



בית משפט השלום בירושלים

ת"א 46524-09-16

בפני כבוד השופט הבכיר עבאס עאסי

תובעת פלוני
ע"י ב"כ עו"ד י. מויאל

נגד

נתבעת מדינת ישראל
ע"י ב"כ עוה"ד י. עוזיאל ואח'

פסק דין

1 תביעה לפיצויים בגין רשלנות רפואית שעל פי הנטען גרמה לפטירתו של בעלה המנוח של
2 התובעת.
3

4
5 רקע כללי

6 1. התובעת אלמנתו והיורשת היחידה של המנוח יוסף אלזיר ז"ל, יליד 1957 (להלן: "המנוח"),
7 אשר נפטר במהלך אשפוז אצל הנתבעת ביום 26.9.2009 כשהיה בן 52 בעת
8 פטירתו. המנוח השאיר אחריו אלמנתו התובעת ושני ילדים בגירים.
9

10 2. ברקע הרפואי סבל המנוח ממחלות רבות לרבות: סכרת, יתר לחץ דם, יתר שומנים
11 בדם ועישון; בגיל 48 עבר אוטם קדמי, צונתר ונמצאה מחלת שני עורקים; כמו כן,
12 עבר פעמיים אירוע מוחי.
13

14 הערכת מצבו של המנוח בשנת 2008, כשנה לפני פטירתו, העלתה צלקת שלאחר אוטם
15 בשריר הלב ואסכמיה באזור קדמי צדדי ובחוד הלב, ותפקוד לב סביר.
16

17 המנוח נטל לפני פטירתו מספר תרופות לרבות מטפורמין, גלובן, אינסולין לאנטוס
18 לטיפול בסוכרת; לופרסור, טריטס, אספירין ופלוויקס לטיפול ביתר לחץ דם ומחלת
19 לב כלילית; לפיטור ובזאפיראט לאיזון שומני הדם; אסיוואל ופאקסט להרגעה;
20 ואומפרדקס לצרבות ומחלה פפטית.
21



בית משפט השלום בירושלים

ת"א 46524-09-16

3. ביום 24.9.2009 פנה המנוח לרופא המשפחה בקופת חולים מכבי בתלונות על שיעול חזק. המנוח הופנה על ידי רופא המשפחה לבית החולים עם חשד לדלקת ריאות; המנוח הגיע לחדר המיון בבי"ח בני ציון (להלן: "ביה"ח"); בקבלתו למיון בשעה 17:35 אובחנה אי-ספיקה נשימתית חריפה והוא הונשם בממר"ד; התמונה הקלינית העלתה חשד לשפעת חזירים, ולכן החל לקבל טיפול מתאים לשפעת חזירים, טמיפלו לצד אנטיביוטיקה ונלקחה ממנו דגימה לבדיקה.
4. ביום המחרת, 25.9.2009, עבר המנוח ייעוץ נוירולוגי עקב בצקת מוחית קלה וייעוץ קרדיולוגי עקב עלייה ברמות טרופונין וממצאי אקו לב; בשעות הבוקר היה ניסיון גמילה ממכונת הנשמה (אקסטובציה) על ידי העברה ל T-TUBE, אשר נכשל כי המנוח לא הצליח לנשום בכוחות עצמו, ולכן הוא הוחזר למכונת ההנשמה.
- בשל אי-שקט פסיכומוטורי בשעות הערב נקשרו ידיו של המנוח; למרות זאת, בשעה 01:30 בלילה שלף המנוח את צינור ההנשמה; בעקבות כך הושם לו מכשיר הנשמה לא-פולשני (C-PAP); כעבור 3 שעות קרס המנוח, עבר החייאה שלא צלחה ונפטר בשעה 04:00 לפנות בוקר.
- תמצית טענות התובעת**
5. לטענת התובעת, בית החולים התרשל במספר מישורים. הכשל העיקרי היה באי-אשפוז המנוח במחלקה לטיפול נמרץ, וזאת נוכח מצבו הקשה וגילו הצעיר. הכשל השני נעוץ במהלך אשפוזו במחלקה הפנימית, משום שלא נעשתה הערכה מחודשת של מצבו, הגברת ההשגחה עליו ושקילה מחודשת להעברתו למחלקה לטיפול נמרץ. הכשל השלישי היה בשעות האחרונות לחייו עד לפטירתו, למרות שהמנוח סבל מאי-שקט פסיכומוטורי, הוא לא קיבל סדציה, אלא טופל על ידי קשירת ידיו; למרות זאת הוא הצליח לשלוף את צינור ההנשמה (טובוס); היה על בית החולים להרדימו ולאפשר הנשמה יעילה עד להתייצבותו וביצוע פעולה מתוכננת.
- לטענת התובעת, הטיפול במנוח נפל בין הכיסאות ומרגע שהועבר לאשפוז במחלקה הפנימית, נראה שהטיפול בו נשכח ונזנח שם.



בית משפט השלום בירושלים

ת"א 46524-09-16

6. עוד נטען על ידי התובעת כי, קיימים פגמים מהותיים ברשומות הרפואיות; הרישום
 2 הרפואי דל ביותר ועיקר המידע מגיע מהדוחות הסיעודיים; אין רישום על תכנית
 3 ההנשמה או התייחסות לניסיון גמילה ממכונת הנשמה; חסרות פקודות לניטור; חסר
 4 דיון ותכנית המשך טיפול במנוח, ובכלל זה תכנית לגמילה מהנשמה; מתן פקודות
 5 לטיפול בתרופות לא מתאימות למצבו של המנוח, לרבות גלובן, אספירין, פלאוויקס
 6 וקלקסאן; העדר הוראות למתן כלכלה למנוח; העדר רישומי אק"ג למנוח שסבל
 7 מבעיה לבבית משמעותית; העדר רישום מדדי גזים בדם והעדר בדיקות מעבדתיות
 8 בתדירות הנדרשת אצל חולה מונשם במצב קשה; הדברים אמורים במיוחד לטענת
 9 התובעת באשר לשעות האחרונות בחייו של המנוח, בין השעות 00:00 עד לפטירתו
 10 בשעה 04:00 לפנות בוקר; היעדר טופס החייה כנדרש בחוזר מנכ"ל משרד הבריאות.
 11
 12 לטענת התובעת, התוצאה המינימלית של פגמים וחוסרים ברשומה הרפואית היא
 13 העברת נטל ההוכחה על התובעת.
 14
 15 בנוסף לכך, מחדלי בית החולים באי-אבחון מחלתו, אי-ביצוע בדיקות וטיפולים
 16 הנדרשים באשפוז, ואי-ביצוע רישומים מלאים מהווים נזק ראייתי מובנה, במובן זה
 17 שלא ניתן לדעת כיום בדיעבד מה היה מצב המנוח בכל שלב ושלב.
 18
 19 7. התובעת מוסיפה וטוענת כי, בנסיבות המקרה אף מתקיים הכלל בדבר "הדבר מדבר
 20 בעד עצמו" כאמור בסעיף 41 לפקודת הניקין, המעביר את נטל ההוכחה על התובעת,
 21 שכן, חזקה על בית החולים בנסיבות המקרה כי התרשל.
 22
תמצית טענות התובעת
 23
 24 8. לטענת התובעת, ההחלטה להעביר את המנוח למחלקה הפנימית התקבלה בהתאם
 25 לפרקטיקה המקובלת בבית החולים במקרים דומים; במחלקה הפנימית קיימים
 26 חדרים הערוכים למצבים מעין אלה ומצוידים בציוד הדרוש לטיפול בחולים מונשמים
 27 הנזקקים להשגחה מוגברת ברמה המקובלת במחלקה לטיפול נמרץ; מצוקת האשפוז
 28 במחלקות טיפול נמרץ בארץ ידועה ומוכרת ואינה נובעת מרשלנות הצוות הרפואי.
 29
 30 9. הנתבעת ממשיכה וטוענת כי, אין חובה או צורך לכתוב תכנית גמילה מהנשמה; קיימת
 31 רשומה המתעדת את ניסיון הגמילה מהנשמה שכשל, כולל ביקור מנהל המחלקה



