



המועצה הלאומית לביואתיקה

פרופ' הרב אברהם שטיינברג ופרופ' אפרת לוי-להד
יו"ר משותפים למועצה הלאומית לביואתיקה
כתובת למשלוח: המרכז הרפואי שערי צדק (ע"ר),
ת.ד. 3235 ירושלים 9103102
טל: 02-6555384, פקס: 02-6666935
דוא"ל: bioethics@szmc.org.il

נייר עמדה מס' 6:

הגישה למטופל המסרב לקבל טיפול רפואי או להתפנות לבית חולים על ידי מד"א

1. רקע

1. המועצה הלאומית לביואתיקה קבלה פניה ממשד הבריאות להביע את עמדתה בהיבטים האתיים הנוגעים לסוגיה זו (פניית משד הבריאות למועצה מצורפת לנייר עמדה זה).
2. סוגיית המטופל המסרב לקבל טיפול רפואי לפי המלצת רופא או פאראמדיק של מד"א הינה סוגיה כבדת משקל מבחינה רפואית, אתית ואנושית.
3. קיימת הערכה כי כ-30,000 – 40,000 קריאות למד"א בשנה – המהוות כ-10% מסך הקריאות למד"א בשנה – מסתיימות בסירוב המטופלים להתפנות, ובחלקן אף בסירוב לבדיקה ואבחון. מתוכם להערכת מד"א – בכ-800 – 900 מקרים לשנה מדובר במצבים חמורים ומסכני חיים.
4. בחקיקה הישראלית אין התייחסות מפורשת וברורה לסוגיה הנידונה, היינו אין הוראות בחוק כלשהו¹ כיצד צריכים לנהוג צוותי מד"א – בין שהם כוללים רופא, או פאראמדיק ללא רופא – במקרים שנקראים לבית חולה, ולהערכתם הוא זקוק לפינוי לבית החולים, אך הוא או מי מנציגיו מסרב לכך.
5. הסיבות לסירוב הינן מגוונות, וכוללות – שיקולים פסיכולוגיים, אישיים, דמוגרפיים, כלכליים, חוסר ידע, חששות, "דעות קדומות", ועוד.
6. יש להתייחס לכך שישנם מטופלים כשירים וחולים שאינם כשירים. מטופלים כשירים מצויים במצב קוגניטיבי/נפשי תקין המאפשר להם קבלת החלטות מושכלות ואוטונומיות בנוגע לצורך בקבלת טיפול רפואי, או לפינוי לבית חולים. מטופלים שהם בלתי כשירים אינם נמצאים במצב המאפשר להם קבלת החלטות מושכלות ואוטונומיות באותה עת. יכולות להיות לך סיבות שונות, לדוגמא – קטין, חולה דמנטי, פסיכוטי, מחוסר הכרה ועוד. ישנם מטופלים שאינם כשירים באותה עת אך שיש שבידם מסמך מעת שהיו כשירים המעיד על רצונם בנידון, ויש שאין דרך לדעת מה היה רצונם.

¹ החוקים העשויים להיות רלוונטיים לנידון הם: חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, חוק זכויות החולה, חוק מד"א, חוק החולה הנוטה למות, חוק טיפול בחולי נפש, חוק לא תעמד על דם רעך, פקודת הנזיקין.



המועצה הלאומית לביואטיקה

יש שיש להם אפוטרופוס חוקי או מיופה כוח, ויש שבני משפחתם מביעים את עמדתם בנידון. 7. במסגרת הדין במועצה לגבי אותם מצבים שבהם מגיע מד"א לבית המטופל, עלתה הסוגיה של הצורך לדווח למשטרה על כל מקרה מוות מחוץ למסגרת בית חולים. כיום, ללא אישור המשטרה משרד הבריאות לא מנפיק תעודת פטירה.



