

מדינת ישראל

בתי הדין למשמעת – משרד הבריאות בירושלים



תיק מס. 4/12/23

בפני חברי הועדה:

- דר' רות גור - יו"ר, נציגת המנהל הכללי
- דר' ערן סגל - נציג הסתדרות הרופאים
- עו"ד אריה רוטר - נציג היועצת המשפטית לממשלה

הקובל:

המשנה למנהל הכללי משרד הבריאות

ע"י ב"כ עו"ד יונתן ברג ואח'

נגד

הנקבל:

1. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
2. ד"ר סמיון קורנבלום (מ.ר. 128778)
3. ד"ר עבד איוב (מ.ר. 1103237)

כולם ע"י ב"כ עו"ד ערן קייזמן

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

הרקע, הקובלנה וראיות הקובל

1. ביום 26/12/23 נתמנינו על ידי כב' שר הבריאות לדון בקובלנה שהוגשה נגד שלושת הנקבלים.

2. על פי כתב הקובלנה שנחתם על ידי המשנה למנכ"ל משרד הבריאות (7/12/23), הנקבלת מס'

1 (להלן: XXXXXXXXXXXX) הינה רופאה מורשה ובתקופה הרלוונטית שימשה כרופאה תורנית אורתופדית בכירה בחדר מיון בבית החולים "בני ציון" בחיפה; הנקבל מס. 2 (להלן: ד"ר קורנבלום או סמיון) הינו רופא מורשה ובעל תואר מומחה בנוירולוגיה ובתקופה הרלוונטית היה בשנתו האחרונה להתמחות לאחר שעבר בחינת שלב ב' ושימש כיועץ נוירולוגי בחדר מיון במועד הרלוונטי; הנקבל מס. 3 (להלן: ד"ר איוב או עבד) הינו רופא מורשה ובעל תואר מומחה בכירורגיה אורתופדית. בתקופה הרלוונטית שימש כרופא אורתופד בכיר ובמועד הרלוונטי ככונן אורתופדי.

3. על פי הנתען בפרק ה-"רקע" של הקובלנה, ביום 12.7.19, בשעה 19:43, התקבל בחדר המיון בבית החולים "בני ציון" בחיפה, מר XXXXXXXXXXXX (להלן: "המטופל"), גבר בן 29, מוגבל שכלית שהתגורר במעון לחוסים בחיפה. המטופל נחבל בצוואר והובא למיון ע"י מד"א עם צווארון פילדלפיה, בשל תלונה על חוסר יכולת להזיז 4 גפיים, כמספר שעות טרם קבלתו. על פי המידע שנמסר מהמעון, המטופל נפל בשעות הצהריים וסבל מכאב בצוואר ובכתף; מספר שעות לאחר מכן נצפה קושי בדיבור. כאשר התיישב על הכיסא וניסו להקימו ללא הצלחה הופנה למיון. עוד צויין בכתב הקובלנה כי קוודריפלגיה¹ חריפה לאחר חבלה היא מקרה חרום וכי יש לטפל בחולה באופן נמרץ ומהיר.

4. בפרק ה-"מיון בבית החולים בני ציון" תחת כותרת המשנה -"נקבלת מס. 1" - נטען כי בקבלתו לחדר המיון נבדק המטופל ע"י התורנית האורתופדית הזוטרה, ד"ר נטליה יודקביץ אשר מצאה שיתוק רפה בארבע הגפיים. ד"ר יודקביץ ביקשה ייעוץ מהתורנית האורתופדית הבכירה, הנקבלת מס' 1; הנקבלת מס' 1 מצאה גם היא חולשה בארבעת הגפיים והזמינה ייעוץ של רופא א.א.ג., עיניים, וכירורג (הייעוצים נערכו לאורך הלילה), כמו כן הזמינה ייעוץ של נוירולוג ובהמשך לייעוץ זה הוזמן CT; באותו זמן המטופל נשם באופן ספונטני וסטורציית² החמצן בדם הייתה 93% באוויר החדר, הדופק היה 66 לדקה. בהמשך מתואר כי בשעה 22:42 בוצע CT של המוח ושל עמוד שדרה צווארי. בדיקת המוח פוענחה כתקינה ובבדיקת עמוד שדרה צווארי נראו שינויים ניווניים ובקע דיסק ב- C3-4 עם לחץ משמעותי קשה על חוט השדרה. בסביבות חצות עדכנה נקבלת מס' 1 את נקבל מס' 3 על מצבו של המטופל. בשעה 1:00 הוכנס קטטר על מנת להתמודד עם אצירת שתן שלא זוהתה כממצא נוסף לחומרת המצב.

¹ שיתוק של 4 גפיים.

² רזוי החמצן בדם.

5. **תחת כותרת המשנה "נקבל מס. 3"** נאמר כי בסביבות חצות, ומספר פעמים לאחר מכן עדכנה **נקבלת מס' 1** את **נקבל מס' 3**, הכוון האורתופדי שהיה בביתו, על מצב המטופל. לאחר הצגת המקרה ל**נקבל מס' 3**, ומבלי לבקש לקבל את המדדים החיוניים של המטופל, החליט שלא להגיע לבית החולים וביקש לאשפז את המטופל במחלקה האורתופדית, להמשך בירור ובדיקתו ע"י מומחה עמוד שדרה ולא הפנה את המטופל לטיפול נמרץ וטיפול נשימתי. נטען כי **נקבל מס' 3** לא יידע את רופאי היחידה לעמוד השדרה במחלקה האורתופדית, על חומרת מצבו של המטופל שאותו הפנה אליהם.

6. **תחת כותרת משנה - "נקבל מס' 2"** - נטען כי היועץ הנורולוגי, **נקבל מס' 2**, הגיע למטופל ובדק אותו, אך לא פירש נכון את ממצאי הבדיקה שערך למטופל. הוא העלה חשד שמדובר בשוק ספינלי³, ולמרות זאת לא פעל בהתאם לאבחנה זאת וקבע רק שיש לבצע מעקב בהמשך. נטען בהקשר זה כי **קוודריפלגיה** חריפה לאחר חבלה היא מקרה חרום, ו**נקבל מס' 2** היה צריך ליידע את הרופאים, האורתופדים המטפלים, על חומרת המקרה. בנוסף, אין רישום רפואי של **נקבל מס' 2** אלא בשעה 03:52, כאשר בפועל, לדבריו, הייעוץ בוצע מספר שעות קודם לכן. גם בשעת הרישום לא ראה **נקבל מס' 2** צורך לבצע בדיקה חוזרת לאחר הבדיקה הראשונה על אף שבעצמו כתב בייעוץ כי דרושה בדיקה חוזרת.

7. **תחת כותרת המשנה - "מחלקת אורתופדיה"** - נטען בכתב הקובלנה כי ביום 13.7.19 בשעה 04:25 הועבר המטופל למחלקה האורתופדית. בשעה 05:00, על פי הרישום הסיעודי, הייתה סטורציית החמצן בדם 69% על אויר חדר ועלתה ל 88% עם משקפי חמצן. לחץ הדם הסיסטולי⁴ 100/64 והדופק 75 לדקה. בסביבות השעה 7:00, בהעברת משמרת הלילה למשמרת הבוקר נרשם כי הסטורציה הייתה 76% ועלתה ל 84% עם משקפי חמצן. למרות הממצאים האלו, **נקבלת מס' 1** לא החליטה להנשים את המטופל. בשעה 08:19 נמצא המטופל בחוסר הכרה עמוק, עם מצוקה נשימתית ודופק חלש מאד. החלו בהחייאה, בסיום ההחייאה בשעה 08:50 היה לחץ הדם 108/56 והדופק 110. המטופל הועבר, מונשם, לטיפול נמרץ, כשהוא בחוסר הכרה עמוק וללא החזרים של גזע המוח, זאת כביטוי לנזק איסכמי מוחי, וביום 26.7.19 הוא נפטר.

8. על סמך האמור צוינו הוראות החיקוק בהן מואשמים כל אחד מהנקבלים לפי סדרם :

³ נגרם כתוצאה מחבלה בחוט השדרה, מערכת העצבים האוטונומית, מה שגורם להרחבת כלי דם וירידה בלחץ דם.

⁴ מבטא את הלחץ שמופעל על דפנות העורקים כאשר שריר הלב מתכווץ ומזרים גל של דם לרקמות הגוף.

א. **לגבי הנקבלת מס' 1 – התורנית ד"ר XXXXX - נטען כי** מהאמור לעיל עולה כי הנקבלת נהגה בדרך שאינה הולמת רופא מורשה וגילתה רשלנות חמורה במילוי תפקידה כרופא מורשה, כאמור בסעיף 5 לחוק זכויות החולה התשנ"ו - 1996 ובסעיפים 41 (1), (3) ו-(7) לפקודת הרופאים (נוסח חדש) התשל"ז - 1976 בכך ש: (א). לא הייתה ערה לחומרת המצב האורתופדי של המטופל שהיה עלול לסכן את חייו בכל רגע; (ב). לאור מצב המטופל **הנקבלת מס' 1** הייתה חייבת להשגיח עליו בהרבה יותר קפדנות. (ג). - מטופל עם מופע כה חמור ודרמטי מחייב מעורבות של הרופא הכונן כבר בשלבים מוקדמים של הטיפול, ולא רק כארבע שעות לאחר קבלת המטופל לחדר המיון. (ד). - ראוי היה שתיידע בצורה נחרצת יותר את **הכונן** על חומרת המצב ואף לבקש במפורש שיבוא לראות את המטופל, כאשר זה החליט שלא להגיע לבית החולים היה עליה להיות יותר פרו אקטיבית ולהסביר לכונן את חומרת המצב. (ה). - הירידה בריוויין החמצן של המטופל לא עוררה בה את הדאגה החמורה המתבקשת, על אף שמעיד על התדרדרות המצב, כדי לפעול מוקדם יותר בכל היבט אפשרי על מנת לעשות מה שביכולתה כדי להציל את המטופל.

ב. **לגבי הנקבלת מס' 2 – היועץ הנוירולוגי ד"ר סמיון קורנבלום** נטען כי נוכח האמור עולה כי נהג בדרך שאינה הולמת רופא מורשה וגילה רשלנות חמורה במילוי תפקידו כרופא מורשה, כאמור בסעיף 5 לחוק זכויות החולה התשנ"ו - 1996 ובסעיפים 41 (1), (3) ו-(7) לפקודת הרופאים (נוסח חדש) התשל"ז - 1976 בכך ש: (א). העלה חשד שמדובר בשוק ספינלי, אך לא פעל כדי לשלול או לאשר אבחנה זו למרות האנמנזה החלקית והקושי בתקשורת עם המטופל, ורק קבע שיש לבצע מעקב בהמשך. (ב). ראוי היה להשלים את הבדיקה באמצעות בחינה של פלס תחושת. (ג). לא היה ער לחומרת המצב האורתופדי של המטופל שהיה עלול לסכן את חייו. (ד). לאור חומרת ומורכבות האירוע, הוא היה חייב להיוועץ בכונן. (ה). משהסתבר כי מדובר בחבלה, מצופה מנוירולוג, גם מתחיל, שיעקוב בקפידה ובדחיפות אחר החולה ו/או ינסה לשכנע את מנהלי המקרה להמשיך בבירור ואף לניתוח.

