

הגישור כמסייע למטופל ולמשפחתו בתהליך הבחירה שמעורבות בו סוגיות ביו־אתיות

אורלי נסים*

מבוא

חוק זכויות החולה שנחקק בשנת 1996,¹ וכן חוק החולה הנוטה למות שנחקק בשנת 2005,² הרגישו את האוטונומיה של המטופל ביחס לפעולות רפואיות הנעשות בגופו. בחקיקתם ביטאו חוקים אלה שינוי פילוסופי־חברתי ומעבר מתפיסת עולם פטרנליסטית ששלטה בעולם הרפואי לתפיסת עולם המעמידה את האדם במרכז ומכירה בזכותו לבחור אם לקבל טיפול רפואי אם לאו, באיזה טיפול לבחור, ובמקרים מסוימים המוגדרים בחוק החולה הנוטה למות – אם לסיים את חייו.

קאנט הגדיר אדם אוטונומי כאדם חופשי, בלתי־תלוי ובעל שליטה עצמית.³ פעולה אוטונומית מבוססת על ההנחה כי לאדם זכות בחירה ויכולת בחירה. על יכולת בחירה זו להיות משוחררת, בין היתר, גם מהשפעה של כוחות חיצוניים. ואולם ההלכה שהתגבשה בנושא האוטונומיה, נשוא חוק זכויות החולה, התמקדה בעיקר בסוגיית ה"הסכמה מדעת". זו נדונה בחוק ונדרשת מצדו של המטופל לצורך קבלת טיפול רפואי.⁴ הפסיקה בחנה אם כך את סוג המידע הנמסר למטופל, את האופן שבו נמסר ואת הבנת המידע על ידי המטופל. ההנחה היתה שעצם קבלת המידע המתאים והנחוץ הוא המציב את המטופל בעמדה החופשית שבה הוא יכול לבחור, וכאשר נמסר מידע

* אורלי נסים היא משפטנית ומגשרת. פיתחה והדריכה תוכניות בגישור ובניית הסכמות בקהילה ובסביבה רפואית. בוגרת הפקולטה למשפטים באוניברסיטת ת"א, מוסמכת בלימודי עבודה ובמרעי היהדות. nissim.ory@gmail.com. המאמר מוקדש לזכרה של מירקה לפלר ז"ל, אחות אחראית ב"בית אברהם".

רפואי ברור, לרבות סיכויים וסיכונים, יהיו למטופל התנאים הדרושים למעשה הבחירה ולקבלת ההחלטה.

האומנם? אם ימסור המטפל למטופל מידע סביר הכולל אבחנה ופרוגנוזה, הסבר על הטיפול המוצע, על התהליך הרפואי, על יעילותו ועל כלל הסיכונים הכרוכים בו וכן סקירת טיפולים חלופיים, האם יהיה די בכך כדי לאפשר למטופל לממש את האוטונומיה שהוא זכאי לה על פי חוק? האם אז יהיה משוחרר מכל תלות באחר או מכניעה להחלטה הנעשית מתוך כפייה כלשהי? פעמים רבות קיימים בסביבה הרפואית משתנים נוספים הרלוונטיים למעשה הבחירה. בין השאר, יש לתת את הדעת לכך שהחלטות טיפוליות מלוות לרוב בדילמות ובקונפליקטים. לשם כך יש ליצור מנגנונים הולמים שיאפשרו לממש באופן אמיתי את האוטונומיה של המטופל בקבלת ההחלטה על הטיפול הרפואי שיקבל.

הסיטואציה הרפואית יכולה להיות שעת משבר למטופל ולמשפחתו. יוזמיו של חוק זכויות החולה הכירו בכך כבר בדברי ההסבר להצעת החוק: "שהרי מדובר באנשים שמפאת מצבם המיוחד הם חשופים לפגיעה בזכויותיהם הבסיסיות הן מבחינה חוקית והן מבחינה אנושית. אנשים אלה נתונים במצב של תהייה ואי־ודאות, בהרגשה של תלות במטפלים ובמוסדות המטפלים ובתנאים של לחץ נפשי".⁵

זאת ועוד, לכל אחד מהם היסטוריה פרטית, השקפת עולם, ערכים, העדפות, פחדים וראייה סובייקטיבית של מחלתו.

