

מצפון, התנגדות עקרונית ואתיקה בסירוב למתן טיפול רפואי לדרישת המטופל

דניאל שפולינג

המכללה האקדמית נתניה והאוניברסיטה העברית בירושלים

ת ק צ י ר

קיימים מצבים, שבהם סירובו של רופא להעניק טיפול רפואי כשחולה דורש זאת ממנו יכול להיות מוצדק על-פי כללי האתיקה הרפואית ועקרונותיה. מאמר זה נועד להתחקות אחר מצבים אלה, תוך ניתוח קנה-המידה שלפיהם תעמוד או לא תעמוד לרופא החירות שלא להעניק את הטיפול הרפואי המבוקש. במאמר נדונים שלושה מצבים עיקריים שבהם יכולה להתעורר שאלת סירובו של הרופא להעניק טיפול: סירוב מטעמי מצפון והתנגשות בין מערכת הערכים הפנימית של הרופא וזו המגולמת בהענקת הטיפול; סירוב הנובע משיקולים כלליים שעניינם בחינת אינטרסים רחבים אשר ניתן לסווג כשיקולי מדיניות; וסירוב שמקורו בהערכה קלינית-מקצועית של הטיפול המוצע, סיכויי ההחלמה הצפויים, ההטבה הצפויה ממנו לרווחת החולה וכיו"ב.

הניתוח האתי במאמר מוביל למסקנה, כי רופא רשאי (אך לא זכאי) לסרב להעניק טיפול רפואי במקום שהוא נדרש לעשות כן על-ידי החולה, כאשר סירובו נעוץ בהתנגדות ערכית-מצפונית, אך הוא אינו רשאי לסרב לתת טיפול כאשר סירובו נובע משיקולי מדיניות או דאגה לאינטרסים של צדדים שאינם חלק מהחוליה הטיפולית הישירה. בנוסף מתקבלת המסקנה, שלפיה רשאי רופא לסרב להעניק טיפול רפואי מטעמים קליניים-מקצועיים כשאין מדובר במצב חירום; כשהענקת הטיפול הרפואי על-ידי הרופא המסוים עלולה לסכן את בריאות החולה; כשהטיפול הרפואי כרוך בסבל, בכאב ובירידה באיכות החיים העולים על התועלת הרפואית שבו; וכאשר סיכויי הצלחת הטיפול נמוכים ביותר או כשהטיפול חסר כל ערך רפואי.

ה ק ד מ ה

שאלת סירובו של רופא להעניק טיפול רפואי כשחולה דורש זאת ממנו היא קשה ומורכבת, ולרוב אינה יכולה לקבל מענה כולל ושלם. עם זאת, ייתכנו מצבים שבהם יהא זה מוצדק לסרב להעניק טיפול רפואי. השאלות מהם מצבים אלה ועל-פי אילו קנה-מידה נכריע בהם עומדות במרכזו של מאמר זה. לצורך דיון בשאלה זו יש להבחין בין שלושת המצבים הבאים:

במצב הראשון, סירובו של הרופא להעניק טיפול נובע מכך שהטיפול המוצע עומד בניגוד או בסתירה למערכת הערכים, לאידיאולוגיות ולמצפון האישי של הרופא, ואין הוא מושפע

מילות מפתח: סירוב להעניק טיפול רפואי; התנגדות מצפונית; עקרונות האתיקה הרפואית; טיפול חסר ערך (Futile); חובה להעניק טיפול רפואי.

Key words: Refusal to treat; Conscientious refusal; Principles of medical ethics; Duty of care and treatment; Futile treatment.

מהערכה קלינית של הטיפול. דוגמה לכך תהא סירובו של רופא חרדי לאשר הפלה לאישה כשלא נשקפת סכנה לחייה או לחיי עובריה.

במצב השני, סירובו של הרופא לטפל אף הוא אינו קשור קשר ענייני לפרוגנוזה הרפואית. אך בשונה מהמצב הראשון, הוא נובע משיקולים כלליים שאינם נוגעים למערכת הערכים הפנימית של הרופא, ושעניינם בחינת אינטרסים רחבים שאותם ניתן לסווג כשיקולי מדיניות. דוגמה למצב כזה יהא סירובו של מומחה בתחום הפוריות לאפשר יישום טכנולוגיות רבייה לאישה בת 60 שנה או לזוג חסר אמצעים כלכליים.

