

מכתב קורא  
שיתוף נציגי ציבור בועדות אתיקה  
ניסיון אישי

“קול המון כקול שדי”

תזקאל א כד

### מטאפורת ההוויה האתית

עשרת הדברות, הכתובים על לוחות הברית, הינם הקוד האתי הראשון של העם היהודי. תהליך הכנתם יכול לשמש סביבה מטאפורית לסוגיית שיתוף נציגי ציבור בועדות אתיקה.

פעמיים יוצרו ונכתבו לוחות הברית, בפעם הראשונה הלוחות נעשו ע"י אלוהים ולא שרדו, בפעם השנייה הלוחות נכתבו ע"י משה, איש בשר ודם, והגיעו בשלום ליעדם.

מטאפורית יש כאן סימוכין וחיזוק מדאורייתא לצורך בשיתוף בני תמותה מן הישוב בתהליך כתיבת קוד אתי.

התורה רוצה למנוע אפשרות שהקוד האתי יחשב לגזרה שהציבור אינו יכול לעמוד בה, ומכאן חשיבות שיתוף בני תמותה בכתיבתו.

### היסטוריית המשתתפים בועדות אתיקה

במשך דורות האתיקה הרפואית היתה נחלתם של יחידי סגולה, מיוחסים, ששותפו "בסוד" האתיקה הרפואית, כפי שמשה לבדו היה שותף לסוד עשרת הדברות.

הציבור הרחב, נאור ומשכיל ככל שיהיה, נתקף בהרגשת יראה וקדושה, כמעט קבליסטית, וחוסר ידיעה ורטט, כשהוא שומע את השם המפורש: "ועדת אתיקה רפואית". לכן הציבור הדיר רגליו מוועדות אתיקה אלו.

### מי כיהן במשך עשרות שנים בועדות אתיקה?

- **רופאים** – יחידה סגולה שיוחסה להם מסה קריטית של רוחניות בנוסף לידע מקצועי ברפואה.

- **פילוסופים** – שמצאו באתיקה הרפואית גירוי אינטלקטואלי שקשור בהליכה על החבל הדק שבין חיים למוות, הליכה שמאפשרת ל"חומרת המוח" גילוי נישות רוחניות בבריאה.

- **משפטנים** - בשבילי האתיקה המשפטנים מצאו דרכים לפענח סוגיות ברשלנות רפואית וסוגיות של מותר ואסור "במערכת הכלים השלובים אנושית- רופא מטופל".

כשם שאצל משה קדושת היתר האלוהית הזיקה והיה צורך לשבור את הלוחות ולעשותם מחדש, גם כאן הקידמה הטכנולוגית גרמה למבוכה מוסרית ומצוקה עמוקה שחייבו שיתוף חוגים רחבים בציבור בועדות אתיקה קימות וחדשות, וזאת כדי להתחלק בנטל הסוגיות המורכבות העומדות בפני הועדות לאתיקה רפואית, שמתאי מעט, "יחידי סגולה", לבדם לא יכלו להתמודד מולן.

### השפעת התפתחות תרבות הניהול על הועדות האתיות

התרבות הניהולית בעת הזו גורסת פלורליזם מחשבתי - במקום "זאב בודד" או מספר "זאבים בודדים", המקבלים החלטות. חלה התפכחות בשיטת הניהול המודרנית והיום מדובר "בצוות ניהולי" או "בצוות מוחות" המקבל החלטות.

הסוגיות שיש להכריע בהן הפכו להיות מורכבות, רב תחומית ורוויות ספקות מדעיות, ועדות עם הרכב הומוגני לא יכלו להגיע לפתרונות אופטימלים.

ההתקדמות המדעית והטכנולוגית הפכה להיות נחלתם של רבים. נציגי ציבור משכילים ומנוסים מיצגים היום יותר מאי פעם בעבר יכולות אינטלקטואליות וחיבה רב תחומית ערכית, שוות ערך ליכולות הרופאים המשפטיים והפילוסופים.

קהילת מקבלי החלטות הגיעה למסקנה שסיעור מוחות הוא הכלי הטוב ביותר להכריע בספקנות מכל סוג שהוא.