בית משפט השלום בירושלים

ת"א 46524-09-16

- 1 פרופ' אוליבן בתאריך 25.9.20 שעה 13:00, ובהמשך היה מעקב צמוד של דר' מוסא
2 מערוף אחר מדדי הנשימה של המנוח עד לשעה 00:00 בלילה.
3
4 לטענת הנתבעת, לא היתה הצדקה להמשיך להנשים את המנוח כאשר הצליח לנשום
5 עצמונית, לאחר ששלף את צינור ההנשמה והושמה לו מסכת הנשמה C-PAP.
6
7 10. לענין פקודות למתן תרופות נטען על ידי הנתבעת כי, רשימת התרופות המופיעה
8 ברישומים הרפואיים משקפת את התרופות הקבועות אותן נהג המנוח לקחת ואשר
9 נרשמה באנמנזה הראשונית בעת קבלתו למיון; מומחה התובעים, פרופ' אלס, אישר
10 כי למעשה לא ניתנה למנוח מנת גלובן; למנוח היו מושתלים חמישה תומכנים והוא
11 סבל ממחלה לבבית ואירועים מוחיים, לכן היה צורך במתן במדללי דם; טיפול זה
12 מייצג אסכולה רפואית מקובלת ומועדפת בספרות העדכנית; לענין הכלכלה – המנוח
13 חובר לזונדה עם קבלתו לבית החולים לצורך ניקוז אוויר ונוזלים והפחתת לחץ על
14 הקיבה; בשלב זה לא ניתן היה לתת למנוח כלכלה.
15
16 11. עוד נטען על ידי הנתבעת כי, התופעה של שליפת צינור הנשמה על ידי מטופל היא
17 תופעה מוכרת אצל חולים במצבו של המנוח; לאחר שליפת צינור ההנשמה בשעה
18 01:30 בלילה, המנוח חזר לנשום עצמונית בסיוע סי פאפ וניכר שיפור במצבו הנשימתי.
19
20 בניגוד לטענות התובעים, בוצע מעקב רפואי אחר מצבו של המנוח לאורך כל האשפוז;
21 הוא נבדק על ידי רופא לא פחות מ 8 פעמים בתוך פחות מ 24 שעות; נערכה התייעצות
22 עם הרופא הכונן בהתאם לעדותו של דר' מערוף.
23
24 12. הנתבעת ממשיכה וטוענת כי, בנסיבות המקרה אין קשר סיבתי בין הטיפול שהמנוח
25 קיבל לבין פטירתו, וזאת בשים לב לרקע הרפואי שלו, ולמעורבות הסוערת של וירוס
26 שפעת החזיקים שגרמה לתהליך דלקתי קשה וקריסה של מערכות הגוף.
27
28 סיכויי ההישרדות של המנוח ממילא היו נמוכים והתנהלות שונה של הצוות הרפואי
29 לא היתה משנה את סיכויי השרידות הנמוכים מאד שלו; הטענה שלפיה המנוח נפטר
30 כתוצאה מכשל נשימתי אינה נתמכת ברישום רפואי כלשהו; מהרשומים הרפואיים
31 עולה כי המנוח נפטר כתוצאה מכשל לבבי וקריסת מערכות.
32



בית משפט השלום בירושלים

ת"א 46524-09-16

13. הנתבעת ממשיכה וטוענת כי, בשים לב למענה הקיים ברישומים הרפואיים לטענות
 2 התובעת, אשר נותנים תמונה ברורה למהלך העניינים, ומאפשרים לבית המשפט
 3 לקבוע ממצאים עובדתיים על סמך החומר הרפואי הקיים, אין מקום להעביר את נטל
 4 ההוכחה על הנתבעת בגין חוסר ברישומים הרפואיים.

5

6

חומר הראיות

14. התובעת הגישה חוות דעת מומחה רפואי מטעמה, פרופ' אבישי אליס; תצהיר שלה
 8 ושל בתה, גב' מאירה אלזיר.

9

10 הנתבעים הגישו חוות דעת מומחה רפואי מטעמם, פרופ' ראובן צימליכמן, ותצהירים
 11 של דר' מאיה רבנקו, שבדקה את המנוח בחדר המיון, ושל דר' מוסא מערוף, שהיה
 12 תורן במחלקה הפנימית שבה היה מאושפז המנוח.

13

חוות דעתו של פרופ' אבישי אליס, המומחה מטעם התובעת

15. בחוות דעתו מציין פרופ' אליס כי אין ספק שמבחינה רפואית מקומו של המנוח היה
 16 בחדר טיפול נמרץ, וכך סבר גם הצוות שהציג אותו ליחידה. בהעדר מקום, אושפז
 17 המנוח במחלקה הפנימית; מצב זה שכיח ביותר לצערנו במציאות הישראלית; מדובר
 18 בכשל מערכתי הקיים במרבית בתי החולים בארץ; במידה והמנוח היה מועבר לטיפול
 19 ביחידה לטיפול נמרץ סיכוייו לשרוד היו טובים בהרבה, בעיקר בהתחשב בגילו הצעיר
 20 יחסית של המנוח.

21

22 בהמשך אשפוזו במחלקה הפנימית היה צריך לבצע הערכה מחודשת למצבו של המנוח,
 23 להגביר את ההשגחה עליו ולשקול שוב את העברתו לטיפול נמרץ, דבר שלא נעשה
 24 במקרה זה.

25

16. פרופ' אליס מוסיף ומציין כי, הרישום במחלקה הפנימית דל ביותר; עיקר המידע מגיע
 27 מהדוחות הסיעודיים; אין מידע על תכנית ההנשמה; אין התייחסות לניסיון הגמילה
 28 מהנשמה שמשמעותיותו; חסרים פקודות לניטור; ישנו פער בין הרישום
 29 להתנהלות בפועל כפי שמופיע ברישומי הסיעוד, דבר שמעלה שאלות לגבי מקצועיות
 30 הצוות המטפל והיכולת שלו לנהל את הטיפול ולקבל החלטות רפואיות במקרה
 31 מורכב.

32



בית משפט השלום בירושלים

ת"א 46524-09-16

17. פרופ' אליס מוסיף כי, לא היה מקום ליתן פקודה לטיפול למתן גלובן לטיפול בסכרת בשל פוטנציאל להיפולוקמיה לחולה מונשם עם זיהום; כך גם לגבי הפקודה למתן אספירין וקלקסאן, בשל פוטנציאל גבוה לדימום, במיוחד בחולה מונשם, ללא דיון בנושא;
- כמו כן, חסרות הוראות למתן כלכלה לחולה היפרקטבולי עקב הנשמה וזיהום; נתונים אלה מעלים שאלות לגבי מקצועיות הצוות המטפל.
18. פרופ' אליס מוסיף ומציין כי, על אף דיווחים על אי-שקט פסיכומוטורי, המנוח לא קיבל סדציה, אלא ידיו נקשרו; למרות זאת הוא הצליח לשלוף את צינור ההנשמה, תופעה מוכרת אצל חולים במצבו; מן הראוי היה להרדימו ולאפשר הנשמה יעילה עד להתייצבות וביצוע גמילה מתוכננת.
- עוד צוין על ידי פרופ' אליס כי, אירועי הלילה האחרון אינם ברורים והמידע הקיים לגביהם הנו רק מתוך הרישומים הסיעודיים; מדווח על אי-שקט ללא תגובה רפואית למתן סדציה לחולה מונשם; היה צורך להורות ולבצע מעקב צמוד אחרי החלטה להימנע מאינטובציה חוזרת מיידית לאחר שליפת הצינור בשעה 01:30; אין לדבר כל התייחסות ברישום הרפואי ומכתב הפטירה.
19. פרופ' אליס מסכם בחוות דעתו כי, התנהלות מקצועית יותר של המחלקה הפנימית במרבית הנקודות שהועלו היתה משפרת באופן משמעותי את סיכויי של המנוח לשרוד את המחלה, וזאת על אף מחלות הרקע שלו ועוצמת הזיהום שממנו סבל, וזאת בהתחשב בגילו הצעיר יחסית.
- חוות דעתו של פרופ' ר' צימליכמן, המומחה מטעם הנתבעת**
20. פרופ' צימליכמן מציין בחוות דעתו כי למרות גילו הצעיר יחסית של המנוח הוא היה חולה מאד; מטופלים במצבו של המנוח מהווים טרף קל לזיהומים ויראליים ובמיוחד לוורוס שפעת החזירים; הם אלו שנפטרים משפעת חמורה זו; מחלתו של המנוח אובחנה מיידית עם הגיעו לחדר המיון וניתן טיפול תרופתי מתאים למחלה עוד לפני שהגיעו תשובות הבדיקה; בנוסף לכך, הוא עבר סי טי ראש וייעוץ נוירולוגי תוך זמן קצר;



