

מדינת ישראל**בתי הדין למשמעת – משרד הבריאות בירושלים**

תיק בד"מ 3/9/19

תאריך:

ועדה לפי סעיף 16(א) לתקנות בריאות העם (צוות סעודי במרפאות)**התשמ"א-1981****בפני חברי הועדה:**

גב' טובה דוד - יו"ר, נציגת המנהל הכללי
 גב' ענת כהן אבוהב - נציגת הסתדרות האחים והאחיות
 עו"ד לינדה שפיר - נציגת היועץ המשפטי לממשלה

הקובל:**משרד הבריאות****באמצעות עו"ד יונתן ברג****נגד****הנקבלת:****האחות מרינה לייבין****באמצעות ב"כ עו"ד שגיא בלומנפלד****דו"ח הועדה**

קובלנה זו מוגשת בהתאם לתקנה 25 לתקנות בריאות העם (עוסקים בסעוד בבתי חולים),
 התשמ"ט-1988, ולתקנות 15 ו-16 לתקנות בריאות העם (צוות סעודי במרפאות), התשמ"א-1981
 (להלן: "התקנות").

1. הרקע והעובדות הצריכות לעניינו:

בתאריך 17.08.2015 שימשה הנקבלת כאחות אחראית משמרת לילה בין השעות 23:00 –
 07:00, במחלקת ביטחון ג' (להלן: "המחלקה") במרכז לבריאות הנפש שער מנשה (להלן:
 "בית החולים"). המחלקה הינה מחלקה פסיכיאטרית משפטית, אחת מ-4 מחלקות של

האגף לביטחון מירבי. זוהי מחלקה סגורה, והשוהים בה נמצאים בהשגחה צמודה המתאפיינת ברמת ביטחון גבוהה למאושפזים אלימים, אשר רובם מאושפזים בכפייה.

באותה משמרת היו במחלקה 33 מטופלים, ביניהם 3 בבידוד ומטופל אחד קשור.

במחלקה עבדו עם הנקבלת כח עזר (להלן: "אלירן"), ועוד עובד ככח עזר (להלן: "אשר"). אשר שימש כעוזר המסתובב באגף בין 4 המחלקות. תפקידו, בין היתר, לסייע במילוי ההנחיות באשר לבדיקת הנוכחות.

בחלקה פעלו 2 מצלמות, האחת פנתה לכיוון הפרוזדור של חדרי המטופלים (מצלמה א'), והאחרת לכיוון הלובי, אשר מחוץ לתחנת האחיות (מצלמה ב').

2. הקובלנה

לנקבלת בקובלנה מיוחסות 3 פרשיות כדלקמן:

(א) התנהגות שאינה הולמת את מקצוע הסיעוד, כאמור בתקנה 15(1) לתקנות בריאות העם (צוות סיעודי במרפאות), התשמ"א-1981 (להלן: "התקנות"). כמו כן, חוסר יכולת, חוסר אחריות או רשלנות חמורה, כאמור בתקנה 15(3).

זאת בשל העובדות:

מטופל (ג'מיא) בן 40, אשר אובחן כחולה סכיזופרניה ואשר סבל ממצבים פסיכוטיים סוערים, התאבד בין השעות 05:00 – 06:00 בתוך חדר היום, ששימש אף כחדר טלוויזיה, באמצעות תלייה בסורג החלון. הנקבלת לא הורידה את המטופל מיד משראתה אותו ולא החלה בביצוע החייאה באופן מיידי, לאחר שמצאה אותו תלוי.

במקום לדאוג מיד למטופל, מייחסת הקובלנה לנקבלת עיסוק בהשלמת הרישום הרפואי של מטופלים אחרים. בהתנהגות זו גרמה לעיכוב במתן טיפול מציל חיים.

(ב) אי בדיקת המטופל הקשור והמטופלים בבידוד, כמתחייב על פי תקנה 31 לתקנות טיפול בחולי נפש, תשנ"ב-1992 ונוהל שירות בריאות הנפש משנת 2005 בעניין "קשירות חולה – נוהל סיעודי", וכן הנחיות "בידוד וקשירה" של ועדת הסיעוד של בית החולים מתאריך 01.06.2010.

גם בהתנהגותה זו גילתה התנהגות שאיננה הולמת את מקצוע הסייעות וכן חוסר יכולת, חוסר אחריות או רשלנות חמורה במילוי תפקידה, כאמור בתקנה 15(3) לתקנות.

(ג) בפרשייה השלישית מייחס הקובל שוב התנהגות שאיננה הולמת וחוסר אחריות או רשלנות חמורה במילוי תפקידה, כאמור בסעיפים 15(1) ו- 15(3) לתקנות, כאשר במשמרת הלילה לא עמדה בנוהל בית החולים, הדורש בדיקת נוכחות בתדירות הקבועה בנוהל, ואף ביצעה רישום כוזב ברישומים של מטופלים בעניין פעולות שלא בוצעו על ידה, בדבר סימנים חיוניים של מטופלים, בדיקות של המטופל הקשור ובדיקת שלושת המטופלים שבבידוד.

3. סיכומים מטעם הקובל

(א) באשר להתרשלות החמורה בטיפול בניסיון ההתאבדות, מבקש ב"כ הקובל לקבוע, כי הנקבלת לא דאגה שהמטופל התלוי יורד מן הסורג באופן מיידי. הנקבלת לא בדקה דופק למטופל התלוי ולא ביצעה בו פעולות החיאה מצילות חיים באופן מיידי. בדקות שחלפו מהמועד בו ראתה את המטופל תלוי ועד חזרתה להורידו מהסורג, עסקה ברישום רפואי, וכל זאת בהסתמך על לוח הזמנים המפורט על ידו, כדלקמן:

(1) בתאריך 18.08.2015 בשעה 07: 50: 05 (לפי שעון המצלמות בפרוזדור), המטופל יצא מחדרו והלך לכיוון תחנת האחיות וחדר יום. הוא נראה במצלמה עובר את תחנת האחיות כשסביב צווארו כרוכה חולצתו (ת/1-12(1) – הסרט הראשון).

(2) בשעה 05: 46: 00 (לפי הסרט השני ת/1-12(2)) מטופל אחר (ב.ש.) ניגש לנקבלת, אשר הייתה בתחנת האחיות, וסיפר לה שהמטופל תלוי מהסורג של החלון בחדר יום.

(3) בשעה 05: 47: 20 (לפי מצלמת הלובי), הנקבלת ואלירן עזבו את תחנת האחיות ניגשו לחדר יום על מנת לבדוק את העניין.

בשעה 05: 47: 50, כשלושים שניות בלבד לאחר שהגיעו לחדר היום, הם חזרו לתחנת האחיות.

(4) במקום לגשת אל המטופל ולספק לו מענה, לטענת ב"כ הקובל, הנקבלת נכנסה לתחנת האחיות ועסקה ברישום הרפואי של המטופלים שהיו בבידוד ושבוצע בזמנים הבאים: 05: 47 ; 05: 48 ; ו- 05: 49.

(5) בשעה 05:51 (לפי מצלמה ב1), כ- 5 דקות לאחר שהצוות הרפואי מצא את המטופל תלוי בחדר יום, הגיע אשר (כח עזר מסתובב) לתחנת האחיות של המחלקה. כדקה לאחר מכן, ב- 05:52:35, לפי מצלמות הלובי, ניגש אשר למטופל התלוי בחדר היום.

ב- 05:53:05 הנקבלת ואלירן ניגשו למטופל התלוי, כ- 6 דקות לאחר שהם מצאו לראשונה את המטופל התלוי. הקבלת לקחה אמדו בידה במטרה לבצע החייאה.

(6) עוד טוען ב"כ הקובל, כי רק בשעה 05:35 (נראה שטעות נפלה בידי ב"כ הקובל...), כ- 6 דקות לאחר שנודע לצוות הרפואי על האירוע, קיבל דר' וסילי ז'וגנוה, הרופא התורן של מחלקה ג' (להלן: "הרופא התורן"), שיחת טלפון מהנקבלת, בה הודיעה לו על ניסיון ההתאבדות של המטופל, ולפי רישום הרופא התורן רק אז ביקשה את עזרתו.

(7) עם חזרתם של הנקבלת והעוזרים לחדר היום ב- 05:35:05, הורידו את המטופל מסורג החלון. הנקבלת החלה בביצוע פעולות החייאה, וכשהגיע הרופא התורן, המשיכה יחד עמו. עוד מציין ב"כ הקובל, על היעדרה של עגלת החייאה במקום וכן מהרישום הרפואי של הרופא עולה, כי כשהגיע לחדר היום, המטופל עדיין היה חם.

(8) בשעה 06:29 הוזמן אמבולנס (ת/7 רישום של מד"א), שהגיע בשעה 06:49. בשעה 07:15 נקבע מותו של המטופל.

(ב) מן המקובץ עולה, לטענת ב"כ הקובל, כי הנקבלת התעכבה בהענקת הטיפול המתחייב למטופל, ובכך גילתה הנקבלת התנהגות שאיננה הולמת את מקצוע הסיעוד, כאמור בתקנה 15(1) לתקנות, וכן גילתה חוסר יכולת, חוסר אחריות או רשלנות חמורה, כאמור בסעיף 15(3).

לטענת ב"כ הקובל, הנקבלת לא הורידה את המטופל התלוי באופן מידי, על מנת לבצע פעולות החייאה. לאחר שנודע לנקבלת על המעשה ולאחר שנחשפה אליו, חזרה לעמדתה ועסקה בהשלמת הרישום הרפואי, במקום ליתן מענה רפואי מידי.

ב"כ הקובל מוסיף, כי העובדות המפורטות הוכחו אף בפרוטוקול הדיון מיום 22.07.2020, שם בעמוד 123 הנקבלת בחרה שלא להוריד את המטופל עם כח העזר אלירן שהיה עמה (על אף משקלו הקל של המטופל 55 – 59 ק"ג), אלא חיכתה לאשר, כח העזר המסתובב.

(ג)

הנקבלת לא בדקה את הדופק של המטופל. כך עולה מהפרוטוקול מיום 02.11.2020 (עמוד 43 שורה 18), וכך בעדותה בפני ועדת הבדיקה, מיום 09.03.2017 (בעמוד 6 שורה ...) (ת/8-א), הנקבלת טענה, שלא ניתן היה לבדוק דופק כי החולצה הייתה סגורה. היא לא השיבה לשאלה, מדוע לא בדקה ביד או במפשעה, וטענה שידיו היו קרות ומיד רצה.

(1) ברור כי הנקבלת לא בדקה דופן פמורלי (פרוטוקול מיום 02.11.2020 עמוד 42 שורות 17 – 22 וכן עמ' 45).

(2) רק בשעה 05:53 פנתה הנקבלת לרופא התורן טלפונית וביקשה את עזרתו ורק אז, כ- 6 דקות לאחר שמצאה את המטופל תלוי, החלו לבצע פעולות החיאה.

על פי עדות הרופא התורן ותיעוד בקרדקס, הגופה היתה חמה (עדות דר' צ'רנס בוועדת הבדיקה, עמודים 30 – 31 לפרוטוקול מיום 09.05.2017), וכך גם עולה מעדותו של אליין (ועדת בדיקה מיום 06.02.2017 בעמוד 70). המטופלת צרחה שיכול להיות שהמטופל עדיין חי ואף הורתה לו להורידו.

(3) ב"כ הקובל דוחה את גרסתה של הנקבלת בתשאול (עמודים 202 – 203 בעדותו של עתאמנה יאסר מיום 02.07.2020), כי לא הגישה למטופל עזרה כי חשבה שהוא מת - מכיוון שהיה קפוא - אינה אמת.

לסיכום, לטענת ב"כ הקובל, הנקבלת לא אמרה אמת במסגרת ועדת הבדיקה לאירוע ולא פעלה כנדרש במצב זה, בעת שהתעכבה בהורדת המטופל התלוי ובמתן הטיפול המתאים.

(4) הנקבלת לא פעלה כפי שצפוי מאחות סבירה לפעול, וזאת לומד ב"כ הקובל מעדותה של האחות בר נוי, אשר הביאה לדוגמא מקרה אחר, בו הצוות הרפואי הספיק להוריד את המטופל מבעוד מועד ולפנותו לבית חולים, כאשר היה לו דופק ונשימה.