כפועל יוצא מסיעור מוחות, בשיתוף נציגי ציבור נאורים, מתקבל שיתוף מבורך בקבלת החלטות.

בצורה זו הציבור חש עצמו משתתף בקבלת החלטות בשרותי הבריאות, ולא רק משתמש בהם ולכן הופך להיות חייב בלויאליות למערכת הבריאות ונותן תוקף להחלטותיה, שהתקבלו בהשתתפותו.

התהליך המתואר מבטא שקיפות מערכתית של הארגון ומזכה אותו בערך שיווקי משמעותי בעיני הציבור.

יש לציין, כי מערכת הבריאות הולכת בכך בעקבות ארגונים עסקיים גדולים וקטנים. אפשר ללמוד מתעשיית מוצרי צריכה כמו גונסון אנד גונסון. בגונסון אנד גונסון כ- 8,000 מדענים ומהנדסים, אך בכל עת, בועדת פיתוח או בועדות חדשנות, מכניסים נציגי ציבור שישפיעו על מהלך העניינים בפתוח ובחדשנות.

המקורות היהודיים גם הם רואים חשיבות עליונה בהתחשבות בדעת הקהל: "קול המון כקול שדי" – השיתוף הוא בגדר "חזקה אלוהית" רבת עוצמה.

יוצא ששיתוף נציגי ציבור תורם פעמיים; פעם אחת למגוון הדעות וסיעור המוחות ופעם שנייה לייצוג הציבור כמשתמש בעל צרכים ושאיפות הבאות לידי ביטוי במעשה השותפות.

#### מקומם של הרופאים בועדות האתיקה

הציבור מצפה מהרופאים לשאת בנטל הניווט האתי משני טעמים; גם בגלל היותם "בעלי עניין" ראשוניים במעלה בנושא, וגם בגלל האמונה שהרופאים מיצגים "קבוצת מופת". הרמב"ם ביטא את יחסו לעיסוק הרפואי: "מלאכת הרפואה היא מבוא גדול מאוד למעלות ולידיעת האלוהים ולהשגת האושר האמיתי" (הרמב"ם, שמונה פרקים, פרק ה').

בכורת הרופאים, בתוספת סיעור מוחות של חברי ועדה ראויים, יצרו הרכב ועדה טרוגני בהיבט האנושי, יתנו "תפוקות" בעלות ערך גם לדיון וגם להחלטות האתיות ויתנו פתרונות אופטימלים של בעיות מורכבות.

יש אומנם חשיבות לאישיות יו"ר הועדה, אך יש משנה חשיבות לסך כל הכוחות האינטלקטואליים החברים בוועדה.

#### מרכזיות התכונות האישיות של נציגי ציבור בועדת אתיקה

הוכח שנציגי ציבור יכולים להתמודד אינטלקטואלית, עם המשתתפים המסורתיים בועדת אתיקה דהיינו: רופאים, פילוסופים משפטיים וכו'.

להלן הדרישות ההכרחיות לנציגי ציבור בועדת אתיקה:

יושרה – זהו תנאי הכרחי.

א. נציגי הציבור צריך להיות חף מדעות קדומות.

ב. בעל אומץ לב אזרחי ותשתית מוסרית איתנה להביע דעות מיעוט.

כשרון - 1. יכולת קבלת החלטות על סמך תמהיל נכון של לוגיקה, אינטואיציה ורגש.

2. הנכונות לפעול בסביבה שיש בה גם אי ודאות וגם אי הסכמות ולהגיע להחלטות בסופו של יום בתנאים אלו.

3. התמודדות עם שינויים וחדשנות.

4. כושר התנסחות בעל פה ובכתב לצורך השפעה בוועדה.

ניסיון חיים – היכולת להסיק מסקנות מאירועי עבר כדי לתת פתרונות לבעיות הווה ולהציב פתרונות לבעיות עתיד.

לגבי הידע המקצועי ברפואה לא נראה כי ידע זה הוא תנאי מספיק ולכן הרופא החבר בוועדות אתיקה צריך להיות נחון, גם הוא, ביושרה, בכישרון ובניסיון חיים.

