



בית משפט השלום בתל אביב - יפו

ת"א 42012-05 פלוני ואח' נ' מדינת ישראל - ע"י משרד הבריאות ואח'

1
2
3
4
5
6
7
8
9

תובעים : עיזבון פלוני ופלונית

ע"י עו"ד זינגל ועו"ד אזולאי

נתבעת : מדינת ישראל - משרד הבריאות [המרכז הרפואי על שם סוראסקי]

ע"י עו"ד בוקשטיין

פסק דין

10
11
12
13
14
15
16
17
18
19

תביעת עיזבון על רשלנות רפואית בגין פטירתו של המנוח בבית החולים איכילוב, באחריות המדינה. מטעמי נוחות אכנה את הנתבעים – בית החולים. בנוסף תביעת האלמנה לפיצויים כניזוקה משנית.

מושגים נדרשים

בנסיבות העניין אנסה להביא את המושגים הנדרשים לענייננו.

בכל מקום בו מצוין "הפרעת קצב" הכוונה להפרעה הבאה ממקור חדרי בלב.

פעולת הלב: הלב מופעל באמצעות שני מנגנונים מרכזיים, אחד, מכאני והשני חשמלי.

20
21
22
23
24
25
26
27
28
29

המנגנון המכאני: באמצעות שרירים הגורמים מצידם להתכווצות ולהרפיה של פרוזדורי הלב וחדריו, מה שמאפשר העברת דם וחמצן בתוך הלב וממנו החוצה. המנגנון תלוי באספקה תקינה של דם וחמצן.

המנגנון החשמלי: מסדיר באמצעות פולסים חשמליים את קצב פעימות הלב ["סינוס"]. פגיעה במנגנון החשמלי מתבטאת בהפרעות קצב.

פגיעה במנגנון המכאני גורמת בדרך כלל לפגיעה במנגנון החשמלי. פגיעה במנגנון החשמלי אינה גורמת בדרך כלל לפגיעה במנגנון המכאני. מומחי הצדדים מסכימים שלעיתים, כשמדובר



בית משפט השלום בתל אביב - יפו

ת"א 42012-05 פלוני ואח' נ' מדינת ישראל - ע"י משרד הבריאות ואח'

בלב איסכמי, עלולה הפרעת קצב לגרום לפגיעה במנגנון המכאני אך הם חלוקים על טיבה של הפרעה כזו ועל נסיבות הופעתה.

דופק: מהירות קצב הלב.

הפרעה במנגנון המכאני

איסכמיה: מצב בו הלב אינו מקבל כמות דם וחמצן הדרושה לו. תחזוקה תרופתית שוטפת ללב איסכמי כוללת בין השאר מתן מעכבי אנזים [ACE]. התסמינים החיצוניים החשובים לאירוע איסכמי הינם כאבים בחזה, הזעה כשהיא נלווית לכאבים בחזה וקוצר נשימה.

א.ק.ג.: אמצעי ניטור לבדיקת שני המנגנונים, המכאני והחשמלי. תרשים א.ק.ג. מראה פעילות חשמלית לפי זרימה מפרוזדור ימין לחדרים ומכאניקה של התכווצות והתרפות של הפרוזדורים והחדרים. זרימה תקינה מתבטאת בתרשים א.ק.ג. המעוצב על שני צירים [אכנה אותם X ו-Y], בעליות, ירידות ומרווחים תקינים ביחס ל X ול Y ובין הנקודות P.Q.R.S.T. החלק הראשון של P - מראה את מעבר הזרם מהפרוזדור אל החדרים. ח - QRS ["קומפלקס"] מראה את התפזרות הזרם בין החדרים ו - T מראה את יציאת הזרם מהחדרים. וחוזר חלילה. מרווחים וגבהים תקינים בין הנקודות ביחס ל X ו - Y מייצגים את פעולת הלב. שינויים במופע של ST ושל T ביחס לשני הצירים מצביעים על פגיעה במנגנון המכאני, מה שעלול לבשר תחילתו של אירוע איסכמי. מרווחים רחבים ב - WIDE QRS, ["קומפלקס QRS מורחב"] ומייצגים הפרעה במנגנון החשמלי - הפרעת קצב.

HYPER ACUTE FACE - אירוע איסכמי חריף.

הפרעה במנגנון החשמלי

מוניטור: אמצעי ניטור לבדיקת המנגנון החשמלי.



בית משפט השלום בתל אביב - יפו

ת"א 42012-05 פלוני ואח' נ' מדינת ישראל - ע"י משרד הבריאות ואח'

1 פלפיטציות - תחושה סובייקטיבית של פעימות לב חזקות, בודדות או מרובות. כשלעצמן הן אינן
2 מעידות על הפרעה במנגנון החשמלי, לא נודעת להן מסוכנות, אינן דורשות ואינן מתבטאות
3 בניטור.

4
5 **VENTRICULAR PREMATURE BEATS – VPB'S** – הפרעת קצב, התכווצות
6 מוקדמת של החדרים, ללא סטיית מהירות מהנורמה, ובשעת מנוחה. גורמים אפשריים מוכרים
7 להפרעת קצב הינם הם הפרעה בתפקוד שריר הלב, הפרעה ברמות אלקטרוליטים [מלחים כגון
8 אשלגן], עלייה בלחץ דם ומצבי חרדה ומתח. ההפרעה יכולה להופיע בכלל האוכלוסיה אך
9 שכיחה אצל חולים עם רקע איסכמי. תחזוקה רפואית כוללת בין השאר מתן חוסמי בטא [**BETA BLOCKERS**]
10

11
12 **VT - VENTIRCULAR TACHICARDIA** הפרעת קצב המתבטאת ב **VPB'S**
13 מרובות ומהירות מעבר לנורמה, בשעת מנוחה.

14
15 **”רפרוף חדרים” – סוג של VT** המופיעה בצורה מהירה מאוד, אחידה וממושכת. מתבטאת
16 בדרך כלל בירידת לחץ הדם.

17
18 **WIDE COMPLEX TACHICARDIA** , מתבטאת בא.ק.ג. ובמוניטור כמרווחים
19 רחבים מאוד ב – QRS. זוהי VT מסכנת חיים שכן היא עלולה להתדרדר לדום לב. בהיעדר
20 אפשרות לטפל תרופתית או כשאינה מגיבה לכך, יש לנסות להפוך את קצב הלב על ידי מכות
21 חשמל או לפי הנסיבות על ידי השתלת קוצב.

22
23 **VF – VENTIRCULAR FIBRILLATION** - פרפור חדרים מצב בו מצבור זרמי חשמל
24 המגיעים ממקורות שונים בלב, נותנים פקודות חשמליות סותרות מה שגורם לכאוס, להפסקת
25 הפעילות המכאנית של הלב, להפסקה בזרימת דם וחמצן אליו ולדום לב. במידה שלא מצליחים
26 להפוך את קצב הלב, התוצאה פטאלית, מוות.

27
28 **במרכז הדיון כאן: מידת ההשפעה של פגיעה במנגנון החשמלי ממקור חדרי על**
29 **פגיעה במנגנון המכאני.**



בית משפט השלום בתל אביב - יפו

ת"א 42012-05 פלוני ואח' נ' מדינת ישראל - ע"י משרד הבריאות ואח'

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30

היסטוריה רפואית

1. המנוח סבל ממחלת לב איסכמית, עבר אוטם, ניתוח מעקפים, הרחבת עורק עם תומכן וצנתורים בין 1996 – 2001. לאחר הניתוחים נמצאו מעקפים ועורק מורחב פתוחים עם הפחתה קלה – בינונית בתפקוד הלב. ב – 1996 מונתה התובעת לאפוטרופסית עליו, לכל דבר ועניין.

2. בבדיקותיו הרפואיות סמוך לפני האירועים כאן נמצא במצב טוב ללא סימנים לאיסכמיה או הפרעות קצב.

מהלך האירועים – נתונים שאינם במחלוקת

ביקור רופא בית

3. בשעת בוקר מוקדמת של יום שבת 9.11.02 קראו המנוח והתובעת לרופא בית לאור תלונותיו על דופק חזק מאוד. כשהגיע הרופא בשעה 7.10 התלונן בפניו המנוח על תחושת דופק חזק מאוד [“פלפיטציות”] שהחלה לפני כשעה אך ללא כאבים בחזה.

4. הרופא מצא ערכי סוכר גבוהים, דופק סביר, קולות לב סדירים, ערכי לחץ דם גבוהים שהגיעו ל – 184/102. בדיקת א.ק.ג העלתה סינוס תקין, ללא סימנים לאיסכמיה וללא הפרעות קצב. אבחנה משוערת: סכרת ויתר לחץ דם. הרופא הפנה את המנוח עצמאית לבית חולים.

חדר מיון

5. המנוח הגיע למיון באופן עצמאי, מלווה בתובעת. הוא התקבל במיון בשעה 8.08 ונבדק על ידי מתמחה בקרדיולוגיה ד"ר טופילסקי. המנוח מסר לרופא על עברו הרפואי, תיארו את תחושת הדופק המהיר שהופיע לפתע בעת מנוחה ללא כאב או לחץ בחזה, ללא קוצר נשימה וללא סחרחורת.

6. בדיקתו העלתה ערכי לחץ דם גבוהים [187/97, 190/80] ודופק 87. לא עלה ממצא כלשהו בצילום חזה. לא נמצאו מצוקה נשימתית, כחלון, חיוורון או צהבת. בדיקת א.ק.ג. לא העלתה איסכמיה או הפרעה בהתכווצות הלב אך כן העלתה VPB'S מרובות וסימפטומטיות. הרופא הורה לאשפז אותו במחלקה פנימית.



בית משפט השלום בתל אביב - יפו

ת"א 42012-05 פלוני ואח' נ' מדינת ישראל - ע"י משרד הבריאות ואח'

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29

קבלה לאשפוז במחלקה פנימית

7. בשעה 10.15 התקבל המנוח מלווה בתובעת במחלקה פנימית. הרופאה האחראית באותו יום הייתה ד"ר רבקה איילון, מתמחה ברפואה פנימית. המנוח מסר לה בין היתר שהוא סובל מכאבים ברום הבטן כפעם בשבוע, עבר קולונוסקופיה שנמצאה תקינה. ועוד מסר שבשעה 6.00 חש בדפיקות לב חזקות שחלפו מעצמן כעבור 4 שעות. בבדיקות חוזרות מצאה הרופאה לחץ דם - 158/82, דופק - 80 וריווי חמצן בדם - תקין [96%]. בקבלתו למחלקה נראה בחרדה אך מבחינה רפואית נמצא א- סימפטומאטי. א.ק.ג. חוזר העלה VPB'S בודדות.

8. הרופאה התוותה תוכנית טיפולים: המשפחה תביא א.ק.ג. קודם לבדוק אפשרות לשינויים איסכמיים; לחדש טיפול קבוע; **יישאר תחת מוניטור להשגחה**; לחזור על CPK [מדד בדיקות דם לאיתור סימני אוטם, י.ה.]; לאחר התייעצות עם קרדיולוג ד"ר בינר להתחיל בחוסמי BETA, ו ACE - [להפחתת יתר לחץ דם ולמניעת פגיעה במנגנון המכאני ובמנגנון החשמלי].

מהלך אשפוז במחלקה

9. המנוח הועבר לחדר מוניטורים [מס. 4] וחובר למוניטור. זהו החדר היחיד במחלקה בו מתקיימת השגחה מתמדת על החולים ועל המוניטורים על ידי אחות הנמצאת בו כל העת. המנוח קיבל טיפול תרופתי לפי התוכנית.

