

דילמות אתיות בטיפול רפואי בזקן

מקור: שטינברג א, דילמות אתיות בטיפול רפואי בזקן, בתוך: א. רוזין, הזדקנות וזיקנה בישראל, הוצאת אשל, ירושלים, עמ' 941-953, 2003

דילמות אתיות בטיפול רפואי בזקן

פרופ' אברהם שטינברג

הזקנה היא התקופה המאוחרת והאחרונה בחייו של האדם. בתורת ישראל רואים את הזקנה בצורה חיובית בעיקרה, שכן יש בה נסיון חיים וצבירת ידע, ואריכות חיים נחשבת לברכה. אכן, אין להתעלם ממגבלותיו הפיסיקות והנפשיות של הזקן. ואמנם הזקן שלגביו נדרשת התייחסות מוסרית מיוחדת שייך בדרך כלל לקבוצת האנשים הפגיעים, החלשים והמוגבלים בחברה (כמו נכים פיזיים או נפשיים, קטינים וכיוצ"ב), ללא כוח פוליטי, כלכלי וציבורי משמעותי. עקב כך הוא פגיע במיוחד מבחינה חברתית-מוסרית, ולפיכך נדרשת התייחסות חברתית נאותה לצרכיו ולפתרון בעיותיו. ואמנם יש הרואים בגישה וביחס לזקנים בקהילה מדד לרמת המוסר הקיבוצי של העם. זוהי דוגמא לדאגה לזולת החלש והמוגבל, ולחובה המוסרית הקיבוצית של הכלל לטובת היחידים הנזקקים, ללא טובת הנאה חומרית [א. רוזין, אסיא, כרך ו, 1989, עמ' 75 ואילך]. אכן יש להדגיש, כי אמנם קיימות בעיות מוסריות בולטות בטיפול וביחס לזקן, אך העקרונות המוסריים הרלוונטיים אינם מיוחדים לגיל זה.

מאז ומעולם היו הבדלים בולטים בהתייחסות לזקן בתרבויות שונות ובזמנים שונים. בתרבויות הפרימיטיביות שחיו על צייד ונוודות, נתפס הזקן כמי שאין בו עוד תועלת, וכאדם המהווה מעמסה על החברה. עקב כך היה נהוג לעוזבו לנפשו, לגרשו ואף לגרום למותו. לעומת זאת בחברות פרימיטיביות שחיו על החקלאות, אשר היו קבועים במקומם הגיאוגרפי והמצב הכלכלי היה שפיר, היה לזקן מעמד של כבוד, יכולת לתרום בעצה

ותושיה לאור נסיון החיים שלו, ומעמד של ראש משפחה ושבת.

במרבית החברות המודרניות קיימת דו-ערכיות בהתייחסות לזקן. מצד אחד קיימות אידיאולוגיות שעל פיהן יש לקיים את הזקן, להעניק לו את הכבוד הראוי לו, ולהתחשב בדעותיו. מאידך אין המצב במציאות הולם ערכים אלו. הזקנים בחברה המודרנית חוזרים ונתפסים כעול ונטל חברתי, תרבותי וכלכלי. ברם, מטוטלת היחס לזקן שוב משתנה בתקופה האחרונה. גישות מוסריות וחברתיות חיוביות כלפי הזקן הביאו להקמת ארגונים שונים, שהחלו לפעול לטובת הזקנים. ענף הגריאטריה ברפואה הולך ותופס מקום חשוב ומכובד בגלרית המקצועות הרפואיים, ואף המחוקקים במדינות שונות נרתמו לתקן את העוול המתמשך כלפי הזקנים.

ביהדות מאז ומעולם לא היתה כל הפליה כלפי הזקן. היה יחס של כבוד כלפיו, והוא נשאר בדרך כלל במסגרת המשפחה. הזקן איננו נמנה במקרא ובתלמוד בין הקבוצות החלשות באוכלוסיה כדוגמת העני, הגר, היתום, האלמנה והנכה הפיסי והנפשי, אשר דורשים יחס מיוחד של צדקה וחסד מחמת חולשתם. כמו כן לא מצינו בעבר מוסדות וארגונים מיוחדים לעזרה לזקן, בניגוד למצב של חולים, עניים ומתים. מכאן ששילובו של הזקן בחיי המשפחה, והטיפול של המשפחה בו, היו טבעיים ומספיקים. זהו ההסבר המקובל לעובדה, שבתי הזקנים בין היהודים החלו להיווסד רק בתקופה היסטורית מאוחרת, בניגוד לאומות העולם שהקימו בתי זקנים מיוחדים כבר בשלבים היסטוריים מוקדמים. בתי הזקנים היהודיים הראשונים נוסדו בקראקוב שבפולין ובקהילת הפורטוגזים באמסטרדם שבהולנד רק במחצית הראשונה של המאה ה-18 [י. ברגמן: הצדקה בישראל, 1975, עמ' 122; א. שטינברג: אנציקלופדיה הלכתית-רפואית, כרך ב, 1991, ע' זקן, עמ' 332 ואילך]. לעומת זאת הקימו הנוצרים בתי זקנים מיוחדים כבר במאה הרביעית [Beauvoir S: The Coming of Age, New-York, Warner Paperbooks, 1973].

