

7/10

מדינת ישראל, משרד הבריאות



# חוזר הכנהל הכללי

י"ט באדר התשנ"ו (10.3.96)

6/96

**תאריך**

**מס**

הרשומה הרפואית

**נושא:**

**רקע:**

הרשומה הרפואית הינה הכלי לתיעוד כל המידע הרפואי הנוגע למטופל בזמנים שונים, הכולל את המידע האנמנסטי שנמסר ע"י המטופל עצמו, את ממצאי הבדיקות שנערכו לו, את האבחנות, ההתייעצויות, המסקנות וההוראות הטיפוליות ואת פרטי הטיפולים שקיבל החולה בפועל.

רופאים אשר אינם מקפידים לערוך רישום נאות בתיק הרפואי, פוגעים ברמת הטיפול, בהמשכיותו, בבקרה ובהערכה של איכות הטיפול, ובמצבים של התדיינות משפטית - גם בהגנה המשפטית על הגורמים הרפואיים הנתבעים.

## מהות הרשומה

הרשומה הרפואית כוללת את כל המסמכים והתיעוד הנוגע למצבו הרפואי של החולה, ובכללם:

א. מסמכים הנכתבים ע"י רופאים, אחיות ומטפלים אחרים; (בין אלו ניתן למנות: מסמכי קבלה רפואית וסיעודית, גליון קבלת חולה, גליון בדיקה ומעקב, דו"ח פקודות וטפסי הוראות רופא, דו"ח ניתוח/לידה וכיו"ב, גליון הרדמה, סיכום מחלה, מכתב שחרור, קודקס, הפניות ובקשות לבדיקות/צילומים, לאשפוז/להתייעצות וכד', הזמנה להתייעצות רפואית, חוות דעת, רישומי תולדות ומהלך המחלה, וכל מסמך אחר כיוצא באלו).

ב. רישומים, לרבות פלט מחשב, המתעדים ממצאים של בדיקות מעבדה למיניהן;

ג. צילומים וקלטות ופענוחיהם;

ד. תרשימים של מכשירי בדיקה וניטור;

## חשיבותה של הרשומה הרפואית

1. תיעוד מדויק ומלא של מהלך המחלה ושל תהליכי האבחון והטיפול, הוא בעל חשיבות מבחינה רפואית:

א. שימור כרונולוגי של עובדות, מסמכים, השערות, שיקולים, התייעצויות ודיונים הנוגעים להערכת מצבו הרפואי של החולה והטיפול בו, חיוני לשמירת רצף טיפולי נכון בחולה, במיוחד כשזה מתבצע לאורך זמן וע"י מספר אנשי צוות, אולם - בהתחשב במגבלות הזכרון האנושי - גם כשהטיפול נעשה ע"י אותו רופא עצמו.

ב. תיאור מדוייק של מצב החולה בזמנים נתונים, הן עפ"י הערכתו הסובייקטיבית (האנמנזה) והן עפ"י הערכת הרופא וממצאי הבדיקות, הינו מדד חשוב ביותר למעקב אחר כיוון ההתפתחות של המחלה ו/או השפעת הטיפול.

ג. נתונים רפואיים ברורים ובדוקים על עברו של החולה, מסייעים באופן משמעותי לאבחון ולטיפול בו בביקורים ובאשפוזים חוזרים.

2. רשומה רפואית מלאה ואמינה, הינה כלי בסיסי לבקרת העשייה הרפואית ולהערכת איכותה על דרך של ניתוח רטרוספקטיבי של מהלך המחלה, אבחונה והטיפול בה, במטרה להפיק לקחים רפואיים.

3. מבחינה משפטית, הרשומה הרפואית היא הראייה המרכזית בכל התדיינות באשר לטיב הטיפול הרפואי ותוצאותיו. ראייה זו משמשת כלי לבדיקת שרשרת הארועים שהביאה לתוצאה בלתי רצויה למטופל. היא התייעוד היחיד המאפשר למומחים ולשופטים לנתח ולהעריך האם אמנם היה ליקוי או פגם בהליכי הטיפול ובאם המסקנות שהוסקו היו סבירות. רשומה מלאה ומדוייקת עשויה לסייע לרופא הנתבע, אשר יכול בעזרתה להוכיח את דרך הפעולה בה נקט, את הבסיס לה ואת מערכת השיקולים שהביאה אותו לפעול כפי שפעל. היא מקיימת את חובתו של הרופא כלפי החולה, כלפי עמיתיו וכלפי המוסד הרפואי והיא עונה לצורך ליתן דיווחי אמת.

