

לנוק יותר מתועלת. כמו כן טוענים המתנגדים, שהחברה המערבית המודרנית הינה אחראית ושקולה, ואין לחשוש מפני הידרדרות למעשים בלתי מבוקרים ובלתי מוסריים. אכן, טיעוניהם אינם עומדים בפני ביקורת ההיסטוריה והעובדות הנוכחיות. ויתור על ערך החיים לטובת איכות החיים, כשהמושג האחרון לא ניתן להגדרה מדויקת ומחייבת, מוליד חשש כבד מפני הידרדרות בנושא כה חיוני לעצם קיומה של החברה. קיימות שתי דוגמאות היסטוריות לגישות הקיצוניות של התייחסות מירבית לאיכות החיים – תורתו של אפלטון⁴⁴¹ בעבר הרחוק, שאין להשאיר בחיים נכים ומוגבלים, בהיותם מעמסה וטירחה על החברה, תורה שהתקבלה הלכה למעשה במדינת ספרטה היוונית; והגישה המתועבת והאכזרית של הנאצים ועושי דברם בזמננו-אנו⁴⁴². יתר על כן, דווקא ההתייחסות לחולה הסופני בתרבות המערבית בשנים האחרונות מדגימה

על משמעות הסבל והיתס אליו – ראה ערך יסורים⁴⁴⁰.

המדרון החלקלק⁴⁴¹ – הוא מצב, שאם מתירים התנהגות מסויימת אשר נראית נכונה מבחינה מוסרית, קיים חשש סביר שהיתר זה יוליך להתנהגות אחרת, שהיא בלתי ראויה בעליל מבחינה מוסרית. לפיכך יש לאסור את ההתנהגות הראשונה, כדי למנוע הידרדרות להתנהגויות בלתי רצויות. יש שההדרדרות הצפויה נובעת מדמיון בין ההתנהגויות, ללא יכולת הבחנה מספקת ביניהן, ויש שההדרדרות הצפויה נובעת מלחצים חברתיים בעקבות ההיתר הראשון, למרות שניתן להגדיר הבדלים רעיוניים בין ההתנהגויות הנכונות והבלתי-נכונות⁴⁴².

יש המתנגדים להפעלת שיקול זה בהתייחסות לחולה סופני, מחשש ששימוש מופרז בטיעון המדרון החלקלק עלול להביא

אנשים 'חסרי ערך'. אכן, היטלר ימ'ש יסד והוציא לפועל תכנית אותנויה מוגדרת בשם הצופן טי, על שם מקום מישכנו של המרכז ברח' טירגטן 4 בברלין, והטיל את הוצאתה לפועל על מנהל המזכירות שלו, פיליפ בולר, ועל ד"ר קרל ברנט, ודפאים נאמנים לו. הם החלו בפעולתם בראשית פרוץ מלחמת העולם השנייה, ביום 1.9.1939, ובאופן רשמי סיימו את פעולתם עם מתן ההוראה של היטלר לבטל את 'מבצע אותנויה' ב-1.9.1941. זאת לאחר הביקורות הציבוריות על מבצע זה, ובעיקר דרשתו הביקורתית של ההגמק הקתולי קלמנס פון גלן. בשנות פעולתו הרשמית של מרכז האותנויה נרצחו 70,273 בני אדם. אכן, המבצע נמשך בצורה בלתי רשמית עד סוף המלחמה, וההערכה היא שבכל פעולותיו נרצחו כ-275,000 בני אדם. הנהרגים היו דרי מושבי וקנים, הומוסקסואלים, חניכי מוסדות סעד, חולי רוח, מפגרים, מובטלים ועוד. הביסוס הרעיוני של תוכנית אכזרית זו היה תורת 'היגיינת תנועה הגרמני', ויצירת 'עם אדונים', שופע בריאות ועליזות גופנית ורוחנית. יש להדגיש, כי פעילות יחידת האותנויה היתה מנוגדת לחוק, אפילו זה שעוד נהג בגרמניה בשנים אחרות, ובכל זאת בצעו חמשים חללו כמעט בגלוי.

מוגבלים; [440] כך ג, עמ' 143 ואילך; Lamb D: Down the [442] slippery slope; Slippery Slope: Arguing in Applied Ethics. New-York, Croom Helm, 1988. ראוי להדגיש, שחז"ל היו מודעים היטב לחולשת הטבע האנושי, ולחוסר יכולתם של בני אדם להבדיל בין מצבים שונים, ולכן גזרו גזרות ועשו סייגים, כדי להרחיק אדם מהעבירה. שכן אפילו אם אנשים נבונים וחכמים מסוגלים לקבוע לעצמם גדרים וגבולות, בודאי אין הם אלא מיעוט, ורוב בני האדם עלולים להיכשל במדרון חלקלק; [443] ספר המדינה, 3, 405. מן הראוי להדגיש, שתורות דומות נטחו גם על ידי פילוסופים אחרים, כגון תומס מור (1478-1535), בספרו 'אוטופיה', שבו תיאור של מדינה 'אידיאלית', אשר בין השאר מסדירה באופן שיטתי תכנית אותנויה לאזרחיה. אכן, דברים אלו נשאו בגדר תיאוריה בלבד; [444] אמנם כבר בגרמניה שלפני עליית הנאצים לשלטון נהגה במוסדות רפואיים מסורת מסויימת של מתן 'עזרה למות במקרים גבוליים', מתוך מניעים של חסד. אחד ממניחי היסודות הפילוסופיים לגישה זו היה הפילוסוף הזוואלוג הגרמני ארנסט הקל, אשר התבסס על תיאוריות ההתפתחות של רחוק, וחמליץ להרעיל ולהרוג במהירות מאות אלפי

נעשים על פי נטיות ותחושות אינדיבידואליות וציבוריות.

טיפול עקרי⁴⁵¹ — הוא מושג קשה להגדרה. יש המתייחסים לטיפול כעקר, רק כאשר הטיפול הוא כה חסר תועלת, שלא צפוי שהוא ישיג אפילו את מטרותיו הפיסיולוגיות, כגון כאשר לא צפוי שהחייה תצליח להשיב את הטיפול הנשימתי והלבבי; יש הכוללים במושג זה גם טיפולים שרק יאריכו חיים לזמן קצר, אך לא צפוי שהטיפול ישיג מטרות הבראה, כגון כאשר לא צפוי שבעקבות ההחייה החולה יוכל להישאר בחיים ללא המשך הנשמה מלאכותית בעזרת מכשיר; יש המרחיבים את ההגדרה גם למצבים שבהם איכות החיים הנוטרת צפויה להיות ירודה; ויש הסבורים שגם שיקולי הסתברות נכונים בהגדרת טיפולים עקריים⁴⁵². יש להדגיש, שרק ההגדרה הראשונה היא מדעית; כל הגדרה אחרת היא בעצם הערכה ערכית של החלטה אם לטפל אם לאו, ולא החלטה רפואית-אובייקטיבית⁴⁵³.

מצב סופני⁴⁵⁴ — בדרך כלל מדובר במצב רפואי שאין יכולת רפואית

ומכיחה את נכונות החשש מפני המדרון החלקלק⁴⁵⁵.

מושגים והגדרות

1234567 h"ח

אותגויה — מושג שפירושו מיתה יפה, או מיתה טובה. הראשון שהשתמש במושג זה היה לקי בשנת 1869⁴⁴⁶. מקובל לחלק את האותגויה לשתי קבוצות: אותגויה פעילה⁴⁴⁷ — היינו פעולה ישירה ומכוונת להריגת החולה, כגון הזרקת חומר רעיל על ידי הרופא, או סיוע בהתאבדות בעזרת סיפוק האמצעים וההוראות על ידי רופא לצורך התאבדות על ידי החולה⁴⁴⁸; ואותגויה סבילה⁴⁴⁹ — היינו הימנעות מפעולות המאריכות חיים, או הפסקת פעולות מאריכות חיים. יש להדגיש, כי המושג אותגויה לא מוגדר דיו ברמה הפילוסופית-פילולוגית, יש לו מובנים רבים, והוא גורם לבלבול רב⁴⁵⁰.

קיים קושי מוסרי להגדיר את ההבדל בין הריגה פעילה וישירה, לבין הפסקת טיפול שיביא למוות מיידי, ולבין הימנעות מטיפול שיביא למוות מיידי. הגבולות המוסריים בין שלושת המצבים הללו לא מוגדרים דיים, והם

Med Philo 4:294, 1979; Beauchamp TL & Walters L: Contemporary Issues in Bioethics, 2nd Ed, 1982:307; Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ: Clinical Ethics, 2nd ed, 1986, pp. 116-117 — וראה עוד — futile [451] McMahan J, Ethics 103:250, 1993 Youngner SJ, JAMA — ראה [452]; treatment [453] 260:2094, 1988 [נשא ההגדרה, המשמעות, והיישום של טיפול עקר נידון על ידי חוקרים שונים. ראה — Jecker NS & Pearlman RA, Arch Intern Med 152:1140, 1992; Youngner SJ, JAMA 264:1295, 1990; Scheiderman LJ, et al, Ann Intern Med 112:949, 1990; Lantos JD, et al, Am J Med 87:81, 1989; Youngner SJ, JAMA 260:2094, 1988; terminal condition [454]

השיטות להריגה שהתפתחו במוסדות האותגויה שימשו מאוחר יותר לחשמדת היהודים (הדברים לקוחים מהאנציקלופדיה של השואה, כרך א, ע' אותגויה, עמ' 57 ואילך); [445] כפי שיבואר להלן, הע' 567-566. ראה במאמר Freedman B, J Clin Lecky J: European Ethics 3:293, 1992 [446]. Morals. Vol 1233, XI, 1869. יש לציין, שמושג זה מופיע לראשונה במקורותינו — ביק נא א; סנהדרין מה א; שם נב א. אכן הבדל גדול יש בשימוש של המונחים — לפי מקורותינו הכוונה לרחמים בעת ההמתה, בעד שלפי השימוש כיום הכוונה להמתה מתוך רחמים; [447] active euthanasia [448] assisted suicide [449] passive euthanasia [450] ראה — Beauchamp TL & Davidson AI, J

קיצונית הפוכה דוגלת בהכרה המוסרית לקצר חיי סבל בפועל. אכן, רוב הרופאים, האתיקאים והמשפטים דוגלים כיום בשיטת הביניים של אותנזיה סבילה, היינו איסור על קיצור חיים בפועל מחד גיסא, והימנעות מהארכת חיים בתנאים מסויימים מאידך גיסא; אלא שהם חלוקים בהגדרות מעשיות ויישומיות שונות של תפיסה זו.

אותנזיה סבילה — הדעות של החוקרים חלוקות בשאלה אם תפיסה זו מתירה רק הימנעות מטיפול מאריך-חיים, או שהיא מצדיקה גם הפסקת טיפול כזה. שאלה זו נידונה בהרחבה בספרות האתית והמשפטית. בארה"ב, מגמת רוב האתיקאים, והכרעת בתי המשפט שם, שאין הבדל מוסרי ומהותי בין שתי הפעולות, שכן בשני המקרים קיימת מגמה לאפשר לחולה למות. אדרבה, יש הרואים עדיפות להפסקת טיפול על פני הימנעות מטיפול, שכן ניתנת ההזדמנות לנסות טיפולים תקיפים, ואם יתברר שהם אינם יעילים — יופסק הטיפול; מאידך, אם אסור להפסיק טיפול — יימנעו הרופאים מלתת טיפול גם במצבים שיתכן שהטיפול היה עוזר, מחשש שברוב המקרים הטיפול לא יהיה יעיל, ואז לא ניתן יהיה להפסיק את הטיפול⁴⁵⁸. לעומתם, יש המבחינים בין הימנעות מטיפול לבין הפסקתו, ורואים בהפסקה בעיה מוסרית גדולה יותר, שכן זוהי פעולה ישירה שמביאה למוות, והגבול בינה לבין אותנזיה פעילה הוא מטושטש מאד. כמו כן הימנעות מטיפול מאפשרת לחולה למות ממחלתו, בעוד שהפסקת טיפול מקרבת את מותו על ידי פעולה של הרופא.

