

פרופ' אברהם שטיינברג
מחלקת ילדים, המרכז הרפואי שערי-צדק
ראש המגמה לאתיקה רפואית

החולה הסופני

ראשי פרקים:

- | | |
|--|---|
| <p>א. חריפות הבעיה בימינו</p> <p>ב. נתונים עובדתיים</p> <p>1. מקומו של החולה הסופני</p> <p>2. הטיפול בכאב</p> <p>3. החייאה</p> <p>4. "צמח"</p> <p>ג. עקרונות אתיים כלליים</p> <p>1. ערך החיים</p> <p>2. אוטונומיה ופטרנליזם</p> <p>3. עקרון ההלכה</p> <p>4. סופניות מהי?</p> <p>5. טיפול "עקר"</p> <p>6. איכות החיים</p> <p>7. הזכות למות בכבוד</p> | <p>ד. עקרונות מעשיים</p> <p>1. החולה</p> <p>2. הטיפול</p> <p>3. מקבלי ההחלטה</p> <p>ה. עקרונות הלכתיים</p> <p>1. מושגים הלכתיים</p> <p>2. ערך החיים</p> <p>3. בעלות האדם על גופו</p> <p>4. תפקיד הרופא ונאמנותו</p> <p>5. היחס לסבל</p> <p>6. האופציות הטיפוליות</p> <p>7. שיכוך כאבים</p> <p>8. שיקולי איכות חיים</p> <p>ו. נתוחים משפטיים</p> <p>ז. המדרון החלקלק</p> |
|--|---|

א. חריפות הבעיה בימינו

נושא "החולה הסופני" הפך להיות נושא בעיתי מאוד לא מפני שאנחנו המצאנו את המוות, ולא מפני שרק בשנים האחרונות אנשים נפטרים ומתים, שהרי כמובן שמאז חטא אדם הראשון כולם מתים בסופו של דבר וכולם מתו גם בעבר והיו לא מעט בעיות גם בעבר. אכן, בשנים האחרונות הבעיה הוחרפה בגלל מספר סיבות:

הסיבה העיקרית היא העובדה שיש בידינו היום אמצעים טכניים רפואיים ומדעיים להאריך חיים בכמות שלא היתה מעולם. אך דא עקא, שהארכת משך החיים לא תמיד מלווה בשיפור באיכות החיים.

הבעיה השניה היא המעורבות הנרחבת יותר בטיפול בחולים. מישוהו עשה פעם חשבון שכל חולה שמאושפז בבית חולים כמאה אנשים יודעים עליו. וזה כולל כמובן רופאים במקצועות שונים, אחיות במחוזרים שונים, עובדים סוציאליים, פקידי קבלה, עובדי מעבדה וכיוצא בזה. ובוודאי לכל אחד יש דעה, לכל אחד יש עמדה, כל אחד מנסה להתערב. המעורבות של כל המטפלים מחריפה את הדיון, לפעמים לטוב, לפעמים לרע.

מעבר למטפלים הישירים קיים הציבור הרחב, באמצעות התקשורת הכתובה והאלקטרונית, באמצעות בתי המשפט, ובאמצעות המחוקק, אשר לפעמים מתערבים

1. מקומו של החולה הסופני

לגבי שאלת המקום יש לנו היום מספר שינויים חברתיים שיוצרים שאלות הלכתיות. בעבר רוב האנשים מתו בבית, בסביבה המוכרת להם, הנעימה להם, כאשר יש תמיכה של בני המשפחה, כאשר הסביבה היא מוכרת ונעימה. היום רוב האנשים מתים בבתי חולים או בבתי אבות, מקומות שהם זרים להם, שהם קרים להם, שאין שם יחס אוהד ואוהב, אבל מצד שני מבחינה טיפולית זה מקום שיכול לתת יותר מאשר הבית.

כדי להגיע לאיזושהו איזון בין היתרונות של הבית ליתרונות של בית החולים, הוקמו ב- 25 השנים האחרונות מוסדות שנקראים "הוספיס", שבהם ניתן טיפול תומך מעולה, הרבה יותר חם וטוב מבחינה אנושית מאשר בבית חולים כללי, אבל לא נותן את כל האופציות שבית החולים הכללי נותן. אני לא אכנס לדיון על מהות ההוספיס ועל השאלות ההלכתיות והאתיות שעצם התפיסה הזו מעוררת, אבל אלה נתונים שאנחנו צריכים לקחת בחשבון כאשר אנחנו שוקלים איפה לשים את החולה שעליו אנחנו דנים היום.

2. טיפול בכאב

נושא רפואי נוסף, הוא נושא הכאב. הכאב שהוא בעצם הפחד הגדול של כולנו מפני אותם שלבים סופיים של החיים, אותו שלב שבו גרורות ממאירות כואבות מאוד, שבו ישנם כאבים לפעמים בלתי נסבלים, מסתבר שכיום אין כמעט צורך שאדם בשלביו הסופיים יסבול מכאב משמעותי. השאלה של הטיפול בכאב צריכה לקבל את היחס הנכון ואת שיטות הטיפול הנכונות, ואז אנחנו יכולים למנוע הרבה סבל מיותר באמצעים הקיימים היום.

כאב או הטיפול בכאב הוא מומחיות לא פחות מכובדת ולא פחות מתוחכמת מאשר נוירולוגיה או גריאטריה או כל מקצוע רפואי אחר. אבל כמדומני שכל אחד שנמצא בבית

גם במקרים פרטיים וגם בעקרונות, וכמובן כל מקרה הופך להיות מקרה הרבה יותר מסובך וגדול ככל שיותר אנשים מתעניינים בו.

במקביל התעוררו הבעיות החמורות של משאבים מוגבלים, שגם הם אמנם המצאת דורנו אבל בהחלט הוחרפו ביותר בשנים האחרונות וכתוצאה מכך גם השאלה שלנו נידונה בהקשר הזה עד כמה מוצדק להאריך חיי אדם אחד על חשבון המשאבים הנדרשים למטרה זו, לעומת "ניצול" המשאבים האלו למטרות אחרות.

3. נתונים עובדתיים

האוכלוסיה שעליה אנחנו דנים כוללת את הזקנים, חולים שונים במחלות סופניות, וכן יילודים פגומים, היינו, אנשים ש"איכות חייהם" הנראית לעין נחשבת לירודה מאוד, והשאלה היא מה כן ומה לא לעשות עבורם.

על מנת לדון בשאלה הזו אני רוצה להתחיל בהיבטים הרפואיים, מפני שהכלל הידוע הוא שאי אפשר לדון על עניינים אתיים-הלכתיים-משפטיים כאשר אין לנו עובדות, או יותר גרוע, כאשר העובדות הן שגויות. ואין שום טעם להתפלפל ולהתווכח מה לעשות עם חולה פלוני אלמוני כאשר אין לנו לפחות חלק עיקרי מהנתונים הרפואיים העובדתיים הברורים והמהימנים לגבי מצבו.

העובדות הנחוצות לדיון ההלכתי-אתי הן: מה האבחנה של האדם הזה? האם מצבו הוא באמת סופני, ועוד מעט נדבר על ההגדרה של מושג כזה, מהי התחזית של האדם הזה? הן באופן מיידי, למשל, אם נבצע בו החייאה, האם ההחייאה הזו תצליח או לא תצליח, ומהי התחזית המאוחרת שלו בין במידה וההחייאה תצליח איזה אדם ישאר לאחר ההחייאה. מהן האפשרויות הטיפוליות שיש לנו לגבי האדם הזה? אנחנו צריכים לדעת אותן כנתונים על מנת לדון על כך מבחינה הלכתית מוסרית. איפה המקום הנכון לטפל בחולים האלו?

