

ד"ר יורם בלשר



העניין המרכזי

לשתף אותנו

כינון הרשומה הרפואית הלאומית טומן בחובו סיכויים מול סכנות ■ על שיתוף הפעולה מצד הרופאים יקום או ייפול כל הפרויקט

הסכמת המטופל

לא ניתן להתעלם גם מחוק זכויות החולה, שהעלה על נס את עקרון ה"הסכמה מדעת" לטיפול רפואי. נראה, כי אך הגיוני לדרוש את הסכמת המטופל להיות חלק מרשומה לאומית העוסקת במצבו הרפואי ובטיפול הרפואי שניתן לו, לרבות שותפות פעילה בקביעת ההרשאות לצפייה במידע על אודותיו. במדינות שונות בעולם, שבהן מתקיים דיון דומה באשר לייסוד רשומה רפואית לאומית במתכונת זו או אחרת, מדובר שוב ושוב על היכלות וולונטרית ברשור-מה או על הצורך בקבלת הסכמה מפורשת מצד המטופל; ולא בכדי.

בכל מקרה, קיימים מספיק מצבים במסגרת הטיפול הרפואי שבהם נדרש הרופא להתמודד עם דילמות מורכבות, ולא הייתי רוצה לראות את הרופא קרוע בין מחויבויות סותרות למטר-

שרד הבריאות ומשרד האוצר מנסים לקדם במרץ ראוי לציון את פרויקט הרשומה הרפואית הלאומית, שיאפשר בלחיצת כפתור אחת, בכל נקודת טיפול, לצפות במידע רפואי אינטגרטיבי השייך לחולים. היוזמה, שהונחה לפתחנו בשנה האחרונה, טומנת בחובה סיכויים מול סכנות, שכדאי לשקלם היטב במאזן של תועלת מול מחיר, לפני שפועלים ליישם את התוכנית. למותר לציין, כי היישום בפועל ידרוש מאיתנו, הרופאים, התנהלות חדשה ולעתים מורכבת ביחס למטופלים ובתוך המערכת הרפואית, וישפיע ללא ספק על יחסי רופא-חולה כפי שאנו מכירים אותם היום.

כרופאים, קיים בנו הצורך הטבעי "לדעת הכל" על המטופל שבפנינו כדי להעניק לו טיפול רפואי מיטבי. עם זאת, חונכנו וחינכנו לשמירת זכויותיו הבסיסיות של המטופל, ובהן שמירת הסוד הרפואי ופרטיות המטופל, שהיא אבן יסוד ביחסי הרופא והחולה.

במשך שנים טיפחנו את האמון שנותן בנו המטופל כאנשי סוד, אמון המוביל לחשיפת אינפורמציה חיונית מצד המטופל, המאפשרת לנו להעניק לו את הטיפול הטוב ביותר. כיצד ירגיש אותו

מטופל ששם בנו את מבטחו, אם יידע כי המידע שנמסר על ידו מועבר הלאה, למטפלים ולצוותים רפואיים אחרים, ועלול אף לזלוג לשורה של גופים מעוניינים מחוץ למערכת הרפואית?

האם אנו מסוגלים להיות אחראים לנזקים במישור האישי, החברתי או התעסוקתי, שעלולים להיגרם למטופל שלנו עקב העברת המידע? האם נדע לזהות מתי הוא נמנע מלספר לנו את הפרטים המלאים על מצבו, מפאת החשש שיעברו הלאה? אלה רק מקצת השאלות שאנו צריכים לשאול את עצמנו בטרם נדהר למהלך שאין ממנו דרך חזרה.

אינם מרושטים ומצוידיים באינטרנט מהיר, למשל, ובשעה שכל מוסד רפואי משתמש ב"שפה" שונה ובקודים שאינם אחידים. זהו בדיוק המקרה שבו עניין טכני לכאורה הופך לגורם מהותי, העלול לטרפד את הכוונות הטובות של יוזמי התוכנית. די בכך שהקשיים הטכנולוגיים יביאו לקשיים בתחום נגישות המידע וקריאתו, או שיאלצו את הרופאים להקדיש זמן ניכר לאיתור שורות מידע ספציפיות או לסינון המידע הרלוונטי; וכל זאת במסגרת ש-שבע הדקות הניתנות בממוצע למפגש רופא-מטופל במסגרת קופת החולים.

