

מדינת ישראל

בתי הדין למשמעת – משרד הבריאות בירושלים



תיק בד"מ 5/4/22

22 ביולי 2024

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

ד"ר אילן וסרמן - יושב ראש, נציג המנהל הכללי
ד"ר יואב גרונוביץ' - נציג הסתדרות הרופאים
עו"ד עירית אלטשולר - נציגת היועצת המשפטית לממשלה

הקובל: המשנה למנהל הכללי משרד הבריאות על ידי עו"ד יונתן ברג
 ו/או תומר דגני

נגד

הנקבלים: 1. פרופ' סמי ניטצקי על ידי עו"ד עופר דורון ו/או מוריה שלו
 2. פרופ' רון כרמלי על ידי עו"ד ערן קייזמן

דין וחשבון

לפי סעיף 44 לפקודת הרופאים [נוסח חדש] תשל"ז – 1976

1. הקובלנה

ביום 13.2.2023 הגיש המשנה למנהל הכללי של משרד הבריאות קובלנה מתוקנת שהחליפה קובלנה מיום 28.4.2022 (הקובלנה המתוקנת תקרא להלן - הקובלנה) נגד פרופ' סמי ניטצקי בעל רישיון מס' 18397 ובעל תעודת מומחה בכירורגית כלי דם וכירורגיה כללית (להלן - הנקבל 1) ונגד פרופ' רון כרמלי בעל רישיון מס' 18362 ובעל תעודת מומחה בכירורגית כלי דם וכירורגיה כללית (להלן - הנקבל 2), וזאת בגין צעדים שנקטו או נמנעו מלנקוט בקשר לטיפול במר XXXXX XXXXX ז"ל (להלן - המטופל או המנוח) בימים 3-5 באוגוסט 2015.

בעת האירועים נשוא הקובלנה כפי שיפורטו להלן, היה פרופ' ניטצקי מנהל היחידה לכירורגית כלי דם הקפיים וסגן מנהל המחלקה לכירורגיה של כלי דם והשתלות בבית החולים רמב"ם בחיפה, ופרופ' כרמלי היה מנהל מחלקת כלי דם במרכז רפואי (בית החולים) כרמל בחיפה.

עבירות המשמעת המיוחסות לנקבלים בגין אירועים אלה הן:

ביחס לפרופ' ניטצקי נקבל 1 - כי נהג בדרך שאינה הולמת רופא מורשה וגילה רשלנות חמורה במילוי תפקידו כרופא מורשה ומנע מהמנוח לקבל טיפול רפואי נאות כאמור בסעיף 5 לחוק זכויות החולה, התשנ"ו - 1996 (להלן - חוק זכויות החולה) ובסעיפים 41(1), (3) ו-(7) לפקודת הרופאים (נוסח חדש), התשל"ז-1976 (להלן - הפקודה), בכך ש:

א. לא ביצע הערכה נירולוגית של המטופל מיד בסיום הניתוח או כאשר השתנה לרעה מצבו של המטופל בסגירת העורק הפנימי של הקרוטיס;

ב. לא ביצע סיטי או/ו סיטי אנגיו ברגע שהיה מודע לבעיה הנירולוגית של המטופל;

ג. לא ציין בדו"ח הניתוח שהיה חשד להתפוררות של הרובד הטרשתי בעורק התרדמה ואירוע של תסחיף מוחי.

ביחס לפרופ' כרמלי נקבל 2 - כי נהג בדרך שאינה הולמת רופא מורשה וגילה רשלנות חמורה במילוי תפקידו כרופא מורשה ומנע מהמנוח לקבל טיפול רפואי נאות כאמור בסעיף 5 לחוק זכויות החולה ובסעיפים 41(1), (3) ו-(7) לפקודה בכך ש:

א. ניתח את המנוח בבית חולים כרמל למרות שחלפו כ-36 שעות מהניתוח הראשון ולא היתה אינדיקציה רפואית לניתוח;

ב. ניתח את המנוח בלי לבצע או לקבל הדמיה מעודכנת.

2. הוועדה, מסמכים ועדים

שר הבריאות מינה אותנו ביום 23.5.2022 כחברים בוועדה שתדון בקובלנה (המקורית, שהוגשה כאמור ביום 28.4.2022), כאשר בעקבות הדיון הראשון ביום 25.10.2022 ומגעים שקוימו בין באי כוח הצדדים תוקנה הקובלנה המקורית (רובה ככולה בקשר לנקבל 1) והוגשה לוועדה בעת הדיון ביום 14.2.2023 הקובלנה מיום 13.2.2023 שבפנינו.

הועדה קיימה 8 דיונים (שמועדי חלקם נדחו מפאת קשיים בהתייצבותו למתן עדות של אחד מעדי הקובל ומפאת אירועי 7 באוקטובר והמלחמה), הוגשו לה 11 מוצגים מטעם הקובל ו-5 מוצגים מטעם הנקבל 1, והיא שמעה 7 עדים כולל שני הנקבלים.

שמות העדים בפני הועדה (בנוסף לשני הנקבלים) יפורטו להלן, ולאור חשיבות הדברים יצוינו פרטי מומחיותם:

1. ד"ר רוני אייכל, נירולוג, מנהל המחלקה הנירולוגית בבית החולים שערי צדק;
2. פרופ' גבריאל סנדרו, מומחה בכירורגית כלי דם שהיה מנהל המחלקה לכירורגית כלי דם בבית החולים סורוקה;
3. ד"ר איתן הלדנברג, מומחה בכירורגית כלי דם, מנהל המחלקה לכירורגית כלי דם בבית החולים הלל יפה, בעבר מנהל המחלקה בבית החולים שמיר (אסף הרופא);
4. ד"ר יעקב אמסלם, מומחה ברדיולוגיה, נירורדיולוגיה אבחנתית ופולשנית, מי שהיה בעת האירועים נשוא הקובלנה מנהל היחידה לנירורדיולוגיה פולשנית בבית החולים רמב"ם, כיום בבית החולים שערי צדק;
5. פרופ' אהרון הופמן, מומחה בכירורגית כלי דם, מי שהיה בעת האירועים נשוא הקובלנה מנהל המחלקה לכירורגית כלי דם בבית החולים רמב"ם;

המוצגים שהוגשו מטעם הקובל:

1. מסמכי תיקו הרפואי של המטופל בבית החולים רמב"ם, סומנו יחד ת/1;
 2. סיכום מחלקת טיפול נמרץ נשימתי, בדיקות מעבדה וסיטי של המטופל במרכז רפואי כרמל, סומנו ת/2.
 3. חוות דעת ללא תאריך של ד"ר רוני אייכל, סומנה ת/3;
 4. חוות דעת ללא נושא מיום 6.9.2020 של פרופ' גבריאל סנדרו, סומנה ת/4;
 - (חוות הדעת ב- 3 ו-4 לעיל אינן ערוכות כחוות דעת מומחה בהתאם לפקודת הראיות (נוסח חדש), התשל"א-1971).
 5. פרוטוקול שיחת הבהרה מיום 2.8.2018 בעניינו של המנוח עם נקבל 1 במשרד הבריאות, נציב קבילות הציבור למקצועות רפואיים, סומן ת/5;
 6. פרוטוקול שיחת הבהרה מיום 14.6.2018 בעניינו של המנוח עם נקבל 2 במשרד הבריאות, נציב קבילות הציבור למקצועות רפואיים, סומן ת/6;
 7. פרוטוקול שיחת הבהרה מיום 7.2.2019 בעניינו של המנוח עם נקבל 2 במשרד הבריאות, נציב קבילות הציבור למקצועות רפואיים, סומן ת/7;
 8. סיכום אשפוז (ללא שם) על צינתור מוחי מ-17.5.2015 בית החולים רמב"ם, סומן ת/8;
 9. סיכום אשפוז (ללא שם) על צינתור מוחי מ-22.6.2015 בית החולים רמב"ם, סומן ת/9;
 10. סיכום אשפוז (ללא שם) על צינתור מוחי מ-16.9.2015 בית החולים רמב"ם, סומן ת/10;
 11. פרוטוקול שיחה (ללא תאריך) עם ד"ר אמסלם בוועדת בדיקה בבית החולים רמב"ם, סומן ת/11.
- המוצגים שהוגשו מטעם נקבל 1 (לא הוגשו מוצגים מטעם נקבל 2):
1. תמצית של 30 מקרים בהם ביצע ד"ר אמסלם צינתור מוחי בין השנים 2011 - 2015 בבית החולים רמב"ם, סומנה נ/1;
 2. מאמר מיום 1.1.2015 ב-New England Journal of Medicine - A Randomized Trial of Intraarterial Treatment of Acute Ischemic Stroke סומן נ/2;
 3. קורות חיים של הנקבל 1, סומנו נ/3;
 4. פלט של הניטור שבוצע למנוח בטיפול נמרץ בבית החולים רמב"ם, סומן נ/4;
 5. פרוטוקול שיחה (ללא תאריך) עם פרופ' הופמן בוועדת בדיקה בבית החולים רמב"ם, סומן נ/5.

3. הרקע להליך, עיקר ההתנהלות וטענות הצדדים

- 3.1. העובדות והאירועים נשוא הקובלנה כפי שנטענו בקובלנה (זו שבפנינו הנושאת תאריך 13.2.2023; הקובלנה המקורית איננה לפנינו יותר ואיננו מתייחסים אליה או משווים את האמור בה לקובלנה שבפנינו, למעט ככל שיש לכך התייחסות של הצדדים בטיעוניהם):
בבית החולים רמב"ם:
א. בתאריך 3.8.2015 עבר המטופל, מר XXXXX המנוח, על ידי הנקבל 1 ניתוח אלקטיבי להוצאת רובד טרשתי מעורק התרדמה (קרטיס) הפנימי מצד שמאל (Lt. Carotid Endarterectomy);
ב. במהלך הניתוח תחת הרדמה מקומית, כאשר הנקבל 1 סגר את העורק הפנימי

של הקרוטיס עם מלחצת, חל שינוי במצב הכרתו של המטופל והוא איבד את הכרתו;

ג. הנקבל 1 החליט להרדים את המטופל בהרדמה מלאה ולהמשיך את הניתוח, כאשר בסיומו החליט להעביר את המטופל לטיפול נמרץ ולהשאירו מורדם ולבצע בדיקת סיטי למחרת על מנת להעריך את הנזק הנירולוגי וזאת במקום להפסיק את הניתוח ולבצע בדיקת סיטי אנגיו דחופה ולטפל בתסחיף המוחי על ידי צנתור מכני באופן מיידי;

ד. הנקבל 1 לא ציין בדו"ח הניתוח שהיה אירוע של חשד להתפוררות של הרובד הטרשתי בעורק התרדמה וארוע של תסחיף מוחי;

ה. בסביבות השעה 15.27 אובחנה הרחבה של אישון שמאל של המטופל, בוצע סיטי ופוענח שיש אוטם תת חריף, ולאחר מכן בוצעה בדיקת טומוגרפיה ממוחשבת אנגיוגרפית (סיטי אנגיו) שהדגימה אוטם נרחב מצד שמאל של מוחו של המטופל; ו. רופאי טיפול נמרץ כללי פנו לד"ר אמסלם, נירורדיולוג פולשני ליעוץ, והוא קבע כי בגלל הזמן הרב שעבר ממועד הניתוח ועד לאבחון הפתולוגיה (מעל 6 שעות) אין מקום להתערבות אנדו וסקולרית.

ז. נקבל 1 הגיע לטיפול נמרץ סביב השעה 19.30 לאחר ניתוחים ארוכים שביצע, וגם הוא קבע שאין מקום לכל פעולה פולשנית. במרכז רפואי כרמל:

א. בשעות הערב של 4.8.2015, כעבור יממה וחצי מהניתוח ברמב"ם, פנתה משפחת המטופל לנקבל 2 על מנת לקבל חוות דעת נוספת;

ב. נקבל 2 עודכן טלפונית בממצאים ובמצבו הקשה של המטופל על ידי ד"ר ירון בר לביא, מנהל מחלקת טיפול נמרץ כללי ברמב"ם, וכן ניהל שיחה עם נקבל 1 על מצבו של המטופל;

ג. למרות מצבו הקשה של המטופל ייעץ הנקבל 2 למשפחה להעביר את המטופל לבית החולים כרמל להתערבות ניתוחית;

ד. המטופל עבר לבית החולים כרמל באמבולנס פרטי והועבר ישירות לחדר ניתוח בלי לקבל הדמיה מעודכנת ומבלי לעבור הדמיה בכרמל, ובניתוח הוצא קריש מעורק התרדמה;

ה. לאחר הניתוח המטופל פיתח בצקת מוחית ובתאריך 6.8.2015, נפטר עקב הרניאציה מוחית.

לכתב הקובלנה צורף "תרשים זרימה לפעולות שבוצעו בבתי החולים רמב"ם וכרמל במנוח XXX XXXXX ז"ל" שבו לוח זמנים מדויק לפעולות שבוצעו בשני בתי החולים, ובו הורחבו/נוספו/תוקנו עובדות רלבנטיות בעיקר לגבי הארועים בבית החולים רמב"ם, ביניהן:

א. בסיום הניתוח כתב המרדים בדו"ח ההרדמה מהשעה 12.20 (מתורגם מאנגלית), כי המטופל איבד את הכרתו, הותחל בהרדמה כללית, בסוף הניתוח נסיון להעירו נכשל, החליט להשאירו מורדם ומונשם, מועבר להתאוששות.

ב. ההעברה לטיפול נמרץ נעשתה בשעה 12.24 לאחר עדכון ותיאום עם פרופ' בר לביא ;

ג. בין השעות 12.30 ל-13.10 המטופל החל להתעורר בטיפול נמרץ והסתבר שמניע פלג גוף שמאל בלבד, כירורג כלי דם שהיה במחלקה זו נקרא לראותו והוא קבע שיש צורך ב-CT, שוחח עם פרופ' ניטצקי שהגיע למקום ותמך בכך. שניהם שוחחו עם רופאה בכירה בטיפול נמרץ ויידעו אותה בצורך. המהלך נרשם בקבלה

בטיפול נמרץ;
ד. CT הוזמן בשעה 13.10 על ידי טיפול נמרץ במסלול הרגיל;
ה. בשעה 16.00, 16.16 הוקצה תור ל-CT ונמסר לטיפול נמרץ (אחרי שבשעה 15.27 נצפתה הרחבה של אישון שמאל- כפי שכתוב גם בקובלנה);
ו. בשעה 16.30 בוצע CT מוח, פענוח משעה 16.51 ללא עדות לדמם;
ז. בשעה 16.59 הוזמן CT אנגיו שבוצע בשעה 17.27;
ח. בשעה 18.30 התקבל פיענוח CTA בו אובחנה חסימת עורק קרוטיד משמאל המתאים לאוטם מוחי נרחב ובהתיעצות עם נירוכירורג טיפול נמרץ ומחלקת כלי דם הוחלט להמנע מהתערבות;
ט. בשעה 19.30 ביקר פרופ' ניטצקי בטיפול נמרץ לאחר שהיה בשני ניתוחים, וביעוץ נירוכירורגיה בשעה 22.17 נקבע שהמטופל אינו מועמד להתערבות נירוכירורגית;
ט. למחרת יום הניתוח, 4.8.2015, לאחר ישיבות והתיעצויות עם מומחים שונים, ביניהם ד"ר אמסלם, הוחלט שלא להתערב התערבות נוספת, ולפי המלצת נקבל 1 התבקש בין היתר טיפול בהפרין;
י. בשעות הערב פנתה משפחת המטופל לפרופ' כרמלי לחוות דעת שניה, ובשעה 23.39 הועבר באמבולנס פרטי לבית חולים כרמל;
יא. בשעה 23.45 הועבר המטופל ישירות לחדר ניתוח כשהוא מורדם, מונשם, אישונים רחבים ולא שווים;
יב. בשעה 01.16 5.8.2015 בוצעה ארטיוגרפיה לעורקי הקרוטיד, ובוצעה טרומבקטומיה – שליית הקריש מעורק התרדמה, מעקף סינטי מעורק תרדמה משותף לפנימי, הזרקת אורוקינאז לעורק פנימי, באנגיוגרפיה – עורקי המוח נראים פתוחים;
יג. בשעה 03.08 המטופל העובר לטיפול נמרץ ולמרות פעולות שונות מצבו הדרדר כמתואר שם, נכנס לתרדמת עמוקה ללא החזרי גזע מוח, וביום 6.8.2015 התכנסה ועדה וקבעה מוות מוחי.

3.2. במהלך הדיונים הצהיר בא כוח הקובל, עו"ד ברג, כי עבירות המשמעת המיוחסות לנקבל 1 הן רק בגין המפורט בסעיף 17 לקובלנה שהובא לעיל בסיפא של סעיף 1 לדין וחשבון זה, קרי:

"א. לא ביצע הערכה נירולוגית של המטופל מיד בסיום הניתוח או כאשר השתנה לרעה מצבו של המטופל בסגירת העורק הפנימי של הקרוטיס;

ב. לא ביצע סיטי או/ו סיטי אנגיו ברגע שהיה מודע לבעיה הנירולוגית של המטופל;

ג. לא ציין בדו"ח הניתוח שהיה חשד להתפוררות של הרובד הטרשתי בעורק התרדמה ואירוע של תסחיף מוחי".

לדבריו, האמור בסעיף 6 לקובלנה, לפיו היה מצופה מן הנקבל 1 "להפסיק את הניתוח ולעשות בדיקת סיטי אנגיו דחופה ולטפל בתסחיף המוחי על ידי צנתור מכני באופן מיידי" אינו חלק מן הארועים המהווים את עבירות המשמעות. לכך נתייחס בהמשך.

כמו כן הבהיר עו"ד ברג מספר פעמים במהלך הדיונים, כי לא מיוחסות לנקבל 1 אחריות ועבירות משמעת בשל העיכוב הגדול בביצוע הסיטי שהוזמן בטיפול נמרץ (ושהצורך בו נקבע על ידי כירורג כלי דם שהיה במחלקה זו יחד עם פרופ' ניטצקי שהגיע אף הוא לשם) וכפי שאמר בסיכומיו (דיון מיום 21.5.2024 עמ' 33) "מה

שקרה בטיפול נמרץ לא בחלק האופרטיבי של הכתב..."

3.3. בסיכומיו, לאחר סיום הליך הבאת הראיות בפנינו, טען עו"ד יונתן ברג, כי התיק

שבפני הוועדה הוא שילוב של שלשת אבני היסוד של הרפואה: המנעות מגרימת נזק, פרקטיקה רפואית מקובלת, וחשיבות הרפואה המתבססת על ראיות.

לטענת עו"ד ברג פרופ' ניטצקי פעל בניגוד לעקרון הראשון, כי למרות שידע שיש חלון הזדמנויות של שש שעות לתקן את הנזק, שלח את המטופל עם הוראה להשאירו מורדם ומונשם עד למחרת בבוקר, בערך 18 שעות, ואילו פרופ' כרמלי פעל בניגוד לכלל זה כי ניתח את המטופל באופן עיוור כשלושים שעות מאוחר מדי וכך החיש את המוות של מר XXXXX.

לעניין העקרון השני - פרופ' ניטצקי סטה מהנהלים והפרוטוקולים המקובלים והמוכרים בכך שלא בדק מיידית את המצב הנירולוגי של המטופל למרות שחשד בשבץ מוחי ולא ביצע בדיקת סיטי, מה שלא מגיע לסטנדרט הרפואי הבסיסי המצופה ממומחה בתחום, ואילו פרופ' כרמלי ביצע פעולה ששום מומחה בזמנו לא יכול היה להעלות על הדעת, רחוק מפרקטיקה מקובלת.

