

## מדינת ישראל

## בתי הדין למשמעת – משרד הבריאות בירושלים



תיק מס. 1/4/21

בפני חברי הועדה:

דר' יוסף משעל - יו"ר, נציג המנהל הכללי  
דר' ערן סגל - נציג הסתדרות הרופאים  
עו"ד אריה רוטר - נציג היועץ המשפטי לממשלה

הקובל:

המשנה למנהל הכללי משרד הבריאות

ע"י ב"כ עו"ד יונתן ברג

נגד

הנקבל:

ד"ר זיגמונד רוטמן

ע"י ב"כ עו"ד ערן קייזמן

דין וחשבון [בהתאם לסעיף 44 (ה) לפקודת הרופאים (נוסח חדש) תשל"ז-1976]

1. עניין קשה, קורע לב, הוטל לפתחנו לחוות דעה אודותיו וליתן דין וחשבון בפני כבי' שר הבריאות. XXX XXX ע"ה, אישה צעירה בת 27, בדמי ימיה, אם לילד ובמצב של הריון מתקדם, מובהלת בעיצומו של יום השבת לבית החולים לאחר שחשה ברע בעת בילוי עם בני משפחתה. בחלוף זמן קצר היא מאבדת את הכרתה, מצבה מידרדר, הניסיונות להצילה לא צלחו ובחלוף זמן - 6 ימים - היא נפטרה לבית עולמה ומותירה אחריה בני משפחה וחברים כואבים, מתוסכלים וכועסים.

2. **האירוע קרה בשנת 2013** ורק כעת, בחלוף כ-9 שנים, אנו ניגשים לסיכום חוות הדעת ומסירת **דין וחשבון** בעניין מעורבותו של **הנקבל** דנן בפרשה עגומה זו. העיכוב נבע ככל הנראה מקצב קבלת ההחלטות בתוך המערכת, התלבטות מקצועית ושינוי עמדות. מכל מקום הפרשה מעוררת שאלות רבות כמו: האם אפשר וצריך היה לנהוג אחרת? הניתן היה להציל את **XXX** ז"ל? מה היה גורלה של **XXX** אילו הצילו את חייה? מה היה גורל **עופרה**? וכיוצ"ב שאלות מטרידות שחלקן מהתחום ההשקפתי/פילוסופי; ואולם השאלה שלפתחנו הינה אחת בלבד ובה - ורק בה - נעסוק: מה מידת **אחריותו** המשמעתית של **הנקבל באירוע**.

### **דברי רקע והליכים**

3. **בכתב הקובלנה (מיום 4/4/21) שהוגש על ידי מנכ"ל משרד הבריאות - נציין** כאן בתמצית רק ככל שהדבר רלוונטי לחוות דעתנו, ונרשה לעצמנו, לנוחיות הקורא שאינו מעולם הרפואה, לפרש בקצרה בהערות השוליים את המונחים הרפואיים הרלוונטיים - **נטען כי:**

א. **הנקבל** הינו רופא מורשה ובעל תואר מומחה בתחום הנירוכירורגיה. **במועד** הרלוונטי לאירוע נשוא הקובלה הוא שימש<sup>1</sup> כ**כוון נירוכירורגיה** במרכז הרפואי אסף הרופא בצריפין (להלן: **בית החולים**).

ב. ביום 17/8/13, יום שבת, הובאה לבית החולים הגב' **XXXX XXX** ז"ל (להלן: **המנוחה**; **XXX**) נשואה ואם לילד, בשבוע ה-24 להריונה. היא הובאה בשעה **14:08** באמבולנס **למלר"ד** (= מחלקה לרפואה דחופה) של בית החולים כשהיא בהכרה, עם תלונות על כאב ראש, בחילות והקאות.

ג. **המנוחה** נבדקה (14:20) על ידי סטז'רית תורנית ותוארו ברישומים נסיבות הבאתה לבית החולים (=בילתה עם משפחתה בבריכה, חשה לא טוב, התלוננה על כאבי ראש ותחושה של לפני עלפון, הקיאה כמה פעמים, בהכרה מלאה, ישנונית וחיוורת).

ד. **המנוחה** נבדקה (14:30) על ידי ד"ר **סרגיי וסקי**, מתמחה ברפואה פנימית, שהורה על מתן נוזלים לווריד והדבר בוצע (14:40); נמדדו לה לחץ דם ודופק (14:55).

<sup>1</sup> במסגרת תפקידו כמנהל השרות הנירוכירורגי של בית החולים.

ה. **המנוחה** הועברה (15:00) לחדר הלם וזאת עקב ירידה במצב ההכרה, פרכוסים ויציאת קצף מהפה.

ו. בוצעה **למנוחה** (15:54) טומוגרפיה (= C.T.) שהדגימה **הידרוצפלוס**<sup>2</sup> עם זרימת דם בכל עורקי המוח<sup>3</sup> ודימום מסיבי בחדרי המוח. בבדיקה של ד"ר רן סוירסקי, גניקולוג, נמצא שהמנוחה במצב פוסט איקטלי<sup>4</sup> (= שלאחר פרכוס) ועם דימום בחדרי המוח.

ז. בהמשך (16:20) נבדקה המנוחה על ידי ד"ר דוד מיכאלי, נוירוכירורג תורן, שמצא שהיא במצב של **GCS 3** (= Glasgow Coma Scale<sup>5</sup>) ללא תגובה לגירוי לכאבים, אישונים 5 מ"מ, דו צדדי ולא מגיבים לאור, ללא חזרים קורנאליים,<sup>6</sup> אטוניה<sup>7</sup> והדנמיה.

ח. ד"ר מיכאלי פנה טלפונית לנקבל ששימש ככונן נוירוכירורגי והציג לו את המקרה. נטען כי למרות מצבה הקשה של המנוחה, הנקבל לא הגיע לבית החלים לבדוק אותה ונתן הוראות טלפוניות בלבד, לפיהן יש להימנע מאמצעים פולשניים.

ט. עוד נטען כי **המנוחה** נבדקה על ידי ד"ר מיכאל אושרוב, נוירולוג, שמצא כי המנוחה מגלה סימני לחץ דם מוגברים, לא מגיבה לאור, אין **Doll's Eyes**<sup>8</sup> וללא קישיון עורף או סימנים מאינגינליים<sup>9</sup> נוספים.

<sup>2</sup> **הידרוצפלוס** (הידרה=מים; צפלוס=ראש) נקרא בעברית "מיימת ראש". מדובר בעודפי נוזלים בחללי המוח השונים, אשר מעלים את הלחץ התוך-גולגולתי שעלול לפגוע ברקמות המוח השונות, להשפיע על תפקודו, ולגרום לו נזקים בלתי הפיכים ואף להביא למותו של החולה. הגדלה של חדרי המוח מעידה על חסימה בניקוז התקין של נוזל המוח וגורם ללחץ מוגבר.

<sup>3</sup> זרימה כזו מעידה על כך שהלחץ עדיין אינו די גבוה כדי לעצור את זרימת הדם למוח.  
<sup>4</sup> פרק הזמן שבין תום הפרכוסים ועד לחזרת החולה למצבו שלפני ההתקף (= Post Ictal State).

<sup>5</sup> מדד ההכרה גלאזגו (או "סולם גלאזגו" - באנגלית: Glasgow Coma Scale ובקיצור: GCS) הוא מדד נוירולוגי להערכת רמת ההכרה של אדם. לפי מדד זה המטופל מוערך לפי מספר קריטריונים קבועים, וסיכום הנקודות מהווה הערכה כללית על פי מדד הגלאזגו. תוצאת מדד הגלאזגו מסייעת לניבוי סיכויי ההתאוששות של החולה. הממד מורכב משלושה מבחנים: תגובת העין (E - Eye opening) תגובה מילולית (V - Verbal Response) ותנועה (M - Motor Response) ; הערכים הללו נשקלים ביחד ולחוד. סכום ה GCS - המינימלי הוא 3 (תרדמת עמוקה או מוות) בעוד שהגבוה ביותר הוא 15 (אדם עירני באופן מלא).

<sup>6</sup> רפסלקסים / החזרים מגזע המוח.

<sup>7</sup> אטוניה היא מצב שבו הרחם אינו מתכווץ לאחר הלידה כפי שאמור לקרות במצב תקין.  
<sup>8</sup> לא מגיבה לאור - הכוונה לאישונים אינם מגיבים לאור; אין Doll's Eyes, הכוונה לחוסר תנועה של עיניים בתגובה להזזת הראש - שניהם החזרים של גזע המוח שאינם מתפקדים כראוי - כלומר מהווים עדות לכאורה לפגיעה בגזע המוח בשלב הבדיקה.

<sup>9</sup> סימנים מנינגיאליים - סימנים היכולים להעיד על דלקת קרום המוח.

י. **לאחר בדיקה זו , המנוחה** הועברה (16:47) למחלקת טיפול נמרץ כללי כשהיא מונשמת ונמצאת בחוסר הכרה עמוק ובחוסר יציבות המודינמית<sup>10</sup>.

יא. **על פי הנטען** , לאחר קבלת עדכון על מצבה של המנוחה , ששירתה בחיל הרפואה , פנו לנקבל טלפונית כמה רופאים בכירים, ביניהם ד"ר **שגיא הרנוף** , יועץ הקרפ"ר (=קצין רפואה ראשי בצה"ל) לנוירולוגיה , בבקשה שיגיע לבית החולים . בעקבות פנייתם הנקבל הגיע לבית החולים ( 20:46 ) וביצע בדיקת לחץ תוך גולגולתית וניקוז חדרי המוח.

יב. **עוד צויין בכתב הקובלנה** כי המנוחה שהתה בטיפול נמרץ עד לפטירתה ביום 23/8/13 ; כן נאמר כי ביום 19/8/13 בוצע US עופרי שנמצא תקין, אולם בבדיקה למחרת נמצא נזק מוחי לעובר והוחלט להפסיק את ההיריון .

יג. ביום 23/8/13 נקבע מוות מוחי למנוחה והיא נפטרה באותו היום .

