

ד"ר מרדכי הלפרין

מניעת טיפול בחולה ALS והמתת חסד – המשותף והשונה בין פסק הלכה להכרעת שופט

תהליכים חברתיים

בארבע העשורים האחרונים גדל קצב הצטברות המידע המדעי, והוכפל הידע האנושי. אחד התחומים הבולטים בהתקדמותם הינו התחום הרפואי. במקביל להתפתחות הטכנולוגיה הרפואית המאפשרת תהליכים משוכללים של השתלת איברים וטיפולי פוריות עדינים, התפתחו גם שיטות החיאה אגרסיביות המאפשרות החזקה ממושכת של חולה אנוש ביחידה לטיפול נמרץ.

בד בבד עם ההתפתחות הרפואית ממשיכים להתחולל תהליכים חברתיים רבי עוצמה המשפיעים על אופי הטיפול הרפואי ועל יחסה של החברה לסוגיות הקשורות בבריאות, חולי ומוות. המעבר מהגישה הפטרנליסטית המערב אירופית ששלטה דורות רבים בעולם של רופאים וחולים, מפנה כיום את מקומה לגישה הדוגלת באוטונומיה מוחלטת של החולה, ומציבה את הרופא בעמדה של נותן שירותים לפי בחירת הלקוח. הקצנה של גישה כזו סופה להביא לדרישה למתן זכות סיום החיים, כמעט לכל אדם הדורש זאת.

עיון בסוגיות רפואה ומשפט המסעירות כיום את העולם המערבי מראה עירבוב תחומים ממשי. קצב השינויים במערכת המשפטית הינו איטי במהותו, ומהווה מקור ללחצים חברתיים רבי עוצמה. אולם הטריגר האמיתי לאותם לחצים איננו בהכרח החידוש הטכנולוגי, והוא עשוי להיות דווקא השינוי הדינמי בערכים החברתיים.

לדוגמא: בשנים האחרונות מתקיימים בארה"ב דיונים אינטנסיביים בנושא "הצוואה מחיים", בזכות החולה לסרב לקבל טיפול תומך מאריך חיים (כדוגמת הזנה באמצעות זונדה) וב"זכותו" של החולה להתאבד עם סיוע רפואי. דיונים אלו אינם נובעים דווקא מחידושים טכנולוגיים מסעירים, למרות שיש המנסים להציג אותם כך. אולם הם קשורים ללא ספק בשידוד מערכות חברתי המביא, עד כדי קיצוניות, את הדרישה לאוטונומיה מוחלטת, גם על חשבון הערך המיוחד של החיים. גישה זו איננה חדשה. חיים מלאי סבל עם תוחלת קצרה היו גם בעבר הרחוק מקור לדיונים אתיים

ומשפטיים על המתת חסד. השיקולים לכאן ולכאן לא השתנו. אך שינויים מחזוריים של ערכים חברתיים ממשיכים להתחולל בעולם עד היום.

המתת חסד בהולנד

מזה יותר מעשור שנים, מבוצעת בהולנד אותנזיה – המתת חסד אקטיבית, שהוגבלה תחילה לפעולה לפי בקשת החולה או הסכמתו מדעת. אולם בשנים האחרונות חזרו והתרחשו חריגות שונות וחמורות¹, אשר בחלקן אומצו אחר כך על ידי ההסדרות הרפואית ההולנדית. כיום רק מיעוט קטן של ההמתות הללו מדווחות כנדרש בחוק ההולנדי. מבוצעות המתות רבות של קטינים ויילודים פגומים גם ללא הסכמת הוריהם, כאשר קצת קשה ליחס לתינוקות עצמם הסכמה מדעת. הומתו אנשים מחוסרי הכרה ללא הסכמתם המפורשת, כמו גם חולים פסיכיאטריים שחלקם איננו חשוך מרפא. הומתו חולים הסובלים משטיון (דמנציה) והיו המתות רבות שההחלטה על ביצוען התקבלה בידי רופא בודד ללא שיתוף או ייעוץ עם רופא נוסף. קשה לקבל בהבנה את המתתם של חולים פסיכיאטריים, למרות שפעילות כזו היתה מקובלת בשנות השלושים בגרמניה הנאצית. דו"ח אמריקאי מכובד טוען שהמתת החסד בהולנד יצאה מכלל שליטה ויש אלפי מקרים של המתות חסד ללא הסכמת החולה המומת וללא דיווח לרשויות².

