

ככל הגויים או אור לגויים

שמעון גליק* ואלן יודקוביץ**

תקציר

למדינת ישראל הצעירה מסורת ארוכת שנים באתיקה רפואית, היונקת מהמסורת היהודית, אבל הרפואה הישראלית היא גם חלק מהעולם המערבי המודרני ומושפעת מתהליכי הגלובליזציה ומהתקשורת המהירה של תקופתנו. האינטראקציה בין הגורמים השונים האלה יצרה ביואתיקה ישראלית ייחודית.

במאמרנו נבדוק את ההבדלים בין הדעות המקובלות בעולם המערבי כיום לאלו שבמסורת היהודית, את העקרונות העומדים מאחורי ההבדלים ואת ניסיונה של הרפואה הישראלית למצוא דרך ייחודית משלה שתכבד את הגישות השונות והמנוגדות ותמזג אותן יחד.

נראה לנו שנוצר בארץ איזון ושיתוף של האלמנטים החיוביים במסורת היהודית עם הערכים החשובים של הדמוקרטיה המערבית.

מילות מפתח: ביואתיקה ישראלית, מסורת יהודית, ערכי דמוקרטיה, קדושת החיים, זכויות החולה, טיפול בסוף החיים, המתת חסד.

ככל הגויים או אור לגויים

עם ישראל הוא עם קטן בעולם גדול ורחב, שלו מסורת ארוכת שנים באתיקה רפואית. הרפואה הישראלית היא חלק מהעולם המערבי המודרני, בין שתרצה בכך ובין שלא, היא מושפעת מתהליכי הגלובליזציה ומהתקשורת המהירה של תקופתנו. דווקא בתקופה זו כדאי לבדוק את הייחודיות של הביואתיקה הישראלית ואת הדמיון והשוני שבינה לזו המקובלת כיום במערב. בדיקה זו אפשר להתייחס למצב הרצוי לעומת המצוי.

יתר על כן, הבדיקה הזאת חשובה דווקא כעת כשהדגש הוא ב"רגישות תרבותית" (1) הן בחינוך הרפואי והן בפרקטיקה היומ-יומית תוך כדי הבנה שאי אפשר ולא רצוי לאמץ ערכים והתנהגויות מתרבות אחרת ללא בדיקה קפדנית של התועלת ושל הנזק מהתהליך.

הרפואה במדינת ישראל יונקת מכמה תרבויות. רוב הרופאים היהודיים שהקימו את הרפואה הישראלית בישראל החל במחצית הראשונה של המאה הקודמת, ועוד לפני הקמת המדינה, חונכו במזרח אירופה ובמרכז והביאו עמם גישה פטרנליסטית מובהקת. אולם כיום אין ספק שעיקר ההשפעה מקורה במערב, ובעיקר בארצות הברית. והדברים יפים לא רק לרפואה גרידא אלא גם לערכיה ולביואתיקה.

לצד ההשפעות האלה מדינת ישראל יונקת גם מהתרבות היהודית בת אלפי השנים והמוגדרת הן במגילת העצמאות והן בחוק יסוד: כבוד אדם וחירותו, כמדינה יהודית ודמוקרטית. אף על פי שהמדינה איננה מדינת הלכה ואיננה צפויה להיות כזאת בזמן הנראה לעין, הרי ללא ספק היא מושפעת הן במישורין והן בעקיפין מההלכה היהודית. היא מושפעת גם מההיסטוריה הרחוקה והקרובה של העם היהודי, על כל טלטוליו בגולה. למרות כל חילוקי הדעות אלה הן עובדות מכרעות באשר למשמעות היותה מדינה "יהודית".

* שמעון גליק – פרופסור (אמריטוס), המרכז לאתיקה רפואית יהודית על שם הרב לורד עמנואל יעקובוביץ, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב. gshimon@bgu.ac.il

** אלן יודקוביץ, פרופסור, המרכז לאתיקה רפואית יהודית על שם הרב לורד עמנואל יעקובוביץ, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

במאמר זה ננסה לבדוק במה שונה הביואתיקה הישראלית מזו הרווחת במערב ונעמוד על מקורות ההבדלים והשלכותיהם. מכיוון ששנינו עוסקים ברפואה פנימית, נתרכז בעיקר באותם תחומים הנוגעים לטיפול היום-יומי באוכלוסייה הבוגרת.

ראשית נדון בקצרה בהבדלים שבין הביואתיקה בעולם ההלכה לבין זו המקובלת כיום במערב מבחינת עקרונותיה ומנגנוני קבלת החלטות בנושאים אתיים. בדרך כלל החלטות הלכתיות מבוססות בעיקר על עקרונות קזואיסטיים על סמך תקדימים ופחות מזה על עקרונות תיאורטיים. ג'ונסון וטולמין טוענים (2) שזוהי השיטה האידיאלית לניתוח דילמות ביואתיות מודרניות. חברי הוועדה הלאומית להגנה על בני אדם נשואים החליטו להתחיל – במחקר ביו-רפואי והתנהגותי – בניתוח פרטני של מקרים במקום לנסח מראש עקרונות שבאמצעותם ינסו לפתור מקרים בעייתיים. בשיטה זו הצליחו להגיע לקונצנזוס באשר להנחיות מעשיות. למעשה הצהרת העקרונות של הוועדה חוברת רק לאחר שהוועדה הגיעה לקונצנזוס באשר למקרים קשים רבים.

אראס (3) כותב:

“the new casuistry insists that our moral knowledge must develop incrementally through the analysis of concrete cases.”

שיטה זו דומה מאוד לשיטתו של הרב סולוביצ'יק (4), הגורס כי תאולוגיה יהודית אמיתית יכולה לנבוע רק מתוך ההלכה היהודית.

גם הרב יעקובוביץ (5) תומך בגישה זו:

“Secular medical ethics is the effort to turn ethical guidelines or rules of conscience into law i.e. into legislation. Attempts are made constantly to choose ethical insights and then to gradually distill these into legislative laws adopted by different legislatures, Jewish medical ethics does the reverse. We determine law or legislation, distill it, and then come to the conclusion that it contains certain ethical guidelines... Thus Jewish medical ethics derives from legislation. It does not lead to legislation. We look at legislation as rulings of law that have been given i.e. halakha which means law or legislation and then try and extrapolate ethical rules from the legislation. Therefore the Jewish concept of medical ethics is the very reverse of that commonly accepted in civilized countries the world.”

השיטה יעילה כאשר קיימים מקרים תקדימיים. למשל, בתלמוד ובספרות השו"ת (שאלות ותשובות) קיים דיון נרחב בנושא הפלות. הנקודה ההתחלתית לדיון היא המשנה באהלות (6), ובו כתוב:

“האישה שהיא מקשה לילד מחתכין את הוולד במעיה ומוציאין אותו איברים איברים מפני שחיייה קודמין לחייו. יצא רובו אין נוגעין בו שאין דוחין נפש מפני נפש”.

כך נוצר מתוך המקרה העיקרון שאפשר להפיל עובר כדי להציל חיי אמו. לפרשנים הסברים שונים. רש"י למשל מסביר שההיתר נובע מכך שעובר לפני הלידה אינו נחשב "נפש". הרמב"ם מסביר זאת על סמך העיקרון של רודף (העובר רודף כביכול את אמו כדי לגרום למותה). ברור שההנמקות האלה רלוונטיות למקרים מסוימים של הפלות. פוסקים אחרונים דנים אם להתיר הפלות במקרים של "צורך גדול" של האם אפילו לא נשקף איום ישיר ומידי לחייה, למשל כשמדובר בבריאות האם או בלידת תינוק שנוצר ממעשה זנות ולכן יגרום בושה וסבל לאישה.

אבל כפי שנוימן מדגיש (7), קיימות דילמות רבות אחרות באתיקה הרפואית היהודית והלא יהודית, כמו הדילמה שמובאת כאן, וגם ההתייחסות אליה אינן מיוחדות ליהדות. הוא מצייין במיוחד מצבים של סוף החיים. היום בעידן הטכנולוגיות החדשות המואצות, כמו הנשמה מלאכותית ודיאלוזה, חולים שבעבר היו נידונים למות ממשיכים לחיות תקופה ארוכה אם כי הם תלויים במכשור. בעקבות ההתפתחויות האלה נשאלת השאלה אם כל החולים

זכאים לטיפולים מאריכי חיים כאלה. לפי הגישה המערבית, המדגישה את האוטונומיה של החולה ואת חופש הבחירה שלו, החולה הוא הקובע איך ומתי למות. הכנסייה הקתולית מבדילה בין טיפול שגרתי שיש לעשותו לטיפול מיוחד הנתון להחלטת החולה.

