

25.6.2013

לכבוד  
שר הבריאות

בענין:

ד"ר בעז לב, המשנה למנכ"ל משרד הבריאות באמצעות באת כח,  
עוה"ד יונתן ברג מלשכת היועצת המשפטית, משרד התובע הראשי משרד  
הבריאות, ירושלים

הקובל

- נגד -

ד"ר אלכסנדר נירקין ת.ז. [REDACTED] רופא מורשה, בעל רשיון מס' [REDACTED] ע"י ב"כ עוה"ד  
חדווה לוי

הנקבל

דין וחשבון לפי הוראות סעיף 44 לפקודת הרופאים

1. תקובלנה -

ד"ר בעז לב, המשנה למנהל הכללי של המשרד הבריאות הגיש, ביום 27.2.2013, קובלנה כנגד ד"ר אלכסנדר נירקין ת.ז. [REDACTED] רופא מורשה, בעל רשיון מס' [REDACTED] (להלן - הנקבל), על כי גילה התנהגות שאינה הולמת רופא מורשה, כאמור בסעיף 41(1) לפקודת הרופאים [נוסח חדש], התשל"ז - 1976 (להלן - הפקודה), בכך שבהיותו רופא תורן, בערב יום 26.7.2007, לא הגיע, לבדוק את החולה ח.ס. (להלן - החולה).

בקובלנה נטען כי:

- 1.1 החולה, שהיתה אז בת 14 שנים, אושפזה, ביום 22.7.2007, במחלקה הכירורגית ב' (מחלקה כירורגית ילדים מוגברת) בבית החולים לילדים "דנה" שבמרכז הרפואי סוראסקי בתל - אביב (להלן - מחלקת הילדים), לצורך הסרת גידול שפיר אגרסיבי מסוג DESMOID, בירך השמאלי, דיסטלי אחורי. ניתוח לכריתת הגידול בוצע, ביום 23.7.2007, על ידי פרופ' ביקלס ובמהלכו הוצא גוש בגודל של כ-8 ס"מ.
- 1.2 הנקבל ששימש כרופא תורן, בשעות הערב והלילה שבין ה- 26.7.2007 לבין ה- 27.7.2007 (להלן - התורנות), לא ביצע ביקור ערב במחלקת הילדים ולא בא לבדוק את החולה, במהלך התורנות.
- 1.3 בבוקר ה- 27.7.2007, הוא היום הרביעי לאחר הניתוח, זיהה הצוות הסיעודי, שכף הרגל שנותחה קרה, נפוחה וללא דופק. בבדיקה שערך פרופ' ביקלס, שנקרא לבדוק את החולה, לא נמושו דפקים פריפריים והחולה הועברה מיד לחדר ניתוח, באבחנה של תסמונת מדור בכף הרגל ואיסכמיה חריפה בגפה. בחדר הניתוח בוצעה פסיוטומיה בה הודגמה איסכמיה נרחבת של כף הרגל. החולה הועברה לאנגיוגרפיה, שם נצפה קרע של עורק פופליטאלי עליון. החולה הועברה שנית לחדר ניתוח לצורך ניסיון לטרומבקטומיה. בניתוח נמצא שהעורק הפופליטאלי בירך שמאל נקטע במהלך הניתוח הראשון וביום 30.7.2007, בוצעה כריתה של רגל שמאל מתחת לברך.

1.4 בסעיף 5 לקובלנה נטען, כי מהטענות העובדתיות שלעיל עולה שהנקבל גילה התנהגות שאינה הולמת רופא מורשה, בכך שבהיותו הרופא התורן, בערב יום 26.7.2007, הוא לא הגיע לבדוק את החולה במהלך התורנות.

## 2. הוועדה -

שר הבריאות מינה אותנו הח"מ, להיות ועדה שתדון בקובלנה (להלן - הוועדה).

## 3. ההליך בפני הוועדה -

3.1 כתב הקובלנה האמור לעיל, הוא נוסח רביעי של הקובלנה שהוגשה בהליך זה. תחילה, ביום 27.6.2010, הוגשה קובלנה כנגד שניים: פרופ' ביקלס, אשר ניתח את החולה, וכן הנקבל, אז יוחסה לשני הנקבלים רשלנות חמורה והתנהגות שאינה הולמת (להלן - **הקובלנה המקורית**); את מקומה של הקובלנה המקורית תפשה קובלנה מיום 14.3.2011, שהוגשה נגד הנקבל בלבד ובמקומה של זו, באה קובלנה מיום 5.5.2011.

הנוסח הרביעי, זה שמיום 27.2.2013 (להלן - **הקובלנה**), הוגש לוועדה, בדיון שהתקיים ביום 17.3.2013, אז הודיעו הצדדים לוועדה על כך שהגיעו לידי הסכמה, לפיה הנקבל יודה באמור בקובלנה (בנוסחה המעודכן) והצדדים יטענו לעונש משמעותי של התראה.

3.2 בין לבין קיימה הוועדה עשר ישיבות, במהלכן הוגשו לוועדה מסמכים ובהם: התיק הרפואי, שני פיענוחים של בדיקת הדמיה (MRI), שבוצע כחדשיים לפני הניתוח, (להלן - בדיקת ההדמיה), פרוטוקול דיוני ועדת הבדיקה שמונתה לפי סעיף 21(א)(3) לחוק זכויות החולה, התשנ"ו - 1996, בראשותו של פרופ' רפאל ולדן (להלן - **פרוטוקול ועדת הבדיקה**) וכן הדו"ח שהוגש, על ידי ועדת הבדיקה, לנציב קבילות הציבור במשרד הבריאות ולמשנה למנכ"ל משרד הבריאות (להלן - **דו"ח ועדת הבדיקה**). עוד הוגשו לוועדה מכתביהם של פרופ' מאיר ניסקא ושל פרופ' הלפרין, שהופנו לנציב קבילות הציבור במשרד הבריאות, החולקים על מסקנות ועדת הבדיקה וכן מכתבו של פרופ' ולדן, המתייחס לטענות פרופ' ניסקא ופרופ' הלפרין וכן חוות דעת מקיפות, של שני מומחים שהוגשו על ידי הנקבל: האחת - של פרופ' משה חשמונאי, מומחה לכירורגיה ולכירורגיה של כלי דם והשניה - של פרופ' עמוס פיזר, מומחה לכירורגיה אורטופדית. במהלך הדיונים, בהליך זה, העידו בפני הוועדה: הנקבל; ד"ר קולנדר, המשמש כיום כמנהל היחידה לאורתופדיה אונקולוגית באיכילוב ובזמן הרלבנטי היה סגן מנהל המחלקה האמורה והאחראי על מנהל שירות אורתופדיה אונקולוגית בילדים; פרופ' ולדן; ד"ר יובל רן, שהיה, בזמן הרלבנטי, מתמחה, וכן אחיות שעבדו, בזמן הרלבנטי, במחלקת חילדים: האחיות האחראיות במחלקת החילדים הגב. לוסיה אדלן וכן האחיות חדס חלמיש.

## 4. הסדר טיעון -

הצדדים הגיעו כאמור להסכמה על סדר טיעון. זאת הן לגבי הטענות העובדתיות שבקובלנה, הן לגבי המסקנה המשפטית העולה מהן, והן לגבי אמצעי המשמעת הראוי לדעתם, בנסיבות העניין, התראה.

לפי הפסיקה, בהליך פלילי, ככלל, בהיעדר פגם או פסול בהודאת נאשם, שניתנה במסגרת הסדר טיעון, ירשיע בית המשפט את הנאשם על-פי הודאתו ויגזור את עונשו, אלא שגם אז בית המשפט אינו פטור מהמוטל עליו, הן לעניין ההרשעה והן לעניין העונש.

בעניין פלוני<sup>1</sup>, עמדה השופטת (כתארה אז) דורית ביניש, על מהותו של הסדר טיעון בהליך הפלילי, כמו גם על הקווים אשר ראוי שינחו את בית המשפט בבואו להרשיע נאשם ולגזור את דינו, שעה שהונח בפניו הסכם בין הצדדים, באמרה: "במסלול זה נחסך מבית המשפט ניהול הליך אדוורסרי של הבאת ראיות בידי הצדדים ובהינתן, ונמנע ממנו הצורך לקבוע עובדות ולהסיק מהן מסקנות משפטיות. אך גם בהתקיים הסדר טיעון בית המשפט אינו פטור מתפקיד המובהק בהרשעה ובהמלצת העונש. עליו לוודא כי לפניו הודיית אמת שעל-פיה רשאי ואף חייב הוא להרשיע את הנאשם, וכן מוטל עליו לנזר את דינו."

ולעניין עצם ההעמדה לדין וקביעת האישומים המיוחסים לנאשם נאמר שם: "ככלל, בית המשפט לא יתערב בפרטי האישומים שהתביעה מייחסת לנאשם אם הנאשם הסכים להודות

<sup>1</sup> ע"פ 1958/98 פלוני נ' מדינת ישראל, פד"י נד, 577

בהם, אלא אם כן הוברר לו כי נפל פסול או פגם מהותי מהסוג של הטעיה, לחץ או פיתוי בהסדר לעניין האישום, או שהעובדות חורגות באופן קיצוני ובזוהר מן העובדות שהוכחו בהליך שכבר התקיים בפניו. בדרך-כלל, ככל שמדובר בפרטים המהווים את האישומים שבכתב-האישום, לא יראה בית-המשפט להתערב בניסוחם המוסכם. מטבע הדברים, כאשר אין לפני בית-המשפט מידע מוקדם ביחס למעשי הנאשם ולראיות הקיימות נגדו המבססות מידע זה, הוא מונבל ביכולתו להתערב בעניין זה. אשר-על-כן ככלל, ועל-פי חלוקת התפקידים המסורתית שנין בית-המשפט לתביעה בהליך הפלילי, יכבד בית-המשפט את שיקול-הדעת הרחב שיש לתביעה בכל הנוגע לעצם ההעמדה לדיון ולקביעת האישומים המיוחסים לנאשם מלכתחילה.

ולעניין אשורו של הסדר טיעון בהליך משמעותי, עמד בית המשפט, בענין ליביו ליאור<sup>2</sup>, על כך שהואיל והשיקול העיקרי בענישה בהליך המשמעותי, הוא אינטרס הציבור, יכול שיש לאפשר מרחב גדול יותר לסטייה מהסדר טיעון, כאשר העונש עליו הוסכם, לא נותן ביטוי הולם ומשקל ראוי לאינטרס האמור.

אף שכאמור, משהונח בפנינו הסדר טיעון, ראוי כלל כי נאמץ את הסדר הטיעון ונרשיע את הנקבל לפי הודאתו. ואולם לאחר ששקלנו היטב את כל חומר הראיות שהובא בפנינו, הגענו למסקנה שלא נפל פגם בהתנהלות הנקבל ולא מצאנו בסיס ליחס לו התנהלות שאינה הולמת רופא מורשה, על אף הודאתו במיוחד לו בקובלנה.

נעמוד לפיכך, תחילה, על עיקרי הרקע העובדתי, העולה מן הראיות שבפנינו.

## 5. הרקע העובדתי -

מהראיות שבפנינו עולה כי:

(א) הנקבל, עובד, מאז שנת 1995, כ"רופא בית" במחלקה האורטופדית אונקולוגית במרכז הרפואי סוראסקי בתל - אביב (להלן - **המחלקה האורטופדית**, או **בית החולים**, לפי העניין). קודם שהנקבל עלה לישראל, בשנת 1991, הוא עבד בארץ מוצאו, רוסיה, כאורטופד, בהמשך הוא ניהל מרכז לטיפול בכוויות ובתחילת דרכו בישראל הוא התמחה, בבית החולים, במחלקה הפלסטית. לנקבל, שלא ניגש לבחינות סיום ההתמחות בישראל, אין תואר מומחה והוא מועסק כרופא שאינו מומחה ואינו מתמחה. החולה אושפזה, לאחר הניתוח, במחלקת הילדים, שם מאושפזים, בין היתר, ילדים שנותרו על ידי רופאי המחלקה האורטופדית. המחלקה האורטופדית ומחלקת הילדים, ממוקמות בבניינים נפרדים.