לעניין העיקרון השלישי, רפואה מבוססת על ראיות - החלטות רפואיות צריכות להיות מבוססות על מחקר מדעי קפדני ושיטות מוכחות ולא על ניסיון אישי של רופא, או אינטואיציה או תחושות בטן או על נס, ולכן החלטתו של פרופ' ניטצקי לדחות את הבדיקה הנירולוגית עד הבוקר לא נתמכת מקצועית, חשפה את המטופל לסיכון יתר מה שמצביע על חוסר מקצועיות ורשלנות, ואילו פרופ' כרמלי חרג באופן בוטה מכל פרקטיקה מקובלת, פעל על פי אינטואיציה עקב לחץ המשפחה, כאשר הסיכון למטופל היה ודאי, ורופא לא אמור לעשות וידוא הריגה.

בהמשך, בפרטו את הנטען לגבי כל אחד מן הנקבלים, תוך הפניה הפניה לעדויות וחוות הדעת, עו"ד ברג הדגיש כי לצורך קביעה אם רופא פעל לפי הסטנדרט המקובל אין דרישה למרכיב של נזק, כאשר במקרהו של פרופ' ניטצקי - אף כאשר ההיבט המקצועי לגבי מועד ביצוע ההערכה הנירולוגית במחלוקת, בסוף עדיין צריך לערוך אותה וצריך להעיר את המטופל, וברגע שיש חשד כלשהו, מעבירים לסיטי, ואין להסתפק בבדיקת הדופק וה-backflow, ואם הרופא חשב שאין מה לעשות מבחינה ניתוחית, כי לא ניתן היה להגיע למקום, הרי היה מקום לצינתור מכני, הדבר היה אפשרי בבית החולים רמב"ם כפי שהוכח לטענתו בעת הדיון, ודבריו של פרופ' ניטצקי שלא היתה אפשרות כזו היא בגדר מצג שוא, שעליו גם הסתמך ד"ר חלק חבר הרכב בפניו נשמעה שיחת ההבהרה.

תימוכין לכך יש לדעת ב"כ הקובל בהתיעצויות מאוחרות כולל של פרופ' ניטצקי עם ד"ר אמסלם, נירורדיולוג פולשני, שאם לא כן לא ברור מדוע פנו אליו.

לטענת עו"ד ברג דבריו של פרופ' ניטצקי על כך שהתרשם מאירוע מוחי קטן משום שהכרת המטופל חזרה עם פתיחת הקלאמפ, הם בגדר עדות כבושה שלא נאמרה בשיחת ההבהרה ולא מופיעה ברישום הרפואי, ולכן היא טענה בעלמא בלי ביסוס כשיכול היה להביא עדים לעניין זה.

בשלב זה הדגיש עו"ד ברג, כי מה שעומד לדיון הן החלטותיו של פרופ' ניטצקי בחדר הניתוח במנותק מן התוצאה, ולא התרחשויות בטיפול נמרץ, כאשר עשה החלטות נכונות כשהגיע לטיפול נמרץ משקיבל מהם הודעה, והן לא בוצעו על ידי טיפול נמרץ.

כן טען עו"ד ברג כי חשד לאירוע מוחי, אף אם הוא בגדר חשד בלבד, חייב להרשם, שכן כל דבר צריך להרשם לאור חשיבותן של רשומות רפואיות המהוות בסיס

לטיפול רפואי עוקב.

ככל הנוגע לפרופ' כרמלי, שניתח את המטופל כ-36 שעות מהניתוח הראשון, ובלי שביצע קודם סיטי, הרי לדבר זה אין תימוכין בספרות, ושיקול הדעת של פרופ' כרמלי היה בלתי מבוסס ומטעה, הצגת מקרים קודמים לא היתה מתועדת, והתיעצות עם מומחה מגרמניה עליה סיפר גם היא לא מתועדת, וכפי שהעידו הרופאים מטעם הקובל התנהגותו בלתי מתקבלת על הדעת ואין בה הגיון. לסיום ציין עו"ד ברג כי הרופאים שהעידו מטעם הקובל הם בכירים, מנהלי מחלקות, בעלי כישורים ורקע מקצועי, מה שמעניק משקל משמעותי לחוות הדעת שלהם ועדויותיהם המהימנות בתחום בהם הם עוסקים ביום, ולאחר ששמעו את כל הטענות של הצדדים, ספקו הערכות אובייקטיביות על בסיס העובדות שהוצגו, ויישמו את הידע ללא משוא פנים. לטענתו עדותם חיונית להבנת הנושא מעבר לידע הכללי של חברי הוועדה בקביעת הסטנדרט הטיפולי, היושרה וההגינות של הדיון תלויה בהערכתם, ורק מי שעוסקים בתחום יכולים להתמודד עם מה שנדון בקובלנה, ולכן תפקידה של הוועדה להחליט מה הסטנדרט הנכון, צריך להתבסס על בסיס עדויותיהם והראיות שהוגשו.

3.4. עו"ד עופר דורון, בא כוחו של פרופ' ניטצקי, ציין בראשית סיכומיו כי מדובר בתיק

של הפעלת שיקול דעת תוך כדי ניתוח ובסיום ניתוח, ויש משמעות גדולה למידת הנסיון והמומחיות של הנקבל, כאשר לפנינו רופא שביצע כ-700 ניתוחי קרוטיס במהלך הקריירה שלו, עם רמת סיכונים נמוכה מהרמה המוכרת בספרות, כשמדובר בניתוח שבו אובדן הכרה הוא סיכון ידוע, כפי שצינו גם פרופ' סנדרו וד"ר הלדנברג, וארועים מוחיים במהלכו הם חזיון נפוץ עמם מומחים לניתוחי קרוטיס יודעים להתמודד כשהם פועלים לפי שיקול דעתם.

הקובלנה נגד פרופ' ניטצקי הוגשה בשנת 2022 על בסיס עובדות מוטעות, לכן הגיעו הצדדים לעובדות מוסכמות והוגשה קובלנה חדשה עם לוח זמנים שצורף לה כשמונה שנים לאחר הארוע, כאשר אין מחלוקת לגבי העובדות ולא הובא אף עד עובדתי. הרופאים שנתנו חוות דעת לקובל הסתמכו על עובדות לא נכונות, ביניהן שהמטופל הוער על שולחן הניתוחים והתגלה חסר נירולוגי, ובשעה 14.00 כשעבר לטיפול נמרץ היתה הרחבת אישון, כך שחוות הדעת עסקו בעובדות שאינן קיימות בקובלנה נשוא הדיון, והיה מצופה לאור שינוי הבסיס העובדתי, שהקובלנה תבוטל, וודאי שאין מקום להתייחס לחסר נירולוגי על שולחן הניתוחים והטענות וסעיפי הרשלנות שבקובלנה המקורית לא שונו למרות שינוי המצע העובדתי.

לדברי עו"ד דורון, בעקבות הארוע בשנת 2015 הוקמה, אחרי חודשיים, ועדה פנימית שמסקנותיה הועברו אחרי מספר חדשים, בשנת 2016, למשרד הבריאות, לאחר מכן בשנת 2017 מונתה ועדה של משרד הבריאות בראשות ד"ר הלדנברג שבה היה חבר גם פרופ' חוסה כהן שבעקבות מסקנותיה לא הוחלט להגיש קובלנה, בשנת 2018 הוזמן פרופ' ניטצקי לשיחת הבהרה אצל נציב קבילות הציבור ד"ר בועז לב בהרכב שכלל את ד"ר חלק, מומחה בתחום, שאישר את ה-management שבו נקט פרופ' ניטצקי. ואז בשנת 2022, שבע שנים לאחר הארוע, ארבע שנים לאחר שיחת ההבהרה, הפתיעה את פרופ' ניטצקי קובלנה. ווגם הסתבר כי משרד הבריאות פנה לשלושה מומחים נוספים שלשניים מהם לא היתה ביקורת על הנקבל 1 והם לא הגיעו לפיכך להעיד בפני ועדה זו, וגם לפרופ' סנדרו שעד היום איננו יודעים איזה חומר היה בפניו, וחוות דעתו מסתמכת על הארועים כפי שתוארו בקובלנה המקורית, והנה ממשיכים לנהל את הקובלנה,

למרות שהתבררו העובדות האמיתיות והיה מקום לחזור ממנה. הגשת הקובלנה 8 שנים לאחר הארוע גם מקשה על הוועדה, שכן עליה לקבוע עובדות במחלוקות שהתעוררו כבר בוועדת הבדיקה הפנימית לגבי יכולות בשנת 2015 (כמו בנושא יכולת לבצע, אחרי ניתוח קרוטיס, שליפת פלאק שעף למוח).

לטענת עו"ד דורון גירסתו של פרופ' ניטצקי ברורה ועולה משיחת ההבהרה, כפי שגם העיד בפני הוועדה הפנימית וועדת הבדיקה של משרד הבריאות - אירועים מוחיים מתרחשים בניתוחי קרוטיס, ובאחוזים גבוהים, והוא פעל לאחר שהפעיל שיקול דעת, לא נעלם הביתה, לא מדובר במצב שקיבל דווח ולא הגיע, היה בבית החולים בניתוחי חירום והגיע למרות זאת לטיפול נמרץ כשהתברר שיש שינוי במצב המצריך התייחסות חדשה, קבל החלטה לשלוח את המטופל לסיטי יחד עם רופא טיפול נמרץ, אך הדבר לא בוצע בסופו של דבר. מדובר בשיקול דעת סביר נכון לשנת 2015, איננו בעולמות הרשלנות, וודאי לא רשלנות חמורה.

לא היתה קיימת אפשרות להעיר את המטופל על שולחן הניתוחים לאחר שנעשה ניסיון כזה, ופרופ' סנדרו בעדותו, כשהתבררו העובדות הנכונות בחקירה נגדית, הסכים כי יש מקרים בהם לא מתעוררים אחרי ניתוח קרוטיס במשך שעה, העדים מכירים זאת ויודעים שאין בכך כדי להצביע על המצב הנירולוגי, כאשר לא ניתן היה לבצע בשלב זה הערכה נירולוגית ולכן הועבר לטיפול נמרץ, שרק בו הרבה יותר מאוחר (בסביבות 15.30), אובחנה אצל המטופל הרחבת אישון.

לטענת עו"ד דורון, הדרישה בקובלנה לבצע הערכה נירולוגית מיד בתום הניתוח היא סרח עודף של הקובלנה המקורית, שעל פי האמור בה המטופל התעורר על שולחן הניתוחים והתגלתה חולשת צד.

ואילו לגבי בדיקה בזמן שמצבו של המטופל השתנה בעת הניתוח, כאשר הפסיק ללחוץ על הבובה/הכדור - המצב הנירולוגי היה ברור, גם לעמדת עד הקובל שינוי המצב תוך כדי הניתוח הוא הערכה נירולוגית, ועם פתיחת העורק המטופל חזר להכרה חלקית, ושלא כנטען בסעיף 6 לקובלנה, כל המומחים שללו הפסקה לצורך ביצוע סיטי אלא אישרו שחובה להמשיך עם הניתוח ואין ביקורת על כך.

עוד קודם לכן, בטרם החל עו"ד דורון בסיכומיו כסדרם, הוא התייחס לטענת עו"ד ברג בדבר עדותו הכבושה של פרופ' ניטצקי לעניין היותו של המטופל לא שקט ומבולבל עם עם שחרור הקלמפ, וטען כי אי אפשר לטעון טענה כזו בסיכומים ללא עימות העד עם הטענה בעת חקירתו, אולם מכל מקום, דברים אלה נאמרו בעת שיחת ההבהרה ת/5.

לגבי אי ביצוע הסיטי ברגע שפרופ' ניטצקי היה מודע לבעיה הנירולוגית של המטופל - לא ברור לאיזה לוח זמנים מכון, ובא כוחו מעריך שהכוונה היא לאמור בסעיף 6 לקובלנה - כאמור עצירת הניתוח אינה אופציה לשיטתו של איש, הכל מסכימים שצריך להמשיך בו, ולגבי סוף הניתוח, הטענה לגבי ההעברה לסיטי נסמכה במקורה על העובדות בקובלנה הקודמת, המקורית, לפיה התגלתה חולשת צד של המטופל כשהמרדים ניסה להעיר אותו.

פרופ' ניטצקי בשלב זה שקל מה עומד לרשותו בבית החולים רמב"ם אחרי ניתוח קרוטיס שנראה שהיה במהלכו אירוע מוחי, מקווה שקטן, מחשבתו שיש לייצב את לחץ הדם של המטופל ולא לטלטלו לסיטי (הדמיה על השולחן לא היתה קיימת בבית החולים) ומקומו בטיפול נמרץ שם הניטור והמעקב הטובים, ובעצה אחת עם מנהל טיפול נמרץ, אדם דעתן, מנוסה, שנים רבות בתחום, הם מסכימים שהמטופל יעבור לטיפול נמרץ, ומנהל טיפול נמרץ לא מבקש שיעבור קודם לכן סיטי.

זו היתה הספרות וההתנהלות לאותה תקופה, של טיפול שמרני כשאין בסיטי שום

תועלת ממשית. כפי שהוכח ועולה מעדויות וראיות שפורטו - לא בוצעו ברמב"ם, ואולי גם בארץ בכלל, בשנת 2015 צינתורים לאחר ניתוח קרוטיס, ובביצוע סיטי אין משמעות טיפולית, וכפי שאמר ד"ר חלק שלקח חלק בשיחת ההבהרה- סיטי נועד להיות חלק מ-best medical care, לא טיפול, וזה היה ה-management המקובל. הפניות לד"ר אמסלם בסוף הארועים היא במסגרת עולם הנסיונות ההירואים למצוא רעיונות לסייע למטופל.

שיקול הדעת של פרופ' ניטצקי היה איפוא נכון, סביר, מקובל בספרות ועל המומחים, וגם אם בדיעבד היה מוטעה, הרי שאין מדובר בתחום הרשלנות, וודאי לא רשלנות חמורה, ורק משמשתנה מצבו של המטופל ויודעים על חסר ניירולוגי משמעותי, זה השלב לסיטי, החלטה שהתקבלה תוך 40 דקות, החלטה של שיקול דעת מקצועי, שמוסכמת על כולם ומוכנסת הזמנה למחשב בשעה 13.10.

אז ולאחר שפרופ' ניטצקי חוזר לניתוחים דחופים בחדר הניתוח, מתחילה לדבר עו"ד דורון מסכת שמשרד הבריאות בוחר להתעלם ממנה - הסיטי לא מבוצע עד 16.30, הפענוח מאוחר יותר, נעשים נסיונות לבדוק רעיונות גם עם ד"ר אמסלם, ומשרד הבריאות מתעלם מהרשלנות הדרמטית והקיצונית של רופאי טיפול נמרץ שבמשך שעות, גם אחרי הרחבת אישון, אף אחד לא שואל את עצמו מה קרה שם, אף אחד לא מוזמן לשיחת הבהרה, אף מומחה אינו מתבקש להתייחס לכך, וודאי שלא הוגשה קובלנה, מה שלא רק מראה את סבירות ההחלטה של פרופ' ניטצקי שקיבל החלטה תוך שיקול דעת בפרק זמן של 40 דקות, אלא יש גם אלמנט של אכיפה בררנית.

לעניין הרישום בדו"ח הרפואי, טענת עו"ד דורון היא שרק לעתים רחוקות מוצאים קובלנות בגין כך ובמקרים קיצוניים וחריגים מאד, כמו לדוגמא בקובלנה שנטען בה שלא הופיע דבר ברישום הרפואי. עניין זה לא היה נולד אלמלא היו סעיפי קובלנה אחרים, והוא הוסף כלאחר יד. מדובר בדו"ח ניתוח מפורט שמתאר את כל המהלך ומה שהיה בניתוח, קיומו של הרובד הטרשתי המתפורר בקלות וגם ארוע התסחיף צוין, כשנכתב שבסגירת העורק החולה מפסיק ללחוץ. מה שנכתב הוא הממצאים ומהלך הניתוח, שהם הנדרשים לפי הכללים, מה גם שפרופ' ניטצקי לא שלח את המטופל לטיפול נמרץ עם דו"ח הניתוח אלא מסר בשיחה טלפונית למנהל המחלקה את הפרטים תוך העברת מקל מסודרת. זה דוח ניתוח שמצופה מרופא שירשם על ידו בחדר ניתוח עם תום ניתוח.

בסיום דבריו התייחס עו"ד דורן לסיפא בדבריו של עו"ד ברג, באומרו שוועדה זו היא ועדת מומחים ששאלה שאלות נוקבות גם את הקובל וגם את העדים, ובקשה התייחסויות כדי להבין את הסיטואציה, ואינה חותמת גומי לחוות דעת המומחים.

נציין כאן במאמר מוסגר כי טענה על אכיפה בררנית עקב אפליה פסולה, כמו גם טענת לשיהוי קיצוני בהגשת הקובלנה המקימים הגנה מן הצדק, צוינו בתשובת נקבל 1 לקובלנה, ועו"ד דורון חזר עליהם במסמך נלווה לסיכומיו בפני הוועדה שהוגש כ"ציטטות" מפרוטוקולי הדיונים, שנועדו לחסוך מהזמן שעמד לרשותו במסגרת סיכומים בעל פה עליהם החליטה הוועדה.

עו"ד ערן קייזמן, בא כוחו של פרופ' כרמלי, טען בראשית דבריו כי לריבוי סעיפי הקובלנה נגד פרופ' כרמלי אין הצדקה, שכן אין האחת יכולה להתקיים ללא האחרת, והעבירה היחיד הרלבנטית היא עבירת המשמעת של רשלנות חמורה, וזאת בגין ניתוח המנוח בבית חולים כרמל למרות שחלפו 36 שעות מהניתוח

הראשון ולא היתה אינדיקציה רפואית לניתוח, וכן משום שניתח את המנוח בלי לבצע או לקבל הדמיה מעודכנת.

כפי שציין עו"ד קייזמן, הקובל מסתמך על שתי חוות דעת מטעמו, שלטענתו אין להן מעמד על כמו לחוות דעת מומחה המוגשות לבתי המשפט, והן בגדר דעתם האישית של נותני חוות הדעת.

לדבריו אין מחלוקת שהנקבל 2 לא ביצע בדיקת סיטי, משום שעבד בחדר היברידי בו ניתן לבצע צינתור והוא ידע שיבצע צינתור ולכן לא היה צורך בסיטי, אם כי הודה שבמבט לאחור למד שיש טעם לעשות סיטי. יחד עם זאת ברור שביצוע סיטי אינו עומד בפני עצמו, סיטי אינו מרפא אלא משמש כלי עזר לצורך אבחון, וכפי שאישר בעדותו פרופ' סנדרו מטעם הקובל, הסיבה היחיד שהיה מקום לעשות סיטי היתה על מנת להגיע למסקנה שאין מה לעשות, תשובה שמשמיטה את הבסיס לטענה כי באי ביצוע הסיטי פעל פרופ' כרמלי שלא כפי שרופא סביר צריך לנהוג, ואי ביצוע הסיטי לטענת עו"ד קייזמן אינו מהווה רשלנות כלשהי.

לטענת עו"ד קייזמן, הסוגיה בה על הוועדה להכריע היא האם פרופ' כרמלי היה צריך לבצע את הניתוח אף שידע או צריך היה לדעת שהוא מסכן את חייו של המטופל, כאשר השאלה היא מה הפרשנות הסבירה לחובתו של הרופא שלא לגרום נזק למטופל אלא אם כדבריו, התועלת בגרימת הנזק עולה על הסיכון שבפעולת הריפוי. כדי להראות מה היה מצבו של המטופל עם הגיעו לבית חולים כרמל, הביא עו"ד קייזמן מעדויותיהם של שניים מעדי הקובל שתארו את מצבו הקשה של המטופל וסיכויי השרדותו, ואם כן באיזה מצב, את העובדה שלאור מצבו של המטופל המשפחה היא שפנתה ובקשה את הניתוח שאושר בשל מצבו על ידי ועדת אתיקה, את התעקשות המשפחה שהיתה ערה לסיכון, שעדיף מוות על פני חיים במצב סיעודי לחלוטין ללא אמצעי תקשורת ולו המינימלית עם הסביבה.