מדעית-טכנולוגית לטפל בו, כשהמצב הוא בלתי הפיך, ואשר יביא באופן בלתי נמנע למוות באופן ישיר, או בגלל סיבוכי המצב, בתוך פרק זמן נראה לעין. הגדרה זו מעוררת בעיות מעשיות שונות — עד כמה בטוחה האבחנה, ובעיקר התחזית, שהמצב יביא למוות באופן בלתי נמנע? מה צריך להיות פרק הזמן הנראה לעין שהחולה ימות — ימים אחדים, שבועות, חודשים, שנה? על כן, יש שהציעו הגדרה זהירה יותר ופחות מחייבת — מחלה סופנית מתייחסת למצב שעל יסוד קני המידה האבחנתיים הטובים ביותר, הידועים באותו זמן ובאותו מקום, ולאור האפשרויות הטיפוליות הקיימות באותו זמן ובאותו מקום, ניתן להעריך בסבירות גבוהה, שהחולה ימות בתוך פרק זמן קצר מאותה מחלה, או מסיבוכיה הישירים והצפויים⁴⁵⁵.

יש להדגיש, כי רופאים ואתיקאים נוהגים להשתמש במונחים שונים, שמשמעותם לא תמיד ברורה, כגון 'קדושת החיים', שהוא מושג בעל משמעות דתית, אך מבחינה פילוסופית המושג בלתי מדויק⁴⁵⁶; 'מוות בכבוד', שהוא מונח חסר ערך ומשמעות⁴⁵⁷.

אוצר החכמה

דרכי הטיפול וההתייחסות לחולה סופני

עד לפני מספר שנים היה מקובל לחנך את הרופאים, שתפקידם ואחריותם הוא להאריך כל חיים בכל צורה אפשרית. כיום מעטים מאד הרופאים והאתיקאים שדוגלים בגישה זו בצורתה הקיצונית. אסכולה

Med 291:845, 1974. וראה שם על עד מושגים חסרי משמעות — Kass LR, JAMA 244:1946, 1980 [458] מבחינה אתית סוכם הדעות השונות ב-AMA, JAMA 267:2229, 1992; President's Commission, 1983

President's Commission, 1983 [455]. וראה עוד Clauser [456]; McCusker J, J Chron Dis 37:377, 1984 Ramsey P, [457]; KD, Ann Inter Med 78:119, 1973 Hastings Cent Rep 2:47, 1974; Ingelfinger FJ, N Engl J

כדיאליזה בחולים סופניים הוא שכיח יותר מאשר ההחלטות על הפסקת מכשירי הנשמה⁴⁶². לעומת זאת ממחקר אחר עולה, כי כ-90% מרופאי היחידות לטיפול נמרץ בארה"ב הצהירו, שהם ביצעו אותגוזה סבילה, הן בדרך של הימנעות מטיפול, והן בדרך של הפסקת טיפול בחולים סופניים⁴⁶³.

להלן דיון פרטני על מספר טיפולים:

החייאה והנשמה⁴⁶⁴ — האם לבצע פעולות אלו בכל מקרה ובכל תנאי, האם מותר להימנע מפעולות אלו בתנאים מוגדרים, והאם מותר להפסיק פעולות אלו, גם לאחר שהתחילו בהם? ברוב מדינות העולם מקובל כיום, שיש חובה לבצע החייאה בכל מקרה, אלא אם כן הוחלט במפורש אחרת. החלטה מפורשת להימנע מהחייאה בלבד מוגדרת כ-DNR⁴⁶⁵. החלטה כזו מבוססת על התייחסות לאיכות חיים כערך שיש להתחשב בו, וכן על הנחת חוסר התועלת בביצוע הפעולה⁴⁶⁶.

כאשר החולה במצב שבו הוא בר-כושר שיפוט לקבל החלטות — מומלץ כיום בארה"ב לשוחח עמו בגלוי, והוא זה שיחליט אם בבוא העת יבצעו בו החייאה אם

הרעות בין הרופאים והאתיקאים חלוקה גם בשאלת ההגדרות השונות לברירת הטיפולים שיש להמשיך בהם, לעומת הטיפולים שניתן להימנע מהם או להפסיקם -- טיפול שגרתי⁴⁵⁹, לעומת טיפול בלתי שגרתי⁴⁶⁰; טיפול טבעי לעומת טיפול מלאכותי; טיפול יעיל לעומת טיפול בלתי יעיל; טיפול מוצדק לעומת טיפול בלתי מוצדק; טיפול מתאים למצבו המסויים של חולה מסויים לעומת טיפול שאינו עונה על הגדרות אלו. המשותף למרבית ההגדרות כיום הוא, שאין התייחסות הגדרתית גורפת, אלא שיש להתייחס לכל טיפול ולכל חולה בהתאם לנתונים המיוחדים שלהם.

גם במדינות שבהם מקובל מבחינה מוסרית ומשפטית להימנע ו/או להפסיק טיפול תומך-חיים, אין נתונים מדויקים ומהימנים על ההיקף המספרי של פעולות אלו. באחד המחקרים מארה"ב נמצא כי רק כ-1% מהחולים שהתקבלו ליחידה לטיפול נמרץ נתקבלה החלטה להימנע מטיפול, וב-5% מכלל החולים באותן יחידות נתקבלה ההחלטה להפסיק את הטיפול⁴⁶¹. מרבית ההחלטות נגעו להימנעות מהחייאה, או להפסקת פעולת מכשירי הנשמה. במחקר אחר נמצא, כי החלטה על הפסקת טיפול

[1234567] ואה"ח

כאלו מתקבלות במחלקות רגילות, כשחלק מההחלטות הוא הימנעות מהעברת חולים מסוימים ליחידות לטיפול נמרץ, אך אין בידינו נתונים מספריים על היקף ההחלטות הללו. וראה עד בהע' 474; [462] ראה — Neu S & Kjellstrand CM, N Engl J Med 314:14, 1986 The Society of Critical Care Medicine [463] Ethics Committee, Crit Care Med 20:320, 1992 cardio-pulmonary resuscitation [CPR and [464] ventilation. וראה לעיל הע' 48-58; [465] Do-Not-Resuscitate. על הבעיות של מושג זה ויישומו ראה — Lo B, JAMA 265:1874, 1991 [466] מעולה עקרה=futile. וראה לעיל הע' 451-453;

[459] ordinary; [460] extra-ordinary. הגדרה זו נסחה בעבר על ידי הקתולים, ובעיקר על ידי האפיפיור פיוס ה-12 בשנת 1958, אך איננה עומדת בביקורת המציאות, שכן יתכן מצב שטיפול מסוים הוא בלתי שגרתי במובן של עלות גבוהה, או קושי טכני בביצועו, אך הוא יכול להיות מתאים ויעיל ביחס לחולה מסוים; ולדיון, יש שטיפול מסוים הוא שגרתי מבחינה טכנית, אך בלתי סביר וחסר תועלת ביחס לחולה מסוים. כמו כן אמצעי שהיום הוא בלתי שגרתי יכול להפוך עם הזמן לשגרתי. וראה — Bok S, Encyclopedia of Bioethics, p. 270 [461] Smedira NG, et al, N Engl J Med 322:309, 1990. סביר להניח כי אחוז יותר גבוה של החלטות

הטיפול עולה על התועלת; החולה אינו כשיר להחלטה, ולא הביע רצונו בצורה ברורה בעבר; המשפחה איננה נותנת נימוקים משכנעים להצדקת עמדתם. לעומתם יש הסבורים, שיש זכות אוטונומית למשפחה לבקש המשך טיפול מאריך-חיים על פי תפיסתם הערכית, ועל הרופאים לכבד בקשתם זו.⁴⁷²

שאלה מוסרית מיוחדת נוגעת למצב בו הוחלט על DNR, אך לא על הפסקת יתר הטיפולים, והחולה עובר ניתוח — האם יש חובת החיאה בשלב ההרדמה או על שולחן הניתוחים?⁴⁷³

אין הרבה נתונים מספריים על ההיקף של החלטות DNR בארה"ב. לפי מספר קטן של עבודות, נעות פקודות כאלו בין 0.4-5.13% ביחידות לטיפול נמרץ⁴⁷⁴, אך יש לשער כי פקודות כאלו ילכו ויתרבו במשך השנים, עם התגברות הנטיה החברתית והמשפטית להסכים לקיצור חיי הנוטים למות.

הגיל מהווה כפועל מרכיב חשוב בשיקולי הרופאים אם לבצע החיאה אם לאו, אך רבים סבורים, שהדבר אינו מוצדק מבחינה מוסרית, ויש לשקול את המצב הרפואי-עובדתי ללא קשר לגיל.⁴⁷⁵

לאור⁴⁶⁷. אכן, כפועל רוב החולים אינם משותפים בהחלטות אלו, כי הנושאים הם קשים לדין, והרופאים נמנעים מכך⁴⁶⁸.

יש הסבורים, שכאשר הרופאים מעריכים שפעולת ההחיאה תהיה עקרה — אין צורך בהסכמה מודעת של החולה להימנע מביצוע ההחיאה, ואין צורך אפילו לשוחח על כך עם החולה או עם משפחתו, אלא היא נתונה לשיקולו הבלעדי של הרופא, בהיותה חלק מהתנהגות רפואית סבירה⁴⁶⁹. יתר על כן, יש אפילו הסוברים, שבמצבים מסויימים יש זכות לרופא ולחברה להימנע מהחיאה, אפילו כאשר החולה ו/או בני משפחתו מבקשים במפורש לבצע החיאה⁴⁷⁰. לעומתם, יש הסבורים שהחלטה כזו היא ערכית ביסודה, ומהווה חלק יסודי מזכויות האוטונומיה של החולה, ולכן היא זקוקה בכל מקרה להסכמה של החולה⁴⁷¹. הדבר חמור במיוחד כאשר מונעים החיאה מחולה בר-כושר שיפוט המבקש זאת, שכן זו חתירה נגד עקרון האוטונומיה של החולה.