(ב) לפי הנוהל הנהוג בבית החולים, הרופא התורן במחלקה האורטופדית, אמור להשתדל להגיע, לביקור ערב גם במחלקת הילדים. ואולם ביקור ערב כאמור, לא מתקיים בכל יום, וקיומו תלוי בעומסי העבודה במחלקה, מצד אחד, ומאידך, במצב הילדים, שבטיפול המחלקה האורטופדית והמאושפזים במחלקת הילדים.

במצבי חירום במחלקת הילדים, המענה ניתן בעדיפות ראשונה, על ידי רופא כירורג הנמצא במחלקת הילדים לסירוגין (אחת לשתי יממות), או על ידי רופא תורן מאחת המחלקות האחרות שבבית חולים דנה. מעבר לכך, הצוות הסיעודי במחלקת הילדים מתייעץ בשיחות טלפון, עם רופאי המחלקה האורטופדית ובהתאם לנסיבות, או לבקשת הצוות הסיעודי, הרופא התורן במחלקה האורטופדית מגיע, למחלקת הילדים.

(ג) הניתוח בוצע על ידי שני רופאים בכירים, פרופ' ביקלס וד"ר ניר כהן. בדו"ח הניתוח צויין שהגידול "נכרת בשלמות" וכן ש"נמוש רופק פופליטאלי היטב, כלי הדם, מחוץ לנוש."

(ד) ממסמכים שהוגשו לוועדה עולה שעוד קודם לניתוח היה ידוע **שכלי דם כלואים בתוך הגידול**. מתברר שכחדשיים לפני הניתוח, ביום 21.5.2007, החולה פנתה למרפאה של היחידה הארצית לאורטופדיה אונקולוגית שבבית החולים (להלן - **המרפאה**).

בדיקת הדמייה (MRI), שבוצעה עוד קודם לכן במכון מור, ביום 16.5.2007 (להלן - **בדיקת הדמייה**), העלתה שכלי דם כלואים בתוך הגידול. עניין זה מתועד בשני מסמכים:

<sup>2</sup> ע"א 10979/04 ד"ר ליביו ליאור נ' שר הבריאות, פד"י נט(6), 357.

**האחד -** פיענוח של בדיקת ההדמיה, שנשלח לרופאת המשפחה, ביום 16.6.2007, שעליו צויין בכתב יד שהוא הופנה גם לפרופ' מלר, שבו צויין: "המסה בולאת בתוכה את חלקם הפרוקסימלי של בלי הרם הפופליטאלי".

**השני -** פיענוח נוסף של בדיקת ההדמיה, עליו חתום ד"ר גדעון פלוסר מנהל היחידה לדימויות מערכת השלד חטיבת הדימויות שבבית החולים. שם צויין, לעניין זה, כדלקמן: "עורק ה - SFA נראה משיק לתהליך בחלקו המקורב. בהמשך, באיזור מעבר העורק בתעלה ע"ש האנטר לפוס הפופליטאלי, העורק עובר לתוך התהליך. ריסטליט לכך, בגובה הברך, העורך חשפי. כ - 9 ס"מ הפרוקסימליים של העורק הפופליטאלי עוברים בתוך הגידול". בסיכום הפיענוח שך ד"ר פלוסר צויין, בין היתר: "קיימת מעורבות וסקולרית, כאשר ב - 9 ס"מ המקורבים של העורק הפופליטאלי עוברים בתוך התהליך".

בנוסף לכך, בגליון המרפאה קיים רישום המתייחס לדיון צוות, שהתקיים ביום 27.5.2007, שם צויין, בין היתר, שכלי הדם עוברים בתוך הגידול.

(ח) הניתוח בוצע כאמור ביום 23.7.2007 (להלן - **יום הניתוח**). רופא שבדק את החולה, בשעות אחה"צ של יום הניתוח, מציין בגליון המעקב, שהחולה במצב כללי טוב, אינה כאובה ללא חום וללא חסר נרו-וסקולארי דיסטלי. לא למותר לציין שלחולה ניתן אלחוש באמצעות קטטר אפידורלי ובסיום הניתוח, חובר מד סטורציה לבוהן הרגל שנותחה.

(ו) ביום 24.7.2007 (להלן - **היום הראשון**), החולה נבדקה על ידי ד"ר ניר כהן, שכאמור נכח בניתוח ובעקבות זאת נרשם בגליון: "... נינוחה יציבה המודינמית. **FTI** חם, בנקו 2-50, 1044, נינוחה מתלוננת על חוסר תיאבון, משתינה היטב. נפה חבושה, תחושה ריסטאלית בנפה שמורה פלגמי פלקציה דורסי פלקציה באובה. סובכים רבים...".

(ז) ביום 25.7.2007 (להלן - **היום השני**), החולה נבדקה על ידי שני הרופאים הבכירים שנכחו בניתוח, פרופ' ביקלס וד"ר ניר כהן. במהלך אותה בדיקה, הוחלפה החבישה, ופרופ' ביקלס העיד, בפני ועדת הבדיקה, שהוא בדק את הרגל שנותחה, כשהיא מורמת וללא חבישה, והתרשם שמצב הרגל תקין, למעט "דורס פוט" (כף רגל צנוחה). פרופ' ביקלס ייחס את כף הרגל הצנוחה, לכך שבמהלך הניתוח הוזז העצב הפרוניאלי וכן לכך שהחולה היתה עדיין מחוברת לקטטר אפידורלי. ברישום המתייחס לביקור זה בגליון המעקב צויין, בין היתר, שהחולה נינוחה, עדיין כאובה וכי יום קודם לכן נמדד "חום 38.6 חד פעמי. הבוקר 37.5". באותו יום, הוצאו הנקזים והקטטר האפידורלי וניתנה הוראה לשים על הרגל סד פריניאלי (המיועד לתמוך בכף הרגל בזווית של 90 מעלות מהשוק).

זה המקום לציין שפרופ' ביקלס העיד בפני ועדת הבדיקה כי ביום שקדם לניתוח התקיים במחלקה דיון לגבי תוכנית הניתוח, שנכח בה גם הרדיולוג שהוא מומחה בין היתר ברקמות רכות. לדבריו בעדותו בדיקה ההדמיה חצביעה על "קרבה של הגידול לכלי דם", אלא שהמסקנה בדיון האמור היתה, שניתן לבצע את הניתוח "בצורה בטוחה מאחור". מאידך עלה לדבריו, מבדיקת ההדמיה, שהגידול נמצא ב"אינדימיות משמעותית לעצבים", לפיכך הדאגה העיקרית בניתוח התמקדה במניעת נזק לעצבים ולפיכך, הוא גם יחס את הרגל הצנוחה, שאובחנה על ידו, ביום השני, לכך, שבמהלך הניתוח, העצבים הוזזו, וכן לכך שהחולה היתה עדיין מחוברת לקטטר אפידורלי.

בדיווח הסיעודי, לגבי שעה 6.00 של היום השני, צויין שהחולה "שומרת על סטורציה". לאחר מכן אין דיווח על סטורציה ונראה שמד הסטורציה הוסר ביום זה.

(ח) הנקבל לא נכח בניתוח ולאחר הניתוח הוא בדק את החולה, לראשונה, רק ביום 26.7.2007 (להלן - **היום השלישי**), שעה שערך ביקור בוקר, במחלקת הילדים, בלוית ד"ר רן יובל, שהיה אז מתמחה.

ברשומה ממהלך הביקור צויין: "מצב ככלי יציב, ללא חום, כאבים ויכרים באספקט אחורי של כל השוק, סובכים נפוחים, פלגמי פלקציה מלאה ולא ניתן לבצע דורסי פלקציה (תנועות קדימה ואחורה של כף הרגל). ללא רגישות מעל הירך כלל או מעל השוק קדמית ובצדדים. PASSIVE STRECH כאוב מאוד. אינה מסוגלת לבצע דורסיפלקס. לא במוח בעיה פרוניאלית, ייתכן פשוט כאב. ירידה חחושיתית מעל אספק דורסלי של כף הרגל. PRN (דהיינו: אילחוש בהתאם לצורך) אתמול, נתחיל אוקסיקונסין 10 היום. בס"ד מאתמול ומהיום WBC 22000, NET 84% ללא מקור ברור לזיהום...".

אף שעוד ביום השני ניתנה הוראה לפיזיותרפיה, זו לא בוצעה בשל עיצומי עובדים. הנקבל חזר על הוראה זו, דאג לוודא שתגיע פיזיותרפיסטית לטפל בחולה, וביום השלישי ניתן לחולה טיפול פיזיותרפי שכלל הורדה מהמיטה.

בהמשכו של אותו יום, היה הנקבל תורן במחלקה האורטופדית, שבה היו אז 14 חולים ובהם חולים במצב קשה לאחר ניתוחים מורכבים שנוקקו לטיפולו של הנקבל שגם נדרש, לאור מצבם, להיוועץ פעם ויותר בפרופ' מלר, שהיה אותו ערב במשרדו בבית החולים. בין היתר, נדרש הנקבל לטפל בחולה שעבר ניתוח מורכב באגן, ושני חולים שלקו ב - SEPSIS עם ירידה בלחץ דם, שנדרשו לטיפול ממושך ורציף של הנקבל. אין חולק, כי לאור מצב הדברים במחלקה האורטופדית, הנקבל היה מורתק למחלקה האורטופדית ולפיכך לא יכול היה להתפנות על מנת לבצע ביקור ערב במחלקת הילדים, עד לשעת לילה מאוחרת, שבה הילדים כבר ישנים.

(ט) למחרת בבוקר התברר, כאמור בקובלנה, שהעורק הפופליטיאלי נקטע במהלך הניתוח, נמצא רווח של 8-10 ס"מ בין הגדלים של העורק וכי נוצרו שינויים איסכמיים בלתי הפיכים ברגל.

(י) תוצאות הבדיקה הפתולוגית של הגידול שהוצא, שהתקבלה 16 ימים לאחר הניתוח, מלמדות על כך שבמהלך הניתוח נכרתו העורק והוריד הפופליטלי, כאשר בצמוד לגוש שהוצא במהלך הניתוח, נמצא עורק באורך של 1 ס"מ. כך גם מציין פרופ' ביקלס, בדו"ח הניתוח הנוסף שבוצע ביום 27.7.2013, "נמצא נמק וסקולרי חוסר ברצף אנפומי של העורק".

(יא) למען שלמות התמונה נציין, שביום השלישי החולה לא נבדקה על ידי רופא בכיר. ביקור הבוקר במחלקת הילדים בוצע על ידי הנקבל בלוויית מתמחה בלבד, אף שלדברי פרופ' מלר בעדותו, בפני ועדת הבדיקה, השגרה היא שבדו"ח נוכח רופא בכיר בביקור בוקר, אלא שלעיתים קורה שלא ניתן לעשות כן. עוד עלה מדברי פרופ' מלר, בעדותו, בפני ועדת הבדיקה, שלפי הנוהל בבית החולים, על הרופא הכונן במחלקה האורטופדית, לקיים ביקור במחלקת הילדים, לפני שהוא עוזב את בית החולים. ואולם נראה, שביום השלישי, לא התקיים במחלקת הילדים, ביקור של הרופא הכונן מהמחלקה האורטופדית. ברשומה הרפואית אין רישום היכול ללמד על כך שרופא כונן עשה כן, וב"כ הקובל טען, שלא ידוע אם אכן התקיים, במחלקת הילדים, ביקור של רופא כונן, באותו יום. לדברי ב"כ הקובל, פרופ' ביקלס מסר לו שהוא זה שהיה אמור לשמש כרופא כונן, אותו יום, אלא פרופ' מלר היה אמור להחליפו. אין חולק שפרופ' מלר נכח, בשעות הערב, של ליל התורנות, במחלקה.

#### 6. טענות הצדדים –

##### ב"כ הקובל טען:

ככלל עומד הרופא התורן במרכז מערך בתי החולים, בימי חג ושבט ובשעות שלאחר שעות העבודה הרגילות, כאשר הטענה היחידה המופנית נגד הנקבל הינה, שבמהלך התורנות, הוא לא הגיע לבדוק את החולה.

