אוטונומיה, אלטרואיזם וסמכות באתיקה רפואית
מאמרים לכבוד פרופ׳ שמעון גליק

בעריכת

אלן ג׳וטקוביץ

שפרה שורץ

אוטונומיה, אלטרואיזם וסמכות באתיקה רפואית

מאמרים לכבוד פרופ׳ שמעון גליק

בעריכת

אלן ג׳וטקוביץ
שפרה שורץ

הוצאת הספרים של אוניברסיטת בן־גוריון בנגב

Autonomy, Altruism and Authority
in Medical Ethics
Essays in Honor of Professor Shimon Glick

edited by

Alan Jotkowitz
Shifra Shvarts

תרגום מאנגלית: רנה הוכמן
הפצה: מוסד ביאליק
www.bialik-publishing.co.il
מסת"ב 978-965-536-214-5

©
כל הזכויות שמורות
להוצאת הספרים של אוניברסיטת בן־גוריון בנגב
באר־שבע תשע"ו

תוכן העניינים

עם המהדורה העברית ז

שמעון גליק – מילות הוקרה
רבקה כרמי ט

שמעון גליק – בהגיעו לגבורות
כרמי (מרגוליס) מרגלית יא

הקדמה טו

פרק ראשון גרימת נזק בלתי מכוונת למטופל קשיש תשוש: האם לעתים אנו שותפים לפשע?
א. מארק קלרפילד 1

פרק שני אתיקה רפואית וחופש אקדמי – החוויה ההולנדית שלי
רפאל כהן־אלמגור 15

פרק שלישי פלוגתא לגבי הפסקת טיפול מאריך חיים
רענן גילון 41

פרק רביעי קדושת החיים והזכות לחיים: הזנה בכפייה של שובתי רעב
מיכאל ל. גרוס 63

פרק חמישי חובות מוסריות והתלבטויות אתיות קשות של מנהל בית חולים
יונתן הלוי 79

פרק שישי מדיות חברתיות ורפואה: אתגרים אתיים ומעשיים
אנדרו קופלמן ופאול ס. אפלבאום 91

פרק שביעי לא לבצע החייאה לאבא
ג'והן לנטוס 119

פרק שמיני סיפורים: מענה לג'והן לנטוס
אלן ג'וטקוביץ 147

פרק תשיעי שווים ושווים יותר: השורשים ההיסטוריים של ערכי השוויון והעזרה ההדדית במערכת הבריאות בארץ ישראל
שפרה שורץ, עפרה גולן וגיורא קפלן 169

פרק עשירי הגדרות של מושגי יסוד לאור חידושי המדע המודרני
הרב פרופ׳ אברהם שטיינברג 195

פרק אחד עשר זהות הרופא והאתיקה של הטיפול
אלפרד א. טאובר 219

פרק שנים עשר ניצחון או עריצות? הרהורים על שמעון גליק ועל מושג האוטונומיה בביו־אתיקה
פאול רוט וולפה 237

עם המהדורה העברית

הספר שלפנינו ראה לראשונה אור באנגלית: Alan Jotkowitz *and* Shifra Shvarts (Eds.) (2015). *Autonomy, Altruism and Authority in Medical Ethics: Essays in Honor of Professor Shimon Glick*. New York: Nova Science Publishers. המהדורה העברית של ספר זה לכבודו של פרופ׳ שמעון גליק, רופא, איש הנגב, מומחה ברפואה פנימית, אתיקה וחינוך רפואי, מודל ודוגמה לתלמידי רפואה ולרופאים, רואה אור הודות ליָזמתה של פרופ׳ רבקה כרמי, נשיאת אוניברסיטת בן־גוריון בנגב, בתמיכת הפקולטה למדעי הבריאות ומרכז הרב יעקובוביץ לאתיקה רפואית יהודית.

יָזמה זו נבעה מתוך הרצון להציג לתלמידי הרפואה ולרופאים בישראל את הסוגיות האתיות והביו־אתיות המרכזיות, העומדות בבסיס הערכים המוסריים של החברה במאה ה־21 – שמירה על החיים ועל כבוד האדם ובריאותו. אלו הן סוגיות אוניברסליות שחוצות גבולות וחברות. תלמידי הרפואה והרופאים לעתיד יידרשו להתמודד עמן במהלך שנות עבודתם ברפואה.

אנו מקווים שהוצאתו לאור של ספר זה בעברית אכן תקרב את הסוגיות הללו ללִבם של העוסקים ברפואה ובבריאות בישראל ותוביל להרחבת הדעת בנושא חשוב זה. אם כך יהיה, בזה יהיה שכרנו.

אלן ג׳וטקוביץ ושפרה שורץ (עורכים)
אוניברסיטת בן־גוריון בנגב
באר־שבע
יולי 2016

שמעון גליק – מילות הוקרה

רבקה כרמי

פרופסור לפדיאטריה ונשיאת אוניברסיטת בן־גוריון בנגב

לכבוד ולעונג לי לחבר הקדמה לספר המוקדש לשמעון גליק בהגיעו לגבורות. שמעון היה תמיד, בעבורי ובעבור אין ספור אחרים, מורה דרך וסמל של יושרה מקצועית, יועץ חכם ותמרור בנתיבי המוסר של עולם הרפואה האקדמית, שיכול להיות לא פעם קשוח ומזַמֵן מעידה. פעמים רבות הזדמן לי ליהנות מעצתו החכמה ומאורחותיו הצנועות, כאשר סייע לפתור בעיה שנדמה כי הייתה ללא פתרון. השיח השקט והנימוסי עם שמעון היה משב רוח רענן, שהותיר אותי תמיד נבונה יותר ואופטימית יותר, בבואי להתגבר על האתגרים היומיומיים, שהיו מנת חלקי, תחילה כדיקנית וברבות הימים כנשיאת האוניברסיטה.

שמעון נולד בניו־ג'רזי. הוא בוגר המרכז הרפואי של דאונסטייט ניו־יורק. הוא התמחה ברפואה פנימית במרכז הרפואי מיימונידס, במרכז הרפואי של אוניברסיטת ייל ובבית החולים מאונט סיני. לאחר מכן היה עמית מחקר במעבדה של ד"ר יאלו, כלת פרס נובל, בבית החולים של ותיקי הצבא בברונקס, ותרם תרומה משמעותית למחקר בתחום האנדוקרינולוגיה. כבר בגיל 35 מונה למנהל השירות הרפואי של בית החולים "קוני איילנד" בברוקלין והוכתר בתואר פרופסור קליני לרפואה פנימית במרכז הרפואי של דאונסטייט ניו־יורק.

בין השנים 1965-1967 שימש נשיא אגודת המדענים היהודים האורתודוקסיים של ארצות הברית והיה בין המייסדים של אגודת רופאי הקהילה העירונית ונשיאה הראשון. אגודה זו הייתה קבוצת פעילים מקרב מנהלי מחלקות, שלחמה למען שיפור תנאי האשפוז של המטופלים בבתי החולים העירוניים של ניו־יורק. המשרות שבהן כיהן שמעון מייצגות את שתי השאיפות העיקריות שהניעו אותו ובערו כאש בעצמותיו במהלך כל חייו: הכללת ערכי היהדות והאתיקה בפרקטיקה הרפואית המודרנית וצו המוסר להילחם למען צדק חברתי בכלל ובמערכת הבריאות בפרט.

בשיא הקריירה המזהירה שלו בארצות הברית הוא נענה להזמנתו של פרופ' משה פריבס (הנשיא הראשון של אוניברסיטת בן־גוריון שהייתה אז בחיתוליה) להצטרף לסגל המרצים. לימים היה דיקן בפקולטה למדעי הבריאות. ב־1974

התמנה לפרופסור לרפואה פנימית וליושב ראש־מייסד של החטיבה לרפואה הפנימית בפקולטה למדעי הבריאות של האוניברסיטה הצעירה על שם דוד בן־גוריון ושל המרכז הרפואי סורוקה בבאר־שבע. בַּהמשך היה דיקן הפקולטה וראש שירותי הבריאות של הנגב, ראש מרכז משה פריבס לחינוך רפואי וראש מרכז יעקובוביץ׳ לאתיקה רפואית יהודית באוניברסיטת בן־גוריון.

אולם חשובה יותר מכל משרות הכבוד שמילא הייתה השפעתו הברוכה על אלפי הסטודנטים לרפואה שחינך. החלק הבלתי כתוב של תכנית הלימודים, ששמעון הנחיל לתלמידיו על ידי דוגמה אישית ומופת, הוא הכבוד שהוא רחש לכל המטופלים, ללא כל קשר לרקע האישי שלהם, והמחויבות המוחלטת לפעול בכל מצב לטובת המטופלים. שמעון הוא אמן הריאיון הרפואי. להתבונן ולשמוע איך הוא מתקשר עם החולה ומלקט פרטים רפואיים חיוניים עליו, תוך כדי שיחה עִמו, משולים לצפייה במלאכת מחשבת הנרקמת לנגד עיניך.

הוא גם אינו חושש לעולם להיות בעמדה בלתי פופולרית, אם הוא חושב שהיא העמדה הנכונה. דוגמה אחת למצב, שבו הוא נמצא בניגוד ברור לרוב עמיתיו, הייתה התנגדותו העיקשת לשביתות של רופאים, בשל הנזק האפשרי והסבל שעלולים להיגרם לחולים. לאחרונה הביע את תמיכתו בהזנה בכפייה ובלבד להציל חיים.

שמעון היה בעבר נשיא האגודה האנדוקרינולוגית הישראלית, ועתה הוא חבר במכון הרפואי של האקדמיה הלאומית למדע בארצות הברית. הוא פרסם מאות מאמרים בכתבי העת היוקרתיים ביותר בתחום הרפואה הפנימית, תוך שהוא מתמקד באנדוקרינולוגיה ובהיבטים השונים של אתיקה רפואית. במשך למעלה מעשור הוא היה נציב תלונות הציבור של מערכת הבריאות הלאומית הישראלית. אף שתפקיד זה אינו מבטיח אהדה מצד רבים, הוא מילא אותו כפי שנהג תמיד, תוך מחויבות ללא תנאי לערכי המוסר ובשקיפות מלאה ומוחלטת. הוא זכה בפרסים חשובים, ובכלל זה פרס למפעל חיים ממשרד הבריאות ומהחברה הישראלית לרפואה פנימית.

שמעון נשוי לברנדה (לבית רובינשטיין), הוא אב לשישה, סב ל־46 נכדים וסבא רבא ל־65 נינים. הוא טוען שזה הישג חייו, ועליו גאוותו הגדולה ביותר.

שמעון אוהב במיוחד לספר על דברי העצה שקיבל מהרב שלו, כשהתחיל ללמוד רפואה: ״לעולם אל תהיה אדיש לסבלו של אדם!״.

בהיותו איש דוגמה ומופת הנחיל שמעון מסר זה לתלמידיו ולמעריציו הרבים. אוניברסיטת בן־גוריון גאה להתכבד בכבודו של אחד האישים הדגולים שלה ומעמודי התווך העיקריים של המוסד.

שמעון גליק – בהגיעו לגבורות

כרמי (מרגוליס) מרגלית

פרופסור (בדימוס) לפדיאטריה באוניברסיטת בן־גוריון בנגב

המילה Festschrift מצאה את דרכה לאנגלית בשנת 1898 באמצעות עלון של החברה האמריקאית למתמטיקה. האטימולוגיה שלה תוארה לראשונה במילון אוקספורד לשפה האנגלית ב־1933, אך הערך המילוני הזה לא חודש מאז 1971. הסיבה לעובדה שהתיאור של המקור האטימולוגי קצר וממוקד, נעוצה כנראה בכך שזו אחת המלים הבודדות, שלה משמעות אחת ויחידה בלבד. פירושה: אסופת מאמרים המצטרפים לכרך מכובד, הניתן להוגה דעות או למדען דגול בהגיעו לגיל מסוים או לפרק מיוחד בקריירה שלו. מילולית, Festschrift פירושה "מגילה חגיגית".

כשנתבקשתי לכתוב פרק ל"פסטשריפט" לכבודו של שמעון בהגיעו לגבורות (כך נקרא בתלמוד הגיל 80, והכוונה כנראה לכוח הרוח, ולא לכוח פיזי), ראיתי בזאת מחמאה, אך הייתי גם במבוכה. כל אימת שנתבקשתי לכתוב בעבר דברי הערכה לאסופת מאמרים, היה לי ברור שהנושא צריך להיות תחום עיסוקו המיוחד של הוגה הדעות או של איש המדע. אינני מומחה לביו־אתיקה. אף אם ניקח בחשבון את הפעם היחידה, שבה השתתפתי עם שמעון בוועדת היגוי מסוימת בבוסטון (ואני לא דיברתי שם על ביו־אתיקה) ואת עזרתי בעיצוב תכניות הלימודים בתחום הביו־אתיקה (החל בתסריטי מקרים ששמעון הגה, באופן חדשני, בתחילת דרכו של בית הספר לרפואה ע"ש גולדמן באוניברסיטת בן־גוריון, באמצע שנות ה־70 של המאה הקודמת), עדיין אינני ראוי להיקרא מומחה לביו־אתיקה.

עם זאת, קיבלתי את הרמז שהציע לי העורך: "...אולי מבוא כלשהו...". אך נזכרתי בבעיה העיקרית שיש לי עם סוג זה של כתיבה, שגם מילון אוקספורד מזכיר אותה בדוגמה המובאת במהדורת 1967: *Garlands, festschrifts and birthday books tend to be tedious.* (= *"זֵרים חגיגיים, כתבי הלל לציון אירועים וספרי יום־הולדת נוטים להיות משעממים"*). הם משעממים מפני שאף שהם מטפלים באלגנטיות בהיבטים האקדמיים של הנושא, ברוב המקרים אינם אומרים הרבה על איש המדע עצמו.

אינני רוצה לספר לכם על שמעון גליק הוגה הדעות ואיש המדע, ואף לא על איש החינוך בתחום הביו־אתיקה, אף שאין ספק שהוא אכן מגלם בתוכו את שלוש התכונות אלו, אלא רוצה אני לספר על שמעון המורה והקלינאי.

מה שמדהים בו כמורה הוא כי במשך 39 השנים האחרונות הסטודנטים ששומעים את שמו, מגיבים ב"אה, גליק, הוא גדול!" או "הוא מדהים, הוא נפלא". לא שאני טוען כי מרבית הסטודנטים מדברים עליו כך, אני רק אומר, כי במשך כל השנים, שבהן לימדתי באותה אוניברסיטה, כמעט שלא שמעתי מעולם סטודנט שמגיב אחרת למשמע שמו.

מדוע הם מגיבים כך? משה פריבס היה עשוי לומר: "זה הודות לאישיות המיוחדת שלו!". אמנם קשה לחלוק על כך, אבל הייתי גם מוסיף, כי כאשר אתה מתבונן בשמעון מרצה בכיתה, משוחח עם קבוצה קטנה או עם סטודנט בודד, בולטים מיד שלושה מאפיינים. ראשית, הוא תמיד מוכן לשוחח עם סטודנטים; שנית, הוא מדבר עם הסטודנטים בגובה העיניים ולעתים בטון מבודח; שלישית, הוא מקשיב קשב רב ולוקח ברצינות כל מה שהסטודנט אומר. הוא גם ניחן בתכונה שאינה נפוצה די הצורך, אך על פי ניסיוני רק המורים הטובים ביותר ניחנים בה: החלפת דעות עם סטודנט או דיון עמו עשויים לשכנע אותו לשנות את דעתו.

מאפיין מיוחד אחרון של שמעון המורה הוא כישרונו לייצר חדשנות מרעננת בשיטת ההוראה, מתוך רצון לערב את הסטודנט באופן פעיל. דוגמה אחת למשהו, שהוא היה מלמד שוב ושוב במשך שנים רבות, אך נותר תמיד רענן וגורם לתגובות נלהבות מצד הסטודנטים, היא שבועת הרופא. במשך 16 השנים האחרונות הוא הקפיד להחיות את נושא הביו־אתיקה ההכרחי הזה, אך כנראה היבש במהותו, והפך אותו לא רק למעניין אלא גם למרתק, על ידי דרישתו מתלמידי השנה הראשונה לרפואה לחבר את שבועת הרופא הפרטית שלהם. לאחר הקדמה היסטורית ופילוסופית, תלמידי הכיתה מתפזרים, משוחחים, מתווכחים ומחברים שבועה, שבדרך כלל עוברת שינויי עריכה אחדים, עד שכולם מסכימים לחתום עליה.[1] בסופו של התהליך, בטקס שבועת הרופא, שבו הסטודנטים מקבלים על עצמם את כיבוד שבועת הרופא הישראלי, נציג אחד מהם קורא את שבועת הכיתה בפני כל הנוכחים בטקס. אחר כך ממסגרים אותה

1 קרה שסטודנט אחד, וכחן במיוחד, סירב בתוקף לחתום על השבועה. גם אחרי שיחות מעמיקות עם שמעון ועם חברי סגל אחרים, הוא עדיין עמד בסירובו. מאחר שהגרסה הפרטית שלו לא הייתה שונה באופן מהותי, הורשה גם הוא להעלות אותה על הכתב ולחתום עליה

ושומרים עליה במקום מיוחד המיועד לכך, שבו היא מוצגת עם יתר השבועות מהשנים הקודמות.

איש אשכולות, הוגה דעות, מורה לתפארת, רופא ומחנך. יכולנו לומר בנקודה זו "דיינו!". ברם אחד הדברים הבלתי רגילים ביותר שראיתי את גליק עושה היה דווקא לא באחד התפקידים שמניתי, ואף לא בכובעו כמנהל מחלקה או כדיקן, אלא כקלינאי וכמיישם תורת הביו־אתיקה הלכה למעשה.

לפני כמה שנים בא אליי זוג סטודנטים דתיים נשוי, שהכרתי היטב, כדי להיוועץ בי כרופא ילדים בבעיה מסובכת. הרעיה הייתה בשבוע 16 להריונה, וזה עתה נאמר לה אחרי בדיקת אולטרסאונד, כי קיים חשד רציני למומים מסוימים אצל העובר. המומחה לאולטרסאונד אמר, שאינו משוכנע לחלוטין באשר למומים, כי העובר עדיין קטן וכי יש לחזור על הבדיקה בעוד כמה שבועות. אם אכן החשד יתאמת, הוא יעץ להם להפסיק את ההיריון. הוא טען, שבמקרה שיוכח שהמום אכן קיים, הסיכוי של התינוק לחיות חיים רגילים קלוש ביותר.

הזוג היה המום, כמובן. כעבור שלושה שבועות נערכה בדיקת אולטרסאונד נוספת, ולא זו בלבד שהחשדות התאמתו, אלא נצפו מומים נוספים (בעמוד השדרה), שלא אובחנו בבדיקה הקודמת. הם ניסו להסביר לי, כי לא היו מסוגלים לדון לעומק בפעולה הנדרשת. הם אמרו, כי ההלכה היהודית אינה נהירה להם די הצורך, אך הם חוששים, שאין סיכוי רב שההלכה תאפשר להם לבצע את ההפלה. קשה היה להם אף להחליט, אם הפלה הייתה אכן מה שהם באמת רוצים. זכור לי שהבעל אמר לי: "אינני יודע אף אם שנינו מסכימים על מה שצריך לעשות!" הזמן דחק. היא הייתה בשבוע 21 להריון, ואם יוחלט על הפסקת היריון, צריך לעשות זאת מהר ככל האפשר.

הצעתי להם לדבר עם פרופסור גליק, ואני שוחחתי אִתם כעבור כמה שעות. האישה סיפרה לי, כי הרגישה שפרופסור גליק עזר להם מאוד ותמך בהם. לאחר ששוחחו עִמו על הבעיה מההיבט הרפואי והדתי ולאחר ששמע מה הם רגשותיהם ודעותיהם, הוא הציע להם להיוועץ ברב שהיה לו ניסיון רב בנושא הפלות. לבסוף, הם הסכימו לבצע את ההפלה. היא עברה בהצלחה מבחינה רפואית, אך הייתה טראומטית מאוד מבחינה רגשית.

שנה וחצי מאוחר יותר ומחצית השנה לאחר לידת ילדם הבריא, שאלתי את האישה מה הייתה הרגשתה, כשהיא שוחחה עם שמעון גליק. "ביטחון רב" – היא אמרה – "הוא האזין. הוא הקשיב והתייחס. הוא פרש בפנינו את העובדות, אך לא ניסה לנקוט עמדה. נדמה לי, שאף הזכיר מקרה שהתרחש במשפחתו־שלו.

זכור לי, שבעלי ניהל את רוב השיחה, אך פרופסור גליק הקפיד לשאול גם מהי דעתי. הערכתי את זה מאוד!".

אני שואל את עצמי, האם המטופלים שלי מרגישים ביטחון? או המטופלים של עמיתיי? מטופלי הסטודנטים שלי? אני יודע כי רוב המטופלים של שמעון מרגישים כך.

אם מסתכלים גם בהמשך הערך "פסטשריפט" במילון אוקספורד, ניתן למצוא שם גם את הציטוט הבא מכתב העת "נייצ'ר" מ־1969: *"הפסטשריפט... לכבוד יום ההולדת ה־60 של דלבריק שחל ב־1966, מלא בסיפורים על התעקשותו של דלבריק על ראיות ללא עוררין בכל תביעה."* אין זה נשמע משעמם. זה אף גורם לי לרצות ללמוד יותר על דלבריק, נושא שעליו, אני נאלץ להודות, לא ידוע לי כמעט כלום.

הפסטשריפט שלנו לכבודו של שמעון שופע סיפורים המספרים על הגישה ההומנית הבלתי מתפשרת שלו כמחנך וכקלינאי. זו גבורתו האמִתית בעיניי, בכך כוחו הגדול.

הקדמה

שמעון (סיימור) גליק הוא רופא פעיל, חוקר, איש אתיקה ומנהל רפואי יותר מיובל שנים. במהלך הקריירה המרשימה שלו הוא חינך אלפי סטודנטים ולימד אותם איך להיות רופא בדרך מוסרית, רגישה ואמפתית. אחד הדברים המדהימים שאפשר לומר על שמעון הוא ההתלהבות הכמעט נערית, שהצליח לשמר כלפי מקצוע הרפואה והחינוך של רופאים צעירים. גם בגיל שמונים הוא עדיין רופא פעיל ואף וממשיך ללמד אתיקה רפואית ואנדוקרינולוגיה בקרב כלל תלמידי הרפואה באוניברסיטת בן־גוריון. בדרך כלל, הוא הראשון המופיע לעבודה בבוקר. הוא ממשיך לכתוב מאמרים חשובים בנושא ביו־אתיקה. הוא נוהג ללגלג תמיד, כשהוא נשאל אם לא יצא לגמלאות, ועל כך הוא עונה בקריצת עין אופיינית: "כן, פרשתי מהשכר."

קולו המיוחד נשמע ברמה וממשיך להיות מכובד בקרב קהיליית המומחים לביו־אתיקה בכל העולם, הגם שאיננו נרתע מלהביע דעה שאינה מקובלת על הכול. נפל בחלקנו כבוד מיוחד להציע לקורא את אסופת המאמרים הללו בנושא האתיקה הרפואית. אלה חוברו על ידי מומחים בעלי שם עולמי לכבוד יום הולדתו ה־80 של שמעון גליק, שאותו חגג לא מכבר עם ברנדה, אשתו מזה 59 שנים, עם ששת ילדיו, עם 46 נכדיו ועם 65 ניניו. כן ירבו.

רבים מהחיבורים המופיעים כאן נכתבו כתשובה לנושאים שהועלו בעבודותיו הקודמות של שמעון בתחום, ומתייחסים לעמדות שהביע. אולם לכל מי שמכיר את שמעון ברור לחלוטין, שהוא מברך על ביקורת על עבודתו ומעדיף לשמוע דעה של מישהו שמתנגד לו מאשר של מישהו שמסכים עִמו.

פרופסור מרק קלרפילד מתייחס לבעיה של אי־גרימת נזק בכל הנוגע לחולה הקשיש התשוש ומביא דוגמאות מבדיקות סקר לגילוי סרטן הערמונית ומחלת אלצהיימר. יש לו ויכוח ארוך עם שמעון, שתמך בהזנה מלאכותית הן של נגועי שיטיון והן של אסירים שובתי רעב. הוא מעלה את השאלה אם אנו גורמים נזק יותר מתועלת לאוכלוסיית הקשישים.

פרופסור כהן־אלמגור, שעִמו היו לשמעון חילוקי דעות בדבר התאבדות בסיוע רפואי, מספר על הקשיים, שבהם נתקל בפרסום של עבודותיו על המתת חסד בהולנד ועל הלקחים שהפיק מכך.

פרופסור רענן גילון טוען בצורה מכובדת נגד קביעתו של שמעון, שיש הבדל מוסרי בין מניעת טיפול לבין הפסקת טיפול. אליבא דגילון, קיים צו מוסרי לכבד את רצונו של החולה, הדורש להפסיק את הטיפול בו.

במהלך שנים רבות טען שמעון בעקביות, כי מוצדק מבחינה אתית להזין בכפייה אסירים פוליטיים שובתי רעב. פרופסור מיכאל גרוס סוקר בכישרון רב את הטיעונים בעד ונגד הנוהל הזה. מסקנתו הסופית היא כי "הזנה בכפייה צריכה להיעשות רק במקרים נדירים ורק אם כל ניסיונות השכנוע הסבירים נכשלו."

פרופסור יונתן הלוי מתייחס לדילמות האתיות שמתעלמים מהן בתדירות, העומדות בפני מנהל בית חולים והפכו לשכיחות יותר בתקופה הנוכחית של רפואה, שעומדים לרשותה אמצעים מוגבלים. הוא מתמקד בשאלות ניהול סיכונים, בסוגיות של קדימויות במיון, במוגבלויותיו של הרופא, בחלוקה נכונה של משאבים מצומצמים ובאוטונומיה של המטופל. שמעון היה מעורב אישית בכמה וכמה מתחומים בעייתיים אלה הן כדיקן בית הספר לרפואה הן כנציב תלונות הציבור במשרד הבריאות.

הפרופסורים קופלמן ואפלבאום דנים בבעיה החשובה של השפעת הרשתות החברתיות על הפרקטיקה הרפואית המקובלת כיום ובאתגרים האתיים הנובעים מכך לעתים קרובות. סוגיות כגון סודיות רפואית, סייגים נכונים שראוי לקבוע והשפעתם של כל אלה על היחסים בין רופא למטופל זוכים להתייחסות ברשתות החברתיות.

באמצעות סיפור מותם של אביו ושל חמותו, פרופסור ג'והן לנטוס מדגים את המורכבות המיוחדת של כל מקרה ומקרה ואת הקושי להישען בפשטות על עקרונות האתיקה, בניסיון לפתור את הדילמות המוסריות שאנו חייבים להתמודד אִתן בבית החולים. בתשובה לפרופסור לנטוס, פרופסור אלן ג'וטקוביץ מצביע על כך, כי הפוסקים היהודיים בתחום האתיקה מודעים לקשיים הטבועים בגישה המושתתת אך ורק על העיקרון. לכן הם פונים להגות ולחיפוש מעמיק וביקורתי בתלמוד כדי להרכיב את הפסיפס של האתיקה היהודית האמִתית. גם שמעון ינק מהמסורות היהודיות, ובמיוחד זו המקדשת את החיים בכל סוגיה אתית הדורשת את החלטתו.

פרופסור שפרה שורץ, ד"ר עופרה גולן וד"ר גיורא קפלן מתחקים אחר השורשים המרתקים של עקרונות הצדק והשוויון במערכת הבריאות הישראלית. הם מגוללים את הסיפור המרתק של התפתחות עקרונות אלה על ידי הבאת מקרים מבתי החולים הירושלמיים במאה ה־19 וסקירת ההתפתחות המוקדמת של קופות החולים בתחילת המאה ה־20. השימוש בצדק החלוקתי בשירותי

הבריאות עמד תמיד במוקד הקריירה המקצועית של שמעון משחר נעוריו. לדוגמה, כמנהל הצעיר של מחלקת הרפואה הפנימית בבית חולים קוני איילנד, הוא היה הרוח החיה של הקמת ארגוני זכויות החולים (אגודת רופאי הקהילה העירונית), שלחמו למען טיפול שוויוני בבתי החולים הציבוריים. כמו כן, מוכרת היטב התנגדותו לרפואה הפרטית בישראל.

פרופסור אברהם שטיינברג מתייחס לשאלה איך המשפט היהודי מגדיר מושגים בסיסיים, כגון אימהות, אבהות והיִצור האנושי לאור המדע המודרני. פרק זה נוסך אור על השאלה כיצד מסורת דתית מסוימת מתייחסת להישגי הטכנולוגיה ולהתקדמות הרפואה בבואה לפתור סוגיות מוסריות, שאותן לא יכלו חכמי העבר להעלות על הדעת.

פרופסור אלפרד טאובר משכנע בנימוקיו, שהתנגדותו העזה של שמעון לשביתות הרופאים מושרשת עמוק בעולם המושגים שלו, הקובעים מה צריך אדם ברצותו להיות רופא. במילותיו של טאובר עצמו, "כדי לזכות במעמד שממנו הרופא נהנה, לא די שיצבור מאגר עצום של ידע ומחויבות למקצוע, הרופא חייב גם לקבל על עצמו את עול האחריות *האישית* העמוקה, להבטחת טיפול הולם בחולה". בעשייתו הרפואית היומיומית, שמעון היה תמיד דוגמה מצוינת לאתוס זה וממשיך להיות כך.

פרופסור פאול רוט וולפה מציין, שהצו התפיסתי של אוטונומיה היה לעיקרון המוביל בביו־אתיקה של התרבות המערבית, התפתחות שהוא מכנה "ניצחון האוטונומיה". עם זאת, מתברר לנו יותר ויותר, כי העלאת האוטונומיה לדרגת עליונות בסולם הערכים אינה יכולה לפתור את כל הדילמות הביו־אתיות של המציאות המודרנית. שמעון ניצב תמיד בחזית הטוענים נגד עליונות האוטונומיה הטהורה בקבלת ההחלטות אתיות על חשבון ערכים אחרים, כגון קדושת החיים, זכויות הרופא ורווחה חברתית.

אנו משוכנעים שאסופה זו של מאמרים, שנכתבו על ידי מומחים בעלי שם עולמי, היא מחווה ראויה לקריירה של שמעון. אנו רווינו נחת במיוחד מהעובדה, שרבים מהכותבים מתייחסים ישירות לעבודתו־הוא. העבודה הקשורה בספר הזה הייתה לנו מעשה אהבה אמתי, גם לנושא וגם לאדם. אנו מבקשים לנצל הזדמנות זו ולהודות לנשיאת אוניברסיטת בן־גוריון, פרופסור רבקה כרמי, ולדיקן לשעבר של הפקולטה למדעי הבריאות של אוניברסיטת בן־גוריון, פרופסור גבריאל שרייבר, לדיקן המכהן, פרופסור עמוס כץ, ולמנהל האדמיניסטרטיבי של הפקולטה, מר הרצל ז'אן, על תמיכתם במיזם זה. ולבסוף, בשם העורכים

והמחברים כולם, תודה ענקית לשמעון על השנים הארוכות של ידידות, הדרכה, עבודה משותפת ורוח טובה, מתוך ציפייה להמשיך וללמוד ממנו עוד ועוד.

אלן ג'וטקוביץ ושפרה שורץ (עורכים)
אוניברסיטת בן־גוריון בנגב
באר־שבע, ישראל
ספטמבר 2014

פרק ראשון

גרימת נזק בלתי מכוונת למטופל קשיש תשוש: האם לעתים אנו שותפים לפשע?

א. מארק קלרפילד*

פרופסור לגריאטריה על שם סידוני הכט, מנהל בית הספר
לרפואה בינלאומית, אוניברסיטת בן־גוריון בנגב

כשאני מציג בפני סטודנטים לרפואה את עקרונות האתיקה הרפואית החילונית על פי בושאמפ,[1] בדרך כלל אין לי בעיה להסביר שלושה מתוך ארבעת עקרונותיו. "ללא גרימת נזק" הוא לרוב העיקרון הבעייתי מבחינתי, שקשה לי להתמודד אתו. ייתכן שהסיבה לכך היא בשלילה הכפולה שממנה בנוי המונח, אך לדעתי זו אינה הסיבה היחידה. לצורך ההסבר, אני משתמש בדרך כלל בדוגמה הקשה, אך הברורה ביותר, של "ניסויים רפואיים", שבוצעו על ידי הנאצים בקורבנות חסרי ישע (בדרך כלל יהודים) במהלך מלחמת העולם השנייה.[2] אולם נראה שדווקא הסטודנטים שלי, שמן הסתם בקושי שמעו על זוועות השואה, הבינו מיד את המושג. אך מאחר שאיש מאתנו אינו יוזם או מתבקש ליטול חלק בזוועות מסוג זה, ברוב המקרים איש אינו מקדיש מחשבה נוספת למושג אתי זה. מי ירצה להכאיב למטופלים שלנו? לפיכך, באשר להבחנה של בושאמפ, אנו מרוכזים בדרך כלל בדיון הקשור לעליונותה של האוטונומיה על פני הצבת תועלת החולה בראש מעיינינו (או להפך).

אולם בניסיון הקליני שצברתי במשך השנים, תהיתי לעתים קרובות אם (גם מבלי להבחין בכך) אין אנו גולשים, לעתים בצורה מסוכנת, להתנהלות העלולה

---

* דוא"ל: markclar@bgu.ac.il

1 Dickenson, S; Huxtable, R; Parker, M. (2010). *The Cambridge Medical Ethics Work Book.* 2nd edition. New York: Cambridge University Press, 195

2 Weindling, PJ. (2004). *Nazi Medicine and the Nuremberg Trials: From Medical War Crimes to Informed Consent.* New York: Palgrave Macmillan

לגרום נזק – לא בכוונה תחילה, כמובן, אלא בתוצאות שהיא מְסִבָּה. למשל, הטיפול בחולה קשיש תשוש, שנפטר ביחידה לטיפול נמרץ לאחר שנאבק במשך חודש שלם בקריסת מערכות, או לאחר שניתוח לתיקון שבר במפרק הירך השתבש, או לאחר אירוע מוחי קשה, הוא דוגמה נפוצה. המשפחה, המטופלים, ולעתים גם הרופאים עצמם, עשויים לשאול "מהי המטרה של כל הסבל הזה?", כשהתוצאה הסופית העצובה היא, למרבה הצער, בלתי נמנעת. האם התערבויות פולשניות כה רבות וכואבות, שבסופו של דבר מתבררות כחסרות תוחלת לעתים כה תכופות, לא ייחשבו על ידינו סוג של גרימת נזק – שוב, גם אם לא רצינו או לא התכוונו שהן יגרמו לכאב ולסבל, ובמיוחד אם החולה אינו מעוניין ברמת התערבות כזאת?

דוגמאות נקודתיות יותר ניתן למצוא בכמה מצבים נפוצים בטיפול בקשיש: בדיקות סקר בקשיש התשוש; הטיעון של רצון לבצע אבחון "מוקדם" של שיטיון (דמנציה); והשימוש בצינור להזנת חולה שיטיון בשלב הסופי. בפרק זה אוכיח שאכן אין אנו מתכוונים לגרום נזק, אך לעתים תכופות אנו גורמים נזק בשוגג עקב התנהלות זו. לאור העובדה שאנו יודעים כעת במידה מספקת שאנו צפויים לגרום נזק, אני טוען שההתנהלות שלנו עלולה להיות לפחות "חסרת תועלת" – אם לא מזיקה באופן ממשי. במקרה הראשון אני מציג את הדוגמה של שימוש בבדיקת סקר PSA (אנטיגן ספציפי לערמונית) לגילוי סרטן הערמונית. אף שאני סבור שהתקדמנו, לפחות בכל הנוגע להפחתת נזק בשוגג עקב ביצוע בדיקות סקר לגילוי מחלה זו, נזק ממשיך עדיין להיגרם. במקרה של אבחון שיטיון "מוקדם", אוכיח כי ייתכן שהמצב מחמיר. בכל הנוגע להזנה באמצעות צינור, ברור לי שבחלק מהמקרים, השימוש במילה "עינוי" (שוב, בלתי מכוון) עלול להיות קרוב למציאות.

נתחיל בסרטן הערמונית. זוהי מחלה נפוצה ולעתים אף קטלנית, הפוגעת בעיקר בגברים מבוגרים. על פי מאגר הנתונים של התכנית האמריקנית SEER (פיקוח, אפידמיולוגיה ותוצאות סופיות),[3] קרצינומה זו נמנית עם סוגי הסרטן הנפוצים ביותר בקרב גברים מבוגרים, אף כי אינה מהווה את גורם המוות הגדול ביותר מבין סוגי הסרטן. זאת מכיוון שגברים מבוגרים כה רבים שורדים שנים רבות עם המחלה, ששכיחותה עולה לאור העלייה במספר הגברים המבוגרים ובאריכות החיים שלהם. בדרך כלל, קיים היגיון ברור, מפתה, אך לעתים קרובות גם כוזב, לצערי, שאומר כי מניעה שניונית באמצעות בדיקות סקר

3 Available from URL: http://seer.cancer.gov/statfacts/html/prost.html

מובילה בהכרח לסיכוי גבוה יותר של ריפוי ולחיים ארוכים יותר.[4] טענה מופרכת זו, בנוסף על זמינותה הזולה והנפוצה של בדיקת דם PSA, שכנעה רבים (חולים ורופאים כאחד), שאנו יכולים לבצע בדיקות לגילוי מוקדם של סרטן הערמונית, לטפל בו באופן אגרסיבי ובסופו של דבר לשאוף לרפאו.

לצערי, למרות העובדה שמהלך זה עומד ברבים מהקריטריונים לבדיקת סקר משמעותית, בסופו של דבר הוא נכשל מסיבות מורכבות שאין כאן המקום למנותן. אכן פורסמו לאחרונה כמה ניסויים אקראיים ומבוקרים טובים מאוד לבדיקת היעילות של בדיקות סקר PSA, ועל פי רוב הם מראים שבדרך כלל בדיקות הסקר גורמות יותר נזק מאשר תועלת.[5] מתוך הכרה בעובדה מאכזבת זו, המליץ כוח המשימה האמריקני לשירותי מניעה (USPSTF) באופן ברור נגד השימוש בבדיקה זו לשם בדיקות סקר בכל הגילים.[6]

הממצא של ערך PSA גבוה אצל גבר ללא תסמינים מוביל כמעט תמיד לצורך בבדיקות נוספות (סריקות, ביופסיות ועוד) ובמקרים רבים, לזיהוי המקום של סרטן הערמונית, שלאחריו החולה והרופא שלו ניצבים בפני דילמה רצינית. יש שמכנים זאת "הספירלה הטיפולית". אין כיום תמימות דעים באשר לאופן שבו יש לטפל בסרטן זה. קיימות אפשרויות שונות, החל מכריתת הערמונית, דרך הקרנות, ועד להמתנה דרוכה ועירנית מתוך אופטימיות (הן מצד הרופא והן

---

4 Welch, HG. (2001). Informed choice in cancer screening. *Journal of the American Medical Association*, 285, 2776-2778

5 Schröder, FH; Hugosson, J; Roobol, MJ; Tammela, TLJ; Clatto, S; Nelen, V;Kwiatkowski, M; Lujan, M; Lija, H; Zappa, M; Denis, LJ; Recker, F; Berenguer, A; Määttänen, L; Bangma, CH; Aus, G; Villers, A; Rebillard, X; van der Kwast, T; Blijenberg, BG; Moss, SM; de Koning, HJ; Auvinen, A; for the ERSPC investigators. (2009). Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. *New England Journal of Medicine,* 360, 1320-1328; Andriole, GL; Crawford, ED; Grubb, RL III; Buys, SS; Chia, D; Church, TR; Fouad, MN; Gelmann, EP; Kvale, PA; Reding, DJ; Weissfeld, JL; Yokochi, LA; O'Brien, B; Clapp, JD; Rathmell, JM; Riley, TL; Hayes, RB; Kramer, BS; Izmirlian, G; Miller, AB; Pinsky, PF; Prorok, PC; Gohagan, JK; Berg, CD; for the PLCI Project Team. (2009). Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial. *New England Journal of Medicine*, 360, 1310-1319

6 Moyer, VA; on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. (2012). Screening for Prostate Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine,* 157, 120-134

מצד החולה). מיותר לומר, שגברים רבים יירתעו מעצם הבשורה על מחלתם ויתקשו מאוד לבחור בין האפשרויות.

כמן כן, לכל מי שבוחר בניתוח רדיקלי, קיימת היארעות גבוהה של אין אונות ודליפת שתן לאחר הניתוח. זהו מחיר גבוה מאוד שיש לשלם, במיוחד אם בדיקות הסקר לגילוי סרטן הערמונית אינן מאריכות את תוחלת החיים.

עם זאת, עקב כמה סיבות, חלקן בוודאי בעלות כוונה להיטיב, קיימים ארגונים הן מקצועיים הן בלתי מקצועיים, שמביעים התנגדות ורתיעה. לדוגמה, בזמן שהאגודה האמריקנית לאורולוגיה (AUA) מקבלת את המלצות כוח המשימה האמריקני לשירותי מניעה (USPSTF) לגבי גברים צעירים מגיל 54 ולגבי גברים בטווח הגילים 55-69, היא מאפשרת טווח תמרון, במיוחד למי שעלול להיות לו פחות ידע על אודות מגבלות בדיקות הסקר.[7] לדוגמה, הם טוענים ש־:

> מסיבה זו צוות החשיבה שלהם ממליץ מאוד על קבלת החלטות משותפת לגבי גברים בטווח הגילים 55-69, השוקלים לעבור בדיקות סקר PSA, ולהמשיך על סמך הערכים וההעדפות של האדם הספציפי.

עוד הם קובעים כי:

> *נראה שהתועלת הרבה ביותר של בדיקות הסקר טמונה אצל גברים בטווח הגילים 55-69* [הגופן נטוי במקור].

לדעתי, קביעה זו מהווה בקושי אזהרה למניעת בדיקה זו.

יתרה מכך, בעוד הנחיה זו מזהירה מפני בדיקות סקר לאנשים מעל גיל 70 או למי שתוחלת החיים שלו קצרה מ־10 עד 15 שנה, שוב הם מציעים דרך מוצא בטוענם כי:

> חלק מהגברים מעל גיל 70, שבריאותם מעולה, עשויים להפיק תועלת מבדיקת סקר לגילוי סרטן הערמונית.

קבוצת צרכנים בשם *מועצת החינוך בנושא מצב הערמונית* (PCEC) מרחיקה לכת אף יותר. עמותת המלכ"ר PCEC, שנוסדה בשנת 1989, מתארת את עצמה כך:

---

7 Carter, HB; Albertsen, PC; Barry, MJ; Etzioni, R; Freedland, SJ; Greene, KL; Holmberg, L; Kantoff, P; Konety, BR; Murad, MH; Penson, DF; Zietman, AL. (2013). American Urological Association (AUA) Guideline: Early Detection of Prostate Cancer: AUA 2013. Available from URL: http://www.auanet.org/common/pdf/education/clinical-guidance/ Prostate-Cancer-Detection.pdf

> ארגון לאומי המחויב לבריאות הגבר ... המשאב הלאומי המוביל בכל הנוגע למידע על בריאות הערמונית.

באתר האינטרנט של הקבוצה מפורט מידע מאלף בקטע שכותרתו "האם עליי לעבור בדיקת סקר לגילוי סרטן הערמונית?" אף שנשיאת הארגון, וונדי פואג', נזהרת בניסוח דבריה ונמנעת מהמליץ חד־משמעית על עריכת בדיקת סקר, היא מצוטטת כמי שאומרת את הדברים הבאים:

> בדיקות סקר שגרתיות הן הזדמנות לגלות את המחלה בשלבים הראשונים שלה ... היתרון שבקיומו של אבחון מוקדם הוא קריטי לגבר אחד מתוך 6 גברים, שיאובחן אי פעם בחייו כמי שחלה בסרטן הערמונית.[8]

אני מפרש משפט זה כקריאה ברורה לביצוע בדיקת סקר.

במלים פשוטות ולאור כל הנאמר לעיל, רבים (כולל כותב מאמר זה) סבורים שאין זה הגיוני לבצע בדיקת סקר לגילוי מחלה שבה לרוב הגברים סיכוי למות אִתה מאשר למות ממנה. הניתוח, הטיפול הכימותרפי וההקרנות שיבצעו לאחר בדיקת הסקר – רובם חסרי תועלת, ולעתים קרובות אף מזיקים. הם דוגמה טובה לתוצאה גרועה של בדיקת הסקר. ניתן אף לטעון שהרצון לבצע בדיקת סקר אצל אדם ללא תסמינים מהווה סוג של גרימת נזק, אם כי אולי לרוב בלתי מכוונת.

ייתכן שקיים (או לא) טיעון בר־תוקף, המצדיק בדיקות PSA בגברים צעירים. אך ככל שהם מזדקנים, המטופלים מתקשים להפסיק תָכנית של בדיקות סקר לאחר שנרשמו בפועל, וזאת מסיבות שונות שנותחו בקפידה על ידי טורק ואחרים.[9] כדי להחמיר את המצב עוד יותר, למרות העובדה שדעתו של הרופא היא מניע חשוב ביותר לביצוע בדיקת הסקר, אנו נוטים להתרכז בתועלת ולהתעלם מהנזקים הפוטנציאליים. כפי שמציין אחד מכותבי מאמרי מערכת:

> גם הם [הרופאים] מדווחים על תחושת אי־נוחות וחסרי הכנה לדבר על הפסקת בדיקות הסקר, מתוך חשש שייעוץ כזה יגרום לאובדן אמון וישפיע לרעה על יחסי רופא-חולה.[10]

---

8 Available from URL: http://www.prostateconditions.org/screening/about-screening/53-learn-more-about-screening

9 Torke, AM; Schwartz, PH; Holtz, LR; Montz, K; Sachs, GA. (2013). Older adults and forgoing cancer screening. "I think it would be strange." *JAMA Internal Medicine,* 173, 526-531

10 Schoenberg, MD; Walter LC. (2013). Talking about stopping cancer screening - not so easy. *JAMA Internal Medicine,* 173, 532-533

אולם כידוע, לאחר שבדיקת סקר כלשהי נמצאה חיובית, בין אם היא הייתה אמורה להתבצע מלכתחילה ובין אם לאו, ניתן לִצְפות לעתים תכופות במה שמכונה "נחיצות הטיפול" בפעולה. תופעה זו מתוארת כך:

> מומנטום חסר מעצורים כמעט לעבר התערבות שאותו חווים רופאים, חולים ובני משפחה [כאחד].[11]

בשל אופיים והכשרתם של הרופאים, ובשל הלחצים המופעלים עליהם מצד חולים ובני משפחה מודאגים, הם נכנעים ונאלצים לפעול. המושג "הזדרז אך באטיות", מושג בעל ערך כה רב, במיוחד במקרה של הקשיש התשוש, אינו נלמד במידה מספקת בבתי הספר לרפואה. מכיוון שכך, וכפי שציינתי במקום אחר:

> מסיבות רבות – רפואיות, כספיות וסוציולוגיות – נראה שרק מעטים מאתנו מסוגלים לעמוד בפרץ השידולים בנוגע לנחיצות [הטיפול].[12]

לסיכום, ברמה הכללית, מסתבר שהרצון לגלות את סרטן הערמונית בקרב גברים ללא תסמינים, גורם נזק יותר מאשר תועלת. מאחר שאנו יודעים כעת שזה נכון, כיצד נוכל עוד לכנות את ההמלצה המתמשכת שלנו לבצע בדיקות סקר, אם לא כגרימת נזק?

אם נעבור לכיוון הראש, די ברור כי "המגפה האפורה" של מחלת האלצהיימר וצורות השיטיון הקשורות לה גובות מחיר עצום מהחולה (במיוחד ממשפחתו) ומהחברה כולה. מספרם הגדל והולך של אנשים מבוגרים (למרות הירידה החדה בשכיחות השיטיון[13] – נקודת אור בתרחיש קודר זה) מבטיח עלייה בנטל על החברה בעשורים הבאים. במקרה זה, מסיבות מובנות, אך מתוך מחשבה מוטעית,

---

11 Shim, JK; Ross, AJ; Kaufman, SR. (2008). Late-life cardiac infarctions and the treatment imperative. *PLoS Medicine*, 5, e7; Kaufman, SR; Shim, JK; Ross, AJ. (2004). Revisiting the biomedicalization of aging. Clinical trends and ethical challenges. *Gerontologist*, 44, 731-738

12 Clarfield, AM. (2010). Screening in frail older people – an ounce of prevention or a pound of trouble? *Journal of the American Geriatrics Society,* 58, 2016-2021

13 Matthews, FE; Arthur, A; Barnes, LE; Bond, J; Jagger, C; Robinson, L; Brayne, C; on behalf of the Medical Research Council Cognitive Function and Aging Collaboration. (2013). A two decade comparison of prevalence of dementia in individuals 65 years old and older from three geographical areas of England: results of the Cognitive Function and Aging Study I and II. *Lancet,* 382, 1405-1412

קבוצות רבות, במיוחד ארגונים בלתי מקצועיים, יוצאים בקריאה לבצע בדיקות סקר לגילוי שיטיון. זאת למרות הרציונל העמוק והמנומק היטב של USPSTF, הממליץ באופן ברור שלא לבצע בדיקות סקר אלה.[14]

למעשה, קיימות שתי סיבות אפשריות לרצון לבצע אבחון מוקדם לגילוי מחלה זו – האחת, רפואית, והשנייה חברתית־פסיכולוגית. במקרה הראשון, מאחר שהבדיקות לגילוי אלצהיימר עומדות במעט מהקריטריונים של כלי סקירה טוב (בעיקר, אך לא רק, היעדר טיפול יעיל), אין הצדקה רפואית ממשית לערוך אבחון "מוקדם", בניגוד לאבחון "בזמן הנכון [מבחינת החולה – הערת העורכת]", שהוא כמובן מומלץ כמעט בכל המחלות.

טוענים, ואני מקבל את הטענה, שאבחון מוקדם עלול, למעשה, לגרום נזק לחלק מהחולים. לדוגמה, התרופות המשמשות לטיפול במחלת האלצהיימר, כמעט שאינן יעילות, ובוודאי גורמות לעתים קרובות לתופעות לוואי ולעומס יתר על התרופות הקבועות שנוטל החולה. זוהי בעיה נפוצה ומזיקה אצל הקשיש התשוש. בנוסף, אדם (ו/או בן זוגו), שנאמר לו שהוא סובל משיטיון, לפני שהוא צריך לדעת מה האבחנה שלו, עלול לאבד תקווה בעתיד ולהיכנס לדיכאון בהיוודע לו הפרוגנוזה החמורה של מחלת האלצהיימר. כמו כן, קיימות בעיות של אבחנה חיובית שגויה, במיוחד כשמנסים לעשות את ההבחנה הקשה בין הפרעה קוגניטיבית קלה (MCI) לבין שיטיון – עם ה"תיוג" הנובע ממנו והשלכות אפשריות לגבי המעמד בעבודה והזכאות לצורות שונות של ביטוח.

טיעון חזק יותר לטובת אבחון מוקדם (אשר לדעתי אינו מהווה טיעון חזק דיו להצדקת ביצוע בדיקת סקר) מתייחס לעובדה שידע זה מגביר את יכולתם של החולה ושל בני משפחתו להכין את עצמם מראש להידרדרות הצפויה והבלתי נמנעת עקב מרבית צורות השיטיון. לאור הקושי לדעת בוודאות אם וכאשר ההפרעה הקוגניטיבית הקלה, הקודמת לרוב מקרי מחלת האלצהיימר, אכן תהפוך לאלצהיימר, קשה לדמיין כיצד ניתן יהיה לאבחן מוקדם ככל שניתן כדי שהמידע יסייע לטיפול, אך לא מאוחר מדי מכדי לאפשר לחולה "להכין את עצמו".

לגבי שיטיון, נבחן את האמירות של ארגון מקצועי מוביל ושל קבוצת תמיכה רלוונטית בלתי מקצועית. בכל הנוגע לארגון המקצועי, דברי האגודה הגריאטרית

---

14 Lin, JS; O'Connor, E; Rossom, RC; Perdue, LA; Eckstrom, E. (2013). Screening for cognitive impairment in older adults with a systematic review of the United States Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 156, 601-612

האמריקנית מעבירה מסר ברור באחת מהנחיות ה־GEM (הערכה וניהול גריאטריים) שלה, המיועדת לקלינאים. הארגון ממליץ כדלהלן:

> יש לבצע פעם בשנה הערכת יכולת קוגניטיבית ומצב תפקודי בקרב כל הקשישים הפגיעים.[15]

מבחינת קבוצות הסִנגור למען חולים, אגודת האלצהיימר האמריקנית, האגודה ממליצה על "בדיקות סקר לבדיקת הזיכרון" בעבור "כל מי שמודאג מאובדן זיכרון או חש בסימני אזהרה המעידים על שיטיון".[16] עצה זו עשויה להיות סבירה, אך האגודה ממשיכה לייעץ וקובעת כי:

> בדיקות סקר אלה מתאימות גם **לכל מי שאינו מודאג כרגע** [ההדגשה היא שלי], אך מעוניין לבדוק את מצב הזיכרון הנוכחי שלו לצורך השוואה בעתיד.

זו אינה רק עצה רפואית גרועה, אלא גם מידת־מה של התנהלות מזיקה (הן לחולה הן לחברה) של "הזניית המחלה".[17] המוגדרת כ"מכירת חולי המרחיבה את נטל המחלה ומגדילה את השוק לטובת המטפלים ומוכרי הטיפולים". לעתים קרובות, התנהלות זו קשורה לרופאים ולגורמים אחרים, המשתפים פעולה עם תעשיית התרופות. במקרה זה יש אפשרות לניגוד אינטרסים פוטנציאלי, והפיתוי בקרב הרופאים רב.[18]

אם נחזור לדון בנושא השיטיון, ברצוני להתמקד בהזנה באמצעות צינור הזנה ובטיפול הניתן לקראת סיום החיים, ככל שאנשים אלה מגיעים לשלבים הסופיים של מחלה קשה זו. העמדה האישית שלי היא שבהזנה באמצעות צינור הזנה, ובמיוחד בצורה שאנו בוחרים לעשות זאת בישראל, אנו עלולים בהחלט לגרום לחולים סופניים נזק חמור ואי־נוחות רבה.

אף שאני חולק על תמיכתו המנומקת היטב של שמעון גליק, בהזנה באמצעות צינור הזנה, ברצוני להתרכז בסוגיה אחרת – השימוש האומלל שנעשה בישראל

---

15 Available from URL: http://portal.mah.harvard.edu/templatesnew/departments/MTA/MedEd/uploaded_documents/AGS%20GEM%20Dementia.pdf

16 Memory Screenings [online]. Available from URL: http://www.nationalmemoryscreening.org/memory-screening-who-should-be-screened

17 Moynihan, R; Henry, D. (2006). The fight against disease mongering: generating knowledge for action. *PLoS Medicine*, 3, 0425-0431

18 Angell, M. (15 July 2004). The truth about the drug companies. *The New York Review of Books*

בצינור אפי-קיבתי (NG). כפי שציינתי בעבר במאמר שבו חקרתי את ההיבטים המנהלתיים של הזנה באמצעות צינור הזנה,[19] בכל הקשור להיבטים הקליניים של התנהלות זו בקרב חולי שיטיון בישראל, הנמצאים בשלב הסופי של המחלה:

> רבים יטילו ספק בהיבט האתי של התערבות מסוג זה (צינור אפי-קיבתי [NG] או גסטרוסטומיה אנדוסקופית מלעורית [PEG]), שבה הזנה אנטרלית (ישירות לתוך המעי) מתבררת, בדרך כלל, כחסרת תועלת.[20]

למרות מציאות קלינית מקובלת זו, שיעור ההזנה באמצעות צינור הזנה בישראל הוא גבוה יותר מאשר במדינות מערביות אחרות. לדוגמה, במחקר אחד שבו הושוותה שכיחותה של התערבות מסוג זה בין מחלקות בישראל ובקנדה, המשמשות לאשפוז ממושך, נמצא ששיעור ההזנה האנטרלית (באמצעות NG או PEG) בישראל היה גבוה יותר מאשר בקנדה, והשימוש בה היה תדיר יותר בישראל מאשר במוסדות יהודיים בקנדה.[21]

חלק מההבדלים קשורים לשיקולים המנהלתיים ו/או הכספיים המשתנים בין שני אזורי שיפוט אלה. אולם היו גורמים אחרים שנחשבו חשובים אף יותר. כפי שצוין:

> העובדה שהייתה נטייה אצל חולים יהודיים לקבל שיעור גבוה בהרבה [של הזנה באמצעות צינור הזנה] מאשר אצל חולים לא יהודיים, על רקע דתי ... עשויה להסביר חלק מהשונות, במיוחד בקרב יהודים ממוצא ספרדי, שאצלם שיעורי הזנה מסוג זה היו גבוהים מאוד.

עם זאת, המחברים המשיכו לשאול מדוע היות האדם יהודי דווקא יעודד התנהלות שכמעט כל הרופאים הגריאטריים סבורים שהיא חסרת תועלת קלינית, בדיוק כמו הזנה בכפייה של חולה סרטן סופני (שלשמחתי כבר הופסקה).

---

19 Clarfield, AM. (2005). Enteral feeding tubes in end-stage dementia patients: insert or not to insert? Administrative and financial aspects. *Israel Medical Association Journal,* 7, 463-465

20 Gillick, MR. (2000). Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia. *New England Journal of Medicine,* 342, 206-210

21 Clarfield, AM; Monette, J; Bergman, H; Monette, M; Ben-Israel, Y; Caine, Y; Charles, J; Gordon, M; Gore, B. (2006). Enteral feeding in end-stage dementia; a comparison of religious, ethnic and national differences in Canada and Israel. *The Journals of Gerontology,* 61(6), 621-627

קודם כול, האמונה היהודית מייחסת ערך רב להצלת חיים – כמעט בכל מחיר. למרות העובדה שבאופן תיאורטי אין מצופה מאדם על פי ההלכה היהודית להציע טיפול "חסר תועלת", הוויכוח מתחיל כמובן בהגדרת המונח "חסר תועלת". כמו כן, אף שפי חוקי הזרם הקתולי בנצרות, הזנת חולה, הנמצא בשלב הסופי של המחלה, עשויה לעתים להיחשב "בלתי רגילה" על פי ההלכה היהודית הזנה זו (של מתן מזון ונוזלים) נחשבת להתנהלות "רגילה". לכן מאחר שהזנה באמצעות צינור הזנה לא תיחשב לעתים קרובות התנהלות בלתי רגילה בקרב חולים יהודיים, חובה על הרופא להתעקש לבצע אותה בקרב חולים אלה, במיוחד בקרב חולים דתיים.[22]

עם זאת, הגישה הליברלית בישראל באשר להזנה באמצעות צינור הזנה אינה יכולה להצדיק את העובדה שבשונה מכל אזור שיפוט אחר שאני מכיר, ישראל היא המדינה היחידה שבה משתמשים עדיין בצינורות לצורך הזנה לטווח רחוק. לאור הידע הקליני האוניברסלי הקיים, גם אם מבחינה אתית יש התומכים בהזנה באמצעות צינור הזנה[23] ויש המתנגדים לה,[24] כאשר משתמשים בהזנה באמצעות צינור הזנה לאורך זמן, בשיטת PEG ניתן למצוא את כל היתרונות, והיא עדיפה על פני שיטת NG. יתרה מכך, אף שהשיטה אינה חפה לחלוטין מסיבוכים, כאשר מתקינים את צינור ההזנה בצורה נכונה, בדרך כלל צינור PEG אינו מציק לחולה, ואילו צינור NG מפריע לדיבור, מקשה על הבליעה ויותר מכול, הוא אינו נוח. לעתים קרובות, נדרשים אמצעי ריסון (כימיים או פיזיים) כדי למנוע מהחולים למשוך את הצינור החוצה.

העובדה שחולה השיטיון אינו יכול להתלונן בצורה מפורשת על אי־הנוחות שלו אינה גורעת מהעובדה שאנו גורמים למטופלים כמוהו כאב מיותר, כשאנו משתמשים בצינור NG.

---

22 Clarfield, AM; Gordon, M; Markwell, H; Alibhai, S. (2003). Ethical issues in end-of-life geriatric care: the approach of the three monotheistic religions – Judaism, Catholicism and Islam. *Journal of the American Geriatric Society,* 51, 1149-1154

23 Glick, S; Jotkowitz, A. (2013). Feeding dementia patients by percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG). *Annals of Long-term Care,* 21(1), 32-35

24 Hanson, LC. (2013). Tube-feeding versus assisted oral feeding for persons with dementia: using evidence to support decision-making. *Annals of Long-term Care,* 21(1), 36-39

כאן עולה הרעיון של האפשרות לגרימת נזק. אם הצורך בצינור הזנה כבר מוטל בספק, והואיל ואנו כבר יודעים שצינור NG מכאיב יותר מצינור PEG, ואין לו עדיפות קלינית על פני PEG, כיצד ניתן לאפיין התנהלות זאת?

לאחר שנבחנה העמדה של ארגונים מקצועיים רלוונטיים אלה העוסקים בגריאטריה ובגסטרואנתרולוגיה, התברר לשמחת כולם, שגם האגודה הגריאטרית האמריקנית (AGS) וגם הקונסורציום של איגוד הגריאטריה הישראלי והאיגוד הגסטרואנטרולוגי הישראלי (עם משרד הבריאות) המליצו, בדרך זו או אחרת, להתנגד להזנה באמצעות צינורות הזנה, ובמיוחד תוך איסור השימוש בצינורות NG. האגודה הגריאטרית האמריקנית (AGS) יוצאת באמירה תקיפה וברורה בהקשר של תכנית "הבחירה החכמה" של הוועדה האמריקנית לרפואה פנימית[25] נגד כל שיטות ההזנה ארוכות הטווח באמצעות צינורות הזנה.[26] מתוך חמשת הלאווים של האגודה הגריאטרית האמריקנית, הראשון מנוסח באופן הבא:

> אין להמליץ על צינורות הזנה מלעוריים לחולים במצב של שיטיון מתקדם; יש להציע במקום זאת עזרה בהזנה דרך הפה.

מעניין הוויכוח שנערך לאחרונה בארץ על טיוטת חוק שהוגשה לכנסת, המתירה הזנה בכפייה של אסירים ביטחוניים שובתי רעב. ראוי לציין שכל אנשי מקצוע הרפואה, לרבות ההסתדרות הרפואית, התנגדו נחרצות לחקיקה זו וטענו בכל תוקף, שהזנה בכפייה מנוגדת לכל עקרונות החוק והצדק הבינלאומיים. אם רופאים ישראלים יכולים לטעון באצילות ובצדק נגד הזנת אסירים בכפייה, מדוע אי־אפשר להחיל אותו היגיון על קשישים תשושים הסובלים משיטיון? איני רואה כל סיבה לנקוט גישה שונה.

הקונסורציום הישראלי שהוזכר לעיל היה אמנם זהיר יותר, אך הוא כמובן לא המליץ להשתמש בצינור NG במקום צינור PEG, כשהוחלט על הזנה באמצעות צינור.[27] אם נזכיר נושא קשור, מה שמפתיע הוא האפשרות שייתכן מצב שבו חלק מקבוצות התמיכה, שלמראית עין התכוונו לפעול לקידום האינטרסים של החולים הסובלים מהמחלה האמורה (ושל בני משפחותיהם), לא תמיד יפעלו ממניעים טהורים. למעשה, בכל הנוגע לארגוני סנגור אלה למען חולים (PAO), רבים מהם מצדדים בבדיקות סקר ו/או במימון ציבורי של מה שלעתים קרובות

---

25 Available from URL: http://www.choosingwisely.org/

26 Available from URL: http://www.choosingwisely.org/doctor-patient-lists/american-geriatrics-society/

27 ניב, י' (עורך), מטעם האיגוד הישראלי לגסטרואנטרולוגיה ומחלות כבד. (2003). הנחיות קליניות להזנה ישירות למעי. תל־אביב: ההסתדרות הרפואית,

מסתבר כטיפולים חדשים ויקרים (מבלי להיעזר בהכרח בראיות מוצקות) לפתולוגיה הממקדת את תשומת לבם באותה עת. כשבודקים מקרוב, מתברר שלמרבה הצער, יש לגשת ל"עמותות" אלה בספקנות־מה. מעצם טיבן, יש לבצע בהן בדיקת נאותות. למרות מה שנראה אולי ככוונות נאצלות וכהצהרות מהדהדות, קבוצות כגון אלה יכולות להיתפס בקלות בקלקלתן עקב ניגודי אינטרסים – הן ברמה האישית הן ברמה המוסדית. לגבי הרמה המוסדית, כפי שצוין בדוח האחרון של חטיבת הבריאות והרפואה (ובשמה הקודם מכון הרפואה) על ארגוני סנגור למען חולים (PAO):[28]

> ניגודי אינטרסים מוסדיים עולים, כאשר קיימת סכנה שהאינטרסים [המשניים] של מוסד מסוים או של עובדים בכירים מאותו מוסד ישפיעו בצורה מופרזת על ההחלטות הקשורות לאינטרס העיקרי של המוסד.[29]

מה שמעלה את רמת הדאגה של בעל החשיבה הביקורתית הוא העובדה שארגוני סנגור אלה למען חולים מפתחים לעתים קשרים בלתי כשרים עם תעשיית התרופות. לדוגמה, על פי מחקרים שונים כ־30%-71% מארגוני הסנגור למען חולים הם בעלי קשרים מסוג זה. ברור שזהו מצב מעורר דאגה, אם אנו מחפשים באמת ייעוץ חסר פניות לחלוטין, ביחס לבדיקות סקר, לאבחון ולטיפול שלאחר מכן.[30]

לדעתי, יש לבחון באור ביקורתי את כל ההמלצות המגיעות מארגוני סנגור אלה למען חולים, וכן המלצות שמקורן באגודות מקצועיות, לאור האפשרות הממשית ביותר של הטיה וניגוד אינטרסים אפשרי, שעלולים להשפיע על עבודתם ועל אמירותיהם. ברור שרבים מארגונים אלה מתכוונים לעשות, ואכן עושים בפועל, עבודה טובה מאוד, אך אם להשתמש ברעיון המושאל מתחום פירוק הנשק, ההמלצה "לתת אמון, אך גם לאמת בעצמך" היא הגיונית מאוד גם בתחום הזה.

ברור שאיני קורא להחרים צעדי מנע או אמצעים טיפוליים בעבור הקשיש. כמו כן, איני טוען שכל ההתערבויות הקשורות לבדיקות סקר יכאיבו בהכרח

---

28 Lo, B; Fields, MJ, editors; Institute of Medicine, Committee on Conflict of Interest in Medical Research. (2009). *Conflict of Interest in Medical Research Education and Practice.* Washington, DC: National Academies Press

29 Ross, SL. (2013). Patient advocacy organizations: institutional conflicts of interest, trust, and trustworthiness. *Journal of Law, Medicine & Ethics,* 41(3), 680-687

30 Lo, B; Fields, MJ, לעיל, הערה 28; Ross, SL., לעיל, הערה 29, עמ' 680-687.

לקשיש. אולם כפי שהעיר בעוקצנות מומחה ידוע מאוד בתחום: "כל התכניות לבדיקות סקר מזיקות, חלקן יכולות גם להועיל".[31]

יתרה מכך, איני רומז על כך שהרופאים של היום רוצים להכאיב במודע לקשיש התשוש באמצעות ניסיון נמרץ מדי לבצע בדיקת סקר או לטפל באמצעים "בלתי רגילים", תהיה הגדרתם של אמצעים אלה אשר תהיה. אלא עלינו להזכיר לעצמנו שהדרך לגיהנום רצופה בכוונות טובות. מאחר שלמונח "ללא גרימת נזק" (non-maleficence) יש באנגלית צליל לטיני, לא אוכל לסיים בצורה טובה יותר מאשר להביא צו עתיק יומין של היפוקרטס, המצוי באִמרה הלטינית: *primum non nocere* (*ראשית, אל תגרום נזק*). כל דרך אחרת היא פתח לנזקים לחולים הקשישים שלנו – גם אם לא הייתה כוונה כזו.

---

31 Muir Gray, JA. (1997). *Evidence-Based Health Care and Public Health: How to Make Decisions about Health Services and Public Health.* New York, Harcourt Brace and Co.

פרק שני

אתיקה רפואית וחופש אקדמי – החוויה ההולנדית שלי

רפאל כהן־אלמגור*

פרופסור וראש הקתדרה לפוליטיקה; מייסד ומנהל קבוצת המחקר
ללימודי המזרח התיכון, אוניברסיטת האל, בריטניה

הקדמה

אפתח בנימה אישית. אני מכיר את שמעון גליק משנת 1995, כשהקמתי את קבוצת הדיון והחשיבה בנושא אתיקה רפואית במכון ון ליר בירושלים. שמעון היה אחד האנשים הראשונים שביקשתי שיצטרפו לקבוצה. לא נפגשנו לפני כן, אך הייתי ער לידענותו המופלגת ולמנהיגותו באוניברסיטת בן־גוריון. ידעתי שהוא היה דיקן הפקולטה למדעי הבריאות ושפרסם מאמרים בבמות מכובדות ביותר בעולם, הכוללות את כתבי העת *New England Journal of Medicine*, *The Annals of the NY Academy of Sciences*, *Nature*, *Science* ו-*Journal of Medical Ethics*. שמעון נעתר לבקשתי והיה חבר פעיל בקבוצת הדיון והחשיבה במהלך שלוש שנות פעילותה. היה נהדר לעבוד אתו כעמית: הוא מקצועי, חד כתער, ידידותי ועניו, למרות הישגיו הרבים; איש צוות שכל מאמן משתוקק שיהיה בצוותו. המאמר של שמעון הוכנס לאחד משני הכרכים שנאגדו בעקבות עבודתה של קבוצת הדיון והחשיבה.[1]

בשנת 2000 הקים אברהם שטיינברג, חבר נוסף בקבוצת הדיון והחשיבה בנושא אתיקה רפואית של מכון ון ליר, ועדה ציבורית לניסוח טיוטת "חוק

---

* דוא"ל: r.cohen-clmagor@hull.ac.uk
תודה לשמעון גליק, לדן קלהן, לג'והן לנטוס ולויין סמנר, על ההערות המאלפות ועל הביקורת שלהם על טיוטה קודמת של מאמר זה.

1 גליק, ש.; בנשלום, ע. (2002). דילמות אתיות של סטודנטים לרפואה. בתוך: ר. כהן־אלמגור (עורך), *דילמות באתיקה רפואית*. ירושלים ותל־אביב: מכון ון ליר והקיבוץ המאוחד, עמ' 65-87; Cohen-Almagor, R., editor. (2000). *Medical Ethics at the Dawn of the 21st Century.* Vol. 913 of the *Annals.* New York: New York Academy of Sciences

החולה הנוטה למות" (15 בדצמבר 2005).[2] שטיינברג מינה את אסא כשר, חבר נוסף בקבוצת הדיון והחשיבה שלנו, לעמוד בראש ועדת משנה לפילוסופיה/ערכים והזמין את שמעון ואותי להיות חברים בוועדת המשנה. שוב היה לי העונג לעבוד עם לשמעון במשך שנתיים נוספות וזכיתי לראות את השלמת הצעת החוק. שמעון ואני שומרים על קשר עד היום. תענוג הוא לי וזכות גדולה בעבורי, ששמעון הוא חלק מחיי, ואני מקווה שנמצא דרכים לשתף פעולה בעתיד.

מזה שנים רבות אני עובד על סוגיות הקשורות לסוף החיים. אכן זה היה התחום שהעסיק אותי גם במכון ון ליר. באותו זמן תמכתי בהמתת חסד. שמעון נהג לומר לי: "עם הזמן, תשנה את דעתך".[3] לאחר סיור שטח מקיף בהולנד, אכן שיניתי את דעתי.[4] איני תומך עוד בהמתת חסד, אך אני תומך בהתאבדות בסיוע רופא (PAS). הייתי החבר היחיד בוועדת "החולה הנוטה למות", שתמך באופן פעיל בהגשת הצעת חוק בנושא התאבדות בסיוע רופא.

בפרק זה ברצוני לספר, לראשונה בפומבי, על חוויית המחקר שחוויתי בהולנד. זה מאמר בנושא אתיקה רפואית וחופש אקדמי. חוויתי בהולנד חוויה מרתקת אך מאתגרת, שממנה למדתי כמה לקחים. האקדמיה, בדומה מאוד לפוליטיקה, אינה מפסיקה להדהים ולהפתיע אותי; עד כדי כך שכשאני מוצא את עצמי מבולבל, אני שואל את עצמי: מדוע אני נשאר פתוח להפתעות? אני מניח שאיני יכול להפוך סתם כך לציניקן אופטימי, שפיתח בהצלחה את מערכת החיסון הדרושה לו. עם זאת, החוויה ההולנדית נותרה יוצאת דופן בעבורי. אני מקווה שהיא תישאר יוצאת דופן. הנה הסיפור שלי, אני מאמין שיש בו לקחים חשובים לכל אחד.

---

2 Ravitsky, V. (2005).Timers on Ventilators: A Unique Cultural Approach to End of Life Treatment. *British Medical Journal*, 330, 415-417; Shalev, C, (2009).End-of-Life Care in Israel-The Dying Patient Law, 2005. *Israel Law Review*, 42, 279

3 Glick, SM. (1997). Euthanasia – An Unbiased Decision? *American Journal of Medicine*, 102, 294-296; Glick, SM. (2000). Euthanasia and the Changing Ethos in Medicine. *Israel Yearbook on Human Rights*, 29, 55-70

4 Cohen-Almagor, R. (2004). *Euthanasia in the Netherlands: The Policy and Practice of Mercy Killing.* Dordrecht: Springer-Kluwer

המסע שלי

בשנת 1991 הייתי סטודנט בשנה האחרונה ללימודי הדוקטורט באוניברסיטת אוקספורד. השתתפתי בסמינר "הפלה, שיטיון והמתת חסד". סמינר זה לא היה קשור לעבודת המחקר שלי, שעסקה בגבולות החירות והסובלנות.[5] השתתפתי בו בגלל המורה רונלד דבורקין, מודל רוחני לחיקוי, שצורת חשיבתו השפיעה על חיי מאז שהכרתי אותו בשנת 1987. דבורקין כתב באותה עת את ספרו *Life's Dominion*,[6] והסטודנטים שימשו לו שפני ניסיון לרעיונותיו. פעם בשבוע קראנו פרק אחד מכתב היד וניהלנו דיון עליו. זה היה הסמינר המרתק ביותר שבו השתתפתי במהלך כל לימודיי.

מתוך שלושת נושאי הסמינר, החלטתי למקד את תשומת לבי בהמתת חסד ובסוגיות הקשורות לסוף החיים. במהלך שנת 1991 התחלתי פרויקט מחקרי חדש, שהשאלות העיקריות שלו היו: אילו זכויות יש לאנשים בסוף חייהם? האם הזכות להחליט על מועד מותם כלולה בהן? מהו תפקיד הרופאים ושאר אנשי הצוות הרפואי בתהליך זה? מהו תפקיד המשפחה? היה לי ברור מהתחלה שלא ניתן יהיה לערוך מחקר זה אך ורק בין כותלי הספריות. איני רופא. מעולם לא למדתי רפואה. כמדען בתחום מדעי החברה, אני מאמין בעבודת שטח. חשבתי שיהיה זה בלתי אחראי לחלוטין מצדי לדבר על נושאים של חיים ומוות בלי לפגוש אנשי מקצוע, מתווי מדיניות, חולים ובני משפחותיהם.

בשנת 1994 קיבלתי מענק מחקר ממרכז הייסטינגס. את רוב זמני הקדשתי ללימוד מדיניות המתת החסד בהולנד והאופן שבו היא מבוצעת בפועל. הייתי מבולבל מהמחקר הזה. כחוקר אני יודע שאין כמעט תופעות שהן בגדר "שחור או לבן". כל תופעה מורכבת מגוני צבע רבים. אולם בסוגיה זו של המתת חסד עלה דפוס מוזר: הנתונים היו ברורים למדי, אך הפרשנויות על הנתונים היו מנוגדות במידה רבה. הנתונים היו ברורים מפני שממשלת הולנד פרסמה דוחות מפורטים על האופן שבו המתת חסד מבוצעת בפועל. לכן המספרים המופיעים בדוח, המתייחסים לשיטות מעשיות הננקטות בסוף החיים, אינם נתונים לוויכוח. מספר המקרים המשוער של המתת חסד והתאבדות בסיוע רופא היה כ־2,700 בשנת 1990, 3,600 בשנת 1995 ו־3,800 בשנת 2001. בשנת 2005 מספר זה ירד ל־2,400, ובשנת 2010 עלה לכ־4,050 מקרים.[7] שיעור הדיווחים של

---

5 Cohen-Almagor, R. (1994). *The Boundaries of Liberty and Tolerance.* Gainesville, FL: The University of Florida Press

6 Dworkin, R. (1993). *Life's Dominion.* New York: Knopf

7 Onwuteaka-Philipsen, BD. (2012). The unreported cases. In

המתות חסד היה 18% בשנת 1990, 41% בשנת 1995, 54% בשנת 2001, 80% בשנת 2005 ו־77% בשנת 2010. אך בזמן שחלק ממומחי האקדמיה טענו שההולנדים מלמדים אותנו כיצד עלינו לטפל בחולים בסוף חייהם, מומחי אקדמיה אחרים טענו ברמת נחישות דומה שההולנדים משמשים מודל כיצד אסור שנטפל בחולים בסוף ימיהם. חלקם אמר, שההולנדים הם "אור לגויים", ואילו אחרים אמרו, שההולנדים הורגים את החולים שלהם, ושהם עושים זאת בקלות רבה מדי. הייתי נבוך.

כפי שציינתי, באותה תקופה תמכתי בהמתת חסד. אך לא אתמוך בהמתת חסד אם עושים בה שימוש לרעה. יש דברים שנשמעים נהדרים בתיאוריה, אך כשהם מבוצעים בפועל, עלולים להתעורר אתגרים. התחלתי להרגיש שהאתגרים בנושא זה משמעותיים. החלטתי להתמקד רק בנתונים שלא ניתן להפריכם ולתת את הפרשנות בעצמי. החלטתי להמתין להזדמנות המתאימה כדי להגיע להולנד ולערוך מחקר שטח בעצמי.

ההזדמנות הגיעה בקיץ 1999, כשהוזמנתי להולנד לתקופה בת שישה שבועות. לפני הגעתי יצרתי קשר עם שלושים מומחי אקדמיה (רופאים ועורכי דין), שהגו והטמיעו את מדיניות המתת החסד ואת האופן שבו היא מבוצעת בפועל. חרשתי את הולנד לאורכה ולרוחבה, מחרונינגן ועד מאסטריכט, נפגשתי עם מומחים ידועי שם וראיינתי אותם. זה לא היה מסע קל. אין זה קל לדבר על מוות מְבוֹקר עד ערב. אך הסיבה שזה לא היה קל הייתה, מפני שהחל מהריאיון הראשון שערכתי החלו להיווצר סדקים בהשקפת עולמי, זו שתמכה בהמתת חסד. החלו פקפוקים. דברים שלא קראתי בספרות המקצועית הובאו לתשומת לבי. אלה היו דברים מטרידים.

בריאיון הראשון שערכתי, למדתי שהתייעצות עם רופא לקבלת חוות דעת שנייה נעשתה דרך הטלפון. תפקיד היועץ היה להסיק מסקנות לגבי מצבו של החולה ולגבי תוחלת החיים שלו, לברר אפשרויות לטיפולים חלופיים ולוודא שבקשת החולה נובעת מרצונו החופשי, נשקלת בכובד ראש, ושבקשת החולה

Youngner, SJ; Kimsma, GK, editors. *Physician-Assisted Death in Perspective: Assessing the Dutch Experience.* Cambridge: Cambridge University Press; 126; Onwuteaka-Philipsen, BD; Brinkman-Stoppelenburg, A; Penning, C; de Jong-Krul, GJF; van Delden, JMJ; van der Heide, A. (2012). Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey. *Lancet,* 380, 908-915

חוזרת ועולה שוב ושוב.[8] איך היועץ יכול היה לוודא שבקשת החולה נבעה מרצונו החופשי, נשקלה בכובד ראש ושבה ועלתה ללא הרף, אם מעולם לא שוחח עם החולה?

המרואיין שלי היה מומחה ידוע, פרופסור למשפטים. לא הייתי צריך לייעץ לו בענייני חוק ודרישות החוק, אך כשהוא אמר לי שהייעוץ נעשה לעתים דרך הטלפון, הוא נותר רגוע ונטול ביקורת. נדהמתי משתי סיבות: ראשית, מפני שלא ידעתי זאת ברמה העובדתית. המחנה המתנגד לשיטות המתת החסד הנהוגות בהולנד העלה טענות כה קשות, אך התומכים התנערו מהן, והדוחות הממשלתיים לא התייחסו לסוגיה זו. מומחה מוערך למשפטים, שתמך בהמתת חסד, אמר זאת במפורש בריאיון. שנית, נדהמתי מהאדישות שלו. היה לי ברור שהוא לא חשב שיש כאן בעיה. אך לא היה מתפקידי להטיל ספק או למתוח ביקורת. תפקידי כמראיין היה לשאול, להקשיב, להבין. לכן שאלתי מדוע הייעוץ נערך דרך הטלפון. התשובה הייתה מבלבלת אף יותר. הפרופסור למשפטים הסביר שהולנד היא מדינה גדולה יחסית, ושבאזורים הכפריים, שבהם אין רופאים רבים, קשה ליועץ לנסוע כדי להיפגש עם החולה.

זו הייתה התחלה מטלטלת. התרשמותי הייתה שהפרופסור למשפטים ואני צעדנו בשני נתיבים אתיים מקבילים, שהיה קשה מאוד, אם בכלל, לגשר ביניהם. חשבתי שלרופאים חובה מקצועית לפתח דיון עם החולים כדי לוודא שבקשתם להמתת חסד נובעת מרצונם החופשי, ושהאקט של המתת חסד הוא המפלט האחרון.[9] חשבתי שהדרישה לטיפול נאות ולנקיטת אמצעי זהירות חייבת להיות ערך עליון מבחינת הרופאים. הסף שלי לגבי דרישה זו היה במפורש גבוה הרבה יותר ממה שנתקלתי בו בהולנד.

זמן קצר לאחר מכן, ראיינתי במהלך ארוחת ערב פרופסור לרפואה בעל שם. מעולם לא נפגשנו. רק קראתי כמה מהמאמרים שכתב. כעבור כעשרים דקות של דיון, תוך אכילת האומצות שלנו, הוא סיפר לי שהיה לו חבר (רופא),

---

8 Onwuteaka-Philipsen, BD; van der Wal, G; Kostense, PJ; van der Maas, PJ. (2000). Consultation with another Physician on Euthanasia and Assisted Suicide in the Netherlands. *Social Science and Medicine,* 51, 430

9 ההסתדרות הרפואית המלכותית ההולנדית (KNMG) מדגישה במאמר שפרסמה לאחרונה, שהמתת חסד והתאבדות בסיוע רופא הן המפלט האחרון. הרופאים מחויבים תמיד לעשות כל מאמץ אפשרי כדי לקבוע, בהתייעצות עם החולה, אם ניתן למצוא חלופות סבירות. ראו: Royal Dutch Medical Association.(June 2011). *The role of the physician in the voluntary termination of life.* Utrecht: KNMG; Preamble

שאשתו ילדה תינוק עם תסמונת דאון, ושכשהתינוק הגיע לגיל שנתיים, הוא הרג אותו ודיווח על המקרה כמוות טבעי. איבדתי את התיאבון שלי. לאחר שהתעשַׁתִּי, שאלתי אותו מה הוא חושב על כך. תשובתו הייתה: קרוב לוודאי שהייתי חוזר בדיוק על אותה פעולה.[10]

כשהייתי במרכז הייסטינגס, קיימתי דיון עם דניאל קלהן בסוגיות הקשורות לסוף החיים ובעניינים אחרים העוסקים באתיקה רפואית. דן הוא איש חכם ובעל ניסיון עשיר ביותר באתיקה רפואית, אחד החלוצים בתחום. הוא אמר לי שהוא מאמין שבהולנד קיימת "תרבות של מוות". לא ירדתי לסוף דעתו באמירה זו – עד לאותה שיחה בארוחת הערב.[11]

כמה ימים מאוחר יותר נפגשתי עם פאול ון דר מאס, חבר בוועדה, שכתב את הדוחות החשובים ביותר בנושא המתת חסד.[12] ההולנדים רגישים למוניטין שלהם, ולמוניטין של ארצם, ואני שאלתי שאלות נוקבות וביקורתיות מאוד. באתי כדי להבין. היו לי כמה שאלות מדאיגות באשר לנתונים, והואיל והחברים ההולנדיים בוועדה המכובדת נמנעו מלבצע הערכה ביקורתית של הממצאים שלהם, רציתי

---

10 בהערותיו כתב שמעון גליק: "לפני כ-25 שנה נמניתי עם כעשרים וארבעה אנשי אתיקה, שהשתתפו במה שכונה לאחר מכן 'הקונצנזוס של אפלטון (Appleton)', על אודות טיפול בסוף החיים. נפגשנו בכמה וכמה אירועים במשך מספר שנים. בכנס הראשון תיאר בפנינו פיטר אדמיראל, אחד ממובילי תנועת המתת החסד בהולנד, את כל אמצעי הזהירות הננקטים שם כדי להבטיח ייזום בקשה מצד חולה כשיר, ולוודא שקיימים אמצעי הגנה שונים אחרים בתוקף נגד שימוש לרעה בהמתת חסד. במפגש הבא קיבלנו דוח מעקב על ההתקדמות. אני זוכר בצורה ברורה מאוד את השאלה ששאל ד"ר נורמן פוסט, רופא ילדים ואיש אתיקה מאוניברסיטת ויסקונסין: 'בן כמה היה החולה הצעיר ביותר שבו בוצעה המתת חסד?'. קהל אנשי האתיקה המסובים השתנק לשמע התשובה 'שנתיים'."

11 Cohen-Almagor, R. (2001). "Culture of Death" in the Netherlands: Dutch Perspectives. *Issues in Law and Medicine*, 17(2), 167-179

12 van der Maas, PJ; van Delden, JJM; Pijnenborg, L. (1992). *Euthanasia and other Medical Decisions Concerning the End of Life;* Health Policy Monographs. Amsterdam: Elsevier; van der Maas, PJ; van der Wal, G; Haverkate, I; de Graaff, CLM; Kester, JGC; Onwuteaka-Philipsen, BD; van der Heide, A; Bosma, JM; Willens, DL. (1996). Euthanasia, Physician-Assisted Suicide, and Other Medical Practices Involving the End of Life in the Netherlands, 1990-1995. *New England Journal of Medicine,* 335(22), 1699-1705; Onwuteaka-Philipsen, BD; van der Heide, A; Koper, D; Keij-Deerenberg, I; Rietjens, JAC; Rurup, ML; Vrakking, AM; Georges, JJ; Muller, MT; van der Wal, G; van der Maas, PJ. (2003). Euthanasia and Other End-of-life Decisions in the Netherlands in 1990, 1995, and 2001. *Lancet*, 362, 395-399

לדעת בצורה ברורה באיזה אופן הם רואים את הממצאים שלהם ומדוע לא נמצא בדוחות שלהם ניתוח ביקורתי כלשהו. הרגישות בריאיון זה הייתה ברורה מאוד.

כשקוראים את כתבי המחברים החשובים ביותר של הדוחות ההולנדיים, ון דר מאס ווֹן דר ואל, ניתן לחוש בטון המתנצל השזור בהם.[13] הדוחות שלהם מומנו על ידי משרד הרווחה, המשרד לענייני בריאות ותרבות ומשרד המשפטים של הולנד. חייבים לשאול באיזו מידה אנשי המדע חופשיים להשמיע את דעתם על שיטות עבודה מורכבות הנהוגות בשטח, כאשר המחקרים שלהם ממומנים ישירות על ידי הממשלה האחראית לשיטות אלה. זוהי שאלה פתוחה שמרבים לדון בה ולהתווכח עליה. כששאלתי את ון דר מאס את השאלה הזאת, נדמה היה לי שהוא עומד לצאת מהחדר. מאוחר יותר הוא העיר:

> אני רואה את עצמי חוקר עצמאי, בעל אחריות בסיסית לאיסוף נתונים מהימנים ולביסוס הערכות ופרשנויות נטולות פניות על מידע אמפירי זה. אין לי כל עניין לנקוט עמדה בוויכוח בעד או נגד בנושא המתת חסד, ואני חושב שוויכוח מסוג זה הוא עקר לחלוטין. כחוקר אני חושב שבאחריותי לברר מה אנשים עושים, וכיצד מעשיהם עשויים להתאים לרפואה איכותית ביותר העוסקת בסוף החיים. בשנים האחרונות חלק מהמחקר שלנו נערך גם באוסטרליה ובבלגיה, וקיבלנו מהאיחוד האירופי מימון למחקר בינלאומי משותף כדי לבסס השוואות אמפיריות בין המדינות.[14]

אני מבקש לחלוק על דעתו. אני חושב שבאחריות החוקר להשמיע ביקורת כשהיא מוצדקת. האחריות גדולה יותר כשהחוקר הוא מדען מכובד, שיכול להביא לשינויים הכרחיים במדיניות, והדבר קריטי במיוחד כאשר סוגיות של חיים ומוות מונחות על כף המאזניים. הנתונים המדאיגים ביותר בדוחות התייחסו לזירוז המוות ללא בקשה מפורשת מצד החולים. בשנת 1990 היו 1,000 מקרים

---

13 Pijnenborg, L; van der Maas, PJ; van Delden, JJM; Looman, CWN. (1993). Life-terminating Acts without Explicit Request of Patient. *Lancet,* 341, 1196-1199, esp. at 1198

14 Cohen-Almagor, R. (2004) לעיל, הערה 4; Cohen-Almagor, R. (2013). First Do No Harm: Pressing Concerns Regarding Euthanasia in Belgium. *The International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 515-521

(0.8%) ללא בקשה מפורשת, ובשנת 1995 היו 900 מקרים דומים (0.7%).[15] מספר זה נותר ללא שינוי בשנת 2001. בשנת 2005 היו 550 מקרים (0.4%).[16]

סיום חיים ללא בקשה מפורשת מצד החולה מתרחש בתדירות הגבוהה ביותר בקרב אנשים שנוטים למות מתחת מגיל 65.[17] ייתכן שבמוות בסיוע רופא ללא בקשה מפורשת מצד החולה היו מעורבים חולים, שלא היו מסוגלים להביע את רצונם, כמו תינוקות או חולים השרויים בתרדמת; חולים שכשירותם להביע מפורשות העדפות שקולות היטב מוטלת בספק, כמו חולים הסובלים משיטיון או מהפרעות נפשיות; או חולים כשירים, שבעבורם מוות בסיוע רופא נבע מבקשה מרומזת או מהסכם מרומז לזירוז המוות.[18]

נאמר שוב ושוב שבמסגרת החוק ההולנדי, סיום חיים, כשהחולה אינו כשיר לחלוטין, מנוגד לחוק.[19] פרוטוקול חרונינגן יוצא דופן, מכיוון שעל פיו מותר

---

15 van der Wal, G. van der Maas, PJ. (1998). Empirical Research on Euthanasia and Other Medical End-of-Life Decisions and the Euthanasia Notification Procedure. In Thomasma, DC; Kimbrough-Kushner, T; Kimsma, GK; Ciesielski-Carlucci, C., editors. *Asking to Die.* Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 171

16 van der Heide, A; Onwuteaka-Philipsen, BD; Rurup, ML; Buiting, HM; van Delden, JJM; Hanssen-de Wolf, JE; Janssen, AGJM; Pasman, RW; Rietjens, JAC; Prins, CJM; Deerenberg, IM; Gevers, JKM; van der Maas, PJ; van der Wal, G. (1997). End-of-life practices in the Netherlands under the Euthanasia Act. *New England Journal of Medicine*, 356, 1957-1965; den Hartogh, G. (2012). The regulation of euthanasia: how successful is the Dutch system? In Youngner, SJ; Kimsma, GK., editors. *Physician-Assisted Death in Perspective: Assessing the Dutch Experience.* Cambridge: Cambridge University Press; 366

17 שם.

18 van der Heide, A. (2012). Physician-assistance in dying without an explicit request by the patient. In Youngner, SJ; Kimsma, GK., editors. *Physician-Assisted Death in Perspective: Assessing the Dutch Experience.* Cambridge: Cambridge University Press; 137

19 ויין סמנר טוען בהערותיו, שמקרי מוות ללא בקשה מפורשת (DWER) אינם מקרים של המתת חסד לפי תנאי המדיניות. הוא סבור שאין להם כל קשר למדיניות: "הם שייכים לקטגוריה אחרת של דרכים לסיום החיים, הגורמות למוות, אשר נקיטתן עשויה להיות מוצדקת או בלתי מוצדקת, אך בשום פנים ואופן אין להן כל קשר למדיניות". סמנר ממשיך לטעון, שמקרי מוות ללא בקשה מפורשת אירעו בהולנד, קרוב לוודאי, לפני שהייתה קיימת מדיניות של המתת חסד, אם כי הוא מודה שאין נתונים להוכיח זאת. היעדר נתונים אינו מונע ממנו לסכם ולומר ש"התפתחות המדיניות לא יצרה מקרים אלה וסביר להניח שלא הגבירה את היארעותם". מאחר שאיני רואה כל סיבה לערוך ספקולציות,

לבצע המתת חסד בילודים – בתנאי שמתקיימים קריטריונים מסוימים. על פי הפרוטוקול המתת חסד תותר, כשילד הוא חולה סופני, ללא כל סיכוי להתאוששות וסובל מכאבים עזים, לאחר שרופאים משתי קבוצות שונות הסכימו שהמצב נואש, וניתנה הסכמה של ההורים לכך.[20] פרוטוקול חרונינגן סחף אחריו ביקורות חובקות עולם.[21] שני חוקרים הולנדיים בכירים טענו כי:

> גישה זו מתאימה לתרבות המשפטית והחברתית שלנו, אך אין זה ברור באיזו מידה ניתן יהיה להעביר אותה למדינות אחרות.[22]

באחריות כותבי הדוחות למתוח ביקורת על ממצא זה של הריגת חולים, שלא הביעו בקשה מפורשת למות, ולהציע רפורמה כדי למנוע שימוש לרעה. עם זאת, אני מודה שקשה למתוח ביקורת על הארגון המממן את המחקר שלך. עלול להיווצר מצב שבו הביקורות לא ימצאו חן בעיני הארגון, והוא עלול להפסיק

אני נותר ספקני לגבי טענותיו של סמנר וסבור שהחוק משרה אווירה מסוימת שבה קורים מקרי מוות ללא בקשה מפורשת, ואני נותר מזועזע לנוכח העובדה שהולנד אינה משקיעה את המשאבים הדרושים כדי למנוע מקרי מוות ללא בקשה מפורשת. בשונה מסמנר, אני סבור שמקרים אלה מהווים שימוש לרעה במדיניות המתת החסד.

20 Sauer, PJJ; Verhangen, AAE. (2012). End-of-life decisions in children and newborns in the Netherlands. In Youngner, SJ; Kimsma, GK., editors. *Physician-Assisted Death in Perspective: Assessing the Dutch Experience*. Cambridge: Cambridge University Press; 288-304

21 Kon, AA. (2008). We Cannot Accurately Predict the Extent of an Infant's Future Suffering: The Groningen Protocol is too Dangerous to Support. *The American Journal of Bioethics*, 8(11), 27-35; Jotkowitz, A; Glick, S; Gesundheit, B. (2008). A Case against Justified non-Voluntary Active Euthanasia (The Groningen Protocol). *American Journal of Bioethics,* 8(11), 23-26; Jotkowitz, AB; Glick, SM. (2006). The Groningen Protocol: Another Perspective. *Journal of Medical Ethics*, 32, 157-158

22 Verhagen, E; Sauer, PJJ. (2005). The Groningen Protocol – Euthanasia in severely ill newborns. *New England Journal of Medicine*, 352(10), 959-962. דן קלהן העיר שמהמפגשים הראשונים שהיו לו עם מובילי המתת חסד הולנדיים, בסוף שנות ה־80 של המאה הקודמת, הוא חש שהם מתחמקים, ובנקודה זו דחו בפסקנות כל רעיון שהיו מקרים שבהם נעשה שימוש לרעה בהמתות חסד. ממחקר Remmelink, שנערך בתחילת שנות ה־90 של המאה הקודמת, עולה שאכן היו מקרים שבהם נעשה שימוש לרעה. אף על פי כן, ההולנדים אמרו ש"זה רק נראה רע, אך זה לא ממש רע: א. אנו, הזרים, פשוט לא הבנו את התרבות שלהם; ב. הקִרבה ביחסים, בין הרופא לחולה במדינה שלהם, אִפשרה לרופאים להחליט מה לעשות במקרים רבים – בלי לבקש את הסכמת החולים באופן ספציפי. כשפרוטוקול חרונינגן הופיע, הוא הוסבר, שוב, כפרוטוקול המשקף את התרבות שלהם, שזה בסדר, אך לאחרים היה קשה להבין זאת".

