

בענין הקובלנות נגד: 1. ד"ר בוריס אורקין

2. ד"ר מיקלוש באלה

3. ד"ר לומינצה עיד

צו לפי סעיף 41 לפי פקודת הרופאים (נוסח חדש) תשל"ז – 1976

המשנה למנכ"ל משרד הבריאות הגיש קובלנות נגד ד"ר בוריס אורקין, ד"ר מיקלוש באלה וד"ר למינצה עיד (להלן הנקבלים). כל הקובלנות מיחסות לנקבלים חוסר יכולת או רשלנות חמורה במלוי תפקידם כרופאים מורשים זוהי עבירת משמעת לפי סעיף 41 (3) לפקודת הרופאים (נוסח חדש) תשל"ז – 1976 (להלן הפקודה).

שר הבריאות מינה, כמצוות סעיף 44 לפקודה, ועדה שתשמע את שיש לנקבלים לאמר, תרכז את החומר כולו, ותמליץ בפניו כיצד לנהוג בנקבלים. הקובלנות כולן מבוססות על ארוע אחד, ובנסיבות אלו דנה הועדה שמונתה ע"י שר הבריאות בכל הקובלנות הללו בהליך מאוחד. בתחילה דנה הועדה בשאלה אם אכן נהגו הנקבלים ברשלנות חמורה, ועל כך היא ענתה בחיוב בהחלטת ביניים שהיא נתנה ביום 15.4.07, ורק לאחר מכן היא דנה בשאלת הענישה המשמעתית הראויה.

בסיום הדיונים הגישה הועדה לשר הבריאות "דו"ח לפי סעיף 44 (ה) לפקודה". המלצותיה בדו"ח זה היו להתלות את רשיונותיהם של ד"ר בוריס אורקין וד"ר מיקלוש באלה, הראשון לחודשיים, והשני לחדש. על ד"ר לומינצה עיד המליצה הועדה על מתן "נזיפה משמעתית".

סמכויות שר הבריאות לפי סעיף 41 לפקודה האוצלו אלי, וכיוון שכך הועברו אלי והמלצות הועדה הכל לשם מתן צו לפי סעיף 41 לפקודה.

הארוע המשמש בסיס לכל הקובלנות הוא ארוע אחד, ואת דיוני בשלושת הקובלנות אפתח בתיאור ארוע זה כפי שהוא עולה מהקובלנות השונות.

ז"ל (להלן המטופל), נער שהיה בזמן הרלבנטי כבן 13, הובא ע"י אביו ביום 9.8.03 למרפאת טר"ם (טפול רפואי מייד) בירושלים לאחר שהוא סבל משך כשבוע "מכאבי בטן שהלכו והחמירו". עוד הוא סבל מהשתנה רבה, ומהצורך לשתות כמויות גדולות של נוזלים.

בטר"ם נעשו למטופל בדיקות שתן וספירת דם. בבדיקת השתן נמצא גלוקוזוריה מסיבית ורמת נקטונוריה גבוהה ודם בשתן. ספירת הדם הצביעה על 19.400 כדורים לבנים. הרופא, שחשד שמדובר בדלקת תוספתן הפנה את המטופל לבי"ח והאחרון הגיע עם אביו לביה"ח הדסה עין כרם בשעה אחת אחר חצות במוצאי שבת.

בביה"ח הוא נבדק לראשונה על ידי ד"ר ליברמן שהיה רופא סטז'ר בחדר המיון ומאוחר יותר על ידי ד"ר מיקלוש באלה (להלן הנקבל מס' 2) שהיה תורן כירורגי.

שני רופאים אלו התרשמו "שמדובר בדלקת חדה של התוספתן ויתכן אף פריטוניטיס". בחדר המיון נלקח מהמטופל דם לצורך ספירת דם, וכן לצורך בדיקה ביוכימית, ומשם הוא הועבר לחדר ניתוח.

לחדר הניתוח הגיע ד"ר בוריס אורקין (להלן הנקבל מס' 1) שהיה כונן כירורגי ילדים באותו יום. ד"ר אורקין פגש שם את אבי המטופל ושמע ממנו פרטים על מצבו של המטופל בטרם הגיע לבי"ח. גם ד"ר אורקין היה בדעה שמדובר בדלקת חדה של התוספתן.

ד"ר לומיניצה עיד (להלן הנקבל מס' 3) שהיתה הרופאה המרדימה בניתוח הרדימה את המטופל, תוך עשית שימוש במשתק שרירים מסוג סקולין, מבלי להמתין לקבלת התשובות של בדיקות הדם בעיקר של הבדיקה ביוכימית. תוצאות בדיקות אלו הגיעו רק לאחר שהושלמה ההרדמה, והן הצביעו על "הפרעות קשות בסוכר, בנתרן ובאשלגן". יצוין שהשימוש בסקולין אסור כשערכי האשלגן הם גבוהים.

בתחילת ההרדמה נמדדה רמת CO2 נמוכה מאד. ממצא זה כשאליו מתלוות תוצאות בדיקות המעבדה (שהגיעו כזכור בתום ההרדמה) הובילו לאבחנה "של קטואצידוזיס דיאבטית".

במצב הדברים הזה שהצביע על רמות סוכר גבוהות מאד בדם טופל המטופל על ידי הנקבלת מס' 3 בנוזלים בקרבוניט ובאינסולין. במקביל "הוחלט על ידי ד"ר אורקין וד"ר מיקלוש להמשיך את הניתוח כדי לשלול תהליך פריטונאלי", שאכן נשלל במהלך הניתוח.

לאחר הניתוח שקע המטופל "בקומה קשה הנובעת מבצקת מוחית משנית לקטוצידוזיס דיאבטית", והוא נפטר מכך יום וחצי לאחר מכן.

תשתית משותפת זו היא התשתית העובדתית לאישומים המשמעותיים שיוחסו לנקבלים. הרשלנות החמורה ו/או חוסר היכולת יוחסו בכתבי הקובלנות לכל אחד משלושת הנקבלים בשל העובדות המפורטות להלן:

לנקבל מס' 1:

- א. אי התעדכנות בפרטי גליון החולה, דבר שגרם לאי היותו מודע לתוצאות בדיקת השתן (שנלקחו מהמטופל בטרם). בשל כך הוא טעה במשמעותם של הנתונים הקליניים.
- ב. כניסה לתהליך ההרדמה בטרם נתקבלו תוצאות הבדיקות (דם וביוכימיה).

לנקבל מס' 2 :

- א. טעות במשמעות שנתן לנתונים הקליניים ולמימצאים של בדיקת השתן.
 ב. כניסה לתהליך ההרדמה בטרם נתקבלו תוצאות הבדיקות (דם וביוכימה).

לנקבל מס' 3 :

- א. העדר התיחסות מספקת "לגליקוזוריה המסיבית ולקטונוריה אשר נצפו בטר"ם לפני אישפוז של המטופל".
 ב. כניסה לתהליך ההרדמה בטרם נתקבלו תוצאות הבדיקות (דם וביוכימה).

הועדה קבעה שהנקבל מס' 1 "לא התעדכן בפרטים שנכללו בגליון החולה ולא ידע, ולא יכול היה לדעת על תוצאות בדיקות השתן מצב דברים זה גרם לד"ר אורקין לטעות בהתייחסות ובמשמעות שייחס לנתונים הקליניים ובנוסף (הוא) לא המתין לקבלת תוצאות בדיקות העזר".

