

"גבר הולך לאיבוד דרך מרפסת..." על משולש האחריות המשפטית במקרי אובדנות

תקציר

אירוע אובדנות של מטופל חולה בנפשו הוא קשה ממש. באופן טבעי, תחושות אשמה ושאלות הנוגעות לאחריות צפות ועולות בקרב כל המעורבים. במאמר זה, תיבחן האחריות המשפטית של שלושה מן "השחקנים" העיקריים בסיטואציה: המטפל, המטופל האובדני ובני המשפחה.

המטפל נדרש לבצע איזון בין חובתו לשמור על זכויות המטופל כאדם אוטונומי, לבין המחויבות המקצועית למנוע ממנו להזיק לעצמו או לזולתו. הדרישה המשפטית באשר לאיזון זה דורשת מידתיות: פגיעה מינימלית בזכויות להשגת המטרה הטיפולית. במקרה של נזק (כדוגמת אובדנות), והגשת תביעה, יבחן בית המשפט את התנהלות המטפל: האם המאזניים נטו בכיוון הנכון?

המשפחה, שאיננה מעורה מקצועית אך מכירה היטב את האדם המטופל, היא מקור לעזרה ותמיכה במהלך הטיפול, בחופשות ובכל צומת משמעותי. בהיבט המשפטי, נגזרת אחריותה מהמידע שהיה ברשותה, המגיע ברובו מהגורמים המטפלים: סימני אזהרה המחייבים התייחסות, היקף ההשגחה הנדרש, מינון התרופות שיש להקפיד עליו, ליווי לטיפול מרפאתי ועוד. מידת שיתוף הפעולה מצידה היא משתנה רלוונטי, שעל המטפלים להביא בחשבון בעת קבלת החלטות. המטופל, אף שקיבל לכאורה החלטה עצמאית ליטול את חייו, איננו בעל אחריות משפטית במקרי אובדנות. ההחלטה, שמקורה במצב נפשי (בין אם קשור למחלת נפש ובין אם לאו), אינה מתקבלת כרצון חופשי המטיל חבות משפטית. לכל היותר יקבע בית המשפט כי לא ניתן היה לצפות או למנוע את הוצאתה לפועל, וידחה את התביעה כנגד המטפלים.

כלי ההוכחה המסייע במקרה של דיון משפטי בטענת רשלנות, הוא הרשומה הרפואית. מעבר לחשיבותה העקרונית בניהול רצף טיפולי, היא משמרת את שאירע בזמן אמת: מה היו התסמינים שהציג המטופל, איזה מידע התקבל מאנמנזה ותשאול המשפחה; אילו אפשרויות טיפול נשקלו, ומדוע הוחלט כפי שהוחלט; מה נמסר למלווים וכדומה. שימוש מושכל בכלי זה יסייע הן במתן טיפול איכותי יותר, והן בהליך המשפטי.

ליאת קיסר גרשטי

גדי לובין²

¹המצפן המדיקו-לגאלי: הדרכה, ליווי וייעוץ משפטי לשיפור איכות הרפואה

²המרכז הירושלמי לבריאות הנפש איתנים-כפר שאול והקהילה

הערות:

המחברת הראשונה היא עורכת דין מומחית בממשקי משפט ורפואה, מרצה ויועצת משפטית, מנהלת "המצפן המדיקו-לגאלי: הדרכה, ליווי וייעוץ משפטי לשיפור איכות הרפואה". המחבר השני הוא מנהל המרכז הירושלמי לבריאות הנפש איתנים-כפר שאול והקהילה.

מילות מפתח: אובדנות; אחריות משפטית; בריאות הנפש; רשומה רפואית; ניהול סיכונים.

Keywords: Suicide; Legal Liability; Mental Health; Medical Record; Risk Management.

המשך לגיליון ניהול סיכונים ובטיחות הטיפול ברפואה - מרץ 2022.

הקדמה

הסופיות של המוות הופכת אותו לאחת התוצאות הקשות להתמודדות, כבני אנוש. תחושת האובדן מביאה אותנו לתהות האם ניתן היה למנוע את התוצאה, והאם יש גורם שניתן להצביע עליו כ"אחראי" הנושא באשמה [1], ואולי גם להיפרע ממנו משפטית. זאת בפרט כאשר מדובר באובדנות, עובדה המעניקה לסיטואציה ממד של פטירה בת־מניעה, לכאורה, שלא הייתה מחויבת המציאות. משפחה וחברים יתוהו האם יכלו למנוע את השתלשלות העניינים, לומר משהו, להיות נוכחים יותר או להתריע על סימני אזהרה כאלו ואחרים. חלקם יתמלאו טענות כלפי המטפלים: שלא צפו, לא הקפידו, לא פעלו

במומחיות או במיומנות מספקת; הגורם המטפל עלול לחוות תחושות קשות של צער, החמצה ואף כישלון מקצועי, מלוות בתהיות ושחזור ניהול הטיפול הקליני, בחינה עצמית לתיקוף ההחלטות שהתקבלו ועוד¹. שניהם גם יחד יחשוו מידה של אכזבה מהמטופל - האמנם ניסה מספיק? נתן הזדמנות לטיפול? ביקש עזרה? ויהיו שיאמרו שהמטופל קיבל החלטה עצמאית, ופעל בניגוד לרצון משפחתו ורופאיו, ועל כן האחריות למעשה ולתוצאותיו היא כולה שלו, ואין להטיל אשמה על כתפי אחרים. בראיית בטיחות הטיפול וניהול סיכונים, הרצון לסמן את "האחראי" נובע גם מהצורך לאתר את נקודות התורפה, לשם שיפור מערכת (או ספציפי) של ההתנהלות, וצמצום הסיכון העתידי, מול מטופלים נוספים.