#### תוכן הרשומה

1. יש להקפיד על תיוק של כל המסמכים הנוגעים לחולה בתוך התיק הרפואי, בסדר כרונולוגי שוטף.

2. הרישום הנעשה ע"י הרופא, צריך לכלול את הפרטים הבאים:

א. אנמנזה מלאה ומפורטת

למידע שנמסר ע"י החולה ותשובותיו לשאלות מנחות של הרופא, יש חשיבות מרובה לצורך קביעת הדיאגנוזה ולבחירת אמצעי הטיפול הראויים. רישום מלא של מידע זה מסייע לרופא בחשיבה הרפואית, וחשיבותו רבה הן כדי לשלול אבחנות אפשריות מסויימות והן כדי לאשש את האבחנה הנכונה.

פרטים אנמנסטיים מסויימים יכולים להתברר בדיעבד כבעלי חשיבות מכרעת מבחינה דיאגנוסטית או טיפולית, ולפיכך יש להקפיד הן על לקיחתם והן על רישומם באופן מלא ומדוייק.

ב. פרטי הבדיקה הקלינית

רישום מדוייק של פרטי הבדיקה הקלינית וממצאיהם, לרבות העדר ממצאים או ממצאים תקינים, חשוב הן כדי להבטיח עריכתה של בדיקה מלאה ונכונה והן כדי להוכיח את קיומה ואת ממצאיה. זאת, כמובן, בנוסף לערך הרב שיש לרישום זה מבחינת המשך הטיפול הרפואי.

ג. פרטי בדיקות העזר

יש להקפיד לא רק על תיעוד ממצאי בדיקות מעבדה, צילומים ובדיקות עזר אחרות, אלא אף על רישום ההחלטה וההוראה לבצע בדיקות מסויימות.

רישום עובדת הפנייתו של החולה לבדיקה או צילום, או רישום בדבר שליחת דם, למשל, לבדיקה מסויימת, מהווה תזכורת עבור הרופא לנהל מעקב אחר ממצאי הבדיקות הנדונות ולשקלם, בטרם יגבש החלטה או מסקנה טיפולית כלשהי. קבלת החלטה טיפולית תוך התעלמות מתוצאותיה של בדיקה חיונית, או מבלי לבצע בדיקה כאמור, עלולה לעלות כדי רשלנות רפואית.

ד. התייעצויות.

יש לתעד כל התייעצות, עם רופאים בכירים במחלקה ועם מומחים ואנשי מקצוע מתחומים אחרים, לרבות התייעצויות טלפוניות עם הרופא הכונן. הרישום צריך לכלול את מועד ההתייעצות, את פרטי היועץ, את הבעיה שהוצגה בפניו ואת תוכן דבריו.

ה. האבחנה

חשוב לציין ברישום לא רק את האבחנה הסופית, אלא לתעד גם את תהליך עריכת האבחנה המבדלת, להבהיר מה הנתונים שלאורם נקבעה הדיאגנוזה, ולדון בנתונים שאינם תואמים אותם. רק כך ניתן להבטיח ולהוכיח כי הרופא לא התעלם מסימפטומים וממצאים מסויימים שאינם עולים בקנה אחד עם האבחנה אליה הגיע.

ו. הדיון

יש לתעד את פרטי הדיון שנעשה לצורך קבלת ההחלטה הטיפולית. במסגרת זו על הרופא לציין את השיקולים שהביאוהו לבחור בטיפול המסויים, במיוחד כאשר קיימות חלופות טיפוליות. במקרים שקיימים אצל החולה מצבים המהווים לכאורה הורייית-נגד לטיפול, על הרופא להתייחס לכך ברישומיו ולהבהיר על סמך אלה שיקולים ובאלו תנאים בכל זאת מצא לנכון להורות על הטיפול.

כמו-כן חשוב מאוד לסכם את הדיון עם החולה ולתעד את שיתופו בתהליך קבלת ההחלטות. יש לציין גם פרטים משמעותיים בשיחות עם המטופל, כגון אי מסירת מידע מסויים, אם משום שהחולה מבקש שלא לדעת או משום שהרופא חושש שמידע זה עלול להזיק לו; סירוב החולה לטיפול מסויים, הנחיות שניתנו להמשך טיפול, וכד'.