(ד) לטענת ב"כ הקובל, הנקבלת עסקה בהשלמת הרישום הרפואי במקום לנסות לחלץ את המטופל התלוי, ובכך גרמה לעיכוב במתן טיפול מציל חיים.

(1) ב"כ הקובל מסיק זאת מעיון במערכת הקרדקס (נספח ת-4), לפיו בוצע רישום משעה 05:47 עד 05:49 בשלושה חולים: בחולה ר.א. רשום: "הערות – בביקורת ישן במיטתו. התקבל למשמרת בוקר

בסטטוס בידוד. לא נרשם לפני עקב בעיה טכנית (בשעה 05:47 ביום 18.08.2015).

בחולה צ.י.: **"הערות – בביקורת שוכב במיטתו ערני, מכונס בעצמו. התקבל למשמרת בוקר בסטטוס בידוד. לא נרשם לפני עקב בעיה טכנית"** (בשעה 05:48 ביום 18.08.2015).

בחולה ב.א. רשום: **"הערות – בביקורת ישן במיטתו. התקבל למשמרת בוקר בסטטוס בידוד. לא נרשם לפני עקב בעיה טכנית"** (בשעה 05:49 ביום 18.08.2015).

(2) ב"כ הקובל שולל את טענת הנקבלת, כי לפי סרטון שצולם 5 שנים אחרי האירוע, נמצא פער של 2 דקות בין שעות המצלמה לשעון הרישום הרפואי. אולם, לטענת ב"כ הקובל, גם אם קיים הפער, אין בכך לשלול את העובדה כי הרישום זויף והתבצע בזמן האירוע. חיזוק לטענתו מוצא ב"כ הקובל בדברי הנקבלת בפני עתאמנה, כי ביצעה הפקדות בעת שהמטפל היה תלוי.

(3) ראייה נוספת עליה מצביע ב"כ הקובל, על כך שהנקבלת עסקה ברישום הרפואי לאחר שגילתה את המטופל התלוי בסורג, הן תשובותיה בתשאול בוועדת הבדיקה מיום 16.09.2015 (ת/14). שם מודה הנקבלת, כי דיווחה אודות המטופל המת רק אחרי כמה דקות, בין היתר, משום שלא ידעה מה לעשות. היא ראתה כי המטופל תלוי ומת, ובתשובה למעשיה בתחנה השיבה: **"הייתי חייבת לעשות הפקדות של קשירה"**.

(ה) הנקבלת הפרה את ההנחיות בעניין מטופלים קשורים ומטופלים בבידוד, על פי תקנה 31 לתקנות טיפול בחולי נפש, תשנ"ב-1992. על האחות האחראית לבדוק את מצבו של מטופל קשור לפחות אחת כל חצי שעה.

על פי נוהלי שירות בריאות הנפש, משנת 2005, בעניין **"קשירת חולה – נוהל סיעודי"**, על האחות לעשות הערכת מצב למטופל קשור ולפעול למילוי צרכיו הבסיסיים ולרווחתו. כמו כן, לפי הנחיות בידוד וקשירה של ועדת הנהלים הפנימיים סיעוד של בית החולים מ- 01.06.2010, על אחות להיכנס לחדר הבידוד / קשירה כדי לבדוק את מצבו של המטופל מקרוב (נקודה 9 להנחיות - ת/6).

(1) בתאריך 17.08.2015 המטופל (י.ש.) היה קשור בארבע גפיו. הקשירה החלה ב- 16:06 משום היות **"המטופל אינו צפוי ועם פוטנציאל גבוה לתוקפנות"**, לפי הרופא התורן. הוראת הקשירה חודשה בשעות

19:20 ; 00:00 ; ו- 03:09. בכל מהלך במשמרת הנקבלת לא נכנסה לחדר הקשירה אפילו פעם אחת, כשעליה היה לעשות כן כל חצי שעה.

הקשירה באמצעות ציוד מיוחד בארבע גפים ובידוד בחדרים אטומים ונעולים היא צעד קיצוני, ועל פיו נקבע הצורך בפיקוח מקצועי צמוד, ואין זה פיקוח למראית עין. לצוות הרפואי אין סכנה, שהרי המטופל קשור.

החובה לבדוק את מצב החולה כל חצי שעה, ובמיוחד לפני חידוש הוראת הקשירה ועליה, אף למדוד סימנים חיוניים כולל חום בעזרת מדחום אלקטרוני.

(2) בשעה 23:47 התקבל דיווח ראשוני ברישום הרפואי על מטופל זה. בשעה 00:00 חודשה הוראת הקשירה על סמך הדיווח של הנקבלת. הקשירה חודשה פעם נוספת בשעה 03:59, על אף שלא בוצעה ההנחיה בדבר בדיקתו.

בעדות העידה הנקבלת, כי נכנסה לחות פעם אחת אל חולה זה. בחקירתה הודתה הנקבלת כי לא נכנסה לחדרו של מטופל זה, והנימוק לכך (פרוטוקול מיום 02.11.2020 בעמוד 83 שורות 2 – 6): **"היו לי כל מיני משימות, היה לי עומס. היו לי כל מיני דברים שהייתי צריכה לעשות"**.

אי בדיקת המטופלים בבידוד:

(ו)

הנקבלת, בניגוד להנחיות והנהלים (ת/6), לא ביצעה את הביקורת של המטופלים בבידוד.

(1) בפרוטוקול מיום 02.11.2020 בעמוד 66 שורה 3, הנקבלת משיבה בחיוב לשאלה, אם נכון כי לא הלכה לבדוק את החולים שהיו בבידוד. ובהמשך, בפרוטוקול בעמוד 94 שורה 4, בתשובה לבא כוחה, משיבה הנקבלת: **"למבודדים פיזית – לא"**. ובהמשך: **"בסיבובים לא ניגשתי פיזית, לא"**.

(2) הנקבלת מכירה את הנוהל והסתפקה בבדיקה דרך מצלמות ואינטרקום בלבד, וזאת, למרות דרישת המפקחת כי ייכנסו לחדרים ואף החלטת הוועדה שהתקיימה בעניין.

(3) הנקבלת מודה, כי נהגה כך לאט בשל אי ידיעת הנהלים, אלא, כפי שעולה מ0 ת/16: **"בגלל שלא הרגשתי טוב ולא יודעת מה עבר עלי"**

באותה משמרת." דברים אלו אף מסרה למנהלת הסיעוד גבי חוה קוסטיצקי, שלא הרגישה טוב ובכל זאת החליטה להגיע למשמרת.

לסיכום טענה זו, הנקבלת גילתה התנהגות שאינה הולמת את מקצוע הסיעוד, כאמור בתקנה 15(1) לתקנות וכל גילתה חוסר יכולת, חוסר אחריות או רשלנות חמורה במילוי תפקידה, כאמור בתקנה 15(3), וכל זאת בכך שבמהלך כל משמרת הלילה לא מילאה את ההוראות להיכנס לחדר הקשירה וחדר הבידוד, לבדוק ולבצע אומדן מצב של המטופלים האלו לפחות כל חצי שעה, כמתחייב מן התקנות והנהלים או כל שעה למטופלים בבידוד.

טענה שלישית – רישום כוזב על ידי הנקבלת על פעולות שלא בוצעו על ידה – הפרת נהלי סיעוד של בית החולים :

(1) נוהל בית החולים מ- 01.06.2010 (5/ת) קובע: **"בדיקת נוכחות מטופלים במחלקה סגורה"** מחייב, ביקור וספירה שמית של המאושפזים במהלך משמרת הלילה במחלקות סגורות.

(2) הבדיקות אמורות להתבצע בשעות קבועות: 03:00 ; 01:00 ; 23:00 ; 05:00 על ידי האחיות האחראית ועל ידי העוזר שמסתובב.

בשעה 03:00 ובשעה 05:00 הנקבלת לא ביצעה את הסיוור כנדרש, כפי שעולה מפרוטוקול מיום 18.08.2020 עמודים 117 – 119, ופרוטוקול מיום 02.11.2020 החל מעמ' 76 וכן מסיכום הפגישה עם מנהלת הסיעוד מאוגוסט 2015 (9/ת).

על אף זאת, בדף הנוכחות הנקבלת רשמה סימן חיובי בשעה 03:00 ובשעה 05:00, לצד שמם של המטופלים, כולל אלו בבידוד ובקשירה (עדות הנקבלת בעמוד 33 שורה 8 בפרוטוקול הישיבה מ- 09.03.2017). יתר על כן, רשמה סימנים חיוניים בתיק המטופל הקשור (י.ש.) ובמטופלים שבבידוד, למרות שאלו כלל לא נבדקו.

(ח) **דיווחים שקריים באופן עקבי :**
הנקבלת דיווחה דיווח שקרי במערכת הקרקס כדלקמן :

(1) מ- 2/ת עולה, כי הנקבלת דיווחה כי **"המטופל נמצא במיטתו, ובשעה 05:30, זמן פתיחת מחלקה, המטופל לא נמצא במיטתו. הוחל חיפוש ונמצא בחדר טלוויזיה – חדר יום תלוי על סורגים עם חולצת טריקו"** (דיווח ברקדס מיום 18.08.2015 שעה 06:40).

בעדותה הודתה הנקבלת, כי הדיווח שקרי. יודגש, כי הנקבלת לא תיקנה רישום זה בשלב מאוחר יותר, וחזרה על השקר גם בשיחה שהתקיימה בתאריך 20.08.2015 (ת/9), כיומיים לאחר האירוע. לדבריה: **"בסיבוב הבוקר בשעה 05:30 לא ראתה את המטופל במיטתו, הוא נמצא תלוי בחדר יום"**, ומכאן כי לא רק ששיקרה בדיווח, אלא חזרה על השקר בפני מנהלת הסיעוד.

(2) ועוד דוגמא לדיווח שקרי. בדף הנוכחות סימנה הנקבלת קו המעיד על כך שהמטופל קוגס יבגני לא נמצא משעה 10:00 עד השעה 05:00, וזאת למרות שהמטופל חזר מבית חולים למחלקה בסביבות השעה 01:01 (פרוטוקול מיום 02.11.2020 עמוד 78 שורה 3).

(3) מכאן, לטענת ב"כ הקובל, ניתן להסיק כי הנקבלת דיווחה דיווחים כוזבים ועדותה, כולל סתירות רבות, אינה עקבית. חוסר אמינותה אל מול עדי התביעה, אשר גירסתם עקבית ומתיישבת עם הראיות, מעידה על המשקל שיש לתת לגירסתה ולטענותיה בפני הוועדה.

(ט) התנהגות שאינה הולמת, הוגדרה, בין היתר, על ידי בית המשפט לערעורים בע"א 580/86 דר' עמירם פישמן נ' שר הבריאות, מא(2) 614 בעמ' 615. ההתנהגות שאינה הולמת היא:

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

פסק הדין אמנם עוסק ברופא, אך אותם עקרונות יפים גם למקצועות הסיעוד.

(י) רשלנות חמורה:

(1) התקנות נעדרות בגדרן רשלנות חמורה, אולם עיון בדברי בית המשפט לערעורים, בהגדירו "רשלנות חמורה" לפי פקודת הרופאים, יפים גם למקצועות הסיעוד.

בע"א 3425/90 אלכסנדר פינסטרבוש נ' שר הבריאות, פ"ד מו(1) 321 מפי כב' השופט דב לוין:

"רשלנות חמורה במובנה של פקודת הרופאים [נוסח חדש], משמעותו מהותית וכללית סטיית רופא, במידה

משמעותית, מרמת הטיפול המקובלת הצפויה ממנו
במקרה נתון, הכל על פי נסיבותיו המיוחדות של כל
מקרה ומקרה".

לטענת ב"כ הקובל, התנהגות הנקבלת מהווה סטייה משמעותית
מהתנהגות המצופה מאחות העובדת במקצוע.

