

## מה הם הגבולות של בריאות-אחת? חקר מקרה הברוצלוזיס בנגב

ברק חרמש\*

תקציר. בריאות-אחת היא פרדיגמת מחקר התערבותית לבחינת הקשר בין מחלות, מערכות אקולוגיות ומדיניות, שמטרתה לחצות גבולות אינטרדיסציפלינריים בין הרפואה, הווטרינריה ושמירת הסביבה. מבקריה טוענים כי היא מתעלמת מגורמים חברתיים שברקע המחלות. מחקר זה בוחן אילו גבולות נבדקים במסגרת הפרדיגמה ואילו נזנחים, באמצעות ניתוח עבודות גבול שנמצאו בחקר מקרה של מחלת הברוצלוזיס, הפוגעת בקהילות הבדואיות בנגב ונחקרת לרוב באמצעות בריאות-אחת. המחקר נערך במהלכו של מבצע לצמצום המחלה בשנים 2014-2017. רואיינו בו קובעי מדיניות, עובדי בריאות ומגדלי צאן, נערכו תצפיות במוקדי קבלת החלטות ובמכלאות צאן, ונחתחו מסמכי מדיניות ועיתונות. מניתוח איכותני תמטי עולים ארבעה גבולות – גיאוגרפי, פרופסיונלי-פוליטי, דיסציפלינרי והשתתפותי – המאפשרים לבחון הנחות יסוד שבבסיס הפרדיגמה: התיחום הגיאוגרפי, ההפרדה בין המקצועי לפוליטי, תפקידי השחקנים וריכוזיות המדיניות. המאמר מציג רבדים חברתיים ופוליטיים של חולי שאינם נחקרים במסגרת גבולות בריאות-אחת, וממסגר מחדש את הגורמים למחלות זיהומיות, ליחסי אמן מעורערים ולחלוקת כוח בלתי צודקת. בכך הוא מוציא את בריאות-אחת אל העולם שמחוץ לכותלי האקדמיה.

מילות מפתח: תיאוריית עבודת גבול, אי-שוויון בבריאות, מחלות זואונוטיות מוזנחות, ברוצלוזיס, בריאות אחת

### רקע

בריאות-אחת (one health) היא פרדיגמת מחקר שהתפתחה במאה ה-21 בתגובה להתגברות הופעתן של מחלות זיהומיות, וכתגובת נגד להפרדה ההיסטורית בין תחומי הרפואה, הווטרינריה ושימור הסביבה (Zinsstag et al., 2012). בראשית דרכה היא נועדה לטפל

\* ד"ר ברק חרמש, בית הספר לבריאות הציבור, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

ברצוני להודות למנחי הדוקטורט, נדב דוידוביץ' וענת רוזנטל, ולבית הספר קרייטמן ללימודי מחקר מתקדמים. כמו כן אני מודה לעמותת STEP-GTP לקידום שותפות אקדמית בין ישראלים לפלסטינים ולקן מישל הלפרין, התומכת במחקר בתחומי המשפט, המדיניות והאתיקה, על תמיכתן במחקר זה.

באתגרים שמציבות מחלות זואונוטיות, קרי מחלות העוברות מבעלי חיים לבני אדם, אולם ברבות השנים היא קיבצה לתוכה מגוון רחב של תפיסות והציעה גישה הוליסטית לקידום בריאות, שכונתה גם planetary health או eco-health (Craddock & Hinchliffe, 2015). הדוגלים בבריאות־אחת ביקרו את הפריזמה האנתרופוצנטרית, המקדשת את האינטרס האנושי, והעדיפו פריזמה ביוצנטרית המבקשת ליצור שיתוף בין־מיני של אינטרסים (Capps et al., 2015). בפועל, הם קידמו כמה אג'נדות עיקריות: אינטרדיסציפלינריות בין מוסדות בריאות האדם והחי (FAO, 2009; Degeling et al., 2015); חיסכון בעלויות, בעזרת ניתוח כלכלי כוללני של עול המחלות (Roth et al., 2003; Stärk et al., 2015); ופיתוח מערכות ניטור של מחלות בחיות ובאדם (Bill & Melinda Gates Foundation, 2013).

עם התפתחותה של הפרדיגמה נמתחה עליה ביקורת מצד חוקרי בריאות וחברה, בשל הטיפול המצומצם שלה בהקשרים הפוליטיים שברקע המחלות. חוקרים אלו טענו כי כדי שהשיח האינטרדיסציפלינרי ייצור "רפורמה אמיתית ולא רטורית" (Degeling et al., 2015), על בריאות־אחת לעסוק לא רק בסדרי עדיפויות משותפים, אלא גם לאתגר את המסורות ואת הנחות היסוד המעצבות את מדיניות הבריאות. לדידם, למשל, כאשר מניחים שהכלכלה הניאו־ליברלית היא ה"סדר הטבעי" ונמנעים מביקורת כלפיה הדבר מקדם פתרונות כמו הפרטת שירותי בריאות במסווה של אינטר־סקטוריאליזם, ואלה כושלים בטיפול באוכלוסיות מוחלשות. ההתעלמות מהיבטים ערכיים כאלה של בריאות וחולי יוצרת אי־אמון וחוסר היענות להוראות הציבור (Degeling et al., 2015; Donadeu et al., 2019; Grace et al., 2013).

בריאות־אחת מיושמת תדיר בחקר המחלות הזואונוטיות המוזנחות (NZDs, Neglected Zoonotic Diseases), העוברות מבעלי חיים לבני אדם בתנאי סביבה שמושפעים מפרקטיקות חקלאות, ייצור מזון והיגיינה ומצפיפות, שאליהן חשופים בעיקר מי שחיים בעוני. מחלות אלו מכונות "מוזנחות" בשל אי־ההלימה בין העול שהן משיתות ובין המשאבים המופנים לטיפול בהן (Grace et al., 2012). חוקרים מייחסים את ההזנחה לפיצול של מערכות הבריאות – ניטורן של מחלות זואונוטיות מבוסס על מידע שנאסף בגופי בריאות הציבור, הוטרנינריה והסביבה בנפרד (Molyneux et al., 2011). אחרים מייחסים את ההזנחה לגורמים פוליטיים, וטוענים כי מחלות זואונוטיות פוגעות באלה שהשפעתם על סדר היום הציבורי היא המועטה ביותר (Donadeu et al., 2019).

במאמר זה אטען כי על מנת שפרדיגמת בריאות־אחת תממש את מלוא הפוטנציאל הטמון בה בטיפול במחלות זואונוטיות מוזנחות, עליה קודם כול לזהות, לחקור ולאתגר גבולות נוספים מלבד אלה שאותם היא נועדה לחצות מלכתחילה, כלומר אלה שבין הרפואה האנושית לוטרנינריה. כדי לבסס טענה זו אציג ניתוח של חקר מקרה רלוונטי: ההתמודדות עם מחלת הברוצלוזיס, מחלה זואונוטית חידקית אנדמית לקהילות הבדואיות בנגב. ניתוח המקרה נעשה דרך המושג "עבודת גבול" (boundary work), במטרה לאפיין את הגבולות בחקר המקרה. מהלך כזה יאפשר בחינה ביקורתית רחבה יותר של פרדיגמת בריאות־אחת, הפרדיגמה העיקרית שלפיה נחקרת מחלת הברוצלוזיס בעשורים האחרונים, ושל האופן שבו היא מטפלת בגורמים החברתיים והסביבתיים המבססים מחלות בתנאי אי־שוויון חברתי.

## עבודת גבול ואובייקטי-גבול

עבודת גבול היא מושג שנועד להסביר פעולות של דיסציפלינות, קבוצות מקצועיות וקבוצות חברתיות מתוך תיאורן כמוסדות פוליטיים שמבנים גבולות בינם ובין תחומים אחרים כדי לטעון לאובייקטיביות, להרחיב את מרותם ולהגן על האוטונומיה שלהם (Gieryn, 1983). עבודת גבול עזרה בעבר להסביר כיצד האתוס המדעי מטפח תמונה אידיאליסטית של "חיפוש בלתי גשמי אחר ידע חופשי מהשפעות חברתיות או פוליטיות" (Löwbrand, 2007), וגם להסביר כיצד קבוצות מקצועיות וחברתיות צוברות משאבים (Zietsma & Lawrence, 2010). כיום מנסים חוקרי עבודת הגבול לגשר על פני גבולות באמצעות בניית ממשקים בין מדענים, הדיוטות וקובעי מדיניות ולעצב כלים השתתפותיים (Evans, 2009). הם מצביעים על אובייקטי גבול (boundary object), אובייקטים המשמשים לגישור בין אינטרסים מסועפים (Mollinga, 2010). במאמר זה אדון באובייקט גבול שכזה – מדיניות השמדתם של עדרי צאן נגועים בברוצלוזיס, ובהשפעתו על ההתמודדות הכוללנית עם המחלה. שימוש במושג זה יחייב התייחסות ליחסי כוח אסימטריים בין שחקנים, כמו היחסים שבין קובעי מדיניות בריאות ובין אוכלוסיות מודרות הסובלות ממחלות זיהומיות. טענתי היא שגם בגישה הוליסטית כגון בריאות אחת, התעלמות מהיבטים אלו עלולה להביא להעברת ידע חד-צדדית, אפוליטית לכאורה, ולקבע אובייקטי גבול שדווקא נוגדים שיתוף פעולה. השימוש בעבודת גבול כדי להמשיג מחדש את פרדיגמת בריאות אחת יאפשר לחשוף גבולות חבויים המעצבים סוגיות שמשלבות בריאות, חברה וסביבה.

