

**מות המוח והיעדר נשימה = מות האדם**  
**היבטים היסטוריים, רעיוניים, חברתיים והלכתיים**  
**פרופ' אברהם שטינברג**

**א. הקדמה**

1. **מוות** הוא מצב של הפסקת החיים באופן בלתי הפיך. **מבחינה ביולוגית** המוות הוא בדרך כלל **תהליך מתמשך**, שבו תאים, רקמות ואיברים שונים מתים בשלבים שונים, בהתאם לרגישותם להיעדר אספקת חמצן ומקורות אנרגיה.
2. קביעת **רגע** המוות המדויק של הפרט הוא **מושג חברתי**, פילוסופי-משפטי-דתי, הקובע את מצב המוות של אדם לפי קני-מידה מוסכמים, למרות שעדיין ישנם באותה עת חלקים חיים בגוף.
3. קיימות מספר **הגדרות** לרגע המוות:

- א. הגדרה ביולוגית-מוחלטת: מות כל תאי הגוף, שהיא ההגדרה היחידה המתאימה להגדרה ביולוגית.
- ב. הגדרה קלאסית קרדיו-ואסקולרית: הפסקה מוחלטת ובלתי-הפיכה של כל פעילות הלב, מחזור הדם ומערכת הנשימה.
- ג. הגדרת מוות מוחי-נשימתי: הפסקה מלאה, מוחלטת ובלתי-הפיכה של כל התיפקודים המוחיים, כולל ובעיקר גזע המוח עם הפסקה בלתי הפיכה של הנשימה.
- ד. הגדרה מתירנית: יש המציעים הגדרות אחרות לקביעת מות האדם, כגון איבוד מלא ומוחלט של כל תיפקודי המוח הגדול בלבד. אכן הגדרות אלו, נכון לעת הזאת, אינן מקובלות בשום מדינה בעולם.

**4. מבחינה רפואית יש לקביעת רגע המוות שתי השלכות חשובות מאד:**

- א. הפסקת טיפול רפואי, ובעיקר ניתוק ממכשירים תומכי-חיים, והוצאת המת מיחידה לטיפול נמרץ.
- ב. תרומת איברים להשתלה. רוב האיברים להשתלה מתקבלים כיום מתורמים שהם אנשים מתים על פי קני-מידה התואמים מוות מוחי-נשימתי.

**א. היבטים היסטוריים**

1. מאז ומעולם היה מקובל כמעט בכל התרבויות לקבוע את רגע מותו של האדם בעת הפסקת פעילות הנשימה והלב כאחד.
  2. פולמוס נרחב התעורר **במאה ה-18** במדינות אירופאיות בנושא קביעת רגע המוות, ובהשלכה המיידית לקביעה זו על קבורת הנפטר. בשנת 1772 הוציא הדוכס ממקלנבורג פקודה האוסרת קבורה של נפטר לפני שיעברו שלושה ימים מזמן קביעת מותו על ידי רופא על פי הסימנים של היעדר נשימה והיעדר דופק. סימן המוות שנדרש על פי פקודה זו היה הופעת כתמי מוות ועיכול בשר. המטרה היתה למנוע קבורת אנשים חיים, באשר היתה שכיחות משמעותית של טעויות רופאים בקביעה הבלתי-הפיכה של מוות נשימתי-לבבי. החששות מפני טעויות כאלו היו כה נפוצות עד שנהגו לקבור את המתים בארון מיוחד, אשר הכיל פתח לכניסת אוויר לארון הקבורה, ואפשרות להשמיע צלצול על פני הקרקע אם הנקבר היה עדיין חי.
- פקודת הדוכס התקבלה כחוק ברבות מהמדינות בתקופה זו, ובהן נאסרה קבורת המתים ביום פטירתם. חוק זה אף התקבל בהדרגה בין היהודים, למרות שלפי עקרונות ההלכה היה בכך טעות ומשגה [1].

3. כיום כמעט שאין עוד מדינות שבהן קיימת הדרישה לעכב את הקבורה בשלושה ימים מעת קביעת מוות נשימתי-לבבי; הגדרת רגע מותו של האדם חזרה להיות מרגע שאין לו נשימה עצמונית, ואין לו פעילות לבבית. אכן, בדורות-עברו, בהיעדר אמצעי החייאה משוכללים, לא היה כמעט הבדל בזמן בין הפסקת פעולת הנשימה לבין הפסקת פעולת הלב, ושניהם התרחשו בתוך מספר דקות ללא יכולת התערבות חיצונית לשינוי המצב.