חרף עברו דום לב או הפסקת נשימה וביצעו בהם החייאה. הרחיבו את שיטות ההחייאה גם לחולים סופניים שבאיזה שהוא יום כמובן לבם יפסיק לפעום ונשימתם תעצר, ואנחנו מנסים כל פעם לדחות את הרגע הזה.

כאשר דנים על החייאה דנים בין השאר על משמעות ההצלחה של ההחייאה. הצלחה יכולה להימדד במובן של הישרדות. האם יצליח הרופא לעשות את הפעולות הנדרשות והחולה אכן יתאושש וילך הביתה. אפשר לדון על הישרדות חלקית. זאת אומרת החולה ישאר בחיים אבל יהיה מחובר למכשיר הנשמה. אפשר לדבר על הישרדות עם נזק נוירולוגי, למשל כתוצאה מפרק הזמן שחלף ללא אספקת דם למוח, האדם הזה ישאר בחיים אבל עם נזק מוחי חמור.

המספרים והנתונים על כך בספרות מאוד מבלבלים ועל כן גם מבלבלים. אין לנו נתונים מדויקים ויש לנו מספרים שנעים בין 4% ל- 30% וכמובן מבחינה סטטיסטית אין לזה שום משמעות. כנ"ל לגבי נזקים, יש שמדברים על אחוז נזק נמוך מאוד ויש שמדברים על אחוז נזק גבוה, כך שבעצם אין לנו היום נתונים אמינים על משמעות ההצלחה של החייאה.

אכן יש בידינו נתונים שבתנאים רפואיים מסויימים ומוגדרים אחוז ההצלחה להישרדות יהיה אפסי או לא יהיה שום סיכוי להצלחה וזה חלק מהשיקול הרפואי ולכן גם השיקול ההלכתי, אם בכלל לנסות לעשות החייאה בתנאים רפואיים מסויימים.

עוד שתי שאלות הנוגעות להחייאה, האחת היא משך ההחייאה. כמה זמן צריך לעשות מאמצי החייאה כדי להשתכנע שאכן נכשלנו בהחייאה, ולהכריז שהאדם הזה הוא מת. יש כאלה שמוכנים להתחייב על זמנים, עשר דקות, עשרים דקות, שלושים דקות של נסיונות החייאה. יש כאלה שאומרים שאי אפשר להתחייב על זמנים כי כבר קרו מקרים שיותר משלושים דקות נסיונות כן הצליחו

חולים יכול להעיד שאם מגיע חולה עם איזושהי בעיה רפואית, מזמינים מיד את כל המומחים והרופאים הבכירים ועושים ישיבות צוות ודיונים מה לעשות לטובת הממצא הרפואי הזה. אבל אם שוכב החולה בכאב נוראי וצורח וצועק מכאב, יכולים האחות והרופא לשבת ולשתות קפה ולחכות שיעברו הארבע שעות מהפקודה האחרונה של המורפיום כדי לגשת אליו. ברור שגישה כזו היא גישה לא נכונה ברמה הרפואית, וכמובן יוצרת בעיה מוסרית-הלכתית ממדרגה ראשונה. שכן אכן קיימות היום שיטות טיפול יעילות ביותר ולמרבית השמחה גם הסיבוכים שלהם, בניגוד למה שמקובל בציבור הרחב, הם יחסית מועטים.

גם הסיבוך שמפניו כמובן אין כל כך צורך לחשוש, הנושא של ההתמכרות, אפילו מספרית הוא קטן, אבל בעיקר השאלה שעומדת תמיד על הפרק היא שאם נותנים מספיק טיפול משכך כאב, האם בזה מקצרים את חייו של החולה בהכרח. מסתבר שמבחינה עובדתית הדבר הזה לא נכון אם מטפלים במשככי כאבים בצורה נכונה. אני לא ארחיב פה את הדיבור על השיטות והאמצעים, אבל ראוי שכל מי שמטפל בחולים סופניים הסובלים מכאבים שיכיר את הנושא הזה, יתן לזה את היחס הנכון ובהמשך דברי אדבר גם על מה המשמעות כאשר סיבוכים כאלה מתעוררים.

3. החייאה

השאלה הרפואית הבאה היא שאלת ההחייאה. למעשה ההחייאה בצורה שאנחנו מכירים אותה היום, כלומר עיסוי לב חיצוני והנשמה מלאכותית, היא יחסית חדשה מבחינה רפואית מדעית. לא אכנס להיבטים ההיסטוריים ולמקורות התנ"כיים שיש כבר לעצם האפשרות לעשות דבר כזה, אבל הצורה הרפואית המודרנית של החייאה היא פעולה יחסית חדשה. בראשיתה בשנות הששים היא הומצאה עבור אנשים שבאופן

לכן חלק מהשאלות הפתוחות הרפואיות העובדתיות מעוררות את הדילמה הגדולה, אולי הגדולה ביותר ברפואה וזה המצב הלא ידוע. מה עושים עם אדם שאבחנתו לא ידועה, שהתחזית שלו לא ידועה, שההישרדות או התוצאות הנוירולוגיות שלו לא ידועות, איך אנחנו מתייחסים לנתונים סטטיסטיים כאשר אנחנו באים ליישם אותם על חולה ספציפי אינדיבידואלי.

ולבסוף, נושא שאני אגע בו בסוף הרצאתי, הנושא של המדרון החלקלק. לאן יכולה להוביל גישה שמתחילה בידוע ונגמרת בלא ידוע.

ג. עקרונות אתיים כלליים

אני רוצה עכשיו לעבור למספר גישות של האתיקה הכללית. האתיקאים הגדירו מספר עקרונות מוסריים שהם רלבנטיים לדיוננו.

1. ערך החיים

העיקרון הראשון מבחינתי, אבל לצערי היום כבר לא מוגדר כעיקרון, הוא ערך החיים כערך עצמאי.

אני חושב שברור לכולנו שמבחינת ההשקפה היהודית, ערך החיים הוא לפחות ערך עליון, אם כי לדעת רבים אין הוא ערך מוחלט, ובוודאי אחד הערכים החשובים ביותר שאנחנו מצווים לשמור עליהם. מסתבר שבשנים האחרונות אתיקאים לא מעטים ואף אתיקאים מהשורה הראשונה, ביטלו את הערך הזה. לדעתם אין יותר ערך לחיים כשלעצמם. במקום זה הם המירו את המושג הזה ב"איכות חיים", והם מדברים היום על מצב שבו החיים צריך לסייג את ערך החיים ולדון בשאלה האם מדובר בחיים בעלי איכות מסוימת, שרק אז יש לחיים האלה ערך, או אם הם חיים בעלי איכות פחותה מזו, שאז יכול להיות שאין להם שום ערך או על כל פנים הערך שלהם ירוד מאוד. אני חושב שזו בעיה חמורה מאוד מבחינת

ואפילו הצליחו טוב. שאלה זו אף היא פתוחה לדיון רפואי שיש לו השלכה הלכתית.

לגבי הגיל, נושא שנוי במחלוקת רפואית אף הוא. האם לגיל כשלעצמו יש משמעות פרוגנוסטית בסיכויי ההצלחה. האם אדם באותם נתונים רפואיים כשהוא בן עשרים, נסיונות ההחייאה שלו יהיו יעילים יותר ומוצלחים יותר מאשר אותו אדם עם אותם נתונים רפואיים כשהוא בן תשעים. השאלה הזו פתוחה ויש דעות לכאן ולכאן, אך רוב החוקים סבורים, שמבחינה רפואית אין לגיל משמעות מכרעת.

