

טיפול רפואי (פסיכיאטרי) כפוי – מתי? ועל ידי מי?

אורי ניצן*, שאולי לב-רן** ושמואל פניג***

תקציר

במאמר זה אנו סוקרים את מערך החוקים שלפיו פועלים הרופאים בכלל ופסיכיאטרים בפרט בבואם להחליט על מתן טיפול בלא קבלת הסכמה מדעת ו/או בניגוד לרצונו המפורש של המטופל. נתאר את הרלוונטיות של חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, חוק טיפול בחולי נפש וחוק זכויות החולה לסוגיה הנדונה, ובאמצעות מקרים קליניים נדגים את השימוש שאפשר לעשות בחוקים השונים. המאמר יתייחס לשאלות מהותיות בנוגע לחוק הקיים ולרלוונטיות שלו לעבודה הקלינית בבית החולים, מאחר שניסיונו מלמד שלא אחת הרופא מתקשה לעשות שימוש מושכל בחוק או לחלופין ליישמו כנדרש. כדי להעמיק את חלק הדיון נביא בפני הקורא גם את הדילמה של מתן טיפול בכפייה ל"חולה אנורקטית" ואת היחס המורכב של הרופאים ושל מערכת המשפט למקרה זה.

מילות מפתח: טיפול רפואי; כפייה; חוק זכויות החולה; בית חולים; הסכמה מדעת.

מבוא

הרקע לכתיבת מאמר זה הוא סדרת מקרים שנקרו בעבודתנו כתורנים וככוננים פסיכיאטרים בבית חולים כללי. משותפת לכל המקרים העובדה שהמטופל התנגד באופן פעיל לקבלת הטיפול שהוצע לו (גם כאשר לעתים היה הטיפול מציל חיים). התוצאה היא שפעם אחר פעם אנו עומדים נבוכים אל מול שאלות אתיות-משפטיות הנוגעות למתן טיפול רפואי בכפייה. כפסיכיאטרים תפקידנו להחליט אם התנגדות המטופל לקבלת הטיפול נעשית במודע. אם אנו מתרשמים ששיפוטו או בוחן המציאות שלו לקויים, אנו נדרשים לשקול אם ראוי לכפות עליו את הטיפול הנדרש, ובמקרה שכזה יש צורך להידרש להוראות חוק הקיימות בנדון. אלא שניסיונו המצטבר מלמד שלא אחת אנו, וכלל הרופאים, מתקשים לעשות שימוש מושכל בחוק או לחלופין ליישם את החוק בפועל.

שתי השאלות הבסיסיות הנוגעות למתן טיפול רפואי בכפייה הן אלה:

1. מה הם המקרים שבהם אפשר על פי חוק לכפות טיפול רפואי על מטופל?

2. מי רשאי על פי חוק להורות על טיפול רפואי בכפייה במקרים אלה?

ניסוח שאלות אלה נשען על הגדרתו של הפילוסוף ישעיהו ברלין את מושג החירות (חירות שלילית וחירות חיובית) ומצאנו שהוא מתמצת בתוכו את עיקרי הדילמה שבה אנו עוסקים.¹

נפתח את המאמר בתיאור מערך החוקים שעליהם אפשר להסתמך בבואנו לטפל בחולה ללא הסכמתו, ובפרט כשבכוונתנו לכפות טיפול רפואי על מטופל שמתנגד לכך באופן פעיל. בהמשך המאמר נדון בקשיים הנוגעים לחוק הקיים וברלוונטיות שלו לשגרת העבודה בבית חולים כללי תוך התמקדות ביישום החוק במקרה המבחן של "החולה האנורקטית". לסיכום נציע דרכים לשיפור המצב הקיים.

* ד"ר אורי ניצן – פסיכיאטר. מתמחה בשירות האמבולטורי/בית החולים שלוותה – urini@clalit.org.il

** ד"ר שאולי לב-רן – פסיכיאטר. עובד בשירות האמבולטורי/בית החולים שלוותה ומדריך בבית הספר לרפואה באוניברסיטת תל-אביב.

*** פרופסור שמואל פניג – פסיכיאטר. מנהל השירותים האמבולטוריים/בית החולים שלוותה ופרופסור חבר בבית הספר לרפואה באוניברסיטת תל-אביב.