10. בשלב מסוים הועבר המנוח מחדר מוניטורים לחדר 8 וחובר למוניטור. בחדר זה אין השגחה מתמדת של אחות. ערכי לחץ דם המשיכו להיות גבוהים.

11. במהלך היום ועל אף הוראת החיבור לא היה המנוח מחובר באופן רציף למוניטור. בתמונות שצילמו בני משפחתו בשני חדרים שונים אכן נראה המנוח כשאינו מחובר. בחוות הדעת שמ מומחה התובעים ד"ר מנקס נכתב ש"המוניטור הפריע לו משום מה" ושהתובעת אמרה לד"ר מנקס ש"לא היה לו נוח עם המוניטור".

12. מספר פעמים במהלך היום הוציאה לו האחות "סטריפים" של א.ק.ג.. מספר פעמים ביום הביע המנוח רצון להשתחרר לביתו. ד"ר איילון שוחחה איתו ועם התובעת ושכנעה אותו להישאר בבית



בית משפט השלום בתל אביב - יפו

ת"א 42012-05 פלוני ואח' נ' מדינת ישראל - ע"י משרד הבריאות ואח'

1 החולים. בשעה ובנסיבות שנויות במחלוקת היא אישרה למנוח ולתובעת לצאת לטיול בבית
2 החולים ואכן כך עשו. בשעה שנויה במחלוקת חזרו השניים מהטיול.

ההתדרדרות

במחלקה

3
4
5
6
7 13. המנוח התלונן על כאבים חזקים ברום הבטן, מקרינים לגב ומלווים בזיעה. תרשים א.ק.ג.
8 בזמן הזעה [מוצג 69 – 70] מראה דופק סדיר [75] גלי T מחודדים וגבוהים אך QRS תקין.
9 המשמעות – שינויים איסכמיים ביחס לא.ק.ג. קודמים מאותו יום, ללא סימנים להפרעת קצב.
10 {ד"ר מנקס בעמ' 35}.

11
12 14. א.ק.ג. משעה 21.35 מראה סינוס סדיר אך מהיר במקצת, עם עלייה בדופק [100], ה – T
13 מראה תחילתה של איסכמיה. ה – QRS אינו רחב ובגבול הנורמה, ללא הפרעת קצב.
14 [ד"ר מנקס בעמ' 37].

15
16 15. בא.ק.ג. משעה 21.40 [מוצג 73] כבר לא ניתן לראות גל סינוס, דופק עלה ל – 145 ומופיעה
17 הפרעת קצב, בשלב זה לא ניתן לאבחן אם באה ממקור פרוזודורי או חדרי. גם אם מקורה חדרי,
18 הא.ק.ג. הוא של VT ללא WIDE QRS.
19 [ד"ר מנקס בעמ' 37 למטה].

20
21 16. ד"ר איילון הזעיקה קרדיולוג. שעת הזעקתו ושעת הגעתו שנויות במחלוקת. אך אין חולק
22 שבהגיעו התלונן המנוח על קוצר נשימה וכאבים בחזה. הקרדיולוג מצא שהוא מזיע ומדד דופק
23 120. הופיעה HYPER ACUTE FACE. שניות לאחר מכן הופיעה בא.ק.ג. הפרעת קצב
24 מסוכנת ממקור חדרי, WIDE COMPLEX TACHICARDIA.
25 [ד"ר מנקס בעמ' 38].

26
27 17. הקרדיולוג טיפל במנוח היטב: נתן לידוקאין, פרוקור, מכת חשמל ותכנן צנתור.
28 [ד"ר מנקס בעמ' 38 למטה].



בית משפט השלום בתל אביב - יפו

ת"א 42012-05 פלוני ואח' נ' מדינת ישראל - ע"י משרד הבריאות ואח'

1 18. א.ק.ג. משעה 22.30 [מוצג 81] מראה שהפרעת הקצב חלפה לאחר מכת החשמל הראשונה
2 מכת וקצב סינוס חזר. אך כעבור שניות ספורות שבה **WIDE COMPLEX**
3 **TACHICARDIA**. הפעם התדרדרה לפרפור חדרים VF. המנוח קיבל מכת חשמל שנייה
4 בעוצמה גבוהה יותר, חזר לקצב סינוס 140 עם ערכי לחץ דם גבוהים. הוחל טיפול בדרלין עם
5 האטת הסינוס ל – 120. כעבור דקות ספורות חלה התדרדרות נשימתית ולכן בוצעה הנשמה.

6

7 19. המנוח נלקח לחדר צנתורים בחשד לאיסכמיה קדמית נרחבת.

8

9

בחדר צנתורים

10 20. בצנתור נמצאו מעקפים עורקיים וורידיים פתוחים והפרעה קשה בהתכווצות חדר שמאל. בשל
11 ירידת דופק ועצירת סינוס הוחדר קוצב זמני ונלקחו בדיקות דם. במהלך הצנתור הוזרק חומר
12 ניגוד לחדר שמאלי על מנת לברר סיבות מכאניות הפוגעות בהתכווצות הלב. תוצאות בדיקות
13 שנלקחו באותו מועד הגיעו מהמעבדה לאחר מותו ומצאו ערכי אשלגן גבוהים.

14

15

בטיפול נמרץ כללי

16 21. המנוח הועבר לטיפול נמרץ כללי אך הגיע לשם ללא סימני חיים. החיאה ממושכת במהלכה
17 בוצע אקו לב לא הועילה ולא החזירה דופק ספונטאני. בשעה 1.00 נקבע מותו של המנוח.

18

19

22. לא בוצעה נתיחה לאחר המוות.

20

21

המחלוקות באשר לטיפול במנוח

22 23. אלו עיקרי המחלוקות הרפואיות הדורשות בחלקן קביעת ממצאים עובדתיים: האם סבל
23 המנוח בביתו מ – VT מהירה שהופיעה לסירוגין; האם היה על הרופאים לאשפזו במחלקה
24 קרדיולוגית ולא במחלקה פנימית; האם היה על קרדיולוג לבדוק אותו במחלקה; האם היה על
25 ד"ר איילון לדאוג לחיבור רציף למוניטור ותחת השגחה מתמדת; האם חיבור כזה היה מגלה VT
26 מהירה; האם קדמה VT כזו לאירוע האיסקמי החרף וחוללה אותו; האם היה על המצנתרים
27 להימנע מהזרקת חומר ניגוד ולהשתמש באקו לב.

28

29



בית משפט השלום בתל אביב - יפו

ת"א 42012-05 פלוני ואח' נ' מדינת ישראל - ע"י משרד הבריאות ואח'

24. מתי, באילו נסיבות ובאיזה מצב רפואי הועבר המנוח מחדר מוניטורים לחדר 8, היה מנותק ממוניטור ולמשך כמה זמן.

25. מתי, באילו נסיבות ובאיזה מצב רפואי שכנעה אותו ד"ר איילון להישאר בבית החולים וכך גם באשר לרשות שנתנה לו לצאת לטיול עם התובעת.

26. מתי חזרו מהטיול ומה היה מצבו אז.

27. מתי החלה ההתדרדרות שחייבה הזעקת קרדיולוג, כמה זמן חלף מאז ועד הגעתו.

28. במידה ולאחר ניתוח הראיות כפות המאזניים שקולות, האם נהפך נטל השכנוע ועבר אל בית החולים, ככל שקיים חסר ברשומות הרפואיות, או מכוח "הדבר מדבר בעדו".

29. במידה שכן, האם הרים בית החולים את הנטל המוטל עליו.

המחלוקות באשר למצבה הנפשי של התובעת כתוצאה מהפטירה ובאשר להיקף הנזקים

30. אין חולק שהתובעת ליוותה את המנוח לאורך כל היום והייתה עדה להתדרדרות במצבו. אין גם חולק כי נכותה הפסיכיאטרית עומדת כיום על 40% ולפי סעיף 34 ד' לתקנות הביטוח הלאומי [קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה] תשט"ז – 1956. אין חולק כי 20% מנכותה זו נגרמה כתוצאה מהאירועים נשוא התביעה. המחלוקת נעוצה בקשר הסיבתי בין אלה לבין 20% הנוספים.

31. מחלוקות שגורות באשר להיקף הנזקים לעיזבון ולתובעת. אדון בהן לפי הצורך בהמשך.

הראיות

32. מטעם התובעים העידו התובעת, הקרדיולוג ד"ר מנקס והפסיכיאטר ד"ר טרבס. מטעם בית החולים העידו ד"ר איילון, הקרדיולוג פרופ' בטלר והפסיכיאטר ד"ר סטולר. הצדדים הגישו תיקי מוצגים.

33. כמו כן העיד הפסיכיאטר מטעם בית המשפט ד"ר פישר.



בית משפט השלום בתל אביב - יפו

ת"א 42012-05 פלוני ואח' נ' מדינת ישראל - ע"י משרד הבריאות ואח'

1 אפתח בשאלת החבות.

2

3

תצהיר התובעת

4 34. על אף מצבו הרפואי תפקד המנוח היטב, היה מטופל ומאוזן ובכושר גופני גבוה. ב – 1990
5 נפתחו נגדו תיקי מע"מ. ב – 1996, לאחר ניתוח המעקפים מונחה כאפוטרופסית שלו, מאחר
6 שממילא טיפלה בעניינים מול מע"מ ועל מנת לחסוך ממנו מתח והתדיינות הכרוכים בכך.
7

7

8 35. אירועי ה – 9.11.02: רופא הבית הפנה אותו לבית החולים לאור תלונותיו על דפיקות והרקע
9 הרפואי שלו. מטרת ההפניה הייתה בעיקר חיבור קבוע למוניטור למעקב אחר דפיקות הלב וטיפול
10 רפואי הולם. בהגיעם לחדר מיון סבל המנוח מתחושה רעה, הזעה מוגברת ודפיקות לב חזקות.
11 הרופא והאחיות סירבו לבקשתה לקרוא לד"ר בראון, מנהל המחלקה הקרדיולוגית שטיפל במנוח
12 או לקרדיולוג בנימוק שאינם זמינים. בדיעבד הסתבר לה לדבריה שד"ר בראון היה זמין בבית
13 החולים.
14

14

15 36. בהגיעו למחלקה הורתה ד"ר איילון לאשפזו בחדר 8 [ככל הנראה טעות, שכן מספר החדר
16 הוא 4, י.ה.] עם מוניטור ולהשאירו תחת ניטור. למרות זאת, לא היה מחובר רוב רובו של היום.
17 לראיה תמונות בהן מצולם כשאינו מחובר למכשור ולניטור. מדי פעם עברה אחות עם עגלה
18 וחיברה אותו למוניטור נייד למשך דקות ספורות לשם הפקת "סטריפ" של א.ק.ג. בתחנת
19 האחיות לא היו מוניטורים לצפייה ואזעקה. דרישותיהם החוזרות להעביר את המנוח למחלקת
20 טיפול נמרץ ולבדיקתו על ידי קרדיולוג סורבו. נאמר להם שרק למחרת ייבדק על ידי קרדיולוג. כל
21 אותה עת התלונן המנוח על הזעות קשות, דפיקות לב מואצות ועל כך שאינו מצליח להירדם.
22