4. "צמח"

הנושא הרפואי האחרון שאני רוצה לגעת בו בקצרה הוא המצב שהיום קוראים לו "צמח". אני חושב שזה מונח מאוד לא מוצלח, הוא מאוד לא אנושי, אבל כך הוא נקרא בשפה הלועזית (באנגלית Vegetative state). מבלי להיכנס ליותר מדי פירוט מדובר באדם שקליפת המוח נהרסה לחלוטין, אבל גזע המוח שלו תקין לחלוטין. לכן מצבו יהיה כזה שהוא לא יהיה מודע לא לעצמו ולא לסביבתו, אבל כל התיפקודים החיוניים הדרושים להמשך חיים הוא יוכל לעשות באופן עצמאי. הוא ינשום לבד, לא צריך מכשיר הנשמה, לבו יפעם, הוא ישן ויתעורר, הוא יעכל מזון וכיוצא בזה. בדרך כלל אנשים בריאים שהגיעו למצב הזה יכולים להאריך שנים ארוכות ללא כל סיכוי להשתפר, אבל ללא כל סיבה נראית לעין שימותו מהר.

שאלת הכאב במצב הזה היא שאלה חשובה מבחינה ערכית, אבל גם היא לא ידועה על בוריה מבחינה רפואית. ההנחה ההגיונית מבחינה רפואית היא שאם קליפת המוח איננה מתפקדת לחלוטין אין משמעות לכאב. הכאב הוא תפיסה של כאב, היא הכרה של כאב, ואם אין הכרה למעשה אין כאב. אבל האם זה נכון או לא, השאלות האלה הן פתוחות.

והלכתית ומוסרית, ומי הרופא שיחליט עבור החולה אם ראוי שהוא יחיה או לא ראוי שהוא יחיה, ולכן אנחנו נחפש פתרונות אחרים.

3. עקרון ההלכה

אני רוצה להזכיר עוד ערך מוסרי שנקרא הטבה או בלשוננו גמילות חסד, ערך שעל פיו האדם מחוייב לעזור לזולתו. בהקשר שלנו זה מושג די בעיתי. מהי העזרה שהרופא צריך לתת לחולה הסובל הסופני? האם העזרה היא להילחם על חייו בכל האמצעים הקיימים ולהאריך את סבלו, או העזרה היא דווקא להימנע מזה ולתת לו למות בפחות סבל. כך שזה לא עוזר לנו למערכת השיקולים.

4. סופניות מהי?

ברצוני להביא לתשומת לבכם עוד מספר מושגים בעיתיים הנוגעים לעניינינו. אנחנו מדברים כרגע על מצב סופני, על החולה הסופני. בעצם זה מושג שאיננו מוגדר, הרי כולנו סופניים. המחלה הממארת הקשה ביותר שהאדם חולה בה היא החיים, שכן זה הדבר היחיד שממנו בוודאי מתים. כל מחלה אחרת יכול להיות שימותו ממנה, יכול להיות שלא. אז מה פירוש מצב סופני? מהי ההגדרה של הסופניות?

השאלה הזו היא שאלה קשה מאוד מבחינה הגדרתית, גם ברמה הרפואית ובעיקר במשך הזמן שאנחנו קוצבים להגדרה הרפואית. האם צריך לומר שהאדם הוא סופני אם ידוע שהוא ימות בעוד שלושה ימים, או האדם הוא סופני אם ידוע שהוא ימות בעוד חודש, או האדם הוא סופני אם ידוע שהוא ימות בעוד שנתיים. איך מגדירים את הסופניות לצורך הדיון שלנו?

אין על כך תשובות ברורות, והדבר מעורר הרבה ויכוחים. אני לא אכנס אליהם, אני

החשיבה האתית, ואני אתייחס אליה בסוף הרצאתי.

2. אוטונומיה ופטרנליזם

המהפך השני שקרה מבחינת מערכת המושגים והחשיבה בשנים האחרונות היא הכנסת מושג "האוטונומיה של החולה", שבאה להחליף את מושג ה"פטרנליזם". היפוקרטס טבע מערכת יחסים בין חולה לרופא בשיטה שהיתה מכונה השיטה הפטרנליסטית, הווה אומר, מצב שבו הרופא קובע עבור החולה מה טוב לחולה, מתוך הנחה שהוא יודע טוב יותר את הנתונים, את העובדות, את האפשרויות, את הסיכויים, הוא חווה את החוויות האלה אצל חולים אחרים ולכן הוא יודע יותר טוב מה טוב לחולה המסויים.

הגישה הזאת נמחקה לחלוטין למשל בארצות הברית והותמרה בגישה של אוטונומיה החולה. אוטונומיה החולה אומרת שרק החולה יחליט מה טוב עבורו. גם אם החלטתו היא שגויה, וגם אם החלטתו היא מסוכנת, וגם אם החלטתו היא טיפשית בכל קנה מידה, החלטתו היא זו שקובעת, כמובן בתנאי שהוא במצב קומפטנטי, שהוא בר כושר שיפוט ויכול לקבל החלטות, והחלטתו האוטונומית איננה פוגעת באוטונומיה של הזולת.

הגישה הזו שרואה באוטונומיה את חזות הכל בעצם מבטלת את כל מערכת הערכים החברתיים. שהרי כל אדם יכול לקבוע לעצמו מהו הערך החשוב לו והוא יחיה על פיו ואין לו שום שייכות ושום קשר לזולתו או לחברה כולה. הגישה הקיצונית של האוטונומיה בעצם מקבילה לאנרכיה מבחינה מוסרית, אם הולכים בה עד הסוף ואם הולכים בה בצורה קיצונית.

הגישה האלטרנטיבית כאמור היא הגישה הפטרנליסטית, וגם היא לא נטולת בעיות, בעיקר בנושאים כל כך כבדים מבחינה ערכית

היא טובה או לא טובה בשבילו, היא שאלה שאף אחד לא יכול לענות עליה.

7. הזכות למות בכבוד

באחרונה אנחנו מתבשרים במושגים חדשים של זכות למות ומוות בכבוד. אני אפילו לא רוצה להיכנס לויכוח על המושגים האלו מפני שהם בעצם לא אומרים שום דבר, למעט נקודה אחת שאני רוצה להתרות עליה, והיא התחושה שיש להרבה אנשים שאנחנו עוברים עכשיו מהשלב של ה"זכות למות" לשלב של ה"חובה למות", מהשלב שבו אדם רוצה שהחברה תכבד את רצונו ותאפשר לו למות בשלב מסוים מבלי לעשות מאמצים להחזירו לחיים, לשלב שבו אנשים מרגישים שהם נטל על החברה, שהם נטל על המשפחה, שהם נטל על הכלכלה, ולכן חובתם להסתלק מן העולם עבור הזולת.

ד. עקרונות מעשיים

עכשיו אני רוצה להיכנס קצת יותר לגישה המעשית, אחרי שניסיתי בקצרה לנתח כמה מהעקרונות הפילוסופיים. כאשר אנחנו מדברים על חולה סופני ורוצים להחליט מה לעשות או מה לא לעשות, אנחנו בעצם רוצים לדון על החולה, על הטיפול ועל מקבל ההחלטה הסופי.

1. החולה

ביחס לחולה אנחנו מבדילים לצורך קבלת החלטות בין מספר תת-קבוצות של חולים.

הקבוצה הראשונה הם החולים שהם סופניים אבל הם נמצאים במצב הכרה תקין ויכולים לקבל החלטות בשלב הסופני. זו קבוצה קטנה מבחינה מספרית, וזו הקבוצה שעבורה עקרונות האוטונומיה הם הרבה יותר משמעותיים מאשר עקרונות הפטרנליזם. הווה אומר, אנשים שנמצאים כרגע במצב סופני, סובלים, ורוצים שלא יאריכו את חייהם או אפילו שיקצרו את

חושב שזה פחות רלבנטי, אני רק מעלה את הדילמה שבעצם ההגדרות.