הדילמות האתיות הרלוונטיות במיוחד לזקן אשר יידונו במסגרת מאמר זה הן:

· המשאבים המוגבלים ברפואה וחלוקתם הצודקת

· ניסויים רפואיים בזקן

· הזקן הנוטה למות

א. משאבים מוגבלים

הבעיה של חלוקה צודקת של משאבים מוגבלים, וחלקם היחסי של הזקנים בעוגה התקציבית, נידונה בהרחבה בשנים האחרונות מבחינה פילוסופית-מוסרית בכל העולם [Brock DW, Philo Pub Affairs 18:297, 1989]. ההוצאות ההולכות וגדלות ברפואה המודרנית בכלל וברפואה הגריאטרית בפרט, והמעמסה הפיסית, הנפשית והכלכלית על בני המשפחה ועל החברה כולה בגלל ריבוי מחלות כרוניות ובעיות פסיכולוגיות בזקן מחד גיסא, והיעדר תרומה ותמורה בעבודה וביצירה כלכלית-חברתית מצד הזקן מאידך, יוצרים דילמה מוסרית בהתייחסות לזקן.

יש הטוענים, שקיימת הצדקה מוסרית-חברתית להגביל את הטיפול הרפואי בזקן על מנת לחסוך בהוצאות ולהפנות את המשאבים המתפנים לטיפול בצעירים. ההצדקה המוסרית היא שהזקן כבר מיצה את יכולתו ואת תרומתו החברתית והאישית במהלך שנות חייו, ואין הוא תורם עוד לחברה באופן יחסי להוצאות הכלכליות שמוציאים עליו. מאידך לצעירים יש עדיין פוטנציאל יצירתי ויכולת תרומה לחברה, ובכך יכולים הם להחזיר לחברה את מה שהיא מוציאה עליהם. כמו כן הם טרם מיצו את עצמם ואת יכולותיהם, ולפיכך במצב של משאבים מוגבלים יש להעדיף על פני הזקנים. גישה זו באה לידי ביטוי מעשי במצבים שבהם יש צורך בהחלטה הנוגעת לקדימות טיפולית (triage), כגון מיטה ביחידה לטיפול נמרץ או איבר להשתלה. אכן, יש המרחיקים לכת ודורשים הגבלות בטיפול בזקן גם לא במצבים חריפים ודחופים אלו. גישה שלילית כזו ביחס לזקן יכולה להתקיים במידה רבה רק בגלל היותם מיעוט חלש באוכלוסיה, ובלתי חשובים מבחינה פוליטית וכלכלית. גישה כזו מביאה בהכרח ליחס משפיל ובלתי שוויוני כלפי הזקן. ואמנם בארה"ב מדווח על 1-2 מיליון זקנים בשנה הסובלים מיחס משפיל ובלתי נאות, ובעקבות זאת הוכרה התיסמונת של 'הזקן המוכה' [Lachs MS & Pillemer K, N Engl J Med]

[332:437, 1995].

לאחרונה מתגברות הדעות והדרישות לשינוי היחס לזקן מצד החברה, ולהענקת יחס מוסרי יותר שוויוני ויותר הולם. ואכן, יש הטוענים שאין להבדיל בשיקולי הטיפול בין צעיר לזקן, שכן מבחינה מוסרית אין לשקול באופן כמותי את התועלת של הפרט לחברה, ואין למנוע משאבים מאדם רק בגלל גילו. אם נלך בדרך של הפליה רפואית על בסיס תועלת כלכלית עלולים אנו להפוך את הרפואה למערכת כלכלית טהורה, חסרת רגישויות אנושיות וערכיות [Jecker NS & Pearlman RA, J Am Geriatr Soc 37:1067, 1989; Avon J, N Engl J Med] [310:1294, 1984]. גישה זו הולכת ומתפתחת הן בחברה הכללית, על בסיס של תחושה מוסרית, והן בקרב הזקנים עצמם, שהולכים ומתרבים ועולה בהם החלק היחסי של אנשים בריאים המתפקדים פיסית ונפשית כראוי, ויכולים להרים קולם בדרישות לצדק חברתי [Siegler M, Hastings Cen Rep 14:24, 1984].

מבחינת ההלכה אין להפלות את הזקן לרעה ביחס הרפואי, שכן הגיל כשלעצמו איננו מהווה גורם כלשהוא בקביעת הקדימויות הטיפוליות [הרב מ. פיינשטיין: שו"ת אגרות משה, חחו"מ ח"ב, סי' עה אות ז]. יתר על כן, ההלכה מחייבת לכבד את הזקן, ולדאוג לרווחתו ולשלומו [א. שטינברג: אנציקלופדיה הלכתית-רפואית, כרך ב, 1991, ע' זקן, עמ' 332 ואילך].