לטענת עו"ד קייזמן, השאלה אם עדיף לעשות ניסיון לשפר באופן כלשהו את הפרוגנוזה הקשה היא שאלה שכל רופא צריך להתמודד עמה באופן אישי על פי שיקול דעתו. פרופ' כרמלי סבר שיש לעשות כל מאמץ על מנת לנסות ולשפר את מצבו של המטופל, כאשר לאור נסיונו שווה להילחם ולנסות להציל מה שאפשר, בעוד שעדי הקובל סבורים שאסור היה לו לנתח לאור הסיכוי האפסי להטבה ולחלקית בתפקוד המטופל, שלאור ההערכה שהסיכון עולה על ההטבה אין מקום לנסיון לשפר את מצבו ויש לומר למשפחה ש"נגמר".

לטענת עו"ד קייזמן כל עדי הקובל אשרו בפה מלא שזו דעתם האישית, ולכל רופא בסיטואציה קשה זו בה רצון המשפחה והחולה לנקוט בצעד בו נקט פרופ' כרמלי גם אם סיכויי החולה קלושים לבין אפשרות שהחולה ימות, יש את הזכות להחליט על פי מיטב שיקול דעתו המקצועי. מדובר בסיטואציה קיצונית שכל רופא היה מעדיף שלא להקלע אליה, קשה עד בלתי אפשרי לקבוע סטנדט התנהגות סבירה במקרה זה ואין כל ספק שכל רופא יחליט כיצד לנהוג על פי השקפת עולם ועל סמך נסיונו המקצועי. הנקבל שהוא רופא בכיר, מטובי המומחים בארץ בתחום של כירורגית כלי דם, ניתח את המטופל ניתוח חוזר על פי בקשתה המפורשת של משפחתו לאחר ששקל את כל השיקולים הרלבנטיים הנוגעים למצבו, ועל כן לאור הפסיקה אין בהתנהלותו של הנקבל משום רשלנות חמורה במילוי תפקידו כרופא או התנהגות שאינה הולמת רופא.

4. דיון והמלצת הועדה

4.1. כאמור לעיל, האירועים נשוא הקובלנה שבפנינו הם מהימים 3-5 באוגוסט 2015.

מה שהצלחנו ללקט, טיפין פה טיפין שם, ובאופן חלקי, מדברים שנאמרו (בעיקר על ידי ב"כ הנקבל 1) ודברים שעלו ואף הוגשו אגב הדיון בפנינו הוא -

שבסמוך לאחר האירועים (כנראה אחרי חודשיים) מונתה ועדת בדיקה בבית החולים רמב"ם שמסרה ממצאה ומסקנותיה בראשית שנת 2016; שועדת בדיקה חיצונית שמינה משרד הבריאות, שבראשה עמד עד הקובל ד"ר הלדנברג והיה חבר בה כנראה גם פרופ' חוסה כהן, הוציאה דו"ח מסכם בשנת 2017; שקיומו שיחות הבהרה בפני נציב קבילות הציבור למקצועות רפואיים (בהרכב שעל חבריו נוסף לנציב קבילות הציבור, שהוא רופא, נמנו מומחה רפואי כירורג כלי דם, ומשפטנים - שיחת ההבהרה של פרופ' ניטצקי הנקבל 1 התקיימה ביום 2.8.2018 ושתי שיחות הבהרה של פרופ' כרמלי הנקבל 2 התקיימו בימים 14.6.2018 ו-7.2.2019); שניתנו חוות דעת של עדי הקובל ד"ר אייכל (כנראה בשנת 2019) ופרופ' סנדרו (ביום 6.9.2020) (שאינן ערוכות כחוות דעת מומחה לפי פקודת הראיות, שפרופ' סנדרו עצמו הגדיר במילותיו, שלא מדובר בחוות דעת במובן שהוא מכיר כחוות דעת מלאה); ששני מומחים נוספים ד"ר הייכר וד"ר וולף התבקשו לתת חוות דעת או נתנו חוות דעת (במועד לא ידוע) בקשר לאירועים, כמו שהיו וועדה נוספת ומומחים נוספים שהוזכרו אגב הדיונים.

בפנינו עמדו רק המסמכים שפורטו בסעיף 2 לעיל, לא מסקנות וועדת בדיקה או הרכב כלשהו או חוות דעת שניתנו למשרד הבריאות אשר לא הוגשו לנו (דו"ח וועדת בדיקה בראשות ד"ר הדלנברג לא הוגש משהתברר, כי התבסס על עובדות שונות מאילו שהוסכמו בקובלנה וכנראה שהוא דן באירועים בבית החולים רמב"ם בלבד). מה שברור הוא, כי מאז הבחינות השונות של האירועים ועד להגשת הקובלנה לא ננקט כל צעד או הליך משמעותי נגד הנקבלים עד לסוף שנת 2022, שאז הוגשה הקובלנה המקורית, כאשר בפועל ההליך המשמעותי לגופו החל ביום 14.2.2023 עם הגשת הקובלנה המתוקנת, כלומר, כשבע וחצי שנים לאחר האירועים (על העיכובים והדחיות בקיום הדיונים בפני וועדה זו לאחר הגשת הקובלנה המתקנת ראו הפיסקה השניה בסעיף 2 לעיל), כאשר במהלך התקופה מאז שיחות ההבהרה שלהם (בשנת 2018 וראשית 2019) הנקבלים לא ידעו, כי אפשרות העמדתם לדין משמעותי עדיין תלויה ועומדת.

מה שעוד ברור הוא, כי חוות הדעת הרפואיות והבדיקות מטעם ועבור משרד הבריאות נערכו בהסתמך על עובדות שהיוו בסיס לקובלנה המקורית, עובדות שונות (ואף חסרות ולא מדויקות) מאלו עליהן מתבססת הקובלנה שבפנינו (בעיקר לעניין הנקבל 1) שלא היו בפני נותני חוות הדעת, ובוודאי מאלו שהתגלו, גם להם, אגב הדיון בפנינו לעיתים תוך הפגנת חוסר נוחות ברור. על כן תמוה בעינינו הא כיצד נטען מטעם הקובל שחוות הדעת של העדים מטעמו והניתוח שלהם, מבוססים על עובדות המקרה והם מכירים את הסיטואציה וששמעו את כל הטענות של הצדדים.

4.2. על מנת שנוכל לבחון את הקובלנה מן הראוי שתהיה לנגד עינינו כבר מראשית

בחניתנו המסגרת המשפטית שבתוכה עלינו למקם את התנהגות הנקבלים, רופאים שבידיהם, כפי שאמר כב' השופט ברק (כתוארו דאז) בע"א 77/88 גדעון צימרמן נ. שרת הבריאות פ"ד מג(4) 63 בסעיף 17): "...נתונים חיי אדם. זהו נכס שאין יקר ממנו. כללי המשפט - בין הפלילי, בין האזרחי, בין המשמעותי ובין הציבורי - נועדו

להבטיח כי הרופא נקט בכל האמצעים הסבירים כדי לקיים את האמון שניתן בו. עלינו לשמור על סטנדרט גבוה של התנהגות רפואית."

לשני הנקבלים שבפנינו - כל אחד בהתנהלותו שלו - מיוחסות רשלנות חמורה, התנהגות שאינה הולמת רופא וכן מניעת טיפול רפואי נאות.

לשאלה מהי התנהגות שאינה הולמת רופא התייחס בית המשפט העליון בע"א 580/86 ד"ר עמירם פישמן נ. שר הבריאות (פ"ד מא(2) 614) כהאי לישראל: "אין אנו נזקקים להגדיר במדויק, מהי התנהגות שאינה הולמת כמובנה בסעיף 41(1) לפקודה... כל שנאמר, כי 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, שראוי כי יחדלו במקצוע הרפואה".

לשאלה מהי רשלנות חמורה לעניין פקודת הרופאים התייחס בית המשפט העליון בע"א 3425/90 ד"ר פינסטרבוס נ. שר הבריאות (פ"ד מו(1) 321) בקובעו, כי "משמעותה מהותית וכללית - סטיית רופא במידה משמעותית, מרמת הפעילות המקובלת הצפויה ממנו במקרה נתון, הכול על פי נסיבותיו המיוחדות של כל מקרה ומקרה" (ההדגשה לא במקור).

כן ראו לעניין אחריות רופא מנתח ע"פ 116/89 אנדל נ' מדינת ישראל, פ"ד מה (5) 276. וראו גם דברים שהביא בית המשפט העליון בע"פ 7193/04 יקירביץ נ. מ"י (סעיף 64 לפסק הדין), כי "אין לבחון את סטנדרט הטיפול הסביר כראיה מאוחרת או ב"חכמה שלאחר מעשה".

נציין כי מניעת טיפול רפואי נאות היא עבירת משמעת לפי סעיף 41(7) לפקודת הרופאים, המתייחסת לרופא ש"הפר הוראה מהוראות חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996" כאשר על פי סעיף 5 לחוק זכויות החולה "מטופל זכאי לקבל טיפול רפואי נאות, הן מבחינת הרמה המקצועית והאיכות הרפואית, והן מבחינת יחסי אנוש".

4.3. להלן נתייחס בנפרד לעבירות המשמעת המיוחסות לכל אחד מן הנקבלים בגין הטיפול במנוח, כאשר מדובר למעשה בשתי פרשות נפרדות שאינן חופפות זו את זו, אף שתחילתה של השניה היא עם סיום הראשונה.

פרופ' סמי ניטצקי

4.4. ביום 2.8.2015 הגיע מר XXXX XXXXX ז"ל לבית החולים רמב"ם לניתוח אלקטיבי להוצאת רובד טרשתי מעורק התרדמה (קרוטיס) הפנימי מצד שמאל (Eversion Carotid Artery Endarterectomy Lt); הניתוח בוצע בבוקר למחרת, 3.8.2015.

בקליפת אגוז, במהלך רגיל ניתוח הקרוטיס נעשה על ידי חתך בצוואר המנותח, הפרדת השריר לצד, חשיפת האזור שמכיל עורק-וריד-עצב (neurovascular bundle), חשיפת העורק (כאשר צבע עורק עם רובד טרשתי, פלאק, הוא צהבהב). העורק הקרוטידי המשותף מתפצל לשניים - החיצוני שמספק דם לפנים ולצוואר, והפנימי שפונה לכיוון האוזן והיישר למוח. באמצעות פינצטה מפרידים כלפי מעלה ומטה בכוונה לזהות עורק נקי, ללא פלאק (ויש מקרים בהם הרובד הטרשתי נמשך הרבה, בעיקר בדופן האחורית שנגלית רק לאחר הפתיחה), לצורך סגירתו

באמצעות מלחציים (קלאמפ) - סוגרים תחילה את העורק החיצוני (שאז עדיין יש אספקת דם למוח), ולאחר מכן את העורק הפנימי גבוה ככל האפשר - כדי שניתן יהיה לעבוד, לנקות את העורק מהפלאק, בסביבה נקיה מדם. באותו זמן לא זורם דם בעורק, והמוח מקבל דם מהעורק בצד השני. לאחר ניקוי הרובד הטרשתי, תופרים את העורק, סוגרים, מסירים את המלחציים וזרימת הדם למוח מתחדשת. כאשר מדובר בביצוע הניתוח בהרדמה אזורית, כמו במקרה שבפנינו, מחזיק המנותח כרית (בובה/כדור/בלון) בידו כדי לעקוב אחר מצב הכרתו (כשהמנותח מדבר עמו תוך כדי הניתוח), ויש מקרים (כדברי פרופ' ניטצקי בעדותו - כ-10%) בהם עם סגירת הקרוטיס החולים מאבדים את ההכרה או מפסיקים ללחוץ על הכרית שבידם (ראו להלן פירוט בהתייחסות להרדמה אזורית). במצב כזה, שלא ניתן לצפותו מראש, עושים שאנט, מעקף שמאפשר הזרמת דם, על ידי החדרת צינורית מעבר לפלאק בעורק הפנימי שהולך למוח, ומתחת לפלאק בצד השני שהולך לכיוון הלב, כאשר הדם זורם בצינורית ואספקתו ממשיכה בדרך זו. או אז מנוקה הרובד הטרשתי, העורק נתפר, השאנט מוצא, משלימים את התפירה וזרימת הדם הרגילה למוח מתחדשת.

אובדן ההכרה/הפסקת הלחיצה יכולים להצביע על ארוע מוחי - ללא נזק, או עם נזק קל, או למרבה הצער כמו שהתברר בדיעבד במקרה שלפנינו - נזק גדול.

4.5. וכך, אף שמדובר בניתוח שכיח - מאד שכיח בכירורגית כלי דם כפי שציין עד הקובל

פרופ' סנדרו, השכיח ביותר כפי שאמר בעדותו פרופ' ניטצקי - אין הוא חף מסיכונים, ושיעורי הסיכון לאירוע מוחי ואף למוות אינם נמוכים - פרופ' ניטצקי מציין 3%, עד הקובל ד"ר הלדנברג מדבר על 1.5%-2% של אירועים מוחיים במהלך ניתוח בחולים אסימפטומטיים (שלא עברו אירוע מוחי קודם) ובסדר גודל של 6%-8% בחולים סימפטומטיים (פרוטוקול הדיון מיום 2.5.2023 עמ' 48-49), ופרופ' סנדרו בעדותו מפרט לעניין זה כהאי לישנא (פרוטוקול הדיון מיום 15.3.2023 בעמ' 8): "... עולה השאלה, צריכה לעלות השאלה, איך המוח מקבל אספקת דם בזמן ה- שהנחנו את המצבטים האלה על העורק, אז איך זה שלא בכל מקרה קורה איזשהו אירוע מוחי... ברוב המקרים של המקרים הם מספיקים כדי לאפשר סגירת העורקים וביצוע הניתוח בצורה בטוחה, וחלק קטן 10, 12, 14 אחוז מהמקרים אנחנו מגלים במהלך הניתוח שזה לא כך, זה לא המצב, ואז אנחנו צריכים לתת אלטרנטיבה של אספקת דם למוח במהלך הניתוח, לתקופת הניתוח".

כפי שאמר פרופ' כרמלי בעדותו בפנינו (פרוטוקול הדיון מיום 27.6.2023 בעמ' 36): "גם בידיים הכי טובות ניתוח קרוטיס יכול להסתבך בארוע מוחי. הספרות שלנו מדברת, במקרה הטוב, על 3-5 אחוז. זה לא מעט. כשזה קורה ויש חשד... אז כולנו בפאניקה וכולי, ואני לא רוצה להכנס לכל הפרטים אבל מה שכן חשוב לי, שלעיתים זה מתפתח שעות אחרי הניתוח, לפעמים באותו ניתוח..."

פרופי ניטצקי עצמו, כפי שהעיד בפנינו, השתתף כמנתח מבצע או אחראי ב-697 ניתוחי קרוטיס (נכון ליום מתן עדותו 27.3.2024), מתוכם היו 6 מקרים של ארוע מוחי, ואירוע יחיד של מוות, זה של מר XXXXX המנוח (שנפטר בסופו של דבר בבית החולים כרמלי). כדבריו, התוצאות בבית החולים רמב"ם הן בשיעור של 0.8%, נמוך בהרבה מן הנתונים הכלליים כמפורט לעיל (נציין, כי גם פרופ' ניטצקי, כמו פרופ' כרמלי, השתמש, בצינו את הסיכויים של 3% לארוע מוחי בביטוי "בידיים הכי טובות בעולם". ולא בכדי).

הניתוח יכול להעשות הן בהרדמה כללית (מלאה) והן בהרדמה אזורית. יתרונה

של הרדמה כללית הוא שהמטופל אינו "מפריע" לביצוע הניתוח, הוא מורדם, ואפשר לעמוד על מצבו הנוירולוגי רק כאשר מעירים אותו בתום הניתוח. לעומת זאת, יתרונה של הרדמה אזורית הוא שהמטופל ער ומשתף פעולה, המנתח מדבר עמו ומבקש ממנו ללחוץ על כרית (בובה, בלון, כדור) שהמטופל אוחז בידו הנגדית, זו שצד המוח המנותח אחראי לה, וכך למד המנתח על מצב הכרתו של המטופל ועל הכוח המוטורי של היד, בזמן אמת. הרדמה אזורית, שכדברי פרופ' ניטצקי היא שיטה מקובלת בעולם ונוהגת כמדיניות בבית החולים רמב"ם, מלחיצה יותר את המנתח מניתוח בהרדמה כללית, כאשר פתאום המטופל מאבד את ההכרה והופך להיות משותק (ראו דבריו של פרופ' כרמלי לעיל), אך למרות הקושי שיטה זו עדיפה, שכן כך מגלים מיידית בעיות.

4.6. לאור הדרך שבה הוצגו העובדות בקובלנה ובתרשים הזרימה שצורף לה, והצורך לצרף ולהרכיב כסדרה את השתלשלות העניינים בשני המסמכים האמורים בסעיף 3.1 לעיל ובהתחשב במה שנפרש בפנינו בעת הדיון, יוצגו להלן בקצרה האירועים הרלבנטים לקובלנה נגד פרופ' ניטצקי.

המנוח, נכנס לחדר הניתוח בשעה 8.19 ובשעה 8.25 (כאמור בתרשים הזרימה ובדוח הניתוח או 8.30 כרשום בכתב ידו של המרדים) החלה ההרדמה (אזורית), וסיום האינדוקציה (השראת ההרדמה) היה בשעה 9.01. הניתוח עצמו החל בשעה 9.17. בעורק התגלתה הצרות קשה ומתפוררת בקלות שחסמה את העורק המשותף כמעט לגמרי, שנרשמה כממצא בדוח הניתוח (עמ' 35-36 למוצג ת/1). עם סגירת העורק הפנימי כדי להפסיק את אספקת הדם לצורך ביצוע הניתוח, המטופל איבד הכרה והפסיק ללחוץ על הכרית ונשמע "קנאק", צליל המצביע על כך שקרה משהו, שנשבר חלק מן הרובד הטרשתי. אז פתח פרופ' ניטצקי את הלחיצה והמטופל חזר ללחוץ על הכרית, היה במצב הכרה חלקי וקצת מבולבל, מה שמצביע על כך שהדם חזר לזרום ולהערכת פרופ' ניטצקי, מנתח עתיר ניסיון - על כך שלא נגרם נזק או נגרם נזק קטן ולא משמעותי.

כיוון שבמצב כזה חייבים להמשיך את הניתוח, וכדי שניתן יהיה לעבוד בצורה בטוחה ללא הפרעה מצד המטופל שהיה בחוסר שקט, ביקש פרופ' ניטצקי מהמרדים להרדימו בהרדמה כללית. אז הותקן שאנט ובוצע ניקוי העורק, כאשר על פי דוח הניתוח סגירת הקרוטיס ארכה 3 דקות עד החדרת השאנט, העבודה עם השאנט ארכה 35 דקות, ו-2 דקות בהוצאת השאנט. הניתוח הסתיים בשעה 11.39, וההרדמה הסתיימה בשעה 12.00, אך ניסיון המרדים להעיר את המטופל לא צלח, ועל כן החליט להשאירו מורדם ומונשם (דהיינו, המשיך להשאירו עם חומרי הרדמה מה שמאפשר לקבל ונטילציה).

המטופל הועבר מונשם למחלקה לטיפול נמרץ לאשפוז והשגחה בשעה 12.24 לאחר שפרופ' ניטצקי עדכן ותיאם את ההעברה עם ד"ר בר לביא, מנהל המחלקה, ופרופ' ניטצקי יצא לדבר עם אשתו של המטופל ואז חזר לחדר הניתוח אליו נקרא לניתוח דחוף. אולם משהתברר זמן קצר אחר כך, כי המטופל החל להתעורר בטיפול נמרץ (בין 12.30 - 13.10), ענה לקריאת שמו והסתבר שמניע פלג שמאל בלבד, כירורג כלי דם שהיה במחלקה זו נקרא לראותו. הוא קבע שיש צורך בביצוע CT, שוחח עם פרופ' ניטצקי שהוזעק, הגיע לטיפול נמרץ ותמך בהחלטה לביצוע סיטי, ושניהם שוחחו עם רופאה בכירה במחלקה זו ויידעו אותה בצורך בביצוע הסיטי כפי שאף נרשם בקבלה של טיפול נמרץ.