המועצה הלאומית לביוטכניקה

דיון

1. המועצה החליטה להיענות לפניית משרד הבריאות ולקיים דיון בסוגיה זו.
2. ביום חמישי ה – 31.01.2013 התקיימה ישיבת מליאה אליה הוזמנו המומחים הבאים להצגת עמדותיהם:
ד"ר רפי סטרוגו – מנהל אגף רפואה במגן דוד אדום, מר רמי מילר – פרמדיק ראשי במגן דוד אדום, מר שמוליק בן יעקב – יו"ר האגודה לזכויות החולה וגב' פנינה רוזנפלד – מנכ"לית עמותת נאמ"ן, נפגעי אירוע מוחי.
3. מליאת המועצה החליטה על הקמת ועדת-משנה לדיון מפורט בסוגיה, שתגיש טיוטת נייר עמדה למליאה. חברי ועדת-המשנה הם: הרב פרופ' אברהם שטינברג (יו"ר), פרופ' אפרת לוי-להד, פרופ' נועם זוהר, ד"ר כרמל שלו, ד"ר אלה קורן ופרופ' הרב יגאל שפרן.
4. ביום 02.05.2013 התקיימה ישיבת ועדת-המשנה באמצעות ועידת-וידאו שבה השתתפו פרופ' שטינברג, פרופ' לוי-להד, פרופ' זהר, ד"ר שלו, וד"ר קורן.
בהמשך לישיבה זאת כתבה ד"ר שלו לשאר חברי ועדת המשנה מסמך שכותרתו 'התנגדות אדם לפינוי ע"י צוות אמבולנס', ובו הצעה לעמדה של המועצה. בחודש אוגוסט 2013 ובחודש פברואר 2014 הפיצו יושבי הראש של המועצה טיוטות של נייר עמדה, שעליהן העירה ד"ר שלו הערות, עד שלבסוף כתבה דעת מיעוט נושא תאריך 13 באפריל 2014.
בעקבות כל זאת ולאחר הצטרפותו של ד"ר איתן לה-פיקאר חברי המועצה ביקשו לקיים דיון מליאה נוסף בנושא.
5. ביום 15 בינואר 2015 התקיימה ישיבת המליאה, אשר בה נדונו טיוטת נייר העמדה והמסמך שכתבה ד"ר שלו, ובהמשך לדיון במליאה הפיצו יושבי הראש טיוטה מעודכנת של נייר העמדה.
6. ביום 01 במרץ 2015 אישרה המועצה את נייר העמדה. דעת המיעוט של ד"ר שלו מצורפת כנספח לנייר העמדה של המועצה ולה מצורפות הערותיהם של ד"ר לה-פיקאר ופרופ' לנדאו לנייר העמדה.

עקרונות יסוד

להלן הערכים האתיים הרלוונטיים לדיון בסוגיה שלפנינו:

1. (א) עקרון כללי של שמירה על כבוד האדם וחירותו האישית, הבאים לידי ביטוי ביתר שאת כאשר מדובר בפינוי אדם מביתו, ובתוך כך שמירה על זכות המטופל לקבלת החלטות אוטונומיות בהתאם לרצונו הברור, גם אם החלטה כזו עשויה לגרום לו נזק. יש לזכור שהאוטונומיה של הפרט קשורה גם לכשירותו בעת קבלת ההחלטה, ולהקשר הרפואי שבו נדרשת הסכמה מדעת.

