

כשהטיפול משתבש

שירה פרידן

שלושה מסרים גלמדים

1. עיסוק במקצוע טיפולי הוא בחירה בהגשת עזרה. מטפל עובד כדי להיטיב, אך לפעמים הדברים משתבשים. לא כל טעות, תקלה או סיבוך רפואי הם בגדר רשלנות, והתרחשותם אינה מולידה בהכרח עילת תביעה, אך כל תקלה או שיבוש בטיפול מחייבים שקיפות וגילוי: למטופל יש זכות לדעת מה קרה לו וכיצד נפגע.
2. "בשטח" זכותו של המטופל למידע לעיתים קרובות אינה באה לידי מימוש מספק. פעמים רבות המטופל נדרש לעבור דרך רצופת קשיים ומכשולים בניסיון להבין כיצד ניווק.
3. שקיפות ודיווח מלא מצד צוות מטפל בהתרחש תקלה או טעות מגבירים את האמון. מפחיתים את האמוציות ואת המוטיבציה לתבוע, מביאים לניהול תביעות בעוצמות נמוכות ומייצרים תמריץ לסיום הליכים בדרכי פשרה, לעיתים קרובות בלי שהצוות נדרש להעיד. ראוי לאמץ נורמה שתמריץ מפגש מטפל-מטופל לצורך דיווח מלא על אודות תקלה.

אובחן אצלך גידול, איך לא עשית עם זה כלום?

הילה (שם בדוי) נכנסה למשרד שפופה, רוזה, ובעיניה מבט רדוף. בתוך זמן קצר אלמד כי זהו מבטה של אישה צעירה חסרת מנוח שיודעת כי לא תזכה לגדל את ילדיה הקטנים. בפגישתנו במשרד סיפרה הילה שאובחן אצלה סרטן - גידול בכיס המרה, גרורת, שלא ניתן להסיר בניחות ואי אפשר לרפא. מנהל המחלקה שנערך בה הבריור הרפואי הגיע לבשר לה את הבשורה הקשה, ואמר לה: "כבר ראינו אצלך בעבר את הגידול, איך לא עשית עם זה כלום?!". כך, מייד בגמר הדיווח על מצבה, הבהיר: את חולה סופנית, והאשמה שלך! אולם האשם לא היה בהילה. הכשל נפל במחלקה, כפי שנוכחנו כשקיבלנו לידיו את תיקיה הרפואיים של הילה: בדוח בדיקת אולטרסאונד בטן מאשפוז קודם באותה מחלקה ממש דווח על חשד לגידול (SOL), לצד המלצה לבריור בבדיקת CT. הממצא הפתולוגי וההמלצה להמשך בירור לא זכו לאזכור בשום מסמך ממסמכי האשפוז האחרים.

המסמכי האשפוז ובגיליון השחרור דווח אך ורק על כיס מרה מודלק עם אבנים, אשר נצפו במרה הבדיקה בנוסף על הגוש החשוד. כאשר עזבה הילה את בית החולים, לאחר כמה ימים של טיפול אנטיביוטי לווריד, נותר הממצא המחשיד לגידול "קבור" בדוח ממצאי האולטרסאונד - ללא ידיעת הצוות המטפל, ללא ידיעתה של הילה וללא כל התייחסות בתוך טיפול.

המפגש של מנהל המחלקה והילה לא היה יכול מעצם טבעו להיות קל או נעים, אך היה בדרך להתרחש אחרת.

הפא הולך בבוקר לעבודה כדי לעשות טוב. לעיתים הדברים משתבשים. בכך אין הבדל רשלנות. הדרך שבה רופא נוהג כלפי מטופל כשמתברר כי טיפול השתבש, כי ארשה תקלה או נפלה טעות תלויה את המטופל שנים רבות לאחר מכן, לטוב או לרע. זהו טיפול סכונן - כך למדתי מאינספור שיחות עם מטופלים ומתיאוריהם בנוגע למפגש עם הרופא באותו צומת או לחלופין על ציפייה שנכזבה למפגש שלא התקיים.

אז מה סוג של מפגש מתרחש בין מטופל למטופל כשהמטופל ניוזק? מה יעמוד ביניהם? האם זה והלאה? מפגש עיניים? שיחה גלויה על השיבוש שאירע? או התחמקות מהסברים? האם של המטופל לדעת כיצד נפגע? במאמר זה אעסוק במצוי וברצוי מנקודת המבט של המטופל, על בסיס ניסיון של יותר מעשרים שנות ייצוג מטופלים בתביעות רשלנות רפואית.

מטופל-מטופל וביניהם - פערי מידע

ישנם מקרים - כגון תביעות בגין רשלנות רפואית או תביעות שלא היתה לתובע ידיעה או יכולת לדעת הנסיבות של האירוע - בהם התובע הוא כסומא בארובה¹. לא בכדי נתן בית הדין השופט עמית (כיום שופט בית המשפט העליון) את הדוגמה של רשלנות רפואית במסגרת "עיוורון" של הניזוק בנוגע לנסיבות בהן נפגע. מטופל שניזוק בטיפול רפואי והוא מבין על פי רוב מה השתבש. המידע אינו מצוי אצלו, השפה הרפואית אינה נהירה לו, והוא מסוימים התקלה התרחשה כשהוא היה נתון בהרדמה. הרופא חולש על המידע - הוא יודע מה אירע, והוא גם בעל הידע הרפואי להבין מה השתבש, ואילו המטופל יודע רק את מה שדווח לו, וגם אז יכולת ההבנה שלו מוגבלת. הוא תלוי ברופא למימוש הזכות המידעית לדעת מה קרה לו. אם הרופא מתחמק מלהסביר מה השתבש או נחפז לשוחח על אפשרויות הטיפול מפה והלאה, הדבר מייצר עבור המטופל תסכול, אכזבה ופגיעה באמון. אלה מתווספים להתמודדות עם הצרה הרפואית החדשה או למשבר במשפחה, אם התבאה היא, חלילה, מות המטופל.

יש כמובן מטופלים שמסבירים מה אירע, בהגינות וביושרה. יש שמבקשים סליחה. עם זאת, לצערי, זה המשפט החוזר לעיתים קרובות בסיפורים שאני שומעת ממטופלים שניזוקו:

ד"ר השופט יצחק עמית בפסק דינו בת.א. (עכו), 4780/94, עאדל המאפ נ' לה נסיונאל הב' לביטוח בע"מ, פ"מ, 1997, (4), 509, 515.

טיפול עובד כדי להיטיב אך
בדך רפואי הם בגדר רשלנות.
כל תקלה או שיבוש בטיפול
ה לו וכיצד נפגע.
ינה באה לידי מימוש מסוים
מכשולים בניסיון להבין כד

או טעות מגבירים את האמון
אים לניהול תביעות בעניינם
לעיתים קרובות בלי שהתובע
-מטופל לצורך דיווח מלא

דיוף. בתוך זמן קצר אלמד
ככה לגדל את ילדיה הקטנות
ול בכיס המרה, גרורת, שית
רך בה הבירור הרפואי ה
צבר את הגידול, איך לא נ
חולה סופנית, והאשמה ה
יש שנוכחנו כשקיבלנו ל
ד בטן מאשפוז קודם בא
לביורר בבדיקת CT. המס
מסמכי האשפוז האחרת.

