

צהר מאה TV ועשרים

הלכות חולה הנוטה למות
ואדם עם דמנציה

הרב יובל שרלו | הרב אוריאל גנזל | הרב שאול ברוכי

- מהדורה מקוצרת -

ארגון רבני צהר
היהדות של כולנו



מרכז
צהר לאתיקה
לע"נ איילה בתיה קרסל ז"ל

השתלמות בשאלות סוף החיים

לצוותים רפואיים, סיעודיים,
סוציאליים ופסיכולוגיים

הטיפול בחולים בסוף החיים מעורר אתגרים
ושאלות רבות. לרבים חשובה עמדת ההלכה
והאתיקה היהודית בנושא.

'צהר עד מאה ועשרים'
מקיימת השתלמויות, הרצאות וכנסים לצוותים
כדי להעמיק את ההיכרות עם עולם ההלכה
והאתיקה היהודית בנושאים אלו.



'צהר עד מאה ועשרים' מעניקה ליווי הלכתי ואתי לצוות המטפל
וכן ישירות לחולה ולבני משפחתו באמצעות צוותים של
רבנים ועובדות סוציאליות שהוכשרו לכך

הרצאות ללא עלות ניתן להזמין באתר

24/6 זמינות 24 Ⓜ צהר עד מאה ועשרים f ad120.tzohar.org.il 🌐 *9253 ☎

תוכן עניינים



- 5..... מכתב ברכה
 6..... פתיחה
 8..... על מיזם "צהר עד מאה ועשרים" – ייעוץ הלכתי-אתי לחולה ולבני המשפחה"

שער ראשון

- 11..... הטיפול בזקן ובחולה – "עד מאה ועשרים"?"
 12..... א | התמודדות עם הזקנה ועם החולי לאור שינויים טכנולוגיים ואתיים
 13..... ב | הלכה ותדמית ההלכה
 14..... ג | הארכת חיים – בכל מחיר?
 15..... ד | הארכת חיים לאור המעשה ברבי חנינא בן תרדיון
 16..... ה | הסרת המונע
 18..... ו | הטיפול הפליאטיבי

שער שני

- 23..... הלכות טיפול בחולה הנוטה למות ובאדם עם דמנציה
 24..... א | מבוא
 25..... ב | סקירה אתית כללית מקוצרת
 26..... ג | הגדרת "חולה הנוטה למות" בחיבור זה
 28..... ד | החובה להתרפא
 29..... ה | כיבוד רצונו של החולה
 32..... ו | טיפול מאריך חיים בחולה הסובל מייסורים
 34..... ז | טיפול בהקלת הייסורים בשבת או למול איסור אחר
 35..... ח | טיפול בחולה שסיכוייו להירפא ממחלתו נמוכים מאוד
 37..... ט | הנשמה מלאכותית
 39..... י | הזנה מלאכותית
 41..... יא | מתן תרופות
 42..... יב | משככי כאבים
 44..... יג | טיפול רפואי וסיעודי באדם עם דמנציה
 49..... יד | קיום מצוות על ידי אדם עם דמנציה
 52..... טו | טיפול בחולה במצב וגטטיבי קבוע (PVS)
 53..... טז | תפילה על חולה הנוטה למות
 54..... יז | אמירת אמת לחולה על מצבו הרפואי
 57..... יח | מעמד המשפחה בקבלת החלטות
 60..... יט | ייפוי כוח והנחיות רפואיות מקדימות
 64..... כ | המלצות למילוי טפסים של ייפוי כוח והנחיות רפואיות מקדימות
 66..... סיום

מכתב ברכה

"חביב אדם"

אחד הערכים שעליהם גדל כל אדם מישראל הוא הכבוד לאדם המבוגר. "מִפְּנֵי שִׁבְיָה תִּקְוֶה וְהִדְרִיָּת פְּנֵי זָקֵן". המסורת היהודית העלתה על נס את מעלתו של האדם המבוגר, יהודי ושאינו יהודי, שכן חוויות החיים האישיות של כל אדם מאפשרות מפגש באופנים שונים עם הופעת א־לוהים בעולם (ראו קידושין לא ע"א). חובה זו מועצמת ביחס להורינו שהצטוונו בכבודם.

בדרך הטבע, הזקנה והיחלשות הגוף והתודעה מעלות שאלות קשות הנוגעות למתח שבין ערך חיי האדם, שעליו נאמר "וְחַי בָּהֶם" והוא גובר כמעט על כל ערך אחר בחיינו, למול סבל ומצוקה ולעיתים אף ירידה גדולה בתפקודים הקוגניטיביים שאליהם נקלעים חלק מהמבוגרים בחודשים האחרונים לחייהם. לצערנו הרב, לעיתים שאלות אלו נוגעות גם לצעירים.

פסיקת ההלכה בשאלות אלו שהן דיני נפשות ממש מחייבת היכרות מעמיקה עם עולם הרפואה, לימוד בעיון של ההלכה ושיקול דעת עמוק. בכל שאלה יש להתוודע למצבו הפיזי והנפשי של החולה ולסבלו. מעל לכול נדרש לב שומע ומקשיב לחולה ולבני המשפחה המבקשים לעשות את הטוב והישר בעיני א־לוהים ואדם.

בעזרת צוות מופלא של רבנים ועובדים סוציאליים שהוכשרו יחד לכך, וצוות ייעוץ הכולל רופאים מומחים, מיזם "צהר עד מאה ועשרים" של ארגון רבני צהר – בהנהגת הרב יובל שרלו והרב אוריאל גנזל – מעניק מענה לפניית הרבות המופנות אלינו. ראויים כל העוסקים במלאכת קודש זו לברכה מאת ה'.



בחוברת זו, שבהכנתה הושקע עמל רב, שוטחים הרב יובל שרלו, הרב אוריאל גנזל והרב שאול ברוכי סיכום הלכתי רחב היקף ומעמיק בתחום של חולה הנוטה למות ודמנציה – תוך שימת לב מדוקדקת להיבטים ההלכתיים, הרפואיים והאנושיים. יחד עם ההתייחסות לטיפולים רפואיים שונים, המחברים מרחיבים גם בהיבטים של קיום מצוות על ידי חולה, תפילה על חולה בסוף חייו, ועוד. ישלם ה' פועלם ויזכו להגשים את שאיפתם להרחיב עוד בנושאים חשובים אלו.

בברכת אריכות ימים מתוך בריאות ונחת לכול.

הרב דוד סתיו

יו"ר ארגון רבני צהר

פתיחה

הצלחת הרפואה ויכולותיה מציבות את המבקשים לדעת את ההלכה בפני דילמות הולכות וגדלות הקשורות בסוף החיים. הפער בין הגוף והתודעה מעמיק ומתעצם: לעיתים הגוף בוגד באדם והתודעה נותרת בעינה, ולעיתים תפקודי הגוף טובים באופן יחסי אך התודעה שוקעת. יכולתה של הרפואה המודרנית להאריך חיים ולהשפיע על תהליך המוות מעלה שאלות הלכתיות ואתיות: מתי נכון לעשות כן ומתי לא? מהן הפעולות שחייבים לעשות בהקשר זה ומהן הפעולות שחובה להימנע מהן?

ברפואה המודרנית נוצרו ממדים חדשים של טיפול. לצד משימתה העיקרית, ריפוי מחלות והצלת חיים, קיים בה גם טיפול פליאטיבי – טיפול שתכליתו הטבת חיי החולה ("עטיפת החולה") גם אם אינו מאריך אותם.¹ מרחב זה מעורר סוגיות מתחדשות: מתי נכון – ומתי מותר – לפנות לטיפול פליאטיבי בלבד? מהם הכללים ההלכתיים-אתיים למעבר זה? ועוד. לא זו בלבד אלא שבמעבר זה רצונו המפורש או המשוער של החולה מקבל מעמד מיוחד, והדבר מחייב הקשבה, רגישות, אחריות וידע רב – רפואי, הלכתי ואתי.

בשנים האחרונות פרסמו מאמרים, ניירות עמדה ותשובות הלכתיות רבות בנושאים אלו, תחילה באתר "צהר לאתיקה" ובהמשך באתר "צהר עד מאה ועשרים" מטרת החיבור שלפניכם היא להביא בצורה מרוכזת את העמדה ההלכתית המרכזית בנושאים השונים לעניות דעתנו, יחד עם הצגה רחבה של שלל המקורות – למן מקורות היסוד בדברי חז"ל ועד הפסיקה בדורות האחרונים.

החיבור מורכב משני שערים הקשורים זה בזה אך יכולים להיקרא בנפרד. השער הראשון, "הטיפול בזקן ובחולה – עד מאה ועשרים?", הוא מעין מבוא שבו הצענו את עמדתנו העקרונית בנושאים אלו. מיעטנו במקורות בשער זה וסמכנו על ההרחבות בהמשך החיבור. עיקרו של החיבור הוא השער השני שבו מצוי דיון הלכתי ואתי בשאלות שונות של טיפול בחולה הנוטה למות ובטיפול באדם עם דמנציה.

חלק מהפרקים בשער השני פותחים בהקדמה המציגה את השאלות האתיות הנוגעות לפרק, ושאר הפרקים נסמכים על ההקדמה האתית בפרק ב. בסוף כל פרק, בהערות הסיום, מובאים דיון מפורט בסוגיות השונות, מבואות, סיכומים, ובעיקר מקורות לפסקים השונים ולעקרונות שהנחו את ההכרעות. ככלל נטינו לאמץ את דעת רוב גדולי הפוסקים. בשל מגבלות המקום בחיבור זה, לעיתים העיסוק במקורות הוא חלקי, תמציתי וקצר, ובעזרת ה' נאריך בספר המלא שאנו שוקדים על כתיבתו.²

החיבור הוא פרי ניסיון של שנים ארוכות והתמודדות עם שאלות רבות שאנו נשאלים במוקד "צהר עד מאה ועשרים". מטבע הדברים הוא עוסק בעיקר בחולה מבוגר, אך לצערנו הגדול אנו נשאלים גם בנוגע לצעירים ואף על יילודים.

במשך השנים ולקראת כתיבת החיבור נועצנו בעניינים הנידונים עם מומחים מתחומים שונים: רבנים, רופאים, אנשי טיפול וגורמים משפטיים. לנוגד עניינו עמדו דברי הרב משה פיינשטיין זצ"ל בשאלה באחד הנושאים שספר זה עוסק בו: "עצם הנידון הוא הוא דבר גדול מאד, בין מעצם הכרעת הדין שהוא דבר גדול ובאחריות הרבה בכל ענין שצריך עיון גדול מאד, ובין מצד שהנידון הא הוא בעניני פקוח נפש וחיי האדם ממש, וצריך לקבץ כל ת"ח שאפשר ובצרוף רופאים מומחים

ששייך שיהיו שם, שאז יש לקוות שהשי"ת יתן דעה להורות בענין חמור כזה" (שו"ת אגרות משה, חושן משפט, חלק ב, סימן עד). בד בבד עם דברי הרב פיינשטיין, המודעות לכך שאין מקורות רבים העוסקים בשאלות חמורות אלו מחייבת זהירות גדולה בהכרעת ההלכה, וכדברי הרב שלמה זלמן אויערבך: "אגיד לו נאמנה שאין אני קובע מסמרים בכל מה שכתבת, כי השאלות הן חמורות מאד, ואיני יודע ראיות ברורות" (שו"ת מנחת שלמה, תניינא [ב-ג], סימן פו, א).

כיצד לנהוג הלכה למעשה?

חשוב להדגיש כי מה שייכת בחיבור זה אינו אלא העקרונות ההלכתיים העומדים ביסוד הדברים ולא דרך יישומם בפועל. הפסיקה המעשית משתנה ממקרה למקרה ואין להקיש ממצב אחד למצב אחר. חשוב גם להבהיר כי מדובר בדני נפשות במובן כפול: ייתכן שאדם יעשה חלילה מעשים המוגדרים כרציחה על פי ההלכה, וייתכן שיעשה מעשים שיש בהם משום התעללות בחולה הסובל

החיבור הוא פרי
ניסיון של שנים
ארוכות והתמודדות
עם שאלות רבות
שאנו נשאלים
במוקד "צהר עד
מאה ועשרים". מטבע
הדברים הוא עוסק
בעיקר בחולה מבוגר



מייסורים הנמצא במצב של "טוב מותי מחיי". תפקידו העיקרי של חיבור זה אפוא הוא לאפשר לימוד של הסוגיות הרלבנטיות ולשמש רקע לפסיקת הלכה למעשה במצבים השונים. בשאלות למעשה יש להתייעץ עם רב המומחה לנושא, ואנו ממליצים להתקשר אלינו למוקד "צהר עד מאה ועשרים": *9253.

אנו מבקשים להודות לכל מי שהיה שותף בעמל הגדול שנדרש בחיבור זה ולכל אנשי המקצוע שאיתם התייעצנו: אנשי רפואה ומחקר רפואי, אנשי טיפול, יועצים משפטיים ועוד.

תודה לחברי הוועדה המייעצת ל"צהר עד מאה ועשרים": הרב דוד סתיו, יו"ר ארגון רבני צהר ורב היישוב שהם; פרופ' נחמי באום, ראש בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בר-אילן; ד"ר דרור דיקר, מנהל מחלקה פנימית ד, בית חולים השרון, המרכז הרפואי רבין; ד"ר נתנאל הורוביץ, ראש מנהלת האשפוז ומנהל היחידה לטיפול יום במערך ההמטולוגי, הקריה הרפואית לבריאות האדם – רמב"ם (הערותיו של ד"ר הורוביץ משוקעות בחיבור זה); פרופ' פייר זינגר, מנהל מחלקה פנימית-כללית והמכון לחקר התזונה בבית החולים בילינסון, המרכז הרפואי רבין, ומרצה בפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב ע"ש סאקלר; פרופ' צ'רלס ספרונג, מנהל אמריטוס, היחידה לטיפול נמרץ כללי, בית החולים הדסה עין כרם (הערותיו של פרופ' ספרונג משוקעות בחיבור זה); ד"ר חגית פדובה, סמנכ"ל איכות ובטיחות המטופל, מומחית ברפואה פנימית וראומטולוגיה, המרכז הרפואי תל-אביב ע"ש סוראסקי – איכילוב; ד"ר בעז תדמור, מומחה למחלות פנימיות, אלרגיה ואימונולוגיה קלינית, אשר ניהל את בית החולים בילינסון והיה חבר ועדת האתיקה וחוק חולה הנוטה למות של בית החולים (הערותיו של ד"ר תדמור משוקעות בחיבור זה).

תודה לרופאות ורופאים נוספים שתורמו לחיבור בהערותיהם המחכימות: פרופ' (אמריטוס) מאיר ברזיס, המרכז הרפואי הדסה והאוניברסיטה העברית; פרופ' צבי דוולצקי, מנהל המרכז להזדקנות בריאה ומנהל היחידה הגריאטרית, הקריה הרפואית לבריאות האדם – רמב"ם, והפקולטה לרפואה ע"ש רפפורט, הטכניון; ד"ר אסתר-לי מרקוס, מנהלת האגף להנשמה כרונית ושיקום נשימתי, המרכז הרפואי הרצוג; ד"ר רוני צבר, מומחה ברפואה פליאטיבית, ומייסד ומנהל רפואי, צבר רפואה; ד"ר אדיר שאולוב, מומחה ברפואה פנימית, המטולוגיה ורפואה פליאטיבית, מחלקת המטולוגיה והמרכז לטיפול תומך, המרכז הרפואי הדסה; ד"ר נדב שחם, האגף לרפואת הגיל השלישי, המרכז הרפואי תל-השומר ע"ש חיים שיבא; ד"ר דבי שפירא, מ"מ מנהלת מחלקה גריאטרית במרכז הרפואי שערי צדק.

תודה לד"ר דנה פאר, גרונטולוגית, מרפאה בעיסוק ומומחית לדמנציה. תודה לעמותת "עמדה", המעניקה איכות חיים לאנשים עם דמנציה ולבני משפחתם. תודה לעו"ד אסף בנמלך, לגב' אורית לביא-נשיאל ולעו"ד אפרת פריימן על הייעוץ המשפטי. תודה לשמואל מרצבך על עריכת הלשון.

תודתנו נתונה לכולם על עצותיהם המחכימות והמועילות. נעזרנו בהן רבות, אולם האחריות על האמור כאן היא שלנו.

לבסוף, תודה מיוחדת לצוות "צהר עד מאה ועשרים" – לרבנים ולעובדות הסוציאליות העושים עבודה מסורה בליווי החולים ובני משפחותיהם. ישלם ה' את שכר כולם מאוצרו הטוב.

הרב יובל שרלו | הרב אוריאל גנזל | הרב שאול ברוכי

אין להכריע הלכה למעשה מהנאמר בחוברת זו

בשאלות למעשה אתם מוזמנים להתקשר למוקד צהר: *9253

1 ראו להלן שער שני, פרק ג, הערה 1.

2 ניירות עמדה שונים שהם הבסיס לחיבור זה, ובהם ניתן למצוא פריסה רחבה יותר של הדעות השונות והפניה מלאה יותר למקורות, תשובות ומאמרים, נמצאים באתר "צהר עד מאה ועשרים" – <https://ad120.tzohar.org.il>. כמו כן, ניתן למצוא באתר מאמרים, ניירות עמדה, שאלות ותשובות וחומר עזר רב בנושאים הבאים: הכרעות בסוף החיים; הטיפול בהורה המבוגר ובאדם עם דמנציה, ומצוות כיבוד אב ואם; סדר תפילה וברכת המזון לחולה התשוש; סדר תפילות בשעת יציאת נשמה; ועוד.



על מיזם "צהר עד מאה ועשרים" – ייעוץ הלכתי-אתי לחולה ולבני המשפחה

באחד הימים הגיעו אלינו בני משפחה הלומה וסוערת. זה עתה הודיעו להם הרופאים כי בפניהם שתי אפשרויות: להרדים מיד את אביהם המבוגר ובכך להקנות לו לפי הערכתם עוד כ-4-6 שבועות חיים בידיעה שהסיכויים להצליח להעירו קלושים, או להשאירו כפי שהוא בידיעה שהוא עלול למות בתוך ימים אחדים. חלון הזמן להחלטה שניתן למשפחה: שעתיים.

סוף החיים מעלה שאלות כואבות מגוונות העולות ממצבי התנגשות בין חובת שמירת החיים ואי-קיצורם ובין איכות החיים, האוטונומיה של המטופל וכבוד האדם: האם לבצע החייה? האם להזין את החולה וכיצד? האם למלא אחר משאלתו של החולה המתייסר ומבקש נפשו למות? האם לתת לו משככי כאבים בידיעה שקיימת אפשרות שחלקם עלולים לקצר את חייו?

בעבור החולה ובני משפחתו, מדובר בהכרעות קשות מנשוא. בין שהמוות הקרב צפוי ובין שהוא תולדת אירוע פתאומי – החולה (במידה שהוא מסוגל) או בני המשפחה (בשאר המקרים) נאלצים לגשש את דרכם בלא שיהיו בידיהם הכלים הדרושים לשם כך, ולעיתים לקבל בטווח זמן קצר החלטות הרות גורל הנוגעות לחייהם וחיי אהוביהם הקרובים ביותר. לא פעם, החולה עצמו "מרים ידיים", ובני המשפחה נבוכים ואינם יודעים אם מותר בכלל להיכנע. במקרים אחרים רצונו של החולה לא ידוע לבני המשפחה בבירור, וגם אז המבוכה רבה.

גם החיים בצל דמנציה ארוכה של קרובי משפחה – אתגר שעימו תתמודד למרבה הצער כמעט כל משפחה בשלב זה או אחר – מעלים דילמות רבות וקשות המובאות בפנינו, כגון אלה הנוגעות לחובת כבוד הורים מול חובות כלפי הילדים ובני הזוג, לאמת ולשקר והלכותיהם מול הקרובים עם הדמנציה, למשמעויות הכלכליות של המצב, ועוד ועוד.

"צהר עד מאה ועשרים" הוא מערכת שלמה של ייעוץ הלכתי-אתי לחולים בכל הגילים ולבני משפחותיהם: יילודים, צעירים, מבוגרים ובעיקר כמובן קשישים, הפועל כחלק ממרכז האתיקה של ארגון רבני צהר. חלק ממערכת זו הוא מוקד מיוחד, ראשון מסוגו, הכולל

עשרה צוותים ייעודיים המורכבים מרב ומעובדת סוציאלית שעברו הכשרה ייעודית, הלכתית, רפואית וסוציאלית.

כוחה של הכשרה ייחודית זו, הממוקדת בהקשבה סבלנית ויסודית לחולה ולרצונותיו (אם הדבר אפשרי) ולמשפחה, לרצונותיה ולצרכיה, הוא בשילוב היתרונות שמביא אל הפעולה המשותפת כל צד מעולמות התוכן והמקצוע שלו.

צוותי הייעוץ עומדים בקשר קבוע עם מרבית בתי החולים ומוסדות הסייעוד והרפואה בארץ, מקיימים כנסים והשתלמויות לגורמי המקצוע השונים, ומקבלים פניות רבות להתייעצות מגורמי המקצוע ומוועדות האתיקה של מוסדות הרפואה השונים.

אנשי "צהר עד מאה ועשרים" מקיימים פגישות ממושכות עם משפחות החולים, ללא תשלום, ואם מצב החולה מאפשר זאת – גם עם החולה עצמו. בפגישות אלו הם מקשיבים לחולה ולמשפחתו ומנסים להבין את מצב החולה, מצב המחלה ומצב המשפחה. יחד עם המשפחה הם מבררים את רצונו המשוער של החולה (אם הוא אינו יכול להביע את עמדתו) ומסמנים את גבולות האסור והמותר לאור ההכרעה ההלכתית.

בפגישות התייעצות אלו חותרים הצוותים לקבלת החלטה של החולה, המתאימה לרצונו ומגובה על ידי בני משפחתו. כאשר החולה אינו יכול לקבל החלטה, הם חותרים לקבלת החלטה משפחתית פה אחד, בהתאם לרצונו המשוער של החולה. דרך זו מקילה

**בפגישות התייעצות
אלו חותרים הצוותים
לקבלת החלטה של
החולה, המתאימה
לרצונו ומגובה על
ידי בני משפחתו.
כאשר החולה אינו
יכול לקבל החלטה,
הם חותרים לקבלת
החלטה משפחתית
פה אחד**



את נטל האחריות הכבד המוטל על המשפחות ומסייעת בידן לקבל את ההחלטה האנושית, האתית והיהודית המכוונת ביותר.

את צוותי ההתייעצות עוטפת מערכת שלמה העוסקת בקיום הכשרות ורענונים מקצועיים, התייעצות עם גדולי המומחים בתחום ודיון מתמיד במצבים השונים.

במסגרת "צהר עד מאה ועשרים" מועברות הרצאות רבות לאנשי המקצוע ולקהל הרחב ומתקבלות פניות מאנשים רבים מכל העולם, יהודים ושאינם יהודים, בריאים או במצב טרום-סופני, המבקשים להתייעץ עימנו קודם שהם כותבים הוראות אחרונות לבני משפחותיהם.

את "צהר עד מאה ועשרים" החלטנו להקים מתוך הכרה כי משפחות רבות עומדות – ותעמודנה – בפני מציאות זו ותיאלצנה להתמודד עם שאלות כבדות. אנו מציעים להן אפוא מקור התייעצות להישען עליו בבואן לקבל הכרעות כואבות.

חיבור זה, שבו מרוכז הידע ההלכתי, המשפטי והאתי הנוגע למצבים מעין אלו, ובו גם מפורטים העקרונות ההלכתיים האמורים להנחות את החולה ומשפחתו במצבים השונים, נועד להיות פנס המאיר את הדרך לנוכח דילמות אתיות ומוסריות קורעות לב. הוא נועד לשמש מצפן הלכתי ואתי למשפחות העומדות בפני מצבים אלה, ובחיבורו אנו רואים מילוי חובה של ממש לסייע בעדן. החיבור גם משמש כיסוד ההלכתי והאתי של השירות שאנו מספקים לציבור בכללו – "צהר עד מאה ועשרים".

מניסיונו למדנו שהחיבור הרחב בישראל מבקש לדעת כיצד מתייחסת ההלכה למצבים ושאלות של סוף החיים. אופייה היהודי – ועם זאת גם האנושי והאוניברסלי – של התייחסות ההלכה למצבים אלה מציע מענה גם למי שפחות קרובים להלכה בחיי היום-יום שלהם. פגישות המשפחות עם צוותי הייעוץ שלנו מקילות עליהן את נטל ההחלטה בשעותיהן הקשות.

מוקד צהר: *9253

הקו פתוח 24/6

צוות הכולל רב ועובדת סוציאלית יפגוש אתכם בכל רחבי הארץ

השירות ניתן ללא תשלום ובפריסה ארצית



שער ראשון

הטיפול בזקן ובחולה – "עד מאה ועשרים?"

וזכר את בוראין בימי בחורתיך עד אשר לא יבאו ימי
הרעה והגיעו שנים אשר תאמר אין לי בהם חפץ: עד אשר
לא תחשך השמש והאור והירח והפוככים ושבו העבים
אחר הגשם: ביום שיזעו שמרי הבית והתעותו אנשי החיל
ובטלו הטחנות כי מעטו וחשכו הראות בארבות: וסגרו
דלתים בשוק בשפל קול הטחנה ויקום לקול הצפור
וישחו כל בנות השיר: גם מגבה יראו וחתחתים בדרך
וינאץ השקד ויסתבל החגב ותפר האביונה כי הלך האדם
אל בית עולמו וסבבו בשוק הספדים: עד אשר לא ירתק
חבל הכסף ותרץ גלת הזהב ותשבר כד על המבוע ונרץ
הגלגל אל הבור: וישב העפר על הארץ כשהיה והרות
תשוב אל האלהים אשר נתנה.

א | התמודדות עם הזקנה ועם החולי לאור שינויים טכנולוגיים ואתיים*

תהליך הזדקנותו של האדם – המסתיים תמיד, ללא יוצא מן הכלל, במותו – מתואר בספר קהלת בדרך הנאמנת מאוד לתפיסות הרפואיות והתרבותיות בנושאי ימינו. מוות מזקנה איננו אירוע נקודתי ופתאומי, ואין זה נכון להתמקד אך רק בשלב שבו מוגדר האדם כמת. המוות הוא תהליך של קריסת מערכות אשר מתחיל בדרך הטבע ב"ימי הרעה", שאחריהם קורסים את חלקים אחרים מהחיים המלאים עד לשיבת "העפר על הארץ" והרוח "אל האלהים אשר נתנה".

מבט על תקופה זו כתהליך כולל אינו חדש, עם זאת לא ניתן להתעלם מהשינויים המשמעותיים שהתרחשו בתחום זה מאז ימי המקרא – בין בהקשר של העובדות הרפואיות, בין בתפיסות העולם וההתמודדויות הרוחניות של תקופת החיים הזו. במישור העובדתי, מדע הרפואה השיג הישגים עצומים מאז ימי קדם, ולהצלחתה הכבירה של הרפואה נודעות השפעות מרובות בעניין שלפנינו.

העלייה הגדולה בתוחלת החיים מעצימה שתי תופעות הכרוכות בפערים גדלים והולכים בין הגוף ובין הנפש: לעיתים מדובר בבגידת הגוף לבדו, בעוד התודעה מתפקדת במלואה והייסורים הפיזיים קשים מאוד; לעיתים מדובר במצבים שבהם תפקודי הגוף טובים באופן יחסי אולם התודעה נעשית דמנטית, עד לאיבוד קשר עם המציאות (או כאשר ישנו שילוב של שני העניינים כאחד, כגון בתסמונת פרקינסון ודומיה). אלה המצבים שבהם נוסף למצב הרפואי הפיזי של האדם, אין הוא מסוגל עוד להביא לידי ביטוי את מלוא עוצמת צלם האלוהים שבו, ולעיתים אין הוא מסוגל לקבל החלטות ביחס לעצמו או להבין את מצבו כל עיקר.

שנית, ביד הרפואה המודרנית להאריך תקופה זו בדרכים שונות ומגוונות, לעיתים לתקופה ארוכה מאוד. פעולות רפואיות רבות – כגון השתלות, הנשמות, החיאות, דיאליזה, שימוש במכונת אקמו ועוד ועוד – היו נתפסות בעבר כ"תחיית המתים", ואילו כיום הן חלק בלתי נפרד מהטיפול המקובל. גם העולם התרופתי, הטיפולים התומכים השונים, אפשרויות התזונה ומתן הנוזלים, ותנאי החיים בכללם – כל אלה מחוללים שינוי משמעותי בשלבים המאוחרים בחייו של האדם.

מלבד השינויים הטכנולוגיים המאתגרים את העולם ההלכתי, ישנם גם שינויים תפיסתיים משמעותיים בסוגיה זו – ופוסקי ההלכה נדרשים לתת את הדעת אף עליהם. דומה שהשינוי התפיסתי הגדול ביותר שהתרחש בעשרות השנים האחרונות חל בכללי האתיקה הרפואית – ובעיקר ביחס בין שני כללים עיקריים המעיד על שינוי במשקלם.¹ בעוד בעבר ערך "קדושת החיים" (בניסוח זה או אחר)² שימש מצפן מרכזי בהתנויית דרכה של האתיקה הרפואית, ולמעשה גם העניק חלק ניכר מסמכות ההכרעה לצוות הרפואי, הרי שבאחרונה צמח ועלה משקל ערך האוטונומיה של החולה. ערך זה מתפקד כיום כמנחה העיקרי של כללי האתיקה הרפואית המקובלת בעולם. שינוי זה בא לידי ביטוי בהיקפים עצומים – בחקיקה, בפרקטיקה, בתפיסות הציבוריות, ולמעשה בכל מרחב שבו מתקיימים דיונים הקשורים לאתיקה הרפואית. המעיין לדוגמה בחוק זכויות החולה בישראל ימצא את

משקלה הגדול של בחירה זו, והוא הדין לחוקים נוספים כגון חוק החולה הנוטה למות.

רצון החולה ותפיסתו הם חלק מדברי פוסקי ההלכה העוסקים באתיקה הרפואית וקובעים כי יש לשאול את החולה לרצונו – אף שלא מצאנו התייחסות לכך בתקופה קדומה יותר. ביסוס הקביעה ההלכתית הזו נעשה בדרכים שונות:³ למן ההנחה שכיוון שיש לאדם בעלות מסוימת על גופו, חובה לבקש את הסכמתו לטיפול רפואי; ועד לעיקרון "לב יודע מרת נפשו" – כלומר ההכרה כי פעמים רבות דווקא החולה הוא הפרשן הרפואי הטוב ביותר למצבו (או למצער ההכרה בכך שפעילות רפואית נגד רצון החולה עלולה להביא לנזק גדול יותר מכוח העובדה שפעלו נגד רצונו והסכמתו). גם הרשות שניתנה לחולה להכניס את עצמו למצבי ספק נפשות כדי להינצל מייסורים, כגון לעבור ניתוח קשה ומסוכן, מלמדת על מקומה של ההסכמה ועל חשיבותה.⁴

למעשה, הדבר קשור לשינוי מהותי שמתחולל בכלל בתפיסת הרפואה. הצורך בהסכמה מדעת נובע גם מתפיסת עולם שלפיה תהליך הריפוי עצמו השתנה: הרופא איננו "בעל

רצון החולה

ותפיסתו הם

חלק מדברי

פוסקי ההלכה

העוסקים באתיקה

הרפואית וקובעים כי

יש לשאול את

החולה לרצונו

מקצוע" שבא לתקן את הטעון תיקון בעוד החולה הוא "האובייקט" המטופל. ההכרה כיום היא שהחולה הוא חלק בלתי נפרד מתהליך הריפוי – למן שותפות באבחנה, דרך בחירת הטיפול המתאים למציאות זו מתוך שלל אפשרויות (בהתחשב בכך שפעמים רבות איננו יודעים מהן כלל ההשלכות של תהליך רפואי, ויש בו לפיכך מרכיב של סיכון), ועד לצורך בשיתוף פעולה מלא של החולה כדי שתהליך הריפוי יהיה מוצלח. בתפיסת עולם כזו, לא קיימת כל התלבטות בדבר הצורך בהסכמה מדעת של החולה.

ב | הלכה ותדמית ההלכה

כאשר אנו עוסקים בסוגיות סוף החיים אנו מוצאים עצמנו במקום מיוחד. בירור זה איננו מתרחש בחלל ריק. הוא מתקיים על רקע מסוים ועל בסיס תפיסות קיימות ביחס לעמדות ההלכה אשר מחייבות בדיקה ובירור.

בראש ובראשונה יש לתת את הדעת על כך שבמקורות חז"ל איננו מוצאים הוראה מפורשת על חובה להתרפא (אף שניתן להסיק ממקומות שונים שזוהי עמדתם).⁵ מבחינה מסוימת ניתן להתרשם כי ההפך הוא הנכון: מעצם העובדה שנדרש מקור מיוחד המלמד כי ניתנה לרופאים רשות לרפא, אפשר להסיק שנקודת המוצא היא שרפואה אסורה.

אומנם יש יסודות מצרניים לכך, כגון האיסור להתאבד (שאפשר אולי להסיק ממנו כי אדם המתחמק מטיפול במחלתו הרי הוא כמי ששולח יד בנפשו בצורה פסיבית), האיסור לחבול בעצמו, או החובה של "ונשמרתם מאד לנפשתיכם" (דברים ד, טו), שאף שעוסקת במקורה בשמירה רוחנית מפני התדרדרות לעבודה זרה, נדרשה גם כחובה של שמירת הגוף. אולם אלה אינם מקור מפורש המחייב את האדם לרפא את עצמו.⁶

ניתן גם לטעון כי אם ההלכה מחייבת לחלל שבת בעבור פיקוח נפש, הדבר מוכיח שהיא מחייבת להתרפא,⁷ אולם ניתן לחלוק על הוכחה זו וכך טענו חלק מהאחרונים. למעלה מכך, הרשות שניתנה לרופאים היא "לרפא", וכלל לא ברור שניתנה להם רשות לבצע פעולות רפואיות שאינן מרפאות את האדם אלא מאריכות את חייו ללא תוחלת וללא אופק.

הוא הדין גם לסוגיות המתחדשות של סוף החיים, בין כאשר מדובר בטכנולוגיות שונות, בין כאשר מדובר בהעצמתם של ערכי יסוד באתיקה הרפואית ובראשם כאמור האוטונומיה של החולה. גם כאן, הדיון איננו מתחולל בחלל ריק. התדמית ההלכתית הקיימת היא שאסור להרפות עד הנשימה האחרונה. יש הסוברים כי לפי ההלכה אין לנו בחירה כלשהי ביחס לחובת המאבק על החיים: החיים אינם שלנו כי אם של ריבוננו של עולם, וממילא איננו רשאים לוותר עליהם או להרפות מהם. לפיכך הם סבורים כי ההלכה מחייבת לעשות הכול כדי להאריך את החיים, ללא תנאי וללא סייג. לתפיסה זו נוספת גם האמירה שאין אנו יודעים את הערך הגדול של רגע חיים אחד, ועל כן אנו חייבים להילחם בכל מחיר על כל נשימה, ולא להרפות. היו אף שפסקו כי כל זה נכון גם אם החולה מתנגד לזה בכל תוקף.

ג | הארכת חיים – בכל מחיר?

דוגמה לבחינה מחודשת של עמדות אלה היא מכתב שכתב לפני עשרות שנים הרב יעקב ישראל קנייבסקי זצ"ל (1899–1985), מחבר הספר "קהלות יעקב" וממנהיגי היהדות החרדית הליטאית בדור האחרון. הרב קנייבסקי מספר על קיומה של תדמית בעניין זה ועל הצורך לבחון אותה מחדש:

בעיקר היסוד דכל מה שאפשר להאריך חיי החולה (אפילו אינו אלא לחיי שעה) צריכים לעשות – אמת שגם אני שמעתי בילדותי מימרא כזו, ולא ידעתי אם זהו מבר סמכא הוא.

אבל בעיני דבר זה צריך עיון גדול, דביו"ד [=שולחן ערוך, חלק יורה דעה, ראו להלן] סי' שלט מבואר דמותר להסיר דבר המונע פטירת החולה, ורק מעשה בגופו אסור לעשות, ואם כן להיות בשב ואל תעשה לכאורה (במקום שעל ידי זה יתווספו לו יסורים) לא מצאתי איסור, ואדרבה יש ללמוד למנוע מזה [...] אבל לכאורה כל שאינו אלא לחיי שעה ואין בו הצלה ממש, דמי לנידון הגוסס, שהרי הגוסס הוא כחי לכל דבריו, וכל זה צריך עיון גדול.⁸

הבה נדייק בדבריו ונפתח במסגרת הדין. בראשית דבריו מתאר הרב קנייבסקי כיצד בצעירותו נתקל אף הוא בתדמית הרווחת אשר גורסת כי ההלכה מחייבת להאריך את חיי החולה גם אם אין מדובר אף ברימיסיה, הפוגה או נסיגה של המחלה, אלא רק ב"חיי שעה" – כלומר בהארכת החיים לזמן קצר ואפילו לרגעים בודדים. לדבריו, עמדה זו התפשטה בבתי המדרש ובעולם הפסיקה.