ג. **לגבי נקבלת מס. 3 - הכונן האורתופדי ד"ר איוב** נטען כי : נוכח האמור לעיל עולה כי נהג בדרך שאינה הולמת רופא מורשה וגילה רשלנות חמורה במילוי תפקידו כרופא מורשה, כאמור בסעיף 5 לחוק זכויות החולה התשנ"ו - 1996 ובסעיפים 41 (1), (3) ו-(7) לפקודת הרופאים (נוסח חדש) התשל"ז - 1976 בכך ש: (א). לא היה ער לחומרת המצב האורתופדי של המטופל שהיה עלול לסכן את חייו בכל רגע. (ב). למרות פניות חוזרות ונשנות לאורך שעות של הרופאה התורנית, ד"ר איוב לא מימש אחריותו כרופא כונן, לא סבר שעליו להגיע לבדוק חולה עם מופע

כה חמור ודרמטי ולא ראה צורך להגיע פיזית אל בית-החולים . במקום זאת, הנחה לאשפז את המטופל במחלקת אורתופדיה. (ג). ד"ר איוב לא התייחס לחומרת המקרה, לא אבחן כי יש צורך בניתוח דחוף או לכל הפחות באשפוז בטיפול נמרץ להשגחה צמודה . כמו כן, לא הורה לצוות המחלקה לדאוג לבקרה והשגחה מתמשכת למרות הסימנים המעידים על התדרדרות. (ד). למרות קבלת אינפורמציה על מטופל עם פרופיל רפואי חריג ועם קושי לקבל אנמנזה מדויקת, לא ניסה לקבל תמונת מצב ברורה יותר (כמו מדדים) ולא ייחס חשיבות למצבו של המטופל.

9. עד כאן , בשינויים לשוניים קלים , נוסח כתב הקובלנה על העובדות והטענות שבו כלפי כל אחד מהנקבלים.

10. **בישיבת הוועדה מיום 27/6/24 הודיע ב"כ הנקבלים כי :** " **עקרונית אנחנו מודים בעובדות הקובלנה בעובדות הרפואיות שמתוארות בקובלנה אבל אנחנו כופרים באשמה "** (עמ' 4); **וכן :** " **מודים בסיפור המעשה,..... לא מודים באשמה שנהגנו ברשלנות....."** (עמ' 5); בהמשך הוסכם בין הצדדים על מתווה הדיון : יוגשו בהסכמה המסמכים הרלוונטיים , בכך תסיים התביעה את הצגת ראיותיה ויישמעו עדויות הנקבלים מעל דוכן העדים . **אכן** הוגשו המסמכים שסומנו **ק/1-4 (הרשומה הרפואית , תחקור האירוע , דו"ח וועדת הבדיקה , והדו"ח הפתולוגי)** . לאחר מכן עלו שלושת הנקבלים על דוכן העדים , מסרו את גרסתם ונחקרו בחקירה נגדית על ידי ב"כ הקובל . בהמשך הודיע ב"כ הקובל כי לא יזמין לעדות את **פרופ' הדני**, **יו"ר וועדת הבדיקה** לעדות , עניין שעלה כאפשרות קודם לכן . נקבע מועד להגשת סיכומים בכתב, הללו הוגשו , וכעת עלינו לחוות דעתנו אודות האירוע. **נביע התנצלות** על התמשכות הכנת חוות דעתנו , בין השאר נוכח המתנה ממושכת לקבלת פרט מסויים מחומר הראיות שביקשנו (דיסק בדיקת ה- CT שנערכה למנוח בבית החולים⁵).

התמונה העובדתית המוסכמת

11. **בטרם נגיע** להצגת עמדות הנקבלים כפי שעלו בעדויותיהם ובסיכומים נציג את התמונה העובדתית כפי שעולה מתוך המסמכים הנ"ל שהוגשו לנו בהסכמה . כאמור, אין מחלוקת מצד הנקבלים אודות התיאור העובדתי שמופיע בכתב הקובלנה . המחלוקת הינה באשר למסקנות המשמעותיות שעולות מן העובדות הללו.

⁵ **נתקבל אצל יו"ר הוועדה רק ביום 14/11/24.**

12. להלן תמצית תוכן המסמכים שהוצגו לפי הסדר הכרונולוגי של האירועים :
13. (ק/1) - מסמך "סיכום ביקור בחדר מיון" : זו הרשומה הרפואית שמתארת את רצף מהלך הטיפול במטופל החל מקליטתו בבית החולים (12/7/19, שעה 19:46) ועד לשלב איתור מצבו כחסר הכרה כמתואר בקובלנה (13/7/19, שעה 08:19) . המסמך (30 עמודים) שימש בסיס להליכי הבירור שנעשו בהמשך ויוזכרו להלן .
14. (ק/2) - "דו"ח תחקיר אירוע - איחור בזיהוי החולה המדרדר - במסגרת אבטחת איכות - ניהול סיכונים" ; להלן יובאו רק עיקרי הדברים הנחוצים לענייננו :
- א. התחקיר נערך במסגרת המרכז הרפואי בני ציון ביום 14/7/19 וסוכם ככל הנראה ביום 25/7/19, עוד בטרם קביעת המוות ; הופיעו בתחקיר מומחי תוכן שונים והשתתפו בו נוספים.
- ב. תחת כותרת המשנה – "תיאור האירוע" נרשם : "בתאריך 13/7/19 בשעה 08:19 מטופל שאושפז במחלקה האורטופדית בעקבות נפילה, עם חבלת ראש וצוואר נמצא במיטתו ללא הכרה ונשימה . החלו פעולות החיאה, המטופל הונשם והועבר לטיפול נמרץ כללי . נכון ל-25/7/19 המטופל מאושפז בטיפול נמרץ והוגדר כמוות מוחי" .
- ג. בפרק "ממצאי רקע" נרשם תחת ממצאים 1-2 : "בן 29 ברקע מוגבל שכלית בינונית עם הפרעה התנהגותית, מתגורר במעון . הובא למיון ע"י מד"א עם צווארון פילדלפיה בשל תלונה של חוסר יכולת להזיז 4 גפיים כמספר שעות טרם קבלתו . על פי המידע שנמסר מהמעון המטופל נפל בשעות הצהריים (ביום קבלתו למיון) וסובל מכאב בצוואר ובכתף, מספר שעות לאחר מכן נצפה קושי בדיבור התיישב על הכיסא ללא הצלחה להקימו. הופנה למיון" .
- ד. בפרק "ממצאים כרונולוגיים" מובא "רצף ההתרחשויות באירוע עפ"י זמן או סדר התרחשות" בהתאם לסדר הכרונולוגי והטיפול (ממצאים 1-22) .
- ה. בפרק "ממצאים נוספים" נרשמו מספר ממצאים שנוגעים לנושאים : "זיהוי החולה המדרדר" ו-"טיפול במטופל עם חשד לטראומת ע"ש" .
- ו. בפרק "מסקנות - ניתוח ממצאים" תחת פסקת -"שגיאות" נרשמו ההערות הבאות ("פעולות לא נכונות אשר נעשו ע"י המעורבים ונבעו כתוצאה מטעות בשיקול הדעת" : (1) טעות בקביעת הדחיפות בטריאז'- התקבל אחרי חבלת ראש וחולשה ב-4 גפיים - מצופה להגדיר כדחוף ביותר ולהכניס לחדר הלם ; (2) החולה נבדק ע"י יועצים מאסכולות שונות (א.א.ג. , עיניים , נוירולוג, כירורג , אורתופד) ולמרות הממצאים בבדיקה לא זוהה(ת)ה

חומרת המצב ; (3) הייתה עצירת שתן שלא זוהתה כממצא נוסף לחומרת המצב ; (4) מדובר בחולה דחוי – חוסה במעון עם רקע של מוגבלות שכלית והפרעה התנהגותית . בנוסף משפחה מוכרת כבעייתית ביחד מהווים מיסוך ולכן יש צורך להיות אף יותר זהירים ורגישים ; (5) הירידה בסטורציה לא זוהתה כמדד על פי המודל של החולה המדרדר , לא הוזמן צילום חזה, לא נלקחו בדיקות גזים . על פי הנוהל של חולה מדרדר הרופא המטפל היה צריך להתייעץ עם גורמים נוספים לטיפול - לא תועד אם היה ייעוץ עם גורמים נוספים על זה שישנה ירידה בסטורציה ; (6) נשקל חשד לשוק ספינלי ע"י הנוירולוג אך זה לא עירב את הכוון כפי שנהוג ; (7) במיון , הרופאה האורתופדית התייעצה עם כוון לאחר שהציגה לו את ממצאיה אך גם הוא לא זיהה את החבלה הצווארית ולא עורב מומחה עמוד שדרה .

ז. תחת פסקת "תקלות" ו-"פעולות נכונות" צוינו הערות בהתאם .

ח. בפרק ה- "מסקנות - הקשר הישיר" - נאמר : "הגורם הישיר הוא אי זיהוי חומרת מצב המטופל ע"י כל הגורמים המטפלים ."

ט. בפרק "מסקנות - הקשר תורם , שורש – גורמים תורמים וגורמי שורש " נאמר : (1) מרכז רפואי בני ציון אינו נחשף די לטראומה ; (2) התנהגות המשפחה הסיטה את תשומת הלב מהטופל בכדי לטפל באירוע אלימות נגד הצוות ; (3) האירוע התרחש בשעות הערב והלילה כאשר אין צוות בכיר .

י. בפרקי "לקחים" ו-" המלצות " נרשמו ההערות המתאימות .

יא. בפרק " סיכום אחראי " נאמר : "מדובר באירוע בו לא אובחן מצב מסכן חיים של המטופל בקבלתו ובהמשך טיפול בו ע"י כל המטפלים למרות ממצאים מכוונים . נעשה תחקיר זה עם המלצות הנ"ל על מנת למנוע הישנות האירוע במקרים דומים ."

15. (ק/ 4) - חוות דעת של מומחה- מהמרכז הלאומי לרפואה משפטית: המדובר בדו"ח

הנתיחה שלאחר המוות של המטופל . הנתיחה בוצעה ביום 28/7/19 ; הדוח כולל את הפרקים הבאים : נסיבות ; פרוטוקול הנתיחה ; תמצית חומרי החקירה והרשומות שהועברו למכון מאת גורמי חוץ שונים (המשטרה, מד"א , הרשומות הרפואיות של בית החולים , סרטונים וכד') . מתוך סיכום חוות הדעת יובאו להלן רק הקטעים הרלוונטיים לענייננו לשם קבלת הרקע הכללי של גורמי האירוע :

א. " על סמך ממצאי הנתיחהובהתבסס על הרשומות הרפואיות ... הרייני לחוות דעתי כי מותו (של המטופל) נגרם מנזק מוחי מפושט כתוצאה מחבלה בעמוד השדרה הצווארי שהובילה ככל הנראה להלם ממקור עצבי (הלם נוירולוגי)" ;

ב. " בצפייה בסרטון מהמעון בו התגורר המנוח , נראה אירוע בו המטפל ...אוחז במנוח באחיזה בה צווארו של המנוח בכיפוף יתר קדימה בזמן (שהמטפל) מפיל אותו לרצפה. לאחר שחרורו מהאחיזה המנוח נראה מעט מתנדנד בהליכה . לאחר מכן מתרחש אירוע נוסף בו (המטפל) מכניס את המנוח לחדר באותה אחיזה עם כיפוף יתר של הצוואר קדימה ולאחר (שהמטפל) יוצא מהחדר , המנוח נראה יוצא אחריו כשהוא שפוף, רפוי, מתנדנד ומרגע זה ואילך אינו מסוגל להזיז את גפיו או להחזיק את גופו בצורה יציבה בכורסא בה הוא ישוב . מצב זה מעיד על שיתוק רפה שנגרם ככל הנראה בשל פגיעה בעמוד השדרה במנגנון של כיפוף יתר קדימה".