הטענות הנוספות שהועלו כנגד הנקבל, בנוסחים הקודמים של הקובלנה, נמחקו בהתחשב באילוצים שבהם הנקבל עבד וכן משהתברר שבמקרה זה היו "בעיות נוספות". זאת כאשר, האחות לוי אדלן ומנהל המחלקה, פרופ' מלר, העידו שלפני הנהוג במחלקה, הרופא התורן אמור "להשתדל" להגיע לביקור ערב במחלקת הילדים, ואף לא ידוע אם הרופא הכונן ערך ביקור במחלקת הילדים, קודם שעזב את בית החולים, כנדרש בהתאם להנחיות ולנוהל הנהוג במחלקה.

ב"כ הקובל עמד על כך שלא ניתן להתעלם מכך שמדובר במחלקה האורטופדית, שבה מטופלים חולים במצבים מאוד קשים, אלא שאף אם הנקבל לא יכול היה לעזוב את הטיפול בחולים שהיו מאושפזים במחלקה האורטופדית אלא רק בשעת לילה מאוחרת, היה עליו להגיע למחלקת הילדים ולבדוק את החולה.

ב"כ הקובל הוסיף שאין חולק שהנקבל היה תורן במקביל בשתי מחלקות, הנמצאות בבניינים שונים. ואולם עניין זה נקלח בחשבון שעה שהושגה ההסכמה עם הנקבל, לפיה עצם העובדה שהוא לא הגיע לביקור ערב, מהווה התנהגות שאינה הולמת ולכן גם הוסכם על התראה בלבד.

ב"כ הנקבל טענה –

כעולה מן העדויות, במסגרת תורנות במחלקה האורטופדית, הרופאים שואפים לבקר גם את החולים הקשורים למחלקה, המאושפזים במחלקת הילדים, אלא שבפועל לא בכל מקרה ניתן לעשות כן. כך קרה, במהלך התורנות, בשל אילוצים מאוד קשים, שלא אפשרו לנקבל אז, לצאת מהמחלקה האורטופדית, אלא אך בשעה מאוחרת. ויש לזכור שבמחלקת הילדים קיים רופא תורן הנותן את המענה המידי.

עוד עלה מהעדויות שכאשר מתעוררת בעיה במחלקת הילדים, הרופא התורן נקרא לבוא, אלא שהנקבל לא נקרא לבוא במהלך התורנות והאחות ורדי, שהיתה במחלקת הילדים במהלך התורנות גם העידה, בפני ועדת הבדיקה, שלא ראתה דבר חריג אצל החולה.

פרופ' חשמונאי, שפעל כמנהל מחלקה כירורגית במשך 16 שנים, מציין בחוות דעתו, שעומס הפעילות המוטל על הרופאים התורנים, במציאות הקיימת בבתי החולים ובפרט במרכזים הגדולים, רב ביותר וכי קורה לא פעם, שבשל הצורך להקדים טיפול במצבים דחופים, פעולות שגרתיות נדחקות לקדימות נמוכה יותר ואף קורה שהן אינן מבוצעות כלל.

ב"כ הנקבל עמדה על כך, שבמהלך התורנות המחלקה האורטופדית היתה עמוסה לעיפיה, עם 14 חולים, ובהם חולים במצבים מאוד קשים שהנקבל נדרש לטפל בהם במשך שעות ארוכות. ב"כ הנקבל הפנתה לעדותו של פרופ' מלר, בפני ועדת הבדיקה, לפיה במחלקה האורטופדית, קיימים צרכים מיוחדים, שלא ניתן למלאם על ידי מתמחים מזדמנים. כאשר לדבריו הנקבל נבחר, לאור צרכים אלה, לבצע את ה"עבודה השחורה", בהתחשב בנסיגו העשיר בתחום הרפואה הפלסטית והטיפול בכוויות. הנקבל היה ועודנו מופקד במחלקה על הטיפולים המורכבים, בחולים שעברו ניתוחים קשים, אשר לצוות הסיעודי חסרה המיומנות הדרושה לבצעם, ולפיכך הוא עבד אז ועובד גם כיום, שעות ארוכות ורצופות, גם לאחר תורנות.

התוצאה החמורה של מקרה זה נעוצה בטעות חמורה שנעשתה במחלקה. זאת בהנתן שהיה ידוע עוד לפני הניתוח, שכלי דם כלואים בגידול והואיל ומדובר בגידול הנוטה להישנות, נדרש היה לשתף בניתוח כירורג מומחה לכלי דם, על מנת לבצע מעקף לכלי הדם שבתוך הגידול ולאפשר בכך את כריתת הגידול כמקשה אחת. אלא שבניתוח לא נכח מומחה ולא בוצע מעקף כאמור.

ב"כ הנקבל טענה שדו"ח ועדת הבדיקה, שבהתאם למסקנתה הוגשה הקובלנה, לוקה בטעויות עובדתיות חמורות:

(א) על פניו ברור שהוועדה לא היתה מודעת לקיומה של בדיקת ההדמיה ולתרשומת משיבת צוות המרפאה שהתקיימה כחדשיים לפני הניתוח, שאם לא כן אין הסבר לכך שוועדת הבדיקה אמצה את גרסתו של פרופ' ביקלס, לפיה כלי הדם נמצאו מחוץ לגידול וכי לפיכך, במהלך הניתוח, התמקדה שימת הלב לעצבים שבסביבת הגידול.

(ב) יו"ר ועדת הבדיקה, פרופ' ולדן, גם הודה, בעדותו בהליך זה, שבמסגרת דיוני ועדת הבדיקה, הוא לא ראה את בדיקת ההדמיה. זאת אף שמפרוטוקול דיוני ועדת הבדיקה עולה, שעורך דינה של משפחת החולה, הפנה את הוועדה לאמור לגבי כלי הדם, בפניענון של בדיקת ההדמיה.

(ג) הוועדה לא התייחסה לכך שבדו"ח הניתוח צויין שדופק פופליטאלי נמוש היטב ושכלי הדם מחוץ לגידול, כאשר לאור מה שהתברר בדיעבד ברור, שבמהלך הניתוח נכרת גם העורק, ולפיכך לא ניתן היה לחוש בדופק פופליטאלי. זאת אלא אם נמוש החלק שמעל האזור שנותח וברור שבדיקה באזור זה לא יכולה ללמד דבר באשר לפגיעה אפשרית בעורק במהלך הניתוח.

(ד) פרופ' חשמונאי מציין שהשרירים ברגל שנותחה, שלא קיבלו אספקה של חמצן, עקב הפגיעה בעורק, מתו בפועל לאחר שבע שעות. כך סבר גם ד"ר קלנדר, המשמש כמנהל היחידה לאורתופדיה אונקולוגית בבית החולים. פרופ' ולדן אמנם סבר, כעולה מעדותו, שהפגיעה הבלתי הפיכה בשרירים, מתרחשת תוך 24 שעות ושאת אלה יש למנות רק משעה שהאפידוראל נותק. אלא שהאפידוראל נותק בבוקר היום השני שלאחר הניתוח, ולפי גליון המעקב, אף בלילה שלאחר היום השלישי, לא נצפה סימן כלשהו לבעיה.

ב"כ הנקבל טענה שההחלטה להגיש קובלנה נגד הנקבל דווקא, בעייתית על פניה, כמו גם ההחלטה לבטל את הקובלנה שהוגשה נגד פרופ' ביקלס, כאשר עצם הגשת הקובלנה נגד הנקבל משמעה עינוי דין, מה גם שהנקבל נאלץ, לצורך הגנתו, לשאת מכיסו בתשלום הוצאות גבוהות עבור חוות הדעת של שני מומחים. לעניין זה הפנתה ב"כ הנקבל לאמור להלן:

(1) פרופ' ולדן, בעדותו ובאמור במכתבו המופנה לפרופ' הרשקו, בתגובה לביקורת של פרופ' ניסקא ופרופ' הלפרן על מסקנות הוועדה, חוזר על עמדת ועדת הבדיקה, לפיה בדיקת דפיקים היקפיים לאחר ניתוח אורתופדי בגף, צריך שתהא חלק בלתי נפרד מהמעקב הרפואי וכי הבעיה, במקרה זה, נעוצה בכך שהדפיקים ברגל של החולה לא נבדקו על ידי הרופאים כלל לאחר הניתוח. פרופ' ולדן מציין במכתבו, שלפיכך מדובר בבעיה שיש לטפל בה במישור המערכתי ולא בהליך משמעותי. ב"כ הנקבל טענה, שלא מתקבל על הדעת, שעמדתו של פרופ' ולדן תהא רלבנטית לצורך ההחלטה לבטל את הקובלנה שהוגשה נגד פרופ' ביקלס בלבד, אך יתעלמו ממנה בכל הנוגע לנקבל.

(2) ב"כ הקובל טען, שהוגשה קובלנה נגד הנקבל בלבד, בשל קושי ראייתי לגבי יתר המעורבים. ואולם העולה מהאמור לעיל הוא שלא מדובר בקושי ראייתי, אלא בכך ששאלות מהותיות לא נבחנו.

(3) אף שמדובר בטעות חמורה שנעשתה במחלקה ואף שכל מי שטיפל בחולה, ביום הניתוח וביומיים שלאחריו, לא העלו השארה לקיומה של בעיה הקשורה בכלי דם, הוחלט להגיש קובלנה נגד הנקבל דווקא, וזאת בשל כך שבערבו של היום השלישי שלאחר הניתוח, לא עלה בידו להגיע לביקור במחלקת הילדים.

ב"כ הנקבל עמדה על נתוניו האישיים של הנקבל - הנקבל בן 60, נשוי, אב לילד ועלה לישראל מרוסיה בשנת 1991, לאחר שעבד שם כפלסטיקאי בכיר ומנהל יחידת כוויות. לנקבל נסיון עשיר בכירורגיה פלסטית וראומטולוגיה. בשנים 1992-1995 הנקבל עבד במחלקה לכירורגיה פלסטית בבית החולים. בשנת 1995, עם הקמת היחידה הארצית בבית החולים ולבקשת פרופ' מלר, הצטרף הנקבל למחלקה האורטופדית ומאז הוא רופא הבית היחיד במחלקה במעמד של "לא מומחה ולא מתמחה".

ב"כ הנקבל התייחסה בדבריה להערכה יוצאת הדופן שהנקבל זוכה לה, על עבודתו המקצועית והמסורה והפנתה את הוועדה לאמור במכתבים של ד"ר קולנדר מ"מ מנהל המחלקה, ד"ר דרור לוי מנהל המרפאה להמטואונקולוגיה ילדים באיכילוב ורדמילה טרייברג סגנית האחות האחראית במחלקה. עוד הפנתה ב"כ הנקבל לאמור במכתבו של פרופ' מלר, מנהל המחלקה, אשר מעבר לדברי הערכה לנקבל גם מביע את עמדתו לפיה עצם העמדתו של הנקבל לדין, מקוממת. ב"כ הנקבל גם ציינה שהנקבל מקפיד לצאת להשתלמויות על מנת להעשיר את ידיעותיו. ב"כ הנקבל גם עמדה על כך שהנקבל נבחר, לפני כ-4 שנים, לרופא מצטיין בעבודתו, על ידי עיריית ת"א וכן על כך שצוות המחלקה, שהנקבל מהווה חלק ממנו, הזכיר על ידי מנכ"ל משרד הבריאות, כצוות מצטיין. לשאלת הוועדה מדוע הסכים הנקבל להסדר הטיעון, שלפיו הוא יודה בנטען בקובלנה ויושת עליו עונש של התראה, השיבה ב"כ הנקבל כי הנקבל ביקש לסיים את ההליך המשמעותי, הן במטרה לסיים את עינוי הדין החמור והן בשל הלחץ שהוא נתון בו, כאשר במקביל לדיון בהליך המשמעותי, הוא עובד במחיצת יתר המעורבים בפרשה.

## 7. המלצת הוועדה -

7.1 המדובר בפרשה חמורה, שארעה לפני שש שנים, שתחילתה בניתוח להסרת גידול שפיר בירך, הנוטה להישנות, שבוצע ביום 23.7.2007, וסיומה בתוצאה הטרגית, קטיעת רגלה של החולה שהיתה אז בת 14. זאת כאשר רק בדיעבד התברר, שבמהלך הניתוח, נקטע העורק הפופליטאלי, אלא שהאיסכמיה בגפה, שנוצרה בעקבות קטיעת העורק, התגלתה רק ביום הרביעי שלאחר יום הניתוח, אז גם התברר שלרגל נגרם נזק בלתי הפיך ולפיכך לא נותרה ברירה כי אם לכרות את הרגל מתחת לברך.