בעקבות טיפול רפואי: "מרגע שהדברים השתבשו, אף אחד לא הסתכל לנו בעיניים". הקול נסדק ברגע הזה, כשהם חוזרים לעלבון ולאכזבה.

לא קל להישיר מבט אל מטופל ולבשר לו שקרתה תקלה או טעות. הדבר דורש משאבי נפש לא מבוטלים. לכך מתווספים החשש של המטפל מתגובה קשה מצד המטופל בשעת הדיווח וגם החשש מתביעה עתידית, ההרגשה שהדיווח או ה"סליחה" ישמשו נגדו יום אחד, או ההנחה שחברת הביטוח לא תראה בעין יפה "סליחות" מסוג זה. יש להודות כי אכן, ריבוי תביעות גרם למערכת הרפואית להיכנס למגננה, אולם חשוב להדגיש: העובדה שטיפול השתבש או שמטופל ניזוק בעקבות טיפול רפואי אינה מולידה כשלעצמה עילת תביעה. עורך דין מקצועי ואחראי חייב לברר בזהירות וביסודיות את קיומה של עילת תביעה, ולא לגרור את הרופא ואת הניזוק לתביעה חסרת בסיס שתעשה עוול לשניהם ולמערכת הרפואית כולה. לצורך זה, אעבור עתה לדון בקצרה במושגי יסוד בתחום.

רשלנות רפואית - מושגי יסוד

טעות אינה בהכרח רשלנות. סיבוך רפואי, טיפול שכשל או לא השיג את מטרתו, בחירה באסכולה רפואית שלא השיגה את התוצאה המקווה - אלה אינם בהכרח בבחינת רשלנות. עילת הרשלנות הרפואית נגזרת מסעיף 35 לפקודת הנזיקין (נוסח חדש). סעיף זה אינו מיוחד לעוסקים ברפואה כי אם מעגן את עוולת הרשלנות הכללית, ובכלל זה רשלנות מקצועית. ניסוחו של הסעיף עתיק ומיושן, אך בתמצית הוא קובע כי עוולת הרשלנות מבוססת על שלושה רכיבים: התרשלנות, כלומר הפרת חובת הזהירות שחב המזיק (המטפל) לניזוק (המטופל), אם במעשה ואם במחדל; קיומו של נזק; קשר סיבתי בין ההתרשלנות ובין הנזק. ככל תביעת רשלנות, וגם בתביעת רשלנות רפואית, חייב התובע להוכיח את קיומם של כל שלושת הרכיבים.

חובת הזהירות חלה בכל שלבי הטיפול, ובכלל זה שלב גביית האנמנזה, העמדת האבחנה המבדלת, הפניה לבדיקות וביצוען, מתן הנחיות לטיפול ואופן ביצועו, מעקב אחר המטופל ועוד. חובת הזהירות חלה גם על מטפלים פרא-רפואיים, על אחים ואחיות, על עובדי מעבדה, על טכנאים, על עובדי אדמיניסטרציה וכיוצא באלה, ולפיכך הנאמר במאמר זה בנוגע לרופא או מטפל חל על כל אלה. עם זאת, הרופא ייחשב תמיד ה"קברניט" - האחראי לטיפול כלפי המטופל.

בית המשפט הוא זה שקובע מיהו הרופא הסביר או המטפל הסביר, כיצד היה פועל בנסיבות מקרה כלשהו ואם חרגה התנהלותו במקרה מסוים מן הסטנדרט המקובל. הוא קובע זאת על בסיס הראיות שלפניו, ובכללן עדויות המטפלים המעורבים ומומחים מטעם שני הצדדים. לפי פסיקת בתי המשפט, רופא ייחשב רופא סביר אם נקט אמצעי זהירות מקובלים, אם החלטותיו ופעולותיו התבססו על שיקולים הולמים ומתאימים למקרה שלפניו, אם הוא ביסס את החלטותיו על ידע עדכני, אשר נתמך בספרות המקצועית, על ניסיון קודם ועל נורמות מקובלות בעולם הרפואה, כלומר אם הוא פעל לפי הפרקטיקה

המקובלת. עוד הבהירו בתי המשפט בפסיקתם כי מבחן הרופא הסביר אינו "מבחן של חכמים לאחר מעשה", כי אם יש לבחון את סבירות החלטותיו של רופא על פי הנתונים שעמדו בפניו בזמן אמת, ועל פי הפרקטיקה שנהגה באותה עת.²

מטבע הדברים, אין בנמצא "נוסחה מתמטית" לצורכי הכרעה במבחן הרופא הסביר. ישומו תלוי בנסיבותיו של כל מקרה, ולא תמיד ההכרעה פשוטה. המקרה של הילה, אשר תיארתי למעלה, הוא מקרה מובהק: במשך כמה ימי אשפוז שום רופא לא הביט בדוח פענוח בדיקת האולטרסאונד שנערכה עם קבלתה לבית החולים, ממצאי הבדיקה הועתקו למסמכי האשפוז רק בחלקם ואגב השמטת הממצא החשוב ביותר, התרחש כשל תקשורת בין מפענח הבדיקה ובין הרופאים המטפלים, וכך קרה שהרופאים התעלמו ממצא פתולוגי. מפתיע להיווכח כי מקרים מסוג זה, הנופלים לקטגוריה שאנו נוהגים לכנות "האבחנה נותרה במגירה", עודם מתרחשים בימינו. בעידן של טכנולוגיה מתקדמת, כאשר כל אדם יכול לקבל התראות ומבזקים לפי בחירה, אין ספק שאפשר להקל על הצוות הרפואי, וכך גם למנוע כשלים בדיווח בין גורמי הרפואה השונים באמצעי זהירות פשוטים, בלי לגרוע מחובתו של רופא להתעניין בממצאי בדיקה שהזמין ולהתבונן בהם.

האם המידע בתיעוד הרפואי מיותר מפגש מטפל-מטופל?

כח פערי המידע שציינתי, כיצד המטופל יכול לדעת ולהבין מה השתבש וכיצד ניזוק? את התשובות המטופל אמור כביכול למצוא בתיק הרפואי, והוא זכאי לקבל אותו לפי דרישה. האזננו פשוט כל כך? האם בזכות לעיין בתיעוד הרפואי יש כדי לספק מענה לזכות המטופל למידע? האם בכך יש כדי לפטור את הרופא מן הצורך לדווח ולהסביר על שיבוש בטיפול? למטופל יש זכות לקבל העתק מן התיעוד של הטיפול בו (הרשומה הרפואית). מולה שמדת חובת המטפל או המוסד הרפואי לנהל רשומה רפואית, לשמור אותה ולמסור אותה למטופל לפי דרישתו - כך לפי סעיפים 17-18 לחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996. למרות זאת, הניסיון לממש זכות בסיסית זו רווי לעיתים קשיים ורצוף מכשולים, ולא תמיד נוחל הצלחה מלאה.