בעייתיות נוספת נעוצה בעומס הנתונים, שעלול "ליפול" על הרופא המטפל מבלי שזה מסוגל לעשות משהו עם עודף המידע שנחשף בפניו. בתנאים כאלה, ייצא שכרנו בהפסדנו, ועלול להיגרם דווקא נזק לטיפול הרפואי.

אני מוטרד מהפגיעה האפשרית בקשר המיוחד שבין הרופא והחולה, הן בהיבט האנושי של קיום דרשיח עם המחשב במקום עם המטופל, והן בהיבט המקצועי של קביעת האנמנזה על פי הנתונים שסיפק המחשב - תחת שאיבת מידע באופן ישיר מהמטופל עצמו, שלה ייחסנו חשיבות רבה כמרכיב חיוני בהענקת הטיפול הרפואי. ועדיין לא דיברנו על טעויות השרשרת שעוללות לחלחל למערכת, מבלי שאף אחד יעצור ויתהה על שורשיהן.

אני מודאג מאוד גם מהעדר המיתאם בין המהפך הטכנולוגי הצפוי לבין תנאי סביבת העבודה שלנו, הרופאים. הבעיה שכחה בעיקר בקרב רופאי הקהילה, האחראים על התיקים הרפואיים של כ-1,400 מטופלים בממוצע לרופא על פני תקופת זמן ממושכת. אלה יידרשו, בנוסף לעבודתם השוטפת, לנהל ולעקוב אחר מספר אדיר של נתונים המגיעים ממקורות שונים ולבצע, לכאורה, סריקה שגרתית של כלל התיקים, כדי להיות מודעים לתוצאות הייעוצים על ידי מומחים, בדיקות המעבדה

היוזמה להקים את פרויקט הרשומה הרפואית הלאומית, שהונחה לפתחנו בשנה האחרונה, טומנת בחובה סיכויים מול סכנות, שכדאי לשקלם היטב במאזן של תועלת מול מחיר, לפני שפועלים ליישם את התוכנית

פל ולמערכת גם בהקשר זה.

הרשומה הרפואית הלאומית מציבה אתגר טכנולוגי לא פשוט לתכנון וליישום, אם רוצים לקדם באמת את המטרות של שיפור הטיפול הרפואי וחיסכון בזמן, בבירוקרטיה ובמשאבים. רציפות הטיפול וחיזוק הקשר בין רופא המשפחה לרופאים יועצים ולבתי החולים יושגו רק בתנאי שיתקבל מידע אמין, מלא ומעודכן בצורה מהירה ומדויקת, כך שהרופא לא יצטרך לבזבז זמן יקר על איתור המידע ועיבודו.

יש לבחון אם הדרישה לפתרונות טכנולוגיים ים מתקדמים עשויה לקבל מענה, בזמן שחלק מהמוסדות הרפואיים ורבים מהרופאים עדיין

**גבולות האחריות של
הרופא אינם ברורים במצב
שבו הוא נדרש להיות
מקליד הנתונים, מעביר המידע
ושואב האינפורמציה
כאחד. הרחבת האחריות
מביאה כמעט תמיד להגברת
השימוש במה שקרוי
"רפואה מתגוננת"**

מהווה נדבך נוסף במאמצינו להביא לתודעת ציבור הרופאים את חשיבות הדיון וההתלבטות בעניין.

מכל מקום, נדרוש את קיומם של תנאי סף שהינם קריטיים מבחינתנו להנעת התהליך, ובהם: משאבי כוח אדם וממון, פתרונות טכנו-לוגיים משביעי רצון, חקיקה ראשית נפרדת, שתעסוק בסוגיות של שמירת הסוד הרפואי, אבטחת המידע והגבלות על הצפייה בו, כמו גם בהגדרת אחריות המטפלים ובמניעת השימוש במערכת למטרות זרות של פיקוח, משמעת או בקרת עלויות – נושאים החורגים מהמטרה המרכזית של הטבת הטיפול הרפואי – וכן דאגה לתנאי סביבת עבודה הולמים והפעלת שיקול דעת זהיר ומדוד בכל שלב משלבי הביצוע, גם על חשבון המהירות שבא ייצא הפרוייקט אל הפועל.