תודה מעומק הלב לעו"ד ד"ר דורון דינאי על העזרה בכתיבת המאמר ובהעמקת הניתוח של הסוגיות המשפטיות הנידונות בו.

1 I. Berlin, *Two concepts of Liberty*, in *FOUR ESSAYS ON LIBERTY* (1969)

טיפול רפואי כפוי בחקיקה מכוח החוק

זכות האדם על גופו היא זכות ראשונה במעלה, הקבועה בחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו: "אין פוגעים בחייו, בגופו, או בכבודו של אדם באשר הוא אדם".² ביצוע פעולה רפואית בגופו של אדם ללא הסכמתו מנוגדת לחוק. פעולה כזאת מוגדרת בחוק כתקיפה – הן במישור הפלילי והן על פי דיני הניקיון.³ כפייה היא שלילת חופש, ומה שמכשיר את הבדיקה או את ההתערבות הרפואית הוא מתן ההסכמה מדעת על ידי המטופל. למעשה בכל מפגש בחדר רופא המטופל נותן את הסכמתו שהרופא "יתקוף" ויבצע את מלאכתו.⁴

בחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו מעוגנת גם זכותו של כל אדם שהחברה תגן "על חייו, על גופו ועל כבודו".⁵ במקרים הנוגעים למאמר זה קיימת בדרך כלל ההתנגשות בין זכות המטופל להגנה מצד החברה לבין זכותו לנהוג בגופו ובחייו כרצונו ולממש את האוטונומיה שלו.

להסדרת הטיפול הרפואי הכפוי נועדו שלושה חוקים בסיסיים: האחד נועד להסדיר את האשפוז ואת הטיפול הכפוי בחולי נפש, ואליו נתייחס רק בקצרה.⁶ החוק השני נועד להסדיר את ההגנה על המוגדרים כחוסים על פי חוק ואת הטיפול בהם,⁷ והחוק השלישי נוגע לזכויות המטופל באשר הוא, ובו מתמקד מאמר זה.⁸

על פי חוק טיפול בחולי נפש, התחום שבו המטופל זכאי לנהוג כרצונו הוא התחום שבו הוא אינו בבחינת סכנה מיידית, או לא-מיידית, לעצמו או לסובבים אותו. משעה שהוא יוצא מתחום זה על פי התנאים המפורטים בחוק, אפשר לכפות עליו בדיקה פסיכיאטרית או אף אשפוז בבית חולים פסיכיאטרי. מי שהחוק הסמיכו להורות על כך בשלב הראשון הוא הפסיכיאטר המחוזי, ובהמשך הוא נעזר בוועדה הפסיכיאטרית המחוזית (ופ"מ).

חוק טיפול בחולי נפש מתייחס אך ורק לאשפוז בכפייה במחלקה פסיכיאטרית והוא נוגע באופן בלעדי לאנשים הסובלים מ"מחלת נפש". החוק עצמו מגדיר "חולה" כאדם הסובל ממחלת נפש, אך לא מגדיר מהי מחלת נפש.⁹ הפסיקה פירשה את המושג "מחלת נפש" כ"מחלה פסיכוטית" בלבד, כגון סכיזופרניה.¹⁰ דא עקא, החוק אינו רלוונטי לשאלת האשפוז והטיפול הרפואי הכפוי בבית חולים כללי באנשים שאינם מוגדרים כסובלים מ"מחלת נפש", הווה אומר למשל מטופלים הלוקים בפגיעות ראש; מטופלים הלוקים במחלה זיהומית כגון מנינגיטיס; חולים דמנטיים; חולים השרויים במצב בלבולי חד לאחר ניתוח או בהשפעת תרופות או סמים שיש להם השפעה על מערכת העצבים המרכזית; אלה הסובלים מתסמונת כשל כלייתי או כשל כבדי חריף שלהם השפעות על מצב ההכרה, וכדומה. הרופא המטפל יתקשה לנמק טיפול בכפייה במטופלים אלה על סמך חוק טיפול בחולי נפש גם אם השיפוט או בוחן המציאות שלהם לקויים, שכן מצבים אלה אינם כלולים בהגדרה המשפטית של "מחלת נפש".

חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 מתייחס לכלל הפונים לטיפול רפואי ולא רק לסובלים מ"מחלת נפש" ואמור לכאורה להסדיר את סוגיית האשפוז והטיפול הרפואי הכפוי בבית חולים כללי. פינצי וטיאנו מבחינים במאמר בכתב העת "הרפואה" את ההבחנה הזאת: "ערכית – החוק מדגיש אוטונומיה במקום פטרנליזם ומערכת של יחסים שוויוניים. חברתית – החוק בא להגן על זכויות החולה כלקוח של שירותי הבריאות".¹¹

ככלל אפשר לחלק את המקרים שבהם נבחנת האפשרות של טיפול רפואי בלא הסכמת החולה לשני סוגים:

- 2 סעיף 2 לחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו.
- 3 נילי מימון "התמודדות המחוקק עם שאלת מתן טיפול רפואי ללא הסכמה או בכפייה" **רפואה ומשפט** 17, 78 (אוקטובר 1997).
- 4 בימת המערכת "טיפול רפואי כפוי – יום עיון שאורגן ע"י מערכת "רפואה ומשפט" והתקיים ביום שישי 5.6.1998 בבניין בית הספר לרפואת שיניים באוניברסיטת תל-אביב" **רפואה ומשפט** 19, 4, 5 (נובמבר 1998).
- 5 סעיף 4 לחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו.
- 6 חוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991, ס"ח תשנ"א 1339, בעמ' 58.
- 7 חוק ההגנה על חוסים, התשכ"ו-1966, ס"ח תשכ"ו, בעמ' 56.
- 8 חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, ס"ח תשנ"ו, בעמ' 327.
- 9 סעיף 1 לחוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991, ס"ח תשנ"א 1339, בעמ' 58.
- 10 יורם צ' צדיק "הסכמה מדעת של מטופלים פסיכיאטריים" **רפואה ומשפט** 29, 182 (נובמבר 2003).
- 11 ריק פניצי, שמואל טיאנו "חוק זכויות החולה והפסיכיאטריה" **הרפואה** 141, 1, 100 (ינואר 2002).

1. מקרים שבהם החולה אינו נותן את הסכמתו המפורשת.

2. מקרים שבהם החולה מסרב לטיפול באופן פעיל.

המקרים שבהם החולה אינו נותן את הסכמתו המפורשת לקבלת הטיפול נדונים בסעיף 15(1) ובסעיף 15(3) לחוק זכויות החולה. סעיף 15(1), המגדיר את התנאים שבהם אפשר לתת טיפול רפואי, "לרבות פעולות איבחון רפואי, טיפול רפואי מונע, טיפול פסיכולוגי או טיפול סיעודי"¹², שאינו טיפול דחוף ושאינו במצב חירום רפואי דווקא ללא קבלת הסכמה מדעת של המטופל, אינו עומד במרכז הדיון שלנו. דוגמה למקרה כזה היא חולה דמנטי שבגלל מצבו הרפואי אינו מתקשר עם הסביבה, ולפיכך אינו מסוגל לתת הסכמה מדעת לביצוע הטיפולים הרפואיים הבסיסיים ביותר. במקרים הנוגעים לסעיף זה המטופל נתפס מלכתחילה כמי שאינו כשיר לקבל החלטות הנוגעות לגופו ולחיייו, ונדרשת אפוא התערבות הסביבה. הדעת נותנת כי במצבים כאלה התערבות הסביבה (משפחה, מטפלים) בחייו ובפרטיותו גולשת הרבה מעבר להתערבויות רפואיות, עד לצרכיו הבסיסיים ביותר (היגיינה, תזונה וכו'). במקרים אלה המופקד על בריאותו של המטופל הוא זה שנתפס כדורש טובתו – האפוסטרופוס או בא כוחו של המטופל. בהיעדרם, ובידיעה שהם או המטופל אינם מתנגדים, הרופאים רשאים להעניק טיפול ללא קבלת הסכמה מדעת.

בסעיף 15(3) לחוק זכויות החולה נקבע שבנסיבות של "מצב חירום רפואי" (סכנה מידית לחיים או לנכות חמורה ובלתי הפיכה) מותר לתת טיפול רפואי דחוף גם ללא קבלת הסכמה מפורשת מהמטופל. דוגמה לכך היא מצב שבו מטופל הסובל מאנצפליטיס חריפה או מפגיעת ראש טראומטית מובא לחדר מיון כשהוא מחוסר הכרה ויש לבצע בו פעולות חירום. במקרים כגון אלה, ואם מדובר בפעולה פולשנית (ניתוח, צנתור וכד') המחייבת מתן הסכמה בכתב, דרושה חתימה של שלושה רופאים המאשרת את דחיפות הפעולה, טרם ביצועה.