אולם עתה הוא מזהה שהדבר "צריך עיון גדול". השימוש במונח "צריך עיון" – כמקובל בשפה הלמדנית-ישיבתית – הוא הדרך להביע את קיומה של קושיה גדולה על עמדה קדומה מסוימת כאשר הלומד חושש לבטלה. כאשר משתמשים בביטוי "צריך עיון גדול" מבטאים עמדה בטוחה בדרכה, שלמעשה אכן חולקת על העמדה הנידונת ואף מבטלת אותה.

הרב קנייבסקי מציין כי בשעה שלמד לעומק את המקורות עצמם "לא מצאתי איסור" בנידון זה, כלומר אין בסיס לטיעון שזוהי עמדת ההלכה. ברם, הוא אף מרחיק לכת ומורה כי "יש ללמוד למנוע מזה". בעיניו אפוא לא זו בלבד שהטיעון כאילו חובה להילחם על כל שניית חיים "צריך עיון גדול", אלא שאפשר כי במצבים מסוימים אסור להאריך את חיי החולה! בדברים הללו פתח הרב קנייבסקי מחדש דיון רגיש זה, ואף הוא עצמו כתב בסוף "וכל זה צריך עיון גדול".

חשוב להדגיש כי בעל "קהלות יעקב" לא היה היחיד שנקט עמדה הלכתית זו. להפך – פוסקי הלכה רבים קבעו עמדה דומה ודבריהם יובאו בהמשכו של חיבור זה כמקורות לפסיקות השונות המובאות בו.⁹ ברם נראה כי מבחינה תודעתית לא הצליחו פוסקים אלה לשנות את התדמית ההלכתית הציבורית במידה ניכרת, והציבור עודנו סבור ברובו כי זוהי העמדה ההלכתית היחידה. מסתבר שחלק מתדמית זו נובע מהתחושה האנושית והרצון להילחם על כל שניית חיים של יקירינו ומהפחד להכריע להפסיק את המאבק על הארכת החיים.

קודם שנדון בראיות שהרב קנייבסקי מביא לדבריו, חשוב לחדד כי לפנינו שתי סוגיות. סוגיה ראשונה היא הדין בעצם החובה להתרפא

ובשאלה אם נאסר על אדם להרים ידיים במאבק למען המשך חייו משום שהוא איננו מעוניין בהם יותר. רוב ככל פוסקי ההלכה קבעו כי כל אדם היכול להתרפא – חייב לעשות זאת. ברם, גם לחובת הטיפול הרפואי יש גבול. במצבים שבהם לא ניתן עוד לרפא, השאלה היא: מה נכון לעשות? הרשות שניתנה לרופאים היא "לרפא", וכאמור כלל לא ברור שניתנה להם רשות להאריך חיים באופן מלאכותי כאשר אין אופק רפואי ולא מדובר כלל על ריפוי. דברי בעל "קהלות יעקב", כמו גם דבריהם של פוסקים רבים אחרים שיובאו בהמשך החיבור, בוחנים עמדה זו באופן שונה כאשר מדובר בייסורים גדולים ובתחושה עצמית שטוב מותו של האדם מחייו.

סוגיה שנייה היא אופי הפעולות המותרות בעשייה כאשר החולה נמצא במצב שבו אין עליו עוד חובה להתמודד על המשך חייו, בין מחמת ייסוריו הגדולים וכאמור, בין מחמת היעדר אופק רפואי כלשהו ההופך את הטיפול חסר תוחלת. בעל "קהלות יעקב" מדגיש כי גם כאן יש לבחון מה מותר לעשות ומה אסור.

רוב ככל

פוסקי ההלכה

קבעו כי כל אדם

היכול להתרפא –

חייב לעשות זאת.

ברם, גם לחובת

הטיפול הרפואי

יש גבול

ד | הארכת חיים לאור המעשה ברבי חנינא בן תרדיון

מהם המקורות המחייבים בחינה מחודשת זו? שני מקורות יסוד נמצאים בבסיס התפיסה הקיימת והם אלה הטעונים בחינה מחודשת. המקור הראשון הוא האתוס שהובא לעיל: מדובר בדימוי רווח הגורס כי היהדות מחייבת להאריך את החיים בכל מחיר, שכן "אין אתה יודע את ערכה של דקת חיים בעיני הקב"ה" או "החיים אינם של האדם ולכן אין הוא רשאי לוותר עליהם". דיונים רבניים רבים העוסקים בסוגיות אלו פותחים בשאלה האם החיים הם שלנו או שמא הם שייכים לריבונו של עולם, ומעידים על כך שזהו אחד המקורות הבסיסיים לעמדה האוסרנית.¹⁰

יסוד התנועה הרוחנית שלפיה החיים צריכים להינטל רק על ידי ריבונו של עולם נעוץ באחד הסיפורים המופלאים המופיעים בתלמוד, סיפור אשר עוסק במסירות הנפש של רבי חנינא בן תרדיון בשעה שהוציאוהו להורג. ברם, בדיוק באותו מקור שממנו יונק האתוס הנזכר, אנו מוצאים גם את הפכו המוחלט. נעיין בחלק הסיפור הרלבנטי לדיון, העוסק בהוצאתו של רבי חנינא להורג:

אמרו לו תלמידיו: רבי מה אתה רואה? אמר להן: גליון נשרפין ואותיות פורחות. [אמרו לו]: אף אתה פתח פיך ותכנס [בך] האש? אמר להן: מוטב שיטלנה מי שנתנה, ואל יחבול הוא בעצמו [...]¹¹

תלמידיו של רבי חנינא מבקשים לצמצם את ייסוריו ומנסים לשכנע אותו לפתוח את פיו ועל ידי כך להחיש את מותו; ואילו הוא עונה להם שמי שנתן לנו את החיים – הקב"ה – הוא זה שצריך ליטול אותם והאדם אינו רשאי לחבול בעצמו. אילו הייתה הסוגיה מסתיימת כאן, היינו אכן מוצאים בקטע תלמודי זה את שורשו של האתוס הנזכר: מקור החיים הוא ריבונו של עולם; הוא שנטע אותם בתוכנו ורק הוא מופקד על לקיחתם, ואנו איננו רשאים לפתוח את פינו ולקרר את המוות.

אולם הסיפור אינו מסתיים כאן, ומיד לאחר ההצעה של התלמידים, מובאת בתלמוד הצעתו של התליין עצמו:

אמר לו קלצטונירי: רבי, אם אני מרבה בשלהבת ונוטל ספוגין של צמר מעל לבך – אתה מביאני לחיי העולם הבא? אמר לו: הן. [אמר לו הקלצטונירי]: השבע לי. נשבע לו [רבי חנינא]. מיד הרבה [הקלצטונירי] בשלהבת, ונטל ספוגין של צמר מעל לבו [של רבי חנינא], יצאה נשמתו במהרה. אף הוא [הקלצטונירי] קפץ ונפל לתוך האור.

יצאה בת קול ואמרה: רבי חנינא בן תרדיון וקלצטונירי מזומנין הן לחיי העולם הבא [...]¹²

המעין בדברים יגלה כי לא רק שהתליין הציע לרבי חנינא להסיר את המונע ("נוטל ספוגין של צמר"), אלא שהלה הציע גם לעשות פעולות אקטיביות כדי לקצר את ייסוריו של רבי חנינא ("מרבה בשלהבת") ולקצר את תהליך מותו בפועל. הצעה זו התקבלה בנכונותו של רבי חנינא להביא אותו לעולם הבא – כלומר התקבלה בחיוב על ידי רבי חנינא בן תרדיון עצמו על אף הדברים שאמר לתלמידיו – והביאה לשבועתו בדבר הבאת המוציא להורג לחיי העולם הבא. נראה גם שהתלמוד מסכים עם עמדתו של רבי חנינא והסוגיה מסתיימת בדברי בת הקול שהכריזה "רבי חנינא בן תרדיון וקלצטונירי מזומנין הן לחיי העולם הבא". יש לשים לב שלא רק מה שעשה המוציא להורג לרבי חנינא בן תרדיון בהסכמתו מביאו לחיי העולם הבא, אלא גם קפיצתו לתוך האש, שאף היא פעולה אקטיבית – אך כמובן אין להתעלם מהנסיבות.

ראשונים ואחרונים עסקו במשמעויות המעשיות של קביעה זו וביחס שבין הסירוב לקבל את הצעת התלמידים ובין ההסכמה לקבל את הצעת המוציא להורג. חלקם לדוגמה ביססו את ההבדל בין שני ההיגדים על העובדה שהמוציא להורג לא היה יהודי ועל כן הכללים שונים;¹³ אולם על פי העולה מפרוטו של הסיפור – אכן ישנם מצבים שבהם מותרת נטילת חייו של אדם. הדברים מצטרפים למקורות נוספים, במציאויות חריגות, כמו נטילת חייו של שאול המלך בידי עצמו והצדקתה ההלכתית, או ההשלכה העצמית לים של השבויות המתוארת במסכת גיטין נז ע"ב.¹⁴

על כל פנים, מהמקורות השונים יש ללמוד כי האתוס החד־משמעי שלפיו בכל תנאי ובכל מצב נטילת החיים נעשית על ידי הקב"ה איננו מצוי במובהק גם במקורות אגדתיים – בוודאי כאשר אין מדובר בפעולות אקטיביות אלא בהימנעות מפעולות הצלה.

ה | הסרת המונע

דרך כלל, דברי אגדה אינם משמשים מקור יסוד לפסיקת הלכה; ורק כאשר אין בנמצא מקורות הלכתיים מובהקים, אנו מוצאים שימוש נרחב במקורות מסוגים שונים – מקראיים, אגדתיים וכדומה. במקרים רבים, כפי שנראה להלן, תורגמו המקורות האגדתיים למקורות הלכתיים על ידי ההלכה עצמה; אולם כאמור הלכה נפסקת בראש ובראשונה על ידי מקורות הלכתיים מובהקים.

ואכן, המקור המרכזי בסוגיה זו, המובא גם בדברי בעל "קהילות יעקב", הוא דברי הרמ"א, גדול פוסקי אשכנז במאה ה-16, בהגותו ל"שולחן ערוך":

וכן אסור לגרום למת שימות מהרה, כגון מי שהוא גוסס זמן ארוך ולא יוכל להיפרד, אסור להשמיט הכר והכסת מתחתיו, מכוח שאומרים שיש נוצות מקצת עופות שגורמים זה וכן לא יזינו ממקומו. וכן אסור לשום מפתחות ב"ה [=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.¹⁵

קודם לניתוחם של דברי הרמ"א, חובה לשים לב כי מדובר ברפואה שהייתה מקובלת בימיו וכי כדי להשתמש בעקרונות העולים ממנה נדרשת הפשטה מסוימת שלה. כדי להציב את פסיקתו של הרמ"א כמורת הדרך בימינו מן ההכרח להבחין בין הטכנולוגיה הרפואית שעליה הוא מדבר – שכמובן אינה רלבנטית כלל ועיקר ברפואה המודרנית – ובין העקרונות ההלכתיים והאתיים המופיעים בדבריו, שהם יסודות ההלכה.

בדבריו מותח הרמ"א קו בין האסור ובין המותר. בראש דבריו הוא קובע כי "אסור לגרום למת שימות במהרה". זוהי קביעה חד־משמעית: חל איסור מוחלט לבצע פעולה אקטיבית לקיצור חייו של אדם. חשוב להדגיש כי גם עיקרון זה טעון דיון, כמו כמעט בכל תחום הלכתי, שכן עשויות להיות נסיבות מסוימות (כפי שראינו לעיל) שבהן יידחה עיקרון זה מפני עקרונות אחרים (כגון פחד מפני אי־עמידה בניסיון המרת דת),¹⁶ אולם נקודת המוצא ברורה: הדבר אסור.

הרמ"א אינו מסתפק בקביעת העיקרון (הראשון מבין שניים) אלא מבהיר את דבריו בשלוש דוגמאות. הדוגמה הראשונה היא השמטת הכר והכסת. מהניסוח שבדבריו לא ברור עד תום מהי הפרקטיקה הרפואית המדוברת, ומשום כך גם לא ברור לגמרי מדוע הדבר אסור. ואכן, פרשני ה"שולחן ערוך" נחלקו בסוגיה זו. מדברי הט"ז נראה כי המוטיבציה להשמטת הכר היא כפולה: גם כדי להסיר מונע מוות (הנוצות), וגם כחלק מהיערכות למה שצפוי שיתרחש לאחר מותו של האדם. ההלכה רואה חשיבות גדולה בכך שגופתו של נפטר תונח על דבר קר, כדי לשמור על כבודה, וההנחה היא שהכר הוא דבר חם ועל כן רוצים לשומטו. אולם הדבר נאסר משום שזוהי פעולה בידיים של תזוזה, שהיא עצמה ממיתה.

הדוגמה השנייה המובאת בדברי הרמ"א היא איסור מוחלט להזיז אדם גוסס ממקומו, בשל ההנחה כי התזוזה עצמה עלולה לקרב את מותו באופן אקטיבי. איסור ההזזה מופיע במקורות הקדומים בניסוח מפעים:

הנוגע בו ומזיזו הרי זה שופך דמים, שהיה רבי מאיר אומר: משל לנר שהוא מטפטף, כיון שנגע בו אדם מכבהו. כך כל המעמץ את עיני הגוסס מעלין עליו כאילו הוא נוטל נשמתו.¹⁷

איסור זה גם משפיע על הפסיקה ההלכתית ביחס לבדיקות שונות לקביעת חייו או מותו של אדם, שכן הוא אוסר להזיז את הגוסס ממקומו ואפילו לגעת בו.

הדוגמה השלישית היא רפואה סגולית. כפי הנראה, באותם ימים רווחה הסברה כי מפתחות בית הכנסת מסייעים לאדם "להיפרד" מן העולם, אולם הרמ"א קובע שהדבר אסור כיוון שמדובר בפעולה אקטיבית. דוגמה זו אינה ברורה עד תומה. ברם, גם מי שאינו מאמין כלל בסגולות יכול ללמוד מדברי הרמ"א כי אסור לעשות פעולות אקטיביות לקירוב מיתתו של אדם.

שלוש הדוגמאות מדורגות, והבחין בכך בעל "ערוך השולחן":

[...] ולא מיבעיא לשמוט הכר מתחתיו שבוזה ראשו מזוי הרבה מגבוה לנמוך, אלא אפילו להזיז מעט אסור, ואפילו לא יעשו מעשה בגופו כלל אלא להניח תחת ראשו בלי הזזה כלל את מפתחות בהכ"נ, ג"כ אסור, דסוף סוף עושה מעשה שימות מהרה אף אם אין המעשה בגופו של הגוסס.¹⁸

נדגיש שוב את החידוש שבדוגמה של מפתחות בית הכנסת, שכן דוגמה זו מלמדת במפורש שגם כשמדובר בפעולות אקטיביות שאינן נעשות בגופו של הגוסס – הדבר אסור.

לאחר שקבע הרמ"א מה אסור לעשות, הוא פונה להגדיר את תחומי ההיתר. גם כאן הוא מנסח את דבריו בהגדרות נורמטיביות המלוות בדוגמאות. הגדרת הדבר המותר, ואולי אפילו החובה, חדה: "הסרת המונע". אם יש דבר שמעכב את החולה מלמות, ולא נעשית פעולה אקטיבית לקירוב מותו – מותר להסירו. שתי דוגמאות מובאות בדברי הרמ"א. הראשונה היא קול חטיבת העצים, המקפיץ מחדש את הגוסס ומונע את מותו, ועל כן יש להפסיקו או למצער מותר להפסיקו. הדוגמה השנייה – המורכבת יותר – היא הסרת גרגיר מלח מפיו של החולה כדי לאפשר לו להיפרד.

הדוגמאות המובאות בדברי הרמ"א מדגימות היטב את הקושי שיש בסעיף זה אשר מקרין גם על הפסיקה המעשית בימינו בסוגיות אלו. לא ברור עד תום מהו ההבדל בין השמטת הכר המזיזה את המת ואסורה ובין הסרת גרגיר מלח שנתפסת כפעולה פסיבית – אף שגם היא לכאורה מזיזה את פיו. הבחנות אלו הן רבות משמעות גם לתקופתנו, בעיקר בשאלות הנוגעות להמשכת הנשמה, לניתוק ממכשירים, להורדת אחוז חמצן וכדומה. כאמור, פוסק ההלכה נדרש להפשיט את הדוגמאות ממדע הרפואה של המאה ה-16, ללמוד את העקרונות ולהעתיק אותם לרפואה המודרנית.

הבה נבחן את המקרה השכיח ביותר: אדם המחובר למכונת הנשמה כאשר הפסקת פעולת המכונה תביא למותו: האם יש לראות בכך פעולה אקטיבית של הריגתו או שמא אין זו אלא הסרת מונע? העמדה ההלכתית המקובלת היא שיש לראות בכך פעולה אקטיבית.

אף שהיו מי שפסקו שהדבר הוא הסרת מונע ועל כן מותר, עמדתם לא התקבלה ורוב מוחלט של פוסקי ההלכה סבור שהדבר אסור לחלוטין. ברם, בכך לא הסתיים הדיון, שכן גם לאור עמדת הרוב המוחלט של הפוסקים הסבורים שהדבר אסור לחלוטין עדיין עולות שאלות לגבי מצבי ביניים, כגון הורדת אחוז החמצן לרמתו בחדר, שתביא למותו של החולה אך לא באופן מיידי או הימנעות מחידוש טיפול תומך: האם כאן מדובר על פעולה אקטיבית או שזוהי ממש הסרת מונע?

נציין כאן לדוגמה את עמדת הרב שלמה זלמן אויערבך (שהובאה על ידי הרב אברהם שטינברג) שלפיה בתנאים מסוימים, "מותר להוריד את קצב ההנשמה של מכונת ההנשמה עד למידה שהחולה עדיין נושם בכוחות עצמו"¹⁹; מותר להוריד את ריכוז החמצן המוזרם לחולה על ידי המכונה עד ל-20%, שהוא הריכוז של החמצן באוויר הרגיל שכולנו נושמים במצב רגיל.²⁰ זוהי דוגמה אחת בלבד המראה את החשיבות הגדולה של הדיון בדברי הרמ"א, אך גם את הקושי בהערכת העקרונות המובאים בו לרפואה הנוהגת בימינו. פסקי ההלכה המובאים בהמשך החיבור מבוססים על הדיון הזה.

הבחנות אלו הן רבות משמעות גם לתקופתנו, בעיקר בשאלות הנוגעות להמשכת הנשמה, לניתוק ממכשירים, להורדת אחוז חמצן וכדומה

1 | הטיפול הפליאטיבי

הטיפול הפליאטיבי הוא טיפול רפואי שלו מטרות אחרות מאשר הניסיון לרפא את המחלה.²¹ עיקרו של טיפול ממין זה מכוון לאיכות החיים של המטופל ולהקלת מצבו בהווה ככל שניתן. הטיפול הפליאטיבי עוסק בעיקר בסימפטומים – בכאב, בתשישות ובתודעה – ואינו מכוון לשורשי המחלה ולסיבותיה.

הבחירה להפסיק טיפול מאריך חיים תוך התמקדות בהטבת איכות החיים של החולה, כמו גם עצם ההחלטה על הפסקת טיפול אף ללא בחירה בטיפול מסוג אחר, תלויים גם במה שנתפס בעיני הציבור כ"עמדת היהדות". הסיבות לחשיבותה של תפיסת היהדות בהקשר זה מגוונות. ראשית, חלק גדול מהציבור בישראל חש מחויב להלכה ברמות שונות ומגדיר עצמו "מסורתי", אם לא כ"דתי" או כ"חרדי". שנית, מניסיונו, עם התקרבות המוות, ומשעה שהוא נוכח במערכת השיקולים, גובר הרצון בקרב החולה ובני המשפחה שלא לעשות דברים המנוגדים לרצון הא־לוהים, שהלוא אפשר שהמפגש עימו קרוב. על גבי זה יש להוסיף גם את העובדה שחוקי מדינת ישראל המשיקים לנושאים אלה – כגון חוק זכויות החולה, חוק החולה הנוטה למות,²² חוק קביעת המוות המוחי הנשימתי וכדומה – מושפעים מאוד מההלכה היהודית. לכן, רבים מבקשים לקבל את החלטתם גם לאור העמדה ההלכתית או "עמדת היהדות".

גם כאן, כפי שתיארנו לעיל, התפיסות הרווחות בציבור באשר ל"עמדת היהדות" מיוסדות – כדרכו של עולם – על תדמית ולא על התבוננות מהותית ועקרונית. למעשה, זוהי אחת מן הסיבות שבגינן הקים ארגון רבני צהר את השרות החינמי "צהר עד מאה ועשרים" המסייע למשפחות להכריע את לבטיהן ולקבל החלטה נכונה.

בעקבות הדיון שהובא לעיל, נפתח השער להפסקת טיפול מאריך חיים והתמקדות בטיפול פליאטיבי. המקורות השונים שצינו, ומקורות רבים נוספים שיובאו בהמשך החיבור, מציבים שאלות פרקטיות רבות באשר לטיפול הפליאטיבי. בראש ובראשונה: מהו השלב שבו מותר להפסיק את המאבק על הריפוי ולהתמקד בטיפול הפליאטיבי?²³ המושגים שבהם משתמש החוק (כגון חוק החולה הנוטה למות) אינם מושגים הלכתיים ואינם יכולים אפוא לשמש אותנו בדיון ההלכתי. ההלכה נוקטת שפה אחרת (בעיקר המינוחים "חיי שעה", "גוסס" וכדומה) ומחייבת אפוא להגדיר את המצב הרפואי שבו מותר להסיר מונעים המעכבים את המוות, ועוד הרבה קודם לכן – את המצב שבו מותר לפנות לעיסוק באיכות החיים של המטופל ולא לעסוק בריפוי. שאלות אלו מצויות בין כאשר המטופל מסוגל להביע את רצונו (או כאשר הניח הנחיות רפואיות מקדימות), בין כאשר הוא איננו מסוגל לעשות זאת, והסובבים אותו (המשפחה, הצוות הרפואי, הוועדה האתית ולעיתים בית המשפט) נדרשים לשער את רצונו.

מעבר לקושי הריאלי-עובדתי הכרוך בהכרעה בשאלות אלו, הרי שגם מבחינה נפשית קשה מאוד להכריע בהן. קשה מאוד למשפחה להרפות ולהסכים כי הטיפול הרפואי בחולה הנוטה למות ייעשה רק כדי להיטיב את איכות חייו ולא על מנת להאריך אותם. ואף על פי כן, לעיתים מזומנות זהו הדבר הנכון לעשות.

היבטים נוספים באשר לעמדת ההלכה כלפי הטיפול הפליאטיבי קשורים בפרקטיקות הרפואיות המותרות והאסורות בטיפול זה. דוגמה לדיון מרכזי כזה היא שאלת מתן תרופות לשיכוך כאבים שעלולות לגרום לפגיעה בחיים עצמם:²⁴ מחד גיסא מדובר בצורך

חינוני בתחום איכות החיים של המטופל ואנו נמצאים בשלב שבו הדבר מותר; מאידך גיסא, מדובר בפעולות העלולות להיחשב כפעולות אקטיביות של קיצור החיים, והללו כאמור אסורות לחלוטין. מן העבר השני עולות שאלות דומות: מהן הפרקטיקות שתיחשבה כהפרעה למותו של אדם ואסור לעשותן?

קשה מאוד למשפחה להרפות ולהסכים כי הטיפול הרפואי בחולה הנוטה למות ייעשה רק כדי להיטיב את איכות חייו ולא על מנת להאריך אותם. ואף על פי כן, לעיתים מזומנות זהו הדבר הנכון לעשות

לכל זה צריך להוסיף מעטפת שלמה התומכת בהנחות היסוד של טיפול פליאטיבי. העמדה המקובלת ביהדות ביחס לייסורים הקשים בוטאה על ידי רבי יוחנן כבר בדפים הראשונים של התלמוד הבבלי: "לא הן ולא שכרן" (ברכות ה ע"ב). הכרעתם של רוב הפוסקים היא שאין בנו תרבות דתית המחבבת את הכאב ורואה ערך חיובי בשימורו.²⁵ כאשר הייסורים באים על האדם בעל כורחו – בוודאי אין להתעלם מהם, אבל לעולם מעדיף האדם שלא יבואו עליו ייסורים. האנושיות והחמלה הן חלק בלתי נפרד מהיחס הראוי למצוקתו של אדם. בספרות התלמודית מתוארים מצבים שבהם אף התפללו לגאולת אדם מייסוריו.²⁶ באחד הסיפורים הדרמטיים ביותר העוסקים ביחס בין שני גיסים – רבי יוחנן ורבי שמעון בן לקיש – יצא רבי יוחנן מדעתו בשל העובדה שהוא גרם למות גיסו, וחכמים התפללו למותו (בבא מציעא פד ע"א). חלק בלתי נפרד מעולמה של ההלכה עוסק גם ב"כבוד הבריות" ובתשומת לב למצבו של האדם. כל אלה תומכים מאוד במעבר לטיפול פליאטיבי ולשיקול הדעת שעיקרו הטבה עם החולה.

מבחינה הלכתית נודעת אפוא חשיבות עליונה לעיסוק בשני הצדדים של הטיפול בחולה העומד לקראת סוף חייו. מחד גיסא, יש לחזק את החומה הבצורה האוסרת פעולה אקטיבית של קיצור חיים, שכן ההלכה מתנגדת עד מאוד להפיכת נטילת החיים לפרוצדורה רפואית לגיטימית. מאידך גיסא, שומה עלינו להעצים את ההכרה בחשיבות ההכרעה של מעבר לטיפול פליאטיבי, העוסק בהטבת הרגשתו של החולה, בכבוד הבריות שלו, בנאמנות לרצונו ובעיבוד של תהליך המוות. ההכרה בשלב שבו אנו שומטים ומרפים ורואים את משימתנו העיקרית בעשיית כל שאנו יכולים כדי למנוע סבל וכאב ובשותפות בפרידה היא בשורה חשובה היונקת גם מעולמה של ההלכה היהודית.

אנו מבקשים להדגיש שוב כי כל הנאמר בחיבור זה הוא קביעת עקרונות יסודיים. מדובר בדיני נפשות של ממש, ויישום העקרונות ההלכתיים מחייב פסיקה ייחודית וממוקדת בכל מקרה בנפרד.

*	הנוסח הרחב של שער זה נמצא באתר "צהר עד מאה ועשרים", https://bit.ly/3KxHOJ9 .
1	לסקירה אתית כללית, ראו להלן שער שני, פרק ב.
2	ראו להלן שער שני, פרק ד, הערה 1.
3	ראו להלן שער שני, פרק ה.
4	ר' יעקב עמדין, מור וקציעה, אורח חיים, סימן שכח (ראו להלן שער שני, פרק ה, סוף הערה 3); ר' שלמה קלוגר, ספר החיים, אורח חיים, סימן רכט.
5	על המקורות בדברי חז"ל לחובה להתרפא, ראו להלן שער שני, פרק ד, הערה 2.
6	ראוי לציין את דבריו של החזון אי"ש, קובץ איגרות חזו"א, חלק א, איגרת קלו: "וכשאני לעצמי, הנני חושב את ההשתדלות הטבעית בדרכי הטבע במה שנוגע לבריאות, למצווה וחובה, וכאחת החובות להשלמת צורת האדם אשר הטביע היוצר בה במטבע עולמו. ומצינו מאמוראים, שהלכו אצל רופאים מאומות העולם ואפילו ל'מינים' להתרפא. והרבה מן הצמחים ובעלי חיים ומוצקים שנבראו לצורך רפואה, וגם נבראו שערי חכמה שניתן לכל לחשוב ולהתבונן ולדעת". ראו גם דבריו באמונה ובטחון, פרק א, אות 1.
7	כפי שסבר הרמב"ן, בחיבורו, תורת האדם, שער המיחוש, עניין הסכנה (מהד' שעוועל, עמ' מב).
8	קריינא דאיגרתא, בני-ברק, תשמ"ו-תשנ"ח, מכתב קצ. לדיון הלכתי בסוגיה זו, ראו להלן שער שני, פרק ו, סעיף ג, הערה 3, ופרק ח, סעיף ג, הערה 3.
9	ראו להלן שם.
10	ראו להלן שער שני, פרק ה, סעיף א, הערה 2.
11	עבודה זרה יח ע"א.
12	שם.
13	ראו להלן שער שני, פרק ו, סעיף א, הערה 1.
14	למקורות נוספים ראו שם, סעיף ג, הערה 3.
15	שולחן ערוך, יורה דעה, שלט, א, וראו שם, סעיף א, הערה 1.
16	דוגמה לדבר הם דברי בעלי התוספות (עבודה זרה יח ע"א, ד"ה ואל יחבול בעצמו). משם גם עולה שההלכה עצמה ממירה מקורות אגדתיים לכללי הלכה. הסיפור על הילדים שנשבו לקלון, כמו גם סיפורי התנ"ך על דניאל וחבריו ודרשות חז"ל האגדתיות עליהם (ראו תוספות, גיטין נז ע"ב, ד"ה קפצו), הופכים לגופי הלכה ולפסיקה ממשית בדברי בעלי התוספות.
17	מסכת שמחות א, ד.
18	ערוך השולחן, יורה דעה, סימן שלט, סעיף ד.
19	על פי דברי רופאים, נראה כי כוונת הרב אויערבך היא לקצב המינימלי הדרוש לאדם שהוא בריא בדרך כלל.
20	הר"א שטינברג, "כללים הלכתיים להתנהגות רופא ביחידה לטיפול נמרץ – עפ"י דעת הגרש"ז אויערבך והגר"ש הלוי ואזנר", אסיא, סג-סד (תשנ"ט), עמ' 18. ריכוז החמצן באוויר הוא כ-21%. ראו להלן שער שני, פרק ט, סעיף ה, הערה 5.
21	ראו להלן שער שני, פרק ג, הערה 1.
22	החוק מגדיר כיום את החולה הנוטה למות כמי ש"אף אם יינתן לו טיפול רפואי, אינה עולה על שישה חודשים", אולם הגדרה זו בעייתית, ונדון בה להלן שער שני, פרק ב, הערה 2.
23	ראו להלן שער שני, פרק ה, סעיף ד, הערה 5, ובמקומות נוספים בחיבור שצוינו שם.
24	ראו להלן שער שני, פרק יב.
25	ראו להלן שער שני, פרק ו, סעיף ג, הערה 3.
26	ראו להלן שער שני, פרק טז.

שער שני

הלכות טיפול בחולה הנוטה למות ובאדם עם דמנציה

"על זאת יתפלל כל חסיד אלקיך לעת מצא"
רב נחמן בר יצחק אמר: "לעת מצא" זו מיתה

ברכות ח ע"א

א | מבוא

העיסוק במוות וההתכוננות לקראתו דורשים רגישות רבה וזהירות עמוקה הנובעות מערכם של החיים. ההלכה עוסקת בהיבטים הרבים של סוגיה זו והיא המצפן שלאורו עלינו לכוון את חיינו.

ביסוד הדיון ההלכתי בשאלות הכרוכות בסוגיה זו – כיצד נכון לטפל בחולה? האם לעסוק בריפוי המחלה והארכת החיים או שמא מוטב להתמקד בטיפול בסבלו? והאם יש שלב שבו ניתן להפסיק לטפל בהארכת החיים? – עומד הערך המרכזי של החיים וקדושתם. קדושת החיים נובעת בראש ובראשונה מצלם א־לוהים שבאדם. החיים הם פיקדון יקר שקיבלנו מהקב"ה, והחובה לשמור עליהם עומדת בעינה גם כאשר אנו נדרשים לעבור על איסורים לשם כך. איננו יודעים את משמעותו העמוקה של כל רגע מן החיים וממלא אפטר שאיננו רשאים שלא לטפל בחולה המוטל לפנינו – ויהי מה. מנגד, גם ההגנה על האדם מפני ייסורים וסבל היא יסוד בעל משמעות בעולם ההלכה. רצונו של האדם – ואף היותו יציר בחירי ואוטונומי – נובעים גם הם מצלם א־לוהים שבאדם, ולפיכך מן ההכרח שגם לערכים אלה יינתן משקל נכבד בהחלטות על טיפול רפואי.

בשאלות כבדות משקל אלו ובעמדה הלכתית ואתית לגביהן עוסק חיבור זה. הוא מבסס את העמדה הגורסת כי לפי יסודות ההלכה ועקרונותיה יש להבחין בין תקופת חיים שבה אנו מצווים להתרפא ובין השלב שבו מותר – ולעיתים אף חובה – להניח לאדם להיפטר לבית עולמו ולהיפרד מהחיים. לסוגיה מיוחדת זו השלכות מעשיות רבות בתחום הטיפולים הרפואיים, ההחייאה וההנשמה ובעוד עניינים רבים אחרים שיבוארו בהמשך. בפרק הבא נציג בקיצור את הדיון בעמדה האתית הכללית, אך ענייניו של חיבור זה הוא עמדת ההלכה בסוגיות אלה.

נדגיש שוב כי יש לראות בחיבור זה מקור לימודי עקרוני, ובשאלות מעשיות וקונקרטיים נכון להתייעץ עם תלמיד חכם הבקי בתחומים אלה. אנו מזמינים אתכם לפנות בשאלות למוקד "צ'הר עד מאה ועשרים" – במספר הטלפון *9253 או דרך האתר.

חיבור זה מבסס את
העמדה הגורסת כי לפי
יסודות ההלכה ועקרונותיה
יש להבחין בין תקופת חיים
שבה אנו מצווים להתרפא
ובין השלב שבו מותר,
ולעיתים אף חובה,
להניח לאדם להיפטר לבית
עולמו ולהיפרד מהחיים

הערה כללית: בשל המסגרת הצרה של חיבור זה נאלצנו להימנע מלהביא בהערות את המקורות כולם ומלהפנות לכל מאמריהם של תלמידי החכמים שעסקו בסוגיות השונות. בהערות הובא מדגם של הדעות העיקריות, ותמונה רחבה יותר תינתן בספר המלא שאנו שוקדים על כתיבתו בימים אלו. חלקים רחבים מתמונה זו ניתן למצוא בניירות העמדה שעליהם מבוסס חיבור זה – באתר "צ'הר עד מאה ועשרים", <https://ad120.tzohar.org.il>. ההפניות לאנציקלופדיה הלכתית רפואית בחיבור זה הן למהדורה חדשה מורחבת, ירושלים תשס"ו. ההפניות לנשמת אברהם הן למהדורה שנייה מורחבת, ירושלים תשס"ז.

1 ראו להלן פרק ד, הערה 1.



ב | סקירה אתית כללית מקוצרת

האתיקה הכללית מתמודדת עם שאלות הנוגעות לטיפולים רפואיים ועם הכרעה בין ערכים שונים. התמודדות זו דומה בבסיסה לחלק מהשאלות שאיתן מתמודדת ההלכה היהודית, אך לעיתים המסקנות אינן זהות ולהלכה היהודית ישנה בשורה מיוחדת. נציג עתה בתמצית את הדיון האתי הכללי כדי שישמש כמבוא לדיון ההלכתי.

כאשר אנו עומדים נוכח שאלת הפסקתו של טיפול רפואי (או למצער הימנעות מטיפול כזה) בחולה שסיכויי החלמתו נמוכים מאוד, בחולה המתייסר או בכל חולה המסרב לקבל טיפול, ניצב לפנינו מתח בין ערכים: מצד אחד עומד ערך החיים, ומצד שני עומדים ערך האוטונומיה של האדם על גופו וערך איכות החיים.

