

רפואה ושררה - טיפול כפוי בחולה נפש מנקודת הראות של המטפל

רמונה דורסט* ואירית מרטיק**

א. מבוא; 1. הצורך לעגן בחוק את הטיפול בחולי נפש; 2. הצגת הנושא מההיבט הרפואי. ב. נתונים בסיסיים על אשפוז כפוי. ג. מוקדי לחץ חוץ-רפואיים המופעלים על המטפל; 1. מאבק המטופל על חירותו; 2. שרדת המטפל וזרותה לעקרונות הטיפוליים; 3. יצירה "מגבוה" של יחסי מטפל-מטופל; 4. לחצים מצד משפחת המטופל; 5. לחץ מצד מעצבי דעת הקהל (אמצעי התקשורת); 6. ערכיו האישיים של המטפל. ד. פעילות הוועדות הפסיכיאטריות; 1. מבנה הוועדות ונתונים על פעילותן; 2. התערבות הוועדות בטיפול פסיכיאטרי כפוי - ביקורת רפואית, מעין שיפוטית או שתיהן כאחת? ה. התערבות בתי המשפט; 1. אשפוז כפוי בראי הפסיקה; 2. השפעת חוקי סוד: כבוד האדם וחירותו. ו. "מישפט" הטיפול הפסיכיאטרי; 1. חולה פסיכיאטרי כצד להליך אדוורסרי; 2. מעצר פלילי כהיקש משפטי בקציבת זמנים לאשפוז כפוי; 3. הסכמת המטופל לטיפולים מסוימים - דרישת הכתב והכשרות להסכים לטיפול חשמלי. ז. סיכום.

א. מבוא

חוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991,¹ קובע סדר חדש בתחום הטיפול הכפוי בחולים. סדר זה ניתן - ואף ראוי - לקרוא בשם "דיני אשפוז ושהרור", בדומה לקטגוריה

* מרצה בחוג לפסיכיאטריה, בית הספר לרפואה של האוניברסיטה העברית בירושלים. מנהלת מחלקה במרכז לכריאות הנפש טלביה.

** מתמחה בפסיכיאטריה, המרכז לבריאות הנפש טלביה. אנו מודות לד"ר אלכס שטיין מהפקולטה למשפטים שבאוניברסיטה העברית בירושלים, על עזרתו הרבה בהכנת המאמר ועל הערותיו המועילות בתחום המגשר בין החלק הרפואי למשפטי.

1. חוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991, ס"ח 58.

המשפטית הידועה "דיני מעצר ושהרור". הסדר החדש, שנקבע בעקבות הניסיון שהצטבר בימי תחולתו של החוק הישן,² מושתת על השקפת עולם הרואה בטיפול ובאשפוז הנכפים על חולה נפש את אחת מצורותיה "החמורות והמדכאות של שלילת חירותו של האדם".³ תפיסה זו, שניתן לכנותה "תפיסה מעצרית",^{3א} קובעת איפוא גדרות וסייגים "ומשמרת למשמרת" לאשפוז ולטיפול בכפייה בשל מחלה נפשית:

אשפוזו של אדם בבית חולים לחולי נפש קשה ומר למאושפז ולבני משפחתו. משנעשה האשפוז שלא מרצונו של המאושפז, יש בו משום אחת הצורות החמורות והמדכאות של שלילת חירותו של האדם. משום כך, מצא המחוקק לנכון לעשות סייג ומשמרת למשמרת למתן הוראת אשפוז, ... וקבע שורה של תנאים מפורטים, שקיומם נדרש עובר למתן הוראת האשפוז. אלה כאלה להבטיח, במידת האפשר, שלא תצא חס ושלום תקלה מתחת יד.⁴

הסמכות להורות על בדיקה פסיכיאטרית של אדם בניגוד לרצונו נתונה לפסיכיאטר המחוזי. הפסיכיאטר המחוזי מוסמך להורות על מתן טיפולים פסיכיאטריים וכן על אשפוז בכפייה, כאשר מדובר בחולה נפש העלול לסכן את עצמו או את סביבתו. כאשר הסכנה האמורה היא מיידית, יכול הפסיכיאטר המחוזי להורות על בדיקה דחופה כפויה ואף על אשפוז החולה בכפייה ובדחיפות. הוראותיו אלה של הפסיכיאטר המחוזי חייבות לנבוע משכנועו בנחיצותן, כלשון החוק: "שוכנע פסיכיאטר מחוזי על סמך בדיקה פסיכיאטרית". שכנועו צריך שיהא מושתת על ראיות אובייקטיביות, להבדיל מהערכות וסברות בעלמא:

שכנוע, אין משמעו הלך נפש אישי ופרטי של רופא... שכן הוא צריך להיות נתון לביקורת משפטית. השכנוע צריך שיימדד על בסיס אובייקטיבי, כך שבעת מבחן יוכל המשוכנע גם לשכנע.⁵

תקופת האשפוז הכפוי שנעשה על-פי הוראת הפסיכיאטר המחוזי, אינה יכולה לעלות

2. חוק לטיפול בחולי נפש, תשט"ו-1955, ס"ח 121.
3. כלשונו של השופט מ' אלון (כתוארו אז) בב"ש 196/80 טולדנו נ' מדינת ישראל, פ"ד לה (3) 332, 336.
- 3א. להקבלתם המפורשת של דיני האשפוז הפסיכיאטרי לדיני מעצר ראו R. Reisner & C. Slobogin, *Law and the Mental Health System*, (2nd ed., West Pub. Co., St. Paul, Minn. 1990) 615.
4. ב"ש 196/80 (לעיל, הערה 3).
5. ע"ש (י-ם) 81/92 פלונית נ' היועץ המשפטי לממשלה (לא פורסם).

רפואה ושרדה - טיפול כפוי בחולה נפש מנקודת הראות של המטפל משפט וממשל ג' תשנ"ה

על שבעה ימים, אולם ניתן להאריכה בשעת הצורך ועל-פי בקשה מנומקת בכתב לשבעה ימים נוספים:

10. (א) תקופת אשפוז על פי הוראת אשפוז לא תעלה על שבעה ימים מיום האשפוז אלא לפי הוראות חוק זה.
(ב) פסיכיאטר מחוזי רשאי, לפי בקשה מנומקת בכתב מאת המנהל, להאריך את תקופת האשפוז על פי הוראת אשפוז לשבעה ימים נוספים.

הסמכות לעשות כן מעבר לכך נתונה בידי הוועדה הפסיכיאטרית המחוזית. בראש כל ועדה כזאת עומד משפטן הכשיר לשמש כשופט. לצדו, כאמור, עומדים שני פסיכיאטרים. תחילה יכולה הוועדה המחוזית להאריך את תקופת האשפוז בשלושה חודשים. לאחר מכן ניתן להאריך מפעם לפעם את האשפוז בשישה חודשים. הוועדה הפסיכיאטרית דנה גם בעררים נגד הוראות אשפוז. כמו כן היא דנה בעררים המוגשים נגד הוראות הפסיכיאטר המחוזי בדבר טיפול בכפייה שאינו טעון אשפוז.⁶ כאמור, מתכונתם של סייגים אלה מזכירה את דיני המעצר, הקוצבים זמנים למעצרו של אדם ומקימים מסגרות פיקוח על עילותיו.

תפיסה מעצרית זו אינה מובנת מאליה. אשפוז אינו מעצר מעצם מהותו שכן:

35. (ב) המטרה העיקרית של אשפוז חולה בבית חולים הינה קבלת טיפול רפואי ואין לאשפוז אדם בבית חולים לשם הגנה על הציבור או עליו בלבד, אלא לפי הוראות חוק זה.

חולי הנפש נזקקים לטיפול בהיותם חולים: מטפליהם אינם שוטרים, ובתי-החולים הפסיכיאטריים אינם בתי-מעצר.

1. הצורך לעגן בחוק את הטיפול בחולי נפש

מאמר זה נכתב מתוך מודעות לחשיבות כבוד האדם וחירותו המעוגן בחוק-היסוד. מי שהופקדה בידיו שררה על-פי חוק טיפול בחולי נפש חייב לנהוג בה גם בהתאם לחוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו.

שלוש קבוצות נימוקים עומדות בבסיס הצורך לעגן בחוק את הטיפול בחולי נפש:
א. חולה המתנגד לאשפוזו ולקבלת טיפול רפואי זכאי, כמוכּן, למנוע מעצמו כל אלה כל אימת שרצונו צלולה ואיננו פסול דין.⁷ הכלל "רצונו של אדם כבודו" חל גם על רצונות שאינם נחשבים לרציונליים. טיפול בחולה שנעשה בניגוד לרצונו יחשב על כן

6. ראו סעיפים 6-12; ו-24 לחוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991.

7. ע"א 506/88 שפר נ' מדינת ישראל, כ"ד מח (1) 87.

ל"תקיפה", עוולת נזיקין ועבירה פלילית כאחד.⁸ הכלל "רצונו של אדם כבודו" חל על כל אדם, אך במקרה של חולי נפש, רצונו אינו תמיד "רצון". חולה נפש שאינו יכול בשל מחלתו לגבש החלטה מודעת בדבר הסכמתו לטיפול אינו יכול להיחשב כמתנגד לטיפול. בחולה כזה יש לטפל גם בלא הסכמתו. כאשר הטיפול בחולה כזה מצריך את אשפוזו, יהיה ראוי לאשפוזו על-פי הכללים והתנאים המוגדרים בחוק. במה חולה זה שונה מאדם שנפגע בתאונת דרכים והובהל לבית-חולים במצב של עילפון? או מאדם שהובא לבית-חולים בהיותו מצוי תחת השפעה של סם קשה? גלוי וידוע הוא שבמקרים כגון אלה ניתן לטפל באדם גם ללא קבלת הסכמתו.⁹

ב. הפסיכיאטריה אינה מדע מדויק. הליך האבחון הפסיכיאטרי מושתת על עקרונות רפואיים. הפסיכיאטריה מאפשרת לסיוג בוודאות מקרים רבים שהם בחוקת "מקרים קלים". עם אלה נמנים מקרים לא מעטים, שבהם ניתן להצביע בבירור על קיומה של מחלה פסיכוטית השוללת מן החולה את כושר השיפוט או את ביקורת המציאות. עם אלה נמנים גם כל אותם מקרים שבהם ניתן להצביע בבירור על העדרה של מחלה כזאת. אולם, לצדם של ה"מקרים הקלים" קיימת קשת רחבה של "מקרי גבול". "מקרי הגבול" הם לאו דווקא בעייתיים מהבחינה הרפואית אכתנתית, אלא מבחינת הדרך הטיפולית במסגרת האפשרויות והחוק. למשל, חולה המאובחן באופן ברור כחולה פסיכוטית הזקוק לטיפול, עדיין יכול להוות "מקרה גבול" בסרבו לקבל טיפול מרצון מחד גיסא, ואם אינו עונה ברגע הנתון על הקריטריונים הנדרשים לאשפוז או לטיפול בכפייה מאידך גיסא. אנו הרופאים יודעים, שעלינו לחכות עד שיחמיר מצבו ויענה על הקריטריונים הנדרשים לטיפול נגד רצונו, ורק אז נוכל לטפל בו. תקופת הביניים הזו קשה ביותר לחולה ועוד יותר לסביבתו הקרובה, ויש בה סכנה להתדרדרות מצבו של החולה ולקושי גדול יותר בטיפול בו בעתיד.

