



מדינת ישראל

בתי הדין למשמעת – משרד הבריאות בירושלים

תיק בד"מ 2/3/22

תאריך: 17/7/22

ועדת משמעת לפי סעיף 44(א) לפקודת הרופאים [נוסח חדש], התשל"ז-1976

בפני חברי הוועדה:

ד"ר אילן וסרמן - יו"ר הועדה

פרופ' יעקב גוזל - חבר ועדה

עו"ד לינדה שפיר – נציגת היועץ המשפטי לממשלה

משרד הבריאות,

הקובל:

ע"י ב"כ עו"ד תומר דגני

• נ ג ד -

ד"ר משה אלעזר,

הנקבל:

ע"י ב"כ עו"ד גלעד כהן

המלצה

1. כנגד הנקבל הוגשה קובלנה, הנסמכת על דוח (להלן: "הדוח") ועדת בדיקה מיום 07.09.2015, וכי במעשיו המתוארים בדוח עבר הנקבל עבירת משמעת לפי סעיף 41(3) לפקודת הרופאים [נוסח חדש]: "גילה חוסר יכולת או רשלנות חמורה במילוי תפקידו כרופא מורשה".

2. הואיל וקובלנה, כהגדרתה על ידי ב"כ הקובל, בהפנתו אל מכתבו מ- 07.03.2022 המופנה אל שר הבריאות, קיימת רק הפנייה אל הדוח ואפילו אין בו ציון סעיפים ו/או עמודים בדוח המהווים את תוכנה של הקובלנה, קרי – פירוט המעשים, לאחר

שביקשנו מב"כ הקובל שיפנה אותנו לסעיפי דוח הבדיקה, אשר, לטענתנו, מהווים את העובדות המהוות בסיס להגשת הקובלנה, נביאם כלשונם בדוח הבדיקה, בסעיף 4 בעמודים 6 ו-7 לדוח הבדיקה:

"תפקידו של הנקבל היה לבצע הערכה טרום הרדמה, וביצע זאת 3 ימים לפני ביצוע ההרדמה.

4. הערכה קדם הרדמה

כללי: מטרת הערכה קדם הרדמה, להכיר את מחלות הרקע של המטופל המיועד לעבור הרדמה וניתוח (אנמנזה, בדיקות עזר, בדיקה גופנית), להבין את חומרת המחלות, להעריך האם ניתן לטפל ולמזער גורמי סיכון טרום הפעולה, לקבוע את הסיכון בהרדמה (דרוג על פי איגוד הרופאים המרדמים האמריקאי ASA), לגבש תכנית הרדמה כוללת (טרום הרדמה, הרדמה, התאוששות, טיפול בכאב), ולבסוף להעביר המידע למטופל ולקבל הסכמתו המודעת. מכיוון ופעמים רבות הרופא המרדים המבצע את פעולת ההרדמה בפועל אינו זה שבדק המטופל במרפאה, על הרופא המרדים לבצע הערכה מחדש של התהליך שבוצע במרפאה טרם הכנסת המטופל לחדר ניתוח. בסופו של דבר, זוהי אחריותו להכיר את המטופל, אותו הוא אמור להרדים ועליו להימנע מהנצחת טעויות שבוצעו קודם לכן.

4.1 כפי שצויין לעיל, בתיאור המהלך הכרונולוגי, ההערכה הרדמתית בנפטר בוצעה שלושה ימים טרם הפעולה במשרדי מרפאת השיניים על ידי רופא מרדים (דר' משה אלעזר), שהגיע מחדרי הניתוח הנמצאים קומה אחת מתחת.

4.2 הנפטר סבל ממחלות רקע משמעותיות, כולל השמנת יתר חולנית, דום נשימה בשינה, שהצריך טיפול ב-CPAP), יתר לחץ דם וסכרת מאוזנים. בידי הנפטר היתה המלצה לבצע הולטר לבבי בשל הפרעות קצב שתועדו במעבדת השינה.

4.3 גם אם נקל ונקבל את גרסת הרופא המרדים (לפיה לא הוצגה לו בדיקת מעבדת השינה) ולא את גרסת אשת הנפטר, הרי שהתהליך אותו ביצע והטופס אותו מילא לקויים במספר דברים קריטיים: אין ציון כי הנפטר היה מעשן כבד בעברו, אין מדידה

של ריווי המוגלובין בחמצן שהיא מדידה בעלת חשיבות גבוהה בנוכחות מחלות רקע, כמתואר, והיא בדיקה לא חודרנית וקלה לביצוע, אין כל התייחסות לממצאי בדיקת מעבדת השינה, כולל חומרת הפסקות הנשימה, ריווי ההמוגלובין בחמצן וההמלצה לביצוע הולטר לב בשל הפרעות קצב.

4.4 הערכת הסיכון בהרדמה לפי מדדי איגוד המרדימים האמריקאי (ASA) – הקביעה כי דרוג הסיכון של החולה היא 2 – טעות.
אמנם מדד ה- ASA אינו מדד אובייקטיבי לחלוטין וקיימת שונות בין רופאים מרדימים בקביעת הדרוג, אבל לא זהו המקרה. הנוסח המעודכן של הדרוג שהופץ על ידי איגוד הרופאים המרדימים האמריקאי באוקטובר 2014 מציין מפורשות, כי מטופלים עם BMI השווה או גדול מ- 40 הם ASA3, גם אם, כביכול, אינם סובלים מכל תחלואה אחרת. רופא מרדים חייב לדעת הגדרות אלו, שכן לקביעת הסיכון בהרדמה חשיבות בהגדרת הסיכון למטופל ובמוכנות של הרופא המרדים בבואו לבצע ההרדמה."

וכבר יאמר, כי על הרופא המרדים, המבצע את ההרדמה בפועל, להכיר את מצבו של המטופל. הוא אמנם יכול להתבסס על התהליך שבוצע במרפאה, אך אסור לו לקבלו ככתבו וכלשונו ולהנציח טעויות שבוצעו.

ולענייננו, אין כל תיעוד כי המרדים השלים את המידע החסר. בהמשך מפנה אותנו ב"כ הקובל לסעיף 7 בעמודים 14 ו- 15 לדוח הבדיקה:

7. בכל הנוגע לדר' אלעזר

7.1 לא מסר לנפטר מידע מלא ואמין על הסיכונים בהרדמה.

7.2 תהליך ההערכה טרום הרדמה לקה בחסר:

7.2.1 אין ציון כי הנפטר היה מעשן כבד בעברו;

7.2.2 אין מדידה של ריווי המוגלובין בחמצן;

7.2.3 אין כל התייחסות לממצאי בדיקת מעבדת השינה.

7.3 ביצוע הערכה שגויה של הסיכונים להרדמה המטופל

**הנ"ל (ASA3) כתוצאה מהעדר היכרות עם הגדרות
הספרות המעודכנות.**

7.4 אחריות ליישום נוהל מנהל רפואה 53/2013."

3. ב"כ הנקבל הודיענו, כי אכן אלה פרטי העבירה בה מודה הנקבל (עמ' 8 שורה 1 לפרוטוקול).

חזרנו ובדקנו עם הנקבל כי אכן מודה בפרטי העבירה, כפי שפורטו לעיל, ובכך כי התנהגותו, המפורטת לעיל, מהווה עבירה על פי סעיף 41(3) לפקודת הרופאים, לאחר שהנקבל הודה בפרטי העבירה והודה בעבירה המיוחסת לו, הננו ממליצים להרשיעו בעבירה לפי סעיף 41(3) לפקודה.