אם כך, תחת לשון החוקים גועש כל מקרה ומקרה בקונפליקטים שמתפתחים בין שחקנים בעלי אינטרסים שונים. לא תמיד מדובר רק בהתרחשות תמימה בין מטופל לרופא מטפל, ויש שגורמים אחרים נכנסים למשוואה, כמו השחיקה בסביבת העבודה, תחלופת הצוותים במהלך שעות היממה וההכרח להעביר למטופל ולבני המשפחה מידע מורכב או קשה ביותר בעודם בעיצומו של משבר. הסביבה הרפואית היררכית מטבעה. חוסר איזון זה מועצם נוכח המומחיות של הצוות הרפואי מול היעדר הידע של החולה והמשפחה,⁶ ובשל המידע האינטרנטי הלא ממזין והנגיש לכול שמציף את המעורבים וגורם לא אחת לדילמות וקונפליקטים.

האפשרויות הטכנולוגיות וההתקדמות המתמדה של המחקר הרפואי מאפשרות טיפולים ופרוצדורות של הארכת חיים, שקודם לכן לא היו בנמצא, מה שמעלה תכופות דילמות בשאלות של איכות חיים ושל עומס כלכלי־חברתי.

קונפליקטים נוצרים גם כתולדה של נתק תקשורתי בין מי מאנשי הצוות המטפל לבין המטופל או מי מבני משפחתו, לעתים בגלל קשיים בהבנת השפה, קודים תרבותיים שונים ותחושות קיפוח של קבוצות מיעוט חלשות.

מערכת הרפואה מתקיימת כיום ביקום רווי מתחים, שאחדים מהם אינם קשורים רק במערכת הבריאות אלא גם במשבר אמון כללי בין הציבור לבין המערכות הציבוריות, בבעיות תקשורת שמועצמות בחברה רבת-תרבותית כמו שלנו ובכניסתם של עוד משתנים לשדה, כגון ניהול סיכונים, רפואה מתגוננת והאינטרנט.

גם אם יכולת הבחירה של הפרט בסיטואציות רפואיות נתפסת כשאיפה, כאחת ממטרות החקיקה וכבסיס נורמטיבי, הרי בפועל, בהחלטות רפואיות וסיעודיות, פועלים גורמים נוספים שמשפיעים על אותה בחירה.

א. סיפורם של יעקב ונטליה

יעקב, בן 63, מאושפז במחלקה הסיעודית. לפני כן היה באשפוז ארוך במחלקה לטיפול נמרץ ובמחלקה פנימית עקב מחלת ריאות קשה וסיבוכים שנגרמו בעטֶיה. לדברי רופאיו מצבו הרפואי אינו מעורר תקווה רבה והם מתמקדים בהקלת סבלו ובניסיון למנוע זיהומים. נטליה, אשתו של יעקב, לא משה מצדו. היא עלתה לארץ לפני כעשר שנים מבלארוס, רווקה ערירית שלא היה לה איש בעולם חוץ מאח מבוגר שהקשר עמו רופף. בארץ הכירה את יעקב, ערירי אף הוא. הם נישאו מאהבה וחיו בדירה צנועה. קשריהם החברתיים היו מעטים, העברית שבפיהם דלה. נטליה מצליחה לשוחח מעט בעברית, ויעקב, שמאז הגיע לישראל תמיד עבד בסביבה דוברת רוסית, נזקק לה בכל אינטראקציה עם הסביבה הישראלית. עד לפני כשנה היו די מרוצים מחייהם, וכאשר חלה יעקב, חרב עליהם עולמם. נטליה דואגת במסירות אין קץ לצרכיו, ומתווכת בינו לבין הצוות המטפל.

כדי להקל על יעקב את הנשימה הוא עבר ניתוח פיוס קנה, המונע ממנו לדבר אלא אם כן מותקנת לו דיבורית. כיוון שהחיבור לדיבורית גורם לו אי-נוחות גדולה ממעטים להשתמש בה. קשה לנטליה לראות את יעקב בסבלו והיא אינה מרוצה מהטיפול בו. להרגשתה הצוות אינו עושה מספיק, ולכן היא מאכילה את האיש שלה, מנקה אותו, מחליפה מצעים ודואגת לנוחותו. נטליה רוצה שיחברו את יעקב לדיבורית לעתים תכופות יותר, היא מאמינה שאם ידבר איתה לא

יגלוש לשינה כל הזמן. "חשוב לשמור אותו מחובר לחיים ואל"י", היא אומרת, ומתווכחת על כך שוב ושוב עם האחיות. הן מאבדות את סבלנותן ומוצאות עצמן עונות לה בגסות. היא מאמינה שהן מעדיפות שקט וכמה שפחות בקשות. היא סבורה שאלמלא היו עולים ועניים היו זוכים ליחס אחר.

