

ועדה לפי סעיף 44ב' לפקודת הרופאים [נוסח חדש] התשל"ז-1976

תאריך: 7/04/2016

לכבוד
שר הבריאות

א.ג.,

דין וחשבון לפי סעיף 44ה'
לפקודת הרופאים [נוסח חדש] התשל"ז-1976

בעניין:

ד"ר בועז לב המשנה למנהל הכללי של משרד הבריאות
באמצעות בא – כוחו עוה"ד יונתן ברג
לשכת היועמ"ש, משרד התובע הראשי
משרד הבריאות, ירושלים

הקובל

נגד

ד"ר [REDACTED]
ע"י ב"כ עוה"ד מירב משען
מרח' בן גוריון 1, בני ברק

הנקבל

1. הועדה

חברי הועדה: ד"ר יוסי בר - יו"ר, פרופ' צבי שטרן- חבר ועו"ד משה ארד -
חבר, מונו ע"י שר הבריאות לדון בקובלנה לפי סעי' 44א' לפקודת הרופאים
[נוסח חדש] התשל"ז-1976 (להלן: "הפקודה").

2. בתאריך 10.4.2011 הגיש הקובל כתב קובלנה (להלן: "הקובלנה") נגד
הנקבל לפיה הנקבל גילה רשלנות חמורה כאמור בסעיף 41(3) לפקודת
הרופאים [נוסח חדש] תשל"ז - 1976 בכך ש "לא טרח לבדוק את בדיקות
ההדמיה הקודמות של החולה טרם ביצוע הפעולה והסתפק על המידע
שנמסר לו ע"י הרנטגנולוגים, ולא הפסיק את הפעולה מיד עם גילוי
העובדה שהגידול אינו עשיר בכלי דם ולא דיווח על כך לפרופ' פיינמסר או
התייעץ עמו לגבי המשך הטיפול, אלא המשיך בביצוע האמבוליזציה
בחולה".

העובדות

3. ביום 30.7.2005 אושפזה המנוחה [REDACTED] במחלקת א.א.ג.
במרכז הרפואי רבין ע"פ הזמנה מיום 12.7.2005 מאת פרופ' פיינמסר
לצורך ביצוע "אנגיוגרפיה של עורק תת בריחי מימין + אמבוליזציה

- כהכנה לניתוח" (ת/3). הניתוח תוכן ליום ב' דהיינו למחרת ביצוע ההזמנה הנ"ל.
4. ההזמנה לבדיקה נבעה עקב ממצא של גוש שומני שנתגלה בבדיקת U.S שבוצעה טרם אישפוזו של המנוחה ביום 18.5.2005. הגוש היה ממוקם מתחת לשריר הטרפזיוס.
5. ביום 7.6.2005, בוצעה במנוחה בדיקת C.T בעקבותיה הוערך ע"י פרופ' משה סלעי (ת/11) כי מדובר ב"תהליך שומני היוצא מדופן קדמית סקפלרית ו"יושב" על פסגת הריאה בחלק האחורי".
6. יש לציין כי פרופ' סלעי שלח את פענוח ה- C.T. לרופא המטפל ובו המלצה לביצוע M.R.I, וכן F.N.A. הבדיקות המומלצות לא בוצעו והרופא המטפל לא שלח את המנוחה לביצוע הבדיקות הנ"ל.
7. בעקבות המלצת פרופ' סלעי, פנתה המנוחה לפרופ' פיינסוד מנחל מחלקת א.א.ג. בבית החולים ע"ש רבין ולאחר בדיקתה ודיון בעניינה של המנוחה, בישיבת מחלקת לרבות בהשתתפות צוות ממחלקת ההדמיה ובתוכם ד"ר ענבר, הופנתה המנוחה ע"פ ההזמנה ת/3 לביצוע הבדיקה כאמור בסעיף 3 לעיל.
8. ההזמנה ת/3 הועברה לנקבל לביצוע הבדיקה. הנקבל לא נכח בישיבה בה הוחלט על ביצוע הבדיקה. הנקבל לא עבר על בדיקות ההדמיה שעל פיהן הוחלט ע"י פרופ' פיינסוד וצוותו על ביצוע הפרוצדורה אלא הסתפק, כך לפי הקובלנה, במידע שקיבל מהרנטגנולוגים שנכחו בישיבה ובמיוחד ד"ר ענבר הנחשבת לבת סמכא בתחום.
9. תוך ביצוע הפרוצדורה הנ"ל, ולאחר חזרה ראשונה של חומר ניגוד, התברר לנקבל, כך לפי הקובלנה, כי הגוש אינו עשיר בכלי דם ולמרות זאת המשיך בפעולה ולא הפסיק בביצועה ואף לא פנה למזמין, פרופ' פיינסוד, לצורך העברת המידע הנ"ל ולצורך היוועצות עימו.
10. בהזרקה השנייה כן הודגם כלי דם שככל הנראה סיפק דם לגוש ואילו הזרקה החלקיקים.
11. מן הקובלנה עולה כי כתוצאה מהזרקה זו או כתוצאה מדליפת חלקיקים בהם מבוצעת האמבוליזציה לעורק הוורטברלי אירע אוטם מסיבי של גזע המוח, המנוחה איבדה את הכרתה והגיעה למצב של "דום לב".
12. מיד הוחל בפעולות החייאה כמנוחה, הדופק הוחזר ולאחר מכן הועברה למחלקת טיפול נמרץ. למחרת היום נקבע מותה של המנוחה.
13. כתוצאה מכל האמור הוגשה כנגד הנקבל הקובלנה נשוא המלצה זו שעיקרה כמפורט בסעיף 2 הנ"ל.
14. כבר בשלב זה יש לציין כי ע"פ ההמלצה המקורית הוחלט להגיש קובלנה גם נגד פרופ' פיינסוד, הוא הרופא המטפל, ובשלב מאוחר יותר הוחלט

לשנות את ההמלצה לפטור את פרופ' פיינמסר מאחריות ולא להגיש כנגדו קובלנה.

הגנה מן הצדק

15. בשל המתואר בסעי' 14 לעיל, התבקשה הועדה להמליץ על זיכויו של הנקבל בטענת "הגנה מן הצדק" הנובעת מאכיפה בררנית.

16. לטענת הנקבל, על הועדה לאמץ את דוקטרינת ההגנה מן הצדק בקובלנה שבפנינו הואיל והיא מצויה ברף של מקרים חריגים כפי שיבואר בהמשך ולפיכך יש לזכות את הנקבל.

17. מעיון בחומר הראיות עולה כי ביום 31.10.2010, פנה פרופ' הרשקו לפרופ' גמזו מנכ"ל משרד הבריאות במכתב ת/1 ובמכתב נוסף מיום 21.11.2010 באותו נוסח אלא שזה נושא תאריך אחר, בו הנדון [REDACTED] סיכום ועדת הבדיקה והמלצות מנציב קבילות הציבור" בהמלצה להעמיד חן את הנקבל בתיק זה והן את פרופ' פיינמסר בפני ועדת משמעת וכלשונו: "אין מנוס מההחלטה להמליץ על פתיחת הליכים משמעתיים כנגד שני רופאים אלה".