יש מקרים שפניות המטופל או בא כוחו למרפאות רופאים בבקשה לקבל העתק מן הרשומה זוכות להתעלמות מוחלטת, או בתסריט ה"מנומס", לתשובה כי התיק אינו בנמצא ("הצפה" או "שרפה" במרפאה הן אירועים לא נדירים, כך מסתבר). יש מקרים שמוסד רפואי משיב כי ההליך או הבדיקה שלגביהם התבקש התיעוד לא בוצעו בו כלל, ואז המטופל נדרש לאתר "הוכחות" לכך שההליך בוצע באותו מוסד, כגון להתחקות אחר טופסי 17 מקופת החולים. בתיקים רפואיים שמתקבלים מבתי חולים חסרים לעיתים מסמכים שהם חלק אינטגרלי מכל תיק, כגון גיליון הרדמה מתוך תיק ניתוח - המתעד נתונים שאי אפשר לזכות משום מקור אחר על מצב המטופל בעת הניתוח, או פלטי ניטור העובר מתיק

² ראו למשל ע"א 323/89, פפרי קוהרי נ' מדינת ישראל, פ"ד מה (2), 142, 172.

הסתכל לנו בעיניים". הקול
 ו טעות. הדבר דורש משאבי
 קשה מצד המטופל בשעת
 ה"סליחה" ישמשו נגדו יום
 "ת" מסוג זה. יש להודות כי
 לם חשוב להדגיש: העובדה
 גה מולידה כשלעצמה עילת
 וודיות את קיומה של עילת
 סיס שתעשה עוול לשניהם
 במושגי יסוד בתחום.

לא השיג את מטרותו, בחירה
 ינם בהכרח בבחינת רשלנות.
 (נוסח חדש). סעיף זה אינו
 הכללי, ובכלל זה רשלנות
 יא קובע כי עוולת הרשלנות
 זוהירות שחב המזיק (המטפל)
 שר סיבתי בין ההתרשלות ובין
 ייב התובע להוכיח את קיומם
 ית האנמנזה, העמדת האבחנה
 בביצועו, מעקב אחר המטופל
 על אחים ואחיות, על עובר
 ה, ולפיכך הנאמר במאמר זה
 ב תמיד ה"קברניט" - האחר
 מטפל הסביר, כיצד היה פועל
 מן הסטנדרט המקובל. הוא
 ים המעורבים ומומחים מטעם
 סביר אם נקט אמצעי זהירות
 מ הולמים ומתאימים למקרה
 נתמך בספרות המקצועית. על
 אם הוא פעל לפי הפרקטיקה

לידה - אלה חיוניים כדי ללמוד על מצבו של העובר במהלך הלידה. לעיתים הגיליון החסר הוא המסמך בעל החשיבות העליונה להבנת האירוע. במקרים מסוימים יאלץ מטופל לעתור לבית המשפט, בהליך מקדמי, עוד בטרם ידע ויבין את מהלך הטיפול - רק בניסיון לממש את זכותו לקבל את התייעוד הרפואי המלא. הליך כזה כרוך בטרחה, בזמן ובעלויות כספיות, ולא בכל המקרים יישא פרי. גם כאשר התיק המלא מצוי בפני המטופל, לא תמיד יימצא בו התיאור המלא או המדויק הדרוש להבנת האירועים. לעיתים יכלול התייעוד רישומים ממעיטים (דיווח על קרע "זערורי" שנגרם בניתוח, כאשר למעשה המטופל איבד דרך הקרע שני ליטרים דם), או רישומים שנערכו לאחר שהתחוור הנזק ואינם מתיישבים עם רישומים או עם ההתרחשויות מזמן אמת.

אלה הן, בתמצית, רק דוגמאות להמחשת קשיים שמטופלים נאלצים להתמודד עימם בניסיון לקבל את התייעוד כדי להבין את מהלך הטיפול. ד"ר אביבה אלעד, רופאת משפחה אשר כתבה את הספר חלוק לבן פרופ: רופאה לומדת על בשרה עד כמה המערכת חולה (אלעד 2016), תיארה בספרה באומץ את חוויותיה הקשות כבת לאב חולה וכרעיה לבן זוג חולה ואת תחלואי המערכת לצד הצעות לתיקונם. בספרה היא מתארת כי כאשר קיבלה לעיונה את התיקים הרפואיים של בן זוגה מבית החולים, השתוממה לגלות כי התייעוד חסר התייחסות לאירועים הקריטיים ביותר, ובלשונה: "אירועי הלילה אינם מפורטים כלל! מצוין ביובר רק כי החולה פיתח אי ספיקת כליות חריפה ואין כל התייחסות למהלך הדברים שהוביל לכך" (שם, 331). לולא הייתה רופאה בעצמה, לא הייתה לה כל יכולת להבין את מהלך הדברים - לא בזמן אמת, וגם לא כשקיבלה לידיה את התיק הרפואי. מובן שאין בכך כדי לשקף את כל המקרים; ועם זאת, מניסיוני ולצערי עליי לומר כי יש בכך כדי לשקף את מצבם של מטופלים רבים.

לליקויים ברשומה הרפואית יש השלכות משפטיות: אם תתנהל תביעת רשלנות רפואית, הם צפויים להיזקף לחובת הרופא או המוסד שערך את הרישום. אם רופא או מוסד לא יוכלו לספק הסבר מניח את הדעת לליקויים ברישום, יועבר אל כתפיהם נטל ההוכחה בדבר העובדות השנויות במחלוקת אשר יכלו להתבהר מתוך הרשומה.³ עם זאת, אין ב"פרס ניחומים" מסוג זה מענה לצורך לשקף למטופל בזמן אמת את התמונה המלאה והמדויקת של האירועים שביניהם נפגע.

יתרה מכך, מטופלים רבים שניזוקו בזמן טיפול לא ימצאו כלל את הזמן ואת האנרגיות לעסוק בקבלת התיקים הרפואיים ולברר איך כל זה קרה, מבעד למאמצי ההישרדות והשיקום הכרוכים בנזקייהם. בהיעדר דיווח יזום מצד המטפל או המוסד בזמן אמת - הם ייוותרו בערפול מדברים אלו עולות שתי מסקנות מרכזיות: האחת - יש מקום לשיפור במימוש הזכות לקבלת התייעוד הרפואי; והשנייה - במקרה של תקלה או טעות בטיפול, אין בזכותו של המטופל לקבלת התייעוד מענה מספק לזכותו להבין מה קרה לו וכיצד ניזוק. בזכות לקבלת

3 ראו ע"א 612/78, פאר נ' קופר ואח', פ"ד לה (1), 720, 724; ע"א 58/82, משה קנטור נ' דר' מוסייב ואח'. פ"ד לט (3), 253, 259.