במצב השלישי, סירובו של הרופא להעניק טיפול מקורו בהערכה קלינית-מקצועית של הטיפול המוצע עבור אותו חולה, סיכויי החלמתו, ההטבה הצפויה ממנו לרווחת החולה וכיו"ב. דוגמה למצב זה תהיה סירובו של רופא להאריך חיים של וד שנולד פג ולוקה בפגיעת מוח קשה, ואשר סיכויי הישרדותו אפסיים.

במאמר זה תועלה טענה, כי המקרים המתאימים למצבים 1 ו-2 ניתנים להכרעה בקלות יחסית, בעוד שאלה המשתייכים למצב השלישי מורכבים, ומחייבים לשקול שיקולים מסוגים שונים כשכל מקרה לגופו. כללי ההכרעה במצב הראשון והשני מקורם בבחינה חיצונית של המקצוע הרפואי בכלל, ובאופן מוגדר בשאלה מהו תחום התפרשות המקצוע הרפואי על תחומי החיים בכלל. לעומת זאת, כללי ההכרעה במצב השלישי מקורם בבחינה פנימית של מקצוע הרפואה בכלל ושל כללי האתיקה הרפואית המסדירים תחום מקצועי זה בפרט.

סירוב מטעמי מצפון

מקרים הנופלים למצב הראשון מעלים את השאלה: האם לעוסקים במקצוע הרפואה קיימת חירות להגביל את עיסוקם אם הוא מתנגש עם עולם הערכים הפנימיים שלהם. עולם זה מהווה מעיין להרהורים עצמיים ולשיפוט פעולות שעושה אדם ההופכים פעולה כלשהי למותרת או אסורה, טובה או רעה, נכונה או שגויה – והכל בעיני עצמו. העימות שבין עולם הערכים הפנימי של העוסק במקצוע הרפואי לבין תחושת הכורח למלא אחר הנדרש בעיסוק עצמו, אינו מיוחד לתחום הרפואה: הוא נמצא בכל תחום שנדרשת בו עשייה אשר לה משמעויות והשלכות ערכיות-מצפוניות. במובן הזה, טווח התפרשותו של מקצוע הרפואה אינו רחב יותר מכל עיסוק אחר. הוא צריך להיות מוגבל עד למקום שבו הוא חודר לשטח תחומם של המצפון והאידיאולוגיה האישיים. תמיכה בטענה זו ניתן למצוא בסעיף 318 לחוק העונשין, תשל"ז – 1977, המתיר סירוב לבצע הפסקת הריון מטעמי מצפון; גם בנייר עמדה של ההסתדרות הרפואית בנושא

מכאן, שכאשר מסרב רופא לתת טיפול רפואי שאינו שנוי במחלוקת מבחינה מקצועית, וזאת אך מטעמים של מדיניות ציבורית ודאגה לאינטרסים של צדדים שאינם חלק מהחוליה הטיפולית הישירה, חורג הוא מסמכותו המקצועית. במצבים שבהם עולים טעמים כאלה, יכול הרופא לדון בהם עם החולה, כמו הצעה למבקשים לעבור טיפולי פוריות לשקול את טובת הילד העתידי, או להסב את תשומת לבם של האמונים על מערכת השיקולים הציבוריים והתקציב הציבורי. אולם הוא אינו רשאי לסרב משיקולים אלה להעניק את הטיפול הרפואי המבוקש.

סירוב מטעמים רפואיים

לעומת המקרים המתאימים למצב הראשון והשני, הרי שאלה המשתייכים לקבוצה השלישית מעוררים דילמות שלא תמיד נמצאת להן תשובה חד-משמעית. סוגיית סירובו של רופא להעניק טיפול בעקבות הערכה קלינית-מקצועית, שאינה עולה בקנה אחד עם רצונו של החולה להמשיך בטיפול הרפואי, צריכה למצוא פיתרון בעקרונות האתיקה הרפואית ובכלליה הכתובים. אלה מסדירים את מישור היחסים הפנימי שבין חולה ורופא, ומסייעים בידי הצוות הרפואי בגיבוש דרך פעולה "נכון" או "ראוי". באתיקה הרפואית נקבעים כללי התנהגות המוכרים על-ידי אנשי המקצוע הרפואי כמחייבים. כללים אלה הם תוצר המשלב עשייה קלינית יחד עם עקרונות מוסר והתנהגות מופשטים. הם משקפים ומאשררים את ערכי המקצוע, וגם מכוננים את זיהויים העצמי של העוסקים בו.