7.2 הנקבל כאמור הודה בכך, שבמהלך התורנות, הוא לא הגיע לביקור ערב במחלקת הילדים. עוד הודה הנקבל בכך, שבמהלך התורנות הוא לא הגיע לבדוק את החולה וכי לפיכך הוא נהג בדרך שאינה הולמת רופא מורשה.

7.3 למשמעות המונח התנהגות שאינה הולמת שבסעיף 41(1) לפקודה, התייחס בית המשפט העליון בעניין פישמן<sup>3</sup> באמרו: "...התנהגות שאינה הולמת רופא היא זו שאינה תואמת את העקרונות המנחים בתחום העיסוק ברפואה. בין שמדובר בכבוד המקצוע, בין שעניינם ביחסים שבין רופא לחולה וכן יתר כללים אתיים ואחרים, המעצבים ערכים ותפישות, שדאוי כי יחדלו במקצוע הרפואה".

<sup>3</sup> ע"א 580/86 ד"ר עמירם פישמן נ' שר הבריאות, פד"י מא(2), 614.

נדרש איפוא לבחון את השאלה, אם היה על הנקבל, בהיותו הרופא התורן בערב היום השלישי, לערוך ביקור ערב במחלקת הילדים, בנסיבות שהתקיימו אז וכן אם העובדה שהנקבל לא הגיע לבדוק את החולה, במהלך התורנות, מהווה התנהגות שאינה הולמת רופא, משאינה תואמת העקרונות המנחים בתחום העיסוק ברפואה, לרבות כללים אתיים ואחרים.

7.4 הקובל טוען כי ברקע הטענה המופנית כנגד הנקבל, עומדת האחריות המוטלת על הרופא התורן, שהוא העומד במרכז מערך בתי החולים, בשעות שלאחר שעות העבודה הרגילות.

לעניין האחריות המוטלת על רופא תורן, קובע חוזר המנהל הכללי של משרד הבריאות בנושא: אחריות הרופא התורן, הרופא הכונן ומנהל המחלקה ככונן העל, בין היתר, כי:

"הרופא התורן משמש כרופא בפועל ואחראי על הטיפול השוטף במחלקה שבאחריותו. על הרופא התורן להבדיר את כל הבעיות הרפואיות של החולים במחלקה שבאחריותו. לאחר את כל החולים שבבעיותם דורשת תשומת לב מיוחדת ולהעניק להם תשומת לב כזו". וכן: "על הרופא התורן לעדכן את הרופא הכונן ולשתף אותו בנעשה במחלקה... בדגש על המקרים החריגים, כדי שבמידת הצורך, יוכל הרופא הכונן לעקוב ולדאוג לטיפול הרפואי בהם".

ולעניין החובה המוטלת על רופא תורן למתן ייעוץ במחלקה שבה הוא משמש כתורן וכן לגבי מתן יעוץ, בתחום התמחותו, במחלקה אחרת, נאמר בסעיף 3.2 לחוזר כי: "על הרופא התורן להיות זמין מיידית לצוות הרפואי והסיעודי במחלקה. זמין למתן ייעוץ בתחום התמחותו במחלקות אחרות".

הנקבל שמש כרופא תורן במחלקה האורטופדית, כאשר החולה היתה מאושפזת במחלקת הילדים, הממוקדמת בבניין אחר. מן הראיות שבפנינו עולה, שהנהלים שנהגו לגבי מחלקת הילדים, בשעות שלאחר שעות העבודה הרגילות, מצביעים על כך שהונהג שם הסדר מיוחד. לפי נהלים אלה, על הרופא התורן במחלקה האורטופדית, אחראי בראש ובראשונה לנעשה במחלקה האורטופדית ועליו להשתדל לקיים ביקור ערב במחלקת הילדים, בכפוף למצב הדברים במחלקה האורטופדית ולמצב החולים המאושפזים במחלקת הילדים. זאת כאשר, המענה המידי במחלקת הילדים, ניתן על ידי רופא כירורג ילדים שהיה מוצב שם לסרוגין (אחת לשתי יממות) ובהעדרו על ידי רופא תורן מאחת המחלקות האחרות שבבית חולים דנה. במקרה הצורך קויימה התייעצות טלפונית עם הרופא התורן במחלקה האורטופדית, או שהתורן במחלקה האורטופדית היה נקרא לבוא למחלקת הילדים והוא היה נערך לכך ומגיע.

על הנוהל שנהג לעניין זה, למדנו מעדותן של האחות האחראית למחלקת הילדים, הגב. לוי אדליין והאחות סוּטלנה ורדי וכן מעדותו, בפני ועדת הבדיקה, של פרופ' מלר, העומד בראש היחידה הארצית לאורטופדיה אונקולוגית שבבית החולים, שבמסגרתה פועלת המחלקה האורטופדית.

האחות האחראית במחלקת הילדים, לוי אדליין, חזרה בעדותה בהליך זה, על עדותה בפני ועדת הבדיקה, לפיה לא קיימת, במחלקת הילדים, רוטינה של ביקור ערב, של רופאים מכל המקצועות. לדבריה: "יש לנו... הרבה מקצועות, ויש כל מיני נידורים שפה ושמה מסתובבים במחלקה. מבחינת אורתופדיה אונקולוגית (הכוונה למחלקה האורטופדית) שזה חלק מהנישה שלנו בדרך כלל הם בהישג יד מתמיד". בתשובה לשאלה אם יש מוסד של ביקור ערב, כל יום, אצל הילדים, השיבה לוי אדליין: "לא בכל מקצוע, באורתופדיה אונקולוגית הם מאוד משתדלים, אני לא יכולה להגיד שזה לגמרי על בסיס קבוע, אבל הם מאוד משתדלים, כן. זה בין המקצועות... שהם מאוד מקפידים לראות ולבקר את הילדים שלהם, הם מאוד זמינים... ויש הרבה פעמים שהם, ברגע שיש ילד מנותח הם באים גם בערב לבקר אותם, כן, חר משמעת". הגב. אדליין הוסיפה בעדותה, שבמצבי חירום, המענה ניתן על ידי רופא ילדים שנמצא בבניין שבו נמצאת מחלקת הילדים. לדבריה במחלקה נמצא, לסרוגין (כדבריה: יום כן ויום לא), רופא כירורג ובימים שבהם הוא לא נמצא, נחוג לפנות, קודם כל, לרופא כירורג מהמחלקה הכירורגית הנוספת שבבניין בית החולים דנה.

דברים דומים עולים גם מדברי האחות סבטלנה ורדי, שהעידה בפני ועדת הבדיקה ולעניין זה התייחס גם פרופ' מלר, בעדותו בפני ועדת הבדיקה, באמרו: "הנוהל של הביקור. תראה הביקור הגדול הוא ביקור בוקר, והוא ביקור עבודה... וביקור הערב הם מה שנקרא הבקרה, הם בבר לא, הם לא ממש ביקור, זאת אומרת במחלקה זה יותר בולט, בילדים תלוי מי מאושפז, תלוי מה המצב, כי שמה הדבר הוא פלוקמאומי זה לא קבוע. אבל



מקובל שעושים את הסיבוב בערב, מסתכלים מה קורה. לפעמים באמת אם אתה יודע שמאושפזים שם שני ילדים שאין להם בעיה משמעותית, ואתה שואל את האחות הנל בסדר, אז אתה לא קופץ שמה או . קיי. זה יכול להיות, זה לא, אני לא רואה בזה, זה לא הבעיה."

פרופ' מלר חוזר ומתייחס לנושא זה במכתבו, מיום 5.3.2013, המופנה לוועדה, כדלקמן: "אני מבקש להדגיש, כמדיניות, ראוי לבצע ביקור ערב אצל חולינו המאושפזים במחלקות אחרות, אך לא תמיד זה מתאפשר (הדגשה במקור). התורן אחראי בראש ובראשונה על המחלקה שלנו. כידוע המחלקה לאורטופדיה אונקולוגית היא מחלקה קשה עם מקרים מסובכים ומורכבים המצריכים טיפול אנמנטיבי, ולא מעט פעמים, לא ניתן לעבור את המחלקה לבצע ביקור ערב במחלקת הילדים."

כאמור בסעיף 5 לעיל, בזמן התורנות התקיימו במחלקה האורטופדית נסיבות שלא אפשרו לנקבל לקיים ביקור ערב במחלקת הילדים. אף ב"כ הקובל לא חולק על כך שמדובר היה אז בנסיבות אשר ריתקו את הנקבל למחלקה האורטופדית, עד לשעת לילה מאוחרת.

מעבר לאמור בעדות הנקבל בדבר האילוצים שלא אפשרו לו להגיע לביקור ערב במחלקת הילדים, מציין פרופ' מלר במכתבו המופנה לוועדה: "ברור לי שבאותו ערב הארועים הקשים במחלקה לא איפשרו קיום ביקור כזה (ההדגשה במקור). מבחינתנו, באנטראקציה מול מחלקת הילדים - לו היו חשים בצורך - היו מחקשים ומומנים את התורן. אם כך היה קורה, ד"ר נרקין היה נערך בהתאם. זו אינה תורנות יחידה ומיוחדת בה העומס על התורן אינו מאפשר ביקור כזה, אנו חווים זאת לא אחת."

נציין שהקובלנה מתייחסת לנקבל כ"רופא תורן" ותו לא, בלא שניתנה בה התייחסות לאמור לעיל, לגבי הנוהל הנוהג לגבי מחלקת הילדים. דא עקא שב"כ הקובל, בסיכום טענותיו, עמד על כך שהראיות מצביעות על כך שרופא תורן במחלקה האורטופדית, אמור אך להשתדל להגיע למחלקת הילדים, במהלך תורנות וכי במהלך התורנות התקיימו נסיבות שמנעו מהנקבל לעשות כן. זאת ועוד, בחלק העובדתי שבקובלנה נטען שהנקבל שימש כרופא תורן ולא ביצע ביקור ערב, ואולם עבירת המשמעת המיוחסת לנקבל בקובלנה, מתייחסת אך לכך שהנקבל, בחיותו רופא תורן, לא הגיע לבדוק את החולה במהלך התורנות.

לאור האמור לעיל, לאור הנהלים שחלו כאמור לגבי ביקור ערב במחלקת הילדים ולאור המצב ששרר אז במחלקה האורטופדית, איננו סבורים שניתן לבוא בטענה לנקבל, על כך שהוא לא נטש את המחלקה האורטופדית על מנת לערוך ביקור ערב במחלקת הילדים. מה גם שכאמור אף ב"כ הקובל לא טוען כך.

עוד עולה מן האמור לעיל הוא שבנסיבות האמורות, גם לא נפל פגם בהתנהלות הנקבל משלא בא לבדוק את החולה, במהלך התורנות, אלא אם כן. מתבקש היה שיעשה כן לאור מצבה של החולה. שאז היה עליו להעריך בהתאם, למרות האילוצים, לשנות את סדר העדיפות ולהגיע למיטת החולה.

לפיכך נדרשנו לשאלה, אם היה על הנקבל, למרות האמור לעיל, להגיע למחלקת הילדים, במהלך התורנות, על מנת לבדוק את החולה, לאור מצבה, כפי שהיה ידוע לו אותה עת וכי משלא עשה כן, הוא גילה התנהגות שאינה הולמת רופא מורשה. 7.5

נקדים ונבהיר שאין חולק על כך, שבמהלך התורנות, הנקבל לא התבקש לבוא למחלקת הילדים. כך גם לא נטען, שבמהלך התורנות, פנו אל הנקבל, בקשר לחולה, או כי נמסר לו מידע כלשהו בקשר אליה. לא למותר ציין גם שהאחות סווטלנה ורדי, שהיתה במהלך התורנות במחלקת הילדים, העידה, בפני ועדת הבדיקה, כי היא לא ראתה אז, דבר מה חריג אצל החולה וכי היא לא הזמינה את הנקבל לבוא.