המשך ההתרחשויות במסגרת אשפוזו של המנוח בטיפול נמרץ תואר בסעיף 3.1

לעיל, וכאמור בסעיף 3.2 אין העיכוב במה שארע שם מיוחס לפרופ' ניטצקי, שעם סיום הניתוחים שביצע הגיע לביקור המטופל בטיפול נמרץ בשעה 19.30.

4.7. לפרופ' ניטצקי מיוחסות כאמור לעיל רשלנות חמורה, התנהגות שאינה הולמת רופא ומניעת טיפול רפואי נאות, זאת בגין אי ביצוע הערכה נירולוגית למטופל מיד בסיום הניתוח או כאשר השתנה מצבו לרעה בסגירת העורק הפנימי של הקרטיס, ואי ביצוע סיטי ברגע שהיה מודע לבעיה הנירולוגית של המטופל, כאשר תחת זאת החליט להמשיך ולסיים את הניתוח, ולהעביר את המנותח להשגחה ומעקב למחלקה לטיפול נמרץ ו"זאת במקום להפסיק את הניתוח ולעשות בדיקת סיטי אנגיו דחופה ולטפל בתסחיף המוחי על ידי צנתור מכני באופן מידי" (סעיף 6 לקובלנה, ההדגשה לא במקור).

4.8. נבהיר כאן, כי איננו מקבלים את טענת ב"כ הקובל, כי האמור בסעיף 6 לקובלנה איננו חלק מעבירות המשמעת המיוחסות לפרופ' ניטצקי.

הדבר עולה מקריאת האמור בו כפשוטו, ומה שכתוב בו, בשפה פשוטה הוא: אתה, המנתח, המשכת בניתוח למרות שהדבר הנכון היה עליך לעשות הוא להפסיקו, לשלוח את המטופל לבדיקת סיטי ולטפל בבעיה באמצעות צנתור מכני באופן מיידי. במקום מה שעשית, היה עליך לעשות משהו אחר, כלומר, שגית, טעית במה שעשית.

העובדה שהאשמה זו מופיעה רק בפרק "העובדות והאירועים" בקובלנה ואינה מפורטת בסעיף 17 בפרק "הוראות החיקוק בהם מואשמים הנקבלים" אינה מעלה ואינה מורידה דבר לגופה ומהותה של טענת הקובל נגד הנקבל 1, לפיה הדרך לטפל במה שקרה בניתוח היתה באמצעות צנתור, שאם לא כן, מה היה הצורך לציין זאת בקובלנה? מדוע בכלל מוזכר הטיפול באמצעות הצנתור המכני כדרך הנכונה לטיפול במנותח אם לא כהאשמת הנקבל 1 בכך שלא הפסיק את הניתוח במהלכו לצורך כך (לאחר ביצוע בדיקת סיטי)?

לא בכדי השאלה - אם ניתן היה בשנת 2015 לבצע בבית החולים רמב"ם צנתור באופן מיידי לאחר ניתוח קרוטיס - הפכה להיות מן המרכזיות, אם לא המרכזית, בקשר להתנהלותו של פרופ' ניטצקי. הנושא עלה הן בוועדת הבדיקה המוסדית, הן בשיחת ההבהרה עם פרופ' ניטצקי ויתכן שגם בהליכים אחרים שלא הובאו לידיעתנו, וכך גם בפנינו, ובעיקר - בחשיבות שיוחסה על ידי ב"כ הקובל לעדות מטעמו של ד"ר יעקב אמסלם, מי שהיה באותה תקופה מנהל היחידה לנירורדיולוגיה פולשנית ברמב"ם, ועמידתו של ב"כ הקובל על מתן עדותו (והצגת מסמכים על פעילותו), למרות הקשיים שהתגלעו בעניין התיצבותו בפנינו והעיכובים שנגרמו עקב כך.

4.9. על כן, וכפי שעולה מן המיוחס לפרופ' ניטצקי לעיל, השאלה המוקדמת שמן הראוי שנתייחס אליה כבר בראשית דיונו, לאור השלכתה על ההתנהגות הראויה המצופה מן הנקבל 1 כפי שעולה מן הקובלנה, היא האם בשנת 2015 ניתן היה לטפל בבית החולים רמב"ם בתסחיף מוחי בצנתור מכני באופן מיידי לאחר ביצוע ניתוח הקרוטיס על ידי פרופ' ניטצקי. ואם לדייק לאור השתלשלות הדברים – האם לפי החומר שנפרש בפנינו ניתן להסיק, כי בשנת 2015 בוצעו על ידי ד"ר יעקב אמסלם, מנהל היחידה לנירורדיולוגיה פולשנית ברמב"ם, צינתורים לאחר ניתוח קרוטיס, קרי צינתור לטיפול בתסחיף מוחי שארע במהלך ניתוח כזה. שהרי אם בוצעו צינתורים

כאלה, היה מצופה מפרופ' ניטצקי שיידע על האפשרות לבצע במטופל צינתור, ולצורך כך ידאג לביצוע כל הבדיקות המקדימות הרלבנטיות כדי שניתן יהיה לתת למטופל את הטיפול המתאים האמור.

4.10. לעניין זה העידו בפנינו ד"ר אמסלם עצמו, פרופ' ניטצקי ופרופ' אהרון הופמן, מי שהיה מנהל המחלקה לכירורגית כלי דם ברמב"ם, וכן עמדו בפנינו פרוטוקולים (חלקיים) של דברי ד"ר אמסלם (מוצג ת/11) ופרופ' הופמן (מוצג נ/5) בפני וועדת הבדיקה המוסדית לפי חוק זכויות החולה, פרוטוקול שיחת ההבהרה של פרופ' ניטצקי בפני נציב קבילות הציבור למקצועות רפואיים משרד הבריאות (מוצג ת/5), סיכומי אשפוז של שלושה חולים שצונתרו בבית החולים רמב"ם בשנת 2015 (מוצגים נ/8, נ/9 ו-נ/10), תמצית של 30 מקרים בהם ביצע ד"ר אמסלם צינתור מוחי בין השנים 2011-2015 (מוצג נ/1) ומאמר A Randomized Trial of Intraarterial Treatment for Acute Ischemic Stroke שפורסם ביום 1.1.2015 ב-The New England Journal of Medicine (מוצג נ/2). המסקנה מבחינת החומר הרב שנפרש בפנינו היא, שלא הוכח כי בשנת 2015, המועד הרלבנטי לעבירות המשמעת המיוחסות לפרופ' ניטצקי, נערכו בבית החולים רמב"ם צינתורים לטיפול בתסחיף מוחי בעקבות ניתוח קרוטיס. זאת לעומת טיפולים רוטיניים בצינתור בתסחיף מוחי שלא בעקבות ניתוח כזה.

4.11. כבר בוועדה המוסדית, בסמוך לאחר הארועים נשוא הקובלנה (דו"ח הוועדה, ככל הנראה משנת 2016, ודבריו של הנקבל 1 בפניה לא הוצגו בפנינו; קטעי הפרוטוקול שהוגשו אינם נושאים תאריכים), בקשה הוועדה התייחסות לשאלה זו, וכך אמר פרופ' הופמן (שלא היה בארץ בעת הארועים והעיד לגבי הידוע והנהוג בבית החולים אך לא לגבי הארועים עצמם) במוצג נ/5 עמ' 8-9:

"אין (אפש)רות הוצאת תסחיף בעת או מיד לאחר ניתוח, אף אחד מהרדיולוגיה כיום בארץ לא מוציא, וכרגע לא ניתן. בעתיד יהיה אפשר. אם קרה תסחיף בעת ניתוח זה מצב אבוד חוץ מטיפול תומך.... כיום לא ניתן לעשות... אני פונה בתקווה שיהיה מקרה שאפשר יהיה. כיום לא נתן לביצוע בעתיד יהיה... אין בהילות ל-CT... זה לא היה משנה את הטיפול. מעולם לא נעשה ברמב"ם". להערת חבר הוועדה לפיה ד"ר אמסלם אמר שעשה, תשובת פרופ' הופמן "מעולם לא!".

בעדותו בפנינו חזר פרופ' הופמן ואמר, כי באופן חד משמעי לא היתה קיימת בשנת 2015 אופציה של שליפה מכנית (צינתור) לאחר ניתוחי קרוטיס ואף אחד מהרדיולוגיה בארץ לא עשה כן.

באותה ועדה (מוצג ת/11 בעמ' 6) עונה ד"ר אמסלם בתשובה לשאלה אם "יצא לך אחרי סטרוק לעשות צנתור" (במקרה בו המנתח רואה כבר אחרי הניתוח סימני סטרוק) כהאי לישנא: "יצא לא מוצלח..." ולשאלה "איך קורה שלא היו יותר צינתורים בקרוטידים" עונה ד"ר אמסלם: "לא היו סיבוכים, קורה! או שלא עולים על זה או שהחולה מת".

מעדותו המפורטת בפנינו של ד"ר אמסלם (פרוטוקול הדיון מיום 20.2.2024), על נסיונו הרב וארוך השנים בטיפול באירועים מוחיים באמצעות צינתור, ומן המסמכים שהוגשו בעניין זה (מוצגים ת/8 - ת/10 ו-נ/1), אנו מתרשמים מנסיון ארוך שנים, אלא שכל המסמכים שהוגשו מתייחסים למקרים בהם המטופלים הגיעו לטיפול הישר לד"ר אמסלם, ולא לאחר ובסמוך לניתוח קרוטיס (בסיכומי האשפוז ת/8 - ת/10 מדובר על צינתור לאחר TPA - חומר ממיס שאינו ממיס פלאק). אמנם ד"ר אמסלם

בעדותו אמר כי אין הבדל בין מצב בו אדם עבר קודם לצינתור ניתוח ובין אם לאו, למעט במידת העדינות בכניסה לעורק, אולם לא הובא בפנינו ולו מקרה אחד המתאים לביצוע צינתור מוחי אחרי ובהמשך לניתוח, למעט זה אליו התייחס ד"ר אמסלם בפני ועדת הבדיקה המוסדית בתשובתו לעיל, כאשר בפנינו, בהתייחסו לדברים שנרשמו מפיו ב-ת/11 לעיל, אמר ד"ר אמסלם, כי איננו זוכר "למה כיוון המשורר" וכי מדובר בניסוח של הפקידה (איננו מוצאים לנכון, מפאת כבודו, לצטט את הביטוי המדויק בו נקט ד"ר אמסלם).

ונציין כאן במאמר מוסגר, כי המאמר נ/2 עם כל חשיבותו המדעית והשלכתו לגבי טיפול בארועים מוחיים בדרך של צינתור והקונטרה אינדיקציות לטיפול בדרך זו, ועם כל ההערכה לכך שצינתורים הפכו ל- gold standard כבר מספר שנים לפני הארועים נשוא הקובלה ובוצעו על ידי ד"ר אמסלם מתחילת הדרך בגיבוי ועדות הלסינקי, אין לכך השלכה לגבי השאלה שבמחלוקת לעיל, קרי, לגבי הפרקטיקה שהיתה נהוגה ברמב"ם, ואשר עליה הגיע ד"ר אמסלם להעיד, ושכדבריו (עמ' 46 לעדותו) - אין לו לגביה דוגמא והוא לא ילך לארכיון של רמב"ם וייעשה את עבודת ב"כ הנקבל 1.

4.12. והנה, נראה שפרופ' ניטצקי עצמו הרים את הכפפה בעניין הליכה לארכיון כפי שתאר בעדותו בפנינו, אך תחילה לדבריו שקדמו כמעט בשש שנים לעדותו, שלוש שנים בדיוק לאחר הארועים נשוא הקובלה. בשיחת ההבהרה עם נציב קבילות הציבור למקצועות רפואיים מוצג ת/5 (כאמור, לא הוצגו לנו דבריו של פרופ' ניטצקי בוועדת הבדיקה המוסדית שיש להניח שהופיע בפניה):

"... צריך להוציא את זה מיכנית. בתקופה שזה נעשה ברמב"ם, לא היה ברמב"ם מישהו שיודע לעשות את זה. היה ד"ר יקי אמסלם, הניורו-רדיולוג הפולשני שלנו. תוך עבודה משותפת, אני יודע שמעולם הוא לא צנתר חולה אחרי ניתוח קרוטיס מיד ב-, בזמן הקצר, והוא גם לא עשה אף מקרה... אז יכול להיות שהיום השתנה, אני יודע שהניורו-רדיולוג הפולשני שלנו היום, איתן אברג'יל, מנסה כן לעשות צנתור מיד אחר הניתוח. זו לא אופציה שהייתה קיימת... (עמ' 8-9).

ובהמשך (עמ' 27): "...היום שזה שוני (צ"ל שונה), אני מדגיש, אז לא היה מה לטפל. כי הטיפול הוא לא לעשות עוד פעם ניתוח. הטיפול הוא צנתור, ולא היה מי שיודע לעשות את זה. יקי אמסלם לא עשה אף צנתור כזה אחרי ניתוח, הוא גם לא הוציא אף פעם חתיכות של פלאק או קרישי דם מתוך המוח. זה השתנה, זה משהו שבשלוש שנים האלה ה- stroke management השתנה..."

כך גם בעדותו בפנינו חזר פרופ' ניטצקי על כך שאופציה של שליפה מתוך המוח לא היתה קיימת במועד הניתוח נשוא הקובלה, ואף העיד, כי לאור עדותו של ד"ר אמסלם הגיש שאילתה למרכז המחשבים ברמב"ם להשוואה בין ניתוחי קרוטיס לבין צינתורים, והתברר כי קיימים בין 500-600 מקרים בכל קבוצה, והצלבה ביניהם העלתה 6 מקרים בהם בוצעו שתי הפרוצדורות אצל אותו חולה, מתוכם 5 שבהם אין שני ההליכים קשורים (למשל, בוצע ניתוח ואחרי מספר שנים בוצע צינתור). רק פעם אחת, כנראה משנת 2011 עלה מקרה של בחור צעיר שבוצע אצלו קודם צינתור שכשל, ואחר כך ניתוח, ההיפך ממה שנטען לו במקרה שבפנינו.

4.13. מן האמור לעיל עולה, כי לא נמצא בחומר הרב שנפרש בפנינו בסיס לטענה, כי ניתן היה לטפל בתסחיף המוחי של המנוח באמצעות צינתור מכני באופן מיידי לאחר הניתוח, דבר שלא היה מוכר ולא בוצע בבית החולים רמב"ם בשנת 2015.

ולמעלה מן הצורך, גם אם בזמן זה או אחר בסמוך לניתוח של המנוח, בוצע צינתור בהמשך או לאחר ניתוח קרוטיס שלא כחלק מרוטינה ברמב"ם, הרי ברור כפי שעולה מהודעותיהם ועדויותיהם כבר בזמן אמת או קרוב יותר לארוע מאשר לאחר הגשת הקובלנה, כמו גם מעדויותיהם בפנינו, שלהן אנו מאמינים, כי לפרופ' ניטצקי כמו גם למנהל המחלקה פרופ' הופמן, לא היה ידוע שאפשרות כזו קיימת ואפשרית, ודבריו של ד"ר אמסלם כי פרופ' הופמן ש"היה שותף להרבה מקרים" משקר (עמ' 53 לעדותו) אינה נתמכת ואינה עולה מן החומר הרב שהוצג בפנינו.

זאת ועוד. נבהיר, כי אין ללמוד על אפשרות כזו מן העובדה, שבחפשו מן הגורן ומן היקב מזור למטופל, פנו רופאי טיפול נמרץ כמו גם פרופ' ניטצקי עצמו, להתייעצות עם ד"ר אמסלם, כפי שהתייעצו עם דיסציפלינות אחרות בקשר להתערבות לשיפור מצבו או מניעת הדרדרות נוספת..

ולא נוכל שלא לציין גם לאור האמור לעיל, כי לא מצאנו בסיס לטענת ב"כ הקובל בסיכומיו, כי דבריו של פרופ' ניטצקי על העדר אפשרות טיפולית על ידי שליפת הפלאק בדרך מיכנית, היא בגדר "מצג שווא".

4.14. מכאן לשאלות האם פרופ' ניטצקי גילה רשלנות חמורה והתנהג בדרך שאינה הולמת רופא מורשה בכך שלא ביצע הערכה נירולוגית של המטופל מיד בסיום הניתוח או כאשר השתנה מצבו של המטופל בסגירת העורק הפנימי של הקרוטיס (סעיף 17א לקובלנה), ובכך שלא ביצע סיטי או סיטי אנגיו ברגע שהיה מודע לבעיה הנירולוגית של המטופל (סעיף 17ב לקובלנה).

וכדי להבהיר - הואיל והתגלתה הדרדרות, בעיה נירולוגית אצל מטופל אגב הניתוח על שולחן הניתוחים בעת שהפסיק ללחוץ על הכרית, משמעות האמור היא לכאורה - מבחינת המצופה מפרופ' ניטצקי על פי הקובלנה - כי בעת שהשתנה מצבו של המנותח לרעה, בסגירת העורק הפנימי של הקרוטיס, כי אז היה עליו להפסיק את מהלך הניתוח ולבצע בדיקה נירולוגית וגם סיטי, כמו גם בדיקה נירולוגית לאחר הניתוח (ככל שלא היה נשלח לבדיקת סיטי כפי שלכאורה היה מצופה). הואיל וכאשר התגלה בטיפול נמרץ כשעה לאחר סיום הניתוח שהמנותח מניע פלג גוף שמאל בלבד, אכן יזם פרופ' ניטצקי יחד עם ד"ר כראם (כירורג כלי דם) הזמנה לסיטי, נראה שאין הכוונה לשלב זה, אך לאור אי הבהירות בניסוח הקובלנה, הרחבנו את התייחסותנו כפי שיפורט להלן.

כזכור, עניין עיכוב ביצוע הסיטי שהוזמן בטיפול נמרץ אינו בפנינו. כפי שהבהיר ב"כ הקובל, פרופ' ניטצקי אינו מואשם בכך. להלן נתייחס לשאלות אלה כסדרן.

4.15. ביצוע הערכה נירולוגית כאשר השתנה לרעה מצבו של המטופל בסגירת העורק הפנימי של הקרוטיס:

הניתוח של מר XXXXXז"ל בוצע בהרדמה אזורית, כנהוג בבית חולים רמב"ם, כנהוג במאות ניתוחי הקרוטיס שביצע והיה מעורב בהם הנקבל 1.

כפי שצוין בסיפא של סעיף 4.5 לעיל, לניתוח בהרדמה אזורית יתרונות לא מבוטלים, ויפים לכך, מעבר להסבריו המפורטים של פרופ' ניטצקי, דבריו (עליהם חזר יותר מפעם אחת) של עד הקובל פרופ' סנדרו: "כאשר ניתוחים מבוצעים בהרדמה אזורית, אז אחד מהיתרונות של שיטת ההרדמה הזו, שיש קומוניקציה, יש תקשורת עם המנותח. נותנים לו ביד הנגדית לצד המנותח איזושהי בובה של

תינוקות או כדור של ילדים, משהו קטן שאפשר להחזיק בכף היד, ומבקשים ממנו מדי פעם, כדי להראות ששמע, שהוא מבצע את הפקודה שאנחנו מבקשים, אנחנו מבקשים ממנו ללחוץ על הכדור או על הבובה, כדי שאנחנו נשמע שהוא אכן מבצע את אותה פקודה שביקשנו, וכך אנחנו יודעים שהוא בהכרה ומשתף פעולה. זה בניגוד להרדמה כללית ששם המדדים שונים, והחולה לא נמצא בהכרה ולא ניתן לקבל ממנו את שיתוף הפעולה הזה" (עמ' 29 לפרוטוקול מיום 15.3.2023). ובהמשך (בעמ' 32): "...הפרמטר של קומוניקציה ותקשורת עם חולה שנשאר בהכרה היא הרבה יותר שחור ולבן והרבה יותר ברור אם כן צריך או לא צריך... (במקרה זה התייחסות לצורך להשתמש בשאנט זמני).

