

# לשון החוק ולב האדם — גוף אחד ? סוגיות ודילמות בסוף החיים

עדי ניב־יגודה וגילי פלג

מצבי סוף החיים בעקבות חולי, מעלים בפני החולה, קרוביו והצוות המטפל, התחבטויות ודילמות אנושיות מורכבות וייחודיות. דילמות אלו עוסקות במפגש בין ערכים שונים, ביניהן אוטונומיית האדם, עשיית צדק, מניעת נזק ועשיית טוב, כל זאת בהתייחס לפרספקטיבות השונות הנוגעות לאנשים המעורבים.

בפרק הנוכחי יוצגו מספר סוגיות מרכזיות הרלוונטיות לשלב סוף החיים, תוך הדגשת הדילמות העולות, הבאת הפן החוקי-משפטי בישראל והצגת הנחקר בסוגיות אלו בארץ ובעולם.

## האיזון שבין קדושת החיים לבין אורך החיים ואיכותם — מפרשת אייל ועד חוק החולה הנוטה למות

לאורך שנים רבות עסקו המערכת הרפואית והמערכת המשפטית באיזון העדין, שבין ערך החיים וקדושתם, לבין אורך החיים ואיכותם. דהיינו, מחד, הענקת עדיפות עליונה לשמירה והצלת חיי אדם ומאידך שאלת איכות החיים מהי, כפי שמגדיר אותה המטופל עצמו.

המחלוקת ביחס לשאלה מהו האיזון הראוי, הלכה וגברה עם השנים, נוכח התקדמות הרפואה מבחינת הידע והטכנולוגיה וכך כבד התפתחותו של מדע המשפט. בשורש המחלוקת עומד הקונפליקט בין הגישה הפטרנליסטית, לפיה יש להעדיף את הערך שבהצלת חיי אדם, לבין הגישה האוטונומית, הדוגלת בזכות האדם על גופו. שנים ארוכות שלטה הגישה הפטרנליסטית בעולם הרפואי והמשפטי, כך שכשדובר בבקשתו של אדם בגיר וכשיר שלא לקבל טיפול רפואי מאריך חיים, נקט בית המשפט הישראלי בגישה המעדיפה את

עקרון קדושת החיים, לעיתים גם במחיר הפקעת זכויותיו של המטופל הבגיר על גופו. סממנים לגישה זו ניתן לראות בפרשת פלונית משנת 1988, שם מציין בית המשפט כי "רצוני להתחיל בהדגשת העיקר: לרוב המכריע של החולים הבגירים, שהם כשירים מכל בחינה שהיא והיודעים כי מחלתם חשוכת-מרפא, אין היכולת לגבש עמדה רצונית בדבר העדפת המוות על-פני החיים" (ה"פ 779/88). יחד עם זאת, ועל רקע התפיסה הפטרנליסטית ששררה לאורך השנים בעולם הרפואה והמשפט, ישנם מספר ציוני דרך משמעותיים בדרך להכרה בזכותו של אדם שלא יאריכו את חייו באמצעים מלאכותיים בניגוד לרצונו. אחת הדוגמאות לכך היא פרשת אייל בנימין משנת 1990 (ה"פ 1141/90), כפי שתוצג להלן.

אייל, יליד שנת 1940, לקה במחלת ניוון שרירים סופנית מסוג Amyotropic lateral sclerosis. מבחינת מצבו הרפואי של אייל, בהתאם לחוות דעתו של מומחה רפואי, עלה כי "מהלך המחלה מצטיין על ידי שיתוק הולך ומתפשט של שרירי הפנים, הבליעה, הלשון הנשימה וחגורת הכתפיים ושרירי הידיים והרגליים. בשלב הסופני החולה כבר איננו יכול לבלוע, לדבר, להשתעל, להפעיל את שרירי הנשימה וחייו נהפכים לגיהנום עלי אדמות. המהלך הזה הוא ידוע, ובלתי הפיך". עוד נכתב בתיקו הרפואי של אייל, כי "מאחר והמחלה ממנה סובל החולה אינה ניתנת לריפוי, ובמהותה מתקדמת לקראת סופנות של החולה...". מכאן, נוכח אופיה של מחלתו, הגיש אייל לבית המשפט בקשה לסעד הצהרתי זמני. בקשה לפיה לכשיתדרדר מצבו, אין להאריך את חייו באמצעים מלאכותיים, לרבות חיבורו למכשיר הנשמה מלאכותי.

בית המשפט החליט ביום 25.10.1990 להיעתר באופן מסוים לבקשה, ולהצהיר שעל הצוות הרפואי להכניס במסגרת שיקוליו גם את רצונו של החולה שלא לחברו לאמצעים מלאכותיים, לכשיתדרדר מצבו. עם זאת, יש לציין שאת ההחלטה הסופית באשר להמשך הטיפול או הימנעות ממנו, השאיר בית המשפט בידי הרופאים. חשיבותו של פסק דין זה היא בהכרה ברצונו העצמאי והנפרד של מטופל בגיר וכשיר, כחלק מסך השיקולים אותם נדרש הצוות הרפואי לשקול. יש לציין, שפסק הדין הזה הינו סממן לעקרון, שעתיד לקבל גושפנקא בשנת 1996 במסגרת חוק זכויות החולה, והוא עקרון האוטונומיה של הפרט.

בהמשך, וכשברקע ניצבת החלטת בית המשפט בפרשת אייל בנימין, הוגשה לבית המשפט המחוזי בשנת 1992 בקשתה של הגב' מרים צדוק באמצעות בעלה (להלן — "פרשת צדוק") (ה"פ 759/92). בדומה לפרשת בנימין, גם הפעם ביקשה הגב' צדוק להכיר בזכותה שלא יאריכו את חייה באופן

מלאכותי, לרבות חיבורה להזנה מלאכותית, מתן חמצן או חיבור למכונה הנשמה. עם זאת, ייחודה של בקשה זו, טמון, בין היתר, בשני גורמים: האחד, עצם העובדה שהגב' צדוק אינה חולה במחלה סופנית קצרת טווח — אלא במחלת אלצהיימר. הגורם השני היה, שביום ה-1.11.1990 הנציחה הגב' צדוק את רצונה הן בעל פה באמצעות הקלטה, והן על גבי תצהיר שבמסגרתו כתבה "חליתי במחלת אלצהיימר... אני מודעת לכך שמצביי הבריאותי מחמיר מיום ליום וכבר עתה ברור לי שרצוני למות בדרך הקצרה ביותר.... אני מבקשת כבר עתה (שעה שאני יכולה להתבטא) לאפשר לי למות ולא להאריך את חיי בכל אמצעי מלאכותי וזאת בכל מקרה בו שני רופאים (שלא יהיה ביניהם כל קשר) יגיעו למסקנה שאין כל תרופה למחלתי, ושמות בהעדר השימוש באמצעים מלאכותיים. רצוני הוא לאפשר לי למות ... לגאול אותי מיסורי. ... מבקשת לכבד את רצוני..". בקשתה של הגב' צדוק הוגשה לאחר כשנה וחודשיים בהם הייתה מאושפזת במוסד סיעודי, בו קיבלה טיפול מסור.