ב. ניסויים רפואיים

הדילמה המוסרית במחקר בבני אדם היא במציאת האיזון הנכון בין הצורך לקידום רפואי לטובת החברה מחד גיסא, לבין הצורך להגן על חירותו ושלומו של כל יחיד, ולכבד את עקרון האוטונומיה של כל אחד מהאזרחים מאידך גיסא. הדילמה המוסרית חריפה במיוחד כאשר יש צורך לבצע ניסויים רפואיים באוכלוסית הזקנים. שכן מצד אחד יש לחקור דווקא את האוכלוסיה הזו על מנת לקדם את ההבנה הפתוגנטית של מחלות ושינויים בזיקנה, ועל מנת למצוא שיטות טיפול נאותות למחלות המיוחדות לזקן. פעמים רבות לא ניתן להסיק מסקנות ביחס לזקנים וחולים על ידי בדיקת אנשים צעירים ובריאים. מאידך, לעתים קרובות יש צורך לבדוק באופן מחקרי זקנים בלתי-

קומפוטנטים, אשר אינם מסוגלים לתת הסכמה מודעת להיותם חלק מהליך מחקרי-ניסויי. דילמה זו משותפת לכל קבוצות האוכלוסיה שאינם קומפוטנטיים (קטינים, פסיכופטים, חסרי הכרה וכיוצ"ב).

קיימות שלוש גישות מוסריות בסיסיות המתייחסות לדילמה המיוחדת למחקר באנשים לא-קומפוטנטיים:

א. יש הסבורים, שבכל מקרה שלא ניתן לקבל את הסכמתו המודעת המלאה של נחקר — אין כל הצדקה מוסרית 'לגייס' אותו למחקר, גם במחיר הפסד הישגים רפואיים וקידמה מדעית.

ב. יש הסבורים, שבמצבים שלא ניתן לקבל הסכמה מודעת מהנחקר עצמו, אבל חלק ממטרות המחקר כוללות גם עזרה לזקן עצמו (כגון בדיקת תרופה חדשה שיכולה להועיל לא רק לחברה כולה אלא גם לנחקר עצמו) — מותר לבקש הסכמה כזו מאפטרופסו, מתוך הנחה שהוא ידאג לשלומו ולכבודו. אמנם הסכמת אדם אחר איננה זהה להסכמה העצמית מבחינת עקרונות האוטונומיה, אך היא קרובה לה במידה מספקת כדי להצדיק ניסוי רפואי.

ג. ויש הסבורים, שבמצבים שלא ניתן לקבל הסכמה מודעת מהנחקר עצמו — מותר לבקש הסכמה כזו מאפטרופסו, גם אם מטרות המחקר אינן כוללות עזרה לנחקר עצמו. חוקרים אלו סבורים, שיש חובה מוסרית על כל אדם בחברה לתרום לזולת אם לא צפוי שייגרם לו נזק משמעותי עקב כך. ההנחה היא, שאדם סביר היה מסכים להשתתף במחקר שיכול להביא תועלת לזולת, אם ניתן להבטיח לו שלא יאונה לו כל רע.

אכן, כאשר מבוצע מחקר באדם לא-קומפוטנטי יש צורך במעורבות ציבורית ובפיקוח הדוק ביותר על המחקר — הן מבחינת חשיבותו, והן מבחינת בטיחותו. יש צורך במעקב קפדני לא רק על העקרונות והפרטים הראשוניים של המחקר, אלא שחייב להיות גם מעקב צמוד בכל שלבי הביצוע של המחקר, על מנת לוודא שאכן לא נגרם נזק לנחקר [א. שטינברג: אנציקלופדיה הלכתית-רפואית, כרך ד, 1994, ע' נסויים רפואיים בבני אדם, עמ' 469 ואילך].

ג. הנוטה למות

שאלת היחס לזקן הנוטה למות היא אחת הבעיות המרכזיות ביחס המוסרי לזקן. בשנים האחרונות חלה עליה משמעותית בתוחלת החיים, ובין השאר נובע הדבר מהתפתחות רבה ומרשימה ביותר של יכולת מדעית-טכנולוגית להאריך חיים. דא עקא, לא תמיד מלווה הארכת החיים באיכות חיים טובה וסבירה. לעתים ההיפך הוא הנכון – הארכת החיים מביאה להארכת סבל גופני ונפשי, ויש המרגישים במצב זה בבחינת 'טוב מותי מחיי' [יונה ד ג]. יתר על כן, על פי עקרונות האתיקה הרפואית המודרנית עקרון האוטונומיה הוא עקרון חשוב ביותר. על פי עקרון זה כל אדם זכאי להחליט מה יעשה בו ובגופו, ועל הזולת והחברה לכבד את החלטתו. אכן, עקרון זה מותנה בכושר שיפוט תקין של מקבל ההחלטה האוטונומי. דבר זה לעתים קרובות איננו קיים בזקן הנוטה למות, שכן במקרים רבים הוא חסר כושר שיפוט בגלל מצב דמנטי, דכאון, השפעת תרופות, או הכרה מעורפלת.