יובהר שב"כ הקובל סתם ולא פרש מדוע לטענתו היה על הנקבל להגיע ולבדוק את החולה, למרות שאף הוא מכיר בכך שלפי הנוהל רופא תורן אמור אך להשתדל להגיע למחלקת הילדים וכי בנסיבות שהתקיימו, במהלך התורנות, נמנע מהנקבל לקיים ביקור ערב במחלקת הילדים. זאת מעבר לכך שלטענתו, פרופ' מלר העיד בפני ועדת הבדיקה, שהיה על הנקבל להגיע ולבדוק את החולה. עיון בפרוטקול הדיון בפני ועדת הבדיקה מעלה, שפרופ' מלר השיב, לשאלה חוזרת ונשנית של הוועדה, כי הוא סבור שהיה על הנקבל לבוא ולבדוק את הילדה, במהלך התורנות, אלא שמקריאת עדותו עולה הרושם שדברים אלה נאמרו בבחינת חכמה שלאחר מעשה. ראוי בהקשר זה לציין, שבמקביל לכך פרופ' מלר חזר, פעם ויותר, בעדותו בפני ועדת הבדיקה, על כך

שלדעתו הקושי לא נעוץ במה שקרה ביום השלישי, או במה שהנקבל ידע או יכול היה אז לדעת, אלא בכך שהצוות הבכיר לא אבחן את הבעיה עוד קודם לכן. זאת ועוד במכתב של פרופ' מלר שנשלח לוועדה זו, מציין פרופ' מלר: "ברור לי שנאוחו ערב הארועים הקשים במחלקה לא אפשר [ההדגשה במקור] קיום ביקור כזה. מבחינתו באינסראקציה מול מחלקת הילדים-לו היו חשים בצור-היו מתקשרים ומחמנים את התורן. אם כך היה קורה, ד"ר נידקין היה נערך בהתאם. זו אינה תורנות יחידה ומיוחדת בה השמס על התורן אינו מאפשר ביקור כזה, אנו חווים זאת לא אחת."

נבחן לפיכך את השאלה האמורה, לאור הראיות שבפנינו, גם על רקע טענות שהועלו כנגד הנקבל בנוסחים קודמים של הקובלנה והאמור, בהתייחס לנקבל, בדו"ח ועדת הבדיקה.

7.6 מה אם כן היה ידוע לנקבל על מצבה של הילדה, עובר לתורנות והאם לאור זאת מתבקש היה שיגיע לבדוק את החולה, במהלך התורנות, בנסיבות שהתקיימו אז במחלקה האורטופדית -

הנקבל כאמור, לא נכח בניתוח, ולאחר הניתוח הוא בדק את החולה לראשונה, ביום השלישי, במהלך ביקור בוקר שערך בלווית מתמחה. אז עמד לנגד עיניו מה שדווח בעל פה ובכתב, לגבי הניתוח עצמו, כמו גם על מצב החולה בימים הקודמים, לפיהם מצבה היה תקין ולא נפתה בעיה, למעט סמפטומים, שיוחסו על ידי הרופאים הבכירים, עוד ביום השני, לנזק עצבי הנובע מכך שבמהלך הניתוח העצב האיסכיאטי הוזז.

הנקבל העיד שפרופ' ביקלס, אשר בדק את הילדה ביום השני, דיווח על כך שמצבה תקין, וכן "שהוצאו נקזים ואפיזוראל ושהרגל תקינה". וכי שעה שהגיע לביקור בוקר ביום השלישי, הוא קרא את מה שתועד בתיק הרפואי, לגבי הניתוח עצמו ולגבי כל המהלך שלאחריו. זאת לרבות דו"ח, שבו צויין שהגידול "נבדח בשלמות" וכן "נמוח דופק פופליסאלי היסב, בלי הרם, מחוץ לגוש". עוד העיד הנקבל שפרופ' ביקלס גם דיווח בעל פה שהניתוח עבר בקלות וללא תקלות.

כעולה מהתיק הרפואי, ביום הראשון החולה נבדקה על ידי אחד הרופאים הבכירים שנכחו בניתוח וביום השני בדקו את החולה, שני הרופאים הבכירים שנכחו בניתוח, כאשר, ביום השלישי, לא נכח רופא בכיר בבדיקת החולה, במהלך ביקור הבוקר. מהתיק הרפואי עולה שהרופאים שבדקו את החולה, לפני הנקבל, ובהם הרופאים הבכירים שנכחו בניתוח, לא אבחנו בעיה מיוחדת למעט סמפטומים, זהים לאלה שנמצאו בבדיקת הנקבל ביום השלישי, שיוחסו לכך שבמהלך הניתוח הוזז העצב האיסכיאטי.

זה המקום להבחיר, שכלל קטיעה של העורק הפופליטאלי, באה לידי ביטוי בתמונה קלאסית של איסכמיה חריפה, כאשר עוד בשלב ראשון, ניתן לצפות בחיזורון ובקור של הגפה. אלא שבמקרה זה, בכל אחד מהימים, הראשון, השני והשלישי, לרבות בשעות הערב של היום השלישי, דווח בכתב על כך, שאצבעות הגפה חמות וכי החולה מזיזה אותן.

לא למותר לציין, שלמעט בבדיקת שני הרופאים הבכירים שנכחו בניתוח, שהתקיימה ביום השני, אז נבדקה הרגל כשהיא חשופה (אז הוחלפה החבישה) ומורמת, יתר בדיקות המעקב בוצעו, בהתאם לנהוג במחלקה, כאשר הרגל חבושה לכל ארכה, למעט האצבעות.

בתשובה לשאלת הוועדה, השיב הנקבל שהוא לא בדק את הדפקים ברגל. לדבריו בפועל לא היתה אפשרות טכנית לבדוק את הדופק מאחורי הברך, שכן הרגל היתה חבושה בחבישה מרופדת מאמצע השוק ועד לכף הרגל, כאשר רק הבהונות היו חפשיים. לדבריו לא עלה בדעתו שקיימת בעיה הקשורה בכלי הדם, לאור מה שנכתב בדו"ח הניתוח, כי הדפקים נמושו וכלי הדם היו מחוץ לגידול ולאור מה שדווח לגבי הימים שקדמו ליום השלישי, ובעיקר לאור מה שדווח לגבי היום השני, לפיו פרופ' ביקלס בדק את הרגל כשהינה חבושה ומצאה במצב תקין. מאידך הוא סבר שיכול שקיימת בעיה עצבית, בהנתן שבניתוח נדרש היה להרחיק את העצבים מאזור הגידול וכי זה יכול להיות הגורם לקשיים בתנועות כף הרגל, לכף הרגל הצנוחה, שאובחנה עוד ביום הקודם וכן לכאבים ברגל. זאת גם כאשר יום קודם לכן נותק הקטטר האפיזוראלי, והנסיון מלד שקורה לא פעם שבעקבות זאת החולה נזקק, בימים שלאחר מכן, לתרופות נוספות נגד כאב.

במאמר מוסגר יובהר שבראיית הדברים בדיעבד, נצפו, עוד ביום הראשון והשני, סמפטומים שיכלו להצביע על קיומה של איסכמיה. כך בבחינת חכמה שלאחר מעשה, ניתן לומר שתלונות החולה על כאבים, העליה במספר הכדוריות הלבנות, הנפיחות של הרגל, וה"פוזיטיב סטרך", שנצפו עוד ביום הראשון והשני, היו אמורים להעלות חשד לאיסכמיה. ואולם נראה שהתמונה הקלינית הקלאסית של איסכמיה (שהם חיורון וקור), מוסכה על ידי ההשפעה של האילחוש האפידורלי, כאשר במהלך שלושת הימים שלאחר הניתוח, לרבות בשעות הערב של היום השלישי, דווח על כך שאצבעות הרגל חמות ושהחולה מזיזה אותן וכאשר נקודת המוצא היתה האמור בדו"ח הניתוח על כך שהדופק נמוש היטב וכלי הדם מחוץ לגוש. נראה שנוסבות אלה עמדו ברקע העובדה שאיש מבין הרופאים שטיפלו בחולה, לאחר הניתוח, הן ביום הניתוח והן בשלושת הימים שלאחר מכן, לרבות הרופאים הבכירים שנכחו בניתוח, שכאמור גם בדקו את הגפה, ביום השני, כשהיא משוחררת מהחבישה, לא העלה חשד לקיומו של תהליך איסכמי ואף לא העלה השארה שיכול שקיימת בעיה של אספקת דם בגפה.

לאור התמונה הקלינית, גם על רקע מה שדווח בסיום הניתוח, אין להתפלא על כך שאף הנקבל, שבדק את החולה ביום השלישי, לא העלה חשד לקיומה של בעיה וסקולארית. זאת גם בהנתן שהסמפטומים, שהיו אמורים חשד לקיומה של הבעיה, יוחסו באופן סביר לאפשרות של פגיעה עצבית כתוצאה מכך שבניתוח הוזז העצב האיסכיאטי. ויש לזכור בהקשר זה שהנקבל אינו רופא מומחה, הוא לא נכח בניתוח והוא בדק את החולה לאחר שביום הראשון היא נבדקה על ידי אחד הרופאים הבכירים שנטלו חלק בניתוח ולאחר, שביום השני, הרגל נבדקה, ללא החבישה וכשהרגל מורמת, על ידי שני המנתחים הבכירים ושניהם סברו שמצבה תקין והם ייחסו את הסמפטומים לבעיה העצבית בלבד.

עמדה זו עולה גם מחוות הדעת של פרופ' חשמונאי ופרופ' פיזר. בהתייחס לשאלה אם ניתן היה להעלות על הדעת כי קיימת איסכמיה חריפה ביום השלישי, מציין פרופ' חשמונאי בחוות דעתו, כי: "בהעדר סימנים קלאסיים לאיסכמיה חריפה משך שתי יממות, ובהעדר סימני איסכמיה ראשוניים של החיורון מוחלט וקור של הגף, לא הייתי מעלה על דעתי כי בלי הדם הפופלימאלי נחתכו בניתוח בסדרם הופיעו הסימנים הקלאסיים הסופיים. זאת במיוחד, כאשר בדוח הניתוח הראשון נרשם כי הדופק הפופלימאלי נמוש היטב וכלי הדם מחוץ לגוש."

מדו"ח ועדת הבדיקה, כמו גם מעדותו של יו"ר ועדת הבדיקה פרופ' ולדן עולה, שהוועדה סברה שבמצבה של החולה ביום השלישי, העיד על החמרה במצבה. זאת גם ככל הנראה מעמדתו של פרופ' ולדן, עליה עמד בעדותו בהליך זה, לפיה התהליך האסכמי לא החל מיד עם קטיעת העורק, אלא בשלב מאוחר יותר, לאחר הוצאת הקטטר האפידוראלי. נראה שתפישת זו גם עומדת ברקע האמור בקובלנה.

יובהר, כי דעתנו בעניין זה שונה. נקדים ונבהיר כי חסימה הדרגתית של קטע עורק, כפי שקורה עקב טרשת עורקים, מאפשרת התרחבות של הקולטרלים (העורקים הקטנים). דא עקא שגם אז, מדובר בתהליך שלא יכול להתפתח תוך ימים ספורים. שונה המצב כאשר מדובר בחסימה פתאומית או בקטיעה של עורק שאז, בהעדר טיפול מיידי בתיקון הנזק, התוצאה היא מוות של החלק שלא מקבל אספקה של דם. במקרה זה מדובר בנערה צעירה בשנים, שלפיכך אין זה סביר שהיו לה קולטרלים מורחבים ומשכך המסקנה המתבקשת בהכרח היא, שהפגיעה הבלתי הפיכה של השרירים והעצבים ברגל, התפתחה עוד בשעות הראשונות לאחר הניתוח ולא, כפי שסברה ועדת הבדיקה, במהלך הימים הראשונים שלאחר הניתוח.

יחד עם זאת, נראה שהתמונה הקלינית האופיינית לאיסכמיה (חיורון וקור) לא נצפתה והואיל והיא מוסכה על ידי השפעת האילחוש האפידוראלי.

לא למותר לציין, שאף פרופ' פיזר ופרופ' חשמונאי, המוסיף הסבר מפורט לתהליכים המלווים חסימה של עורק, סבורים שהנזק הבלתי הפיך, במקרה זה, התפתח עוד בשעות הראשונות לאחר הניתוח. פרופ' חשמונאי גם מציין, בחוות דעתו, שהאנגיוגרפיה, שבוצעה ביום הרביעי, אכן העלתה, שבמקרה זה לא היו לחולה קולטרלים מפותחים.

