוא בכלל מתחיל בטיפול.

"לכן אנחנו זקוקים למהפכה. כיום בישראל הרופא המומחה הוא הפוסק האחרון, וזו לא גישה נכונה. צריכים להיות 'רופאים ראשיים' שמכירים את החולה, את הסביבה שלו ואת ההיסטוריה שלו. הם יקבלו את ההמלצות מהרופא המומחה, ויחד עם החולה יחליטו מה לעשות".

זה אומר להפוך את הפירמידה.

"מדויק. היום רופא מומחה זה התואר הכי חשוב ויוקרתי, ובהצעה שלי הרופא הכללי הראשי יהיה החשוב ביותר. השינוי הזה ייתן גם אינטראקטיביות מול החולה, שהיא משמעותית מאוד. אפילו הניסוי הטוב ביותר נותן לנו רק תשובה סטטיסטית, ואתה לא יודע מראש לאיזו קבוצה בסטטיסטיקה החולה שלך ייכנס. לכן יש חשיבות עליונה למעקב צמוד אחרי מה שקורה לו, ותגובה מהירה בהתאם".

רפואה היא בכלל מדע מדויק?

"יש שתי קומות שונות. ישנו הבסיס הביולוגי של ההמצאות, שבו רואים בעין משהו שקורה, וזה בהחלט מדויק. אחר כך באים המחקרים הקליניים על בני אדם, ושם יש מרכיב סובייקטיבי מאוד לא פשוט. הניסיון להפוך את התוצאה לאובייקטיבית הוא כשל שפוגע בתחום".

מזל של מומחים

סוגיה נוספת שמטרידה את ד"ר מוזס היא המסחור המוגזם ששורר לדבריו בעולם



79160246-5	10/2021	מקור ראשון - דיוקן	עמוד 21	6/6	27.1x31.27
מאגנט - הוצאת ספרי - 25910					

צילום: אי.אף.בי

"יכולתי להגיש בג"ץ נגד משרד הבריאות ואפילו לזכות, אבל יעצו לי לרדת מזה. אמרו לי שאם זה מה שאני עושה בגיל חמישים, זה מה שאעשה עד סוף הקריירה, כי אהיה שרוף. אמרו שעדיף לי לחתוך הפסדים. ואז נסעתי לאוניברסיטת קולומביה, הייתי חייב להחליף אווירה. הבנתי עד כמה המערכת לא יודעת לקבל ביקורת"

"שיטה שמתעלמת מנדבכים קודמים".
הענקת פרס הנובל לרפואה ב-2020



צילום: דודו גרינשפן



להפוך את הפרמדיה הטיפולית. חדר מיון בישראל, אילוסטרציה

בין מחלקות זהות בבתי חולים שונים, מהסוג שמקובל לעשות בארה"ב. מוזס סבר שסקר כזה יורבן את בתי החולים, ובעיקר את הרופאים, להעניק שירות טוב יותר למטופליהם. כל עוד המשאלים התמקדו בטיפולים כמו דיאליזה או ניתוחי אפנדיציטי, אף אחד לא התרגש במיוחד; ברגע שר"ר מוזס וצוותו הגיעו לתחום ניתוחי הלב, נפתחו שערי הגיהנום. מהסקר עלה שסיכויי ההצלחה של הניתוח אינם תלויים בזהות הרופא המנתח – ומכאן שסכומי העתק שחולים משלמים לרופאים מסוימים כדי שיתחמו אותם, הם למעשה בזבוז מוחלט. מהרגע שהתוצאות האלה התבררו, הפך ד"ר מוזס לאויבם של הרופאים הבכירים, ואלה לדבריו גרמו לדחיקתו מהמערכת. "ההסתדרות הרפואית ומשרד הבריאות כפו עליי להפסיק את הסקרים מהסוג הזה אחרי שבעה מחקרים בלבד, על אף שלמסקנות שלי היה תיקוף מדעי מכל כיוון אפשרי. לשתי המחלקות שיצאו יחסית פחות טוב בסקר, הצעתי אפילו לשכור סטטיסטיקאים שינסו להפריך את הממצאים. הן שכרו, ושוב התקבלו

הזהו אנו רואים כבר ניצנים לשינוי. "אין לדבר על משבר נורא השולל את אמון הציבור בחוקרי הרפואה ובממצאיהם, כפי שטוען ד"ר מוזס. יש התקדמות והשתכללות של המחקר, המאפשר לבסס אמיתות קודמות ולעיתים גם לשלול אותן. עלינו להסביר לציבור שלאורך כל ההיסטוריה של הרפואה חלה התקדמות הדרגתית בתרומתה לבריאות האדם, הן בתחום הרפואה המונעת והן בתחום הרפואה הטיפולית, ותמיד יהיו גם ממצאים שישללו כעבור זמן. כמות הממצאים המאומתים עולה לאין ערוך על כמות המנופצים".