ג. " יש לציין בנוסף כי האירועים במעון התרחשו בשעות הבוקר (בשעה 9 וחצי לערך) ובמהלך היום המנוח התלונן על כאבים בצוואר ולא הייתה לו יכולת להזיז את גפיו או צווארו. צוות מד"א נקרא לזירה רק בשעות הערב (בשעה 19:00 לערך) . כלומר מרגע הפגיעה המשוער בעמוד השדרה והופעת התסמינים ועד להגעת צוות מד"א עברו כעשר שעות בהן לא ניתנה התייחסות רפואית למצבו של המנוח . במהלך שעות אלה לא נעשו פעולות ראשוניות למנוע נזק נוסף לעמוד השדרה כגון הנחת צווארון לקיבוע הצוואר (שבוצעה על ידי צוות מד"א) כדי למנוע תזוזה של עמוד השדרה והחמרת הלחץ והנזק שנגרם לעמוד ולחוט השדרה בפגיעה הראשונית . יתרה מכך , במהלך הסרטון מהמעון, לאחר שהמנוח נראה רפוי ושמוט על הכורסא , נראה המטפל...מזיז את צווארו של המנוח לכל הכיוונים , מצב אשר יכול להחמיר את הנזק שנגרם לאחר הפגיעה הראשונית בעמוד השדרה".

ד. " לסיכום : מותו של המנוח נגרם מפגיעה חבלתית לחוט השדרה הצווארי אשר הדרדרה להלם עצבי ולנזק מוחי בלתי הפיך, ולבסוף לקריסת מערכות מסיבוכי החבלה וההנשמה לה נזקק".

16. (ק / 3) - " דו"ח וועדת הבדיקה בעניין הטיפול הרפואי שניתן לXXXXXXXXX".

א. הדו"ח הינו מיום 20/5/21 והוכן על ידי וועדת בדיקה שמונתה לפי סעיף 21 (א) (3) לחוק זכויות החולה התשנ"ו-1996. הדו"ח מוען ל- ד"ר בועז לב , נציב קבילות הציבור במשרד הבריאות . חברי הוועדה היו פרופ' משה הדני , יו"ר - לשעבר מנהל המחלקה לנוירוכירורגיה, שיבא ; ד"ר יצחק ברלוביץ , חבר - לשעבר מנהל בית החולים וולפסון ; עו"ד רפי טויזר , חבר - יועמ"ש במשרד הבריאות . הוועדה שמעה את בני משפחת המטופל , אנשי צוות ואחרים , לרבות שלושת הנקבלים שבפנינו. נראה שכתב הקובלנה נוסח בהתאם לממצאי הוועדה ומסקנותיה .

ב. מתוך פרק "ממצאי הוועדה" - ועל מנת שלא לחזור על פרטים שהוזכרו ו/או הוסכמו - נביא כלשונם בדו"ח את הקטעים הנחוצים: "....ביום 13/7/19⁶ התקבל לחדר המיון בבית החוליםבשעה 19:43 לאחר שנחבל בצווארו, לא היה ברור אם נפל או נחבל על ידי אדם אחר. בדיעבד הסתבר כי היה קרבן לאלימות מצד אחד המטפלים במעון בשעות הצהריים באותו יום. בקבלתו לחדר המיון נבדק על ידי התורנית האורתופדית הזוטרה ד"ר יודקביץ אשר מצאה שיתוק רפה בארבע הגפיים. ד"ר יודקביץ ביקשה ייעוץ מהתורנית האורתופדית הבכירה ד"ר XXXXXXXX. ד"ר XXXXXXXX מצאה גם היא חולשה בארבע הגפיים והזמינה ייעוץ של נירולוג. באותו זמן נשם המטופל באופן ספונטאני וסטורציית החמצן בדם הייתה 93% על אוויר חדר. הדופק היה 66 לדקה".

ג. "בשעה 22:42 בוצע CT של המוח ושל ע"ש צווארי. בדיקת המוח פוענחה כתקינה ובדיקת ע"ש צווארי נראו שינויים ניווניים ובקע דיסק ב- C3-4 עם לחץ משמעותי קשה על חוט השדרה. ד"ר XXXXX דיברה עם הרדיולוג התורן שפענח את ה- CT אך לדבריה לא קיבלה ממנו תמונה ברורה באותו זמן".

ד. "ייעוץ נירולוגי שבוצע על ידי ד"ר סמיון קורנבלום ניתן בשעה לא ברורה, הייעוץ נכתב בשעה 03:52. הנירולוג מצא בבדיקה דיבור חלש ושכמעט לא ניתן להבנה ושיתוק רפה בארבע הגפיים. היו החזרים בידיים אך לא היו החזרים ברגליים. הנירולוג רשם כי קשה לקבוע אם מדובר בהלם ספינלי והמליץ על המשך מעקב בבדיקה חוזרת".

ה. "בחצות לערך עדכנה ד"ר XXXXXXX את הכוון האורתופדי ד"ר איוב עבד שהיה בביתו. הכוון התרשם על סמך עדותו בפני הוועדה כי המצב היה יציב ולכן לא חשב שיש לבצע בדחיפות בדיקת MRI של ע"ש צווארי. הכוון לא קיבל לדבריו באותו זמן מידע כי הסטורציה היתה 93% וכי הדופק היה 54. הוא החליט לא להגיע לבית החולים וביקש לאשפז את המטופל במחלקה האורתופדית. ד"ר איוב לא יידע את רופאי היחידה לעמוד השדרה במחלקה האורתופדית".

ו. "ביום 14/7/19⁷ בשעה 04:25 הועבר המטופל למחלקה האורתופדית. בשעה 05:00, על פי הרישום הסיעודי, הייתה סטורציית החמצן בדם 69% על אוויר חדר ועלתה ל-88% עם משקפי חמצן. לחץ הדם הסיסטולי 100/64 והדופק 75 לדקה. בהעברת משמרת הלילה למשמרת

⁶ ככל הנראה טעות סופר - המנוח התקבל ביום 12/7/19.

⁷ כמו בה"ש 6 לעיל - ככל הנראה טעות סופר. צ"ל 13/7.

הבוקר נרשם כי הסטורציה הייתה 76% ועלתה ל-84% עם משקפי חמצן . למרות ממצאים אלה הרופאה התורנית (ד"ר XXXXX) לא החליטה להנשים את המטופל " .

ז. " המשפחה ביקשה בשעות הבוקר בסביבות 07:45 להעביר את המטופל לבית חולים אחר . לדברי המשפחה בעדותה בפני הוועדה הם התלוננו על חוסר התייחסות לכאבים מהם סבל המטופל . הצוות סיפר על התנהלות אלימה מנגד , שהובילה להזמנת אנשי הביטחון והמשטרה " .

ח. " בשעה 08:19 נמצא המטופל בחוסר הכרה עמוק , עם מצוקה נשימתית ודופק חלש מאוד . הוחל בהחייאה . לאחר סיום ההחייאה בשעה 08:50 היה לחץ הדם 108/56 והדופק 110 . המטופל הועבר מונשם לטיפול נמרץ , כשהוא בחוסר הכרה עמוק ללא החזרים של גזע המוח , זאת כביטוי לנזק איסכמי מוחי " .

ט. " ביום 15/7/19 לא היה כל שינוי במצבו הנוירולוגי . הוחלט על ידי רופאי היחידה לעמוד שדרה לנתחו לשם דקומפרסיה⁸ אחורית של חוט השדרה הצווארי . בוצעה למינקטומיה⁹ C3-6 . לאחר הניתוח לא היה כל שיפור במצבו וכעבור 10 ימים של טיפול ביחידה לטיפול נמרץ הועבר למחלקה פנימית . למחרת קבלתו למחלקה הפנימית , ביום 26/7/19 כשהוא מונשם , הופיעה אסיסטולה¹⁰ . נסיון החייאה נכשל ונקבע מותו " .

17. בפרק " דיון ומסקנות " של דו"ח וועדת הבדיקה נאמר , תוך התייחסות לחלקו של כל אחד מהמערבים :

א. " ביום 13.7.19 נחבל XXXX ז"ל על ידי אחד העובדים המטפלים במעון לחוסים בו התגורר וסבל מחבלות לצוואר . לאחר החבלה התפתחה חולשה בארבע הגפיים . הוא התקבל לחדר המיון בבית החולים בני ציון , שם אובחן בבדיקה גופנית שיתוק בארבע הגפיים " .

ב. " בחדר המיון התגלו מספר כשלים בטיפול מצד הרופאים המטפלים :

(1) הרופאה התורנית הבכירה ד"ר XXXXXX לא התייחסה כראוי לממצא של קוודריפלגיה ולקשיי הנשימה שהתבטאו בסטורציה של 93% . היא הסתפקה בהזמנת ייעוץ נוירולוגי וייעוץ של רופא א.א.ג. , רופא עיניים וכירורג . בהמשך לייעוץ הנוירולוגי הוזמן CT מוח וע"ש צווארי . סטורציה של 93% בנוכחות שיתוק בארבע הגפיים צריך להדליק אור אדום שמדובר בשיתוק שריר הנשימה ויש לטפל בכך . במקרה כזה יש צורך

⁸ שינויי המסיסות של גזים רקמות הגוף

⁹ כריתת קשת חוליה

¹⁰ הפסקת פעילות חשמלית בלב

בניטור רציף של הנשימה ושקילת הנשמה והנעת תהליך אבחנה מהיר. ד"ר XXXXXX לא נתנה למקרה זה דחיפות מספקת ורק לאחר שחזרה (בשעה 22 לערך) מחדר ניתוח בדקה את צילומי ה-CT ."

(2) כשל נוסף בתפקודה של ד"ר XXXXX היה עדכון הכוון רק בסמוך לחצות , כלומר למעלה מארבע שעות מאז הגיע המטופל לחדר המיון . מקרה כזה של קוודריפלגיה , עם מצוקה נשימתית , מחייב מעורבות של רופא בכיר כבר בשלבים המוקדמים של הטיפול בחולה ולא באיחור של ארבע שעות מקבלת המטופל לחדר המיון .

(3) היועץ הנירולוגי ד"ר סמיון קורנבלום , שהיה בשנתו האחרונה להתמחות ולאחר שעבר בחינת שלב ב' , לא פירש נכון את ממצאי הבדיקה שערך למטופל . הוא העלה חשד שמדובר בשוק ספינלי אך לא פעל בהתאם לאבחנה זאת וקבע רק שיש לבצע מעקב בהמשך . קוודריפלגיה חריפה לאחר חבלה היא מקרה חירום ... ויש לטפל בחולה באופן נמרץ ומהיר. ד"ר קורנבלום היה חייב ליידע את הרופאים האורתופדים המטפלים על חומרת המקרה. בנוסף , אין רישום של הייעוץ הנירולוגי אלא בשעה 03:52 כאשר לדברי ד"ר קורנבלום הייעוץ בוצע בפועל מספר שעות קודם לכן. גם בשעת הרישום לא ראה ד"ר קורנבלום צורך לבצע בדיקה חוזרת לאחר הבדיקה הראשונה כפי שבעצמו רשם בייעוץ ."

(4) כשל נוסף הוא התנהלותו של הרופא הבכיר הכוון ד"ר עבד איוב . במקרה כזה המהווה סיכון גבוה לפגיעה נירולוגית חמורה וקבועה ובנוסף סכנת חיים בטווח הקצר, מצופה מן הכוון להגיע לבית החולים ולנהל את המקרה בעצמו. בנוסף, לאחר שעודכן טלפונית היה צריך ד"ר איוב לעדכן את רופאי היחידה לעמוד השדרה . לדברי הכוון לא נמסר לו כי נמצאה סטורציה של 93% ודופק 54. ד"ר איוב התרשם לדבריו כי המצב יציב ולכן לא חשב שיש צורך בפעולה דחופה כמו למשל העברה לטיפול נמרץ לניטור נשימתי , הזמנת MRI ועדכון הצוות של היחידה לעמוד שדרה . אילו היה ד"ר איוב מגיע לבית החולים ובודק את המטופל , ייתכן מאוד שהיה מורה על ביצוע פעולות אלה ."