בית משפט השלום בירושלים

ת"א 46524-09-16

- 1 פרופ' צימליכמן ממשיך ומציין כי, מדובר במקרה סוער ביותר וסופני של שפעת
 2 חזירים מדהים בעוצמתו, עם פגיעה רב-מערכתית שקשה לשער שהחולה ישרוד,
 3 במיוחד לנוכח הרקע התחלואתי המשמעותי של המנוח.
 4
- 5 21. עוד צויין על ידי פרופ' צימליכמן כי, אשפוזו של המנוח ביחידה לטיפול נמרץ לא היתה
 6 משנה את התוצאה הטרגית של פטירתו, משום שהוא הגיע לבית החולים במצב סופני
 7 או טרום-סופני; הקריסה של מערכת הלב לא היתה מיידית, היא אובחנה בזמן
 8 וטופלה בזמן כאשר ההחייאה היתה בנוכחות צוות רפואי כנדרש ובנוכחות קרדיולוג
 9 שהוזעק להחייאה.
 10
- 11 22. פרופ' צימליכמן ממשיך ומציין כי, בניגוד לחוות דעתו של פרופ' אליס, היתה תכנית
 12 הנשמה מפורטת בתיקו של המנוח; אין קשר למהלך העניינים והפטירה לבין העובדה
 13 שביום הראשון לאשפוזו קיבל טיפול לסוכרת שהיה המשך טיפול שקיבל בבית; טיפול
 14 זה לא קשור לפטירת המנוח בהמשך;
 15
- 16 בניגוד לחוות דעתו של פרופ' אליס, אין פגם במתן אספרין, פלאווקיס וקלקסאן, 3
 17 תרופות נוגדות קרישה לחולה במצב קשה, לאור השתלת 5 תמכונים, מחלה לבבית
 18 ואירועים מוחיים;
 19
- 20 בניגוד לחוות דעתו של פרופ' אליס, אין בעיה בכך שהמטופל לא קיבל סדציה; מדובר
 21 במהלך הגיוני של התחלת ניסיון גמילה ממכשיר הנשמה;
 22
 23
- 24 בניגוד למסקנתו של פרופ' אליס, התנהלות המחלקה הפנימית היתה סבירה; המנוח
 25 זכה לטיפול תרופתי מלא כנדרש במקרים כאלה; מגיעה מחמאה לחדר המיון
 26 ולמחלקה הפנימית שאבחנו את הזיהום משפעת חזירים עם הגיעו של המנוח לחדר
 27 המיון ונתנו טיפול אנטי-ויראלי באופן מידי.
 28
- 29 פרופ' צימליכמן אינו מסכים עם פרופ' אליס לגבי אי מתן כלכלה ותזונה למנוח, וזאת
 30 משום שהמנוח שהה במחלקה כחצי יממה, הוכנסה זונדה לניקוז כמקובל; לא היה
 31 מקום לתכנית הזנה בשעות קריטיות, אלא בשלבים מאוחרים יותר; הכנסת הזונדה



בית משפט השלום בירושלים

ת"א 46524-09-16

1 לניקוז, מטרתה לנקז תוכן קיבה ולמנוע לחץ של הקיבה על הריאות והלב ולמנוע
2 אירוע הקאה; גישה טיפולית זו סבירה;
3
4 ההפסקה בתרופות סדציה חייבת להתבצע במהלך ניסיון גמילה ממכשיר ההנשמה;
5 אי-ביצוע אינטובציה חוזרת ושימוש בהנשמה לא פולשנית באמצעות C-PAP לאחר
6 שליפת הטובוס היו מוצדקים וסבירים, בהתאם לנוהל טיפול סביר.
7
8 23. לגבי הרישומים הרפואיים צוין על ידי פרופ' צימליכמן כי, רצוי היה לפרט יותר
9 ברישומים הרפואיים, אולם המטופל קיבל את הטיפול המרבי, והנושא של הרישום
10 לא השפיע על מהלך הטיפול ועל פטירתו של המנוח; העובדה שהמנוח לא אושפז
11 ביחידה לטיפול נמרץ היא נושא לדיון, אולם בית החולים אינו יכול לתת מה שאין לו;
12 יחד עם זאת, "מצבו של החולה היה כה קשה שלדעתי, העובדה שלא היה בטיפול
13 נמרץ איננה זו שתרמה למותו ואשפוז ביחידה לטיפול נמרץ לא היה משנה את
14 סיכוי השרידות הנמוכים מאד של המטופל".
15

דיון והכרעה

16
17 24. אין חולק כי קיימת חובת זהירות של הרופא כלפי החולה. החובה המוטלת על הרופא
18 היא לנקוט באותם אמצעי זהירות שבהם רופא סביר היה נוקט בנסיבות העניין בגילוי
19 של הפגם ובריפוי (השוו: ע"א 4025/91 צבי נ' דר' קרול, פדי נ(3), 784).
20
21 לעניין היקפה של חובת הזהירות החלה על רופא נקבע כי:
22

23 "אמת המידה לבחינת רשלנות רפואית מבוססת על שיקול הדעת של הרופא
24 הסביר בהתאם לנסיבות הקיימות לגבי החולה המסויים ובהתאם לנורמות
25 הרפואיות שהיו מקובלות אותה העת בעולם הרפואה.. אמנם, הפרקטיקה
26 הרפואית אינה חזות הכל, וכבר נקבע בעבר כי היא, כשלעצמה, אינה יכולה
27 לחרוץ את גורלה של שאלת ההתרשלות.., אולם מוסכם על הכל כי
28 לפרקטיקה המקובלת משקל נכבד בשאלה אם הייתה התרשלות, וטיפול על
29 פי הפרקטיקה הנוהגת אף מקים חזקה כי הטיפול לא היה רשלני.." (ע"א
30 [6936/09](#) יהודה נגד שירותי בריאות כללית (5.3.12), עמ' 7, פסקה 11);



בית משפט השלום בירושלים

ת"א 46524-09-16

- 1 השוו גם: [ע"א 2087/08](#) מגן נ' שירותי בריאות כללית (12/8/2010), פסקה
2 5, והאסמכתאות שם).
- 3
- 4 מכאן נדון בפרקי ההתרשלות הנטענים על יד התובעת אחת לאחת.
- 5
- 6 **אי-אשפוזו של המנוח בחדר טיפול נמרץ**
- 7 25. בעניינינו סבורני כי בית החולים לא חרג מסטנדרט הטיפול המקובל בארץ, כאשר
8 החליט לאשפז את המנוח במחלקה הפנימית חלף המחלקה לטיפול נמרץ.
9
- 10 26. פרופ' אליס, המומחה מטעם התובעת, אשר בחוות דעתו כי מדובר בפרקטיקה
11 מקובלת בארץ, אף אם הדבר לא מקובל במערב (ראו: סעיף 1 בפרק הדיון, לחוות
12 דעתו). גם במהלך חקירתו אישר פרופ' אליס כי היה נהוג לאשפז חולים בשפעת
13 החזירים בבידוד במחלקות פנימיות בגלל עומס במחלקות לטיפול נמרץ (ראו: עמ' 4
14 לפרוטוקול, ש' 18 - 23).
- 15
- 16 מומחה הנתבעת, פרופ' צימליכמן, ציין בעדותו כי במחלקות הפנימיות ישנם חדרי
17 טיפול כמו במחלקות לטיפול נמרץ שבהן האחיות עוברות הכשרה מיוחדת של טיפול
18 נמרץ, ובכל חדר אחות צמודה לכל חולה, ומוחזקים בחדרי האשפוז אמצעים זהים
19 לאלו שבחדרי טיפול נמרץ, (ראו: עמ' 21 לפרוטוקול, ש' 8 - 22).
- 20
- 21 יוצא, אפוא, כי אין בעצם אשפוזו של המנוח במחלקה פנימית במקום במחלקה
22 לטיפול נמרץ כדי להוות התרשלות מצד בית החולים.
23
- 24 **התרשלות בטיפול במנוח בזמן אשפוזו במחלקה הפנימית עד לפטירתו**
- 25 27. למעשה, זהו הכשל העיקרי עליו מבוססת התביעה ואותו מדגיש פרופ' אליס בחוות
26 דעתו (ראו: פרק המסקנות בחוות הדעת של פרופ' אליס).
27
- 28 28. לאחר שנתתי דעתי לחומר הראיות לרבות חוות דעת המומחים מטעם הצדדים,
29 והתיעוד הרפואי, הגעתי לכלל מסקנה כי ביה"ח התרשל בכל הנוגע לניטור, ההגחשה
30 והטיפול במנוח במחלקה הפנימית.
31



