

בס"ד, ערש"ק "בהעלותך את הנרות" התשפ"ב

לכבוד מרן הראשון לציון

רבה של ירושלים

מו"ר הגאון הגדול רבי שלמה משה עמאר שליט"א

שלום וברכה

מכתב זה בא כהמשך לשיחה של הגר"ש דרור שליט"א עם מורנו רבנו שליט"א. לבקשת כת"ר סיכמתי כאן את הדברים בקיצור נמרץ.

אשמח לשבת עם כבוד מרן הראשל"צ שליט"א ולהציג לפניכם את המציאות הרפואית המדעית העדכנית. לענ"ד כתוצאה מהשינויים שחלו במשך השנים בהגדרת המוות ובנהלי קביעת המוות, חייבים לדון בסוגיה זו מחדש לאור כל המידע הרפואי והמשפטי העדכני.

אל המכתב מצורף מאמרי העוסק בנושא המוות המוחי, אשר נכתב בס"ד לאחר לימוד הסוגיא ולאחר ליבונה בסיוע רופאים בכירים רבים, ביניהם רופאים ת"ח.

במאמר סוקרו ההיבטים העיקריים סביב קביעת המוות המוחי, השתלשלותו והתפתחותו מבחינה רפואית וחוקתית, ואת פסיקות ההלכה לגביו במשך השנים (- עמ' 7 במאמר: שוני ושינוי בהגדרות קביעת המוות המוחי בחוק ובמסד הרפואי).

המאמר מעלה שאלות ותהיות רבות סביב קביעת המוות המוחי הנהוגה כיום עפ"י חוק מוות מוחי-נשימתי התשס"ח ועפ"י פסיקת הרבנות הראשית לישראל. המאמר טוען כי בעקבות השינויים שחלו במשך השנים בעולם הרפואה בהגדרת המוות ובנהלי קביעתו ולאור כל המידע העדכני, יש צורך בדיון הלכתי מחודש בסוגיא.

ואלו הן שש השאלות העיקריות העולות מתוך המאמר, עליהן יש ליתן את הדעת, בקיצור נמרץ:

(א) איך ניתן לקבוע מוות על פי חוק מוות מוחי-נשימתי כאשר במצב זה קיימת עדיין תזוזה באברים ותגובה לגירויים?

מתוך תשובות האג"מ וממכתביו עולה כי הגר"מ פיינשטיין הצריך העדר תזוזה ותגובה כדי לקבוע את המוות (ע' עמ' 13 במאמר). כך גם היו הנהלים של ועדת הרווארד משנת 68, שבכדי לקבוע מוות מוחי צריך שימולאו ארבעה תנאים, אשר שלושה מתוכם הם היעדר נשימה, היעדר תזוזה והיעדר תגובה לגירויים (עמ' 13 במאמר).

ב-1995, ושוב ב-2010 למניינם, פרסמה האקדמיה האמריקאית לנירולוגיה (AAN) נהלים חדשים לקביעת מוות מוחי, אשר לפיהם ניתן לקבוע מוות מוחי גם אם החולה זז או מגיב לגירויים. הנ"ל ערכה רשימת תזוזות וגירויים שאינם מונעים קביעת מוות מוחי, כגון תנועות ספונטניות, התרוממות כתף או גב או רפלקס של הרגל. (עמ' 14 במאמר)

יש אפוא לשאול, איך ניתן לקבוע מוות עפ"י היעדר נשימה בלבד (לאפוקי מצב של 'הותז הראש', שאז פרפור האברים אינה אלא כתזוזת "זנב הלטאה" לאחר חיתוכה שאינה סימן חיים), במצב בו קיימת עדיין תזוזה באברים או תגובה לגירויים? (עמ' 16 במאמר)

ב) איך ניתן לקבוע מצב של 'הותז הראש' במוות מוחי, על פי הפוסקים שדיברו על מצבי נתק מוחלט בין המוח לגוף או התמקמות המוח, כאשר המצבים הללו אינם קיימים כיום, לאחר השינויים שנתבצעו בנהלים לקביעת מוות מוחי?