4. עוד נוסיף, כמופיע במכתב המכונה קובלנה אל שר הבריאות, כי הצדדים הגיעו לכלל הסכמה, כי בעת הדיון לאמצעי המשמעת, יהיה רשאי הנקבל להגיש לוועדה את כל המסמכים הקשורים למנוח שעמדו לפניו וגם את כל המסמכים הקשורים למנוח שהיה מעורב בעריכתם, וכי ב"כ הקובל לא יתנגד שהנקבל יגיש מבעוד מועד פרוטוקולי הראיונות שערכה ועדת הבדיקה, עובר לפרסום הדוח וכן ראיות ואסמכתאות נוספות.

הקובל יהא רשאי להגיש אמסכתאות משפטיות.

הקובל ישאיר לשיקול דעת הוועדה את אמצעי המשמעת ההולם, לדעתה, את נסיבות המקרה וכי הנקבל יהא חופשי לטעון כל טענה בנוגע לאמצעי המשמעת ההולם.

בפרטי העבירה, כפי שפורטו, לא צויין כי מדובר באדם אשר הגיע לטיפול שיניים במרפאת שיניים "שן עולם", במרפאה כירורגית מ.ר.ב., כאשר עתיד היה להיות מורדם לצורך טיפול שיניים כולל. הנקבל הגיע לביצוע הערכה טרום ניתוחית, לא נמסר לנו כל מידע באם הועסק באופן קבוע במ.ר.ב. וכיוצא בזה פרטים על מעמדו במוסד. עוד, על פי הדוח, למדנו, כי המטופל נפטר כתוצאה מההרדמה, אולם סיבות פטירתו, המרדים, צוות הטיפול, אינם מונחים להכרעתנו.

טיעוני הצדדים לאמצעי המשמעת אותם יש להטיל על הנקבל

5. טיעוני ב"כ הקובל

ב"כ הקובל הגיש את ת/1, שהינו טופס הערכה טרום ניתוחי המקובל במרכז הרפואי מ.ר.ב (להלן: **"טופס הערכה"**). עוד הגיש ב"כ הקובל את חוזר מינהל הרפואה, חוזר 53/2013 מיום 08.12.2013 (להלן: **"החוזר"**), שעניינו **"סדציה והרדמה כללית ברפואת שיניים"**.

כן הוגשו שני פסקי דין שעניינם רשלנות: האחד, **דר' גרגורי סוחמן** (עש"א -2251-08/14) - ת/3; והאחר, החלטות ופסקי דין נוספים ת/4, ת/5, ת/6. התקדימים נועדו, לטענת ב"כ הקובל, לתת לוועדה כלי לסדר גודל של אמצעי משמעת רלבנטיים, בהרשעת נקבל לפי סעיף 41(3).

כן מפנה להערות כב' השופט סטרשנוב בעניינו של סוכמן, באשר למשך הזמן ממועד ביצוע העבירה, ובעניינו, כל עוד התנהל הליך משפטי מקביל, לא ניתן היה להגיש קובלנה. ההליך התנהל כנגד הנקבל ואחרים והסתיים ב-2022.

עוד מציין ב"כ הקובל, כי טיעוניו יהיו קצרים באופן חריג, **"שכן 4 אסמכתאות שהגיש כתקדימים, הם יחסית עדכניים ונועדו לתת לוועדה כלי לסדר גודל של אמצעי משמעת רלבנטיים במקום של 41(3), חוסר אחריות או רשלנות וכו'".**

6. ב"כ הקובל הודיענו כי כלל חומר הבדיקה, צריך שישמש את הוועדה להטלת אמצעי המשמעת המתאים וכי **"אין עונש מוסכם, לא ספקטורום ולא מנעד, לא משהו ספציפי זהו"**. אופן מילוי הטופס – טופס הערכה טרום הרדמה היה רשלני, וזאת בנוסף להתרשמות מהמטופל, 1.63 מ' – 120 ק"ג, שהיה בה כבר כדי לחייב תשומת לב מיוחדת, וזו לא ניתנה על ידי הנקבל $bmi\ 45.4$ ונתוני המשקל והגובה חייבו התייחסות מיוחדת. ולא רק שזו לא ניתנה, אלא לא נרשמו בטופס הערכה ת/1, נתונים קריטיים: לא נרשם ה-ASA לא כתוב כי הינו או היה בעברו מעשן כבד, אין בטופס לחץ דם, לא דופק ולא התייחסות ל-BMI.

מצבור הנתונים מחייב, על פי הנחיות משרד הבריאות (חוזר מנהל רפואה 53/2013), ביצוע הרדמה בבית חולים ציבורי, והרי ההתרחשות שבפנינו אירעה במרפאת שיניים, אשר המרדימים אליה הגיעו מבית חולים פרטי, כתוצאה מהתקשרות ביניהם, ולא נמנו על צוות רפואיה.

יתר על כן, ההנחייה אוסרת על סדציה כלשהי במסגרת זו בנתוני המטופל.

7. ב"כ הקובל קורא לוועדה ליתן עמדה מקצועית, ללא קשר להנחיות משרד הבריאות, בדבר אחריותו של רופא המבצע הערכה טרום הרדמה.

למטופל היו בעיות רבות, אשר העידו על הסיכון שבהרדמה, ותפקידו של המרדים, המבצע הערכה טרום הרדמה, לציין את כלל הסיכונים, **"להרים דגל שחור"**, כדברי ב"כ הקובל ולעצור את המטופל מלהגיע להרדמה ביתר שאת, כשמדובר במרפאת שיניים.

ב"כ הקובל מפנה לדברי הנקבל בפני ועדת הבדיקה, עמ' 96 שורות 23 – 27 :

**"חוץ מזה שהוא שמן, יש לו לשון בולטת ...
הוא לא כמו אדם בריא, הוא יש לו את הבעיות האלה שהוא חולה
סכרת ולחץ דם, וחוץ מזה יש לו בעיית נשימה ועודף משקל".**

כל אלו לא מצאו ביטוי בטופס ההערכה הטרם ניתוחית. לדברי ב"כ הקובל, מדובר במטופל עם בעיות נשימה בשינה, מטופל ב-CPAP.

בנסיבות אלו, אמנם לא הנקבל הוא ששימש כמרדים ולא גרם ישירות למותו של המטופל, ומדוח הבדיקה עולה רשלנות רבתי של המרדים, בעת ביצוע ההרדמה. אולם, בכל אלה אין כדי להקל עם הנקבל, שכן ברשלנותו שלו לא עצר את המטופל מלהגיע לשלב ההרדמה, והרי כל הנתונים שעמדו בפני הנקבל היו אמורים להביאו לכלל המלצה, שלא להרדים את הנקבל במרפאה בה עבר את הניתוח.

