



חוזר הכמנהל הכללי

י' בשבט' התשנ"ו (31.1.96)

2/96

תאריך

מס

הטיפול בחולה הנוטה למות

נושא:

רקע

הטיפול בחולה הנוטה למות הינו תחום קשה וטעון רגשות, הן מצד המטופל וקרוביו, הן מבחינת הצוות הרפואי והסיעודי, הממונה על הטיפול בו והן מבחינת החברה ככלל. בקרב הציבור נשמעת, בהזדמנויות שונות, הקריאה להכיר בזכות "למות בכבוד", אולם קיימות גישות שונות באשר לפירוש של מושג זה.

הצוות המטפל עומד מידי פעם בפני הדילמה, אם להשתמש בכל האמצעים הטיפוליים העומדים לרשותו לצורך הארכת החיים באחריתם, או להניח לחולה הנוטה למות, ללא התערבות רפואית שיש בה רק כדי להאריך את יסוריו לתקופה נוספת.

לא אחת עולה השאלה האם, באילו נסיבות ובאילו תנאים, ניתן לחימנע מטיפולים להארכת חיו של חולה סופני או של זקן הנוטה למות, ומי הוא הגורם המוסמך להחליט בשאלה מורכבת זו.

2/..

קשובים אנו לפניו ליהם של חולים חשוכי מרפא, החרדים מהארכת סבלם ע"י טיפולים מאריכי חיים, יש הפונים בעתירות לבתי המשפט, בהן הם מבקשים להורות לרופאים להימנע מלבצע בהם טיפולים אלה בניגוד לרצונם ולמרבית הכאב יש אפילו חולים אפילו חולים סופניים, אשר שולחים יד בנפשם, מתוך חשש שאם ימתינו עד בוא קיצם באופן טבעי, עלולים המטפלים בהם להאריך את סבלם אך מעבר למהלך הטבעי של גסיסתם.

בפסק דין שניתן לאחרונה ע"י בית המשפט המחוזי בבאר-שבע (כב' השופט ריבלין) בהמפ' 1030/95 ישראל גלעד נ. מרכז רפואי סורוקה (טרם פורסם), נדונה עתירתו של חולה במחלה ניוונית, המביאה, בסופו של דבר, לאי-ספיקה נשימתית ולחנק, אשר ביקש להצהיר כי ראוי הוא כי יכובד רצונו, שלא יוארכו חייו באורח מלאכותי, בהגיעו לשלב שבו לא יוכל לנשום בכוחות עצמו.

בדיון זה הביע היועץ המשפטי לממשלה את עמדתו כי הענות הרופאים לבקשת החולה, בתנאים שעוד נעמוד עליהם בהמשך, תואמת את הדין והפסיקה. במצב זה, קבע בית המשפט, אין כאן מחלוקת שבדין, ואין עוד צורך בסעד הצהרתי בדבר ההיבט החוקי של העניין. השאלה שבנדון, בפניה ניצבים הרופאים, היא דילמה אתית - מוסרית, אשר מטבעה אין לה פתרון ערכי ברור. בהקשר זה, גם לבית המשפט אין יתרון בפתרון הדילמה, ואין לו הכח לצוות על הרופאים את דרך הפתרון. "הפתרון חייב להמצא בין הרופא לבין החולה, ואולי גם בינם לבין בני משפחתו, ורק שם", כדברי השופט י. טירקל במאמרו "תיקון הלב" (הפרקליט מ', חוברת א', 34), כפי שהובאו בפסק הדין הנ"ל.

בפסק דין אחר שניתן באחרונה בבית המשפט המחוזי בתל-אביב (המר' 2242/95, כב' השופט משה טלגם) נדון עניינם של שני חולים שקצו בחייהם מחמת מחלה חשוכת מרפא שאינה ניתנת לריפוי. תהליך מחלתם היה בלתי הפיך וסופו מוות ביסורים. בית המשפט ציוה שלא לחברם לכל מכשיר של הנשמה או החיאה מתמדת משהובהר כי רצונם זה הובע בצלילות דעת ומתוך מודעות מלאה לתוצאות.