## חקר מקרה הברוצלוזיס בנגב

מחלת הברוצלוזיס, או "קדחת מלטה", היא מחלה זואונוטית המועברת מבעלי חיים לבני אדם בצריכת מוצרי חלב בלתי מפוסטרים או במגע עם חיות מקנה ללא אמצעי הגנה. ברוצלוזיס היא המחלה הזואונוטית החיידקית הנפוצה בעולם (WHO, 2013), והיא אחת ממחלות המקנה הפוגעות ביותר באנשים החיים בעוני וחשופים לתנאי היגיינה ירודים (Mammeri, 2015). שיעור התחלואה בברוצלוזיס בחברה הברדואית בנגב הוא הגבוה ביותר בישראל ומן הגבוהים בעולם, ובשיאו – בשנת 2014 – עמד על 150 חולים ל-100,000 איש (Shemesh & Yagupsky, 2013). המאמצים הממשלתיים לצמצום התחלואה בנגב החלו במבצע בראשותם של השירותים הווטרינריים של משרד החקלאות (השו"ט) בשנות התשעים, לאחר שאירעו כמה התפרצויות ברוצלוזיס ברפתות בקר מסחריות (Refai, 2002). מבצע זה, שבמהלכו הושמדו כ-40 אלף כבשים ועיזים וחוסנו כמה מאות אלפים, הופסק בטרם עת בשל חסמים תקציביים (Banai, 2010). למרות הישגיו המרשימים בצמצום התחלואה, סיומו המוקדם תרם לעלייה במגמת ההיארעות בעשורים העוקבים. לאחריה, בשנים 2015-2017, החל מבצע נוסף שהופסק גם הוא בטרם השיג את מטרותיו (מבקר המדינה, 2018; Shemesh & Yagupsky, 2013). בשני המבצעים נערכו מיפוי, חיסון והשמדה של ראשי צאן, וכן הסברה למניעת ברוצלוזיס שנעשתה בשיתוף משרד הבריאות. אף שהתערבויות ממשלתיות בברוצלוזיס בכל העולם חותרות לשיתוף פעולה בין מוסדות בריאות, וטרינריה ושימור סביבה, בדרך כלל הן נמנעות מטיפול בהיבטים

החברתיים, הכלכליים, הפוליטיים והסביבתיים המבססים את המחלה כאנדמיה. מאמר זה מתבסס על מחקר שנערך בשנים 2015-2019 במטרה לנתח היבטים אלו. תוצאותיו מאפשרות לעבור מחקר המקרה אל דיון רחב יותר בטווח הפעולה הקיים והפוטנציאלי של פרדיגמת בריאות־אחת לשם התערבות בסוגיות בריאות, חברה וסביבה, ולשרטט ארבעה גבולות המגדירים את ההתערבות – הגיאוגרפי, הפרופסיונלי־פוליטי, הדיסציפלינרי וההשתתפותי.

## שיטת המחקר

המחקר עוצב לפי מודל חקר מקרה, במטרה להסביר את ההתמודדות עם ברוצלוזיס דרך חוויות ופעולות של השחקנים בשדה – פרקטיקות מחיה, שיתופי פעולה ותכנון מדיניות. מתוך חקירת המקרה הספציפי של ברוצלוזיס בנגב נעשתה אינדוקציה אל המסגרת התיאורטית של בריאות־אחת.

הנתונים נאספו בשיטות איכותניות במסגרת זמן שחפפה את מבצע ההתערבות הממשלתי לצמצום הברוצלוזיס בשנים 2015-2017. במהלך המבצע נערכו ראיונות עומק עם 38 מרואיינים ומרואיינות: 12 עובדי משרד החקלאות, וטרינרים רשותיים ופרטיים; 11 עובדי משרד הבריאות ורופאים במוסדות בריאות בנגב; 11 מגדלי מקנה בנגב ונציגי עמותות מייצגות; וארבעה אנשי המגזר הפרטי העוסקים בהסברה סביבתית ותברואתית. שיטת הדגימה נועדה לייצג מגוון מרבי של דיסציפלינות, דעות ותרבויות. תפיסות המרואיינים בנוגע למחלה, למשמעויותיה ביומיום ולשיתופי הפעולה הנוגעים לה נדונו בראיונות שארכו בין שעה לשלוש שעות והוקלטו בהסכמה, על פי דרישתה של ועדת האתיקה של אוניברסיטת בן־גוריון בנגב. נוסף על כך נערכה תצפית בארבעה דירי מקנה המשקפים נקודות שונות על הרצף שבין גידול מסורתי לגידול תעשייתי, במטרה להכיר סוגי ממשקים בין אדם, חיה וסביבה ואת השפעתם על הברוצלוזיס. כמו כן נערכה תצפית משתתפת בשמונה מפגשי קביעת מדיניות – ישיבות בין־משרדיות, "שולחנות עגולים" וישיבות בכנסת (ראו טבלה 1). לבסוף נאספו ומויגו מסמכי מדיניות של מבצע הברוצלוזיס וקטעים רלוונטיים של מדיה כתובה ומצולמת בעברית ובערבית. איסוף המסמכים נעשה באמצעות חיפוש בגוגל ובאתרי משרד החקלאות ומשרד הבריאות.

כשהיה צורך בכך, נערך תרגום סימולטני במהלך הראיונות ותורגמו מסמכים מערבית לעברית. כלל הנתונים נתוח בתוכנת Atlas.ti בגישת ניתוח נושאי (thematic analysis): התמות מופו על פי המשמעויות שהמרואיינים מקנים לדברים, השוואה מתמדת בין קטעי טקסט כדי לזהות משמעויות משותפות ודפוסים, ושהייה ממושכת בזמן ובמקום במטרה לבנות תיאוריה רחבה (דושניק, 2011). עבודת הניתוח התבצעה במקביל לאיסוף הנתונים כדי למקד את האיסוף ולשמור על עקביות (שקדי, 2003). כך למשל, בעת עיצוב תמת הגבול הגיאוגרפי נערכו ראיונות נוספים עם גורמים העוסקים בתיאום הקשר החקלאי בין משרדי החקלאות בישראל וברשות הפלסטינית.

## טבלה 1. פירוט הראיונות והתצפיות

מספר המרואיינים / התצפיות	מוסד / קבוצה חברתית	סקטור	שיטת האיסוף
7	מגדלי מקנה	מגדלים	ראיונות
4	נציגי עמותות מגדלים		
3	עובדי השו"ט	עובדי בריאות בעלי החיים	
4	עובדים אחרים במשרד החקלאות		
2	וטרינרים רשותיים	ראיונות	
3	וטרינרים פרטיים		
5	עובדי משרד הבריאות	עובדי בריאות האדם	
2	עובדי קופות חולים		
4	רופאים העובדים בנגב	שונות	
4	מחנכים, עובדי שימור הסביבה, יזמים עסקיים		
38			סך כל הראיונות
4	מפגשי שולחן עגול	פגישות קביעת מדיניות	תצפיות
2	פגישות בין-משרדיות		
2	ישיבות ועדת העבודה, הרווחה והבריאות בכנסת		
3	דירי כבשים ועיזים	ממשקי אדם-חיה	
1	מכלאת גמלים		
12			סך כל התצפיות

## תוצאות: הגבולות בשדה המחקר וההשלכות על בריאות-אחת

גבולות גיאוגרפיים: האם אפשר לסגור גבול מחורר?