1 תחושות שאינן זרות, מטבע הדברים, גם למטפלים מחוץ לתחומי בריאות הנפש, במקרה של נזק למטופל.

ולכפות טיפול, או להסתכן בניסיון אובדני, ולשמר את זכויות המטופל? בהיעדר כדור בדולח לחיזוי העתיד, ההחלטה קשה ביותר בזמן אמת, ואין לה אלא להישען על בחינה קלינית של המטופל הספציפי, נסיבות הסיטואציה והניסיון המקצועי.

עם זאת, וכנקודת מוצא לדיון, חשוב לזכור, כי קביעה משפטית של אחריות בתיקי רשלנות רפואית, אף שמבוססת על ראיות, עמדות מקצועיות והתייחסויות מומחים, שונה מההסתכלות הקלינית על המקרה. לדיון המשפטי מסגרת משלו, עם קווים מנחים ברורים ודרגות הוכחה מחייבות. זאת ועוד: כאשר מדובר בבריאות הנפש, עובדה זו מתעצמת, שכן הדיוק באבחנה והנחיצות באשר לדרך הטיפול הנדרשת, לרוב אינם זהים לאלו שברפואת הגוף. כבר בשנת 2001, תוך דיון במקרה אובדני [4], מציין בית המשפט המחוזי כי "עם קבלת התובע לטיפול במסגרת בית החולים, אחראי בית החולים לנקוט בכל האמצעים הסבירים כדי להבטיח את בטחונו הנפשי והפיסי של המטופל". כלומר, האחריות הישירה לשלומו של המטופל מוטלת על כתפי הגורם המטפל. זו גם נטיית החברה בשרשרת הטלת האחריות [1]. אולם אחריות זו איננה מוחלטת. בנייר עמדה שפרסם איגוד הפסיכיאטריה [5] צוין, כי אין מענה טיפולי גורף לסיכון האובדני. קיים קושי פרקטי לבא את הסיכון ולמנעו, וראוי להתייחס אליו בדומה למצבים מסכני חיים אחרים ברפואה. על הפסיכיאטר לאסוף מידע רלוונטי, להעריך את הסיכון האובדני ולהפעיל שיקול קליני מושכל בעת בחירת חלופת ההתערבות הנכונה, ההולמת את צרכיו הייחודיים של המטופל באותה עת. מעט לאחר מכן פורסם חוזר משרד הבריאות [6], אשר לפיו "המטפל אינו אחראי על חייו של מטופל שביצע ניסיון התאבדות, אלא מתפקידו ללוותו במצוקתו ולעשות כל שביכולתו המקצועית למנוע ביצוע ניסיון התאבדות נוסף".

בנייר עמדה נוסף מטעם האיגוד בשיתוף פורום מנהלי בתי החולים הפסיכיאטריים [7], נכתב כי שאיפה לצמצום מוחלט של אובדנות היא בלתי אפשרית ובלתי מציאותית, גם לא במחיר אשפוז בבית חולים פסיכיאטרי (זאת בעקבות ההחלטות בעניינה של ק' [8] - הליך משפטי של חקירת סיבת המוות² בעקבות אירוע אובדני. נפסק, כי משגמלה בלב המנוחה ההחלטה להתאבד, בשל מחלתה, הרי שהייתה מממשת החלטתה בכל דרך מזדמנת, וכי אין בעצם קיומו של אירוע אובדני בכדי להוביל ישירות למסקנה שמי מהצוות התרשל במילוי תפקידו³). הטלת אחריות (גם פלילית) על מנהלים תקדם רפואה מתגוננת, ולא תאפשר הפעלת שיקול דעת, טיפול ושיקום אמיתי של המטופלים. גם בנייר העמדה מתייחסים לחובת האזיון: "המתח הקונסיסטנטי הקיים בין הרצון לשמור על כבוד החולה ועל צלם אנושיותו לבין רצונו להגן עליו מפני עצמו, מלווה אותנו מדי יום ובכל החלטה". גם המועצה הלאומית למניעת אובדנות במשרד הבריאות

מעבר לדיון המתבקש בנושא זה בהיבטיו הקליניים, האתיים והתיאורטיים, נבקש לבחון במאמר גם את זווית ההסתכלות המשפטית, בראי הפסיקה בעשור האחרון, ולמול הסטנדרטים בישראל: הטלת אחריות משפטית במקרי אובדנות על מי משלושת קודקודי המשולש: המטפל, המטופל והמשפחה. עוד נבקש להציע פתרונות, קליניים ומשפטיים, לצמצום הסיכון והאחריות הנובעת ממנו ובעקבותיו, בפרט על כתפי המטפל.