הכלל האתי של קיום "מדרון חלקלק" מצא בהולנד ביטוי אקטואלי מפחיד, כשהכתובת על הקיר ברורה.

עמדת ההלכה

מקובל לומר כי בשאלת המתת החסד, עמדת ההלכה היא חד משמעית: רצח מתוך רחמים אסור באופן מוחלט³.

כל פעולה המקרבת באופן אקטיבי את קיצו של אדם – מוגדרת כרצח. לעומת זאת, השפעה פסיבית – מניעה של פעולות מלאכותיות המאריכות חיי שעה מלאי סבל – לא מוגדרת כרצח, והיא מותרת בתנאים מסויימים⁴.

בעייה עיקרית היא הגדרת הגבול המדוייק בין פסיביות מותרת לבין "פסיביות" שהיא בעצם גרימת מוות.

1. ראה א' שטינברג, **אנציקלופדיה הלכתית רפואית**, כרך ד, ערך "נוטה למות", ובציונים [491] - [495] שם.
2. Keown J., Hastings Center Report 22:39 1992, הובא באנציקלופדיה שם, ציון [495].
3. **נשמת אברהם**, יו"ד, סי' שלט, ס"ק ד"ה לכן.
4. **נשמת אברהם** שם ד"ה וא"ל הגרש"ז, וד"ה וכן חולה.

הימנעות מחיבור חולה ALS למכשיר הנשמה

ALS - Amyotrophic lateral sclerosis – הינה מחלה הגורמת לשיתוק איטי של שרירי הגוף. תחילה הידים והרגלים, ובהמשך מתפשטת המחלה לשאר שרירי הגוף. עם התפתחות המחלה, הופך החולה למשותק לחלוטין ללא יכולת להזות שרירי גופו ופניו. החולה נמצא בהכרה מלאה, צלול בדעתו, שומע ומבין את הנאמר, אך חסר יכולת דיבור או תגובה, פרט לתנועת עינים, בעזרתה ניתן לקבל תשובות בינריות של "כן" ו"לא". בחלק מהמקרים מתפתחת במקביל רגישות-יתר בשרירים ובפרקים, עד כדי כאבים עזים בכל נגיעה בגופו. עם שיתוק שרירי הנשימה, החולה הנמצא בהכרה מלאה, ימות מחנק אם לא יחובר למכשירי הנשמה. למחלה אין עדיין מרפא, ורוב החולים נפטרים תוך שנתיים שלש.

לפני כשבע שנים, פנה לבית המשפט חולה במחלת ALS, המאושפז בבית החולים "ליכטנשטטר" שבבעלות "רעות" – שירות נשים סוציאלי. החולה, באמצעות נציגיו המשפטיים, פנה לבית המשפט המחוזי לקבלת סעד הצהרתי שימנע שימוש במכשיר הנשמה בגופו בניגוד לרצונו. המשפט עורר הדים רבים, והיו שניסו באמצעות משפט זה להחדיר לתודעת הציבור ולמשפט הישראלי עקרונות קיצוניים של אוטונומיה, המחייבים רצח מתוך רחמים, ודוגלים בלגיטימציה של סיוע פעיל להתאבדות.

המערכת המשפטית בישראל חששה, בצדק, מעיקרון המדרון החלקלק, ונציגת היועץ המשפטי לממשלה הופיעה כצד בבית המשפט. דווקא הגישה ההלכתית, המבדילה באופן חד משמעי בין מניעת טיפול מייסר בחולה סופני לבין רצח אקטיבי, נתקבלה לבסוף גם על ידי בית המשפט.

מנכ"ל "רעות", מר משה גולדשטיין, פנה אז אל הרב ישראל מאיר לאו, אז רבה הראשי של ת"א-יפו, וכיום הרב הראשי לישראל, בשאלת חכם. תשובתו של הרב לאו, מהווה עד היום מסמך אנושי רגיש, המתבסס על הלכה ברורה.

כללי ההלכה כפי שהובאו ב"ספר אסיא ג"⁵ כמו גם במכתב תשובתו של הרב הראשי, הרב ישראל מאיר לאו⁶, הקלו במידה רבה על פסיקת בית המשפט⁷, שאף ציטט חלק מהמקורות ההלכתיים. פסק הלכתי דומה נכתב

5. עמ' 429-457.

6. לעיל עמ' 229-228.