4. **בחלק המשפטי של הקובלנה- מהן עבירות המשמעת המיוחסות לנקבל - נטען כי** הנקבל מנע מהמנוחה לקבל טיפול רפואי נאות כאמור בסעיף 5 לחוק זכויות החולה תשנ"ו-1996; כי גילה **רשלנות חמורה** במילוי תפקידו כרופא מורשה והתנהגות שאינה הולמת רופא מורשה כאמור בסעיפים 41 (1) (3) ו- (7) **לפקודת הרופאים (נוסח חדש) תשל"ז-1976, בכך ש :** בהיותו **כונן נוירוכירורגי** בביה"ח ולמרות דיווח של התורן הנוירוכירורגי על מצבה הקשה של המנוחה, **הוא לא הגיע לביה"ח** כדי להתרשם ממצבה והסתפק במתן הוראות טלפוניות בלבד ; **כי למרות** שממצאי הפרוגנוזה לא היו טובים בהתחשב בגילה הצעיר והריונה של המנוחה , החליט שלא לבצע ניקוז של חדרי המוח לשם הורדת הלחץ התוך גולגולתי ובכך מנע ממנה כל סיכוי להחלים מהדימום בחדרי המוח . **נטען כי** היה על הנקבל, ככונן , להגיע לבית החולים ולבצע בדיקת לחץ תוך גולגולתי וניקוז חדרי המוח כדי לאפשר למנוחה כל סיכוי לשרוד. בהתנהגותו הוא מנע מהמנוחה לקבל טיפול רפואי נאות ; **וכי הגיע** לבית החולים וביצע את ניקוז חדרי המוח והורדת הלחץ התוך גולגולתי רק לאחר פניות רבות של בכירים.

5. ביום 20/4/21 מינה כב' שר הבריאות את הח"מ לשמש כוועדה שתדון בקובלנה. תפקידי הוועדה וסמכויותיה הוגדרו בחוק וכן פורשו וסוכמו בפסיקת בית המשפט העליון ( ע"א

<sup>10</sup> חוסר יציבות המודינמית - הכוונה לכך שלחצי הדם של החולה נמוכים והוא נזקק לתרופות כדי לשמור על לחץ הדם - אינדיקטור נוסף לחומרת הפגיעה המוחית שיש בה כדי להשפיע על המערכת הלבבית ולגרום לפגיעה קשה בתפקוד הלב.

11. 3425/90 ) מובן שננהג בהתאם לכך. **בישיבת הוועדה הראשונה** ( מיום 19/7/21 ),  
בטרם הקראת הקובלנה להתייחסות הנקבל, העלה ב"כ הנקבל טענה מקדמית למתן  
החלטה לסילוק ההליך על הסף **בטענת סעד מן הצדק** שנסמכה בעיקרה על **השיהוי**  
בטיפול בפרשה והזמן הרב שחלף מאז האירוע. הטענה נדחתה בהחלטתנו המנומקת  
( 10/9/21 ) שאושרה ע"י מי שהוסמך לכך מטעם כב' השר (כב' השופט **בדימ. אמנון**  
**סטרשנוב**, בהחלטה מיום 20/10/21).

6. **בישיבה השנייה של הוועדה** ( ביום 16/2/22 ) **הגיב הנקבל לנטען בקובלנה**. בנוגע לרוב

המוחלט של סעיפי הקובלנה לא הייתה מחלוקת. זו נסבה רק על הנקודות הבאות:

א. **הטלת ספק** בנוגע לבדיקת המנוחה על ידי ד"ר **סרגיי וסקי** ( עמ' 4 לישיבה )  
בהתייחס לסעיף 6 לקובלנה. (כבר כאן ניתן להעיר כי - כפי שיובהר בהמשך -  
להסתייגות זו אין חשיבות להמשך הבירור והיא מוזכרת רק למען הסדר הטוב).

ב. **הכחשת הנטען** בסעיף 10 לקובלנה בקשר לטענה בדבר אי הגעת הנקבל לבית החולים  
והסתייגות מהמילה "למרות" במשפט " **למרות מצבה הקשה של המנוחה, הנקבל**  
**לא הגיע לביתה לבדוק את המנוחה ונתן הוראות טלפוניות בלבד, לפיהן יש**  
**להימנע מאמצעים פולשניים** " ( שם ).

ג. **הכחשת האמור בסעיף 12 לקובלנה** - עם ציפייה לקבל פרטים אודות הנטען בעניין  
מעורבות אנשי הצבא ופרופ' **שגיא הרנוף** וכן בעניין קיומה של **שיחת טלפון** כנטען  
( שם, עמ' 5 ). **הנקבל הוסיף וטען** כי הגיע לבית החולים לא בעקבות פניית האנשים  
הנזכרים אלא בהחלטה שלו ככונן.

ד. **ממילא הוכחש גם סעיף 14** בקובלנה שעניינו החלק המשפטי ועבירות המשמעת  
שיוחסו לנקבל.

7. **על מנת להשלים ולהבהיר את רצף האירועים על ציר הזמן ולציין את אבני הדרך**  
העיקריות בטיפול בפרשה במסגרת משרד הבריאות, לרבות השיהוי הרב שחל בטיפול  
בפרשה, נביא להלן קטע מהחלטתנו **בטענת הסף** ( מיום 10/9/21 ) שנכתב על סמך  
מסמך (מיום 11/8/21) שהוגש לנו מטעם הקובל ואשר דומה שאין מחלוקת על תכנו

---

<sup>11</sup> ד"ר אלכסנדר פינסטרבוס נ' שר הבריאות, פ"ד מו (1) 321; תפקידה העיקרי של הוועדה הוא לרכז את החומר הרלוונטי, לגבש את הראיות ובכלל זאת לשמוע את הגנת הנקבל, לדווח לשר הבריאות על ההליכים שנתקיימו לפנייה ועל הראיות שהתגבשו ולהביע דעתה לפניו באשר למסקנות הנראות לה כעולות מן החומר שהיה לפנייה (עמ' 329 א-ב).

בעניין לוחות הזמנים ; יהיה בכך, בין השאר, כדי לשפוך אור ולהבהיר את סיבת התמשכות ההליכים בפרשה מורכבת זו :

א. **המנוחה** ז"ל , המנוחה, הובאה לבית החולים ביום 17/8/13 בשעה 14:00; בשעה 15:54 בוצעה לה בדיקת טומוגרפיה (CT=) שהעידה על דימום מסיבי בחדרי המוח.

ב. ביום 23/8/13 נקבע המוות המוחי של המנוחה.

ג. ביום 11/9/13 - התקבל במשרד הבריאות **דיווח ראשוני** על האירוע מאת בית החולים .

ד. ביום 30/10/13 - נתבקשה מטעם **נציב קבילות הציבור במשרד הבריאות** הבהרה מאת בית החולים לגבי מספר נקודות.

ה. ביום 28/9/14 נשלח מכתב מאת רע"ן רפואה בצה"ל ( כנראה בהיות המנוחה חיילת בצה"ל ) אל משרד הבריאות, בו נתבקש מענה למספר שאלות לגבי הטיפול שניתן למנוחה .

ו. ביום 2/11/14 - ניתן מענה למכתב הנ"ל מאת ביה"ח, בו ניתן הסבר אודות הטיפול שקיבלה המנוחה ביחידת הטיפול הנמרץ.

ז. ביום 5/12/16 - נשלח מכתב מטעם **ב"כ המשפחה**, אל **נציב הקבילות** ובו שאלות ובקשות לעיון.

ח. ביום 12/12/16 - שוגר מכתב מאת הנציב, שמיידע את ב"כ המשפחה כי לא הוקמה ועדת בדיקה בעקבות מותה של המנוחה.

ט. ביום 3/1/17 - קיים **נציב הקבילות** ישיבה עם משפחתה של המנוחה במשרד הבריאות.

י. ביום 26/1/17 - החליט הנציב להקים ועדת בדיקה במטרה לבדוק את הטיפול שניתן למנוחה.

יא. ביום 11/9/17 וכן ב- 25/9/17 - קיימה ועדת הבדיקה ישיבות וגבתה עדויות בביה"ח.

יב. ביום 28/12/17 - דו"ח הוועדה נשלח ל**נציב**.

יג. ביום 25/1/18 - נשלחה **לנציב** תגובת בית החולים ועמדתו ביחס לממצאי הוועדה.

יד. ביום 31/1/18 - נשלח מכתב מאת משרד הבריאות אל משפחת בצירוף דו"ח הוועדה.

טו. ביום 6/5/18 - התקיימה שיחת הבהרה עם ד"ר זיגמונד רוטמן אצל הנציב.

טז. ביום 21/5/18 - נשלח מכתב מאת הנציב אל מנהלת ביה"ח לפיו למרות הערות לגבי התנהלותו של ד"ר רוטמן, לא נמצאה רשלנות חמורה מובהקת לפי פקודת הרופאים.

יז. ביום 6/6/19 - לאחר שיקול נוסף והתייעצות נשלח מאת הנציב מכתב נוסף אל מנהלת בית החולים ובו הערות נוספות לגבי התנהלותו של ד"ר רוטמן.

יח. ביום 28/11/19 - נערך סיכום הבדיקה של הנציב.

יט. ביום 1/12/19 - המלצת הנציב לתובעת הראשית של המשרד על נקיטת הליך משמעותי נגד ד"ר רוטמן.

כ. בהמשך המסמך נטען כי בשנת 2020 המשרד לא פעל כרגיל נוכח "שנת קורונה".

כא. ביום 4/4/21 הוגשה הקובלנה המשמעותית נגד הנקבל.