כמובן גם הפוסקים ההלכתיים היהודיים נדרשו להתייחס לנושאים אלה. המקור ההלכתי הראשוני בנידון הוא הגהות הרמ"א (8):

"אסור לגרום למת שימות מהרה כגון גוסס זמן ארוך ולא יכול להיפרד. אסור להשמט הכר והכסת מתחתיו מכוח שאומרים שיש נוצות מקצת עופות שגורמים זה. וכן לא יזיזנו ממקומו וכן אסור לשים מפתחות בית הכנסת תחת ראשו כדי שייפרד. אבל אם יש שם דבר שגורם עיכוב יציאת הנפש, כגון שיש סמוך לאותו בית קול דופק כגון חוטב עצים או שיש מלח על לשונו ואלו מעכבים יציאת הנפש מותר להסירו משם דאין בזה מעשה כלל אלא שמסיר המונע."

נוימן תוהה:

"if these texts provide appropriate analogies, and so precedents, for contemporary case of euthanasia?"

נביא לכך כמה דוגמאות:

1. כיצד אנו מגדירים מוות בתקופה שקיימים בה הנשמה מלאכותית, מכשירים תומכי־חדר־שמאל בלב ודיאליזה? הודות ליתרונות של הרפואה המודרנית ה"מת" יכול להישאר בחיים זמן ארוך, שבו לא ברור אם הוא חי או נחשב למי שנמצא בתהליך של מוות.

2. החוקים העתיקים שעל פיהם אנו שופטים פרקטיקות בעלות פרספקטיבה מודרנית קשים להבנה, כמו הקביעה שאין להזיז בשום אופן את הכרית אך יש רשות להוציא מלח מפיו של המטופל. כיצד ה"טיפול" מתייחס לטיפול הרפואי המודרני כגון אנטיביוטיקה ואינסולין, הנשמה מלאכותית או הזנה מלאכותית בזונדה? האם טיפולים אלו מונעים את תהליך המוות בדומה למלח? או שהם דומים יותר לנוצות באותה כרית שאסור להסיר? שמא הם שייכים לקטגוריה אחרת לחלוטין?

נוימן צודק באשר לקיומם של קשיים ביישום הטקסטים העתיקים בבעיות בנות זמננו באתיקה הרפואית. אבל לפי דעתנו הוא טועה בהבנתו את התהליך ההלכתי. הוא טוען שעל המומחה המודרני לחלץ את המשמעות מהטקסטים וליישם אותה כאילו הטקסט מכיל משמעות מסוימת, ועל הפרשן לתמצת אותה ולהסביר את הקשר שלה לעולם המודרני. לפי גישה זאת, תפקידו של הפרשן די מוגבל: הטקסטים בעצמם מניבים פירות והפרשן למעשה רק "קוטף" אותם.

נוימן טוען שהפוסקים לכודים במידה מסוימת בטקסט ואינם מביאים מביאים בחשבון את ההשפעה הסובייקטיבית האפשרית של הפרוש. הרב משה פיינשטיין אינו בדעה זו, ובמקרים רבים לא היסס להביע פירוש אישי של הטקסט ולקבוע שיש טעות בטקסט או אפילו זיוף שלו (גם ללא תמיכה היסטורית בעמדתו).

אשר ליישום טקסטים תקדימיים בדילמות משפטיות בנות זמננו נוימן מצטט את התאורטיקן המשפטי רונלד דורקין (9):

"a judge forced to decide a lawsuit will find, if he looks in the appropriate books, records of many arguably similar cases decided over decades or even centuries past by many other judges of different styles and judicial and political philosophies, in periods of different orthodoxies of procedures and judicial convention. Each judge must regard himself, in deciding the new cases before him, as a partner in a complex chain enterprise of which these innumerable decisions,

structures, conventions and practices are the history; it his job to continue the history into the future through what he does on that day. He must interpret what has gone before because he has a responsibility to advance the enterprise in hand rather than strike out in some new direction of his own.”

נוימן טוען שאתיקן יהודי מודרני צריך למצוא איזון בין פירושיו האישיים לבין הסתמכותו על תקדימים כדי להגיע להכרעה. התיאור הזה די מתאים לרעיונותיו של הרב פיינשטיין, הכותב (10):

”אני אומר וכי כבר נעשה קץ וגבול לתורה חס ושלום (ח”ו) שנפסוק רק מה שנמצא בספרים וכשיזדמנו שאלות שלא נמצאים בספרים לא נכריע אותם אף כשיש בידנו להכריע, ודאי לעניית דעתי (לע”ד) אסור לומר כן דוודאי עוד יגדיל תורה גם עתה בזמננו ומחייב כל מי שבידו להכריע כל דין שיבוא לידו כפי האפשר לו בחקירה ודרישה היטב בש”ס ופוסקים בהבנה ישרה ובראיות נכונות אף שהוא דין חדש שלא דברו אודותו בספרים. ואף בדין הנמצא בספרים ודאי שצריך המורה ג”כ להבין אותו ולהכריע בדעתו קודם שיורה ולא להורות רק מחמת שנמצא כן דהוי זה כעין מורה מתוך שנתו”.

שימוש באגדה

אם לפי דברי נוימן קזואיסטיקה משפטית אינה מספיקה כדי להגיע להכרעות באתיקה רפואית יהודית, אילו שיטות אחרות יכולות לסייע? גם הרב עזרא ביק (11) היה ער מאוד למגבלות העומדות בפני המנסה להגיע להכרעה בהיעדר תקדימים ברורים. בניסיון לענות על השאלה מי האם במקרה של ביצית נתרמת הוא מודה שהמתודולוגיה ההלכתית המקובלת נכשלת בהיעדר מקורות הלכתיים רלוונטיים. אי לכך הוא מציע שננסה לקבוע איך חכמינו הבינו אימהות באמצעות ניתוח מקורות מהאגדה. הוא מנסה להוכיח שהחכמים דימו אימהות לתהליך חקלאי, ולפיהם תפקיד האם הוא לפתח ולטפח את זרע האיש. אבהות נקבעת על פי תרומת זרע, אבל אימהות – על פי היריון ולידה.

בדומה לכך, בדיון בשאלה על מידת האגרסיביות הנדרשת לטיפול בחולה הנוטה למות, לא מצא הרב פיינשטיין הקבלות הלכתיות והשתמש בסיפור על מותו של רבי יהודה הנשיא (12) (בתרגום חופשי מהמקור הארמי):

כאשר הרבי גסס ארגנו הרבנים צום והתפללו לרחמי שמים. הם הצהירו שכל מי שאומר שהרבי גוסס יידקר בסכין. מספרים שהעוזרת בביתו של רבי טיפסה לגג ואמרה שהשמים מבקשים את בוא הרבי, ואף האדמה מבקשת את בוא הרבי, והלוואי שרצון האל יהיה שהאדמה היא שתקבל אותו. אך כאשר העוזרת ראתה כמה פעמים הלך הרבי לנוחיות ונאלץ בכל פעם להסיר את התפילין, היא אמרה שהלוואי שהאל יחליט שהשמים יקבלו אותו. כשראתה העוזרת בביתו של הרבי שתלמידיו ממשיכים להתפלל, היא אחזה בכד אפר והשליכה אותו לרצפה. התלמידים הפסיקו להתפלל בגלל הרעש ונפש הרבי נפרדה באותו רגע מגופו”.

רב דימי אומר (13) שמי שאיננו מבקר חולה אין לו הזדמנות להתפלל בשביל המשך חייו או בשביל מותו.

הר”ן מתבסס במסכת נדרים (13) על סיפורה של המשרתת של רבי יהודה הנשיא וקובע שלפעמים מתאים להתפלל למותו של חולה אם סבלו רב מאוד. הרב פיינשטיין (14) טוען גם הוא על סמך הסיפור ועל סמך הערות הר”ן שלפעמים ראוי להתפלל למותו של חולה, וקובע שיש מצבים, כמו בחולה סופני סובל, שבהם אין חייבים להאריך חיים:

”...ובאינשי כהא גוונא (כה”ג) שהרופאים מכירין שאי אפשר (שא”א) לו להתרפאות ולחיות, ואף לא שיחיה כמו שהוא חולה בלא יסורין אבל אפשר ליתן לו סמי רפואה להאריך ימיו כמו שהוא נמצא עתה ביסורין, אין ליתן לו מיני רפואות אלא יניחום כמו שהם...”

התאורטיקן המשפטי רוברט קובר טוען שבדיון משפטי צריך להיות מקום מכובד לנרטיב, וכותב במאמרו הקלסי (15) Nomos and Narrative:

“We inhabit a nomos – a normative universe. We constantly create and maintain a world of right and wrong, of lawful and unlawful, of valid and void. The student of the law may come to identify the normative world with the professional paraphernalia of social control. The rules and principles of justice, the formal institutions of the law, and the conventions of a social order are, indeed, important to that world; they are, however, but a small part of the normative universe that ought to claim our attention. No set of legal institutions or prescriptions exist apart from the narratives that locate it and give it meaning.”