יום אחד, בהזדמנות נדירה שנטליה לא היתה לידו, הצליח יעקב לדבר עם אחת הרופאות דוברות הרוסית במחלקה. לדבריו, הוא מייחל שכאביו ייפסקו, שאינו רוצה עוד את הדיבורית, ושממילא, מה כבר יש לו לומר לה, לנטליה. הוא הוסיף שקשה לו לראות אותה מתרצצת כל היום, רבה עם כולם. הוא ממש אינו צריך הרבה והיא מכעיסה את האחיות ואת כוח העזר. "ברור לי שהכוונה שלה טובה", הוא אמר, "ושהיא רוצה את הטיפול הטוב ביותר בשבילי, הרי אין לה כלום בעולם חוץ ממני, אבל אני, אני רק רוצה לנוח ולא לכאוב. לא רוצה שום טיפול נוסף, והמריבות סביב המיטה שלי רק מקשות עלי... ובכלל מה יהיה על נטליה כשלא אהיה כאן?"

ב. קונפליקטים ביו־אתיים ומנגנונים להתמודדות

במקרים רבים בחירה הנעשית על ידי מטופל אינה מבוססת על שיקולים רפואיים גרידא. כל החלטה יכולה להיות תוצר של דילמה או קונפליקט ביו־אתי, שמבטא קשת רחבה של סוגיות הקשורות ביחסים בין השחקנים השונים בסביבה הרפואית, קרי המטופל (או אפוטרופוס של מטופל), הצוות הרפואי, והמשפחה. כמו כן, צריכה הבחירה הטיפולית לעמוד גם באתגרים שמציבה הפרקטיקה המתקדמת בתחום הרפואי.

לפיכך, כדי לקבל החלטה בסוגיה ביו־אתית, לא די במידע רפואי ובסטטיסטיקת הצלחות של טיפול זה או אחר. בכל החלטה כרוכים גם אותם משתנים סמויים, אג'נדה נסתרת או גורמים "שלא מדברים עליהם": יחסים עכורים ונטולי אמון כלפי המערכת הרפואית, ובפרט כלפי הצוות המטפל; היסטוריה של יחסים מורכבים בין המטופל לבני משפחתו; השקפות עולם שונות בקרב בני המשפחה שמשפיעות על מידת הסכמתם או הסתייגותם מהטיפול המוצע, ולעתים גם חילוקי דעות מקצועיים בין חברי הצוות הרב־מקצועי. לכל אלה השלכה על תפיסת הטיפול בתודעת המטופל והקרובים לו.

נשאלת השאלה כיצד מייצרים מנגנונים שיכירו בקיומם של אותם משתנים ויאפשרו להם לבוא לידי ביטוי בתהליך קבלת ההחלטה. כדי שתתאפשר בחירה

וכדי שתתקבל החלטה מתאימה למטופל, יש לאפשר דיאלוג בין המטופל, בני משפחתו ונציגי הצוות הרפואי, לעתים אף נחוץ סיוע של צד שלישי מקצועי בקיום הדיאלוג.

ג. חוק החולה הנוטה למות כדוגמה להכרה בחשיבות הדיאלוג

חוק החולה הנוטה למות נתן ביטוי חקיקתי לנושא שנמצא על סדר היום הציבורי תקופה ארוכה ולא פעם התבקשה הכנסת על ידי בתי המשפט למצוא לסוגיה פתרון חקיקתי.⁷ הכנסת נדרשה להסדיר את סוגיות סוף החיים כך שיעלו בקנה אחד עם מערכת ערכיה של מדינת ישראל כמדינה יהודית ודמוקרטית ועם עקרונות יסוד בתחום המוסר, האתיקה והדת. החוק, שהתקבל ב-6 בדצמבר 2005, מכיר באוטונומיה של האדם החולה על גופו ויוצר מנגנונים שבאמצעותם יוכל להתקיים רצונו של האדם אשר הוגדר כחולה נוטה למות בנוגע לשאלה אם יבוצעו פעולות להארכת חייו אם לאו.