4. **במחצית השניה של המאה ה-20** חלו התפתחויות אדירות ברפואה ובטכנולוגיה הרפואית, אשר גרמו לשני תהליכים חשובים הנוגעים להגדרת רגע המוות:

א. פיתוחם של אמצעי החייאה משוכללים, אשר מאפשרים שימור תפקוד נשימתי מלאכותי לזמן ארוך, ועקב כך שימור התפקוד הטבעי של הלב לזמן ארוך. דבר זה מאפשר הפרדה בזמן בין היעדר הנשימה עצמונית לבין פעילות לב תקינה. מצב זה דורש חידוד קביעת רגע מותו של האדם.

ב. טכנולוגיות ניתוחיות חדישות וקידמה רפואית-מדעית, אשר הביאו להצלחות ברורות ומשמעותיות בהצלת חיים על ידי השתלת איברים. פעולה זו דורשת הגדרה שונה של רגע המוות.

5. ואמנם **בשנות ה-60 של המאה ה-20** הוגדר לראשונה על ידי רופאים המושג 'מוות מוחי', היינו מצב שבו יש הוכחה להפסקת פעילות המוח כולו, ובכלל זה גם נשימה עצמונית, באופן בלתי הפיך, למרות פעילות תקינה של הלב ומחזור הדם.

א. קבוצת נירולוגים צרפתיים היו הראשונים שהגדירו את תיסמונת מות המוח בשם תרדמת בלתי-הפיכה (coma de passé) בשנת 1959 [2].

ב. קבוצה מאוניברסיטת הרווארד בארה"ב קבעה לראשונה כללים רפואיים למות המוח בשנת 1968 [3].

ג. קבוצות לאומיות ובינלאומיות שונות קבעו בסוף שנות ה-60 של המאה ה-20 את עקרון מות המוח כמגדיר את מותו של האדם, וביניהם ארגון הבריאות העולמי, האסיפה הרפואית העולמית ה-22 באוסטרליה, וכן ארגונים רפואיים לאומיים במרבית מדינות אירופה ואמריקה.

ד. בשנת 1969 נוסחו בישראל לראשונה הכללים לקביעת המוות המוחי, בחוזר מטעם מנכ"ל משרד הבריאות [5], ומאז עודכנו ההנחיות מספר פעמים [ראו להלן].

ה. בשנת 1976 נקבעו כללים והנחיות לקביעת מות גזע המוח על ידי איחוד הקולג'ים הרפואיים המלכותיים והפקולטות שלהם בבריטניה.

ו. בשנת 1981 נקבעו כללים מפורטים יותר, כולל הצורך באישורים מעבדתיים למות המוח, על ידי וועדה מטעם נשיא ארה"ב [4].

5. קביעת קני-המידה לרגע המוות המוחי הוגדרה בתחילה רק עבור מבוגרים וילדים מעל גיל 5 שנים [6-7]. בשנת 1987 פורסמו לראשונה הנחיות מוסמכות שסוכמו על ידי גופים מדעיים ומשפטיים בארה"ב לקביעת המוות המוחי בילדים [8]. אמנם יש לציין כי חלק מהמדדים הקובעים מצב של מוות מוחי במבוגרים אינם זהים בילדים, ויש צורך בהתאמתם [9].

6. בשנים הראשונות לאחר ניסוח העקרון של מוות מוחי ניתנו למעלה משלושים סדרות של קני-מידה רפואיים לקביעת האבחנה הזו [10-11]. במשך השנים נצבר ניסיון וידע באבחנת מות המוח, וכיום יש הסכמה בינלאומית על העקרונות היסודיים, החשובים וההכרחיים לקביעת מות המוח.

7. יחד עם זאת **עד היום טרם נקבעו כללים פרוצדורליים אחידים במדינות השונות**, ונתרו הבדלים בהנחיות של המדינות השונות ביחס למשתנים שונים:

- א. מספר הרופאים הנדרשים לקבוע את המוות המוחי.
- ב. המומחיות הנדרשת מהרופאים הקובעים את המוות המוחי.

ג. משך הזמן הדרוש לקביעת המוות המוחי מעת האירוע.  
ד. הצורך בשימוש באמצעי עזר אבחנתיים לאישור המוות המוחי [12-14].