זאת בשמחה עבור הנתבעים (המטפלים). שנית, יש גילדות מקצועיות מסוימות שהן בעלות אג'נדה מוצהרת נגד תביעות רשלנות רפואיות, ובלשון המעטה אינן רואות בעין יפה רופאים מקרבן אשר נכונים לתת חוות דעת למטופלים (כלומר לתובעים). שלישית, מומחים אשר עובדים בשירות המדינה מנועים מלתת חוות דעת נגד מרכזים רפואיים של משרד הבריאות (למעט בתחומי מומחיות מעטים, אשר מתאפיינים במיעוט רופאים), ואילו לרופא או למוסד שנתבע פתוחה הדרך לקבל חוות דעת מכל מומחה המועסק בכל מסגרת שהיא. רביעית, יש תחומי מומחיות אשר ה"קליקה" בהם מצומצמת מאוד, וכמעט אי אפשר למצוא בהם מומחה שיהיה נכון להתייחס לטיפול שנתן הקולגה, או רופאים שנחשבים "פיגורות". אלה הן דוגמאות להמחשת חוסר האיזון ב"יחסי הכוחות", שבגינן קשה לקבל חוות דעת בתמיכה לתביעת רשלנות רפואית.

במקרים רבים, בתום הבירור, לאחר לימוד המקרה וההיוועצות עם מומחים, תהיה המסקנה כי לא הייתה התרשלנות או שאין קשר סיבתי לנזק שנגרם, דהיינו לא קמה עילת תביעה ברשלנות רפואית. במצב כזה אפשר לומר שאנחנו, עורכי הדין, עומדים בין המטפל למטופל - מתווכים ומסבירים למטופל כי מצבו אינו תוצאה של רשלנות, מדבררים את הרופא, הגם שללא הזמנתו ושלא בידיעתו. מעניין לדעת שלעיתים קרובות המטופל שפנה לבירור משפטי שמח למשמע בשורה זו. הוא לא יקבל פיצוי כספי, אבל זו הקלה בשבילו לגלות שנוזקיו אינם מידי אדם או תולדה של אשם. זוהי ללא ספק תגובה נפוצה במיוחד באותם מקרים שרופא נהג במטופל בהגינות ובאכפתיות כשהשתבש הטיפול. רגע כזה כשלקוח מסיים הליך בירור, בלי תביעה ובלי פיצוי אך עם שקט נפשי והקלה - הוא רגע חשוב מבחינה רגשית למטופל. לעומת זאת, יש מקרים שהבירור מעלה כי התחושה הייתה נכונה - המחלה לא אובחנה במועד או שהתמונה הרפואית לא זכתה להתייחסות נכונה. במקרים אלה הליך משפטי הוא הכלי של המטופל לקבל פיצוי כספי להטבת נזקיו וצרכיו. חשוב להבין, הליך זה אינו הליך ענישתי, אינו בגדר נקמה ואינו אמצעי לסיפוק רגשי. הוא נועד לשקם כלכלית את המטופל שנפגע, לתת מענה לנזקיו ולצרכיו ולאפשר לו חיים בכבוד.

מטפל-מטופל וביניהם - לפעמים תעלומה

יפעת (שם בדוי) לא הצליחה להרות. היא ובעלה החליטו לפנות לטיפול פרטי אצל מומחה פריון מוביל. בפגישתם הראשונה הוא עודד אותה - "אצלי את תהרי מהר מאוד", כי אמר. משלב זה ואילך התקיימו ביניהם מפגשים ללא מפגש. דלת סגורה חצצה בין החדר הרופא ובין יפעת בחדר ההמתנה. בין השניים תיווכה עובדת - היא זו שהכניסה לחדר הרופא את ממצאי הבדיקות שהביאה יפעת, והיא זו שחזרה אל יפעת ובידה מרססת לתרופות ולזריקות והפניות לבדיקות מעבדה ואולטרסאונד. באחד מאותם ביקורים קיבלה יפעת באותה שיטה הנחיות להזרקת כוריגון ולביצוע הזרעה, ולצורך זה התבקשה לפנות למסגרת רפואית אחרת. למה? כי כך הנחה המומחה. הוא הבטיח ילד, והיא בטחה בו. הטיפול הסתיים בהיפרסטימולציה קשה (גירוי יתר שחלתי) והיריון עם עוברים רבים.

ככאן ואילך החלה מסכת ייסורי
של תאומים "בלבד", אשפוזים
כשיתוק מוחין על רקע פגות
אך כל זה קרה. סימני השאלה
אל הקיר: ממצאי בדיקות המעבדה
את הסיכון להיריון מרובה עוברים
שחלה). הכיצד זה לא הבין מומחה
שנים מן הטיפול, בדיון מתקדם בת
אליו פנתה לא היה זה שישב מאחורי
פלו בניסיעותיו לחוץ-לארץ, והוא
אימנם המקרה הזה קיצוני. אכן
הקשה שמטופל עלול להיקלע אל
אבים על רקע אי-הוודאות בנוגע
על קצה הסקלה, יש מקרים אחרים
במקרה בו הכירורג הבכיר ששמו
התגברות אך לא נכח ברגע "דרמטי"
את הנוכחות החלקית. במקרה שבו
אחר להגיע, ובכך נדחתה קבלת
על פי רוב "עניין פנימי" מסוג זה
את ההשתלמויות הדרושות לצורך
בחיובים ולא יהיה בידיעת המטופל
שהקיימו "מאחורי הקלעים" וגרמו
הזכות למידע - "זכות יסוד"
במק דין של בית המשפט העליון
בית המשפט העליון, מעמד של זכות
ההסתמיה של האדם וזכותו לכבוד
הדין על דוח בדיקה פנימי שנערך
בשם טובר על החששות הנובעים
על יסודות בדיקה. פסק דין זה, של
החלטות דיונים סוערים נערכו בוועדה
באיתורסים מתנגשים - זכות המס
השליש והצורך להבטיח שיתוף פעולה
היא 1412/94, הדסה עין כרם נ' גלעד

באן ואילך החלה מסכת ייסורים: הליכים חוזרים של הפחתת עופרים עד השגת היריון של תאומים "בלבד", אשפוזים, שמירת היריון ולידה מוקדמת - עם תוצאה של ילד לוקה כשיתוק מוחין על רקע פגות ויילודה מתה. יפעת פנתה אלינו במצוקה. היא לא הבינה אך כל זה קרה. סימני השאלה גברו כאשר מן התייעוד הרפואי התברר כי הכתובת הייתה של הקיר: ממצאי בדיקות המעבדה ובדיקת האולטרסאונד שקדמו להליך ההזרעה ניבאו את הסיכון להיריון מרובה עופרים (בבדיקת האולטרסאונד נצפו זקיקים בשלים רבים בכל החלה). הכיצד זה לא הבין מומחה הפרייון? הכיצד נתן הנחיות להמשיך בטיפול? רק בחלוף שנים מן הטיפול, בדיון מתקדם בתביעה, בשלב העדויות, גילתה יפעת ואנחנו עימה: הרופא אילו פנתה לא היה זה שישב מאחורי הדלת. רופא אחר, צעיר יותר ומנוסה פחות, "כיסה" מליז בנסיעותיו לחוץ-לארץ, והוא זה שטיפל בה מעבר לדלת, ללא ידיעתה והסכמתה.