לעומתם הרב בלייך מתנגד לשימוש בספרות אגדתית בדרך זו וטוען (16):

“There may be-and there probably are- questions to which conventional *halakhic* [legal] methodology provides no solutions. When that occurs there is only one solution: confession of ignorance that too, is a *halakhic* answer. ... The one thing we must not do is engage in ‘desperate attempts to preserve a semblance of *halakhic* reasoning’- including the drawing of inappropriate analogies, construction of conceptual models and derivation of *halakhic* norms from philosophical or *aggadic* notions.”

ערך חיי אדם

המושג **“קדושת החיים”** משמש לעתים קרובות בתקשורת בזיקה לגישה היהודית. למעשה, ביטוי זה כמות שהוא אינו מופיע בהלכה, אולם הוא משפיע עליה השפעה רבה בדיוק כפי שהוא משפיע על תהליך קבלת ההחלטות – בעולם הרפואה, בעולם המשפט וכמובן בחשיבה הביאתית. ומוצא את ביטוי בתרבות היהודית הכללית בישראל, גם זו שאינה נחשבת דתית. שליחת רופאים צבאיים לקו הקדמי בזמן מלחמה, המאמצים המרשימים להציל כל חייל פצוע או נעדר, השיעור הגבוה של חולים המקבלים דיאליזה, הנהירה של ישראלים למרכזי השתלות בחו"ל והמגביות הפרטיות והציבוריות לתמוך במימון טיפול בחולים בחו"ל – כל אלה הם אחדים מן הביטויים לחשיבותם של חיי אדם בתרבות שלנו. מעניין שהעקרונות הביואתיים המערביים המקובלים (ארבעת העקרונות המפורסמים של גיורגיטאון (17) אינם כוללים “קדושת חיים”, ולא במקרה.

מקורו של הדגש בחשיבות חיי אדם במושג דתי שביטוי היפה ביותר והדרמטי ביותר מופיע במשנה בסנהדרין (18):

“לפיכך נברא אדם יחידי ללמדך שכל המקיים נפש אחת כאילו קיים עולם מלא וכל המאבד נפש אחת כאילו איבד עולם מלא”.

פרופסור אפרים אורבך הוכיח (19) מבדיקת כתבי יד שהכוונה אינה רק לנפש יהודי אלא לכל בני האדם צאצאי האדם הראשון. החשיבות המוקנית לחיי אדם, בשונה מבעלי חיים אחרים, נובעת ישירות ממושג דתי טהור כי האדם נברא בצלם אלוקים. במסורת שלנו לאדם יש ערך אינטרינסי ולא ערך אינסטרומנטלי. סטייה מהערך הזה הביאה לזוועות רבות בהיסטוריה של האנושות. ניתוח נוקב ברוח זו נעשה במאמר קלסי על הניסויים הנאציים (20), שבו ניסה המחבר ליחס לסטייה זו את הידרדרות הרפואה ברייך השלישי.

הרב עמנואל יעקובוביץ ז"ל, שתבע באמצע המאה הקודמת בספרו (21) את המושג “אתיקה רפואית יהודית”, הלך בעקבות הרב טיקוצינסקי ז"ל (22) והדגיש שבעקבות המשנה בסנהדרין עלינו להעניק לחיי אדם ערך “אין-סופי”. המשמעות היא שאין הבדל בין דקת חיים לשנת חיים, ואין מעריכים הבדלי איכות חיים. עמדה זו מדגישה מאוד, ובצדק, את ערך חיי האדם ואת הזהירות שעלינו לנהוג בשמירה על חייו ובכבודם. אבל בכל זאת אפשר להגדיר את

הערך כמיתוס כי גם ההלכה לא תמיד נוהגת לפי גישה זאת. אבל כיוון שאנו חיים על פי מיתוסים, הרי שאין לזלזל בהם. קדושת חיי אדם היא ציר מרכזי בגישה היהודית ברפואה.

זכויות וחובות

המילה "זכות" איננה חדשה ומופיעה כבר בתלמוד, אבל לא במובנה המודרני, של "מגיע לך". שפת המקורות היהודית איננה כוללת זכויות, אבל מביעה את אותם מושגים בלשון "חובות". לילד אין זכות לחינוך, אבל על ההורה ועל הקהילה חלה החובה לספק חינוך. למרות זאת השופט חיים כהן המנוח טען בספרו על זכויות אדם (23) שחלק ניכר מזכויות האזרח במדינות דמוקרטיות מבוססות על התורה.

בנושא זה כותב הרב יעקובוביץ' (21):

"Now in Judaism we know of no intrinsic rights. Indeed there is no word for rights in the very language of the Hebrew Bible and of the classic sources of Jewish law. In the moral vocabulary of the Jewish discipline of life we speak of human duties, not of human rights, of obligations not entitlement. The Decalogue is a list of Ten Commandments not a Bill of Human Rights. In the charity legislation of the Bible, for instance, it is the rich man who is commanded to support the poor, not the poor man who has the right to demand support from the rich. In Jewish law a doctor is obligated to come to the rescue of his stricken fellow-man and to perform any operation he considers essential for the life of the patient, even if the patient refuses his consent or prefers to die. Once again, the emphasis is on the physicians responsibility to heal, to offer service, more than on the patient's right to be treated."

על זה מוסיף התאורטיקן המשפטי היהודי רוברט קובר (24):

"Every legal culture has its fundamental words. [...] The word 'rights' is a highly evocative one for those of us who have grown up in the post-enlightenment secular society of the West. [...] Judaism is, itself, a legal culture of great antiquity. [...] When I am asked to reflect upon Judaism and human rights, therefore, the first thought that comes to mind is that the categories are wrong. I do not mean, of course, that basic ideas of human dignity and worth are not powerfully expressed in the Jewish legal and literary traditions. Rather, I mean that because it is a legal tradition, Judaism has its own categories for expressing through law the worth and dignity of each human being. [...] The principal word in Jewish law, which occupies a place equivalent in evocative force to the American legal system's 'rights,' is the word 'mitzvah' which literally means commandment but has a general meaning closer to 'incumbent obligation.' [...] All law was given at Sinai, and therefore all law is related back to the ultimate heteronymous event."

דברים דומים נכתבו גם על ידי השופט משה זילברג (25).

בניגוד לגישה המערבית המקובלת, מוטלות בענייני רפואה חובות הן על הרופא והן על החולה. על הרופא להגיש עזרה לחולה הפונה אליו, ולפי השולחן ערוך (26) – אפילו אם יש רופא אחר זמין "כי לא מכל רופא אדם מתרפא". החוק הישראלי הנקרא "לא תעמוד על דם רעך" (27) מטיל חובה לא רק על רופא אלא על כל אזרח להגיש עזרה לאדם במצוקה. בארצות הברית ברוב המדינות אין חובה על רופא להגיש עזרה אפילו במצב חירום. קיימים חוקי "השומרוני הטוב" המגנים על רופאים נגד תביעות רשלנות למגישי עזרה, אבל אין חובה להתערב.

אשר לחולה, העמדה היהודית רואה בחיי אדם פיקדון שהופקד בידיו, וחובה עליו לשמור על חייו ובריאותו בקפדנות. לו היה קיים כיום סנהדרין, הם היו רשאים להעניש אדם על התנהלות המסכנת את בריאותו. הרמב"ם כותב (28):

"הרבה דברים אסרו חכמים מפני שיש בהם סכנת נפשות... כל העובר על דברים אלו וכיוצא בהם ואמר הריני מסכן בעצמי ומה לאחרים עלי בכך או איני מקפיד בכך מכין אותו מכת מרדות".

כמובן, אין כיום אפשרות לנהוג כך, אבל הן מהתנהגות הרופאים, הן מהחקיקה והן מכמה פסקי דין אפשר לראות כיוונים בהחלט ייחודיים לרפואה בארץ.

השילוב של ההערכה הגבוהה לחיי אדם והחובה המוטלת על החולה ועל הרופא לשמור על חיים ובריאות הובילו לכמה פסיקות של בתי משפט ולחקיקה ייחודית בארץ, בניגוד בולט למקובל בביואתיקה המערבית השולטת. אחת מהן היא בפסיקה התקדימית במקרה של **קורטאם נ' מדינת ישראל** (29), שבו סירב הטוען לעבור ניתוח להוצאת שקיות שבלע, שהכילו סמים. בפסיקה התקדימית כתב השופט בייסקי:

"בסוגיה קשה וסבוכה זו אין לאמץ בהכרח את העקרונות שנתגבשו בארצות הברית ובאנגליה: קיים ספק אם גישתם עולה בקנה אחד עם הפילוסופיה היהודית לקדושת החיים כערך עליון ועם מסורת ישראל להציל במקום שניתן להציל. תפיסה זו, המעמידה את הצלת החיים כערך עליון, מקום שאלה נתונים בסכנה מיידית-ודאית אם לא תבוצע התערבות רפואית, כירורגית או אחרת, שקולה כנגד העיקרון, כי האדם הוא אדון לגופו, וכי לא תבוצע בו כל התערבות רפואית ללא הסכמתו, אף שלדעת מומחים וברי סמכא בלעדיה הוא ימות או שייגרם נזק חמור לבריאותו".