לדברי הגרמ"פ קביעת המוות בחולה המחובר למכונת הנשמה נעשית רק "כשיראו ע"י הבדיקה שאין קשר להמוח עם הגוף יחליטו ע"י זה שאינו נושם למת" (אגרות משה, יו"ד ח"ג קלב). וצריכים מצב "שאינו להמוח שוב שום שייכות להגוף וגם שכבר נרקב המוח לגמרי והיו כהותז הראש בכח" (שם). (עמ' 15 18 במאמר)

בשנת תשמ"ז מועצת הרבנות הראשית לישראל פרסמה חוות דעת הלכתית על מוות מוחי, בה צורף מכתבו של הרב דר' טנדלר, שכתב: אין ספק שיסכים לכך כל מי שיתוודע לפתולוגיה של 'Respirator-Brain' דהיינו התמקמות של המוח (החלטת מועצת רבנות הראשית, מובא בתחומין, ח"ג עמ' 188 הערה 2). (עמ' 18 במאמר). כך כתב גם חותנו הגרמ"פ באותם הימים (אג"מ יו"ד ח"ד נד): "למעשה, כפי ששמעתי מחתני הרב הגאון מוהר"ר משה דוד טענדלער שליט"א... הגדרה שקוראים לה הרופאים "הארבערד קריטיריא", שנחשב ממש כ"נחתך ראשו" ר"ל של החולה, שכאשר מתקיימים נתאי הארבערד המוח כבר ממש מתעכל ר"ל". (עמ' 19 במאמר)

כאמור, הנהלים לקביעת מוות מוחי בשנות ה-70 וה-80 היו שונים מהנהלים לקביעת מוות מוחי כיום. מחקרים שבדקו את הפתולוגיה של המוח לאחר אבחון מוות מוחי גילו שלפי הנהלים החדשים המהירים לא נמצאת התופעה *respirator brain syndrome* – התמקמות המוח, תופעה שהייתה מצויה ורגילה בעבר. "נוהלי הרווארד – האגדי והראוי לשבח – כיום הם מיושנים" כתב דר' וויגדיקס, אחד הניירולוגים הבכירים והמובילים בארצות הברית שהינו תומך גדול של הגדרת מוות מוחי ותרומת איברים. (עמ' 20 במאמר)

ג) איך ניתן לדמות איבוד דחף השאיפה במטופל השוכב במחלקת טיפול נמרץ ומחובר למכונת הנשמה למצב של היעדר נשימה מוחלט בזמן חז"ל?

בפרקטיקה הרפואית קובעים מוות מוחי רק למטופל המחובר למכונת הנשמה (עמ' 23 במאמר). אחת הבדיקות שחייבים לעשות כדי לקבוע מוות מוחי הוא מבחן הפסקת הנשימה, דהיינו איבוד הכושר העצמאי של **דחף השאיפה** (עמ' 24 במאמר). (בדיקה זו כרוכה בסיכונים. עמ' 22 במאמר). בעבר היו בודקים היעדר נשימה בנוצה, הסיבה לכך היא כי באותו הזמן החולים לא היו מחוברים למכונת הנשמה, והיעדר נשימה אז היה דומה מבחינה קלינית להפסקת פעילות הלב כיום, שאז כל תפקודי הגוף חדלו לפעול. זאת בניגוד לחולה המחובר למכונת הנשמה בטיפול נמרץ שמוגדר כמת מוות מוחי, שהוא ממשיך עם שחלוף הגזים (חמצן ופחמן דו חמצני) בגופו, עיכול המזון והוצאת פסולת מהגוף (עמ' 25 במאמר). הסיבה היא כי גזע המוח הוא מרכז הבקרה של תהליך פעולת **השאיפה**. הוא לא שולט על הדיפוזיה, שחלוף הגזים והובלתם בדם (עמ' 23 במאמר). כאמור הוא גם עשוי להראות תזוזה ולהגיב לגירויים, אף שעות וימים לאחר אבחון המוות המוחי. (עמ' 25 במאמר)

על כן תמוה איך ניתן לדמות איבוד דחף השאיפה בחולה המחובר למכונת הנשמה להיעדר נשימה שבזמן חז"ל. (להבנת הדברים ע' במאמר בפרק *מערכת הנשימה, דחף נשימה ומכונת הנשמה*, עמ' 23). כנזכר, אף על פי שהיעדר נשימה נחשב למוות מבחינה הלכתית, וכמו שפסק הרב משה פיינשטיין (אגרות משה יו"ד ב' קעד, ג' קלב), אסר הרב פיינשטיין לנתק את מכונת הנשמה גם אם

החולה אינו יכול לנשום בכוחות עצמו עד שהוכח ש'הותז הראש' (אג"מ יו"ד ח"ג קלב). (עמ' 14 במאמר)

ד) איך ייתכן שמועצת הרבנות הראשית משנת 09 קבעה שחוק מוות מוחי-נשימתי תואם את החלטת הרבנות הראשית משנת 86, בזמן שיש חילוקים רבים בין החוק הנוכחי לאותה החלטה ישנה?