(5) " כשל חמור נוסף היה בהחלטה להעביר את המטופל מחדר המיון למחלקה לאורתופדיה למרות שכבר בשעת ההעברה הייתה הסטורציה בדם 69% על אויר חדר , ממצא שהעיד על מצוקה נשימתית קשה. למרות זאת לא הועבר המטופל ליחידה לטיפול נמרץ לשם טיפול נשימתי . החלטה מצערת זאת , להעבירו למחלקה האורתופדית , אשר התקבלה על ידי התורנית הבכירה והכוון , הובילה לתוצאה העגומה ."

ג. " הועדה קראה את דו"ח הנתיחה לאחר המוות ושוחחה עם ד"ר הדס גיפס , שערכה את הנתיחה וכתבה את הדו"ח . בדו"ח הנתיחה אין התייחסות לממצאים בחוליות הצוואר ולחוט השדרה הצווארי , למרות שהפגיעה החבלתית הייתה באותו אזור. על פי ההסבר שקיבלנו מד"ר גיפס , הנתיחה בוצעה 14 ימים לאחר אירוע ההחייאה הראשונה ונוצר נזק אסכמי במוח ובחוט השדרה , דבר ששינה את הממצאים הראשוניים שהיו בחוט השדרה. כמו כן הנתיחה בוצעה לאחר ניתוח בחוליות הצוואר ולכן לא היה טעם בבדיקת אזור חוט השדרה הצווארי בנתיחה ."

ד. " לסיכום : מצב חירום של קוודריפלגיה וכשלון נשימתי לא טופל כראוי על ידי הרופאים המטפלים בחדר המיון , כולל הכוון האורתופדי שקיבל דיווח בביתו . התייחסות לכשל הנשימתי , העברת החולה לביצוע MRI וניתוח דחוף בשלב המוקדם , יתכן והיו משפרים את התפקוד הנוירולוגי ומונעים את התוצאה העגומה ."

טענות הצדדים בסיכומיהם - הקובל (14/8/24)

18. לאחר סקירת מהלך העניינים - למעשה בעיקר חזרה על פרטי כתב הקובלנה - סיכם

הקובל את עיקרי טענותיו כלפי כל אחד מהנקבלים כך :

א. כלפי הנקבלת מס' 1 נטען כי : (1) לא הייתה ערה לחומרת מצבו האורתופדי של המטופל,

מצב שסיכן את חייו בכל רגע ורגע, על אף שממצאים הקליניים היו בעלי מאפיינים חמורים

שהיה עליה לזהות כדגלים אדומים. (2) היה עליה להשגיח על המטופל בצורה הדוקה

וקפדנית ולזהות את השינויים המתארים הידרדרות של מצבו. (3) היא לא יצרה קשר באופן

מייד עם הכוון. מטופל עם מופע כה חמור ודרמטי מחייב מעורבות של הרופא הכוון כבר

בשלב מוקדמים של הטיפול, ולא רק כארבע שעות לאחר קבלתו לחדר המיון. (4) היה

עליה להבהיר לכוון באופן נחרץ יותר על חומרת המצב, ואף לבקש במפורש שיבוא לראות

את המטופל וכאשר נקבל מס' 3 החליט שלא להגיע לבית החולים היה עליה להיות יותר

פרואקטיבית ולהסביר לכוון את חומרת המצב. (5) הירידה ברוויון החמצן של XXXX ז"ל

לא עוררה בנקבלת מס' 1 את הדאגה המתבקשת ואת ההבנה הבסיסית של מצב שמדרדר.

ביטוי פיזי כזה שמעיד על הידרדרות צריך היה לגרום לה לפעול מוקדם יותר ובאופן

משמעותי יותר בכל היבט על מנת לעשות מה שביכולתה כדי להציל את המטופל.

ב. כלפי נקבל מס' 2 נטען כי : (1) העלה חשד שמדובר בשוק ספינלי, אך לא פעל כדי לשלול

או לאשר אבחנה זו. בירור האנמנזה מול המטופל הייתה קשה ומורכבת, המטופל שהיה

לא תקשורתי בשל מצבו השכלי הקשה אך היה על הנקבל לברר את חשדותיו למרות זאת, ולא רק לקבוע שיש לבצע מעקב בהמשך. (2) היה על הנקבל להשלים את הבדיקה על XXXX ז"ל באמצעות בחינה של פלס תחושת. (3) הנקבל לא הבין את חומרת המצב האורתופדי של XXXXXX ז"ל שסיכן את חייו. (4) הנקבל לא התייעץ עם כוון למרות מורכבות וחומרת האירוע. (5) משהסתבר לנקבל 2 כי מדובר בחבלה, מצופה היה מנוירולוג, גם ובעיקר מתחיל, שיעקוב בקפידה ובדחיפות אחר החולה ויפעל כדי לשכנע את מנהלי המקרה להמשיך בבירור ובטיפול ואפילו עד כדי כניסה מהירה לניתוח.

ג. **כלפי נקבל מס. 3 נטען כי :** (1) למרות פניות חוזרות ונשנות לאורך שעות של הרופאה התורנית, הנקבל לא מימש אחריותו כרופא כוון. הוא לא סבר שעליו להגיע לבדוק חולה עם מופע כה חמור ודרמטי ולא ראה צורך להגיע פיזית אל בית-החולים. במקום זאת, הנחה לאשפז את XXXX ז"ל במחלקת אורתופדיה. (2) הנקבל לא התייחס לחומרת המקרה, לא אבחן כי יש צורך בניתוח דחוף או לכל הפחות באשפוז בטיפול נמרץ להשגחה צמודה. (3) כמו כן, לא הורה לצוות המחלקה לדאוג לבקרה והשגחה מתמשכת למרות הסימנים המעידים על התדרדרות. (4) למרות קבלת אינפורמציה על מטופל עם פרופיל רפואי חריג ועם קושי לקבל אנמנזה מדויקת, הנקבל לא ניסה לקבל תמונת מצב ברורה יותר (כמו מדדים) ולא ייחס חשיבות למצבו של המטופל.

19. **הראיה העיקרית** עליה התבסס הקובל לביסוס ההאשמות כלפי כל אחד מהנקבלים היה **דו"ח וועדת הבדיקה (3/ק)** שחלקים עיקריים ממנו הובאו כבר לעיל. נחזור על הטענות הבאות של הקובל על סמך האמור :

א. **לעניין תפקודה המקצועי של הנקבלת מס. 1 נטען כי :** (1) הנקבלת לא התייחסה כראוי לממצא של **קוודריפלגיה** ולקשיי הנשימה שהתבטאו ב**סטורציה** של 93%. היא הסתפקה בהזמנת ייעוץ נוירולוגי וייעוץ של רופא א.א.ג, רופא עיניים וכירורג. בהמשך לייעוץ הנוירולוג הוזמן CT מוח וע"ש צווארי. **סטורציה** של 93% בנוכחות שיתוק בארבע הגפיים צריכה להדליק אור אדום, שמדובר בשיתוק שרירי הנשימה ויש לטפל בכך. במקרה כזה יש צורך בניטור רציף של הנשימה ושקילת הנשימה והנעת תהליך אבחנה מהיר. **ד"ר XXXXX** לא נתנה למקרה זה דחיפות מספקת ורק לאחר שחזרה (בשעה 22:00 לערך) מחדר ניתוח בדקה את צילומי ה-CT. (2) כשל נוסף בתפקודה של **ד"ר XXXXXXX** היה עדכון הכוון רק סמוך לחצות, כלומר למעלה מארבע שעות מאז הגיע XXXX ז"ל לחדר המיון. מקרה כזה של **קוודריפלגיה**, עם מצוקה נשימתית, מחייב מעורבות של רופא בכיר

כבר בשלבים המוקדמים של הטיפול בחולה ולא באיחור של ארבע שעות מקבלת XXXXX ז"ל לחדר המיון. (3) כשל חמור נוסף היה בהחלטה להעביר את XXXXX ז"ל מחדר המיון למחלקה לאורתופדיה למרות שכבר בשעת ההעברה הייתה הסטורציה בדם 69% על אויר חדר, ממצא שהעיד על מצוקה נשימתית קשה. למרות זאת לא הועבר XXXXX ז"ל ליחידה לטיפול נמרץ לשם טיפול נשימתי. החלטה מצערת זאת, להעבירו למחלקה האורתופדית, אשר התקבלה על ידי התורנית הבכירה והכונן, הובילה לתוצאה העגומה. (4) הנקבלת בעדותה ציינה כי חשבה שXXXX ז"ל מתחזה, לא ברור בדיוק מה המקור למחשבה זו. העובדה שהנקבלת התייחסה לזה גם באופן כזה ובלי לשלול מהותית את שאר האבחנות מעידה על חוסר אכפתיות, אדישות למצבו הקליני וכן הקוגניטיבי של המטופל וחוסר זהירות בסיסי כרופאה. (5) הנקבלת לא הבינה את חומרת הממצאים ולא התייחסה אליהם כראוי. היא אמנם הזמינה ייעוצים שונים, חשובים ונדרשים, אך לא השכילה לחבר את הנקודות לכדי סיפור מקרה אחד חמור. התנהלות זו שלא מחברת את נקודות הממצאים החלה כבר משלב הזמנת ה CT וההמתנה להעמיק בו רק עד תום הניתוח שאליו נכנסה מבלי להאציל סמכות לאחרים ולהבהיר את דחיפות המקרה. (6) הנקבלת הייתה צריכה לערב את הכונן שלה הרבה יותר מוקדם. כבר ברגע בו הבינה כי עומד מולה מטופל בעל מורכבות - לא רק בפן הקליני והמקצועי, אלא בעל מורכבות נוספת של בירור אנמנזה וסיפור המקרה היה עליה לעדכן באופן מידי את הכונן ולדרוש את התערבותו ושיקול דעתו. (7) לפי נוהל משרד הבריאות 05/2003 והפרקטיקה המקובלת, במצבים בהם מצבו של מטופל מחמיר, חובת התורנית לפנות באופן מידי לכונן, על מנת להבטיח מתן טיפול מיטבי ונכון בנסיבות העניין. (8) הנקבלת בחרה להתעלם מהנוהל הנ"ל שמחייב אותה לפעול באופן מסוים, מה שמעיד על שיקול דעת לקוי ורשלנות חמורה. (9) הנקבלת גילתה אי הבנה בנוגע לכך שהיכולות והידע של הכונן כרופא ותיק ומנוסה הרבה יותר ממנה הן קריטיות לשם טובת הטיפול. יתרה מכך, כאשר הכונן (נקבל מס' 3) בחר שלא לבוא וביקש להעביר את המטופל לאורתופדיה כאשר היא מנטרת אותו - הנקבלת לא זיהתה את ההחמרה המשמעותית במצבו ולא העבירה את המטופל לטיפול נשימתי במחלקה מתאימה. חוסר הבנה זה מהווה משקל נוסף לכך שהתנהלותה של הנקבלת אינה עומדת באף אחד מהסטנדרטים הרפואיים המקובלים ומציגה תמונה ברורה של רשלנות פושעת וחוסר מקצועיות מחפירה.