בבואו להכריע האם להיעתר לבקשה, המשיך בית המשפט את הקו המשפטי שהחל בפרשת אייל בנימין, והתחקה אחר רצונה של הגב' צדוק, כפי שזו הובעה במספר הזדמנויות בפני גורמים שונים. בנוסף, במקרה זה הרחיב בית המשפט את הדיון, תוך שהוא בוחן את תוקפה המשפטי של ה"צוואה לחיים", היא בקשתה הכתובה. בהתייחס לנקודה הראשונה, הרהר בית המשפט בשאלה מיהו האדם הקרוב ביותר לגב' צדוק, ושמוסוגל לדעת מהו רצונה. בבדיקתו מסיק בית המשפט כי מימוש רצונה העצמאי והמוצהר של הגב' צדוק ושמירה על כבודה, הם שעומדים לנגד עיני משפחתה. עוד מציין בית המשפט כי לא נפל פגם ולא התקיים חשש לניגוד אינטרסים בין עמדת בני המשפחה והפרשנות שהם נותנים לדבריה של הגב' צדוק, ובין רצונה כפי שתועד במגוון דרכים. למעשה, בהחלטתו, סולל בית המשפט את הדרך להכיר באפשרות לעמוד על אומד דעתו של מטופל בלתי כשיר באמצעות אדם אחר, במקרה זה בני המשפחה. כבר בשלב זה נבקש לציין, כי לימים, האפשרות ללמוד על רצונו של החולה הנוטה שאינו כשיר באמצעות אדם אחר, עוגנה בחוק החולה הנוטה למות. חוק, במסגרתו נקבע כי "אדם קרוב" שעונה על תנאי החוק יכול להצהיר מתוך ידיעותיו מהו רצונו של מטופל. יש להדגיש, "אדם קרוב" שהוא לאו דווקא בן משפחה.

באשר לשאלה השנייה, זו הבוחנת האם ניתן לייחס להצהרה הכתובה משמעות של "צוואה לחיים", קובע בית המשפט כי "הביטוי 'צוואה מהחיים' הוא ביטוי קליטי, אבל אין לו כיסוי משפטי". לגישת בית המשפט, צוואה הינה הוראה שניתנת לביצוע לאחר מותו של האדם, ואין בה בכדי להכיל

את כוונותיו של האדם ביחס לפעולות שיעשו עוד בחייו. כאמור, ההצהרה הכתובה אינה צוואה, אך עם זאת כוחה המשפטי הוא בעצם היותה חיזוק ראייתי ממשי לרצונו המוצהר של האדם, עת היה בגיר וכשיר. בדומה לנקודה הקודמת, גם כאן נראה שפסק הדין צופה את פני העתיד, והתצהיר עליו דיבר בית המשפט בפרשת צדוק בשנת 1992, היווה אבן הדרך להכרה במסמך, המכונה בחוק החולה הנוטה למות "הוראות מקדימות".

לסיכום, נוכח האמור לעיל, ולאחר שהוסרו כל הספקות ביחס לרצונה של הגב' צדוק, נעתר בית המשפט לבקשתה להימנע מחיבורה לאמצעים מלאכותיים מאריכי חיים. זאת בכפוף לאישורם של שני רופאים בלתי תלויים, שיאשרו כי אין תרופה למחלתה של הגב' צדוק. עוד מוסיף בית המשפט ומציין, כי "להסיר ספק, הזנה מלאכותית נמשכת והספקת חמצן מתמדת אף הן בגדר פעולות הארכת חיים מלאכותיות, וכן כל פעולה חודרנית, להבדיל משמוש בעזרים רפואיים רגילים, זריקות, כלי אוכל וכיוצא ב...". עם זאת, ובהתייחס לסוגיית הכאב, פסק בית המשפט כי "הגשת סיוע להקלה זמנית של הסבל — היא זכותו וחובתו האתית של המטפל". כפי שניתן לראות, הלכה למעשה, בפרשת צדוק, חיזק בית המשפט את היסודות הראשוניים שניטעו כשנתיים קודם לכן בעניינו של אייל בנימין באשר למימוש רצונו המוצהר של חולה בגיר וכשיר לתכנן את חייו ומותו. יתרה מזו, בפרשת צדוק, מתקדם בית המשפט צעד אחד נוסף, כשהוא מרחיב את גבולות ההכרה המשפטית בזכותו של אדם כשיר לבקש שלא יוארכו חייו באמצעים מלאכותיים.

מאז פרשות אייל בנימין וצדוק, החל בית המשפט הישראלי לעסוק יותר ויותר בשאלת זכויותיהם של חולים בגירים וכשירים, המבקשים לסיים את חייהם בכבוד, וזאת מבלי שיחברו אותם לאמצעים מלאכותיים מאריכי חיים. בקשות שהוגשו לאורך השנים ושהובילו לדיונים משפטיים ענפים במהלכם ביקש בית המשפט לאזן בין ערך "קדושת החיים" לבין זכות הבחירה ב"אורח החיים" ואיכותם. בשנת 1996 כשנחקק חוק זכויות החולה, חלה "רעידת אדמה" רפואית-משפטית. הפטרנליזם הרפואי הלך ופינה מקומו לטובת עקרון האוטונומיה של הפרט. עקרון שביטויים ממשיים לו ניתן היה למצוא בפסיקה הישראלית עוד שנים קודם לחוק זכויות החולה, אולם מיום שעיקרון זה עוגן בחקיקה, הוא הפך לעקרון מנחה במשפט הרפואי. עקרון, שמכווחו נוהגת מערכת המשפט הישראלית להכיר בזכותו של מטופל לפעול בהתאם לבחירותיו, הגם שלעיתים בחירות אלו אינן עולות בקנה אחד עם המלצת הרופאים.