אלא שהצורך בניסוח כללי אתיקה מפורטים ומנחים מחד-גיסא, והרצון שלא להעמיס, לבלבל ולהטעות את אנשי המקצוע על-ידי התייחסות למצבים רבים ומגוונים מאידך-גיסא, מביא לחוסר שלמות אינהרנטית בחיבור הקוד האתי עצמו. בעקבות זאת, לא אחת נמצא התייחסות פשטנית או חסרה של סוגיה מסוימת. לפיכך, לצד עיון בהוראות כללי האתיקה הכתובים, יש להתחקות אחר אותם עקרונות יסוד של השיטה האתית עצמה. על עקרונות אלה נשענים כללי האתיקה החקוקים עצמם ומהם ייגזרו כללי האתיקה שיחוקקו בעתיד.

ארבעה עקרונות עומדים בבסיסה של האתיקה הרפואית: אוטונומיה, עקרון ה"אל-נזק" (Nonmaleficence), עקרון התועלת (Beneficence) ועקרון הצדק [4]. אוטונומיה של הפרט היא ערך בסיסי וחשוב בקבלת החלטות ובעריכת איזון אינטרסים מתנגשים כמעט בכל דילמה הכפופה לאתיקה הרפואית, ודאי זו הקשורה בסירוב רופא להעניק טיפול למול דרישת חולה לקבל טיפול. כבוד לאוטונומיה של האדם כרוך ביכולת לקבל החלטות ובמתן האפשרות לפרט לפעול באופן אוטונומי. עקרון האוטונומיה מחייב את שאלת שיתופו של האדם הנוגע בדבר ההחלטות המשמעותיות הרלבנטיות לו בכלל, ובתחום בריאותו ושלומו הגופני בפרט. ביטוי לרעיון זה ניתן לראות בשבועת הרופא (היפוקרטס) שבה נקבע, "והשכלתם להבין לנפש החולה לשובב את רוחו בדרכי תבונות ובאהבת אנוש"⁴. עקרון האוטונומיה של

"רפואה ואמונה בטיפול הרפואי" נקבע, כי "אין לכפות על רופא מתן טיפול כלשהו העומד בניגוד לשיפוט דעתו המקצועי או בניגוד למצפונו".

לפיכך, נכון יהיה לטעון, כי כאשר רופא נתקל בעימות כזה, רשאי הוא לסרב לטפל בחולה מטעמי מצפון¹. במצב כזה, עליו להסביר לחולה כי ככלל, הטיפול המבוקש על-ידו ניתן לביצוע, אך לא על-ידי אותו רופא. הרופא המסרב רשאי להפנות את החולה לרופא אחר שהוא סבור כי לא יתנגד מאותם הטעמים ממש לבצע את הטיפול האמור. במקרה של סירוב מצפוני או ערכי לתת טיפול לחולה הנוטה למות (כהגדרתו בחוק), חלה עליו חובה חוקית להפנות את החולה אל רופא אחר².

סירוב מטעמים עקרוניים

מקרים הנופלים למצב השני מעלים התנגשות נוספת. נוצר קונפליקט בין הגדרת התפקיד והאחריות הרפואית, הגוזרת חובה להעניק לחולה את הטיפול הרפואי הטוב ביותר שניתן, לבין מערכת ציפיות – פנימיות וחיצוניות – שלפיהן במילוי תפקידו על הרופא לשקול שיקולים נוספים. השיקולים הללו כוללים ניצול כלל המשאבים העומדים לרשותו לטובת חולים אחרים; אינטרסים של צדדים שלישיים שאינם חלק מהקשר הטיפולי הישיר כמו טובת הילוד שטרם נולד; שיקולי מדיניות רחבים יותר, כמו החלוקה המיגדרית באוכלוסייה (לצורך PGD); קביעת הגיל או דפוס החיים הראוי להורות; או קבלת החלטה עקרונית, כגון האם עברייני צריך להופיע ברשימת ההמתנה לאיברים המיועדים להשתלה [2].