את המימון. כדי למנוע ניגוד אינטרסים מעין זה על המחקרים להיות ממומנים על ידי גופים עצמאיים ולא על ידי הממשלה.

עד למועד הריאיון שערכתי עם ון דר מאס, נעשיתי מודע ביותר לחלק מהסממנים הבולטים שעלו במהלך הראיונות:

א. לפני שהגעתי להולנד, ערכתי ראיונות בכמה מדינות אחרות: ישראל, קנדה, בריטניה, ואוסטרליה. הראיונות בהולנד היו שונים מהראיונות שערכתי במדינות האחרות. שמעתי דברים שלא שמעתי לפני כן.[23] להולנדים יש נקודת מבט שונה מאוד לגבי סוגיות סוף החיים. מוות אינו הדבר הגרוע ביותר שיכול לקרות לך. סבל הוא הדבר הגרוע ביותר. הגישה ההולנדית מתמקדת באופן ברור בשיקולים של איכות חיים. הדגש הוא על האוטונומיה וההגדרה העצמית של החולים.

ב. נראה שמקצוע הרפואה פטרוני מאוד מטבעו. הרופאים שופעי ביטחון עצמי ובטוחים ביכולתם לדעת מה טוב לחולה. קיים ספק שהאוטונומיה של החולה תכובד, כשהיא עומדת בסתירה לאופן שבו הרופא תופס מה טוב לחולה.

ג. רגישות ההולנדים לנושא המתת חסד התבהרה מעל לכל ספק.

ד. ההולנדים פיתחו מנגנוני הגנה בכל הנוגע למדיניות המתת החסד ולאופן שבו היא מבוצעת בפועל, כדי להדוף ביקורות מכל סוג.

ה. ההולנדים מפגינים דואליות מוזרה. מצד אחד, הם אינם מפסיקים לשבח את עצמם על הייחודיות שלהם: הם ייחודיים בדיון פתוח בסוגיות של סוף החיים כחלק מהתרבות הליברלית שלהם; הם ייחודיים באימוץ המתת חסד; הם ייחודיים בהיותם ברורים ומפורשים לגבי הצורך האמִתי בסיום החיים. מצד שני, הם אינם מפסיקים לדבר על מדינות אחרות, נטייה שנראית מוזרה לאור הייחודיות המוכרת שלהם. על פי הגדרתם, אין להשוות תופעות ייחודיות לתופעות אחרות. אך כשהם נשאלים לגבי השיטה שלהם, הם מפנים לעתים תכופות בתשובתם למדינות אחרות. ההולנדים אומרים ללא הרף שהשיטה שלהם גלויה יותר, טובה יותר ועדיפה יותר בהשוואה לשיטות

---

23 Pans, E. (2012). The normative context of the Dutch euthanasia law. In Youngner, S; Kimsma, GK., editors. *Physician-Assisted Death in Perspective: Assessing the Dutch Experience.* Cambridge: Cambridge University Press; 80. פאנס מסבירה כי, על פי הגישה ההולנדית העכשווית, הגנה על החיים יכולה לכלול עמידה בפני התנוונות והארכת חיים אין־סופית באמצעות התערבויות רפואיות. ולכן הגנה על החיים כוללת בתוכה גם את האפשרות שאנשים ימותו. היא טוענת בצדק, שהכללת הרעיון שניתן להגן על החיים בצורה הטובה ביותר על ידי סיומם מהווה נקודת מבט חדשה לחלוטין על הגנה על החיים.

אחרות. נטייה זו להשוואה בלטה הרבה פחות בראיונות שערכתי במדינות אחרות.

ו. הגורמים ההולנדיים, שהשמיעו ביקורת על מדיניות המתת החסד ועל האופן שבו היא מבוצעת בפועל, התלוננו על כך שהם זכו לקיתונות של לעג וביטול, ואמרו שהם נאלצו לשלם מחיר אישי גבוה על עמדתם נגד המתות חסד.

ז. מאחר שאני מוצא תמימות דעים כמעט בכל סוגיה מדאיגה, ובמקרה דנן תמימות הדעים בין מרבית המרואיינים הייתה כה בולטת (שנים עשר המרואיינים הראשונים תמכו בדרך כלל בהמתת חסד), שיניתי את השאלון המובנה למחצה אחרי מספר ראיונות, כדי לברר באופן ישיר האם, אם בכלל, יש משהו במדיניות המתת החסד או באופן שבו היא מבוצעת בפועל, שלא מצא חן בעיני המרואיינים שלי או שהייתה להם ביקורת לגביהם.

ח. ניתן היה לצפות שאנשים יכירו בבעיות ויטפלו בהן מתוך ניסיון לפתור אותן. אך כששאלתי על בעיות כמו דיווח בלתי מספיק, ייעוץ בלתי הולם, טיפול פליאטיבי בלתי מפותח, וסיום חיים ללא הסכמת החולה, במקום להודות בבעיות ולומר שעליהם לנסות לשנות את השיטה, רבים מהמרואיינים ניסו להצדיק, לטעון שלא ידוע להם על כך, או להתייחס לביקורות בביטול. הרגישות מובנת. הנטייה להדוף ביקורות היא תכונה אנושית. אך אף לא אחת מהן מצדיקה התנהגות בלתי אחראית.

אחד המרואיינים האחרונים שלי היה חבר נוסף בוועדה, שכתבה את הדוח החשוב ביותר על המתת חסד.[24] בשלב הזה כמעט שלא היה לי ספק שהמרואיינים יהיו בקשר זה עם זה כדי לדבר עליי. המרואיין סירב להתחיל בריאיון לפני שאביע את דעתי על האופן שבו המתת חסד מבוצעת בפועל. הפכתי ממראיין למרואיין. ניסיתי להתנגד לתפקיד חדש זה שנכפה עליי, ואמרתי שהגעתי להולנד כדי לשאול שאלות, לא כדי להשיב תשובות. הפרופסור המכובד נותר במקומו, והתעקש לדעת מהן השקפותיי לפני שנמשיך בריאיון. לבסוף אמרתי לא את האמת, והיא שפרסמתי כמה מאמרים שבהם אני תומך בהמתת חסד. הורשיתי להמשיך בריאיון המובטח.

הרגשתי הקלה כשעזבתי את הולנד. הייתי בהלם. אחרי עשרות פגישות וראיונות, לא הייתי בטוח מהי עמדתי לגבי המתת חסד. הייתי מוטרד. היה הרבה

---

24 van der Maas, PJ; van Delden, JJM; Pijnenborg, L. (1992). *Euthanasia and other Medical Decisions Concerning the End of Life.* Health Policy Monographs. Amsterdam: Elsevier

מה לספוג. זמן קצר לאחר סיור השטח בהולנד, הגעתי לבית הספר למשפטים שבאוניברסיטת קליפורניה בלוס אנג'לס (UCLA), כפרופסור אורח באותה שנה במימון קרן פולברייט על שם יצחק רבין. הפקדתי את תמלילי הראיונות שערכתי בידיה האמונות של מזכירתי (דיאנה לקובר) ומיקדתי את תשומת לבי במחקר שלי על האתיקה של המדיה.[25] הייתי זקוק לשינוי. נדרשו לדיאנה ארבעה חודשים כדי להקליד את 200 עמודי הראיונות. זמן יקר זה אִפשר לי להרהר בחוויה ההולנדית ולגבש מחשבות מקדימות. לאחר מכן, התחלתי לכתוב.

עד אז הפרויקט עתיק היומין של הספר בנושא אתיקה רפואית, *The Right to Die with Dignity*, שהתחלתי לכתוב בשנת 1991, היה כמעט גמור. כל מה שנדרש היה לכתוב את הטיוטה האחרונה של המבוא ושל המסקנות, ולכתוב את הפרק על הולנד. אך כעת הייתי צריך להתאים את כל התזה. לפני נסיעת המחקר שלי להולנד, התזה שלי תמכה בהמתת חסד. כעת המצב שונה. במהלך תקופה זו של חקירה, בדיקה והפניית שאלות טורדניות, התברר לי שלא הייתי מסוגל עוד לתמוך בהמתת חסד. אני עדיין חושב שיש מקרים שבהם המתת חסד מוצדקת. ברמה הפילוסופית ניתן להעלות טיעון אתי חזק לגבי אופן הביצוע בפועל. אך בעולם הביצועים, כשהייתי עד להשקפה היהירה של ההולנדים לגבי מוות וגסיסה, לא הייתי מסוגל עוד לתמוך במדיניות זו. המדיניות מיועדת לכלל החברה, לא למקרים ספציפיים. אכן המדיניות עלולה להשפיע על מקרים ספציפיים, לעשות להם שירות־דוב ולהזיק לאינטרסים שלהם. איני מסוגל לתמוך במדיניות מסוכנת כזאת.[26]

שיניתי את התזה של הספר מהמתת חסד להתאבדות בסיוע רופא, כאשר אקט החסד האחרון נעשה על ידי החולה ולא על ידי הרופא.[27] למעשה, כל הספר

---

25 Cohen-Almagor, R. (2001). *Speech, Media, and Ethics: The Limits of Free Expression.* Houndmills and New York: Palgrave-Macmillan

26 שמעון גליק העיר שבסרט ההולנדי *Death on Request*, מוצג כל התהליך בחייו האמִתיים של חולה ALS. התהליך מבוצע על ידי ד"ר וילפרד ון אויין. "הקרנתי את הסרט הזה כל שנה לסטודנטים שלנו לרפואה. אך לאחר מכן, במארס 2004, הופיעה בכתב העת האנגלי *BMJ* (British Medical Journal =) כתבת חדשות, בצירוף תמונה של קטע מהסרט. בכתבה דווח שאותו רופא הורשע ברצח בהולנד, בעקבות הפרה יסודית של רבות מהתקנות שבהן הוא תמך בגאווה כה רבה. בערך באותו זמן, השתתפתי עם רופא הולנדי בקבוצת דיון בינלאומית בנושא זה. הוא התבקש לתאר את תחושותיו בכל הנוגע להריגת חולה. הוא ענה: 'בפעם הראשונה זה היה קשה'."

27 Onwuteaka-Philipsen, BD. (2012). The unreported cases. In Youngner, SJ; Kimsma, GK., editors. *Physician-Assisted Death in Perspective.* Cambridge: Cambridge University Press; 133. בשנת 2005 היה שיעור הדיווחים על התאבדות בסיוע רופא 100%.

נכתב מחדש. הספר ראה אור בשנת 2001, אחרי תשע שנות חשיבה ומחקר. אני רואה בספר הזה את עבודת המחקר המעמיקה והחשובה ביותר שלי. מעולם לא הקדשתי תשע שנים מחיי לכתיבת ספר אחד.[28]

יהיו שיטענו, כפי שטוען ויין סמנר בהערותיו על פרק זה, שיש היגיון רב בעיגון המתת חסד בחוק, אם מוכנים לקבל את העיגון בחוק של התאבדות בסיוע רופא, מכיוון שחלק מהחולים, שסבלם בסוף החיים יכול להצדיק בקלות התאבדות בסיוע רופא, אינם מסוגלים לבלוע. במקרים אלה מניעת המתת חסד מהם כמפלט אחרון היא אכזריות לשמה. לטענות אלה אני עונה שהגבלת העיגון בחוק רק להתאבדות בסיוע רופא מיועדת למנוע שימוש לרעה בהמתת חסד. האקט האחרון מופקד בצורה הוגנת בידי החולה, השותה או אוכל את הרעל הקטלני, שהוכן בעבורו על ידי הרופא. החולה הוא זה שמתאבד בעזרתו של הרופא. אם החולה לא נתן את הסכמתו, אין להפעיל עליו מניפולציות או לכפות עליו לקחת את הרעל ביודעין או שלא ביודעין. יתרה מכך, הרוב המכריע של החולים המבקשים למות הם חולי סרטן, המסוגלים לבלוע. לגבי המיעוט הקטן של חולים, שאינם מסוגלים לבלוע, אני מסכים שהשארתם בחיים במצב של סבל נגד רצונם מהווה אכזריות לשמה. ניתן להציע נימוק מתועד ומוסבר לקביעת מקרים חריגים כדי להצדיק המתת חסד בנסיבות מיוחדות ומעטות כגון אלה.

הספר – *Euthanasia in the Netherlands*

לאחר שהשלמתי את כתיבת הספר *The Right to Die with Dignity*, כתבתי את הספר החדש במרץ רב. ישבתי מבוקר עד לילה וכתבתי את הספר *Euthanasia in the Netherlands*. ספגתי מידע כה רב, עד שהרגשתי הלם במשך חודשים. זו הייתה התפרצות. תוך שישה חודשים היה כתב היד של הטיוטה הראשונה מוכן. אכן היה זה הספר שכתבתי במהירות הגדולה ביותר אי־פעם.

לאחר שהגעתי להסכם עקרוני עם הוצאת ספרים שתוציא לאור את הספר *The Right to Die with Dignity*, התחלתי לחשוב מה עליי לעשות עם כתב היד של הספר החדש. הראיונות שימשו אותי במרבית שלבי המחקר שלי. פרסמתי מאמרים שהתבססו על ראיונות, אך מעולם לא כתבתי ספר הבנוי כולו

---

28 Cohen-Almagor, R. (2001). *The Right to Die with Dignity: An Argument in Ethics, Medicine, and Law.* Piscataway, NJ: Rutgers University Press

מראיונות. לא הייתי בטוח אם הוא מעניין מספיק או מרתק מספיק, כדי שיהיה ראוי להוציאו לאור בזכות עצמו. הייתי זקוק לעצה.

ידידי הטוב (ג'ק פול)[29] קישר אותי עם ג'ויס אפלבי. ג'ויס היא היסטוריונית מנוסה ואישה משכילה, אך הידע שלה באתיקה רפואית מצומצם למדי. אולם בזכות הניסיון העשיר שלה, היא הייתה המבקרת המושלמת שיכלה לייעץ לי אם כתב היד שלי ראוי להתפרסם כספר. שאלתי אותה אם היא תהיה מוכנה לקרוא אותו ולחוות דעה כנה עליו. היא הסכימה, והוסיפה שהיא עומדת לטוס בסוף השבוע. אם אוכל להביא את כתב היד אליה הביתה, היא תוכל לקחת אותו אִתה ולקרוא אותו במהלך הטיסה. ביום שני שלאחר מכן קיבלתי שיחת טלפון. על הקו הייתה ג'ויס, שהציעה להיפגש עמי לארוחת צהריים. היא פתחה את השיחה באומרה: "יש לך ספר". הביטחון חזר אליי. אם לדעתה של ג'ויס הספר מרתק ומעניין, ברור שמומחים בתחום ימצאו בו עניין. התחלתי לחפש הוצאת ספרים שתיאות לפרסם את כתב היד.

במקצוע שלנו ידוע שהסכם עקרוני עם הוצאת ספרים וחתימה על חוזה הם השלבים הקריטיים בתהליך פרסום ספר. עמדתי להשכיל וללמוד לקח. לכל כלל יש יוצא מן הכלל. הספר *Euthanasia in the Netherlands* היה יוצא דופן מבחינות רבות. הוא היה יוצא דופן גם מבחינה זו.

לאחר כמה חודשים של חיפוש, חתמתי על חוזה עם בית הדפוס של אוניברסיטת פנסילבניה (UPP). העורכת של בית הדפוס, גב' ואלדה מטקאלף, כתבה לי (ב־10 בדצמבר 2001) מכתב, שבו היא בירכה אותי על כך שכתב היד התקבל לפרסום. היא אמרה ש"כתב היד מצוין", שהוא "כתוב בצורה רהוטה, בקצב הנכון ומוצג בצורה יפה". היא טענה שהיא "צופה לספר השפעה חזקה מאוד, ושהוא יעורר ויכוח ציבורי כאן ובמדינות אחרות". נראָה שהכול מתקדם היטב, ואכן תהליך הפקת הספר החל.

בפברואר 2002 הייתי במרכז רוקפלר בבלאז'יו שבאיטליה לרגל מענק המחקר שקיבלתי. את התקופה הזו הקדשתי לכתיבת הספר הבא שלי.[30] לפתע הגיעה הודעת דוא"ל מסקרנת מבית הדפוס של אוניברסיטת פנסילבניה, ובה היה כתוב שכותב ההודעה הוא עורך חדש שמונה לעבוד על הספר שלי. הוא

---

29 Reisz, M. (8 April 2010). Jack Pole, 1922-2010. *Times Higher Education* Available from URL: http://www.timeshighereducation.co.uk/story.asp?storycode=411122

30 Cohen-Almagor, R. (2006). *The Scope of Tolerance: Studies on the Costs of Free Expression and Freedom of the Press.* London and New York: Routledge

החליף את העורכת הקודמת שלי, גב' מטקאלף, שאִתה היו לי יחסי עבודה טובים מאוד. הוא אמר שהוא מצפה בכיליון עיניים לעבוד אִתי, אך משהו בטון המכתב לא נראה טוב. יום או יומיים מאוחר יותר, העורך שלח לי שוב הודעת דוא"ל וביקש ממני לשלוח לו אישורים בכתב מהמרואיינים שלי, שאכן דבריהם בספר הם אמנם שלהם. אישורים אלה נקבעו כעת כתנאי מוקדם להוצאת הספר לאור.

יצרתי קשר עם המרואיינים ואמרתי:

לפרופסור [שם משפחה] שלום,

העורכים של בית הדפוס של אוניברסיטת פנסילבניה, המוציא לאור את הספר *Euthanasia in the Netherlands*, מבקשים באדיבות אישור שאכן קראת את הספר ושאמירותיך מוצגות בצורה ברורה ונכונה.

אודה לך מאוד אם תוכל לחתום על ההצהרה הבאה ולשלוח אותה אליי בפקס בהקדם האפשרי.

בתודה ובברכה,
רפי כהן־אלמגור

לידי
ד"ר ר. כהן־אלמגור

אני, ----------, קראתי את הספר *Euthanasia in the Netherlands* מאת רפאל כהן־אלמגור, ואני מאשר שאני מודע לחלוטין לאופן שבו השקפותיי מוצגות בספר. אני נותן את אישורי לפרסם את עמדותיי.

תאריך:
חתימה:

רובם הגדול של המרואיינים שלי שלחו אליי את הסכמתם ואישורם באופן רשמי. שלושה לא שלחו. מרואיין אחד מתוך השלושה הוא פרופסור הנק לינן, שניסח את טיוטת החוק להמתת חסד בהולנד. הוא סירב מכיוון שהוא לא רצה להסכים למה שלדעתו הייתה "דרישה מגוחכת" מצד המוציא לאור. ביקשתי ממנו להסביר את השקפתו ישירות לבית הדפוס של אוניברסיטת פנסילבניה, והוא אכן כתב לעורך שדרישתם אינה מתקבלת על הדעת, ושהוא חושב שהספר שלי ראוי לראות אור.

שני מרואיינים סירבו לחתום על הצהרה זו. נאלצתי לעבור על כתב היד ולמחוק את כל האזכורים שלהם. כמו כן, הסכמתי לקחת באופן מפורש אחריות

בכתב לתוכן כתב היד. אך לפחות אחת מהמרואיינים, שסירבו להיכלל בספר שלי, יצרה קשר עם בית הדפוס של אוניברסיטת פנסילבניה והתלוננה על כתב היד, בטענה שהשקפותיה לא הוצגו בספר בצורה הולמת. הביקורת שלי על האופן שבו המתת חסד מבוצעת בהולנד, לא מצאה חן בעיניה, והיא החליטה להשקיע מאמצים כדי לגרום לכך שהחוזה על הספר שלי יבוטל.

הואיל ואני מאמין בשקיפות ובפתיחות מוחלטת, מאפיינים שההולנדים מסכימים להם בדרך כלל ומציגים את עצמם כדוגלים בהם, התחייבתי בפני המרואיינים שלי שאשלח להם את הטיוטה הראשונית של כל כתב היד לפני שהספר יראה אור. לכן ביולי 2000, לאחר שסיימתי לכתוב את הטיוטה הראשונה, שלחתי אותה לכל המרואיינים שלי, והזמנתי אותם לכתוב הערות וביקורות. במכתב הנלווה שלי הסברתי שברצוני לתת למרואיינים הזדמנות לראות שהאזכורים לדיון שלנו מייצגים באופן הולם את השקפותיהם. הוספתי שהסוגיה במקרה דנן אינה הניתוח או הפרשנות שלי, אלא המטרה הייתה לוודא שהשקפות המרואיינים מאופיינות באופן הוגן וכן, ושהדעות המיוחסות להם נכונות.

טעיתי כששלחתי למרואיינים את כל כתב היד, כולל פרטי ההוצאה לאור. הייתי צריך לשלוח לכל מרואיין רק את החלק שלו בספר, רק את התמליל של הריאיון שלו, בלי התוספות והפרשנויות שלי. אני מניח שהביקורות שלי לא מצאו חן בעיני חלק גדול מהמרואיינים שלי, אך הם היו מקצועיים מספיק כדי לקבל את העובדה שאני רשאי שיהיו לי השקפות ודעות משלי, והמשיכו לשתף עמי הפעולה. אך בעיני שני מרואיינים כל זה היה יותר מדי. לפחות אחד מהם רדף אותי וניסה לחבל בפרסום הספר.

אף שכל המרואיינים שלי, חוץ משניים, הביעו את הסכמתם בכתב, אף שמחקתי את כל האזכורים לשני מומחי האקדמיה שלא רצו ליטול כל חלק בספר שלי, ואף שהייתי מוכן ליטול אחריות מלאה לכתב היד שלי, העורך החדש הודיע לי לאחר מכן שבית הדפוס של אוניברסיטת פנסילבניה החליט שלא להמשיך בתהליך הפקת הספר שלי.

זה היה לקח קשה וגלולה מרה. החלטתי לחפש הוצאת ספרים אחרת. שנתיים מאוחר יותר, לאחר תהליך פניות נוסף שהסתיים בחוות דעת כמו: הספר מבוסס ומעניין ממדרגה ראשונה, מכיל נתונים ומידע מקוריים שמעולם לא פורסמו ושופך אור נוסף על המתת חסד בהולנד, הספר ראה אור בהוצאת ספרינגר.

תרבות או תרבות אקדמית

בסקר שנערך בשנת 1998 על ידי האגודה ההולנדית על המתת חסד מרצון נמצא כי 92% מהאוכלוסייה תמכו באופן שבו המתות חסד מבוצעות בפועל.

כ־200,000 הולנדים נושאים מסמכים שבהם הם מצהירים, שהם מבקשים למות מהר וללא כאב, אם יחלו במחלה גופנית או נפשית שתמנע מהם לחיות חיים רגילים.[31] בסקר שנערך בשנת 2011 בקרב רופאים הולנדיים, נמצא שרובם המכריע (87%) היו מוכנים ברמה העקרונית ליטול חלק בהמתת חסד חוקית. כ־68% אמרו שב־5 השנים האחרונות הם נטלו חלק בהמתת חסד. מתוכם 29% עשו זאת פעם אחת; 25% – פעמיים; 33% – בין שלוש לחמש פעמים; ו־11% – יותר מחמש פעמים.[32]

שלושה מהמרואיינים שלי, שנשאו משרות נוחות באקדמיה ההולנדית, אמרו לי שלא לציטוט ולא לייחוס, שאף שיש להם ספקות לגבי מדיניות המתת החסד ולגבי האופן שבו היא מבוצעת בפועל, הם לא יכלו לעמוד קבל עם ועדה ולהשמיע את הביקורת שהייתה להם, מחשש שיאבדו את משרתם. הם חיים בתוך חברה הולנדית ליברלית מאוד. החברה ליברלית כל עוד היא משמיעה את הקולות הנכונים. אותה חברה עלולה להפנות להם גב אם ישמיעו ביקורות. אכן חלק מהמרואיינים שלי, שמתחו ביקורת גלויה על מדיניות המתת החסד ועל אופן ביצועה בפועל, דיברו במרירות על המחיר הגבוה שהם שילמו על כך, שצייתו לצו מצפונם. אחד המתנגדים "בארון" הסביר שבמסגרת עבודתו, הוא נדרש לייעץ בסוגיות הקשורות לסוף החיים. הוא לא יוכל עוד להחזיק במשרתו, אם ידחה בקשות רבות להמתת חסד. אנשים יפסיקו לפנות אליו, והוא לא יוכל יותר לבצע את עבודתו. אכן זה בדיוק מה שקרה לפרנק קורסלמן, כשהפך להיות שופר ביקורת ידוע נגד המתות חסד.

ההולנדים נותרו נאמנים לאמונתם החזקה, שהמדיניות שלהם מתנהלת היטב. אין מדיניות שהיא מחוסנת מפני שימוש לרעה, כך הם טוענים, אך בסך הכול הדברים מתנהלים כדבעי. אין בחברה ההולנדית קולות ביקורת דַיָּם, שיביאו לשינוי במדיניות. כמו כן, ביקורת חיצונית זוכה ליחס של ביטול, מכיוון שזרים אינם מסוגלים להבין לעומק את התרבות ההולנדית "הייחודית". ג'והן גריפית', יליד ארצות הברית, העיר שהולנד:

> בנויה מאנשים שהם בסך הכול הגונים, הגיוניים ובעלי שכל ישר, שחשבו ברצינות על נושאים אלה והגיעו לדרגה גבוהה של הסכמה חברתית.

---

31 Richburg, KB. (November 2000). Dutch Euthanasia Law Guidelines. *The World Federation of the Right to Die Societies.* Available from URL: http://www.worldrtd.net/dutch-euthanasia-law-guidelines

32 Cook, M. (4 August 2011). Dutch doctors solidly behind euthanasia: poll. *BioEdge,* Available from URL: http://www.bioedge.org/index.php/bioethics/bioethics_article/9666/

הוא טען שלמרות כל הביקורת הקיימת על אי־תקינותו של הפיקוח ההולנדי, "המצב כאן *הרבה יותר טוב* מאשר בכל מקום אחר". ביקורת נגד יעילות התקנה בהולנד, "במיוחד כשהיא מוטחת על ידי גורם חיצוני, היא בהכרח עניין *השוואתי*".[33]

באחד מספריו כתב גריפית':

> באיזו מידה הוא יוכל לתת אמון במסקנות של (נאמר) רופא יפני, שלמד הליך רפואי שנוי במחלוקת בארצות הברית, באמצעות ריאיון שערך עם קומץ רופאים אמריקניים, שעמם יצא לו להיות בקשר על אודות מספר מצומצם של מקרים, שבהם רופאים אלה היו מעורבים מספר שנים קודם לכן ... מבלי לדעת אנגלית, החוקר היפני ההיפותטי ערך את הראיונות בעזרת מתורגמן. על סמך הראיונות (ומבלי שהיה מסוגל לקרוא את הספרות האמריקנית בנושא), החוקר היפני הרגיש שהוא מסוגל לטעון טענות נמרצות, לא רק לגבי מה שרופאים אמריקניים עושים בדרך כלל במקרים כאלה, אלא גם לגבי ההשפעה שיש למעשיהם על החולה המעורב.[34]

באופן דומה, הלן דופואה סיכמה את תשובתה ואמרה:

> תגובתי הקצרה על ספרך היא שאתה רשאי כמובן, שיהיו לך ולמדינתך השקפות מוסריות משלך, שעליהן אין ברצוני להעיר. אך השאלה הנותרת היא מדוע אתה כה נלהב להעיר על השקפותינו? אני חשה כאן מעין אימפריאליזם מוסרי, שאני באמת מצטערת על קיומו. אני יכולה לחיות בעולם שפוסל המתת חסד, ואני מצפה שאחרים יהיו סובלניים באותה מידה.[35]

גריפית' ודופואה אמרו שני דברים: שָׂפה היא תנאי מוקדם וגורם מכריע בעריכת מחקר, ורק אנשים השייכים לתרבות מסוימת מתאימים לבחון את אותה תרבות. אני מסכים עם האמירה הראשונה. איני מסכים עם השנייה. אסביר.

שפה היא אכן גורם מכריע. מומחי אקדמיה, העורכים מחקר על המתת חסד בהולנד, צריכים לדעת לקרוא הולנדית. השפה עלולה להיות מחסום גדול. אכן אני נמנע, בדרך כלל, מלהעיר על תרבויות, ששפתן שונה משתי השפות שבהן אני שולט, עברית ואנגלית. זה היה פרויקט המחקר הראשון שערכתי מחוץ

---

33 Cohen-Almagor, R. (2004), לעיל הערה 4, עמ' 150.

34 Griffiths, J; Bood, A; Weyers, H. (1998). *Euthanasia and Law in the Netherlands.* Amsterdam: Amsterdam University Press; 25

35 Cohen-Almagor, R. (2004), לעיל, הערה 4, עמ' 150.

למדינת ישראל ומחוץ לָעולם דובר האנגלית. לא בחרתי בכוונה תחילה לערוך מחקר זה. למעשה, נגררתי אליו. כפי שהסברתי, כתבתי את הספר *The Right to Die with Dignity*; היה לי ברור שלא יכולתי להוציא לאור ספר בנושא, מבלי לערוך מחקר בהולנד, מדינה שבה מבוצעות המתות חסד משנותה־50 של המאה הקודמת.[36] התכנית ההתחלתית שלי הייתה לכתוב פרק אחד, המבוסס על הספרות הקיימת. אך הספרות התאפיינה בניגודים כה רבים, עד שהרגשתי מחויבות לערוך עבודת שטח בהולנד. אני מודה שלמחקר זה מגבלות ברורות. איני מתיימר להכיר את הנושא באותה מידה שמכיר אותו מומחה הולנדי. ברור לי שמומחים מקומיים מכירים את המדיניות ואת האופן שבו המתת חסד מבוצעת בפועל הרבה יותר טוב ממני. אולם המחקר שלי מעלה שאלות קריטיות ומדאיגות. ההולנדים מוזמנים להתייחס אליהן בכל דרך, צורה או אופן. בסופו של דבר, הם אלה שחיים עם מדיניות זו ועם ההשלכות שלה. בוודאי, מי שנוטל על עצמו, לערוך מחקר במדינה שאינו שולט בשפתה, חייב להכין שיעורי בית רבים ולהתכונן היטב, כך שכשיגיע לשטח יהיה לו כל הידע שמישהו יכול לרכוש. הגעתי להולנד לאחר שמונה שנים שבמהלכן קראתי את כל הספרות שהכרתי באנגלית.

האמירה השנייה מדאיגה אותי. היא קובעת שידיעת השפה אינה תנאי מספיק. גם אם אדם דובר את השפה, עדיין, אם אינו שייך לאותה תרבות, אין הוא יכול לרדת לעומקה. השאלה באיזו מידה אנשים מתרבות אחת מסוגלים להעריך תרבות אחרת היא שאלה מרגיזה, וקו הביקורת שאומץ על ידי גריפית' ודופואה הוא קו מוכר. על פי היגיון זה, מומחי אקדמיה (מבריטניה ומקנדה לדוגמה) אינם מתאימים לספק הערכה ביקורתית על חוק הגנת החולה ועל טיפול בר־השגה בארה"ב (ידוע גם בשם אובמה־קֶר).[37]

לפני כמה שנים, כשהתחלתי את המחקר בנושא אופני התנהלות מפוקפקים תלויי תרבות בישראל, הותקפתי מאותן סיבות. חלק מהעמיתים הפלסטינים שלי התנגדו לעובדה שאני חוקר תופעות, כמו מילת נשים ורצח על חילול כבוד המשפחה, הנהוגים בקרב הבדואים והפלסטינים.[38] הם טענו שאיני מבין את

---

36 Kennedy, JC. (2012). The lateness of the Dutch euthanasia debate and its consequences. In Youngner, SJ; Kimsma, DK., editors. *Physician-Assisted Death in Perspective: Assessing the Dutch Experience.* Cambridge: Cambridge University Press; 5

37 ObamaCare Facts: Facts on the Obama Health Care Plan. Available from URL: http://obamacarefacts.com/obamacare-facts.php

38 Cohen-Almagor, R. (1996). Female Circumcision and Murder for

הקהילות האלה, ושעליי להגביל את המחקר שלי לתופעות הנהוגות בקרב יהודים בלבד. באופן דומה, כשחקרתי תופעה כמו חליצה,[39] הנהוגה בקרב הקהילות היהודיות בארץ, כמה רבנים חרדיים לא קיבלו ברוח טובה את הרעיון, שאדם חילוני מטפל בבעיה.[40] אחד מגדולי ההלכה הבולטים, שמאוחר יותר מונה לשופט בבית המשפט העליון, הציע לי לאפשר לרבנים בלבד להתחבט בסוגיה.

בקיצור, יש לא מעט יבלות רגישות ולא מעט אינטרסנטים, שאינם אוהבים ש"גורמים מבחוץ" ידרכו עליהן. אם נפעל בהתאם לעצה "הידידותית" המגבילה, בטענה ל"מומחיות" או ל"ייחודיות", על מומחי האקדמיה להגביל את מחקריהם לנושאים תיאורטיים ולרעיונות נשגבים בלבד, ולהשאיר את הסוגיות הקונקרטיות יותר אך ורק לשיקול דעתם של מי שמעורב בהן עמוקות. אלא ש"גורמים מבחוץ" יכולים להביא עִמם דרכי חשיבה מרעננות, להציע ביקורות מושכלות ולהדגיש דאגות ש"גורמים מבפנים" מעלימים מהן עין, ממעיטים בערכן או שנרתעים מלטפל בהן. אינך חייב להיות אישה כדי להוקיע שוביניזם; אינך חייב להיות פלסטיני כדי לגנות רצח של אישה ש"חטאה", רק מכיוון שדיברה עם גבר שאינו נמנה עם בני משפחתה; אינך חייב להיות בן דת ההינדו כדי לגנות שרֵפת אלמנות בעודן בחיים; אינך חייב להיות אפרו־אמריקני כדי להוקיע את עידן העבדות כפרק קשה מנשוא בהיסטוריה של ארצות הברית; אינך חייב להיות גרמני כדי לחקור את גרמניה הנאצית. היו בעבר, וקיימים גם היום, מומחי אקדמיה רבים מבחוץ, שהעשירו את העולם בצורת החשיבה המיוחדת שלהם. ניתן אף לטעון, שלעתים ריחוק מהנושא המדובר מהווה יתרון ולא מכשול. המחקר שלי לא נועד להרוס תנועה מבוססת, אלא לספק ביקורת בונה כדי לשפר את האופן שבו מבוצעת המתת החסד בפועל.

לאחר הספר *Euthanasia in the Netherlands* ראה אור, נמתחה עליי ביקורת על כך שלא היה בו ייצוג מאוזן בין תומכים למתנגדים – קולות התומכים היו רבים יותר. בספרי ניסיתי להראות ייצוג הולם של המצב בהולנד. באופן כללי, בחברה ההולנדית יש פחות קולות נגד המתת חסד, לכן ייצוג זה נשמר גם בספר. רוב הספרים, התומכים במדיניות המתת החסד בהולנד ובאופן

Family Honour among Minorities in Israel. In Schulze, K; Stokes, M; Campbell, C., editors. *Nationalism, Minorities and Diasporas: Identities and Rights in the Middle East*. London: I.B. Tauris; 171-187

39 *חליצה* היא טקס יהודי שבו אלמנה יהודייה, שאין לה ילדים, משחררת את הגיס שלה מהתחייבותו הדתית להינשא לה.

40 Cohen-Almagor, R. (2000). Israeli Democracy, Religion and the Practice of *Halizah* in Jewish Law. *UCLA Women's Law Journal*, 11(1), 45-65

שבו היא מבוצעת בפועל, אינם טורחים להזמין את בעלי הדעה הנגדית ליטול חלק. הם אינם מעוניינים לנהל ויכוח; הם אינם רוצים להעניק לקולות המתנגדים שמץ של לגיטימיות. קולות אלה אינם ראויים לדיון.

ניטול לדוגמה את הכרך *Physician-Assisted Death in Perspective: Assessing the Dutch Experience*, שנערך על ידי סטיוארט ג'. יונגנר וגריט ק. קימסמה.[41] כשקוראים את הספר, מתברר שהוא יותר חוברת רעיונית גדולה ופחות עבודה אקדמית יסודית ומעמיקה. בכל הספר, הכולל 24 פרקים, קיים פרק אחד בלבד (פרק 8), שבו נמתחת ביקורת על המתת החסד בהולנד ועל האופן שבו היא מבוצעת בפועל, ואפילו פרק זה כתוב בטון של התנצלות. המחברת ון דר הייד משווה בין הולנד למדינות אחרות.[42] מה המניע להשוואה כזאת? האם המטרה היא להראות שהמצב בהולנד אינו כה גרוע? האם המטרה היא לטעון שמקרים כאלה קורים בסתר במדינות אחרות? אף על פי כן, בין אם מקרים אלה קורים במקום אחר ובין אם לאו, על ההולנדים לטפל בדאגות ולמנוע שימוש לרעה בהמתת חסד. ההשוואה אינה מכפרת על המצב הקיים בהולנד ואינה הופכת אותו ללגיטימי.

ון דר הייד סיכמה את המאמר שלה באומרה שקיומה של התנהלות, המסיימת את חייהם של חולים ללא הסכמתם:

> מראה שהרופאים חשים שמחויבותם להקל על הסבל מקבלת, לעתים, עדיפות על פני מחויבותם להציל חיים, גם אם החולה אינו מסוגל לבקש מפורשות לתמוך בקבלת החלטה מעין זו.[43]

המחשבה שקיימת אפשרות לשימוש לרעה בנוהג זה, ייתכן שחלפה בראשה, אך היא לא הוזכרה במאמר. בהקשר זה יהיו שיביעו דאגה מעצם העובדה שוועדות הביקורת בנושא המתות חסד (ERC), שהוקמו כדי לנטר את אופן הביצוע בפועל של המתות החסד, בדקו (בין השנים 1998-2008) 20,623 מקרים. 38

---

41 Youngner, SJ; Kimsma, GK. (2012). *Physician-Assisted Death in Perspective: Assessing the Dutch Experience.* Cambridge: Cambridge University Press

42 van der Heide, A. (2012). Physician-assistance in dying without an explicit request by the patient. In Youngner, SJ; Kimsma, GK., editors. *Physician-Assisted Death in Perspective: Assessing the Dutch Experience.* Cambridge: Cambridge University Press; 143

43 שם, עמ' 145.

מקרים מתוכם הוגדרו כ"ללא טיפול ראוי". אף לא מקרה אחד הוביל להעמדה לדין.[44]

שיטת המתת החסד בהולנד עוררה ביקורות משמעותיות במדינה זו, ויותר מכך מחוצה לה. קולות אלה לא הוזמנו ליטול חלק בכתיבת הספר הזה. ההולנדים מתגאים בהיותם בעלי שקיפות ופתיחות, אך הם אינם מתלהבים לתת במה למתנגדים. הם עשויים להרשות, למי שבדרך כלל תומך במדיניות המתת החסד, להשמיע את קולם, אך לאחר מכן, בדרך כלל, הם מפריכים את הביקורת (לדוגמה, הפרק של גוברט דן הרטוף שבאותו כרך שנערך על ידי יונגנר וקינסמה). אך מידת הסובלנות של ההולנדים אינה מגעת לכדי השמעת קולות הביקורת.

סטיוארט יונגנר (האמריקני) מבהיר את עמדתו במבוא:

> ככל שלמדתי על המתת חסד בהולנד, כך התפעלתי מההתחשבות באחר, מהמדיניות המבוססת על ראיות, ומהשקיפות שבה היא מיושמת. האם יש בעיות? כמובן. אך ההולנדים מתייחסים אליהן ברצינות ... לדעתי, הולנד היא דמוקרטיה ליברלית בורגנית בריאה, בעלת תודעה עמוקה של סולידריות חברתית, שאני מקנא בה.[45]

במבוא שכתבו עורכי הספר יונגנר וקימסמה, הם מצטטים את טרפנבורג, שסיכמה את המסר הכללי של הספר. טרפנבורג גאה לומר שמדיניות המתת החסד היא "משהו שבאמת עשינו נכון".[46] לכן הספר מתחיל ומסתיים באמירה/מסקנה זו. אין מקום לדאגה. הכול בסדר גמור בממלכת הולנד.

טרפנבורג רואיינה לספר שלי. מאוחר יותר היא התעקשה, שאמחק כל אזכור לריאיון אִתה. ציַתי לה.

---

44 Kimsma, GK; Van Leeuwen, E. (2012). Reviews after the act: the role and the work of regional euthanasia review committees. In Youngner, SJ; Kimsma, GK., editors. *Physician-Assisted Death in Perspective: Assessing the Dutch Experience.* Cambridge: Cambridge University Press. den Hartogh argues in the same book (p. 370) that there were 20,283 cases between 1998 and 2008; of them 38 were deemed uncareful but none led to prosecution

45 Youngner, S. (2012). Preface. In Youngner, SJ; Kimsma, GK., editors. *Physician-Assisted Death in Perspective: Assessing the Dutch Experience.* Cambridge: Cambridge University Press; xx

46 Youngner, SJ; Kimsma, GK. (2012). Introduction. *ibid.*; xxv

סיכום

המתת חסד בהולנד נותרה נושא רגיש. ראיות על אודות השימוש לרעה בהמתת חסד ממשיכות להיות מתועדות. בשנת 2005 1.7% מכלל מקרי המוות היו תוצאה מהמתת חסד ו־0.1% היו תוצאה של התאבדות בסיוע רופא;[47] 0.4% מכלל מקרי המוות היו ללא בקשה מפורשת מצד החולה.[48]

על פי הדוח האחרון (משנת 2010) 2.8% מכלל מקרי המוות בהולנד היו תוצאה של המתת חסד, וכמו בשנת 2005, 0.1% היו תוצאה של התאבדות בסיוע רופא. שיעור זה של מקרי המתת חסד בשנת 2010 גבוה מזה של 2005, אך דומה לשיעור מקרים אלה בשנים 2001 ו־1995. רק 77% מכלל מקרי המתת החסד וההתאבדות בסיוע רופא דווחו לוועדת הביקורת (3,136 מקרים מתוך 4,050 – מספר המקרים המוחלט של מקרי המתת חסד והתאבדות בסיוע רופא).[49] עם זאת, עליי לציין שתי התפתחויות חיוביות ומבורכות מאוד.

ראשית, בשנים 2004-2006 עלה מספר המוסדות המיועדים לטיפול פליאטיבי ב־40% לפחות, ומספר המיטות, המיועדות לטיפול פליאטיבי במוסדות סיעודיים, בבתי חולים ובהוספיסים, עלה בכ־36% (844 מיטות לפחות).[50]

הנקודה החיובית השנייה היא הירידה המשמעותית במקרים שבהם חיי החולה הסתיימו ללא בקשה מפורשת מצדו להמיתו – מ־0.4% ל־0.2%. אולם ההתפתחות המדאיגה היא מספר מקרי ההרדמה הסופנית הנמצא בעלייה – 12.3% לעומת 8.2% בשנת 2005.[51] ההרדמה הסופנית מזרזת בכוונה תחילה מצב של תרדמת,

---

47 Hesselink, BAM; Onwuteaka-Philipsen, BD; Jansen, AJGM; Buiting, HM; Kollau, M; Rietjens, JAC; Pasman, HRW. (2012). Do guidelines on euthanasia and physician-assisted suicide in Dutch hospitals and nursing homes reflect the law? A content analysis. *Journal of Medical Ethics*, 38, 35-42

48 van der Heide, A. (2012). Physician-assistance in dying without an explicit request by the patient. In Youngner, SJ; Kimsma, GK., editors. *Physician-Assisted Death in Perspective: Assessing the Dutch Experience*. Cambridge: Cambridge University Press; 138

49 Regional Euthanasia Review Committees. (August 2012). *Annual Report 2011*. The Hague

50 Willems, D. (2012). Palliative care and physician-assisted death. In Youngner, SJ; Kimsma, GK., editors. *Physician-Assisted Death in Perspective: Assessing the Dutch Experience*. Cambridge: Cambridge University Press; 204

51 גליק כתב בהערותיו: עניין ההרדמה הסופנית הוא במידה רבה סיפור כיסוי של המתת חסד, כפי שדניאל סולמאסי תיאר כה יפה את השימוש הרופף באותו מונח, לתיאור

המוביל למותו של החולה, והיא אינה מצריכה את הסכמת החולה. ב־41.2% מהמקרים הרופא לא דן בהחלטה עם החולה, עם קרובי משפחה שלו או עם רופא אחר.[52] חובה לדעת מדוע דיונים מסוג זה לא התקיימו ולחקור מה ניתן לעשות כדי להדגיש את חשיבותן של שיחות אלה, כדי לוודא שהתנהלות זאת לא תימשך.

האגודה הרפואית המלכותית ההולנדית (KNMG) מדגישה בדוח שלה בנושא סדציה פליאטיבית, שחשוב מאוד שלמשפחת החולה יהיה ברור מהו הטיפול הרפואי שיקירם מקבל בסוף חייו. בדוח קיימת התניה שהטיפול הפליאטיבי יכלול דאגה למטפלים, כלומר לוודא שאפשר לתקשר אִתם בשפה שהם מבינים, להנחות אותם ולהציע להם הזדמנות לחשוב על מה שקורה.[53] טיפול נאות, שקיפות ופתיחות מחייבים ציות מלא להנחיות המשפטיות, האוסרות הריגה מכוונת ללא הסכמת החולה.

אילו לקחים ניתן ללמוד מהחוויה ההולנדית שלי, כפי שמתוארת בפרק זה?

א. מחקר אינו תחרות על פופולריות. הוא עלול להיות קשה ומאתגר. אם פופולריות חשובה לך, הגבל את עצמך לנושאים כמו "צמחייה בהוואי", "מדוע אנשים נהנים לאכול", או "מדוע צ'רצ'יל נחשב על ידי הבריטים לגדול המנהיגים שלהם".

ב. הישאר תמיד פתוח לרעיונות חדשים. אני נתקל לעתים קרובות מדי בחוקרים, שיודעים מה יהיו התוצאות לפני שהם מתחילים ב"מחקר" שלהם. התנהגות זו היא הכול, חוץ ממחקר אקדמי מעמיק ומקצועי. כחוקרים, עלינו להיות מוכנים לשנות את דעתנו לנוכח הראיות.

ג. הקשב לעצתם של אחרים, אך עם זאת, אתה הפוסק הסופי של מחקרך.

ד. לאנשים יש נטייה לגונן מאוד על השיטה שלהם. עלינו להיות מודעים לנטייה זו, כשאנו עורכים מחקר, במיוחד בנושאים שיש עליהם השקפות מנוגדות ובנושאים שנויים במחלוקת.

פעולות שונות לחלוטין מנקודת מבט אתית. אם ברצונך רק להעלים סבל, אינך חייב להפסיק הזנה ומתן נוזלים" .

52 Lo, B. (2012). Euthanasia in the Netherlands: what lessons for elsewhere? *Lancet,* 380, 869-870; Schildmann, J; Schildmann, E. (2012). .There is more to end-of-life practices than euthanasia. *Lancet*, 381, 202 יאן ואווה שילדמן מעלים גם הם דאגות לגבי העלייה החדה בשכיחותה של "הקלה מוגברת בתסמינים", 24.7% בשנת 2005 לעומת 36.4% בשנת 2010.

53 Committee on National Guideline for Palliative Sedation. (2009). *Guidelines for Palliative Sedation.* Utrecht: Royal Dutch Medical Association; 10, 62

ה. נדרשת מודעות לניגוד אינטרסים פוטנציאלי. אנשים, בכלל זה מדענים, אינם זורקים בקלות אבן לבור שממנו הם שותים. מימון בלתי תלוי למחקר הוא עניין קריטי.

ו. עריכת ריאיון כשיטה במדעי החברה היא דרך מצוינת לקבל מידע על נושאים שאינם מצויים בספרות, אך היא יכולה גם להיות בעייתית. להלן כמה המלצות:

1. לפני שתתחיל לראיין, קרא חומר על אודות עריכת ראיונות במקצוע שלך.
2. הכן שיעורי בית לפני הריאיון; הגע מוכן, תוך ניסיון לשלוט ככל יכולתך בנושא האמור, כך שתוכל להבהיר דברים במהלך הריאיון ולהסבירם. הֱיה ער לעובדה, שלכל מרואיין יש נושא שירצה לקדם.
3. מומלץ להקליט את הריאיון, כמובן לאחר שהמרואיין הסכים לכך.
4. לאחר הריאיון שלח את תמליל הריאיון לאישור המרואיין. אל תשלח לאישור את כל המאמר או את כל הספר.
5. שמור את כל המסמכים.

ז. שמור את כל ההתכתבויות עם הוצאת הספרים.

ח. חתימה על חוזה אינה תמיד ערובה לפרסום הספר. הואיל ורובנו, אם לא כולנו, איננו מוכנים להתחיל במאבק משפטי מול הוצאת הספרים, עלינו לקבל את התכתיבים שלה ולעתים את ביטול החוזה. החדשות הטובות הן שיש לא מעט הוצאות ספרים.

ט. הֱיה נאמן למצפונך. הוא, בסופו של דבר, הפוסק הטוב ביותר שלך. הבט במראה ובחן את עצמך כל הזמן. אמץ את עמדתך כל עוד אתה מסוגל להביט לעצמך בעיניים.

פתחתי פרק זה בתיאור הדיונים עם שמעון גליק, כשהוא צפה מראש שאשנה את דעתי לגבי הסוגיה של מתן אפשרות של המתת חסד לחולים. לאחר החוויה ההולנדית שלי, אכן שיניתי את השקפותיי. אני תומך עדיין בהתאבדות בסיוע רופא (PAS). שמעון אמר: "עם הזמן, תשנה את דעתך גם בסוגיה זו". זה לא קרה עדיין. זה לא קרה מכיוון שהסיכוי שייעשה שימוש לרעה בהתאבדות בסיוע רופא הוא מוגבל. האקט הסופי מבוצע על ידי החולה, לא על ידי הרופא (או האחות). אני מאמין שלחולים כשירים צריכה להיות היכולת להחליט על הרגע שבו ימותו. איני מאמין שהרפואה צריכה להתעלם מחולים אלה או לנטוש אותם. מקצוע הרפואה צריך להיות קשוב למשאלותיהם של כל החולים, לא רק של מרביתם.

פרק שלישי

פלוגתא לגבי הפסקת טיפול מאריך חיים

רענן גילון*

פרופסור בדימוס לאתיקה רפואית, אימפריאל קולג', לונדון, אנגליה

הקדמה

היה לי העונג לקבל את ההזמנה לכתוב פרק ל"פסטשריפט" לכבודו של שמעון גליק. יש לנו היכרות רבת שנים באמצעות הרשתות הבינלאומיות לאתיקה רפואית, ואף הגענו פעם להסכמה (עם אברהם שטיינברג ועם 30 חברים אחרים) על רוב הסוגיות שהיו נושא לוועדת קונצנזוס בינלאומי על הקווים המנחים לטיפול ממושך להארכת חיים;[1] ואם כי, כפי שיתברר מיד, אין בינינו כיום הסכמה על סוגיות עקרוניות אחדות הקשורות באתיקה רפואית, עובדה זו לא השפיעה כהוא־זה על החיבה ועל הכבוד ההדדי שאנו רוחשים זה לזה, שלא להזכיר את ההנאה מהבדיחות שכל אחד מאתנו מספר לחברו. בתרומה שלי לכרך זה ברצוני להצדיע הן למצוינותו של שמעון בכל הקשור לחינוך רפואי, להומניזם שלו ולהיותו גיבורם של החולים, של העניים ושל המנושלים, והן לחוש ההומור שלו.

היה לי העונג לפגוש שוב באופן וירטואלי במרשתת, כאשר במסגרת ההכנות לכתיבת פרק זה, צפיתי בהרצאתו המוקלטת בווידיאו בפני חברת חב"ד של אוקספורד,[2] שהיא ארגון סטודנטים יהודיים, אשר גם לי הזדמן להרצות בפניו (אם כי, אולי אין זה מפתיע כפי שיובהר בהמשך, שאין כל אזכור לתרומתי־שלי באתר זה!). עם זאת, לא נמנעתי מלהרים גבה ומלמשוך כתפיים, כאשר שמעון בדרכו המבודחת האופיינית ובביטחון עצמי רב, שפך בהרצאתו קיתונות של

---

* דוא"ל: raanan.gillon@imperial.ac.uk

1 Stanley, J. (1989). The Appleton consensus: Suggested international guidelines for decisions to forego medical treatment. *Journal of Medical Ethics,* 15, 129-136

2 His lecture can be seen and heard on URL: http://www.chabad.org/search/keyword_cdo/kid/17742/jewish/Shimon-Glick.htm

רותחין על רבות מהעמדות האתיות שאני מאמין בהן. ביניהן, דחייתי את טענתו הבסיסית, שקדושת החיים חייבת לשמש צו המוסר הראשוני והעליון (או, כמו שהוא ניסח זאת לחילופין, לטובת האנשים החילוניים החשוכים שכמותנו – הערך המוסרי, הנעלה והראשון במעלה, צריך להיות "הערך הבלעדי" של חיי אדם, שדבר לא ישווה לו).

דעתי היא כי החיים עצמם אינם הערך העליון – הם הדרך אל המטרה ולא המטרה עצמה, ואין זה תמיד מוסרי או רצוי להאריך אותם. שמעון נתן להבין, אף שלא אמר זאת במפורש, כי הפסקת היריון אינה קבילה מבחינה מוסרית. לדעתי, זכותה של האישה להחליט על גורל היריונה, ויש לכבד את רצונה ללא עוררין בשליש הראשון של ההיריון, אם כי בהסתייגות הולכת וגוברת בשלבים יותר מאוחרים, כשהעובר מתפתח. שמעון גם ביטל בקצרה את מה שהוא כינה ה"מנטרה של ג'ורג'טאון" ומה שאני מכנה "גישת ארבעת העקרונות" לאתיקה הרפואית (עשיית טוב, אי־גרימת נזק, כיבוד האוטונומיה וצדק), אשר התפרסמו בעולם על ידי בושאמפ וצ'ילדרס[3] וידועים כיום כפרינציפליזם. לעומת זאת, אני מאמין כי העקרונות הללו יכולים להועיל מאוד ולשמש בסיס טוב לדיון רב־תרבותי ולהסכמה רחבה, לעיון ולניתוח מדעי של ההיבט האתי.[4]

בהקשר לעקרונות אלה, שמעון התנגד במיוחד לכיבוד האוטונומיה.[5] בניגוד לכך, אני מאמין שיש לראות בעקרון כיבוד האוטונומיה[6] את "הראשון בין שווים"[7] במסגרת ה"מנְטָרָה של ג'ורג'טאון".

---

3 Beauchamp, T; Childress, J. (2013). Principles of biomedical ethics. 7th edition. Oxford, New York: Oxford University Press

4 Gillon, R. (1994). Medical ethics: four principles plus attention to scope. British *Medical Journal*, 309, 184-188

5 אוטונומיה היא, בדרך כלל, אחד הסיוטים המפחידים את שמעון, אם כי מסתבר שלא כך הוא במקרה של גולובצ'וק. שם הוא ועמיתיו המחברים השותפים סומכים על כיבוד האוטונומיה כחלק מהוויכוח שלהם עם הרופאים הקנדיים, שהסתייגו ממתן טיפול למר גולובצ'וק, החולה האנוש, כדי להחזיקו בחיים. ראו: Jotkowitz, A; Glick, S; Zivotofsky, AZ. [2010]) The case of Samuel Golubchuk and the right to live. *American Journal of Bioethics,* 10(3), 50-53

6 במובן של המחויבות הראשונית שלא לחסום בחירה חופשית של האחר, להחליט בעצמו על גורלו, תוך דגש מיוחד על ההקשר הרפואי שלא לכפות על אדם בעל שיקול דעת התערבויות, כאשר הוא מסרב לקבל טיפול.

7 Gillon, R. (2003). Ethics needs principles—four can encompass the rest—and respect for autonomy should be—first among equals?. *Journal of Medical Ethics,* 29, 307-312

הפסקה ומניעה של טיפול מאריך חיים

סלע המחלוקת שברצוני להתמקד בו בפרק זה הוא התעקשותו של שמעון על ההבדל המהותי, לכאורה, מבחינה מוסרית: יש להבדיל בין הפסקת טיפול מאריך חיים, לאחר שכבר הוחל בו, לבין אי־התחלתו כלל – מניעת הטיפול. לשיטתו, הפסקת הטיפול גרועה יותר מבחינה מוסרית מאשר אי־תחילתו. אף שאין ספק בלבי, שיכולים להיות הבדלים פסיכולוגיים משמעותיים (כפי ששמעון ורבים אחרים טוענים), עלולה להיות תחושה גרועה יותר לגבי הפסקת טיפול מאשר אי־התחלה בו כלל. אין זה אומר שהפסקת טיפול מאריך חיים גרועה יותר מאשר אי־מתן טיפול מלכתחילה, כפי שמשתמע מטיעוניו של שמעון במאמרו ב-BMJ, הנושא את הכותרת *Withholding versus withdrawal of life support: is there an ethical difference?*[8]

אני שב ומדגיש, שאין כמעט ספק, כפי ששמעון ורבים אחרים טוענים, שהרבה רופאים ואחיות, ובמיוחד אלה הנמצאים "בחזית הביצוע", כלומר המבצעים בפועל את המעשה, אכן חווים את ההבדל המוסרי.[9] ממצא זה אינו מפתיע כלל ועיקר מבחינה פסיכולוגית, מפני שהחזקת החולה בחיים בעזרת טיפול מאריך חיים יוצרת קשר קרוב, לעתים קשר אינטימי מאוד, בין המטפל לבין החולה. הפסקת המאמץ של החזקת החולה בחיים יכולה אפוא להיות מטרידה ומתסכלת ביותר, שכן פירושו של דבר הוא שהחולה ימות וכי מאמצי הצוות נכשלו. עם זאת, כפי שאטען בהמשך, יהיה זה שגוי להסיק שהפסקת טיפול תומך מעין זה היא בהכרח עוולה, ותהיה זו שגיאה קשה עוד יותר להסיק שמבחינה מוסרית

---

8 Glick, S. (2011) Withholding versus withdrawal of life support: is there an ethical difference? *British Medical Journal,* 342, d728. Available from URL: http://www.bmj.com/content/342/bmj.d728

9 לעיל, הערות 2, 5, 7; Beck, S; van de Loo, A; Reiter-Theil, S. (2008). A—little bit illegal? Withholding and withdrawing of mechanical ventilation in the eyes of German intensive care physicians. Medicine, Health Care and Philosophy, 11, 7-16; Rebagliato, M; Cuttini, L; Broggin, L; Berbik, I; de vonderweid, U; Hansen, G; Kaminski, M; Kollée, LAA; Kucinskas, A; Lenoir, S; Levin, A; Persson, J; Reid, M; Saracci, R; for the EURONIC Study Group. [2000]) Neonatal end-of-life decision making: Physicians' attitudes and relationship with self-reported practices in 10 European countries. Journal of the American Medical Association, 284, 2451-2459; Dickensen, D. (2000). Are medical ethicists out of touch? Practitioner attitudes in The US and UK towards decisions at the end of life. Journal of Medical Ethics, 26, 254-260

דבר זה גרוע יותר מאשר אי־התחלה בטיפול המכוון להחזיק את החולה בחיים. אך זה מה שמשתמע מהטיעון של שמעון במאמר ב-BMJ, וזו כנראה גם העמדה האתית המיוצגת בחוק הישראלי הידוע בשם "חוק החולה הנוטה למות", ולכך עוד אחזור בהמשך. גם אם אין זו דעתו המפורשת של שמעון (אסביר בהמשך מדוע הדבר לא נהיר לי עד הסוף), הרי ברי שרופאים רבים מאמינים, כי הפסקת טיפול מאריך חיים גרועה יותר מנקודת מבט אתית מאשר מניעתו. להלן אנסה להוכיח שאין כל סיבה טובה להצדקת אמונה זו, ויש סיבות טובות לדחות אותה.

כתבתי כי הוויתור על המאמץ להחזיק את החולה בחיים מתסכל מאוד, "מפני שפירושו של דבר כי נכשלנו בהשגת המטרה". אולם מהי מטרתנו ומהי צריכה להיות? כשני רופאים המחויבים עמוקות לחשיבותה של אתיקה רפואית, אני חושב ששמעון ואני היינו מסכימים, כי המטרה האתית העליונה של הרפואה היא לפעול לטובת בריאותם של המטופלים שלנו, וזאת תוך גרימת נזק מועט ככל האפשר. אני קורא לזאת מחויבות היפוקרטית, שכן היה זה הצו האתי העליון של הרפואה מאז ימי היפוקרטס. אם נוסיף על כך, שעל הרופאים לשאוף להשיג את טובת החולה בדרכים המכבדות את האוטונומיה של כל מי שעלול להיפגע, ובצורה צודקת והוגנת, הרי שנקבל את תמצית "הצהרת המשימה האתית" של מקצוע הרפואה.

נניח לצורך הוויכוח שעלינו להוסיף עוד עיקרון אתי עליון החמישי במספר, והוא "עקרון קדושת החיים", כפי ששמעון דורש מאתנו לעשות. אינני סבור, שאנו זקוקים לעיקרון נוסף זה, שכן אני מאמין ש"גישת ארבעת העקרונות" מספיקה בהחלט כדי להצדיק עמדה אתית המחייבת לא להרוג ולהאריך חיים, אבל נניח כי אני טועה ושמעון צודק. האם עיקרון בסיסי נוסף זה מקדם את טיעונו, שהפסקת טיפול מאריך חיים שונה מבחינה מוסרית וגרועה יותר ממניעת טיפול מאריך חיים מלכתחילה? טענתי היא שאין הוא מקדם טיעון זה. אכן אף אם נעניק ל"עקרון קדושת החיים" מעמד של עיקרון מוחלט, עליון וגובר תמיד על כל שאר השיקולים האתיים (נקרא לו ויטליזם – לא משהו ששמעון או כל הוגה דעות בעל שיקול דעת בתחום המוסר היה מקבל כנכון), עדיין לא היה בכך כדי להוכיח כי הפסקת טיפול מאריך חיים גרועה יותר מבחינה מוסרית ממניעתו.

באותו מאמר ב-BJM מנמק שמעון כך: הבה נתעלם מתחושת הלב של עובדי מערכת הבריאות; ותחושת לב חזקה ונפוצה במיוחד היא שהפסקת טיפול תומך חיים או מאריך חיים גרועה יותר מבחינה מוסרית ממניעת טיפול מעין זה. אולם מומחים לביו־אתיקה מתעלמים מתחושת לב זו ונוטים לטעון טענה נגדית,

שבהינתן כי כל שאר הנסיבות דומות, שני המצבים שווים באותה מידה מבחינה מוסרית. שמעון מציע סיבות אחדות כתמיכה בתחושות הלב של מטפלים האומרות, שהפסקת טיפול גרועה יותר מבחינה מוסרית ממניעתו, והסיבה הראשונה והחשובה ביותר לכאורה היא שמבחינה אתית, הפסקת הטיפול שקולה להמתה, או לפחות נתפסת מבחינה אתית כשקולה להמתה. לכן יחשבו הפילוסופים ככל שיחשבו:

> האיש, שנחרץ גורלו לבצע את הפעולה, מרגיש הבדל מהותי. ניתוק ממכונת ההנשמה, המביא למותו המידי של המטופל אם אינו במצב של מוות מוחי, עלול לדמות כשווה־ערך מבחינה אתית להמתת חסד פעילה ... אולי הרתיעה החזקה והכמעט אינסטינקטיבית מהמתה, שהייתה מאז ומתמיד אבן היסוד במסורת הרפואית, היא אינסטינקט בריא ונכון.

זו כנראה דאגתו העיקרית של שמעון, שכן הוא מסיים את המאמר באזהרה לאמור:

> אין להתעלם מתחושת הלב של אנשי רפואה רבים, מפני שהיא מייצגת ערך קריטי וכמעט חובק עולם של רתיעה מלקיחת חיי אדם.

כלומר, לא רק אנשי הרפואה שעליהם שמעון כותב, אלא גם הוא עצמו, חוששים שהפסקת טיפול מאריך חיים, כמוה כ"נטילת חיי אדם"! בהמשך, שמעון רומז, אם כי איננו אומר זאת במפורש, כי גם הוא חושב שהפסקת טיפול מאריך חיים דומה מוסרית להמתת חסד פעילה, וזאת כאשר הוא מזכיר לקוראי אותו מאמר ב-BMJ את העקיצה "השנונה אך רבת המשמעות" של קרל אליוט כלפי הפילוסופים, שאינם מודאגים מהמדרון החלקלק ואינם מבחינים בין השוני התפיסתי בין המתת חסד פעילה או סבילה ואשר "כנראה, אין להם העכבות המוסריות העמוקות נגד המתה, המשותפת לרוב הרופאים".[10]

לנימוקו הכללי נגד הפסקת טיפול מאריך חיים, מוסיף שמעון גם את הנימוק הפרטי הייחודי ליהודים, שבעיניהם "הפסקת הטיפול נתפסת בעייתית יותר מאשר מניעתו", ושלגבי הישראלים, "כחיזוק לעמדה זו", ההבדל הזה אף עוגן בחוק המדינה. לבסוף, כמרכיב האחרון בטיעונו של שמעון, הוא אומר כי ההשפעות הרגשיות והפסיכולוגיות השליליות של הרג (הוא מצטט מאמר על ההשפעות הפסיכולוגיות של מלחמה!), ושל התפיסה הרווחת בקרב אנשי הרפואה

---

10 אליוט הציע, אולי בבדיחות הדעת, כי אלה המציעים התאבדות בסיוע רפואי ינסו לעשות זאת בעצמם, מעין "התאבדות בסיוע פילוסופי". ראו: Elliot, C. (1996). Philosopher assisted suicide and euthanasia. British Medical Journal 313, 1088-1089

שהם "גרמו ישירות למותו של אדם", מחייבות הבחנה מוסרית בין מניעה לבין הפסקה של טיפול מאריך חיים. הוא מסתמך על מאמר מאת דיקנסן[11] ומדגיש, כי מי שמעורב בפועל בהפסקה פעילה של טיפול מאריך חיים, קרוב לוודאי שפיתח קשר רגשי עמוק עם החולה.

מבלי שנעלם מעיניי שלשם הוויכוח קיבלתי את ההנחה של שמעון, שיש לראות ב"עקרון קדושת החיים" עיקרון אתי בלתי תלוי ועליון. האם נימוק מבין כל הנימוקים שלעיל יכול לתמוך בהבחנה שבין מניעת טיפול מאריך חיים לבין הפסקתו, לאמור שההפסקה גרועה יותר מבחינה מוסרית מהמניעה? אינני סבור כך.

נימוקים שכנגד

הנימוק ששמעון חוזר עליו שוב ושוב הוא שהפסקת טיפול מאריך חיים היא מבחינה מוסרית שוות ערך להריגת החולה, דהיינו המתת חסד פעילה, או לכל הפחות הוא נתפס כך. הנימוק הנגדי שלי הוא כי הפסקת טיפול שאינו לתועלת המטופל[12] אין פירושה הריגת החולה בכל מובן מוסרי רלוונטי של המתה, אלא אפשרות הניתנת לחולה למות מהפתולוגיה שממנה הוא/היא סובל/ת, ואשר אין לרפואה שום אמצעי להתמודד עִמה. בנוסף, באותה מידה שהפסקת טיפול מאריך חיים יכול להיקרא המתה (ובהמשך אציין דרך שלפיה ניתן לכנות אותה כך), ניתן גם לראות במניעת טיפול מאריך חיים המתה.

עם זאת, שמעון וכל מי שתומך בעמדותיו יכול לענות, כי בנותני את הסכמתי לכך שקדושת החיים הוכרה כעיקרון הבסיסי והמוביל של האתיקה, חייבים בכל מקרה להחזיק את החולה בחיים, בשם אותו עיקרון, גם כאשר החולה אינו יכול להפיק כל תועלת מֵהיותו מוחזק בחיים – או, כפי שהוא היה כנראה אומר, אינו יכול להרוויח בצורה אחרת, כי החזקתו בחיים כשלעצמה היא תועלת. אבל אם כך הדבר, הרי מניעת טיפול מאריך חיים מתבטלת מול אותה טענה. אם קדושת החיים דורשת להחזיק את החולה בחיים באמצעות טיפול מאריך חיים, הרי שאסור הן להפסיקו הן למנוע אותו – "עקרון קדושת החיים" אינו מאפשר גזירה שונה מבחינה מוסרית בין השתיים. נהפוך הוא, אם למרות "עקרון

---

11 Dickensen, D. (2000). Are medical ethicists out of touch? Practitioner attitudes in the US and UK towards decisions at the end of life. *Journal of Medical Ethics,* 26, 254-260

12 אני מנסה להימנע מהמונח המצית "עקר", שכן הוא "מדי דו־משמעי ופוגע". ראו: Gillon, R. (1997). "Futility" – too ambiguous and pejorative a term? *Journal of Medical Ethics,* 23(6), 339-340

קדושת החיים" היה זה קביל מבחינה מוסרית למנוע טיפול מאריך חיים במקרה מסוים, כי אז היה זה קביל מבחינה מוסרית באותה מידה להפסיק טיפול כזה.

האם הפסקת טיפול מאריך חיים כמוה כהמתת החולה?

לא ולא, יטענו שמעון ותומכיו, שההבחנה הרלוונטית מבחינה אתית היא שהפסקת טיפול מאריך חיים כרוכה בהמתה בפועל (המתת חסד פעילה) של החולה, ואילו מניעת טיפול מאריך חיים, כגון על ידי אי־חיבורו למכונת הנשמה, אינה כרוכה בהמתה פעילה, והמתה פעילה של חולה הרי היא לעולם דבר רע. מניעת טיפול מאריך חיים פירושה אי־מתן טיפול, ואם הדבר גורם למותו של החולה, כלומר מאפשרים לחולה למות על ידי מחדל, זה יכול להיחשב לפעמים מקובל מבחינה מוסרית. מאידך, הפסקת טיפול מאריך חיים (לדוגמה מוחשית) על ידי ניתוק ממכונת הנשמה, הנה פעולה (להבדיל ממחדל), והיא שקולה להמתה פעילה, מה שלעולם אינו יכול להיות מקובל מבחינה מוסרית.

זו פלוגתא עתיקת יומין באתיקה הרפואית, ואני מסכים עם שמעון לחלוטין, שלעתים יכול להיות הבדל מבחינה מוסרית, אם אתה ממית מישהו או מאפשר לו למות. כלומר, שני המצבים הללו אינם בהכרח זהים תמיד. כל זאת, כפי שהבהיר יפה רייצ'לס במאמרו המפורסם בכתב העת *New England Journal of Medicine*,[13] אין זה תמיד נכון שלהמית גרוע יותר מבחינה מוסרית מאשר לאפשר למות,[14] בדיוק כפי שאין הם תמיד שווי ערך מבחינה מוסרית. אולם האם יש היגיון לחשוב, כי הפסקת טיפול מאריך חיים היא בהכרח גרועה יותר מבחינה מוסרית מאשר מניעתו של טיפול כזה? בוודאי שלא!

כאן אני רוצה לחזור לפולמוס עתיק למדי בתחום האתיקה הרפואית בדבר מעשה ומחדל. כלומר, המתה או השארת החולה הנוטה למות לגורלו, כפי

---

13 Rachels, J. (1975). Active and passive euthanasia. *New England Journal of Medicine*, 292, 78-80

14 לאלה שאינם מכירים את המאמר של רייצ'לס, הוא הציע "ניסוי חשיבה", שבו שני אנשים החליטו להרוג כל אחד את בן דודו הצעיר במטרה לרשת את כספו; האחד הטביע את בן הדוד, וגם השני התכוון לעשות זאת, אך בן הדוד החליק באמבטיה, נחבל בראשו, איבד את הכרתו וטבע במים תוך שהוא חוסך מהבן־דוד את המעשה של החזקת ראשו מתחת למים. רייצ'לס ציין, כי המקרה הראשון היא דוגמה של פעולה, פעולת הריגה, ואילו השני הוא דוגמה של מחדל, השארה למות. עם זאת, שני המקרים הם מבחינה מוסרית ראויים לכל גינוי; העובדה כי המקרה השני היה המחדל, (הימנעות מהניסיון להציל את בן הדוד מטביעה) ולא מעשה פעיל של הטבעה, אינו פוטר את האיש מאשמה. ראו לעיל, הערה 2.

שהזכרתי זה עתה. כשהייתי עורכו של העיתון *Journal of Medical Ethics*, טענתי לפני יותר מ־25 שנה,[15] כי אין בהכרח הבדלים מוסריים בין המתה לבין השארת החולה הנוטה למות לגורלו. אין להסיק מכך כי בהכרח אין הבדלים מוסריים בין שניהם. בנקודה זו שמעון ואני מסכימים בהחלט! אדרבא, טענתי כי בנסיבות רבות אכן קיימים הבדלים חשובים מבחינה אתית, בין המתה לבין השארת החולה לנפשו, וכי בנסיבות רבות אין זה נכון להגדיר מניעה או הפסקה של טיפול מאריך חיים כהמתת חסד – על כל הקונוטציות השליליות של המתה מכוונת, הטבועות בה. אף שרייצ'ל מרוקן את הטענה מתוכנה, כי המתה או השארה של האחר למות הם בהכרח שני מצבים שונים מבחינה מוסרית:

> המסקנה החשובה, שיש להזכיר שוב ושוב לכל מי שסבור בצורה פשטנית, כי אם המוות נובע מחדל (היעדר פעולה כלשהי), הוא עדיף מבחינה אתית ממוות הנובע מעשיית מעשה.

אין פירושו של דבר שהמתה והשארה של האחר למות הן בהכרח היינו הך מבחינה מוסרית. הגעתי אולי למסקנה פזיזה, שלפיה:

> אפשר אולי להניח בבִטחה כי בכל הספרות הפילוסופית, אין בנמצא נימוקים, המראים בעליל, כי המתה היא בהכרח שוות ערך להשארה למות, בקיצור; קל וחומר אם מצליחים בכך.

ליתר ביטחון הוספתי בסוגריים "מאמרים המנסים להזים זאת יתקבלו בברכה – אך גם בהפתעה!" לא מתמיה שמעולם לא קיבלתי מאמר כזה, אך ברבות השנים התחלתי לחשוד, שרבים מבין הלא־פילוסופים מהזרם התועלתני הגיעו לידי מסקנה, כי אי־אפשר לעשות כל הבחנה מוסרית בין המתה לבין השארה של מישהו למות – ככלות הכול, החולים מתים בשני המקרים.

עם זאת, מעולם לא האמנתי כי הוגי דעות מתוחכמים ולא־תועלתיים (כמו שמעון) עלולים ליפול למלכודת ולהאמין כי הפסקת טיפול הנשמה מאריך חיים של אדם במצב של מוות מוחי חסר תקנה – אולי בתרדמת אחרי נזק מוחי חמור ביותר או כתוצאה מדימום תוך־מוחי חמור – צריכה להיחשב המתה של החולה, בכל מובן אתי של המתה. אך זה ככל הנראה הבסיס לאהדתו המופגנת לאותה אמונה, שלפיה ניתוק ממכונת הנשמה "יכולה להיות שוות־ערך מבחינה מוסרית להמתת חסד פעילה".

---

15 Gillon, R. (1988). Euthanasia, withholding life-prolonging treatment, and moral differences between killing and letting die. *Journal of Medical Ethics,* 14, 115- 117

כמו כן, אמונה זו יכולה להיות מבוססת על:

> הרתיעה העמוקה הכמעט אינסטינקטיבית מהמתה, אשר הייתה במשך שנים כה רבות חלק בלתי נפרד של מורשת הרפואה, והיא אכן בריאה ונכונה.

עלי להזכיר שוב, שבמאמרו ב-BMJ שמעון אינו קובע במפורש, כי הוא שותף לתחושת הלב של רופאים ואחיות, המאמינים שבנתקם את מכונת ההנשמה הם מבצעים "פעולה השקולה מוסרית להמתת חסד פעילה". אך כמצוין בציטוטים מתוך המאמר שהבאתי, נראה שהוא אכן שותף לרחשי לב אלה, כאשר הוא טוען, כי:

> אולי הרתיעה העמוקה הכמעט אינסטינקטיבית מהמתה, אשר הייתה במשך שנים כה רבות חלק בלתי נפרד של מורשת הרפואה, היא אכן בריאה ונכונה.

או כשהוא טוען כי:

> אין להתעלם מתחושת הלב של אנשי רפואה רבים, מפני שהיא מייצגת ערך קריטי וכמעט חובק עולם, של רתיעה מפני נטילת חיי אדם.

לכן נראה סביר להניח כי בציטוטים הללו הוא מסכים עם רופאים ואחיות, הסבורים כי הפסקת טיפול מאריך חיים היא אכן המתה של מטופל במובן הבלתי קביל בעליל מבחינה מוסרית של הריגה.

המתה וגרימת מוות

מהו אפוא המושג "המתה" נימוק פשטני, העשוי להצדיק את ההתייחסות להפסקת טיפול מאריך חיים כאל המתה, הוא נימוק שהפסקה כזו גורמת למותו של המטופל, והרי גרימת מוות כמוה כהמתה. הדבר הראשון שעולה על הדעת בקשר לנימוק זה הוא שאם הפסקת טיפול נחשבת להמתה (שכן היא גורמת למותו של המטופל), הרי שבאותה מידה בדיוק גם מניעה מלכתחילה של טיפול מאריך חיים חייבת להיחשב המתה, מפני שאף היא גורמת באופן דומה למותו של המטופל. אם כן, הנימוק הסיבתי הזה אינו מציע דרך להבחין בין הפסקה לבין מניעה של טיפול מאריך חיים. לפיכך, הוא אינו מהווה בסיס לפסוק כי הפסקת טיפול גרועה מבחינה מוסרית ממניעתו.

כפי שציינתי לעיל, מה שממית את המטופל בשני המקרים הוא המצב הפתולוגי שבו הוא נתון ולא ההפסקה או המניעה של הטיפול. עליי להודות כי יש היגיון בטענה, שהן ההפסקה הן המניעה של הטיפול מאריך החיים "גורמות"

למותו של המטופל. אי־לכך, אם הסיבה של x כוללת את התנאים ההכרחיים והמספיקים להיווצרותו של x (הטענה פילוסופית נפוצה ומוסכמת על רבים, אך לא על הכול), ואם ההפסקה או המניעה של טיפול מאריך חיים במקרה מסוים מספיקה לגרום למותו של המטופל בזמן t, כאשר ללא אותה הפסקה או מניעה המוות לא היה מתרחש אלא בנקודת זמן יותר מאוחרת מזמן t, כי אז ללא ספק הפסקת הטיפול או מניעתו הן מרכיב במכלול הסיבות – חלק מהתנאים ההכרחיים והמספיקים – של מות המטופל.

אולם לא זו בלבד שעובדה זו אינה מסוגלת להפריד בין מניעה לבין הפסקה של טיפול מאריך חיים, שבו עסקינן; היא גם אינה מסוגלת להתייחס לשאלות המוסריות והמשפטיות, אם מניעה או הפסקה של טיפול כזה צריכות להיחשב היבט של גרימת מוות, שהוא בר־עונשין מבחינה משפטית ומוסרית. אין להתכחש לעובדה שהחוק בישראל קובע כי ניתוק מטיפול "המשכי" להארכת חיים מהווה עבֵרה שעונש לצִדה, ואילו מניעה של טיפול מאריך חיים אינה בהכרח עבֵרה על החוק. אך לא נעשָה הבדל מוסרי בין השתיים (מלבד בדוקטרינה דתית). על כן, אם הפסקת טיפול מאריך חיים צריכה להיקרא המתה של המטופל, מאחר שהיא מהווה חלק מהסיבות למותו, הרי שגם מניעת טיפול מאריך חיים צריכה להיחשב המתה, וגזֵרה שווה צריכה להתקיים בין שתיהן, מפני שזו ואף זו נמנות בין הסיבות למותו של המטופל. אם במקרה של הפסקת טיפול המושג המתה רלוונטי מבחינה מוסרית הוא רלוונטי מבחינה מוסרית באותה מידה לגבי מניעה של טיפול מאריך חיים, כי שתי עובדות רומזות על כך שלאמִתו של דבר.

שמעון אולי אינו מאמין שהפסקת טיפול מאריך חיים אכן זהה בהכרח להמתה, ועל כן שווה־ערך מבחינה מוסרית להמתת חסד פעילה, ולכן בלתי קבילה מבחינה מוסרית, ואילו מניעת טיפול מאריך חיים עשויה להיות מותרת במקרים מסוימים. כפי שהוזכר לעיל, העובדה הראשונה היא שהוא ואברהם שטיינברג[16] חתמו בשנת 1988 על הצהרת הקונצנזוס של אפלטון בדבר ההחלטה לסרב לטיפול רפואי.[17] נכון הוא שהם דחו במפורש שני היבטים של הקונצנזוס הזה.[18] עם זאת, שמעון ואברהם הסכימו עם שאר קביעות הקונצנזוס, שכללו

16 שטיינברג היה אחד המניעים העיקריים שעמדו מאחורי "חוק החולה הנוטה למות" שחוקק בישראל בשנת 2005. ראו: Steinberg, A; Sprung, CL. (2006). The dying patient: new Israeli legislation. *Intensive Care Medicine,* 32, 1234-1237

17 לעיל, הערה 1.

18 הם דחו את הסכמת הרוב, שלפיה אמנם אין להרשות בחוק המתת חסד, אך בקשות לכך יכולות לפעמים להיות מוצדקות מבחינה אתית; והם דחו את הסכמת הרוב, שלפיה

בפירוש את הקביעה, כי הפסקת טיפול מאריך חיים לא תיחשב גרועה מבחינה מוסרית ממניעתו:

> הפסקת טיפול שכבר הוחל בו אינה צריכה להיחשב יותר בעייתית מבחינה אתית מאשר הפסקת טיפול מעין זה. לאמתו של דבר, לאחר שמנסים טיפול מסוים, העדויות הרפואיות יכולות להוסיף בהירות, והפסקה של טיפול חסר תועלת או מזיק יש לה במקרים אלה יותר הצדקה מאשר אי־מתן הטיפול מלכתחילה.[19]

כמובן, גם שמעון וגם אברהם יכלו לשנות את דעתם מאז 1988. אבל משפט אחד במאמרו של שמעון משנת 2011 ב-BMJ מצביע על כך, שדעתו לא השתנתה, לכל הפחות בנוגע לניתוק ממכונות הנשמה של חולי טרשת אמיוטרופית צִדית. הוא כותב:

> חוק זה [החוק הישראלי של החולה הנוטה למות] מציב קושי בפני מניעת טיפול הנשמה מחולי טרשת אמיוטרופית צִדית.

מההקשר ניתן להסיק בבירור כי במקרה זה שמעון מסכים, שהפסקת ההנשמה המלאכותית מוצדקת לפעמים מבחינה מוסרית, וכי הוא תומך במה שהוא קורא "פתרון טכני" בחוק הישראלי, המאפשר לחבר שעון עצר למכונת ההנשמה ולתכנת אותו להפסיק את פעולת המכונה בזמן שייקבע. במקרה כזה הרופא יכול להחליט בהתאם לחוק שלא להפעיל מחדש את מכונת ההנשמה, כי הדבר נחשב מניעת טיפול ולא הפסקת טיפול (האסורה על פי חוק זה). שמעון כותב כי:

> זה יכול להישמע כמו פיקציה משפטית, אך יש כאן התחשבות וכיבוד האלמנטים הפסיכולוגיים והאינטואיטיביים הטבועים באנשי הצוות הרפואי וכנראה גם בחלק מהמשפחות.

ברם ההסכמה לפתרון הטכני הזה, המתאפשר על ידי הפיקציה המשפטית, אינה יותר מאשר הודאה בקיום גורמים פסיכולוגיים ואינטואיטיביים, שכן מי שמסכים לפיקציה הזאת לגבי מקרים מסוימים הרי שהוא בהכרח מאמין, כי הפסקת טיפול מאריך חיים במקרים אלה מקובל מבחינה מוסרית ויש כאן רצון להיפטר מעכבות דתיות ומוסריות, המפריעות לו לפעול על פי אמונה זו. אילולא היה מותר על פי החוק ו/או על פי הדת להפסיק טיפול מאריך חיים במקרים כאלה, הרי שכדי לעקוף את הבעיה הדבר הבא היה להמציא אביזר (שעון העצר)

מותר להימנע ממתן טיפול תומך חיים או מהפסקתו בחולים הנמצאים במצב וגטטיבי קבוע.

19 שם.

ולחוקק חוק (המתיר את השימוש בשעון העצר), שיאפשר להפסיק טיפול מאריך חיים במסווה של מניעתו. מטרתה של הפיקציה המשפטית היא לברר התרגום של אמונות מוסריות לפעולות המותרות מבחינה חוקית (ולאנשים מסוימים גם מבחינה דתית). אם כך, אולי בכל זאת מסכים שמעון, שהפסקת הפעולה של מכונות הנשמה מוצדקת מבחינה מוסרית במקרים מסוימים, כגון במקרה של ALS, אף שמסיבות פסיכולוגיות מוטב לעשות זאת על ידי הפיכת ההפסקה למניעה.

עד כאן אני מקווה שהוכחתי כי אין סיבה או הצדקה מוסרית להאמין, שהפסקת טיפול מאריך חיים גרועה יותר מבחינה מוסרית ממניעתו – אף אם מישהו מקבל את הדעה, כי "עקרון קדושת החיים" הוא עיקרון בלתי תלוי, יסודי וראשון במעלה, כפי ששמעון ואחרים אכן מאמינים.

ההשלכות הפסיכולוגיות של הפסקת טיפול מאריך חיים

האם הדאגה להשלכות הפסיכולוגיות על עובדי רפואה, אשר למרות כל הנימוקים הנגדיים מאמינים כי הפסקת טיפול מאריך חיים היא אמנם שוות־ערך מבחינה מוסרית להמתת חסד ולהריגה, מצדיקה את הדחייה של הפסקת הטיפול בכל מקרה ואת קבילות מניעת הטיפול במקרים מסוימים? נראה לי שהתשובה לכך היא שלילית. בקצרה, העובדה שבני אדם (ייתכן שהרבה בני אדם) מאמינים, כי x איננו ראוי מבחינה מוסרית ומרגישים אי־נוחות כאשר x קורה, אינה מוכיחה עדיין, כי x הוא אכן עוולה מבחינה מוסרית.

אנשים רבים עדיין מאמינים, כי נישואי תערובת הם עוולה מבחינה מוסרית ומרגישים שלא בנוח כאשר הם קורים – אבל הם הטועים, ואמונתם העמוקה או מספרם הרב אינם הופכים אותם לצודקים, ואני מקווה שרוב הקוראים יסכימו אִתי בקשר לכך! אף על פי כן, אם אין בכך נזק לאחרים, מותר לאנשים לדבוק בדעותיהם, גם אם הן אינן עומדות במבחן ההיגיון. אין להכריח אנשים להינשא לבני זוג מגזע אחר. לגבי שמעון נתמקד במחויבות של רופאים ואחיות שלא לפעול בדרך שהם מאמינים כי היא פסולה מבחינה מוסרית, בתנאי שדעותיהם אינן מזיקות למישהו אחר, ובמיוחד לא למטופלים שלהם.

לעומת זאת, אם השקפותיהם המוסריות של אותם רופאים אכן מזיקות למטופלים, כי אז ההשקפות הללו יוצרות דילמה אתית גדולה למקצוע הרפואה בכללותו. אין זו דילמה חדשה – הספקת שירותי הפסקת היריון יוצרת דילמה דומה למקצוע הרפואה בעיקר באותן ארצות, שבהן ביצוע הפסקת היריון מותר במסגרת מגבלות חוקיות שונות, אך לרופאים מסוימים יש רתיעה מצפונית

מלבצע פעולה זו. בבריטניה החוק מתיר את ביצוע הפסקת ההיריון בנסיבות שונות, אך רופאים שיש להם רתיעה מצפונית לבצע אותה, אינם מחויבים לשתף פעולה – לא על פי חוק ולא פי צווי המקצוע – בתנאי שהם אינם חוסמים את דרכן של הנשים לקבל את מבוקשן על פי חוק ובתנאי שאינם מערימים מכשולים בדרכם של רופאים אחרים, המסכימים לבצע את הפעולה, ובלבד שמתמלאות הדרישות של בטיחות המטופלות בקרות מקרה של חירום רפואי. סובלנות דומה כלפי השקפות מוסריות השונות בתכלית השינוי זו מזו, ובתנאי שאין נגרם נזק לזולת, רצוי שתהיה קיימת גם באשר להפסקת טיפול מאריך חיים. הכול בתנאי שלא ייגרם נזק למטופלים כתוצאה מסובלנות זו.

אולם בקשר לרתיעה המצפונית של רופא להפסיק טיפול מאריך חיים, נזק כזה עלול לקרות לפחות בשני סוגים שונים של נסיבות. הראשון, כאשר על המטופלים נכפה טיפול בניגוד לרצונם; השני, כאשר המשאבים מוגבלים, וההוצאה הדרושה למתן טיפול מאריך חיים, שיש בצדו תועלת דומה, אינה מתאפשרת, משום שהטיפול יקר מדי או לא יעיל במידה מספקת (מבחינת המטופל), כדי שהטיפול יועדף על פני טיפול אחר, שהיחס עלות-תועלת שלו נוח יותר.

באשר לטיפול בניגוד לרצונו של החולה בהתאם ל"חוק החולה הנוטה למות", ברור שאם חולה כזה בהכרה, הוא יכול לסרב לקבל טיפול, כולל הנשמה מלאכותית. רופאים, שיש להם עכבות מצפוניות להפסיק את הטיפול במכונת הנשמה, יכולים לבחור בפתרון שעון העצר, ההופך הפסקה למניעה. אך מה בדבר חולים בעלי שיקול דעת וכשירים מבחינה משפטית, שאינם נוטים למות, אך נגועים במחלה חשוכת מרפא, הגורמת נכות חמורה, ומוחזקים בחיים באמצעות טיפולים רפואיים, ובכלל זה הנשמה מלאכותית, הזנה מלאכותית והספקת נוזלים?

כפי שהוזכר לעיל, שמעון מציין ומשבח במאמרו ב-BMJ את שעון העצר המחובר למכונת הנשמה בהקשר לחולה הנוטה למות עם טרשת אמיוטרופית צִדית (ALS).[20] נניח שחולה כזה מבקש להפסיק את הטיפול מאריך החיים בטרם הוא נחשב מבחינה רפואית לנוטה למות.[21] האם עלינו להתעלם מהרצון

---

20 אחת המחלות הנירולוגיות הניוניות המתקדמות בהדרגה, חשוכות המרפא, וההופכות את האדם למי שבהדרגה אינו מסוגל לבצע דברים מבחינה גופנית. בסופו של דבר, טרשת אמיוטרופית צִדית גוזלת מן החולה גם את כושר הנשימה והבליעה ללא עזרה, מבלי לפגוע כלל בכושר האינטלקטואלי שלו. ראו: Rowland, L; Shneider, N. (2001). Amyotrophic lateral sclerosis. *New England Journal of Medicine*, 344, 1688-1700

21 מצב זה מוגדר בחוק כמוות צפוי תוך שישה חודשים, למרות קבלת טיפול רפואי ראוי ומלא. ראו: Steinberg, A; Sprung, CL. (2006). The dying patient: new Israeli legislation. *Intensive Care Medicine,* 32, 1234-1237

להפסיק לקבל טיפול מאריך חיים שהובע על ידי חולים כאלה, שאינם נוטים עדיין למות, אך מוחזקים בחיים באמצעות מכונות הנשמה, רק משום שהרופא שלהם מאמין על פי השקפתו המצפונית, כי הפסקת הטיפול שקולה להמתת חסד פעילה או לרצח? בוודאי שלא! שמא יש לאפשר למטופלים כאלה, אף שאינם נוטים למות, לסרב להמשיך ולקבל טיפול בהנשמה ולהשתמש בשעון העצר כדי לכבד את רצונם? אני בהחלט מקווה כך!

באופן דומה, הבה נדמיין חולים שאינם נוטים למות, אך זקוקים להזנה מלאכותית ולמתן נוזלים באופן תמידי כדי להישאר בחיים, אשר יורו לרופאים שלהם להפסיק טיפול זה ולהוציא את צינור ההזנה המוכנס דרך האף או דרך חתך בבטן ישירות לקיבה. האם למטופל כזה, שעדיין אינו נוטה למות, מותר באופן חוקי לסרב לקבל טיפול זה? אני בהחלט מקווה שכן, כי כיבוד האוטונומיה שלו מחייב להיענות לדרישה זו. בוודאי, לפי שטיינברג ושפרונג, אם חולים שאכן נוטים למות (כלומר צפויים למות תוך שישה חודשים, גם אם יקבלו טיפול רפואי נאות), כי אז "חוק החולה הנוטה למות" מתיר לחולים הכשירים מבחינה משפטית לסרב לקבל טיפול מאריך חיים, ובכלל זה הנשמה מלאכותית או הזנה מלאכותית, גם אם רצוי לעודד אותם להמשיך בטיפול. לא נהיר לי אם החוק הישראלי מתיר למטופלים שאינם נוטים למות לסרב לקבל הזנה מלאכותית, ולהורות לרופאיהם להסיר את הצנרת שבאמצעותה הם מוזנים. כמו כן, לא ברור לי מה שמעון היה אומר אילו סירוב כזה היה מותר על פי החוק בישראל, ואיך הוא היה מציע להתייחס לסירוב מצפוני של רופא לכבד את רצונו של החולה.

חובה לכבד כל סירוב אוטונומי לקבלת כל סוג של טיפול

לדעתי, היה זה מקומֵם מבחינה מוסרית אילולא כובַּד הסירוב לקבל טיפול על ידי רופאים ועל ידי החוק. מבחינה מוסרית למטופלים כשירים מבחינה נפשית ואוטונומיים, בלי קשר לכך אם הם נוטים למות או לא, יש לאפשר לסרב לקבל כל טיפול שהוא (מציל חיים או לא) בדיוק כמו שמותר להם לסרב לכל התערבות בגופם על ידי אחרים ללא הסכמתם. לשמחתי, החוק האנגלו־אמריקני תומך בפירוש בגישה מוסרית זו.

במקרה משפטי מפורסם של גב' ב' הקוודריפְּלֶגית, כלומר משותקת מהצוואר ומטה, בעקבות דימום מקברנוס המנגיומה במעלה חוט השדרה שלה, היא הורתה לרופאים שלה להפסיק את הטיפול בהנשמה מלאכותית, כי היא סירבה להיות

תלויה במכונת הנשמה.[22] רופאיה סירבו לעשות זאת מתוך נימוק, שמה שגב' ב' מבקשת מהם הוא למעשה להרוג אותה, והם לא היו מוכנים לעשות זאת – זו בדיוק התגובה ששמעון מתאר במאמר שלו ב-BMJ. בית המשפט האנגלי נזף בחומרה ברופאים ובשירותי הבריאות הלאומיים שהעסיקו את הרופאים הללו, בשל כפייה בלתי חוקית של טיפול, למרות סירובה של גב' ב', שהייתה כשירה מבחינה אינטלקטואלית ומשפטית לסרב לקבל את הטיפול.

לאחר שסקרה תקדימים משפטיים רבים, חזרה השופטת (הבכירה מאוד) על פסק הדין הקודם של עצמה:

> לְמטופל הכשיר מבחינה נפשית עומדת הזכות המוחלטת לסרב לקבל טיפול מסיבה כלשהי, תהא הגיונית או בלתי הגיונית, וגם ללא מתן סיבות כלל, גם כאשר החלטתו עלולה לגרום למותו.[23]

בשונה מהחוק הישראלי, על פי החוק האנגלי הזנה מלאכותית (הידועה בבריטניה כהספקת תזונה ונוזלים נתמכת קלינית) נחשבת לטיפול רפואי, אשר מטופל הכשיר מבחינה נפשית יכול לסרב לו הן במועד שהוא כשיר והן באמצעות החלטה מוקדמת תקפה ומתאימה, למועד שהוא יפסיק להיות כשיר מבחינה משפטית להחליט החלטה מעין זו.

כפי שאני רואה זאת: טיפול בכפייה למרות סירוב אוטונומי של המטופל שקול לאונס!

כאן, כמובן, התחלתי לגלות מדוע אני ממאן לקבל את רצונו של שמעון להוסיף את "עקרון קדושת החיים" כעיקרון נוסף, בלתי תלוי וראשון במעלה. לגבי דידי, אותה מחויבות מוסרית ותקינה להאריך חיים היא אמצעי להשגת מטרה מוסרית (חיים טובים, שהאדם חושב שכדאי לחיות אותם). עם זאת, היא איננה מטרה מוסרית העומדת בפני עצמה. הרעיון שאפשר להשתמש בעקרון מוסרי ראשי של קדושת החיים, העומד בפני עצמו, כדי לגבור על סירובו של אדם כשיר ואוטונומי לאפשר פלישה מכל סוג שהוא לגופו על ידי אחרים, ובכלל זה באמצעות כל סוג של טיפולים רפואיים, הוא בעיניי רעיון דוחה מבחינה מוסרית. מה שאומַר יכה בוודאי את שמעון ורבים אחרים בהלם. אבל כפי שאני רואה

---

22 Ms B *v* An NHS Hospital Trust. (2002). EWHC 429 (Fam); Sensky, T. (2002).Withdrawal of life sustaining treatment. *British Medical Journal* 325 (7357), 175-176

23 שם.