בית משפט השלום בירושלים

ת"א 46524-09-16

29. כשל משמעותי בטיפול כפי שצוין על ידי פרופ' אליס נעוץ בכך שאין מידע על תכנית הנשמה לרבות התייחסות לניסיון גמילה שכשל ומשמעויותיו; חסרים פקודות לניטור, והאם היה בכלל ניטור כמתחייב ממצבו של המנוח.
- בעניין זה מקובלת עלי עמדתו של פרופ' אליס אשר ציין בחוות דעתו כי מן הראוי היה להרדים את התובע ולאפשר הנשמה יעילה עד להתייצבותו וביצוע גמילה מתוכננת. לאחר ניסיון הגמילה הכושל שנעשה 25.9 בשעות הבקר, היה צורך בסדציה בכדי לאפשר הנשמה יעילה, במיוחד שתמונת הגזים בשעות הבוקר לא הראתה שיפור; תחת זאת ידיו של המנוח נקשרו, ולמרות זאת הוא הצליח לשלוף את צינור ההנשמה נוכח אי שקט פסיכומטורי.
- במהלך חקירתו הדגיש פרופ' אליס את חשיבות קיומה של תכנית הנשמה ופיקוח עליה. הוא ציין (עמ' 5 לפרוטוקול, ש' 8 – 15):
- "ת. אני לא מסכים עם זה שחולה מגיע למחלקה ואתה לא מרדים אותו כי אתה חושב שאולי תעשה לו אקסקובציה בהמשך. אתה קודם מטפל בו, מייצב את מצבו, מעריך את הסיכוי לעשות אקסקובציה ואז אתה מעיר אותו.
- ש. האם נכון שיש הדוגלים בכך שאם אתה חושב שאתה תוציא את החולה מהנשמה תוך זמן סביר, אתה לא תעשה הנשמה ללא סדציה?
- ת. אני לא מכיר פרקטיקה כזאת. הפרקטיקה אומרת שאתה מנשים את החולה, מייצב אותו ואם אח"כ את המחליט לעשות אקסקובציה, אתה מעיר אותו ואז אתה עושה את זה. אין קיצורי דרך בדברים האלה."
- וכן בעמ' 5 ש' 32, עמ' 6 ש' 1 – 13:
- "ש. ואז כשלאורך כל הלילה הסטורציה הזאת היתה תקינה, נעשה ניסיון בבוקר לעשות אקסטובציה."



בית משפט השלום בירושלים

ת"א 46524-09-16

1 "ת. אבל כאן אתה מפרש את התהליך לא נכון. העובדה שהגזים
2 שערכי החמצן בדמו של החולה הם תקינים, זו לא האינדיקציה או
3 השיקול היחידי שאתה לוקח כדי לשחרר את מכשיר ההנשמה. האם
4 יש לו חום, אין לו חום, מה תופקת השתן שלו, מה מצב הריאות שלו,
5 האם גדוש או לא גדוש, האם יש או אין דלקת ריאות, מה המצב
6 המטבולי שלו, מה המצב התזונתי שלו. תתמונת הסטורציה, הגזים
7 היא רק מרכיב אחד ואפילו לא חשוב בהחלטה לעשות אקסטובציה. –
8 הוצאת הצינור.

9 ש. האם מכל הערכים שאתה אמרת, היו ערכים שלדעתך היו בעייתיים
10 בניסיון לעשות אקסטובציה.

11 ת. אני לא יודע כי הרשומה הרפואית לא דנה בכל הדברים האלה, לא
12 ראיתי תיאור של צילום חזה מהבוקר, ואל אלקטרוליטים מהבוקר. לא
13 נעשה שום דיון מסודר לגבי השאלה הזאת.

14 ש. אתה לא ראית שום

15 ת. אני לא מצאתי דיון מסודר של המחלה שאומר שהחולה כשיר
16 לעבור ניסיון ראשון לאקסטובציה. דיון זה שבו עומדים שני רופאים –
17 בכיר וזוטר עם אחות אם אפשר ודנים בחולה ואומרים שהוא כשיר 12
18 שעות אחרי שהגיע למחלקה לעבור אקסטובציה. מפנה את תשומת
19 לבך שלאיש זה יש אקו לב עם תפקוד ירוד ביותר כבר מהמיון. אני
20 מאד בספק שנעשה פה שיקול עת אם אפשר אחרי 12 שעות לעשות
21 אקסטובציה".

22

23 30. מנגד, התייחסותו של פרופ' צימליכמן, המומחה מטעם הנתבעת, לחשיבות תכנית
24 ההנשמה וההשגחה עליה לא היתה משכנעת. פרופ' צימליכמן ציין במהלך חקירתו, כי
25 תכנית הנשמה בדרך כלל לא כותבים אלא ניתן להסתפק במעקב; כשנשאל לגבי
26 המעקב שנעשה בעניין המנוח, הוא הפנה למסמך 105 למוצגי הנתבעת (עמ' 24
27 לפרוטוקול, ש' 16 – 33), שהוא דוח מעקב יומי ביום 25.9.2009 החל מהשעה 14:16.
28 הדו"ח אינו מזכיר תכנית הנשמה או ניסיון האקסטובציה הכושל שנעשה בבוקר אותו
29 יום בשעה 9:30.



בית משפט השלום בירושלים

ת"א 46524-09-16

- 1
 2 לאחר מכן הפנה פרופ' צימליכמן לרשומה הרפואית המופיעה בעמ' 130 למוצגי
 3 הנתבעת, על מנת להסביר את ההחלטה על האקסטובציה (עמ' 25, ש' 19-15); ואולם
 4 עיון ברשומה זו מעלה שאין בה כל התייחסות לניסיון האקסטובציה הכושל, לא
 5 ברשומה של הרופא ולא ברשומה הסיעודית.
 6
 7 לעומת זאת, ניסיון אקסטובציה זה מופיע ברשומה סיעודית שנרשמה על ידי אח בשם
 8 איימן, אשר מציין כי נעשה ניסיון לאקסטובציה בשעה 09:30 בבוקר; אין פירוט מי
 9 קיבל את החלטה זו, האם היתה התייעצות לפני קבלת ההחלטה, ועם מי נעשתה
 10 ההתייעצות (עמ' 127 ו-128).
 11
 12 31. כך גם לגבי אירוע שלפית צינור ההנשמה על ידי המנוח בשעה 1:30 בלילה. מהרישום
 13 הסיעודי עולה כי הדבר זכה להתייחסות על ידי האח שירז (עמ' 129-126 למוצגי
 14 הנתבעת), שם נרשם כי המנוח הועבר להנשמה באמצעות CPAP; לא מצוין אם
 15 נעשתה התייעצות בעניין הזה, עם מי נעשתה התייעצות ומי החליט על הדבר.
 16
 17 דר' מערוף מסר בתחילת העדות כי הוא לא זוכר את האירוע, וכי תצהירו ועדותו
 18 מבוססים על התייעוד הרפואי; בהמשך הוא העיד כי נזכר כי התייעץ עם מנהל
 19 המחלקה פרופ' לובן לאחר שליפת צינור ההנשמה על ידי המנוח בשעה 01:30 בלילה
 20 (עמ' 38 לפרוטוקול, ש' 12 – 27), אך למהלך התייעצות זה אין כל תיעוד ברישומים
 21 הרפואיים. מהרישומים הרפואיים עולה כי הביקור האחרון של דר' מערוף אצל המנוח
 22 היה בשעה 00:00 בלילה (ראו: עמ' 130 למוצגי הנתבעת).
 23
 24 32. בנוסף לכך, מהתייעוד הרפואי עולה כי לאחר העברת המנוח להנשמה לא-פולשנית
 25 באמצעות C-PAP, לא היה כל רישום על מצבו של המנוח או טיפול שנעשה לו, עד
 26 לקריסתו וניסיון ההחייאה שכשל.
 27
 28 במהלך עדותו נמסר על ידי פרופ' אליס, כי לאחר הפסקת ההנשמה והמעבר ל CPAP,
 29 היה צריך להמשיך מעקב צמוד אחר מצבו של המנוח, במיוחד משום שהוא סבל
 30 מטכיקרדיה והזעה שמעידה על מצוקה; ואולם לא נעשתה כל מחשבה או התייעצות



