

חוזר מס': 9/2018

ירושלים, כ"ט תשרי, תשע"ט
8 אוקטובר, 2018

אל: מנהלי בתי החולים
מנהלי האגפים הרפואיים – קופות החולים

הנדון: פעילות ועדות אתיקה במוסדות הבריאות

להלן הנחיות בנושא שבנדון שנכתבו בהתאם לחוק זכויות החולה, תקנות זכויות החולה חוזרים, נהלים והוראות כל דין.

1. רקע

- 1.1. ועדת אתיקה לפי חוק זכויות החולה היא מנגנון המאפשר חריגה מהכלל של שמירה על האוטונומיה של המטופל, במספר מצבים ונסיבות מוגדרים כפי שיפורט להלן.
- 1.2. ניתן להיעזר בפורום של חברי הועדה כפורום לדין פתוח ולגישור בסוגיות אתיות העולות מתוך עבודת המטפלים במוסד רפואי, לצד הליכים מקצועיים וטיפוליים אחרים.
- 1.3. חוזר זה עוסק בפעילות וועדות האתיקה בלבד. יש לציין כי בחוק זכויות החולה ובדין הכללי יש התייחסויות למצבים נוספים המצריכים מתן טיפול ללא הסכמה כגון מצב חירום רפואי או מתן טיפול למי שמונה לו אפוטרופוס וכדומה - חוזר זה אינו עוסק במצבים אלה.

2. הקמת ועדות אתיקה

בכל בית חולים, לשכת בריאות וקופת חולים, תוקם ועדת אתיקה באחת הדרכים המפורטות להלן:
2.1. ועדת אתיקה מקומית של בית החולים - בבתי החולים הכלליים ובמרכז רפואי גריאטרי תוקם וועדה מקומית, של אותו בית חולים, לשירותו ולשירות המטופלים והצוות בו.

2.2. ועדת אתיקה משותפת למספר מוסדות

- (1) בתי חולים שאינם כלליים (גריאטריים, פסיכיאטריים ושיקומיים) - רשאים להקים ועדה מקומית, או להקים ועדה משותפת למספר מוסדות רפואיים, בה יהיו חברים נציגים של כל המוסדות להם תיתן הוועדה שירות.
- (2) מוסדות המקיימים ועדה משותפת כאמור יקפידו לנהל מעקב ופילוח של המקרים גם בחלוקה לפי המוסד.
- (3) מוסדות כאמור יקבעו ביניהם את זהות האחראי לתפעול הוועדה, אך בכל אחד מהם ימונה אחראי לזכויות המטופל ולנושא ועדת האתיקה כמפורט להלן.

2.3. ועדת אתיקה אחת לקהילה בכל קופת חולים, שתהיה ארצית. לעניין חוזר זה "קהילה": כל שירות רפואי, נפשי, פרא רפואי ופסיכולוגי וכו', שאינו במסגרת בית חולים.

בנוסף מומלץ להוסיף אחת מאלה:

(1) ועדת אתיקה לכל מחוז בקופה (במגזר הקהילה) ;

(2) הסתמכות מחוזות הקהילה של הקופה על ועדת אתיקה מקומית של מוסד רפואי באותו מחוז.

(3) הקמת ועדת אתיקה משותפת למחוז יחד עם מוסד או מוסדות הפועלים באותו מחוז.

כל קופה תגדיר את סדרי העבודה וההיררכיה בין הועדות, ותפרסם את אופן הפניה אליהן.

2.4. **בכל לשכת בריאות מחוזית** - תוקם ותפעל ועדת אתיקה שתשרת את המטופלים והמטופלים בקהילה בשטח השיפוט של לשכת הבריאות המחוזית כולל תחנות טיפות חלב של משרד הבריאות. ועדה זו תיתן מענה למקרים בהם הטיפול לא ניתן במסגרת בית חולים ולא במסגרת קופת חולים, לרבות מרפאות פרטיות.

2.5. **ועדה ארצית ייעודית על פי נושא במינוי מנכ"ל משרד הבריאות** - ניתן לפנות לוועדה זו על פי הנושא. יובהר כי הקמת ועדה ייעודית לנושא אינה שוללת את סמכות הועדות המקומיות לדון באותו נושא, או לקיים התייעצות עם הועדה הארצית ביחס למקרה ספציפי או לסוגיה עקרונית.

2.6. **חריגים בהסכמה ובאישור מראש:**

(1) במקרים **חריגים** ניתן לבקש ממנכ"ל משרד הבריאות אישור להקמת ועדה משותפת למספר בתי חולים או מוסדות בריאות, או להתקשר מראש עם ועדה קבועה מקומית הפועלת במוסד בריאות אחר (בית חולים, לשכת בריאות או קופת חולים).

(2) להתקשרות עם ועדה קיימת נדרשת הסכמת מנהל המוסד הרפואי בו קיימת הוועדה, ויור הוועדה - וכאמור באישור מנכ"ל משרד הבריאות.

(3) רצוי שיהיה קשר ענייני בנושאי הטיפול בין מוסדות בריאות המשתפים פעולה בעניין זה, כגון בנושאי הטיפול (גריאטריה, פסיכיאטריה, ילדים), סוג האוכלוסיה או שיוך ארגוני משותף למוסדות הבריאות, וכדומה.

(4) בקשה לשיתוף פעולה צריכה להיות מנומקת, ולהיחתם על ידי מנהלי כל מוסדות הבריאות המבקשים.

3. **סמכויות ועדת האתיקה מכוח החוק**

3.1. הוועדה מוסמכת להכריע במספר סוגיות על פי הוראות מספר חוקים.

(א) לפי חוק זכויות החולה:

(1) **הימנעות ממסירת מידע למטופל בטרם קבלת הסכמה מדעת** - סעיף 13(ד) - הוועדה

מוסמכת לאשר למטפל להימנע ממסירת מידע רפואי למטופל, הנוגע למצבו הרפואי, שאמור להימסר לו לשם מתן הסכמה מדעת לטיפול - אם הוועדה שוכנעה כי מסירת המידע עלולה לגרום נזק חמור לבריאותו הגופנית או הנפשית של המטופל.

- (2) **כפיית טיפול רפואי - סעיף 15(2)** - הועדה מוסמכת לאשר למטפל לתת טיפול רפואי בניגוד לרצון המטופל, לאחר ששמעה את המטופל, אם שוכנעה בכל אלה:
1. נשקפת למטופל סכנה חמורה;
 2. נמסר למטופל מידע כנדרש לקבלת הסכמה מדעת, והוא מתנגד לטיפול רפואי שיש לתתו בהקדם;
 3. צפוי שהטיפול הרפואי המוצע ישפר במידה ניכרת את מצבו הרפואי של המטופל;
 4. קיים יסוד סביר להניח שלאחר מתן הטיפול הרפואי ייתן המטופל את הסכמתו למפרע.

(3) **הסתרת מידע ממטופל לשם הגנה עליו - סעיף 18(ג) עד (ה)** - הועדה מוסמכת לאשר למטפל לא למסור למטופל מידע רפואי מלא או חלקי המתייחס אליו, כשהמטפל סבור שהמידע עלול לגרום נזק חמור לבריאותו הגופנית או הנפשית של המטופל או לסכן את חייו. לפני קבלת החלטה הועדה תשמע את נימוקיו של המטפל, והיא רשאית לשמוע את המטופל או אדם אחר.

הערה: במקרה של מטופל בבריאות הנפש, בית המשפט העליון התיר לוועדה לשקול למנוע מהמטופל מידע, גם מהסיבה של מניעת סיכון לבריאותו או לחייו של אדם אחר.

(4) **מסירת מידע שהוסתר מהמטופל, לאדם אחר - סעיף 20(א)(4)** - אם הועדה אישרה שלא למסור למטופל מידע רפואי לפי סעיף 18(ג) - היא רשאית לאשר מסירתו לאדם אחר.

(5) **אישור מסירת מידע לאדם אחר לשם הגנה על הזולת - סעיף 20(א)(5)** - הועדה מוסמכת לאשר מסירת מידע רפואי אודות מטופל לאדם אחר (צד ג') אם הועדה שוכנעה, לאחר מתן הזדמנות למטופל להשמיע את דבריו, כי מסירת המידע אודותיו חיונית להגנה על בריאות הזולת או הציבור וכי הצורך במסירתו עדיף מן העניין שיש באי מסירתו.

