

שקיפות לאחר טעות במערכת הבריאות: האם המשימה אפשרית

מאיר ברזיס, ** אלונה סיגלר-הרכבי, *** דורון כספי, **** יותם בניזמן ****

לאחר הקרנת סרטון שבו נשמעה עדותה של גבי סורל קינג, שאיבדה בתה בגלל טעות רפואית, בספרה את הסיפור בכינוס רופאים בבוסטון,¹ התייחסו חברי חבר הדיון לעדות ולנושא של שקיפות לאחר טעות רפואית.

פרופ' ברזיס: לפי האישה המרשימה הזאת כעס יכול להוביל להרס או לחלופין לבנות משהו טוב יותר: ההורים תרמו מכספי הפיצויים שקיבלו מיליון דולר וחצי לבניית מרכז לבטיחות החולה בבית חולים Johns Hopkins, המקום שבו נפטרה בתם ושהתפרסם מאז בתחום של מניעת טעויות רפואיות. נשאלת השאלה מה אפשר ללמוד מהדוגמה הזאת – האם במצב של סערת רגשות הנובע מטעות טרגית אפשר להתחיל מהלך של תיקון ושיקום, של פיוס ולמידה? להלן אדון בשאלה זו.

האומדן בעולם הוא שכעשרה אחוזים מהמאושפזים נחשפים לטעות הגורמת לנזק חמור בהם או למותם. הטעויות שלאחר הטעות הן האשמת הקצה המבצע, הטיה של ראייה למפרע והסתרת מידע מבושה ומחשש לתביעה. כל אלה מונעים שיקום אמון החולה והמשפחה, שיקום הצוות ותיקון המערכת למניעת טעות חוזרת. האם תרבות של שקיפות אפשרית? מחקרים מראים²⁻⁴ שהבעת צער והתנצלות, שקיפות מלאה עם הבטחה לחקור ולתקן יביאו לשיקום ולתקון. לימוד מכשלים הוא מפתח לאמינות וטובע בתרבות של ארגונים מהסוג של high reliability organizations (כגון צוללות הגרעין של הצי האמריקאי), שבהם כל כשל הוא אוצר למידה והזדמנות לשיפור. הארגון Agency for Healthcare Research & Quality שבארצות הברית ממליץ לבתי חולים ללמוד מארגונים אלה. למותר לציין שהמלצה קלה מיישום: בארגונים אלה לרוב הסודות יישארו בתוך הארגון, ואילו אנו הרופאים נפגוש אדם או קרובים שפגענו בהם ויהיה עלינו להתנצל, וזה אתגר קשה הרבה יותר.

הגישה "אמור את האמת ואמור אותה מהר" החלה לחזור אט-אט גם למערכות בריאות. סיפורי הצלחה של שקיפות חייבים תודה לחלוצים אמיצים כמו הגב' קינג או לרופאים כגון בסיפורה של חולה שנותחה בבוסטון (Brigham & Women's Hospital – אחד מבתי החולים של הרוורד), ובמהלך הניתוח עברה החייאה. הדבר לא דווח לה רשמית. אולם בניגוד להנחיית הנהלת בית החולים סיפר לה הרופא המרדים את האמת. החולה והרופא הקימו יחד ארגון תומך בשקיפות (www.mitss.org).

הצלחת מדיניות של שקיפות דווחה בארצות הברית במערכת ה-Veterans Administration: שקיפות מלאה עם פיצוי הוגן לחולים הפחיתה כעסים, תביעות ועלויות תביעות.³ הניסיון בארצות הברית, בקנדה, באוסטרליה ובאנגליה, שפורסם בשנים האחרונות, מלמד ששקיפות טובה לכל המעורבים: החולה, המטפל, הארגון, חולים עתידיים וגם לעורכי הדין.