ברם, ובהעדר התייחסות מפורשת בחוק זכויות החולה לזכויותיו של אדם המבקש שלא להאריך את חייו באמצעים מלאכותיים, הלך וגבר הצורך

להסדיר בחקיקה גם סוגיה סבוכה זו. זאת ובפרט, כשבמהלך השנים, שיטות משפט מגוונות נטשו את הגישה שרווחה, לפיה אין לו לאדם זכות לבחור במותו, והכירו בזכותו של אדם להחליט על מותו בכבוד (*John F. Kennedy Hospital v. Heston*, 1970). דוגמה אחת לכך ניתן לראות במשפט האמריקאי, שם לחולה הסופני עומדת היכולת לממש את זכותו, ולבקש שלא להאריך את חייו וסבלו, ובתנאי שבקשת החולה מהווה הבעת רצון ברורה ומשכנעת (*Cruzan v. Director Missouri Department of Health*, 1990). כל זאת מתוך הנחת מוצא בסיסית, המקדשת את האוטונומיה של האדם, ומכירה בזכותו של האדם לפרטיות, כמו גם הזכות להתנגד לטיפול רפואי (*Matter of Quinlan*, 1976). משכך, ולנוכח מורכבות הסוגיה ונחיצות עיגונה בחקיקה הישראלית, הוקמה ועדת שטיינברג, ועדה שמתפקידה היה לבחון את כלל ההשלכות, רפואיות, משפטיות, סוציאליות, הלכתיות, אתיות ועוד, שנובעות מההכרה בזכותו של אדם לסרב לטיפול רפואי מאריך חיים או מציל חיים, ובכך לאפשר לו לסיים את חייו בכבוד. ועדה שחרף כל המחלוקות, העמדות והגישות השונות הצליחה לגבש המלצות שהיו מקובלות על חבריה. ב־6.12.2005 אישרה כנסת ישראל הצעת חוק שהתבססה רובה ככולה על ההסכמות אליהם הגיעו חברי ועדת שטיינברג: חוק החולה הנוטה למות — התשס"ו-2005.

## חוק החולה הנוטה למות

בדצמבר 2006, כ־12 חודשים לאחר שעבר בכנסת, נכנס חוק החולה הנוטה למות לתוקפו. החוק מבקש להסדיר ולהגדיר מיהו חולה הנוטה למות ומהן זכויותיו, כמו גם מהן האפשרויות הטיפוליות העומדות בפניו, לרבות הימנעות מקבלת טיפול רפואי מאריך חיים. חוק החולה הנוטה למות מעגן, לראשונה בישראל, גם את זכותו של מטופל לקבל "טיפול מקל" (טיפול פליאטיבי — Palliative), כפי שיוצג בהמשך. בישראל, כמדינה יהודית ודמוקרטית מבקש חוק החולה הנוטה למות לאזן בין "קדושת החיים" מצד אחד, ובין איכות החיים והאוטונומיה של הפרט מהצד השני (סעיפים 1 ו־2). בהנחות שניתנו בחוק בנוגע להימנעות ממתן טיפול רפואי, ביקש המחוקק לסמן את גבולות המותר והאסור, בקובעו כי בישראל חל איסור חמור לבצע אחת מאלו: (1) אותנזיה אקטיבית — עשיית פעולה, לרבות טיפול רפואי, המכוון להמית, או שהתוצאה, קרוב לודאי, תהיה מוות. גם אם הפעולה נעשתה מתוך חסד או חמלה (סעיף 19). (2) סיוע להתאבדות, גם אם הדבר נעשה לבקשת החולה

(סעיף 20). 3) הפסקת טיפול רציף העלול להוביל למוות. עם זאת, רשאי הצוות הרפואי להימנע מחידוש טיפול רציף שנפסק שלא במתכוון, או בטיפול מחזורי שנסתיים (סעיף 21).

בשלב זה, ולאור הגבולות שאותם הציב המחוקק, נפנה לבחון ולבקר את הוראותיו הספציפיות של החוק. כבר בראשיתו, מגדיר החוק חזקה משפטית, לפיה כל אדם רוצה להוסיף לחיות, אלא אם הוכח אחרת מעבר לכל ספק סביר. הוכחה שבלעדיה על המטפלים השונים לפעול כשנקודת המוצא היא שיש להעניק טיפול רפואי מציל או מאריך חיים – קרי, מתקיימת חזקת הרצון לחיות (סעיף 4). עם זאת, מהו הדין כשיש ספק סביר, או כשהאדם ביקש מפורשות להימנע מטיפולים רפואיים שיאריכו את חייו?

לצורך בחינת האפשרות שמטופל יצליח לממש בקשה זו, עלינו לעסוק בשתי שאלות מרכזיות אשר שלובות זו בזו. תחילה, נדרשים אנו לבדוק מי ייחשב על פי חוק זה כחולה הנוטה למות, הזכאי בזכויות המנויות בחוק? שנית, מהי אותה הוכחה נדרשת, המאפשרת להימנע ממתן טיפול רפואי מאריך או מציל חיים?

במענה לשאלה הראשונה, רואים אנו שהזכויות הקבועות בחוק זה נגזרות משתי הגדרות למצבו הרפואי של האדם. הראשונה, הכרה באדם כחולה הנוטה למות, מוגבלת אך לסיטואציה לפיה נוכח רופא אחראי, כהגדרתו בחוק, כי המטופל סובל מבעיה רפואית חשוכת מרפא, ותוחלת חייו, אף אם יינתן לו טיפול רפואי, אינה עולה על שישה חודשים (סעיף 8א). הגדרה שכוחה טמון בעצם היותה נקודת מפגש והסכמה בין הגורמים המקצועיים השונים, ובהם גורמי רפואה, אתיקה, משפט והלכה. עם זאת, הקביעה הדיכוטומית שמימוש זכויותיו של האדם מותנות בקביעה רפואית שתוחלת חייו אינה עולה על שישה חודשים, אינה חפה מבעיות. כידוע, רפואה אינה מדע מדויק, ומשכך, לא אחת יתקשה הרופא האחראי לתחום את חייו של המטופל המסוים בזמן, ואף לחתום על כך. האפשרות לתחום את פרק הזמן שנותר למטופל הינה בגדר קביעה סטטיסטית, לפיה ניתן לומר, שבמצבים רפואיים מסוימים, תוחלת החיים הצפויה לאדם אינה עולה על ימים, חודשים או שנים. קביעה סטטיסטית זו, מתמצה, לרוב, בחולים אונקולוגים, ולא חלה על כלל המצבים הרפואיים. מכאן אנו למדים, שהסיכוי שחולה שאינו אונקולוגי יזכה לממש רצונו מכוח חוק החולה הנוטה למות, הוא קלוש עד לא קיים. כפי הנראה, חוק זה, טוב ככל שיהיה, אינו מתאים למגוון מצבים שבהם אין בידי הצוות הרפואי להגדיר את תוחלת חייו של המטופל, ובהם "צמחים", חולי אלצהיימר, פרקינסון וכיו"ב. נכון להיום, בישראל טרם

ניתן מענה משפטי אמיתי והולם ביחס למגוון סוגיות המתעוררות במסגרת הטיפול הרפואי באוכלוסיות אלו.