- (ב) עקרון של ערך החיים וקדושתם המחייב לעשות כל מאמץ להציל ולשמר חיים, ובכלל זה החובה המוסרית של הגשת עזרה לזולת במצוקה בדרך הטובה והיעילה ביותר, המעוגנת כיום גם מבחינה משפטית בחוק 'לא תעמד על דם רעך', ה'תשנ"ח-1998.
- (ג) אתיקה מקצועית של המטפלים, המחייבת אותם לנקוט בהליכים התואמים את הסטנדרטים המקצועיים של המקצוע, תוך כיבוד המטופל בעת מתן הטיפול.
2. במצבים שבהם מתרחשת התנגשות בין הערכים הללו, נדרש איזון בין השיקולים האתיים הסותרים, ויש לבחון את המצב בהתאם לנתונים העובדתיים.
- (א) מכיוון שעסקינן בזכויות יסוד של הפרט, יש להביא טעמים כבדי משקל על מנת להצדיק פגיעה בהן, ויש לקבוע מנגנונים פרוצדוראליים הולמים על מנת להבטיח שהפגיעה בזכויות תהיה במידה שאינה עולה על הנדרש, ושתהיה אמצעי אחרון לאחר שמוצו כל החלופות האפשריות האחרות.
- (ב) גישה עקרונית זו מעוגנת במפורש במשפט החוקתי ובפסקי דין של בתי המשפט בישראל, ובמיוחד בחוק החולה הנוטה למות², ורוחה עולה בעליל גם מחוקים רלוונטיים אחרים: חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו³, חוק זכויות החולה⁴.
- (ג) עמדת המשפט העברי רואה בהצלת חיים עקרון יסוד שיכול לגבור על ערך האוטונומיה בתנאים מסויימים, אך בתנאי שלדעת כל המומחים הרפואיים היעדר טיפול יביא למותו של האדם או לנזק חמור, והטיפול המוצע הוא טיפול מקובל במצב הנתון, שיש לו סיכויים סבירים להביא לריפוי המחלה ולהצלת חייו של המטופל. בתנאים אלה יש לכפות על המטופל את הטיפול הראוי גם בניגוד לרצונו.
3. להלן שאלות ושיקולים רלוונטיים המתעוררים בבואנו ליישם את העקרונות דלעיל:
- (א) ביחס לעקרון האוטונומיה – (א) האם החולה המסרב לקבל טיפול רפואי או להתפנות מקבל החלטה זו מתוך אוטונומיה מלאה, היינו כאשר הוא כשיר באופן מלא לקבלת החלטות, והוא מקבל את החלטתו לאחר קבלת מידע מלא על מצבו הרפואי, ומתוך הבנה מלאה של משמעות החלטתו; (ב) האם החולה נמצא במצב רפואי או נפשי המטיל ספק בכשירותו לקבל החלטות, כגון שהוא במצב דליריום, או תחת השפעת תרופות; (ג) האם החולה חסר כשירות אוטונומית לקבלת החלטות, כגון קטין, או שתיפקודו הקוגניטיבי נמוך מסף היכולת לקבל החלטות אוטונומיות, או שהוא במצב נפשי לא יציב.

² סעיף 1(א) לחוק קובע: חוק זה בא להסדיר את הטיפול הרפואי בחולה הנוטה למות תוך איזון ראוי בין ערך קדושת החיים, לבין ערך אוטונומיה הרצון של האדם והחשיבות של איכות החיים.

³ סעיף 2 לחוק קובע: אין פוגעים בחייו, בגופו, או בכבודו של אדם באשר הוא אדם; וסעיף 8 קובע: אין פוגעים בזכויות שלפי חוק-יסוד זה אלא בחוק ההולם את ערכיה של מדינת ישראל, שנועד לתכלית ראויה, ובמידה שאינה עולה על הנדרש, או לפי חוק כאמור מכוח הסמכה מפורשת בו.

⁴ סעיף 13(א) לחוק קובע: לא יינתן טיפול רפואי למטופל אלא אם כן נתן לכך המטופל הסכמה מדעת לפי הוראות פרק זה; סעיף 15 לחוק מונה מצבים שעל אף הוראות סעיף 13 מטפל רשאי לתת טיפול רפואי, גם ללא הסכמתו מדעת של המטופל, ובלבד שנתקיימו התנאים המנויים בסעיף זה.



המועצה הלאומית לביואטיקה

(ב) ביחס לעקרון ערך החיים – (א) האם המצב חמור במידה שסירובו של החולה להתפנות או לקבל טיפול רפואי מסכן את חייו או עלול לגרום לו נכות חמורה ובלתי הפיכה, אם הטיפול לא יינתן בדחיפות מיידית במסגרת בית חולים, כגון אירוע מוחי חריף, או אירוע לבבי חריף; (ב) האם סירובו של החולה לפינוי יפגע באיכות חייו, אך לא במידה שתסכן אותו; (ג) האם מדובר בחולה הנוטה למות; (ד) האם הטיפול הרפואי או הפינוי לבית חולים ישיגו מטרה ראויה בהתאם למצבו של החולה.

(ג) ביחס לאתיקה המקצועית – יש לקחת בחשבון מצבים שבהם לצוות המטפל ברור שאי-פינוי או אי-טיפול יביא בסבירות גבוהה למותו של החולה, או לנכות חמורה ובלתי הפיכה. מאידך, ישנם מצבים שבהם שימוש בכוח לצורך פינוי או טיפול עלול לגרום לנזק משמעותי לחולה, ואף למותו. יש להדגיש שסירובו של המטופל לקבל טיפול רפואי או להתפנות לבית החולים אין משמעו כי הצוות המטפל יזנח את החולה או יעזוב את המקום מבלי לפעול למען החולה. במקרה כזה על הצוות הרפואי לפעול בכל דרך אחרת העומדת לרשותו. לדוגמה, יש לתת לו בביתו כל טיפול שניתן לתת בבית אם המטופל מסכים לכך, ליצור קשר עם בני משפחה או עם הרופא האישי, וליידע את החולה שבכל עת שישנה את דעתו הצוות יחזור ויטפל בו באופן המיטבי האפשרי בהתאם למצבו הרפואי.