אימנם המקרה הזה קיצוני. אין הוא מלמד על הכלל, כי אם נועד להדגים את המצוקה הקשה שמתופל עלול להיקלע אליה - אם לא די בקטסטרופה הרפואית, הוא מצוי בחוסר זכים על רקע אי-הוודאות בנוגע לאירועים שהביאו לתוצאה. הגם שמדובר במקרה חריג, על קצה הסקלה, יש מקרים אחרים, מתונים יותר על הרצף, ומופרים יותר. לשם המחשה: במקרה בו הכירורג הבכיר ששמו מתנוסס בגיליון הניתוח, שהה בחדר הניתוח רק חלק מהניתוח אך לא נכח ברגע "דרמטי" אשר דרש את ידיו המיומנות - לא תמיד ישקף הגיליון את הנוכחות החלקית. במקרה שצוות המחלקה לא הצליח להשיג את הכונן או שהכונן נחמד להגיע, ובכך נדחתה קבלת החלטות והתעכב הטיפול - התייעוד הרפואי לא ישקף על פי רוב "עניין פנימי" מסוג זה. במקרה בו הרופא אשר ביצע את הניתוח לא השלים את ההשתלמויות הדרושות לצורך ניתוח שביצע - גם מידע מסוג זה לא יבוא לידי ביטוי בכתובים ולא יהיה בידיעת המטופל. יש מקרים שבהם למטופל אין דרך לדעת על אירועים שהתקיימו "מאחורי הקלעים" וגרמו לו נזק. מהלך הדברים ייוותר עבורו בבחינת תעלומה.

זכות למידע - "זכות יסוד" וביטוי לאוטונומיה ולכבודו של אדם

בפסק דין של בית המשפט העליון משנת 1995,⁴ ייחס כבוד השופט אהרן ברק, אז נשיא בית המשפט העליון, מעמד של זכות יסוד לזכות המטופל לדעת מה נעשה בגופו, כביטוי לאוטונומיה של האדם וזכותו לכבוד. על בסיס זה קבע כבוד השופט ברק כי לא יחול היסיון על דוח בדיקה פנימי שנערך במוסד רפואי וכי זכותו של המטופל לדעת מה נעשה בטפו גוברת על החששות הנובעים מגילוי מסמך מסוג זה, ובפרט החשש לפגיעה בתפקודן של ועדות בדיקה. פסק דין זה, שלימים נודע בשם "הלכת הדסה", גרם טלטלה במערכת הרפואית. דיונים סוערים נערכו בוועדת העבודה והרווחה של הכנסת בנוגע לצורך לאזן בין אינטרסים מתנגשים - זכות המטופל למידע לגבי הדרך בה נפגע, וזכויותיהם של המטפלים והצורך להבטיח שיתוף פעולה מצידם לטובת תפקוד תקין של ועדות הבדיקה,

⁴ רע"א 1412/94, הדסה עין כרם נ' גלעד ואח', פ"ד מט (2), תשנ"ה/תשנ"ו 1995, 516, 525.

יות מסוימות שהן בעלות רואות בעין יפה רופאים שלישיית, מומחים אשר איים של משרד הבריאות, ואילו לרופא או למוסד מסגרת שהיא. רביעית, ש אי אפשר למצוא בהם נחשבים "פיגורות". אלה לקבל חוות דעת בתמיכה צוות עם מומחים, תהיה, דהיינו לא קמה עליו הדין, עומדים בין המטופל ורשלנות, מדבררים את קרובות המטופל שפנה, אבל זו הקלה בשבילי ק תגובה נפוצה במיוחד תבש הטיפול. רגע כזה נפשי והקלה - הוא רגע מעלה כי התחושה הייתה וכתה להתייחסות נכונה. לפי להטבת נזקיו וצרכיו מצעי לסיפוק רגשי. הוא ולאפשר לו חיים בכבוד.

יפול פרטי אצל מומחה תהרי מהר מאוד", כך סגורה חצצה בין חדר היא זו שהכניסה לחדר יפעת ובידה מרשמים מאותם ביקורים קיבלה דן זה התבקשה לפנות ילד, והיא בטחה בו. יון עם עופרים רבים.

הליכי הפקת לקחים ושיפור הרפואה. בשנת 1996 נחקק חוק זכויות החולה (התשנ"ו-1996), ובסעיף 21 לחוק עוגנה "נוסחת איזון": דוח הממצאים והמסקנות של ועדת בדיקה יימסר למטפל ולמטופל, ואילו הפרוטוקולים של הדיונים יהיו חסויים בפניהם, להוציא במקרים חריגים. בפסק דין משנת 2005 קבע בית המשפט העליון כי חשיפת הפרוטוקולים תותר במקרים נדירים, כגון במקרים של חסר ברשומה הרפואית, רישומים רפואיים שאינם סבירים על פניהם או שאינם מתיישבים זה עם זה, או חשש לשינוי או לשיבוש של הרשומה הרפואית.⁵