כעת, ובהנחה שהמטופל המסוים עומד בתנאי ההגדרה, ניצבים אנו בפני השאלה השנייה, והיא ההוכחה הנדרשת לשם הימנעות מטיפול. בשלב זה נדרשים אנו לשני מצבים שונים אשר הוגדרו בחוק:

א. חולה הנוטה למות שהוא בעל כשירות — מצב במסגרתו ניתן לפעול בהתאם לרצונו המוצהר והמפורש של המטופל. כאמור, במקרה זה, על הצוות הרפואי לכבד את רצונו של חולה הנוטה למות אשר אינו רוצה שחייו יוארכו ולהימנע מטיפולים רפואיים מאריכים או מצילי חיים. עם זאת, קובע החוק, שעל הצוות הרפואי לעשות מאמץ סביר על מנת לשכנע את המטופל לקבל חמצן, מזון, נוזלים, טיפול פליאטיבי או טיפולים שגרתיים אחרים — גם אם הדבר יעשה באמצעים מלאכותיים (סעיף 15). בנוסף, בסיטואציה זו, עת קבע הרופא האחראי שהאדם הינו חולה הנוטה למות, ושהוא כשיר, נדרש המטפל ליידע את החולה על זכויותיו, לרבות האפשרות להכין הנחיות רפואיות מקדימות; לעדכן אם הנחיות אלו כבר קיימות, או למנות מיופה כוח שבעתיד יחליט במקומו (סעיף 41). כאן המקום לציין כי בחוק זה הורד גיל הכשירות המשפטית הכללי, מגיל 18 שנה, שהוא גיל הכשירות המשפטית הכללי, לגיל 17 שנה (סעיף 3). שאז חזקה על אדם מעל גיל 17 שנה שהוא כשיר מבחינה הכרתית, שכלית ונפשית לקבל החלטות בקשר לטיפול הרפואי בו, מתוך הבנה, שיקול דעת ורצון חופשי (סעיף 6).

ב. חולה הנוטה למות שאינו בעל כשירות — חולה הסובל סבל משמעותי, על הצוות הרפואי להימנע ממתן טיפול רפואי מציל או מאריך חיים, ובכלל זאת בדיקות, ניתוחים, טיפולים כימותרפיים, הקרנות, דיאליזה, חיבור מכשירי הנשמה (סעיף 16[א]). זאת ובלבד שניתן ללמוד על רצונו של חולה הנוטה למות ושאינו בעל כשירות שלא יוארכו חייו באמצעות אחת מהדרכים הבאות:

1. הנחיות רפואיות מקדימות אותן השאיר החולה עת היה כשיר — כתיבת הנחיות רפואיות מקדימות הינה דרכו של אדם כשיר להביע את רצונו ביחס לטיפול הרפואי, וזאת אם יקבע לגביו בעתיד שהוא חוסה תחת ההגדרה של חולה הנוטה למות, ושאינו כשיר. הנחיות אשר יינתנו על גבי הטפסים הייעודיים שצורפו לחוק (ניתן למצוא את הטפסים באתר משרד הבריאות). טפסים אשר מולאו בכתב ידו של האדם המבקש להשאיר את ההוראות, בפני שני עדים, ולאחר שהאדם קיבל מצוות רפואי, רופא או אחות מוסמכת, את המידע הרפואי הדרוש לו לצורך גיבוש החלטה

מושכלת. על עדיו של נותן ההנחיות להיות נטולי אינטרסים, כלכליים או אחרים — ומשכך בני משפחה אשר בעתיד עלולים להיחשב כיורשים, אינם בבחינת עדים כשרים. עוד יודגש, כי אם אדם הממלא את ההוראות המקדימות כבר מוגדר כחולה נוטה למות, שאז ההנחיות ימולאו בליווי רופא מומחה. את ההנחיות אותן מילא האדם, יש לשלוח למרכז ההנחיות מקדימות במשרד הבריאות, שם ההנחיה תחתם ותתויק. בנוסף, ועל מנת להבטיח שבקשתו של אדם שמילא הנחיות מקדימות תתקיים, מומלץ כי נותן ההנחיות המקדימות ימסור העתק חתום מההנחיות גם לבני משפחתו או אדם קרוב אחר. עוד חשוב לדעת, כי ההנחיות המקדימות תוקפן הוא ל-5 שנים מיום החתימה, אך עם זאת ישנה אפשרות לבטל אותן בכל עת, או להאריך את תוקפן לתקופות נוספות של עד 5 שנים בכל פעם (סעיף 34[א]). הארכה תבצע על פי התנאים הקבועים בחוק. לבסוף, במקרים בהם חולה הנוטה למות לא הכין הנחיות רפואיות מקדימות עת היה כשיר, לא יהווה הדבר עדות או ראיה ביחס לרצונו לקבל טיפול רפואי או להימנע ממנו (סעיף 36).

2. החלטת מיופה כוח — בהתאם להוראות חוק זה, מיופה כוח הינו אדם, אשר הוסמך על ידי החולה עת היה כשיר, להחליט במקומו על טיפול רפואי שיינתן לו או שלא, לכשיוגדר חולה הנוטה למות ושאינו בעל כשרות. יפוי כוח שיכול ויקיף את מגוון האפשרויות, או שיצומצם לטיפולים/מצבים רפואיים מסוימים (סעיף 37[א], [ב], [ג], ר[ד]). כאמור, ובדומה להנחיות המקדימות, גם כאן תוקף יפוי הכוח עומד על 5 שנים.
3. החלטת ועדה מוסדית/ארצית — מקום בו ישנה מחלוקת בנוגע לטיפול החולה הנוטה למות שלא השאיר הנחיות מקדימות, או כשמתעורר הספק ביחס למימוש רצונו של החולה, בין שניתן בהנחיות המקדימות, ובין שהובע על ידי מיופה כוח או אדם קרוב, תכריע בעניין הועדה. עוד תכריע הועדה במצבים בהם נתגלעו חילוקי דעות בין חולה הנוטה למות שהינו קטין, ובין הוריו או מטפלו (סעיף 47[א], [ב], וסעיף 51[א], [ב]).

לאחר שאדם הוגדר כחולה הנוטה למות, ועם התקדמות מחלתו, מתייחס החוק לנקודת זמן נוספת: מקום בו נוכח הרופא האחראי כי החולה מצוי בשלבים הסופיים של מחלתו, וכי כשלו כמה מערכות חיוניות בגופו ותוחלת חייו, אף אם יינתן לו טיפול רפואי, אינה עולה על שבועיים — יוגדר החולה כמי שמצוי בשלב סופי (סעיף 8[ב]). יכול שבמצבים ספציפיים האדם יוגדר בשלב הסופי גם אם לא נקבע לגביו קודם לכן שהוא חולה הנוטה למות. כעת, בשלב