כשהתקיימו דיונים בדבר חוק זכויות החולה זימן היועץ המשפטי לממשלה דאז מיכאל בן-יאיר דיון בקשר לחוק החדש שמדגיש חד-משמעית את החובה להשגת הסכמה מדעת לפני כל טיפול המוצע לחולה. השאלה שהפנה לקבוצה של כמה עשרות מומחים מכמה תחומים שונים הייתה אם קיימים מצבים כלשהם שבהם אפשר להתיר בחוק טיפול באדם קומפוטנטי נגד רצונו. בישיבה התפתח ויכוח ער, ובסוף הדיון התקבלה פשרה שהיא ייחודית בעולם – הוכנס סעיף לחוק (30), שמתיר כפיית טיפול על חולה קומפוטנטי המסרב לטיפול באישור של ועדה אתית, אם הוועדה סבורה שלאחר כפיית הטיפול ייתן החולה את הסכמתו למפרע. לכאורה סעיף זה הוא הפרה גסה של ערך האוטונומיה המקודש במערב, אבל אפשר לטעון במידה מסוימת שכוונת המחוקק ניזונה מהערכה שלא כל סירוב טיפול של חולה הוא ביטוי של אוטונומיה מלאה. החולה המפחד אולי אינו באמת ניחן באוטונומיה מוחלטת כפי שמראים כמה מחקרים (31,32), המצביעים על שיקול דעת לקוי במספר לא מבוטל של חולים.

עוד פסיקה הצועדת באותו הכיוון היא זו של שופטת בית המשפט המחוזי סירוטה (33) במקרה של אסיר שובת רעב שהגיע למצב שבו רופאי בית הסוהר העריכו שיש איום על חייו. השופטת פסקה להעבירו לבית חולים ולהאכילו בכפייה. היא כתבה בפסק הדין:

"הן המחוקק והן ביהמ"ש העליון קבעו שבתחרות בין שתי הזכויות, היסוד לחיים מחד ולכבוד מאידך, הזכות לחיים ולבריאות גוברת". מכיוון שפסיקה זאת היא של בית משפט מחוזי היא איננה מהווה תקדים מחייב, אבל היא מבטאת הלך רוח יהודי. לצערנו, כעבור זמן החליטה הלשכה האתית של הר"י (ההתסדרות הרפואית בישראל) (34) שיש לנהוג כמו העולם ה'נאור' ולאסור האכלת שובתי רעב נגד רצונם".

אם נעמיק עוד בגישה הישראלית בנושא כפיית טיפול מציל חיים נראה שאין מדובר רק בתחרות גרידא בין שני עקרונות שלפיהם בתרבות שלנו קדושת החיים כביכול גוברת. המצב הרבה יותר מסובך. למצב זה כמה גורמים. אחד מהם יכול להיות שרידים מהגישה המזרח-אירופית הפטרנליסטית שאפיינה את הרפואה הישראלית בעת ייסודה. לדעתנו גורמים למצב גם מרכיבים מהתרבות היהודית המשפיעים על הגישה הישראלית. ביהדות קיימת האמרה "כל ישראל ערבים זה לזה", ואפשר לתאר את המושג כסוג של משפחתיות. מוות של אדם מכל סיבה שהיא אינו רק עניין פרטי שלו או של משפחתו אלא משפיע על כל הציבור. אם בן משפחה שלי עומד להתאבד או להסתכן בצורה קיצונית אעשה כל שביכולתי למנוע צעד זה, לפעמים גם נגד רצונו. תרבות זו עומדת בניגוד לתרבות של "mind your own business" האינדיבידואליסטית, המאפיינת את ארצות הברית, ובניגוד לשמירה על פרטיות, המאפיינת את בריטניה. כל אירוע בארצנו הוא "עסק" של כולנו.

גם הטראומה של השואה שבה עמד העולם מנגד בזמן שמיליוני יהודים נרצחו משפיעה על הגישה שאיננה מוכנה להשלים עם מצב שבו אדם שהיה אפשר למנוע את מותו בקלות ימות בלי התערבותנו.

חשוב לציין שהגישה המערבית שלפיה האוטונומיה עדיפה על ערכים מתחרים אינה שולטת בכל העולם. למשל: רופא הודי סיפר בכינוס בין-לאומי לאתיקה (35) על רופא שהורשע בהודו על שלא כפה טיפול מציל חיים על חולה סרבן. בשנים האחרונות הופיעו כמה מאמרים (36-39) הקוראים תיגר על הכמעט-בלעדיות של האוטונומיה. מעניין במיוחד תיאור מקרה (40) על ידי הרופא הסופר אטול גאוואנדה, שבו חולה שסבל מדלקת ריאות סירב לקבל הנשמה זמנית. אמנם לא הנשימו אותו, אבל כשאיבד את הכרתו ביצעה הרופאה המתמחה פיוס קנה והנשמה והצילה את חייו. המילה הראשונה של החולה עם התעוררותו הייתה – "תודה". הרופאה למעשה פעלה ברוח החוק הישראלי ובניגוד מוחלט לנורמות האמריקאיות.

טיפול בסוף החיים

בנושא הטיפול בחולה לקראת סוף חייו יש דגשים במסורת היהודית המשפיעים בבירור הן על הפסיקה והן על החקיקה. כמו ברוב מדינות המערב קיים אצלנו איסור גורף וחד-משמעי על המתת חסד. נוסף על האיסור ההלכתי החמור נראה לנו שהניסיון המר של רצח מכוון של חסרי ישע, זקנים ומפגרים בתקופת מלחמת העולם השנייה גורם לרתיעה אפילו מהעלאת הנושא, אם כי הרתיעה הזאת נחלשת עם חלוף הזמן. המצב שונה כשמדובר במניעת טיפול מחולה סופני סובל, שבעניינו הקונצנזוס מתיר זאת בתנאים מסוימים. השופט מנחם אלון תיאר את המצב (41) כביטוי לאיזון בין היהדות והדמוקרטיה. היהדות אוסרת על הרג, והדמוקרטיה מאפשרת לאדם לסרב לטיפול. האיזון הזה מצא את ביטויו בחוק על טיפול בסוף החיים (42).

אבל במישור אחד מתנגש חוק חדש זה עם דעות מסוימות בביואתיקה המערבית הבין-לאומית. מקורה של ההתנגשות בגישה ההלכתית המבדילה באופן מוחלט בין "קום ועשה" ו"שב ואל תעשה" גם אם התוצאה זהה. בעניין של המתת חסד (euthanasia) ההכרה בהבדל הזה עדיין מקובלת ברוב מדינות המערב, אם כי כבר נשמעים קולות רבים הטוענים שאין ביניהם הבדל עקרוני: אם הרופא מוכן לא לטפל משום שהוא משלים עם מותו של החולה בגלל סבלו, מוטב לנקוט צעדים פעילים לשימת קץ לסבל מהר יותר (43).

קיים עוד תחום שבו הגישה ההלכתית מתנגשת עם קונצנזוס הביואתיקה המערבית. המומחים בביואתיקה זו טוענים שאין הבדל בין אי-התחלת טיפול מציל חיים לבין הפסקתו אם זה כבר הותחל. בהלכה היהודית קיים איסור להפסיק טיפול שהותחל גם במצבים שבהם מתירים שלא להתחיל בטיפול כלל. נקודה זאת הייתה הנושא העיקרי שבו הייתה דעת מיעוט ברורה בחוק החולה הנוטה למות. רוב הוועדה קיבל את הגישה ההלכתית המבחינה בין טיפול בדיד שהתירו להפסיקו לטיפול רציף שנאסר להפסיקו. הגישה היהודית מתחשבת אפוא לא רק בתוצאה הסופית אלא גם בהשפעה הפסיכולוגית על מבצע הפעולה. מעניין במיוחד שבאותה חוברת של כתב עת רפואי מוביל שבה תיארו את הגישה היהודית כמיתוס (44) הופיע סקר (45) של רופאים ניאונטולוגים משלוש-עשרה מדינות אירופיות שבו יותר משני שלישים חשבו שיש הבדל בין הפסקת טיפול לאי-התחלתו.

בזמן האחרון התפרסם מחקר בנירוביולוגיה המצביע על הבדלים בין מרכזים במוח הפותרים דילמות אתיות בדרכים רציונליות לבין אלה המופעלים על ידי רגשות (46). אין ספק שניתוק חולה ממכשירים תומכי-חיים ובכך לגרום למותו משפיע על המבצע אפילו אם המעשה נחשב "מוצדק". בהלכה קיימת אמירה שחזרות על מעשה הופכות אותו לשגרה. זו סיבה טובה לעיקרון הוותיק ברפואה שרופא או אחות מנועים מלגרום למוות כי קיימת סבירות שיתפתח יחס של קלות ראש לגרימת מוות. מעניין שבדיון עם רופא הולנדי שנשאל איך הוא מרגיש כשהוא מבצע המתת חסד, שמע אחד מאתנו את תשובתו: "בפעם הראשונה זה היה קשה"!