בשנת תשמ"ז (1986) הרבנות הראשית לישראל ציינה כי היא מאמצת את האבחון למוות מוחי לצורך השתלת אברים, במידה שמתקיימים תנאים מסוימים. משרד הבריאות ובתי החולים לא קיימו את כל התנאים, וכתוצאה מכך החליטה הרבנות הראשית: "אם משרד הבריאות ובתי החולים יתעלמו מחלק של התנאים שהציבה הרבנות הראשית לישראל בהחלטתה, יתבטל מעיקרו התוקף של החלטת הרבנות להתיר השתלת לב באדם" (עמ' 27 במאמר). ב-2009 מועצת הרבנות הראשית לישראל מאשרת כי חוק מוות מוחי-נשימתי מ-2008 עונה לדרישות החלטת הרבנות הראשית משנת תשמ"ז (1986) (עמ' 29 במאמר). כאמור, משנות השמונים והתשעים חלו שינויים בהגדרת המוות המוחי ובאבחון. האם מקבלי ההחלטות ברבנות היו מודעים לכך שכבר אין קובעים מוות באותם קריטריונים שנקבעו בוועדת הרווארד? האם היה ידוע להם כי המטופלים במצב מוות מוחי יכולים לזוז ומגיבים לגירויים ושמערכת נוספות שבתוך הגוף מתפקדות?

לפי החוק בישראל ניתן לקבוע מוות מוחי גם אם יש פעילות בהיפותלמוס-יותרת המוח. (עמ' 30-31 במאמר) החוק אינו מחייב ניתוק בין המוח לגוף או מצב בו המוח נרקב כדי לקבוע מוות מוחי. האם חברי מועצת הרבנות ידעו שבדיקות הגיבוי השונות עלולות להראות תוצאות שונות זו מזו או שהן אינן רגישות מספיק להראות את כל זרימת דם במוח (עמ' 32-33 במאמר)? האם ידעו אז שבניתוחים שלאחר מוות במוח "התמקמות של המוח כולו לא נצפתה", וש"לא מצאנו מצב של 'respirator brain'" (עמ' 29 במאמר)? האם הם ידעו שיש רופאים שטוענים ש"המושג של מות כל המוח נכשל בשתי נקודות: אין בו איבוד של כל פעולת המוח, וכן אינו נחשב למוות ביולוגי"? האם הם ידעו שיש מדענים המשווים מוות מוחי למושג העיוור מבחינה החוקית, שלא בהכרח נחשב לעיוור ביולוגי, דהיינו, "ניתן להיות מת מבחינה חוקית בלי להיות מת ביולוגי"? (עמ' 9 במאמר). בפרוטוקול של הישיבה מובא שהרב דר' הלפרין הסביר את שיטת הגרמ"פ ואת הפסק שלו, אבל מאז הפסק של רמ"פ חלו שינויים רפואיים רבים בעלי השלכות הלכתיות. לענ"ד צריכים לדון בעדכונים האלו. (עמ' 34 במאמר)

ה) איך ניתן לערוך את הבדיקות לקביעת המוות המוחי, הכרוכות בנגיעה ותזוזה של החולה ושל אבריו, לעתים תוך כדי סיכון ממשי?

טענת הרב פרופסור שטיינברג (מובא בשו"ת שמע שלמה ח"ז עמ' שמט), "שאינן צריך להזיז את החולה תוך כדי הבדיקה" קשה להבנה. ברור לעין שנוגעים ואף מזיזים את החולה או את אבריו כמה וכמה פעמים בבדיקות לקביעת מוות מוחי, בין בבדיקות הקליניות הנערכות ליד מיטת החולה ובין בבדיקות הגיבוי. (עמ' 36 במאמר)