גישת הרופא היא גישה פטרנליסטית, אשר בבסיסה טבוע הרעיון שהרופא רשאי ואפילו צריך לפעול ולהכתיב את הדרך הנראית לו נכונה, כל עוד זו משרתת את טובת האחר (החולה). הפטרנליזם מתנגש עם עקרון החירות של הפרט, הנותנת לו את הזכות לבחור ערכים ונורמות ולקבוע התלטות לגבי עצמו, כולל התלטות רפואיות. מתחם השיפוט שהפסיכיאטריה מותירה בידיו של המטפל האינדיווידואלי הוא רחב ממדים. מן הראוי על כן להדק את הרצועה, ואם המדע אינו מספק אמות-מידה ברורות לטיפול פסיכיאטרי בכפייה, צריך שאלו יסופקו על-ידי החוק והמשפט. מן הראוי לפקח על פעילותם של מטפלים פסיכיאטריים כדי למנוע ניצול מופרז של מעמדם וכדי למזער את מקרי השגגה.

ג. אשפוזו הכפוי של אדם מחמת מחלת נפש מהווה שלילת הופש התנועה, שיש בצדה פגיעה בכבודו (זכות אדם שעוגנה בחוקייסוד) וקלון חברתי.

8. A. Carmi, *Law & Medicine Part Two*, (1987) 136.

9. ע"פ 480,527/85 קורטם ג' מדינת ישראל, פ"ד מ (3) 673.

רפואה ושררה - טיפול כפוי בחולה נפש מנקודת הראות של המטפל משפט וממשל ג תשנ"ה

דבר זה נכון, אם כי במידה פחותה, גם לגבי טיפול פסיכיאטרי הניתן בכפייה. אשפוז וטיפול גם מכניסים את המטופל אל תוך סביבה לא נוחה, ולו רק בשל הימצאותו במחיצתם של חולי נפש, שמקצתם מסוכנים.¹⁰ יובהר, כי לא כל החולים המאושפזים בכפייה הם אלימים. מקצתם מאושפזים בשל מסוכנות אובדנית ומקצתם - בשל הונחה עצמית קשה עקב מחלתם. בהיותם מאושפזים בכפייה במחלקה סגורה, הם חשופים לאלימות מצד חולים אחרים. לדוגמה, חולה מהמגזר הערבי נוצרי, שפעל על-פי דעותיו הדתיות משיחיות, גרם לשבר באפו של חולה אחר בשל היותו ערבי מוסלמי, אף שזה לא התגרה בו כלל. הקבלתה של קבוצת הנימוקים האחרונה לענייני מעצר (או מאסר) פלילי מתבקשת ואינה טעונה כל הסבר נוסף.

אשר לקבוצת הנימוקים השנייה, הספקנית לגבי הכרעות פסיכיאטריות והרואה לכן צורך להגביל את הקריטריונים של אשפוז בכפייה, קבוצה זו מעדיפה, הלכה למעשה, סוג מסוים של טעות בהכרעה על פני משנהו. היא מעדיפה שחרור ואי-טיפול מחמת טעות בשיקול הדעת על פני אשפוז וטיפול מחמת טעות כאמור. דבר זה מבליט את הדמיון שיש בין קבוצת נימוקים זו לבין התפיסה הרווחת בענייני מעצר (או מאסר) פלילי.

ביטוייה המובהקים של תפיסה זו מצוי בהלכה האמריקנית בדבר מידת השכנוע הראייתית הנדרשת כתנאי לחוקיותו של אשפוז כפוי. הלכה זו, שמקורה בפסק-דין ידוע¹¹ קבעה, כי מידת השכנוע הדרושה עולה על המידה הנהוגה במשפטים אזרחיים. במשפטים אלה, די לו, לחובע, בעדיפות כלשהי, ולו קלה, ב"מאזן הסתברויות", כדי לזכות בפסק-דין נגד הנתבע. הוכחה כזו לא תספיק לאשפוזו הכפוי של אדם. לשם כך תידרש "הוכחה ברורה ומשכנעת" (Clear and convincing evidence) הן ביחס למחלת הנפש, שממנה אותו אדם סובל, והן בנוגע לצורך לאשפוזו בכפייה. מידת הוכחה זו מגיעה למחצית הדרך בקו ההסתברויות המחבר בין מידת השכנוע שבתחום האזרחי הרגיל לבין זו הנהוגה בפלילים (הוכחה "מעבר לכל ספק סביר").

תרגומה של השקפה זו (שמקומה בדין הישראלי טרם נתבאר סופית)¹² למונחי ההסתברות המתמטית מוביל למסקנות מעניינות. לפי מונחים אלה, תובע אזרחי רגיל צריך להוכיח את תביעתו בהסתברות העולה על 0.5, ואילו התביעה במשפט פלילי חייבת להוכיח את עובדות האישום בדרגת הסתברות הקרובה ל-1. הסתברותן של עובדות המצדיקות אשפוז כפוי חייבת איפוא להיות לפחות בסביבות ה-0.7. דבר זה מצביע על ההסתברות לטעות בכ-70% מן ההחלטות בדבר שחרור החולה ואי טיפול בו. אף אם נתעלם מהנוק החברתי, שללא ספק טמון בשיטת החלטה זו, לא נוכל למצוא לה אח ורע בענפים אחרים של הרפואה המצריכים קבלת החלטות בתנאי אי-ודאות.

10. ראו, למשל, ע' פרוש, "העילות לאשפוז כפוי של חולי נפש", משפטים יג (תשמ"ד) 377.

11. Addington v. Texas, 441 U.S. 418 (1979).

12. ראו להלן, פרק ה.

2. הצגת הנושא מההיבט הרפואי

בניגוד למה שניתן לצפות עקב האמור לעיל, מאמר זה אינו מבקש לשנות את תפיסתם המעצרית של דיני האשפוז והטיפול הפסיכיאטריים. מטרת המאמר היא לתאר את העבודה היום-יומית בתחום הפסיכיאטריה הקלינית, במסגרות שהתווה החוק החדש. כחלק מתיאור היום-יום, נעמיד את אמות-המידה הטיפוליות המקובלות במדע הפסיכיאטרי מול המסגרות המשפטיות הקיימות. תיאור זה יראה את המכשולים המשפטיים, שלדעתנו גורעים מאיכות הטיפול בחולי נפש. נראה, כי תפיסתו המעצרית של אשפוז כפוי ערבבה, באופן בלתי רצוי, את הרפואה והשררה. תפיסה זו אחראית, בין השאר, ליצירת היחסים האדוורסריים בין פסיכיאטרים למטופליהם, שעה שאחדות המטרה – שהיא ריפוי היעיל ככל האפשר של החולה – נמצאת לעתים נפגמת.

נעמוד על השפעת החוק על החולים ועל העבודה הטיפולית בכללותה. כמו כן נתייחס לעבודתן של הוועדות הפסיכיאטריות על היבטיהן השונים, ונביא כמה נתונים סטטיסטיים. הנתונים הסטטיסטיים יתייחסו לאשפוז כפוי במחלקה הסגורה שבמרכז לבריאות הנפש "טלביה" בשנתיים הראשונות מאז כניסת החוק לתוקפו. בהמשך נדון בהשפעתו של טיפול בכפייה על המטופלים ועל הצוות, כשזרועו של המשפט נמצאת ברקעו ופועלת הלכה למעשה בכל המרחב הטיפולי.

המחלקה הסגורה מקבלת לטיפול ולאשפוז חולים שמטבע הדברים מצויים בשלב חריף וקשה של מחלתם. שתי קבוצות חולים מתקבלות לאשפוז, אלה הבאים מרצונם החופשי וחותרים על הסכמתם לאשפוז ולקבלת טיפול, ואלה המגיעים לאשפוז בכפייה. הנתח המספרי של חולים המתאשפזים בניגוד לרצונם אינו מבוטל כלל ועיקר. למרות שמדובר באוכלוסייה לא מבוטלת ועל אף היקף הבעיה, כתיבה על אשפוז כפוי מנקודת ראותם של המטופלים היא מועטה ביותר. מאמרים רבים נכתבו בעיקר בארצות-הברית על טיפול מרפאתי כפוי,¹³ במטרה לאמוד את יעילותו ואת השפעתו על כמות האשפוזים החוזרים, על משכם וכן על היענות החולה לטיפול כפוי אמבולטורי. טיפול כפוי תוך-מוסדי, על אף חשיבותו הטיפולית לפרט ולמרות שכיחותו, לא קיבל התייחסות הולמת בספרות המקצועית.

מנקודת ראותו של המטופל, מושם הדגש בהלק הבלתי אנושי שבאשפוזו הכפוי, השולל את חירותו הבסיסית. דוגמות ספרותיות כגון: "השטן ממוסקבה" מאת מיכאיל בולגקוב, "אוטוביוגרפיה של גערה סכיופרנית" שכתבה מרגרט סצייה, "קן הקוקייה" של קן קסי פונות אל רגשותיו של קורא מודרני ונאור, הרואה עצמו בן חורין. קורא זה, הרואה בחירות הפרט את חזות-הכול יודעה לרוב עם המטופל.

¹³ "Involuntary Commitment to Outpatient Treatment", Task Force Report 26, Washington DC, American Psychiatric Association, (June 1987).

רפואה ושררה - טיפול כפוי בחולה נפש מנקודת הראות של המטפל משפט וממשל ג' תשנ"ה

ב. נתונים בסיסיים על אשפוז כפוי

אשפוז בכפייה הוא בלתי נמנע ברוב המקרים שבהם הוא מתבצע. קיומן של מחלקות פתוחות, יהודות יום למיניהן ויחידות טיפול בקהילה מתאפשר הודות לכך שהמחלקה הסגורה, שבה ניתן לאשפוז אנשים בכפייה, היא הכתובת שפונים אליה במצבים קשים, כאשר הפרט החולה מהווה סיכון לעצמו או לסביבה. מסגרות שנועדו לטיפול נפשי רצוני אינן יכולות לספק טיפול כזה, כשהמחלה שוללת מהחולה את עצם האפשרות להגיע לידי שיתוף פעולה עם הזולת. עם אוכלוסיית החולים הגדונה נמנים אנשים שכוח הבחירה החופשית שלהם נפגם באורח תמור ואף נשלל לחלוטין. לרוב החולים האלה אין אף כושר לשאת באחריות פלילית. כהגדרתו של פרופ' פלר:

שיבוש ברוחו של האדם צריך להיות, מבחינת מידתו, שיבוש של ממש, כלומר, שיבוש שגרם, במקרה של פגיעה במערכת השכלית, לביטול מלא של כושר האדם להבין את משמעות התנהגותו לאור כללי מציאות הטבע - המשמעות הפיזית של ההתנהגות - או לאור כללי המציאות החברתית - המשמעות הערכית של ההתנהגות - או, במקרה של שיבוש במערכת הרצונית, לביטול מלא של כושרו של האדם לשלוט בהתנהגותו לעניין מסוים ועקב כך להימנע ממנה. כך קבע בית המשפט העליון בע"פ 187/61: "... [האדם] שרוי במצב נפשי כזה כתוצאה ממחלת הרוח שממנה הוא סובל עד כדי שנשלל ממנו כוח הרציה כליל והוא שרוי בידי יצריו לבלי יכולת להשתחרר מהם".¹⁴

ומכאן לנתונים מספריים של האשפוז הכפוי: יישום החוק לטיפול בחולי נפש החל באפריל 1991. במשך שנתיים מאז יושם החוק (מאפריל 1991 עד מרס 1993) אושפזו במרכז הרפואי "טלביה" 1,024 מטופלים, מהם 352 אושפזו במחלקה סגורה. מתוך 352 מאושפזי המחלקה הסגורה 236 אושפזו מכוח הוראת אשפוז, מספר המהווה 67% מכלל המאושפזים במחלקה הסגורה ו-23% מכלל המתאשפזים בבית החולים.