בנושא טיפול בסוף החיים חל סחף ניכר בעמדות המקובלות בעולם הביואתי המערבי. סחף זה תואר כבר לפני כמה שנים על ידי ספרונג (47), אולם כנראה התהליך הזה המדגים את מה שנקרא "המדרון החלקלק" נמשך. שתי דוגמאות מהזמן האחרון משני צדי האוקיינוס מדגימות את הסחף. בהולנד הבהירו בהתחלה כל התומכים והמצדדים המקוריים בהמתת חסד פעילה, חד-משמעית, שהפעולה הזאת תבוצע רק בבוגרים סובלים היוזמים בקשה להמתת חסד. מתברר כיום כי מבוצעת שם המתת חסד בחולים רבים מחוסרי הכרה (48). לאחרונה פורסמה

שם גם תכנית גרונינגן (49), המאפשרת גם המתה של תינוקות, לפי שיפוט הרופאים ובני המשפחה. מצדו השני של האוקיינוס, במדינת מניטובה שבקנדה, החליט ארגון הרופאים (50) שמותר להפסיק טיפול בחולה אף בניגוד לרצונו ורצון המשפחה על סמך שיפוטם של הרופאים. למעשה מדובר בשני המקרים בעלי גישה פטרנליסטית מובהקת הפועלת בניגוד לגישה המדגישה את האוטונומיה של החולה, המאפיינת את הגישה המערבית. בשני המקרים האלה פרסמנו מאמרים בספרות הרפואית (51,52) בהדגשת הגישה היהודית המתנגדת בכל תוקף לתהליכים האלה.

אחד הנושאים הדחופים ביותר בביואתיקה מודרנית הוא רפואה "חסרת תועלת". ארגון הרופאים של מניטובה שבקנדה, שהוזכר למעלה, הוציא בזמן האחרון הנחיות חדשות הקובעות שהחלטה להפסיק טיפול תומך-חיים נמצאת בידי הרופאים, הרשאים להתעלם מרצון המשפחה או החולה. לפי ההנחיות האלה משנת 2008 (50), הקריטריון לטיפול תומך-חיים הוא סיכויי החולה להתאושש עד למצב של הכרה עצמית, הכרת הסביבה והכרה בקיומם. אם המשפחה חולקת על ההחלטה להפסיק טיפול תומך-חיים, על הרופא להתייעץ עם רופא אחר. אם היועץ מסכים, אפשר להפסיק את הטיפול אפילו נגד רצון החולה, משפחתו או אפוטרופוסו, ובלבד שהודיעו להם על כך 96 שעות מראש. הגישה הזאת הפוכה לחוק הישראלי. בישראל אין לרופא סמכות בלעדית להפסיק טיפול, אבל החולה רשאי לדרוש טיפול מלבד זה שהרופא מציע, ועל הרופא לבצעו גם אם לא יאריך חיים, ובלבד שלא יזיק. הגישה הזאת מאפשרת למשפחת החולה לקבוע טיפול. חוק זה טרם עמד למבחן. החוק הישראלי גם איננו מתייחס לבעיה של חלוקה הוגנת של משאבים במצב של תקציבי בריאות מוגבלים. כאן מתעוררת השאלה: האם מוצדק לאפשר למשפחה לדרוש טיפול יקר בזמן שחסרים משאבים לספק תרופות מצילות-חיים לחולים הזקוקים להם?

בניגוד לכמה אתיקנים (53) הדוגלים בדעה שהאמונות והערכים של הרופא אינם צריכים להשפיע על התנהגותו בטיפולו בחולים, החוק מכיר בחשיבותו של מצפון הרופא והציע מנגנון שדרכו הרופא יכול לסגת מלהעניק טיפול נגד מצפונו.

החוק אומר (42):

"חולה הנוטה למות הרוצה שחייו יוארכו ומבקש טיפול רפואי שלדעת הרופא האחראי אין לו הצדקה בנסיבות העניין, יש לכבד את רצונו ולתת לו את הטיפול המבוקש בהתאם לכל דין ובהתאם לתנאים ולהסדרים הנהוגים, מעת לעת, במערכת הבריאות בישראל; הוראות סעיף זה לא יחולו לגבי טיפול רפואי שלדעת הרופא האחראי אינו צפוי להאריך את חייו, או עלול לגרום נזק משמעותי למטופל או לזולתו".

החובה הזאת מתאימה להלכה. בקשר לטיפול בכאב פוסק הרב וולדנברג (54) שמותר לטפל במשככי כאבי טיפול אגרסיבי למרות הסיכון בקיצור חיי החולה. הוא מסכים עם עמדת הרב פיינשטיין שטיפול יעיל בכאב עשוי אפילו להאריך חיים. בנוסף הוא מסביר:

.... "באם ניתנות תרופות דרך הפה או זריקות לשם הקלה בכאב ע"י הרופא, גם אם לתרופות פוטנציאל להזיק למטופל או אף לקצר את חייו, הדבר מותר. מאחר וזה נכלל בתוך תפקידי הרופא כמרפא המטופל".

הרמב"ן מסביר בספר "תורת האדם":

"כל התרופות מסוכנות ויש בהן הפוטנציאל להבריא מטופלים מסוימים וגם להזיק למטופלים אחרים".

שלוש מסקנות נובעות מגישת הרב וולדנברג:

1. המוטיבציה היא קריטית: על הסיבה לאספקת נרקוטיקה להיות שיכון כאב בלבד ולא קיצור חיים. המוטיבציה אפוא קובעת אם פעולה מסוימת היא מוסרית. גישה זו תואמת את הפורמולציה של מיכאל סלאוט בקשר למה שנקרא *virtue ethics*, הוא טוען (55):

“an act is morally acceptable if and only if it comes from virtuous motivation involving beneficence or caring (about the well being of others) or at least doesn't come from bad or inferior motivation involving malice or indifference to others.”

לפי גישה זו, השימוש בתרופות העלולות לסכן למטרת השככת כאב נחשב מעשה (virtuous) מוסרי... ולכן מותר.

2. שיכונך כאב הוא חלק לגיטימי ורצוי של טיפול רפואי. בלייך מסביר (56) שהחובה להקל כאב היא חלק מהמצווה להגיש עזרה רפואית לחולים, המבוססת על הפסוק "ורפא ירפא". נוסף על כך טוען בלייך:

“Relief of pain should be aggressively pursued simply because it is the humane thing to do... the doctrine of *imitatio Dei* demands that a person act in a humane manner because in doing so he shares, at least in a miniscule fashion, in the divine attributes.”

3. גישה זו גם מבטאת גישה די מודרנית בניתוח היחס שבין תועלתן של תרופות לנוקיהן. תופעות לוואי ותוצאות בלתי רצויות אינן נחשבות טעויות בלתי צפויות אלא תוצאות בלתי נמנעות בבני אדם מסוימים. מכיוון שכל אדם שונה מזולתו, צפוי שגם התגובות לתרופות יהיו שונות מאדם לחברו.

הרב שלמה זלמן אויערבך, פוסק הלכה מקובל מאוד, התייחס גם הוא לשימוש בנרקוטיקה בחולים סופניים (57):

“נתינת תרופות הרגעה הגורמות נזק ללא ידיעת החולה – הואיל וייסורים קשים מאד לאדם וא”א לסובלם כמאמרם אלמלא נגדו לחנניה וכו’, מסתבר שצריכים לרחם על החולה ולהקל עליו את סבלו ולהשקיט במעט את הכאבים, ובפרט דגם אפשר שכאבים חזקים מחלישים ומזיקים לאדם יותר מהתרופות, אך אם החולה הוא בהכרה חושבני שצריכים להודיע לו על כך אם הוא בלאו הכי (בלא”ה) יודע את מצבו, אך אפילו אם אינו יודע מכל מקום (מ”מ) מצינו בגמ’ סנהדרין פ”ד ע”ב ועיין שם (ועי”ש) ברש”י שכתב, ואהבת לרעך כמוך לאט הוזהרו ישראל מלעשות לחבריהם אלא דבר שאינו חפץ לעשות לעצמו עד כאן לשונו (עכ”ל). ובנדון זה שלפנינו הרי כל חולה מבקש ומתחנן להשקיט הכאבים אף על פי (אע”פ) שזה מזיק, וכיון שכן גם מסתמא אנו סהדי דניחא לו. כמובן דכל זה דווקא אלא באופן שהכוונה היא אך ורק להשקטת הכאבים ומה שזה עלול לקרב קיצו הוא כעין פסיק רישא (פס”ר) דלא ניחא ליה, (כוונתי בהזכרת העניין של פס”ר היא רק על דרך המליצה). גם מצינו בש”ס בכמה מקומות על הרבה דברים שהם ממש קרוב לסכנה ואפילו הכי (ואפי”ה) כיון דנהוג עלמא לעשות כן אמרינן ’והאידינא שומר פתאים ד””.