הסופי, מתעוררות דילמות נוספות וחדשות, ובכלל זאת גם השאלה האם רשאי הצוות להימנע ממתן מזון ו/או נוזלים למטופל. כאמור לעיל, לכל אורך הדרך נדרש הצוות הרפואי לנסות ולשכנע את המטופל להסכים לקבל חמצן, נוזלים, מזון וטיפולים שגרתיים אחרים, ושאינם בהכרח קשורים לבעיה הרפואית חשוכת מרפא — גם אם אלו נעשים באמצעים מלאכותיים. ככל שהחולה שמצוי בשלב הסופי הצהיר כנדרש בחוק, שהוא אינו רוצה שחייו יוארכו, על הצוות המטפל לכבד זאת ולהימנע מכל סוג של טיפול רפואי בו, בין שהטיפול קשור לבעיה הרפואית חשוכת המרפא ובין שלא — זאת, למעט החובה להמשיך ולתת למטופל מזון ונוזלים, גם אם הדבר נעשה באמצעים מלאכותיים. לציין, בהתייחס לסוגיית מתן מזון ונוזלים לחולה בשלב הסופי, ניתן להבחין בין מזון שאותו ניתן להפסיק בשלב מוקדם יותר, ובין נוזלים שאותם אסור להפסיק, אלא אם הם גורמים לדעת הרופא לסבל מיוחד או לנזק. אחד החידושים החשובים ביותר שמצויים בחוק החולה הנוטה למות, הינו ההכרה שניתנה במסגרת החוק לחשיבות הטיפול הפליאטיבי. טיפול שמטרתו העיקרית אינה להביא להחלמתו של החולה, אלא להקל על כאביו ובסבלו. במהותו, הטיפול הפליאטיבי מתרכז בשמירה על איכות חייו של החולה הסובל ממחלה חשוכת מרפא (W.H.O., 2009), זאת, להבדיל מטיפול קורטיבי, אשר מגלם את אורך החיים. לראשונה בישראל, קובע החוק כי "על הרופא האחראי לגרום לכך שייעשה כל שניתן כדי להקל על כאבו וסבלו של חולה הנוטה למות, אף אם הדבר כרוך בסיכון סביר לחייו של החולה, לרבות באמצעות תרופות, משככי כאבים או באמצעים פסיכולוגיים, סיעודיים וסביבתיים..." (סעיף 23א). לא זו אף זו, אלא שבהמשך הוסיף המחוקק וקבע שזכות זו אינה ייחודית רק לחולה עצמו, אלא "על הרופא האחראי לגרום לכך שייעשה, במידת האפשר, כל שניתן כדי להקל על בני משפחתו של חולה הנוטה למות ולדאוג לרווחתם בעת שהותו של החולה במוסד הרפואי..." (סעיף 23ב) (הדגשה אינה במקור). מכאן, לאור חשיבות הטיפול הפליאטיבי, ובפרט לנוכח ההתפתחות המתמדת באמצעים רפואיים ובטיפולים תרופתיים, ראוי היה לו הרחיב המחוקק קביעה זו אף מעבר לגבולות חוק החולה הנוטה למות. נכון הוא הדבר שהטיפול הפליאטיבי נכנס בגדר "טיפול רפואי", כהגדרתו בחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, אולם עצם הגדרת הטיפול הפליאטיבי בצורה פוזיטיבית, היא שבכוחה להביא בעתיד מטופלים רבים לממש זכות חשובה זו. לתפיסתנו, מקום בו נגרם סבל לאדם במסגרת הטיפול הרפואי, בין שהסבל נגרם ממחלה חשוכת מרפא ובין שלא, מודגשת חובתו של הצוות המטפל להתרכז במתן טיפול פליאטיבי, זאת

במטרה לשפר את איכות חייו של האדם ככל שניתן. טיפול אשר אינו מסתכם אך במתן תרופות משככות כאבים, עד כדי טשטוש או ירידה במצב ההכרה – אלא טיפול כולל שיש בו בכדי לענות על כלל צרכיו הגופניים והנפשיים של המטופל.

בנוסף, מעבר לחדשנותו של חוק החולה הנוטה למות על יתרונותיו ומגבלותיו, יש לתת את הדעת באשר לדרך בה התקבל החוק מבחינה ציבורית. על אף פריצת הדרך שנוצרה, ניתן לראות שישנם לא מעט חסמים שעומדים בפני האפשרות לממש את הזכויות המנויות בחוק, ולהוציאן אל הפועל. לדוגמה, בקרב הציבור הרחב, מעטים, באופן יחסי, הם אלה שהכינו הוראות רפואיות מקדימות (עד שנת 2010, 4 שנים לקיום החוק, מולאו כ-2,500 טפסי הוראות רפואיות מקדימות בלבד [הר נוי, 2010]), ובקרב אנשי הטיפול במערכת הבריאות, מעטים הם אלה בעלי הנכונות והידיעה על דרכי היישום האופרטיבי של החוק. זה המקום לציין את חשיבותו המכרעת של הצוות הרפואי, כמי שבכוחו ליידע את המטופל בזכויותיו, ואף להנגיש זכויות אלו. חסמים נוספים שנוצרים, מקורם במצבים בהם יש ניגוד בין רצון המטופל לרצון המשפחה, מצבים בהם הצוות הרפואי נמצא בתווך ונאלץ להתמודד בסיטואציות לא פשוטות כלל ועיקר. חסמים כגון אלו אינם ייחודים רק לישראל. להלן מגוון דוגמאות ממדינות שונות: בארה"ב ניתן להכין הוראות מקדימות המורות להימנע מהחייאה במקרה הצורך (DNR), אולם גם הנתונים שנאספו בארה"ב מראים כי מיעוט מהאוכלוסייה מכין הוראות DNR (Grudzen, Koenig, Hoffman, Boscardin, Lorenz & Asch, 2009). דוגמה נוספת היא, כי במדינות המאפשרות על פי חוק, לצוותי חירום מחוץ לבית החולים, לא לערוך החייאה (אם קיים מסמך המורה על אי עריכת החייאה) יש קושי ביישום בפועל (Sabatino, 1999; Feder, Matheny, Loveless & Rea, 2009; Wiese et al., 2006). בגיאורגיה, נמצא שב-49% מהמקרים שבהם היו הנחיות מקדימות, הן לא כובדו בשל התנגדות בני משפחה ו/או איש צוות טיפול להוראות (Kinlaw, 2005). בארה"ב, נמצא שבמקרים רבים לא כובדו הוראות מקדימות, מכיוון שההוראות לא היו מפורטות דיין, או שלא היו נגישות לצוות חירום בזמן ההחייאה (Fagerlin & Schneider, 2004; Grudzen et al., 2009). בגרמניה, נמצא שבמקרים רבים צוותי החירום ערכו החייאה בקרב חולים פליאטיביים, בניגוד לבקשת החולה, כתוצאה מחוסר וודאותם המשפטית בעניין (Wiese et al., 2009).