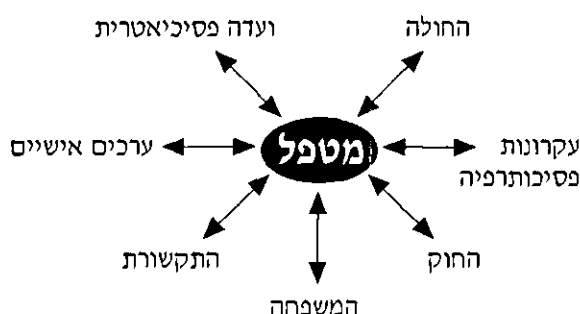
אשפוז כפוי ביחס לקבלה הכוללת של החולים בשנים 1991-1993

שנה	קבלות לבית חולים	קבלות למחלקה סגורה	%	אשפוז כפוי	%
92-91	480	160	33	100	63
93-92	544	192	35	136	71
סה"כ	1024	352	34.3	236	67

14. ש"ז פלר, יסודות בדיני עונשין (כרך א, 1984) 785-786.

ג. מוקדי לחץ חוץ-רפואיים המופעלים על המטפל

המרחב הטיפולי של אשפוז בכפייה מעמיד את המטפל בנקודת מפגש של כוחות מנוגדים הפועלים עליו בריזמנית. מפגש כוחות זה מוצג באיור הבא:



מערכת קשרים סבוכה זו לא זכתה עד כה לבמה ציבורית ראויה, ולמטפלים פסיכיאטרים יש אשמה חלקית בכך. אף המערכת המשפטית שלנו לא התחשבה עד כה בבעיה זו, כפי שניתן ללמוד מן הנורמות שגזרה על המטפלים. העניין האחרון יידון בהמשך, ואילו כאן נפרט את רכיבי הבעיה.

1. מאבק המטופל על חירותו

אדם המובא לאשפוז בניגוד לרצונו נאבק על חירותו בדרכים שונות, כמו התנגדות מילולית, וכחנות, צעקות, איומים, ניסיונות בריחה, ואפילו תקיפה פיזית. המרחב הטיפולי הכפוי טבוע במאפיינים של הפעלת כוח מצד המערכת הרפואית משפטית ובביטויי אלימות מוסווים או גלויים מצד המטופל. אלימות מצד המטופל יכולה להיות מילולית או גופנית. קללות וביטויי גנאי הם חלק מהיום-יום. מעבר לאקט פיסי של אלימות הינו נדיר יותר, אך כאשר הוא מתרחש, הדבר משאיר אותותיו על החולים והצוות במשך זמן ממושך. לדוגמה, חולה מסוים אושפז בהוראת אשפוז במצב מאני חריף. לאשפוזו קדמו אירועים קשים: הוא הסתובב ברחבי הארץ ללא ביקורת, שבר רהיטים ודברים נוספים בבית סבתו ונהג במכונית תוך סיכון חיי אדם. בהגיעו למחלקה, טען שאינו חולה. הוא הסביר את התנהגותו בניסיון לשפר את מצב הדירה של סבתו: להחליף את תכולת דירתה ולשנות את פני גינתה. החולה סירב לקבל טיפול. הוא אובחן כסובל ממחלת נפש פסיכוטית, עם כושר שיפוט לקוי וללא תובנה למחלתו. לאחר שניסיונות לשכנעו לקבל טיפול תרופתי נכשלו, הוחלט לטפל בו בכוח על-ידי הזרקה תרופה. החולה החל להשתולל, נלחם נגד קבלת הזריקה בכל כוחותיו, שעל-פי ניסיוננו הקליני מתעצמים במצבים פסיכוטיים. במהלך מתן הזריקה נשך החולה את האח שהזריק לו תרופה עד זוב דם. דוגמה נוספת מתייחסת לחולה במצב פסיכוטי חריף, אשר הכה באופן פתאומי את מרופאיו בפניו. החולה הסביר זאת בכך, שהרופא לא חיך אליו באותו רגע כפי

רפואה ושררה - טיפול כפוי בהולה נפש מנקודת הראות של המטפל משפט וממשל ג תשנ"ה

שציפה. ניתן להתייחס לביטויי אלימות כגון אלה כאל רצון החולה "לחסל" את מטפלו, או כניסיון להכחשת קיומו כאדם.¹⁴

מרחב טיפולי כפייתי הוא, בדרך כלל, זמני וקצר. הוכרז שנחרט במוחו של המטופל ביחס לתקופה זו הוא קשה ומכאיב. גם אם במהלכה הושג שיפור במצב החולה, תקופה זו לא תיזכר על ידיו לטובה, בלשון המעטה. הצוות הרפואי והסביבה הטיפולית בכללותה ייתפסו על-ידי החולה באורח שלילי ברוב המקרים.

2. שררת המטפל וזרותה לעקרונות הטיפוליים

המרחב הטיפולי בכפייה מנוגד, למעשה, למהות של הליך הטיפול הנפשי, שהוא רצוני כמעט בהגדרה. פסיכותרפיה היא תהליך המושתת על הסכם טיפול הנכרת בין חולה למטפלו מתוך בחירה והדדיות.¹⁵ המטפל הוא בן ברית של המטופל ולא אויבו. במקרה של אשפוז כפוי החולה רואה בצוות המטפל אויב, וזאת לא רק כדפוס פסיכומי או ברמה של העברה נגדית, אלא גם ברמה מציאותית שעיקרה שלילת חירותו. המטפלים מקבלים תפקיד של אנשי שררה. במרחב הטיפולי המטפל קובע את אורחות חייו של המטופל על

14. מנגנון הממלא תפקיד מרכזי בקשר מטפל-מטופל הינו מושג הקרוי "העברה" (Transference). המושג העברה זכה לפירושים רבים בספרות הפסיכואנליטית. העברה מוגדרת כך (מתוך (A Psychiatric Glossary (fifth edition, American Psychiatric Association, 1980):

"The unconscious assignment to others of feelings and attitudes that were originally associated with important figures (parents, siblings, etc.) in one's early life. The transference relationship follows the pattern of its prototype. The psychiatrist utilizes this phenomenon as a therapeutic tool to help the patient understand emotional problems and their origins. In the patient-physician relationship, the transference may be negative (hostile) or positive (affectionate)".

העברה שלילית - (negative transference) יכולה להתבטא ברגשות שנאה, קנאה, עוינות, משאלות מוות כלפי המטפל ולעתים אף באלימות גופנית כלפיו.

15. מ' גוימן, מתוך פרקים נבחרים בפסיכיאטריה (בעריכת אליצור, טיאנו, מוניץ ונוימן), פרק הפסיכותרפיה, עמ' 398-421: "הפסיכותרפיה היא שיטת טיפול פסיכולוגית שמטרתה לטפל, להקל ולרפא הפרעות או בעיות נפשיות באמצעות שיטות טיפול פסיכולוגיות ספציפיות המבוצעות על-ידי אנשי מקצוע מיומנים, שיש להם הכשרה מיוחדת לכך. הטיפול מתבצע מתוך הסכמה הדדית בין המטפל והמטופל. אלה קובעים ביניהם את המסגרת והתנאים של הטיפול".

וכן, חיים דסברג מתוך פסיכותרפיה קיצרת מועד (בעריכת דסברג, איציקסון ושפיר) פרק "פסיכותרפיה ריגמית קצרת מועד: סקירה היסטורית" עמ' 20: "הגדרה אפשרית של טיפול נפשי יכולה להיות כלהלן: טיפול הינו התערבות מילולית במצב מאובחן, באורח מתוכנן ומתוך מטרה להרחיב את טווח הופש הבחירה של המטופל. לכך ניתן להוסיף שהטיפול נערך על ידי איש מקצוע שהוכשר במסגרת שיטה מוגדרת".

פרטיהם הקטנים ביותר, כגון "מתי קמים", "מה עושים", "מתי מתרחצים", "מתי מטיילים והיכן" "מי יוצא לחופשה ומתי", ו"מה יהא משך החופשה". מהמטופל נשללת שליטה על אורחות חייו, הנתפסת על-ידו - ובצדק - כזכות, והמרחב הטיפולי כולו הופך ל"מסגרת" חיים. תכופות חולים נוהגים לומר: "את חכמה, את הולכת הביתה ויכולה לעשות בבית מה שאת רוצה, ואילו אני נשאר כאן". עקב זאת, חלקן הניכר של שיחות טיפוליות מתמקד במקח וממכר על ענייני החופש, החוק והסמכות. ברור כי דברים אלה מקשים את הכניסה אל הבעייתיות הנפשית ומורכבותה, אשר לשמה אושפז החולה בניגוד לרצונו. לדוגמה, חולה הסובל מסכיזופרניה פרנואידיית ממושכת מתאשפז לעתים קרובות בהוראת אשפוז עקב תוקפנותו לוולת. חולה זה חסר כל תובנה למצבו ולמחלתו ורואה עצמו בריא. בהגיעו לאשפוז, אין הוא מעוניין בטיפול מכל סוג שהוא. הטיפול הנפשי נכפה הן עליו והן על המטפלים. עקרון הבחירה וההדדיות חסר, החולה רואה בנו את אויבו, את שוללי חירותו ובוודאי לא את מטפליו.

3. יצירה "מגבוה" של יחסי מטפל-מטופל

כמו בתחומי רפואה אחרים, גם בתחום הפסיכיאטריה יחסי מטפל-מטופל נוצרים באופן רצוני על בסיס של אמון ברופא. מטופל הנכנס למסגרת זו, נכנס אליה מרצונו, מתוך שאיפה לקבל עזרה רפואית שתביא להכראתו, ותוך שהוא תולה את אמונו ברופאיו. מסגרת זו נשלטת על-ידי טובת המטופל בלבד. טובת המטופל היא המכתיבה את אופן הטיפול בו, את משך הטיפול ואת זמני קבלתו. מסגרת טיפולית זו אינה כפופה ללוחות זמנים נוקשים ושרירותיים מבחינת צרכיו הרפואיים של המטופל. השיחות הטיפוליות, העומדות במרכז של מסגרת זו, מתקיימות בקביעות מבחינת הזמן והמקום כאחד. מאפיינים אלה של הטיפול הפסיכיאטרי הנאות נעדרים בטיפול כפייתי, המוכתב "מגבוה" על-ידי הוראת אשפוז שניתנה בניגוד לרצון החולה. כפי שכבר נאמר, תחילתו של טיפול כזה בהתנגדות החולה ובהעדרם של יחסי אמון בינו לבין מטפליו. טיפול זה גם כפוף ללוחות זמנים נוקשים, המוכתבים על-ידי החוק, ואינם תמיד תואמים את טובת החולה. מסגרת כפייתית זו אף אינה מאפשרת לקיים שיחות טיפוליות במועדים שגרתיים. במרחב הטיפולי של מחלקה סגורה אין, לרוב, שליטה על זמני השיחות הטיפוליות. לא אחת קורה, למשל, שהחולה נמצא רדום עקב נטילת תרופות או שרוי במצב חריף שאינו מאפשר תקשורת מילולית. אף למטפל עצמו לא נתונה תמיד שליטה על זמני הטיפול הכפייתי. אירועים המהיבים טיפול דחוף, המתרחשים תדירות במחלקה הסגורה, מאלצים לעתים את המטפל לשנות את תוכנית הטיפול ולאחר מכן לעצבה מחדש. אמצעים הננקטים בתגובה להשתוללות חולים משווים לרופאים ולצוות המטפל כולו אופי של "אנשי שררה נוקשים", דבר שללא ספק מעביר את האווירה הטיפולית.