קביעת הועדה לגבי הנקבל מס' 2 היא שהוא "טעה בהתייחסות ובמשמעות לנתונים הקליניים ולמימצאים בבדיקות השתן ... ואכן לא המתין לקבלת תוצאות בדיקות העזר".

קביעת הועדה ביחס לנקבלת מס' 3 היא, שהיא "טעתה בהתייחסות ובמשמעות של הנתונים הקליניים ושל הממצאים בבדיקות השתן ולא המתנה לקבלת תוצאות בדיקות העזר".

התנהגות זו של כל אחד מהנקבלים נגועה, לדעת הועדה, "ברשלנות חמורה בטיפול (במטופל).... במהלך אישפוזו וראוי לנקוט כלפי כל אחד מהם באמצעים המשמעותיים המתחייבים".

מחומר הראיות שהיה בפני הועדה עולה שלית מאן דפליג שדלקת התוספתן מחייבת ניתוח דחוף. החשש הוא שהדלקת תפרוץ חוצה אל עבר חלל הבטן (פריטוניטיס), דבר הכרוך בסיכון חיים. על כך העידו מספר רופאים שהופיעו בפני הועדה.

חשש זה הדריך את פעילות כל הרופאים שטיפלו במטופל, החל ברופא בטר"ם, עבור דרך ד"ר ליברמן שקיבל את המטופל בחדר המיון, וכלה בכל שלושת הנקבלים . כל הארבעה חשו במה שמכונה "בטן חריפה", כולם הביאו בחשבון את הערכים הגבוהים של לויקוציטים שנמצאו בבדיקות הדם בטר"ם ובחדר המיון, וכולם התרשמו מכאב הבטן ממנו סבל המטופל וכן מהרגישות בבטן. הרופאים שטיפלו במטופל בבי"ח הדסה (הנקבלים וד"ר ליברמן) סברו שהדלקת היא אקוטית וכי יש סימנים לפריטוניטיס. ד"ר ליברמן אומר בעמוד 11 לפרוטוקול הדיונים מיום 5.3.06 שהוא חשש לדלקת ממושטת בחלל הבטני. הנקבל מס' 2 שכזכור היה תורן כירורגי בחדר המיון, והוא היה זה שטיפל בו אחרי ד"ר ליברמן, חשש עד כדי כך שיש סיכון במצב המטופל, שראה צורך לטלפן בסביבות שתיים בלילה לכוון כירורגית-ילדים (הוא הנקבל מס' 1). הנקבל מס' 2 מסר את הנתונים, לנקבל מס' 1, ובכלל זה דווח לו על בדיקתו שלו. הנקבל מס' 1 סבר כנקבל מס' 2 שברגע שאפשר

יהיה ניקח אותו לחדר ניתוח" (ע' 5 ישיבת 31.5.06). במהלך עדותו של הנקבל מס' 2 הוא אמר בין השאר, שהוא העריך שהמטופל סבל מפריטוניטיס הנובעת מדלקת התוספתן.

לנוכח המצב החליט הנקבל מס' 1 לבוא לביה"ח מביתו כדי להיות לעזר למטפלים. בבי"ח הוא מצא את המטופל בחדר נתוח. הוא בדק אותו ושוחח גם עם אביו שהיה במקום. הבדיקה "הראתה סימנים פרטונאליים ממש" (ע' 32 ישיבת 31.5.06).

נראה לי שהמעט שניתן לאמר הוא שאם ננטרל בשלב זה את נושא הסוכר שנמצא בבדיקת השתן בטר"ם, אי אפשר יהיה לטעון כלפי ארבעת הרופאים שלא היו להם אינדיקציות משמעותיות למדי שהצדיקו את מסקנת כולם שמדובר בדלקת תוספתן אקוטית וחריפה עם חשד להתפרצות התהליך הדלקתי אל מחוץ לתוספתן.

הדברים נכונים שבעתיים נוכח העובדה שדלקת התוספתן מתאפיינת בחוסר איפיון ספציפי של גלוייה החיצוניים. היו עדויות בפני הועדה על שדלקת זו יכולה להיות מלווה בכאבים, ויכולה גם להופיע ללא כאבים, יכולות להיות הקאות, ויכול שלא יהיו כאלו, יכול להיות חום, וגם שלא יהיה חום. פרופ' כהן זהבי, מנהל המחלקה לכירורגית ילדים בבי"ח סורוקה ויו"ר האיגוד הישראלי לכירורגית ילדים אמר שמחלה זו מתאפיינת ב"מהלך לא ספציפי" (ע' 25 ישיבת 5.3.06), והדבר יכול גם להגיע לכך שיש שהיא מלווה בלוקוציטים ויש שאין כאלו, וכן שהמחלה מלווה לעתים בעוד תרחישים.

מדובר איפוא במחלה חמקנית. אין תימה שפועל יוצא מכך הוא שכ- 15% מהמנותחים בהם אובחנה המחלה מתגלים כמי שאינם לוקים במחלה זו, אלא במחלה אחרת.

מסתבר איפוא שקיימת אפשרות שכיחה למדי שבסופו של יום, ולאחר ניתוח, יתברר שמה שנחשד כדלקת תוספתן איננו כזה. על אף זאת, וכפי שהתבטא אחד הרופאים שהעיד בפני הועדה, אין נוטלים בענין זה סיכון משום שאם יימנעו מניתוח כשיש חשד לקיום המחלה, ויתברר שהחשד מבוסס, התוצאות תהיינה הרוות אסון. מאידך גיסא, אם יתברר בסופו של יום שהנתוח הוא מה שמכונה בעגה הרפואית כ"ניתוח לבן" הנזק איננו משמעותי.

מה שעומד כרועץ לנקבלים הוא שהאמור לעיל איננו כל סיפור המעשה כולו, ואליבא דקובל ודוועדה יש בעובדות הנוספות שתפורטנה להלן כדי לערער את האיבחון שעשו שני הנקבלים הראשונים, זאת בשל העובדות הבאות:

א. ערכי הסוכר ובדיקת השתן בטר"ם: כזכור העלתה בדיקת השתן שנעשתה בטר"ם שהמטופל סובל מערכי סוכר גבוהים מאד. הדבר נרשם ברישומי טר"ם שניתנו לאבי המטופל, ואלו נמסרו על ידו למיון בביה"ח הדסה. ד"ר ליברמן (הרופא הסטז'ר שטיפל ראשון במטופל) היה ער לכך, ואולם כשהציג את המקרה בפני הנקבל מס' 2, לא הפנה את תשומת לבו לרישום זה. הנקבל מס' 2 נתבקש לטפל במטופל מיד כשיצא מחדר נתוח כשהוא מסיים נתוח אחר. היתה זו השעה

ה- 18 של עבודתו הרצופה לאחר תורנות סוף שבוע עמוסה במיוחד שכללה את ביצועם של לא מעט ניתוחים, ובהם ארבעה ניתוחי אפנדיציטיס. כשהוא במצב זה הוא הסתכל במועד שלא הוברר כל צרכו בדו"ח טר"ם, ואולם לא היה ער כנראה לרישום אודות בדיקת השתן.