כאמור, הממצאים שנמצאו, במהלך הבדיקה שהנקבל ערך ביום השלישי, כפי שתועדו בפירוט רב, על ידי המתמחה שליווה את הנקבל במהלך הבדיקה, אינם שונים במחותם מאלה שתועדו בימים שקדמו לכך. ובשונה מהאמור בסיכום דו"ח ועדת

הבדיקה, אף אנו סבורים, כפרופ' חשמונאי ופרופ' פיזר, שאין בעובדה שאותם ממצאים נמצאו גם ביום השלישי ללמד על שינוי כל שהוא במצבה של החולה.

בדו"ח ועדת הבדיקה צויין ש"לאור הימשכות הכאבים הנעים מעבר לצפוי, הרגישות בהזזת כף הרגל, עליית החום, עלייה בכמות הכדוריות הלבנות ונפיחות הסובבים, מצאה הוועדה שביום רביעי (מה שכונה לעיל היום השני) ובוודאי שביום חמישי (מה שכונה לעיל היום השלישי) על הרופאים המספלים בסוהא היה לחשוד, כי ההתנהלות לאחר הניתוח הינה חריגה ולבצע את כל הבדיקות על מנת לבדוק מהו הגורם לכך".

נעמוד על כל אחד מהסממנים שאליהם התייחסה ועדת הבדיקה כאמור, כדלקמן:

(א) הכאבים - יובהר שלא הוכח שהיה מדובר בכאבים עזים מעבר לצפוי. כך עלה מעדותו של הנקבל, מעדותו של המתמחה שליווה את הנקבל בבדיקת החולה ביום השלישי וממכתבו של המתמחה, משנת 2009, לב"כ הנקבל.

כך גם עלה בברור מעדותו של ד"ר קלנדר, שהוזמן להעיד על ידי ב"כ הקובל. ד"ר קלנדר נשאל פעם ויותר על ידי ב"כ הקובל אם מה שנרשם בבדיקת החולה ביום השלישי מעיד על תפנית במצב, השיב: "לא קרה תפנית חדשה. הליך נורמלי אחרי ניתוח כמו שהילדה עברה... זה הפעם הראשונה שמישהו כותב בדיקה כמו שצריך, כי שני הימים הקודמים לא כתבו שום דבר כמו שצריך... אני לא חושב שקרה משהו חריג... צריך לזכור שהרופאים שכאו לכיכרו ביום השלישי, יש להם אינפורמציה מאוד ברורה שייחבן וקרה משהו לעצב פרונאלי, שכלי הרם פתוחים... באים שני רופאים לביקור, הם שניהם יודעים שלפי הדו"ח ניתוח כלי הדם של הגפה פתוחים, לא נפגעו בניתוח, ובן יש איזה שהיא סברה שהיתה פגיעה בעצב הפרונאלי. שני רבדים נוספים שקרו, הוציאו את האפידורל, מה שמסביר את העלייה ברמת הכאבים שלה, והוציאו נקיים, מה שיכול להסביר נפיחות בשוק כתוצאה מזה שאחרי שהוצאת הנקיים המשיך איזה שהוא רימוס ונוצרה המטומה בשוק. אז אני לא רואה שום דבר חריג במה שקרה באותו יום. זה שאנחנו בדיעבד כולנו חכמים ויודעים שהעורק שלה חוק, זה חוכמה קטנה עכשיו. ד"ר קולנדר הוסיף בהמשך שהכאבים שהיו לילדה באותו יום היו "סבידים לחלוטין אחרי ניתוח כמו שהיא עברה". ועוד נאמר על ידו: "...אנחנו רואים אצל הרבה חולים שלנו... עם החמדה בכאב אחרי שאתה מוציא את האפידורל, עם החמדה בכאב אחרי שאתה, החולה יורד מהמיטה, עם החמדה בנפיחות אחרי שמוציאים נקיים". דברים דומים לאלה נאמרו על ידי הנקבל בעדותו בפנינו.

(ב) הרגישות בהזזת כף הרגל - הרגישות "דורסיפלקסיה כאובה", אובחנה עוד ביום הראשון, על ידי הרופא שבדק את החולה. היה זה כאמור אחד הרופאים הבכירים שנכח בניתוח. ביום השני הורו שני הרופאים הבכירים שנכחו בניתוח על "סד פרונלי", משמע שגם אז נמצא שקיימת מגבלה בתנועות כף הרגל. כאמור לעיל פרופ' ביקלס העיד שבבדיקה ביום השני אובחנה צניחה של כף הרגל וכי הוא ייחס זאת להזזת העצב במהלך הניתוח. מכל מקום, אין מקום לייחס לרגישות בהזזת כף הרגל משמעות שונה מזו שניתן לייחס לה ביום הראשון והשני. או כדברי פרופ' חשמונאי בחוות דעתו כי: "אם הרגישות מובנת לפרופ' ולרן ביום הראשון לאחר הניתוח, היא מובנת באותה מידה ביום השלישי לאחר הניתוח במיוחד לאור דוח הניתוח".

(ג) לעניין העליה בחום - אמנם בשעות הערב של היום הראשון, תועדה עליה, חד פעמית, בחום אלא שעוד באותו ערב, חזר החום לנורמה ונותר כך בהמשך.

(ד) לעניין העליה במספר הכדוריות הלבנות - בתייעוד שנערך במהלך הבדיקה ביום השלישי אמנם צויין "בספירת דם מאחמול ומהיום 22,000 כדוריות דם לבנות, 84% ניטרופילים ללא מקור ברור לזיהום" ונתנה הוראה לספירת דם נוספת למחרת.

לא למותר לציין שהאחות הדס חלמיש העידה, בפני ועדת הבדיקה, כי היא זו שתעדה, עוד ביום השני, כי בספירת הדם נמצאו 22,000 לויקוציטים ולדבריה עובדה זו היתה ידועה לרופאים. הנקבל העיד, שבמקרים רבים נצפית עליה במספר הכדוריות הלבנות בשלושת הימים הראשונים לאחר ניתוחים, בעיקר אצל ילדים. הואיל והוא לא מצא עדות לתהליך דלקתי, כפי שצויין בגליון המעקב, הוא הורה על ביצוע ספירת דם נוספת למחרת. זאת גם בידיעה שלמחרת תוסר התחבוש פעם נוספת וניתן יהיה לבדוק אם נוצרה דלקת באיזור הניתוח.

יובהר כי הערכים של ספירת דם לבנה עולים מעל לנורמה, כאשר קיים זיהום, אך גם לאחר ניתוח, במיוחד כאשר מדובר בניתוח גדול, כגון זה. לפיכך ערכים מעל לנורמה של לויקוציטים, כשלעצמם, לא מהווים אינדיקציה מוחלטת לזיהום.

בנסיבות העניין, החלטת הנקבל לחזור על ספירת הדם ביום שלמחרת, משלא מצא עדות לתהליך דלקתי ובידיעה שלמחרת ממילא תוסר החבישה, בהחלט סבירה.

(ה) באשר לנפיחות הסובכים - כאמור לעיל, בעדותו של ד"ר קולנדר וכפי שצינו פרופ' חשמונאי ופרופ' פיזר, מאוד סביר, שלאחר הניתוח, היתה קיימת נפיחות, מה גם שביום השני הוצאו הנקזים. הנקבל העיד כי נפיחות היא תופעה שהוא נתקל בה, כדבר שבשגרה, בניתוחים כגון זה שבו מוצא גוש גדול, כאשר בהכרח מוצא חלק מהשריר, מה גם שבמהלך הניתוח שהוזן עצב.

למען שלמות התמונה, נתייחס לטענה הנוספת, שהופיע בקובלנה בנוסחיה הקודמים, המלמדת לכאורה על כך שהנקבל היה מודע להחמרה במצב החולה ביום השלישי. שם נטען שדיווח לנקבל, בסביבות השעה 14.00, על ידי הצוות הסיעודי שהרגל נפוחה מאוד ושהאצבעות נפחות וכחולות וכי בעקבות זאת היה עליו להגיע ולבדוק את החולה, ולא להסתפק במתן תשובה טלפונית שמדובר בהמטומה שהיא תופעה נורמאלית לאחר ניתוח.

טענה זו מסתמכת על תרשומת בדיווח הסיעודי שנכתב ביום השלישי, על ידי האחיות אנה לויין. שם צויין, לצד השעה 14.00, בין היתר "הרגל נפוחה מאוד, אצבעות נם נפוחות (כחולות). ירוע לד"ר נירקין".

נקדים ונבהיר כי לא ניתן ללמוד מהתיעוד האמור שכך היה בשעה 14.00, אלא אך שכן תועד אותה שעה כסיכום של מה שארע עד אז ואולם נראה שמדובר בזמן כלשהו לאחר ביקור הבוקר. אנה לויין העידה, כי היא ערכה את הרישום, לפי מידע שנמסר לה על ידי האחיות הדס חלמיש. הגב. חלמיש העידה בפני ועדת הבדיקה ובהליך זה, כי היא התרשמה שהאצבעות ברגל שנותחה היו "קצת יותר נפוחות ממה שהיו לפני זה" וכן שצבען היה שונה מצבען קודם לכן, אלא שקשה היה להגדיר את הצבע, הואיל וצבע העור של החולה כהה. לדבריה היא דיווחה על כך לנקבל בטלפון והוא השיב שמדובר בהמטומה וכי צפוי שכך יהיה אחרי הניתוח והיא דיווחה על כך לאמא של החולה. גם מדברי הגב. אנה לויין, שהעידה בפני ועדת הבדיקה, עלה שקשה היה להגדיר את צבע האצבעות, לאור צבע העור של החולה.

הנקבל הכחיש, בעדותו בפני ועדת הבדיקה, כי שיחה כאמור התקיימה או כי דיווח לו על שינוי כלשהו שחל באצבעות הרגל המנותחת. בעדותו בהליך זה, העיד הנקבל שאינו זוכר נמסר לו דיווח כאמור. הנקבל הוסיף, כי נפיחות נצפתה ותועדה, במהלך ביקור הבוקר, אלא שמדובר בתהליך אפייני בעקבות הניתוח, מה גם שבאותו יום, החולה הורדה, בפעם הראשונה מהמיטה והחלה בטיפול פיזיותרפיה.

ואולם מעבר לכך, בדיווח הסיעודי ממשמרת הערב של אותו יום, נרשם, בין היתר: "נברקו אצבעות בדגל חמות ומזויות". יובהר שכחלון הנובע מאיסכמיה, לא חולף, אלא אם כן מתקיים חידוש באספקת הדם.

פרופ' חשמונאי התייחס לעניין זה בחוות דעתו כדלקמן: "נם לגבי הכחלון, נרשמו תצפיות שונות, כאשר פעם נרשם כי ישנו כחלון (הכוונה לרישום של הגב. אנה לויין). ובהמשך נרשם: אצבעות חמות ומזויות את האצבעות. כחלון של איסכמיה מלווה בקוד כאב הכחול ואילו כאן האצבעות היו חמות. כחלון של איסכמיה אינו חולף ללא חידוש אספקת הדם."

מכל מקום הטענה לגבי הדיווח האמור, לא מופיעה בקובלנה בנוסחה האחרון, ככל הנראה לאור הספק העולה מהעדויות המתנייחות לנושא זה ולאור העובדה, שבשעות הערב תועדו ממצאים סותרים.

בסיכומי של חלק זה ראוי להביא מחוות הדעת של פרופ' חשמונאי ופרופ' פיזר, באשר למשמעות המידע שעמד לנגד עיניו של הנקבל ביום השלישי.