(6) **בחינת השגה על ועדת בקרה ואיכות - סעיף 23** - הועדה מוסמכת לבדוק טענה של מטופל או נציגו (במסגרת השגה), כי ממצאים עובדתיים שמצאה ועדת בקרה ואיכות לא תועדו ברשומה רפואית. על הועדה לבדוק את פרוטוקול הדיון שהתקיים בוועדת הבקרה והאיכות, המסמכים שהוכנו לשם הדיון ושנמסרו לה, סיכומיה, מסקנותיה והרשומות הרפואיות הנוגעות למטופל; מצאה ועדת האתיקה כי ממצאים עובדתיים אכן לא תועדו כנדרש עליה להורות על תיעודם ברשומה רפואית, ולהודיע על כך למטופל או לנציגו.

(ב) לפי חוק מידע גנטי

(1) **אי-מסירת תוצאות של בדיקה גנטית - ס' 14** - הועדה מוסמכת לאשר למטפל לא למסור לנבדק תוצאות (מלאות או חלקיות) של בדיקה גנטית שנערכה לו, אם הועדה שוכנעה כי ידיעת התוצאות עלולה לגרום נזק חמור לבריאותו הגופנית או הנפשית של הנבדק או לסכן את חייו. על הועדה לבחון את תוצאות הבדיקה ולשקול את נימוקי המטפל לאי-מסירתן. השיקולים לעניין זה זהים לשיקולים שבס' 18 לחוק זכויות החולה.

¹ פסק דין מיום 16.6.2004 בתיק ע"ם 6219/03.

(2) אישור מסירת מידע גנטי למטפל אחר לצורך טיפול בקרוב - ס' 20 - הועדה מוסמכת

לאשר למטפל ולמי שנותן ייעוץ גנטי למסור מידע גנטי על הנבדק למטפל אחר, או לאדם אחר הנותן ייעוץ גנטי, לצורך טיפול בקרוב משפחה של הנבדק (כולל קרוב משפחה שטרם נולד), כאשר הנבדק הודיע על התנגדותו לכך, ולאחר שהועדה שמעה את הנבדק, ושוכנעה בכל אלה:

(א) מסירת המידע הגנטי אודות הנבדק נחוצה לשמירה על בריאותו של קרוב או לשיפור בריאותו, וכן למניעת מוות, מחלה או נכות חמורה של אותו קרוב (כולל קרוב שטרם נולד);

(ב) מסירת המידע הגנטי היא הדרך היחידה להשיג את האמור בפסקה (1);

(ג) התועלת לקרוב במסירת המידע הגנטי למטפלו עולה על הנזק שייגרם לנבדק ממסירת המידע הגנטי, או שנימוקיו של הנבדק לאי מסירת המידע למטפלו של הקרוב אינם סבירים, בנסיבות העניין.

(ד) מסירת מידע גנטי לאחר, תעשה רק במידה הנדרשת לצורך העניין, ותוך הימנעות מרבית מחשיפת זהותו של הנבדק.

(ג) חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות

הסתרת מידע בעניין רחיקת זכאות לביטוח - ס' 19 לח(ז) - הועדה מוסמכת לאשר לרופא מטעם חברת ביטוח לא למסור למועמד לביטוח שהוא אדם עם מוגבלות את נימוקי המבטח ותמצית בסיס הנתונים עליהם התבסס (כולם או חלקם) במתן החלטה על מתן יחס שונה למבוטח עם מוגבלות או לסרב לבטחו, אם שוכנעה הועדה שהמידע או הנימוקים עלולים לגרום נזק חמור לבריאותו הגופנית או הנפשית של המועמד לביטוח, או לסכן את חייו.

(ד) פקודת בתי הסוהר

מתן חוות דעת לעניין כפיית טיפול רפואי על אסיר שובת רעב - ועדת האתיקה מוסמכת לחוות דעתה בעניינים הרפואיים המנויים בסעיף 19(ד) עד (1) (3) לפקודת בתי הסוהר לאחר ששמעה את עמדת האסיר שובת הרעב בנוגע לקבלת הטיפול הרפואי, ונימוקיו.

3.2. לועדה יש סמכות לפי חוק לדרון בעניינו של מטופל, רק אם מתקיים אחד מאלה:

3.2.1. המטופל מסוגל לקבל החלטות בעצמו.

3.2.2. המטופל מסוגל לקבל החלטה בסיוע "תומך החלטה" שמונה בידי בית משפט, לפי סעיף 67 לחוק הכשרות המשפטית והאפוסטרופסות.

3.2.3. המטופל מינה מראש מיופה כוח לטיפול רפואי (לפי סעיף 16 לחוק זכויות החולה, או ייפוי כוח משולב, או ייפוי כוח מתמשך הכולל גם הוראה ביחס לטיפול רפואי) שהם בתוקף, ובתנאי שהתמלאו התנאים לכניסת ייפוי הכוח לתוקף (מיופה הכח מייצג את המטופל בעניין זה).

3.2.4. ביחס למסירת מידע או הסתרת מידע:

- 3.2.4.1. מטפל מבקש לא למסור מידע לאפוטרופוס (טבעי או ממונה) של מטופל שיש לו אפוטרופוס או שהוא קטין, כשדעתו מסירת המידע עלולה לגרום נזק חמור לבריאותו הגופנית או הנפשית של המטופל, או לסכן את חייו (לפי סעיפים 13, 18 ו-20(א)(4) לחוק זכויות החולה).
- 3.2.4.2. מטפל מבקש למסור מידע לגורם אחר לשם הגנה על בריאות הזולת, ביחס למטופל שיש לו אפוטרופוס (טבעי או ממונה), והאפוטרופוס מתנגד לגילוי המידע לגורם אחר.

4. תהליך מינוי ועדה

- 4.1. מנכ"ל משרד הבריאות ממנה ועדות אתיקה לפי חוק, על פי המלצה בכתב של מנהל מוסד רפואי / רופא מחוז / מנהל קופ"ח, לפי העניין.
- 4.2. כל שינוי בהרכב, מינוי חבר חדש או הוספת ממלא מקום – יעשה אך ורק על ידי מנכ"ל משרד הבריאות.
- 4.3. מינוי שלא נעשה בידי המנכ"ל אינו תקף. המינויים וכל התיקונים והשינויים מתפרסמים ברשומות (ילקוט הפרסומים) על ידי הלשכה המשפטית של משרד הבריאות.
- 4.4. בכל כתב מינוי של ועדה ייכתב על אילו מוסדות רפואיים, שטח גיאוגרפי או נושא, חלה סמכותה. מוסדות המבקשים לשתף פעולה ולקיים יחד ועדת אתיקה אחת, יציינו עובדה זו בבקשת המינוי, והיא תצוין במפורש בכתב המינוי.
- 4.5. הרכב הוועדה:
- 4.5.1. הרכב הוועדה הקבוע בחוק הוא:
- 4.5.1.1. יושב ראש - משפטן, העומד בדרישת החוק להתמנות לכהונת שופט מחוזי, והכלול ברשימת המשפטנים שאישר שר המשפטים לעניין זה.
- 4.5.1.2. שני רופאים מומחים, משני תחומי מומחיות שונים.
- 4.5.1.3. פסיכולוג או עובד סוציאלי.
- 4.5.1.4. נציג ציבור או איש דת.
- 4.5.1.5. אחות מוסמכת.
- המניין החוקי הוא ההרכב המלא של הוועדה.
- 4.5.2. לכל חבר ועדה ימונה לפחות ממלא מקום אחד, שכשירותו זהה לכשירות החבר הקבוע שהוא ממלא את מקומו. יש לוודא שבכל הרכב אפשרי ישמרו הכללים ביחס להרכב החוקי (כגון – קיום שני רופאים מתחומי התמחות שונים).
- 4.5.3. בכל ועדה, יהיה ייצוג הולם לשני המינים, ולמגוון התרבותי, הדתי והאתני של האוכלוסייה אותה משרת מוסד הבריאות בה פועלת הוועדה, ככל שניתן.
- 4.5.4. במינוי החברים יש להתייחס לפוטנציאל ניגוד עניינים אפשרי בין עיסוקם העיקרי של המתמנים לבין פעילות הוועדה.