(ד) סוף החיים בסביבה הביתית. ישנה מגמה גוברת בעולם המודרני לאפשר לאנשים למות בביתם כשהם מוקפים ביקריהם ובמכריהם האוהבים, ולהעדיף זאת על פני הארכת חיים קצרה באמצעים מלאכותיים ופולשניים במסגרת בית חולים שהוא מקום מנוכר לחולה ולבני משפחתו. ככל שידוע שכך הוא רצונו של החולה בנסיבות כאלה, יש לאפשר לו לממש החלטה זו. לשם כך יש לשקול האם נוכחות שוטר, הנקרא כאמור במקום בכל מקרה של פטירה מחוץ לכותלי בית חולים, במצבים רגישים אלה היא רצויה ורלוונטית.

III. שיקולים יישומיים עקרוניים

המטרה היא להגיע לאיזון ראוי בין העקרונות הרלוונטיים לנושא הנידון כשיש התנגשות ביניהם – הן ברמה האתית (ערך החיים לעומת האוטונומיה של הפרט וחירותו), והן ברמה המעשית (סוגי החולים מבחינת מסוגלותם האוטונומית, סוגי החולים מבחינת מצבם הרפואי, שיטות הפינוי).

1. במצבים הבאים יש לכבד את סירובו של החולה להתפנות לבית חולים ולכבד את רצונו האוטונומי אף אם הדבר עלול לגרום לו נזק משמעותי, היינו עקרון האוטונומיה וחירות הפרט גובר על עקרון ערך החיים וקדושתם:

(א) במקרה בו החולה כשיר לקבל החלטות מבחינה שכלית ונפשית. היינו התנגדותו של החולה להתפנות לבית חולים מתרחשת כאשר להערכת איש הצוות הבכיר בהכשרתו



המועצה הלאומית לביוטכניקה

(ב) המקצועית המטופל בהכרה מלאה, אינו מצוי תחת השפעת גורמים פיזיים או נפשיים העלולים לפגום בשיקול דעתו, והוא מעל גיל 16 שנה. הסירוב הובע לאחר שהמטופל קיבל הסבר מלא על מצבו הרפואי, ההשלכות של סירובו על מצבו הרפואי, והוא מבין את הדברים [למעט במקרה של מצב חירום כמפורט להלן בסעיף 2(א)].

(ג) במקרה בו החולה איננו כשיר לקבל החלטות - אך הוא הוגדר כנוטה למות, או יש לו הנחיות רפואיות מוקדמות המביעות סירוב לטיפול מאריך חיים, או יש לו הנחיות רפואיות מוקדמות המביעות סירוב להתפנות לבית החולים, או שיש מסמך יפוי כוח חתום על ידו למינוי אדם שיקבל החלטות עבורו, ומיפיה הכח מסרב לאשר את הפינוי, או שיש אדם קרוב כהגדרתו בחוק החולה הנוטה למות המצהיר שכך היה רצונו של החולה, או שיש אפוטרופוס חוקי המסרב לאשר פינוי לבית חולים; זאת כפוף לכך שבכל מקרה בו ההחלטה לסרב לפינוי לבית החולים מתקבלת כאמור שלא על ידי החולה, מקבל ההחלטה מביע את הסירוב לאחר שקיבל הסבר מלא על מצבו הרפואי של החולה וההשלכות של חוסר הפינוי על מצבו הרפואי.

2. במצבים הבאים אין לכבד את סירובו של החולה להתפנות לבית החולים, או סירובם של בני משפחתו לאשר את פינויו לבית חולים, ויש לנקוט באמצעים מתאימים לפינויו, כולל שימוש בכוח (ראה להלן):

(א) החולה במצב חרום רפואי, היינו נסיבות שבהן לדעת איש הצוות הבכיר בהכשרתו המקצועית החולה מצוי בסכנה מיידית לחייו, או קיימת סכנה מיידית כי תיגרם לאדם נכות חמורה בלתי הפיכה אם לא יינתן לו טיפול רפואי במסגרת בית חולים, בין אם הוא כשיר או שאיננו כשיר.