22

23 37. בסביבות 18.00 ביקשו היא והמנוח רשות מד"ר איילון לצאת לטיול בבית החולים בתקווה
24 שלאחר מכן יצליח המנוח להירגע ולהירדם. הרשות ניתנה מבלי שנשאלו לאן הם הולכים ולמשך
25 כמה זמן. המנוח הציע להשתחרר משום שלא ניתן לו טיפול רפואי ומשום שנמסר להם שייבדק
26 על ידי קרדיולוג רק למחרת בבוקר. בעצת הצוות הרפואי נשאר בבית החולים. בהתאם לכך טיילו
27 השניים בבית החולים כשהוא נוטף כמויות אדירות של זיעה וחש רע מאוד.
28

28

29 38. כששבו מהטיול בסביבות השעה 19.00 ולאור ההזעה החריגה, הושכב המנוח בחדר ממוזג
30 מרוחק מעמדת האחיות כשאינו מחובר למוניטור. ואז התדרדר מצבו, הוא החל לסבול מכאבים



בית משפט השלום בתל אביב - יפו

ת"א 42012-05 פלוני ואח' נ' מדינת ישראל - ע"י משרד הבריאות ואח'

1 חזקים בחזה, הזעות קשות, בחילות והקאות. על אף שהמנוח התלונן מיד בפני האחיות, ועל אף
2 שהיא הפצירה בהן לקרוא לקרדיולוג, נרשמו תלונותיו רק בשעה 21.00. רק אז בוצעה בדיקת
3 א.ק.ג. שהראתה תוצאה בלתי תקינה.
4
5 39. בשלב זה נשלחה לביתם על מנת להביא תוצאות א.ק.ג. קודם והוזעקה טלפונית לבית
6 החולים. כשהגיעה ראתה את המנוח בחדר אחר, רופא רוכן עליו ונותן לו מכות חשמל. הקרדיולוג
7 נקרא למחלקה רק בשעה 22.00, לאחר התדרדרות נוספת וא.ק.ג. שהראה חשד לאיסכמיה. סמוך
8 לאחר בואו החל המנוח לסבול מפרפור חדרים. השתלשלות העניינים מכאן ועד למותו אינה
9 שנויה במחלוקת.
10

תצהיר ד"ר איילון

11
12 40. המנוח נשלח למחלקה לשם השגחה על הפרעות קצב. מיד עם הגעתו הוכנס לחדר 4, שהינו
13 חדר מוניטורים ובהשגחה מתמדת של אחות הנמצאת בו. לאחר מכן לקחה ממנו אנמנזה, רקע
14 רפואי, בדיקה אותו ותייעדה בגיליון הרפואי. המנוח התלונן על כאבים ברגל חרדה, חוסר שינה
15 ודפיקות לב חזקות בבוקר. היא הורתה להשאירו להשגחה תחת מוניטור ולטפל בחוסמי בטא,
16 זאת אחר התייעצות עם הקרדיולוג ד"ר בינר.
17

18 41. המנוח סירב להישאר בחדר מוניטורים, לדבריו עקב מצבם הקשה של החולים המחוברים שם
19 למוניטור, מה שגורם לו לחרדה. המנוח, התובעת ובנותיו ביקשו להעבירו לחדר אחר. לאחר
20 שהסבירה להם שרק בחדר מוניטורים קיימת השגחה מתמדת של אחות הבהיר המנוח שבמידה
21 ולא תכבד את בקשתו הוא יבקש להשתחרר מבית החולים. בהתחשב בכך שחש בטוב והמוניטור
22 לא הראה דינאמיקה המעידה על בעיה, הורתה בשעה 13.10 להעבירו לחדר 8 ולחברו למוניטור.
23 בחדר זה מאושפזים שני חולים בלבד. אמנם אין בו נוכחות והשגחה מתמדת של אחות אך הפרעה
24 במוניטור מפעילה מיד אזעקה אשר נשמעת בעמדת האחיות.
25

26 42. לאחר העברתו לחדר 8 וחיבורו למוניטור המשיך המנוח להתלונן על כך שהחיבור למוניטור
27 והמשך השהות בבית החולים גורמים לו לחרדה, ביקש להתנתק מהמוניטור ולהשתחרר לביתו.
28 היא שוחחה עם המנוח ועם התובעת, הסבירה להם את חשיבות ההשגחה בבית החולים ונתנה
29 למנוח ואליו להרגעה. זאת בשעה 16.50 כפי שנרשם בדף הוראות רופא. לבקשתו נעשו ניסיונות
30 להרגיעו על ידי ניתוקו לסירוגין מהמוניטור.



בית משפט השלום בתל אביב - יפו

ת"א 42012-05 פלוני ואח' נ' מדינת ישראל - ע"י משרד הבריאות ואח'

1
2 43. בשעה 18.00 ביקש המנוח להשתחרר ושוב הפעילה אמצעי שכנוע כדי להשאירו בהשגחה.
3 במהלך האשפוז חזר המנוח שוב ושוב על בקשתו להשתחרר והיה חרד מאוד מהימצאותו שם.
4

5 44. בסביבות השעה 21.00 ביקש המנוח לצאת ל"סיבוב קצר" על מנת להירגע. היא התירה לו
6 ולתובעת לצאת לסיבוב קצר בקומת המחלקה לאור העובדה שעד למועד זה לא היה שינוי
7 בתמונת מוניטור ובמצבו.
8

9 45. כאשר חזר למחלקה התלונן לראשונה על לחץ בחזה, כאבים חזקים ברום הבטן המקרינים אל
10 הגב מלווים בזיעה. הוא חובר מיידית למוניטור, נעשה א.ק.ג. שהראה שינויים וחשד לאירוע
11 איסכמי ובשל כך הוזעק קרדיולוג. הקרדיולוג הגיע באופן מידי, נתן טיפול תרופתי והוחל
12 בהחייאה על מנת לייצב את מצבו. ההשתלשלות ומכאן ועד מותו אינה שנויה במחלוקת.
13

ממצאים עובדתיים

מצבו של המנוח במהלך הבוקר עד כולל אשפוזו במחלקה פנימית

14
15
16 46. מהרשומות הרפואיות שנערכו בזמן אמת על ידי שלושה רופאים אין רמז להפרעת קצב VT:
17 רופא הבית לא מצא דפיקות לב, לא מצא בא.ק.ג. VPB'S ואף לא סימני איסכמיה. בסעיף 4
18 לתצהירה מסרה התובעת שמטרת ההפניה לבית החולים הייתה חיבור קבוע למוניטור. בחקירתה
19 הוסיפה מימד עובדתי, שהרופא הציע להם ללכת מיד לבית החולים ולא לחכות בגלל הרקע של
20 הלב, דפיקות לב מואצות והזעה מרובה [עמ' 49]. גרסה עובדתית זו נסתרת על ידי רישומי הרופא
21 שצירפה לתצהירה ולפיהם סיבת ההפניה הינה סכרת ויתר לחץ דם ואף בכך שהמליץ להם להגיע
22 למיון באון עצמאי. בחקירתה מסרה התובעת גרסה שונה כאשר העידה שרק עכשיו היא יודעת
23 את חשיבות החיבור למוניטור [עמ' 53]. ייאמר כבר עתה: לפי התרשומות העידה התובעת מנהמת
24 ליבה, מאהבתה וממסירותה הרבה לבעלה המנוח, ולא מתוך רצון להפיק רווח משני. אך נקלעה
25 להפרזות ולסתירות. ייתכן שהדבר נובע ממצבה או מהקושי לזכור במדויק את אירועי אותו יום
26 גורלי, אך התנהלותה מקשה לבסס ממצאים עובדתיים על עדותה היחידה, ככל שאינה מסתייעת
27 בנתונים נוספים.
28
29
30



בית משפט השלום בתל אביב - יפו

ת"א 42012-05 פלוני ואח' נ' מדינת ישראל - ע"י משרד הבריאות ואח'

1 47. בחלוף כשעה נבדק המנוח במיון. התובעת הצהירה שכל העת סבל המנוח מהזעה מרובה
2 ומדפיקות לב חזקות ומואצות מאוד וכי בניגוד לאשפוזים קודמים, נשלחו השניים לצילום חזה
3 רגלית וללא סיוע מסניטר. כאשר חזרו מצילום חזה התלונן המנוח על הרגשה רעה מאוד [סעיפים
4 5 ו-6 לתצהירה]. בחקירתה הוסיפה שהמנוח התלונן על כאבים בחזה [עמ' 50]. לעומתה ניצבות
5 רשומות של הקרדיולוג מזמן אמת, לרבות אנמנזה מהמנוח. על פי אלה נמצאו VPB'S מרובות
6 אך לא VT. אין ציון לתלונות המנוח או התובעת שליוותה אותו כל העת, על מצבו המתואר לעיל.
7 הרופא מסר תצהיר אף לא התייצב להיחקר עליו. לדעתי עומדות הרשומות לעצמן. אך גם
8 בהיעדרן, אין ראיה לכך שהמנוח סבל באותה על מ VT כלשהי.

9
10 48. כעבור פרק זמן נוסף הגיע המנוח למחלקה ונבדק פעם נוספת על ידי ד"ר איילון. נמצאו
11 VPB'S בודדות אך לא VT. למעט יתר לחץ דם, סוכר ומראה של חרדה לא התגלו ממצאים
12 נוספים. המנוח היה במצב המו – דינאמי יציב, ללא סימני איסכמיה. המנוח מסר לרופאה
13 שדפיקות הלב אותן חש בביתו חלפו כעבור 4 שעות והוא חש בטוב. גם כאן נעשו רשומות מלאות
14 ובזמן אמת, הרופאה העידה עליהן ועדותה לא נסתרה. התובעת אינה חולקת על כך שישבה איתו
15 אצל הרופאה [עמ' 54 – 55]. מכאן שהרשומות בשלב זה משקפות את מצבו של המנוח גם עד
16 לקבלתו במחלקה.

אשפוז במחלקה פנימית

17
18
19 49. לרשות המחלקה הפנימית עמד יועץ קרדיולוגי זמין בטלפון, ד"ר איילון התוותה למנוח
20 תוכנית טיפול לאחר התייעצות עימו. אין חולק שהתוכנית הלמה את מצבו של המנוח לרבות ה –
21 VPB'S, לב איסכמי, יתר לחץ דם, סכרת וחרדה. אין חולק שבחדר המוניטורים היו חיבור
22 והשגחה רציפים על מוניטור כמו בחלקה קרדיולוגית.
23 התובעים לא הוכיחו שוני בין תנאי האשפוז במחלקה פנימית לבין התנאים במחלקה קרדיולוגית.
24 ועוד לא הוכיחו שלו היה המנוח נבדק על ידי קרדיולוג, היו מתקבלות מסקנות והוראות טיפול
25 שונות.

26
27 הטענה נדחית.

28
29 מצב הניטור בחדרים



בית משפט השלום בתל אביב - יפו

ת"א 42012-05 פלוני ואח' נ' מדינת ישראל - ע"י משרד הבריאות ואח'

1
2 50. הניטור בחדר מוניטורים היה מספק לרבות השגחת אחות צמודה. בחדר 8 היה חיבור
3 למוניטור ללא השגחת אחות צמודה. אפשרות נוספת במחלקה הייתה חיבור למוניטור נייד.
4 התובעת אינה חולקת על קיומם של מוניטורים בחדר 8 אלא על כך שלא היו מחוברים למערכת
5 צפייה ואזעקה בעמדת האחיות.

