

נספח

קדימויות בהצלת נפשות – הגישה האתית*

הרב יעקב דיכובסקי, עו"ד

ראשי פרקים

- א. פתיחה
- ב. התיאוריה התועלתנית
- ג. התיאוריה הדיאונטולוגית
 1. אוטונומיה
 2. פטרנליזם
- ד. עקרונות אפשריים למתן עדיפות
- ה. קדושת חיי האדם
 1. כוונה להמית
 2. ערך החיים אינו ניתן לקיבוץ
- ו. פתרון פרוצדוראלי: גורל או כל הקודם

א. פתיחה

המונח ברירת חולים (triage) נטבע בצבא הצרפתי בימי נפוליאון כדי להחליט מי מהפצועים בשדה הקרב יטופל קודם. העקרון המנחה דרש, כי מי שיוכל לחזור ולהיות כשיר לשדה המערכה יזכה לקדימות בטיפול.

הדילמות בקדימות טיפול בנפגעים, מצויות בלבוש אחר גם בדילמות המצויות לפני הרופא הממונה ביחידה לטיפול נמרץ בבית החולים. הביקוש למיטות ביחידות לטיפול נמרץ עולה על ההיצע. סיטואציה: הרופא ביחידה מתבקש בו זמנית לקבל שני חולים ליחידה. ביחידה יש מקום פנוי אחד. החולה האחד בן 80 שפיתח הלם ספטי קשה כסיבוך להתנקבות מעי. החולה זקוק להנשמה ולתמיכה תרופתית. החולה השני בן 30 נפגע בריאה לאחר תאונת דרכים. זקוק לניטור בכדי לגלות דימום וסיבוכים ריאתיים. קבלת הצעיר ליחידה תגזור את דינו של הזקן. קבלת הזקן ליחידה תסכן את חייו של הצעיר.

דילמה זו מצויה גם בשאלת הקדימות לטיפול נמרץ ע"י יחידות ניידות לטיפול נמרץ – נט"ן. באירוע בו ישנם שני נפגעים ויותר הזקוקים לטיפול הניידת.

חלוקה לא נכונה של משאבים עלולה להוביל לירידה באיכות הטיפול בחולה יחידני, כפי שמדגים מקרה ואן סטטינה¹: בחורה בת 27 נפגעה בתאונת דרכים. לאחר ניתוח כריתת לבלב פיתחה כשל נשימתי. אושפזה ביחידה לטיפול נמרץ. במהלך אשפוזיה ניתקה ממנה מכונת ההנשמה. לאחר החיאה התאוששה, אולם נגרם לה נזק מוחי חמור עקב אספקת חמצן לקויה במהלך האירוע. נטען כי התקבלו ליחידה מספר חולים גדול מדי ולכן לא אובחנה התקלה בזמן. ביהמ"ש פסק לה פיצויים בגובה 12 מליון דולר. גם חלוקה לא נכונה של משאבים בטיפול ע"י נט"ן עלול לגרום לאסון.

בספר דילמות באתיקה רפואית² מובא, כי בשאלון שהועבר בין חברי צוות רפואי לטיפול נמרץ, נמצא שגם במצבים מוגדרים היטב אין אחידות דעים בנוגע לקבלת חולים ליחידה. מכאן שהרופאים אינם מתבססים רק על הערכה קלינית, אלא גם על ערכים אישיים. הוא הדין לדעתי גם בנוגע לקדימויות בטיפול בנפגעים.

* **הערות העורך:** נספח זה הינו פרק חמישי מתוך מאמר נרחב של הרב עו"ד יעקב דיכובסקי שליט"א (בנו של הרב שלמה דיכובסקי שליט"א, כותב המאמר הקודם) הכולל גם את ההיבטים התורניים-הלכתיים של נושא זה. הובא כאן רק החלק האתי, המהווה תוספת למאמרו ההלכתי של האב. זו גם דרכו של אאמו"ר באנציקלופדיה שכתב, שבכל ערך – לצד הדינים והשיטות השונות בחז"ל ובפוסקים – מובאות תוספות מהמשפט והאתיקה הכללית (יחד עם המציאות המדעית הרלוונטית).