בדיון הערכי בשאלה זו משתמשים המתדיינים במושגים שונים, שמשמעותם לא תמיד ברורה ומוגדרת. דוגמאות לכך הם – חולה סופני (terminal patient), איכות חיים (quality of life), מדרון חלקלק (slippery slope), טיפול עקר (futile treatment), כושר שיפוט (competency), ועוד. כל אחד מהמושגים הללו דורש הגדרה ערכית ויישומית, אך במסגרת מאמר זה לא ניתן להתייחס בפירוט נאות לבעיות ההגדרתיות שלהם [על ההגדרות השונות של מושגים אלו ועל הקשיים הכרוכים בהם – ראה א. שטינברג, אנציקלופדיה הלכתית-רפואית, כרך ד, 1994, עמ' 421-429].

על מנת לקבוע עמדה מוסרית ומעשית ביחס לטיפול בזקן הנוטה למות יש להתייחס לשלשה מרכיבים עיקריים [ראה בהרחבה על הגישות השונות – א. שטינברג: אנציקלופדיה הלכתית-רפואית, כרך ד, 1994, ע' נוטה למות, עמ' 343 ואילך]:

· מצבו הקומפוטנטי של החולה

· הטיפולים הרפואיים האפשריים

1. מצבו הקומפטנטי של החולה

מבחינת עקרון האוטונומיה מתחלקת אוכלוסית הזקנים הנוטים למות לשלש תת-קבוצות – קבוצת חולים, שבעת הצורך לקבל החלטות במצבים סופניים הם קומפטנטים; קבוצה שאיננה קומפטנטית בעת הצורך לקבל החלטות טיפוליות, אך יש ידיעות על רצונם מה יעשה בהם במצב הנוכחי כאשר הם היו עדיין קומפטנטיים; קבוצה שאיננה קומפטנטית בעת הצורך לקבל החלטות טיפוליות, ואין כל ידיעה על רצונם מה יעשה בהם במצב כזה.

1א. חולים קומפטנטיים בעת הצורך לקבל החלטות טיפוליות – על פי עקרון האוטונומיה יש לקבל את הסכמתו המודעת של כל אדם קומפטנטי לכל הליך טיפולי, ובמידה והוא מביע סירוב ברור לטיפול מאריך חיים יש להישמע לו. השאלה העומדת לדיון היא – האם יש גבולות והגבלות בהיענות לדרישות אוטונומיות בסוף החיים? שלש שאלות עיקריות נוגעות לגבולות אלו – האם כיבוד האוטונומיה מחייב הימנעות מכל טיפול ומכל התערבות חיצונית בהארכת חיי החולה, או שקבלת דרישות החולה מוגבלת לטיפולים מסויימים בלבד? האם כיבוד הרצון האוטונומי של החולה כולל גם הימנעות מטיפול מאריך-חיים וגם הפסקתו, או שהוא מוגבל להימנעות מטיפול בלבד? האם כיבוד הרצון האוטונומי מחייב גם המתתו בפועל או סיוע בהתאבדותו, או שהוא מוגבל להימנעות מטיפול בלבד? (ראה להלן בחלק 2).

1ב. חולים שאינם קומפטנטיים בעת הצורך לקבל החלטות טיפוליות, אך רצונם ידוע מהעבר בעת שהיו קומפטנטים – במצב זה לא ניתן לקבל את הסכמתו המודעת של החולה בזמן אמת ביחס לטיפול הרצוי לו, והשאלה המוסרית העומדת לדיון היא – האם רצונו האוטונומי שהובע בעבר מהווה תמורה מוסרית נאותה להיעדר יכולת אוטונומית בזמן אמת. קיימות דרכים אחדות להעריך את רצון החולה בעת היותו קומפטנטי בעבר: 'צוואה מחיים', מינוי אפוטרופוס מיוחד לצורך קבלת ההחלטות, גילוי עקיף של רצונו (כגון רמזים שונים, הערכה

כללית על פי השקפותיו ועקרונותיו, וכד'). מבחינה מוסרית קשה מאד לקבל רמזים והערכות כלליות מהעבר כמייצגים נאמנים של רצונו האוטונומי של חולה סופני בזמן אמת.

אכן, במדינות מערביות שונות התקבלה התפיסה שהבעה פורמלית ומשפטית של רצון האדם בעת היותו קומפטנטי כיצד לנהוג בו בעת שלא יהיה עוד קומפטנטי היא התמרה נאותה של האוטונומיה של האדם באמצעות 'צוואה מחיים' או מינוי אפוטרופוס, ולפיכך יש לכבדה במלואה. במדינת ישראל אין לדרכים אלו מעמד משפטי מחייב, ואין הם אלא בגדר של הצהרת כוונות שיש להתחשב בהם במסגרת מכלול השיקולים כיצד לנהוג בחולה הסופני שאיננו קומפטנטי. תפיסה זו מבוססת על ההנחה שאין בדרכים אלו התמרה נאותה ומהימנה לאוטונומיה של החולה בזמן אמת. שכן יתכן שבין כתיבת הצוואה מחיים לבין התרחשות המצב הדורש קבלת החלטות שינה החולה את דעתו, או יתכן שהוא הביע את דעתו בזמן שהיה צעיר, בריא ומאושר, אך היה משנה את דעתו לאור מטרות משתנות של חייו בגיל מתקדם ובמצב גופני ונפשי שונה. כמו כן קשה לתאר סיטואציות אמיתיות מבלי לחוות אותן בפועל, ולפיכך מצבי-אמת עלולים לדרוש פרשנות של הצוואה מחיים, ואז אין זה מייצג עוד באופן מהימן את הכתוב באותה צוואה.