בחוות דעתו של פרופ' חשמונאי נאמר, לעניין זה, כי: "בבוקר יום 26.7 ערך ד"ר נירקין ביקור עם רופא נוסף, תיעד בדיקה מדוקדקת, ואף העלה בתישור מחשבות האם הנאב הוא עצמי או כאב של מהלך רגיל לאחר ניתוח. הרגל היתה בפלגטרפלקסיה עוד מהיום הקודם (ניתנה הוראה לסר פרונאלי). בדו"ח הניתוח נרשם כי נמוש היסב רופק פופליסאלי. מרוב היה ביום השלישי לאחר הניתוח ונפיחות באזור הניתוח (הסובך במקרה הנדון) לחלוטין אינה נדערה לאחר ניתוח באזור חלקה האחורי-תחתון של הירך. בצמוד לשקע הברך...יש

לציין כי יממה לפני בן הוצאו הנקיים ולפיכך היתה צפויה הצמברות מסוימת של נוזלים. פגיעה עצבית עלולה גם היא לגרום לכאב ובמקרה הנדון הופרד/מופל...העצב האיסיביאמי. הממצא של אצבע בחלחלה ונפוחה נצפה לאחר שהילדה ירדה מהמיטה ועשתה פיזיותרפיה, דבר העשוי בהחלם להסביר שינויים אלה. לאור הרשום בדו"ח הניתוח כי בתום כריתת הגידול היה רופק בעורך הפופלימאלי וכי בלי הרם נצפו שלמים, ולאור הממצאים של הבוקר, לא יכולה היה רופא להעלות על הרעת כי מדובר בקמסטרופה איסבמית חריפה שהתרחשה אותו זמן. ואכן לא היה מדובר בארוע חדש אלא בהמשך לפגיעה בעורק הפופלימאלי שארה בניתוח עצמו. אם כן ולנוכח התוצאה, מחשבה של אסכמיה בנקודת זמן זו הינה "חכמה שבדיעבד".

פרופ' פיזור מציין בחוות דעתו דברים דומים ונביא לפיכך רק מקצת מהם. כך נאמר שם: "כל רופא שהיה מבצע ביקור שלושה ימים לאחר הניתוח בנוכחות רישום כזה ברור על אספקת דם תקינה (הכוונה לאמור בדו"ח הניתוח), לא יכול היה להעלות על דעתו שהגפה אינה מקבלת למעשה אספקת דם מאז הניתוח...יתרה מזאת העובדה שהגפה היתה חמה בימים שלאחר הניתוח הקשתה עוד יותר על זיהוי הבעיה".

יוצא איפא שמצב החולה, כפי שהיה ידוע לנקבל, ביום השלישי, לא הצביע על החמרה כלשהי, ולאור המידע שעמד לנגד עיניו, הוא לא יכול היה להעלות על הדעת שמדובר בבעיה של אספקת דם לרגל, או בבעיה אחרת המצריכה בדיקה של החולה בשעות הלילה או התייחסות דחופה אחרת.

7.7 פרופ' חשמונאי ופרופ' פיזור עמדו בבהירות רבה על על המסקנה המתבקשת בנסיבות העניין ומצאו כי ראוי שנביא את דבריהם כלשונם.

פרופ' חשמונאי מסכם את חוות דעתו בדברים אלה:

"הפעולות הראשונה במיפולה של הנערה סוהא היה בכך שהיה ידוע לפני הניתוח כי העורק הפופלימאלי "כלוא/תפוס" בגידול ולא נערכו לכך לקראת הניתוח. הפעולות השניה ארעה תוך כדי הניתוח כאשר נברת ללא מורעות חלק העורק הפופלימאלי שהיה בתוך הגידול. מאותו דגע החלה איסכמיה קשה של העצבים והשרירים בחלקו המדוחק של הגוף, שלא הושפע ע"י האילחוש האפידורלי. בהתאם לירע הקיים בספרות הרפואית השינויים האיסכמיים בשרירים ובעצבים של השוק היו בלתי הפיכים כבר לאחר היממה הראשונה. לאור הרשום בדוח הניתוח הראשון, כי "נמוש רופק פופלימאלי היטב, בלי הרם מחוץ לגידול", לא יכול היה איש להעלות על הדעת ביום השלישי לאחר הניתוח כי קיימת בעיה וסקולרית ברגל המנותחת. ממילא אותה עת היה הגוף במצב בלתי הפיך. מאחר ובילדה צעירה עם כלי דם בריאים, אין ארועים של קרישה תוך עורקית ספונטנית, הרי שלא ניתן היה לעות על הדעת כי הריזוח הל הופעת כחלון מצביע על איסכמיה שלא היתה מקודם. ההבנה בדיעבד [ההדגשה במקור] של משמעות האלחוש האפידורלי כגורם מסך של מצב אסכמי קשה וההבנה בדיעבד [ההדגשה במקור] כי הורחבו קולמריים באופן מדי אצל ילדה עם כלי דם בריאים, אינן יכולות לשמש טענה לרשלנות נגר רופא שבזמן אמת ראה מהלך שגרתי של ניתוח אורתופדי-אונקולוגי. מה גם וברו הניתוח צויין כי המנת "נגע"...בעצב האיסיביאמי, ופגיעה עצבית זו הסבירה הן באב והן מצב של רגל צנוחה שהיתה קיימת עוד ביום הקודם".

פרופ' פיזור מציין בסיכום חוות הדעת: "למרבה הצער, במהלך הניתוח הופרד הגידול מבלי שנכלי הדם של הידך הופרדו מן הגידול או לחילופין (האופציה המועדפת) נכרתו עם הגידול ושוחזרו מידית. הילדה סבלה לאחר הניתוח מאיסכמיה חריפה של הגפה המנותחת, אך בשל מיסוך הנאבים על ידי אפידורל PCA לא זוהתה הפגיעה הוסקולרית אלא לאחר ארבעה ימים. בעת שזוהתה הבעיה, כבר לא ניתן היה להציל את הרגל והיא עברה כריתה מתחת לכרך...המהלך הרפואי שהחל מיד לאחר שהסתיים הניתוח לא השתנה באופן מהותי ביום בו ערך ד"ר נירקין את הביקור. הנאבים, הנפיחות ושינוי הצבע של הגפה יוחסו בהגיון רפואי נכון למכלול סיבות: בצקת לאחר הניתוח, כאב או נירופרקסיה של העצב הפרונאלי, להורדתה מן המיטה באותו היום ולעובדה שהאפידורל הופסק יום קודם לכן. בחוכמה שלאחר מעשה מובן שתלונותיה והממצאים שהופיעו לאחר הניתוח גבעו מן הפגיעה הוסקולרית, אך בנתוני זמן אמת כפי שעמדו לפני ד"ר נירקין לא ניתן היה לחזות זאת. ד"ר נירקין פעל בצורה סבירה, הניזוית ומנומקת כפי שהיה מצופה מכל רופא שהיה נמצא במקומו".

"...התנהגות שאינה הולמת רופא היא זו שאינה תואמת את העקרונות המנחים בתחום העיסוק ברפואה, בין שמדובר בכבוד המקצוע, בין שעניינם ביחסים שבין רופא לחולה וכן יתר כללים אחרים, המעצבים ערכים ותפישות, שראוי כי יחדלו במקצוע הרפואה".

לא למותר לציין, שעמדה דומה עולה גם ממכתביהם של פרופ' הלפרין ופרופ' ניסקא, שפנו כאמור לפרופ' הרשקו, בעקבות דו"ח ועדת הבדיקה.

פרופ' הלפרין מציין במכתבו כי המוסכמה האוטופדית לאחר ניתוחים גדולים של הגפיים התחתונות הינה שהערכת חיוניות הגפה מתבררת לפי מספר מדדים" צבע, נפיחות, חום, תחושתיות ותנועתיות ואלה נבחנים סביב הבהונות, הואיל ובמרבית הניתוחים הגפה נותרת חבושה במשך 48 שעות לפחות. פרופ' הלפרין חולק על קביעת ועדת הבדיקה, כאשר לדעתו, אין זו רוטינה הכרחית לבדוק דפקים בגפה, ככל שהמדדים האמורים תקינים ולא מתעורר חשד חר לבעיה בכלי דם. פרופ' הלפרין מציין במכתבו, שידוע שקיומו של קטטר אפידורלי לצורך שליטה בכאב אחרי ניתוח, יוצר מיסוך המסתיר את הסימנים הראשונים של פגיעה באספקת הדם: כאב, קור מקומי וירידה בתחושה וכי המיסוך גרם לכך שרופאים בכירים ובעלי ניסיון, שבדקו את החולה, התרשמו מאפשרות לפגיעה עצבית, דנו באפשרות של זיהום סמוי ולמעשה שללו פגיעה ווסקולרית. פרופ' הלפרין מוסיף כי: "לא מדובר ברופא אחד, אלא מדובר מבספר רופאים בכירים ורבי ניסיון. מאחר ומספר רופאים עקבו אחר החולה ואחר הרגל המנותחת, יום יום ובקפדנות, לא מדובר ברשלנות כי אם בטעות אבחנותית אשר בתנאים שהיו תחת המיסוך של מתן ההרמה האפידורלית עלולה לקרות גם למנוסים שברופאים...מדובר במקרה חריג של פגיעה בכלי דם בגפה שממצאים הקליניים לאחר הניתוח לא החשידו לקיומה והטעו את כל הרופאים הבכירים והוותיקים שערכו ביקורי מעקב בסה"כ 3 ימים לאחר הניתוח."

אף פרופ' ניסקא חולק במכתבו על קביעת הוועדה כי, העדר בדיקת דפקים לאחר ניתוח בגפה התחתונה, מהווה חריגה משמעותית מבדיקה רפואית סבירה. לדעתו, אין מקום לבצע בדיקת דפקים רוטינית בגפה בימים שלאחר ניתוח, ככל שבמהלכו לא בוצע תיקון של כלי דם או עלה חשד לפגיעה בכלי דם, מה גם שבדיקת דפקים בגפה לאחר ניתוח כגון זה, אינה אמינה ואינה משקפת את המצב לאשורו, גם לאור קיומה של נפיחות משמעותית הנובעת מהניתוח. פרופ' ניסקא מוסיף כי בדיקה קלינית והתרשמות על מצב הגפה, כפי שנעשה בפועל במקרה זה, אמינה בהרבה לשם שלילת קיום איסכמיה של הגפה. בהתייחס לקביעת ועדת הבדיקה לפיה ביום השני והשלישי, לאחר הניתוח, היה על הרופאים לחשוך בכך שקיימת בעיה של אספקת דם לגפה ולערוך בדיקת דפקים, מציין פרופ' ניסקא, שלא מוכר לו מקרה, בו למרות קטיעה מוחלטת של העורק הפופליטיאלי במהלך ניתוח, הגפה נותרת חיה ללא סימני נמק, במשך מספר ימים. פרופ' ניסקא סבור שמדובר במקרה חריג ביותר שאירע בו דבר שאינו מובן ולא יכול היה להיות מובן גם לרופאים שעקבו אחר מצבה של החולה בזמן אמת. פרופ' ניסקא מציין במכתבו כי הוא אינו סבור שקיימת רשלנות בטיפול במקרה זה וכי קביעת ועדת הבדיקה היא בבחינה "חונמה שבדיעבד".

העולה מן האמור לעיל הוא שלא הוכח שעמד לנגד עיני הנקבל, עובר לתורנות, או במהלכה, מידע שונה מזה שעמד לנגד הרופאים שבדקו את החולה, קודם לכן, או כזה שאמור היה לעורר, לאור מה שהיה ידוע אז, חשד לשינוי במצבה, לכך שקיימת בעיה הקשורה לאספקת דם לרגל, או לכל עניין אחר המחייב בדיקה נוספת של החולה, במהלך התורנות. זאת גם כאשר הנקבל, ככל הרופאים הבכירים שבדקו את החולה לפניו, הסתמכו על מה שדווח על מצב כלי הדם, בסיום הניתוח. לפיכך אינו סבורים שנפל פגם בהתנהלות הנקבל, משבנסיבות האמורות לעיל, הוא לא הגיע לבדוק את החולה במהלך התורנות וודאי שלא ניתן לומר שהנקבל נהג בדרך שאינה הולמת רופא מורשה.

מעבר לאמור לעיל נבהיר שעוד משלבים מוקדמים של הליך זה, התקשנו להבין כיצד זה מכל הרופאים שטיפלו בחולה, הנקבל הוא היחיד שבעניינו התקיים הליך משמעותי. 7.8

המדובר בפרשה אשר מי שעמדו ועומדים, גם כיום, בראש המחלקה, רואים אותה ככשל מערכתי חמור. ד"ר קולנדר (מי שהיה אז סגן מנהל המחלקה האוטופדית וכיום מנהל את היחידה לאוטופדיה אונקולוגית בבית החולים), התייחס לפרשה בעדותו בפנינו באמרו: "בדיעבד, הדי למעשה, טעינו לאורך כל הדרך מהדקה של הניתוח." ופרופ' מלר, אמר בעדותו, בפני ועדת הבדיקה באמור: "אני חושב שהאנשים שלי טעו כולם לאורך כל הדרך."