5. טיפול "עקר"

טיפול עקר הגדרתו היא טיפול שאיננו יעיל, ולכן מותר לנו לשקול לא לתת אותו. אבל מה פירוש טיפול לא יעיל? אם אני מבצע החייאה ואני יודע שהחולה יחיה בעקבות ההחייאה עוד שעתיים, האם זה נקרא שהטיפול היה לא יעיל או כן יעיל? כלומר, איזה יעילות אני בודק בשביל להחליט שהטיפול הזה איננו יעיל. ברור שההגדרה של היעילות היא הגדרה ערכית ולא עובדתית, למעט מצב אחד שבו ברור לי שהפעולה שאני אעשה לא תשיג שום תוצאה. למשל, אם אני אעשה החייאה על אדם שהוא מת, ההחייאה לא תשיג שום דבר. במקרה כזה ברור שהחייאה של אדם מת שאין שום סיכוי שלבו יחזור לפעום או כל הגדרה אחרת, זה יהיה טיפול עקר מבחינה רפואית. אבל כל עקרות אחרת היא בעצם העקרות שתלויה בהגדרות.

6. איכות החיים

איכות החיים שהזכרתי קודם היא בעיה קשה מאוד מבחינה הגדרתית. גם אם אני מגדיר לעצמי איזה איכות חיים אני רוצה או לא רוצה, ברור שישנם קצוות מאוד בעייתיים. ידוע הסיפור על אותו כנר שכל חייו היו מוקדשים לנגן על כינור ובתאונה מסויימת נקטעו אצבעותיו. הוא טוען שאיכות חייו לא שווה יותר ולא כלום. אם הוא לא יכול לנגן בכינור, אין שום ערך לחייו. אני חושב שאף אדם אחראי לא יקח את זה כהגדרה שמחייבת פעולה לקיצור חייו של אדם זה בעקבות תחושה זו.

אבל הבעיה החמורה היא איך אנחנו מגדירים איכות חיים של הזולת. אנחנו הרופאים שמטפלים בחולה שהוא מפגר, שהוא סניילי, שהוא שוטה, האם איכות חייו

לכשלא יהיה כשיר לקבל החלטות, דרך זו היא בעייתית ואני לא רוצה להרחיב את הדיבור על הנושא הזה.

רוב בני האדם שמגיעים לשלבים שעליהם אנחנו מדברים היום, היו פעם בעלי כושר שיפוט, כעת אינם בעלי כושר שיפוט, אך בהיותם ברי-כושר שיפוט לא כתבו או הודיעו בצורה פורמלית ומשכנעת מה הם היו רוצים שייעשה בהם. אפילו בארצות הברית שבה כתיבת מסמכים מסוג זה היא חוקית ואפשרית, אחוז האנשים שיש להם מסמכים כאלה הוא קטן.

ד"ר זוננבליק ואני ערכנו מחקר כדי לברר מה קורה לאנשים כאלה שהיו פעם בעלי כושר שיפוט, אינם כעת בעלי כושר שיפוט, ואנחנו רוצים לדעת מה הם היו רוצים שייעשה בהם. הדבר ההגיוני הוא לשאול את צאצאיהם, את בניהם ובנותיהם. הסתבר שבאחוז גבוה מהמשפחות אין התאמה בין הצאצאים מה רצה האב או האם שייעשה בו. לכן אין שום הגיון לשאול אחד מבני המשפחה, כי בהחלט ייתכן שאחיו או אחותו יחשבו בדיוק להיפך, לא לגבי מה הם היו רוצים שייעשה באב או באם, אלא מה הם חושבים שהאב או האם רצו שייעשה בהם.

והקבוצה האחרונה היא קבוצת האנשים שמעולם לא היה להם כושר שיפוט, נניח יילודים פגומים או ילדים שנולדו מפגרים והפיגור שלהם היה מאוד עמוק. אף פעם לא יכולנו לדעת מה הם באמת רצו. והשאלה היא מה נעשה איתם ואיך ננהג בהם.

2. הטיפול

הדיון המעשי הבא מתייחס לאפשרויות הטיפול. מה הן האופציות הטיפוליות שעומדות בפני רופא שעומד לטפל בחולה שהגדרנו אותו סופני, עם כל הבעיות של ההגדרה. באופן עקרוני יש שלוש אפשרויות: אחת היא להרוג את החולה. החולה נראה לנו סובל, הוא מבקש לא לסבול יותר, נזריק

חייהם. הבקשה שלהם היא בקשה אוטונומית, ולכן אנחנו צריכים לדון אם לכבד אותה או לא בערכים של אוטונומיה או פטרנליזם.

הקבוצה השניה כוללת את החולים שהיו פעם קומפטנטיים אבל כרגע כשאנחנו דנים עליהם אם כן או לא לעשות פעולה רפואית מסויימת, הם כבר אינם קומפטנטיים, הם זקנים סנייליים, או שהם במצב של חוסר הכרה, או שהם במצב של דיכאון וכיו"ב. אלה יכולים להתחלק לשתי תת-קבוצות. האחת היא קבוצה שבזמן שהיו קומפטנטיים הודיעו בצורה זו או אחרת מה הם רוצים שייעשה בהם לכשיהיו בלתי קומפטנטיים. גילוי מוקדם זה של הרצון העתידי יכול להיעשות בכמה אופנים. דרך אחת היא "צוואה מחיים", מצב שבו אדם כותב מסמך שבו הוא אומר, לכשאיה במצב בלתי כשיר לקבל החלטות, אני רוצה שיעשו בי א, ב, ג. יש הרבה מאוד בעיות עם המסמכים האלו. אני לא אכנס כרגע לניתוח שלהם. בארץ מסמך כזה הוא בלתי מחייב. שתי בעיות עיקריות יש למסמכים האלה, האחת היא שיכול בהחלט להיות שאדם צעיר בן עשרים או שלושים שנה כתב את המסמך הזה ורצה דברים שאדם בגיל עשרים רוצה אותם. אבל כאשר הוא הפך להיות בלתי קומפטנטי, הוא היה בן שמונים וייתכן שאדם בן שמונים יש לו מגמות אחרות בחיים ואולי חשוב לו לראות את הבר מצווה של הנכד שלו ולהישאר עוד קצת בחיים, מה שהוא לא חשב כשהוא היה בן עשרים. ויכול להיות שהוא חזר בו ממה שכתב, אבל פשוט לא ביטל את הצוואה.

הבעיה השניה היא שאין שום מסמך אפשרי שיכסה את כל האופציות האפשריות בזמן אמת. ואז כאשר קורה דבר צריך לדון האם זה הדבר שאליו התכוון כותב המסמך.

על מנת לתקן חלק מהבעיות האלו הוצעה אפשרות של Proxy, כלומר מינוי אדם שהוא יקבל את ההחלטות עבור אותו אדם

מותר לי לפעמים להימנע מזה. האם אני מוכרח בכל מקרה לשים חולה על מכשיר הנשמה אם הוא צריך את זה, או מותר לי להימנע מזה. האם תמיד לתת לו דיאליזה, תמיד לתת עירוי של דם, תמיד לתת אנטיביוטיקה כשצריך או תרופות אחרות. זאת רשימה של בעיות יום יומיות, השיקולים האלה מה לעשות לחולה שלפנינו ואיזה טיפול כן ואיזה טיפול לא, היא בעצם שאלה יום יומית.

השאלה, איפוא, היא איך בוחרים מכל הטיפולים האלו מה לעשות ומה לא לעשות, האם אפשר לתת כלל מנחה או עיקרון. לא אכנס פה לכל הכללים שניסו לתת. אני רוצה להדגיש בעיקר את הכלל הזה שמבדיל בין טיפול טבעי לטיפול מלאכותי ואולי בוואריאציה של הגישה הזו בין טיפול שאיננו קשור למחלה הסופית באופן ישיר לבין טיפול שמיועד למחלה הסופית ומעצם הגדרתה כמחלה סופית הוא טיפול לא יעיל.