מבחינת ההלכה – אין לצוואה מחיים תוקף אם הדרישות הכלולות בה סותרות בעליל את עמדת ההלכה (כגון דרישה להמית את החולה, או להפסיק טיפול מציל-חיים שיביא בהכרח למותו של החולה). מאידך, אם הצוואה מתייחסת לדרישות לגיטימיות מבחינת ההלכה – אין צורך בצוואה, שכן ממילא יש לנהוג בדרך זו (כגון להימנע מטיפול מאריך-חיים המוסיף סבל וכאב ללא תוחלת).

1ג. חולים שאינם קומפטנטיים בעת הצורך לקבלת החלטות טיפוליות, ורצונם לא ידוע – יש לציין, כי מרבית החולים הסופניים שייכים לקטגוריה זו. היינו, מרבית האנשים בעת היותם קומפטנטיים אינם מביעים את רצונם בצורה ברורה ומחייבת מה יעשה בהם בעת שיגיעו למצב סופני. דבר זה בוודאי נכון במדינות כמו ישראל, שבהן אין הכרה משפטית בצוואה מחיים, ואין מערכה ציבורית-תיקשורתית לטובת ההבעה הברורה והמחייבת של האזרחים לגבי רצונם מה יעשה בהם במצב סופני וכשהם בלתי-קומפטנטיים. אכן, עובדה זו נכונה אף במדינות המחייבות התייחסות ל'צוואה מחיים', ואף מנהלות מסע ציבורי-תיקשורתית אגרסיבי שמטרתו לחנך את האזרחים שיביעו את רצונם הברור מה יעשה בהם במצב סופני. לפיכך, במרבית המקרים של זקנים במצב סופני אין עקרון האוטונומיה

מסייע לפתור את השאלה כיצד לנהוג בהם, ויש להפעיל עקרונות מוסריים אחרים לצורך פתרון הבעיה.

2. הטיפולים הרפואיים האפשריים

קיימות שלש אופציות טיפוליות:

- הארכת כל חיים בכל דרך אפשרית, ללא תלות במידת הסבל, באיכות החיים, באורך החיים הצפוי, או בעלויות
- קיצור החיים בפועל, גם בהמתה ישירה ומכוונת (active euthanasia), על פי רצונו של החולה
- הימנעות מטיפול מאריך חיים בתנאים מסויימים, אך לא המתה פעילה (passive euthanasia)

2א. הארכת חיים בכל דרך אפשרית, בכל מצב

תפיסה זו היא נחלתם של פילוסופים מועטים בלבד. הנחת היסוד המוסרית של גישה זו היא שערך החיים הוא ערך מוחלט שאיננו ניתן לשיפוט יחסי. לפיכך, הערך של שעת חיים אחת שווה לערכם של 70 שנות חיים, והערך של חיי סבל איננו שונה מערכם של חיי אושר. על פי תפיסה זו, התייחסות לערך החיים כערך יחסי עלול לגרום להפליה של חיים שונים על פי אמות מידה יחסיות בעייתיות, וקיים חשש מוסרי למדרון חלקלק.

אשר על כן, יש חובה מוסרית לפי התפיסה הזו לטפל בכל חולה בכל הטיפולים העומדות לרשות המערכת הרפואית באותו זמן ובאותו מקום, ולשאוף להאריך כל חיים ללא תלות באיכותם, באורכם, או בעלותם, ואף ללא תלות ברצונו של החולה.

2.ב. קיצור חיים בפועל (active euthanasia)

תפיסה זו מיושמת בפועל רק במקומות בודדים בעולם המערבי. הנחת היסוד של גישה זו היא שערך האוטונומיה הוא הערך העליון, ויש לכבדו ולקיימו גם במחיר החיים עצמם. על פי תפיסה זו אין, למעשה, ערך לחיים כשלעצמם, אלא יש לייחס ערך מוסרי לאיכות החיים. הגדרת איכות החיים שראויה להמשך חיים לעומת איכות שאיננה ראויה עוד להמשך חיים מוגדרת ונקבעת על ידי החולה עצמו, בהתאם לרצונו החופשי ובהתאם למערכת ערכיו.

אשר על כן, כאשר אדם קומפטנטי מביע רצון אוטונומי לסיים את חייו כאן ועכשיו, והדרך היחידה העומדת לפניו להגשים את רצונו הוא על ידי עזרה פעילה ומעשית של רופא – יש היתר מוסרי לרופא לסייע לו בנידון. על פי גישה זו מותר לרופא להמית את החולה באופן פעיל, ישיר ומכוון, בתנאי שזה רצונו החופשי והמלא של החולה.