(2) משמעותו של אי ניהול תקין, ניהול כוזב של הרישום הרפואי, הוא
סטייה חמורה מהמקובל. ראה: ע"א 2939/93 קופת חולים כללית נ'
מלכה רחמן, פ"ד מט(2) 369 בעמ' 371 – 372:

"רואה אני לחזור ולהדגיש, כי רשלנות רפואית
מתגבשת כבר בעצם אי ניהול תקין שלה רישומים
הרפואיים, שחייבים בהם הרופאים המטפלים
במוסדות הרפואיים השונים.

מקרה זה הוא אחד מרבים, בהם היעדרו של רישום
מסודר של מהלך המחלה ושל הטיפול בה, פוגע לא
רק בקביעת ממצאים לאחר האירוע, כי אם בראש
וראשונה בטיפול הנאות עצמו בזמן אמת. כבר חזרנו
חזור והדגש, כי סדרי מנהל תקינים מחייבים ניהול
תרשומת מפורטת ומדויקת של הטיפול בחולה, ולא
דווקא מהבחינה המנהלית גרידא".

(יא) (1) ב"כ הקובל עומד על חשיבותם של ההליכים המשמעותיים, ומצטט
מפסק דין בעניינו של ד"ר ליבין לאור נ' שר הבריאות (ע"א נט(6) 357
בעמ' 362):

"השיקול המרכזי בהליכים המשמעותיים שבנדון
הינו השיקול של הגנה על האינטרס שיש לזכור
בשמירה על רווחתו ועל כבודו של מקצוע הרפואה ועל
אמון הציבור ברופאים ...

לפיכך, נפסק כי בהליכים ממין זה, השיקול המרכזי
שעל הגורם המחליט לשוות לנגד עיניו הוא, אינטרס
הציבור, ואילו השיקולים הספציפיים הנוגעים
לעברין המשמעת העומד בפניו, הם עניין משני שיש
לשקלו, אם בכלל".

(2) אינטרס זה, עולה בקנה אחד עם תפקידיו של משרד הבריאות, להגן על הציבור מפני פגיעה בשלומם בידי אנשי מקצוע רפואיים ופארא רפואיים, המבצעים תפקידיהם המקצועיים ברשלנות, העובדים על כללי המקצוע והמועלים באמון הציבור.

(3) עוד מדגיש ב"כ הקובל את חשיבות החלטת הוועדה בעניינה של הנקבלת, המשמשת גם בהתוויית הנחיות וכללי התנהגות לכלל העוסקים במקצועות הרפואיים, וכן ליצור סטנדרטים ואמות מידה מקצועיים, הן לצורך הרתעה והדרכה והן לקביעת סטנדרטים לאחים ואחיות, ובכך לתרום להגנה על ציבור המטופלים וכבוד המקצוע.

(4) עוד מציין ב"כ הקובל את החובה הקיימת על כל אדם להושיט עזרה לאדם הנמצא בסכנה חמורה ומידית ..., לשלמות גופו או בריאותו וקל חומר דרישה זו חלה על בעל מקצוע, שכל מהותו הושתט עזרה לחולים במצוקה.

לסיכום, עותר ב"כ הקובל, כי נמליץ להרשיע את הנקבלת בכל פרטי הקובלנה ולקבוע כי גילתה התנהגות שאיננה הולמת את מקצוע הסייעוד, כאמור בתקנה 15(1) לתקנות, ואף גילתה חוסר יכולת, חוסר אחריות או רשלנות חמורה במילוי תפקידה, כאמור בתקנה 15(3).

4. סיכומי ב"כ הנקבלת

ב"כ הנקבלת סבור, כי על הוועדה לעשות שימוש בסמכותה שלא להמליץ למנכ"ל על נקיטת אמצעי משמעת נגד הנקבלת. ראשית, משום שלא הוכח כי עברה עבירת משמעת ובנוסף ובמקביל, מטעמי הגנה מן הצדק.

(א) לטענת ב"כ הנקבלת, הקובל לא הוכיח כי הנקבלת גילתה חוסר יכולת, חוסר אחריות או התרשלה בתפקידה, באופן שאינו הולם את מקצועה, אלא פעלה בצורה סבירה, בהתאם לתנאי העבודה – כח האדם, במשמרת אשר הוכתב על ידי בית החולים.

(ב) עוד נטען, כי יש לבטל את ההליך נגדה או להורות על סעד זהה לכך, מטעמים של הגנה מן הצדק, הנובעים משניים:

- שיהוי בהעמדה לדין;
- אכיפה מפלה ומעורבות בית החולים במעשה העבירה.

כל אחד מפגמים אלו שומטות הקרקע תחת כתם הקובלנה, קל וחומר בהצטברותם זה לזה.

(ג) הוראות ההסכם הקיבוצי, באשר להיקף כח אדם במשמרת, הופרו ביוזעין על ידי הגורמים המוסמכים בבית החולים, ולמעשה, הביאו לתוצאה כי לא ניתן היה לקיים את ההנחיות והנהלים, כפי שנוסחו על ידי אותם גורמים.

(ד) עניינה של הנקבלת הינו דוגמא קלאסית של הטלת האחריות על הדרג הנמוך ביותר, תוך התעלמות ממחדלי הדרג המינהלי. קוים הליך ברור פנימי, אשר בעקבותיו ננקטו צעדים מידיים כנגד הנקבלת, וכל זאת התרחש באוגוסט 2015!

(ה) הטענה כי הנקבלת התקשרה למיון רק ב- 06:30, כמופיע בסעיף 17 לקובלנה, נזנחה לחלוטין על ידי הנקבלת, ולפיכך אין עוד לייחס לה זאת.

ועוד, בסיכומיו בסעיף 17 אין ב"כ הנקבלת מדייק כאשר הוא כותב, כי במשמרת המדוברת היא עבדה עם שני כוחות עזר. הדבר אינו נכון. הנקבלת עבדה עם כח עזר אחד, ואת כלל המחלקות (4 במספר) שירת כח עזר נוסף, אשר נע בין המחלקות. לו היו שני כוחות עזר, כי אז ככל הנראה הנקבלת לא הייתה מגיעה כדי העמדה לדין.

(ו) עיכוב בטיפול בניסיון התאבדות:

(1) בניגוד לאמור בסעיף 9 לכתב הקובלנה, כי בשעה 05:07 (לפי השעון במצלמה א') המנוח יצא מחדרו, הלך לכיוון תחנת האחיות וחדר היום, עבר ליד תחנת האחיות כשמסביב לצווארו כרוכה חולצה (ת/12 סרטון 11), הרי בשעה זו, לפי מערכת המצלמות במעגל סגור (להלן: "מערכת הטמ"ס") נצפה המנוח הולך במסדרון ומניח על צווארו חולצה.

הואיל והמסדרון אינו ליד תחנת האחיות (סקיצה ת/11 ומערכת הטמ"ס), לא ניתן לקבוע כיצד המנוח עבר לידה ומתי בדיוק. ועוד, באותו סרטון נצפה המנוח מול מצלמות המסדרון (05:58:57 - 05:08:03) כשהוא משחרר דווקא את החולצה מצווארו. עוד יצוין, כי במצלמה הנוספת, המתעדת את הלובי שליד חדר האחיות, המנוח כלל לא נקלט.

ומכאן לטענת ב"כ הקובל, לא הוכחה העובדה שהמנוח עבר ליד תחנת האחיות, כשמסביב לצווארו כרוכה חולצתו, ועל כן לא ניתן להסיק כי הנקבלת נותרה אדישה לכך שהמנוח חלף על פניה כשחולצה על צווארו.

(2) בסעיף 12 לקובלנה נטען, כי בשעה 05:47:50 (לפי מצלמה ב'), הנקבלת וכח העזר אלירן חזרו לתחנת האחיות, ובמקום להוריד ולטפל במנוח או לקרוא לעזרה, הנקבלת עסקה ברישום רפואי של המטופלים, שהיו בבידוד. רישום זה בוצע מ- 05:47 - 05:48.

בסיכומיו מחדש ב"כ הקובל ומוסיף עוד דקה לפעילות זו (05:47 – 05:49). הוועדה מתבקשת למחוק טענה זו, ולכן הוספת הדקה לא נתבקשה כתיקון הקובלנה, וממילא לא נדרשה לכך תשובת הנקבלת.

(3) עיון בסרטון ת/12 (סרטון 11) שולל את טענת ב"כ הקובל כי בשעה 05:47:20 הנקבלת נראית מחוץ לתחנת האחיות, וסביר כי היא נראית בחוץ, לאחר שקדם לכך שיח, לפחות של כמה שניות בין ב.ש. לנקבלת, שהודיע על כך שהמנוח תלה עצמו. ועוד, בהמשך, ב- 05:48 (ולא ב- 05:47:50) רואים את הנקבלת נכנסת לחדר האחיות.

ומכאן, כי בלתי אפשרי לייחס לנקבלת ביצוע רישום של השעה 05:47, לאחר שראתה את המנוח תלוי.

(4) (א) הרישומים במערכת הקרדקס (להלן: "פרומותיאוס") מופיעים כאילו נרשמו בזה אחר זה ב- 05:47; 05:58; ו- 05:49, ומכאן שאלת אי ההתאמות בין שני השעונים (הפרומותיאוס והטמ"ס).

ב"כ הקובל לא התייחס בסיכומיו לחוסר הסינכרון בין השעונים, ודי בעניין זה להפנות לדברי עד הקובל, מר יאסר עתאמנה (להלן: "יאסר"), מרכז תחום ניהול סיכונים בבית חולים, שאשר כי המערכות לא בהכרח מסונכרנות: "יש לך מערכת אחרת של שעות. זה לא אותן שעות". ובהמשך: "לא יודע. לא מסונכרנות. מה פתאום רשימת הרישום הרפואי? הן נפרדות לגמרי" (פרוטוקול מ- 18.08.2020 עמודים 124, 125).

(ב) ב"כ הקובל לא הביא מטעמו כל דוח או הסבר לפערי הזמנים בין המערכות בזמן הפקת הסרטונים (שנת 2015).

למעלה מן הצורך, הנקבלת הגישה סרטון אותו צילמה (נ/2), 5 שנים לאחר האירוע, ובו מתועד פער זמנים של כ- 2 דקות בין המערכות.

ומכאן, כי אין אפשרות להוכיח אובייקטיבית כי הרישומים נעשו לאחר שהנקבלת ראתה את המנוח תלוי, ועל כן יש לזכות את הנקבלת מכל הנטען ביחס לרישומים אלו.

(ז) (1) לא ניתן גם להסתמך על ת/14 ("פרוטוקול התשאול"), אליו הנקבלת לא קיבלה זימון, לא ראתה את הפרוטוקול ואף לא חתמה על דבריה. הנקבלת הכחישה את האמור בסעיפים 10 – 12 באותו פרוטוקול ועוד ציינה, כי הדברים הרשומים ... את מעשיה ועליהם העידו עדים אחרים בפני הוועדה.

(2) צורת המסמך אף היא מעלה ספקות באשר לאמינותו. מצורת המסמך עולה, כי היה לכאורה רצף של עדויות המעורבים בזה אחר זה, ופתאום תוספת עדות הנקבלת, למרות שהדף הקודם של "עדותה" (עמוד 6 ל- ת/14) הסתיים שלושה עמודים קודם לכן. גירסתה לא נכתבה כהמשך באותו עמוד (צילום וניתוח, ראה סעיפים 65 – 76 לסיכומים).

לטענת ב"כ הנקבלת, בעמודים 3 – 6 מופיעה גירסתה הקוהרנטית של הנקבלת, כפי שבאה לידי ביטוי בכל פורום עד עתה, ורק באותו חלק מפוקפק, בעמודים 10 – 12, מצויות האמרות "המפלילות", העומדות בסתירה לדברים שנמסרו בעמודים 3 – 6.

הנקבלת טוענת, כי השיח בינה לבין יאסר, המתואר בעמודים 10 – 12, לא התקיים והדברים הרשומים בו לא נאמרו מעולם. תימוכין לכך בדברי יאסר, אשר לדבריו: **"אני חקרתי אותה פעם אחת"** (פרוטוקול מיום 02.07.2020 בעמוד 227 שורה 11). ועוד, עמודים 3 – 6 נכתבו בידי המזכירה, שכתבה את פרוטוקול השיחה. אולם, מעמוד 10 ואילך נכתבו על ידי יאסר (פרוטוקול 27.02.2020 עמ' 235 שורות 7 – 8).