4.5.5. תוקף המינוי הוא לארבע שנים:

- 4.5.5.1. חובה על מנהל המוסד הרפואי / קופ"ח / לשכת הבריאות ליזום חידוש המינוי באמצעות פניה בעוד מועד ללשכה המשפטית של משרד הבריאות, לפחות שלושה חודשים לפני תום תוקף המינוי.
- 4.5.5.2. אם במהלך התקופה הוחלפו חברים בוועדה, מינויים יהיה בתוקף לארבע שנים מיום תחילת מינויו של ההרכב המקורי.
- 4.5.5.3. ניתן למנות את הוועדה מחדש לתקופות נוספות של עד ארבע שנים כל אחת.
- 4.5.6. מינהל רפואה במשרד הבריאות ינהל רישום מרכזי של חברי ועדות האתיקה (הלשכה המשפטית במשרד הבריאות תעביר עותק מכל מינוי למנהל הרפואה).
- 4.5.7. עותק כתב המינוי של הוועדה על תיקונו ישמר בהנהלת מוסד הבריאות.

5. פניה לוועדת אתיקה

- 5.1. ההחלטה אם לפנות לוועדת אתיקה נתונה, בדרך כלל, לשיקול דעתו של הפונה. כיבוד רצונו של המטופל הוא הבחירה הראשונה. עם זאת, במקרים בהם מטפל סבור כי קיים חשש סביר שנשקפת סכנה לשלום הציבור או הזולת כתוצאה משמירת הסודיות הרפואית של המטופל (סעיף 4.1(א)(4) לעיל) - חובה עליו לפנות לוועדת האתיקה על מנת שתשקול האם הצורך במסירת המידע עדיף מן העניין שיש באי מסירתו.
- 5.2. פניה לוועדת אתיקה יכולה להיעשות על ידי גורמים שונים, לפי העניין:
- 5.2.1. פניה בעניין בקשה לכפיית טיפול (ס' 15(2)) - תוגש בידי אחד מאלה:
- (א) המטפל או גורם בכיר מהנהלת המוסד הרפואי;
 - (ב) המטופל;
 - (ג) בן משפחה;
 - (ד) ידיד קרוב של המטופל;
 - (ה) מיופה כוח של המטופל לעניינים רפואיים (ייפוי כוח רפואי לפי סעיף 16 לחוק זכויות החולה, או ייפוי כוח משולב, או ייפוי כוח מתמשך גם לעניינים בריאותיים) ובלבד שהם בתוקף והתמלאו התנאים לכניסת ייפוי הכוח לתוקף.
- 5.2.2. פניה להסתרת מידע מהמטופל (סעיף 13(ד) או 18(ג)) - תוגש בידי המטפל.
- 5.2.3. פניה לגילוי מידע לזולת לשם הגנה על בריאות הזולת או הציבור (סעיף 20(א)(5) לחוק זכויות החולה וסעיף 20 לחוק מידע גנטי) – יכולה להיות מוגשת בידי כל אדם בעל ענין.
- 5.2.4. פניה בהשגה בעניין תיעוד מידע לאחר ועדת בקרה ואיכות (סעיף 23(א)) תוגש בידי המטופל או מיופה כוחו כאמור לעיל, או עורך דינו.
- 5.2.5. פניה של איש צוות במוסד הרפואי בבקשה להתייעצות.
- 5.3. הפניה תכיל את הפרטים שלהלן:
- 5.3.1. שם המוסד הרפואי ושם המטפל;
 - 5.3.2. שם המטופל;
 - 5.3.3. פרטי הפונה:
 - 5.3.3.1. אם הוא מטפל: שמו המלא, המוסד / ארגון בו הוא עובד, ותפקידו.

- 5.3.3.2. אם אינו המטפל: שמו המלא, מספר זיהוי, מקום מגוריו ומען למשלוח תשובה;
- 5.3.3.3. אם אינו המטפל או המטופל: פירוט עניינו של הפונה בהחלטת הוועדה;
- 5.3.3.4. קרבת הפונה למטופל (אם יש).
- 5.3.4. העובדות העיקריות הנוגעות לפניה;
- 5.3.5. סעיף החוק לפיו נעשית הפניה.
- 5.4. יש להעדיף פניה בכתב, אך ניתן לקבל פניה בעל-פה. פניה שהועברה לוועדת אתיקה שלא בכתב, תתועד בהקדם האפשרי.
- 5.5. במוסד רפואי יוכנו טפסים לפנייה לוועדה, הכוללים את כל השדות הנחוצים לפי החוק והתקנות, ויוגשו בהתאם להוראות כל דין.

6. התכנסות הוועדה

- 6.1. במקום בו לא פעלה ועדת אתיקה, תתכנס הוועדה בפעם ראשונה בסמוך לאחר מינויה.
- 6.2. על ועדה להתכנס תקופתית, אחת לארבעה חודשים לפחות, לדיון בסוגיות עקרוניות, או לדיון במקרה מסויים שעל הפרק, כמפורט להלן.
- 6.3. על ועדה להתכנס, לפי הצורך, בתוך פרקי הזמן הבאים:
- 6.3.1. קבלת החלטה בתוך 48 שעות ממועד קבלת הפניה:
- (א) לדיון בבקשת מטפל להסתיר מידע ממטופל, במסגרת קבלת הסכמתו מדעת לטיפול (ס' 13(ד)).
- (ב) לדיון בבקשה לאישור טיפול בניגוד לרצון המטופל (ס' 15(2)).
- יור"ר הוועדה רשאי לקבוע מועד אחר, מטעמים מיוחדים שיירשמו.
- 6.3.2. בכל נושא אחר: הוועדה תקבל החלטה בתוך 30 ימים ממועד קבלת הפניה. היו"ר מוסמך להקדים את הדיון בפניה אם היא דחופה.
- 6.4. יש לנהל מעקב נוכחות בכל פגישות הוועדה, ולהקפיד על מניין חוקי של הוועדה בפגישות בהן מתקיים דיון על פי חוק (המניין החוקי הוא ההרכב המלא של הוועדה).
- 6.5. בהשגות על אי-תיעוד ע"י ועדת בקרה ואיכות ברשומה (ס' 23) תדון הוועדה בהרכב של שלושה חברים, שהם יושב ראש הוועדה ושני הרופאים המומחים.

7. פניה לבית המשפט

- 7.1. אם לא ניתן לדון בפניה דחופה בתוך הזמן הנדרש לפי נסיבות המקרה, ניתן לפנות לבית המשפט המחוזי במחוז פעילותה של הוועדה.
- 7.2. פניה לבית המשפט המחוזי תיעשה רק אם מוצו האפשרויות לכנס את הוועדה במועד.
- 7.3. הפניה תיעשה באמצעות הייעוץ המשפטי של המוסד הרפואי (לפי ההסדרים הארגוניים והמשפטיים החלים לגבי אותו מוסד).
- 7.4. על מזכירות הוועדה לתעד מקרים בהם התבקש כינוס הוועדה אך לא כונסה בפועל, לרבות הסיבה לכך, וכיצד טופל המקרה.

7.5. במקרים שאינם בסמכות ועדת האתיקה - בדרך כלל הסמכות לדון נתונה לבית המשפט למשפחה (ולגבי מוסלמים גם לביה"ד השרעי).

7.6. 'ערעור' על החלטת ועדת אתיקה מכוח סמכותה לפי חוק זכויות החולה הוא במסגרת עתירה לבג"ץ.

8. פעילות ועדת האתיקה מעבר לתפקידים המוגדרים בחוק ובנוסף להם

8.1. הוועדה רשאית לדון גם בסוגיות אתיות שאינן כלולות בסמכויות הוועדה מכוח החוק, כגורם מגשר ומייעץ למטפלים, למטופלים ולהנהלת המוסד הרפואי, וזאת לפי שיקול דעת הנהלת המוסד/הקופה, ובהסכמת חברי הוועדה.

8.2. רצוי שהרכב הוועדה המייעצת יכלול את חברי הוועדה לפי החוק, אולם התכנסות כוועדה מייעצת אינה חייבת להיות בהרכב המלא, וניתן לצרף אליה חברים נוספים. בשבתה כוועדה מייעצת הוועדה לא כפופה למגבלות החלות בעניין הסמכות (יושב הראש, ההרכב, מקום, נושא ולוח זמנים). עם זאת ראוי לוודא שיתקיים הרכב רב-מקצועי, המתאים לדיון בנושא.

8.3. בדיון במסגרת זו אין לוועדה סמכות לקבל החלטה מחייבת, אלא לייעץ ולהמליץ בלבד.