זאת, רופא הפולש לגופו של אדם אחר על ידי שהוא כופה עליו כל מיני טיפולים למרות הסירוב שנעשה מתוך הכרה צלולה, אינו רחוק ממעשה שווה־ערך מבחינה מוסרית לאונס – או בכל מקרה ממעשהו של אנס, המאמין בכנות כי יחסי המין בכפייה יעשו טוב לקורבן, ואולי לאנושות בכלל. אולם השתַּתִּי בכוונה תחילה את הפרק הזה על ההסכמה ההיפותטית עם אמונתו של שמעון ושל אחרים, כי קדושת החיים צריכה להיחשב עיקרון אתי עצמאי ועליון; נמשיך אפוא על בסיס חשיבה נוגדת מציאות זו.

נראה לי שהצלחתי להדגים עד כה שעל אף הסכמה זו, אין סיבה סבירה או נימוק משכנע לטענה, כי הפסקת טיפול מאריך חיים גרועה יותר מבחינה מוסרית מאשר מניעתו. בסעיף זה אני מתייחס לבעיות הפסיכולוגיות המתעוררות, כאשר הדעות הצודקות של מטופלים בעלי מחשבה צלולה בדבר טיפול מאריך חיים מתנגשות עם צווי המצפון המנוגדים של רופאיהם. טענתי, כי אילו הייתה הפסקת טיפול מאריך חיים מקובלת מבחינה מוסרית בנסיבות מיוחדות, הרי שמניעת טיפול מאריך חיים הייתה אף היא מקובלת באותן נסיבות, וכי אמירה זו נכונה גם אם קדושת החיים נתפשת כעיקרון עצמאי ועליון בחשיבותו מבחינה מוסרית.

הסכמתי עם שמעון, שכאשר אפשר למצוא דרך לכבד גם את העכבות המוסריות של הרופא וגם את הסירוב של החולה לקבל טיפול, ובכלל זה טיפול מאריך חיים, עדיף מבחינה מוסרית לבחור בדרך הזאת. השופטת בפרשת המקרה של גב' ב' יעצה כי בעתיד, אם יש לרופאים עכבות מצפוניות להפסיק טיפול על ידי ניתוק ממכונת הנשמה, עליהם להאציל אחריות מסודרת לרופאים אחרים, שיהיו מוכנים להיענות לדרישת המטופל להפסיק את הטיפול.

השימוש בישראל בשעון עצר המוצמד למכונת הנשמה נראה דרך סבירה להתחשבות בהסתייגויות המצפוניות של הרופא. עם זאת, אם אי־אפשר להביא למכנה משותף את סירוב החולה לקבל טיפול ואת השאיפה המצפונית של הרופא להציל את חיי המטופל, השורה התחתונה של הפתרון, המקובלת עליי מבחינה אתית, ברורה כמו בחוק האנגלי: סירובו של המטופל בעל דעה צלולה לקבל טיפול על סמך זכותו האוטונומית, חייבת לקבל קדימות מבחינה מוסרית לשאיפת הרופא הנובעת מצו מצפונו להאריך את חיי המטופל. אני מאמין כי כך צריך לקרות גם אם גורסים שקדושת החיים אכן נחשבת עיקרון עצמאי ועליון בחשיבותו (אלא אם כן היא נתפשת כעיקרון מוסרי מוחלט המעפיל על הכול (העיקרון המוסרי הוויטליסטי). אך כפי שכבר נאמר, לא שמעון ולא "חוק החולה הנוטה למות" התקף בישראל, רואים בקדושת החיים עיקרון מוחלט

ומעפיל על הכול.[24] יתרה מזאת, הקדימות המוסרית של סירוב המטופל לקבל טיפול צריכה להתקיים לגבי כל טיפול רפואי (ובכלל זה הנשמה מלאכותית והזנה מלאכותית). היא אף צריכה לחייב כל אימת שהמטופל מורה לרופא להפסיק את הטיפול מאריך החיים או להימנע ממנו מלכתחילה.

החלטות מוקדמות לגבי סירוב להזנה מלאכותית או לקבלת נוזלים

קידמתי בברכה את "חוק החולה הנוטה למות", שהרי הוא לפחות מכבד את סירובו של מטופל הנוטה למות לקבל טיפול, כולל הזנה מלאכותית. קיוויתי וציפיתי שיחוקק גם חוק מקביל באשר למטופלים שעדיין אינם נוטים למות. אך אני מתקומם נגד זה, ש"חוק החולה הנוטה למות" אינו מאפשר לאדם בעל דעה צלולה לכתוב הוראות לעתיד לבוא, מחייבות מבחינה משפטית, שלפיהן הוא מסרב לקבל טיפול מאריך חיים בצורת הזנה מלאכותית. כאמור, אני מסכים באופן היפותטי ל"עקרון קדושת החיים" כעיקרון עצמאי וראשון במעלה, אך לא כעיקרון מוחלט (צו קטגורי) של המוסר (אינני בטוח מה דעתו של שמעון בעניין זה, אם כי אני מניח, כי הוא היה מסכים לעמדה של החוק).

הטענה שלי מתבססת על ההכרה המוסרית שלי, כי איש אינו רשאי לפלוש לגופו של אדם אוטונומי אחר – בניגוד לרצונו המפורש (המובע בדעה צלולה) של אותו אדם המסרב להסכים לפלישה כזאת. טענה זו מתייחסת להזנה בכפייה ולכל סוג אחר של התערבות רפואית בכפייה, והיא כוללת את הזכות המוסרית לסרב להתחיל או להמשיך בהזנה מלאכותית. שטיינברג ושפרונג מנסים להגן על העובדה שהחוק הנדון אינו מאפשר סירוב מראש של הזנה בכפייה. אני טוען נגד נימוקי הגנה אלה. הם כותבים כי:

> ערך החיים במצבים כאלה גובר על רצונות אוטונומיים קודמים של המטופל, שיכולים להיות כעת בלתי ידועים.[25]

למרות זאת, בפסקה קודמת של אותו מאמר, הם מסכימים לסירוב מראש של מטופל, שהוא כעת במצב של אי־כשירות משפטית, לטיפול מאריך חיים, בתנאי ששעון עצר יהפוך את ההפסקה למניעה. אולם אם מטופלים כאלה הם כעת נטולי יכולת להביע דעה, הרי שרצונותיהם (הנוכחיים) אף הם "כעת אינם ידועים". ואם בכל זאת ניתן לכבד את משאלותיהם האוטונומיות המוקדמות

---

24 לעיל, הערה 21.

25 שם.

(לסרב הנשמה מלאכותית), אין כל סיבה שלא לכבד את משאלותיהם המוקדמות בקשר להזנה מלאכותית.

שטיינברג ושפרונג ממשיכים ואומרים: "מזון ונוזלים נחשבים צורך בסיסי של כל אורגניזם חי, בניגוד לטיפול". אבל גם אוויר לנשימה הוא צורך בסיסי של כל גוף חי (או לפחות של כל ייצור אירובי). אם ניתן למנוע במקרים מסוימים את הספקת האוויר חרף קדושת החיים כעיקרון מוסרי בסיסי וראשון במעלה, הרי שניתן גם למנוע את הספקת המזון והנוזלים – וכך ניתן להזים את הנימוק הנגדי. שטיינברג ושפרונג ממשיכים ואומרים: "לפי הפילוסופיה היהודית, למות מרעב ומהתייבשות הם עלבון לחיים".

אם כך הדבר, לא כל שכן מיתה מחנק, כלומר על ידי מניעה של אוורור מלאכותי, חייבת להיחשב עלבון לחיים. נהפוך הוא, אם הפסקת טיפול מאריך חיים באמצעות שעון העצר יכולה להיות מוצדקת מבחינה מוסרית על סמך הוראה שניתנה מראש על ידי אדם אוטונומי וכשיר, כפי שאמנם נובע מ"חוק החולה הנוטה למות", הרי שהפסקת הזנה מלאכותית צריכה אף היא להיות מוצדקת מבחינה אתית, על סמך הוראה מראש של אדם כזה – גם במקרה זה הנימוק הנגדי משולל תוקף. שטיינברג ושפרונג מוסיפים:

> ומניעת מזון ונוזלים אינה קשורה לתהליך הגסיסה, ולכן כמוה כסוג של המתת חסד.

לדעתי, הערה זו עמומה, אך אם אכן זה צריך להיות המקרה ואם אכן מניעת מזון ונוזלים אינה קשורה לתהליך הגסיסה, כי אז בוודאי גם הימנעות מהספקה של אוויר (על ידי הפסקת הנשמה מלאכותית) צריכה הייתה להיאסר על פי טענה זו.

לסיכום, אף אחד מהנימוקים הללו אינו תומך באופן הגיוני או סביר בהתעלמות מהוראותיו המוקדמות של מטופל שכעת אינו כשיר, אך היה אוטונומי לחלוטין ובמלוא כושרו להחליט על סירוב עתידי של טיפול מאריך חיים באמצעות הזנה מלאכותית.

אין להסיק מטענותיי שאני תומך בהמתת חסד או בהתאבדות בסיוע רופא

האם הביקורת שלי והנימוקים שהצגתי בזכות כיבוד רצונו המובע מראש של אדם בעל שיקול דעת, לסרב טיפול מאריך חיים, ובכלל זה הזנה מלאכותית, יש בהם כדי לתמוך בדרישה מראש לבצע המתת חסד ו/או התאבדות בסיוע רפואי? לא ולא! פירושה המילולי של "אוטונומיה" הוא שלטון עצמי; אין פירושה שלטון של אחרים או שליטה על ידי אחרים (במינוח של קאנט זו הטרונומיה,

בניגוד לאוטונומיה). מובן שאפשר לשאוף באופן אוטונומי לשלוט באחרים, לשאוף באופן אוטונומי להכתיב להם איך עליהם לנהוג, ואנשים רבים מנסים לעשות בדיוק כך. רופאים, הכופים טיפול על מטופליהם, עושים זאת.

העיקרון הבסיסי של כיבוד האוטונומיה של אדם הוא מחויבות שלילית לכאורה, המחייבת אותנו שלא למנוע שלטון עצמי מאחרים, ובלבד שכיבוד זה מתיישב עם כיבוד זהה של האוטונומיה של כל מי שעלול להיפגע ממחויבות זו. אפשר לתמוך בעקביות ובמרץ בזכות המוסרית של אדם אוטונומי במידה מספקת לסרב להצעות של טיפול רפואי מסוג כלשהו, ובכלל זה טיפול מאריך חיים, ובכל זאת, כפי שאני עושה זאת, לסרב להצעות להכשיר בחוק המתת חסד חופשית או התאבדות בסיוע רפואי.

הקצאת משאבים וטיפול מאריך חיים

הצורה השנייה שבה ההסתייגויות המצפוניות של רופאים להפסקת טיפול מאריך חיים עלולות לפגוע באחרים נובעת מצמצום במשאבים העומדים לרשות מערכת הבריאות. כאשר לא נמצאים די מקורות מימון להבטחת כל ההתערבויות המועילות האפשריות (וכמובן, לעולם אין די מקורות), כי אז כמה וכמה התערבויות מועילות צריכות בהכרח להיגרע מן הסל – אין דרך אחרת. צמצום כזה כולל קיצוב של המשאבים המוגבלים בצורה זו או אחרת – אם כי (כפי ששמעון מנסח זאת) "קביעת קדימויות" היא הלשון הנקייה שמעדיפים להשתמש בה בדרך כלל.[26] כל ניסיון לקצוב או לקבוע קדימויות על בסיס אתי מוצדק מושתת במודע או במשתמע על מושג כלשהו של צדק חלוקתי, בין אם נודה בזאת בין אם לאו.

אני סבור כי שמעון היה מסכים אִתי, כי טיפול מאריך חיים חייב לפעמים להינתן בקיצוב, שכן הוא יכול להיות יקר ביותר, וכי כאשר הדבר אפשרי, רצוי שיוחלט על קיצוב ברמה החברתית, המשפטית או הפוליטית, ולא ליד מיטת החולה על ידי הרופאים. אולם כפי ששנינו הראינו, אף ליד מיטת החולה קיצוב מסוים הוא בלתי נמנע, לדוגמה ביחס לכמות הזמן שהרופא או האחות יכולים להקדיש לחולה זה או אחר,[27] או כאשר רק מיטה אחת ביחידת טיפול נמרץ

---

26 Glick, S. (2001). Healthcare reform, rationing and equity: a societal challenge. *ASSAI- Jewish Medical Ethics,* IV(1). Available from URL: http://www.daat.ac.il/daat/kitveyet/assia_english/glick-1.htm

27 שם; Gillon, R. (1988). Ethics, economics and general practice, In Mooney, G; cGuire, A, editors. *Medical ethics and economics in health care.* Oxford, UK: Oxford University Press, 114-134

עומדת לרשות כמה מועמדים פוטנציאליים. שמעון אינו מתייחס במפורש לבעיית הקיצוב בהקשר של הפסקת טיפול מאריך חיים, אך אני מודאג יותר ויותר מכך ששימת דגש חזק על הארכת החיים, אפילו של מטופלים חשוכי מרפא ובהכרה מזערית, אשר קרובי משפחתם בטוחים כי היו מסרבים לטיפול זה אילו היו בהכרה, מתרחשת בבית המשפט האנגלי להגנה על זכויות. דגש מוגזם זה על קדושת החיים מהווה פחיתות כבוד לרצונם המובע מראש של אנשים שאינם כשירים מבחינה משפטית, ומאידך גיסא מפחית את הסיכוי ממטופלים אחרים, שבשל צמצום המשאבים העומדים לרשות המערכת, נגזלים מהם משאבים שיש בהם יותר תועלת, גם אם אין מדובר בהארכת חיים.[28]

כפי שאני רואה זאת, הקדימות הניתנת להארכת חיים שיש לה על פי הניסיון ערך מינימלי או אפסי לטובת המטופל, היא סוגיה מוסרית. אף שבטור העורך שלי כתבתי רבות על המצב באנגליה ובויילס, סביר להניח שבעיה זו תלך ותחמיר עוד יותר בישראל. וכל כך למה? מפני שב"חוק החולה הנוטה למות" עומדת בפירוש ההנחה כי:

> חזקה על אדם שהוא רוצה להוסיף לחיות, אלא אם כן הוכח אחרת; ובמקרה של ספק – יש לנטות לטובת הרצון להוסיף לחיות.[29]

ברם האם סביר להניח שרוב האנשים היו חפצים להוסיף לחיות (כלומר, היו חפצים שיאריכו את חייהם) גם במצב הכרה מזערי, ללא סיכוי לריפוי, או במצב חשוך מרפא של צמח (מצב הכרה אפס)? ואם נמצא האדם כבר במצב זה, האם ניתן בכלל להוכיח שהוא לא היה רוצה להמשיך לחיות במצב כזה? גם אם הוא כתב הוראות מוקדמות תקפות ומקובלות, הרי אפשר ששינה את דעתו – כך טוענים שוב ושוב המתנגדים לתוקפן של הוראות מוקממות כאלה. אלא שעל פי השכל הישר, רוב האנשים לא היו רוצים להיות מוחזקים בחיים במצב שאינו ניתן לריפוי ובאיכות חיים מזערית או אפסית. על פי רומיין ושפרונג במחקר ETHICATT משנת 2007, שנערך בקרב רופאים ואחיות ביחידות טיפול נמרץ ובני משפחה של חולים בשש ארצות באירופה, וכן ישראל:

> כל הנשאלים דירגו את איכות החיים כחשובה יותר מהערך של החיים עצמם.[30]

---

28 Gillon, R. (2012). Sanctity of life law has gone too far. *British Medical Journal,* 345, e4637

29 לעיל, הערה 15.

30 Romain, M; Sprung, C. (2014). End-of-life practices in the intensive care unit: the importance of geography religion religious affiliation and culture. *Rambam Maimonides Medical Journal*, 5, 1-7

עם ההתפתחות המתמדת של הרפואה היכולת, שהיא כבר כעת מדהימה, להחזיק אנשים בחיים במצב מחוסר הכרה או הכרה מזערית, הדרישה החוקית, הקובעת שחזקה על האדם שהוא רוצה להוסיף לחיות במצבים אלה, כל עוד לא הוכח אחרת, תהווה בעיה אתית חשובה יותר ויותר הן מפני שהיא מתעלמת ממה שאנשים רבים, קרוב לוודאי רובם, היו רוצים באמת, והן בשל התוצאה הצפויה, של הטיית משאבים להחזקה בחיים של מטופלים חסרי תקווה ומחוסרי הכרה או במצב של בהכרה מזערית. הבעיה ראויה לבדיקה כלכלית מתאימה. לדוגמה, העיתון *Guardian* דיווח כי העלות השנתית של החזקתו בחיים של ראש ממשלת ישראל לשעבר, אריאל שרון, במשך שמונה שנים במצב של הכרה מזערית או אפסית, הוערכה בכ־$456,000 לשנה.[31]

אני להוסיף עוד מחשבה לסיום. אנו, אנשי רפואה, אמורים לטפל בבריאות, כך גם ממשלות וארגונים, המספקים שירותי בריאות. גם אם, כפי ששמעון היה מסכים עִמי, הגדרת הבריאות של ארגון הבריאות העולמי (WHO) היא מצב של רווחה מושלמת גופנית, נפשית וחברתית, וזה אידיאל שאינו ניתן להשגה[32] (אפשר להסתפק ולומר "מצב בלתי אפשרי"), בכל זאת אין ספק, שהמושג בריאות כולל בתוכו מידה מסוימת של רווחה.[33] לדעתי, בריאות היא מצב של קיום ברווחה, ולא מצב של קיום בלבד. בבואנו לקבל ההחלטות על אופן ההקצאה והחלוקה של המשאבים המוגבלים לבריאות, אסור שהבחנה זו תישכח.

מסקנה

ככותב פרק ל"פסטשריפט" חלה עליי החובה להתייחס ברצינות לאיש שלכבודו הוא נכתב; לכך אני מסכים וכך גם פעלתי. אולם להתייחס ברצינות לעבודתו של אדם דגול אין פירושו של דבר שחייבים להסכים עִמו בכול! בסוגיית הפסקת טיפול מאריך חיים, אכן דעותינו חלוקות. הסברתי באריכות את עמדתי הסותרת את עמדתו. אין לי ספק, שהוא ינסה לפסול נמרצות את הביקורת שלי, כנראה בקוצר רוח וקרוב לוודאי עם הרבה הומור ושנינה.

---

31 Sherwood, H. (2014). Death finally claims soldier-politician Ariel Sharon after eight years in coma. The Guardian.com, January. Available from URL: 11 http://www.theguardian.com/world/2014/jan/11/ariel-sharon-dies-eight-year-coma-israel [It seems clear that Sharon was not in a coma; unsurprisingly newspapers rarely appreciate the distinctions between coma, vegetative state and, minimally conscious states – RG]

32 לעיל, הערה 26.

33 לדעתי, WHO צריך להחליף רק את המלה "מושלמת" במלה "מספקת", כדי להגיע להגדרה קבילה לגמרי וטעונת ערכים במפורש, של בריאות.

פרק רביעי

קדושת החיים והזכות לחיים: הזנה בכפייה של שובתי רעב

מיכאל ל. גרוס*

בית הספר למדעי המדינה, אוניברסיטת חיפה, חיפה, ישראל

הקדמה

במאמרו רב ההשפעה משנת 1997 בשם "אוטונומיה בלתי מוגבלת של האדם – עיוות חברתי?", פורש שמעון גליק את טיעוניו בתמיכה בהזנה בכפייה של אסירים פוליטיים שובתי רעב.[1] בעקבות שביתות הרעב של השבויים במתקני הכליאה האמריקניים במפרץ גואנטנמו שבקובה, בישראל ובטורקיה, שָׁבָה ועלתה שאלה זו לתודעה הציבורית. איגוד הרופאים העולמי וההסתדרות הרפואית של ישראל קובעים בצורה שאינה משתמעת לשתי פנים כי חל איסור (בכל מצב שהוא) להזין בכפייה שובתי רעב הכשירים מבחינה משפטית. הם מתירים מתן הזנה מלאכותית אך ורק לאנשים שאינם כשירים ושלא סירבו לקבל טיפול.[2] במרבית המקרים הנימוק האוסר הזנה מלאכותית, בניגוד לרצונם המפורש של השובתים, ומאפשר להם למות, נעוץ בכיבוד עקרון האוטונומיה. הוועדה הבינלאומית של הצלב האדום ביטאה זאת בצורה תמציתית ונמרצת:

---

* דוא"ל: mgross@poli.haifa.ac.il

1 Glick, SM. (1997). Unlimited Human autonomy: A Cultural Bias? New England Journal of Medicine, 336(13), 954-956

2 World Medical Association (WMA). (1992). Declaration of Malta on Hunger Strikers. Available from URL: http://www.wma.net/en/30publications/10policies/h31/; Israel Medical Association (IMA). (2005), Force-Feeding Hunger Strikers. IMA Position Papers. Available from URL: http://www.ima.org.il/ENG/ViewCategory.aspx?CategoryId=4497

> הוועדה הבינלאומית של הצלב האדום מתנגדת להזנה בכפייה ולטיפול בכפייה; יש הכרח לכבד את רצונם ואת בחירתם של האסירים ולשמור על כבוד האדם שלהם.[3]

בהינתן עליונות לעקרון כיבוד האוטונומיה באתיקה הרפואית העכשווית, אין תמיהה שעיקרון זה מתקבל בדרך כלל ללא עוררין. עם זאת, הנימוק הנוקב של גליק מתעמת חזיתית עם מה שמכונה "עריצות" האוטונומיה, אותה כניעה אובסיבית לעיקרון המריע להם בקול תרועה רמה לחופש הבחירה של האדם, תוך שהוא מניח לאנשים בריאים למות. גליק אינו הראשון המתקומם נגד האוטונומיה, אך הטיעון שלו מבוסס על קדושת החיים. במובן זה הוא שונה מהותית מומחים לביו־אתיקה, התומכים בזכות לחיים ובה־בעת בחובת המדינה להגן על חיי אזרחיה, תוך הערכה מחדש של כיבוד האוטונומיה.

הדברים שיובאו להלן מתארים תחילה את התופעה החוזרת ונשנית של שביתת רעב ואת הדילמה הקשה שהיא מציבה בפני הטיפול הרפואי ובפני הביו־אתיקה בהמשך, מובאים טיעונים הממתנים, אם לא לומר המבטלים כליל, את עקרון כיבוד האוטונומיה.

שביתת רעב: סקירה כללית

שביתת רעב היא אקט פוליטי ופעולה הננקטת במסגרת התנגדות לא אלימה. היא סוג של עימות והפעלת לחץ – הליכה עד הקצה, ולא סוג של התאבדות. שובתי רעב מקווים להשתמש באיום של מותם במטרה להכניע את המדינה לעשות להם ויתורים פוליטיים. לעתים קרובות, הוויתורים הללו יכולים להיות לא קיצוניים ומתקבלים על הדעת. במובן זה שובתי רעב הם כמו כל עובד שובת אחר, המקווה להשיג תנאי עבודה טובים יותר ולא לאבד את מקום עבודתו. משום כך העובדים מציגים את דרישותיהם בשם עקרונות הצדק, הנחיצות והסבירות – שכר גבוה יותר, תנאי עבודה משופרים, הטבות צדדיות. בדומה לכך גם שובתי רעב מציבים דרישות צנועות, שהם מקווים כי המדינה תוכל לעמוד בהן ולהכיל אותן כדי להימנע ממהומות פנימיות או מגינוי במישור הבינלאומי, העלול לבוא אם השובתים ימותו.

שביתת רעב איננה נשק נדיר; ואם הדרישות אינן מוגזמות, היא גם נשק יעיל, אך אין הדבר תמיד כך. הדוגמה המפורסמת ביותר מהשנים האחרונות היא

---

3 International Committee of the Red Cross. (2013). Hunger Strikers in Prisons: the ICRC's Position. Available from URL: http://www.icrc.org/eng/resources/documents/faq/hunger-strike-icrc-position.htm

זו של עשרה אסירים איריים שובתי רעב, שהרעיבו את עצמם למוות בצפון אירלנד ב־1981, לאחר משא ומתן כושל עם ממשלת בריטניה. הפעילים הכלואים של IRA (צבא הרפובליקה האירית) לא הציגו דרישות שערורייתיות או בלתי קבילות. הם לא דרשו נסיגה של הבריטים מצפון אירלנד ואף לא את שחרורם מהכלא. הם רק דרשו שיכירו בהם כאסירים פוליטיים. באופן מעשי, פירוש הדבר היה לאפשר להם פעילות פנאי או לימודים וזכות שלא ללבוש בגדי אסיר או לעבוד בעבודות הכלא. אולם הבריטים סירבו לשאת ולתת עִמם. "פשע הוא פשע, הוא פשע", רעמה מרגרט ת'אצ'ר. מנקודת מבט בריטית, מחתרת ה־IRA הייתה ארגון פשע, ולכן חבריו לא היו ראויים להבלגה או לזכויות יתר. התוצאות היו הרות אסון. כאשר שובתי הרעב גססו, בריטניה הוצפה בהבעות זעם מכל רחבי העולם, והמחאות גברו לאחר שהשובתים מתו.

לעומת זאת, אירועים דומים בישראל, בטורקיה ובארצות הברית, שהתרחשו בעת האחרונה, נטו לכיוון אחר. פעילים פלסטיניים וכורדיים שבתו כדי להשיג דרישות, אשר השלטונות יכלו אחרי הכול להכיל. ב־2012 הפלסטינים דרשו תנאי כליאה משופרים וקיצור עונשם של כמה אסירים. למרות זאת, שביתות הרעב נמשכו, עד שאחדים מהשובתים חלו בצורה קשה, מה שהצית בישראל את הוויכוח הנוקב בדבר האתיקה של הזנה בכפייה.[4] כמו כן, באותה שנה (2012) חברי מפלגת העבודה הכורדית (PKK), שהוחזקו בכלא בטורקיה, סירבו לקבל מזון, עד שהמנהיג הכלוא שלהם, עבדוללה אצ'לן, הורה להם להפסיק את השביתה. הוויתורים שהטורקים עשו לא פורסמו מעולם. הופצו שמועות על שחרורו הקרוב של אצ'לן מהכלא, אך הן לא התממשו עד הלום. עם זאת, היחסים בין הטורקים לבין הכורדים השתפרו בהרבה, לאחר שהאחרונים הסכימו לוותר על עימות מזוין, וטורקיה מצִדה עשתה ויתורים פוליטיים לקידום התרבות והאוטונומיה הכורדית.

לעומת זאת, ארצות הברית עמדה על כך שיש להאכיל בכפייה אסירים שובתי רעב כבר בימים הראשונים של שביתתם. זהו אולי האמצעי הקיצוני ביותר, שכן אסירים הכשירים לגמרי בגופם נקשרים לכיסאות וצוות רפואי מחדיר להם מזון באמצעות צינור המועבר דרך האף ישירות לקיבה. בזמן מסוים לא פחות מ־100 שובתי רעב קיבלו בו־זמנית הזנה בכפייה. כנגד טענותיהם של האסירים, כי הם סובלים כאבים ונתונים להשפלה, שלטונות ארצות הברית

---

4 Hovel, R. (July 12, 2013). Israel's Justice Ministry pushing bill to force-feed hunger-striking Palestinian prisoners. Ha'aretz. Available from URL: http://www.haaretz.com/news/national/.premium-1.535270

התעקשו לטעון, שהתהליך אינו מכאיב ואינו בלתי אנושי. אך אין תשובה ברורה לשאלה אם ארצות הברית לא הייתה יכולה לעשות ניסיון מתקבל יותר על הדעת כדי להתפשר. האסירים תבעו תנאי כליאה משופרים ודרשו שחרור של הכלואים, שכבר ריצו את עונשם.

ההתנהגות של השלטונות האמריקניים בגואנטנמו זכתה לקיתונות של גינוי וביקורת. לבני סמכא מסוימים ההזנה בכפייה נחשבת עבֵרה על החוק הבינלאומי, האוסר:

> התעללות בחיים ואלימות נגד בני אדם, ובמיוחד ... טיפולים אכזריים ועינויים [וכן] גרימת עוול לכבוד האדם, ובעיקר טיפולים משפילים ומבזים.[5]

אולם קשה מאוד לקבוע כאן מסמרות. החוק הבינלאומי אינו מציע אמות מידה להערכת אכזריות, ביזוי, השפלה או סבל. באופן רגיל, כינויים אלה שמורים למקרים הברורים של הטלת מום גופני, רצח או התעללות מינית. ברור שההזנה בכפייה שהתבצעה בגואנטנמו אינה עונה על קריטריונים אלה. לדוגמה, לאחרונה קבע החוק הבינלאומי כי השימוש בכפייה, הכולל:

> איזוק הידיים, מרחיב שפתיים וצינור גומי מיוחד, המוחדר בכוח למערכת העיכול, ייחשבו לעינוי אם לא היה מתקיים צורך רפואי.[6]

בשעה שהזנת אדם גוסס מהווה בבירור צורך רפואי, המצב ברור פחות באשר למטופל או לאסיר ער ומצוי בהכרה בתחילת שביתת הרעב.

מסיבות אלה הרשויות מוכנות לעתים קרובות לאשר מקום להזנה בכפייה, בכנותם אותה הזנה מלאכותית או הזנה מסיבות רפואיות. בניגוד להזנה בכפייה במפרץ גואנטנמו, הזנה מלאכותית יכולה להתבצע גם על ידי הכנסת צינור הזנה ישירות לקיבה, כאשר המטופל מחוסר הכרה או אם הוא סובל מהזיות. בתנאים אלה האגודה הרפואית העולמית, לדוגמה, נוקשה פחות:

> הזנה מלאכותית יכולה להיות מקובלת מבחינה אתית, אם אסירים שובתי רעב מסכימים לה. היא עשויה להיות מקובלת גם אם אדם, שאינו כשיר, לא השאיר הוראות מוקדמות, שניתנו ללא כפייה, האוסרות על כך.[7]

---

5 1949 Geneva Conventions 1-IV, Common Article 3

6 Rodley, N; Pollard, M. (2009). The Treatment of Prisoners under International Law. 3rd edition. Oxford, UK: Oxford University Press, 419-420

7 World Medical Association (WMA). (1992), לעיל, הערה 2.

במקרה זה ההזנה בכפייה אינה נראית כדבר כה גרוע. אכן כאשר אסירים בקליפורניה פתחו בשביתת רעב ממושכת, פנו שלטונות המדינה לבית המשפט בבקשה לאשר להם הזנה בכפייה. בהתאם לאיגוד הרופאים העולמי, החלטת בית המשפט להזין אסירים שובתי רעב בכפייה מקובלת אם מולאו התנאים הבאים:

א. אם שובת הרעב נמצא בסכנת מוות או עלול לגרום לעצמו נזק גופני קשה.
ב. אם שובת הרעב אינו מסוגל כעת לחתום על הסכמה מדעת.
ג. אם השובת לא חתם על הוראה מוקדמת תקפה, האוסרת לבצע בו החייאה.
ד. אם ההוראה שלא לבצע בו החייאה ניתנה בעקבות לחץ חיצוני.[8]

שובתי הרעב, אשר ידעו אולי שהם יוזנו בכפייה ושלא יניחו להם למות, ביטלו את שביתתם כעבור חודשיים מבלי להשיג שום ויתורים.

אם מתעמקים בפסק הדין של בית המשפט בקליפורניה, מגלים שהוא מבלבל ומטעה. הוא מעניק כבוד רב לעיקרון כיבוד האוטונומיה, אך משאיר פרצה פעורה, שאינה זוכה להתייחסות כלל – אינוס. למרות העובדה שאסיר יכול להשאיר הוראה מתועדת וחתומה על ידי עדים, המורה לצוות הרפואי שלא לנקוט אמצעי החייאה, ובכלל זה הזנה בכפייה, מותר לרופאים לעקוף הוראה כזאת, אם האסירים הוכרחו לשבות רעב. בהתחשב באפשרות שהשובתים הם חברי כנופייה, המקבלים הוראות ממנהיגים בתוך הכלא או מחוצה לו, הרופאים יכולים לטעון, שההוראות "לא לבצע החייאה" המוקדמות, הוכתבו לאסיר בכוח, ולכן הן משוללות תוקף. במקרה כזה מותר לרופאים להזין אותם בכפייה כדי להציל את חייהם. אפשר לקבל טיעון דומה לגבי פעילים פלסטיניים, טורקיים או מוסלמיים קיצוניים. גם במקרים הללו אפשר להניח כי האסירים נתונים למרות מנהיגיהם הפוליטיים או הדתיים. אם רוצים לפעול על פי הגיון זה, אף הוראת "לא לבצע החייאה" מוקדמת איננה תקפה. לפיכך מותר לשלטונות לכפות טיפול על כל אסיר פוליטי, מבלי שהדבר ייחשב מנוגד לאוטונומיה שלהם.

כל ניסיון לבטל את האוטונומיה באמצעות הטיעון, כי האסירים הפוליטיים אינם עונים על הקריטריונים של קבלת החלטה אוטונומית, ראוי לו שיידחה. ראשית, לכאורה אין דרך להוכיח שהאסיר אכן קיבל הוראה לחתום על הוראה האוסרת החייאה. איך יוכל הרופא לחדור למוחו של המטופל כדי לדעת, אם הוא פעל על פי רצונו החופשי או תחת לחץ? החלטה כזאת היא בהכרח סובייקטיבית. שנית, נניח שהמטופל אכן פעל תחת לחץ. אם כך, מדוע להמתין עם ההזנה

8 Plata v Brown, United States District Court, Northern District of California, C01-1351 THE, 19-Aug-13

בכפייה, עד שהמטופל יגסוס ובריאותו ניזוקה כבר מהשפעות שביתת הרעב? מדוע לא לנהוג כמו האמריקנים ולהזין אותו בכפייה כבר בימים הראשונים של השביתה? באופן זה, אם מקבלים את טיעון האוטונומיה המוגבלת, חייבים לקבל גם את ההקבלה הברורה בין הזנה בכפייה לבין הזנה מלאכותית. בשני המקרים האוטונומיה מופרת, ושתיהן מותרות אם האוטונומיה של האסיר הופרה על ידי לחץ.

לבסוף, חִשבו על זה שכפייה, המתבטאת בהיענות לפקודות, כנראה אינה כפייה כלל. גם אם לדעת אחדים, קבלת החלטות אוטונומית היא אינדיבידואליסטית בתכלית – בבחינת המטופל, הנמצא ברשות עצמו ושוקל את כלל המידע הזמין בצורה עצמאית, ללא כל השפעה ומרצונו החופשי בלבד – הרי שההסכמה מדעת היא לאמִתו של דבר תוצר של החברה והיא תלויה בסביבה המדינית, החברתית והמוסרית, שבה הוא התחנך, גדֵל ופועל. קבלת החלטות פרטית מושפעת תמיד מנורמות של נאמנות, משיתוף פעולה חברתי ולחץ סביבתי, מחובות דתיות או פוליטיות, מאחריות הדדית ורווחה אישית.

אף שלא תמיד נוח לייחס הסכמה לקבלת טובות הנאה או תשלום בעבור שירות (כגון, במקרה של תרומת אברים) או למודעות לאפשרות של סנקציות או פעולות ענישה (כמו במקרה של תשלום מסים או שביתת רעב), מסקנות כאלה הן מרחיקות לכת. המניעים לקבלת החלטה הם לעתים קרובות מורכבים – משלם מס או שובת רעב, המחליטים לקבל עליהם את העול, פועלים אולי מתוך אחריות ציבורית, מתוך חובות דתיות או פוליטיות, אבל גם מתוך פחד מעונש. אשר על כן, אף אחד מהמניעים הללו אינו מפחית את האוטונומיה לקבל החלטה, אלא הם חלק בלתי נפרד מהתהליך.

יתר על כן, אנשים מסוימים פועלים על פי "עיקרון אוטונומיה שניונית", בהעבירם באופן רצוני ומודע את קבלת ההחלטה לאחר.[9] גם זו צורה של הסכמה מדעת, הבולטת במיוחד כאשר שובתי רעב (בעיקר כאלה שהם חברים בארגון צבאי) מאצילים את קבלת ההחלטה למנהיגיהם, בכל הקשור להשגת מטרותיהם הקולקטיביות ולהצגת דרישות, שיש סיכוי סביר שייתקלו בהן על ידי המדינה. אין סיבה לחשוב כי ההחלטה להשתתף בשביתת רעב לא ניתנה מתוך רצון חופשי, אלא אם כן היא לוותה בלחץ חיצוני ברור, כלומר באיום לגרימת נזק גופני או נפשי חמור. בתנאים אלה האדם מאבד את כושרו להחליט החלטה נגדית ואינו יכול לפעול עוד על פי רצונו החופשי. האם זה המצב לגבי שובתי

---

9 Beauchamp, TL; Childress, JF. (2001). Principles of Biomedical Ethics, 5th edition. Oxford, UK: Oxford University Press, 59

הרעב? האמת היא, שאין לדעת זאת. לכן הסירוב שלהם לקבל טיפול כלשהו נשאר בתוקף, בלי קשר אם הם קיבלו פקודות מלמעלה. אי־לכך חייבים לחפש סיבות אחרות להזנתם בכפייה. הפרשנות של שמעון גליק לגבי קדושת החיים מהווה נקודת מוצא טובה לכך.

ההזנה בכפייה וקדושת החיים

גליק מציע טיעון אלגנטי מעניין מאוד בזכות ההזנה בכפייה, העוקף את הדאגה לאוטונומיה ומעמת אותה עם פטרנליזם, מתוך רצון טוב היונק מהדאגה להבטיח את הזכות לחיים. בעבור גליק, המפתח לפיצוח בעיית ההזנה בכפייה נמצא ברוח הקהילתנות, העולה מ"חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1966". חוק זה ייחודי מבין כל חוקי זכויות החולים המקבילים לו, מפני שהוא לא רק מתנה את הזכות להסכמה מדעת, אלא גם כולל תנאי בלתי שגרתי, לעקוף הסכמה כזאת ולהעניק טיפול, מנוגד לרצונו המפורש של המטופל, ובלבד שיתקיימו שלושה תנאים לגבי הרופא:

א. הרופא חייב להיות משוכנע, שהמטופל מבין את המשמעות של מניעת טיפול.
ב. הרופא ערב לכך, כי הטיפול המוצע יבטיח סיכוי אמִתי לשיפור משמעותי של המצב.
ג. הרופא יכול להניח במידה סבירה של ודאות, כי המטופל שאינו מסוגל כעת לתת הסכמה מדעת, יסכים לטיפול בדיעבד.

באופן מעשי, החוק מיושם רק לעתים רחוקות, אך עקרונית יש לו השלכות מרחיקות לכת.[10]

אינדיבידואליזם בסגנון האמריקני משאיר, לעתים קרובות, את המטופל לנפשו עם כמות אדירה של מידע, כשבאופן תיאורטי הוא חופשי להחליט. עם זאת, באופן מעשי הוא המום מעומס המידע, שעל פיו עליו להחליט החלטה רפואית. בניגוד לכך, המודל הישראלי מותיר מקום להתערבות פטרנליסטית גסה ופולשנית. אולם פטרנליזם זה אינו בא בשמו של הרופא, החושב כי הוא מבין את טובת המטופל יותר טוב מהמטופל עצמו, אלא נובע משמו של הכלל. זו גישה קהילתנית,

---

10 Gross, ML. (1999). Autonomy and Paternalism in Communitarian Society: Patient Rights in Israel. Hastings Center Report, 29(4), 13-20; Gross, ML. (2005). Treating Competent Patients by Force: The Limits and Lessons of Israel's Patient's Rights Act. Journal of Medical Ethics, 31(1), 29-34

היונקת מהאינטרס הכללי, יהא זה אינטרס המדינה, קבוצה אתנית כלשהי או משהו אחר, המוגדר במעורפל "העם", במטרה לקדם את רווחת המשתייכים לקבוצה. כמו במקרה של שבט או של המשפחה המורחבת, מדובר בדאגה כפולה. ראשית, הקהילה דואגת בכנות לחבריה, ודאגה זו מבוססת פחות על עקרונות הצדק או ההגינות, מאשר על המחויבות "השיתופית" המשפחתית או על יחסי ידידות.[11] שנית, טובת הקהילה קשורה קשר אמיץ בטובת חבריה. כאשר חברי הקהילה משגשגים, גם הקהילה משגשגת ולהפך. גליק נכנס לרשת סבוכה זו של ערבות הדדית, כשהוא אומר לשובתי הרעב שבטיפולו:

> אתם כל כך חשובים לנו, מעל ומעבר למה שאתם חשובים לעצמכם, עד שאנו פשוט איננו יכולים לתת לכם למות. אנו כל כך דואגים לכם, עד שאנו מוכנים אף להקריב את זכויות האדם שלכם כדי להציל את חייכם.[12]

זוהי אמירה ייחודית, ואף שגליק שואב את ההשראה שלו מהמסורת היהודית, התייחסות זו מתיישבת לחלוטין עם הגישה הקהילתנית. הדאגה שלו חודרת עמוק לסבך היחסים המרושתים שבין היחיד לקהילה. השאלה הנשארת פתוחה היא מדוע הקהילה דואגת כל כך ליחיד. התשובה לשאלה זו מצויה במגוון הרחב של התנאים הנחוצים לשגשוגו של האדם הבודד. אין די באוטונומיה פרטנית. ואכן מספר מומחי ביר־אתיקה טוענים (גם אם טיעוניהם נופלים בדרך כלל על אוזניים ערלות), כי האוטונומיה אינה ערך עליון, אלא שווה בין שווים; היא חשובה, אך אינה מבטלת ערכים אחרים; נחוצה, אך אינה מספיקה לקיום קהילה מסודרת, הזקוקה לקשרים הדדיים, לערבות הדדית ולכיבוד טובת הכלל.[13] הפרטים והקהילות חייבים לשגשג יחד, כי הם מחזקים אהדדי את כישוריהם האינטלקטואליים, המוסריים, החברתיים והרגשיים.

נוסף על טיעון זזה, גליק מאמין בכל זאת, שחובה להפחית מעליונותו של טיעון האוטונומיה. הוא מזכיר כי שובתי רעב "עלולים שלא להיות אוטונומיים במלוא מובן המילה" ובמקום זאת הם נכנעים "ללחצים של חבריהם הפוליטיים,

---

11 Simmons, AJ. (2006). Associative Political Obligations. Ethics, 106(2), 247-273

12 לעיל, הערה 1.

13 Veatch, RM. (1984). Autonomy's Temporary Triumph. Hastings Center Report, 14, 38-40; Callahan, D. (1984). Autonomy, A Moral Good, Not a Moral Obsession. Hastings Center Report, 14, 40-42

החושבים כמותם".[14] טיעון זה מיותר (וגליק מודה כי זה רק בבחינת עצם שזורקים כדי לפייס את "התומכים החזקים ביותר באוטונומיה"). לא זו בלבד שהוא מתייחס לכישלון האוטונומיה, הלוקה בחסר בשל הסיבות שמניתי לעיל (כלומר, הלחץ מצד החברים אינו מספיק כדי לבטל כל פירוש משכנע של אוטונומיה), אלא הוא גם חותר תחת הנימוק הקהילתני המשכנע שלו.

זה צריך להיות נימוק חזק דיו, אם המטופל מחליט החלטות חשובות בניגוד לטובתו הוא. אולם שובתי רעב אינם מתכוונים להתאבד, מטרתם היא להשיג תועלות פוליטיות, שלפי אמונתם משרתות גם את טובת הקהילה שלהם, במיוחד אם קהילה זו סובלת מדיכוי. נראה אפוא כי הנימוק הקהילתני דורש, למעשה, הקרבה עצמית ולא הצלה. התשובה לפתרון קושיה סבוכה זו נמצאת בניסיון להבין טוב יותר את שביתות הרעב על רקע פוליטי. נכון ללא כל ספק, כי קהילות מסוימות (כגון זו באירלנד) חושבות כי יש יתרון לשביתת רעב.

שביתת רעב היא צורה של עימות פוליטי, שבו הקבוצה השובתת שונה בתכלית השינוי מהקבוצה המזינה בכפייה את חבריה. לעתים קרובות, מדובר בקהילות שונות ואף מנוגדות זו לזו מבחינה פוליטית. לכן יכול הנימוק בזכות ההזנה בכפייה להיות משולל תוקף. כאשר גליק התבקש להזין בכפייה ישראלי יהודי, הוא היה יכול להסתמך על עקרונות קהילתניים; אך הנורמות הללו של עזרה הדדית וחובות הקשורות בה חזקות הרבה פחות, אם לא נעדרות לחלוטין, כאשר מדובר בקבוצות שונות, הנלחמות זו בזו. הוא לא היה יכול להזין בכפייה אסיר פלסטיני בהסתמך על אותו היגיון. במקרה זה המדינה חייבת להזדקק לעקרונות שונים, כשהיא שוקלת הזנה בכפייה. עקרונות אלה הם עקרונות פוליטיים וכלולים בהם הזכות לחיים והצורך הצבאי.

הזכות לחיים

הזכות לחיים מעוגנת במסמכים שונים (כגון הצהרת העצמאות של ארצות הברית או הצהרת זכויות האדם של האו"ם), והיא מושתתת על עקרונות רבים. התיאורטקנים של הזכויות הטבעיות מבינים את הזכות לחיים כמרכיב מהותי של הטבע האנושי, אשר אנשים מפקידים בידי המדינה, כשהם מקריבים את החופש תמורת ביטחון. האסכולה התועלתנית (אוטוליטריסטית), הנוטה לכבד את הערך העליון של חיי האדם, מבינה את הזכות לחיים כתנאי הכרחי לשגשוג האנושות ולהתפתחותה העצמית, וכמטרה מעשית של כל יצור אנושי. גם הנציגים

14 לעיל, הערה 1.

של אסכולה זו מאמינים בתפקיד המדינה הליברלית להגן על כל אזרח מתקיפה ובחובתה לספק לַכול את הצרכים הבסיסיים (בריאות, חינוך, תעסוקה, פרנסה וסיכוי הוגן), אשר כל פרט זקוק להם כדי לפתח את כישוריו וכדי לשגשג. אשר על כן, הזכות לחיים היא זכות תביעה נגד המדינה; היא מעוגנת בתדירות בחוזה אמִתי או מרומז, המטיל על המדינה את החובה להגן על הפרט מפני פגע ולהקל את צורת החיים שבה הוא בחר.

בביו־אתיקה המודרנית נאמר לעתים קרובות כי הזכות לחיים עומדת בניגוד לזכות למות ולזכותו של הפרט להחליט על גורלו בעצמו. כשמגדירים זאת באופן זה ומפשיטים את המושג הזה מכל התפיסות הדתיות, הקושרות את החיים בערך אלוהי, ברור לפרט שצריכה להיות לו הזכות להחליט על גורלו־הוא. אנשים סבירים ובעלי דעה מעדיפים, בדרך כלל, לחיות מאשר למות. עם זאת, חשוב לציין כי הזכות לחיים כוללת מרכיב לא מבוטל של חיים בכבוד, כלומר הכבוד לאדם ולכל האיכויות והכישורים, ההופכים את האדם ליצור אנושי. בתור שכזה, זכותו של אדם לחיות בכבוד, ובקשר לכך, המדינה מחויבת לאפשר לתושביה חיים בכבוד. המושג של חיים בכבוד חובק בחובו את כל מגוון הכישורים המאפשרים לאדם לשגשג. שלילתם היא הפרה של הזכות לחיים בכבוד. בביו־אתיקה, הזכות לחיים בכבוד מתנגשת לעתים נדירות עם הזכות למות. האדם הבודד בוחר במוות כאשר איכות החיים שלו נשחקת במידה כזאת, שאין היא ראויה עוד להיחשב לחיים בכבוד. בנסיבות אלה חובתה של המדינה להגן על החיים מתאַדָּה, ובמקומה המדינה מאמצת את חובתה להבטיח מיתה בכבוד.

האימוץ של חובה זו לשובתי רעב הוא מורכב. מחד גיסא, לשובת הרעב לא אבדו האמצעים לחיות חיים בכבוד, ולכן על המדינה להגן על חיי אסירים. דבר זה נכון בוודאי לגבי בתי סוהר, שבהם יש למדינה חובה מיוחדת לשמור על אלה הנתונים לטיפולה, לאחר שנידונו למאסר על ידי בתי המשפט. אדמונד הואה וחבריו מכנים זאת "דיילות". כך הם כותבים:

> על ידי לקיחת האחריות על הטיפול באסירים, עלינו לספק להם את הטיפול הטוב ביותר האפשרי ... [וגם] לשמור על חייהם.[15]

ההתחייבויות הללו חרוטות בספרי החוקים של מדינות רבות, המחייבים מוסדות ענישה. בארצות הברית, לדוגמה:

---

15 Howe, EG; Kosaraju, A; Laraby, PR; Casscells, SW. (2009). Guantanamo: Ethics, Interrogation, and Forced Feeding. Military Medicine, 174(1), iv-xiii at vii, x

שלטונות מוסדות הענישה חייבים להגן על האסירים מפני פגיעה גופנית, עונש גופני, תקיפה מינית, סחיטה, הטרדה והתעללות, בנוסף על נזק אחר".[16]

כתוצאה מכך, שלטונות בית הכלא צפויים לביקורת קשה אם לא הצליחו למנוע מוות של האסירים. מותם של אסירים עלול לגרום גינוי מוסרי או הליכים פליליים, ואילו אלימות או התקוממות, המתהוות כתוצאה מכך, עלולות לסכן את שלומם של אסירים אחרים.

מאידך גיסא, הכלואים במפרץ גואנטנמו, בישראל, בטורקיה ובמקומות אחרים טוענים, כי המדינה אינה מאפשרת להם חיים בכבוד. על כן הם משמיעים את דרישותיהם הפוליטיות לעצמאות ולחופש מדיכוי מדיני. בנסיבות אלה הנימוקים המעוגנים בקדושת החיים או בזכות לחיים בכבוד אינם מקדמים בהרבה. כל עוד הרופאים יכולים לתקן בקלות את הרעות של שביתת רעב באמצעות טכניקות יעילות של הזנה, הטיפול הרפואי איננו באמת השאלה. השאלה של שובתי הרעב נוגעת לבריאות הקהילה המצומצמת שלהם ולא לזו של קהילה, שהרופאים ומוסדותיהם מייצגים. כמו כן, אין המדינה מחויבת חד־משמעית להגן על חייו של שובת רעב, שבעיניו חיים אלה הם משוללי כבוד. נהפוך הוא, ייתכן שהמדינה מחויבת לאפשר להם למות בכבוד. כמובן, שובתי הרעב אינם רוצים אף את זאת. הם אינם מבקשים למות בכבוד, אלא לחיות בכבוד. אך זו דרישה פוליטית, המתבטאת לעתים קרובות בעימות מזוין. מסיבה זו אינטרסים פוליטיים וביטחוניים (ולא בריאותיים) הם העומדים לשיקול המדינה, כשהיא באה לבחור את דרך הפעולה.

שביתת רעב: מלחמה, פוליטיקה והאינטרס הציבורי

במקרים שתוארו שובתי הרעב באירלנד, בישראל, בטורקיה ובמפרץ גואנטנמו היו אסירים חברי ארגונים מיליטנטיים, המנהלים מלחמה מזוינת נגד מדינה ריבונית. אם לומר זאת בפשטות, מטרתם הייתה להמשיך במלחמתם באמצעים אחרים. לשם כך שביתות רעב מלוות תנועות התנגדות רבות. אינני רוצה להיכנס לשאלה אם שובתי רעב אלה הם שבויי מלחמה. אך ללא קשר לכך, הם זכאים ליחס אנושי. בתמורה הם מחויבים להתרחק מקרבות. לדוגמה, אסור להם

---

16 American Bar Association, Standards on Treatment of Prisoners, paragraph, 23-5.1 Personal security and protection from harm. Available from URL: http://www.americanbar.org/publications/criminal_justice_section_archive/crimjust_standards_treatmentprisoners.html#23-5.1

להצטייד בנשק ולתקוף את הסוהרים שלהם. אם לא כן, הם יאבדו את הסטטוס המועדף שלהם וימצאו את עצמם חשופים להפעלת כוח קטלני נגדם או לפעולות ענישה מרסנות. עם זאת, המדינות עומדות בפני אתגר לא פשוט, כאשר האסירים מחליטים להמשיך במאבק באמצעים בלתי אלימים. בנסיבות אלה לרשות המדינות שלוש חלופות, בבואן להתמודד עם שובתי רעב: להניח להם למות, להסכים או להיכנע לדרישותיהם – או להזין אותם בכפייה. כפי שמובן לשלטונות בתי כלא אזרחיים, להניח לאסירים למות הוא החלופה הגרועה ביותר. הדוגמה הבולטת ביותר לכך מחזירה אותנו לאירלנד.

כאשר שביתת הרעב של אסירי IRA נמשכה, שני הצדדים התחפרו בעמדותיהם. הבריטים ראו בארגון זה ארגון פשיעה לכל דבר, וה-IRA סירב לרכך את עמדותיו. לבסוף, עשרה שובתי רעב שבקו חיים לפני שהשביתה בוטלה. אולם ה-IRA נחל ניצחון מרשים מבחינת יחסי הציבור, וההשלכות על הארגון היו משמעותיות ביותר. כאשר השובתים גססו, דעת הקהל בעולם האשימה בצורה חד־משמעית ובאופן חריף את בריטניה וגרמה לכך שבעיית צפון אירלנד עלתה על סדר היום הבינלאומי.

תוך ניצול הפרסום העולמי של השביתה, הזרוע המדינית של ה-IRA (השין פיין) החליטה להריץ את אחד השובתים (בובי סנדס) לפרלמנט. סנדס נבחר, אך זמן קצר לאחר היבחרו מת מרעב, ומעולם לא תפס את מושבו בפרלמנט. אף על פי כן, ההצלחה האלקטורלית נתנה רוח גבית לשין פיין, ושנים הבאות היו פעילות מדינית רבה והשתתפות פעילה בבחירות, אשר שין פיין נמנעה ממנה בעבר.

מותו של סנדס לא רק הפיח רוח חיים באגף המדיני של ה-IRA, הוא גם הביא ליותר מ־100,000 איש להלווייתו, מה ששיקף תמיכה בלתי מסויגת וחסרת תקדים בארגון. השינוי הקיצוני הזה שכנע גם את הזרוע הצבאית של ה-IRA להגביר את המאבק המזוין, ושנות ה־80 היו התקופה האלימה ביותר בעימות. בקצרה, מותם של שובתי הרעב הפך את ה-IRA לקיצוני יותר, אך בו־בזמן סלל את הדרך למעורבות פוליטית, תוך ניצול התמיכה המשמעותית מבפנים ומבחוץ, מה שבשום אופן לא היה תוצאה רצוי לבריטים.

אם מותם של שובתי הרעב הוא כנראה התוצאה שהמדינות רוצות למנוע יותר מכול, מה בדבר ההכלה של הדרישות? ההכלה היא כנראה האסטרטגיה המוצלחת ביותר, שמדינות יכולות לנקוט. בישראל, כפי שנאמר, פלסטינים אחדים שבתו רעב כדי להשיג שחרור מוקדם מהכלא. מתוך חשש להתקוממות

המונית ישראל נכנעה לדרישות אלה.[17] עם זאת, אלה לא היו אסירים מהמסוכנים ביותר, אלא כאלה שכבר שוחררו קודם לכן והפרו את תנאי השחרור המוקדם. גם בטורקיה פתחו מאות אסירים כורדיים בשביתת רעב בדרישה להיטיב את תנאי המאסר של מנהיגם, עבדוללה אצ'לן, ולאפשר לכורדים להשתמש בשפה הכורדית בחינוך ובפעילות עסקית ומשפטית. ב־18 בנובמבר 2012, כעבור 68 ימים, ביטל אצ'לן את השביתה.[18] לכורדים הותר להשתמש בשפתם בבתי המשפט וייתכן שהם השיגו גם ויתורים אחרים, אשר לא פורסמו. כשנה לאחר מכן ראינו התקרבות הולכת וגוברת בין שני הצדדים, שהייתה אולי תוצאה של שביתת רעב זו. במאי 2013 הורה אצ'לן לנאמני מפלגת PKK להניח את נשקם ולנסות מעתה להשיג את מטרותיהם הפוליטיות באמצעים דמוקרטיים ולא אלימים. בספטמבר 2013 הנהיגה טורקיה רפורמות, שאפשרו ללמד בשפה הכורדית ולערוך מסע בחירות בשפה זו. כמו כן, הבטיחה טורקיה ייצוג גדול יותר לכורדים בפרלמנט הטורקי.[19]

בכל המקרים פעלו שובתי הרעב במתינות ונזהרו שלא לדרוש דרישות, שהמדינה אינה יכולה להיענות להן. שביתות רעב יעילות כאשר הדרישות סבירות. המדינות יודעות זאת, וכך גם השובתים בעלי הניסיון. לעומת זאת, דרישות מוגזמות מעוררות בעיות חמורות יותר. במקרה כזה המדינה עלולה למצוא את עצמה ללא חלופה מלבד לשקול הזנה בכפייה.

הזנה בכפייה

כאשר המדינה אינה מסוגלת להכיל את דרישות השובתים, היא עלולה למצוא את עצמה בפני ההכרח להזין אותם בכפייה. מוטב שההזנה בכפייה תתרחש לעתים נדירות בלבד. היא צריכה להיות בלתי אלימה ככל האפשר ויכולה

---

17 Khoury, J. (April 24, 2013). Analysis: For Palestinian prisoners in Israel, hunger strikes have become a winning strategy. Ha'aretz. Available from URL: http://www.haaretz.com/news/diplomacy-defense/ for-palestinian-prisoners-in-israel-hunger-strikes-have-become-a-winning-strategy-1.517263

18 Krajeski, J. (November 29, 2012). After The Hunger Strike. The New Yorker. Available from URL: http://www.newyorker.com/online/blogs/ newsdesk/2012/11/after-the-kurdish-hunger-strike-in-turkish-prisons.html

19 BBC. (September 30, 2013). Turkey's Erdogan announces Kurdish reforms. Available from URL: http://www.bbc.co.uk/news/world-europe-24330722

להתבצע בכמה צורות. במהלך שביתת הרעב האחרונה בישראל הזריקו רופאים לשובתים זריקות של ויטמין B ללא הסכמתם.[20] המטרה הייתה להביא את שובתי הרעב למצב הכרה, המאפשר להם להביע הסכמה מדעת להמשך הטיפול. אכן אחדים מהם החליטו לסיים את השביתה. למרות זאת, התנהגות זו צריכה להיחשב כסוג של הזנה בכפייה, אלא אם כן השאירו השובתים הוראות מוקדמות, המתירות להזריק להם זריקות ויטמינים. אם כי הרופאים יכולים להצדיק את ההתערבות כפעולה לטובת המטופל (עמדה אשר שמעון גליק היה בוודאי תומך בה), ההצדקה היחידה להזנה בכפייה במקרה זה היא טובת המדינה, המנסה למנוע את מותו של השובת. אין כל סיבה להאמין בכנות, שרופא ישראלי יודע או מסוגל לנחש מהו האינטרס המיטבי של אסיר פלסטיני פוליטי. דבר זה נכון במיוחד אם לוקחים בחשבון כי "אינטרס מיטבי" זה כולל הן את טובת הקהילה שלו והן את החשיבות הרבה שהשובת מייחס ללוחמה נגד ישראל.

ההזנה מלאכותית (על ידי צינור המוביל לקיבה) היא צורה אלימה יותר מאשר זריקות ויטמינים. אך גם כאן, ההצדקה היחידה להזנה בכפייה בדרך זו היא קידום טובת המדינה והאינטרס הפוליטי שלה. הניסיונות בקליפורניה לראות את ההזנה המלאכותית במונחים רפואיים אינם משכנעים. כפי שטענתי לעיל, אין סיבה לחשוב שהחלטת האסיר לסרב לקבל מזון, המבוססת על מצוות מנהיגיו הפוליטיים או הדתיים, משקפת אוטונומיה מוגבלת. ההפך הוא הנכון: היא יכולה להיות ביטוי להחלטה רצונית, מבוססת ושקולה. כמו כן, חשוב להבין כי התערבות רפואית, המושהית עד אשר המטופל קרוב למותו, עלולה להיות לא יעילה במידה מספקת ולהותיר את המטופל עם נזק פיזיולוגי בלתי הפיך.[21] כשחושבים על כך, ייתכן כי בריא יותר להזין בכפייה שובתי רעב, בטרם נגרם להם נזק בריאותי חמור. נקודה זו מחזירה את הדיון לפרקטיקה שהייתה נהוגה על ידי האמריקנים, כלומר להתחיל בהזנה הכפויה כבר בימים הראשונים של השביתה.

עם זאת, ההזנה בכפייה בסגנון האמריקני היא הצורה האלימה ביותר של הזנה. אף שיש מחקרים המדווחים על תחלואה ותמותה בעקבות החדרה בכוח

---

20 Even, D. (July 8, 2013). Israeli doctors to give Washington tips on dealing with hunger strikers. Ha'aretz. Available from URL: http://www.haaretz.com/news/national/.premium-1.534413

21 Studies are rare but see: Bas¸og˘lu, M; Yetimalar, Y; Gürgör, N; Büyükçatalbas¸, S; Kurt, T; Seçil, Y; Yeniocak, A. (2006). Neurological complications of prolonged hunger strike. European Journal of Neurology, 13(10), 1089-1097

של צינור הזנה,[22] שלטונות ארצות הברית לא דיווחו על מוות או על פגיעות חמורות. אף על פי כן, התהליך משקף חדירה אלימה לגופו של אדם, שניתן להשוותו לעינוי בהיעדר צורך רפואי. בתור שכזה, חייבת להישאל השאלה אם הזנה בכפייה, יומיים או שלושה ימים לאחר התחלת שביתת הרעב, מהווה צורך רפואי. אך לפני זה צריכה להישאל השאלה המדינית: האם הזנה בכפייה נחוצה מבחינה מדינית או שמא קיימות דרכים אחרות לפרק את חומר הנפץ הטמון בשביתה?

להזנה בכפייה מחירים בלתי מבוטלים. ראשית, היא קשורה באי־נוחות ובהשפלה: ראשית, האסירים אזוקים וכפותים ומוזנים בניגוד לרצונם; שנית, ההזנה בכפייה, כפי שהוכח בארצות הברית, גורמת להתפרצות זעם ומחאה מצד פעילי זכויות אדם ומצד ארגונים רפואיים. כאשר מחירים אלה מאמירים, היתרונות הפוליטיים מסיום מידי של השביתה זניחים בדרך כלל. במלים אחרות, אין סיבה לא לאפשר לשביתה להימשך, כאשר הצדדים מבהירים ומחדדים את עמדותיהם. במקרה האמריקני לא היו הרבה סיבות שלא להיענות כבר מלכתחילה לרבות מדרישות השובתים, מה גם שרבים מהם היו בלאו הכי מיועדים לגירוש לארצותיהם, והוא התעכב רק מסיבות ביורוקרטיות. ללא ספק, אפשר היה להבטיח תנאי כליאה טובים יותר לאסירים אלה עד להסדרת הליכי הגירוש.

אם כן, הצורך מחייב שההזנה בכפייה תשמש מוצא האחרון, כאשר ההכלה אינה מתאפשרת מבחינה פוליטית. פירושו של דבר, להשאיר לשובתים זמן סביר למשא ומתן ולהגדרת דרישותיהם, ולמדינה לשקול בכובד ראש את העלות-תועלת הפוליטית של החלטתה, לסיים את השביתה או לאפשר לה להימשך. בהתאם לשיטות שהאסירים שובתי הרעב מאמצים, ייתכן שהשביתה תימשך שבועות רבים, עד שיחולו נזקים בריאותיים ויתחילו תהליכי גסיסה. רק זמן קצר לפני קרות המצב הזה, המדינה יכולה לשקול הזנה בכפייה. עם זאת, אני ממהר להוסיף, כי מצב זה מתחיל הרבה יותר מוקדם מאשר "הסיכון של מוות קרוב או נזק חמור לבריאות" (כפי שבית המשפט בקליפורניה ניסח) כדי לאפשר להזנה בכפייה להשיג ריפוי מלא. המתנה ארוכה מדי עלולה להסב נזק

22 Karni, T. (2013). Hunger Strikers: Dilemmas for Attending Physicians [Hebrew]. A paper presented at a conference: Hunger Striking to Death: Ethics Issues of Force Feeding Hunger Striking Prisoners and Detainees, sponsored by the Israel Medical Association and the Jerusalem Center for Ethics, Jerusalem, 9 September. Available from URL: http://www.mishkenot.org.il/hebrew/HebEthicsEvents CalendarFull.aspx?id=10183

חמור לשובתים. יש אפוא מקום לשנות את ההנחיות לגבי ההזנה בכפייה של שובתי רעב בהתחשב בשיקולים אלה.

מסקנה

שמעון גליק הציע הבנות מרחיקות לכת לגבי הפלוגתא סביב ההזנה בכפייה. את המחלוקת הזאת, המקבלת לעתים קרובות פרשנות של עימות בין הזכות לחיים לכיבוד האוטונומיה והזכות למות, העשיר גליק בהיבט החשוב של קדושת החיים. אף שהוא שואב את השראתו ממקורות יהודיים, השקפתו איננה, לפי מיטב ידיעתי, מושתתת על עיקרון דתי או על סוג של התגלות אלוהית. נכון יותר לומר, שנימוקיו שואבים מהקהילתנות ומציווי העזרה ההדדית, המאפיינים את היהדות. מחויבויות חברתיות כאלה דורשות מחברי הקבוצה לדאוג אהדדי זה לזה, וכאשר הדבר נחוץ, גם לעבור על חוקים אינדיבידואליסטיים של הגדרה עצמית, אם הדבר חיוני לשַמר את הרווחה האישית ואת רווחת הכלל, דהיינו הקהילה, הכוללת את רווחת כל חבריה. טיעון זה מרחיק לכת בהצדיקו אירועים מסוימים של שביתות רעב, במיוחד אם השובתים הם חברים בקהילה מסוימת. עם זאת, גם במקרה זה אני בספק, אם גליק היה מצדיק להזין בכפייה אדם כמו מרטין לותר קינג, אילו זה היה מחליט לשבות שביתת רעב בכלאו בבירמינגהם, במקום לכתוב מכתבים מתגרים לחבריו הכמרים.

אבל גם אם נתעלם ממקרה זה, הנימוק הקהילתני אינו פועל כהלכה, כשהוא מיושם לגבי שובתי רעב, המפעילים כוח מזוין נגד הקהילה של עצמם. במקרים אלה אין למדינה ברֵרה אלא לחפש פתרון מדיני. אם פתרון זה מוצלח, המשבר יעבור. אך זה לא קורה תמיד, ולכן שומה על המדינה לשקול שיקולי עלות-תועלת בבואם להחליט על הזנה בכפייה. מוטב ההזנה בכפייה שתתרחש לעתים נדירות בלבד, ובלבד שתהיה בלתי אלימה ככל האפשר. קביעת המועד המיטבי והתהליך היעיל ביותר של ההתערבות היא בבחינת החלטה, אשר רוב הרופאים יירתעו לקבל. עם זאת, החלטה רפואית זו חשובה ביותר לקיום חובתה של המדינה במובן הרחב, של הבטחת הרווחה של ציבור תושביה.

פרק חמישי

חובות מוסריות והתלבטויות אתיות קשות של מנהל בית חולים

יונתן הלוי*

מנכ"ל המרכז הרפואי שערי צדק, ירושלים

הקדמה

בתחילת פרק זה אני מבקש להדגיש, כי השורות שלהלן משקפות דעה אישית, שאינה מבוססת על ספר לימוד כלשהו, ואין לי גם כל כוונה להכתיב תשובות. עם זאת, אני מאמין שגם אם זה קורה לעתים נדירות, דיון בחובות המוסריות ובהתלבטויות האתיות, שבפניהן עומד מנהל בית חולים מדי יום ביומו במהלך הקריירה שלו, הוא חשוב ובעל ערך רב. אני גם מאמין כי הגישה לטפל בדילמות הללו, כפי שמתוארת בפרק זה, תואמת את תורתו של שמעון גליק, המשמש מזה שנים מורה דרך ומדריך בנתיבי האתיקה הרפואית של רוב הרופאים בישראל ומנהלי מערכת הבריאות שלה.

התלבטויות אתיות הן חלק בלתי נפרד ממקצוע הרפואה. שבועת היפוקרטס פותחת בהתחייבות הרופא לעבוד לפי יכולתו ולפי שיפוטו.[1] בפרק זה ברצוני להדגים כי תפקיד מנהל בית החולים קשור גם בהיבטים רחבים של אתיקה רפואית וגם בדילמות נוספות, המתפרסות על פני התחום המנהלי, החברתי והכספי.

מנהל בית חולים חייב לתת דין וחשבון לנציגי מגזרים שונים של החברה ועליו לקבוע לעצמו את סדר העדיפויות ביניהם. הייתי מדרג אותם כך: המטופל חייב תמיד להיות ראשון במעלה, צוות העובדים של בית החולים, הקהילה

---

* דוא"ל: halevy@szmc.org.il

פרופ' הלוי הוא מנכ"ל המרכז הרפואי שערי צדק, ירושלים, מאז 1988. בית החולים שערי צדק נחנך בשנת 1902 והוא מונה כעת 837 מיטות.

1 שבועת היפוקרטס

שבית החולים משרת, שלטונות הבריאות שמעליו (דהיינו, מעל מנהל בית החולים) בהיררכיה המנהלתית, המסדירים את פעילות בית החולים.

בטרם אֶכָּנס לסבך ההתלבטויות האתיות מול כל אחד מהמגזרים הללו, ברצוני להציג את דעותיי האישיות באשר לדגשים ולעדיפויות בניהול בית החולים, שכן בסופו של דבר, האתיקה המשתקפת מהעבודה היומיומית של המוסד גם יונקת מסגנון הניהול והעדיפויות של מי שעומד בראשו וגם מוכתבת על ידו. אני רואה בעדיפויות הללו את בסיס ההתחייבויות המוסריות של כל מי שמונה למלא תפקיד זה.

תפקידו של מנהל בית חולים הוא גם ליזום וגם להגיב. עליו מוטלת האחריות ליצור אווירה כללית ולקבוע את מדיניות המשימות שהמוסד ממלא. הפתיח של חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 הוא:

> חוק זה מטרתו לקבוע את זכויות האדם המבקש טיפול רפואי או המקבל טיפול רפואי ולהגן על כבודו ועל פרטיותו.[2]

אני סבור כי המשימה העיקרית של מנהל בית החולים היא ליצור תרבות ארגונית, שבמרכזה מעוגנת אמפתיה לחולה. החמלה היסודית והמהותית הזאת צריכה להיות מעל ומעבר לדרישות החוק היבש. גם אם בתי הספר לרפואה בוחרים כיום את תלמידיהם בהתבסס על עקרונות רחבים הרבה יותר מאשר הישגים מדעיים גרידא, אנשי הצוות הרפואי יכולים עדיין ללקות בתכונה אנושית של יהירות וחוסר רגישות. על שום כך, אני מאמין שלשם השגת האווירה הנוחה ביותר למטופל בין כותלי בית החולים, אחת מהחובות האתיות הראשוניות של המנהל היא מעורבותו האישית בבחירת הצוות הבכיר הרפואי והמנהלי, תוך שימת דגש על תכונות אופי במקביל למיומנויות המקצועיות.

אתיקת העבודה של מנהל בית חולים כוללת מודעות לכל סטייה מהסטנדרטים המקובלים של הטיפול. איך ניתן להשיג זאת בדרך הטובה ביותר? שוב, מעורבות אישית היא בעלת חשיבות עליונה: זמינות טלפונית, דיווח יומי מהאחות הראשית על כל מה שקרה בשעות שבהן נעדר המנהל מבית החולים, פגישות סדירות ותכופות עם ראשי השירותים השונים ו"ניהול בהליכה" – ביקורים סדירים במסדרונות בית החולים ובמחלקותיו כדי לראות ולהרגיש מה קורה. נראות גבוהה לכל רמות הצוות של בית החולים היא בעלת השפעה רבה על המוטיבציה ויוצרת תחושה, שההנהלה אינה מנותקת ממוקדי העשייה בבית החולים, כלומר מטיפול מקצועי, אמפתי ומסור בחולים. הייתי מרחיק לכת ואומר, כי המנהל

---

2 חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, סעיף 1.

צריך לפעול במידת האפשר כרופא "מעשי" בתחום התמחותו בבית החולים. היה זה הרעיון של חברי המועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית בישראל, שהחליטו כבר לפני שנים רבות, כי כל מועמד לניהול בית חולים חייב, כתנאי מוקדם, לסיים תחילה התמחות מלאה באחד מהמקצועות הרפואיים ורק אחר כך להשתלם בניהול רפואי. גם שהייה של מספר שעות לא גדול במחלקה, במגע קרוב ובלתי אמצעי עם חולים ועם משפחותיהם, יוסיפו למנהל נקודת מבט וידע "פנימי" על תִפקודו של בית החולים וישמרו את הקשר שלו לכל היבט אנושי שברקע החלטות אתיות.

יש מקום לערוצים נוספים כדי למנוע סטיות מהנהלים הרפואיים ולהגיב עליהן. אני כולל בכך ביקורת יומית אישית של כל תעודות הפטירה שמולאו בבית החולים במהלך היממה האחרונה, קביעה ויישום של נוהל מחמיר של ניהול סיכונים, ואולי גם, אם כי הדבר נתון במחלוקת, מעורבות אישית של מנהל בית החולים בטיפול בתלונות, הנוגעות לטיפול הרפואי.

להלן אנסה להאיר כמה סוגים של דילמות קליניות הנקרות בדרכו של מנהל בית החולים.

דילמות הקשורות במטופל

אפתח בהדגשה חוזרת של אמונתי המוצקה, כי אחריותו של מנהל בית החולים היא בראש ובראשונה לחולה, במטרה להבטיח שהלה יקבל את הטיפול המיטבי, שזכויותיו האישיות יישמרו ושהטיפול שניתן לו יהיה מלווה באמפתיה. זו המטרה, אך השגת היעד הזה כרוכה בקבלת החלטות רבות.

נהוג לייחס לראש הארגון "אחריות מיניסטריאלית" לכל מה שמתרחש בארגון. עצם המונח הזה טומן בחובו השלכות אתיות. הבה נבחן, לדוגמה, את הטרגדיה הגרועה ביותר שעלולה להתרחש בבית החולים באופן בלתי צפוי – מוות אימהי (למשל בשל תסחיף מי שפיר). עובדה מוכרת היא כי כ־50% ממקרים כאלה מתרחשים באופן בלתי צפוי לחלוטין, בבחינת רעם ביום בהיר, וקשה במיוחד להתגבר עליהם. אף על פי כן, מוות כזה נוגע בלִבה של האחריות המיניסטריאלית.

מנהל בית החולים, שבדרך כלל אינו חבר פעיל בצוות הרפואי של חדר הלידה, עומד אז בפני אתגר קשה. השאלה הראשונה הנשאלת היא "האם עשיתי את כל אשר ביכולתי כדי למנוע זאת?" עליו לבחון את החלטותיו על רקע השקלא וטריא התמידי, המתקיים בין ההנהלה לבין מנהלי המחלקות לגבי הקצאת משאבים, הן אנושיים והן חומריים. האם הוא הבטיח את הספקת

המשאבים הללו במידה מספקת לקיום הסטנדרטים הטיפוליים המתאימים? האם הצוות המעורב באירוע היה ברמה מקצועית גבוהה דַּיָּהּ ובעל ניסיון נאות? האם היחס הכמותי בין הצוות למספר המטופלים היה סביר? האם עמד לרשות הצוות הציוד הנדרש ובמצב תקין? בקיצור, האם ננקטו כל האמצעים הסבירים, הנדרשים על פי הסטנדרטים של פרקטיקה טיפולית טובה, כדי לוודא את בטיחות המטופלים? על המנהל לחזור ולבחון, ואם יש צורך גם לבצע תיאומים של פעולותיו. דרושה בחינה עצמית מעמיקה ונוקבת של המנהל, בטרם יוכל לאשר לעצמו, שאכן אסון זה היה בלתי נמנע.

כמו כן, האדם העומד בראש בית החולים חייב להיות מעורב באופן פעיל בתהליכים שחייבים להתבצע לאחר שקורה מוות כזה. אין זה מתפקידו לשפוט את הצוות תוך שמתבצע תהליך זה, אלא עליו לגלות סבלנות ולתת תמיכה לצוות. בנוסף, כשותף לסערת הרגשות המתרחשת בעת אירועים כגון אלה, עליו לשוחח הן עם הצוות והן עם בני המשפחה. לאחר שוך הסערה הרגשית עליו לפַנות זמן לניתוח מעמיק של סיבות התקרית ולחיפוש דרכים אפשריות לתיקון המצב ולהפחתה אפשרית של הסיכון של הישנות מקרים של מוות אימהי בבית החולים שלו. אין זה מספיק, שהוא יאמר לעצמו "תסחיף מי שפיר הוא אירוע קטלני בלתי צפוי, בלתי ניתן למניעה ולא נגיש לטיפול".

דוגמה נוספת של מחויבות למטופל היא קשורה במענה על תלונות, שהוגשו על ידי מטופלים בלתי מרוצים או על ידי בני משפחותיהם. קיימת מחלוקת באשר לשאלה מי מהמדרג של בית החולים הוא הדמות המתאימה לטפל בתלונות המטופלים. חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 דורש כי כל בית חולים ימנה נציב תלונות ציבור, אך אינו מפרט את התכונות ואינו מגדיר את הכישורים הדרושים לתפקיד זה.[3]

עם זאת, למרות הסובייקטיביות האופיינית בהכרח למצבים כאלה, החובה המוסרית להעריך את כל התלונות בעלות אופי רפואי חלה, לדעתי, על מנהל בית החולים בעצמו. דבר זה מחייב ביקורת של גיליון המחלה וקבלת הסבר מהצוות המעורב. על בסיס כזה ניתן להגיע לשורשי הסיבות שהביאו לטיפול באיכות נחותה, אם אכן התרחש, ולדרכים לתיקון, ועם זה גם להבטיח שהמטופל יהיה משוכנע שתלונתו טופלה בצורה הולמת. על המנהל לוודא כי המתלונן יקבל תשובה נאותה; וכאשר מתקבל הרושם כי התלונה הייתה מוצדקת, יש מקום לשגר מכתב התנצלות או לפעמים לערוך שיחת הבהרה בטלפון. על פי ניסיוני האישי, אין תחליף לשיחת טלפון כנה ומתנצלת בשעות הערב המוקדמות

3 חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, סעיף 25.2.

כדי להרגיע מטופל שכועס בצדק. גישה כזאת אף מפחיתה את הסיכון בהגשת תביעה משפטית.

שאלה אחרת, העולה לעתים קרובות, נוגעת למטופלים המצפים לקבל טיפול מועדף. במקרה זה מדובר, בדרך כלל, בתורמי כספים לבית החולים, בחברי מועצת המנהלים ובבני משפחותיהם או חבריהם, באנשי ציבור ובאנשי הסגל. התשובה הברורה מאליה היא כי לכל מטופל מגיע יחס שווה; אך תהיה זו היתממות להתעלם מהיבטים אחרים, כגון תרומה נדיבה, המשפרת את השירות לכלל המטופלים, או החזרת טובה לעמית או לחבר מועצה, התורמים מזמנם וממרצם לטובת המוסד. משום כך אני מנסה, בדרך כלל, למצוא איזון אתי נכון במתן עדיפות לאדם זה או אחר. אפשר שאכניס מטופל מסוים לרשימת המתנה לבדיקה או לניתוח, אך לא על חשבון מישהו אחר. אם הנסיבות מאפשרות זאת, אני גם מעניק הטבה כזאת לכל אדם, יהא מעמדו אשר יהא.

דילמות הקשורות בצוות בית החולים

הבה נחזור למעורבותו של מנהל בית החלים בבחירת הצוות הבכיר, כפי שכבר הוזכר לעיל. ידוע היטב לכולנו, כי אווירה תומכת תורמת משמעותית לתהליך הריפוי. לכן אפשר שתעלה השאלה, האם עלינו להעסיק "כוכב עליון", המצטיין בידע ובמיומנויות רפואיות, אך חסר כישורים ביחסי אנוש ובתקשורת עם המטופל. הפיתוי להאדיר את מוניטין בית החולים על ידי הוספת שמו של "כוכב" כזה הוא גדול; אך בהחלט אין להתעלם מתכונות אופי. אם המטופלים חשופים להתנהגות מדאיגה בעליל, הרי שגיוסו של "כוכב" כזה אינה במקום. חשוב ביותר שלמנהל תהיה גישה למידע ולרקע מפורט ככל האפשר, כאשר מוכרע מכרז לאיוש משרה בכירה של מנהל מחלקה חדש – "אישיות מצטיינת" חייבת להימדד באמת מידה שווה ל"הצטיינות מקצועית".

אותה מחשבה יש לתת לקידומָם או למינוִיָם של מתמחים מצטיינים, שהיחס רופא-מטופל שלהם אינו מבטיח טובות בעתיד. לשם כך חייב מנהל בית החולים להשתדל להכיר את אנשי הצוות הצעירים, בין על ידי מגע ישיר באמצעות "ניהול בהליכה" ובין על ידי תשאול של אלה העובדים אִתם.

דילמה אחרת בעלת אופי רגיש היא החשד שחבר בצוות העובדים "פגום", כגון על ידי שימוש בסמים או באלכוהול, או כאשר רופא מתחיל לגלות סימנים של ירידה בתפקוד המקצועי, הגופני או ההכרני שלו. למרות יחסים אישיים (אולי רבי־שנים) של ידידות ונאמנות, שאולי קיימים בין המנהל לרופא, חשדות כאלה חייבים להתברר עד תום. חובתו האתית הראשונית של המנהל היא להגן

על המטופלים מפני טעויות אפשריות באבחנה או בטיפול, שעלולות לקרות בכל מקרה מבין מקרים שכאלה.

הזכרנו כבר קודם לכן, שכל רופא פעיל ניצב בפני דילמות אתיות. לכל רופא מערכת אמונות ודעות משלו. לדוגמה, כאשר מתקרב אדם לקץ ימיו, מתי הוא הזמן הנכון לאמץ טיפול פסיבי יותר? על מנהל בית החולים להכיל בצורה גלויה את נקודות המבט השונות, הקשורות באתיקה של הצוות שלו. הוא אינו יכול להכתיב מדיניות אחידה כל עוד הפעולות תואמות את המסגרת הכללית של רפואה מקובלת. מאידך גיסא, אנשי הצוות חייבים לדעת, שהם יכולים לפנות אליו תמיד ולבקש את השתתפותו הפעילה בשיקולים ואף את הנחיותיו במקרים שעשויים לכלול קביעת קדימויות לטיפול בחדר המיון, כאשר מספר הפונים או המופנים גדול ממספר המיטות הזמינות, דילמות אתיות הקשורות בפגים במשקל נמוך מאוד או עימותים על רקע משאלות וציפיות החולה או בני משפחתו. כמובן, על מנהל בית החולים להכיר את כל ההיבטים של המקרה ובכלל זה את דרישות החוק הרלוונטיות. רק אז הוא יכול לנקוט עמדה סמכותית, כמו בשני המקרים שאתאר להלן.

המקרה הראשון היה של אישה הכורעת ללדת את הילד השניים עשר שלה. במוניטור נראו בבירור סימנים של מצוקה עוברית, והייתה התוויה לביצוע מידי של ניתוח קיסרי, אך היולדת סירבה להינתח. הנימוק שלה היה תחושת אי־נוחות שחוותה אחרי אִלחוש מקומי, שניתן לה בעבר לצורך טיפול שיניים. תחושה זו גרמה לה לסרב לאחר מכן לכל סוג של אלחוש. איש צוות בכיר דיווח לי על המקרה, וניסיתי לשווא לשכנע אותה, כי הטיעונים שלה אינם הגיוניים וכי היא מונעת מהילד שלה את זכותו הבסיסית לחיים.

חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 קובע:

> בנסיבות של מצב חירום רפואי רשאי מטפל לתת טיפול רפואי דחוף גם ללא הסכמתו מדעת של המטופל, אם בשל נסיבות החירום, לרבות מצבו הגופני או הנפשי של המטופל, לא ניתן לקבל את הסכמתו מדעת; טיפול רפואי המנוי בתוספת יינתן בהסכמת שלושה רופאים, אלא אם כן נסיבות החירום אינן מאפשרות זאת.[4]

---

4 חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, סעיף 15.3. התוספת לחוק מונה את הטיפולים הבאים: ניתוח, בשונה לפעולה ניתוחית קטנה; צנתור כלי דם; דיאליזה; הקרנה; הפריה *במבחנה*; כימותרפיה במחלות ממאירות.

גם אם תיבחן בבחינה מדוקדקת, פסקה זו אינה מעניקה היתר מפורש לשלושה רופאים לאשר ניתוח קיסרי[5] בשל הטיעונים הבלתי הגיוניים שהיא סיפקה כהסבר לסירובה לחתום מחד גיסא, ובשל האיום שנשקף לחייו או לבריאותו של העובר מאידך גיסא. בכל זאת, החלטתי לאמץ את הסעיף הזה ולראות בו מעין פרצה בחוק. הניתוח הקיסרי בוצע, ונולד תינוק בריא. אני מודע לכך כי סטייה כזאת מהחוק כלשונו וככתבו לא הייתה מתקבלת בבית המשפט, אילו נולד תינוק בעל מומים. עם זאת, אני רואה בכך דוגמה לחובה האתית הראשונית, אשר מחייבת, לדעתי, את מנהל בית החולים להחליט החלטות מהירות וחד־משמעיות, בנסיבות שבהן הסגל נתקל בבעיה אתית, שמקורה בהתנהגותו של מטופל, החורגת ממסגרת ההנחיות הרגילות של הפרקטיקה הרפואית ומקביעות החוק.

המקרה השני היה מטופלת בת 80. הייתה לה חסימת מעיים, ונשקף לה מוות ודאי ללא התערבות ניתוחית. חרף העובדה שהמטופלת אובחנה בהערכה פסיכיאטרית כצלולה לחלוטין, היא סירבה בעקשנות להסכים לניתוח, מפני שסבלה מכאבים אחרי ניתוח שעברה פעם. רופאים בכירים, אנוכי ובני משפחתה לא יכולנו לשכנע אותה לחתום על הסכמה מדעת. בהתחשב בכך ששיעור ההצלחה של ניתוח כזה קרוב ל־100%, חתמתי עם שני רופאים על ההיתר לבצע את הניתוח. לאחר כמה ימים, כאשר כבר הבריאה לגמרי, המטופלת הודתה, שהייתה זו פעולה נכונה מצדנו.

חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, קובע:

> בנסיבות שבהן נשקפת למטופל סכנה חמורה והוא מתנגד לטיפול רפואי, שיש לְתִתו בנסיבות הענין בהקדם, רשאי מטפל לתת את הטיפול הרפואי אף בניגוד לרצון המטופל אם ועדת האתיקה, לאחר ששמעה את המטופל, אישרה את מתן הטיפול ובלבד ששוכנעה כי נתקיימו כל אלה:
>
> א. נמסר למטופל מידע כנדרש לקבלת הסכמה מדעת;
>
> ב. צפוי שהטיפול הרפואי ישפר במידה ניכרת את מצבו הרפואי של המטופל;
>
> ג. קיים יסוד סביר להניח שלאחר מתן הטיפול הרפואי ייתן המטופל את הסכמתו למפרע.[6]

---

5 לא היה מדובר במקרה זה במצב חירום רפואי לאם, אלא לעובר, שעליו הייתה לאם אחריות משפטית.

6 חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, סעיף 15.2.

במקרה של המטופלת שלנו, אמנם התקיימו כל שלושת התנאים, אך מצבה הרפואי לא אִפשר כינוס של ועדת אתיקה אחרי הצהריים של יום שישי. האם עלינו להתעקש בנסיבות אלה על דקדוקי האות הכתובה של החוק ולהניח לחולה למות, או שזו חובתו המוסרית של העומד בראש בית החולים להעריך את המצב ולהחליט החלטה שאולי לא תעמוד במבחן בית המשפט? אני מאמין שהסיפא הוא החלופה הרצויה והמומלצת, אך רק תוך מעורבות אישית עמוקה של המנהל – לימוד המקרה, שיחה עם המטופל, עם בני משפחתו ועם הרופאים המטפלים.

ברור כי כל התחום הזה חלקלק למדי, חוצה את גבולות האוטונומיה של המטופל, מנוגד לחוק היבש או לפרשנות המחמירה ומערב החלטות הנשענות על ניסיון ועל מצפון מקצועי ואישי. ייתכן שיהיו מי שלא יסכימו עם הצעדים שנקטנו בסופו של דבר, אך זוהי בבירור אחריותו של מנהל בית החולים ליטול חלק פעיל בהתרחשויות ובפרטי המקרה ולהיחשב בעיני הסגל סמכות עליונה, המכריעה במצבים דו־משמעיים.

בשעת כתיבת שורות אלה התחוללה מלחמה ברצועת עזה.[7] זו הוסיפה שבועות של תסבוכת חדשה לחייו של מנהל בית חולים – איך להתמודד עם חומרים המתפרסמים ברשתות החברתיות על ידי אנשי סגל של בית החולים? האם חופש הביטוי צריך להישאר ערך עליון או שמא, כאשר יש בהתבטאויות משום עלבון לערכים של החברה, יכול מנהל בית החולים להשהות או אף לפטר את כותבי הפוסט? אינני סבור כי מדובר כאן בדעות פוליטיות, אלא בתחום יחסי האימון בין הרופא למטופל. אם הדעות המתפרסמות עלולות לגרום למטופל לחשוש ברצינות להפקיד את בריאותו בידי אותו רופא, הרי שלדעתי מותר למנהל בית החולים לשקול פעולה משמעתית מתאימה נגד הרופא.

דילמה אתית אחרת, נדירה לשמחתנו, אף היא תוצאה של המצב המדיני־צבאי הנוכחי, והיא איך לנהוג כאשר חולה מסרב שרופא ממוצא אתני מסוים יטפל בו – בישראל יהיה זה, בדרך כלל, חולה יהודי, המסרב לקבל טיפול מרופא ערבי. מה אמורה להיות תגובתו של מנהל בית החולים, כשהוא מתבקש על ידי מנהל מחלקה להחליט? האם להכריח את החולה להסכים להיות מטופל על ידי אותו רופא? האם להיכנע לרצון החולה ולהעמיד לרשותו רופא יהודי? לכאורה, התשובה פשוטה – הנהלת בית החולים אחראית לאיכות הטיפול הרפואי, הניתן על ידי הצוות, ואי־אפשר להשאיר בידי החולה את הבחירה מי יטפל בו, ובוודאי שלא בשל הרקע האתני. אך מה קורה כאשר החולה מתעקש? האם מותר לנו

7 מבצע "חומת מגן" יולי-אוגוסט, 2014.

לסרב לתת לו טיפול? ומה בדבר המחויבויות שלנו, כפי שהוגדרו בחוק זכויות החולה?[8]

תקריות מסוג זה התרחשו באחרונה בבית החולים שאני עומד בראשו (ואני שמח לומר שהן היו נדירות). אנו סירבנו באופן גורף לאפשר למטופל להתנגד לקבלת טיפול על סמך מוצא אתני של המטפל. השתדלנו להסביר את הרקע המקצועי של הרופא, את הטיעון הבלתי מתקבל על הדעת להצדקת הדעה הקדומה, ואת עמדת בית החולים, שלפיה גם הצוות וגם החולים מייצגים את חתך האוכלוסייה בישראל.

במקרה בודד אחד, שבו האמינה חולה שהיא עלולה להיות בסיכון, אם נכריח אותה לקבל בכל זאת טיפול מידיו של רופא שאמרה לו בפניו, שאין היא רוצה להיות מטופלת על ידו, הסכמנו באופן חריג שרופא אחר יטפל בה. לאור התגובה הנרגזת של אותו רופא מצוין ומסור, שעליו "הטילה וטו", אינני בטוח שנהגנו כשורה.

גם כאן אין תשובות "מהספר", לבעיות האתיות המתעוררות. העליתי את הבעיות ותיארתי תקריות שהתרחשו בפועל כחומר למחשבה וכנושא לדיון.

החלוקה הנכונה של משאבים, שהיא כנראה שאלה כספית טהורה, אף היא מעמידה את מנהל בית החולים בפני דילמה אתית מול הסגל הבכיר. למרבה הצער, לאף בית חולים בעולם אין מספיק אמצעים להשיג את כל מה שהוא היה רוצה לספק למטופליו. סל השירותים הלאומי בישראל, המוכר לציבור הרחב והמתחדש מדי שנה בשנה, אינו כולל את בתי החולים. על פי החוק, כל תרופה או אביזר רפואי, שהרופא חושב כי הוא נחוץ לאבחון או לטיפול של חולה מאושפז, חייב להיות מסופק על ידי המוסד על חשבונו, ואם הוא הוכח כיעיל או אם ברור על פי הספרות, שהוא עומד להתקבל כחלק מהטיפול הרפואי הסטנדרטי, על מנהל בית החולים להכליל אותו בתקציב סל השירותים הפרטי של בית החולים.

אולם בעידן של ההתפתחות מהירה של הרפואה תרופות חדשות, אביזרים רפואיים חדשים וטכנולוגיות חדשות מתווספים בקצב הולך וגובר. לפחות בתקופה הראשונה לשימוש, חידושים כאלה יקרים ביותר. כל מנהלי בתי החולים נתונים ללחץ מצד מנהלי המחלקות לאשר שימוש בטכנולוגיות חדשות – בעיקר, כמובן, לטובת החולים, אך אולי גם כדי להאדיר את המוניטין של המחלקה, ככזו שנמצאת בחזית ההתפתחות הרפואית. איך מסדירים קדימויות במובן הזה?

---

8 חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, סעיף 3 א.

מנקודת מבט אתית, השיקול היחיד שאמור לעמוד בפני המנהל הוא באיזו מידה התרופה החדשה או האביזר החדש הוכיחו כבר את יעילותם, ובאיזו מידה הם יוסיפו תועלת מעבר לטיפולים שכבר קיימים. מובן מאליו שלמרות חשיבותם של היחסים הפנים־ארגוניים, הם אינם אמורים להשפיע על ההחלטה לספק באופן מועדף בקשות של מנהל מחלקה זה או אחר. אם תרופה חדשנית יקרה נדרשת על ידי איש סגל בכיר כדי לפתור בעיה חריפה, לעתים אחרי כישלון צורות טיפול יותר "מסורתיות", והספרות עדיין חלוקה לגבי יעילותה של התרופה בבעיה המסוימת, ההמלצה למנהל בית חולים, הנדרש לקבל את ההחלטה הגורלית, היא לדון במקרה הפרטני עם שני מומחים מובהקים בתחום, העובדים בבתי חולים אחרים. גישתי האישית היא לאשר את הבקשה, אם אחד מהמומחים הללו מונה את התרופה המבוקשת בין אלה שהוא היה משתמש במקרה זה.

דילמות הקשורות בקהילה ובגופי האסדרה של מערכת הבריאות

אך טבעי הוא שמנהל בית חולים ישאף שהמוסד, שהוא עומד בראשו, יהיה עצמאי ומקיף ככל האפשר במתן שירותיו, הן ברמת הקהילה המקומית שהוא משרת והן ברמה הארצית. פיתוח של שירות קיים או הכנסה של שירות חדש לחלוטין למוסד מחייבים הערכה מצפונית של המניעים לכך. האם ההרחבה נעשית בתשובה לצורך ברור ומוכח של הקהילה, ובכלל זה היתרון הנלווה של האדרת המוניטין של בית החלים ושיפור ביצועיו על ידי הכללת אתגרים חדשים? או שמא הרחבה זו מוצדקת אך ורק מסיבות של תחרות, והיא מכפילה למעשה שירותים הקיימים כבר בבתי חולים בשכנות, ולפיכך פירושה אולי השקעת משאבים יקרים, שישרתו מספר קטן בלבד של מטופלים? גופי האסדרה של שירותי הבריאות ממלאים כאן תפקיד על ידי בקרה על היתר הכנסת שירותים חדשים. עם זאת, המנהל הוא זה שצריך לשפוט ביושר, אם הוא אכן פועל לטובת הקהילה או לטובת האדרת הסטטוס של בית החולים ולטובת התפקיד שהוא עצמו ממלא.

המנהל אחראי לתת מענה ברור ושקוף לשלטונות מערכת הבריאות. עליו לדווח למשרד הבריאות על אירועים משמעותיים ועל תוצאות בלתי צפויות בבית החולים. לדוגמה, כל מקרי המוות המתרחשים תוך 24 השעות הראשונות לשהותו של החולה בבית החולים וכל מקרי המוות תוך 30 יום מיום הניתוח, חייבים להיות מדווחים למשרד הבריאות על פי חוק. זה חלק מהביקורת התקופתית של הביצועים המקצועיים של בית החולים, שבאמצעותה משרד הבריאות ממלא את אחריותו כלפי הציבור כדי להבטיח רמות טיפול נאותות.

אולם מעבר לדברים אלה, המנהל צריך להעריך בעצמו ולהגדיר מהם "אירועים חמורים ומשמעותיים" החייבים בדיווח. למיטב הבנתי, "אירוע משמעותי" הוא כל אירוע המשקף כישלון של המערכת, והנהלת בית החולים צריכה לדאוג לשקיפות בפני הציבור ובפני משרד הבריאות, כל עוד ברור שאירוע בלתי רצוי או תוצאה בלתי צפויה אכן משקפים סטייה מהנוהל של פרקטיקה רפואית נאותה ופעולה מתקנת ניתן וצריך לנקוט ברמה מקומית ולאומית.