ראוי לציין שבמקרים של סעיפים 15(1) ו-15(3) ההנחה המובלעת היא שיש הסכמה משתמעת של המטופל או שהיה נותן את הסכמתו אילו היה במצב המאפשר זאת (וזאת בניגוד לסעיף 15(2), העוסק בסיטואציה שונה בתכלית, ובו נדון להלן). סעיפים אלה אינם יוצרים קונפליקט של ממש בין ערך האוטונומיה של המטופל לחובת החברה להגן עליו.

סעיף 15(2) לחוק זכויות החולה עוסק בתנאים שבהם אפשר לכפות טיפול רפואי על מטופל המתנגד לכך באופן פעיל בנסיבות שמשקפת לו סכנה חמורה – סכנת חיים או סכנה שתיגרם לו נכות חמורה ובלתי הפיכה אם לא יינתן לו טיפול רפואי. במקרים אלה החוק מתיר לנו לטפל בניגוד לרצונו המפורש של המטופל רק אם ועדת האתיקה של בית החולים אישרה את מתן הטיפול, ובלבד שחבריה השתכנעו כי התקיימו כל התנאים האלה:

א. נמסר למטופל מידע כנדרש לקבלת הסכמה מדעת.

ב. צפוי שהטיפול הרפואי ישפר במידה ניכרת את מצבו הרפואי של המטופל.

ג. יש יסוד סביר להניח שלאחר מתן הטיפול הרפואי ייתן המטופל הסכמתו למפרע.

יש לשים לב כי החריג שיצר המחוקק הישראלי ואשר מאפשר, בתנאים מסוימים, כפיית טיפול למרות התנגדות ידועה של המטופל, מוגבל רק למצבי "סכנה חמורה". בקשר לכך מעיר עו"ד יצחק לוי: "המחוקק הכריע, אפוא, בין שני אינטרסים המוגנים על פי חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו... וקבע כי קדושת החיים ושלמות הגוף גוברות על האוטונומיה של מטופל אשר נשקפת לו 'סכנה חמורה', ובלבד שהתקיימו בו כל התנאים הנ"ל, לדעת ועדת האתיקה"¹³. דוגמה לכך היא חולה שחלו אצלו שינויים התנהגותיים על רקע אי-ספיקת כבד או שימוש בסמים, ושמגיע למיון במצב שבו נשקפת לו סכנה חמורה (פגיעה בתפקוד הכליה או החמרה של סוכרת). החולה מסרב

12 סעיף 2 לחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, ס"ח התשנ"ו, בעמ' 327.

13 יצחק לוי "היבטים מעשיים בסוגיית המטופלים המסרבים לטיפול רפואי" רפואה ומשפט 31, 67, 69 (דצמבר 2004)

להתאשפז ולקבל טיפול, והצורך בכינוס ועדת האתיקה נובע מהקושי של הרופאים לקבוע אם סירובו לקבלת טיפול קשור למחלתו ועד כמה הוא כשיר באותה עת להחליט החלטות הנוגעות לחייו ולגופו.