2.ג. הימנעות ממתן טיפול מאריך חיים בתנאים מסויימים, אך לא המתה ישירה (passive euthanasia)

תפיסה זו היא נחלתם של מרבית הפילוסופים, המשפטנים והרופאים, והיא הגישה הרווחת במרבית מדינות העולם המערבי. תפיסה זו מבוססת על איזון מוסרי בין ערך החיים לבין ערך האוטונומיה ומניעת סבל חסר תוחלת וציפיות. לפיכך – מצד אחד, אין להמית חולה בפועל בשום מצב, גם לא על פי בקשתו המפורשת של החולה, שכן מעשה כזה מהווה פגיעה ישירה ובוטה בערך החיים. מאידך, אין להאריך חיי חולה סופני ללא תוחלת, כאשר המחלה

עצמה או הטיפול בה גורמים לסבל וצער לחולה.

בגישה זו יש להכריע איזה טיפולים להמשיך ולהעניק לכל חולה, גם במצב סופני, ומאיזה טיפולים ניתן להימנע במצב סופני. כמו כן יש להכריע האם יש הבדל מוסרי, משפטי או חברתי בין הימנעות ממתן טיפול מאריך-חיים, לבין הפסקת טיפול שכבר הוחל בו.

בשנים האחרונות התקבל העקרון, שחולה סופני בר-כושר שיפוט אשר מסרב לקבל טיפול פולשני מאריך-חיים (כגון הנשמה, דיאליזה, תרופות חדישות וכיוצ"ב) – שומעים לו, ונמנעים מלתת לו טיפולים כאלו. רבים מהאתיקאים סבורים, שיש לכבד את רצונו האוטונומי של חולה קומפטנטי לא רק ביחס לסירוב לטיפולים רפואיים, אלא גם כאשר הוא מסרב להמשיך מתן מזון ונוזלים. ולעומתם יש המבדילים בין טיפולים בלתי-שגרתיים ופולשניים לבין טיפולים שגרתיים, ולפיכך מסכימים הם להימנע מטיפולים רפואיים מיוחדים למצב הסופני, אך מתנגדים הם להמנעות ממתן מזון ונוזלים, או ממתן תרופות שגרתיים כמו אנטיביוטיקה למחלה אינטרקורנטית. כמו כן יש הסבורים, שלא רק שצריך להימנע ממתן טיפולים שחולה קומפטנטי במצב סופני מתנגד להם (withholding treatment), אלא שאף צריך להפסיק טיפול מציל-חיים (כגון ניתוק ממכשיר הנשמה) על פי דרישת החולה הקומפטנטי (withdrawing treatment). המצב האתי ברור פחות כאשר מדובר בחולה סופני שאיננו קומפטנטי, ואשר רצונו לא ידוע.

מבחינת ההלכה – דעת מרבית הפוסקים, שיש לאזן בין רצונו של החולה הסופני לבין השמירה החברתית-הלכתית על ערך החיים. לפיכך, מצד אחד אין לכפות על חולה סופני טיפולים מאריכי-חיים, כאשר על פי רצונו והרגשתו טוב מותו מחייו. על פי עמדה זו יש להימנע ממתן טיפולים פולשניים אשר החולה מתנגד להם (כגון הנשמה מלאכותית, דיאליזה, תרופות חדישות). יש אף מי שסבורים, שחולה סופני המתנגד להמשך האכלתו – יש להימנע מלהכריחו לאכול [הרב מ. פיינשטיין: שו"ת אגרות משה, חחו"מ ח"ב, סי' עד אות ב; הרב ש. גורן, הרפואה קכד: 516, 1993]. מאידך, אין לעשות פעולה ישירה ומכוונת המביאה למותו של החולה. לפיכך, בוודאי שאסור להמית את החולה בפועל (active euthanasia), ואסור לסייע לו בהתאבדות, אלא שאף אסור להפסיק בפועל טיפול מאריך-חיים, שהפסקתו תביא למותו של החולה (כגון ניתוק ממכשיר הנשמה).

כאשר מדובר בחולה סופני שאיננו קומפטנטי, ואין הוא יכול להביע את רצונו, אך ניכר שהוא סובל – קיימת הבחנה ההלכתית בין טיפולים שונים כדלקמן: מותר להימנע מטיפולים מאריכי חיים המיועדים למחלה