ערך חיי האדם נמצא במקום גבוה בסולם הערכים האנושי, והוא מחייב להקפיד על שמירת החיים מפני סכנה משמעותית הנשקפת להם. אף על פי כן, מולו עומדים ערכים נוספים. בהקשר הרפואי עומדים בעיקר שני ערכים: הראשון, חשיבותה של איכות החיים שאף היא שיקול אתי בהכרעות הרפואיות; השני, ערך האוטונומיה של האדם וזכותו לבחור במה שהוא סבור כי הוא הטוב בעבורו. בעבר, שלטה בעולם הרפואה הגישה הפטרנליסטית, דהיינו הגישה שלפיה הרופא הוא היודע מה טוב בעבור החולה, ולכן הוא הקובע כיצד לטפל בו; אך בעשרות השנים האחרונות הולכת הגישה האוטונומיסטית ותופסת את מקום הגישה הפטרנליסטית. לפי הגישה האוטונומיסטית, האדם הוא הבעלים על גופו והוא רשאי לקבל החלטות הקשורות לגופו באופן עצמאי. מעקרון האוטונומיה נובע שחולה בעל כושר שיפוט הוא הגורם המכריע בהחלטה מה יעשה בו; הוא הקובע אם יטופל וכיצד יטופל. לפי עיקרון זה, גם כאשר החולה איננו בר-כושר שיפוט, נכון להעריך מה הייתה עשויה להיות דעתו במצב הנתון, ולהערכה זו משקל משמעותי בהחלטה. הגישה המקובלת כיום מבקשת למצוא איזון בין הגישות: להעניק משקל רב לזכות החולה לאוטונומיה, אך גם לערכים האתיים האחרים. מידת האיזון בין הערכים הללו עשויה להיות שונה בין חברה לחברה,¹ ולכן המצב החוקי שונה ממדינה למדינה.²

1 ראו אנציקלופדיה הלכתית רפואית, כרך ב, ערך 'הסכמה מדעת', עמ' 633-717, ובעיקר עמ' 636-641; כרך ג, ערך 'חולה', עמ' 460-462; כרך ה, ערך 'נוטה למות (א)', עמ' 171-176; כרך ז, ערך 'תורת המוסר הכללי', עמ' 890-946, ובעיקר עמ' 932-936; נייר עמדה של ההסתדרות הרפואית בישראל, 'אתיקה רפואית והטיפול במטופלים בעלי מחלות חשוכות מרפא וטיפולים חסרי תוחלת', אוקטובר 2019 (<https://bit.ly/3gigj8k>); אבינעם רכס (עורך), אתיקה רפואית: כללים וניירות עמדה, עמ' 121-122 (<https://bit.ly/3ldu8lo>); דניאל סינקלר, 'האוטונומיה של החולה ויהדות ודמוקרטיה בחוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005', המשפט, כא (תשע"ו), עמ' 224-229 (בעמודים אלו המחבר מסכם את שאלת האוטונומיה של החולה במשפט האנגלו-אמריקני; בהמשך המאמר הוא דן במעמדו של ערך האוטונומיה בהלכה); עפרה גולן ושרון בסן, 'הזנה מלאכותית בסוף החיים', רפואה ומשפט, 31 (2004), עמ' 41-66; רם ישי, 'הזנת חולה במצב סופני והזכות למות', הרפואה, 141.2 (תשס"ב), רועי גילבר, 'עד כלות הנשימה – על הפסקת הנשימה מלאכותית בחולים סופניים לאור פסק הדין בה"פ (תל-אביב) 14-11-16813 פלוני נ' היועץ המשפטי לממשלה', מבזק הארות פסיקה, 42 (מאי 2015), עמ' 35-69; דוד שטיין, 'הנוטים למות וקדושת החיים', השילוח, 20 (תש"ף), עמ' 65-85. בגיליון 51 (יולי 2019) של כתב העת רפואה ומשפט הוקדש מדור מרכזי לסוגיית 'הטיפול בחולה הנוטה למות – הסדרה מתקנת בשדה הקליני והמשפטי אל מול חוק החולה הנוטה למות', ובו 9 מאמרים. המאמרים נמצאים באתר 'ענבל – היחידה לניהול סיכונים ברפואה' (<https://bit.ly/39PbYrM>).

2 הדילמות האתיות וההלכתיות עמדו בפני המחוקק הישראלי והוכרעו על ידו בחוקים שונים. חוק זכויות החולה קובע ש"כל הנזקק לטיפול רפואי זכאי לקבלו" (חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, פרק ג, סעיף 3). מצד שני, חוק זה קובע ש"לא יינתן טיפול רפואי למטופל אלא אם כן נתן לכך המטופל הסכמה מדעת" (שם, פרק ד, סעיף 13). חוק החולה הנוטה למות מבחין בין "חולה הנוטה למות" לבין "חולה בשלב סופני". הראשון סובל מבעיה רפואית חשוכת מרפא ותוחלת חייו אינה עולה על 6 חודשים (אף אם יינתן לו טיפול רפואי); השני מצוי במצב רפואי שבו כשלו כמה מערכות חיוניות בגופו ותוחלת חייו אינה עולה על שבועיים. על פי החוק, חולה הנוטה למות הכשיר לקבל החלטות ואינו רוצה שחייו יוארכו – יש לכבד את רצונו וניתן להימנע מטיפול רפואי בו, אך נדרש לעשות מאמץ לשכנעו לקבל חמצן, מזון ונוזלים אף באמצעים מלאכותיים. כאשר החולה איננו כשיר לקבל החלטה ונקבע שאין רצונו שחייו יוארכו, ניתן להימנע מטיפול רפואי במחלה, אך אין להימנע מטיפול נלווה כגון מתן מזון ונוזלים. כאשר החולה נמצא בשלב סופני, ניתן להימנע גם מטיפול נלווה אך אין להימנע ממתן נוזלים. ראו סעיפים 8, 15-17 לחוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005. החוק נכתב תוך התייעצות עם הרב פרופ' אברהם שטינברג, והוא תואם את העקרונות ההלכתיים שבחיבור זה. ראו הר"א שטינברג, 'הבסיס ההלכתי להצעת "חוק החולה הנוטה למות"', אסיא, עא-עב (תשס"ג), עמ' 25-39. חלק מהמאמרים שבהערה הקודמת דנים בחוק זה, מעלותיו וחסרונותיו, ואופן יישומו בפועל במערכת הרפואית.

ג | הגדרת "חולה הנוטה למות" בחיבור זה

ההכרה ההלכתית במעבר לטיפול פליאטיבי¹ בלבד, וכן ההכרה בקבלת רצונו של החולה להימנע מטיפול, תלויות כמובן בשאלת מצבו הרפואי של החולה. המינוח "חולה הנוטה למות" הוא מינוח משפטי מודרני שההלכה לא השתמשה בו וקשה עד מאוד להגדירו – בין מבחינה רפואית, בין בניסיון להתאימו למונחים שבהם השתמשה ההלכה (כגון "גוסס"², "חיי שעה" וכדומה). נראה כי המינוח ההלכתי הקרוב ביותר למה שמוגדר כיום

"חולה הנוטה למות" הוא "חיי שעה"; ברם ההלכה לא הגדירה במדויק את המושג "חיי שעה". בין האחרונים שעסקו בהגדרה זו, אם כי לא בהקשר הישיר שבו אנו עוסקים, יש שקבעו הגדרה של זמן, חצי שנה או שנה; ויש שהגדירו זאת על פי המציאות שבה נמצא האדם בתוך תהליך של מחלה המקצרת את חייו.³

נראה שבתחום של קבלת החלטה אם לטפל בהארכת החיים או רק במרכיבי הכאב, יש לאחוז בהגדרתו של הראי"ה קוק זצ"ל (ראו הערה) הסבור כי "חיי שעה" הם מצב שבו אנו יודעים קרוב לוודאי את הסיבה למותו הקרוב של אדם, ומדובר בתהליך שכבר החל אף אם הוא מתמשך. במצב כזה, מוגדר האדם כ"חולה הנוטה למות". הגדרה זו אינה מתעלמת מממד הזמן, אך כיוון שקשה מאוד להכניסו למושגים של מספר חודשים – לא מסיבות רפואיות ולא מסיבות הלכתיות – תשומת הלב העיקרית ניתנת למצב הרפואי. "חולה הנוטה למות" בחיבור זה הוא אפוא אדם הסובל מבעיה רפואית חשוכת מרפא הצפויה לקצר את תוחלת חייו במידה ניכרת, ונותרו לו – ככל הנראה – חודשי חיים ספורים או שנות חיים ספורות. יוצא מכלל זה אדם עם דמנציה למשל, שאף שהמחלה צפויה לקצר את חייו – תוחלת חייו עשויה להיות ארוכה.

על פי החוק במדינת ישראל, "חולה הנוטה למות" הוא אדם הסובל מבעיה רפואית חשוכת מרפא ומי שתוחלת חייו אינה עולה על שישה חודשים, אף אם יינתן לו טיפול רפואי. החוק מבחין בינו לבין "חולה בשלב סופי", שהוא חולה המצוי במצב רפואי שבו כשלו כמה מערכות חיוניות בגופו ותוחלת חייו אינה עולה על שבועיים. אומנם, גם מבחינה רפואית יש קושי בהגדרות מדויקות של זמן.⁴

הראי"ה קוק זצ"ל סבור
כי "חיי שעה" הם מצב
שבו אנו יודעים קרוב
לוודאי את הסיבה
למותו הקרוב של
אדם, ומדובר בתהליך
שכבר החל אף אם
הוא מתמשך

1 טיפול פליאטיבי הוא טיפול תומך בחולים עם מחלה מסכנת חיים. הטיפול מתמקד בהקלת הכאב והסבל, ומטרתו לשפר עד כמה שניתן את איכות החיים של המטופל ולהיטיב את מצבו בהווה. מחקרים רפואיים מראים שהטיפול הפליאטיבי עצמו עשוי להקל על המטופל ולעיתים אף להאריך את חייו. עסקנו בכך לעיל בשער ראשון, פרק ו. ראו למשל אנציקלופדיה הלכתית רפואית, כרך ה, ערך 'הנוטה למות (א)', עמ' 101-104; פסח שוורצמן, פרקים ברפואה פליאטיבית, מרץ 2015, עמ' 5, <https://bit.ly/330ySp1>. הדיון ההלכתי בטיפול פליאטיבי מופיע להלן פרק ה, סעיף ד והערה 5, ובמקומות נוספים המצוינים שם.

2 המונח "גוסס" מסובך היה להגדרה עוד קודם עידן הרפואה המודרנית, והדברים מתעצמים על אחת כמה וכמה בעידן המודרני שבו הנשמה או חיבור למכשיר אקמו מאפשרים מציאות ארוכה (באופן יחסי) של גסיסה. הדבר מחייב דיון בפני עצמו המשפיע גם על השאלה מה מותר לעשות במצב של "גוסס" ארוך טווח. ראו אנציקלופדיה הלכתית רפואית, כרך ב, ערך 'הנוטה למות (א)', עמ' 93-97; שם, ערך 'הנוטה למות (ב)', עמ' 417-419; נשמת אברהם, יורה דעה, סימן שלט, ס"ק א; וראו מה שכתבנו, ר"י שרלו, 'מניעת טיפול בתינוק הנוטה למות שהותקף על ידי "חיידק טורף"', אסיא, פה-פו (תשס"ט), עמ' 51-53 והערות 6-7.

3 המונח "חיי שעה" נמצא בשתי סוגיות העוסקות בפיקוח נפש. הגמרא במסכת יומא (פה ע"א) קובעת כי מחללים את השבת כדי להציל אדם ממפולת ואפילו לחיי שעה. במסכת עבודה זרה (כז ע"ב) קובעת הגמרא שהחולה במחלה ונותרו לו רק חיי שעה שאי להתרפא מעובד כוכבים, אף שיש חשש שהלה יפגע בו, כיוון ש"לחיי שעה לא חישינן". נראה לכאורה שהסוגיות סותרות, כיוון שעל פי הסוגיה ביומא מחללים שבת אפילו בעבור חיי שעה בעוד על פי הסוגיה בעבודה זרה אין מתחשבים בסיכון של חיי שעה. התוספות (עבודה זרה כז ע"ב, ד"ה לחיי) מיישבים שבשני המקרים פועלים לטובת האדם, עוזבים את הוודאי ואוחזים בספק; מותר להצילו גם לחיי שעה, ומותר לו להתרפא לחיי עולם גם כשיש סיכון לחיי שעה. מהסוגיה בעבודה זרה נלמד העיקרון שמוותר להיכנס לסיכון רפואי מידי בשל הסיכוי שהטיפול יצליח כשמדובר בחולה הנוטה למות. ראו להלן פרק ה, הערה 4.

שתי הסוגיות נפסקו להלכה (שולחן ערוך, אורח חיים, שכט, ד; יורה דעה, קנה, א). ברם, אין בסוגיות הגדרה מדויקת של "חיי שעה". לדעת ר"ש קלוגר, חכמת שלמה, שדבריו הובאו בדרכי תשובה, סימן קנה, ס"ק ו, שיעור הזמן הוא 12 חודשים, כהגדרת טרפה, וכן דעת ר"מ פיינשטיין, שו"ת אגרות משה, חושן משפט, חלק ב, סימן עה, אות ב. רח"ט גרודזנסקי (שו"ת אחיעזר, חלק ב, סימן טו) ור"א וייס (שו"ת מנחת אשר, חלק א, סימן קטו) כתבו ששיעור הזמן הוא שישה חודשים. הנימוקים של הר"מ פיינשטיין והר"א וייס זהים, אף שהשיעור שנקטו שונה. לדבריהם, כאשר הרופאים מעריכים כך את אורך חייו של אדם (לשישה חודשים או לשנים עשר חודש, כל אחד כשיטתו) ההערכה מדויקת בדרך כלל וניתן לסמוך עליה, ומעבר לכך מצוי שהרופאים יטעו והחולה יחיה שנים רבות, ולכן אין לסמוך על דבריהם. החיסרון בהגדרות מעין אלו הוא שהן אינן לוקחות בחשבון מחלות שבהן המגמה של סיום החיים ושל הייסורים הנלווים לכך ברורה, אבל אורך החיים של המחלה גדול יותר משנה. הרא"ה קוק נקט עמדה אחרת שאיננה מתייחסת לממד הזמן אלא לשאלה אם תהליך המוות כבר החל: "דכל שהסיבה שעל ידה המיתה באה הוחלה להעשות, אפילו אם תהיה נמשכת, אבל כיון שברור הוא שתביא את המיתה לבע"ח זה, ותקצר את ימיו מהחיים הטבעיים שלו, נקרא זה כבר בשם חיי שעה" (שו"ת משפט כהן, סימן קמד, סעיף ג). אומנם, גם ביישום של שיטה זו לענייננו יש חיסרון, כיוון שישנן מחלות שעשויות ללוות את האדם מגיל צעיר וברור שהן מקצרות את החיים הטבעיים של אדם, אך לא יעלה על הדעת שנתייחס אל החולה, שלפניו עוד שנים רבות לחיות, כאל חולה הנוטה למות. לכן נראה שאין מנוס מלנקוט כאן הגדרה המשלבת בין ממד הזמן לבין תהליך המחלה, כפי שהצענו למעלה.

מלבד הקושי בהגדרת המונח "חיי שעה", יש קושי ביישום עיקרון זה בסוגיות העוסקות ביחס בין טיפול להארכת חייו של החולה ובין טיפול בייסורים ובאיכות חייו. השאלה היא אם ניתן ללמוד מהסוגיה בעבודה זרה ש"לחיי שעה לא חישינן", כאשר על כך המאזניים לא עומדת האפשרות של "חיי עולם" אלא חיים עם פחות סבל, או שמא יש ללמוד מהסוגיה ביומא שיש להילחם על חייו של החולה בכל מקרה, גם על "חיי שעה". על פי דרכם של התוספות יש לומר שהשאלה היא מה טובתו של החולה: המלחמה על המשך חייו או הטיפול באיכות חייו. בשאלה זו נדון בהמשך החיבור, ובעיקר בפרק ו, סעיף ג והערה 3, ובפרק ח סעיף ג והערה 3. ראו הר"א שטינברג, 'הבסיס ההלכתי להצעת "חוק החולה הנוטה למות"', אסיא, עא-עב (תשס"ג), עמ' 25-39, בייחוד בפרק ב; אנציקלופדיה הלכתית רפואית, כרך ה, ערך 'נוטה למות (ב)', עמ' 442-444; ר"י שרלו, 'מניעת טיפול בתינוק הנוטה למות שהותקף על ידי "חיידק טורף"', אסיא, פה-פו (תשס"ט), עמ' 50-55.

4 על חוק החולה הנוטה למות ראו לעיל פרק ב, סוף הערה 2.

ד | החובה להתרפא

- א.** החיים הם פיקדון שניתן לאדם מהקב"ה, וחובה קדושה מוטלת על האדם לשמור על חייו, ולקבל טיפול רפואי כאשר הוא נזקק לכך. חובה זו קיימת גם כשאדם נדרש לעבור לשם כך על איסור, זולת עניינים שהם ב"ייהרג ואל יעבור".¹
- ב.** חובה על כל אדם לסייע למי שנמצא בסכנה ולהציל אותו. מצווה על הרופא לרפא את החולה ולהאריך את חייו.²

1 קדושת החיים היא ערך גדול ביהדות. הנימוק הראשוני לאיסור שפיכת דמים המופיע בתורה קושר את האיסור עם היות האדם צלם א־לוהים: "שִׁפְךָ דַם הָאָדָם בְּאָדָם דָּמוֹ יִשְׁפָּךְ כִּי בְצַלְם אֱלֹהִים עָשָׂה אֶת הָאָדָם" (בראשית ט, ו). בהתאם דרשו חז"ל "וחי בהם" – ולא שימות בהם" (יומא פה ע"ב). מכאן לומדת הגמרא שרוב המצוות נדחות מפני פיקוח נפש. מערך החיים נובעת חובתו של האדם לשמור על חייו ועל בריאותו, ובכלל חובה זו האיסור להתאבד (משנה תורה, הלכות רוצח ושמירת נפש, פרק ב, הלכה ב).

הגמרא (שם ע"א) אף קובעת שדבר פשוט הוא שאפילו על חיי שעה מחללים את השבת (וכן נפסק להלכה בשולחן ערוך, אורח חיים, שכט, ד, וראו לעיל פרק ג, הערה 3). הלכה זו, שבה לערך החיים מעמד עליון, מדריכה אותנו גם בשאלת הטיפול הרפואי בחולה מסוכן: יש ערך בהארכת חייו של אדם גם כאשר ברור שימות בקרוב. ראו למשל שו"ת מנחת שלמה, חלק א, סימן צא, אות כד: "כי הענין של 'חיים' אין לנו שום קנה מידה כמה למדוד את יוקרם וחשיבותם אפילו לא בתורה ומצוות, שהרי מחללין את השבת גם על זקן חולה מוכה שחין אף על פי שהוא חרש ושוטה גמור, ואינו יכול לעשות שום מצוה וחייו הם רק למשא וסבל גדול על משפחתו וגורם להם ביטול תורה ומצוות [...]". ברם, העובדה שישנן גם שלוש עבירות החמורות (שם פב ע"א) שעליהן נאמר "ייהרג ואל יעבור" מלמדת שערך החיים איננו עומד מעל הכול. גם מסוגיות אחרות ניתן להסיק שחובת הארכת החיים נדחית במצבים מסוימים. ראו להלן פרק ו, סעיף ג, הערה 3.

אנו משתמשים במינוח המקובל "קדושת החיים" מבלי להיכנס לדיון ההלכתי או הפילוסופי האם יש בחיים עצמם "קדושה". הגדרה אפשרית לערך "קדושת החיים" היא "היחס אל חיי אדם, על פי תפיסה נורמטיבית, המחייבת מתן עדיפות מעשית עליונה לשמירה על חיי אדם מפני כל סכנה משמעותית הנשקפת להם, בין נוכח סכנה מיידית ובין בעוד מועד" (אנציקלופדיה הלכתית רפואית, כרך ב, ערך 'הנוטה למות [א]', עמ' 172).

2 קיצרנו כאן בהבאת המקורות, בדיון בטיב הראיות העולה מהם ובמשמעות המוסרית של היעדר חובה מפורשת לשמור על הבריאות. לדברינו בהרחבה ראו בנייר העמדה 'החובה להתרפא', <https://bit.ly/3BGnXTz>.

חובת האדם לשמור על בריאותו מבוארת בדברי הרמב"ם במשנה תורה, הלכות דעות, פרק ד, הלכה א ובכל הפרק. החובה לרפא נפסקה להלכה במשנה תורה, הלכות נדרים, פרק ו, הלכה ח, ובשולחן ערוך, יורה דעה, שלו, א.

חובות אלו עולות ממקורות רבים בדברי חז"ל, אך למרות זאת קשה למצוא מקור ישיר וברור לכך (ראו מגדל עוז, הלכות דעות, פרק ד, שכתב שהמקור לדברי הרמב"ם הוא "מאמרי רז"ל מפוזרים בכל התלמוד [...] והם פרטים פשוטים וצריכים לכל והכל מודים בהם").

המקורות העיקריים המשמשים לדיון ומופיעים בדברי הפוסקים הם: ההיתר לרפא ("ורפא ירפא" – מכאן שניתנה רשות לרופא לרפאות", ברכות ס ע"א), והדיון אם הוא משמש גם יסוד לחובת ההתרפאות; החובה לחלל שבת כדי להציל נפשות, והדיון אם חובה זו מלמדת על חובת ההתרפאות; הפסוק "ונשמרתם מאד לנפשתיכם" (דברים ד, טו), שאף שביסודו עוסק בזהירות מעבודה זרה, משמש בדברי הפוסקים גם כמקור לרפואה; חובת השבת אבדה, הכוללת על פי התלמוד גם השבת הבריאות; החובה של תלמיד חכם להימנע מלגור ביישוב שאין בו צרכים מינימליים, ובכללם נוכחות של רופא; ועוד. כאמור, אף לא אחד מהמקורות הוא מקור מובהק לכך, ואף על פי כן הם מובאים בדברי הפוסקים. כמובן, חובה להזכיר את עמדת הרמב"ן: "ברצות השם דרכי איש אין לו עסק ברופאים" (פירוש הרמב"ן לתורה, ויקרא כו, יא). חלק מפוסקי ההלכה הסתמכו על דבריו והורו שניתן להימנע במקרים מסוימים מקבלת טיפול רפואי, אך ההכרעה ההלכתית המקובלת היא שיש חובה להתרפא, כפי שכתב הרמב"ן עצמו במקום אחר (תורת האדם, שער המיחוש, עניין הסכנה [מהד' שעוועל, עמ' מב]).

העובדה שאין מקור ישיר לחיוב כלשהו יכולה להתבאר בדרכים שונות, למן האפשרות שאכן אין חובה כזו, דרך הקביעה שהמקורות הלא־ישירים מעידים על קיומה, ועד האפשרות שזהו מושכל ראשון שכלל לא צריך מקור (אנו מוצאים עקרונות אלה פעמים רבות בתחומי הלכה שונים, כגון היעדר איסור מפורש לאכול בשר אדם, או להזיק לרכושו של אדם. הראי"ה קוק [אגרות הראיה, חלק א, איגרת פט, עמ' צז] נימק מדוע ישנם יסודות מוסריים שאינם כתובים כחיוב בתורה – "ואין לשער גודל ההפסד שהיתה התרבות האנושית סובלת אם אלה המדות הנעלות היו נקבעות בקבע חיובי"). ביחס לחובת האדם לשמור על גופו, נראה שמבחר המקורות הלא־ישירים מלמד שקיימת חובה כזו וכי היא עקרון יסודי שלא צריך להיאמר בפירוש.

ה | כיבוד רצונו של החולה

- א.** רצונו של החולה¹ הוא יסוד מרכזי בהכרעה ביחס לטיפול בו.² כאשר חולה מסרב לקבל טיפול, יש להקשיב לו, לשמוע את מניעיו ולפעול בדרך המכבדת אותו ואת רצונותיו. כאשר העמדה הרפואית היא שהטיפול הרפואי ייטיב את מצבו של החולה – מצווה גדולה לדבר על ליבו ולנסות לשכנע אותו לקבל את הטיפול.
- ב.** ככלל, אין לכפות טיפול רפואי על חולה במקום שאין בו סכנת נפשות.³
- ג.** חולה שיש סכנה לחייו מחויב לעבור טיפול רפואי שסיכויי הצלחתו גבוהים במידה ניכרת. אם סיכויי ההצלחה אינם כה ודאיים, הוא רשאי לעבור טיפול כזה אך אינו מחויב לעשות זאת.⁴
- ד.** חולה שההערכה היא שלא ניתן להצילו או שימשיך לסבול מייסורים גדולים, וישנה התלבטות האם להפסיק טיפול מאריך חיים ולעסוק רק בטיפול פליאטיבי (טיפול תומך המתמקד באיכות החיים של החולה ובהקלת הסבל) – רצונו הוא שקובע.⁵
- ה.** חולה שיש סכנה מיידית לחייו והוא מסרב לקבל טיפול אך ניכר שהוא עושה זאת מתוך ייאוש – מבחינה הלכתית ניתן לכפות עליו טיפול, אולם הדבר אסור על פי חוק, למעט אם ניתן לכך אישור של ועדת אתיקה או של בית המשפט.⁶
- ו.** חולה שיש סכנה לחייו והוא מסרב לקבל טיפול, ושיקוליו הם שיקולים שיש בהם טעם (חשש מהסיכון שבטיפול, חשש ממצבו הרפואי לאחר הטיפול, וכדומה) – אין לכפות עליו טיפול גם אם דעת הרופאים וחוות הדעת ההלכתית הן שיש צורך בטיפול זה. נכון לנסות לשכנע אותו לקבל את הטיפול.⁷
- ז.** חולה שאיננו יכול לקבל החלטות, יש לפעול על פי רצונו כפי שהוא בא לידי ביטוי בהוראות שהותיר (ראו להלן פרק יט) ובדרכים שנקבעו בחוק ובכללן מינוי אפוטרופוס.⁸ באין הוראות מפורשות כאלו, יש לפעול על פי ההערכה כיצד היה מבקש שיהגו בו במצב זה.⁹
- ח.** גם במצב שבו אין מעמד חוקי והלכתי לבני המשפחה (מעמד כזה קיים כאשר יש צו אפוטרופסות או מינוי על פי ייפוי כוח מתמשך), כאשר בני המשפחה טוענים שאין להם ספק שרצון החולה הוא להפסיק את הטיפול – יש לראות זאת כביטוי לרצון החולה.¹⁰
- ט.** על כיבוד רצון החולה בהקשר של הזנה ומתן תרופות ראו להלן פרקים י-יא.
- י.** לגבי אנשים שאינם יכולים לקבל הכרעה בשאלות רפואיות, כגון אדם עם דמנציה מתקדמת, ראו עוד להלן פרק יג.

1 חוק זכויות החולה קובע ש"לא יינתן טיפול רפואי למטופל אלא אם כן נתן לכך המטופל הסכמה מדעת" (חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, פרק ד, סעיף 13). אך החוק מסדיר גם כפיית טיפול רפואי במצב של סכנה חמורה, באישור ועדת אתיקה, בתנאים מסוימים, וביניהם ההערכה שהטיפול ישפר במידה ניכרת את מצב המטופל ושקיים יסוד סביר להניח שהמטופל ייתן את הסכמתו למפרע לטיפול (שם, סעיף 15). על המצב בישראל, בחוק ובפסיקה, ראו אמנון כרמי, 'הסכמת החולה לטיפול רפואי', ספר אסיא, ג (תשמ"ב), עמ' 295-315; ר"מ הלפרין, 'התנגדות הורים לניתוח התינוק המסוכן', ספר אסיא, ח (תשנ"ה), עמ' 19-31; אנציקלופדיה הלכתית רפואית, כרך ב, ערך 'הסכמה מדעת', עמ' 688-717.

חוק החולה הנוטה למות מסדיר את הטיפול בחולה הנוטה למות ואת האופן שבו יש להישמע לרצונו ביחס לטיפול שיינתן לו. חוק החולה הנוטה למות קובע, בין היתר, שאסור לעשות פעולה המכוונת להמית או שתוצאתה היא קרוב לוודאי מוות, גם אם היא נעשית מתוך כוונה של חסד וחמלה וגם אם זוהי בקשתו של החולה (חוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005, סעיפים 19-20).

2 ההתלבטות אם חולה יכול לקבל החלטות בנוגע לגופו, כאשר משמעותן היא קיצור חייו, קשורה במידת-מה לשאלה שנחלקו בה האחרונים: האם לאדם ישנה בעלות על גופו? לדעת רש"י ז"ל (לאור ההלכה, עמ' שיח ואילך; הנ"ל, הלכה רפואה, ב [תשמ"א], עמ' צג ואילך), האדם איננו בעלים על גופו. הר"ש ישראלי (התורה והמדינה, ה-1 [תשי"ג-תשי"ד], עמ' קו; הנ"ל, עמוד הימיני, סימן טז, פרק ה, ס"ק טז ואילך) חלק עליו ולדעתו הבעלות היא משותפת. אכן יש להדגיש שאין הכרח לומר כי אם האדם בעלים על גופו – הדבר מלמד שמותר לו ליטול את חייו, ולהפך: גם הסובר כי הבעלות על גוף האדם היא של הקב"ה יכול לסבור כי הקב"ה התיר לאדם, במסגרת ה"השאלה" של החיים, להשיב אותם אם אינו חפץ בהם. ראו ר"י שרלו, 'מניעת טיפול בתינוק הנוטה למות שהותקף על ידי "חיידק טורף"', אסיא, פה-פו (תשס"ט), עמ' 58; אנציקלופדיה הלכתית רפואית, כרך ב, ערך 'הסכמה מדעת', עמ' 673-674.

3 בגמרא לא מצאנו התייחסות מפורשת לשאלה האם ניתן לכפות טיפול רפואי על חולה, אך יש לכך התייחסות עקיפה בתוספתא (שקלים א, ב), שממנה משתמע כי הנורמה המקובלת היא שכופים על החולה טיפול רפואי ואף קושרים אותו אם יש צורך בכך. התוספתא היא היסוד בדברי האחרונים לכפיית טיפול, אך יש מי שהגביל את היקף הכפייה שניתן ללמוד ממנה. ראו ר"מ הלפרין, 'התנגדות הורים לניתוח התינוק המסוכן', ספר אסיא, ח (תשנ"ה), עמ' 24; ר"י זילברשטיין, 'כפיית טיפול רפואי', ישרון, יג (תשס"ג), עמ' תקל-תקלג. באנציקלופדיה הלכתית רפואית, כרך ב, ערך 'הסכמה מדעת', פותח המחבר בעמ' 670 בכך שהסכמה לטיפול היא מושג חדש שאיננו מצוי בספרות ההלכה, ובעמ' 674-678 הוא מעגן את יסוד הכפייה בטיפול רפואי בכפייה על קיום מצוות. ההסתמכות על חובת הכפייה על קיום מצוות נותנת מצד אחד עוגן משמעותי לכפייה, שיסודו בברייתא בכתובות פו ע"א ובחולין קלב ע"ב, והוא מקובל על הפוסקים (ראו למשל פירוש המשניות לרמב"ם, כתובות ד, ו); אך מאידך גיסא בפועל אין נוהגים כיום לכפות אדם לקיים מצוות עשה.

הפוסקים נחלקו אם סמכות הכפייה על מצוות נתונה בידי בית הדין או בידי כל יחיד ויחיד. ראו קצות החושן, סימן ג, ס"ק א; נתיבות המשפט, שם, ס"ק א; משובב נתיבות, שם. הר"ש רפאל ('כפיית טיפול רפואי על חולה', תורה שבעל-פה, לג [תשנ"ב], עמ' עד-פא) כתב שאין לכפות טיפול רפואי כיוון שיש צורך בבית דין של שלושה. שאר הפוסקים שהתייחסו לכפיית טיפול (ראו להלן הערה 7) לא הצריכו בית דין לכפייה. ראו שו"ת שבט הלוי, חלק ח, סימן רנא, אות יב.

מקור חשוב המשמש את הפוסקים בשאלת כפיית טיפול הוא שו"ת הרדב"ז (חלק ד, סימן סז) שכתב שחולה שאמדהו שצריך לחלל עליו שבת ומפאת חסידותו אינו רוצה שיעשו זאת – כופין אותו לעשות מה שאמדהו. ר' יעקב עמדין במור וקציעה (אורח חיים, סימן שח) סייג את דברי הרדב"ז וכתב שכל זה אמור דווקא ברפואה ודאית, אולם אם החולה חושש שהטיפול לא יועיל או יזיק, וכל שכן כאשר רופא אחר תומך בדבריו, רשאי החולה להימנע מהרפואה. דברי המור וקציעה פותחים פתח לצמצום אפשרות הכפייה, כיוון שבמקרים רבים ההכרעה על טיפול רפואי איננה דבר מוחלט אלא הכרעה בין סיכון לסיכוי. ואכן, מצד אחד הדעה המקובלת על הפוסקים היא שניתן לכפות טיפול רפואי; אך מצד שני, המגבלות שהטילו על כך הפוסקים רבות, וראו להלן הערה 7.

4 הגישה המקובלת והבסיסית בקרב הפוסקים היא שחולה המצוי בסכנת מוות ודאית מחויב לעבור טיפול רפואי שסיכויי הצלחתו גבוהים במידה משמעותית; והוא רשאי, אך אינו מחויב, לעבור טיפול כזה אם סיכויי ההצלחה אינם כה ודאיים. ראו שו"ת אגרות משה, יורה דעה, חלק ב, סימן נח; שם, חלק ג, סימן לו; שם, חלק ד, סימן כד, אות ד; שם, חושן משפט, חלק ב, סימן עד, אות ה. השו"ת אליעזר, יורה דעה, סימן טז, אות ו.

להלכה הראשונה, המחייבת טיפול כשסיכויי ההצלחה גבוהים, ניתנו שתי הנמקות: ראשית, מטבע הדברים בכל טיפול רפואי יש מידה מסוימת של סיכון, ובכל זאת התורה חייבה אותו (ראו תורת האדם, עניין הסכנה [מהד' שעוועל, עמ' מא-מג]). שנית, כאשר מדובר בהתנגשות בין הסיכוי לחיים ארוכים ("חיי עולם") אל מול חיים קצרי טווח שנותרו לחולה ("חיי שעה") אין חוששים ל"חיי שעה" (ראו עבודה זרה כז ע"ב, בתשובות הנ"ל, ולעיל פרק ג, הערה 3). ההנמקה להלכה השנייה, המתירה טיפול כשסיכויי ההצלחה שקולים, היא שבשל חוסר הביטחון בהצלחת הטיפול הרפואי כפות המאזניים מאוזנות, והתורה הותירה את ההכרעה לשיקול דעתו של החולה. אכן, דברים אלו אמורים כאשר מדובר בסכנת מוות ודאית, ואילו כאשר קיומה של סכנה כזו מוטל בספק, אין לקבל בגינה טיפול מסכן חיים (ראו שו"ת בנין אב, חלק א, סימן ו) – ולכל הפחות ברור שאין לכפות טיפול כזה. וראו שו"ת ציץ אליעזר, חלק ד, סימן יג; נשמת אברהם, יורה דעה, סימן קנה, ס"ק ב.

5 ראו לעיל פרק ג, הערה 1. הבסיס ההלכתי להפסקת טיפול מאריך חיים ולבחירה בטיפול פליאטיבי (שמתמקד באיכות חייו של החולה) נשען על עקרונות שיבוארו בהרחבה בהמשך: (א) ההלכה איננה מחייבת הארכת חיים בכל מקרה, וישנם מצבים שאין חובה להאריך חיים וניתן לבכר טיפול המונע כאב. ראו להלן פרק ו, סעיף ג והערה 3, ופרק ח, סעיף ג והערה 3. (ב) כל אדם רשאי לבחור אם יטופל או לא. ראו להלן בפרק זה, הערות 7, 9. (ג) הכאב הוא חלק ממרכיבי המחלה הדורשים טיפול. ראו להלן פרק ז, הערות 2-3, ופרק יב, הערה 1. מלבד זה, העובדה שטיפול פליאטיבי עשוי להאריך חיים משנה את התמונה, כיוון שעל הפרק עומדת הפסקת טיפול מאריך חיים אחד, אך במקומו ניתן טיפול אחר שאף הוא עשוי להאריך חיים.

6 ראו בהערה הבאה.