ההתמודדות עם מחלת הברוצלוזיס בנגב מושפעת מסמיכות הנגב הצפון-מזרחי לדרום הגדה המערבית. היות שהמחלה אנדמית גם בשטחי הרשות הפלסטינית (Palestinian Health Information Center, 2016), נוצרת השפעה הדדית על היארעות ברוצלוזיס ביחידה הגיאופוליטית של ישראל-פלסטין, שבה נעים תדיר אנשים, מקנה ומוצרים מן החי (Pappas & Memish, 2007). כמה מרואיינים הסבירו כי המעבר התדיר של המחלה דרך הגבול נובע מהתנהגות צרכנית לא אחראית של ישראלים שרוכשים מוצרי חלב בלתי מפוקחים בגדה המערבית, תופעה שאכן גרמה להתפרצויות בעבר (Megged et al., 2016). אחרים הדגישו את תופעת הברחות המקנה דרך הגבול, המקשה על ניטור המחלה בעלי החיים. כדי להבין את תופעת הברחת המקנה נדרשת היכרות עם נתיב המסחר החוקי. המסחר בטובין חקלאיים בין ישראל לרשות הפלסטינית הוסדר בפרוטוקול פריז ליחסים כלכליים במסגרת הסכמי אוסלו בשנת 1994. השפעתם של חוקי המסחר על הכלכלה הפלסטינית

גדולה לאין שיעור מהשפעתם על הכלכלה הישראלית, משום שהראשונה מייבאת את רוב תוצרתה מהאחרונה (Bank of Israel, 2013). ההסכם גם יוצר אסימטריה בין השתיים משום שהוא מתקף רגולטורית את הגבלת השימוש במקורות מים ברשות הפלסטינית, את החרמתן של קרקעות חקלאיות על ידי ישראל, והגבלות על הייצוא מהרשות לישראל; כל אלה מביאות להתדרדרות הדרגתית בתוצרת החקלאית בגדה (Khalidi & Taghdisi-Rad, 2009; UNCTAD, 2015). במהלך השנים 2015-2017, למשל, יוצאו מישראל לרשות כמויות גדולות של ראשי צאן, אך הייצוא מהרשות הופסק חד־צדדי מחשש להתפשטות זיהומים כדוגמת ברוצלוזיס. בתגובה לסחר המפוקח אך האסימטרי הזה התפתח נתיב העברה בלתי חוקי מן הרשות לישראל. בשנים 2014-2016 סיכל משרד החקלאות הישראלי 363 ניסיונות הברחת בשר לישראל (משרד החקלאות ופיתוח הכפר, 2016). הברחות שלא סוכלו פגעו בשליטה על מחלות כגון ברוצלוזיס (מבקר המדינה, 2003; 2015, Ma'an News Agency). לדברי מרואיינים, נתיב ההברחות מתאפשר בשל חלקיות בנייתה של גדר הפרדה בין צפון הנגב לגדה המערבית. עובד משרד החקלאות שנשאל על חשיבות הגדר הסביר כי "בסופו של דבר מדינות שיושבות על אי, יותר טוב להן", ובדבריו הדגים את שאיפת הדיסציפלינה האפידימולוגית למנוע מחלות באמצעות בידוד מהסביבה שיוצרת אותן. וטרינר ממשלתי התייחס גם הוא לנושא, וטען כי "ההברחות קורות, ואני מצפה שכל דרום הר חברון יהיה סגור עם גדר. כשהגבול ייסגר תהיה לנו יותר שליטה על דברים. אבל זה עניין פוליטי". הגדרתה של הבעיה כפוליטית שימשה לא רק לתיחום גבולות הפעילות של הוטרינר, אלא גם לסיווג השיקולים שבעטיים הגדר חלקית. מגדל צאן בדואי נתן לכך תוקף והסביר כי אי־השלמת בנייתה של הגדר נובעת מאידיאולוגיה לאומית השואפת לטשטש את גבולות המדינה. לדבריו, "ההברחות קורות כל הזמן, הגבול ממש לא סגור, הוא פתוח על קילומטרים רבים. זה כמו חתול ועכבר. לפעמים מסתובבים שם הצבא או הפיצו"ח [היחידה המרכזית לאכיפה וחקירות של משרד החקלאות], אבל רוב הזמן אין שם אף אחד". לשאלתי מדוע לדעתו לא משלימים את הגדר, ענה: "כי זה יקר, וזה מסובך, ואולי ישראל לא רוצה להגיד 'כאן יש גבול'".

גם שיקולים ביטחוניים לכאורה עלולים לטשטש את הגבול האפידימולוגי ולפגוע בשליטה על התפשטות מחלות. עובד משרד החקלאות שהתייחס להסכמים שנחתמו בפרוטוקול פריז תיאר את המגבלות על עבודת פקחי הרשות הפלסטינית שמנסים למנוע הברחות, ואת השלכותיהן:

בגבול, באזור הר חברון, כשאתה בירידה לכיוון ערד, שם הכול פרוץ, מה תעשה? זו אחת הבעיות הקרדינליות לגבי התפרצות הברוצלוזיס וגם מחלת הפה והטלפיים, חד משמעית. [...] יש הרבה הברחות גם מישראל ליהודה ושומרון. יש להם שם את משטרת המכס שלהם [...] אבל על פי ההסכמים אנחנו לא יכולים להרשות לפקחים פלסטינים לשבת במעברים בשטח C [...]. זו המדיניות. פעם אישרו לשם מפקחים שלהם במעבר אלנבי, אבל אחרי אינתיפאדת 2000 הכול ירד לטמיון.

למרות היתרונות שבאטימת הגבול ותרומתם למניעת מחלות, חשוב להכיר גם בפרקטיקות מחיה וחקלאות ארוכות שנים שמעצבות גבול חדיר. פרקטיקות נוודות שבהן משתמשים רועים בדואים, המאופיינות ברעייה אקסטנסיבית, מפגש עדרים בכרי מרעה וייצור

משפחתי בקנה מידה קטן, משותפות לקהילות בדואיות משני צידי הגבול (Degen & El-2005; Meccawi, 2008; Sinjilawie & Nori, 2005). כפי שטען וטרניר פרטי, "זה ממש אזור אנדמי אחד, בגלל תנועה של בעלי חיים, וגם שיטות העבודה ושיטות המסחר ושיטת השווקים ושיטת העדרים הקטנים". קהילות אלו, שחיות בנגב ובגדה המערבית עוד מהימים שלפני הקמת מדינת ישראל, שומרות על קשרים קרובים של מסחר חקלאי (Parizot, 2001). הממצאים הללו מלמדים כי מאפיינים תרבותיים, פוליטיים וסביבתיים מסמנים את הגבול הגיאוגרפי כחדיר ומחורר על אף הסכנה האפידמיולוגית. בהתחשב באופי חוצה הגבולות של המסחר, של מערכות הבריאות, ובסופו של דבר של מחלת הברוצלוזיס עצמה – ספק אם אפילו פרדיגמה אפידמיולוגית הוליסטית כגון בריאות אחת, המבקשת לסגור הרמטית את הגבול ומתעלמת ממאפייניו האינהרנטיים, יכולה לספק מענה מתאים.

### הגבול הפרופסיונלי-פוליטי: כיצד יחסי כוח מתחמים את הפרופסיה?

הכוחות הרבים והמנוגדים המעצבים את הגבול הגיאוגרפי הביאו מרואיינים לסווגו כעניין פוליטי, והם הבהירו כי הוא מעבר ליכולת השפעתה של מדיניות הבריאות. פגישה בין-משרדית שעסקה בהתקדמות המבצע השני לצמצום הברוצלוזיס בנגב התייחסה לגורמים רגולטוריים, היסטוריים וכלכליים המשפיעים על יחסי התושבים המקומיים והמדינה, ונאמר בה כי "אנחנו לאורך המבצע מאוד משתדלים לא להיכנס בכלל לפוליטיקה". מדיניות הריסתם של מבנים בלתי חוקיים ביישובים הבדואיים, למשל, תוארה כבלתי רלוונטית לטיפול בברוצלוזיס. באחד הראיונות, עובדת שירות ההדרכה והמקצוע של משרד החקלאות סיפרה על קורס למגדלי צאן בדואים שנועד לשפר את בקיאותם בשיטות גידול מתקדמות, בין היתר במניעת ברוצלוזיס. אף שהמשתתפים הביעו רצון להשתתף בקורס, רבים מהם נרתעו מהשתתפות בסוירים בחוות מתועשות מאחר שראו בכך זריית מלח על פצעייהם, לנוכח המדיניות של הריסת דירים בכפריהם על ידי רשות מקרקעי ישראל. המרואינת סיפרה:

[...] יש את כל הנושא של [...] התפיסה שלהם על המדינה. [...] אנחנו עושים קורסים, והם רוצים לדבר על למה הרסו את המבנה הזה, ולמה לא נתנו להם היתר בנייה, ואנחנו אומרים להם "אוקיי, אנחנו אנשי מקצוע, אנחנו לא קובעי מדיניות, אין מקום לשאלות האלה פה"... והיה להם נורא קשה לקבל את זה, כי הם תפסו אותנו "אתם מהחוכמה [מהממשלה]".