ז. ההחלטות

יש לרשום את ההחלטות על דרכי פעולה שהרופא מבקש לנקוט בהן. הרישום צריך להעשות באופן ברור ובולט, שיבטיח קיומן של ההחלטות ומילויין של ההוראות שיש לבצע לשם כך.

ח. הטיפול שבוצע

על האחות או הרופא המבצע את הטיפול, לרשום את פרטי הטיפול שניתן. כאשר מדובר בפעולה טיפולית או כירורגית, יש לפרט את מהלך הפעולה ולהקפיד על ציון לוח הזמנים של כל שלבי הטיפול.

ט. הנחיות להמשך טיפול ומעקב

יש להקפיד על רישום מדויק וברור של ההנחיות להמשך טיפול ומעקב באופן שיהיה מובן הן לחולה והן לגורם שאמור לבצעם, ויבטיח את ביצועם בפועל.

3. כל רישום צריך לשאת תאריך, שם הכותב ותפקידו וחתימה.

רישומים המתעדים ביצוע פעולות או בדיקות, או רישומים המהווים הוראות ביצוע, חייבים לציין גם את שעת ביצוע הפעולה או מתן ההוראה.

כן צריך לוודא כי הרישום נושא את פרטיו המזהים של החולה, על מנת שניתן יהיה להבטיח שיתוייקו בתיק המתאים.

4. הרישום צריך להעשות עד כמה שאפשר "בזמן אמת", ודהיינו תוך כדי התהליך המתועד או בסמוך לאחריו. יש לכתוב בעט (ולא בעפרון שניתן לבצע בו מחיקות ושינויים) ובצורה כרונולוגית, כדי למנוע טענות של תוספות בשלב מאוחר יותר. צריך להימנע ממחיקות ומתיקונים שנועדו "ליפות" את התמונה. במקרה שחייבים לתקן את הכתוב, יש לבצע זאת כך שניתן יהיה לקרוא גם את הרישום המקורי וגם את התיקון. תיקון או תוספת מאוחרים צריכים אף הם לשאת את התאריך והשעה בה נערכו. רשומות ממוחשבות יש להדפיס על נייר ולחתום עליהן בגמר עשייתן, ולתיקן בתיק החולה.

הרשומה הרפואית במסגרת התדיינות משפטית

1. חוסר רישום, או רישום לא מלא או לא מדויק, כשלעצמו, עלול להחשב ע"י בית המשפט כהתנהגות רשלנית. אם יוברר כי כתוצאה ממחדל זה נגרם לתובע נזק, יחוייב הנתבע בגין עוולת הרשלנות.

2. הרשומות הרפואיות מקובלות על בתי המשפט כראיה אותנטית ובעלת משקל באשר לארועים שקרו ולהתפתחויות שהתרחשו בקשר לטיפול בחולה התובע. כאשר רישום לא נעשה או לא קיים נזקף הדבר לחובת הרופא, ובית המשפט יתייחס אל הדברים כאילו הפעולה עצמה, שהרופא טוען כי ביצע, לא נעשתה.

בתי המשפט אינם נוטים לסמוך על דברים הנאמרים מזכרונו של הרופא לגבי הטיפול בחולה המסויים בשל הזמן הרב שחלף מאז הטיפול או הארוע נשוא התביעה ועד למועד הדיון בה. הנסיון מלמד כי כאשר קיימת מחלוקת עובדתית בין התובע והרופא באשר לדברים שנאמרו ולפעולות שבוצעו בתובע בהקשר לתהליך הטיפול בו, מעדיף בית המשפט, בדרך כלל, את גרסת התובע. הטעם שניתן לכך הוא כי עבור החולה זהו ארוע משמעותי וחשוב, ולעתים אף הרה גורל, ולכן חזקה עליו שהוא זוכר את פרטיו לאורך ימים. לעומת זאת, אמר בית המשפט לגבי עדותו של הרופא:

"עניין לנו ברופא, אשר במרוצת הימים, החודשים והשנים, שעברו מאז הארוע ועד למסירת העדות בבית המשפט, טיפל אל נכון בחולים ובעניינים לרוב, כיצד אפשר לקבל בבטחון כה רב וללא היסוס את גרסת המשיב בעדותו, כאילו בדק את המערער היטב ולא נתגלו לעיניו כל ממצאים מעוררי דאגה".  
(ע"א 58/82 קנטור נ. מוסיב, פ"ד ל"ט(3), 253, 260).