4. לחצים מצד משפחת המטופל

משפחות מתייחסות לאשפוז יקיריהן בדרכים שונות, ולרוב בדו-ערכיות. יש הרואים באשפוז פתרון קבע לבעיה, אחרים מצפים לריפוי מלא או להפקת יתרונות משניים, ויש הרואים באשפוז אסון למתאשפז ואת קלון למשפחתו. דוגמה לניסיון להפקת רווח משני

רפואה ושררה – טיפול כפוי בחולה נפש מנקודת הראות של המטפל משפט וממשל ג' תשנ"ה

היא משפחה המתנגדת לשחרור בנה עד אשר יושג סידור סוציאלי שביקרו היא חפצה (כגון: דיור, קצבת נכות, עזרה במשק הבית וכיוצא באלה). קיום מגע עם משפחות החולים בטיפול פסיכיאטרי בתנאי אשפוז הוא חלק אינטגרלי של כל טיפול נפשי, וגישת המשפחה קובעת לא אחת את מהלך התפתחותה של המחלה (הפרוגנוזה).¹⁶

לחץ על הצוות המטפל מופעל איפוא בשני הכיוונים: מחד גיסא, לאשפוז ולא לשחרר, ומאידך גיסא לשחרר בניגוד להחלטת הפסיכיאטר המחוזי או הוועדה. דוגמה ללחץ לשחרור מספק המקרה הבא. חולה פרנואידית קשה ביותר, המתכחשת לחלוטין למחלתה, הגיעה לאשפוז לאחר תקופה של התבודדות ממושכת, ולאחר שדירתה נשרפה מסיבות בלתי ברורות (להערכתנו, היא גרמה זאת לעצמה, מתוך מחלתה). היא נחנקה ונוקקה לאשפוז בתא לחץ. לאחר שהתאוששה מהטראומה הגופנית של חנק בשריפה, היא הגיעה לאשפוז. ניתן היה לצפות, כי לאחר אירוע כה קשה תבין משפחתה שמדובר במחלה קשה ותכיר בצורך באשפוז. בני משפחתה עצמם באו בדרישות למרפאה ש"חייבים לעשות משהו" ולהצילה מפני עולם הרוחות והשדים שבו היא שרויה. אולם עוד ביום הראשון לאשפוז, דרשו אם החולה ואחותה בתוקף את שחרורה. בהופעתן בפני הוועדה הפסיכיאטרית הן איימו שיפנו בערעור לבית המשפט המחוזי. הופעתן במחלקה הסגורה גרמה לאי שקט אצל כל הנוכחים ועוררה כעסים רבים.

המשפחות, כמו גם החוק, רואים ברופא המטפל אחראי גם על התנהגות המטופל כאשר הוא מצוי מחוץ לתחום המחלקה, למשל, בזמן חופשות וטיולים. דבר זה נכון לגבי כלל המאושפוזים, אך האחריות במקרה של חולה שאושפז בכפייה גדולה יותר, שכן לעולם ניתן לטעון, כי למטפל הסמכות והחובה לא להתיר לחולה חופשה או טיול, קל וחומר לחולה המאושפז בכפייה. לדוגמה, חולה שמצבו הנפשי השתפר במידה שאפשרה מתן חופשה בהיותו עדיין תחת הוראת אשפוז, מכר בזמן חופשתו תפצים יקרי ערך של הוריו ואף הרס חלק מרכושם. חולה אחר שהיה בחופשה נתפס על ידי המשטרה כחשוד בביצוע מעשה מגונה בקטינה. במקרים כגון אלה ייתכן שתופנה אצבע מאשימה אל הרופא המטפל.

5. לחץ מצד מעצבי דעת הקהל (אמצעי התקשורת)

בציבור ובאמצעי התקשורת קיימת התעניינות רבה בנושאי רפואה שונים. פסיכיאטריה, ובעיקר המוסד הסגור והאשפוז בכפייה מעוררים סקרנות וחרדות. התקשורת, בעיקר בשנים האחרונות, מגלה רגישות רבה לחירויות הפרט. היא מגלה מקרים רבים המעוררים שאלות לגבי חירויות אלה, ומציגה אותן על היבטיהם הרגשיים. אשפוז בכפייה הוא מן

16. א' אליצור, מתוך פרקים נבחרים בפסיכיאטריה (בעריכת אליצור, טיאנו, מוניץ וגוימן), עמ' 152: "יתרון מיוחד יש לטיפולים המשפחתיים כשהם ממוקדים להקטנת האווירה העוינת, הביקורתית והחשדנית ולשיפור תהליכי התקשורת המעוותים ההופכים את החולה לקורבן ומדרדרים אותו להתקף חוזר. גיוס בני המשפחה בטיפול, הגברת שיתוף הפעולה שלה וההבנה שלה לצרכיו, וקבלת תמיכתה, מסייע מאוד בשיקום החולה".

המקרים המובהקים שבהם המאשפז מופיע כ"קורבן". הציבור נוטה להזדהות עם דמות ה"קורבן" ומשפחתו, כפי שמוצגים באמצעי התקשורת. נימוקים מקצועיים רפואיים אינם תמיד יכולים להתמודד עם תגובה רגשית מסוג זה. הפסיכיאטר נתפס כשולל חירות וככופה טיפול, והמערכת הפסיכיאטרית נתפסת לעתים קרובות כמנצלת לרעה את כוחה. בשנים האחרונות נעשו ניסיונות לפתוח את בתי-החולים הפסיכיאטריים בפני התקשורת והציבור.¹⁷ השיפה זו נועדה להפוך את האשפוז הפסיכיאטרי בכלל, ואת המוסד הסגור בפרט, לפחות מסתוריים ומאיימים. בד כבד היא נועדה לשכנע את הציבור כי האשפוז הפסיכיאטרי אינו אלא כלי טיפולי מובהק. למרות ניסיונות אלה, התקשורת, שתפקידה לבקר, עוסקת במה שמצטייר בעיניה כמחדלים של פסיכיאטרים. דבר זה הכניס את המערכת הפסיכיאטרית ובעיקר את הרופאים המטפלים למצב של מגננה. למרות הניסיונות לפתיחות ולהסברה, עדיין מגיעים מדי פעם לתקשורת דווקא המקרים הנראים בעין לא מקצועית כשערורייתיים. חוסר רגישות כלפי המערכת הפסיכיאטרית בא לידי ביטוי בתקשורת גם כשזו הופכת "קורבן" של מטופליה, כפי שבא לידי ביטוי באירוע הדמים במרפאה פסיכיאטרית בקריית הירובל בירושלים.

6. ערכיו האישיים של המטפל

כולנו חונכנו על ערכי יסוד הומניים, וזכויות הפרט וחירותו יקרים לצוות המחלקה הפסיכיאטרית כמו לציבור כולו. אין אנו מתנגשים עם גופים כמו האגודה לזכויות האזרח מבחינת תפיסת היסוד של חיי חופש. בכל זאת, לעתים לא כך אנו נראים עליידי אחרים. במקרה אחד, שהוא דוגמה מייצגת, התקבל לאשפוז חולה במצב פסיכוטי, שהסתובב עירום ברחובות וצעק שהוא בעל כוחות עליונים. מיד עם קבלתו הוא פנה לאגודה לזכויות האזרח. נציגי האגודה החלו לבחון את חוקיות האשפוז, תוך כדי הבהרה ש"הם רואים בנו אויבים", למרות שגם להם היה ברור שמדובר בחולה טעון אשפוז. אנו נאלצנו לטפל במקרה זה כבתביעה משפטית על-ידי בניית מערכת הגנה ו"הצטדקות" ועל חשבון זמן הטיפול בחולה.

במקרים רבים, שיקולים רפואיים מקצועיים עשויים להתנגש עם ערכיו האישיים של המטפל. במהלך עבודתנו קרה שנאלצנו לקשור אישה הרה, להורות על הורקת תרופות בניגוד לרצונה, ואף להמציא חוות דעת לבית-משפט אשר תמכה במסירת הילד לאימוץ מיד לאחר היוולדו.

לדוגמה, חולה בשלבי היריון סופיים אושפזה במחלקה בניגוד לרצונה והצהירה שהיא רוצה לגדל את הילד שיוולד. מול בקשתה זו עמדו העובדות הקשות: האישה, חולת נפש זה זמן רב, חיה בתנאים בלתי אנושיים, נהגה לעשות את צרכיה במרכז דירתה ולשהות בתוך הפרשותיה. במקרה זה היה עלינו להתמודד עם החולה ורגשותיה לפני ואחרי הלידה, עם מטופלים אחרים במחלקה שהזדהו אתה, עם הצוות הסייעודי שאחדים ממנו יצרו קשר עם החולה ותפסו אותנו כקשוחים, וגם עם רגשותינו אנו כמטפלים וכהורים לילדים.

17. י' אביטוב, הסתכלות (1991).

רפואה ושררה – טיפול כפוי בחולה נפש מנקודת הראות של המטפל משפט וממשל ג תשנ"ה

קשירת המטופל מאפשרת לא פעם הגנה זמנית על המטופל ומפניו, ובמקרים רבים היא בלתי נמנעת.¹⁸ זוהי מגבלה פיסית, שעושים בה שימוש כאשר ההגבלה הכימית (תרופתית) עלולה לסכן את החולה. המטופלים חוששים מפני הקשירה, והמטפלים מצמצמים את השימוש בה ככל האפשר.¹⁸ אכן, קשה לטפל בחולה תוך הטלת איום גופני. קשה עוד יותר להופיע לפניו, באותו זמן ממש, כמבין ומתייחס וכשולל חירות. יש המציעים להתמודד עם הקושי על-ידי העלאת משאלות המטופל לאלמות ולהרס לדמה מילולית. להסביר לו, שהקשירה נעשית כדי להגן עליו מפני אלימותו וכדי לרסנו ולמנוע ממנו צער וחרטה לאחר מעשה. להלכה נשמע הדבר הגיוני, אך קשה מאוד לקיימו למעשה. קשירת חולה מכאיבה למטפל ולא רק לחולה עצמו. עם זאת, מדובר בחולה מן הסוג הקשה שהצריך אשפוז כפוי. הדבר מעורר דילמה: האם להשתמש או לא להשתמש בקשירה? לכמה זמן? מתי מצבו הקליני של החולה מאפשר להתירו ללא הטלת סיכון על הצוות, על החולים האחרים ועל החולה עצמו? החלטה בדבר משך הקשירה של החולה יש בה שיקולים ותחושות מנוגדים. יש בה, ללא ספק, התנגשות בין ערכים אישיים ומקצועיים.

טיפול פסיכיאטרי כפוי מתקיים בכפיפות לביקורת מטעם הוועדות הפסיכיאטריות ובתי-המשפט. להלן נעמוד על השפעתם של אלה על עבודת הצוות המטפל.