הסופנית ממנה סובל החולה או לסיבוכיה הישירים. למשל, מותר להימנע מטיפול כימוטרפי או רדיולוגי לחולה הסובל ממחלה ממארת במצב סופני, ומותר להימנע מאינטובציה והנשמה בחולה סופני שעבר דום לב ונשימה. אך מאידך אסור להימנע מטיפולים מאריכי חיים שאינם קשורים למחלה הסופנית שהחולה סובל ממנה, אלא שהם מיועדים לעצם העובדה שהוא עדיין אדם חי. למשל, אסור להימנע ממזון ונוזלים, או מטיפול באינסולין בחולה סוכרתי ידוע, או מטיפול באנטיביוטיקה למחלה זיהומית אינטרקורנטית. טיפולים אלו מיועדים למצב של אדם חי באשר הוא חי, ואינם קשורים למחלה הסופנית שלא ניתן לטפל בה [הרבנים י.ש. אלישיב, ש.ז. אויערבאך, ש. וואזנר, ש.י.ג. קרליץ – הובאו דבריהם בספר א. שטינברג: אנציקלופדיה הלכתית-רפואית, כרך, ה, 1996, עמ' 688]. ההנחה הבסיסית היא, שרופא רשאי להסתלק מטיפולו בחולה כאשר הוא מגיע למסקנה שאין הוא יכול עוד לפעול כרופא, היינו שמצבו של החולה הוא סופני במובן רפואי, ושום טיפול ידוע לא יציל את חי החולה. יתר על כן, מבחינה מוסרית-הלכתית אין להטיל על הזולת סבל וכאב חסרי תוחלת. לפיכך, מותרת הימנעות מטיפולים המיועדים למחלה הסופנית. אך מאידך, אין כל מנדט מוסרי-הלכתי לרופא לקצר באופן ישיר ומכוון את חייו של אדם כלשהוא, גם כשהוא סופני. כמו כן אין לזלזל בערך החיים, גם כאשר הם קצרים. לפיכך, בכל מקרה אסור לקרב מותו של אדם באופן פעיל, בין אם מדובר בהריגה ישירה, בסיוע להתאבדות, או בהפסקת טיפול שמביא בהכרח למותו של החולה, גם כאשר מדובר בחולה סופני. כמו כן אסור להימנע מטיפול שכל אדם באשר הוא חי זקוק לו. לפיכך, כל עוד האדם חי אסור להימנע ממתן מזון ונוזלים, או מטיפולים למצבים רפואיים שאינם קשורים למחלה הסופנית.

בשיטה זו מוצב גבול ברור בין שמירה וכיבוד של ערך החיים לבין הימנעות מהארכת סבל בדרך מלאכותית וחיצונית. חברות ומדינות שלא הציבו גבול ברור כזה הולכות במסלול של מדרון חלקלק לעבר היתרים שמעולם לא הסכימו להם. שתי דוגמאות לכך: בארה"ב, לראשונה בשנת 1976, פסק בית המשפט במקרה של Karen Quinlan, שמותר לנתק חולה ממכשיר הנשמה [re Quinlan, 355 A.2d 647, NJ Supreme Ct 1976]. בתוך שנים אחדות הורחב ההיתר המשפטי גם להפסקת מזון ונוזלים מחולים סופניים, ובהמשך אף מחולים שאינם סופניים, ובשנת 1994 נחקק חוק במדינת אורגון המתיר סיוע בהתאבדות של חולה סופני על ידי רופא. בהולנד, החל משנות ה-80, התקבל ההיתר להמית חולים סופניים בפועל, בצורה ישירה ומיידית. ההנחיות הראשוניות הגדירו היטב את אוכלוסיית החולים שפעולה כזו מותרת לגביהם (חולים סופניים, סובלים, קומפוטנטיים, 'מתעקשים' למות, אישור של שני רופאים, תיעוד ורישום מדוייק). אכן, תוך מספר שנים חרגו הרופאים ההולנדים מההנחיות שהם עצמם קבעו, וכיום יש עדויות בדוקות על המתת חולים שלא דרשו זאת במפורש, ואף חולים לא-קומפוטנטיים וקטינים. כמו כן אין הקפדה על תיעוד ורישום, ואין הקפדה על אישור המצב על ידי שני רופאים [Orlowski JP, Am J Dis Child 146:1440, 1992; Sauer PJ, Pediatrics 90:729, 1992; Fenigsen R, Hastings Cen Rep 19(Suppl):22S, 1988; Gomez CF: Regulating Death: Euthanasia and the

Case of the Netherlands. New-York, The Free Press, 1991; Keown J, Hastings Cen Rep 22:39, 1992; van-der-Wal G & Dillmann RJ, BMJ 308:1346, 1994. 'המעבדה הניסיונית' הזו של מדינה מערבית ותרבותית מוכיחה שהתרת הטאבו של המתה פעילה וישירה מביאה בהכרח למדרון חלקלק ואסור. לפיכך, גם אם יש מקום לוויכוח עקרוני-פילוסופי על שיטות התייחסות שונות לחולה הסופני, מן הראוי שהמדיניות הציבורית תקבע גבול ברור שאין לחצותו. המגבלה הציבורית צריכה לחול על כל פעולה המביאה למותו של חולה.