6
7 51. ואכן ד"ר איילון מסכימה לכך אלא לדבריה ברגע שיש הפרעה במוניטורים ביתר החדרים
8 מופעלת אזעקה הנשמעת בעמדת אחיות. ברור שבהיעדר חיבור למוניטורים בחדר זה או אחר, לא
9 תופעל אזעקה. אך בהיעדר חיבור גם לא תתאפשר צפייה והתרעה בעמדת האחיות. מאחר
10 ולגרסת התובעים לא היה המנוח מחובר מרבית הזמן למוניטור כלשהו, הרי אין רלוונטיות לטיב
11 ההתרעה. גם לו נדרשתי לכך, לא נסתרו דברי הרופאה על אפשרות התרעה באמצעות אזעקה
12 הנשמעת בעמדת אחיות.

13
14 **הטענה נדחית.**

15
16 **נסיבות חיבורו וניתוקו של המנוח ממוניטור מעת הגיעו למחלקה ועד להתדרדרות במצבו**
17 52. כאן נעוצה המחלוקת העובדתית המרכזית. לא אכחד כי הסיטואציה הרגשית קשה מאוד. אדם
18 הגיע על רגליו לבית חולים ועם תחושה פנימית של דפיקות לב חזקות. אשתו המסורה נלוותה
19 אליו. בבדיקתו נמצא ביטוי אובייקטיבי לתחושתו. על כן אושפז להשגחה. במהלך אשפוזו ביקרו
20 אותו בנותיו. משך כ – 15 שעות שהה בין כתלי בית החולים לצד ציוד ניטור ולצד צוות רפואי
21 והנה כעבור כ – 15 שעות נפטר. יחד עם זאת, יש להשתמש בכלים משפטיים על מנת לקבוע
22 ממצאים עובדתיים.

23
24 **חדר מוניטורים**

25 53. ד"ר איילון קיבלה אותו למחלקה והיא זו שהורתה להכניסו לחדר מוניטורים, להתחבר
26 למוניטור וזאת תחת השגחה קפדנית של אחות. משמע שלפי שיקול דעתה באותה עת סברה שזהו
27 הניטור המיטבי. הדברים יפים בין אם היה בכך צורך רפואי מידי ובין אם היה בגדר "משנה
28 זהירות ... כי התלונן בבוקר ביום קבלתו על דפיקות לב דופק חזק ובקבלתו נצפו פעימות חדריות
29 מוקדמות בגלל עברו הקרדיאלי החלטנו שלאור הסיפור הזה נשים אותו בחדר מוניטור למקרה
30 שיקרה משהו" [עמ' 76]. לאור זאת לא הייתה לד"ר איילון סיבה להעביר אותו לחדר 8, בו קיימת



בית משפט השלום בתל אביב - יפו

ת"א 42012-05 פלוני ואח' נ' מדינת ישראל - ע"י משרד הבריאות ואח'

- 1 רמה נמוכה יותר של השגחה. ההיפך, לפי היגיון הדברים וכפי שהעידה: "לי היה הרבה יותר נוח
2 בתור רופאה מטפלת להשאיר אותו תחת מוניטור..". [עמ' 80].
3
4 54. והנה בשעה 13.10 הורתה ד"ר איילון להעביר את המנוח לחדר 8 עם מוניטור [מוצג 58,
5 עמודת "הוראות רופא"]. היא והאחות חתומות על עמודה זו. על אף טענות התובעים לאי תקינות
6 יתר הרשומות הרפואיות, לגבי רשומה זו אין טענה ואין מחלוקת. הדעת נותנת שההוראה בוצעה
7 בחלוף זמן קצר.
8
9 מכאן שבחלוף כ – 3 שעות מהגיעו למחלקה הועבר המנוח מחדר מוניטורים לחדר 8. בדיקות
10 מזמן אמת מראות כל העת ערכי לחץ דם גבוהים מאוד, מה שלא מאפיין VT מהירה.
11 התובעים לא הוכיחו כי במהלך השעות מ – 7.10 בבוקר ועד 13.10 הופיעו VT או VT מהירה,
12 בכלל או לסירוגין.
13
14 55. מה הסיבה להעברה זו? בתצהירה לא התייחסה התובעת כלל למעבר בין החדרים, לא הבחינה
15 ביניהם והסתפקה באמירה ש"רוב רובו של היום בעלי כלל לא היה מחובר למוניטור". בחקירתה
16 תיקנה ופירטה חדר ראשון בו חובר למוניטור וחדר שני בו היה מזגן [עמ' 51]. גרסת ד"ר איילון
17 לפיה בשני החדרים מותקן מזגן פעיל [עמ' 76] לא נסתרה. אבל גם אז לא התייחסה התובעת
18 לסיבה למעבר בין החדרים. לעומתה הצהירה ד"ר איילון שהמנוח הוא שביקש ממנה לעבור לחדר
19 אחר לאור החרדות שנגרמות לו ממצבם הקשה של החולים המחוברים למוניטורים בחדר
20 מוניטורים. ועוד הצהירה שהתובעת ובנותיו של המנוח ביקשו ממנה לכבד את בקשתו. היא
21 מוסיפה שהסבירה להם את טיב המשגוח הקפדני בחדר מוניטורים אך המנוח עמד על דעתו
22 והבהיר שאם לא תכבד את בקשתו הוא יבקש להשתחרר מבית החולים.
23
24 56. תצהירה של ד"ר איילון הוגש טרם עלתה התובעת להעיד כך שגרסתה הייתה בידיעת
25 התובעת. התובעת לא התמודדה חזיתית עם גרסתה של ד"ר איילון. כשנשאלה מפורשות השיבה
26 שלא שמעה אותו מתלונן על המוניטור שהרי בא לבית החולים על מנת להיות מטופל [ולדעתם
27 לא טופל], אם כי מוניטור הוא טיפול חשוב [עמ' 52]. היא נשאלה האם ייתכן שהמנוח איים שאם
28 לא יוציאו אותו מחדר מוניטורים הוא יעזוב את בית החולים. תשובתה הייתה שלא נראה לה שכן
29 המנוח היה קשוב וממושמע וציית להוראות הרופאה שאמרה לו לא ללכת הביתה. היא מסבירה
30 שהמנוח "התעצבן" משום שלא הביאו לו קרדיולוג. ועוד העידה ש"לא היה לו נוח" [עמ' 54].



בית משפט השלום בתל אביב - יפו

ת"א 42012-05 פלוני ואח' נ' מדינת ישראל - ע"י משרד הבריאות ואח'

1 היא מתעלמת מדבריה לד"ר מנקס ולפיהם "לא היה לו נוח עם המוניטור". אזכיר שד"ר מנקס
2 כותב "לדבריה ... לא היה לו נוח עם המוניטור" [פיסקה 2.4. לחוות הדעת]. בתמונה הראשונה
3 נראה המנוח יושב במיטתו מול שתי מבקרות, לצידו מוניטור ואינו מחובר אליו. התובעת אינה
4 טוענת שבשלב זה נותק על ידי צוות בית החולים. התנהלות זו מחזקת את גרסת ד"ר איילון.
5 התובעת נשאלה מדוע, כאפטרופסית של המנוח, לא התעקשה על חיבור למוניטור. היא לא
6 שללה את המיוחס לה אלא הציגה כמה הסברים: אחד, שהתעקשה על בדיקת קרדילוג. שני, שלא
7 ידעה שהדבר נחוץ משום שהיא עצמה אינה רופאה ואילו ד"ר איילון "לא התעקשה" שיהיה
8 מחובר, שלישי, הדבר לא נאמר להם על ידי קרדילוג. כאשר נשאלה מדוע כתבה בתצהירה
9 שמטרת ההפניה לבית החולים הייתה בעיקר חיבור קבוע למוניטור השיבה שהדבר נודע לה
10 בדיעבד. מהביטוי "לא התעקשה" אנו למדים שד"ר איילון כן הסבירה למנוח וכן ביקשה ממנו
11 להישאר מחובר למוניטור. מעבר לכל אלה, התובעת לא סתרה את גרסת ד"ר איילון.
12

13 57. לכך יש להוסיף סרבנות של המנוח להתחבר למוניטור במהלך אשפוזיו הקודמים לניתוח
14 מעקפים ולצנתורים. כל בר – דעת מודע לפוטנציאל המסוכנות בנסיבות האופפות מצבים אלו גם
15 אם אינו מקבל הסבר או שכנוע מקרדילוג או מרופא בכלל. והנה באותם אשפוזים תיעד הצוות
16 פעם אחר פעם ברשומות סירובים של המנוח להתחבר למוניטור [מוצגים 93 – 97].
17

18 58. כשנשאלה התובעת על כך השיבה שאינה זוכרת. ביחס לכתוב במוצגים השיבה "אני לא
19 אומרת שזו טעות אבל אני לא מבינה למה שהוא יסרב" [עמ' 52 – 53]. ובהמשך העלתה גרסה
20 חדשה "ב 96 כשקרדילוג אמר לו תעשה זה וזה הוא היה ממושמע ..." [עמ' 53]. גרסה זו הפוכה
21 לחלוטין מהמציאות שהוכחה במוצגים 93 – 97] ומהביטויים בהם נקטה בעדותה. לא אוכל לקבל
22 את גרסת התובעת.
23

24 התובעת משקיפה על התנהלות המנוח כמו עם "עין אחת מכוסה".

25
26 התובעים לא הוכיחו את גרסתם במידת ההסתברות הנדרשת ובכלל. העדפתי את גרסתה של ד"ר
27 איילון.
28

29 מעבר לנדרש, איני מתקשה לקבוע שהעברת המנוח מחדר מוניטורים לחדר 8 נעשתה ביוזמתו, על
30 אף הסבריה של ד"ר איילון, בניגוד לטיפול המיטבי עליו הורתה ולאחר שהפעיל לחץ על הצוות



בית משפט השלום בתל אביב - יפו

ת"א 42012-05 פלוני ואח' נ' מדינת ישראל - ע"י משרד הבריאות ואח'

1 ואף איים כי יעזוב את בית החולים אם לא ייעתרו לדרישתו. כל זאת, בנוכחות התובעת שביקשה
2 לכבד את דרישתו.

3
4 59. האם הייתה מניעה רפואית לפעול לפי דרישת המנוח והתובעת? האם הפעילה ד"ר איילון
5 שיקול דעת מוטעה? נקודת המוצא היא זו שהתוותה ד"ר איילון. העדיפות הינה להשאר המנוח
6 בחדר מוניטורים מעת שהגיע ועד למחרת אם יוחלט לשחררו. ואולם, לאחר VPB'S בודדות
7 בקבלתו למחלקה, חובר למוניטור בחדר מוניטורים וזה לא הראה הפרעות קצב כלשהן. אין גם
8 דיווח של האחות המשיחה על הפרעות קצב. המנוח קיבל את התרופות הנדרשות והמתאימות,
9 מצבו ההמו – דינאמי היה יציב ולא נשקפה סכנה לחייו. ככל שלאחר המעבר הייתה מתרחשת
10 VT או VT מהירה, וכפוף לחיבורו של המנוח למוניטור בחדר 8, ניתן היה לפעול להיפוך קצב
11 בכלים העומדים לרשות המחלקה. המנוח היה צלול בדעתו ולא נשקפה לו סכנת חיים. לו אכן היה
12 המנוח חווה הזעה קשה ודפיקות לב מואצות [מה שאינו מהווה לבדו אינדיקציה ל VT] חזקה על
13 התובעת, אפוטרופסיתו, שלא הייתה מצטרפת לדרישתו.

14
15 המנוח הועבר לפי דרישתו לחדר 8 וזאת "תמורת" הסכמתו להישאר מנוטר בחדר "רגיל" ובבית
16 החולים.