האתגרים והחסמים בדרך לשקיפות הם אלה:^{5,6} חשש מתביעה, תרבות האשמה והסתרה בארגון, היעדר מיומנות תקשורת בקרב הצוות, חשש של הצוות שהגילוי יגרום לסבל לחולה, ספקות בתועלת שמדיניות של שקיפות, התנצלות לא כנה או לא מלאה. ברור שלצורך מדיניות של שקיפות נדרשת מנהיגות, עם צוות תומך, הכשרה וחינוך ושינוי תרבות.⁷

מה בישראל? כתב פרופ' אהרן ברק בפסק דין הדסה נגד גלעד:

"יתירה מכך: לעיתים קרובות, החולה שטופל אינו מבקש פיצויים. כל שמבקש החולה הוא לדעת מה אירע, תוך קבלת הסבר אישי ונטילת אחריות אישית על ידי האחראי למחדל; כן מבקש החולה לוודא שנקטו האמצעים

** המרכז לאיכות ובטיחות קלינית הדסה והאוניברסיטה העברית בירושלים.

*** יועצת לחברת "ענבל" הקרן הפנימית לביטוחי הממשלה ומייצגת תובעים.

**** משרד עו"ד כספי, סרור ושות', מייצג נפגעי רשלנות רפואית.

***** מרצה בכיר לפילוסופיה, מכללת ספיר והמחלקה למדע המדינה באוניברסיטה העברית בירושלים.

הדרושים כדי שחולה בעתיד לא ייפגע באותו אופן שבו הוא נפגע. אכן, לעיתים דווקא הפתיחות והגילוי ביחסים שבין חולה ורופא, הבאים בעקבות בדיקה פנימית הוגנת ופתוחה, הם עשויים למנוע תביעות". הגישה הזו התבטאה גם בחוק זכויות החולה בסעיפים 21 ו-22 (ועדת בדיקה וועדת בקרה ואיכות) שהתקבלו בהסתייגות על ידי ארגוני רופאים.

רק כעבור עשור פרסמה הלשכה לאתיקה של הר"י נייר עמדה התומך בשקיפות. אבל מיד לאחד מכן פורסמה הסתייגות מרופאי המדינה: "למען הסר ספק נדגיש כי חובת הגילוי מוטלת על הרופא כלפי החולה ולא כלפי מעסיקו של הרופא". הנחיות סותרות אלו מראות שברמת הארגון, רופאים חוששים. מסקר שערכתי בהדסה, 9 מנהלי מחלקה מתוך כ-43 אמרו לי שהם מאמינים ששקיפות היא הגישה הנכונה ושהם כבר נוקטים אותה בפועל. ברור שדרושה עוד עבודה רבה.

עו"ד אלונה סיגלר-הרכבי: סוגיית השקיפות במערכת הבריאות רלוונטית לכל מקרה של טעות או מקרה של אירוע חריג אחר שאינו נובע בהכרח מטעות. לא תמיד אפשר מיד לאחר אירוע לעמוד במדויק על הגורמים לאירוע – טעות או סיבה אחרת – והשקיפות חיונית לביצוע ברור הגורם או הגורמים לאירוע. על כן בכל מקום להלן שבו נרשם "אירוע חריג", משמע טעות או אירוע חריג אחר. השקיפות פנים רבות לה, והדיון בה מעורר את השאלות האלה:

באילו נסיבות יש לצפות לשקיפות לאחר טעות? ממי יש לצפות לשקיפות לאחר טעות? כלפי מי יש לצפות לשקיפות אחרי טעות?

נראה שהיום לא תיתכן מחלוקת כי שקיפות לאחר אירוע חריג מתחייבת לאור זכויותיו של המטופל, בין היתר הזכות לאוטונומיה, וכן כי שקיפות בעקבות אירוע חריג היא תנאי-בלעדיו-אין לקיומה של מערכת רפואית איכותית, המצויה בתהליך נמשך ועקיב של שיפור והתקדמות. בהקשר זה פורסמו נייר העמדה של הר"י עוד משנת 2004: "על הרופא מוטלת החובה האתית לגלות לחולה כי חלה תקלה בטיפול בו", התקנות ונוהלי משרד הבריאות בעניין דיווח על פטירות ואירועים חריגים (חוזר מנהל הרפואה מס' 7/2004 והנהלים והתקנות המוזכרות בו), וכן חוזר המנכ"ל בעניין "אירועי בל יקרו" מס' 9/11. כל הנהלים הללו מתבססים על שקיפות לאחר אירוע חריג כמנוף לעשייה, לשיפור, לתיקון ולמניעת טעויות נוספות בעתיד, ברמה מקומית וברמה הארצית.

