

ועדת משמעת

לפי תקנה 25 לתקנות בריאות העם (עוסקים בסיעוד בבתי חולים) התשמ"ט - 1988
ולתקנות 15-16 לתקנות בריאות העם (צוות סיעודי במרפאות) התשמ"א - 1981

כ"ט סיון תשמ"ה - 17.6.15

לכבוד
המנהל הכללי של משרד הבריאות

בעניין

הקובלת:- התובעת הראשית, עו"ד שרה שר-לב, יחידת הדין המשמעת, משרד הבריאות
ע"י ב"כ עו"ד יונתן ברג

נגד

הנקבלת:- מיכל (סאפקר) מוגילבסקי, אחות מוסמכת

ע"י ב"כ עו"ד רועי בלכר וליאת ארזי

דין וחשבון לפי תקנה 16 לתקנות בריאות העם (צוות סיעודי במרפאות) התשמ"א - 1981

הועדה

1. ביום 20.1.2015 מינה המנהל הכללי של משרד הבריאות, פרופ' ארנון אפק את הועדה בהרכבה הנוכחי, לדון בקובלנה.
2. בפני הועדה התקיימו ארבע ישיבות, במהלכן התחלפו שני חברי ועדה.
3. בישיבה שהתקיימה ביום 23.2.14 ביקשה ב"כ הקובלת, עו"ד שני ארזי, תחליף המצאה עקב אי איתור הנקבלת בכתובתיה הרשומות. הועדה דחתה את הבקשה והורתה על נסיונות נוספים לאיתורה. לאחר ישיבה זו הוחלף אחד מחברי הועדה, לבקשתו, עקב נסיבות אישיות.
4. בישיבה שהתקיימה ביום 29.12.14, התייצבה הנקבלת ובאי כוחה. ב"כ הנקבלת ביקש מיו"ר הועדה לפסול עצמה, מטעמים אדמיניסטרטיביים, הבקשה התקבלה. בנוסף, העלה ב"כ הנקבלת טענות מקדמיות לגבי חומרי חקירה שלא התקבלו, ובעיקר פרוטוקולים של העדויות מועדות הבדיקה שדנו בארוע. לאור הצהרת ב"כ הקובלת כי היא פועלת לקבלת חומרי החקירה - לא נדרשנו להחלטה.
5. בישיבה שהתקיימה ביום 12.4.15, בפני הועדה בהרכבה הנוכחי, הודיעו הצדדים כי הגיעו להסדר טיעון במסגרתו יתוקן כתב הקובלנה והצדדים יעתרו בהסכמה להטלת עונש של 4.5 חודשי התליה על הנקבלת, מתוכם, 4 חודשים יוטלו באופן רטרואקטיבי, כך שיהיו חלק מ- 7 השנים בהן לא עבדה הנקבלת בתחום הסיעוד, ושבוועיים של התליה בפועל. הצדדים ביקשו להעריך לטיעונים לעונש למועד שנקבע.
6. בישיבה שהתקיימה ביום 8.6.15 חזרו הצדדים ופירטו בפני הועדה את הסדר הטיעון המוסכם אליו הגיעו.

7. ב"כ הצדדים והנקבלת עצמה אישרו בפנינו כי מוסכם וידוע להם שהמנהל הכללי של משרד הבריאות והועדה כגורם ממליץ בפניו אינם כבולים להסדר הטיעון שהוצג והם רשאים שלא לכבדו.
8. הנקבלת הודתה והורשעה בכתב הקובלנה המתוקן.