אוצר החכמה

במקרה שהמשפחה דורשת החיאה, והרופאים סבורים שאין היא מוצדקת — יש הסבורים, שמותר לרופאים לקבל החלטה בניגוד לעמדת המשפחה, אם להערכתם התקיימו התנאים הבאים: המעמסה של

Tomlinson T & Brody H, — 1991. וראה דין על כך — Angell M, N — [472] JAMA 264:1276, 1990; Eng J Med 325:511, 1991. וגם היתה פסיקת בית המשפט במדינת מינסוטה בארה"ב, במקרה של Helga Wanglie, כמצוטט במאמר הנ"ל; [473] ראה — Cohen CB, N Engl J Med 325:1879, 1991; Truog RD, Anesthesiology 74:606, 1991; Keffer MJ, Keffer HL, Anesth Zimmerman JE, et al, JAMA [474] Analg 74:901, 1992; 255:351, 1986; Youngner SJ, et al, JAMA 253:54, 1986; [475] Smedira NG, et al, N Engl J Med 322:309, 1990. וראה לעיל דע' 471; [475] McIntyre KM, JAMA 244:511, 1980; Evans KG, Can Med Assoc J 125:892, 1981; Miles

President's Commission, 1983; Gordon M & [467] Hurowitz E, Can Med Assoc J 132:743, 1985; Lo B & — [468] Jonsen AR, Ann Intern Med 93:764, 1980; Evans AL & Smedira NG, et al, N Engl J Med 322:309, 1990; Brody BA, JAMA 253:2236, 1985; Murphy DJ, [469] JAMA 260:2098, 1988; Hackler JC & Hiller FC, JAMA Brett AS & McCullough LB, N [470] 264:1281, 1990; Eng J Med 315:1347, 1986; Paris JJ, et al, N Engl J Med 322:1012, 1990; Lo B, JAMA 265:1874, 1991; Youngner SJ, JAMA 260:2094, 1988; Council on [471] Ethical and Judicial Affairs, AMA, JAMA 265:1868,

על DNR⁴⁷⁸. מאז התרכו מאד התקנונים וההנחיות שהתפרסמו בספרות הרפואית, ואשר מיושמים בבתי חולים רבים בארה"ב. תקנונים אלו מכילים עקרונות מוסריים כלליים, דרישות ותנאים לביצוע החלטה זו, והדרכים המעשיות ליישומה ולרישומה⁴⁷⁹. אכן, יש להדגיש שמטרת התקנונים היא לעזור את תשומת הלב של המטפלים לפרטים חשובים, ולהכניס סדר בדיון ובהחלטות, אך כל מקרה צריך להיות נידון לגופו על פי נתוניו המיוחדים⁴⁸⁰.

בכל מקרה צריך לדאוג לטובתו של החולה, וגם אם הוחלט על DNR יש להמשיך בטיפול תומך ובמניעת כאב וסבל.

מזון ונחלים — עד לפני מספר שנים לא עלה על דעת איש להפסיק מזון ונחלים, גם מחולים סופניים. דבר זה נחשב בלתי מוסרי, בלתי חוקי, ובלתי נכון מבחינה רפואית. לאחרונה יש מגמה ברורה בארה"ב להרחיב את מושג ה-DNR למושג של DNT⁴⁸¹, היינו להימנע או להפסיק כל טיפול, ולא דווקא החייאה. לפיכך, גברו הדעות בארה"ב, שהחלטה על DNR צריכה לכלול כל טיפול שמאריך חיים. לפיכך, מתן מזון בצנתר לקיבה, מתן מזון דרך פיוס-קיבה⁴⁸², או מתן נחלים דרך עירוי ווריד — ייחשב ויוגדר כטיפול. יש שהוסיפו חיזוק לטיעון נגד המשך מתן מזון ונחלים בכך, שפעולה כזו בחולים בתירדמת עלולה גם לגרום לסיבוכים⁴⁸³. ואכן, התגבשו המלצות של

פיגור שכלי או שיטיון⁴⁷⁶ מהווה בפועל מרכיב חשוב בשיקולי הרופאים ביחס להחייאה, אך הדבר איננו מוסרי, כי אין לשפוט מי יחיה ומי ימות לפי שוריו של האדם.

יש הסבורים, שמוצדק לבצע החייאה חלקית, היינו רק עיסוי לב והנשמה, ללא מתן תרופות החייאה, וללא הנשמה מלאכותית מלאה, כדי לראות אם יש סיכוי להחייאה; אך אין זה מוסרי לבצע החייאה שטחית ובלתי יעילה, רק כדי להינצל מוויכוח עם המשפחה, ולהראות להם כאילו עושים מאמץ החייאתי, או כדי להימנע מתביעות משפטיות⁴⁷⁷.

הגישה האתית המקובלת כיום בארה"ב היא, שיש מקום לשיקולי DNR בתנאים הבאים — האבחנה והתחזית ברורים לגמרי מבחינה רפואית, ומדובר במחלה סופנית; ההערכה שהחייאה היא עקרה, ולא תשיג החלמה, אלא תאריך סבל; החולה ו/או בני משפחתו הסכימו להימנע מהחייאה; מתקיימת הערכה מחודשת של מצבו של החולה במשך מחלתו ועד למותו, כדי לוודא שלא חלו שינויים במצב המחייבים שינוי בהחלטה; ההחלטה התקבלה לאחר דיון מפורט ומוקדם של הצוות הרפואי והסיעודי, ושל החולה ו/או בני משפחתו; מתקיים רישום מדויק של תהליך קבלת ההחלטה, נימוקיה ותנאיה⁴⁷⁷.

כבר בשנת 1974 הציעה ההסתדרות הרפואית האמריקאית סדרת הנחיות להחלטה

1992; AMA, JAMA 227 (Suppl):864, 1974 [478]; President's Commission, 1983; Rabkin MT, et al, [479] N Engl J Med 295:364, 1976; Miles SH, et al, Ann Intern Med 96:660, 1982; Miles SH & Moldow DG, Arch Intern Med 144:1841, 1984; AMA, JAMA 265:1868, 1991 [480]; Kass LR, JAMA 244:1946, 1980 [481]; Do-Not-Treat [481]; gastrostomy [482]; JAMA 268:2282, 1992 [483]; ראה לעיל הע' 61

SH, et al, Ann Intern Med 96:660, 1982; Farber NJ, et al, Arch Intern Med 144:2229, 1984; Editorial, Lancet; dementia [476]; 58-57 הע' 337:209, 1991; Lo B & Steinbrook RL, Arch Intern Med [477] 143:1561, 1983; Evans AL & Brody BA, JAMA; 253:2236, 1985 [477]; ראה עוד הנחיות של ועידה אמריקאית להחייאה במצבי חירום לבבים — JAMA 268:2282, 1992

היישום של עקרונות האוטונומיה הפסיבית הוחל לאחרונה גם על חולים שאינם סופניים, אך משותקים לחלוטין, הזקוקים להנשמה מלאכותית, וכשהם בהכרה מלאה⁴⁸⁶. האקדמיה הנורולוגית האמריקאית הציעה להתיר מבחינה מוסרית את הפסקת מכשיר ההנשמה מחולים כאלו, כדי לאפשר להם מיתה מהירה, בתנאי שהדבר נעשה בהסכמת החולים עצמם⁴⁸⁶.

אוטונומיה פעילה – יש הסבורים, שכאשר פעולה זו מבוצעת לפי בקשת החולה ורצונו החופשי, הרי היא העזרה והסעד הטוב ביותר שהרופא יכול להגיש לחולה זה, ולכן זה תפקידו; עקרון האוטונומיה מאפשר לכל אדם לקבוע כיצד, מתי ואיך הוא ימות; עקרון ההטבה מחייב דווקא בביצוע מיתה מהירה וחסרת יסורים; אין הבדל מהותי ומעשי בין הצדקת אוטונומיה סבילה, ובעיקר הכללת ההיתר להפסיק טיפול, לבין המתה פעילה⁴⁸⁷.

אכן רבים מתנגדים לאוטונומיה פעילה, ומעלים את הטיעונים הבאים – יש בכך פגיעה בכבוד ובערך של החיים; רצח הוא רצח, גם כשהוא נעשה למטרה חיובית; קיים חשש ניכר למדרון חלקלק⁴⁸⁸, שבעקבות

אתיקאים שונים בארה"ב להפסיק מתן מזון ונוזלים, וגם בתי משפט שונים בארה"ב קיבלו דעה זו, והורו על הפסקת מזון ונוזלים⁴⁸⁴. לעומתם, יש המתנגדים להחלטה זו, ומנמקים את התנגדותם בכמה טיעונים – מזון ונוזלים הם אמצעי קיום חיוניים מינימליים, יש להם ערך סמלי ורגשי, הם מהווים כבוד לחיים, אין להתייחס אליהם כטיפול במובן הרגיל, החלטות להפסקת מזון ונוזלים יתפרשו כאכזריות ויגרמו לפגיעה ביחסי האימון של הציבור כלפי הרופאים, סילוק מזון ונוזלים גורם למוות ישיר, ללא קשר למחלה היסודית⁴⁸⁵.

באשר לחולים המוגדרים כ"צמח" – הנורולוגים האמריקאים¹²³⁴⁵⁶⁷ המטפלים במכוגרים, סבורים ברובם הגדול, שמוצדק מבחינה מוסרית לסלק מזון ונוזלים מחולים כאלה, אף על פי שאין הם חולים סופניים, בעוד שהנורולוגים המטפלים בילדים, סבורים ברובם הגדול, שאין להפסיק מזון ונוזלים מחולים כאלו, ויש אפילו לבצע פיוס-קיבה, כדי להמשיך ולהאכילם בצורה נוחה⁴⁸⁶. בית הלורדים בבריטניה החליט בשנת 1993, שמותר מבחינה חוקית להפסיק מזון מחולה במצב של צמח, אך בכל מקרה אסור לקרב מותו בידיים⁴⁸⁶.

1991; [486] המצבים הרפואיים כוללים amyotrophic lateral sclerosis (ALS) ראה לעיל הע' 393; locked-in syndrome – שיתוק מלא פרט לגלגלי העינים, על רקע של פגיעה בגוף המוח; קרע של חוט השדרה הצווארי, עם שיתוק מלא מן הצוואר ומטה. וראה עוד לעיל הע' 396; [486] AAN, Neurology 43:222, 1993; Bernat JL, et al, Neurology Patterson DR, et al, N Engl J Med 338:506, 1993; Eng J Med 328:506, 1993; עד כמה צריך להזהר מפוזות בהחלטות גורליות כאלו במצבים העל; Angell M, N Engl J Med 319:1348, 1988; Gillon R, J Med Ethics 14:115, 1988; Reichel W & Dyck AJ, Lancet 2:1321, 1989; Brock DW, Hastings Cen Rep 22:10, 1992 [488] ראה לעיל הע' 441-445;

Micetich KC, et al, Arch Intern Med 143:975, [484] 1983; Wanzer SH, et al, N Engl J Med 310:955, 1984; Meyers DW, Arch Intern Med 145:125, 1985; Dresser RS & Biosaubin EV, Arch Intern Med Ramsey P: The Patient as a [485] 145:122, 1985 Person. 1970:113-129; Siegler M & Weisbard AJ, Arch Intern Med 145:129, 1985; Derr PG, Hastings Cent Rep 16:28, 1986; Rosner F, Bull NY Acad Med 64:363, 1988 [486] ראה – Ashwal S, et al, Ann Neurol 32:570, 1992; Celestia GG, Ann Neurol 33:391, 1993; שדאיגוד הנורולוגי האמריקאי לא הגיע למסקנה חד-משמעית בהמלצותיו האתיות; [486] Brahams D, Lancet 341:428, 1993; וראה Lancet, 341:410, 1993; Lancet, 337:96, — עד בידוך

קבוצות אלו הן קולניות במיוחד, אך אינן זוכות לאהדה ציבורית רחבה. ההסתדרות הרפואית העולמית⁴⁹⁰, קבעה שהמתה פעילה של חולה, גם אם היא על פי בקשתו, נוגדת את האתיקה הרפואית.