7. ה"פ 90/1141 בנימין אייל נ. ד"ר נ. וילנסקי, ביה"ח ע"ש ליכטנשטטר, משרד הבריאות ומדינת ישראל. מובא לעיל עמ' 130-143.

כשנה לפני כן ע"י פוסק הדור הרב שלמה זלמן אויערבאך זצ"ל, ופורסם לראשונה חודשים אחדים לפני פרוץ הדיון הציבורי⁸.

כאמור, בית המשפט הגיע למסקנות דומות. נציגי היועץ המשפטי לממשלה, היו מודעים לדעת המשפט העברי, ודאגו להתעדכן היטב גם בדעת הפוסקים בני זמננו. לחלק מעידכון זה, היו קשורים במישרין ובעקיפין גם חברים מהנהלת מכון שלזינגר. השופט ציין לשבח את גישת ב"כ היועצה"מ ה"מנסה בזהירות להתאים עצמה לתקופה המודרנית, הן בהתחשב בהתפתחות מדע הרפואה והן בהתחשב בהתפתחות מדע המשפט וכל זאת ללא התעלמות מהדין הקיים וממורשת ישראל"⁹.

בין פסק הלכה לפסק דין

אמנם על אף הדמיון בין מסקנת הרב הראשי למסקנת בית המשפט, ניתן להבחין בהבדלי ניואנס מעניינים בין שתי ההחלטות, בין היתר בשאלת התקדים.

לדוגמא: בפסק ההלכה כתב הרב בזהירות מיוחדת את השורת הבאות¹⁰:

"ולאחר שבאתי בדברים עם גדולי פוסקי דורנו שאף הם הדירו שינה מעיניהם בחיפוש אחר הדרך הנכונה, שהן קדושת החיים והן סבלו הממושך של החולה לנגד העינים, הגעתי למסקנה, שהנני מביא בפניך, תוך הדגשה מירבית כי אין מקרה דומה לרעהו ואסור בשום פנים לראות בפסיקתי זו משום תקדים לדרכי הטיפול בחולה אחר, במקום אחר וכזמן אחר – אף אם המקרים נראים דומים כשתי טיפות מים. המיוחד והמורכב בנושא הנדון – דרכי הטיפול במחלת ניוון השרירים של מר ב. א. – הם הקובעים את הגישה ההלכתית ההולמת למקרה זה בלבד."

לעומת זאת, בהכרעת הדין כתב השופט פסקה מעניינת בעלת משמעות הפוכה:

"המקרה שבפני נראה לי מקרה מתאים להתחיל בחריש הקרקע הבתולה תוך נסיון להציב מספר קריטריונים ראשוניים שעשויים להתפתח במשך השנים"¹¹.

8. נשמת אברהם, כרך רביעי, השלמות יו"ד, שלט, ב, יחד עם מכתבו של הרב הראשי ופסקי הלכה נוספים. הובא לעיל עמ' 225-227.

9. "מורשת ישראל" הינו ביטוי בעל משמעות משפטית. הביטוי לקוח מחוק יסודות המשפט התש"ם-1980. המפנה את מערכת המשפט הישראלית למורשת ישראל (כאשר קיימת לקונה בחוק הישראלי).

10. ההדגשות שלי (מ. ה.).

הבדל נוסף בין גישת הרב לבין גישת השופט היא הקביעה בידי מי צריכה להיות ההכרעה על מניעת הטיפול בבית החולים. האם בידי הפוסק המוסמך כפי שכתב הרב, שאמור לדון בכל מקרה ומקרה לגופו, או שמא בידי הרופא המטפל, כפי שרמז השופט:

"יחד עם זאת בית המשפט מבקש להתוות קריטריונים שאותו רופא מומחה צריך לשקול כשהוא ניצב מול דילמה שכזו, כאשר ההחלטה הסופית היא של הרופא ולא של בית המשפט."¹²

דומני שלמרות הדמיון הבולט בין המסקנות לגבי המקרה הנדון, ההבדלים הערכיים והמעשיים בין פסק ההלכה לבין הכרעת השופט הינם מהותיים מאד. מפאת חשיבות הנושא, הובאו לעיון הקוראים הן מכתבו של הרב הראשי, והן פסק הדין של השופט א' גורן במלואם.

מקור: אסיא נט-ס, עמ' 61-65 (1997)

11. סוף סעיף 14 בפסק הדין. ההדגשות שלי (מ.ה.).

12. סוף סעיף 13 בפסק הדין.