וכך, תוך כדי הניתוח שבוצע בהרדמה אזורית שבמהלכה היה פרופ' ניטצקי בקומוניקציה עם המטופל, וכך גם יכול היה להבין, והבין, שהמטופל כאשר הפסיק ללחוץ על הבובה, איבד את הכרתו עם סגירת המלחציים (ושמיעת צליל ה"קנאק") (לענין אחוז חולים שמאבדים הכרה עם סגירת הקרוטיס ראו סעיף 4.4 לעיל). בתגובה שיחרר פרופ' ניטצקי את סגירת העורק, כפי שהעיד בפנינו: "פתחנו את אספקת הדם... ואז התחדשה אספקת הדם למוח ומר XXXXX ז"ל חזר ללחוץ על הבובה, מבחינת ההכרה חזר למצב הכרה חלקי, היה קצת מבולבל" (עמ' 17-18 לפרוטוקול הדיון מיום 27.3.2024 וכן גם בהמשך בעמ' 23). ואז כדבריו "זה סימן שלא היה שום דבר סתום כתוצאה מהקנאק" (שם עמ' 18), והערכתו היתה כפי שציין בפנינו, שהחולה הפסיק להגיב בשל סגירת העורק ואי קבלת דם, ולא בשל תסחיף מוחי: "זה בגלל הסגירה, זה לא בגלל ה-, עדיין לא נוצר התסחיף, זה סגירה, זה מיד, זה סגירה... זה מידי, לתסחיף לוקח זמן" (עמ' 91 לפרוטוקול עדותו).

נציין, שגם פרופ' סנדרו, עד הקובל, אישר בעדותו, כי גם אם נשמע צליל "קנאק" (או "קיר"), זו לא עדות לכך שנגרם אירוע מוחי (עמ' 44 לפרוטוקול הדיון מיום 15.3.2023).

כך גם עולה מדבריו של פרופ' ניטצקי בשיחת ההבהרה בחודש אוגוסט 2018 מוצג ת/5, קרוב הרבה יותר למועד הארועים, בלשון קיצורים המקובלת ומובנת בין רופאים, שמשמעותה היא, שפתח את המלחציים, המטופל חזר להכרה, והיה חסר שקט, ועל כן היה צורך להרדימו כדי להמשיך בניתוח: "פתחתי, אמרתי, אמרתי למרדים "תעביר להרדמה כללית", מכיוון שהוא נעשה חסר שקט, שזה מפריע גם לניתוח... אז ביקשתי שהמרדים יעביר אותו להרדמה כללית כדי שנוכל לעשות את הניתוח ב-, בצורה בטוחה, כמו שצריך" (עמ' 6).

נציין, כי דברים אלה בדבר חזרת המנותח להכרה, שכאמור נאמרו בעת שיחת ההבהרה כארבע שנים קודם לעדותו בפנינו, כשלוש שנים אחרי הארועים נשאו הקובלנה, מדברים בעד עצמם, ולפיכך אין בסיס לנטען על ידי ב"כ הקובל (לראשונה בסיכומיו) כי עדותו של פרופ' ניטצקי לענין זה היא עדות כבושה. זאת גם מבלי שיש לנו מידע על דברים שאמר פרופ' ניטצקי בענין זה, ככל שאמר, בבדיקות או וועדות קודמות, למשל, ועדת הבדיקה המוסדית של רמב"ם שבדקה את האירועים סמוך להתרחשותם.

ומכאן, שפרופ' ניטצקי יכול היה להתרשם ממצבו הנירולוגי של המטופל, והוא העריך, כי מבחינה ניירולוגית חזר המטופל להכרה, אף אם חלקית - "כאשר אתה עושה את הניתוח בהרדמה איזורית, אתה מקבל את התשובה במקום..." (עמ' 29 לעדותו). המצב ש"השתנה" כלשון הקובלנה עם סגירת הקרוטיס, קרי, השתנה לרעה, חזר והשתנה - לטובה - עם פתיחת המלחציים וחידוש אספקת הדם למוח,

ולא היה מקום לעצור את הניתוח ולבצע בדיקה נוספת. זאת אף שפרופ' ניטצקי שיער, חשד, שהשתחרר פלאק שעלה לכיוון המוח, אבל שיתכן שכלל לא גרם נזק או שעלה משהו קטן שלא עשה נזק נירולוגי משמעותי, שלא היה ארוע גדול, שהרי אם הנזק היה גדול "מר XXXXX לא היה חוזר להכרה בכלל או שהיה משותק לחלוטין. זה לא מה שקרה... " (עמ' 24 לפרוטוקול הדיון לעיל).

כך עולה גם מדבריו של עד הקובל ד"ר הלדנברג (עמ' 57-59 לפרוטוקול עדותו מיום 2.5.2023), כי השינויים במהלך ניתוח בהרדמה אזורית מהווים מדדים שהם בגדר הערכה נירולוגית (אך את הניתוח יש להמשיך כמפורט מטה, וגם לבצע הערכה בסיומו, ולכך נתייחס בהמשך), וכדבריו של פרופ' ניטצקי בעדותו (עמ' 30): "אני ראיתי שהוא חזר אחרי שפתחתי, אז יש לי לפחות מינימום".

זה המקום לציון, שבכל מקרה, לא היה מקום להפסיק את הניתוח. כדבריו של פרופ' ניטצקי בשיחת ההבהרה ת/5: "כמובן לא עושים abortion של הניתוח בשום פנים ואופן. עושים את הניתוח" (עמ' 6), ובעדותו בפנינו: "אבל בשלב זה אתה חייב להמשיך את הניתוח, אין מצב שאתה מפסיק את הניתוח עכשיו, להיפך, זו אינדיקציה עוד יותר חזקה להמשיך בניתוח" (עמ' 18 לעדותו). לא זו אף זו. בתשובה לחבר הוועדה, הבהיר פרופ' ניטצקי, כי גם אם היה המטופל מאבד את ההכרה היה ממשיך בניתוח: "אי אפשר לעצור את הניתוח הזה, לא עוצרים או אם החולה קיבל אירוע מוחי - זו רק סיבה יותר טובה להשלים את הניתוח הזה מתוך תקווה, מחשבה, שאירוע מוחי אינו גדול ואז הוא יוכל להשתקם אחר כך, ומנעת את האירוע המוחי הבא שיכול להיות אירוע מוחי גדול ומלא" (שם עמ' 25).

ובעניין זה מסכים גם עד הקובל ד"ר הלדנברג (פרוטוקול עדותו לעיל בעמ' 58): "כשהחלטת שאתה ממשיך בניתוח בנסיבות אלה, זאת היתה החלטה מאד נכונה להמשיך בניתוח... ההחלטה היא בסדר גמור. זאת אומרת, אין לי שום ביקורת על ההחלטה, ואני לא חושב שתהיה למישהו ביקורת על ההחלטה להמשיך בניתוח בסיטואציה הזאתי (כך במקור)..."

משמעות האמור היא, שמדובר בהתנהלות שבה בפועל היתה הערכה נירולוגית של המטופל, שבעקבותיה התקבלה החלטה רפואית והפעלת שיקול דעת רפואי של מנתח ברגע אמת להמשיך בניתוח, ואין בה סטיה במידה משמעותית מרמת הפעילות המקובלת הצפויה ממנו במקרה שלפנינו על פי נסיבותיו, וודאי שאין היא בגדר התנהגות שאינה הולמת רופא שאינה תואמת את העקרונות והכללים המנחים בתחום העיסוק ברפואה או שיש בה מניעת קבלת טיפול רפואי נאות.

4.16. אשר לביצוע הערכה נירולוגית מיד בסיום הניתוח:

בתום הניתוח בדק פרופ' ניטצקי, מנתח בעל ניסיון רב בניתוחי קרוטיס את הדופק ואת ה-backflow (זרימת הדם מן המוח), זאת תוך הדרכת המתמחה שלקח חלק בניתוח וכשהוא מסביר לו את סדר סגירת ופתיחת העורקים, כדי לחדש את הזרימה ולמנוע ששיירים, אם ישנם, ילכו למוח. פרופ' ניטצקי התרשם כי חוזר דם, כלומר, אין חסימה, ה"צנרת" פתוחה, ו"ממשש דופק מלא, תקין כמו שצריך להיות" ואז הוא ידע שאין בעיה במקום המנותח (עמ' 27 לעדותו לעיל). כאמור, המטופל הורדם במהלך הניתוח הרדמה כללית, כדי לאפשר למנתח להמשיך בניתוח ללא הפרעה. לאחר סיום הניתוח, ועם תום ההרדמה (בשעה 12.00), לא הצליח המרדים - שזה תפקידו - להעיר את המטופל והחליט להשאירו מורדם (קרי, להמשיך לתת חומרי הרדמה) ומונשם, כלשונו בדו"ח ההרדמה מהשעה 12.20: "...At the end of operation attempt to awaken the patient failed. Decided to keep him

anesthetized and ventilated..."

נציין, כפי שנאמר על ידי יו"ר הוועדה בדיון מיום 27.3.2024 חלק מבדיקת חולה שאינו מתעורר על ידי מרדים היא בדיקת אישונים, כשאישון מורחב מצביע על נזק מוחי (או אחר), וזאת לא צויין בדו"ח.

אי התעוררות אחרי הרדמה כללית בסיום ניתוח קרוטיס איננה אירוע נדיר. פרופ' סנדרו, עד הקובל, בעדותו (פרוטוקול מיום 15.3.2023) כמו גם בחוות דעתו ת/4 מאשר, כי בניתוח קרוטיס אחרי הרדמה מלאה יש שלוקח זמן להתעורר, ועל כן מתעכבת הבדיקה הניירולוגית. כדבריו בת/4: "הערת המטופל צריכה להתבצע בעדיפות על שולחן הניתוח בטרם העברתו להתאוששות אך לעתים השפעת ההרדמה ממושכת מהנדרש וההערה נעשית בהתאוששות..." וכדבריו בעדותו (עמ' 35): "חולה אחרי ניתוח קרוטיס, חייבים לראות איך הוא מתעורר. ולפעמים זה לוקח חמש דקות, אם ההרדמה היא קלה ושיטחית, ולפעמים זה לוקח גם שעה עד שהוא מתעורר..." כמו שאישר בחקירתו הנגדית (עמ' 81-82) כי העובדה שהמטופל לא מתעורר על שולחן הניתוחים כשלעצמה אפשרית, ללא קשר לארוע מוחי. ובמאמר מוסגר, פרופ' סנדרו, שלא התבהר בחקירתו מה הנתונים והחומר שהיה בפניו לפני מתן חוות דעתו, ושנתן אותה לפני תיקון הקובלנה והוספת תרשים הזרימה, לא היה מודע בין היתר, אך לא רק, לכך שהמטופל בעניינו כלל לא הגיע להתאוששות אלא ישירות לטיפול נמרץ, לא ידע שפרופ' ניטצקי הגיע לטיפול נמרץ בשעה 13.10 ועוד, אך אנו לא נכנס לעניין זה לגופו, וראו הסיפא לסעיף 4.1 לעיל. נציין, כי פרופ' סנדרו כפי שהעיד בפנינו, נהג לבצע ניתוחי קרוטיס בהרדמה כללית (ולא אזורית), וכך היה מקובל במחלקה שאותה ניהל, ושגם פרופ' ניטצקי מסכים, כי "אם החולה מבצע את כל הניתוח מ-א' עד ת' בהרדמה כללית ואתה לא יודע מה קורה - אתה חייב להעיר אותו... על מיטת הניתוח... להוציא אותו לטיפול נמרץ או לחדר התאוששות ולהעיר אותו שם, אתה חייב לבדוק את המצב הניירולוגי שלו..." בהבדל מניתוח בהרדמה אזורית שאז כפי שצוין כבר לעיל "ראיתי שהוא חזר אחרי שפתחתי, אז יש לי לפחות מינימום" (עדויות עמ' 29-30).

וגם כדברי פרופ' ניטצקי בעדותו - היה מוקדם מדי להעיר את המטופל (שהתעורר מאוחר יותר בטיפול נמרץ), כאשר אם המרדים היה ממתין, יתכן שהיה מצליח להעיר אותו (עמ' 44 לעדותו), ובהמשך "זה לא שהוא לא הצליח להעיר אותו כי ה(י)תה קטסטרופה מוחית, כי אם זה היה אז גם לא היה מתעורר אחר כך. אם הוא היה בקומה אז הוא לא היה מתעורר גם אחר כך. עובדה שהוא התעורר" (שם).

וכך, במטופל שהיה מורדם, לא ניתן היה לבצע הערכה ניירולוגית, ולכן היא התעכבה, דבר שאיננו בלתי מקובל כפי שעולה מן האמור לעיל. ויחד עם זאת, כדי שניתן יהיה לעקוב אחר מצבו של המנותח, פרופ' ניטצקי - שכדבריו בפנינו הלך לחומרה שמא בכל זאת ארע משהו, וכדי לייצב את לחץ הדם של המטופל שהיה גבוה ולא מיוצב (כמופיע בפלט ניטור של טיפול נמרץ מוצג נ/4) ועל כן סיכן אותו - החליט, בתיאום עם מנהל מחלקת טיפול נמרץ "שיועבר מורדם ומונשם לטיפול נמרץ עד למחרת" (דו"ח הניתוח עמ' 36 למוצג ת/1). ההעברה בוצעה (כפי שהעיד פרופ' ניטצקי, החולה לווה לטיפול נמרץ על ידי המרדים ורופא) בשעה 12.24, 24 דקות אחרי שעת סיום ההרדמה, 4 דקות לאחר שהמרדים רשם שלא ניתן להעיר את המטופל.

מדובר ב"העברת מקל" בין מנתח לבין המחלקה לטיפול נמרץ, שנעשתה במהירות ותוך תיאום עם מנהל המחלקה, ואליה התייחס פרופ' סנדרו בעדותו באמרו "אני חושב שזה מאד מהיר אם כך נעשו הדברים..." (עמ' 86 לעדותו, וכפי שעולה

מתרשים הזרימה אכן כך הם נעשו).
לא מדובר ב"חולה במסדרון", גם לא בחולה שהועבר למחלקה או אף להתאוששות, שם כדברי פרופ' סנדרו נעשית ההערה של מי שלא התעורר על שולחן הניתוחים. ואכן, כפי שעולה במקרה בפנינו, הערכה נירולוגית עדכנית נעשתה למעשה בטיפול נמרץ זמן קצר אחרי הגעת המטופל למחלקה, כשהתעורר מן ההרדמה והתברר שהוא מניע פלג גוף שמאל בלבד, מזיז יד שמאל לעבר הטובוס ועונה לקריאת שמו, והמשך ההתנהלות של פרופ' ניטצקי היתה בהתאם כפי שנראה להלן.
לאור האמור, איננו רואים באי ביצוע הערכה נירולוגית מיד בסיום הניתוח - הערכה שהיא לא אפשרית ולא מעשית אצל חולה מורדם - משום סטיה במידה משמעותית מרמת הפעילות המקובלת הצפויה מרופא במקרה שלפנינו על פי נסיבותיו, וודאי שאין היא בגדר התנהגות שאינה הולמת רופא שאינה תואמת את העקרונות והכללים המנחים בתחום העיסוק ברפואה או שיש בה מניעת קבלת טיפול רפואי נאות.

4.17. ואשר לביצוע בדיקת הסיטי "ברגע" שפרופ' ניטצקי "היה מודע לבעיה הנירולוגית של המטופל", כאמור בסעיף 17 לקובלנה, כאשר מן הקובלנה לא ברור מהו, מתי חל, הרגע האמור.
נתחיל, ונחזור על כך, שהדרכות נירולוגיות עקב הפסקת זרימת דם למוח התגלתה אגב הניתוח, על שולחן הניתוחים, בעת סגירת העורק כשהמטופל חדל ללחוץ על הבובה והוא איבד את הכרתו, אך זו חזרה באופן חלקי עם שחרור הלחץ של המלקחיים וחידוש זרימת הדם.
ככל שהיה מצופה מפרופ' ניטצקי להפסיק את הניתוח ברגע זה, ולהעביר את המנותח לביצוע סיטי, שבעקבותיו היה מצפה למטופל טיפול באמצעות צנתור מכני (כפי שכתוב בסעיף 6 לקובלנה), הרי לכך התייחסנו בפירוט בסעיפים 4.7 - 4.13 לעיל, וכן ראו סעיף 4.15 לעניין המשך הניתוח, והאמור שם רלבנטי בשינויים המחוייבים לגבי הפסקת הניתוח לצורך ביצוע סיטי.
נציין כבר כאן, כי בבית החולים רמב"ם לא ניתן היה לבצע בדיקת סיטי על שולחן הניתוחים, כדברי פרופ' ניטצקי בפנינו: "אי אפשר לעשות הדמיה על השולחן, אם אין לך אמצעים לעשות הדמיה. הדמיה, כדי לעשות הדמיה, אתה צריך לראות את עורקי המוח, אתה צריך שיקוף, אתה צריך קטטרים, אתה צריך חומר ניגוד, אין סתם, טכנית אתה צריך מיטה לשיקוף, אין, אז לא היה ואין גם היום חדר היברידי ברמב"ם" (עמ' 28 לפרוטוקול מיום 27.3.2024). וכדבריו של עד הקובל ד"ר הלדנברג (פרוטוקול עדותו עמ' 117): "אתה עובד בהתאם לנסיבות למה שיש לך במוסד שבו אתה עובד", ודבריו של פרופ' סנדרו (בהקשר אחר) כי הגיוני לומר שעושים פעולות בהתאם ליכולות של המוסד (עמ' 101 לעדותו).

4.18. ככל שההכוונה בסעיף 17 לקובלנה לסיום הניתוח כ"רגע" שבו היה הנקבל 1 "מודע לבעיה הנירולוגית של המטופל", ואז היה הזמן לביצוע סיטי: ראשית, נציין, כי כפי שעולה מן האמור לעיל, עם סיום הניתוח (בשעה 11.39 וגם עם סיום ההרדמה ב-12.00 ואף לאחר מכן) המטופל היה מורדם, כך שלא ניתן היה להעריך ולהיות מודע אם יש בעיה נירולוגית. זו, גם על פי הקובלנה, התגלתה למעשה רק כשהחולה התעורר במחלקת טיפול נמרץ בין השעות 12.30-13.10 והסתבר שמניע פלג גוף שמאל בלבד.
לא נחזור כאן שוב על השתלשלות העניינים כפי שפורטה קודם, אך נציין כי כאמור,

בדו"ח הניתוח נרשם על ידי פרופ' ניטצקי "... (ש)ועבר מורדם ומונשם לטיפול נמרץ עד למחרת". לא נרשם בדו"ח זה דבר לגבי ביצוע בדיקת סיטי, למחרת או בזמן אחר כלשהו.