18. ביום 23.11.2010 במכתב מאת המנכ"ל פרופ' רוני גמזו לפרופ' הרשקו משיב פרופ' רוני גמזו למכתבו של פרופ' הרשקו מיום 21.11.2010 וכותב בזו הלשון: "אין לי אלא להסכים עם מסקנות הועדה והמלצתה" שכזכור היתה המלצה להעמיד את שני הרופאים בפני ועדת משמעת.

19. ביום 29.11.2010, פונה פרופ' הרשקו למנהל המרכז הרפואי רבין, ד"ר בועז תדמור, ובו מציין כי ועדת הבדיקה בעניינה של המנוחה [REDACTED] המליצה על הגשת קובלנה כנגד ד"ר [REDACTED] ופרופ' פיינמסר ומצרף את המלצותיו למנכ"ל משרד הבריאות וכן ממשיך וכותב כי המלצות אלה אושרו ע"י ד"ר גמזו.

20. במועד הנקוב בסעיף 19 לעיל פנה פרופ' הרשקו לד"ר גמזו בבקשה להגשת קובלנה כנגד פרופ' פיינמסר וכנגד ד"ר [REDACTED] בבקשה נכתב: "אודה לאישורך להגשת שתי קובלות כנגד הפרופ' פיינמסר [REDACTED]"

21. ביום 7.12.2010 פנתה באת כוחם של פרופ' פיינמסר והד"ר [REDACTED] לפרופ' הרשקו ובו ביקשה להשמיע טענותיה וחשגותיה. עוד כתבה בזו הלשון: "יש סיכוי טוב לשינוי בהמלצתך להעמיד לדיון משמעתי את הרופאים או לפחות אחד מהם".

22. יש לציין כי המלצתו של פרופ' הרשקו נמסרה לאחר שנערך שימוע לשני הרופאים בנוכחותה של באת כוח הרופאים וההמלצה ניתנה למרות הטענות שנטענו שם.

23. יוצא איפוא כי בכוונת באת כוח הרופאים היה לטעון טענות נוספות וחדשות שלא נטענו בעת השימוע.

24. ביום 13.12.2010, פנה ד"ר בועז לב, המשנה למנכ"ל, לפרופ' הרשקו הכל כעולה ממכתבו של פרופ' הרשקו לד"ר רוני גמזו מנכ"ל משרד הבריאות מיום 14.12.2010 ובו נאמר בזו הלשון: "אתמול פנה אלי ד"ר בועז לב וביקש לשנות את המלצתי על הקובלנה בצורה שתכלול רק את ד"ר [REDACTED] אך לא את פרופ' פיינמסר. רצ"ב הגרסה החדשה של המלצתי על קובלנה נגד ד"ר [REDACTED] בלבד. לאחר קבלת אישורך אשלח עותק ממכתב זה לצדדים"

25. ואכן ביום 13.12.2010, עוד טרם שנשלח המכתב לד"ר רוני גמזו, כתב לד"ר בועז לב מכתב ובו בקשה להגשת קובלנה כנגד ד"ר [REDACTED] בלבד. בכך שינה פרופ' הרשקו את ההמלצה הקודמת להגיש קובלנה כנגד שני הרופאים.

26. יש לציין כי לא הובאה בפני הוועדה כל ראיה לקיום פגישה נוספת בין באת כח הרופאים לבין פרופ' הרשקו, אין כל פרוטוקול או מזכר לפיו היתה פגישה שכזו ולא ברור כיצד זה שונתה ההמלצה בלא שיתר חברי הוועדה היו חלק מאותה החלטה.

27. יוצא איפוא כי למרות האמור במכתבה של באת כח הרופאים, לא הגישה כל נימוק נוסף מעבר לאלה שהועלו בעת השימוע שנערך לרופאים ואשר בעקבותיו יצאה ההמלצה להעמיד את שני הרופאים לדין.

28. לוועדה לא ברור כיצד הועדף פרופ' פיינמסר על הנקבל ד"ר [REDACTED] ומאילו נימוקים.

29. זאת ועוד, שינוי ההמלצה נובע כאמור מפנייתו של ד"ר בועז לב לפרופ' הרשקו (ראה מכתבו של ד"ר הרשקו מיום 14.12.2010) ולא מפגישה עם באת כח הרופאים. לא ידוע לוועדה על פגישה בין ד"ר לב לבאת כח הרופאים ובעניין זה לא הובאה כל ראיה אף שבי"כ הקובל התבקש לעשות כן.

30. ביום 23.12.2010, שלח ד"ר לב לד"ר גמזו בקשה לביטול ההחלטה להעמדת שני הרופאים לדין משמעתי ובמקום זאת להסתפק בהגשת קובלנה רק כנגד הנקבל ד"ר [REDACTED] מנימוקים שלדעתנו היה מקום להשאירם לבדיקת ועדת המשמעת. ואכן ד"ר גמזו במכתב מיום 3.1.2011 במענה למכתבו של ד"ר לב קובע כי הוא חולק על דעתו של ד"ר לב באשר לאחריות הטיפולית אך יחד עם זאת קובע כי המקרה גבולי ולכן מקבל את דעתם של פרופ' הרשקו וד"ר לב.

31. מכל האמור עד כה עולה כי במהלך הטיפול בתיק זה הועדף פרופ' פיינמסר על פניו של ד"ר [REDACTED] בהחלטה להגשת הקובלנה מה עוד שהדברים נעשו למרות קיום שימוע וועדת בדיקה שלאחריו הוחלט על העמדת שני הרופאים לדין משמעתי.

32. לדעת חברי ועדה זו, אין זה מתפקידו של מאן דהוא להחליט החלטות כמו אלו המפורטות במכתבו של ד"ר לב לד"ר גמזו מיום 23.12.2010, עניינים אלו שהינם מעיקרי הקובלנה אמורים להתברר בפני ועדת המשמעת והיא

זו שתקבע אם אכן קיימת אחריות ועל מי. מרגע שד"ר לב החליט את שהחליט קבע למעשה כי אין אחריות על האחד בעוד שעל האחר קיימת אחריות בשעה שעניין זה כאמור יש לברר בפני ועדת המשמעת.