ד. פעילות הוועדות הפסיכיאטריות

1. מבנה הוועדות ונתונים על פעילותן

סעיף 10 לחוק, בהתייחסו לתקופת האשפוז הכפוי ולהארכתו, קובע כדלקמן:

- (א) תקופת אשפוז על-פי הוראת אשפוז לא תעלה על שבעה ימים מיום האשפוז;
- (ב) פסיכיאטר מחוזי רשאי, על-פי בקשה מנומקת שהוגשה בכתב על-ידי המנהל, להאריך את תקופת האשפוז האמורה בשבעה ימים נוספים;

18. K. Tardiff (ed.), "The Psychiatric Uses of Seclusion and Restrain", **Task Force Report** Report No. 22. Washington DC American Psychiatric Association, 1984

18. M. Hertzman: "Power Relationship in an Inpatient Service", In **Inpatient Psychiatry: Toward Rapid Restoration of Function** (New York: Human Sciences Press, 1984) 204:

"The major part of the verbal content of many discussions on psychiatric inpatient service is about control. The patients are fearful of the power that the staff has over them. Curiously, our experience is that the staff are afraid of their own power. Often this comes out in the form of fear of the patients. This is not to deny the reality of the fear. Patients can be violent. Working in a psychiatric setting can be frightening".

(ג) הוועדה הפסיכיאטרית רשאית לפי בקשה מנומקת בכתב מאת המנהל:

(1) להאריך את תקופת האשפוז מעבר לארבעה עשר הימים האמורים, לתקופה נוספת שלא תעלה על שלושה חודשים;
 (2) להאריך מפעם לפעם את תקופת האשפוז, לתקופות נוספות שכל אחת מהן לא תעלה על ששה חודשים; האריכה הוועדה הפסיכיאטרית את תקופת האשפוז לתקופה העולה על שלושה חודשים, רשאי החולה, קרובו או אפוטרופסו, בתום שלושה חודשים מיום ההחלטה, לפנות אל הוועדה, בבקשה לדיון נוסף בעניין האשפוז;

(ד) אשפוז כפוי והארכתו ייתכנו, כמובן, רק כשמדובר בחולה שכתוצאה ממחלתו נפגם, במידה ניכרת, כושר שיפוטו או כושרו לביקורת המציאות, וכאשר ברור שהחולה עלול לסכן עצמו או את זולתו, אינו יכול לדאוג לצרכיו הבסיסיים או מסב לזולתו סבל נפשי חמור.

(ה) אם תקופת אשפוז נסתיימה ולא הוארכה, ישוחרר החולה לאלתר.

במקרים רבים, שבהם שבועיים של אשפוז כפוי אינם מספיקים להבראת החולה, קמה החובה לפנות לוועדה הפסיכיאטרית. חברי הוועדה הפסיכיאטרית, כאמור בסעיף 24 לחוק, ממונים מתוך שלוש רשימות:

1. רשימת משפטנים הכשירים לשמש שופטים בבית-משפט השלום, שנערכה על-ידי שר המשפטים.

2. רשימת פסיכיאטרים בשירות המדינה, שערך שר הבריאות, ושאינה כוללת פסיכיאטרים מחוזיים וסגניהם.

3. רשימת פסיכיאטרים שאינם בשירות המדינה, שהגישה ההסתדרות הרפואית בישראל.

שר המשפטים ממנה בכל מחוז יושב ראש תורן וממלא מקומו. יושב-ראש זה קובע את מותבי הוועדות במחוזו ואת העניינים שבהם יטפל. כל ועדה פסיכיאטרית מורכבת בכל ישיבותיה מיושב-הראש, משפטן, ומשני רופאים פסיכיאטרים.

היקף הפעולה הקשור באשפוזים כפויים ובהתכנסות הוועדות רחוק מאוד מלהיות שולי. בשנתיים הראשונות להפעלת החוק החדש נזקקו כמחצית מאושפוזים בהוראת אשפוז להוראת אשפוז שנייה, וכשליש מהם להארכה נוספת של הוועדה. מתוך אלה שלא נזקקו להוראת אשפוז שנייה, יש שהמירו את האשפוז הכפוי באשפוז מרצון בכך שחתמו על הסכמתם להמשך טיפול במהלך שבעת ימי האשפוז הראשונים. לעומתם, מספר לא מבוטל של חולים שהתאשפזו תחילה מרצונם במחלקות הפתוחות, הפכו מאושפוזים בכפייה עקב התדרדרות שחלה במצבם ושבועקבותיה הומר האשפוז מרצון להוראת אשפוז. ראוי לציון, שבמהלך השנתיים שחררו הוועדות 7 חולים בלבד בניגוד להמלצתנו מתוך 101 חולים שהובאו בפניהן.

רפואה ושררה - טיפול כפוי בחולה נפש מנקודת הראות של המטפל משפט וממשל ג תשנ"ה

להתערבות הוועדה הפסיכיאטרית יש היבטים אחדים. נמנה אותם להלן.

2. התערבות הוועדות בטיפול פסיכיאטרי כפוי - ביקורת רפואית, מעין-שיפוטית או שתיהן כאחת?

לוועדה פסיכיאטרית, המורכבת, כאמור, ממשפטן הכשיר לשמש כשופט ומשני רופאים פסיכיאטרים, הוענקו סמכויות זהות לאלו של ועדת חקירה ממלכתית.¹⁹ הכוונה לסמכות לזמן עדים ולגבות ראיות, דהיינו לסמכות לקיים דיון במתכונת מעין-שיפוטית. פרט לשמיעת הראיות, רשאית הוועדה לבדוק את החולה בדיקה גופנית, שתיעשה על-ידי אחד החברים הפסיכיאטרים או על-ידי שניהם. במהלך הדיון בפני ועדה החולה רשאי להיות מיוצג על-ידי עורך דין, וכך גם הפסיכיאטר המחוזי המשמש כמשיב בבקשת החולה.²⁰ ככלל, החולה זכאי להיות נוכח במהלך הדיון, אך זכות זו ניתנת לשלול באופן מלא או חלקי, אם הוועדה סבורה כי הדבר יחסוך מן החולה פגיעה נפשית או גופנית, וגימוקיה נרשמו בפרוטוקול.²¹

דברים אלה מצביעים בבירור כי ועדות פסיכיאטריות הן גופים מעין-שיפוטיים,²² שסמכותן לבחון את חוקיות ההוראות בדבר טיפול בחולים ואשפוזם. על-פי הרכבה המקצועי וסמכויות הבדיקה שהוענקו לה בחוק, יכולה הוועדה לבחון גם את טיבן של החלטות רפואיות שהתקבלו קודם לכן ביחס לחולה, ועדות פסיכיאטריות גם נוהגות כך הלכה למעשה. המדובר הוא על כן באפשרויות התערבות נרחבות, המעמידות את הרופאים המטפלים (ואת הפסיכיאטר המחוזי) במעין בוחן. אולם מידת אחריותה הציבורית של הוועדה היא כגודל סמכותה. דבר זה מאפשר לרופא המטפל בחולה "להעביר" לוועדה חלק מאחריותו בהחלטות הרוח הגורל הנוגעות לחולה. לדוגמה, חולה דיכאוני עם סכנה אובדנית אושפז בכפייה. עלה הצורך לקבוע את מועד השחרור, כאשר לא ניתן לשלול בוודאות קיומה של סכנה אובדנית גם אם הושגה הטבה במצבו. חולה כזה מובא בפני הוועדה בבקשה להארכת הוראת האשפוז. הוועדה בהחלטתה על שחרור, שותפה לאחריות העתידית על חיי החולה.

19. ראו, סעיף 25 לחוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991, המחיל על ועדה פסיכיאטרית הוראות סעיפים 8-11 ו-27(ב) לחוק ועדות חקירה, תשכ"ט-1968, ס"ח 28; ס"ח תשל"ב, 28, "בשינויים המחויבים".

20. ראו, סעיף 26(ג) ו-1(ד) לחוק; וכן ע"ש (ת"א) 512/88 פלוני נ' מדינת ישראל, פ"מ תשמ"ט (א) 126, 129 מול האות א. פסק-דין זה ניתן אמנם על-יסוד החוק הישן, אך מוסיף להיות יפה לעניינים הנדונים בתת-פרק זה.

21. ראו, סעיף 26(ה) לחוק. הוועדה חייבת ליתן לחולה הזדמנות נאותה להשמיע את טענותיו, שכן היא כפופה בפעילותה לכללי הצדק הטבעי. ראו שם.

22. דברים ברורים בכגון דא אמר השופט ח' פורת, שם.

פיקוח מהותי פנימי או משפטי-חיצוני? מהו היקפו של שיקול הדעת שבידי הוועדה? האם עליה לבדוק את המסגרת החיצונית החוקית של הטיפול או שמא עליה להתערב בשיקול דעתו של המטפל? ברור הוא שהצוות המטפל מכיר טוב יותר את החולה על מכלול בעיותיו ומורכבות סביבתו החברתית. שום ועדה, טובה ויסודית ככל שתהא, אינה יכולה בזמן הקצר העומד לרשותה לעמוד על צרכיו של החולה על כל מכלולם ומורכבותם.

לדוגמה, חולה סכיופרני קשה, שסבל ממחלתו שמונה שנים רציפות, שוחרר עליידי הוועדה בניגוד לעמדת מטפלו. הוועדה הגיעה לכלל דעה כי החולה אינו מסוכן, לא לעצמו ולא לסביבה. אחרי הכעשה הסתבר שהוועדה טעתה. לאחר מעקב קצר במרפאה, סירב החולה להמשיך בטיפול התרופתי, למרות הוראת הוועדה בדבר טיפול זה והוראת טיפול מרפאתי כפוי שהוצאה עליידי הפסיכיאטר המחוזי עלייפי סעיף 11 לחוק. משפחתו כה פחדה ממנו עד שהתקינה בבית מערכת מנעולים, שהפכה את הבית למעין מחלקה סגורה. מתוך מצבו הפסיכומי, ניסה החולה לבעול את אחותו הקטינה. הוא הסביר את מעשיו בטענה "כי היא דומה לי".

לחצים ישירים ועקיפים על הצוות המטפל. ציפייה לדיון בפני הוועדה הפסיכיאטרית יוצרת לחצים מסוגים שונים המופעלים על הצוות המטפל. מטופלים הדורשים בתוקף את שחרורם רואים בצוות המטפל אויב המעכב את שחרורם, ובוועדה - גורם מושיע.

משפחות החולים. את אלה ניתן לחלק לשלוש קבוצות: אלה המתנגדות להמשך אשפוז; אלה המעוניינות באשפוז לאורך זמן ורואות בו פתרון לבעיה; ואלה בעלות העמדה הדו-ערכית. משפחות החולים מוזמנות לעתים להופיע בפני הוועדה. גם כאן עלול להתעורר קושי, כאשר המשפחה פוחדת לדבר בפני הוועדה בנוכחות בן המשפחה החולה או כאשר היא נוטה למגמתיות. בני משפחתו של החולה מחמירים לעתים בתיאור הסימפטומים החולניים שלו כדי להשיג הארכת האשפוז. אחרים, החפצים בשחרור החולה, נוטים להמעיט בחריפות התמונה הקלינית.

עדויות השכנים. שכניו של החולה בחייו שמחזין למחלקה, אף הם עשויים להשפיע על החלטת הוועדה. לדוגמה, אדם שסבל ממחלה ממושכת הסב סבל לריירי הבית שבו התגורר. הוא לכלך, זרק בקבוקים ושפך שתן לחדר המדרגות ולחצר הבית. שכניו הופיעו בפני הוועדה והציגו בפניה את טענותיהם ובעייתם.

שימוש במערכת האשפוזית למטרה זרה. במצבים אלה קיימת סכנה של ניצול המסגרת הטיפולית ככלי להרחקת החילה מהסביבה שאינה יכולה לשאתו. קשה לדבר על "טיפול" בחולה, כאשר הקשר הטיפולי מבוסס על הרחקה מסביבתו הטבעית. הדבר מערער את אמון החולה במטפל, ומתפרש על ידו כדחייה או כקשר מאורגן נגדו עליידי שכניו ומטפלו.