ב. לעניין תפקודו המקצועי של הנקבל מס. 2 נטען, בהתבסס על דוח הבדיקה , כי : (1)

היועץ הנורולוגי ד"ר סמיון קורנבלום, שהיה בשנתו האחרונה להתמחות ולאחר שעבר בחינת שלב ב', לא פירש נכון את ממצאי הבדיקה שערך למטופל. הוא העלה חשד שמדובר בשוק ספינלי, אך לא פעל בהתאם לאבחנה זאת וקבע רק שיש לבצע מעקב בהמשך. קוודריפלגיה חריפה לאחר חבלה היא מקרה חרום (medical emergency) ויש לטפל בחולה באופן נמרץ ומהיר. (2) ד"ר קורנבלום היה חייב ליידע את הרופאים האורתופדים המטפלים על חומרת המקרה. בנוסף, אין רישום של הייעוץ הנורולוגי אלא בשעה 03:52, כאשר לדברי ד"ר קורנבלום הייעוץ בוצע בפועל מספר שעות קודם לכן. גם בשעת הרישום לא ראה ד"ר קורנבלום צורך לבצע בדיקה חוזרת לאחר הבדיקה הראשונה כפי שבעצמו רשם בייעוץ" (3) הנקבל מס' 2 אשר שימש כיועץ והינו רופא לקראת סוף התמחותו לא פירש נכון את הממצאים החמורים שעמדו מולו. הוא בחן את הממצאים אך לא חיבר אותם לכדי תמונה ברורה שמציגה באופן מקצועי את מצבו של המטופל. ממה הוא סובל ומה בדיוק הבעיה הנורולוגית. (4) הקובל טוען כי אמנם נראה 'על הנייר' כי נקבל מס' 2 השכיל לאבחן את החשש שלו, אך מכיוון שלא ביצע שום מעשה כדי לטפל באותו חשש ניתן להבין כי לא הייתה הבנה אמיתית של הסיטואציה או אף חמור מכך, הייתה אדישות שהובילה בסופו של דבר להידרדרות בלתי נמנעת במצבו של מטופל ובסופו של דבר למותו. (5) עלתה טענה במהלך העדויות כי המטופל כבר עבר את ה- golden time של טיפול בשוק ספינלי. ראשית, לא הייתה לצוות המטפלים, וודאי לא ליועץ הנורולוגי הידיעה מתי בדיוק הטרומה התרחשה, היה קשה מאוד להבין את האנמנזה של המטופל. שנית, "גולדן טיים" היא הערכה לא מוחלטת שאחרי בדיוק שש שעות נסגר חלון ההזדמנויות ושלישית, ואולי ניתן לומר גם המשמעותי מכולם, גם לאחר סגירת חלון האפשרויות בגולדן טיים המטופל נמצא במצב חירום גם אם לא יוכלו להציל את חוט השדרה שלו. כנורולוג בשלב התמחותו ולאחר מעבר בחינות שלב ב' היה עליו לדעת זאת ולא לתת למעבר השעות להוריד את ערנותו ואת זהירותו בה הוא חייב. (6) רישום רפואי מדויק הוא אינו רק כלי משמעותי לטובת המשך מעקב, טיפול והבנה של מה בוצע ולא בוצע, רישום רפואי מדויק הוא גם חובה חקוקה (סעי' 17 לחוק זכויות החולה). רישום רפואי מהווה מקור מהימן ובאמצעותו ניתן לסמוך על התפקוד המקצועי של רופאים וצוותים מטפלים. הנקבל לא דאג לרישום רפואי מהימן ורק שעות לאחר הייעוץ הכניס את הפרטים. (7) כאשר הנקבל רשם את פרטי הייעוץ שנתן שעות קודם לכן, הוא לא טרח

לבצע את מה שהוא בעצמו כתב שיש לבצע בהמשך הטיפול והמעקב אחר המטופל, ולא ביצע עליו מעקב נוסף.

ג. **לעניין תפקודו המקצועי של הנקבל מס 3 נטען בהתבסס על דוח וועדת הבדיקה כי :** (1)

התנהלותו של הרופא הבכיר הכונן ד"ר **עבד איוב**. במקרה כזה, המהווה סיכון גבוה לפגיעה נוירולוגית חמורה וקבועה ובנוסף סכנת חיים בטווח הקצר, מצופה מן הכונן להגיע לבית החולים ולנהל את המקרה בעצמו. בנוסף, לאחר שעודכן טלפונית היה צריך ד"ר **איוב** לעדכן את רופאי היחידה לעמוד השדרה. לדברי הכונן, לא נמסר לו כי נמצאה סטורציה של 93% ודופק 54. ד"ר **איוב** התרשם לדבריו כי המצב יציב ולכן לא חשב שיש צורך בפעולה דחופה כמו למשל העברה לטיפול נמרץ לניטור וטיפול נשימתי, הזמנת בדיקת **MRI** ועדכון הצוות של היחידה לעמוד שדרה. אילו היה ד"ר **איוב** מגיע לבית החולים ובודק את XXXXX ז"ל, ייתכן מאד שהיה מורה על ביצוע פעולות אלה. (2) תפקידיו וחובותיו של כונן מפורטים בנהל משרד הבריאות 05/2003. על כונן חלה אחריות משמעותית והוא דמות בלתי נפרדת מהמערך המקצועי המנהל את המשמרת בפועל בבית החולים. (3) גם אם לא הייתה סיבה לכונן להתקשר לבית החולים לברר את הסיטואציה במחלקה בה הוא משמש ככונן, כאשר הוא קיבל שיחת טלפון מהתורנית היה עליו להבין את חומרת הסיטואציה באופן מקיף ככל האפשר. הוא בעל הניסיון, הוא בעל הראיה הרחבה יותר ובעל המומחיות כדי להבין מה האירוע מולו עומדים חברי הצוות במחלקה. (4) כונן שלא מברר את הפרטים הרלוונטיים - יכולת לקחת אנמנזה, מדדים חיוניים משמעותיים, וידוא טיפול עקבי ומקיף כושל בתפקידו ומזניח את מטופליו. (5) **נקבל מס' 3** היה צריך לשאול את השאלות הנכונות ולעשות את המירב כדי להבין מדוע התורנית התקשרה אליו ולהבין את המצב לאשורו בטרם החליט כי לא נדרשת הגעתו לבית החולים. לא מופרך לחשוב כי אם היה רואה את הנתונים של המטופל מול עיניו היו הדגלים האדומים שהתנופפו בגאון מבהירים לו את התמונה והוא היה יכול לטפל באופן ההולם ביותר.

20. **בהמשך סיכומי** ייחד הקובל דברים, תוך הפנייה לחוק ולפסיקת בתי המשפט, בעניין ההיבטים המשפטיים של הנושא, התשתית המשפטית עליה סומך כתב הקובלנה, החובה הרפואית לאבחן ומשמעותה, הגדרת המונח רשלנות חמורה והתנהגות שאינה הולמת רופא. בסיכום דבריו ומסקנותיו חזר למעשה על מה שנטען כבר לעין תוך שהוא מבקש להמליץ לקבוע את אשמתם של הנקבלים ואת הנורמות המצופות.

טענות הצדדים בסיכומיהם - הנקבלים (28/8/24)

21. את סיכומי הנקבלים ניתן לסכם בתמצית כך :

א. הנקבלים מציינים את נקודת המוצא העובדתית בכך שהודו בפני הוועדה רק **במסכת העובדות הרפואיות** אך לא באשמה . מבחינה זו הובעה הסתייגות מעמדת הקובל בסיכומיו לעניין מרחב ההסכמה ;

ב. רצף האירועים אליו יש להתייחס הינו זה שבא לביטוי במסמך התחקיר (ק/2) ;

ג. יש להבחין בין תפקיד **וועדת הבדיקה** לבין זה של הוועדה כאן . תפקיד **וועדת הבדיקה** הינו לקבוע את הממצאים האובייקטיביים לשם הפקת לקחים לעתיד ; תפקיד הוועדה כאן הוא להסיק את המשמעות המשמעתית של התנהלות הנקבלים ;

ד. על הוועדה כאן לקבוע את הממצאים על סמך נקודת המבט של האירועים , הנסיבות והמידע בזמן אמת ולא כחוכמה שלאחר מעשה .

ה. דו"ח הנתיחה שלאחר המוות מעיד על התעללות קשה כלפי המטופל במעון בו שהה קודם להגעתו לבית החולים ; מדובר בטראומה דרמטית, נזק לעמוד השדרה שגרם למותו.

ו. צוין פער הזמנים המשמעותי שבין אירוע האלימות במעון לבין הגעת **מד"א** והבאת המטופל לבית החולים . השיהוי הרב הזה תרם להחמרת מצבו של המטופל ;

ז. בית החולים **בני ציון** איננו **מרכז טראומה**, הוא לא ערוך לטיפול בפגיעה קשה בעמוד השדרה, לא היה בו מכשיר **MRI**, לא מחלקה נוירוכירורגית , נעשו בו ניתוחים אלקטיביים בלבד ;

ח. למעשה ההחלטה להביא את המטופל לבית החולים בני ציון הייתה של **מד"א** ; היה מקום להביאו לבית החולים **רמב"ם** או למרכז רפואי מתאים ;

ט. הנחת הצוות הרפואי הייתה שלא מדובר בטראומה ; המידע שנמסר אודות נפילה בצהרי היום חיזק את ההשערה שמקור החולשה של המטופל איננו מצב של טראומה ;

י. **הנקבלת מס.1** סברה נוכח האמור כי הבעיה קשורה לראש / צוואר ולכן ביקשה בדיקת **CT** ; לאחר מכן ירדה לחדר הניתוח לביצוע משימות אחרות ;

יא. מעת הגעת המטופל לבית החולים ועד להעברתו למחלקה האורטופדית בבוקר למחרת מצבו היה יציב יחסית ;

יב. גם הפענוח של ה- **CT** לא סיפק תשובה ברורה לגבי השפעת הבלט שבעמוד השדרה על מצב המטופל ;

יג. **הנקבלת מס. 1** טיפלה במטופל כמיטב יכולתה, לא היה בנתונים שהיו בפניה בזמן אמת כדי לעורר חשד שמצבו האורתופדי של המטופל חמור עד כדי סיכון חייו ;

יד. בנסיבות אלה הפנייה לכוון בביתו רק בחלוף כ-4 שעות הייתה סבירה ;

טו. **הנקבלת מס. 1** עמדה בקשר עם **הנקבל מס 3** - הכוון לאורך כל הלילה ;

טז. **הנקבל מס 3** - הכוון - היה חסר נסיון בתחום הטראומה של עמוד השדרה ; התרשמותו הייתה שגויה אך זו רק חוכמה שלאחר מעשה ;

יז. אילו **הנקבל מס. 3** היה מודע לעוצמת הטראומה - היה נוקט באמצעים דרסטיים כמו העברה לבית חולים אחר או לטיפול נמרץ ;

יח. מבחינת בית החולים ממילא לא ניתן היה לבצע ניתוח חירום בשעות הלילה ;

יט. ההחלטה להעביר את המטופל למחלקה אורתופדית על מנת שייבדק בשעות הבוקר הייתה בנסיבות העניין בגדר החלטה סבירה ;

כ. **הנקבל מס 3** היה בקשר לאורך כל הלילה עם בית החולים, לא הייתה אפשרות מעשית להתייעץ עם כוון עמוד שדרה, או לנתח ניתוח חירום במהלך הלילה, מה גם שהמצב להבנתו לא הצדיק זאת ;

כא. נוכח האמור, **הנקבל מס 3** לא סבר כי הגעתו לבית החולים יכולה לתרום להבנת המצב ;

כב. לא הייתה בזמן אמת הנחת יסוד של סכנת חיים למטופל ;

כג. בפני **הנקבלים 1 ו-3** לא היו סימני אזהרה מוקדמים למצב של הלם ממקור ספינלי ;

כד. אילו היו בבית החולים מכשיר **MRI** ו/או רופא **אורטופד** בכיר אולי ניתן היה לעמוד על המצב לאשורו ;

כה. לגבי **נקבל מס. 2** - הוא היה חסר נסיון לאבחון מצבים מסוג זה של **שוק ספינלי** ;

כו. גם **נקבל מס. 2** לא היה מודע לרקע האלימות שעבר המטופל במעון קודם להגעתו לבית החולים ;

כז. נוכח המצב היציב יחסית של המטופל לא סברו **כל הנקבלים** כי המצב מחייב העברת המטופל לבית חולים אחר ;

כח. **הוזכרה** התנהלות משפחת המטופל, לרבות הסרת משקפי החמצן מפניו על ידי מי מהם - מה שגרם להורדת הסיטורציה ;

כט. **נטען** כי החומר שהוגש לא מתייחס למה שקרה **במחלקה האורטופדית** אליה הועבר המטופל - חלק זה באירועים לא נחקר כיאות, ואין מידע על מה קרה שם ומה גרם למצב בו נמצא המטופל מחוסר הכרה.