33. זאת ועוד, ביום 10.2.2011 בעקבות פניית משפחת המנוחה אליו כותב ד"ר גמזו בוז הלשון: "...עקב פנייתה של עוז"ד חדווה לוי, ב"כ הרופאים, בה הועלו מספר טיעונים כבדי משקל, הוחלט לחזור ולבחון מחדש את תפקידו של פרופ' פיינמסר בעניין. לאחר בדיקה מחדש של החומר שביקש התלונה ולאור הטענות כאמור, אנו סבורים כי פרופ' פיינמסר..... אך יש לראות בהתנהגות זו משום טעות שבשיקול דעת ולא כרשלנות חמורה"

34. נשוב ונאמר כי לא הוצגו בפנינו כל טיעונים "כבדי משקל" כביכול של באת כוח הרופאים, לא הובאה כל עדות כי הייתה פגישה כלל בין מי מהנוגעים בדבר לבין באת כוח הרופאים וגם לא הובא שמץ של ראיה על כך. יש להוסיף כי ההחלטה לחזור מההמלצה התקבלה בתוך ששה ימים בלבד מיום שבאת כוח הרופאים שלחה את המכתב ממשרדה. יש להניח כי בזמן הביניים שבין כתיבת המכתב (יום ג' 7.12.2010) לבין משלוחו ולבין ההמלצה החדשה (יום ב' 13.12.2010) כשיש לקחת בחשבון את זמן העברת המכתב בדואר ישראל כשיש סוף שבוע באמצע, לא התבצעה כל פגישה בין באת כוח הרופאים לבין פרופ' הרשקו או ד"ר לב שכזכור הוא זה שביקש לשנות את ההמלצה. מכל מקום לא הובאה כל ראיה לכך כאמור ואף אחד מהני"ל לא התייצב לעדות בפני הוועדה.

35. מכל האמור עד עולה כי אכן היתה במקרה זה אכיפה בדרגות בלא כל הסבר מניח את הדעת ובלא שקיימות ראיות לפיהן לכאורה הייתה פגישה בין באת כוח הרופאים לבין פרופ' הרשקו בה הצליחה לשנות את דעתו של פרופ' הרשקו. לעניין זה יש לפנות לדברי ב"כ הקובל בפרוטוקול מיום 10.4.13 שורה 8 "יכול להיות שהיו שיחות אני לא יודע" בהמשך בשורה 16 אמר ב"כ הקובל: "זה כל החומר שיש לנו..."

36. למעדה לא נראה הגיוני כי עו"ד פרטית חולכת למנכ"ל משרד הבריאות ובעקבות השיחה או הטלפון, או בפגישה פיזית, משנים את ההחלטה, בעניין זה היה ב"כ הקובל כן ובהגנותו ענה כי "אני אף פעם לא שמעתי על דבר כזה, זה פעם ראשונה שאני שומע"

37. פרופ' הרשקו שינה את המלצתו בעקבות בקשתו של ד"ר לב מיום 13.12.2010 ורק ביום 23.12.2010 אנו מתוודעים לראשונה לסוג של הסבר לכאורה כעולה ממכתבו של ד"ר לב לד"ר גמזו. יש לזכור כי מכתבה של באת כוח הרופאים הופנה לפרופ' הרשקו ולא לד"ר לב ולכן לא ברור כיצד הגיע העניין לפתחו של ד"ר לב שלמעשה דרש את שינוי ההמלצה מאת פרופ' הרשקו.

38. לוועדה גם לא ברור כיצד זה נתונה הזכות של עו"ד לפנות למי מהגורמים הנ"ל בשעה שכל עו"ד פונה בבקשות דומות לגורם המתאים וחוא לשכת היועמ"ש משרד התובע הראשי. האם הרשות בעניין זה נתונה לכלל הציבור, דבר שלא ראינו עד כה, או למזי מעט נבחרים?

39. צודק ב"כ הקובל בטענה כי "תחולתה של דוקטרינת זו היא מצומצמת והשימוש בה לא נעשה כעניין שבשגרה אלא במקרים חריגים בלבד." (עש"מ 787/05 מ"י נ' עמר) אלא שבענייננו, כל העובדות עד כה מצביעות בהחלט על מקרה חריג ביותר עליו יש להחיל את דוקטרינת ההגנה מן הצדק. מה עוד שלא מדובר במצב דברים לפיו ניתנה החלטה על העמדה לדיון של מי מהנוגעים בדבר בעוד שלגבי האחרים הוחלט שלא. כאן העניין שונה לחלוטין. ניתנה החלטה על העמדתם של שני הרופאים לדיון משמעותי. הוצנו נימוקים כבדי משקל מדוע יש להעמיד את שני הרופאים לדיון, הוקמה ועדה שבעקבות ממצאיה הוחלט כפי שהוחלט והנה בהיגף קולמוס ובלא כל הסבר שזוגתה ההמלצה, דבר שמהווה חריג שבחריגים.

40. לאור כל אלה אנו סבורים כי רק מהטעם של אכיפה בדרגית, זכאי הנקבל להגנה מן הצדק ולפיקד, ולו מן הטעם הזה, אנו ממליצים לזכותו.

טענות הקובל

41. א. הנקבל לא טרח לבדוק את בדיקות ההדמייה הקודמות של החולה טרם ביצוע הפעולה.
ב. הנקבל לא הפסיק את הפעולה מייד עם גילוי העובדה שהגידול אינו עשיר בדם.
ג. הנקבל לא התייעץ עם פרופ' פיינמסר, הכירורג שהזמין את הפעולה לגבי המשך הטיפול.

42. לביסוס הטענות האמורות, הציג ב"כ הקובל עוה"ד ברג מספר חוות דעת מהן ניתן ללמוד כי היה פגם בנזהל או בנזהג בו נהגו בבית החולים לפיו הרנטגנולוג הפולשני אינו בודק את בדיקות ההדמייה טרם תחילת הפרוצדורה בה נוקטים. דבר זה מצא ביטוי גם במסגרת ממצאי ועדת הבדיקה שבדקה את האירועים נשוא כתב קובלנה זה.

43. ע"פ עדותה של פרופ' הדס הלפרין, היה על הנקבל לבדוק תחילה את ה-C.T. ורק אח"כ להתחיל בפרוצדורה. לשיטתה, אם הנקבל ראה שהגידול לא היה משופע בכלי דם, היה עליו להפסיק מיד. יוצא איפוא כי גם באמירה זו יש כדי לסתור את טענת ב"כ הקובל לפיה היה הנקבל מנוע כלל מלהתחיל בפרוצדורה טרם שבדק את ה-C.T. צריך לזכור כי תחילת הפרוצדורה היא למעשה פעולה אבחנתית. אז מגלים אם מדובר בגידול שלו כלי דם רבים אם לאו.

44. לשיטת פרופ' הלפרין, הרי שאין מניעה מלבצע את תחילת הפרוצדורה, דהיינו את החלק האבחנתי. על ד"ר בלינקי היה להפסיק את המהלך מייד כשאיבחן כי אין הגידול מרובה בכלי דם.