הקובלנה

9. כתב הקובלנה הוגש ביום 18.7.13.
10. מהעובדות המתוארות בכתב הקובלנה שתוקן במסגרת הסדר הטיעון, עולה כי במועדים הרלוונטיים לכתב הקובלנה שימשה הנקבלת כאחות מוסמכת במחלקה לטיפול נמרץ ילדים במרכז הרפואי קפלן (להלן "בית החולים").
11. ביום 14.5.07 אושפזה במחלקה התינוקת א.ק. ז"ל (להלן "התינוקת"), בשל אהועים של שיעול הנלווה בכיחלון. במהלך אישפוזיה אובחנה התינוקת כסובלת משעלת.
12. ביום 21.5.07 עבדה הנקבלת במשמרת במחלקה יחד עם האחיות י.י. אשר שימשה כאחראית משמרת.
13. ביום 21.5.07 בשעה 0600, כחלק מתוכנית הטיפול בתינוקת נתנה י.י. לתינוקת אנטיביוטיקה בעירוי תוך ורידי.
14. בסיום מתן האנטיביוטיקה, נדרשה שטיפת מערכת העירוי ע"י תמיסת מי מלח (NaCl). הנקבלת לקחה מזרק מוכן אשר היה בעמדת התרופות ומתוך הנחה כי מדובר במזרק מכיל מי מלח שהוכן ע"י י.י. לצורך הטיפול בתינוקת, חיברה אותו למערכת העירוי, זאת מבלי שבחנה כראוי את הכיתוב על המזרק ומבלי לוודא כי המזרק מכיל מי מלח.
15. בדיעבד הסתבר כי המזרק הכיל תמיסת אשלגן וסומן במדבקה לבנה עם הכיתוב KCl.
16. תוך מספר דקות נצפו במוניטור הפרעות קצב, הוזעקה רופאה תורנית וזמן קצר לאחר מכן ארע דום לב. למרות מאמצי ההחיה נפטרה התינוקת בשעה 0730.
17. הקובלנה המתוקנת מייחסת לנקבלת חוסר אחריות במילוי תפקידה בכך שהתרשלה כאמור בתקנה 15(3) לתקנות בריאות העם (צוות סיעודי במרפאות) התשמ"א – 1981, ונתנה לתינוקת המאושפזת במחלקה עירוי ממזרק מבלי לבדוק תכולתו כראוי.
18. ב"כ הנקבלת הגישו לועדה, בהסכמת ב"כ הקובלנת, מסמכים וראיות לענין העונש, עליהם הסתמכו בטיעוניהם, כפי שיובאו להלן, כדי להסביר את הרקע והסיבות להסדר הטיעון אליו הגיעו.

הראיות שהוגשו לועדה

19. 1/ – ממצאים ומסקנות של ועדת הבדיקה של קופת חולים כללית בראשות פרופ' ציפי דולפין מיום 1.8.07. ובהן: – התינוקת היתה במצב מאוד קשה, מונשמת בלחצים גבוהים וריכוזי חמצן גבוהים עם טיפול תרופתי מורכב שכלל מספר רב של תרופות וגזים נשימתיים ובמצב לא יציב. קרוב לוודאי שקיבלה בשוגג תמיסה מרוכזת של KCl לאחר הזלפה של אנטיביוטיקה לוריד. הדבר נגרם מחוסר הקפדה על נוהלי עבודה קיימים המורים על אופן סימון ה-KCl, שלא היה עם המדבקה הנכונה. לא היתה בקרה כפולה לשטיפה על סילין. האחות שנתנה את השטיפה לא הכינה אותה בעצמה. תרופה שהוכנה במשמרת אחת למתן דרך זונדה, נשארה למשמרת אחרת.
20. 2/ – פרוטוקול ועדת הבדיקה של קופ"ח כללית מיום 12/6/07.
21. 3/ – פרוטוקול ועדת הבדיקה של קופ"ח כללית מיום 2/7/07.
22. 4/ – פרוטוקול ועדת הבדיקה של קופ"ח כללית מיום 1/8/07.
23. 5/ – פרוטוקול מועדת בירור משמעתי של קופ"ח כללית לאחות י.י. שעבדה כאחראית משמרת בטיפול נמרץ ילדים עם הנקבלת בעת הארוע – ותוצאות ההליך – התראת חמורה, אי

