

# הנחיות מקדימות לטיפול בחולה הנוטה למות

עפרה גולן

היחידה למדיניות גנטית וביו־אתיקה, מכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות

ר' מאמר "ייפוי כוח רפואי של קשישה" של כרמל שלו בעמ' 229-232.

הטיפול בחולה הנוטה למות הוא אחד הנושאים הבעייתיים והמורכבים ביותר ברפואה המודרנית. הוא מחייב קבלת החלטות גורליות של חיים ומוות, הכרוכות בהכרעות קשות ברמה הרפואית, המוסרית, המשפטית וההלכתית. הטיפול בחולים מסוג זה מערב ערכים שונים, שמתנגשים ביניהם: קדושת חיי האדם, חשיבות איכות החיים, מניעת כאב וסבל, וכיבוד אוטונומיית הרצון של האדם.<sup>1</sup> כפי שאמר המשנה לנשיא בית המשפט העליון, השופט מנחם אלון, נושא זה "קשה הוא, קשה עד מאוד. יורד לשיתין של ערכי אדם ומוסר, ועולה לפסגת הגות של דורות עברו ודורנו אנו. עניינו – אושיות המרקם התרבותי והרוחני של חברתנו".<sup>3</sup> הדילמות בתחום זה נוגעות באופן אישי וישיר כמעט לכל אדם, אם לגבי עצמו ואם בנוגע להחלטות בסוף חייהם של האנשים הקרובים לו. עם זאת, מי שנדרשים להתמודד בפועל עם הדילמות הללו ברמה היומיומית, בלי כל אפשרות לחמוק מהן, הם הרופאים המטפלים בחולים הנוטים למות. ביטוי להרגשת הרופאים לגבי אחריות זו נמצא בדבריו של דוד מאיר: "אנוכי, וכן מרביתם של הרופאים (...) אין אנו רוצים לקבל על עצמנו את האחריות הבלעדית להחלטות אשר להן השלכות חברתיות, מוסריות ודתיות נרחבות. אנו מאמינים, כי אין אנו אנשים עליונים וכי לא נחנו ברגש מוסרי עליון יותר או בכוח שיפוט רב יותר מאשר יתר בני אנוש... ציבור הרופאים אינו רוצה באחריות זו להחליט מי זכאי לחיות ומי לאו! אלה הבעיות בהן אנו נתקלים מדי יום".<sup>4</sup> הלך רוח זה של הרופאים מובן הוא, כיוון שההכרעה הנדרשת אינה "רפואית" אלא ערכית, ו"לדילמה מוסרית, מטבעה, אין פתרון ערכי ברור; הפתרון כאן הוא פרי בחירה של העדפה אתית. ברגיל, למי שנושא בתוצאותיה של הבחירה – ובמקרה זה החולה – שותפות ראשונה במעלה בהחלטה".<sup>5</sup> לכן, "הפתרון... מחייב להימצא בין הרופא לבין החולה, ואולי גם בינם לבין בני משפחתו, ורק שם".<sup>6</sup>

בחוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005 (להלן – החוק)<sup>2</sup> מוצע איזון ראוי בין הערכים

השונים הרלוונטיים להחלטות הטיפוליות בסוף החיים. עקרון היסוד שנקבע בחוק (ס' 2) הוא, ש"בקביעת הטיפול הרפואי בחולה הנוטה למות, מצבו הרפואי, רצונו ומידת סבלו הם השיקולים הבלעדיים". מטבע הדברים, מעניק החוק משקל מכריע לרצון החולה ולהעדפותיו בין הערך של קדושת החיים מחד גיסא, ושל איכות החיים מאידך גיסא.