על אחריות המטפל

המטפל הפסיכיאטרי מצוי בדילמה מתמשכת: לא קיים "סמן מתווך" (Marker) בין האיום האובדני המילולי שהשמיע מטופל, לבין הוצאתו אל הפועל [1]. הערכה קלינית ופרוטוקולים שונים המשקללים גורמי סיכון

■ **התנהלות מטפלים בהתאם לסטנדרטים מקצועיים, תוך התאמתם למטופל הספציפי, והקפדה על תיעוד שיקול הדעת שנעשה טרם קבלת ההחלטה - מקלות על בית המשפט לפסוק בדבר היעדר אחריות משפטית במקרי אובדנות. אף מומלצת הרחבה נוספת לארגז הכלים של המטפלים, לצמצום סיכון אובדני ולהקטנת האחריות.**

■ **אחריותם המשפטית התורמת של בני משפחה במקרי אובדנות, נגזרת מהמידע וההנחיות שקיבלו מאנשי הצוות המטפל. שיתוף המשפחה בחומרת המצב, בדגש על היבטי ההשגחה הנדרשת, בפרט במקרי שחרור/חופשה, יכול לסייע לצוות המטפל כנגד טענות רשלנות עתידית במקרה של אובדנות המטופל.**

■ **אף שאין לחולה הנפש (או, כמובן, למי שאינו חולה נפש) חסינות מפני האפשרות להיתבע בניזקין, הרי שהמצב המשפטי כיום אינו מאפשר הטלת אחריות תורמת על המטופל עצמו במקרי אובדנות.**

ידועים למול מטופל ספציפי עשויים לסייע בהערכת הסיכון האובדני, אך הם מדגימים יכולות נמוכות לניבוי אובדנות הלכה למעשה [2], ובפרט במהלך אשפוז [3]. בנוסף, יכולתו החוקית של המטפל להפעיל טיפול או אשפוז בכפייה, מחייבים אותו לאזן, מחד גיסא, בין חובתו להגן על המטופל (או על זולתו) מפני ביטויי אלימות שמקורם במצב נפשי, לרבות פגיעה עצמית, למול החובה, מאידך גיסא, לשמור על זכויות המטופל (בהיותו אדם) לכבוד, לחירות ולאוטונומיה. בדיון משפטי יידרש בית המשפט להכריע: האם היה מקום לפגוע בזכויות אלו,

2 בהתאם לסעיף 19 לחוק חקירת סיבות מוות, תשי"ח-1958. מדובר כאן בהליך משפטי לאחר אירוע אובדנות במרכז לבריאות הנפש.
3 תביעת רשלנות שהוגשה בגין מקרה אובדנות זה הוכרעה לאחרונה ע"י בית המשפט העליון, שפסק בדעת רוב, כי לא הוכחה התרשלנות מצד בית החולים הפסיכיאטרי (הן מבחינה רפואית מקצועית והן מבחינה לוגיסטית), בשמירה על חיי המנוחה: ע"א 7276/18 עזבון המנוחה פלונית נגד מדינת ישראל, 02.03.2021 (פורסם ב"נבו").

בבריאות הנפש בגין אירועי אובדנות. לעתים תתקבל התביעה ולעתים תידחה, אך זאת לאחר שמתקיימת בחינה אמיתית של הסטנדרטים המקצועיים הנדרשים בנסיבות המקרה, כאשר הוכחת עמידה בהם (לרוב באמצעות תיעוד בגיליון) תביא לדחיית התביעה. עם זאת, תפיסת המטפל כגורם אחראי עיקרי (תקשורתית, חברתית, ופעמים רבות גם משפטית) עלולה להטות את שיקול דעתו ולדרבן אותו לקבל החלטות שאינן מבוססות בלעדית על טובת המטופל, אלא על "שיקולים זרים" המתבטאים ברפואה מתגוננת, ולחילופין הימנעות מטיפול⁴ [1].

על אחריות המשפחה

חוק הטיפול מאפשר נוכחות מוגברת לבני המשפחה, לעומת חוק זכויות החולה⁵. סעיפים שונים בחוק מעניקים להם מעמד בתהליך הטיפולי, למשל בקבלת מידע (לרבות בדבר קבלה לאשפוז או העברה); פנייה למטפלים ומקבלי החלטות; ואף בהבעת עמדה לגבי החלטת שחרור או חופשה. גם חוזרי האגף לבריאות הנפש מקדמים בשנים האחרונות את חשיבות שיתוף קרובי המטופל, למשל בעת שחרור או העברה [14], או כחלק משמעותי מתהליך הטיפול, השיקום, ניהול המחלה ותהליך ההחלמה [15]. נייר עמדה מטעם המועצה למניעת אובדנות [9] מציין, כי "קשר אישי וברית טיפולית יציבה עם החולה האובדני ועם קרוביו ומכריו היא גורם חשוב ביותר בטיפול"; "במקרים של סכנה אובדנית אמיתית, אזהרת קרובי המטופל בדבר הסיכון.. עומדת מעל חובת הסודיות הרפואית". מה משמעות מעורבות משפחתית זו בתביעת רשלנות? הטלת אחריות על תובע (המטופל או בן המשפחה שבא בנעליו) משמעה קביעת אחוז ה"רשלנות התורמת" שלו, קיזוז מאחריות הגורם המטפל, וכפועל יוצא, גם מסכום הפיצוי שייקבע. במקרה של 100% רשלנות תורמת שכזו - תידחה כמובן התביעה כנגד המטפלים.