חדר 8

17
18
19 60. המנוח נכנס לחדר 8 בשעה 13.30 או בסמוך. אין צורך להתעמק ברשומות רפואיות ובעדויות
20 על מנת לקבוע שד"ר איילון הורתה לחברו למוניטור ולמעשה לפי ה"עסקה" ביניהם, היה עליו
21 לציית ולהתחבר. אנו יודעים כבר שבחדר 8 אין השגחת אחות ולכן הציות להוראת החיבור היה
22 נתון לרצונו ולשיתוף פעולה מצידו, כל זאת כשהתובעת לציידו.

23
24 61. והנה הוא מצולם בתמונה נוספת כשאינו מחובר. התובעת הצהירה רק זאת שהמנוח לא היה
25 מחובר מרבית היום למוניטור. היא אמנם העידה שרצה לד"ר איילון פעמיים והתחננה לפניו שלא
26 תרשה לו להשתחרר. אך היה זה, אם בכלל, בשלב מאוחר יותר של האשפוז, בסביבות השעה
27 18.00 [עמ' 53]. המסקנה היא שגם אם המנוח התחבר למוניטור, הרי תחושתו ה"לא נוחה" עם
28 המוניטור, נמשכה גם בחדר 8. התובעת "שותקת" ביחס ליוזמותיו של המנוח ותלונותיו על
29 החיבור למוניטור גם לאחר המעבר לחדר 8. "שתיקה" זו נמשכת גם לאחר שהוגש תצהירה של
30 ד"ר איילון. ד"ר איילון מצהירה שגם לאחר שהועבר המנוח לחדר 8 וחובר למוניטור, המשיך



בית משפט השלום בתל אביב - יפו

ת"א 42012-05 פלוני ואח' נ' מדינת ישראל - ע"י משרד הבריאות ואח'

1 להתלונן על החרדה שגורמים לו החיבור למוניטור והשהות בבית החולים, ביקש להתנתק
2 מהמוניטור ולהשתחרר לביתו. לדבריה שבה ושוחחה עם המנוח ועם התובעת, הסבירה על
3 חשיבות ההשגחה בבית החולים ונתנה לו ואליום להרגעה כפי שנרשם בדף הוראות רופא בשעה
4 16.50 [סעיף 9 לתצהירה]. ראו בהמשך עדותה בעמ' 77. עדותה של התובעת מחזקת את דברי
5 ד"ר איילון. היא מסכימה שד"ר איילון ישבה איתו והסבירה לו את חשיבות הישארותו בבית
6 החולים והשקיעה בכך זמן. היא מסכימה שבמהלך היום רצה המנוח להשתחרר מבית החולים
7 מספר פעמים כי "הציק לו כי הוא הרגיש לא מטופל מספיק שקרדילוג היה רואה אותו אפילו לא
8 שמעון בראון [קרדילוג שטיפל בו לפני האשפוז] היה יורד מהמחלקה יושב ומסביר הוא היה
9 רגוע" [עמ' 54]. מכאן שעמדתו הבסיסית של המנוח או חרדתו מהחיבור למוניטור כמו
10 מההישארות בבית החולים לא השתנו ולא פחתו גם בעת שהייתו בחדר 8. לכן היה צריך לשוב
11 ולהפעיל עליו אמצעי שכנוע במגבלות הדין.

12
13 62. מכאן קצרה הדרך להבין את ניסיונה של ד"ר איילון להפחית את חרדתו ולהשאירו בבית
14 החולים הפעם באמצעות ניתוק מהמוניטור לפרקי זמן קצרים [עמ' 81]. מקובל על הכל שהוראת
15 ניתוק ממוניטור צריכה להינתן על ידי רופא ולא מתבצעת לפי שיקול דעת הצוות הסיעודי. זאת
16 משני טעמים עיקריים: אחד, והוא החשוב לטעמי, על מנת שהרופא עצמו יוכל לבחון לפני
17 הניתוק האם יש מקום לעשות כן והאם מצבו של החולה מאפשר זאת. שני, והוא ראייתי, על מנת
18 שניתן יהיה לבדוק בדיעבד את שיקול דעתו של הרופא.

19
20 63. מוצגים 57 – 62 נושאים כותרת "הוראות רופא ודיוח סיעודי". בצד ימין של הדף מופיעות
21 הוראות הרופא ובצד שמאל דיווח סיעודי של האחיות, שניהם למילוי תחת "תאריך... שעה".
22 בכל הדפים מצוין התאריך הנכון. בדף 58 רשמה ד"ר איילון בשעה 13.10 – להעביר לחדר 8 עם
23 מוניטור והוראות טיפול תרופתי. בדיווח הסיעודי המקביל רשמה האחיות "בוקר" ואת תיאור
24 מצבו של המנוח בעת קבלתו במחלקה ... "טרם התקבל על ידי רופאה תורנית". איני רואה
25 חשיבות לאי התאמת הזמנים ומכל מקום, בשלב זה טופל המנוח לפי הוראות הרופאה.

26
27 64. בדף הבא [מוצג 59] הורתה וחתמה ד"ר איילון על טיפול תרופתי: 16.50 – ואבן, 18.00 –
28 דרלין וקפוטן, 19.30 – אקמול. האחיות לא מילאו בדיווח סיעודי שעות ביצוע של הוראות אלה
29 והשעה 21.00 הרשומה מתחת לציון "ערב" אינה משקפת את שעות הביצוע של הטיפול התרופתי



בית משפט השלום בתל אביב - יפו

ת"א 42012-05 פלוני ואח' נ' מדינת ישראל - ע"י משרד הבריאות ואח'

- 1 אך הביצוע עצמו מעלה קורלציה בין שעות מתן ההוראות של ד"ר איילון לבין תלונות המנוח
2 והערכים שנמדדו. לדעתי אין כאן חסר ברשומות הרפואיות.
3
- 4 65. אשר לחיבור ולניתוק מהמוניטור: בדף הוראות רופא לא נרשמו הוראות ד"ר איילון ביחס
5 לכך. בדיווח סיעודי לצד "ערב" נרשם "רוב הזמן שוכב במיטה מחובר למוניטור". במרכז הדף
6 נרשם "בשעה 16.00 נעשה ניסיון של ניתוק מהמוניטור כדי שהחולה יירגע וינסה לישון אך ללא
7 הצלחה. אשתו לידו." בתחתית הדף "הועבר לחדר 7 עם מוניטור נייד. משפחה לידו, נמסר לד"ר
8 איילון על ל.ד. הוכנס למוניטור". כאן יש להבחין בין שניים: עצם החיבור למוניטור והעברה
9 לחדר 7, מהווה ביצוע של הוראות ד"ר איילון שלא השתנו בכל עת. בכך אין חסר. אך באשר
10 לניסיון ניתוק ממוניטור – חסרה הוראת ד"ר איילון. כמו כן לא ניתן לדעת מהרישום מתי חובר
11 המנוח למוניטור לאחר ניסיון הניתוק.
12
- 13 67. ד"ר איילון העידה שלא הורתה לנתק את המנוח ממוניטור, שחשבה שלא צריך לנתקו, ואם
14 הורתה על כך, היה זה לפרקי זמן קצרים ועל מנת להפיג את חרדתו [עמ' 81]. ועוד העידה
15 שהמנוח "ממש התווכח על זה שעות ואני לא יכולה להתנגד לרצונו אז בדקות או בשעות שהוא
16 לא היה מנוטר זה היה אך ורק בגלל בקשתו... אני לא תיעדתי את כל הדקות שכן נתקנו או חברנו
17 רואים שזה לא מתועד אבל לפחות למיטב ידיעתי וזכרוני הוא היה מחובר רוב הזמן ובדקות שהוא
18 סרב להתחבר שאני לא יכולה להכריח אותו הוא לא היה מחובר" [עמ' 80]. ועוד העידה שאינה
19 זוכרת שהמנוח התלונן בפניה על דפיקות לב ושהאחות שרשמה את תלונותיו הייתה צריכה
20 ליידיע אותה על כך. לדבריה היא הייתה רושמת תלונות אלו רק אם הדבר היה משנה מבחינה
21 רפואית, מה שלא קרה כאן [עמ' 84]. התובעת מעידה שהמנוח התלונן באותה עת על דפיקות לב
22 חזקות ועל הזעה מרובה. המנוח לא התלונן באותה עת על כאבי חזה, הקרנה לגב או קוצר נשימה
23 וערכי לחץ הדם שלו נשארו גבוהים מאוד. התובעת ביקשה ללמד על המנוח שהיה ממושמע
24 וציית להוראות הרופאים אך כאמור לא נתתי אמון בגרסה זו. התובעת לא התייחסה בעדותה
25 להתנתקות יזומה של המנוח ממוניטור ואף לא לניתוק או לניסיון ניתוק על ידי הצוות הרפואי.
26 ד"ר איילון העידה שנוכח מצבו היציב של המנוח, העדיפה לבוא לקראתו ולנסות להפחית את
27 חרדתו על ידי ניתוקים קצרים ממוניטור ולמנוע ממנו לממש את רצונו ולעזוב את בית החולים.
28 התובעים לא הוכיחו את גרסתם ולא סתרו את גרסתה של ד"ר איילון. מכאן נובעות המסקנות
29 הבאות:
30



בית משפט השלום בתל אביב - יפו

ת"א 42012-05 פלוני ואח' נ' מדינת ישראל - ע"י משרד הבריאות ואח'

המנוח המשיך בסרבנותו.

ד"ר איילון הורתה לנתקו מהמוניטור לפי דרישתו, תוך המשך טיפול תרופתי הולם ובהתחשב במצבו הא – סימפטומאטי.

הטיול

68. התובעת הצהירה "בסביבות השעה 18.00 ביקשנו רשות לטייל בבית החולים [מד"ר רבקה איילון..] בתקווה שלאחר הטיול אולי יצליח בעלי להירגע ולהירדם. ניתנה לנו רשות מבלי שנשאלנו לאן אנחנו הולכים ולמשך כמה זמן..". מכאן, שהבקשה הייתה משותפת, לה ולמנוח. בעדותה מסרה לראשונה שהתחננה לד"ר איילון שלא תתיר לו לצאת לטיול וד"ר איילון אמרה לה שאין לה יכולת לאסור עליו לעשות כן. היא נשאלה האם ניסתה להרגיע את המנוח שלא ילך והשיבה בחיוב "בטח אבל לא יכולתי" [עמ' 55]. התובעת הציגה אם כך שתי גרסאות שונות על עמדתה שלה ביחס ליוזמת המנוח לצאת לטיול. ד"ר איילון הצהירה שבסביבות השעה 21.00 ביקש המנוח לצאת ל"סיבוב קצר" כדי להתאוורר על מנת להירגע ובהיעדר שינוי במוניטור או במצבו, אישרה לו ולתובעת לצאת לסיבוב קצר בקומת המחלקה. גרסאותיה השונות של התובעת מחזקות את עדותה של ד"ר איילון.

גם כאן לא הוכיחו התובעים את גרסתם והעדפתי את גרסתה של ד"ר איילון. מעבר לנדרש, הוכיח בית החולים שהדרישה לטיול באה מצידו של המנוח, בהסכמת התובעת והרשות ניתנה לסיבוב קצר בקומת המחלקה.