### III. היבטים רעיוניים אתיים-חברתיים

1. לאור העובדה, שרגע המוות נקבע **בתוך תהליך ביולוגי מתמשך**, ברור שקני המידה העקרוניים לרגע מוות כזה הם **חברתיים (פילוסופיים-דתיים-משפטיים) ולא דווקא מדעיים**. היינו, ההחלטה העקרונית ביחס לתיפקוד(ים) או לאיבר(ים) שהפסקת פעילות(ים) המוחלט והבלתי-הפיך קובע את מותו של האדם, למרות שבאותה עת יש בגופו עדיין רקמות ואיברים חיים, היא החלטה התלויה בהשקפות עולם המבוססות על תפיסות ערכיות, תרבותיות ודתיות. יחד עם זאת חייב הגורם החברתי המוסמך (המחוקק, משרד הבריאות, או בית המשפט) לקבוע את העקרון של מות האדם בהתייעצות עם גורמי הרפואה והמדע ביחס למשמעות הפיסיולוגית של התיפקודים החיוניים של איברים שונים, ביחס לנתונים הרפואיים הקובעים את הבדיקות המתאימות לתיפקוד, וביחס להוכחת אי-ההפיכות של התיפקוד הנדרש.
2. אי לכך, **השילוב בין עקרונות ערכיים לבין נתונים מדעיים הם הקובעים את רגע מותו המשפטי של האדם בתוך התהליך הביולוגי של המוות**.
3. לאחר שהתקבלה הכרעה חברתית-ערכית עקרונית, הקביעה **המעשית** של מות האדם נתונה בידי **הרופאים בלבד**; גם אז **ההשלכות** הנובעות מקביעה כזו נותרות בידי **נציגי הציבור הרחב**.
4. בעבר, כאמור לעיל, הוגדר רגע מותו של אדם בהיעדר תיפקוד נשימתי ולבבי. בשנים האחרונות התקבל במרבית מדינות העולם קנה-המידה המוחי כקובע את רגע המוות.
5. תפיסת היסוד **המדעית-רפואית** לקבלת מות המוח כולו, ובעיקר גזע המוח כמות האדם נעוצה בהנחה שבהיעדר תיפקוד מוחי **מתבטלת האינטגרציה הנחוצה לקיום יתר האיברים**, ובמצב כזה אין הם אלה מיקבץ של איברים, שבתוך זמן קצר יפסיקו לפעול [15-16]. אכן, יש לציין כי התפרסמו עשרות מקרים שבהם היה תיפקוד ממושך של איברי הגוף גם בנוכחות מוות מוחי מוכח, ולאור נתונים אלו יש סתירה מסויימת להנחה זו [17].
6. תפיסת היסוד **הפילוסופית** לקבלת קני-המידה המוחיים כרגע מותו של האדם מבוססת על ההנחה **שהמוח כולו, כולל גזע המוח, מהווים את המקור לאישיותו של האדם מבחינת ההכרה, החשיבה, הרצון והרגש, ואת המוקד האינטגרטיבי של כל תיפקודי הגוף החיוניים לחיים**. בכך מהווה המוח כולו את היסוד לאדם השלם כיחידה אחת וכיחידה מיוחדת בעולם החי. לפיכך, הפסקת פעילות המוח כולו באופן מלא, מוחלט ובלתי הפיך, היא רגע מותו של האדם כאורגניזם שלם ומיוחד.
7. גם לאחר כ-35 שנה של שימוש בקני-מידה מוחיים לקביעת מותו של האדם עדיין קיים **בלבול מושגי** ביחס להגדרה זו, וכמעט כולם מדברים עדיין על 'מוות מוחי', כאילו הוא נפרד ממות האדם. דבר זה מעיד על ספקות בקבלת מות המוח כמוות "שגרתית" ומלא של האדם. בלבול זה קיים לא רק בציבור הרחב, אלא גם בין אנשי המקצוע - רופאים, אחיות, ועובדי בריאות אחרים [18]. אם מקבלים את מות המוח כולו כמצב מותו של האדם יש להימנע מקביעת מוות במונח 'מוות מוחי', ויש לדבר על 'מוות' [19], שהרי בעת קביעת מות האדם לפי קני מידה לבביים לא מדברים על 'מוות לבבי' אלא על 'מוות' סתם.