בלבול נוסף המופיע בדברי יאסר הוא באשר להפקדות על קשורים ולא על המבודדים, אלו אשר יוחסו לנקבלת שביצעה לאחר שראתה את המנות. ובסופו, בפרוטוקול מיום 02.07.2020 בעמודים 238 – 240, מאשר יאסר, כי **"מה שכן, התכוונתי לראות שלהבהיר שבמשך כל המשמרת הזאתי, שמרינה לא נכנסה ועשתה גם את ההפקדות על פי דין ועל פי חוק"**.

ועוד סיבה אותה ציין יאסר, בגינה אינו מתיר לצוות הסיעודי לעיין בפרוטוקול אותו הוא עורך, גם היא פסולה ועומדת בניגוד לדין: **"משום שאחד הרעיונות, אם תרשו לי להסביר כאן למה לא מחתימים ולא עושים, משום שהצוותים הרפואיים והסיעודיים עוד לא משתפים פעולה הרבה עם ועדות הבדיקה"** (פרוטוקול מיום 02.07.2020 בעמוד 229 שורות 9 – 12).

ועוד, עולה מ- ת/14 כי זכויותיה של הנקבלת לא הובאו לידיעתה. הזימון והודעה על כך אף לא נמסרה לוועדה.

(ח)

שעת ההודעה לדרי' וסילי על ניסיון ההתאבדות ופעולתה:

(1) על פי כתב הקובלנה, נטען כי רק בשעה 05:53 הנקבלת קראה לדרי' וסילי. הנקבלת כפרה בשעה המצוינת. דרי' וסילי העיד, כי לא זכר לומר מה רשם אשר, שהיה ללא שעון וציין כי **"משהו כזה, קרוב לשש"**.

ב- **ת/12** (סרטון 12)) בשעה 05:53:02 מרינה נצפית מחוץ לתחנת האחיות, בדרך לביצוע החייאה (צילום בסעיף 9 לסיכומי ב"כ הנקבלת). משעה זו, מרינה והצוות הורידו את המנוח והחלו בהחייאה, ומכאן כי השיחה אל דרי' וסילי התקיימה לפני שעה זו. קרי – שלא כפי שמיוחס בקובלנה בין 05:48, השעה שנכנסה לחדר, ל- 05:53, כשכבר היתה בדרך לבצע החייאה חלפו 5 דקות.

לגירסת הנקבלת, היא יצאה עם אלירן, עם קבלת ההודעה, לבדוק לאלתר מה מצב המנוח, לא הצליחה לפתוח את הקשר, ולפיכך, חזרה מהר לקרוא לעזרה. שיחה ראשונה לרופא ואחר כך למיון. לאחר מכן למחלקה, הודיעה על המתאבד (ראה פרוטוקול מיום 18.08.2020 עמוד 78). בעמוד 66 מופיע פירוט הנימוקים לפעולתה, קרי – טלפונים לגורמים הרלבנטיים: רופא, אחות במיון ולא כפתור מצוקה, כי נזקקה לסיוע מקצועי ולא לתגבורת בשל אלימות.

עוד הוסיפה, כמופיע בפרוטוקול, כי ביקשה סיוע מן האחות במיון, שכן עליה לנתק מיד ולבצע החייאה ולהיערך בהתאם: כפפות, מכשיר, חיבור מכשיר וכו'. הנקבלת לא הוציאה את עגלת ההחייאה, מחשש להשאיר ללא השגחה בקרב החולים.

לגבי הסיוע מכח העזר אלירן, ראתה כי הוא בשוק ואינו יכול לסייע לה. כאשר הגיע כח העזר המסתובב אשר, מיד הורידו את המנוח והנקבלת החלה בהחייאה.

(2) לטענתה של הנקבלת, לא ניתן היה למדוד למנוח דופק בידיים וגם לא בצוואר, בשל התלייה ואישרה כי לא מדדה לו דופק במפשעה. ציינה כי פניו היו אפורות וללא סימני חיים. הסתירה בעניין חום גופו יושבה על ידה, בצינה כי מתחת לבית השחי הרגישה חום.

עם הגעת דרי' וסילי, הרופא התורן, המשיכו בהחייאה ולא נשמעה כל טענה כי היה חוסר בדבר-מה שביקשה במהלך ההחייאה.

(3) יש לדחות את ההסתמכות על עדותו של דר' צ'רנס יורי בוועדת הבדיקה שמונתה על ידי משרד הבריאות, שכן לא נכח באירוע. ולפיכך, אין לו כל תרומה לבירור העובדות.

דר' וסילי העלה כמה גירסאות באשר לחוס גופו של המנוח בפני ועדת הבדיקה מיום 09.05.2017. קשה היה לו להעריך את מידת החוס של המנוח. ב- 1/ת' מיום 18.08.2015 דיווח שגופו של המנוח היה חס למגע, ואילו ב- 5/נ' הודעת הפטירה אישר: **"גופו היה קריר למגע..."**. שתי רשומות סותרות, ללא הסבר מניח את הדעת. וכאן המקום לציין, כי הנ"ל לא עמד לדיון.

(4) ב"כ הקובל לא הביא ראיה כלשהי / עדות מומחה באשר לחוס גופו של האדם לאחר פטירתו. הרי ברור, כי המנוח נראה חולף במסדרון ב- 05:07, כ- 40 דקות לפני שהנקבלת ראתה אותו, ואין כל נתון המעיד על שעת התאבדותו.

(5) בדיקת דופק פמוראלי (מפשעה) לא צויין על ידי ב"כ הקובל כסטנדרט רפואי המחייב זאת. גם ב- 7/ת' – נוהל החייאה, אין זכר לכך. בדיקת הדופק לפי מסמך זה, נעשית בשלב השלישי, ובוודאי לא בשלב בו המנוח תלוי.

(6) יש לדחות טענת הקובל באשר להתרשלות הנקבלת. הלך רוחה של הנקבלת היה להצילו, ובמהירות. **"בואו תורידו אותו, אולי אנחנו נציל אותו"**, עוד מעדותו של אלירן (ב- 22.07.2020 עמוד 116 שורות 18 – 20).

על אף הסיטואציה הקשה מאד עבודה, לראשונה בחייה ראתה אדם תלוי, סוף משמרת לילה, אחות בודדה במשמרת, העזרה שביקשה מבוששת לבוא והיא היא שנאבקת פיזית ומנטלית לנהל את האירוע. ראה דברי אלירן, אשר מודה כי לא הצליח לתפקד והותיר את הנקבלת לבד. וכך, מששמע על האירוע, בחר ללכת למחסן להחזיר סדינים. ואין ספק, כי לו היה לצידה כח סיעודי מקצועי ומיומן, פני הדברים היו שונים.

האירוע, כפי שמעיד אלירן עצמו, היתה לו טראומתית ביותר והעובדה כי התרחש לפני 5 שנים ניכרה בעדותו, שהיתה ברובה כי אינו זוכר דברים.

(7) ב"כ הנקבלת מבקש לאמץ את גירסתה, בהיותה קוהרנטית, סדורה ומקפפה יותר מזו של אלירן לגבי הטיפול במנוח, ומשום שהיא זו שעסקה בצורה אינטנסיבית יותר בטיפול במנוח.

(8) לסיכום, הנקבלת לא השתהתה לאחר קבלת ההודעה על כך שהמנוח תלוי. חולפת פחות מדקה מרגע שהנקבלת יוצאת אל חדר היום הסמוך ועד ששבה לתחנת

האחיות, לאחר שלא הצליחה להוריד את המטופל. מזעיקה עזרה לאלתר, מרופא תורן, מיון והמחלקה השכנה. מיד עם הגעת כח העזר מהמחלקה השכנה, לוקחת כפפות ואמבו מורידים יחדיו את המנוח, תוך שהיא מחזיקה בראשו למניעת נזק למפרקת, ומתחילה לבדה בביצוע החייאה. לאחר הגעת הרופא התורן, ממשיכה עמו לסירוגין בביצוע העיסויים.

במהלך ההחייאה שולחת הנקבלת כוחות עזר שהיו במקום, להביא דברים שונים הדרושים לביצוע ההחייאה (דיפיברילטור וא.ק.ג.). הנקבלת תטען, כי מתן טיפול והזעקת הצוות בפרק זמן של 5 דקות ברוטו, היה סביר בנסיבות העניין, בהתחשב בעובדה כי הכל הוטל על כתפיה בלבד (3 שיחות טלפון, הכנת ציוד בשלב הראשון, אמבו וכפפות) והמתנה לאשר ארביב, אשר סייע בהורדת המטופל, והכל בהתחשב בלחץ הפיזי והנפשי הנובע ממנו.

לפיכך, יש לקבוע כי תפקודה של הנקבלת היה סביר בנסיבות העניין, גם אם אינו מושלם, ובוודאי שלא חרג מסטנדרט מקצועי ראוי באופן שמחייב לקבוע, כי מדובר "בהתרשלות חמורה" כדרישת הדין.

אין ספק כי הוספת גורם מקצועי, היתה יכולה להיות "מכפיל כח" באירוע כזה. העובדה שלא היו שני אנשים, מהווה חריגה מהסטנדרט המקצועי הראוי, המעוגן בהסכם הקיבוצי. ההחלטה לחרוג מן הסטנדרט היתה של מנהלות הסיעוד, כפי שהעידו בעדויותיהן. ההתרשלות היא בקיצוץ בכח אדם ולא בפעילותה של הנקבלת.

לאור האמור, יש לזכותה לחלוטין מפרק זה בקובלנה.

אי בדיקת קשור ומבודדים:

(ט)

(1) הנקבלת מואשמת בכך, שלא נכנסה אפילו פעם אחת במהלך המשמרת לחדרי הקשירה והבידוד, לאמוד את מצב המטופלים וכי לא בדקה את מצבם (אחת לחצי שעה או שעה – בהתאמה) וכי קיימת חובה כזו מבחינה משפטית.

(2) לטענת ב"כ הנקבלת, הואיל ובתקנה 31 מתקנות הטיפול בחולי נפש, התשנ"ב-1992, נוקטת בלשון "האחות האחראית ... תבדוק את מצבו של החולה הקשור אחת לחצי שעה לפחות", ולא מחייבת גישה פיזית, כפי שמוגדר במפורש במקומות אחרים בתקנות (לדוגמא תקנה 26), אין חובה לעשות כן. מטרת התקנה לוודא, כי אין המטופלים נמקים בתאיהם וכי קיימת בקרה על מצבם האופן תכוף יחסית. נוהל קשירת חולה מעתיק תקנה זו.

לטענת ב"כ הנקבלת, זו אמת המידה המקצועית לסטנדרט המקצועי המינימלי המוכתב על ידי משרד הבריאות.

נוהל בית החולים – ת/6 – מוסיף את הדרישה, לפיה על האחות **"להיכנס לחדר הבידוד / קשירה כדי לבדוק ולהעריך את מצבו של המטופל מקרוב"** (סעיף 9). נוהל זה ניתן לקיימו, אם קיימת מצבת כח אדם המאפשרת זאת, אולם לא כאשר מנהלות הסיעוד החליטו לחרוג ממצבת כח האדם המינימלי.

הביקור חייב להיערך בנוכחות שני אנשי צוות, בכניסה לחדר מטופל בבידוד או לשם התרה זמנית, וזאת בשל הסיכון הנשקף לאיש הצוות במחלקה. זאת ועוד, סעיף 3 לנוהל קובע, כי בשעות החשיכה יש לבצע את הסיבוב על ידי שני אנשי צוות במחלקות הסגורות, שאחד מאנשי הצוות יהיה גבר.

ועוד, קיימת הנחייה מפורשת למנהלות הסיעוד בבית החולים, תמיד להשאיר איש צוות בחדר האחיות. לטענת האחיות הראשית של בית החולים, זה הנוהל. לטענתה, זו הנחייה בטיחותית מהמעלה הראשונה, להותיר איש צוות במקום בטוח לכל התפתחות שלא תהיה.