נביא דוגמה מייצגת לכך: חולה שאושפזה במחלקה באשפוז כפוי עלייפי תיאום מראש של עובדת סוציאלית מהמרפאה, של פרוייקט הרווחה ולשכת הפסיכיאטר המחוזי, כדי לאפשר לשירותי הרווחה לנקות באופן יסודי את דירתה שבה היא אוספת זבל וגרוטאות המהווים מטריד אקולוגי לסביבתה. מדובר בחולה ממושכת המסתדרת בדרכה עם מחלתה.

רפואה ושררה - טיפול כפוי בחולה נפש מנקודת הראות של המטפל משפט וממשל ג' תשנ"ה

מהלך האשפוז הסתבך, עקב הקושי לבצע את המשימה בתוך ארבעה-עשר יום של אשפוז כפוי, וציפו מאתנו לפנות לוועדה הפסיכיאטרית ולבקש הארכה. המטרה לאפשר לשירותי הרווחה לנקות את דירתה בזמן שהיא שוהה במחלקה סגורה באשפוז כפוי, היא דוגמה ל"מטרה זרה". במקרה זה לא מצאנו לנכון לפנות לוועדה, משום הוודאות שהוועדה לא תאשר את הארכת האשפוז. מקרה זה גם ממחיש, שעצם הצורך בוועדה להארכת אשפוז כפוי דורשת מאתנו חשיבה מחודשת בכל הנוגע להמשכו של אשפוז כפוי ומאלצת אותנו לפנות לפתרונות טיפוליים-חוקיים אחרים, כגון הוראת טיפול מרפאתי כפוי. ההכנות לוועדה. הצוות המטפל מועסק בעניינים הקשורים לכינוס הוועדה במשך יום או יומיים לפני התכנסותה. מכיוון שהוועדה מתכנסת אחת לשבוע עד עשרה ימים במוצאי, ברור שהרבר גזול חלק ניכר מזמנו של הצוות ובא על חשבון הטיפול בחולים. ביום ההתכנסות עצמו קיימת תחושה של עמידה במבחן. הצוות בוחן אם ביצע את כל הסידורים הדרושים, הכוללים, מלבד עמידה במועדי האשפוז הכפוי והכנת תכתובת ספציפית לוועדה, גם הכנת תיק רפואי מעודכן המכיל את כל הפרטים הנחוצים לוועדה.

ביקורת על הצוות: הערות על הטיפול - מהפסיכיאטרים שבועדה - על האבחנה, על מצב החולה וכולי.

חוסר הסכמה עם החלטת הוועדה. חוסר הסכמה הוא דבר מקובל, אך כאשר אנו חשים בסיכון והוועדה חולקת על דעתנו ופוסקת אחרת, קיימת התנגשות בין המחשבה המשפטית רפואית (הוועדה) למחשבה הרפואית טהורה שלנו כרופאים מטפלים.

פנייה לבית-המשפט המחוזי. "29. (א) החולה, קרובו וכן היועץ המשפטי לממשלה רשאים לערער על החלטה של ועדה פסיכיאטרית בפני בית המשפט המחוזי בשבתו כדן יחיד; הערעור יוגש בתוך ארבעים וחמישה ימים מהמועד שבו נמסרה החולה או ליועץ המשפטי לממשלה, לפי העניין, הודעה על ההחלטה." חשש מפנייה של המטופל או משפחתו לערכאה גבוהה יותר (בית-המשפט המחוזי) מעמיד את המטפלים כצד המואשם.

החוק החדש לטיפול בחולי נפש נקבע ברוח השמירה על זכויות הפרט, תוך גטילת הסמכות והבלעדיות שהיתה לרופא המטפל בעבר. יש בחוק ובדרך יישומו מסר של חוסר אמון ברופא הפסיכיאטר, המצריך עמדות בקרה בנקודות זמן ובפרקי זמן קצרים.

האיום של בית-המשפט המחוזי, ההופעה בפסקי-דין בצורה שלילית, ולרוב גם בתקשורת המלווה פסקי-דין מסוג זה, מופעל גם על הצוות וגם על הוועדה. איום זה משפיע על קבלת ההחלטות, בדרך כלל בכיוון של שחרור לפני הזמן ולפני הפקת התועלת המרבית האפשרית מטיפול ומאשפוז. לדוגמה, עולה חדש מרוסיה, שאושפז פעמים חוזרות בארץ מוצאו ובארץ, אינו מכיר במחלתו ומסרב לקבל טיפול. במצבים פסיכוסטיים הוא אלים כלפי אמו, מכה אותה ומגיע לכך שבועות מסרב לדבר ולאכול. תחת טיפול תרופתי מצבו תמיד משתפר, אלא שהוא זונח את הטיפול מיד עם שחרורו, ובהדרגה חוזר למצב האלימות כלפי אמו. במקצועו הוא משורר, וגם ניתן בכשרונות רבים אחרים, בין השאר, בציור ובריחום. באשפוז האחרון הוא פנה לאגודה לזכויות האזרח. הגיעו למחלקה שני עורכי דין מהאגודה. קיבלנו את המלצתם להעבירו למחלקה פתוחה

בהסכמתו, מאחר שהחולה היה במצב של הטבה מסוימת, בתקווה שהפעם ישתף פעולה וינהג אחרת, גם אם ידענו כמעט בבירור שהדבר לא יצלה. החולה הועבר למחלקה הפתוחה. היה שם בערך שבועיים, ועזב, שהרי היה עתה חולה חופשי.

לאחר חודש הגיעה האם ושוב גוללה בפנינו את מסכת סבלה ופחדיה. היא הודיעה ששוב הפסיק את הטיפול, ביקשה עזרה וטענה שגם לה יש זכויות לחיים חופשיים. ידוע לנו, שבהמשך עזב החולה את הארץ וחזר לרוסיה, בהאמינו ששם "תוכר גדולתו וגאונותו". החזרתו לארץ, בניגוד לרצונו, הצריכה התערבות, אולי מיותרת, של גורמים רפואיים, משפטיים ודיפלומטיים מסתי הארצות.

חלוקת אחריות להחלטות גורליות בין הוועדה והמטפל. במקרים מסוימים המטפל מעריך כי על-פי אמות-המידה שנקבעו בחוק ייתכן שצריך לשחרר את החולה, אך בשל הסכנות הרפואיות הסמוכות בעצם השחרור, הוא מעדיף שהדבר יעשה על-ידי הוועדה. במקרה שהוועדה מסרבת לאשר את הבקשה להארכת האשפוז – האחריות על תוצאות ההחלטה מוטלות עליה.

לדוגמה, חולה דיכאוני פרנואידי אישפו במצב פסיכוסטי. אישתו פחדה לשהות במחיצתו ולכן היתה מעוניינת בהמשך אשפוזו לזמן בלתי מוגבל. התלבטנו בשאלות אם השיפור שחל במצבו תחת טיפול תרופתי מאפשר את שחרורו, ואם יפסיק החולה לקבל את הטיפול התרופתי הוא עלול לפגוע באישתו. החולה הובא לפני הוועדה בבקשה להארכת אשפוזו. האחריות על שחרורו או על המשך אשפוזו של החולה מתחלקת בשלב זה בין הוועדה לבין הרופאים המטפלים. הוועדה החליטה על שחרור החולה. מבחינה משפטית, האחריות בגין שחרור החולה עשויה לחול על הוועדה בלבד. מהבחינה המוסרית והמקצועית, אם יאונה רע לחולה או לאישתו לאחר שחרור החולה, למרות שהשחרור נקבע על-ידי הוועדה, יהיה קשה להשתחרר מן ההרגשה שהמטפלים לא עשו את כל אשר יכלו על מנת למנוע נזק לחולה או לסביבתו. במקרה הנדון, אשת החולה המשיכה להיות בקשר עמנו ולדווח לנו על חששותיה ופחדיה גם לאחר קביעת הוועדה ושחרור בעלה. קשר מסוג זה מאפשר לנו להמשיך במעקב אחר החולה ששחרר, וראוי לעודדו, אף שאיננו מוסדר בחוק.

לעתים הוועדה עצמה חוששת ליטול על עצמה את האחריות הכרוכה בשחרור החולה. לא אחת אנו מוצאים עצמנו מופתעים מחששות הוועדה ומהחלטותיה. למשל, חולה שסבלה מסכיזופרניה ממושכת עם ליקוי באישיות, אושפזה במחלקתנו בחודש השביעי להיריונה. ההיריון נגרם, לדבריה, "על-ידי שד". היא הובאה למחלקה לאחר שנמצאה על-ידי שירותי הרווחה במצב של הרעבה. לאחר שבועיים של טיפול כפוי, כאשר חזרה החולה למצבה הנפשי הקדם אשפוזי, שהיה חריף פחות ואפשר לה לתפקד באופן מוערי ולהסתדר בקהילה, ביקשנו מהחולה לקבל טיפול מרצון. מכיוון שהחולה סירבה לקבל הצעה זו, החלטנו להשאיר בידי הוועדה את ההחלטה על שחרורה או על המשך אשפוזו הכפוי. נציין, שבמצבה הרגיל חיה החולה במצב של הזנחה קיצונית, בתוך לכלוך וזוהמה וללא נכונות לקבל טיפול תרופתי, אך אינה מזיקה לאיש. ציינו בפני הוועדה, כי בנסיבות שנוצרו אין אנו מביעים את עמדתנו ביחס להמשך האשפוז הכפוי, לכאן או לכאן. הוועדה החליטה לבסוף על אשפוז כפוי למשך שלושה חודשים נוספים, כך שהלידה תתרחש

רפואה ושררה - טיפול כפוי בחולה נפש מנקודת הראות של המטפל משפט וממשל ג תשנ"ה

במהלך האשפוז. החלטה זו הפתיעה אותנו בחומרתה, מה גם שהתקבלה ביום שבו הורתה הוועדה על שחרור חולה דיכאוני קשה, אשר להערכתנו היה בסיכון אובדני גבוה.

ה. התערבות בתי המשפט

1. אשפוז כפוי בראי הפסיקה
כידוע, ערעור על החלטתה של ועדה מחויבת מובא לפני בית המשפט המחוזי.²³ ממעט פסקי-הדין שניתנו בסוגיה זו בשנים האחרונות ניתן ללמוד דברים אחרים. ראשית, בתי המשפט אינם נוטים להתערב בשיקולים הרפואיים שביסוד ההחלטה לאשפוז אדם בשל מחלת נפש על מנת לטפל בו בניגוד לרצונו. כפי שהרגיש השופט שטרומן, הביקורת השיפוטית אינה באה להחליף את חוות הדעת הרפואית. עניינים הקשורים למחלות נפש למיניהן ולדרכי ריפוי מסורים להכרעתם של פסיכיאטרים מומחים ולא להכרעתם של משפטנים:

על בית המשפט לבחון אם הפסיכיאטר המחוזי והוועדה הפסיכיאטרית סמכו על ראיות ראויות, גם אם אינן קבילות במשפט, ואם בדקו את החולה ושקלו את החלטותיהם כהלכה, ללא משוא פנים ושיקולים זרים לעניין, ומששוכנעו על-פי מיטב ידיעותיהם ברפואת הנפש בדבר הסיכון הצפוי מהחולה לעצמו או לסביבתו, לא יכול בית המשפט לקבוע את מסקנותיו הרפואיות שלו במקום מסקנותיהם.²⁴

עם זאת, הכלל בדבר אי-התערבות משפטית הוגבל לענייני האבחנה הרפואית בלבד. כאשר מדובר בבחירה בין דרכי הטיפול האפשריות בחולה, אמות-המידה הרפואיות נסוגות קמעה - ואף למעלה מכך - מפני אלו המשפטיות. נסיגתן של אמות-המידה הרפואיות כמצוות המשפט מקבילה לחומרת הפגיעה בחירויות החולה. החוק, כפי שהתפרש על-ידי בתי המשפט, קובע כי הבחירה הרפואית בין דרכי הטיפול השונות בחולה אינה נשלטת על-ידי שיקולי היעילות הרפואית לבדם. בחירה זו נשלטת על-ידי העיקרון המשפטי בדבר מועור הפגיעה בחירויות החולה. כאשר ניתן לטפל בחולה בכפייה, אך בלא אשפוז כפוי, טיפול מרפאתי בכפייה עדיף,²⁵ גם כשהוא נמצא פחות יעיל על-פי הניסיון הקליני.