סעיף 21 לחוק זכויות החולה מסדיר הן את פעולתן של ועדות הבדיקה של משרד הבריאות, המוקמות ומנוהלות על ידי נציבות קבילות הציבור, והן את ועדות הבדיקה הפנימיות של מוסד רפואי - בית חולים או קופת חולים. אולם בפועל, זה שנים רבות, נותרה הסמכות להקים ועדת בדיקה פנימית כמעט אות מתה. עמד על כך עוד בשנת 2011 מבקר המדינה כבוד השופט בדימוס מיכאל לינדנשטראוס, בקובעו: "למשרד מבקר המדינה נמסר על שיטות שונות הננקטות בבתי החולים לבירור פרטי האירועים החריגים, באופן שלא יפגע ברופאים" (מבקר המדינה 2012, 255). מניסיון אוסיף כי נתקלנו גם במקרים בהם ועדות בדיקה פנימיות לוו בתהליך הבדיקה על ידי החברה המבטחת, ובתוך כך פסחו בבדיקתן על השאלות המרכזיות שנגעו לטיפול, ונראה כי אין צורך להכביר מילים על החשש שמא תושפע ועדת בדיקה משיקולי המבטחת, הצופה פני הליך משפטי ומטרתה מעורר הסיכון הכספי. בנוגע לוועדות הבדיקה שמשרד הבריאות מקים, אלה מוקמות בנסיבות חריגות בדיקותיהן נמשכות פרק זמן ממושך, והמסקנות מתקבלות לעיתים זמן רב מאוד לאחר האירועים. כמו כן מדובר בגוף אשר בודק את עצמו, על כל המגבלות והקשיים הכרוכים בכך, וניכרת לעיתים נטייתו לעדן את ממצאיו או "להלך בין הטיפות". עם זאת, להליכי הבדיקה המתקיימים במשרד הבריאות יש משמעות לצורך הפקת לקחים, וכן בעבור המטופל או משפחתו, המקבלים הזדמנות לשטוח את סיפורם ואת תחושותיהם לפני גורם רשמי ולקבל את מסקנות הבדיקה. מעניין לדעת כי במקרים מסוימים המטופל או משפחתו זוכים בעת עדותם לפני הוועדה לסיפוק רגשי שלא קיבלו מן הרופא המטפל לאחר האירוע. הם זוכים לקשב ולאמפתיה של חברי הוועדה (על פי רוב נציגי משפטי של נציבות קבילות הציבור ושני רופאים), ובמקרים מסוימים גם להסבר רפואי שעשוי להיות מרגיע. כך למשל, במקרה בו טיפלנו, מסרו בני משפחתו של מטופל עדות לפני ועדת בדיקה, על אבי המשפחה אשר קפץ אל מותו מחלון המחלקה שהיה מאושפז בה. בפגישתם עם הוועדה, זמן רב לאחר האירוע שמעו בני המשפחה לראשונה מגורם מוסמך כי האב קפץ אל מותו כשהיה נתון במצב של דליריום (מצב בלבולי חריף), ולא כמעשה אובדני. לא היה אפשר להחמיץ את ההקלה שננסה על פניהם של בני המשפחה - הם זכו מפי סמכות רפואית להבנה ולהכרה שיקרים לא רצה לסיים את חייו. בתום הבירור הסיקה הוועדה מסקנות בדבר כשלים שבגינם לא קיבל המטופל את הטיפול התרופתי הנכון לדליריום ולא זכה להשגחה הראויה, וקבעה

5 ראו רע"א 4708/03, לילי חן נ' מדינת ישראל, פ"ד ס (3), 274.

שורה של לקחים ליישום. בדוגמה זו יש כדי לחדד את חשיבותו של מפגש מטפל-מטופל סמוך לאחר האירוע. את אותה הקלה יחסית שזכו בה בני המשפחה שנים לאחר מות יקירם, ראוי היה שיקבלו סמוך לאחר האירועים מן הצוות המטפל בבית החולים.

מפגש מטפל-מטופל כשהטיפול משתבש – מצב של אינטרסים מתנגשים?

מטפל ומטופל הולכים "יד ביד" בטיפול, כדי להביא לתוצאה המקווה – דאגה לבריאות המטופל. כאשר הטיפול מסתבך, עולה ברופא, לצד הדאגה לבריאות המטופל, גם החשש מפני התוצאות. מצב זה מייצר כביכול התנגשות בין זכות המטופל לדעת מדוע השתבשו הדברים ובין חששו של המטפל או המוסד מפני השלכותיו של הדיווח – האשמות, הליך משפטי פוטנציאלי ופגיעה במוניטין. איני מבקשת לבטל את החשש, הוא טבעי ואנושי, אולם מחקרים הראו כי מדיניות של היעדר שקיפות אינה מורידה את היקף התביעות וכי דווקא מדיניות של דיווח בשקיפות עשויה להשתלם למערכת הרפואית. כך גם מניסיוני כמייצגת מטופלים – שקיפות תורמת לאמון, מפחיתה חשדנות ו"נקמנות", מצמצמת הליכים משפטיים ומעודדת פתרון סכסוכים בדרכי פשרה. אסביר את הטעמים לכך:

ראשית, כאמור – לא כל טעות היא רשלנות, ולפיכך דיווח והבעת צער מצד רופא אינם סעיפים בהכרח שהוא התרשל. שנית, מטופל שהסבירו לו את התקלה ביושרה ובהגינות, תרשם לעיתים קרובות ממאמצי הרופאים לעשות כל שאפשר כדי לטפל בו כראוי ולמנוע את התוצאה. בכך יהיה כדי להביא להפחתתן של תביעות, בפרט תביעות סרק המזיקות למערכת כולה – למטופלים ולמטופלים. שלישית, רופא שנעלם כשהטיפול משתבש או חומק ממתן הסברים, מפר את האמון שנתן בו המטופל ומותיר אותו עם רגשות של עלבון ובגידה. בכך הוא מייצר למטופל "תמריץ" לנקוט נגדו הליכים, לעיתים אישיים. לעומת זאת, מטופל שהרופא הסביר לו, הביע צער ונתן לו הרגשה שראה אותו – את האדם כאחורי ה"מקרה" – ירגיש צורך לגמול לרופא. לעיתים יסתפק בכך, ולא יפנה לאפיק משפטי. לחלופין, אם יפנה להליך משפטי, יהיה נכון לנהל את ההליך בעוצמות נמוכות, בשקט תקשורתי, תוך שמירה על שמו הטוב של הרופא, ולהתפשר בשלב מוקדם, בלי להיגרר לשלב העדויות הכרוך באי-נעימות עבור הרופא. רביעית, יש מקרים אשר מותרים את בני משפחתו של הניזוק מלאים רגשי אשמה. "איך נתתי לזה לקרות", "הייתי צריך לדגור יותר", "למה בטחתי" – אנחנו נתקלים לעיתים קרובות בתחושות אלה, האופייניות במיוחד למקרים בהם נפגע ילד, והוריו מרגישים כי לא שמרו עליו מספיק. במקרים אלה במיוחד – שיחת מטפל-מטופל לצורך הסבר על הסיבוך עשויה לעשות עם בני המשפחה חסד של ממש ולייצר בהם שקט נפשי מסוים; ובערך זה אין להקל ראש.

להשלמת התמונה ארשה לעצמי לומר כי אני סבורה ששיחה כזו עושה חסד גם עם הרופא שתחת ידיו אירעה התקלה או הטעות, רשלנית או לא, ותורמת גם לשקט הנפשי שלו. בסיטואציה שבה הדברים השתבשו – סיטואציה שללא ספק "הולכים איתה הביתה".