בית המשפט נתן משקל לערך כבוד האדם כפי שבא לידי ביטוי בחוק יסוד כבוד האדם וחירותו וקבע, כי גם אם מחשיבים את עקרון קדושת החיים כערך עליון, יש לכבד את רצונו של אדם שלא להגיע למצב של צמח או להיות מונשם ונידון בעל כורחו.

בית המשפט ציין כי יש להתייחס להבעת רצונו של החולה הסופני כאל רצונו של כל אדם ומי שטוען שרצונו האמיתי הוא להחזיק בשרידי חייו בכל מחיר, עליו הראיה להציג זאת ולשכנע את הרופא המטפל או את בית המשפט.

על רקע האמור, מטרתנו בחוזר זה לסייע למטפלים בדבר אופן הטיפול הראוי בחולים נוטים למות, לתת בידיהם כלים להתמודד עם הדילמה האתית הכרוכה בשאלת ההימנעות מטיפול במצבים כגון אלה ולהקל על המבוכה השוררת בקרב הרופאים והמטפלים בקשר לטיפול במצב רגיש זה:

למען הסר ספק, חוזר זה אינו מציע פתרון אחיד לדילמה, שכן, מעצם טיבה שהיא מעוררת מכלול שיקולים המצריכים בכל מקרה איזון. כל מקרה צריך להיפתר על ידי הרופא והצוות המטפל ביחד עם החולה ובני משפחתו, בהתאם לנסיבות המיוחדות של כל מקרה, בהתאם למערכת הערכים של הנוגעים בדבר, ולפי צו מצפוננו של הרופא. אולם, מובחרים בזה גדרי הדילמה ועקרונות מנחים להבחנה בין מצבים המעוררים את הדילמה לבין מצבים שפתרונם ברור וחד משמעי, לכאן או לכאן. כן מועלים כאן השיקולים שיש להביאם בחשבון בעת ההתמודדות עם הבעיה, ומוצעות דרכים מנחות לפתרונה.

תמצית המצב המשפטי

1. פסק הדין המנחה בסוגיה זו הוא פסק דינו של בית המשפט העליון בע"א 506/88 יעל שפר נ. מדינת ישראל (פ"ד מ"ח(1), 87).

בפסק דין זה קבע בית המשפט קווים מנחים לעריכת האיזון הנכון בין ערך החיים לבין הערך של כבוד האדם, במקרה של התנגשות ביניהם. והדברים אמורים כאשר הארכת משך החיים פוגעת באיכות החיים ומביאה לכלל סבל פיזי, נפשי ושכלי, והפרעות קשות בתפקוד היומיומי, וכן כאשר השמירה על חיי החולה מתנגשת עם זכותו לסרב לטיפול רפואי.

הזכות לסרב לטיפול רפואי היא זכות יחסית. היא עשויה לסגת מפני האינטרס של שמירה על חיי האדם, האינטרס בהגנה על מקצוע הרפואה והאינטרס בהגנה על צדדים שלישיים התלויים בחולה.

ב. לשם עשיית האיזון הנכון יש להתחשב בערכי היסוד ובעקרונות המסייגים אותם, וכן בחומרה שבכפיית טיפול רפואי בניגוד לרצון החולה, ובסוגי הטיפול השונים - שיגרתיים או לא שיגרתיים, טבעיים או מלאכותיים, פולשניים או לא, מידת הסיכון הכרוך בטיפול, הסיכוי להצלחתו ומידת הסבל והיסורים שיגרמו לחולה בעטיו.

ג. הסכמת החולה למות, ואף הבעת משאלה מפורשת על ידו לכך, לא תמיד מעידה על החלטה אוטונומית שקולה ונקיה מכל שיקולים אחרים. "ההסכמה לדרך זו מעוררת את האנשים להרגיש מחוייבות למות מהר, כדי לא להוות מעמסה על המשפחה וכך עלולה 'הזכות למות' להפוך ל'חובה למות'; לעתים ה'חסד' בהמתה הוא לקרובי המשפחה ולחברה, ולא דוקא לחולה הסופני."