45. יש לציין כי בעמ' 16 שורה 1 לפרוטוקול מיום 28.8.2014 (סיכומי הקובל) חוזר בו ב"כ הקובל עוה"ד ברג ואומר: "בצדק, בצדק, אין לנו בעיה שהוא עשה את האנגיוגרפיה האבחנתית, אין לנו בעיה"

46. יוצא איפוא שלשיטת הקובל אין כל בעיה בביצוע האבחנה בדרך של אנגיוגרפיה אף אם הנקבל לא עיין תחילה ב- C.T. שכן לשאלת חברי הועדה: "אבל לשיטתך בוא נאמר שהוא היה מגיע ועובר, גם אז לשיטתך יש עבירת משמעת?" ועונה עוזי'ד ברג: "לא, ממש לא." עמ' 16 שורה 3-5.

47. לשיטת ב"כ הקובל היה על הנקבל להפסיק מייד את ההליך לאחר שאבחן כי אין כלי דם בכמות אותה איבחנו בטעות, המזינים את הגידול. במקרה זה היה עליו להיוועץ בפרופ' פיינמסר.

48. עוד צריך לזכור כי האבחנה בדרך של אנגיוגרפיה היא המדויקת ביותר ולכן בעניין זה אנו סבורים כי נכון היה לבצע את החלק האבחנותי, דהיינו האנגיוגרפיה בלא כל קשר לבדיקת ה-C.T.

49. לאורך כל עדותה חוזרת פרופ' הלפרין על הטענה כי הטעות היתה שד"ר [REDACTED] - הנקבל, המשיך בהליך אף שחברר לו כי האבחנה הראשונה הייתה מוטעית. כאן לדעתה היה הכשל וכאן מצויה הרשלנות של הנקבל.

50. אף שהנקבל לא טאשם בגרם מותה של המנוחה הרי שנטען ע"י חברי ועדת הבדיקה כי במוחה של המנוחה נמצאו שיירים של חומר האמבוליציה והם ככל הנראה סיבת המוות.

51. בפועל טען הנקבל כי תוך כדי הבדיקה עברה המנוחה דום לב וחלק מהמומחים טענו כי אין לשלול כי המדובר באירוע וזווגלי אלא שועדת הבדיקה התעלמה מאפשרות זו.

52. בפועל מתברר כי השיירים הללו אין מקורם בחומר שהוזרק ע"י הנקבל (ראה 6/6 דו"ח בדיקה מז"פ).

53. יש לציין ש-6/6 התקבל מאוחר לדו"ח ועדת הבדיקה, לא נמסר לחם על קיומו והללו גם לא נדרשו לחוות דעתם בהינתן שקיים דו"ח שכזה.

54. ב"כ הקובל טוען כאמור כי הנקבל לא בדק את ה- C.T. ולא נוכח בשיבת הצוות. אכן נכון הדבר אלא שמתברר כי הנקבל שוחח הן עם פרופ' פיינמסר ועם ד"ר ענבר. כמו כן עולה כי הנקבל עיין בתיקה של המנוחה ובפעטח ה- C.T.

55. לדברי פרופ' הלפרין, היה על הנקבל לבדוק את הדימום במקרה שיראה דבר שהמומחים האחרים לא ראו.

56. יש לציין כי ד"ר ענבר היא המומחית שבתחום עמה התייעץ פרופ' פיינמסר וכן יתר הרופאים שנוכחו בפגישה אחריה הוחלט על הפרוצדורה. ברור הוא כי אין לנקבל את הידע של ד"ר ענבר בפעטח C.T. ולפיכך נראית לנו תמונה התפיסה כי אם היה הנקבל מסתכל על ה- C.T. וממשיך בהליך הרי שלא הייתה מוגשת קובלנה.

57. יש להדגיש כי הנקבל טוען, ואין חולק על כך ואנו סותר טענה זו, כי לאחר שאבחן מחדש את אספקת הדם לגידול הפעיל שיקול דעת והחליט להמשיך בחליך אף שלגידול היתה אספקת דם מועטה יחסית למה שאובחן בטעות.
58. שיקול דעת זה של הנקבל נבע מהגישה שיש לבצע אמבולוציה גם כדי לגרום לנמק בגידול כדי לאפשר ניתוח של הסרתו בקלות.
59. פרופי הלפרין שנשאלה בעניין זה טענה שאין היא מכירה הליך דומה אך לא שללה זאת. מכל מקום הבחירה כי טענה זו לא נבדקה ע"י גורם כלשהו שיכל היה לאשר או לשלול גישה זו (ע"מ 23-24 לעדותה).
60. בעמ' 18 לפרוטוקול מיום 28.8.14 מסכם ב"כ הקובל ואומר כי פרופי בלום שהעיד מטעם הקובל אמר שאין הוא מכיר פרוצדורה לפיה מבצעים אמבולוציה כדי להגיע למצב של נמק.
61. בחקירתו הנגדית, מודה פרופי בלום כי לא ביצע מעולם כל אמבולוציה של ראש צוואר וכלשונו בעמ' 32 שורה 20 לפרוטוקול מיום 1.5.2013 עונה לשאלה כמה אמבולוציות של ראש צוואר הוא מבצע "לא מבצע" ובעמוד 33 שורה 7: "אני לא עושה ראש – צוואר בעבודה היום יומית".
62. יוצא אפוא כי בניגוד לפרופי פרשטנדינג שהיה לפניו הממונה על פרופי בלום ושיסירב לקחת חלק בועדת הבדיקה נוכח חוסר ניסיונו וידיעתו בתחום, מצא פרופי בלום לנכון ליתן חו"ד אף שאינו עוסק בתחום ומעולם לא ביצע אמבולוציה של ראש צוואר.
63. משכך נראה לנו לקבל את דבריו בעמ' 34 שורה 21: "אני לא כל כך מכיר את התופעה הזאת של הנמק של הגידול שעוזר למנתח" לא בשלילת הטכניקה הזאת כפי שמנסה ב"כ הקובל לטעון אלא כתשובה של חוסר ידע בתחום, דבר שלא שולל את הטכניקה כאמור.
64. במענה לשאלת יו"ר הועדה: ".... במהלך הפרוצדורה, גידול כזה היה נראה לך שהוא בעצם לא וסקולרי, כמו שחשבו מלכתחילה, האם הגיוני או נכון להמשיך בכל זאת בפרוצדורה של האמבולוציה על מנת בכל זאת לגרום נמק של הגידול?" מוסיף פרופי בלום ואומר: "ההחלטה היא, זה בעצם מבוסס על שיקול דעת" (של המצנתר).
65. יוצא אפוא כי בשלב שלאחר האנגיוגרפיה נתון שיקול הדעת למצנתר אם להמשיך באמבולוציה אם לאו. דהיינו אם שיקול הדעת מבוסס ראשית על קיומם של כלי דם ושנית על הגישה שבמקרה זה האמבולוציה תגרום לנמק של הגידול, חרי ששיקול הדעת הוא סביר ואף אם היתה טעות שבשיקול הדעת עדיין לא מדובר ברשלנות.
66. עוד טוען הקובל כי לפי עדותו של פרופי ולדן (פרוטוקול מיום 17.9.13), חרי שלא היתה אינדיקציה לבצע את האמבולוציה הואיל והגוש לא היה עשיר בכלי דם.