8. בהמשך הישיבה הנ"ל (16/2/22) וכן במהלך הדיונים, הוגשו בהסכמה (להגשתם, לא

בהכרח למשקלם) מסמכים שונים מהתיק הרפואי של המנוחה ומסמכי משרד

הבריאות שנציין להלן לפי סדרם הכרונולוגי: (א) חוזר מנכ"ל משרד בריאות בעניין

אחריותו של הרופא הכונן מיום 21/1/98 - (ק/1); (ב) חוזר משרד הבריאות בעניין

חובות הרופא הכונן - מיום 20/1/2003 (ק/2); (ג) תיקון לחוזר המנכ"ל בעניין אחריות

הרופא התורן, הרופא הכונן ומנהל המחלקה ככונן על- מיום 2/1/2011 - (ק/3); (ד)

מסמכים מהתיק הרפואי של המנוחה ז"ל (מסמכים 1-20 - ק/4); (ה) מסמך מאת ד"ר

שגיא הרנוף אל משפחת המנוחה בעניין הגב' המנוחה, מיום 22/1/14 (נ/9); (ו) מסמך

מאת ד"ר יובל לאונוב ז"ל מיום 2/11/14 (נ/1); (ז) חלקים מפרוטוקול מיום 11/9/17 של

וועדת הבדיקה של המשרד בעניין הטיפול הרפואי שניתן למנוחה ז"ל (עמ' 89-118 -

ק/7); (ח) דו"ח וועדת הבדיקה בעניין הטיפול הרפואי שניתן למנוחה ז"ל מיום

28/12/17 (ק/5); (ט) מסמך עמדת המרכז הרפואי ביחס למצאי ומסקנות וועדת

הבדיקה בעניין המנוחה ז"ל, מיום 25/1/18 (נ/2); (י) רצף משורשר של מיילים

בהתייחסות לעניין תגובת המרכז הרפואי לדוח וועדת הבדיקה (מיילים מ-23/1/18 -

29/1/18; נ/3); (יא) פרוטוקול שיחת הבהרה עם הנקבל בעניינה של הגב' המנוחה ז"ל

מיום 6/5/18 (ק/8); (יב) מסמך שימוע לד"ר זיגמונד רוטמן בנושא המנוחה ז"ל מיום

21/5/18 ; (יג) מסמך **סיכום בדיקה** בעניין המנוחה ז"ל מיום 28/11/2019 של נציב קבילות הציבור במשרד הבריאות ; (יד) קטעי ספרות רפואית ופסיקה של בתי המשפט .

9. בהמשך הישיבה הנ"ל (16/2/22) נשמעה מטעם הקובל עדותו של יו"ר וועדת הבדיקה - פרופ' ז'אן סוסטיאל ; בישיבת המשך ( מיום 21/3/22 ) העידו מטעם הקובל ונחקרו גם פרופ' שגיא הרנוף , וד"ר משה פורמן ; מטעם הנקבל העידו ונחקרו הוא עצמו וכן ד"ר דוד מיכאלי מטעמו ( בישיבת 1/6/22 ) ; ב"כ הצדדים סיכמו את טענותיהם בע"פ (בישיבת הוועדה מיום 12/7/22) וכעת הגיעה שעת הכנת הדין וחשבון .

### **כמה הערות מקדימות**

10. **בטרם נצלול לתוך סבך העובדות והטענות** מצאנו לנכון לציין את ההערות המקדימות הבאות :

א. **דין וחשבון זה נכתב על סמך כלל החומר שהועמד לעיונו** . החומר מכיל נתונים ומידע עובדתי וכן ניתוח ותובנות שהוסקו על ידי מי שהביע אותן, הן בהליכים שקדמו לדיונים בוועדה זו והן אלו שהושמעו בפניה . ממילא המידע כולל גם נתונים שהושגו או שהתבהרו במהלך הבירור המקדים והטיפול בפרשה . מטבע הדברים יש כאן לעיתים מעין "**חוכמה לאחר מעשה**" / "**חוכמת הבדיעבד**" . יש להבהיר כי הזהרנו את עצמנו שאת פעולותיהם של המעורבים בפרשה, בדגש על הנקבל שעומד במרכז, עלינו לבחון בהתייחס למה שעמד לנגד מקבלי ההחלטות המעורבים **בזמן אמת** . החלטות רפואיות, במיוחד ככל שהדבר נוגע להחלטות במצבי חירום - כמו זה שבפנינו - מתקבלות מטבע הדברים בלחצי זמן ועל סמך מידע שלעיתים הינו חלקי ולא מלא. לעיתים קיימות גם בעיות תקשורת טכניות ובין אישיות בהעברת המידע בשרשרת הטיפול הרפואי . זו המציאות ואת התנהלות הגורמים האנושיים המעורבים בה יש לבחון באספקלריה זו . אכן, מצופה מכלל הגורמים , לקחת בחשבון החלטותיהם בזמן אמת את אי הוודאות הכרוכה בתחום עיסוק זה ולנקוט צעדי זהירות ונטילת "מרחבי ביטחון" מתחייבים . ואולם ברקע הדברים צריכה תמיד להיות מודעות - הן בשלב הפעולה והן בשלב השיפוט שלה בדיעבד - למציאות מורכבת זו . המבחן הקובע לענייננו הינו אפוא **מבחן המעשה**- ההתנהלות בזמן האירוע - ולא **מבחן התוצאה** גם אם זו קשה, אלא אם כן יש בה כדי להשליך על הבנת המעשה .



ב. **במוקד הבחינה שלנו כוועדה עומד הנקבל** כלפיו הוגשה הקובלנה נשוא ההליך .

למעט הנקבל , לא ננקט הליך משמעותי או אחר כלפי מאן דהוא נוסף במערכת הרפואית של בית החולים ( ראה: הבהרות הקובל בסיכומיו , לשאלות הוועדה, ישיבת 12/7/22, עמ' 30, 31, 32 ). בנסיבות אלה מטבע הדברים ההתמקדות הינה בהתנהלות הנקבל בלבד . כיון שכך אין להתעלם - וכך נהגנו - מהעובדה שהנקבל נחשף לאירוע נשוא הקובלנה רק למעלה משעתיים מעת הגעת המנוחה לבית החולים. אין חולק כי היו אלה שעות קריטיות לגורלה של המנוחה ז"ל שספק אם הותירו חלון זמן כלשהו להצלתה . אין גם חולק כי במהלך אותו פרק זמן, או לפחות בחלק ניכר ממנו, הבנת הרופאים שעסקו בטיפול בה הייתה לכיוון רפואי אחר , כזה הקשור בהריונה, ולא לבעיית המוחית שגרמה למצבה , כפי שהתבררה בהמשך .

ג. **ערך קדושת החיים** : ב"כ הקובל בפתח סיכומיו שם דגש על עקרון זה כערך מוביל בהפעלת שיקול הדעת בפרשה זו ( ישיבת 12/7/22, עמ' 3 ). נאמר מיד כי אין בדעתנו להתייחס לעניין זה בהקשרים דנן . ערך "קדושת החיים" הינו בבחינת נקודת מוצא שאין חולקים עליה. במהלך העיון בחומר ובשמיעת הראיות לא הוטל ספק במחויבותו של הנקבל לערך הזה . השאלה איננה מידת מחויבותו של הנקבל לערך קדושת החיים אלא דרך התנהלותו למימושה . בכך נתרכז ולא מעבר לכך .

ד. **הנקבל הועמד לדין בין השאר בכך ש-" גילה.... רשלנות חמורה במילוי תפקידו כרופא.."** ; המונח **רשלנות חמורה** הינו כבד ועמוס משמעות . יכולה להתפרש ממנו אמירה בדבר **אחריות ישירה** למות החולה . יש מקום להבהיר כבר בפתח הדברים כי דיונונו עוסק אך ורק בהיבטים המשמעותיים של הפרשה - זה תפקידנו - ולא מעבר לכך. הדברים לובנו היטב בפסק דינו של בית המשפט העליון בפרשת **ד"ר פינסטרבוב** (ע"א 3425/90 <sup>12</sup>) ובהתאם לו ננהג גם אנחנו ; בהקשר זה יש מקום להבחין בין **רשלנות לבין טעות בשיקול הדעת** המקצועי שאיננה עולה כדי רשלנות . האבחנה לעיתים אינה פשוטה, והפער בין המושגים במקרה נתון יכול להיות כחוט השערה . זו אבחנה מתחייבת אם אין כוונה לשלול מבעל מקצוע כמו רופא את

<sup>12</sup> הע"ש 3 לעיל . רשלנות חמורה במובנה של פקודת הרופאים [נוסח חדש] משמעותה מהותית וכללית - סטיית רופא, במידה משמעותית, מרמת הטיפול המקובלת הצפויה ממנו במקרה נתון, הכול על-פי נסיבותיו המיוחדות של כל מקרה ומקרה ( 332ז-333א, ב-ג).

חירות הפעלת שיקול דעתו במקרה פרטני, חירות שהינה בליבת מקצוע הרפואה ואיום עליה עלול לפגוע בו אנושות .

ה. **ברקע הפרשה מנסרת השאלה הקשה:** מה היה קורה אילו ? האם אילו פעל הנקבל כפי שהקובל ציפה ממנו ( כעולה מכתב הקובלנה ) - הייתה התוצאה שונה? האם ניתן היה באותו שלב להציל את חייה של **המנוחה** ז"ל או של עופרה? ואילו נָצְלו חייה ממוות - מה הייתה יכולה להיות איכותם ? נבחר כי בהתאם להבנתנו את תפקידנו בוועדה זו נתעלם מהשאלות הקשות והמייסרות הללו . **כאמור**, נבחן את התנהלות הנקבל בזמן אמת , נוכח הנתונים שעמדו בפניו , בהתאם למצופה ממנו כרופא סביר , ובהתעלם מהתוצאה הטראגית שמטבע הדברים מכבידה על הדיון אך אינה צריכה לשמש גורם מכריע בסוגייה שבפנינו .

## דיון

11. **נוכח עמדת הנקבל** בתשובתו לקובלנה וכן נוכח הנתען בסיכומי הצדדים נראה שהמחלוקת ביניהם נסבה על **שלוש** נקודות עיקריות : **האחת** - האם היה על הנקבל להורות מיד עם קבלת המידע אודות מצבה של **המנוחה** ז"ל לבצע את **הכנסת הנקז** לראשה של **המנוחה** ז"ל לשם הפחתת הלחץ במוחה (להלן : **פעולת הניקוז** <sup>13</sup> ) ? **השנייה** - האם היה על הנקבל להגיע פיזית לבית החולים מיד עם קבלת המידע האמור ? **השלישית** - האם היה טעם מוצדק , רפואי או אחר , לביצוע **פעולת הניקוז** במועד בו ביצע זאת הנקבל בשעות הערב ? ננסה לנתח את הנסיבות ואגב כך להתייחס לכל אחת מהשאלות הללו בהיבט העובדתי והנורמטיבי .