### IV. היבטים חברתיים-פסיכולוגיים

1. למרות העובדה, שהגדרת מות המוח כמות האדם התקבלה בעולם המערבי כבר יותר מ-35 שנה, עדיין קיימת בורות עובדתית ורעיונית ביחס לקביעת מות המוח בקרב הציבור הרחב, ואפילו בקרב ציבור רופאים ואחיות.
2. בסקרים שונים נמצא כי חלק לא מבוטל של נחקרים סבורים שאדם במצב של מוות מוחי יכול להחלים. אחרים סבורים, שלא ניתן להגדיר אדם כמת כאשר חום גופו, הדופק ולחץ-הדם נשמרים בצורה תקינה. בסקר אחר שנערך בישראל בשנים 2003-2004 נמצא כי 20% מבין הרופאים ו-24% מבין האחיות גילו חוסר הבנה לתהליך איבחון מות המוח.
3. היוצא מהאמור, שמבחינה ציבורית יש חוסר הבנה וידע מספיקים, ותחושה לא נוחה ביחס לקביעת מותו של אדם בהתאם לקני-מידה מוחיים.
4. קושי זה מתחזק ביותר כאשר מדובר בקביעת מות המוח לצורך תרומת איברים. כאן מתווספים שיקולים רגשיים, דתיים, תרבותיים וחברתיים שונים המהווים מחסום משמעותי להפנמת מות האדם על פי קני מידה של מות המוח. מה גם שבמצבים אחרים גם כיום נקבע מות האדם רק לאחר דום לב ונשימה כאחת.
5. בחלק מהציבור קיים גם חוסר אימון במערכת הרפואית לקבוע את מות האדם על פי קני מידה מוחיים.

## V. היבטים משפטיים

1. חוק מוות מוחי נשימתי התשס"ח – 2008 התקבל בכנסת ביום י"ז באדר ב' התשס"ח-24.3.2008, ונכנס לתוקף ביולי 2009.
2. החוק מסדיר לראשונה בחקיקה ראשית את העקרונות וההליכים העיקריים הנדרשים לצורך קביעת מוות מוחי-נשימתי בישראל.

## VI. היבטים הלכתיים

1. באופן עקרוני מוסכם בחז"ל ובפוסקים ש'רגע' המוות נקבע בתוך תהליך המיתה, ואין הוא זהה למצב הביולוגי של מות כל איברי הגוף, כל הרקמות, וכל התאים. היינו רגע מותו של אדם מבחינת ההלכה יחול גם כאשר ישנם עדיין חלקים חיים. אדרבה, קיים איסור הלכתי ('בל תלין') לעכב את הקבורה אחרי קביעת רגע המוות המוגדר על פי ההלכה, גם אם קיימים חלקים בגוף שהם עדיין חיים.
2. לרגע המוות ההלכתי יש מספר **תנאים מוקדמים והכרחיים**:
  - א. האדם דומה למת, שאינו מזיז איבריו.
  - ב. האדם הוא מחוסר הכרה.
  - ג. התיפקוד או האיבר שהיעדר פעילותו מגדיר את רגע המוות פסק לפעול לחלוטין ובאופן בלתי הפיך.
3. אכן הרבנים בימינו **חלוקים בדעתם** ביחס לקביעת האיבר או התיפקוד שהיעדרו המוחלט הוא הקובע את רגע המוות מבחינת ההלכה:
  - א. יש הסבורים, שאדם מוגדר כמת רק לאחר הפסקת פעילות הנשימה ופעילות הלב.
  - ב. יש מי שסבור, שהמוח כולו הוא האיבר הקובע את הגדרת החיים והמוות, ולפיכך הרס המוח כולו, על כל מרכיביו ותאיו, הוא הסימן ההכרחי למוות, גם אם קיימת עדיין פעילות לבבית.
  - ג. יש הסבורים, שרגע המוות מבחינת ההלכה נקבע בהיעדר מוחלט של נשימה עצמונית באופן בלתי הפיך, גם אם יש עדיין פעימות לב. בהגדרת מות האדם לפי קנה מידה זה אין חשיבות עקרונית למוח כשלעצמו, אלא רק באותה מידה שהמוח מפקח על פעולות הנשימה, והפסקת פעילותו המוחלטת והבלתי הפיכה מעידה על הפסקה מוחלטת ובלתי הפיכה של הנשימה העצמונית (על הגישות ההלכתיות השונות, ועל הנימוקים לגישות אלו ראו [21]).