יש להדגיש, כי כל הדיון דלעיל מתייחס למצב סופני. אכן, יש המרחיבים את הדיון גם למצבים שבהם איכות החיים נחשבת לירודה ביותר, אף על פי שלא מדובר במצב סופני. ישנן תפיסות פילוסופיות-אתיות שאינן רואות בחיים כשלעצמם ערך חשוב, אלא דווקא באיכות החיים. על פי מושג זה, שהוא קשה להגדרה במיוחד כאשר מדובר בצורך להגדירו כלפי הזולת, יש מגמה גוברת והולכת להימנע מטיפולים ואיבחונים שונים בחולים שיש להם 'איכות חיים ירודה'. אשר על כן, יש הממליצים להימנע מניתוח מציל חיים לזקן דמנטי, גם כאשר ברור שלא מדובר במצב סופני (כגון כריתת חלק גפה נימקית, ניתוח בטן חריפה בזקן עם אלצהיימר, הימנעות ממתן אנטיביוטיקה לזקן דמנטי עם מחלת ריאות וכיוצ"ב). לעומת זאת סבורים אחרים, וכך היא עמדת ההלכה, שאיכות החיים של הזולת בלתי ניתנת להגדרה דפיניטיבית, ואין היא יכולה לשמש שיקול מכריע במצבים הנוגעים לחיים ומוות, ולפיכך אין להשתמש בה כנימוק להימנעות מטיפול נחוץ ומיחס נאות.

ג. מקבל ההחלטה הסופי

בתהליך קבלת ההחלטות ביחס לחולה הסופני יש צורך בשילוב גורמים אחדים שיש להם ענין ומימנות רלוונטית. אכן לאור הבעיות הסבוכות, חילוקי הדעות העקרוניים בציבור הרחב, והצורך להכריע באופן מעשי – יש צורך בגורם מוסמך ומקובל אחד אשר יהיה מקבל ההחלטה הסופי. הדיון בפרק זה מתייחס למצב בו החולה הסופני איננו קומפטנטי, ורצונו איננו ידוע.

ישנם מספר גורמים הבאים בחשבון בתהליך קבלת ההחלטות:

· בני המשפחה ו/או חברים וידידים קרובים

· הרופא המטפל ו/או הצוות הרפואי

· בית משפט

· וועדה אתית

· המחוקק

· מנהיג דתי

לכל אחד מהגורמים המנויים לעיל יש מעלות וחסרונות כמקבלי ההחלטה הסופית, ולא כאן המקום לפרט אותם [ראה בספר א. שטינברג: אנציקלופדיה הלכתית רפואית, כרך ד, 1994, ע' נוטה למות, עמ' 343 ואילך].

בחברה המערבית, שהיא חברה פלורליסטית, הולכת ומתקבלת הדעה שהגורם הראוי והנכון ביותר להמליץ על החלטה מעשית היא וועדה אתית. המדובר בקבוצת אנשים מתחומים שונים (רפואה, סיעוד, עבודה סוציאלית, פסיכולוגיה, משפט, פילוסופיה, דת) שיש להם הכשרה מתאימה לנושא, ואשר מסוגלים להתכנס בדחיפות מתאימה. ההנחה היא, שקבוצה רב-מקצועית כזו יכולה להגיע להכרעה מקצועית-מוסרית נכונה במצבים מורכבים הנוגעים לחולים סופניים.

בחברה הומוגנית, כגון חברה דתית, די בדרך כלל בשלשה מקבלי החלטה – משפחת החולה, האמורה לייצג את רצונו וערכיו של החולה; הרופא, האמור לייצג את המצב העובדתי וההשלכות המעשיות שיכולות להיות להחלטות יישומיות שונות; והמנהיג הרוחני-דתי, האמור לייצג את עמדת המוסר והנורמה של אותה דת ביחס לשאלה הנידונה, ועל פי הנתונים האישיים והרפואיים המעודכנים ביותר. ההכרעה הסופית והיישומית היא של המנהיג הדתי. דרך זו מתאימה, כמובן, רק לקבוצה של חולים ורופאים המקבלים עליהם את מערכת הנורמות והמוסר של אותה חברה הומוגנית.

בישראל, נכון לעת כתיבת המאמר הזה, מתפתחת הגישה לפנות לבתי המשפט לסעד ולהכרעה במצבים מורכבים של חולים סופניים. אין עדיין חקיקה ישירה בנושא, ואין וועדות אתיות הדנות בבעיות אלו. קיימת סבירות רבה שבעתיד הקרוב ישתנה המצב, הן על ידי הסדרים חוקתיים והן על ידי הקמת וועדות אתיות בבתי חולים. במגזר הדתי קיימת נטיה ברורה לפנות לפוסקי הלכות ולקבל את חוות דעתם והכרעתם של הרבנים.

בכל מקרה ומצב חשובה התרומה הייחודית של הרופא המטפל, שרק הוא יכול לספק את המידע הרפואי הרלוונטי, שבלעדיו אין כל טעם לדיון אתי, משפטי או הלכתי. יש צורך בשיתוף פעולה הדוק בין הרופא, החולה או בני משפחתו, והגורם המייעץ/מכריע החיצוני (וועדה אתית, בית משפט, או רב). תיקשורת נכונה וראויה בין כל הגורמים הללו היא הערובה לקבלת החלטה נכונה מבחינה אנושית במצבים הקריטיים של חולה סופני.