8. באשר לעמדת משפחת המטופל- המנוח, נתקבלה עמדתה כדלקמן :

**"רעיית המנוח מעולם לא שבה לעצמה לאחר הטרגדיה הנוראית.
המשפחה סומכת ידיה על הוועדה שתמצה כראוי את הדין עם דר'
משה אלעזר, בייחוד לאור העובדה שהטריבוניל המשמעתי הוא
המקום העיקרי שבו נותן הרופא את הדין על מעשיו הרשלניים".**

9. בתשובה לשאלת יו"ר הוועדה, דר' וסרמן, השיב ב"כ הנקבל, כי בין המרכז הרפואי מ.ר.ב. לבין מרפאת השיניים בה עתיד היה להתבצע הטיפול, קיים קשר חוזי לפיו נשלחים מרדימים למרפאה. מ.ר.ב. שוכנת בבת ים, יש לה מרפאה כירורגית לביצוע כירורגיה בינונית. ברחוב ריינס בתל אביב יש חדרי ניתוח הרדמה וחדרי התאוששות וכיו"ב. אחת הקומות הושכרה למרפאת שן עולם, ובין היתר הדברים שנקבעו בחוזה השכירות, הינו העמדת מרדימים מטעמה של מרפאה זו למרפאת השיניים.

דר' שאול עזרא, אשר שימש בעברו בניהול מערך ההרדמה בוולפסון, שימש בעת האירוע כמרדים הבית של מרפאת השיניים שן עולם ושימש כרופא בכיר במ.ר.ב.

יוער: דר' שאול עזרא נפטר. יצוין, כי בעת האירוע היה בן 82.

10. טיעוני ב"כ הנקבל

ב"כ הנקבל סקר את קורות האירוע. מסקנות ועדת הבדיקה הועברו לחקירת המשטרה. נחקרו כל אנשי צוות מרפאת שן עולם, המרדימים, האחיות, מנהל מערך ההרדמה ובעלי תפקידים נוספים. מכתבי שימוע נשלחו לשורה של גורמים, וביניהם הנקבל.

הרופא המרדים דר' שאול עזרא – נפטר. שלושה, ובהם הנקבל, הועמדו לדין. שניים מהם הועמדו לדין והורשעו בגרימת מוות ברשלנות, בהם דר' שטיירמן, אשר עניינו הובא גם בפני ועדת משמעת. ואילו תיקו של הנקבל הסתיים בביטול כתב האישום והסדר מותנה, לפיו יעמוד לדין בפני ועדת משמעת. הנקבל יודה בעבירת המשמעת ובפרטי הקובלנה, כפי שהוגשה, והצדדים יטענו לאמצעי המשמעת שיש להטיל על הנקבל.

11. ב"כ הנקבל הגיש תיק ובו 40 אסמכתאות התומכות בטיעוניו באשר לאמצעי המשמעת שיש להטיל על הנקבל.

ב"כ הנקבל עותר "שחלילה לא לפגוע, להגביל, להתלות או להתנות את רישיונו של הנקבל לבצע את המלאכה שהוא מומחה בה, במסגרת טיפול בגזעי חשמל ECT בבית חולים לבריאות הנפש אברבנאל ובאר יעקב".

הנקבל הוסיף, כי מדובר גם בטיפול קטמין.

עוד מבקש ב"כ הנקבל, כי אם הוועדה תמצא לנכון להתלות רישיון הרופא, הרי הנקבל מבקש כי תתיר לו להמשיך לעסוק בעיסוקו, כמתואר לעיל.

12. ב"כ הנקבל מבקש לכפור בחומרה אותה מייחס ב"כ הקובל להתנהגות הנקבל, ומבקש ליתן לנסיבות ולחומרה משקל נמוך או אפסי. לטענתו, מתוארת בדוח שרשרת של כשלים ומחדלים שהביאו לתוצאה הטרגית והמיותרת, אולם לעמדתו, מחדליו של הנקבל לא היו מונעים את התוצאה, וכך גם לפי דוח ועדת הבדיקה.

ב"כ הנקבל מונה את המחדלים שהביאו לתוצאה :

- עידוד של כל המטופלים, גם אלו שמרפאות אחרות לא קיבלו, לקבל טיפול.
- אי בחינה של חלופות טיפוליות, היעדר הצדק רפואי ממשי לביצוע טיפול שיניים במתכונת של הרדמה כללית.
- היערכות רשלנית לביצוע הרדמה כללית, כשעמדו בפני הרופא המרדים כל נתונים הרלבנטיים.
- ביצוע רשלני דה פקטו של מהלך ההרדמה, תוך התווייה בחסר של חומרי הרדמה, סטייה מהותית מתכנית ההרדמה ונקיטת פעולות מצילות חיים באיחור. וכל זאת בנוסף למחדלי הרישוי, תיעוד על הלכי ההרדמה וההחייאה וחוסר יכולת פינוי כנדרש (מעלית קטנה מדי).

לטענת ב"כ הנקבל, הנקבל לא היה מעורב בכל אלו. היכרותו עם הנקבל התמצתה בפגישה בו נתבקש לבצע הערכת טרם הרדמה.

13. הנקבל ציין ב- ת/1 (טופס ההערכה), כי מדובר במטופל עם צפי לקוצר נשימה, שסבל מ- OSA, מדום נשימה בשינה ומטופל ב- CPAP.

עוד קבעה, כי לא ציין שהיה מעשן כבד בעברו, תיעד באופן חלקי את ממצאי הבדיקה הקלינית שהוא ערך לו, לא רשם את לחץ הדם, אתה- SPO2 וכן את הסיכון בהרדמה לפי מדדי האגודה האמריקאית להרדמה. בעדותו בפני הוועדה העריך את הסיכון כ- ASA2, בעוד שהוועדה סבורה כי היה צריך להיות ASA3, עקב ה- BMI הגבוה – 42.5.

מסקנת הוועדה, כי לא ניתן היה לבצע הרדמה למטופל אלא בבית חולים. לטענת ב"כ הנקבל, התנהלותו של הנקבל לא תרמה כהוא זה לתוצאה הטרגית.

ב"כ הנקבל סוקר את מטרות ההערכה הטרומ הרדמתית, ולטענתו, אין חובה כלשהי לבצעה כלל, בוודאי לא 3 ימים בטרם ההרדמה. זו יכולה להתקיים בסמוך להרדמה. ההערכה במרפאה נערכת, לטענתו, על מנת לווסת עומסים בתורים, באם מתברר כי יש לבטל את הניתוח.

ב"כ הנקבל מפנה להנחיות איגוד המרדמים של אנגליה ואירלנד, לפיהן יכול שההערכה תתבצע באמצעים מקוונים (אסמכתא 1).

14. כבר בשלב זה נאמר, כי ענייננו לא במרדים דר' עזרא ז"ל ובניתוח פעולותיו. העניין שבפנינו הינו הבדיקה הטרומ הרדמתית שנדרשה על ידי נקבל, אופן הבדיקה, מילוי טופס ההערכה ומסקנותיו, ועל כן לא נתפרס לכל הנטען באשר לפעילות, כאמור, של המרדים ולשלבי ההרדמה השונים.

15. ב"כ הנקבל מפנה לאסמכתאות 7, 8, 9 ו-10, באשר לחשיבות זיהוי מטופל שסובל מ-OSA, כלומר ניהול נתיב אוויר קשה. והנקבל אכן רשם את העובדות הקריטיות למצבו של המטופל, בשעה שנרשמו פרטים על התרופות שנוטל המטופל: טיפול ביתר לחץ דם, על קיומה של סוכרת מאוזנת, מדד מלימפתי 2-3, ושהוא סובל מ-OSA ומטופל ב-CPAP. אלו נרשמו שחור על גבי לבן.