(ב) החולה בלתי כשיר ולא הוגדר כנוטה למות, אין מידע מוסמך על רצונו האוטונומי מזמן היותו כשיר, והסירוב לפינויו הוא של בני משפחה שאינם אפוטרופסים חוקיים.

(ג) החולה במצב כשירות לא ברור, וקיים ספק סביר בכשירותו האוטונומית בגין עצם המחלה (כגון אירוע מוחי), או בגין מצב נפשי מעורער, או בגין תרופות המשפיעות על כושר השיפוט, והמצב הרפואי מחייב טיפול דחוף בבית חולים להצלת חייו או למניעת נכות חמורה.

IV. שיקולים יישומיים מעשיים

1. בכל מקרה שלדעת הצוות הרפואי של מד"א יש הצדקה רפואית לפנות את החולה לבית חולים, עליהם לנקוט בכל האמצעים ההסברתיים – בדרכי נועם ובסגנון מתאים למצבו ולתרבותו של החולה – לשכנע את החולה או את המטפלים בו להסכים להמלצתם ולפנות את החולה לבית חולים. בהקשר זה ראוי להבהיר האם החולה מסרב לטיפול בכלל, למרכיב מסוים בטיפול, או לפינוי לבית החולים.

2. במקרה בו מצבו של החולה מתאים לאמור בסעיף IV 1 (א-ב) לעיל, היינו יש לכבד את סירובו להתפנות לבית החולים למרות ההצדקה הרפואית לפינויו, על הצוות לנקוט באמצעים העומדים לרשותם כדי להעניק למטופל את מיטב הטיפול הרפואי האפשרי בנסיבות המקרה, כגון לטפל בו במקום ככל שניתן, ליידע את הרופא האישי בקהילה, להסביר לבני המשפחה את מצבו של החולה, ומה ניתן לעשות בנסיבות המקרה, לעודד התקשרות חוזרת למד"א אם רצונו של החולה ישתנה או אם תחול החמרה במצבו וכד'.

במקרה זה יש לתעד את פרטי המקרה: מצבו הרפואי של החולה, מצבו ההכרתי, הנימוקים להמלצה לפנותו לבית חולים, הנימוקים לסירובו של החולה או גורם מוסמך אחר לפנותו לבית חולים כמפורט לעיל, והפעולות שננקטו בעקבות הסירוב.

3. במקרה בו מצבו של החולה מתאים לאמור בסעיף IV 2 (א-ג), היינו הוחלט שמוצדק לפנות את המטופל למרות סירובו, יש לנקוט באמצעים מתאימים לפינויו, המשקפים את הזהירות הנדרשת במקרים אלה:

(א) על הצוות להזמין רופא למקום על מנת שיעריך את מצבו הרפואי של החולה, והאם מצבו הרפואי מטיל ספק בכשירותו האוטונומית. במקרה בו לדעת איש הצוות הבכיר הנמצא במקום העיכוב אשר ייגרם כתוצאה מכך לפינוי החולה, מפאת הריחוק מבית החולים, או העדר נגישות של רופא קרוב עלול להרע את מצב החולה, עליו להתייעץ עם הרופא התורן במוקד הרפואי.

(ב) על הצוות להתייעץ עם ועדה אתית של מד"א [ראה להלן המלצה על הקמתה ותיפקודה], ורק לאחר אישורה פה אחד ימשיך בהליכי הפינוי הכפוי.

(ג) הפינוי הכפוי צריך להיעשות ככל האפשר בדרכי נועם, כגון במקרה של התנגדות פאסיבית – סירוב לפינוי רפואי בדרך של אמירה ו/או התנהגות, כאשר במצב זה עדיין מתאפשר לפנות את החולה לבי"ח בניגוד לרצונו, אך ללא שימוש באמצעים פיזיים או פרמקולוגיים.

(ד) במקרה שמדובר בהתנגדות אקטיבית, שאיננה מאפשרת לפנות את החולה לבי"ח בניגוד לרצונו ללא שימוש באמצעים פיזיים או פרמקולוגיים (הגבלת המטופל, סדציה, וכד') – יש לנקוט באמצעים מתאימים שעליהם יוחלט בין משרד הבריאות, מד"א והמשטרה.