עובד השו"ט הסביר כיצד חלוקת צווים להריסת בתים בכפר בדואי הביאו לחוסר שיתוף פעולה של מגדלים מקומיים עם אכיפת תקנות וטרינריות של מבצע הברוצלוזיס:

האמון, זה דבר שהבנייה שלו היא קשה, וההריסה שלו הרבה יותר קלה. לפני כמה חודשים הייתה חלוקת צווים לקראת הריסת בתים בביר הדאג', ובאותו יום היה שם צוות של הפיצו"ח בענייני אכיפה וטרינרית, והתושבים מייד קשרו בין הדברים. אנחנו לאורך המבצע שלנו מאוד משתדלים לא להיכנס בכלל לפוליטיקה.

המתאם השלילי שבין פוליטיקה לאמון השפיע לא רק על העבודה מול מגדלים, אלא גם מול חולים בברוצלוזיס. כך תיאר רופא בריאות הציבור בישיבה בין-משרדית:

בחקירה אפידמיולוגית לא ניתן לזהות בוודאות את מקור ההדבקה מאחר וההורים לא משתפים פעולה ומתחמקים מלומר האמת. [...] הם עונים בלשון כפולה [...] מפחד שזה יחבל להם בעסקים הקיומיים שלהם. [...] התנהגות הסתרת מידע מכוונת, חשש וחדשנות נובעים מהמדיניות הבלתי ברורה כלפי הבדואים, המלווה תדיר בהבטחות שלעולם אינן ממומשות, דבר שגרם לאובדן מוחלט של האמון בממסד.

מפגשים אלו בין עובדי הבריאות לאוכלוסייה מעלים את השאלה אם ייתכן גבול בין המקצועי לפוליטי, במיוחד בהקשר של יחסי כוח אסימטריים. וטרינר רשותי בנגב בחר לערער על הגבול שכניסה להתאים את ההתערבות הממשלתית למציאויות שחווים הסובלים מהמחלה:

היה קשה לשכנע את האנשים. אני הסתובבתי בהתחלה עם הצוות, בית בית, שכונה שכונה. והמגדלים אומרים "אתם רוצים לקחת לנו את העדר. אתם לא רוצים שאנחנו נגדל צאן. אתם דופקים את הבדואים" [...] [אן] "מה פתאום אתה בא מביא לי את החוכמה, את הממשלה אליי?" אז ביקשתי [ממנהל השו"ט] שיחידת הפיצו"ח לא תיכנס. הפיצו"ח זה אכיפה, אני לא רוצה.

תיאור זה מדגים את אופי הגבול בין פרופסיית הבריאות הווטרינרית לפוליטיקה. מחד גיסא השחקנים נדרשים להתנתק מהשפעת היחסים בין המדינה למיעוט, ומאידך גיסא הם נדרשים לבצע עבודת גבול שבין שליטה ותיחום ובין סיוע וריפוי. היחסים אמנם מתווגים כמקצועיים גרידא, אך המדינה מטבעה מתערבת במסורות המחיה של חברות פוסט־נוודיות, והדבר עלול לחזק את חוסר האמון כלפיה. בפרספקטיבה רחבה יותר, כלכלת השוק הניאו־ליברלית שהמדינה מקדמת יוצרת תגובת נגד בדמות כלכלות מחיה מבוססות בית (home based subsistence economies), כפי שקורה בחברה הבדואית בנגב. בפועל, תהליכים כגון אלה ממשיכים לבסס את המחלה כאנדמיה במשפחות שמגדלות עדרי צאן בלתי מפוקחים בקרבת הבתים (Abu-Rabia-Queder et al., 2018). התיאור והניתוח של עבודת הגבול מחדדים הקשרים פוליטיים מקומיים, כגון מאבק של מיעוט אתני על הכללה והדרה במדינתו של לאום אחר. ניתוח זה קורא תיגר על טענתה של פרדיגמת בריאות־אחת שלפיה שיתופי פעולה יתקיימו לו רק יוכחו יתרונות של עלות־תועלת.

הגבולות הדיסציפלינריים: מה מעצב את תפקידי השחקנים?

אי־אפשר לקדם שיתופי פעולה בין בעלי תפקידים מדיסציפלינות הרפואה, הווטרינרית והגנת הסביבה, כפי שמציעה פרדיגמת בריאות־אחת, ללא דיון בגבולות הדיסציפלינריות עצמן. כך למשל, וטרינר רשותי העובד בכפרים בלתי מוכרים בנגב, בעצמו ממוצא בדואי, הסביר כי הוא אמון על שמירת ההיגיינה בטיפול במזון מן החי, על רווחת בעלי החיים ועל קידום בריאות הציבור, אך המציאות מכתבה הרחבה של פעילותו:

הווטרינר הרשותי הוא אחראי על בריאות הציבור, אבל יש לו תפקידים ספציפיים לפי החוק – כלבת, ובדיקת מזון. [אבל] זה תפקיד של וטרינר בסביון [...]. אם אני מסתכל על הנגב, על הפזורה, זה לא רק חתולים וכלבים וחנות. דבר ראשון, אין להם חנות. דבר שני, אין להם כלבים, כל הכלבים משוטטים.



ניסיונות הממסד להתערב בפרקטיקות מקומיות של הכנת מזון, היגיינה ובטיחות ביולוגית מאתגרים את גבולות הדיסציפלינות האמונות על מניעת מחלות שנישאות במזון ומחלות זואונוטיות. הדבר ניכר גם מדבריו של הוטרנר על נושא השחיטה הפולחנית או ה"שחיטה השחורה", פרקטיקה שהוכח בעבר כי היא גורם סיכון משמעותי להדבקה בברוצלוזיס משום שהמשתתפים בה מסתכנים בשאיפת אירוסולים המכילים ברוצלה (Fuchs et al., 2016): "מה זה שחיטה שחורה? זה ללא פיקוח וטרנר. אז אומרים שזאת שחיטה מסורתית, זה פולחן, שבביל פולחן לא צריך וטרנר. זה טקס, ואתה לא יכול לבוא ולהגיד עכשיו, הופ, את הטקס הזה אני מפסיק".

תיאור השחיטה כטקס תרבותי, נוסף על היותה פרקטיקה מחיה, מציב אותה מחוץ לגבולות הפיקוח הממסדי. כך תיארה גם עובדת משרד הבריאות, שמתוקף אחריותה היא מפקחת על מזון מן החי בשלבי השחיטה והאחסון. ההסבר שסיפקה על אופי השחיטה המקומית מסיר מעליה את האחריות ומטיל אותה על אלו שבסיכון:

אין לי הרבה מה לעשות, כי אנחנו מטפלים במזון מן החי [...] כלומר בזמן שהמזון מגיע למקום מוכר [דהיינו מורשה]. [...] אנחנו לא מטפלים באפרים. באנשים בלי רישיונות. אנחנו לא יודעים איפה הם נמצאים... הם לא הולכים לבתי מטבחים לשחוט כבש, הם שוחטים בחצר. [...] זה עניין של חינוך [...]. שילמדו לשחוט בצורה מסודרת.

בשנים האחרונות הולכת ורווחת השחיטה הפולחנית בישראל, כפי שעולה מדוחות ביקורת ממשלתיים; מספר ראשי הצאן הנשחטים "פולחנית" עולה על זה של הנשחטים בבתי מטבחים מוסדרים. הדבר מגביר את הסכנה לבריאות הציבור ממחלות כגון ברוצלוזיס. בתגובה לדוחות הביקורת טוענים השו"ט כי גבולות השפעתם והמשאבים העומדים לרשותם אינם מתאימים לממדי התופעה, וכי נדרשת מעורבות של משרד החקלאות, משרד האוצר, משרד הבריאות, המשרד לאיכות הסביבה, רשויות המס והמשרד לביטחון פנים (זילר ואחרים, 2010; מבקר המדינה, 2003). ההתמודדות עם התופעה הוגדרה כאחד מיעדי של מבצע ההתערבות בברוצלוזיס, אך בהיעדר מאמץ כוללני שכזה – וללא שיתוף הקהילות בהחלטה לגבי אופן ההתערבות – ההתמודדות עם השחיטה הפולחנית עודנה מוזנחת, והיא מוסיפה להגביר את סיכון החשיפה לברוצלוזיס.