(3) בפועל, הנקבלת מסרה בגרסתה, כי לא ניגשה למטופל הקשור במהלך כל הלילה וביצעה המוטל עליה באמצעות המצלמות והאינטרקום שבחדר האחיות. עובדה זו לא מהווה עבירת משמעת וחריגה מהסטנדרט הראוי, וזאת בהסתמך על המפורט כדלקמן:

(א) האחיות הראשית, חווה קסטיצקי, בעדותה מסרה, כי את הנוהל ניתן לבצע בקירוב וללא כניסה לחדר (עמוד 52 לפרוטוקול מיום 02.07.2020): **"בבידוד לא מודדת לו לחץ דם. היא נכנסת לחדר, היא אפילו לא נכנס, היא יכולה להסתכל. אם הוא ישן, היא לא תעיר אותו בשביל לשאול אותו לשלומו"**. עוד אישרה בעדותה, שכח אדם המסתובב מגיע כל שעה, וככל שהאחות מגיעה ומסתכלת מהחלון על החולה הקשור, היא מקיימת את הנוהל כראוי מבחינתה. ועוד, היא לא נכנסת לחדר של הבידוד.

ומכאן, נוהל בית החולים נכתב על ידה והיא היא שרואה שהפיקוח באמצעות המצלמה והאינטרקום קוים כהלכה וכי הוא עולה באיכותו על מבט דרך האשנב במסדרון.

(ב) הנקבלת ביצעה את הביקורת על הקשורים והמבודדים באמצעי זה בשל העובדה, שלא היה איש צוות שלישי שיכול היה להישאר בתחנת האחיות, בזמן ששני האחרים ניגשים לחדר הבידוד / הקשירה. הואיל והתורן המסתובב מגיע אחת לשעתיים לביצוע הספירה, הרי שיש לקיים הנוהל באופן שמתד, יאפשר ביטחון הצוות, ומאידך, בקרה איכותית על המטופלים. במצלמות ובאינטרקום יש מענה לשני צרכים אלו.

(ג) תימוכין לכך יש בדברי יאסר בעמוד 157 לפרוטוקול מיום 02.07.2020: "... הוא גם בא ועזר לי במצבים שהצוות לא יכול לגשת למקומות בגלל סיכון מסוים. אז הוא יכול לצפות במצלמה ולבדוק ולתעד ולראות".

(ד) באשר לכניסה מידי שעה לחדרי הבידוד, הנוהל מחייב כניסת שני אנשים. ומכאן, כביטחון הצוות במשפטית, עולה על הצורך הדווקני של הנוהל. כך גם לשיטת יאסר וקוסטיצקי. לא נכון ולא הוגן להציב צוות בתת תקנה ולבקשם לסכן עצמם לביצוע הנוהל. ולכן, אין לשמוע כל טענה על הפרת הנוהל מצד הנקבלת.

(ה) לאור האמור, מבקש ב"כ הנקבלת לזכותה בנוגע לביצוע הפיקוח.

(יא) רישום כוזב – מבודדים וקשורים:

(1) באשר למטופל הקשור – י.ש. – ת/4: טוען ב"כ הנקבלת, כי מהות הרישום אינה כוזבת כלל ועיקר ולמעשה אלו דברים שנצפו באמצעות המצלמות ובעזרת האינטרקום. כך שהדיווחים השוטפים, כמפורט בסעיף 183 לסיכומי הנקבלת, הם אמת לאמיתה. וכך גם בשעות בהן חודשה הוראת הקשירה.

ועוד, בסביבות שעה 03:00, כאשר מטפל זה צעד, אלירן הוא שניגש אליו ולטענתו, הוא ניגש שכן היה מסוכן לתת לעשות זאת לנקבלת.

(2) באשר למטופלים אשר בבידוד – ת/3: חוזר ב"כ הנקבלת על עמדתו, כי הדיווח אינו כוזב אלא דיווח סביר, שנעשה לפי מערכת המצלמות והאינטרקום ולא על סמך ביקור פיזי, אשר, כאמור, לא בוצע.

(3) באשר לרישומי המדדים, טען ב"כ הנקבלת שגם אלו אינם בבחינת רישום כוזב. לכל רישום בקודקס נלווים באופן אוטומטי, על ידי המחשב, נתוני המדדים

שנלקחו מהמטופל בפעם האחרונה. דברים אלו אושרו על ידי יאסר, והם אלו שמלווים את המטופל כל עוד שלא נלקחים מדדים חדשים, ועיון ברישומים אכן מציין את מועד ושעת המדידה. ועל כן, אין כל רישום כוזב במעשיה של הנקבלת.

אותם מדדים מופיעים אף במשמרת נוספת, שבוצעה על ידי האחים נרימן אבו עביד ואמיר בידס, ואיש מהם לא הואשם ברישום כוזב.

(4) לטענת ב"כ הנקבלת, היא לא קיימה את נוהל בית החולים כלשונו, אולם קיימה אותו בקירוב, ועל פי עדויות האחות הראשית ומנהל תחום וניהול סיכונים – נמצאים בתחום הלגיטימי. יחד עם העובדה שנוהל בית החולים מחמיר מעל ומעבר לאמת המידה שהוגדרה בתקנות, מהן לא חרגה, אין לראות בהתנהגותה עבירת משמעת ויש לזכותה, כמפורט לעיל, מרישום כוזב.

(יב) אי בדיקת נוכחות ורישום כוזב:

(1) בהתייחס לסעיפים 25 – 27 לכתב הקובלנה, נטען כי קיימת חובת בדיקת נוכחות במטופלים במחלקה סגורה (ת/5). נקבעה חובת ביקור וספירה שמית של המאושפזים במהלך משמרת לילה בשעות 00:03 ; 00:01 ; ו- 00:05.

הנקבלת כופרת כי קיימת חובה לבצע הבדיקה על ידי אחות אחראית וכח עזר מסתובב.

(2) מכלל העדויות עולה, שהסבבים אינם מבוצעים בדיוק בשעות הנקובות, עקב המטלות המוטלות על כח העזר המסתובב. כן עולה, כי הסבבים ב- 00:23 וב- 00:01 בוצעו. לגבי הסבב בשעה 00:03, לטענת ב"כ הנקבלת, עקב הגעת חולה למחלקה והעיסוק סביבו, אשר התמשכו עד 01:30, ויתרה הנקבלת על הסבב בשעה 00:03, על אף שהגעתו של כח העזר. למעשה איחדה את הסבב, קרי – זה שנערך אחרי 00:01 עם זה שאמור היה להיערך ב- 00:03. הסבב ב- 00:05 לא נערך, שכן כח העזר האחר למעשה הגיע רק משהוזעק על ידי הנקבלת בעקבות ההתאבדות.

לטענת ב"כ הנקבלת, איחוד הסבבים, כאמור, אינו עולה כדי עבירה. מה עוד, שהרישום אינו בבחינת רשומה רפואית אלא מסמך עזר שנזרק מידי יום.

(3) לטענת ב"כ הנקבלת, גם אם היתה צריכה הנקבלת לרשום ולציין כיצד בוצעו הסבבים, קרי – איחודם, אינם בבחינת עבירת משמעת.

(4) במקום בשעה 05:00 הרי כח העזר המסתובב ביצע עם אלירן את הסבב בשעה 06:00. על אף זאת, קיים סימון חיובי בדבר ביצוע הסבב בשעה 05:00. לטענת ב"כ הנקבלת, הנקבלת לא עסקה בעניין אירוע ההתאבדות.

לטענת ב"כ הנקבלת, היא לא ידעה על ביצוע הסבב, כאמור, אלא לאחר מעשה, וכי לא הוכח כי הסימון בוצע על ידה. ולפיכך, יש לזכות מסעיף זה.

(יג) תוספות "ברגע האחרון":

(1) בסיכומיו מייחס ב"כ הנקבלת פרט נוסף אשר זכרו לא בא בקובלנה, והוא כי ת/2, אשר נרשם ב- 06:43 נרשם על ידי הנקבלת. הואיל ונושא זה לא יוחס לנקבלת כעבירת משמעת – דינו להימחק מסיכומי הקובל.

(2) מעבר לצורך טען ב"כ הנקבלת, כי מדובר בדיווח שנכתב דקות לאחר אירוע טראומטי ובעת שהנקבלת הייתה במצב נפשי קשה, בהלם ולא בפוקוס וכי נעזרה בסגנית מנהלת המחלקה ברישום הדיווח. לדברים שנאמרו בשלב זה ש להתייחס כאי דיוקים בשל מצבה ולא ככזבים.

בתחקירי האירוע, גירסת הנקבלת סדורה וקוהרנטית ביחס להתרחשות עליה נטלה אחריות, וזו צריכה לשמש לבחינת התנהגותה. לא ראוי לדקדק עם הנקבלת בשעה זו ולייחס לה התנהגות שאינה הולמת.

(3) ב"כ הנקבלת עותר למחוק חלק זה מסיכומי הקובל ולחלופין, לדחות אותו לגופו.

(יד) הגנה מן הצדק:

(1) ב"כ הנקבלת מבקש, כי נאמץ את דוקטרינת ההגנה מן הצדק, המעניקה לערכאה הדיונית סמכות לביטול ההליך שבפניה, נוכח פגמים שנפלו בהליך והמעמידים את המשך ניהולו בסתירה מהותית לעקרונות של צדק והגינות משפטית ובהסתמך על ההלכה הפסוקה, כי טענה זו לעולם תיבחן במנותק משאלת האשם.

ב"כ הנקבלת מפנה להלכה בעניין **בורוביץ** (ע"פ 4855/02, פ"ד נט(6) 776 בעמודים 806 – 807), בשאלת הבטחת קיום משפט הוגן או אם קיומו יפגע באופן ממשי בתחושת הצדק וההגינות. דוקטרינה זו אומצה בערכאות המשמעתיות בעניין **חרמון** (ביה"ד המשמעתי של לשכת עוה"ד בעל"א 2531/01, פ"ד נח(4) 55 (2004)) וכן מפנה לערכאות משמעתיות נוספות (בסיכומיו בסעיף 243).

(2) ב"כ הנקבלת התמקד בשני פגמים מהותיים שנפלו בהליך, המצדיקים לדעתו את ביטול הקובלנה:

- שיהוי ניכר בהעמדה לדין משמעותי;
- אכיפה מפלה (אכיפה בררנית / סלקטיבית) ומעורבות בכירי בית החולים בעבירות המתוארות.

(3) **שיהוי ניכר בהעמדה לדין:**

(א) ב"כ הנקבלת מפנה לסקירה שנתן בית המשפט העליון (מפיו של השופט ח' מלצר) ביחס להגנה מן הצדק מטעם של שיהוי ניכר בהגשת כתב אישום (רע"פ 4238/16 **מדינת ישראל נ' ורדי ואח'**, 37-38 (פורסם בנבו 31.10.2018). בית המשפט מכיר בתחולתו של עקרון ההגנה מן הצדק במקרים חריגים ובהתקיים התנאים כדלקמן:

"(א) למשך הזמן שחלף מאז ביצוע העבירה

הוא משמעותי;

(ב) הפגיעה בהגנתו של הנאשם, בחירותו

ובנסיבות חייו האישיות, עקב השיהוי

בהגשת כתב האישום, היא ממשית

ומוחשית;

(ג) אין בנמצא טעם מניח את הדעת

להתנהלותה זו של הרשות, מחמת

מורכבות ההליך, ניהול החקירה או עומס

מכביד".

(ב) עוד מפנה לחוקי המשמעת, בהן מצויות הוראות חוק המגנות במידת מה על אינטרס זה, באמצעיות החלת הוראות התיישנות, החוסמות מפני העמדה לדין: סעיף 64 לחוק שירות המדינה (משמעת), התשכ"ג-1963 - הגבלה של שנתיים לנקיטת הליכים; סעיף 15 לחוק המשטרה, התשס"ו-2006 - לא יעמוד שוטר לדין אם חלפה שנה מיום ביצוע העבירה, בעבירות של דן יחיד או שלוש שנים בעבירות שנדונות בבית דין למשמעת.