69. התובעת הצהירה "בהתאם לרשות שניתנה, טיילנו בבית החולים כשכל אותה עת בעלי נוטף כמויות אדירות של זיעה ומרגיש רע מאוד". כאמור היא לא סתרה את עדות ד"ר איילון לפיה הוגבלה הרשות לטיול במחלקה. היא לא העידה על כאבי חזה, גב או בחילות והקאות. גם אם המנוח התלונן בפני האחיות על דפיקות לב חזקות, והדבר לא הובא לידיעת ד"ר איילון [כך עולה ממוצג 59 בשילוב עם עדות ד"ר איילון בעמ' 84], הרי לא התלונן בפניה. אך גם לו התלונן בפניה, ראינו שאין בכך כדי להצביע על VT ואף לא על VT מהירה. התובעת הוסיפה בחקירתה ש"הוא היה גם רעב אז רצינו לחפש מסעדה פתוחה למטה והכל היה סגור כי היה שבת" [עמ' 55]. היא אינה מסבירה איך מתיישבים הרעב, הרצון לחפש מסעדה פתוחה והירידה "למטה" עם מצבו



בית משפט השלום בתל אביב - יפו

ת"א 42012-05 פלוני ואח' נ' מדינת ישראל - ע"י משרד הבריאות ואח'

1 הנטען של המנוח ועם עצם היציאה לטיול. כל אלה מחזקים את גרסתה של ד"ר איילון בדבר
2 מצבו היציב באותה עת [מוצג 36].

3
4 **התובעים לא הוכיחו כי בעת היציאה לטיול היה מצבו של המנוח רע.**

5
6 70. התובעת הצהירה שהורשו לצאת לטיול בסביבות השעה 18.00 ולאחר שובם, בסביבות
7 השעה 19.00 החל המנוח לסבול מכאבים חזקים בחזה, הזעות קשות, בחילות והקאות. על אף
8 הפצרותיה לא קראו בדחיפות לקרדיולוג. על אף שהמנוח התלונן מיידית בפני האחיות, הן רשמו
9 את תלונותיו רק כעבור שעתיים ואז גם נלקח א.ק.ג. שתוצאתו בלתי תקינה. בחקירתה הסכימה
10 שיתכן שיצאו ב – 18.30 ושבו בשעה 19.30. במכתבה ת/5 כתבה שיצאו לטייל בשעה [7.00]
11 19.00. בחקירתה הנגדית העידה שיצאו בוודאות לפני 19.00 [עמ' 56]. ד"ר איילון מאשרת
12 שבשעה 18.00 ביקש המנוח פעם נוספת להשתחרר מבית החולים. מהוראות רופא במוצג 59
13 עולה שבשעה 19.30 הורתה לתת לו אקמול. היא מסכימה שלאחר שובם מהטיול התלונן המנוח
14 על לחץ בחזה, מזיע מאוד, ראתה שמשוהו מתפתח ויש להגיב מייד. לכן הורתה להכניסו לחדר
15 מוניטורים [עמ' 83]. אך לגרסתה יצא לטיול בשעה 20.00 או בסמוך, לאחר בדיקות תקינות
16 [מוצג 36] ושב ממנו בסביבות השעה 21.00 [הדיווח סיעודי מוצג 60, שנרשם על ידי האחיות].
17 ד"ר איילון אינה יודעת להעיד על השעות, שכן היא נסמכת על מוצג 36 אותו כתבה בדיעבד [עמ'
18 83] ועל דיווח סיעודי מוצג 60, שנכתב על ידי האחיות ובו נכתבה גם התרחשות קודמת לשעה
19 הנקובה בו – 21.00.

20
21 **התובעת נסמכת על זיכרונה אך בלשון המעטה, לא אוכל לקבלה, בפרט לא בפרק זה של**
22 **האירועים.**

23
24 העובדה שכתוצאה מהמשא ומתן האחרון עם המנוח, התירה להם ד"ר איילון לצאת לטיול
25 במחלקה והיעדרה של רשומה רפואית על שעת ההיתר ושעת החזרה, אינן כשלעצמן מחזקות או
26 מסייעות לעדות התובעת.

27
28 **התובעים לא הוכיחו שהמנוח והתובעת חזרו מהטיול בשעה 19.30. על פני הדברים עולה שחזרו**
29 **לאחר מכן.**



בית משפט השלום בתל אביב - יפו

ת"א 42012-05 פלוני ואח' נ' מדינת ישראל - ע"י משרד הבריאות ואח'

1 ויודגש – מסקנתי זו אינה משתנה אם נותר הנטל על כתפי התובעים או אם עבר אל כתפי בית
2 החולים.

מצבו של המנוח בעת החזרה מהטיול ולאחריה

3
4
5 71. כאן אין מחלוקת. כשחזרו מהטיול החל המנוח להתלונן על הזעה ועל כאבי גב. בשעה 21.00
6 נמדדו ערכי סוכר גבוהים וערכי לחץ דם גבוהים מאוד [233/98]. א.ק.ג. משעה 21.00 ותוך כדי
7 הזעה, הראה שינויים איסכמיים ללא הפרעת קצב, סינוס 75 תקין [מוצג 69 – 70 וד"ר מנקס בעמ'
8 35]. א.ק.ג. משעה 21.35 הראה סינוס מהיר במקצת אך עדיין סדיר, עם עלייה בדופק ל – 100.
9 הודגמה תחילתה של איסכמיה, עדיין ללא הפרעת קצב. א.ק.ג. משעה 21.40 הראה עליית סינוס ל
10 – 140 עם הפרעת קצב VT. לא ניתן היה ברגע זה לאתר האם מקורה חדרי או פרוזדורי.

11
12 72. הקרדיולוג שהוזעק למחלקה כתב דיווח לצד השעה 22.00. הרשומה הרפואית אינה מתעדת
13 את מועד הגעתו למחלקה. התובעת העידה שנשלחה לביתם להביא תרשימי א.ק.ג. קודמים, זאת
14 בשעה 20.30 – 21.00 ולאחר 5 דקות, נקראה לחזור לבית החולים וכך עשתה תוך 7 דקות [עמ'
15 58]. כשחזרה, לדבריה, כבר ראתה את המנוח בחדר אחר "שעושים לו מכות חשמל".
16 מכאן שהקרדיולוג, שנתן למנוח מכות חשמל, הגיע לפני השעה 22.00.

17
18 73. כאשר הגיע, הספיק עוד לדבר עם המנוח וזה התלונן בפניו על קוצר נשימה וכאבים בחזה.
19 בבדיקתו מצא הקרדיולוג שהוא מזיע. הדופק הגיע ל – 120. [מוצג 38]. ד"ר מנקס מסכים שאילו
20 מצביעים על אירוע איסכמי חריף - HYPER ACUTE FACE. כעבור שניות ספורות
21 מהגעתו של הקרדיולוג מופיעה גם WIDE COMPLEX TACHICARDIA, קצב עד
22 170 עם ערכי לחץ דם 190/100.

23
24 מכאן שעובדתית, הופיעה איסכמיה לפני הופעת ה - VT.

המחלוקות הרפואיות כעולה מחוות הדעת ומחקירות המומחים

25
26
27
28 האם סבל המנוח לאורך כל היום מ VT מהירה לסירוגין



בית משפט השלום בתל אביב - יפו

ת"א 42012-05 פלוני ואח' נ' מדינת ישראל - ע"י משרד הבריאות ואח'

1
2 74. ד"ר מנקס מטעם התובעים מדגיש בתחילת הדיון שפלפיטציות הן הפרעות שכיחות
3 באוכלוסיה וככלל אינן מסכנות לב בריא. אך הן מסכנות לב איסכמי כאשר הן מרובות ובפרט
4 כשהן מופיעות ברצף ממושך. אעיר כבר עתה שאמירה זו אינה מדויקת. פלפיטציות, גם
5 סימפטומטיות, מלמדות על תחושתו הסובייקטיבית של החולה, בריא ואיסכמי כאחד. כאשר
6 נצפות פעימות מוקדמות - VPB'S בנוכחות לב איסכמי, יש מקום לשקול ניטור שמא תופיע
7 הפרעת קצב חדירת - VT.

8
9 75. ד"ר מנקס סבור שנוכח תלונות המנוח בביתו וא.ק.ג. במיון יש לקבוע או למצער לחשוד בכך
10 שהמנוח סבל כבר בביתו מ - VT או מ VT, מהירה שהופיעה ונעלמה לסירוגין, ולא נכחה
11 בביקור רופא בית, מיון ובקבלתו למחלקה. לכן היה על בית החולים לאשפז את המנוח במחלקה
12 קרדיולוגית, שם ניתן לברר את טיבה. במידה שתופיע VT מהירה, לבדוק מה צורת הקומפלקס
13 בא.ק.ג., שמא תדרדר ל - WIDE COMPLEX TACHICARDIA, ואם כן, לטפל בה
14 מיד כדי למנוע VF. לחילופין הוא מקבל שניתן לאשפז במחלקה פנימית ובלבד שהמנוח מחובר
15 באופן רציף למוניטור ותחת עינה הפקוחה של האחות.

16
17 76. לא ראיתי שפרופ' בטלר שולל הופעה לסירוגין של VT או VT מהירה אך לדעתו לא
18 התקיימו כל אלה אצל המנוח, שכן בשום שלב, גם לא בעת קבלתו למחלקה פנימית, לא נצפו
19 VT, אפילו ה - VPB'S המרובות שנצפו בא.ק.ג. במיון, פחתו בא.ק.ג. בעת קבלתו למחלקה.
20 לאור מצבו היציב, לא הייתה מניעה לאשפזו במחלקה פנימית המצוידת באמצעי ניטור לאחר
21 התייעצות טלפונית עם קרדיולוג זמין.

תקינות המשגוח

24 77. ד"ר מנקס סבור שהרופאה לא דאגה למשגוח תקין על המנוח. ראשית, היא לא דאגה
25 לרשומות רפואיות מלאות שיכולות להעיד שעשתה זאת. שנית, הוא מסכים שלא ניתן לכפות על
26 חולה סרבן להתחבר למוניטור, אך כאשר נשקפת לו סכנת חיים, יש לשכנע בן משפחה או
27 אפוטרופוס להסכים לכפייתו ובמידת הצורך להזמין פסיכיאטר שישכנעו או ירגיע אותו באמצעות
28 זריקת הרגעה פסיכיאטרית.

29 לדעתו ניטור רציף היה מגלה VT מהירה עוד לפני שהופיעו תסמינים של איסכמיה.



בית משפט השלום בתל אביב - יפו

ת"א 42012-05 פלוני ואח' נ' מדינת ישראל - ע"י משרד הבריאות ואח'

1
2 78. פרופ' בטלר סבור שהמנוח היה מחובר רוב הזמן למוניטורים כפי הוראת הרופאה וכאשר
3 הצליחה לשכנעו לכך. לדעתו כפייתו להתחבר למוניטור הייתה עלולה להגביר את חרדתו ואינה
4 מתאפשרת לאור האוטונומיה שלו המוכרת בדין. במגבלות אלה ביצעה ד"ר איילון את האיזונים
5 הנכונים כאשר אפשרה לו להתנתק מהשגחה צמודה, ממוניטור ואף לצאת לטיול, הכל על מנת
6 להשאירו בבית החולים. זאת בפרט כאשר מצבו היה יציב וללא תלונות ותסמינים המחשידים ב -
7 VT או ב - VT מהירה במשך כל היום.