במהלך הדברים הרגיל היו ערכי הסוכר הגבוהים נחשפים גם אלמלא רישום זה, זאת עקב שגרת בדיקות הנוהגת בחדר המיון. בדיקות אלו כוללות נטילת דם לצורך ספירת דם ולצורך בדיקה ביוכימית. הבדיקה הביוכימית נעשית בעיקר כדי לבחון אם יש נתונים הצריכים להגביל או למנוע הרדמה, ואולם תוצאותיה היו חושפות גם ערכי סוכר גבוהים. בחדר המיון אכן נלקח דם לצורך עריכת בדיקות אלו, ואולם המחשבים נפלו ולא ניתן היה לוודא אם יש כבר תוצאות. הנקבל מס' 2 טלפן, בעוד המטופל מצוי בחדר נתוח, למעבדה כדי לברר מהן תוצאות הבדיקות ואולם נאמר לו שאין תוצאות. במצב כזה ונוכח הדחיפות שהוא ראה בנתוח הוחלט על נתוח.

השיגרה הרגילה היא שאין מתחילים בתהליך הרדמה בטרם תגענה תוצאות הבדיקות. אין ספק שאילו היו הרופאים כולם, ובכללם הנקבל מס' 2, ערים לערכי הסוכר הגבוהים שנחשפו בטר"ם, הם היו ממתניים לתוצאות הבדיקות, ומכל מקום הם היו מתחילים בטפול להורדת ערכי הסוכר.

לאחר ההרדמה, ובטרם יוחל בניתוח, הגיעו תוצאות הבדיקות והן חזרו וחשפו ערכי סוכר גבוהים, כמו גם פוטסיום בערכים גבוהים. מיד כשנחשף הדבר ניתן למטופל על ידי הנקבלת מס' 3 טיפול מתאים של אינסולין ונוזלים. זהו הטיפול שהיה ניתן לו אילו היה הנקבל מס' 2 ער עוד קודם לכן לערכי הסוכר הגבוהים.

על רקע זה נטען כלפי הנקבל מס' 2 שהוא טעה בפירוש המימצאים מהם הוא הסיק קיומו של אפנדיציטיס.

הגדרת "האישום" לוקה במידה מסוימת של אי דיוק משום שהמחדל האמיתי המיוחס לנקבל זה איננו שהוא טעה. כבר הובהר לעיל שעל בסיס המימצאים שהיו בתודעתו אי אפשר לטעון כלפיו שהוא טעה. המחדל הוא בכך שנשמט ממנו, לפחות בחלק מהזמן הרלבנטי, הרישום של טר"ם על ערכי הסוכר הגבוהים שנחשפו אצל המטופל.

אין ספק שזוהי רשלנות, ואילו היה מדובר ב"הליך נזיקי" קשה להניח שהיה עולה בידי הנקבל מס' 2 להמלט מתוצאותיו. ואולם עסקינן בהליך משמעותי לפי סעיף 41 (3) לפקודה לפיו רק "רשלנות חמורה" מהווה עבירת משמעת. בפס"ד פינסטרבוס נגד שר הבריאות (ע.א. 34245/1 פד"י מ"ז (1) 323) פורשה רשלנות חמורה כ".... סטיית רופא במידה משמעותית מרמת הטפול המקובלת הצפויה ממנו במקרה נתון, הכל על פי נסיבותיו המיוחדות של כל מקרה ומקרה" (ההדגשות כאן ובהמשך שלי – ז.ו.).

ליבון מלא של מה שמכונה בפס"ד פינסטרבוס "נסיבות המיוחדות של כל מקרה ומקרה" מצריך התייחסות לעוד מספר היבטים.

מדו"ח הועדה עולה "כי בארוע הנדון היתה חובה חיונית לרופא במרפאות טר"ם להעביר מידע, גם בצורה מילולית (שיחה טלפונית), לצוות המטפלים בחדר מיון "הסטז'ר שקיבל את המטופל בחדר המיון

היה חייב לעמוד על כך שהתורן הכירורגי (הנקבל מס' 2 – ז.ו.) יאשר לו שקלט והבין את המידע שהגיע כאמור ...".

להגיון המקופל בדברים אלו של הועדה יש תימוכין בפרקטיקה הנוהגת בבי"ח הדסה. עובדה היא שלפי עדותו של הנקבל מס' 1, הרי שלפי נוהלי ביה"ח הדסה כשהמעבדה חושפת ממצאים קיצוניים, היא מידעת בעל-פה את המטפלים. דבר זה לא נעשה במקרה זה.

צריך להניח שנוכח מצב דברים זה, ומשעה שאיש לא התריע בפניו של הנקבל מס' 2 על ממצא חריג, הוא הניח שהוא לא החסיר דבר. אין ספק שהיה בכך כדי למתן את חששו של הנקבל מס' 2 מפני טעות שנפלה מלפניו בקליטת מידע. המעט שניתן לאמר הוא שנוכח סטנדרט ההתנהגות שהועדה שיוותה לנגד עיניה, יש תרומת רשלנות לא בלתי משמעותית לגורמים חיצוניים שאינם קשורים להליך זה, דבר המקשה את עוצמת רשלנות הנקבל.

לכל אלו צריך להוסיף את דברי פרופ' יודייסין, מנהל כירורגית ילדים בבי"ח הדסה, שנאמרו אמנם בהקשר אחר הנוגע למחדל המיוחס לנקבל מס' 1 באי קריאת רישומי טר"ם. וכך הוא אומר (ישיבת 14.11.07 ע' 19) "כאשר אתה מסתכל על הנתונים האלה (הכוונה לרישומי בדיקת השתן בתעודת טר"ם) ... ללא התייחסות מילולית, ללא הדגש, האם הציפיה היא שמישהו ישים לב לזה? קשה להאמין שמישהו מסוגל להסתכל על זה זה בדיקה שבוחנים אותה בקטן ... תסתכלו באיזה נקודה זה כתוב שם הפלוס 4 הוא קטן (הכוונה לסיכון עוצמת ערכי הסוכר – ז.ו.), הוא לא מודגש, הוא בנקודה מסוימת בגיליון חמש לא בולט ... קשה לי להאמין שאפשר ליצור את המכונה האידיאלית שעוברת על כל נתון ונתון, זה עדין לא מחשב, אדם זה אדם".

תכונות אנוש אלו, הביאו, אל נכון, את הועדה, להדגיש את הצורך בהפנית תשומת הלב לנקודות חשובות, כשהטיפול עובר מיד ליד, בין מרופא לרופא, בין ממעבדה לרופא.

איש, ואפילו לא הנקבלים, אינו טוען שלא נפלה בנקודה זו טעות שגרמה לכשל. פרופ' ריבקינד, מנהל המחלקה הכירורגית בבי"ח הדסה עין כרם, שהעיד מטעם הנקבלים לעונש (ישיבת 14.11.07 ע' 13), אומר "אני לא מנסה ליפות את הכשלון, יש פה כישלון ... אין פה בכלל ספק. הכשלון הוא של כל השורה". מה שנותן בסיסן שאלה איננו אם היתה בענין זה רשלנות, אלא האם מדובר ברשלנות חמורה. האם הרשלנות היא חמורה כשרישום נשמט מעין רופא לאחר 18 שעות עבודה רצופה רווית מתח, ללא שינה, עם הרבה ניתוחים, כשהעיון נעשה מיד כשסיים ניתוח, כשהוא מקבל דווח הנחזה להיות ממצא מצד אחד, ותואם את הבדיקות שהוא עצמו עשה מצד שני, ודווח זה אינו מזכיר את בדיקת השתן, וכשהבנתו היא שאם היה חריג נוסף מעבר לכל שנאמר לו, הדבר היה מועלה בפניו, וכשהבדיקה הקלינית וממצאי בדיקת הדם על עודף לויקוציטים מצביעים כולם על חשד כבד לדלקת תוספת על סף פריצה חוצה לחלל הבטן.