יוזמיו של חוק החולה הנוטה למות היו ערים לכך שניסיונות של מטופלים לבקש את מימוש החוק עלולים לעורר מחלוקות בין השחקנים השונים. המחוקק בחר למנות מחלוקות אפשריות בסעיף 47(א) לחוק. רובן ביו־אתיות ונוגעות ליחסים שבין המטופל, הרופא המטפל ובני המשפחה. פירוט המחלוקות מעוגן בפרק טכני לכאורה אשר דן בהקמת ועדות מוסדיות וועדה ארצית שתפקידן להכריע כאשר אלה מתגלעות. בכך יצר החוק מנגנון אפשרי אחד לפתרון. עם זאת, גם אנשי הוועדה שדנה בהצעת החוק, ובראשה פרופ' שטיינברג, היו מודעים לקושי ואפילו לפרדוקס הקיים במנגנון של ועדה מכריעה בחוק שמבקש להעביר למטופל את האחריות לגורלו.

פרופ' שטיינברג מסתמך על הניסיון האמריקני בנושא. שם נמצא כי עצם הפנייה למוסד מכריע (במקרה האמריקני – בתי המשפט) היא גישה מרובת חסרונות: "היא לא בריאה לאנשים, אנשים לא חיים טוב עם ההחלטות אחר כך, יש עם זה המון בעיות. טוב בהרבה כאשר מלבנים את הדברים. לכן לא רצינו להפוך את הוועדה האתית לעוד בית משפט".⁸

ברוח זו, עיקר מטרתה של הוועדה המוסדית הוא הבירור והייצוג של רצון החולה, רצון בני משפחתו ורצון הצוות המטפל, ופחות ייצוג של עמדה ערכית זו או אחרת.⁹ אכן, "במקרים רבים עצם הבירור והדיון חשובים גם לצוות המטפל וגם למשפחה. בסופו של דבר הם יכולים להגיע להסכמות מבלי שצריך לכפות

עליהם. הדינמיקה בשטח, מהניסיון שיש עם ועדות אתיקה – זה לא ועדה משפטית, זה לא בית משפט. לא באים לוועדה האתית כדי לקבל הכרעה שיפוטית של שחור-לבן. אנחנו חושבים שנכון מאוד מבחינת המהות של הוועדה האתית, שבתנאים מסוימים תמליץ ותאפשר לאנשים לדון בינם לבין עצמם ולהגיע למסקנות".¹⁰

המחוקק בחר לתת לוועדה המוסדית, בסעיף 47(ה), את האפשרות להביא את הצדדים להסכמה ובכך לייתר את הצורך בהכרעת הוועדה, וכך הגדיר את סמכות הוועדה: "להחליט בפנייה, להעביר את המקרה להכרעתה של הוועדה הארצית או להביא את הצדדים המעורבים להסכמה; הסכימו הצדדים – לא תחליט הוועדה בפנייה".

הקושי האינהרנטי במיסוד ועדות מכרעות בחוק, שמרכיב עיקרי בבסיסו האידיאולוגי הוא האוטונומיה של האדם החולה על גופו, אפשר הכרה בדיאלוג כאמצעי חשוב של מעשה הבחירה. החוק בסעיפיו השונים ובדיונים שקדמו לחקיקתו פורש בפנינו את נושא הביו־אתיקה על הסוגיות והדילמות הכרוכות בהפעלתו היומיומית במערכת הבריאות ומציע באופן ייחודי להביא את הצדדים לידי הסכמה כתחליף להחלטה סמכותית וכופה. תפיסה זו היא תוצר של ההשקפה כי במהותן החלטות בנושאים ביו־אתיים מתאימות יותר ליישוב בהסכמה. חוק החולה הנוטה למות עוסק אמנם רק באחדים מההיבטים של סוגיות ביו־אתיות, אך הוא משקף את התהליכים החברתיים והתרבותיים שעוברים על החברה בישראל. אם יוזמי החוק, וכן חברי ועדת שטיינברג אשר ישבה על המדוכה תקופה ארוכה והתמודדה עם היבטיו התרבותיים, חברתיים ורתיים, ראו ביישוב קונפליקטים בהסכמה נושא מהותי שמשרת נכונה את אקט הבחירה וההחלטה הרפואית, הרי לטובת הכול נכון להכשיר את הצוותים הרפואיים במיומנויות שיקלו עליהם את ההתמודדות עם הדילמות העולות.