#### **תפקידו המיוחד של נציג ציבור בוועדת האתיקה**

חוק ביטוח בריאות ממלכתית דוחק את שירותי הבריאות והרופאים אל מלכודת צרה, שאינה מאפשרת להם לפתח את המחשבה האתית בשאלות הקריטיות שהחולה מעלה.

תפקיד נציג הציבור במציאות זו להביט על המצב ממעוף הציפור וליצור דינאמיקה של פתרונות חדשניים שיקדמו את מחשבת האתיקה הרפואית.

יש שתי בעיות קריטיות שצריך לבדוק :

א. באיזו מידה הרגולציה הממשלתית, כתוצאה מחוק ביטוח בריאות ממלכתית, מפריעה לתפקודו של הרופא בסביבה אתית.

ב. איך מתייחסים לעובדה שבנקודת השפל הנמוכה ביותר במצבו של החולה, חוק הבריאות אינו מאפשר טיפול הולם בחולה.

השאלה היא האם האתיקה הרפואית נמצאת נפגעת ונלעגת בנקודה שבה היא אמורה לתפקד במיטבה?.

נציג ציבור מתאים יכול למלא תפקיד מגשר בין גזרות הרגולציה הממשלתית למשאת הנפש של האתיקה הרפואית.

#### **נוהלי העבודה בוועדות אתיקה**

תמהיל אנושי נכון של הדיספלינות השונות המשתתפות בוועדה מבטיחים הצלחתה.

מדובר בשיתוף רופאים, פסיכולוגים, מטפלים במקצועות הפרא-רפואיים, משפטנים, פילוסופים, רבנים ונציגי ציבור.

כפי שכבר נאמר יש לבדוק התאמת התכונות האישיות של המשתתפים לפי קריטריונים שהועלו במאמר זה. כאמור התאמת תכונות צריכה להיעשות גם לרופאים ולשאר המשתתפים לא רק לנציגי ציבור.

הניסיון מוכיח גם שהזמנת מומחים, אד-הוק, בדעה מייעצת לנושאים ספציפיים כמו: גנטיקה, תרופות, עובדים סוציאליים וכו' תורמת להעלאת רמת הדיונים בוועדה.

#### **סיכום**

השגת מטרות האתיקה מחייבת הירתמות כל הכוחות בעלי המחשבה היצירתית הקשורים לענין תוך גילוי סובלנות ופולרליזם דיוני. קצב השינויים המהיר ברפואה מחייב שאנשים אלו יהיו בעלי יכולת הסתגלות מהירה לשינויים ולחדשנות.