- שיבוצה כאחראית משמרת לתקופה של 3 חודשים, חובת עדכון ורענון ידע בנושא תיפקוד אחראית משמרת ואחות מופקדת לרבות נוהל מתן תרופות.
24. 6/ - מסקנות בירור משמעת של קופ"ח כללית לאחות ש.ח. מטיפול נמרץ ילדים שהשאירה את המזרק עם ה-Kcl על הדלפק ללא פרטים מזהים ובניגוד להוראות ממשמרת למשמרת. ותוצאות ההליך - נזיפה חמורה ורענון ידע בנוהל מתן תרופה.
25. 7/ - מסקנות הבירור המשמעת לנקבלת ונקיטת צעדים משמעתיים למשך שנה - הגבלת סמכויותיה המקצועיות ע"י העברתה למחלקה פנימית ג', איסור על חלוקת תרופות, איסור על ביצוע אחריות משמרת, תעבוד תחת פיקוח אחות אחראית.
26. 8/ - דיווח מיום 21.11.07 של ראש אגף סיעוד בתי חולים בקופ"ח כללית, הגב' ציפי שדה, לד"ר שושנה ריב"א, אחות ארצית ראשית על השעייתה החלקית של הנקבלת כמפורט בנ/7 ובקשה לבחון ולשקול את המשך כושרה המקצועי של הנקבלת.
27. 9/ - מכתבו של מנכ"ל משרד הבריאות, פרופ' אבי ישראל, המעביר לפרופ' גליק ביום 25.11.2007 את דו"ח ועדת הבדיקה של קופ"ח כללית (1/ח).
28. 10/ - כתב מינוי ועדת בדיקה במשרד הבריאות מיום 14.1.08.
29. 11/ - התכתבויות בין פרופ' גליק לחברי ועדת הבדיקה במטרה להחיש את עבודת הוועדה בין התאריכים יוני 2008 עד אוקטובר 2010.
30. 12/ - דו"ח ועדת הבדיקה של משרד הבריאות מיום 26.1.12 בראשות הגב' מזל אלגרבלי ומסקנותיה, בהן: - כשלים מקצועיים במגוון נושאי בטיחות וטיפול, ברמת הפרט אך גם ברמה כלל מערכתית. פעולותיה של הגב' ספקר חרגו מכללי הבטיחות המחייבים למתן טיפול תרופתי. "לא נכון יהיה לבחון את התנהלותה באופן מנותק מההקשר לאמות המידה המקצועיות והבטיחותיות שהיו מקובלות. המחלקה באותה עת. מהדו"ח מצטיירת תמונה עגומה של פערי ידע ואי שמירת נוהלי טיפול ובטיחות בקרב הצוות הסיעודי. ביתן להצביע על כשלים מערכתיים, הבאים לידי ביטוי בהתנהלות האחראים לתחומי הטיפול, בקרת האיכות והנחלת אמות המידה (לדוגמה - האחות האחראית במחלקה, דרגי הפיקוח בבית החולים והנהלת הסיעוד) אשר לא השכילו לזהות נהגי עבודה שהיו פוטנציאל לפגיעה בבטיחות ולא פעלו לתיקונם ולשיפור הרמה המקצועית של צוות המחלקה".
31. 13/ - סיכום דו"ח הבדיקה ע"י פרופ' הרשקו מיום 27.2.12 ולפיו במשך 3 השנים האחרונות התממהה השלמת העבודה ע"י עורכת דין שהיתה אמורה להשלים את הכתיבה, חרף פניות חוזרות ונשנות. בהמלצותיו - "יש לקחת בחשבון כי הטעויות שהובילו לאירוע הטרדתי לא היו אך ורק תוצאה של רשלנות אישית, אלא שהן התאפשרו עקב נהגים פסולים ומתמשכים ביחידה אשר יצרו את התנאים לטעות הטיפולית החמורה".
32. 14/ - מכתבה של אחראית ארצית על הסיעוד, הגב' רותי פרוינד, מיום 4.8.08. לפרופ' גליק, על הצורך בקבלת דו"ח ממנהל בית החולים לגבי הצעדים שנקטו לאחר האירוע.
33. 15/ - פרוטוקול ועדת הבדיקה של משרד הבריאות מיום 13.1.09.
34. 16/ - פרוטוקול ועדת הבדיקה של משרד הבריאות מיום 23.6.09.
35. 17/ - מכתבו של מנהל המרכז הרפואי קפלן, ד"ר יעקב יהב, לפרופ' גליק, ובו פירוט הפעולות שנקטו לאחר האירוע - ובהן: - שמירת Kcl במגירה נפרדת עם מדבקות חדשות מסומנות, אספקה רוקחית מסודרת של Kcl למחלקות.
36. 18/ - סיכום שיחת בירור מיום 3.7.12. לאחות ר.ב., אחות אחראית לטיפול נמרץ ילדים במועד האירוע. מדבריה עולה כי בעבר היה נהוג להכין מזרקים עם NaCl לשטיפת עירויים ולמהילה של תרופות. בעקבות האירוע הוצאו נהלים לגבי איסור השארת אפולות של תרופה עם חומר תרופתי שלא נוצל, יש לזרוק כל שארית תרופה שלא נוצלה. בוטל הנוהג להכין מזרקים עם סילין לצורך מהילת תרופות.
37. 19/ - סיכום שיחת בירור מיום 4.12.12 עם הנקבלת - המלצה על הגשת קובלנה.
38. 20/ - ריכוז ההפניות לפרוטוקולים של ועדות הבדיקה, כפי שצוטטו ע"י ב"כ הנקבלת בדיון, הוכן ע"י ב"כ הנקבלת לבקשת חברות הוועדה.
39. 21/ - הזמנה לדיון לנקבלת מיום 17.6.14.
40. 22/ - שלושה מכתבי המלצה לנקבלת ממקום עבודתה הנוכחי.