בית משפט השלום בירושלים

ת"א 46524-09-16

- 1 באשר למצבו של המנוח חרף המצוקה שהוא היה נתון בה (ראו: עמ' 10 לפרוטוקול,
2 ש' 20 – 23; ש' 31 – 32; עמ' 11, ש' 6 – 8).
- 3
- 4 במהלך חקירתו, פרופ' צימליכמן הפחית תחילה מחשיבותה של ההנשמה בסדציה
5 לצורך הרגעת החולה ואיזונו; ואולם מאוחר יותר הוא אישר כי הרדמה והנשמה
6 מרגיעה בטראומות (עמ' (ראו: עמ' 32 לפרוטוקול, ש' 6 – 26); הדבר מחזק את עמדתו
7 של פרופ' אליס בעניין זה.
- 8
- 9 33. זאת ועוד. מומחה הנתבעת, פרופ' צימליכמן, הצדיק את ההחלטה לאשפוזו של המנוח
10 במחלקה פנימית, בכך שבמחלקה זו ניתן טיפול הזהה לטיפול שניתן במחלקה לטיפול
11 נמרץ, לרבות אחות צמודה, חיבור לציוד מנטר בחדר בידוד (ראו: עמ' 21 לפרוטוקול,
12 ש' 1 – 18).
- 13
- 14 פרופ' צימליכמן אף מסר בעדותו כי חולה במצבו הקשה של המנוח, היה צריך להיות
15 במעקב רפואי צמוד באופן שרופא יבדוק אותו אחת ל-10 דקות ומעקב צמוד של אחות
16 (ראו: עמ' 22 לפרוטוקול, ש' 3 – 6; ש' 11 – 13); כמו כן, יש לערוך לו בדיקות בתדירות
17 גבוהה (עמ' 22 לפרוטוקול, ש' 17 – 24).
- 18
- 19 ואולם, מהרישום הרפואי ומעדותו של דר' מערוף עולה כי, בית החולים לא קיים
20 סטנדרט טיפול זה הנדרש בעניינו של המנוח. עיון ברשומה הרפואית מיום 25.9 מעלה
21 כי נערכו ביקורים של רופא אצל המנוח אחת למספר שעות (עמ' 130 למוצגי הנתבעת);
22 הביקור הראשון ביום 25.9 היה בשעה 02:00 לפנות בוקר והאחרון בשעה 00:00 עלי
23 ידי ד"ר מערוף.
- 24
- 25 זאת ועוד, דר' מערוף, הרופא התורן במחלקה הפנימית שבה היה מאושפז התובע, מסר
26 בעדותו כי באותו יום, 25.9, הוא היה רופא מתמחה צעיר שסיים את לימודיו ב-2006;
27 הוא היה תורן יחיד במחלקה שבה 40 חולים (ראו: עמ' 35 לפרוטוקול, ש' 12 – 28),
28 והיו בה 5 – 6 אחיות על כל אותם 40 חולים (עמ' 36 לפרוטוקול, ש' 1 – 4). תנאי
29 השגחה ופיקוח אתה אלה אינם עונים על הסטנדרט שצוין על ידי המומחה מטעם
30 הנתבעת, פרופ' צימליכמן, כאמור לעיל.
- 31



בית משפט השלום בירושלים

ת"א 46524-09-16

- 1 ועוד, כאמור, פרופ' צימליכמן ציין כי היה צריך לערוך בדיקות בתדירות גבוהה עבור
 2 המנוח כמקובל במחלקה לטיפול נמרץ (עמ' 22, ש' 17 – 24); ואולם, מהרשומות
 3 הרפואיות עולה כי בית החולים לא עמד בסטנדרט זה וחלפו מספר רב של שעות בין
 4 בדיקה לבדיקה (ראו: סיכום האשפוז שנערך על ידי דר' מערוף ביום 1.10.2009 (עמ'
 5 88 – 92 למוצגי הנתבעת; ראו גם עדותו של פרופ' אליס בענין זה – עמ' 9 לפרוטוקול,
 6 ש' 30 – 33).
- 7
- 8 34. מקובלת עלי עמדתו של פרופ' אליס שלפיה ממצאי הבדיקות הדלות שנערכו למנוח לא
 9 היו טובים, והם חייבו יתר שימת לב והתייחסות מטעם ביה"ת. פרופ' אליס מדגיש
 10 במהלך עדותו כי המדדים של PCO2 של המנוח לא היו טובים, גם עם האינטובציה,
 11 וזאת כי לא עשו זאת נכון (עמ' 10 לפרוטוקול, ש' 4 – 15); לאחר שהתובע שלף את
 12 צינור ההנשמה בשעה 1: 30 והושמה לו הנשמה לא פולשנית C-PAP, הוא סבל מקצב
 13 לב גבוה, טכיקרדיה, של 120, דבר שמעיד כי הוא התחיל להתעייף וסובל, והיה צורך
 14 לבחון מצבו ולעשות הערכה מחדש (עמ' 10 לפרוטוקול, ש' 20 – 23).
- 15
- 16 פרופ' אליס הוסיף כי המנוח קרס בגלל שלא נשם טוב וערכי PCO2 גבוהים (עמ' 10
 17 לפרוטוקול, ש' 31 – 32); פרופ' אליס הדגיש כי החל משעה 01: 54, הרישום האחרון
 18 בעניינו של המנוח, עד לשעה 04: 00, שבה הוא קרס ומת, לא מופיע ברישומים כי נעשה
 19 דבר, למרות שהמנוח היה בטכיקרדיה והזעה ממשית (עמ' 11 לפרוטוקול, ש' 6 – 8).
- 20
- 21 35. מהאמור לעיל עולה כי, מאז העברתו למחלקה הפנימית, המנוח לא זכה למעקב,
 22 השגחה וטיפול הולם לנסיבותיו, לרבות גילו הצעיר והיותו בקבוצת סיכון משמעותית
 23 על רקע מצבו התחלואתי כפי שפורט לעיל. אומנם נראה כי הוא היה מחובר למכשירי
 24 ניטור אבל הממצאים שלו לא היו טובים; הוא סבל ומצבו התדרדר עד שקרס ונפטר
 25 מבלי שנעשה נסיון סביר בנסיבות המקרה מצד רופאי בית החולים כדי לתת לו
 26 הזדמנות להתגבר על המחלה.
- 27
- 28 36. באשר לטענה בדבר הכשל בפקודות הטיפול בתרופות, לרבות גלובן, אספירין,
 29 וקליקסאן: סבורני כי בענין זה, עמדתו של מומחה הנתבעת, פרופ' צימליכמן, סבירה
 30 ואפשרית; אולם מאידך יש צדק בעמדתו של פרופ' אליס שהדבר לא נעשה במסגרת