**מהנדס יוסי צדיק**

יו"ר העמותה של הרב לאו

yosi-z1@zahav.net.il

## תגובת קורא למאמר: כוונת דיווח על בעיות בתרופות

- מאמרן של ס. פליישמן ונילי טבק (1) עשוי טכנית כהלכה, אבל יש לחשוד שהוא לוקה בכמה תחומים שאותם אפרט בהמשך. הנגע העיקרי שבו הן שאלות הקשורות במהות הכתיבה הזו (למה נכתב, את מי הוא משרת, אולי הוא מדריך למלשין?). להבנתי בנקרא, המאמר הוא פרק בחינוך צוות סיעודי. זה אינו מאמר העוסק בחינוך לעבודת צוות, חינוך רוקחים, חינוך רופאים, אלא מאמר העוסק בהכשרת בקרה לעבודה ולא חס וחלילה ברווחת החולה.
- קבוצה מתוך הצוות העוסק ברווחת החולה לוקחת על עצמה את תפקיד המבקר של קטע משרשרת הפעולות שמנווט הרופא, המנסה לתרגם סימפטומים לסימני מחלה; לכמת את המידע הזה, להציב דרך טיפולית ולעקוב אחריה.
- רבים עסקו ועוסקים בחינוך רופאים לעבודת צוות ולמרות קשיים מצד מערכות הבריאות, איש לא העלה מחשבות "בקרה", אלא כמובן, דרכי טיפול ב"כשל מערכתי", כפי שמצטייר לפנינו (2) (3).
- כותבות המאמר מצאו מטרה שגויה. במקום לפעול לשיפור התקשורת בין חברי הצוות הרפואי (2) (3) על מנת לשפר את מה שמכונה "כשל מערכתי", נבחרו תרופות וברקע הרוקחות ככלל. "כשל מערכתי" הוא אכן הביטוי שנבחר על מנת לתאר שרשרת אירועים (4) שבהם רופא (בנבדל מבתי-חולים ובנבדל בקהילה) מנסה לייצר מהלך אמת של אבחון קביעת שביל בקרה ועוד תוך שימוש בצוות שלרשותו (5).
- בספר (4) עומדים המחברים על ההבדל המהותי בין פעולת הרוקחות בבתי חולים ובין פעולת הרוקחות בקהילה (המשך טיפול, אי-הענות לטיפול תרופתי, חוסר האפשרות לשלם היטלים!). "נפגעתי" תרופות בקהילה הם מעטים ביחס למערכות האשפוז ויש לכך סיבות מעבר לדיווחים/כוונת דיווחים של מי מאנשי הצוות!
- המדגם של מחברי המאמר מעורר שאלות שלא אפרטן כאן.
- עולם הרוקחות מתקדם כברק. חשוב שהמידע ממנו יגיע לצוות הרפואי. מידע על שימוש בתרופות אחדות וידע גנטי, השפעות גומלין ועוד. דיווח הוא כלי פרימיטיבי חסר תכלית. הבה נפעל כולנו לפי שיטת L.L. WEED - כולם מקבלים בענווה ובתקיפות את מסקנותיו של האחר ובתקשורת גלויה.

מגר. פל יצחק  
 הנשיא 33, חיפה  
 טלפון: 04-8333312  
 פקס: 04-8335258

(1) רפואה ומשפט, 2010; 42 : 41-52.

(2) L.L. Weed, New Eng J Med, 1968; 278:593

(3) L.L. Weed, New Eng J Med, 1968; 278:652-657

(4) ניהול סיכונים ברפואה. עורכים: משה פייגין, גליה חלמיש-שני, עופר קפלן (2004) הוצאת רמות/אוניברסיטת ת"א. עמודים: 321-345.

(5) הולדת הקליניקה, מישל פוקו, הוצאת רסלינג 2008, עמוד 11.

## תשובה לתגובה של מגר' פל יצחק

לצערנו נראה כי מגר' פל לא ירד לסוף דעתנו על מטרת המחקר והמאמר שנתפרסם בחוברת 42 של כתב העת.

המאמר נכתב כחלק מעבודת מאסטר בחוג לסייעוד באוניברסיטת תל אביב.

מטבע הדברים מדגם הנבדקות/ים כלל אחיות/אחים בלבד.

המחקר נועד לבדוק את הנכונות לרווח על טעות (או כמעט-טעות) כמרכיב של איכות הטיפול, כפן אחד של התרבות הארגונית בתוך הארגון - המוסד הרפואי, כאחד ממרכיבי מערך ניהול הסיכונים של המוסד - הארגון.

מטרת המאמר הייתה להאיר את עיניי המטפלים והמנהלים בדרך הראויה ולעודד דיווח, כדי ללמוד, לתקן, ולמנוע מראש את הטעות הבאה.

לא הייתה לנו כוונה כלשהי לבקר את פעולות מי מאנשי הצוות לתפקידיהם השונים. נהפוך הוא. המאמר, כאמור, עניינו בתרבות ארגונית, בה חשוב כל איש צוות, ללא הבדל מקוצע או תפקיד חשוב בהיותו חלק משרשרת הטיפול. כל איש צוות יכול למנוע טעות ובכך לאפשר טיפול איכותי למטופלים.

נושא הרוקחות שימש רקע לסקירת הספרות, לצערנו לא מצאנו מאמרים רבים על טעויות בתחומי טיפול אחרים. זאת הסיבה שנושא הטיפול התרופתי נבחר כרקע "הספרותי". מן המפורסמות הוא כי בכל סוגי הטיפול נופלות טעויות הנעשות בידי הטפלים/ות למיניהם.

סילביה פליישמן ופרופסור נילי טבק