ב"כ הנקבל מפנה לאסמכתא 12, חקירתו של הנקבל מ-21.09.2018. בתשובה לחוקר בעניין חומרת דום נשימה משיב הנקבל:

"אני חושב שזה לא חשוב. יש דברים חשובים יותר. זה הכי שולי שהיה פה. החשוב שאני כתבתי בגיליון ההרדמה, שהמטופל במלימפתי 2-3 שיהיו קשיים בהחדרת הטובוס".

עוד מפנה ב"כ הנקבל לעמוד 61 שורות 2 – 9 לדברי הנקבל, לפיו בדק אותו, שוחח איתו, הקשיב לריאותיו, ולדבריו:

"לא מהחולים הטובים ביותר. אבל אפשר לנתח אותו וכו'..."?

לטענת ב"כ הנקבל, הנקבל ביצע בדיקה טרום הרדמתית מוקדמת מספקת, ובמסגרת זו העלה על הכתב אינדיקציות התומכות באפשרות לחשש מפני קושי בצנור. המרדים

סמך על ממצאים אלו והוסיף בדיקה עצמאית משלו והגיע אפילו למסקנות חמורות יותר.

ומכאן האירוע הטרגי לא אירע כתוצאה ממעשיו או ממחדליו של דר' אלעזר, גם אם יימצא שגיליון ההערכה יכול היה להיות מפורט יותר.

16. ועתה להסכמה מדעת :

בהתייחס לאי מסירת מידע מלא בדבר מלוא הסיכונים לנפטר, כמפורט בעמודים 14, 15 לדוח הוועדה, מפנה ב"כ הנקבל לאסמכתה 15 – חוזר מנהל הרפואה 23/2010 – שכותרתו **"שימוש בטפסי הסכמה בתהליך קבלת הסכמה מדעת טיפול"**, שם, בסעיפים 1, 2, 4 ו-5. עמדתו היא, כי החתמתו על גבי טופס ההערכה מוקדמת מספקת, שכן הנקבל אינו הרופא המטפל ואינו המרדים. אחרי חתימתו של הנקבל, הטפסים היו בחזקתו 3 ימים, עד מועד הניתוח, ויכול היה לשאול ולבדוק ולהיוועץ. וגם אם תימצא סטייה, הרי אין זו סטייה חמורה.

17. באשר לקביעת ועדת הבדיקה, כי הליך ההערכה טרם הודמת לקה בחסר, מפנה ב"כ הנקבל לאסמכתה 16 – הנחיות קליניות והמלצות של איגוד המרדמים בישראל, ובדגש לעמוד 3 סעיפים 1.1 – לעניין בדיקות מעבדה מינימליות הנדרשות, למעט במקרים חריגים, ספירת דם ו-EKG בלבד. ובהמשך, אסמכתה 12 מסמך 21, הכלול ב-1/ת, בדיקות המעבדה שהמטופל מסר לנקבל על מנת לכלול אותם ברשימה. ועיון בהם מראה, כי לחץ דם, ריווי חמצן בדם וכיו"ב אין להם מקום בבדיקת טרום ההרדמה. עיון בהנחיות עמוד 6 סעיף ג/1 להנחיות הקליניות – אלו מדדים שיש לנטר ולעקוב אחריהם בעת ההרדמה.

ודווקא עיון בסעיף 2 להנחיות, מציין את מה שחייבים לכלול בבדיקה שלפני ההרדמה: בדיקת דרכי אוויר מבחינת קושי צפוי סביב הפנים.

אגב, חולים שסובלים מהשמנת יתר חולנית ו-OSA, לפי ההנחיות :

"חולים אלה נמצאים בסיכון גבוה לדום נשימה וסיבוכים לאחר ניתוחים בהרדמה כללית, ועל כן יש להמשיך ולטפל בהם, להמשיך את הטיפול במסגרת התאוששות ב-CPAP".

ומכאן כי מצבו של המטופל לא היה כזה אשר מחייב הרמת דגל שחור. ההנחיות הקליניות – אין התייחסות ל-BMI ולא ל-ASA. אכן יש לקחת בחשבון, כל דיסציפלינה כמשקלה היחסי, אבל אינן בבחינת דגל שחור.

ועוד מפנה ב"כ הנקבל לאסמכתה 17 – חוזר מנהל רפואה, המפרט את בדיקות השגרה שלפני ההרדמה, בו מפורטים המדדים החיוניים והסיווגים וגם ממנו לא ניתן להסיק את שטען ב"כ הקובל.

18. ב"כ הנקבל חולק על ב"כ הקובל באשר לתכולת גיליון טרם ההרדמה, שכן הוא מהווה חלק בלתי נפרד מהמסמכים המצורפים לו, קרי – הרשימה הרפואית הכללית מקופת החולים, ושני המסמכים ביחד מהווים את הרשומה הרפואית.

קרי – את גיליון ההערכה הטרם ההרדמה יש לקרוא יחד עם המסמכים המצורפים לו. ועל כן, אין לייחס את החשיבות הרבה אותה מייחס הנקבל לפרטים החסרים בגיליון ההערכה, שכן כלל הנתונים – גובהו ומשקלו, היותו מעשן בעבר וה-BMI – מופיעים באותם רישומים. נתונים אלו עמדו בפני הנקבל והנקבל בחר לפרט את הדברים החשובים בעיניו: מלמפטי-difficult intubation.

19. ב"כ הנקבל מסתייג מתחולתם וכוחם של חוזרי מנהל הרפואה לחייב גופים פרטיים. לטענתו, כוחם הינו כהנחייה מנהלית כלפי הרשות פנימה, הרשות הציבורית: בתי חולים ממשלתיים, קופות חולים וכיו"ב גופים ציבוריים, להן מעמד נורמטיבי מחייב ואל הפרתן יכול שתתלווה סנקציה. הם אינם בבחינת תקנות או חקיקת משנה בעלת תחולה על כלל מוסדות הרפואה, וזאת כשם שהנחיות פרקליט המדינה מחייבות את גורמי הפרקליטות ואין בהם לחייב, לדוגמה, משרד עו"ד.

לצורך העניין מפנה ב"כ הנקבל לאסמכתה 22 – בעניין איסור על רופאי שיניים להזריק בוטוקס.

בעת"מ (י-ם) 34018-11-13 **עמותת הרופאים לטיפול אסתטיים ואח' נ' משרד הבריאות**. שם בית המשפט ראה בחוזר מנהל הרפואה משום הבעת דעה של רשות מנהל הרפואה על המצב המשפטי ותו לא, ללא כל משמעות אופרטיבית. החוזר הינו:

"מסמך המבהיר את עמדתו בלבד בשאלת סמכותם של רופאי השיניים לבצע הזרקת בוטוקס, קרי – אין משמעות אופרטיבית, לא

**קבועים בו כללי התנהגות, אינו מטיל הנחיות על גורם כלשהו לפעול
בדרך מסויימת ואין בו כדי ליצור איסור חדש בדבר ביצועה של
פעולה כלשהי" (שם, פסקה 18).**

וכך גם בעניינו של פרופ' שמעון סלבין בבג"צ 1405/14. שם, בסעיפים 39 ו-41 באשר לסמכות להורות לעומת הזכות להצביע על פגם, אין סמכות להורות מבלי שמצויה בידי משרד הבריאות סמכות מתאימה.

תקנות מכוח פקודת רופאי השיניים, שישדירו את כל מה שקשור להרדמה כללית וסדציה, לא הותקנו עד עצם היום הזה.