דא עקא, חולים רבים מגיעים למצב זה כשהם אינם כשירים מבחינה הכרתית, שכלית ונפשית לקבל החלטות בעניין הטיפול בהם מתוך הבנה ורצון חופשי, וקיים קושי להתחקות אחר רצון החולה במצבים אלה. הדרך היחידה להתגבר על קושי זה היא על ידי מתן הכרה להבעת רצון מוקדמת של החולה לגבי האופן שבו הוא רוצה שיטפלו בו באחרית ימיו, אם לא יהיה כשיר להביע את רצונו באותה עת. לשם כך הוכרו בחוק תוקפן של הנחיות רפואיות מקדימות והאפשרות למנות מיופה כוח, שיהיה מוסמך להחליט במקום החולה על הטיפול הרפואי שיינתן או שלא יינתן לו. כן ניתן בחוק משקל להצהרה של אדם קרוב לחולה, המכיר אותו היטב, באשר לאי רצונו של החולה להוסיף לחיות במצב הנדון. במאמר המתפרסם בגיליון זה כתבה כרמל שלו<sup>7</sup>, כי ההכרה בתוקף של הנחיות מקדימות היא חידוש חשוב של החוק, אך יישומה כרוך בבעיות רבות. המחברת דנה בבעיות הנוגעות לתקשורת בין המטופל לבין הרופא בשלב כתיבת הנחיות, והצביעה על הפער בין ציפיות המטופל מן התהליך לבין אלה של הרופא. שלו הציעה במאמרה דרך להתייחסות לתהליך של הבעת רצון מוקדמת ולניהול ההליך של מינוי מיופה כוח, בצורה שממלאת אחר ציפיות המטופל וצרכיו.

הבעיות הנדונות במאמר נובעות, כך נראה, מהיעדר הכשרה מתאימה של רופאים להתמודדות עם החולה הנוטה למות ומקשיים רגשיים ופסיכולוגיים, שלא אחת פוגמים ביכולת של הרופא לתת מענה על צורכיהם של חולים אלה.<sup>8,9</sup> בנוסף לבעיות אלו, נמנים בספרות הרפואית והאתית כשלים נוספים הפוגמים ביכולתן של הנחיות

מקדימות להשיג את מטרתן.<sup>10</sup> כפי שיבואר, רוב הכשלים האמורים אינם מתקיימים בדגם שנקבע בחוק הישראלי, אם אכן ייושם בצורה מיטבית. כותבי ההנחיות אינם בקיאים מספיק בנושאי מחלות וטיפולים. כך, הם מתקשים לקבל החלטות עתידיות של חיים ומוות, ובמקרים רבים אינם מבינים את הכתוב בטפסים של הנחיות מקדימות, שעליהן הם מבקשים לחתום. בעיה זו אמורה להיפתר על ידי הדרישה שבחוק, שכותב ההנחיות יקבל הסבר מרופא או מאחות מוסמכת (ואם הוא נוטה למות – מרופא מומחה). על המידע הרפואי הנוגע לנושאים המפורטים בטופס ההנחיות המקדימות<sup>11</sup>. למרות הביקורת המוצדקת של שלו על הנוסח האחיד, המפורט והטכני של ההנחיות, הרי שאם הן מובנות ברמה מספקת לאנשי המקצוע כדי להסבירן לכותבי ההנחיות – סביר להניח שתהינה מובנות לרופאים המטפלים גם ברגע האמת, בו יידרשו ליישמן. יתרה מכך, נקבע בחוק מנגנון של פנייה לוועדת אתיקה מוסדית (סע' 47 (א) (4) ו- (6) לחוק), כאשר נדרשת פרשנות לביורר רצון החולה מתוך ההנחיות המקדימות שניתנו. בכך ניתן בחוק פתרון לבעיה הרווחת בארה"ב, של קושי בפירוש ההנחיות וביישומן כתוצאה מכך.<sup>9,10,12,13</sup> בחוק הישראלי נמצא פתרון לבעיה נוספת: פעמים רבות ההנחיות המקדימות אינן מיושמות, מאחר שהמטפלים כלל אינם מודעים לקיומן<sup>10</sup>. על פי סעיף 44 לחוק, הוקם מאגר מידע שבו נרשמים הנחיות רפואיות מקדימות וייפוי כוח, והחוק מחייב את הרופאים לעשות מאמץ סביר כדי לקבל את כל הנתונים והמסמכים הדרושים לביורר רצונו של החולה, כשהוא עצמו אינו כשיר להביעו באותה עת (סעיף 9). בכלל זה, על הרופאים לברר במאגר המידע אם רשומות בו הנחיות שניתנו על ידי החולה הנדון. חידוש חשוב נוסף בחוק הוא פנייה מן האחראי על המאגר בהודעות תזכורת שישלחו אחת לחמש שנים אל האנשים הרשומים במאגר, לחדש או לעדכן את ההנחיות הרפואיות המקדימות או את ייפוי הכוח שהופקדו בו – כל זאת, על מנת לוודא שבעל ההנחיות לא