## VII. גישות עכשוויות

1. כמעט כל מדינות העולם המערבי [22], ורוב הרופאים והפילוסופים קיבלו את מות המוח כולו, כולל גזע המוח, כהגדרת מותו של האדם, הן מבחינה חברתית-ערכית, והן מבחינה חוקית. בארה"ב התקבלה הגדרת רגע המוות על פי קני-מידה מוחיים ('מות המוח כולו') בכל המדינות המרכיבות אותה; במדינת ניו-ג'רסי התקבלה הסתייגות המכבדת את זכותו של הפרט להתנגד לקביעת רגע המוות המוחי מסיבות דתיות, בין אם הביע את דעתו במפורש, ובין יש מקום להניח לאור השתייכותו החברתית שהוא איננו מקבל את מות המוח כמוות משפטי [23].
2. אכן, ישנן קבוצות שונות הממשיכות להתנגד להגדרה זו בגלל סיבות שונות:
  - א. המועצה האתית המייעצת של דנמרק המליצה להתנגד להגדרה של מוות מוחי, ולדבוק בהגדרה של מוות לבבי, בעיקר בגלל התחושה הרגשית של אנשים רבים שאדם שליבו פועם הוא אדם חי, דבר הנובע מהרגל של דורות רבים (באותה החלטה נקבע שאמנם מותו של האדם תלוי בהפסקת פעילות הלב, אבל מאידך מותר לקצור איברים מאדם שמת מוות מוחי, אף על פי שליבו עדיין פועם, וזו החלטה תמוהה).
  - ב. היפנים סברו, שמבחינת השקפתם הדתית-חברתית קביעת המוות לפני הפסקת פעילות הלב היא מוקדמת, בלתי טבעית, ומפריעה בסדרי המוות הפולחניים (ואמנם בגין זאת לא בוצעו ביפן עד שלהי המאה ה-20 השתלות איברים התלויים בהגדרת המוות המוחי כגון לב, כבד, ריאות). עמדה זו השתנתה חלקית באופן רשמי רק לפני מספר שנים, ומאפשרת הכרה במוות מוחי אם המטופל הנמצא במצב זה הביע במפורש את דעתו להכיר במוות המוחי. עד היום כ-20-40% מהאוכלוסיה ביפן איננה מקבלת את מות המוח כמות האדם [24].
  - ג. בהודו ובסין יש קבוצות אתניות-דתיות רבות שמסתייגות מתפיסת המוות המוחי.
  - ד. כמה קבוצות של אינדיאנים אמריקאיים מתנגדים מסיבות דתיות ותרבותיות שלהם למות המוח כקביעת מותו של האדם.
  - ה. יש פילוסופים ורופאים גם בעולם המערבי שלא קבלו את הגדרת מותו של האדם בעת מות המוח, אלא דווקא לאחר הפסקת פעילות הלב [25-27].
3. הכנסיה הקתולית לא קבעה עמדה דתית מחייבת ביחס לרגע המוות, אלא השאירה זאת לרופא לקבוע בדיוק ובבירור את הגדרת המוות ורגע המוות של חולה [28]. לדעת הקתולים אין כל מניעה דתית לקבוע את רגע מותו של האדם לפי קני-מידה של מוות מוחי [29]. ואמנם כיום רוב הבישופים והתיאולוגים הקתולים מקבלים את המוות המוחי כמות האדם [30].
4. עמדת הכתות הפרוטסטנטיות השונות בנידון איננה ברורה [31].
5. בין חכמי דת האיסלם יש שקיבלו את המוות המוחי כמות האדם לצרכים מסויימים, אך לא לכל דבר [32].
6. מבחינת ההלכה, כאמור לעיל, שנויה שאלה זו במחלוקת.
7. הרבנות הראשית לישראל נתבקשה להכריע בשאלה זו בראשית שנת 1985, ולשם כך היא מינתה ועדת השתלות משותפת לרבנים ולרופאים. מסקנות הוועדה הנ"ל הוצגו בפני מליאת מועצת הרבנות הראשית לישראל ביום ב' דר"ח מרחשוון תשמ"ז (3.11.1986), ומועצת הרבנות הראשית אישרה פה אחד את המלצות הוועדה ומסקנותיה (על נוסח ההחלטה והדיונים שקדמו לה ראו [21]).
8. העולה מפסק ההלכה של הרבנות הראשית לישראל דאז הוא בין השאר:
  - א. מדובר במצב של פיקוח נפש ממש אצל ממתינים רבים להשתלה. יש לציין כי כיום (תש"ע) יש בישראל למעלה מ-1000 ממתינים להשתלות איברים חיוניים שונים; בכל שנה נוספים לרשימה כ-30% ממתינים; רק כ-250 ממתינים