סיכום

תפקידו של מנהל בית חולים נחשב בצדק לתפקיד קשה ו"תובעני", והוא כרוך באתגרים לא מעטים. בפרק זה ניסיתי לשפוך אור על היבט אחד בחייו של מנהל בית חולים – מחויבויותיו המוסריות והדילמות האתיות, שהוא אחראי לתת להן את התשובה הנכונה. אני מקווה כי הגישות שתיארתי בקווים כלליים, והמקרים האמִתיים שהבאתי להדגמה, היו לתועלת הקוראים ומשקפים נאמנה את גישתו לאתיקה של שמעון גליק, שלכבודו נכתב פרק זה.

פרק שישי

מדיות חברתיות ורפואה: אתגרים אתיים ומעשיים

אנדרו קופלמן ופאול ס. אפלבאום[1]

ד"ר קופלמן, עוזר פרופסור לפסיכיאטריה, המחלקה לפסיכיאטריה משפטית, בית הספר לרפואה ובית חולים בלוויו שליד אוניברסיטת ניו יורק, ניו יורק, ארצות הברית

ד"ר אפלבאום, המכון הפסיכיאטרי של מדינת ניו יורק, 1051 ריברסייד דרייב, יחידה 122, יחידה 122 ניו יורק, ניו יורק, ארצות הברית

הקדמה

התפתחות האינטרנט, הכוללת יצירת תוכן על ידי משתמשים, תופעה הנקראת לעתים קרובות Web 2.0, שינתה את המושגים הבסיסיים של פרטיות, קישוריות ותקשורת, המוכרים לנו בחברה.[2] ככל שיותר אנשים כותבים בלוגים, מפרסמים באתרי אינטרנט של מדיות חברתיות ומעלים לרשת סרטוני וידיאו אישיים, מיטשטשים הגבולות בין התחום החברתי ובין התחום המקצועי. הרפואה המערבית מבוססת באופן מסורתי על תפקידים מוגדרים ומסודרים היטב של חולים ורופאים.[3] לכן השפעתן של מדיות חברתיות חדשות על טשטוש גבולות אלה עלולה לעמוד בסתירה ישירה לכמה מההנחות וההרגלים הנהוגים בעבודה המעשית של הרפואה המודרנית, ובכך ליצור מערכת מורכבת של אתגרים מעשיים ואתיים שדרכם יצטרכו הרופאים לנווט.

אולם הרופאים אינם ממתינים לקבל תשובות על שאלות מקצועיות אלה, אלא עוסקים באופן פעיל במהפכה האינטראקטיבית, שהציתו המדיות החברתיות.

---

1 אליזבת' ק. דולרד, פרופסור לפסיכיאטריה, רפואה ומשפט, אוניברסיטת קולומביה והמכון הפסיכיאטרי של מדינת ניו יורק, ארה"ב.

2 Bargh, JA; McKenna, KY. (2004). The internet and social life. *Annual Review of Psychology,* 55, 573-590; Boyd, DM; Ellison, NB. (2008). Social network sites: definition, history, and scholarship. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 13, 210-230.

3 Pilnick, A; Dingwall, R. (2011). On the remarkable persistence of asymmetry in doctor/patient interaction: a critical review. *Social Science & Medicine,* 72(8), 1374-1382.

בין אם הם משתמשים בנתונים שפורסמו על ידי אחרים ובין אם הם יוצרי המידע שלאחרים יכולה להיות גישה אליו, הרופאים הם משתתפים מלאים במהפכת המדיות החברתיות. כצרכני מידע מקוון, שנוצר על ידי פלטפורמות של מדיות חברתיות, לרופאים יש כעת גישה, שלא הייתה להם לפני כן, לחייהם הפרטיים של מטופליהם, לרבות פוטנציאל להשיג מידע שהמטופלים לא חשפו ישירות, וייתכן שאינם מעוניינים שיגיע לידיעת הרופא שלהם.

גם בקרב המטופלים קיימת נהירה גוברת והולכת לאינטרנט; הם לומדים על מצבם, על הרופאים שלהם ועל הטיפולים הקיימים.[4] כשהם נמצאים במרחב המקוון, הם מוצאים לא רק מידע מקצועי ומידע הקשור לבריאותם, אלא גם את "טביעות הרגל הדיגיטליות" החברתיות[5] של הרופאים שלהם ואת ההזדמנות להציץ לחייהם הפרטיים של הרופאים.

הואיל ואימוץ טכנולוגיות אלה הופך להיות נחלתם של אנשי הדור הבא של המטופלים ושל הרופאים בכל מקום, מפגשים אינטרנטיים אלה יִיצרו חיכוך גובר והולך עם ערכים מסורתיים של מקצוענות רפואית והשקפות לגבי יחסים בין רופא למטופל.[6]

כדי לסייע לפסיכיאטרים להגיב על המתחים המעשיים והאתיים הקשורים לאינטרנט האינטראקטיבי החדש, תובא בפרק זה סקירה כללית על מדיות חברתיות, המבוססות על אינטרנט. כמו כן, יידונו בפרק הדרכים שיכולות להשפיע על אופן ההתנהלות הרפואית, ויינתן מענה לבעיות המתעוררות, כאשר הרופאים יוצרים תוכן של מדיות חברתיות ואף צורכים אותו.

אנו מציינים בפתיחה שלמרות האתגרים האתיים והמעשיים שנוצרו על ידי המדיות החברתיות, קיימים יתרונות ברורים המוצעים על ידי טכנולוגיות חדשות אלה. הן מספקות דרכים יעילות וחדשניות לרופאים ולמטופליהם להעביר מידע

---

4 Yellowlees, P; Nafiz, N. (2010). The psychiatrist-patient relationship of the future: anytime, anywhere? *Harvard Review of Psychiatry*, 18, 96-102.

5 Madden, M; Fox, S; Smith, A; Vitak, J. (December 2007). Digital footprints: Online identity management and search in the age of transparency. Pew Research Center: Pew Internet and American Life Project. Available from URL: http://www.pewinternet.org/Reports/2007/Digital-Footprints.aspx

6 Farnan, JM; Paro, JAM; Higa, JT; Reddy, ST; Humphrey, HJ; Arora, VM. (2009). The relationship status of digital media and professionalism: it's complicated. *Academic Medicine,* 84, 1479-1481; Greysen, SR; Kind, T; Chretien, K. (2010). Online professionalism and the mirror of social media. *General Internal Medicine,* 25, 1227-1229

ביניהם ולשתף אלה את אלה במידע שיסייע לשפר את הבריאות ולקדם טיפולים יעילים. לכן התנזרות מהמדיות החברתיות אינה הפתרון. אדרבא, על הרופאים לפתח אסטרטגיות שקולות כדי להבטיח שנוכחותן בזירה המקוונת לא תשפיע לרעה על הטיפול במטופלים שלהם. אם ינקטו גישה זהירה כלפי האינטרנט האינטראקטיבי, יוכלו הרופאים להפיק את כל המיטב שיש למדיות החברתיות להציע.

מהן מדיות חברתיות?

מדיות חברתיות הן:

> קבוצת יישומים המבוססים על אינטרנט והמסתמכים על היסודות האידיאולוגיים והטכנולוגיים של Web 2.0, המאפשרת ליצור תוכן שנוצר על ידי משתמשים ואף להחליפו.[7]

אף שאתרי המדיות החברתיות מופיעים בצורות שונות, יש להם כמה תכונות בסיסיות משותפות. החשוב ביותר הוא שמשתמשי המדיות החברתיות יוצרים את תוכן האתרים במטרה לשתף אנשים אחרים במידע שהם מפרסמים. בחלק מהמקרים הגישה מוגבלת לקבוצה מובחנת של גולשים, בדרך כלל משפחה או חברים, אך במקרים רבים, תוכן המדיות החברתיות זמין לכל דורש. כמו כן, אתרי המדיות החברתיות הם אינטראקטיביים מיסודם. המדיות החברתיות מעודדות את הגולשים לפרסם הערות ותשובות ועל ידי כך להיות חלק מתוכן האתר. המטרה היא לסייע בקידום קשרי גומלין בין־אישיים – במקום הגלישה הפסיבית, המאפיינת את רוב צורות המדיה האחרות.

אתרי הרשתות החברתיות הם סוג המדיות החברתיות הידועות ביותר. עם אתרים אלה נמנים פייסבוק, שמספר המשתמשים בו נאמד במיליארד איש בכל העולם,[8] ושירותים אחרים כמו מייספייס ולינקדאין. רשתות חברתיות יכולות לקשר בין אנשים באופן אישי, כמו גם בין אנשים לבין קבוצות בעלי תחומי עניין משותפים, לרבות דאגות בעלות קשר ישיר לבריאות. לדוגמה, חולות סרטן השד יכולות להתחבר לאינטרנט ולשתף בצורה מקוונת מידע על אודות מחלתן והטיפול שהן מקבלות, לרבות תופעות לוואי של תרופות. הוכח שדיונים

---

7 Kaplan, AM; Haenlein, M. (2010). User of the world, unite! The challenges and opportunities of social media. *Business Horizons,* 53, 59-68

8 Royal Pingdom. (2013). Internet 2012 in numbers. Available from URL: http://royal.pingdom.com/2013/01/16/internet-2012-in-numbers/

מקוונים אלה משפיעים על החלטות החולים להמשיך במשטר תרופות ספציפי או להפסיק אותו.[9] גם רופאים יוצרים קבוצות ברשתות החברתיות. דפי פייסבוק המוקדשים לתת־התמחויות רפואיות, נוצרו על ידי רופאים וכתבי עת רפואיים אקדמיים במטרה לעזור למשתתפים לחדד את מיומנויותיהם הקליניות ולהתעדכן בהתפתחויות בתחומם.[10] אתרי רשתות חברתיות, המוקדשים ליָזמות הנוגעות לבריאות הציבור ומשתתפים בהם רופאים ומטופלים כאחד, הוכיחו את עָצמתם הרבה בקידום שינויים מגוונים (רצויים ובלתי רצויים כאחד), שהספקטרום שלהם משתרע מעלייה בהיקף הרישום לתרומת איברים[11] ועד לירידה בשיעורי החיסונים נגד מחלות ילדות.[12]

בלוגים הם אתרים המוחזקים על ידי אדם אחד או על ידי קבוצה קטנה של אנשים, המפרסמים כתבים ותוכן אחר, החל מהרהורים בלתי רשמיים דרך ניתוחים מלומדים ועד מקבצי מקורות, שנאספו ממקומות אחרים באינטרנט. עד היום נוצרו יותר מ־180 מיליון בלוגים.[13] הערות שפורסמו על ידי קוראים משולבות בתוכָן מהבלוגים עצמם. בלוגים רבים מתארחים בחינם באתרי אינטרנט, המופעלים על ידי ישויות מסחריות, שמפיקות רווחים על ידי הצגת פרסומות לצד התוכן.[14] למרות העובדה שלגולשים המקריים עשוי להיראות שקיים לכאורה

---

9 Mao, JJ; Chung, A; Benton, A; Hill, S; Ungar, L; Leonard, CE; Hennessy, S; Holmes, JH. (2013). Online discussion of drug side effects and discontinuation among breast cancer survivors. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety,* 22(3), 256-262

10 Patel, A; Pfaff, M; Tuggle, CT. (2013). The plastic and reconstructive surgery Facebook page: newfound treasure. *Plastic and Reconstructive Surgery,* 132(1), 189e

11 Cameron, AM; Massie, AB; Alexander, CE; Stewart, B; Montgomery, RA; Benavides, NR; Fleming, GD; Segev, DL. (2013). Social media and organ donor registration: the Facebook effect. *American Journal of Transplantation,* 13(8), 2059-2065

12 Kata, A. (2012). Anti-vaccine activists, Web 2.0, and the postmodern paradigm--an overview of tactics and tropes used online by the anti-vaccination movement. *Vaccine*. 30(25), 3778-3789

13 Nielsen Newsire. (March 8, 2012). Buzz in the blogosphere: Millions more bloggers and blog readers. Available from URL: http://www.nielsen.com/us/en/newswire/2012/buzz-in-the-blogosphere-millions-more-bloggers-and-blog-readers.html

14 Miller, EA; Pole, A. (2010). Diagnosis blog: checking up on health blogs in the blogosphere. *American Journal of Public Health,* 100, 1514-1519

קשר בין כותבי התוכן לבין המפרסמים, הבחירה מתבצעת, בדרך כלל, על ידי אלגוריתם המוזן הן לתוכן הבלוג והן למאפייני הגולש. הרופאים ביססו את נוכחותם ב"בלוגוספרה" והם מציעים מידע על הפרעות רפואיות ועל הטיפולים בהן. לחלופין, בבלוגים של רופאים "בעילום שם", שבהם הכותב מזדהה רק כרופא בלי לציין את שמו, ניתן להשתמש כדי לפרוק תסכולים הקיימים בעיסוק הרפואה בכלל או הקשורים למטופלים ספציפיים.[15] גם מטופלים בוחרים לכתוב בלוגים כדי לספר את המסע שהם עוברים במערכת הרפואית, לעתים להפתעתם או לתדהמתם של הרופאים שלהם.[16]

מדיה חברתית שצוברת תאוצה היא מיקרו־בלוגינג; טוויטר הוא דוגמה למדיה חברתית זו. אורך ההודעות בטוויטר מוגבל ל־140 תווים בלבד, והן כוללות לעתים תכופות קישורים לאתרי אינטרנט, המכילים מידע נוסף. מאז השקתה בשנת 2006, צברה טוויטר מעל 200 מיליון משתמשים: בשנת 2012 שלחו המשתמשים כ־175 מיליון "ציוצים" ביום.[17] משתמשי הטוויטר הלהוטים ביותר מספקים פרשנויות שוטפות על קורותיהם ברמה היומיומית ועל חייהם. לדוגמה, באמצעות פלטפורמה זו ניתנת למטופלים ההזדמנות להעיר בפני אנשי הקשר שלהם במדיה החברתית על בעיות יישור השיניים שיש להם[18] או להפוך להיות דוברים בפועל וצינורות מידע על סוגים מסוימים של סרטן, לידיעתם של של מאות אנשים זרים הסובלים מאותו מצב.[19]

הרופאים משתמשים בטכנולוגיה זו של מיקרו־בלוגינג בדרכים שונות ומגוונות, החל מִבקשת סיוע באבחון, לפני שהם מבצעים ניתוח באזור נידח של מדינה שנהרסה במלחמות,[20] ועד השימוש בחשבונות הטוויטר שלהם, הנגישים לציבור,

---

15 Vartabedian, BS; Amos, E; Baruch, J. (2011). Anonymous physician blogging. *Virtual Mentor*, 13(7), 440-447

16 Lowney, AC; O'Brien, T. (2012). The landscape of blogging in palliative care. *Palliative Medicine,* 26(6), 858-859

17 לעיל, הערה 8.

18 Henzell, MR; Knight, AM; Morgaine, KC; Antoun, JS; Farella, M. (2013). A qualitative analysis of orthodontic-related posts on Twitter. *Angle Orthodontist,* 2013 Aug 28 Epub ahead of print

19 Sugawara, Y; Narimatsu, H; Hozawa, A; Shao, L; Otani, K; Fukao, A. (2012). Cancer patients on Twitter: a novel patient community on social media. *BioMed Central Research Notes,* 5, 699

20 Leow, JJ; Groen, RS; Sadasivam, V; Kushner, AL. (2011). Twitter and mobile technology as diagnostic aids in the Democratic Republic of Congo. *American Surgeon,* 77(11), E242-E243

כדי להתלונן על מטופלים הניתנים לזיהוי או להעיר הערות על הרגלי שתייה כבדים של עצמם.[21]

יוטיוב הוא האתר הנפוץ ביותר לשיתוף סרטוני וידיאו. הוא מאפשר למשתמשים להעלות סרטוני וידיאו שהפיקו בעצמם או שהגיעו לידיהם ממקורות אחרים. האתר הושק בשנת 2005, וההערכה היא שכל המשתמשים צופים בתוכן וידיאו שמועלה לרשת במשך 4 מיליארד שעות בחודש.[22] בנוסף על תוכן וידיאו, אתרים כמו אינסטגרם מאפשרים למשתמשים לשתף באופן מידי ומקוון תצלומים ותמונות, שצולמו במכשירי הטלפון הנייד שלהם; 5 מיליארד תמונות הועלו בשנתיים הראשונות מאז השקת אינסטגרם בשנת 2010.[23]

הטכנולוגיה לשיתוף סרטוני וידיאו ותמונות משמשת, בין השאר, ללימוד הורים על פרכוסי הינקות של ילדיהם,[24] והיא עוזרת להם לעקוב אחר התפרצויות של מחלות זיהומיות ולאמת את אבחנתן.[25] בטכנולוגיות אלה נעשה גם שימוש חיובי פחות על ידי מתבגרים; אלה מספקים הנחיות כיצד להפוך דפוסי התנהגות לא תקינים, כמו הצתת שריפות,[26] או פציעה עצמית ללא כוונת התאבדות (כמו חיתוך עצמי),[27] לנורמה. גם סטודנטים לרפואה משתמשים בטכנולוגיות אלה כדי להציג באור נלעג את חוויותיהם בלימודים בבית הספר לרפואה, שיש בהן כדי לפגוע בציבור גדול יותר.[28]

---

21 Brynolf, A; Johansson, S; Appelgren, E; Lynoe, N; Edstedt Bonamy, A-K. (2013). Virtual colleagues, virtually colleagues--physicians' use of Twitter: a population-based observational study. *British Medical Journal Open,* 3, e002988

22 לעיל, הערה 8.

23 שם.

24 Fat, MJ; Doja, A; Barrowman, N; Sell, E. (2011). YouTube videos as a teaching tool and patient resource for infantile spasms. *Journal of Child Neurology,* 26(7), 804-809

25 Alasaad, S. (2013). War diseases revealed by the social media: massive leishmaniasis outbreak in the Syrian Spring. *Parasites & Vectors,* 6, 94

26 Thomas, M; Mackay, S; Salsbury, D. (2012). Exposure to fire setting behavior on YouTube. *Journal of Adolescent Health,* 51(1), 99-100. Epub 2012 Feb 22

27 Lewis, SP; Heath, NL; St Denis, JM; Noble, R. (2011). The scope of nonsuicidal self-injury on YouTube. *Pediatrics*, 127(3), e552-e557

28 Farnan, J; Paro, JA; Higa, J; Edelson, J; Arora, V. (2008). The YouTube generation: implications for medical professionalism. *Perspectives in Biology and Medicine,* 51(4), 517-524

סוגים אחרים של מדיות חברתיות כוללים את לוחות הודעות, חדרי צ'אט, אתרי ויקי (כמו, ויקיפדיה), ומשחקים מקוונים אינטראקטיביים. סביר להניח שהמדיות החברתיות ימשיכו להתפתח, יגדל מבחר סוגי האתרים בעלי אותם מאפיינים מרכזיים של תוכן הנוצר על ידי משתמש ושל אינטראקטיביות שתופיע בעתיד.

אנשים צעירים יותר משתמשים במדיות חברתיות באופן חסר פרופורציות. לעתים קרובות, הם מכונים "ילידים דיגיטליים". הם גדלו בעולם דיגיטלי, אשר לעתים תכופות מהווה בעבורם מקום עיקרי לאינטראקציה.[29] כתוצאה מכך, השקפותיהם על פרטיות עשויות להיות מסורתיות פחות, והם ירבו לשתף מידע אישי. בקרב קבוצת הגיל 18-33, 83% ממשתמשי האינטרנט משתתפים באתרי רשת חברתית, לא כולל צורות אחרות של מדיות חברתיות. באשר לקבוצת הגיל 12-17 השיעור הוא 73%.[30] לעומת זאת, הדור המבוגר יותר, המורכב מ"מהגרים דיגיטליים", כרוך פחות אחר מדיות חברתיות כזירה חשובה לאינטראקציה בין־אישית, וסביר יותר להניח שהם ייבאו את השקפותיהם המסורתיות על פרטיות לעולם הדיגיטלי. אף על פי כן, דווח שעד שנת 2010 50% ממשתמשי האינטרנט בקבוצת הגיל 46-55 ו־34% בקבוצת הגיל 65-73 השתמשו באתרי רשתות חברתיות.[31] נותר עדיין לראות אם הפרשי גיל אלה מייצגים תהליך הבשלה, שיישאר יציב לאורך זמן (כלומר, אם המדיות החברתיות יאבדו מכוח המשיכה שלהן ככל שהאדם מתבגר) או שהם משקפים השפעה של קבוצת גיל, שבסופו של דבר תוביל לשיעורי שימוש גבוהים בצורה אחידה לאורך כל החיים.

השתתפות רווחת במדיות חברתיות עלולה להוות אתגר בעבור רופאים לאור המתחים הקיימים בין שיטות עבודה רפואיות מסורתיות, המבוססות בחלקן על תפקידים רשמיים עם גבולות ברורים, לבין האתוס האינטראקטיבי החדש שהאינטרנט מייצג. בעיות מעשיות ואתיות אצל הרופאים מתעוררות בשני הֶקשֵרים שונים למדי: כשהם משתמשים במדיות החברתיות כמקור מידע על המטופלים שלהם וכאשר הם משתמשים במדיות החברתיות כדי לחשוף מידע על עצמם.

---

29 Prensky, M. (2001). Digital natives, digital immigrants. Part I. *On the Horizon,* 9(5), 1-6

30 Zickuhr, K. (16 December 2010). Generations 2010: Major trends in how different generations of Americans use the internet. Pew Research Center: Pew Internet and American Life Project

31 שם.

רופאים כצרכני מדיות חברתיות

מדיות חברתיות עשויות להיות מקורות עשירים בנתונים מהסביבה הקרובה, שיכולים להיות שימושיים באבחון של הפרעות רפואיות ובניהולן. חוסר המהימנות של מידע שנאסף בראיונות קליניים יכול להפוך נתונים מהסביבה לנתונים שימושיים במיוחד.[32] התועלת האבחונית של איסוף נתונים מהסביבה הוכחה בהפרעות שונות ומגוונות, כמו הפרעת קשב וריכוז והיפראקטיביות,[33] שיטיון בשלב המוקדם שלו,[34] התמכרות לסמים ולאלכוהול[35] ותסמונות של כאב כרוני.[36]

סקירות מערכתיות שנעשו על תוכנן של מדיות חברתיות הראו בבירור את יכולתן להפיק מידע רלוונטי מהסביבה. לדוגמה, מבדיקת 500 דפי אינטרנט של מדיות חברתיות, הזמינים לציבור ושנועדו לבני 18, נמצא שמעל 50% מהפרופילים כללו פרטים על התנהגויות מיניות ועל התמכרות לסמים של המשתמשים ואף אזכורים מפורשים של אלימות מצדם.[37] במחקר אחר נמצאו תוצאות דומות בקבוצת גיל של בני 16-17 בעלי פרופילים נגישים לציבור. 97% מבני נוער אלה כללו גם מידע המאפשר זיהוי אישי וגם את הפרסומים שלהם על אודות דפוסי התנהגות שעלולים להיות מסוכנים.[38]

---

32 Achenbach, TM; Krukowski, RA; Dumenci, L; Ivanova, MY. (2005). Assessment of adult psychopathology: meta-analyses and implications of cross-informant correlations. *Psychological Bulletin,* 131, 361-382

33 Harrison, AG; Edwards, MJ; Parker, KCH. (2007). Identifying students faking ADHD: preliminary findings and strategies for detection. *Archives of Clinical Neuropsychology,* 22, 577-588

34 Carr, DB; Gray, S; Baty, J; Morris, JC. (2000). The value of informant versus individual's complaints of memory impairment in early dementia. *Neurology*, 55(11), 1724-1726

35 Connors, GJ; Maisto, SA. (2003). Drinking reports from collateral individuals. *Addiction*, 98(Suppl 2), 21-29

36 Guite, JW; Logan, DE; Simons, LE; Blood, EA; Kerns, RD. (2011). Readiness to change in pediatric chronic pain: initial validation of adolescent and parent versions of the Pain Stages of Change Questionnaire. *Pain*, 152(10), 2301-2311

37 Moreno, MA; Parks, MR; Zimmerman, FJ; Brito, TE; Christakis, DA. (2009). Display of health risk behaviors on MySpace by adolescents: prevalence and associations. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine,* 163, 27-34

38 Moreno, MA; Parks, M; Richardson, LP. (2007). What are adolescents showing the world about their health risk behaviors on MySpace? *Medscape General Medicine,* 9(4), 9

אכן אנשים בעלי הפרעות רפואיות מסוימות עלולים להיות בעלי ייצוג־יתר בין אלה שחושפים את עצמם לעתים קרובות בזירה המקוונת. לדוגמה, ב"סקר בטיחות נוער בעת גלישה באינטרנט", שבו השתתפו 1,501 משיבים בטווח הגילים 10-17 נמצא ש־5% מהנבדקים, שדיווחו על תסמינים של דיכאון עמוק, גלשו באינטרנט במשך זמן ממושך יותר. הם היו בסבירות גבוהה יותר לפרסם מידע המאפשר זיהוי אישי (אם דובר בבנים) ותמונות (אם דובר בבנות), לעומת נבדקים ללא תסמיני דיכאון.[39] גם במחקרים התקבלו נתונים דומים על שיעורי גלישה גבוהים באינטרנט בקרב חולי סרטן, לא רק לצורך חיפוש מידע עובדתי באתרי אינטרנט רפואיים מסורתיים יותר, אלא גם לצורך השתתפות בקבוצות תמיכה, המציעות הזדמנות לדיון אינטראקטיבי כמו גם הזדמנות לשתף סיפורים אישיים על המחלה.[40] גם הקלינאים וגם עמיתיהם מעודדים את ההשתתפות בקבוצות תמיכה מקוונות אלה לעתים קרובות כאמצעי בר־תוקף להעצמת החולים וכדי לעזור להם להתמודד בצורה יעילה עם המחלה.[41]

לרופאים ולאנשי רפואה אחרים יש כבר גישה למידע מקוון זה מהסביבה, והם מסתמכים הן על מקורות מסורתיים, המבוססים על אינטרנט, והן על אתרי מדיות חברתיות. לדוגמה, מדוחות הכוללים סיפורי מעשיות ומדוחות מקרה עולה שרוב הפסיכיאטרים מחפשים באינטרנט מידע הקשור למטופל.[42] בדוחות של מקרים רבים צוין לשבח גילויו של מידע שימושי מהסביבה באתרי מדיות חברתיות. מידע זה עזר לרופאים לבצע אבחון מדויק ובזמן.[43] רופאי הרפואה

---

39 Ybarra, ML; Alexander, C; Mitchell, KJ. (2005). Depressive symptomatology, youth internet use, and online interactions: a national survey. *Journal of Adolescent Health,* 36, 9-18

40 Ziebland, S; Chapple, A; Dumelow, C; Evans, J; Prinjha, S; Rozmovits, L. (2004). How the internet affects patients' experience of cancer: a qualitative study. *British Medical Journal,* 328(7439), 564

41 Van Uden-Kraan, CF; Drossaert, CH; Taal, E; Seydel, ER; van de Laar, MA. (2009). Participation in online patient support groups endorses patients' empowerment. *Patient Education and Counseling,* 74(1), 61-69

42 Neimark, G; Hurford, MO; DiGiacomo, J. (2006). The internet as collateral informant. *American Journal of Psychiatry,* 163, 1842; Clinton, BK; Silverman, BC; Brendel, DH. (2010). Patient-targeted Googling: the ethics of searching online for patient information. *Harvard Review of Psychiatry,* 18, 103-112

43 Ben-Yakov, M; Snider, C. (2011). How Facebook saved our day! *Academic Emergency Medicine,* 18(11), 1217-1219; Mittal, MK; Sloan,

הציבורית דוגלים בדְלִיָּה מערכתית יותר של מידע מקוון זה על חולים כדי לעקוב אחר התפרצויות פוטנציאליות של מחלות ועל התפשטותן.[44]

בתחומי התמחות מסוימים עשויה להיות נטייה רבה יותר לשימוש במידע זה ולראות בו מידע שימושי במיוחד בעיסוק ברפואה. לדוגמה, פסיכיאטרים מסתמכים בדרך כלל על מקורות מידע מהסביבה, מאחר שמצבים פסיכיאטריים יכולים לפגום ביכולת או במוטיבציה של חולים לספק אבחנה עצמית מדויקת של המחלה. זירות של מדיות חברתיות מציעות לעתים תכופות למשתתפים הזדמנות לשתף מידע אישי על אודות מצבי ריגוש ורווחה רגשית. במחקרים כבר הוכחה התועלת הקלינית של מידע זה לפסיכיאטרים ולאנשי רפואה נוספים בתחום בריאות הנפש.[45] אכן בסקר שכלל יותר מ־300 סטודנטים בוגרי פסיכולוגיה קלינית, נמצא שלפחות 25% ערכו חיפושים באינטרנט על המטופלים שלהם ולעתים קרובות עיינו בדפי הפייסבוק של המטופלים עצמם.[46]

באופן דומה, רופאי חדר מיון עשויים למצוא ערך רב בתוכן המדיות החברתיות שיוצרים המטופלים. בסביבת חדר המיון מצטבר תסכול עקב הצורך באבחון ובטיפול מהירים לנוכח שכיחות גבוהה של חולים במצב נפשי שהשתנה.[47] המדיות החברתיות מציעות אוצר בלום של מידע רלוונטי נגיש בקלות ובמהירות. שלא במפתיע, ניתן לראות בדוחות עד כמה מידע זה עשוי להיות קריטי בתהליך קבלת ההחלטות של הרופא בסביבת חדר המיון.[48]

JA; Rabinstein, AA. (2012). Facebook: can it be a diagnostic tool for neurologists? *British Medical Journal Case Reports,* doi:10.1136/bcr-2012-006426

44 Salathé, M; Freifeld, CC; Mekaru, SR; Tomasulo, AF; Brownstein, JS. (2013). Influenza A (H7N9) and the importance of digital epidemiology. *New England Journal of Medicine,* 369(5), 401-404

45 Moreno, MA; Jelenchick, LA; Egan, KG; Cox, E; Young, H; Gannon, KE; Becker, T. (2011). Feeling bad on Facebook: depression disclosures by college students on a social networking site. *Depression and Anxiety,* 28(6), 447-455

46 Lehavota, K; Barnett, JE; Powers, D. (2010). Psychotherapy, professional relationships, and ethical considerations in the MySpace generation. *Professional Psychology-Research and Practice,* 41, 160-166

47 Huff, JS; Brady, WJ. (2002). Confusion. In Mark, JA, editor. *Rosen's emergency medicine: concepts and clinical practice*. St. Louis: Mosby, 137-144

48 Bennett, A; Pourmand, A; Shokoohi, H; Shesser, R; Sanchez, J; Joyce, J. (2013). Impacts of Social Networking Sites on Patient Care in the Emergency Department. *Telemedicine and e-Health,* 20(1), 94-96

גם מגמות דמוגרפיות בקרב רופאים צעירים יותר עשויות להעלות את הסבירות, שלאורך זמן קלינאים בכל תחומי ההתמחות הרפואית יעיינו בתוכן שנוצר על ידי החולים. נטייתם של רופאים צעירים לחפש באינטרנט מידע על חולים עשויה להתעצם בבית הספר לרפואה, עקב השימוש הגובר באינטרנט לצורך חיפוש מידע הקשור לטיפול, כמו גם נטייתם להשתמש במנועי חיפוש כלליים, כמו גוגל, במקום בכלים ייחודיים לרפואה.[49] במחקר אחד הוכח שמתמחים ברפואה פנימית ממשיכים להשתמש בגוגל כרופאים זוטרים: מעל שני שלישים מתוך כ־300 רופאים מתמחים שנדגמו, ציינו שהם משתמשים בקביעות במנוע חיפוש כדי למצוא מידע על אודות מחלות.[50]

הואיל ודרכי החיפוש ותשתיות החיפוש נעשות בהדרגה קלות להתמודדות, הרופאים ימצאו מבחר גדל והולך של מידע על אודות החולים שלהם. הם עשויים למצוא תיאורים מפורטים מפתיעים, שיופיעו לא רק בדפי פייסבוק, אלא גם בפוסטים על סוגיות פוליטיות וחברתיות. כמו כן, הם ימצאו מידע הקשור לעבודה, לתרומות הניתנות למטרות פוליטיות, ולרשומות על מס רכוש, על משכנתא ועוד.

דאגות אתיות ומעשיות

מה אמור להדאיג רופאים בכל הנוגע לחיפוש מידע, שזה עתה הפך להיות זמין באתרי המדיות החברתיות ובכל מקום אחר באינטרנט? אנו מציעים ארבעה תחומי התמקדות: דיוק המידע המקוון, חדירה לפרטיות בעת החיפוש, מניעי הרופאים ולְמה ישמש המידע.

ברמה הבסיסית, ההנחה שמידע שנמצא באינטרנט הוא בהכרח מדויק לחלוטין אינה מוצדקת. חוקרים הוכיחו שאנשים מתמסרים בלהיטות רבה יותר למשחק תפקידים ולפנטזיה בתוכן מקוון, שנוצר על ידי משתמשים.[51] הם עשויים לנצל את טבעו המנותק של המרחב הווירטואלי כדי להתנסות בזהויות חלופיות

---

49 Graber, ML; Tompkins, D; Holland, JJ. (2009). Resources medical students use to derive a differential diagnosis. *Medical Teacher,* 31(6), 522-527

50 Duran-Nelson, A; Gladding, S; Beattie, J; Nixon, LJ. (2013). Should we Google it? Resource use by internal medicine residents for point-of-care clinical decision making. *Academic Medicine,* 88(6), 788-794

51 Bessière, K; Seay, AF; Kiesler, S. (2007). The ideal elf: identity exploration in World of Warcraft. *Cyberpsychology & Behavior,* 10, 530-535

ובמצבים שונים של תכונות אנוש או מצגים עצמיים.[52] דפוסי התנהגות אלה עשויים להתעצם בעקבות "תופעת הסרת העכבות באינטרנט" המקבלת עידוד מטבעה הא־סינכרוני של תקשורת מקוונת, ממזעורה של סמכות מרכזית ומהאלמוניות המוגברת (או לפחות מה שנתפס כאלמוניות), הטבועה במסגרת החברתית של האינטרנט.[53] הסרת עכבות עשויה להוביל להעצמת רגשות (כמו כעס), שאינם משקפים את רגשות האנשים בפועל. יתרה מכך, הואיל ומטבע הדברים אין פיקוח על האינטרנט, מוצעים בו מעט מאוד אמצעי הגנה נגד אנשים אחרים, המפרסמים מידע מוטעה ואף מומצא בזדון על מטופלים. יהיה זה מוצדק לנקוט אמצעי זהירות בקבלת תקפותו של מידע מקוון, עד אשר יאושר דיוקו.

גם אם מידע זה מדויק, קיימות דאגות אחרות לגבי רופאים בעלי גישה ל"טביעות הרגל הדיגיטליות" של המטופלים. בדרך כלל, המטופלים מצליחים לשלוט בחשיפת המידע האישי שלהם. כיבוד הפרטיות שלהם וכיבוד האוטונומיה שלהם בקבלת החלטות מחייבים קבלת הסכמה מהם, לפני שניגשים למידע הספציפי עליהם. לדוגמה, יצירת קשר עם המעסיק שלהם כדי לברר את רמת הביצועים שלהם בעבודה. מובן שמקרי חירום מהווים מקרים יוצאים מן הכלל, אך רוב מצבי הטיפול אינם מקרי חירום.

החדירה לפרטיות מעצם הגישה לנתונים הקיימים במדיות החברתיות, ללא הסכמת המטופלים, עשויה לזכות ליחס סלחני לאור ההתנהגות הפומבית לכאורה של המטופלים, המפרסמים את הנתונים באתרי אינטרנט, שאין עליהם הגבלת גישה ושניתן לגלוש בהם בקלות. אך מסקר שבו השתתפו 492 כותבי בלוגים עולה כי אנשים חושפים, בדרך כלל, מידע מקוון בידיעה שהוא מיועד לקהל יעד מסוים ולפרק זמן מסוים, גם אם המידע עשוי להפוך להיות זמין בקנה מידה רחב ולתקופה בלתי מוגבלת.[54] בנוסף, ייתכן שהעובדה שהגדרות הפרטיות באתרי המדיות החברתיות מסובכות, משתנות לעתים תכופות ומפורשות לעתים קרובות שלא כהלכה, מורה על כך שרופאים יכולים לקבל גישה לפרסומים שמטופלים סברו שאינם זמינים בקנה מידה רחב.[55] למרות המחסור במחקרים

---

52 Suler, JR. (2002). Identity management in cyberspace. *Journal of Applied Psychoanalytic Studies,* 4(4), 455-459

53 Suler, J. (2004). The online disinhibition effect. *Cyberpsychology & Behavior,* 7, 321-326

54 Viégas, FB. (2005). Bloggers' expectations of privacy and accountability: an initial survey. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 10(3): article 12

55 Bankston, K. (9 December 2009). Facebook's new privacy changes:

על תגובות המטופלים לגישתם של רופאים לנתוניהם המקוונים של המטופלים, גישה ללא הסכמה לנתונים עשויה להיחשב לאי־כיבוד הפרטיות והאוטונומיה של המטופל במידה מספקת, כך שיש לשקול את קבלת הסכמתו של המטופל לחיפושים באינטרנט, במצבים שאינם מקרי חירום.

דְּלִיַּת פרטים אישיים על המטופל על ידי הרופא, ללא ידיעת המטופל, עלולה בסופו של דבר לחבל בברית הטיפולית בין הרופא למטופל. בתחומי התמחות, המסתמכים במידה רבה מאוד על הקשר בין הרופא לחולה כגורם הכרחי לקבלת טיפול יעיל, יש לנקוט זהירות מרבית בכל הנוגע לגישה לתוכן המדיות החברתיות של המטופלים, ללא קבלת הסכמה מהם תחילה – אך הצורך לנקוט אמצעי זהירות חל על כל תחומי ההתמחות.

הבה ניקח לדוגמה פסיכיאטר העוסק בטיפול פסיכותרפי. ייתכן כי תחושת השליטה על מידע אישי חשובה לתהליך הטיפולי, מאחר שפסיכותרפיה עשויה לעבוד בחלקה באמצעות חקירה הדדית ובנייה הדרגתית מחדש של הסיפור העצמי של המטופל, שעלול להיות חסום על ידי התמקדות מהירה מדי ומוחשית מדי במציאות הקיימת.[56] חוקרי פסיכותרפיה הוכיחו עוד שמטופלים נמנעים לעתים קרובות מחשיפת מידע במהלך הטיפול, בלי שיהיו לכך השלכות שליליות על תוצאות הטיפול.[57]

האם יועיל המידע לטיפול הפסיכותרפי או האם ייגרם לו נזק, אם הפיסיכיאטר יֵדע דבר־מה שהמטופל בחר שלא לגלות? אם המטפל רוצה להשתמש במידע בטיפול (לדוגמה, לעמת את המטופל בכך שהוא ממשיך לצרוך סמים), דבר המתועד באתר של רשת חברתית כלשהי, יש להניח שהוא יצטרך לחשוף את מקור המידע. ברור שהדבר יכול להיות נכון גם לגבי רופא פנימי, המשתמש במדיות חברתיות כדי לחפש ראיות לכך שחולה מסוים אינו מקפיד על המשטר התזונתי המומלץ לחולי סוכרת. ייתכן שיהיה קשה לְצַפּות את ההשלכות של גילויים אלה, אך רמז לתשובה אפשר לקבל, אם נחשוב כיצד היה מרגיש רופא, המגלה, כי כמוהו גם החולה חיפש בחשאי מידע אישי על הרופא עצמו.

---

the good, the bad, and the ugly. Electronic Frontier Foundation. Available from URL: http://www.eff.org/deeplinks/2009/12/facebooks-new-privacy-changes-good-bad-and-ugly

56 Schafer, R. (1980). Narration in the psychoanalytic dialogue. *Critical Inquiry*, 7(1), 29-53

57 Farber, BA. (2003). Patient self-disclosure: A review of the research. *Journal of Clinical Psychology,* 59(5), 589-600

מניעים שנועדו להוליך שולל מהווים גם הם מקור לדאגה בכל הנוגע לחיפוש מידע על החולים. זמינותו המהירה של מידע מקוון על חולים עלולה לעורר מניעים אחרים, בנוסף על רצונם של הרופאים לפעול לטובתם של החולים. מאחורי חיפושים מקוונים עשויים להסתתר יצר של סקרנות גרידא, מציצנות או אף עניין עצמי. במחקר שנערך בקרב סטודנטים לקלינאות, הוכח שרבע מאנשי הקבוצה חיפשו בפייסבוק מידע על חולים, לעתים קרובות ללא סיבות קליניות המצדיקות חיפושים אלה.[58] דוח מקרה של רופא, שהחליט לבדוק את מצבו הכספי של חולה, תוך שימוש בגוגל ארץ כדי לראות את ביתו של אותו חולה, שלא שילם בעבור הטיפול, ממחיש את הדחף העצמי שיכול להיות מונח בבסיס הניסיונות לחפש מידע על חולים.[59]

הקלות היחסית של השגת מידע זה ותחושת האלמוניות בזמן הגלישה עשויות להוות פיתוי לחיפוש. מומלץ מאוד לרופאים לבחון את המניעים שלהם בביקורתיות רבה, בטרם יערכו חקירות מקוונות על המטופלים שלהם, וזאת כדי לוודא שבכוונתם לפעול לטובת המטופלים. תהליך זה יכול להתקדם ביתר קלות אם יתקיים דיון בעניין ישירות עם המטופלים שלהם.[60]

לסיכום, נדרשת נקיטת אמצעי זהירות בעת הגישה לנתונים מקוונים של המטופלים, במיוחד למידע אישי רגיש, שסביר שיופיע באתרי מדיות חברתיות. לרופאים צריך להיות ברור באיזה אופן יועיל המידע לטיפול במטופל, ועליהם להגות מראש תכנית לשימוש במידע. לאור החדירה לפרטיות המטופלים, המאפיינת את החיפוש במדיות חברתיות, יש לשקול לקבל את הסכמת המטופלים לביצוע חיפוש זה. כמובן, לפני שעושים שימוש כלשהו במידע שהושג, יש לקחת בחשבון את מידת דיוקו.

רופאים כיוצרי תוכן של מדיות חברתיות

גם לרופאים יש נוכחות באינטרנט, לרבות במדיות החברתיות. במחקר שנערך בקרב 250 רופאים פנימאים ממסצ'וסטס, שנבחרו באופן אקראי, זוהה מידע מקצועי או אישי של 93.6% מהם בחיפוש בגוגל. אתרי רשתות חברתיות,

---

58 לעיל, הערה 46.

59 Clinton, לעיל, הערה 42.

60 Zur, O. (2010). To Google or not to Google ... our clients? When psychotherapists and other mental health care providers search their clients on the web. *Independent Practitioner*, 30(3), 144-148

נתונים על תרומות למטרות צדקה או למטרות פוליטיות ומידע משפחתי זוהו בשיעור של 10.8%, 9.6% ו־8.8% מהרופאים בהתאמה.[61] הדוגמאות שניתנו בסקירה הכללית של המדיות החברתיות שלעיל, מדגישות את הדרכים הרבות, שבהן הרופאים יכולים להפגין נוכחות במדיה החברתית, החל מבלוגים, דרך ציוצים בטוויטר ועד סרטי וידיאו בהפקה עצמית. את הנוכחות הזאת משלים תוכן שהופק על ידי מטופלים על הרופאים, כפי שאושר על ידי פיתוח אתרי האינטרנט המאגדים את הביקורות של המטופלים על הרופאים שלהם.[62]

בעיתונות הפופולרית מתוארים אין ספור סיפורי זוועה על אופיָם הבלתי הולם בעליל של תכנים מסוימים, שפורסמו באינטרנט על ידי אנשי רפואה. לדוגמה, דווח שסטודנט לרפואה פרסם בפייסבוק תמונה של חולה משופד במוט ברזל. התמונה מלווה בכיתוב:

גבר היספאני בגובה 5 רגל ו־9 אינץ' נכנס לבר.[63]

סיפורים מסוג זה מפורסמים בקנה מידה רחב ומפרטים לעתים קרובות את ההשלכות המקצועיות המזיקות של התנהגות מקוונת גרועה, כמו כשמספר אחיות חדר מיון פוטרו לאחר שפרסמו בפייסבוק תמונות של חולה שגסס עקב ריבוי פצעי דקירה,[64] או כשהופסקה העסקתן של אחיות אחרות, שהעלו לטוויטר תמונות של עצמן, כשהן עוטות על עצמן חיתולים בכוונה ברורה ללעוג לחולים.[65]

עם זאת, ההתמקדות בתיאורים בודדים של המעידות הגסות ביותר בשיקול הדעת מעמידה בסכנה את מזעור המגמות הגסות פחות בתוכן המקוון, הנוצר על

---

61 Mostaghimi, A; Crotty, BH; Landon, BE. (2010). The availability and nature of physician information on the internet. *Journal of General Internal Medicine,* 25, 1152-1156

62 Lagu, T; Hannon, NS; Rothberg, MB; Lindenauer, PK. (2010). Patients' evaluations of health care providers in the era of social networking: an analysis of physician-rating websites. *Journal of General Internal Medicine,* 25(9), 942-946

63 Cohen, R. (13 February 2011). The ethicist: when med students post patient pictures. *New York Times Sunday Magazine*, MM21

64 Hennessy-Fiske, M. (8 August 2010). When Facebook goes to the hospital, patients may suffer. *Los Angeles Times.* Available from URL: http://articles.latimes.com/2010/aug/08/local/la-me-facebook-20100809

65 Davies, E. (2014). Nurses sacked after posting pictures of themselves online wearing incontinence pads and tweet patients' personal details. Available from URL: http://www.dailymail.co.uk/news/article-2433011/Nurses-sacked-posting-pictures-online-wearing-incontinence-pads-tweet-patients-personal-details.html

ידי רופאים, שיש בו כדי לייצג אתגר מערכתי יותר למקצוענות הרפואית. בראש ובראשונה, ייתכן שלאנשי הרפואה לא אכפת מספיק מי מעיין במידע המקוון, שנוצר על ידם כמשתמשים. בסקר שנערך בקרב 812 סטודנטים לרפואה ומתמחים, נמצא כי ל־45% מהם היו חשבונות פייסבוק, אך רק ל־38% מתוכם היו הגדרות פרטיות, שהגבילו גישה בדרך כלשהי.[66] בסקר אחר, שנערך בקרב מתמחים ברפואה בצרפת, נמצא כי 99% מכל בעלי דפי הפייסבוק השתמשו בשמם, וכ־20% מהמשיבים לא היו בטוחים, לפחות לא במידת־מה, מהן הגדרות הפרטיות שלהם.[67]

בחיפוש אחר חשבונות פייסבוק של מעל 400 מועמדים לתכנית תחרותית להתמחות באורתופדיה, התגלה בשנת 2013 שלכמחצית מהמועמדים היו חשבונות כאלה, ולרובם המכריע (85%) לא הייתה הגבלת גישה לאתרים שלהם.[68] בחלקו, מה שנראה לכאורה כנכונות לשתף מידע בתפוצה רחבה במדיות החברתיות, עשוי להיות פועל יוצא של קשיים מעשיים הקשורים לניהול הגדרות הפרטיות של אתרים אלה. אכן פרוטוקולים של פרטיות באתרים רבים משתנים לעתים תכופות, דבר העלול לסכל את כוונותיהם של מפרסמי הפרופילים הזהירים ביותר.[69]

היעדר הנחיה מקצועית עלול גם הוא לתרום לכך שרופאים צעירים ישתפו באופן בלתי שקול מידע הנוצר על ידי המשתמש, עם קהל רחב ובלתי מוגדר. בשנת 2009 60% מדיקני הסטודנטים של בתי הספר לרפואה בארה"ב, שהשיבו על סקר בעילום שם, דיווחו שהם זיהו סטודנטים לרפואה המפרסמים באינטרנט חומרים, שלכאורה היו "בלתי מקצועיים", לרבות הפרת הסודיות הרפואית

---

66 Thompson, LA; Dawson, K; Ferdig, R; Black, EW; Boyer, J; Coutts, J; Black, NP. (2008). The intersection of online social networking with medical professionalism. *Journal of General Internal Medicine,* 23, 954-957

67 Moubarak, G; Guiot, A; Benhamou, Y; Benhamou, A; Hariri, S. (2011). Facebook activity of residents and fellows and its impact on the doctor-patient relationship. *Journal of Medical Ethics,* 37(2), 101-104

68 Ponce, BA; Determann, JR; Boohaker, HA; Sheppard, E; McGwin, G Jr; Theiss, S. (2013). Social networking profiles and professionalism issues in residency applicants: an original study – cohort study. *Journal of Surgical Education,* 70(4), 502-507

69 Bankston, K. (2009). Facebook's New Privacy Changes: The Good, The Bad, and The Ugly. Electronic Frontier Foundation. Available from URL: http://www.eff.org/deeplinks/2009/12/facebooks-new-privacy-changes-good-bad-and-ugly

ביחס לחולה, תיאורים אישיים של השתכרויות וחומר בעל תוכן מיני מרומז. עם זאת, רק מיעוט מהדיקנים דיווח על כך שבבתי הספר שלהם הייתה נהוגה מדיניות בנושא מקצוענות, שעסקה באופן ספציפי בהתנהגות מקוונת.[70]

במחקר אחר אושר שרק ב־10% מבתי הספר לרפואה בארה"ב היו הנחיות או קווי מדיניות הניתנים לזיהוי, שהנחו באופן מפורש כיצד יש לנהוג ברשתות המדיות החברתיות המקוונות.[71] למרות תשומת הלב הגוברת לפרסומים, שעלולים להיות בלתי מקצועיים ואשר פורסמו על ידי קלינאים,[72] הוכח עד לא מזמן (בשנת 2012) בסקר של מנהלי תכניות מתמחים בתחום תורת ההרדמה, שרק ב־30% מתכניות המשיבים כללו קווי מדיניות ספציפיים, שפיקחו על התנהלותם של המתמחים במדיות החברתיות.[73]

היתרונות הפוטנציאליים של הקדשת תשומת לב באופן רשמי במסגרת תכנית הלימודים, לבעיות הקשורות למדיות החברתיות, הוצגו בסקר שנערך בקרב 103 סטודנטים לרפואה מטייוואן. ככל שהסטודנטים עשו שימוש רב יותר באתרי הרשתות החברתיות, ציוניהם היו נמוכים יותר בסולם הערכת מקצוענות. אולם סטודנטים שהשתמשו באתרי רשתות חברתיות וגם לקחו בחשבון כיצד אתרים אלה עלולים להשפיע על עבודתם ועל הקריירה שלהם, קיבלו ציונים גבוהים יותר בסולם הערכת המקצוענות.[74]

מעניין שלמרות תגובתם האטית (תלוי את מי שואלים) של מחנכים רפואיים, בכל הנוגע להדגשה רשמית של ציפיות מקצועיות במרחב המקוון, מנהלי תכניות של מתמחים ברפואה מודעים היטב לאתגרים, שהמדיות החברתיות מציבות בפני הרופאים הצעירים. בסקר שנערך בשנת 2012 בקרב מנהלי תכניות בכירורגיה

---

70 Chretien, KC; Greysen, SR; Chretien, JP; Kind, T. (2009). Online posting of unprofessional content by medical students. *Journal of the American Medical Association,* 302, 1309-1315

71 Kind, T; Genrich, G; Sodhi, A; Chretien, KC. (2010). Social media policies at US medical schools. *Medical Education Online,* 15, 5324

72 Von Muhlen, M; Ohno-Machado, L. (2012). Reviewing social media use by clinicians. *Journal of the American Medical Informatics Association,* 19(5), 777-781

73 Barker, AL; Wehbe-Janek, H; Bhandari, NS; Bittenbinder, TM; Jo, C; McAllister, RK. (2012). A national cross-sectional survey of social networking practices of U.S. anesthesiology residency program directors. *Journal of Clinical Anesthesia,* 24(8), 618-624

74 Lee, KL; Ho, MJ. (2011). Online social networking versus medical professionalism. *Medical Education,* 45(5), 523

כללית ובתת־התמחות בכירורגיה בארה"ב, המוכרות על ידי ועדת האקרדיטציה להשכלה רפואית לתואר שני (ACGME), התגלה ש־17% ממנהלי התכניות דיווחו שהם ביקרו באתרי רשתות חברתיות כדי לחפש מידע על המועמדים להתמחות במשך תהליך בחירת המועמדים. 33% ממנהלי תכניות אלה דירגו מועמד ברמה נמוכה יותר על סמך מה שנמצא באתרים, לרבות תצלומים שלא היו הולמים, לשיקול דעתם, וכן על סמך מידע על אודות צריכת סמים ואלכוהול.[75]

אך הבלבול לגבי הגדרות פרטיות והיעדר מדיניות רשמית במוסדות להשכלה רפואית יכולים להסביר רק באופן חלקי את התופעה, שרופאים משתפים מידע אישי באופן בלתי שקול באמצעות אתרי מדיות חברתיות. האתוס עצמו של המדיות החברתיות יכול גם הוא להיות אחראי. ההשתתפות במדיות חברתיות מעודדת חשיפה עצמית הדדית בסדר גודל שאין שני לו בסביבות אחרות. נורמות של שקיפות במרחב המקוון מקבלות חיזוק על ידי ציפיות לחשיפה הדדית, ובכך יוצרות תרבות שמתגמלת פתיחות ולמעשה מענישה את מי שנמנע מפרסום מידע.[76]

כפי שהוכח באופן נקודתי במחקר מסוים, כמעט 75% מהסטודנטים בקולג' היו מוכנים לקבל לרשת החברתית המקוונת שלהם אדם בדיוני, שמתואר באופן מעורפל.[77] לגבי הרופאים המגבירים את מעורבותם במדיות החברתיות, הם עשויים לא רק לאמץ טכנולוגיות חדשניות, אלא גם לאמץ לעצמם נורמות חדשות שבשתיקה בכל הנוגע לפרטיות, לשקיפות ולחשיפה עצמית.

סטנדרטים מתפתחים אלה של תקשורת, הספציפיים למדיות חברתיות, עוזרים להסביר את המגמה הבולטת של רופאים, המשתפים יתר על המידה מידע בלתי ראוי במרחב המקוון. לדוגמה, בסקר שנערך על 271 בלוגים שנכתבו על ידי רופאים ואחיות, נמצא שב־42% מהם תוארו חולים שבהם הם טיפלו וב־18%

---

75 Go, PH; Klaassen, Z; Chamberlain, RS. (2012). Attitudes and practices of surgery residency program directors toward the use of social networking profiles to select residency candidates: a nationwide survey analysis. *Journal of Surgical Education,* 69(3), 292-300

76 Dietz-Uhler, B; Bishop-Clark, C; Howard, E. (2005). Formation of and adherence to a self-disclosure norm in an online chat. *Cyberpsychology & Behavior,* 8, 114-120; Wasko, MM; Faraj, S. (2005). Why should I share? Examining social capital and knowledge contribution in electronic networks of practice. *MIS Quarterly*, 29(1), 35-57

77 Lemieux, R. (2012). Fictional privacy among Facebook users. *Psychological Reports,* 111(1), 289-292

מתוכם תוארו החולים באור שלילי. מתוך הפרסומים שבהם תוארו חולים, נקבע ש־17% הכילו מידע שהספיק לחולים לזהות בהם את עצמם או את הרופאים שלהם. שלושה בלוגים כללו תצלומים של חולים שניתן לזהותם.[78] בסקר שנערך בקרב סטודנטים לרפואה מבריטניה נמצא שליותר מ־95% מהמשיבים היו דפי פייסבוק אישיים, ויותר ממחצית הסטודנטים הללו הודו, שהם העלו לאתרים שלהם תצלומים "מביכים" של עצמם.[79] בסקר נוסף אחר, המשולב עם מחקר בצורת ראיונות שנערך בשנת 2013 בהשתתפות 682 סטודנטים במקצועות הבריאות, דווח שכ־50% ראו באתר הפייסבוק של אחד העמיתים, חומר שהיה, להערכתם, "בלתי מקצועי".[80] בבדיקה של למעלה מ־250 חשבונות טוויטר של רופאים שהזדהו, שהיו להם יותר מ־500 עוקבים, 3% מכל הציוצים אופיינו כבלתי מקצועיים, לרבות ציוצים שהייתה בהם הפרת הסודיות הרפואית ביחס לחולה, כללו תוכן מיני מפורש או שפה ואמירות הנגועות באפליה.[81]

מי עשוי לעיין במידע זה? המציאות שלא ניתן להימלט ממנה היא שהחולים שלנו עצמם משתמשים באינטרנט. במשאל טלפוני שנערך בשנת 2010, נקבעה הערכה שמספר גדל והולך (כמעט 90%) של אמריקנים השתמשו בשלב מסוים באינטרנט כדי לחפש מידע בנושא בריאות.[82] בסקרים על ערוצי המידע הרפואי המועדפים על החולים, ניתן לראות שיש ביקוש גדל והולך לקבלת מידע מקוון מספקי שירותי הבריאות שלהם, גם בקרב חולים מעוטי יכולת.[83] כמו כן, חולים

---

78 Lagu, T; Kaufman, EJ; Asch, D; Armstrong, K. (2008). Content of weblogs written by health professionals. *Journal of General Internal Medicine,* 23, 1642-1646

79 Garner, J; O'Sullivan, H. (2010). Facebook and the professional behaviours of undergraduate medical students. *The Clinical Teacher,* 7(2), 112-115

80 White, J; Kirwan, P; Lai, K; Walton, J; Ross, S. (2010). "Have you seen what is on Facebook?" The use of social networking software by healthcare professions students. *British Medical Journal Open,* 3, e003013

81 Chretien, KC; Azar, J; Kind T. (2011). Physicians on Twitter. *Journal of the American Medical Association,* 305(6), 566-568

82 Harris Interactive Poll. (4 August 2010)."Cyberchondriacs" on the rise? Those who go online for healthcare information continue to increase. Available from URL: http://www.harrisinteractive.com/News Room/HarrisPolls/tabid/447/mid/1508/articleId/448/ctl/ReadCustom%20 Default/Default.aspx

83 Saidinejad, M; Teach, SJ; Chamberlain, JM. (2012). Internet access and electronic communication among families in an urban pediatric emergency department. *Pediatric Emergency Care,* 28(6), 553-557

משתמשים באינטרנט במיוחד כדי לחפש רופאים ולברר פרטים עליהם. בסקר מקוון שנערך בשנת 2013 בקרב מדגם מייצג של מעל 1,500 גרמנים, נמצא כי 25% מהמשיבים חיפשו את הרופאים שלהם באתר מקוון לדירוג רופאים.[84] מאחר שחולים אלה מקדישים זמן ממושך יותר לגלישה באינטרנט, בלתי נמנע שרבים מהם יבואו במגע עם תוכן של מדיות חברתיות שנוצר על ידי הרופאים שלהם.

דאגות אתיות ומעשיות

באיזו מידה צריכה הגישה הפוטנציאלית של חולים למידע מקוון לעצב את השימוש שעושים רופאים במדיות חברתיות ובהיבטים אחרים של נוכחותם המקוונת? דאגות חמורות שצריכות להשפיע על התנהגות הרופאים, קשורות להלימות התוכן שהם מפרסמים באינטרנט ולפוטנציאל שיש לתוכן זה, לטשטש את הגבולות ביחסים שבין רופא לחולה בזמן הטיפול.

כשיקול ראשון, חשיפת מידע הקשור לחולה יכולה להפר באופן ברור את עקרונות הפרטיות ולגרום נזק. יש לזכור ששני קריטריונים אלה הם חלק בלתי נפרד מהנהלים האתיים ברפואה. חשיפות אלה עלולות להיות בלתי חוקיות ולגרום להפרת החוק, כגון התקנות הפדרליות של ארה"ב ליישום חוק ביטוח הבריאות – ניידות ואחריות, המטילות קנסות כבדים על אנשי הרפואה ועל המִתקנים שבהם הם עובדים. בנוסף, הם עלולים להסתבך בתביעות משפטיות בגין הפרת פרטיות.[85]

נגד אנשי רפואה עלולים להינקט גם אמצעים משמעתיים מקצועיים על ידי ועדות הרישוי, עד כדי פסילת הרישיון. בסקר שנערך בשנת 2012 בוועדות רפואיות ארציות בארה"ב, נמצא מספר גדל והולך של הפרות מדווחות, הקשורות להתנהגות של רופאים במרחב המקוון; נגד חלקם ננקטו צעדים משמעתיים.[86]

---

84 Emmert, M; Meier, F; Pisch, F; Sander, U. (2013). Physician choice making and characteristics associated with using physician-rating websites: cross-sectional study. *Journal of Medical Internet Research,* 15(8), e187

85 Hader, AL; Brown, ED. (2010). Patient privacy and social media. *American Association of Nurse Anesthetists Journal,* 78(4), 270-274

86 Greysen, SR; Chretien, KC; Kind, T; Young, A; Gross, CP. (2012). Physician violations of online professionalism and disciplinary actions: a national survey of state medical boards. *Journal of the American Medical Association,* 307(11), 1141-1142

אך גם כשהמטופלים אינם מזוהים ישירות, כל הערה שלילית או מפוקפקת על הטיפול בחולה, המתפרסמת באינטרנט על ידי איש רפואה, עלולה לעורר ספקות בקרב הציבור לגבי מידת הפרטיות באינטראקציות הרפואיות בין המטופלים לבין הרופא שלהם, ובכך להגביר את הסתייגותם משיחה בגילוי לב עם הרופאים שלהם. כאשר פרסומים כוללים הערות שליליות על מערכת הבריאות באופן כללי או על מִתקן רפואי ספציפי, הם עלולים לערער את האמון שיש למטופלים במערכת הבריאות ולהרתיע אותם מלקבל טיפול רפואי. השלכה אחת מהשתתפותם הרווחת של רופאים במדיות החברתיות היא פתיחת דלתות מטפורית לציבור, אל מה שהיה בעבר חדר הקבלה הפרטי של הרופא, שבו הרופאים נהגו לדבר בגילוי לב על התסכולים שלהם מהמטופלים ומהעיסוק ברפואה.[87]

לאור מודל הסמכות המבוזר, המאפיין את האינטרנט, מטופלים הנמצאים במרחב המקוון עלולים לראות בפרסומים הבעייתיים ביותר את חזות המקצוע כולו. גם כאשר הפרסום שלהם הוא בעילום שם, הרופאים חייבים להיות זהירים ולקחת בחשבון את הפוטנציאל הגלום בהשפעה המוגזמת של הערותיהם באינטרנט, כל עוד הם מזוהים בתואר רופא.[88] תוכן שבו נראים רופאים ואנשי רפואה אחרים "מתנהגים רע", עלול לא רק להעמיד את שיקול הדעת הקליני של רופאים ספציפיים בסימן שאלה, אלא הוא עלול לעורר ספקות בקרב החולים, לגבי איכות הטיפול שהם יקבלו ולגבי רמתם המקצועית של כל ספקי שירותי הבריאות.

כפי שמודגש שוב ושוב על ידי מחנכים רפואיים ואנשי אתיקה:

> מקצוענות היא הבסיס לחוזה שיש לרפואה עם החברה.[89]

אף שיהיו פרשנים שיחלקו על ההגדרה המדויקת של מקצוענות ברפואה, רובם יודו שמושג זה כולל את הציפייה שרופאים ישמרו על אמות מידה אתיות

---

87 O'Reilly, KB. (11 July 2011). Anonymous posts: Liberating or unprofessional? *American Medical News.* Available from URL: http://www.amednews.com/article/20110711/profession/307119951/2/

88 Vartabedian, BS; Amos, E; Baruch, J. (2011). Anonymous physician blogging. *Virtual Mentor,* 13(7), 440-447

89 ABIM Foundation. American Board of Internal Medicine; ACP-ASIM Foundation. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine; European Federation of Internal Medicine. (2002). Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Annals of Internal Medicine,* 136(3), 243-246 and *Lancet,* 359(9305), 520-522

ומוסריות גבוהות, וינסו לטפח את התכונות האישיות שלהם הכוללות יושר, יושרה, כבוד לזולת וחמלה.[90] המצאת המדיות החברתיות אינה משנה באופן מהותי את הרעיון הזה. אך בצמצום המרחק בין אנשים, בטשטוש הגבולות בין המרחב הציבורי למרחב הפרטי, ובחיבור בין הרופאים למטופלים בדרכים חדשות ולעתים בלתי צפויות, המדיות החברתיות מקשות על הרופאים לעמוד בסטנדרט זה של מקצוענות, בזמן שבמקביל הן מאפשרות להם ביתר קלות לדרוש מהם אחריות למעידות שלהם. רופא, המפרסם מידע אישי באינטרנט, אינו רק אדם פרטי המבקש לספק את צרכיו החברתיים. הרופא הוא גם דמות ציבורית, המניפה את דגל המקצוענות הרפואית, בין אם הוא רוצה לשאת באחריות זו או מכיר בה. המדיות החברתיות מאתגרות את הרופא לאזן בין שני תפקידים אלה באופן הולם.

עם זאת, הטכנולוגיה היא אולי חדשה, אך האתגר עצמו אינו חדש כלל. העיסוק ברפואה באזורים כפריים, בסביבה צבאית סגורה, או בקהילות עצמאיות אחרות, עשוי להוות מודל יעיל לאופן שבו יש להתמודד עם ניגוד זה. הרופאים בסביבות אלה אינם יכולים ליהנות ממותרות האלמוניות בקהילות שלהם, ואינם יכולים להימנע ממידה מסוימת של אינטראקציה חברתית עם המטופלים.[91] הואיל והם מנסים לנווט בתפקיד הכפול שיש להם (להיות שגרירי מקצוע הרפואה בקרב הציבור ולהיות אנשים פרטיים, המעורבים מבחינה חברתית בקהילה שמסביב), לא ניתן להעלות על הדעת שהם יכולים להפריד בין שני התפקידים או למדר ביניהם. מודעות קשובה לניגוד זה, ולא דחיפה עקרה להעלמתו, יכולה לסייע בהנחיית הרופאים במאמציהם לחיות חיים מלאים כאנשי חברה ועדיין לעמוד היטב בדרישות המקצוע שלהם. בהשתתפות במדיות החברתיות על הרופאים הנמצאים במרחב המקוון להכיר בעובדה שגם הם עוסקים כעת ברפואה בעיירה קטנה מאוד.

אף הפסיכיאטריה יכולה להציע דרכים להתמודד עם אתגרים אתיים, העולים מהתוכן של מדיות חברתיות שנוצר על ידי רופא. מאז קיומה של הפסיכותרפיה

---

90 Swick, HM. (2000). Toward a normative definition of medical professionalism. *Academic Medicine,* 75(6), 612-616

91 Purtilo, R; Sorrell, J. (1986). The ethical dilemmas of a rural physician. *Hastings Center Report,* 16(4), 24-28; Simon, RI; Williams, IC. (1999). Maintaining treatment boundaries in small communities and rural areas. *Psychiatric Services,* 50(11), 1440-1446; Johnson, WB; Ralph, J; Johnson, SJ. (2005). Managing multiple roles in embedded environments: the case of aircraft carrier psychology. *Professional Psychology: Research and Practice,* 36(1), 73-81

כצורת טיפול הרהרו פסיכואנליטיקאים ופסיכותרפיסטים אחרים באופן מיוחד בהשפעות החשיפה העצמית בפני המטופלים שלהם. מודל המטפל כ"לוח חלק" קיים כבר מימיו של פרויד, שתיאר את האנליסט האידיאלי כך:

> אטום בפני המטפלים שלו. הוא כמו מראה, [שמציגה] בפניהם אך ורק את מה שמוצג לפניו.[92]

למרות העובדה שהיום בתי ספר שונים לפסיכותרפיה מאמצים גישות שונות לחשיפה עצמית, כמעט כל אחד יסכים שחשיפות מכוונות צריכות להיות נדירות, מוגבלות בזמן ולהתבצע רק כשצפוי שתהיה להן השפעה טיפולית חיובית.[93] אך בפועל, אפשר שחשיפות בלתי מכוונות או מזיקות יהיו בלתי נמנעות.[94] גם אם ייתכן כי עדיף למזער חשיפות אלה, קרוב לוודאי שחשוב יותר להיות מודעים לקיומן, לקחת בחשבון את ההשפעה האפשרית שלהן על מטופלים, ולהיות מוכנים לדון בתגובות החולים ישירות אִתם. אולי על הרופא, המפרסם מידע אישי במרחב המקוון, לאמץ אסטרטגיה דומה.

אף שהיחסים בין פסיכותרפיסט לבין מטופל ייחודיים ובמידת־מה מלאכותיים ומשקפים את הדרישות הייחודיות של הפסיכותרפיה, על כל הרופאים להיות מודעים לחשיבות הגבולות ביחסים שלהם עם המטופלים, על בסיס ציפיות ספציפיות למקצוע, תחומי אחריות ותפקידים. במצב קיצון מעורבות הרופא במדיות חברתיות יכולה לתרום לטשטוש גבולות אלה. אתרי הרשתות החברתיות, לדוגמה, מאפשרים לעתים קרובות למשתתפים "לבקש או לאשר חברות" או "לשלוח קישור" למשתמשים אחרים, ובכך משתמש אחד מאפשר למשתמשים האחרים גישה מועדפת לפרסומיו, גם לאלה שאינם זמינים לציבור הרחב.

משתתפי מדיות חברתיות מתעמתים לעתים תכופות עם בקשות מאחרים להיות "חברים" שלהם, והם חייבים להחליט אם לכלול אותם ברשת שלהם. הולכים וגדלים הדיווחים על מטופלים, המציעים "חברות" לרופאים, כמו בדיון שפורסם על מטופלת שהציעה "חברות" לסטודנט לרפואה (כעת רופא), שעזר

---

92 Freud, S. (1958/1912). Papers on technique: Recommendations to physicians practicing psycho-analysis. In J. Strachey, editor, *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 12: 111-120). London: Hogarth Press

93 Henretty, JR; Levitt, HM. (2010). The role of therapist self-disclosure in psychotherapy: a qualitative review. *Clinical Psychology Review,* 30(1), 63-77

94 Gutheil, TG; Gabbard, GO. (1993). The concept of boundaries in clinical practice: theoretical and risk-management dimensions. *American Journal of Psychiatry,* 150(2), 188-196

לה ללדת שלוש שנים קודם לכן.[95] כאשר אנשי רפואה מאשרים הצעה של מטופל להיות "חבר" מקוון שלהם, הגבולות בין האישי למקצועי מיטשטשים.[96] גם מתוך המינוח עצמו ניתן ללמוד שחל שינוי ביחסים. לכן על הרופאים לשקול הימנעות מאינטראקציות אלה עם מטופלים, שעמם הם מקיימים קשרים מקצועיים, או לפחות להיות מודעים לכך, שקשרים אלה עם מטופלים במדיות החברתיות עלולים להכניס ליחסים אינטרס חדש ואולי מתחרה.

לסיכום, כאשר רופאים משתתפים במדיות חברתיות, הנוכחות שלהם במרחב המקוון מעלה דאגות באשר להשפעה הפוטנציאלית, שיש לנוכחות זו על הציבור בכלל ועל המטופלים שלהם בפרט. אכן ייתכן שיהיה זה מועיל לסווג את כל הפרסומים המקוונים כחשיפות אינטראקטיביות פוטנציאליות בפני המטופלים ולבחון את ההשלכות שלהן בהתאם.

עתיד הרפואה והמדיות החברתיות

המדיות החברתיות מתרבות בימינו בקצב מהיר ביותר. לא רק צעירים מקיימים אינטראקציות במרחב המקוון: היקף השימוש במדיות חברתיות בקרב דור הבייבי־מום – בגילים 55-64 עלה מ־9% בדצמבר 2008 ל־43% בדצמבר 2010,[97] ול־25% עד דצמבר 2012.[98] לטוב ולרע, אין זה סביר שרופאים ואנשי רפואה אחרים יישארו מאחור בהסתערות על הרשת, על הציוץ, על הבלוג או על כל מעורבות אחרת במדיות החברתיות. אכן אצל רופאים צעירים רבים הימנעות מוחלטת ממעורבות תהיה דומה לוויתור על חלק מהותי מחיי החברה שלהם.

יתרה מכך, אף שקל להתמקד בהשלכותיהן השליליות של המדיות החברתיות בקרב הרופאים, אין לזלזל בתפקיד החיובי שהמדיות החברתיות יכולות למלא.

---

95 Jain, SH. (2009). Practicing medicine in the age of Facebook. *New England Journal of Medicine,* 361(7), 649-651

96 Devi, S. (2011). Facebook friend request from a patient? *Lancet,* 377(9772), 1141-1142

97 Zickuhr, K. (16 December 2010). Generations 2010: Major trends in how different generations of Americans use the internet. Pew Internet and American Life Project. Available from URL: http://www.pewinternet.org/Reports/2010/Generations-2010.aspx

98 Duggan, M; Brenner, J. (14 February 2013). The Demographics of Social Media Users — 2012. Pew Internet and American Life Project. Available from URL: http://www.pewinternet.org/Reports/2013/Social-media-users.aspx

לעובדה שהמדיות החברתיות משמשות לאינטראקציה חברתית, הן נותנות הזדמנות לרופאים ליצור קבוצות של אנשי רפואה בעלי תחומי עניין דומים; לשתף עמיתים במשאבים (לדוגמה, אתר SlideShare, המאפשר למשתמשים להעלות ולשתף מצגות פאוור־פוינט וכל חומר חינוכי אחר); לאסוף נתונים מחקריים (פעולה המעוררת דאגות אתיות);[99] הפצת מידע רפואי שימושי לקהל הרחב (לדוגמה, פרסום סרטוני וידיאו חינוכיים באתרים כמו יוטיוב; יצירת דפי פייסבוק לחינוך ולדיון בנושאים רפואיים ספציפיים). לכן אין זה ברור כלל, שהתנזרות מהמדיות החברתיות היא המענה הנכון לאתגרים שהן מציבות.

כשמספר גדל והולך של אגודות מקצועיות ומתקנים בריאותיים זיהו נקודה זו, הם החלו לנסח הנחיות לחברי האגודות ולעובדיהם. לדוגמה, האגודה הרפואית האמריקנית הציעה את ההנחיות הבאות לנוכחות המקוונת של הרופאים: להימנע מפרסום פרטים מזהים של מטופלים; להשתמש בהגדרות פרטיות במדיות החברתיות, אך לזהות את הגבולות שלהן; לנטר בקביעות את היקף הנוכחות העצמית באינטרנט; לשמור על גבולות הולמים במרחב המקוון בינם לבין מטופלים; לשקול הפרדה בין תוכן אישי למקצועי באינטרנט; להתריע בפני עמיתים על תוכן בלתי מקצועי שפרסמו ואם לא תיקנו את המצב, לדווח על כך לרשויות המתאימות; להכיר בעובדה שתוכן שפורסם יכול לפגוע במוניטין ובקריירה של אותו איש רפואה ובאמון שהציבור נותן במקצוע הרפואה.[100]

אף שרבות מהצעות אלה שימושיות, את חלקן קל לומר וקשה יותר ליישם. לדוגמה, הפרדה בין תוכן אישי לתוכן מקצועי במרחב המקוון היא משימה כמעט בלתי אפשרית מעצם טבען של המדיות החברתיות. פרשנים מציעים במידה הולכת וגוברת גישה מגוונת יותר להתמודדות עם ניגודים אלה. הם מדגישים מודעות ודיון על תפקידים שזהויות שונות ממלאות בחייהם של רופאים, במקום להציג רשימות ממשיות אך אולי פחות שימושיות של איסורים או הוראות.[101]

גם מתקנים בריאותיים, המודאגים מההשלכות של פרסומים מקוונים בלתי הולמים מצד אנשי צוות, פיתחו הנחיות משלימות לצוות העובדים בבתי החולים

---

99 Zimmer, M. (2010). "But the data is already public": on the ethics of research in Facebook. *Ethics and Information Technology,* 12, 313-325

100 hore, R; Halsey, J; Shah, K; Crigger, BJ; Douglas, SP; AMA Council on Ethical and Judicial Affairs (CEJA). (2011). Report of the AMA Council on Ethical and Judicial Affairs: professionalism in the use of social media. *The Journal of Clinical Ethics,* 22(2), 165-172

101 DeCamp, M; Koenig, TW; Chisolm, MS. (2013). Social media and physicians' online identity crisis. *Journal of the American Medical Association,* 310(6), 581-582

ובמרפאות שלהם. לעתים קרובות הנחיות אלה מתמקדות במזעור הסיכונים לחבות הקשורה לחשיפת מידע מוגן על מטופל. לכן על פי המדיניות של מערכת בית חולים אחת, חל איסור לפרסם באינטרנט פרטים סודיים על בית החולים או על החולה (כולל תמונות), ללא הסכמת החולה ואישור מראש של בית החולים, ומצוין בה שאי־ציות למדיניות מהווה עילה לנקיטת צעדים משמעתיים חמורים, לרבות סיום העסקה.[102] דאגות אחרות בנוגע לחבות קשורות לשימוש אפשרי בתוכן של מדיות חברתיות בתביעות משפטיות (לדוגמה, ציוץ של רופא, המציין עד כמה אין רצון למטופלת מסוימת להגיע לעבודה ביום מסוים, יכול לשרת את עורך הדין של התובעת, שיטען כי הרופא לא היה קשוב באותו יום לצורכי המטופלת, ומאוחר יותר דבר זה גרם לה נזק).

אנו מאמינים בכל לב כי רופאים אינם חייבים להתנזר ממדיות חברתיות, כל עוד הם משתמשים בהן בזהירות. לאנשי רפואה, המשתמשים במדיות חברתיות לחיפוש מידע על חולים, צריך להיות ברור מַהם המניעים שלהם לחיפוש ואיזה שימוש ייעשה בכל מידע שייחשף. סקרנות היא כמעט בוודאות צידוק בלתי הולם לחיפוש מידע הקשור לחולים; חייב להיות בסיס סביר להאמין, שהמידע הנחשף ישמש לטובת הטיפול בחולה. אף שעדיין לא התפתח נוהל עבודה באשר לבקשת הסכמה מהחולים לצורך חיפושים מקוונים, האפשרות שיהיה צורך לבקש הסכמה עשוי לעזור לרופאים לחשוב בצורה ברורה יותר על המידע שהם עתידים לחפש, ומהי התועלת שהם עשויים להפיק ממנו. בנוסף, הדיון עם החולה בדבר הגישה לפרופיל האינטרנט של החולה עשוי לצמצם את הסבירות, שהרופא יולַך שולל על ידי מידע בלתי מדויק, ויכולה להיות כאן הזדמנות לחזק את הברית הטיפולית במקום לאיים עליה בפעולה חד־צדדית.

כאשר הרופאים עצמם יוצרים תוכן במדיות החברתיות, התנהגותם הזהירה במרחב המקוון כוללת את ניצול הגדרות הפרטיות המתאימות, דבר המרמז על כך שקיימות סיבות מבוססות להעמדת מידע אישי לרשות הכלל. לא פחות חשובה היא ההימנעות מתוכן בלתי מקצועי, שלפרסומו עלולות להיות השלכות כלפי החולים העכשוויים והעתידיים ובעיות חבות, שהרופאים עצמם עלולים להסתבך בהן. ככלל בסיסי, יהיה זה מועיל אם רופא ישאל את עצמו את השאלה: "עד כמה ארגיש נוח עם הרעיון שהמטופלים שלי יצפו במידע זה?" ברור שאין מקום במדיות החברתיות להערות מזלזלות מצד רופאים על מתקנים

---

102 New York-Presbyterian Hospital. (June 2012). Graduate Medical Education Policies and Procedures: Use of Social Media. Available from URL: www.columbiaobgyn.org/wp-content/uploads/2012/06/Residency-Policies-Procedures-Social-Media-Policy-Procedure.pdf

או על מטופלים. בסופו של דבר, יצטרכו הרופאים להיות מיומנים בניהול "טביעות הרגל הדיגיטליות" שלהם. הרופאים אינם צריכים להיות ערים רק לתוכן שפרסמו הם עצמם ולדעת ברשות מי הוא עומד, אלא עליהם לסרוק את אתרי האינטרנט ולחפש גם מידע שאחרים פרסמו עליהם מידע, שעלול להיות לא מדויק או זדוני בעליל.[103]

בעזרת אמצעי זהירות אלה, רופא החי במאה ה־21 יכול להיות מסוגל להיות משתתף זהיר אך נמרץ במהפכת המדיות החברתיות.

---

103 Gay, S; Pho, K. (2013). Online reputation management: the first steps. *The Journal of Medical Practice Management,* 29(2), 81-83

פרק שביעי

לא לבצע החייאה לאבא

ג'והן לנטוס*

פרופסור לרפואת ילדים, אוניברסיטת מיזורי, קנזס סיטי, ארצות הברית,
ומנהל המרכז הביו־אתי של בית החולים מרסי לילדים

אדם שאינו בן חורין דומה למי שסומם או עבר היפנוזה –
הוא נחשב מבחינתנו למי שאוחזים בו כוחות שאין לו שליטה
עליהם.

(ישעיהו ברלין, *מושגים וקטגוריות*, עמ' 175)

אבי נפטר בשעות המוקדמות של בוקר יום שבת, בין ראש השנה ליום הכיפורים (שנת 2007). בזמן שהוא שכב על ערש דווי וגסס, הייתי בבית הכנסת והקשבתי לקריאה המסורתית של סיפור *העקדה* המקראי, הנקרא לכבוד השנה החדשה. על פי צו אלוהים לוקח אברהם את יצחק אל הר המוריה, קושר אותו למזבח ולוקח את המאכלת כדי לשסף את גרונו של בנו. סיפור זה, יותר מכל סיפור אחר, הרחיק בוודאי רבים מהאמונה באל אחד. הסיפור הזה מתאים למצב הרוח שלי. גם אני נקרע בין התחייבויות סותרות.

ידעתי שאבי גוסס. הוא חלה בדלקת ריאות, והחלטנו לא לטפל בו באנטיביוטיקה. הוא הפסיק לאכול באופן עצמוני, ועם זאת לא רצינו להתחיל בהזנה תוך־ורידית. הוא נראה לַכול כאדם שרוי בתרדמת, ובכל זאת ביקשנו להזריק לו מורפיום. הרופא של ההוספיס הרים גבה, אך לא אמר דבר. כנראה, אבא קיבל כבר מורפיום במינון נמוך. זה לא היה חשוב. הוא בוודאי עמד למות תוך כמה ימים. לא היה לי ספק שקיבלנו את ההחלטה הנכונה, בכך שנמנענו לטפל באבי "טיפול מאריך חיים". אך עדיין הייתה לי לגבי כל זה תחושה מעומעמת של אי־נוחות, של בושה ושל חטא.

האקזיסטנציאליסט הדני הקודר סֶרֶן אוֹבִּי קִירְקֶגוֹר[1] העלה תהיות הנוגע לשאלה אם לאברהם היו ספקות באשר לציות לצו אלוהים להקריב את יצחק.

---

* דוא"ל: jlantos@cmh.ed

1 פילוסוף דני, חי בשנים 1813-1855, נחשב ל"אבי האקזיסטנציאליזם". הוא נהג לכתוב גם בשם העט יוהנס דה סילנטיו.

הוא מספר שוב ושוב את סיפור *העקדה* ומנסה לדמיין את תגובתו־שלו, אם אלוהים היה מעמיד *אותו* במבחן דומה. באחת מגרסותיו של קירקגור לסיפור המקראי אברהם משנה ברגע האחרון את דעתו – מותיר את יצחק בחיים ומקריב את עצמו. קירקגור כותב:

> אם אברהם היה מטיל ספק ... הוא היה ממשיך להר המוריה, היה מבקע את עצי העולה, שורף אותם ומוציא את המאכלת מנדנה – הוא היה קורא בקול לאלוהים: "אל תבוז לקורבן זה. אכן הוא אינו הקורבן הטוב ביותר שיש לי, שהרי איך אפשר להשוות אדם זקן לילד שאלוהים חזה את לידתו, אך זהו הקורבן הטוב ביותר שאני יכול לתת לך. הנח ליצחק שלא ידע לעולם שעליו להתנחם בכך שלפחות הגיע לגיל נעורים".[2]

קירקגור מאפיין את סיפור *העקדה* כאחד "הביטויים הקדושים, הטהורים, הצנועים של שיגעון אלוהי".

סיפור *העקדה* נכתב בלשון מסתורית (כמו בחלום) לשון מלאה בחזרות לשוניות ובקצביות. כאשר אלוהים קורא, אברהם משיב: "הנני"; כשיצחק קורא לאביו, אברהם משיב: "הנני"; בהרימו את המאכלת הוא משיב אותה תשובה, כאשר מלאך קורא לו. אברהם נמצא שם למען אלוהים, למען בנו יצחק ולמען שליח אלוהים, גם אם שלושתם מציבים דרישות סותרות. הסיפור הוא על נאמנויות בלתי ניתנות להפרדה, על מתחים בין הערכים העמוקים ביותר שלנו, על ההתחייבויות החזקות ביותר שלנו ועל האהבות שלנו, המבוססות על תשוקה עזה ביותר.

בהחלטותיי על אבי הרגשתי שאני עומד במבחן. האם העובדה שהנחתי לו למות היא ביטוי של נאמנות כלפיו? או שמא ויתרתי על חובתי כבן והרגתי אותו? לא רציתי שימות, ועם זאת לא חשבתי שירצה לחיות במצב שבו הוא היה שרוי. נדמה שחייו הפכו להיות נטל לעצמו. אך האם זו הייתה החלטה, שאני הייתי אמור לקבל? לא ידעתי אז (וגם היום איני יודע), אם קיבלתי את התשובה הנכונה.

חלק מהרבנים טוענים שאברהם נכשל במבחן העקדה.

לאחרונה סיפרה לי אישה על מות בעלה – היה לו סרטן. במשך קרוב לשנתיים הוא קיבל טיפול מרַפא, אך דבר לא עזר. לקראת הסוף, רוב מערכות גופו החלו לקרוס, הוא סבל כאבים נוראים, והיה ברור לאשתו שהוא גוסס.

---

2 הוא היה תוקע את מאכלת הפלדה בחזהו. ראו Kierkegaard, S. (1843). *Fear and Trembling*. Available from URL: http:// www.ccel.org/k/kierkegaard/selections/trembling.htm

הרופא הציע דיאליזה, אנטיביוטיקה, הזנה באמצעות צינורות הזנה וגם הנשמה, אך אשתו סירבה להצעות הללו. כשהיא סיפרה לי את הסיפור, היא הדגישה שהיא זו שחליטה "בשמו" לוותר על הטיפולים. היא אמרה שאבא הכין צוואה בחיים. הוא מינה אותה להיות מיופת כוחו לצורך קבלת החלטות. היא אמרה: "ידעתי שזה הזמן להפסיק. אני יודעת שעשיתי את הדבר הנכון. אנו פשוט יודעת. הייתי עושה זאת שוב. זה היה הדבר הנכון לעשות".

כשהיא חזרה על כך, היא החלה להתייפח. ברור, היא לא דיברה אליי. היא דיברה אל עצמה, אמרה לעצמה שוב ושוב, שהיא לא עשתה שום דבר רע וניסתה לשכנע את עצמה להאמין בכך.

האתיקה הקלינית מציעה היום תשובות לשאלות אלה. התשובות יכולות להיות במידת־מה מופשטות, צמודות לחוק ובכפוף לנהלים ולרציונליות. אנשי אתיקה קלינית שולטים בעשרות "יכולות ליבה", שסומנו בעבורם באופן ברור על ידי האגודה האמריקנית לביו־אתיקה ולמדעי הרוח.[3] לדוגמה, הם חייבים להיות מסוגלים להקשיב היטב, לבטא באופן ברור השקפות מוסריות, לגבש הסכמה כללית ולזהות מקורות לניגוד ערכי. עליהם להבין תיאוריות אתיות שונות ומושגים ביו־אתיים. בעזרת "יכולות ליבה" אלה הם צריכים להיות מסוגלים לסייע בקבלת החלטות לגבי קביעת הזמן המתאים למניעת טיפול מאריך חיים. אנשי אתיקה קלינית משתמשים באלגוריתמים לקבלת החלטות, באסטרטגיות לניהול סיכונים, במודלים שונים ובשיטות לפתרון סכסוכים. אך אלה הם בבחינת חזות חיוורת, המסתירה משהו הרבה יותר ראשוני, הקשור יותר לביטוי הטהור של שיגעון אלוהי. כל התיאוריה האתית הקיימת בעולם לא יכלה לסייע לי להתגבר על התחושה, שזה אני שהחלטתי, כי הגיעה שעתו של אבי למות.

בבית החולים לילדים שבו אני עובד, נתבקשנו לאחרונה להעניק ייעוץ אתי במקרה שבו היה מעורב ילד בין שנתיים, החולה במחלת מנקס. מחלת מנקס היא אחת מאותן מחלות ילדות ניווניות, נדירות ומחרידות, הגורמות לניוון נוירולוגי הדרגתי, אך בלתי ניתן לעצירה. רוב התינוקות נפטרים מן המחלה לפני שתמלא להם שנה. הורים רבים מקבלים את חוסר התוחלת שבמחלה ובוחרים בטיפול פליאטיבי. אולם במקרה זה, האם התעקשה שהרופאים והאחיות ימשיכו לתת לבנה את כל הטיפולים, העשויים להאריך את חייו. טיפולים אלה כללו אשפוזים

---

3 American Society of Bioethics and Humanities. (2006). *Core competencies for ethics consultation.* Available from URL: http://www.asbh.org/publications/content/core-compentencies.html

ממושכים ביחידה לטיפול נמרץ לילדים לצורך הנשמה מכנית, פעמיים ביום הזרקת זריקות נחושת לתוך השריר, עירויי דם וטסיות תכופים, אנטיביוטיקה תוך־ורידית וטיפולים פולשניים אחרים. טיפולים אלה החזיקו את התינוק בחיים, אך היו אלה חיי כאב וסבל. האחיות הרגישו שהן מענות את התינוק. הן הזדעזעו לראות איך האם, ששהתה ליד מיטת בנה כל יום, לא הבחינה גם היא שהטיפול הממושך גרם לסבל קשה מנשוא ובלתי פוסק.

האם נולדה במקסיקו. היא חייתה בארצות הברית עשרות שנים. לא ידענו (ולא רצינו לדעת) מהו מעמדה האזרחי. היא הייתה נשואה, אישה אדוקה מאוד, בעלת השכלה. היא הרגישה שהחלטותיה בנוגע לבנה היו, כך היא הרגישה, החלטות שאלוהים דרש ממנה לקבל. הייתה גלומה בה סתירה "אברהמית" מוזרה – ההחלטות שהיה עליה לקבל היו מייסרות, אך לא היה לה כל ספק, שהן היו ההחלטות הנכונות. היא הייתה מודעת באופן ברור ומכאיב לסבל של בנה. היא סבלה בעצמה, אך גם בסבלה היא קרנה באופן שבלבל אחרים בזכות אותו חוש של ודאות. מה שנראה לנו בחירה בלתי מוסרית, לא נראה לה בחירה כלל. הפסיביות שנבעה מהוודאות שלה הייתה מטרידה ומושא להערצה כאחד. ראיתי את בנה סובל בזמן שהוא מתנשם, רועד מפרכוסים, רוצה להקיא כשהאחיות מבצעות שאיבה מקנה הנשימה שלו, ונאנח לאחר כל זריקה. תהיתי מה היא ראתה, מה הרגישה, ואיך יכלה להיות כל כך בטוחה בהחלטותיה.

השנה (חגי תשרי, שנת 2011) ההרהורים על אבי ביום השנה הרביעי למותו התערבבו במחשבות על חמותי מרי, אשר בגיל 85 אושפזה בבית חולים בעקבות דלקת ריאות, כמה שבועות לפני החגים. במשך השנים היו למרי בעיות בריאות: לפני 11 שנה היא נרפאה מסרטן השד בזכות טיפול מוצלח; לפני 5 שנים היא פיתחה פרפור פרוזדורים והושתל לה קוצב לב, מאז הייתה צריכה להקפיד ליטול תרופות להסדרת קצב הלב ותרופות נוגדות קרישה; היא החלה להתעוור לאחר שאובחן אצלה ניוון רשתית; היא נפלה פעמיים, אולי בגלל ראייתה המידרדרת, אך למזלה לא שברה כל עצם. כל נפילה הותירה אחריה חבורות וחתכים חמורים, מדממים מאוד, בגלל מדללי הדם שהיא נוטלת.

כמו כן, היא החלה להיות שכחנית, אך בפיקחותה הרבה היא מסוגלת להסתיר זאת היטב, מזדרזת להשתתף בשיחות ארוכות שנשמעות הגיוניות, עד שכעבור זמן־מה אני מבחין שאין עוד סדר מדבריה ושהיא חוזרת על דברים שוב ושוב. לעתים, כפי שקרה עם אבי, נראה כאילו היא אינה יוצאת מדעתה כל כך, אלא נעשית פיוטית בצורה מוזרה. בשיחות עמה ניתן למצוא מעין תעלומה, כמו חרוז לבן. יש בהן פזמון חוזר, חזרות, חריזה מקרית. כשסדר הדברים

בשיחה משתבש, אני תוהה אם היא מבולבלת או שהיא באמת מעמיקה בשיחה, ואני סתם טיפש.

למרות כל בעיותיה היה מצבה די טוב לפני האשפוז הזה. פעם ולעתים פעמיים בשבוע הייתה משתתפת בשיעורי התעמלות אירובית בדיור המוגן לגמלאים שבו התגוררה. היא עברה לשם לפני כמה שנים, עם בעלה סֶם, כשהיה ברור שכבר לא תוכל להסתדר עם עבודות הבית או עם הבישולים. היא הייתה מסוגלת עדיין ללכת למסיבות ימי ההולדת של הנינים שלה, לעבוד מעט בגינה – היא הייתה מלאת ציפייה לכל זה. היה קשה לבחור מספר בין 1 ל־10, שיצביע על איכות החיים שלה בסקלה שבין 1 ל־10.

היא וסֶם נשואים כבר 64 שנים. הוא רופא בגמלאות בן 86, ובריאותו טובה מאז שהוחלף לו מסתם אבי העורקים בהיותו בן 84. לפני הניתוח הוא היה אִטי יותר, חלש יותר וקצר־נשימה. הוא לא היה מסוגל לשחק טניס כרגיל. הרופא הפנימי שלו הפנה אותו לרופא ריאות, שטיפל בו באמצעות כמה סוגי אנטיביוטיקה, אך אלה גרמו לתופעות לוואי, ומצבו החמיר. רופא הריאות הפנה אותו לקרדיולוג, שהבין שהבעיה שלו הייתה היצָרות אבי העורְקים ומחלת עורְקים כליליים, ולכן הוחלף לו מסתם ועבר ניתוח מעקפים. הניתוח הצליח, ועם זאת התקופה שלאחריו הייתה קשה. הוא היה מתוסכל ומדוכא מההחלמה האִטית שלו. הוא לא רצה לקום מהמיטה, הפסיק לאכול כיָאות. לא חשבתי שישרוד, והאמת, לא הייתי מופתע כל כך. ניתוח לב פתוח בגיל 84 נראה מסוכן למדי.

לדעתי, הוא שרד בגלל שתי סיבות: האחת, הרופא הפנימי שלו נתן לו נוגדי דיכאון; השנייה, פיזיותרפיסטית מצודדת החלה להגיע לביקורי בית. לכבודה הוא היה קם מהמיטה ומבצע את התרגילים. אט־אט היא שכנעה אותו, שידלה אותו והציתה בו את הרצון לחיות מחדש. הוא חזר למגרש הטניס, והחל לשחק טניס זוגות שלוש פעמים בשבוע. השילוב של סרוטונין וטסטוסטרון יכול לעשות דברים מופלאים.

ואז, לפני כמה שבועות, מרי החלה להשתעל וסבלה מקוצר נשימה. היא ניסתה לנוח בבית במשך כמה ימים, אך התסמינים שלה החמירו. היא אושפזה בבית חולים, כשהיא סובלת מנשימות מהירות ומחוסר חמצן. בצילום החזה שעברה נראו תפליטים מפושטים. היא התחילה לקבל אנטיביוטיקה, אך מצבה החמיר. למחרת הועברה ליחידה לטיפול נמרץ, והוחל טיפול במכשיר BiPAP. היא הייתה לא רגועה ומבולבלת, ולא הפסיקה לנסות לקרוע את התקן הנשימה המסורבל מפניה. כדי לעצור אותה היא קיבלה תרופות הרגעה, תנועת זרועותיה הוגבלה ונשימתה הידרדרה. בצילום חזה שנעשה לצורך מעקב נראו תפליטים

שהתפשטו בכל הריאות. בסריקת CT שעשתה בחזה שלה נראתה דלקת מפושטת, הכבד שלה היה מוגדל והכליות שלה קרסו.

רופא הריאות, הקרדיולוג, הנפרולוג, הרופא המאשפז והרופא מהיחידה לטיפול נמרץ – לכל אחד מהם היו רעיונות שונים לגבי המחלה הנסתרת שהיא סובלת ממנה. היא קיבלה טיפול נגד כל האפשרויות: הם נתנו לה אנטיביוטיקה, סטרואידים, תרופות המעלות את לחץ הדם ותרופות משַתנות, ובתוך כך הם הפסיקו לתת לה את התרופות הישנות לטיפול בהפרעות קצב לב ונתנו לה תרופות חדשות. דבר לא עזר. בני משפחה מכל רחבי ארצות הברית הגיעו אליה כדי להציע לה תמיכה ואולי להיפרד ממנה.