בנוגע לשאלות אלו מאפשרת לרופא להציג בפניו את התרחישים האפשריים ואת אפשרויות הטיפול בהם, ולשמוע מה עמדתו לגביהם. כשהדיון נערך עם חולה שכבר נמצא במצב שהוא צופה פני המוות, הדרך המומלצת לעשות זאת, לדעת מחברת מאמר זה, היא בעיקר להקשיב לחולה, ולשקף לו את הדברים, כדי לוודא ולהראות שהרופא הבין אותו נאמנה. כמו כן, יש להמעיט ככל האפשר בתיאורי המצבים האפשריים או בכניסה לפרטים הטכניים של סוגי הטיפולים שייתכן ויידרשו. בירור פרטים מסוג זה עם חולה הנוטה למות, ראוי שיעשה רק במידה שבה הדבר דרוש לרופא, על מנת לוודא שלא יחטא לרצון החולה. רופא שהקשיב לחולה והבין את הלך רוחו לגבי הטיפול בו בסוף החיים, אינו זקוק להוראות מפורטות מעבר לכך. כדברי השופט **טירקל**, "כאשר מחפש הרופא את האמת שלו באהבה, בתוך לבו, הוא מוצא שם את התשובה, הוא זוכה בתיקון הלב והוא זוכה, כמו השופט, לשמוע את הקול היוצא מתוכו ואומר לו "יפה דנת, יפה זכית, יפה חייבת"<sup>6</sup>.

שידאג להביעם מראש בהנחיות מקדימות. אופן הדיון עם המטופל בהנחיות מקדימות צריך להיגזר מן המטרות שלשמן הוא נערך. יש מקום לתת לרופאים ולאחיות – הנדרשים לתת הסברים לכותבי ההנחיות – מידע רפואי רלוונטי והכשרה מתאימה לקיום דיון זה, במסגרת הזמן העומד לרשותם ובהתאם לעקרונות שלהלן. מעבר לעצם האפשרות לשוחח על המוות ולהיערך לקראתו, כמודגש במאמרה של **שלו** המתפרסם בגיליון זה של "הרפואה", על הדיון להוות הדמיה (סימולציה) של תהליך הסכמה מדעת לתרחיש לא ידוע שבו קצו של החולה קרב, הוא אינו כשיר, ויש אפשרות להחזיקו בחיים באמצעים רפואיים למשך תקופה קצרה. כמו כל תהליך נכון של הסכמה מדעת, על הדיון להתנהל כדיאלוג, שמטרתו להגיע להחלטה טיפולית שתשרת את טובתו של החולה הנדון<sup>16</sup>. הרופא צריך ללמוד מן המטופל מהי המטרה הטיפולית הרצויה עבורו במקרה כזה; האמנם הארכת חיים? אם לא – באילו נסיבות הוא סבור שלא ירצה להמשיך לחיות? כדי להתאים את אופן הטיפול לרצון החולה, מוצע לברר עמו מהם חששותיו בקשר לטיפול בסוף החיים; אם יובטח לו שלא יסבול כאבים – האם עדיין יש לו חששות בקשר לטיפול? (כגון, שייפול למעמסה על בני משפחתו); האם קיימות מטרות כלשהן שלמענן מסכים לקבל כל טיפול? (לדוגמה, כדי למות ללא ייסורים, או כדי לאפשר פרידה מן האנשים הקרובים אליו). ההקשבה לדברי החולה