לא זו אף זו, קיומה או היעדרה של שקיפות הם סממן לרמתה של תרבות ניהול הסיכונים ובטיחות המטופל בארגון. זאת מהטעם הפשוט שלא יכול להיות לימוד אמתי מטעויות או השקעה בנקודות תורפה המצריכות שיפור, אם אין מיפוי ולימוד של אותן טעויות ונקודות תורפה.

ברור מאליו כי הצוות הרפואי בכל מוסד הוא גורם המפתח מספר אחת בהכרת סביבת עבודתו, על יתרונותיה וחסרונותיה. על כן לא יכול להיות תהליך של גילוי נקודות כשל, ניתוח שלהן ושיפור שלהן ללא שיתוף פעולה אקטיבי של הצוותים הרפואיים בשטח, הבא לידי ביטוי, בין היתר בשיקוף של אותן נקודות כשל אשר כבר גרמו לאירוע חריג או נקודות כשל שאין זה אלא עניין של זמן עד שיגרמו לאירוע חריג.

רבים דורשים שקיפות מלאה, דהיינו שקיפות מכל אנשי הצוות הרפואי וההנהלות בדרגים השונים, שקיפות בתוך המוסד הרפואי כלפי הנהלת המוסד, כלפי המטופל ובני משפחתו, כלפי כל הגורמים הרלוונטיים במשרד הבריאות (לרבות הגורמים היוזמים הקמת ועדות בדיקה והליכי משמעת) וכלפי אמצעי התקשורת. כך דורשים הם ששקיפות זו תינקט בכל מקרה ובכל מצב, בין שנגרם נזק ובין שלא.

זכויותיו של המטופל בהקשרים אלו ברורות מאליהן, וגם התועלות הכלל-מערכתיות שתצמחנה משקיפות כזו לאורך זמן ברורות, ואין טעם להכביר בהן מילים. אלא שקיומה של שקיפות כלשהי מותנה בראש ובראשונה בשיתוף הפעולה של הצוותים הרפואיים בשטח.

המערכת הרפואית/משפטית/תעסוקתית הקיימת שואפת מצד אחד לשקיפות, מעודדת אותה ומסתמכת עליה, ואולי אף רואה בשקיפות דבר מובן מאליו, אך מצד אחר משתמשת בשקיפות זו לצורך ענישת הצוות הרפואי, ולעיתים גם לענישתו של הצוות הרפואי שזים את השקיפות מלכתחילה. צוות רפואי שהיה מעורב באירוע חריג עלול

למצוא עצמו מסובך בהליכים משפטיים שונים, ולעתים גם בכמה הליכים בד בבד: תביעות בנוזקין, הליכים משמעתיים שונים (לעתים בכמה הליכים משמעתיים) ואף הליכים פליליים.

מניסיוני התביעות הנוזיקיות, עם כל חוסר הנוחות שהן מעוררות באנשי הצוות, השפעתן על הצוות קטנה יחסית משום שאין מדובר בפגיעה אישית בהם. התביעות מכוסות על ידי מבטחים, ופגיעתן בצוות באופן אישי היא נדירה, עקיפה ורחוקה מלהיות מידית. ההליכים הפליליים נגד אנשי צוות שלא פעלו בזדון הם נדירים. לעומת זאת ההליכים המשמעתיים הם השכיחים ביותר והפוגעים ביותר באנשי הצוות באופן אישי ולעתים מידי. הליכים אלו הם המרתיעים את אנשי הצוות והם שיקול הנגד העיקרי שלהם נגד שקיפות. אין מדובר רק בהליכים משמעתיים מורכבים במשרד הבריאות או בשירות המדינה, אלא גם באותם שימועים מקומיים, הנעשים בתוך המוסד, ומיד לאחר האירוע. שימועים אלו מעמידים בסכנה מידית זכויות שונות של אנשי הצוות, כמו הזכות למלא תפקיד של אחראי משמרת, תפקיד של כונן, קידום, שליחה לקורס, העברה וכו'. אין מדובר בזוטי דברים. משמעותם לאנשי הצוות היא עולם ומלואו.