41. בשל זהות הנימוקים שהגחו את הצדדים בהסדר הטיעון המוסכם, בחרנו להביא טיעוניהם במרוכז, שלא כמקובל. ככל שנחלקו הצדדים בטיעוניהם, יובאו דבריהם קהלן בשם אומנם.
42. הנקבלת היא אחות מוסמכת שעברה קורס טיפול נמרץ ועבדה במחלקת טיפול נמרץ ילדים כ-3 שנים. לטענת ב"כ הקובלת בעבודה במחלקת טיפול נמרץ קיימת חובת זהירות מוגבלת בשל מצבם של המטופלים, שהם חסרי ישע. קל וחומר כשמדובר בילדים, שאז כל טעות במינון יכולה לגרום לנזק בלתי הפיך.
43. ב"כ הצדדים הבהירו בטיעוניהם כי לא נמצא קשר סיבתי בין מותה של התינוקת לבין פעולתה של הנקבלת. התינוקת שנולדה כפגה ואושפזה בגיל שלושה שבועות סבלה מבעיות רפואיות רבות. אין מחלוקת שפעולתה של הנקבלת לא היטיבה את מצבה.
44. מאז הארוע חלפו כשמונה שנים בהן נגרם לנקבלת עינוי דין מתמשך. בפרק זמן זה התברר הארוע בפני שתי ועדות בדיקה: - האחת של קופת חולים כללית שסיימה עבודתה והמליצה המלצותיה חודשים ספורים לאחר הארוע (1/1). והשניה של משרד הבריאות שהתכנסה לראשונה כשנה וחצי לאחר הארוע (15/3), וסיימה עבודתה למעלה מארבע שנים לאחר הארוע (12/1, 13/1), למרות תזכורות חוזרות ונשנות ובקשות להחיש את מסקנות הוועדה (11/1, 13/1). שיחת הברור עם הנקבלת 19/1 התקיימה ארבע וחצי שנים לאחר הארוע ואז נודע לה על הכוונה להגיש קובלנה. את הקובלנה קיבלה לידיה רק ביוני 2014 שנה לאחר הגשתה ושבע שנים אחרי הארוע.
45. בפרק זמן זה, הנקבלת, בהיותה מודעת לאחריות המוטלת על כתפיה בארוע, בחרה מרצונה, שלא לעבוד במקצוע הסיעוד ופנתה לאפיף המשלב ידע רפואי וטכנולוגיה שם עסקה בהכנת תוכנות מעקב רפואיות, אולם לא עסקה כלל בטיפול בחולים. כשסברה, כעבור כשבע שנים, שהניחה מאחוריה את העבר וחזרה לעבוד במקצוע הסיעוד, קיבלה את הקובלנה לידיה.
46. יש להתחשב בהודאתה, בנטילת האחריות ובהפגמת הארוע, בין היתר בכך שהחקיקה עצמה ממקצוע הסיעוד. כל אלה מרחיקים כל חשש להישנות המעשים ואין ספק שלמדה את הלכת.
47. ב"כ הצדדים הפנו למסקנות בנ/12 - דוח ועדת הבדיקה של משרד הבריאות - "פעולותיה של גב' סאפקר חרגו מכללי הבטיחות המחייבים למתן טיפול תרופתי ולא עמדו בהלימה להוראות משרד הבריאות אולם לא נכון יהיה לבדוק את התנהלותה של גב' סאפקר באופן מנותק מההקשר לאמות המידה המקצועיות והבטיחותיות שהיו מקובלות במחלקה באותה עת".
48. הצדדים הפנו למסקנות נוספות בנ/12, הנוגעות לצוות הסיעודי כולו, לרבות בדרך הניהולי: - "מהדור"ח מצטיירת תמונה עגימה של פערי ידע ואי שמירת ניהולי טיפול ובטיחות בקרב הצוות הסיעודי, לדוגמה, לגבי אופן מהילת תרופות למתן תוך ורידי, דרך החזקתן במחלקה, אחריות הפרט על ביצוע הטיפול הכולל, חוסר הבנת המשמעות של ביצוע "ביקורת כפולה" בטיפול תרופתי, אי בהירות של אופן סימון תרופות ועוד..." "כשלים מערכתיים שנמצאו בהתנהלות האחראים לתחומי הטיפול, בקרת איכות והגבלת אמות המידה, לדוגמה, האחות האחראית במחלקה ודרגי הפיקוח בבית החולים והגבלת הסיעוד, אשר לא השכילו לזהות ניהוגי עבודה שהיוו פוטנציאל לפגיעה בבטיחות ולא פעלו לתיקונם ולשיפור הרמה המקצועית של צוות המחלקה".
49. עו"ד בלכר הרחיב בתארו את נסיבות הארוע, בהסתמך על חקירות העדים בוועדות וממצאי שתי הוועדות: - האחות האחראית במשמרת הלילה היתה י.י. ואליה הועברה האחיות המשמרת על ידי האחיות האחראיות במשמרת הקודמת, ש.ח. שסיימה משמרת ערב. בשלב מסוים הוזריקה י.י. אנטיביוטיקה לתינוקת. במחלקה היה נהוג באותה עת שהאחות שהוזריקה אנטיביוטיקה, מכינה מראש מזרק לשיטפה אחרי האנטיביוטיקה ומניחה אותו בדלפק התרופות. בדיעבד הוברר ש.י. לא הכינה מזרק שטיפה ולא טיפלה בשטיפה אחרי האנטיביוטיקה, היא כנראה נמנמה באותה עת והנקבלת היא שביצעה את השטיפה. בדלפק התרופות היה מונח מזרק מוכן, עם מחט ועליו מדבקה לבנה עם כיתוב. המזרק היה בגודל של מזרק שטיפה, הנקבלת לא בחנה כראוי מה כתוב על המדבקה והשתמשה במזרק כחומר שטיפה. בדיעבד הסתבר שהמזרק הכיל