שינה את דעתו ביחס לכתוב בהן. על רקע האמור, נראה כי הנחיות מקדימות יכולות להוות כלי עזר יעיל לרופאים בישראל בתהליך קבלת החלטות לגבי הטיפול הראוי בחולה מסוים הנוטה למות. הנחיות כאלו מאפשרות להכריע בדילמות האתיות הקשות שהרופאים נדרשים להן בהקשר זה, על פי רצון החולה והעדפותיו הערכיות, כפי שהובעו על ידו במפורש. בהיעדר הנחיות כאלו, צפוי שרופאים שונים יציגו גישות טיפוליות מנוגדות, שחלקן בהכרח יהיו שונות מזו שאותה היה החולה מבקש לעצמו. ממצאי סקר שנערך לאחרונה בין קוראי ה-*New England Journal of Medicine* מהווים דוגמה מאלפת לכך (הגם שלא ברור אם החולה אליו התייחסו היה "נוטה למות" כהגדרתו בחוק)<sup>14</sup>. הוצגה בפני הקוראים פרשת חולה בלתי כשיר: בן 56 שנה, עם מפרצת קרועה, הסתברות גבוהה לסרטן, פרוגנוזה של נכות חמורה וסיכוי קלוש ביותר לשיפור במצבו הקוגניטיבי. הם התבקשו להחליט האם: (1) להמשיך בטיפול תוקפני (אגרסיבי) בהתאם לדרישת בנו של החולה, שהוא נציגו החוקי, ולקיים אתו דיון אתי; (2) לכתוב הוראת DNR ולהעביר את החולה לטיפול סיעודי; (3) להפסיק טיפול רפואי תומך חיים (Life support), בהסתמך על רצונו המשוער של החולה כפי שהוצג על ידי קרוביו<sup>15</sup>. דעות הרופאים שענו על הסקר נמצאו חלוקות במידה שמוכיחה, כי מי שרוצה שהטיפול שיינתן לו באחרית ימיו יעלה בקנה אחד עם ההשקפות הערכיות שלו ועם רצונותיו – עדיף

**מחברת מכותבת: עפרה גולן**

היחידה למדיניות גנטית וביו-אתיקה  
מכון גרטנר  
מרכז רפואי שיבא, תל השומר 53632  
**טלפון:** 03-5304457  
**פקס:** 03-5305960  
**דוא"ל:** ofrag@gertner.health.gov.il  
ofragolan6@gmail.com

**ביבליוגרפיה**

<p>1 הוועדה הציבורית לענייני החולה הנוטה למות, הצעת חוק: החולה הנוטה למות, התשס"ב-2002, מבוא להצעת החוק, עמ' 14</p> <p>2 חוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005</p> <p>3 עא 506/88 יעל שפר (קטינה) נ' מדינת ישראל, פ"ד מח(1) 87, בעמ' 95</p> <p>4 <b>מאיר ד'</b>, אין צורך באתיקה רפואית, אסיא א עמ' 1979, 248-244</p> <p>5 הפ (ב"ש) 1030/95 ישראל גלעד נ' המרכז הרפואי סורוקה, פ"מ תשנ"ו(1), 441, בעמ' 5-454</p>	<p>6 <b>טירקל י'</b>, "תיקון הלב", הפרקליט מ (חוברת א) 34</p> <p>7 <b>כרמל שלו</b>, ייפוי כוח רפואי של קשישה – פרשת חולה הרפואה עמ' 232-229, 2009</p> <p>8 <b>זמישלני צ' ונחשוני א'</b>, התמודדות עם החולה הנוטה למות, הרפואה 2009; 148: 35-34</p> <p>9 <i>Gorman E T, Ahern SP, Wiseman J &amp; Skrobik O, Residents' end-of-life decision making with adult hospitalized patients: a review of the literature. Acad Med, 2005; 80: 622-633.</i></p>	<p>10 <i>Fagerlin A &amp; Schneider CE, Enough – the failure of the living will. Hastings Center Report, 2004; 34: 30-42</i></p> <p>11 חוזר מנכ"ל משרד הבריאות מס' 7/08 מיום 17.3.09 בנושא: הנחיות ליישום חוק החולה הנוטה למות, ס' 6.2.1, 6.2.6</p> <p>12 <i>Pennsylvania Patient Safety Advisory 2008 December, pp 111-7.</i></p> <p>13 <i>Brody JE, Putting muscle behind end-of-life wishes, The New York Times, February 24, 2009</i></p>	<p>14 <i>Kritek PA, Slutsky AS &amp; Hudson LD, Care of an unresponsive patient with a poor prognosis – polling results. N Engl J Med, 2009;360.</i></p> <p>15 <i>Kritek PA, Slutsky AS &amp; Hudson LD, Care of an unresponsive patient with a poor prognosis – polling results. N Engl J Med, 2009;360:527-31</i></p> <p>16 <b>גולן ע'</b>, הסכמה מדעת לטיפול רפואי – חובת הגילוי באספקלריה של טובת החולה (פרלשטיין גינוסר בע"מ 2008</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------