8.4. ניתן לקיים התייעצות בוועדה גם במקרה בו סמכות ההכרעה נתונה בידי בית משפט, או בידי ועדה מוסמכת אחרת, כדיון מייעץ מקדים, או כניסיון להגיע להסכמה (שלעתים תייתר את הפניה לביהמ"ש או לוועדה האחרת). מקרה אופייני הוא למשל: חילוקי דעות עם אפוטרופוס של מטופל, או עם הורים לילד או בין ההורים לבין עצמם.

8.5. סוגיות אתיות עקרוניות ניתן להביא לדיון גם במסגרת המועצה הלאומית לביו-אתיקה.

9. הדיון בוועדה

9.1. דיון בוועדה לפי חוק או כוועדה מייעצת

9.1.1. הדיון בוועדת אתיקה לפי חוק הוא דיון בדלתיים סגורות. ככלל, בדיון ינכחו רק חברי הוועדה, הפונה, המטופל הנוגע בדבר, ומטפלו, לפי הצורך ועל פי שיקול דעתו של יושב ראש הוועדה.

9.1.2. הוועדה מוסמכת להרשות לאדם אחר להיות נוכח בעת הדיון, כולו או מקצתו, ורשאית להזמין ולשמוע כל אדם שתראה לנכון (כל מוזמן מחוייב לשמירה על סודיות, כדיון).

9.1.3. ביחס למתן אישור לכפיית טיפול לפי ס' 15(2) לחוק – יש לשאת לזמן ולשמוע גם את כל המטפלים האמורים לקחת חלק בביצוע החלטה כזו (כגון צוות סיעודי, צוותי הרדמה וכירורגיה).

9.1.4. בכל מקרה יש לשמוע את המטופל או נציג מטעמו, למעט במקרים לפי סעיף 13(ד) או 18 לחוק, על מנת להתרשם אישית מהמטופל, אישיותו ורצונותיו לגבי גופו ומצבו.

- 9.1.5 רצוי שהוועדה (או חלק ממנה, לפי שיקול דעת יושב הראש) תגיע למיטת מטופל, בין אם הוא מרותק למיטתו, או מסיבה אחרת.
- 9.1.6 בעת שמיעת המטופל או מוזמנים אחרים יש לדאוג לתרגום או להנגשה לשונית לבעלי מוגבלויות, ולהנגשה תרבותית - והכל לפי העניין ולפי הצורך.
- 9.1.7 הוועדה רשאית להחליט שברצונה לפגוש את המטופל או בעל עניין אחר לבדו, ללא נוכחות גורמים נוספים.
- 9.1.8 הוועדה רשאית להתייעץ באנשי דת ורוח או אנשי תוכן רלוונטי נוספים, אם זה מתאים למטופל או נראה לה נחוץ מכל סיבה אחרת.
- 9.1.9 **רק בהיעדר חלופה אחרת:** ניתן לקיים דיון 'מרחוק', באמצעות שימוש בטכנולוגיות אודיו / וידיאו, ובלבד שתהיה אינטראקציה ישירה בין כל חברי הוועדה (ולא בהתכתבות בדוא"ל או תוכנות מסרים), ותישמר הפרטיות והסודיות הרפואית.
- 9.1.10 יש לערוך פרוטוקול, שיתעד את רשימת חברי הוועדה הנוכחים, נוכחות משתתפים נוספים בדיון, רישום מסמכים שהוגשו וכיו"ב, והמסכם את הדיון בוועדה (יש לתעד לכל הפחות את עיקרי הדברים שנאמרו) ואת החלטותיה או המלצותיה.
- 9.1.11 הפרוטוקול והסיכום ייחתמו ע"י יו"ר הוועדה.
- 9.1.12 הפרוטוקול החתום ומסמכים שהוגשו לוועדה ישמרו במרוכז בהנהלת המוסד הרפואי או הארגון, או במזכירות הוועדה.

10. קבלת החלטות

- 10.1 ככלל, הכרעה בדיון אתי רפואי (החלטה או המלצה), עדיף שלא תעשה בהצבעה ובהכרעת רוב - אלא בשכנוע ובהגעה החלטה/המלצה פה-אחד.
- 10.2 אם אין מחלוקת בוועדה - לא חובה לקיים הצבעה פורמלית. אם הדעות בוועדה חלוקות ולא ניתן להגיע להחלטה פה-אחד, תתקיים הצבעה.
- 10.3 ביחס להכרעה בנושא שבסמכות לפי חוק:
- 10.3.1 אם מתקיימת הצבעה בעת שבדיון נוכחים חברים מעבר להרכב הקבוע בחוק - ישתתפו בהצבעה רק חברי ההרכב החוקי.
- 10.3.2 אם הדעות חלוקות ויש שוויון בהצבעה:
- (א) לעניין בקשה להסתיר מידע בקבלת הסכמה מדעת (ס' 13(ד)) ולעניין בקשה לכפיית טיפול (ס' 15(2)) - שוויון פירושו שהבקשה - **נדחתה**.
- (ב) בכל פניה אחרת - תכריע דעת היו"ר.
- 10.4 יו"ר הוועדה יקבע האם קבלת ההחלטה תתבצע בנוכחות המטפל או המטופל, או לאחר סיום שמיעת הצדדים, וללא נוכחותם.
- 10.5 כל החלטה צריכה להיות מתועדת ומתויקת במזכירות הוועדה על פי כללי שמירת הסודיות הרפואית ואבטחת מידע.
- 10.6 לשם מעקב, לימוד, בקרה ואיכות, על הנהלת המוסד הרפואי / הארגון לקיים מעקב אחר יישום החלטות והמלצות הוועדה, תוך שמירה על פרטיות המטופלים כמתחייב.

10.7. יש לתעד את החלטות הוועדה לפי הכללים הבאים:

באחריות יושב ראש הוועדה או מי שיקבע על ידו לתעד את החלטות הוועדה כמפורט להלן:

- 10.7.1. החלטת הוועדה תהיה בכתב ותימסר לפונה סמוך ככל שאפשר לסיום הדיון.
- 10.7.2. ההחלטה תהיה מנומקת, אלא אם החליטה הוועדה שלא לנמקה, מטעמים מיוחדים שיירשמו.
- 10.7.3. החלטה על כפיית טיפול (ס' 15(2)) ועל מסירת מידע לזולת להגנה על בריאות הזולת/הציבור (ס' 20(א)(5)) - יתועדו ברשומה הרפואית של המטופל, גם בשדה המאפשר שיתוף המידע עם מוסדות רפואיים אחרים.
- 10.7.4. החלטות על הסתרת מידע מהמטופל יתועדו וישמרו במזכירות הוועדה. במקרה זה יתועד ברשומת המטופל כי "התקיים דיון בוועדת אתיקה" ללא פירוט הנושא, מהות הדיון וההחלטה שהתקבלה.
- 10.7.5. החלטה בהשגה על הכללת מידע בתיק המטופל לאחר ועדת בקרה ואיכות (ס' 23) תתועד ברשומה הרפואית של המטופל. החלטה הדוחה השגה כאמור תתויק במזכירות הוועדה.

11. מעמד החלטות הוועדה לפי חוק

- 11.1. כאשר ועדת אתיקה דנה בעניין המסור לסמכותה לפי חוק ובהרכב החוקי הנדרש – מעמדה הוא של 'גוף מעין שיפוטי', והחלטתה היא בעלת תוקף משפטי, המגן על הרופא שפעל בהסתמך עליה, כמו החלטה של בית משפט.
- 11.2. עם זאת, החלטת ועדת אתיקה מתירה טיפול במטופל בניגוד לרצונו או הסתרת מידע, ומטפל רשאי לפעול לפיה, אולם אין בהחלטתה כדי לחייב מטפל לטפל במטופל בניגוד לערכיו, למצפונו, או לשיקול דעתו הרפואי. במקרה זה, ניתן להעביר את הטיפול למטפל אחר, על פי הסדר שייקבע בתיאום מראש עם מנהל המוסד הרפואי / הארגון.
- 11.3. האחראי על הטיפול במטופל במוסד הרפואי / בארגון, רשאי שלא לממש את ההיתר שניתן ע"י הוועדה לפי שיקול דעתו, או אם השתנו הנסיבות שהביאו להחלטה, ויעדכן את מנהל המוסד הרפואי / הארגון או הממונה על פעילות ועדת האתיקה.