השתלשלות העניינים שקדמה לרישום לעיל ולהעברתו של המטופל לטיפול נמרץ תוארה לנו על ידי פרופ' ניטצקי בעדותו הארוכה והמפורטת על אירועי אותו יום, שלה אנו מאמינים, כהאי לישנא: "הרמתי טלפון למנהל טיפול נמרץ, דוקטור בר לביא, תיארתי לו את המקרה וביקשתי ממנו שיקבל את מר XXXXX זכרוננו לברכה לאשפוז והשגחה במחלקתו, כדי לעשות לו ניטור יותר טוב של לחץ הדם. אנחנו יודעים שזה חשוב, אם צריך לתת לו מניטול כדי להוריד לחץ דם, אם צריך לתת לו נימוטופ כדי לייצב את הממ-, מתוך מחשבה שיש פה בכל זאת אירוע מוחי קטן, וזו הדרך לטפל בו כי אין לי אופציה אחרת. וסיכמנו שהוא יעשה סיטי מוח, אם הכל בסדר - שיעשה אותו למחרת בבוקר. הסיבה, שאם יש אירוע מוחי קטן ואתה מבצע היום, עכשיו סיטי מוח? אתה לא תראה כלום, אתה תוכל לראות רק אחרי 24 הכי מהר, או 48 שעות" (עמ' 30-31 לפרוטוקול עדותו). וכדבריו בהמשך עדותו "הערכתני שהיה לו אירוע מוחי והערכתני שארוע מוחי קטן. אם טעיתי בהערכתני, יכול להיות שטעיתי בהערכתני. לא היה במצב הזה שום אינדיקציה לקחת אותו בדחיפות לסיטי. לא היתה. נקודה. ולכן הוא הלך לטיפול נמרץ כדי לייצב אותו וכדי לשמור על מצב מוחו שלא יחמיר... (שם עמ' 110-111), ו"המטרה היתה לעשות סיטי אחרי שהוא מיוצב כדי לראות מה הנזק" (עמ' 113)..

עינינו הרואות, כפי שצינו קודם, מדובר ב"העברת מקל" בין מנתח לבין המחלקה לטיפול נמרץ, שנעשתה במהירות (24 דקות לאחר סיום ההרדמה, ממנה החולה לא התעורר עדיין, העברת מקל מסודרת ומהירה כפי שאישר גם פרופ' סנדרו בעדותו כאמור לעיל), בליווי רופא ומרדים, ולאחר עדכון ותוך תיאום (כמצויין גם בתרשים הזרימה) עם מנהל טיפול נמרץ שאמון על טיפול בחולים קשים. כדברי הנקבל 1 "... לכן ההחלטה לא נעשתה לא בזה שבאתי לרופא זוט... דברתי עם מנהל טיפול נמרץ שאמון על טיפול במקרים כאלה וזה היה על דעתו. זאת אומרת, היתה עוד אינסטנציה חוץ ממני שמתעסקת בתחום וחשבה שזה נכון, ושלא צריך לעשות סיטי עכשיו" (שם עמ' 111).

מה שהיה חשוב באותו שלב היה איזון מצבו של החולה, שכן הסיכון הגדול לנזק כדברי פרופ' ניטצקי היו לחצי דם לא מאוזנים, ובמצבו של המטופל (שלחצי הדם שלו היו לא מיוצבים וגבוהים כמפורט בדו"ח הניטור בטיפול נמרץ מוצג נ/4) - מסכנים בדימום; ייצובו ושמירה על מצב מוחו שלא יחמיר היו בעדיפות ראשונה על פני לקיחתו לביצוע סיטי.

יצוין, כי ביצוע סיטי לא היה תנאי להעברתו של מר XXXXX לטיפול נמרץ, היא לא נדרשה על ידי מנהל טיפול נמרץ, וההסכמה בין פרופ' ניטצקי לבין מנהל טיפול נמרץ היתה כאמור לבצע סיטי למחרת "אם הכל בסדר".

אלא שהכל לא היה "בסדר", ובמהלך אשפוזו בטיפול נמרץ, בין השעות 12.30 ל- 13.10 כאשר החל המטופל להתעורר, ואף ענה לקריאת שמו והזיז יד שמאל (רישום שהועתק בתרשים הזרימה מעמ' 66 למוצג ת/1), הסתבר שמצבו השתנה לרעה, ושהוא מניע פלג גוף שמאל בלבד, קרי, משותק בפלג הגוף הימני. מצב זה זוהה על ידי ד"ר כראם, כירורג כלי דם שהיה במחלקת טיפול נמרץ ונקרא לראות את החולה, קבע שיש צורך בסיטי ושוחח עם פרופ' ניטצקי שהגיע למקום (בין השעות 12.30 ל-13.10 כמפורט בתרשים הזרימה) (ד"ר כראם הוא זה ששוחח עם פרופ' ניטצקי שמיהר להגיע, ולא צוות טיפול נמרץ כפי שנטען בסיכומי הקובל). וכך

כדברי פרופ' ניטצקי בעדותו "יש הבדל גדול במצב הנוירולוגי שהיה מיד כשהוא יצא אחרי הניתוח לשלב שבו הוא התעורר ואחר כך למצב שהוא עשו לו את הסיטי" (שם עמ' 132) ו"הפרדיגמה הטיפולית השתנתה כשהתעורר והפך לדחוף" (עמ' 113 לפרוטוקול עדותו, כאשר ב-ת/5 (עמ' 9) ציין, כי רצו סיטי כדי לברר שאין דימום במוח). פרופ' ניטצקי הצטרף ותמך בקביעת ד"ר כראם בדבר הצורך בביצוע סיטי, השניים שוחחו עם רופאה בכירה וותיקה בטיפול נמרץ, ואכן סיטי הוזמן במחלקה זו בשעה 13.10.

דברים דומים למה שאמר פרופ' ניטצקי בעדותו בפנינו, 9 שנים לאחר הארועים, נאמרו על ידו בשיחת ההבהרה מיום 2.8.2018 (מוצג ת/5).

מה שארע, או לא ארע, לאחר מכן בטיפול נמרץ, והעיכוב הגדול מאד בביצוע הסיטי כאשר המטופל היה מאושפז בטיפול נמרץ, אינם חלק מעבירות המשמעת המיוחסות לפרופ' ניטצקי, כפי שחזר והבהיר ב"כ הקובל מספר פעמים במהלך הדיונים בפנינו (למשל, בדיון מיום 20.2.2024 "אנחנו לא טוענים נגד זה שהחולה לא קיבל סיטי בזמן, אנחנו לא טוענים את זה נגד ניטצקי") ואנו לא נתייחס להתנהלות זו שלא היתה בפנינו על אף דברים שכתב פרופ' סנדרו בחוות דעתו ואמר בעדותו.

נציין יחד עם זאת, כי גישת פרופ' סנדרו בעדותו לפיה פרופ' ניטצקי חייב להיות "שומר ראש", ליד החולה, להפסיק את הניתוחים הדחופים שלו, ו"לנדנד" למנהל טיפול נמרץ כדי שישלחו את החולה שניתח להדמיה, מעוררת תמיהה, בהתחשב בכך שהחולה עבר לאחריות טיפול נמרץ שרופאיו הם הרופאים המטפלים, וכמקובל - ומבלי להסיר אחריות - הופך המנתח למעשה ליועץ (ראו דבריו של פרופ' ניטצקי בעמ' 32 ל-ת/5). בשלב זה, כפי שגם נאמר במהלך הדיון, אין המנתח יכול לתת הוראות לרופאי טיפול נמרץ.

ודוק. לא מדובר במנתח שנעלם. פרופ' ניטצקי היה בבית החולים (בניתוחים אחרים) עד הערב, הגיע לטיפול נמרץ כשעודכן על מצב המנותח משהתעורר שם סמוך לסיום הניתוח שלו, ועם סיום הניתוחים הגיע לטיפול נמרץ בשעה 19.30 והמשיך להיות מעורב עד להעברתו של מר XXXXX מבית החולים רמב"ם.

4.19. מהקובלנה והטיעונים של הקובל עולה, כמו גם מן העדויות מטעם הקובל, כי היה מקום לבצע סיטי (רגיל או אנגיו) לחולה מיד בתום הניתוח שאז כזכור היה מורדם ומונשם.

אלא שאף שלדעת פרופ' סנדרו, החולה היה "צריך להגיע להדמיה as soon as possible" (עמ' 39 לעדותו), הרי אמר (סעיף 4.16 לעיל), שיש מקרים בהם אחרי הרדמה כללית בניתוח קרוטיס לא מתעוררים שעה ולא בקשר לארוע מוחי, ואישר כי אחרי הופעת חולשת צד אצל מר XXXXX, ההחלטה להעבירו לסיטי בשעה 13.10, היא התנהלות תקינה, ואף מאד תקינה, עד שלב זה (עמ' 91 לפרוטוקול מיום 15.3.2023; כאמור, השלב הבא אינו חלק מן המיוחס לפרופ' ניטצקי). כך גם משתמע מחוות דעתו (מוצג ת/4) כי ההעברה המיידית לסיטי, צריכה להעשות "אם מתגלה דיפיציט נוירולוגי" בהערכה נוירולוגית ראשונית ברגע שהמטופל מתעורר. כאמור במקרה זה ההתעוררות היתה בשלב מאוחר יתר בטיפול נמרץ, כפי שקורה לעתים כדבריו שלו עצמו. כך גם אישר פרופ' סנדרו בעדותו, בהתייחסו לדברים שאמר ד"ר חלק (ראו להלן) כי בהתאם ליכולות של המוסד - אם אפשר לבצע פעולה פולשנית להוצאת הפלאק (כדבריו - אם זה פלאק שעף למוח, זו פעולה למצנתר), כי אז הולכים לכיוון זה, או שהולכים לטיפול שמרני: "אם אין צורת טיפול

אחרת אז זה ה- management". כפי שפרטנו באריכות, פעולה פולשנית, צינתור מכני לאחר ניתוח קרוטיס, לא התבצע באותה תקופה בבית החולים רמב"ם. לדעת ד"ר הלדנברג, שלא כדעת פרופ' סנדרו, משלא הצליחו להעיר את המנותח על שולחן הניתוח, היה מקום לפתוח את מקום הניתוח על שולחן הניתוח, וגם אם יש דופק או דופלר על העורק, כי אז צריך לקחת אותו מיד לבדיקת סיטי כשהוא מורדם ומונשם (נציין שוב, כי לפי עדות פרופ' ניטצקי הוא בדק דופק ו- backflow מה שמצביע על כך שחוזר דם מהמוח, קרי, שאין חסימה).

אלא שאז כדבריו של ד"ר הלדנברג, אם מתגלית חסימה במוח, כי אז "הולך להתערבות של רדילוג פולשני, הוא שהולך עם החולה לסיטי" (עמ' 70 לפרוטקול עדותו), אז עוברים כבר ל"ספקטרום של רדילוגיה פולשנית", ובמילותיו - "ברגע שיש חסימה שלא נגישה כירורגית אני אפנה לאותם אנשים שיכולים להגיע לשם בדרכים אחרות" (עמ' 109 לעדותו), והוא עצמו "לא נכנס לתחום אמותיו של ניורולוגים פולשנים" (עמ' 110). וכאן נזכיר, כי ד"ר הלדנברג עצמו הוא זה שאמר, כמו פרופ' סנדרו (ראו הסיפא לסעיף 4.17 לעיל), כי עובדים בהתאם למה שיכולים במוסד בו עובדים. ושוב, כפי שפרטנו לעיל, ביצוע התערבות פולשנית, צינתור אחרי ניתוח קרוטיס, לא התבצע בבית החולים רמב"ם בעת שבוצע הניתוח של מר XXXXX המנוח.

בקליפת אגוז התייחס פרופ' ניטצקי לטענות בדבר אי ביצוע סיטי מיידי, ולצורך מה (אבחנה או טיפול), בתשובה לתהיות שהעלה ד"ר חלק חבר הרכב הוועדה בפניה נערכה שיחת ההבהרה ת/5: "אני ידעתי שיש אירוע מוחי את היקפו לא ידעתי חשבתי ש- יש ארוע מוחי. מה האפשרויות שלי לעשות? לא מבחינה אבחנתית, מבחינה טיפולית אפשרות אחת זה לפתוח את הניתוח, אז הנה, אני ממשש דופק, אני רואה שיש זרימה, אוקי, אז אין לי טרומבוזיס במקום המנותח... לקחת אותו ל- CT perfusion, CT אנגיו, זו אבחנה, זה לא טיפול..." (עמ' 26).

ובהמשך "ואני גם יודע שזה לא משהו שאני יכול לטפל בו, היום שזה שונה. אני מדגיש, אז לא היה מה לטפל, כי הטיפול הוא לא לעשות עוד פעם ניתוח. הטיפול הוא צנתור ולא היה מי שיודע לעשות את זה. יקי אמסלם לא עשה אף צנתור כזה אחרי ניתוח, הוא גם לא הוציא אף פעם חתיכות של פלאק או קרישי דם מתוך המוח. זה השתנה. זה משהו שבשלוש שנים האלה ה-stroke management השתנה... (עמ' 27), ובעמ' 31 "לא, לא היה מה לעשות מבחינה ניתוחית, מכיוון שהיה ברור לי שהדבר הוא דיסטלי במוח. אתה לא יכול להגיע לשמה. כירורגית בוודאי לא".

לכך מסכים גם פרופ' סנדרו בעדותו, באשרו, כי אם זה פלאק שעף למח, זו פעולה למצנתר, וכך גם ד"ר הלדנברג (ראו סעיף 4.21 להלן).

ובעיקר, יפים לעניין זה, ומדברים בעד עצמם, דברים שאמר ד"ר חלק, חבר ההרכב בראשות נציב קבילות הציבור למקצועות רפואיים בפניו התקיימה שיחת ההבהרה עם פרופ' ניטצקי (מוצג ת/5) ולאחר שהקשה שאלות והעיר הערות ושמע את התייחסותו של פרופ' ניטצקי לעיל, כהאי לישנא:

"...אני חושב שהדיון על CT מוח הוא דיון שסתה (צ"ל שסטה) מן העיקר. כי בסופו של דבר פרופסור ניטצקי קיבל החלטה קלינית שמוצדקת לזמנו. וזו היתה, זה היה management מקובל. ...אני חוזר אחורה ואני, היו תקופות שזה היה ה-management המקובל... פרופ' ניטצקי תאר management קליני שהיה מקובל לזמנו, שאיתו הוא הלך... " (עמ' 37-38), זאת לעומת המצב כפי שהשתנה שנים

אחר כך עם קיום השיחה.

ובהמשך: "וב-management הזה הוא אומר, נעשה, בוא נעשה CT מוח כדי לטייב את ה-best medical care. וזה CT מוח שאין בו כוונת טיפול... אבל ה-CT מוח שאנחנו נטפלו אליו... כוונתו לא היתה לשנות את ה-management אלא לטייב את ה-best medical care ואם היית עושה אותו שעה אחרת קודם, שעה אחת אחר כך, זה לא היה משנה..." (שם עמ' 38).

למען הסדר הטוב נבהיר, כי ד"ר חלק נמנה כמצויין לעיל, על "חברי ההרכב" שבפניהם נערכה שיחת ההבהרה של פרופ' ניטצקי כמפורט בדף הראשון של מוצג ת/5 שהוגש מטעם הקובל (כמו בשיחות ההבהרה של פרופ' כרמלי ת/6 ו-ת/7). אכן כפי שנטען, דבריו במהלך שיחת ההבהרה אינם בגדר חוות דעת מומחה, כפי שגם חוות הדעת מטעם הקובל אינן - גם כהגדרת פרופ' סנדרו - "חוות דעת מלאות", והן עדויות מטעם צד לדיון.

4.20. גם אם טעה פרופ' ניטצקי, כירורג כלי דם מנתח מיומן ורב ניסיון, בהערכת הנזק שנגרם בגין הפלאק שנזרק למוח (במהלך ניתוח כאשר המנותח חזר להכרה וכאשר יתכן שכלל לא נגרם נזק, או שנגרם נזק קטן) כפי שהוא עצמו מוכן להניח כאפשרות, וגם אם היה מקום לקחת לסיטי ישירות משולחן הניתוח ולא לדאוג לייצבו ולעקוב אחר מצבו בטיפול נמרץ, מדובר בהתנהלות שהיתה מקובלת בזמנה, ואנו נמצאים לכל היותר בשדה של טעות בשיקול הדעת הרפואי, אך לא בשדה הרשלנות החמורה, וודאי לא בשדה התנהגות שאינה הולמת רופא או במניעת טיפול רפואי נאות.

לאור האמור, אין אנו רואים באי ביצוע סיטי על ידי פרופ' ניטצקי, כאמור בסעיף 17ב לקובלנה, מיד לאחר סיום הניתוח, ככל שלכך הכוונה כ"רגע שהיה מודע לבעיה הנירולוגית של המטופל", משום סטיה במידה משמעותית מרמת הפעילות המקובלת הצפויה מרופא במקרה שלפנינו על פי נסיבותיו, וודאי שאין היא בגדר התנהגות שאינה הולמת רופא שאינה תואמת את העקרונות והכללים המנחים בתחום העיסוק ברפואה או שיש בה מניעת קבלת טיפול רפואי נאות.

4.21. ואשר למניעת קבלת טיפול רפואי נאות המיוחסת לפרופ' ניטצקי. נקדים ונאמר, כי מן הקובלנה עצמה ומן הטיעונים בפנינו לא הובהר מהו הטיפול הרפואי הנאות שנמנע מן המנוח. לכאורה, נראה שהטיפול שנמנע לדעת הקובל מהמנוח, הוא הוצאת הפלאק באופן מיידי באמצעות צינתור. כפי שעולה מן החומר שנפרש בפנינו, בעת הלחיצה על עורק הקרוטיס לצורך סגירת אספקת הדם בניתוח, נשבר חלק מן הפלאק, ו"נזרק" למוח. לא מדובר ב"חתיכת קריש דם שעלתה למוח ונחתה שמה, שאפשר לנסות להמיס אותה, שאפשר לשאוב אותה. זה חתיכת פלאק. זה משהו אחר. זה לא מגיב לטיפול טרומבוליטי. צריך להוציא את זה מיכנית" (דברי הנקבל 1 בעמ' 8 לשיחת ההבהרה ת/5). נציין כאן במאמר מוסגר לאור דברים שעלו בחקירתו הנגדית של פרופ' סנדרו, כי לא מדובר בפלאק ש"נתקע" בעורק, שכירורג כלי דם יכול להוציאו באמצעות צנתר פוגרטי המיועד למקרים כאלה, אלא בפלאק שנזרק למוח ואילו כירורג כלי דם לא יכול להגיע.

המסת הפלאק איננה, איפוא, הטיפול הנאות, וגם לפי הקובלנה הטיפול המתאים הוא כאמור צינתור מוחי (מיידי). זו גם דעתם של עדי הקובל פרופ' סנדרו וד"ר הלדנברג ונחזור ונפנה שוב לדבריהם, לדברי פרופ' סנדרו שאישר בעדותו בפנינו

(פרוטוקול הדיון מיום 15.3.2023) כי אם בזמן הניתוח פלאק עף למוח, זו פעולה למצנתי מוח (עמ' 73), ולדברי ד"ר הלדנברג בעדותו בפנינו (פרוטוקול הדיון מיום 2.5.2023): "... ואז החולה הזה הולך להתערבות של נירורדיולוג פולשני..." (עמ' 70), ובתשובה לשאלת חבר הוועדה מאשר ד"ר הלדנברג שמדובר "בספקטרום של רדיולוגיה פולשנית", ולא של כירורגית כלי דם, "קודם כל נקודת הביצוע היא של הד"ר רדיולוגיה פולשנית..." (שם).

אלא שוב, כפי שפרטנו לעיל באריכות, צינתור מוחי מיידי בנסיבות המקרה שלפנינו לא היה בר ביצוע בבית החולים רמב"ם, וכדברי ד"ר הלדנברג בהמשך עדותו (בעמ' 117) שכבר הובאו לעיל "אתה עובד בהתאם לנסיבות למה שיש לך במוסד שבו אתה עובד".