¹ H. T. Engelhardt and M. A. Rie, "Intensive Care Units Scarce Resources and Conflicting Principles of Justice", 225 JAMA (March 1986), 1159.

² 'דילמות באתיקה רפואית' בעריכת רפאל כהן אלמגור, בפרק "בעיות אתיות בברירת חולים לטיפול נמרץ" מאת איתי בנטוב וצ'רלס ספרונג, עמ' 364, הוצאת מכון ון-ליר, ירושלים תשס"ב.

שתי תורות בסיסיות קיימות כיום ביסוד החשיבה האתית הנורמטיבית³:

ב. התיאוריה התועלתנית

תיאוריה זו מודדת את ערכיות הפעולה לפי תוצאותיה, ומגדירה כפעולה נכונה מבחינה מוסרית את אותו המצב אשר מביא לתוצאות הטובות ביותר עבור המספר הרב ביותר של בני אדם⁴.

הקושי התיאורטי העיקרי בשיטה זו הוא הנחת היסוד שלה, שאין כל ערך עצמי למעשים מוסריים, שהרי לפי תורה זו כל תוקפם של המעשים מתמצה בתוצאותיהם ובתכליתם. שיטה זו דוגלת בתפיסה שהמטרה מקדשת את האמצעים; מכאן שיכולות להיות פעולות שכשלעצמן הן פסולות מבחינה מוסרית, אך מוצדקות אם תוצאותיהן מביאות תועלת כאמור⁵.

התפיסה הכלכלית מתבססת על תיאוריה זו, ולפיה ממירים לערכים כלכליים את כל התוצאות ובודקים היכן מפסידים פחות. תפיסה זו בעייתית בכל הנוגע לפתרון דילמות מעולם הרפואה, מאחר ואינה מתחשבת בערכים אנושיים ורפואה עוסקת בבני אדם. נוסף לכך, דווקא אוכלוסיות נחלשות מבחינה כלכלית נפגעות מתיאוריה זו.

ישום התיאוריה בקדימויות בטיפול רפואי: מרבית האתיקאים סבורים, שהשיקולים הלגיטימיים הם הנתונים הרפואיים, היינו מידת הסתברות של הצלחת הטיפול מבחינת הישרדות החולים ויכולת התפקוד שלהם⁶. הבחירה בין חולים בעלי נתונים רפואיים זהים תיעשה על בסיס של קדימות בזמן. מי שבא ראשון יטופל ראשון⁷. קדימויות בטיפול על פי שיקולים אלו תואמות את התיאוריה התועלתנית.

ג. התיאוריה הדיאונטולוגית

תיאוריה זו קובעת, שמעשה נחשב כנכון וטוב מבחינה מוסרית אם הוא ממלא אחרי הדרישות הבסיסיות של עקרונות וערכים, שכוחם ותוקפם משל עצמם. ערכה המוסרי של פעולה הוא במיזוי החובה העצמית המוחלטת של הערך המוסרי, ללא התייחסות לתוצאות הצפויות⁸. מקור המוסר הוא הגיוני מוחלט ובלתי משתנה והוא הטוב העליון. ערכה המוסרי של פעולה ייקבע רק על פי כוונותיו של המבצע ולא על פי תוצאות הפעולה.

יודגש כי ביקורת רבה נמתחה על תיאוריה זו: מי קובע מה הוא ערך מוחלט?; אי התחשבות בתוצאות מביאה למצבים בלתי אפשריים בחיים; אין מנגנון להכרעה במצבים שבהם שני ערכים אוניברסאליים מתנגשים⁹.

בשנים האחרונות נוסחו עקרונות אתיים בסיסיים:

1. אוטונומיה

חופש של הרצון ושל הפעולה, גם אם לפי ההשקפה הרווחת בחברה בעל הדבר טועה; זאת בתנאי שהאדם הוא בעל בחירה ומשוחזר מהשפעה חיצונית. מרכיב נוסף בהחלטה הוא שיגיע למרב האינפורמציה הקיימת באותו ענין. נחלקו האתיקאים בשאלה אם עקרון האוטונומיה הוא עקרון-על הדוחה כל עקרון מוסרי אחר, או שמא הוא אחד מהעקרונות וניתן להידחות מפני עקרונות אחרים¹⁰.