מניעת ברוצלוזיס מתבססת יותר על חיסון העדרים, לחם חוקם של השו"ט, מאשר על השלב המאוחר יותר של הטיפול במזון. אולם גם במקרה של חיסון העדרים, יכולתם של אנשי המקצוע לבצע את תפקידם מושפעת מתפיסות ערכיות מתנגשות שמגדירות בסופו של דבר את גבולות האחריות של הדיסציפלינה. על שאלת מבקר המדינה מדוע בתחילת המבצע השני עמדו שיעורי החיסון לברוצלוזיס על 30% בלבד, ענו השו"ט כי "החובה לדווח על מחלה בבעל החיים היא של המגדל וכך גם החובה לתאם חיסון". על כך אמר המבקר, "נוכח העובדה שהשו"ט [...] ידעו במשך שנים שעדי צאן רבים של מגדלים בדואים בנגב אינם מחוסנים נגד ברוצלוזיס היה עליהם לחסן ביוזמתם עדרים אלה ולא להשלים עם המצב הלא תקין. בעיקר כיוון שמדובר במחלה שמסכנת את בריאות הציבור" (מבקר המדינה, 2018). הוויכוח הממוסמך הזה ממחיש את חוסר ההלימה בין מקצועות הבריאות המודרניים ובין הצורך לטפל במחלות זואונוטיות, שבכל העולם הן מוזנחות משום שמשרדי הבריאות מעדיפים לטפל במחלות כרוניות בלתי מידבקות, ואילו משרדי

החקלאות מעדיפים לקדם את יצרנות המקנה ואת הסחר (Sorrell et al., 2015). הנחות המוצא שיוצרות את סדרי העדיפויות האלה, כגון ההנחה שמקנה הוא תוצרת סחירה בשוק, מטילות על המגדל את האחריות ל"קלקול המוצר". לעומת זאת, גישה שרואה בכבשים ובעיזים ישויות ביולוגיות־חברתיות תבקש למקד את הדיון בתנאים שיוצרים מחלה. תפקידיהם המשתנים של השחקנים לנוכח מחלה של חיה מול אדם, בסביבה של מיעוט מול ממוסד, מחייבת עבודת גבול מתמדת. על מנת לבצע את תפקידיהם מנכסים השחקנים טיעונים שונים – הגדרות התפקיד אינן מתאימות, קיים מחסור בתקציבים או בכוח אדם, תרבותם של החולים מביאה עליהם את המחלה. עבודת הגבול, המותחת את הגבולות או אוטמת אותם, משמשת כלי חשוב בהתמודדות היומיומית עם היבטים חברתיים־סביבתיים של המחלה; עיצובה מחדש יתאפשר רק בתהליך משותף.

### גבולות ההשתתפות: מהן משמעויות ההדרה?

במהלך המבצע ארגנו השו"ט מפגשי שולחן עגול שמטרתם שיתוף בעלי עניין "שאינם מצויים בצמתים האופרטיביים של המבצע", כפי שניסח מנחה המפגשים. הוא גם הדגיש כי המפגש "אינו פורום קבלת החלטות". המפגשים התקיימו בשנים 2016-2017 במרכז ג'ו אלון ליריעת הארץ ולהכרת הנגב בהשתתפותם של נציגי משרד הבריאות, נציגי מועצות בדואיות אזוריות ובעלי מקצוע במשרד החקלאות. מאידך, במפגשים אלו בלטו בהיעדרם בעלי עניין חשובים ביותר – נציגי משרד החינוך, הממלא תפקיד מפתח בהעברת ידע על מניעת המחלה; נציגי המשרד להגנת הסביבה, האחראי על פינוי פסולת ביולוגית מיישובים, למשל פסדי צאן נגועים בברוצלה; ונציגי משרד האוצר, שבשליטתו מצוי התקציב למבצע. במיוחד בלט היעדרו של הציבור עצמו: נציג בודד של עמותת מגדלי צאן הבדואים הופיע לפגישה הראשונה בלבד, ונציגים של מגדלי הצאן בנגב, מהחברה הבדואית ומחוצה לה, נעדרו מכלל הפגישות.

כדי להציג את אופיו הקשיח של הגבול ההשתתפותי, אתאר היבט נוסף של מדיניות מניעת הברוצלוזיס בעדרי הנגב – ההשמדה, ששימשה אובייקט גבול בין הרשויות לאוכלוסייה. על פי פטר מולינגה, אובייקטי גבול משמשים לקישור בין עולמות ידע ולהנחיית מדיניות במצבים שבהם יש מגוון אינטרסים (Mollinga, 2010). באמצעות השו"ט הומתו 3,420 ראשי צאן מתחילתו של המבצע לצמצום הברוצלוזיס ועד חודש מרץ 2017. המדיניות מחייבת להשמיד את העדר לחלוטין אם שיעור הנגיעות בו עולה על 20%, על מנת לעצור את התפשטות המחלה בעדר. על פי פקודת מחלות בעלי החיים, התשמ"ה-1985, עבור ראשי צאן נגועים מפוצה בעל העדר במחצית שויים בלבד. אין להמעיט ביעילותה של מדיניות זו בהפחתת שיעורי הברוצלוזיס בעולם, אולם לידם של מגדלים רבים, תנאי הפיצוי שהיא מכתיבה אינם תואמים את מחירה הכלכלי, הרגשי והחברתי. מגדל צאן הביע תסכול מההחלטה להשמיד את עדרו:

– חיסלו לי 200 ראש נקיים בגלל 40 ראש חולים. הורידו את הכול. יש לנו רופא [מציין שמו של וטרינר ממשלתי], גמר את העדרים. אמר, יש לך 50 ראש [נגועים] מתוך 250. בדקנו בעצמנו, היה 40. אז הוסיף 10 [שהסתכמו ב־20% נגיעות תוך־עדרית], כאילו מהכיס שלו, בשביל להוריד את כל העדר.

- אבל תקבל פיצוי, לא?
- אתה חושב שהכסף טוב בשביל הבנאדם? אני 40 שנה חי עם אלה. פתאום, "בוא נקבור את העדר". ומה המצב שלי, מה מצב אשתי, הילדים שלי?

בדבריו מביע המגדל חוסר אמון בנציג הרשויות, אשר לפי תפיסתו הוא פועל מתוך מניע נסתר לפגוע במקנה הבדואי במקום לדאוג לטובתו. בריאיון אחר סיפרה מגדלת ישישה על טיפולה בחיות המשק שבחצרה, עיסוק שמלווה אותה מאז ילדותה, ושיקפה את המחלוקת בין הממסד לאוכלוסייה בדבר ההשמדה. לשאלתי "את יודעת שאם יש לכבשות ברצועה, הממשלה צריכה להמיתן? מה דעתך?", ענתה: "שיהרגו אותי איתן".

בעוד עובדי בריאות תופסים את ההשמדה כמחויבת המציאות ומציעים לבעלי העדרים פיצוי ממסדי כדי לתמרץ אותם להיענות להוראות, האוכלוסייה רואה בהשמדה פגיעה אישית בנפש וגם בתרבות, במסורת, ובאחד האמצעים החשובים ליצירת לכידות משפחתית ורישות חברתי (Stavi et al., 2007). מנקודת מבטם של הנחקקים אל מחוץ לגבולות ההשתתפות וניהול המשאבים בנגב, הממסד - גם כאשר הוא פועל להפחתת התחלואה - נראה כאויב המקנה והתרבות הבדואית בכללה (Degen et al., 2019). תפיסה זו יוצרת בקרב האוכלוסייה וגם בקרב קובעי המדיניות "אי־אמון מעגלי" - פעולה שמבטאת אי־אמון מצד אחד ויוצרת תגובת אי־אמון בצד השני, וחוזר חלילה. הדבר מודגם בדבריהן של שתי דמויות מפתח. כך טען יו"ר עמותת מגדלי הצאן הבדואים בנגב, המתגורר בכפר בלתי מוכר בנגב:

תשמע, קודם כול משרד החקלאות חייב לרכוש את האמון. תבוא ותגיד לי "הכבשה נגועה בברצועה, קח 500 שקל", אז אני אביא לך כבשה אחרת בשווי של 500 שקל, ואת הכבשה הזו אני אמכור ב־1,200 שקל, ואני מרוויח. מוציא את הסימון [מהכבשה הנגועה], ושם אותה בזאת, ואז מה עשית למחלה? אתה נתת לי כוח להעביר אותה לעוד חקלאים.

פיצוי נמוך, לדבריו, יוצר אי־אמון ומתמרץ מגדלים לעבור על החוק כדי לצמצם הפסדים, וכך נמכרים ראשי צאן נגועים והמחלה מופצת הלאה. לעומת זאת, לפי בכיר במשרד החקלאות שהשתתף בקביעת מדיניות הפיצוי, גובה הפיצוי נמוך בדיק כדי למנוע הונאה שכזאת:

מהמבצע של שנות התשעים למדתי שכשאתה משלם יותר מדי, אז לאנשים משתלם לנגע [בכוונה] את עדריהם כדי לקבל פיצויים. נגיד, היה לו עדר מצ'וקמק שבמחירי שוק לא שווה כלום. אם העדר נגוע, הוא מקבל מחיר פנטסטי מהמדינה ועושה קופה.