כפי שפרטנו לעיל, לא ראינו בהתנהגותו של פרופ' ניטצקי משום רשלנות חמורה או התנהגות שאינה הולמת רופא בשל אי ביצוע בדיקה נירולוגית במהלך הניתוח או עם סיומו, כמו גם ביצוע סיטי במהלך הניתוח או מיד בסיומו כאשר לא ידועה או ברורה בעיה נירולוגית של המטופל - בדיקות שאין בהמשכן אופציה מעשית ממשיכה לטיפול מיידי או דחוף, אלא ביצוע מעקב צמוד במחלקת טיפול נמרץ אחרי ייצוב מצבו של המטופל או אחר שינויים במצבו לפני שמתקבלות החלטות נוספות בהתאם למצבו, ולפיכך גם בכך איננו רואים שנמנע מהמטופל לקבל טיפול רפואי נאות (וכפי שאמר ד"ר אייכל, אמנם בעניינו של פרופ' כרמלי "CT לא יכול לרפא" (עמ' 33 לפרוטוקול עדותו מיום 14.2.2023)).

ושב נפנה לחלק מדבריו של ד"ר חלק לעיל "כי בסופו של דבר פרופסור ניטצקי קיבל החלטה קלינית שמוצדקת לזמנו. וזו היתה, זה היה management מקובל. ... אני חוזר אחורה ואני, היו תקופות שזה היה ה-management המקובל... פרופ' ניטצקי תאר management קליני שהיה מקובל לזמנו, שאיתו הוא הלך... (ת/5 עמ' 37-38).

לפיכך, איננו מוצאים בסיס לטענה, כי בהתנהגותו של פרופ' ניטצקי הוא מנע מן המטופל קבלת טיפול רפואי נאות כאמור בחוק זכויות החולה, עבירה לפי סעיף 41(7) לפקודת הרופאים שיוחסה גם היא לפרופ' ניטצקי כאמור בסעיף 17 רישא לקובלנה.

4.22. על פי הקובלנה מיוחסת לפרופ' ניטצקי עבירת משמעת (שלא ברור לנו מכוח אילו משלשה סעיפי המשנה של סעיף 41 לפקודת הרופאים שצוינו ברישא לסעיף 17 לקובלנה) גם בשל כך ש"לא ציין בדו"ח הניתוח שהי(ת) חשד להתפוררות של הרובד הטרשתי בעורק התרדמה ואירוע של תסחיף מוחי".

כפי שקבע המחוקק בסעיף 17(א) (חובת ניהול רשומה רפואית) לחוק זכויות החולה (סעיף שלא צויין בקובלנה, בניגוד לסעיף 5 לאותו חוק, אך הוא מקור חובת התיעוד של הטיפול הרפואי): "(א) מטפל יתעד את מהלך הטיפול הרפואי ברשומה רפואית; הרשומה הרפואית תכלול בין היתר פרטים מזהים של המטופל והמטפל, וכן תכלול מידע רפואי בדבר הטיפול הרפואי שקיבל המטופל, עברו הרפואי כפי שמסר, איבחון מצבו הרפואי הנוכחי והוראות טיפול; ואולם תרשומת אישית של המטפל אינה חלק מהרשומה הרפואית".

לא ירדנו לסוף דעת הקובל על אי ציון חשד להתפוררות הרובד הטרשתי. הרי התפוררות הרובד הטרשתי לא היתה בגדר חשד. היא נקבעה כמימצא עובדתי חד משמעי, שמצויין במפורש ומתואר בדו"ח הניתוח תחת "ממצאים": "**הצרות קשה ומתפוררת בקלות** החוסמת את העורק המשותף כמעט לגמרי ונכנסת לתוך

העו(ר)ק החיצוני והפנימי" (עמ' 35 למוצג ת/1; ההדגשה לא במקור). מימצא, לא חשד. וממצא זה צוטט ונרשם במלואו בהמשך במסמכים הרפואיים בתיקיו הרפואיים של המנוח, בטיפול נמרץ ברמב"ם וגם בבית החולים כרמל. היתכן שמצופה מרופא לרשום מימצא כחשד? לאחר שצוין במפורש כמימצא? ולעניין אי רישום אירוע של תסחיף מוחי:

בעת הניתוח, כפי שנרשם תחת "ממצאים" בדו"ח הניתוח: "בסגירת העורק החולה מפסיק ללחוץ", ובהמשך תחת "מהלך הניתוח": "בעת סגירת העורק מפסיק ללחוץ תוך 15 שניות ומאבד הכרתו" (מדובר כאמור בניתוח בהרדמה אזורית, במהלכו כפי שצוין לעיל, המנותח לוחץ על כרית (בובה), וכך ניתן לעקוב אחר מצב הכרתו). בעקבות הפסקת הלחיצה, המצביעה על אובדן הכרה רגעי, אך כפי שפורט לעיל - שחלף עם פתיחת המלחצת, הועבר המנותח להרדמה כללית והניתוח המשיך, כפי שמצופה במקרה כזה.

כירורג כלי דם, מנתח מנוסה כמו פרופ' ניטצקי יכול היה לשער ולהעריך כבר באותו שלב שנגרם תסחיף מוחי, כפי שאמר בשיחת ההבהרה וכפי שהעיד בפנינו. לשער, להעריך, לא לקבוע כממצא בשלב זה, ואין בלשון בה נקט פרופ' ניטצקי כדי להפוך השערה, הערכה, חשד למימצא. כפי שגם כתב עד הקובל פרופ' סנדרו בחוות דעתו מוצג ת/4: "השערת המנתח היתה שנגרם נזק תסחיפי אך זו השערה בלבד". (ההדגשה לא במקור).

ידוע לכל אצל מי שעוסקים במקצוע הרפואה, על אחת כמה וכמה מי שכתובת דוחות ניתוח הוא לחם חוקם וחלק בלתי נפרד מעיסוקם, והם מכירים את ההנחיות של הגורמים המקצועיים בקשר לתיעוד פעולות רפואיות, כי השערות, מחשבות וחשדות לא כותבים בדו"ח ניתוח. הן אינן חלק מהרשומה הרפואית שבה נכתבים ממצאים ומהלך הניתוח. הרשומה הרפואית אינה דעתו של הרופא. רישומן של השערות, חשדות או מחשבות אינן נדרשות על פי ההוראה בחוק זכויות החולה, ואינן נדרשות בהנחיות המקצועיות, כפי שהובהר על ידי הרופאים חברי הוועדה שצינו מידיעתם ונסיונם המקצועי את הכללים של משרד הבריאות בעת הדיון ביום 27.3.2024.

נציין במאמר מוסגר ולמעלה מן הצורך, כי תוך כדי סיכומי ביקש ב"כ הקובל להגיש חוזר של משרד הבריאות שהוועדה לא נחשפה אליו ואיננה יודעת מהו, אך הוא חזר בו לאור התנגדות ב"כ הנקבל 1 והערות הוועדה כי לא זה השלב להגשת ראיות.

לאור האמור לעיל, אנו מוצאים כי פרופ' ניטצקי לא עבר עבירת משמעת משום שלא ציין בדו"ח הניתוח "חשד" להתפוררות הרובד הטרשתי, ולא ציין את השערתו על ארוע של תסחיף מוחי.

פרופ' רון כרמלי

4.23. נראה לנו, כי יפים לפתיחת הדיון בעניינו של פרופ' כרמלי, דבריו של עד הקובל פרופ' סנדרו, מי שהיה כאמור שנים רבות מנהל המחלקה לכירורגית כלי דם בבית החולים סורוקה, בעדותו בפנינו (עמ' 125 לפרוטוקול הדיון מיום 15.3.2023): "... בסוף ברפואה ובאהבה אין תמיד ואין אף פעם".

בשעת לילה מאוחרת של יום 4.8.2015, הועבר המנוח לפי החלטת משפחתו לבית

החולים כרמל, לאחר שבשעות הערב היתה המשפחה בקשר עם פרופ' כרמלי באשר לבדיקת אפשרות להתערבות נוספת במנוח למרות מצבו הקשה, שבגינו הוחלט ברמב"ם שאין מקום להתערבות כזו. פרופ' כרמלי היה בקשר טלפוני עם בנו של המנוח קודם להגעת אביו לבית חולים כרמל, הוסברו לו הסיכונים והסיכויים בהתערבות נוספת, והובהר לו כי החלטה תעשה עם ההגעה לבית החולים.

וכך, לאחר התיעצויות שונות הוחלט שיש טעם לנסות ולבדוק אפשרות של הצלת חלק ממוחו של המנוח. למשפחה, עמה ניהל הצוות בבית החולים דיון כפי שעולה ממוצג ת/2, "הוסבר... כי מצב החולה קריטי, ויתכן כי אינו הפיך, הוסבר על הסיכונים בניתוח כולל דימום, בצקת מוחית עד כדי הרניאציה ומוות. המשפחה הבינה את ההסבר והסכימה בידיעה כי הניתוח עלול לסכן את חייו". הואיל ולמנוח לא היה אפוטרופוס, שלושה רופאים חתמו ואישרו את הניתוח.

בסופו של דבר, למרבה הצער, ההתערבות הנוספת - מעט אחרי חצות של ליל העברתו לכרמל בשעות הראשונות של יום 5.8.2015 - לא הועילה, המנוח לא שרד, ונפטר ביום 6.8.2015.

אין מחלוקת כי הנקבל 2 ניתח את המנוח כ-36 שעות מאז הניתוח ברמב"ם והארוע המוחי, התערבות לאחר פרק זמן ארוך ביותר, תוך לקיחת סיכון גדול, והשאלה העומדת בפנינו היא, האם במקרה זה, בו התערבות שסיכויי הצלחתה קלושים מאד, היא בגדר רשלנות חמורה או שמא נמצאים אנו בתחומו של שיקול הדעת הרפואי.

4.24. הרופאים עדי הקובל סבורים, כי לא היה מקום לניתוח החוזר של המנוח על ידי פרופ' כרמלי.

לדעת ד"ר רוני אייכל (נוירולוג) בחוות דעתו מוצג ת/3, בשלב בו בוצע הניתוח החוזר רמת התועלת שלו אפסית אל מול סיכון גבוה יותר, ואין הוא מכיר ספרות על פרוצדורה כזו בשלב בו בוצעה, כאשר גם היה מקום לבצע קודם סיטי חוזר, וכשהוא מציין שורה של שאלות פתוחות שהוא מציג למי שביקש את חוות דעתו (עליהן כפי שעלה מעדותו לא זכה למענה או להתייחסות).

לדעת פרופ' סנדרו (כאמור, כירורג כלי דם) בחוות דעתו מוצג ת/4 ההחלטה לביצוע הניתוח אינה מתקבלת על הדעת בזמן שבוצעה, וללא בדיקת סיטי חוזרת, כשהוא רוצה להאמין שלו בוצעה, לא היתה מתקבלת החלטה לבצע את הניתוח, אף שאין הוא פוסל התערבות במקרים שסיכויי הצלחתם קלושים מאד ושואפים לאפס, שהמקרה הנדון אינו נמנה עליהם. כן ציין בחוות דעתו שנסיונות העבר והיעוץ מחו"ל אינם מתועדים ועל כן לא ניתנים להשוואה למקרה הנדון.

נציין כי כאמור בסעיף 2 לעיל לא מדובר בחוות דעת ערוכות כחוות דעת מומחה בהתאם לפקודת הראיות (נוסח חדש), התשל"א-1971.

מעדותו בפנינו של ד"ר אייכל עולה, כי אף שלא מקובל ומאד חריג, אפשר להכנס לפרוצדורה כשיש מידע טוב להראות שיש מה להציל, וחוסר הסבירות במקרה זה היא העובדה שלא עשו הדמיה מעודכנת (עמ' 18 ו-46 לעדותו בפרוטוקול הדיון מיום 14.2.2023). ד"ר אייכל הודה, שאיננו זוכר כי ראה שפרופ' כרמלי ביצע צינתור שיצא תקין, שיטה שלדעתו אינה מקובלת להעריך את הנזק, אין הוא יודע אם יש מנתחים שכך מעריכים רקמות מוח, וזו שאלה למנתח (וד"ר אייכל הוא נוירולוג), אך אם פרופ' כרמלי היה אומר שיועד להעריך את האיסכמיה בצורה כזו, "אם הוא, זו היתה מחשבתו אז אני מבין את ההגיון" ו"אם הוא אומר "אני יודע להעריך..." אז יש לזה הגיון מסוים, הגיון שלו, שאני לא מבין...." (עמ' 47).

בעדותו של פרופ' סנדרו בפנינו (פרוטוקול הדיון מיום 15.3.2023) הוא חזר על דעתו, כי לא היה טעם לעשות את הניתוח החוזר, אך לפחות היה צריך לעשות הדמיה נוספת, וכי המקרים הקודמים עליהם סיפר פרופ' כרמלי לא ניתנים להשוואה כיוון שאין תיעוד, אולם הודה כי לא היה סיכוי שמצבו של המנוח ישתפר לעומת המצב שנראה בסיטי של רמב"ם, הסכים שגורלו של המנוח למעשה נחרץ, כי יש מקרים שבהם מצליחים אף שהפרוגנוזה בלתי אפשרית כפי שעולה בפירוט מהאמור בסעיף 4.27 להלן, ומדבריו כמו מחוות הדעת עולה למעשה, כי סיטי נוסף היה אמור להוות גושפנקא שלא לנתח - ראו דבריו בתשובה לב"כ הנקבל 2, כי היה צורך לעשות סיטי על מנת להגיע פעם נוספת למסקנה שאין מה לעשות (עמ' 135 לפרוטוקול עדותו).

עד שלישי מטעם הקובל, שלא הוגש מטעמו לוועדה מסמך כתוב, היה ד"ר איתן הלדנברג (כירורג כלי דם, שהסתבר כי וועדת הבדיקה בראשה עמד (ראו סעיף 4.1 לעיל) בדקה את האירועים בבית החולים רמב"ם אך לא בבית החולים כרמלי). לדעת ד"ר הלדנברג מדובר בהתנהלות לא סטנדרטית, פרקטיקה לא מקובלת, שאינה מגובה בספרות שמייצגת את הידע הכללי שקיים בעולם, כאשר "אין לך סיכוי לעזור לחולה הזה. פרקטית, מבחינת משרד הבריאות הוא מת, מבחינת משרד הפנים הוא עדיין רשום" (עמ' 76 לפרוטוקול עדותו מיום 2.5.2023). וכך ציין, כי עם טיפול שמרני לא סביר שהמנוח היה מגיע לבית לוינסטין (עמ' 87) ו"החולה הזה די סביר... שהוא היה הולך לעולמו... בקטע הזה אני אגיד לך שטוב מותו מחייו", "...זה לא היה לוקח שבועות, זה היה לוקח סדר גודל של ימים ספורים אם בכלל..." (עמ' 126).

כאן המקום לציין, כי כפי שהובהר לנו בעדויות השונות, במקרים של נזק מוחי כמו זה של המנוח, 30% מהחולים הולכים לעולמם תוך שלושים ימים, מתוך 70% הנותרים 10% ילכו לעולם בשנה הראשונה, ומתוך הנשארים, רבים נשארים עם נזק נרחב, עם בעיות קוגניטיביות וחוסר תקשורת משמעותית לסביבה ואף למשפחה, מצב סיעודי, וחלקם משתפרים לאט לאט ומגיעים "לאיזו שהיא סיטואציה" כדברי ד"ר אייכל עד הקובל (עמ' 16-17 ו-32 לעדותו מיום 14.2.2023).

4.25. דבריו הנכוחים של ד"ר הלדנברג על מצבו של המנוח עם הגיעו לבית חולים כרמלי, מדברים בעד עצמם. בדומה לכך התרשם פרופ' כרמלי, שבתשובה לשאלת יו"ר הוועדה ד"ר וסרמן מה היה המצב אלמלא ניתח את המנוח ענה, כי סיכוייו היו "מינימום צמח, מקסימום מוות" (עמ' 78 לפרוטוקול עדותו מיום 27.6.2023). וכפי שאמר גם פרופ' ניטצקי באופן חד משמעי, בעת שיחת ההבהרה שלו (ת/5 עמ' 20), בתשובה לשאלת ד"ר בועז לב, קבילות הציבור למקצועות רפואיים, כי גם אם לא היו מנתחים, המטופל היה מת.

המצב היה נואש, משפחת המנוח היתה נואשת, וחיפשה כל אפשרות למצוא לו מזור כלשהו, וכך הגיעה לפרופ' כרמלי כדי לבדוק כאמור לעיל אם ניתן לנסות לסייע לו, ופרופ' כרמלי הסכים לבצע ניתוח נוסף לאחר שהוסבר למשפחה (על ידי הצוות בבית החולים כרמלי), כי המצב קריטי ויתכן שאינו הפיך, כפי שעולה מרישום השיחה עמה (במוצג ת/2), והמשפחה הבינה שניתוח נוסף עלול לסכן את חייו. וכדברי פרופ' כרמלי בעדותו: "... והם כל כך התעקשו שעדיף אפילו הסיכון שאמרת מאשר הוא לא יחיה כצמח או בכלל" (שם עמ' 35) ו" המשפחה התעקשה שעדיף

4.26. מעדותו בפנינו כמו גם מדבריו בשיחות ההבהרה בפני נציב קבילות הציבור למקצועות רפואיים (מוציג ת/6 ו-ת/7 מהימים 14.6.2018 ו-7.2.2019 בהתאמה) עולה, כי פרופ' כרמלי היסס והתחבט ארוכות קודם שהחליט להרים את הכפפה ולנתח את המנוח. הוא לא הגיע להחלטתו כלאחר יד, ולאחר שיחה או שיחות עם רופאי בית החולים רמב"ם, הוא שיתף בהתלבטויותיו את הצוות בבית החולים כרמל עמו התייעץ (צוות המחלקה אף היה צד לדיון עם המשפחה כפי שעולה ממוצג ת/2), ואף התייעץ טלפונית עם מומחה בעל שם מגרמניה, פרופ' ראלף קולוונברג מדיסלדורף, אחד הגדולים בעולם כדבריו, שיעץ לו לנסות, כי אין מה להפסיד (עמ' 18-19 למוצג ת/6, עמ' 3 ו-14-15 למוצג ת/7).

כך עולה מדבריו, כי היה לו נסיון במקרים חריגים שבהם חלף הזמן היה אף ארוך מזה שבמקרה שבפנינו: "חשוב לומר, שכבר היו לי מקרים, שגם אחרי ארבעים ושמונה שעות שפתחנו אותם, חלקם אפילו עם תוצאות מאד טובות" (מוצג ת/6 עמ' 4), וכן "והיה יותר מארבעים ושמונה שעות. זה אישה הייתה. והיא חזרה לא לתפקוד מלא, אבל תפקוד משמעותי" (עמ' 10).

לא זו אף זו, הנסיון כפי שפרט פרופ' כרמלי כולל לדבריו ניתוח יחד עם חבר הרכב הבדיקה של נציב הקבילות, ד"ר משה חלק כפי שאמר בשיחת ההבהרה, בנוכחותו של ד"ר חלק: "משה ואני ניתחנו חולה של פרופסור חשמונאי מאלישע יומיים אחרי, והוא חזר להכרה בתפקוד מלא. זאת אומרת, אתה יודע את הסיפורי גבורה, אנחנו זוכרים, הסיכון היה ברור" (מוצג ת/6 עמ' 6) ושוב בשיחה השניה ת/7 התייחס למקרה זה ומעורבותו של ד"ר משה חלק (עמ' 6).
וד"ר חלק שמע, לא חלק, לא תיקן ולא הכחיש.

על דבריו בפני נציב קבילות הציבור וחברי ההרכב שהיו כשלוש/ארבע שנים אחרי האירועים, חזר פרופ' כרמל בעדותו בפנינו, שמונה שנים לאחר האירועים, הן על נסיונו במקרים קיצוניים קודמים, הן על התייעצותו עם רופאים אחרים, בארץ ובחו"ל, והן בציינו כי "יש אנשים בעולם, יש קבוצה גדולה מאד, אולי הגדולה בעולם ברוצ'סטר מינסוטה, אה, רוצ'סטר ניו יורק סליחה, שכן רצה קדימה עם הדברים האלה והם מטפלים אפילו בחסימות, ולא מעניין אותם זמנים, לא מעניין כלום. ויש קבוצות יותר שמרניות. אף אחד לא יודע מי צודק. אני בסופו של דבר, אני fighter, ואני מודה בזה... (עמ' 82 לפרוטוקול עדותו).