(ג) מכאן, כי במקום בו לא חלות הוראות, הרי תפקיד הוועדה מקבל משנה תוקף לבחון טענה זו בדקדוק רב, קל וחומר כאשר ההליך אינו מאפשר ערעור והעמדה לביקורת שיפוטית.

(ד) ולענייננו:

האירועים נשוא הקובלנה אירעו ב- 18.08.2015; הממצאים הועברו למשרד הבריאות בנובמבר 2015 וועדת הבדיקה לבחינת נסיבות מותו של המנוח מונתה באוקטובר 2016, כונסה לראשונה

בפברואר 2017 ומסקנותיה פורסמו, לרבות אלו המתייחסות לנקבלת, בדצמבר 2017; הנקבלת זומנה לשיחת הבהרה בחודש אוגוסט 2018; והקובלנה הוגשה כעבור שנה נוספת, ב- 30 באוקטובר 2019!

על פני הדברים, זו התמשכות בלתי סבירה, וגרמה בפועל לנזק בלתי הפיך בהגנת הנקבלת.

(ה) הנזקים הברורים הם היעדר יכולת להציג דוח טלפוניה, אשר היתה לו השפעה מכרעת על גירסת הנקבלת. ועוד, רב העדים, והעיקרי בהם הוא אלירן, העידו כי אינם זוכרים פרטים.

ועוד, הנקבלת נאלצה לנהל את הגנתה באופן שהיקשה עליה לאסוף חומר ומסמכים ולברר סוגיות עובדתיות בחלוף זמן כה רב.

(ו) "התיישנות מן הצדק", על נדבך זה עמד בית המשפט בפרשת שאקי, בג"צ 6972/96 **התנועה למען איכות השלטון נ' היועץ המשפטי לממשלה – מיכל בן יאיר**, פ"ד נא(2) 757, וכן בש"ז פלר / יסודות בדיני עונשין (כרך ב(13) עמודים 622 – 623, שם ארבעה טעמים עיקריים להצבת מחסום דיוני מפני הליך פלילי בחלוף זמן רב מעת ביצוע העבירה: שכחה ומחילה; הזכות לסיום מהיר של ההליך הפלילי על כל שלביו; הצורך בביורר האמת; הנימוק התועלתני – המרצת רשויות החקירה.

מקל וחומר, טוען ב"כ הנקבלת, יש להחליף דוקטרינה זו על ההליך המשמעותי.

(ז) הנקבלת המשיכה לעבוד כאחות במחלקה למעלה מחמש שנים, בלא כל עבירה משמעותית או תלונה. גם לפני האירוע, כך העידו האחראיות עליה, לא היו לה בעיות משמעות.

מימוש האחריות המשמעותית נראה בלתי צודק וגורם לעינוי דין. השיהוי המשמעותי, לפי מבחני בורוביץ, פגע בצורה קשה ומשמעותית ביכולת שלה להתגונן, בזכות להליך הוגן וגרם לה עינוי דין משמעותי.

משכך, מדובר בפגם בעוצמה גבוהה, שכוחו יפה לבדו, קל וחומר בהצטרפו לטענות הנוספות, לבטל את כתב הקובלנה. גם אם לא יבוטל כתב הקובלנה, ההצדקה לעונש בגינו בלתי צודקת בעליל.

אכיפה מפלה ומעורבות הנהלת הסיעוד בעבירות נשוא הקובלנה: (טו)

(1) הכל שווים בפני החוק ועליו להיאכף בשוויוניות. בית המשפט חזר על עקרון זה בבג"צ 98/69 **ברגמן נ' שר האוצר**, פ"ד כג(1) 693 (1969). ועוד באשר לתחושת חוסר השוויון מפנה לבג"צ 953/89 **פורז נ' ראש עיריית תל אביב – יפו**, פ"ד מב(2) 309 בעמ' 332 (1988).

(2) לטענת ב"כ הנקבלת, רק היא הועמדה לדין מבין כל מעורבי האירוע, וזאת בשעה שכח העזר אלירן לא תיפקד כלל, דר' וסילי - באשר לחלקו ברישומים הסותרים, אופן מתן החלטות לגבי בידוד וקשירה, על בסיס מצלמות, לכאורה, מבלי לפגוש במטופלים ומבלי שעמד מקרוב על הצורך להמשיך בקשירה, כמתחייב מהנחיות משרד הבריאות.

העובדה כי לא היו שני אנשי צוות עם הנקבלת במשמרת, עובדה שמנעה את האפשרות לקיים את נוהל בית החולים באשר לחובת הביקור ועוד, איחור האח הכללי ודיווח למד"א.

הפרה של הקוד האתי לאחים ולאחיות בישראל, התשע"ח-2018, המחייב את מנהלות הסיעוד הבכירות לבדוק וליידע על כשלים כגון, ובין היתר, לדאוג להבטחת בטיחות והגנה בעבודת אנשי המקצוע, יצירת תקנים וכלים לשמירה על בטיחות המטופלים.

(3) אין זה צודק לדון באחריותה המשמעתית של הנקבלת להפרת הנהלים, מקום בו תנאי הבסיס שהציג בית החולים חרגו מן ההסכם הקיבוצי ולא איפשרו את קיום הנהלים.

(4) לטענת ב"כ הנקבלת, די בתוצאה המפלה ואין חשיבות לסיבות היווצרותה. מפנה לוודי, רע"פ 4238/16 (כב' השופט שוהם) וכן לע"א 6132/16 **יורם פרידקין נ' מדינת ישראל** (פיסקאות 34 – 35 לפסק דינו של כב' השופט אלרון).

(5) לסיכום טוען ב"כ הנקבלת, כי הקובל לא עמד בנטל להוכיח כי הנקבלת עברה עבירת משמעת, ולכן עותרת לזיכוייה.

לצד הזיכוי העובדתי, תטען הנקבלת לתחולת דוקטרינת ההגנה מן הצדק בעניינה, שבכוחה לבטל את כתב הקובלנה נגדה.

5. דיון והמלצה

(א) עיינו חזור ועיין בסיכומי הצדדים, כפי שפורטו בהרחבה לעיל, וחזרנו לעיין בקובלנה, אשר ייחסה לנקבלת עיכוב בטיפול בניסיון התאבדות. ראשית, לא

מדובר בניסיון התאבדות. מ.א. "המטופל" אשר התאבד, התאבד ב- 18.08.2015 בשעה 05:07:50 ל-0547 לערך, כאשר נראה במצלמות – שעון מצלמה א' – יוצא מחדרו לכיוון תחנת האחיות וחדר היום. המטופל נצפה מול מצלמות המסדרון בין 05.07.58 ל-05:08:03. ב-05:47:05 מטופל אחר – ב.ש. – הגיע לנקבלת בתחנת האחיות ודיווח לה שהמטופל תלוי על הסורג בחדר יום.

מכאן, כי המטופל יכול היה לבצע את ההתאבדות בכל דקה מהגיעו לחדר היום ועד שנראה תלוי.

למרבת הצער, לא נערכה כל בדיקה לאחר מותו ואף לא מצאנו ראייה כלשהי, לפיה נעשה ניסיון לקבוע את שעת מותו.

עוד עולה, כי הנקבלת לא ראתה את המטופל ליד תחנת האחיות וכי לא היתה כל מצלמה אשר ניתן היה לראות באמצעותה את שקורה בחדר היום. יתר על כן, לפי אותן מצלמות נראה המטופל כשהוא משחרר את החולצה מצווארו. במצלמה הנוספת המתעדת את הלובי שליד חדר האחיות, המנוח כלל לא נקלט.

אין מחלוקת כי מיד עם קבלת ההודעה, הנקבלת יצאה, יחד עם כח העזר אורן לחדר היום ראתה את המטופל תלוי. ניסיונה להורידו מהסורג, כמתואר על ידה, יחד עם אורן לא צלח. הנקבלת חזרה לתחנת האחיות, ועל פי אותו שעון – מצלמה א' – נראית עוד ב-05:47:59 מחוץ לחדר. כבר ב-05:51:20, לפי מצלמה ב', הגיע אשר (כח עזר מסתובב למחלקה) ובשעה 05:52:30 לפי אותה מצלמה ניגש למטופל.

ומכאן, כי הנקבלת חזרה לתחנת האחיות ב-05:48 בקירוב, וב-05:53 כבר נצפית מחוץ לתחנה, בדרכה לביצוע החייאה.

הנקבלת שהתה בתחנת האחיות כחמש דקות, אשר אין כל ספק שבמהלכן הזעיקה את העזרה, כח העזר המסתובב, הרופא וכן התקשרה, כדבריה, למיון, כדי שהאחות התורנית, אשר קיבלה את ההודעה, תעשה כל שצריך בנסיבות האמורות, תזעיק צוות החייאה ... וכו'.

הננו דוחים את טענת הקובל, כי במהלך אותן חמש הדקות עסקה ברישום. טענה זו אינה מתיישבת נוכח הפער שבין שעון המצלמות לבין רישום השעות במערכת פרומתיאוס, ודי בהבדל אפילו של שתי דקות, כדי להותיר בידינו ספק, ולו בייחוס שעת הרישום ל-05:47, 05:48 וכו' במערכת הרישום, כאשר על פי המצלמות נראתה ב-05:48 מחוץ לתחנת האחיות.

אי ההתאמה בין שעונים, אשר גם יאסר אישר, כי יכול שקיימת, די בה כדי שלא נקבע שבמהלך אותן חמש דקות עסקה ברישום, כאמור. יתר על כן, הואיל ולפי המצלמות ב- 05:53:02 נצפתה מחוץ לתחנת האחיות, בדרכה לבצע החייאה, הננו דוחים את הטענה כי רק ב- 05:53 התקשרה אל הרופא, כאשר, לדבריו, אין הוא זוכר, היה זה קרוב ל- 06:00.

השתלשלות האירועים מעידה, כי הנקבלת התקשרה, כדבריה, להזעיק עזרה ועשתה זאת מרגע חזרתה לתחנת האחיות, לאחר 05:48, לפי מצלמה א'. והראייה, כי כבר ב- 05:52:30 הגיע אשר לסייע והיא יצאה עימו להחייאה. לאור האמור, הננו קובעים כי גם לרופא התורן היא התקשרה באותו פרק זמן ולא ב- 05:53, כי אז כבר לא היתה בחדרה.

חזרנו ושאלנו עצמנו, איזה עיכוב חל בפעולותיה של הנקבלת, ולא מצאנו תשובה. על הלך מחשבתה הננו עומדים מאמירתו של אלירן ב- 22.07.2020 בעמוד 116 שורות 18 – 20, אשר ציטט את דבריה: **"בוא תוריד אותו, אולי אנחנו נציל אותו עוד"**.

הובהר, כי לא היה בידיה להוריד את המטופל מן הסורג. כן הובהר, כי אלירן לא היה במצב נפשי בו יכול היה לסייע לנקבלת. משלא יכלה להורידו, פעלה להזעקת עזרה, ומיד עם הגיע העזרה ב- 05:52:30 נראתה עם אשר יוצאת להחייאה.

לו גם נניח לחובתה כי "נגעה" במחשב או ברשומות, הרי עולה באופן חד משמעי, כי הזעיקה עזרה מיידית, לאחר שגילתה את המטופל תלוי וכי מיידית, עם הגיע אשר, ללא שום עיכוב יצאה להחייאה.

הננו דוחים מכל וכל את הטענה, כי התקשרה למיון רק ב- 06:30. הרי בשעה זו היתה עם דר' וסילי, בביצוע החייאה. יתר על כן, נמסרו לנו רישום / תצלום על שעת ההתקשרות מתוקן מ- 05:57 ל- 06:30, דוח טלפונייה לא הוגש על אף בקשותינו, וכך גם המקור ועוד נמסר כי לא נוהל רישום כלשהו אודות אותה שיחה, בה דיווחה למיון על אודות ההתאבדות והבקשה לצוות החייאה (נעדותה של רבקה בן דוד, אחות תורנית – במ/5).