20. לעמדת ב"כ הנקבל, יש לבסס את מידת הסטייה של הנקבל מן הנדרש או מן המצופה, על תשתית אותה על הקובל לבסס בנוגע לקונצנוס פרופסיונאלי במועד האירוע אוקטובר – נובמבר 2014. משלא נעשה כן, הוא מבקש לבסס את הסטייה על עמדת איגוד המרדמים האמריקאי. אסמכתאות 27 ו-28 מטרתם לתת לידי הגורם הקליני כלי עזר להעריך את מצבו הטרומי של המטופל ולסייע לו לצפות לקשיים בניתוחים. אולם עיון באסמכתה 29 נראה, כי אין הדירוג יכול לשמש אמת מידה עצמאית. ראה אסמכתה 30 - הדירוג הינו בבחינת כלי עזר להערכת סיכונים, אבל לא נועד לקבוע היכן ועל ידי מי תבוצע ההרדמה.

האיגוד הישראלי, בחוזריו המוטלים בספק, נתלה בהנחיות האיגוד האמריקאי, נסמך על חוזר מנהל רפואה 53/2013, החסר את העדכונים והדוגמאות אשר נכללות בהנחיות איגוד הרופאים האמריקאי.

ב"כ הנקבל טוען, כי לא מצא תימוכין מקצועיים או משפטיים לחוזר המנהל, המתייחס ל- ASA3, ולממד BMI-35 כמי שאינם מתאימים לעבור טיפול שיניים בהרדמה כללית בקהילה.

ב"כ הנקבל מפנה לאסמכתה 32 – Clinical Anesthesia של Barash, הנכלל גם בסילבוסים של הר"י, אשר קובע כי לגבי מטופלים שמדורגים 3 ו-4, אין מניעה לבצע הרדמה כללית בקהילה, רק כל עוד המחלות הסיסטמיות שלהם מאוזנות, וכך אינו שולל חולים, הסובלים מהשמנת יתר חולנית וכשה-BMI עולה על 40.

עוד מפנה ב"כ הנקבל לאסמכתה 34, דוח המועצות הלאומיות לבריאות, מעמ' 73. בעמ' 77 - בדבר הצורך בנוכחות רופא מרדים ולא דווקא ביצוע ההרדמה בבית חולים.

כן מפנה ב"כ הנקבל לאסמכתה 35, מבלי לגרוע לגבי טענתו בדבר תוקפם של החוזרים. חוזר 8/2019, המבטל ומחליף את חוזר 53/2013 מיום 08.12.2013 הוספו בו הקריטריונים הקונקרטיים לדירוג ASA, בין היתר, הוגדר ASA3 כחולה הסובל ממחלה מערכתית חמורה BMI מעל 40. נוספה חובה לתעד באופן מפורט את הסיבות לבחירת אופן הטיפול וכן להעריך דירוג ASA ומדד BMI ברשומה הרפואית. כן נוספה הוראה קונקרטית בנושא הסכמה מדעת. וכן ההוראה, כי ניתן להרדים מטופלים הסובלים מ-OSA בדרגה בינונית ומעלה בבית חולים בלבד.

מכאן, כי הוסקו מסקנות לאחר המקרה שבפנינו, ובאו לביטויים בחוזר המעודכן. וכך גם הוראה בעניין פינוי מטופלים בשכיבה, לרבות התאמת מעלית.

ולבסוף, מפנה ב"כ הנקבל לאסמכתאות 36 ו-36א – חוות דעתו של פרופ' ברק שנטט, אשר נתבקש על ידי המשטרה לקבוע מה הדבר שהוביל למותו המיותר של המטופל. כתב בסעיף 8, כי האשמה מוטלת על כתבי דר' עזרא ז"ל, נכשל בצינור לא הצליח להנשים ובסופו של דבר אלו הובילו לפגיעה בתפקוד של איברים, כולל הלב והמח. פרופ' ברקשנטט שימש כיו"ר ועדת הבדיקה ומומחה מטעם המשטרה.

21. באשר לרשלנות, מבקש ב"כ הנקבל לבחון אותה בנסיבותיה, האם אם היתה הפרוצדורה מתבצעת בבית חולים, היו הנסיבות משתנות, וזאת כאשר נותרה אותה הערכה טרום הרדמתית. ורופא מרדים, אשר סטה מתכנית ההרדמה, השתמש במינונים בחוסר? לעמדת ב"כ הנקבל, התוצאה לא היתה משתנה. בתשובה הסכים, כי נושא הפינוי היה שונה.

ועוד, גם ועדת הבדיקה לא מצאה קשר סיבתי לתוצאה הקשה.

22. באשר לאכיפה המפלה:

מנתונים שנמסרו לב"כ הנקבל, אסמכתה 37, עולה כי בין השנים 2007 ל-2018 הוקמו בישראל 441 ועדות בדיקה. ב-20 מקרים הוחלט לנקוט בהליך משמעותי, כלומר 4.5%, ורק 4 מקרים הופנו למשטרה פחות מאחוז. ולגבי מרדימים, מדובר ב-6 מקרים בלבד לאורך ההיסטוריה המתועדת במשרד הבריאות.

23. יצויין, כי לא מדובר ברופא מרדים, אשר שגה תוך כדי הרדמה, כפי שהיה בעניינם של דר' לריסה בינורי ודר' משולם בכר. אנו עוסקים במילוי טופס הערכה טרום הרדמה, ובמקרה בו הרופא המרדים הוא הוא שבמעשיו הביא לתוצאה העגומה.

24. לאור כל האמור לעיל ובהתחשב בתכלית הענישה והעובדה כי הנקבל כבר אינו עוסק בהרדמה אלא עיסוקו בטיפול בגזעי חשמל, נוכח חלוף הזמן – כ- 8 שנים – בהן לא אירע כל אירוע נוסף ובהערכה הרבה שרוחשים לו מטופליו (אסמכתה 40), מבקש ב"כ הנקבל לקבוע כי מידת הסטייה מנורמות מקצועיות מקובלות היתה נמוכה וכי לא קיים קשר סיבתי לתוצאה, ולאור האכיפה המפלה אל מול מרדימים אחרים, מבקש לאפשר לו לעסוק במלאכה בה הוא עוסק במסגרת טיפול בגזעי חשמל.

25. ב"כ הקובל בתגובה

(א) נפקותם של חוזרי משרד הבריאות נדונה בבג"צ, אשר קבע כי הם קובעים את הסטנדרט הרפואי ומידת הסטייה נבחנת לפיהם.

(ב) מסתייג מאימוץ ההנחייה הקיימת באנגליה, כי ניתן לבצע ההערכה גם טלפונית / זום ובכל אמצעי מקוון.

(ג) לגבי ASA, גם אם לדברי ב"כ הנקבל, המלמפטי הוא הגורם החשוב, אין הדברים פוטרים מלציין את ה- ASA וכך גם באסמכתה מס' 32 בעמ' 32, אין חולה כזה יכול לעבור הפרוצדורה ב- facility freestyle. ואלו רק מקצת הדברים הלוקים בחוסר דיוק.

(ד) הפסיקה נותנת משקל רב להבעת חרטה ולקיחת אחריות. איננו רואים בעניינו הבעת חרטה ולקיחת אחריות, כאמור.

