

קביעת סיפול בסוף החיים: בידי מי ההחלטה?

שי הרצברגר, אלן רובינוב

האגף לרפואה פנימית, הפקולטה לרפואה האוניברסיטה העברית, הדסה עין כרם, ירושלים

יכולת ההחלטה שלהם מוטלת בספק. ניתן להעריך יכולת החלטה על ידי עריכת מבחנים פסיכולוגיים. חוקרים שונים [5-7] סבורים, כי ניתן לקבוע במספר שאלות פשוטות האם המטופל מבין את הטיפול המוצע לו והאם הוא מסוגל לקבל החלטה ברורה.

אם המטופל אינו כשיר לקבל החלטות, אך קיימות הוראות רפואיות מקדימות שניתנו על ידי המטופל או מונה מיופה כוח, נדרשים הרופאים לפעול על פי רצונו של החולה. רק כ-20% מהאוכלוסייה משאירים הוראות רפואיות מקדימות [8], ורובם נמנעים מלעסוק בשאלות של סוף החיים. על פי סקר שנערך בישראל [9], רק כ-50% מהמשפחות יודעות מהן העדפות ההורה הנמצא במצב סופני, וגם אז רק 46% מתוכם מילאו אחר רצונו.

רופאים במרפאות הקהילה ממעטים לדבר עם מטופליהם לגבי חלופות טיפול במצבים שבהם נשקפת סכנה לחיי המטופלים, ולגבי האפשרות למנות מיופה כוח קרוב שיקבל החלטות במקומם אם לא יהיו כשירים לכך. כאשר אדם מגיע במצב קריטי לחדר מיון או כאשר מחמיר מצבו של מאושפז, נוטה הצוות הרפואי להנשים את המטופל, כיוון שהמחויבות הבסיסית של הרופא היא הצלת חיים (When in doubt choose life). על פי מחקרים שנערכו בבתי חולים כלליים, רק 1%-22% מההחייאות מוגדרות כמוצלחות, כך שהחולים שעברו החייאה בהצלחה משוחררים לבתייהם [10]. באוכלוסיית הקשישים החיים בבתי אבות התמונה עגומה אף יותר [11]; רוב ההחייאות נכשלות, השורדים שעברו "החייאה מוצלחת" נשארים לרוב עם חסר נירולוגי משמעותי, ורובם אינם שורדים את השנה הראשונה לאחר ההחייאה.

בחוק החולה הנוטה למות מודגש, כי כאשר לא קיימות הוראות מקדימות, אזי "אדם קרוב" – בעל קשר רציף ומתמשך עם החולה, המכיר אותו ואת ערכיו – יכול לקבל החלטות במקומו. במחקר פרוספקטיבי [12] הודגם, כי החלטה של בא-כוח (Substituted judgment), שהוא בן משפחה, משקפת באופן המהימן ביותר את רצונו וערכיו של המטופל. ללא בן משפחה, למטפל הראשוני עדיפות על פני רופא בית החולים. האיגוד האמריקאי לגריאטריה (AGS) ממליץ אף הוא על הרופא המטפל כתחליף מתאים למשפחה או להוראות מקדימות [13].

כאשר רופאים בבתי חולים אינם מודעים לרצונו של החולה ומתקשים לקבל החלטה, עליהם להתייעץ עם רופא בכיר או לפנות לוועדה אתית מוסדית של בית החולים. פנייה לוועדת אתיקה או לוועדה משפטית מומלצת על ידי איגודים רפואיים בארצות הברית [14, 15], כאשר צוותים רפואיים בבית החולים חלוקים בדעותיהם, מכיוון שעמדות ערכיות שונות של הצוות הרפואי מעורבות כמעט בכל החלטה רפואית. במציאות, במרבית המקרים רופאים אינם פונים ליעוץ או לוועדה, וההחלטות מתקבלות על פי שיקול דעתם בלבד.

בפרשת החולה הנוכחי, כיבדו הרופאים את בקשת המשפחה. ייתכן שסברו כי החולה יוכל לחזור למצבו הקודם, מאחר שהגיע צלול ועצמאי, או ייתכן ששוכנעו כי כשירותו הייתה מוטלת בספק. במחקר פרוספקטיבי אירופאי שנערך ביחידות לטיפול

ג' ד', בן 94 שנים, עצמאי וצלול, אשר מתגורר בביתו, אושפז בשל קוצר נשימה חד שלווה באיבוד הכרה. ברקע מחלת לב איסכמית עם אי ספיקת לב. בבדיקתו נמצאה עדות לבצקת ריאות. בשל קושי בדיבור השיב ג' ד' לשאלות הרופא בתנועות ראש בלבד, ונרשם בתיקו הרפואי כי החולה אינו מעוניין בהחייאה במקרה של דום לב או דום נשימה (DNR). מאוחר יותר חלה החמרה במצבו, ועל פי בקשת המשפחה, שטענה כי האב לא היה צלול בעת בקשת DNR, חובר החולה למכונת הנשמה.