נדמה שהרב אויערבך משתמש במידה מסוימת בדוקטרינה של “התוצאה הכפולה” (double effect) בהיתר להשתמש בנרקוטיקה שיש לה פוטנציאל לקצר חיים. הדוקטרינה הזאת מקובלת במחשבה ההלכתית־משפטית היהודית וגם מהווה את הבסיס לגישה המתירנית של הכנסייה הקתולית בנושא.

אבל הרב אויערבך מוסיף עוד ממד לדיון. החובה להקל כאב מבוססת על הברית בין בני אדם המבוססת מצדה על הציווי “ואהבת לרעך כמוך”. החובה להקל כאב וסבל איננה מבוססת על מה שמותר בין אדם להקב”ה, אלא היא ביטוי ליחס הרופא לחולה המבוסס על אהבה. לתובנה הזו השלכות מרחיקות לכת מעבר לשאלה של הקלה על כאב. למשל, הברית בין הרופא לחולה מהווה גם את הבסיס של החשיבה הנוצרית (פרוטסטנטית במיוחד) בנושא. פאול רמסי (58) טוען שיחסים בן אדם לחברו בתחום האתיקה צריכים להיות מבוססים על הדגם של יחס האל לאדם. אי לכך אסור שהברית בין בני האדם תהיה ניתנת להפרה, ולכן אדם חייב לפעול תמיד מתוך אהבה וחמלה כלפי זולתו. ברוב המקרים עליו לפעול כמיטב יכולתו לרפא, אבל במקרה של חולה סופני סובל, החובה היא להקל את תהליך הגסיסה. אבל הברית הזו של אהבה איננה מתירה בשום אופן פעולה אקטיבית להאצת התהליך ולקירוב המוות.

תחום אחר שבו הן הגישה ההלכתית והן הנורמות בישראל מתנגשות עם מה שמקובל יותר ויותר במערב הוא הזנה מלאכותית בחולים דמנטיים ווגטיביים. שנים רבות היה מקובל שגם התומכים בהפסקת טיפול רפואי כדי לסיים חיים של סבל לא ראו בהזנה טיפול שאפשר להפסיקו בגלל הגישה שאין זה אנושי להרעוב חולה, ואפילו הוא סופני

(59). אף על פי שבזמן האחרון התגבש מעין קונצנזוס שהזנה מלאכותית היא אכן טיפול רפואי שמותר להפסיקו (60), הרי שרוב פסקי ההלכה מתייחסים להזנה שלא כמו לטיפול רפואי אחר ואוסרים על הפסקתה. בלי קשר ישיר לפסיקת ההלכה מתברר (62) שבישראל שכיחותו של השימוש בהזנה באמצעות PEG וזונדה גבוהה מזו שבמדינות מערביות אחרות.

כמה ארגונים מקצועיים מכובדים במערב החליטו שבתנאים מסוימים מותר להפסיק הזנה מלאכותית של חולה וגטטיבי בכוונה מוצהרת להביא למותו (62). הם רואים בחיים ללא שום "איכות חיים" מצב שמותר להפסיקו. בגישה המתייחסת בחיוב גם לחיים כאלה הם קוראים בלשון מלעגה בשם vitalism. ביהדות יש איסור להפסיק חיים גם חסרי "איכות", במיוחד שהחולה הווגטטיבי איננו סובל.

קביעת מוות והשתלת איברים

עם התפתחות הטכניקות של השתלת איברים הפך הנושא של הגדרת המוות לנושא קריטי ורלוונטי. רוב האיברים המיועדים להשתלה אינם ניתנים לשימוש אם מוציאים אותם רק לאחר שהלב מפסיק לפעום. רוב מדינות המערב קיבלו את "המוות המוחי" בצורה זו או אחרת כהגדרת המוות. הגדרה כזאת מאפשרת אספקה מתונה של איברים. התנאים וההגדרות המדויקים למוות מוחי אינם בהכרח אחידים, וגם בעולם המערבי עדיין מתקיימים דיונים וויכוחים בנושא, אם כי בדרך כלל הוויכוחים אינם משפיעים על המתרחש בשטח. בישראל קיימת קבוצה גדולה ורצינית של רבנים חרדיים שאינם מקבלים את המושג "מוות מוחי", ואי לכך אינם מאשרים הנצלת אברים מחולים המוגדרים מתים לפי מוות מוחי. הרבנות הראשית לישראל קיבלה באופן רשמי מוות מוחי עוד לפני 25 שנה, אבל העמידה תנאים מסוימים כדי להבטיח שהתהליך יבוצע בצורה אמינה ובלי "עיגול פינות". רק בשנה האחרונה הגיעו הרבנים והרופאים להסכמה על דרך פעולה, וגם נחקק חוק המגדיר במדויק את התנאים לקביעת מוות. למרות הצעדים האלה טרם הגיעו לקצם כל הסידורים המחויבים בחוק ובהסכמה. החוק גם מכיר בזכות המשפחה לעמוד על דעתה ולדרוש שהמוות לא ייקבע רק על סמך מות המוח. בשל הוויכוח בנושא הטעון הזה, ומסיבות אחרות, כמו חשדנות הציבור כלפי הרופאים ובעיות תרבותיות, ההיענות בישראל לבקשת תרומות איברים מועטה לעומת מדינות אחרות. יש לקוות שעם הפעלת החוק החדש וההסכמה בין הממסד הרבני לרפואי תהא התגייסות של שני הצדדים להעלות את שיעור תרומת האיברים.

תשלום עבור תרומת איברים וסחר באיברים העסיקו את החברה הישראלית בזמן האחרון. בעולם המערבי קיים איסור גורף על סחר באיברים והתנגדות קיצונית לתשלום לתורם. בניגוד לקונצנזוס הזה רוב פוסקי ההלכה הביעו את דעתם שבאופן עקרוני אין פסול בתשלום שאדם יקבל עבור מצווה שהוא עושה. הפסיקה הזאת מבטאת רק עניין הלכתי "טהור" בלי להביא בחשבון השלכות חברתיות של צעד כזה, שאך הגיוני שבסופו של דבר יצא שכרו בהפסדו, ועל החברה להחליט כיצד לנהוג במקרים כאלה. גם בעולם המערבי התחילו להישמע בזמן האחרון דעות המסתייגות מהאיסור הגורף לתת לתורם טובת הנאה כלשהי בתמורה למעשה האציל שלו. בעקבות הוויכוח הציבורי הער בנושא החליטה הכנסת על פיצוי צנוע לתורמי איברים, כמו החזר הפסד ימי עבודה וכדומה, ובו זמנית אסרה תשלום למתווכים וסחר באיברים איסור מוחלט. אפשר לטעון שעצם היות מדינת ישראל חלוצה באפשרות מתן פיצוי לתורם נובע מהדגש ששמים בחשיבות חיי האדם.

גילוי האמת לחולה הסובל ממחלה קשה

כשהתגלתה אצל אדם מחלה קשה, היה הנוהל המקובל במשך כל הדורות מאז היפוקרטס ועד אמצע המאה שעברה להימנע מלגלות את הבשורה המרה לחולה כדי לא להזיק לו. המסורת היהודית הייתה די ברורה בעניין זה. השיקול העיקרי היה טובת החולה, מה שנקרא beneficence. השיקול של אוטונומיה לא הוכר בכלל בשיח ההלכתי. החל מאמצע המאה הקודמת התהפך הגלגל במערב. אוטונומיה וזכויות החולה הפכו לערכים דומיננטיים, ונוצר קונצנזוס שבכל מצב יש לומר לחולה את האמת, מרה ככל שתהיה. חשוב להבין שגישה זו במתכונתה הבלתי מתפשרת הנוכחית קיימת בחלק ניכר מהעולם המערבי. עם זאת היא מתנגשת עם הגישה המקובלת בחלק ניכר מהתרבויות האחרות בעולם. בישראל החוק לזכויות החולה הוא ברוח האתוס המערבי המקדש את האוטונומיה מעל לשיקולים אחרים. אבל החוק בכל זאת השאיר פתח מילוט לרופא המשוכנע שגילוי מלא של מצב קשה עלול להזיק לחולה. באישור ועדה אתית יהיה הרופא רשאי להסתיר מהחולה מידע כזה. סעיף המילוט הזה הוא בלתי

מעשי לחלוטין, אבל עצם קיומו מדגיש את החשיבות של התאמת המידע הנמסר לחולה הספציפי, לאישיותו ולרצונותיו. יתר על כן, במסורת היהודית קיים מושג של וידוי לקראת סוף החיים. צעד זה של החולה מעיד על השלמה עם גורלו. המקורות מזהירים את היוזמים טקס זה של וידוי לבל יפעלו בדרך שתבעית את החולה. כיום נוהג זה נדיר. כדאי אולי לתת את הדעת על הכנסת טקס השלמה מסוימת לנורמה החברתית שלנו ברוח המשתפת הן את המסורת היהודית והן את הגישה המודרנית המקדשת את האוטונומיה. המחקר העדכני מראה שחולים רבים מפקים תועלת מפתיחות ומגילוי האמת, ואי לכך במקרים רבים אין סתירה בין אוטונומיה להטבה.