- 7 הפוסקים נחלקו בשאלה עד כמה כופים טיפול רפואי על חולה. קיצרנו כאן בהבאת המקורות ובדיון בהם, ראו נייר עמדה 'כפיית טיפול רפואי על חולה', <https://bit.ly/3HDc3wK>.
- א. לעיל הערה 3 הבאנו את דעת הר"ש רפאל שלפיה אין אפשרות לכפות כיום טיפול על חולה.
- ב. מנגד, דעת הר"א וולדנברג (שו"ת ציץ אליעזר, חלק טו, סימן מ, וחלק יז, סימן ב) היא שניתן לכפות טיפול רפואי במקום של פיקוח נפש. זו גם דעת הר"ש דיכובסקי ('כפיית בדיקה וטיפול: היבטים הלכתיים על מחלת ה"איידס"', ספר אסיא, ז [תשנ"ד], עמ' 73-78) המחייב כפיית טיפול רפואי גם כאשר אין "חולה לפנינו". לעומתו, דעת ר"י זילברשטיין ('טיפול בחולה בעל כורחו', צהר, ג [תשנ"ח], עמ' ריג-ריט; 'כפיית טיפול רפואי', ישורון, יג [תשס"ג], עמ' תקל-תקלג) היא שהחיוב לכפות טיפול קיים רק כאשר הסכנה לפנינו.
- ג. הר"מ פיינשטיין (שו"ת אגרות משה, חושן משפט, חלק ב, סימן עג, אות ה; שם, סימן עד; שם, יורה דעה, חלק ג, סימן לו; שם, חלק ד, סימן כד, אות ד) פסק שכאשר סירוב החולה להתרפא הוא מחמת ייאוש וברור שהוא מעשה שטות – כופים אותו להתרפא, והוא הדין כאשר כל הרופאים מסכימים שצריך לרפאו. בנייתו שיש בו מצד אחד סיכון בעצם ההתערבות הרפואית ומצד שני ספק בהצלחת הניתוח, אם רוב הסיכויים שיתרפא – כופים עליו את הניתוח, אך אם הספק שקול – אין כופים. לדבריו, בספק השקול, "מסתבר שאם החולה אינו רוצה משום שעדיף לו חיי השעה הודאין מספק חיים המרובין רשאי שלא להתרפאות" (בתשובה הנ"ל, ראו שם, יורה דעה, חלק ג, סימן לו. אומנם בתשובה שבחלק ד נקט הר"מ פיינשטיין לשון "רוב גדול", וראו לעיל הערה 4). עוד כתב שם הר"מ פיינשטיין שחולה שמפחד להיות בעל מום בעקבות הניתוח, והסכנה שבהימנעות מניתוח ברורה – כופים עליו את הניתוח. אף על פי שדעתו בחלק מהמקרים הנ"ל היא שיש לכפות על החולה טיפול, הר"מ פיינשטיין חזר וכתב בחלק מתשובות אלו שלא אחת יש חשש שעצם הכפייה תפגע בחולה ובבריאותו, ולכן צריך לשקול את הדברים בזיהרות ולהימנע מטיפול כשיש חשש כזה.
- ד. הרש"ז אויערבך פסק שכאשר הרופאים קובעים שיש לנתח את החולה ולכרות את רגלו, והחולה איננו מעוניין להיות בעל מום, אין לכפות על החולה ניתוח, אף על פי שללא הניתוח חיייו בסכנה ואילו בעקבות הניתוח חיייו יינצלו. כך כתבו בשמו בעל נשמת אברהם, יורה דעה, סימן קנה, ס"ק ב; ועוד. כמו כן, כתב הרש"ז אויערבך (שו"ת מנחת שלמה, חלק א, סימן צא, אות כד) שחולה גוסס הסובל מייסורים – ניתן להימנע מלתת לו תרופות אם הוא דורש זאת, אך אם לא נטרפה דעתו, ראוי להסביר לו ש"יפה שעה אחת בעולם הזה". בשני המקרים הללו, דעת רש"ז אויערבך היא שאין כופים רפואה על החולה אף שעל פי ההלכה נכון לרפא אותו. עמדה דומה נקט הר"ש ישראלי (שו"ת במראה הבזק, כרך ג, סימן קכה, והערה 651).
- על פי פסיקתם של הר"מ פיינשטיין והרש"ז אויערבך כתבנו כאן שכאשר אין דרך לגשר על הפער בין מה שנראה כטובת החולה לבין רצונו, **נקודת המוצא היא שמותר לחולה לסרב, אך יש להפעיל על החלטה זו "בקרה שיפוטית" הלכתית.** אם ההערכה המקצועית היא שסירובו של החולה לקבל טיפול נובע מייאוש, והטיעונים שלו הם טיעונים של הבל, ניתן מבחינה הלכתית לכפות עליו את הטיפול, אך חוקי מדינת ישראל אוסרים זאת (אלא אם מתקיימים התנאים שהוזכרו לעיל הערה 1). אם מדובר בהכרעה של החולה, שנובעת מהחשש לסיכון שבטיפול, מהספק אם הטיפול יצליח או מדאגה למצבו לאחר הטיפול – יש לכבד הכרעה זו. בחלק מהמקרים החולה אכן רשאי להכריע בעצמו, אך גם כאשר ההכרעה אסורה מבחינה הלכתית – יש לכבד אותה.
- 8 כאשר אין הוראות מקדימות או ייפוי כוח מתמשך בתוקף, והחולה איננו יכול לקבל החלטות, על פי חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, התשכ"ב-1962, יש לפנות לבית המשפט למינוי אפוטרופוס.
- 9 לאור מה שכתבנו בהערה 7, מסתבר שכאשר אין החולה יכול לקבל החלטות, או שאין אפשרות לדעת מה רצונו ואין הוראות מקדימות שנתן, יש לנסות לשער מה עשוי להיות רצונו ולפעול בהתאם לכך, וכן מסתבר שבני המשפחה עשויים לשקף את רצונותיו בצורה המיטבית. כן כתב הר"מ פיינשטיין (שו"ת אגרות משה, חושן משפט, חלק ב, סימן עד, אות ב); וראו גם שו"ת תשובות ונהגות, חלק ג, סוף סימן שסג. אומנם באנציקלופדיה הלכתית רפואית, כרך ב, ערך 'הסכמה מדעת', עמ' 685-686 נכתב בשם הרי"ש אלישיב והר"מ הלברשטאם שכאשר אין ידיעה ודאית על רצון החולה – יש לטפל בו ולא להתחשב בפרשנויות של בני המשפחה לגבי רצונותיו ואמירותיו מהעבר. הניסוח של הר"א שטינברג שם הוא "לכל הדעות אין לנתח", אך כאמור נראה שאין זו דעת הכול.
- 10 על פי החוק, אין לבני המשפחה מעמד בקבלת החלטה, אך בפועל הרופאים נועצים עם בני המשפחה כדי לברר את עמדתו של החולה. על המעמד ההלכתי של בני המשפחה ראו להלן פרק יח, הערה 7.

ו | טיפול מאריך חיים בחולה הסובל מייסורים

- א.** ככלל אסור להפסיק טיפול שיש בו צורך רפואי, גם כאשר הוא מאריך את חייו של החולה המתייסר, אך במקרים מסוימים מותר להימנע מנקיטת טיפול רפואי – ובמקרים קיצוניים של סבל הדבר אף חובה.¹
- ב.** הפסקת פעולות הממלאות את הצרכים הטבעיים של החולה (כגון מזון, שתייה וחמצן) אסורה. גם הימנעות מטיפולים כאלה אסורה בדרך כלל, אך במקרים קיצוניים ניתן להפחית את רמת הטיפול ואיכותו בצורה שאיננה פוגעת באופן ישיר בחולה.²
- ג.** חולה הנוטה למות אשר סובל מייסורים קשים ומבקש שלא יאריכו את חייו רשאי להתנגד לטיפולים מאריכי חיים הכרוכים בסבל וכאבים והצלחתם אינה מובטחת, כגון החייאה, הנשמה, ניתוח מסובך, דיאליזה, כימותרפיה והקרנות.³ אם הוא מבקש שיטפלו בו ויאריכו את חייו, חובה לעזור לו.⁴
- ד.** חולה שסובל מייסורים ואינו יכול לקבל החלטות או להביע את דעתו – ראו לעיל פרק ה, סעיפים ז-י.
- ה.** על הפסקה או מניעת הנשמה ומתן חמצן, הזנה ומתן תרופות – ראו להלן פרקים ט-יא.

1 הפסקת טיפול רציף אסורה, ככל פעולה שיש בה הפסקת חיים. מוסכם על כל הפוסקים שאין חילוק בין ההורג בריא להורג חולה הנוטה למות, וכן כתב הרמב"ם, משנה תורה, הלכות רוצח ושמירת נפש, פרק ב, הלכה ז. המנחת חינוך (מצווה לד) כתב: "אף אם יא אליהו ויאמר שלא היה לו חיים אלא שעה או רגע, מכל מקום התורה לא חילקה בין הורג ילד שיש לו לחיות כמה שנים ובין הורג זקן בן מאה, בכל עניין שהורג חי חייב". לא זו בלבד אלא אף סיוע לחולה לקצר את חייו, או אפילו מתן עצה כזו לחולה, אסורים; ראו שו"ת ציץ אליעזר, חלק ה, רמת רחל, סימן כט. ראו אנציקלופדיה הלכתית רפואית, כרך ה, ערך 'הנוטה למות (א)', עמ' 137-140; נשמת אברהם, יורה דעה, סימן שלט, ס"ק ד; יעקב וינברגר, 'רצח מתוך רחמים בהלכה היהודית (אוטנזיה – euthanasia)', דיני ישראל, ז (תשל"ו), עמ' צט-קכז, ורשימה ביבליוגרפית שם עם הפניות לדברי הפוסקים בעמ' קכז.

הימנעות מטיפול קלה יותר מבחינה הלכתית ומותרת במקרים מסוימים, ובכך נעסוק להלן. עיקר הדיון ההלכתי הוא בתחום הביניים ובמושג "הסרת המונע" – עשיית מעשה המסיר את הגורם שמונע את המוות, כאשר התוצאה המשוערת היא קירוב מיתתו של החולה. בשער הראשון, פרקים ד-ה, עסקנו בשני המקורות המרכזיים לדיון: סיפור הוצאתו להורג בשרפה של רבי חנינא בן תרדיון (עבודה זרה יח ע"א); ודברי הרמ"א בשולחן ערוך, אורח חיים, שלט וראו דברינו שם. אומנם ההגדרה המדויקת של המותר והאסור על פי הסוגיה במסכת עבודה זרה אינה חד-משמעית. הפוסקים דנו בשאלה האם הסכמתו של ר' חנינא בן תרדיון להסרת הספוגים הותרה משום הסרת המונע או שהמעשה אסור והותר רק כהוראת שעה או מכיוון שהעושה איננו יהודי. ראו שו"ת יביע אומר, יורה דעה, חלק ב, סימן כד; שו"ת אגרות משה, יורה דעה, חלק ב, סימן קעד; שם, חושן משפט, חלק ב, סימנים עג-עד; שו"ת ציץ אליעזר, חלק יח, סימן מח, אותיות א-ב (וראו עוד שם, חלק ד, סימן יג, אות ז; חלק ה, רמת רחל, סימן כט, אות ב; חלק יז, סימן עב); נשמת אברהם, יורה דעה, סימן שלט, ס"ק ת; אנציקלופדיה הלכתית רפואית, כרך ה, ערך 'נוטה למות (א)', עמ' 121-122.

גם בדברי הרמ"א, ההבחנה בין פעולה אקטיבית לפסיבית אינה קלה במצבים גבוליים, והפוסקים שאחרי הרמ"א דנו בהגדרת פעולה ישירה האסורה בכל מקרה ומה כלול בגדר הסרת מונע המותרת במצבים מסוימים. לסיכום ההגדרות ההלכתיות של הסרת המונע ראו נשמת אברהם, שם; אנציקלופדיה הלכתית רפואית, כרך ה, ערך 'נוטה למות (א)', עמ' 124-131; ישראל כ"ץ, 'דין "מסיר המונע" – ממקורותיו של דין הגוסס ועד ימינו', ספר אסיא, טז (תשע"ט), עמ' 258-267; ר"ש ויסבורט, 'הטיפול בחולה הנוטה למות', תחומין, מא (תשפ"א), עמ' 287-294.

דברי הפוסקים המובאים להלן (הערה 3) משוקעות ההבחנות בין הימנעות מטיפול או פעולה פסיבית של הסרת המונע המותרות לבין פעולה אקטיבית שאסורה. כך גם להלן פרק ח, הערה 3; פרק ט, הערה 1.

2 ראו בהערה הבאה.

3 ישנם לא מעט מקורות בתלמוד, במדרש ובתנ"ך, המשמשים בסיס לפסיקה שהחובה לשמירת החיים נדחית מפני הייסורים הקשים: (א) הוצאתו להורג בשרפה של רבי חנינא בן תרדיון (ראו לעיל הערה 1 ובדיון בשער הראשון המצוין שם); (ב) דברי עולא במעשה של שני בני חזאי (נדרים כב ע"א), שאמר לרוצח שהיה צריך לפרוע בית השחיטה ולקרב את מיתתו של הנרצח; (ג) מעשה מותו של רבי (כתובות קד ע"א), והשאלה האם יש שלב שבו ניתן להתפלל על החולה שימות; (ד) מעשה העיר לוז שאין מלאך המוות שולט בה זקניה יוצאים מחוץ לחומה כדי למות כשדעתם קצה עליהם (סוטה מו ע"ב); (ה) מעשה באישה זקנה שמאסה בחייה, ור' יוסי יעץ לה להימנע מלהגיע לבית הכנסת (ילקוט שמעוני, פרשת עקב, רמז תתנ"א); (ו) דברי רב (כתובות לג ע"ב), שאם היו מכים את חניניה, מישאל ועזריה הם היו עובדים לצלם, כיוון שסבל מייסורים קשה אך ממיתה (מכאן ניתן ללמוד שבתנאים מסוימים, הטיפול במניעת הכאב חשוב יותר מהארכת החיים); (ז) המעשה בארבע מאות ילדים שנתפסו לקלון וקפצו לים (גיטין נז ע"ב); (ח) סיפור מותו של שאול המלך וקירוב מיתתו על ידי הנער העמלקי (שמואל א לא, ג-ה; שמואל ב א, ו-ט).

כך פסקו רוב הפוסקים בדורות האחרונים. ראו שו"ת מנחת שלמה, חלק א, סימן צא, אות כד; דברי הרי"ש אלישיב שהובאו בנשמת אברהם, יורה דעה, סימן שלט, ס"ק ד (ראו שם גם את דברי שאר הפוסקים שמזכירים כאן); שו"ת אגרות משה, חושן משפט, חלק ב, סימנים עג-עה. דעת הר"מ פיינשטיין היא שבמקום שאין יכולת לרפא את האדם, והמשך הטיפול כרוך בייסורים, אין חיוב לרפא את החולה; ואף אם אין יודעים את דעת החולה, מסתמא טוב לו מותו מחייו. זאת ועוד, לדעתו (שם, יורה דעה, חלק ב, סימן קעד, ענף ג), לא רק שאין חובה להאריך את סבלו של הנזטה למות, אלא יש מצווה להימנע מלהאריך את חיי הסבל שלו, וכך היא גם דעת הר"ע הדאיה (שו"ת ישכיל עבדי, חלק ז, יורה דעה, סימן מ). ראו גם פסק ההלכה של הרי"ש אלישיב, הרש"ז אויערבך, הר"ש וואזנר והרשי"ו קרליץ, יתד נאמן, כ' בכסלו תשנ"ה (23.11.1994), עמ' 1 (=אנציקלופדיה הלכתית רפואית, כרך ה, ערך 'נוטה למות [א]', עמ' 153-155). הר"א וולדנברג חולק על הפוסקים הנ"ל. ראו שו"ת ציץ אליעזר, חלק ה, קונטרס רמת רחל, סימנים כח-כט; שם, חלק ט, סימן מז; שם, חלק י, סימן כה, פרק ו; שם, חלק יג, סימן פז; שם, חלק יד, סימנים פ-פב; חלק יח, סימן סב. לדעתו, יש לרפא את החולה בכל האמצעים הקיימים כל עוד הוא מוגדר חי, גם אם הלה איננו מסכים לכך – "דגם חיי צער ויסורי מחלה קשים לא עלינו אשר אין מפלט מהם, מכל מקום עדיפים אפילו הכי יותר מהמות" (שם, חלק יח, סימן סב). ראו אנציקלופדיה הלכתית רפואית, שם, עמ' 133-135, 141-143; ר"מ וינברגר, 'יסורים קשים כשיקול בהחלטה רפואית', עמק הלכה: אסיא, כרך א, ירושלים תשמ"ו, עמ' 53-63; ר"ש ויסבורט, 'הטיפול בחולה הנזטה למות', תחומין, מא (תשפ"א), עמ' 287-294.

4 ראו להלן פרק ח, סעיף ב והערה 2.

ז | טִיפּוֹל בַּהֲקַלַּת הַיִּסּוּרִים בַּשַּׁבֵּת אוֹ לְמוֹל אִיסוּר אַחַר

- א.** מוֹתֵר לַחֲלַל שַׁבֵּת בַּעֲבוּר חוּלָה שִׁישׁ בּוֹ סַכְנָה בַּדְּבַר שֶׁהוּא לְצוֹרֵךְ הַחוּלָה, אֲפִילוּ אִם בְּאוֹתוֹ צוֹרֵךְ אֵין סַכְנָה,¹ וּלְפִיכֵךְ נִיתֵן לַחֲלַל שַׁבֵּת כְּדִי לְהַפְחִית אֶת הַיִּסּוּרִים. זֹאת, לֹא רַק כְּאִשֶׁר נִיתֵן לְהַצִּיל אֶת הַחוּלָה, אֲלָא גַם כְּאִשֶׁר בְּרוּר שְׁחִי הַחוּלָה לֹא יִינְצֵלוּ. גַּם אִיסוּרִים אַחֵרִים נִדְחִים מִפְּנֵי הַצּוֹרֵךְ בַּהֲקַלַּת כְּאִבִּים שֶׁל חוּלָה שִׁישׁ בּוֹ סַכְנָה.²
- ב.** גַּם כְּאִשֶׁר עַל פִּי הַפְּרַמְטְרִים הַמְדִידִים אֵין סַכְנָה בַּחוּלָה, אֲךָ יֵשׁ כְּאִבִּים בְּאִיבְרִים פְּנִימִיִּים, יֵשׁ לְסַמּוֹךְ עַל הַדְּעוֹת הַרּוֹאוֹת סַכְנָה בְּכְאִבִּים גּוֹפִים.³

1 שוֹלְחַן עֵרוֹךְ, אוֹרַח חַיִּים, שַׁכַּח, ד; שֵׁם, שֵׁל, א. אֵינְנוּ נִכְנָסִים כִּאֵן לְדִיוֹן הַרְחֵב הָאֵם עַל כָּל צוֹרֵךְ שֶׁל חוּלָה שִׁישׁ בּוֹ סַכְנָה מוֹתֵר לַחֲלַל אֶת הַשַּׁבֵּת. רֵאוּ מִשְׁנֵה בְּרוּרָה, סִימָן שַׁכַּח, ס"ק יד; שו"ת יחוה דעת, חלק ד, סימן ל; נשמת אברהם, אוֹרַח חַיִּים, סִימָן שַׁכַּח, ס"ק טז; שְׁמִירַת שַׁבֵּת כְּהַלְכָתָהּ, פֶּרֶק לָב, סְעִיפִים כֹּד-כּוֹ. רֵאוּ גַם ר"י פֶּרֶנֶץ, 'אִיתוּבֵי דַעְתָּא, רְצוּנוֹתַי שֶׁל חוּלָה וּמְצַבּוֹ הַנִּפְשִׁי כְּשִׁיקוּל לְחִילוּל שַׁבֵּת בַּעֲבוּרָו', סֵפֶר אִסְיָא, טז (תשע"ט), עמ' 171-191.

2 מִבְּחִינָה תִּיאוֹרֵטִית, הַתִּיחֶסֶת לְכַאֵב בְּנִפְרַד מֵהַחוּלָה עֲשׂוּיָה לְהַתְקִיִּים בְּשְׁנֵי מְצַבִּים: (א) יִיסוּרִים בְּמְצַב שֶׁבּוֹ בְּרוּר שַׁכְּבֵר לֹא נִיתֵן לְהַצִּיל אֶת חַיֵּי הַחוּלָה, וְהַטִּיפּוֹל הוּא בַּהֲקַלַּת הַיִּסּוּרִים בְּלִבָּד (בְּכֵךְ נִדּוֹן בַּהֲמִשָּׁךְ הַהֶעֱרָה); (ב) יִיסוּרִים בְּמְצַב שֶׁבְּרוּר שֶׁאֵין בּוֹ סַכְנָה (בְּכֵךְ נִדּוֹן בַּהֶעֱרָה הַבְּאֵה). אֲכֵן, לְמַעֲשֵׂה הַפְּרִדָּה בֵּין הַיִּסּוּרִים לְבֵין הַסַּכְנָה כְּמַעַט בְּלִתי אֲפִשְׁרִית. יִיסוּרִים גְּדוּלִים מַעֲיִדִים בְּדֶרֶךְ כָּלֵל עַל סַכְנָה, אוֹ לְכָל הַפְּחוּת עַל סִפֵּק סַכְנָה. זֹאת וְעוֹד, גַּם כְּאִשֶׁר אֵין אוֹפֵק רְפוּאִי, בְּמִנִּיעַת יִיסוּרִים יֵשׁ לְכָל הַפְּחוּת הָאֲרַכַּת חַיֵּי שְׁעָה לְחוּלָה. גַּם מִבְּחִינָה רְפוּאִית, הַכְּאִבִּים הֵם חֶלֶק מֵהַמַּחֲלָה שֶׁהַרּוֹפֵא צָרִיךְ לְטַפֵּל בָּהּ (רֵאוּ לְהַלֵּן פֶּרֶק יב, הַעֲרָה 1). שִׁיקוּל נּוֹסֵף הוּא מְצַב רוּחוֹ וְכוּחוֹ הַנִּפְשִׁי שֶׁל הַחוּלָה לְהִתְמוּדָד עִם הַמַּחֲלָה עֲצֻמָּה, שֶׁנַּחֲלָשִׁים כָּלֵל שֶׁהַכְּאִבִּים גּוֹבְרִים.

בִּיחַס לְמְצַב הַרְאָשׁוֹן, הַפּוֹסְקִים נַחֲלָקוּ בְּשֵׁאלָה אִם יִיסוּרִים אוֹ כְּאִבִּים כְּשֶׁלְעֲצָמִים נַחֲשָׁבִים לְחוּלָה שִׁישׁ בּוֹ סַכְנָה שֶׁמַּחֲלָלִים עֲלֵיוֹ אֶת הַשַּׁבֵּת וְדוּחִים אִיסוּרִים אַחֵרִים מִפְּנֵי. מְסוּגִיַּת הַגְּמָרָא בְּמַסַּכְת עֵבּוּדָה זֶרֶה (כח ע"א), הַדְּנָה בַּהֲגֵדֶרֶת חוּלָה שִׁישׁ בּוֹ סַכְנָה לְשִׁינִיִּים לְעִנּוּיִן חִילוּל שַׁבֵּת, עוֹלָה שֶׁהַכָּאֵב כְּשֶׁלְעֲצָמוֹ הוּא חוּלָה שִׁישׁ בּוֹ סַכְנָה. לָכֵן, בְּמִקְרָה הַנִּידוּן שֵׁם מַחֲלָלִים שַׁבֵּת עַל כְּאֵב גְּדוֹל, גַּם אִם בַּחוּלָה עֲצָמוֹ אֵין סַכְנָה בַּהֲכַרְחָ. עִם זֹאת, הַפּוֹסְקִים נַחֲלָקוּ בְּמַסְקָנוֹת, הַלֵּכָה לְמַעֲשֵׂה, הַעוֹלוֹת מְסוּגִיָּה זוֹ. הַשּׁוֹלְחַן עֵרוֹךְ (אוֹרַח חַיִּים, שַׁכַּח, ג) פֶּסֶק: "וְדוּקָא שְׁנִתְקַלְקַל א' מֵהַאֲבָרִים הַפְּנִימִים מַחֲמַת מַכָּה אוֹ בּוּעָה וְכוּיָצָא בְּזָה, אֲבָל מִיְחוּשִׁים אֵין נִקְרָאִים מַכָּה", וּמְדַבְּרִיו מִשְׁתַּמֵּעַ שִׁיִּסּוּרִים בְּלִבָּד אֵינֶם חוּלָה שִׁישׁ בּוֹ סַכְנָה – וְאֵין לַחֲלַל עֲלֵיהֶם שַׁבֵּת. לְדַעַת הַבִּיאוֹר הַלֵּכָה (שֵׁם, ד"ה וְדוּקָא), רַק בְּשִׁינִיִּים כְּאֵב גְּרִידָא הוּא סַכְנָה, אֲךָ בְּשֵׁאֵר אִיבְרִים פְּנִימִיִּים לֹא, וְכֵן מִשְׁתַּמֵּעַ מְדַבְּרֵי עֵרוֹךְ הַשּׁוֹלְחַן (אוֹרַח חַיִּים, סִימָן שַׁכַּח, סְעִיף כֵּא). לְעוֹמַת זֹאת, לְדַעַת כְּמָה אַחֲרוּנִים כָּל כְּאֵב בְּאִיבְרִים פְּנִימִיִּים הוּא חוּלָה שִׁישׁ בּוֹ סַכְנָה, רֵאוּ שו"ת שְׁבוֹת יַעֲקֹב, חֶלֶק ב, סִימָן ע; שו"ת אֲמֵרֵי יוֹשֶׁר, חֶלֶק ב, סִימָן מֵג, אוֹת ד; שו"ת שְׁבֵט הַלּוּי, חֶלֶק ו, סִימָן ל, אוֹת ב. רֵאוּ גַם נִשְׁמַת אֲבָרָהּ, אוֹרַח חַיִּים, סִימָן שַׁכַּח, ס"ק יז; אֲנִצִּיקְלוּפְדִיָּה הַלְכָתִית רְפוּאִית, כִּרְךָ ז, עֶרֶךְ 'שַׁבֵּת', עמ' 449. לְהַלְכָה, גַּם כְּאִשֶׁר נִרְאָה שֶׁאֵין סַכְנָה בַּחוּלָה אֲךָ יֵשׁ כְּאִבִּים בְּאִיבְרִים פְּנִימִיִּים, נִיתֵן לְסַמּוֹךְ עַל הַדְּעוֹת הַמִּקְלוּת.

3 בְּשְׁמִירַת שַׁבֵּת כְּהַלְכָתָהּ (מֵהַדוּרָה שְׁלִישִׁית, יְרוּשָׁלַיִם תִּשְׁע"ט, פֶּרֶק לָב, הַעֲרָה קָנז, וּבְמֵהַדוּרָת תִּשְׁל"ט, הַעֲרָה קָנז) הַבִּיא הַר"י נׁיבִירַט אֶת דַּעַת הַרְש"ז אוֹיְעֶרְבֵךְ שֶׁהַסְתַּפֵּק אִם אֵין לַחֲלַל שַׁבֵּת עַל מְנַת לְתַת זְרִיקַת מוֹרְפִיּוֹם כְּאִשֶׁר בְּרוּר שֶׁהִיא אֵינָה מְרַפֵּאת אֲלָא רַק מְרַגֵּעָה, אֲךָ מְצַד שְׁנֵי אֲפִשֶׁר שְׁמוֹתֵר לַחֲלַל, כִּיוּן שֶׁגַּם כְּאִבִּים עֲזִים עוֹלוּ לְסַכֵּן אֶת הָאָדָם. בְּנִשְׁמַת אֲבָרָהּ, אוֹרַח חַיִּים, סִימָן שַׁכַּח, ס"ק יז, הוֹסִיף עַל כֵּךְ מְדַבְּרֵי הַרְש"ז אוֹיְעֶרְבֵךְ שֶׁכְּשֶׁמְדוּבֵר בַּחוּלָה שִׁישׁ בּוֹ סַכְנָה – כָּל דְּבַר שֶׁמְרַעֵנֵן וּמְרַגֵּעַ אוֹתוֹ, יֵשׁ בּוֹ מִשׁוֹם סִפֵּק הַצֵּלָה לְחַיֵּי שְׁעָה וְלָכֵן חַיִּיבִים לְטַפֵּל בְּמַכְאוּבּוֹי בְּכָל מִקְרָה. גַּם הַר"מ פִּינְשְׁטִיִן כָּתַב (שו"ת אֲגָרוֹת מִשָּׁה, חוּשֵׁן מִשְׁפֵּט, חֶלֶק ב, סִימָן עג, אוֹת ט) שֶׁמִּסְתַּבֵּר שֶׁכָּל טִיפּוֹל בְּכָאֵב מֵאֲרִיךְ חַיִּים לְשַׁעָה, אֲךָ כְּאִשֶׁר הַדְּבַר לֹא יְדוּעַ לְרֹפְאִים. גַּם אִיסוּרִים אַחֵרִים נִדְחִים מִפְּנֵי יִיסוּרִים. הַר"מ פִּינְשְׁטִיִן (שֵׁם) הַתִּיר לְעַבּוֹר עַל אִיסוּר סִירוּס לְצוֹרֵךְ הַפְּחוּתָת כְּאֵב שֶׁל חוּלָה סֵרְטֵן שֶׁאֵין דֶּרֶךְ לְרַפְּאָה; וְרֵאוּ נִשְׁמַת אֲבָרָהּ, שֵׁם.

ח | טיפול בחולה שסיכוייו להירפא ממחלתו נמוכים מאוד

- א.** פעולה אקטיבית המקצרת את חייו של אדם אסורה. איסור זה קיים גם כאשר סיכוייו של החולה להירפא ממחלתו נמוכים מאוד.¹
- ב.** חולה המבקש להיאחז בחיים אף שאין תקווה לרפואתו ולמרות ייסוריו הגדולים – מצווה לסייע בידו.²
- ג.** חולה שסיכוייו להירפא נמוכים מאוד ושבעקבות מחלתו זקוק לפעולות הרואיות (כגון הנשמה, החייאה או ניתוחים מסובכים) – אין חובה לעשות לו את הטיפולים הללו. אם החולה הביע את רצונו שטיפולים אלה לא ייעשו לו – אסור לעשות אותם. אומנם, ההכרעה למעשה צריכה להיות בכל מקרה לגופו. מלבד זה, יש להמשיך לטפל בחולה בטיפולים רגילים וכן בטיפול תומך שימנע ממנו סבל.³
- ד.** כאשר הצורך בטיפול הרואי נובע ממחלה אחרת הניתנת לריפוי – חובה לטפל בחולה אם הטיפול כשלעצמו אינו כרוך בכאבים גדולים.⁴
- ה.** לגבי חולה שאיננו יכול לקבל החלטות או להביע את דעתו ראו לעיל פרק ה, סעיפים ז-י.¹
- ו.** אין חובה לעשות החייאה לאדם הנמצא זמן רב במצב של חוסר הכרה, כאשר ישנה עדות רפואית מובהקת שמוחו נפגע – גם אם אין ידוע אם הוא סובל מייסורים.⁵

1 ראו לעיל פרק ו, הערה 1.

2 הנימוקים העיקריים לפסיקה זו: יש פוסקים הסוברים שצריך להאריך את חייו של החולה בכל מקרה (ראו בהערה הבאה), וכיוון שאין הכרעה הלכתית מוסכמת כדעה אחת, רשאי החולה לסמוך על דעה אחרת; גם הפוסקים הסוברים שניתן להימנע מטיפול אינם סבורים בדרך כלל שחובה להימנע מכך. הר"צ שכתר ('בדיני מת וגברא קטילא', אסיא, מט-נ [תש"ן], עמ' 136), המאפשר הימנעות מטיפול בהגדרה הרחבה ביותר, מדבר על אדם שקץ בחייו, אך אם הוא מעוניין לחיות, לכל הדעות מצווה לעזור לו. הרש"ז אויערבך (שו"ת מנחת שלמה, חלק א, סימן צא, אות כד), שדעתו היא שבמקום ייסורים ניתן להימנע מטיפול מאריך חיים, כתב שאם לא נטרפה דעתו של החולה – רצוי להסביר לו שיפה שעה אחת בתשובה בעולם הזה מכל חיי העולם הבא. גם הר"מ פיינשטיין (שו"ת אגרות משה, חושן משפט, חלק ב, סימן עה, אות א) כתב "כשהחולה רוצה בחיים אף בחיים כאלו דחיי צער, צריך ליתן לו". אומנם ייתכן שבמצבים רפואיים מסוימים ההיתר שלא לטפל הופך לאיסור (ראו לעיל פרק ו, הערה 3, ודעת הר"מ פיינשטיין הנזכרת שם).

לא עסקנו כאן בשיקולים של המערכת שאינם קשורים לחולה עצמו. על כך ראו בנייר העמדה 'הקצאת אמצעים לטיפולים מצילי חיים בשעת חירום', באתר 'צהר לאתיקה', <https://bit.ly/3380NJI>.

3 ישנן ראיות בתלמוד ובמדרשים למקרים מסוימים של סוף החיים שבהם אדם רשאי למנוע מעצמו טיפול גם כאשר הוא איננו סובל מייסורים. הגמרא (סוטה מו ע"ב) מספרת על העיר לוז שמלאך המוות אינו עובר בה, "אלא זקנים שבה בזמן שדעתן קצה עליהן – יוצאין חוץ לחומה והן מתים". בילקוט שמעוני (פרשת עקב, רמז תתעא) מסופר על אישה זקנה שמאסה בחייה, ור' יוסי אמר לה שתימנע מללכת לבית הכנסת, ובעקבות זאת היא נפטרה לאחר שלושה ימים. טענתה של אותה אישה הייתה: "הזקנתי יותר מדאי, ומעכשיו חיים של נוול הם שאיני טועמת לא מאכל ולא משקה, ואני מבקשת להפטר מן העולם". אותה אישה לא סבלה מייסורים קשים, ואף על פי כן ר' יוסי קיבל את טענתה וסייע לה לקרב את מותה. אומנם מקורות אלו הם דברי אגדה ולא הלכה, והפוסקים המובאים להלן – כל אחד על פי שיטתו – דנו בטיב הראיות ממקורות אלו.

בדברי הפוסקים ניתן למצוא עמדות שונות הנעות בין התחשבות בערך החיים בכל מקרה והחובה לטפל ולהציל חיים אף במקום שאין אופק רפואי וישנם ייסורים, לבין התחשבות ברצון החולה האומר "טוב מותי מחיי".

א. לדעת הר"א וולדנברג, בכל מקרה אין למנוע מאדם טיפול – גם כשהוא נידון לחיים בייסורים – ואף יש לכפות עליו טיפול. ראו שו"ת ציץ אליעזר, חלק ה, קונטרס רמת רחל, סימן כח; שם, חלק ט, סימן מז; שם, חלק יג, סימנים פז-פט; שם, חלק יד, סימנים פ-פב; שם, חלק יח, סימן סב. זוהי גם דעת גשר החיים, חלק א, פרק ב, סעיף ב, הערה 3.

ב. הרי"י קנייבסקי, (ספר קריינא דאיגרתא, יצא לאור ע"י א"י קנייבסקי, בני-ברק תשמ"ו-תשנ"ח, איגרת קצ; במהדורה מעודכנת, שיצאה לאור בשנת תשע"א, איגרת תצט) – שלדבריו התייחסו כבר לעיל בשער הראשון, פרק ג – שלל עמדה זו וכתב: "בעיקר היסוד דכל מה שאפשר להאריך חיי החולה (אפילו אינו אלא לחיי שעה) צריכים לעשות, אמת שגם אני שמעתי בילדותי מימרא כזו, ולא ידעתי אם זהו מבר סמכא הוא, אבל בעיני דבר זה צריך עיון גדול, דביו"ד סי' שלט מבואר, דמותר להסיר דבר המונע פטירת החולה, ורק מעשה בגופו אסור לעשות, ואם כן להיות בשב ואל תעשה לכאורה (במקום שעל ידי זה יתווספו לו יסורים) לא מצאתי איסור, ואדרבה יש ללמוד למנוע מזה". אפשר שיש פער בין דבריו ללא הסוגריים לבין מה שנוסף בסוגריים. ראו ר"ש וייסבורט, "הטיפול בחולה הנוטה למות", תחומין, מא (תשפ"א), עמ' 293, הערה 22.

ג. הר"צ שכטר ('בדיני מת וגברא קטילא', אסיא, מט-ו [תשנ"ו], עמ' 136) הסתמך על דברי הרי"י קנייבסקי וקבע שכל שדעתו קצה עליו ולפי דעתו אינו כדאי להמשיך בחייו (אלא אם מוכח שבמקרה כזה רוב העולם לא היו אומרים כמותו) – אין בהצלתו משום פיקוח נפש. הוא מתנגד לחלוקה בין סוגי טיפולים שבדברי הרש"ז אויערבך (ראו להלן). ראו גם R.J. Goldberg, 'A Halakhic Framework for Decision-Making in Acute Critical Illness', Tradition, 53.1 (2021), pp. 78-93. בעמ' 92-96 ישנו סיכום שנכתב על דעת הר"צ שכטר והר"מ ויליג וכן מצורף כנספח מכתבם של שני הרבנים. זוהי גם דעת הרז"ו גולדברג ('הפסקת הנשמה מלאכותית בחולה אנוש', עמק הלכה: אסיא, כרך א, ירושלים תשמ"ו, עמ' 64-83; עמק הלכה: אסיא, כרך ב, ניו-יורק תשמ"ט, עמ' 183-206) להלכה אך לא למעשה. הרז"ו גולדברג סבר שכיוון שעמדתו לא התקבלה על ידי הפוסקים אין לנהוג כמותה, אלא כדברי הרש"ז אויערבך (ראו להלן). כך על פי סיכום דבריו – 'סביב המוות: שו"ת', ספר אסיא, יא (תשס"ח), עמ' 200-202, וכן עדות בעל-פה שהובאה אצל ר"ש וייסבורט, 'הטיפול בחולה הנוטה למות', עמ' 293, הערה 23.

ד. לדעת הרי"ש אלישיב (ראו נשמת אברהם, יורה דעה, סימן שלט, ס"ק ד) מניעת טיפול מותרת במקום שיש ייסורים, ולכן כל שלא ברור אם הוא סובל מייסורים, חייבים לעשות הכול, כולל החייאה, כדי להאריך את חייו. בעקבותיו ובהתייעצות עימו, צעד הרי"מ לאו בשו"ת יחל ישראל, חלק ב, סימן סב.

ה-ו. בתווך נמצאות עמדותיהם של ר"מ פיינשטיין (שו"ת אגרות משה, חושן משפט, חלק ב, סימנים עג-עה; שם, יורה דעה, חלק ב, סימן קעד) ושל רש"ז אויערבך (שו"ת מנחת שלמה, חלק א, סימן צא, אות כד). אומנם בתשובותיהם חוזר ועולה מרכיב הייסורים, אך דעתם היא שניתן להימנע מחלק מהטיפולים במצבים מסוימים שאין בהם אופק רפואי. כך נכתב גם בשם הרש"ז אויערבך באנציקלופדיה הלכתית רפואית (כרך ה, ערך 'נוטה למות [א]', עמ' 144, הערה 242) ביחס לטיפול באביו של המחבר לפני מותו. בעל נשמת אברהם (שם) מסכם את עמדתו של הרש"ז אויערבך (בתשובה זו ובתשובות שבעל-פה) וקובע שיש להבחין בין טיפול בבעיה שנובעת ממחלתו העיקרית חשוכת המרפא של החולה, לבין טיפול בסיבוך בלתי צפוי שנגרם מסיבה אחרת. אם למשל דום לב או הפסקת נשימה הם תוצאה צפויה וטבעית של המחלה, אין חיוב לבצע החייאה, אך צריך לטפל בסיבוכים אחרים שנגרמו ממחלה אחרת – אם הטיפול כשלעצמו אינו כרוך בכאבים גדולים.