הננו קובעים, כי במהלך אותן חמש דקות משעת ההודעה ועד הופעתו של אשר, הנקבלת ביצעה, כדבריה, שלוש שיחות: לאשר, לרופא ולמיון. והרי משלא הצליחה להוריד את המטופל מן הסורג, אלו היו הפעולות המצופות ממנה. מיד עם הגעת העזרה, ללא כל עיכוב, נצפתה יוצאת עם אמבו לביצוע החייאה.

הנקבלת, לפי שיקול דעתה, החליטה שלא להוציא את עגלת ההחייאה מתחנת האחיות, בשל חוסר יכולת לפקח על עגלה פתוחה, כאשר מונחים בה מזרקים, סמים ומיני חומרים מסוכנים אחרים, וזו הובאה, לפי הוראתה בשלב מאוחר יותר. יודגש, כי באי הוצאת העגלה, לא פגעה ביכולתה של הנקבלת לבצע החייאה.

ההחייאה במוסד, לפי דברי הרופא כוללת עיסוי לב ואמבו מה שמבטל את הטענה שהאחות לא עשתה את הנדרש. ביצוע החייאה במשך 45 דקות ועיסוי לב בשעה שרופא לא יודע להנשים חולה עד הגעת האמבולנס, זה יותר ממה שמצופה מאחות סבירה

מה עוד כפי שצינו-לו הוזמן האמבולנס ב5:57 ולא ב6:30 כמצוין בטופס המתקן ידנית 6:30 כי אז ניתן היה לבצע פעולות באמצעות צוות ההחייאה לאלתר ולמנוע השיהוי שהוא הוא הפגם באפן הטיפול ויכול שהיה קריטי. התנהלות הרופא התורן ללא יכולת לבצע החייאה כולל הנשמה הינה יכול שפגע בהחייאת המטופל. מה גם שהרופא בתשובתו לשאלה האם הייה מצפה מהאחות ליותר בהחייאה, השיב-היא ביצעה את התפקיד אליו הוכשרה, וכשנשאל מה לגבי אינטובציה, השיב כי חיכה לאמבולנס. יש לציין כבר בשלב זה שהאחות במיון והרופא לא נחקרו על חלקם בארוע זה.

עוד באשר למדידת הדופק, אכן הנקבלת לא בדקה את הדופק של המטופל. לטענתה, לא יכלה לעשות כן בעודו תלוי. עם זאת, לא ניתן על ידה הסבר לאי מדידת הדופק במפשעה. לזכותה ייאמר, כי פעלה כמי שניתן להצילו, על אף שהתרשמה מצבע פניו האפור וללא סימני חיים, לטענתה שלא נסתרה, רק מתחת לבית השחי הרגישה חום מסוים.

תמונה ביותר בעינינו גרסתו של הרופא התורן דר' וסילי, באשר לחום גופו של המטופל. שלוש גרסאות לו באשר לחום גופו:

- בפני ועדת הבדיקה קשה היה להעריך את חום הגוף;
- בדוח אחר - ת1 - כתב כי המנוח היה חם למגע;
- ואילו בהודעת הפטירה נ/5 "גופו היה קריר למגע".

דר' וסילי לא נתן כל הסבר לסתירות ועל כן הננו מאמצים את גירסת הנקבלת, אשר לא נסתרה.

לאור האמור לעיל, הננו מזכים את הנקבלת מהתנהגות שאינה הולמת את מקצוע הסיעוד, כאמור בתקנה 15(1) לתקנות וכן מגילוי חוסר יכולת וחוסר אחריות או רשלנות חמורה, כאמור בתקנה 15(3).

בשלב מאוחר יותר בהמלצתנו, נתייחס בהמלצתנו לכוח האדם במשמרת הלילה.

(ב)

בדיקת המטופל הקשור והמטפלים בבידוד:

תקנה 31 לתקנות הטיפול בחולי נפש, התשנ"ב-1992, נוקטת בלשון "האחות האחראית ... תבדוק את מצבו של החולה הקשור אחת לחצי שעה לפחות", אינה מחייבת גישה פיזית. ראה, לדוגמא תקנה 26 המחייבת לעשות כן.

על פי נוהל שירותי בריאות הנפש, משנת 2005, בעניין קשירת חולה – נוהל סיעודי, על האחיות לעשות הערכת מצב למטופל קשור ולפעול למילוי צרכיו הבסיסיים ולרווחתו.

נוהל בית החולים ת/6 מ- 01.06.2010 מוסיף את הדרישה, לפיה על האחיות, להיכנס לחדר בידוד / קשירה כדי לבדוק ולהעריך את מצבו של המטופל מקרוב". ועוד, הביקור חייב להיערך בנוכחות שני אנשי צוות בכניסה לחדר מטופל בבידוד, לשם התרה זמנית, בשל הסיכון הנשקף לאיש הצוות במחלקה זו. ועוד, סעיף 3 לנוהל קובע, בשעות החשיכה יש לבצע את הסבב על ידי שני אנשי כח ובמחלקות סגורות אחד מן השניים חייב להיות גבר.

הנחייה נוספת מחייבת, השארת איש צוות בחדר האחיות, וכדברי האחיות הראשית, זו הנחייה בטיחותית מהמעלה הראשונה, להותיר איש צוות במקום בטוח לכל תרחיש אפשרי.

בלילה נשוא הקובלנה היו במחלקה מטופל אחד – י.ש. – קשור בארבעת הגפיים. הקשירה החלה בשעה 16:06. הוראת הקשירה חודשה ב- 19:20, ב- 23:05 וגם בשעה 03:09.

הנקבלת הודתה כי לא נכנסה לחדר ולו פעם אחת, במהלך המשמרת וכי ביצעה המוטל עליה באמצעות המצלמות והאינטרקום. באותה משמרת היו שלושה חולים בבידוד, וגם אצלם לא ביקרה הנקבלת ולו פעם אחת, אלא פיקחה, כאמור, באמצעות המצלמות.

נשאלת השאלה, האם במצב כח האדם במשמרת, אחות אחראית וכח עזר, ניתן היה לקיים את ההוראות. הכיצד ניתן לומר כי עמד לרשותה של האחיות האחראית כח עזר נוסף, אשר איפשר לה לבצע בדיקת המטופל הקשור מידי חצי שעה באמצעות ביקור פיזית, וכיצד ניתן היה לבצע בדיקת המבודדים אחת לשעה באותו הרכב של כח אדם?

מדבריה של חיה קוסטיצקי, האחות הראשית, העובדת במוסד מזה 21 שנה למדנו, כי את הנוהל, כדבריה, ניתן לבצע בקירוב וללא כניסה לחדר: **"בבידוד לא מוודדת לו לחץ דם. היא נכנסת לחדר והיא אפילו לא נכנס, היא יכולה להסתכל. אם הוא ישן, היא לא תעיר אותו בשביל לשאול אותו לשלומו".**

ועוד למדנו, כי ככל שהאחות מסתכלת על המטופל המבודד, היא מקיימת את הנוהל, היא לא נכנסת לחדר.

ומכאן מסקנתנו החד משמעית היא, כי דרך הפיקוח באמצעות המצלמות והאינטרקום היא הדרך המקובלת, ולא רק במשמרת הנדונה. דברים אלו נאמרו על ידי האחות הראשית גם לגבי המטופל הקשור. לדבריה, לכל סבב שעשה יש צורך להוסיף כח עזר, כאשר כח עזר נוסף יושב בתחנת האחיות.

עוד ציינה האחות הראשית בעדותה, כי בעת האירוע, ב- 2015, לא קויים ההסכם הקיבוצי המחייב שני בעלי תפקידים כח אדם בנוסף לאחות האחראית וכי לא ניתן לקיים הנוהל כלשונו במצב כח אדם זה ועל אף פניות בדבר חריגה מהנהלים, הנושא לא טופל אלא בשלב מאוחר יותר. ואז, לדבריה **"נסגר הפער"**.

במצב דברים זה, לא ניתן להאשים את הנקבלת בכך שלא נכנסה לחדר המטופל הקשור מידי חצי שעה ומידי שעה לחדר החולים המבודדים. הננו מקבלים את דבריה של הנקבלת, כי ביצעה זאת באמצעות המצלמה והאינטרקום, אך נותרה פתוחה השאלה מדוע לא ערכה ביקור פיזי באותה שעה בה הגיע כח העזר המסתובב לבצע ספירה.

הנקבלת סיירה בשעה 23:00, עת קיבלה את משמרת הערב. אולם ב- 01:00, עת עשתה סיור, לא טרחה להיכנס לחדר החולה הקשור וכן לא למבודדים. ועוד, על הסיור בשעה 03:00 ויתרה נוכח סמיכות האירוע – קבלת חולה, אשר הסתיים לאחר 01:30. אין ספק כי לא נכון היה לוותר על הסיור, ולאחד שני סיורים, אלו של השעה 01:00 עם זה של 03:00, ובעיקר כשקיימת מצוקה בכח עזר נוסף, ובעת סיור כאשר כח עזר הגיע, יכלה לנצל נוכחות לביקור אצל המטופל הקשור ואצל המבודדים.

בשעה 05:00, על אף פניותיה, כח העזר לא היה פנוי ולמעשה לא הגיע עד השעה בו הוזעק בגין התאבדותו של המטופל.

נעיר כבר עתה, כי עצם העובדה שהרופא התורן מחדש קשירה, וכך אירע שלוש פעמים במהלך המשמרת, ב- 20:19, ב- 00:00 וב- 03:09 עשה כן, כשהיה ברור כי איש לא בדק את המטופל הקשור מקרוב, וזאת על אף היותו קשור

בארבעת גפיו ולא נמדדו מדדים חיוניים, ולמותר לציין כי גם הרופא לא הגיע ולא בדק / ראה את המטופל הקשור, מעידה כי זו השגרה שנהוגה במקום. פיקוח ובקרה באמצעות המצלמות והאינטרקום.

לאור האמור, הננו קובעים כי הנקבלת לא יכלה לבצע את הנהלים המחייבים – ביקור מידי חצי שעה של המטופל הקשור וכל שעה של המטופלים המבודדים, ונכון היה בנסיבות הקיימות לעשות כן באמצעות המצלמות. אך יחד עם זאת, ראוי היה כי תעשה כן בכל שעה בה היה על כח העזר המסתובב לסייר במחלקה, ומטעמים השמורים עימה לא עשתה כן. לו היתה נוהגת כך, היינו ממליצים לראות בכך ביצוע של הנהלים בקרוב.

התנהגותה זו עולה כדי התנהגות שאינה הולמת את מקצוע הסיעוד, על פי תקנה 15(1) לתקנות, ובמידה רבה חסר אחריות.

אי בדיקת נוכחות ורישום כוזב:

(ג)

הנקבלת מודה כי לא ביצעה את סיורי הנוכחות, כנדרש "בנוהל בדיקת נוכחות מטופלים במחלקה סגורה" בשעות 03:00 ו- 05:00.

על אף נוכחותו של כח העזר המסתובב בשעה 03:00, הנקבלת בחרה שלא לבצע את הסבב בנימוק של איחוד שני סבבים, זה של 01:00, שבוצע מאוחר בשל הגעת חולה ב- 01:30 בקרוב למחלקה, עם הסבב בשעה 03:00. ועל כך כבר הערנו, כי שגתה בעשותה כן, בעיקר לאור הניסיון כי כח העזר לא תמיד מגיע בשעה היעודה וכי הוא משרת 4 מחלקות ועל כן לא היה ביטחון כי יגיע בשעה היעודה – 05:00, וכך אכן אירע. לבסוף, הנקבלת לא ערכה את הסבב בשעה זו. עם זאת, בדיעבד נודע לה, כי כח העזר המסתובב, אשר עם אלירן, ביצעו זאת בשעה 06:00.

על אף האמור, בשעות 03:00 ו- 05:00, לצד שם המטופלים, כולל אלו בבידוד ובקשירה, נרשם סימן כאילו הביקור נערך ואף נרשמו סימנים חיוניים אצל המטופל הקשור ואלו המבודדים.

עיון ברישום הסימנים החיוניים העלה, כי אלו נגררו מרשומה קודמת, ואכן יאסר אישר, כי כל עוד לא מזינים שינויים, המדדים "נגררים".