בעניין זה נטושה מחלוקת קשה בין החוקרים. אולם נראה שאין מחלוקת על כך שחובת הרופא צריכה להיות מופנית קודם כל לחולה שלפניו. לרופא אין הכישורים, היכולות או הפנאי לעסוק בשיקולים של צדק ושוויון, ולהקריב את הטיפול הרפואי בחולה יחיד לטובת החלטה בעלת אופי ציבורי. הדבר גם אינו נדרש ממנו על-פי מהות תפקידו. סמכותו של הרופא להפעיל את שיקול דעתו המקצועי נתונה בתוך מיסגרת קבועה מראש, המוכתבת לו על-ידי קובעי המדיניות ומחלקי התקציב. אלה הן הרשויות הציבוריות המוסמכות לדון ולהכריע בסוגיות הפונות לקהלי יעד גדולים. לרופא לא קיימת לגיטימציה לעסוק בסוגיות אלה ולהכריע בהן. תחום מקצוע הרפואה אינו צריך להתפרש לשקילת שיקולי מדיניות וטובת הציבור, אשר נדונים על-ידי הגופים המוסמכים³. תימוכין לעמדה זו ניתן למצוא בכלל שלוש לכללי האתיקה של ההסתדרות הרפואית, שבו נקבע, כי "בהוראותיו ובפעולותיו הרפואיות, לא תהיה על הרופא מרות זולת מצפונו הרפואי", ובכלל 11 לאותם כללים, שלפיו "על רופא להימנע – פרט לנסיבות חריגות – מלנקוט פעולה בשטחים אשר לפי שיקול דעתו המקצועי הם מחוץ ליכולתו הרפואית."

¹ כדי למנוע סירוב שרירותי של טיפול מספר מדינות בארה"ב מתנות את ההתנגדות המצפונית להענקת טיפול בכך שהיא תהיה מבוססת על טעמים שבמוסר או בדת [1].

² סעיף 56 לחוק החולה הנוטה למות [19]. להגדרת חולה כזה ראו הערה 11 להלן.

³ לעמדה שונה ראו Jotkowitz & al [3].

⁴ תרגום בעברית לשבועת הרופא מצוי באתר ההסתדרות הרפואית: <http://www.ima.org.il/>

יסוד אלה, עולה המסקנה כי מבחינת האתיקה הרפואית, נראה זה נכון שהענקת טיפול תהיה לא אתית כאשר זו נוגדת את האינטרסים של החולה. במאמר זה מועלית הצעה, שמצב כזה יכול להתרחש בכמה מצבים:

- 1) הטיפול הרפואי האמור אינו מבוקש במצב חירום.
 - 2) הענקת הטיפול הרפואי עלולה לסכן את בריאותו של החולה.
 - 3) לטיפול יש תועלת רפואית, אך הוא כרוך בסבל וכאב רב המפחיתים באופן משמעותי מאיכות-החיים של החולה ועולים על התועלת שבריפוי המחלה.
 - 4) הטיפול אינו מביא תועלת רפואית ממשית לחולה (Futile). בטיפול כזה סיכויי ההצלחה נמוכים מאוד או שהתועלת ממנו לחלוטין ספקולטיבית.
- מסקנתי יכולה למצוא תימוכין בכמה כללי אתיקה ובחלק מהוראות החקיקה בארץ ובמדינות המערב, כמפורט להלן:

באשר למצב הראשון – בכלל 4 לכללי האתיקה של ההסתדרות הרפואית בישראל נקבע, כי "הרופא חייב להגיש עזרה רפואית במקרים דחופים, או כאשר מדובר בהצללת נפשות". בכלל נוסף, כי "בכל מקרה אחר, רשאי הרופא שלא לקבל לטיפולו חולה מסיבות אישיות או מקצועיות". בכלל 8 לכללים אלה נוסף, כי "בעת מצב חירום או שנשקפת סכנה לציבור, לא יזנח הרופא את חוליו ולא יפקיר את שדה פעולתו"; ובכלל 32 לכללי האתיקה שענייננו טיפול בקטין או חוסה, נקבעת גם כן החובה האתית לטפל במקרה חירום ללא דיחוי. הוראה דומה קיימת בנייר עמדה של ההסתדרות הרפואית בנושא "סיום יחסי רופא-מטופל" ביוזמת הרופא; נקבע בו, כי על הרופא מוטלת החובה לתת עזרה רפואית למטופל כל עוד המטופל זקוק לה, וכי בתנאי חירום חובה זו מוחלטת ואינה ניתנת לשקול-דעתו של הרופא. חיוזק להסדר אתי זה ניתן למצוא בסעיף E-8.11 לכללי האתיקה של ה-AMA⁶. עמדה זו מקבלת גושפנקא במצב המשפטי הקיים לנוכח חוק זכויות החולה, שבו נקבע בסעיף 11, כי בנסיבות של מצב חירום רפואי או סכנה חמורה, על הגורם המטפל לטפל בחולה ככל יכולתו [7]. יוצא, אפוא, שכללי האתיקה והוראות החוק אינם מאפשרים לרופא לסרב להעניק טיפול רפואי דחוף.