ת החולה (התשנ"ו-1996),
 ת של ועדת בדיקה יימסר
 בפניהם, להוציא במקרים
 יפת הפרוטוקולים תותר
 ישומים רפואיים שאינם
 י או לשיבוש של הרשומה

בדיקה של משרד הבריאות,
 ות הבדיקה הפנימיות של
 יים רבות, נותרה הסמכות
 בשנת 2011 מבקר המדינה
 מבקר המדינה נמסר על
 חריגים, באופן שלא יפגע
 ו גם במקרים בהם ועדות
 תוך כך פסחו בבדיקתן על
 ים על החשש שמא תושפע
 ה מזעור הסיכון הכספי.
 מוקמות בנסיבות חריגות,
 יתים זמן רב מאוד לאחר
 ות והקשיים הכרוכים בכך.
 עם זאת, להליכי הבדיקה
 ים, וכן בעבור המטופל או
 הם לפני גורם רשמי ולקבל
 פל או משפחתו זוכים בעת
 ל לאחר האירוע. הם זוכים
 יצבות קבילות הציבור ושגו
 יגיע. כך למשל, במקרה בו
 על אבי המשפחה אשר קפץ
 גדה, זמן רב לאחר האירוע.
 ל מותו כשהיה נתון במצב
 אפשר להחמיץ את ההקלה
 ית להבנה ולהכרה שיקור
 ת בדבר כשלים שבגינם לא
 להשגחה הראויה, וקב

מפגש מטפל-מטופל כשהטיפול מסתבך - ההיבט האתי

ההסתדרות הרפואית נתנה את דעתה לנושא בנייר עמדה אמיץ וראוי ממאי 2004.⁶ במסמך הנושא את הכותרת "על הרופא מוטלת החובה האתית לגלות לחולה כי חלה תקלה בטיפול בו", הביעה ההסתדרות הרפואית את העמדה הבאה:

הרפואה אינה מדע מדויק ואין היא יכולה לערוב לתוצאה חיובית בכל טיפול. לפיכך תקלה בטיפול רפואי היא לעיתים בלתי נמנעת. תקלה משמעותה תוצאה שלילית, בלתי מכוונת ובלתי צפויה במהלך טיפול רפואי. לא כל משגה או תקלה בטיפול הרפואי מהווה בהכרח רשלנות רפואית. לפיכך הודאה בתקלה בטיפול אין משמעותה הודאה ברשלנות. זכותו של המטופל לדעת מהו הטיפול הרפואי שקיבל. זכות זו נגזרת מזכותנו לדעת על עצמנו, כביטוי לאוטונומיה של הרצון הפרטי של האדם וכבודו. גילוי נאות של תקלה בטיפול ישמר את האמון ההכרחי ביחסי רופא-חולה. בכל מקרה של תקלה בטיפול בחולה, אשר יש לה השפעה על בריאותו או על המשך הטיפול בו, יש ליידע את החולה בדבר תקלה זו. גילוי התקלה לחולה ייעשה מוקדם ככל האפשר, תוך הבעת אמפתיה וצער על התקלה שהתרחשה. הגילוי ייעשה על ידי הרופא האחראי, והוא יכלול מידע ששייב על השאלות: מה קרה, מתי קרה, כיצד קרה, ואילו צעדים ננקטו כדי שתקלה כזו לא תישנה בעתיד. הגילוי יכלול גם מידע לגבי השפעה אפשרית של התקלה על בריאותו של המטופל ועל הצעדים הננקטים כדי לתקן תקלה זו. נטילת אחריות אינה הודאה באשמה; לפיכך הרופא המדווח יימנע מהצהרה או הסכמה לכך שהוא, או רופא אחר או המוסד הרפואי, אשמים בתקלה שהתרחשה. יש לקבוע כללים מתאימים וליצור תרבות חברתית וארגונית של שקיפות ודיווח מלא לחולה במקרים של תקלה בטיפול הרפואי.

בעמדה זו אימצה ההסתדרות הרפואית לדעתי נוסחת איזון הגיונית וראויה: גילוי המידע ללא התייחסות ערכית לשאלת האשמה. האם הוטמעה נורמה זו באופן הולם?

תרבות של שקיפות

ניתן להתרשם לאורך השנים משיפור בתרבות השקיפות. עם זאת, יש עוד דרך ארוכה לעבור עד הטמעתה באופן הולם, ובפרט נדמה שהיא וולונטרית ו"חסרת שיניים". אחד כמה נקודות ואבחנות, על בסיס מקרים רבים בהם טיפלנו במשך שנים ארוכות. **תרבות של שקיפות כתלות במסגרת:** יש מסגרות רפואיות אשר יצרו תרבות של דיווח על תקלה או טעות ומטמיעות אותה, אם במחלקות ואם בהנהלת בית החולים. יש מסגרות שאף מקיימות סדנאות וסימולציות כדי להדריך את המטפלים כיצד לדווח למטופל על טעות או על תקלה וכיצד להתמודד עם התגובות. באותן מסגרות הפנימו כי שקיפות מתחייבת

6 ראו באתר ההסתדרות הרפואית לישראל, <https://tinyurl.com/yb52kmt8>

מזכויותיו של המטופל ומתגמלת גם את המערכת הרפואית, והדבר ראוי להערכה. לעומת זאת, במסגרות אחרות יש מקום רב לשיפור, וראוי כי יבוצעו בהן תהליכים להטמעת תרבות של שקיפות. נתקלנו למשל במקרים בהם התקיימה פגישה בין המטופל ובין הרופאים המעורבים או נציגי הנהלת המוסד הרפואי, אולם הגורמים האמיתיים או המכריעים שגרמו את הנוקים למטופל הושמטו מן ההסבר. אומנם ה"טקסט" התקיים, אולם במהות - נכון צריך היה לתת למטופל את המידע המלא. "תרבות השקיפות" משתנה אפוא מרופא לרופא וממוסד למוסד, וראוי להטמיע אותה הטמעה מקיפה וגורפת.

תרבות של שקיפות - מעשה לעומת מחדל: ניכר כי השקיפות והגילוי היזום טבעיים למסגרות הרפואיות, כאשר התקלה או הטעות באו לידי ביטוי במעשה - אקט פוזיטיבי, יתר מאשר במחדל - הימנעות מפעולה כאשר הייתה חובה לפעול. לשם המחשה: כאשר ניתנה למטופל תרופה במינון יתר, על פי רוב יובאו הדברים לידיעת המטופל. לעומת זאת, כאשר החמיץ הצוות אבחנה (לדוגמה - תמונה זיהומית מתפתחת, תסמינים של אירוע מוחי, ממצא הדמייתי), במרבית המקרים לא יחלוק הצוות עם המטופל את מסקנותיו. הצוות ידע שטעה או אחר בהתייחסות, ואילו המטופל עשוי לחשוב כי מצבו הוא בגדר התפתחות רפואית שלא היה אפשר למנוע.