שאלה זו נשאלת ביתר שאת כשמספר רופאים שהופיעו בפני הועדה, ובתוכם הנקבל מס' 2 עצמו, אמרו שסוכר בשתן איננו בלתי אפשרי במצבים כאלו. ד"ר ליברמן סיפר (ישיבת 5.3.06 ע' 16) שלהבנתו אז, הסוכר היה תוצאה של התיבשות כללית. פרופ' כהן זהבי, מנהל המחלקה לכירורגית ילדים בבי"ח סורוקה

אומר באותה ישיבה (ע' 27) שסוכר בשתן יכול להופיע גם בפרטוניטיס. הנקבל מס' 2 אומר בישיבת 31.5.06 (ע' 16) ש"הרבה פעמים יש סוכר בשתן", והוא לא חשב על סכרת.

פרופ' גורמן ששימש כרופא מרדים 45 שנה היה יו"ר ארגון המרדמים וסגן נשיא האיגוד האירופאי להרדמה אמר בישיבת יום 107.06 (ע' 15) שיש והסוכר הוא סיבוך של דלקת תוספתן אקוטית. הוא ציטט ממקור הרפואי לבין "ההחמרה של סוכרת מופיע בנוכחות זהוס, ועל אחת וכמה זהוס חריג".

ועוד יש לציין שהרקע הכללי של המטופל, כפי שתיאר אותו אביו, הוא של ילד בריא לחלוטין, שעד לפרשה שמדובר בה לא סבל מדבר. הדבר היחיד שאפיין את הימים הסמוכים להבאתו לטיפול לטר"ם היתה שתיה והטלת שתן מרובה. המטופל צם בתשעה באב, יומיים לפני בואו לטר"ם, במוצאי תשעה באב הוא נראה לדברי האב לא טוב, ואין ספק שההנחה היתה שהשתיה קשורה לצום.

ב. אופציות ההמתנה לנתוח עד לקבלת תוצאות הבדיקה הביוכימית: במהלך דיוני הועדה נטען שחרף הדחיפות בנתוח כשיש דלקת תוספתן, דבר עליו לא חלק איש, ניתן להמתין עד לקבלת תוצאות הבדיקות. חברי הועדה הסבו את תשומת הלב, בשאלותיהם במהלך הבאת הראיות, שיש וממילא ממתניים לנתוח אם בשל חדרי ניתוח לא פנויים, אם מסיבות אחרות.

איש מהמומחים שהעידו בפני הועדה לא חלק על כך שבמצב של דלקת תוספתן ניתן להמתין קמעא עד לניתוח מבלי לגרוע בחובה לבצע נתוח דחוף. ואולם מכאן ועד לפרופוזיציה הגורפת לפיה תמיד ובכל מצב ניתן להמתין רב המרחק. השאלה היא מאיזה שלב במחלה מונים את "תקופת ההמתנה". ברור שאם מדובר בשלב בו עומדת הדלקת להגיע לשלב של התפשטות ממושטת או כשהדלקת כבר החלה להתפשט, לא ניתן להמתין עוד. תקופת ההמתנה בת מספר שעות עליה דובר החלה במקרה זה קודם לכן ונסתימה זה מכבר.

מהחומר שהיה בפני הועדה ניתן להבין שהרופאים חשדו שזה היה המצב בעניננו. ד"ר ליברמן העיד (ע' 11 ישיבת 5.3.06) על חשש לדלקת ממושטת בחלל הבטן, ובעמוד 14 הוא סיפר שהוא והנקבל מס' 2 חשדו בתחילת פרטוניטיס. פנייתו של הנקבל מס' 2 לנקבל מס' 1 בביתו באישון לילה (שתים לאחר חצות) מוסברת אף היא על רקע זה. הנקבל מס' 1 סיפר (ישיבת 31.5.06 ע' 12) שהנקבל מס' 2 אמר לו שלדעתו מדובר בפרטוניטיס. לדבריו (ע' 31) "בדיקת הילד הראתה סימנים של פרטוניטיס ממשי".

פרופ' יודייסין, מנהל מחלקת כירורגית ילדים בבי"ח הדסה תאר את הסיטואציה בנושא ההמתנה (ישיבת 14.11.07 ע' 24) בלשון זו: "המילה אפנדיציטיס לא מגדירה את המצב, לא מדויק ...". כאן מדובר במצב חרום. הוא ציטט רופא זר שאמר לו שבדרך כלל כשחולה מגיע בלילה ניתן להמתין עם נתוח אפנדיציטיס עד הבקר, אולם כשיש "דיפיוז פרטוניטיס כמו בילד הזה ... אני חושב שרמת הדחיפות ... גבוהה.

טעון כמעט משפטי בנושא זה נכלל בעדותו של פרופ' גורמן, בעל נסיון של 45 שנה בהרדמה. הוא אמר בהקשר למחדל שיוחס לנקבלת מס' 3 בשל הסכמתה להרדים את המטופל בטרם הגיעו תוצאות בדיקות הביוכימה, שבהנחה שנקבלת זו היתה מסרבת להרדים את המטופל, חרף דרישת הכירורגים "ולחולה היה אקוט אפנדיציטיס, ועשה פרפורציה ופרוטיסיס ונפטר מספסיס, והיינו עומדים באותו

חדר היום והיינו צריכים לתת את ההסבר מדוע אחרנו במועד הנתוח", כי אז היה נטען אל נכון שיש רשלנות בהמתנה. אכן אין ספק שאילו זה היה המסלול שנבחר במצב כזה היתה מועלית, לפחות במישור הנזיקי טענה שאסור היה להמתין, והניתוח היה צריך להתבצע מיד. הדברים נכונים ביתר שאת נוכח הדברים הנוספים שאמר פרופ' גורמן, שהשיקול לנתח ילד בריא כזה, שאמנם היה קצת ישנוני, אבל עם בטן חריפה ושאר אינדיקציות היה שיקול שגם הוא היה עושה אותו.

פרופ' פרל, מנהל מערך ההרדמה בבי"ח שיב"א, ויו"ר איגוד המרדמים, נתן חוו"ד בנושא זה, ונחקר על חוות דעתו. דעתו היא אמנם שונה. הוא סבור שאסור לנתח בטרם הגיעו תוצאות בדיקות הביוכימיה ואולם גם הוא אישר שאפנדיציטיס מחייב נתוח דחוף משום שעייכוב בניתוח יכול לגרום לפריצה ולמחלה קשה, אסור לעכב מעל לנדרש (ישיבת 1.5.06 ע' 23). הדחיפות שיש לנהוג בה היא לדבריו "דחיפות מידתית".