התפיסות המתנגשות לגבי הפיצוי - העסקה העיקרית במבצע הברוצלוזיס שאמורה לבנות אמון, ליצור רשת ביטחון כלכלית ולתמרץ את מניעת המחלה בקרב התושבים - מוכיחות כי הפיצוי נקבע באופן מצמצם, בתהליך מלמעלה למטה, מתוך חוסר אמון של הממסד במגדלים, ובכך פרדוקסלית הוא מגביר את חוסר האמון של המגדלים בממסד. כאשר הממסד יוצר מראית עין של שיתוף ציבור במפגשי שולחן עגול שתכליתם "הסברה" חד־צדדית, אולם נמנע מלהביא אל השולחן את אובייקט הגבול העיקרי המשמש

אותו מול האוכלוסייה – במקרה זה, מדיניות ההשמדה והפיצוי – מתבססת עבודת גבול שמשעתקת את יחסי הכוח ואת התנגשות האינטרסים בין השחקנים. שימוש מפוכח בגישת בריאות־אחת, במטרה ליצור קונצנזוס שיאפשר לטפל במחלות זואונוטיות מוזנחות כגון ברוצלוזיס (Olsen, 2014), יחייב לשקול מחדש את הגישה האפוליטית הרווחת, המזניחה גבולות שמבססים פתולוגיות ביולוגיות וחברתיות.

## דיון

מאמר זה מרחיב את הדיון על פרדיגמת בריאות־אחת באמצעות חקר מקרה מחלת הברוצלוזיס בנגב. חקר המקרה מראה כי בריאות־אחת אמנם מתיימרת לחצות גבולות בין מקצועות הבריאות והסביבה וליצור תפיסה הוליסטית ביולוגית־אקולוגית של מחלות, אך היא מזניחה את הגורמים החברתיים־כלכליים ואת ההיסטוריות המקומיות, שמעצבים יחדיו סביבות ומחלות, והדבר פוגע ברלוונטיות שלה. חוסר התייחסות לגבולות שבין מדינות, בין שיקולים מקצועיים לפוליטיים ובין מקבלי החלטות לציבור, מגביל את התמודדותה עם מורכבויות הטיפול במחלות זואונוטיות.

במאמר נותח הגבול הגיאוגרפי כגבול מחורר המאפשר מעבר אדם וחיה במגוון דרכים, אף שהגישה האפידמיולוגית שואפת לאטימת הגבול. במקרה הישראלי־פלסטיני משפיע מאפיין זה גם על מחלות זואונוטיות נוספות, כדוגמת הלישמניאזיס והכלבת (Awerbuch-Friedlander, 2004; Jaffe et al., 2005). ניקולס קינג טוען כי מדינות מרובות משאבים שמתמודדות עם מחלות זיהומיות מקדמות מדיניות בידוד שמטרתה לשמור על "ביטחון לאומי", בניגוד לגישת הבריאות הגלובלית השואפת לקדם את היכולות והמשאבים של מדינות מעוטות משאבים ולפתח בריאות מקסימלית לכל בני האדם (King, 2004). מחקר זה מראה כי המתמודדים עם מחלות בשגרר מדגישים את חשיבותה של ההסתכלות על תא השטח המשותף, נטול הגבולות, שבו אנשים מכמה לאומים או מדינות שכנות מבצעים פרקטיקות חוקיות ובלתי חוקיות של תרבות ומסחר. יש חוקרים שמציעים לאמץ תוכניות בינלאומיות של ניטור וביעור מחלות, אך טוענים כי הדבר דורש תחילה "לקבל את הגדרות הסטטוס של מדינות" (Ragan et al., 2013).

השיעור הגבוה של ברוצלוזיס בנגב ובדרום הגדה המערבית מראה כי גבול גיאוגרפי־מדינתי שנזנח על ידי ממסד בריאות־אפוליטי־כביכול, ומתוחזק למעשה על ידי קהילות מקומיות, משפיע על הפתוגנזה של מחלות זואונוטיות בדרכים רבות ובאופן שאינו נידון במסגרת פרדיגמת בריאות־אחת. מחד גיסא הוא מאפשר תנועה בלתי מנוטרת החוצה אותו ומבססת את המחלה כאנדמיה תמידית. מאידך גיסא הוא פוגע בפעולותיהם של מוסדות הבריאות של הלאומים משני עבריו, החולקים את תא השטח המשותף אך אינם מכירים בגבולותיו של הצד השני על סוגיהם. התייחסות מועילה יותר לגבולות הגיאוגרפיים, כך עולה מהמחקר, תביא בחשבון את מאפייניהם המחוררים ותקדם מדיניות של שיתוף פעולה הדוק בין מערכות הבריאות השכנות, מתוך התייחסות לאורחות חיים של תושבי המקום ולדרכי מסחר אזוריות.

הגבול הפרופסיונלי־פוליטי משקף כלי חשוב בהתמודדות היומיומית עם אתגרי בריאות וחברה. עם זאת, לנוכח יחסי הכוח בין הממסד לקבוצות מיעוט, הגבול בין מה שנחשב

מקצועי ובין מה שמכונה פוליטי מיטשטש ונעלם. אם להסיק מהמקרה הישראלי של המיעוט הבדואי, ההיסטוריה מבהירה כי כאשר מפעילים התערבויות לקידום בריאות, אי אפשר להתעלם מהחוויה הפוליטית המעצבת נרטיבים קולקטיביים של קבוצות מיעוט. מדיניות ממשלתית של הרס מבני מגורים וחקלאות, למשל, יוצרת בקרב חברי הקבוצה טראומה נפשית קולקטיבית ותחושת הדרה, אפליה ודיכוי, ומהווה מקור לחוסר אמון במוסדות המדינה (Braun-Lewensohn et al., 2014; Daoud & Jabareen, 2014). עבודת גבול של עובדי הבריאות מייצרת גבול בין חוויות אלו ובין שיקולי הפרופסיה, ולמעשה מבקשת מהמוחלשים ביחסי הכוחות לכבד את הגבול אגב שעתוק ההיררכיה הפוליטית. לעיתים עבודת הגבול מתבצעת מתוך עיוורון לעובדה שהכלים המשמרים את הדיכוי הם למעשה אלה המופעלים לשם קידום הבריאות. במקרה הברוצלוזיס בנגב, גורמי אכיפה ממשלתיים שאוכפים הנחיות בריאות הציבור הם אותם הגורמים ששללו בעבר את זכויות האוכלוסייה על משאביה הפיזיים, הכלכליים והגיאוגרפיים (Falah, 1985). השימוש בגורמי אכיפה כאלה במבצע שנועד להיות מקצועי מדגימה כיצד מדיניות משקפת יחסי כוח, ובכך מגדירה את גבולות המחלה, את גבולות ההתערבות ואת התוצאים הרצויים. אלו מעצבים מפגשים בין עובדי בריאות לאינדיווידואלים בסיכון; הראשונים מבקשים להדגיש את הגבול בין הפרופסיונלי לפוליטי ולהימנע מאתגור הסטטוס קוו, והאחרונים מבקשים לטשטשו ולהנכיח צרכים קמאיים כגון קורת גג ופרנסה.