מסלול אחר שבאמצעותו אפשר לכפות טיפול רפואי הוא חוק ההגנה על חוסים.¹⁴ לפי חוק זה "חוסה" הוא קטין שלא מלאו לו 14 שנה או מי "שמפאת נכות, ליקוי בשכלו, או זקנה אינו מסוגל לדאוג לצרכי חייו", וכדי לכפות עליו טיפול רפואי יש צורך בהתערבות של פקיד סעד ושל בית משפט. סעיף 4 לחוק זה מתייחס למקרה שבו פקיד סעד סבור כי "שלומו הגופני או הנפשי של חוסה בגיר נפגע, או עלול להיפגע, פגיעה חמורה מהעדר טיפול ראוי, וכי למניעת הסכנה יש צורך בהוראת בית משפט משום שאין החוסה או האחראי עליו מסכימים לטיפול הדרוש..." לפי סעיף 5 לחוק זה, בית משפט רשאי לתת כל הוראה הדרושה לשמירת שלומו הגופני והנפשי של החוסה. סעיפים 6 ו-7 לחוק קובעים כי בית המשפט רשאי להורות על מתן טיפול רפואי בניגוד לרצונו של החוסה הבגיר אם היה החוסה לקוי בשכלו או שהוא מתנגד לטיפול מטעמים לא סבירים, ואף להורות על אשפוז כפוי בבית חולים כללי לתקופה של עד שישה חודשים. במאמר זה לא נרחיב בנוגע לחוק ההגנה על חוסים ונתרכז בהוראת ס' 15(2) לחוק זכויות החולה. נעיר כי למיטב ידיעתנו, טרם ניתנה פסיקה מחייבת בשאלה כיצד מתיישבות הוראות שני החוקים זו עם זו, אם שני המסלולים ממשיכים להתקיים במקביל וכיוצא באלה שאלות שהתעוררו גם בנקודת ההשקפה שבין חוק הטיפול בחולי נפש לבין חוק זכויות החולה.

דיון

במקרים הנוגעים לסעיף 15(2) לחוק זכויות החולה החוק מאפשר לקבל החלטה הנוגדת את רצונו המוצהר של המטופל, הווה אומר חרף התנגדותו לטיפול או לאשפוז המוצע לו. תפקיד ועדת האתיקה במקרים אלה הוא לוודא שהטיפול המוצע אכן צפוי לשפר במידה ניכרת את מצבו של המטופל ולבחון את ההנחה שבעתיד המטופל יפרש את הסיטואציה הרפואית ואת השלכותיה פירוש שונה וייתן את הסכמתו למפרע.

דומה כי הקושי העיקרי ביישום שלוש הדרישות המצטברות של ס' 15(2) הוא דווקא בתנאי השלישי, שלפיו יש יסוד סביר להניח שלאחר מתן הטיפול ייתן המטופל את הסכמתו למפרע. מהם הכלים לקבוע קביעה שכזו? תנאי שכזה מניח, במובלע, כי סירובו של המטופל לטיפול מלכתחילה אינו רציונלי, וכי בדיעבד הוא "יתעשת" והשיקולים הרציונליים יניעו אותו לשנות את דעתו ולתת הסכמה שכזו בדיעבד. אולם ההנחה שהשיקולים של מטופל במתן ההסכמה הם שיקולים רציונליים לחלוטין היא כמובן הנחה לא הכרחית.

בעיה מיוחדת צפויה להתעורר במטופלים שלהם ליקוי קבוע, כגון דמנצייה. במקרים כאלה נתקשה לקבוע שהמטופל צפוי לשנות את דעתו לאחר הטיפול ולתת את הסכמתו למפרע.

התנאי השלישי האמור למתן אישורה של ועדת האתיקה לטיפול בניגוד להתנגדות המטופל לפי ס' 15(2)(ג) הוא אפוא קשה ובעייתי, ולא ברור כיצד עלינו להתמודד עמו ומתי יש לקבוע שהוא מתקיים.

קושי אחר במימוש סעיף 15(2) נובע מכך שכינוס ועדת האתיקה, שהיא גוף רב-משתתפים, אינו מתאפשר בהתראה קצרה. יש להניח כי הצורך לשקול טיפול כפוי בבית חולים כללי, אשר לפי ס' 15(2) לחוק מוגבל למצבים של סכנה חמורה, אינו מאפשר בדרך כלל המתנות ממושכות לכינוס ולהחלטה בוועדת האתיקה. אמנם סעיף 24(ג) לחוק זכויות החולה מאפשר לפנות לבית המשפט המחוזי כשיש צורך בהכרעה דחופה ואי אפשר לכנס את ועדת האתיקה בדחיפות הנדרשת. אולם התוצאה המעשית מכך היא שבמרבית המצבים של סכנה חמורה המצריכים דיון בסוגיה של טיפול כפוי, המתעוררים בעבודת בית חולים כללי, עלולה ההכרעה להינטל מוועדת האתיקה ולעבור לשופט תורן יחיד בבית המשפט (כפי שהיה בפועל לפני חקיקת חוק זכויות החולה), ובמצב כזה יתרוקן מתוכן עיקר ה"חידוש" בנושא זה בחוק זכויות החולה.