בית משפט השלום בירושלים

ת"א 46524-09-16

- 1 תכנית טיפולים מסודרת; לא ברור מי החליט על הפקודות ואם היתה התייעצות
2 בעניין זה.
3
- 4 37. כך גם באשר לסוגיית הכלכלה וההזנה של המנוח: גם בעניין זה סבורני כי עמדתו של
5 מומחה הנתבעת סבירה ואפשרית, אולם מאידך לא ברור אם נערכה התייעצות
6 רפואית סדורה להזנה לרבות באמצעות נוזלים לחיזוק גופו של המנוח בכדי שיוכל
7 להתמודד עם המחלה (ראו עדרותו של פרופ' אליס עמ' 8, שי 7-5).
8
- 9 **אשר לקשר הסיבתי בין התרשלות בית החולים בטיפול במנוח במחלקה הפנימית לבין**
10 **פטירתו**
- 11 38. על פי הדין, על התובעת לעמוד בנטל כפול: ראשית – להראות שיש בהתנהגות רופאי
12 ביה"ח משום התרשלות, ושנית – להראות כי קיים קשר סיבתי בין התרשלות זו לבין
13 פטירת המנוח (ראו עניין המגן, פסקה 4 (12/8/2010); ע"א 2910/14 בן דואניאס
14 נ' מרכז רפואי שיבא (7/12/2015) (פסקה 20), פסקה 13).
15
- 16 כבר אומר כי בעניין הקשר הסיבתי, מקובלים עלי דברים שנאמרו על ידי פרופ' אליס
17 במהלך חקירתו שלפיהם חרף הרקע הרפואי העשיר של המנוח, עמו הוא חי בשלום,
18 ובשים לב לגילו הצעיר יחסית, היה למנוח סיכוי טוב לשרוד את המחלה, אולם
19 בהתרשלותו בית החולים מנע ממנו "צי'אנס" זה, שנע בין 50% עד 60% להישרדות:
20 "ש. בהתחשב במצבו, אתה חושב שאפשר להתייחס לסיכויי
21 ההישרדות שלו אם היה מטפל הטיפול הנכון, מה השיפור או מה
22 הסיכויים?
23 ת. צריך להתחשב בכמה מספרים. האיש היה בן 52. אני ער לכך שזה
24 לא מעיד על גיל ביולוגי. אבל צריך רשימת המחלות שהאיש הזה חי
25 איתם היא רשימה מכובדת, אבל האיש חי איתם בשלום ותפקד
26 בשלום. יתירה מזאת, שנה לפני שנפטר, עשו לו מיפוי לב שמראה
27 תפקוד תקין של הלב, אזור שבאמת עבר התקף לב. האיש הזה על
28 אף כל מחלותיו, בן 52, חי עם כל המחלות האלה.



בית משפט השלום בירושלים

ת"א 46524-09-16

1 ש. הוא הגיע עם מה שהגיע במצב שבו הוא הגיע, האם המצב שאתה
 2 תיארתי והטיפול שהוא קיבל, האם לשיטתך היה שיפור נוסף בטיפול
 3 כפי שאתה מציע, כמה זה היה משפר את סיכויי ההחלמה שלו?
 4 ת. אני לא יכול להגיד לך במספרים, אבל זה היה נותן אחוז מכובד. כי
 5 האיש כאן לא קיבל את הצ'אנס הזה אפילו. יש לזה משמעות.
 6 ש. אתה יכול להעריך? כמה שאפשר.
 7 ת. אגיד משהו הגון ואני חושב שאין על זה ויכוח. האיש היה מאד
 8 חולה. נתוני הפתיחה כשהאיש נכנס לבי"ח היו קשים, אבל בנתונים
 9 הקשים, במדינת ישראל, איש בן 52 צריך לעשות מאמץ לטפל בו
 10 בצורה נאותה וטובה ולתת לו הצ'אנס הזה והיה לו צ'אנס.
 11 ש. לפי השיטה שלך – כמה אתה חושב אפשר היה לשפר את סיכויי
 12 ההישרדות שלו?
 13 ת. אזרוק מספר, שלדעתי לפחות ב 50 – 60% להעלות את הסיכויים."
 14 (עמ' 12 לפרוטוקול, ש' 6 – 21)

15
 16

17 39. לעומת זאת, אינני מקבל את עמדתו של מומחה הנתבעת, פרופ' צימליכמן, שלפיה
 18 פטירתו של המנוח היתה מלכתחילה מעין גזירה משמיים, לנוכח הרקע התחלואתי
 19 שלו והמחלה הוויראלית שתקפה אותו, וכי שום מהלך, לרבות אשפוז במחלקה
 20 לטיפול נמרץ או כל טיפול אחר לא היה יכול להציל אותו, ולמעשה לא ניתן היה לעשות
 21 כלום למנוח מעבר לנטר ולחכות לראות מה יקרה איתו (ראו: עמ' 30 לפרוטוקול, ש'
 22 30 – 32; עמ' 31, ש' 1 – 20). סבורני כי גישה זו של פרופ' צימליכמן משמעה למעשה
 23 "הרמת ידיים" מצד בית החולים בעניינו של המנוח, שכן נראה כי בהינתן מצבו הקשה
 24 של המנוח כמתואר לעיל, גישה טיפולית פסיבית של "לנטר ולחכות לראות מה יקרה"
 25 משמעה גזר דין מוות, כהערכתו של פרופ' צימליכמן.
 26
 27 גישתו זו של פרופ' צימליכמן מעוררת קושי וספקות שמא גם במחלקה הפנימית בבית
 28 החולים התייאשו מראש ממצבו של המנוח, דבר שיכול להסביר את הטיפול והמעקב
 29 הרופף שנהגו בעניינו, כפי שעולה מהתיעוד הרפואי הדל יחסית הקיים בעניינו של
 30 המנוח.



בית משפט השלום בירושלים

ת"א 46524-09-16

1
 2 כאמור, מהתיעוד הרפואי ומחוות דעתו של פרופ' אליס, שכאמור, בעיקרה מקובלת
 3 עלי, עולה כי המנוח לא זכה לטיפול בסטנדרט הזהירות והסבירות המקובל. אמנם
 4 מצבו היה קשה כשהתקבל לחדר המיון, כולל מצוקה נשימתית, התקפה זיהומית
 5 משמעותית, ורקע תחלואתי משמעותי, אולם דווקא על רקע נתונים אלה וגילו הצעיר,
 6 היה מצופה מבית החולים לנקוט במשנה זהירות ומאמץ לנסות להציל את חייו של
 7 המנוח; היה על בית החולים לנקוט בגישה טיפולית אקטיבית שכוללת התייעצויות
 8 וחשיבה מחודשת בתדירות גבוהה כדי לנסות לשפר את מצבו של המנוח על מנת שיהיה
 9 למנוח סיכוי סביר לשרוד את המחלה, ולא להסתפק בלחבר אותו למכשירי ניטור,
 10 שגם זה נעשה בצורה רשלנית כמתואר לעיל, ולחכות מה יקרה אתו.

11
 12 מהאמור לעיל עולה כי בית החולים כשל במשימה זו, התרשל במילוי תפקידו, ובכך
 13 מנע מהמנוח את הצי'אנס לשרוד, כדבריו של פרופ' אליס.

14

15

נזק ראייתי

16 40. אפתח בכך, שמשנקבע כי בנסיבות המקרה הייתה התרשלנות של בית החולים בטיפול
 17 במנוח וכי קיים קשר סיבתי בן התרשלנות זו לבין פטירתו של המנוח, אין הכרח
 18 להמשיך ולדון בסוגיית הנזק הראייתי. אולם למעלה מהנדרש ושמא נפלה טעות בדיון
 19 בשאלת ההתרשלנות בטיפול לרבות הקשר הסיבתי, אתייחס לסוגיית הנזק הראייתי.

20

21 אין מחלוקת בין המומחים שמטעם הצדדים כי נפלו פגמים בתיעוד הרפואי בענייני
 22 של המנוח (ראו בעניין זה חוות דעתו של מומחה הנתבעת, פרופ' צימליכמן בפרק
 23 הסיום, וכן עדותו בבית המשפט בעמ' 23 לפרוטוקול, ש' 1 – 6; עמ' 23, ש' 27 – 32;
 24 עמ' 24, ש' 1 – 2; עמ' 26, ש' 14 – 21; עמ' 31, ש' 28 – 30)

25

26 "חשיבותו של רישום רפואי מלא ומדויק בזמן אמת הוכרה בשורה
 27 ארוכה של פסקי דין שיצאו תחת ידו של בית משפט זה ואף עוגנה
 28 בסעיף 17 לחוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996. כפי שהדגיש השופט
 29 ד' לזין בפסק הדין המנחה בעניין קנטור (ע"א 58/82 קנטור נ' ד"ר
 30 שלום מוסייב, פ"ד לט(3) 253, 259):

31



בית משפט השלום בירושלים

ת"א 46524-09-16

1 ר'ישומים אלה חשיבותם בכך, שהם מציגים לפני
2 הרופא המטפל בחולה או לפני כל מי שיתבקש להושיט
3 לו סעד רפואי עם הזמן תמונת מצב על המחלה או על
4 מצב בריאותו של החולה בדרך כלל, בכל שלב ושלב
5 של התפתחות המחלה והשתלשלות הדברים. על-פי
6 הרישומים ובהסתמך עליהם יוכל לקיים מעקב שוטף,
7 ראוי ואחראי אחר התפתחות הדברים ולקבל את
8 ההחלטות הנאותות. רישומים אלה חשיבותם רבה גם
9 כראיה אותנטית ובעלת משקל באשר לאירועים שקרו
10 ולהתפתחויות שהתרחשו במועד כלשהו בעבר" (עניין
11 המגן פסקה 7).