ד. כבוד האדם פירושו שאין לבייש ולבזות את צלם האלוהים שבאדם. עצם חיוו של אדם, הם כבודו של האדם, ואילו בין מותו של אדם לכבודו של אדם, יש סתירה.

חולה שאינו סובל מכאבים, מקבל טיפול רפואי שגרתי, מטופל היטב מבחינה סיעודית ואינו מבוזה ומושפל - כבודו נשמר מעל ומעבר, וקדושת חיוו במצבם הסופני היא הערך הבלעדי והקובע.

ה. כשמדובר בחולה קטין, אפוטרופסות ההורים כוללת את הזכות לסרב לטיפול רפואי, אף אם הסירוב עלול להוביל למות הקטין. אולם, סירוב כזה טעון אישור של בית המשפט, שאין בכך הפרת החובה לפעול לטובת הקטין.

ו. בשאלות הרוח גורל ומורכבות אלה, מן הראוי שיטלו חלק בהכרעתו בנוסף על החולה עצמו, כאשר כשיר הוא לכך, קרובי המשפחה והרופאים, ובית המשפט הציע להקים וועדות אתיקה בבתי חולים, שיסייעו לכל הנוגעים בדבר להכריע בשאלות מסוג זה. אם יתעוררו חילוקי דעות בין חברי הוועדה, יובאו אלה להכרעתו של בית המשפט.

3. בתי המשפט המחוזיים אשר נדרשו לסוגיה זו בחרו שלא להורות לרופאים להימנע מטיפול, גם במקרים בהם נתקבלה עתירת החולה להכיר בזכותו לסרב לטיפול מאריך חיים, והשאירו בדרך כלל גורלו של החולה בידי הרופאים המטפלים בהתאם להשתלשלות הנסיבות. מפסיקתם ניתן להעלות את הקווים הבאים:

א. חולה סופני זכאי לבקש מרופאיו שלא יאריכו את חייו באופן מלאכותי, ושלא יתערבו לעצירת התרחשותו של התהליך הטבעי של המוות, משזה כבר החל.

הבעת רצון זו היא בגדר משאלה שמצווה לכבדה.

ב. יחד עם זאת, אין לכפות על מי שמטפל בחולה לעמוד באפס מעשה כשלחולה נגרם סבל מיידי או שהוא נמצא במצוקה מיידי. הגשת סיוע להקלה זמנית של הסבל היא זכותו וחובתו האתית של המטפל.

ג. ניתן לשקול את כיבוד רצונו של החולה בהימנעות מהארכה מלאכותית של חייו, רק כשהמדובר בחולה סופני, אשר שני רופאים, שאינם קשורים זה בזה, ושאוחד מהם, לפחות, מנהל מחלקה בבית חולים, אישרו שאין תרופה למחלתו, ושאין סיכוי לשיפור במצבו.

ד. כיבוד רצון החולה מותנה בכך שהחולה הביע את רצונו באופן שאינו מותיר ספק או פקפוקים.

ה. "צוואה מחיים", הוראות שאדם נותן בדבר הטיפול בו באחרית ימיו, איננה תקפה ומחייבת בשל עצמה, שכן ידוע מנסיון החיים שאדם המצווה כך בהיותו בריא, רק משער ומדמיון כיצד ירגיש בבוא עליו שעה קשה, כשלא יהיה מסוגל לשלוט בנעשה סביבו. אולם, משהתגברה עליו המחלה שמקודם רק דמיון אותה לעצמו, נשתנו הנתונים, וייתכן כי שינה את דעתו, או כי הרצון לחיות התגבר עליו ועל דעתו מול פני המוות.

