

על רציחת התורם - מבוא לדין הרפואי

הרב מרדכי הלפרין

הגישה הקלאסית דורשת קיומם של 3 סימנים הכרחיים לקביעת מוות:

1. חוסר הכרה.
2. דום לב.
3. העדר נשימה¹.

מצב הרפואה כיום מחייב נטילת לב התורם בעודו פועם. לכן לא ניתן לקחת לב מגוף התורם לאחר קביעת המוות הקלאסי. משמעות עובדה זו פשוטה: לבו של ה"תורם" ניטל ממנו בעודו מוגדר כ"חי". נטילת הלב מהווה, אם כן, רציחה של ה"תורם". עובדה זו עומדת ברקע של פסקי ההלכה בני שני דורות, ומהווה מגבלה חמורה להיתר השתלת לב עפ"י ההלכה. בעיה זו עמדה כבעיה אתית-רפואית בקנה מידה עולמי, והנסיונות להתגבר עליה נעשו בעיקר על ידי שינוי ההגדרה הקלאסית של מוות קרדיו-וסקולרי למוות מוחי². לפני כיובל שנים היו מרכזים שקבלו את עיקרון הגדרת המוות המוחי המאפשר קביעת מוות מוחי בעוד הלב פועם, וכהוכחה למוות המוחי שימשו תרשים EEG שטוח³. כיום ידוע שאין די ב-EEG שטוח לקביעת מוות⁴. EEG שטוח מצביע על חוסר רישום חשמלי של גלי קליפת המוח, סימן שאיננו מצביע בהכרח לא על מות התורם ואפילו לא על מות המוח. כבר ראינו מקרים לא מעטים של אנשים חולים שנמצא אצלם EEG שטוח שהחלימו לחלוטין. גם עובדה זו לא נעלמה מעיני פוסקי ההלכה המובהקים, והיא חזקה את ההתנגדויות לקביעת מוות מוחי ע"י הצוות הרפואי.

1. א. שטינברג, קביעת רגע המוות – היבטים היסטוריים, פילוסופיים ורפואיים, ספר אסיא ג' עמ' 393-403, להלן עמ' 12-5, 177-191.
2. שטינברג שם.
3. Fletcher J., Elective death, in: Ethical Issues in Medicine, Ed: Torret E.F. Little brown and Co., Boston 1968, pp. 139-157; ח.מ. אשכנזי, הרפואה עט, א, 38-39, (1970); שטינברג שם.
4. אשכנזי, שם; ש. וייס, קביעת רגע המוות ברפואה אתיקה והלכה, עבודת גמר כמילוי חלקי של הדרישות לקבלת דוקטור לרפואה מטעם ביה"ס לרפואה של האוניברסיטה העברית והדסה ירושלים, 1983, עמ' 136-138.

במהלך השנים חל שיפור ממשי בשיטות קביעת המוות המוחי. פותחה מערכת מבחנים קליניים ומעבדתיים לקביעת הפסקה בלתי הפיכה של פעילות **גזע** המוח, והסיכויים לקביעת מוות מוחי אצל חולה עם סיכויי החלמה פחתו עד כדי זניחה. התפתחות זו חייבה דיון מחודש בשאלה המוסרית והמשפטית של הגדרת המוות.

לפני כל דיון מסוג זה יש להדגיש כי **קביעת הקריטריונים להגדרת מוות איננה קביעה רפואית אלא משפטית**, אמנם בידי אנשי המקצועות הרפואיים מצויה האינפורמציה הפיזיולוגית הרלבנטית על מצב החולה, אך קביעת המשמעות **המשפטית** של אינפורמציה זו, וההחלטה על הגדרת מצב נתון כמצב של חיים או של מוות, איננה בתחום סמכותו של הרופא. לפיכך, קיומם של קריטריונים משפטיים לקביעת מוות שנקבעו על ידי ועדות רופאים, אינם בעלי תוקף משפטי מחייב יותר מאשר קביעה מעין זו שתקבע ע"י ועדת עיתונאים או חוקרי גרעין בעלי שם.

נגביל, איפוא, את הדיון לסוגיא המשפטית הלכתית, תוך ידיעה שיש לעקרונות ההלכה השפעה ממשית גם על הפסיקה האזרחית במדינת ישראל עקב "חוק יסודות המשפט 1980"⁵. אולם אין להתעלם מבעיה אתית-מוסרית הנובעת מן הסיבה לשינוי הגדרת המוות:

מחויבותו הראשונה של הרופא היא טובת החולה המטופל. אך הנסיון לשינוי אמות המידה לקביעת מוות נובע מצרכיו של חולה **אחר**!⁶

בעיה אתית זו חורגת מנושא הספר, אך אין ספק כי היא דורשת מחשבה.

מבחינה עקרונית, יתכן היתר משפטי להוצאת הלב הפועם באחד משני אופנים:

1. אם התורם יוגדר כ"מת" מבחינה משפטית לפני הוצאת הלב הפועם.
2. אם ימצא היתר משפטי לנטילת הלב מחיים (כלומר: להריגת התורם) לשם הצלת חולה הלב – המועמד להשתלה.

בספר זה תבדקנה גם אפשרויות אלו לאור ההלכה.

5. ראה למשל פס"ד ביהמ"ש העליון: 1) ע"פ 480/85, ע"פ 527/85 מ-ט' תמוז תשמ"ו מאת השופט מ. בייסקי; 2) ע"פ 341/82 מ-ט' בכסלו תשמ"ה, אף הוא של השופט מ. בייסקי.
6. למעשה יש השלכות לקביעת זמן המוות גם על ההחלטה מתי חובה להמשיך טיפול, מתי **אסור** להמשיך טיפול ומתי חייבים לקדם את הקבורה. ראה: הרב משה פיינשטיין, תשובה בהלכות רפואה, מוריה יג, ז-ט, נב-סא (תשמ"ד).