שיטות הפוסקים מבארות בנשמת אברהם, שם, ובאנציקלופדיה הלכתית רפואית, כרך ה, ערך 'נוטה למות (א)', עמ' 141-150. השו"ג הר"א שטיינברג, 'הבסיס ההלכתי להצעת "חוק החולה הנוטה למות"', אסיא, עא-עב (תשס"ג), עמ' 25-39; ר"ש וייסבורט, 'הטיפול בחולה הנוטה למות', תחומין, מא (תשפ"א), עמ' 287-294.

הלכה למעשה, קשה לקבוע הגדרות מוחלטות בסוגיות חמורות אלו ויש לדון בכל מקרה לגופו. נקודת המוצא לדיון היא שיש ערך לחיים וכי נכון לטפל בכל חולה ולהאריך את חייו. אולם כאשר אין אופק רפואי למחלה, יש מקום לשקול הימנעות מטיפול מאריך חיים גם במקום שאין ייסורים, כיוון שעצם המשך החיים במצב כזה קשה מאוד לאדם.

4 ההבחנה בין טיפול במחלה העיקרית לבין מחלה אחרת היא על פי הרש"ז אויערבך; ראו בהערה הקודמת.

5 הלכה זו נובעת מהאמור לעיל הערה 3 ותלויה בעמדות השונות שם. לדעת הרש"ז אויערבך – כפי שהובאו דבריו בנשמת אברהם, יורה דעה, סימן שלט, ס"ק ד, ובאנציקלופדיה הלכתית רפואית, כרך ה, ערך 'נוטה למות (א)', עמ' 144, הערה 242 – אין חיוב לנקוט כל פעולה שתאריך את גסיסתו של החולה, גם אם החולה ללא הכרה ואינו סובל. למותר לציין שהר"א וולדנברג חולק על דבריו.

ט | הנשמה מלאכותית

- א.** אסור לנתק חולה שאיננו יכול לנשום בעצמו ממכונת הנשמה או להפסיק מתן חמצן. במצבים נדירים, של סבל קיצוני, יש לדון באופן מיוחד, וכאמור לאורך כל החיבור – להתייעץ עם רב המומחה בתחום.¹
- ב.** חולה שהוא במצב סופני וסיכוייו להירפא נמוכים מאוד והוא הפסיק לנשום – אין חובה לחבר אותו למכונת הנשמה ולהאריך את חייו, אם ההנחה היא שפעולה כזו תוסיף לו סבל במהלך ההנשמה או לאחריה.² חיבור להנשמה עלול בסבירות גבוהה להיות פעולה בלתי הפיכה, ולכן יש לשקול את הדברים בזהירות.
- ג.** באופן עקרוני, כאשר לפנינו חולה מסוכן, נכון ומומלץ לחבר אותו למכשיר הנשמה הפועל לפרקי זמן קצובים, כדי לאפשר קבלת החלטה על הימנעות מחידוש ההנשמה. ברם האפשרויות הטכנולוגיות לעשות זאת אינן קיימות לעת עתה.³
- ד.** גם כאשר ניתן להימנע מהנשמה, אין להימנע ממתן חמצן.⁴
- ה.** חולה המחובר למכשיר הנשמה שהגיע, לדעת כל הרופאים המטפלים, לאי-ספיקה סופנית של לפחות שלוש מערכות חיוניות בגופו, הוא סובל מייסורים וידוע לנו שאין רצונו בהמשך חיים של סבל – מותר להוריד את קצב ההנשמה של המכונה עד למצב שבו הוא עדיין נושם ולהוריד את ריכוז החמצן עד לכ-21%, כמידת ריכוז החמצן באוויר רגיל, כאשר ההנחה היא שבפעולה זו לא ימות החולה מיד אף שייתכן כי בעקבותיה ימות ממחלתו בתוך כמה שעות.⁵
- ו.** תינוק שנולד עם בעיה בהתפתחות הריאות וטופל במכשיר אקמו המחמצן את הדם לריאות – אם התברר שהטיפול נכשל ואין כל אפשרות שהריאות תתפתחנה (וממילא שהתינוק ימשיך לחיות), מותר במקרים מסוימים לנתק את התינוק מהמכשיר כיוון שלא הייתה לו כלל חזקת חיים, ואולם שאלה זו סבוכה מאוד ויש לדון בכל מקרה לגופו.⁶

1 לעיל בשער הראשון, פרק ה, דנו בהסרת המונע ובהבדל בין פעולה אקטיבית המקצרת חיים, שאסורה בכל מקרה, לבין הימנעות ממעשה. הדעה המקובלת בין הפוסקים היא שהפסקת הנשמה היא פעולה אסורה של זירוז המיתה, ורק הימנעות פסיבית מחיבור למכונה מותרת. ראו שו"ת אגרות משה, יורה דעה, חלק ג, סימן קלב; שו"ת ציץ אליעזר, חלק יז, סימן עב, אות יג; אנציקלופדיה הלכתית רפואית, כרך ה, ערך 'נוטה למות (א)', עמ' 148, הערה 257. לעומתם, יש הסוברים כי הפסקת הנשמה מותרת במצבים רפואיים מסוימים. ראו הרח"ד הלוי, 'ניתוק חולה שאפסו סיכוייו לחיות ממכונת הנשמה מלאכותית', תחומין, ב (תשמ"א), עמ' 297-304; הרב"י רבינוביץ, 'קביעת רגע המות והשתלת אברים', ספר אסיא, א (תשל"ו), עמ' 197 (וראו אנציקלופדיה הלכתית רפואית, כרך ה, ערך 'נוטה למות [א]', עמ' 147, הערה 256). לדעתם, מכונת הנשמה היא סיוע מלאכותי חיצוני, ולכן ניתוקה הוא בגדר "הסרת המונע". אפשר שבמצב קיצוני ניתן יהיה לטמוך על הפוסקים המקילים בצירוף סברות נוספות.

איננו דנים כאן בשאלת קביעת רגע המוות וניתוק המכונות אחרי קביעת מוות מוחי. ראו על כך נשמת אברהם, יורה דעה, סימן שלט, ס"ק ב; אנציקלופדיה הלכתית רפואית, כרך ו, ערך 'רגע המוות', עמ' 816-886; הר"מ הלפרין (עורך), קביעת רגע המוות: אסופת מאמרים, ירושלים תשס"ח; נייר עמדה 'תרומת איברים', באתר 'צהר עד מאה ועשרים', <https://bit.ly/3v9DNuX>.

2 כך כתב הרש"ז אויערבך. ראו נשמת אברהם, יורה דעה, סימן שלט, ס"ק ד; שו"ת מנחת שלמה, חלק א, סימן צא, אות ד. כעין זה כתב הר"ע הדאיה בנוגע למתן תרופות לחולה הנזטה למות; ראו שו"ת ישכיל עבדי, חלק ז, יורה דעה, סימן מ. וכך כתבו פוסקים רבים. לעומתם, דעת הר"א וולדנברג (שו"ת ציץ אליעזר, חלק יג, סימן פט, וחלק יד, סימנים פ-פא) היא שכל עוד יש לחולה חיות עצמית, חובה על הרופא לעשות כל פעולה המאריכה את חייו. להרחבה ראו לעיל פרק ח, הערה 3.

- 3** שו"ת ציץ אליעזר, חלק יג, סימן פט; וראו אנציקלופדיה הלכתית רפואית, כרך ה, ערך 'נוטה למות (א)', עמ' 149, הערה 260. על הצדדים המעשיים וההשלכות ההלכתיות של מכוונת הנשמה הפועלת באופן מחזורי, ראו הר"מ הלפרין, 'מערכת הבקרה (טיימר)' להפיכת הנשמה לטיפול רפואי מחזורי, אסיא, פא-פב (תשס"ח), עמ' 99-104; הנ"ל, 'חוק החולה הנוטה למות - עבר הווה ועתיד, מנקודת מבט מערכתית', רפואה ומשפט, 51 (2019), עמ' 131-134.
- 4** חמצן הוא צורך חיוני והוא מקל על החולה המתייטר ובכך דומה למתן מזון ונוזלים, כמבואר להלן פרק י, סעיפים א-ב והערה 2. ראו שו"ת אגרות משה, חושן משפט, חלק ב, סימן עג, אות א; שו"ת מנחת שלמה, חלק א, סימן צא, אות כד; אנציקלופדיה הלכתית רפואית, כרך ה, ערך 'נוטה למות (א)', עמ' 148; נשמת אברהם, יורה דעה, סימן שלט, ס"ק ד.
- 5** ראו הר"א שטינברג, 'כללים הלכתיים להתנהגות רופא ביחידה לטיפול נמרץ - עפ"י דעת הגרש"ז אויערבך והגר"ש הלוי ואזנר', אסיא, סג-סד (תשנ"ט), עמ' 18-19. הגדרת החולה שם כוללת אי-ספיקה של שלוש מערכות חיוניות, ובתנאים הבאים: הסכמה של כל הרופאים המטפלים שאין סיכוי להציל את חייו; תקופת החיים המוערכת שנותרה לו קצרה מאוד; וההערכה היא החולה לא היה רוצה להמשיך כך את חייו בסבל. יש להעיר שרופאים שונים טענו באוזנינו כי הקביעה ביחס ל"שלוש מערכות חיוניות" קשה במישור הפרקטי. וראו נייר העמדה 'הורדת מינון החמצן בחולה הנוטה למות', <https://bit.ly/3KeQEMb>.
- 6** כך כתב בעל נשמת אברהם, יורה דעה, סימן שלט, ס"ק ז בשם הרש"ז אויערבך, ובשם הרי"ש אלישיב כתב שלתינוק זה יש דין נפל. הוא הוסיף כי אין מדובר בהיתר כללי כיוון שפרטים רבים משתנים מחולה לחולה. הרב וולדנברג (שו"ת ציץ אליעזר, חלק יג, סימן פח), הסובר שיש לטפל בתינוק בכל מקרה, הולך לשיטתו (ראו לעיל פרק ח, הערה 3) כי יש לטפל בחולה בכל מקרה. ראו גם ר"י שרלו, 'מניעת טיפול בתינוק הנוטה למות שהותקף על ידי "חיידק טורף"', אסיא, פה-פו (תשס"ט), עמ' 48-62.

י | הזנה מלאכותית

- א.** מתן נוזלים הוא צורך אנושי חיוני ולכן הפסקת מתן נוזלים אסורה, אף על פי כן, יש מקום לשקול הפחתת כמות הנוזלים ונתינת כמות מינימלית.¹
- ב.** מזון הוא צורך בסיסי וחלק מההתנהלות הטבעית של האדם, ועל כן יש להמשיך להזין בדרך טבעית או מלאכותית, אלא אם כן יש התווית נגד רפואית ברורה המורה שהזנה מלאכותית גורמת לסיכונים וסיבוכים רפואיים או סבל משמעותי.²
- ג.** במקרים מסוימים, חריגים ויוצאי דופן, ניתן להימנע מלהתחיל הזנה מלאכותית, וכן ניתן להימנע מחידוש עירוי שנפסק. לגופו של עניין, נוסף לביורר הרפואי יש לשאול רב, כפי שביארנו לאורך כל החיבור.³
- ד.** חולה בהכרה ובדעה צלולה המסרב לאכול או מבקש להימנע מקבלת מזון בדרך אחרת – יש לדבר אל ליבו, להסביר לו את חשיבות האכילה ולהתאמץ לשכנעו לאכול (או לקבל מזון בדרך מלאכותית). אם לא ניתן לשכנע אותו, אין לכפות עליו הזנה.⁴
- ה.** חולה שאיננו נמצא בהכרה או בדעה צלולה אך הביע מראש את אִרצונו בהזנה, מעמדו העקרוני הוא כשל חולה המביע את דעתו בשעת מעשה. ברם אפשר שבשעה שהביע הלה את רצונו, לא היה מודע למצוקה ולייסורים שברעב. על כן, כשקיים חשש שהוא סובל מרעב וניתן לפרש את ההוראות שנתן בדרכים שונות – יש להמשיך להזין אותו.⁵
- ו.** חולה שאיננו בהכרה או בדעה צלולה ואין יודעים מהו רצונו והוא זקוק להזנה באמצעות זונדה: אם מדובר בהכנסת זונדה לטווח קצר ואשר אפשר להיגמל ממנה – חובה לעשות זאת; ברם אם מדובר בהכנסת זונדה לטווח ארוך, כך שאין אפשרות להיגמל ממנה והחולה עתיד לסבול מאוד בגינה – אין חובה לעשות זאת. שאלה זו תלויה במשתנים רבים (כגון הסיכון שבשליפת הזונדה על ידי החולה) ויש להתיעץ בכל מקרה לגופו עם הצוות הרפואי ועם רב.⁶
- ז.** חולה שאין יודעים את רצונו: אם להערכת הרופאים אפסו הסיכויים להצילו ויש להניח כי לא יסבול ממניעת ההזנה (במצב כזה, חולה יכול להתקיים זמן־מה בלי הזנה), ובוודאי כאשר המשך ההזנה מגביר סכנה של זיהום ומקרב את מות החולה – מותר אף להפסיק להזין אותו.⁷ יש לשקול במצבים אלה שימוש ב"האכלת חמלה", דהיינו האכלה שלוקחת בחשבון את איכות חיי החולה יותר מאשר את אספקת התצרוכת הקלורית שלו.
- ח.** עם זאת, גם כאשר מותר להפסיק להזין, מוטב לפנות להזנה בדרכים פחות מייסרות. אם לא קיימת אפשרות כזו – ניתן להסתפק בתמיסות נוזלים המכילות מלחים וגלוקוז במתן תת־עורי או תוך־וריד.⁸

1 ההתייחסות ההלכתית להזנה מלאכותית, במזון ובנוזלים, נמצאת בהערה הבאה.

האמצעים המקובלים להזנה מלאכותית הם זונדה, פיום קיבה והזנה תוך־ורידית. זונדה (Nasogastric Tube) היא צינורית פלסטית המוחדרת דרך הנחיר אל דרכי העיכול. הזנה באמצעות זונדה ניתנת בעיקר למטופלים בעלי הפרעות בליעה זמניות או כגשר לקראת התקנת PEG, ולעיתים כאמצעי הזנה קבוע. החדרת הצינור יכולה להכאיב וגם לאחר מכן נוכחות הצינור גורמת לעיתים קרובות לאי־נוחות רבה. פיום קיבה (גסטרוסטום; Percutaneous Endoscopic Gastrostomy – PEG) הוא צינור שקצהו האחד מחובר לפני הקיבה וקצהו השני בולט מחוץ לדופן הבטן. השימוש ב־PEG מתאים למטופלים עם הפרעות בבליעה או למטופלים שאינם מסוגלים לאכול דרך הפה כמות מזון מספקת. הזנה תוך־ורידית (TPN – Total Parenteral Nutrition) היא שיטה למתן מזון נוזלי לתוך הווריד דרך צנתר ורידי מרכזי אשר מוחדר בדרך כלל בזרוע ומגיע ישירות לכלי דם גדולים בכניסה ללב. השימוש בשיטה זו הוא בדרך כלל זמני בלבד ומתאפיין בסיכון לזיהומים שהולך ועולה עם הזמן. מלבד זאת, הזנה תוך־ורידית לא הראתה יעילות בהארכת חיים, שיפור במדדי תזונה, סגירת פצעי לחץ ועוד מדדים רבים – הן בחולים עם סרטן מתקדם, הן בחולים עם דמנציה מתקדמת. מסיבות אלו, השיטה כמעט שאינה מצויה בטיפול בחולה הנוטה למות. בכל אחד מהאמצעים יש חסרונות, כגון סיבוכים, סיכונים וחוסר יעילות בחלק מהחולים. להרחבה ראו למשל 'הזנה חילופית (זונדה) בזקנים', רפואה ומשפט, 31 (2004), עמ' 41–66. סוגיה אתית הקשורה לשאלת הזנת חולה המסרב לאכול היא שאלת האכלתו של שובת רעב. ראו מה שכתבנו בנייר העמדה 'הזנה מלאכותית בחולה הנוטה למות', הערה 3, <https://bit.ly/3raU1Mt>.

- 2 מעמדם ההלכתי של מתן נוזלים והזנה מלאכותית שונה ממעמדן של פעולות רפואיות אחרות. אכילה ושתיה אינן פעולות רפואיות אלא צורך חיוני לחייו של האדם וחלק מההתנהלות הטבעית שלו. על כן, אף שבתנאים מסוימים ניתן להימנע ממתן טיפול רפואי, הימנעות מהזנה בתנאים דומים נחשבת להרעבה ויש בה ממד של נטילת נשמה (ראו משנה תורה, הלכות רוצח ושמירת נפש, פרק ג, הלכה י). זאת ועוד, חז"ל קבעו שמיתה ברעב קשה מכל המיתות (בבא בתרא ח ע"ב). יחד עם זאת, ישנם מצבים רפואיים שבהם חולה בסוף ימיו יכול להתקיים זמן רב ללא הזנה, ומניעת הזנה איננה הרעבה, ואילו הזנה ארוכה בזונדה עלולה לגרום לזיהומים וסיבוכים. לפיכך, כאשר הרופאים סבורים שהמשך ההזנה יפגע בחולה – יש להימנע מהזנה. ראו שו"ת אגרות משה, חושן משפט, חלק ב, סימן עד; שו"ת מנחת שלמה, חלק א, סימן צא, אות כד; אנציקלופדיה הלכתית רפואית, כרך ה, ערך 'נוטה למות (א)', עמ' 146–148.
- 3 ראו יעקב לוי, 'דבר המעכב יציאת הנפש', נועם, טז (תשל"ג), עמ' נח–נט. לדבריו, בהפסקת הזנה יש גרם רציחה, אך בהימנעות מחידוש הזנה אין גרם רציחה, וכאשר אין סיכוי להציל – גם לא חלה חובת הצלה. השוו לדברי הרי"י פרנקל ('קדושת האדם והצלת חייו לעומת המוות והחדלון', ספר אסיא, ג [תשמ"ב], עמ' 463–466) הסובר שגם במניעת חידוש הזנה יש משום "לא תעמוד על דם רעך". על ההבחנה בין איסור "לא תרצח" לבין איסור "לא תעמוד על דם רעך", ראו שו"ת באהלה של תורה, חלק א, סימן נו, סעיף ד.
- 4 כאשר יש תועלת רפואית באכילה והחולה מבקש שלא יאכילו אותו, צריך למצוא את הדרך לשכנע אותו בנחיצות האכילה. אם בכל זאת הוא איננו רוצה בכך, דעת הר"מ פיינשטיין (שו"ת אגרות משה, חושן משפט, חלק ב, סימן עד) היא שאי אפשר לכפות זאת עליו. אומנם, לדעת הרש"ז אויערבך (שו"ת מנחת שלמה, חלק א, סימן צא, אות כד) חייבים להאכיל את החולה אף נגד רצונו, וכן דעת הר"ש גורן, תורת הרפואה, ירושלים תשס"א, עמ' 55. בהתאם לכך מנוסח פסק ההלכה של הרי"ש אלישיב, הרש"ז אויערבך, הר"ש וואזנר והרשי"ן קרליץ, יתד נאמן, כ' בכסלו תשנ"ה (23.11.1994), עמ' 1 (=אנציקלופדיה הלכתית רפואית, כרך ה, ערך 'נוטה למות [א]', עמ' 153–155). אך השוו לדעת הרש"ז אויערבך והר"ש וואזנר, להלן הערה 8; וראו אנציקלופדיה הלכתית רפואית, שם, עמ' 146–148. נטייתנו לדעה הקובעת שאין לכפות הזנה נובעת גם מהעובדה שההזנה הכפויה עלולה להזיק לחולה, והוא אף עלול לגרום לעצמו נזק במאבקו נגדה.
- 5 הדילמה האתית במקרה זה סבוכה יותר מחמת הספק שמא האדם שביקש מראש שלא יאכילוהו לא הבין עד כמה רעב הוא מצוקה מייסרת, ואילו היה יודע מהי משמעות א־ההזנה לא היה מורה לעשות כך. מצד שני, מחקרים שונים שנעשו בחולי סרטן מורים שחולים סופניים אינם סובלים מרעב. על כן, כל עוד יש ספק ברצון החולה וישנה יכולת לפרש אותו בדרכים שונות, יש להמשיך להזין אותו אלא אם כן על פי העמדה הרפואית אין צורך בהזנה או שהיא מסכנת את חייו או מייסרת אותו.
- 6 ראו בהערה הקודמת, ולעיל פרק ו, הערה 3.
- 7 ראו אנציקלופדיה הלכתית רפואית, כרך ה, ערך 'נוטה למות (א)', עמ' 147 והערה 251, דברים בעל-פה בשם הרש"ז אויערבך והר"ש וואזנר.
- 8 ראו שם.

יא | מתן תרופות

- א.** חובה להמשיך בטיפולים המספקים את הצרכים הטבעיים של החולה ובכלל זאת מתן תרופות שניתנות כטיפול שגרתי לחולים, דוגמת אינסולין לחולה סכרת ותרופות למניעת קרישת דם ודימום (אנטיביוטיקה מחייבת דיון פרטני בכל מקרה: אם מדובר בטיפול שגרתי המקל על החולה או שמא בהארכת סבל. ישנו גם חשש להיווצרות בעיות חדשות, כגון פגיעה עצבית בעצבי השמיעה והראייה והיחלשות מערכת החיסון).¹
- ב.** ככלל, אסורה הפסקת טיפול רפואי, גם לחולה מסוכן. לכן לא ניתן להפסיק מתן תרופות שניתנות דרך הווריד, אך במקרים מסוימים ניתן להימנע מחידוש העירוי.²
- ג.** אם החולה חפץ בכך, ניתן להימנע ממתן תרופות המיועדות לטיפול במחלה סופנית אם ההערכה היא שהן רק יאריכו את חיי הסבל של החולה ולא ירפאו אותו.³
- ד.** חולה המקבל תרופות באופן רצוף שהגיע למצב של אי־ספיקה סופנית של שלוש מערכות חיוניות בגופו – ניתן להוריד את מינון התרופות במידה שהדבר אינו משנה באופן מיידי את מצב החולה.⁴

1 לעיל פרק י, הערה 2, התייחסנו להבחנה בין טיפול רפואי לבין מילוי הצרכים החיוניים והטבעיים של החולה. העמדה המקובלת בנוגע לתרופות היא שיש להבחין בין תרופות שהן חלק מהטיפול השגרתי לבין תרופות שחורגות מהשגרה ומטפלות במחלתו הסופנית של החולה. כך פסק הרש"ז אויערבך בשו"ת מנחת שלמה, חלק א, סימן צא, אות כד. ראו גם דברים בעל־פה בשמו, וסיכום הדברים בעיקר על פי דעתו, בנשמת אברהם, יורה דעה, סימן שלט, ס"ק ד. ראו גם שו"ת אגרות משה, חושן משפט, חלק ב, סימן עג, אות א, ה; שם, סימן עד, אות א; שם, סימן עה, אות א, ד. זוהי גם דעת הרי"ש אלישיב, כפי שנכתב בשמו בנשמת אברהם, שם. הר"ע הדאיה (שו"ת ישכיל עבדי, חלק ז, יורה דעה, סימן מ) כתב שאין לתת תרופות לחולה שהרופאים התייחסו מלרפאו ולא הבחין בין סוגי תרופות. השו"ת ציץ אליעזר, חלק ה, קונטרס רמת רחל, סימנים כח-כט; שם, חלק יד, סימנים פ-פב. דעתו היא שיש לרפא את החולה בכל האמצעים הקיימים כל עוד הוא מוגדר כחי, וגם אם איננו מסכים לכך, כשיטתו לעיל פרק ו, סעיף ג, הערה 3. לסיכום השיטות ראו נשמת אברהם, שם; אנציקלופדיה הלכתית רפואית, כרך ה, ערך 'נוטה למות (א)', עמ' 144-146, 152-153.

2 ראו לעיל פרק ו, הערה 1.

3 ראו לעיל הערה 1, ופרק ו, הערה 3.

4 להגדרה מדויקת של המצב הרפואי שאליו מתייחס סעיף זה ולמשמעות ההלכתית, ראו לעיל פרק ט, סעיף ה והערה 5.

יב | משככי כאבים

חולה הסובל מכאבים גדולים מטופל בדרך כלל בתרופות, כגון מורפיום, המשמשות לשיכוך כאבים, הרגעה וטשטוש. בדרך כלל, הקלה על סבלו של החולה משפרת את מצבו הכללי ומאריכה את חייו, ולכן העמדה הרפואית היא שככלל שימוש במשככי כאבים מאריך את חיי המטופל; אך לעיתים רחוקות יש חשש שמשכך הכאבים יפגע במצבו הבריאותי (לדוגמה בנשימה), ואזי עולה השאלה האם לטפל בייסורי החולה גם סכנה של קיצור חייו, או שמא אין לסכן את חיי החולה אף במחיר ייסורים?

שאלה אחרת המתעוררת כאשר לא ידועה עמדתו של החולה היא השאלה עד כמה ניתן לפגוע בערנותו כדי להפחית את ייסוריו. פעמים רבות, תרופות לשיכוך כאבים גורמות לחולה לעייפות רבה כך שהוא ישן כמעט כל הזמן, וגם בזמן המועט שבו הוא ער – הוא מתקשר בצורה מינימלית. השאלה הנשאלת במצבים מעין אלה היא האם יש מקום להפחית את מינון התרופות מתוך הנחה שהחולה מבקש "לחוות" יותר את העולם שסביבו ולשוחח עם קרובי משפחתו, או שהוא רוצה לקיים מצוות, שכן "יפה שעה אחת בתשובה ומעשים טובים בעולם הזה מכל חיי העולם הבא" (משנה, אבות ד, יז)?

- א. חולה המתייסר בייסורים גדולים – מותר לתת לו משככי כאבים גם אם יש חשש שבמקרה זה הדבר יקצר את חייו, ובתנאי שמתן התרופה אכן נועד להקל על הכאב ולא לקצר את חיי החולה, וכן בתנאי שההערכה היא שלא תהיה פגיעה מיידית בחיי החולה.¹
- ב. כאשר החולה מצוי בהכרה הוא אשר צריך לבחור אם להיאחז בחיים גם במחיר ייסורים או לטפל בייסורים למרות הסיכון לחיים.²
- ג. חולה שאיננו יכול להביע את דעתו וחיווה את דעתו בעבר כי הוא מעוניין בטיפול שישכך את כאביו גם אם תאבד ערנותו – יש לעשות זאת (ראו על כך לעיל פרק ה, סעיפים ז-י).³
- ד. כשאין הכרעה, נקודת המוצא היא שאדם רוצה להיות ער ומוזע למעשיו עד רמה מסוימת של סבל. על כן, כל עוד מדובר בכאבים שיש להניח שאדם ירצה לשאתם ובלבד שיוכל לתפקד, אין לתת לו משככי כאבים שירדימו אותו.³
- ה. רק כאשר מדובר בכאב עז, ברמה שבה בני אדם חשים כי "טוב מותם מחייהם", ניתן להגביר את המינון ואף להרדים את החולה.⁴

1 העמדה ההלכתית המקובלת היא שמותר לחולה הנוטה למות להשתמש במשככי כאבים אף כשיש חשש שיקצרו את חייו, ובתנאי שמתן התרופה נועד להקל על הכאב ולא לקצר את חיי החולה ושלא ידוע שהתרופה מסכנת את חייו באופן מידי או שמנה בודדת תפגע בחייו. ראו שו"ת מנחת שלמה, תניינא (ב-ג), סימן פו, ב (וכן מובאת דעת הרש"ז אויערבך בנשמת אברהם, יורה דעה, סימן שלט, ס"ק ד; שו"ת ציץ אליעזר, חלק יג, סימן פז; שו"ת תשובות והנהגות, חלק ג, סימן שסא; שו"ת במראה הבזק, חלק ו, סימן עח; הר"י זילברשטיין, 'מורפיום לחולה סופני הסובל מחנק', אסיא, נט-ס (תשנ"ז), עמ' 52-57. עמדת הר"מ פיינשטיין אינה ברורה. בתשובה שלא עסקה בנושא עצמו (שו"ת אגרות משה, חושן משפט, חלק ב, סימן עג, אות א) הוא כתב: "אבל אם איכא סמי מרפא שיקילו היסורין ולא יקצרו אף רגע מחייו צריך לעשות כשעדיין אינו גוסס". נראה אפוא שהוא אוסר זאת, אולם יש שלמדו מכאן שהוא מתייר. לדעת הר"א בנצאל, 'מתן סמים משכרים לחולה מסוכן', אסיא, כה-כו (תש"ס), עמ' 39-41, מתן תרופה כזו איננה גרם רציחה אלא רציחה ממש, אך להלכה הוא מקבל את דעת רבו הרש"ז אויערבך. ראו גם אנציקלופדיה הלכתית רפואית, כרך ה, ערך 'נוטה למות (א)', עמ' 161-162; נשמת אברהם, אורח חיים, סימן שכח, ס"ק יז. הפוסקים נתנו לכך נימוקים שונים (כל הנימוקים המובאים בהמשך הדברים הן מדברי הפוסקים הנ"ל).

א. הכאב הוא מרכיב של המחלה, והטיפול בו הוא חלק מהרשות שניתנה לרופא לרפא. רשות זו כוללת גם לקיחת סיכון רחוק שהחולה ימות מהטיפול. כך כתבו שו"ת ציץ אליעזר, על פי דברי הרמב"ן בתורת האדם, שער המיחוש, עניין הסכנה (מהד' שעוועל, עמ' מא-מג), וכן שו"ת תשובות והנהגות.

ב. זוהי דרך הטיפול המקובלת בחולים הסובלים מייסורים וכיוון שכך נוהגים, חל כאן הכלל "שומר פתאים ה'" (ראו שו"ת מנחת שלמה).

ג. עצם הטיפול בכאב גורם להרגשה טובה יותר לחולה ומאפשר לו לאכול ולשתות טוב יותר, ובכך הוא עשוי דווקא להאריך את חייו (ראו שו"ת ציץ אליעזר ושו"ת מנחת שלמה).

ד. החובה להאריך את חיי החולה מוגבלת ואיננה קיימת במקום שאין אופק רפואי ויש ייסורים גדולים. חולה בעל סבל רב כזה אינו חייב לעשות מאמצים כדי לחיות (הרחבנו על כך לעיל פרק ו, סעיף ג והערה 3, וראו שו"ת מנחת שלמה). יצוין שאפילו הר"א וולדנברג, שדעתו היא שגם במקום ייסורים אין להימנע מטיפול מאריך חיים, מנמק את ההיתר בתשובתו בכך שכיוון שאין סיכוי לחייו יש קדימות לטיפול בייסורים.

ה. כל פעולה בפני עצמה אינה מקצרת חיים, ורק צירוף הפעולות עלול לסכן חיים. כן נכתב בשם הרש"ז אויערבך בנשמת אברהם, ובמאמרו של הר"א נבנצל. בשו"ת תשובות והנהגות כתב הר"מ שטרנבוך שנראה להקל יותר מדעת הרש"ז אויערבך, וגם כשהחולה עלול למות מזריקה אחת ניתן להזריק אם המטרה היא לטפל בכאב. הוא לא הרחיב לדון בזה, כיוון שלמעשה לא ניתן לקבוע שזריקה אחת אכן תפגע בחולה.

ו. משכך הכאבים אינו סם מוות הפוגע ישירות בגוף אלא רק בעקיפין. הר"י זילברשטיין, שהשתמש בנימוק זה, הוסיף שטיעון זה איננו עומד בפני עצמו אלא מצטרף לטענה שהחולה לא מחויב להאריך את חייו במצב כזה.

7 הבחירה בין טיפול בהארכת החיים לבין טיפול תומך היא של החולה; ראו לעיל פרק ה, סעיף ד.

8 ככלל, יש ערך בערנות. היהדות מבכרת שהאדם יחיה את חייו במלואם וינצל כל רגע מזמנו לעשיית טוב – במעשה, בדיבור או במחשבה. ראו משנה, אבות ב, ד; שם, יז; סנהדרין ג, ג. ספרי המוסר הרחיבו בעניין זה, וראו לדוגמה פלא יועץ, ערך 'הליכה'; שמירת הלשון, ב, ו. דברים אלו נכונים גם ביחס לחולים הסובלים, ויש מן הראשונים שהסבירו לפי זה את החובה להציל חיי אדם גם בעבור תוספת של רגע קצר, משום שבאותו רגע יכול האדם להרהר בתשובה או להתוודות על חטאיו (בית הבחירה, וזמא פה ע"א, ד"ה אמר המאירי). מלבד כל זאת, כשמדובר בכאב שאינו משמעותי במיוחד, יש להניח שהחולה עצמו רוצה במלאות החיים המתלווה למצב ערנות, שבו הוא פעיל ומתקשר עם בני משפחתו. מנגד, כפי שכבר כתבנו (לעיל פרק ו, סעיף ג והערה 3), לדעת רוב הפוסקים אדם אינו מחויב להאריך את חיי הסבל שלו.

הפוסקים נחלקו בשאלה אם צריך להוריד את מינון חומרי ההרדמה על מנת לאפשר לגוסס להתוודות, אף על פי שייגרם לו סבל. ראו ר"י וייסינגר, 'אמירת וידוי לפני פטירה במצבים רפואיים שונים', תחומין, לח (תשע"ח), עמ' 139-140. כמו כן, יש מהפוסקים שהתירו שלא לקיים טיפול שעשוי להעיר "צמח" מתרדמתו אם הדבר יגרום לו סבל עצום (שו"ת שבט הלוי, חלק ח, סימן רנג). הר"מ פיינשטיין (שו"ת אגרות משה, חושן משפט, חלק ב, סימן עג, אות א) כתב שאסור להאריך את חייו של חולה סופני הסובל מכאבים, אולם בתשובות מאוחרות יותר (שם, סימן עד, אות א; וכן סימן עה, אות א) תולה הר"מ פיינשטיין את הדבר בדעת החולה. מצירוף התשובות נראה שהוא מניח שסתם חולה אינו מעוניין בחיי סבל נוראיים. הרש"ז אויערבך (שו"ת מנחת שלמה, חלק א, סימן צא, אות כד) כתב שנכון להסביר לחולה ש"יפה שעה אחת בתשובה ובמעשים טובים בעולם הזה מכל חיי העולם הבא" (משנה, אבות ד, יז), אך אם החולה דורש זאת, מותר להימנע מטיפול רפואי הגורם לו לסבל. נראה אפוא שההכרעה בדבר מניעת סבל במחיר פגיעה בערנות נתונה לשיקול דעתו של החולה, וכשאין יודעים את דעתו – נקודת המוצא היא שאדם רוצה להיות ער ומודע למעשיו עד רמה מסוימת של סבל, אך בכאבים בלתי נסבלים יש לטפל בסבל של החולה גם כשערנותו תיפגע.

4 ראו בהערה הקודמת.

יג | טיפול רפואי וסיעודי באדם עם דמנציה

הטיפול¹ היומיומי באדם עם דמנציה² הוא אתגר גדול בעבור בני המשפחה: בשלב מסוים נדרש טיפול סיעודי לחולה; התקשורת איתו מורכבת ולעיתים בלתי אפשרית; התנהגותו עלולה להיות חריגה ואף לפגוע בכבודו – וכל זאת במחלה שעשויה להימשך שנים רבות. הטיפול גובה מבני המשפחה מחירים לא קלים ומעלה שאלות אתיות רבות – כגון עד כמה הוא מסוגל לבטא את רצונו? והאם וכיצד ניתן למנוע ממנו התנהגות שנראית כהתנהגות שאיננה מכבדת אותו?³

שאלות אחרות נוגעות לחובת אמירת האמת: האם נכון לספר לו את כל המידע על מחלתו ובכך לסייע לו להתכונן לעתיד, או שמא מוטב למנוע ממנו מידע זה וכך להגן עליו? האם נכון לשתף אותו בקבלת החלטות או שמא מוטב להחליט בעבורו? כיצד יש לנהוג כאשר משתפים אותו במידע והוא בוחר להתעלם ממנו? כמוכן הדבר תלוי מאוד במצבו התודעתי, בשאלה האם אמירת האמת יוצרת קונפליקט וכדומה, ולא ניתן לקבוע קביעות המתאימות לכולם אלא יש להתאים את ההכרעה למצבו המיוחד של החולה.

האם נכון לספר לו את כל המידע על מחלתו ובכך לסייע לו להתכונן לעתיד, או שמא מוטב למנוע ממנו מידע זה וכך להגן עליו?

קבלת החלטות בטיפול רפואי באדם עם דמנציה, שככל שטיפול רפואי אחר דורש הסכמה מדעת, היא מורכבת, כיוון שבשלבם שונים של המחלה לא ברורה לנו מה דעתו וכלל לא ברור אם דעתו צלולה ואם דבריו נאמרים בשיקול דעת. שאלות רבות עולות גם בהקשר של הכנסת המצב הדמנטי לתוך השיקולים הרפואיים, כגון: כאשר החולה נמצא במצב מתקדם של המחלה, האם ניתן להימנע ממתן טיפול רפואי שרק יאריך את חייו? האם החולה סובל מעצם היותו שרוי במצב תודעתי זה, ולכן מוטב שלא יקבל טיפול מאריך חיים גם אם הוא איננו סובל מעבר לכך? האם יש טעם בחיים כאלה וישנו חיוב להאריך אותם?

ההתייחסות לדמנציה דורשת הרחבה רבה מלבד האמור כאן, ובכוונתנו לכתוב על כך בנפרד בעתיד הקרוב, בחפץ ה' עלינו.