8
9 הגורם או "המחולל" של האיסכמיה

10 79. ד"ר מנקס סבור ש - VT מהירה ולא מנוטרת היא שקדמה לאירוע האיסכמי החרیف וגרמה
11 לו. הוא מביא שני נימוקים:
12 [1] התנהגותה, הופעתה לסירוגין לאורך כל היום: הופעתה בבוקר בביתו של המנוח והיעדרה
13 בא.ק.ג. בעת בדיקת רופא בית, במיון ובקבלה למחלקה; היעדרה בא.ק.ג. בשעה 21.35 והופעתה
14 בא.ק.ג. של 21.40; הופעתה בעת הגעת הקרדיולוג בשעה 22.00 והיעלמה לאחר מכת חשמל
15 בשעה 22.30. ולאחר מכן – חזרתה.
16 [2] נימוק השני, בצנתור נמצאה פגיעה קשה בהתכווצות הלב ללא חסימות בכלי דם כליליים
17 ובמעקפים. מכאן שההסבר והמחולל היחיד לאיסכמיה היא אותה VT מהירה.

18
19 80. פרופ' בטלר סבור שעובדתית ובמקרה כאן, האיסכמיה היא שקדמה ל VT מהירה ול –
20 WIDE COMPLEX TACHICARDIA והיא שגרמה להן.

21 [1] הוא שולל הפרעת קצב במשך היום. אשר להפרעה עובר להתדרדרות במצבו של המנוח,
22 מתלונות המנוח ומא.ק.ג. בשעה 21.35 הוא מסיק על שינויים איסכמיים תחילה, והופעת הפרעת
23 הקצב רק לאחר מכן. הוא מסכים שהפרעות קצב ממושכות עלולות לגרום להפרעה בהתכווצות
24 הלב, אך בהינתן אחד משני מצבים: מצב אחד, הן כרוניות, ממושכות ונמשכות ימים רבים. מצב
25 שני, הפרעות חריפות וממושכות שעלולות לגרום בגלל הפרעה המו – דינאמית, למשל ירידה
26 בלחץ דם, לאירוע איסכמי חריף. שני מצבים אלו לא התקיימו אצל המנוח. המנוח לא סבל
27 מהפרעות כרוניות וממושכות. המנוח גם לא סבל מהפרעת קצב חריפה ומשפיעה שכן לא נמצאה
28 אצלו הפרעה המו – דינאמית, ערכי לחץ דם גבוהים מאוד נמצאו אצלו דווקא בנוכחות קצב לב
29 סדיר.



בית משפט השלום בתל אביב - יפו

ת"א 42012-05 פלוני ואח' נ' מדינת ישראל - ע"י משרד הבריאות ואח'

1 [2] הצנתור לא הראה אמנם חסימות בכלי דם כליליים ובמעקפים, אך בכך לא נשללו גורמים
2 אפשריים אחרים לאיסכמיה : אחד, עליית לחץ דם שגרמה לעלייה בדרישת הלב לחמצן ואשר לא
3 סופקה לאור מחלתו הטרשתית של המנוח . שני, עווית, ספזם של העורק הכלילי המרכזי, אף זאת
4 על רקע לחץ דם גבוה. הוא מציע כהסבר נוסף, אם כי ברמת אפשרות לא מוכחת, של ערכי אשלגן
5 גבוהים מאוד [היפרקלמיה קשה], זאת בניגוד לערכים תקינים שנמצאו קודם לכן. בהיעדר נתיחה
6 לאחר המוות לא ניתן לקבוע מהו הגורם שפעל וחולל את האיסכמיה.

7

8

הצנתור והזרקת חומר ניגוד ללב

9 81. ד"ר מנקס מסכים שמעת הגיע קרדיולוג למחלקה ועד להעברת המנוח לצנתור, הייתה
10 התנהלות תקינה וטובה. הוא מסכים שהיה צורך לצנתר את המנוח. אך הוא סבור שבמצבו, לא
11 היה מקום להזריק ללב חומר ניגוד, שכן היה בכך כדי לפגוע פגיעה נוספת ביכולת ההתכווצות
12 שלו. לדעתו, לאחר שנשללו חסימות בכלי הדם הכליליים ובמעקפים היה על המצנתרים להשתמש
13 באקו לב, שאינו פוגע ביכולת ההתכווצות, על מנת לנסות ולאתר גורם אחר לאיסכמיה.
14 82. פרופ' בטלר מסכים שאקו לב יכול ללמד על תפקוד הלב ומסתמיו אך לדבריו אינו זמין
15 בשגרה בחדר צנתורים וההיערכות להפעלתו בשעות הלילה עלולה להתמשך זמן רב. על פי
16 הפרקטיקה המקובלת אין כל מניעה להזריק חומר ניגוד גם כאשר המנוח במצב המו – דינאמי לא
17 יציב ואף במהלך אוטם חריף בשריר הלב. זו גם הדרך המהירה ביותר לברר סיבות מכאניות
18 להתדרדרות במצבו של המנוח. בכל מקרה הוא שולל השפעה של ההזרקה על ההתדרדרות במצבו
19 של המנוח. לדעתו תפקוד הלב המופחת קשור לאיסכמיה, שגרמה מצידה ל – WIDE
20 COMPLEX TACHICARDIA. מכות החשמל החוזרות שניתנו עקב הצורך להתמודד עם
21 מצב זה הן שהחלישו את תפקוד הלב.

22

23

24

דין

25 האם סבל המנוח לאורך כל היום מ VT מהירה לסירוגין או האם היה על רופא סביר לחשוד בכך
26 83. כאמור בפרק הממצאים העובדתיים, נוטר המנוח החל מ – 7.10 בבוקר [א.ק.ג. על ידי רופא
27 בית] ועד כולל צאתו מחדר מוניטורים בשעה 13.30 לערך. גם אם חלו הפסקות בניטור, הן היו
28 קצרות ביותר. VPB'S מרובות שנוטרו לראשונה במיון, פחתו עד "בודדות" בקבלתו למחלקה.
29 בנסיבות אלה לא ראיתי מקום לחשד בהופעת VT, ודאי לא VT מהירה עד כולל קבלתו למחלקה



בית משפט השלום בתל אביב - יפו

ת"א 42012-05 פלוני ואח' נ' מדינת ישראל - ע"י משרד הבריאות ואח'

1 פנימית. בנסיבות אלה, הגם שמדובר בחולה עם רקע איסכמי, לא בוססה, אף לא לכאורה, מניעה
2 לאשפוז להשגחה במחלקה פנימית, המקבלת ייעוץ מקרדיולוג זמין ומצוידת באמצעי ניטור
3 בהשגחה מתמדת. לא שוכנעתי שבדיקת קרדיולוג להבדיל מייעוץ טלפוני, הייתה מביאה בנתונים
4 לטיפול אחר מזה שהותווה לאחר התייעצות ד"ר איילון עם הקרדיולוג. הטענה שמדובר בשלב זה
5 ב VT המופיעה לסירוגין ולכן לא התגלתה בכל הניטורים עד לשלב זה הינה בגדר ספקולציה
6 שאינה מבוססת ולא היה על הרופאים לחשוד בהתקיימותה. אף לו היה עליהם לחשוד באפשרות
7 כזו וגם לו הופיעה VT במהלך האשפוז במחלקה, איני רואה מניעה כלשהי של המחלקה לטפל
8 בה, לעקוב ולבחון את טיבה, לרבות הופעת VT מהירה או WIDE COMPLEX
9 TACHICARDIA על מנת למנוע VF.

10
11 84. לאחר אשפוזו של המנוח בחדר מוניטורים בחיבור רציף למוניטור ובהשגחת אחות מתמדת,
12 לא הופיעה הפרעת קצב כלשהי. היחיד שמנע ניטור רציף ובהשגחת אחות, כמו גם קבלת תוצאות
13 ניטור ורישומן הוא המנוח עצמו. לאחר העברתו לחדר 8, חובר המנוח למוניטור. בזמנים שהיה
14 מנותק, מיוזמתו או לאחר שד"ר איילון באה לקראתו על מנת למנוע עזיבה שלו את בית החולים,
15 לא נצפו הפרעות קצב, לא במוניטור ולא ב"סטריפים" של א.ק.ג. שהוציאה האחות מדי פעם ולא
16 הופעלה אזעקה במוניטור החדרי.

17
18 לאור אלה ההחלטה לאשפוזו במחלקה פנימית הייתה בגדר רפואה סבירה ומכל מקום לא בוסס
19 אחרת.

תקינת המשגוח

20
21
22 85. היחיד שמנע השגחה מתמדת וניטור רציף באמצעות מוניטור היה המנוח עצמו. הוא זה שדרש
23 במפגיע העברתו מחדר מוניטורים לחדר אחר, הוא זה שחש לא בנוח עם המוניטור גם בהמשך,
24 הוא זה שהביע פעם אחר פעם את רצונו לעזוב את בית החולים [מה שחייב בהכרח הפסקת
25 הניטור] והוא זה שהתעקש לצאת לטיול. ד"ר איילון עשתה כל שביכולתה על מנת לשכנע את
26 המנוח להתחבר ולמצער, לא לעזוב את שטח בית החולים ובמגבלות הדין.

27
28 86. חוק זכויות החולה תשנ"ו – 1996 [להלן – "חוק זכויות החולה"] אינו מאפשר לרופא
29 לכפות על חולה חיבור רציף או חיבור בכלל למוניטור ללא הסכמתו. לפי סעיף 15 [1] לחוק
30 האפשרות היחידה לכפות על חולה חיבור למוניטור או שהייה בבית החולים קמה בקיומם



בית משפט השלום בתל אביב - יפו

ת"א 42012-05 פלוני ואח' נ' מדינת ישראל - ע"י משרד הבריאות ואח'

- 1 המצטבר של כמה תנאים קשיחים. איני רואה להרחיב. לענייננו לא התקיים התנאי הראשון "אם
2 מצבו הגופני או הנפשי אינו מאפשר קבלת הסכמה מדעת". המנוח היה צלול בדעתו, גם אם סבל
3 מבעיה נפשית.
4
- 5 87. סעיף 15 [2] לחוק מאפשר לרופא לכפות על חולה טיפול רפואי בנסיבות בהן נשקפת לו סכנה
6 חמורה אך זאת במידה ותאשר זאת וועדת האתיקה ובתנאים שם. במקרה כאן, לא נשקפה למנוח
7 סכנה חמורה לכן ולו מטעם זה לא יכולה הייתה ד"ר איילון לכפות עליו את החיבור למוניטור או
8 את היציאה לטיול, כך גם ועדת האתיקה. המנוח והתובעת קיבלו הסברים על מהות ונחיצות
9 החיבור, ידעו את חשיבותם הן מאשפוזים קודמים והן לפי אחת מגרסאות התובעת, מהמלצת
10 רופא הבית. התובעת אף העידה שניסתה למנוע מהמנוח לצאת לטיול והבינה את הסיכון בכך.
11 ראינו שהטענה כי המנוח היה מציית לו קיבל הסברים אלה מקרדיולוג אינה מחזיקה מים, לאור
12 סרבנותו באשפוזים קודמים. מכאן שלא היה בכוחם של קרדיולוג או רופא אחר לגרום למנוח
13 לסגת בו מסרבנותו ומתנאיו. לדעתו של ד"ר מנקס היה מקום להזמין פסיכיאטר שייתן למנוח
14 זריקת הרגעה. מכאן אני מבינה שלדעתו זריקה כזו היה בה כדי להפחית את התנגדותו של המנוח.
15 איני רואה מקום לנסות ולנחש כיצד הייתה משפיעה זריקה כזו על רצונו החופשי של המנוח. על
16 פני הדברים, נראה שאם נתיר זאת, נפתח פתח לעקוף את דרישות החוק הבאות להגן על
17 האוטונומיה של החולה על גופו שלא לומר, הזמנת תביעה על פגיעה בהן. כולי תקווה שאין זו
18 פרקטיקה מקובלת ואם חלילה כן, יש לשרש אותה.
19
- 20 88. לו אכן הופיעה הפרעת קצב VT או VT מהירה, הרי ניטור רציף, בין בחדר מוניטורים ובין
21 בחדר 8, היה מגלה אותה ומפעיל אזעקה והתרעה. אני מקבלת את עמדתו של פרופ' בטלר לפיה
22 לאור מצבו ההמו – דינאמי היציב של המנוח ובהיעדר תסמינים מחשידים לא היה מקום לחשוד
23 בהופעתה, גם אלמלא ניטור רציף. ושוב, גם אם הופיעה ולא נוטרה, הרי הדבר רובץ לפתחו של
24 המנוח שמנע אפשרות של ניטור רציף. בנסיבות אלו, ובכל הכבוד, איני סבורה שעל הצוות לרוץ
25 ולתעד כל התנתקות של המנוח ממוניטור, כל ניסיון שכנוע שלא לעשות כן, לא בתוכן ולא בשעה.
26 לכן, גם אם לאחר ניסיון ניתוק ממוניטור, בין על פי הוראת ד"ר איילון [שאינה מופיעה ברשומה
27 רפואית] ובין שלא על פיה, בין שלאחריה חובר המנוח ובין שלא, איני זוקפת זאת לחובת בית
28 החולים.
29



בית משפט השלום בתל אביב - יפו

ת"א 42012-05 פלוני ואח' נ' מדינת ישראל - ע"י משרד הבריאות ואח'

1 לא בוססה סטייה מרמת התנהגות סבירה, לא של בית החולים ולא של הרופאים והצוות שטיפול
2 במנוח.