תרבות של שקיפות - כשהמטופל עזב את המסגרת הרפואית: במקרים רבים השלכותיה של טעות או תקלה תבואנה לידי ביטוי כאשר המטופל כבר לא נמצא במוסד בו היא התרחשה. במצב דברים זה יהיו מקרים בהם הצוות המטפל כלל לא יהיה ער לטעות שנפלה ולתוצאותיה. אולם לעיתים הצוות מקבל דיווח על המשך האירועים, עורך רוויזיה על הבדיקות שביצע וכולה טעות שאירעה, למשל - טעות בפענוח בדיקת הדמיה. בנסיבות שהמטופל אינו נמצא עוד במסגרת בה אירעה הטעות, דיווח יזום של הצוות למטופל על תקלה או טעות, באמצעות דיווח לשיחה או בדרך אחרת הוא אירוע נדיר. יתרה מכך, גם אם יחזור המטופל למוסד שאירעה בו הטעות, כעבור זמן, למשל לצורכי טיפול או מעקב, לעיתים קרובות הוא לא יזכה לשיתוף במידע המצוי במוסד. אני סבורה כי אם מטפל או מסגרת ביצעו רוויזיה או נחשפו לטעות שביצעו, עליהם לשתף את המטופל בממצאים שלמדו בדיעבד, באותה מידה שהיה עליהם לשתף את המטופל בממצאי בדיקותיו בזמן אמת, כאשר שהה באותה מסגרת. המידע הטוב לממצאי הבדיקות הוא של המטופל, גם אם נלמד בדיעבד.

היכן העיוות הצורם? רבים מאותם מקרים הופעל מנגנון הדיווחים על הטעות או התקלה - להנהלת המוסד ולחברה המבטחת. כך, בעוד המטופל סבור כי מצבו הוא תולדה של התפתחות במחלתו, של יד הגורל או מידי שמייים, המערכת ביררה, דיווחה ולעיתים נסרכה להליך משפטי. נתקלנו גם במקרים בהם אירוע חריג דווח למשרד הבריאות, אשר בהן את האירוע, הסיק מסקנות וכתב דוח מסכם, בעוד למטופל עצמו לא נמסר דבר. במקרים אחרים הוצג המקרה בכינוסים רפואיים - למטרה הראויה של שיתוף בלקחים ושיפור הרפואה, אולם בלי לדווח דבר למטופל העומד במרכז ה"מקרה". המטופל נותר בטומא בארובה. אוסיף כי לדעתי לא רק המטופל נפגע מכך, כי אם גם המטפל. אין ספק ש"סוד" מסוג זה הוא מטען מכביד בעבורו.

כט האתי

פ וראוי ממאי 2004. במסמך לחולה כי חלה תקלה בטיפול

ה חיובית בכל טיפול. לפיכך משמעותה תוצאה שלילית. על משגה או תקלה בטיפול תקלה בטיפול אין משמעותה רפואי שקיבל. זכות זו נגזרת מן הפרטי של האדם וכבודו. יחסי רופא-חולה.

ה על בריאותו או על המסך לה לחולה ייעשה מוקדם ככל הגילוי ייעשה על ידי הרופא מתי קרה, כיצד קרה, ואילו כולל גם מידע לגבי השפעה הננקטים כדי לתקן תקלה. חיימנע מהצהרה או הסכמה קלה שהתרחשה. יש לקבוע שקיפות ודיווח מלא לחולה

גיונית וראויה: גילוי המידע זו באופן הולם?

זאת, יש עוד דרך ארוכה ית ו"חסרת שיניים". אחוז שך שנים ארוכות.

יצרו תרבות של דיווח על ית החולים. יש מסגרות שאי ד לדווח למטופל על טעות פנימו כי שקיפות מתחייבת

לאן מכאן?

מן הראוי לדעתי לקבוע נורמה מחייבת, בחוק, אשר תתמרץ דיווח מלא על טעות או על תקלה, עם היוודעה לרופא או לצוות, על ידי הוספת רכיב של "כדאיות" למשוואה. מוצע לקבוע לשם כך שורה של כללים שיחולו אם תוגש תביעה במקרה שרופא נקט שקיפות מלאה, ברוח זו:

- לא תוגש תביעה אישית נגד מטפל אם הטיפול נערך במסגרת ציבורית או מוסדית. אלא התביעה תוגש נגד הגוף המעסיק או המסגרת שבה קרתה התקלה. בכך יהיה כדי להפחית את אי-הנעימות שבהליך עבור המטפל.
- הדיווח על תקלה או טעות והבעת צער לא ייחשבו הודאה בחבות המשפטית. למטפלים תהיה פתוחה הדרך לטעון כי התנהלותם תאמה את הפרקטיקה המקובלת ואת סטנדרט הרופא הסביר.

- לאחר הגשת התביעה יהיו הצדדים מחויבים לפנות להליך גישור בניסיון לסילוק ההליך בפשרה בשלב המוקדם ביותר. כיום נדרשת שורה של אישורים בגופים הרפואיים והמבטחים כדי לפנות להליך גישור; הדבר כרוך בבירוקרטיה ובסחבת, מסכל לעיתים את הפנייה לגישור ואינו פועל בהכרח לטובת הרופא או הצוות הרפואי. מעבר לכך, החובה לפנות לניסיון גישור תנטרל נטייה אישית או מקצועית של עורכי הדין המייצגים את הצדדים, אם הם מעדיפים להתקדם להליך של ניהול התביעה – שמיעת עדויות וקבלת פסק דין. כלל אשר מחייב פנייה לניסיון גישור במקרים בהם ניתן דיווח מלא – יפעל לטובת כל המעורבים. אם הגישור לא יצלח – ינהלו הצדדים את התביעה בבית המשפט.

- כחלק מהליך הגישור יוכלו הצדדים להחליט, בסיוע המגשר, על אילו סוגיות הם יכולים להסכים ומהן המחלוקות האמיתיות המחייבות קבלה או הוספה של חוות דעת מומחים. בכך יהיה משום חיסכון בעלויות כספיות לשני הצדדים ובזמן הרב המושקע בקבלת חוות דעת מומחים רבות מכל צד בנפרד, בשיטה הנהוגה כיום – לפיה רק בגמר הגשת חוות דעת מטעם שני הצדדים נשקלת האפשרות של גישור.

מנגד, לדעתי צריכה להינקט "סנקציה" כספית במקרים של אי-דיווח על טעות או תקלה. כשם שהפסיקה הכירה בצורך לפצות מטופל בגין "פגיעה באוטונומיה" כאשר לא נמסר לו מידע חיוני בנוגע לטיפול עתידי⁷, כך יש לפצותו אם לא סופק לו מידע שהיה בידי המטפל על טיפול בעברו. גם זו פגיעה באוטונומיה – פגיעה אשר מייצרת למטופל סבל, טרחה ועלויות כספיות.

זכות המטופל לדעת מה נעשה בגופו והצורך בחיזוק האמון בין מטפל למטופל הם השיקולים הראשונים המחייבים הטמעת תרבות של שקיפות. בלי לגרוע מכך, מנגנון מתמרץ ברוח זו יעודד תרבות של שקיפות ויחזיר את יחסי המטפל-מטופל למקום של מפגש – המקום הראוי ליחסים אלה.

7 ראו ע"א 2781/93, דעקה נ' בי"ח כרמל, פ"ד נג (4), 526.

רשימת המקורות

אלעד, אביבה, 2016. חלוק לבן פרום: סימפוזיון סטימצקי.

מבקר המדינה, 2012. "תביעות רשלנות הבריאות", דוח ביקורת שנתי 62 לרשמי