בנוסף, אך לא במנותק מההליכים המשמעתיים, התרבות הארגונית הקיימת בחלק ניכר ממערכת הבריאות מביאה בעקבות אירוע חריג וחשיפתו לידי פגיעה במעמד המקצועי של איש הצוות והמוסד כולו, במקום ההפך: להכיר בהיות שקיפות לאחר טעות/אירוע חריג אקט מקצועי מן המדרגה הראשונה וסימן מובהק לחשיבות האיכות.

מניסיוני ומהתרשמותי שלי, שעה שמדובר בטעות בעלת פוטנציאל נזק, או נזק של ממש, עושים הצוותים הרפואיים כל אשר לאל ידם למנוע את הנזק למטופל, או למזער אותו, תוך שקיפות מלאה כלפי אנשי צוות אחרים, והכול לטובת המטופל. כמו כן מהיכרות עם אנשי צוות עולה בבירור כי אנשי הצוות מצדדים בשקיפות, בעיקר כלפי המטופל, שכן הידיעה כי המטופל עודכן במתרחש, טופל כנדרש ואף זכה לפיצוי, מקלה את ההתמודדות האישית שלהם עם האירוע ותוצאותיו.

עם זאת לא רָאלי לצפות מכל אנשי הצוות להתנהגות הרואית, לפעול בשקיפות מלאה כלפי כל הגורמים הרלוונטיים כל הזמן, כשמשמעות הדבר מבחינה מעשית היא להעמיד בסכנה של ממש את האינטרסים האישיים שלהם ולהקריב את המעמד המקצועי שלהם על מזבח יכולת הלימוד של המערכת. לא יעלה על הדעת לצפות לשקיפות, לדרוש שקיפות, לסמוך על שקיפות ולאחר מכן להשתמש בה לצורך ענישה של אנשי הצוות, גם של אלו שהיה להם חלק בשקיפות. והדברים ברורים.

הכלי הקיים היום בחוק זכויות החולה – הקמת ועדת בקרה ואיכות הנהנית מחיסיון – רחוק מלתת מענה, אפילו חלקי, לבעיה זו. באופן מעשי, בחלק גדול מהמקרים, ומסיבות שונות, בעקבות אירוע חריג נערך בירור הדומה לוועדת בדיקה יותר משדומה הוא לוועדת בקרה ואיכות, ועל כן אינו נהנה מן החיסיון. הסיבה המרכזית לכך היא מחסור במשאבים, שמילויים יאפשר את הבדיקה המעמיקה והרחבה הכרוכה בוועדת בקרה ואיכות. לעתים קרובות די בבדיקת האירוע הבודד כדי לגלות את הטעון שיפור, וכאן מסתיימת הבדיקה, שאינה נהנית מכל חיסיון.

המסקנה היא כי על המערכת לבחור מה יקדם את איכות הרפואה יותר: מנגנון המעודד שקיפות ולימוד מטעויות תוך ענישה במקרים חריגים בלבד, או מנגנון המבוסס על ענישה שיטתית לצורך הרתעה? מערכות אחרות כבר בחרו. ראו לעניין זה את כלי התחקיר הצבאי, לפי סעיף 539 לחוק השיפוט הצבאי: "הדברים שהושמעו בתחקיר, פרוטוקול התחקיר, כל חומר אחר שהוכן במהלכו, וכן הסיכומים, הממצאים והמסקנות, לא יתקבלו כראיה במשפט, למעט במשפט בשל מסירת ידיעה כוזבת; חומר התחקיר יהיה חסוי בפני כל אדם, ואולם הוא יימסר, כולו או חלקו, רק לאותם גופים בצבא שהתחקיר דרוש להם לצורך מילוי תפקידם; חומר התחקיר לא יימסר לגוף חוקר; הורה הפרקליט הצבאי הראשי על פתיחת בדיקה או חקירה בעקבות חומר התחקיר, לא יצורף להוראה דבר מחומר התחקיר והיא לא תצביע על חשד כלפי אדם שהיה מעורב באירוע".