12 דברים אלה יפים לענייננו. כפי שעולה מחוות דעתו של פרופ' אליס המקובלים
13 עלי, היה על רפואי ביה"ח לתעד כיאות ובמדויק את מהלך הבדיקות, הניטור,
14 ההתייעצות והטיפול במנוח על מנת שניתן להיות בכל שלב נתון להעריך מחדש
15 ונכון את מצבו של המנוח ואת " התפתחות המחלה והשתלשלות הדברים", על
16 מנת לאפשר טיפול נכון ואפקטיבי במנוח, וזאת במיוחד נוכח המצב הזיהומי
17 הקשה ממנו סבל, ועל רקע תחלואיו הרבים וגילו הצעיר של המנוח.

18
19
20 בעניין זה צויין על ידי כב' השופט א. רבלין בע"א 8151/98 ביאטריס שטרנברג נ' ד"ר
21 אהרון צ'צ'יק, פ"ד נו (1) 539, 550:

22 "במקרים מסוימים עשוי היעדרו של רישום מסודר של מהלך המחלה ושל
23 הטיפול בה לפגוע בטיפול הנאות עצמו בזמן אמת... במקרה כזה עשוי
24 הפגם ברישום להוביל, הוא עצמו, למסקנה בדבר קיומה של רשלנות
25 רפואית...טיפול רפואי מתבצע לא פעם על-ידי רופאים אחדים, ואלה מצדם
26 מסתמכים על רישומים רפואיים לצורך העברת מידע מאחד לרעהו. גם רופא
27 המטפל בחולה לבדו זקוק לרישומים על-מנת לשמר את המידע המצוי בידו
28 על אודות החולה, לרענן את זיכרונו, לעקוב אחר מצב החולה וכדומה".

29

30

31 41. מעבר לכך, " בכוחו של רישום רפואי חסר ליצור נזק ראייתי. הכלל שנקבע הוא
32 כי "נזק ראייתי שנגרם לתובע, מקום שבו לא נערכים רישומים רפואיים כנדרש
33 או שלא נשמרים רישומים אלה, עשוי להביא... להעברת נטל השכנוע מכתפיו של
34 התובע אל שכמו של הנתבע". ודוק.. לא כל חסר ברישום או סתירה ברישום
35 הרפואי מצדיקים העברת הנטל. על היעדר הרישום לגעת "שירות בסלע
36 המחלוקת". אומר זאת בצורה אחרת. חייב להיות קשר סיבתי בין הנזק הראייתי



בית משפט השלום בירושלים

ת"א 46524-09-16

1 לבין העדר יכולת מצד התובע להוכיח רכיב בעוולת הרשלנות (עניין המגן ,
 2 פסקה 7 והאסמכתאות שם).
 3
 4 בענייננו, לא רק שהכשל ברישומים מונע לתת מענה לשאלות שבסלע המחלוקת, אלא
 5 הוא מתיישב עם עמדתו של פרופ' אליס, שלפיה הטיפול נפל מהסטנדרט הסביר
 6 והמקובל, שכן, לא נעשה מעקב, השגחה, התייעצות וטיפול הולמים בעניינו של
 7 המנוח.
 8
 9 כאמור, אין תיעוד רפואי על תכנית ההנשמה; אין תיעוד המתאר את מהלך נסיון
 10 האקסטובציה שנעשה ב 25.9 בשעה 9:30; אין תיעוד על התייעצות לגבי נסיון
 11 אקסטובציה כושל זה והשיקולים שבבסיס החלטה על מהלך זה.
 12
 13 כך גם אין כל רישום לגבי צעדים שנעשו או לא נעשו בעניינו של המנוח עם משיכת
 14 צינור ההנשמה "הטובוס" על ידו בשעה 01:30 בליל הפטירה; לא נרשם אם הייתה
 15 התייעצות בעניין הזה, עם מי נעשתה התייעצות ומי החליט על הדבר (ראו: עמ' 126
 16 – 129 למוצגי הנתבעת).
 17
 18 כאמור, דר' מערוף מסר בתחילת העדות כי הוא לא זוכר את האירוע וכי תצהירו
 19 ועדותו מבוססים על התיעוד הרפואי. בהמשך עדותו מסר כי נזכר שהוא התייעץ בנדון
 20 עם מנהל המחלקה, אך למהלך ייעוץ זה אין כל תיעוד ברישומים הרפואיים.
 21
 22 מהרישומים הרפואיים עולה כי הביקור האחרון של דר' מערוף אצל המנוח היה בשעה
 23 00:00 בלילה (ראו: עמ' 130 למוצגי הנתבעת); כמו כן, עולה כי לאחר העברת המנוח
 24 להנשמה באמצעות C-PAP, לא היה כל רישום על ביקור רפואי עד לקריסתו וניסיון
 25 ההחייאה שנעשה בו, שכשל.
 26
 27 42. לנוכח האמור, סבורני כי מתקיים לא רק נזק ראייתי רגיל המעביר את נטל ההוכחה
 28 על הנתבעת, אלא אף נזק ראייתי מובנה משום שהפגמים ברישומים הרפואיים לא רק
 29 פגעו ביכולת התובעת להביא ראיות אלא אף מבסס התרשלנות שיצרה את הנזק
 30 (השוו: עא 3900/14 ל.ד. נ' המרכז הרפואי הלל יפה (2.12.2015), הש' עמית,
 31 פסקה 14); ע"א 4584/10 מדינת ישראל נ' שובר, הש' עמית, פס' 113 ת
 32 ((4.12.2012)).



בית משפט השלום בירושלים

ת"א 46524-09-16

1
2 כאמור, התרשלות הנתבעת בתיעוד הפעולות שנעשו או לא נעשו בענייננו של המנוח
3 לרבות: ניטור, מעקב והשגחה, ההתייעצות וטיפול במנוח, מנעה מהתובעת אפשרות
4 להוכיח מה היו סיכויי ההישרדות של המנוח אילו פעולות אלה היו נעשות ומאפשרות
5 סיכוי לטיפול נכון ואפקטיבי יותר במנוח.

שיעור הפיצויים

8 43. כאמור בדיון בשאלת הקשר הסיבתי אימצתי את עמדתו של פרופ' אליס שלפיה
9 התרשלות המחלקה הפנימית בבית החולים מנעה מהמנוח את הסיכוי לשרוד את
10 המחלה וגרמה למותו; וכי הפסד סיכויי ההישרדות של המנוח בהינתן כלל הנסיבות
11 שתוארו לעיל נע בין 50% ל 60%, היינו מעל 50%. לפיכך התובעת זכאית לפיצוי מלא
12 בגין פטירת המנוח (השוו: עניין ל.ד. הנ"ל, כב' הש' עמ"ת, פסקה 28-33).
13
14 יש לציין כי בהינתן הנזק הראייתי כמתואר לעיל, ניתן לקבוע כי סיכויי ההחלמה של
15 המנוח היו גבוהים יותר, משום שהנתבעת לא הוכיחה אחרת.

17 44. כאמור, התובעת הינה אלמנתו והיורשת היחידה של המנוח, ולפיכך, קיימת זהות
18 מלאה בין היורשים לבין התלויים, ובהתאם לכך אין צורך לערוך חישוב נפרד לתביעת
19 העיזבון ותביעת התלויים.

נזק לא ממוני

22 45. התובעת מבקשת לפסוק פיצוי נפרד בגין כאב וסבל ואובדן הנאות חיים, קיצור תוחלת
23 חיים ופיצוי בגין פגיעה באוטונומיה בהעדר הסכמה מדעת.