- Kcl, הוכן על ידי ש.ח. במשמרת הערב והושאר בדלפק התרופות במשך כל משמרת הלילה עד לשימוש בו בשעה 0600 ע"י הנקבלת.
50. המזרק עצמו לא נשמר באופן שלא ידוע מה נרשם על המדבקה הלבנה וגם המדבקות האמורות לא נמצאו או לא נשמרו, ולנקבלת נגרם נזק ראייתי בכך שלא ניתן לבחון את מקור הטעות ויש להסתמך על השערות של המעורבים והעדויות בעל פה בלבד.
51. ש.ח. הכינה את המזרק במשמרת הערב לצורך מתן Kcl לזונדה במינונים קטנים. המזרק בו השתמשה היה מזרק מהסוג המשמש לשטיפה ושונה לחלוטין מהמזרק הנהוג לשימוש בזונדה. ש.ח. לא סימנה את המזרק במדבקה ירוקה המיועדת ל Kcl והשתמשה במדבקה לבנה, שאריות של מדבקות שהיו נהוגות בעבר.
52. לטענת עו"ד בלכר, אף שהנקבלת לא פעלה כראוי, ובניגוד לנהלי עבודה בסיסיים, פעולותיה בוצעו כסוג של התניה – סוג המזרק, צבע המדבקה, מיקומו של המזרק והנהג להכין מזרק שטיפה מראש, באף לא אחד מאלה היה משהו שידליק נורות אזהרה טרם השימוש במזרק.
53. בעדותה בפני הועדה הגב' ש.ח. לא הצליחה להבהיר מדוע הושאר המזרק, בידעה שאסור להשאיר תרופות מוכנות במזרקים "אני בדרך כלל שואבת מתוך האמפולה וזרקת מיד לאחר השימוש... אני לא יודעת להסביר למה השארתי... חשבתי שאני אצטרך לעשות שימוש נוסף וחבל לי לפתוח עוד פלקון ואז אני אשאיר את זה... חשבתי בסוף המשמרת שאני אזורק את זה, כשהגיעה משמרת הלילה פשוט העברתי משמרת. אני לא יודעת למה לא זכרתי את המזרק, פשוט שכחתי ממנו וזהו, הלכתי" (עמ' 95-97 לנ').
54. לאף אחת מהאחיות לא היה הסבר כיצד לא הבחינו במזרק המונח בדלפק התרופות – בין בסיום משמרת הערב, בין בהעברת משמרת ובין במהלך כל משמרת הלילה. ד"ר ק. מנהלת הסיעוד בבית חולים קפלן העידה בנ/18 עמ' 8: "בשני מטופלים האחראית של המשמרת היא המנהלת של המשמרת הזאת, כי מזרק שמונח כולם רואים... פינת התרופות שם היא מאוד קטנה, כולם רואים את המזרק. למה לא זרקת אותו? למה לא חשבת לזרוק אותו? לא היתה להם תשובה. ומבחינתי יש פה את המבחינת שהיא ביצעה אבל אחראית המשמרת יש לה פה תפקיד מאוד משמעותי... ניהול הטיפול במשמרת ואני חושבת שאחראית המשמרת היתה צריכה לשים לב כשהיא מקבלת מחלקה".
55. במחלקה נהגו להשתמש, כמקובל, במדבקות ירוקות לסימון Kcl, האחות הראשית במחלקה ר.ב. בעדותה בועדה בנ/18 עמ' 55: "אנחנו הקפדנו והשתמשנו רק בירוקים. המדבקות של Kcl בשחור ולכן נשארו רק בודדים משום מה לא ראינו את זה אחרת הייתי מעיפה את זה משם. הגב' ש.ח. לא הצליחה להסביר מדוע השתמשה במדבקה לבנה דווקא. הודתה כי לא רשמה את הפרטים כגון שם החולה, מועד הכנת המזרק "לא עלה בדעתי שעוד מישהו ישתמש בזה ואני לא יודעת למה לא זרקתי את המזרק" (נ/18 עמ' 42-41).
56. במחלקה לא עבדו בשיטת "הפקדה" דהיינו כל אחות מופקדת על חולה וניהול הטיפול בו. אי הקפדה על השיטה תרמה, בין יתר הגורמים, לכשלונה של הנקבלת כיוון שהשלימה את הפעולה שאמורה היתה לעשות י.י. לאחר מתן האנטיביוטיקה (נ/15 עמ' 3, 25).
57. כשל נוסף הוא בעובדה שעל אף שמזרקי שטיפה הוכנו מראש, והונחו בין בדלפק התרופות ובין ליד מיטת החולה לצורך השטיפה. לא היתה נהוגה בדיקה של מזרקי הסיילון, ורק לאחר הארוע הונהגה בקרה כפולה גם למזרקי השטיפה (נ/3 עמ' 35, נ/15 עמ' 25, נ/16 עמ' 51).
58. מבין המעורבות, רק הנקבלת עמדה לדין משמעתי, אף שמחדליהן ורשלנותן של האחרות לא נפלו מרשלנותה. כנגד י.י. וש.ח. לא הוגשו קובלנות, ואף לא כנגד מי מהדרג האחראי. לטענת ב"כ הנקבלת – אחת הסיבות לכך היא העובדה שבעת הכנת הקובלנה לא היו בפני מי שניסח אותה הפרוטוקולים של ועדות הבדיקה. אלה הגיעו לידי רק לאחר שב"כ הנקבלת דרש אותן כחלק מחומר החקירה הדרוש להגנת הנקבלת. לדבריו, יתכן וקובלנה זו לא היתה מוגשת אילו מנסח כתב הקובלנה היה מעיין בפרוטוקולים של ועדות הבירור ועומד על תרומת הרשלנות של מעורבות אחרות, על הכשל המערכתי ועל נהלי עבודה פסולים שהיו נהוגים במחלקה.
59. הצעדים המשמעתיים שננקטו כנגד הנקבלת, מיד לאחר הארוע, היו חמורים לאין ערוך מאלה שננקטו כלפי מעורבות אחרות זאת על אף העובדה שועדות הבדיקה ראו בחומרה את מעשיהן ומחדליהן. הנקבלת הורחקה ממחלקת טיפול נמרץ ילדים למשך שנה, והועברה למחלקה פנימית ג'. סמכויותיה כאחות הוגבלו – נשללה ממנה הסמכות לחלק תרופות, להיות אחראית משמרת ועבודתה התנהלה בפיקוח אחות ראשית. האחות י.י. – שהיתה אחת אחראית