לסיכום, ולאור האמור לעיל, ניתן ללמוד שהסדרת זכויותיו של החולה הנוטה למות בחוק, הינה מהלך חשוב ומהותי. מהלך, אשר הדגיש את

החשיבות של עקרון האוטונומיה של הפרט וזכותו של אדם שלא לקבל טיפול רפואי מאריך חיים או מציל חיים בניגוד לרצונו. חוק החולה הנוטה למות מאזן, לראשונה בישראל, בין קדושת החיים ובין בחירתו של המטופל באיכות החיים. חוק, אשר יתרונות רבים לו, אך שגם חסרונות לא מעטים בצידו. חוק אשר יש גם לפעול למען הנגשתו והפנמתו בקרב הקהל הרחב ואנשי המקצוע, ובכך למעשה תיווצר תשתית ממשית ליישום עקרון האוטונומיה של האדם על חייו ועל גופו — כמו גם זכותו של האדם לסגור את מעגל חייו בהתאם לרצונו.

## שיתוף במידע

כחלק מהדיון במצבי חולי בסוף החיים, עולה, לא אחת, השאלה, מה וכמה לספר למטופל שנמצא בחודשים, שבועות או הימים האחרונים לחייו. לדוגמה, ניקח מקרה בו הרופא מציין בפני החולה הנוטה למות כי ישנה תרופה מאריכת חיים שאינה בסל התרופות ועלותה הינה גבוהה ביותר. מידע אשר מציב את החולה ומשפחתו בפני דילמה: מחד, רצונם העמוק בהארכת חייו של החולה (לעיתים הארכה של מספר חודשים בודדים), מאידך, עלויות המצריכות שימת כל הונה ורכושה של המשפחה ולעיתים אף ניסיון לגייס משאבים מעבר לקיים, כך שיהיו לכך גם השלכות עתידיות כבדות משקל באשר להמשך יכולות הקיום של המשפחה בעתיד, לאחר מות החולה. כיצד נדרש הרופא לנהוג במקרה זה? מהו היקף המידע אותו יש לתת בידי המטופל? האם חלה על המטופל חובה לספר את כל המידע הרפואי באשר הוא, או שמא ישנו מידע שאותו ניתן "לחסוך" מפני המטופל? כבר בשלב זה נבקש להדגיש כי כל עוד המטופל הינו בגיר וכשיר, זכותו החוקית והאתית היא לקבל את מלוא המידע הרפואי בעניינו.

בשנת 1996, כשנחקק חוק זכויות החולה, עיגן המחוקק בסעיף 13 את חובת הגילוי. חובה המדגישה, בין היתר, את זכותו של המטופל לאוטונומיה על גופו ועל חייו. על החשיבות שנותן המשפט הישראלי לחובת הגילוי ניתן ללמוד מפרשנותו של בית המשפט את עקרון האוטונומיה של הפרט, כפי שנעשתה לאורך השנים. ביטויים לכך ניתן לראות, בין היתר בפרשת דעקא (ע"א 2781/93) ובהמשך בפרשת ברמן, שם נכתב בפסק הדין כי "המבחן למידע שחובה למסור למטופל אינו אפוא הנוהג המקובל בקרב הרופאים אלא צרכיו של המטופל למידע כדי להחליט אם לקבל את הצעת רופאו. צרכים

אלה נקבעים על-פי קנה-מידה אובייקטיבי. על הרופא מוטל למסור למטופל את כל האינפורמציה שאדם סביר היה נדרש לה כדי לגבש החלטה אם להסכים לטיפול המוצע" (ע"א 434/94). בהמשך, בסעיף 13(ב) לחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, ביקש המחוקק לתת ביטוי לתלות הקיימת בין הסכמתו של האדם ובין המידע שמקבל אדם באשר לגופו, בקובעו: "לשם קבלת הסכמה מדעת, ימסור המטפל למטופל מידע רפואי הדרוש לו, באורח סביר, כדי לאפשר לו להחליט אם להסכים לטיפול המוצע; לענין זה, "מידע רפואי", לרבות: 1) האבחנה (הדיאגנוזה) והסכות (הפרוגנוזה) של מצבו הרפואי של המטופל; 2) תיאור המהות, ההליך, המטרה, התועלת הצפויה והסיכויים של הטיפול המוצע; 3) הסיכונים הכרוכים בטיפול המוצע, לרבות תופעות לוואי, כאב ואי נוחות; 4) סיכויים וסיכונים של טיפולים רפואיים חלופיים או של העדר טיפול רפואי; 5) עובדת היות הטיפול בעל אופי חדשני". למותר לציין, כי סעיף 13(ב) אינו בבחינת רשימה סגורה של מידע רפואי אותו יש למסור למטופל טרם קבלת ההחלטה, וכי הקושי העיקרי שבפניו ניצב המטפל בבואו לבחון מהו היקף חובת הגילוי המוטלת עליו, נובע מהלשון העמומה אותו נוקט החוק. יחד עם זאת, ניתן לראות שחוק זכויות החולה אינו מטיל חובת גילוי מוחלטת, כזו שמחייבת ליידע על כל סיכון חבוי ובלתי רלוונטי, ולחילופין בדיקה שהחולה לא נדרש לה (ניב-יגודה, 2010). חיזוק לגישה זו ניתן למצוא גם בפסק דין דעקא, שם נקבע, בין היתר, כי "אין לדרוש מן הרופאים שהיקף ההסברים שניתנים למטופל יהיה מוחלט, ויכלול סיכונים רחוקים ובלתי משמעותיים. ניתן לצמצם היקף זה לגדרם של סיכונים ממשיים בלבד, שהנם מהותיים בנסיבות העניין" (2781/93). חשוב לציין, כי מעקרון האוטונומיה של הפרט נגזרת גם חובתו של המטפל להציג בפני המטופל את מגוון האפשרויות, ובאופן שיאפשר למטופל בחירה אמיתית וחופשית. כאמור, אין זה מתפקידו של המטפל להחליף את שיקול דעתו של המטופל. על המטפל לדעת כי לעיתים מסגרת השיקולים שמפעיל המטופל המסוים, שונה מזו של המטפל, לרבות תפיסתו את מחלתו, הטיפול בה וההתמודדויות העתידיות. מכאן, אל לרופא לצאת מתוך הנחה שהמטופל אינו רוצה/מסוגל להגיע בעצמו לכלל הכרעה, כזו שנסמכת על שיקולים הרלוונטיים לו. עם זאת, לעיתים מתעוררת שאלה, האם הנוק שבעודף מידע, או לחילופין מסירת מידע על טיפולים הקיימים בניתוק ממידת נגישותו של המטופל, עולה על התועלת הצפויה? לא אחת, הצפת המטופל במידע רב, כזה שבמקרים מסוימים אף לא רלוונטי למצבו, עשוי להוביל לתוצאה הפוכה. קרי, שלילת יכולתו של המטופל המוצף במידע לבחור בין מגוון האפשרויות, מעשיות או

תיאורטיות, ובכך מצטמצמת למעשה אפשרותו של המטופל לקבל החלטה מושכלת בעניינו. במצבים אלו, יכול שיידרש המטפל לאזן בין היתרונות שבמסירת המידע ובין חסרונותיה. איזון, שסופו צריך להתקיים במסגרת דיון בועדת האתיקה, אשר פועלת מכוח חוק זכויות החולה.