מאושפזים חיים פחות

הקרע בין ד"ר מוזס למסדר הרפואי לא נוצר כאמור עם פרסום ספריו הביקורתיים. ראשית בשנות התשעים, בעת שמוזס ניהל את יחידת המחקר לחקר החשיבה הקלינית במכון גרטנר, במקביל לעבודתו כרופא פנימי. סדרת מחקרים שהוביל באותם ימים במסגרת המכון, גרמה לעימות בינו ובין כמה רופאים בכירים בעלי השפעה. היו אלה סקרי השוואה

מתברר שחלקן התבדה. כך, גם המחקר החדש ששולל מתן אספירין למי שעדיין לא עבר התקף לב, אינו שולל את המחקרים המטיפים לתת תרופה זו למי שכבר חלה במחלת לב כלילית, כי השפעתו נוגדת-הטסיות על מחלת לב כלילית נותרה מוכחת, שרירה וקיימת. גם 'הנזקים' לבני אדם בריאים בעלי גורמי סיכון למחלת לב, אינם משמעותיים כפי שתיאר ד"ר מוזס, אלא נדירים וברור כלל לא חמורים. כך שגם אם יש צדק בסיסי בטענותיו בנושא זה, השימוש בביטויים קיצוניים ומוגזמים הוא המערער את אמון הציבור במערכת הרפואית".
באשר לדבריו של ד"ר מוזס על מחקרים מוטעים שנתונים מותאמים באופן מלאכותי לתוצאה הרצויה, אומר פרופ' הלוי: "שרלטנים לצערי תמיד היו ותמיד יהיו, ואין בהם כדי להעיד על רוב החוקרים העושים מלאכתם נאמנה. אני מסכים לחלוטין עם ד"ר מוזס שלא ראוי שהענקת קידום תיעשה בעיקר על סמך פרסומים, תוך מתן משקל פחות בהרבה להצטיינות קלינית, הפגנת מקצועיות, אמפתיה וקבלת החלטות משותפת עם המטופל. בנושא

אותן תוצאות בדיוק. יכולתי להגיש בג"ץ נגד משרד הבריאות ואפילו יכולתי לזכות, אבל יעצו לי לרדת מזה. אמרו לי, ובצדק, שאם זה מה שאני עושה בגיל חמישים, זה מה שאעשה עד סוף הקריירה, כי אהיה שרוף. אמרו שעדיף לי לחתוך הפסדים. ואז נסעתי לאוניברסיטת קולומביה, הייתי חייב להחליף אווירה. הבנתי עד כמה המערכת לא יודעת לקבל ביקורת".
ואתה ממשיך להיות אופוזיציה למערכת גם כיום.

"אמרו לי פעם שמי שעוסק בביקורת על המערכת, זה רק כי הוא לא יכול אחרת. ממש בתחילת הקריירה, עוד כמתמחה במחלקה פנימית, הבנתי שאני לא יודע אילו חולים באמת צריכים להיות מאושפזים אצלנו ואילו לא. ערכנו סקר קטן וגילינו שחלק גדול מהבדיקות והמעקבים שאנחנו עושים במחלקה, בכלל לא צריכים להתבצע בבתי החולים. אמרו לנו: יופי, עכשיו תעשו מחקר קליני רציני. לקחנו שתי מחלקות מקבילות, שבאחת מהן היו פי שניים ימי אשפוז מבשנייה; התברר באופן חד-משמעי שמשפולי המחלקה ששחררה אותם מוקדם יותר לביתם, זכו לחיים ארוכים יותר וגם בריאים יותר. פרסמנו את תוצאות המחקר ב'לנסט', ואז מנהל המחלקה שלי קיבל הוראה לפטר אותי. כי בית החולים מקבל כסף לפי מספר ימי אשפוז, ומכאן שאני כורת את הענף שעליו המחלקה יושבת. אז למה עשיתי את זה? כי לא יכולתי אחרת".

נגרם לך נזק בתוצאה מהסטיגמה שלך באופוזיציונר?

"נגרמה לי תועלת רבה. נכון שהיום אני לא מנהל בית חולים ולא פרופסור, אבל אומר בכנות שאף פעם לא רציתי את מסלול הקידום הזה. יכולתי להישאר באוניברסיטת קולומביה כחוקר-פרופסור, זו הצעה שהונחה על השולחן. הייתה גם הצעה נוספת כשחזרתי לארץ, פרופסורה בחיפה, והייתי צריך לשקול אותה אל מול עבודה בקופת חולים. חשבתי איך אני רואה את עצמי, כחוקר או כרופא, ומהרבה סיבות החלטתי להיות רופא. אני מרוצה מאוד מהמיקום שלי עכשיו, אני רואה חולים ויש בכך הרבה סיפוק. זה אומר פחות כסף, נכון, אז מה? מבחינה אינטלקטואלית זה מסעיר, יש כל הזמן אתגרים חדשים, והתחושה המיידית כשאתה עוזר למישהו – אין לה תחליף". ■