בפסק הדין בעניין ד' א' [16] נבחנה אחריות רופא משפחה ביחס לאובדנות מטופלת שסירבה לטיפול נפשי, בין היתר לגבי אי-עדכון המשפחה. נפסק, כי שעה שהיה חשש לניסיון אבדני נוסף, הייתה מוטלת על רופא המשפחה החובה ליידע את בני המשפחה, על מנת שישגיחו על המנוחה, ומשלא עשה כן - התרשל. אף שנפסקה התרשלות, נקבע היעדר קשר סיבתי לנזק, מאחר שבנותיה העידו שהיו מודעות למצב האם ולצורך בהשגחה צמודה, ולמרות זאת לא הצליחו למנוע מהמנוחה ליטול את חייה. גם פסק הדין בעניין ו' ד' [10] מתייחס לקשר הסיבתי: נפסק, כי אם היה נמסר מלוא המידע מבית החולים הכללי לפסיכיאטרי, הדבר יכול היה לשנות את ההוראות שניתנו להורים טרם היציאה לחופשה של הקטין, ולהתניח לצורך ב"השגחה צמודה לחלוטין". ניתן רק להניח, כי לו היו נמסרות ההוראות כאמור, וההורים לא

פרסמה נייר עמדה ברוח דומה [9], ובו נכתב "ברור שאין לראות בכל מעשה אובדני כמשקף כשל בזיהוי, בהערכה או בהתערבות טיפולית... התאבדות החולה אינה בהכרח עדות לרשלנות או טעות רפואית, כפי שתמותה בניתוח או ממחלה אינן בהכרח עדות לטיפול רשלני".

כיצד מתמודד בית המשפט עם הסטנדרטים המקצועיים הללו? בפסה"ד בעניין ו' ד' [10], לגבי קטין שניסה להתאבד במהלך חופשה, מתייחס בית המשפט לאחריות הגורמים המטפלים בקטין, הן בבית חולים כללי בו טופל לאחר איום אובדני, והן בבית חולים פסיכיאטרי לשם הועבר בהמשך, ומחלק את האחריות באופן שווה ביניהם: הגורם המעביר (כללי) שלח "סיכום ביניים מקוצר" בו לא נכלל מידע משמעותי ורלוונטי, והגורם המקבל (פסיכיאטרי) לא דרש מכתב סיכום סופי ואת מלוא התיק הרפואי, ולא בירר באופן ממצה בדבר רקע אובדני של המטופל, טרם שחרורו לחופשה. נפסק, שהמטפלים לא עמדו בסטנדרטים המקובלים של רצף טיפולי והעברת מידע, ועל כן קובע את אחריותם המשפטית לניסיון האובדני שביצע המטופל. פסק הדין בעניין זיסו [11], דן במטופלת מוכרת למערכת, שהתאבדה לאחר שתי פניות לבית חולים פסיכיאטרי. נטען כי היה מקום לאשפזה בכפייה ולא להסתפק רק בהצעה לאקונית לאשפוז, מאחר שמדובר היה בחולת נפש במצב חד (acute) מאוד, שבו אינה כשירה לקבל החלטה. אולם התביעה נדחתה. בין היתר נדחתה טענתו של המומחה מטעם התביעה, שלפיה רופא סביר שוקל במונחי עלות-נזק, ונפסק כי רופא סביר שוקל במונחי בריאות-חולי, אשפוז מרצון או חירות וכבוד האדם - מול אשפוז בכפייה. האיזון שבוצע כאן על ידי המטפלים התקבל כסביר משפטית.

אף בפסק הדין בעניין נ' ש' [12] נדחתה אחריות הרופאים למות המטופלת ששלחה יד בנפשה. נפסק, כי מאחר שהסטנדרטים בחוק הטיפול בחולי נפש⁶ לעניין הוראת אשפוז לא התקיימו במקרה זה, הרי שאין לומר שבית החולים נהג ברשלנות בהחלטה שלא לפנות לפסיכיאטר מחוזי בבקשה זו. נפסק, כי בהתאם לתיעוד ברשומה נעשתה בחינה ראויה של מצב המנוחה, וכי ההחלטה לשחרר מחדר מיון שלושה ימים טרם האובדנות הלמה את אמת המידה המצופה מרופא זהיר, בהיעדר אינדיקציה ברורה לקיומו של סיכון הצפוי מהמנוחה כלפי עצמה או כלפי אחרים. גם בעניין פלוני [13], מטופל במרפאת בריאות הנפש שהתאבד בחצר ביתו, נדחתה התביעה. נקבע, כי בעקבות דיווחים בודדים על מחשבות אובדניות (לאורך שלוש שנות טיפול), וכפי העולה מהתיעוד ברשומה, נשאל המטופל באשר לכוונות קונקרטיות או תכנית ביצוע, ונקבע כי לא קיים סיכון מיידי. הנושא הועלה ביוזמת הצוות מעת לעת, וניתנה התייחסות טיפולית בהתאם.

ניתן לראות מסקירה קצרצרה (אך מייצגת) זו, שבית המשפט אינו פוסק בצורה גורפת בדבר חבות מטפלים

4 חוק הטיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991. להלן גם "חוק הטיפול".

5 ראו להלן, תחת הכותרת "בין קודקודי המשולש - אתגרים והצעות לפתרון".