12. **בטרם ניגש לבירור השאלות הללו במישור הקונקרטי** של התנהלות הנקבל דן , יש להזכיר בקצרה את הוראות משרד הבריאות בנוגע ל**תפקיד הכוון** ויחסי האחראיות שבינו לבין הרופאים המכהנים / התורנים בפועל בבית החולים . ההוראות הללו , על פי מה שהוצג בפנינו , ששונו וחודדו לאורך השנים , אמורות להציג את הציפייה הנורמטיבית של המערכת מאת הרופא הבכיר המשמש **כוון** , משמע - בעת היותו שוהה בביתו וזמן

---

<sup>13</sup> במהלך שמיעת הראיות וכן בחומר הכתוב פעולת הניקוז נקראת גם הכנסת נקז, קנולה, קטטר , פעולה ונטריקולארית, vent, התערבות ניתוחית וכו'. הכוונה בכל מקרה להחדרת נקז אחד ולעיתים אף שניים כשהחדרים במוח מלאים בדם ואינם מתנקזים כראוי. הניקוז הזה של הנוזל החוצה נקרא EVD - external ventricular drainage , מונע התפתחות לחץ תוך מוחי גבוה שיכול לגרום להרניאציה.

לקריאה מאת תורני בית החולים בין לצורך ייעוץ והנחייה ובין לצורך הזעקה והגעה פיזית לבית החולים .

א. **בחוזר המנכ"ל מיום 21/1/98 ( ק / 1 )** הודגש, בין היתר, כי עצם הפנייה לבקשת סיוע ועזר מצד הרופא הזוטר התורן במחלקה מטילה אחריות ומחויבות על הרופא הבכיר הכונן ומחייבת אותו לכלול בשיקוליו גם את הסיכון שהמידע המועבר אליו איננו שלם או אינו מייצג במלואו את התמונה הקלינית . הוא חייב להיות ער להשלכות הנובעות מכך לגבי יכולתו לקבל החלטות או להמליץ בפני הרופא התורן כיצד לנהוג בחולה. לאור התמונה המועברת אליו הוא נדרש להחליט אם להסתפק בקשר הטלפוני או לצאת לבית החולים כדי להתרשם מהמצב מכלי ראשון .

ב. **במסמך מאת ראש מינהל הרפואה במשרד, מיום 20/1/03 ( 2/ק )** חודדו הגדרות התפקיד של הרופא הכונן , בין השאר בעניין זמינותו הפיזית לבית החולים במידת הצורך וכן נקבע - כי עליו להתייצב בבית החולים גם אם לא התבקש לכך במפורש אך מהמידע שהגיע לידו על פי שיקול דעתו יש צורך בכך .

ג. **בתיקון לחוזר המנכ"ל, מיום 2/1/11 (ק/3)** ישנה חזרה וחידוד של הנושאים שנזכרו תוך הדגשה כי על הרופא הכונן להיות זמין במהלך הכוננות , לבצע או להשגיח על ביצוע פעולות רפואיות דחופות ובכלל זה פרוצדורות וניתוחים לאבחון וטיפול שהרופא התורן אינו מסוגל או שאינו רשאי לבצע לבדו. כשמובא לידיעת הרופא הכונן מצבו הרפואי של חולה שעל פי שיקול דעתו המקצועי זקוק למעורבותו , האחריות לחולה עוברת לרופא הכונן .

ד. **בלא להתייחס לשאלת ההיררכיה שבין ההוראות הללו ותוקפן** מבחינה נורמטיבית , וכן אם הן ממצות את כלל ההנחיות המחייבות , יש בהן כדי להכווין את העוסקים ברפואה אל התייב הנכון וההסתכלות הראוייה בכל הנוגע למצב הדברים המקובל בבתי החולים וכן לעניין המצופה מאת כל העוסקים במלאכת הרפואה על דרגותיהם ותחומי אחריותם השונים . נעבור אפוא לדיון בשאלות שהצבנו לעיל :

13. **לעניין השאלה הראשונה- הנחיית הנקבל בעת קבלת המידע אודות מצבה של המנוחה**

**ז"ל להימנע מהכנסה מיידיית של הנקז ועל המשך טיפול שמרני :**

א. **מכלל הראיות שהועמדו לעיונו** ועל פי הנזכר כבר לעיל , **הנקבל** נחשף לראשונה למצבה של המנוחה ז"ל רק בסמוך לפני שעה 16:20 ; הדבר עולה מרישומי בית החולים בתיקה הרפואי (ק/4); זאת לאחר ששהתה מאז הגעתה לבית החולים,

בסביבות שעה 14:00 במצב של הכרה ; היא טופלה במחלקה לרפואה דחופה ולאחר מכן , לאחר טיפול ראשוני , בסביבות השעה 15:00 הועברה לחדר ההלם<sup>14</sup> להמשך טיפול עקב הידרדרות וירידה במצב ההכרה שלה בפרק הזמן של כרבע שעה קודם לכן . בסמוך לכך, נוכח זאת , הוזמנה עברה ( 15:07 ) טומוגרפיה ממוחשבת ( C.T.= ) אותה עברה ופוענחה כמה דקות לפני השעה 16:00 ; בסיכום הבדיקה נרשם על ידי הרופא המפענח כי מדובר ב-" **דמם מסיבי ממקור תוך חדרי בחדר ליטרלי ימני , חשוד ל- AVM או plexus papilloma choroid ; הידרוצפלוס עקב הדימום . מחיקת ציסטרנות<sup>15</sup> עקב בצקת . המקרה נדון עם נוירולוג , נוירוכירורג וגניקולוג תורן.....** " . הרופא המפענח מציין בסוף המסמך המופנה אל הרופא המטפל כי "זהו פענוח ראשוני , עליך לעיין בפענוח סופי חתום על ידי רופא בכיר לאחר הזנתו למערכת."

ב. הרופא הנוירוכירורג הנזכר היה ד"ר דוד מיכאלי ששימש תורן במחלקה אותה עת . הוא מתאר (בשעה 16:20 ) ברישומים בכתב יד את מצבה של המנוחה ז"ל : " **חולה, מונשמת , GSC-3 ללא תגובות לגירוי לכאבים אישונים .. לא מגיבים לאור ללא החזרים קורנאליים ... לפי יעוץ ד"ר רוטמן אין אינפקציה לטיפול נוירוכירורגי בשל מצב שלה (GCS-3) ; יוצה (צ"ל - יוצא ) קצף מהטובוס. לפי ct מוח לא חיוני .....** " ; וכן את המלצתו : " **אחרי ייעוץ עם ד"ר רוטמן הוחלט על טיפול שמרני בטיפול נמרץ ב-mannitol** " . מכאן שהשיחה הטלפונית עם הנקבל אירעה ככל הנראה בסמוך לפני כן .

ג. ההייתה הנחיית הנקבל אותה עת בגדר הנחייה סבירה , נסבלת או חריגה ובלתי מתקבלת על הדעת ? הוגש לנו , כאמור, דו"ח וועדת הבדיקה מטעם משרד הבריאות מיום 28/12/17 (ק/5). בראש הוועדה כיהן פרופ' ז'אן סוסת'אל , מנהל המערך הנוירולוגי במרכז הרפואי לגליל , ולצידו ד"ר דגן שוורץ , מנהל מחלקה לרפואה דחופה במרכז הרפואי רבין וכן עו"ד רפי טויזר , יועץ משפטי במשרד הבריאות . הוועדה דנה בשלוש השגות שהועלו על ידי בני משפחת המנוחה : פרק הזמן הארוך עד לבדיקתה על ידי רופא שאינו סטז'ר ; פרק הזמן הארוך עד לבדיקת C.T. מוח ;

<sup>14</sup> חדר הלם הינו חדר במלר"ד בו מצויים אמצעים מתקדמים יותר לטיפול במקרים מורכבים באפשרויות הנשמה , ניטור ופעולות טיפוליות הכרחיות שונות.

<sup>15</sup> ציסטרנות הן המרווחים שבין גזע המוח לסביבתו . מחיקה שלהן מעידה על לחץ על גזע המוח בגלל התנפחות כתוצאה מבצקת .

אי ביצוע מיידי של ניקוז מחדרי המוח לאחר אבחון דמם בבדיקת ה-C.T. ; וכן בשתי שאלות נוספות שנגעו לאיכות התייעוד ולאי ביצוע אינטובציה לפני העברת המטופלת לבדיקת ה-C.T.

ד. **בלי לגרוע ממסקנות הוועדה בנוגע לשאר השאלות, נתמקד לענייננו בזו הנוגעת לאי ביצוע הניקוז מחדרי המוח. בעניין זה קובעת הוועדה: "את החלטתו שלא לנתח את המנוחה בשלב מוקדם, נימק ד"ר רוטמן בפרוגנוזה העגומה של סיכויים דחוקים ביותר להישרדות. אין אמנם מחלוקת על כך ששיעור תמותה ותחלואה של דימום תוך חדרי ספונטני, בכלל ובפרט בדרגת חומרה זו הינם גבוהים ביותר, אך לא ניתן היה להסיק מיד לאחר ביצוע ה-C.T. שסיכויי שרידותה של מנוחה אפסיים, עד כדי פסילת האופציה הניתוחית על הסף. בייחוד אצל מטופלת מאוד צעירה, בהריון, ללא מחלות רקע, הכף הייתה צריכה ליפול לטובת התערבות טיפולית הנושאת סיכוי כלשהו להישרדותה של המנוחה ז"ל. גם אם סדרות<sup>16</sup> מסוימות מעידות על שיעורי תמותה קרובים ל-80%, המשמעות שסיכויי שרידותה של המנוחה היו לפחות 20% על פי הסדרות המחמירות ביותר, ואף משמעותית גבוה מכך לפי סדרות אחרות."**

ה. מכאן באה עמדתה המקצועית של הוועדה בהקשר זה: "מכאן דעתנו כי ההחלטה להימנע מניתוח בשלב הראשון חרגה מהתגובה המצופה מהניירוכירורג בנסיבות המקרה וצורמת אף יותר בהתחשב בהפיכתה של אותה החלטה על רקע הלחץ שהופעל מסביב. קשה לקבוע מה היה גורלה של המנוחה ז"ל לו הייתה המנוחה מנותחת מיד עם סיום בדיקת ה-C.T. אך בוודאי לא ניתן היה לפסוק באותה עת שלא קיים סיכוי כלשהו לשרידותה."

ו. בפרק המסקנות קובעת הוועדה בהקשר האמור: "לטעמנו היה מקום להורות על התערבות ניתוחית כבר לאחר ההתייעצות בין התורן והכונן הניירוכירורגי, ולכן החלטתו של ד"ר רוטמן להמשיך בטיפול שמרני אינה החלטה סבירה בנסיבות המקרה. עם זאת חשוב להדגיש שלא ניתן לקבוע כי התערבות בשלב מוקדם יותר הייתה משנה את התוצאה הטראגית."