הולנד היא המדינה המערבית-דמוקרטית היחידה בה מתבצעת אותנוזיה פעילה באופן רשמי וגלוי, למרות שבמשך עשור שלם היתה פעולה זו בלתי חוקית בעליל גם במדינה זו⁴⁹¹. בתי המשפט והחברה ההולנדית המלכותית לקידום הרפואה ניסחו הנחיות מפורטות מתי ניתן לסלוח לרופא המבצע המתת חסד פעילה, למרות האיסור המשפטי. התנאים הם – החולה מצהיר בעצמו, שסבלו הגופני והנפשי הוא בלתי נסבל; החולה בעצמו מבקש ומסכים לפעולה זו, כשהוא בר כושר שיפוט מלא; הסבל והרצון למות הם קבועים ומתמידים; הסכמתו של החולה לפעולת ההמתה היא חופשית, מודעת ומתמידה; החולה מבין את מצבו, את החלופות העומדות לרשותו, ואת משמעות ההחלטה; הרופא והחולה מסכימים, שמדובר במחלה חשוכת מרפא, המלווה בסבל קשה; נעשו נסיונות אחרים להפחית את הכאב והסבל, אך לא נמצא פתרון אחר, שהוא מתקבל על דעתו של החולה; רופא נוסף מסכים לאותם ממצאים; רק הרופא, ולא כל שליח אחר, יבצע את ההמתה; המעשה לא יגרום לאחרים סבל מעבר לצורך; ההחלטה והביצוע ייעשו בזהירות מירבית; הנתונים ותהליך קבלת ההחלטה יירשמו ויתועדו באופן ברור; במקרה של ילדים – מועילה הסכמת ההורים באותם התנאים⁴⁹². רק בראשית שנת

הסכמה לאותנוזיה רצונית, תבוא אותנוזיה סלקטיבית של בני אדם בלתי רצויים; בהחלטות מסוג כזה קיים קושי בהגדרת הרצון והבחירה החופשית, וכן קיים קושי באבחנה של מצב סופני; רצון החולה למות איננו תמיד אוטונומי ושקול; ההסכמה לדרך זו מעוררת את האנשים להרגיש מחויבות למות מהר, כדי לא להוות מעמסה על המשפחה, וכך עלולה "הזכות למות" להפוך ל"חובה למות"; לעתים ה'חסד' בהמתה הוא לקרובי המשפחה ולחברה, ולא דווקא לחולה הסופני⁴⁸⁸; הסכמה חברתית לדרך פעולה כזו תימנע את המחקר והקידמה בפיתוח שיטות טיפול יעילות למניעת כאב וסבל; פעולה כזו תיגררם להרס האימון בין החולים לרופאים; אין זה תפקיד הרופא להיות התליין של החברה; תפקיד הרופא והרפואה הוא להאריך ולשפר חיים, ולא להרוג חולים; קיים הבדל בסיסי בין אותנוזיה פעילה, שבה סיבת המוות היא פעולת הרציתה הישירה של הרופא, לבין אותנוזיה סבילה, שבה החולה מת ממחלתו, והמוות בא באופן טבעי; תפקיד הרופא מסתיים כשאין לו מה להציע לחולה, אבל איננו נמשך עד להמתתו; אותנוזיה פעילה היא בלתי הפיכה, בעוד שאותנוזיה סבילה עדיין משאירה לעתים מקום לשיקול חוזר, ולתיקון טעויות באבחנה ובתחזית; יש דרכים אחרות להקל על סבלו של חולה סופני, והצעה מהירה ונדיבה להורגו כדי לגואלו מיסוריו איננה מוצדקת גם על רקע הרצון לעזור לחולה⁴⁸⁹.

[אוצר החכמה]

החל משנת 1935 החלו להתפתח אגודות שונות במדינות שונות, שדוגלות בקידום הרעיון של אותנוזיה פעילה בצורות שונות.

[491] ראה — Brahams D, Lancet 335:591, 1990
[492] de Wachter MAH, JAMA 262:3316, 1989;
Gomez CF: Regulating Death: Euthanasia and the Case of the Netherlands. New-York, The Free Press, 1991

[488] Goodwin JS, JAMA 265:326, 1991
[489] ראה סיכום חלק מהטיעונים הללו —
[490] Pellegrino ED, JAMA 265:3118, 1991
[490] הצהרה על אותנוזיה, מדריד, 1987

1993 התקבל חוק בפרלמנט ההולנדי, המכיר חוקית בהמתת חסד בתנאים אלו.

מספר המומחים בשיטה זו בהולנד איננו ידוע באופן וודאי, אך על פי סקרים שונים עולה, כי מדובר ב-5,000 עד 10,000 אנשים כל שנה⁴⁹³.

אכן, תוך מספר מועט של שנים לאחר התחלת הדרך הזו בהולנד נודע על חריגות שונות וחמורות – רק מיעוט קטן מההמתות הפעילות מדווחות כנדרש; בוצעו מקרים לא מעטים של המתת קטינים וילודים פגומים, אפילו ללא הסכמת ההורים⁴⁹³; בוצעו המתות חסד של אנשים מחוסרי הכרה; במקרים רבים התקבלה ההחלטה על ידי רופא בודד, ללא שיתוף וייעוץ של רופא נוסף⁴⁹⁴. יש מי שטען, שהאותנזיה בהולנד יצאה מכלל שליטה, ויש מאות ואלפי מקרים של המתת חסד – ללא הסכמת הנהרג, וללא דיווח לרשויות⁴⁹⁵. יתר על כן, השקפת העולם של מצדדי האותנזיה הפעילה בהולנד עברה מגישה המכירה ומתירה פעולה זו,

החוק 1234567

לגישה הרואה בהיענות הרופא לבקשה כזו חובה מוסרית לסיים חסרי תועלת⁴⁹⁶.

הגישה בארה"ב חלוקה מאד, והוויכוח הציבורי חריף ולוהט. אכן מבחינה חוקית אין מדינה בארה"ב שאישרה אותנזיה פעילה, והתהליך הוא בלתי חוקי, פלילי ובר-ענישה בכל מקום בארה"ב. נסיון להעביר חוק בעד אותנזיה פעילה במדינת קליפורניה ובמדינת וושינגטון בשנים 1988-1992 – נכשל, אם כי ברוב קטן⁴⁹⁶. גם סיוע של רופא להתאבדות של חולה אסורה בארה"ב⁴⁹⁷.

ספר שלם המוקדש לעצות על התאבדות⁴⁹⁸, פורסם בארה"ב, ובו תעמולה למען סיוע בהתאבדות, עידוד חולים להתאבד, ועצות מעשיות כיצד לעשות זאת. הספר זכה לביקורות שליליות וחמורות, שכן מעבר לוויכוח הארכי-יסודי יש בספר פגמים מוסריים-חברתיים רציניים – אין הוא מתייחס דווקא לחולים סופניים, הוא המוני, והוא משמש כלי עזר שלילי לכל מיני אנשים, ובעיקר בני נוער, שיש להם נטיות התאבדות⁴⁹⁹,⁵⁰⁰.

שנחקק שם חוק האוסר המתת חסד וסיוע להמתת חסד. החולה הראשונה שהתאבדה בעזרתו של רופא זה היתה חולת אלצהיימר בשם Janet Adkins ביום 4.6.1990. וראה – Cassel CK & Meier DE, N Engl J Med 323:750, 1990; Coppens M, N Engl J Med 324:1434, 1990. רופא זה, המכונה "דוקטור המוות", נשפט חובה פעמיים בבית משפט במדינת מישיגן בארה"ב, אך שיטותיו עוררו התנגדות ציבורית רחבה. ראוי להדגיש, שמדובר באדם ללא כל נסיון כרופא קליני, ללא כל יכולת מקצועית לאמת את הנתונים הרפואיים של החולים, וללא כל ביקורת מקצועית על רצינות הכוונות של המבקשים להתאבד בעזרתו הפעילה; Humphry D: Final Exit, The [498]; Hemlock Society, 1991; Wolf SM, – [499] ראה; Hastings Cent Rep 22:30, 1992 [500] על גישות ביחס להתמתת חסד במדינות שונות עד שנת 1991 – ראה Br Med J 304:7, 1992

[493] ראה – Dyer C, Br Med J 305:731 1992; Fenigsen R, Hastings Cent Rep 19(suppl):22S, 1988; Orlowski JP, Am J Dis Child – [493] ראה – 146:1440, 1992; [494] הדברים נחקרו על ידי חוקרים מהולנדי ומחוצה לה – ראה Fenigsen R, Hastings Cent Rep 19(suppl):22S, 1988; Twycross RG, Lancet 336:796, 1990; Gomez CF: Regulating Death: Euthanasia and the Case of the Netherlands. New-York, The Free Press, 1991; Gevers JKM, J Med Ethics; Lancet 338:1010, 1991; [495] מכתבים למערכת, 18:138, 1992; Keown J, Hastings Cent Rep 22:39, 1992 [496] ראה – Renigsen R, Issues Law Med 6:229, – [496] ראה – Blendon RJ, et al, JAMA – [497] התפרסמה "המצאתי" של החתולוג האמריקאי קורקיאן (Jack Kevorkian), שהמציא "מכונת התאבדות", ובאמצעותה התאבדו כ-20 אנשים בין השנים 1990-1993 במדינת מישיגן, עד

הנשמה, דרך הכללים המתרחבים והולכים של שיקולי הימנעות מטיפול והפסקת טיפול בחולים סופניים, הכוללים גם הפסקת מתן מזון ונוזלים, דרך ההיתר לסיוע להתאבדות, דרך ההיתר להמתת חסד פעילה של חולים ברי-כושר שיפוט, ועד ההיתר להמתת חסד של חולים שאינם ברי-כושר שיפוט. כל השינויים הללו התרחשו בתוך פרק זמן קצר מאד של פחות משני עשורים – החל מפסק הדין בארה"ב בעניינה של קארן קווינלן בשנת 1976.

⁵⁰¹אוצר החכמה

מקבלי ההחלטות

הגורמים היכולים להיות מקבלי ההחלטה הסופיים הם – החולה עצמו, קרובי משפחה וידידים, הרופא המטפל, הצוות הרפואי, וועדה אתית, מנהיג דתי, בית משפט, המחוקק.

⁵⁰²ח"ח 1234567

מקובל לחלק את הדיון ביחס לקביעת מקבלי ההחלטה לשני מצבים עיקריים – החולה הוא ברי-כושר שיפוט (קומפטנטי), או שהחולה אינו ברי-כושר שיפוט. המצב האחרון מתחלק אף הוא לשניים – חולה שמעולם לא היה ברי-כושר שיפוט, וחולה שבעבר היה ברי-כושר שיפוט. המצב האחרון מתחלק אף הוא לשניים – חולה שבעבר הביע את רצונו בצורה ברורה, וחולה שלמרות שהיה בעבר ברי-כושר שיפוט, מעולם לא הביע את רצונו בצורה ברורה, או שיש מחלוקת מה היה רצונו.