ל. בדיעבד ניתן לומר כי **כלל הנקבלים** שגו בשיקול דעתם אך לא עד כדי קביעת **רשלנות חמורה** והטלת האחריות למות המטופל על כתפיהם ;
 לא. על הוועדה לבחון את התנהלות הנקבלים נוכח המצב בזמן אמת בהתחשב במגבלות בית החולים , אמצעים רפואיים מוגבלים , וניסיון רפואי מוגבל של רופאים צעירים ;
 לב. לפיכך הבקשה הינה להמליץ על זיכויים ולו רק מחמת הספק.

המסגרת המשפטית

22. נזכיר את תפקידנו בהתאם לסעיף 44 לפקודת הרופאים בחלקים החשובים לעניינו :
44. (א) . לא יינתן צו לפי סעיף 41 אלא אם ניתנה לרופא הזדמנות להגיש הגנתו בכתב ולטעון טענותיו לפני ועדה שחבריה הם המנהל ואנשים אחרים שמינה השר ובהם נציג היועץ המשפטי לממשלה.
(ב)-(ד) (לא רלוונטי) ;
(ה) הועדה תגיש דין וחשבון בכתב לשר הבריאות.
 23. לשון סעיף 41 הנזכר בחלקים הרלוונטיים לעניינו היא :
41. ראה השר, על יסוד קובלנה של המנהל או של אדם שנפגע, כי רופא מורשה עשה אחת מאלה, רשאי הוא, בצו חתום בידו, לבטל את הרישיון של הרופא או להורות שהרישיון יותלה לתקופה שקבע בצו, או לתת לרופא נזיפה או התראה :
(1) נהג בדרך שאינה הולמת רופא מורשה ;
(2) (לא רלוונטי)
(3) גילה חוסר יכולת או רשלנות חמורה במילוי תפקידיו כרופא מורשה ;
(4) -(6) (לא רלוונטי) .
(7) הפר הוראה מהוראות חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996.
(8)-(9) (לא רלוונטי) .

24. **" התנהגות שאינה הולמת" לעניין סעיף 41 (1) דלעיל הוגדרה בפסיקה ככזו-
 "... 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, שראוי כי יחדלו במקצוע הרפואה " (ע"א 580/86 ד"ר עמירם פישמן נ' שר הבריאות).

25. המונח "רשלנות חמורה" בהקשר הסעיף 41 (3) דלעיל הינה :

"רשלנות חמורה במובנה של פקודת הרופאים (נוסח חדש) משמעותו מהותית וכללית

סטיית רופא, במידה משמעותית, מרמת הטיפול המקובלת הצפויה ממנו במקרה נתון

הכול על פי נסיבותיו המיוחדות של כל מקרה ומקרה." (ע"א 3425/90 ד"ר אלכסנדר פינסטרבוש).

26. לשון סעיף 5 לחוק זכויות החולה הינה :

5. מטופל זכאי לקבל טיפול רפואי נאות, הן מבחינת הרמה המקצועית והאיכות הרפואית, והן מבחינת יחסי האנוש.

דיון – הערות כלליות

27. **פרשנו לעיל** באריכות יחסית את חומר הראיות שהוגש בפנינו, ואת טענות בעלי הדין. **פשיטא** שאת התנהלות הנקבלים יש לבחון בהתאם לפרק הזמן בו אופן תפקודם עומד לביקורת. משמע - בהתאם לידע, למידע ולמסגרת המשאבים שעמדו לרשותם בעת קבלת ההחלטות בזמן אמת ודרך יישומן. תובנות שהינן אך בגדר "חוכמה שלאחר מעשה" או כאלה שמשקללות לתוכן מידע וממצאים שהושגו או נתגלו רק במעלה הדרך, לאחר תום האירועים, הינן חשובות למטרת לימוד, הפקת לקחים, מניעת כשלים דומים בעתיד וכיוצ"ב שיקולים נכבדים. **לענייננו** בעת מתן חוות דעת לכב' השר לשם נקיטת **צעדים משמעותיים** כלפי הנקבלים, התובנות הללו רלוונטיות רק לצורך בחינה בדיעבד אם ניתן היה או צריך היה להשיגן או ליישמן על ידי המעורבים באירוע בזמן אמת. ככל שהתשובה לכך הינה שלילית, יש להיצמד לתשתית העובדות, המידע והידע של המעורבים הללו בעת התרחשות הדברים, בהתחשב בנסיבות המיוחדות של האירוע. **מבחינתנו** עלינו להעביר את ממצאי דו"ח **התחקיר** שנערך בבית החולים ודו"ח **וועדת הבדיקה**, דרך **"משקפי"** המסגרת המשמעותית, משמע - אילו מסקנות אישיות ניתן להסיק ולהפיק מתוך המכלול העובדתי שהוצג.

28. **כמה עניינים עובדתיים והנחות בסיס** ניתן לקבוע ולהציב כבר כעת בטרם כניסה לעומק שאלות האחריות האישית של כל אחד מהנקבלים : **(1) ההחלטה** להביא את המטופל לבית

החולים **בני ציון** ולא לבית חולים אחר באיזור לא הייתה נתונה בידי צוות בית החולים אלא בידי אנשי **מד"א** שקבעו בעניין זה עובדה ; (2) על פי מה שהוצג , ובלי לפגוע מכבודו של המוסד שהינו ותיק ומוכר , בית החולים **בני ציון** לא היה ערוך במועד הרלוונטי באופן מיטבי לטיפול במקרי **טראומה** מורכבים מן הסוג שבפנינו . בדיעבד ברור שהמקרה הנדון צריך היה להיות מטופל במרכז רפואי מתאים יותר בו קיימת יחידת טראומה על כל הציוד , הידע והמשאבים הכרוכים ביחידה כזו ; (3) **בית החולים** לא היה מצוייד אותה עת בציוד אבחון מתקדם כמו מכשיר **MRI** שהינו בגדר ציוד הכרחי לזיהוי בעיות מן הסוג שעלה במקרה שבפנינו ; מכשיר ה- **CT** בו נעשה שימוש איננו הכלי המיטבי ואינו מספיק טוב למקרים של חבלה של עמוד השדרה עם נזק לחוט השדרה . (4) **המידע** שהועבר לצוות בית החולים בעת קבלת המטופל וגם לאחר מכן , בכל הנוגע לנסיבות וסיבות הגעתו , היה מוגבל ולמעשה כלל המידע אודות האלימות שהופעלה כלפי המטופל התברר רק לאחר הבדיקה שלאחר המוות . (5) משהובא המטופל לבית החולים - כאמור , עובדה שהוכתבה על ידי **מד"א** - יש לבחון את השתלשלות העניינים בהתאם לנתוני זמן אמת ולגורמים המעורבים , כל אחד לפי חלקו , כישוריו אותה עת , יכולותיו ומגבלותיו ובהתאם למכלול המשאבים שעמדו לרשותם . (6) בקביעת מידת האחריות של כל אחד מהנקבלים לתוצאה העגומה יש מקום לקחת בחשבון את עקרון "**הכלים השלובים**" - משמע- לפי מידת הבכירות והמעמד הארגוני של כל אחד מהם ביחס לאחר כשלעיתים מידת האחריות הגוברת של האחד עשויה להשפיע על מידת האחריות של האחר . (7) לא כל **טעות** של בעל תפקיד מעורב במהלך עבודתו משמעותה בהכרח **עבירת משמעת** . ככל שמדובר בטעות בגין התרשלות , הזנחה , התעלמות , אדישות וכד' - ניתן לתרגם אותה כ**חריגה מהותית** מהנורמות המצופות מבעל מקצוע רפואי עד כדי הטלת אחריות משמעתית . ככל שמדובר בטעות שמקורה ב**שיקול דעת** לקוי , יש לבחון את מידת הסטייה שבה מדובר וחריגותה מהנורמה המצופה .

דיון - גרסת הנקבלים בעדותם

29. **כאמור** , הנקבלים לא חלקו על המסכת העובדתית כפי שהציג הקובל וביקשו להציג את עמדתם ביחס אליה. לזכותם ייאמר כי עדות כולם בפנינו הייתה , ככלל , בפתיחות ולא זיהינו מגמה של בריחה מאחריות או נסיון להטילה על האחר . להלן תמצית העמדות הללו של הנקבלים כפי שעלו מעדותם בפני הוועדה :

א. **הנקבלת מס. 1- ד"ר XXXXXXXX**

1. בעת האירוע (2019) הנקבלת שמש תורנית בכירה ובאמצע שלב ההתמחות (שהחלה בשנת 2013) באורתופדיה ; היא לוותה את המטופל החל מקבלתו בחדר המיון ועד לסיום המשמרת שלה לאחר שהועבר למחלקה האורתופדית ; האחריות שלה כלפי המטופל הייתה בכל השלבים במיון וכן במחלקה אליה הועבר (עמ' 12-13 ; 35-36 ; 60 לפרוטוקול) ;
2. **בעת הבירור** הראשוני של המטופל ובהמשך המעקב סברה שמדובר בבעיית **ראש/צוואר**, לפיכך ביקשה בדיקת CT של ראש ולאחר מכן גם של הצוואר ; עלתה אצלה אפשרות של דימום מוחי, חבלה באזור הראש, עמוד השדרה הצווארי, גידול וכד' ; לאחר מכן הלכה לחדר הניתוח לפעילות אחרת של השתתפות בשני ניתוחים (עמ' 16 ; 19 ; 25 ; 32) ;
3. בית החולים **בני ציון** לא נחשב מרכז טראומה ; במקרי תאונות דרכים וכד' ההפנייה הינה בדרך כלל למרכז הרפואי **רמב"ם** ; כך גם במקרה של צורך בבדיקת **MRI** (עמ' 17 ; 24 ; 25)
4. **הערכת צוות האחיות** בקבלה במיון (= **הטריאז'**) הייתה של דחיפות ברמה נמוכה (עמ' 18) ;
5. לאחר עיון בתוצאות ה-CT , היא לא זיהתה חבלה . נותר אצלה ספק בעניין דיסק-3-4 ובעניין קיום לחץ של **פּלֶט** דיסק בין חולייתית על חוט השדרה ; היא שוחחה על זה עם הרדיולוג (עמ' 19 ; 20) .
6. להערכתה מצב המטופל היה יציב והיא עקבה אחר מצבו כל רבע שעה - 20 דקות במגמה להמשיך ולבדוק נושאים נוספים ; מצב ה**סטורציה** היה נמוך במקצת אבל היא לא התרשמה שהוא בלתי תקין ; היא לא העריכה מצב של סכנת חיים, אחרת לא הייתה עוזבת אותו והולכת לחדר הניתוח ; היא לא זיהתה בעיה חריפה שהצריכה התערבות נירוכירורגית והעברה למרכז הרפואי רמב"ם ; בחדר המיון המעקב השוטף אחרי מצבו נעשה על ידי הצוות הסיעודי של האחיות ; היא נתנה הסבר אפשרי למצב ה**סטורציה** בניסיון המשפחה להאכיל את המטופל וניסיונו להסיר את משקפי החמצן ; אם הייתה נוכחת שהמצב מחמיר הייתה מורה על ביצוע אינטובציה (עמ' 21 ; 23 ; 26 ; 32 ; 34 ; 38 ; 40 ; 64 ; 62) ;