זאת ועוד, גם כאשר קיומה של מחלת נפש אינו שנוי במחלוקת, החולה באותה מחלה יהיה בר-אשפוז ללא תלות ברצונו רק אם הוא מסוכן לעצמו או לסביבתו. בפסיקה נקבע,

23. כאמור בסעיף 29 לחוק.

24. ראו פסקי-דין של השופט שטרומן בע"ש (ת"א) 421/93 פלונית נ' היועץ המשפטי לממשלה (לא פורסם).

25. ראו פסקי-דין של השופטת סירוטה בע"ש (ת"א) 1025/92 פלונית נ' היועץ המשפטי לממשלה (לא פורסם).

כי את התנאי האחרון יש לבסס ברמה של "השש מוחשי", מידת הוכחה המתקרבת לדרישה האמריקנית בדבר "הוכחה ברורה ומשכנעת".²⁶ כפי שכבר נאמר, בין מידת הוכחה זו לבין אמות-המידה המקובלות ברפואה, השוללות נטילת סיכונים מוחשיים ביחס לחולה, קיים ניגוד ברור. שילובה של דרישה הוכחתית זו עם העיקרון בדבר מזעור הפגיעה בחירויות החולה עשוי להוביל, בהרבה מאוד מקרים, להעדפת הטיפול המרפאתי – הפחות יעיל – על פני אשפוז החולה, ולו לתקופת ריפוי קצרה אך יעילה.

הנתונים האמפיריים שהצבענו עליהם לעיל מראים בבירור, כי התלטותיהם של פסיכיאטרים לגבי אשפוזים בכפייה התקבלו באורח שקול. במבוא למאמר זה ייחסנו את הרצון להדק את שיקול דעתם של פסיכיאטרים בחישובי המשפט לתפיסתם המעצרית של אשפוזים וטיפולים באשר הם נכפים על החולים. תפיסה זו באה לידי ביטוי מוחשי ביותר בפסקי-הדין שהוזכרו לעיל. בפסקי-דין אלה מצוטטות מובאות מתחום הפרוצדורה הפלילית ואף מתחום דיני העונשין. מובאות אלה שימשו את השופטים בבואם להכריע בדבר אשפוז כפוי, כמקור של השדאה והיקש.²⁷ לא נותר לנו אלא לחזור על כך שתפיסה זו אינה מובנת מאליה. יש לאמוד את יתרונותיה ואת נזקיה כאחד. תפיסה זו מגינה על חירותו של אדם על-ידי פגיעה באיכות הטיפול הפסיכיאטרי.

במאמרנו זה אנו מנסות להטיל ספק באיזון ערכים חד זה. רפואת הנפש המודרנית, המיושמת בישראל, איננה מסכנת חירותו של אדם במידה ניכרת. מישפוטתה של רפואת הנפש הפוגע לעתים בסיכויי הריפוי, טומן בחובו נזקים אישיים וחברתיים בלתי מבוטלים.

2. השפעת חוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו

הביקורת השיפוטית התעצמה באחרונה בעקבות פסקי-הדין העקרוני של בית-המשפט המחוזי בירושלים (כבוד השופט צ' טל) אשר הוסיף לקשת החישובים המשפטיים את חוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו.²⁸ חוק זה מגדיר את זכויות האדם לחירות ולכבוד כזכויות יסוד שמהן לא ניתן לגרוע, אלא באמצעות חוק "ההולם את ערכיה של מדינת ישראל, שנועד לתכלית ראויה". לא זו אף זו: גם חוק ההולם את ערכיה של מדינת ישראל ושנועד לתכלית ראויה אינו יכול לגרוע מן הזכויות המוגנות הללו, אלא "אין פוגעים בזכויות שלפי חוק-יסוד זה אלא בחוק ההולם את ערכיה של מדינת ישראל, שנועד לתכלית ראויה, ובמידה שאינה עולה על הנדרש או לפי חוק כאמור מכוח הסמכה מפורשת בו".²⁹ לדעת השופט טל, חוק זה, בשילוב עם חוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991, מחייב את בתי-המשפט להקפיד עד מאוד עם כל התלטה בדבר אשפוז כפוי או טיפול פסיכיאטרי בכפייה. מפסקי-דינו עולה, כי ההקפדה האמורה צריך שתקום הן במישור הדיוני והן

26. ראו שם 1025/92; ע"ש (ת"א) 421/93 (לעיל, הערה 24); וכן Addington v. Texas (לעיל, הערה 11).

27. ראו ע"ש (ת"א) 1025/92 (לעיל, הערה 25); ע"ש (ת"א) 421/93 (לעיל, הערה 24).

28. ע"ש (י-ם) 81/92 (לעיל, הערה 5).

29. ראו סעיפים 1, 2, 4, 5 ו-8 לחוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו.

רפואה ושררה - טיפול כפוי בחולה נפש מנקודת הראות של המטפל משפט וממשל ג תשנ"ה

במישור המהותי. במישור הדיוני כבר נפסק, כי על המוסדות הפסיכיאטריים המוסמכים מוטלת החובה להפעיל את שיקול דעתם באופן עצמאי. אסור להם לאמץ ללא בדיקה משלהם את חוות דעתם של פסיכיאטרים מומחים אחרים, והשופט טל חזר על עיקרון זה. מי שהופקדה בידו שררה על-פי חוק טיפול בחולי נפש חייב לנהוג בה בהתאם לכללי הצדק הטבעי ולהקפיד בכגון דא על כל תג ותג. אסור לו לנהוג מתוך משוא פנים ולהימצא בניגוד אינטרסים. לדברים גלויים וידועים אלה הוסיף השופט טל את חובת ההנמקה. משמעה של חובה זו היא הצגה מפורטת ומדוקדקת של נימוקים רפואיים שביסוד ההחלטה לאשפז אדם מחמת מחלת נפש.

במישור המהותי, קבע השופט טל, כי הסכנה שחולה נפש יפגע בעצמו או באחרים, אם לא יאושפו לשם טיפול פסיכיאטרי, חייבת להיות "ממשית ומוחשית, להבדיל מאפשרות סתם". לדבריו:

רבות נכתב על כך שאחוז הטעויות שבחיזויי הסכנה של הפסיכיאטרים הוא אחוז גבוה ושהפסיכיאטרים נוטים בדרך כלל להגזים בהערכת הסכנה הנשקפת מן החולה. ההסבר המקובל לתופעה זו נעוץ בכך שהמודל הפסיכיאטרי פועלים לפיו הוא המודל הרפואי, המנסה להפחית עד למינימום את הסיכון, שאדם הזקוק לטיפול רפואי לא יזכה בו.

לא זהו המודל המשפטי שעל-פיו פועל בית-המשפט. המודל המשפטי הוא שכל אדם הריהו בן חורין, במובן הרחב, כל עוד לא הוכח מעבר לכל ספק סביר שיש לשלול את חירותו על-פי דין. אמנם, כאשר בא בית-המשפט לבקר את ההלטת הוועדה הפסיכיאטרית בשאלה מהי מידת ההוכחה הנדרשת לצורך אשפוז כפוי, על כורחו עליו לומר, שדי בראיות, המקובלות כאמינות בעיני פסיכיאטר מיומן. שכן מדובר ברשות רפואית ולא ברשות משפטית, והרשות הרפואית היא המוסמכת להחליט בעניין זה. עם זאת, הרשות הרפואית כפופה לחוק ועליה להפעיל את שיקול דעתה על-פי המודל הרפואי בתוך מסגרת נוקשה ומגבילה שנקבעה על-ידי המחוקק. קוי המסגרת נקבעים בראש וראשונה על-פי ערכי היסוד של השיטה המשפטית ולאחר מכן על-פי ההנחיות הספציפיות שמנחה המחוקק את הרשות הרפואית.³⁰

דברים אלה תומכים, הלכה למעשה, בדרישה של "הוכחה ברורה ומשכנעת" כתנאי לאשפוז כפוי, ולא נחזור על הקשיים שדרישה זו יוצרת. נעיר רק, כי הסתמכות השופט

30. ע"ש (י-ם) 81/92 (ולעיל, הערה 5).

טל על חוקייסוד: כבוד האדם וחירותו יכולה להביא גם למסקנה אחרת. רק באחרונה נפסק, כי הערכים המוגנים על-פי חוק זה עשויים להכתיב טיפול בחולה בניגוד לרצונו.³¹ באותו פסק-דין מדובר אמנם בטיפול במחלת גוף ולא במחלת נפש, אך מדוע להבדיל בין שני אלו? כבר שאלנו שאלה זו במבוא ושם גם הבאנו תשובה השגורה בפייהם של ספקני הפסיכיאטריה. אם הדעה הספקנית משקפת את הדין הקיים, על המוסדות הפסיכיאטריים העוסקים באשפוז כפוי יהא לאמץ לעצמן, כנקודת מוצא, את אותה ספקנות. גישה זו עלולה לפתח, לפחות אצל מקצת הפסיכיאטרים, מדיניות של "שב ואל תעשה", המנוגדת למקובל ברפואה. דבר זה אינו נראה לנו רצוי כלל ועיקר, ודומה כי מספר לא מבוטל של שוחרי חירויות יהיו שותפים לאי שביעות רצוננו.

הפירוש שנתן השופט טל בפסק-דינו, מהווה תקדים מבחינה זו שניתן להבין ממנו שאם ישנם שני פירושים או שתי גישות, הולכים לקראת הרחבת החירות. מבחינה זו יש כאן צמצום של החוק לטיפול בחולה נפש שקדם מבחינת זמן החקיקה לחוקייסוד: כבוד האדם וחירותו.

זאת ועוד, חוק זה מבטא את העדפת הגישה המתמקדת בחירות הפרט על פני הגישה הפטרנליסטית או הגישה הדוגלת בהגנה על הציבור.³² טיפול מרפאתי כפוי בא לאזן את הצרכים המתנגשים שבין הצורך בטיפול לאי-הטיפול וההזנחה מחד גיסא ושמירה על זכויות הפרט מאידך גיסא. טיפול זה נחשב כ-alternative least restrictive בספרות הפסיכיאטרית המקצועית.³³ כדברי כבוד השופט טל:

תמהני, לאילו מקרים נועד טפול מרפאתי כפוי אם לא לחולים שאינם משתפים פעולה, שהרי חולה שמקבל טפול כזה מרצונו, אין צורך לכפותו.³⁴

לצערנו, הטיפול המרפאתי הכפוי לא נמצא יעיל כתחליף לאשפוז כפוי שהונח בבסיס החקיקה, בין השאר בשל חוסר משאבים והעדר תשתית לביצוע הטיפול המרפאתי הכפוי.³⁵

31. ראו ע"א 506/88 (לעיל, הערה 7).