67. משנדרש להתעמת עם דברי פרופ' פיינמסר שהזמין את ביצוע הפרוצדורה מאת הנקבל לפיהם "פעולת האמבוליציה חוסמת את זרימת הדם אל הגוש ובכך גורמת היא לנמק אשר מוביל להפרדתו של הגוש מהרקמות שסביבו ומקל על כריתתו במהלך הניתוח" משיב פרופ' ולדן בזו הלשון: "זה הוצג בפני, ראיתי את המסמך הזה והוא בהחלט לא מקובל עלי. אני חושב שבה באמת הונח מכשול בפני עיוור, בפני ד"ר [REDACTED] שהניף את הדבר הזה"

68. מכאן שגם פרופ' ולדן סבור כי הנקבל הוטעה לחשוב כי ניתן להביא לנמק של הגוש ובכך להקל על הניתוח. הנקבל הוטעה, כך לדברי פרופ' ולדן, ע"י פרופ' פיינמסר.

69. לטענת ב"כ הקובל, עדותו של פרופ' אלי עטר מטעם הנקבל, נגועה בחוסר אובייקטיביות והאיל הוא עובד בביה"ח רבין. מששאל פרופ' עטר ע"י ב"כ הקובל באשר למידת האובייקטיביות שלו, ענה בכנות כי באופן אישי אינו אובייקטיבי אך חוות דעתו מקצועית ואובייקטיבית. לפיכך סבור ב"כ הקובל כי מענה זה מצביע על חוסר אובייקטיביות מוחלט ולשיטתו משאדם אומר כי הוא אינו אובייקטיבי הרי שגם חוות דעתו אינה אובייקטיבית ממילא.

70. אין בידינו לקבל טענה זו הואיל ולא אחת נדרש מומחה ואף שופט ליתן חו"ד או החלטה כאשר אלו מנוגדות לעמדתו האישית ו/או להשקפת עולמו. חו"ד ו/או ההחלטה ניתנות בהתייחס לעובדות וממצאים אשר יש בהם כדי להגיע לקביעות שונות מהעמדה ו/או ההשקפה האישית. לפיכך אנו סבורים ובמיוחד נוכח התרשמותנו מהעד, כי לא העיד באופן לא אובייקטיבי אלא בדרך מקצועית.

71. מעבר לאמירה הנ"ל, לא התייחס ב"כ הקובל בסיכומיו לעדותו של פרופ' עטר, ואף לא הצביע על סתירות כל שהן בדבריו.

72. הרושם שהתקבל אצלנו הוא כי קיימות גישות טיפוליות שונות כאשר פרופ' עטר מצדד באחת ואילו המומחים מטעם הקובל מצדדים באחרת.

73. אין בידינו להכריע מי מהן הטובה ביותר ואנו סבורים כי לשתי הגישות הגיון משלהן והאימוץ של מי מהגישות הינו שיקול דעת מקצועי של המטפל בלבד.

74. הואיל וכך גם לא מצאנו כי הבחירה באחת מן הגישות יש בה כדי רשלנות של הנקט בה.

75. בנוסף טוען ב"כ הקובל כי מעדותו של פרופ' זליקובסקי מיום 27.1.2014, עולה כי לכאורה לא היתה אינדיקציה לביצוע האמבוליציה בעניין זה מפנה ב"כ הקובל לעמ' 14 לפרוקטוקול אלא שבשלב הבא של תשובתו אומר פרופ' זליקובסקי כי אף שלא נצפתה כמות כלי דם כפי שסברו תחילה בטעות הרי שגם עם כמות כלי הדם שנמצאה, הייתה אינדיקציה לביצוע הפרוצדורה (שורות 19-27).

76. אם נוסף לאמור את דברי פרופ' זליקובסקי בעמ' 17 שורות 3-4 :
 "האונקולוגים משתמשים בטכנולוגיה הזאת לגרום לנקרזה..." הרי
 שמלבד כמות כלי חדם שמונים את הגידול יש גם ערך נוסף להליך והוא
 גרימת נמק לגידול הרי שיש בכך אינדיקציה מובהקת לביצוע ההליך.

77. לשאלת ב"כ הנקבל בעניין זה בעמ' 17 שורות 5-8 : "...לפני ניתוח עושים
 אמבוליציה כדי להקטין את הדימום, זה מה שמצאתי..." עונה פרופ'
 זליקובסקי : "נכון, זה הדבר הראשוני. אבל גם כתוצאה מכך שזה גורם
 לאסכמיה של הגידול הוא עושה שנפל, יוצר גבול יותר קל, יותר קל
 להוציא אותו". (עמ' 17 שורות 9-11).

78. בתשובה זו עומד פרופ' זליקובסקי על דעתו כי יש טעם נוסף לביצוע
 האמבוליציה מלבד הקטנת הדימום, דהיינו יצירת נמק.

טענות הצדדים

79. ראשית וכטענה מקדמית טוענת ב"כ הנקבל עוה"ד משען כי יש לזכות את
 הנקבל מן הטעם של הגנה מן הצדק ואכיפה ברגנית. בעניין זה כבר
 החליטה הועדה ולפיכך לא תתייחס לכך יותר.

80. בנוסף טוענת ב"כ הנקבל כי "לא היה צורך או טעם" לעיון בבדיקת
 ההדמיה "מאחר ולא היו רלוונטיות ולא יכלו לסייע לו – לא בפעולת
 האנגיוגרפיה ולא בפעולת האמבוליציה"

81. בעניין זה מצביעה ב"כ הנקבל על העובדה כי טרם ביצע הפרוצדורה ע"י
 הנקבל, וטרם שנתקבלה החלטה על ביצוע פעולות אלו, עברה המנוחה
 בדיקת US ובדיקת CT.

82. פענוח בדיקות אלה העלה את החשד כי מדובר בגידול וסקולרי ממאיר. כמו
 כן התברר כי הגידול כמעט וחכפיל את גודלו בפרק זמן קצר ולכן היה
 מקום לחסירו מהר ככל האפשר.

83. פענוח בדיקות ההדמיה נעשה ע"י המומחית לתחום ד"ר ענבר והיא זו
 שקבעה מה הממצאים שעלו מהבדיקות.

84. שטח ההתמחות של הנקבל, ד"ר [REDACTED] הוא רדיולוגיה פולשנית ואין הוא
 עוסק ביום יום בפענוח הדמיות מסוג M.R.I ו-C.T בעוד שד"ר ענבר היא
 המומחית בתחום.

85. הנקבל ביצע תוך כדי ההליך שתי פעולות. האחת אבחון בדרך של
 אנגיוגרפיה והשנייה אמבוליציה. במקרה זה אין חולק כי האבחנה בדרך
 של אנגיוגרפיה היא האבחנה המדויקת יותר מ-C.T ו-M.R.I. פעולה זו
 מבוצעת לא אחת לצורך אבחנה בלבד.