12. פרסום ויידוע

- 12.1. מנהל מוסד רפואי / ארגון ידאג לפרסם את דבר קיומה של הוועדה, נושאי אחריותה ודרכי הפניה אליה - לצוות המטפל ולציבור המטופלים ומשפחותיהם.
- 12.2. בכלל זה יש להציג מידע:
 - 12.2.1. בשילוט מתאים בשטח המוסד/ארגון;
 - 12.2.2. באתר האינטרנט של המוסד/ארגון;
 - 12.2.3. בדפי מידע למטופלים;
 - 12.2.4. בהדרכות והרצאות לצוות המטפל.

- 12.3. יש לדאוג להכנת ולזמינות טפסים לפנייה לוועדה, הכוללים את כל השדות הנחוצים לפי החוק והתקנות, ולדאוג להנגשתם בהתאם להוראות כל דין.
- 12.4. מנהל המוסד/ארגון ידאג לקיים פעילות פנימית להטמעת המודעות לקיום הוועדה בקרב הצוותים והמטופלים.
- 12.5. מנהל מוסד/ארגון ידאג להשתתפות צוותים מטפלים וחברי ועדת האתיקה של המוסד/ארגון, כנסים ובהדרכות/הכשרות שמתקיימים בנושא פעילות ועדות האתיקה.
- 12.6. משרד הבריאות יפרסם מידע בנושא ועדות האתיקה ופעילותן באתר האינטרנט שלו, ויפעל ליידוע מטפלים בקהילה בדבר קיומן של ועדות אתיקה ותפקידיהן.

13. כשירות והכשרה של חברי הועדה

- 13.1. ראוי שיו"ר הועדה יהיה בעל ידע באתיקה, רפואה-ומשפט' או גישור.
- 13.2. יו"ר הועדה לא יהיה יועץ משפטי של המוסד הרפואי / הארגון, ולא יהיה עורך דין הנותן שירותים משפטיים תדיר או דרך קבע, למוסד הרפואי / לארגון (למעט במקרים חריגים ובאישור מיוחד מראש, באמצעות כתב המינוי).
- 13.3. נציג הציבור או איש הדת בוועדה מייצגים את ציבור המטופלים וערכים דתיים שונים. ולכן הוא יבחר לתפקיד זה ללא קשר למקצועו (רצוי שלא יהיה משפטן, רופא, או בעל מקצוע טיפולי אחר) הוא לא יהיה מועסק במוסד הרפואי / בארגון באופן פעיל בתפקיד שאינו נציג ציבור או איש דת.
- 13.4. רצוי שלפחות חבר אחד בוועדה יהיה בעל הכשרה פורמלית באתיקה או רקע וניסיון בעיסוק בסוגיות אתיות.
- 13.5. מנהל המוסד הרפואי / הארגון יודא כי כל חברי הוועדה יקבלו הכשרה תקופתית באתיקה, לרבות באמצעות השתתפות בימי עיון, כנסים או לומדה אינטרנטית וכיו"ב, ויתעד את קיום ההכשרה.

14. ניגוד עניינים

- 14.1. חבר ועדת אתיקה לא ישתתף בדיון מסוים בוועדה אם הוא עלול להימצא, במישרין או בעקיפין, במצב של ניגוד עניינים בין תפקידו כחבר הוועדה לבין ענין אחר שלו.
- 14.2. אם נודע לחבר ועדת אתיקה שהוא מנוע מלהשתתף בדיון מסוים בשל ניגוד עניינים כאמור לעיל, עליו להודיע על כך ליו"ר הועדה בהקדם האפשרי.
- 14.3. יו"ר הוועדה ידאג שבמקום החבר שנמנע ממנו להשתתף בדיון - ישתתף ממלא מקום.
- 14.4. אם יושב הראש מנוע מלהשתתף בדיון עקב ניגוד עניינים – ישתתף בדיון ממלא מקומו.
- 14.5. איש צוות רפואי לא ישתתף כחבר הוועדה בדיון הנוגע למטופל המצוי בטיפולו.

- 15.1 מנהל מוסד רפואי / ארגון רשאי לבקש מעת לעת מהמנהל הכללי לשנות את הרכב ועדת האתיקה במוסד / בארגון, או להחליף חבר או חברים בהרכבה.
- 15.2 חבר ועדת אתיקה רשאי להתפטר בהגשת מכתב התפטרות למנהל הכללי ולמנהל המוסד הרפואי / הארגון. כהונת חבר שהתפטר תופסק בתוך חודש ממועד הגשת מכתב ההתפטרות.
- 15.3 המנהל הכללי רשאי להעביר חבר ועדת אתיקה מכהונתו, ביוזמתו או לבקשת מנהל המוסד הרפואי / ארגון באחד מהמקרים הבאים:
- (1) הוגשו נגדו כתב אישום או קובלנה בשל עבירה שיש עמה קלון;
 - (2) הוא מונה לתפקיד שבשלו הוא נמצא באופן תדיר במצב של ניגוד עניינים עם תפקידו כחבר ועדת האתיקה;
 - (3) הוא נעדר משלוש ישיבות רצופות או ממחצית הישיבות במהלך שנה אחת לכהונתו (לפני העברה מכהונה מנהל המוסד הרפואי / הארגון ישלח לחבר התראה בכתב ויאפשר לו הזדמנות להשמיע את טענותיו בנושא בתוך 14 יום);
 - (4) המנהל הכללי קבע, על יסוד חוות דעת רפואית, שמחמת מצב בריאותו נבצר מהחבר להמשיך במילוי תפקידו.
- 15.4 התפטר חבר ועדה או הועבר מכהונתו, ימונה לו מחליף בהקדם האפשרי.
- 15.5 פרישת חבר ועדה מעבודתו במוסד הרפואי אינה מסיימת אוטומטית את כהונתו בוועדה.

16. **מינוי ממונה על קידום זכויות החולה ועל פעילות ועדות האתיקה, ותפקידיו**

- 16.1 מנהל מוסד רפואי / ארגון חייב למנות בעל תפקיד בכיר במוסד / חבר הנהלה, שיהיה האחראי לזכויות המטופל (לפי ס' 25 לחוק זכויות החולה) ואחראי לפעילות ועדת האתיקה.
- 16.2 תפקידי האחראי בעניין שמירה על זכויות החולה:
- (1) לייעץ ולסייע למטופלים בקשר למימוש הזכויות שבחוק זכויות החולה.
 - (2) לקבל תלונות של מטופלים, לבדוק אותן ולטפל בהן (תלונות שעניינן איכות הטיפול הרפואי, יועברו לטיפולו של מנהל המוסד הרפואי / הארגון או לגורם אחר שמנהל המוסד מינה לעניין זה).
 - (3) להדריך ולהנחות את הצוות הרפואי והמנהלי בנושא הוראות חוק זכויות החולה.
- 16.3 תפקידי האחראי בעניין ועדות האתיקה:
- (1) לבקש מינוי ועדת אתיקה למוסד/ארגון, ועדכון / חידוש המינוי.
 - (2) לקבל החלטות על זימון הוועדה במקרים המתאימים (לפי החוק וכוועדה מייעצת).
 - (3) לדאוג לניהול פרוטוקול לדיוני הוועדה, חתימתו ע"י היו"ר, שמירתו לפי כל דין והעברת ההחלטות לפונה ולגורמים רלוונטיים אחרים.
 - (4) לעקוב אחר הפניות לוועדת האתיקה ואחר יישום החלטותיה והמלצותיה.
 - (5) למנות גורם מינהלי שירכז, פרוצדוראלית, את פעילותה השוטפת של הוועדה.
- 16.4 לדווח למנהל הרפואה באופן סדיר על פעילות הוועדה.מידע על זהות האחראי ודרכי הפניה אליו תפורסם במוסד הרפואי / הארגון, לידיעת המטופלים ולידיעת הצוות.

16.5. מנהל מוסד רפואי / ארגון ידווח למינהל הרפואה במשרד הבריאות על זהות האחראי שמינה.

16.6. במידת הצורך ניתן לפצל את התפקיד כך שיבוצע על ידי שני עובדים בכירים.

17. תשלום / החזר הוצאות

17.1. מוסד רפואי / ארגון בו פועלת ועדת אתיקה רשאי לתת תמורה לחברי הוועדה שאינם עובדי המוסד הרפואי / הארגון, בעד פעילותם בוועדה, והחזר הוצאות.