6 חוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996.

פעיל, לעתים מתוכנן, ומתוך ידיעה בדבר תוצאות מעשייו הצפויה. גם נייר העמדה של האיגוד [7] מתייחס לחשיבות "שימור מימד האחריות האישית - המשפטית והמוסרית - של המטופל שהינו בעל שיפוט וביקורת מציאות, על מלוא הכרעותיו האישיות ולרבות התנהגותו האובדנית, ולא להפקיע ולהשליכה על המטפל".

נשאלת השאלה: האם ניתן לייחס מודעות למטופל האובדני, ובפרט המאובחן כחולה נפש? האם מדובר בפעולה אקטיבית רצונית, בסוג של "תופעת לוואי אינהרנטית למחלה", או שילוב בין השניים? והאם ניתן לטעון ל"אחריות נזיקית" (להבדיל מפלילית*) של חולה הנפש, ולו בכדי להסיר אחריות זו מכתפי המטפל? באשר לשאלה זו, הרי שבפקודת הנזיקין¹⁰ לא קיים הסדר לעניין אחריות חולה הנפש. ביהמ"ש קבע [22] כי, משהזיק לאחר, לא קיימת "חסינות" לחולה הנפש מפני תביעה בנזיקין: "עניינם של הפגעים בנפשו מצדיק חמלה... ואולם בבחירה בין עניינו של חולה הנפש לבין הנפגע התמים, יד האחרון על העליונה", וכן "הכרה באחריות גם תעורר שמירה טובה יותר על חולי נפש מצד קרוביהם"¹¹. אף שידועים מקרים בהם נקבעה אחריות מטופל בעקבות אי היענות לטיפול [23], הרי שלגבי אובדנות כבר נפסק [21] כי יש לשלול אשם תורם בנסיבות בהן נתון החולה למשמרת בית החולים, שלמעשה מקבל על עצמו את "חובת" החולה לשמור על עצמו: "לכן... אין לתת משקל לאשם העצמי של המתאבד"; דיכאון "פוגע בתוכן הרצון... אין להטיל אשמה מוסרית על המתאבד"¹². לאורך השנים נדחו טענות אחריות תורמת של המטופל האובדני (ר') למשל עניין א' ש' [24], שם נדחתה הטענה כי יש לייחס למנוחה שהתאבדה 50% רשלנות תורמת, שכן די היה במידע שדווח לבית החולים, כדי לגבש אחריות למנוע ניסיון התאבדות נוסף).

נקודה נוספת: קיימת מסה קריטית ודומיננטית של מטופלים המציגים סיכון אובדני אף שאינם נכנסים להגדרת "חולה נפש", ומעמדם המשפטי "כשיר". עובדה זו מדגישה ביתר שאת את הדיסוננס בין השיח הציבורי והמשפטי (המבורך כשלעצמו) על זכויות האדם המטופל, שעיקרו חירות, בחירה אישית ואוטונומיה, לבין הנטייה הכמעט אוטומטית להפקעת מימד זה בסיטואציות של פגיעה עצמית - שאז לפתע מתפוגגת אחריותו האישית של האדם המטופל, אין אוטונומיה ואין בחירה (ושלא במפתיע, האחריות מועברת לכתפי המערכת והמטפל). לגישתנו, הטשטוש שבין הומניזם לאנרכיה והיעדר אחריות אישית מחייב הצבת גבולות. כבוד האדם וחירותו¹³ - בהחלט, אך מבלי לוותר על אחריותו, כעמוד תווך משלים.

היו עומדים בהן כלשונן, היו מועלות על ידי ההגנה טענות בדבר אחריות תורמת מצידם. לעומת זאת, בפסק הדין בעניין ג' ב' [17] נדחתה טענה, לפיה ההימנעות מלהתקשר לבעל הייתה רשלנית. זאת בפרט לנוכח העובדה שהבעל לא שיתף פעולה עם הטיפול, ראה במחלתה של אשתו "דיבוק" ולא היה טעם ליצור עמו קשר. בנוסף, נפסק, הדבר לא היה מונע את האובדנות. בית המשפט קובע כי לאור מצב המנוחה, גם לא היה מקום להצמיד מלווה. באשר לקשר הסיבתי נפסק, שהמנוחה קיבלה החלטה להתאבד, והייתה פועלת ללא קשר למקום ולזמן.

גם בפסק הדין בעניין נ' ש' [12] נדון היבט זה: האם אי הדרכתו (הנטענת) של הבעל, תרמה לאובדנות? בית המשפט משיב בשלילה: הן במכתב סיכום האשפוז והן ברישום הרפואי של ביקורים לאחר מכן הומלץ על השגחה צמודה. הבעל, לא רק שידע אודות מצבה המורכב של המנוחה, אלא אף אימץ בפועל את ההמלצה ושכר שירותי מטפלת לצורך השגחה על רעייתו. בפסק הדין בעניין סברי [18] נקבעה רשלנות המטפלים, ובמקביל נקבע אשם תורם של הבעל בשיעור 40% - צעד לא שגרתי, הן מעצם מהותו והן מבחינת היקפו. בית המשפט מתייחס להתנהלות הבעל כאל כזו שתורמה בפועל להתדרדרות במצבה של אשתו, עד כדי אובדנות: "הבעל התעלם ממחלתה הקשה ומניסיונותיה לאבד עצמה לדעת... התנגד לטיפול באופן פאסיבי, התנגדות שהמנוחה התקשתה מאד להתמודד עימה... לא הביע נכונות ורצון להשתתף במאמצי הרפואי". נקבע כי המנוחה הייתה נתונה למרותו ולהשפעתו של בעלה, וחששה להתאשפז בניגוד לרצונו. בהיבט הקשר הסיבתי נפסק, כי חשש זה, בצירוף הנתונים האחרים, גרם בסופו של דבר לתוצאה הטראגית "ייתכן שאילו הייתה זוכה בתמיכת בעלה הייתה נמנעת התאבדותה".