86. ב"כ הנקבל מצטטת מדברי פרופ' הלפרין בעדותה מיום 1.5.2013 בעמ' 5
 שם נאמר בשורה 17 : "עושים אנגיוגרפיה לפני שעושים טיפול" וכן את
 דברי הנקבל עצמו בעדותו מיום 20.11.2013 עמ' 6 לאחר שאלתו של חבר

הועדה פרופי שטרן עונה "....."קבוע, אני לא יכול בלי אנגיוגרפיה, אני לא יודע לאן להיכנס אני בוחן את העורקים שמגיעים לתהליך, בוחן ציוד...." כך גם צטטה ב"כ הנקבל את דברי פרופי אלי עטר בעמ' 12 לפרוטוקול מיום 4.12.2013 ואת דברי ד"ר ברטל בעדותו מיום 4.3.2014 מהם ניתן ללמוד כי קודם לפעולת האמבוליזציה קיימת פעולה האבחנה בדרך של אנגיוגרפיה.

87. אילו בכך היתה מתמצית טענת הנקבל, לא היה בידינו לקבלה הואיל ויש מקום לדעתנו לעיין בצילומי ההדמיה שבוצעה טרם תחילת ביצוע הפרוצדורה.

88. אף שהאנגיוגרפיה הינה מכשיר אבחון מדויק יותר מ-CT הרי שטרם תחילת האנגיוגרפיה יש בכ"ז לבדוק את צילומי ההדמיה כדי להיות בטוחים בגבולות הגידול וכיוצא"ב. אלא שלמדנו כי לפי הנוהל והנהוג שהיו קיימים גם אז וגם היום במחלקה (למרות האירוע המצער לא שינו את הנוהל) הרי שמבצעים את ההליך בהסתמך על ההומנה שנשלחה מהרופא המומין בלא שהמבצע מוזמן בכלל לשיבת המומחים טרם הביצוע ובלא שהמבצע בודק בעצמו את ההדמיה.

89. יש לציין עם זאת כי לא מדובר בפעולה שנעשית חלילה בלא בדיקה ראשונית אלא שהבדיקה הראשונית מפוענחת ע"י מומחה, כאשר למבצע האמבוליזציה אין את המומחיות של אותו מפענח דוגמת ד"ר ענבר, כלומר, אף אם היה ד"ר [REDACTED] בודק בעצמו את ההדמיה, אין כל רבותא שהיה מגיע למסקנה אחרת מזו אליה הגיעה ד"ר ענבר וכפועל יוצא מכך הרי שאם היה רק מעיין בהדמיה וממשיך בעבודה לא היה מוגש נגדו כתב קובלנה זה.

90. לעניין זה ראה גם סיכום ועדת הבדיקה מיום 21.11.2010 בו מוסר פרופי הרשקו לד"ר גמזו את המסקנות ומסעיף 1 למסקנות עולה: "....כי האינטרפרטציה של ממצאי הרנטגן לפני הטיפול הייתה שגויה וניתן היה להגיע לאבחנה הנכונה על ידי בדיקת MRI אך ההחלטה לבצע במקום זאת אנגיוגרפיה הייתה לניטימית".

91. לכך יש להוסיף את דברי פרופי פיינמסר בתצהירו (מ/4 סעיף 10): "ביום 16.11.05 שבה המנוחה למרפאתי, במועד זה עדכנתי את המנוחה בהמלצתה של ד"ר ענבר והסברתי כי מאחר ויש סיכון גבוה להתפתחות דימום הרי שמומלץ לבצע אנגיוגרפיה לצורך הדגמת כלי הדם ולאחר מכן אמבוליזציה על מנת לחסום את כלי הדם המזינים את הגוש ובכך למנוע דימום מסיבי".

92. מכאן שהתכנון המקורי היה לבצע בדיקה מוקדמת בדרך של אנגיוגרפיה ע"פ המלצת ד"ר ענבר. כלומר, ע"פ תצהירו של פרופי פיינמסר לא היה מקום לבדוק כלל את ההדמיה ולא היה צורך לבצע הדמיה נוספת כמו MRI אלא שד"ר ענבר, המומחית שהוומנה לפענח את בדיקת ה-CT, היא שהמליצה על האנגיוגרפיה כשלב נוסף באיבחון.

93. לכל אלה יש להוסיף את דברי ב"כ הקובל עצמו כי אילו היה הנקבל מסתפק בביצוע השלב האבחנתי בלבד הרי שלא היה מקום לראות בכך עבירה משמעתית וכדבריו: "בצדק, בצדק, אין לנו בעיה שהוא עשה האנגיוגרפיה האבחנתית, אין לנו בעיה" (עמ' 16 שורה 3-1 לפרוטוקול מיום 28.8.2014) המשך ולשאלת הועדה: "אבל לשיטתך בוא נאמר שהוא היה מגיע ועוצר, גם אז לשיטתך יש עבירה משמעת" עונה ב"כ הקובל: "לא, ממש לא" (שם שורות 5-3).

94. יוצא אפוא כי גם הקובל עצמו לא רואה חובה לבדיקת צילומי ההדמיה טרם ביצוע שלב האנגיוגרפיה שהרי שלב זה גם הוא שלב אבחנתי. מכאן שהאמור בסעיף 13א. לקובלטה אינו נכון וב"כ הקובל מסכים לכך. ואם תאמר הכוונה לכך שלא בדק את צילומי ההדמיה טרם שתחל בפעולת ההזרקה ולא בתחילת התהליך כולו, אזי לכך כבר יש תשובה בסעיף 13 ב. לקובלטה. מה עוד שהשלב הראשון של כניסה לעורק והבדיקה האבחנתית הראשונה טובה מכל הדמיה שנעשתה ראה פרופ' זליקובסקי (פרוטוקול מיום 27.1.2014 עמ' 12 שורות 19-24) לעניין זה יש גם להפנות לדברי פרופ' מיינמסר בעדותו מיום 1.4.2014 לפיה האנגיוגרפיה הינה הבדיקה המדויקת ביותר (שם עמ' 12 שורות 24-20).

95. עוד מצאנו מפי עדים רבים כי הנוהל והנהוג הזה קיימים גם מכח הנסיבות. דהיינו, המציאות במחלקה מחייבת לנהוג כך שאם לא כן ובשל ריבוי המטופלים העוברים תחת ידי הרופאים העוסקים בתחום, אין זמן כלל לשבת בישיבות הצוות ולבחון את צילומי ההדמיה.

96. מכיוון שכך והואיל והנקבל פעל ע"פ נוהג או נוהל שעדיין קיימים, ואף לא שונו כאמור, תרי שלא ניתן ללמוד מכך שהנקבל עבר עבירה של רשלנות חמורה.

97. לדעתנו חובה על הנהלת בית החולים והנהלת המחלקה, בעקבות האירוע נשוא קובלנה זו, לבחון את הנהלים בתחום ולעדכןם במידת הצורך.