(ה) ומאסמכתה 36, שהובאה על ידי ב"כ הנקבל – חוות דעת המומחה: בעמ' 6 נאמר: **"האם הערכה טרום טיפול שיניים בהרדמה בוצעה בדרך הנאותה?"**.

מצוין המומחה:

"הדבר נעשה למרות שהסתכלות על מבנה גופו והתעניינות אפילו מעטה במצבו הרפואי היו מעלות כי מדובר במטופל בסיכון רפואי גבוה, שחל איסור לבצע הטיפול בו במרפאת שן עולם או כל מרפאת שיניים אחרת שאינה נמצאת בבית חולים".

לקביעה זו משמעות לגבי כלל הרופאים שטיפלו במטופל, ובכללם הנקבל.

ועוד מפנה ב"כ הקובל לגבי הפגישה בין הנקבל למטופל לביצוע הערכה:

**"הכרת מחלות הרקע של המטופל ... הבנת חומרתן, הערכה
אם ניתן לטיפול גורמי סיכון".**

וממשיך:

**"לבסוף קבלת הסכמה מדעת להרדמה לשם השגת יעדים
אלו, על הרופא המרדים לראיין המטופל, לבדוק אותו ולעבור
על בדיקות המעבדה. תהליך ההערכה שבוצע על ידי דר'
אלעזר לקה במספר חוסרים משמעותיים. בטופס הערכה לא
מצויין כי הנפטר היה מעשן כבד בעברו, לא מצויין משקל
הגוף ו-BMI".**

(ו) ולבסוף, מפנה ב"כ הקובל לאסמכתה 12, הודעותיו של הנקבל במשטרה.
בשורות 80 – 85 בהודאתו הראשונה, בהתייחסו למ.ר.ב. – המרפאה, הוא
אומר:

**"מ.ר.ב. יכולה לקבל החלטות שנוגדות הנחיות משרד
הבריאות, ואתה בסדר עם זה? לא".**

בהמשך מוסיף כי אינו מכיר את ההנחייה בעניין ASA והנושא לא שייך. באשר
להבדל בין בית חולים למרפאה, משיב הנקבל:

**"נראה אותו דבר חדר ניתוח, ממשיך כי אינו יודע אם למרפאה
יש טיפול נמרץ".**

באשר לשאלה האם חושב שמטופל במצבו של המנוח יכול לעבור הרדמה
במרפאת שן עולם, משיב "הכל אותו דבר".

באשר לידיעתו כי מדד BMI³⁵ אסור להרדים במרפאה, משיב בעמ' 103:
"אמרתי לך עוד פעם, לא ידעתי את מגבלות המרפאה". ובהמשך, מעמ' 100
עד 165 באשר ל-ASA ולעובדה כי המטופל לא יכול לעבור הרדמה במרפאה
השיב:

"הסברתי לכם עוד קודם, שלא הובהר לי שהמרפאה הזו מוגבלת. לפי דעתי, מנהל רפואי צריך להגיד לי".

ולשאלה בדבר שיקול דעת מוטעה ואי הכרת הנהלים משיב:

"אי הכרה של נהלים זה נכון, אני לא מחפש נהלים".

בהמשך, בעמ' 7 שורות 196 – 198 אמר שלא ידע איזה אישור יש למרפאת השיניים ומאיזו דרגה מותר להרדים בה. ובשורה 254 אמר כי דעתו של הנקבל היום, כי ניתן להרדים במרפאת שיניים:

"אבל לא בשן עולם, כי הבנתי אחר כך שהמקום לא מתאים, הייתי מרדים אותו בבית החולים".

כך בהמשך, ביצע הערכה לטרום הרדמה באותה מרפאה, יכול שהיו מקרים דומים למצבו של המטופל ואינו זוכר אפילו מקרה אחד שלא אישר הרדמה.

ולבסוף, בשורה 29 להודאה הראשונה:

"אתה עדכנת את ראש מערך ההרדמה על החולה הזה?".

התשובה:

"מרפאת שן עולם שולחים מרדים כמה ימים קודם כדי שהם לא ישלחו סתם רופאים ואחיות, צוות שלם. אני רואה אותו פעם ראשונה, מסננת ראשונה, לראות אם הוא יכול בכלל לעבור את הניתוח או אני חותמת גומי".

27. ב"כ הנקבל חזר על טיעונו באשר למעמדם של חוזרי משרד הבריאות. בדבריו בפנינו הנקבל הביע צער על מותו של המטופל, ומיד וברצף סיפר על עיסוקו ב-ECT בשני בתי חולים, עד כמה עיסוק זה חשוב לו ועוד, כי אם ייפסק עיסוקו, הרי ימצא עצמו בבית ללא תעסוקה, ובמשך הזמן שלא יעסוק בעניין, החלל בבתי החולים יתמלא באחרים.

מסתמך עוד על השקיפות בה נעשה הטיפול, כשהמשפחה נוכחת ואז יכולה המשפחה להשמיע טענותיה, ואז הנקבל ישחרר את המטופל מהרדמה. בטיפולים אלה עוסק 30 שנה.

כן ציין, כי עובד בחדר ניתוח באופן פרטי, אבל לאור דרישות משרד הבריאות לשעות עבודה ארוכות יותר, אינו יכול להתפנות לכך, שכן עובד 3 ימים בבאר יעקב ויומיים באברבנאל.

דיון / המלצה

1. עניינה של המלצתנו היא, מה מטרת פגישת ההערכת טרום ההרדמה, מה אמור גיליון ההערכה לכלול וכתוצאה מכך מה מידת רשלנותו של הנקבל.
 2. על הסף ייאמר, כי העובדה כי יש מדינות או מקרים בהם ניתן לערוך פגישה זו טלפונית, אינה לענייננו, שכן העובדות מדברות בעד עצמן.
- אם הנקבל הוזמן לבצע סיכום ההערכה למטופל, פיזית, נדרש למלא את הגיליון אשר ניתן לו הרי זה תפקידו ועליו לעשות כן בדרך הטובה ביותר לטובת המטופל. למותר לציין כי על רופא המטפל במטופל חלות כל החובות החלות על רופא בכללי האתיקה. תפקידו המקצועי של הרופא בסעיף 1 :

"הרופא פעל כמיטב יכולתו, על מנת לשמור ולשפר את בריאותו הגופנית והנפשית של המטופל בפרט ...".

3. ובהמשך, חובתו למסירת מידע רפואי מלא למטופל (שם, בסעיף 21). וכל זאת כאשר חלה עליו החובה בסעיף 10, שם :

"הרופא יקפיד על התעדכנות מקצועית סדירה ורציפה, על מנת לשמור על רמה מקצועית נאותה".

3. תהליך ההערכה שבוצע על ידי הנקבל לקה במספר חוסרים משמעותיים :
 "בטופס ההערכה לא מצויין כי הנפטר היה מעשן כבד בעברו, לא מצויין משקל הגוף וה-BMI, לא בוצעה מדידת רוחי המוגלובין בחמצן, מדידה בעלת חשיבות רבה

בנוכחות מחלות רקע, כמתואר, והיא בדיקה לא חודרנית, קלה לביצוע וזמינה, "כקביעתו של יו"ר ועדת הבדיקה, דר' חיים ברקנשטט (עמ' 7 לאסמכתא 36) (להלן: "יו"ר הוועדה").

עוד אין כל התייחסות לממצאי בדיקת מעבדת השינה, ולא צויין הסיכון ההרדמתי, לפי איגוד המרדימים האמריקאי ASA.