במדינת ישראל, הוגדרה בחוק זכויות החולה [1] האוטונומיה של החולה. על פי החוק, המטופל הוא המקבל את ההחלטות על גופו. בחוק מוגדרות זכויות החולה ומחויבויות המערכת הרפואית כלפיו בכל הנוגע לקבלת מידע, בדיקות וטיפולים. החוק מאפשר לחולה לשתף את בני משפחתו בתהליך קבלת החלטות הנוגעות למצבו הרפואי או למנוע את שיתופם. החולה מוגדר בחוק כבעל אוטונומיה. אם כן, המצב הרפואי ורצונו של החולה הם השיקולים הבלעדיים שיש להתחשב בהם בקביעת הטיפול. הגישה הבי-פסיכרו-סוציאלית [2] מציגה עמדה שונה: הטיפול בחולה ניתן במסגרות שונות, בהן משפחה וקהילה. לגישתה, יש להתחשב לעמדות ולשיקולים של המשפחה, ויש לשתף בהחלטות.

בעשורים האחרונים, פינתה הגישה הפטרנליסטית את מקומה לגישה המעניקה אוטונומיה לחולה ומאפשרת לו לקבל החלטות הקשורות לגופו. עם זאת, יש לבחון האם המטופל הוא בר יכולת החלטה (Capacity). בחוק החולה הנוטה למות [3] הוגדר הכשיר כאדם מעל גיל 17 שנים, שהוא בר יכולת מבחינה הכרתית, שכלית ונפשית לקבל החלטות בקשר לטיפול הרפואי, ויש לו שיקול דעת ורצון חופשי. הכשירות מוגדרת כיכולת של החולה להכיל ולעבד מידע הקשור למחלתו.

קפלן וחב' [4] הניחו, כי יכולת קבלת החלטות של מטופל – גם אם הוא כשיר – מוגבלת מלכתחילה. לחולה אין כל ניסיון בבחירת דרך הטיפול הראויה או בחיזוי תוצאת מחלתו, ולפיכך מוצדק פטרנליזם מסוים בטיפול. לדעתם, בעת מחלה יש להקפיא זמנית את האוטונומיה של החולה ולהעניק לו את הטיפול הראוי. לגישתם, למרות שיג' ד' חולה כבר שנים רבות, הוא מעולם לא נחשף למצב מסכן חיים כמו זה שבאשפוזו האחרון, ולכן לא היה מסוגל לקבל החלטה שקולה.

בחולים במצב קשה או בקשישים שצלילותם מוטלת בספק, נקבעת אי כשירות רק על פי חוות דעת מנומקת של הרופא האחראי. חוות דעת כזו תכתב לאחר שהרופא האחראי קיים התייעצות, במידת האפשר, עם הרופאים המטפלים ועם רופאו האישי של החולה. **טונצי** [5] סבור, כי הרופא המטפל, המכיר היטב את המטופל, ולא פסיכיאטר, הוא המתאים ביותר לבצע מבדקי כשירות.

בבתי החולים מרבית ההחלטות מתקבלות ליד מיטת החולה. שיעור לא מבוטל מהחולים נמצאים במשבר נפשי או גופני קשה,

אם לא יהיה כשיר לקבל החלטות. ניתן להציע, כי בחלק מסדנאות ההכנה לפרשה תוקדש סדנא לכתובת הוראות מקדימות. יש להחיל את הנוהל הקיים במספר בתי חולים: בשלב ראיון הקבלה לבית החולים יישאל החולה על רצונו והעדפותיו אם ילקה בדום לב או בדום נשימה במהלך האשפוז.

בפרשת החולה הנוכחי – בייחוד מאז חקיקת חוק החולה הנוטה למות – מן הראוי היה לקבל את עמדתו של המטופל. במחלוקת בין עמדת המשפחה והאוטונומיה של החולה, צריך היה להתקיים דו שיח בין הצוות והמשפחה. הרופאים והעובדים הסוציאליים חייבים היו להציג למשפחה את מחויבותם על פי החוק. בקשת האב ל-DNR התקבלה עוד לפני שחלה החמרה במצב הנשימה שלו, בהיותו כשיר ומסוגל להבין את משמעות החלטתו. כאשר החולה הנוטה למות הוא כשיר ובר החלטה, למשפחתו אין מעמד חוקי.