אמירת אמת וכבוד לחולה

- א. נקודת המוצא היא שכל חולה זכאי לקבל מידע מלא על מחלתו, וחובתו של הרופא היא למסור מידע זה. ברם באדם עם דמנציה חובה זו מורכבת ומחייבת משנה זהירות. כבר בשלבים ראשוניים של המחלה יש לעדכן את החולה בדבר מצבו. בשלבים מתקדמים של המחלה הופכת חובה זו ללא רלבנטית כלפי החולה.⁴
- ב. ככלל, כאשר ההערכה היא שיש בכך תועלת לחולה, מותר שלא לומר לו את התשובה האמיתית המלאה לשאלותיו. במקרים קיצוניים, כאשר יש צורך להרגיע את החולה ואין בכך נזק, ניתן גם לשקר לו. יחד עם זאת, אדם צריך להיזהר שלא להרגיל את עצמו לשקר, ולכן זהו מוצא אחרון כשאין בִּרְרָה.⁵
- ג. גם כאשר דעת החולה איננה צלולה, יש לטפל בו בדרך מכבדת.⁶ מלבד הכבוד לאדם באשר הוא אדם, בטיפול בהורה ישנו גם חיוב של מורא אב ואם.⁷ בשלב כלשהו של המחלה שמירה על כבודו מחייבת שיתוף הסביבה בכך שהוא חולה – כדי שלא יבזוהו על התנהגותו.

טיפולים רפואיים מאריכי חיים⁸

- ד. ראוי להציע לאדם עם דמנציה בשלבים ראשוניים של המחלה לתת את הדעת על מתן הנחיות רפואיות מקדימות ומינוי מיופה כוח בייפוי כוח מתמשך לפי חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, וכן לחדש את ההנחיות במשך הזמן כל עוד הדבר הוא מן האפשר.⁹ אם לא ניתן לקבל מהחולה הנחיות ברורות, נכון לקיים שיח איתו, יחד עם בני המשפחה והמערכת הרפואית, על מנת שניתן יהיה לדעת את רצונו ואת תחושותיו באופן כללי.
- ה. אדם עם דמנציה שהביע דעתו מראש כי הוא איננו מעוניין בטיפולים מצילי חיים ונמצא כבר בשלב שאינו יכול להביע את דעתו – מותר להימנע מלטפל בו טיפול מאריך חיים.¹⁰ ברם, יש לקחת בחשבון שאפשר שכאשר הביע את דעתו, לא היה מודע לסבל שבמניעת טיפול.

- ו. אדם עם דמנציה שלא נתן הנחיות רפואיות מקדימות, מלבד הצורך החוקי במינוי אפוטרופוס או בהכנסה לתוקף של ייפוי כוח מתמשך,¹¹ יש לפעול בהתאם להערכה מהו רצונו של החולה, לאור עמדות שהביע בעבר ולאור מצבו הרפואי כיום.¹²
- ז. שאלת ההזנה של אדם עם דמנציה היא מהשאלות המסובכות והמורכבות ביותר. ייתכן שהרתיעה מאכילה נובעת מסיבות גופניות שלא פוענחו על ידו (עצירות, פטרייה וכדומה) או מסיבות נפשיות (כגון דעיכת הדחף לאכול או תחושת ייאוש ומאיסה בחיים); קיימת דילמה לאיזו כמות אוכל החולה זקוק ואיננו יודעים אם הוא חש תחושת רעב; אין יודעים מהן אפשרויות כפיית האכלה ומחירה ולעיתים היא גורמת נזק יותר מאשר תועלת.
- ח. כל עוד ניתן לתקשר עם החולה והוא מסרב לאכול – יש לדבר אל ליבו, במידת האפשר, ולהסביר לו את חשיבות האכילה. יש לסייע לו באכילה ולהאכילו בכפית וכדומה, בדרך השומרת על כבודו, ועד כמה שניתן ללא כפייה. לא זו בלבד אלא שנכון לאמץ "האכלת חמלה", דהיינו אכילה שמטרתה איכות חיי החולה ותחושותיו, וממלאת גם צרכים נוספים, כגון מגע מנחם עם המטפל וכדומה.
- ט. אדם עם דמנציה שלא ניתן להאכילו בדרך רגילה, ישנן אפשרויות שונות של הזנה מלאכותית, ששאלת השימוש בהן מורכבת מבחינה רפואית והלכתית, וההכרעה בדבר תלויה בפרטי המקרה. זוהי הכרעה ששותפות לה המערכת הרפואית והמערכת המשפחתית הסובבות את החולה. מבחינה הלכתית-אתית, כשההערכה הרפואית היא שההאכלה אינה מיטיבה עם החולה והוא סובל, ובוודאי שכאשר ההערכה היא שהיא מזיקה – אין להשתמש בהזנה מלאכותית.¹³
- י. חובה להמשיך במתן תרופות הניתנות כטיפול שגרתי לחולה, אך ניתן להימנע מתרופות שההערכה היא שרק יאריכו את חיי הסבל של החולה ולא ירפאו אותו.¹⁴

חובת בני המשפחה לטיפול בחולה

- יא. חובת הטיפול בהורים היא חלק מהחובה הבסיסית של כיבוד אב ואם. הטיפול הסייעני והרפואי בהורים מעורר שאלות מורכבות, שחלקן מפורטות כאן ועל חלקן הרחבנו במקום אחר.¹⁵
- יב. הורה המתנהג בצורה שמביישת את עצמו, הבן או הבת רשאים להעיר לו על כך באופן המכבד אותו. אם יש צורך בשימוש בכוח כמוצא אחרון – עדיף שמטפל אחר יעשה זאת.¹⁶
- יג. רחיצת ההורה וטיפול בו במקומות צנועים או מעקב אחר פצעים במקומות אלו ראוי שיעשו על ידי אדם אחר. אם אין אדם אחר, הבן יכול לרחוץ את אביו והבת את אמה. אם מעריכים שחשוב להורה שהבן ירחץ אותו, הדבר מותר אך כשיש אדם אחר. במקום צורך גדול, מותר לבן לרחוץ את אמו ולבת את אביה.¹⁷
- יד. מי שיכול לשכן בביתו את אביו או אמו כאשר הם זקוקים לכך, מקיים מצוות כיבוד אב ואם בצורה מהודרת, אך זו איננה חובה בכל מקרה ויש להתחשב גם בשיקולים אחרים – כגון צער לבן או לבת,¹⁸ פגיעה בבני משפחה אחרים או סיבות כלכליות.¹⁹
- טו. בן הזוג של החולה חייב לטפל בו. חובה זו נובעת מהברית שקשרו בני הזוג ביניהם בנישואיהם.²⁰
- טז. מלבד החובה כלפי החולה, בני המשפחה חייבים לדאוג גם לעצמם, לרווחתם ולבריאותם.²¹ הדברים אמורים בייחוד כשמדובר בבן זוג מבוגר שגר יחד עם החולה ועשוי למצוא עצמו מטפל בחולה בכל שעות היממה. הטיפול בחולה עם דמנציה כרוך בקשיים פיזיים ונפשיים. על כן לחובתם של בני המשפחה כלפי החולה יש גבולות התלויים בנסיבות. למשל, המטפל רשאי להימנע מלדחות טיפולים רפואיים שהוא זקוק להם בעצמו מתוך דאגה לחולה.²²

- 1 חלק מהנושאים שנידונו כאן נוגעים לפרקים אחרים בחיבור זה; כאן עסקנו בהיבטים המיוחדים של דמנציה, והמקורות לכך מובאים בהרחבה בפרקים שאליהם הפנינו. חלקים אחרים נידונו בניירות עמדה נוספים שבאתר "צהר עד מאה ועשרים", וכאן הבאנו את עיקרי הדברים.
 - 2 דמנציה היא מחלה ניוונית של המוח, מחלה כרונית פרוגרסיבית המאופיינת בירידה משמעותית בתפקודים הקוגניטיביים של האדם. היא פוגעת באופן הדרגתי ביכולות למידה וזיכרון, בתפקודי שפה, בקשב, בהתמצאות בזמן ובמרחב, ובתפקודים ניהוליים וחברתיים. מחלת האלצהיימר היא הגורם הנפוץ לדמנציה, אולם קיימות מחלות נוספות המובילות לדמנציה. מחלת האלצהיימר, כמו רוב המחלות או המצבים הגורמים לדמנציה, איננה הפיכה, והטיפול הרפואי בה מתמקד בהאטת התקדמותה ובהקלת תסמיניה. דמנציה מובילה לשינויים בתפקודו הפיזי של האדם ובהתנהגותו. חלק מהשינויים באים לידי ביטוי בשאלות החוזרות על עצמן, בחרדות, בבלבול, בקושי בקבלת החלטות, ועוד. הסימפטומים של דמנציה משתנים ומחמירים עם הזמן. אופי הסימפטומים וקצב השתנותם שונים מאדם לאדם, אך עם התקדמות המחלה החולה יתקשה יותר ויותר בביצוע פעולות תפקוד יומיומיות ובתקשורת עם הסביבה, ועם הזמן יעשה תלוי לחלוטין באחרים. ראו אתר "עמדה", <https://bit.ly/3tbIVIx>.
 - 3 אנחנו נשאלים שאלות רבות בנושאים אלו, כגון: מתי נכון למנוע מאדם עם דמנציה גישה לאמצעי תשלום? האם – ומתי – לדווח לרשויות על חוסר יכולתו לנהוג ברכב? האם לכפות עליו נוכחות של מטפל בבית? האם להתעקש על אכילת ארוחות חמות מידי יום? האם להעביר את ההורים דירה על מנת שיהיו קרובים יותר לבני המשפחה מבלי להתחשב ברצונם? האם ניתן לתת לחולה תרופות הרגעה שאינן מסייעות לו באופן ישיר ומטרתן לתת שקט לבן הזוג או למטפל (שלולי זה יעזוב את העבודה)? מאיזה מגדר ייבחר המטפל, האם מוטב להביא לגבר מטפל זכר שבנוכחותו הוא ירגיש יותר בנוח, או שמא יש להתחשב ברגשותיה של בת הזוג שתרגיש נוח יותר עם מטפלת? שאלות אלו מורכבות מאוד מפני שיש בהם מרכיב של פגיעה (לעיתים אף קשה) במעמד החולה בעיני עצמו. חומר רב על כך נמצא באתר "צהר עד מאה ועשרים".
 - 4 להרחבה בנושא אמירת אמת לחולה, ראו להלן פרק יז והערות 3-4.
 - 5 לדוגמה, כאשר החולה מאושפז במוסד רפואי ואינו מודע לכך, והוא שואל מתי תגיע ההסעה הביתה, רצוי לענות בלשון שאיננה שקר גמור, כגון "ההסעה תגיע בקרוב". אולם אם הדבר אינו מרגיע אותו ניתן גם לומר "ההסעה תגיע בעוד שעה", כאשר ההנחה היא שתשובה זו תרגיע את החולה. להרחבה ראו להלן פרק יז והערות 8-9.
 - 6 הרבנית מיכל טיקוצ'ינסקי ('הזדקנות ותופעת הזקנה בהלכה', תחומין, מא [תשפ"א], עמ' 278) מבחינה בהקשר זה בין שני סוגי כבוד. סוג אחד הוא כבוד במובן של "בושת", שמקורו בדיני הנזיקין והוא קשור לדעת האדם, ולכן יש לבחון אם כבוד האדם הניזוק אכן נפגע. הסוג השני הוא כבוד הקשור לצלם אֵלֹהִים שבאדם, שאינו תלוי בדעתו ושייך אף במת. בכל שאלה הלכתית יש לבחון מהו הכבוד שעומד על הפרק.
 - 7 שולחן ערוך, יורה דעה, שמ, א-ג. ראו הר"י זילברשטיין, 'כיבוד אב חולה אלצהיימר', הר"י שביב (עורך), דברים שאין להם שיעור, אלון-שבות תשס"ה, עמ' 146-154.
 - 8 עסקנו לעיל הן בשאלת טיפול רפואי מאריך חיים לחולה המתייסר (פרק ו), הן בשאלת הטיפול בחולה שאין תקווה לרפואתו (פרק ח). אדם עם דמנציה איננו עתיד להחלים ממנה אך זמן המחלה ארוך ולא בהכרח כרוך בסבל. נראה שפשוט ומוסכם על הכול שבשלב ראשוני של המחלה, כאשר החולה מתפקד בצורה סבירה ודעתו צלולה במידה זו או אחרת, אסור למנוע ממנו טיפול כלשהו מתוך הנחה שהוא ממילא הולך ושוקע אל תוך חיים שנראים חסרי משמעות. ברם, ככל שהמחלה מתקדמת ורמת התפקוד והצלילות של החולה הולכת ופוחתת, מתעוררת השאלה אם יש חובה להאריך את חייו. ההתלבטות קיימת כיוון שלא ניתן לשאול חולה כזה אם "דעתו קצה עליו" (ראו סוטה מו ע"ב, ולעיל פרק ו, הערה 3), אך גם בהיעדר הנחיות רפואיות מקדימות, ניתן להניח בשלב מסוים ש"אנן סהדי" שדעתו קצה עליו. יש להדגיש כמובן כי אסור לעשות כל מעשה אקטיבי כדי לקצר חלילה את חיי החולה, וחובה מוחלטת היא לטפל בו טיפולים שגורתיים, אולם השאלה היא האם יש גם לבצע טיפולים הרוויים כדי להאריך את חייו.
- ההכרעה בשאלה כיצד לטפל בו נוגעת גם למרכיב הייסורים במחלה. שאלת הייסורים באדם עם דמנציה איננה ברורה די הצורך במישור העובדתי. חלק מהמומחים סבורים שאין לחולה תודעת סבל, וחלקם סבורים שהוא סובל אלא שהוא איננו מסוגל להביע את הדברים (קיימנו התייעצויות עם מומחים רבים בתחום, ואין תמימות דעים בעניין זה). מבחינה מעשית, בדרך כלל הצוות הקרוב יודע לזהות סימנים זעירים של סבל אצל החולה במידה שהוא סובל, ונראה כי נכון ללכת לחומרה במצבי ספק ולהניח כי ישנו סבל אלא שהוא לא ניתן להבעה. הלכה למעשה, בזהירות הראויה ובבחינה מדוקדקת של כל מקרה לפרטיו, נראה שבחולה שנמצא במצב של דמנציה מתקדמת ניתן להימנע מטיפולים הרוויים כגון הנשמה, וכן מהזנה (שבדרך כלל אין בה תועלת רפואית במצב כזה) אך חובה להעניק לו טיפולים המונעים סבל.

- 9 להרחבה ראו להלן פרקים יט-כ.
- 10 ראו לעיל פרק ה, סעיף ז והערה 9.
- 11 על מינוי אפוטרופוס, ראו שם, הערה 8.
- 12 ראו שם, הערה 9.
- 13 להרחבה ראו לעיל פרק י.
- 14 להרחבה ראו לעיל פרק יא.
- 15 ראו נייר העמדה 'טיפול רפואי וסיעודי של בן ובת בהוריהם', <https://bit.ly/3FmjCXw>, על שני רבדים במצוות כיבוד הורים, הרובד המוסרי של הכרת הטוב והרובד ההלכתי, ראו י"מ בר-אילן ור"י וייסינגר, 'פונדקאות, תרומת גמטות והכרת הטוב', אסיא, קכא-קכב (תשפ"ב), עמ' 76-88.
- 16 ר"י זילברשטיין ('כיבוד אב חולה אלצהיימר' [לעיל הערה 7], עמ' 148, 154) כתב שהבן איננו רשאי להשתמש בכוח. בטיפול באדם עם דמנציה עולות שאלות נוספות הנוגעות לכבודו של החולה, כגון: האם ניתן לכפות על החולה להתרחץ? לעיתים, השיקול לכפות עליו רחצה הוא מצד כבודו, שלא יהיה מלוכלך בחברת אחרים, נוסף לצורך הבריאותי שברחיצה, ומנגד ברחצה בכפייה יש פגיעה גדולה בכבודו; האם – ובאילו נסיבות – מותר לקשור אדם עם דמנציה לטובתו? ראו שו"ת ציץ אליעזר, חלק יב, סימן נט; נשמת אברהם, יורה דעה, סימן רמ, אות ה; אנציקלופדיה הלכתית-רפואית, כרך ב, ערך 'הורים', עמ' 543; שם, כרך ג, ערך 'זקן', עמ' 347-348. וראו בנייר העמדה הנ"ל.
- 17 במסכת פסחים (נא ע"א) נאמר שאסור לבן לרוחץ עם אביו. הרמ"א (אה"ע, כג, ו; יו"ד, רמב, טז) כתב שנהגו להתיר, אך המציאות שעליה דיבר היא של רחיצה במכסיים, וכתב על כך בעל פתחי תשובה (אבן העזר, סימן כג, ס"ק ה): "ולפי זה בזמנינו שאין מכסין אין היתר בדבר ולא ידעתי על מה סמכו העולם להקל בזה". בספר שמע אברהם (סימן ע) התיר לבן לטפל באביו ולהסיר ממנו עלוקות כיוון שהבן לבוש והאב איננו מגולה לגמרי, וכיוון שהבן טרוד בעבודתו. לעומתו, מדברי ערוך השולחן (אבן העזר, סימן כג, סעיף ח) ור' צדוק הכהן מלובלין (ספר הזכרונות, מצוות עשה א) משתמע שיש לאסור רחיצה גם כשהאב צריך לכך. על פי דברי בעל שמע אברהם התירו הפוסקים לרוחץ הורה ולטפל בו כאשר אין בנמצא אדם אחר. מסתבר שהדבר תלוי גם בטיב הקשר בין ההורה לבן: אצל אחד טיפול מן הסוג הזה נתפס כפגיעה בפרטיות, ואצל אחר זהו דווקא ביטוי לקשר האינטימי ביניהם. ראו נייר העמדה הנ"ל.
- 18 את השאלה אם לשכן את ההורה בבית הבן או הבת – אם מחמת צורך רפואי או קושי בתפקוד עצמאי, אם בשל צורך נפשי (תחושת בדידות וכדומה) יש לחלק לשתי שאלות משנה: (א) האם הבן או הבת מחויבים להכניס את ההורה לגור בביתם? (בכך נעסוק בהערה זו); (ב) כיצד יש לנהוג במקרה של התנגדות מצד בן הזוג, או כאשר משערים שהכנסת ההורה לבית תפגע בקשר בין בני הזוג? (בכך נעסוק בהערה הבאה).
- באופן עקרוני, אם האב או האם זקוקים למגורים משותפים עם הבן או הבת, ואין בכך הפסד כספי, יש מצווה גדולה לשכן אותם בבית, וזוהי חלק מהחובה היסודית של בן ובת כלפי הוריהם: "מאכילו ומשקהו, מלביש ומכסה, מכניס ומוציא" (שולחן ערוך, יורה דעה, רמ, ד). מצד שני, הבן והבת אינם מחויבים לכבד את הוריהם מרכושם של הבנים, והכיבוד הוא "משל אב" (שם, ה). בהתאם לכך כתב מהראנ"ח (שו"ת מים עמוקים, חלק ב, סימן קא) שהבן אינו מחויב להושיב את אביו בביתו. הר"מ סליי ('דיור ותנאי מגורים של זקן', תחומין, ז [תשמ"ו], עמ' 260-261) למד מדבריו שאין כלל חיוב להכניס הורה מבוגר לבית. לעומתו, הר"י זילברשטיין ('הורים זקנים וכיבודם', קול התורה, מג [תשנ"ח], עמ' רכח-רכט), למד מדברי מהראנ"ח שדווקא במקום שיש הפסד כספי ישיר, כגון כשהבן מבקש למכור את הבית, אין חובה על הבן לשכן את הוריו בדירה; אבל במקום של מניעת רווח, כגון כשיש באפשרות הבן להשכיר את הדירה לאחר, הבן מחויב למלא רצון אביו ולשכנו בביתו. להלכה, הבן אינו מחויב לשכן את הוריו בבית השייך לבן, אך ודאי שמי שיכול ועושה כך – נוהג נכון. רקע לסוגיה העקרונית ראו בנייר העמדה "'עד היכן כיבוד אב ואם?": מצוות כיבוד אב ואם מול חובותיו של האדם כלפי עצמו', <https://bit.ly/3C4hwtI>.

19 כאשר בן הזוג מתנגד להכנסת ההורה לבית, כתב הרמב"ם שאין הבן או הבת רשאים להכניס את ההורה (משנה תורה, הלכות אישות, פרק יג, הלכה יד, וכן פסק השולחן ערוך, אבן העזר, ס, ט-י; וראו פסקי דין רבניים של מדינת ישראל, חלק א, עמ' 201 וחלק ב, עמ' 353). גם כאשר אין התנגדות מפורשת מצד בן הזוג, אם יש חשש שהכנסת ההורה תפגע בשלום הבית – יש להימנע מהכנסת ההורה. כאשר האופציה של מגורים בבית היא ביחידה נפרדת עם כניסה נפרדת פסק הרשב"א (שו"ת הרשב"א, חלק ד, סימן קסח) שחובה לשכן את ההורה בבית. אומנם גם ביחידה נפרדת עלול להיווצר חיכוך, והרשב"א דן בכך בתשובתו ומציע פתרונות טכניים, ולכן יש לשקול כל מקרה לפי הנסיבות. הר"י זילברשטיין ('הורים זקנים וכיבודם', לעיל הערה 18, עמ' רל) מנמק את ההתחשבות בצער בן הזוג מצד ההפסד לבן ומצד החובה של האיש לאהוב את אשתו. נראה לנו שהיסוד לכך הוא מה שנאמר בפרשת הבריאה: "על כן יעזב איש את אביו ואת אמו ודבק באשתו והיו לבשר אחד" (בראשית ב, כד), הקובע שטבע האדם הוא שהקשר העמוק שהאיש בונה הוא עם אשתו (ראו פירוש הרמב"ן, שם), וקשר זה מחייב התנתקות מסוימת של האדם הנשוי מהקשר עם הוריו. העדפת הקשר בין איש לאשתו איננה מבטלת את מצוות כיבוד אב ואם, והיא גם איננה הופכת אותה לחובה שולית, אלא רק קובעת את הסדר הראוי בין שתי חובות חשובות. להרחבה ראו נייר העמדה 'כיבוד אב ואם מול חובותיו של האדם כלפי אשתו', <https://bit.ly/3edltSP>; הר"י שרלו, בצלמו: האדם הנברא בצלם, ירושלים תשס"ט, עמ' 160, 171–173.

20 האיש חייב ברפואת האישה כחלק מתנאי הכתובה גם אם לא נכתב כך בפירוש. ראו משנה תורה, הלכות אישות, פרק יב, הלכות א-ב; שולחן ערוך, אבן העזר, עט. למעמדם של חיובי הכתובה בימינו ראו הר"י אריאל, 'מבנה המשפחה המודרנית: השלכות הלכתיות', תחומין, כב (תשס"ב), עמ' 129–147. לדברי הר"י אריאל, בני זוג נכנסים היום לחיי הנישואין על בסיס של פחות תלות ויותר הדדיות. כל זוג נכנס לחופה על דעת שינהג כמנהג המדינה, ולכן מנהג זה מחייב אותם מבחינה הלכתית. נראה שניתן לומר שהחובה לטפל בבן הזוג כפי היכולת היא "מנהג המדינה" כיום.

21 במקומות אחרים הארכנו בבירור היסוד שחובותיו של אדם כלפי עצמו קודמות לחובותיו כלפי אחרים (ראו ניירות העמדה שנזכרו לעיל הערות 18–19). הגמרא במסכת בבא מציעא (לג ע"א) מעגנת את ההלכה שבמשנה על סדר העדיפויות בהשבת אבדה, על פיהם הטיפול של אדם באבדת עצמו קודם לאבדת אביו או לאבדת רבו (משנה, בבא מציעא ב, יא) בדרשת הכתובים: "'אפס כי לא יהיה בך אביון' (דברים טו, ד) – שלך קודם לשל כל אדם". החובה הראשונית המוטלת על האדם, בהקשר של מצוות צדקה, היא חובתו לבל יהא הוא עצמו עני. הברייתא מנסחת את דבריה כעיקרון כללי, וכך כתב גם הרמב"ם: "האדם עצמו קודם לזולתו, יהיה מי שיהיה". יש להוסיף ולסייג שהכלל "שלך קודם" איננו כלל שאין לו גבול. אם משתמשים בעיקרון זה ללא הגבלה, ניתן להכשיר את כל העוולות שבעולם. הסתייגות זו מפורשת בסוגיה הנזכרת: "כל המקיים בעצמו כך – סוף בא לידי כך". אדם איננו יכול להסתתר מאחורי הקביעה "שלך קודם" והוא מחויב למצוא את הדרך לסייע לזולתו, כדברי רש"י שם: "אף על פי שלא הטילו עליו הכתוב, יש לאדם ליכנס לפניו משורת הדין ולא לדקדק שלי קודם, אם לא בהפסד מוכיח [...]".

22 על פי העיקרון המבואר בהערה הקודמת, ש"שלך קודם", על אף חשיבותו והיקפן הרחב של מצוות כיבוד אב ואם ושל החובה לטפל בבן הזוג, יש לחובות אלו סייגים. הטיפול בחולה עלול לעיתים להטיל עומס נפשי קשה על הבן או הבת. בתלמוד מסופר על רב אסי שלא יכול היה לעמוד בדרישותיה של אמו ובחר לעלות ארצה (קידושין לא ע"ב). בעקבות הסיפור פסק הרמב"ם (משנה תורה, הלכות ממרים, פרק ו, הלכה י, וכך גם פסק השולחן ערוך, יורה דעה, רמ, י) כי "מי שנטרפה דעת אביו או אמו, משתדל לנהוג עמהם כפי דעתם עד שירוחם עליהם. ואם אי אפשר לו לעמוד, מפני שנשתגעו ביותר, ילך לו ויניחם, ויצוה לאחרים לנהגם כראוי". הראב"ד על אתר תמה: אם הבן אינו יכול לטפל בהורה, מה יועיל אחר? הרדב"ז (שם) יישב את קושייתו וכתב שיש דברים שהבן לא יוכל לעשות, אבל איש זר יוכל. הפוסקים למדו מכאן שיש מקרים שבהם עדיף למסור את ההורה לטיפול של גורם אחר. להרחבה ראו נייר העמדה 'טיפול רפואי וסיעודי של בן ובת בהוריהם' (לעיל הערה 15).

יד | קיום מצוות על ידי אדם עם דמנציה

שאלות רבות עולות בנוגע לקיום מצוות על ידי אדם עם דמנציה,¹ כגון: האם למנוע ממנו לחלל שבת כאשר הוא איננו מודע לכך שהיום שבת? כיצד יש לנהוג במקרה הפוך כשהחולה סבור שיום חול הוא שבת ודורש מהסביבה לנהוג בהתאם? האם לסייע לו להניח תפילין ולהתפלל כאשר לא ברור אם הוא מבין מה הוא עושה? ומה בנוגע לסיוע של עובד זר? האם מותר להעבירו למוסד סיעודי שבו לא נשמרים כללי הכשרות או השבת (זוהי שאלה שאנו מקבלים פעמים רבות מחוץ לארץ)? שיקול אחר הוא שמירה על כבודו של החולה, והשאלה האם יש משמעות לכך שכל הנראה הוא איננו חש שכבודו נפגע.

- א. באופן עקרוני, זקן וחולה חייבים במצוות ככל אדם אחר.
- ב. אדם עם דמנציה שקיום מצוות עשה מכביד מאוד עליו ועלול לפגוע בו, פטור מקיומה.² אולם יש לשקול את היות המצווה חלק מהשמירה על שגרת חייו וכבודו.
- ג. אדם עם דמנציה, שתודעתו מעורפלת, חיובו במצוות תלוי בהבנתו. מצווה שהוא מבין – הוא חייב לקיימה כפיקח; ומצווה שהוא איננו מבין או שאינו מודע אליה – הוא פטור ממנה.³
- ד. חולה תשוש, שהתפילה מכבידה עליו מאוד – פטור מתפילה כשם שהוא פטור ממצוות עשה אחרות שיש לו קושי גדול בקיומם, ואין זה נכון "ללחוץ" עליו שיתפלל או יקיים מצוות. עם זאת, אם החולה רוצה להתפלל אך איננו מסוגל להתפלל תפילה מלאה, הוא יכול לקצר בתפילתו ולדלג על חלקים ממנה. באתר "צהר עד מאה ועשרים" ניתן למצוא סדר תפילה לחולה תשוש, הבנוי בצורה מדורגת.⁴
- ה. חולה המצטער בחוליו ואין דעתו מיושבת עליו – פטור מתפילין. אם החולה רוצה להחמיר על עצמו, הוא רשאי להניח תפילין.⁵
- ו. חולה שאיננו יכול לשמור על גוף נקי – פטור מתפילין. אם קשה לו לשמור על עצמו נקי והוא רוצה להניח תפילין, יניח תפילין לזמן קצר.⁶ אם החולה מחובר לצנתר (קתטר) שדרכו נוטף השתן לתוך שקית או כלי – הוא מותר בכל דבר שבקדושה: לקרוא קריאת שמע, להתפלל, לברך, ללמוד תורה, ללבוש טלית ולהניח תפילין בברכה, ובתנאי שבגדיו העליונים נקיים ואין נודף ריח רע מהכלי שבתוכו השתן. לכתחילה נכון לכסות את הצנתר וכן את כלי הקיבול של השתן.⁷ אם הוא איננו שולט בסוגרים, ובכל שעה יוצאת מגופו מעט צואה, ינקו אותו היטב לפני התפילה ואז יתפלל, ויקצר את תפילתו.⁸
- ז. חולה שאיננו יכול להניח תפילין בעצמו, ואין עימו איש שיכול להניח לו תפילין, אישה יכולה לסייע לו בהנחת התפילין. במקרה הצורך, גם קטן או עובד זר יכולים להניח לו תפילין – והחולה יברך. יש לברך על התפילין לאחר הקשירה ולא כמקובל – לפניו.⁹
- ח. חולה שאיננה יכולה להדליק נרות שבת בעצמה, מישהו אחר מבני המשפחה ידליק. אף שמעיקר הדין עדיף שהמדליק יברך על הנרות, אישה שיש לה דמנציה רשאית לברך שכן הברכה היא חלק משמירה על שגרת חייה והיא מועילה לה. הוא הדין לכל חולה שהימנעות מלברך עלולה לגרום לה צער.¹⁰
- ט. כאשר אין בן משפחה אחר בבית, יכולה החולה להסתייע בעובדת זרה שתדליק בעבורה – והחולה תברך לאחר ההדלקה.¹¹
- י. החובה למנוע מהחולה לעבור על איסור (כגון: אכילה ביום כיפור, הדלקת אור בשבת או חילול שבת אחר, וכדומה) תלויה גם היא ברמת התודעה של החולה. כאשר הוא מודע לאיסורים אך אינו מודע לנסיבות, ותזכורת תועיל לו, יש טעם בהפרשה מאיסור. אך כאשר אין הוא מודע כלל למשמעות האיסור, אין צורך להכביד עליו.¹² אף על פי כן, כאשר הוא במקום ציבורי, ובעשיית האיסור עלולה להיות פגיעה בכבודו, נכון למנוע ממנו מלעבור על האיסור.

- יא.** גם כאשר אין בחולה דעת כלל, יש להימנע מלהאכילו דבר אסור. אם החולה מבקש לאכול חלב אחרי בשר, ניתן להקל ולתת לו כעבור שעה גם אם המנהג שלו אחר. כאשר לא ניתן להסביר לו שצריך לחכות, אפשר אף לתת לו חלב מיד אחרי הארוחה.¹³
- יב.** ישנם שיקולים הלכתיים מורכבים בתחום הכנסת אדם עם דמנציה למוסד שבו אין מקפידים על ההלכה.¹⁴ יש להתייעץ עם רב בכל מקרה לגופו, ובמצבים חריגים מסוימים הדבר מותר.

- 1 עסקנו בכך בהרחבה בנייר העמדה 'קיום מצוות על ידי החולה', <https://bit.ly/3EkoD1m>, וראו גם 'סדר תפילה וברכת המזון לחולה תשוש' שהצענו, <https://bit.ly/32o9eju>, כאן הצגנו את העקרונות ומעט מהפרטים הנוגעים באופן מיוחד לחולה עם דמנציה. ראו רא"ס אברהם, 'החולה הזקן: בעיות סיעוד ממבט הלכתי', אסיא, ו (תשמ"ט), עמ' 133-140; אנציקלופדיה הלכתית רפואית, כרך ג, ערך 'חולה', עמ' 429-457; הר"י זילברשטיין, 'כיבוד אב חולה אלצהיימר', הר"י שביב (עורך), דברים שאין להם שיעור, אלון-שבות תשס"ה, עמ' 146-154; הרבנית מ' טיקוצ'נסקי, 'הזדקנות ותופעת הזקנה בהלכה', תחומין, מא (תשפ"א), עמ' 266-279.
- 2 ראו שו"ת אגרות משה, אורח חיים, חלק א, סימן קעב. הר"מ פיינשטיין פטר חולה מיציאה מבית החולים לצורך תקיעת שופר משום שלקיום מצוות עשה אין צורך לבזבז יותר מחומש מנכסיו, ושמירה על הבריאות חשובה יותר מכל ממונו. בקובץ שיעורים, חלק ב, סימן מו, אות א, כתב ר"א וסרמן שחולה ומשמשיו פטורים מתפילה משום שעוסק במצווה פטור מן המצווה, והחולה נחשב לעסוק במצוות "השבת גופו". הר"א וולדנברג (שו"ת ציץ אליעזר, חלק יד, סימן כז, אות א) כתב שאין חיוב על האדם להכניס את עצמו לחולי וסבל כדי לדחוק עצמו לאכול כזית מצה או מרור או לשתות ארבע כוסות, גם כשאין נשקפת לו סכנה. זוהי גם מסקנתו של ר"י אריאל בשו"ת באהלה של תורה, חלק ב, סימן צב: "חולה שאינו יכול לקיים מצות עשה, אלא בקשיים גדולים וביסורים מרובים, עפ"י ראות עיני המורה, פטור מקיום המצוה".
- 3 כך מגדיר רז"נ גולדברג, 'נשואי מפגרים', תחומין, ז (תשמ"ו), עמ' 239, את מעמד הפתי. יש להדגיש שאדם עם דמנציה איננו שוטה או פתי, אך נראה שזהו המודל ההלכתי הקרוב ביותר להתייחסות לחולה זה. הרבנית מ' טיקוצ'נסקי, 'הזדקנות ותופעת הזקנה בהלכה', לעיל הערה 1) דנה בהרחבה ובעומק במעמדו ההלכתי של הזקן, ומציעה מודל חיוב במצוות שמוגדר על פי רמת ההבנה וההכרה של הזקן בהתאמה לרף הדעת הנדרש לחיוב ביחס לכל מצווה ומצווה. ההגדרה המדויקת תלויה אפוא במשתנים שונים, כפי שכתב הרמב"ם בנוגע לכשרותו של פתי לעדות: "ודבר זה לפי מה שיראה הדיין, שאי אפשר לכוין הדעת בכתב" (משנה תורה, הלכות עדות, פרק ט, הלכה י).
- 4 ראו לעיל הערה 1.
- 5 רמ"א, אורח חיים, לח, א; משנה ברורה, שם, ס"ק ה.
- 6 ראו, לעניין חולה מעיים, שולחן ערוך, אורח חיים, לח, א; מגן אברהם, שם, ס"ק א; משנה ברורה, שם, ס"ק א-ד; שו"ת ציץ אליעזר, חלק כ, סימן מה, שאלה ג.
- 7 לדעת הר"מ פיינשטיין, חובה לכסות את הצנתר (שו"ת אגרות משה, אורח חיים, חלק א, סימן כז); לדעת הר"א וולדנברג, זוהי מידת חסידות (שו"ת ציץ אליעזר, חלק ח, סימן א); ולדעת הרש"ז אויערבך, אין חובה לכסותו (דבריו הובאו אצל רא"ס אברהם, 'החולה הזקן: בעיות סיעוד ממבט הלכתי', אסיא, ו [תשמ"ט], עמ' 135, וכן בנשמת אברהם, אורח חיים, סימן עו, ס"ק ט). ראו גם שו"ת אור לציון, חלק ב, פרק ו, סימן טו; ילקוט יוסף, סימן עו, סעיף כה.
- 8 שולחן ערוך, אורח חיים, עו, ד; משנה ברורה, שם, ס"ק טז. ראו גם לעיל הערה 6. השוו לדברי הפוסקים שהתירו לחולה שפתחו לו פתח בדופן הבטן כדי לאפשר יציאת הצואה משם (פיום המעי) לקרוא קריאת שמע, להתפלל, ללמוד תורה ולהניח תפילין – כל זה לאחר שניקו את הצינוור, כיסו את מקום היציאה והעבירו את הריח הרע (שו"ת ציץ אליעזר, חלק ט, סימן ו; דברי הרש"ז אויערבך שהובאו בנשמת אברהם, אורח חיים, סימן עו, ס"ק ט; שו"ת מנחת יצחק, חלק ו, סימנים יא-יב; שם, חלק י, סימן ח; שו"ת שבט הלוי, חלק ג, סימן יז).