4. במקרה בו יוחלט על פינוי כפוי של החולה לבית החולים, בהגיעו לבית החולים יוכל החולה לשוב ולהביע את סירובו לקבל טיפול רפואי ועל הצוות בבית החולים להתייחס לסירוב כזה כמקובל.

V. המלצות:

1. פינוי בכפיה ייעשה רק במצבים חריגים ולאחר מיצוי כל האפשרויות האחרות, בין אם האפשרות היא שלא לפנות כלל, או שהאפשרות היא לפנות בדרכי שיכנוע ונועם.



המועצה הלאומית לביואטיקה

2. בהתקיים המצבים המנויים בסעיף IV 2 לעיל, ייעשה הפינוי בכפיה בהתאם לסעיפים 3 V לעיל.
3. יש להכשיר את ראשי הצוותים של מד"א – רופאים ופאראמדיקים – למצבים הדורשים פינוי בכפיה. עליהם ללמוד דרכי הערכה של המצב הקוגניטיבי וההכרתי של חולים, דרכי אבחון של כשירות לקבלת החלטות, ומצבים רפואיים המצדיקים פינוי בכפיה.
4. יש להקים ועדת אתיקה של מד"א.
(א) הרכב: פאראמדיק אחראי מרחבי, רופא תורן במוקד הרפואי, כונן אגף רפואה במד"א, מומחה באתיקה רפואית, משפטן. המומחים בתחום האתיקה והמשפט יהיו במרחב ארצי, וייקבעו על ידי מד"א, משרד הבריאות ומשרד המשפטים.
(ב) דיון והחלטה: ועדת האתיקה תכונס אד הוק לדיון טלפוני בכל אחד מן המקרים המפורטים לעיל בהם צוות מד"א במקום סובר שאין לכבד את סירובו של החולה להתפנות לבית החולים ויש לנקוט באמצעים מתאימים לפינויו. פינוי בכפיה יתאפשר רק בהחלטה פה אחד של ועדת האתיקה.
מנגנון מוצע זה אמנם מאריך את תהליך קבלת ההחלטות בשטח, אך מדובר במספר מקרים מצומצם, ובדרך זו איכות הדיון תהא טובה ומקיפה יותר, הנראות הציבורית תהא גבוהה יותר, ותהיה התאמה הולמת יותר לדרישות האתיות הרואות בפינוי כפוי מוצא אחרון ולא טריוויאלי. גישה זו גם מתאימה לכוונות החוק⁵. הפיזור הגיאוגרפי של המומחים איננו גורם מגביל, שהרי ההתייעצות תתקיים בדרך טלפונית ולא פיסית.
5. משהוחלט על פינוי בכפיה – בהתאם להתרשמות הצוות בשטח בצורך הזה, ולאחר שכל האמצעים האחרים לא צלחו, ולאחר החלטת ועדת האתיקה – יתבצע הדבר בדרך הפחות תוקפנית ככל האפשר. אם הפינוי בכפיה דורש הפעלת כוח – על הצוות לזמן את המשטרה לבצע פעולה זו.
6. פיקוח ובקרה: על מד"א ומשרד הבריאות לערוך רישום של כל המקרים בהם חולה פונה לבית החולים בכפיה, ולערוך בקרה אחת לשנה במטרה להבטיח שביצוע הפינוי לבית החולים מתבצע באופן אתי ביותר ובהתאם לנהלים.
7. משטרה: לגבי נפטרים, יש להשוות את נהלי זימון חוקר משטרה בין נפטר בבית החולים לבין מי שנפטר במקום מגוריו. היינו זימון חוקר משטרה ייעשה על ידי הרופא או הפאראמדיק בשטח, רק במקרה בו יש לו חשד למוות בלתי טבעי או פלילי, כפי שהדבר מתרחש ביחס לנפטר בין כותלי בית חולים. החליט הרופא או הפאראמדיק בשטח שאין כל חשד למעשה פלילי – לא יזמן חוקר משטרה, ומשרד הבריאות ינפיק תעודת פטירה על סמך קביעת רגע המוות וסיבתו על ידי הרופא או הפאראמדיק שבשטח.

⁵ סעיף 15(2) לחוק זכויות החולה.