- בשנה, שהם כרבע מכלל הממתינים, זוכים להשתלה; כ- 10% מהממתינים נפטרים בכל שנה.
- ב. מועצת הרבנות הראשית לישראל דאז הכריעה פה אחד, שאדם שמתקיימים בו כל התנאים המדעיים האובייקטיביים הכלולים בקביעת מות המוח כולו, כולל ובעיקר גזע המוח, והיעדר בלתי הפיך של הנשימה הוא אכן מת לכל דבר ועניין.
- ג. על מנת לקבוע את מות האדם על פי קני המידה המוחיים הנ"ל, חייבים להתקיים בו כל התנאים הכלולים בפסק ההלכה, ועד לקבלת התנאים הללו אין שום היתר לביצוע השתלות ממת במצב של מוות מוחי בישראל.
9. משרד הבריאות קבע הנחיות רפואיות ופרוצדורליות מפורטות לאבחנת מות המוח. במשך השנים נוסחו הנחיות אלו מספר פעמים, עם הבדלים קטנים בלבד.
10. המשותף לכל ההנחיות הקודמות של משרד הבריאות הוא הדרישות הבאות:
- א. אבחנת מוות מוחי תיקבע פה אחד על ידי שני רופאים מומחים, מתוך קבוצות מקצועות רלוונטיים, ובתנאי שבין הקובעים אין נציג של המחלקה שטיפלה בחולה קודם לקביעת מותו, או נציג יחידת או מחלקת השתלות.
- ב. אבחנת המוות המוחי תיקבע על ידי כל אחד מרופאי הצוות רק לאחר שנקבעה האבחנה הסיבתית לנזק המוחי, נשללו גורמים העשויים להטעות, וחלף פרק זמן מוגדר מעת האירוע.
- ג. אבחנת מות המוח כולו, כולל גזע המוח, תיקבע על פי ממצאים קליניים, הכוללים תירדמת מוחלטת, היעדר כל החזרי גזע המוח, והיעדר נשימה עצמונית על פי מבחן מדוקדק, שפרטי ביצועו כלולים בהנחיות.
- ד. על פי ההנחיות בעבר בדרך כלל אין צורך במבחני עזר מעבדתיים, למעט מצבים חריגים, המוגדרים בהנחיות.
11. הנחיות אלו הניחו את דעתם של ההסתדרות הרפואית בישראל ושל משרד הבריאות, באשר הם נהלים מקובלים גם על דעת מומחים רבים במדינות שונות בעולם. אך הנחיות אלו לא תאמו חלק מדרישות הרבנות הראשית לישראל, שנבעו מההכרה שיש לוודא מעל לכל ספק את מות המוח כולו, כולל ובעיקר גזע המוח והפסקת נשימה באופן בלתי הפיך, מבחינה מדעית-רפואית, ויש צורך בשקיפות ובבקרה של הליכי קביעת מות המוח מבחינה ציבורית.
12. אי לכך הקים משרד הבריאות וועדה ציבורית בראשות ד"ר יצחק ברלוביץ, שהתכנסה בפברואר 1998, ודנה בהיבטים השונים הקשורים בקביעת מות המוח, הן מבחינה רפואית-מדעית, והן מבחינה ציבורית.
13. לאחר דיונים מקיפים הוחלט על הקמת וועדת היגוי, אשר תעדכן את נהלי משרד הבריאות לקביעת מות המוח הן מבחינה רפואית והן מבחינה פרוצדורלית, בדרך שתתאים לחידושי מדע הרפואה, ולדרישות הרבנות הראשית לישראל, וזאת על מנת להרחיב את מעגל הקונסנסוס בישראל, ולכלול בו גם את אלו המקבלים את פסיקת הרבנות הראשית לישראל. חברי וועדת ההיגוי היו: ד"ר יצחק ברלוביץ (יו"ר), הרב ד"ר מרדכי הלפרין, פרופ' שמאי קוטב, פרופ' אבינועם רכס, פרופ' אברהם שטינברג, הרב פרופ' יגאל שפרן.
14. השינויים העיקריים שהוכנסו בהנחיות החדשות הן:
- א. עידכונים רפואיים, בהתאם לניסיון העולמי והישראלי שהצטבר עם הזמן, ובהתאם לחידושי מדע הרפואה.
- ב. מבחנים הכרחיים לקביעת מות המוח יכללו לא רק את הבדיקות הקליניות, שפורטו בהנחיות הקודמות, אלא גם מבחן מעבדתי מאשרר מתוך רשימת אפשרויות