מימד נוסף שעוסק בסוגיית מסירת המידע לאדם החולה במחלה מאיימת חיים, הינה, למי מוסר הרופא את המידע הרפואי. בעניין זה, מבחינה משפטית, חוק זכויות החולה ברור וחד משמעי: "המטפל ימסור למטופל מידע רפואי". יחד עם זאת, המציאות מלמדת כי לעיתים קרובות צוותי הטיפול סוטים מהוראות ברורות אלו. מצבים בהם בני משפחה מבקשים/דורשים מהמטפל לא לומר לחולה אודות מצבו מנימוקים הנובעים, על פי רוב, מרצונם ותפיסתם להיטיב עם החולה. כאמור לעיל, במקרים אלו חוק זכויות החולה נתן על כך את הדעת בסעיף 13(ד) כשהוא הגדיר כי "רשאי מטפל להימנע ממסירת מידע רפואי מסוים למטופל, הנוגע למצבו הרפואי, אם אישרה ועדת אתיקה כי מסירתו עלולה לגרום נזק חמור לבריאותו הגופנית או הנפשית של המטופל" (סעיף 13[ד]).

בסקירה רחבה אודות מחקרים שבדקו את סוגיית אמירת אמת לחולים עם מחלה מתקדמת, נמצאה מגמה אחידה. המגמה מצביעה על כך שמרבית החולים, כולל חולים המקבלים טיפול פליאטיבי, מבקשים להיות מעודכנים היטב על מחלתם ומעורבים בניהולה ושהצוות המטפל יהיה כן עימם (Kinlaw, 2005; Innes & Payne, 2009). דוגמאות לכך ניתן לראות במחקרים שונים. בבריטניה, נשאלו 1046 חולי סרטן שקיבלו טיפול פליאטיבי, אודות רצונם לדעת על מצבם. 84.9% מהחולים רצו לקבל את מלוא המידע האפשרי, בין אם הוא טוב או רע. 7.3% מהחולים רצו לדעת בתנאי שמדובר בבשורות טובות. 7.85% לא רצו לדעת כלל (Fallowfield, Jenkins & Beveridge, 2002). במחקר שנערך בישראל בשנת 2005 (שוורץ, לוי, רסין וסילנר, 2005), נמצא שישנה הסכמה בין הצוות המטפל לבין החולה, שהחולה הוא זה שיחליט בנוגע לכמות המידע שתימסר לו ולא המטפל. במחקר נוסף, שנערך גם הוא בישראל, נבדק הרצון של 987 מטופלים מבוגרים (בגיל +70) לתקשורת פתוחה עם הרופא שלהם במקרה של מחלה סופנית. רוב המשיבים רצו תקשורת פתוחה עם הרופא ורצו להיות מעורבים בהחלטות רפואיות הנוגעות לטיפולים מאריכי חיים. רק מיעוט סיפר רצון זה לרופאים או לבני משפחה (Carmel, 1997). במחקר ייחודי וראשון מסוגו בישראל, שנערך בקרב קטינים בגילאי 12-18 עם מחלות מסכנות חיים (מחלות אונקולוגיות, ניווני שרירים ו-CF), נמצא כי הזכות למידע, על היבטיה השונים, קיבלה מעמד בכורה בעיני הקטינים

המטופלים. מעבר לשאלת "ההסכמה מדעת לטיפול" או "קבלת ההחלטה" — סימנו הצביעו הקטינים המטופלים על הזכות לקבל מידע כזכות המרכזית למימוש שיתופם בהליכים רפואיים הנוגעים להם (ע' ניב-יגודה, 2009). לאור זאת, וכפי שעולה מהספרות המחקרית, ניתן לומר כי קיימת הלימה בין רצונו הטבעי של החולה לדעת וזכותו הטבעית לבחור עד כמה לדעת, ובין חובת המטפל למסור את המידע הרפואי למטופל, מתוקף חוק זכויות החולה. לסיכום, בפרק זה עסקנו במספר סוגיות ודילמות שעולות בקרב חולים, בני משפחה ומטופלים במצבי סוף החיים, כמו גם במענה החוקי הקיים נכון להיום בישראל, תוך התבוננות גם במתרחש בעולם הרחב. ניתן לראות, שעל אף שהחוק מנסה ליצור וליצוק את המסגרת החוקית לפעולה, תוך התפתחות והתעדכנות מתמדת, אין הדבר פוטר את כלל המעורבים (מטפלים, בני משפחה, מטופלים וכיו"ב) מלבחון ולהעמיד את ערכיהם האישיים באשר לאוטונומיית האדם, עשיית צדק, מניעת נזק ועשיית הטוב בכל מקרה ומקרה.

## ביבליוגרפיה

### ביבליוגרפיה משפטית

- חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, התשנ"ב-1992.
- אברהם שטינברג, דו"ח הוועדה הציבורית לענייני החולה הנוטה למות. — הצעת חוק: החולה הנוטה למות, התשכ"ב-2002. פרק ג: הצעת החוק — הדיונים, ההשגות וההסכמות, סעיף 3(א).
- חוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005.
- תקנות החולה הנוטה למות (ועדות, מסמכים, מאגרי מידע ודיווח), התשס"ח-2007.
- חוזר מנכ"ל משרד הבריאות — הנחיות ליישום חוק החולה הנוטה למות (7/2008).
- ע' אסייג, בחינתו של האיסור על הפסקת טיפול רציף בחוק החולה הנוטה למות, משפט רפואי וביוראטיקה 1, 160 (2008).
- א. שטינברג, האנציקלופדיה הלכתית — רפואית, ירושלים: מכון שלזינגר 1988-1996, חלק ד', 342.
- ע' ניב יגודה, החובה להציע טיפולים ובדיקות הגם שאינם כלולים במסגרת סל הבריאות Israeli Ob/Gyne Journal, גליון מס' 71 (ספטמבר 2010) 25.
- ה"פ (ת"א) 759/92 צדוק נ' בית אלה, פס"מ תשנ"ב(2) 485 (1992).
- ה"פ (ת"א) 603/05 פלוני נ' ארבל מרכז גריאטרי, פ"מ תשס"ד (1) 865 (2005).

ה"פ 498/93 צעדי נ' קופ"ח כללית, לא פורסם (1993)  
 ה"פ (מחוזי ת"א) 528/96 ביבס נ' עיריית ת"א ובי"ח איכילוב, (פורסם בנבו  
 3.4.97)

ה"פ (מחוזי ת"א) 1513/01 פלוני נ' היועמ"ש (פורסם בנבו 6.1.2002)  
 ה"פ (ת"א) 1141/90 בנימין אייל נ' ד"ר וילנסקי, פס"מ תשנ"א (ג) 187.  
 תמ"ש (משפחה רשל"צ) 28450/09 היועמ"ש נ' ב.ו.ו. (פורסם בנבו 13.9.09).  
 ע"א 506/88 שפר נ' מדינת ישראל, פ"ד מח(1) 87.  
 ע"א 2781/93 דעקה נ' בית החולים "כרמל", פ"ד נג(4) 526.  
 ע"א 434/94 ברמן, קטינה באמצעות הוריה ' מור — המכון למידע רפואי בע"מ,  
 פ"ד נא(4) 205

*Cruzan v. Director Missouri Department of Health*, 110 S.Ct. 2841,  
 2854. (1990).