לו הייתה מערכת הבריאות נהנית מחיסיון דומה, היו השקיפות ויתרוניתיה נפוצים יותר. חיזוק הביטחון והאמון של אנשי צוות במערכת הבריאות הוא התנאי הראשון והמרכזי לעידוד השקיפות בתוך המערכת. כל ניסיון להגביר את שקיפות המערכת הרפואית ללא מתן הגנה לצוותים שבהם תלויה השקיפות, לא יזכה להצלחה של ממש. שקיפות בתוך המערכת היא צעד ראשון וחיוני בהרחבת השקיפות גם כלפי גורמים אחרים, לרבות המטופל והציבור הרחב, תוך חיזוק תדמיתה של המערכת ואמון הציבור בה.

התמודדות המערכת עם טעויות ואירועים חריגים צריכה לצאת מנקודת פתיחה של קבלת העובדה שקשה, עד בלתי אפשרי, לצלוח 40 שנות קריירה ויותר מבלי לעשות אף טעות אחת, ולהשלים עם עובדה זו. מי מאתנו מצליח לעשות זאת? אפילו לא עורכי דין.

העמדות, הדעות וההשקפות המבוטאות לעיל מפי עו"ד אלונה סיגלר-הרכבי הן שלה בלבד, ואינן משקפות בהכרח את אלו של כל אדם או גוף אחר.

עו"ד דורון כספי: קבלת אחריות כתחליף לשינוי משטר האחריות במקרי כשל רפואי.

זה שנים מתחולל בישראל דיון סוער בשאלת המשטר המשפטי הראוי ליישוב אירועים נזיקיים בתחום הרשלנות הרפואית. במסגרת דיון זה נבחנת בעיקר שאלת הצורך ברפורמה בתחום, אם על ידי שינוי מהותי של המשטר המשפטי הנוהג כיום, המתבסס על עוולת הרשלנות הקלסית ואם על ידי הטלת מגבלות עליו, והכול כדי לפתור משבר לכאורי בתחום תביעות הרשלנות הרפואית.

מילת מפתח בדיונים באשר לרפורמה הנדרשת היא "עלויות". הצדדים, כולם, מסכימים על הצורך לצמצם עלויות יישוב סכסוכים בתחום האחריות הרפואית. אלא שבמסגרת הדיונים בדבר נחיצותה של רפורמה נדחקה לשולי הדיון שאלת זכויותיו של החולה, ובפרט שאלת האוטונומיה שלו על גופו וזכותו, הבלתי ראויה לערעור, לדעת מה נעשה בו.

לדעתנו הדרך הנכונה לפתור את השבר בין עולם הרפואה והמשפט, ככל שזה קיים, היא לא שינוי משטר הנזיקין הקלסי ויצירת "מעמד-על" מקצועי החסין מפני תביעות. המפתח הוא בהטמעתה של תרבות שקיפות כלפי המטופל וכינון של פרוצדורות גילוי יזום על אודות מקרי תאונה או כשל רפואי בצד ניהול הליכי הידברות עם המטופל – הכול כדי להביא ליישוב מהיר של הסכסוך, ללא היזקקות לבית משפט כגורם מתווך.

תנאי-בלתי-אין לאמור לעיל הוא שיפור יכולת ההתמודדות של המערכת הרפואית עם אירועים רפואיים חריגים. שיפור שכזה יכול להיות מושג לכשתשתנה תפיסת האחריות לכשל הטיפולי מאישית למערכתית, ולכשתשכלנה מערכות הבריאות לכוון תהליכי עבודה מובנים הנותנים מענה, בין היתר להשלכותיה המשפטיות של "התנצלות" או "לקיחת אחריות", לקושי האנושי להודות בכשל או טעות, לצורך בקביעת תמריצים אישיים ומערכתיים, חיוביים או שליליים, לשקיפות וגילוי יזום או להיעדרם של אלה, בהתאמה, ולתמיכה נפשית וארגונית באנשי צוות השרויים במתח ודחק עקב ביצועה של טעות טיפולית.