על אחריות המטופל

הביטוי "איבד עצמו לדעת", מבוסס על היות האדם בצלם אלוהים, ומשום כך אל לו ליטול את קדושת חייו בידיו שלו [19, 20]. מהי הגישה המשפטית? בפסיקה עלתה זה מכבר התהייה העקרונית "עד היכן נתונה לאדם חירות לשים קץ לחייו"⁸ [21]. בנייר העמדה של המועצה למניעת אובדנות [9] נכתב כי "לכל אדם, גם אם הוא סובל מבעיה נפשית, כל עוד לא הוכח שהוא לא אחראי למעשיו, יש אחריות על חייו. מטפל, מיומן ככל שיהיה, אינו יכול לקחת אחריות זו במקום המטופל". ואכן, בתביעות בעקבות אובדנות, עולה לעתים טענת ההגנה, לפיה האחריות היא על המטופל עצמו, שלא "מצא את מותו" אינצידנטלית, אלא הוא שנטל את חייו, באופן

7 מקור הביטוי הוא הלכתי ("המאבד עצמו לדעת אין לו חלק לעולם הבא") להרחבה על מקור הביטוי ראה בספר "המאבד עצמו לדעת - היבטים הלכתיים, היסטוריים והגותיים", יחזקאל שרגא ליכטנשטיין, הוצאת הקיבוץ המאוחד, 2008.

8 תוך דחייה, בשם אוטונומיה ויחיד, של הרעיון המושרש ביהדות "על כורחך אתה נולד, על כורחך אתה חי ועל כורחך אתה מת". חוק העונשין מאפשר "סייג לאחריות פלילית" שאז לא יישא אדם באחריות פלילית (סעיפים 34ה+כב לחוק). בין היתר סייג אי שפיות הדעת (סעיף 34ח לחוק) או היעדר שליטה (סעיף 34ז לחוק).

10 פקודת הנזיקין (נוסח חדש), ובפרט סעיף 35 שעניינו "רשלנות".

11 ראה גם לעיל תחת "על אחריות המשפחה".

12 עם זאת, ביהמ"ש לא קבע קביעה גורפת ואף סייג: "אין בכך קביעת עיקרון מוחלט. בנסיבות אחרות, אפשר שהמסקנה תהיה שונה".

13 חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, התשנ"ב - 1992.

אובדנות, ונטילת שולי בטחון רחבים (מדי). חלופת טיפול נוספת היא ההסתייעות ברופא הראשוני וגורמי הטיפול בקהילה [26]. מדובר בחלופה מידתית, בפרט כאשר אין אינדיקציה לטיפול/אשפוז בכפייה (להבדיל מגישת "הכול או לא כלום"). נייר עמדה בנושא [27] מדגים שיעורים נמוכים ביותר של טיפול מרפאתי במטופלים אובדניים, ומציין סיבות אפשריות להפנייתם לאשפוז בלבד¹⁴. נייר העמדה מעודד טיפול בקהילה, כאשר המטופל מסרב לאשפוז, ואף שאין זו האלטרנטיבה הטיפולית המועדפת, אין בכך כדי להוות סיבה קלינית לסרב לקבלו, שהרי החלופה בפועל היא היעדר טיפול.

לסיכום

על אף עליית קרנה של אוטונומיה המטופל, ולרבות חולה הנפש, הרי שבמקרי אובדנות עיקר האחריות המשפטית עודנה מוטלת על כתפי המטפלים. נדירים המקרים בהם תוטל אחריות של ממש על קרובו של מטופל, ואחריות נזיקית של מטופל אובדני טרם נקבעה. עם זאת, היעדר אחריות של מטופל אובדני אינה מחייבת בהכרח הטלת אחריות על המטפל, על אף ה"צורך" החברתי והמשפטי בהפניית אצבע מאשימה. יש להיזהר מחוכמה שבדיעבד, כאשר בפועל הכלים הנתונים בידי המטפל בזמן אמת הם מוגבלים. אם המשפחה נתפסת לרוב כגורם מסייע אך נטול חבות של ממש, ואם טרם בשלה העת להטלת אחריות על מטופל אובדני (הנחה שניתן להתווכח עליה, ובפרט כאשר לא אובחן כ"חולה נפש") – הרי שיש מקום להרחבת ארגז הכלים של המטפל: הכשרת מטפלי הקהילה ושילובם בטיפול בבעלי סיכון אובדני; שינוי חקיקתי שיאפשר גמישות באפשרויות הטיפול שניתן להציע; שינוי קליני שיאפשר אבחנה פורמלית של הסיכון האובדני (תוך קיום דיון על משמעות המהלך); רגישות וענייניות שיפוטית בקביעת מעגלי האחריות, ועוד. דרכי פעולה אלו, חלקן חדשניות, מחייבות התפתחות ויצירתיות מחשבתית מכלל המעורבים, מטפלים ומשפטנים, מתוך מטרה משותפת לצמצם את התממשות הסיכון האובדני, ולקידום איכות ובטיחות טיפול של ממש.