ז. זה המקום לציין כי דומה שאין מחלוקת בשלב זה של הדיון על כי הפעולה הניתוחית הנזכרת, משמע - החדרת הנקז - הינה פעולה רפואית פשוטה יחסית, "מינורית",

<sup>16</sup> הכוונה למחקרים בהם תוארו סדרות של מטופלים.

שיכלה להתבצע ללא ספק על ידי התורן הנורוכירורגי , לא דרשה את נוכחותו הפיזית של הנקבל במקום - אף שחייבה את אישורו והנחייתו - והסיכון הנובע ממנה בנסיבות העניין הינו נמוך וזניח לעומת החלופה הסופנית . השאלה מתמקדת כרגע אך ורק בהנחייה של הנקבל שלא לעשות זאת , משיקולים שהוזכרו בין על ידו ובין על ידי האחרים שמסרו את גרסתם .

ח. **בפני וועדת הבדיקה הנ"ל** וכן גם בפנינו מסר את עמדתו המקצועית פרופ' **שגיא**

**הרנוף** שבזמן האירוע שימש כסגן מנהל המחלקה הנורוכירורגית בבית החולים **שיבא** בתל השומר , ובעת העדות בפני הוועדה וכן בפנינו , מנהל המחלקה בבית החולים **בילינסון**. **פרופ' הרנוף** הוכנס לתמונה נוכח היותו - ככל הנראה בהתנדבות ובהסדר מיוחד - יועץ קצין הרפואה הראשי של צה"ל לענייני נורוכירורגיה . נוכח היות המנוחה **חיילת (ננ"ד) בצבא הקבע בחיל הרפואה** ומעורבות אנשי החיל באירוע מיד כשנודע להם על אישפוזו , נתבקשה חוות דעתו , בהיותו בחופשה, והוא אכן הביע אותה על סמך חומר - בדיקת ה- C.T. - ששוגר אליו במסרון למקום חופשתו . חוות דעתו, עליה עמד גם בעדויות הנזכרות הן בזמן אמת והן בעת מסירת העדות , הייתה כי היה מקום לבצע את החדרת הנקז ללא שיהוי. עמדה זו באה לביטוי כבר במסמך שמסר לבקשת בני משפחת המנוחה בסמוך לאירוע ( נ/ 9 מיום 22/1/14 ) שם כתב לאחר תיאור הנסיבות : **"...המלצתי על הכנסת קטטר ונטיקולרי דחוף לשחרור הלחץ ... מדובר דימום תוך חדרי ללא מרכיב תוך מוחי .... הסיבה להידרדרותה היה קרוב לוודאי הידרוצפלוס ועליית לחץ ולאלה הטיפול הוא הכנסת קטטר ונטיקולרי ... "** ; ובלשונו בעת העדות בפני וועדת הבדיקה : **" אני זוכר שראיתי את הסי. טי. שלה. ....אמרתי ...יש דימום מאוד נרחב בתוך מערכת החדרים , לא היה מרכיב....של דימום מוחי שזה חשוב בעיני....ומכיוון שהיא התדרדרה ממש זה היה בסמוך להידרדרות שלה, המלצתי להכניס לה נקז אחד או שניים לתוך מערכת החדרים , היה לה חדרים גדולים בשביל לשחרר את הלחץ "** (ק/ 7 - עדות בפני וועדת הבדיקה מיום 11/9/17, עמ' 91) ; כך גם בפנינו בעת עדותו (ביום 21/3/22): הוא ציין את חלון הזמן הקצר העומד לרשות הרופאים בנסיבות כאלה ; לדבריו על סמך תמונת ה- C.T. בה צפה, מערכת חדרי המוח הייתה מלאה דם, נראתה זרימה טובה של דם בשלב זה ועורקי המוח מתמלאים ( שם, בעמ' 3 ) ; הוא חזר על המלצתו בזמן אמת וכן בעת מתן העדות להכניס נקז אחד או שניים ( עמ'

11 ; זו לדבריו המדיניות הנכונה בדרך כלל ( עמ' 46 ) ; לדבריו באי הכנסת הנקז מנעו מאת המנוחה את הסיכוי להינצל ( עמ' 41 ) , אף כי את סיכוייה לשרוד התקשה להעריך ( עמ' 6 ) ; לדבריו במחלקה שלו עושים פעולה כזו, בהיותה פשוטה וברמת סיכון נמוכה, כ- 100 עד 200 פעמים בשנה .

ט. בפנינו העיד ונחקר ארוכות גם יו"ר וועדת הבדיקה, פרופ' ז'אן סוסתאל ( בשיבת 16/2/22 ). הוא חזר על עמדתו כפי שבאה לביטוי בדו"ח הוועדה בראשה עמד . לדבריו כל רופא סביר היה מכניס נקז על מנת להקל על הלחץ ( עמ' 13 ) ; בהכרעה בין מוות וודאי לבין סיכון למוות של 80% יש לקחת את האפשרות האחרונה ( עמ' 14 ) ; לדבריו במקרה של הידרוצפלוס, התערבות בחלון הזמן המתאים, בתוך שעה מעת הרחבת האישונים, משמע- עד שעה 16:10 לערך, יכולה הייתה להפוך את הקערה על פיה ( עמ' 15 ) והיו דברים כאלה בעבר ; במקרה כאן היה סיכוי להצלת החולה אם מביאים בחשבון את גילה הצעיר יחסית ( עמ' 17 ) . העד הסכים כי במצב שנוצר, נוכח אי טיפול מתאים מרגע הגעת המנוחה לבית החולים, והעובדה שהנקבל קיבל את המידע על המנוחה כאשר כבר הייתה עם אישונים מורחבים, עם 3 - GCS, ללא החזר Dolls eyes - כלומר דקות לא מעטות אחרי ההרניאציה<sup>17</sup> וחוסר תפקוד של גזע המוח, הייתה בגדר דחיקת המצב "אל הקיר" וכן שהסיכוי בשלב זה להצילה היה אכן נמוך ביותר. נאמר גם שלו נעשו פעולות מתאימות במועד - כלומר כאשר עדיין הייתה בהכרה במלר"ד או מייד עם תחילת ההידרדרות, המצב היה עשוי להיות שונה . לדבריו רוב הנירוכירורגים היו עושים את הפעולה של החדרת הנקז.

י. עמדת הנקבל בשאלה שהוצגה לעיל באה לביטוי בדבריו בשיחת ההבהרה שנערכה עימו בעקבות דוח וועדת הבדיקה (ביום 6/5/18 - סומנה ק/8) וכן בפנינו ( בשיבת הוועדה מיום 1/6/22 ) : לדבריו בשיחת ההבהרה ( שהתנהלה בפני ד"ר בועז לב, נציב קבילות הציבור ; פרופ' צבי ישראל, נוירוכירורג בכיר מבית החולים הדסה עין כרם, ועו"ד רפי טויזר, יועמ"ש נציבות הקבילות ), ביום האירוע, התקשר אליו התורן ד"ר דוד מיכאלי תיאר בפניו את המקרה, שלח לו במסרון תמונה אחת, ממנה למד כי מדובר בהידרוצפלוס לא קיצוני, בינוני ו-" הבעיה זה הדימום " ;

<sup>17</sup> הרניאציה הינו מצב שבו עקב לחץ גבוה של הנוזל בתוך הגולגולת, בגלל הצטברות הדם שאינו מתנקז ובצקת, המוח נדחק כלפי מטה וגזע המוח נדחף אל הפתח שבבסיס הגולגולת ונמחץ . במצב כזה – אם לא מטפלים מיידי – עלול להגרם נזק בלתי הפיך עד כדי מוות.

לשאלת פרופ' ישראל ( שם , בעמ' 9-7 ) השיב כי נוכח החתך היחיד שנשלח הוא לא ראה את הגומה האחורית בגזע המוח, ראה שיש דימום מסיבי בחדר השלישי , והערכתו שהמצב נבע בעיקר מהדימום , ולא מההידרוצפלוס. לדבריו , בתיאום עם הצוות שבבית החולים (התורן , ד"ר מיכאלי וד"ר ליאונוב, מנהל הטיפול נמרץ ), סוכם שלא להכניס נקז באותה עת אלא לייצב את מצבה, לתת מניטול להפחתת הלחץ התוך גולגלתי ; בהמשך הוא הגיע בעצמו לבית החולים בסביבות 18:30 (עמ' 10-11 ) וביצע את פעולת הניקוז .

יא. לשאלת פרופ' ישראל הסכים הנקבל כי על פי ה- C.T. לא היה דימום בתוך רקמת גזע המוח אלא תוך מערכת החדרים, בעיקר החדר שלישי והרביעי ( עמ' 15-16 ); לשאלה אם לא עלה על דעתו שעליו להגיע לבית החולים בעצמו השיב כי אכן הגיע בשעה 18:30 למרות שדיברו עימו בשעה 16:30. לדבריו " **התכנית הייתה קודם לייצב אותה , לחמצן אותה , טיפול נמרץ , לתת לה מניטול ולראות ברגע שהיא יציבה אם יש איזו תגובה או משהו.... שנותן תקווה איפה שאנחנו יכולים לחשוב על... להכניס קנולה "** ( עמ' 18). " **...אנחנו נותנים .. עד שמייצבים אותה עם העניין של הריאות ומנשימים מייצבים אותה בטיפול נמרץ , אמרתי בכל זאת לתת מניטול ... לפעמים אתה נותן מניטול ואם אתה רואה שיש קצת שיפור אז אתה אחר כך ממשיך .. לכיוון ניתוח .. במקרה הזה...החולה הייתה גופה . נקודה . נקודה. הגזע, לא היה לה גזע המוח....**" (עמ' 36-37 ; וכן בעמ' 47 ; 52 ).