98. אין זה אומר כי בכל פעולה תהיה חשיבות לבחינת ההדמייה קודם לפעולה הפולשנית שהרי מעדותו של פרופ' עטר עולה כי אף אם היה הנקבל מעיין בהדמיה הרי שהדבר לא היה מוסיף שהרי, כך לדבריו: "כשזה לא CT אנניו אלא CT עם חומר ניגודי, לא יעזור לך אם אתה תראה את הספקולריה, אז מה זה יעזור! אתה מחפש את הכלים הקטנים זה לא יעזור..." (פרוטוקול מיום 4.12.2013 עמ' 13 שורות 1-4). לשאלת פרופ' שטרן חבר הועדה, מוסיף פרופ' עטר ואומר: "אז מה אני מנסה להסביר ואולי לא הבחתי כמו שצריך. הוא עבר CT עם הזרקת חומר ניגוד עם דילושן 50 שניות, זאת אומרת כל העורקים כבר אתה לא תראה אותם, הם נשטפו אז מידע אנטומי מהדבר הזה לא תקבל עכשיו, הפעולה מחולקת לשניים, אתה עושה שלב אבחנתי שצריך תער קטן, אתה מוריק חומר ניגודי ואתה רואה את האספקה העורקית, ואז אתה יכול לראות את כל הברנט האנטומי, כל הדברים האלה מה שנשאלתי קודם אתה רואה את זה בשלב הזה" (שם שורות 19-26 וב-עמ' 14 שורות 1-7).

99. השאלה העומדת במקרה שלפנינו היא האם היה מקום לעיין קודם לפעולה בהדמייה, נענתה כאמור ע"י פרופ' עטר והלה אף הוסיף ואמר כי אילו הוא זה שהיה אמור לבצע את הפעולה היה נוקט באותה דרך שהרי ה-CT שבוצע במנוחה לא היה CT אנגיו אלא CT אבחנתי (שם עמ' 17 שורות 17-19). בעניין זה ראה גם דברי פרופ' זליקובסקי פרוטוקול מיום 27.1.2014, עמ' 3 שורות 26-27, ד"ר רפאלי פרוטוקול מיום 4.3.2014, ד"ר אורון פרוטוקול מיום 7.8.14.
100. מכאן נותרה שאלה אחד לדיון והיא: האם עשה הנקבל נכון שהמשיך את ביצוע הפעולה, דהיינו את האמבוליזציה עצמה אף שלאחר השלב הראשוני של האנגיוגרפיה נמצא כי הגוש אינו וסקולרי באותה מידה שטעו לחשוב חרטגנולוגים ע"פ צילומי ההדמיה.
101. בעניין זה נחלקו הדעות בין המומחים השונים. חלקם סברו כי בהעדר עדות ממשית לגוש וסקולרי ברמה שחשבו, היה על הנקבל להפסיק את הפעולה ואילו אחרים סברו כי למרות האמור היה על הנקבל להמשיך בפעולה הואיל ובכל מקרה הובילו לגוש כלי דם והיה צורך לחסום אותם וכן היו שטענו כי האמבוליזציה גם מונעת פיזור תאים לגוף.
102. מעצם המחלוקת בין המומחים השונים ניתן להבין כי קיימות דעות שונות וגישות שונות בפרקטיקה הטיפולית כך שנקיטת עמדה אין בה לדעתנו כדי רשלנות חמורה, שהרי אם לא היה נוקט בדרך בה נקט הנקבל והתוצאה עדיין היתה אותה תוצאה, היה מוצא עצמו הנקבל בפני ועדת משמעת הואיל ולא פעל לפי הגישה ההפוכה.
103. בעניין זה אומר פרופ' זליקובסקי בעדותו מיום 27.1.2014 עמ' 14 שורות 19-27: "...מאחר והוא כבר הגיע למקום עם הקטטר, הוא כבר ארגן את הכל, והיו כלי דם, לא בכמות ענקית כמו שציפו, מהנקודה הזאת לשלב של האמבוליזציה בפעולה של כמה דקות, וחבל היה לו להפסיד, ... חבל היה להפסיק כשהוא כבר נמצא שמה והוא בפנים, את האופציה להקטין עוד יותר את כמות כלי הדם בתוך הזה, ועל ידי כך לעשות יותר קל את הניתוח".
104. בעמ' 17 שורות 3-4 אומר פרופ' זליקובסקי: "האונקולוגים משתמשים בטכניולוגיה הזאת לגרום לנקרזה ולגידולים זה טכניקה" כלומר, הטכניקה הנ"ל גורמת לנמק לגוש שיש להסירו ובכך מקלים על המנתח.
105. לטענת ב"כ הנקבל, מבוססת הקובלנה על מסקנות ועדת בדיקה אשר החברים בה לא היו מומחים בתחום הרלוונטי לתחום מומחיותו של הנקבל ובשל כך גם לא יכלו להגיש מסקנות באשר לתפקודו של הנקבל.
106. כדוגמה לכך המציאה ב"כ הנקבל את תשובותיה של פרופ' חלפרין בפרוטוקול מיום 1.5.2013 לפיהן אין היא יכולה להשיב על שאלות בדבר תפקידה של האמבוליזציה כגורם לנמק בגוש הואיל ואין לה המומחיות המתאימה. כך גם לגבי השאלה האם היא יודעת שאחת הסיבות לביצוע אמבוליזציה היא הפסקת אספקת הדם לגוש, ענתה כי עמין זה יש להפנות לכירורגים.