³ עיין באנציקלופדיה הלכתית רפואית (מהדורה חדשה), כרך ז, ע' תורת המוסר הכללי עמ' 904 ואילך.

⁴ ראה באנציקלופדיה שם עוד בדעות השונות של הפילוסופים בשאלת מה הוא הטוב העליון.

⁵ ראה באנציקלופדיה שם קשיים נוספים הנובעים מתיאוריה זו.

⁶ לדוגמא: החברה האמריקאית לטיפול נמרץ קבעה הנחיות לקבלת חולים ליחידה, גם כאשר עדיין יש מיטות פנויות, מאחר ובמוקדם או במאוחר ייוצר צורך במיטות; לכן כל קבלה ליחידה היא בעצם החלטה של קדימות. עדיפות ראשונה לחולים קריטיים ובלתי יציבים. עדיפות שניה לחולים לא קריטיים, אך מצבם הרפואי דורש ניטור מתמיד של מדדים חיוניים והשגחה צמודה. עדיפות שלישית לחולים קריטיים אשר מצבם מפחית משמעותית את סיכויי ההחלמה. ראה:

The Critical Care Medicine Ethics Committee, JAMA 271:1200, 1994.

⁷ אנציקלופדיה הנ"ל, כרך ו, ע' קדימויות בטיפול רפואי עמ' 646.

⁸ ראש הדוגלים בתיאוריה זו היה עמנואל קאנט (1724 – 1804).

⁹ לאור קושי זה התפתחו מספר תיאוריות ניא-קאנטיאניות אשר מנסות לפתור את הבעיה, ראה באנציקלופדיה שם.

¹⁰ עיין באנציקלופדיה שם בישום האוטונומיה של החולה לבחור טיפול, או אי טיפול; ובישום האוטונומיה של הרופא שלא לטפל בניגוד למצפנו.

2. פטרנליזם

הגבלה חלקית של חירות הפרט, במעשה או במניעת מידע, בכדי למנוע נזק מאותו אדם¹¹.

יישום התיאוריה הדאונטולוגית: על פי תיאוריה זו, ערכה המוסרי של פעולה ייקבע רק על פי כוונותיו של המבצע ולא על פי תוצאות הפעולה. על המטפל לפעול מתוך כוונה ליישם עקרונות וערכים מוסריים. שאלת המפתח היא: האם יש לקבוע סולם עקרונות וערכים אשר יחייבו את המטפל על פי ההשקפה הפטרנליסטית, או לתת אוטונומיה למטפל לפעול אם כוונותיו ראויות גם אם הוא טועה בשיקול דעתו?

לדעתי, עקרון האוטונומיה רלוונטי רק לגבי החלטות אשר החולה צריך לקבל על גופו; זאת מתוך ההשקפה שכל אדם הוא בעלים על גופו¹² ולכן ישנה חירות לאדם לקבל החלטות על עצמו. אולם אין אוטונומיה לרופא להחליט על קדימויות טיפול של חולים; יש לקבוע את סולם הערכים והעקרונות אשר יורו לרופא את קדימויות הטיפול.

ד. עקרונות אפשריים למתן עדיפות

1. זכות לפי החשיבות המעמדית או התרומה החברתית: עפ"י שיטה זו מנהיג חברתי או צבאי יזכה לעדיפות.

2. קדימות עפ"י נסיבות המחלה – רשלנות עצמית: חולה שהביא על עצמו את מחלתו ע"י עישון או אלכוהול, זכאי פחות מחולה שחלה באופן תמים. גם בקדימות בטיפול בנפגעים אפשר לומר כי נפגע בתאונת דרכים אשר נגרמה עקב מהירות נסיעתו המופרזת, זכאי פחות מנפגע תמים אשר נקלע לתאונה שלא באשמתו.

3. קדימות לפי כוחות שוק ומחויבות מוסדית: חולה שמשלם או משלם יותר, יוקדם טיפולו. הבסיס המוסרי לקדימות זו הינה הקשר החוזי למחצה בין הרופא לפציינט, היוצר אצל הפציינט צפיות לגיטימיות. כך גם ישנה קדימות לעובדי מפעל אצל רופא המפעל, או קדימות לתלמידי ביה"ס אצל רופא ביה"ס, שהרי רופא המועסק ע"י אותם מקומות מחויב לספק להם שירותים רפואיים עפ"י החוזה בין הרופא למוסד. גם רופא צבאי מחויב ראשית כל לחיילים.