כמו כן הננו מאמצים את קביעת יו"ר הוועדה, כי לא הוסבר למטופל ולאשתו על ההשלכות האפשריות של דום נשימה בשינה ושימוש ב-CPAP על ההרדמה וההחלמה ממנה, ולא הוסברו הסיכונים האפשריים.

חשיבות רבה היתה לכל אחד מן המדדים, שכן מדובר בחולה בן 56 שסבל כדלקמן:

(א) השמנת יתר חולנית (120 ק"ג, גובה 1.63 מ') bmi 40 המוגדר כהשמנת יתר חולנית בדרגה חמורה.

(ב) דום נשימה בשינה, בדוח בדיקה מעבדת השינה, בה הודגם דום נשימה חמורה: 81 הפסקות בשעה, כאשר דום נשימה חמור מוגדר בנוכחות מעל 30 הפסקות נשימה בשעה.

(ג) בנוסף לשימוש ב-CPAP (חיבור בעת שינה למערכת מנשימה), הומלץ על ביצוע הולטר בשל הפרעות בקצב שנצפו בזמן הבדיקה במעבדת השינה – בדיקה זו לא בוצעה.

(ד) יתר לחץ דם –

(ה) סכרת מאוזנת תרופתית.

(ו) עישון כבד (עד 2 קופסאות ביום במשך שנים רבות, עד כ- 5 שנים טרם פטירתו).

5. כל אלו נתונים הלקוחים מדוח יו"ר הוועדה. כאמור - ת/1 - גיליון הערכה שהינו דל, אינו מציין את הנתונים המפורטים לעיל וההפנייה אל התרשומת המצורפת אינה אלא ניסיון להוריד מאחריותו של הנקבל.

תרשומת רפואית מכילה את כלל הנתונים המצויים בתיקו של כל אזור, לו תיק בקופת חולים. ייעודה של בדיקת טרום ההרדמה לוודא, כי המטופל מוכן לעבור את הטיפול ההרדמתי הנדרש לפעולה אותה מיועד לעבור. לאמוד הסיכון הרפואי של המטופל, זו מבוססת על ההיסטוריה הרפואית של המטופל. ביצוע בדיקה פיזיקלית ממוקדת, התייחסות להערכת נתיב האוויר, הזמנת בדיקות מעבדה וייעודם בהתאם לממצאים, ולענייננו, עיון בבדיקות מיוחדות (מעבדה, מעבדת שינה, א.ק.ג., צילומי רנטגן וכדומה).

תוצאות בדיקה זו מקומן בגיליון ההערכה על מנת להבליט ולהציג ולהדגיש בפני המרדים / המנתח את תמונת המצב המלאה !!!

ערים אנו לאסמכתה 36, כי בצינו את דרגת המלמפטי (mallampati score) מסר למרדים בפועל כי אין מדובר בהרדמה רגילה. אולם, לדעתנו אין בכך די.

6. על הנקבל היה למלא את הגיליון במלואו, לרבות תיאור המטופל: צוואר קצר ועבה, קושי בצינור וכיו"ב פרטים נוספים). עיון ב- 1/ת מעיד על רשלנות, אם לא זלזול בנדרש מרופא מרדים, המבצע טרום הערכה להליך הרדמה.

איננו מקבלים כי יש נתונים שהופיעו ברשומת, שכן בה מפורטים פרטים רבים, שכלל אינם רלבנטיים להרדמה ואין לצפות כי המרדים ו/או המנתח "יחפשו" בשלל הפרטים ברישומת את הרלבנטי להרדמה.

7. אין בוויכוח האם מדובר ב- 2ASA או 3 כדי להכשיר את אי רישומו ויכול שאם היה מקפיד לרשמו, הרי דעתו הייתה משתנה בין לבין והיה מוצא כי אכן מדובר ב- 3ASA, או לפחות כדברי יו"ר הוועדה 2.5, לו היה זה הפרט היחיד שלא היה נרשם, אנו מניחים כי הקובלנה לא הייתה מוגשת.

לאור האמור, אין לנו כל צורך להכריע בנקודה זו, בין גישת איגוד המרדימים האמריקאי לבין הנחיות משרד הבריאות, וכן לא לגבי משמעות ה- BMI בקביעה זו.

אין ספק בליבנו, כי ראוי היה בעניינו של המטופל להציף את מלוא הפרטים הרלבנטיים לתהליך ההרדמה בכלל, ובפרט במתקן שאינו בית חולים, וביתר שאת כאשר לא מצאנו כי מאן דהוא בחן טיפול אלטרנטיבי בשיני המטופל, שלא באמצעות הרדמה מלאה.

8. באשר להסכמה מדעת, אכן מופיעה חתימה, אך ספק רב בידינו האם אכן בוצעה בדיקה גופנית, האם התייחס הנקבל לתוצאות הא.ק.ג. וצילום החזה, ובוודאי לא לממצאי מעבדת השינה, אכן בדק את הלוע ורק לכך יש התייחסות.

אם כדברי הנקבל, המטופל שש אלי ניתוח, ספק כבד בליבנו האם עודכן בכל הסיכונים בשל מצבו הרפואי, כמפורט בהרחבה לעיל. והספקות, לאחר שהתמונה כולה נפרשת בפני ועדת הבדיקה (עמ' 98 – 103) באשר להמלצה כי ניתן לבצע הניתוח, מובאים על ידי הנקבל כדלקמן (עמ' 103 שורות 8 – 13):

"קודם כל, לא הייתי מרדים אותו לבד. הייתי קורא לחיטון (מנהל ההרדמה) שיעלה למעלה ושנעשה אינטובציה ביחד קודם כל. אני לא הייתי מתחיל בן אדם כזה לבד, אין לי את הביטחון הזה להתחיל בן אדם עם difficult intubation לבד, ואם הכל היה בסדר באינדוקציה והוא לא היה מקשה הוא היה אומר שהוא המנהל והיה אומר שהכל בסדר ואפשר להתחיל".

ובהמשך, בתשובה בשורות 18 – 21 ובשורה 24:

"לא, אם הייתי לבד ואף אחד לא עוזר, אז אני לא הייתי מתחיל איתו".

ומכאן, עמדתנו היא כי חשיבה זו ודיון זה על סמך כל הנתונים כולם, מקומו היה בטרם מתן האישור להרדמה והיה ראוי להביע כל הספקות בפני המשפחה בטרם החתימה. ספקות אלו לא הובאו על ידי הנקבל גם בפני מנהל מחלקת ההרדמה.

9. הננו דוחים את הטענה באשר לתכולת גיליון ההרדמה, וכפי שכבר ציינו, הוא אכן חלק בלתי נפרד מהרישומת הרפואית, אך תכליתו, כאמור, לרכז באופן חד וברור את הממצאים הרלבנטיים להרדמה ולא להפנותו למכלול רישומי המטופל, אשר נצברו לאורך שנים!

10. באשר לתחולתם של חוזרי מנהל הרפואה, ראה בג"צ 7882/18 ג'בארה נ' שר הבריאות. שם, בעניין לידות בית, ולענייננו סעיף 34:

"משמעותו המעשית של החוזר שלפנינו הינה, איפוא, בהתווייה של סטנדרט מקצועי ראוי – כללי ההתנהלות המקצועית הנאותים לבעלי מקצוע המפוקחים על ידי המשיב...".