באשר למצב השני – כאן נדונים בעיקר מצבים שבהם הרופא חולה במחלה מדבקת, כך שהענקת הטיפול עלולה להעביר את המחלה לחולה ולגרום לו נזק או לסכן את בריאותו. במצבים כאלה, שבהם נקיטת אמצעי זהירות למניעת ההדבקה אינה מספקת, רשאי רופא לסרב להעניק טיפול חרף דרישת מטופלו. עניין זה נתמך בכלל E-9.13 לכללי האתיקה של ה-AMA⁷ [8] ובכלל E-9.131 העוסק בחולים ורופאים נשאי HIV [9]. אפשרות

הפרט כשלעצמו מכתוב, כי ככל שאדם כשיר ובוגר הביע את רצונו המלא בהמשך הטיפול בו, יש להעניק לו את הטיפול הרפואי הדרוש⁵.

על-פי העיקרון השני, עקרון ה"אל-נזק", מישור האתיקה הרפואית הוא זה שבו על הצוות הרפואי לעשות כל שביכולתו כדי למנוע נזק לחולה. ההליך הרפואי המבוקש צריך לתאם לרעיון שלפיו לא ייגרם נזק לאחר, ובעיקר לחולה [4]. עם זאת, מונח הנזק כה נרחב, עד כי הוא כולל גם אי-נוחות או השפלה. במקרים מסוימים, סירובו של הרופא לטפל בחולה המבקש זאת עלול לגרום לו נזק. גם אם הרופא סבור שהטיפול הרפואי המבוקש לא יועיל לחולה מבחינה רפואית, הרי שעצם הפסקת הטיפול בו יכולה להביא לכאב וסבל, ובכך להוסיף על נזקו של החולה. גם מבחינה סמלית יכול החולה להימצא במצב של נזק: ניתן לתפוס את אי-הנוחות הרגשית או תחושת ההשפלה שיחוש החולה נוכח סירוב הרופא לטפל כהפרה של עקרון זה.

לפי העיקרון השלישי, עקרון ה"תועלת", נדרש שפעולת הצוות הרפואי תתרום באופן חיובי לרווחתו של הפרט, נשוא הפעולה הרפואית הנדונה, על-ידי הגנת זכויותיו ומניעת נזק או הסרת נסיבות העוללות להזיק לו. סירובו של הרופא לטפל בחולה מהטעם שאין בהמשך הטיפול הרפואי תועלת, היא פעולה שספק אם ניתן לראות בה כמועילה עם החולה. לעומת זאת, אם נחסך מהחולה סבל או כאב הכרוך בטיפול, הרי שיש כאן תועלת, ובמובן הזה לפחות ניתן לראות בסירוב הרופא כממלא אחר דרישה זו.

העיקרון האחרון, עקרון הצדק, מחייב יחס של הוגנות, שוויוניות, וטיפול נאות לנוכח החובות הקיימות כלפי הפרטים הרלבנטיים [4]. יחס זה חייב לקיים שני תנאים. האחד, כי לכל אדם תהיה גישה להשגת רווחה מספקת, הדרושה לקיום חיים מלאים ומשביע-רצון ("צדק מתקן"). השני, כי השגתה של אותה רווחה מספקת תתאפשר על-ידי טיפול שווה בשווים וטיפול בלתי שווה בבלתי-שווים ("צדק מחלק"). ניתן לטעון, כי סירובו של רופא לטפל בחולה כשזה האחרון דורש את הטיפול, מהווה יחס בלתי הוגן ובלתי נאות כלפיו, ועלול לפגוע בתחושת הצדק האישי של החולה, במידת שביעות-רצונו מהטיפול הרפואי ובמצבו הבריאותי בכלל. מאידך, כאשר סירובו של הרופא לטפל בחולה הנתון תואם לחולים אחרים בעלי פרוגנוזה רפואית דומה לזו של החולה, הרי שיש לראות בעצם פעולת הסירוב נקיטת אמצעים שווה, העולה בקנה אחד עם דרישות עקרון הצדק במובנו כצדק מחלק.