25 מהפסיקה עולה כי ככלל, אין הכרח להפריד ולפוסק פיצויים נפרדים בגין מרכיבי הנזק
26 הלא-ממוני (השוו: ע"א 4576/08 בן צבי ואח' נ' פרופ' היס (7/7/2011); ע"א 4584/10
27 מדינת ישראל נ' שובל (4/12/2012); עא 2278/16 פלונית נ' מדינת ישראל, כב' הש'
28 עמ"ת, פסקה 23-24 (12.3.2018)).

30 בנסיבות העניין, בשים לב לפרק הזמן שבו המנוח היה מאושפז ערב פטירתו, כיומיים;
31 מצבו התחלואתי הקשה של המנוח ערב פטירתו; ומאידך לגילו הצעיר יחסית, 52 בעת



בית משפט השלום בירושלים

ת"א 46524-09-16

1 פטירתו, סבורני כי סביר להעמיד את הפיצוי בגין נזק לא-ממוני של כאב וסבל וקיצור
2 תוחלת חיים על סכום כולל של 300,000 ₪ נכון להיום.

3

4 46. אשר לפיצוי בגין פגיעה באוטונומיה: סבורני כי בנסיבות המקרה אין מקום לפסוק
5 פיצוי בגין מרכיב זה, וזאת הן משום שלא הוכחה פגיעה באוטונומיה, והן לנוכח הגישה
6 הרווחת בפסיקה שלפיה במקרים בהם נקבעת רשלנות בטיפול, אין מקום לפסוק פיצוי
7 נפרד בגין פגיעה באוטונומיה, למעט במקרה של הולדה בעוולה (השוו: עניין פלונית
8 הנ"ל, כב' השי' עמית, פסקה 24).

9

10 **הוצאות קבורה, מצבה ואבל**

11 47. בנסיבות המקרה, סבורני כי סביר לפסוק לתובעת פיצוי בסך 15,000 ₪ בגין הוצאות
12 קבורה ומצבה ואבל.

13

14 **אובדן שירותי בעל**

15 48. בנסיבות העניין, בשים לב לרקע הבריאותי המשמעותי של המנוח טרם פטירתו,
16 ומאידך לגילו הצעיר יחסית, סבורני כי סביר להעמיד את הפיצוי בגין אובדן שירותי
17 בן זוג על סך של 150,000 ₪.

18

19 **אובדן הכנסות המנוח בשנים האבודות**

20 49. מחומר הראיות עולה כי המנוח קיבל בחייו קצבת נכות מהמוסד לבטוח לאומי
21 "(להלן: "המל"ל") בסך 2,574 ₪, וכן קצבת אי-כושר מ"כלל חברה לביטוח" בשיעור
22 2,281 ₪. סה"כ הכנסות המנוח 4,855 ₪.

23

24 כן עולה כי התובעת האלמנה השתכרה סך של 6,400 ₪ בחודש (ראו: תשובה 29
25 לתשובות התובעת לשאלון). סכום זה מקובל על הנתבעת (סעי' 49 לסיכומיה), למרות
26 שמחקירת התובעת עלה כי שכרה ברוטו מגיע ל-9,000 ₪ (ראו: עמ' 13 לפרוטוקול, ש'
27 9 – 15).

28

29 סה"כ הקופה המשותפת של משק הבית 11,255 ₪.

30

31 50. על פי הפסיקה, לצורך חישוב אובדן הכנסות העיזבון בשנים אבודות, יש לחלץ את ידת
32 הקיום של המנוח מתוך הקופה המשותפת. החישוב נעשה לפי שיטת הידות שלפיה,



בית משפט השלום בירושלים

ת"א 46524-09-16

- 1 הכנסתו הפוטנציאלית של הנפגע מחולקת במספר "ידות" לפי מספר בני המשפחה
 2 התלויים, בתוספת יד אחת למנוח, יד אחת למשק הבית ויד אחת לחיסכון (ראו: ע"א
 3 4641/06 מנורה חברה לביטוח בע"מ נ' עיזבון המנוח כרכבי ז"ל (19/12/2007)
 4
 5 יוצא, אפוא, כי ידת המנוח בהכנסה המשותפת שווה 2,814 ₪ (11255/4), והפסד
 6 הכנסות המנוח עומד על 2,041 ₪ (4,855-2814). מסכום זה יש להפחית את קצבת
 7 השאירים המשולמת לתובעת על ידי המל"ל בעקבות פטירתו של המנוח, בסך של
 8 2,262 ₪. יוצא, אפוא, כי לעיזבון לא נגרם הפסד עקב פטירתו של המנוח.
 9
 10 51. כך גם סבורני כי לא הוכח כי ייגרם הפסד לעיזבון בתקופת הפנסיה, לאחר הגיעו של
 11 המנוח לגיל 67, שכן במועד זה המנוח היה מפסיק לקבל קצבת אי כושר והיה נשאר
 12 על קצבת זיקנה ליחיד (אולי גם פנסיה מזערית אך לא הובאו ראיות בעניין זה), בעוד
 13 שהאשה הייתה זכאית לשכר (עד להגיעה לגיל 67) או לפנסיה המגיעה לכ 70% משכרה
 14 (לאחר גיל 67) בתוספת קצבת זקנה לעובד מבוטח שצבר תקופת הכשרה.
 15
 16 זאת ועוד, התובעת תהיה זכאית בהגיעה לגיל הפרישה למחצית מקצבת השאירים
 17 מעבר לקצב הזקנה, וזאת בתור עובדת מבוטחת. סכום זה יש להפחית מהפסד גמלאות
 18 המנוח.
 19
 20 בנסיבות אלה, הרי משנמצא כי לא נגרם הפסד לעזבון לפני גיל הפנסיה של המנוח או
 21 של האלמנה, הרי שמקל וחומר לא יגרם לעיזבון הפסד לאחר הגיעם לגיל פנסיה, שכן
 22 לאחר גיל הפנסיה חלקו של המנוח בהכנסה המשותפת יעלה בוודאות על הכנסתו
 23 מקצבת זקנה, וזאת גם לפני שמנכים את מחצית קצבת השאירים שהתובעת תקבל
 24 עם הגיעה לגיל פנסיה.
 25
 26 **הלוואה עומדת**
 27 52. התובעת טוענת כי בעקבות פטירת המנוח היא נאלצה להחזיר למל"ל הלוואה עומדת
 28 בגין רכב בסך של כ- 16,000 ₪, והיא תובעת פיצוי בגין מרכיב זה.
 29
 30 סבורני כי אין בסיס לדרישה זו. ראשית, התובעת לא הוכיחה כי נגרם לה הפסד עקב
 31 החזר הלוואה העומדת. מהתשובות לשאלון עולה כי הרכב נשאר בחזקתה של
 32 התובעת לאחר פטירתו של המנוח והיא שילמה 17% משווי הרכב בעת פטירת המנוח,



בית משפט השלום בירושלים

ת"א 46524-09-16

1 וזאת במקום הסכום שהיה צריך לשלם עבור הרכב בעת רכישתו, שמן הסתם היה
 2 אמור להיות גבוה בהרבה. לכן יש צדק בטענת הנתבעת, שלפיה, למעשה, התובעת
 3 זכתה להטבה ברכישת הרכב.
 4
 5 מעבר לכך, מדובר בהטבה עקב צרכי המנוח בחייו; בהעדר צרכים מיוחדים של המנוח
 6 אין הצדקה להטבה זו עבור העיזבון.
 7
 8 ועוד, מדובר בהלוואה, ופטירתו של המנוח לא משנה מסיווג הסכום מהלוואה להפסד.
 9

10 סוף דבר

11 53. לנוכח כל האמור, התביעה מתקבלת. הנתבעת תשלם לתובעת את הסכומים כדלקמן:

12	א. נזק לא ממוני	₪ 300,000
13	ב. הוצאות קבורה ולוויה	₪ 15,000
14	ג. אובדן שירותי בעל	₪ <u>150,000</u>
15		₪ 465,000

16
 17
 18 לסכום זה יצורף שכר טרחת עו"ד בשיעור 20% ומע"מ והוצאות משפט שכוללות שכר
 19 המומחה והחזר אגרה. הסכום ישולם בתוך 30 יום, שאם לא כן, הוא יישא הפרשי
 20 הצמדה וריבית כדין מהיום ועד ליום התשלום בפועל.
 21

22 ניתן היום, כ"ו אב תש"פ, 16 אוגוסט 2020, בהעדר הצדדים.
 23

24

עבאס עאסי, שופט בכיר

25
 26
 27