ובהמשך, בסעיף 35 :

”ככלל, הוצאת הנחיות מסוג זה אינה חייבת להיעשות מכוח הוראה סטטורית מיוחדת, המסמיכה רשות לעשות כן (ראו, למשל: דפנה ארז / המשפט המנהלי, כרך א' 231 (2010)), וניתן לראות בהן קנה מידה לסטנדרט התנהלות מצופה ... הסטנדרט הרפואי המעוגן בחוזר עשוי לשמש את משרד הבריאות כאמת מידה לצורך הפעלת סמכויות אחרות הנתונות לו מכוח חוק. כך, למשל, פעולה של רופא בניגוד לסטנדרט רפואי מקובל, עלולה להוביל לקביעה כי הוא פעל 'בדרך שאינה הולמת' או 'גילה רשלנות חמורה'. ועל ידי כך הדבר יכול להוביל לשלילת רישיונו לפי סעיף 41 לפקודת הרופאים או לנקיטת צעדים אחרים כלפיו.

סטנדרט רפואי מקובל, המוגדר במסגרת חובה סטטוטורית או הנחיות, עשוי לשמש גם כאינדיקציה לסטנדרט הזהירות הנדרש לעניין עוולת הרשלנות הקבועה בסעיף 35 לפקודת הנזיקין [נוסח חדש], במסגרת הליך נזיקי”.

לא מצאנו כי הנקבל שכנענו כי ההנחיה אינה משקפת סטנדרט רפואי ראוי באופן בלתי סביר, הנושא מצוי בגדר מומחיות מקצועית של משרד הבריאות.

11. לאור האמור, על הנקבל היה לנהוג על פי הוראות חוזר מנהל הבריאות והננו תמהים על תשובותיו של הנקבל בהודאותיו במשטרה, כמפורט בעמ' 15 לעיל, כי לא ידע לגבי האפשרות לעבור הטיפול **”במרפאת שן עולם”**; **”הכל אותו דבר”**; כי לא הובהרה לו מגבלת המרפאה, ולגבי הנהלים: **”אי הכרה של נהלים זה נכו, אני לא מחפש נהלים”**.

12. מקובלת עלינו גישתו של ב”כ הנקבל, כי את מידת הסטייה של הנקבל יש לאמוד אל מול הקונצנזוס הפרופסיונאלי במועד האירוע – נובמבר 2014. אולם, בניגוד לעמדתו, ההנחייה המקצועית והסטנדרט הרפואי הינם הנחיות משרד הבריאות והדרישה על מילוי השאלון טרם הרדמה באופן מלא ומדויק. ומשלא עשה כן, הנקבל סטה סטייה של ממש מאותו סטנדרט המצופה מרופא מרדים.

מקובלת עלינו הקביעה, כי לא היה קשר סיבתי לתוצאה הטרגית של מות המטופל. יחד עם זאת, מילוי כלל הדרישות המפורטות בגיליון טרום ההרדמה, התייחסות

לכל אחד ואחד מהממצאים הבעייתיים וריכוזם והפניית תשומת הלב של מנהל ההרדמה לקשיים השונים, יכול שהיה בהם כדי להביא למחשבה נוספת, האם ראוי לבצע טיפול שיניים בהרדמה מלאה, ואולי היתה נשקלת אפשרות נוספת.

באשר לאכיפה המפלה, אין לטעון אותה, משההליך הפלילי הסתיים בעסקת טעון, לפיה עניינו של הנקבל יובא לוועדת המשמעת.

13. בפנינו הביע הנקבל צער על מותו של המטופל, אולם לא מצאנו נטילת אחריות כלשהי וחרטה על אופן הטיפול בעניינו, אלא פנה וביקש שלא להפסיק עוד את עיסוקו.

14. ועתה לאמצעי המשמעת שיש לנקוט -
(א) הנקבל, לדבריו, עוסק מזה כ- 30 שנה ב- Electroconvulsive therapy-ECT בשני בתי חולים לחולי נפש, ועתה אינו משמש עוד כמרדים באופן פרטי על פי תיאום, ובעיקר בשל חוסר הזמן והנחיות משרד הבריאות לגבי היקף, העסקתם של מרדימים.

(ב) הנקבל, כדבריו, נכה והפסקת עיסוקו תגרום לו להיוותר בביתו ללא מעש ועבודתו הינה כל עולמו. עוד פרט, כי אין בעלי מקצוע העוסקים בתחום והתליית רישונו יהיה בה כדי לפגוע בחולים הזקוקים לטיפול זה.

(ג) האירוע אירע בנובמבר 2014 ומאז חלפו כ- 6 שנים של עינויי דין, החקירה במשטרה, העמדה לדין פלילי, אשר בסופו של דבר הסתיימה ללא הרשעה אלא בעסקת טעון, לפיה יעמוד הנקבל לדין בפני ועדת המשמעת.

(ד) אין לראות את הנקבל ברמת הרשלנות של דר' נתן שטיירמן בד"מ 5/11/21, אשר הורשע בגרימת מוות ובוודאי לא ברמת רשלנותו, הנשקפת מן העדויות של דר' עזרה, המרדים, אשר הלך לעולמו. מנהל מחלקת ההרדמה כלל לא עמד לדין, בשל העובדה כי לא ניתן לאתרו.

(ה) אין ספק בליבנו, כי לו מנהל מחלקת ההרדמה והמרדים היו נותנים דעתם למצבו של המטופל, כפי שעלה מגיליון הטרומ הרדמה (החסר פרטים רבים) וברישומת הרפואית, הרי שהטיפול במטופל היה שונה. ראה לעניין זה נספח 36א

–חוות דעתו של דר' אבי וייסמן, מומחה בהרדמה, סעיף 6 בעמ' השלישי בקטע שתחילתו "דר' אלעזר בהערכתו..."

(ו) הנקבל לא היה מעורב, לא היה נוכח בהליך ההרדמה, הליך הבדיקה טרום ההרדמה נערך 3 ימים בטרם הליך ההרדמה. וכמי שלא נמנה על צוות העובדים / מנהלים / רופאים קבוע של מרפאת שן עולם, לא ידע על מגבלותיה.

(ז) הנקבל אינו חלק מהכשל המערכתי, כמתואר בסיכום ועדת הבדיקה. ראה פס"ד בבד"מ 5/11/21 ודוח הוועדה בעניינו של דר' זזה ביניאשווילי – ת/5.

בנסיבות אלו, והואיל ואין בידינו להגביל פעילותו אך ורק לתחום עיסוקו לו לעסוק, ולאור העובדה כי אין בפנינו עתירה להתלות רישונו ובנסיבות הענין לא מצאנו מקום להתלות רישונו, הננו ממליצים להסתפק בנזיפה.

הננו רושמים בפנינו כי הנקבל הצהיר כי אינו עוסק עוד בהרדמה ולא יעסוק בכך, ראוי כי משרד הבריאות יציין זאת ברישומיו. עיסוקו הבלעדי הינו, כמפורט, בטיפול ECT.

עם זאת, הננו ממליצים בפני משרד הבריאות לבחון תפקודו, היקף אחריותו ומידת הפיקוח על טיפולים הנעשים על ידי הנקבל בהיבט של מילוי הוראות משרד הבריאות במלואן.

עו"ד לינדה שפיר
נציגת היועמ"ש

פרופ' יעקב גוזל
נציג הר"י

דר' אילן וסרמן
יו"ר