המועצה הלאומית לביואטיקה

8. יישום הנהלים המוצעים בנייר עמדה זה מצריך שינוי בחקיקה לאור העובדה שעניין זה אינו מעוגן כיום בשום חוק רלוונטי (ראו לעיל בסעיף 4) וה"ש 1). המועצה מציעה למחוקק לשקול את שינויי החקיקה בנושאים הבאים:
- (א) עיגון בחוק של פינוי בכפיה בנסיבות מצב חירום רפואי, על ידי הוספת התניות מתאימות לסעיף 15 לחוק זכויות החולה, שיקבעו בפירוש שהטיפול הכפויים המתחייבים מהמצבים המתוארים בסעיף הנ"ל מתייחסים גם לצוותי ההצלה של מד"א.
- (ב) תיקון החוק המאפשר לפארמדיק – לאחר שקיבל הכשרה מתאימה כמתואר לעיל – לקבל החלטות על מצבו של חולה הדורש פינוי בכפיה, ולאחר שקיבל את החלטת ועדת האתיקה של מד"א על כך.
- (ג) תיקון הגדרת ועדת אתיקה כך שתיכלול גם את ועדת האתיקה של מד"א בצורתה המתוארת לעיל.
- (ד) מיסוד תפקיד המשטרה במצבים אלה.
- (ה) היעדר צורך באישור המשטרה לשם הוצאת תעודת פטירה במקרה של פטירה במקום המגורים.



המועצה הלאומית לביואתיקה

נספח

הדילמה העקרונית – האתית, החוקית והרפואית - הנוגעת לפינוי חולה בכפיה מביתו לבית חולים במצבים רפואיים מוגדרים שבהם נשקפת סכנה לחייו של החולה, או סכנה לנכות חמורה אם לא יפונה נידונה במספר מאמרים. חלקם אף מעלים את הדילמות האתיות, אך אינם מציעים המלצות אופרטיביות, וחלקם מציעים פתרונות ברמות פירוט שונות.

להלן נתאר שני מנגנונים בארצות הברית המציעים כיצד על הצוות הרפואי לנהוג במקרה בו החולה בו נקראו לטפל מסרב לקבל טיפול רפואי ולהתפנות לבית החולים. נציין כי מנגנונים אלו הם עקרוניים באופיים, ומתייחסים לדילמה האמורה בכללותה, לגבי כלל החולים המסרבים להתפנות לבית החולים, וללא התייחסות למצבים רפואיים מסוימים.

בהקשר זה נוסיף כי בסקירת הספרות לא מצאנו ממצאים ברורים הנוגעים לשאלה מה היתה התוצאה הסופית בחולים שפוננו בכפיה לעומת חולים שלא פונו כאשר מדובר באינדיקציות רפואיות ספציפיות, כגון אוטם מוחי, אוטם לב מתפתח, או מצבים דומים.

1. קווים מנחים לטיפול קליני על-ידי שירותי הרפואה הדחופה כפי שפורסמו בשנת 2014 על-ידי ה-

National Association of State EMS Officials.

קווים מנחים אלו פורסמו במטרה לשמש מעין סטנדרט אותו יכולות לאמץ מערכות שירותי הרפואה הדחופה השונות כטיפול בסיסי. אין להם אמנם תוקף מחייב, אך הם מהווים המלצה ברמה הלאומית לטיפול בחולים על ידי שירותי הרפואה הדחופה.

על פי קווי המדיניות אשר נקבעו במסמך ביחס לטיפול בחולה המסרב לקבל טיפול רפואי, על הצוות הרפואי לקבוע את יכולתו של החולה לקבל החלטות (ומפאת השוני בהגדרת "כשירות" בכל מדינה מהמדינות השונות, קביעת הצוות צריכה להיעשות בהתאם להגדרת "כשירות" במדינה הרלוונטית). ככלל, חולה עירני, בעל התמצאות (oriented), ובעל היכולת להבין את נסיבות מחלתו או פגיעתו, ואת הסיכונים הכרוכים בסירובו לקבל טיפול או להתפנות לבית החולים, נחשב בדרך כלל כבעל יכולת לקבל החלטות. עוד צוין כי מחלת נפש, סמים, שכרות, או פגיעה פיזית או מנטלית עלולים לפגוע באופן משמעותי ביכולת לקבל החלטות.