ברחבי העולם ידועים מקרים בודדים, שהגיעו לבתי המשפט ונידונו באשמת רצח/הריגה עקב פעולות ישירות של המתות חסד. בחלק מהמקרים היה מדובר בקרובי משפחה שאינם רופאים, שהרגו את יקיריהם הסובלים, ולעתים לאו דווקא ממחלות סופניות, כגון המקרה של סוזן ון-דה-פוט בעיר לייג⁵⁰¹ שבבלגיה, אשר בעזרת בני משפחתה הרגה את תינוקה, שנולד פגוע בעקבות בליעת תלדומיד בהריונה. בית המשפט זיכה אשה זו מכל אשמה⁵⁰²; באנגליה, בשנת 1990, הואשם רופא בשם סטפן לודביג⁵⁰³ בהריגת חולה סופני על ידי הזרקת כלורידהאשלגן בכמות קטלנית, אך משפטו בוטל; בארה"ב, בשנת 1991, הואשם חוכה רופא שהודה במאמר רפואי על סיוע להתאבדות⁵⁰³; באנגליה, בשנת 1992, הואשם והורשע רופא בשם ניגל קוקס⁵⁰⁴ על הריגת חולה סופנית על ידי הזרקת כמות קטלנית של כלוריד-האשלגן⁵⁰⁵.

מבחינה פילוסופית יש אמנם אפשרות לטעון בעד ונגד אותגוזה פעילה, ללא אפשרות הכרעה מוחלטת⁵⁰⁶, אך החברה ברובה המכריע דוחה אותגוזה פעילה, והכריעה את הכף לטובת אותגוזה סבילה בלבד⁵⁰⁷.

יש הרואים במתרחש כיום לנגד עינינו בעולם המערבי מדרון חלקלק מדאיג מאד – החל מהתפיסה המשפטית-אתית-חברתית המתירה ניתוק חולה בתירדמת ממכשיר

F, Modern Medicine and Jewish Ethics, 2nd ed, על מצבים 1990:190; Brahm D, Lancet 340:782, 1992 דומים בישראל – ראה להלן ברקע המשפטי; [506] Duff RS, Pediatrics 64:17, 1979 [507] וראה עוד על הגישות לאותגוזה במדינות שונות בספר – Rosner F, Modern Medicine and Jewish Ethics, 2nd ed. 1990:191

[501] Liege; Colebrook L, Lancet [502] 2:1225, 1962 [503] Stephen Lodwig; [503] מדובר ברופא בשם TE Quill, שהודה בסיוע להתאבדות במאמר שפרסם ב-N Engl J Med 324:691, 1991. על משפטו ראה – Blendon RJ, et al, JAMA 267:2658, 1992 [504] Nigel Cox [505] ראה – Dyer C, Br Med J 305:731, 1992 על מקרים נוספים ראה – Rosner

החולה עצמו בדרכים שונות; או אמירות ורמזים שונים, שניתנו בעקיפין על ידי החולה בעת היותו בר-כושר שיפוט.

הנחיות מראש כוללות את הצורות הבאות:

'צוואה מחיים'⁵¹² — מסמך כתוב ומאושר באופן משפטי, המכיל את הוראותיו של החולה בעת שהיה בר-כושר שיפוט, על מה יעשה בו, או שלא יעשה בו, לכשיהיה חסר כושר שיפוט. שיטה זו החלה להתפתח בארה"ב בשנות ה-70, ומאז הוצעו הרבה ניסוחים ושינויים, וחלקם אף הוכנסו כחוקים במדינות שונות בארה"ב⁵¹³.

היתרון של הצוואות מחיים הוא בכך, שהן מאפשרות לאדם להביע את רצונותיו בזמן שהוא מסוגל לכך, הן מגדירות את רצונותיו של החולה כלפי הזולת, והן מקילות על מקבלי ההחלטות להחליט על פי מה שמשוער שהיה רצון החולה. אכן לשיטה זו חסרונות רבים — הצוואות נכתבות בגיל צעיר יחסית, ובמצב בריאות תקין, ולא ברור אם אמנם הן עדיין רצויות בגיל מבוגר, ובמצב בריאות אחר, שכן מה שהיה חשוב לאדם בעבר, בעת כשירות גופנית ונפשית מלאה, משתנה בהווה כשמצבו הגופני והנפשי השתנה, ובני אדם עשויים למצוא סיפוק בפעילויות בהווה, שלא עלו על דעתם בעבר. לפיכך, קיים חשש, שהחולה חזר בו מצוואתו, אך לא ביטל ושינה את הצוואה, שכתב שנים רבות לפני כן; בלתי אפשרי

* חולה בר-כושר שיפוט — על פי עקרון האוטונומיה⁵⁰⁸, החולה הוא הקובע הבלעדי מה יעשה בו. לפיכך, אם הוא צלול ובר-כושר שיפוט — הוא המחליט. חולה בר-כושר שיפוט לצורך קבלת החלטות רפואיות מוגדר כאדם שיש לו כושר קבלת החלטות נאות; החלטותיו מתקבלות ללא כל כפייה ולחץ; והוא יודע ומבין כל מה שדרוש לצורך קבלת ההחלטה, ומשמעות התוצאות של החלטתו⁵⁰⁹. אכן, יש המטילים ספק בכושרו של חולה נוטה למות לקבל החלטות כה גורליות בשלב הקריטי והאמיתי — האם אמנם כל חולה מסוגל לקבל החלטות אוטונומיות חופשיות ורצוניות במצבים סופניים? האם אין למצבו הפיסי והנפשי השפעה על החלטותיו, כך שההחלטה לא לגמרי אוטונומית? מה מידת ההשפעה של הגורמים הבאים על ההחלטות — המצב הדכאוני, התרופות, הסבל והכאב הזמניים, הפחדים המודעים והבלתי מודעים, השפעות חברתיות-סביבתיות, השקפות עולם של הסובבים, ודרך השפעת הסביבה בהעברת המידע. בוודאי שהסתמכות פזיזה על בקשה רגעית ומיידית של חולה כזה יכולה להסתיים באסון בלתי הפיך⁵¹⁰.

* חולה שאיננו בר-כושר שיפוט, אך היה בעבר בעל כושר שיפוט — חולה כזה יכול היה להביע את רצונו בעת שהיה בר-כושר שיפוט מה יעשה בו, כשיגיע למצב שלא יהיה עוד בר-כושר שיפוט. דבר זה יכול להיעשות בשתי דרכים עיקריות — הנחיות מפורשות ומפורטות מראש⁵¹¹, שניתנו על ידי

will. המושג הזה הוטבע לראשונה על ידי קוטנר — Kutner L, Indiana Law J, 44:539, 1969; Bok S, N Engl J Med 295:367, 1976 — [513] ראה; Jonsen AR, Siegler M, Winsdale WJ: Clinical Ethics, 1982; President's Commission, 1983

[508] ראה כרך א, ע' בחירה חפשית, עמ' 70 ואילך; [509] ראה עוד בכרך ב, ע' הסכמה מדעת, עמ' 18-17; [510] Jackson DL & Youngner S, N Engl J Med 301:404, 1979 וראה לעיל [512] living; [511] advance directives; 437

בצורה כה מלאה, שהחלטותיו ביחס לחיים ומוות יהיו קבילות עליו. יתר על כן, יש שהעלו ספקות ביחס ליכולתו וקבילותו של הזולת להחליט נכונה בשאלות כה גורליות; ביחס לבסיס המוסרי של קבלת החלטות גורליות בעקבות מינוי כללי; וכיחס לשאלה בסיסית אם אין לראות באדם שהפך לבלתי-כשיר כמישהו אחר לחלוטין מבחינת אישיותו⁵¹⁸.

יש המשלבים את שתי השיטות גם יחד — מפרטים מצבים רפואיים שונים, וכיצד יש לפעול בהם לפי רצונם, וגם ממנים אדם מסוים, אשר יחליט מה יעשה במצבים שלא פורטו במסמך הצוואה⁵¹⁹.

בארה"ב הכירו כמעט כל המדינות בתוקף המשפטי של צורה זו או אחרת של הנחיות מראש, והקונגרס האמריקאי חוקק ^{אוצר החכמות} חוק בסוף שנת 1991, אשר מחייב את כל בתי החולים ליידע את החולים על האפשרות הניתנת להם לקבוע מראש מה יעשה בהם⁵²⁰. התברר שלמרות המגמה בארה"ב לחזק ולעודד את ההנחיות מחיים — מספר האנשים העושים זאת נשאר קטן ביותר⁵²¹. מספר סיבות הוצעו להסבר תופעה זו — אי ידיעת האפשרות הזאת; קשיים טכניים במילוי טפסים מסובכים; מחסום פסיכולוגי מפני החלטות מסוג זה; הסתמכות על קרובי

לנסח בצורה ברורה וחד-משמעית את כל המצבים העתידיים האפשריים, ואת כל ההתייחסויות, כי מיגוון האפשרויות האמיתיות הוא גדול ביותר, וההתאמה בין הצוואה לבין המציאות דורשת פרשנות. ואמנם לכל ניסוח קמו מערערים, והדגישו בעיות מגוונות הנובעות מהניסוחים. אי לכך, היישום המעשי של המצב, ומידת ההתאמה בין המצב בפועל לבין הכתוב במסמך, ימשיך להיות נתון לפרשנות של הרופאים וקרובי המשפחה בזמן אמת, ולא ברור אם המסמך יעזור להבהיר את רצונו האוטונומי של החולה, או שיהא בו כדי להכריע בחילוקי דעות בין הרופאים, המשפחה או בתי המשפט⁵¹⁴. יתר על כן, מחקרים הוכיחו כי חולים רבים אינם רוצים שיקיימו את הצוואות מחיים שלהם בדיוק המילולי כפי שנוסחו, אלא מעוניינים לאפשר חופש תימרון בדרגות שונות, בהתאם למצב האמיתי שיקרה בזמן אמת⁵¹⁵.

דרך נוספת היא מינוי אדם מוגדר ומסוים⁵¹⁶ בעת היות החולה בר-כושר שיפוט, בדרך של יפוי כוח בלתי חוזר⁵¹⁷, על מנת שאותו אדם יקבל החלטות עבור החולה שמינה אותו, בעת שהחולה עצמו לא יוכל לקבל החלטות. בשיטה זו נמנעים כמעט כל החסרונות שבשיטת הצוואה מחיים. ברם, לא לכל אדם יש מישהו שיוכל לסמוך עליו

האמריקאית, ומסקנותיהם פורסמו בחוברת מיוחדת Report of the Board of Trustees of the American — Medical Association. Living Wills, Durable Powers of Attorney, and Durable Powers of Attorney for Health Care, 1989. וראה עוד — Orentlicher D, JAMA — [520] ראה על כך — White ML & [521] Emanuel [521]; Fletcher JC, JAMA 266:410, 1991; LL, et al, N Engl J Med 324:889, 1991; Schneiderman LJ, et al, Ann Intern Med 117:599, 1992; Menikoff JA, et al, N Engl J Med 327:1165, 1992

[514] ראה — Brett AS, JAMA 266:825, 1991; Emanuel EJ & Emanuel LL, J Clin Ethics 1:9, 1990; Emanuel LL & Emanuel EJ, JAMA 261:3288, 1989; Sehgal A, et al, JAMA 267:104, 1992 [515] durable power of [517] proxy; surrogate [516] attorney [518] ראה — Epstein A, Med Care — [519] ראה — Emanuel EJ & Emanuel LL, JAMA 267:2067, 1992; McIntyre KM, Arch Intern Med 152:925, 1992; Pellegrino ED, JAMA 268:354, 1992 [519] שתי השיטות הללו נדונו על ידי הסתדרות דרופאים

המשפחה, שבכוא העת יחליטו עבורם מה לעשות בהם⁵²².