קושי טכני אחר נובע מכך שבניגוד לבית חולים פסיכיאטרי, שעשוי להיות ערוך לטיפול כפוי, הרי שבבית חולים כללי אין בנמצא צוות סיעודי שהוכשר לכפות טיפול רפואי על מטופל או להגביל אותו ברמה הפיזית לצורך קבלת טיפול כפוי. קושי זה אינו שיקול בהכרעה המשפטית, אך עלול להוות מכשול משמעותי ביישום שלה.

14 חוק ההגנה על חוסים, התשכ"ו-1966, ס"ח תשכ"ו, בעמ' 56.

כאמור, גם במקרה שבו ועדת האתיקה בכל זאת תתכנס, צפויים לה קשיים לא מבוטלים – מחד הקושי לקבוע שכל התנאים המצוינים בחוק מתקיימים, ובעיקר סעיף קטן ג', ומאידך משעה שהמטופל יוצא מכלל "סכנה חמורה", ספק אם בכוחה של הוועדה להמשיך ולכפות עליו את מגוון הבדיקות והטיפולים שהוא נדרש להם על פי חוות דעתם של הרופאים.

מקרה מובהק שאפשר לעמוד בו על מורכבות הסוגיה הוא של החולה האנורקטית המסרבת לטיפול ולאשפוז אף על פי שחייה נתונים בסכנה. על פי פירושם של בתי המשפט את המונח "מחלת נפש", אנורקסייה אינה נחשבת לכזו. גם בקרב הרופאים יש הסבורים שההפרעה שבה לוקה הנערה האנורקטית אינה נכללת בספקטרום של המחלות הפסיכוטיות כיוון שאינה מגיעה לכדי מחלת נפש בהגדרתה המשפטית. למרות זאת ובשל הליקוי הבולט בשיפוט של אותן מטופלות, קיימת בפסיקה המשפטית מחלוקת באשר לאפשרות כפיית טיפול על חולות אלה. ד"ר יוסי גרין דן במאמרו בהרחבה על המקרה של "פלונית נ' ועדה פסיכיאטרית"¹⁵. במקרה זה העדיף בית המשפט את רצונה של פלונית על פני המחויבות הרפואית לטפל בה במצב של סכנת חיים. בית המשפט קבע כי "הפרעה נפשית, גם אם היא קשה, ואפילו מלווים לה גורמים דיכאוניים או מסכנים, איננה יכולה להצדיק אשפוז בכפייה" – פסק הדין דחה את החלטת הוועדה הפסיכיאטרית המחוזית והורה לשחרר את החולה. במקרים אחרים כפה בית המשפט טיפול על חולות אנורקטיות,¹⁵ אך יש לציין שמספר החולות האנורקטיות שאושפזו בכפייה בעשור האחרון הגיע לעשרות בודדות בלבד.¹⁶

ד"ר יוסי גרין יצא נגד קביעת בית המשפט בעניינה של "פלונית נ' ועדה פסיכיאטרית", וטעונו רלוונטיים לענייננו. טעונו העיקרי הוא ש"במשפט הישראלי נקבע עקרון קדושת החיים כערך הגובר על האוטונומיה של החולה הן בחקיקה והן בפסיקה". הערך של קדושת החיים גובר על ערך האוטונומיה הן במשפט הישראלי והן במשפט העברי. יותר מזה, קיימת חובת הצלה כפי שמפורט בחוק "לא תעמוד על דם רעך", אשר הפך את חובת ההצלה מנורמה מוסרית לנורמה משפטית מחייבת.¹⁷ ד"ר גרין מתקשה להבין מדוע נמנע בית המשפט מהצלת חיים כשאלה מונחים על כף המאזניים, והוא מוסיף כי ממילא צפוי מצבה של המטופלת להחמיר עד כדי כך שבית המשפט יתיר בסופו של דבר לטפל בה בכפייה, אלא שעד אז היא עלולה למות או שייגרם לגופה נזק בלתי הפיך, ואין לדעתו עילה להתמהמה במקרה זה.