יב. לעניין סיבת ההחמרה עמד הנקבל על דעתו כי " **..... הדבר המכריע זו הפגיעה בדיאנצפלו** <sup>18</sup> , **בגזע המוח העליון** ... " (עמ' 19) ; " **... שם היה ..קריסה, vasospasm אולי בנוסף בגלל .. הבעיה של החמצון , איסכמיה מוחית , יש פגיעה של תפקוד של דיאנצפלו** <sup>18</sup> **בגזע המוח על רקע vasospasm בעיה באוטורגולציה** <sup>19</sup> , **גודש, וזה לא ..הידרוצפלוס שגרם להרניאציה** <sup>20</sup> **וזה מה שגרם למות של הבחורה**

<sup>18</sup> מוח הביניים או הדיאנצפלו ( Diencephalon ) הוא חלק ממערכת העצבים הממוקם במוח הקדמי , יחד עם המוח הגדול.

<sup>19</sup> מנגנון ויסות (=אוטורגולציה) של זרימת הדם, השומר על זרימה קבועה בלא תלות בלחצי הדם, באמצעות שינוי התנגודת של דופן כלי הדם.

<sup>20</sup> Herniation – ראה הע"ש 17; תהליך של עלייה של הלחץ התוך-גולגולתי, בשל דימום תוך-גולגולתי או בשל הצטברות של נוזל המוח ה-CSF או בשל גידול, ויצירת לחץ על גזע המוח הגורם לדחיקתו לכיוון ה-foramen magnum ; מה שגורם לסימנים שונים כמו האטה בדופק ושינויים בדפוסי הנשימה, תהליך זה הוא מסוכן ביותר ועלול לגרום למוות.



הזאת ולהידרדרות של החולה הזאת . וזה סופי לחלוטין .". (עמ' 21 , וכן בעמ' 27 ;

עמ' 28 : " מה שהרג אותה זה האיסכמיה והגודש והדיאנצפלוז " ; וכן בעמ' 34 ; 49 ).

יג. לעניין השאלה " מה יש להפסיד " בביצוע פעולת הניקוז, השיב : "...שאתה נותן

תקוות שווא למשפחה ... " (עמ' 30) ; את סיכוייה של המנוחה ז"ל לשרוד העריך ב-

"... אפס אחוז ... במקרה הזה , אפס אחוז ... " (עמ' 32) ; "...גם הקנולה ... לא עוזרת

לדילטציה חדר רביעי. כשיש דליטציה חדר רביעי זה סימן , אף אחד לא שרד את

זה ... " ( עמ' 33 ).

יד. לעניין "חלון הזמן" להצלתה של המנוחה סבר הנקבל כי זה היה קיים , אם בכלל,

בין השעות 14:00-15:30 ( שם, בעמ' 38 ; 40 ) .

טו. לשאלת פרופ' ישראל אם הנקבל מתחרט על שלא הורה מיד לבצע את הניקוז

המתבקש השיב: "... לא , לא. בגלל שזה לא הסיכוי שיש לה . זה לא הסיכוי. אם

זה היה הסיכוי .. שיש לה... בטוח שהייתי עושה את זה , זה לא הסיכוי שיש

לה... " ( עמ' 23 ) .

טז. בדבריו בפנינו ( 1/6/22 ) חזר הנקבל על עיקרי גרסתו כפי שהובאו לעיל. נציין כאן

רק את מה שנראה חשוב להוסיף ולציין לעניין המלצתנו בשאלה שהצבנו לעיל :

הנקבל תיאר את השתלשלות העניינים מנקודת ראותו , את חוות הדעת שקיבל מאת

ד"ר דוד מיכאלי בעת שיחתם ( עמ' 6 - 11 ) והמסקנה כי אין צורך לעשות ניקוז

במצבה של החולה ( עמ' 20 ) ; הוא ציין כי בשגרת עבודתו בבית החולים , מתוך 19

ימי כוננות בחודש הוא מוזעק פיזית לבית החולים בערך בשליש מהם (עמ' 16 ) . גם

ד"ר דוד מיכאלי , שהעיד בפנינו ( 1/6/22 ) , תמך בעיקרי עמדת הנקבל הן לעניין

הכנסת הנקז ( עמ' 92-89 ) והן לעניין סיכויי החולה לשרוד (106).

יז. סיכום עד כאן לעניין השאלה בעניין הנחיית הנקבל בשאלת הכנסת הנקז: על סמך

כל מה ששמענו עד כה מפי העדים שמסרו את עמדותיהם המקצועיות בשאלה זו,

נראה ברור בעליל שהחלטתו של הנקבל בשאלה זו הייתה שגויה . מדובר בפעולה

פשוטה יחסית , נטולת סיכונים ממשיים ביחס לכל חלופה האפשרית , יכולה

להתבצע ללא קושי על ידי מי שנמצא בפועל בבית החולים ולמעט החשש ליצירת

מעין " תקוות שווא " כלפי המשפחה ( כטענת הנקבל ) לא הייתה כל סיבה ממשית

שלא להורות על ביצוע הפעולה באופן מיידי לאחר סיום ההתייעצות הטלפונית בין

הנקבל לבין תורני בית החולים .

יח. מובן שאין בידנו בשלב זה לשלול באופן מוחלט את השקפתו המקצועית של הנקבל בדבר מצבה של המנוחה ; ברור לנו, כמו גם לעדים שהופיעו בפנינו, **פרופ' סוסטיאל ופרופ' הר נוף** כי הסיכוי להצלחה טיפולית היה נמוך ביותר גם בתחזית האופטימית ביותר. סביר מאד שגם לו בוצעה הפעולה לא היה הדבר מביא להתאוששותה והחלמתה של המנוחה ז"ל. אין לדעת מה היה קורה אילו בוצעה הפעולה במועד הנזכר, האם לא היה זה כבר מאוחר מדי, והאם לא חלף **חלון ההזדמנות**. אין לדעת גם אם המחדל הזה של הנקבל הוא שתרם במשהו למותה של **המנוחה**, מה גם שסיבת הדימום שגרם למותה, למיטב ידיעתנו, לא הובררה סופית עד כה. עם זאת, לא הובאה בפנינו אף דעה בעלת משקל מליבת התחום המקצועי של הנירוכירורגיה - למעט דעתו התומכת של **ד"ר מיכאלי** שהיה שותף להחלטת הנקבל ונוגע בה - שתתמוך במחדל, משמע- בהימנעות מביצוע ניקוז, על פני המעשה, משמע- ביצוע הפעולה. לעומת זאת שמענו עמדות נחרצות ואחידות בעניין זה מפי נירוכירורגים בעלי שם ובעלי ניסיון מעשי רב כמו **פרופ' סוסטיאל**, ו**פרופ' הרנוף** וזו אף הייתה דעתו המשתמעת בבירור של **פרופ' ישראל**. מעבר לכך, לדעתנו זה גם מה שמורה השכל הישר לעשות: כשעל כף המאזניים מונחים חיי אדם וסיכוי - גם אם קלוש - להצלתם, ולעומת זאת פעולה פשוטה יחסית שאין בה חשש לנזק ממשי - המסקנה שנראית מתחייבת היא **לפעול ולא לחדול** כפי שהעדיף הנקבל. **הטעם שהעלה הנקבל**, של חשש מיצירת **תקוות שווא** איננו יכול להיות בעל משקל נגד ממשי לשיקולים ההפוכים שהוצבע עליהם. הרושם הוא שהטעם האמור נוצר בעיקר לצרכי ההליכים המשמעותיים - שכן ספק אם בני המשפחה היו מודעים בכלל, בזמן אמת, לדילמה הרפואית הכבדה שנדונה והוכרעה כפי שהוכרעה על ידי הרופאים. מכל מקום, גם אותו **"נזק"** אפשרי מאותה **"תקוות שווא"** אינו שקול לעומת עצם התחושה שצוות הרופאים עושה כמיטב יכולתו להצילה גם בנסיבות קשות ביותר אפילו כשהמצב חסר סיכוי.

14. **לעניין השאלה השנייה-** האם היה על הנקבל להגיע פיזית לבית החולים מיד עם קבלת

המידע האמור ?

א. **חלק ניכר מן החומר** ודברי העדים שהובאו בפנינו כבר צויין בקשר לשאלה הראשונה דלעיל. לפיכך ניתן לקצר בעניינה של **השאלה השנייה**. אין חולקים שהנקבל נמנע מלהגיע לבית החולים מיד בסיום שיחת ההיוועצות שקיים עם תורני בית החולים,

שיחה שהתקיימה ככל הנראה, על פי הרישומים, בסמוך לפני השעה 16:20. הוא החליט להגיע רק בשעות אחר הצהריים המאוחרות (לגרסתו) או הערב (על פי רישומי בית החולים). כך או אחרת מוסכם גם על ידו כי הגעתו הפיזית באה בעקבות "הרעש" שנוצר נוכח התערבות אנשי חיל הרפואה שעסקו בכך. אין טענה שנמנע מלהקדים ולהגיע לבית החולים מחמת "עצלות" או נוחות אישית. הנקבל נימק את ההימנעות הזאת בהשקפתו המקצועית הוודאית. אודות מצבה של המנוחה בעת השיחה. את הדילמה היטיב לנסח פרופ' ישראל: **"...לנקודה שהתורן מתקשר אליך, לא עלה בדעתך, אישה צעירה, עשתה עכשיו קריזה שברור לנו עכשיו שזה בגלל דמם תוך חדר, אישה צעירה בהריון, אתה רואה חתך אחד של ה-CSF, לא עלה בדעתך 'אני צריך להגיע לשם כדי.... לעשות את ה-, להתרשם בעצמי'...."** (עמ' 16 לשיחת ההבהרה, 6/5/18); וכן בהמשך: **"...האם אתה קצת מתחרט...שלא הגעת במקום ואז אמרת אני מכניס כעת שני vents לשני החדרים....אתה לא מתחרט?"** (עמ' 22); על כך השיב הנקבל: **"לא. לא. בגלל שזה לא הסיכוי שיש לה..."** (עמ' 23); וכן: **"..התכנית הייתה קודם לייצב אותה, לחמצן אותה, טיפול נמרץ, לתת לה מניטול, ולראות, ברגע שהיא יציבה אם יש איזו תגובה או משהו ש-, שנותן איזו תקווה איפה שאנחנו יכולים חשוב על להכניס קנולה..."** (שם בעמ' 18); הנקבל גילה אפוא את דעתו כי תלה את שאלת הצורך בהתייצבותו האישית המיידית (כפוף כמובן לזמן הנסיעה מהבית) בבית החולים בהערכתו המקצועית בדבר היעדר כל סיכוי לשרידותה של המנוחה. ובלשונו בפנינו (עמ' 12 לשיבת 1/6/22) הוא לא ידע אם בתוך חצי שעה תהיה חולה או גופה (וכן בעמ' 54). כפי שהובא כבר לעיל, דעתו המקצועית הייתה להסתפק בפעולות לייצוב מצבה ולאחר מכן לקבל, במידת הצורך, החלטות נוספות. את כל אלה סבר שניתן לעשות בלא להיות נוכח במקום.