יצוין כפי שכבר נאמר, שמהיבט ההרדמה תוצאות בדיקות הביוכימיות חשובות משום שהן מספקות למרדים נתונים על מגבלות בהרדמה ועל ושיטות ההרדמה שיש לנקוט בהם גבי כל מנותח. במקרה זה הצביעה הבדיקה על עודף פוטסיום בדם, דבר שחייב שלא להשתמש במשתק השרירים סקולין. הנקבלת מס' 3 ביצעה את ההרדמה בטרם הגיעו תוצאות הבדיקות והשתמשה בסקולין. למרבית המזל, וכפי שהעיד ד"ר גורמן, שימוש זה לא גרם לנזק או לתקלה אצל המטופל.

בכל הנסיבות הללו ונוכח האינדיקציות שהיו בפני הנקבלים, ואלמלא היבט תוצאות בדיקות השתן בטר"ם על ערכי סוכר גבוהים, הרי אפילו היתה באי ההמתנה לבדיקות הדם רשלנות, ספק אם המדובר הוא ברשלנות חמורה מהסוג שפורט לעיל.

ג. הפסקת הנתוח ו/או אי ביצוע ניתוח לאחר שנודעו תוצאות הבדיקות הביוכימיות. מיד עם קבלתן של תוצאות בדיקות הדם, ניתן למטופל ע"י הנקבלת מס' 3 הטיפול הדרוש במצבים של ערכי סוכר גבוהים. המדובר הוא בנוזלים ובאינסולין.

הנקבלים 1 ו-2 שקלו אם במצב בו המטופל כבר הורדם נכון יהיה לבצע את הנתוח והם החליטו לבצע לפחות לצורך אבחנתי. הובן אמנם אז שמדובר בבעיה סוכרית חריפה, ואולם עדיין היתה קיימת אפשרות שיש בצידה דלקת תוספתן. כל הרופאים המומחים שהעידו בפני הועדה ונשאלו בענין זה חיוו דעתם שבשלב בו מדובר היה ראוי ונחוץ להשלים את הניתוח. הניתוח עצמו העלה שהמטופל לא סבל מדלקת תוספתן.

המשך הניתוח איננו נגוע איפוא ברשלנות.

ד. חובת כוון לעיין בכל החומר הרפואי הנוגע למטופל

הנקבל מס' 1 היה כזכור כון כירורגית ילדים ביום בו הגיע המטופל לביה"ח. נקודת המוצא היא שהכון איננו נמצא בבית החולים אלא בביתו, ואולם עליו להיות נגיש לכל מקרה בו תידרש נוכחותו או עצתו. בלשונו של הנקבל מס' 1 (ישיבת 31.5.05 ע' 37) "התפקיד שלי באופן כללי זה לעזור לתורן בהתלבטויותיו, אם הוא לא בטוח באבחנה אז מתפקידי לעזור לו לאבחן את סוג המחלה". לשאלה אם תפקיד הכון כולל בקרה, השיב הנקבל מס' 1 בשלילה והוסיף ".... כי אם אסתכל על התפקיד כבקה אני אאלץ להגיע לבדיקה של כל ילד שנמצא בחדר המיון בפיקוח התורנים". עוד אמר נקבל זה שרצוי כמובן שהכון יבדוק את כל התיק הרפואי של כל מטופל אודותיו הוא נשאל, אבל אין זו חובה. לי נראה ברור כמו מאליו שאין מוטלת חובה כזו על הכון בכל המקרים ובכל הנסיבות, שהרי כפי שאמר פרופ' כהן זהבי בעדותו (ישיבת 5.3.06 ע' 19) בדרך כלל הכון מקבל מהתורן את המידע בטלפון, ודרך זו של העברת מידע איננה יכולה לכלול עיון בכל הרישומים הרפואיים. יש שהקומוניקציה בין השניים מסתימת בכך, ויש שמתעורר צורך בנוכחותו של הכון בביה"ח, ואזי הוא מגיע לשם.

בענינו היה זה הנקבל מס' 1 שהציע לבוא לביה"ח, והדבר היה כזכור בשנים אחר חצות. האם בואו מחייב אותו לעיין בכל הרישומים הרפואיים הנוגעים לחולה, בכל המקרים ובכל הנסיבות. על כך עונה פרופ' יודייסין בשלילה. בלשונו (ישיבת 14.11.07 ע' 18) "כאשר אדם מגיע בשעה שתיים בלילה ושלושה רופאים עוברים על כל החומר, הציפיה לראות כל דף בתיק הוא לא דבר שמתקיים במציאות שלנו ... התיק הממוחשב מכיל עשרות ומאות נתונים, הציפיה שאז הוא ייקח את השעה לעבור על כל הנתונים הוא, מבחינת האיגוד, או מבחינת הקומון פרקטיס ... איננה ראלית..." והוא הוסיף והדגיש שכאשר שלושה רופאים רואים ומוסרים נתונים, לעבור על כל רישום בתיק זה דבר (שלא) נעשה, בטח לא במחלקתי, גם לא באף מקום בארץ". שבעתיים נכונים הדברים כשבמקרה זה מדובר על נתון לא בולט ולא מודגש שלא לוה במסרים בעל-פה לא מד"ר ליברמן, לא מטר"ם ולא מהמעבדה, הכל כפי שכבר פורש.

פרופ' דורסט, שכיהן שנים ארוכות כמנהל המחלקה הכירורגית בביה"ח הדסה, ומכהן עתה ככזה בבי"ח ביקור חולים אמר באותה ישיבה שתפקיד הכון הוא "להסתכל ממעוף ציפור" על המקרה הניצב בפניו. יתרונו של הכון הוא בהיותו יותר טרי ופחות עיף, ולכך יש להוסיף שהוא גם יותר מנוסה.

נתון נוסף שהוצג בפני הועדה הוא שתיקים רפואיים הולכים ומתנפחים עם הזמן משום שיש יותר דווחי מחשב, ולכך יש להוסיף שנוספים עם הזמן בדיקות עזר נוספות שגם הן נמצאות בתיק.

נראה הדבר שנורמה גורפת לפיה בכל מקרה ומקרה על הכון לעבור על כל אלפי המלים ומאות הנתונים הכלולים בתיק היא מוגזמת ובלתי מידתית. כפי שנאמר בפס"ד פינסטרבוס שהוזכר לעיל, ההתנהגות המצופה מרופא הוא שפעולתו תהיה ב"רמת טפול המקובל במקרה נתון",

ובסייג נוסף ש"הכל על פי נסיבותיו המיוחדות של כל מקרה ומקרה". אמור מעתה שהיקף העיון של כונן בחומר הכתוב צריכה להבחן עפ"י נסיבותיו של כל מקרה. בהערת אגב אעיר שדברים אלו ישימים, בשינויים המחוייבים מן הענין, גם במקרים בהם מבוקשת עזרה ממנהל המחלקה או מרופא מקצועי.

כשהגיע הנקבל מס' 1 לביה"ח, היה המטופל בחדר נתוח. הוא בדק אותו והתרשם כמו כל שלושת קודמיו (רופא טר"ס, ד"ר ליברמן והנקבל מס' 2) שמדובר בבטן חריפה. לכך הוסיף את הנתון של ערכים גבוהים של לויקוציטים, את הבטן הרגישה ואת כאבי הבטן.