7. **משפחת המטופל** דיברה על אלימות שהופעלה כלפיו במוסד ממנו בא אך היא לא קיבלה מידע מוסמך בהקשר זה ; עלתה האפשרות של התחזות בהיעדר תגובות מצד המטופל לגירויים השונים (הרמת ידיים וכד') אך לא "במקום ראשון" ; בבוקר המשפחה ביקשה להעביר את המטופל לבית חולים אחר אך היא הביעה דעתה כי במצבו זה עלול להיות מסוכן (עמ' 22 ; 29 ; 65) ;

8. הנקבלת התקשרה לכונן , **הנקבל מס. 3** , לביתו בערך בשעה **אחת עשרה** בלילה (23:00), עדכנה ונועצה עימו , ועשתה זאת רק לאחר קבלת תוצאות בדיקת ה- CT ; הכונן ראה את ה- CT בביתו וקיבל תיאור של המצב לרבות החולשה ברגליים , ובדיקת הנוירולוג ; היא לא זכרה אם העלתה בפניו את האפשרות של העברה לרמב"ם ; היא הסכימה שמצב החולה הצדיק פנייה לכונן בשעה מוקדמת יותר ; תכנית הטיפול על דעת הכונן והנחייתו הייתה אשפוז במחלקה תחת השגחה והמשך דיון בנושא בבוקר שלמחרת ; החלטה על שיחה עם מומחה עמוד שדרה במהלך הלילה הינה בסמכות הכונן ; היא הייתה בקשר רציף עם הכונן לאורך כל הלילה עד להעברה למחלקה אך לא לאחר מכן לרבות לאחר הירידה בסטורציה נוכח השיפור שחל לאחר החיבור לחמצן (עמ' 31 ; 38 ; 39 ; 42 ; 49 ; 50 ; 51 ; 52 ; 53 ; 54) .

ב. **הנקבל מס. 2- ד"ר סמיון קורנבלום :**

1. הנקבל הינו כיום רופא בכיר במחלק נוירולוגית בבית חולים העמק , בעת האירוע היה מתמחה בשנה **החמישית** ; היה חסר נסיון וחשיפה למקרי טראומה (עמ' 67 ; 71 ; 93).

2. **ד"ר XXXXX** פנתה אליו בערך בשעה **תשע** בערב , הוא ערך בדיקה והצטרף להמלצה לבצע בדיקת CT ; בהמשך הלילה ראה את תוצאות הבדיקה ; את הרישום במערכת הכניס רק בשעה **ארבע** לפנות בוקר ; אותה עת ידע שהמטופל מופנה למחלקה האורטופדית , יהיה בהשגחה ; מעבר לזה לא עשה דבר נוסף ; סמך על החלטות האורתופדים בנוגע לטיפול בעמוד השדרה ; הוא לא יזם ביצוע מעקב על ידי בדיקה

נוירולוגית חוזרת בהמשך הלילה, סבר שזה תפקיד הרופא המטפל (68 ; 69 ; 71 ; 72 ; 82 ; 83 ; 85 ; 86 ; 90).

3. הוא ציין סיבות נוירולוגיות אפשריות לחולשה בגפיים, העלה אפשרות של אירוע מוחי, שוק ספינלי ; חבלה חמורה בעמוד השדרה, גידול, דלקת, טרשת נפוצה ; הוא העלה השערה של **שוק ספינלי** לאחר העיון במצאי בדיקת ה-CT ; הטיפול בו צריך להיות בטיפול נמרץ או ניתוח ; אם לא היה מוצא הסבר סביר לתלונות היה פונה לבדיקות נוספות ; במקרה זה פעל על פי מה שנראה לו הסביר ביותר (עמ' 70 ; 74 ; 75 ; 80 ; 81).

4. את המלצותיו הוא העביר לרופא התורן ; מסכים כי יתכן ש-"פספס" נוכח הקושי בתקשורת עם המטופל שלא שיתף פעולה ; מסכים כי היה מקום לעשות השלמת בדיקה בהמשך הלילה ; הוא לא שקל העברה לרמב"ם ולא העברה לטיפול נמרץ ; מסכים כי היה מקום מצידו להתייעץ עם הכונן שלו (ד"ר מחאג'נה) בביתו אך הוא לא עשה זאת ; הוא לא סבר נוכח המצב שזה חיוני ודחוף להורות על בדיקת MRI הואיל ומצא הסבר למצב הקליני של המטופל ; כיום היה נוהג אחרת, עורך בדיקת מעקב, מבקש בדיקת MRI והעברה לרמב"ם (עמ' 75 ; 77 ; 79 ; 84 ; 88 ; 89 ; 91 ; 92 ; 93).

ג. הנקבל מס. 3 - ד"ר עבד איוב :

1. ד"ר איוב הינו מומחה לאורתופדיה ; בעת האירוע היה רופא בכיר, כונן, כשנתיים לאחר סיום ההתמחות ; לא מנתח עמוד שדרה בעצמו ; ב-"בני ציון" במקרי טראומה של עמוד השדרה מעבירים למרכז רפואי מתאים ; לא מנתחים בלילה ; לא היה מכשיר MRI ; הוא היה חסר נסיון באירועים כאלה ; (עמ' 94 ; 95 ; 98 ; 99 ; 104 ; 116 ; 122 ; 147).

2. לדבריו ניתוח במקרה של **שוק ספינלי** יכול להיות יעיל בתוך מסגרת זמן של כ-6 שעות מעת האירוע ; אחר כך היעילות להצלת עמוד השדרה פוחתת ; אם היה במסגרת הזמן הזה, היה מורה על העברה לשם ניתוח חירום ; מסכים כי גם לאחר מסגרת הזמן הזו יש עדיין מה לעשות ; העברה לרמב"ם כרוכה בפרוצדורה סבוכה, לעיתים לוקחת שעות, צריך לערב את האחראי, הנהלת בית החולים, וזה לא עניין קצר או פשוט (עמ' 96 ; 103 ; 107 ; 119 ; 144).

3. בליל האירוע המידע שקיבל אודות המטופל לא היה ברור ; הדיווח הראשון של הנקבלת מס. 1 היה בשעה 11 בלילה ; הוא סמך בין השאר על הנקבלת מס. 2 שהיה כבר אחרי שלב ב' ; לא היה מודע לאלימות שהופעלה כלפי המטופל טרם הגעתו לבית החולים ; בעניין אפשרות העברה לבית חולים אחר לקח בחשבון היעדר יעילות נוכח חלוף הרבה זמן מאז האירוע (מהבוקר) , ויציבות מצב המטופל ; (עמ' 100 ; 101 ; 102 ; 105 ; 106 ; 112 ; 120).
4. הוא עיין בממצאי בדיקת ה- CT ונתוני החולה ; לא ראה סיבה חד משמעית למצב , ביקש להשלים הבדיקה לעמוד השדרה ; סבר שניתן לדחות לבוקר את הדיון בהמשך הטיפול עם מומחה עמוד שדרה ; לא היה מודע להחמרת המצב במחלקה ; לא ידע על אצירת שתן ; הוא לא סבר שיש מקום להנשמה או להעברה לטיפול נמרץ או למחלקה פנימית ; גם להנשמה יש סיכונים ; הוא לא חשב על התייעצות עם גורם מקצועי נוסף ; מצב המחלקות מלא בדרך כלל ואין מיטות פנויות ; התכנית הייתה לנתח בבוקר (101 ; 102 ; 103 ; 109 ; 113 ; 119 ; 121 ; 132 ; 133 ; 134 ; 136 ; 140 ; 145 ; 146 ; 149) ;
5. **לעניין שאלת הצורך** בהגעתו לבית החולים - הוא ליווה את המקרה בטלפון עד לשעות הבוקר המוקדמות וההעברה למחלקה , שאז נרדם לכמה שעות ; לא היה שקט כל הלילה ; התלבט אם לבוא אך לא סבר שיש בידו לתרום מעבר למה שנעשה ; אילו סבר שיש בידו לתרום היה מגיע , זה כ-30/40 דקות נסיעה בלילה ; אם מתמחה מבקש הוא מגיע ללא היסוס ; בדיעבד מסכים שהיה צריך להגיע ; מסכים שלעיתים יש הבדל בין קבלת מידע מרחוק לבין נוכחות בבית החולים ליד מיטת החולה ; מסכים שהיה עליו להיות ער יותר למצב ולהגיע נוכח השיחות עם הנקבלת מס. 1 (עמ' 107 ; 115 ; 122 ; 124 ; 125 ; 129 ; 130 ; 131 ; 138 ; 139).

דיון- ניתוח הראיות ושאלת האחריות

30. **בפנינו "אירוע מתגלגל"** שראשיתו באלימות קשה כלפי המטופל בשעות הבוקר במוסד בו שהה, היעדר טיפול והתייחסות נכונה לתלונותיו בזמן אמת , בין נוכח אדישות הצוות שם ובין נוכח היעדר תקשורת עימו נוכח מצבו , והעברה בחלוף שעות רבות באמצעות **מד"א** בשעות הערב לבית החולים **בני ציון** שבהבנה שבדיעבד אינו המקום האופטימלי לטיפול במקרי **טראומה**

כאלה . לחלוף הזמן הזה , שלא היה בשליטת המעורבים במקרה זה , הייתה השפעה מכרעת על האבחון והטיפול כולו.

31. **בהבנה שבדיעבד** ברור מה היה צריך לעשות מיד עם קבלתו של המטופל לבית החולים , מה שהיה

עשוי להציל את חייו : להסדיר העברה דחופה שלו למרכז רפואי בו קיימת אפשרות לבדיקת **MRI** והמשך טיפול בהתאם , משמע - ניתוח עמוד השדרה על מנת להפחית את הלחץ שנוצר על ידי הדיסק הפרוץ , פריצה שככל הנראה נגרמה כתוצאה מאלימות שהופעלה כלפיו . אלא שאנחנו לא במצב של שאלות של "חוכמת הבדיעבד" אלא עלינו לבחון את התנהלות הנקבלים שבפנינו בזמן אמת , כל אחד לפי חלקו באירוע, תפקידו, יכולותיו , מעמדו , ותחומי אחריותו .

32. **עוד נציין כבר כאן** כי לאחר סיום שמיעת הראיות בישיבה שקיימנו , ביקשנו לראות את הדיסק

של בדיקת ה-CT . לאחר בקשות חוזרות הוא התקבל אצל יו"ר הוועדה (ביום 14/11/24) . עיון עצמאי של חברי הוועדה הרופאים העלה כי בעת הבדיקה הייתה מודעות **לחבלת ראש** ; וכי בקלות ניתן לראות כי חוט השדרה "חנוק". אכן, מתמחה צעיר - במקרה זה, **הנקבלת מס. 1** - עלול להחמיץ את ההבנה הזו . לא כן רופא בכיר . לכן הציפייה היא כי על **הנקבל מס. 2 והנקבל מס. 3** היה להבחין במצב ולפעול בהתאם .