לדוגמה, חולה שסובל ממחלה ממארת והטיפול למחלתו הממארת הוא כימותרפיה או רדיותרפיה, זהו סוג של טיפול שבתנאים מתאימים שמותר להימנע ממנו. לעומת זאת אותו חולה במצב סופני שמקבל דלקת ריאות שאיננה קשורה למחלתו הסופנית והוא זקוק לאנטיביוטיקה, זה חלק מהטיפול הניתן לכל חולה בין אם הוא במצב סופני ובין אם לא, לכן זה יכנס להגדרה של הטיפול טבעי. ובוודאי לתת מזון ונוזלים הוא תמיד "טיפול" טבעי.

נקודה נוספת החשובה לדיון הזה היא ההבדל בין הימנעות מטיפול מאריך חיים לבין הפסקת טיפול מאריך חיים שכבר החילונו בו. לדוגמה, מגיע חולה לחדר מיון במצב של דום לב, וההערכה היא שהוא לא יצליח להחזיק מעמד, ומתקבלת החלטה לא לעשות לו החייאה, זוהי החלטה של הימנעות מן הטיפול הזה. אבל אם הוחלט שיש לו סיכוי, ולפיכך בוצעה החייאה והחולה חובר למכשיר החייאה וכעבור

לו KCI או ציאניד, או נירה בו, ועל ידי זה נסלק את הסבל שלו במחיר החיים עצמם. זה יכול להישמע וזה צריך להישמע נורא, אבל לצערנו זאת אופציה שבהחלט מבוצעת הלכה למעשה בהולנד, ויש לה תומכים גם במדינות מערביות אחרות.

האפשרות השניה היא ההפוכה לגמרי, היינו הדרישה לעשות כל מאמץ בכל שלב ובכל תנאי, ולהאריך כל חיים, אפילו אם המשמעות היא להאריך את החיים ברגע אחד או בשעה אחת, ואפילו אם המשמעות היא להאריך כאב בלתי נסבל. ערך החיים הוא ערך מוחלט לפי התפיסה הזו, ולכן כל מה שאני יודע לעשות אני צריך לעשות כדי להאריך חיים. כלומר, אני מתחשב אך ורק בערך החיים ללא שיקולי אוטונומיה, ללא שיקולי סבל, ללא כל שיקול אחר.

והגישה השלישית היא גישת הביניים, או אם תרצו שביל הזהב בין שתי הגישות הקיצוניות. הגישה שאומרת שבתנאים מסויימים, שצריך להגדיר אותם היטב, מותר להימנע מלהאריך חיים, אבל לעולם אסור לעשות פעולה שמקצרת חיים בפועל. אלא הן כל האופציות האפשריות, כל השאר הוא למלא תוכן את האופציות האלה.

והנה מה אנחנו יכולים לעשות כדי לבחור מבין האופציות האלה. כאמור, אם ההחלטה העקרונית היא שאנחנו מחיים כל חולה ועושים כל מאמץ עם כל טיפול אפשרי, אנחנו לא צריכים להיכנס לכל שיקול נוסף. גם מצד שני, אם אנחנו מוכנים להרוג את החולים האלו, אז אין לנו שום שאלות נוספות.

אבל אם אנחנו בוחרים באופציה שאומרת שמותר להימנע מלהאריך חיים בגלל הסבל של החולה, אבל אסור לקצר חיים בפועל, עלינו להכריע בכל מקרה לגופו איזה מהטיפולים האפשריים נמשיך לתת לחולה ואיזה טיפולים נמנע ממנו. במלים אחרות, האם אני חייב בכל מקרה לבצע החייאה או

(ג) ועדות אתיות

לכן בארצות הברית כרגע שיטת הפתרון לבעיות האלו היא בהקמת ועדות אתיות, היינו ועדות רב מקצועיות אשר נמצאות בבתי החולים, הן זמינות, הן מורכבות מאנשים ממקצועות רלבנטיים שונים, לא רק רופאים אלא גם משפטנים, פילוסופים, אנשי דת, אנשי מוסר וכיוצא בזה. והם דנים על כל מקרה לגופו בזמן התרחשות המצב.

בארץ למיטב ידיעתי אין מוסד כזה. אני די סקפטי אם מוסד כזה יוכל להשיג את מטרתו בארץ. אנחנו יודעים שאם שלושה יהודים יושבים יחד מגיעים לשש דעות, אם ישבו עשרים יהודים יחד, אני מניח שנגיע למחלוקות רבות שלא יועילו לפתרון העניין. אבל יכול להיות שהדבר הזה נחוץ.

כל הפתרונות האלו הם נסיונות לפתרון בחברה פלורליסטית שמורכבת מאנשים שיש להם אמונות ודעות שונות, שאין להם מכה משותף ערכי אחד, ולכן מכיוון שככל שפרצופיהם שונים גם דעותיהם שונות, הם צריכים לחפש איזה שהם פתרונות כדי לפתור חילוקי דעות.

ה. עקרונות הלכתיים

במערכת ערכית הלכתית יהודית הפתרון הטוב ביותר, המובנה ביותר, וההגיוני ביותר הוא לפנות בשאלות כאלו אל הרב. ברור שפסיקה של רב בשאלה אם לעשות החייאה איננה שונה במהותה מבחינת מערכת החשיבה ההלכתית מאשר פסיקת הרב אם לאכול אוכל מסויים או אם לעשות פעולה מסויימת בשבת. כל זה מעוגן במערכת ההלכתית ולכן הפסיקה של הרב בשאלה הזו היא פסיקה ערכית עניינית שפותרת את השאלה לאנשים שחיים את חייהם על פי ההלכה.

יומיים שלושה על מכשיר ההנשמה נעשית הערכה מחודשת ונמצא שהוא לא ירד יותר ממכשיר ההנשמה, זוהי שאלה של הפסקת טיפול. האם יש הבדל בין הימנעות מטיפול מאריך חיים לבין הפסקת טיפול מאריך חיים. לשאלות האלה יידרש כבוד הרב.

3. מקבלי ההחלטה

ולבסוף, אחרי שהיצגנו כל כך הרבה בעיות, בסופו של דבר צריך לקבל החלטה מעשית והשאלה היא מיהו זה המחליט הסופי. יש רשימה ארוכה של גורמי-החלטה אפשריים, יש יתרונות וחסרונות לכל אחד מהם ואני לא רוצה להיכנס לפירוט שלהם, אני מניח שכל אחד יכול לעשות את החשבון בעצמו. אני רוצה רק לגעת בשלוש מתוך הרשימה:

(א) בני משפחה

השאלה ההלכתית בדבר מעמד בן המשפחה בקביעת ההחלטה מה ייעשה בחולה הסופני תידון על ידי כבוד הרב בהמשך. אבל אני רוצה רק להזכיר שהמשפחה היא לפעמים אינטרסנטית בקבלת ההחלטה עבור עצמה ולא תמיד החלטות המשפחה מיועדות לטובת החולה בלבד. לפעמים יש נטל כספי בעניין הזה, לפעמים יש נטל רגשי בעניין הזה, ולפעמים ההחלטות נעשות לטובת המשפחה ולא תמיד לטובת החולה.

(ב) בתי המשפט

לפני כעשר שנים הוחלט בארה"ב שזה הגורם הטוב לפתרון הבעיה. אני חושב שיש קושי עם התפיסה הזו. ואמנם בארצות הברית הגיעו למסקנה שהגישה הזו איננה טובה מסיבות שונות, גם מסיבות פרקטיות וגם מסיבות ערכיות.