ב. **דעתנו היא שהנקבל שגה בהחלטתו זו:** כמי שבשגרת תורנויותיו מצא לנכון להגיע

לבית החולים לא מעט (לדבריו, בשליש מימי התורנות שלו מידי חודש) נוכח הצורך להיות נוכח פיזית ליד מיטת החולה בעת ביצוע פעולות קריטיות או היועצויות חשובות שהצריכו הערכת מצב מקרוב, תמוה שלא כך נהג במקרה זה. נראה שסמך באופן מוחלט על חוות דעתו של התורן ד"ר מיכאלי, ולמעשה הכפיף את שיקול דעתו שלו לעמדתו ולהערכתו המקצועית של ד"ר מיכאלי. אכן אין פסול

בהסתמכות על חוות דעת של בעל מקצוע וותיק ומנוסה שיש עימו היכרות רבת שנים ואימון רב. אלא שהאחריות בסופו של יום הינה על הכוון הבכיר ואי אפשר לפרוק אחריות זו. הנקבל ניסה לחלק את האחריות בכך שתיאר את ההחלטה הגורלית **כהחלטה משותפת** ומתואמת עם בני שיחו בבית החולים (ד"ר **לאנוב**, ד"ר **מיכאלי**, עמ' 10-11 לשיבת 1/6/22), אלא שאין לקבל זאת. ההחלטה - לטוב ולרע - הייתה שלו, ושלו בלבד, וכל האחריות לה מוטלת רק על כתפיו. נוכח מורכבות הנושא ומה שעמד על כף המאזניים - חיי אדם - הימנעותו מבחינת המצב מקרוב ובאופן אישי, הייתה חריגה מהמצופה מרופא בכיר סביר.

ג. **מתוך החומר שהובא בפנינו** נראה שד"ר **מיכאלי** העביר לנקבל צילום של **חתך אחד** בלבד מתוך צילומי תמונת המוח כפי שעלתה בבדיקת ה-C.T.; ספק בעניינו אם ניתן על סמך **חתך אחד** לקבל החלטות כבדות משקל בנוגע למצב המוח ברגע הנתון. **נדונה בפנינו** גם השאלה אם לטיפול שקיבלה המנוחה בטרם בדיקת ה-C.T., משמע - פעולות **ההחייאה** שבוצעו בה, כמו הנשמה, מתן תרופות וכד' - יכולה הייתה להיות השפעה על דיוק קביעת רמת **הגלאזגו** וממצאי הבדיקה. זה כשלעצמו חייב קבלת החלטות מקרוב ומכלי ראשון ולא תוך הסתמכות על חוות דעת של אחרים. לדעתנו זהו **מקרה מובהק** בו היה על הנקבל להגיע בהקדם לבית החולים, לראות במו עיניו את כל התמונה הרפואית העדכנית ולקבל, תוך היוועצות עם צוות הרופאים, החלטות מתאימות. כמי שראה חשיבות בעמדת משפחת החולה - כפי שנראה בהמשך - היה עליו להבין כי לעצם נוכחותו ליד מיטת יקירתם היה גם כדי לחזק את אמונם בסגל הרפואי שעושה כל שביכולתו להציל את חייה. אילו עשה זאת היה מקום לכבד כל החלטה שבשיקול דעתו המקצועית, לרבות אותן החלטות שבפועל קיבל מביתו. העובדה שקיבל בביתו החלטה שלא לבצע את **פעולת הניקוז** - החלטה שקבענו כי לא הייתה סבירה בנסיבות העניין - **מחמירה** בעינינו את השיבוש שחל בשיקול דעתו של הנקבל בשאלת הצורך בהתייצבותו המיידית ליד מיטת החולה.

ד. **יתר על כן**, התקשינו להבין את ההיגיון שבדחיית פעולה של ניקוז עד לזמן שבו המטופלת תראה סימנים שהגיבה לטיפול. הלוא אם הייתה מצופה תגובה מאוחרת יותר, בוודאי ובוודאי שהיה נכון לבצע את הניקוז בהקדם האפשרי עוד קודם לכן, ועובדה זו לא קשורה כלל למחשבה שסיבת הנזק לגזע המוח אינה לחץ תוך מוחי

מוגבר ( כפי שטוען הנקבל ) אלא איסכמיה כתוצאה מחוסר אספקת דם לגזע המוח. כך או כך, אין ספק שמטופלת במצב כה קשה זקוקה לנוירוכירורג המנוסה ביותר ליד מיטתה - אם על מנת לנקז נוזל מוחי, או כדי לדון ולבצע ביחד עם רופאי הטיפול הנמרץ את הפעולות הנדרשות כדי לשפר את זרימת הדם למוח - העלאת לחץ הדם, הנחיות לגבי קירור המטופלת, מתן תרופות ונוזלים להפחתת הבצקת . הנקבל החליט על מתן **מניטול** לצורך הפחתת בצקת מוחית אבל גם זו פעולה שנועדה להפחית את הלחץ התוך גולגולתי - אם כך, על אחת כמה וכמה שהיה נכון להיות ליד מיטתה ולבצע את הניקוז.

ה. **מתוך כלל חוות הדעת שבאו בפנינו** , הן בכתב והן בעל פה , אי אפשר להשתחרר מהמסקנה שלא רק בדיעבד אלא גם בזמן אמת היה על הנקבל להבין ולהפנים שמדובר במקרה סבוך שיש לו לכל הפחות פנים רפואיות לכאן ולכאן . בנסיבות אלה, כאמור, אסור היה לו לסמוך על חוות דעת של אחר, גם אם אותו אחר הינו בר סמכא מוערך בתחומו, והיה עליו להגיע לבית החולים בהקדם על מנת לדון במצב החולה מקרוב. על מי שנושא באחריות הכוללת לפעול בנסיבות כאלה באורח עצמאי על מנת שיוכל להגיע למסקנות הנכונות באופן בלתי אמצעי . התרשמותנו היא שבטחונו העצמי המקצועי של הנקבל עמד לו במקרה זה לרועץ . חוששנו שאת הנתון הזה הנקבל מתקשה לקבל גם כיום אך אם ישמע לעצתנו , שומה עליו להפנימו כחלק מתהליך תיקון עצמי שלו .

ו. **נעיר בהקשר זה** כי גם אילו הורה טלפונית על ביצוע פעולת הניקוז , גם אז היה עליו לדעתנו להגיע בהקדם לבית החולים על מנת לראות מקרוב את מידת ההשפעה של הדבר על החולה . ואולם למצער היה להימנעות מכך הסבר שיכול היה להתקבל על הדעת כחלק ממרחב שיקול הדעת של רופא בכיר. נוכח ההחלטה הראשונה השגוייה , לא נמצאה כל הצדקה להחלטה השנייה .

ז. **כאמור - דעתנו היא כי הנקבל שגה באי הגעתו בהקדם האפשרי לבית החולים .**

15. **לעניין השאלה השלישית** : האם היה טעם מוצדק , רפואי או אחר , לביצוע פעולת

**הניקוז** במועד בו ביצע זאת הנקבל בשעות הערב ?

א. **גם בשאלה זו אין צורך להאריך** נוכח הבאת עיקרי הדברים כבר בדיון לעיל . על פי הרישומים , הנקבל הגיע לבית החולים בשעות הערב רק בעקבות "הלחץ" הסביבתי שהופעל עליו מצד גורמים חיצוניים . לדבריו היה זה בשעה מוקדמת יותר , הוא

שינה את דעתו, והחליט להגיע לבית החולים ולבצע את הכנסת הנקז, לאחר ששמע על קיומה של חוות דעת רפואית אחרת שממליצה לבצע ניקוז (ישיבת 1/6/22, עמ' 19, 21), החשש ממה יגידו (שם בעמ' 32), מה תחשוב המשפחה (שם, בעמ' 33) ונוכח מה שראה כשהגיע לבית החולים (כעס של אמה של המנוחה, מעורבות אנשי הצבא וכו'- שם בעמ' 40). לשאלת המועד המדויק של הגעתו לבית החולים אין חשיבות מכרעת. בכל מקרה מוסכם גם עליו כי בעת שהגיע וביצע את הפעולה הניתוחית של הכנסת הנקז הוא עשה זאת בלא להאמין בתכליתה הרפואית בעת ביצועה אלא רק כדי לרצות או "להרגיע" את "הסביבה".

ב. **אין צורך להכביר מילים** על איכותה המקצועית של ההחלטה הזו. אם סבר הנקבל כי אין טעם בביצוע פעולת הניקוז בעת שנודע לו מצבה של המנוחה, ברי כי אין שום טעם רפואי לעשות זאת בחלוף שעות ובהידרדרות המצב כפי שקרתה בפועל. גם אם נבין לנפשו כאדם שנקלע למצב מביך של "בין הפטיש לסדן" - אין זו התנהלות ראוייה לאף רופא- בוודאי שלא לרופא בכיר שאמור לשמש דוגמא ומופת לצעירים ולזוטרים ממנו - והכל בהתאם לסטנדרטים מקובלים וראויים לכיבוד. ככל שהאמין ובטח בעמדתו המקצועית, היה עליו לעמוד עליה, לנסות להסביר אותה לבני המשפחה ולשאת באחריות לתוצאותיה. הניסיון לערפל את המצב בפעולה חסרת תכלית - ובמכוון איננו מוצאים לנכון להתייחס לשאלות עיוניות כמו משמעות הפגיעה המיותרת בגוף החולה חסר הישע וכבודו ושאלות נוספות כיוצא באלה - הינו פתטי וחבל שכך נעשה.

ג. **התוצאה היא שמצאנו** כי התנהלות הנקבל בעניין זה לא הייתה התנהלות ראוייה בהתאם למצופה מרופא בישראל.