33. **נפתח בבחינת מידת אחריותה של הנקבלת מס. 1 - ד"ר XXXXXXXXXXXX :**

א. **המדובר ברופאה** באמצע שלב ההתמחות שלה . מעמד זה היה ידוע להנהלת בית החולים ולא היה מקום לצפות ממנה מעבר למעמד ולשלב התמחות זה . אכן, יתכן שרופא מיומן יותר היה בכוחו לאבחן נכון יותר ומוקדם יותר את מצב המטופל אך כאמור עלינו לבחון את התנהלותה ב-"משקפיים משמעתיות" נוכח פרטי האשמה שיוחסו לה בקובלנה.

ב. **בחינת סדרת** הפעולות עליה הורתה, ואשר תוארו לעיל , עם קבלת המטופל לאחריותה לא מצביעה למיטב הערכתנו , על **מחדל קריטי** מצידה שיש בו כדי להעיד על חוסר איכפתיות או אדישות שעלולים להכניס אותה לתחום **הרשלנות** , בוודאי לא לתחום **הרשלנות החמורה** . הטענה שבקובלנה שהיא לא הייתה ערה לחומרת המצב ולפיכך לא השגיחה עליו כנדרש אולי נכונה בהסתכלות אחורנית אך בזמן אמת קשה היה לצפות ממנה לאבחן לעומק מעבר למה שאבחנה .

ג. **היא ביצעה** סדרת בדיקות ראשוניות כמצופה , זימנה בדיקות של בעלי מומחיות נוספים (נוירולוג , כירורג, עיניים , א.א.ג.) , לרבות עירוב **הנקבל מס. 2** ובחנה את תוצאות בדיקת ה-CT וכן ערכה בירור עם **הרדיולוג** ; היא עקבה באורח שוטף אחרי מצב המטופל והמדדים שלו ועדכנה באופן סביר את **הנקבל מס. 3** . מצב המדדים כפי שהוצג בפנינו

לאורך הטיפול היה אכן בעייתי , בדגש על השלב הסופי בסמוך להעברה למחלקה , אך לא ניתן לקבוע כי הוא הגיע עד כדי הדלקת **אור אדום** של מצב חירום מסכן חיים . טענת הקובל על אי יכולתה של הנקבלת "לחבר את הנקודות" לכדי קו טיפול ברור הינה בגדר הצבת נורמת בקיאות וניסיון שקשה היה לצפות מהנקבלת עד כדי חציית הקו המשמעותי . להערכתנו היא עשתה כמיטב יכולתה בנסיבות שהיו בפניה . את דעתנו לעניין יכולת הזיהוי של המצב נוכח ממצאי בדיקת ה- CT כבר הבענו לעיל .

ד. **לחובתה של הנקבלת** נטענת העובדה שעדכנה את הכוון , **הנקבל מס. 3** , רק בחלוף כמה שעות מעת תחילת הטיפול . נוכח מצב הספק בו היה המטופל מצוי , מגבלות התקשורת איתו , הדיבורים על אלימות שהופעלה כלפיו , המדדים הגבוליים , והעדר מסקנה ברורה באשר לגורמי המצב בו היה נתון (רפיון הגפיים וכד') בוודאי רצוי היה לעדכן את **הנקבל מס. 3** כבר בסמוך לקבלת הנתונים הראשוניים . זאת במיוחד נוכח הבנתה את מגבלותיה המקצועיות אותה עת . ואולם לא מצאנו כי הרצון למסור דיווח יחד עם תוצאות בדיקת ה- CT היה בלתי סביר. עם זאת הציפייה ממנה לדרוש את התייצבות הכוון , להיות יותר **פרו אקטיבית** כלפיו וכד' , כנטען בקובלנה , תלוייה במערכת היחסים הכללית שבין בעלי תפקידים , בהיררכיה המקובלת ובאופיו של כל בעל תפקיד . קשה לראות בכך חריגה חריפה מהנורמה המקובלת .

ה. **התלבטנו** אם התנהלותה של הנקבלת במחדלה מול הכוון עולה כדי **התנהגות שאינה הולמת רופא** . כאמור לעיל זו הוגדרה בפסיקה ככזו- **"...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, שראוי כי יחדלו במקצוע הרפואה "** ; דומה שכוונת הסעיף למצבים אחרים מאלו הנדונים כאן .

ו. **התוצאה היא** שראוי להעיר לנקבלת במסגרת המקצועית והמערכתית על הטעון תיקון - וכפי שעלה בעדותה דומה שהיא כבר הפנימה את הדבר - אך אין מקום להטיל עליה את ה- "אשמה" המשמעותית שיוחסה לה .

34. לעניין ד"ר קורנבלום – הנקבל מס. 2 :

א. **ד"ר קורנבלום** היה בעת האירוע מתמחה בשנה החמישית והאחרונה ובשלב מתקדם וסופי של ההתמחות, לאחר **בחינות שלב ב'** ; הציפיות ממנו הינן כמו למומחה עצמאי לחלוטין ;

הטענה כלפיו הינה על התנהלות פסיבית מדי והיעדר הסתכלות כוללת ונטילת אחריות , מעבר לגבולות האחריות הפורמליים . הוא בדק את המטופל בסמוך לתחילת הטיפול לבקשת הנקבלת מס. 1 והעלה , בין השאר , השערה נכונה בדבר אפשרות של שוק ספינלי ; הוא הורה על המשך מעקב אך לא ביצע את מה שסבר שצריך לעשות ; הוא עשה את הרישום המתחייב במערכת המידע בעיכוב משמעותי ובלתי מוסבר . גם בעת הרישום המאוחר - שגרע מידע מבעלי התפקידים האחרים שנגעו באירוע - הוא לא מצא לנכון לממש את ההמלצה שקבע בעצמו ולערוך בדיקה חוזרת . הוא סמך על הרופאים האחרים אליהם הופנתה ההמלצה שיישמו אותה ולא נועץ בכונן המתאים . את דעתנו בעניין הציפייה מרופא במעמדו להבין את קריאת ה-CT כבר הבענו לעיל.

ב. מצופה מהנקבל מס. 2 היה להיות פרואקטיבי , להפגין אחריות , יוזמה ומעורבות מעבר למה שפעל במסגרות הפורמליות , ובלשון העם- להפגין "ראש גדול" יותר מזה שהפגין : משהעלה חשד לקיומו של שוק ספינלי היה עליו להמשיך ולעקוב אחרי המצב - לרבות ביצוע בדיקה חוזרת שלו או לוודא שנעשית על ידי אחרים - נוכח הבנה שאפשרות של הדרדרות קיימת וחובה להיערך כלפיה . נוכח העובדה שהוא מנה מספר אפשרויות אחרות - פרט לטראומה- שיכלו להיות סיבה לחולשה פתאומית ב-4 גפיים , וכמעט כל הסיבות הללו הן סיבות שבתחום האחריות של רופאים נוירולוגיים ולא בהכרח אורטופדיים - היינו מצפים ממנו לשקול לקבל אחריות על המשך הבירור והטיפול במנוח ובוודאי לא להסכים לשלוח אותו למחלקה אורתופדית . ובכל מקרה של ספק שנותר, היה עליו לכל הפחות לערב את הכוון מולו עבד ; אסור היה לו להישאר אדיש למצב . הרישום המאוחר של ממצאי הבדיקה שערך בשעות הערב המוקדמות מנע מאנשי צוות אחרים את האפשרות להכיר את עמדתו ולשקלל אותה במערכת שיקוליהם . זהו מחדל חמור שלא מצאנו לו הסבר או הצדקה.

ג. התלבטנו אם הנקבל מס. 2 חצה במחדליו ובדרך התנהלותו את גבול הרשלנות החמורה במובן המשמעותי . לאחר שקילת המצב סברנו כי אף שהתנהל בדרך שאינה הולמת רופא סביר, על גבול ההתרשלות , נוכח המסגרת הפורמלית בה פעל , זו לא הגיעה לכדי רשלנות חמורה.

ד. בהתנהלותו המתוארת הנקבל מס. 2 ללא ספק נהג בהתנהגות שאינה הולמת רופא . לעבירת משמעת זו מן העד רחב של מצבים וחומרות . לדעתנו אחריותו נמצאת במדרג גבוה של חומרה בתוך אותו מנעד .

35. לעניין ד"ר איוב- הנקבל מס 3 :

- א. **ד"ר איוב** שימש כרופא הבכיר בהיררכיית המטפלים באירוע . מטבע הדברים הדבר הטיל עליו **אחריות עודפת** . למרבה הצער הוא כשל בנשיאת האחריות הזו . בהיותו כונן היה עליו לממש את אחריותו באופן מעשי ואקטיבי ולהגיע לבית החולים על מנת לעמוד על מצב הדברים באופן בלתי אמצעי . היה עליו להכיר במגבלות יכולת האבחון של **הנקבלת מס. 1**, ולא להסתפק במידע שמסרה לו וההתרשמות שהעבירה לו אודות יציבות מצב המטופל . היה עליו לתת את הדעת למדדים הגבוליים של המטופל , לשאול את השאלות הנדרשות , וככל שהיה חסר לו מידע , היה עליו לדרוש אותו באופן מפורט , לוודא יישום ההוראות, ללבן את חומרת המצב ולא לסמוך רק על מה שהועבר .
- ב. **אין ביזנו** לקבל את ההסבר שנתן הנקבל בעניין מגבלת ה- **golden time** ; זה נשמע לנו כמו תירוץ שבדיעבד . הדברים אינם מוחלטים וגם אם יעילות הטיפול המתאים בחלוף זמן פוחתת אין בכך כדי לבטל אפשרות של תועלת יחסית לרבות מניעת נכות מתמדת . על פי הנורמות המצופות שיקול כזה אינו מקובל ואנחנו דוחים אותו .
- ג. **חובת הרופא** הינה לא להסתפק רק במה שמוצג בפניו אלא לדרוש , לחקור ולעקוב על מנת לממש את יכולת האבחון המיטבית . כאמור, התרשמותנו היא שהנקבל לא פעל כמצופה ממנו נוכח מעמדו, בכירותו והיקף אחריותו . את דעתנו בעניין קריאת ממצאי ה- **CT** והציפייה המובהקת מרופא בכיר במעמדו ובוותק שלו כבר הבענו לעיל .
- ד. הרושם הוא שהנקבל הבין את הצורך להעביר את המטופל לבית חולים אחר אך נמנע מליזום את המהלך נוכח הקשיים הארגוניים בהם כרוך הדבר . אכן, נראה כי העברת מטופל באמצע הלילה איננה דבר פשוט ומחייב מעורבות והתנעה של גורמים נוספים בהנהלת בית החולים ומחוצה לו . אסור שרתיעה מהמורכבות הצפויה תמנע יזימת המהלך על כל הכרוך בכך ככל שהעברת חולה הינה חיונית . **הנקבל מס. 3** כשל בהבנת הצורך וביישומו המעשי .

המלצה

36. המלצתנו הינה לקבוע כי הנקבלת מס. 1 פטורה מענישה משמעתית ; ביחס לנקבל מס. 2 יש לקבוע כי עבר עבירה של התנהגות שאינה הולמת רופא ; ביחס לנקבל מס. 3 המלצתנו היא לקבוע כי עבר עבירה של רשלנות חמורה .

37. בהתחשב באמור יש לעבור לשלב קביעת אמצעי המשמעת המומלץ. הצדדים ימסרו לנו בתוך 14 ימים את עמדתם אם ניתן לערוך את השלב הזה בהליך בדרך של טיעונים בכתב או שיש צורך בטיעון בעל פה באולם הוועדה . ככל שיעדיפו , או מי מהם , להשמיע טיעון בעל פה , ייקבע מועד לדיון .

ניתנה היום, 8/12/24, בהיעדר הצדדים .

דר' רות גור - יו"ר, נציג המנהל הכללי ;

דר' ערן סגל - נציג הסתדרות הרופאים

עו"ד אריה רוטר - נציג היועצת המשפטית לממשלה