הנקבל מס' 1 לא ביצע בקרה ולא היה חייב לבצע כזו, במטרה לוודא אם בוצעו כהלכה כל ההליכים המקובלים עד לאותה שעה, לא מבחינת נאותות הרישומים, לא מבחינת רוטינת הבדיקות שצריכות להעשות בחדר המיון ולא מבחינות רבות אחרות. המהלך הניתוחי עליו הוחלט נראה בעיניו ראוי ונכון, גם לאחר בדיקת המטופל, וגם לאחר שיחה עם אביו והוא היטה שכם לעזור במלאכה.

המחשבה שהמטופל סובל מערכי סוכר גבוהים מאד, וכי זהו מקור מחלתו לא עלתה על דעתו, ונוכח עדויות שבאו בפני הועדה בנושא זה, ניתן להבין למה. פרופ' כהן זהבי, שהיה חבר ועדת בדיקה שקדמה להליכי המשמעת אמר שמאז כיהן באותה ועדה הוא חשב רבות על הנושא, זאת משום שהוא לא נתקל באף מקרה בו היה סיבוך של סכרת קשה, עם סימנים שיכולים להצביע על אפנדיציטיס (עי' 24 לישיבת 5.3.06). דברים אלו מקבלים משמעות מיוחדת נוכח העובדה שעברו תחת ידו של פרופ' כהן זהב עשרות אלפי מקרים אותם ראה.

באותו סגנון העיד פרופ' גורמן. הוא אמר שכדי ליתן חו"ד במקרה זה אין די בנסיון ויש לנסות ולמצוא בספרות המקצועית פתרון לדרך הנאותה בה ינהג רופא, זאת משום "שלא ראיתי ולא נפגשתי עם מקרה כזה (ישיבת 10.7.06 ע' 4). בשני המקרים מדובר בזכור במנהלי מחלקות עם נסיון של 45 שנה ושל קרוב ל-30 שנה (!)

כולנו מבינים, וגם הפסיקה קבעה, בעיקר בדיוניה ברשלנות נזיקית, שנדירות של מקרה איננה משחררת במקרים רבים, את הרופאים מרשלנות, אם לא ניתן לחולה הטיפול הנכון, ואם הנסיבות חייבו שחרף הנדירות תיבחן האפשרות שהמקרה בו מדובר נמנה על המקרים הנדירים.

לצד זאת נראה הדבר שנוכח הנדירות יוצאת הדופן המאפיינת מקרה זה, נוכח סימנים ברורים למדי של דלקת תוספתן חריפה, נוכח הסיכון שראו הרופאים בדחית הנתוח ונוכח ההבנה שלא רק שכל הרופאים הגיעו לאותה מסקנה, ושניתן היה להניח שכל הרלבנטי דווח לנקבל 2 כמו לנקבל 1. ספק אם ניתן לסווג את המחלל שבאי קליטת המידע של בדיקת השתן בטר"ס כרשלנות חמורה, להבדיל אולי מ"רשלנות נזיקית".

ה. סימנים שאינם תואמים דלקת תוספתן

נטען כלפי הנקבלים 1 ו-2 שהם לא הביאו בחשבון ולא נתנו משקל מספיק למספר עובדות שלא תאמו דלקת תוספתן. במיוחד הושם הדגש בענין זה על כך, שבלשון כתב הקובלנה המטופל סבל למעלה משבוע "מכאבי בטן שהלכו והחמירו" וכן מהשתנה מרובה ושתייה מרובה, דבר שחייב לבחון את המקרה גם מזווית ראייה זו.

היתה אי בהירות מרובה אודות מצבו של המטופל בימים שלפני הבאתו לטר"ם ולביה"ח. עדויות שהובאו בפני הועדה בנושא זה היו לא ברורות ובחלקן אף סותרות. ד"ר ליברמן העיד (ישיבת 5.3.06 ע' 11) ששמע מאבי המטופל שכאב הבטן החל רק יום קודם, ברישומים הרפואיים נרשם שהמטופל סבל מספר ימים מכאבי בטן. אבי המטופל סיפר בעדותו בועדה (ישיבת 5.3.06 ע' 36-42) שהמטופל היה ילד בריא ולא סבל מבעיה רפואית כלשהי, שלא היו לו כאבי בטן קודמים וכי אלו החלו רק בשעות האחרונות. הוא גם סיפר שבנו צם בתשעה באב, ובשבוע הקודם נתן יותר שתן. היו גם נתונים על שתייה מרובה.

ההשתנה והשתייה אינם תואמים מהלך רגיל של דלקת תוספתן, ואולם כבר שמענו שהגלויים החיצוניים המתלווים למחלה זו אינם ספציפיים ודובר כבר לעיל על ההשערה ההגיונית שניתן אולי ליחס לצום שתית יתר.

מנגד בלטו כזכור בטן חריפה, ערכים גדולים של לויקוציטים, כאבי בטן ורגישות בבטן וחשש מפני סיכון חיים אם לא תעשה פעולה דחופה.

עובדה היא שגם כשנודע לרופאים, עוד בטרם הוחל בניתוח, על הסכרת החריפה, וגם כשהם הבינו שזוהי מחלתו של המטופל, הם החליטו על עריכת הניתוח בשל החשש שלסכרת מתלווה גם דלקת תוספתן. מהלך זה אושר כנחוץ וכראוי על ידי כל הרופאים שהעידו בענין זה בפני הוועדה. לכך יש להוסיף את שכבר נאמר, שיש סברה שסכרת יכולה להופיע כתוצאת לוואי של דלקת תוספתן.

אני מוכן לקבל שהיתה נדרשת מהנקבלים התייחסות מעמיקה יותר לתופעות שאינן תואמות לכאורה דלקת תוספתן, ושהעובדה שלא נעשה כן היא אולי רשלנות, ואולם יש ספק רב אם מדובר, בכל הנסיבות כפי שפורטו, ברשלנות חמורה. הדברים נכונים ביתר שאת כשעריכת נתוח נראתה נחוצה, אפילו כשנחשפה הסכרת.

בסיכומי ב"כ הקובל בפני הועדה הוא ביקש ממנה לגזור גזירה שווה ממקרים בעבר בהם כשלו רופאים באופן דומה והוטל עליהם עונש של התלית רשיון. הוא סיפר שהדמיון בין מקרים אלו

מהם הוא ביקש להקיש על לענינו הוא שגם שם לא מדובר בכשל באבחנה, וכן גם פה גם שם הכשל היה בתהליך.

חוששני שלא ניתן להקיש משם לכאן משום שאין המשל דומה לנמשל. המקרים אליהם הפנה הקובל הם שני מקרים בהם אנשים, שהיתה להם פרה דיספוזיציה ברורה למחלת לב, הופיעו לחדר מיון והתלוננו על כאבי חזה עזים, ועל הזעה. לאחר שנעשה להם א.ק.ג בכניסתם לבי"ח הם שוחררו לביתם ללא א.ק.ג ביציאה (לצורך השוואה), ומבלי לערוך להם בדיקות אנזימים, דבר שאילו נעשה היה מצריך אמנם אשפוז של 2-3 שעות נוספות, ואולם היה מאפשר קביעת אבחנה כמעט וודאית.

אמרתי באותן נסיבות שמה שעמד בין אבחנה מדויקת יותר לבין סיכון חיי חולים בשילוחם לביתם מבלי להגיע לאבחנה זו, הוא אשפוז של מספר שעות. במצב כזה, שילוחם של חולים בעלי נטיה למחלת לב, הסובלים ממועקה בחזה ללא בדיקות משלימות, היא רשלנות חמורה. החומרה הצדיקה באותם מקרים את התלית רשיון הרופאים למספר חודשים.