מחברת מכותבת: ליאת קיסר גרשט
דוא"ל: Lk.MedLaw@gmail.com

בין קודקודי המשולש – אתגרים והצעות לפתרון

אין ספק כי משולש האחריות עומד על כתפי המטפל, והוא הקודקוד הדומיננטי, בהסתכלות קלינית ומשפטית. מצב זה מביא לחשש מפני רפואה מתגוננת, שעלולה להתבטא בטיפול יתר שאינו נדרש, מחד, ובהימנעות מטיפול, מאידך. כך, למשל, תרחיש שכיח מתאפיין בקיום הערכה קלינית בדבר סיכון אובדני למטופל המצריך הגנה פיסית (אשפוז; ליווי צמוד), ובמקביל, מדגים אי קיומה של מחלת נפש. עובדה זו מונעת אפשרות מעשית וחוקית להציע הגנה משמעותית עבור מטופל המסרב לכך, קל וחומר לכפותה. בהיעדר כלי חוקי זמין, עלולה פעולה כזו להיחשב כפגיעה באוטונומיה המטופל ובזכותו לחירות. כפועל יוצא, מעצבת מציאות זו עיוותים בשטח: אחד מהם הינו עידוד בפועל לאי דיוק ברישום רמת מסוכנות (לקולא או לחומרא), כתלות ביכולת המעשית להציע הגנה, ואי דיוק מקביל בהערכת המצב הנפשי, על מנת שניתן יהיה לבסס את סבירות ההחלטה הקלינית – לאשפוז או לא לאשפוז. עיוות קשה שני הינו מאמץ של ממש להימנע מלהציע טיפול אמבולטורי למטופלים אובדניים, בשל הצל הכבד המוטל על המטפל באם תתממש אובדנות. מטבע הדברים, כאשר הסיכון להטלת אחריות משפטית משפיע על שיקול הדעת הקליני ועל תיעודו, המערכת והמטופלים גם יחד צפויים להינזק. לגישתנו, התמודדות מיטבית מצריכה צמצום פער מובנה זה. למשל, על ידי צמצום הנטייה השיפוטית להמיר את אי האחריות המשפטית של חללי התאבדות באחריות משפטית של מטפל, גם בנסיבות אשר אין חולק על כך שהאפשרות לכפיית הגנה או טיפול לא הייתה מצויה בסל הכלים החוקיים, האתיים והמקצועיים של המטפל בזמן אמת. כיוון נוסף לפתרון, שישמש גם כמסייע לשיקול הדעת השיפוטי, הוא היענות לקריאה להוספת האבחנה הפורמלית של "בעל סיכון אובדני" למדריך ה-DSM [25], להכניס מטופלים אלו לתחולת חוק הטיפול, ולתת כלים פרקטיים בידי המטפלים. גם הגדרה חוקית קונקרטית ומרחיבה יותר של "מסוכנות" תיתן מרחב תמרון בידי המטפלים בסיטואציות אלו. לחלופה תיאורטית זו חולשה קלינית, בהינתן המוגבלות המובנית להציע טיפול יעיל למי שאינו מעוניין בו (מוגבלות המוקצנת בסטטוס קליני החסר תסמיני מטרה האופייניים למחלה ממש, ואשר מגיבים לטיפול תרופתי). עוד מייצרת חלופה זו פוטנציאל לפגיעה לא מידתית באוטונומיה של מטופלים רבים, בשל מקדם אי הוודאות הגבוה המאפיין הערכת

14 כמו: גישה לפיה לא ניתן לטפל בקהילה באדם בסיכון אובדני; חשש מתביעה משפטית; הימנעות מטופלים מפנייה לטיפול בקהילה.

ביבליוגרפיה

- | | | |
|--|--|---|
| 1 Lubin G., Vishne T., Kotler M. Suicide: clinical and systematic aspects of the self-responsibility | dimension. <i>Harefuah</i> 2007 May;146(5):364-7, 405. | Nordentoft M. Risk estimates and risk factors related to psychiatric inpatient suicide— |
| 2 Madsen T, Erlangsen A, | | |