ד"ר גרין מייצג דעה אחת בוויכוח זה, אך קיימות גם דעות אחרות. דומה כי יהיה גורף ובלתי מדויק לומר כי המחוקק הישראלי הכריע, שבכל מקרה ומקרה הערך של קדושת החיים גובר על ערך האוטונומיה. נכון יותר לומר כי קיימים איזונים ותוצאות שונות בסיטואציות שונות (ראו למשל חוק החולה הנוטה למות).¹⁸ עם זאת נכון הוא שבעניין זה נקט המחוקק הישראלי גישה שונה ממדינות רבות אחרות: הוראה כדוגמת ס' 15(2) אינה קיימת ברוב המדינות שבהן שוררת שיטת המשפט האנגלוסקסית והוא יציר חריג.

אליבא דד"ר גרין, אין חסר בחוק ואפשר לטפל בפלונית בכפייה גם במסגרת החוקים הקיימים. לדעתו, בנימוק של פגיעה קשה בשיפוט יכול בית המשפט לכפות את האנורקסייה תחת ההגדרה של "מחלת נפש", ובכך לאפשר טיפול בכפייה במחלקה פסיכיאטרית מכוח חוק טיפול בחולי נפש. בנקודה זו אנו רואים לנכון לחזור ולהדגיש כי אין קונצנזוס משפטי או פסיכיאטרי לגבי אפשרות זו, היא עשויה להיות מלאכותית ואינה פותרת את כל המצבים שסעיף 15(2) עשוי לחול עליהם.

הסמכות לכפיית טיפול לפי ס' 15(2) היא בידי ועדת אתיקה (או בית משפט, במקרה שאי אפשר לכנס אותה). הוועדה אומר, אין זו עוד סמכות של הרופאים המטפלים. עם זאת מעניין לבחון את עמדתם של המטפלים בסוגיה זו. סקירת המאמרים העוסקים ביעילות ארוכת הטווח של הטיפול הכפוי בחולות אנורקטיות מובילה למסקנה שהטיפול בכפייה מוצדק במצב מסכן חיים זה, ומבחינה רפואית מומלץ לאכוף אותו מוקדם ככל האפשר במהלך

15 יוסי גרין "האם יקוב הדין את חיי החולה האנורקטית" רפואה ומשפט 30, 183 (מאי 2004).

16 E. Mitrany, Y. Melamed, *Compulsory Treatment of Anorexia Nervosa*, ISR J. PSYCHIATRY RELAT SCI 42(3), 185-190 (2005).

17 סעיף 1 לחוק לא תעמוד על דם רעך, התשנ"ח-1998, ס"ח התשנ"ח 1670, בעמ' 245.

18 חוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005, ס"ח התשס"ו 2039.

ההידרדרות במצב החולה.¹⁹ במחקר שאלונים שנערך בקרב 686 פסיכיאטרים נמצא שרובם תומכים בשימוש בחוק כדי לטפל בכפייה בחולות אנורקטיות, ודווקא המומחים להפרעות אכילה שבהם החזיקו בדעה המחמירה באשר לעצמת הפגיעה בשיפוט בקרב חולות אלה ובאשר לחוסר יכולתן להחליט החלטות הנוגעות לבריאותן.²⁰

כאמור, בעיות דומות לאלה המתעוררות בעניינן של חולות אנורקטיות, ולעתים אף קשות יותר, עלולות להתעורר גם ביחס למטופלים הסובלים מהפרעות אורגניות אחרות שהוזכרו לעיל. עם זאת אפשר לשער כי ס' 15(2) יבוא לידי ביטוי במיוחד אצל אותם מטופלים שבעניינם מדובר בהתנגדות שצפויה להיות זמנית על רקע מצב אורגני זמני שצפוי לחלוף או שהוא הפיך באופן פוטנציאלי – מה שיאפשר את הפעלת התנאי השלישי לפי ס' 15(2)(ג) לגבי הצפייה שהמטופל ישנה את דעתו בדיעבד ויסכים לטיפול. ככל שמדובר בהפרעה קבועה או בלתי הפיכה, כן יקשה יותר לענות בחיוב על הדרישה של ס' 15(2)(ג).

סיכום

טיפול רפואי בכפייה, ובייחוד כאשר המטופל מתנגד לו באופן פעיל, מעמת אותנו עם דילמה אתית מורכבת אשר במרכזה המתח בין שני עקרונות בסיסיים כפי שהם מנוסחים בחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו: זכותו של אדם על גופו מחד וזכותו להגנה (על ידי החברה) מאידך. מתח זה, כך מסתבר, לא פג גם בהיווסף חוק טיפול בחולי נפש וחוק זכויות החולה.