יצוין כי שיקולים דאונטולוגיים אלו אינם מקובלים על רוב האתיקאים¹³. בשיקולים אלו אין התמודדות עם החלטות ערכיות. השיקולים האלו מהווים סכנה מוסרית, עלול להתפתח 'מדורן חלקלק' אשר יפגע בערכי יסוד של החברה.

ה. קדושת חיי האדם

ישנם אתיקאים השוללים הן את התיאוריה הדאונטולוגית והן את התיאוריה התועלתית¹⁴. אתיקאים אלו הטוענים כי ערך החיים הוא עליון, אין סופי ואינו ניתן להמרה. על כן לא זו בלבד שהזהות המעמדית, האתנית או הלאומית; הזכאות המוסרית; התרומה הפוטנציאלית לחברה; או הקשר החוזי עם הרופא – כל אלה אינם רלבנטיים לקביעת סדר הקדימויות לטיפול בחולים, אלא אפילו מספר הניצולים אינו רלבנטי – אין להקריב חיו של אדם אחד בכדי להציל חמשה, שכן זה שימוש באדם עצמו כאמצעי עבור קידום אינטרס של זולתו.

אתיקאים אלו נחלקו לשתי קבוצות:

1. כוונה להמית

קבוצה אחת טוענת כי האיסור להקריב חיי אדם אחד בכדי להציל אחרים, מותנה בכך שמתכוונים לגרום למותו. אסור לבתר את אבריו של אדם בריא בכדי לשותלם במספר אנשים חולים ולהצילם. במקרה זה אין הבריא מאיים על חייהם של האחרים, אולם התוצאה מההימנעות מהריגתו המכוונת היא, שמספר חולים ימותו. לשיטתם הריגה בכוונה תחילה של אדם אסורה, אפי' במקרה שהוא מאיים שלא במתכוון על חייהם של האחרים.

¹¹ עקרון זה עומד בניגוד לעקרון האוטונומיה ונחלקו האתיקאים בשאלת האיזון בין העקרונות.

¹² **הערת העורך:** הרב עו"ד דיכובסקי שליט"א מתייחס כאן לעמדה האתית הנפוצה בעולם, אך עפ"י התורה אין אדם בעלים על גופו, ראה מאמרו של הרב וויליג שליט"א בספר זה – "רופה שטעה" פרק ג והערה 5 שם.

¹³ ראה 'דילמות באתיקה רפואית' שם. ראה גם בספר 'אתיקה ורפואה' מאת דוד הד, עמ' 111, הוצאת משרד הבטחון תש"ן.

¹⁴ ראה בספר 'אתיקה ורפואה' הנ"ל, עמ' 115.

דוגמא הממחישה את שיטת קבוצה זו: אדם בעל יתר משקל חוסם בגופו פתחה של מערה. החסימה גורמת לכליאתם של חמשה אנשים במערה. אין אפשרות להזיזו. אסור לפוצצו בכדי להסיר את החסימה.

האם מותר יהיה להטות קטר הדוהר על מסילה שניצבים עליה חמשה אנשים, לעבר מסילה צדדית שניצב עליה אדם אחד? לדעתו של ד"ר דוד הד יש לחלק בין המקרים: הריגת האדם החוסם את פתחה של המערה היא מכוונת ועל כן היא אסורה. אולם הריגת האדם הבודד הניצב על המסילה היא אינה מכוונת אלא נחזית ולכן יש מקום כאן לשיקול התועלתני להצלת חיי רבים.

2. ערך החיים אינו ניתן לקיבוץ

קבוצה שניה של אתיקאים סבורה כי גם כאשר אין כוונה להמית, אין להעדיף חיי חמשה על פני אחד. התפישה הפילוסופית שלהם היא, שאין משמעות לחיים אלא עבור בעליהם. לכן ערך החיים אינו ניתן לקיבוץ. אין ערך כשלעצמו בקובץ של חמש מערכות חיים, שכן אין שום סובייקט אשר עבורו יש בקובץ זה ערך יחודי. זכות החיים של חמשה אנשים היא זכות של כל אחד בפני עצמו ולא בתור קבוצה.