מפורטת, שיבוצע בכל מקרה, ולא רק במצבים שבדיקה קלינית איננה אפשרית לקביעה כזו. דרישה כזו קיימת באופן חוקי במספר מדינות באירופה, אמריקה המרכזית והדרומית ואסיה.

ג. משרד הבריאות יקיים קורס הכשרה שנתי, שיסימך רופאים בבתי חולים לאבחן את מות המוח. הקורס יכלול הוראה בהיבטים הרפואיים, האתיים, המשפטיים וההלכתיים של קביעת רגע המוות, ותכניו והרכב המרצים ייקבעו במשותף על ידי לשכת ההדרכה של משרד הבריאות, ההסתדרות הרפואית בישראל, והרבנות הראשית לישראל. רק רופאים שיעברו קורס זה בהצלחה יהיו מוסמכים לקבוע מוות מוחי.

ד. תוקם וועדת מעקב עליונה, המורכבת מנציגי ההסתדרות הרפואית, הרבנות הראשית ובית המשפט העליון, שתפקידה לעקוב אחר ביצוע ויישום הנחיות החוזר החדש בכל בתי החולים בישראל, והיא תבדוק את תקינות הליך קביעת המוות המוחי בכל המקרים שבהם נקבע מוות כזה, ותגיש את מסקנותיה והמלצותיה אחת לשנה למנכ"ל משרד הבריאות.

ה. כל הקביעות הללו תהיינה אחידות לכל בתי החולים בישראל, והן חייבות להתבצע בכל חולה שנבדקת בו האפשרות שהוא מת מוות מוחי.

15. על פי העקרונות והפרטים שסוכמו על ידי ועדת ברלוביץ, ובפעילותו הנמרצת של חבר הכנסת עתניאל שנלר, נחקק בכנסת חוק מוות מוחי נשימתי התשס"ח – 2008 שהתקבל ביום י"ז באדר ב' התשס"ח-24.3.2008 ונכנס לתוקף ביולי 2009.

## VIII. סיכום

1. למרות ביקורות מדעיות, פילוסופיות ודתיות שונות ביחס לקבלת העיקרון שמות המוח כולו, כולל גזע המוח הוא מותו של האדם, נותרה תפיסה הגדרתית זו כתפיסה המקובלת ביותר אצל מרבית הרופאים, האתיקאים והמחוקקים בעולם.

2. החברה בכללותה, וציבור מערכת הבריאות במיוחד, זקוקים עדיין להסברה מדעית וערכית מעמיקה של התפיסה הרואה במות המוח כולו את מותו של האדם. הבנת התהליכים הרפואיים הקשורים במות המוח, שיכנוע הציבור הרחב באמינות המדעית של אבחנת מות המוח, ובתקינות ושקיפות תהליך קביעת מות המוח, וקבלת תפיסה עקרונית זו מבחינה רגשית ושכלית כאחת, יכולים להביא להצלת חיים רבים.

3. אשר על כן, אלו הסבורים שמות המוח כולו, כולל ובעיקר גזע המוח הוא מות האדם, בין אם הם סבורים כך על בסיס דתי-הלכתי, או על בסיס ערכי-מדעי, צריכים להפנים את המשמעות של מות המוח כמות האדם, ובכך לאפשר הנצלת איברים לאלו הזקוקים לכך לשם הצלת חייהם.

4. החוק החדש בא לענות באופן מלא על הדרישה לקביעה אמינה ביותר של מות המוח מבחינה רפואית, על נהלים פרוצדורליים ומדעיים המרחיבים ככל האפשר את הקונסנזוס בקבלת מות המוח כולו כמות האדם בישראל, ועל אבטחת שקיפות ובקרה מלאים מבחינה ציבורית.