יחד עם זאת, בתי המשפט הכירו ברצונו של החולה, כאשר זה נוצר והתגבש בידיעת כל הנתונים הרלוונטיים, מתוך עמדה של מי שרואה עצמו אל מול פני המוות. כך הכיר בית המשפט בצורך לעשות כל מאמץ לכבד את רצונו של אדם שחובע כשהוא חש שהוא מתדרדר לבהמיות ולאיבוד צלם. (ר' ה.פ. 759/92 (ת"א) מרים צדוק נ. בית האלה בע"מ, פ"מ תשנ"ב (2), 485).

6/..

על רצונו של אדם שאיבד את כשירותו, ניתן לעמוד על פי עדויות בני משפחתו הקרובים אליו, אך צריך להיות ערים לאפשרות שאלה מערבים בין רצונם שלהם לבין רצונו של החולה, ויש להיות זהירים מאד בקביעה מהו רצונו האמיתי של החולה.

ואולם, כפי שציין כב' השופט טלגם באחרונה בפסק דינו, אין להכפיק את רצונו של החולה לשיקול דעתם של אחרים. כל עוד החולה הוא אדם בגיר שאינו מחוסר הכרה, על וועדות הרופאים להכריע רק אם מצבו של החולה אכן סופני ואינו מותיר מקום לתקווה ולשיפור.

4. בתי המשפט בארץ, שאישרו את כיבוד רצונם של חולים סופניים בתנאים דלעיל, דנו, עד כה, באופן ספציפי בהימנעות מן הטיפולים הבאים:

א. חיבור למכונת הנשמה. (ה"פ 1141/90 (ת"א), בנימין אייל, פ"מ תשנ"א (ג), 187).

ב. הזנה מלאכותית נמשכת והספקת חמצן מתמדת, וכל פעולה חודרנית. (ה"פ 759/92 (ת"א) מרים צדוק, שם).

ג. טיפול דיאליזה. (ה"פ 498/93 (ת"א) רחל צעדי נ. קופ"ח).

ד. החיאה. (המ' 93 / (ת"א) ראובן רודני נ. קופ"ח).

בית המשפט לא אישר מניעת מזון, נוזלים, חמצן ותרופות, כשאלה נועדו להקלת מצוקתו הזמנית של החולה.

5. החוק הפלילי קובע כי החשת מותו של אדם, בין במעשה ובין במחדל היא עבירה, אם המחדל בוצע ע"י אדם שהיתה עליו חובה לפעול. בנסיבות בהן אין חובה על הרופא או על הצוות לפעול, אין לכאורה עבירה.

בתי המשפט בארץ ובעולם נמנעו מלפסוק בסוגיית האחריות הפלילית של רופא המכבד את רצון החולה ונמנע מטיפול בנסיבות האמורות. בפסיקה הובאו דעות של מלומדים אשר טוענים כי אין חובה הכופה על הרופא לטפל בחולה בניגוד לרצונו, וכי במצב בו מחדלו של הרופא אך לא מנע השלמתו של תהליך טבעי סופני שהחל להתרחש לא יראו בו את הגורם המהותי או המחיש את מות החולה ועל כן לא יראו אותו כפי שנושא באחריות.

7/..

במקרים שנדונו בבתי המשפט, ואשר בהם היתה השאלה רלוונטית, הביעה המדינה את עמדתה, בכל מקרה לגופו, שאין מקום לאישום פלילי על כך. בענין צדוק סוייג האמור בכך שיהיה אישור פורמלי שתהליך הגסיסה כבר החל. בענין גלעד נדרש כי ההחלטה על הימנעות מטיפול תינתן על ידי שלושה רופאים ובהם מנהל בית החולים או מנהל המחלקה המתאימה בבית החולים. בענין בנימין אייל נקבע כי השלב הרלוונטי להחלטה, כאשר החולה יפסיק לנשום בכוחות עצמו, מעיד כשלעצמו על התחלת תהליך הגסיסה.

6. בסופו של דבר, כאמור, נשאר בדרך כלל הטיפול בדילמה, בשעה הקובעת, בידי הרופאים. לשם כך נעמוד, איפוא, על ההיבטים האתיים של הבעיה, שבעזרתם נוכל ללמוד מתי וכיצד יש להתמודד עם הדילמה.