1. מושגים הלכתיים

לצורך הדיון על הצדדים ההלכתיים אני רוצה להקדים מספר יסודות וזה יהווה כאמור הקדמה לתשובותיו של הרב. קודם כל מבחינה הלכתית ישנם מספר מושגים ואני לא אכנס להגדרתם, אני גם לא חושב שאפשר להגדיר אותם במושגים של היום בצורה אפקטיבית, לפחות חלק מהמושגים האלו. אבל יש לנו בהלכה הדרגתיות של תהליך המוות - מצבים שונים ופרקי זמן שונים.

למשל אדם טריפה יש שהגדירו אותו שיחיה י"ב חודש, וכן חיי שעה יש שהגדירו אותו כך, גוסס יש שהגדירו שזה עניין של שלושה ימים, אולי ארבעה ימים. הגדירו אותם במשכי זמן, אם כי כאמור ההגדרה האופרטיבית מהו בדיוק גוסס איננה ידועה על בוריה למצבים של היום. כמובן שהמושגים החדשים יותר של "צמח" ותרדמת צריך שבעלי הלכה יכריעו לאן הם שייכים במושגים ההלכתיים.

אני מזכיר שוב שהמושג "חולה סופני" איננו מושג הלכתי, הוא פשוט תרגום של האנגלית, terminally ill, מבחינה מושגית זה מושג בעיתי מפני שכאמור אנחנו לא יודעים בדיוק מה זה סופני.

2. ערך החיים

ברצוני לדון בקצרה על מספר עקרונות הלכתיים שיש להם רלבנטיות לדיוננו. ביחס לערך החיים - ברור שמבחינת ההלכה ערך החיים הוא אחד הערכים החשובים ביותר, אך האם ערכם הוא באמת אין סופי ומוחלט, או שערכם הוא עליון, אבל יש סופיות מסויימת, אפשר להתווכח על זה, אבל בוודאי שחשוב מאוד להבין שעל פי ההלכה יש קדושה לחיים וערך החיים תופס מעמד שדוחה את כל המצוות שבתורה, חוץ משלוש עבירות.

3. בעלות האדם על גופו

העיקרון הבא הוא העניין של בעלות האדם על גופו. שמענו את הרב ישראלי שליט"א (וצ"ל) על הוויכוח שלו עם הרב זווין וצ"ל, אם יש לאדם בעלות על גופו או אין לאדם בעלות על גופו. אבל ברור גם לשיטת הרב ישראלי שאין לאדם בעלות על גופו להזיק לעצמו. לכן זה עיקרון שצריך לקחת אותו בחשבון כאשר אנחנו מדברים על מצבי התאבדות או חבלה.

4. תפקיד הרופא ונאמנותו

העקרונות הבאים נוגעים לרופאים. מה בעצם שליחותו של הרופא. לפי ההלכה "ורפא ירפא, מכאן שניתנה רשות לרופא לרפא". זה מה שניתן לו. ניתנה לו רשות לרפא, לא ניתן לו רשות לסלק חיים בשום אופן, ולכן הרופא בוודאי איננו יכול להיות התליין של החברה.

הבעיות הרפואיות האמיתיות שתארתי אותן כבר קודם, נוגעות לעיקרון הלכתי שמוגדר כנאמנות הרופא או נאמנות הרפואה, האפשרות של טעות באבחנה, אפשרות לשינוי במצב, אפשרות לחידושים ברפואה שגם אם כרגע נראה לנו שהמצב הוא סופני, אולי מחר לאותו חולה זה לא יהיה סופני. כל הדברים האלה צריכים להילקח בחשבון כאשר באים להכריע בשאלות של חיים ומוות.

5. היחס לסבל

מאידך ישנה בהחלט על פי ההלכה התחשבות בצער ובסבל. הדוגמה האחת היא הנושא של "מיתה יפה", שדרך אגב קדמה למושג המקובל היום "אותנויה". אותנויה תרגומה הוא מיתה יפה, ואני מניח שזה לקוח ממקורות ההלכה אבל במובנים הפוכים. מיתה יפה בהלכה פירושו מי שנידון למוות צריכים לדאוג לכך שהוא ימות בצורה הכי קלה, אך אין הכוונה במושג זה להרוג אדם בצורה הכי קלה כשהוא איננו נידון למוות.

להורג. מכאן שאם ננתח את מצבו הרפואי של שאול המלך במונחים של היום, הוא היה חולה סופני לפי כל הגדרה, הוא נפל על החרב, הוא דימם למוות וברור שהוא היה מת בתוך כמה דקות, ובכל זאת קירוב מותו בפועל על ידי הנער העמלקי נחשב לרצח. אמנם הרמב"ם אומר שההוצאה להורג של הנער העמלקי היתה הוראת שעה, אבל הוראת השעה מתייחסת לזה שדוד המלך הרג אותו על פי הודאת עצמו ולא על פי עדים והתראה שזה עניין "טכני" מבחינת ההלכה, אבל מבחינה עקרונית ברור שהנער העמלקי ביצע המתת חסד אקטיבית ודינו היה מוות.

לעומת המקור הזה, ישנם שלושה מקורות שלכאורה משמע מהם קצת אחרת. אני לא רוצה להאריך בהם. הסיפור במסכת נדרים על שני בני חוזאי שאחד קם על חברו והרגו על ידי זה שהוא שחט אותו, חתך את גרונו, ושאל את עולא אם הוא עשה כהוגן. עולא פחד מאוד מהאדם הזה, הוא לא רצה להתווכח איתו על ענייני מוסר ויושר, ואמר לו, כן, עשית כהוגן. והוסיף לו "ופרע לו את בית השחיטה", הינו, אתה לא גמרת לחתוך, תחתוך עוד קצת. אומר על זה הרא"ש וגם הר"ן בנדרים שם שהוא אמר לו כך מפני שהוא פחד על נפשו וגם כדי להחיש את מותו. מכאן יוצא, לכאורה שבתנאים מסויימים מותר להחיש בפועל את מותו של האדם. נאמרו על זה הרבה תירוצים. אחד מהם שבעצם זה כבר לא היה משנה שום דבר והאדם הזה בין כה וכה היה מת, ככה יוצא לפי המאירי, וזה רק היה כדי להציל את נפשו. אולי בתנאי חיי שעה מול חיי עולם היה מותר לעשות.

המקור הבא שמעורר לכאורה שאלה בעניין זה הוא הסיפור של בני העיר לוח. אותה עיר שאף אחד לא מת בה לעולם, מלאך המוות לא היתה לו רשות להיכנס לעיר הזאת, ומי שהאריך ימים ולא רצה את הטובה הזו, היה יוצא מחוץ לעיר ואז הוא

אבל המושג הזה בהחלט קיים ומעיד שיש התחשבות בענין הצער בשלבי מוות.

יותר מזה, לפי הגמרא בכתובות, יסורים שאין להם קיצבה, קשים ממיתה. ואכן הגאון הרב פיינשטיין זצ"ל מסתמך על הגמרא הזו כדי להכריע שמותר, ולפי דעתו אפילו חייבים, להימנע מהארכת חיים בתנאי סבל קשים מפני שלפי הגדרת הגמרא היסורים גרועים מהמוות.

מאידך הרב וולדנברג שליט"א, מסתמך על העניין של סוטה, שהצער והיסורים הם דווקא זכות לאדם, ולכן המשך הצער והמשך היסורים יכולים להיות סיבה טובה להמשיך את החיים כדי למרק חטאים ולחזור בתשובה וכיוצא בזה. אבל בוודאי שהשיקול של יסורים הוא שיקול חשוב וגם פוסקי דורנו מתחשבים בו בדיונים שאנחנו דנים בהם כרגע.