טיפול במת

לכל תרבות מנהגים משלה באדם לאחר מותו. בתרבות היהודית "כבוד המת" הוא ערך חשוב ביותר. קבורה בהקדם ללא פגיעה פיזית בגופה היא חובה עליונה. הטיפול בגופות המתים היה מוקד להתנגשויות בין הממסדים הדתי והרפואי במשך עשרות שנים. עד ל-1977 לרופאים הייתה יד כמעט חופשית לבצע בדיקה לאחר המוות בלי להתחשב ברצון המשפחה. אחרי מאבקים קשים ומרים חל מהפך ב-1977, אז שונה החוק, ולמשפחה ניתנה הזכות הבלעדית להתנגד לנתיחה. לחוק החדש הוספו סעיפים שהקשו מאוד את הניתוחים שלאחר המוות. כיום שיעור הנפטרים שנעשים בהם ניתוחים לאחר המוות ירד כמעט לאפס, ולזה השלכות שליליות על החינוך הרפואי ועל בקרת איכותו של הטיפול הרפואי.

סיכום

אין ספק שבזמן הקצר של קיומה של מדינת ישראל התפתחה גישה ייחודית באתיקה הרפואית המנסה למצוא איזון ושיתוף בין החיובי במסורת היהודית ובין הערכים החשובים של הדמוקרטיה המערבית.

ביבליוגרפיה

1. Lum CK Korenman SG (1994) Cultural sensitivity training in US medical schools. *Acad.Med* 69 (3); 239-241.
2. Jonsen AR Toulmin S (1988). *The Abuse of Casuistry-A History of Moral Reasoning*. U of California Press, Berkeley and Los Angeles.
3. Arras JD (1991) Getting down to cases:the revival of casuistry in bioethics. *J Med Phil* 16:29-51.
4. J.B. Soloveitchik *The Halachic Mind*. New York, Simon and Schuster, 1986. p.101.
5. Jakobovits, I. 1990. The role of Jewish medical ethics in shaping legislation. Ed. Fred Rosner. *Medicine and Jewish Law* (pp. 1-18). Northvale, N.J.: Jason Aronson.
6. משנה אהלות ז, ו.
7. Neuman LE (1992) Jewish theology and bioethics. *J Med Phil* 17:309-327.
8. רמ"א, יורה דעה שלט, א.
9. Dworkin RW (1985) *A Matter of Principle*. Harvard University Press, Cambridge, P159.

- .10 .Responsa Iggrot Moshe Yoreh Deah Part 1 #101
- .11 .Bik E. Ovum Donations: A Rabbinic Conceptual Model of Maternity. *Tradition*. 1993; 28: 28-45
- .12 .Talmud Babli, Ketubot 104a
- .13 .Talmud Babli, Nedarim 40a
- .14 .Responsa Iggrot Moshe, Choshen Mishpat, Part 2 #73:1
- .15 .Cover RM (1983) The Supreme Court, 1983: Foreword:Nomos and Narrative. 97 *Harvard Law Review* 4
- .16 J.D. Bleich "Maternal identity revisited" eds. Emanuel Feldman and Joel B. Wolowelsky *Jewish law and the new reproductive technologies* (Hoboken, 1997) pp. 113-114
- .17 .Beauchamp TL Childress JF (1994) Principles of Biomedical Ethics. Oxford U Press, NY and Oxford, 4th ed.
- .18 משנה סנהדרין ד: ו.
- .19 אורבך א (1970-71) תשל"א "כל המקיים נפש אחת...": גלגוליו של נוסח, תהפוכות צנזורה ועסקי מדפיסים. תרביץ 184-268.
- .20 Alexander L (1949) Medical science under dictatorship. *New Eng J Med* 241 (2) 47-39
- .21 Jakobovits I (1959) Jewish Medical Ethics: a comparative and historical study of the Jewish religious attitude to medicine and its practice. Bloch Publishing company, New York
- .22 טיקוצינסקי י מ (1947) גשר החיים. ירושלים.
- .23 כהן ח ה (1989). זכויות אדם במקרא ובתלמוד. הוצאת משרד הביטחון.
- .24 .Cover RM (1988) Obligation: a Jewish jurisprudence of the social order. *J Law Religion* 5: 65-74
- .25 .Silberg M (1961) Law and morals in Jewish jurisprudence. *Harvard Law Review* 75: 306-331
- .26 שולחן ערוך, יורה דעה, של"ו.
- .27 חוק לא תעמוד על דם רעך, התשנ"ח-1998.
- .28 משנה תורה הלכות רוצח ושמירת נפש, פרק יא, הלכה ה.
- .29 ע"פ 480/85 קורטס נ' מדינת ישראל, פ"ד מ(3) 673 (1986).
- .30 חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, סעיף 15 (2) 30.
- .31 CasselleJ Leon AC Kaufman SG (2001) Preliminary evidence of impaired thinking in sick patients. *Ann Intern Med* 134: 1120-1123

- Raymont V Bingley W Buchanan A David AS Hayward P Wessely S Hotopf M (2004) Prevalence of mental .32
incapacity I medical patients and associated risk factors: cross-sectional study. *Lancet* 364: 1421-27
- ה"פ 829/96 א **מדינת ישראל נ' גיבלי רחמים**, של כבוד השופטת סירוטה .33
- רכס א (2005) האכלת שובתי רעב. **זמן הרפואה** פברואר מרץ 2005 58-59. .34
- Francis CM (1992) Ancient and modern medical ethics in India. In *Transcultural Dimensions in Medical .35*
Ethics. Pellegrino E Mazarella P Corsi P eds. University Publishing Co Frederick MD, pp 175-196
- Callahan D (1984) Autonomy: a moral good, not a moral obsession. *Hastings Center Report* Oct. 40-42 .36
- Sider RC Clements CD (1985) The new medical ethics: a second opinion. *Arch. Intern Med* 145: 2169-2171 .37
- Foster C (2009) *Choosing Life Choosing Death: the Tyranny of Autonomy in Medical Ethics*. Hart .38
Publishing
- Tauber AI (2003) Sick autonomy. *Perspectives in Biology and Medicine* 46 (4) 484-495 .39
- Gawande A (1999) Whose body is it anyway? *The New Yorker* Oct 4 1999, p 84-91 .40
- ע"א 506/88 **שפר נ' מדינת ישראל**, פ"ד מח(1) 87 (1993). .41
- חוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005. .42
- Rachels J (1975) Active and passive euthanasia. *New Eng J Med* 292:78-80 .43
- Meisel A Snyder L Quill T et al (2000) Seven legal barriers to end-of-life care: myths, realities and grains of .44
truth. *JAMA* 284: 2495-2501
- Rebagliato M Cuttini M Broggin L et al (2000) Neonatal end-of-life decision making. *JAMA* 284: .45
2451-2459
- Woodward J Allman J (2007) Moral intuition: its neural substrates and normative significance. *J .46*
Physiology-Paris. 102: 179-202
- Sprung C (1990) Changing attitudes and practices in forgoing life-sustaining treatments. *JAMA* 263 (16): .47
2211-2215
- Rietjens JA van der Heide A Vrakking AM et al (2004) Physician reports of terminal sedation without .48
hydration or nutrition for patients nearing death in the Netherlands. *AnnIntern Med* 141: 178-185
- Verhagen E Sauer PJ (2005) The Groningen protocol-euthanasia in severely ill newborns. *New Eng J Med* .49
352 (10): 959-962
- College of Physicians and Surgeons of Manitoba. Statement no. 1602, Withholding and withdrawing .50
life-sustaining treatment, 2007

- Jotkowitz A Glick S Gesundheit B (2008) A case against justified non-voluntary active euthanasia (the Groningen Protocol) American J Bioethics 8 (11)23-26 .51
- Jotkowitz A Glick S Zivotovsky A (2010). The case of Samuel Golubchuk and the right to live. Am J Bioethics 10: 50-53 .52
- Savulescu J (2006) conscientious objection in medicine BMJ 332: 294-297 .53
- Waldenberg, E. Responsa Tzitz Eliezer Vol. 13#87 .54
- Slote, Michael, *Morals from Motives*, Oxford University Press, 2001 .55
- Bleich J.D. Palliation of pain. Tradition 2002; 36: 89–114 .56
- Auerbach, S.Z. Responsa Minchat Shlomo Tanina (2-3) 86 .57
- Ramsey, P. *The Patient as Person* New Haven: Yale University Press 1970. p.161 .58
- Callahan D.(1983) On feeding the dying. Hastings Center Report 1 3:22 .59
- Multi-society task force on PVS (1994),Medical aspect of persistent vegetative state. New Eng J Med 330 (22): 1572-1579 .60
- Clarfield AM Monett J Bergman H et al (2006) Enteral feeding in end-stage dementia: a comparison of religious, ethnic and national differences in Canada and Israel. J Gerontol Biol Sci Med Sci 61(6): 621-627 .61

הערות למאמר: אור לגויים או ככל הגויים

(הערות העורך: המלומד אברהם שטיינברג, שהערותיו מובאות להלן, התייחס לנוודות ספציפיות במאמר, והציב אותן, במקומות הנאותים, כהערות שוליים. מסיבות טכניות, אנו כינסנו אותן תוך שניסינו לכוון את הקוראים אל המקומות "המוערים").