3. באופן עקרוני, מבחינים בתי המשפט בין רשלנות לבין טעות בשיקול דעת. המשפט מכיר בכך שהרפואה היא איננה מדע מדויק וכי גם רופא בשר ודם יכול לטעות, ולא כל טעות מהווה רשלנות. הרבה פעמים עומד הרופא בפני מצב של אי וודאות, כאשר בפניו דרכי פעולה שונות, והוא מחליט לבחור אחת מהן. אם יתברר בדיעבד כי טעה, וכי דווקא הדרך האלטרנטיבית היא שהיתה עדיפה, לא ייחשב הדבר כרשלנות, אם יתברר כי קיבל את ההחלטה לאחר ששקל את כל העובדות ואת כל האפשרויות, ומנימוקים שונים שהיו סבירים באותה שעה. מאידך, אם ההחלטה התקבלה כלאחר יד, מבלי שהובאו בחשבון שיקולים מהותיים, ייחשב הדבר לרשלנות מקצועית.

במקרים לא מעטים, נידונים בבתי המשפט עניינים בהם נגרם לחולה נזק שניתן היה למנעו אילו נקט הרופא קו פעולה אחר. בין אלה ישנם מקרים שהפעולה הינה פרי החלטה שנתקבלה לאחר שיקול דעת מעמיק, אשר לרוע המזל התברר בדיעבד כמוטעה. על הרופא הטוען זאת, להוכיח כי אכן כך היה, והרישומים שנעשו בסמיכות לקבלת ההחלטה הם האמצעי האמין הטוב ביותר להוכחת העובדה שהיה כאן שיקול דעת ולא רשלנות.

כך, למשל, קבע בית המשפט לגבי החלטה של רופא מיילד לבצע לידה בוואקום ולא לעשות ניתוח קיסרי:

"אין רישום על מנח ומצג ומידת המצוקה ואין אנו יודעים אם הרופא שקל או לא שקל שיקולים ענייניים או שמא הדריכו אותו גם שיקולים לא ענייניים. ומכיוון שלא בחר בדרך הסבירה של ניתוח, בלא רישום והסבר כלשהו, הטעות הזו נזקפת לחובתו כטעות לא סבירה".  
(ת.א. (י-ם) 1252/82 פרופטה נ. טרויץ, פסקי דין רפואה ומשפט, 1, בעמ' 16).

4. עפ"י פסיקת בתי המשפט, פגמים ברישום יכולים להפוך את נטל ההוכחה. דהיינו, במקום שהתובע יצטרך להוכיח כי הטיפול שניתן לו היה רשלני וגרם לנזקו, עובר הנטל אל כתפי הנתבע, אשר יצטרך להוכיח באופן פוזיטיבי כי הטיפול שנתן, עמד בסטנדרט הסבירות הראוי.



משמעות הדבר היא כי כאשר העמדה שהרופא נהג בסבירות שקולה לעמדה שהרופא נהג ברשלנות, ואין ראיות משכנעות יותר לאחד משני הכיוונים, כי אז במצב הדברים הרגיל יקבע בית המשפט כי התובע לא הוכיח את תביעתו, והתביעה תידחה. מאידך, כאשר נטל הראיה מתהפך, יקבע בית המשפט במקרה כזה כי הנתבע לא הוכיח שנהג באופן סביר, והתובע יזכה בתביעתו. הבדל זה הוא משמעותי ביותר, במיוחד כאשר אין ברישומים סימוכין לגרסת הצוות.

5. יתרה מזו, בתי המשפט קבעו כי במקרה של טיפול רפואי, כאשר בשל העדר רישום או רישום חסר או לקוי, אין לתובע ידיעה או יכולת לדעת מה הסיבות שגרמו לנזקו, ואם נראה לבית המשפט שארוע המקרה שגרם לנזק מתיישב יותר עם המסקנה שהנתבע לא נקט זהירות סבירה מאשר עם המסקנה שהוא נקט זהירות סבירה, כי אז יחול הכלל של "הדבר מדבר בעדו" (סעיף 41 לפקודת הנזיקין).