6. האופציות הטיפוליות

בדיון חוזר על שלוש האופציות שהיצגתי, ניתן לסכם כדלקמן:

האופציה של המתה פעילה, היינו להרוג חולה סובל - ברור שהמתה פעילה אסורה בכל תנאי על פי ההלכה והמקרב מותו של אדם אפילו בדקה אחת או בשנייה אחת, המאמץ עיניו של גוסס, הרי הוא רוצח, ודינו כרוצח לכל דבר. אין שום תנאי ואין שום הצדקה שיהיה מותר לקרב בידיים, בפועל, מותו של אדם.

הדבר הזה נלמד בצורה די ישירה ממעשה שאול המלך והנער העמלקי שכזכור שאול נפל על חרבו (זו שאלה נפרדת אם הוא עשה כהוגן או שלא כהוגן, היינו האם ההתאבדות הזו היתה מותרת או לא, זה לא שייך לדיוננו), בהיותו על חרבו מדמם למוות ביקש מהנער העמלקי שיקרב את מותו, שישלים את תהליך המוות. הנער העמלקי עשה כן. וכשהוא בא לספר בגאווה רבה לדוד המלך שכך הוא עשה, דוד המלך הוציא אותו

כלומר, שמלאכי מעלה יגברו על התלמידים ושר' יהודה הנשיא ימות. מכאן לומר הר"ן בנדרים שמותר לאדם להתפלל על חברו שימות יותר מהר. אז פה נעשה מעשה עקיף, תפילה, שלא פגעה ישירות בטיפולו או בגופו של ר' יהודה הנשיא, אבל הביאה לכך שחייו לא הוארכו על ידי תפילה הפוכה.

המקור העיקרי להתיר הימנעות מפעולות רפואיות מאריכות-חיים במצב סופני הוא הגדר של "הסרת המונע", שהוא נזכר לראשונה בספר חסידים, אחר כך בשלטי גיבורים, וזהרמ"א מביא אותו להלכה, שמותר לאנשים להסיר איזשהו גורם חיצוני שמונע מן הגוסס למות.

ניתן לסכם מספר כללים שהפוסקים אמרו על מה מותר ומה אסור לסלק כדי שזה ייקרא רק הסרת המונע ולא קירוב מותו בפועל. אני מניח שהרב ידון על זה בהרחבה ולכן אני לא רוצה להאריך בזה.

לאותן שיטות הפוסקים שמותר להימנע מלהאריך חיים, ורבים מגדולי הפוסקים היום סבורים כך, יש מספר נקודות שצריך להתחשב בהן כשאנחנו מחליטים להימנע מפעולות מסויימות שבעקבותיהם החולה ימות ממחלתו הטבעית.

שאלה ראשונה היא אם הפעולה הזו היא מותרת או מחוייבת. האם ההתחשבות ביסורים מביאה לכך שמותר לרופא להימנע מלהאריך חייו של אדם, אבל אם הוא מאריך את חייו הוא לא עשה שום איסור, או ניתן לומר שהאדם שסובל מיסורים וברור שלא נוכל לרפא אותו ממחלתו ועל ידי פעולות מסויימות אנחנו מאריכים את חייו ועקב כך מאריכים את יסוריו, אסור לעשות את זה בתנאים האלו, בזה חלוקים כמה מהפוסקים.

האם השאלה של הימנעות מהארכת חיים היא דווקא בנוכחות יסורים או גם שלא בנוכחות יסורים. השאלה הזו הופכת להיות מאוד רלבנטית לגבי חולה שהגדרנו אותה כ"צמח". לפי הבנתנו הרפואית החולה הזה

היה מת. ונשאלת השאלה אם מותר לאדם לצאת מחוץ לעיר כדי לגרום לעצמו למות מפני שהוא מרגיש את עצמו זקן וחלש. גם על כך נאמרו כל מיני תירוצים, אם כי זה לא בדיוק שאלה של המתת חסד אקטיבית, זה נוגע יותר לשאלה של התאבדות.

לבסוף הסיפור המפורסם של ר' חנינא בן תרדיון, אחד מעשרת הרוגי מלכות שכידוע הרומאים שרפו אותו ועל מנת להגדיל את יסוריו עטפו אותו בספוגי צמר רטובים והאש לא הגיע אליו מהר מספיק, ועל ידי זה הוא לא מת מהר ויסוריו גברו. מה שהוא לא רצה לעשות זה שאלה נפרדת. אבל אותו תליין רומאי הציע שהוא יסיר את ספוגי צמר הגפן ויגביר את האש ועל ידי זה הוא ימות יותר מהר ויגאל מיסוריו. ונאמר שם שהוא בן עולם הבא על מעשהו זה. אז שוב, לכאורה עשה פה מעשה של המתת חסד אקטיבית, הוא קרב בפועל את מותו של ר' חנינא בן תרדיון בגלל שהוא היה חולה סופני שסובל מיסורים. הרב פיינשטיין באמת אומר שזה היה הוראת שעה, זה לא כלל שאפשר ללמוד ממנו. אחרים ניסו לתרץ את זה שבכל זאת אפשר ללמוד שזה לא שייך לעניין שלנו. מכל מקום מסקנת כל הפוסקים, ובעניין הזה אני חושב שאין שום ויכוח, שאין שום מקרה שעל פי ההלכה מותר לקרב בפועל מותו של אדם.

השאלה האחרת היא האם מותר בתנאים כלשהם להימנע מלהאריך חיים. ועל כך יש לנו מספר מקורות. אני מדבר עכשיו על האופציה שאנחנו לא מקרבים מותו של אדם בפועל, אבל אנחנו נמנעים מלעשות פעולות שיאריכו את חייו. הדוגמה שכמעט כל הפוסקים שדנו בזה מביאים אותה, היא הדוגמה של מותו של ר' יהודה הנשיא שכידוע סבל מאוד כל חייו כנראה מאבני כליות, אבל לקראת מותו סבל מאוד. תלמידיו התפללו שהקב"ה יאריך את ימיו, אבל אמתו שראתה את סבלו הרב התפללה, יהי רצון שיכופו העליונים על התחתונים.

שהיא מחלת ניוון עצבים של חוט השדרה שגורם במשך הזמן לשיתוק מלא של שרירי הנשימה ועקב כך החולים האלה לא יכולים לנשום אלא אם כן מחברים אותם למכשיר הנשמה. החולה הזה היה מחובר למכשיר הנשמה בגלל מצבו הרפואי שאליו הוא הגיע, והיתה טענה שלפי תנועות גלגלי העיניים שלו, הוא רוצה שינתקו אותו. כשלעצמו אני חושב שצריך עיון גדול איך להתייחס לסוג כזה של בקשות. על כל פנים המקרה הזה נידון בבית המשפט המחוזי, הגיע לבית המשפט העליון ונדחה מפני שבינתיים החולה נפטר. וכנראה שזה יהיה התהליך בהרבה מן המקרים האלו עד שיגמרו הדיונים והערעורים והוויכוחים בבתי המשפט, החולים ימותו. לכן לא נפסק שום דבר בעניין הזה.

המקרה השני היה שמעון נחייסי שסבל אף הוא ממחלה ניוונית של מערכת השרירים, והוא הגיש בקשה מוקדמת שכאשר הוא יגיע למצב שבו יצטרכו לעשות פעולות החייאה כולל חיבור למכשיר הנשמה, שלא יעשו את זה. גם עניינו הגיע לבית המשפט העליון והוא נדחה מסיבות שונות.