כן ציין, כי משום שלא היה למנוח אפוטרופוס, חתמו על ביצוע הניתוח שלשה רופאים, כולל מנהל טיפול נמרץ.

4.27. אנו מאמינים לדבריו אלה של פרופ' כרמלי אף שלא הגיש תיעוד ומסמכים כתובים על נסיונו במקרים קודמים ועל ההתייעצויות שקיים, אם מחמת העדר תיעוד וקשיים בהשגתו (לאחר שחלפו כשמונה שנים מאז האירועים), אם משום שלא מנהלים רישום להתייעצויות בחו"ל, וגם משום שלא רצה כדבריו לערב אחרים.

לדעתנו, לאור נסיונו המוצלח במקרים חריגים (אם כי לא רבים) כפי שהעיד פרופ' כרמלי, בהתחשב במצבו של המנוח והערכתו של פרופ' כרמלי לסיכוי ולו מזערי שניתן בניתוח להציל חלק ממוחו כפי שקיוותה ובקשה והסכימה משפחתו, ואף שאכן - מדובר בהליך שאינו שכיח, החלטתו של פרופ' כרמלי שלא לוותר ולא להרים ידיים, היתה בתחום שיקול הדעת הרפואי שלו.

תימוכין לכך מצאנו גם בדבריו של עד הקובל פרופ' סנדרו. כך, אף שלדעת פרופ' סנדרו כאמור לעיל בחוות דעתו מיום 6.9.2020 (מוצג ת/4), להחלטות הרפואיות שהתקבלו בבית חולים כרמל אין שום תימוכין בספרות, הרי "אין באמור לעיל לפסול סיכויי התערבות שסיכויי הצלחתם קלושים מאד ושואפים לאפס". אמנם בהמשך מופיעה הסתייגות שמדובר במצבים שכשולן ההתערבות לא יחיש את מות החולה (ואיננו יודעים אם הניתוח הוא זה שהחיש את מות המנוח, כפי שאמר ד"ר אייכל בעמ' 62 לעדותו וכפי שאמר פרופ' סנדרו עצמו, שיתכן שבצקת המוח היתה מתפתחת גם ללא ההתערבות הניתוחית החוזרת (עמ' 67 ו-140 לעדותו)), אך עדיין ובכל זאת כאמור בחוות הדעת, גם אם "סיכויי הצלתו שואפים לאפס, ובכל זאת גם אם זו דעתנו והמשפחה לוחצת שכן לנסות ננסה ולעיתים רחוקות אף נצליח כנגד כל הסיכויים".

ויותר מכך - בעדותו בפנינו, בתשובה לשאלתו של עו"ד קייזמן בא כוחו של פרופ' כרמלי (ששאל, אם לא מדובר במסגרת שיקול הדעת של פרופ' כרמלי להחליט כפי שהחליט) אמר פרופ' סנדרו: "זה במסגרת שיקול הדעת. לשיקול הדעת שלי משמעות א', לשיקול הדעת של רופא אחר יכולה להיות משמעות ב'" (עמ' 141 לפרוטוקול עדותו), ובהמשך הסכים לדבריו של עו"ד קייזמן כי בסיטואציה הבעייתית שאף רופא לא רוצה להגיע אליה, אך כשהוא מגיע אליה וצריך להתמודד, יש משמעות לאופי של הרופא כמנתח, לתעוזתו כמנתח, ובכלל להשקפת עולמו של הרופא לגבי השאלה עד כמה רפואה יכולה לעזור.

לא זאת אף זו - בעת שפרופ' סנדרו העיד בפנינו, ציין חבר הוועדה ד"ר יואב גרונביץ, כי המקרה הנדון הוא מקרה קצה, "לא מקרה שאנחנו כרופאים אוהבים להתמודד אתו, זה מקרה של... loose-loose" ופנה אל פרופ' סנדרו ושאלו - "מנסיוןך העשיר, האם במהלך חיך המקצועיים, כשנדרשת לקבל החלטה שברור ש- טוב לא ייצא, מקסימום פחות רע, הנטיה היא להרים ידיים או להילחם עד הסוף" (עמ' 62-63 לפרוטוקול לעיל) ועל כך נענה: "יש מקרים שההחלטה שלי היתה להילחם עד הסוף, יש מקרים שההחלטה היתה להרים ידיים". ולשאלתו הבאה של ד"ר גרונביץ: "וכשנלחמת עד הסוף, מן הסתם זה היה במצבי loose-loose, גם בראיה רטרוספקטיבית אפשר היה לטעון שהיית אולי פזיז? אולי לא היית בדיוק לפי הספר? הרי אלה בדיוק המצבים", ועל כך נענה: "בחלק מהמקרים שמחתי לראות שטעיתי. ברוב המקרים הצטערתי לראות שלא טעיתי" (שם).

דברים דומים עולים מעדותו של ד"ר אייכל לפיהם יש סיטואציות "שרופא יכול לקבל החלטה כזו להתערב בשלב זה, אני חושב שאנחנו כולנו כרופאים עושים דברים שלפעמים לא מקובלים... אז אפשר לעשות דברים יוצאי דופן בוודאי, אבל בוודאי..." אם התקבלו נתונים עדכניים לתמוך בהחלטות (עמ' 25-26 לעדותו מיום 14.2.2023).

אכן, ואנו מסכימים עם פרופ' סנדרו, שעל אף ביקורתו על החלטתו של פרופ' כרמלי לנתח את המנוח, דעתו העקרונית היא, כי ישנם מצבים נואשים שבהם רופאים לא מוותרים (כפי שגם סבור למעשה ד"ר אייכל), גם אם בדיעבד הסתבר שטעו.

4.28. וכך, גם אם טעה פרופ' כרמלי בשיקול הדעת בכך שהחליט לנתח את המנוח למרות שחלפו כ-36 מאז הניתוח הראשון בו ארע הארוע המוחי (ואיננו קובעים כך), גם אם יכול היה לנקוט בגישה מחמירה יותר, ואולי היה צריך לוותר ולא להלחם עד הסוף בשל המצב הנואש של המנוח - אך כל זאת במסגרת שיקול הדעת הרפואי, על פי הנסיבות המיוחדות של המקרה. לכל היותר שיקול דעת מוטעה, אך לא

רשלנות, וודאי לא רשלנות חמורה.

על כך נוסף, כי איננו רואים בהפעלת שיקול הדעת על ידי פרופ' כרמלי, משום התנהגות שאינה הולמת רופא. מדובר בהערכה מקצועית לסיטואציה שכאמור לעיל אף רופא אינו רוצה להגיע אליה, ניסיון להלחם ולסייע לחולה במצב נואש על אף סיכויי ההצלחה הקלושים. התנהגות כזו אינה "נוגדת כללים אתיים ואחרים, המעצבים ערכים ותפישות, שראוי כי יחדלו במקצוע הרפואה", וודאי שאיננה בגדר "וידוא הריגה" שמייחס לו ב"כ הקובל בסיכומיו.

4.29. רשלנות חמורה והתנהגות שאינה הולמת רופא מיוחסות לפרופ' כרמלי גם

בגין ביצוע הניתוח בלי לבצע קודם או לקבל הדמיה מעודכנת. בעדותו בפנינו אמר פרופ' כרמלי כי צינתור יותר טוב מ-CT ומשקף את העורקים שבסיטי לא רואים, מראה אם יש קרישים, בצקת, הצינתור מראה אם כדאי לחדש את זרימת הדם, ובעיקרון אם יש לחץ תוך מוחי יכולים לראות זאת בצינתור. כיוון שבבית החולים כרמל היה קיים חדר היברידי וניתן לצנתר בחדר ניתוח, וכיוון שידע שהוא עומד לצנתר, לא היה צורך בסיטי נוסף שהיה גורם לבזבז זמן נוסף. לאי ביצוע CT קודם לניתוח התייחס פרופ' כרמלי כבר בשיחת ההבהרה מיום 7.2.2019 (מוצג ת/7) באומרו כי הסיטי אינו אמין (עמ' 14), "אין הדמיות שיוצרות אם יש או אין פנומברה" (עמ' 15; פנומברה = התאים שמקיפים את האזור שנפגע), "ש-CT ב-72 שעות הראשונות הוא לא מדד אמין ב-stroke בכלל" ויש צורך בסיטי כאשר יש חשד לדימום, אולם במקרה זה ידעו שאין דימום מוחי (עמ' 21) וכך ביצעו סיטי נוסף לפני הניתוח עצמו "לא היה משנה כלום" (שם), "CT זה לא הבדיקה כדי לעשות את ההחלטה" (עמ' 22).

וההחלטה, כפי שאמר פרופ' כרמלי כבר בשיחת ההבהרה ת/7 "ההחלטה פה העקרונית זה אם כן או לא לגעת" (עמ' 22), "כי אנחנו לא חשבנו שזה משנה לנו משהו, ידענו שאנחנו הולכים לצנתר אותו בין כה וכה..." (עמ' 12). ודוק. עסקינן בשנת 2015. אין מחלוקת, כפי שעלה כבר באותה שיחת ההבהרה בשנת 2019, שגם בעניין בדיקות סיטי "כל העסק השתנה. זה היום עולם אחר" (שם עמ' 23).

לצורך בבדיקה כאשר ההחלטה העקרונית היא לנתח התייחס גם עד הקובל ד"ר הלדנברג בלשוננו הציורית כהאי לישנא: "אם החלטתי שכלה ונחרצה עמדי שאני הולך להכנס בראס דין ענו (כנראה התכוון ל-ראס בן אמו = על אפו ועל חמתו...) למקרה הזה, מה זה משנה מה יהיה בסיטי? אז אני לא עושה סיטי" (עמ' 139 לפרוטוקול הדיון מיום 2.5.2023).

ואילו מחוות דעתו של פרופ' סנדרו כמו עדותו בפנינו, עולה כאמור לעיל, כי הצורך בביצוע הדמיה קודם לניתוח החוזר נועדה למעשה לתמוך בהחלטה לא לנתח, בעוד שכאמור פרופ' כרמלי החליט לנתח, משום שכאמור החליט לא להרים ידיים ולהלחם עד עד הסוף.

4.30. מדובר, איפוא, בהחלטה רפואית על בדיקה רפואית מקדימה, שלדעת פרופ'

כרמלי אינה אמינה ומכריעה, כשיש באפשרותו לעשות בדיקה אחרת טובה יותר, ולכן גם אינה מכריעה לעניין ההחלטה לנתח, אף שבפנינו אמר פרופ' כרמלי שהשאלה מדוע לא עשה בדיקה זו לגיטימית והוא מוכן לקבל ביקורת.

שוב, אנו נמצאים בתחום של שיקול הדעת הרפואי, וגם אם היתה טעות (וגם כאן איננו קובעים זאת) הרי מדובר בטעות בשיקול דעת, לא ברשלנות, ובוודאי לא

רשלנות חמורה, ולא בהתנהגות שאינה הולמת רופא.

4.31. נוסף על האמור לעיל מיוחסת לפרופ' כרמלי מניעת קבלת טיפול רפואי נאות מהמנוח, עבירה לפי פקודת הרופאים המפנה לחוק זכויות החולה. מן הקובלנה ומטיעוני ב"כ הקובל לא ברור לנו איזה טיפול רפואי נאות מנע לדעתו פרופ' כרמלי מן המנוח. הרי הטענה כלפיו היא שהיה עליו להמנע מן הניתוח, ולא לעשות דבר, לא להעניק טיפול רפואי, שכן במצבו של המנוח, פרקטית כדברי ד"ר הלדנברג עד הקובל, לא היה מה לעשות, לא היה סיכוי לעזור לו. כך גם פרופ' סנדרו שסבר שאין הצלה למוח כמו זה של המנוח, וכי אם היה מבוצע סיטי לא היתה מתקבלת ההחלטה על הניתוח. מה, איפוא, היה הטיפול הנאות או טיפול בכלל שהיה אליבא דהקובל ראוי לתת לחולה?

נהפוך הוא. פרופ' כרמלי הוא זה שסבר שקיים טיפול שניתן לתת לחולה, לאור גישתו כי כאשר במקרים אלה "לא רק אני, גם חלק מהעולם חושב שלא כל המוח מת מיד... והרעיון היה, לפחות לנסות את החלק שסובל מאיסכמיה להחזיר לאיזו שהיא פעילות... (עמ' 4 לשיחת ההבהרה ת/6). וכך ניתן למנוח טיפול רפואי - ניתוח חוזר בכוונה להציל חלק ממוחו. הטיפול למרבה הצער כשל, אך האם ניתן בכלל לטעון כי בכך נמנע מן המנוח לקבל טיפול רפואי נאות?

לצערנו, לא ירדנו לסוף דעתו של הקובל לעניין זה. איננו מוצאים כי בנתחו את המנוח מנע ממנו פרופ' כרמלי טיפול רפואי נאות.

ולקראת סיום

4.32. לאור התוצאה אליה הגענו לגופה של הקובלנה, איננו מוצאים מקום להתייחס לטענות בדבר פגמים המקימים הגנה מן הצדק שהועלו כנגד הגשת הקובלנה, אך לא נוכל שלא לציין ולהדגיש את - למצער - חוסר הנוחות הגדול שלנו מן ההתנהלות בקשר לבדיקות האירועים הקשורים לטיפול במנוח, חוסר נוחות שהובע כבר בדיון הראשון אף טרם תיקון הקובלנה, בין היתר:

השיהוי הקיצוני, החריג והבלתי מוסבר, שיש לו השלכה גדולה בין השאר על יכולת להשיג ולהציג חוות דעת, מסמכים ועדויות (לרבות מחו"ל, אך לא רק, וככל שעדים זמינים וזוכרים ומוכנים להעיד על ארועים בהם נטלו חלק זה או אחר לפני כשבוע עד תשע שנים), ההשפעה על הזכרון של הנקבלים עצמם (כדבריו הבהירים של פרופ' כרמלי בתחילת עדותו (עמ' 8 לפרוטוקול מיום 27.6.2023): "קודם כל עברו 8 שנים מאז. צריך להיות קצת הגונים. אחרי כל כך הרבה שנים לפעמים ההבדל בין זיכרון ודימיון הוא אפס"), ההתעלמות המוחלטת מן ההתנהלות בקשר לעיכוב הגדול בבדיקת ה-CT שהוזמנה במחלקת טיפול נמרץ ברמב"ם (מבלי שיש בכך הבעת עמדה כלשהי לגבי מה שלא עמד והתברר בפנינו, אולם עד הקובל פרופ' סנדרו התייחס לכך בחוות דעתו ת/4 וכך גם חברי הוועדה במהלך הדיון בתיק), על עינוי הדין שנגרם לנקבלים שהסתמכו על חלוף הזמן ואי נקיטת הליכים משמעותיים לאחר כל הבדיקות, חוות הדעת ושיחות ההבהרה, ושסברו כבר לפני שנים כי הבדיקות בעניינם הסתיימו על כל המשתמע מכך.

4.33. לא נוכל גם להתעלם מדברים שנאמרו על ידי ב"כ הקובל בסיום סיכומיו, כי וועדת המשמעת לא נותנת חוות דעת מומחה, וכי "היושרה וההגינות של הדין המשמעתי תלויים בהערכה המתאימה של (ה)עדויות המומחים" (עמ' 52 לפרוטוקול

הדיון מיום 21.5.2024) ו"חיוני שעדות זו תגיע מאנשים בעלי מומחיות ספציפית בתחום הרפואי הרלוונטי כדי להבטיח קביעה מדויקת וצודקת" (שם עמ' 53), ובהמשך לכך - מן ההבהרה בכתב (הכוללת התנצלות) שהוגשה לוועדה לאחר מכן על ידי התובע הראשי, שבה נטען, כי על הוועדה להעדיף ולתת "משקל מכריע לעדות המומחים בתחום הספציפי הנידון על פני ידיעותיהם ברפואה של חברי הוועדה שאינם מומחים בתחום הספציפי הנידון בהליך" (ההדגשות במקור). גם אם נתעלם ממעמדה וסמכויותיה של הוועדה (ראו לעניין זה ע"א 3425/90 אלכסנדר פינסטרבוס נ. שר הבריאות פ"ד (מו(1) 321), מה שנטען למעשה הוא שעדויות עדי הקובל המומחים בתחום הספציפי, עדויות מטעם צד בדיון (שאינן עדות מומחה מטעם בית המשפט) הן המנחות והמכריעות בתיק. לא התרשמנו שהכוונה היתה שעל הוועדה להעדיף ולתת משקל מכריע לעדויות המומחים בתחום הספציפי מטעם הצד השני בדיון, ובמקרה זה הרי הנקבלים עצמם – שהעידו - הם מומחים בתחום הספציפי.

טענה זו מוקשית בעינינו: אם מצופה מחברי הוועדה שאינם מומחים בתחום הספציפי, להעדיף ולתת משקל מכריע לעדות המומחים כאלה, הא כיצד, למשל, הם אמורים, לאור חוסר מומחיותם בתחום הספציפי, לנהוג ולהכריע כאשר מוגשות מטעם הצדדים השונים עדויות שונות ואף סותרות זו את זו של מומחים בתחום הספציפי? ואם כדי שהוועדה תוכל להסתייג ולא להעדיף ולתת משקל מכריע לעדים המומחים (של צד זה או אחר או שניהם), עליה לכלול מומחים בתחום הספציפי, כיצד תורכב הוועדה, כאשר יעידו בפניה מומחים ביותר משני תחומים ספציפיים (כמו בתיק זה)? הרי אז אליבא דהקובל לעולם יחסר בוועדה מומחה שיכול להתייחס באופן מקצועי ספציפי לעדות המומחה בתחום הספציפי. כך, וכן הלאה. למעלה מן הצורך נציין, כי הטענה לעיל אינה עולה בקנה אחד עם דברים שאמר ב"כ הקובל בעת הדיון ביום 15.3.2023 כהאי לישנא: "אני חושב שאנחנו נמצאים בוועדה מקצועית, אנשי מקצוע בכירים שיכולים להתרשם ממה שרלוונטי ומה לא רלוונטי... אתם יכולים להעריך את המשקל של אותו מסמך, ואני חושב שזו ועדה מקצועית ואתם יכולים לעשות את זה..." (עמ' 21 לפרוטוקול הדיון). אין בכוונתנו להאריך בעניין זה, ולא נתייחס כאן לדברים הנרמזים בקשר למקצועיותם של חברי הוועדה והיושרה וההגינות של ההליך, אך על טענות אלה של באי כוח הקובל ניתן רק לומר: טוב היה שלא נטענו משנטענו.

לאור כל האמור לעיל אנו ממליצים לכב' השר לקבוע, כי פרופ' סמי ניטצקי ופרופ' רון כרמלי לא גילו רשלנות חמורה במילוי תפקידיהם כרופאים מורשים בכל הנוגע לטיפול במנוח, לא התנהגו התנהגות שאינה הולמת רופא מורשה, ולא מנעו מן המנוח קבלת טיפול רפואי נאות, ועל כן אף אחד מן הנקבלים לא עבר עבירות משמעת כאמור בסעיף 41 (1), (3) ו-(7) לפקודת הרופאים וסעיף 5 לחוק זכויות החולה.

ד"ר יואב גרונוביץ נציג הסתדרות הרופאים	ד"ר אילן וסרמן - יו"ר נציג המנהל הכללי	עירית אלטשולר, עו"ד נציגת היועצת המשפטית לממשלה
--	--	---

פרופ סמי ניטצקי ופרופ רון כרמלי בדמ22-4-5 דין וחשבון