לפי כלל זה, אם בית המשפט מגיע למסקנה כי התמלאו יסודות הסעיף, הוא הופך את נטל ההוכחה במשפט ומעבירו אל כתפי הנתבע. ואם זה לא יצליח להוכיח את גרסתו במידת השכנוע הדרושה, הרי שיימצא רשלו ונתבע יזכה בתביעתו.

כך, למשל, קבע בית המשפט במקרה של נזק שנגרם לילוד עקב קשיים בביצוע אינטובציה באם לצורך ניתוח קיסרי, כי:

"ברישומי בית החולים אין לא עובדות ולא הסבר לתקלה שאירעה. הם אינם נותנים ביטוי לקשיים שהתעוררו ולתקלות שאירעו ואינם מכילים כל נתונים עובדתיים או רפואיים שיכולים לשמש להם הסבר. התוצאה היא שהמשיבה לא יצאה ידי החובה הרובצת עליה..."  
(ע"א 789/89 סמדר עמר נ. קופ"ח פ"ד מ"ו(1), 712, 721).

6. צריך לזכור כי ישנן גם תביעות של חולים בגין הנחיות טיפוליות או תרופות, שכביכול ניתנו להם ע"י הרופא, וגרמו להם נזק, בעוד שלטענת הרופא מעולם לא ניתן לתובע הוראה או תרופה כאמור. במצבים כאלה "העדר רישמו של אותו טיפול ברשומה הרפואית יש בו כדי לתמוך בגרסתו של הרופא, אלא שאם מוכח כי רישומיו של הרופא לוקים בחסר או באי דיוקים, יש בכך כדי להחליש את המסקנה העולה, כאמור, מהעדר רישום." (ע"א 5128/90 כהן רבקה נ. ברק ריבה, לא פורסם).

#### זכויות החולה לגבי הרשומה הרפואית

להשלמת הדיון בנושא הרשומות הרפואיות, נזכיר בקצרה שתי זכויות חשובות ביותר, שיש לחולה לגבי הרשומה הרפואית המתייחסת אליו:

#### 1. הזכות לסודיות

הרשומה הרפואית כוללת את פרטי מצבו הבריאותי של המטופל. חובה, איפוא, להבטיח כי תישמר ולא תגיע לידי מי שאינו מורשה או אינו צריך לדעת את תוכנה. אין למסור את הרשומה הרפואית או כל חלק ממנה אלא בהסכמת החולה או למטרות הטיפול בו, אלא אם נקבע אחרת עפ"י כל דין. (וראה לעניין זה חוזר מנכ"ל מס' 4/96 מיום 25.2.96 בעניין הסודיות הרפואית).

#### 2. הזכות למידע

הרשומה הרפואית דנה במצבו של החולה, במה שנעשה בגופו ובמה שמתוכנן להעשות בגופו. ככזו, זכותו של החולה לקבל את מלוא המידע המתועד ברשומה, אלא אם קיימות נסיבות מיוחדות וחריגות, שלפי שיקול דעתו של הרופא, קבלת המידע עלולה לגרום לחולה נזק בריאותי.

לפיכך, יש לאפשר לחולה לעיין ברשומה אם רצונו בכך, ואין למנוע זאת ממנו בשל רישומים שעלולים להביך את המטפלים או מי מהם.

יחד עם זאת, צריך להבטיח כי במקרים שבהם הרשומה מכילה מידע בדבר מצבו הרפואי של החולה, אשר קבלתו עלולה לגרום לו למשבר או לקושי רגשי, יימסר המידע לחולה ע"י רופא ובליזוי הסבר מתאים, ושהדברים לא יוודעו לו מלוד עיון סתמי ברשומה.

מומלץ, איפוא, לקבוע בנהלים פנימיים המתאימים למסגרת היחידה בה מטופל החולה, את התנאים בהם יוכל החולה לעיין ברשומותיו תוך כדי האשפוז או הטיפול ביחידה, ולדאוג כי אלה יגיעו לידיעת המטופלים.

בכבוד רב,



ד"ר מאיר אורן  
המנהל הכללי

העתק: ד"ר א. סנה, שר הבריאות

1042/96/ל