17.2. במוסדות ממשלתיים ניתן לפעול לפי הוראת תכ"ם מס' 13.1.7 של החשב הכללי בעניין תשלום לחברי ועדות מייעצות, ולפי סיכום מוקדם עם החברים. במוסדות / ארגונים אחרים ניתן לקבוע הוראות דומות ברוח זו.

17.3. פעילות ועדת אתיקה היא חלק בלתי נפרד מהפעילות הקלינית של מוסד רפואי / ארגון העוסק במטופלים, ובהתאם יש להסדיר את סוגיית ביטוח האחריות עבור חברי הוועדה.

17.4. על פעילות עובדי מדינה בוועדות במוסד רפואי / ארגון ממשלתי יחולו הוראות התקשי"ר ביחס לעבודה נוספת ועבודה פרטית.

18. בקרה

18.1. משרד הבריאות יבדוק את קיום הוראות החוזר ואת פעילות ועדות האתיקה במוסדות רפואיים / ארגונים בתחום הבריאות במסגרת הבקורות התקופתיות ובקורות לקראת חידוש רישוי וכדומה.

18.2. משרד הבריאות רשאי לדרוש דיווח כמותי וכללי על: פעילות הוועדות, נושאי הדיון, החלטות והמלצות שהתקבלו, וביחס למאפיינים נוספים של הפעילות (הדיווח באחריות האחראי על פעילות הוועדה).

לחזור זה מצורפים שלושה נספחים:

נספח א' - הכוונה והמלצות לפעילות ועדת האתיקה: הנחיות והמלצות ליו"ר ולחברי ועדה ביחס לאופן ניהול הוועדה.

נספח ב' - הליך הדיון בסוגיה אתית: הנחיות והמלצות לגבי אופן ניהולו של דיון בסוגיות אתיות, שיקולים ודוגמאות.

נספח ג' - דוגמאות למקרים בהם ראוי לפנות לוועדת האתיקה: לשם המחשת סוגי המקרים שיש לדון בהם בוועדה לפי חוק, או בוועדה המייעצת.

הואילו להעביר תוכן חוזר זה לידיעת כל הנוגעים בדבר במוסדכם.

ב ב ר כ ה,
ד"ר ורד עזרא
ראש חטיבת הרפואה

העתק : המנהל הכללי
המשנה למנהל הכללי

הנהלה מורחבת
מנהלי קופות החולים
קרפ"ר – צ.ה.ל
קרפ"ר – שרות בתי הסוהר
קרפ"ר – משטרת ישראל
רכז הבריאות, אגף תקציבים – משרד הבריאות
יו"ר ההסתדרות הרפואית
יו"ר ההסתדרות האחיות
יו"ר מועצה מדעית – ההסתדרות הרפואית
מנכ"ל החברה לניהול סיכונים ברפואה
בית הספרים הלאומי והאוניברסיטאי
ארכיון המדינה
מנכ"ל חברת ענבל

סימוכין : 414745618

אתר האינטרנט בו מפורסמים חוזרי חטיבת הרפואה וחוזרי מנכ"ל

נספח א' - הכוונה והמלצות לפעילות ועדת האתיקה

1. **מבוא – מטרת הנספח**
 - 1.1. הנספח נועד לתת ליושבי ראשי הוועדות ולחברי הוועדות קיום מנחים לקיום דיון ולהפעלת שיקול דעתם האתי, בהתאם לחוק ולכללי האתיקה החלים על טיפול רפואי.
2. **כשירות המטופל לקבל החלטות**
 - 2.1. מרבית סמכויות הוועדה על פי חוק נועדו למצבים בהם המטופל הוא בעל יכולת להבין את מצבו ולקבל החלטות, וניתן לשמוע את עמדתו.
 - 2.2. לפיכך, כאשר מבוקשת התערבות הוועדה – לשם כפיית טיפול על אדם בניגוד לרצונו או מסירת מידע לצד ג' על אף סירובו, ראשית, יש לקבוע האם סירובו הוא סירוב מדעת, כלומר - האם החלטתו מבוססת על הבנת מצבו, הטיפול המוצע לו וחלופותיו, ואת המשמעות של סירובו לטיפול.
 - 2.3. אם יש ספק לגבי יכולתו של המטופל לקבל החלטה או להבין את משמעות החלטותיו, יש להיעזר במומחה מתאים (כגון: פסיכיאטר, פסיכולוג, גריאטר, נירולוג, ובמקרים המתאימים רופא מטפל אחר המכיר את המטופל או מומחה בתחום רלוונטי), שיבדוק, לפי המקרה, האם המטופל סובל ממחשבות שווא או מבעיה רפואית המעיבה על כושר שיפוט המציאות שלו, וכי.
3. **טיפול רפואי ללא קבלת הסכמה: מתי להפעיל את ועדת האתיקה (ס' 15(2)) ומתי להחתים שלושה רופאים (סעיף 15(3))**
 - 3.1. הפעלת סמכות כפיית הטיפול של ועדת האתיקה כפופה בין היתר לכך שהמטופל נמצא, לכל הפחות, במצב של "סכנה חמורה", שאינה מיידית.
 - 3.2. אם הסכנה מיידית ולמרות זאת יש אפשרות מעשית לכנס וועדת אתיקה בעוד מועד - לוועדה יש סמכות לדון גם במקרה זה.
 - 3.3. יש לקבל את ההחלטות בנושא במועד המוקדם ביותר האפשרי. אין לדחות את קבלת ההחלטה למועד מאוחר, בו עלול המטופל לאבד את הכרתו או את יכולתו להביע את עמדתו, באופן שיביא לפגיעה קשה יותר באוטונומיה שלו.
 - 3.4. במקרים בהם, בשל נסיבות החירום, לרבות מצבו הגופני או הנפשי של המטופל, לא ניתן כלל לקבל את הסכמתו מדעת - ניתן לפעול לפי סעיף 15(3) לחוק זכויות החולה.
 - 3.5. אם מטופל התנגד מדעת לטיפול בעודו כשיר, לאחר שהתנהל עימו תהליך הסכמה מדעת ממצה, ואז איבד את הכרתו או כשירותו – ועדת האתיקה מוסמכת לדון בעניינו. הועדה רשאית להסיק את עמדתו על סמך התייעוד הקיים על החלטותיו ועמדותיו בעבר, עדויות הקרובים לו ודברי הצוות הרפואי.
4. **ממשק הוועדה על פי חוק זכויות החולה - עם חוק החולה הנוטה למות**
 - 4.1. וועדה מוסדית לחוק החולה הנוטה למות פועלת במספר בתי חולים בישראל (במרכזי העל). ועדה זו הוסמכה בחוק להכריע במחלוקות הנוגעות לצומתי החלטה הרלוונטיים לטיפול בחולה הנוטה למות, למשל – ביחס לשאלה האם הוא אמנם חולה הנוטה למות, האם הוא בעל יכולת לקבל החלטות, האם הביע רצון מובהק שלא לקבל טיפול ולא להוסיף ולחיות, וכיו"ב.
 - 4.2. עם זאת, גם ביחס לחולים הנוטים למות עשויות להתעורר סוגיות שועדת האתיקה לפי חוק זכויות החולה מוסמכת לדון בהן (כגון: הסתרת מידע מהמטופל, או מסירת מידע לצד ג').
 - 4.3. ועדת האתיקה לא תדון בבקשה לכפיית טיפול ביחס למטופל שהוגדר כחולה הנוטה למות והביע רצונו שלא להוסיף ולחיות והוא מסרב לטיפול או ביקש להימנע ממנו.
 - 4.4. בנוסף, וועדת האתיקה, בכובעה המייעץ, יכולה לדון בכל סוגיה הנוגעת לחולה נוטה למות, כמנגנון לייעוץ ופישור, וניתן גם לקיים דיונים כאלה ביחד עם הוועדה המוסדית הרלוונטית (אם הוועדה המוסדית אינה באותו מוסד רפואי).
5. **המלצות באשר להרכב המשתתפים בדיון**
 - 5.1. יש לקיים את דיוני הוועדה פנים אל פנים, בנוכחות כלל חברי הוועדה, ובהשתתפות גורמים נוספים הנדרשים לצורך הדיון, וזאת בכדי למצות את מלוא התועלת הטמונה בדיון רב מקצועי, ובכלל זה סיעור מוחות, הפרייה הדדית וסקירה ממצה של הסוגיות הרלוונטיות למעט במקרים חריגים בהם ניתן לנהוג על פי הוראות חוזר זה.
 - 5.2. בדיון בנושא שהוא מתוקף הסמכויות החוקיות - ההרכב המינימלי כולל את כל ששת החברים. לשם כך יש לדאוג למספר מספיק של ממלאי מקום.
 - 5.3. כשהוועדה דנה כוועדה מייעצת – היא אינה מחויבת להרכב מינימלי מסוים, אך ראוי לכנס גם במקרה זה הרכב מגוון, כדי לשמר את יתרונותיו של דיון רב-מקצועי, המותאם לנסיבות ולמורכבות הנושא בו דנים.