אכן יש להדגיש, כי במחקר מבוקר שנערך בארה"ב התברר, שלא היה הבדל משמעותי בין אלו שחתמו על הנחיות מחיים, לבין אלו שלא עשו כן מהבחירות הבאות – ההרגשה האישית, מצב הבריאות, הטיפול הרפואיים, ועלות הטיפול⁵²³. יתר על כן, התברר שהיישום בפועל בזמן שהחולה היה במצב סופני לעתים איננו תואם את הדרישות על פי מה שנכתב בצוואות מחיים, בגלל אילוצים ושינויים במצב בזמן אמת⁵²⁴.

כאשר אין הנחיות ברורות מצד החולה כיצד לנהוג בו, מסתמכים לעתים על עדויות נסיבתיות ורמזים שונים, שהביע החולה בהיותו בר-כושר שיפוט, והמשפחה היא המביאה דעות אלו לידיעת הרופאים. דברים אלו במקרים רבים אינם אמינים, הן בגלל שהרמזים אינם מספיקים בדרך כלל לקבוע מה היה החולה רוצה באמת, והן בגלל חוסר התאמה בין דיווחי בני המשפחה, והתרשמותם מרצונותיו של החולה⁵²⁵, ועל כן יש קשיים בקבלת נתונים כאלו. בהקשר זה היו מספר משפטים בארה"ב, שבחנו את מידת המהימנות של מידע כזה. בחלק מהמקרים השתכנעו בתי המשפט שהנתונים מהימנים, והורו על פיהם להפסיק טיפול מאריך-חיים⁵²⁶, ובחלק מהמקרים לא השתכנעו בכך⁵²⁷.

אוצר החכמה

* חולה שאינו בר-כושר שיפוט, אשר היה בר-כושר שיפוט, אך לא הביע רצונו בכל דרך שהיא – במצבים אלו הדבר הוא מחוייב המציאות, שמישהו אחר יקבל החלטה עבור חולה זה בדרך פטרנליסטית. מקבלי ההחלטה חייבים לשקול ולהכריע במקום החולה על פי המצב הרפואי, ועל פי מה שמקבלי ההחלטה מכירים ויודעים את מערכת ערכיו, מטרותיו ורצונותיו של החולה. הדרישה המוסרית מצד מקבלי ההחלטה היא להגיע להחלטה כזו שהחולה עצמו היה מחליט אילו יכול היה להחליט⁵²⁸. אכן, במחקר מבוקר בארה"ב נמצא שלא היתה התאמה סבירה בין רצון החולים לבין הערכת רצונם על ידי אנשים קרובים להם, ולפיכך הועלה ספק רב ביעילותו ונכונותו של קנה-מידה זה⁵²⁹.

* חולה שאינו בר-כושר שיפוט, ואשר מעולם לא היה בר-כושר שיפוט, כגון יילוד, קטין, או מפגר מלידה – במצבים אלו לא רק שאין אנו יודעים באופן ישיר או עקיף מה החולה היה רוצה שיעשה בו, אלא שאין בידינו אפילו נתונים על מערכת ערכיו, רצונותיו ושיקוליו. אי לכך, על מקבלי ההחלטה להכריע על פי שיקול של טובת החולה⁵³⁰. אכן קיימת בעיה קשה ביחס להגדרה של טובת החולה. באופן כללי מגדירים זאת כמצב שהמעמסה והנוק מהטיפול והמשך הארכת החיים עולה על התועלת. אך מי יכול להגדיר עבור הזולת

;Appellate Division, In re Elbaum, No. 2920 1989 New-York Court of Appeals, In re O'Connor, [527] 72 NY2d 517; Cruzan v Director, Missouri Dep of Health, 1990 US Lexis 3301; Orentlicher D, JAMA 263:2365, 1990; [528] קנה-מידה זה מכונה substituted judgment; Seckler AB, et al, Ann Intern Med 115:92, [529] 1991; [530] מצב המכונה best interest

Menikoff JA, et al, N Engl J Med 327:1165, [522] 1992; Stelter KL, et al, Arch Intern Med 152:954, 1992; Schneiderman LJ, et al, Ann Intern Med [523] 117:599, 1992; Danis M, et al, N Engl J Med [524] 324:882, 1991; Sonnenblick M, et al, J Am Geriatr Soc 41:..., 1993; New-York Supreme [526] Court Appellate Division, (In re Elchner Fox), 426 N.Y.S.2d 517; New-York Supreme Court

אוצר החכמה

ממשתנים שונים של החולה, כגון הגיל, המצב השכלי, המצב החברתי-כלכלי וכיוצ"ב; כמעט כל הנתונים ניתנים להסברה נאותה לחולה או לבני משפחתו, והם מסוגלים לשקול במידה ראויה, ולפיכך מומחיותו של הרופא איננה שיקול מכריע³².

ללא ספק מקומו של הרופא הוא חשוב מאוד בקביעת העמדה הסופית ביחס לטיפול — הוא הקובע את הנתונים הרפואיים החיוניים, שעל פיהם נידונים ההיבטים המוסריים; ועליו לשמש גשר בין החולה, המשפחה והחברה. אכן, ההחלטה הסופית לעתים קרובות בנושאים אלו היא ערכית, ולכן לעתים אין לנתונים העובדתיים משקל מכריע בהחלטה.

הצוות הרפואי — השיקולים ביחס לרופא המטפל דומים לשיקולים ביחס לצוות רפואי, אלא שלגורם זה יש יתרון ניכר בתהליך קבלת ההחלטה, שכן ההחלטה מתקבלת לא על ידי אדם בודד, אלא על ידי קבוצת אנשים מקצועיים, אשר חושבים, בודקים ומבררים את הנתונים, ובכך מפחיתים במידה ניכרת את האפשרויות לטעויות. יחד עם זאת, הם מהווים קבוצה הומוגנית מבחינת התייחסותם, ולפיכך חסרה בגורם זה ההסתכלות הרב-מקצועית הרחבה.

בני משפחה — ביחס לילדים קטנים, שהם באופן טבעי בלתי כשירים לקבלת החלטות, יש זכות החלטה טבעית וראשונית להורים, שכן הם מהווים אפוטרופסים טבעיים ליוצאי חלציהם, הם המעורבים ביותר בגידולם ובחינוכם, והם המעוניינים

מהי התועלת שלו לחיות? איזה חיים אינם שווים לחיות? האם יש כלים אובייקטיביים לכך? יש הטוענים שכאב וסבל בלתי נסבל, במצב שהוא ממילא סופני, וכאשר הטיפול הוא 'עקר' — אלו הם נתונים אובייקטיביים, הנוגדים את טובת החולה, ואז יש להימנע מהארכת חייו³³. אכן דבר זה נתון למחלוקת, בגלל הקושי לקבוע אמות מידה נכונות לכל בני האדם.

כאמור לעיל, יש מצבים שהחולה בעצמו יכול לקבל החלטות מה יעשה בו — אם באופן ישיר, או באופן עקיף. אכן, רבים הם המקרים, שההחלטה צריכה להתקבל על ידי גורם אחר, שאיננו החולה עצמו. להלן יפורטו הגורמים הבאים בחשבון כמקבלי ההחלטות:

הרופא המטפל — השיקולים להעדיף את הרופא כגורם המכריע בקבלת ההחלטות הם: הרופא הוא המומחה בהיבט המקצועי-רפואי, ולכן הוא מכיר ומבין את הנתונים העובדתיים בצורה הטובה ביותר; הוא בעל נסיון מקצועי, ובר-כושר שיפוט רפואי; יש לו יכולת טובה להעריך נכונה את מידת הסבל, מידת הסיכויים, ויעילות הטיפולים. הנימוקים נגד קביעת הרופא כגורם מכריע הם: הרבה מההחלטות בעניינים אלו נתונים לשיקולים ערכיים, ולא דווקא לשיקולים עובדתיים-רפואיים; מעורבותו הרגשית והמקצועית של הרופא עלולה להטות את שיקוליו; הרופא לא תמיד שוקל בהגיון קר, ולעתים הוא פועל מתוך שיקולים של השקפת עולמו, רגשותיו, ואפילו מצבי רוח משתנים, וכן מושפע הוא

דין, עדים וכו'; בתי המשפט עמוסים מאד, ותוספת זו מכבידה באופן משמעותי על עבודתם; ההכרעות בשאלות אלו הן ביסודן ערכיות-מוסריות ולא משפטיות, ולכן לא ברור מדוע תהיה לשופטים בודדים זכות קביעה מוחלטת בנושאים כה ערכיים, כאשר הם עצמם אנשים מן השורה, עם השקפות עולם משלהם⁵³⁵, מה גם שחלק גדול מהשופטים אינם מצויים כלל בסבך הבעיות העובדתיות והמוסריות הכבדות⁵³⁶.

וועדה אחת – וועדה רב-מקצועית המורכבת ממומחים בתחומי הרפואה, הסיעוד, עבודה סוציאלית, משפט, דת, פילוסופיה, ניהול, וכן אזרחים מהשורה. תפקידי הוועדה לבדוק ולברר את הנתונים המהווים בסיס לדיון ולהחלטה אינדיבידואלית; לנתח את כל ההיבטים הרלוונטיים למקרה הנידון; ליעץ על דרך הפעולה הטובה ביותר; להכריע בחילוקי דעות בתוך הצוות המטפל, וכינו לבין המשפחה; לקבוע נוהלים עקרוניים לקבלת החלטות במצבים בעייתיים; לחנך את צוות בית החולים בנושאים אלו. וועדות כאלו התפתחו בארה"ב החל משנות ה-70⁵³⁷, והן קיימות שם בבתי חולים רבים. הנימוקים בעד קבלת החלטות על ידי וועדה אחת הם: הדיונים הם מידיים וענייניים; הדיונים מתנהלים על ידי אנשים מקצועיים בתחומים רלוונטיים; דיוני הוועדה מאפשרים בירור נוקב של הנתונים העובדתיים והמוסריים; הכרעות הוועדה נותנות תחושה טובה הן לרופאים והן לבני המשפחה, שההחלטה התקבלה תוך שיקול דעת מירבי וענייני.

ביותר לראווג לטובתם. אך לעתים יש מקום להתנגד להחלטתם, זאת כאשר ניכר בעליל שהחלטתם איננה לטובת הילד, אלא לטובת עצמם. ביחס למבוגרים חסרי כושר שיפוט, מקובל על כולם שלקרוביהם צריך להיות מעמד בתהליך קבלת ההחלטה, וללא ספק יש ליידע את בני המשפחה, ולשמוע את דעתם ורצונותיהם. ככל שדרגת הקירבה והמעורבות גבוהה יותר, כן מקובלת יותר המעורבות של אותם קרובים וידידים. אכן, רבים סבורים, שאמנם יש להתחשב בדעת המשפחה, אך אין להכריע בכל מקרה כדעתם, כי יכולים להיות להם שיקולים משלהם, שאינם תמיד טובת החולה, כגון רצונם בירושה, או רצונם להיפטר מהמעסה הכלכלית והנפשית של הטיפול בחולה הסופני, או שהשקפות העולם שלהם שונות מזו של החולה⁵³⁸.