נסכם בדבריו של **שטיינברג** [17]: "לא ניתן להגיע לפתרון אוניברסלי ומוסכם על הכל לבעיות הרפואיות הקשורות בסוף החיים. הדילמות המוסריות בנושא זה רבות ומורכבות, וניתן למצוא צידוקים פילוסופיים, משפטיים ודתיים כמעט לכל כיוון של חשיבה ופעולה". בני אדם שונים בדעותיהם ובמנהגיהם, ויש להתחשב בשונות זו בעשייה הרפואית.

נמרץ [16], נמצא כי הסיבה העיקרית למתן הוראת DNR היא כאשר המטופל אינו מגיב לטיפול ואין סיכוי להצילו. אולם כל עוד הטיפול עשוי להועיל לחולה, הרופא יימנע מהוראת DNR. מחלות הרקע ואיכות החיים של החולה היוו סיבות משניות כמו גם בקשת החולה או המשפחה. הנושא החוקי השפיע על ההחלטה רק ב-0.2% מהמקרים.

לפי ההלכה היהודית, בעת פיקוח נפש מחויב הרופא להציל חיי אדם. **גורדון** [11] הציע להגדיר חלק מחולים אלה כ-"גוסס". "גוסס" בהגדרתו ההלכתית הוא חולה על ערש דווי שנותרו לו עד כ-72 שעות לחיות. משהוגדר חולה כ-"גוסס", אין להתערב בתהליך המיתה הטבעי. **גורדון** ניתח את תוצאות ההחייאות באוכלוסייה הקשישה והסיק כי ההחייאות חסרות ערך. באוכלוסייה זו יש להתמקד בעיקר באיכות חיים ובמניעת סבל, ולא בהארכת חיים. להשקפתו, פיקוח נפש תקף רק באותם חולים שיש טעם מהותי בהצלת חייהם. לעומתו, התפישה הדתית היא שקדושת החיים היא ערך עליון, וכי יש משמעות לכל רגע של חיים, ללא קשר עם איכותם.

יש לעורר את מודעות הציבור לכתובת הוראות מקדימות הנוגעות לנושאים הקשורים לסוף החיים. בהוראות המקדימות יפורט מהן העדפותיו של אדם ואת מי הוא ממנה כמיופה כוח

ביבליוגרפיה

1. חוק זכויות החולה – תשנ"ו 1996
2. *Sadock BJ & Sadock VA, Kaplan's & Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry, 10th Ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2007.*
3. חוק החולה הנוטה למות – תשס"ו 2005
4. *Caplan A, Callahan D & Haas J, Ethical and policy issues in rehabilitative medicine: A Hastings Center Report. Special Supplement 1987.*
5. *Tunzi M, Can the patient decide? Evaluating patient capacity in practice. Am Fam Physic, 2001; 64: 299-306.*
6. *Powell T & Lowenstein B, Refusing life-sustaining treatment after catastrophic injury: ethical implications. J Law Med Ethics, 1996; 24: 54-61.*
7. *Drane JF, The many faces of competency. Hastings Center Report, 1985; 15: 17-21.*
8. **זוננבליק מ'**, הוראות רפואיות מקדימות. הרפואה, 2002; 188-181: 141
9. *Sonnenblick M, Friedlander Y & Steinberg A, Dissociation between the wishes of terminally ill parents and decisions by their offsprings. J Am Geriat Soc, 1993; 41: 599-604.*
10. *Brindley P, Markland D & Kutsogiannis D, Predictors of survival following in-hospital adult cardiopulmonary resuscitation. CMAJ, 2002; 167: 343-348.*
11. *Gordon M, Cardiopulmonary resuscitation in the frail elderly: clinical, ethical and halakhic issues. Isr Med Assoc J, 2007; 9: 177-179.*
12. *White DB, Curtis JR, Wolf LE & al, Life support for patients without a surrogate decision maker: who decides? Ann Intern Med, 2007; 147: 34-4012.*
13. AGS Ethics Committee. Making treatment decisions for incapacitated older adults without advance directives. *J Am Geriat Soc, 1996; 44: 986-7.*
14. American Medical Association, Council on Ethical and Judicial Affairs. Code of Medical Ethics, Current Opinions with Annotations: Including the Principles of Medical Ethics, Fundamental Elements of the Patient-Physician Relationship and Rules of the Council on Ethical and Judicial Affairs. American Medical Assoc; 2004.
15. *Snyder L & Leffler C, Ethics and Human Rights Committee, American College of Physicians. Ethics manual. Ann Intern Med, 2005; 142: 560-582.*
16. *Sprung C, Woodcock T, Sjobqvist P & al, Reasons, considerations, difficulties and documentation of end-of-life decisions in European intensive care units: the ETHICUS Study. Inten Care Med, 2008; 34: 271-7.*
17. **שטיינברג א'**, תהליך קבלת החלטות בסוף החיים. הרפואה, 673-672:142; 2003