בענינו המצב הפוך. למטופל נעשו בדיקות שהעלו חשש מוצדק למחלה שיש בה סיכון לחיים. בעקבות כך נקטו הרופאים בצעדים למניעת הסיכון. כפי שאמרתי הם התרשלו אולי בכך שלא ווידאו שכל החומר מצוי בפניהם, ואולם בין תוגדר רשלנות זו כרשלנות "סתם", בין תוגדר כרשלנות חמורה, אין היא כרוכה במחדל של התעלמות מודעת מסיכונים ברורים, שניתן היה לצמצם ע"י אשפוז בן מספר מועט של שעות.

להשלמת התמונה אני מבקש לציין שלמותו הטרגי של המטופל אין קשר לפרשה הנדונה כאן. לפי החומר שהיה מצוי בפני הועדה, המות לא נגרם על ידי מעשה או מחדל של מי מהנקבלים. הסכרת גרמה לבצקות במוח המטופל ובעקבות כך להדרדרות מצבו שהביא למותו. פרופ' יודייסין אמר בענין זה (ע' 23 לשיבת 14.11.07) שגורלו של המטופל נחרץ כבר בבואו לביה"ח, ובאופן דומה התבטא פרופ' גורמן (ישיבת 10.7.06 ע' 11) כשאמר "הניחוש שלי שמסתמך על מספר שנים אומר לי שגם כאשר היו מפסיקים, או לא מפסיקים, לא מנתחים או לא מרדימים, גורלו של החולה ...". הוא אמנם לא סיים את המשפט עקב התערבות במהלך דבריו ואולם כוונתו ברורה.

אי אפשר לסיים את הדיון בנושא העומד בפני לדיון מבלי להתיחס לעדויות המרשימות על טיבם וטבעם המקצועי והאישי של כל הנקבלים. עדים בעלי מעמד וידע המכירים את הנקבלים מעבודתם יצאו מגידרם כדי להעביר את תחושת ההערכה שלהם לכל אחד מהנקבלים.

על הנקבל מס' 2 אמר פרופ' דורסט (ישיבת 10.11.07) בין השאר שהוא אמין בצורה יוצאת דופן, מלה שלו היא מלה. הוא אחד הקלינאים הטובים בדור הצעיר של רופאי הדסה, כירורג מצטיין, אישיות נעימה, ומושיט ידו לעזרה ככל הנדרש גם כשאיננו בתפקיד. לדעתו נכון לו עתיד מזהיר.

פרופ' ריבקינד סיפר באותה ישיבה שנקבל זה גמר שלב א' ו-ב' בהצטיינות, תופעה בלתי רגילה בנוף המוכר. הוא עצמו רואה אותו כממשיכו בתחום הטראומה.

על הנקבל מס' 1 אמר בין השאר באותה ישיבה פרופ' יודייסין שהוא אחד המבריקים שבין הרופאים. הוא מקצועי מאד, דיקן בעבודתו, בעל נסיון רב, אישיות בולטת בתכונותיה הנעימות. התערותו, כמי שלא נולד בארץ, בחברה הישראלית מרשימה, יחסיו עם הורי המטופלים, דבר בעל חשיבות ומשמעות מיוחדת בכירורגית ילדים – הוא נושא לתהילה, וכך גם ההקרנה האנושית היוצאת ממנו. דברים אלו חוזקו בתיאורים מרגשים של ידי הורים שילדיהם נותחו וטופלו ע"י נקבל זה. בין ההתבטאויות של אלו: "מלאך", "שליח משמים" ועוד ועוד.

על הנקבלת מס' 3 סופר איך פילסה לה דרך כזרה שבאה לארץ, בתחום עבודתה, ולאיזה הערכה היא זוכה. עוד סופר על היותה מורה מוערכת למתמחים, על השתלבותה המוערכת במחקר, ועל כך שאם היה צריך לבחור במרדימה למי מבני משפחת אחד העדים, רופא במקצועו הוא היה בוחר בה.

כפי שנאמר ע"י ביהמ"ש העליון בפסה"ד סבין נגד שר הבריאות (ע.א 40/9) אין להתעלם מהיבטים אישיים בשעת קביעת הענישה המשמעתית, ויש ליתן משקל, כשדנים בענישה המשמעתית, גם לנתונים האמורים שהובאו בפני הועדה.

הפרשה שנגולה כאן ממחישה את הסיטואציות אליהם יכולים להקלע רופאים שכולם כאחד הפגינו רצון ונכונות לעשות את כל שלאל ידם כדי ליתן את המירב לחולה, ועם זאת נקלעו שלא בטובתם ומבלי שהתכוונו והיו ערים לכך למידה של רשלנות.

בהקשר זה נכון יהיה להביא מדברים שאמרתי באחד מפסקי-הדין שנתתי שיש בהם כדי להצביע על הבעיות הקיימת בנושא זה. דברי בפס"ד זה התייחסו אמנם לרשלנות נזיקית, שהיא כידוע בעלת רף נמוך יותר משל הרשלנות החמורה בפקודת הרופאים. גם נושא הדיון שם איננו זהה לנושא הדיון כאן. עם זאת יש בדברים אלו לבטא את הבעיות בפניה ניצבים רופאים, מדי פעם, במהלך עבודתם. וכך נאמר בפסה"ד

"הטיפול הרפואי המודרני הניתן בכלל, ולמאושפזים בבתי חולים בפרט, ולמאושפזים שיש להם בעיות רפואיות מיוחדות לא כל שכן, הוא טיפול משולב ומסובך, הניתן ברוב המקרים תוך בחירה של רופאי בתי החולים בין חלופות שונות. בבחירה זו מודרכים הרופאים על ידי הרבה מאוד גורמים ובהם מצבו המיוחד של כל חולה, תגובתו של החולה לטיפול קודם, התמחות ונסיון של בית החולים בענפים מסויימים, מכשור וציוד קיים, וזה שאיננו קיים, סיכון לעומת סיכוי בכל נתיב טיפולי, וכל כיוצא בזה שיקולים וגורמים נוספים.

בדרך כלל "אין ארוחות חינוך" בכגון דא, לכל טיפול יש מחיר ויש סיכון, החל מזריקה פשוטה כשעצם הדקירה יכולה במקרים נדירים להביא לתגובות חמורות, עבור "לתרופות פשוטות" שיכולות לגרום לתגובות קשות מאוד, וכלה בבדיקות ובטיפולים חודרניים שכל בר-בי-רב מבין שהם מסוכנים. לכל אלו יש להוסיף את העובדה שהרפואה איננה מדע מדוייק. לא רק

שאינן לה פתרונות לכל התחלואים והחוליים, אלא שאינן לה גם תשובות מלאות וודאיות בהרבה מקרים למצב המדויק בו נתון החולה (דיאגנוזה), ואינן לה גם תשובות וודאיות ומדויקות על תוצאותיו של הטיפול בכל מצב נתון.