ההיבטים האתיים של הבעיה

1. הרופאים והצוות המטפל לידם אמונים על הצלת חיים, הארכת חיים, ריפוי ושיקום מחונכים הם להילחם בחולי ובמוות בכל דרך. זכינו, בדורנו, לפיתוח טכנולוגיות מתקדמות שבעזרתן ניתן להציל ולהאריך חיים במצבים, אשר עד לפני שנים ספורות נחשבו כחסרי תקווה וכתום החיים. לפיכך ישנה נטיה מובנת לראות במות החולה כשלון מקצועי.

ברם, עד כמה שהדבר נכון במקרים של מוות בר-מניעה, הרי שמוות בלתי נמנע, בקץ החיים, הוא תהליך טבעי שאין מנוס ממנו בשלב מסויים, אשר לעתים יש בו אפילו גאולה לחולה המתייסר, וכך על המטפלים לקבלו ולהשלים עמו.

שורש הבעיה נעוץ בגישה המחייבת שימוש בכל אמצעי טיפולי בכל מצב, ללא הבחנה בין שני סוגי מיתות אלו, ושימוש בטכנולוגיות רק משום שהן עומדות לרשותנו. פתרונה של הבעיה גלום, איפוא, בראש ובראשונה, בהכרה של הרופא לגבי תפקידו ותכלית הטיפול הרפואי בכל מקרה ומקרה.

אני מפנה בהקשר זה לאמור בחוזר מנכ"ל מס' 11/95 בדבר היחס לחולה ובני משפחתו:

"אל לנו לשכות כי לא בכל המקרים יש בידי הרפואה לשקם את החולה או להביא לשיפור במצבו. במקרים אלה, אשר למרבה הצער, חינם רבים, היחס והדאגה לחולה הם הטיפול עצמו, ואיכותם היא איכותו."

3. חובתו של הרופא לטפל חלה, מבחינה משפטית, אתית ואף הלכתית, רק כאשר יש בידו טיפול רפואי כלשהו להציע לחולה. אם החולה עומד למות ממחלה חשוכת מרפא, לאחר שכל הטיפולים נכשלו, תפקידו של הרופא משתנה מ-CURING ל-CARING, מריפוי לטיפול תומך.

במצב כזה תפקיד הרופא הוא לעשות כל שניתן להקלת הכאב והסבל של החולה, ומעבר לכך לתת לו רק טיפול תומך, המשמר ככל האפשר את איכותם של החיים הקרבים לקיצם, כגון: מזון ונוזלים, טיפול סיעודי טוב ותמיכה פסיכוסוציאלית מירבית.

כאשר לא ניתן להאריך את החיים ולהקל על סבלו של החולה, השימוש בטיפולי החייה והנשמה הוא טיפול עקר, מיותר, חסר תועלת רפואית, ולעתים, כשיש בו כדי להאריך את תהליך המוות הטבעי, הדבר אף נוגד את חובתו האתית הבסיסית של הרופא - למנוע סבל.

במצבים כגון אלה, כאשר החולה אינו מעוניין בהארכת החיים באופן מלאכותי, אין זה נכון, מבחינה רפואית, להשתמש בטיפולי הנשמה והחייה וכיוצא באלו טיפולים מאריכי חיים, והדילמה אינה עולה כלל.

4. מן הקצה השני, אסור לרופא בתכלית האיסור לתת לחולה תרופה או טיפול שמטרתם ופעולתם היא החשת המוות, אם על ידי הרופא עצמו ואם על ידי החולה בסיועו של הרופא. זוהי אותונזיה אקטיבית והיא אסורה באיסור מוחלט הן לפי החוק, הן לפי האתיקה והן לפי ההלכה היהודית, וגם הסכמתו של החולה ואפילו בקשתו המפורשת לגרימת מותו אינה מעלה ואינה מורידה לענין זה. גם בנושא זה אין

5. כאשר הטיפול המוצע הינו טיפול חיוני להקלת סבלו של החולה ולהארכת חייו, והרופא סבור כי אם ייעתר לבקשת החולה וימנע מטיפול זה, הדבר יחיש את מותו - זאת, להבדיל ממצב בו הרופא צופה שמחדלו אך מתיר לתוצאה טבעית להתרחש - יחולו העקרונות הכלליים של הסכמה וסירוב לטיפול רפואי, עליהם עמדנו בחוזר מס' 18/95, בהתאמה למצב המיוחד של החולה הסופני.