*Matter of Quinlan*, 355 A. 2d, 647. (1976).

*John F. Kennedy Memorial Hospital v. Heston* 58 N.J 576, 279 A. 2d, 670.  
 (1970).

### ביבליוגרפיה כללית

הר נוי, א. (2010, מאי, 24). חוק החולה הנוטה למות. מוטקה. אוחזר מתוך:  
<http://www.motke.co.il/SelectedArticle.aspx?ArticleID=6258>  
 שוורץ, ת., לוי, א., רסין, מ., וסילנר, ד. (2003). תפקיד המטפלים בבישור  
 בשורות מרות — מנקודת ראות של חולים, רופאים ואחיות. ביטאון הסייעוד  
 האונקולוגי בישראל, יד(3), 6-12.  
 ע' ניב-יגודה, ניתוח סוציו-משפטי של הזכות להשתתפות — עמדות קטינים עם  
 מחלות מסכנות חיים (עבודה לתואר מוסמך במשפטים, הפקולטה למשפטים  
 באוניברסיטת תל-אביב, אפריל 2009).

Baumann, A., Claudot, F., Audibert, G., Mertes, P.M. & Puybasset, L.  
 (2011). The ethical and legal aspects of palliative sedation in severely  
 brain-injured patients: a French perspective. *Philosophy, Ethics, and  
 Humanities in Medicine*, Feb 8;6:4.

Carmel, S. (1997). Telling the bad news: do the elderly want to know  
 their diagnoses and participate in medical decision making?. *Harefuah*,  
 133(11), 9, 592.

Fagerlin, A. & Schneider, C.E. (2004). Enough. The failure of the living  
 will. *The Hastings Center Report*, Mar-Apr 34(2), 30-42.

- Fallowfield, L.J., Jenkins, V.A. & Beveridge, H.A. (2002). Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. *Palliative Medicine, Jul*;16(4):297–303.
- Feder, S., Matheny, R.L., Loveless, R.S. Jr & Rea, T.D. (2006). Withholding resuscitation: a new approach to prehospital end-of-life decisions. *Annals of Internal Medicine, May 2*;144(9):634–40.
- Grudzen, C.R., Koenig, W.J., Hoffman, J.R., Boscardin, W.J., Lorenz, K.A., & Asch, S.M. (2009). Potential impact of a verbal prehospital DNR policy. *Prehospital Emergency Care, Apr-Jun*;13(2):169–72.
- Innes, S. & Payne, S. (2009). Advanced cancer patients' prognostic information preferences: a review. *Palliative Medicine, Jan*;23(1):29–39.
- Kinlaw, K. (2005). Ethical issues in palliative care. *Seminars in Oncology Nursing, Feb 21*(1), 63–68.
- Ko, D.N., Perez-Cruz, P. & Blinderman, C.D. (2011). Ethical issues in palliative care. *Primary Care, Jun*;38(2):183–93.
- McCormick, A.J. (2011). Self-determination, the right to die, and culture: a literature review. *Social Work, Apr*; 56(2):119–28.
- Sabatino, C.P. (1999). Survey of state EMS-DNR laws and protocols. American Bar Association's Commission on legal problems of elderly.
- Weeks, W.B. & Nelson, W.A. (2009). Ethical issues arising from variation in health services *Prehospital Emergency Care, Apr-Jun*;13(2):169–72.
- Wiese, C.H., Duttge, G., Weber, A.K., Zausig, Y.A., Ruppert, D., Hanekop, G.G. & Graf, B.M. (2009). Emergency medical treatment of palliative care patients at the end of life: regulatory emergency medical care framework—a case control investigation of medical intervention and advance directive. *Der Anaesthetist, Nov*;58(11):1097–106.

ה"פ (ת"א) 779/88 האגודה למען זכות האזרח על חייו ואח' נ' בית החולים הממשלתי, צפת פסקים תשמ"ט ב' בע' 240, 246.

ה"פ 1141/90 אייל בנימין נ' ד"ר וילנסקי, פס"מ נא(3) 187 (1990) פסקה 21.  
ה"פ (ת"א) 759/92 צדוק נ' בית האלה, פס"מ תשנ"ב(2) 485. פסקה 5א. (1992)  
*John F. Kennedy Memorial Hospital v. Heston* 58 N.J 576, 279 A. 2d, 670. (1970).

*Cruzan v. Director Missouri Department of Health*, 110 S.Ct. 2841, 2854. (1990).

*Matter of Quinlan*, 355 A. 2d, 647. (1976)

- חוק החולה הנוטה למות, תשס"ו-2005, סעיף 1 ו-2.
- חוק החולה הנוטה למות, תשס"ו-2005, סעיף 19.
- חוק החולה הנוטה למות, תשס"ו-2005, סעיף 20.
- חוק החולה הנוטה למות, תשס"ו-2005, סעיף 21.
- חוק החולה הנוטה למות, תשס"ו-2005, סעיף 4.
- חוק החולה הנוטה למות, תשס"ו-2005, סעיף 8 (א).
- הערות להעת חוק החולה הנוטה למות. הערה 3
- סעיף 15 לחוק החולה הנוטה למות
- סעיף 41 לחוק החולה הנוטה למות
- סעיף 3
- סעיף 6 חוק החולה הנוטה למות
- סעיף 16 (א)
- חוק החולה הנוטה למות, תשס"ו-2005, סעיף 34 (א).
- חוק החולה הנוטה למות, תשס"ו-2005, סעיף 36.
- חוק החולה הנוטה למות, תשס"ו-2005, סעיף 37 (א), (ב), (ג) ו-(ד).
- חוק החולה הנוטה למות, תשס"ו-2005, סעיף 47 (א), (ב) וסעיף 51 (א), (ב).
- חוק החולה הנוטה למות, תשס"ו-2005, סעיף 8 (ב).
- חוק החולה הנוטה למות, תשס"ו-2005, סעיף 23 (א).
- חוק החולה הנוטה למות, תשס"ו-2005, סעיף 23 (ב).
- ע"א 2781/93 דעקה נ' בית החולים "כרמל", פ"ד נג(4) 526.
- ע"א 434/94 ברמן, קטינה באמצעות הוריה 'מור — המכון למידע רפואי בע"מ.
- ע"א 2781/93 מיאסה עלי דעקה נ' בית החולים "כרמל".
- חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996. סעיף 13(ד).