- 9** בעניין הנחת תפילין בעזרת אישה ראו שו"ת מהר"ם שיק, אורח חיים, סימן טו; שו"ת יהודה יעלה (אסאד), אורח חיים, סימן יט; כף החיים, אורח חיים, סימן כז, ס"ק ה; שו"ת יביע אומר, חלק ט, אורח חיים, סימן ז, אות ב; וראו גם דבריו בטהרת הבית (ירושלים תש"ן), כרך ב, סימן יב, ס"ק מה (במשמרת הטהרה, עמ' ריב, כתב שגם נידה יכולה להניח תפילין לבעלה); שו"ת שבט הלוי, חלק א, סימן ה; שו"ת ציץ אליעזר, חלק יג, סימן ז; נשמת אברהם, אורח חיים, סימן כז, ס"ק ב. בעניין הנחה בעזרת גוי ראו הר"ש בן-שלמה, 'הנחת תפילין ע"י אשה ועכו"ם', ישורון, יט (אלול תשס"ז), עמ' תקנא-תקנט, שמסקנתו בשם הר"ש אלישיב היא שאישה ולהבדיל גוי יכולים להניח תפילין לחולה אם אין בנמצא אדם אחר – והחולה יברך כשהתפילין עליו ולא לפני הקשירה. ראו גם מה שכתבו רבני ורבניות בית הלל, 'מבט הלכתי על העסקה חזויות של עובדים זרים', בית הלל, 18 (טבת תש"ף), עמ' 8, <https://bit.ly/3qYJ25E>.
- 10** משנה ברורה, סימן רסג, ס"ק כא, כתב בשם דרך החיים שכאשר שליח ישראל מדליק את הנרות, השליח מברך ולא המשלח. אומנם במקום צער, ניתן לסמוך על הפוסקים הסוברים שהמשלח הוא המברך. ראו פסקי תשובות, שם, סעיף כא, המסתמך בין השאר על דברי המגן אברהם המובאים בהערה הבאה. באישה עם דמנציה, השמירה על השגרה שהייתה רגילה לה בעבר חשובה, ולכן ניתן להקל ולומר לה שתברך.
- 11** לדעת המשנה ברורה שנזכרה בהערה הקודמת לא ניתן להסתייע בעובד זר להדלקת נרות, אך על פי המגן אברהם (סימן רסג, ס"ק יא) ושולחן ערוך הרב (שם, ס"ק יא) ניתן לסמוך בדיעבד על מי שמקל בזה. על פי שיטת הפוסקים שהתירו בדיעבד, ניתן להקל במקום צורך, כמו חולה שיש לה צער גדול אם לא תדליק. ראו פסקי תשובות, שם, סעיף יט, ובית הלל (לעיל הערה 9).
- 12** ראו הרבנית מ' טיקוצ'ינסקי, 'הזדקנות ותופעת הזקנה בהלכה' (לעיל הערה 1), עמ' 275-274.
- 13** יש מנהגים שונים בדבר זמן ההמתנה בין בשר לחלב (שולחן ערוך, יורה דעה, פט, א) ולצורך חולה ניתן לנהוג כדעה המקילה; לכן די בהמתנה של שעה. ראו שו"ת יביע אומר, חלק א, יורה דעה, סימן ד; שם, חלק ג, יורה דעה, סימן ג; ילקוט יוסף, איסור והיתר, סימן פט, סעיפים כב-כג. כאשר אין דעת בחולה, ניתן להקל כעיקר הדין לשיטה המקילה ולתת לו לאכול מיד אחרי שהסתיימה הארוחה הבשרית.
- 14** ראו שו"ת חת"ם סופר, חלק א, סימן פג ושו"ת אגרות משה, אורח חיים, חלק ב, סימן פח שדנו בשאלה אם ניתן להכניס בן או בת שוטם למוסד שלא שומרים בו כשרות. ראו גם הרבנית מ' טיקוצ'ינסקי, 'הזדקנות ותופעת הזקנה בהלכה' (לעיל הערה 1), עמ' 277; ר"א פיקסלר, "'גם בלא דעת – נפש לא טוב': פיקוח נפש ויישוב הדעת", צהר, מ (תשע"ו), עמ' 310-313.

טו | טיפול בחולה במצב וגטטיבי קבוע (PVS)

- א. אסור לקצר באופן אקטיבי חיים של כל אדם,¹ ובכלל זה אדם הנמצא במצב וגטטיבי קבוע (PVS) או במצב הכרה מינימלי.²
- ב. חובה להעניק לחולה במצב PVS טיפולים שוטפים דוגמת הזנה,³ הנשמה ומתן תרופות שגרתיות. היחס אליו בטיפולים אלו הוא כאל חולה הנמצא בתודעה מלאה, על פי העקרונות המפורטים בפרקים הקודמים.⁴
- ג. לגבי טיפולים שאינם שוטפים שנועדו לטפל במניעת סיכון לחולה – כאשר דעת הרופאים היא שנוכח לטפל בו, ומדובר לאחר טווח זמן המותאם לסיבה שהביאה להגדרתו במצב PVS,⁵ יש להבחין, בהיעדר הוראות מקדימות של החולה, בין שני מקרים. כאשר מדובר בטיפולים יעילים שסביר להניח שחולה בהכרה היה בוחר לעשות, חובה לעשותם. כאשר מדובר בטיפולים ברמת סיכון גבוהה, אשר ניתן להעריך שחולים רבים היו מסרבים לקבלם, אין לעשותם.⁶

חובה להעניק לחולה במצב PVS
טיפולים שוטפים דוגמת הזנה,
הנשמה ומתן תרופות שגרתיות.
היחס אליו בטיפולים אלו הוא כאל
חולה הנמצא בתודעה מלאה

1 ראו לעיל פרק ו, הערה 1.

2 בחולה המצוי במצב הקרוי "צמח" (PVS – Persistent Vegetative State) המערכות התנת־הכרתיות החיוניות לחיים – דוגמת מערכות הנשימה, הלב, השינה והערות, והעיכול – פועלות, אולם בשל הרס בלתי הפיך של קליפת המוח, מאבד החולה את יכולות החשיבה והמודעות, הרגש וההכרה. הדעה הרווחת בקרב הרופאים היא שחולים במצב זה אינם חווים כאב וסבל, אולם נקודה זו אינה ידועה בוודאות מוחלטת, וכמו כן מתועדים מקרים נדירים מאוד שבהם חולים כאלו החלימו. קיימים גם מצבים נוספים של פגיעה במערכת ההכרה; ראו אנציקלופדיה הלכתית רפואית, כרך ה, ערך 'נוטה למות (א)', עמ' 113–117.

3 אלא אם עמדת הצוות הרפואי היא שההזנה פוגעת באיכות חייו, שיש בה סיכונים ותועלתה נמוכה.

4 לעיל פרק ח הרחבנו בשאלת הטיפול הרפואי בחולה שיש סיכוי נמוך להחלמתו. גם חולה במצב PVS נמצא בכלל זה, ודעת רוב ככל הפוסקים שאין להתייחס באופן שונה לחולה כזה. כך עולה מדברי ביאור הלכה, סימן שכט, ד"ה אלא לפי שעה, וכן כתבו שו"ת אגרות משה, חושן משפט, חלק ב, סימן עד, אות א; שו"ת ציץ אליעזר, חלק יח, סימן יט. זו גם דעת רש"ז אויערבך; ראו מה שנכתב בשמו בנשמת אברהם, יורה דעה, סימן שלט, ס"ק ב; וראו אנציקלופדיה הלכתית רפואית, כרך ה, ערך 'נוטה למות (א)', עמ' 159–160. על כן, ההתייחסות ההלכתית לחולה כזה היא כאל חולה הנמצא בתודעה מלאה.

5 על פי ההגדרות הרפואיות, משך הזמן הנדרש כדי להגדיר אדם במצב PVS משתנה על פי סוג הפגיעה, כגון ההבחנה בין החייאה שלא הצליחה וחוסר אספקת חמצן למוח, פגיעה פיזית טראומטית או מחלה ניוונית בלתי הפיכה. יש לדון אפוא בכל מקרה לגופו. היבט נוסף שיש לשקול הוא גילו של החולה. השיקולים הרפואיים המגוונים מלמדים על הצורך בקבלת החלטות מתונה וזהירה המותאמת לכל חולה בנפרד.

6 על השאלה של נטילת סיכון בטיפול רפואי ראו לעיל פרק ה, סעיף ג והערה 4. בחולה הנמצא במצב PVS עולה שאלת ההסכמה מדעת, והשאלה מי מוסמך לקבוע מה צונו של החולה וכיצד יטופל. ראו על כך שם, סעיפים ז–י.

טז | תפילה על חולה הנוטה למות

- א.** מצווה גדולה להתפלל על החולה שיתרפא ויחיה – בוודאי כשמצבו קשה.¹
- ב.** חולה שאפסו הסיכויים להצלתו – נכון להתפלל לקב"ה שיציל אותו מייסוריו, ינהג עם החולה במידת הרחמים, והטוב בעיניו יעשה. עדיף, גם מבחינה הלכתית וגם מבחינה פסיכולוגית, שלא להתפלל באופן ישיר למותו (אומנם מי שעושה כך יש לו על מה לסמוך).²

1 שולחן ערוך, יורה דעה, שלה, ד-ו.

2 בגמרא (כתובות קד ע"א) מסופר על תפילתה של שפחתו של רבי שהביאה למותו – "יהי רצון שיכופו עליונים את התחתונים". אומנם אין כאן אמירה הלכתית ישירה המתירה תפילה למות אדם, אך נראה שהיחס בסוגיה למעשה השפחה חיובי, משום שאין רמז לביקורת כלפיה. יתרה מזאת, במקומות נוספים בש"ס מספרת הגמרא על תפילות לסיום חייו של אדם. הפוסקים המזכירים להלן הביאו ראיות מבבא מציעא פד ע"א; תענית כג ע"א; ראש השנה יז ע"א; ירושלמי, שבת, פרק יט, הלכה ב. יצוין כי הר"א וולדנברג (שו"ת ציץ אליעזר, חלק ה, רמת רחל, סימן ה; שם, חלק ז, סימן מט, קונטרס אבן יעקב, פרק יג, אות א; שם, חלק ט, סימן מז; שם, חלק יח, סימן מח, אות ה; שם, חלק יט, סימן י, אות א), לשיטתו, דוחה את כל הראיות הללו.

המקור המרכזי לפסיקה בנושא זה הוא הר"ן (בפירושו לנדרים מ ע"א), הלומד מסוגיה במסכת נדרים ש"פעמים שצריך לבקש רחמים על החולה שימות, כגון שמצטער החולה בחליו הרבה ואי אפשר לו שיחיה". הר"ן מציין שני תנאים לתפילה כזו – החולה מתייסר ואין סיכוי שיתרפא. לא מצאנו בדברי גדולי הפוסקים, ובכללם הרמב"ם והשולחן ערוך, התייחסות להלכה זו. פוסקים אחרונים רבים פסקו כדעת הר"ן. ראו ערוך השולחן, יורה דעה, סימן שלה, סעיף ג; שו"ת אגרות משה, חושן משפט, חלק ב, סימן עג, אות א; שם, סימן עד, אות א ואות ד; שו"ת מנחת שלמה, חלק א, סימן צא, אות כד. עוד מובא בשם הרש"ז אויערבך שאף על פי שנאמר "אפילו חרב חדה מונחת על צווארו של אדם אל ינעם עצמו מן הרחמים", כאשר החרב איננה "מונחת" אלא "חותכת" את הצוואר, יש להפסיק להתפלל (ראו נ' סטפנסקי [עורך], ועלה לא יבול: מהנהגותיו והדרכותיו של הרב שלמה זלמן אויערבך, חלק ב, ירושלים תשס"א, עמ' קלב). ראו גם אנציקלופדיה הלכתית רפואית, כרך ה, ערך 'נוטה למות (א)', עמ' 162–166; נשמת אברהם, יורה דעה, סימן שלה, ס"ק טז. מנגד, הר"א וולדנברג בתשובותיו הנ"ל סובר שאין להתפלל על החולה שימות. לדבריו, דעת הר"ן היא דעת יחיד שלא הובאה להלכה בשולחן ערוך ובשאר הפוסקים, וכפי הנראה נדחתה מהלכה. מלבד הנימוקים לדחיית הראיות לדברי הר"ן, הר"א וולדנברג כותב שהמציאות היא שגם חולה המדוכא בייסורים ומבקש נפשו למות – אפשר שיבריא, ולכן לא ניתן להחליט שהגיעה העת להתפלל עליו שימות.

הפוסקים המתירים סייגו זאת בכמה תנאים. (א) התפילה מותרת רק כאשר היא נעשית משום שהמתפלל חס על החולה, ולא מפני שהוא חס על עצמו, כגון על הטרחה הגדולה שלו או על צער מייסורי החולה. לפיכך רק מי שאיננו קרוב של החולה יכול להתפלל למותו (שו"ת חקקי לב, חלק א, יורה דעה, סימן נ; שו"ת עשה לך רב, חלק ה, סימן קיב. ראו עוד שם, חלק ט, סימן כב). (ב) תפילה כזו מותרת רק כשייסורי החולה גדולים ואין כל תקווה לרפואתו (שו"ת תשובות והנהגות, חלק ב, סימן פב; שו"ת שבט הלוי, חלק י, סימן כו, וכן נראה מדברי שאר הפוסקים המתירים – שדווקא בחוליו גדול ובייסורים גדולים התיירו). כיוון שכך, קשה מאוד להגדיר מתי ניתן להתפלל, והחלטה זו אינה מסורה לכל אחד. (ג) החולה אינו מוגדר כ"צמח" שאין לו ייסורים (שו"ת שבט הלוי, חלק י, סימן כו).

יש סוברים שרק יחידי סגולה יכולים להתפלל תפילה כזו. ראו שו"ת אגרות משה, חושן משפט, חלק ב, סימן עד, אות א. לדעתו, ספק אם יש בדורנו מי שיכול להתפלל תפילה כזו. וכן ראו שו"ת שבט הלוי שם.

למרות כל ההסתייגויות הללו, **כאשר אפסו סיכוייו של החולה להתרפא מוטב שלא להרבות בתפילה לרפואתו**, כיוון שאין מתפללים אלא על דברים שבדרך הטבע ולא על יסים. כך מובא בשם הרש"ז אויערבך בנשמת אברהם, יורה דעה, סימן שלה, ס"ק יב, ובהליכות שלמה (בעריכת יצחק טרגר ואהרן אויערבך), חלק א, תל-אביב תש"ס, פרק ח, הערה 56. ראו עוד הרב רא"ם הכהן, 'תפילה לגבי מי שמצוי במוות מוחי', ספר אסיא, טז (תשע"ט), עמ' 249–250; לדבריו, אסור להתפלל לרפואתו של מי שמת מוות מוחי כיוון שזו תפילת שווא. ראו תגובת הר"מ פטרפרוינד, שחלק עליו, שם, עמ' 251–255, ותשובת הרב רא"ם הכהן שם, בעמ' 256. אם כן, נראה שהדרך הרצויה יותר היא להתפלל לה' שיגאל את החולה מייסוריו, או שירחם על החולה וינהג עימו במידת הרחמים, בלא להזכיר את המיתה. במשמעות תפילה כזו יש גם אפשרות לרפואה וגם למיתה. עוד מסתבר שתפילה בניסוח כזה מתיישבת על דעתו של המתפלל, התולה ביטחונו בקב"ה היודע מה טוב ונכון לחולה, יותר מאשר תפילה ישירה למותו. להרחבה נוספת ראו נייר העמדה 'תפילה למותו של חולה הסובל מייסורים שאין תקווה לרפואתו', <https://bit.ly/36NtMUy>.

יז | אמירת אמת לחולה על מצבו הרפואי

נקודת המוצא בכל טיפול בחולה היא שיש לומר לו את האמת ולא להחליט בעבורו מה ראוי שידע ומה אין ראוי שידע. הסיבה לכך כפולה: משום שאמירת אמת היא ערך מוסרי עליון, ומשום שהחולה עצמו חייב לקבל את כל המידע המאפשר לו להחליט על הטיפול הרצוי לו. רק במצבים שבהם אין אפשרות למסור את המידע המלא, כגון כאשר ישנה הערכה קרובה לוודאי שמצבו הרפואי יורע באופן משמעותי אם יקבל את כל המידע הזה, או שמצבו אינו מאפשר לו להבין את המידע הזה – מותר לסטות מעמדת היסוד של אמירת האמת. על השיקולים האתיים והמעשיים למסירת מידע או הסתרתו ראו בהערה¹.

חולה זכאי לקבל מידע מלא על מחלתו, וחובתו של הרופא היא למסור מידע זה. המידע צריך להיאמר באופן מרוכך אשר מתחשב במצוקתו של החולה

על פי החוק במדינת ישראל, המטופל צריך לתת "הסכמה מדעת" לטיפול, ולשם כך יש למסור לו את המידע הרפואי הנדרש במלואו. המטפל רשאי להימנע ממסירת מידע רק אם ועדת אתיקה אישרה שזו עלולה לגרום נזק חמור לבריאות המטופל.²

- א. חובה לומר אמת ולהתרחק מן השקר. נקודת המוצא היא אמירת האמת, ורק אם יש סיבות של ממש לסטות מנקודת מוצא זו – יש להסתיר את האמת.³
- ב. חולה זכאי לקבל מידע מלא על מחלתו, וחובתו של הרופא היא למסור מידע זה. המידע צריך להיאמר באופן מרוכך אשר מתחשב במצוקתו של החולה.⁴
- ג. השיקולים התומכים באמירת האמת אינם רק שיקולים רפואיים, ונועדו גם כדי שהחולה יסדיר את ענייניו האישיים, כגון צוואה ושאר הדברים הנוגעים למשפחתו ולרכושו.⁵
- ד. יש חשיבות לשמוע תחילה מהמטופל מה הוא מעוניין לשמוע על מצבו הרפואי ולהתאים את התשובה לרצונו. חולה שמתעלם מהמידע או מדחיק את מצבו הרפואי – יש לכבד את בחירתו כאשר אין בכך פגיעה חמורה בו.⁶
- ה. חולה שדעתו איננה צלולה, ניתן להסתיר ממנו מידע אם ההערכה היא שסיפור האמת יפגע בו או שבמצבו הנוכחי הוא לא יבין את משמעות המידע.⁷
- ו. גם בחולה שדעתו צלולה, כאשר ישנן סיבות של ממש להעריך שמסירת המידע תפגע בו, צריכה המערכת הרפואית בשיתוף עם בני המשפחה לשקול הסתרת חלק מהמידע.⁸
- ז. גם כאשר ישנה עדיפות להסתרת המידע, יש לשקול זאת שוב מעת לעת – משום שמסתבר שהמידע יגיע אליו בדרך אחרת. על כן, נכון להקדים את הגילוי ולעשות אותו בדרך מתאימה, בעדינות וברגישות.
- ח. כאשר נדרשים להסתיר את האמת מהחולה, יש למצוא את הדרך להימנע מאמירת שקר באופן ישיר, ורק לא לומר לו את התשובה האמיתית המלאה לשאלותיו. במקרים קיצוניים ניתן גם לשקר כאשר הדבר נצרך להרגעת החולה ואין בכך נזק. עם זאת, אסור לאדם להרגיל עצמו לשקר.⁹
- ט. חולה שמת לו מת, ויש חשש שהידיעה על כך תפגע במצבו הרפואי – נכון להימנע מלהודיע לו על כך וכן להימנע מלקיים מנהגי אגלות בפניו. אומנם צריך לשקול אם המידע עשוי להגיע לחולה בדרך אחרת; ואם יש חשש כזה, צריך למצוא את הזמן והתנאים הנכונים על מנת לבשר לו את הבשורה.¹⁰
- י. חולה שאפסו סיכוייו לחיות ושעת פטירתו קרובה, נכון להציע לו להתוודות, בתנאי שאין חשש שההצעה תפגע בבריאותו. בשלב מוקדם יותר, יש להימנע מלהזכיר את הווידוי.¹¹

1 מלבד ערכי אמירת אמת והאוטונומיה של האדם על גופו, ישנן סיבות מעשיות למניעת הסתרת מידע מהחולה כיום, כאשר טיפול רפואי כולל טיפולים מורכבים וגורמי רפואה שונים, ויש צורך בשיתוף פעולה מיטבי בין הגורמים השונים לבין החולה. על מנת לבסס את האמון של החולה במערכת הרפואית יש צורך באווירה של אמת סביב החולה, ואם החולה יחשוד שמרמים אותו, הוא עלול לאבד את אמונו בצוות; טיפולים שונים דורשים שיתוף פעולה של החולה, וידיעת האמת תעלה את הצלחת הטיפול; המציאות כיום היא שהרופאים נותנים באופן שוטף מידע לחולה, והחולה מודע ורגיל לכך ולכן מוכן לזאת מראש; הפחד הנובע מאי־ידיעת האמת עלול אף להקשות על החולה באופן פסיכולוגי, ואילו ידיעת האמת עשויה להוביל לתהליך נפשי שבסופו השלמה המאפשרת התמודדות טובה יותר עם המחלה. לבסוף, במציאות ימינו, הסתרת מידע היא כמעט בלתי אפשרית, ולכן נכון שהחולה יקבל את המידע בצורה מסודרת ונכונה ולא ייחשף אליו בצורה אקראית ובדרך שעלולה לפגוע בו. לשיקולים אלה מצטרף השיקול המשפטי: מערכת רפואית המסתירה מידע חשובה לתביעות משפטיות מצד החולה ובני משפחתו.

מנגד, ישנם שיקולים ערכיים ומעשיים התומכים בהסתרת מידע מהחולה במצבים מסוימים. חובתו הבסיסית של הצוות הרפואי היא לשמור על בריאות החולה ולהימנע מגרימת נזק. ערכי האמת והאוטונומיה אינם ערכים מוחלטים, ואפשר שכאשר ההערכה היא שבאמירת אמת ייגרם נזק לחולה, ערך החיים והשמירה עליהם יגבר על ערכים אלו. לעיתים, ידיעת האמת עלולה להביא את החולה לייאוש, דיכאון ואף להתאבדות. כמו כן, אי־ידיעת האמת יכולה לחזק תקווה, שהיא כשלעצמה יכולה לסייע בריפוי. ישנם חולים שאינם מעוניינים בכל המידע ובוחרים להתעלם מהמציאות או לדעת רק חלק ממנה. במקרים כאלה, הרופא צריך לכבד את רצון החולה ולפעול בהתאם. שיקולים אלה צריכים להשפיע לא רק בשאלה האם לספר, אלא גם בצורת אמירת הדברים, ובתיווך ההכרחי שבין העובדות ובין החולה.

ראו אנציקלופדיה הלכתית רפואית, כרך ב, ערך 'גלוי מידע לחולה', עמ' 479–512; שמעון גליק, 'דיווח אמת לחולה', ספר אסיא, ז' (תשנ"ד), עמ' 15–22; ערן סגל, 'אמירת אמת לחולים: האם ללכת עד הסוף?', כתב העת לניהול סיכונים של MRM, 10 (2000), <http://www.mrm.org.il/?categoryId=96896&itemId=221277>; שרה אילן, שמעון גליק ואלן גוטקוביץ', 'אמירת אמת לחולי אלצהיימר ושטיון בשלבים הראשונים של המחלה', הרפואה, 153.9 (2012), עמ' 537–540; בנימין גזונטהייט ואחרים, 'אמירת אמת לחולה: דיון במקורות יהודיים', הרפואה, 153.10 (2014), עמ' 613–616 (<https://bit.ly/3jQlyxL>).

2 חוק זכויות החולה, התשנ"ו–1996.

3 אמירת אמת היא ערך גדול ונשגב, והתורה לא רק אסרה שקר אלא אף הזהירה להתרחק ממנו (בשונה מציוויים אחרים): "מדבר שקר תרחק" (שמות כג, ז). חז"ל הפליגו בחשיבותה של אמירת אמת ואמרו "על שלושה דברים העולם עומד – על הדין ועל האמת ועל השלום" (משנה, אבות א, יח). אף על פי כן, קבעו חז"ל שערך אמירת האמת איננו ערך מוחלט, ו"מותר לו לאדם לשנות בדבר השלום" ואף מצווה לשנות (יבמות סה ע"ב). ישנן דוגמאות רבות נוספות בתלמוד ובפוסקים למקרים שבהם מותר ואף מצווה לשנות מפני הצורך. ראו שו"ת הרמ"א, סימן יא; שו"ת תורה שלמה, סימן סס; שם, סימן שעא. ראו גם ר"י יובל שרלו, 'מדבר שקר תרחק', צהר, א (תש"ס), עמ' 13–24; <https://bit.ly/3qVLkVa>; אנציקלופדיה הלכתית רפואית, כרך ב, ערך 'גלוי מידע לחולה', עמ' 493–500. כפי שכתבנו במקום אחר, נקודת המוצא צריכה להיות אמירת האמת. ראו תשובה קצרה באתר "צוהר לאתיקה", <http://bit.ly/37B5om4>.

4 בכמה מקורות מצאנו שמונעים מידע מחולה כדי לשמור על בריאותו. על פי הברייתא במועד קטן (כו ע"ב), אין מודיעים לחולה שמת לו מת, שמא תיטרף דעתו, וכך נפסק בשולחן ערוך (יורה דעה, שלו, א. וראו להלן סעיף ט). אומנם אין מדובר כאן בהסתרת מידע רפואי מהחולה, אך ניתן ללמוד מכאן שבמקרים מסוימים גורם חיצוני יכול לקבוע כי יש למנוע מידע מהחולה. ממדרש קהלת רבה (פרשה ה), בעניין מחלתו של חזקיהו, ניתן ללמוד מצד אחד שהנוהג המקובל הוא שאין מספרים לחולה על מצבו, כדי שלא תיחלש דעתו, ומי שנוהג אחרת ראוי לביקורת; ומצד שני, שהשיקול העיקרי הוא טובתו של החולה, ולכן אם ההערכה היא שאמירת האמת דווקא תיטיב את מצבו – צריך לומר לו את האמת. מנגד, הברייתא במסכת שבת (לב ע"א), שנפסקה להלכה בשולחן ערוך (יורה דעה, שלח, א) תומכת באמירת אמת לחולה הנוטה למות, לצורך אמירת וידוי. ראו על כך להלן סעיף י.

בדברי הפוסקים בדורות האחרונים, יש הסוברים שאסור לגלות לחולה אנוש את מצבו הרפואי, וכך מפורש בשו"ת אגרות משה, חושן משפט, חלק ב, סימן עג. אומנם, הר"מ פיינשטיין לא עסק בתשובה זו באופן ישיר בשאלה, והר"י שפרן (ראו להלן) כתב שבדבריו עוסקים במקום שוטף לאמירה כזו הרופאים גם חדלים מלעשות כל מאמץ סביבו. את אמירת המידע אסר גם בעל שו"ת בצל החכמה (חלק ב, סימן נה). הוא מסייג את דבריו וכותב שאף על פי שיש להעלים מן החולה את מחלתו, אין להטעותו על שהמחלה איננה רצינית. דעת הר"י זילברשטיין (האם מותר או רצוי לגלות לחולה על מחלתו האנושה?), עמק הלכה: אסיא, כרך א, ירושלים תשמ"ו, עמ' 163 היא שעדיפה השתיקה והעלמת האמת, חוץ ממקרים שבהם יודעים בוודאות שהדבר לא יזיק לחולה. לעומתם, הר"י שפרן ('אמירת אמת לחולה על מצבו', ספר אסיא, ז' [תשנ"ד], עמ' 23–30) כתב שברוב הפעמים יש לספר לחולה את האמת, כיוון שזו זכותו, ובפרט חולה אנוש שצריך להתוודות ולהכין עצמו לעולם שכולו טוב – מה גם שכיום לא

ניתן להסתיר את האמת לאורך זמן. הוא הוסיף וסייג שיש לנהוג בזהירות ולבדוק כל מקרה לגופו. הרב ש"י הכהן ('שליחותו של הרופא לחולה אנוש', תורה שבעל-פה, כה [תשמ"ד], עמ' קמד-קנ) כתב שכיום מודעות החולה למחלתו יכולה להוריד פחד ולהפחית סבל, ולכן אף שאין לומר לחולה שאין תקווה לחייו – ההכרעה אם לגלות לחולה ומה לגלות לו מסורה לשיקול דעת הרופא ובני המשפחה. ראו אנציקלופדיה הלכתית רפואית, כרך ב, ערך 'גלוי מידע לחולה', עמ' 503-508; נשמת אברהם, יורה דעה, סימן שלח, ס"ק ד. למקורות נוספים ראו נייר העמדה 'אמירת אמת לחולה על מצבו הרפואי', <https://bit.ly/3tAWQbo>.

כפי שכתבנו בהערה הקודמת, חובת אמירת האמת צריכה להיות הבסיס לכל דיון. אומנם במקרים שונים ניתן ואף רצוי להימנע מאמירת אמת כפי שמבואר בסעיפים הבאים ולהלן הערות 8-9.

5 שולחן ערוך, יורה דעה, שלה, ז פסק שיש להנחות את החולה להסדיר את ענייניו לפני מותו: "אומרים לו שיתן דעתו על ענייניו, אם הלזה או הפקיד אצל אחרים, או אחרים הלזו או הפקידו אצלו, ואל יפחד מפני זה מהמות". וראו הרש"י הכהן (ראו בהערה הקודמת) שכתב שיש ערך באמירה לחולה על מצבו, גם על מנת לסדר את ענייניו הגשמיים, כגון צוואה ושאר הדברים הנוגעים לביתו, למשפחתו ולרכושו.

6 ראו לעיל פרק ה.

7 ראו בהערה הבאה ולעיל פרק יג, סעיפים א-ב.

8 כפי שביארנו בהערות 3-4, אמירת אמת היא החובה הבסיסית. על כן, הסתרת האמת או שינוי ממנה יכולים לבוא רק כשזוהי טובתו של החולה ורק כאשר מתקיימים התנאים הבאים: (א) קרוב לוודאי שהדרך הרפואית הטובה לחולה היא אחרת מזו שיקבל אם יחליט לבדו; (ב) החולה אינו מסוגל לקבל החלטות מושכלות; (ג) המניע לשינוי מן האמת הוא שמירת כבוד החולה ולא מטרות אחרות (כגון שיקולים אחרים של בני המשפחה). זאת ועוד, גם כאשר מתקיימים התנאים הללו, יש לסייג את ההיתר בכמה עקרונות והגבלות: (א) החולה קודם לכל אדם אחר בהחלטה אם יטופל וכיצד יטופל. על כן, כאשר ההנחה שלחולה יש שיקול דעת סביר, נכון שהמידע המלא יהיה בידיו. (ב) השימוש בעקרון השינוי מן האמת מפני הצורך צריך להיות מוגבל ושקול. בדרך כלל מה שמותר הוא הימנעות מאמירת האמת ולא אמירת שקר מוחלט. כאשר אין אפשרות אחרת, זוהי טובתו של החולה, ניתן אף לשקר (ראו בהערה הבאה). (ג) גם כאשר אדם נדרש לשנות או לשקר, חשוב שלא יטמיע בנפשו את מידת השקר. ראו סוכה טו ע"ב ויבמות סג ע"א. האמוראים הסתייגו שם מאמירת שקר גם כאשר יש בה תועלת ואין בה נזק לאחר, זאת מטעם "למדו לשונם דבר שקר" (ירמיהו ט, ד). ראו גם בדברי רבנו יונה, בשערי תשובה, שער ג, ובפירושו לאבות א, יח שכתב שאמירת שקר גם כשאין בה הפסד לאיש – עונשה גדול כיוון שהיא מרגילה את האדם לשקר.

9 המקור היסודי המתיר שלא לומר אמת הוא הגמרא ביבמות (סה ע"ב, יחד עם מקורות רבים נוספים, כמבואר לעיל, הערה 3). אמירת שקר לא נזכרה שם בפירוש אלא "מותר לו לאדם לשנות בדבר השלום". הרמב"ן (פירוש לתורה, בראשית יח, יג) מפרש שדברי ה' לאברהם, האומר בשם שרה "האף אמנם אלד ואני זקנתני" (שמואלים שם בגמרא כדוגמה לכך שהקב"ה שינה מפני השלום) הם דברי אמת, אך השינוי הוא בכך שהקב"ה מסתיר חלק מדבריה של שרה. הערוך לנר, בפירושו לסוגיה שם, מראה שבכל הדוגמאות שבסוגיה אין מדובר בשקר גמור אלא בדברים המשתמעים לשני פנים. אומנם חלק מההסברים דחוקים, אבל העיקרון ההלכתי העולה מהם הוא שגם במקום שצריך לשנות מהאמת, יש להימנע משקר גמור. ראו ט"ז, יורה דעה, סימן תב, ס"ק ח, שהסביר על פי זה את דברי השולחן ערוך (שם, סעיף יב), שאף על פי שאין צורך לומר לאדם שקרובו נפטר, אסור לשקר לו. אכן, על פי דברי החפץ חיים, הלכות רכילות, כלל א, סעיף ח, כאשר אין אפשרות לשנות – מותר אף לשקר.

10 שולחן ערוך, יורה דעה, שלז, א וראו לעיל הערה 4. מלשון הברייתא והשולחן ערוך (יחד עם דבריו בסימן תב, סעיף יב; ראו בהערה הקודמת) משתמע רק שמותר להימנע מלומר לו את האמת, אך בדברי האחרונים מבואר שאם החולה שואל על הנפטר, מותר גם לשקר ולומר שהוא חי (כל בו על אבילות, עמ' 17). לדעת הרש"י אויערבך, אם האבל צריך לבקר את החולה, מותר לו להסתיר את אבולותו, לנעול נעליים וללבוש בגד שאיננו קרוע. ראו נשמת אברהם, יורה דעה, סימן שלז, ס"ק ב.

11 כך נאמר בברייתא במסכת שבת (לב ע"א) ונפסק להלכה בשולחן ערוך (יורה דעה, שלח, א). אומנם כל זה אמור דווקא בחולה שקיצו קרב, אבל אם ההערכה היא שיחלוף עוד זמן עד פטירתו, גובר החשש שמא תיטרף דעתו. הב"ח והש"ך (על אתר) הבחינו בין חולה הנוטה למות, שאומרים לו להתוודות, לבין חולה שאינו נוטה למות, שלא אומרים לו להתוודות, כדי שלא יהיה ליבו נשבר. ראו דבריו של בעל נשמת אברהם בתשובתו 'הנוטה למות לעומת החשון מרפא', ספר אסיא, ז (תשנ"ד), עמ' 31-32. ההלכה גם הקפידה לחייב את ריכוך האמת על ידי האומר: "נטה למות, אומרים לו: התודה, ואומרים לו: הרבה התודו ולא מתו, והרבה שלא התודו, מתו, ובשכר שאתה מתודה אתה חי, וכל המתודה יש לו חלק לעולם הבא" (שולחן ערוך, שם). המצדדים בגילוי מידע רפואי לחולה (הרש"י הכהן והר"י שפרן, ראו לעיל) הביאו ראיה מדין הווידוי, שבכל מקום שטובתו של החולה היא שיהיה מודע למצבו, חובה לספר לו. ראו גם אנציקלופדיה הלכתית רפואית, כרך ב, ערך 'גלוי מידע לחולה', עמ' 502-503.

בעניין חובת הווידוי בימינו, ראו מה שכתבנו במסמך 'הלכות ומנהגים לשעת הפטירה', אתר "צהר עד מאה ועשרים", <https://bit.ly/3mv2c3R>. שם מובא גם סדר הווידוי ותפילות בנוסחים שונים שניתן לומר בסמוך לפטירה ובשעת יציאת נשמה.



יח | מעמד המשפחה בקבלת החלטות

כאשר החולה הוא חסר כושר שיפוט, מקובל שלקרובים יש מעמד בתהליך קבלת ההחלטה, ובוודאי שיש צורך ליידע את בני המשפחה במצב, לשמוע את דעתם ורצונותיהם, ובעיקר ללמוד מהם מה עשויים להיות רצונו של החולה ודעתו. מבחינה חוקית, רצונם ועמדתם של בני המשפחה כשלעצמם אינם רלבנטיים,¹ אך הפרקטיקה המקובלת היא שהרופאים משתפים את בני המשפחה בהתלבטויות, ומבררים דרכם את רצונו של החולה, כאשר הלה לא הותיר ייפוי כוח מתמשך או הנחיות רפואיות מקדימות. לצדדים נוספים של מעמד המשפחה באתיקה הכללית ראו בהערה.²

- א. "לב יודע מרת נפשו" – החולה קודם לכל אדם אחר בקבלת ההחלטה אם יטופל או לא.³ יש להקשיב לרצונותיו כאשר הוא צלול ולפעול בהתאם לעמדות שהביע בעבר גם כאשר הוא איננו צלול. מלבד זאת, יש לעודד את החולה לתת הוראות מקדימות קודם שיגיע למצב שבו הוא איננו יכול להביע את רצונו.
- ב. השיקול היחיד שיש לשקול כאשר דנים במתן טיפול לחולה או בהימנעות ממנו הוא טובת החולה ורצונו. אין להתחשב בשום שיקול אחר ובכלל זאת בטובתם של גורמים אחרים.⁴
- ג. חולה שאיננו מסוגל לקבל החלטות, כיוון שאינו בהכרה או שאין בו דעת, יש להעריך מה עשויה הייתה להיות עמדתו לגבי הטיפול.⁵
- ד. בדרך כלל, אנו משערים שהמשפחה הקרובה היא זו שיכולה לייצג בצורה המיטבית את דעתו של החולה ורצונו. בהתאם לכך, אנו מניחים שהם הרוצים בטובתו יותר מכולם, הם מכירים אותו ואת עמדותיו, ומסתבר שאילו אפשר היה לשאול את החולה – הוא היה מסמיך אותם לקבל החלטה.⁶
- ה. השיקול של בני המשפחה צריך להיות טובתו ורצונו של החולה בלבד. גם הרצון לטפל בחולה בכל מצב ובכל מחיר איננו בהכרח לטובתו של החולה, ולעיתים רצון זה מקורו בתחושות הנובעות מהמשפחה והוא אינו עולה בקנה אחד עם טובת החולה או עם רצונו.⁷
- ו. כאשר מתגלעת מחלוקת בין בני המשפחה על דרך הטיפול, עליהם לזכור כי חובתם למצוא את הדרך ראויה ליישב ביניהם את המחלוקת וכי בעשותם כן הם פועלים למימוש רצון החולה ולטובתו.⁸
- ז. המערכת המקצועית צריכה לפעול לאור ההנחה כי המשפחה מייצגת את עמדת החולה. ברם, היא חייבת להיות ערה לכך שבני המשפחה עלולים לפעול ממניעים זרים, וכאשר היא סבורה כי עמדת המשפחה מנוגדת בצורה משמעותית לטובת החולה – יש לערב גורמים נוספים (כגון ועדה אתית של בית החולים) ולקבל החלטות במסגרת רחבה יותר.