הערה א.. - לפרק הפותח "ככל הגויים או אור לגויים":

על אמרת המחברים בעניין "בהבדלים בין הביאותיקה בעולם ההלכה לבין זו המקובלת כיום במערב..."

הערות המעיר: הדיון מתרכז בנקודה חשובה של גישה קזואיסטית ביהדות, לעומת גישת עקרונות (principles approach) באתיקה הרפואית המודרנית. אף כי זה הבדל חשוב, אך הוא איננו מהותי. ההבדל המהותי הבולט ביותר הוא בין הגישה של אוטונומיה וזכויות באתיקה הכללית, לבין גישה של מחויבות וסולידריות ביהדות. לכך יש השלכות מרחיקות לכת בכל ההתנהלות ביחסי חולה-רופא.

הערה ב. - באותו פרק

בדיון על היחס לטכנולוגיות מאריכות חיים, "...כמוכן גם הפוסקים ההלכתיים היהודים נדרשו להתייחס לנושאים אלה. ..."

הערות המעיר: הגהת הרמ"א מבוססת על תקדימים מוקדמים בהרבה – ספר חסידים ושלטי גיבורים – ואף הם מקורם קדום בהרבה, היינו בתלמוד במסכת כתובות קד א, במעשה מותו של רבי יהודה הנשיא, מחבר המשנה.

הערה ג. - לפרק שכותרתו "שימוש באגדה"

לפסקה הפותחת ב.: "אם לפי דברי נוימן קזואיסטיקה משפטית אינה מספיקה להגיע להכרעות..."

הערות המעיר: גישה זו איננה מקובלת על מרבית הפוסקים בימינו, אף מבלי להתייחס לתוצאות ההלכתיות-מעשיות של הגישה. אכן קביעת אמהות הוא מהדוגמאות היוצאות מן הכלל בעולם המודרני שאין לה פתרון אמיתי במקורות קודמים, ולכן לא ניתן לפתור שאלה זו מבחינה הלכתית בדרך קזואיסטית. אך זה יוצא מן הכלל המלמד על הכלל, היינו כמעט כל הבעיות המודרניות מוצאות את פתרונן ההלכתי מתוך עיון במקורות קודמים בדרך קזואיסטית, עם התאמה להבדלים במציאות בין המקרה הקזואיסטי למקרה המודרני, אך תוך שימור העקרון העומד מאחורי המקרה הקזואיסטי.

הערה ד. - לפרק זכויות וחובות

על חובת הרופא להגיש עזרה רפואית וחובת אדם לשמור על חייב ובריאותו (ודעת הרמב"ם):

הערות המעיר: קיימת על כל אדם חובה הלכתית, ולא רק רשות, לדאוג לבריאותו – הן בדרכים של רפואה מונעת, והן בטיפול במחלות ובפציעות, על פי הפסוק 'ונשמרתם מאד לנפשותיכם'.

הערה ה. - לפרק טיפול בסוף החיים

לשאלת הטיפול הניתנים בסוף החיים, דרישות מטופלים ישראלים ומשפחותיהם והתחשבותם בנטל לנוכח המגבלות באמצעים.

הערות המעיר: אחד הנימוקים לקבלת בקשה אוטונומית של אדם המעוניין להמשיך בחייו, גם כאשר הדבר נעשה תוך ניצול משאבים מוגבלים, הוא: אי קיום בקשתו להאריך את חייו יביא למותו כאן ועכשיו באופן מעשי ונראה

לעין; לעומת זאת כלל לא ברור להיכן יגיע החיסכון במשאבים בגין הסירוב להעניק לו טיפול מאריך חיים – האם אמנם הוא ישמש למטרות יותר ראויות ונעלות מאשר הארכת חיים קצרה?

הערה ו. - בהמשך

בהתייחס לבקשת חולה הנוטה למות לקבל טיפול שלדעתו הרופא האחראי אינו צפוי להשפיע:

הערת המעיר: חוק דומה מתייחס להפסקת הריון, היינו החוק מאפשר לרופא שמצפונו אינו מתיר לו לבצע הפסקת הריון – להימנע מפעולה זו.

הערה ז. - בהמשך

בהתייחסות לטיפול שבכוחו להביא לתוצאה כפולה (double effect) – כגון טיפול במשכך כאב, אך גם עלול לקצר חיים

הערת המעיר: הגישה ההלכתית המוגדרת במושג "דבר שאינו מתכווין – מותר" מקבילה למושג "אפקט כפול". אכן בניגוד לעמדה הקתולית שהמטרה הטובה מספיקה לקדש כל תוצאה, כולל מצב שבו התוצאה הרעה היא הכרחית ובלתי נמנעת, הרי שההלכה מגבילה את ההיתר מכוח העיקרון של "דבר שאינו מתכווין" רק למצבים שהתוצאה הרעה איננה הכרחית. מצב זה מכונה בהלכה "פסיק רישא ולא ימות", היינו אדם המתכווין לראש התרנגולת וכורת אותו, אך איננו מתכווין שהתרנגולת תמות. מצב כזה אסור על פי ההלכה, שכן לא יתכן שהכוונה לראש תתקיים ללא התוצאה של מות התרנגולת.

הערה ח. - לעניין תגמול על תרומת איבר

הערת המעיר: כמו כן מתיר החוק בישראל לתת ניקוד יתר למי שחותם על כרטיס תורם ואף לבני משפחתו בדרגה ראשונה, ובודאי למי שתרים בפועל איבר מגופו. ניקוד היתר הזה הוא בודאי צורה של תגמול ותמריץ, למרות שלא מדובר במתן תשלום ישיר ובעין.

הערה ט. - על המעבר ממדיניות אי-גילוי בשורות רעות לגילוי בשם האוטונומיה

הערת המעיר: ואף יותר מזה – השיקול הבולט בכתביהם של רבנים בנידון היה הרצון למנוע נזק – primum non nocere. זה נבע מההנחה שגילוי האמת לחולה במחלה קשה ובודאי כשהיא חשוכת מרפא תביא לנזק בדמות דכאון ואולי אף התאבדות.

הערה י. - על אפשרות של "מעין השלמה בין רוח המסורת לתפיסת האוטונומיה

הערת המעיר: ואף לשקר – לכל חולה, לדיון ולחינוך איך, מתי ובאיזו צורה לומר את האמת. היינו גם אם מוסכמת כיום יותר ויותר העמדה שהחולים רוצים לדעת את מצבם ויכולים להתמודד עם הבשורות הרעות בצורה טובה, עדיין חשוב יותר לחנך ולהדריך כיצד ומתי אומרים זאת.

הערה יא. - פרק הטיפול במת

לפסקה הראשונה שעניינה **כבוד המת**

הערת המעיר: מעבר למושג הכללי של "כבוד המת" קיימת ההלכה של איסור ניוול המת. היינו כל ביתור של גוויה נחשב כניוול המת והוא אסור, אלא אם כן יש חולה בפנינו במצב של פקוח נפש, שהמידע שיופק מהמת על ידי ניתוחו יוכל לסייע בטיפול בחולה המסוכן.

הערה יב. - משפט הסיום

לעניין מיעוט נתיחות שלאחר המוות כיום

הערה מעיר: יחד עם זאת יש לציין כי בעידן המודרני יש דרכים חלופיות להפיק מידע חשוב מגוף הנפטר מבלי לנוול אותו במובן ההלכתי, היינו מבלי לבצע נתיחה מלאה לאחר המוות. לדוגמא: ניתן לבצע בדיקת MRI של הגופה שממנה ניתן ללמוד הרבה דברים חשובים; ניתן להסתפק בביופסיה מאזורים שמהם מצפים לקבל תשובות על מחלת הנפטר, ודבר זה מותר לדעת פוסקים רבים, ועוד.

פרופסור אברהם שטיינברג steinberg@szmc.org.il