בחינת עקרונות היסוד של האתיקה הרפואית ויישומם בענייננו מעלה, כי סירובו של רופא להעניק טיפול רפואי כשהחולה דורש זאת, מנוגד לכאורה לעקרון כיבוד האוטונומיה והתועלת, ויכול אף לגרום נזק לחולה. עקרונות יסוד אלה יתקשו אפוא להצדיק סירוב כאמור. עם זאת, כאשר מעיינים בעקרונות

⁶ "The physician should, however, respond to the best of his or her ability in cases of emergency where first aid treatment is essential".

⁷ "A Physician who knows that he or she has an infectious disease, which if contracted by the patient would pose a significant risk to the patient, should not engage in any activity that creates a significant risk of transmission of that disease to the patient. The precautions taken to prevent the transmission of a contagious disease to a patient should be appropriate to the seriousness of the disease and must be particularly stringent in the case of a disease that is potentially fatal."

⁵ במקרה אמפירי שנערך בקרב רופאים ביחידות טיפול נמרץ, אשר הושו בו עמדותיהם הנוגעות להפסקת טיפול מציל חיים עם אלה של עמיתיהם בארה"ב, עלה כי רופאים בישראל נותנים משקל פחות יותר לאוטונומיה של החולה ולצורך בשינוף משפחתו בנוגע להחלטות כאלה לעומת הרופאים האמריקאים [5].

בקרוב מטפלים שונים, והיא גם מעלה שאלות של צדק חלוקתי הנוגעות להקצאת המשאבים הרפואיים [14].

לצד קשיים אלה, סירוב להעניק טיפול לא מועיל אינו מוסדר במפורש בכללי האתיקה. קיימת הנחיה של ההסתדרות הרפואית, שלפיה "טיפול רפואי שאינו מביא כל תועלת לחולה ב-PVS מותר להפסיקו אם זה רצונו של החולה כפי שהוא נתן לכך ביטוי קודם או על-פי בקשת נציגו המוסמך על-פי חוק" [15]. האם צריך ללמוד מכך שאם החולה לא הביע את רצונו להפסיק את הטיפול, ועוד יותר מכך, אם הביע את רצונו להמשיך הטיפול, יש להעניק לו את הטיפול הרפואי גם אם הוא חסר תועלת? התשובה שלילית לפי הנחיות עדכניות של הלישכה לאתיקה של הר"י⁹, זוהי גם דעתו של המחבר. העובדה שהטיפול חסר תועלת משנה לכאורה את החובה האתית של הרופא כלפי החולה. יתרה מזו, יש הטוענים כי בנסיבות מסוימות חלה חובה על הרופא שלא לתת טיפול ואף לא לדון בו עם החולה [17]. טענה זו מרחיקת לכת מדי; מוטב לקבוע, כי כאשר הטיפול הרפואי אינו מועיל, לא מוטלת עוד חובה אתית על הרופא להמשיך ולטפל בחולה, ומכאן שיש לו החירות, אך לא הזכות, לסרב לתת טיפול. תמיכה בעמדה זו מצוינת במפורש בסעיף E-2.035 לכללי האתיקה של איגוד הרופאים האמריקאי [18]:

"Physicians are not ethically obligated to deliver care that, in their best professional judgment, will not have a reasonable chance of benefiting their patients. Patients should not be given treatments simply because they demand them. Denial of treatment should be justified by reliance on openly stated ethical principles and acceptable standards of care..."¹⁰

לצד חוות-דעת אתית זו, יש לשים לב להוראת סעיף 13 לחוק החולה הנוטה למות, שבה נקבע כי הרופא חייב לכבד את רצונו של חולה הנוטה למות¹¹ המבקש לקבל טיפול רפואי, למרות שלדעת הרופא האחראי אין לאותו הטיפול הצדקה בנסיבות העניין. עם זאת, הוראה זו לא תחול אם לדעת אותו רופא, הטיפול אינו צפוי להאריך את חיי המטופל או עלול לגרום לו או לזולתו נזק משמעותי. הוראה זו מחזקת את עמדת כותב המאמר ומצביעה על פטור מחובה משפטית בנסיבות שיכולות להיות רחבות מאלה המוצעות במישור האתי, כמו נזק לחולה אחר עקב אי-הענקת אותו טיפול מציל חיים.

לסיכום, רופא רשאי, אך לא זכאי, לסרב להעניק טיפול רפואי במקום שהוא נדרש לעשות כן על-ידי החולה, אם סירובו נעוץ בהתנגדות ערכית-מצפונית. הוא אינו רשאי לסרב לתת טיפול כאשר סירובו נובע משיקולי מדיניות או דאגה לאינטרסים של

אחרת לסרב להעניק טיפול, השנויה במחלוקת אף יותר, היא כאשר קיימת סכנה ישירה ומיידית להידבקות הרופא עצמו ממטופל הלוקה במחלה מדבקת [10].