איננו סבורים שאפשר לצפות שיחקק חוק שייצור ודאות מוחלטת וייתן "פתרון בית ספר" לכל הסיטואציות המגוונות והמורכבות המתעוררות במטופלים המתנגדים לטיפול. הקונפליקט שעלול להיגרם בין ערך קדושת החיים לערך האוטונומיה וזכות השליטה של המטופל על גופו וחיייו והמתח המתמיד בין הערכים הללו יביאו לידי כך שתמיד יהיה צורך להתמודד עם הבעיה, ותמיד יהיו מקרי גבול ומקרים שבהם ההחלטה אינה טריוויאלית ואינה ברורה מאליה. במצב דברים זה אנו סבורים שטוב שהאחריות להחלטות מסוג זה נלקחה מהצוות הרפואי ונמסרה לוועדת אתיקה.

אפשר כמובן להסיר את האפשרות של כפיית טיפול רפואי מספר החוקים, להעניק למטופל זכות מוחלטת על גופו וכך להתקרב למצב העניינים השורר בארצות הברית, או לחלופין לחזור לשיטה הישנה של פטרונות מוחלטת, שלפיה המטפל מחליט מהי טובת המטופל בלי להתחשב ברצונו של המטופל. נראה כי פתרונות אלה, ככל שהם לכאורה "פשוטים" (שלא לומר פשטניים) יותר ומייתרים התלבטויות והליכים משפטיים, כך הם לוקים בהקצנה ובהתעלמות מאחד משני הערכים החשובים שהוזכרו לעיל. בהתחשב בסולם הערכים המקובל כיום בישראל, הרי שיהיה קשה להשלים עם ההעדפת אחד מהערכים הללו באופן מוחלט על פני האחר.

19 C. Thiels, *Forced treatment of patients with anorexia*, CURR OPIN PSYCHIATRY 21(5), 495-8 (2008)

20 J. Tan, HA. Doll, R. Fitzpatrick, A. Stewart, T. Hope, *Psychiatrists' attitudes towards autonomy, best interests, and compulsory treatment in anorexia nervosa: a questionnaire survey* 2:40 (Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 2008)

הערות למאמר טיפול רפואי כפוי – מתי? ועל ידי מי?

המאמר מציג היטב את המציאות שנוצרה במצב החוקי הנוכחי. חוק זכויות החולה ניסה לתת פתרון למורכבות הבעיה האתית באמצעות וועדה שבה ההרכב האישי מגוון. כפי שהמחברים כותבים, יישום פתרון זה במציאות, לנוכח נהלי העבודה בבתי החולים, אינו אפשרי ברוב שעות היום, וקשה אף יותר בשעות הלילה. המציאות מביאה בסופו של דבר לכך ששופט תורן, מחליט בנושא.

בעוד שקשה לשנות חוקים הרי תקנות, הנתונות לסמכותו של שר, גמישות יותר וניתנות להתאמה למציאות משתנה. בסעיף 24 לחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 נכתב "השר רשאי להתקין תקנות בדבר דרכי מינוים של חברי ועדת האתיקה, תקופת כהונתם וסדרי עבודתה של הוועדה". המאמר שלעיל אכן יכול לשמש בסיס ותמריץ לוועדה שתייעץ לשר בדבר רענון נהלי עבודת ועדת האתיקה.

לדוגמה: במציאות של בתי החולים, יש בכל משמרת רופאים מומחים בתחומים שונים וכן עובדים סוציאליים כוננים (בתשלום). מאגר חברי ועדת האתיקה יכול להיות רחב ובמקרה הצורך וועדה יכולה להתכנס בהרכב חברים המורכב אד הוק מתוך החברים שבמאגר. הקושי מתמקד במשפטן ובנציג הציבור, אולם נדרש רק מאמץ מזערי כדי למצוא דרך לתגמל את אלה. שינויים קלים בתקנות, שאינם כרוכים בהוצאות משמעותיות, יכולים להביא לשינוי משמעותי של המציאות הקיימת כיום בנושא זה.

ד"ר שמואל הירשמן, עו"ד – LLB, MPA, MD – בית החולים שער מנשה shmuelhirschmann@yahoo.com