ד. הליכי גישור ובניית הסכמות כאמצעי למעשה הבחירה בסוגיות ביו־אתיות

רשימת המחלוקות המנויה בחוק החולה הנוטה למות מהווה רק אינדיקציה לקשיים במימוש הבחירה האוטונומית של הפרט החולה. בפועל קשיים אלה מתפרשים על עוד מצבים והחלטות נוספות הניצבות בפני חולים ובני משפחתם, לאו דווקא בסוגית סוף חיים. נשאלת השאלה כיצד מייצרים מנגנונים שיכירו

בקיומם של קשיים אלה ויאפשרו להם לבוא לידי ביטוי בתהליך קבלת ההחלטה. בארצות הברית ובקנדה התפתחה ההכרה כי להליכי הגישור (Mediation) ובניית הסכמות (Consensus Building) יש הרבה מה להציע במצבי מחלוקת המתרחשים בסביבה רפואית וכי קיים חיבור כמעט מחויב המציאות בין תחום האתיקה ברפואה לבין תפיסת העולם התומכת בהידברות ובבניית הסכמות.

הליך הגישור יכול להציע את ההכרה בזכויות ואת המורכבות של הצרכים בקבלת החלטות בתחום הרפואי. התהליך מכיר בהבדלים ביחסי הכוחות ובסמכות המשמעותיים בסביבה הרפואית. להליך זה יש את גוף הידע ואת המיומנויות המיוחדות הניתנות להחלה בקונפליקטים שבהם עוסק החוק.¹¹ הליך הגישור מורכב ממערכת מיומנויות שאפשר ללמדן ויש בהן כדי לשמש כלי נוסף בארגז הכלים של אלה הנדרשים לסייע בקבלת החלטות הקשורות בחוק. הגישור הוא כלי מעשי שמכיר כאמור בקיום זכויות אך מאפשר במקביל את ההבנה כי במציאות פועלים בדרך כלל כוחות נוספים. תהליך הגישור יכול לסייע כאשר התקשורת רעועה, ומגשר מיומן יכול לתת מענה גם לבעיית אמון של מטופל במערכת הרפואית ובנציגיה.

חשוב לציין כי מדובר בכלי מסייע ובמיומנויות ליישוב מחלוקות, לא בפתרון עצמו אלא בדרך למציאתו. יש לזכור כי המדובר בדיני נפשות ועל עובדה זו להיות נוכחת בכל פעם מחדש, עם כל מטופל ומטופל, עם כל משפחה ומשפחה. הצוותים המטפלים במרכזים רפואיים, במחלקות סיעודיות ובקהילה נתקלים תדיר במקרים שבהם אם יתקיים הליך שייתן לכל המעורבים את הלגיטימציה לפרוש השקפתם, יקל על המטופל (או על האפוטרופוס שלו לצורך העניין) לבחור ולהחליט.

אין מדובר בהליך גישור "קלסי". לגישור בסוגיות ביו-אתיות מאפיינים שמייחדים אותו,¹² והוא דומה במהותו להליך בניית הסכמות.¹³ כך או כך, מדובר בהתנהלות שיתופית שבכוונה להעצים את אוטונומיית המטופל ולאפשר לו להשמיע את קולו בבירור, להיות נאמן לערכים המשותפים שלו ושל בני משפחתו, ולנסות לאזן בין הערכים של כל הנפשות הפועלות. אכן, "כל עוד קיימים בקרב החולים, משפחותיהם ומערכת הבריאות ערכים ותפיסות שונות – המחלוקות בלתי-נמנעות. ואם מחלוקות הן בלתי-נמנעות הרי נחוצות אסטרטגיות כדי לנהל אותן – הן מסיבות מוסריות והן מסיבות פרקטיות. התערבות בדרך של גישור מגדירה את הצדדים למחלוקת, מבחירה את העובדות הרפואיות, מסייעת למטופל או למשפחתו להעלות את ערכיו וצרכיו של

המטופל בתוך המבנה המורכב והמאיים של המרכז הרפואי ומסייעת לצדדים להחליט אם יש מקום להחלטה משותפת".¹⁴