32. ד' שניט, "אשפוז כפוי: כלפי מי, על-ידי מי ועל סמך מה", עיוני משפט ה (תשמ"א-תשמ"ב) 529, 532-533.

33. V.A., Hiday, R.R., Goodman, "The Least Restrictive Alternative to Involuntary Hospitalization, Outpatient Commitment: Its Use and Effectiveness, 10 *Journal of Psychiatry and Law* (1982) 81.

34. ראו פסק-דינו של השופט טל (לעיל, הערה 5).

35. C. Bar El, R. Durst, J. Rabinowitz, M. Kalia, A. Teitelbaum, M. Shlafman, *Implementation of Order of Compulsory Ambulatory Treatment in Jerusalem*. (unpublished manuscript).

1. "מישפוט" הטיפול הפסיכיאטרי

1. חולה פסיכיאטרי כצד בהליך אדוורטרי

כאמור, ביום כינוס הוועדה יש תחושה של משפט. האווירה במחלקה הופכת למרחב טיפולי של בית-משפט בזעיר אנפין. ואכן, יש לוועדה סמכויות כמו לבית-משפט. החולים שרויים במתח בפני הצפוי להם, כפי שקורה לפני מתן פסק-דין גורלי, ויש גם מתח בצוות הרפואי והסיעודי. יש להכין את החולים, לעודד אותם להופיע בפני הוועדה וללוותם אליה. לאחר הדיון בוועדה אנו נאלצים לעתים לספוג התפרצויות אלימות של חולים, הכועסים על החלטות הוועדה. יש לציין, שהאמצעים לריסון אלימות שיש בידינו הם רפואיים בלבד. עם אלה נמנים זריקות והגבלה מכנית (קישורים). "הטיפול" הנפשי לאחר פסיקת הוועדה מתמקד לא במצב הנפשי של החולה (אשר בעטיו אושפו במחלקה פסיכיאטרית) אלא בעצם ההחלטה. לחולה קשה להימנע מלפרש את החלטת הוועדה כעונש. מאחר שאנו נוטלים חלק בדיוני הוועדה, אנו נתפסים כקטגורים ולא כרופאים מטפלים.

לדוגמה, חולה סבל מסכיופרניה פרנואידית ממושכת, אושפו במצב פסיכוי חריף שלוהה באלימות קשה בביתו, עד כדי ירייה באוויר שנועדה לאיים על אחיו. מדובר בחולה חזק בגופו שהתמחה בשעתו באומנויות לחימה. לאחר קביעת הוועדה על הארכת אשפוזו הכפוי התפרץ החולה, הכה כמה אנשי צוות והצליח לברוח מהמחלקה תוך שימוש באלימות.

במעשה זה הוא ביקש למחות על מה שהצטייר בעיניו כהפרת זכותו להלך חופשי. דבר זה ניתן ללמוד מכך שתגובתו האלימה של החולה באה בעקבות החלטת הוועדה הפסיכיאטרית. החוק מחייב את הוועדה הפסיכיאטרית למסור לחולה את החלטתה. כנדרש בחוק, על הוועדה להסביר לחולה כי היא אמנם מאריכה את אשפוזו הכפוי, אך בידי המטפלים (קרי, בידינו) לאפשר לו טיולים, חופשות ואפילו לשחררו (הדבר נכון מבחינת החוק, אך עומד בסתירה לאמור בהחלטת הוועדה ברגע הנתון). הסבר זה לא אחת מביא את החולה לדרוש מאתנו את שחרורו המייד, "שהרי כך הוועדה הסבירה". מתוך כלל המקרים, בשניים בלבד ביקשנו מהוועדה מפורשות, לפני קריאת ההחלטה בפני החולה, להימנע מההסבר. הדרך הנקוטה של לא למסור לחולה את ההחלטה קיימת כאפשרות ובפרקטיקה, אך ספק אם הדבר יכול לעמוד בביקורת משפטית. בשני המקרים שצוינו היתה החלטת הוועדה השפעה טיפולית מרשימה - ההחלטה של גוף מרשים זה, שאינו צד מטפל הממשיך בקשר רציף עם החולה, הפסיקה את הוויכוחים האינסופיים על שחרור ופינתה מקום להתמקד בבעיה הנפשית, ובכך אפשרה את כינונה של אווירה טיפולית נכונה.

2. מעצר פלילי כהיקש משפטי בקציבת זמנים לאשפוז כפוי

לוחות הזמנים שנקבעו לביקורת הוועדה הפסיכיאטרית אינם תואמים את הצרכים הטיפוליים. ידוע כי ההשפעה האנטי-פסיכוטית של התרופות הנוירולפטיות, כמו גם השפעתן של התרופות האנטי-דיכאוניות, מתחילה לאחר שבועות מספר (בין 2-12),

ובדרך כלל לא פחות משלושה.³⁶ לדעתנו, החוק היה צריך לקבוע בשתי הוראות: האשפוז הראשונות טווחי זמן ארוכים יותר (10-20 ימים), ושהוועדה הפסיכיאטרית תדון בענייניו של המטופל לאחר שלושה שבועות. אפשר גם לתת את הוראת האשפוז הראשונה לשבוע ימים, כדי לוודא שאדם לא אושפז בכפייה לטווא. לאחר מכן, אם מסתבר שאותו אדם אכן היה זקוק לאשפוז, מן הראוי לאפשר להוראת האשפוז השנייה לחול על שלושה שבועות. רק לאחר מכן יהיה מקום לכנס את הוועדה הפסיכיאטרית. להערכתנו, המצב המשפטי השורר היום אינו מאפשר אפילו מתן טיפול תרופתי באופן יעיל לשם השגת תוצאות חיוביות כלשהן. במקרים שבהם חל שיפור ממשי וניתן לשחרר את החולה או להשיג את הסכמתו לאשפוז מרצון, בתוך שבועה ימים, יש מקום לפקפק בעצם ההצדקה להוצאת הוראת האשפוז מלכתחילה. נראה שכל פרקי הזמן שנקבעו בחוק לאשפוז כפוי בנויים על אנלוגיה למעצר פלילי. נוקשות משפטית זו, הבנויה על היקש לא נכון, פוגעת בקיומם של צרכים טיפוליים. הרעיון של טיפול בתוך שבוע אחד עומד בסתירה לידוע בעולם הפסיכיאטרית.

החוק קובע, כי מקום שלא חל שיפור ניכר במצב החולה (וכאמור, בפרק זמן זה, לא טיפול תרופתי ולא טיפול נפשי מסוג כלשהו יכולים להביא לשיפור ניכר במצב החולה, וקל וחומר להחלמתו), יש צורך בהארכתה של הוראת האשפוז לשבועה ימים נוספים. בסך הכול מדובר איפוא בארבעה-עשר ימים מתחילת האשפוז. במקרה הטוב ניתן להשיג הטבה סימפטומטית, שתיעלם כלא היתה לאחר השחרור, אם הטיפול לא ימשך. כדי לפתור בעיה זו, הוצא אמצעי חדיש בחוק: טיפול מרפאתי כפוי. דא עקא, אמצעי זה טרם הוכיח את יעילותו.

3. הסכמת המטופל לטיפולים מסוימים – דרישת הכתב והכשרות להסכים לטיפול חשמלי

החולים המאושפזים בכפייה הם, בדרך כלל, חולים קשים המסרבים להכיר במחלתם. אילו היו חולים אלה עובדים מבחן של כשרות משפטית היו, קרוב לוודאי, מסווגים כנטולי כשירות. המתוקק לא נתן דעתו לשאלת הכשירות (competence) או אי-כשירות (incompetence) ליתן הסכמה מודעת (informed consent) של חולים המתאשפזים בהסכמתם או בניגוד לרצונם.³⁷ המחוקק הניח, שחולה המאושפז בכפייה משולל כושר שיפוט וביקורת המציאות שלו לקויה. למרות זאת, בטיפולים שהוגדרו בחוק כמיוחדים, קרי נועי חשמל, דורש החוק את הסכמתו של החולה בכתב לפני מתן הטיפול. הדבר עומד

36. H. I. Kaplan and B. J. Sadock, "Biological Therapies", In *Synopsis of Psychiatry*, Behavioral Sciences Clinical Psychiatry. (Sixth Edition, 1991) Chapter 30.

R.I. Shader: (ed.), "Approaches to the Treatment of Schizophrenia", In *Manual of Psychiatric Therapeutics* (2nd edition, Little, Brown and Company Inc.), (1994) 326.

37. ראו ד' דורסט, ק' ז'בוטינסקי-רובין, י' גינת, "נועי חשמל: הזכות לקבלת טיפול מול הזכות לסרב לו, דיון ביקורתי והצעה לשינוי בעמדת המחוקק", הרפואה, כרך 126 (תשנ"ד) 80.

רפואה ושררה - טיפול כפוי בחולה נפש מנקודת הראות של המטפל משפט וממשל ג' תשנ"ה

בסתירה לאי כשירותו של החולה לבחון כראוי את מצבו. המצב ההיפותטי של חולה המאושפז בכפייה, אבל אינו מקבל טיפול, מכיוון שלא נתן את הסכמתו (או שאינו מסוגל לתיתה), הוא מצב העומד בסתירה לחוק הקובע כי "המטרה העיקרית של אשפוז בבית-חולים הינה קבלת טיפול רפואי ואין לאשפוז אדם בבית-חולים לשם הגנה על הציבור או עליו בלבד".³⁸ כוונת המחוקק היתה להפריד בין ההסכמה לטיפול "מיוחד" לבין ההסכמה או אי-הסכמה לקבלת טיפולים אחרים, שניתן ליתן במקרים של אשפוז כפוי.³⁹ הגדרת מבחן כשירות היתה עשויה להועיל במקרים של אשפוז כפוי, ובמקרים שיש צורך להחליט בהם על אשפוז ועל טיפול בכפייה כולל "טיפולים מיוחדים".⁴⁰

ז. סיכום

במאמר זה ניסינו להביא מתוך ניסיוננו הקליני את מורכבות העשייה של הרופאים המטפלים במרחב טיפולי כפוי, הנמצא בפיקוח משפטי הדוק. המרחב הטיפולי שבו אנו מאמינים, עומד בסתירה למרחב הכפייה שבו אנו נדרשים לפעול. הבעיה העיקרית של המרחב הטיפולי בכפייה נעוצה בהיות הרופא המטפל בעל שני תפקידים: תפקיד של רופא מחד גיסא ותפקיד של בעל שררה מאידך גיסא. מיזוג תפקידים זה הינו מורכב, סבוך ופוגם בטיפול בחולים. כאשר תפקידי רפואה ותפקידי שררה שזורים אלה באלה הבעייתיות הנוצרות היא קשה להתרה.

38. ראו, סעיף 35(ב) לחוק.

39. כאמור בסעיף 35(ט) לחוק: "חולה שאושפז אישפוז כפוי או שניתנה לגביו הוראה לטיפול מרפאתי, יינתן לו טיפול לפי מצבו הרפואי אף למרות התנגדותו; טיפולים מיוחדים שיפירו בתקנות יינתנו רק בהתאם להוראות שייקבעו בהן".

40. להמלצה להעביר את סוגיית הכשירות להכרעה שאינה ניוונה מסטנדרטים משפטיים נוקשים ראו מאמר: B.J. Winick, "How to Handle Voluntary Hospitalization after *Zinermon v. Burch*", 21 *Administration and Policy in Mental Health* (1994) 395.