16. **בטרם סיום** נבקש להתייחס לשלושה עניינים שעלו אגב הטיפול בפרשה זו וראוי להביע בהם דעה:

א. **מעורבות אנשי הצבא בעניינה של המנוחה ז"ל:** כאמור, עם הגעת המידע על מצבה של המנוחה לגורמי הרפואה בצבא, הם - ד"ר משה פורמן, ששימש אותה עת ראש ענף רפואה בחיל המודיעין, ועוזרו - נזעקו לבית החולים על מנת ללוות מקרוב את הטיפול בה. הדבר נבע מעצם היותה חיילת (נִגְדָת) בצבא הקבע בחיל הרפואה ויתכן שגם מההיכרות האישית עימה. מעורבות זו הביאה בהמשך גם להיוועצות עם **פרופ' הרנוף שמצא** לנכון להביע דעה בעניין הטיפול המתאים בנסיבות שתוארו בפניו

מרחוק ואף להציע לבחון אפשרות להעבירה לבית החולים בו כיהן כסגן ראש המחלקה אותה עת. **ברי** כי, ככלל, התערבות של גורמים חיצוניים בעבודת בית החולים - גם אם באה מכוונות טובות - איננה דבר טבעי ובנסיבות מסוימות אף עלולה להפריע למהלך התקין של העבודה המקצועית. הבאת והבעת דעות רפואיות נוספות מחוץ למערך הרגיל של בית החולים - אם נעשות בדרך של הפעלת לחץ - עלולות לעיתים להשפיע לרעה על עצמאות שיקול הדעת של אנשי בית החולים וליצור, לפגום או לעורר חשש במידת האימון של בני המשפחה בטיפול שמקבל החולה בבית החולים; זוהי בוודאי תוצאה לא רצויה לכלל המעורבים ולתדמית מקצוע הרפואה בעיני הציבור. עם זאת יש להודות כי התערבות כזו איננה דבר זר לחלוטין ובלתי מקובל במקומותינו. מקובל ואף לגיטימי לבקש חוות דעת נוספת לאבחנה רפואית ואין בכך, כשלעצמו, משום פסול, ובלבד שהדבר נעשה בצינורות המקצועיים הראויים, בדרך סדורה ובשיח מקצועי מכבד. התרשמותנו היא שבנסיבות המקרה דגן ההתערבות של גורמי הצבא מול בית החולים ומול המשפחה נעשתה באורח תקין, בתיאום עם אנשי בית החולים. לא מצאנו גם ניסיון מכוון לפגוע באימון המשפחה בבית החולים ובטיפול הרפואי שניתן, אם כי אי אפשר להוציא מכלל אפשרות שמסקנה מעציבה כזו נגזרה בסופו של יום על ידי המשפחה ויועציה.

ב. **סירוב הנקבל לשוחח עם גורמי רפואה**: במהלך הטיפול בפרשה עלתה הטענה כי הנקבל סירב לדבר עם גורמים מקצועיים שרצו לשוחח עימו אודות המנוחה ודרך הטיפול בה. הנקבל הכחיש שסירב לשיחות כאלה או שהתקיימו כאלה ישירות מולו. על פי כלל החומר בו עיינו לא מצאנו ראיה לסתור את גרסת הנקבל ויש לקבל אותה כפי שהובעה על ידו. אין לקביעה זו חשיבות לעצם המסקנות בעניין הקבילה דגן, אך יש בה כדי להעמיד דברים על דיוקם ולו רק על מנת לשמור על כבודו כרופא בכיר. יתכן שאילו נוצר קשר ישיר בין הנקבל לפרופ' הרנוף - דבר שהיה הנכון לקיים - היה השיח ביניהם מוביל להסכמה בדבר הטיפול הנדרש אותה עת, אך אין בידנו די מידע לקבוע באחריות מי היה לקדם קשר כזה ומה נעשה בפועל.

ג. **המחלוקת בספרות הרפואית**: הופנינו לאזכורים מהספרות המקצועית להכרעה במקרים כמו הנידון דידן. עיינו בתגובת המחלקה המשפטית של בית החולים (מיום 15/1/18 - נ/ 2) וכן בתגובה החריפה עליה (של פרופ' סוסת'אל במייל מיום

29/1/18 ; נ/ 3 ). אף שדעתנו נוטה לטובת ביקורת של פרופ' **סוסתאל** על הניתוח העיוני שהציג בית החולים , אין לנו צורך להכריע בין הרים גבוהים שכן, כפי שכבר ציינו לעיל , השאלה לדיון איננה איזו הערכה מקצועית הינה ההערכה שנמצאה בדיעבד הנכונה מבחינה רפואית לעניין סיכוייה של **המנוחה** לשרוד. השאלה הינה איך רופא סביר צריך, בזמן אמת , לנהוג במצב של היעדר בהירות מוחלטת של המצב הרפואי . מצאנו כי נוכח הנתונים החלקיים שעמדו לרשותו של צוות הרופאים היה זה יומרני מצד **הנקבל** לגבש מרחוק עמדה רפואית נחרצת בהכרעה בלתי הפיכה . מזיחות דעת כזו יש לחשוש ולהזהיר. במקרי **ספק** , אפילו של "**ספק ספיקא**", אל לו לרופא לחרוג מגבולות הוודאות של בן אנוש ולחרוץ גורלות . מידת הענווה ראוייה ליישום כאן כמו גם בעיסוקים אחרים חורצי גורלות.

### **מסקנות מבחינה משמעתית**

17. **משבאנו לכך** יש לדון בהיבטים המשמעתיים של התנהלות הנקבל :
  - א. **כמתואר לעיל** מצאנו את התנהלותו של הנקבל **שגוייה ובלתי ראוייה** בכל שלוש השאלות שנותרו במחלוקת בין הצדדים . השאלה לדיון בשלב זה הינה אם ובאיזו מידה עבר את עבירות המשמעת הנזכרות בקובלנה. **כזכור** , הקובל ייחס לנקבל עבירות על סעיפים קטנים (1) ; (3) ; ו- (7) של סעיף 41 לפקודת הרופאים .
  - ב. **פשיטא שמסכת העובדות** כפי שתוארה ממלאת את יסודות העבירה המשמעתית של התנהגות **בדרך שאינה הולמת רופא מורשה** [ סעיף (1).41] ואין מקום להאריך בכך יתר על המידה. הדברים כבר צוינו והודגשו אגב תיאורם לעיל .
  - ג. **השאלה היא אם עבר בהתנהגותו - מעשיו ומחדליו -** גם על עבירה של **רשלנות חמורה במילוי תפקידו כרופא מורשה** [ סעיף 41 (3) לפקודה]. **רשלנות חמורה** משמעה **סטייה חריפה** מסטנדרט רפואי מקובל . לא בלי התלבטות עמדתנו היא כי הנקבל אכן חצה במקרה דנן את הקו העדין המפריד בין **טעות בשיקול דעת** לבין **רשלנות** ועבר את העבירה בנוגע לשתי השאלות הראשונות שהצבנו לעיל . הוא לא השכיל להצביע על אף טעם מתקבל על הדעת להתנהלותו - הן לעניין ההנחייה לאי הכנסת הנקז , והן לעניין אי התייצבותו המיידית בבית החולים - וזאת במיוחד נוכח העמדה המקובלת בין הרופאים בתחום הנוירולוגיה כפי שהוצגה בפנינו . נדגיש כי אין בדברים כדי להטיל ספק במומחיותו, כישוריו ובניסיונו רב השנים של הנקבל.



יתכן שדווקא בטחונו בידע ובניסיון המקצועי שצבר הוא שעמד בעוכריו . מצופה מרופא להיות מקצוען , מנוסה, בעל בטחון עצמי , אך גם **עניו ופתוח** לעמדות מקובלות אחרות . התרשמותנו היא שבתחום זה על הנקבל להפנים את חסרונותיו . בעניין ביצוע פעולת הניקוז בעת שביצע אותה - אין בכך רשלנות אלא כאמור התנהלות שאינה הולמת .

ד. **האם הנקבל הפר את החובה שב- חוק זכויות החולה** כפי שיוחס לו בכתב הקובלנה? סעיף 5 לחוק קובע כי " **מטופל זכאי לקבל טיפול רפואי נאות , הן מבחינת הרמה המקצועית והאיכות הרפואית, והן מבחינת יחסי האנוש** ". דומה שמשמצאנו את הנקבל כמי שחצה את הקו המסמן את גבולות המשמעת - ממילא הפר גם את החובה הנ"ל שבחוק.

ה. **נדגיש שוב:** אין בדברים האמורים לעיל משום הטלת אחריות על הנקבל למותה של **המנוחה ז"ל**. סיבת הדימום המסיבי במוחה אינה ידועה, וקיימת מידה לא מועטה של הסתברות שכאשר הובאו הדברים לראשונה לידיעתו של הנקבל, צוות בית החולים כבר " **איחר את הרכבת** " והסיכוי הממשי להצילה היה מזערי . לפיכך כאמור, לא ניתן לומר, שבחוסר מעשיו ובהחלטותיו השגויות הוא תרם במשהו למותה של המנוחה. אין להוציא גם מכלל אפשרות שלו נקבעה סיבת המוות הייתה עמדתו הרפואית של הנקבל נמצאת בדיעבד הנכונה . זאת כנראה לעולם לא נדע . כאמור, לא נדע גם אם **חלון הזמן** שהוזכר בעדויות , להצלתה של **המנוחה**- שלכל הדעות היה , **אם בכלל, מצומצם ביותר - היה רלוונטי** בנסיבות דנן באופן מעשי . הטענות כלפי הנקבל הינן אך ורק **בתחום המשמעת** נוכח התנהלות- בחלקה שגויה ובחלקה בלתי הולמת - אך אין בהן כדי לקשור אותו ישירות לתוצאה הטראגית .

## **המלצה**

18. **נוכח האמור** , דעתנו היא כי יש למצוא את הנקבל כמי שעבר את עבירות המשמעת שיוחסו לו בכתב הקובלנה .

19. **יש להורות** למזכירות הועדה לקבוע את התיק לשמיעת עמדות הצדדים לעניין הפעלת סמכויות השר בקשר לאמצעי המשמעת המתאימים בנסיבות העניין , בהתאם לסעיף 41 רישא **לפקודת הרופאים** .

ניתנה היום, 18/10/22 , בהיעדר הצדדים .

ד"ר יוסף מישעל - יו"ר, נציג המנהל הכללי; דר' ערן סגל - נציג הסתדרות הרופאים

עו"ד אריה רוטר - נציג היועץ המשפטי לממשלה