6. הדילמה מתעוררת בעיצומה כאשר הרופא מאמין כי הטיפול נחוץ להארכת חייו של החולה, ואילו החולה מתנגד לכך משום שאינו חפץ בהארכת חייו מעבר לתהליך הטבעי של המוות המתרחש בגופו. במצבים אלה עולה במלוא עוצמתה ההתנגשות בין חובת הרופא להיטיב עם החולה, המתיישרת עם עקרון קדושת החיים, לבין זכות החולה לסרב לטיפול רפואי, המתנגשת עם ערך עליון זה. רצוי וראוי לבוא בדברים עם החולה, לרדת לשורשי מניעיו ולשכנעו בדבר הטיפול הנכון.

המלצות מעשיות

יש מקום כי האמור בחוזר זה יהיה לנגד עיני הרופאים והצוות המטפל בכל מקרה המצריך זאת. אבקש להדגיש הדגשות לצורך ישום השיקולים המנחים:

1. יש לקבוע בוודאות, בצורה ברורה ומפורשת, כי החולה נמצא במצב סופני בלתי הפיך וסופני. לשם כך יש צורך באבחנה ברורה של המחלה ובהערכת רפואית מבוססת היטב, כי אמנם אין בטיפול הרפואי כדי להציל את חיי החולה וכי מהלך המחלה ותוצאותיה הפטליות הם ודאיים עד לבלי יכולת רפואית לשנות זאת.

אבחנה והערכה אלה יתקבלו על ידי שני רופאים שאינם קשורים זה בזה אשר אחד מהם, לפחות, מנהל מחלקה.

2. כאשר ברור, מבחינה רפואית, כי החולה נמצא במצב כאמור, על הרופאים לשקול על פי מצבו של החולה מהו טיפול נחוץ שיקל על סבלו ויאריך את חייו ומהו טיפול חריג ומיותר ושרק יאריך את התהליך הטבעי של המוות.

3. ההחלטה על אופן הטיפול צריכה להתקבל בהתחשב ברצונו של החולה. אם החולה הביע התנגדות לטיפול מן הסוג הנדון, או אם גילה דעתו כי הוא אינו רוצה לחיות סוג זה של החיים הצפוי לו אם יקבל את הטיפול האמור, כי אז אין לכפות עליו חיי ייסורים על ידי ביצוע הטיפול, ובלבד שהביע את רצונו באופן שאינו נתון לספקות.

אולם, צריך לדקדק ולוודא כי סירובו של החולה לטיפול הוא "סירוב מדעת". לשם כך צריכים להתקיים התנאים הבאים:

א. שהחולה קיבל את ההחלטה בחיותו בדעה צלולה ובכושר שיפוט תקין לגבי ההכרעה הנדרשת.

אני שב ומדגיש בזה את הדברים עליהם עמדתי בחוזר מס' 18/95 בענין הסכמת החולה לטיפול רפואי, ואשר צוטטו גם בפסק דין גלעד הנ"ל, כי יש מצבים ומחלות שגורמים להצגה מעוותת של המציאות ופוגמים ביכולתו של החולה להבין את מצבו, שעה שבמובנים אחרים הוא מסוגל לדאוג לצרכי חיו. וצריך לתת על כך את הדעת.

ב. שהחולה הבין את מהותו של הטיפול המוצע, את השלכותיו, ואת הסיכויים הגלומים בו.