השיקול של בני המשפחה צריך להיות טובתו ורצונו של החולה בלבד. גם הרצון לטפל בחולה בכל מצב ובכל מחיר איננו בהכרח לטובתו של החולה

- 1 מעמדם של בני המשפחה מסתכם בכך שכאשר אין ידוע מה רצונו של החולה ויש לקבל החלטה בעניינו, הרופא צריך לפנות אל הקרובים כדי לברר מה היה רצונו ביחס לקבלת טיפול מאריך חיים לפני שאיבד את כשרותו המשפטית. ראו חוק החולה הנוטה למות, התשס"ו–2005, סעיפים 5, 14.
 - 2 על ההיבטים ההלכתיים של מעמד המשפחה ראו להלן הערה 7. ככל שדרגת הקרבה והמעורבות של בני המשפחה גבוהה יותר, כך יש יותר מקום לערב אותם בקבלת החלטות רפואיות. ברם, אף שיש מעמד גבוה לעמדת המשפחה, אין מדובר בבלעדיות, משום שיכולים להיות להם שיקולים נוספים שאינם תמיד טובת החולה, כגון רצונם לזכות בירושה או רצונם להיפטר מהמעמסה הכלכלית והנפשית הכרוכה בטיפול בחולה, כמו גם לכיוון ההפוך: רצונם שיעשה כל דבר כדי להותיר את החולה בחיים, משום שהם רוצים לדעת ש"עשינו הכול" גם אם אין זה לטובת החולה. כאשר מדובר בילדים קטנים, זכות ההחלטה הטבעית והראשונית שמורה להורים, שהם אפוטרופוסים טבעיים לילדיהם, אך גם כאן, לעיתים יש להתנגד לעמדת ההורים – כאשר ניכר בעליל שעמדתם איננה לטובת הילד אלא לטובת עצמם. ראו אנציקלופדיה הלכתית רפואית, כרך ב, ערך 'הנוטה למות (א)', עמ' 239–241.
 - 3 ראו לעיל פרק ה.
 - 4 במקרים מסוימים ישנם גם שיקולים של המערכת הרפואית, כגון מניעת נזק לאחרים וקביעת סדרי קדימויות, כאשר מדובר בנייהול מערכה ציבורית בשעת מגפה. ראו נייר העמדה 'הקצאת אמצעים לטיפולים מצילי חיים בשעת חירום', באתר "צהר לאתיקה", <https://bit.ly/3380NJI>.
 - 5 ראו לעיל פרק ה, סעיפים ז–י.
 - 6 ראו בהערה הבאה.
 - 7 ההלכה רואה במשפחה ובטיפוח הקשר בין קרובי המשפחה יסוד טבעי וערך חשוב הגובר לעיתים על ערכים אחרים. להלן כמה דוגמאות: העדפת הקרובים במצוות צדקה (שולחן ערוך, יורה דעה, רנא, ג); חובה של יחס מיוחד של אהבה לקרובים (יבמות סב ע"ב); היתר לאדם להשיא לקרובו עצה על מנת לזכות בדין או לזכות בממון, גם אם במקרה רגיל עצה זו אסורה או אינה ראויה (ראו כתובות נב ע"ב ובבא בתרא קעד ע"ב. על פי הסוגיה בכתובות יש בכך קיום של החיוב "ומבשרך לא תתעלם"); היתר לפדות קרובים מהשבי במחיר מופקע (דעת הב"ח והש"ך ביורה דעה, סימן נב, בניגוד לדעת הטור, שם); פסול קרובים לעדות מתפרש על ידי האברבנאל (דברים כד, טז) בכך שאין זה כפי "הצדק הטבעי" שאדם יעיד לחובת קרובו. ראו ר"י שרלו, 'מקרבת משפחה לזהות לאומית', י"צ שטרן וב' פורת (עורכים), מסע אל האחוזה, ירושלים תשע"ד, עמ' 146–172.
- יש להדגיש כי גם כאשר החולה איננו בר־כושר־שיפוט, ולא ניתן לדעת אם הוא רוצה בטיפול או מתנגד לו, לבני המשפחה אין כל מעמד הלכתי בעניין זה ואין בסמכותם לקבוע אם החולה יטופל או לא. ראו שו"ת מלמד להועיל, חלק ב, סימן קד ("לא מצינו בכל התורה כולה שיש לאב ואם רשות לסכן נפש ילדיהם, ולמנוע הרופא מלרפאותם"); שו"ת בנין אב, חלק א, סימן נ; הר"ן גולדברג, 'סביב המוות: שו"ת', ספר אסיא, יא (תשס"ח), עמ' 205; 'הערת העורך', ספר אסיא, ג (תשמ"ב), עמ' 316–325 (העורך, הר"א שטינברג, מביא שם בצורה אונימיית את עמדת רש"ז אויערבך); ר"מ הלפרין, 'התנגדות הורים לניתוח התינוק המסוכן', ספר אסיא, ח (תשנ"ה), עמ' 19–31; ר"י שרלו, 'מניעת טיפול בתינוק הנוטה למות שהותקף על ידי 'חיידק טורף'', אסיא, פה–פו (תשס"ט), עמ' 48–62; אנציקלופדיה הלכתית רפואית, כרך ב, ערך 'הסכמה מדעת', עמ' 685–686.
- אף על פי כן, כמה נימוקים כבדי משקל עומדים לצד הצורך בהתייעצות עם בני המשפחה בשאלה אם לטפל בחולה וכיצד (המקורות לנימוקים אלו בתשובות ובמאמרים הנ"ל).
- א. "הקרוב קרוב קודם" – קרובי המשפחה הם האחראים הישירים לבריאותו של החולה, והם מצווים על הטיפול בו יותר מאחרים, וסביר להניח שהם אלה שמבטאים בצורה הרחבה ביותר את טובתו של החולה (ראו תשובתו של הר"א בקשי דורון ומאמרו של ר"י שרלו).
 - ב. אנו מניחים כי בני המשפחה הם אלה שמכירים את החולה, והם עשויים לדעת – יותר מאחרים – מהי דעתו ומהם רצונותיו.
 - ג. סביר להניח שאם היינו יכולים לשאול את החולה, הוא היה בוחר בבני המשפחה לייצג אותו.
 - ד. אחריותם של בני המשפחה כלפי החולה מתבטאת גם בכך שהם מי שישאו בתוצאות הטיפול וימשיכו לסעוד את החולה לאחר מכן. בד בבד עם ההסתייגות מהכנסת "סבל המשפחה בעתיד" כגורם מכריע (ראו ר"מ הלפרין [שם, עמ' 30]) לא ניתן להתעלם מעובדה בסיסית זו, והסברה הישרה מחייבת להתייחס לכך אף שלא מצאנו לכך התייחסות בהלכה.

מן הראוי לציין כי עלולה להיווצר סתירה בין הנימוקים השונים, שכן שלושת הנימוקים הראשונים עוסקים ברצון החולה וטובתו, ואילו הרביעי ברצון המשפחה וטובתה. לא תמיד הדברים תואמים זה את זה, ובשל כך נוצרת הדילמה הגדולה. ההנחה שהמשפחה היא זו שמייצגת את החולה בצורה הטובה ביותר היא אומנם הנחה סבירה, אך אין היא עובדה חד־משמעית, ואפשר שהמשפחה לא תייצג את החולה נאמנה. נוסף לכך, על אף ההנחה שהמשפחה יודעת בצורה המיטבית מהו רצונו של החולה, במקרים רבים אין היא יודעת מהו רצונו.

8 זו בעיה נפוצה מאוד, כאשר משתפים את המשפחה בקבלת ההכרעות, והמשפחה עצמה חלוקה בתוך עצמה מהו הדבר הנכון לעשות. פעמים רבות שוררת מחלוקת עמוקה בתוך המשפחה, שיונקת מתפיסות עולם שונות, עמדות דתיות, סיבות פסיכולוגיות וכדומה, ועל כן לעיתים הדבר בלתי אפשרי. זאת ועוד, כיוון שהמשתתפים במחלוקת אינם עוסקים באינטרסים שלהם (שעליהם הם יכולים להתפשר) אלא במה שכל אחד חושב שהוא הדבר הטוב ביותר לחולה, לכאורה לא ניתן להתפשר על כך. אף על פי כן, כדאי להגיע להסכמה על בסיס ההנחות הבאות: (א) כל בני המשפחה רוצים בטובתו של החולה; (ב) אף אחד אינו יודע בוודאות מוחלטת מהו אכן הדבר הטוב ביותר לחולה, ואפשר שדווקא עמדת הקרוב האחר טובה יותר; (ג) המחלוקות בין הקרובים פוגעות פעמים רבות בחולה עצמו; (ד) המשפחה צריכה להתמודד עם המציאות הקשה, ומחלוקת מחלישה את המשפחה.

לכן, העצה היעוצה היא למצוא דרך שעליה יכולים להסכים כולם, גם אם הדבר ידרוש מעט יותר זמן, וכך להקל על ההתמודדות עם המציאות הקשה כשלעצמה, ולשמר את אחדות המשפחה לאורך ימים. כך אנו נוהגים בפניות למוקד "צהר עד מאה ועשרים".

יט | ייפוי כוח והנחיות רפואיות מקדימות

התפיסה האתית והמשפטית הרווחת כיום מכירה בצורך בהסכמה של חולה לטיפול רפואי ובאוטונומיה שלו. החולה רשאי לבחור בין אפשרויות טיפול שונות ואף לסרב לקבל טיפול רפואי.¹ במדינת ישראל באה תפיסה זו לידי ביטוי בחוק זכויות החולה הקובע ש"לא יינתן טיפול רפואי למטופל אלא אם כן נתן לכך המטופל הסכמה מדעת".² ברם, מצב שכיח בשלבי החיים הסופיים הוא שהחולה איננו בר־כושר־שיפוט ואיננו יכול בשלב זה לתת "הסכמה מדעת" באשר לטיפול הרפואי שיינתן לו. חולה כזה יכול להביע את רצונו בשלב מוקדם, שבו הוא עדיין בדעה צלולה, על ידי הנחיות מפורשות ומפורטות, בכתב או בעל־פה, ולחלופין ניתן ללמוד על רצונו מתוך אמירות ורמזים שונים שניתנו בעקיפין.

במדינת ישראל, חוק החולה הנוטה למות מגדיר את זכותו של חולה הנוטה למות להחליט אם לקבל טיפול רפואי מאריך חיים באמצעות מינוי מיופה כוח או מתן הנחיות רפואיות מקדימות.³ סוג אחר של ייפוי כוח הוא ייפוי כוח מתמשך, על פי חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, שמתאים גם למצבים שבהם החולה איננו מוגדר כנוטה למות, על ההבדלים ביניהם ראו בהערה.⁴ בפועל, רק מעטים חותמים על מסמכים המסדירים את הטיפול בהם.⁵

היתרון של הנחיות רפואיות מקדימות הוא שהן מאפשרות לאדם להביע את רצונותיו ולהגדירם, והן מקילות על מקבלי החלטות להחליט על פי רצונו. יש תועלת גדולה גם בעצם העלאת הנושא לשיחה ולדיון. כך מתאפשרת שיחה על נושאים שהם בדרך כלל לוטים בערפל, ועשוי לרדת עול גדול מהמשפחה.

לשיטה זו גם חסרונות. ראשית, אפשר שרצונו של החולה השתנה ממה שכתב בעבר. בהקשר זה יצוין כי הנחיות רפואיות מקדימות תקפות לכל היותר לחמש שנים ממועד החתימה עליהן. זוהי תקופת זמן לא מבוטלת, ואפשר שדברים שרואים במעמד החתימה על ההוראות, כאשר נמצאים במצב רפואי תקין, נראים אחרת כאשר החולה מתמודד עם מצב רפואי קשה. חיסרון אחר הוא העובדה שקיים קושי מהותי בניסוח ברור וחד־משמעי של כל המצבים

העתידיים, ובלא מעט מקרים, בשעת מעשה יתעורר הצורך בפרשנות של הדברים שהחולה אמר או כתב ובהתאמתם לטיפול הנדרש, אלא שפרשנות זו עשויה שלא לשקף את רצון החולה בשעת מעשה. לבסוף, ייתכן שיהיו חולים שיבקשו להותיר מקום לשיקול דעת.

דרך אחרת של מתן הנחיות מצד החולה היא מינוי של אדם מוגדר על ידי החולה בשעה שהוא בר־כושר־שיפוט, בדרך של ייפוי כוח, לפי אחת הדרכים המפורטות לעיל, על מנת שאותו אדם יקבל החלטות בעבור החולה. בדרך זו נמנעים חלק מהחסרונות בדרך של הוראות מקדימות. היתרון הגדול בשיטה זו נמצא בעובדה שהאדם עצמו בחר במי שיקבל את ההכרעות עבורו ושיש לו אמון בו. ברם, לא לכל אדם יש מישהו שיוכל לסמוך עליו בצורה מלאה בשאלות של חיים ומוות. כמו כן, אין להקל ראש בקושי של מיופה הכוח שבידיו לקבל בנסיבות קשות החלטה שתשקף את רצונו של החולה. מדובר בעול כבד.

מסתבר שעל אף החסרונות הללו, ייפוי כוח לפי חוק החולה הנוטה למות, הנחיות רפואיות מקדימות בכתב או שילוב בין השניים, עשויים להקל על המטופל, על בני משפחתו ועל הצוות הרפואי בתהליך קבלת החלטות בסוף חיי החולה, ולסייע בפתרון דילמות.

היתרון של הנחיות רפואיות מקדימות הוא שהן מאפשרות לאדם להביע את רצונותיו ולהגדירם, והן מקילות על מקבלי החלטות להחליט על פי רצונו

ייפוי כוח או מתן הנחיות רפואיות מקדימות?

השאלה אם מוטב למנות מיופה כוח, לכתוב הנחיות מקדימות או לשלב בין השניים היא שאלה פרקטית, אינדיבידואלית בעלת נפקויות משפטיות, הקשורה גם לנסיבות הרפואיות, ואיננו מתכוונים להכריע בה.⁶

היבטים מעשיים של ייפוי כוח ומתן הוראות מקדימות

אין די במינוי מיופה כוח על מנת להותיר את ההכרעה בידי, מבלי לנסות לסייע לו בקבלת החלטה שתשקף הן את רצון החולה הן את טובתו. לפיכך טוב לו למיופה הכוח להתייעץ עם הגורמים שיכולים לסייע לו ובכלל זאת ייעוץ אתי-הלכתי והיועצות עם בני המשפחה. מיופה הכוח צריך לשוחח עם החולה ועם בני המשפחה על הערכים ועל הדילמות שמנחות את החולה, ועל הסיבות שגרמו לניסוח ההוראות המקדימות. הוא צריך להיות בקי בפרטים כדי שיוכל לשקף את רצון החולה בצורה מיטבית.

ייפוי הכוח הוא כללי מאוד, אך בפועל ישנם טיפולים רבים הדורשים התייחסות ממוקדת, כגון דיאליזה, ניתוחים גדולים וקטנים, כימותרפיה, הקרנות, הזנה, בדיקות העלולות לגרום נזק וכדומה. כל אלה אינם מופיעים בהכרח במפורט בייפוי הכוח אלא בטופס ההנחיות הרפואיות המקדימות.

בשל העובדה שדעתו של אדם עלולה להשתנות עם השנים (לדוגמה, מה שנראה בעיניו כבלתי נסבל בגיל צעיר נתפס כנסבל בגיל מבוגר יותר) מומלץ לבחון את ההנחיות מעת לעת, וכן לשוב ולשוחח עם מיופה הכוח. זו הסיבה לכך שתוקפם של ההנחיות המקדימות ושל ייפוי הכוח נקבע בחוק לחמש שנים (עם אופציה להארכה).⁷

מומלץ להתייעץ עם רופא המלווה את המשפחה לפני חתימה על טפסים אלו, וניתן להתייעץ עם עורך דין המתמצא בתחום על מנת להכריע כיצד נכון לנהוג. חשוב להתייעץ עם רב.

סיכום

- א.** אנו ממליצים שאדם אשר צופה התדרדרות במצבו הרפואי, או שהגיע לגיל מבוגר, יכין עצמו לקראת הבאות, ייתן הוראות רפואיות מקדימות לטיפול בו, בכתב או בעל-פה, ו/או ימנה מיופה כוח רפואי לקבלת החלטות בשעה שלא יהיה כשיר לכך.⁸ יש תועלת בייפוי כוח מתמשך לא רק לעניינים רפואיים אלא גם לענייני רכוש ועניינים אישיים.
- ב.** בני המשפחה צריכים לעודד את החולה להסדיר את ענייניו הרפואיים בשעה שדעתו צלולה, אך מחובתם להיזהר ולעשות זאת בדרך שלא תיאש את החולה ולא תפגע בכבודו.⁹
- ג.** ההנחיות, לטיפול או להימנעות מטיפול, נוגעות בשאלות הלכתיות חמורות, וראוי לכתוב את ההנחיות תוך התייעצות עם פוסק הלכה המצוי בנושא. ההמלצות שיובאו בפרק הבא אינן פותרות את הדיון הפרטני בכל מקרה ומקרה.
- ד.** ניתן לפנות למקד "צהר עד מאה ועשרים" להתייעצות, *9253.

- 1 האמור בשני הפרקים הבאים (ובחיבור זה בכלל) נוגע לבגירים בעלי כשרות משפטית כהגדרתה בחוקים הרלבנטיים. אין באמור להלן משום ייעוץ משום סוג שהוא לרבות ייעוץ משפטי. מטרתו לשקף ולסייע לחולים ובני משפחותיהם. בכל מקרה קונקרטי חשוב לפנות לקבלת ייעוץ משפטי, הלכתי ואתי.
 - 2 חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, פרק ד, סעיף 13.
 - 3 חוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005, פרק ה. מבחינה משפטית כיום מדובר בתהליך ששייך לשני חוקים נוספים – חוק זכויות החולה וחוק הכשרות המשפטית והאפוסטרופסות. על כלל השאלות הנידונות כאן ראו אנציקלופדיה הלכתית רפואית, כרך ה, ערך 'נוטה למות (א)', עמ' 227-234; פסח שוורצמן, פרקים ברפואה פליאטיבית, מרץ 2015, עמ' 6-7, <https://bit.ly/33oySp1>.
 - 4 ייפוי כוח מתמשך, שאותו ממלאים רק באמצעות עורך דין שעבר הכשרה מיוחדת, מאפשר לכל אדם לקבוע כיצד – ועל ידי מי – יטופלו ענייניו בעתיד, כאשר לא יוכל לטפל בעצמו (גם כאשר הוא אינו מוגדר כחולה הנוטה למות), ויכול לכלול טיפול בעניינים אישיים ורפואיים ובענייני רכוש. משרד הבריאות מציע גם ייפוי כוח לטיפול רפואי בחולה הנוטה למות: <https://www.gov.il/he/service/dying-patient-request>. טופס זה עוסק רק בשאלות של טיפול בחולה הנוטה למות וניתן למלאו גם ללא עורך דין ולהפקיד אותו במשרד הבריאות. יחד עם טופס זה, מציע משרד הבריאות גם טופס למילוי הנחיות מקדימות לטיפול בחולה הנוטה למות. קיימות אפשרויות נוספות למילוי הוראות מקדימות; אחת מהן היא "חמש משאלות" של קופת חולים כללית. ראו <https://bit.ly/3tafkiG>. "המשאלה השלישית" מציעה מתן הוראות מקדימות בצורה קצרה ובהירה. "המשאלה החמישית" היא הצעה להשתמש בטופס ייפוי כוח של משרד הבריאות. מומלץ גם להכין כמה עותקים שיוגשו בעת שיהיה צורך בכך לגורמים השונים העשויים לטפל באדם.
 - 5 על הקשיים ביישום החוק ראו במסמך של שוורצמן, לעיל הערה 3; ובמאמרו של דוד שטיין, 'הנוטים למות וקדושת החיים', השילוח, 20 (תש"ף), עמ' 66. על פי הנתונים שמציין שטיין במאמרו, נכון לשנת 2019 רק כ־25,000 איש מילאו טופסי הנחיה.
 - 6 הנחיות רפואיות מקדימות מפורטות עשויות לשקף לכאורה את רצונו של החולה בצורה המיטבית, אך כאמור במתן הוראות כאלו כרוכים קשיים שונים. נראה שהקושי העיקרי הוא שבשעת מעשה יש צורך בהוראות חד-משמעיות, אך כמעט מן ההכרח שתתעוררנה שאלות של פרשנות המסמך או של השלמתו לנוכח הפער המובהק בין המציאות לבין ניסיונות לצפותה מראש. מינוי מיופה כוח, שמכיר את החולה, קרוב אליו, מודע לרצונותיו ורוצה בטובתו מאפשר קבלת החלטות שתהיינה הקרובות ביותר לרצונו של החולה בהיותו אדם הנוטה למות. החיסרון העיקרי בדרך זו, של ייפוי כוח, הוא שלא לכל אדם יש מאן־דהו שהוא יכול לסמוך על שיקול דעתו באופן מלא בשאלות ממין זה של סוף חיים.
 - 7 חוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005, סעיף 39.
 - 8 טיעון שעולה מנקודת מבט הלכתית כנגד מתן הוראות מקדימות הוא חשש מ"פתיחת פה לשטן". המקור לחשש הוא בשלוש סוגיות בתלמוד שבהן הורה אבבי שאדם צריך להיזהר מלומר דברים רעים שעשויים לקרות לו ולהימנע מלהזכיר את דבר מיתתו, כדי שלא יפתח פיו לשטן ויגרום לעצמו רעה (ברכות יט ע"א; שם ס ע"א; כתובות ח ע"ב). בכל שלוש הסוגיות אבבי מתנגד לניסוח קודם, שמי שקבע אותו לא חשש לפתיחת פה לשטן. אומנם הרי"ף, הרמב"ם, הרא"ש והשולחן ערוך לא הביאו הנחיה זו להלכה. גם נוסח הווידי לגוסס, המובא בשולחן ערוך, יורה דעה, שלח, ב, כולל את המילים "ואם אמות תהא מיתתי כפרה על כל חטאים [...]...", בניגוד לדברי אבבי בסוגיה בברכות ס ע"א. פוסקים אחרים ניסחו את ההנחיה כהנהגה ראויה ולא כאיסור (ראו למשל דברי הרמ"א בשולחן ערוך, יורה דעה, שעו, ב). אומנם יש פוסקים שניסחו זאת כאיסור, אך כאמור לדעת גדולי הפוסקים אין בכך איסור זוהי לכל היותר הנהגה טובה. יש להוסיף שבחתימה על הוראות מקדימות יש ממד של מצווה, כיוון שבניסוח נכון הן מנחות את הרופאים לפעול על פי ההלכה במצבי חירום, והן גם עשויות למנוע סכסוכים משפחתיים; ובמקום מצווה אין חשש של פתיחת פה לשטן. לסיכום השיטות ראו הר"ן בר"אילן, 'אל יפתח אדם פיו לשטן וטיפול CVT', אסיא, קא-קב (תשע"ו), עמ' 29-34.
- שאלה דומה של "פתיחת פה לשטן" נידונה בפוסקים אגב הדיון בשאלות כגון הכנת צרכי קבורה, עשיית ביטוח חיים וחתימה על כרטיס לתרומת איברים. הרב עובדיה יוסף (שו"ת יחוה דעת, חלק ג, סימן פה) כתב שאין בעיה הלכתית ברכישת ביטוח חיים, ואין בזה משום הבאת פורענות על עצמו. בעניין חתימה על כרטיס לתרומת איברים, הר"ש ישראלי (שו"ת חוות בנימין, חלק ג, סימן קט) מסתייג מחתימה על כרטיס כזה, בנימוק שאין לפתוח פה לשטן. אומנם פוסקים רבים תומכים כיום בחתימה על כרטיס כזה, ולא חששו לפתיחת פה לשטן.

9 כפי שכתבנו לעיל, יש תועלת גדולה בהעלאת נושא הטיפול הרפואי לדיון, אך מצד שני, העיסוק במוות ובמחלה המובילה למוות יכול לייאש את החולה. לעיל פרק יז, סעיף י והערה 11, עמדנו על כך שגם כאשר מציעים לחולה הנוטה למות להתוודות, יש לעודד אותו ולהבהיר שאמירת הווידוי איננה קביעה שהאדם ימות. גם כשמדברים עם החולה על הסדרת ענייניו הכספיים אומרים לו ש"אל יפחד מפני זה מהמות" (שולחן ערוך, יורה דעה, שלה, ז). בדרך דומה יש להציע בפני החולה את הסדרת ההוראות הרפואיות המקדימות: אין בהן קביעה שהמוות קרוב, אך יש תועלת לחולה בכך שהוא מכין עצמו ליום פקודה, וזו הזדמנות וזכות לסביבתו של החולה – קרוביו והצוות הרפואי – להכיר ולכבד את רצונו של החולה. מתן הוראות ברורות תמנע מחלוקת בעתיד בין בני המשפחה, וגם בידיעה זו יש תועלת לחולה.

כ | המלצות למילוי טפסים של ייפוי כוח והנחיות רפואיות מקדימות

כאמור בפרק הקודם, ישנו ייפוי כוח מתמשך שחותמים עליו בפני עורך דין, ובכך לא נעסוק בפרק זה. ענייננו כאן הוא מתן הנחיות מקדימות ומינוי מיופה כוח על פי חוק החולה הנוטה למות, באמצעות הטפסים של משרד הבריאות. ישנם מסמכים שונים של הנחיות מקדימות, ואין צורך להשתמש דווקא בטופס של משרד הבריאות, אך ההנחיות צריכות להיות תואמות את ההלכה. בטפסים לייפוי כוח יש נוסח רחב, ולצידו נוסח מקוצר וקל יותר לשימוש, אך ניתן לחתום עליו רק בטרם מוגדר החולה על פי החוק כ"חולה הנוטה למות". שני הנוסחים רלבנטיים רק לטיפול במי שמוגדר על פי החוק כ"חולה הנוטה למות".¹

המלצות למילוי טופס ייפוי כוח

- א. מומלץ למנות מיופה כוח מבעוד מועד, לפני שהחולה מוגדר על פי החוק כ"חולה הנוטה למות", ובוודאי לפני שהוא הופך לחסר כושר שיפוט. בשלב זה ניתן לחתום על ייפוי כוח בנוסח מקוצר, ללא מעורבות של רופא.
- ב. כאשר חותמים על ייפוי כוח בנוסח המלא, בעמ' 4 בטופס, "סמכויות מיופה הכוח", מומלץ לבחור בחלופה (א), המסמיכה את מיופה הכוח לקבל כל החלטה הנוגעת לטיפול או אי-טיפול. כאשר בוחרים בחלופה זו, אין צורך להגדיר בטופס מאילו טיפולים ניתן להימנע.
- ג. בשתי האופציות שבסעיפים א-ב (נוסח מקוצר, או נוסח מלא חלופה [א]), מומלץ להוסיף לייפוי הכוח מכתב נלווה, שבו החולה מבקש שתהיה התייעצות עם רב, כפי שמפורט להלן.
- ד. אם נבחרת חלופה (ג), המסמיכה את מיופה הכוח בטיפולים מסוימים, אנו מציעים להוסיף בסעיף 4ג בטופס ("הוראות אישיות שאינן מנויות לעיל") הנחיות למיופה הכוח הזהות למה שמפורט להלן בהמלצות להנחיות רפואיות מקדימות (כולל הסעיף המבקש להתייעץ עם רב). חשוב לתת את הדעת להבחנה בין מצבי חולי שונים.

המלצות למילוי טופס הנחיות רפואיות מקדימות

- א. לדעתנו, מבחינה הלכתית ורפואית מומלץ ונכון לבחור באופציה של הימנעות מטיפולים רפואיים במצבים מסוימים (חלק א בטופס, עמ' 3-6) ולא באופציה של קבלת טיפולים מאריכי חיים גם אם הצוות הרפואי ממליץ שלא לעשות כן (חלק ב בטופס, עמ' 7).
- ב. בעמ' 6, סעיף א5, "הוראות אישיות שאינן מנויות לעיל", מומלץ להוסיף הנחיות בלשון זו:

במצב של "חולה הנוטה למות", אני מורה לא להימנע ממתן מזון בדרך מלאכותית, זולת במצבים שבהם הצוות הרפואי קובע כי ההזנה גורמת נזק או ייסורים כבדים לאורך זמן.²

במצב של "חולה במצב סופי", אני מורה להפסיק הזנה מלאכותית ולהחליפה במתן תמיסות נוזלים המכילות מלחים וגלוקוז, אם הערכת הצוות הרפואי היא שאין תועלת בהזנה ובוודאי כשהיא גורמת נזק או ייסורים כבדים, ושבמניעת ההזנה לא ייגרם סבל.³

במצב של "חולה הנוטה למות" או "חולה במצב סופי", במקרה של כאבים קשים, אני מורה שיינתן לי מורפין או כל תרופה אחרת שתמנע ממני כאבים, גם אם יש בכך סיכון.⁴

במצב של "חולה במצב סופי", אם אסבול סבל קיצוני במיוחד, אני מורה שלא לנתקני באופן ישיר ממכונת הנשמה; אולם אני מאפשר להפסיק לתת את הטיפול התרופתי התומך בהנשמה, וכן את הורדת אחוז החמצן לרמת החמצן באוויר, לאחר התייעצות עם רב.⁵

- ג. נוסף להנחיות אלו, מומלץ להוסיף סעיף המחייב התייעצות עם רב.



מכתב נלווה – התייעצות עם רב

גם בטופס הוראות מקדימות וגם בטופס ייפוי כוח, נכון להוסיף דרישה להתייעצות עם רב, כפי שמפורט להלן. בטופס ייפוי כוח, בחלופות א ו-ב, תצורף הדרישה במכתב נלווה. בחלופה ג ובטופס הוראות מקדימות ניתן להוסיף סעיף בתוך "הוראות אישיות שאינן מנויות לעיל".

כאשר תצטרך להתקבל החלטה רפואית בענייני, בעת היוותי חולה הנוטה למות או בשלב סופי, ובמידה שמגבלות הזמן יאפשרו זאת, הנני מבקש להתייעץ עם הרב _____ ולחלופין עם רב שלדעת בני משפחתי/מיופה כוחי דומה בפסיקתו לרב שבחרתי, ולתת להמלצתו משקל ככזו המשקפת את רצוני. אבקש כי בני משפחתי/מיופה כוחי ישקיעו מאמץ סביר בקיומה של התייעצות כאמור. אם הדבר לא יסתייע, לא יהא בכך כדי לשלול את כוחם של בני משפחתי/מיופה כוחי.

גם בטופס הוראות
מקדימות וגם
בטופס ייפוי כוח,
נכון להוסיף דרישה
להתייעצות עם רב

1 על סוגים ונוסחים אחרים של טפסים ראו לעיל פרק יט, הערה 4, וראו הערה על המעמד המשפטי של ההמלצות שלנו, שם, הערה 1. מומלץ להסתייע ברבנים של מיזם "צהר עד מאה ועשרים".

2 ראו לעיל פרק י.

3 ראו לעיל פרק י.

4 ראו לעיל פרק יב.

5 ראו לעיל פרק ט.

סיום

אמר רבי יודה ברבי סימון: אברהם תבע זקנה [...] אמר לו הקדוש ברוך הוא: חייך, דבר טוב תבעתה וממך הוא מתחיל [...] וכיון שעמד אברהם אבינו נתן לו זקנה, שנאמר "וַאֲבֹרְהֶם זֶקֶן" וגו'.

יצחק תבע ייסורין [...] אמר לו הקדוש ברוך הוא: חייך, דבר טוב תבעתה וממך הוא מתחיל [...] וכיון שעמד יצחק נתן לו ייסורין - "וַתִּבְהִין עֵינָיו".

יעקב תבע את החולי, אמר לפניו: רבון כל העולמים, אדם מת בלא חולי ואין מיישב את בנו, מתוך שהוא חולה שנים ושלשה ימים הוא מיישב את בנו. אמר לו הקדוש ברוך הוא: חייך, דבר טוב תבעתה וממך הוא מתחיל, הדא הוא דכתיב [=זהו שכתוב] "וַיֹּאמֶר לְיוֹסֵף הֲגִה אֲבִיךָ חֵלֶה".

בראשית רבה, פרשה סה

היבטים יפים וחיוביים קשורים בזקנה, ואנו מוצאים במקורות רבים את המעמד המיוחד של הזקנים. ברם, התופעות המלוות את תהליך ההזדקנות, וכן המחלות והייסורים, קשורים גם בקושי גדול בחייו של אדם. חכמינו ז"ל האירו את עינינו גם לממד של ברכה וטוב הכרוך בתופעות הזקנה, בחולי ואפילו בייסורים. אחרי חיים רצופים בצרות ואסונות, זוכה יעקב אבינו לסיים את חייו בשלווה כאשר בני משפחתו סועדים אותו, והוא מברך כל אחד ואחד מהם ומצווה אותם לפני מותו. בפירוש מהעולם טובים אותו ילדיו: "וַיִּכַּל יַעֲקֹב לְצוֹת אֶת בְּנָיו וַיֹּאמֶר רַגְלָיו אֶל הַמָּטָה וַיִּגְעַע וַיֹּאמֶר אֶל עֲמִי" (בראשית מט, לג). נראה שתהליך המחלה של יעקב הוא בסופו של דבר תהליך מרפא - לו ולבני משפחתו. חזקיהו המלך, על פי אותו מדרש, זוכה לחידוש: יש גם חולי שנרפאים ממנו. אשרי אדם שזוכה לכך שבני משפחתו סועדים אותו, דואגים לו ומלווים אותו יחד בתהליך הקשה. אשרי מי שזוכה לעשות חסד של אמת - בטיפול בהוריו הזקנים ובבני משפחתו. אשרי המשפחה שמתגייסת לטובת החולה, תוך תמיכה הדדית.

אנו תקווה שהיסודות המוצעים בחוברת זו יסייעו לחולים ולבני משפחותיהם בהתמודדות עם המחלה, עם הכאב הפיזי והנפשי, עם האתגרים הגדולים, עם התקוות לרפואה וגם עם תהליך הפטירה. אנו נושאים תפילה שהקב"ה ישלח רפואה ומזור לכל החולים ויקל על כאבם של הסובלים. "אֲ-דָנִי עֲלֵיהֶם יִחִיו וְלִכְלֹ בָהֶן חַי רֹחֵי וְתַחֲלִימֵי וְהַחֲיֵנִי" (ישעיהו לח, טז).

אנחנו כאן במוקד צהר כדי להשיב על שאלותיכם
ולסייע לכם בשעות הקשות

אתם מוזמנים להתקשר אלינו בכל עת - בקו חם שמספרו 9253*
או דרך אתר "צהר עד מאה ועשרים"



כשבן משפחתכם מתמודד עם
שאלות סוף החיים

צהר

איתכם בכל שלב

כשהיקרים לנו מוטלים על ערש דווי, מתעוררות שאלות הלכתיות ומוסריות:
האם להמשיך בהחייאה? • האם להפסיק הזנה? • האם חובה לחבר למכונת
הנשמה? • האם לעשות דיאליזה לחולה במצב קשה? • האם חייבים להזין
חולה עם דמנציה מתקדמת? • האם מותר לעבור לטיפול פליאטיבי בלבד?
ומה בנוגע לשימוש במשככי כאבים? • כיצד ראוי לטפל באדם עם דמנציה?
ובכלל, מי שמנו להחליט על חיי האדם שנברא בצלם אלוהים?



בסיטואציה הרגישה הזו ובמרחב העדין שבין ערך קדושת החיים לערך כבוד האדם - אנחנו
כאן. צוות רבנים ועובדות סוציאליות שעברו הכשרה ייחודית ילווה את המשפחה כחטיבה
אחת, יקשיב, יהווה משענת יציבה וייתן מענה על פי העקרונות ההלכתיים וערכי היהדות.

- השירות ללא תשלום בכל רחבי הארץ -