היה לה ייפוי כוח בר־קיימא בכל הנוגע לטיפול הבריאותי – היא מינתה את סֶם להיות מיופה כוחה, האיש שיקבל החלטות מטעמה. היא אמרה תמיד שאינה רוצה להישאר בחיים בעזרת מכשירים, אינה רוצה למות כשהיא מחוברת למנשם. היא הייתה אישה נמרצת ודעתנית. לעתים קרובות, היא זלזלה באנשים מבוגרים, שביקשו טיפול רפואי אגרסיבי – כשכולם ידעו שהם גוססים. כעת, היא לא הייתה מסוגלת לקבל החלטות בעבור עצמה, וכולנו תהינו מה היא הייתה רוצה. מאחר שלא היה איש שיכול היה לאבחן נכונה את מצבה, לא היה איש שהיה מוכן להסתכן בהערכת הפרוגנוזה של מחלתה. היא ריחפה בין חיים למוות. לא היה ברור אם היא תצליח להתאושש.

המשפחה לא הפסיקה לשאול את הרופאים, אם יש תקווה כלשהי להתאוששותה. הרופאים היססו לענות. הם אמרו שמטופלים בעלי תסמינים דומים, משתחררים חיים מבית החולים לעתים נדירות. אך נראה שניתן היה לטפל בכל אחת מהבעיות שלה, אם מתייחסים אליהן בנפרד. לפיכך לא הוצבו הגבלות על הטיפול, ולא נכתבה כל הוראת DNR שתורה שלא לבצע החייאה. לא היה טיפול כלשהו שצריך להפסיק או למנוע אותו. תהיתי אם היא נכתבה ב"ספר החיים" באותה שנה.

הגרונטולוגית ג'ואן לין אמרה, שבאמריקה של ימינו רוב האנשים יודעים ממה הם ימותו שלוש שנים לפני מותם בפועל.[4] אך האנתרופולוג החברתי ריק שוודר, שלמד רפואה והילינג במדינות רבות בעולם, טוען שכל מקרי המוות,

---

4 Lynn, J. (2001). Perspectives on care at the close of life. Serving patients who may die soon and their families: the role of hospice and other services. *Journal of the American Medical Association*, 285(7), 925-932

בכל המקומות שבהם היה, נחוו כמוות "בלתי צפוי".[5] אין זה חשוב עד כמה חמורה מחלתו של אדם, יקיריו ייראו תמיד מופתעים מהמוות, מעיתויו ומהאופן שבו התרחש. אפשר שלין ושוודר צודקים. מוות יכול להיות גם ניתן לחיזוי וגם בלתי צפוי. לא ידענו אם מרי תמות, ולא ידענו ממה היא חלתה, אך ידענו שסיכויי ההתאוששות שלה לא היו גבוהים. כמו כן, ידענו שהחלטותינו, לגבי מה צריך או לא צריך לעשות לה ובשבילה, עשויות להיות גורם מכריע.

*

כולנו עומדים בפני החלטות אלה לגבי עצמנו ולגבי יקירינו. זוהי צורת המוות החדשה והמודרנית, שנכנסה לחברה המערבית לפני כ־60 שנה בזכות המצאת "ההנשמה בלחץ חיובי". עם המנשם התפתחו גם היחידה לטיפול נמרץ, ההחייאה, המוות הקליני והצורך בהבחנות חדשות ובהחלטות חדשות לגבי השאלה, אם לצנרר ולבצע ניסיונות החייאה או במקום זאת לתת לטבע לעשות את שלו.

מצבה של מרי, שריחפה בין חיים למוות, חייב החלטה. הוא הזכיר לי את אחד המצבים, שחייב אותי להתמודד עם אבי כמה שנים לפני מותו, כשבאחד הלילות (בשעה 02:00) מצאה אותו אִמי שרוע ללא הכרה על רצפת חדר האמבטיה, בתוך שלולית דם וקיא. היא התקשרה למספר טלפון החירום (911), והפרמדיקים הגיעו ולקחו אותו לבית החולים. היא התקשרה אליי כמה שעות מאוחר יותר, לאחר שמצבו התייצב וקיבל תרופות הרגעה ביחידה לטיפול נמרץ. לא היה לי מושג, אם אבי יהיה עדיין בחיים כשאגיע. לא הייתי בטוח לְמה אני מייחל. במובנים מסוימים, נראה שהוא היה מוכן למות.

פגשתי את אימא בחדר ההמתנה, מחוץ ליחידה לטיפול נמרץ. היא נראתה מפוחדת וחסרת אונים, תוהה בוודאי אם היא תצא מבית החולים אלמנה. אישה קטנה, היא נראתה אף יותר קטנה מהרגיל. השנים שקדמו לכך היו אכזריות. היא טיפלה באבא בזמן שאיבד כל פעם יכולת אחרת. אט־אט, בכאב ולעתים במרירות, היא ראתה איך חלומותיה מתנפצים זה אחר זה.

כמו חולי פרקינסון אחרים אבא גסס במשך זמן ממושך. במשך כ־20 שנה, שבמהלכן הוא נאבק עם הבלתי נמנע, נראה כי האדם שהיה בעבר נעלם אל תוך

---

5 I heard Prof. Shweder say this in a lecture. I've looked for it in his writings and cannot find that exact quote. But here is an essay that deals with some related issues. Shweder, RA. (2008). The Cultural Psychology of Suffering: The Many Meanings of Health in Orissa, India (and Elsewhere). *Ethos,* 36(1), 60-77

המחלה. בהתחלה השינוי היה אִטי ביותר ועדין, עד כי יכולנו להתעלם ממנו במשך שנים רבות. רק אנשים שראו אותו יכלו לעקוב אחר השינוי הדרמטי שחל בו. לפני כן הוא היה מלא חיים, עליז, ספורטיבי "ממזר" קמעא. היה לו תמיד מצמוץ בעין אחת. לאחר מכן פניו החלו לעטות מראה של מסכה, המאפיין את מחלת הפרקינסון. גופו החל להיות כבד ומגושם.

לאחר מותו ראינו את אבי בתמונות ישנות, וניתן היה להבחין בהן בבירור, שהמחלה החלה עשר שנים לפני שהכרנו בכך לראשונה. במהלך החודשים שקדמו להתמוטטותו ולאשפוזו ביחידה לטיפול נמרץ, הוא נהג לשבת במרפסת, עטוף בשמיכה ובוהה. לי הוא נראה כאדם ההולך וקטן באופן מעורר רחמים. אך מי ידע? אולי הוא הגיע לאותו סוג של שלווה פנימית, פשטות ורוגע, שכולנו מייחלים להם, אך אין אנו מגיעים אליהם? הוא לא הרגיש חוסר מנוחה, סקרנות או תשוקה.

אימא ואני ישבנו במשך כמה דקות מחוץ ליחידה לטיפול נמרץ. היא סיפרה לי שוב מה קרה בלילה שקדם לאשפוז, איך היא מצאה אותו על רצפת חדר האמבטיה. דחיפות שיחת הטלפון שקיימה בבוקר חלפה. האירועים הפכו להיות סיפור, עלילה המסופרת לפי סדר, ולא שידורים מבוהלים ומבולבלים משדה הקרב של הלילה הקודם. הקשבתי. אחזתי בידה. שיבחתי את תושייתה. "הצלת את חייו", אמרתי לה, "מזל שהיית שם". הצעתי לה ללכת לשתות קפה לשם אתנחתא קלה. נראה שהייתה לה תחושת הקלה, על שלא הייתה צריכה לחזור ליחידה לטיפול נמרץ.

היינו בבית החולים לחיילים משוחררים בוושינגטון (וירג'יניה). היחידה לטיפול נמרץ הייתה עמוסה לעייפה בסגנון שנות ה־80. היא לא הייתה אחד ממקדשי הטכנולוגיה שניתן לראות בבתי חולים פרטיים, שבהם היחידה לטיפול נמרץ נראית כמו הגשר על ספינת החלל הבדיונית אנטרפרייז. בוושינגטון זו הייתה חבורה של יוצאי צבא מבוגרים, דחוסים יחדיו במחלקה פתוחה חלקית, ומחוברים למוניטורים, לעירויים התוך־ורידיים ולמנשמים שלהם.

בהתחלה לא הצלחתי למצוא את אבא. ביחידה לטיפול נמרץ כולם נראים שונה מהרגיל, הם נראים כמו אסירים – חיוורים, רדופים, תשושים ומעיניהם נשקף מבט של פחד, של בלבול ושל אשמה גם יחד. המתח שיוצרת המחלה, שכבת האופיואידים, האור והרעש המוזרים וחלוקי בית החולים – כל אלה משתלבים יחדיו וגורמים לכל אחד להיראות חסר ייחוד. סקרתי את פניהם שוב ושוב, ובסופו של דבר מצאתי אותו בין קהל הגברים חיוורי העור, לבני השֵׂער וחלולי המבט. הוא לא ראה אותי. חשבתי לעצמי, "כך הוא ימות – בחדר מלא בחיילים זקנים?!". כל כך אירוני.

השירות הצבאי הגדיר את חייו בדרכים רבות ומוזרות – הוא שנא כל דקה בשירות. כשדיבר על אותן שנים (דבר שקרה לעתים נדירות), הוא דיבר במרירות על הבירוקרטיה, על ההיררכיה, על העמידה האינסופית בשורה, על הנטילה המכוונת של צלם אנוש. הוא דיבר הרבה יותר על אותם דברים שאירעו לפני הקרב, מאשר מה שקרה לאחר שנחת עם הגל השני של חיילים רגליים בחוף אומאהה. הוא היה בן 19 בלבד, מוקרב כקורבן לאיזה אלוהים נורא ואיום. האם גם הוא, כמו יצחק, קרא לאביו בתקווה שמישהו יענה: "הנני, בני"? האם תהה מדוע ניצלו חייו, ואילו גורלם של רבים אחרים היה שונה לחלוטין? הוא מעולם לא דיבר על ההרגשה שלִוותה את המראות של רוב חיילי המחלקה נטבחים על החוף.

הוא לא שמר אף מזכרת, אקדח לוגר פרבלום גרמני או תמונות של המחלקה, מלבד הלב הסגול של האקדח, שהיה מקופל עמוק במגֵרה. למיטב ידיעתי, לא היו לו "חברים לנשק". הזיכרון הממשי שלו מהמלחמה היה פציעתו במפרק הירך, שכמעט נהרג בגללה, ושבעקבותיה הובהל לבית החולים באנגליה למשך ארבעה חודשים לצורך ניתוחים, שיקום והפוגה מהלחימה. החזרה ליחידה לטיפול נמרץ בוושינגטון לוותה בוודאי בתחושת דה ז'ה וו, סיוט חוזר ונשנה, כש־50 השנה האחרונות חלפו בחטף מול עיניו. הוא ניסה להימלט מכל שמץ של צבאיות. הוא הפך להיות רופא, לא חייל. אך כעת הוא שוב היה זקוק למרפא, והוא חזר לבית החולים הצבאי כדי להירפא.

"אבא", קראתי כשהתקרבתי למיטתו. מבטינו נפגשו. הוא ניסה להרים את ידו, ניסה לחייך, אך לא הצליח. צינור מצופה בצבע חום היה מחובר לאפו. בשתי זרועותיו היו עירויים תוך־ורידיים ואלקטרודות של מוניטור. טפחתי על ידו, נישקתי אותו על מצחו ואמרתי בחיוך: "חבר, אתה נראה זוועה." הוא העווה את פיו בניסיון לחייך. דִמעה נשרה על לחיו. "מה לעזאזל עושים לך? חייבים להחזיר אותך הביתה".

הוא נופף בידו באופן לא ברור לעבר המיטות האחרות ביחידה לטיפול נמרץ, גִלגל את עיניו, משך בכתפיו ולחש: "נראה שהדימום במערכת העיכול נפסק". ואז, ציין את המובן מאליו: "קוצר נשימה".

הגיע אח, גבר גבוה, קצוץ שֵׂער, ולו עגיל זהב באוזן אחת, לבוש מדי אחים. "הי", אמרתי, "אני בנו של ד"ר לנטוס. מה המצב שלו?"

"ובכן, לילה קשה עבר עליו. נראה שמצבו השתפר מאז. חיברנו אותו לחמצן. נתנו לו עירוי דם". לאחר מכן פנה אל אבי: "איך אתה מרגיש, ריי? האם כואב לך משהו?"

"לא ... אני בסדר ... תודה". קצב פעימות הלב שלו עלה ל־140, ורמת רוויית החמצן בדם ירדה לכ־90. מלמול של משפט אחד בלבד התיש אותו לחלוטין. ייתכן שיחברו אותו למנשם, ייתכן שימות. הייתי חייב למצוא את הרופא שלו. האחיות הִנחו אותי איך להגיע לראש המחלקה הנוירולוגית.

*

ההחלטות שאִתן היה עלינו להתמודד לגבי אבא ולגבי מרי הן כעת מנת חלקם היומיומית של רופאים ואחיות, כולן ביום עבודה אחד. הוראות DNR והוראות לתרומת איברים הן חומר לאופרות סבון. מפתה לחשוב כי פתרנו בהצלחה את הבעיות המשפטיות, האתיות והדתיות, שהתעוררו בקבלת החלטות אלה, וכי אנו יודעים מה אנו עושים. אך כל מקרה לגופו, לכל מחלה הפתעות רבות, כל משפחה היא ייחודית. מותו של אדם יקר לנו הוא חוויה כה אישית ופרטית, שלא ניתן להסבירה בקלות. כדברי המשורר: "אחרי המוות הראשון, אין מוות נוסף".[6] אך זה לא מדויק. בכל מוות קיימת תחושה שזה מקרה המוות הראשון שאִתו התמודדנו, וכל מוות מחזיר אותנו למוות הראשון, חזרה למקום הקדוש, שבו החיים מתגלים עדינים, שבריריים ובלתי סבירים – כפי שהם באמת.

כמשפחה היינו אמורים להיות בעלי רמת ידע גבוהה יותר בנושאי רפואה וביו־אתיקה לעומת רוב האנשים. אבא היה רופא פנימי כללי בגמלאות, שסיים את חוק לימודיו בבית הספר לרפואה בשנת 1952 ובמשך 40 שנה עסק ברפואה כרופא משפחה. גם אני רופא ומומחה לביו־אתיקה – טיפלתי בילדים גוססים רבים ועזרתי למשפחותיהם לקבל החלטות על טיפול בסוף החיים. אחי הצעיר הוא פסיכיאטר. לכן ידענו עם מה אנו מתמודדים.

אך עדיין לא היינו מוכנים לקבל החלטות, ככל שמחלתו של אבי החמירה. לא הייתה לנו ההכנה לדבר זה עם זה או להתעמת עם השאלות המוזרות, שעלו במצבים אלה על אודות חובה ומחויבות, אשמה, חטא, אומץ וגבולות הנאמנות שלנו זה לזה, לאבא ולערכים שלנו. אחרי הכול, התכוננו למותו של ראש המשפחה שלנו.

---

6 Thomas, D. A refusal to mourn the death, by fire, of a child in London. Available from URL: http://www.poetryconnection.net/poets/Dylan_Thomas/1093

*

מצאתי את הנוירולוג של אבא במשרדו נטול החלונות. החדר היה עטור בתעודות ובתמונות של ילדיו. הוא היה כסוף שֵׂער, בעל מראה אצילי, המיוחד לרופאים המגיעים לגיל 50 (אם אינם הופכים לאלכוהוליסטים). רציתי שיהיה נבון.

לאחר כמה מילות נימוס, הוא החל להסביר את המצב של אבי: דימום במערכת העיכול, אפשרות לקשיי שאיפה ומצוקה נשימתית. על פי נימת קולו ניתן היה להבין שזהו המצב השגרתי שלו, ושהוא מקווה שהשיחה בינינו תהיה קצרה. מצבו של אבי היה די יציב, אמר, אך מובן שלא יצא עדיין מכלל סכנה. אבא היה צריך להישאר ביחידה לטיפול נמרץ למשך הלילה, אך בסך הכול, דברים נראו בסדר, הוסיף הנוירולוג.

אמרתי שאני רוצה לדבר על הוראת DNR. הוא נראה מופתע. הוא הרגיע אותי במהירות, כאילו לא שמעתי בפעם הראשונה שאבא יתאושש ושהוא יוכל לצפות ל"איכות חיים גבוהה". לא יכולתי לדעת אם הנוירולוג התכוון לכך שאינו חושב שיהיה צורך לבצע החייאה, מכיוון שאבא אינו כל כך חולה; או אם הוא התכוון לכך שהוא חושב שביצוע החייאה אינו ראוי, מכיוון שאבא אינו חולה עדיין במידה מספקת במחלה כרונית. ניסיתי להיות ברור יותר. אמרתי שאימא ואני שוחחנו ושאנו מרגישים שבמצב הנוכחי, אבא לא ירצה להיות מחובר לצינורות הזנה או למנשם. אך הרופא ניסה להיות ברור יותר והסביר לי בנימה שמשתמשים בה לסטודנט סורר, שלא הגיע עדיין הזמן למנוע אמצעי החייאה, ושלעת עתה עלינו לעשות כל שביכולתנו כדי לעזור לאבא להתאושש מהמחלה הקשה.

דבריו ונימת קולו עוררו בי זעם. הרגשתי שמציף אותי גל של אדרנלין. יכולתי להרגיש את הלמות לִבי. לא ציפיתי שתהיה בינינו שיחה, שבה יהיה עליי לשלוט בכעסי. אך לרגע קט, רציתי לעבור על פני שולחן העץ שלו, לתפוס אותו בכוח בגרונו, ולצרוח בפניו: "מה לעזאזל אתה יודע על אבא שלי ועל איכות החיים שלו? מה לעזאזל אתה יודע על מי שהוא, או על מה שהוא צריך, ועל מה שעלינו לעשות? מה גורם לך לחשוב, ולו לשנייה אחת, שהדעות שלך קובעות משהו?" אך נשמתי עמוק. בסופו של דבר, אני ביו־אתיקאי. אני יודע איך שיחות כאלה חייבות להתנהל. שמתי לב שעל המדף שלו היו מונחים כמה ספרים בנושא אתיקה רפואית – ויץ', בושאמפ וצ'יילדרס, ועידת הנשיא. שאלתי עליהם. הוא אמר לי שהוא היה יושב ראש ועדת האתיקה של בית החולים שבו עבד.

בסדר, היה עלינו להעלות את הדיון הזה לשלב הבא ולעבור משפה שטחית לשפה המזוקקת, שהתפתחה במהלך 25 השנים האחרונות בקרב ביו־אתיקאים,

עורכי דין ורופאים. זה לא אומר שהדיון צריך להיות בעל נופך פילוסופי או מעודד חשבון נפש. לא צריך לרדת לעומקים הפסיכולוגיים של מה יכולה להיות המשמעות של בן המאבד את אביו, וגם לא למורכבויות של אובדן, שהוא תוצאה של החלטה מכוונת ומודעת של בן, שלא לאפשר לטכנולוגיה הרפואית להאריך את חייו של אביו. זה גם לא צריך להיות ויכוח תיאולוגי. לא צריך להזכיר את אלוהים, חטא או גאולה. לא צריך לשוחח על איזו מבין מחויבויותינו, חובותינו והתחייבויותינו היא קדושה ומקודשת. צריך לנסות, על אף הקושי מבחינה אנושית הטמון במצב בלתי אפשרי זה, להימנע מנושאים וכחניים ומורכבים אלה. צריך לנהל דיון על אודות עקרונות של נהלים. הואיל ורציתי שיוצבו גבולות בכל הנוגע לטיפול מאריך חיים, מטרתי הייתה להראות שהרפואה כבר עומדת בקריטריונים פורמליים מסוימים של הלימות ביו־אתית. הואיל והוא לא היה מעוניין בהצבת גבולות, מטרתו הייתה להראות שהרפואה אינה עומדת בקריטריונים אלה.

זה היה צריך להיות דיון בין שני אנשים זרים, שהיו נחושים להישאר זרים. לא ביקשנו להכיר זה את זה, להבין זה את זה, או לתת אמון זה בזה. ידענו מספיק. מבחינתי, הוא היה נוירולוג, מומחה במתן אבחנה ופרוגנוזה של המחלה (במעבירים עצביים ובפרמקולוגיה). ציפיתי שידע כיצד לפענח סריקות MRI ו-EEG קיוויתי שלא יהיה דתי; ואם הוא דתי, שיניח בצד את האמונות הדתיות שלו. הרי זה לא הוא שאמור לעמוד במרכז. לא צריכים להיות לו רגשות, אמונות או רגשות אשם מוסריים. כמו כן, ידעתי שהוא היה הרופא המטפל, ולכן הייתה לו הסמכות לכתוב (או לא לכתוב) הוראת DNR. כרופא מטפל הוא אמור להרגיש נאמנות מסוימת כלפי אבי כמטופל שלו, ואולי מעט מהמזוהה כיושרה המוסרית של מקצוע הרפואה בתיקים משפטיים מוקדמים, העוסקים בזכות למות. סברתי גם שייתכן שהוא חושש מעט מפני תביעות משפטיות או מפני הסתבכויות משפטיות אחרות עקב הוראת DNR בלתי ראויה.

כמו כן, יכולתי לדמיין מה הוא רואה בי. מבחינתו הייתי "הבן שמגיע מחוץ לעיר". הגעתי הביתה כדי לקבל החלטה לגבי אבי. הוא לא ידע אם אבא ואני היינו קרובים או מרוחקים, אם שוחחנו לעתים קרובות או שלא שוחחנו במשך שנים. סביר להניח שהוא ראה את כל הסוגים, החל מבנים המונָעים מרגשי אשמה, על שזנחו את הוריהם וכעת חוזרים כדי לתבוע כל מיני טיפולים עקרים, בניסיון לגאול את עצמם בצורה משונה של סִנגוּר, ועד לבנים האחרים שחזרו כדי להרוג את אביהם או את אִמם כדי לשים את ידם על הירושה. מהאופן שהביט בי, יכולתי לדעת שדבר לא יפתיע אותו, ושהמניעים שלי אינם חשובים. אך גם חשדתי שמבחינתו, שום מניע לא היה חשוב באמת. תפקידו לא היה

לשפוט, תפקידו היה לנטר. הוא היה כמו שוטר, שיושב לצד הכביש עם מכשיר המכ"ם הידני שלו ואוכף את כללי מהירות הנסיעה. הפניתי את תשומת לבו של הנוירולוג לכך שאבי השאיר צוואה בחיים.

"כן", אמר הנוירולוג, מביט מהורהר ונעלב, "אך איני חושב שאביך נמצא כעת במצב סופני. יש לו רק מעט קשיי נשימה. הוא בוודאי נשף מעט אוויר. יש לו פרקינסון, כמובן, אך הוא יחיה עם המחלה במשך שנים רבות. כך שהצוואה הזאת איננה באמת רלוונטית במצב זה".

הנהנתי באטיות. "הקשב", הוא המשיך, "באמת איני חושב שאביך יזדקק לצנרור. הוא היה די יציב הבוקר. אך אם יזדקק לצנרור, זה יהיה רק למשך כמה ימים. זהו מצב קשה הפיך וקל לטיפול".

הרגשתי כאב ראש מתקרב, גם כשהערצתי את מהלכו החכם של הרופא, כשהוא קולט את המוזרויות של השפה הרגילה של ייפוי כוח למתן הנחיות רפואיות שניתן בצוואה בחיים ואת חוסר הבהירות בזכויות המטופלים. היה עליי להודות שדאגותיו היו מבוססות. האם אבא מילא טופס של צוואה בחיים רק מכיוון שרצה שהטיפול יוגבל כשברור שהוא גוסס, או מכיוון שבמצב בריאותו הנוכחי, הוא רצה לסרב לכל ההתערבויות הרפואיות מאריכות החיים? נראה שהמסמך עצמו לא עזר. הוא היה בוודאי כתוב בשפה שבלונית רגילה, והוריי קיבלו אותו מן הסתם מעורך הדין האחראי לתכנון העיזבון. למען האמת, מעולם לא ראיתי אותו. אימא, כמובן, לא הביאה אותו אִתה. הם שמרו אותו בכספת שלהם. ספק אם הם דנו לגביו עם הרופאים. אני בטוח שהנוירולוג לא ראה אותו. כשאִמי סיפרה לי עליו, היא הנמיכה את קולה, כאילו היה זה סוד עמוק ואפל, סוד מחפיר.

יכולנו ללכת לחפש אותו, אך המאמץ לא היה כדאי. מתברר שצוואות בחיים הן יותר כמו קמעות מאשר מסמכים משפטיים מחייבים. אנשים מחזיקים צוואות ליתר ביטחון, על כל צרה שתבוא, יותר מאשר כדי להכריח רופאים לנהוג בדרכים מסוימות. חשבתי על מרי, המאושפזת במחלקה לטיפול נמרץ, כשהיא חוֹוָה קריסת מערכות, גוססת בדיוק באותה צורה שהיא אמרה שאינה רוצה למות, כשלצדה מקבל ההחלטות הנאמן והדואג, המייצג אותה, ומסרב אפילו לחשוב על טיפול פליאטיבי. ברור שהנוירולוג היה זה שקובע במקרה זה ולא אני. במקרה זה צוואה בחיים לא תקבע את התוצאות.

ניסיתי קו פעולה אחר. אמרתי שבדיוק באותו בוקר, שבו הייתי ביחידה לטיפול נמרץ, דַנו (אבא ואני) בעניין המנשם, ואבא אמר לי שהוא אינו רוצה להיות מצונרר. זה היה נכון למדי.

כמה דקות קודם לכן, כשישבתי לצדו של אבי, ידעתי שעליי לשוחח אתו על כל המתרחש. כמו הנוירולוג וכמו כל הביו־אתיקאים שמכבדים את עצמם, האמנתי שההחלטה לגבי חיבורו של אבי לצינורות ולמכשיר החייאה היא בסופו של דבר החלטה שעל אבי לקבל. קיבלתי את העיקרון הרווח בקרב ביו־אתיקאים, לרבות את העיקרון המרכזי שלפיו אנשים יכולים לקבל החלטות על עצמם בכל הנוגע לטיפול הרפואי, שהם רוצים או שאינם רוצים לקבל. הבנתי כיצד כל זה נובע משורשים פסוידו־קנטיים שברעיון האוטונומיה כתנאי מקדים לכל סוג של מוסריות דתית לשעבר. ידעתי גם שלבקש מאבא לקבל החלטה, המאשרת את מותו־שלו, כשהוא שוכב שם מפוחד, מבולבל וסובל מחוסר חמצן, היא דרך מוזרה לחשוב על מושג האוטונומיה. כמו כן, ידעתי אילו כוחות קסם יכולה לחולל מילה אחת, שתגיע מאבי עצמו. לכן היה עליי לברר מה הוא מבין ומה הוא חושב.

פחדתי להתחיל בשיחה. אין זה קל לשאול את אבא, אם הוא מוכן למות. לאבא ולי מעולם לא היה קל לשוחח זה עם זה גם על נושאים, שהיו הרבה פחות ברומו של עולם מאשר נושא זה. כמו אנשים צעירים בכל מקום, ייחסתי לו תמיד את השתקנות שבינינו, במובן הפשטני של המילה. הוא היה שייך לדור אחר. הוא חונך לשמור את הרגשות לעצמו. הוא שנא להיפתח. הוא לא נהג לבחון את רגשותיו או את מחשבותיו. הוא העדיף להתנחם במרטיני מאשר בשיחה.

כמובן, חילצתי את עצמי ממצב קשה בקלות רבה מדי. תמיד הייתי שתקן אתו, כמו שהוא היה שתקן אתי. זו הייתה דרכנו. הבַנו זה את זה בלי באמת להכיר זה את זה. היינו דומים זה לזה יותר ממה שהייתי מוכן להודות.

כשהוא פיתח את התסמינים הראשונים של מחלת הפרקינסון, הוא לא הודה בכך, ומובן שלא הלך להיבדק אצל רופא. לא ייתכן שלא ידע. אחרי הכול, הוא היה מאבחן מחלות נפלא, הרופא הפנימאי הטוב ביותר בתחומו. הוא אהב לברר ולמצוא מה גרם לתסמיניו של מטופל. רופאים אחרים שלחו אליו מקרים קשים לפיצוח. המקרה שלו לא היה קשה לפיצוח, שהרי התסמינים שלו היו אופייניים וברורים. הוא ידע בוודאי בדיוק מה צופן לו העתיד, אך העמיד פנים שאינו יודע. בהתחלה מחלת הפרקינסון מופיעה בצורה מרומזת וקל להסתיר אותה, כך שיכול היה להתחמק. אך בסופו של דבר, הרעידות, גרירת הרגליים, הפנים נטולי ההבעה, כאילו עטויי מסכה, הבהירו את המצב. כאשר לבסוף נכנע והסכים להיבדק אצל רופא מומחה, הרופא בישר את האבחנה מהקצה השני של החדר.

לאחר שאובחן הוא היה מטופל לדוגמה. הוא נטל בצייתנות את תרופת ה־L-dopa. נראה היה שקיבל לקויות שהלו והידרדרו – אי־יכולתו לנהוג במכונית או לזרוק כדור גולף, הזדקקות לעזרה כשהוא מתלבש, רגליו חָסְרוּ המנוחה. הוא לא נראה מריר או כעוס. הוא רק לא רצה לדבר על כך.

כעת היה עליו לדבר. אם נשימתו מחמירה, יכולים לחבר אותו למנשם; אם לא יעשו זאת, הוא עלול למות; אם יעשו זאת, הוא כנראה ישרוד וימשיך בדעיכה חסרת המעצורים. האם זה מה שהוא רוצה?

שאלתי אותו איך הוא מרגיש. הוא משך בכתפיו. שאלתי אותו אם קיבל את כל התרופות שהיה זקוק להן לשיכוך כאבים. הוא הנהן. שאלתי אותו מה הרופאים אמרו לו לגבי המתרחש. "לא הרבה", לחש.

ברור, איש לא דיבר על מצבו הכללי של אבי. הרופאים והמומחים מהיחידה לטיפול נמרץ עשו את מה שעושים רופאים ומומחים של יחידות לטיפול נמרץ – מתמקדים בבעיות הקשות ומתקנים מערכות איברים, שמצבן מידרדר.

אזרתי אומץ ושאלתי את "השאלה הגדולה". "אבא, מה לעשות אם נשימתך תידרדר, והם ירצו לחבר אותך למנשם? לאפשר להם?"

בלי לעצור ועם נופך של מרירות, ענה בשאלה: "לשם מה?". בתשובתו הייתה תחושה של חיווי, של ויתור. לאחר מכן, באופן מוזר, הוא עבר לדבר בגוף שלישי ובמצב של קוצר נשימה, אמר באופן מסתורי: "למה עלינו ... לצנרר ... זקן כמוהו?"

זה היה רגע מוזר. נזקקתי לדקה כדי לבצע את המעבר שאבי עשה, המעבר מחשיבה על מקרה זה, כהחלטה שהוא מקבל לגבי עצמו, לחשיבה על מקרה זה, כהחלטה שהוא עשוי לקבל כרופא לגבי מטופל במצבו. הגוף הראשון במשפט הפך בצורה מעורפלת ל"אנחנו" ברבים. ייתכן שהוא התכוון לרופאים, למקצוע הרופאה, למשפחה, לחברה. אבא הפך להיות גוף שלישי בעיני עצמו, "זקן" במיטת בית חולים ש"עלינו" לא לצנרר.

אני חוזר לעתים תכופות ומשחזר את השיחה הזאת בראשי. בכל פעם היא נשמעת יותר ויותר ראויה לתשומת לב. אבא ואני ניהלנו שיחה מכרעת, השיחה שכולנו נצטרך לנהל, אם המוות שלנו לא יהיה מהיר ופתאומי. על כולנו יהיה להחליט, אם אנו מוכנים לאשר את המוות שלנו ולחפש שותפים אחרים לתכניות שהָגִינו לגבי שארית ימינו על פני האדמה. חילופי הדברים הקצרים והמסתוריים היו אישיים ופוליטיים, פסיכולוגיים וכלכליים, תיאולוגיים ומשפטיים. חמש המילים הקצרות אך המוחלטות של תשובתו היו פתרון בלתי רגיל לבעיה הבלתי אפשרית. כדי לאשר את מותו־שלו היה עליו לעבור להיות מושא ההחלטה ולא להישאר נושא ההחלטה.

הוא עשה בדיוק את מה שרוב האנשים אינם מסוגלים לעשות. הרי שכשרוב האנשים אינם חולים במצב קריטי וחושבים על בעיות אלה בצורה מופשטת, הם מאמינים שהם ירצו לשים גבולות לגבי סוג הטיפול ולגבי כמות הטיפול שירצו לקבל. הם אומרים שלא ירצו למות, בהיותם מחוברים למכשירים ומבצעים בהם החייאה ביחידה לטיפול נמרץ. רוב האנשים חושבים, שעלויות הטיפול הרפואי הן בלתי נשלטות, שאנו מוציאים כספים רבים מדי על אנשים בחודשים האחרונים לחייהם, ושהדרך הטובה ביותר לצמצם עלויות היא להגביל את הטיפול היקר, שתועלתו שולית, וניתן לאנשים הנוטים למות. אלא שלעתים קרובות, אותם אנשים עצמם מפסיקים להיות משוכנעים באמונתם, כשהם בעצמם מפתחים מחלות או מכאובים – במיוחד אם קיים בעבורם טיפול, ולו רק בעל תועלת פוטנציאלית. אולי הדרך היחידה למנוע חוסר עקביות בלתי נמנע ומחייב זה היא לעשות את מה שאבי עשה – לוותר על הרעיון שחולה יקבל את ההחלטה בעצמו.

אמרתי לנוירולוג שאבא אמר לי, שהוא אינו רוצה להיות מחובר למנשם. מעניין שהנוירולוג לא שאל אותי על פרטי השיחה. במקום זאת, הוא אמר שחלה התקדמות במצב השיטיון של אבא, עד כדי כך שהוא לא יהיה מסוגל עוד לקבל החלטות מסוג זה. יתרה מכך, הוא אמר, המתח הנפשי, שבו היה שרוי עקב המחלה הקשה, פגע גם הוא ביכולתו־שלו לקבל החלטות.

באופן מוזר היו לי בו־זמנית שתי תחושות. הראשונה, חשבתי שהוא כנראה צודק. השתמשתי לעתים בטיעון זה, כשעמדתי מול משפחות. בדרך כלל, אני חושב שחולים, המטופלים ביחידה לטיפול נמרץ, הם כה חולים, שרויים במתח כה רב, ונתונים להשפעת תרופות נרקוטיות כה רבות, עד שהם מאבדים את שפיותם לחלוטין. תופעה זו מאומתת בנתונים הקיימים. לרבים מהמטופלים, ששרדו את היחידה לטיפול נמרץ, לא נשאר כל זיכרון על שהייתם ביחידה זו. אם יש להם זיכרון כלשהו, הוא לעתים קרובות מוזר, מלא הזיות ובלתי אמין. עם זאת, התחושה השנייה הייתה שאם הוא אכן צודק, במה מועילות השיחות על סוג הטיפול בסוף החיים, שאולי נרצה בו יום אחד? אחרי הכול, תמיד ניתן לפסול צוואה בחיים ולומר שהיא אינה ספציפית במידה מספקת או שאינה רואה את הנולד במידה מספקת. תמיד ניתן לפסול הצהרות שנאמרו במהלך מחלה קשה בתואַנַת המתח שהמחלה יוצרת. לכן אין כל משמעות למה שמישהו אומר לגבי מה שהוא עשוי לרצות. ההחלטות לגבי חולים קריטיים יתקבלו תמיד על ידי אחרים.

אולי זו הדרך הנכונה. הרי אפילו אני לא חשבתי באמת, שהאמירה הבלתי ברורה של אבא צריכה להיות בעלת משקל של עונש מוות, שאדם גוזר על עצמו. לו באמת חשבתי שהוא יתאושש ויבריא, הייתי מתעלם ממנה.

ואז עלתה במוחי מחשבה שלישית. לפתע הִכתה בי המחשבה, שהנוירולוג הזה יכול היה להיות הסטודנט שלי. הוא עשה דברים בדיוק באותו האופן שלימדתי סטודנטים לעשות: הוא למד היטב את שיעורי הביו־אתיקה; גישתו הייתה כזו שפותחה על ידי גדולי הביו־אתיקאים; היא נתמכה על ידי תקדימים משפטיים רבים; היא הייתה מחמירה ברמה הפילוסופית, מושרשת בעקרונות המוסריים, המבוססים על התחשבות; היא הייתה מלאה בדקויות משפטיות, בניסיון לאזן בין האינטרס הלאומי של הגנה על אזרחים פגיעים וחלשים לבין חירויותיהם של אותם אזרחים עצמם; ובניסיון להחליט לגבי מה שצריך לעשות להם ולמענם, ומה שאסור שייעשה. נראה שגישה זו היא הדרך הנכונה שיש לפעול על פיה. אך עדיין, בזמן שישבתי שם, הרגשתי כאילו נקלעתי לסיוט פרוצדורלי, לסוג של משחק לשוני מוזר, שבו איבדתי כל קשר למציאויות שאותן הוא ניסה לשדר.

שמתי לב שדבר זה הולך להיות קשה ממה שחשבתי. קשה לנצח בוויכוח עם נוירולוג בשאלה אם מטופל סובל משיטיון או אם הוא מסוגל לקבל החלטות. בנושא זה כל הקלפים היו בידיו. באשר לבעיות הביו־אתיות יכולתי לטעון את הטיעונים משני הכיוונים, ואז הייתי מגיע למבוי סתום. בנסיבות אלה מבוי סתום הוא הפסד. בֵרֵרת המחדל הייתה להמשיך בטיפול מאריך החיים, אלא אם כן הטיעונים להפסקתו היו משכנעים במידה מספקת. בכל זאת, לא הייתי מוכן לוותר, מכיוון שהרגשתי שאני חייב לשמור על מידת־מה של נאמנות לאבי. הוא אמר לי שהוא מוכן למות. אני הייתי חייב להגן על זכותו לעשות זאת. לכן עשיתי את מה שחשבתי שהוא צעד סופי ומכריע.

אבא הכין ייפוי כוח בר־קיימא בכל הנוגע לטיפול הבריאותי, ומינה את אִמי לשמש מיופת כוחו לצורך קבלת ההחלטות בשמו. היא אמרה לי שהיא רוצה הוראת DNR. כך, חשבתי בזחיחות הדעת, ידעתי שדחקתי את הנוירולוג לפינה. אם אבא היה נחשב לכשיר, הוא בוודאי היה מבטא את העדפותיו העכשוויות. אם הוא היה נחשב לבלתי כשיר, היה עליה לקבל את ההחלטות. הייתה לי צוואה בחיים, הצהרה עכשווית, ומיופת כוח שמונתה בזמן.

הנוירולוג הנהן בחָכמה, הרגיע אותי שכל מה שהוא רוצה לעשות הוא לטובתו של אבא, ואמר שהוא יצטרך לדבר עם אימא בעצמו כדי להיות משוכנע, שהיא מבינה את המצב, את אפשרויות הטיפול ואת פרוגנוזת המחלה. כמיופת הכוח של אבי היה עליה לדעת הכול. באופן מיוחד, הוא אמר, הוא רצה להיות משוכנע שהיא הבינה, שאם יהיה צורך לצנרר את אבא, הצנרור יימשך יום או יומיים בלבד.

סוף־סוף, הגענו ללב־לִבו של העניין. מבחינתו של הנוירולוג, לא היה מדובר באיכות החיים של אבא או בהיעדר איכות זו, וגם לא היה מדובר בשאלה אם הוא יציל את חייו של אבא, כדי שיוכל לחיות את שארית חייו במעין מצב של גיהינום נוירולוגי. לא, מבחינתו, מדובר היה רק בשאלה אם אבא גוסס בוודאות, או אם הוא רק פגע במהמורה על הכביש. אם הוא באמת גסס, היה זה נכון להניח לו למות; אך אם מקרה קטן זה של כשל נשימתי היה למעשה מקרה הפיך, שניתן לטפל בו בקלות, נראה שחשב, כי עליו לנסות לשכנע אותנו, שמתן טיפול הוא המעשה נכון. הוא הודה שבעבר היה קשה יותר לערער על שתלטנות מעין זו מאשר היום, אך נראה שחשב כי כוחות השכנוע שלו יוכלו להתגבר על הדרישות הפרוצדורליות המבולבלות של קבלת הסכמתה של אמי. אני מניח שמן הסתם הוא צדק.

ידעתי שניתן לשכנע את אמי לכאן או לכאן. היא הייתה זורמת אתי. היא הייתה זורמת גם אתו. היא הייתה עם אבא לאורך כל זמן חוליו. אף שמחלתו התקדמה, היא התקדמה באטיות. אימא ידעה שהמחלה עומדת להרוג אותו, אך היא לא באמת קיבלה את העובדה שהוא יכול למות בקרוב. ברור שהיא לא הייתה מסוגלת לעמוד על דעתה. אם הרופא היה אומר לאימא, שניתן לטפל בקלות בדלקת הריאות של אבא, היא הייתה מסכימה לטיפול. היא לא הייתה מתעקשת "לא לבצע החייאה" או "לא לצנרר", מכיוון שהיא קיבלה בדרך כלל את דעתם של רופאים, מכיוון שהיא עצמה הייתה כל כך מבולבלת רגשית ומלאת מחשבות מנוגדות, ומכיוון שכפי שהנוירולוג הסביר, לא היה כל היגיון למנוע משהו פשוט ויעיל.

שיחות בין בני משפחה ורופאים על אודות טיפול מאריך חיים מתנהלות לעתים קרובות באופן זה. הכללים נראים ברורים דיים בתחילת השיחה. אך ככל שהשיחה מתקדמת, כללים אלה נראים פחות ופחות חשובים ורלוונטיים. ניתן לפרש אותם בדרכים כה רבות ושונות, עד שאנו בקושי נעזרים בהם לצורך הנחיה וכיוון. במקום זאת, הם ממלאים תפקיד שונה לגמרי – הם מאפשרים לנו לספר לעצמנו סיפור מנחם, המסביר לנו מדוע זה בסדר מבחינתנו לאשר את המתתו של יקירנו, דבר שבאופן כמעט בלתי נמנע נראה פסול וגורם לנו להרגיש רע. הוא נראה פסול וגורם להרגיש רע גם לאנשים כמוני, שלעתים קרובות מייעצים לאחרים לעשות זאת, או לאנשים אשר כל עוד אינם מתמודדים עם החלטה כזו, יש להם אמונות מוצקות לגבי מידת הצדק שבוויתור על טיפול מאריך חיים. פיטר זינגר, הביו־אתיקאי התועלתני המעמיק, שטוען נגד שימוש במשאבים לטיפול באנשים בעלי ליקויים נוירולוגיים, משלם במשך שנים בעבור שירותי טיפול סיעודי פרטי לאמו חולת האלצהיימר. מי יודע מה דן קלהן,

התומך בהגבלת טיפול מאריך חיים לאנשים שעברו את תוחלת החיים הטבעית שלהם,[7] יחליט על עצמו כעת כשהוא בן 80?

הודיתי בתבוסתי. הדבר המוזר הוא שידעתי בדיוק איך הנוירולוג מרגיש. מבחינתו כרופא כל זה קרה במהלך יום עבודה אחד. לעומת זאת, מבחינת אימא ומבחינתי ההחלטה עתידה לעצב את חיינו. עמדנו על פרשת דרכים. יכולנו לאבד את אבא לעד או להציל את חייו למען חיים שעלולים להיות גרועים ממוות.

אולי טעיתי כשרציתי שלא יחובר למנשם. אולי התחכום העדין של הביו־אתיקה המודרנית, הגלום בטיעונים העשויים היטב של הנוירולוג, הֵגֵן על אבא מפני אנשים כמוני, תוך הבטחה שלא אקבל החלטות נמהרות ואנוכיות. מטרתו של שריון מגן זה, המעוגן בנהלים, הייתה לגרום לי לשמור על רמה מוסרית גבוהה, לוודא שההחלטות שלי לא יתקבלו מתוך שיקולים של נוחות אישית או של רווח כספי לעצמי ולא מתוך כל שיקול אחר, שלא התמקד באבא, במי שהוא היה, במה שהיה טוב בשבילו ובמה שהוא היה רוצה שייעשה לו, לוּ היה במצב שבו יכול היה לקבל החלטות בעצמו.

זוהי מערכת אידיאלים לתפארת, המושתתת על האידיאל המפואר של האינדיבידואליזם. אמות המידה, שעל פיהן בן או רעיה מחליטים לגבי אב או בעל, היו אותן אמות מידה, שעל פיהן שופט מחליט לגבי אדם זר. סוג הקשר לא היה רלוונטי. כסף לא היה רלוונטי. כל מה שטוב לאבא בעיני צופה אובייקטיבי לא היה רלוונטי. הדבר היחיד שהיה רלוונטי, על פי גישה נפלאה, מטורפת ובלתי אפשרית זו להחלטות, היה מה אבא רוצה. זה לא היה רלוונטי, שאבא לא היה מסוגל לומר מה הוא רוצה או שהוא אולי לא ידע אפילו מה הוא רוצה, או שלא ניתן היה לצפות בצורה סבירה מאיש במצבו של אבא להשתתף בדיון על מה שהוא רוצה.

הבעיה העמיקה אף יותר. לא ידענו אפילו למה התכַוונו אנו, כשאמרנו "אבא". האם הוא אותו אבא שלימד אותי לזרוק כדור בסיס רך (Softball)? האם הוא אותו אדם שטיפל במאות מטופלים הנוטים למות במהלך הקריירה הארוכה והמצליחה שלו? האם הוא אותו אדם שראה איך מחלת הפרקינסון הורסת את חייהם של אנשים שהוא העריץ? האם הוא אותו אדם שמינה את אימא להיות מיופת הכוח שלו בקבלת החלטות? גופו השתנה לחלוטין מאז שהיה האדם ההוא. האם נותרה הוויה כלשהי באדם שהיה ונעלם?

---

7 Callahan, D. (1995). *Setting Limits: Medical goals in an aging society.* Washington, DC: Georgetown University Press

הגישה האינדיבידואליסטית, המבוססת על אוטונומיה, היא גישה המושתתת על אידיאלים, במיוחד בכל הנוגע ליכולות האדם. היא צינית מאוד לגבי ערכן או אמינותן של זוגיות, משפחה וקהילה. גישה זו יוצאת מנקודת הנחה, שאבא היה זקוק להגנה מפניי, מפני אחיי ואחותי, מפני אשתו, מפני הפחדים שלנו ומפני המטרות האנוכיות, שעלולות להיות לנו. אפשר שמניעיי לא היו טהורים לחלוטין. האם כל בן יכול להיחשב בעל מניעים טהורים, כשבידיו הסמכות לאשר את מותו של אביו?

התוצאה הפרדוקסלית של צורת ההסתכלות הזו על דברים הייתה שבסופו של דבר, היא לא באמת כיבדה את האוטונומיה של אבא ולא אִפשרה לו לחיות ולמות על פי הערכים והמחויבויות העמוקים שדגל בהם. היא לא הגשימה את הייעוד שלה. היא הייתה כישלון מעצם הגדרתה. אבא לא היה באמת מוגן, ואיש לא כיבד את רצונו. במקום זאת, הוא הפך להיות "חפץ"; הוא הפך להיות סמל והפסיק להיות אדם פרטי; הוא הפסיק להיות מטרה בפני עצמה, אלא הפך להיות האמצעי להגיע למטרה.

שנינו הפכנו להיות סמלים במשוואה המורכבת של החלטות, שיש לקבל היום לגבי סוף החיים. את המשתנים במשוואה ניתן לכמת ברמה התיאורטית. נניח שמשתנה x = באיזו מידה היה אבא מסוגל לקבל החלטות בעצמו; נניח שמשתנה y = לאיזו רמת ספציפיות הגיע תכנון הטיפול המתקדם שלו; נניח שמשתנה z = באיזו מידה ידענו מה הוא יאמר ומה הוא ירצה. לאחר מכן נניח שמשתנים a, b ו-c מייצגים את המשתנים שלרוב אין התייחסות אליהם, דהיינו באיזו מידה היינו מוכנים להניח לו למות במצב זה. היה קשה להגדיר באופן מדויק מהו הערך המכומת של משתנים אלה. היחסים האמתיים ביניהם לא צוינו. אך איכשהו, פתרון המשוואה יכול היה להוביל להחלטה, אם איש זה (אבי) יחיה או ימות.

הצורך לפתור משוואות אלה חדש מאוד. אילו הנוירולוג ואני היינו מנהלים שיחה זו לפני 30 או 40 שנה, אזי הוא היה מקבל את ההחלטה ומודיע לי מה התכנית. אני, מצדי, הייתי מסכים לה ללא עוררין. ייתכן שהייתי אסיר תודה או ייתכן שהייתי נרגן, אך בכל מקרה הייתי נטול זכות דיבור או סמכות. כעת היה עליו לשאת ולתת אתו ולהפעיל את סמכותו בדרכים מתוחכמות. לי (או למשפחתי) הייתה יותר סמכות ממה שיכולה הייתה להיות לנו לפני עשרות שנים, אך סמכותנו הוגבלה על ידי מוסכמה חברתית, משפטית ופילוסופית חדשה לגבי מה שביכולתנו לעשות, מתי נוכל לעשות זאת ומדוע. איש מאתנו לא היה חופשי במידה שקיווינו להיות.

ניתן לכנות גישה זו בשם "המוסכמה הביו־אתית החדשה לגבי ההחלטות על סוף החיים". היא מבוססת באופנים מסוימים על אידיאלים עמוקים מאוד. על פיה נדמה שיש לנו היכולת לתכנן את המוות שלנו בדרכים העולים בקנה אחד עם הערכים שלנו.

אולם באופנים חשובים אחרים, מוסכמה חדשה זו היא פסימית מאוד. הדגש שהיא שמה על האוטונומיה ועל האינדיבידואליזם מלווה בחוסר אמון בזוגיות, במשפחה ובקהילה. הנוירולוג יצא מנקודת הנחה שאבא היה זקוק להגנה מפניי ומפני אשתו. התוצאה הפרדוקסלית, אך הלא־חריגה, הייתה שדווקא שאמור האוטונומיה היא זו שלא אִפשרה לאבא לחיות ולמות בהתאם לערכים העמוקים שבהם דגל. במקום זאת, הוא נותר נתון לרחמיה של מערכת רפואית, שהיו לה היגיון פנימי וערכים משלה. שילמנו מס שפתיים לכוח האוטונומיה המשחרר, אך לאחר מכן כבלנו אותה במכשולים משתקים המעוגנים בנהלים.

גיבוש המוסכמה הביו־אתית החדשה הזו היה ניסוי חברתי שנמשך 40 שנה. בתחילה חשבנו שאנו מבינים כמה דברים לגבי הבעיות הכרוכות בהחלטות על סוף החיים ולגבי הדרך לקבל אותן. על סמך הבנות אלה חשבנו, שנוכל לפתח דרכים משופרות לקבלת החלטות אלה. רוב הדברים, שחשבנו שאנו יודעים, התברר כשגוי.

עוד בשנות ה־70 האמינו עורכי דין, הוגי מדיניות וביו־אתיקאים רבים, שמטופלים ובני משפחותיהם אינם מעוניינים, בדרך כלל, בטיפול מאריך חיים הכרוך בטכנולוגיה עלית, כפי שסיפקו הרופאים. על פי השקפה זו, הבעיה הייתה שהרופאים לא יכלו לקבל מוות, והייתה להם כל הסמכות לקבל החלטות קליניות. הפתרון אז היה להעניק למטופלים ולבני משפחותיהם סמכות כלשהי, להתנגד לרופאים ולסרב לקבל טיפול מאריך חיים בלתי רצוי.

האמת כפי שהתבררה, הייתה שמטופלים רבים ובני משפחותיהם לא חששו מטיפול־יתר. חששות אלה היו מנת חלקו של מיעוט קטן מקרב המטופלים, שברובו היה משכיל מאוד ובעל כוח והשתמש בכישורים אלו כדי להטיל ספק בסמכות הרופאים. לעומת קבוצה זו, מטופלים רבים רוצים לקבל טיפולים מאריכי חיים מעל ומעבר למה שהרופא חושב שמתאים לתת. במקום הצורך להיות מוגנים מפני טיפול־יתר המוכוון על ידי הרופא, רבים מהמטופלים ומבני משפחותיהם מוצאים את עצמם במצבה של אִמו של הילד החולה במחלת מנקס או במצבו של סֶם, שמסתכל במרי הנאבקת בבעיות נשימה – ובוחרים במתן טיפול מעבר למה שהרופאים והאחיות רוצים לתת. החוקים, המאפשרים למטופלים ולבני משפחותיהם לסרב לקבל טיפול, מאפשרים להם גם לדרוש טיפול נוסף.

התוצאה היא המצב הנוכחי ביחידה לטיפול נמרץ – סוג של שמיכת טלאים הכוללת אוטונומיה ושתלטנות של הממסד הרפואי, התמקדות במטופל תוך התייחסות בכבוד בני המשפחה, התמקדות בחששות מעלויות אך גם התמקדות בחששות ממתן גישה לאפשרויות טיפול שונות והוגנות. בניסיון לכבד כל אחד מהחששות הסותרים האלה, אנו מציעים למטופלים ולבני משפחותיהם מערך אבסורדי של אפשרויות טיפול מאריך חיים, וגם מערך של דרכים מעוגנות בנהלים (מתוחכמות, שנונות יותר וערמומיות יותר), שמטרתן להגביל את הגישה לכל אפשרויות הטיפול, שאנו יכולים לתת ולאפשר אותה רק לאנשים מסוימים ובנסיבות מסוימות.

הפתעה נוספת הייתה שהתרופפות הכללים האוסרים ניתוק ממכשיר ההחייאה ואפילו העיגון בחוק של התאבדות בסיוע רופא, לא הובילו להחלקה פזיזה במדרון, שנתפס תלול וחלקלק אל עבר פיחות בערך חייהם של אנשים מבוגרים, נכים או כאלה הנדחקים לשולי החברה. גם במדינות שבהן התאבדות בסיוע רופא עוגנה בחוק (בחלק ממדינות ארצות הברית) ובמדינות שבהן המתת חסד עוגנה בחוק (בהולנד ובשוויץ), לא השתמשו באפשרויות אלו בקנה מידה רחב. אדרבא, אפשרויות אלה הפכו להיות מאפיין יציב למדי בעולם ההחלטות לגבי סוף החיים, ורק קבוצה קטנה של אנשים בחרה בהן במצבים שהשימוש בהן נחשב בר־הגנה מבחינה אתית. לא ניתן לראות טרקליני התאבדות לצד בתי חולים, זירות ספורט או בתי בושת.

לבסוף, ואולי באופן מפתיע ביותר, רוב האנשים, הבוחרים בטיפול פליאטיבי, אינם בוחרים בו במקום טיפול מאריך חיים אגרסיבי. הם בוחרים בו בנוסף לטיפול מאריך חיים. אף שכיום שליש ממקרי המוות בארצות הברית מתרחשים במוסדות לחולים סופניים, האמריקנים מקבלים יותר טיפול ביחידה לטיפול נמרץ מאשר בעבר. במקביל, הם מקבלים גם יותר טיפול במוסדות לחולים סופניים. הטיפול הפליאטיבי אינו נחשב לטיפול חלופי, הוא טיפול נוסף. כתוצאה מכך, העלייה בהיקף השימוש בטיפול הפליאטיבי אינה חוסכת כסף, כפי שרבים חשבו שתחסוך. היא תורמת לעלייה בעלויות הטיפול הרפואי ולא מרסנת אותה.

לכן כיום ביחידות לטיפול נמרץ מציעים מגוון רחב של אפשרויות ואף ממליצים עליהן. אנו מותחים קו בקצה אחד של הקשת, בדיון המעמיק בשאלה אם מטופלים ובני משפחה יכולים לדרוש טיפולים שרופאים סבורים, שהם חסרי תועלת לחלוטין. אנו מותחים את הקו בקצה השני של הקשת, לפחות בארצות הברית, באיסור על המתת חסד. אך בין איסורים אלה, הנעים בין שני קַצְוות הקשת, הדרך שלנו (לאפשר לאנשים למות) היא להתיר להם לכתוב

כמעט כל סיום שירצו לסיפור חייהם ולסיפור של יקיריהם, ולתת להם תמיכה כספית לצורך כך.

הגישה העכשווית שלנו לגבי החלטות על סוף החיים נתפסת כגישה שאיננה בת־קיימא. בנושא זה יש הסכמה מצד מלומדים, הוגי מדיניות וביו־אתיקאים מכל הקשת הפוליטית והפילוסופית. איננו יכולים להמשיך כך, אך אין איש שיכול להצביע על הפתרון הנכון. המבוי הסתום מוביל לפשרות מכוערות ופוגעניות.

לאן כל זה יוביל? כיצד ייראה טיפול שיינתן בארצות הברית לקראת סוף החיים בעוד 25 שנה מהיום? ובכן "קשה לנבא, במיוחד כשמדובר בעתיד". אך סיפורים כמו של אבי, של סֶם, של מרי ושל הילד הקטן שחלה במחלת מנקס עשויים לשפוך אור על הדרך שבה אנו מתקדמים.

*

באותו לילה לא נכתבה הוראת DNR, שתורה שלא לבצע החייאה וגם לא הוראת DNI, שתורה שלא לחבר את אבא לצינורות הזנה. לאחר שיחה עם הנוירולוג, אימא אמרה לי "לא הייתי בדיוק מוכנה". כפי שהתברר, זה לא שינה לכאן או לכאן. הוא שרד את הלילה ללא צורך בצנרור. קשיי הנשימה שלו פחתו מאליהם. למחרת הוא הוצא מהיחידה לטיפול נמרץ ושוחרר הביתה שלושה ימים לאחר מכן במצב הבריאותי "הרגיל" שלו. כל הדיונים שלנו היו סוג של הרצה.

בסופו של דבר, אימא לא יכלה לטפל בו בבית. הוא עבר לבית האבות של הקהילה היהודית במחוז מונטגומרי, מתקן הנמצא במרחק של כמה בניינים מבית מגוריה של אמי. תמורת $10,000 לחודש (סכום זה לא כלל שירותי טלפון, טלוויזיה בכבלים, כביסה או מספרה) הוא טופל במסירות רבה על ידי שתי אחיות נפלאות – אחת מהפיליפינים, והשנייה ממערב אפריקה.

לעתים מדברים אנשים על החלטות לוותר על טיפול מאריך חיים כבחירה הולמת, אם וכאשר נטל הטיפול מתחיל להיות כבד מהתועלת האפשרית שניתן להפיק ממנו. במקרה של אבא, זה לא היה הדבר הרלוונטי ביותר. הטיפול שהיה זקוק לו לא היה כה מעיק. הוא רק היה צריך לבלוע טבלייה אחת או שתיים ביום. אלא שהנטל האמתי היה המחלה עצמה, והאופן שבו היא הפכה את גופו לקליפה חיצונית כבדה וחסרת תועלת.

לקראת הסוף הוא הזדקק לעזרתן של שתי אחיות חסונות כדי להביא אותו לחדר השירותים. הן הרימו ממיטתו את גופו הנוקשה כקרש והוליכו אותו שלושה צעדים לאסלה. הוא ניסה בכל כוחו להזיז את רגליו כדי לעזור להן בזמן

שהן ייצבו אותו בזהירות רבה, כך שיוכל ליפול אחורה למצב של חצי ישיבה. מאמציהן להביאו לחדר השירותים (במקום לשים לו חיתול) היו הפגנה מרגשת של כבוד. אבא נהנה תמיד מטיול הבוקר שלו לשירותים, עם העיתון ביד. אותם רגעים של התבודדות היו כמו טקס דתי לרופא החילוני הזה. אובדן הפרטיות היה כנראה גרוע אף יותר מאובדן הכבוד העצמי, שהתלווה באופן בלתי נמנע לצורך שמישהו ינגב לו את פי הטבעת. על מה הוא יכול היה לחשוב, כשכוח העזר של האחיות צפה בו בתשומת לב רבה, עד שיסיים או עד שנראה שהתאמץ במידה מספקת? בסופו של דבר, המאמצים היו קשים מנשוא. אז התחילו לשים לו חיתול וקתטר קונדום.

השיטיון שממנו סבל החמיר. לקראת הסוף הוא לא זיהה איש מהמשפחה, לא ידע היכן הוא נמצא, ולא היה עוד כל טעם לעזור לו להגיע לחדר השירותים. הוא שכב במיטה עם חיתול. הוא היה עדיין מסוגל לאכול דרך הפה, אך אט־אט ירד במשקל. הוא חלה, וחומו עלה מדי שישה חודשים בקירוב. בכל פעם היה על אימא להחליט, אם לאשר ביצוע של צילום חזה, תרבית שתן או נטילת אנטיביוטיקה דרך הפה. כל החלטה הייתה כרוכה במאמץ גדול. טיפולים אלה היו כה פשוטים, שהיה קשה שלא לאשר אותם. לאחר כל מקרה כזה אימא מתחה ביקורת על עצמה ונשבעה, שזו תהיה הפעם האחרונה. מה הטעם, היא שאלה. בכל פעם שהרגיש טוב, היא אמרה בעקשנות שלא תאשר טיפול נוסף. בכל פעם שחלה, היא שינתה את דעתה.

הצעתי לאימא להכניס את אבא למוסד לחולים סופניים. אימא לא רצתה גם את זה לעשות. עד כמה שהדבר מוזר, בעיני רוחה אבא לא גסס, אלא דעך, והמוסד לחולים סופניים חתר תחת אשליה זו.

כשלא היה חולה במחלה קשה, אבי לא נראה גוסס או סובל. כשהייתי בא אליו לביקור, הוא היה מברך אותי תמיד בעליצות תמימה. הוא היה שרוי שם בשלווה. השיחות שלנו היו תמיד סתמיות לחלוטין. כל מה שאמרנו זה לזה היה נעלם. המילים שלנו היו כמו ליטופים – נגיעה רגעית כדי להתחבר זה לזה. לא היו לו כאבים, ולא נראה שהוא סובל.

הוא יכול היה להיות נחמד ומקסים באופן המרמז על כך שאין לו מושג מי אני. זו הייתה נחמדות אינסטינקטיבית, הנובעת מהיותו אדם מנומס וחברותי. הוא היה מפטפט להנאתו, מדבר על אנשים שבאו לבקר אותו בלילה הקודם, על טיולים שתכנן לצאת אליהם מאוחר יותר באותו יום, או לעתים על מטופלים שקבעו תור אצלו לאותו בוקר. פעם בכמה זמן היה אומר דבר־מה שנון או פואטי, משהו שיכול היה באמת להיות שיר הָיְיקוּ חכם. רשמתי את חלקם:

הילדים בגינת המשחקים
מתעופפים אל הוריהם.
כמו שאתה אהבת לעשות.

אבי הגיע לביקור אתמול בלילה.
הוא בכה.
אז נתתי לו את המרק שלי.

באחד הימים עלה לו החום, הוא התכסה בזיעה קרה, והיו לו צמרמורות. שוב התמודדנו עם ההחלטה, אם לעשות משהו לגבי מצבו. הפעם הוא נראה לא בעניינים. הוא אכל פחות והיה רזה וחלש. האחות שאלה, מה אנו רוצים לעשות. אימא ביקשה שלא יתנו לו אנטיביוטיקה או נוזלים נוספים. קראנו לבני המשפחה ואמרנו להם שאנו חושבים שהוא גוסס. באותה נקודת זמן אימא הסכימה שיש להתייעץ עם מוסד לחולים סופניים (הוספיס). חוויית ההצטרפות להוספיס הייתה מוזרה למדי. התקשרה אלינו פקידת דת וקבעה פגישה אִתנו. היא ישבה אִתנו ועזרה לנו למלא את הטפסים הרבים, שהיה עלינו למלא – חצי שעה לפחות של מילוי טפסים שבהם נדרשה חתימתנו.

רופא ההוספיס הגיע זמן קצר לאחר מכן. הוא היה בחור רציני. הוא נראה מעט נבוך, לא ידע בדיוק מה אנו מצפים ממנו. היה ברור שאבא גוסס – הוא קדח מחום, נשימתו הייתה מואצת, הוא לא אכל ולא שתה, ולא היה מחובר לצינור אפי-קיבתי או לעירוי תוך־ורידי. אם הוא לא מת עד עכשיו מדלקת ריאות, הוא ימות בוודאי מרעב ומהתייבשות. הרופא הבטיח לנו שיבוא לבדוק אותו מדי יום ויעשה כל שביכולתו כדי לגרום לאבא להרגיש נוח. הוא נראה כמי שלא התכונן לדאגות של אימא. היא אמרה לו, שכל בני המשפחה מגיעים בטיסות ושהיא מקווה שיעזור לנו "לסיים כבר עם כל זה".

הרופא הסביר לה בסבלנות שכבר הוזמן מורפיום בשביל אבא, כנדרש לשיכוך כאבים או אי־נוחות, אלא שכעת לא נראה שהוא סובל מכאבים. לכן, הוסיף הרופא, אין הוא יכול להגדיל את המינון של המורפיום. היה ברור שאימא חשבה שזהו מצב בלתי שפוי. כבר הסכמנו שלא להזין אותו ולא להתחיל בעירוי תוך־ורידי; הסכמנו גם שלא לטפל בזיהום שלו; אבא התקשה לנשום ונתנו לו מורפיום במקום חמצן; ידענו לאן כל זה מוביל. למה שלא להגדיל את מינון המורפיום ולסיים עם הכול?

היה ברור שאִמא חשה לחץ חברתי. היא הזמינה את כולם ללוויה. עדיף שהוא ימות מאשר שהיא תהיה במצב מביך.

הכול הסתיים תוך זמן קצר. עובדי ההוספיס באו ביום שישי בבוקר. אבא נפטר בשבת מוקדם בבוקר, לאחר שהייה של פחות מ־24 שעות בהוספיס. הוא

יופיע בנתונים הסטטיסטיים כאחד מתוך מספר הולך וגדל של אמריקנים, שנפטרו במסגרת הטיפול בהוספיס ושמשך שהייתו בהוספיס היה קצר.

אני תוהה לעתים קרובות, מה היינו חושבים על אותן שנים ועל אותן הוצאות על בתי אבות סיעודיים, לו במהלך שהייתו ביחידה לטיפול נמרץ בווירג'יניה היה זקוק לצנרור והיו מחברים אותו לצינורות. האם היינו כועסים כל הזמן על הרופאים, על הרפואה? האם היינו מאשימים אותם על הארכת ייסוריו של אבא ועל כל ההוצאות? את מי אנו יכולים להאשים כעת?

*

להפתעת כולם, נראה שמצבה של חמותי (מרי) הלך והשתפר. לאחר יומיים על סף העולם הבא, יומיים של אצירת שתן, יומיים שבהם ישבו בני המשפחה בשקט לצד מיטתה ודיברו אל הגוף שלה הבלתי מגיב והרגוע מתרופות, בלי לדעת אם היא שומעת דבר ממה שאמרו, היא החליטה בכל זאת שלא למות. כליותיה נפתחו. היא החלה לנשום טוב יותר, ספירת תאי הדם הלבנים שלה חזרה להיות תקינה, היא הייתה מסוגלת לזהות בני משפחה ולנהל שיחות קצרות. במשך כמה ימים איש לא היה מוכן להאמין שתצליח באמת להישאר בחיים. אך כשהסירו ממנה את מכשיר ה-BiPAP, והיא הייתה מוכנה להשתחרר מהיחידה לטיפול נמרץ, כשהיא לא רק הגיבה לכולם בשיחות אלא למעשה חזרה להיות הרגזנית שהייתה, דורשת להשתחרר מבית החולים ומתלוננת על האוכל, אנשים החלו להאמין שהיא בעצם עשויה לשרוד.

עדיין אין לנו מושג איך היו נראים חייה לו שרדה, האם הייתה מסוגלת לחזור לביתה או שהייתה מבלה את שארית חייה בבית אבות סיעודי? האם הייתה מסוגלת לחשוב, לדבר, לקרוא או לעשות התעמלות אירובית? יש לנו מושג כלשהו (אך כנראה לא מדויק) כמה הייתה עולה שהייתה בבית חולים. החשבון היה מגיע כנראה למיליון דולר. ללא הטיפול הנמרץ, מכשיר ה-BiPAP, האנטיביוטיקה, הסטרואידים והתרופות להעלאת לחץ הדם, קרוב לוודאי שהייתה מתה.

רב אחד סיפר סיפור על אישה וילדיה (ילדים מבוגרים) שבאו אליו, ובייאושם התחננו אליו שידבר עם בעלה. האיש אובחן כמי שסובל ממחלת עורקים כליליים. רופאיו אמרו לו, שיש לו חסימה בשיעור של 95% בארבעה עורקים כליליים ראשיים, שזה מפתיע מאוד שהוא עדיין בחיים, ושללא ניתוח, ימות בוודאות במהלך ששת החודשים הבאים. הרב הסכים לשוחח אתו. האיש לא רצה לעבור ניתוח. לדבריו, הוא חי חיים טובים. הוא היה בן 88. הוא היה מוכן למות. הרב שכנע אותו, שעליו לעבור את הניתוח למען משפחתו, שזו תהיה

דרכו לדאוג להם, דבר שעשה כל חייו, ושעדיין היה חשוב לו מאוד. הוא עבר את הניתוח. הניתוח הצליח. הוא הרגיש טוב במשך שישה חודשים, ואז אובחנה אצלו מחלת האלצהיימר. את שש השנים האחרונות לחייו הוא בילה בבית אבות סיעודי, כשהוא סובל משיטיון. כשהרב סיפר את הסיפור, הוא משך בכתפיו, כאילו אומר: "מה אפשר לעשות? אין לנו שליטה על דברים".

אם כן, מה אנו למדים מהסיפורים האלה? ההחלטות המייסרות אותנו הן לא תמיד ההחלטות החשובות ביותר. התייסרנו בשאלה אם לחבר את אבא למנשם, אך בסופו של דבר הוא לא היה זקוק לו. גם מרי יצאה מהיחידה לטיפול נמרץ ללא מנשם. נראה שמשפחות ורופאים גם יחד מצויים בעלטה העמוקה של אי־הוודאות של פרוגנוזת המחלה, ואי־ודאות זו הופכת לבסיס של אי־ודאות מוסרית עמוקה אף יותר. בתגובה, אנו מנסים לעשות את הטוב ביותר שאנו מסוגלים בעזרת המכשירים הטכנולוגיים והכללים המוסריים שלנו. ולעולם אין אנו משוכנעים אם הטוב ביותר הוא טוב במידה מספקת.

יש רבנים הסבורים, שאברהם לא עמד במבחן שאלוהים העמיד אותו בו. הם טוענים שאלוהים ציפה שאברהם ימחה על הדרישה להקריב את יצחק. הרי אברהם מחה על תכניותיו של אלוהים להשמיד את סדום ועמורה. כראיה לאכזבתו של אלוהים, הם מצטטים את האירועים שאירעו לאחר העקדה. בתורה אלוהים אינו מדבר שוב אל אברהם. אברהם אינו מדבר שוב אל יצחק. והדבר הבא, שאנו שומעים על שרה, הוא דבר מותה.

קשה לדעת אם אנו עומדים במבחנים שלנו. הילד הקטן, החולה במחלת מנקס השתחרר הביתה עם מכשיר BiPAP, והוא עדיין חי עד ימים אלה. התאוששותה של מרי נמשכה יומיים בלבד.

התאוששותה המזערית של מרי התבררה כהתאוששות קצרה למדי. כמה ימים לאחר שעזבה את היחידה לטיפול נמרץ, חזר לה החום הגבוה, נשימתה הידרדרה ולחץ הדם שלה החל לרדת. היא חזרה ליחידה לטיפול נמרץ. ערכי ספירת תאי הדם הלבנים שלה היו גבוהים. בסריקת אולטרסאונד ניתן היה לראות שיש לה דלקת בכיס המרה. היא נזקקה לניתוח להסרת כיס המרה, אך סברו שהייתה חולה מדי כדי שתוכל לעבור אותו. נתנו לה אנטיביוטיקה והחדירו נקז חיצוני לכיס המרה שלה. היא סבלה מכאבים קשים, שבקושי ניתן היה לשכך אותם באמצעות מורפיום. עם כל סיבוך חדש, פחתו סיכוייה לשרוד. אך לכל סיבוך חדש היו טיפולים אפשריים. לא היה סיבוך אחד מסוים, שנראה חמור במידה מספקת כדי להצדיק את הריגתה, ולמעשה הם היו גרועים יותר מסך כל חלקיהם.

היא נפטרה יומיים לאחר החדרת הנקז לכיס המרה שלה. בשעותיה האחרונות הרופאים שכנעו את סֶם שהחייאה או הנשמה מכנית יהיו חסרי תועלת. היא נפטרה ביחידה לטיפול נמרץ. קשה לדעת אם היא נפטרה, כפי שהייתה רוצה למות. גם עיסוק בספקולציות פירושו לשאול את השאלה הלא נכונה. היא יצאה מהמשוואה כמקבלת החלטות, כמישהי שעל פי ערכיה והעדפותיה יישק דבר. באופן מוזר הדרמה הפכה לדרמה על השורדים, על הטיפול בהם באמצעות עיצוב אירועים, שהם יוכלו להפוך לסיפור, שאִתו יוכלו לחיות. מוסר ההשכל מהסיפור הוא: "לא ויתרנו. עשינו כל שהיה ביכולתנו לעשות".

למרבה המזל, זה אינו מדויק. אין אנו עושים את כל שביכולתנו כמעט אף פעם. אם נעשה הכול, נתאכזר למעשה ונייסר את יקירינו, כשהם נוטים למות. במקום זאת, אנו מנסים למצוא את האיזון החדש והחמקמק, אנו עושים כל דבר הגיוני במסגרת המורכבת של מחלה מסוימת כלשהי ואנו מבינים שלעתים מוות איננו התוצאה הגרועה ביותר.

פרק שמיני

סיפורים: מענה לג'והן לנטוס

אלן ג'וטקוביץ*

מנהל מרכז יעקובוביץ לאתיקה רפואית יהודית, מנהל עמית של תוכניות לימודים
ועניינים אקדמיים, בית הספר לרפואה בינלאומית, הפקולטה למדעי הבריאות,
אוניברסיטת בן־גוריון בנגב

מבוא

במאמר המופיע בכרך זה,[1] ג'והן לנטוס נעזר בסיפור כדי לתקוף באופן מרומז את הדיון הביו־אתי ואת האופן שבו דילמות ביו־אתיות נפתרות במוסדות בריאות מערביים. כשהוא מספר את סיפור מותם של אביו ושל חמותו, הוא מדגיש את הליקויים שבשימוש במודל המקובל ביותר של קבלת החלטות ביו־אתיות (הפרינציפליזם) במצבים קליניים בחיים האמתיים. על פי המונח פרינציפליזם, שהגו בושמפ וצ'יילדרס, יש לנתח דילמות אתיות באמצעות ארבעת עקרונות היסוד של הביו־אתיקה: אוטונומיה, אי־גרימת נזק, עשיית טוב ועשיית צדק. כשעמדה בפני אביו המבוגר (החולה במחלת הפרקינסון והסובל ממצוקת נשימה) השאלה הקשה אם להתחבר לצינורות הזנה, לנטוס מציין עד כמה ההסתמכות על עקרון האוטונומיה, בניתוח הדילמה האתית, אינה עומדת במבחן המציאות מכמה סיבות.

> 1. המתח הנפשי, שבו היה שרוי עקב המחלה הקשה, פגע גם הוא ביכולתו־שלו לקבל החלטות ... בדרך כלל אני חושב שחולים, המטופלים ביחידה לטיפול נמרץ, הם כה חולים, שרויים במתח כה רב, ונתונים להשפעת תרופות נרקוטיות כה רבות, עד שהם מאבדים את שפיותם לחלוטין.[2]

---

* דוא"ל: ajotkowitz@hotmail.com

1 פרק שביעי, עמ' 119-146.

2 שם, עמ' 134.

2. אחרי הכול, תמיד ניתן לפסול צוואה בחיים ולומר שהיא אינה ספציפית במידה מספקת.[3]
3. זה לא היה רלוונטי, שאבא לא היה מסוגל לומר מה הוא רוצה או שהוא אולי לא ידע אפילו מה הוא רוצה, או שלא ניתן היה לצפות בצורה סבירה מאיש במצבו של אבא להשתתף בדיון על מה שהוא רוצה.[4]
4. הגישה האינדיבידואליסטית, המבוססת על אוטונומיה, היא גישה המושתתת על אידיאלים, במיוחד בכל הנוגע ליכולות האדם. היא צינית מאוד לגבי ערכן או אמינותן של זוגיות, משפחה וקהילה.[5]
5. האמת כפי שהתבררה, הייתה שמטופלים רבים ובני משפחותיהם לא חששו מטיפול־יתר. חששות אלה היו מנת חלקו של מיעוט קטן מקרב המטופלים, שברובו היה משכיל מאוד ובעל כוח והשתמש בכישורים אלו כדי להטיל ספק בסמכות הרופאים. לעומת קבוצה זו, מטופלים רבים רוצים לקבל טיפולים מאריכי חיים מעל ומעבר למה שהרופא חושב שמתאים לתת. במקום הצורך להיות מוגנים מפני טיפול־יתר המוכוון על ידי הרופא, רבים מהמטופלים ומבני משפחותיהם מוצאים את עצמם במצבה של אִמו של הילד החולה במחלת מנקס או במצבו של סֶם, שמסתכל במרי הנאבקת בבעיות נשימה – ובוחרים במתן טיפול מעבר למה שהרופאים והאחיות רוצים לתת. החוקים, המאפשרים למטופלים ולבני משפחותיהם לסרב לקבל טיפול, מאפשרים להם גם לדרוש טיפול נוסף.[6]

הבסיס לביקורת שלו הוא העובדה ש־:

> לכל מחלה הפתעות רבות, כל משפחה היא ייחודית. מותו של אדם יקר לנו הוא חוויה כה אישית ופרטית, שלא ניתן להסבירה בקלות.[7]

לנטוס מחליט לציין נקודות אלה באמצעות סיפורים ומעשיות. תיאורטיקן המשפט רוברט קאבר ציין כי:

---

3 שם.
4 שם, עמ' 137.
5 שם, עמ' 138.
6 שם, עמ' 139.
7 שם, עמ' 128.

> אנו חיים בנומוס – יקום נורמטיבי. אנו יוצרים בקביעות ומקיימים עולם של נכון ולא נכון, של חוקי ולא חוקי, של תקף ולא תקף. הסטודנט למשפטים עשוי לזהות בסופו של דבר את העולם הנורמטיבי באמצעות כלים מקצועיים של פיקוח חברתי. כללי הצדק ועקרונותיו, מוסדות החוק הרשמיים ומוסכמות הסדר החברתי, הם אכן חשובים לעולם. אולם הם רק חלק קטן מהיקום הנורמטיבי, שצריך למשוך את תשומת לבנו. לא קיימת כל מערכת של מוסדות משפטיים או של הוראות משפטיות, למעט הנרטיבים המאתרים אותה והנותנים לה משמעות.[8]

כשקאבר מחיל מודל זה על המערכת האמריקנית, הוא מתייחס לתדריך של הקהילה המנוניטית, שבו מסבירים המנוניטים את הפרשנות שלהם לתיקון הראשון (לחוקה האמריקנית), המבטיח חופש דת.

בתודעה שלנו יש תחושה חזקה של היסטוריה (המְעַנה לעתים) שבה חיו אבותינו בתקופות של קשיים וסבל קיצוניים, היסטוריה הכוללת עדויות על קדושים מעונים רבים, שסבלו למען אותם עיקרי אמונה, המהווים עדיין את עיקרי אמונתנו הקדושה. מאפיין ראוי לציון בתולדות הכנסייה שלנו הוא זה של כנסייה הנודדת ממקום למקום, או ממדינה למדינה, בחיפוש אחר התחשבות דתית או סובלנות דתית, עַם חסר־הגנה, המחפש מקום להיות בו. מאפיין זה הותיר בנו הערכה רבה במיוחד לחירות דתית. בעינינו החירות הדתית שאומה זו העניקה לנו, היא אולי מעלתה הגדולה ביותר.[9]

לדברי קאבר:

> מטרתו של סעיף חופש הדת בתיקון הראשון של החוקה האמריקנית, שניתן לחברים בכנסייה זו, מורכבת בחלקה מתחושה חיה של משבר החובה, המוטלת עליהם על ידי אמונתם הדתית.[10]

נרטיב זה של המנוניטים והפרשנות הרחבה של התיקון הראשון על פי קאבר:

> תופסים מעמד שווה (או גבוה יותר) לזה שהוענק להבנת השופטים של בית המשפט העליון האמריקני.[11]

---

8 Cover, RM. (1983). The Supreme Court, 1982 Term. Foreword: Nomos and Narrative. *Harvard Law Review*, 97, 4

9 שם, עמ' 26.

10 שם, עמ' 27.

11 שם.

הנרטיב של המנוניטים והסיפורים הקדושים שלהם מובילים לפרשנות מסוימת של החוקה.

קאבר מתייחס לתפקיד הנרטיבים האפיים הגדולים ולהשפעתם על החוק, ואילו לנטוס כותב על נרטיבים קטנים ועל תפקידם בהצגת המורכבות של קבלת ההחלטות האתיות האישיות. לדעתי, באמצעות הסיפורים האישיים שלו מראה לנטוס את הקושי, ואולי אף את האבסורד, שבהסתמכות הבלעדית על עקרונות אתיים לצורך ניווט בין המורכבויות שבקבלת החלטות אתיות בחיים האמתיים.

סיפור נוסף

מובן שלנטוס אינו הביו־אתיקאי הראשון, שחווה באופן אישי את מותו הקשה של אדם היקר לו. במאמר שפורסם לאחרונה בכתב העת *ניו יורק טיימס*, מתוארים מאבקיה של הביו־אתיקאית הידועה (פגי בטין) ושל בעלה (ברוק), שהיה משותק מהצוואר ומטה, לאחר שנפצע קשה בתאונת אופניים. בטין היא אחת מאנשי הרוח המנהיגים את תנועת הזכות למות, המבוססת על העיקרון שלפיו:

> ניתן, ויש להעניק לחולה בעל יכולות את הזכות לקבוע, מה ייעשה לו או לה, גם אם ... פירוש הדבר שהוא או היא ימותו.[12]

תוך כדי צפייה בסבל היומיומי של בעלה הפרופסור, שממשיך ללמד גם אחרי התאונה, בטין העירה שאין היא חושבת, שיהיה לה כוח סבל לשאת פציעה הרסנית כמו שלו באומרה: "לא נראה לי שזה מה שהייתי רוצה", כששאלתי אותה, אם היא הייתה בוחרת להישאר בחיים לו הייתה משותקת. ייתכן שהיא עצמה לא הייתה רוצה להמשיך לחיות חיים כה מגבילים וקשים, אך היא מאמינה שברוק רוצה להמשיך לחיות, והיא נוטה לפרש אף את הבכי המייסר ביותר שלו, באופן המאפשר לה להסיק שהוא אינו מתכוון כל כך למה שהוא אומר.[13] הנה, אחת התומכות הבולטות ביותר באוטונומיה ובזכות למות טוענת, שהחולה "אינו מתכוון כל כך למה שהוא אומר". עוד כתוב במאמר שטבעם הסבוך, ולעתים הסותר, של רגשותיו של ברוק, הוביל לשינויים מרומזים בחשיבתה המלומדת של פגי. היא עדיין מאמינה, שכאשר הדבר אפשרי, יש לאנשים זכות לבחור מתי ואיך למות. אך היא מבינה כעת טוב יותר, עד כמה

---

12 Henig, RM. (July 17, 2013). A Life-or-Death Situation. *New York Times magazine*

13 שם.

בחירה זו אכן עצומה ומפחידה. וכעת, שורת המחץ: "מה שהשתנה" היא אמרה לי, "היא התחושה של עד כמה מורכב וסבוך הוא כל מקרה ומקרה".[14] כפי שטען לנטוס, קיים קושי בפרינציפליזם, כאשר עוסקים במקרים אמִתיים ובחיי אדם.

אולי די במפתיע, ניגוד זה בין פרינציפליזם לבין אתיקה נרטיבית נמצא גם בקרב פוסקי הלכה רבניים ביהדות האורתודוקסית.

גישתו של הרב אליעזר ולדנברג

הרב אליעזר ולדנברג, ראש ישיבה חשוב מהמאה ה־20 ומומחה לאתיקה רפואית יהודית,[15] עוסק בשאלות כמו האם אדם נדרש לעשות כל שבכוחו ובסמכותו כדי להאריך את חייו של חולה הנוטה למות? או, האם מותר לחלל שבת לשם כך?

הרב ולדנברג טוען, שאם מותר לאדם לחלל שבת למען חולה הנוטה למות, כפי שלמעשה גורסת ההלכה, הרי יוצא מכך שאדם נדרש לעשות כל דבר אפשרי מבחינה אנושית כדי להאריך את חייו של חולה סופני בכל מצב, גם אם הוא סובל. על פי הרב ולדנברג, הסיבה לדרישה להאריך חיים היא שכל רגע בחיים הוא בעל ערך, שכן יש אנשים שמצדיקים את מלוא קיומם מעצם המחשבה שיחזרו בתשובה בסוף חייהם.[16] בנוסף, הסבל עשוי למחוק את האשמה מהחטא.[17]

מה קורה אם החולה אינו מעוניין להאריך את חייו? האם אנו מקשיבים לו? הרב ולדנברג מצטט את הרב יעקב עמדין,[18] הדן במקרה של חולה, המעדיף למות מאשר לחיות בייסורים. הוא דורש מהרופא לקטוע לו איבר, גם אם בניגוד לרצונו, מכיוון שזו לא החלטה שעל הרופא לקבל. הרב ולדנברג מסביר את דעתו של הרב עמדין על סמך העיקרון, שנשמתו של אדם אינה שייכת לאדם, אלא לאלוהים.[19] במצבים דומים הוא אומר שלא על החולים או על משפחותיהם לקבל החלטה, אם להאריך חיים, אלא הרופא נדרש לעשות כל שבסמכותו כדי להכריח את החולה להאריך את חייו.[20]

---

14 שם.

15 Responsa Tzitz Eliezer, Vol. 5, Ramat Rachel #28

16 שם.

17 Responsa Tzitz Eliezer Vol. 9 #47

18 Rabbi Jacob Emden, Mor u-Ketzi'ah, Orach Chaim 328

19 Responsa Tzitz Eliezer Vol.18#62

20 שם.

מהחוק הקובע, שלאדם אסור לפצוע את עצמו,[21] הוא מביא הוכחה לכך שלאדם אין בעלות על גופו, ולכן אינו יכול לקבל החלטה לגביו. כמו כן, הוא מביא את הפסיקה, שלקרוב משפחה אסור לקבל כופר מרוצח, מכיוון שלדברי הרמב"ם, "נשמת הנפטר אינה שייכת לאדם הגואל אלא לאלוהים".[22]

הרב ולדנברג גורס, שהחובה הנורמטיבית, המחייבת רופא לרפא את החולה, היא מקיפה וחלה על כל החולים בכל עת, גם בעיצומם של ייסורים רבים.[23] הוא אומר דברים קשים על רופאים ש"עוטפים את עצמם במעטה של רחמים" ומסיימים בפועל את חייו של החולה. הוא גם מודאג מהמדרון החלקלק שייווצר, אם נאפשר התאבדות בסיוע רופא.[24]

הרב ולדנברג עוסק גם בהשלכות המעשיות של פסיקתו. הוא התנגד לנוהג, שהיה נפוץ בקרב הרופאים, של הפסקת כימותרפיה, הקרנות ואף אנטיביוטיקה לחולים שלהם סרטן גרורתי, שלא היה להם סיכוי להירפא.[25] התעקשותו של הרב ולדנברג על טיפול מלא לכל החולים מעוררת בעקיפין את הסוגיה של חוסר תועלת רפואית. ביו־אתיקאים רבים מאמינים, שאם חולה מבקש טיפול חסר כל סיכוי להאריך את חייו באופן משמעותי או לשפר את איכות חייו, אזי הרופא והחברה אינם נדרשים להציע או לספק אותו.[26] מתברר שהרב ולדנברג היה תומך בכל טיפול בכל חולה, שהיה מאריך את חייו ולו לפרק זמן קצר. כפי שראינו בניסוח גישתו כלפי החולה הנוטה למות, הרב ולדנברג מסתמך במידה רבה על עקרון הערך האינסופי של חיי האדם, ומקדיש תשומת לב פחותה הרבה יותר לפרטי המקרה הספציפי.

גישתו של הרב משה פיינשטיין

פוסק ההלכה הדגול של המחצית השנייה של המאה ה־20, הרב משה פיינשטיין, נוקט עמדה שונה. כך הוא כותב:

---

21 Maimonides' Chovel Vmazik 5:1, Shulchan Aruch, Choshen Mishpat, 420:31

22 Maimonides' Rozach 1:4

23 Responsa Tzitz Eliezer Vol. 14:80

24 Responsa Tzitz Eliezer Vol. 5, Ramat Rachel #29

25 לעיל, הערה 22.

26 Jonsen, AR. (2005). Forgoing life support: The quality of life. In Jonsen, AR, editor. *Bioethics beyond the headlines: who lives? who dies? who decides?* Lanham, MD: Rowman and Littlefield

> האם יש חולים שאין לתת להם תרופות כדי להאריך את חייהם? לגבי השאלה, אם יש חולים שאין לתת להם תרופות כדי להאריך את חייהם מעט. כתוב במפורש במסכת "כתובות" דף ק"ד עמוד א', בסיפור על מותו של רבי (רבי יהודה הנשיא), תפילותיהם של החכמים נענו, כך שרבי לא מת, אך הוא גם לא החלים, וכששפחתו של רבי ראתה אותו בייסוריו, אמרה: יהי רצון שיכופו עליונים (שמים) את התחתונים (ארץ). ומשלא היו שותקים חכמים מלבקש רחמים, נטלה כד והשליכה לקרקע, ומפני הרעש הפתאומי שתקו (החכמים) מלבקש רחמים ונחה נפשו של רבי. התלמוד התייחס לסיפור ונאמר בו, שיש פעמים שבהן יש להתפלל למותו של חולה, אם הוא סובל ואין לו מזור ותפילותינו אינן נענות.[27]

בשל מרכזיותו של סיפור זה בחשיבתו של הרב פיינשטיין, אספר את הסיפור במלואו.

> ביום מותו של רבי, החכמים גזרו על עצמם תענית וביקשו רחמים. הם אמרו שכל מי שיאמר שרבי גוסס, יידקר בסכין. שפחתו של רבי טיפסה על הגג ואמרה: עליונים [מן השמים] מבקשים את רבי והתחתונים [החכמים] מבקשים את רבי, יהי רצון שיכופו תחתונים את העליונים. כיוון שראתה כמה פעמים שנכנס לבית הכיסא, וחלץ תפילין ומניח אותן ומצטער [בייסוריו], אמרה: יהי רצון שיכופו עליונים את התחתונים. כשהיא ראתה שהתלמידים ממשיכים להתפלל, היא לקחה כד גדול והשליכה אותו על הרצפה. התלמידים עצרו את תפילתם (עקב רעש השבירה שהשמיע הכד) ונשמתו של רבי פרחה.[28]

באופן מפתיע, המקור העיקרי, שהרב פיינשטיין מביא לפסיקתו המהווה ציון דרך, אשר לפיה על פי ההלכה היהודית אין חובה לטפל באדם נוטה למות, הוא סיפור תלמודי. ניתן היה לצפות שלעמדה כה חשובה וחדשנית, היה הרב פיינשטיין מביא מקור הלכתי. מסתבר שסוגיה זו הטרידה את השואל הבא ב"איגרות משה" (ספר שאלות ותשובות מפי הרב פיינשטיין), אשר ברור שהיה מוטרד מעמדתו של הרב פיינשטיין ואולי גם מנימוקיו. הרב פיינשטיין משיב בתקיפות:

> איני רואה כל סיבה להסבר נוסף ואיני רואה היכן אפשר לטעות, מפני שהחוק שכתבתי פשוט. אם אין לרופאים יכולת לרפא את החולה או

---

27 Responsa Iggrot Moshe, Choshen Mishpat Part 2, 73:1

28 Babylonian Talmud Ketubot 104a

להקל את סבלו, אך היכולת היחידה שבידם היא להאריך את חייו לפרק זמן קצר, אסור להם לטפל בחולה. ואנו למדים זאת מהסיפור על רבי.[29]

כמעט בהתרסה, מקור פסיקתו של הרב פיינשטיין הוא הסיפור על מותו של רבי. הרב משה טנדלר, חתנו של הרב פיינשטיין ואתיקאי רפואי מוביל בזכות עצמו, מנסה למצוא מקורות אחרים, התומכים בשימוש בסיפור, כשבאים להכריע בשאלות הלכתיות.[30]

אי לכך דיון הלכתי קריטי זה תלוי באופן שבו קוראים סיפור תלמודי. הרב ולדנברג פקפק בפרשנותו של הרב פיינשטיין לסיפור וטען, שאולי המעשים שעשתה השפחה לא היו ברוח ההלכה היהודית. הרב פיינשטיין היה ער לביקורת, שעלולה הייתה להישמע, והשיב ש"שפחתו של רבי הייתה אישה נבונה ורבי למד ממנה לעתים".[31] כצפוי, הרב פיינשטיין אינו משתמש בכלים של ניתוח ספרותי או טקסטואלי, כדי להשיב לאתגר שהציב בפניו הרב ולדנברג, אך במקום זאת הוא מַפנה למקורות תלמודיים אחרים, שבהם דעתה של השפחה היא זו הכריעה.

ניתוח ספרותי

ניתוח ספרותי מעמיק של הסיפור מאפשר לתמוך באופן שבו הרב פיינשטיין קורא את הסיפור. הסיפור מתחיל במשפט פתיחה "אותו יום שנחה נפשו של רבי", המשמש כהבזק לעתיד, לסוף הסיפור, כשרבי באמת נפטר. טכניקה ספרותית זו נועדה להעביר את מתח העלילה ממה שיקרה (מאחר שהקורא כבר יודע), לאיך ומדוע זה קרה.[32] למעשה, בכל הסיפור חסר מתח עלילתי לגבי מה שיקרה, מכיוון שמתוך הסיפורים הקודמים בפרק התלמודי, הקורא יודע שרבי ימות.

---

29 Responsa Iggrot Moshe, Choshen Mishpat Part 2, 74:1

30 The JohnsTendler, M. (1996). *Responsa of Rav Moshe Feinstein Care of the Critically Ill Patient*. Hoboken, NJ: Ktav

31 לעיל, הערה 26.

32 רובינשטיין, יל. (1999). *סיפורים תלמודיים: אמנות הסיפור, היצירה והתרבות* בלטימור, מרילנד MD: The Johns Hopkins University Press, עמ' 147, לדיון במותו של רבי מנקודת מבט רפואית בת זמננו, ראה דבורייצקי, א. (2000). מחלותיו של רבי יהודה הנשיא על פי הרפואה המודרנית. *הרפואה – כתב עת של ההסתדרות הרפואית בישראל*, 139, 5-6, עמ' 232-236. סעיף זה מבוסס על אלן יוטקוביץ (2013). נומוס וסיפור בהלכה: הטיפול בחולה הנוטה למות ותפילת השפחה. יהדות מודרנית, 33(1), עמ' 56-74.

ניתן לראות ללא כל קושי שהסיפור הוא בעל מבנה מוצלב, כנהוג, כפי שיונה פרנקל ציין, בסיפורים תלמודיים רבים.[33]

סעיף א1: "אותו יום שנחה נפשו של רבי (נפטר), גזרו חכמים תענית וביקשו רחמים. ואמרו: כל מי שיאמר נפטר רבי, יידקר בחרב"

סעיף ב1: "שפחתו של רבי טיפסה על הגג ואמרה: 'עליונים [מן השמים] מבקשים את רבי והתחתונים [החכמים] מבקשים את רבי, יהי רצון שיכופו תחתונים את העליונים'".

סעיף ג: "כיוון שראתה כמה פעמים שנכנס לבית הכיסא, וחלץ תפילין ומניח אותן ומצטער בייסוריו"

סעיף ב2: "היא אמרה: 'יהי רצון שיכופו עליונים את התחתונים'. ולא היו שותקים החכמים מלבקש רחמים".

סעיף א2: "היא לקחה כלי חרס והשליכה אותו לקרקע, הם [החכמים] עצרו את תפילתם (מפני הרעש הפתאומי) ונחה נפשו של רבי".