ה. תוכנית ניסיונית להכשרת צוות רב־מקצועי במיומנויות גישור בסוגיות ביו־אתיות

על בסיס האמור לעיל פותחה בארץ תוכנית להכשרת צוותים רפואיים במיומנויות הגישור עם אוריינטציה לקונפליקטים ביו־אתיים. התוכנית מבוססת על המודל האמריקני לגישור ביו־אתי,¹⁵ שהותאם למבנה של מרכזי הרפואה בישראל. התוכנית הוטמעה כפיילוט ב"בית אברהם" – מוסד סיעודי ליד בית החולים "לניאדור" בנתניה ביוזמתן של מירקה לפלר, זכרה לברכה, ששימשה האחות האחראית, ויהודית פרג'ון, עובדת סוציאלית. קבוצה של 18 משתתפים שהורכבה מהצוות הרב־מקצועי והמנהל האדמיניסטרטיבי של המוסד השתתפה בתוכנית שנתית ניסיונית שמטרתה הכרת הליך הגישור ורכישת מיומנויות רלוונטיות כדי ליישמן בהתמודדותם היומיומית. ההכשרה לוותה בסימולציות שחוברו על סמך אירועים וקונפליקטים אליהם נחשפו חברי הקבוצה בעבודתם השוטפת, ובדיון על מודל השימוש המתאים ביותר לחיים היומיומיים במוסד. בזכות ההצלחה של תהליך ההכשרה הוסב הכלי גם לשימוש בתהליך מקביל של מפגשי פיתוח צוות. אלה דנו בחשיבה משותפת בנושאי חזון, דיאלוג ביחסי העבודה, פיתוח הצוות וזרימת מידע בין אנשיו. בתקופה שבה נערך מעקב אחרי תוצאות ההכשרה דיווחו אנשי הצוות בעיקר על שימוש במיומנויות הגישור שנרכשו באינטראקציות היומיומיות בינם לבין המטופלים ובני המשפחות. במקרה אחד שנבחן כמתאים, התקיים הליך גישור מלא בהנחיית בוגרת ההכשרה. במהלך מספר מפגשים, הובהרו ציפיות בני המשפחה לגבי אופן הטיפול במטופלת והקשיים שחוו חלק מאנשי הצוות מולה, והותוותה במשותף דרך פעולה מוסכמת.

לסיכום, בזכות שינוי חברתי־פילוסופי זכה הפרט באוטונומיה על רוב החלטותיו הרפואיות, גם אלה הקשות ביותר. אך הפרט אינו פועל וחי בחלל ריק, כך שלעתים זכות זו מרוקנת ממשעה. התערבות בדרך של גישור יכולה לסייע לו ולקרובים לו במימושה.

הערות

1. חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, ס"ח 327.
2. חוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005, ס"ח 58.
3. Barbara Secker, *The Appearance of Kant's Deontology in Contemporary Kantianism: Concepts of Patient Autonomy in Bioethics*, 24 THE JOURNAL OF MEDICINE AND PHILOSOPHY 43 (1999).
4. ע"א 2781/93 דעקה נ' בית החולים "כרמל" חיפה, פ"ד נג (4) 529, 560, פסק דינו של השופט אור (1999).
5. הצעת חוק זכויות החולה, התשנ"ב-1992, ה"ח 359.
6. NANCY N. DUBLER & CAROL B. LEIBMAN, *BIOETHICS MEDIATION: A GUIDE TO SHAPING SHARED SOLUTIONS* 25-26 (2004).
7. דברי הסבר להצעת חוק החולה הנוטה למות, התשס"ה-2004, ה"ח 454.
8. פרוטוקול ישיבה מס' 10 של הוועדה המשותפת לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות ולוועדת החוקה, חוק ומשפט בנושא הארכת חיים, הכנסת ה-16, 9 (12.7.2005).
9. שם, עמ' 4.
10. שם, עמ' 8.
11. DUBLER & LEIBMAN, לעיל ה"ש 6.
12. שם, עמ' 21-31.
13. LAWRENCE SUSSKIND, SARAH MCKEARNAN & JENNIFER THOMAS-LARMER, *THE CONSENSUS BUILDING HANDBOOK: A COMPREHENSIVE GUIDE TO REACHING AGREEMENT* 5-13 (1999).
14. DUBLER & LEIBMAN, לעיל ה"ש 6, עמ' 8.
15. כמו שפותח על ידי DUBLER & LEIBMAN, ראו שם.