באשר למצב השלישי – ההתייחסות בו היא לחירותו של הרופא לסרב לתת טיפול אם זה יוביל לכאב וסבל שיעלו על התועלת הרפואית שבו. חירות הרופא לסרב נתמכת בכלל הראשון הפותח את כללי האתיקה של הר"י. לפי כלל זה, "ייעודו של הרופא הוא לשמור על בריאותו הגופנית והנפשית של האדם ולהקל על סבלו תוך כיבוד החיים וערך האדם". כלומר, על-פי כלל אתי זה, הקלת הסבל מהווה חלק נפרד משמירה על בריאות החולה, והיא יוצרת חובה הזוהה במקומה לזו של שמירה על בריאות החולה. גם בכלל 14 לכללי האתיקה, שנדון בו הטיפול בחולה במצב סופני, מודגשת חובת הרופא "להקל על סבלו הגופני והרוחני, להבטיח איכות לחיים הנגמרים ולשמור על כבודו של הנוטה למות".

באשר למצב הרביעי – נדונה בו סוגיית טיפול שהוא לכאורה חסר תועלת רפואית עבור החולה. מאחר שלעיתים קיים קושי בהגדרת טיפול מסוג זה, הוצעו בסיפורת המקצועית מספר מבחנים להגדרה זו. על-פי מבחן אחד, טיפול נחשב חסר תועלת אם לפחות אחת ממטרותיו לא תוכל להתגשם. מטרה זו יכולה להיות פיזיולוגית או להיות מוגדרת כדחיית מוות, הארכת חיים לתקופה מסוימת או שיפור באיכות-החיים [11]. במבחן נוסף, בעל אופי כמותי, טיפול נחשב חסר תועלת אם דווח ככזה בסיפורת הרפואית או אם לא הניב תוצאות ב-100 המטופלים האחרונים של הרופא [12]. לאחרונה נהוגות מספר שיטות ניקוד המסייעות לרופאים לקבוע אם טיפול מסוים אינו מועיל. בשיטות אלו, מסייעים הרופאים בנתונים המאפשרים לנבא תמותת חולים הזקוקים לטיפול מציל או תומך-חיים⁸.

לנוכח הקושי המעשי והאשליה שביכולת להפעיל מבחנים אלו, הוצעו בסיפורת דרכים אחרות שעל-פיהן ראוי להתמודד עם בקשות לטיפול חסר תועלת רפואית. בדרך אחת הוצע להעניק משקל כמעט מוחלט לאוטונומיה של החולה, שממנה נגזרת היכולת הבלעדית להחליט בעצמו מהו הטיפול הראוי לו. בדרך אחרת הודגשה דווקא האוטונומיה של הרופא שלא להעניק טיפול אם הוא סבור שאינו מועיל. אלא שגם דרכים אלה לא הובילו לפיתרון מעשי, הואיל וכל אחת מהן הייתה ניתנת להצדקה. כתוצאה מכך, הוצע לפתח תהליך מוקדם או מדורג של קבלת החלטות למצבים שבהם הטיפול המוצע לא יועיל. על-פי הצעה זו, על הרופא המטפל הוטלה האחריות לשוחח מראש עם החולה על התרחישים האפשריים למצבים אלה, בעוד שההחלטה הסופית לגבי הטיפול נותרת בידי החולה [13].

הגדרת הטיפול הלא מועיל מעלה קשיים מעשיים ומושגיים כאחד: המבחנים השונים לקביעת טיפול לא מועיל, גם אם יש בכוחם להיות מהימנים, מעוררים קושי אתי ככל שההסתמכות עליהם נעשית כדי לשלול טיפול, שהרי הם לא יועדו למטרה זו. ההחלטה איזהו טיפול מועיל ואיזהו אינו מועיל יכולה להיות שונה

⁹ בהנחיות אלה נקבע, כי על הרופא לנסות ולהניא מטופל מקבלת טיפול שאין לו הצדקה רפואית [16].

¹⁰ See also E-8.20: "...treatments which have no medical indication and offer no possible benefit to the patient should not be used; treatments which have been determined scientifically to be invalid should not be used..."