- המשמרת – קיבלה התראה חמורה, לא שובצה כאחראית משמרת שלושה חודשים ושובצה כאחות. האחות ש.ח. שהשאירה את המזרק, לא מסומן, ללא פרטים וללא המדבקה התקנית – קיבלה נזיפה חמורה. אחראית המחלקה ר.ב. נדרשה להגיש נהלים חדשים (5/1, 6/1)
60. ב"כ הנקבלת, מבקש ללמוד, מתוך הדיווח על הליקויים שתוקנו, על עוצמת הכשל המערכתית. כך, הפנה לעובדה שלא היתה נהוגה בקרה על סיילין, עניין שתוקן לאחר נעתת הכירור, אספקה רוקחית מסודרת של Kcl ושמירתו במגירה נפרדת עם מדבקות חדשות מסומנות. נהלים לגבי איסור השארת אמפולות עם חומר שלא נוצל וזריקת שאריות תרופות, איסור על הכנת מזרקים עם סיילין לשטיפה וכו' (16/1, 17/1, 18/1).
61. ב"כ הקובלת, עו"ד ברג, הפנה אותנו להחלטת ועדת המשמעת בעניין האחיות סידורה ונשצ'ט שעמדו לדין בשל רשלנות חמורה שנמצאה בהתנהלותן בבדיקת מנת דם שניתנה לחולה, נקטה כלפיהן תגובה משמעתית חמורה על ידי בית החולים ורשיון הותלה לתקופה של חודשיים.
62. ב"כ הנקבלת הפנה אותנו להחלטה 06-14 שם נמצא כשל של רופאים מומחים בתכנון ותאום של צוות רפואי לקראת ניתוח של תינוק והוטל עליהם אמצעי משמעת של התראה והאחות המעורבת כלל לא עמדה לדין.
63. הנקבלת בדבריה לועדה סיפרה על ההשפלה שחוותה עם הרחקתה מהמחלקה, ועל יסורי הנפש שעברה מאז הארוע שגרמו לה להפסיק לעסוק בסיעוד למשך תקופה של שבע שנים.
- "כשהעבירו אותי לפנימית אני עבדתי ככוח עזר, לא רק שבאופן פורמלי הרחיקו אותי מתרופות, אני עבדתי בצוות יחד עם כח עזר. שטפתי מיטות, חולים, הרבה דברים שרק כוח עזר עושה. מתפקיד של אחראית משמרת בטיפול נמרץ, אחרי תואר ראשון על בסיסי... בשלב מסוים זה היה גם כל כך נורא וקשה שגם האפשרות שלקחתי על עצמי אחריות שאני מעורבת בארוע כל כך טראגי ונוראי, הרגשתי שאני לא מסוגלת להתקרב אפילו לבית חולים והלכתי לטיפול פסיכולוגי... אני אפילו חלמתי לא פעם על הלילה הזה, הלוואי שהיה משהו אחר שהייתי יכולה לעשות את זה אחרת. עם זה אני חיה עד היום, אפילו התגרשתי כי הייתי במצב נוראי. חיכיתי שבע שנים שזה יהיה אחרי, ובדיק כשזה היה שבע שנים, ב-2014, לקחתי אומץ וחזרתי, זה היה נורא קשה לחזור רגשית... כל הארוע ממש שינה את האישיות שלי, אני פיתחתי חשיבה ביקורתית לגבי כל פרט הכי קטן... אני מאוד מבקשת שתתנו לי להגשיך לעסוק במקצוע שלי, שתמיד היה שלי".