המנגנון מבחין בין חולה אשר הראה יכולת מספיקה לקבל החלטות, ובין חולה אשר לא הראה יכולת כזו. כך, מבוגר או קטין העונה על הגדרות מסויימות בחוק (emancipated minor - קטין הנחשב לצרכים מסויימים כמבוגר מפאת מצבו, כגון קטין שהתחתן, הורה, חייל וכו', בהתאם להגדרות בכל מדינה), אשר הראה יכולת שכלית מספיקה לקבל החלטות, רשאי להחליט מה יהא מהלך הטיפול הרפואי בו, לרבות סירוב לקבל טיפול. במקרה זה יש ליידעו בדבר הסיכונים וההשלכות כתוצאה מסירובו לקבל טיפול. מאידך, חולה אשר נקבע על-ידי הצוות המטפל כי הראה חוסר יכולת לקבל החלטות, אינו רשאי לסרב לקבל טיפול רפואי או להשתחרר במקום.



המועצה הלאומית לביוטכניקה

עם זאת, מנגנון זה אינו מציע קווי פעולה מעשיים, כי אם כלליים בלבד לפיהם הצוות הרפואי צריך שלא לסכן עצמו בניסיון לטפל בחולה המסרב לקבל טיפול או להתפנות לבית החולים, יש לפעול תמיד למען טובת החולה, ועל הצוות הרפואי, בסיוע השגחה רפואית, לאזן בין נטישת החולה וכפיית הטיפול בו בכוח.

2. פרוטוקול לטיפול רפואי בסיסי על-ידי שירותי הרפואה הדחופה בכל המדינה אשר פורסם בשנת

2003 על-ידי ה-Bureau of Emergency Medical Services שב-New York State

Department of Health.

הפרוטוקול ביחס לטיפול בחולים המסרבים לקבל טיפול קובע כיצד על הצוות הרפואי לפעול שלב אחר שלב במקרה האמור בו חולה מסרב לקבל טיפול רפואי או להתפנות לבית החולים. תחילה, על הצוות הרפואי לשוחח עם החולה על הצורך בטיפול או פינוי לבית החולים. אם החולה עדיין מסרב, והצוות הרפואי סבור שמצבו אכן מצריך טיפול או פינוי, על הצוות לנסות ולהיעזר בבני משפחה, חברים או אחרים הקרובים לחולה, על מנת שישכנעוהו בדבר הצורך האמור. בנוסף על הצוות הרפואי ליצור קשר עם המוקד הרפואי.

בשלב זה, אם המדובר בחולה שהוא מבוגר או קטין העונה על הגדרות מסויימות בחוק ואשר נחשב לצורך זה כמבוגר (קיים מנגנון נפרד לקטין שאינו עונה על הגדרות אלו), על הצוות הרפואי להעריך את מידת ההכרה של החולה, לבדוק סימנים חיוניים, ולהעריך כל מצב רפואי או פיסי אשר עלול להגביל את יכולתו לחשוב בצורה רציונלית.

במקרה בו החולה עירני ואין כל סימן למצב רפואי או פיסי העלול כאמור להגביל את יכולתו לחשוב בצורה רציונלית, והוא עדיין מסרב לקבל טיפול או להתפנות, על הצוות הרפואי ליצור קשר עם המוקד הרפואי או הרופא של החולה, על מנת שהחולה ישוחח עם אחד מהרופאים. אם החולה עדיין נותר בסירובו, על הצוות ליידע את החולה בדבר ההשלכות העלולות לנבוע כתוצאה מסירובו זה, ולהחתימו על טופס סירוב לקבלת טיפול.

במקרה בו החולה אינו עירני, או יש סימן למצב רפואי או פיסי העלול להגביל את יכולתו לחשוב בצורה רציונלית, על הצוות הרפואי לבקש עזרה משירותי החוק וליצור קשר עם המוקד הרפואי לקבלת הנחיות (הפרוטוקול אינו כולל כל פירוט ביחס לאפשרויות הקיימות לאחר שלב זה).

אם כן, הגם שפרוטוקול זה אכן מתייחס במפורש לנסיבות בהן קיים מצב רפואי או פיסי אשר עלול להגביל את יכולתו של החולה לחשוב בצורה רציונלית, הרי אין בו התייחסות אופרטיבית מספקת לנסיבות אלו.