- 5.4. אין מניעה שנציג הנהלת המוסד הרפואי או הארגון יהיה חבר בוועדה, על פי חוק או המייעצת. עם זאת, יש לבחון חברות זו בכל מקרה לגופו, בכדי לוודא כי לא תהיה לנוכחות נציג ההנהלה השפעה לא רצויה על אופי ומהלך הדיון, או שחברותו בוועדה מעמידה אותו בניגוד עניינים תדיר.
- 5.5. לחברי הוועדה נתון שיקול דעת ביחס להזמנת גורמי חוץ לדיונים. על הוועדה לשקול בכל מקרה את הצורך בהזמנת גורמים נוספים, ואת התועלת אשר תצמח מכך, או הנזק העלול להיגרם, כולל פגיעה בפרטיות המטופל.
- 5.6. כאשר הוועדה דנה במקרה של מטופל מסויים, חשוב שתכיר את המטופל ועמדותיו, ככל שניתן, ולשם כך עליה לתת משקל מתאים לשמיעת המטופל, בני משפחתו והקרובים לו, או גורמים נוספים, מקצועיים ואחרים, והכל תוך הקפדה על זכותו של המטופל לפרטיות ולסודיות רפואית, ועל קיום הוראות החוק במקרים בהם חובה לאפשר למטופל להשמיע את עמדתו בפני הוועדה.
- 5.7. לפי נסיבות המקרה, ניתן לשתף את הגורמים הנ"ל בישיבות הוועדה או בחלק מהן, וניתן לנהל חלק מהדיון לצד מיטת המטופל, או לשלוח אל המטופל נציג או נציגים של הוועדה, שידווחו לוועדה את התרשמותם.
- 5.8. שיקולים רלוונטיים בהחלטה על אופן מעורבות המטופל והקרובים לו בדיון, יכולים לכלול בין היתר:
- ההופעה בפני פורום בכיר ורחב עשויה לסייע למטופלים מסוימים לקבל החלטות שהתקשו לקבל לפני כן. במקרים אלה תהיה תועלת להזמנתו של המטופל להופיע בפני הרכבה המלא של הוועדה בחדרה.
 - מטופלים מסוימים חשים כי קולם לא נשמע דיו בתהליך. גם במקרה כזה תהיה תועלת להזמנתם לומר דברם ולהישמע בפני פורום הוועדה המלא.
 - במקרים מסוימים עשויה האינטראקציה עם כלל הוועדה דווקא להלחיץ את המטופל, ולהביאו לכדי הסתגרות. במקרים כאלה עדיף שמספר מצומצם של נציגי הוועדה ינהל את השיח עם המטופל, בסביבה מאפשרת ונוחה יותר.
 - אי ניידותם של מטופלים, ובעקבות זאת אי ניידותם של בני המשפחה הצמודים אליהם, מהווה שיקול נוסף בעד קיומו של דיון לצד מיטת המטופל.

5.7. בהתאם לנסיבות, גורמים רלוונטיים נוספים לדיון עשויים להיות:

- צוות מטפל במוסד הרפואי המכיר את המטופל, ויכול לספק מידע הנוגע לכל פניו של נושא הדיון, ובכלל זה - צוות רפואי, סיעודי, פסיכו-סוציאלי ופרא-רפואי (פיזיותרפיסט, מרפא בעיסוק, דיאטן ועוד).
- איש דת, בן דתו של המטופל או לפי בחירתו, עשוי להיות רלוונטי במיוחד כאשר המטופל הוא אדם מאמין, ואם אין בין חברי הוועדה אדם היכול לייצג בדיון את תפיסתו הדתית של המטופל.
- גורמים טיפוליים וגורמי רווחה המכירים את המטופל בקהילה (רופא אישי בקופת חולים, עובדת סוציאלית בקהילה, מטפל בבית האבות וכדומה).
- בני משפחה של המטופל, או אדם אחר שהמטופל מציין שהוא קרוב אליו או שיש לו השפעה על החלטותיו (אחר משמעותי).

6. מעקב אחר יישום המלצות והחלטות הוועדה

- יש לקיים מעקב אחר יישום החלטות הוועדה והמלצותיה, ועל השלכותיהן על ההתנהלות בשטח.
- למעקב כזה יש גם ערך לימודי רב והוא כלי להפקת לקחים ולבקרת איכות לוועדה עצמה.
- הוועדה צריכה להתעדכן על ההתפתחויות בטיפול במטופל נושא הדיון בעקבות החלטותיה או המלצתה.
- על הנהלת המוסד הרפואי / הארגון לנהל מעקב יזום אחר המקרים ואחר יישום החלטות והמלצות, ולעדכן את חברי הוועדה על תוצאות החלטותיה והמלצותיה.

לדיון בסוגיות אתיות יש מאפיינים מיוחדים, שהכרתם ועמידה על קיומם יכולים לסייע לדיון פורה ומועיל. נספח זה מפרט את השלבים המומלצים בקיום דיון אתי.

1. שלבי הדיון האתי

- א. ליבון העובדות - אתיקה טובה מתחילה בעובדות נכונות, מפורטות ומקיפות ככל האפשר. יש לשאול שאלות להבנת המקרה ובכלל זה את המטופל, המטפלים וכל גורם רלוונטי אחר.
- ב. זיהוי הדילמה - מהי השאלה העומדת לדיון?
- ג. זיהוי הערכים המתנגשים והעקרונות האתיים הרלוונטיים, ובכללם: ערך החיים, מניעת נזק, הטבה, כיבוד האוטונומיה, צדק ושוויון, איכות החיים, אמירת האמת, קיום הבטחות, מקצועיות, טובת החולה, טובת החברה, טובת עצמי, גורמים נוספים שעלולים להיפגע;
- ד. איסוף מידע נוסף, ככל הנדרש, לצורך ההכרעה בשאלות הטעונות ליבון;
- ה. הצגת דרכי הפעולה האפשריות;
- ו. בחינת ההשלכות של כל אחת מן החלופות;
- ז. בחירת דרך הפעולה המועדפת, תוך איזון בין השיקולים הרלוונטיים השונים.

2. שיקולים חשובים לצורך הבחירה בדרך הפעולה המועדפת

- האם החלופה הנבחרת תואמת את הוראות הדין?
- האם החלופה הנבחרת תואמת את המדיניות / הנהלים / ההנחיות של המערכת?
- האם החלופה הנבחרת תואמת את ערכי הארגון ואת העקרונות האתיים?
- אם החלופה הנבחרת סותרת, לכאורה, את הוראות החוק/הנהלים/מדיניות - האם ניתן להצדיק חריגה בנסיבות המיוחדות של העניין?
- איך תיראה החלופה הנבחרת בעיני אדם מחוץ לארגון?
- האם הנוגעים בדבר מסכימים שזו החלופה הטובה ביותר ו/או שתהליך קבלת ההחלטות היה הוגן?
- אם יש אי הסכמה של בעלי ענין, האם אפשר להגיע לפשרה מתקבלת על הדעת מבחינה אתית?
- האם החלופה הנבחרת תעמוד במבחן הזמן? (כלומר, תיראה נכונה גם בחלוף תקופה ובמבט לאחור, בעיני המחליטים ובעיני המטופל)

3. דוגמא - שאלות רלוונטיות במקרה של דיון על סירוב מטופל כשיר לטיפול

3.1. נתונים קליניים:

- מהי הבעיה הטיפולית, הרקע הרפואי, האבחנה, הפרוגנוזה?
- האם הבעיה אקוטית? כרונית? קריטית? דחופה? הפיכה?
- מהן מטרות הטיפול / ההתערבות ?
- מהי התועלת של הטיפול / ההתערבות לחולה ?
- מהם סיכויי ההצלחה - מה תיחשב להצלחה ?
- מהם הסיכונים והסיבוכים, עד כמה הם חמורים ? עד כמה הם שכיחים או נדירים?
- מהן החלופות הטיפוליות, סיכוייהן וסיכוייהן, לרבות החלופה של הימנעות מטיפול ?
- מה יחשב לכישלון הטיפול ומהי התכנית במקרה של כישלון ?