דיון והמלצה

64. ב"כ הצדדים עתרו להטלת אמצעי ענישה של 4.5 חודשי התליה, מהם, בפועל ירוצו שבועיים בלבד בעוד שארבעה חודשים ירוצו באופן רטרואקטיבי, לתקופה בה לא עבדה הנקבלת כאחות או לחילופין, לתקופה בה הורחקה מעבודתה במחלקה והוגבלו סמכויותיה.
65. בעת הצגת ההסדר בפני הועדה, הכבדנו שאלותינו על ב"כ הצדדים וביקשנו לדעת מהי הדרך המשפטית לעשות כן במקום שבו לא הותלה רשינה על ידי גורם מוסמך. הצדדים הפנו אותנו לע"א 2225/98 ד"ר אדוארדו פונדורני נ' שר הבריאות (פורסם כנבו), שם הוטלו על הרופא ששה חודשי התליה מתוכם נלקחו בחשבון 85 ימים בהם לא עבד ולא קיבל משכורת. בהעדר פרטים נוספים בפסק הדין, לא נוכל לקבל את המתווה המשפטי שהוצע ע"ב ב"כ הצדדים ונבחן את ההסדר לגופו, לאור התוצאה המעשית הנגזרת ממנו, דהיינו שבועיים התלית' רשיון כעונש הולם, תוך התחשבות בכל הנסיבות האופפות מקרה זה, לרבות הכשל המערכתי שתואר בפירוט רב לעיל.
66. בבואנו לבחון את אמצעי הענישה המוצע, ברצוננו להביע תודתנו והערכתנו לב"כ הצדדים שהשכילו להבהיר ולהניח בפני הועדה תמונה מלאה ושלמה של התנהלות כל המעורבים בארוע, המבוססת על ראיות למכביר ואינה משתקפת בכתב הקובלנה שהוגש כנגד הנקבלת.
67. מהראיות שהונחו בפנינו עולה מציאות עגומה של אי קיום נוהלי עבודה בסיסיים של מקצוע הסיעוד, דווקא במחלק טיפול נמרץ ילדים שהיא מחלקה בעלת סיכון גבוה. התנהלות לקויה זו ראשיתה בגורמי הניהול והפיקוח הסיעודי בבית החולים, דרך האחיות האחראיות במחלקה, התנהלות האחיות האחראיות במשמרת הערב, התנהלות האחיות האחראיות במשמרת הלילה וכלה בהתנהלותה של הנקבלת, שלא בדקה כראוי את תכולת המזרק.