בית משפט – השימוש בבתי משפט לפתרון בעיותיהם של חולים סופניים החל רק באמצע שנות ה-70 בארה"ב, ונידונו בהם כמה עשרות מקרים⁵³⁹. הנימוקים בעד קביעת בית המשפט כגורם מכריע הם: השופטים הם אנשים אובייקטיביים, בלתי תלויים, ובלתי מעורבים רגשית או מקצועית; הם אמינים ומיומנים בשיקולי דעת, ובהכרעות במצבים מגוונים של חילוקי דעות; תפקיד בית המשפט להגן על האינטרסים של היחיד ושל החברה, ולאזן בין אינטרסים אלו. הנימוקים נגד מעמד בית המשפט כגורם מכריע הם: הדיונים בבתי משפט הם ארוכים, ולרוב מסתיימים אחרי שהחולה מת; דיוני בית המשפט הם יקרים עקב תשלומים לעורכי

1980; Lo B, et al, N Engl J Med 322:1228, 1990
[536] ראה Kaye JS, Mount Sinai J Med —
1991; 58:369; [537] על תולדות התפתחות ועדות
אלו ראה — Rosner F, JAMA 253:2693, 1985

[533] ראה — Lo B & Steinbrook RL, Arch Intern
Med 143:1561, 1983; Schram RB, et al, N Engl J Med
1978; 299:875; [534] ראה לחלק הע' 566 ואילך;
[535] ראה — Paris JJ, N Engl J Med 303:876,

מנהיג דתי — מאחר וההחלטות הנוגעות לטיפול או אי-טיפול בחולה סופני הן ביסודן ערכיות, קיים יתרון רב להתערבותו והכרעתו של המנהיג הדתי, אשר מייצג עבור החולה את דרך החיים הראויה לו. אי לכך, חולה ורופא המאמינים בהשקפת עולם דתית ימצאו את הפתרון הנכון והראוי על פי הכרעתו של מנהיגם הדתי.

כל מקרה של חולה סופני דורש ומחייב דיון מפורט ומעמיק, בצוות רבמקצועי, לגופו של ענין, ועל פי הנתונים המיוחדים לכל חולה וחולה. יש לשאוף לקיים את הדיונים הנוגעים לחולה הסופני בשלב שעדיין אין צורך בהחלטות מיידיות ודחופות. הדיון המוקדם בא להכין את הקרקע להחלטה שקולה, ללא לחץ של זמן וצורך לפעולה מיידית.

גישות דתיות שונות⁵⁴⁰

הכנסיה הקתולית גילתה מאז ומעולם התנגדות להמתת חסד, החל מאבי הכנסיה אוגוסטינוס במאה הרביעית למנינם, דרך הפילוסוף תומאס אקווינוס במאה הי"ג, ועד גילוי הדעת של 'הלשכה הרומית הקדושה' משנת 1940, המגנה מעשי 'המתה יפה'. מאידך, מתירה הכנסיה הקתולית הימנעות מטיפול מאריך חיים המוגדר כבלתי-שגרתי, ומחייבת המשך טיפול שגרתי בלבד בחולים סופניים⁵⁴¹.

הנימוקים נגד וועדות אתיות הם: אין לוועדה סמכות הכרעה מחייבת, אלא רק מיעצת; במשך הזמן הופכות הוועדות לחותמת גומי להחלטות שהחברה מצפה מהם; כאשר יש חילוקי דעות בתוך הוועדה, אין הגיון להכריע לפי רוב, כי החברים בוועדה מייצגים גישות והשקפות בסיסיות, ורק החלטה פה-אחד היא משמעותית, דבר שבמקרים רבים הוא בלתי אפשרי; לעתים קרובות משמשים בוועדות אלו חברים שאינם בקיאים דיים בהיבטים האתיים הנוגעים לענין; קיים חשש שההחלטות של חלק מהמשתתפים תושפענה מהקבוצה, והן אינן בהכרח דעתם האמיתית והנכונה; ריבוי המשתתפים מקשה על קשר בלתי-אמצעי עם החולה ו/או נציגיו⁵³⁸.

[מח"ח 1234567]

המחוקק — קיימת התנגדות נרחבת להסדר מלא ופרטני של נושא החולה הסופני בדרך של חקיקה, שכן חוק כזה ידרוש כל כך הרבה סייגים, עד שיגרום ליותר קשיים מתועלת; חקיקה תמיד מייצגת איזה שהוא ממוצע מוסרי נכון לאותו מקום ולאותו זמן, ושינויים בחקיקה הם מורכבים ומסובכים; המחוקקים נתונים להשפעות פוליטיות שונות, ולא תמיד טובת העניין לנגד עיניהם, ובנושאים הנוגעים לחיים ולמוות עדיף ללא התערבותם; השוני בין המקרים האמיתיים הוא כה רב, ששום חוק לא יוכל לכסות את כל האפשרויות⁵³⁹.

Hastings Center Report, 1987; Niemira DA, Ann Intern Med 109:981, 1988; La Puma J & Toulmin SE, Arch Intern Med 149:1109, 1989; Fleetwood J, et al, J Med Ethics 15:137, 1989; Moreno JD, J Clin Ethics 1:38, 1990; Swenson MD & Miller RB, Arch Intern Med 152:694, 1992 [539] ראה — ר. ישי, הרפואה 52: 124, 1993; Wolf SM, Hastings Cent Rep 19(1) Suppl 13, 1989 [540] על גישת ההלכה — ראה לעיל בחלק ד; [541] ראה מאמרו של Boyle J בספר — Brody BA, et al (eds): Bioethics Yearbook, Vol

[538] תלדוד דוטרות הללו, הגדרת תפקידיהם, דיישומים שלהם בארה"ב נידונו בהרחבה במאמרים רבים. ראה — President's Commission, 1983; Fleishman AR & Murray TH, Hastings Cen Rep 13:5, 1983; Randal J, Hastings Cen Rep 13:10, 1983; Cranford RE & Doudera AE, Law Med Health care 12:13, 1984; Council Report, AMA, JAMA 253:2698, 1985; Fost N & Cranford RE, JAMA 253:2687, 1985; Lo B, N Engl J Med 317:46, 1987; Guidelines on the Termination of Life-sustaining Treatment and the Care of the Dying.

— הרקע המוסרי והעקרונות הבסיסיים; סוגי החולים השונים; סוגי הטיפולים השונים; מקבלי ההחלטות השונים; תהליכי קבלת ההחלטות.

להלן רשימת ההצהרות העיקריות:

וועדה מיוחדת של נשיא ארה"ב, לחקר בעיות מוסריות ברפואה⁵⁴⁶; מרכז היסטינגס בניו-יורק, לחקר בעיות מוסריות ברפואה⁵⁴⁷; ההסתדרות הרפואית הבריטית⁵⁴⁸; ההסתדרות הרפואית האמריקאית⁵⁴⁹; החברה האמריקאית לרפואת חירום⁵⁵⁰; הקולג' האמריקאי של רופאי ריאות⁵⁵¹; הקולג' האמריקאי של רופאי חירום⁵⁵²; החברה האמריקאית למחלות ריאה⁵⁵³; קבוצה בינלאומית של רופאים ופילוסופים⁵⁵⁴; הקולג' האמריקאי של רופאים⁵⁵⁵.

מספר פסקי דין בארה"ב התפרסמו ביחס לקביעת עמדת המשפט במדינה זו לבעיות הנדונות כאן — הפסקת מכשיר הנשמה

היחס לחולה המוגדר כצמח⁵⁴², ובעיקר השאלה אם מותר להימנע ממתן מזון ונחלים לחולה כזה — שנייה במחלוקת בין חכמי הכנסיה הקתולית⁵⁴³.

[1234567]

כנסיות נוצריות אחרות אף הן מתנגדות באופן מוחלט להמתת חסד, ומתירות הימנעות או הפסקת טיפולים מסויימים בחולים סופניים, על פי קני-מידה שונים, עם הברלים ביניהן ביחס להגדרות וליישומים של הטיפולים שמותר להימנע מהם בחולים סופניים⁵⁴⁴.

גם דת הבודהא אוסרת המתת חסד באופן מוחלט⁵⁴⁵.

הצהרות, הנחיות ופסקי דין שונים

קבוצות שונות של מומחים ברחבי העולם פירסמו הנחיות והצהרות על ההיבטים המוסריים השונים הנוגעים לחולה הסופני. רובם דנו בהרחבה בנושאים הבאים

[אוצר החכמה]

Report of the Working Party to Review the British Medical Association Guidance in Euthanasia. May 1988; [549] Report of the Council on Ethical and Judicial Affairs of the American Medical Association: Euthanasia. 1989; Task Force on Ethics, The Society of Critical Care Medicine. Crit Care Med 18:1435, 1990; American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine Consensus Panel, Chest 97:949, 1990; American College of Emergency Physicians Ethics Manual. Ann Emerg Med 20(10):1153, 1991; Force American Thoracic Society, Ann Intern Med 115:478, 1991; American Thoracic Society, Am Rev Respir Dis 144:726, 1991; Hull RT, Am Rev Respir Dis 145:249, 1992; Klocke RA, Am Rev Respir Dis 145:251, 1992; Lanken PN, Am Rev Respir Dis 145:249, 1992; Appleton International Conference, J Med Ethics 18:Suppl, 1992; American College of Physicians [555]; Ethics Manual, 3rd edition, Ann Intern Med 117:947, 1992

Developments in Bioethics, 1991:14-18 הע' 460. אותנויה סבילה הותרה על ידי האפיפיור פיוס ה-12 בשנת חייו האחרונה ב-1957 — ראה הרפואה והיהדות עמ' 154-153; Rosner F, Modern Medicine; [542] persistent and Jewish Ethics, 2nd ed 1990:194; Boyle J — [543] Rאה vegetative state Brody BA, et al (eds): Bioethics — [544] Rאה בספר Yearbook, Vol I: Theological Developments in Bioethics, 1991:65; -- עמ' 36-31, עמדת המורמונים; עמ' 96-97, עמדת האורתודוקסים המזרחיים; עמ' 136-138, עמדת הלותרנים; 157-153, עמדת המתודיסטים; עמ' 170-169, עמדת הבפטיסטים; [545] Rאה Masao F, In Brody BA, et al (eds): Bioethics Yearbook, Vol I: Theological Developments in Bioethics, 1991:65; [546] President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Behavioral Research. Deciding to forego life sustaining treatment, Guidelines on the Termination of [547] 1983 Life-sustaining Treatment and the Care of the Euthanasia: [548] Dying. Hastings Center Report, 1987

פיהן תתקבלנה בקשות של אפוטרופסים להימנעות או להפסקת טיפול מאריך חיים מחולים בלתי כשירים להחלטה. חקיקות כאלו כוללות את הדרישה לעדות ברורה ומשכנעת מה היה רצון החולה בעת שהיה בר-כושר שיפוט. יחד עם זאת הכיר בית המשפט העליון של ארה"ב בזכות האוטונומיה של כל אדם לדרוש הפסקת כל טיפול מאריך חיים, כולל הפסקת מזון ונוזלים, גם במצבים המוגדרים כצמח⁵⁶⁵.

ההתפתחות המשפטית בארה"ב והגישה האתית החילונית שם מדגימה באופן ברור שינויים הולכים וגדלים לכיוון קירוב המוות בחולים סופניים — החל מהפסקת מכשיר הנשמה, ועד להפסקת מזון ונוזלים; והחל מחולים שבעבר היו ברי-כושר שיפוט ויכלו להיחשב כבעלי רצון לדרך חיים מסוימת, ועד לחולים שמעולם לא היו כשירים להחלטה⁵⁶⁶, ויש לראות בכך מדורן חלקלק בפרק זמן קצר מאד⁵⁶⁷.