1. פתרון פרוצדוראלי: גורל או כל הקודם

לדעתו של ד"ר דוד הוד¹⁵ יש לאמץ פתרון פרוצדוראלי; שימוש בגורל או אסטרטגיה אחרת. פתרון זה יענה על הדרישה של רבי עקיבא בסיפור התלמודי (ב"מ סב א) והוא הצלת חיי אדם אחד לפחות. מאידך יענה הפתרון על דרישת השוויון שהציב בן פטורא הדוחה כל העדפה אשר מקורה בבעלות. לדבריו, יתן פתרון זה שוויון הזדמנויות וכבוד שווה לכל אדם. הוא יאפשר הסכמה מראש של הצדדים על קריטריון להעדפה ויסיר את האחריות מהרופא.

במקרה שהצדדים אינם יכולים להסכים מראש, יקבע הרופא את הקדימות עפ"י העיקרון **כל הקודם זוכה**. קבלת חולים ליחידה לטיפול נמרץ בבית"ח תהיה על בסיס מקום פנוי. גם אם יגיע לאחר מכן חולה אחר – לא יתקבל, ואפי' אם יוכל להפיק רווח גדול יותר מאשפוז ביחידה.

חסרונות השיטה: ראשית, היא איננה מתמודדת עם החלטות ערכיות; שנית, קשה לקבוע "היכן מתחיל התור" במקרים ספציפיים, כגון חולה המאושפז ביחידה ומשוחרר ושוב זקוק לאשפוז ביחידה, האם ייחשב כהמשך אשפוז או כאשפוז חדש.

גם בקדימות בטיפול בנפגעים ניתן לקבוע כי כל הקודם זוכה, אולם חסרונות השיטה רבים: אין התמודדות עם החלטות ערכיות; קשה עוד יותר לקבוע מה ההגדרה של "כל הקודם" – האם מי שנפגע ראשון, או מי שהובא ראשון לטיפול, או מי שהרופא הגיע אליו ראשון לטיפול באופן אקראי? נוסף לכך, פתרון זה קשה ליישום פעמים רבות, מאחר והוא פשוט רק במקרים שהצדדים הם בעלי סיכויים שווים, אולם אם סיכוייהם אינם שווים עדיין נשאל – האם גם כאן יש להחיל את עיקרון כל הקודם זכה?

במקרה בו אין להחיל עקרון אוניברסאלי של פתרון פרוצדוראלי, יש לדעת ד"ר הוד להחיל שיקולים של נאמנות ומחויבות אישית, אשר יש להם ערך פנימי ושימורם חשוב לחברה.

איתי בנטוב וצ'רלס ספרונג¹⁶ מגיעים למסקנה כי "בפועל מתקבלת ההחלטה בקדימות רפואית כבליל של שיקולים, שמעל כולם עומד שילוב של כל הקודם זוכה. במקרים שבהם צריך לבחור בין מספר חולים שהגיעו יחד, הקדימות נקבעת עפ"י עדיפות רפואית".

למעשה, לצורך קביעת קדימויות נדרשים מספר תחומים ברמת המאקרו: כלכלה, משפט, סוציולוגיה, פילוסופיה ועוד. החלטות ברמת המיקרו צריכות להיות מבוססות על בסיס מדעי איתן. אולם אין עדיין מספיק מידע, לכן מומלץ – עפ"י נסיונה של הוועדה לאתיקה של האגודה לטיפול נמרץ – ליישם את העקרונות הבאים בקדימות טיפול בחולים¹⁷:

- א. לא יובאו בחשבון הקדימויות: מעמד חברתי או כלכלי, גזע מין ומוצא.
- ב. העיקרון המנחה הוא: התוצאה הצפויה – הן בנוגע להארכת החיים והן בנוגע לשיפור איכותם.
- ג. אין צורך בהסכמת החולים לקדימויות הטיפול.
- ד. קווי היסוד של ברירת חולים יהיו ידועים מראש לציבור.

¹⁵ 'אתיקה ורפואה' שם.

¹⁶ ראה 'דילמות באתיקה רפואית' שם.

¹⁷ הובאו רק ההמלצות הרלוונטיות לקדימויות בטיפול באירוע רב נפגעים.