על פני הדברים ברור שהכשל, בטיפול בחולה, נעוץ בראש ובראשונה, בשני עניינים: במה שצויין בדו"ח הניתוח, שבעטיו לא עלה על דעת איש מבין המטפלים שמדובר בבעיה הקשורה בכלי הדם וכן באופן שבו בוצע הניתוח, דהיינו: כריתת הגידול

בשלמות, אף שהיה ידוע שכלואים בתוכו כלי הדם. שהרי, לאור המידע שעלה מבדיקת ההדמיה והואיל ומדובר בגידול הנוטה להישנות ולפיכך יש לכרות אותו בשלמות, נדרש לדאוג לכך שצוות המנתחים יכלול מומחה לכלי דם, על מנת לבצע מעקף לעורקים הכלואים בגידול.

למרות זאת, הטענות שבכתב הקובלנה, גם בנוסחו המקורי, שהוגש כאמור גם נגד פרופ' ביקלס, לא מתייחסות אלא, להתנהלות הנקבלים בימים שלאחר הניתוח. זאת ככל הנראה, לאור העובדה שמסקנות ועדת הבדיקה מתמקדות אך במעקב אחר החולה, לאחר הניתוח וכאשר מסקנתה העיקרית היתה שהכשל נעוץ בכך שלאחר הניתוח, לא בוצעה בדיקת דפקים ואף לא ניתנה הוראה לבצע בדיקה כאמור.

לא זה המקום לדון בשאלה כיצד קרה שלמרות המידע על מיקומם של כלי הדם, הגידול נכרת בשלמות גם בלא שצוות המנתחים כלל מומחה לכלי דם, או בשאלה מה גרם לדיווח השגוי בסיום הניתוח. ואולם לא ניתן שלא להתרשם מנסיון להטיל את האחריות אך על הנקבל, הרופא הזוטר ביותר מבין כל המעורבים, שמעורבותו במקרה הטראגי היתה שולית, כאשר הטענה המופנית כלפיו מתייחסת ליום השלישי, אף שהנוק הבלתי הפיך, לעצבים ולשרירים, נגרם עוד ביום הראשון, אם לא קודם לכן, מספר שעות לאחר הניתוח. זאת כאשר, בבסיס הטענה המופנית לנקבל, עומדת הטענה, שהוא לא השכיל להעלות חשד לקיומו של מצב, שאיש מבין הרופאים הבכירים לא חשד בקיומו.

כך גם התקשנו בהבנת השיקולים שהביאו לכך שהקובלנה שהוגשה נגד פרופ' ביקלס בוטלה, בעוד שנמצא לנכון להמשיך בהליך המשמעותי כנגד הנקבל. בתשובה לשאלת הוועדה, השיב ב"כ הקובל שהחלטת לבטל את הקובלנה נגד פרופ' ביקלס התקבלה הואיל והטענה העיקרית שהועלתה נגדו, לאור מסקנות ועדת הבדיקה, היתה שהוא התרשל משלא ביצע מעקב קפדני אחר מצב החולה ולא בדק ואף לא הורה על בדיקת דפקים, אלא שבדיעבד התברר, כך לדברי ב"כ הקובל, שהוועדה טעתה והיה מעקב אחר דפקים באמצעות מד הסטורציה שהוצמד לבוהן הרגל. לא למותר לציין, שמד סטורציה נועד אך לבדוק את רמת החמצן בדם ולא ניתן באמצעותו למדוד דפקים.

במכתבו, מיום 21.5.2012, לב"כ הנקבל מציין ב"כ הקובל שהוחלט לבטל את הקובלנה שהוגשה נגד פרופ' ביקלס, הואיל והתברר שהראיות סתרו את שתי הטענות שהועלו נגדו. ב"כ הקובל מציין במכתבו, כי כנגד הטענה שפרופ' ביקלס לא ביצע מעקב קפדני אחר מצב החולה לאחר הניתוח, הצביעו הראיות על כך שמספר שעות לאחר הניתוח, החולה נבדקה ומצבה נמצא תקין, ביום הראשון היא נבדקה על ידי רופא בכיר שנכח בניתוח ולמחרת היא נבדקה על ידי שני הרופאים הבכירים שנכחו בניתוח, כאשר אז גם נבדקה הרגל ללא חבישה.

ב"כ הנקבל טענה ובצדק ששיקול זה, ככל שהיה נכון לעניין ביטול הקובלנה נגד פרופ' ביקלס ראוי היה שמשקל גם לגבי הנקבל, אשר הפגם בהתנהלותו שיוחס לו היה, שלא חשד במה שהרופאים הבכירים, שבדקו את החולה לפניו, לא חשדו.

עוד נטען באותו מכתב, כי השיקול הנוסף לביטול הקובלנה נגד פרופ' ביקלס נבע מכך שכנגד הטענה שפרופ' ביקלס לא בדק ולא הורה על בדיקת דפקים, עמדו, בין יתר, "עדות מנהל המחלקה, צוות הרופאים והצוות הסיעודי שהחבישה הייתה מאוחר המפסעה עד האצבעות של הרגל. לא הייתה אפשרות לבדוק את הדפקים עקב הגבס שהיה עד לאצבעות כף הרגל".

ספק אם העולה מראיות אלה רלבנטי לגבי פרופ' ביקלס, שהרי הוא זה שבדק את הרגל ללא חבישה ביום השני. בכל מקרה, ככל שהחבישה מנעה בדיקת דפקים, עניין זה נכון ביתר שאת לגבי הנקבל, שבדק את החולה למחרת, כאשר הרגל נחבשה מחדש, עוד ביום השני, לפי הוראותיו של פרופ' ביקלס, שהוא זה שניתח את החולה והיה אחראי להמשך הטיפול בה.

בסיום הדיון הוועדה שאלה את ב"כ הקובל, מה עמד ברקע השינויים שחלו בנוסח הקובלנה ומה היו השיקולים שהביאו להגשת קובלנה נגד הנקבל דווקא, למרות שגם לדבריו, לכשל בטיפול בחולה היו שותפים רבים ולמרות שפרופ' מלר חזר ועמד בעדותו, בפני ועדת הבדיקה, על כך שלדעתו המחלקה האורטופדית כולה נכשלה, במקרה זה.

ב"כ הקובל השיב שהקובלנה מתייחסת לארוע נקודתי בלבד, זה הנוגע לנקבל. לדבריו מדובר בארוע טרגי, שלו היבטים שונים וכי משיקולים שונים, הוחלט שלא להתייחס לכל ההיבטים האחרים. לדבריו הוחלט לבטל את ההליך המשמעותי נגד הנקבל



חנוסף, הואיל ולא היו די ראיות להוכחת אשמתו, הואיל והשאלה מי היה הרופא הכונן ביום השלישי, נותרה בספק. זאת כאשר, פרופ' ביקלס, שהיה אמור להיות אז רופא כונן, טען שפרופ' מלר מילא אז את מקומו ופרופ' מלר אמנם נכח אותו לילה בבית החולים, אלא שלא ידוע אם ביקר את החולה במהלכו.

בהקשר זה גם לא ניתן להתעלם מהאמור במכתבו, מיום 5.3.2012, של פרופ' מלר שהופנה אלינו. ואלה הדברים: "במהלך השנתיים האחרונות, הייתי עד לפגיעה נפשית קשה באיזו אהוב זה, שלקח ללכ' את השתלשלות העיניים בפרשה זו. נדחמנו כיצר הפך 'הש"צ' למאשם עיקרי ויחיד. ברפרספקט אני - כמנהל המחלקה - סבור כי לא היתה כל פגועה ובוודאי לא רשלנות בהתנהלותו של ר"ד נירקין במהלך אותו יום. מי כמוני יודע, באיזו מסכת לחצי עבודה היה שרירי ר"ד נירקין באותה תרומה, שלא איפשרה לו לעזוב את המחלקה. אני חפץ עד היום באותה נערה ומשפחתה... ואני יודע כי גם בעיניה ובעיני משפחתה, ר"ד נירקין הוא רופא מסוד תאמן ומבחינתם וודאי שאין הוא האשם במהלך הטיפול ובתוצאותיו. כמנהל המחלקה, המכיר היטב את השתלשלות המקרה, קשה לי שלא להתקומם על מצב העסרתו לדין של ר"ד נירקין בפרשה זו. מדובר 'בהיפוך יצירות' שמבחינתי, לא עומד בקנה אחר עם החלפה סבירה והענה".

עוד ראוי, בהקשר זה, להזכיר את דבריו של יו"ר ועדת הבדיקה, במסגרת שאלה שהופנתה לפרופ' מלר, כי: "פרופ' ביקלס במצב מנוגד את האחריות לר"ד נירקין שטענה את הביקור ב-26".

לשאלת הוועדה מדוע מצא הנקבל לנכון להודות במה שיוחס לו בקובלנה, השיבה 7.9 באת כחו, כי הנקבל ביקש לסיים את עינוי הדין החמור שהוא נדרש להתמודד עמו, מה גם שבמקביל לכך הוא ממשיך לעבוד במחיצתם של יתר המעורבים בפרשה. לאור האמור לעיל, נקל להבין שהנקבל היה מוכן לחשלים עם הסדר הטיעון ולוא על מנת לסיים את עינוי הדין ולהסיר את העננה שהעיבה על ההתנהלות היומיומית למול יתר המעורבים בפרשה.

בי"כ הנקבל הגישה לוועדה, מכתבים של פרופ' מלר, ד"ר קולנדר וד"ר לוי, מנהל המרפאה לחמטואונקולוגיה ילדים בבית החולים וכן של הגב. טרייברג, סגנית האחות האחראית במחלקה. ממכתבים אלה עולה שחנקבל זוכה להערכה יוצאת דופן. הוא מתואר כרופא מסור, אחראי, רציני ויסודי בבדיקתו וכמאבחן מצוין, שאף מעט טעויות ותקלות זוכה להכרה כרופא מצטיין. עוד נאמר שם שצוות האחיות, הרופאים והחולים יודעים שניתן לפנות אליו בכל שעות היממה, גם אם אינו תורן או נוכח במחלקה. לא למותר לציין שהנקבל, שהעיד בפנינו ונכח בכל הישיבות שקיימה הוועדה, הותיר עלינו רושם דומה. אף שניכר היה שהוא חווה עינוי דין, הוא השיב בכנות ובאופן מלא על כל שאלה, לרבות בחקירה נגדית ממושכת ומיגעת. כך גם ניכר מתשובותיו, שהוא רופא רציני, אחראי ובעל ידע נרחב.

אין לנו אלא להביע צער על עינוי הדין החמור והממושך שנגרם לנקבל. יש לזכור שמאז הפרשה חלפו שש שנים. דו"ח ועדת הבדיקה, שקיימה את דיוניה בסוף שנת 2008 ובתחילת שנת 2009, הוגש כשנתיים לאחר המקרה, בחודש יוני 2009. הנוסח המקורי של הקובלנה הוגש בחודש יוני 2010, כשלוש שנים לאחר המקרה ונוסח הקובלנה האחרון, הוגש בחודש פברואר השנה, בחלוף למעלה מחמש שנים מאז המקרה.

**בסיכום:** לפיכך, כאמור לעיל, לא מצאנו כי התנהגות הנקבל, במקרה זה על נסיבותיו המיוחדות, נהג בדרך שאינה תואמת את העקרונות המנחים בתחום העיסוק ברפואה, ולאור זאת, אנו ממליצים בפניך לקבוע כי הנקבל, לא גילה התנהגות שאינה הולמת רופא מורשה, בקשר לטיפול בחולה וכי על כן אין לנקוט נגדו באמצעי משמעת כלשהו.

פרופ' דוד סגל

חבר הוועדה

פרופ' ז'ק מישל

יו"ר הוועדה

רותי הורן, עו"ד, נציגת

היועץ המשפטי  
לממשלה