68. במציאות עגומה זו – רק הנקבלת היא שמצבה את הדין על התנהלותה. לא ברור לנו מדוע הומלצה הגשת הקובלנה נגד הנקבלת בלבד, מבלי להביא בחשבון את תרומתן הנכבדה של כל אחת מהאחיות המעורבות. מהמלצות ועדות המשמעת שדנו בארוע, עולה שהיה מקום להמליץ על הגשת קובלנה גם נגד מעורבות נוספות – אחראית משמרת ערב שהכינה את המזרק והשתמשה במדבקה לבנה בניגוד לנוהל, במזרק לא מתאים, ללא כיתוב של פרטי החולה ומועד הכנת התרופה והשאירה אותו בתום המשמרת. אחות אחראית משמרת לילה שהתעלמה מהמזרק הבלתי מזהה שהיה מונח בדלפק התרופות לאורך כל המשמרת. אחראית המחלקה שהנהיגה נהלים שאינם עומדים באמות מידה מקצועיות בניהול הטיפול התרופתי וזאת בידיעתה של מנהלת הסיעוד בבית החולים.
69. עוד ראינו בחומרה המצאות מדבקות ישנות ולא תיקניות במחלקה מבלי שאיש מאנשי הצוות שם לב לכך והשמידם במועד ובכך התאפשר השימוש שהוביל לארוע הטראגי, זאת מבלי להפחית מאחריותה של הנקבלת שהוריקה את תוכנו של המזרק מבלי לבחון כראוי את תכולתו, ובכך הודתה.
70. לאור תיקון הליקויים במחלקה, רענון הידע והקפדה על הוראות, אנו נמנעות מהמלצה לגבי מעורבות אחרות, אך יש לדעתנו מקום לשקול את הרקע והפרת הנהלים כחלק משיגרת העבודה. בנסיבה מקלה להתנהלותה של הנקבלת בסביבת עבודה זו. (ר' בענין זה החלטה בעניין המילדת טטיאנה קיפרווסר החלטה 11-13, שם זוכתה האחות כיוון שפעלה על פי נהלי העבודה שהיו קיימים באותה עת בבית החולים, והיתה היחידה שהועמדה לדין).
71. בבואנו להמליץ על אמצעי הענישה הראוי, נדגיש עוד כי לא נמצא כל קשר סיבתי בין פעולתה של הנקבלת למותה של החניוקת, שהיתה בת שלושה שבועות במותה, נולדה כפגה בשבוע ה-34 וסבלה מבעיות רפואיות מורכבות.
72. נגד הנקבלת ננקטו אמצעי משמעת מידיים, במסגרת בית החולים, שכללו הרחקתה מהמחלקה, שלילת סמכות חלוקת תרופות ואחריות משמרת. בפועל שמענו שהוצבה במחלקה פנימית ג' והועסקה ככוח עזר בלבד ולא כאחות. הנקבלת בדבריה לועדה סיפרה כי לא עמדה בתנאי העבודה ובהשפלה וביחד עם יסורי הנפש שליוו אותה בשל הארוע הטראגי, הרחיקה עצמה ממקצוע הסיעוד למשך שבע שנים.
73. במשך שנים אלה התגבשה בעצלותיים המלצת ועדת הבירור שהוקמה במשרד הבריאות, כשל כשל בירוקרטי חמור הגובל בעינוי דין של ממש כפי שעולה מטיעוני הצדדים לעיל.
74. אף שכתב הקובלנה הוכן בשנת 2013, הבלת קיבלה אותו לידיה רק ביוני 2014, בנימוק שלא אותרה. שמענו מב"כ שלא שינתה כתובת מגוריה ולא היה כל קושי לאתר. חודשים ספורים לפני קבלת כתב הקובלנה, אזרה הנקבלת עוז וחזרה לעסוק בסיעוד.
75. עינויי דין אלה, בצד העובדה שבחלוף שבע שנים מאז הארוע, אזרה הנקבלת כוחות והחלה בתהליך שיקום מקצועי, מהוים שיקול נכבד בהמלצתנו.
76. הנקבלת שיתפה את הממונים עליה במקום עבודתה החדש על הגשת הקובלנה ואף הציגה בפנינו מכתבי המלצה מהם. נביע תקוותנו, כי הליך זה לא יפגע בהעסקתה.
77. אשר על כן, לאור כל השיקולים שמנינו בפרק זה ופורטו בהרחבה בטיעוני הצדדים בפנינו, סברנו כי אמצעי הענישה המוצע, דהיינו התליה של שבועיים בפועל, הינו סביר ומאזן בין חומרת המעשה המיוחס לנקבלת, לבין עינויי הדין שעברו עליה שלא באשמתה, לבין כשלי הסביבה המקצועית שהיתה לה תרומה לא מבוטלת לארוע הטראגי.
78. אנו ממליצים על התליית רשיונה של הנקבלת לפרק זמן של שבועיים שיחל ביום 1.8.15.

ממלא מקום

שרה אפרתי, חברת ועדה	ויקי וקסלר, יו"ר	זמירה גולדנר, עו"ד חברת ועדה
----------------------	------------------	---------------------------------