סעיף א1 מתחיל במילים "ונחה נפשו של רבי", וסעיף א2 מסתיים במילים אלה. סעיפים ב1 וב2 כוללים את התפילות של השפחה, וסעיף ג הוא הסעיף הקריטי, המסביר את הסיבה לשינוי בתפילת השפחה. כמובן, קיימים הבדלים בין הסעיפים. ההתמקדות בסעיף א1 היא בחכמים האלמוניים, שאינם מזוהים אישית, ואילו ההתמקדות בסעיף א2 היא באדם ספציפי – שפחתו של רבי. הכלי המתואר בסעיף א1 הוא חרב, ואילו בסעיף א2 אנו קוראים על כלי חרס. חרב מזוהה בקלות כחפץ זכרי, ולכלי חרס יש קונוטציה ביתית או נקבית יותר. בסעיף א1 אנו קוראים על הכרזות ועל ביטויים מילוליים; בסעיף א2 יש דממה. בסעיף א1 אנו קוראים, שכל מי שמזכיר את מותו של רבי יומת, בסעיף א2 שפחתו עושה מעשה המביא למותו של רבי. יש לנו התקדמות מהלא אישי לאישי, מהרבים ליחיד, מהזכר לנקבה, מקול לדממה.

תגובת החכמים, למורם הגוסס, הייתה גזֵרת תענית ובקשת רחמים באמצעות תפילה. על פניו, תגובה זו נראית הולמת מאוד. התגובה היהודית המסורתית למחלה ולייסורים היא תפילה ותשובה, שניתן לבטאן באמצעות תענית. זוהי גם תגובה זכרית מאוד. בהלכה, רק לגברים היכולת לגזור גזירות וזה מה שהם עשו. עפרה מאיר ציינה שני רמזים תנ"כיים אפשריים לביטוי "יידקר בחרב".[34]

---

33 פרנקל, י. (1991). *דרכי האגדה והמדרש*. מסדה: יד לתלמוד, 260-269.

34 מאיר, ע. (1990). סיפור מותו של רבי: מחקר על סגנונות עיבוד מסורות. *מחקרי ירושלים בספרות עברית*, 12, 147-177

בספר ישעיהו, פרק יג פסוק 15, אנו קוראים: "כל הנמצא יידקר וכל הנספה ייפול בחרב", אך לדעתי הרבה יותר סביר הפסוק מספר משלי, פרק יב פסוק 18: "יש בוטה כמדקרות חרב ולשון חכמים מרפא". פסוק זה הוא מקבילה ישירה לסיפור שלנו. החכמים טוענים, שמי שמכריז שרבי מת "יידקר בחרב", בניגוד למי שדבריהם, הבאים לידי ביטוי בתפילה, יכולים לרפא את רבי. לכן אין כאן מקריות, שבעמוד הקודם בדיון אחר, התלמוד מצטט את רב הונא, שאמר כי "לשון חכמים [מלמדת] ברכה, לשון חכמים [מלמדת] עושר ולשון חכמים [מלמדת] מרפא".

בסעיף ב1 מוצגת בפנינו שפחתו של רבי, המטפסת לגג הבית כדי להתפלל. בספרות התלמודית אנו מוצאים לעתים קרובות את הגג כמקום תפילה. אך בהקשר זה, הגג משרת שלוש מטרות נוספות. היא יכולה לראות מהגג והגג גם ממקם אותה בסביבה ספציפית, דהיינו ביתו של רבי. כמו כן, היא אינה משקיפה אלמונית מהצד, אלא חלק ממשי ממשק הבית של רבי. בנוסף, היא ניצבת באופן סמלי בין רבי על הקרקע לבין המלאכים בשמים. בסעיף ב1, היא מזדהה עם רבי, אך בסעיף ב2 היא מעבירה את אמוניה למלאכים.

סעיף ג הוא הנקודה המרכזית של הסיפור, והוא מתחיל בפסוקית המפתח "כשהיא ראתה". בניגוד לחכמים ש"גזרו", השפחה "ראתה", ומה שהיא ראתה, היו ייסוריו של רבי. אולם בסיפור מתוארים הייסורים באופן אטום: "כמה פעמים שנכנס לבית הכיסא, וחלץ תפילין ומניח אותן ומצטער בייסוריו". ממה בדיוק סבל רבי? התשובה הפשוטה יכלה להיות מחלת מעיים שבה חלה. אך קריאה פשוטה של הטקס אינה מובילה למסקנה זו. אם הסבל היה עקב מחלת המעיים, מה הקשר שלה להסרת התפילין? רש"י היה רגיש לבעיה זו והוא פירש שהסבל היה עקב הכורח שבהסרת התפילין ובהנחתם שוב ללא הרף. אך גישה זו מובילה לשתי שאלות נוספות. האם הסבל, הכרוך בהסרת התפילין והנחתם מחדש, מספיק כדי לחייב תפילה למותו, ואם הסבל אכן היה כה קשה, מדוע פשוט לא ויתר רבי על מצוות הנחת התפילין או פשוט ביצע אותה פעם ביום, כפי שמצווה בתורה, במקום להניח אותם למשך פרק זמן ממושך?

שורה זו של שאלות מובילה למסקנה חשובה. רבי לא נדרש להפסיק להניח תפילין כל היום, מפני שאם היה מפסיק להניח תפילין, הוא היה מפסיק להיות רבי. הנחת התפילין מייצגת מלכות וקדושה. היא הייתה חלק מאישיותו של רבי, ואם לא יוכל להניח אותם, הוא יפסיק להיות "רבי". הלקח שיש ללמוד הוא שברגע שאדם מפסיק להיות מה שמגדיר אותו, מותר להתפלל למותו. הבנה זו הובילה את השפחה להתפלל למותו של רבי המתייסר. מעניין לציין, שדמות אחת שותקת באופן מוזר לאורך כל הסיפור – רבי עצמו. כפי שנרמז בתחילת

הסיפור, "אותו יום שנחה נפשו של רבי", זה כאילו שרבי כבר נפטר שלא היה מסוגל עוד להניח תפילין כל היום. אין זה קשה להרחיב את האנלוגיה הזאת לחולים אחרים, שאיבדו צלם אנוש, ולכן ייתכן שהגיעה השעה להתפלל למותם.

החכמים, שלא "ראו" את רבי, חשבו אחרת. או שהם לא היו מודעים לסבלו של רבי או שהם טענו שחיים עדיפים תמיד על מוות, גם אם החיים כרוכים בסבל.[35] רעיון נוסף הוא שרעש שבירת הכלי לא רק הסיח את דעתם מהתפילות, אלא אף היווה בשבילם קריאת השכמה, שתעורר את המודעות שלהם לסבלו של רבי. הם היו כל כך ממוקדים בתפילותיהם, שהיו זקוקים למעשה אלים, שיעלה את מודעותם למצבו הנואש של רבי. לאורך שורות אלה המהרש"א (רבי שמואל אליעזר הלוי איידלס) מסביר (במסכת "כתובות" דף ק"ד עמוד א'), שהכד מסמל חיי סבל. בדיוק כמו כלי שבור, שמיצה את תועלתו, כך גם גוף סובל שנשבר, ולכן הגיעה השעה להפסיק להתפלל להחלמתו של הרב, אלא לשחרורו מהסבל.

רב דימי מעיר (מסכת "נדרים" דף מ' עמוד א'), שמי שאינו עורך ביקור חולים, אינו יודע אם להתפלל לחייהם או למותם. רבנו ניסים, פרשן התלמוד מימי הביניים, מסביר, על פי התקדים של השפחה, שאם סבלו של החולה נוראי, יש להתפלל למותו. בתלמוד כתוב שניתן לדעת זאת רק לאחר שעורכים ביקור חולים, ובכך מודגשת הנחיצות בנוכחות פיזית בטיפול בחולה הנוטה למות. התאולוגים הפרוטסטנטיים, פאול רמזי[36] וסטנלי האוורוואס,[37] כתבו בהרחבה על העוצמה ועל חובת הברית הקיימת ב"הנוכחות" בטיפול בחולה הנוטה למות. כפי שאמר רב דימי, הנוכחות הכרחית לא רק להבנת הצרכים של החולה הנוטה למות, אלא גם בגלל מה שמפחיד ביותר את החולים – תחושת הנטישה והבדידות בסוף החיים. נאמנות הברית כלפי הזולת באה לידי ביטוי בדרישה, שלעולם לא לנטוש חולה נוטה למות.

ההתקדמות בעלילה מהחכמים לשפחה, מהזכר לנקבה, דרך ההכרה בייסוריו של רבי, משקפת גם היא נקודות מבט שונות לגבי האופן שבו יש להגיב לאתגר אתי. דאונטולוגים טוענים, שעקרונות אתיים אינם מופָרים, או במילים אחרות,

---

35 For more on the Talmudic attitude towards suffering see Elman, Y. (1990), The Suffering of the Righteous in Palestinian and Babylonian Sources. *The Jewish Quarterly Review, New Series,* 80(3/4), 315-339

36 Ramsey, P. (1970). *The Patient as Person.* New Haven, CT: Yale University Press

37 Hauerwas, S. (1986). *Suffering Presence.* Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press

המטרה אינה מקדשת את האמצעים. אם מישהו מאמין, שחיי אדם הם בעלי ערך אינסופי, אזי עליו לשאוף תמיד להאריך את חייו, ללא קשר לנסיבות. הם מאמינים בשלטון החוק ופועלים באמצעות השימוש ב"גזרות", כפי שעשו החכמים בתגובה למותו הממשמש ובא של רבי. כפי שציינה, כידוע, קרול גיליגן,[38] נשים רבות מגיבות לדילמות אתיות מנקודת מבט מוסרית שונה. בזמן שהן מבינות את חשיבות העקרונות האתיים, הן מסרבות להתעלם מפרטי המצב בבואן להחליט על דרך פעולה. השפחה הבינה את ערך החיים, אך לא יכלה להתעלם מייסוריו של רבי ופעלה בהתאם. על סמך עבודתה של גיליגן, פיתח נל נודינגס תיאוריה של מוסריות, המבוססת על אכפתיות ועל יחסי אנוש כאבן יסוד של האתיקה שלה.[39] מעשיה של השפחה עולים במידה רבה בקנה אחד עם נקודת מבט אתית, השמה במקום הראשון את הערכים האלה, המזוהים בדרך כלל עם גישה נקבית.

ניתן לשאול מבחינה הגיונית, אם מעשי השפחה היו מוצדקים. היא הייתה שפחה בדרגה נמוכה, אשר הפריעה בחוצפתה לתפילות החכמים, ובכך גרמה בעקיפין למותו של מנהיג הדור. כמו כן, אין להמעיט מערך הסיכון שלקחה השפחה, כששברה את הכד. החכמים אמרו קודם לכן, שמי שרק ידבר על מותו של רבי, יידקר, והיא (שפחה פשוטה) גרמה למעשה למותו. לאחר בחינה "פנימית" של הסיפור, נראה שמחברי הסיפור הרגישו שמעשיה הולמים. היא לא ננזפה על מעשיה, ואילו הסיפור מסתיים בביטוי "מכובס" המתאר מוות, "נחה נפשו של רבי", ביטוי המרמז על סיום מבורך של סבלו.

מחברי הסיפור על השפחה ועל מותו של רבי הניחו גם שהקורא מכיר את הסיפורים האחרים, הקשורים לדמויות בתלמוד הבבלי, ובקריאת סיפורים אלה ניתן להבין עוד יותר את הסיפור שלנו. הסיפור מתחיל ב"חכמים שגזרו על עצמם תענית" כדי להתפלל להחלמתו של רבי. אולם ייתכן שגישה זו אינה הגישה המועדפת על פי העקרונות שלימד אותם. רבי לימד [מסכת "תענית" דף יד עמוד א']:

> לא יכפה אדם על הציבור יותר משלוש עשרה תעניות, מכיוון שלא ירצה לגרום לציבור אי־נוחות מעבר להכרחי.

אם בזמן אסון לאומי או בצורת, היסס רבי לגבי גרימת אי־נוחות לציבור, ספק אם היה מאשר תענית לצורך תפילה למען החלמתו.

---

38 Gilligan, C. (1982). *In a Different Voice*. Cambridge, MA: Harvard University Press

39 Noddings, N. (1984). *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education.* Berkeley: University of California Press

מודעותה של השפחה לייסוריו של רבי הובילה אותה לעשיית מעשים פסקניים באותו יום. היכן היא למדה רגישות זו לסבלו של האחר? ייתכן מאוד שמרבי עצמו. בתלמוד [מסכת בבא מציעא דף פה עמוד א'] כתוב:

> ייסוריו של רבי, על ידי מעשה באו ועל ידי מעשה הלכו. כיצד באו על ידי מעשה? העגל שנועד לשחיטה ברח והכניס ראשו תחת כנף בגדו של רבי וגאה בבכייה. אמר לו רבי: "לך, לכך נוצרת". אמרו [מן השמים] הואיל ואינו מרחם, יבואו עליו ייסורים. וכיצד הלכו על ידי מעשה? פעם אחת הייתה שפחתו של רבי מכבדת (מנקה) את הבית. היו בני חולדה קטנים מוטלים שם וכיבדתם (טאטאה אותם החוצה). אמר לה רבי: "הניחום (עזבי אותם), "ורחמיו על כל מעשיו". אמרו [מן השמים]: הואיל ומרחם – נרחם עליו ונתרפא [ייסוריו יחדלו].

רבי לימד את השפחה את מידת הרחמים ואולי דבר זה השפיע על התנהגותה בזמן גסיסתו, כשהוא התייסר בשתיקה. אך רבי לימד גם לקח רחב יותר. הפסוק, שבו הוא בחר ללמד את הלקח, אינו מִצווה נורמטיבית אלא גישה כללית לחיים, שבה הסגולה הגבוהה ביותר היא ללכת בדרכי אלוהים. אין פקודה ספציפית בפסוק "ורחמיו על כל מעשיו", זהו פשוט תיאור של אחת מסגולותיו של אלוהים, אך מבחינת רבי היא הפכה לנורמטיבית. למעשה, אין איסור מפני הוצאת סמורים מהבית. הדבר מזכיר גישה אתית, המתרכזת בהתפתחותה של דמות מוסרית ופחות בהתנהגות ספציפית. המטרה היא ללכת בדרכי אלוהים, על ידי הפיכה לישות מוסרית, ודבר זה יתורגם באופן בלתי נמנע להתנהגות אתית. זהו הלקח שרבי לימד את השפחה ואשר הוביל לרגישות הגבוהה שלה לייסוריו. וולטר ורצברגר ואחרים ציינו שמוסריות זו, שבמרכזה עומד "המניע", היא קריטית להבנת המוסריות היהודית.[40]

הרמב"ן הדגיש שוב ושוב, שמטרת המצוות היא לפתח אישיות טובה והרמב"ם קבע, שעל אדם לא רק להכות על חטא ולחזור בתשובה, אלא גם לשפר תכונות גרועות, דבר המהווה רמה גבוהה יותר של תשובה. דוד שץ מציין שאתיקה זו

---

40 Wurzburger, W. (1994). *Ethics of Responsibility: Pluralistic Approaches to Covenantal Ethics*. Philadelphia, PA: Jewish Publication Society; and Blau, Y. (2000). The Implications of a Jewish Virtue Ethics. *Torah uMada Journal,* 9, 19-41. They are in a sense responding to the classic in the field MacIntyrse, A. (1984). *After Virtue.* 2nd edition. Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press

של הסגולה הטובה חלה גם כשעושים מעשים מותרים.[41] לדוגמה, אדם יכול להיות תומך נלהב בעונש מוות אך עדיין להביט בחשדנות במי שמתנדב להיות התליין. בניגוד להתנהגות המעוגנת בחוק נורמטיבי, הוראה זו של פיתוח אופי מועברת ככל הנראה באמצעות סיפור.

מנקודת מבט חיצונית זו, ייתכן שהסיפור מדגיש את העובדה, שמי שהייתה תלמידתו האמִתית של רבי הייתה השפחה ולא החכמים. היא למדה איך לפעול, לא מתוך פסקי ההלכה אלא מתוך התבוננות ישירה ברבי. הלקח שיש ללמוד הוא שיש פעמים, שבהן ההלכה אינה נותנת תשובה מדויקת על איך להתנהג, למשל אם להתפלל למען הבראתו או למען מותו של חולה סובל. במצב זה צריך ללכת בדרכי התנהגות האלוהים ולפתח ליבה פנימית מוסרית.

הסיפור התלמודי הקדום מזכיר את תיאורו של לנטוס על הידרדרות מצבו של אביו:

> לקראת הסוף, הוא הזדקק לעזרתן של שתי אחיות חסונות כדי להביא אותו לחדר השירותים. הן הרימו ממיטתו את גופו הנוקשה כקרש והוליכו אותו שלושה צעדים לאסלה. הוא ניסה בכל כוחו להזיז את רגליו, כדי לעזור בזמן שהן ייצבו אותו בזהירות רבה, כך שיוכל ליפול אחורה למצב של חצי ישיבה. מאמציהן להביאו לחדר השירותים, במקום לשים לו חיתול, היו הפגנה מרגשת של כבוד. אבא נהנה תמיד מטיול הבוקר שלו לשירותים, עם העיתון ביד. אותם רגעים של התבודדות היו כמו טקס דתי לרופא החילוני הזה. אובדן הפרטיות היה כנראה גרוע אף יותר מאובדן הכבוד העצמי, שהתלווה באופן בלתי נמנע לצורך שמישהו ינגב לו לאחר מכן.[42]

התלמוד ולנטוס אינם נרתעים מדיון בבעיית ההיגיינה האישית, כפי שהיא מתקשרת לחולה הנוטה למות, מכיוון ששמירת הכבוד העצמי בעיני חולים רבים היא הנקודה החשובה ביותר בסוף החיים והנקודה המדאיגה ביותר היא שמירה על הניקיון.

בסיפור התלמודי אין גם חוסר האמון של משפחות וקהילות, שלנטוס רומז עליו במאמרו. ההחלטה הגורלית התקבלה על ידי השפחה, שותפה נאמנה של

---

41 hatz, D. (2009). *As Thyself; the Limits of Altruism in Jewish Ethics in Jewish Thought in Dialogue; Essays on Thinkers, Theologies and Moral Theories*. Boston, MA: Academic Studies Press; 332

42 לעיל, הערה 1, עמ' 141-142.

רבי, אשר מסתבר שהייתה יכולה "לראות" את מה שהיה הטוב ביותר עבורו. הסיפור התלמודי אינו נרתע גם מהתייחסות לסכסוך במשפחות, שמתגלע כשדנים בהחלטה על סוף החיים. האיום של החכמים באלימות פיזית (מן הסתם בבחינת אלימות רטורית ולא מעשית), שלפיו "כל מי שיאמר נפטר רבי, יידקר בחרב" (ככל הנראה ביטוי של הכחשה), אינו בא לידי ביטוי בשיחות, אלא הרגש הוא זה שנוכח כמעט תמיד.

תפקיד הסיפור

נקודה מרכזית אחרת בדיון בין הרב פיינשטיין לרב ולדנברג היא כיצד לפרש את הסיפור התלמודי על מותו של התנא הזקן, רבי חנינא בן תרדיון. רבי חנינא בן תרדיון נידון על ידי הרומאים, בעוון לימוד תורה, להישרף על עמוד השריפה, כשספר תורה כרוך על גופו. כך מספר התלמוד:

> הביאו ספוג רטוב במים, הניחו על ליבו, כדי שלא ימות מהר ... "אוי לי", צעקה בִתו, "שעליי לראות אותך בנסיבות נוראיות כאלה!" ורב חנינא השיב: "אכן אני צריך להתייאש אם אני נשרף לבד. אך הואיל וספר התורה נשרף אִתי, הכוח שינקום על הפגיעה בחוק ינקום גם על הפגיעה בי". תלמידיו קראו לעבר הרב ושאלו: "מה אתה רואה?" והוא ענה שהקלף נשרף אך אותיות התורה מרחפות כלפי מעלה. "פתח את פיך כדי שהאש תיכנס אליך." הוא השיב: "תן לו [לאלוהים] שנתן לקחת, אך אל לאיש לפגוע בעצמו". התליין אז אמר: "רבי, אם ארים את הלהבה ואקח את הספוג מלבך, האם אזכה להתקבל לעולם הבא?". "כן", הוא השיב. "הישבע לי", [רבי חנינא] נשבע לו. מיד הוא הרים את הלהבה והסיר את הספוג מעל ליבו. [נשמתו של רבי חנינא] פרחה במהירות והתליין גם הוא קפץ לתוך האש. משמים יצא קול וקרא: "רבי חנינא בן תרדיון והתליין מוזמנים לחיים בעולם הבא".[43]

משמעות הסיפור היא שהתנהגותם הן של רבי חנינא והן של התליין הייתה ראויה לשבח.

שני בני הסמכא רואים באגדה זו מקור יהודי אותנטי לגישה לטיפול בסוף החיים. אולם צריך להיות ברור לקורא, שקיימות סתירות פנימיות אפילו בתוך הסיפור. אם רבי חנינא לא היה מוכן לפתוח את פיו בגלל "תן לו [לאלוהים]

---

43 Babylonian Talmud Avodah Zarah 18a

שנתן לקחת, אך איש אל לפגוע בבעצמו", מדוע הוא התיר לתליין להחיש את מותו? לא במפתיע, הרב ולדנברג מייחס חשיבות רבה לחלק הראשון של הסיפור, התומך בעמדה המקסימליסטית שלו, ומתעלם מהמסקנה של האגדה. לעומתו, הרב פיינשטיין מסיק מסוף הסיפור, שאף המתת חסד פעילה עשויה להיות מותרת בהתאם להלכה היהודית, מכיוון שזה מה שהתליין עשה על ידי הרמת הלהבה והחשת מותו של רבי חנינא. דורות של חכמים ניסו למצוא הבחנות דקות בין ההערות של רבי חנינא כדי ליצור התאמה מלאה בין הסיפור להשלכות האתיות שלו. אך אולי הסיפור מעורפל מכיוון שאין תשובה קלה לשאלות קשות אלה, שלנטוס מציג בסיפורים שלו. בנוסף, ייתכן שהתשובה לשאלה תלויה במי ששואל את השאלה. ייתכן שתשובתו של רבי חנינא לתלמידיו הייתה הזדמנות לספק לקח אחרון לחיים על איך לחיות (ולמות) במצב של דיכוי, בניגוד לתשובה לתליין הבלתי ידוע. כמו במצבים קליניים רבים בחיים האמתיים, שבהם חולה תחת לחץ יכול לבקש משאלות סותרות, אולי בהתאם למה שהוא רוצה לשמוע, התלמוד מלמד אולי שאין דרך אחת אמִתית לדעת, מה באמת רוצה רבי חנינא (או החולה). יתרה מכך, מילותיו האחרונות לבִתו אינן עוסקות בדאגות האישיות שלו, אלא נועדו לנחם אותה. רעיון זה של דאגה לאחרים בסוף החיים תואם למחקרים עכשוויים, המוכיחים שהמשאלה העיקרית של חולים בסוף חייהם היא שהם לא יהפכו לנטל על אחרים.[44]

אוטונומיה

נראה לכותב דברים אלה, שלא רק שלנטוס אינו מרגיש נוח עם הגישה המתודולוגית של פרינציפליזם בפתרון דילמות אתיות קליניות, אלא שהוא גם אינו בטוח אם רוב האתיקאים המערביים ממקמים את האוטונומיה בראש סולם העקרונות האתיים. בתיאור שיחתו עם אביו על העדפות סוף החיים הוא כותב:

> אזרתי אומץ ושאלתי את "השאלה הגדולה". "אבא, מה לעשות אם נשימתך תידרדר, והם ירצו לחבר אותך למנשם? לאפשר להם?"
>
> בלי לעצור ועם נופך של מרירות, ענה בשאלה: "לשם מה?". בתשובתו הייתה תחושה של חיווי, של ויתור. לאחר מכן, באופן מוזר, הוא עבר

---

44 Steinhauser, K; Christakis, NA; Clipp, EC; McNeilly, M; McIntyre, L; Tulsky, JA. (2000). Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians and other care providers *Journal of the American Medical Association*, 284(19), 2476-2482

לדבר בגוף שלישי ובמצב של קוצר נשימה, אמר באופן מסתורי: "למה עלינו ... לצנרר ... זקן כמוהו?"

זה היה רגע מוזר. נזקקתי לדקה כדי לבצע את המעבר שאבי עשה, המעבר מחשיבה על מקרה זה, כהחלטה שהוא מקבל לגבי עצמו, לחשיבה על מקרה זה, כהחלטה שהוא עשוי לקבל כרופא לגבי מטופל במצבו. הגוף הראשון במשפט הפך בצורה מעורפלת ל"אנחנו" ברבים. ייתכן שהוא התכוון לרופאים, למקצוע הרופאה, למשפחה, לחברה. אבא הפך להיות גוף שלישי בעיני עצמו, "זקן" במיטת בית חולים ש"עלינו" לא לצנרר.

אני חוזר לעתים תכופות ומשחזר את השיחה הזאת בראשי. בכל פעם היא נשמעת יותר ויותר ראויה לתשומת לב. אבא ואני ניהלנו שיחה מכרעת, השיחה שכולנו נצטרך לנהל, אם המוות שלנו לא יהיה מהיר ופתאומי. על כולנו יהיה להחליט, אם אנו מוכנים לאשר את המוות שלנו ולחפש שותפים אחרים לתכניות שהָגִינו לגבי שארית ימינו על פני האדמה. חילופי הדברים הקצרים והמסתוריים היו אישיים ופוליטיים, פסיכולוגיים וכלכליים, תיאולוגיים ומשפטיים. חמש המילים הקצרות אך המוחלטות של תשובתו היו פתרון בלתי רגיל לבעיה הבלתי אפשרית. כדי לאשר את מותו־שלו היה עליו לעבור להיות מושא ההחלטה ולא להישאר נושא ההחלטה.

הוא עשה בדיוק את מה שרוב האנשים אינם מסוגלים לעשות. הרי שכשרוב האנשים אינם חולים במצב קריטי וחושבים על בעיות אלה בצורה מופשטת, הם מאמינים שהם ירצו לשים גבולות לגבי סוג הטיפול ולגבי כמות הטיפול שירצו לקבל. הם אומרים שלא ירצו למות, בהיותם מחוברים למכשירים ומבצעים בהם החייאה ביחידה לטיפול נמרץ. רוב האנשים חושבים, שעלויות הטיפול הרפואי הן בלתי נשלטות, שאנו מוציאים כספים רבים מדי על אנשים בחודשים האחרונים לחייהם, ושהדרך הטובה ביותר לצמצם עלויות היא להגביל את הטיפול היקר, שתועלתו שולית, וניתן לאנשים הנוטים למות. אלא שלעתים קרובות, אותם אנשים עצמם מפסיקים להיות משוכנעים באמונתם, כשהם בעצמם מפתחים מחלות או מכאובים – במיוחד אם קיים בעבורם טיפול, ולוּ רק בעל תועלת פוטנציאלית. אולי הדרך היחידה למנוע חוסר עקביות בלתי נמנע ומחייב זה היא לעשות את מה שאבי עשה – לוותר על הרעיון שחולה יקבל את ההחלטה בעצמו.[45]

45 לעיל, הערה 1, עמ' 133-134.

אחד מעיקרי האמונה הבסיסיים של הביו־אתיקאים המודרניים הוא שהחולה הוא מקבל ההחלטות היחיד והטוב ביותר בכל הנוגע להעדפות הטיפול בו. לנטוס טוען, שבחלק מהדוגמאות, החולה או בני משפחתו אינם מסוגלים לקבל את ההחלטה ההולמת והמתאימה ביותר, במיוחד כשעוסקים בבעיות של סוף החיים. למעשה, הוא אחד מבין הביו־אתיקאים המעטים, המאמין ש"התנהלות אִטית" מתאימה בנסיבות מסוימות. הוא מכנה גישה זו "הגישה המעורפלת" וטוען:

> החולים או בני משפחותיהם, אשר בעבורם הגישה המעורפלת עשויה להיות מועילה, הם אותם אלה המכירים בכך שהמוות בלתי נמנע, שלא יחשבו בהכרח שהמוות בלתי רצוי בנסיבות הרלוונטיות, אך שאינם מסוגלים – מכל סיבה אפשרית – להרשות לעצמם להרגיש, שהם שותפים לאישור המוות. במצבים אלה, החולים ובני משפחותיהם זקוקים למרחב תמרון, לערפול כלשהו, בכל הנוגע לתפקידם בהחלטה למנוע או להפסיק אמצעי החייאה מסוימים.[46]

למרות ההיגיון והרגישות שבגישתו של לנטוס, יש להצביע על הסכנות הטמונות ב"חזרה לשתלטנות". שני חוקים חדשים, המגבילים את האוטונומיה של החולה, נדונים כעת בבלגיה. חוק אחד, המרחיב את השימוש בהתאבדויות בסיוע רופא לילדים, שאינם מסוגלים להביע את רצונם; וחוק שני, המאפשר לרופאים לנתק את החולה ממכשיר החייאה גם בניגוד לרצונותיו.

אולם לנטוס אינו הביו־אתיקאי הראשון שמפקפק בעליונות האוטונומיה באתיקה הקלינית. במאמר שפורסם בכתב העת *ניו אינגלנד ג'ורנל אוף מדיסין* שכותרתו אוטונומיה אנושית בלתי מוגבלת – הטיה תרבותית? שמעון גליק טוען שהצבת האוטונומיה בראש סולם העקרונות האתיים עלולה לייצג הטיה ליברלית מערבית, שרוב אזרחי העולם אינם שותפים לה.[47] בתרבויות מסורתיות רבות קבלת החלטות היא תהליך פחות אישי ויותר משימה המוטלת על המשפחה או על החברה. אך מנקודת מבטו הדתית של גליק (ששותפים לה גם רבים מאזרחי העולם), קיים עיקרון מוסרי מחייב נוסף, הגובר על חירות בלתי מוגבלת לאדם. רעיון זה מובע היטב על ידי הרב עמנואל יעקובוביץ, הרב הראשי לשעבר של בריטניה ומייסד התחום האקדמי "אתיקה רפואית יהודית":

---

46 Lantos, JD; Meadow WL. (2011). Should the "slow code" be resuscitated? *American Journal of Bioethics,* 11(11), 8-12

47 Glick, SM. (1997). Unlimited human autonomy a cultural bias? *New England Journal of Medicine,* 336, 954-956

> כעת, ביהדות לא ידוע לנו על קיומן של זכויות עצמיות. אכן, המילה זכויות אינה מופיעה בשפת התנ"ך בעברית או בשפת המקורות הקלסיים של ההלכה היהודית. באוצר המילים המוסרי של אורח החיים היהודי, אנו מדברים על חובות האדם, לא על זכויות האדם, על התחייבויות לא על זכאות. עשרת הדיברות הם רשימה של עשר מצוות, לא שטר של זכויות אדם. לדוגמה, בחוקי הצדָקה בתורה, העשיר הוא זה שמצֻוה לתמוך בעני, ולא לעני עומדת הזכות לדרוש תמיכה מהעשיר. על פי ההלכה, רופא מחויב לבוא להציל את חייו של אדם שנפגע ולבצע כל פעולה שלדעתו חיונית לחייו של המטופל, גם אם הלז אינו נותן את הסכמתו או אם הוא מעדיף למות. שוב, הדגש הוא על אחריות הרופא לרפא, להציע שירות, יותר מאשר זכותו של החולה להיות מטופל.[48]

קאבר מציין נקודה דומה:

> כל תרבות משפטית והמילים הבסיסיות שלה ... המילה "זכויות" מוזכרת בהיקף הגבוה ביותר בקרב מי שגדל בחברה מערבית חילונית פוסט־השכלה. ... היהדות היא בעצמה תרבות משפטית עתיקת יומין ... לכן כשאני מתבקש להרהר ביהדות ובזכויות אדם, המחשבה הראשונה העולה במוחי היא שהקטגוריות שגויות. מובן שאיני מתכוון לכך שרעיונות בסיסיים, של כבוד האדם וערך האדם, אינם מבוטאים באופן עוצמתי במסורת ההלכתית והספרותית היהודית. אלא, אני מתכוון לכך, שמכיוון שהיהדות היא מסורת הלכתית, יש לה קטגוריות משלה לבטא את הכבוד ואת הערך של כל אדם באמצעות ההלכה ... המילה העיקרית בהלכה היהודית, שתופסת מקום שווה ערך בהיקפו ל"זכויות", והקיימת במערכת המשפט האמריקנית, היא "מצווה", מילה בעלת משמעות כללית קרובה יותר ל"התחייבות המוטלת על אדם".[49]

במסורת הדתית של גליק חירות האדם אינה מגדירה ערך אלא את אחריות האדם, ואת זאת ניתן לתרגם לגישות שונות, כשעומדים בפני דילמות אתיות קשות בסוף החיים.

---

48 Jakobovits, I. (1977). *The Timely and the Timeless: Jews, Judaism and Society in a Storm-tossed Decade,* London: Vallentine Mitchell Publishers; 128

49 Cover, R. (1987). Obligation – A Jewish Jurisprudence of the Social Order. *Journal of Law and Religion*, 5, 65-74

מסקנות

ג'והן לנטוס מספר (כפי שכולנו יכולים) את סיפורו האישי בקולות רבים – כאיש משפחה אוהב או כביו־אתיקאי מכובד מאוד. אך במאמר הנדון הקול שאני שומע הוא קולו של רופא מנוסה. דבר זה מעלה את השאלה, אם רופאים, גם בעלי מיומנויות מיוחדות כמו ביו־אתיקאים, ניגשים לדילמות אתיות אלה (של סוף החיים) בצורה שונה מאותם ביו־אתיקאים, הבאים מעולם הפילוסופיה והתיאולוגיה. אטען בנחרצות שכן, ולדעתי כאן טמונה אי־הנוחות של לנטוס לגבי הדיון הביו־אתי המודרני. לאחר דיון עם הרופא של אביו, דיון שבו השתמש בכל המונחים הביו־אתיים המערביים המודרניים, הוא כותב: "אך עדיין, בזמן שישבתי שם, הרגשתי כאילו נקלעתי לסיוט פרוצדורלי, לסוג של משחק לשוני מוזר, שבו איבדתי כל קשר למציאויות שאותן הוא ניסה לשדר". לנטוס יכול לכתוב זאת, מכיוון שכמו כל הרופאים, הוא חי בעולם האמִתי של בתי החולים המודרניים, המבולבל, המועַד לשגיאות ומאותגר משאבים. בעולם זה, המושגים של אוטונומיה וצדק, המרוחקים ומנותקים מהמציאות בשטח, מספקים מעט מאוד קווים מנחים. בנוסף, הוא ראה איך התוצאות הטרגיות, של החלטות "גרועות", מובילות לסבל מיותר ולבזבוז משאבים יקרים של שירותי בריאות. נקודת מבט זו היא אשר הובילה אותו לתמיכה בשימוש ב"התנהלות האִטית", כשרופאים חושבים שהמשפחה קיבלה החלטה "גרועה".[50]

לנטוס מתחיל את מאמרו בדיון בסיפור המקראי על הניסיון להקריב את יצחק ובקשר שלו לסיפור על מות אביו. בדרך כלל, הסיפור והמבחן של אברהם מפורשים כסתירה בין ההיגיון האנושי לבין האמונה הטהורה וללא רבב באלוהים. אך רבנים מודרניים הוסיפו נקודת מבט פוסט־מודרנית יותר. מבחינת אברהם, הסתירה הייתה שהוא פשוט לא ידע, מה אלוהים רוצה. בסיפור זה, אלוהים אומר לאברהם להרוג את בנו, אך בסיפור אחר הוא אומר לו, שבאמצעות יצחק, המורשת שלו תישאר לבטח. זה במובן מסוים גם הסתירה אצלנו, אין אנו יודעים מה יקירינו רוצים באמת ומהי הפעולה הנכונה שיש לנקוט. כמו כן, הסיפור מלא באי־בהירויות אחרות. אברהם שותק לאורך כל הסיפור, מה הוא הרגיש? מה ידעה שרה על משימתו של אברהם? האם הייתה לה אותה אמונה שהייתה לאברהם? האם יצחק היה שותף מרצון או ילד פסיבי? גם הסיפורים שלנו מלאים באי־בהירויות, בסתירות ובשתיקות רועמות.

---

50 Meadow, W; Lantos, J. (2011). Re-animating the 'slow code'. *Acta Paediatrics,* 100(8), 1077-1078

שמעון גליק הוא ביו־אתיקאי דגול, שגישתו מושרשת גם היא בעולם הרפואה, אך בשונה מלנטוס, ואולי עקב רגישותו הדתית, הוא סומך על החולים ועל בני משפחותיהם, שיקבלו את ההחלטה "הנכונה". הייתה לי הזכות לכתוב מאמר עם שמעון על המקרה של שמואל גולובצ'וק, יהודי חרדי ממניטובה (קנדה), אשר עמד שלא בידיעתו במרכזה של מחלוקת רפואית עם הסתבכויות אתיות חשובות.[51] מר גולובצ'וק, חולה בן 84, אשר רמת התפקוד הנוירולוגי שלו באותה עת הייתה נתונה לוויכוח, היה מחובר למכונת הנשמה מלאכותית והוחדר לקיבתו צינור הזנה. אך על פי כל הדוחות, הוא לא סבל ממוות מוחי ולא היה במצב של צמח. השופט, שפסק פעמיים במקרה, ציין שקיימת הסכמה בין המשפחה לבית החולים לגבי הנקודות הנ"ל. אף על פי כן, הרופאים שהיו אחראים ישירות למקרה שלו בגיבוי בית החולים, ביקשו שיורשה להם לנתק את החולה ממכשיר ההחייאה, פעולות שבִתו ובנו של החולה התנגדו להן בכל תוקף. המשפחה גם טענה, שהחולה עצמו היה מתנגד לניתוקו ממכשיר ההחייאה, הואיל ופעולה זו מנוגדת לחוקי ההלכה היהודית, שאינה מתירה ניתוק ממכשיר החייאה מכנית ומצינור הזנה – במטרה מכוונת לזרז מוות. המשפחה הוציאה פעמיים צו בית משפט נגד הניתוק ממכשיר ההחייאה. אנו טעַנו לגישה המבוססת על עקרון האוטונומיה, המזהה את הזכות של המשפחה כמיופת כוח לצורך הטיפול הרפואי, להשאיר את מר גולובצ'וק בחיים.

כמו כן, לאורך תקופה ארוכה טען גליק בעקביות, שהשימוש באמצעים מלאכותיים להזנת חולי שיטיון הוא הולם, למרות התנגדותם של רופאי החולים.[52] בנוסף, הוא גם טען במשך תקופה ארוכה לטובת הזנה בכפייה של שובתי רעב,[53] לטובת הזכות האתית למול יילוד זכר,[54] ונגד שביתות רופאים.[55] כל העמדות האלה מושרשות בתפיסתו של גליק על האתיקה הרפואית, תפיסה שהוא חב לאמונה הדתית שלו. הוא לעולם לא היסס לנקוט עמדה בלתי מקובלת ולהגן על הדברים שבהם הוא מאמין בלב ובנפש. העקרונות האתיים המרכזיים שלימד

---

51 Jotkowitz, A; Glick, S; Zivotofsky, AZ. (2010). The case of Samuel Golubchuk and the right to live. *American Journal of Bioethics,* 10(3), 50-53

52 Glick, SM. (2006). Appropriate use of artificial nutrition and hydration. *New England Journal of Medicine,* 354(12), 1320-1321

53 לעיל, הערה 46.

54 גליק, ש. (2013). ברית מילה ביילודים דכרים – עדכון. *הרפואה* 152(3), 129-131, 184.

55 גליק, ש. ושוורצפוקס, ד. (2012). שביתות רופאים – שיקולים אתיים. *הרפואה,* 151(1), 12-15, 63.

נלמדים בצורה הטובה ביותר לא מתוך כתביו, אלא מתוך "הסיפורים" של חייו, והוא עצמו אינו מהסס למתוח ביקורת על מעשים קודמים שעשה,[56] לקח לחיים שכל הרופאים צריכים ללמוד.

56 Wispelwey, BP; Jotkowitz, AB. (2013). To repent or to rationalize: three physicians exchange letters on the ethics of experimentation in postwar medicine. *Perspectives in Biology and Medicine,* 56(2), 236-243

פרק תשיעי

שווים ושווים יותר: השורשים ההיסטוריים של ערכי השוויון והעזרה ההדדית במערכת הבריאות בארץ ישראל

שפרה שורץ, עפרה גולן וגיורא קפלן

מבוא

חוק ביטוח בריאות ממלכתי (נחקק בשנת 1994) קבע בסעיפו הראשון כי:

> ביטוח הבריאות הממלכתי יהא מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית.

ערכים אלה מקובלים בעולם כולו כאבני היסוד לצדק חברתי במובנו הרחב. מאידך, לכל חברה פרשנות משלה לערכים אלה וכך גם השונות לביטוָם הלכה למעשה. בעמדת המיעוט של דו"ח ועדת נתניהו הביא אריה שירום (מחבר דו"ח המיעוט) את דבריו של הפילוסוף מרטין בובר באשר לערכים אלה ולשירותי הבריאות:

> אירע לנו שהחירות הלכה מערבה, והשוויון הלך מזרחה ולא נפגשו. האחווה הלכה לאיבוד, ולכן הצדק לא נודע פשרו.[1]

בובר התייחס בדבריו אל השוויון, כפי שהיה מקובל במדינות מזרח אירופה בימי השלטון הקומוניסטי, ואל החירות המעוגנת בבסיס המדינות הדמוקרטיות שבמערב. אך למרות השינויים ההיסטוריים ביחס לאמירתו של בובר, מהווה עדיין שאלת משמעותם של הערכים שוויון, צדק ועזרה הדדית מוקד לדיונים גם ברמה העקרונית וגם ברמה היישומית.

מטרת מאמר זה לבחון את הביטויים הייחודיים של ערך השוויון בבריאות ובשירותי בריאות, כפי שצמח והתפתח ביישוב היהודי בארץ ישראל. ביטויים אלה השפיעו על הפירוש החברתי, שניתן למושג זה כיום בעידן חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

---

* מחקר ראשוני של עבודה זו פורסם בכתב העת *משפט ורפואה*, גיליון 44, יולי 2011.

1 שירום אריה, *ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל*, ירושלים: המדפיס הממשלתי התש"ן, עמ' 38.

שוויון מהו?

מבחינה מילולית שוויון פירושו דמיון גמור, העדר כל הבדל, היות שווה לאחר בַּכול. בתחום החברתי רעיון השוויון המוסרי או שוויון ערך האדם עומד בבסיס מרבית תפיסות השוויון ומהווה נקודת מוצא לדיון במושג שוויון. תפיסת שוויון זו מבוססת על כך שמבחינה מוסרית ומעשית קיים יסוד מהותי בלתי ניתן לכימות, השווה אצל כל בני האדם ונמדד ביחס לעצמו. משמעותו של השוויון היא שכל אזרח הוא בעל ערך שווה, וכאשר אנו מארגנים את ההסדרים החברתיים, המוסדיים, הכלכליים והפוליטיים, אנחנו צריכים להתייחס לאינטרסים של כל יחיד כשווים. ברם בהקשר החברתי והמוסרי, שוויון אין משמעו זהות.[2] אדרבה, לעתים "לשם השגת השוויון יש לפעול בתוך שוֹנוּת".[3]

ההגדרה הקלסית של שוויון נטבעה על ידי אריסטו. על פיו, שוויון הוא נקיטת יחס שווה כלפי שווים ויחס שונה כלפי שונים על פי מידת שונותם.[4] לפי עקרון זה, התייחסות בלתי שווה אל אנשים שונים מותרת, ולעתים אפילו חיונית, כדי להשיג שוויון מהותי.[5] הכלל הוא: שונות עניינית עשויה להצדיק הבחנה, בתנאי שהשונות רלוונטית למטרה הייחודית, שלשם השגתה מיושמת ההבחנה. התייחסות בלתי שווה לפרטים בשל אי־שוויון שאינו רלוונטי למטרה הנדונה מהווה אפליה.[6]

במונחים מעשיים, כאשר המדינה ואנחנו האזרחים מעצבים את המוסדות הציבוריים שלנו, העיקרון המנחה צריך להתייחס לאינטרסים של כל אחד

---

2 בג"ץ 11020/05 "פנים להתחדשות יהודית בישראל נ' שרת החינוך, התרבות והספורט", פסקה 8 לפסק־הדין (לא פורסם, [פורסם בנבו], 16.7.2006), בג"ץ 1067/08 "עמותת "נוער כהלכה" נ' משרד החינוך", ס' 18 לפסק דינו של כב' השופט אדמונד לוי (לא פורסם, [פורסם בנבו], 06.08.09).

3 בג"ץ 246/81 "אגודת דרך ארץ נ' רשות השידור", פ"ד לה(4), 1, 11 (1981).

4 אריסטו, *אתיקה ניקומכוס*, ספר ה, פרק ג (תרגם: י"ג ליבס, שוקן, תשל"ג).

5 ראו למשל, בג"ץ 4541/94 "מילר נ' שר הבטחון", פ"ד מט(4), 94, בג"ץ 727/00 "ועד ראשי הרשויות המקומיות הערביות בישראל נ' שר הבינוי והשיכון", פ"ד נו(2) 79, 89, "ד"נ 10/69 בורונובסקי נ' הרבנים הראשיים", פ"ד כה(1) 7, 35 (1971), בג"צ 528/88 "אביטן נ' מינהל מקרקעי ישראל", פ"ד מג(4) 297, 299-300.

6 שם, וכן בג"צ 1/88, 953/87 "פורז נ' ראש עיריית תל־אביב-יפו ואח'; סיעת העבודה בעיריית תל־אביב-יפו ואח' נ' מועצת עיריית תל־אביב-יפו ואח'", פ"ד מב(2) 309, 332; בג"צ 721/94 "אל על נתיבי אויר לישראל בע"מ נ' יונתן דנילוביץ ואח'", פ"ד מח(5), 749, בג"ץ 6051/95 "רטנק נ' בית הדין הארצי לעבודה", פ"ד נא(3) 289, 312 (1997); בג"ץ 6778/97 "האגודה לזכויות האזרח בישראל נ' השר לבטחון פנים", פ"ד נח(2) 358, 365 (2004).

בכבוד ובדאגה שווים. ברמה העקרונית ישנה הסכמה בינלאומית למושג השוויון; אולם כאשר באים לתרגם ערך זה במדיניות ציבורית־חברתית, שלרוב קשורה בחלוקה של משהו (טובין, זכויות, הזדמנויות או שירות), מתברר לעתים שישנן השקפות שונות באשר לשאלה מהי חלוקה צודקת לגבי מושא החלוקה הנדון. שלושה ממדים חשובים קיימים בכל חלוקה: 1. המקבלים (מי מקבל את הדבר?); 2. מה מחלקים? 3. תהליך החלוקה.

הממד הראשון קשור בהגדרת החברות, כלומר בקרב מי צריכה החלוקה להתבצע. לעתים הגדרת הזכאים ליחס שווה בחלוקה היא מקור למאבק פוליטי. לא תמיד ההגדרה מובנת מאליה, גם כאשר מדובר על "כולם". האם במילה "כולם" מתכוונים לכל האזרחים או לכל התושבים? אתגר זה קשור להרכב החברה, ואילו אבחנות בין אנשים נחשבות לגיטימיות: גזע, לאום, דת, גיל, מגדר, מוגבלות או "חולשה" מבחינת יכולות שונות.

הממד השני קשור להגדרה של מושא החלוקה. למשל, האם הנגישות לכל שירות רפואי שמישהו עשוי להזדקק לו (נגישות לרופא או שמא נגישות לרופא מסוים) היא לפי בחירת הנזקק? לעתים מנסים להרחיב את ההגדרה לחזון גלובלי יותר, כגון הזכות למצב בריאות מקסימלי.

הממד השלישי עוסק בתהליך החלוקה שהוא חשוב בפני עצמו, היות שמושג הצדק כולל לא רק את התוצאה הסופית אלא גם את תחושת ההוגנות של התהליך שבאמצעותו מושגת התוצאה. לדוגמה, אם מושא החלוקה אינו מספיק לכולם, אנחנו לרוב מוכנים לקבל תוצאה לא־שוויונית, בתנאי שאנחנו יודעים שהתהליך הוגן. מדיניות חברתית של חלוקה מנוהלת על ידי בני אדם הנוקטים פעולות ממשיות ולא על ידי "ידיים נעלמות". מערכות כאלה יכולות להיות מפלגות, אבל יכולות גם ליצור סולידריות חברתית, לקשור בין בני אדם ולהגביר נאמנות, אם התהליך נתפס הוגן. בכל מקרה, עמדות בני אדם (וקהילות) בסוגיות של חלוקה נקבעות לא רק על ידי המאפיינים של הסוגיה הקונקרטית, אלא גם על ידי השקפת עולם כללית הכוללת הנחות לגבי המשמעות של קהילה, של בעלות, של המניעים הבסיסים של בני אדם, וכו'.[7]

ישנם מצבים שגם כאשר מאמינים באופן עקרוני שחלוקה של משאב מסוים צריכה להיות שוויונית, הקהילה־חברה מצדיקה סטייה מעקרון השוויוניות למען מטרות חברתיות אחרות. אכן הכלל הוא כי שונות רלוונטית עשויה להצדיק

---

7 Deborah Stone. *Policy Paradox and Political Reason.* New York, Harper Collins Publishers, 1988

הבחנה. הלוא בכך טמון שורש ההבדל בין הפליה פסולה לבין הבחנה כשרה, כפי שפסק בית המשפט העליון:

> עקרון השוויון, אשר אינו אלא הצד השני של מטבע ההפליה ואשר המשפט של כל מדינה דמוקרטית שואף, מטעמים של צדק והגינות, להמחישו, משמעותו, כי יש להתייחס, לצורך המטרה הנדונה, יחס שווה אל בני אדם, אשר לא קיימים ביניהם הבדלים של ממש, שהם רלוונטיים לאותה מטרה. אם אין מתייחסים אליהם יחס שווה, כי אז לפנינו הפליה. לעומת זאת, אם ההבדל או ההבדלים בין אנשים שונים הינם רלוונטיים למטרה הנדונה, אזי תהיה זו הבחנה מותרת, אם מתייחסים אליהם, לצורך אותה מטרה, יחס שונה, ובלבד שההבדלים ההם מצדיקים זאת.[8]

> אך כתנאי להשגתו של שוויון מהותי חובה לקבוע, שאת עצם ומידת הרלוואנציה של השונות יש לבחון, בכל מקרה נתון, בשים־לב למטרה הפרטיקולארית שלשם השגתה מיושמת ההבחנה. לאמור: הזיקה הנדרשת בין התכונות המיוחדות, המצויות באחד ואינן מצויות בזולתו, ולבין המטרה שלשם השגתה מותר להעדיף את הראשון על פני השני, חייבת להיות ישירה וקונקרטית.[9]

במישור האתי, סוגיית השוויון מהווה מרכיב יסודי בדיון על הצדק החלוקתי, שלגביו קיימות תיאוריות וגישות שונות. גישה אתית מקובלת בתחום הבריאות, היא זו שהוצעה על ידי האתיקאי נורמן דניאלס מאוניברסיטת הרווארד,[10] שיישם את תורת הצדק של רולס בתחום הבריאות. לטענתו, בנושא הנגישות לשירותי הבריאות, עקרון השוויון יוחל על פי הצורך הרפואי של הפרט, ויש לנהוג באופן שווה כלפי אנשים בעלי צורך רפואי דומה, ולא להביא בחשבון גורמים לא רפואיים, כגון מוצא אתני ומין ואף לא את היכולת לשלם.

כניסתו של מושג השוויון לתחום הבריאות בחברה המערבית נעשה רק בשלהי המאה ה־19 וזאת בהשפעת חקיקתו של חוק ביטוח הבריאות הממלכתי הגרמני על ידי הקנצלר אוטו פון ביסמרק והתפשטות יוזמות חקיקה דומות בכל רחבי מרכז אירופה ומערבה. חקיקת הבריאות הובילה להרחבת הדיון הציבורי

---

8 ד"נ 10/69 "בורונובסקי נ' הרבנים הראשיים לישראל", פ"ד כה(1) 7, 35.

9 בג"צ 4541/94 "מילר נ' שר הביטחון ואח'", פ"ד מט(4), 94, 109

10 Norman Daniels, *Just Health Care*,Cambridg University Press, 1985; כרמל שלו, *בריאות, משפט וזכויות האדם*, אוניברסיטת תל־אביב: רמות 2003, עמ' 30-31.

בנושא השוויון בבריאות, כפי שקרה גם באשר לסוגיית השוויון בחינוך, בביטחון ועוד.

מושג השוויון משמש בעברית בצירופי לשון רבים, כגון שוויון זכויות, שוויון מינים, שוויון המידע ועוד. כאמור, יש לו משמעות חברתית ומוסרית רחבה ביותר.

בארץ ישראל נזכר מושג השוויון ביחס לבריאות מראשית הקמתם של שירותי בריאות ציבוריים ביישוב היהודי בארץ במחצית המאה ה־19. הוא קיבל פרשנויות ייחודיות בהשפעת התפתחותם ההיסטורית של שירותים אלה.

שירותי רפואה "לא יהודית" ליהודים בארץ ישראל

עד שנת 1838 לא היו קיימים בארץ ישראל העותומנית שירותי בריאות "מערביים" המבוססים על עזרה רפואית מקצועית של רופא (או של רוקח), בעל תואר מקצועי או תואר אוניברסיטאי מוכר. מוסדות הבריאות הראשונים יוקמו מאוחר יותר (בשנים 1838-1902) בירושלים וביישוב היהודי הישן, ואילו ביטוח הבריאות הראשון (קופת חולים הכללית) יופעל רק בשנת 1911 במסגרת היישוב הציוני המתחדש. כל ההתחלות חלו אפוא בשלהי התקופה העותומנית, כאשר לשלטון הטורקי לא היה כל עניין ומעורבות ביוזמות או בדיון הציבורי על אופיָם ומהותם של שירותי הבריאות החדשים.

השחרור ממעורבות השלטון בקביעת אופיָם והתנהלותם של שירותי הבריאות הראשונים אפשר לקהילות עצמן (יהודים, נוצרים ואחרים) לבטא את ערכיהן החברתיים הייחודיים (כמו שוויון או צדקה) בהתנהלותם של מוסדות אלה ובקביעת יחסם לפונים אליהם בנושא עזרה רפואית, אשפוז או סיעוד. יש להניח כי ערכים אלה לא נקבעו יש מאין, אלא עוצבו במידה רבה בתקופה שקדמה להקמתם של שירותי הבריאות הראשונים, וזאת בהשפעת תנאי החיים והסביבה הקשים שבהם חיו אנשי ארץ ישראל מבחינה היגיינית. תנאים קשים אלה והעדר שירות רפואי מקצועי חייבו את הקהילה להפעיל שירותי סיוע ורווחה לא־רפואיים על מנת להתמודד עם מצוקות תנאי החיים. סביר להניח כי ערכי היסוד של החברה אשר התגבשו באותה עת באו לידי ביטוי גם בהפעלתם של מוסדות הבריאות לאחר ייסודם.

השירות הרפואי הראשון נוסד בירושלים על ידי גורמים מיסיונריים נוצריים בתמיכת הקונסוליה הבריטית, שחפצה להרחיב את תחומי השפעתה בעיר ולחזק את מעמדה הפוליטי. בשנת 1838 פתחו נציגי המיסיון הבריטי מרפאה בעיר העתיקה בירושלים, שנוהלה על ידי רופא ורוקח יהודים, שהובאו במיוחד לשם כך לארץ ישראל ואשר התנצרו זמן קצר לפני בואם. בחירתם של הבריטים

ברופא וברוקח מומרים, שהיו מעורים בתרבות ובדת היהודית, מעידה כי הבריטים ראו ביישוב היהודי בירושלים אוכלוסיית יעד לפעילותם וכי הכירו בצורך לפעול לפי כללי הדת והתרבות היהודית על מנת למשוך את אנשי היישוב אל שירותי הרפואה שייסדו.

השירות הרפואי כלל תרופות חינם לכל דורש ללא הבדל של מוצא ודת. לנזקקים מקרב החולים ניתן אף סיוע במזון ובתמיכה כספית. ייסודה של המרפאה הבריטית, שהפכה לאחר מכן לבית חולים קטן, הביא למהפכה בחייהם של אנשי ירושלים. אלה החלו לפנות אליה בהמוניהם, למרות החשש מקשר עם רופאי המיסיון ומהשפעה דתית על הפונים אליהם. הצורך הרפואי גבר על החששות הדתיים.

בעקבות ייסודה של המרפאה הבריטית, פעלו קונסוליות נוספות לפתיחת שירותי בריאות מטעמם, תחילה בירושלים ולאחר מכן בערים אחרות כטבריה, צפת, חיפה וכד', ומאותה סיבה – תחרות על ההגמוניה הפוליטית בארץ ישראל העותומנית. על פי העיקרון שקבעה המרפאה הבריטית סיפקו כל המרפאות שירות רפואי, אשפוז ותרופות חינם לכל דורש, וכן סיוע נלווה במזון או בכסף למשפחות עניות. עקרון השוויון שננקט על ידי כל שירותי הבריאות המיסיונריים בארץ ישראל, בא לידי ביטוי בצורה של צדק מתקן. הוא התבסס על הרעיון הנוצרי של מתן צדקה באמצעות כסף או עזרה רפואית, בעיקר לעניים, באמצעות הכנסייה, כפי שהיה מקובל ונפוץ באירופה.

אף שערך השוויון בשירות הרפואי שנוסד בארץ ישראל נקבע מטעמים פוליטיים ואידיאולוגיים זרים, התוצאה הייתה בעלת חשיבות חברתית רחבה – כל שירות רפואי חדש, שרצה להתחרות עם השירותים הקיימים, חייב היה להבטיח שירות חינם שווה לכול על מנת להשתלב במערכת הקיימת. לשירות בתשלום, גם אם חלקי, לא היה כל סיכוי להתקיים לאור מגוון שירותי הרפואה שניתנו חינם לכול ובאיכות טובה.

בשנים 1838-1914 הוקמו בירושלים בלבד עשרות בתי חולים ומרפאות, שנוהלו על ידי רופאים מקצועיים בוגרי אוניברסיטאות מכובדות באירופה. כולם כאחד סיפקו שירותי רפואה מקצועית באיכות גבוהה, שניתנה חינם לכל דורש. ניתן להניח כי להשתרשותו של הנוהג של מתן שירות רפואי חינם וללא אפליה, הייתה השפעה על יחסם העתידי ועל ציפיותיהם של אנשי היישוב היהודי בארץ ישראל (בעיקר בירושלים) משירותי הבריאות היהודיים שיקומו.

שירותי רפואה יהודית בארץ ישראל

בשנת 1843 הקים משה מונטפיורי, הנדבן היהודי, בירושלים את השירות הרפואי היהודי הראשון בניהולו של ד"ר שמעון פרנקל. הקמת השירות לא באה משום מצוקת הבריאות אלא מטעמים דתיים, לאחר ששלושה תלמידי ישיבה המירו את דתם בהשפעת הרופא הבריטי. המרפאה נוהלה כפי שנוהלו מוסדות הרפואה של המיסיון – מתן שירות חינם לכל דורש וללא אפליה. המימון כולו נעשה על ידי מונטיפיורי.

לאחר הפעלתה של מרפאת ד"ר פרנקל בירושלים לטובתם של אנשי היישוב היהודי בעיקר, פנו ראשי הקהילה היהודית בחברון אל הקונסול האוסטרי בבקשה שיתערב אצל מונטיפיורי על מנת לשכנעו להקים מרפאה דומה בחברון. טיעונם המרכזי של אנשי חברון התבסס על המצוקה הכספית של הקהילה ועל קשיי המרחק להגיע אל הרופא בירושלים. אף לא באחד ממכתביהם הועלה טיעון ערכי הדורש השוואת הנגישות או אי־אפלייתם ביחס לאנשי ירושלים.[11]

נראה היה כי למרות נוהגי השוויון במתן השירות הרפואי, מושג השוויון כעיקרון חברתי לא הוטמע עדיין בשיח הציבורי. הוא עלה לראשונה כעיקרון מוביל בהקשר של שירותי הבריאות עם הקמתו של בית החולים היהודי הראשון בירושלים על ידי הברון רוטשילד.

בשנת 1854 נפתח בירושלים בית החולים "רוטשילד" בניהולו של ד"ר ברנרד נוימן. לצִדו שירתו רופא מנתח, שני רוקחים ועוזריהם, ומנהל משק בית. בית החולים כלל 18 מיטות, ונרשם כמוסד בחסות אוסטרית על מנת לתת לו מעמד חוקי ברשות העותומנית. על בית החולים אף הונף דגל אוסטריה, והקונסול האוסטרי בירושלים היה הממונה הרשמי עליו.

בית החולים קבע מראשית הפעלתו כי מתפקידו

> לתת לכל החולים ללא הבדל מעמד ודת שפונים בשעות הביקור למוסד עצה רפואית ותרופות.[12]

ואכן בית החולים טיפל גם בחולים ערבים, בחולים בני עדות אחרות ובחולים מקרב עולי רגל שהגיעו לירושלים. את השירות הזה העניק בית החולים במרפאות החוץ בלבד ולא אפשר אשפוז של חולים שאינם יהודים. אפלייתם לרעה של הערבים באשפוז תואמת להיגיון שעמד בבסיס הקמתם של מוסדות הבריאות

---

11 אליאב מרדכי, *בחסות ממלכת אוסטריה*, ירושלים: יד בן־צבי 1985, מכתב מס' 9, עמ' 66.

12 ברנרד נוימן, *עיר הקודש ויושבי בה*, ירושלים, עמ' נ"ה.

היהודיים – העדפת הקהילה היהודית, וזאת על מנת להתבדל ממוסדות המיסיון. אפליה זו לא הייתה אמורה לפגוע באופן משמעותי בקהילה הלא יהודית בירושלים, מאחר שעמד לרשותם של "הלא יהודים" הזקוקים לאשפוז מגוון רחב של מוסדות בריאות אחרים.

למרות רצונו לספק שירות לכול, היה בית החולים קטן ומוגבל, ותוך זמן קצר החלו להגיע תלונות על דחיית הפונים עקב היעדר מקום. כמו כן, בית החולים "רוטשילד" שהופעל על ידי יהודים ממוצא גרמני, התנהל בעיקר בשפה הגרמנית. בהיותו בחסות קונסולרית אוסטרית, היה מחוץ לחזקתה של הנהגת הקהילה היהודית, שרצתה להיות מעורבת בניהולו ובקביעת יחסו לקהילה.

חלק מבני הקהילה התאכזבו מאי־יכולתם להתערב בנעשה בבית החולים. נוסף על כך, היו טענות של חולים ובני משפחותיהם כי בית החולים "מעדיף" חולים דוברי גרמנית ומפלה לטובה חולים בעלי אזרחות אוסטרית. הם אף חשו כי קיימת אפליה על בסיס עדתי, בעיקר כלפי הקהילה הספרדית בירושלים. כל אלה הובילו לכתיבתם של מכתבי תלונה אשר נשלחו אל רוטשילד ובאי כוחו ואף אל הקונסול האוסטרי הממונה על בית החולים. במכתבים עלתה הדרישה העקרונית לשוויון במתן השירות הרפואי לכל חברי הקהילה. המכתבים לא הציגו דוגמאות ממשיות לאי־שוויון ולא הוכיחו בפועל קיומה של אפליה. עם זאת, די היה בהרגשתם הסובייקטיבית של החולים, כי השימוש בשפה שאינה שפתם פוגע בטיפול שהם מקבלים, כדי לתת לטיעון האפליה והדרישה לשוויון משקל ממשי.

במונחים המקובלים כיום, ניתן לומר כי הפגם בהתנהלות בית החולים "רוטשילד" היה בכך שלא דגל בגישה של רב־תרבותיות.[13] כתוצאה מכך, השוויון הפורמלי שהיה נקוט בבית החולים, יצר פגיעה מהותית בחולים שלא שלטו בשפה שדוברה בו. מאחר שלא הצליחו לשנות את תוכן התנהלותו של בית החולים, החליטה קבוצת דוברי פולנית ורוסית, יוצאי מזרח אירופה, כי הפתרון מבחינתם יהיה להקים בית חולים משלהם ובשליטתם. אליהם הצטרפה קבוצה נוספת מקרב יוצאי גרמניה והולנד, שאף הם לא היו מרוצים מהשירות שקיבלו בבית החולים "רוטשילד" בהיותם שייכים למסגרת עדתית נפרדת מזו של יוצאי אוסטריה, למרות השפה הגרמנית המשותפת.

---

13 מונח שהופיע לראשונה רק בשנות ה־60 וה־70 של המאה ה־20. הוא ייצג את תגובתן של הממשלות במדינות כקנדה ואוסטרליה לעובדת קיומו של פלורליזם אתני, שכולל קבוצות שאינן מעוניינות להיטמע בתרבות הרוב ודורשות הכרה בייחודיותן התרבותית. ראו יוסי דהאן, *תיאוריות של צדק חברתי*, תל־אביב: האוניברסיטה המשודרת 2007.

בית החולים "ביקור חולים" שהקימו בשנת 1867, קבע מראש כי השירות יינתן רק לחברי הקהילה היהודית המזרח אירופאית וכי בקרב בני הקהילה השירות הרפואי יהיה שווה לכול. מקימי בית החולים ניסו, אפוא, לפתור את בעיית אי־השוויון המהותי שממנה סבלו בבית חולים "רוטשילד", על ידי יצירת אי־שוויון פורמלי: בית החולים קבע אפליה מובנית מראש וציין כי השירות בו יינתן לאשכנזים בלבד.

הפעלת בית החולים "ביקור חולים" על בסיס עדתי מוגדר הובילה אף היא לסדרת מכתבי תלונה, הפעם מצִדם של בעלי אזרחות אוסטרית. במכתבים הם קבלו על "אי־קבלתם הבלתי מוצדקת של יהודים אוסטריים על ידי הנהלת בית החולים". בנוסף על כך, תוך זמן קצר קבוצת יוצאי הולנד וגרמניה, שהצטרפה ליוזמה להקים "ביקור חולים", הביעה אי־שביעות רצון ממעמדה במוסד ופרשה ממנו לאחר חיכוכים רבים, כשהיא מצהירה על יוזמה חדשה להקמת בית חולים משלה בחסות גרמנית, אשר יפעל למען כל תושבי ירושלים ללא כל אפליה (ראו להלן).

במקביל, החלו לפעול מנהיגי הקהילה הספרדית בירושלים להקמת בית חולים משלהם, שיספק לחברי קהילתם שירותי אשפוז. אנשי הקהילה הספרדית ירושלים, שקיבלו שירותי אשפוז מבית החולים "רוטשילד", טענו, כמו יוצאי מזרח אירופה, כי התנהלותו של בית החולים בשפה הגרמנית פוגעת בהם, וכי רופאי בית החולים אינם מכירים דיים את צורכי קהילתם ואינם מספקים להם שירות רפואי הולם. במסגרת פעילותם העדתית לסיוע לחולים מקרב בני העדה בבתיהם, הפעלתם של שירותי ביקור חולים ולינת צדק במימון תורמים מקרב קהילת סלוניקי, החליטו אנשי הקהילה לייסד בית חולים משלהם – "משגב לדך".

בשונה מבית החולים "ביקור חולים", שקבע כי הוא מטפל בחולים אשכנזים בלבד, הצהיר בית החולים "משגב לדך" בדומה לבית החולים "רוטשילד", כי הוא פתוח לכול, ללא הבדל של מוצא, עדה ודת. תגובת בית החולים "ביקור חולים" לנוכח הצהרתו השוויונית של "משגב לדך" הייתה כי בית החולים מצהיר זאת "מהפה ולחוץ" רק כדי לקבל תרומות מגורמים שונים באירופה, וכי בפועל בית החולים מעדיף את בני העדה הספרדית. "ביקור חולים" טען כך בעיקר מתוך חשש כי איסוף התרומות של "משגב לדך" תחת הכותרת של בית חולים שוויוני הפתוח לכול, תפגע בהיקף התרומות שהוא מגייס מהקהילות באירופה.

על אף ההשמצות הוכיח בית החולים "משגב לדך" כי התנהלותו תואמת את הצהרותיו. בית החולים העניק שירות רפואי שווה לכל אנשי ירושלים, שפנו

אליו, ללא כל אפליה ולשביעות רצון הפונים אליו. בית החולים "משגב לדך" העסיק אשכנזים וגם ספרדים, ורופא הבית של בית החולים (ד"ר אליהו הכהן) היה בן העדה האשכנזית בירושלים. במסמכי התקופה לא נמצאו מכתבי תלונה על אפליה או אי־שוויון כלפי בית החולים "משגב לדך". מאידך, התלונות כלפי "ביקור חולים" נמשכו כל אותה תקופה ובעוצמה רבה.

במקביל, המשיכה קבוצת יוצאי הולנד־גרמניה (פורשי "ביקור חולים") לפעול למען להקמת בית חולים משלהם. בראש קבוצה זו עמד ד"ר ואלך, יהודי חרדי ממוצא גרמני. בשנת 1902 הצליחו ד"ר ואלך וחבריו לקבל אישור להקים בית חולים בחסות גרמנית – בית החולים "שערי צדק". בית חולים זה שהיה הראשון שנבנה בעיר החדשה (מחוץ לחומה) הצהיר כי הוא פתוח לכול ללא כל אפליה. במידה רבה, גם הוא היה אנטי־תזה ל"בית החולים האשכנזי ביקור חולים". הצהרתו של בית החולים "שערי צדק" כי הוא מחייב את כל המאושפזים בו לכבד את עקרונות הדת היהודית לא היה בה משום פגיעה בשוויוניות של השירות, שניתן ללא תנאי. גם כאשר התבקשו פועלים חילוניים, שהתאשפזו בבית החולים להניח תפילין, לא ניתן לראות בפנייה זו פגיעה בשוויון השירות הרפואי, מאחר שהיא לא הייתה תנאי לקבלת השירות אלא רק בקשה.

הקמתו של בית החולים "שערי צדק", כמו הקמתו של בית החולים "משגב לדך", בעקבות טיעונים על אפליה, אי־שביעות רצון ודרישה לשוויון בשירות הרפואי, הטמיעה את עקרון השוויון בשיח הציבורי ביחס לבתי חולים ולשירותי אשפוז בארץ ישראל כבר בראשית המאה ה־20. חשוב לציין כי היות שבתי חולים אלה סיפקו שירות חינם לרוב הפונים אליהם, הם לא הצטרכו להתמודד עם הסוגיה של דחיית שירות בגין העדר אמצעים, סוגיה שהפכה למרכזית בעצם קיומם של בתי חולים אלה בהמשך דרכם.

שוויוניות בשירותי בריאות בקהילה – הקמת קרן ליולדות בירושלים בחסות הברונית רוטשילד

בשנת 1854, עם היווסדו של בית החולים "רוטשילד" בירושלים, יזמה הברונית בטי דה־רוטשילד הקמת קרן

> למען יולדות ותינוקותיהן, כדי לספק לאימהות ולילדיהן את העזרה הרפואית הנחוצה ואת הלבנים, וכן תמיכה כספית קטנה.[14]

---

14 מכתב ד"ר אלברט כהן אל הקיסר האוסטרי פרנץ יוזף, 28 יולי 1854, תורגם מגרמנית ונערך על ידי מרדכי אליאב, *בחסות ממלכת אוסטריה*, ירושלים: יד בן־צבי 1985, עמ' 98

הקרן פעלה בחסות קונסולרית אוסטרית. שנתיים לאחר מכן, בעת ביקור מאיר דה־רוטשילד בירושלים לצורך בדיקת מפעלי הרווחה שהוקמו בתמיכתו, החליט הברון, לאור התלונות ששמע על האפליה הקיימת בין ספרדים לאשכנזים במוסדותיו, לקבוע תקנון חדש לקרן היולדות. הוא הדגיש בו שאין להפלות בין אשכנזים לספרדים.

> בכל חודש יותן לעשרה יולדות עניות ביום הלידה לכל אחת חמישים גראש מזומנים ובגדים השווים לערך חמישים גראש ... אין שום הפרש בין עניים ספרדים לאשכנזים, כולם שווים. וכל אישה ענייה אשר ילדה קודם זכתה לקבל הבגדים והממון הנ"ל בלי שום פניה אם היא מספרדים או מאשכנזים ... אין רשות ליתן לאישה אחת מעות ולאישה אחרת בגדים רק לעולם ממון ובגדים לכל אחת מהיולדות הנ"ל.[15]

ניתן להעריך כי שינוי התקנון וההדגשה הבולטת של שמירה על שוויון והימנעות מאפליה על בסיס עדתי, באה לאור הביקורת החריפה (בעיקר של הקהילה הספרדית) כלפי התנהלות הקרן, שכנראה העדיפה יולדות אשכנזיות. מעניין במיוחד הוא הציון של העוני כקריטריון רלוונטי יחיד לעניין הזכאות לסיוע. כמו כן, נקבע במפורש שוויון במתן הסיוע, בגדים וממון.

הדרישה של רוטשילד למנוע אפליה הייתה אף רחבה יותר. התקנון לא קבע מספר שווה של נשים אשכנזיות וספרדיות כדי לשמור על שוויון מספרי, אלא קבע כי המרכיב העדתי יימחק לחלוטין משיקולי ההחלטות של הקרן, ולמעשה היותה של אישה, אישה ענייה יהיה המאפיין היחיד בשיקולי מתן הסיוע. מנוסח התקנון עולה כי נקבעה מכסה חודשית של נשים אשר תוכלנה לקבל סיוע, אך כאמור ללא אפליה בין ספרדיות לאשכנזיות, גם אם מספרן של בנות עדה אחת יעלה בחודש מסוים על זה של האחרת. התקנון אף לא קבע מהו מדד העוני, וסביר להניח כי בקהילה הקטנה בירושלים היו מושגים שבעל פה באשר לקביעת רמת העוני גם ללא מדד מדויק.

יוזמתו של רוטשילד לשינוי התקנון והדגשת הנושא של מניעת אפליה יכול להעיד יותר מכל על עצמתה של האפליה על בסיס עדתי, שהייתה קיימת בירושלים גם במתן סיוע ובקבלת עזרה ממוסדות הרווחה.

חשוב לציין כי כל המוסדות הללו סיפקו שירותים רק לאוכלוסיה היהודית, ונוסדו מראשיתם בעבור אוכלוסייה זו בלבד. ד"ר פרנקל נהג לייעץ ולעזור

---

15 מכתב מאיר רוטשילד אל ד"ר נוימן (מנהל בית החולים רוטשילד שלידו פעלה קרן היולדות), 27.4.1856, נערך על ידי מרדכי אליאב, *בחסות ממלכת אוסטריה*, ירושלים: יד בן־צבי 1985, עמ' 101.

במידת האפשר גם לנכבדים ערבים שפנו אליו בשאלות בריאות, אך עיקר הפעילות של כל המוסדות היהודיים הייתה ונועדה ליהודים בלבד. נושא האפליה בין יהודים וערבים עלה לדיון רק בראשית המאה ה־20 עם הקמתם של שירותי אם וילד (טיפת חלב) על ידי הסתדרות נשים ציוניות הדסה בירושלים.

בית החולים "שער ציון" – גורם עירוני־חלוצי במערך הבריאות בארץ ישראל

בשנת 1891 נוסד ביפו בית החולים הקהילתי הראשון בארץ ישראל – בית החולים "שער ציון". הקמתו התאפשרה הודות לשיתוף פעולה בין ועד העיר יפו, לבין חברי לשכת בני ברית והחברה למען ציון, שסייעה בהקמתו של שירות רפואי בטבריה. התפרצות מגפת קדחת ביפו ובמושבות בשנת 1891 הייתה הגורם המידי לפתיחת בית החולים בן 18 החדרים. ועד העיר נטל על עצמו את ניהול בית החולים וקבע "תקנות והנהגות" לבית החולים.[16] מראשית פעילותו נקבע כי בית החולים יהיה

> פתוח לכל בני ישראל אשכנזים או ספרדים מבני העיר או מבני המושבות או מבני שאר הערים ואפילו לאורחים העוברים והשבים או לבאים לרחוץ בים.[17]

גביית הכספים בעבור השירות הרפואי הייתה מדורגת, כלומר בהתאם למצבו הכלכלי של האדם ומשפחתו. לעניים חולקו פתקים לטיפול חינם.[18] כמו כן, היותו של בית החולים קהילתי ועל־עדתי הודגש בכל מסמכיו וניירותיו. במציאות הארץ ישראלית של ריבוי מחלוקות על בסיס עדתי ודתי הייתה לעובדה זו חשיבות רבה. גם פירוט החולים על פי מוצאם והשתייכותם העדתית־קהילתית, שפורסם בעיתונות העברית, מעיד כי בית החולים נתן שירות לכול ללא כל אפליה. מדו"ח בית החולים לשנים 1895-1897 עולה כי טופלו בו 258 גברים ו־331 נשים. אלה הגיעו

> מירושלים (85), צפת (12), טבריה (2), חברון (1), חיפה (1), שכם (1), תימן (15), "ומיתר ערי תוגרמא [טורקיה ש"ש] (12) ... מקהל הגולה

16 שורץ שפרה, "בית החולים שער ציון ביפו", *קורות*, ט, חוברת ט-י (תש"ן), עמ' 299.

17 *החבצלת*, שנה 21, גיליון 39, עוד ראו לעיל, שורץ, עמ' 301.

18 פרוטוקולים של ועד הקהילה היהודית ביפו, הארכיון ההיסטורי של עירית תל־אביב-יפו, פרוטוקול מס' 40, להלן אהת"א.

שביפו ומבני העיר (218), מהמושבות (205), גולים מרוסיה (19), מרוקו (5), מרומניה ושאר הארצות (11).[19]

בית החולים היה חלוץ גם בנושא ביטוח בריאות ושירותי בריאות לפועלי המושבות שהיו חלק נכבד מהפונים אליו. הוא אף היה הראשון בארץ ישראל שהקצה חדר מיוחד עבור לידות, וחדר מיוחד להחלמה ושיקום אחרי מחלה ממושכת כמלריה. שירותים אלה ניתנו במסגרת הסכם האשפוז שנערך בין בית החולים לבין קופת חולים הכללית של הפועלים. הסכם אשפוז זה היה אף הוא חלוצי במהותו.[20]

שלא כאנשי ירושלים, אנשי יפו לא נהנו מתשלומי החלוקה, וכמות התרומות שהגיעה אליהם הייתה מועטה. מצד שני, הופעלה בפועל כאן סולידריות חברתית. היותו של בית החולים מוסד משותף לקהילה ומנוהל על ידה, אפשר לוועד הקהילה לגייס את אנשי העיר ואף לחייב אותם לתמוך בבית החולים באמצעות הטלת מסים. כך למשל, הטיל ועד העיר מס על סוחרי אתרוגים לטובת בית החולים וחייב כמעט כל חבר בקהילה לתרום משהו על מנת שיהיה זכאי ליהנות משירותי בית החולים.[21]

בית החולים "שער ציון" פעל עד שנת 1921. כל שנות פעילותו הוא נאבק בגירעון כספי ונדרש לגייס תרומות באינטנסיביות על מנת להמשיך לפעול. מאידך, הכרזתו הראשונית על היותו מוסד פתוח לכול ללא כל אפליה, יושמה הלכה למעשה בכל שנות פעילותו, ורעיון השוויון היה מרכיב מרכזי באידיאולוגיה של המוסד. היה זה מוסד הבריאות היהודי היחיד, שגם חרט על דגלו את עקרון השוויוניות וגם הפעילו הלכה למעשה ללא כל הגבלה. במובן הרחב ביותר כלל לא רק את בני כל העדות היהודיות אלא גם חולים ערבים ובני עדות אחרות.

"על חשבון הברון" – שירותי הבריאות במושבות הברון

בשנת 1882 החלה העלייה הראשונה, והיא נמשכה עד שנת 1903. חבריה, משפחות יהודיות מסורתיות מרומניה ומדרום רוסיה, הגיעו לארץ ישראל עם החזון הציוני שקרא לשינוי מהותי באורחות חייו של העם היהודי ובבניית דור

---

19 חשבון החולים הנכנסים והיוצאים בבית החולים שערי ציון, מר"ח כסליו תרנ"ו עד ר"ח מנ"א תרנ"ז, אחד ועשרים חודש, (1895-1897) ועד עדת עה"ק יפו ת"ו, *ספר חשבון המפעל והמעשה*, השביעי, ירושלים: דפוס פרומקין תרנ"ז עמ' 25-26.

20 לונץ, *לוח ארץ ישראל לשנת תרע"א*, עמ' ס"ו; מכון לבון, ארכיון לתולדות תנועת העבודה, תיקי קופת חולים הכללית, חטיבה IV-122, תיק 10.

21 פרוטוקולים של ועד הקהילה היהודית ביפו, אהת"א, פרוטוקול מס' 40.

חדש, עובד אדמה, בארץ ישראל. בשנים 1882-1884 נוסדו שבע המושבות הראשונות ביהודה, בשומרון ובגליל העליון.

בקיץ 1882, זמן קצר אחרי היווסדה, ובעקבות קשיים כלכליים, פנו ראשי המושבה ראשון לציון בבקשת עזרה לברון אדמונד דה־רוטשילד. הוא הסכים להעניק סיוע צנוע למושבה, מה שהוביל תוך זמן קצר למעורבות מלאה של הברון בהתנהלותן ובמימונן של המושבות ולפרישת חסותו עליהן. מושבות העלייה הראשונה הפכו אפוא למושבות הברון.

סיועו של הברון למושבות כלל ייעוץ חקלאי, מימון שוטף, הקמת מוסדות חינוך, מוסדות דת ומתן שירותי בריאות. כאמור, הברון היה מעורב בהקמתם ובמימונם של שירותי בריאות בירושלים מאז מחצית המאה ה־19. הקמת שירותי בריאות למושבות החקלאיות דרשה התייחסות שונה לחלוטין מזו שהנהיג הברון בהקמת מוסדות הבריאות שבחסותו בירושלים, והצריכה גיבוש מסגרות שירות המתאימות לאיכרי המושבות.

לא נותרו פרוטוקולים על התנהלות הדיונים בין פקידי הברון לאיכרי המושבות באשר לגיבוש השירות הרפואי במושבות. אולם מדיווחים שונים בנושאי בריאות במושבות, עולה כי השירות גובש בהדרגה ועוצב במהלך השנים הראשונות. מודל השירות שגובש בסופו של דבר, היה ייחודי ויחיד במינו בעולם המערבי – הוא התלבט באותם ימים בסוגיית בריאות וזכויות אזרחיות. מודל זה הפך מאוחר יותר דוגמה ובסיס לכלל שירותי הבריאות הקהילתיים שצמחו בארץ ישראל, והעקרונות שעליו הושתת משמשים בה עד היום.

מה כלל מודל השירות הרפואי של מושבות הברון? השירות היה קהילתי־מקומי, והוא פעל בכל המושבות הגדולות. הוא נוהל על ידי רופא, בוגר אוניברסיטה, בדרך כלל אירופאית. לצִדו פעל רוקח בעל רישיון כנדרש לפי החוק הטורקי, ומיילדת. כמו כן, נבנתה מרפאה קהילתית ששימשה בסיס לעבודת הצוות הרפואי, בעיקר הרופא והרוקח, מאחר שהלידות התקיימו בדרך כלל בבית. הרופא הועסק בחוזה אישי, וניתנה לו האפשרות לעבוד בעבודה פרטית נוספת אחרי שעות עבודתו. חובת הרופא הייתה להעניק שירות לאנשי המושבה בלבד, כולל ביקורי בית. במקרים רבים כללה אחריותו גם את המושבות הקטנות הסמוכות. כאמצעי ניידות קיבל הרופא סוס, או כרכרה על חשבון הברון, ומימון לאורווה ומזון לסוס. הרופאים נדרשו לפעול בתיאום עם ועד המושבה ופקידות הברון. הברון מצִדו סיפק את המימון הכולל לשירות הרפואי וכן תרופות וציוד שהגיעו במשלוחים פעם בכמה שבועות באונייה מפריז. הרופא נדרש לשהות בקביעות במושבה, והותר לו לצאת מהמושבה רק באישור ולאחר שנמצא לו ממלא מקום.

ניתן להניח כי הקמת השירות הקהילתי במושבות נבע בעיקר מסיבות גיאוגרפיות – המרחק הרב של המושבות מכל שירות רפואי זמין וקביעתם של האיכרים כי "איכר אינו יכול לבזבז יום עבודה לנסוע אל הרופא ביפו או בירושלים". צרכים אלה הובילו ללידתו של מודל השירות הרפואי הקהילתי המבוסס על מרפאה בכל יישוב המנוהלת על ידי רופא. נכונותו של הברון לממן את השירות הרפואי במלואו לאיכרים יצר מצב של העדר מגבלות מבחינת מתן השירותים והתרופות. בפועל, היה לאיכרי מושבות הברון ביטוח רפואי מקיף חינם, שכלל בנוסף על העזרה הרפואית השוטפת, גם מימון לניתוחים בחו"ל במידת הצורך, חופשות מחלה ושירותי הבראה, וכל אלה על חשבון הברון. כל זאת, עוד בטרם גובש רעיון ביטוח הבריאות הממלכתי בגרמניה הביסמרקית.

ניתן לומר בהשאלה, כי שירותי הבריאות שסיפק הברון לאיכרי המושבות שבחסותו דמו במהותם לעזרה הרפואית שסיפקו האצילים לאיכרים האריסים שהיו בחסותם בימי הביניים. אחריות האדון על בריאות אריסיו או הנתונים לחסותו הייתה כוללנית ומוחלטת.

ד"ר הלל יפה,[22] שהיה מנהל בית החולים שהקים הברון בזיכרון יעקב, כתב ביומנו כי יחסי האיכרים והרופא לוו במתח מתמיד, היות שדרישותיהם של האיכרים לשירותי בריאות היו ללא גבולות, בעוד שהרופאים ניסו לווסת את הדרישות על בסיס שיקול הדעת הרפואי. לעתים קרובות התלוננו האיכרים בפני פקידי הברון על הרופא, כאשר דרישותיהם לא נענו, ובמקרים קיצוניים יותר אף נהגו באלימות כלפי הרופא. כך למשל תאר ד"ר יפה ביומנו אירוע שיגרתי שכזה:

> בדרך כלל נהגתי שלא לקבל חולים בשבת. אבל פעם אחת, זמן מועט אחרי בואי למושבה, הוצרכתי לטפל בשבת בעין חולה של ילד, שהייתה בה סכנה. והנה נכנס איכר זקן אחד ואמר, שגם הוא זקוק לריפוי, ידעתי, שאין הוא טעון ריפוי מיד, ובקשתיו שיטרח לבוא מחר. נעלב הזקן והחזיר: "שמא אין אתה יודע שאנכי אביה של פלונית?" מיד פשטתי לו את ידי וברכתיו על זכות גדולה זו, "אבל – הוספתי ואמרתי לו – בתורת חולה תטרח לבוא אלי מחר". וכשהתחיל הזקן צועק תפסתי לו בשכמו והשלכתיו מביתי החוצה. ותהום כל המושבה, ורבים לא יכלו

22 ד"ר הלל יפה, 1864-1936, רופא, ציוני, עלה לא"י בשנת 1891, חלוץ המלחמה במלריה, מנהל בית החולים של הברון בזיכרון יעקב ומראשי "חובבי ציון" בארץ ישראל.

להאמין שככה יעשה הרופא לאביה של "היחסנית המפורסמת" ולא יחוש לטפל בו כשם שחש לטפל בסתם ילד חולה, בנו של פועל.[23]

מאידך, ד"ר יפה ציין כי רק פעם אחת התבקש לתת לברון הסבר על רשימת התרופות שהזמין. מרישומי יומנו עולה כי לרופאים ניתנה, בדרך כלל, יד חופשית בקביעת התרופות או הטיפול. יש להדגיש כי השירות ניתן לאיכרים שבחסות הברון בלבד. מתיישבים או פועלים, יהודים או ערבים, שלא בחסות הברון לא היו זכאים לעזרה רפואית כלשהי. האפשרות היחידה לקבל טיפול רפואי הייתה באופן פרטי, תמורת תשלום, מרופא הברון או מגורם רפואי אחר שפעל באזור. השוויוניות וסל השירותים הרחב של השירות הרפואי במושבות הברון היה אפוא בעירבון מוגבל בהיותו זמין לאיכרים שבחסות הברון בלבד.

שירות בריאות לפועלים ובעלי מלאכה בלבד – תחילתו של ביטוח בריאות

בשנת 1903 החלה העלייה השנייה. בשונה מהעלייה הראשונה שהייתה עליית משפחות מסורתיות, בני העלייה השנייה היו ברובם רווקים, צעירים, חילונים, חסרי מקצוע, בעלי "נטיות סוציאליסטיות". בעבורם הרעיון הציוני לא הסתכם בהתיישבות ובעבודה חקלאית בארץ ישראל, אלא בשאיפה לגבש מעמד פועלים, ציוני, נטול רכוש או בעלות על קרקע. מעמד זה יגשים את החזון הציוני על ידי יצירת עולם חדש, שוויוני יותר, על בסיס הרעיון הסוציאליסטי, ובעיקר ללא חסות של גורם פילנטרופי כברון רוטשילד, וללא כל בעלות על רכוש או מעמד אריסות, כפי שהיו איכרי מושבות הברון, שסימלו בעיניהם את העולם הישן הקפיטליסטי שממנו רצו להתנער.

לשם הגשמת חזונם פנו אנשי העלייה השנייה לעבוד כפועלים חקלאים במושבות הברון. על מנת לקבל עבודה הם נדרשו להתחרות בפועלים הערבים המקומיים, ששכרם היה נמוך ואשר התגוררו בקרבת המושבות. כתוצאה מכך, שכרם הבסיסי של פועלי העלייה השנייה היה נמוך ביותר, ותנאי חייהם היו ירודים, ללא תזונה נאותה וללא היגיינה בסיסית. העבודה הקשה, קשיי ההסתגלות ותנאי החיים הירודים גרמו עד מהרה לתחלואה גבוהה בקרב הפועלים. מלריה, טיפוס ודיזנטריה פגעו בהם קשות, והחלישו אותם גופנית. אך בשונה מהאיכרים שאף הם סבלו מתחלואה גבוהה, לא היו זכאים הפועלים העבריים במושבות לשירותי הבריאות של הברון, אשר ניתנו, כאמור, רק לאיכרים שבחסותו.

---

23 הלל יפה, *דור מעפילים*, תל־אביב: דביר 1936, עמ' 16.

מעדויות פועלי העלייה השנייה ניתן לעמוד על חומרת מצבם הבריאותי:

> וקרה מקרה שפועל עברי חלה בפתח תקווה ולא היו לו שני בישליקים, וגירש אותו הרופא באומרו שביקור זה אינו חובה אלא רשות ... פועל שחלה עשרה ימים רצופים נימחק מספר הפקידות.

ואילו יעקב אורי, מראשי פועלי העלייה השנייה, תיאר את הטיפול הרפואי בפועלים החולים כך:

> טבליות כינין מחרישות אוזניים ומגבות טבולות במים קרים במקרים קלים, או בשאריות סדינים שהובאו עוד משם – מהבית, במקרים רציניים.[24]

ניסיונות שונים של פועלי העלייה השנייה לקבל שירות רפואי כחלק מתנאי עבודתם, נדחו על ידי האיכרים באופן מוחלט, והובילו לעימותים קשים בין האיכרים לפועלים. ד"ר הלל יפה אשר אהד את פועלי העלייה השנייה ננזף על ידי איכרי זיכרון יעקב, מאחר שטיפל בפועלים בחינם, ואף לאפשר להם להתרחץ פעם בשבוע במטבח בית החולים ללא תמורה. גם רופאים אחרים סיפקו שירות חינם לפועלים בעת מצוקה, אך עזרתם הנקודתית לא יכלה לשמש חלופה קבועה להעדר שירות רפואי מוסדר. גם העיתונות הפועלית ביקרה קשות את המצב, ובעיקר את יחסם של האיכרים לפועליהם.

> בעוד שבכל העולם מקובל כי גם פושעים שנידונו למאסר עולם גם מהם אין חושכים עזרה מדיצינית, והנה בנוגע לפועלים העבריים ... מתייחסים באופן אכזרי מאין כמוהו.[25]

בלית ברירה ולאור צורכי הבריאות הדחופים, ניסו קבוצות פועלים להשיג לעצמם ציוד לעזרה ראשונה. הם פנו אף למפלגות הפועלים ("הפועל הצעיר" ו"פועלי ציון") לבקשת מימון צנוע לרכישת תרופות וציוד בסיסי. בשנת 1907 נעשה ניסיון על ידי אברהם מונצ'יק, חבר "הפועל הצעיר", להקים מרפאה לפועלים בחדר האמבטיה של משרד "הפועל הצעיר" ביפו. מונצ'יק סיכם עם אברהם קוסובסקי, שהיה בעל ידע מסוים בעזרה ראשונה, לשמש חובש. ציוד המרפאה כלל מדחום, כינין, שמן קיק ותחבושות. במקביל, כנראה כתוצאה מהתחרות שבין מפלגת "הפועל הצעיר" למפלגת "פועלי ציון", פתחה גם זו האחרונה מרפאה דומה במשרדיה שביפו. אך שתי מרפאות אלה היו רחוקות

---

24 ברכה חבס, *ספר העלייה השניה*, תל־אביב: עם עובד 1947, עמ' 186

25 *הפועל הצעיר*, תרס"ט, גליון 3.

מלספק שירות רפואי ממשי ולא היו זמינות לפועלי המושבות, שבקרבם הייתה התחלואה הגבוהה.

העדר שירות רפואי זמין במחיר שווה לכל נפש לפועלים החקלאים בני העלייה השנייה וריבוי התחלואה שפגע בהם קשות, גרמו לעזיבה המונית של הפועלים לפולין, לרוסיה ולארצות המערב, בעיקר לארצות הברית. לדברי דוד בן־גוריון, מראשי פועלי העלייה השנייה, רוב הפועלים עזבו את ארץ ישראל בגין קשיי ההסתגלות והתחלואה הקשה. המעטים שנותרו המשיכו להיאבק כנגד יחסם המתנכר של האיכרים כלפיהם, בתנאי עבודתם הקשים, בשכרם הירוד ובהעדר שירות רפואי, אך ללא הצלחה.

השינוי חל בשנת 1911 בהשפעת התאונה שעבר הפועל ברוך פריבר מעין גנים – ידו נקטעה במנוע של באר בפרדס בעת עבודתו שם. פריבר הפצוע נשלח בבהילות לאשפוז באחד מבתי החולים היהודיים. הפועלים נדרשו לכסות את דמי האשפוז של הפועל הפצוע. פציעתו של פריבר זעזעה את קבוצות הפועלים בכל הארץ, והיא זו שהובילה אותם להכרה כי אי־אפשר להמשיך לפעול להגשמת החזון הציוני, כאשר חייהם של הפועלים בסכנה.

בדצמבר 1911 בוועידת היסוד של הסתדרות הפועלים החקלאיים ביהודה עלה הנושא על סדר היום במלוא חריפותו, וכך נאמר בתכנית הכינוס:

> יש לדון בהבטחת קיומו של פועל שניפגע בפרדס (ליד מוטור) ... והוחלט למסור את הטיפול בשאלה זו לוועד ההסתדרות שיבחר.

ואילו ברל כצנלסון ממנהיגי הפועלים אמר בבירור "צריך לברוא קופת חולים". לשאלת הפועלים כיצד תפעל קופת החולים, ענה כצנלסון כי יש להפעילה באמצעות מסי חבר, על בסיס ערבות הדדית, עזרה הדדית וכי

> צריך יותר לשים לב לתנאי חייו של הפועל. עזרה הדדית זה דבר נחוץ ואי־אפשר לדחותו.[26]

מאידך, התלבטויות הפועלים ביחס לייסודה של קופת חולים היו רבות. חלקם הגדול לא האמין כי יצליחו לגייס את המשאבים הנדרשים להקמת הקופה, אחרים חששו כי גיוס כספים לצורכי בריאות יפגע בפעילות המפלגתית ובגיוס הכספים לצורך זה. בדיון המסכם, כאשר נערכה הצבעה להחלטה האם להקים קופת חולים, נפלה ההכרעה ברוב של קול אחד: 12 היו נגד ואילו 13 היו בעד. בסיכום ההחלטה נאמר:

---

26 מ' רייכר, *התלם הארוך*, בית נטע 1966, עמ' 54-55; שורץ שפרה, *קופת חולים הכללית, 1911-1937*, שדה בוקר: המכון למורשת בן־גוריון 1997 עמ' 20-21.

הוועידה מכירה לנחוץ יצירת קופת חולים על ידי מס חברים של פועלי ארץ ישראל.

מעניינת ביותר היא רשימת התקנות שגיבשו הפועלים לעבודתה של קופת החולים. התקנה הראשונה קבעה כי הקופה תפעל על בסיס "עזרת חברים הדדית". מאידך, בסעיף השני של התקנות נקבע כי "לחברים מתקבלים פועלים ובעלי מלאכה העובדים בעצמם".[27] היותו של אדם פועל היה הקריטריון המרכזי לזכאותו לקבל שירות רפואי מהקופה. בנוסף, גם בעלי מלאכה העובדים בעצמם (עצמאים ולא שכירים כרוב הפועלים) היו רשאים להצטרף לקופה. התשלום לקופה היה קבוע, וערכו היה כשכר יום עבודה בחודש לפועל ולא על בסיס פרוגרסיבי. קביעת תשלום פרוגרסיבי נכנסה לקופה רק בשנות ה־20 לאחר השתלבותה בהסתדרות העובדים הכללית. פועל עולה חדש היה פטור מתשלום בשלושת החודשים הראשונים לחברות בקופה, ופועל מובטל היה פטור מתשלום לקופה. באופן מעשי, נועדה הקופה שנוסדה זה עתה על ידי הפועלים, לשרת את הפועלים בלבד, וקבעה בעקרונות היסוד שלה מרכיב מגביל למי שיכול להסתייע בה. הגבלת שירותי הקופה לפועלים ולבעלי מלאכה העובדים בעצמם הייתה אירונית במהותה.