הספרות העוסקת בפרדיגמת בריאות אחת מעניקה תשומת לב רבה לגבול הדיסציפלינרי, ובעיקר לשיתוף הפעולה בין הרפואה הווטרנרית לרפואת האדם ולתועלות שבאיגום המשאבים ביניהן. מחקר זה מראה כי לא די בכך כדי לתת מענה הולם למחלות המערערות על גבולותיהן של הדיסציפלינות. לעיתים גבולות אלו נקבעים על פי תנאי השטח, המחיה והתרבות של ההגמוניה המכתיבה את חלוקת המשאבים, אולם הם מחייבים גם את הפועלים בסביבות שבשוליים הגיאוגרפיים והחברתיים, והדבר אינו עולה בקנה אחד עם מניעת מחלות זואוונטיות בסביבות מעוטות משאבים. בריאות אחת מציעה פרספקטיבה הוליסטית המגשרת על הפערים בין הדיסציפלינות, אך חולשתה נובעת מהתעלמותה מהתהליכים החברתיים שהבנו אותן מלכתחילה. מבקרי הפרדיגמה מתמודדים עם בעיה זו. חלקם טוענים כי אף שהפרדיגמה מבססת שיח קוסמופוליטי הדוגל ב"עולם אחד, בריאות אחת" (One World, One Health) ומדגישה סכנות בריאות סביבתיות גלובליות, הרי אג'נדות מקומיות מוכיחות כי לא קיים עולם אחד ובו בריאות אחת, אלא אקולוגיות שונות המערבות פרקטיקות מקומיות שממוצבות במניעים מבניים (Galaz et al., 2015). אחרים מרחיבים טענה זו ומציעים כי הגדרות מובנות חברתית בין מיני בעלי חיים, כדוגמת "חיות מקנה", "חיות בר", "מזיקים" ו"בני אדם", הן בעצמן הסיבה להיווצרות מוסדות בריאות נפרדים שתחומי השיפוט שלהם שונים. זאת ועוד, נטען כי דיסציפלינות הבריאות המתבקשות לשתף פעולה אינן עוסקות כלל בתהליכים סוציו-אקונומיים, כגון התפשטות הכלכלה הגלובלית, ותהליכים אלו יוצרים ומתחזקים את ההפרעות האקולוגיות המאפשרות מעבר של מחלות בין מינים וגבולות (Jerolmack, 2013). לסיכום טענות המבקרים, התמודדות אפקטיבית עם מחלות זואוונטיות דורשת לא רק לקיים תקשורת טובה בין אנשי מקצוע, אלא גם לנטוש את הדיון הרווח על "רווחים משותפים" של בעלי העניין לטובת דיון על תיחום מחדש (re-sectoring) של גבולות האחריות.

גבול ההשתתפות בקבלת החלטות נותח כאן דרך אובייקט גבול של מדיניות השמדת בעלי חיים במסגרת המבצע לצמצום הברוצלוזיס ודרך הפיצוי בעבורה – הכלים העיקריים שיועדו לטיפול בברוצלוזיס המקנה. אולם המחקר מראה כי אטימת גבולות ההשתתפות בפני האוכלוסייה שבסיכון, כפי שנעשה באמצעות קביעה מלמעלה למטה של תנאי ההשמדה והפיצוי, עיצבה את המדיניות כתמריץ שלילי לשתוף פעולה (עקב פיצוי שבעיני האוכלוסייה הוא בלתי הולם) וכגורם לחוסר אמון מעגלי (עקב פעולות הטעיה שנועדו להתמודד עם אי־ההלימה). במאמר קודם חקרתי את שורשיו ההיסטוריים־פוליטיים של חוסר אמון זה והצגתי מודל ארבע־שלבי לצמצומו, באמצעות הכרה בגורמיו, שינוי השיח המתחזק אותו, תכנון כלים אפידמיולוגיים השתתפותיים וצמצום אי־השוויון החברתי (Hermesh et al., 2020). אני מאמין כי יישומו של המודל יוכל להועיל גם להרחבת פרדיגמת בריאות־אחת ולחדד את השימוש באובייקטי גבול בהקשרים של מחלות זואוונטיות מוזנחות. מחקרים קודמים הראו כיצד הזנחתן של מחלות אלו מקורה בקשר המעגלי שבין מחלות זיהומיות לעוני: המחלות הזיהומיות נגרמות מעוני ומהזנחה גלובלית, אולם גם משעתקות את העוני משום שהן פוגעות ביכולת ההשתכרות (Bhutta et al., 2014). לפיכך, כפי שמציעים דיליה גרייס ועמיתיה (Grace et al., 2013), ראוי כי השימוש בבריאות־אחת לצורך התערבות במחלות זואוונטיות מוזנחות יתבסס על השאלה מי ישלם על ההתערבויות בבריאות ומי יינה מהן.

לסיכום, בחינתם של גבולות מקומיים ופוליטיים עשויה להרחיב את טווח הפעולה ואת הרלוונטיות של פרדיגמת בריאות־אחת. כדי לעשות כן, השיח העוסק בבריאות־אחת ובפרקטיקות שהיא מייצרת נדרש להתייחס לאי־שוויון מבני, המעצב יחסי גומלין בתוך חברות אנושיות וסביבות אקולוגיות ומתחזק אפידמיית. העמקת הדיון באופני עיצובם של יחסי גומלין בין השחקנים ובהשפעתם על המדיניות מחייבת ביקורת כלפי הגבולות המבססים הנחות מוצא בשדה המחקר. אם תומכי בריאות־אחת מעוניינים לכוון פרספקטיבה מרובת שכבות של הקשרים שבין בריאות האדם, החיה והסביבה, עליהם ליצור פרקטיקות נוספות פרט לאלו המגשרות בין דיסציפלינות קיימות. בבואי לחקור את מחלת הברוצלוזיס בנגב בעזרת מושג עבודת הגבול מצאתי סוגים נוספים של גבולות המגבילים את היכולת לשתף פעולה, לאמץ את הפוליטי אל הפרופסיונלי ולקיים שיתוף ציבור מעמיק לא רק בשם שיקולים חוץ־אפידמיולוגיים, אלא גם כדי לבסס אמון. עבודת הגבול שמבצעים שחקנים מול מציאויות שבשדה מכווננת גבולות ומחוררת אותם, ולעיתים מדגישה אותם ומאתגרת את החזון של בריאות־אחת. חקר הגבולות בשדה וחקר גבולותיה של בריאות־אחת – טרם עיצובה של המדיניות וגם במהלכה – יוכלו לספק את הכלים הדרושים כדי לנתח את החלוקה הבלתי צודקת של כוח ומשאבים, לבקר אותה ולפעול נגדה, ולאפשר עיסוק בהיבטים חברתיים ואקולוגיים שמנציחים מחלות מוזנחות בחברות מוזנחות.

## מקורות

- דושניק, לירון. (2011). ניתוח נתונים במחקר האיכותני: הצעה לארבעה עקרונות מנחים. *שבילי מחקר*, 17, 137-143.
- זילר, ורדי, יהודה עפרון ויעקב שגיב. (2010). ועדת הבדיקה לבחינת התנהלות השירותים הווטרנריים: דוח הוועדה.
- מבקר המדינה. (2003). דוח שנתי 53 (מס' 2003-952).
- מבקר המדינה. (2018). משרד החקלאות ופיתוח הכפר: הטיפול במחלות בקר וצאן (דוח שנתי 68). משרד מבקר המדינה ונציבות תלונות הציבור.
- משרד החקלאות ופיתוח הכפר. (2016, 4 באפריל). מפקחי היחידה המרכזית לחקירות ואכיפה (פיצו"ח) של משרד החקלאות והיחידה המרכזית במשטרת ישראל מחזו ש"י חשפו הלילה רשת הברחת בשרים משטחי הרשות הפלסטינית לתוך גבולות ישראל. יחידת הדוברות וההסברה.
- שקדי, אשר. (2003). מילים שמנסות לגעת: מחקר איכותני - תאוריה ויישום. רמות.
- Abu-Rabia-Queder, Sarab, Avigail Morris, & Heather Ryan. (2018). The economy of survival: Bedouin women in unrecognized villages. *Journal of Arid Environments*, 149(2), 80-88.
- Awerbuch-Friedlander, Tamara. (2005). Disease dynamics across political borders: The case of rabies in Israel and the surrounding countries. *Dynamis: Acta Hispanica Ad Medicinam Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 25, 451-485.
- Banai, Menachem. (2010). Insights into the problem of B. Melitensis and rationalizing a vaccination programme in Israel. *Prilozi*, 31(1), 167-180.
- Bank of Israel. (2013). *Trade links between Israel and the Palestinian Authority*.
- Bhutta, Zulfiqar A., Johannes Sommerfeld, Zohra S. Lassi, Rehana A. Salam, & Jai K. Das. (2014). Global burden, distribution, and interventions for infectious diseases of poverty. *Infectious Diseases of Poverty*, 3(1), 21.
- Bill & Melinda Gates Foundation. (2013). *Gates Foundation Awards grants to test ideas ranging from using big data for social good to inventing the next generation of condoms*.
- Braun-Lewensohn, Orna, Shifra Sagy, & Haled Al Said. (2014). Stress reactions and coping strategies among Bedouin Arab adolescents exposed to demolition of houses. *Stress and Health*, 30(4), 333-342.
- Capps, Benjamin, Michele Marie Bailey, David Bickford, Richard Coker, Zohar Lederman, Andrew Lover, Tamra Lysaght, & Paul Tambyah. (2015). Introducing one health to the ethical debate about zoonotic diseases in Southeast Asia. *Bioethics*, 29(8), 588-596.
- Craddock, Susan, & Steve Hinchliffe. (2015). One world, one health? Social science engagements with the one health agenda. *Social Science & Medicine*, 129.