הפתרון היחיד למתח המתגבר בין מטופל למטפלו, בין מערכת הרפואה למערכת המשפט, הוא פתרון משולב, הכולל שינוי מן היסוד של תפיסת הכשל הרפואי בקרב הציבור והמערכת הרפואית עצמה לצד החלת נורמה של שקיפות מלאה כחלק מראייה במערכת הרפואית גוף נותן שירות. אז כאשר טעות תיתפס כדבר אנושי ולגיטימי, כשאצבעות "מאשימות" יופנו כלפי המערכת ולא כלפי הפרט המטפל, כאשר לצוות הרפואי יוקנו הכלים להתמודד עם חובת דיווח על טעויות שאירעו במהלך העבודה, רק אז עשוי "משבר" הרשלנות הרפואית לבוא אל קצו.

לדעתנו המשבר אינו משבר של ריבוי תביעות. הוא משבר של אי-אמון. אי-אמון במסגרתה של מערכת יחסים ייחודית מאוד המאופיינת בתלות מחד ובפערי מידע קיצוניים מאידך. החלת שקיפות מלאה היא הדרך הנכונה להשיב את האמון אל מערכת יחסים מיוחדת זו של מטפל-מטופל, להעלות את רמת הדיווח על אודות תקלות רפואיות ועמה את רמת בקרת האיכות, ומכאן – את רמת הרפואה בכללותה.

בעולם של שקיפות וגילוי יזום, הנסמך על תשתית ארגונית תומכת, יפחת מאוד המתח שבו נתונים אנשי צוות רפואי לאחר ביצוע טעות, ואילו הצורך הרגשי של מטופלים "לנקום" במערכת מסתירה ומסוגרת – יתפוגג. מספר תביעות הסרק צפוי לרדת, ומספר המקרים הראויים אשר יפוצו בפועל יעלה. עלויות משפטיות יפחתו בשל יישוב מוקדם ו"נקי" של תביעות פוטנציאליות, ללא צורך בבית המשפט כמתווך, וחשוב מכול – זכותו היסודית של האדם לדעת את שנעשה בגופו, תישמר.

ד"ר יותם בניזמן: אני מבקש לעסוק כאן במילים: בכוחן, בחשיבותן וגם בגיזרון (אטימולוגיה) של כמה מהן. הנה מה שאומרת שבעת הרופא הנהוגה בישראל, שאותה חיבר ב-1952 פרופ' ליפמן הלפרין, מייסד המחלקה הנירולוגית בבית החולים הדסה וחתן פרס ישראל: "שמרו אמונים לאדם שהאמין בכם, אל תגלו סודו ואל תהלכו רכיל". רכילות קשורה בעברית לרוכל – משל היה האדם המרכל ספסר של מידע. באנגלית מקורה של המילה לרכילות מלמד על מגמה הפוכה. רכילות היא gossip. זהו גלגול של הביטוי האנגלי העתיק God-sibbe. God-sibbe פירושו "מתייחס אל אלוהים", והמילה שימשה לתיאורו של הסנדק – Godparent. היחס שמבטאת המילה sibbe איננו קשר סתמי: זהו הקשר האינטימי שאותו חולק אדם עם אביו או אמו (parent) או עם אחיו או אחותו (המילה המתארת באנגלית אח או אחות – sibling – נגזרת מ-sibbe. רכילות באנגלית (עתיקה) היא אפוא היפוכה של רכילות בעברית. אין היא שיווק בזוי של המידע לציבור המתעניינים בו. היא חלוקה אינטימית של המידע הזה עם הקרובים והיקרים מכול.

אם אמור הרופא שלא להלך רכיל, הרי זה משום שהקשר שבינו לבין החולה אמור להיות קשר אינטימי. את מה שחולק החולה ברגיל עם דמות אינטימית אחת ויחידה, הקרובה ביותר שאפשר, הוא חולק גם עם הרופא. הוא מסגיר בפניו את גופו ואת סודותיו. הרופא צריך לשמור על הברית הזאת כעל בבת עינו. זוהי משמעותה של שבעת האמונים שבה פתחנו. נאמנות שכזו פירושה שבין החולה לבין רופאו כרותה ברית מחייבת. המידע שהם חולקים הוא נחלת שניהם בלבד. עד עתה דיברנו על כיוון אחד שלו: החולה מפקיד אותו אצל הרופא. אולם השביל האינטימי הזה הוא דו-סטרי: הרופא מחויב למסור לחולה את כל המידע הנוגע למצבו, לסיכויי החלמתו, לשיטות הטיפול במחלתו. כאשר משהו משתבש, עליו לגלות את כל כולו של השיבוש, על מלוא המטען הכבד שעלול להיות לו.