פועלי העלייה השנייה, אשר נלחמו על השוואת זכאותם לשירותי בריאות לזכויותיהם של האיכרים, וסבלו קשות מאפלייתם לרעה בשירותי הבריאות במושבות, הקימו עתה שירות דומה, מפלה ולא שוויוני שנועד לפועלים בלבד. עד כמה עובדת היותו של אדם פועל הייתה מרכזית בקבלת השירות הרפואי ניתן להתרשם מסירובם של הפועלים לקבל לקופה מורים ופקידים, שפנו בבקשה להצטרף לשירות הרפואי החדש, בעוד שהם היו נכונים לספק שירות שווה לפועלים ערבים. הם אף הדגישו במיוחד את הצורך לתת שירות רפואי לפועלים התימנים, שהיו קבוצה נפרדת מפועלי העלייה השנייה האירופאים.

מאידך, גם בהתייחסותם לפועלים התימנים ניכרה מידה מסוימת של אפליה, שהתבטאה במדיניות של "הפרדה שוויונית". זמן קצר לאחר הקמת המרפאה הראשונה בעין גנים, יזמו הפועלים את הקמתה של מרפאה נפרדת לפועלים התימנים שבאזור, ואף מינו חובשת שתנהל את המרפאה והסדירו את ביקוריו של הרופא. לא ברור מדוע הקימו פועלי העלייה השנייה מרפאה נפרדת לפועלים התימנים, אך הפרדתם מהכלל נמשכה גם לאחר הקמתה של ההסתדרות הכללית,

---

27 תקנות והחלטות של קופת חולים שהתקבלו בועידה השניה של צירי הקופה, יפו, חג השבועות, 1913 אצל: שורץ שפרה, *קופת חולים הכללית, 1911-1937*, שדה בוקר: המכון למורשת בן־גוריון 1997, עמ' 24.

שבה פעלה סקציה נפרדת של תימנים. בדיון הכולל על קביעת תקנות עבודתה של הקופה בנושא נאמר כי

> על קופת חולים וחבריהם להשתתף בהתמכרות ומסירות בכל מעשה שיעשה לתיקון המצב הבריאותי הקשה של הפועלים התימנים.[28]

מדיניות זו של "נפרד אבל שווה" (separate but equal) הייתה נהוגה בארה"ב עד אמצע המאה ה־20 ביחס לשחורים. בפסק הדין המפורסם של בית המשפט העליון של ארצות הברית בפרשת בראון[29] נדחתה דוקטרינה זו בקביעה כי "מתקני חינוך נפרדים הם במהותם לא שוויוניים". ביסוד גישה זו מונחת התפיסה כי הפרדה משדרת עלבון כלפי קבוצת מיעוט המוצאת מן הכלל, מחדדת את השוני בינה לבין האחרים, ומקבעת תחושות של נחיתות חברתית.[30]

עם זאת, גם כיום, למרות התפיסה החברתית שלפיה מדיניות של "נפרד אבל שווה" היא מעצם טבעה בלתי שווה (inherently unequal), נאלץ בית המשפט העליון בישראל להידרש לסוגיה זו.[31]

ההקפדה על קבלתם של פועלים בלבד לשירותי הבריאות של קופת החולים נמשכה עד פרוץ מלחמת העולם הראשונה. זמן קצר אחר כך, התברר כי השלטונות הטורקים החרימו את כל הציוד הרפואי שהיה קיים בבתי החולים היהודיים בירושלים, ביפו ובגליל. הם גייסו בכפייה את הרופאים לשמש בבית החולים הצבאי בעזה, ויצרו מחסור חמור של שירותי בריאות וציוד רפואי ביישוב היהודי כולו, דבר שסיכן בעיקר את היישוב היהודי בירושלים. בעקבות כך הודיעו ראשי הפועלים כי הם פותחים את שערי הקופה לכל מי שנזקק לסיוע רפואי ללא כל הגבלה, וזאת על מנת לסייע ליישוב בשעת משבר.

בפועל שימשה קופת חולים עוגן רפואי יחיד, מאחר שרוב שירותיה היו קהילתיים, גמישים וניידים והיא יכלה להתאים את עצמה למצבים המשתנים של תנאי המלחמה. פתיחת שירותי הקופה לכול הובילה עם תום המלחמה להחלטה כי הקופה תמשיך במדיניותה הפתוחה וכי גם כאלה שאינם פועלים יוכלו להצטרף אליה. כתוצאה מכך, הצטרפו לקופת החולים הפועלית ארגונים אזרחיים רבים וקבוצות מבני היישוב הישן.

---

28 שורץ, לעיל עמ' 25.

29 'Brown v. Board of Education of Topeka', 347 U.S 483 (1954)

30 בג"ץ 6698/95 "קעדאן נ' מנהל מקרקעי ישראל", פ"ד נד(1) 258, 279.

31 בג"ץ 1067/08 "עמותת "נוער כהלכה' ואח' נ' משרד החינוך ואח'" (לא פורסם, [פורסם בנבו], 06.08.09).

הסדר פתיחות זה נמשך עד 1936, שנת השתלטותה של ההסתדרות הכללית על החברות בקופת החולים הכללית והכפפתה לכללי ההסתדרות, לפיהם שירותי הקופה יינתנו לחברי ההסתדרות בלבד. השוויוניות בקבלת שירותי הקופה הוגבלה עד 1995, עם החלתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שניתק את הקשר ההיסטורי שבין ההסתדרות הכללית לקופת החולים הכללית, וקבע כי הקופה תחזור לפעול כארגון עצמאי וכי על פי חוק יהיו שירותיה פתוחים לכל תושב ואזרח.

יש לציין כי הגבלתה של החברות בקופת החולים הכללית מאז שנת 1936 ועד לשנת 1995, הייתה פעמים רבות מוקד למאבקים חברתיים וסלע מחלוקת בעימותים פוליטיים. הטיעון המרכזי של מתן שירותי קופת חולים לחברי הסתדרות בלבד, והמרכיב המפלה הגלום בתוכו, היה בדרך כלל הנושא המרכזי בעימותים אלה.

עשירים שווים פחות

פריחתה של קופת החולים הכללית ואבטחת שירותי בריאות זמינים ובמחיר שווה לפועלים, כחלק מפריחתה של תנועת העבודה ביישוב היהודי בארץ ישראל בשנות ה־20, והפסקת מעורבותו של הברון רוטשילד בסבסוד המושבות, יצרו מצב אירוני, שבו שירותי הבריאות של האיכרים דעכו, והם נדרשו לממן ולנהל את השירות הרפואי שעבר כולו לאחריותם.

ביוזמה משותפת של הסתדרות מדיצינית הדסה ואיכרי המושבות נוסדה בשנת 1930 קופת חולים עממית, שבאה למלא את החלל שנוצר אחרי סגירת שירותי הבריאות של הברון. שירותי קופת חולים עממית נועדו בעיקר לאיכרים ולפועליהם.

הבטחת שירות רפואי גם לפועלי המושבות יצרה לראשונה תחרות על שירותי הבריאות ביישוב היהודי בארץ. מחד, קופת חולים הכללית הבטיחה שירותי בריאות לכל הפועלים ללא כל אפליה בין פועלי מושבות, קיבוצים או פועלים עירוניים. מאידך, איכרי המושבות שרצו לבסס את קופת החולים החדשה שלהם הפעילו לחץ על פועליהם להצטרף לעממית ולא לכללית. לחצם של האיכרים המעסיקים גרם לעימות בין שתי הקופות על פועלי המושבות. בסופו של דבר, העימות יושַב בהסכמה ובפשרה, שלפיה שירותי הבריאות במושבות לאיכרים ולפועלים יסופקו בעיקר על ידי קופת חולים עממית, והיא לא תפלוש לתחומים שבהם יש לקופת חולים כללית עמדה בכירה בהתיישבות העובדת ובשכונות הפועלים העירוניות.

הקמתה של קופת חולים עממית כקופת חולים שנייה ולאוכלוסיה ייעודית (איכרים ופועליהם במושבות) פתחה למעשה את הדלת להקמתן של קופות חולים נוספות במהלך שנות ה־30. הטיפול הרפואי הפך מפילנתרופיה שמקבלים ב"חסד" לשיטה של ביטוח סוציאלי המבוסס על עקרון ערבות ההדדית ועזרה הדדית. הוא מעניק שירותי בריאות מקיפים וכוללניים לחברים ולבני משפחתם על בסיס שוויוני – כל חבר מקבל שירות על פי צרכיו ותורם פרמיה חודשית קבועה לקופה המשותפת. לכאורה, שוויוניות בכל הדרה, אולם החברות בכל קופה הייתה מוגבלת לאוכלוסיות יעד ייחודיות.

בשנת 1933, בעקבות רצח הד"ר חיים ארלוזורוב והסלמת מערכת היחסים שבין תנועת העבודה לתנועה הרוויזיוניסטית, הוקמה קופת חולים לאומית שייעודה העיקרי היה לספק שירותי בריאות לאנשי התנועה שהודחו משירותי קופת חולים הכללית.

שנות ה־30 של המאה ה־20 עמדו בסימן של עלייה המונית של בעלי מקצועות חופשיים, רובם ככולם יוצאי מרכז אירופה. הם היגרו לישראל כתוצאה מעליית הנאצים לשלטון ומהתגברות האנטישמיות והלאומניות בעיקר במדינות מרכז אירופה. המוני העולים העירוניים (בנקאים, משפטנים, רופאים, בעלי השכלה אוניברסיטאית ובעלי ממון) הביאו עִמם תפיסות עולם חדשות בכל הקשור לביטוח בריאות ולשירותי בריאות בהשפעת מודל ביטוח הבריאות, שפותח בשלהי המאה ה־19 בגרמניה על ידי ביסמרק.

קופת החולים המרכז אירופאית פעלה על בסיס של בחירה חופשית, ונועדה בעיקר לאוכלוסיה העירונית הבורגנית החדשה שהגיעה לארץ ישראל. היא לא מצאה בקופות החולים הקיימות (כללית, עממית ולאומית), שהיו בעלות אוריינטציה מעמדית פוליטית, פתרון הולם לצורכי הבריאות שהורגלו להם בארצות מוצאם. התגבשותה של קבוצת עולים עירוניים בורגנים, אנשי מרכז פוליטי, הובילה בשנת 1939 להקמתה של קופת חולים מרכזית. הקופה נוסדה על פי העקרונות של קופות החולים המרכז אירופאיות. היא פעלה בשיטת הרופא העצמאי, דמי חבר נמוכים, בחירה חופשית, פוליסת ביטוח רחבה וגמישה. רוב שירותיה סופקו בשיטת מיקור החוץ (outsourcing) ורוב מבוטחיה היו מקרב העולים המרכז אירופאים העירוניים.

הקמתה של קופת חולים מרכזית עוררה, לראשונה, סוגיה חדשה באשר לשוויוניות במתן שירותי בריאות. קופת חולים מרכזית לא קיבלה לשורותיה כל אחד. חולים שביקשו להתקבל לקופה נדחו, בריאים ועשירים הועדפו. כתוצאה מדמי החבר הנמוכים ומפוליסת הביטוח הנוחה והגמישה, חלק גדול מבני המעמד הבינוני והגבוה בתל־אביב וחיפה הצטרף לתכנית הביטוח של קופת חולים

מרכזית. פנייתם של העשירים לבטח את עצמם בקופת חולים מרכזית הולידה יוזמה יוצאת דופן של ההסתדרות הרפואית (הר"י) כנגד הקופה.

עד הקמתה של קופת חולים מרכזית רוב האוכלוסייה העירונית המבוססת השתמשה בשירותי בריאות פרטיים של הרופאים העצמאיים שפעלו בעיקר בתל־אביב ובחיפה. כתוצאה מהצטרפותם של העשירים והמבוססים לקופת חולים מרכזית, חלה פגיעה קשה בפרנסתם של הרופאים העצמאיים בשוק הרפואה הפרטי – רופאים שלא היו ברשימת הרופאים בהסכם עם קופת חולים מרכזית. הר"י טענה כי יש בכך פגיעה לא הוגנת בהשתכרותם של הרופאים העצמאיים ואפלייתם לרעה, כמו גם ניצול לרעה של העשירים את שירותי הבריאות הציבוריים של הקופות. לדעת הר"י, על קופת חולים מרכזית היה לקבוע רף כלכלי לקבלת מבוטחים לקופה, רף שעל פיו הנמצאים מעליו (העשירים) לא יתקבלו לקופה ויידרשו להמשיך לקבל שירותים אצל רופאים פרטיים. ביטוח הבריאות לעשירים, לטענת הר"י, הוא פריבילגיה לא הוגנת. הר"י אף איימה להחרים רופאים עצמאיים שיעבדו עם קופת חולים מרכזית, כל עוד הקופה לא תקבל את דרישתה.

התנגדותה של הקופה למגבלה שנקבעה על ידי הר"י, הובילה לתביעה משפטית מצד הר"י. בסופו של דבר, הקופה קיבלה את הדין. בעקבות קבלת "עקרון הצנז'" (הגבלה, רף) הכלכלי, הודיעה קופת חולים מרכזית כי שיטת הבחירה החופשית שלה מבוטלת, כי הבחירה תהיה מוגבלת, וכי חברים מעל סף הכנסה מסויים לא יתקבלו. העשירים ייאלצו להמשיך לרכוש שירותים בשוק הפרטי ללא כל אפשרות ביטוחית. כלל זה נאכף גם על קופת חולים מכבי, שהוקמה על בסיס אותם עקרונות בשנת 1941. גם היא ניסתה להתנגד לצנז' הכלכלי שנקבע על ידי הר"י, אך היא נאלצה לסגת מעמדתה ולקבל את מגבלות הפעולה, כפי שקיבלה אותן קופת חולים מרכזית.

בשנת 1942 נחתם הסכם בין מכבי לבין ההסתדרות הרפואית שעל פיו קיבלה מכבי על עצמה את מגבלת הצנז' הכלכלי "כדי שעשירים לא ייהנו מטיפול רפואי במחירים מוזלים של קופות חולים ציבוריות".

נוצר, אפוא, מצב שבו ביטוח הבריאות נועד רק למעמד בינוני ומטה. העשירים היו שווים פחות ולא היו רשאים ליהנות מהזכות לביטוח בריאות כמו שאר אנשי היישוב היהודי בארץ.[32]

---

32 ניתן למצוא דמיון בין מציאות זו, לבין המצב הקיים במערכת הבריאות האמריקאית, בה ביטוח הבריאות מובטח, למעשה, רק לעניים ולקשישים (במסגרת Medicare ו-Medicaid). אלא שבארה"ב ה"עשירים" אינם חייבים לשלם את שירותי הבריאות מכיסם, כיון שעומדת לרשותם האפשרות לקנות לעצמם למטרה זו פוליסות של ביטוחי בריאות.

מאז ועד היום

מראשיתם אופיינו שירותי הבריאות בארץ ישראל בכפילות, בפיצול, בתחרות ובקשר אמיץ לכוחות הפוליטיים שפעלו בארץ. הצורך בתיאום בין ספקי שירותי הבריאות, התחרות ביניהם והמאבקים הפוליטיים סביבם החריפו עם קום המדינה ועם גל ההגירה ההמונית לישראל.[33]

במאי 1948 נוסדה מדינת ישראל והוקם גם משרד הבריאות, אשר ירש את המחלקה המנדטורית לבריאות. אף שדוד בן־גוריון ניסה להחיל גם על מערכת הבריאות את רעיון הממלכתיות (שהצליח בצבא ובחינוך), הרעיון נדחה בגלל ההתנגדות של ההסתדרות הכללית שהייתה בעלת עוצמה פוליטית רבה. תפקידי המשרד שבראשו עמד משה שפירא, היו תפקידי מיניסטריון, כגון גיבוש מדיניות הממשלה בנושאי בריאות, פיקוח ובקרה, חקיקה, תכנון וכו'. אולם המשרד ירש את רשת בתי החולים הצבאיים ואת המוסדות לאספקת שירותי בריאות הציבור ממחלקת הבריאות המנדטורית כמו גם שירותים רפואיים שסופקו על ידי ארגון "הדסה". הכוונה הייתה ששירותים אלה יעברו לרשויות המקומיות, אך לאורך השנים נוצר מצב שהמשרד הפך גם לספק שירותים ולגורם מבטח על ידי רכישת שירותים מספקים אחרים או באספקה ישירה של שירותים באמצעות המוסדות שבבעלותו (בעיקר באשפוז הסעודי, בבריאות הנפש, שירותי מניעה אישים).

כך נוצרה סתירה בין תפקידיו של המשרד כמיניסטריון לתפקידיו כמספק שירותים במספר תחומים. מחלוקות בנושאים רבים היו לאורך השנים בין משרד הבריאות לקופת החולים הכללית. מאז הקמת המדינה הסתייעו כל קופות החולים בתקציב המדינה, אולם היקפי סיוע אלה (להוציא את הסיוע לקופת החולים הכללית) היו קטנים יחסית.[34] הלכה למעשה, הביטוח הרפואי נותר בידי מוסדות ציבוריים אך לא ממשלתיים, ובאחריות הפרט לדאוג לעצמו לביטוח רפואי.

העלייה הגדולה ומצוקת הבריאות הובילו את ההנהגה הרפואית־חברתית ליוזמות חקיקה במטרה להרחיב את השירות הרפואי לציבור הרחב של התושבים ולסייע בעיקר לאוכלוסיות רחבות בעלות צרכים ייחודיים. אוכלוסיית האמהות הייתה הראשונה שאותרה כקבוצה שיש לסייע לה בנושא הבריאות. תמותת

---

33 יהודית שובל, אנסון ע., *העיקר הבריאות: מבנה חברתי ובריאות בישראל*. ירושלים: מאגנס תשס"א.

34 גבי בן־נון, ברלוביץ י, שני מ., *מערכת הבריאות בישראל*, משרד הביטחון: ההוצאה לאור 2005.

אמהות ותמותת תינוקות מקרב העולים הייתה גבוהה במיוחד בהשוואה לאוכלוסיית ישראל הוותיקה. ההערכה הייתה כי הזמינות הנמוכה של שירותי הבריאות והיכולת להשתמש באלה הקיימים הייתה בעלת השפעה שלילית על בריאותם.

במסגרת מהלכים להקמתו של המוסד לביטוח לאומי חוקקה בשנת 1954 כנסת ישראל את חוק ביטוח אמהות. הוא כלל תשלום דמי לידה בבית החולים ומענק לידה לכל יולדת כדי לסייע מבחינה כלכלית ובריאותית לאמהות הנזקקות. נקבעו הכללים כי כל יולדת תהיה זכאית ללדת בבית החולים ללא תשלום וכי הזכאות תהיה שווה לכול. כמו כן, נקבע כי התנאי לקבלת מענק לידה יהיה לידה בבית חולים. כל אלה הרחיבו עד מהרה את השימוש בשירותי הבריאות בקרב כלל אמהות ישראל. החוק היה שוויוני והיטיב במידה שווה עם אמהות במצוקה מהמגזר הערבי או הבדווי, עם אמהות עולות כמו גם עם אמהות של היישוב הוותיק. השוויוניות שהייתה הגורם המרכזי שיפרה עד מהרה באופן משמעותי את מצב תמותת התינוקות ותמותת האמהות בקרב קבוצות האוכלוסייה.

עקרונות דומים הונחו בבסיס חוקי הביטוח הלאומי, קצבות נכים, קצבת ילדים ועוד. כך נקבעה שוויוניות מלאה בשימוש בשירותי טיפת חלב, שעברו לבעלות המדינה וסופקו על ידי משרד הבריאות ובאחריותו. מאידך, עקרון השימוש בשירותי הבריאות הריפוּיִיִים (curative care) לא שונה. החברות בקופות החולים המשיכה לקיים מידה רבה של אפליה. השירותים ניתנו לחברים בלבד, וקבלת החברות הייתה מותנית בחברות בהסתדרות (הכללית או הלאומית) ואף בהשתייכות לקבוצה פוליטית מימין ומשמאל. זאת ועוד, בין חברי הקופות הייתה שונות גדולה ביותר בהיקף השירותים הרפואיים ובקבלתם. כמו כן, נקבעו חסמים בריאותיים להצטרפות לחלק מקופות החולים (קופת חולים מכבי). האפליה הקבועה בחברויות בקופות החולים והשונות הרבה שבין השירותים שנתנו הקופות השונות, יצרו מערכת בריאותית לא שוויונית במהותה.

כאמור, בשנת 1994 נחקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי שמבחינת הסוגיות של מאמר זה היווה שינוי מהותי במצב. המדינה לקחה על עצמה אחריות ישירה על הטיפול הרפואי, ביטלה את החברויות המפלות בקופות החולים, ויצרה מערכת ביטוחית אחידה לכל תושבי המדינה. לאזרח ניתנה זכות לבחור את הקופה שתספק לו את השירות הרפואי, ומהקופות נלקחה הזכות לבחור את מבוטחיה.

שנתיים לאחר מכן (ב־1996) נחקק חוק זכויות החולה, בו נאסר במפורש על מטפלים ועל מוסדות רפואיים להפלות בין מטופלים. הפרת איסור זה הוגדרה

כעבֵרה פלילית.[35] לכאורה, היה כאן ניצחון גדול של עקרונות השוויוניות, אך התפתחויות שונות מאיימות על הישג זה: שירותים נוספים (ביטוח משלים) המסופקים על ידי קופות החולים כחלופה לשוויון בשירותי הבסיס, התפתחות של שוק מתרחב של ביטוחי בריאות וסיעוד פרטיים, השתתפויות עצמיות (co-payments), שירות פרטי בבתי חולים ציבוריים (שר"פ), פיזור של שירותים איכותיים בין מרכז לפריפריה, והשארה מחוץ לביטוח הממלכתי את רפואת שיניים, את האשפוז הסיעודי ועוד.

גורם אי־השוויון שהוצא מהמערכת באמצעות חקיקה, חזר אליה, אפוא, בריש גלי. האפליה הארגונית־פוליטית שליוותה את מערכת הבריאות הארץ ישראלית בתקופה שקדמה למדינה וגם לאחריה, פינתה את מקומה לאפליה על בסיס כלכלי, ו"הצדק" כדברי מרטין בובר – "לא נודע פשרו".

אפילוג

במאמר זה, כמו בכל מסע היסטורי, התבוֹננו על העבר במשקפיים של היום, ו"דברים שרואים מכאן לא רואים משם". למען הצדק ההיסטורי, חשוב להבהיר כי מבחינה משפטית לפחות, הגופים שנסקרו במאמר זה כסלקטיביים כלפי אוכלוסיות המטופלים שלהם, לא נקטו בכך "אפליה"; זאת למרות החובה האתית של הרופאים ואנשי מקצועות הבריאות לטפל בכל אדם באשר הוא אדם. הסיבה לכך היא שכל עוד גופים אלה השתייכו לגורמים פרטיים, לא חלו עליהם החובות החלות על רשות ציבורית. וכדברי כבוד השופט זוסמן ז"ל:

> בעוד שאזרח פרטי רשאי 'להפלות' בין פלוני לבין אלמוני ולבור לו את אלה שאתם יעסוק אפילו יהיו נימוקיו ומניעיו בלתי־סבירים, אסורה הפליה מטעם רשות ציבורית. הטעם הוא, כי בהשתמשה בנכסיה או בעשותה את פעולותיה נטלה הרשות על עצמה תפקיד של נאמן כלפי הציבור, ובתור שכזה חייבת הרשות להתייחס יחס שווה אל שווים.[36]

עם זאת, למאמר זה יש מטרה נוספת, מעבר להבנת העבר, והיא להדגים שמה שאולי נראה לנו מובן מאליו היום ייראה אחרת לגמרי בפרספקטיבה של הזמן. רצוי מפעם לפעם להיות היסטוריונים של "העתיד" ולבחון לרגע איך אנחנו ניראה מחר בפרספקטיבה היסטורית.

---

35 סעיף 4 + 28(א) ל, חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996

36 בג"ץ 262/62 "פרץ נ' המועצה המקומית כפר־שמריהו", פ"ד טז, 2101, 2115.

פרק עשירי

הגדרות של מושגי יסוד לאור חידושי המדע המודרני

הרב פרופ׳ אברהם שטיינברג

מאמר זה מוקדש לידידי ורעי,
איש אשכולות ורב פעלים,
מחנך דגול, דוגמא ומופת לחיקוי
כרופא, כמדען, כמורה, כמנהיג וכאיש ציבור
פרופ׳ שמעון גליק
לרגל הגיעו לגבורות.

הקדמה

"שלשה שותפים יש באדם: הקב"ה, אביו ואמו".[1] השותף הבכיר ביותר הוא הקב"ה, והוא "ותרומתו" להתהוות האדם קבועים וקיימים, ולא ישתנו לעולם. לעומת זאת, שלושת מושגי היסוד במאמר זה – אדם, אב, אם – לא הוגדרו בצורה ישירה בספרות התורנית, וחידושי המדע המודרני – הנוכחי והעתידי – מצריכים להגדיר את מושגי היסוד האלה.

אין המאמר דן בשאלה המקדימה האם מותר מלכתחילה לבצע את התהליכים המביאים לחידוד בהגדרת המושגים הללו ו/או לשינוָיָם, אלא המאמר דן במצב שבדיעבד נעשו או ייעשו המעשים השונים שהמדע מאפשר – או יאפשר בעתיד – לעשות.[2]

---

1 קידושין ל ב; נידה לא א; ירושלמי כלאים ח ד; קהלת רבה ה יג. ראו שם פירוט "התרומה" של כל שותף ליצירת האדם, עם שינויים בין המקורות.

2 בנוסף על מושגי היסוד הנידונים במאמר זה מזַמֵן המדע המודרני לפתחנו הגדרות יסוד הדורשות הגדרה מחודדת ומדויקת. לדוגמה, הגדרת זכר/נקבה במצבים של ניתוחים לשינוי המין, הגדרת רגע המוות במצבים של חולים מונשמים ועוד.

אדם

הגדרת מהותו[3]

לא מצינו אצל חז"ל ואצל פוסקים הגדרה למושג "אדם",[4] אך קיימים תכונות ומאפיינים שונים למציאות הפיסית של "אדם", שמבדילים אותו מכל שאר הברואים בעולם:[5]

* האדם הוא בעל נפש, רוח ונשמה (נר"ן), המיוחדים לו. דבר זה מבואר בתורה באשר ליצירת אדם הראשון, שהקב"ה נפח בו נשמה,[6] ולמעשה נברא בצלמו ובדמותו.[7]
* האדם הוא בעל צורה ודמות, היינו גוף ואיברים המיוחדים לו.[8] בעיקר יש להדגיש את עובדת היותו הולך על שתיים, כאשר ידיו פנויים לחלוטין למלאכות שאינן קשורות בתנועה. מצב זה אין דומה לו אצל שאר הברואים.[9]
* האדם הוא בעל דעת, שכל, רצון, מחשבה, ומוסר כמבואר אצל הראשונים.[10] הוא אף בעל יכולת דיבור, שהוא הביטוי לנשמה,[11] והוא דבר ייחודי לאדם

---

3 ישנן השלכות רבות להגדרת אדם, כגון לעניין רציחה, גנֵבה, טומאת אוהל, נישואין, צירוף למניין ולזימון וכיו"ב.

4 אם כי מצינו בחז"ל דיונים ביחס למושג "אדם" המוזכר פעמים רבות במקרא. נכללים בו המונחים עובר, קטן, אישה, עכו"ם, עבד, ומת. בחלק מהמקרים הללו אין הכוונה לדיון בעצם מהותו של האדם (כגון אישה, עכו"ם ועבד, שבאופן מהותי ברור שהם אדם), אלא רק דיון בגדרי ההלכות השונות. מכל מקום, אין כאן הגדרה של עצם המושג "אדם".

5 לניסיונות להגדיר "אדם" לאור היכולת התיאורטית לשבט אדם ראו הרב י' שפרן, תחומין, יח, תשנ"ח, עמ' 150 ואילך; י' שיבר, בד"ד, כרך 16 (תשס"ה), עמ' 45 ואילך; Loike JD and Tendler MD, *Tradition* 37(2):1, 2003.

6 בראשית ב ז, וראו א"ע קהלת ג כא; רמב"ן בראשית ב ז, ועוד.

7 בראשית א כו-כז, ט ו, וראו רמב"ן בראשית א כו.

8 בשני מצבים נידונה צורתו החיצונית של האדם ביחס להגדרתו כאדם: בעניין הפלת יצורים שאינם דומים לבני אדם, שאין האישה טמאת לידה, מפני שאין הם נחשבים כבני אדם, ראו נידה כא א, ורמב"ם איסורי ביאה ה טו, וראו להלן. בעניין אדני השדה ראו תו"כ שמיני פ"ו; כלאיים פ"ח מ"ה (ובירושלמי כלאים פ"ח ה"ד נקרא בר נש דטורא), שנחלקו תנאים אם דינם כחיה או כאדם.

9 ראו ר"ש על תו"כ שמיני פ"ו בעניין אדני השדה.

10 ראו רש"י בראשית ב ז, ושם ג כב; מו"נ א א; מהר"ל, תפארת ישראל פ"ב. ראו גם בספרו של הגרי"ד סולובייציק, איש האמונה הבודד, עמ' 15 ואילך.

11 ראו תרגום אונקלוס בראשית ב ז; רמב"ם מו"נ א מא, ושם עב; מהרש"א סנהדרין סה ב. ראו רש"י בראשית ב ז, שחיבר את התכונות של דעה ודיבור, וכן כתבו בפירוש בכור שור ואזניים לתורה שם.

לעומת כל שאר הברואים. מכאן החלוקה של היקום לדומם, צומח, חי ומְדבר.[12]

* האדם הוא ילוד אישה,[13] היינו עוּבָּר שמתפתח בשלב כלשהו ברחם אישה, ונולד אחרי יציאתו מרחמה.
* לאדם יכולת הולדה מבני אדם אחרים.[14]
* האדם נוצר מחומר אנושי, בין אם החומר הוא תאי רביה (ביצית וזרע), ובין אם החומר הוא תאים אנושיים אחרים.[15]

מצד אחד ברור שאם מתקיימים חלק מהתנאים הללו, הרי מדובר באדם; ומאידך, ברור שגם כאשר חלק מהתנאים הללו אינו מתקיים, עדיין יכול היצור הזה להיות מוגדר כאדם, כל עוד שמתקיימים תנאים אחרים. אכן לא נתברר לאשורו מי מהתנאים המנויים לעיל הם הכרחיים, ומי מהם אינם הכרחיים:

* היות היצור נשמה אנושית הוא תנאי הכרחי, אלא שקצרה ידינו לדעת את נוכחות הנשמה ולזהותה, ולפיכך אין בדרישה זו כדי לסייע בהגדרה מעשית.
* היות היצור בעל צורה ודמות גשמית הדומה לאדם הוא תנאי הכרחי, אך סביר להניח שמספיקה צורת פנים הדומה לאדם,[16] או אף חלק מהפנים,[17] כדי להגדיר את היצור כאדם, גם אם שאר חלקי גופו מעוותים ודומים לבעלי חיים אחרים, או שהם חסרים.[18]
* היות האדם בעל דעת, מוסר ויכולת דיבור אינו תנאי הכרחי, שכן גם המפגר ביותר, השוטה ביותר, האילם לחלוטין, או הקטן שאין בו דעת, ואין לו יכולת דיבור, עדיין מוגדרים הם כאדם. ומאידך, יצור מלאכותי (רובוט) בעל

---

12 ראו כוזרי מאמר ה, יב, וראו עוד חידושי חת"ס נידה נא ב, ושו"ת חת"ס בקובץ תשובות סי' כו; שו"ת שאילת יעבץ ח"ב סי' פב.

13 איוב יד א; אבות דר"נ פ"ב, ועוד.

14 בעלי חיים שונים יכולים לפרות ממינים שונים, כגון סוס ואתון שיוצרים פרד, וכל ענייני הרבעה וכלאיים, אך בני אדם אינם יכולים לפרות אלא מבני אדם, כמבואר בתוספתא בכורות א ה, סנהדרין נח א, ורש"י ר"ה ד א.

15 לא מצאתי מקור הלכתי או השקפתי מבורר לתנאי זה, אך נראה לי שהוא תנאי הכרחי.

16 כמבואר ביחס למפלת צורות שונות אם יש להם דין אדם לעניין טומאת יולדת, ראו נידה כא א; שם כג ב; רמב"ם איסורי ביאה י ח. על פי מקורות אלו החלק הקובע הוא דמות הפנים, כמבואר ברמב"ם שם.

17 כמבואר ברמב"ם שם ה"ט.

18 כך מבואר בפירוש בירושלמי נידה ג ב. אך ראו שו"ת תשובה מאהבה ח"א סי' נג, שדין זה הוא דווקא לעניין טומאת לידה, אבל לשאר דברים נחשב בכל מקרה לאדם, ואסור להורגו, להזיק לו ולחבול בו.

בינה מלאכותית, או שינוי גנטי של בעל חיים כדוגמת הקוף שתהיה לו בינה כאדם, אין בהם כדי להגדירם כאדם.

* היות האדם ילוד אישה הוא תנאי הכרחי על פי קני־המידה הקיימים כיום. על פי הגדרה זו נפסק כי גולם[19] אין דינו כאדם, ואינו מצטרף למניין, ומותר אפילו להורגו.[20] עיקר הטעם שאין דינו של 'גולם' כאדם ומותר להורגו, הוא משום שנאמר 'שֹׁפֵךְ דם האדם באדם דמו ישפך',[21] ודרשו חז"ל: איזהו אדם באדם, זה עובר במעי אמו.[22] מכאן שאיסור רצח חל דווקא על אדם הנוצר בתוך אדם, דהיינו עוּבָּר הנוצר במעי אמו, מה שאין כן ה'גולם' שנוצר בדרכים קבליות, כגון על ידי ספר יצירה, או על ידי הכנסת שם המפורש לפיו. אפשר שבעתיד ייתכנו מצבים שבהם היעדר תנאי זה לא ישלול הגדרת אדם, למשל אם יצליחו לייצר אדם מחוץ לרחם אישה מרגע ההפריה ועד ליצירתו השלימה באינקובטור מלאכותי. אלא שעד היום טרם הצליחו לגדל אדם בצורה מלאכותית מהחל ועד כלה. יתר על כן, פעולה כזו נראית בלתי

---

19 מצינו בספרי קבלה (ספר יצירה פ"ו, וספר הבהיר אות נח, על הפסוק 'ואת הנפש אשר עשו בחרן'), בתלמוד (סנהדרין סה ב, רבא ברא גברא. ראו על כך באורות הקודש להראי"ה קוק ח"ב אות לג; הגרי"ד סולובייציק, איש ההלכה – גלוי ונסתר, תשל"ט, עמ' 84. אמנם הפירוש של רש"י שהאמוראים בראו בעלי חיים על ידי ספר יצירה איננו מקובל על כל המפרשים, ולדוגמה ראו ר"ח ויד רמה שם, שפירשו שהיה באחיזת עיניים, וכן כתב ר' יהודה אלברצלוני בפירושו לספר יצירה ק"ג, בשם רב האי גאון. ראו שבת קלו א, סיפור של אמוראים "עביד להו עיגלא תילתא", ולכאורה משמע שהעגל נוצר בשיטה דומה, ולע"ע לא ראיתי מי שהעיר על כך), במפרשים (מאירי סנהדרין סז ב), ובפוסקים (שו"ת חכם צבי סי' צג; שו"ת שאילת יעבץ ח"ב סי' פב), סיפורים על יצירת בעלי חיים ובני אדם באמצעות ספר יצירה ושיטות קבליות אחרות, וכן מסופר על כמה מחכמי ישראל שבראו אדם על ידי ספר יצירה (כגון הריב"א וא"ע (כמבואר בפירוש המיוחס לרב סעדיה גאון לספר יצירה פ"ב מ"ד-מ"ה), שלמה אבן גבירול (כמבואר במצרף לחכמה ד"ט ע"ב), ור' אליהו בעל שם הזקן אב"ד ק"ק חעלם (כמבואר בשו"ת חכ"צ סי' עג). וכן הסיפור על הגולם מפראג (ראו בהוספות פסקי החזו"א על משנה ברורה לסי' נה, שספק אם הסיפור כולו נכון, עיי"ש). ראו עוד Idel M: Golem, *Jewish Magical and Mystical Traditions on the Artificial Anthropoid*.

20 ראו שו"ת חכם צבי סי' צג; שו"ת שאילת יעבץ ח"א סי' מא; שם ח"ב סי' פב; שו"ת דברי משולם סי' י; גבורות שמונים אות נב; גליוני הש"ס להגר"י ענגיל סנהדרין יט ב; שו"ת צפנת פענח ח"ב סי' ז; ברכי יוסף או"ח סי' נה אות ד; עיקרי הד"ט או"ח סי' נ אות טו; פ"ת יו"ד סי' סב סק"ב; קונטרס דברי חלומות, נספח לס' רסיסי לילה, לר' צדוק הכהן, ס"ו; חזו"א יו"ד סי' קטז סק"א. ראו עוד בשו"ת רבבות אפרים ח"ז סי' שפה; ספר מערכי לב (זאב לב), עמ' שפט ואילך; מנחת אשר, בראשית, סי' יב אות ג, ושם שמות סי' ט. ראו גם Rabbi JD Bleich, *Tradition* 32(3):47, 1998.

21 בראשית ט ו.

22 סנהדרין נז ב.

אפשרית מבחינה מוסרית, שכן ברור שבשלבי הניסויים הדרושים להשגת מטרה כזו ייוולדו יצורים פגומים ביותר וחולים מאוד, שהרי כיום – למרות הקִדמה הטכנולוגית הרבה, ואף שבכל מקרה תחילת התפתחותו של עובר אנושי היא תמיד ברחם אישה – אם הוא נולד מוקדם מדי, כמעט תמיד הוא יסבול ממומים ומחלות חמורים ביותר, קל וחומר אם כל יצירתו תהיה מחוץ לרחם. לפיכך, אין כל הצדקה מוסרית לבצע ניסויים כאלו, ובמיוחד כשאין לדבר זה שום צורך אמיתי. אכן מבחינה תיאורטית אפשר שיצור אנושי יגדל כולו מחוץ לרחם אישה, ובמקרה כזה הוא יוגדר כאדם על סמך המאפיינים האחרים.[23]

עוד יש להעיר שאדם הראשון לא היה ילוד אישה, והוא הרי היה ה"אדם" הראשון, והוגדר כך בתורה עצמה; אלא שלכאורה אין להביא ראיה ממעשי הקב"ה, ועדיין הדבר צ"ע. ומאידך גיסא, אפשר שבעתיד יוכלו לייצר ולד ילוד אישה, שיהיה תערובת גנטית מבעלי חיים אחרים, והוא כלל לא ידמה לאדם בשום תכונה אנושית. מצב כזה הוא בלתי מוסרי בעליל, ומבחינה זו לא סביר שיינתן היתר לעסוק בניסויים משונים כאלו, אך מבחינה תיאורטית הדבר אפשרי.

* יכולת ההולדה של בני האדם מבני אדם איננו תנאי הכרחי, שכן גם עקרים, טומטומים ואנדרוגינוסים מוגדרים כבני אדם.

מכל מקום, יצור שנולד לאחר שיבוט בדרך שמוכרת כיום, דינו כאדם מכל הבחינות והתנאים שתוארו לעיל, שכן הוא ילוד אישה, הוא נוצר מחומר אנושי (אם כי לאו דווקא מתאי רבייה), הוא בעל צורה של אדם, הוא בעל דעה ויכולת דיבור, והוא יכול להוליד בני אדם מבני אדם.

הגדרת תחילת האדם

מספר שאלות מעשיות נובעת מהגדרת תחילת האדם. ברור שלהלכה ההגדרה של "אדם" מתחילה מיד לאחר הלידה: תינוק בן יום אחד – מטמא בנגעים,[24] וההורגו חייב.[25] אכן נחלקו ראשונים אם גם עובר ברחם אמו, לפני לידתו,

---

23 ראו Loike JD and Tendler MD, *Tradition* 37(2):1, 2003, שהציעו להרחיב את הגדרת האדם לכל מי שנוצר מתאים או גרעינים אנושיים, ובכלל זה מי שנוצר בדרך של הפריה חוץ־גופית מביצית וזרע, או בדרך של שיבוט מביצית ותא בשל, ואפילו לא גדל ברחם אישה אלא התפתח באינקובטור מלאכותי.

24 נדה מד א.

25 נידה מד ב.

מוגדר כאדם אם לאו,[26] ומבחינה רפואית יש לכך השלכות משמעותיות בסוגיית ההפלה המלאכותית,[27] ואכמ"ל.

בשנים האחרונות התאפשרה הפריה של ביצית על ידי תא זרע מחוץ לרחם ("תינוק מבחנה"). כאן המקום לדון באשר להגדרת מצבה ההלכתי בטרם השרשתה ברחם אישה. שאלה זו נוגעת לסוגיות של הפריה חוץ־גופית, אבחון טרום־השרשתי,[28] ומחקר בתאי גזע.[29]

מצינו מחלוקת בשאלה מתי נכנסת נשמה לאדם:

> ואמר לו אנטונינוס לרבי: נשמה מאימתי ניתנה באדם, משעת פקידה או משעת יצירה? אמר לו: משעת יצירה. אמר לו: אפשר חתיכה של בשר עומדת שלשה ימים בלא מלח ואינה מסרחת? אלא, משעת פקידה. אמר רבי: דבר זה למדני אנטונינוס, ומקרא מסייעו, שנאמר[30] וּפְקֻדָּתְךָ שָׁמְרָה רוּחִי.[31]

בעניין הגדרת פקידה כתב רש"י שם (ד"ה פקידה):

> משעה שהמלאך פוקד הטיפה ומביאה לפני המקום מה תהא עליה, כדאמרינן בפרק כל היד, מיד נזרקה בו נשמה וחיות.

מאידך, קובעת הגמרא: "עד ארבעים יום מיא בעלמא". וכן מצינו בגמרא:

> בן נח נהרג ... אף על העוברין. מאי טעמיה דרבי ישמעאל? דכתיב (בראשית ט) שֹׁפֵךְ דַּם הָאָדָם בָּאָדָם דָּמוֹ יִשָּׁפֵךְ, איזהו אדם שהוא באדם? הוי אומר זה עובר שבמעי אמו.[32]

ונפסק להלכה שדווקא בן נח נהרג על העוברים, אבל ישראל אינו נהרג על העוברים, ומכאן שדרגת "האדם" של עובר לכל הדעות היא פחותה מזו של אדם לאחר לידתו.[33]

---

26 ראו אנציקלופדיה תלמודית, כרך א, ע' אדם, טור קסא-קסב.

27 ראו באריכות באנציקלופדיה הלכתית־רפואית, מהדורה חדשה, תשס"ו, כרך ב, ערך הפלה, עמ' 717-817.

28 PGD=Pre-Implantation Genetic Diagnosis.

29 Stem cell research.

30 איוב י יב.

31 סנהדרין צא ב.

32 סנהדרין נז ב.

33 ראו באריכות באנציקלופדיה הלכתית־רפואית, מהדורה חדשה תשס"ו, כרך ב, ע' הפלה, עמ' 751-760 מה דינו של המפיל עובר ישראל.

ליישוב הסתירה בין מה שנראה שהנשמה נכנסת לאדם כבר בשעת פקידה, לבין ההלכות המתייחסות לעובר עד ארבעים יום כמים בלבד, ושאין איסור מלא של רציחה בעובר, נראה שגם לנשמה יש דרגות שונות, והיא הופכת לנשמה שלמה ומלאה רק לאחר הלידה.

לשיטת הסוברים שעובר איננו מוגדר אדם,[34] קל וחומר שביצית המופרית מחוץ לרחם אישה, שאף בשם עובר לא צריכה להיות מכונה, שאין היא מוגדרת אדם.[35]

אכן גם באשר לדעות שעובר הוא נכלל בהגדרה של "אדם",[36] נראה לומר שאף הם יודו שביצית מופרית מחוץ לרחם איננה אדם כלל וכלל, כי יש בה תרתי לגריעותא:

א. היא פחות מבת ארבעים יום, וכפי שראינו לעיל בשלב זה היא נחשבת כמיא בעלמא. יתר על כן, לביצית המופרית מחוץ לרחם לפני ארבעים יום יש חסרון, אף בהשוואה לעובר המצוי ברחם לפני ארבעים יום. שכן לעובר המושרש כבר בדפנות הרחם יש פוטנציאל עצמאי להגיע לדרגת אדם, אם כי יש גם סיכויים שהוא לא יתפתח במהלך ההיריון, או ייוולד כנפל וימות לפני שלושים יום, וכך לעולם לא יגיע לדרגת אדם. לעומת זאת הביצית המופרית מחוץ לרחם היא מחוסרת מעשה להיות אדם, שכן בלא השתלתה ברחם על ידי רופא היא לעולם לא תגיע למצב של אדם.

ב. היא טרם הייתה ברחם אישה, ומבואר בפוסקים שהגדרת אדם דורשת "ביקור" ברחם אישה: "דהכי דייק קרא (אף שיש בו דרשות אחרות) שופך דם האדם באדם דמו ישפך, דווקא אדם הנוצר תוך אדם דהיינו עובר הנוצר במעי אמו הוא דחייב עליה משום שפיכות דמים, יצא ההוא גברא דברא רבא,[37] שלא נעשה במעי אשה".[38]

ואף בעניין המסקנה בתלמוד,[39] שרבי הסכים לאנטונינוס שהנשמה נכנסת לגוף משעת פקידה, משתמע מדברי רש"י (שם), שמדובר כאשר יש כבר היריון, כלומר הביצית המופרית נמצאת ברחם האישה המעוברת. הדבר מתיישב עם האמור במקרה דנן.

---

34 ראו העמק שאלה שם.

35 ראו שו"ת תשובות והנהגות ח"ב סי' תרפט.

36 ראו ר"ש משאנץ לתורת כהנים תזריע נגעים א א.

37 סנהדרין סה ב.

38 שו"ת חכם צבי סי' צג.

39 סנהדרין צא ב.

הגדרת סוף האדם

לכאורה, ניתן לומר שמותו של אדם מבטל את הגדרתו כאדם, כפי שעולה מן הכתוב: "טוֹב לָלֶכֶת אֶל בֵּית אֵבֶל מִלֶּכֶת אֶל בֵּית מִשְׁתֶּה בַּאֲשֶׁר הוּא סוֹף כָּל הָאָדָם" (קהלת ז ב). מאידך, הכתוב "אָדָם כִּי יָמוּת בְּאֹהֶל" (במדבר יט יד) מלמד שגם לאחר המוות הגדרת "אדם" נותרת בעינה.[40] כמו כן, יש הלכות הנובעות ממצבו החדש של האדם. ואמנם מצינו הלכות שונות שמהן משתמע שיש מחלוקת באשר לשאלה אם אדם הוא עדיין אדם לאחר מותו אם לאו.[41]

והנה לשיטות הסוברים שמשעת מותו נפסקת הגדרתו של האדם כאדם, יש בידינו הגדרה עקרונית לסופיות המושג "אדם". בימינו נתגלעה מחלוקת באשר לקביעת רגע מותו של האדם מבחינה הלכתית – מצד אחד, מוות מוחי־נשימתי, היינו שהפסקת הנשימה היא ההגדרה ההכרחית והמספקת, ובלבד שהוכח שהפסקת הנשימה היא בלתי הפיכה, כגון על ידי סימנים מובהקים וחד־משמעיים של מות המוח, כולל גזע המוח; מצד שני, מוות לבבי־נשימתי, היינו שהפסקת נשימה בלתי הפיכה היא תנאי הכרחי אך לא מספיק, וצריך גם שהלב יפסיק לפעום כדי להגדיר את רגע מותו של האדם.[42] ועם זאת לשיטת הסוברים שגם אחרי מותו האדם הוא בגדר אדם, נשאלת השאלה מתי נפסקת הגדרתו כאדם.

אם

מעיקר הדין כל אישה שילדה, בין דרך אישות ובין דרך זנות, נחשבת לאמו של הוולד.[43] גם אם לא ראינו שילדה את הוולד, כל עוד בניה קטנים וכרוכים אחריה ונדבקים אצלה, הרי היא בחזקת אמם.[44]

בימינו – לאור חידושים מדעיים מפליגים – המצב אינו ברור די הצורך. אפשר שהחזקה התלמודית עדיין בתוקף, כי רוב הנולדים ממשיכים להיוולד כבעבר, אבל במקרים ידועים של שינוי בדרך ההולדה מתעוררת השאלה באשר להגדרת אמהות.

---

40 אם כי אפשר לפרש אדם בהיותו בחיים כאשר ימות באוהל, ואז כבר איננו אדם. אלא שלכאורה יותר מסתבר לומר שגם כשימות באהל הוא עדיין בגדר אדם לפחות לדיני טומאת מת.

41 ראו אנציקלופדיה תלמודית כרך א ערך אדם טור קסב-קסג.

42 ראו באריכות באנציקלופדיה הלכתית־רפואית, מהדורה חדשה, תשס"ו, כרך ו, ערך רגע המות, עמ' 816-886, ואכמ"ל.

43 ראו אנציקלופדיה תלמודית, כרך ב, ע' אם (א), עמ' כא.

44 קדושין עט ב ורש"י; רמב"ם איסורי ביאה כ ו; טור אהע"ז סי' ג.

פונקציה אמהית מורכבת משני יסודות: א) העברת מחצית המטען הגנטי; ב) נשיאת ההיריון והלידה.[45] כאשר הפריה חוץ־גופית מתרחשת באמצעות תורמת ביצית, או באמצעות פונדקאית, מתעוררת שאלת ההגדרה של אמהות, כלומר מי היא אמו ההלכתית של היילוד הזה: האֵם הביולוגית בעלת הביצית, או האֵם הפונדקאית שברחמה מתפתח העובר? במצב טבעי אין הפרדה בין שני היסודות של פונקציית האמהות, אבל באמצעות טכנולוגיות הפריה ניתן להפריד בין שני יסודות אלו, ויכולה אישה אחת להיות תורמת מחצית המטען הגנטי של הוולד, והיא האם הגנטית שלו, ואישה אחרת תישא את ההיריון ותלד, והיא האם הפונדקאית־הנושאת־המגדלת שלו. השאלה היא, איפוא, איזה משני היסודות הוא הגורם המכריע בהגדרת אמהות, או לחילופין האם הגדרת אמהות דורשת דווקא את שני היסודות יחדיו באישה אחת.

מצד אחד, סביר להניח שתורמת הביצית היא האם מבחינה הלכתית, שהרי כל התכונות הגנטיות של העובר נובעות ממנה. מאידך, ניתן לומר שהאם הפונדקאית היא האם מבחינה הלכתית, שהרי בה יוצאים לפועל תכונות העובר, ועמה נוצר הקשר האמהי. אף שחז"ל ידעו, שחלק מהתכונות התורשתיות מועברות מהאב וחלק מהאם,[46] בכל זאת לעניינים הלכתיים קבעו רק כאחד מבני הזוג, כגון משפחת אב קרויה משפחה, משפחת אם אינה קרויה משפחה;[47] לעניין כהונה ולוִיה קובע האב ולא האם; לעניין יהדות ועבדות קובעת האם ולא האב; לעניין פסולים הולכים אחר הפסול שבהם; לעניין גר שנתגייר שדינו כקטן שנולד, ומותר בעריות של קרוביו הביולוגיים, אף שמבחינה גנטית לא חל שינוי.[48]

בפתרון שאלה זו של הגדרת האמהות תלויות בעיות הלכתיות רבות, כגון:

* מי הם אחיו ואחיותיו של תינוק מבחנה זה, וממילא עם מי אסור לו להתחתן?
* את מי יורש יילוד זה?
* מה דינו של היילוד כשתורמת הביצית היא גויה, והאם הפונדקאית היא יהודייה, ולהפך – האם הוא יהודי או גוי?
* אם נולד זכר למצב שבו יש תורמת ביצית גויה ופונדקאית יהודייה או להפך – אילו ברכות יברכו בעת ביצוע ברית המילה, היינו האֵם היא מילת

---

45 זאת בניגוד לפונקציה אבהית, שיש בה רק את מרכיב העברת מחצית המטען הגנטי.

46 ראו נידה לא ב.

47 יבמות נד ב; רמב"ם נחלות א ו; שו"ע חו"מ רעו ד.

48 ראו במ"מ אישות א ד, שאיסור עריות הוא גזירה ללא טעם בכל פרטיו, ואין הוא קשור בתכונות תורשתיות וכד'.

יילוד יהודי, או מילת גרות של יילוד גוי, או מילת ספק גוי ספק יהודי. השאלה היא האם יברכו "על המילה" או "למול את הגרים", וכן האם יברכו את ברכת "להכניסו בבריתו של אברהם אבינו"?

* ומה דינו של היילוד אם האם הפונדקאית הייתה גויה בעת השתלת העובר ברחמה, והתגיירה בזמן ההיריון, האם היילוד נצרך לגיור בנפרד?
* אם אחת הייתה מפסולי הקהל והשנייה כשרה, מה דין היילוד?
* כלפי מי חלה חובת כיבוד אם?

אין מקורות הלכתיים הדנים בשאלה זו, ולכן דנו רבני דורנו בשאלה זו מתוך השוואה לסוגיות אחרות, או על פי סברות שונות. מצינו ארבע דעות אצל פוסקים בנידון:

* יש הסבורים, שהאם הביולוגית (תורמת הביצית) היא האם ההלכתית לכל דבר ועניין.[49] לפי שיטה זו, אסור לתינוק מבחנה לשאת אחאים מתורמת הביצית; ואם תורמת הביצית היא גויה, אף שהאם־הנושאת היא יהודייה, היילוד חייב בגיור, ויברכו במילתו "למול את הגרים", ולא יברכו ברכת "להכניסו בבריתו של אברהם אבינו"; והוא יורש את תורמת הביצית ולא את האם־הנושאת; ואם הנושאת היא פסולת דין, ולכאורה יכולים לטהר את ילדיה על ידי תרומת ביצית מאישה כשרה לבוא בקהל. לפיכך, יש חובה לנהל רישום של תורמות הביציות, וצריך להודיע לצאצא מי היא תורמת הביצית. מאידך, אין לו כל יחס לצאצא מהאם הפונדקאית, אף שלעתים היא דווקא האישה שבביתה הוא יגדל ויחיה. לשיטה זו יש מי שכתב, שאם תורמת הביצית היא יהודייה והפונדקאית היא גויה, ומחמת ספק גיירו את הוולד, יש להבהיר שהתגייר בטעות; ואם אביו כהן, הרי הוולד כהן גמור.[50]

  יש מי שסובר, שדווקא לעניין קביעת יהדותו של הוולד קובעת תמיד בעלת הביצית. כלומר, אם הביצית היא של גויה והושתלה באישה ישראלית, הוולד הוא גוי, ואין הוא מתייחס אחר אמו היולדת; ואם הביצית היא של אישה ישראלית והושתלה בגויה, הוולד הוא ישראל.[51]

---

49 תורת הרפואה, עמ' 173 ואילך; שו"ת באהלה של תורה, ח"א סי' ע; שו"ת חמדה גנוזה ח"ג סי' כז; הרב עובדיה יוסף, והרב שלמה עמאר והרב יעקב רוזנטל (במכתבו של הרב עמאר מיום ב' אייר תשס"ט לפרופ' גראזי. ראו בקונטרס בירור הלכתי בעניין השתלת שחלות מאת צבי רייזמן, תשס"ט, עמ' 8-9, שהביא כן בשם הרב עמאר). ראו להלן בעמדת הרב אלישיב.

50 הרב שלמה עמאר, במכתב מיום כה אייר תשס"ט לרב יואל וולוולסקי.

51 הרב א"י כלאב, תחומין, ה, תשמ"ד, עמ' 260-267.

* יש הסבורים שהאם הפונדקאית (האישה שברחמה גדל העובר) היא האם ההלכתית לכל דבר.[52] לפי שיטה זו מותר תינוק המבחנה בקרובי תורמת הביצית, ואסור בקרובי היולדת־הפונדקאית; ואם הפונדקאית היא גויה, הוולד חייב בגיור, ויברכו במילתו "למול את הגרים", ולא יברכו ברכת "להכניסו בבריתו של אברהם אבינו". הוא יורש את האם־הנושאת ולא את בעלת הביצית. לפיכך, יש חובה לנהל רישום של הפונדקאיות, וצריך להודיע לצאצא מי היא הפונדקאית.
* יש הסבורים, שתינוק מבחנה אין לו אב ואם, ואף אחת מהנשים הללו אינן האמהות ההלכתיות[53] – זו משום שלא נולד ממנה, וזו משום שלא נוצר ממנה. לפי שיטה זו אין התינוק יורש אף אחת משתי הנשים – תורמת הביצית והפונדקאית. לכאורה זהו מצב של חומרא שמביאה לידי קולא, שכן הוא יוכל לשאת לאישה את אחותו מכל אחת משתי הנשים.
* יש הסבורים, שמימת הספק שתי הנשים הן אמהותיו לחומרא.[54] לפי זה הוא

---

52 שו"ת ציץ אליעזר חי"ט סי' מ, וח"כ סי' מט, וחכ"ב סי' נב אות ג (ראו להלן לכאורה סתירה בשיטתו על פי המבואר בשו"ת ציץ אליעזר חט"ו סי' מה); שו"ת תשובות והנהגות ח"ב סי' תרפט (ראו להלן לכאורה סתירה בשיטתו על פי המבואר בשו"ת תשובות והנהגות ח"ד סי' רפד); הרב מ' סולובייציק, אור המזרח, גיליון ה־100, תשמ"א, עמ' 122 ואילך; הרב זלמן נחמיה גולדברג, תחומין, ה, עמ' 248 ואילך (אך ראו הרב גולדברג, אסיא, חוב' סה-סו, תשנ"ט, עמ' 45 ואילך, שמשמע ששתי הנשים הן אמהות לחומרא); שו"ת חוות בנימין ח"ג סי' קח; הרב מ' רלב"ג, תחומין, כ, תש"ס, עמ' 317 ואילך; הרב מ"מ שפרן, עטרת שלמה ח"ה עמ' עד. כך גם דעתו של הרב מרדכי אליהו, במכתב למכון פוע"ה מיום י' תמוז תשס"ז.

53 שו"ת תשובות והנהגות ח"ד סי' רפד (ראו שו"ת תשובות והנהגות ח"ב סי' תרפט, שכתב שהאם היולדת היא העיקר, והוולד מתייחס אחריה, ואין שום קירבה לבעלת הביצית); הרב אליעזר יהודה ולדינברג, אסיא, ה, תשמ"ו, עמ' 84-92, והנ"ל, שו"ת ציץ אליעזר, חט"ו סי' מה (ראו שו"ת ציץ אליעזר חי"ט סי' מ, שהאישה היולדת היא האם לכל דבר ועניין). ראו עוד בשו"ת מעשה חושב ח"ג סי' א.

54 הרב שלמה זלמן אויערבאך, דבריו הובאו בנשמת אברהם מהדורה חדשה ח"ג אבהע"ז סי' א אות ו (11). ושמעתי מפי הרב אויערבאך שעניין זה הוא אחד הנושאים ההלכתיים היחידים שלא הצליח למצוא לו מקורות מהימנים בחז"ל ובראשונים שמהם אפשר להסיק מסקנות בהגדרת האמהות, ולכן הספק הוא שקול ולחומרא (אמנם בעדותו של תלמידו המובהק הגר"א נבנצאל, אסופת מאמרים לקראת הכינוס הבינלאומי השני לרפואה הלכה ואתיקה, עמ' 26 הע' 67 כתב, ששמע מהרב אויערבאך שבעלת הביצית היא האם, וכן ראו בשו"ת באהלה של תורה ח"א סוסי' ע, שהביא עדות של פרופ' ז' לב, שמסר בשם הרב אויערבאך, שבעלת הביצית היא הקובעת את ייחוסו של העובר. וייתכן שכך הייתה דעתו של הרב אויעבראך בתחילה, ואחר כך חזר בו); הרב יוסף שלום אלישיב, כפי שעולה ממאמרו של הרב אברהם שרמן ישורון כא:תקלה-תקמה, ניסן תשס"ט; הרב זלמן נחמיה גולדברג, אסיא, חוב' סה-סו, תשנ"ט, עמ' 45 ואילך (אך ראו מאמרו בתחומין, ה, עמ' 248 ואילך, שמשמע שהאם הפונדקאית היא האם).

אסור בקרובי שתיהן; אם אחת מהן היא גויה יהא חייב בגיור לחומרא; ואינו יורש אף אחת משתי הנשים; ובמילתו יברכו "על המילה", שהיא ברכה כללית,[55] בעוד שברכת "למול את הגרים" היא ברכה המיועדת דווקא לגוי שמתגייר, וכאן יש ספק אם הוולד הוא יהודי או גוי, ובגלל הספק לא יברכו ברכת "להכניסו בבריתו של אברהם אבינו".[56] דין זה נקבע לאור העובדה שאין למצוא מקור הלכתי המתאים למצב של שתי נשים שתורמות חלק ממרכיב האמהות ליצירת הוולד, ולפיכך יש ללכת לחומרא. יש מי שמציין, שגם מבחינה רפואית אפשר שלעובר יהיו שתי אמהות ביולוגיות.[57]

הפוסקים דנו בכמה מקורות ראשוניים לצורך בירור השאלה העומדת לנגד עינינו, אך כל הראיות נדחו בדרכים שונות.[58]

לאור העובדה שאין הוכחה הלכתית לאחד מהצדדים בכל הנוגע לקביעת הגורם המכריע בהגדרת אמהות, נראית הגישה הרואה בשתי הנשים המתחלקות בפונקציות האם בתהליך הפריה חוץ־גופית אמהות הלכתיות לחומרא. כלומר, האישה שתורמת את המטען הגנטי (הביצית) והאישה הנושאת את ההיריון והיולדת (הפונדקאית) – כל אחת מהן היא אם־הוולד לחומרא.

השתלת שחלות[59]

בדומה לדיון באשר להגדרת אמהות בהפרדת הביצית והרחם בין שתי נשים, נידונה שאלת האמהות לאחר השתלת שחלות מאישה אחת לרעותה.[60] האם

---

55 ויש שיטות בראשונים שממילא בכל מילת גר מברך בתחילה "על המילה" ואחר כך "למול את הגרים", ראו שו"ת הרשב"א ח"א סי' שכח, ובספרו של אאמו"ר חוקת הגר פ"ז ס"ג והע' 3.

56 כך שמעתי מהרב זלמן נחמיה גולדברג ומהרב אשר וייס.

57 ראו Halperin M, *Jewish Med Ethics* 1:25, 1988. אמנם ראו במנ"ח מ' קצב סק"א, שלא שייך שתי אמהות לכל אחד, עיי"ש.

58 ראו דיון במקורות השונים באנציקלופדיה הלכתית־רפואית מהדורה חדשה תשס"ו ערך הפריה חוץ גופית.

59 עד כה בוצעה השתלה מוצלחת של חלק משחלה בין אחיות־תאומות (Silbers SJ, et al, NEJM 353:58, 2005); השתלה מוצלחת של חלק משחלה בין אחיות שאינן תאומות (Donnez J, et al, Hum Reprod 22:2653, 2007); והשתלה מוצלחת של שחלה שלמה בין אחיות־תאומות (Silbers SJ, et al, NEJM 2008 Dec 11; 359:2617-8)

60 מבחינה היסטורית אמנם היה דיווח על השתלת שחלה כבר בשנת 1863 (פורסם Bert P, De la greffe animale. These Medicale, 1863), ובשנת 1895 פורסם עוד מקרה של השתלת שחלה מוצלחת (Morris RT, *N Y Med J* 62:436, 1895).

בעלת השחלות היא האם של הוולד, או שמא האישה שבגופה הושתלו השחלות, ובה התפתח ההיריון והיא האישה שילדה את הוולד היא האם מבחינה הלכתית. ההשלכות ההלכתיות בשאלה זו זהות לאלו של השתלת ביצית, כמבואר לעיל.

אכן מבחינה הלכתית יש מקום לדון בשאלה האם שני המצבים זהים. מחד גיסא, ניתן לומר שהשחלות שייכות לאישה אחרת, כמו שהביציות שייכות לאישה אחרת, ולכן דין שני המצבים זהים. מאידך גיסא, ניתן לומר שהשחלות, כמו איברים מושתלים אחרים, מתמזגות לחלוטין עם גופה של המושתלת, והופכות להיות חלק מגופה, ולכן לכאורה אפשר לומר שהביציות המופרשות מהשחלות המושתלות אף הן שייכות למושתלת. מכיוון שהיא בוודאי האם היולדת, לכאורה היא אמורה להיות האם לכל דבר ועניין. ואמנם יש שהכריעו שלאור העובדה שהשחלות בטלות בגופה של המושתלת ומאבדות את הקשר שלהן לתורמת (כמו שכל איבר אחר המושתל בגופו של אדם הופך להיות חלק ממנו ומתנתק הקשר לתורם), אזי גם הביציות שבתוך השחלות המושתלות שייכות לאישה המושתלת, והיא האם לכל דבר ועניין.[61]

אכן, מסברא נראה יותר לומר שאף שהשחלה אכן שייכת לאישה מושתלת ולא לאישה תורמת, כמו שהוא הדין בכל יתר האיברים,[62] אבל הביציות שבתוך השחלה נותרו במטענן הגנטי מאת התורמת. לכאורה צריך להסתכל על השחלה כמבחנה שבתוכה מונחות הביציות, אבל הביצית היא אותה ביצית, בין אם

ראו על כך: Simmer HH, *Obstet Gynecol* 35:314, 1970). מספר שנים לאחר פרסום סיפור ההשתלה המוצלחת כביכול של שחלות התקיים דיון הלכתי בנידון (שו"ת אבן יקרה מהדורה תליתאה סי' כט; התלמוד ומדעי תבל, שער ג ענף כה; שו"ת צור יעקב סי' כח). הרבנים שדנו בכך כנראה לא קבלו מידע מדוייק על מהות הסיפור, והם התייחסו לנתונים עובדתיים שונים, כגון השתלת שחלות בלבד, השתלת רחם בלבד, השתלה משולבת של רחם ושחלות. הדיונים ההלכתיים התקיימו בעיקר מעל דפי הבטאונים ההלכתיים של אותה תקופה: וילקט יוסף, הבאר, ותל תלפיות. ראו סיכום עמדות הרבנים הללו במאמר Reichman E, *Tradition* 37:2, 2003. ראו עוד שו"ת הרב"ז האבהע"ז תשובות מבן המחבר סי' ה; שו"ת בית אבי ח"א קונט' רופא כל בשר אות קפו; שו"ת ציץ אליעזר ח"ז סי' מח פ"ה אות טז, וח"י סי' כה פכ"ו אות ג; הרב י"א ליעבעס, בנועם חי"ד, עמ' פו-קט. על עצם הספור הזה בתקופה הנידונה יש ספקות רבים אם בכלל היה אפשרי ומציאותי באותן שנים לבצע השתלת שחלות, ראו מאמר Reichman E, Tradition, 31(1):31, 1998. ראו באנציקלופדיה הלכתית־רפואית, מהדורה חדשה, כרך ג ע' השתלת אברים עמ' 52-53, וכרך ז ע' רחם עמ' 144-145.

61 שו"ת אבן יקרה שם; התלמוד ומדעי התבל שם; שו"ת בית אבי שם. וכן דעת הרב אשר וייס במכתב לרב מנחם בורשטיין מיום ח' תשרי תשס"ו (פורסם בקונטרס בירור הלכתי בעניין השתלת שחלות מאת ר' צבי רייזמן, תשס"ט, בסוף הקונטרס).

62 לכן קוברים את האיברים המושתלים (לב, ריאות, כבד, כליה, לבלב וכיו"ב) יחד עם המושתל לאחר מותו, ואין מחזירים אותם לתורם המת.

הוצאה מגוף התורמת והוזרעה במבחנה מחוץ לגוף, ובין אם הוזרעה בתוך הגוף. לפיכך, נראה ברור שלאותן שיטות בין הפוסקים שיש ספק בהגדרת אמהות בתרומת ביצית, ייוותר אותו ספק גם במצב של השתלת שחלה, כי מכוח סברות בלבד אי אפשר להכריע בשאלות כה גורליות, ואין כל מקור ברור להכרעה זו.[63]

אב

בדרך כלל, אב הוא גבר שמזרעו הופרתה ביצית של אישה, ותרם ליצירת הוולד את מחצית המטען הגנטי, ואפילו אם הייתה האישה אסורה עליו.[64] בשני מצבים מתעוררת בעיית ההגדרה של אב: א. הזרעה מלאכותית, כולל לאחר מות בעל הזרע; ב. אבהות ללא זרע – כגון בשיבוט.

א. *הזרעה מלאכותית*

מבחינת ההלכה נידון ייחוס הוולד לבעל הזרע במצבים שההזרעה לא נעשתה כדרך כל הארץ, אלא כגון בן שנולד מהזרעה באמבטיה,[65] או מי ששכבה על

---

63 ראו בקונטרס בירור הלכתי בעניין השתלת שחלות מאת ר' צבי רייזמן, תשס"ט, עמ' 28, שהביא בשם הרב שמואל ואזנר והרב שלמה עמאר שלדעתם אכן יש ספק מי האם בהשתלת שחלות מתורמת, באותה מידה שיש ספק כזה בתרומת ביצית.

64 ראו ספרי דברים כא טו; יבמות כב א; רמב"ם איסורי ביאה יב ז.

65 חגיגה יד ב - טו א: שאלו את בן זומא, בתולה שעיברה, מהו לכהן גדול וכו', חיישינן שמא באמבטי עיברה, היינו חז"ל ידעו על אפשרות של עיבור, שלא על ידי קיום יחסים כדרך כל הארץ, כאשר גבר הטיל זרעו למים באמבטיה, והזרע נכנס לרחם האישה שהתרחצה שם אחריו. יש מחלוקת בפוסקים אם אמנם בפועל ייתכן היריון על ידי הזרעה באמבטיה, ראו פי' הר"ח חגיגה שם; תשובת הגאונים סי' כ"ה בשם רב האי גאון; משנה למלך אישות טו ד; חלקת מחוקק סי' א ס"ק ח, ובית שמואל שם ס"ק י; ט"ז יו"ד סי' קצ"ה; ברכי יוסף סי' י"ג, ובספרו יעיר אוזן אות א' סי' צ"ג, ועוד. אך מכל מקום הרעיון שדבר כזה אפשרי מוזכר לראשונה בהיסטוריה האנושית בתלמוד. מבחינה מדעית ניתן לומר, שבתנאים מיוחדים של חומציות המים והרכב המלחים בהם יש אפשרות לתאי זרע לשרוד, אך מצבים כאלו הם נדירים. מקור נוסף הוא האגדה המובאת באלפא ביתא אחרת לבן סירא', בתוך אוצר המדרשים ח"א לי"ד אייזנשטיין, 1928, עמ' 43. שם נמסר ששלושה שנולדו בלא שכיבת הורתן עם אדם, ואלו הם: בן סירא ורב פפא ורבי זירא ... והיאך ילדתן אמן בלא בעל, אמרו פעם אחת הלכו לבית המרחץ ונכנס לה בקובתן זרע מישראל, ונתעברו וילדו מהם, ולא היו יודעים מי היה אביהם, אבל בן סירא נודע לו מי היה אביו, והיאך ילדתו אמו בלא בעל, אמרו עליה כי בת ירמיהו היתה, פעם אחת הלך ירמיה לבית המרחץ ... ושמורה היתה טיפה של אותו צדיק, עד שבאתה בתו של אותו צדיק לבית המרחץ ונכנסה בקובתה ... וכשתחשוב סירא וירמיהו בגימטריא שווים. אגדה זו מוזכרת בחיבוריהם של כמה ראשונים ואחרונים, ראו אנציקלופדיה הלכתית־רפואית, מהדורה חדשה, תשס"ו, כרך ב ע' הזרעה מלאכותית, עמ' 552-553, הע' 26. אכן, יש מהפוסקים שפקפקו באגדה זו, ולא סמכו עליה להוצאת מסקנות הלכתיות, ראו אנציקלופדיה

סדינים שלפניה הטיל עליהם גבר את זרעו.[66] בימינו נידונה שאלה זו בהקשר של הזרעה מלאכותית.

השאלה ההלכתית־הגדרתית היא: ברור שבעל הזרע נחשב לאב לכל דבר ועניין, אם ההזרעה לרחם האישה נעשתה כדרך כל הארץ, אבל כאשר הזרע הגיע לרחמה של אישה ללא קיום יחסים כדרך כל הארץ, האם גם אז הוא נחשב אב לכל דבר ועניין (היינו גם לעניין עריות, גם לעניין ירושה, יבום וחליצה, קיום מצות פריה ורביה, כבוד אב, וחיוב במזונות, וגם לממזרות), או שמא הוא נחשב כאב רק לחומרה (כגון לאיסורי עריות), אבל לא לענייני הלכתיים אחרים (ירושה, יבום וחליצה, קיום מצות פריה ורביה, חיוב במזונות), ואף לא לממזרות?

הנולד מהזרעה באמבטיה

* יש אומרים, שהנולד מהזרעה באמבטיה נחשב בנו של בעל־הזרע לכל דבר. לפיכך, הוא אסור בקרובי בעל־הזרע, יורשו בנכסיו, אמו פטורה מייבום וחליצה, בעל הזרע קיים מצות פריה ורביה, וחייב במזונותיו.
* יש אומרים, שהנולד מהזרעה באמבטיה דינו כבנו של בעל־הזרע לחומרא ולא לקולא. כלומר, אסור לישא אחותו מבעל־הזרע, אך אינו יורשו, אינו פוטר אמו מייבום וחליצה, ולא קיים בעל הזרע מצות פריה ורביה.[67]

הנולד מהזרעה מלאכותית

* דעת רוב הפוסקים שדינו כבנו לכל דבר.[68]

הלכתית־רפואית שם הע' 27. ראו עוד באריכות על האפשרות להתעברות באמבטי, ועל הבעיות ההלכתיות הנוגעות לאפשרות זו באנציקלופדיה הלכתית־רפואית, שם; הרב י' נבון, תחומין, יא, תש"נ, עמ' 261 ואילך; Reichman E, *Tradition* 31(1):64, 1996.

66 הרב פרץ (הוא כנראה רבינו פרץ בן אליהו, מבעלי התוספות) בהגהת סמ"ק ישן, הובאו דבריו בב"ח יו"ד סי' קצה; ט"ז שם סק"ז. ובשלטי גבורים, רפ"ב דשבועות, הביא דין זה בשינויים מסויימים בשם הר"ם (הוא מהר"ם מרוטנברג, ראו שו"ת מנחת יצחק, ח"ד סוסי' ה. ראו שו"ת ציץ אליעזר ח"ט סי' נא שער ד פ"א אות ח. על המשמעות של שינויי הנוסחאות בפסק זה ראו בשו"ת מנחת יצחק, ח"א סי' נ; שו"ת יביע אומר, ח"ב חאבהע"ז סי' א; י' גרין, אסיא, ה, תשמ"ו, עמ' 112-124.

67 ראו רשימת הפוסקים בשתי השיטות באנציקלופדיה הלכתית־רפואית, שם.

68 שו"ת שרידי אש ח"ג סי' ה; שו"ת אגרות משה חאבהע"ז ח"א סי' י וסי' עא; הרב שלמה זלמן אויערבאך, נועם, א, תשי"ח, עמ' קמה-קסו, והנ"ל, הובאו דבריו בנשמת אברהם ח"ד חאבהע"ז סי' א סק"ב; שו"ת מנחת יצחק ח"א סי' נ; שו"ת ציץ אליעזר ח"ט סי' נא שער ד פ"א אות ח. אמנם ראו בתורה שלמה, כרך יז, מילואים, סי' ד אות טז,

* דין זה נכון בוודאי לשיטות הפוסקים שסבורים כך גם בנתעברה באמבטיה.
* אך גם לשיטות הפוסקים שבנתעברה באמבטיה דינו כבנו רק לחומרא, הרי בהזרעה מלאכותית הם סבורים שדינו כבנו לכל דבר, כי כשנתעברה באמבטיה לא ניתן להוכיח בבירור שמבעל זרע זה נתעברה, מה שאין כן בהזרעה מלאכותית.

הנולד מהזרעה מלאכותית, כשהתורם הוא יהודי שאינו בעלה של האישה, והאם היא אשת־איש

* יש אומרים, שדינו כממזר גמור.[69] נימוקם: אין הממזרות תלויה בביאה אסורה, אלא כל שיצירת הוולד בא מאיש ואישה שהם מן העריות, הרי הוא 'מום זר'.
* יש אומרים, שאין ולד כזה ממזר כלל.[70] נימוקם: ממזרות תלויה בביאה אסורה, ובדרך הזרעה מלאכותית אין ביאת איסור.[71]
* יש אומרים, שדינו כספק ממזר.[72]
* יש מי שכתב, שדינו כשתוקי, שהוא מכיר את אמו, ואינו מכיר את אביו.[73]

שלדעתו בהזרעה מלאכותית דינו כבנו רק לחומרא כאותה דעה בפוסקים בעניין נתעברה באמבטיה.

69 שו"ת בר־ליואי ח"ב סי' א; זכר לחגיגה, חגיגה טו א; שו"ת ישכיל עבדי ח"ה חאבהע"ז סי' י; הרב יואל טיטלבוים מסאטמר, המאור, אב-אלול תשכ"ד; שו"ת מנחת יצחק ח"ד סי' ה; שו"ת תשובות והנהגות, ח"א סי' תשפח. ראו באריכות באוצה"פ סי' א, אות מב, וסי' כ, סקי"א, אות ט.

70 שו"ת מנחם משיב, ח"ב סי' כו; שו"ת עמק הלכה ח"א סי' סח; שו"ת משפטי עוזיאל, חאבהע"ז סי' יט; הגרי"ד סולובייציק, הובאו דבריו בס' נפש הרב, עמ' רנה; שו"ת יביע אומר, ח"ב חאבהע"ז סי' א, ושם ח"ח חאבהע"ז סי' כא (מביא פסק מביה"ד הרבני הגדול – הדיינים עובדיה יוסף, יוסף שלום אלישיב, בצלאל ז'ולטי, שלדעתם אין הוולד ממזר); שו"ת חלקת יעקב, ח"א סי' כד, וח"ג סי' מו; שו"ת אגרות משה, חאבהע"ז ח"א סי' י וסי' עא; שם ח"ב, סי' יא. ראו עוד פסק ביה"ד הרבני הגדול, נא/ 697, דוד פנינה נ' דוד אלעזר.

71 וכך כתב הסמ"ק בנולד מהזרעה באמבטיה, 'כיון דאין כאן ביאת איסור, הוולד כשר לגמרי, אפילו תתעבר משכבת זרע של אחר'.

72 הרב שלמה זלמן אויערבאך, נועם, א, תשי"ח, עמ' קמה-קסו; שו"ת משפטים ישרים, ח"א סי' שצו; שו"ת ציץ אליעזר חי"ג סי' צז.

73 שו"ת שרידי אש ח"ג סי' ה.

שאלת הייחוס של הוולד לבעל הזרע נידונה גם במצבים הבאים:

הנולד מהשתלת רקמת אשך והוצאת הזרע מתוכו

מי שאין לו תאי זרע ואינו יכול ליצרם כלל, והשתילו לו רקמת אשך ובתוכו תאי זרע, אף אם יש מקום לומר שרקמת האשך תתבטל בגופו של המושתל, אבל תאי הזרע עדיין יתייחסו אחרי התורם, ומבחינה זו אין כל הבדל הלכתי בין תרומת זרע מתורם זר, לבין תרומת זרע לאחר שרקמת אשך הושתלה בגוף העקר.[74] הטעם כאן, כמו בהשתלת שחלות והייחוס של הביציות,[75] שהמטען הגנטי של הזרע (כמו של הביציות) נותר שייך לתורם, ויש לראותם כמונחים באינקבטור (האשך) במקום אחר.

ולד שנולד לאחר מות בעל הזרע

אם הוציאו זרע מהבעל בחייו, והקפיאו אותו, ואחר כך הזריעו זרע מוקפא זה באישה בחייו של בעלה, והבעל נפטר מיד לאחר ההזרעה, בטרם היה סיפק לזרע להיקלט, ואחר כך נולד זרע של קיימא:

* יש מי שעולה מדבריו, שהצאצא נחשב כבנו של בעל הזרע לכל דבר, כולל לעניין ירושה, אך איננו פוטר את אמו מייבום וחליצה, מכיוון שבשעת מותו עדיין לא הייתה מעוברת.[76]
* אך רבים חלקו עליו, וסבורים שמיד עם כניסת הזרע לגוף האישה, הרי זה נחשב היריון; ואף אם הקליטה תתרחש לאחר כמה ימים, הרי זה פוטר מיבום וחליצה.[77]

אם הוציאו זרע מהבעל בחייו, והקפיאו אותו, והזריעו זרע מוקפא זה באישה לאחר מות בעלה:

* יש מי שכתב, שאין לנולד שום יחס קירבה לתורם הזרע, אפילו לשיטות הפוסקים שבדרך רגילה של הזרעה מלאכותית הוולד מתייחס אחרי תורם

---

74 ראו מאמרו של הרב א' כץ, תחומין, כט, תשס"ט, עמ' 340 ואילך. ראו שם שכן דעתם של הרב אביגדור נבנצאל, הרב יעקב אריאל. וכן צוטטה שם דעתי בנידון.

75 ראו לעיל בהשתלת שחלות.

76 שו"ת נובי"ק חאבהע"ז סי' סט ד"ה אבל מה. בתשובה זו מדובר במצב של ביאה רגילה, אך הוא הדין בהזרעה. ראו עוד בשו"ת נובי"ת חאבהע"ז סי' קלז-קלח.

77 קרן אורה יבמות פז א; שו"ת רבנו משולם איגרא, סוף יו"ד; שו"ת חת"ס חאבהע"ז ח"א סי' ה; שו"ת שואל ומשיב מהדו"ק ח"ג סי' קמט; הרב שלמה זלמן אויערבאך, נועם, א, עמ' קנה. ראו עוד מאמרו של י' גרין, מאזני משפט, כרך ב, עמ' 207 ואילך, 2001-2002.

הזרע, שכן עם מותו של התורם פוקע קשר היחס. דין זה נכון לכל דיני התורה, כולל ענייני ירושה וייבום, ולפיכך חייבת האישה בחליצה לפני פעולת ההזרעה.[78]

* יש מי שכתב, שאם הזריעו זרע מוקפא לאשת התורם לאחר מותו, הרי הוא יורש את אביו, אך למרות זאת האישה חייבת ביבום וחליצה, מפני שבעת מותו של הבעל היה זה מחוסר מעשה של הכנסת הזרע לגוף אשתו, ומיד עם מותו חלה חובת הייבום, מה שאין כן לעניין ירושה, שלא קובע המצב ברגע המוות דווקא.[79]

אם הוציאו זרע מהבעל לאחר מותו, נחלקו מרבני דורנו בעצם ההיתר לעשות פעולה כזו, ובמעמד היילוד:

* יש מי שכתבו, שללא הסכמת הנפטר מחייו הדבר אסור, אך אם קיימת הסכמה מפורשת, או אפילו אומדן ברור שזה רצונו, אז אין בכך איסור, שכן התורה החשיבה מאוד את הרצון האנושי להשארת שם וזכר בעולם, כפי שניתן ללמוד מפרשת ייבום.[80]
* יש מי שכתב, שאף שמבחינה הלכתית אין איסור בשימוש בזרע לאחר מות התורם, בין אם הזרע נלקח בחייו, והיה מוקפא, ובין אם הזרע נלקח לאחר מותו, אך פעולה זו איננה רצויה מבחינה חברתית ומבחינת טובת הוולד העתידי, ולכן יש להתיר הוצאת זרע לאחר מיתה רק במצבים חריגים, ורק לאחר שעבר זמן סביר מפטירת התורם, כך שהפעולה תוכל להתבצע על פי שיקול דעת הגיוני ולא רגשי.[81]
* יש מי שכתב, שאסור לשאוב זרע ממת בגלל איסור ניוול המת, בגלל ביטול מצות קבורה של הזרע, ובגלל איסור הנאה מן המת, וגם בדיעבד אם הפרו אישה מזרע שנלקח לאחר המוות, אין הצאצא מתייחס לבעל הזרע.[82]

---

78 שו"ת חוות בנימין סי' קז, והרב שאול ישראלי, תורה שבעל פה, לג, תשנ"ב, עמ' מא ואילך; מראה הבזק ח"ד סי' קכח-קכט.

79 הרב שלמה זלמן אויערבאך, נועם, שם. ראו עוד מאמרו של י' גרין, מאזני משפט, כרך א, עמ' 393 ואילך, 2000; ומאמרו של מ' הלפרין, בס' דברים שיש להם שיעור, תשס"ה, עמ' 159 ואילך.

80 הרב זלמן נחמיה גולדברג, חוב' אסיא, סה-סו, תשנ"ט, עמ' 47. כך גם דעתו של הרב יהושע נויבירט כפי שדווחה על ידי הרב ד"ר מ' הלפרין במאמרו ב-*Jewish Med Ethics* 4(1):9, 2001, הערה 27.

81 הרב יעקב אריאל ואח', הרפואה קלט:331, 2000.

82 הרב י' שפרן, תחומין, כ, תש"ס, עמ' 347 ואילך. ראו בשו"ת במראה הבזק ח"ה סי' קג. אכן ראו מאמרי: א' שטיינברג, תחומין, לב:348-358, 2012, שיש מקום לומר שכל האיסורים הללו לא חלים בלקיחת זרע מן המת.

ייחוס הצאצא

נחלקו הרב שאול ישראלי[83] והרב שלמה זלמן אויערבאך[84] (ראו לעיל) בדינו של ולד שנולד מזרע שנלקח מהאב בחייו, והוזרע לאחר מותו: שלדעת הרב ישראלי הוולד לא מיוחס אחרי בעל הזרע לכל דבר ועניין, כולל לירושה וליבום, ולדעת הרב אויערבאך גם אם ההזרעה התרחשה לאחר מות בעל הזרע, הוולד נחשב כבנו לכל דבר, פרט לעניין יבום.[85]

אכן הרב גולדברג[86] כתב, שאף אם יש צד לומר שהוולד לא מתייחס אחרי בעל הזרע לאחר מותו, אין איסור להוליד צאצא שאין לו ייחוס. וכן כתב הרב הלפרין[87] שכאן לא מדובר בשתוקי, שכן האב ידוע, אלא שיש בעיה הלכתית אם הוא מיוחס אחריו מכיון שהזרע נלקח לאחר מותו, ולידתו של הצאצא הייתה אחרי מות האב, ולכן אין מקום לאסור לידתו בגלל ספק הלכתי הנוגע לייחוסו.[88]

ילד ללא אב

הבעיה החברתית של יצירת משפחה חד־הורית, שילד נולד לאחר מות "אביו" לאלמנתו של הנפטר, היא בעיה שיש לתת עליה את הדעת. אמנם אין היא שייכת לגדרי ההלכה הצרופה, אך יש בזה פגם חברתי. אכן, אם מדובר במקרים בודדים, יש מקום לומר שרצון האלמנה להשאיר שם וזכר לבעלה המת גובר על הבעייתיות של הילד שיגדל ללא אב.

לפיכך, נראה שיש מקום להתיר לקיחת זרע מאדם לאחר מותו בתנאים הבאים:

* הזרע מיועד להפריית אלמנתו, שהיה נשוי לה, ובפרט אם ההורים מסכימים לכך. זאת בהתחשב בעובדה שיש מקום נרחב לדחיית החששות ההלכתיים השונים, ויש להניח שניחא לו למת שיוציאו מזרעו כדי שיישאר לו שם וזכר בעולם, וכן במקום צער רב של האלמנה שרוצה להביא צאצא לעולם שעל ידו ייזכר שם בעלה.

---

83 תורה שבעל פה, לג, עמ' 41 ואילך, ובשו"ת חוות בנימין ח"ג סי' תרפו-תרפז.

84 נועם, א, עמ' קנה ואילך.

85 ראו מאמרו של הרב שפרן, תחומין שם, שייתכן שבמקרה שהזרע הוצא לאחר המוות, כולם יודו שאין הוא בנו גם לירושה ולא רק ליבום, שכן הוצאת הזרע התרחשה לאחר מותו, עיי"ש, אך אין הדבר הכרחי וי"ל.

86 הובאו דבריו במאמרו של הרב שפרן, תחומין שם, הע' 30.

87 JME, שם.

88 ראו באריכות בסוגיא זו במאמרו של הרב ד"ר מ' הלפרין, בספר דברים שיש להם שיעור, אברהם דבירי ויהודה שביב, עמ' 159 ואילך.

* ההיתר הזה מוגבל רק למקרים שהאיש המת טרם זכה לזרע של קיימא כלשהו, אבל אם כבר יש לו ילדים לפני שמת, אין להתיר הוצאת זרעו להפריית אלמנתו, כי לא ברור שבמקרה כזה היה רוצה לעשות זאת.
* כמו כן אין להתיר לקיחת זרע ממת רווק רק לפי דרישת הוריו.
* וכל זה דווקא אם הסכים לכך בחייו, או שיש אומדן ברור שזה היה רצונו.

ב. *אבהות ללא זרע*

על פי ההלכה תורם הזרע הוא האב, בין אם הוא בעל האישה, או גבר זר, כמבואר לעיל. אכן לא מצינו הגדרת אבהות כאשר התרומה ליצירת העובר איננה הזרע אלא חומר גנטי אחר, כגון גרעין של תא בשל כמו שנעשה בתהליך שיבוט.

לפיכך, נשאלת השאלה כיצד יוגדר אב או אם בתהליך זה? ועוד, לאור העובדה שהמשובט זהה מבחינה גנטית למקור התא הבשל, ייתכן שיש לראות בו וב'אביו' מערכת־יוחסין של תאומים־זהים שנולדו בהפרשי זמן גדולים זה מזה, ולא מערכת־יוחסין של הורה-צאצא.[89] שאלה זו חשובה לדינים רבים וחמורים, כגון:

* דיני עריות, דהיינו מי הם קרובי הנולד שאסורים עליו בחיתון.
* דיני יוחסין, היינו האם הוא כהן, לוי או ישראל, או אם הוא יהודי או גוי.
* דינים שונים של חיובי אב לבנו, כולל חיוב מזונות, ושל חיובי בן לאביו.
* דיני ירושה.
* דיני ייבום וחליצה, ועוד.

מצבים שונים לעניין ייחוס

* תא בשל נלקח מאישה, ומושתל בביצית של אותה אישה שגרעינה הוצא ממנה, והוא מופעל בשיטת שיבוט לצורך הפריה וחלוקה. הביצית המופרית הזו מוחזרת לרחמה של אותה אישה, מתפתח היריון, ונולד ולד חי.

במקרה זה נראה ברור שהאישה היא האם ההלכתית של היילוד, שכן היא גם תורמת החומר הגנטי, וגם הרה ויולדת אותו.

---

89 ראו Rabbi MJ Broyde, *J Halacha Contemporary Soc*, XXXIV, Fall 1997, pp. 27ff, שמסיק בפשיטות שאין לראות במערכת יחסים אלו תאומים־זהים אלא מערכת הורה-צאצא.

אכן, לגבי 'האב' יש ספקות: ייתכן שאין לנוצר זה אב כלל; ייתכן שאבי־אמו הוא אביו, שכן החומר הגנטי הזכרי בא ממנו; ייתכן שאמו היא גם 'אביו', שכן מקורו העוברי הוא מהאם בלבד.

האפשרות האחרונה לא נראית כלל בגדרי ההלכה, שכן לא מצינו מצב שבו אישה יכולה להיות 'אב'.

כמו כן לא סביר לייחס אבהות הלכתית לאבי־האם, שכן לא זרעו גרם באופן ישיר להיווצרות היילוד, אלא חלקו בתא הבשל של אם־היילוד, שכבר התמזג והפך להיות גוף אחר ושם אחר.

לפיכך, מסתבר לומר שבמצב כזה לא יהא ליילוד זה אב כלל.[90] ולכאורה יש לדון את דינו של יילוד כזה כדין שתוקי, שמכיר את אמו ואינו מכיר את אביו, ולהלכה נפסק ששתוקי אסור בבת ישראל.[91] אכן לאמיתו של דבר כאן המצב שונה מהשתוקי ההלכתי, שכן באותו מצב תלמודי יש אב בעולם, אלא שהוא איננו ידוע לנו, בעוד שבמקרה שלנו ייתכן שאין כלל אב במציאות על פי ההגדרה ההלכתית. יתר על כן, במקרה שלנו אפשר להחמיר על נישואי הנוצר מכל הצאצאים של גברים ונשים שניתן בכל דרך שהיא לייחס להם אבהות, מה שאין כן בשתוקי של התלמוד, ששם יש ספק על כל העולם. לפיכך, נראה לומר שדינו להיות מותר בבת ישראל על פי מה שנפסק להלכה,[92] שמי שאין דינו מוגדר ממש כשתוקי ההלכתי הרי הוא מותר בבת ישראל אף על פי שאיננו מכיר את אביו, כגון כל היתומים שבעולם שלא הכירו את אביהם, שבוודאי מותרים לשאת בנות ישראל.

* תא בשל נלקח מבעל, וביצית נתרמת מאשתו. מפעילים את שיטת השיבוט, משתילים את הביצית המופרית ברחם אשתו, כאשר מבחינה גנטית הוולד שייוולד הוא כמעט זהה לחלוטין לבעל, עם תרומה גנטית קטנה מהאישה, אך ההיריון התפתח ברחמה של האישה, והיא זו שילדה אותו.

במקרה זה עדיין ספק הדבר אם הבעל הוא האב ההלכתי, שכן אמנם מבחינה גנטית הוא בוודאי האב, אבל מבחינה הלכתית יהא תלוי הדבר אם הגדרת אב היא דווקא מי שתורם את הזרע ליצירת הוולד, או שגם מי שתורם את כל החומר הגנטי.[93] אך יש מי שכתבו, שתורם החומר הגנטי הוא האב לכל דבר, קל

---

90 ראו בשו"ת רמ"ע מפאנו סי' קטז. ראו עוד מאמריהם של הרב י' שילת, תחומין, יח, תשנ"ח, עמ' 137 ואילך; הרב י' שפרן, תחומין, שם, עמ' 150 ואילך.

91 קידושין עג א; רמב"ם איסורי ביאה טו כא. ראו שו"ת שרידי אש ח"ג סי' ה.

92 רמב"ם איסורי ביאה טו כט. ראו במ"מ שם.

93 הרב י' שילת, תחומין, יח, תשנ"ח, עמ' 137 ואילך.

וחומר מהמצב הרגיל שבו האב תורם רק את מחצית המטען הגנטי (היינו תא הזרע) שהוא נחשב כאב.[94]

* תא בשל נלקח מגבר שהוא יהודי זר (שאיננו בעלה של בעלת הביצית), ותורמת הביצית היא אשת איש.

במקרה זה מתווספת שאלה הלכתית של ממזרות או ספק ממזרות. שאלה זו נידונה בהרחבה בעניין הזרעה מלאכותית מתורם יהודי זר לאשת איש.[95] אכן, ייתכן לומר שגם לשיטת המחמירים המגדירים ממזרות בהזרעה מלאכותית, אף שלא היה כלל בדרך של ביאה כדרך כל הארץ, יודו שבמקרה של שיבוט אין ממזרות, שהרי אין כאן כלל זרע זר, אלא חומר גנטי מורכב. שאלה זו לכאורה תלויה בשאלת ההגדרה של אבהות, ואם אין אבהות בתרומה של תא בשל, ממילא לא יכולה להיות ממזרות. ומאידך, אם הגדרת ממזרות היא כל יצירה מחומר גנטי האסור זה בזה, יהא מקום לומר ששימוש בחומר גנטי מיהודי זר לאשת איש יהא בגדר ממזרות.[96] כמו כן יש לדון בחשש שמא ישא אח את אחותו אם הוא שייך במעשה השיבוט שבו 'האב' איננו תורם זרע אלא תא בשל, ואם אין הוא מוגדר כאב בדרך כזאת ממילא אין איסור לשאת אח ואחות מאותו איש.

מצב דומה הוא כאשר תורם או תורמת התא הבשל הוא/היא קרוב/ה בדרגה של איסור עריות (כגון אב לבתו) לתורמת הביצית ו/או לפונדקאית. האם בתנאים כאלו יש איסור גילוי עריות וחשש ממזרות? פתרון שאלה זו דומה לשיקולים לעיל.

* תא בשל נלקח מאישה אחת, ואישה אחרת תורמת ביצית, וגורמים ליצירת אדם בשיטת השיבוט. האם הוולד יתייחס לתורמת התא הבשל או לבעלת הביצית והפונדקאית?

משמעות מעשית למצב כזה יכולה להיות כאשר אחת משתי הנשים היא גויה והאחרת היא יהודייה. שאלה דומה קיימת כיום ביחס להפריה חוץ־גופית באישה פונדקאית,[97] ולכאורה הדין יהא זהה. היינו לשיטת הסוברים בהפריה חוץ־גופית

---

94 ראו Rabbi MJ Broyde, *J Halacha Contemporary Soc*, XXXIV, Fall 1997, pp. 27ff; שו"ת במראה הבזק ח"ד סי' קכז.