¹¹ בחוק מוגדר "חולה הנוטה למות" כמטופל עם בעיה רפואית חשוכת מרפא שתוחלת חייו, אף אם יינתן לו טיפול רפואי, אינה עולה על שישה חודשים [19]. על פניה, הגדרות "החולה הנוטה למות" ו"הרופא האחראי" עומות ועולות ליצור קשיים מעשיים רבים. [20].

⁸ הכוונה במיוחד לשיטת ה-APACHE (Acute Physiology and Chronic) (Health Evaluation).

9. American Medical Association, Code of Ethics, HIV-Infected Patients and Physicians (§E-9.131), available at: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/8550.html>
10. Welie JVM, May a dentist refuse to treat an HIV-positive patient? *Med Healthcare & Philo*, 1998; 1: 163-169.
11. *Younger SJ*, Who defines futility? *JAMA*, 1988; 260: 2094-2095.
12. *Lawrence J*, Medical futility: its meaning and ethical implications. *Annals Intern Med*, 1990; 112: 949-954.
13. *Helft PR, Siegler M & Lantos J*, The rise and fall of the futility movement. *NEJM*, 2000; 343: 293-296.
14. *Gatter RA & Moskop JC*, From futility to triage. *J Med Phil*, 1995; 20: 191-205.
15. נייר עמדה בנושא "האכלה מלאכותית של חולה הנמצא במצב וגטיבי קבוע" הר"י, נמצא באתר ההסתדרות הרפואית בישראל: <http://www.ima.org.il/>
16. רכס א', גבולות החובה בטיפול הרפואי, זמן הרפואה (מאי-יוני 2007), 53.
17. *Rubin SB*, When Doctors Say No: The Battleground of Medical Futility, Bloomington, Indiana University Press, 1998.
18. American Medical Association, Code of Ethics, Futile Care (§E-2.035), available at: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/8389.html>
19. חוק החולה הנוטה למות, תשס"ו-2005 ס"ח תשס"ו, חוברת 2039, עמ' 57.
20. רודניצקי-דרורי ח', חוק החולה הנוטה למות מול חוק העונשין: עבירות המתה וסיוע להתאבדות במבחן חוק היסוד: כבוד האדם וחירותו, רפואה ומשפט, 2006, 35; 48-76, במיוחד בעמ' 68 ואילך.

צדדים שאינם חלק מהחוליה הטיפולית הישירה. בנוסף, הרופא רשאי לסרב להעניק טיפול רפואי מטעמים קליניים-מקצועיים: אם החולה אינו במצב חירום; אם הטיפול הרפואי כרוך בסבל, בכאב ובירידה באיכות-החיים העולים על התועלת הרפואית שבו; וכאשר סיכויי הצלחת הטיפול נמוכים ביותר או שהוא חסר כל ערך רפואי. נראה, כי בכל מצב שבו הרופא מסרב להעניק טיפול, עליו להודיע על כך מראש לחולה או לקרוביו בפרק זמן שיספיק להם למצוא טיפול רפואי חלופי, ואם הדבר אפשרי, אף לסייע בידיהם למצוא רופא חלופי.

ב י ב ל י ו ג ר פ י ה

1. *Daar JF*, A clash at the bedside: patient autonomy v. a physician's professional conscience. *Hastings Law J*, 1993; 44: 1241-1289.
2. *Angell M*, The doctor as double agent. *Kenn Inst Ethics J*, 1994; 4: 279-286.
3. *Jotkowitz AB, Porath A & Glick S*, The professionalism movement. *IMAJ*, 2004; 6: 661-664.
4. *Tom L, Beauchamp L & Childress JF*, Principles of Biomedical Ethics, 5th ed., New York, Oxford University Press, 2001.
5. *Grunfeld GB & Einav S*, Forgoing life-sustaining treatments: comparison of attitudes between Israeli and North American intensive care healthcare professionals. *IMAJ*, 2003; 5: 770-774.
6. American Medical Association, Code of Ethics, Neglect of Patient (§E-8.11), available at: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/8495.html>
7. חוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996, ס"ח תשנ"ו, חוברת 1591, עמ' 327.
8. American Medical Association, Code of Ethics, Physicians and Infectious Diseases (§E-9.13), available at: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/8549.html>

מחבר מכותב: דניאל שפרלינג, בית-הספר למשפטים, המכללה האקדמית נתניה, רח' האוניברסיטה 1, נתניה 42365
טלפון: 09-8607413
דוא"ל: daniel.sperling@utoronto.ca