נתמוך בבחינה מדרגית של התוכנית באמצעות קיום פיילוט, שיקלול מידע מוגבל ומצומצם עם בלבד בפריסה ארצית רחבה. לבסוף, נפעל למעורבות אקטיבית של האיגודים המקצועיים ושל הרופאים הבאים מתוך השטח הטיפולי בעיצוב הרשומה הלאומית והעקרונות שעל פיהם תופעל – מתוך ההבנה שהם היחידים המסוגלים להעריך את התועלת שניתן יהיה להפיק מהמהלך, מצד אחד, ואת המחיר שהוא יגבה, מצד אחר.

עמדתנו גובשה בפורומים מגוונים בתוך הר"י והובעה בפני קובעי המדיניות במשרד הבריאות. בכונתנו להמשיך ולהיות שותפים פעילים בוועדות שהקים משרד הבריאות לצורך ביצוע הפרוייקט, ובהן ועדת ההיגוי העליונה, הוועדה האתית-משפטית בראשות יו"ר הלשכה לאתיקה של הר"י וועדת החקיקה, האמורה להתכנס בחודשים הקרובים.

לסיום, מילת אזהרה: פרויקט מעין זה בנוי ומבוסס כולו על שיתוף פעולה מרבי מצד הרופאים. על שיתוף פעולה כזה, מתוך רצון כן ואמיתי, יקום או ייפול כל הפרוייקט. שיתוף הפעולה חייב להתבסס על מתן מענה לבעיות ולחששות, שמקצתם הועלו כאן. ♦



איור: לירון ברעקיבא

בהיעדר מודל תקדימי, הדומה בהיקפו ליוזם מה המוצעת על ידי משרד הבריאות או מודל שנוסח כבר בהצלחה ברמה הלאומית במדינה כלשהי, איננו יכולים ללמוד את ההשלכות או להפיק לקחים שיעזרו לנו להבטיח את כדאיות המהלך שעומד לעלות למדינה הרבה מאוד כסף. אני סבור, כי לא תמיד ולא בכל תחום הדבר הטוב ביותר הוא להיות ראשוניים ופורצי דרך. אני גם מביע צער על כך שהחלטת הממשלה לרוץ קדימה עם תוכנית בעלת השלכות משמעותיות על המערכת הרפואית כולה, ובסדר גודל כזה, נתקבלה ללא התייעצות מוקדמת עם הר"י – המייצגת את הרופאים, שאמורים לשאת על כתפיהם את הפעלת המיזם בשטח – ואף ללא דיון ציבורי רחב, שיעלה על סדר היום את תחושות המטופלים באשר לניהול המידע הרפואי השייך להם, ולהם בלבד.

דיון כזה היה מאפשר גם בחינה אמיתית של חלופות, שהועלו כאופציות במדינות אחרות, כדוגמת "כרטיס חכם" המצוי בידי המטופל עצמו או הסתפקות במאגר הכולל סט מינימלי של נתונים בסיסיים.

תנאי סף

גיליון זה של "זמן הרפואה", המוקדש בחלקו לנושא הרשומה הרפואית הלאומית,

וסיכומי האשפוז.

אני תוהה בכנות, האם ניתן לצפות מהרופא המטפל להיות מעודכן בכל מידע חדש שמגיע למערכת, לסנן את המידע על צורותיו השונות בזמן אמת, ללמוד ולבחור מתוכו את הפרטים הרלוונטיים בלבד ולגבש אותו לכדי הוראה טיפולית מתאימה; וכל זאת, במסגרת יום העבודה הרגיל והזמן הקצר שמוקצה למפגש מטפלי-מטופל.

מניעה או הגברה

גבולות האחריות של הרופא אינם ברורים במצב שבו הוא נדרש להיות מקליד הנתונים, מעביר המידע ושואב האינפורמציה כאחד. הרחבת האחריות מביאה כמעט תמיד להגברת השימוש במה שקרוי "רפואה מתגוננת"; והלא אחת המטרות המוצהרות של כינון רשומה לאומית היא מניעת בדיקות כפולות ומיותרות הגורמות לאיבוד זמן ומשאבים. הרחבת האחריות עלולות להיות גם השלכות משפטיות שאינן פשוטות כלל ועיקר. לא ודאי שנצליח להגן על רופא שנתבע על כך שלא קרא את כלל הנתונים שיכול היה, מבחינה טכנית לפחות, להגיע אליהם. עוד פחות ודאי שנוכל להתגבר על המכשול הראייתי, כאשר יהיה בלתי אפשרי להוכיח שלא ניתן היה לצפות בנתונים לאחר התפוגגות המידע.