- Daoud, Nihaya, & Yosef Jabareen. (2014). Depressive symptoms among Arab Bedouin women whose houses are under threat of demolition in southern Israel: A right to housing issue. *Health and Human Rights, 16*(1), 179–191.
- Degeling, Chris, Jane Johnson, Ian Kerridge, Andrew Wilson, Michael Ward, Cameron Stewart, & Gwendolyn Gilbert. (2015). Implementing a one health approach to emerging infectious disease: Reflections on the socio-political, ethical and legal dimensions. *BMC Public Health, 15*(1), 1–11.
- Degen, A. Allan, & Shaher El-Meccawi. (2008). Livestock trader entrepreneurs among urban Bedouin in the Negev desert. *The International Journal of Entrepreneurship and Innovation, 9*(2), 93–101.
- Degen, A. Allan, Shaher El-Meccawi, & Michael Kam. (2019). The changing role of camels among the Bedouin of the Negev. *Human Ecology, 47*(2), 193–204.
- Donadeu, Meritxell, Nick Nwankpa, Bernadette Abela-Ridder, & Baptiste Dungu. (2019). Strategies to increase adoption of animal vaccines by smallholder farmers with focus on neglected diseases and marginalized populations. *PLoS Neglected Tropical Diseases, 13*(2), e0006989.
- Evans, Michael S. (2009). Defining the public, defining sociology: Hybrid science–public relations and boundary-work in early American sociology. *Public Understanding of Science, 18*(1), 5–22.
- Falah, Ghazi. (1985). The spatial pattern of Bedouin sedentarization in Israel. *GeoJournal, 11*(4), 361–368.
- FAO. (2009). *Brucella Melitensis in Eurasia and the Middle East*. FAO Animal Production and Health Proceedings No. 10.
- Fuchs, Inbal, Lidia Osyntsov, Yael Refaely, Pnina Ciobotaro, & Oren Zimhony. (2016). Ritual slaughter as overlooked risk factor for Brucellosis. *Emerging Infectious Diseases, 22*(4), 746–748.
- Galaz, Victor, Melissa Leach, Ian Scoones, & Christian Stein. (2015). *The political economy of One Health research and policy* (STEPS Working Paper 81). STEPS Centre.
- Gieryn, Thomas F. (1983). Boundary work and the demarcation of science from non-science: Strains and interests in professional ideologies of scientists. *American Sociological Review, 48*(6), 781–795.
- Grace, Delia, Catherine Holley, Kate Jones, Melissa Leach, Naomi Marks, Ian Scoones, & James Wood. (2013). Zoonoses: From panic to planning. *IDS Rapid Response Briefing, 2*.
- Grace, Delia, Jeff Gilbert, Thomas Randolph, & Erastus Kang'ethe. (2012). The multiple burdens of zoonotic disease and an ecohealth approach to their assessment. *Tropical Animal Health and Production, 44*(1), 67–73.



- Hermesh, Barak, Anat Rosenthal, & Nadav Davidovitch. (2020). The cycle of distrust in health policy and behavior: Lessons learned from the Negev Bedouin. *Plos One*, 15(8), e0237734.
- Jaffe, Charles L., Gad Baneth, Ziad A. Abdeen, Yosef Schlein, & Alon Warburg. (2004). Leishmaniasis in Israel and the Palestinian authority. *Trends in Parasitology*, 20(7), 328–332.
- Jerolmack, Colin. (2013). Who's worried about turkeys? How "organisational silos" impede zoonotic disease surveillance. *Sociology of Health & Illness*, 35(2), 200–212.
- Khalidi, Raja J., & Sahar Taghdisi-Rad. (2009, August). *The economic dimensions of prolonged occupation: Continuity and change in Israeli policy towards the Palestinian economy*. United Nations Conference on Trade and Development.
- King, Nicholas B. (2004). The scale politics of emerging diseases. *Osiris*, 19, 62–76.
- Lövbrand, Eva. (2007). Pure science or policy involvement? –Ambiguous boundary-work for swedish carbon cycle science. *Environmental Science & Policy*, 10(1), 39–47.
- Ma'an News Agency. (2015, March 22). *Brucellosis outbreak hits 130 cases in West Bank*.
- Mammeri, Adel. (2015). Persistence factors of Brucellosis in humans and animals: Priority of vulgarization and sanitary education in developing countries. *Journal of Animal Science Advances*, 5(10), 1422–1429.
- Megged, Orli, Bibiana Chazan, Atef Ganem, Abeer Ayoub, Anna Yanovskay, Waheeb Sakran, Dan Miron, Ahuva Dror-Cohen, Yoram Kennes, Svetlana Berdenstein, & Daniel Glikman. (2016). Brucellosis outbreak in children and adults in two areas in Israel. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 95(1), 31–34.
- Mollinga, Peter P. (2010). Boundary work and the complexity of natural resources management. *Crop Science*, 50(S\_1), S-1-S-9.
- Molyneux, David, Zuhair Hallaj, Gerald T. Keusch, Donald P. McManus, Helena Ngowi, Sarah Cleaveland, Pilar Ramos-Jimenez, Eduardo Gotuzzo, Kamal Kar, Ana Sanchez, Amadou Garba, Helene Carabin, Amal Bassili, Claire L. Chaignat, Francois-Xavier Meslin, Hind M. Abushama, Arve L. Willingham, & Deborah Kioy. (2011). Zoonoses and marginalised infectious diseases of poverty: Where do we stand? *Parasites & Vectors*, 4, Article 106.
- Olsen, Steven C. (2014, September 9–12). *Brucellosis vaccines for livestock: Current status and new approaches*. Brucellosis 2014 International Research Conference.
- Palestinian Health Information Center. (2016). *Health annual report: Palestine 2015*. Palestinian Ministry of Health.
- Pappas, Georgios, & Ziad Memish. (2007). Brucellosis in the Middle East: A persistent medical, socioeconomic and political issue. *Journal of Chemotherapy*, 19(3), 243–248.

- Parizot, Cédric. (2001). Gaza, Beersheba, Dhahriyya: Another approach to the Negev Bedouins in the Israeli-Palestinian space. *Bulletin Du Centre De Recherche Français À Jérusalem*, 9, 98–110.
- Ragan, Valerie., Gary Vroegindewey, & S. Babcock. (2013). International standards for Brucellosis prevention and management. *Revue Scientifique Et Technique (International Office of Epizootics)*, 32(1), 189–198.
- Refai, Mohamed. (2002). Incidence and control of Brucellosis in the near east region. *Veterinary Microbiology*, 90(1–4), 81–110.
- Roth, Felix, Jakob Zinsstag<sup>1</sup>, Dontor Orkhon, G. Chimed-Ochir, Guy Hutton, Ottorino Cosivi, Guy Carrin, & Joachim Otte. (2003). Human health benefits from livestock vaccination for Brucellosis: Case study. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(12), 867–876.
- Shemesh, Ari A., & Pablo Yagupsky. (2013). Increasing incidence of human Brucellosis in southern Israel after the cessation of a veterinarian control campaign. *Air & Water Borne Diseases*, 2(2), Article 1000112.
- Sinjilawie, N., & Nori, M. (2005). Livestock breeding and food security in today's Palestinian territories. *Tropicultura*, 23(10th anniversary VSF Belgium), 21–27.
- Sorrell, Erin M., Mohammad El Azhari, Nezar Maswdeh, Sarah Kornblet, Claire J. Standley, Rebecca L. Katz, Ibrahim Ablan, & Julie E. Fischer. (2015). Mapping of networks to detect priority zoonoses in Jordan. *Frontiers in Public Health*, 3, 219.
- Stärk, Katharina D. C., Montserrat Arroyo Kuribreña, Gwenaelle Dauphin, Sandra Vokaty, Michael P. Ward, Barbara Wieland, & Ann Lindberg. (2015). One health surveillance – more than a buzz word? *Preventive Veterinary Medicine*, 120(1), 124–130.
- Stavi, Ilan, Gideon Kressel, Yitzchak Gutterman, & A. Allan Degen (2007). Labour division and family cohesion among Bedouin flock raiser households in scattered rural settlements in the Negev desert, southern Israel. *Journal of Comparative Family Studies*, 38(2), 307–315.
- UNCTAD. (2015). *The besieged Palestinian agricultural sector*. The United Nations.
- WHO. (2013, September 8). Human Brucellosis in Syria. *Weekly Epidemiological Monitor*, 6(36).
- Zietsma, Charlene, & Thomas B. Lawrence. (2010). Institutional work in the transformation of an organizational field: The interplay of boundary work and practice work. *Administrative Science Quarterly*, 55(2), 189–221.
- Zinsstag, Jakob, John S. Mackenzie, Martyn Jeggo, David L. Heymann, Jonathan A. Patz, & Peter Daszak. (2012). Mainstreaming one health. *EcoHealth*, 9(2), 107–110.