107. ד"ר סיושל חבר ועדת הבדיקה אף הוא הסכים כי היה מקום למנות לוועדת הבדיקה חבר שהוא רנטגנולוג (1/נ).
108. הואיל ובעת הדיון בוועדת הבדיקה עלו טענות הנקבל כי ההליך מיועד בין היתר גם לחסימת כלי דם וגם "דבר ראשון אונקולוגי מאד חשוב, שלא תהיה בזמן שעושים מוציאים את הגוש, שלא יזרקו את התאים בורידים, זה דבר ראשון דבר השני, זה ממריד מרקמות מסביב... דבר שלישי זה מקטין את הגוש... הגוש לא חייב להיות מאד היפר וסקולרי... גם אם זה לא וסקולרי", היה בהחלט מקום להתייחסות לטענות אלו ע"י מומחים בתחום ולא ע"י מומחים ואנשי מקצוע, בתחום אחר, מכובדים ככל שיהיו.
109. לאור האמור נראה לנו כי צדקה ב"כ הנקבל בטענה כי היה מקום לקיים את ועדת הבדיקה עם חבר אחד לפחות שיכול היה להתייחס לטענותיו המקצועיות של הנקבל.
110. זאת ועוד מדיון ומסקנות של ועדת הבדיקה שנשלחו לפרופ' הרשקו ביום 30.8.2009, מתברר כי הועדה סבורה אף היום כי סיבת המוות היתה דליפת חומר האמבוליזציה למוח ואף נקבע כי "נמצאו חלקיקי אמבוליזציה בגוף המח" (ת/1 עמוד רביעי פסקה שישית ב"דיון ומסקנות).
111. דברים אלו נסתרו מניה וביה ב- 6/נ. 6/נ לצורך הנוחות הוא הזמנה לביצוע בדיקת זיהוי גבישי מיום 13.12.2005 שנשלחה מבית החולים שיבא למר אבנר רוזנדרן ממז"פ ודו"ח הבדיקה.
112. דו"ח הבדיקה נשלח ביום 15.1.2006 וממנו עולה כי "ב. החומר מכיל מרכיבים אמידים. ג. החומר אינו PVA או פולימר אקרילי" מכאן עולה כי העובדה שהחומר שנמצא בבסיס המוח אינו החומר שנעשה בו שימוש באמבוליזציה, הייתה ידועה כבר בינואר 2006. עניין זה אף שסתר את ממצאי ועדת הבדיקה לא הביא לכינוסה של הועדה שנית והצגת העובדות החדשות בפניה אף שיתכן שהיה בעובדות אלו כדי לשנות את מסקנות הועדה. למרות האמור הוגשה חקובלנה כשהיא מבוססת על מסקנות ועדת הבדיקה שלא נתנה דעתה על ממצאי מז"פ.
113. זאת ועוד, ביום 27.11.2008 התקיימה ישיבת ועדת הבדיקה כשבמועד זה ידועות תוצאות הבדיקה במז"פ. מסיבות שאינן ברורות לחברי הועדה הנוכחית, לא טרח מאן דהוא להביא בפני ועדת הבדיקה את ממצאי מז"פ מיום 15.1.2006, דהיינו כשנתיים ומחצה קודם לישיבה האמורה.
114. את רואים בכך גם מהותי.
115. לטענת ב"כ חקובל היה מקום להפסיק מיידית את הפעולה הואיל ונמצא כי הגוש אינו וסקולרי. לעומתו טוענת ב"כ הנקבל כי אף שהתמונה האמיתית לא היתה כפי שעלה בהדמיה (גוש היפר וסקולרי), הרי שהגוש עדיין ניזון משלושה כלים כלומר הגוש היה וסקולרי ולכן היה מקום להמשיך בהליך.

116. בעניין זה הובאו בפנינו דעות מומחים משני הצדדים וגם כאן יש לומר כי אם קיימות דעות שונות של מומחים באשר לביצוע פרוצדורה רפואית הרי שכל אחת מהן טובה לא פחות מחברתה אלא אם יש על כך איסור כל שהוא. דהיינו, מדובר בשתי אסכולות לפחות שכל אחת דוגלת בדרך מסוימת ובשל כך לא ניתן לטעון כי פעולה מקצועית בדרך אחת מהווה רשלנות חמורה.

117. יש לזכור כי לא היה מדובר בגוש שהוא א-וסקולרי אלא בגוש שניזון מכלי דם כך שביצוע אמבוליזציה לגוש שניזון מכלי דם אמור לאפשר ניתוח בתנאים טובים יותר. ראה לעניין זה את עדויותיהם של פרופ' פיינמסר ופרופ' עטר בעדותם בפני הועדה עדות שלא נסתרה.

118. כפי שטאמר כבר לעיל טען הנקבל כי לביצוע אמבוליזציה מס' סיבות לכן לא ראינו לדחות את טענתו של הנקבל בשעה שזו גובתה ע"י מומחים מהתחום ובשעה שמומחי הקובל לא סתרו טענה זו. מכאן ומכיוון שטענה זו של הנקבל הניזנית ועולה בקנה אחד עם גישות של מומחים בתחום לא ניתן לקבוע אחרת.

119. מסקנות

120. המנוחה [REDACTED] עמדה בפני ניתוח להסרת גידול בצוואר. לצורך האמור וכחכנה לניתוח עברה בדיקת US ובדיקת CT שהדגימו ע"פ פענוח של רנטגנולוגים מומחים גוש היפר וסקולרי.

121. לצורך וידוא הממצאים הנ"ל המליצה הרנטגנולוגית ד"ר ענבר לבצע בדיקת אנגיוגרפיה.

122. פרופ' פיינמסר, שהיה הקייס מנג'ר, הזמין מאת הנקבל ביצוע אנגיוגרפיה ואמבוליזציה לגידול לצורך הקלה על הניתוח.

123. לפי ממצאי האנגיוגרפיה, שהוא השלב הראשוני של ההליך, נמצא כי הגוש הוא וסקולרי אך לא היפר וסקולרי.

124. הנקבל המשיך בפרוצדורה בהתאם להזמנה שקיבל מהמנתח.

125. במהלך ביצוע האמבוליזציה למעשה מייד עם תחילתה, איבדה המנוחה את הכרתה, הגיעה לדום לב והוחל בניסיונות החייאה שלא עלו יפה לצערנו.

126. מבדיקת מו"פ עולה כי נמצא בגוש המוח חומר גבישי שאינו מסוג החומרים המשמשים לאמבוליזציה.

127. אנו סבורים כי לא נעברה כל עבירה משמעת בשל העובדה כי הנקבל לא בדק את ההדמיות שבוצעו במנוחה קודם להליך, שכן וכאמור הנקבל התבקש בעצמו לבצע אנגיוגרפיה שהיא בדיקה נכונה ומדויקת יותר והקובל עצמו טען כי אין לו טענה בדבר ביצוע האנגיוגרפיה בלא שהנקבל בדק את ההדמיות. אנו סבורים כי גם לא היה עליו לבדוק ההדמיות קודם

לביצוע האמבוליוציה עצמה שכן בשלב זה חיתה בפניו תמונה מדויקת אלפי מונים מזו שניתן היה לקבל מהדמיות שקיזמו לפרוצדורה.

128. אנו סבורים כי לא נמצאה כל רשלנות, ובוודאי שלא רשלנות חמורה, בכך שהנקבל המשיך בתהליך בעת שהתברר לו כי חגוש אינו מרובה בכלי דם וזאת הואיל וטאמור נמצאו כלי דם שהזינו את הגידול והיה מקום לשיטת הנקבל והמומחים מטעמו לחסום את כלי הדם כדי להקל על הניתוח.

129. אנו מקבלים את הטענה כי יש מסי גישות באשר לביצוע האמבוליוציה כאשר למי האחת תפקידה להפסיק את אספקת הדם לגידול בעוד שהאחרת נדרשת שתפקיד האמבוליוציה הוא להפסיק את אספקת הדם לגידול, יצירת נמק בגידול ומניעת פיזור תאים מהגידול.

לאור כל האמור אנו ממליצים לזכות את הנקבל הן לגופו של עניין והן מן העילה של הגנה מן הצדק כפי שפורט בהרחבה לעיל.

עו"ד משה ארד - חבר,

מרדכי צבי שטרן - חבר

ד"ר יוסי בר - יו"ר,