95 ראו לעיל.

96 ראו עוד במאמרו של מ' דרורי, אסיא, ב, תשמ"א, עמ' 105 ואילך, ובמאמרו של הרב י' שילת, אסיא סא-סב, תשנ"ח, עמ' 5 ואילך, והנ"ל, תחומין, יח, תשנ"ח, עמ' 137 ואילך.

97 ראו לעיל.

שהאם הפונדקאית היא האם ההלכתית לכל דבר, אף שתורמת הביצית היא האם הגנטית, סביר להניח שגם במצב של תרומת תא בשל יהא הדין כך. ולשיטת הסוברים, שהאם הגנטית (היינו תורמת הביצית) היא האם ההלכתית במקרים של הפריה חוץ־גופית, סביר להניח שגם בתרומת תא בשל יסברו כך. ולשיטת הסוברים שלחומרא שתי הנשים הן אמהות של הוולד, כך יהא הדין גם במקרה זה.[98]

98 ראו עוד בנידון בשו"ת במראה הבזק ח"ד סי' קכז; נ' רקובר, שנה בשנה, תשס"ב, עמ' 105 ואילך; הרב י' שפרן, קובץ הציונות הדתית, מוקדש לזכרו של הרב ד"ר יוסף בורג, תשס"א, עמ' 108 ואילך, Rabbi MJ Broyde, *J Halacha Contemporary Soc*, XXXIV, Fall 1997, pp. 27ff; Rabbi JD Bleich, *Tradition* 32(3):47, 1998; Rabbi MJ Broyde, *Torah u-Madda J* 9:207, 2000.

פרק אחד עשר

זהות הרופא והאתיקה של הטיפול

אלפרד א. טאובר[1]

פרופסור אמריטוס ומופקד על הקתדרה לרפואה ע"ש זולטן כהן, פרופסור אמריטוס לפילוסופיה, ומנהל לשעבר של המרכז לפילוסופיה ולהיסטוריה של המדע, בוסטון מסצ'וסטס, ארצות הברית

"Gimme that ol'time religion,	תן לי את הדת מן הסוג הישן,
Gimme me that ol'time religion,	תן לי את הדת מן הסוג הישן,
Gimme that ol'time religion,	תן לי את האמונה הישנה ההיא,
It's good enough for me"	בשבילי היא טובה דיה

(שיר דוספל אמריקני, 1873)

שמעון גליק כתב כמעט על כל ההיבטים של האתיקה הרפואית או, ליתר דיוק, הרפואה האתית. באותם דברי הגוּת הוא מציע תובנות חכמות והוראות ברורות, שיעזרו להנחות אותנו בזמנים קשים במיוחד. האתגרים הטמונים בגיבוש גישה תקפה להתמודדות עם האתגרים המוסריים, הנובעים מתוך הפרקטיקה הקלינית עצמה, ועם התביעות התרבותיות שמקורם מחוץ למסגרת זו, מחייבים עוגן יציב וחזון נחרץ. במהלך ידידותי רבת השנים עם שמעון, פעמים רבות הערצתי אותו בשל יציבות המצפן המוסרי שלו. אבקש להציגו בפרק זה כדוגמה, על מנת להוכיח טענה פילוסופית על אודות החיים בתחום הרפואה, ועל בסיס זה אציין גם כיצד זהותו האישית של הפרט מעניקה נקודת מבט חשובה על האתיקה הרפואית.

לפי גישה זו, האופן שבו האדם מגדיר את המונח "רוֹפְאָנוּת" מעלה שילוב של ערכים וערכיוּת מוסרית, הבונים יחדיו את המסגרת האתית, שבה האדם חושב כספק שירותי בריאות. במילים אחרות, במקום להציב את חשיבתו האתית של שמעון באוריינטציה היהודית שלו, שהיא בולטת כבסיס המוסרי המידי

---

1 דוא"ל: ait@bu.it

מאמר זה מוקדש ברחשי כבוד לשמעון גליק; אני מוקיר לו טובה על הערות הביקורת שלו ועל ההצעות השימושיות לגרסאות הקודמות של מאמר זה. כמו כן, אני מודה ללידיה פיאלובה, פאולה פרדריקסן וסילביה טסלר־לוזוביץ על הערותיהן המועילות.

והברור ביותר שלו, אטען כי האתיקה שלו, כפי שהיא באה לידי ביטוי באופן מעשי, ניזונה גם מזהות נוספת. עיקרונית, הוא בחר להיות רופא אחראי ואכפתי כדרך חיים. משם צמחו מאפייני האתיקה שלו, ולאור ההשפעה הרבה שלו, ייטב לנו להבין את החיים שהוא חי. לשם כך יידרש נרטיב מקיף במסורת האתית המוצעת על ידי אלסדייר מקינטאייר,[2] אך אף שאינני מתיימר ליטול על עצמי מאמץ כה מקיף, הֵבַנְתִי את המונח "ביוגרפיה מוסרית" הנחתה את דבריי שיובאו להלן.

בחרתי בנרטיב המבוסס על הדילמה האתית הקיימת בשביתות הרופאים. יכולתי לבחור בקלות נושא אחר מן הרבים הקיימים, אך שמעון חזר וטען בתוקף נגד זכות הרופאים לשבות,[3] ואני חושב שהנושא הזה ממחיש היטב את גישתו המוסרית. הטיעון הבסיסי של שמעון – אני מודה באשמה של פישוט יתר – הוא שלא עומדת לרופאים הזכות להניח למטופליהם לסבול או להעמיד אותם בסכנה. סוף פסוק! במקרה אני מסכים אִתו, אך אני עושה זאת מתוך העמדה הנוחה של מי שעבד במערכת הבריאות האמריקנית, שבה נהניתי תמיד משגשוג כלכלי, וכתוצאה מכך מעולם לא עמדתי בפני הדילמה לבחור בין רמת חיים טובה יותר בעבור משפחתי על גבם של המטופלים שלי. לכן מעולם לא עלתה אצלי, או אצל מי מעמיתיי, הבחירה הקשה אם לשבות או לא לשבות.

גם כשגברה בארצות הברית שליטת התאגידים הפרטיים במערכת הבריאות, השאלה אם יש לרופא זכות לשבות לא נתפסת כשאלה לגיטימית, ואילו בארץ, שביתות מרובות הפכו עניין זה לנורמה. לכן בכותבי מתוך נקודת מבט אמריקנית, אני מציע ניגודיות מעניינת: על אף המבנה התאגידי של מערכת הבריאות האמריקנית, שגבר על המודל הישן יותר של רופא המתפקד כסוכן עצמאי, ועל אף הדמיון הגובר בתפקוד המערכת האמריקנית לזו הישראלית, עדיין נותרה בעינה בארצות הברית ההתנגדות הנושנה לשביתות הרופאים.

בהשוואה זו אנו עדים לשרידיה של הפוליטיקה של הזהויות של הרופא האמריקני האוטונומי, שטרם התאגד על מנת להשיג לעצמו תנאי עבודה טובים יותר. אני חושב שהרופא האמריקני מאמץ עמדה זו מסיבות כלכליות: לא ניתן להשוות משכורת של רופא ישראלי לזו של עמיתו האמריקני; לכן ההסבר הברור ביותר להיעדר התאגדות בקרב הרופאים האמריקניים הוא היעדר צורך

---

2 MacIntyre, A. (1981). *After Virtue: A Study in Moral Theory.* Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press

3 Glick, S. (1985). Physicians' strikes – a rejoinder. *Journal of Medical Ethics*, 11, 196-197; Glick, S. (1986). Health workers' strikes: a further rejoinder. *Journal of Medical Ethics*, 12, 43-44

כספי מידי. אם יחוו ירידה בהכנסה, אני מאמין ששיקולים כלכליים יביאו אותם לאותה דילמה קשה ביחס לשביתות, כמו זו שחווים עמיתיהם הישראליים.

אך פרק זה אינו עוסק בכלכלה רפואית או בהתהוותן של זהויות אתיות בתרבויות מסוימות; אדרבא, אני מבקש לברר מדוע היה שמעון כה נחוש בעמדתו נגד שביתות, על אף הקונפליקטים הדוחקים שאִתם מתמודדים רופאים ישראליים. נכון שהתחייבויות סותרות מקשות על בחירות מוסריות, אך מתברר ששמעון ייחס חשיבות מעטה מאוד לקשיים מעין אלה, מכיוון שאצלו לא היה קיים שום עניין המתחרה בטיפול בחולה. במילים פשוטות, רווחתו של החולה גוברת על כל השיקולים האחרים. זאת אולי עמדה אתית חריגה, ואני מקווה שאצליח להסביר אותה, שכן אם נקבל את שמעון כמדריך להתנהלות מקצועית, ייטב לנו אם נבין את הבסיס המוסרי שלו. בדברי הוקרה אלו כלפיו, אנסה להציג נרטיב מהסגנון של מקאינטייר: משל עם מוסר השכל, המספר איך חייו ברפואה, שהתגבשו בארצות הברית בסוף שנות ה־50 של המאה הקודמת, ממשיכים היום בישראל לכוון את האתיקה שבה הוא דוגל. ייתכן ששמעון לא יזהה משל זה כשלו; אדרבא, אני מצפה שהמשל יעורר אצלו ניסיונות להפריכו. אף על פי כן, למרות המחלוקת, שדבריי עלולים לעורר, אני טוען שהפרשנות שלי מספקת לפחות תיאור חלקי של האתיקה של שמעון; ומעבר לכך, היא מציעה נקודת מבט רחבה יותר על התפתחות תפקיד הרופא בסביבה העכשווית.

הסדר הישן

שמעון הפך להיות רופא בעידן שבו תחום הרפואה שיקף ייעוד. כיום, הדרישות להקרבה עצמית והתכתיבים של משמעת מקצועית, ששלטו בכיפה לפני חמישים שנה, השתנו באופן דרסטי. "עקרון הביצועים" השתנה על מנת לאפשר עיסוק ברפואה, המאפשר גמישות במתן מענה לצרכים אישיים ומשפחתיים רחבים יותר. שינויים אלה עדיפים אולי הן לרופא והן לחולה, ועם זאת חייבים להיות מלווים בשינויים בערכים הקובעים את ההתנהגות המקצועית והציפיות המקצועיות. כאשר שמעון התחיל את ההכשרה שלו, 100 שעות עבודה בשבוע לא היו דבר חריג, זו הייתה הנורמה. אין בכוונתי להגן על האקלים המקצועי הזה, שריד מהתקופה הוויקטוריאנית, רק אציין שזהויות הרופאים התהוו אז בתוך אתוס שונה למדי מהאתוס המעצב את הפרקטיקה הנוהגת היום, לטוב ולרע. ברצוני לבחון בפירוט היבט מרכזי אחד של זהות מקצועית זו, ובאמצעותו אמחיש כיצד בחינת חיים ארוכים ברפואה יכולה להוות בסיס להשוואה, שתסייע לנו להבין טוב יותר את המסגרת האתית שבה אנו חיים כיום.

מעבר לתובענות העבודה אפיינה את שנות ה־50 של המאה הקודמת, ההכשרה שהתנהלה במסגרת אתוס פרפקציוניטסי סייעה לרופאים לתפוס את עצמם כיודעי־כול, וזה גם הדימוי שהציגו למטופליהם.[4] כשהרופא היה מציג את עצמו כסמכות כמעט אלוהית, אותו דימוי נשא בחובו תחושה, או יותר נכון, חובה לקחת אחריות מקיפה על האדם המטופל. לפיכך כדי ליהנות ממעמד הרופא, הרופא נדרש לא רק להיות בעל ידע עצום ומחויבות מקצועית רבה, אלא גם נכון לקבל על עצמו אחריות אישית עמוקה לטיפול בחולה.

הרופא של אמצע המאה ה־20 היה ללא ספק רופא אתי – אך הוא פעל בהקשר מוסרי שנשלט על ידי מערכת שונה של ערכים וציפיות. לאחר שנשבעו והצטרפו לברית אחים, רופאים "מהאסכולה הישנה", שהעניקו "מחוות נימוס" מקצועיות לרופאים אחרים ולבני משפחותיהם, העידו זה נגד זה בבתי משפט רק לעתים נדירות והתקבצו יחד באחוות גברים בעלת הילת כבוד (נשים היוו אז מיעוט קטן בקרב הרופאים). הם היו מעמד מועדף ובעלי זכויות יתר. הם היו מצוידים בסמכות בלתי מעורערת, אך דמותם ה"לוחמנית" בסופו של דבר תבוא תחת מתקפה ותידחה.

חוש האחריות המקיף שהוזכר לעיל פעל במסגרת יחסי כוחות בלתי שווים ובלתי יציבים, לכן לא היה יכול להתקיים לאורך זמן. ואמנם כאשר הציבור הפסיק לבטוח ללא סייג ברופאים וכאשר החולים החלו להיתפס כקבוצה שדרושה לה הגנה פעילה, התפתחה אתיקה שונה. האתיקה הרפואית העכשווית הפכה להיות חלק מתנועה חברתית מקיפה יותר (בהקשר האמריקני של ניכור וחשדנות). תנועה זו אימצה את זכויות החולה במקביל למלחמה למען זכויות לנשים, לאוכלוסייה הגאה, למיעוטים וכו'.[5] מבלי לחקור לעומק את השינוי התרבותי העצום, די להבחין שמשהו ביחסי רופא-חולה השתנה באופן מהותי. בצמוד להתפתחות זאת, נוצרו גם 1) הסחרה (קומומדיפיקציה) של הטיפול הרפואי בצורה של קופות חולים; ו־2) אקלים התומך בריבוי תביעות, שאילץ את הרופאים לאמץ אסטרטגיה של "רפואה מתגוננת".[6] לכן עם השינוי הסוציולוגי הגדול שהתחולל בשנות ה־60 של המאה הקודמת, שהתאפיין בפריקת סמכויות, הרופאים פיתחו מודעות עצמית מסוג חדש: ביצועיהם המקצועיים היו נתונים עתה לבדיקה דקדקנית יותר הן מבחינת יעילות הביצועים, שנבדקה על ידי

---

4 Shem, S. (1978). *House of God.* New York: Bantam Doubleday

5 Jonsen, A. (1998). *The Birth of Bioethics.* New York: Oxford University Press

6 שהו שם כולל לכל ההחלטות, שנועדו להגן על הרופא מפני תביעות בגין רשלנות מקצועית.

מנהלי העסקים, והן מבחינה משפטית, כשבדיקות אחרונות אלה מבוצעות על ידי "לקוחות" או "צרכנים" (שעד כה נקראו חולים) חשדניים. בסיכומו של דבר, יחסי רופא-חולה השתנו מקצה עד קצה, מפטרנליזם בלתי מזיק[7] למערכת יחסים, שבה החולים נטלו על עצמם מידות משתנות של אוטונומיה, שבעבר היו שמורות לפוליטיקאים.[8]

יש לציין כי אתיקה רפואית לא הופיעה יש מאין בשנות ה־70 של המאה הקודמת, אך התהווה יחס חדש כלפי זכויות החולה, ודימויו הקודם של הרופא נדחק. האתיקה החדשה דרשה סוג חדש של אחריות מוסרית, וכששמעון ואני מביטים לאחור על המורים שלנו, שמזמן נפטרו ואשר היוו בעבורנו מודלים לחיקוי, הם נראים כרוחות רפאים מהעבר הרחוק. כשהם פוקדים לעתים את מסדרונות בתי החולים, הם מוסטים הצידה במחי יד באמצעות המבט בביקורתי של הפרקטיקה העכשווית.[9] לא אני ולא שמעון מבכים את לכתו של העידן הקודם, אך עם לכתם של ד"ר ארוסמית[10] וחבר מרעיו, נעלמה גם הרבה מאותה הוויה מוסרית ראויה. חיבור זה בוחן איזו אינטואיציה מעורפלת (אולי זו רק דעה קדומה), שעלינו להשיב לעצמינו דבר־מה חשוב שאבד, והדבר הזה מצוי באתיקה של שמעון, שמגלמת את הקשר בין הרופא לחולה, ששורשיו נעוצים בימים שחלפו.

חיפוש אחר אתיקה מתוקנת

לאור העובדה שכלכלת שירותי הבריאות הלכה והתרחקה מהפשטות שבקשר רופא-חולה שאינו כפוף לשיקולים זרים, וכן גם לאור מהפכת טכנולוגיית המידע שהשפיעה כה רבות על הסוציולוגיה של הרפואה המודרנית, לא מן הנמנע שהאתיקה, שמסדירה את הרפואה הקלינית, חייבת הייתה להשתנות גם היא. יכולתי לבחור במוקדים רבים, אך בחרתי כאן ברעיון האחריות שהוזכר

---

7 Schneider, CE. (1998). *The Practice of Autonomy: Patients, Doctors, and Medical Decisions*. New York: Oxford University Press

8 Tauber, AI. (2005). *Patient Autonomy and the Ethics of Responsibility*. Cambridge, MA: MIT Press

9 ברוח הגילוי הנאות חייתי בעיצומן של מהפכות אלה. כמי שעבר את הכשרתו בסוף עידן הפטרנליזם, הייתה לי חוויה דו־ערכית עם התפתחותה של פוליטיקה של זהויות הרופא. כמי שסיים את חוק לימודיו בבית הספר לרפואה בשנת 1973, מוריי נמנו עם הגוורדיה הישנה, אך גם הייתי עד להתפתחותה המוקדמת של האתיקה הרפואית בארצות הברית.

10 Lewis, S. (1925). *Arrowsmith*. New York: Harcourt, Brace & Co.

לעיל ושהסברתי בהרחבה במקום אחר.[11] די לציין שהרופאים של היום נשארו אנשי מקצוע אחראיים. עם זאת, פירוש המונח אחריות עבר מהפך משמעותי, מאחר שהחובות המפורשות של הרופאים שונו על פי המסגרת שבה הם פועלים. שמעון ואני הפכנו להיות רופאים בסביבת בית חולים, שבה הרופאים היו אוטונומיים, ואילו כיום האוטונומיה של החולה הפכה לעיקרון המרכזי של האתיקה הרפואית וגברה על "עשיית הטוב" מצד הרופאים. במילים אחרות, במקום שאוטונומיה מתארת את חלק הארי של זהותו המקצועית של הרופא, היום האוטונומיה מגדירה את המעמד האתי של החולה. זו היא תוספת רבת חשיבות למערכת היחסים שבין רופא וחולה. כפי שנדון להלן, המחלוקת באשר לשביתות הרופאים מחדדת את הנושא הזה של אחריות הרופא.

בראשית שנות ה־70 של המאה הקודמת הופיעה האוטונומיה כמרכיב מובחן בתחום מרובה הכוחות של מערכת הבריאות, כתוצאה מהחלת תקדימים משפטיים על תחום האתיקה הרפואית שהיה בינקותו.[12] עלה בבירור הצורך להגן על חולים על מנת למנוע (או לצמצם) פגיעה בהם מול סמכותנות הרופאים ומול האמצעים הכלכליים של התאגידים. אך האם אוטונומיה הייתה בסיס מתאים, שעליו יש לבסס אתיקה רפואית? אוטונומיה הנגזרת מהרעיונות של קנט על אודות סוכנים רציונליים, ואשר בשילוב עם התפיסה של לוק על אודות האינדיבידואל הליברלי, מתנה את האזרחות ביכולת לקבל החלטות באופן אובייקטיבי. יכולת זו מחייבת אוטונומיה אפיסטמולוגית ומוסרית, המאפשרת הסתכלות על העולם (החברתי והטבעי) מעמדה מבודדת, חפה מגורמים סובייקטיביים. רעיון זה הוכח כבסיס מעשי ובעל תוקף לזכויות השיפוט במערב; אולם לרפואה חוקי מוסר משלה. זהותו של רופא היא בהכרח אתית, במובן של מתן מענה לצורכי האדם. לאור המשגה זו אין צורך להגן על האוטונומיה של החולה על מנת להבטיח יישום של המחויבות המוסרית להעניק טיפול.

מסיבות רבות מאוד החולה אינו אוטונומי באותו אופן שהאזרח מפעיל את זכויותיו בהקשר המשפטי־פוליטי. אף שאני מסתכן בפישוט עמדתי, אני טוען שרופאים נסוגים לעתים קרובות מדי מאחריותם להנחות את מטופליהם.[13] אין ספק, שהפטרנליזם אשר לעתים כה קרובות היווה יעד להתקפותיהם של תומכי זכויות החולים, נדרש לניסוח מחדש. אולם ניסוח מחדש זה לא מחייב בהכרח ויתור על חוש האחריות התמידי. לדעתי, כאשר רופא בוחר בדרך חיים הכרוכה

11 לעיל, הערה 7.

12 לעיל, הערה 5.

13 לעיל, הערה 7.

בטיפול באחר, יחסי הרופא-חולה, המבוססים על אפוטרופסות המתבטאת ברצון לעזור, הם המכוונים את הרפואה האתית שלו. על מנת לעצב אתיקה "פוסט־פטרנליסטית" הצעתי שיש לנהל את המלחמה על זכויות החולים על בסיס שונה מאוד מהאוטונומיה האזרחית שלהם. כיוון שאבד אמונם של המטופלים (מה שהיה פעם הבסיס למערכת היחסים בין הרופא לחולה), ההגנה שמתיימרת להעניק ההסכמה מדעת אינה יכולה לבוא במקום הוראות חזקות יותר, אשר הקו המנחה שלהן הוא שמירת כבודו של החולה. על כן אם הרופא כסוכן מוסרי מאמץ את אתיקה של טיפול, שבה זהותו מוגדרת ביחס לצורכי החולה (והרופא והחולה אינם מוגדרים כאילו שהן יחידות בעלות אוטונומיה רדיקלית, המהווים צדדים להסכם חוזי), אזי כבוד האדם דוחק הצִדה את האוטונומיה כציווי המוסרי שאותו יש ליישם בפועל.

אולם האוטונומיה הצליחה לגבור על צווים מוסריים אחרים, וכתוצאה מכך הכול השתנה. הרגישות כלפי זכויות החולה בשילוב עם מערכת הבריאות התאגידית והעונשים הכספיים, המוטלים על הרופאים בתביעות בגין רשלנות רפואית, הובילו בארצות הברית לשיפור ניכר ביחסי רופא-חולה. אם נוסיף לכך את הסיפור הלעוס לעייפה על ההתפתחויות הטכנולוגיות המתקדמות ועל היעלמות המגע האישי המתלווה אליהן, נראה כי זה בלתי נמנע, שהאוטונומיה תהפוך להיות העיקרון האתי העיקרי שיעמוד בבסיס האתיקה הרפואית האקדמית והמעשית, בתרבות שבה האמון נשחק בכל תחום.[14] איני יכול לדעת באיזו מידה התפשטו שינויים אלה מחוץ לגבולות ארצות הברית, אך לצורך הדיון שלנו אציין ששמעון דבַק באתיקה הישנה של טיפול בחולה.

תוך דחיית הפטרנליזם שאפיין את התקופה הקודמת, עמדתו האנושית הטבעית של שמעון הכילה בקלות את ההלם התרבותי; בעבורו, האתיקה הרפואית רק נתנה ביטוי רשמי למה שהוא כבר ידע ויישם הלכה למעשה, במסגרת הציווי לשמור על כבוד החולה ועל חייו. אי לכך גם במסגרת הסדר החדש והרבגוני, הוא פעל בהתאם לאותן דרישות אתיות של מתן מענה לצורכי החולה, תוך ציות לאמות המידה המתפתחות של ההתנהלות המקצועית. כמובן, למרות הסדר שהשתנה, הרפואה לא הייתה רק עבודה בעיני הרופא המסור הזה, אלא נותרה להיות דרך חיים – מחויבות כלפי האחר. כשמְאמצים תפיסה זו של הרוֹפְאָנוּת, היא יוצרת זהות אישית מיוחדת, שאני מתאר כזהות המבוססת על מבט מחודש

---

14 Putnam, RD. (2000). *Bowling Alone. The Collapse and Revival of American Community.* New York: Simon and Schuster

על רעיון האחריות וזהות זו מקרינה גישה אתית מסוימת בעלת השלכות נרחבות (ראו דוגמה להלן).

האתגר האתי שבשביתות הרופאים

שמעון התנגד באופן עקבי לשביתות הרופאים. בחילופי דברים שהיו לי אִתו באמצע שנות ה־80,[15] הוא הבהיר את עקרונותיו: האחריות לחולה קודמת לכל תועלת אישית שעשויה להיות לרופא. הדיון נסב על השאלה, אם עומדת לרופאים הזכות לשבות.[16] מנקודת מבט מעשית, השביתות פוגעות בפלחים באוכלוסייה,

---

15 לעיל, הערה 3; Bretcher, R. (1985). Striking responsibilities. *Journal of Medical Ethics*, 11, 66-69; Bretcher, R. (1986). Health workers' strikes: a rejoinder rejected. *Journal of Medical Ethics*, 12, 40-42

16 בעיה זו חוזרת ונשנית בארץ, אך לא הייתה נפוצה במסגרת שבה עבדתי. הואיל ושאלת השביתות לא עלתה באופן מעשי בארצות הברית, התחושה השלטת היא שהשביתות אינן מוצדקות. הקולג' האמריקני רב ההשפעה לרופאים פרסם בכתב העת שלו *אתיקס מנואל* משפט, המפרש בצורה ברורה את סוגיית המוסר הכללי:

> רופאים לא ישתתפו בשביתה הפוגעת לרעה בגישה לשירותי הבריאות. באופן כללי, רופאים, יחד וכל אחד לחוד, צריכים למצוא חלופות לשביתות כדי לתת מענה לדאגות הקשורות למקום העבודה.

במילים אחרות, הדאגה לחולה והטיפול בו גוברים על כל הדאגות האחרות. במקביל, הרופאים אינם תובעים משא ומתן קיבוצי, למרות העובדה שתאגידים וסוכנויות ממשלתיות מעסיקים לפחות מחצית מהרופאים העובדים בהם. לכן הואיל והרופאים לא התאגדו בדרך כלל בכל צורה רשמית, לאיגודי הרופאים היסטוריה קצרה מאוד. בראשית שנות ה־70 של המאה הקודמת, היו כ־25 איגודי רופאים, אך בסופו של דבר רובם התפרקו, ראו Budrys, G. (1997). *When Doctors Join Unions*. Ithaca, NY: Cornell University Press. אף שרבים מהאיגודים הראשונים הללו הוקמו בתגובה לבעיות ספציפיות, כגון העלאות עצומות בתעריפים של ביטוח רשלנות רפואית, אז כמו עכשיו, הדחף להקמת מרבית האיגודים נבע משינויים דרמטיים בתנאי העבודה, שינויים שהתחוללו בדרך כלל עקב טיפול מנוהל. כיום איגוד הרופאים הבולט ביותר בארצות הברית הוא איגוד הרופאים ורופאי השיניים האמריקניים, המסונף לאיגודי עובדים ממשלתיים אחרים AFL-CIO ו-AFSCME, ופועל באופן בלעדי בקליפורניה; בחוזים העדכניים ביותר שלו הוא כולל את הסעיף "ללא שביתה". בניו יורק מועצת הרופאים היא ארגון דומה, המשכלל את זכויות הרופאים באופן הבא:

> בשנת 1975, בהחלטת בית המשפט העליון של ארצות הברית, בתביעה של הוועד הלאומי ליחסי עבודה (NLRB) נגד חברת J. Weingarten, Inc., פסק בית המשפט העליון שחברי יחידה, המנהלים משא ומתן והמיוצגים על ידי ארגון עבודה מוכר, זכאים להגנות משפטיות ולזכויות מסוימות. זכויות אלה נקראות "זכויות ויינגרטן". הן חלות כאשר אתה נקרא לפגישה עם ממונֶה עליך, ויש לך יסוד סביר להאמין שהיא תסתיים בצעדים משמעתיים. כחבר במועצת הרופאים, הזכויות הבאות חלות והן מוגנות על פי חוק (לא יוכלו להינקט נגדך צעדים משמעתיים, על כך שתממש את זכויות ויינגרטן החלות עלי): כל עובד, על פי

לכן ממשלות או תאגידים חייבים בדרך כלל למצוא דרכי פיצוי.[17] הסיבה הנפוצה לתביעה קיבוצית היא גמול נמוך ותנאי עבודה גרועים. אותן תלונות כלליות, המניעות קבוצות עובדים אחרות לתבוע באופן קיבוצי את תיקון העוולות על ידי הממשלה או התאגידים, קיימות גם במגזר הבריאותי. לעתים, הרופאים שובתים למען רווחת החולים, והם טוענים שתנאי מערכת הבריאות אינם מתקבלים על הדעת; ומכיוון שהם רואים הזדמנויות לשיפור, הם מצדיקים את השביתה כצעד המשרת את טובת החולים ולא רק את טובתם.[18]

נניח בצד בדיון זה את ההיבט של "התועלת לחולה", ולא מפני שהוא אינו חשוב, אלא מפני שהבעיה האתית הבסיסית נעוצה בשאלה האם עומדת לרופאים הזכות לשבות לתועלת עצמם. שאלה זו מעלה את הבעיה המעניינת, והיא: האם עומדות לרופאים זכויות ספציפיות כרופאים? כל אחד יסכים, שלרופאים יש מחויבויות (בראש ובראשונה מחויבות כלפי החולים, אך גם כלפי המוסדות המעסיקים אותם וכלפי המקצוע באופן כללי). אך מה לגבי מחויבותם של הרופאים כלפי עצמם? האם גם להם יש זכויות אישיות? ואם אין להם, מדוע אין להם? ואם יש להם, כיצד ניתן להגדיר זכויות אלה? כדי לענות על שאלה זו עלינו לדון תחילה בשאלה כיצד ניתן לאפיין את זהות הרופא.

לאור האינטרסים המתחרים של מסורות מורכבות של כללים חברתיים ושל שאיפות אישיות לרופאים יש זהויות מרובות. עם זאת, אם נחפש הגדרה ממצה שעליה מבוססות כל ההגדרות האחרות, וכזו אשר נותנת ביטוי למקצוענות של

בקשתו, זכאי להיות מיוצג על ידי האיגוד בכל ריאיון שנערך לצורך חקירה, אם לעובד יסוד סביר להאמין שהריאיון עלול להוות בסיס לנקיטת צעדים משמעתיים או להוביל לנקיטת צעדים משמעתיים. המעסיק רשאי, אך אינו מחויב על פי חוק (אולם עשוי להיות מחויב על פי החוזה של האיגוד), ליידע את העובד על זכותו על פי חוק להיות מיוצג על ידי האיגוד. לכן עדיף תמיד לבקש להיות מיוצג על ידי האיגוד.

פרטים על כך ניתן למצוא באתר URL:http://www.doctorscouncil.com/Take Action/OurRightsatWork/Default.aspx

17 לדוגמה, בשנת 1972 פתחו רופאים קנדיים בשביתה נגד מערכת בריאות אוניברסלית, שהופעלה לאחרונה. ממשלת קנדה הביאה לקנדה רופאים ממדינות אחרות, והשביתה נכשלה (http://en.wikipedia.org/wiki/Saskatchewan_Doctors'_Strike). בערים בארצות הברית אחיות שובתות בקביעות, ובתי חולים מביאים אחיות חלופיות או מעבירים את החולים למתקנים רפואיים אחרים. במילים אחרות, ארצות הברית עומדת לעתים רחוקות מאוד בפני השבתה כללית של מערכת הבריאות, אך לא זו הבעיה. אנו מודאגים מהשאלה האתית האם מוצדק שרופאים ישבתו.

18 Frizelle, F. (2006). Is it ethical for doctors to strike? *New Zealand Medical Journal*, 119. Available from URL: http://www.nzma.org.nz/journal/119-1236/2037/

הרופאים, התשובה הברורה היא הענקת שירות מסור לחולה וחובה מוסרית כלפי החולה, כפי שאלה מוגדרות בשבועת היפוקרטס או בניסוחים דומים (לדוגמה, בכתבי רמב"ם).

ישנם עקרונות אחרים הטוענים לתואר, שהרי בכל זאת מעבר לדאגה לחולה הרופאים נותנים מענה גם לשאיפות המקצועיות, לצרכים הכלכליים ולתפקידים החברתיים שלהם־עצמם. הואיל והאתיקה של הטיפול קובעת במידה רבה את התנהגות הרופא, עקרונות אתיקה אלה מתחרים בעקרונות אחרים. אי לכך האתיקה הקובעת את הדאגה לחולה היא תת־קבוצה בתוך יקום מוסרי גדול הרבה יותר, שבו האתיקה של חיים קליניים רגילים מקיפה תחומים שונים בעלי אינטרסים משותפים אך גם נפרדים. צורכי החולה הם בעדיפות עליונה, אך אין הם העיקרון הבלעדי. אם כן השאלה המתעוררת היא כיצד ניתן לתאר את זהות הרופא, ובאופן ספציפי יותר, היכן ניתן למקם במדרג הזה את הקידום העצמי, הבא לידי ביטוי בסירוב להגיש טיפול.

נתחיל בזיהוי הרופא כאיש מקצוע. נתייחס לקוד הרשמי של ההתנהגות המקצועית, המוצג באמנת המקצוענות הרפואית משנת 2002 ובו שלושה עקרונות בסיסיים: 1) רווחת החולה בעדיפות עליונה; 2) האוטונומיה של החולה; ו־3) צדק חברתי.[19] לצווים בסיסיים אלה נלווים עשרה תחומי אחריות מקצועית, הכוללים מחויבויות כלפי החולה הפרטני באופן ספציפי (כגון, הקפדה על יושר, שמירה על סודיות ומערכת יחסים הולמת עם החולה). קבוצה שנייה מתייחסת לתפקיד הרופא כמי שמגן על איכות הטיפול ואת נגישותו ומקדם אותם, והיא מבטיחה חלוקה צודקת של משאבים מוגבלים ואמון החולים על ידי ניהול ניגודי אינטרסים. אמנה זו נוסחה בחסותן המשותפת של אגודות אקדמיות רפואיות אמריקניות ואירופאיות. היא זכתה לתמיכה רחבה,[20] אך גם לביקורת לא מעטה.[21]

---

19 Blank, L; Kimball, H; MaDonald, W; Merino, J. (2003). Medical professionalization in the new millennium: A physician charter 15 months later. *Annals of Internal Medicine*, 138, 839-841

20 שם.

21 דעה רווחת היא שהרבה מבלבלים בין תועלת אישית מקצועית לבין שירות לטובת הציבור:

> מקצוענות היא המנגנון החברתי, שבאמצעותו הרופאים מבססים את עצמם כמקור מוחלט של כוח ריפוי ומתאגדים עם רופאים אחרים בהתארגנות חברתית וכלכלית יעילה ורווחית. ... על פי החוזה הבסיסי, מקצוע הרפואה משמש כמגן הציבור, דבר הגורם בקלות לטשטוש הגבולות, בין טובת הציבור לבין התועלת האישית. השינוי מתרחש בהתפתחותו של הרופא, תוך כדי מעבר בלתי מזוהה, בלתי מדובר ונתפס אך בקושי, מהיות הרופא מוכוון חולה להיותו מוכוון מקצוע.

במאמץ לשפר את רווחתו של החולה האמנה משקפת את הדאגה הגוברת לקידום רווחתם של החולים וכבודם העצמי (זהו ביטוי לדאגה, המודעת היטב לעצמה, כלפי אוטונומיה של החולה) ומתן מענה עדכני יותר למציאות החברתית והכלכלית: הרופאים אינם קובעים יותר את המדיניות של אספקת שירותי הבריאות, ובמקום זאת הם הפכו להיות שותפי משנה הכפופים למוסדות הבריאות התאגידיים, כגון חברות ביטוח, ספקי טיפול מנוהל ומערכות בריאות המופעלות על ידי הממשלה. יש ספרות עשירה על האיזון שבין "אוטונומיה מקצועית" – יכולתם של הרופאים לשמור על סמכותם המקצועית (כלומר, הקלינית) – לבין תביעות ל"אוטונומיה תאגידית" – הכוח הפוליטי של המקצוע המאוגד, להגדיר את ההקשר הפוליטי והכלכלי של עבודה מקצועית. תיאורים של סמכות קלינית ממושכת,[22] אפילו בחברות בעלות מערכת בריאות ציבורית, הפכו ליעד לניסיונות הפרכה, כשמולם מתואר כיצד ההקשר הפוליטי־חברתי הרחב יותר של מערכת הבריאות קובע את טווח האפשרויות הפתוחות בפני העיסוק הקליני.[23] כפי שכבר צוין, זהות הרופאים השתנתה כתוצאה מפיצול תחומי האחריות בין החולים למעסיקים התאגידיים, מה שהביא לערעור יחסי האמון המאפיינים את הקשר הדיאדי בין רופא לחולה. לכן האמנה משקפת תכנית מקצועית דואלית לרופאים: תפקיד מסורתי של מְרפא מחד גיסא, ותפקיד חדש כסוכן שינוי אשר נאמנותו המקצועית היא לחולה מאידך גיסא. לא נאמר דבר על זכויות הרופאים עצמם. תוקפה של עמדה זו נשען על הסמכות המוסרית שלה, המכוונת לעבר שמירה על יחסי אמון המאחדים את החולה ואת הרופא במטרה משותפת. מקור האמון חייב להיות מעוגן בפעולה בלתי מתפשרת לקידום טובת החולה, אולי אף על חשבון הרופא.

כאשר הרופאים ממלאים תפקידים שונים ומגוונים, בעלי כללים ויעדים שונים, אין פלא שבלבול מוסרי עלול לשלוט. אם כן בקצה אחד נציב את זהות הרופא ההיפוקרטי, שהתגבשה בתגובה למחויבותו של הרופא כלפי החולה, בלי

ראו Preston, T. (1981). *The Clay Pedestal: A Re-examination of the Doctor-Patient Relationship.* Seattle, WA: Madrona; Resiser, SJ; Banner, RS. (2003). The charter on medical professionalization and the limits of medical power. *Annals of Internal Medicine*, 138, 844-846

22 Freidson, E. (1993). How dominant are the professions? In Hafferty, FW; McKinlay, JB, editors. *The Changing Medical Profession: An International Perspective*, New York: Oxford University Press

23 Hoffman, LM. (1997). Professional autonomy reconsidered. The case of Czech medicine under state socialism. *Comparative Studies in Society and History*, 39, 346-372

קשר לכל הזהויות המתחרות האחרות. רוב האנשים היו מגדירים קבוצת ערכים זו כ"אתיקה של טיפול", אך המונח "אתיקה של אחריות" מבטא טוב יותר את האינטימיות המוסרית, המאפיינת יחסי רופא-חולה. מונח זה מתייחס להכרה בראשיתית ובסיסית באחר, או במילים אחרות, האתיקה של אחריות ממוצבת במישור המֶטה־פיזי כתגובה ל"קולו הקורא של האחר" – בהשאלה מלווינס.[24] מעמדה מוסרית בסיסית זו בסיס הטיפול טמון באמינותו של הרופא, המחזקת את יחסי הרופא-חולה.

האמון צומח כאשר החולה מזהה שהרופא ממוקד בטיפול בו, ומוכפפים לו כל העניינים האחרים, המתחרים על תשומת לִבו של הרופא, כולל התועלת האישית הכספית של הרופא. מסר זה מוצא ביטוי בפעולות מפורשות ובמסרים מרומזים יותר, ומציב את הרופא לצד החולה; יחדיו הם יוצרים צמד הנע בבטחה בנבכי המרפאה ובית החולים. האמון מתפתח כאשר החולה מכיר בקשר זה ובהבטחה שהוא מסמל. בלוח המשחק של האתיקה אמינותו של הרופא היא הכלל הבסיסי. יהיה זה ניצחון, הפסד או תיקו, הרופא משחק היטב רק כאשר הוא מצטרף אל החולה באופן מלא, בחיפוש אחר דרך להבראתו או לכל שיפור אחר (כגון, הרגעת הכאב, התאמת טיפול למחלה כרונית, שיקום).

אם הרופאים פותחים בשביתה מעמדה בסיסית זו, החולים מוצבים בסיכון פוטנציאלי, ולכן האמון במחויבות הרופא מוטל בספק. אם כן מנקודת מבט מקצועית, לא יכולה להיות הצדקה מוסרית לשביתה, מכיוון שאין חישוב מוסרי שיכול להעמיד את הרווח הכספי של הרופא מול הסכנה שבה נמצאים החולים עקב פעולה זו. התכתיב הראשון של הרופא ההיפוקרטי הוא "אל תגרום נזק"; ומנקודת מבט מוסרית היפוקרטית זו, שביתה אינה מוצדקת מבחינה אתית, מכיוון שהיא במהותה מונעת טיפול. כמו כן, שביתה תביא להשלכות פוליטיות הרות אסון, שכן הציבור לא יתייחס עוד למקצוע הרפואה כמקצוע המחויב באופן מלא לרווחתו. בטווח הארוך השביתה אינה רק מסכנת את החולים, אלא אף מערערת את טובת המקצוע עצמו.

זכויות הרופאים

אם זהות הרופא, הלובש את החלוק ההיפוקרטי, ניצבת בקצה האחד של מנעד הזהות, מה נמצא בקצה השני? לשם כך ניצור זהות שונה ממנה באופן רדיקלי ונציב בקצה הנגדי את הרופא התאגידי. במקרה כזה עלינו להתייחס לרופא לא

24 לעיל, הערה 7; Tauber, AI. (1999). *Confessions of a Medicine Man. An Essay in Popular Philosophy.* Cambridge, MA: MIT Press

רק במונחים של נותן שירות לחולה, אלא בהקשר של כבוד עצמי אישי והגנה על זכויות הפרט. במסגרת העבודה התאגידית הזו האם אין לרופא זכויות אישיות לפי עיקרון של צדק חברתי? ברור, המוסדות המעסיקים את הרופאים אינם יכולים לרמוס זכויות אלה. לדוגמה, לא ניתן לצַפות מהרופאים לעבוד שעות רבות מאוד, עד כי כושרם השכלי ייפגע ויסכן את החולים; אין להטיל על רופא לקבל חולים כה רבים, עד שאינו מסוגל להעניק את הטיפול הראוי לכל אחד מהם. אך יש לציין, ששני תנאי העבודה האחרונים האלה קשורים לדאגה לחולה, כך שיש קשר הדוק בין רווחת הרופא ורווחת החולה. אם כן נבחן מצב שבו רק התועלת האישית של הרופא נמצאת על כף המאזניים:

דוגמה טובה ביותר לכך היא של רופא הדורש העלאה במשכורתו או שיפור בתנאים הנלווים למשכורתו. ד"ר לוי טוען שיש לו חובות רבים, הקשורים להתחייבויות משפחתיות, שיוקר המחיה גבוה מדי בשבילו מכדי שיוכל לשמור על רמת חיים מסוימת, שזכויותיו הסוציאליות מוגבלות למדי, וכן הלאה. אלה הן דרישות לשיפור מצב כלכלי אישי. האם יש לד"ר לוי זכות לשבות על מנת לשפר את מעמדו הכלכלי?

כפי שנאמר כבר, התשובה לשאלה זו תלויה בשאלת הזהות. אם הרופא נחשב לשכיר, הוא כבר אינו האחראי לטיפול בחולה. הממשלה או התאגיד נטלו על עצמם תפקיד זה, והחוזה בין המוסד לבין החולה כולל הבטחה משפטית לספק שירותי בריאות. במילים אחרות, האתיקה של הטיפול עברה מהרופא לישות התאגידית. אם כן הרופא חופשי לשבות. לכן לרופא יש זכות לשבות כעובד שכיר כמו לכל עובד שכיר אחר; אך האם עומדת זכות זו גם לרופא? מהתיאור שהוצג לעיל, רופא מזוהה כמי שמשרת את החולה, לא את התאגיד, לכן ייתכן שאין לראות במעמדו כשכיר את זהותו העיקרית. בדיוק כמו שחייל אינו יכול לשבות, על הרופא הוטל לטפל באחרים ולא להעמיד אותם בסכנה. אם מניעת טיפול מעמידה בסכנה את מושא האחריות של הרופא, הרי שמדובר בהפרה של חוזה מוסרי עתיק יותר, הפרה המנוגדת לציווי ההיפוקרטי. זו עמדתו של שמעון (ושלי). מדוע?

העמדה האתית מתבססת על התשובה לשאלה, מי הוא הרופא: עובד שכיר או משהו אחר? מנקודת מבט מוסרית, רופא הוא משהו אחר. ל"משהו האחר" הזה יש מנדט מוסרי – טיפול באחר. מנדט זה אינו מגיע עם ערבות כספית; הוא אינו כולל את תנאי העסקתו; והוא אינו מגדיר את מעמדו של הרופא. אולם הוא תובע מחויבות לטיפול באחר, וכל שאר תנאי העבודה נובעים לרוב ממחויבות זו: בדרך כלל, גמול טוב התואם את הכשרתו של הרופא ואת מומחיותו במיומנויות הנדרשות להענקת טיפול מתקדם; היוקרה הנלווית למומחיות זו; אך מעבר לכך,

הכבוד שרוכשים לרופא על מסירותו לאחר. העיסוק ברפואה חייב להתבסס על התשוקה להיות רופא – בראש ובראשונה, להיות אדם מסור למקצוע, לא בגלל ההטבות הכספיות הישירות, אלא קודם כול בזכות התפקיד המוסרי שהמקצוע מאפשר לו לגלם. תשוקה זו חייבת להיות הבסיס העיקרי לרפואה, וכאשר היא חסרה, כאשר הרפואה היא רק עוד עבודה, המעמד המוסרי של הרופא משתנה מהיסוד. עבודה היא עבודה; רפואה היא דרך חיים. אם רופא אינו מרוצה מהגמול או מתנאי העבודה שלו, הוא יכול למצוא עבודה אחרת. אם הוא רוצה חיים אחרים, הוא ימצא.

על כן האם יש לרופאים זכות לשבות? לא. האם יש להם זכות מיוחדת לשבות בהקשר של מתן שירות טוב יותר לחולים? כן. האם ניתן לעשות את ההבחנה? בדרך כלל, כן. אך אם אדם רואה את עצמו עובד שכיר, שבמקרה הוא גם רופא, אזי החישוב המוסרי משתנה: כעובד שכיר הוא רשאי לשבות כמו כל אחד אחר. השאלה נְסַבָּה על האופן שבו ד"ר לוי מזהה את עצמו – רופא או עובד שכיר.

הגדרה חדשה לחישוב המוסרי?

טיעון נגד אפשרי הוא שהרופא ההיפוקרטי לא קיים עוד (אפשר שאף לא היה קיים!). מערכת היחסים המוסרית הישנה אינה תופסת עוד. המציאות של חברת ההמונים, ההסחרה של הטיפול הרפואי והחלפת יחסי הקִרבה בין רופא לחולה בעיסוק רפואי מונחה טכנולוגיה – כל הגורמים הללו חותרים תחת האתיקה הישנה. במילים אחרות, הרופא ההיפוקרטי פס מן העולם, מכיוון שסוג הטיפול שהיפוקרטס הנהיג אינו מיושם יותר. אני דוחה בתוקף שיש לטענות אלה השפעה כלשהי על האתיקה העיקרית, החלה על רופאים בני זמננו.

הזהות המוסרית של הרופא ההיפוקרטי בעולם העכשווי לא הושפעה מהטכנולוגיה הקיימת או מהדרישות החברתיות הנובעות מהיותו מטפל. ייתכן שהרופא יגלה שהמבנה התאגידי של מערכת הבריאות מחייב אותו לפעול לקידום טובת החולים, כדי לקיים את המנדט המקצועי. כלומר, הרופא חייב להיות מוכן להגן על טובתו של החולה, לנוכח מגבלות המוטלות על ידי הממשלה או על ידי התאגיד. זִכרו כיצד אנטיגונה, שהתמודדה עם הדילמה המוסרית בעקבות מות אחיה (בקרב נגד המדינה), נאלצה לבחור בין ציות לתגובה המוסרית האישית שלה (לקבור אותו), לבין ציות להחלטת המלך (להשאיר את הגופה להירקב לעיני הציבור). הבחירה לא הייתה קלה כלל, אך בסופו של דבר היא צייתה לצו מצפונה, שהיה מעוגן בנאמנותה לאחיה. היא

סבלה מהשלכות מעשיה, אך גורלה הטרגי היה המחיר שנאלצה לשלם על כך שצייתה לציווי המוסרי, כפי שהבינה אותו.

לפני שאתם פוטרים את בחירתה של אנטיגונה כחומר של טרגדיות עתיקות בלבד, חִשבו על דוגמה עכשווית. בית המשפט בבחריין גזר לאחרונה את דינם של רופאים ל־15 שנות מאסר בגין הענקת טיפול רפואי למפגינים.[25] עובדי בית החולים הוחזקו גם הם במעצר, אך בתנאים קשים פחות. אין זה ברור אם כל הרופאים היו חלק מהתנועה נגד הממשלה (וידוייהם חולצו מהם בעינויים), אך נניח לצורך הדיון שלנו שד"ר אביב (שם בדוי) לא היה אדם פוליטי, ולכן ניטרלי. הוא ראה אישה פצועה וטיפל בה. כעת הוא יושב בכלא. לו זיהה את עצמו כעובד שכיר של המדינה, היה רואה בעזרה למפגין מעשה המנוגד לטובת המדינה, לפחות כך פסק השופט. אך מכיוון שזיהה את עצמו כרופא, העזרה שהעניק ד"ר אביב לאישה תאמה את הייעוד ההיפוקרטי שלו.

סיפור זה מבחריין מציב את השביתות שפרצו לאחרונה (לדוגמה בצ'כיה[26]) בהקשר מוסרי רחב יותר ומעבר לחישובים הכלכליים של חברות המערב. במערכת הבריאות של היום, הנשלטת על ידי המדינה, הרופאים מעלים מחדש ולעתים די קרובות את הדרמה של אנטיגונה, אך הסביבה דרמטית פחות, והיא כרוכה בהשלכות אישיות חמורות פחות. הסיפור מבחריין מדגיש את הבחירה המוסרית, שהרופאים עומדים לעתים בפניה, בחירה שעלולה לחייב אותם להתמודד עם אתגר אתי, בין אם בתגובה לצו של ממשלה טוטליטרית ובין אם בתגובה למדיניות, שמתווה המדינה לשירותי הבריאות שלה.

---

25 Available from URL: http://www.nytimes.com/2011/09/30/world/middleeast/bahrain-court-hands-down-harsh-sentences-to-doctors- and protesters.html?_r=1&scp=1&sq=Bahrain%20doctors&st=cse

26 בשביתה בצ'כיה בשנת 2010 היו מעורבים כ־25% מכוח העבודה של הרופאים. היא פגעה ב־78 מתוך 200 בתי החולים של המדינה. היא פרצה עקב 1) האשמות על ניהול כושל של השקעות וכספים במערכת הבריאות; 2) תלונות שהופנו נגד קווי מדיניות דרקוניים, שהוטלו על ידי חברות ביטוח שהכתיבו טיפולים רפואיים; 3) היעדר הכשרה ברורה ומובנית לרופאים צעירים; 4) תנאי עבודה גרועים ושכר נמוך לרופאים בכירים (משכורת ממוצעת, 900 אירו לחודש). משרד הבריאות נשא ונתן לגבי העלאת שכר, שבה התמקדו בכלי התקשורת, אך המשאבים נותרו שרויים במצוקה כלכלית. התקציב הכולל של מערכת הבריאות, המהווה 7% מהתוצר המקומי הגולמי, נמוך במידה ניכרת מממוצע ההוצאות (10%) במדינות מערב אירופה, שבהן השכר של עובדים מקצועיים גבוה במידה משמעותית. למרות המשא ומתן להעלאת המשכורת, רופאים רבים עזבו את צ'כיה ב־5 השנים האחרונות, כפי שעשו רופאים ממדינות מזרח אירופה אחרות, ראו Holt, E. (2010). Doctors in Eastern Europe prepare to walk out over pay. *Lancet*, 376, 221-222

בשירותי בריאות הפועלים על פי המודל של יחסים חוזיים. ספק שירותי הבריאות, שהוא הממשלה או התאגיד, מסכים לספק שירותים מסוימים. שירותים אלה מוגבלים על ידי החלטות המונָעות משיקולים כספיים. אינני טוען ששיקולים כלכליים אינם הכרחיים, אך כשרואים איך אילוצים אלה משפיעים על הקשר שבין הרופא לחולה, ברור כי הרופא אינו אחראי עוד באופן מוחלט לטיפול בחולה. הוא אינו מקבל החלטות קליניות ללא פיקוח של התאגיד. מדי פעם הרופא מוצא את עצמו פועל למען השירות לחולה בניגוד לתקנות המכתיבות את מניעתן של אפשרויות טיפול אלה. בסביבה זו הרופא עבר מהיותו עובד שכיר, המשרת את האינטרסים של מעסיקו, למעניק שירות מתוך אופק מוסרי רחב יותר, שבו הרופא מציב את החולה במוקד דאגתו ולא את מחויבויותיו לשרת את הישות התאגידית. במילים אחרות, החוזה בין הרופא למעסיקו שונָה על ידי פעולות החותרות תחת הסמכות והאינטרסים של הממשלה. בתרחיש זה הרופא הופך להיות מורד.

כאשר החוזה משתנה בכיוון זה, הרופא פוגע במעמדו כעובד שכיר: כשהרופא מחליף את נאמנותו למעסיק בנאמנותו לחולה, הוא פוגע בזכויותיו שלו כעובד שכיר. אחת מהזכויות האלה היא זכות השביתה. כיצד הוא יוכל לתבוע את כל זכויותיו כעובד שכיר, כשהוא עצמו אינו עומד בחובותיו כלפי הממשלה? באי־קיום חובת הנאמנות שלו כלפי מעסיקו, הוא שינה למעשה את "החוזה" שלו עם המעסיק.

אני מציג תרחיש זה כדי להדגיש נקודה אחת: עובד שכיר "טוב" משרת את האינטרסים של המעסיק שלו. בכך הוא מקבל על עצמו תפקיד אתי, שהוא לשרת את התאגיד או את הממשלה. בתמורה הרופא מקבל גמול על התנהגות ראויה וגם זכויות מסוימות. בבחריין תפקיד אתי זה מאפשר לו להישאר מחוץ לכלא. אולם כאשר נאמנותו של הרופא חצויה, והוא למעשה עובד בעבור החולה שלו, הרי שהרופא (לפחות מנקודת מבטו של המעסיק) הוא עובד "גרוע". למעסיק יש "זכות" לשלול מהעובדים זכויות מסוימות, לרבות אולי הזכות לשבות, או כמו בבחריין, הזכות לחירות.

לסיכום, רופא המפצל את נאמנויותיו משנה את הזהות המוסרית שלו. אם הוא מזוהה כעובד שכיר, ונניח שמדובר בעובד טוב, הוא רשאי לשבות כמו כל אחד אחר. אם הוא עובד גרוע, הפועל נגד האינטרס של הממשלה, אזי גם זכויותיו שלו נפגעות. המצב איננו פשוט בשום פנים ואופן. אולם אם בוחנים את העניין אך ורק במונחים של זכויות וחובות, רופא הנוקט עמדה מוסרית נגד הממשלה או התאגיד פוגע בזכויותיו כעובד. אחרי הכול, אם הוא נחשב לעובד שכיר, אזי בתמורה להתחייבויות מסוימות כלפי המעסיק שלו, גומלים לו בזכויות

מסוימות, לרבות זכות השביתה. אך אם הרופא אינו מאמץ זהות זו באופן מלא, הזהות המוסרית האחרת שלו דוחקת את הזכויות המוצעות לו במסגרת המבנה התאגידי. כיצד באה לידי ביטוי פוליטיקה זו של זהויות בעולם האמִתי?

ברור שחלק בוחר בתפקיד אחד ואחרים – בתפקיד אחר. במסגרת הזהות שנבחרה האתיקה מיושמת על פי היגיון עקבי ומוצדק כאחד. מדובר בבחירה ממש. במובן זה האתיקה, הטמונה בשאלה אם לשבות או לא לשבות, תלויה בבחירה המוסרית הקודמת: מי אני? ועכשיו נשלים את המעגל השלם שעשינו מחזון האתיקה של אריסטו,[27] שבו השאלה איננה "מה אני עושה?", אלא "מי אני רוצה להיות?". העובדה שעומדת לרופאים אפשרות לבחור, נראית לי אתגר המחייב התבוננות עצמית מוסרית. לטוב ולרע, זכות הבחירה היא חלק חשוב מהזכות המיוחדת להיות רופא. הפוסלים את זהות העובד השכיר עשויים להיחשב כמי שמשלמים מחיר אישי גבוה, מחיר אידיאליסטי, קיצוני ובלתי מוצדק. אישית, אני סבור שמעטים מדי האידיאליסטים הפועלים בעולמנו, והאפשרות להיות רופא מעניקה את אחד הנתיבים המעטים, שבו האידיאליזם עדיין קיים. יהיה זה חבל לוותר על הזדמנות כזאת ועל הזכויות המיוחדות שהיא מזמנת. כדי להבין טוב יותר טענה זו אני מציע לשוב ולקרוא בדעותיו של שמעון גליק ולהבין מהדוגמה האישית שלו כיצד ניתן לעסוק ברפואה כדרך חיים.

---

27 לעיל, הערה 2

פרק שנים עשר

ניצחון או עריצות? הרהורים על שמעון גליק ועל מושג האוטונומיה בביו־אתיקה

פאול רוט וולפה*

פרופסור לביו־אתיקה בקתדרה ע"ש אסא גריג קנדלר,
פרופסור חוקר חתן פרס ריימונד שינאזי לביו־אתיקה יהודית וראש המרכז
לאתיקה של אוניברסיטת אמורי, אטלנטה, ג'ורג'יה, ארצות הברית

הקדמה

אחד מהמאפייניים של הביו־אתיקה המערבית המודרנית הוא תפקידה של האוטונומיה כמרכיב ראשון במעלה, החייב להנחות כל החלטה רפואית. בשנת 1998 פרסמתי מאמר בשם "הניצחון של האוטונומיה בביו־אתיקה האמריקנית: הבט חברתי".[1] הצבעתי על כך כי הרפואה הקלינית המערבית אימצה בתיאוריה את "מודל ארבעת העיקרים" של ביו־אתיקה, כפי שהוגדרו בדוח בלמונט ובעבודה הקנונית על *עקרונות הביו־אתיקה*,[2] הלא הם אוטונומיה, עשיית טוב, הימנעות מגרימת נזק, וצדק.

בושמפ וצ'יילדרס עמדו על כך שעקרונות אלה לא היו היררכיים ולא שווי ערך מבחינה מוסרית. כמו כן, הם לא ייחסו משקל יתר או עדיפות בדירוגם, אלא ראו בארבעתם עקרונות היכולים לבוא לידי יישום יחסי במקרים פרטניים בלבד. עם זאת, טענתי היא שהאוטונומיה הפכה להיות העיקרון השולט בביו־אתיקה האמריקנית, וכי כל העקרונות האחרים הוכפפו לה. בחברה רב־תרבותית, שבה הערכים של תת־הקבוצות באוכלוסייה יכולים להיות שונים

---

* דוא"ל: pwolpe@emory.edu

1 Wolpe, PR. (1998). The Triumph of Autonomy in American Medical Ethics: A Sociological View. In DeVries, R; Subedi, J; editors. *Bioethics and Society: Sociological Investigations of the Enterprise of Bioethics.* New York: J. Prentice Hall, 38-59

2 Beauchamp, TL; Childress, JF. (1994). *Principles of Biomedical Ethics.* New York: Oxford University Press

במידה עצומה, האסטרטגיה הבטוחה ביותר והפחות נתונה במחלוקת היא להרשות לפרטים להחליט את החלטותיהם הרפואיות בהתאם למאוויהם, על פי אמונתם הדתית או הפילוסופית. אף על פי כן, רק במקרים נדירים בארצות הברית, מוכפף תהליך קבלת ההחלטות האוטונומי של הפרט לעיקרון אתי כללי מתחרה.

ניתן לייחס את "ניצחון האוטונומיה" בביו־אתיקה באמריקה לסוגים שונים של כוחות חברתיים או רפואיים, בהתאם להשקפתו התיאורטית של כל אחד ואחד. אפשר לפרש אותו כתגובה להיסטוריה הפטרנליסטית יתר על המידה של הטיפול הרפואי במערב, אשר גרם לא אחת לניצול לרעה, שכן הרופאים שלטו בהחלטותיהם של המטופלים שלהם, הנוגעות לבריאותם. אפשר לראות בכך תוצאה בלתי נמנעת של השיטה הקפיטליסטית, הנהוגה בשירותי בריאות, שבה ניתן למקסם את העלויות ואת ההכנסות על ידי שיטה המבוססת על צריכה. אפשר לתאר אותה כשיטה היחידה של שירותי בריאות בעידן התפוצצות המידע, שבה לצרכנים גישה חסרת תקדים למידע על בריאות ולפיכך אין הם חייבים לסמוך עוד על רופאים כדי לדאוג לבריאות שלהם. אפשר להבין זאת כתגובה לרפואה טכנולוגית, שבה אין לרופאים בלעדיות על קבלת החלטות אתיות קשות, הדורשות מעורבות רבה יותר של המטופל ושל הציבור הרחב.[3] אפשר להסביר זאת במושגים של ההתפתחות הבלתי נמנעת של האתוס האינדיבידואליסטי של התרבות הפוליטית באמריקה, החשדנית תמיד לגבי סמכות והמגִנה בחירוף נפש על חופש הפרט.

יהיה אשר יהיה המושג שייבחר כדי להסביר את המעבר של קבלת ההחלטות הרפואיות מהרופא למטופל, הוא שינה את אופן מתן שירותי הבריאות בארצות הברית. לדוגמה, חל שינוי רב מאוד ביחס שבין הרופא למטופל: הרופא הפך ל"יועץ", המציע חלופות, במקום להיות (כמו בעבר) היוזם, הממליץ על שיטות טיפול.[4] בנוסף, חלק גדול של הטיפול במחלות ושל הטיפול בסיכונים ברפואה הואצל מהצוות הרפואי על המטופל. אם כי ברור ש"ניצחון האוטונומיה" היווה תיקון רצוי לעמדת הפטרונות המובהקת, שהייתה מקובלת אצל אנשי רפואה רבים בעבר, התברר גם יותר ויותר, כי האוטונומיה עצמה איננה הפתרון לתהליך הסבוך של קבלת החלטות רפואיות ושל ניהול שירותי הבריאות. למעשה, היא גרמה לבעיות חדשות למכביר.

---

3 די אם נחשוב על הדיונים הציבוריים, שנסבו על דיאליזה מוקדמת, על הפסקת טיפולים תומכי חיים, על האפשרות להציל פגים קטנים ושברירים, וכד'.

4 Truog, RD. (2012). Patients and Doctors — The Evolution of a Relationship. *New England Journal of Medicine,* 366, 581-585

שמעון גליק הוא אחד מהדוברים הרהוטים והאלגנטיים ביותר, שלא חדל לטעון נגד הקיצוניות של תור האוטונומיה בביו־אתיקה. היהדות המסורתית או ההלכתית בנויים על מערכת מצוות, חובות וציוויים, ולא על מערכת זכויות, הנשענות על אוטונומיה מוחלטת של הפרט, החופשי להחליט כרצונו. עניין זה מצא את הביטוי הברור ביותר בספרו של בנימין פרידמן,[5] *חובה וריפוי: יסודות הביו־אתיקה היהודית*, שבו בסדרה של ניתוחי מקרים מעמת פרידמן את הגישה של הרפואה המערבית, המבוססת על זכויות, עם הגישה של הביו־אתיקה היהודית, המבוססת על חובות. גליק הביע את הטיעון הזה בכמה כתבי עת רפואיים מהיוקרתיים ביותר והציע את הגישה ההלכתית כתיקון לאוטונומיה. בהרצאתו לזכר יעקובוביץ, הציע גליק כי:

> במובנים מסוימים, האוטונומיה משקפת בריחה מסמכות, תהא זו סמכות פוליטית, דתית או רפואית.[6]

השימוש במונח "בריחה", שבו השתמש גליק, מעורר תחושה מכוונת של הימלטות, ונדמה שיש בו משום רמיזה להלקאה עצמית. המסר הברור הוא כי האוטונומיה היא עיקרון חשוב, אך בהקשר המערבי (ובפרט האמריקני) הוא מאמין כי:

> המטוטלת נעה רחוק מדי לכיוון האוטונומיה, למקום שאין היא מתיישבת עוד עם המסורת היהודית וכי לטובת המטופל, מוטב שיוחזר שיווי המשקל הנכון.[7]

לאִמתו של דבר, אף יותר מהיותה נדרשת לטובתו של המטופל, הנהייה המוגזמת לעבר האוטונומיה מסכנת למעשה את בריאותו של המטופל ועל פי הביקורת שצוטטה על ידי גליק, העלאתה לפסגת האתיקה כערך הראשוני (ואולי היחיד) "גובלת בעריצות".[8]

---

5 Freedman, B. (1999). *Duty and Healing: Foundations of a Jewish Bioethic.* New York: Routledge

6 Glick, S. (2001). Who Decides, the Patient, The Physician, or the Rabbi? Available from URL: www.jewishvirtuallibrary.org/jsource/Judaism/WhoDecides.pdf; also, published 2004 in *ASSIA – Jewish Medical Ethics*, VI(2), 143

7 שם, עמ' 154.

8 Glick, S. (1997). Unlimited Human Autonomy – A Cultural Bias? *New England Journal of Medicine,* 336(13), 954-956

גליק ממהר לפזר את הרושם, כי הגישה ההלכתית מנוגדת לאוטונומיה האישית או שאינה יכולה להכיל אותה. למעשה, קיימים טקסטים רבים, תשובות ומקורות, התומכים בבירור באוטונומיה האישית בקבלת ההחלטות הרפואיות במגוון רחב של נסיבות. לפיכך, המסר של עבודתו של גליק ושל מלומדי הלכה רבים אחרים חייב להבהיר מצבים, שבהם ניתן לפעול על פי האוטונומיה, ומצבים שבהם יש ראשוניות לחובה או שזו משפיעה על תהליך קבלת ההחלטות האוטונומי. את מבחר מאמריו של גליק, שבהם הוא דן ישירות או בעקיפין באוטונומיה, אפשר לראות כמאמץ להבהיר ולהגדיר כמה וכמה גבולות, המפרידים בין קבלת החלטות אוטונומית לבין העקרונות האתיים הרחבים יותר, המגבילים את האוטונומיה האישית.

מה שהייתי מבקש לחקור כאן, כתרומה למחשבתו של גליק, הוא המתחים והאיזונים העדינים שביסוד ההגנה על הגישה היהודית לריסון עקרון האוטונומיה בביו־אתיקה. רבים מבין העוסקים בביו־אתיקה בארצות הברית (יהודים ולא יהודים כאחד) שותפים לדאגתו של גליק בהקשר לבעיה זו (וגם אני נמנה ביניהם, כפי שמשתקף ממאמרי "ניצחון האוטונומיה"). אחרים, בראותם את הקשיים שגרמה השיטה הפטרנליסטית בעבר או מתוך מחויבותם העמוקה לאופק הליברלי יותר של הענקת זכויות הפרט, מתנגדים נמרצות לכל ניסיון לקעקע את מה שהם רואים כזכויות החולה, שהושגו אחרי מאבקים כה קשים. תהיה אשר תהיה הגישה האישית, בכל זאת קיימים אתגרים אמִתיים בניסיון לאזן בין שתי הגישות, במיוחד בחברה כה רב־תרבותית כמו זו שבארצות הברית.

אוטונומיה לעומת הלכה בחברה המודרנית

בטרם נפנה לטעון כי לעמדה ההלכתית על האוטונומיה יתרון לרפואה בכללותה, ולא רק ליהודים מאמינים, הייתי רוצה לעמוד תחילה על אופי האוטונומיה *מתוך* המערכת ההלכתית. ישנו היבט אחד של גישתו של גליק, הנידון או המוזכר אך לעתים רחוקות, והוא ההחלטה האוטונומית הבסיסית, אשר לה מוכפף כל השאר.

השתייכות דתית היא ברוב העולם המודרני בחירה ולא כורח. ב־1979 כתב הסוציולוג פיטר ברגר[9] ספר בשם *צו הכפירה*, שבו טען כי המשבר, אשר לתוכו "המודרנה דחקה את הדת", יסודו בריבוי של חלופות. אנשים מאמינים נָטו

---

9 Berger, PL. (1979). The *Heretical Imperative*: *Contemporary Possibilities of Religious Affirmation.* New York: Anchor Press/ Doubleday

באופן היסטורי לראות באמונתם הדתית אמת *מוחלטת*, וכל השאר שגוי ומוטעה. כיום, ריבוי הגישות המתקיים בעולם המודרני, האתוס של סובלנות וכיבוד של אמונות אחרות, וקלות הגישה להשקפות חיים המתחרות זו בזו, מציבים חלופות ואתגרים לאמונה הדתית של הפרט ומוסיפים אי־ביטחון, בהפכם את מבני הסבירות המעניקים לגיטימציה למוסדות השונים לפחות יציבים. הדת בעצמה הופכת להיות עניין לבחירה, "צו של כפירה",[10] ולא האמת האחת והיחידה, המוכתבת מלמעלה, שאין עליה עוררין. התוצאה היא יותר סובלנות (באופן כללי) להבדלי דת, כלומר הרצון לקיים דיאלוג בין־דתי, הכרה בלגיטימיות של מסורות אחרות ושימת קץ לניסיונות המרה בכפייה או רדיפה של מיעוטים דתיים.[11]

כמובן, גם ביהדות קיים אותו ריבוי של חלופות ואתגרים. אך בשעה שביהדות היו קיימות מאז ומעולם כִתות שונות וגישות דתיות שונות, לא יהיה זה כנראה מוגזם לומר, שאף פעם בעבר לא היו ביהדות כה הרבה סוגים של חלופות פילוסופיות ומוסדיות, כה הרבה כִתות, המתחרות ביניהן. ליהודים, כמו לכל צרכני הדת, גישה חופשית למגוון רחב של צורות פולחן והגדרות זהות. אף ההישארות בתוך הגדרת הכת, שמישהו נולד לתוכה, יכולה להיחשב בסביבה המודרנית כהחלטה מרצון.

על כן העמדה ההלכתית עצמה משויכת בימינו להחלטה אוטונומית מיסודה של האדם, לקבל את עול המערכת ההלכתית ולהכפיף את עצמו למחויבויות הקשורות בכך. כלומר, קבלת עול המצוות של חיי האדם היהודי היא כשלעצמה החלטה אוטונומית בסיסית. ההסכמה להכפיף את האוטונומיה האישית המוחלטת למערכת חוקים, המתווכת אותה, היא כשלעצמה ביטוי לאוטונומיה מוחלטת של האדם. אי אפשר למנוע מאדם להתרחק מחיים המוכתבים על ידי ההלכה, אם הוא בעצמו בחר לעשות כך.

אך הרעיון של בחירה אוטונומית מושרש יותר עמוק בהגדרה העצמית של היהודי. מסופר כי התורה הוצעה לעמים רבים, אך רק העברים קיבלו אותה על עצמם. דהיינו, עצם הקיום של היהדות מושתת על הבחירה האוטונומית המודעת,

---

10 המילה היוונית לכפירה היא "הרזיס". מקורה בשם הפועל היווני "הראין" שפירושו לבחור.

11 כמובן, אין בכוונתי לומר שאיזיותר כפייה דתית ורדיפות או שכל המאמינים מכבדים את הלגיטימיות של מסורות דתיות אחרות. אך בכל זאת, יש כעת פחות רדיפות על רקע אמונות דתיות, ומה שמתואר כעימותים דתיים הוא לעתים קרובות עימותים גיאו־פוליטיים, המתועלים לכיוון התנגדות תיאולוגית.

לקבל את עולה של תורה. העובדה כי החלטה אוטונומית כזאת נחוצה כתנאי לקבלה לקהל היהודים, מודגשת אף על ידי תיאור היהדות כ"בני ברית".

ברית היא הסכמה הדדית על יחסים המושתתים על קבלה מרצון ואוטונומית של חוזה. המסורת היהודית מתארת את היחסים ההדדיים, בין אלוהים לעמך ישראל, כברית ולפעמים בצורה מפורשת, כמו בסיפור של נוח או במנהג *ברית המילה*, אך גם בצורה מופשטת, כמו לדוגמה ברמז של הנביאים לברית נישואין בין אלוהים לעם ישראל.

במחשבת ישראל יחסי הברית בין אלוהים לעם ישראל משתקפים ביחסים שבין הרופא למטופל. אברהם שטיינברג[12] מציע במפורש, כי היהדות רואה ביחסי רופא-חולה מעין ברית ולא הסכם מרצון בין שני צדדים לחוזה. השימוש במלה זו אינו תיאורטי או מטפורי. טבעה של הברית היא הטלת חובות הדדיות, והרופא והמטופל קשורים אפוא ביחסים מחייבים. ביהדות חלות על הרופא חובות שאינן מקובלות בהכרח בביו־אתיקה המערבית (למשל, "החובה" לטפל בחלש). חובה זו מבוססת על ההרגשה, כי הרופא הוא מעין שליח של הבורא וכלי בידו לרפא אנשים, ובכך מועלים יחסי האימון שבין הרופא למטופל לדרגת מחויבות הדדית דתית.[13]

באותו אופן, גם למטופל יש התחייבויות משלו מנקודת המבט של היהדות. חובתו המרכזית היא לשמור על בריאותו באופן כללי, ולפיכך להישמע לדעתו המהימנה של הרופא, היודע מהו הטיפול המתאים ביותר. אם כי החולה יכול, כמובן, לסרב לקבל טיפול, אשר לדעתו הוא מסוכן, שגוי או בלתי נבון באופן אחר, במצב שבו הטיפול הוא בבירור לטובתו של המטופל ונחשב לנכון, חובה על המטופל להסכים לו. ראוי לציין, כי ברוב המקרים, הביו־אתיקה המערבית הזניחה לחלוטין את שאלת חובות המטופל; על ידי הגדרת היחסים במונחים של

---

12 Steinberg, A. (1990). Medical Ethics: Secular and Jewish Approaches. In Rosner, F, editor. *Medicine and Jewish Law,* Volume I. Northvale, NJ: Jason Aronson, Inc., 19-30

13 מעניין כי החובה של הרופא לטפל, אף בתנאים של מגפה, הייתה תמיד עמוד תווך באתיקה הרפואית של אגודת הרופאים האמריקנית, אשר נוסדה ב־1847 וביסודה הונח הקוד האתי. מחויבות זו הייתה חלק מהחובות ההדדיות של הרופא כלפי החברה (כמו גם המחויבות ההדדית של החברה להישמע להמלצות הרופאים). ראו Baker, RB. (1999). The American Medical Ethics Revolution. In Baker, R; Caplan, A; Emanuel, L; Latham, S; editors. *Ethics in American Medicine: The American Medical Ethics Revolution.* Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 17-51

צריכה – המטופל הוא "הלקוח" הפועל בשוק הבריאות – כל החובות חלות על מערכת הבריאות, כלומר על הרופא. לאמִתו של דבר, המאפיין הבולט של כל הקודים האתיים ההיסטוריים של העולם המערבי הוא העובדה כי למטופל רק שתי חובות במסגרת המפגש הרפואי: להישמע להוראות הרופא ולשלם את חשבונותיו. לכאורה, הרפואה המודרנית באמריקה ויתרה על החובה הראשונה.

הערכים ההלכתיים בהקשר הרפואי המערבי

האוטונומיה, כפי שהיא מובנת בארה"ב, מניחה כי לכל אחד מאתנו אתיקה ייחודית משלו, שאותה הוא מבטא, ולאף אחד אין זכות לדחות אותה או להתריס נגדה, אלא בנסיבות חריגות בצורה קיצונית (כגון, אם יש בכך איום לאנשים אחרים או סכנה עצמית), וכי אתיקה זו אינה כוללת כל מרכיב של מחויבות כלפי אחרים, מלבד כלפי עצמו. מושג האוטונומיה ומושגים הדומים לה נתונים במסגרת "זכויות", המכוונות לפרט, והם מתקיימים ללא קשר למחויבות הדדית כלשהי.

זו העמדה אשר שמעון גליק המשיך לדחות במשך שנים. במאמרים שנשאו כותרות כגון "אוטונומיה בלתי מוגבלת של האדם – הטיה תרבותית?"[14] או "מי מחליט – המטופל, הרופא או הרבי?",[15] גליק מתאר את העמדה המערבית של אוטונומיה מוחלטת של הפרט כפשטנית. הוא מזכיר לנו, למשל, כי קיימות סיבות רבות לכך, שאנשים מסרבים לקבל טיפולים מצילי חיים, כגון חרדה בלתי הגיונית, חרדה היכולה להפריע לתשוקתו העמוקה יותר של החולה להישאר בחיים; הוא מצטט את הפשרה החוקית שהתקבלה בישראל, המאפשרת טיפול מציל חיים נגד רצונו של המטופל – אם לוועדת האתיקה של בית החולים "סיבות להאמין כי לאחר קבלת הטיפול ייתן המטופל הסכמה בדיעבד".[16]

קשה ליישב התייחסות כזאת עם הזכות לאוטונומיה המקודשת באמריקה, אך הניסיון הקליני מוכיח לנו שוב ושוב, כי הסכמה כזאת יכולה להיות מורכבת ומגוונת. מוקדם מאוד בקריירה שלי, פנה אליי פסיכיאטר עם הסיפור הבא: הוא נקרא להתייעצות עם כירורג, שהתכונן לניתוח שעמד להיות מבוצע בצעיר בן 17, שהשתייך לכת עדי יהוה, כת המסרבת עקרונית לקבל מוצרי דם. בנוכחות

14 לעיל, הערה 7.

15 לעיל, הערה 5.

16 לעיל, הערה 7, עמ' 954.

הוריו בחדר, הנער ובני משפחתו אישרו למנתח, שהוא אכן מסרב לקבל כל מוצר דם במהלך הניתוח, אף אם זה יהיה נחוץ להציל את חייו של הצעיר. המנתח היה מאוד בלתי מרוצה מההסכם הזה, שכן הניתוח עמד להיות מסובך והוא האמין, שמוצרי דם עלולים להיות נחוצים, במיוחד אם משהו יתחיל להסתבך. כשהמנתח וההורים פנו לעזוב את החדר, הנער קרא למנתח לחזור. "כפי שידוע לך", הוא אמר, "אני מסרב לקבל מוצרי דם. עם זאת, אתה גם חייב לדעת שאם תיתן לי מוצרי דם ללא הסכמתי או ללא ידיעתי, הנשמה שלי, שהיא בת־אלמוות, לא תואשם". המנתח קרא לפסיכיאטר כדי שהלה יעזור לו לפתור את המסר הכפול הזה, והפסיכיאטר נועץ בי, ה"אתיקאי הנבחר", אם אפשר לפרש את האמירה הזאת כהסכמה שבשתיקה, אשר ניתנה למנתח להשתמש במוצרי דם.

קשה להכיל את האמירה הזאת מתוך עמדה של אוטונומיה אישית מוחלטת. המטופל קבע בבירור, יותר מפעם אחת, שהוא מסרב לקבל מוצרי דם; לכאורה, אין למנתח זכות לכפות על המטופל את הפרשנות שלו בהתאם להמשך לאמירה זו, שהיא אכן דו־משמעית. עם זאת, במערכת שבה קיימים שני עקרונות מנוגדים, למשל כאשר קדושת החיים מתקבלת בכל הרצינות כעיקרון מחייב, השווה בערכו, ההערה של הצעיר, לגבי בטיחות נשמתו הנצחית, דיה לתת משקל עדיף לעיקרון זה, על פני הסירוב של קבלת מוצרי דם. כל הכרה רצינית בערך אחר, כבעל משקל זהה, פותחת פתח אתי, המאפשר למנתח לתת מוצרי דם, אם הדבר הכרחי על מנת להציל את חייו של האיש הצעיר.

העיקרון היהודי של ערך קדושת החיים, שעשוי לקבל קדימות במקרים מסוימים על פני הבחירה האוטונומית, יכול להיות חשוב בשקלא וטריא של מקרה סבוך זה. הדילמה הגדולה של ביו־אתיקה דתית היא כיצד ליטול עיקרון (כגון, פסיקת הלכה) המתקיים בתוך הקשר של מסורת דתית מסוימת, ולתרגם אותו כך שיוכל לזכות בהכרה גם כערך מוסרי כללי. אחרי ככלות הכול, הביטויים "מפני שכך מורה לנו התורה" או "מכיוון שכך פסק הרבי" אינם מהווים נימוק המחייב את האדם החילוני, אף לא כדי שיהיו מקובלים כערך יהודי מקודש ועמוק. שמעון גליק התעמק והגה בסוגיות אלה במשך שנים והגיע למסקנה, שדעות תיאולוגיות, הלבושות בלבוש כיתתי, עלולות להיות בלתי מועילות בוויכוח הציבורי. בהרצאתו לזכר רבי לואיס פיינברג שהרצה שמעון גליק במסגרת לימודי היהדות, בשנת 1994 באוניברסיטת סינסינטי, הוא הביע דאגה כי:

> קיים פחד מוצדק, שהמעורבות בדעות תיאולוגיות עלולה לגרום יותר מחלוקת מאשר הסכמה [וכי במטרה] להשתמש *בלינגואה פרנקה* הציבורית, כלומר לדבר בשפה המובנת לכול, [התיאולוגים] מציגים לעתים את טיעוניהם במונחים שאינם תיאולוגיים.[17]

אם נתרגם את הדאגה הזו לסוגיה הנדונה, השאלה העיקרית היא: איך אנו יכולים ליצור טיעון משכנע לצמצום העריצות של האוטונומיה, שירתק את תשומת לבו של העולם השיכור כביכול מעקרון הזכות המוחלטת לבחור חלופות אוטונומיות פרטניות?

גליק עצמו ניסה לתרגם את ההשקפה היהודית על האוטונומיה הפרטנית ללשון משותפת, המובנת לכול; הוא טוען כי הערך של שימור החיים, לפעמים גם נגד הבחירה האוטונומית של הפרט, הִנו עיקרון מוסרי, הרואה בחייו של כל פרט ופרט נכס חברתי, שיש בו חלק ונחלה לכלל החברה. הווה אומר, החברה מוכנה, בנסיבות מסוימות, להפר את הרצון של הפרט על מנת לשמור על חייו כנכס של כל החברה כולה, שבה הפרט הוא רק חלק, ואשר על כן יש לה, לחברה, חלק ועניין בשימור בריאותו והיוותרותו בחיים של הפרט. אברהם שטיינברג[18] מכנה את האתיקה הקהילתנית הזאת "פטרנליזם מוסרי־דתי", בניגוד ל"פטרנליזם הפרטני־אישי" של היפוקרטס, המקובל על רופאים, שהחברות המערביות הליברליות מתנגדות לו. לטענתו, בפטרנליזם מוסרי־דתי טבוע דפוס התנהגות מדרגה מוסרית גבוהה יותר, המחייב את הפרט ואת החברה כאחד.

גם הזרם הליברלי והפרוגרסיבי ביהדות מתלבט באותה סוגיה. לדוגמה, אחד התיאולוגים החשובים ביותר של היהדות הליברלית, יוג'ין בורוביץ, מעמיד את שאלת האוטונומיה במרכז, בנסותו להגדיר את התיאולוגיה היהודית הפוסט־מודרנית. הוא מגדיר את "האתגר התיאולוגי הלא־אורתודוקסי" כאתגר:

> לזהות את המוחלט (אלוהות) כחלש דיו כדי לאפשר הגדרה עצמית של האדם, אך עם זאת מוחלט דיו כדי לקבוע את אמות המידה לשימוש הצודק באוטונומיה.[19]

---

17 Glick, S. (1994). *Trends in Medical Ethics in a Pluralistic society: A Jewish Perspective.* Cincinnati, OH: Judaic Studies Program, University of Cincinnati, p. 7

18 לעיל, הערה 10.

19 Borowitz, E. (1991). *Renewing the Covenant: A Theology for the Postmodern Jew.* Philadelphia: Jewish Publication Society of America, p. 78

בורוביץ, שאינו מצליח לפתור את המתח הזה, מפתח תיאולוגיה המאפשרת את שניהם, בנסותו ליצור "יהדות פוסט־מודרנית", המסוגלת לשלב מרכיבים יהודיים מסורתיים עם ישות מוסרית אוטונומית.

כמובן, המאמץ של בורוביץ לא יהיה מקובל על רוב היהודים הנאמנים להלכה. הסיבה שאני מזכיר זאת היא כדי להראות, שאף בתיאולוגיה היהודית הליברלית, אם רוצים לאמץ את החובות הדתיות ברצינות, מתהווה מתח מובנה בין אותן החובות לבין האוטונומיה של הפרט, וקשה ליישב ביניהן. בחברה שבה ערך האוטונומיה הגיע לדרגת עליונות, הטיעון הקשה ביותר יהיה זה הבא לצמצם את האוטונומיה לטובת ערכים אחרים. נכון הדבר בין אם אותם ערכים אחרים הם ערכי ביו־אתיקה חילוניים, כגון אי־גרימת נזק, ובין אם הם ערכים דתיים, כגון *פיקוח נפש*, כלומר שימור החיים.

האם יש זיק של תקווה?

ההכרה שהמטוטלת נעה רחוק מדי לכיוון האוטונומיה אינה ייחודית להוגי דעות דתיים יהודים או לבני דתות אחרות בתחום הביו־אתיקה. במאמר חשוב ב*דו"ח מרכז הייסטינגס*, טוענת קוקלה,[20] כי האוטונומיה לא הובנה כראוי בביו־אתיקה. אוטונומיה מאופיינת בדרך כלל על ידי מה שקוקלה מכנה "החלטות נקודתיות" – החלטות בתגובה לחלופות נפרדות ומנותקות מהטיפול בחולה. אב הטיפוס הוא תהליך ההסכמה מדעת, שבו ההחלטה מבודדת ומוגדרת במהלך אחד ולעתים קרובות, תוצאתה היא מסמך משפטי חתום, המגדיר את פעולות הגומלין בין הצדדים.

כמובן, כך מזכירה לנו קוקלה, הדיונים הרפואיים המתמשכים שלנו מסובכים בהרבה יותר. היא מנסה להראות, כי "ההחלטות הנקודתיות" הן רק חלק קטן ממכלול התחומים, שבהם אוטונומיה קשורה בשירותי הבריאות. תוך הבאת הדוגמה של החלטות טרום לידה, קוקלה מתארת את הפעילויות השגרתיות השוטפות, את ההחלטות המתקבלות מדי יום ביומו, את הלחצים והציפיות החברתיים, את חיפושי המידע וכן, גם את יחסי הגומלין עם אנשי רפואה, כאשר כל אחת מהפעולות הללו מרכיבה סדרה ארוכה של החלטות אוטונומיות, המהוות יחד את הטיפול הטרום לידתי. החשוב מכל למטרתנו, קוקלה[21] מבקשת מאתנו גם:

---

20 Kukla, R. (2005). Conscientious Autonomy: Displacing Decision in Health Care. *Hastings Center Report,* 35(2), 34-44

21 שם, עמ' 36.

> לשים לב להתייחסות המטופלות להליכים הנהוגים בטיפול הטרום לידתי, המבוסס על אמות המידה המוכרות על ידי החברה. תיארתי לא רק מה שנשים הרות עושות, אלא גם את מה שאנחנו חושבים שהן אחראיות לעשות. באופן מעשי, הנשים *אחראיות* על הניטור העצמי ועל הטיפול העצמי וכן על הקשר שהן חייבות לקיים עם מוסדות רפואיים, והן *נושאות באחריות* בפני אנשי הרפואה, המטפלים בהן, על הפעולות שלהן, בדומה לרופאים, האחראים על הניטור ועל הטיפול של המטופלות שלהם והנושאים באחריות כלפיהן לאיכות הטיפול שהם מעניקים להן. נניח לרגע בצד את השאלה אם זוהי אחריות *מוסרית*.

הנימוק של קוקלה נעדר לעתים קרובות מהוויכוח על אוטונומיה, המתנהל בארצות הברית. האוטונומיה של הפרט אינה מתקיימת בחלל ריק ובמנותק מההקשר החברתי, מהציפיות של אנשי הקשר המידיים שלו או מהצפיות של החברה בכללותה, בכל הנוגע להתנהגות בענייני בריאות. למעשה, לחצים כבדים יכולים להיות מופעלים על אנשים כדי שיתנהגו "נכון" בענייני בריאות; לאחר המסע רב ההיקף על הנזקים של שתיית אלכוהול על ידי נשים הרות, נשים רבות הרות התלוננו, כי סירבו להגיש להן כוס יין במסעדה או שהופנו אליהן עצות שלא ביקשו או מבטי תוכחה, כשהן ישבו עם כוס יין ביד.

אולי באופן פרדוקסלי, מידה דומה של אישור מוסרי ניתנת לאוטונומיה עצמה. אין די בכך שהמטופל יכול או שיש לו זכות להחליט בעצמו החלטות הנוגעות לבריאותו. בארצות הברית זכות זו מועלית לדרגת צו מוסרי, לפיו המטופלים *חייבים* להחליט את החלטותיהם בעצמם ומי שאינו עושה כך, כאילו מתחמק מאחריותו המוסרית. לאמִתו של דבר, ההבנה השגויה של עקרון האוטונומיה יכולה להיות משהו שקשה להסביר לפעמים לסטודנטים ולמתמחים שלנו. זכור לי היטב, שנתבקשתי פעם להתערב, כאשר מתמחה באוניברסיטת פנסילבניה ענה לאישה וייטנאמית צעירה משבט המונג, אשר אמרה שעליה להתייעץ עם זקני הקהילה שלה לפני קבלת החלטה רפואית, כי האוטונומיה דורשת שהיא תחליט *בעצמה* ללא עצתם. אותו מתמחה פירש את המושג "אוטונומיה" בטעות כהחלטה שאותה על אישה לקבל *בעצמה*, במקום כהחלטה *התואמת לרצונה*. אולי אין זה מפתיע, שהעוסקים ברפואה עלולים לראות בתהליך קבלת ההחלטות דבר־מה המתקיים מחוץ להקשר ומחוץ למהלך החיים השוטף ביום־יום וכי ההגדרה של האוטונומיה כוללת בעיניהם את הבידוד כתנאי הכרחי.

אולם קבלת החלטות רפואיות היא תהליך מתמשך, מורכב ומתווך חברתית. על כן, נימוקים מוסריים משכנעים, לסוגים ייחודיים של החלטות רפואיות, משפיעים על הבחירה האישית. מסיבה זו משתמשים ארגונים המקדמים את ענייני הבריאות בבמה הציבורית, בנסותם לשכנע את הציבור בחשיבות הפסקת העישון או הגבלת צריכת הסוכר או, לצורך העניין, בהקטנת צריכת אלכוהול בהריון. נימוקים, שמקורם במסורת היהודית, אף הם עשויים לנצל את הבמה הציבורית לקידום החלטות רפואיות או ערכים רפואיים מסוימים.

האתגר היותר קשה, אשר שמעון גליק מתחבט עִמו, הוא כאשר האוטונומיה של הפרט *בעצמה* מתנגשת בערך מערכי היהדות. הדוגמה, שהוא אוהב להביא, היא דוגמת שובת הרעב.[22] בית משפט ישראלי הורה על הזנה בכפייה של קבוצת אסירים פוליטיים שובתי רעב, ואחד השובתים הגיע לטיפולו של גליק. למרבה המזל של גליק, גם השובת היה יהודי אורתודוקסי, אשר למרות כפירתו בזכותו של גליק להזין אותו בכפייה, הוא הבין את צו ההלכה שחייב את גליק לא להניח לו למות. יחדיו הגיעו לפשרה, שלפיה האסיר יוזן תחת מחאה, אך לא יתנגד. גליק מעמיד את התוצא הזה מול מה שקרה בטורקיה ובארצות אחרות, שבהן הניחו לשובתי רעב למות.

כמובן, חלק ממה שאִפשר את התוצאה הרצויה במקרהו של גליק הייתה העובדה, שלמטופל ולגליק היה אותו רקע תרבותי ודתי, ולכן גליק יכול היה להשתמש בנימוק של החובות הדתיות, המוטלות עליו, ולעמת אותן עם רצונו של המטופל. תסריט כזה הרבה יותר קשה בחברה רב־תרבותית, כמו זו של ארצות הברית, ששם אנו עדים, הן מבחינה חוקית והן מבחינה מוסרית, לקושי של הרופא להשתמש בנימוקים המושתתים על אמונתו הדתית, כדי לכפות טיפול רפואי כלשהו או התנהגות כלשהי על המטופל.[23] ואולם, גם במקרה זה יש לגליק על מה לערער. בתשובה למחאתו של רופא אמריקני נגד "ההפחדה" של אישה זקנה כדי לשכנע אותה לקבל טיפול שהייתה זקוקה לו מאוד נגד סרטן, גליק[24] משבח את הרופא הזה על אומץ לבו.

---

22 לעיל, הערה 7.

23 בארצות הברית, אם הרופא מוצא, שבשל חובות דתיות, אינו מסוגל לטפל בחולה בצורה שהוא מוצא לנכון, חובתו לסגת מהטיפול ולהעביר את החולה לרופא אחר.

24 Glick, S. (2000). The Morality of Coercion. *Journal of Medical Ethics,* 26, 393-395

גליק מציין, כי אנשים במצוקה עלולים לקבל החלטות טרגיות פזיזות או שהם עלולים להיות בחרדה בלתי הגיונית.[25] מעניין ששניידר[26] גילה כי שלאנשים חולים מאוד לא היו השגות לגבי אוטונומיה. אדרבא, חולים כאלה נוטים לִרְצות להאציל את קבלת ההחלטה על הרופא. הוא אף מעיר שהשגות לגבי אוטונומיה הן כנראה נחלתם של הבריאים.

סיכום

ובכן היכן אנו עומדים בוויכוח הזה? מספר מחברים נטלו על עצמם להרים את הכפפה ולנסות למתֵן את ניצחון האוטונומיה ואת עריצותה, כנהוג במערב. אחד הקולות הבולטים והמשפיעים הוא של אונרה או'ניל, אשר הרצאותיה לזכר גיפורד[27] היו ציון דרך חשוב בחשיבה מחדש של מושג האוטונומיה בביו־אתיקה המערבית. מחברים אחרים הציעו גישות משלימות או חלופיות.[28] בנוסף, בעוד האוטונומיה מתיימרת לגרום לשוויון במגרש המשחקים הרפואי, מבקריה, כגון הוארד ברודי,[29] שואלים: "מתי עצם השימוש בזכות האוטונומיה מהווה זכות יתר מועדפת לגברים לבנים דוברי אנגלית, הנמצאים זמנית במצב בריאות סביר, ומתי היא מפלה באופן שיטתי את כל השאר?" (תשובתו היא: "לעתים קרובות"). במילותיו של ברודי מהדהדת מסורת של פילוסופיה פמיניסטית, המבקרת את מושג האוטונומיה כמושג אבסטרקטי, המתקיים בנפרד מקשר בין־אישי; מושג זה משקף את ההפרטה של יחסי גומלין מזינים ומטפחים, שבני אדם זקוקים להם ומחפשים אותם, ומחליף אותם ביחס חוזי סתמי ולא־אישי.[30]

---

25 לעיל, הערה 7.

26 Schneider, C. (1998). *The Practice of Autonomy: Patients, Doctors and Medical Decisions.* Oxford, UK: Oxford University Press

27 O'Neill, O. (2002). *Autonomy and Trust in Bioethics.* Cambridge: Cambridge University Press

28 לעיל, הערה 17; Callahan, D. (2012). *In Search of the Good: A Life in Bioethics.* Cambridge: MIT Press; Stirrat, GM; Gill, R. (2005). Autonomy in medical ethics after O'Neill. *Journal of Medical Ethics,* 31, 127-130; Tauber, AI. (2003). Sick autonomy. *Perspectives in Biology and Medicine,* 46(4), 484-495

29 Brody,H. (2009). *The Future of Bioethics.* New York: Oxford University Press, 112

30 Mackenzie, C. (2010). Conceptions of the Body and Conceptions of Autonomy in Bioethics. In Scully, JL; Baldwin-Ragaven, LE; Fitzpatrick, P; editors. *Feminist Bioethics: At the Center, On the Margins.* Baltimore: Johns Hopkins University Press, 71-90

ברור כי מסתמנים סדקים ב"מצעד הניצחון" של האוטונומיה. איש אינו רוצה לחזור לעידן, שבו הרופאים הסתירו כדבר שבשגרה את האבחנה ואת תכניות הטיפול מהמטופלים – או כאשר טיפולים בלתי רצויים נכפו על המטופלים באורח שגרתי, ללא הסכמתם או ללא ידיעתם. השקפתו של גליק, כי למדינה חלק באחריות על בריאותו ועל חייו של כל אחד מתושביה, אינה מוטלת בספק בתיאוריה, אך כמובן שהפרטים הקטנים הם המבדילים בין הדוגלים בבחירה החופשית לבין המאמינים בהשקפה הקהילתנית, וכאן בא תור הוויכוחים הקשים. לגבי שמעון גליק, למסורת היהודית דגם המסוגל לתווך בין הצדדים ולשמש מקור לפרשנות האוטונומיה במובן המערבי. אנו חבים לו חוב גדול על התחכום ועל ההתמדה, שאפיינו את טיעוניו מזה למעלה מ־20 שנה.