השאלה שעומדת לפתחנו, האם הסימון הינו כוזב או שמא הוא מסתמך על המצלמות והאינטרקום? וכאמור, ככל הנראה זה היה הנוהג בשל חוסר בכח עזר במשמרות הלילה באותה עת.

שתי שאלות לנו להכרעה:

מי ביצע את הרישום לגבי אותן שעות בהן לא נתקיים הסיור, שכן הנקבלת טענה כי לא היא ביצעה, ולמעשה בשל האירוע נטשה הכל ולא השלימה את הרישום?

אכן, לא הוכח בפנינו כי הנקבלת היא שביצעה את הרישום. אולם, אין בכך כדי להפחית מאחריותה לרישום מלא בתום המשמרת. ואם לא הייתה במצב נפשי, לאחר ניסיונות ההחייאה והמצב הקשה בו הייתה, לעשות כן, ראוי היה כי מיד כשחזרה לעבודה תבדוק את רישומי המשמרת ותוודא נכונותם. הננו מצפים מאחות אחראית, במעמד, הנטל המוטל עליה והאחריות על המטופלים, כי תוודא, גם אם בעיתוי מאוחר יותר, בשל מצבה הנפשי והאירוע המטלטל, שהדברים יבואו על תיקונם.

אין ספק כי הקרדקס הוא הרישום המשקף את מצב המטופלים המאושפזים והוא אשר משמש את משמרת הבוקר. ומשידעה כדבריה כי לא היא שרשמה ויכול שהאחות שישבה עמה בבוקר עשתה כן, בשעה שהייתה במצב נפשי קשה, חובה היה עליה עת חזרתה למחלקה, לאותה מחלקה ובסמיכות לאירוע, להביא דברים על תיקונם, לבדוק את הקרדקס, את רישומי הלילה ולתקנם ככל שצריך והכל כמתחייב מהנהלים בענין תיקון רישומים.

. בכך שלא עשתה כן, והותירה את הרישומים תוך התעלמות מתכנם ונכונותם התנהגה התנהגות שאינה הולמת.

שיהוי ואכיפה מפלה:

(ד)

לא נחזור על טענותיו הצודקות של ב"כ הנקבלת, בדבר השיהוי בהגשת הקובלנה, 5 שנים לאחר קרות האירוע, כאשר בין עוולה אחת לאחרת, במהלך הבדיקה, חולפת שנה. עם זאת, בשל חלוף הזמן ועל מנת ליתן לנקבלת לנהל את הגנתה באופן המיטבי, התעלמנו בהחלטתנו מעדויות שבהן השתלט אי הזיכרון על המעידים, חוסר הדיוק, אי המצאת מסמכים תומכים וכל אלו על מנת לא להעמיד את הנקבלת במצב נחות, בשל חלוף הזמן.

עוד יצוין, כי אכן מקרה זה נופל לגדר המקרים שבבוא הזמן תישקל ההצדקה לעונש בגינו.

על אף השיהוי, אין בידינו לבטל את הקובלנה, כאשר מחלקה כל כך קשה, ובה חולים מורכבים, נתונים לחסדיה של האחיות האחראית במשמרת הלילה. נימוק זה כשלעצמו מחייב את בירור הטענות נגדה, שכן לא בכדי דיני

- (ה) הננו סבורים, כי צריך שתהיה התאמה בין שיעון פרומתיאוס לשיעון המצלמות, שכן התאמה זו תתרום להבנת האירועים וככל שצריך להפקת לקחים.
- (ו) התרשמותנו היא כי הדברים אינם נכונים כפי שנשמעו מפיה של הגב' רבקה בן דוד, שהייתה אחות תורנית במיון. הכיצד לא מתנהל יומן אירועים ודיווח על התאבדות איננו מתועד, במקום בו נדרש להזעיק צוות החייאה?

(ז) ולבסוף, יש לטעמנו לבחון הימצאותו של צוות החייאה בבית החולים על כל המשתמע מכך ולפחות אינטובציה שימוש בדפריבלטור וכינצ"ב כחלק ממיצוי פוטנציאל של אחיות והרופאים ולמותר לציין החובה על שמירת נהל החייאה מעודכן בהתאם לתקן aha.

סוף דבר,

- הננו מזכים את הנקבלת מעיכוב בטיפול בניסיון התאבדות – סעיף 18 לקובלנה.
- הננו מרשיעים את הנקבלת בהתנהגות שאינה הולמת וחוסר אחריות, בכך שלא ביצעה ביקורים אצל המטופל הקשור והמטופלים המבודדים, בעת שכל עזר מסתובב הגיע לסבב ספירה, לפי סעיף 18 (1) ו18 (3) לתקנות
- הננו מרשיעים את הנקבלת, בכך שלא ביצעה את הסבב בשעה 00:03, כאשר כל העזר הגיע לבצעו לפי סעיף 18 (1) ו18 (3) לתקנות.
- התנהגותה של הנקבלת באשר לרישום אינה ראויה, כפי שפרטנו באשר לאחריותה לקיומו של רישום מדויק בקרדקס המשקף את אירועי הלילה, ובכך התנהגה התנהגות שאינה הולמת את מקצועה וחוסרת אחריות בהתאם לסעיף 18 (1) ו18 (3) לתקנות.

ניתנה היום 12/04/2021

טובה דוד,	ענת כהן אבוהב	עו"ד לינדה שפיר
נציגת המנהל הכללי	נציגת הסתדרות האחים והאחיות	נציגת היועץ המשפטי לממשלה

(ד) תמוה בעינינו הכיצד המצלמות אינן קולטות, וכך גם האחות בתחנת האחיות, כל תנועה / מעבר ממקום למקום וכיצד חדר היום הפתוח אינו מצולם. אין ספק שלענייננו הצילום היה שופך אור על האירוע כולו.

(ה) הננו סבורים, כי צריך שתהיה התאמה בין שעון פרומתיאוס לשעון המצלמות, שכן התאמה זו תתרום להבנת האירועים וככל שצריך להפקת לקחים.

(ו) התרשמותנו היא כי הדברים אינם נכונים כפי שנשמעו מפיה של הגב' רבקה בן דוד, שהייתה אחות תורנית במיון. הכיצד לא מתנהל יומן אירועים ודיווח על התאבדות איננו מתועד, במקום בו נדרש להזעיק צוות החיאה?

(ז) ולבסוף, יש לטעמנו לבחון הימצאותו של צוות החיאה בבית החולים על כל המשתמע מכך ולפחות אינטובציה שימוש בדפריבלטור וכינצ"ב כחלק ממיצוי פוטנציאל של אחיות והרופאים ולמותר לציין החובה על שמירת נהל החיאה מעודכן בהתאם לתקן .aha

סוף דבר,

- הננו מזכים את הנקבלת מעיכוב בטיפול בניסיון התאבדות – סעיף 18 לקובלנה.

- הננו מרשיעים את הנקבלת בהתנהגות שאינה הולמת וחוסר אחריות, בכך שלא ביצעה ביקורים אצל המטופל הקשור והמטופלים המבודדים, בעת שבה עזר מסתובב הגיע לסבב ספירה, לפי סעיף 18 (1) ו-18 (3) לתקנות

- הננו מרשיעים את הנקבלת, בכך שלא ביצעה את הסבב בשעה 03:00, כאשר כח העזר הגיע לבצעו לפי סעיף 18 (1) ו-18 (3) לתקנות.

- התנהגותה של הנקבלת באשר לרישום אינה ראויה, כפי שפרטנו באשר לאחריותה לקיומו של רישום מדויק בקרדקס המשקף את אירועי הלילה, ובכך התנהגה התנהגות שאינה הולמת את מקצועה וחוסרת אחריות בהתאם לסעיף 18 (1) ו-18 (3) לתקנות.

ניתנה היום 04/2021 / 12

טובה זול

- (ה) הננו סבורים, כי צריך שתהיה התאמה בין שעון פרומתיאוס לשעון המצלמות, שכן התאמה זו תתרום להבנת האירועים וכל שצריך להפקת לקחים.
- (ו) התרשמותנו היא כי הדברים אינם נכונים כפי שנשמעו מפיח של הגבי רבקה בן דוד, שהייתה אחות תורנית במיון. הכיצד לא מתנהל יומן אירועים ודיווח על התאבדות אינו מתועד, במקום בו נדרש להזעיק צוות החייאה?

(ז) ולבסוף, יש לטעמנו לבחון הימצאותו של צוות החייאה בבית החולים על כל המשתמע מכך ולפחות אינטובציה שימוש בדפריבלטור וכי"צ"ב כחלק ממיצוי פוטנציאל של אחיות והרופאים ולמותר לציין החובה על שמירת נהל החייאה מעודכן בהתאם לתקן .aha

סוף דבר,

- הננו מזכים את הנקבלת מעיכוב בטיפול בניסיון התאבדות – סעיף 18 לקובלנה.
- הננו מרשיעים את הנקבלת בהתנהגות שאינה הולמת וחוסר אחריות, בכך שלא ביצעה ביקורים אצל המטופל הקשור והמטופלים המבודדים, בעת שכל עזר מסתובב הגיע לסבב ספירה, לפי סעיף 18 (1) 181 (3) לתקנות
- הננו מרשיעים את הנקבלת, בכך שלא ביצעה את חסבב בשעה 00:03, כאשר כח העזר הגיע לבצעו לפי סעיף 18 (1) 181 (3) לתקנות.
- התנהגותה של הנקבלת באשר לרישום אינה ראויה, כפי שפרטנו באשר לאחריותה לקיומו של רישום מדויק בקרדקס המשקף את אירועי הלילה, ובכך התנהגה התנהגות שאינה הולמת את מקצועה וחסרת אחריות בהתאם לסעיף 18 (1) 181 (3) לתקנות.

ניתנה היום 12/04/2021

טובה דוד, ענת כהן אבוהב עו"ד לינדה שפיר
יו"ר, נציגת המנהל הכללי נציגת הסתדרות האחים והאחיות נציגת היועץ המשפטי לממשלה

- (ה) הננו סבורים, כי צריך שתהיה התאמה בין שעון פרומתיאוס לשעון המצלמות, שכן התאמה זו תתרום להבנת האירועים וככל שצריך להפקת לקחים.
- (ו) התרשמותנו היא כי הדברים אינם נכונים כפי שנשמעו מפיה של הגב' רבקה בן דוד, שהייתה אחות תורנית במיון. הכיצד לא מתנהל יומן אירועים ודיווח על התאבדות איננו מתועד, במקום בו נדרש להזעיק צוות החייאה?

(ז) ולבסוף, יש לטעמנו לבחון הימצאותו של צוות החייאה בבית החולים על כל המשתמע מכך ולפחות אינטובציה שימוש בדפריבלטור וכינצ"ב כחלק ממיצוי פוטנציאל של אחיות והרופאים ולמותר לציין החובה על שמירת נהל החייאה מעודכן בהתאם לתקן .aha

סוף דבר,

- הננו מזכים את הנקבלת מעיכוב בטיפול בניסיון התאבדות – סעיף 18 לקובלנה.
- הננו מרשיעים את הנקבלת בהתנהגות שאינה הולמת וחוסר אחריות, בכך שלא ביצעה ביקורים אצל המטופל הקשור והמטופלים המבודדים, בעת שכת עזר מסתובב הגיע לסבב ספירה, לפי סעיף 18 (1) ו18 (3) לתקנות
- הננו מרשיעים את הנקבלת, בכך שלא ביצעה את הסבב בשעה 03:00, כאשר כח העזר הגיע לבצעו לפי סעיף 18 (1) ו18 (3) לתקנות.
- התנהגותה של הנקבלת באשר לרישום אינה ראויה, כפי שפרטנו באשר לאחריותה לקיומו של רישום מדויק בקרדקס המשקף את אירועי הלילה, ובכך התנהגה התנהגות שאינה הולמת את מקצועה וחסרת אחריות בהתאם לסעיף 18 (1) ו18 (3) לתקנות.

ניתנה היום 12/04/2021

טובה דוד, ענת כהן אבוהב עו"ד לינדה שפיר
 יו"ר, נציגת המנהל הכללי נציגת הסתדרות האחים והאחיות נציגת היועץ המשפטי לממשלה