3.2. העדפות המטופל:

- מה רצונו של המטופל?
- מה המטופל יראה כהצלחה או כישלון של הטיפול ?
- מהן העדפות המטופל לגבי הטיפול / התערבות ?
- למה המטופל מסרב לטיפול המוצע?
- יש לשים לב כי החלטת הוועדה על כפיית טיפול מותנית, בין היתר, בכך ש"סביר להניח שלאחר מתן הטיפול הרפואי ייתן המטופל את הסכמתו למפרע". מצב זה מתקיים למשל כאשר נראה כי המטופל מסרב לטיפול בשל חשש, לחץ, אי אמון ועוד, אשר סביר כי הוא עצמו יבין שאינם מבוססים, לאחר שיעבור את הפעולה.
- האם יש חלופה סבירה שהמטופל מסכים לה ?
- האם החלטת המטופל היא רצונית ומדעת, ולאחר שקיבל מידע מספיק, לדעתו ?

- האם המטופל הבין את ההסברים שניתנו לו בצורה טובה / האם נדרשות לו התאמות נגישות או עזרה להבנת המידע?
- כיצד המטופל מעריך את איכות חייו, עם או בלי הטיפול / התערבות?
- האם המטופל מסוגל לשתף פעולה עם הטיפול? אם לא – למה?
- אם אינו מבין את משמעות מצבו והחלטותיו בשעת הדיון –
 - האם ביטא בעבר את רצונו ועמדותיו לגבי מצב כזה?
 - האם חל שינוי בנסיבות מאז שהביע את עמדותיו?
- האם מינה מיופה כוח לטיפול רפואי, המוסמך לקבל החלטה בנדון? אם כן - מה עמדת מיופה הכוח?
- האם מונה לו תומך בקבלת החלטות ?

3.3. גורמים נסיבתיים:

- האם יש סיבות משפחתיות שיכולות להשפיע על ההחלטות הטיפוליות?
- האם יש סיבות דתיות, רוחניות או תרבותיות המשפיעות על החלטת המטופל או שיש להתחשב בהן?
- מי או מה הם הגורמים הקשורים במטופל, שיכולים להשפיע על החלטותיו? כולל הערכת איכות החיים שלו עם או בלי הטיפול.
- האם מעורבים בהחלטה על הטיפול אינטרסים מחוץ לטיפול, כגון שיקולים מחקרניים או כספיים?
- מגבלות של סודיות רפואית או רצון של המטופל לשמור את מצבו בסוד.
- גורמים מוסדיים: שיקולים ארגוניים, כלכליים או תיעדוף וקדימויות (כגון מחסור במקום או משאבים, קדימות רפואית וכדומה).
- האם קיים ניגוד עניינים מצד המטפלים או המוסד?

4. דוגמה – שאלות רלוונטיות ייחודיות לדיון על מסירת מידע לצד ג', בניגוד לרצון המטופל

- בקבלת החלטה לעניין מסירת מידע אדם אחר, למרות סירובו של המטופל, על הוועדה לשקול בין היתר את השיקולים הבאים:
- הסתברות הסיכון לאדם אחר / לציבור;
 - חומרת הסיכון לאדם אחר / לציבור;
 - יעילות היידוע ככלי בהסרת או צמצום הסיכון;
 - * למשל, כאשר הסיכון הוא לאדם אחר, מזוהה וספציפי, יש יותר סיכוי שיידועו על הסיכון יאפשר לו להתגונן.
 - * כאשר הסיכון הוא לאנשים בלתי ידועים/ספציפיים – יידוע הזולת אינו כלי יעיל, בדרך כלל.
 - חומרת הפגיעה במטופל מעצם הפגיעה בפרטיותו ובסודיות הרפואית שלו, לרבות מצב בו עולה חשש לפגיעה פיזית במטופל מצד הזולת, אם ייוודע המידע.
 - קיום חלופות הפוגעות פחות במטופל, אך היכולות להשיג את המטרה של הגנה על הפרט / הציבור שנמצא בסיכון.
 - הערה: בכל מקרה, מסירת המידע לצד ג' תיעשה במידה המינימלית הנדרשת לצורך העניין, ויש לשקול מסירה של מידע חלקי, לפי הנסיבות.

נספח ג' - דוגמאות למקרים בהם ראוי לפנות לוועדת האתיקה

נספח זה נועד להמחיש, באמצעות דוגמאות, את סוגי המקרים שבהם יש לפנות לוועדת אתיקה.

ועדת האתיקה על פי חוק

- א. מטופלת אושפזה בבית חולים בעקבות שבר בירך. במחלקה הקיאה הקאה דמית ונצפתה צואה שחורה, סימנים המעלים חשש לתהליך בטני, יתכן וממאיר. עקב ירידת המוגלובין קיבלה שתי מנות דם. הצוות ממליץ, כי המטופלת תעבור בדיקות נוספות, וכן ניתוח בטן חוקר, אשר יתכן כי יוביל לכריתת הרחם והשחלות. המטופלת מסרבת להמשיך בירור רפואי של סיבת הדימום, ומבקשת רק לצאת לשיקום אורתופדי. המטפלים סבורים שיש הצדקה במקרה זה לנסות ולקבל אישור לטיפול גם בניגוד לרצונה של המטופלת.
- ב. חולה בן 75 עם מחלת ריאות חסימתית כרונית מתקדמת COPD. הונשם, נמצא כעת במהלך ניסיון גמילה, אשר נראה כי לא יצלח. מועמד לביצוע טרכיאוסטומיה, אך מסרב. הצוות המטפל סבור כי סירובו מעמיד אותו בסכנה לחייו, כיוון שהנשמה ממושכת ללא טרכיאוסטומיה מגדילה באופן משמעותי את הסיכון לחייו עקב זיהום או פצע לחץ בקנה הנשימה.
- ג. מטופל הסובל מכשל כלייתי חריף, מסרב לדיאליזה לאחר תהליך הסכמה מדעת מסודר, וטוען כי כאשר יגיע זמנו למות – הרי שהוא מקבל זאת בברכה. מצבו מחמיר והוא מאבד את הכרתו. הצוות הרפואי מעוניין להמשיך את הטיפול ולהציל בכך את חייו, וזאת אף שיש קושי מעשי גדול בכפיית טיפול דיאליזה, העשוי להיות מחזורי ומתמשך, ללא שיתוף פעולה והסכמה.
- ד. מטופלת הגיעה ללידת תאומים בנייתוח קיסרי מתוכנן. עם הגעתה התברר כי היא נשאית HIV. בן זוגה, אבי התאומים, אינו מודע לנשאות והמטופלת מסרבת לגלות לו. הצוות המטפל מבקש לגלות לבן הזוג על מצבה הרפואי של היולדת, כדי להגן על בריאותו ועל בריאות היילוד.
- ה. בני זוג הגיעו לייעוץ גנטי במהלך הריון, אשר בעקבותיו נשלח בן הזוג לבדיקות גנטיות למחלות רצסיביות נבחרות, והוסבר לאשה כי אם בן הזוג ימצא נשא גנטי לאחת המחלות – היא תופנה גם כן לבצע אותן בדיקות. בן הזוג נמצא נשא של הגן למחלת ציסטיק פיברוזיס, אך מודיע לצוות המכון הגנטי כי אינו מוכן שיספרו על כך לבת זוגו. הצוות מבקש לגלות לבת הזוג את המידע גם בניגוד לרצון בן הזוג.

ועדת האתיקה המייעצת

- א. שאלת מתן טיפול שאינו במצב חירום רפואי ואינו דחוף - למטופל חסר ביטוח רפואי או מקור מימון אחר.
- ב. הכנסת PEG למטופל חסר כשירות, המתגורר בבית אבות, אין מידע לגבי עמדתו ביחס לטיפול, ואין לו אפטרופוס.
- ג. מקרה בו מתבקשת הפרת הסודיות של המטופל ומסירת מידע אודותיו לצד שלישי - בכדי להגן עליו (להבדיל מהגנה על זולתו – שהיא בסמכות הועדה לפי חוק).
- ד. אישה בהריון מתנגדת לטיפול הנדרש לצורך הסרת סכנה לעובר – ניתן לקיים דיון בוועדה המייעצת, לעיתים בטרם פניה לבית המשפט.