ג. שהחולה יודע ומבין, באופן בלתי אמצעי, את סוג החיים, צורת החיים ואיכות החיים הצפויים לו אם יבוצע בו הטיפול, וכי הוא חושש מחיים כאלה ומעריך אותם כגרועים עבורו ממועד קרוב יותר של המוות.

ד. שעמדתו של החולה מבוססת על הערכה נכונה של מצבו, ולא על הערכה פסימית של הפרוגנוזה, שאיננה תואמת את ההערכה הרפואית.

ה. שסירובו של החולה לטיפול איננו פרי של לחץ חברתי או משפחתי, שהוא

רוב החולים סובלים מן התלותיות שנכפתה עליהם, אולם בדרך כלל רצון החיים חזק יותר וכושר ההסתגלות גובר.

ו. שהחולה קיבל תמיכה וסיעוד נפשיים וכי הצוות הרפואי נתן לו הרגשה כי אינו מטרד וכי יש נכונות לטפל בו ובכל צרכיו עד לרגע האחרון.

4. כדי לעמוד על קיומם של תנאים אלה, יש לנקוט בצעדים כדלקמן:

א. להקפיד כי הערכת כשירותו של החולה להכריע בשאלה הגורלית של קבלת טיפול מאריך חיים, תעשה על ידי מומחה בפסיכיאטריה, ותתועד בחוות דעת מתאימה.

ב. על הרופא לרדת לחקר הסיבות לסירובו של החולה לטיפול מאריך חיים, ולתקן טעויות ואי הבנות של החולה לגבי הערכת מצבו והערכת הטיפול המוצע והשלכותיו.

הרופא יכול להעזר, לענין זה, בצוות הסיעודי, בעובדת הסוציאלית ו/או בפסיכולוג, ובמידת הצורך אף בבני המשפחה. אולם האחריות להבהרת העובדות הצריכות להערכת סירובו של החולה, ולקיום דיון ראוי עם החולה, חלה על הרופא הממונה על הטיפול בו.

ג. בשל כובד הענין, יש להקפיד כי ההערכה אם סירובו של החולה עונה על התנאים של "סירוב מדעת" תתקבל על ידי הצוות המטפל (רופאים, אחיות ועו"ס) ביחד עם מנהל המחלקה או סגנו.

ד. יש לאפשר לחולה להגיש, אם רצונו בכך, חוות דעת רפואית מטעמו אשר תעמוד על הגורמים הרלבנטיים כאמור בחוזר זה ואם רצונו בכך, יוכל להגיש גם מסמך משפטי שבו הצהיר על רצונו.

5. אין לכפות על החולה הסופני טיפול שהוא מסרב לו במודע, ואשר עלול לגרום לו

אם מדובר בטיפול שנועד להקל על סבלו ומצוקתו הזמנית (כגון במצב של חנק), רשאי הרופא לתתו אף מבלי לשאול לרצון החולה, אם מבחינה מצפונית הוא רואה חובה לעצמו לעשות כן. הכוונה בעניין זה היא לטיפול מיידי לצורך הקלה זמנית במצב אקוטי ולא בטיפול מתמיד ומתמשך.

6. החלטה לכבד סירוב של חולה לטיפול מאריך חיים תתועד ברשומה הרפואית, תוך פירוט מירבי של הנימוקים להחלטה והדיונים עם החולה.

7. על הרופאים למקד את מאמציהם בהקלה על מכאוביו, יסוריו וסבלו של החולה. נושא בעל קדימות עליונה בטיפול הרפואי, בפרט לגבי חולים סופניים.

8. בכל מקרה, אין לכפות על רופא לבצע החלטות העומדות בניגוד למצפוננו ולהכרתו כרופא. אם הרופא חש כי אין הוא יכול להשלים עם החלטה שמתקבלת בסיום הבירור כאמור לעיל, יש מקום כי יעביר את הטיפול לרופא אחר.

בכבוד רב,



ד"ר מאיר אורן
המנהל הכללי

העתק: ד"ר א. סנה, שר הבריאות

ל/487/96