^[1234567] ואוצר החכמה

ו. רקע משפטי

החוק הישראלי קובע כי 'בכל אחד מן המקרים המנויים להלן, יראו אדם כאילו גרם למותו של אדם אחר, אף אם מעשהו או

מחולה בת 21 שנה בחוסר הכרה ממושך, לפי בקשת הוריה⁵⁵⁶; הימנעות מטיפול כימוטרפי בחולה מפגר בן 67 שנה, שסבל מסרטן הדם⁵⁵⁷; הפסקת מכשיר הנשמה בחולה בן 83 שנה במצב צמח, שהביע דעתו בעבר נגד הארכת חייו⁵⁵⁸; הפסקת מתן מזון ונוזלים מחולה בחוסר הכרה בלתי הפיך, על פי דרישת אפוטרופוס⁵⁵⁹; הפסקת מכשיר הנשמה מחולה במחלה כרונית, לאו דווקא סופנית, על פי צוואה מחיים, ומינוי אדם מוגדר ביפוי כח בלתי חוזר⁵⁶⁰; הפסקת כל טיפול, כולל מזון ונוזלים, מחולה בת 84 שנה, במצב דמנטי קשה, מתוך הנחה שזהו טובתה להפסיק את סבלה⁵⁶¹; הפסקת כל טיפול, כולל מזון ונוזלים, מחולה בן 49 שנה במצב 'צמח', על סמך אמירות שלו בעבר, שכך הוא רצונו⁵⁶²; איסור להימנע מהמשך מתן מזון ונוזלים דרך צינור לקיבה בחולה דמנטי, כשאין עדות ברורה ומשכנעת שכך היה רצונו⁵⁶³; החובה להמשיך הנשמה מלאכותית בחולה במצב של צמח, כאשר המשפחה דורשת זאת, גם בניגוד להמלצת הרופאים⁵⁶⁴.

בית המשפט העליון של ארה"ב קבע בפסק דין עקרוני, שיש זכות חוקתית לכל מדינה לקבוע את הדרישות הנוהגיות, שעל

Hennepin County Judicial District, In re Helga Angell M, N Engl J Med על ידי Wanglie Cruzan v Director, Missouri [565] 325:511, 1991; Dep of Health 1990 US Lexis 3301 ראה — Annas GJ, N Engl J Med 323:670 1990 — Thomasma DC, Arch Intern Med 151:853, 1991. סיכום פסקי דין רבים. בנידון בארה"ב והגישה המשפטית שם ראה — Emanuel EJ, Am J Med 84:291, 1988; Weir RF & Gostin L, JAMA 264:1846, 1990; Sprung CL, JAMA 263:2211, 1990; Weinberg JK, Med Law 7:323, 1988 [566] ראה לעיל חצי 445-441. וראה — Sprung CL, JAMA 263:221, 1990.

New Jersey Supreme Court, In re Karen [556] Massachusetts [557]; Quinlan 355 A.2d 647, 1976; Supreme Court, In re Saikewicz, 370 N.E.2d 417, 1977 New-York Supreme Court Appellate [558] Division, In re Eichner (Fox), 426 N.Y.S.2d 517, 1981 California Appellate Court, In re Barber, 147 [559] California Appellate [560]; Cal. App. 3d 1006 1983 Court, In re Bartling, 163 Cl. App3d 186, 1984 New Jersey Supreme Court, In re Conroy, [561] Supreme Judicial Court [562]; 486 A. 2d 1209, 1985; of Massachusetts, In re Brophy, 497 N.E. 2d 626, 1986 New-York Court of Appeals, In re [563] Minnesota, [564]; O'Connor, 72 NY2d 517, 1988

המקרה של גדעון נקש, שסבל ממחלת טרשת צד חוט השדרה⁵⁷², והיה מחובר למכשיר הנשמה – אשתו ביקשה לנתקו ממכשיר ההנשמה, על סמך פרשנותה לרמזים קלושים של החולה, שהוא מבקש לנתקו ממכשיר ההנשמה, אך הוא נפטר לפני תום ההליכים המשפטיים, ובית המשפט העליון דחה את העתירה בהיותה אקדמית בלבד, ללא השלכה מעשית למקרה קונקרטי⁵⁷³.

המקרה של שמעון נחייסי, שסבל ממחלת שרירים ניוונית חשוכת מרפא – אשר ביקש בעצמו בהיותו בר כושר לקבלת החלטות, להורות לרופאים שימנעו מלעשות כל מעשה אשר תכליתו היחידה היא להאריך את חייו באופן מלאכותי באמצעות מכשיר החיאה. בית המשפט העליון דחה את העתירה בגין סיבות נוהליות, וגם בהיות השאלה תיאורטית בלבד בשלב הדין⁵⁷⁴.

המקרה של יעל שפר, תינוקת שסבלה ממחלת תיי-זקס⁵⁷⁵ – אמה פנתה לבית המשפט בבקשה למתן פסק דין הצהרתי, שתהא הקטינה באמצעות אמה זכאית לסרב לכל טיפול מאריך-חיים, למעט שיכון כאבים גרידא. בית המשפט המחוזי מחק את הבקשה על הסף⁵⁷⁶. האם הגישה ערעור על כך לבית המשפט העליון, אשר דחה את ערעורה, וקיים את פסק הדין שניתן בבית המשפט המחוזי⁵⁷⁷.

מחדלו לא היו הגורם התכוף, ולא היו הגורם היחיד למותו של האחר: ... (4) במעשהו או במחדלו החיש את מותו של אדם הסובל ממחלה או מפגיעה שהיו גורמות למותו גם אילו לא מעשהו או מחדלו זה⁵⁶⁸. בית המשפט המחוזי הסיק, שאין הבדל בין המתת חסד פעילה, לבין הימנעות מנקיטת אמצעים שיש בהם כדי להציל חיים. אמנם לא נבחנה באופן עקרוני השאלה מה תוקפה של הוראת חולה לרופאיו להימנע מנקיטת אמצעים המיועדים להאריך את חייו, כשההוראה ניתנה מראש בהיות החולה כשיר להחלטה. אך מכל מקום הסיק בית המשפט הזה, שזכות כזו יכולה להיות נתונה רק לחולה עצמו שהוא בגיר וכשיר, ולא לחולה שהוא קטין או פסול דין⁵⁶⁹.

המתת חסד פעילה אסורה על פי החוק, והורים שהרגו את ילדיהם מתוך רחמים נידונו והורשעו בבתי משפט בארץ – בשנת 1964 נשפטה גיזלה כפרי על רצח בנה המפגר, ונידונה לשנת מאסר בפועל⁵⁷⁰; בשנת 1975 נאשמה עליזה הלמן בהריגת בנה בן 37, שלקה במחלה ממאירה, ונשפטה לשנת מאסר בפועל⁵⁷¹. מידת העונש הראויה להורים הממיתים את ילדיהם מתוך רחמים נידונה גם בבית המשפט העליון⁵⁷².

בתי המשפט דנו במספר מקרים של בקשות להימנע מטיפול מאריך-חיים, או להפסיק טיפולים כאלו בחולים סופניים;

[572] ALS [K572] amyotrophic lateral sclerosis; [573] בג"צ 820/87, נקש נ' מנביל משרד הבריאות; [574] בג"צ 945/87, נחייסי נ' החסתדרות הרפואית בישראל, פ"ד מב (1) 135; [575] Tay-Sachs disease; [576] ח"פ (ת"א) 779/88, פורטס במסקים תשמ"ט, ב. עמ' 240 ואילך; [577] ע"א 506/88 – יעל שפר על ידי אמה טלילה שפר נ' בית החולים הממשלתי ע"ש וי

[568] חוק העונשין תשל"ז-1977, סעיף 309; [569] ח"פ (ת"א) 779/88, פורטס במסקים תשמ"ט, ב. עמ' 240 ואילך; [570] בית משפט מחוזי בת"א, חיתנה"מ נ' כפרי, ת.פ. 455/64. עונשה הומתק על ידי נשיא המדינה לארבעה חודשי מאסר בלבד; [571] בית משפט מחוזי בת"א, מדינת ישראל נ' עליזה הרמן, ת.פ. 555/75; [572] פד"י, כב, 1968, עמ' 285;

המקרה של בנימין אייל, שסבל מטרשת צד חוט-השדרה⁵⁷⁸ — אשר ביקש בעצמו פסק-דין הצהרתי בעת שהיה בר-כושר שיפוט, להורות לרופאים שימנעו מלעשות כל מעשה אשר תכליתו היחידה היא להאריך את חייו באופן מלאכותי באמצעות מכשיר החייה. בית המשפט⁵⁷⁹ קבע, שבנסיבות המקרה הנידון התביעה הכללית לא תראה כמחדל פלילי או ניזקי אם הרופא המטפל ייענה לבקשת החולה, ולא יכפה עליו בבוא העת חיבור למכשיר הנשמה⁵⁸⁰.

המקרה של מרים צדוק, שסבלה ממחלת אלצהיימר, כשהייתה בשלב בלתי קומפטנטי, אך השאירה תצהיר וקלטת, ובהם בקשה לא להאריך את חייה באמצעים מלאכותיים — בעלה של האשה ביקש מתן סעד הצהרתי, שיכיר בזכותה של החולה לבל יוארכו חייה

¹²³⁴⁵⁶⁷אח"ח

באופן מלאכותי, באמצעות הזנה מלאכותית, ו/או מתן חמצן, ו/או חיבורה למכונת הנשמה. בית המשפט⁵⁸¹ קבע, שאין לחייב את הרופא להימנע ממתן מזון וחמצן כאשר הוא סבור שיש בכך כדי להקל על מצוקה זמנית. אבל משעה שהתברר שהמצב אינו זמני, והקיום של החולה תלוי בהזנה ובמתן חמצן — יש לכבד את רצון החולה, ולהפסיק את אמצעי ההקלה.

המקרה של רודני, שסבל מנפחת ריאתית⁵⁸² ושבר בחוליה צווארית חמישית, ועקב כך נזקק להנשמה מלאכותית. אשתו ביקשה לנתקו ממכשיר ההנשמה. תביעתה נדחתה, כי לפי הערכת בית המשפט על סמך עדויות רפואיות לא היה החולה במצב סופני, והמדובר בטיפול שבאותו שלב הצליח לשפר את מצבו של החולה⁵⁸³.

¹²³⁴⁵⁶⁷אח"ח

כבדו את רצונו ואת החלטת בית המשפט, ולא חברוהו למכשיר הנשמה; [581] המרצת פתיחה 759/92, בית המשפט המחוזי בתל-אביב. פורסם בפ"מ תשנ"ב, ב, עמ' 485 ואילך; [582] *emphysema*; [583] ח"פ 575/93, בית המשפט המחוזי בתל-אביב.

בעת; amyotrophic lateral sclerosis [ALS] [578] ח"פ 1141/90, בית המשפט המחוזי בתל-אביב. פורסם בפ"מ תשנ"א, ג, עמ' 187 ואילך; [580] ואמנם בנימין אייל נפטר ביום כ' בניסן תשנ"ג (11.4.93), לאחר הדרדרות במצבו, כשהרופאים