5. בחברה דמוקרטית ופולרליסטית יש מקום לקביעה נורמטיבית מקובלת ומוסכמת על הרוב ביחס להגדרת רגע המוות לצרכים חברתיים אפילו בדרך של חקיקה, אך יש גם מקום להתחשב ברצונו של מיעוט ערכי המגדיר עבור עצמו את רגע המוות באופן השונה מזה שנקבע על ידי הרוב, ויש לכבד החלטה כזו. ואמנם החוק החדש מכיר במצב זה ומסדיר אותו כראוי.

## ספרות

- [1] שאלות ותשובות חתם סופר, חלק יורה דעה סימן שלח. וראו בהרחבה על היבטים היסטוריים אלו: שטינברג א, אנציקלופדיה הלכתית רפואית, מהדורה חדשה, הוצאת מכון שלזינגר, ירושלים, כרך ו, 2006, ערך רגע המות, עמ' 816 ואילך.
- [2] Malloret P and Goulan M, *Rev Neurol (Paris)* 101:3, 1959
- [3] Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death, *JAMA* 205:337, 1968
- [4] President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, *Defining Death*, Washington, 1981
- [5] חוזר המנכ"ל פרופ' ר. גז'בין, מיום 7.2.69
- [6] President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, *JAMA* 246:2184, 1981
- [7] The Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology, *Neurology* 45:1012, 1995
- [8] Task force for the determination of brain death in children, *Pediatrics* 80:298, 1987
- [9] Vardis R and Pollack MM, *Crit Care Med* 26:1917, 1998
- [10] Black PM, *N Engl J Med* 299:338, 1978
- [11] Bernat JL, et al, *Ann Intern Med* 94:389, 1981
- [12] Lazar NM, et al, *Can Med Assoc J* 164:833, 2001
- [13] Wijdicks EFM, *N Engl J Med* 344:1215, 2001
- [14] Powner DJ, Hernandez M, Rives TE, Variability among hospital policies for determining brain death in adults. *Crit Care Med* 32:1284-8, 2004
- [15] Veatch RM, *Hastings Cen Rep* 23(4):18, 1993
- [16] Cranford R, *Neurology* 51:1530, 1998
- [17] Shewmon DA, *Neurology* 51:1538, 1998
- [18] Olick RS, *Kennedy Instit Ethics J* 1:275, 1991
- [19] Youngner SJ, *Arch Neurol* 49:570, 1992
- [20] ע"פ 341/82, בלקר נ' מדינת ישראל פד"י מא(1), 1.
- [21] א. שטינברג, אנציקלופדיה הלכתית רפואית, מהדורה חדשה, הוצאת מכון שלזינגר, ירושלים, כרך ו, 2006, ערך רגע המות, עמ' 848 ואילך; שם, רגע המות – נספח, עמ' 878 ואילך.
- [22] Farrell MM and Levin DL, *Crit Care Med* 21:1951, 1993



- Capron AM, Brain death – well settled yet still unresolved. *N Engl J Med* [23]  
.344:1244, 2001
- .Morioka M, *Hastings Cen Rep* 31(4):41, 2001 [24]
- .Truog RD, *Hastings Cen Rep* 27(1):29, 1997 [25]
- Youngner SJ, et al (eds), *The Definition of Death: Contemporary* [26]  
.Controversies, Baltimore, Hopkins University Press, 1999
- Potts M, et al (eds), *Beyond Brain Death: The Case against Brain Death* [27]  
.Criteria for Human Death, Dordrecht, Kluwer Academic Pub, 2000
- .Pope Pius XII: The prolongation of life. *The Pope Speaks*, 4:393, 1958 [28]
- Moraczawski A and Showalter J. In: *The Catholic Health Association of* [29]  
.the United States: Theological, Medical, Ethical and Legal Issues, p. 39
- .Boyle J, In: Lustig BA, et al (eds): *Bioethics Yearbook*, Vol 3, 1993:35-36 [30]
- Nolan K, In: Lustig BA, et al (eds): *Bioethics Yearbook*, Vol 3, 1993:204- [31]  
.205
- Hathout H, In: Brody BA, et al (eds): *Bioethics Yearbook*, Vol 1, [32]  
.1991:113-114