המקרה השלישי הוא המקרה של יעל שפר שהיתה תינוקת שסבלה ממחלת טי-זקס, האם ביקשה עבורה שיפסיקו טיפולים שגורמים להארכת חיה מפני שהיא סובלת והיא ממילא תמות, ולאפשר לה למות מוקדם יותר. מה בדיוק היא ביקשה אני לא יודע, אבל על כל פנים גם זה הגיע לבית המשפט העליון והפעם היתה התייחסות לעניין לגופו. בקשת האם נדחתה, וכאשר בית המשפט העליון יפרסם את נימוקיו על המקרה הזה, אני מניח שזה ייהפך לתקדים העיקרי ביחס לשפיטה בישראל.

המקרה הבא היה המקרה של בנימין אייל, דומה מאוד למקרה של נחייסי, כלומר גם אדם שסבל מ-ALS במצב הכרה ביקש שכשיגיע למצב שבו הוא לא יוכל לקבל

איננו סובל, לכן אם החולה הזה יגיע למצב של דום לב, האם מותר להימנע מלעשות לו החייאה ולאפשר לו למות או חייבים להחיות אותו כי הוא לא סובל.

7. שיכון כאבים

ומלה אחת לגבי שיכון כאבים. הכאב כשלעצמו מוגדר כמחלה, מבחינה הלכתית ואם יש למישהו יסורים קשים מותר לחלל שבת למנוע את היסורים האלו גם אם זו לא מחלה כשלעצמה שמסכנת את חייו. לכן ההסתכלות על הכאב צריכה להיות הסתכלות כעל מחלה. וכמו שבכל מחלה מותר לקחת סיכונים מסויימים כדי לרפא אותה, והשיקולים כמה סיכונים ואיזה סיכונים הם שיקולים הלכתיים, אבל הם אפשריים, כך ברור לנו שלמנוע את הכאב מחולה סופני, גם אם יש סיכון מסויים (והסיכון הזה כנראה לא עולה על אחוז אחד של החשת מותו בגלל כמויות התרופות שהוא צריך), סיכון כזה מותר לקחת אותו וצריך לקחת אותו, כי הוא בוודאי יותר קטן מאשר הסיכון הניתוחי לסלק גידול ממוחו או מכבדו של החולה, ואנחנו עושים את זה מעשים בכל יום.

8. שיקולי איכות חיים

שאלה של גיל החולה, איכות חיו, המצב השכלי, המצב הסוציאלי, כל אלה כשלעצמם אינם מעלים ואינם מורידים בשיקולים שלנו אם להחיות או לא להחיות, אם לטפל או לא לטפל. אלה הם לא שיקולים של בני אדם, לא עלינו לשקול אם אדם בן שמונים צריך לחיות עוד חמש שנים או אדם בן עשרים צריך לחיות שבעים שנה. זה לכל הדעות שיקול פסול ולא צריך לקחת אותו בחשבון.

9. נתוחים משפטיים

למיטב ידיעתי המקרה הראשון הנוגע לחולה סופני שהגיע לדיון משפטי היה המקרה של גדעון נקש, חולה שסבל מ-ALS

ז. המדרון החלקלק

אני מסיים במה שאני חושב שהוא איזושהו מסר מהתפתחות היסטורית קצרה שקרתה לנגד עינינו, המצב שאני קורא לו המדרון החלקלק. לראשונה ב- 1976 במשפטה הראשון של קרן קווילן עלתה השאלה המשפטית בארצות הברית האם מותר לנתק חולה בחוסר הכרה ממושך ממכשיר ההנשמה, מתוך מטרה ותקווה שהחולה הזו תמות עם ניתוקה מהמכשיר.

בתי המשפט בארצות הברית בכל מיני ערכאות הכריעו שמותר לעשות את זה ומאז מותר בארצות הברית באופן חוקי לנתק חולה ממכשיר ההנשמה ולא רק להימנע מלחבר אותו למכשיר ההנשמה.

מספר שנים לאחר מכן הוגשו בקשות בארה"ב להפסיק מזון ונוזלים מחולים סופניים על מנת להביא למותם של אנשים שהם במצב צמחי, שלא זקוקים למכשיר ההנשמה ובעצם הדרך היחידה שהם ימותו היא על ידי הרעבתם למוות. בשנת 1983 נפסק בארה"ב שהדבר הזה מותר.

בהולנד הלכו צעד "קדימה" וקבעו כבר ב- 1980, שאם אדם מבקש באופן קומפוטנטי, כשהוא בר כושר שיפוט, שהרופא יהרוג אותו, מותר לרופא להרוג אותו, כלומר להוריק לו חומר שיהרוג אותו בו במקום. המצב הזה הוא בלתי חוקי אך מקובל.

והנה באותה שנה כבר התחיל מדרון חלקלק נוסף בהולנד ומהמתת חסד וולונטרית הם עברו להמתת חסד חצי וולונטרית שהיא בעצם בלתי וולונטרית, כלומר, הם גם הורגים בפועל ילודים פגומים כאשר ההורים הם המסכימים הוולונטריים כביכול, הם גם הוסיפו חולים במצב של תרדמת ממושכת ורק לאחרונה הוסיפו גם חולים דמנטיים כמו חולי אלצהיימר שמותר להרוג אותם באופן מעשי.

החלטות, לא יחברו אותו למכשיר ההנשמה. והפעם בית המשפט המחוזי אישר את בקשתו ואכן לפני מספר חודשים הוא הגיע למצב הזה, הוא לא חובר למכשיר ההנשמה והוא נפטר.

המקרה של מרים צדוק אולי קצת יותר מורכב. מדובר בחולת אלצהיימר שלפני שהגיעה לשלב שבו לא יכלה לקבל החלטות השאירה קלטת ותצהיר שבו היא ביקשה שלא יטפלו בה כלל כשהיא תגיע למצב שלא תהיה לה שליטה על כוחותיה הנפשיים. ובית המשפט המחוזי אישר את זה והיא נפטרה.

שני המקרים האחרונים הם עדיין בין החיים*. הגב' סעדי והאדון רודני. שני מקרים שבעיני הם מאוד מוזרים מעצם השאלה שהגיעו לבתי המשפט, כאשר במקרה של גב' סעדי היה מדובר בחולת סכרת, באי ספיקת כליות שנוקקה לדיאליזה ובנותיה בקשו הצהרה מבית המשפט שלא יחברו אותה לדיאליזה. במקרה זה היא יכלה פשוט ללכת הביתה, להיות אצל הבנות שלה ולא להתחבר לדיאליזה. לפיכך לא ברור לי מה היתה התביעה ולמה היה צריך בכלל לדון בזה. ודאי שלא קשרו אותה למיטה וחיברו אותה לדיאליזה בניגוד לרצונה.

גם המקרה של רודני היה מקרה מוזר מהבחינה שאנחנו מדברים בה. מדובר באדם שחולה במחלת ריאה כרונית שנפל ונגרם לו שבר בחוליה צווארית, וכתוצאה מכך היה לו קושי בנשימה, ולכן הוא חובר למכשיר ההנשמה. אשתו ביקשה לנתק אותו ממכשיר ההנשמה כי הוא חולה סופני. ברור שמבחינה רפואית לא היתה הוכחה שהוא היה במצב סופני, ואכן מצבו השתפר כפי שנמסר בעיתונות, ואכן בית המשפט דחה את התביעה הזו בגלל ההבנה שלא מדובר פה במצב סופני.

* נכון לשנת 1993.

המספרים הרשמיים לפני מספר שנים
בהולנד היו של כ- 3,000 אנשים מומתים
בשנה בהמתת חסד פעילה. אלו מספרים
מרווחים ורשמיים, סביר מאוד להניח
שהמספרים הם הרבה יותר גדולים.

הנני סבור, איפוא, שאסור לנו כמדינה
יהודית ודמוקרטית להגיע למצב הזה. המצב
הזה מתחיל עם מערכת ערכים שהיא אינה
יהודית, והיא מובילה למצב הזה.