18. תא (ראשל"צ) 7906/01 עיזבון המנוחה רחל סברי ז"ל נגד קופת חולים כללית ואח', 08.12.2003. פורסם ב"נבו".
19. ל. שלף, "בין קדושת החיים לכבוד האדם – על ייסורי הגוף, הקדמה הרפואית, רגישות אנושית והמשפט הפלילי", משפטים כד (תשנ"ד), 207.
20. ע"א 506/88 שפר (קטינה) נגד מדינת ישראל, 24.11.1993. פורסם ב"נבו".
21. ע"א 6649/96 הסתדרות מדיצינית הדסה נ' גלעד, 20.06.1999. פורסם ב"נבו".
22. רעא 1272/05 גד כרמי נגד דניאל סבג, 02.12.2007. פורסם ב"נבו".
23. ש. הירשמן, אחריות הרופא בחוסר היענות לטיפול, *Psychiatry Updates. April 2009. Volume 3*.
24. תא (ת"א) 3073/00 א.ש (קטין) נ' מדינת ישראל, 20.02.2007. פורסם ב"נבו".
25. Mann J., Rizk M., A Brain-Centric Model of Suicidal Behavior. *Am J Psychiatry* 177:10, October 2020, 902-916.
26. Zalsman G. Suicide: Epidemiology, Etiology, Treatment and Prevention. *Harefuah* 2019 Jul; 158(7):468-472.
27. נייר עמדה: טיפול בקהילה באדם אובדני, האגף לבריאות הנפש, משרד הבריאות, 28.05.2014.
9. נייר עמדה בנושא אובדנות, המועצה הלאומית למניעת אובדנות, משרד הבריאות, מרץ 2012. פורסם באתר משרד הבריאות www.health.gov.il
10. ת.א. (ירושלים) 12238-04 נ. ד. נגד מדינת ישראל ואח', 23.03.2011. פורסם ב"נבו".
11. ת"א (חיפה) 33490-05-10 זיסו ואח' נגד מדינת ישראל, 17.11.2014. פורסם ב"נבו".
12. ת"א (פ"ת) 41722-11-13 נ.ש. ז"ל נגד מדינת ישראל, 07.12.2017. פורסם ב"נבו".
13. ת"א (חיפה) 29556-10-16 פלוני נגד מדינת ישראל ואח', 22.11.2018. פורסם ב"נבו".
14. נהלי אגף בריאות הנפש במשרד הבריאות מס' 51.003 (הבטחת רצף טיפול); מס' 51.006 (שחרור מטופל מאשפוז פסיכיאטרי); מס' 51.007 (העברת מטופל באשפוז פסיכיאטרי). מופיעים באתר משרד הבריאות www.health.gov.il
15. נוהל אגף בריאות הנפש במשרד הבריאות מס' 51.014 עבודה עם משפחות של מטופלים באשפוז פסיכיאטרי, 01.06.2017, פורסם באתר משרד הבריאות www.health.gov.il
16. ת"א (ירושלים) 51034-11-11 עיזבון המנוחה ד. א. ואח' נגד מכבי שירותי בריאות, 23.08.2016. פורסם ב"נבו".
17. ת"א 3766-05 (ירושלים) עיזבון גב. ואח' נגד משרד הבריאות, 01.01.2012. פורסם ב"נבו".
3. Large M, Smith G, Sharma S, Nielsens O, Singh SP. Systematic review and meta-analysis of the clinical factors associated with the suicide of psychiatric in-patients. *Acta Psychiatr Scand.* 2011;124(1):18-19. doi:10.1111/j.1600-0447.2010.01672.x
4. ת.א. (מחוזי ת"א) 156/95 רוזובסקי נגד מדינת ישראל, 28.10.2001. פורסם ב"נבו".
5. נייר עמדה של האיגוד הפסיכיאטרי "התערבות עם מטופל אובדני בעידן רפואה מתגוננת: הערכת סיכון וגבולות האחריות", 2009. רפואה ומשפט, גיליון מס' 41 – דצמבר 2009, עמ' 46-50.
6. חוזר מינהל רפואה במשרד הבריאות מס' 29/2009 "ניסיונות התאבדות – התערבות, טיפול, שמירה מיוחדת ודיווח בבית חולים כללי/פסיכיאטרי", 10.09.2009. פורסם באתר משרד הבריאות www.health.gov.il
7. נייר עמדה "עמדת פורום מנהלי בתי החולים הפסיכיאטריים ואיגוד הפסיכיאטריה לגבי התמודדות עם אובדנות בבית החולים", יוני 2013. פורסם באתר האיגוד, פורטל DoctorsOnly.co.il
8. תת (חיפה) 27773-09-09 ק.ג. ז"ל נגד מדינת ישראל, החלטות מיום 09.09.2012 + 16.06.2013, פורסמו ב"נבו".

כרוניקה

התפשטות וריאנט אומיקרון באנגליה



תפוצת הנגיף הייתה ניכרת בקרב קבוצות מגזע שחור או אסיאתי, אפילו בקרב אלה שקיבלו שתי מנות חיסון, וכן בקרב אוכלוסיות נמוכות הכנסה. לעומת זאת, לא דווח על הדבקות בקרב המקבלים שלוש מנות חיסון. החוקרים העריכו כי ב-17 בדצמבר, 75% מכל מקרי ההדבקה היו על ידי וריאנט אומיקרון (Science 2022;375: 1406).

וריאנט אומיקרון של נגיף הקורונה התפשט ברחבי העולם למרות כיסוי נרחב של חיסונים. אליוט וחב' עקבו אחר התפשטות אומיקרון באנגליה מהמקרה הראשון בנובמבר 2021, בעזרת נתונים ממעקב קהילתי הנקרא REACT. הנתונים הצביעו על הגברה ניכרת וחדה של הדבקה בקרב מבוגרים צעירים בלונדון, שהגיע ל-6% באמצע דצמבר. רוב הנדבקים דיווחו על תסמיני פגיעה בחוש הריח והטעם, חום ושיעול.

איתן ישראלי