בעיון בחוזר המנהל הכללי (מ-2011, סעיף 2.5.2) מובא שבדקים החזרי גזע המוח - תגובת אישונים לאור, החזר קרניות, החזר אוקולו-צפאלי, החזר אוקולו-ווסטיבולרי, החזר הקאה, החזר שיעול ותגובת שרירי פנים לגירוי כאב. מחלק הבדיקות האלו צריכים להזיז את הראש וכו'. ניתן לראות תסריט של הבדיקות (עמ' 36 במאמר). החוק קובע שחייבים לעשות בדיקת גיבוי אחת מתוך רשימת שבע בדיקות (חוק מוות מוחי-נשימתי, התשס"ח, עמ' 4). בבירור אישי עם רופאים נאמר לי שבכל שבע הבדיקות יש נגיעה ותזוזה של החולה, לפעמים מעט לפעמים הרבה. לפעמים חייבים לקחת את

המטופל למחלקה אחרת בבית חולים. בחלק מהבדיקות הללו אין ספק שמזיזים את החולה יותר מהזהה מסגירת עיינים שנאסרה לפי ההלכה (יו"ד שלט, א).

הרב דוד פיינשטיין, פסק בשנת תשע"ט לאסור עריכת הבדיקות לקביעת מוות מוחי (מצוטט בגוף המאמר עמ' 21).

בשנת 2012 כתבו כהן וחבריו מאמר המתאר את השינויים שנעשו לאחר חקיקת החוק. במאמר תואר כי "לחץ מהממסד הרפואי הניב תוצאות בהוספת בדיקת גיבוי חדשה שנוספה לרשימת בדיקות הגיבוי"; כמו כן תוארו במאמר כמה מקרי מוות שאירעו למטופלים בזמן הובלתם למחלקה אחרת בכדי לערוך בדיקת הדמיה לקביעת המוות כולל בעריכת הבדיקה החדשה שנוספה; תוארו שינויים בבדיקת אפניאה (מבחן הפסקת הנשימה) "בדיקת אפניאה חליפית" כלשון כהן. (עמ' 38 במאמר) לענ"ד מידע זה חייב להגיע לשולחנם של רבני הרבנות הראשית ולפוסקי הלכה, בכדי לדון מחדש עם כל המידע הרלוונטי ועל סוגיית הפיקוח על ההליך. (עמ' 35 במאמר)

(ו) לאור השינויים שאירעו על ידי הממסד הרפואי בבדיקות לקביעת המוות, קמה במלוא חומרתה הדרישה ל"שיתוף נציגי הרבנות הראשית לישראל כחבר מלא בצוות הקובע את מותו של התורם", כמו שמובא בחלטת מועצת הרבנות בשנת תשמ"ז.

השינויים והמקרים הנ"ל רק מוכיחים את ההיגיון שבדרישת הרבנות לשתף רב באופן מלא בצוות הקובע מוות מוחי.

* * *

לסיום אוסיף כי מאמר זה אינו מטיל אצבע מאשימה כלפי שום אדם או גוף בהעברת מידע לא מדויק במכוון, ולא בכל סוג של רשלנות חלילה. המאמר טוען שכתוצאה מאי-הבנות ואי-דיוקים בהגדרות, וכתוצאה מהשינויים שחלו במשך השנים בהגדרת המוות ובנהלי קביעת המוות, חייבים לדון בסוגיה מחדש לאור כל המידע הרפואי העדכני.

מאמר זה שוטח את המציאות הרפואית המדעית העדכנית בפני פוסקי ההלכה, בכדי להגיע לפסק הלכה הרלוונטי למציאות הנוכחית.

לאור דבריו הנכוחים של הרב פרופסור שטיינברג: "השאלה העומדת בפנינו נוגעת לדיני נפשות ממש ולכן לפענ"ד חובה על כל מי שיכל לתרום ללבון הנושא לאמיתה של תורה לסייע בכך" (קביעת רגע המוות, עמ' 38), פרשתי את הנושא כפי הבנתי ולאחר דקדוק ובדיקה עם אנשי מקצוע, כדי שפוסקי הדור ילבנו את הסוגיה מחדש.

לענ"ד, נכון להיום, מטופל שנקבע מותו על פי חוק מוות מוחי נשימתי, אינו נחשב כמת ודאי אלא כאדם חי שעלול למות בקרוב.

תקוותי שפוסקי ההלכה והרבנות הראשית לישראל יתייחסו בדקדוק לשאלותי ולמסקנתי זו.

בברכת התורה

יהודה פינצ'ס

תורת הבית – המכון להלכה ורפואה, 058-7272-559