אי הוודאות הדיאגנוסטית מחד גיסא ואי הוודאות על תוצאות הטיפול ובעקבות כך על הקביעה מהו הטיפול האופטימלי בכל מצב נתון מאידך גיסא, מחייבים הפעלת שיקול דעת מקצועי בזמן אמת על-ידי הרופאים המטפלים, וכשמבקשים לבקר את מעשיהם לאחר מעשה, אין די בכך שמסלול דיאגנוסטי, או מסלול טיפולי שנבחר על-ידם, לא הביא לתוצאות המקוות, כדי שרופאים אלו יהיו אחראים ברשלנות אזרחית או פלילית. קביעת מימצא כזה צריכה להעשות רק אם הוכח שבנתוני זמן אמת פעלו הרופאים באי מיומנות מקצועית.

יש קושי אנושי גדול מאוד להפעיל "קריטריון שיקולי" כזה, כשבחינה לאחר מעשה מגלה שניתן היה להפעיל בזמן אמת דרך טיפול טובה יותר, אילו נקבעה דיאגנוזה נכונה, או אילו היה ניתן טיפול אחר לאור דיאגנוזה נכונה. קושי אנושי זה נובע מכך שמדובר באוצר האנושי היקר ביותר, הוא השלמות הגופנית והנפשית של בן-אנוש. כשבחינה לאחר מעשה מראה שנזק גופני או נפשי שנגרם לתובע לא היה הכרחי, "הפיתוי" בפניו נתון המבקר להאשים ואפילו "להרשיע" את מי שהוכח בוודאות שמעשיו גרמו לנזק (המנתח, המומחה, וכיו"ב), הוא מובן, ולו בשל "הקשר הסיבתי" להבדיל מ"הקשר הסיבתי המשפטי" שאיננו שנוי במחלוקת בין הטיפול לנזק שנגרם. קושי זה גדל שבעתיים נוכח "התוצאה המפצה" הנובעת מ"הרשעה" כזו. הענקת פיצויים נראית פעמים רבות "תוצאה אנושית רצויה", ופועל יוצא מכך הוא שאי הענקת פיצויים נראית תוצאה "בלתי אהודה".

חרף כל זאת, שומה על מדיניות בקורת נבונה לתת את הדעת לכך שהשלטת "מדיניות מבקרת" שתטיל "אשם פורמלי" על רופאים תוך שימת הדגש על "התוצאה הרצויה", זאת תוך התעלמות מהבעיות ואי הוודאות בתחומי הדיאגנוסטיקה והטיפול הרפואי (על סיכוניו והאופציות שבו) בפניהם ניצבים הרופאים בזמן אמת, יכולה להיות קשה מאוד לא רק למקצוע הרפואי אלא לחברה כולה. בראש ובראשונה אין זה הוגן ואין זה צודק להטיל כתם של אשם אזרחי או פלילי ברופא שקבע בתחום הדיאגנוסטי או הטיפולי קביעות שהיו אפשריות בזמן אמת, ושחטאו מתבטא בכך שלאחר מעשה הוברר שהוא אבחן לא נכון, בתנאי אי וודאות את המחלה שיש לחולה, או שבחר אופציה טיפולית אחת על רעותה, גם זאת בתנאי אי וודאות ובתנאים בהם לכל אופציה יש "מחיר". ואולם בנוסף לכך אינני סבור שיהיה זה מן החכמה להטיל על עולם הרופאים פחד יראה ומורד לב למעלה מהצריך. כבר אמרתי שהרופאים פועלים בהרבה מקרים באי וודאות, והטלת מורד לב תביא בהכרח (כפי שכבר קרה במספר ארצות, ובארה"ב בראשון) לעשיית פעולות שיותר משהן תורמות לחולה, הן משריינות את הרופא. בדיקות בלתי נחוצות. ניתוחים בלתי נחוצים וטיפולים רפואיים אחרים, או המנעות מהם, כשאף הם בלתי רצויים, ייעשו מתוך מחשבה (לא תמיד נכונה) שבכך משריין עצמו הרופא נגד טענות עתידיות אפשריות נגדו. כל בר-בי-רב מבין שלצד היתרון שיש בהטלת חובת זהירות ואחריות ברשלנות על מי שמפעיל שיקול דעת, יש לכך גם חסרון, משום שהחשש מפני מתן דין ביום פקודה יכול לשבש את שיקול הדעת המקצועי. גישה הרואה את "האספקט

המפריע" שבהטלת אחריות בגין רשלנות, איננה זרה לחלוטין לחברה מתוקנת. כך למשל שיחרר המחוקק כליל את השופטים מכפיפות לכללי הרשלנות, למרות שמעטים יחלקו על כך שאלמלא שחרור זה שבחוק היו מקרים בהם היו נלכדים גם שופטים ברשת הרשלנות.

הכלל של "אין ארוחות חנם" חל גם בתחום זה של הטלת אחריות רשלנית סיטונית על רופאים. להשלטת מדיניות זו יש תוצאות קשות המתבטאות גם באספקט הנוגע לטיפול הרפואי, גם בזה הנוגע לאספקט הכלכלי, גם לתשלובת שביניהם. בדיקות יתר וטיפול יתר אינם תורמים לבריאות הפרט, בנוסף הם גוזלים "זמן רפואי" יקר ומיכשור רפואי יקר שיכול וצריך להיות מוקדש, לפי סדר עדיפויות נכון, לנזקקים לו יותר. על כל אלו יש להוסיף סטיה בקביעת סדרי עדיפויות תקציביים ואפילו קביעת סדר עדיפויות תקציבי לא ענייני, וכן הטלת הוצאות ביטוח (או מיסוי חילופי) גבוהות שסופו של דבר שהן נטל על הציבור, זאת בתחום בו העלויות הנדרשות לקיום רמה רפואית הולמת, גם ללא הטלת נטל זה, הולכות וטופחות חדשות לבקרים.

כל שאמרתי בנושא זה ניתן לתמצות, בבחינת כל התורה כולה על רגל אחת, בצורך למצוא את האיזון הנכון בין המקרים המחייבים הטלת אשם על הרופאים, לבין אותם מקרים בהם חרף תוצאה קשה אין להטיל אשם על הרופאים".

בכל ההיבטים הרלבנטיים שנדונו בהחלטתי זו הבעתי דעתי שגם אם נגועים מעשי הנקבל או מי מהם ברשלנות, ספק אם מדובר ברשלנות חמורה. ייתכן איפוא שניתן להגיע בענין זה למסקנה שונה ממסקנת הועדה ולקבוע שהרשלנות שמדובר בה אינה רשלנות חמורה. הועדה עליה נמנים שני רופאים הבקיאים בנעשה בנבכי הרפואה, כמו גם בסטנדרטים הנוהגים בה, סברה שמדובר ברשלנות חמורה. משסברה ועדה מקצועית כזו שרשלנות כל הנקבלים עולה לכדי רשלנות חמורה, חוששני שלא ניתן בנסיבות מקרה זה שלא אקבל את דעתם. כך קבעה הפסיקה לא אחת. התוצאה הסופית היא שאני מאשר את קביעת הועדה בנושא זה.

עם זאת ובכל הנסיבות כפי שפורטו לעיל וגם כשאני מביא בחשבון את טיבם וטבעם המקצועי והאישי של כל הנקבלים הכל כפי שפורט לעיל, לא נראה שהתלית רשיון היא העונש המשמעותי הראוי והמתאים, נזיפה תתאים יותר במקרה זה, וכך אני מחליט. אני קובע כי כל השלושה יינזפו.

ניתן היום

(-)

ו. זילר

נשיא (בדימוס) של ביהמ"ש המחוזי בירושלים