אם שגה הרופא, עליו להתנצל. גם למילה "התנצל" מקורות שראוי לעמוד עליהם. מקורה הוא בפסוק "ויתנצלו בני ישראל את עדים מהר חורב" (שמות לג, 6). בני ישראל מתנצלים כאן, כלומר מסירים מעל עצמם את העדיים. מילון אבן-שושן מפרש: "התנצל – 1. התפשט, פרק מעל עצמו. 2. (בהשאלה) השתדל להסיר מעליו אשמה, הצטדק". מי שמתנצל מסיר מעליו את האשמה. החטא איננו חלק ממנו. הביטוי הלועזי "apologia" אומר את ההפך: apologos ביוונית פירושו סיפור. מי שמתנצל ראוי לו שיספר סיפור: את סיפור הפגיעה ומניעיה, את סיפור יחסו אליה אז ועתה, את סיפור הקשר שלו אליה ושלה אליו. אין הוא מתנתק ממנה. אין הוא מדחיק אותה. אין הוא שוכח אותה. סיפור כזה הוא מה שנדרש מרופא ששגה, ו"נדרש" כאן איננה מילה בעלמא. זוהי דרישתו של בן בריתו החולה.

בדיון כאן עלו הקשיים מהשטח לשנות את תרבות הארגון והצורך במנהיגות להוביל שינוי מערכתי במוסדות הבריאות.

פרופ' ברזיס סיכם את הדיון בקביעה שקיימת הסכמה שלאחר טעות רפואית רצוי מבחינת כל הצדדים שתתקיים תרבות של שקיפות מלאה תוך לימוד ובנייה של מערכת בטוחה יותר, ושהמשימה הזאת אפשרית. הוא סגר את המושב בתודה לחברי חבר הדיון ובשני ציטוטים, הראשון מאת הסופר יהודה עמיחי: "מן המקום שבו אנו צודקים, לא יצמחו לעולם פרחים באביב". הפיוט מתאר שכמו חריש בשדה, חורבן הוא הזדמנות לבניין. הציטוט השני הוא של הוגה הדעות והרב הראשי של בריטניה הרב יונתן זקס מספרו **לרפא עולם שבור – על אתיקה של אחריות**: "א־לוהים אינו מבקש מילדיו שלא לטעות. א־לוהים מבקש מאתנו רק להכיר בשגיאותינו וללמוד מהן. הסליחה טבועה במבנה היקום."

ספרות

1. www.josieking.org/

2. Boothman RC, Blackwell AC, Campbell Jr DA, Commiskey E, Anderson S. A better approach to medical malpractice claims? The University of Michigan experience. *Journal of health & life sciences law*. 2009;2(2):125-159.

3. Kachalia A, Kaufman SR, Boothman R, et al. Liability claims and costs before and after implementation of a medical error disclosure program. *Annals of internal medicine*. 2010; 153(4):213-221.

4. Peto RR, Tenerowicz LM, Benjamin EM, Morsi DS, Burger PK. One system's journey in creating a disclosure and apology program. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2009;35(10):487-484AP.

5. Iedema R, Allen S, Britton K, et al. Patients' and family members' views on how clinicians enact and how they should enact incident disclosure: the "100 patient stories" qualitative study. *British Medical Journal*. 2011;343:d4423.

6. Pace WD, Staton EW. Improving the disclosure of medical incidents. *British Medical Journal*. 2011;343:d340.

7. Iedema R, Allen S, Sorensen R, Gallagher TH. What Prevents Incident Disclosure, and What Can Be Done to Promote It? *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2011;37(9):409-417.