3
4 יתר על כן, ד"ר איילון פעלה במשך כל אותו יום ברגישות והשקיעה מאמצים מעל ומעבר, הכל
5 על מנת להשאיר את המנוח תחת ניטור ובתחומי בית החולים. נזכור שהמנוח אינו החולה היחיד
6 במחלקה והיה עליה להקדיש זמן ושיקול דעת גם לטיפול בחולים אחרים. בנסיבות אלו איני רואה
7 כיצד ניתן לבוא אליה בטענות, ההיפך מכך.

8
9 התוצאה היא שאיני מקבלת את דעתו של ד"ר מנקס בנושא זה.

10 הגורם או "המחולל" של האיסכמיה

11
12 89. הכלל הוא שבמרבית המקרים נגרמת הפרעת קצב כתוצאה מאיסכמיה ולא להיפך. מוסכם
13 שחולים איסכמיים חשופים יותר מכלל האוכלוסייה להפרעות קצב. המחלוקת הינה לגבי החריג
14 לכלל, טיבה של אותה הפרעת קצב העלולה לגרום לאירוע איסכמי חריף אצל חולים איסכמיים.
15 ד"ר מנקס הפנה ל HURST. לאחר עיון נמצא שהפרעת קצב סתם אינה מוכרת כגורם לאירוע
16 איסכמי חריף. פרופ' בטלר מסכים שהפרעת קצב עלולה לגרום לאירוע איסכמי חריף אצל חולה
17 איסכמי אך זאת במידה שהיא מתמשכת וכוונית או במידה שהיא חריפה ופוגעת במצב ההמו –
18 דינאמי. לא נטען שהמנוח סבל מהפרעת קצב כרונית.

19
20 90. שינויים איסכמיים החלו להופיע עם תלונות של המנוח בשעה 21.00 ובהתאם גם בא.ק.ג.
21 באותה שעה. א.ק.ג. בשעה 21.35 הדגים החמרה באיסכמיה ללא הפרעות קצב. הפרעת קצב VT
22 עדיין לא – WIDE COMPLEX TACHICARDIA, הודגמה לראשונה בא.ק.ג. בשעה
23 21.40. באותה עת נמדדו ערכי לחץ דם גבוהים שאינם מאפיינים של VT מהירה וממושכת או
24 "חריפה". הפרעת קצב כזו הודגמה לראשונה ובנוכחות הקרדיולוג, בא.ק.ג. בשעה 22.00, שניות
25 לאחר הופעת האירוע האיסכמי החריף HYPER ACUTE FACE. יוצא שהתסמינים
26 לשינויים איסכמיים הופיעו החל משעה 21.00, הלכו והחמירו במהלך ניטור רציף ועל אף טיפול
27 תרופתי ובהיעדר VT בכלל עד לשעה 21.35. כאשר הופיעה לראשונה VT, היה זה בשעה
28 21.40. לאחר מכן ובשעה 22.00 הופיעו בתכוף שני האירועים החריפים.



בית משפט השלום בתל אביב - יפו

ת"א 42012-05 פלוני ואח' נ' מדינת ישראל - ע"י משרד הבריאות ואח'

1 לכן, גם לו הייתי מקבלת עקרונית את דעתו של ד"ר מנקס, הרי לא בוסס בנסיבות הקונקרטיות,
2 קשר גרימה בין ה – VT לבין האירוע האיסכמי החרیف.

3
4 91. ד"ר מנקס סבור, על דרך האלימינציה, שבהיעדר חסימות בכלי הדם הגדולים ובמעקפים, כפי
5 שנמצא בצנתור, האפשרות היחידה היא שהפרעת הקצב היא זו שחוללה את האירוע האיסכמי
6 החרیف. פרופ' בטלר הצביע על גורמים אפשריים אחרים, בהינתן פגיעה קשה בהתכווצות חדר
7 שמאל. ד"ר מנקס, התבטא כזכור באופן ציורי ולדעתו פרופ' בטלר "ממש מטפס על קירות".

8
9 92. איני רואה שביטוי זה מקדם את עמדתו של ד"ר מנקס: אמנם קשה לראות כיצד ממצאי
10 הצנתור מגלים ספזם של העורק הכלילי, לאחר שזה אמור היה להיבדק בצנתור. אך האפשרות של
11 עלייה קיצונית ועיקשת בערכי לחץ דם, שנצפתה אצל המנוח לאורך כל היום, והמוסברת היטב
12 מבחינה מכאנית, לא נשללה, אף לא אצל HURST. על כן מסקנתו של ד"ר מנקס, אינה
13 מסתברת יותר ממסקנתו של פרופ' בטלר.

14
15 93. ייתכן שנתיחה לאחר המוות הייתה מגלה את הגורם המיידי לאירוע האיסכמי החרیف. התובעת
16 הצהירה שלאחר שהתמוטטה בעקבות הבשורה על מות המנוח, קיבלה ואבן להרגעה, הייתה
17 נסערת ודרשה שתבוצע נתיחה לאחר המוות. ואילו ד"ר איילון הצהירה שהתובעת סירבה לנתיחה
18 ומסרה לה שאף בנותיהם מסרבות לכך.

19
20 94. על פי הנוהל במקרה בו חולה נפטר בבית החולים, על בית החולים להחתים בן משפחה על
21 סירוב לנתיחה. התובעת לא חתמה על טופס כזה. אני סבורה שדרישת ההחתמה אינה מהותית
22 ופעולתה במישור הראייתי. ניתן להקיש ככל הנדרש מסעיף 14 לחוק זכויות החולה. הסכמה
23 לנתיחה אינה דורשת מנדטורית מסמך בכתב וניתן ללמוד עליה גם מהסכמה בעל פה או
24 מהתנהגות [השוו – ע"א 3530/10, עוזבון בבניב נ' קופת חולים לאומית ואח', פורסם בנבו].

25
26 95. אני סבורה שבית החולים הוכיח שהתובעת סירבה לנתיחה, ובעניין זה, כמו גם לגבי יתר
27 אירועי אותו יום, העדפתי את עדותה של ד"ר איילון.

28
29 התוצאה היא שאיני מקבלת את דעתו של ד"ר מנקס גם בנושא זה.



בית משפט השלום בתל אביב - יפו

ת"א 42012-05 פלוני ואח' נ' מדינת ישראל - ע"י משרד הבריאות ואח'

הצנתור והזרקת חומר ניגוד ללב

1
2 96. ד"ר מנקס סבור שלא היה מקום להזריק ללב חומר ניגוד, שההזרקה היה בה כדי לפגוע פגיעה
3 נוספת ביכולת ההתכווצות של הלב ושניתן היה להשיג את אותן מטרות באמצעות אקו לב.
4 תשובתו הראשונה של פרופ' בטלר, שמכשור כזה אינו זמין בחדר צנתורים ושהכנתו לפעולה
5 בחדר צנתורים הייתה עלולה להימשך זמן רב, כאשר כאן היה צורך לקבל תשובה מהירה. מכאן
6 אני מסיקה שאכן יש עדיפות לאקו לב. בכל הכבוד, הזמינות הפיסית של אקו לב אינה צריכה
7 להכריע לדעתי. אקו לב קיים בטיפול נמרץ והראיה שעשו בו שימוש כשהגיע המנוח לשם. אך
8 השאלה הקריטית כאן היא משך הזמן הנדרש להכניסו לפעולה בחדר צנתורים. בשאלה זו לא
9 ראיתי שד"ר מנקס שולל את עמדתו של פרופ' בטלר בנוסף לא ראיתי שהוא שולל את עמדתו של
10 פרופ' בטלר בדבר השימוש התדיר והמקובל בהזרקת חומר ניגוד, גם בנסיבותיו של המנוח ובדבר
11 הפרקטיקה המקובלת בנושא זה.

12
13 97. אף ד"ר מנקס מעיר בעדינות שהזרקת החומר לא גרמה למות המנוח אלא החישה אותו.
14 בנסיבות ליבו האיסקמי, מכות החשמל וההתדרדרות במצבו, לא בוסס קשר סיבתי בין ההזרקה
15 לבין מותו של המנוח, ודאי לא במידת ההוכחה הנדרשת במשפט אזרחי.

16
17 **התוצאה היא שגם כאן אני מקבלת את דעתו של ד"ר מנקס.**

הערות כלליות

18
19
20 98. תוצאת פסק הדין מתקבלת בעיקרה על יסוד הממצאים העובדתיים ובעיקר על יסוד היעדר
21 אפשרות ליתן אמון בעדות התובעת, מנגד מתן אמון בגרסת ד"ר איילון. הניתוח המדוקדק לעיל
22 לא בא אלא להדגים אחד לאחד ובמפורט, את הטיפול הרפואי שניתן למנוח בכל נקודת זמן של
23 אותו יום גורלי. אך לא אוכל להימנע מהארת הנקודות המרכזיות: בית החולים התווה דרך טיפול
24 ראוי, סבירה ומקובלת למנוח. דרך זו הצריכה שיתוף פעולה מצידו. תחת זאת נהג המנוח
25 בסרבנות, הן באשר למשגוח בניטור והן באשר למשגוח בין כתלי בית החולים. גם אם יהיו כאלה
26 שיסברו שהיה על ד"ר איילון לרשום בכל עת ועת את המועדים בהם נגלתה לה סרבנותו, את
27 ה"עסקאות" שנאלצה לקשור עימו ואת תוכן ניסיונותיה לשכנעו לחזור בו מסרבנותו [ואיני סבורה
28 כך], הרי אין מקום לדרוש ממנה לדייק בכל אלה בבחינת רשומה רפואית לתיעוד הטיפול. דרישה
29 כזו, לו נקבעה, הייתה עלולה להביא לדעתי להגברת רפואה מתגוננת, אפשר אף לנקיטה באמצעי
30 מעקב אחר חולים סרבניים ולפגיעה בזמן ובמשאבים שעל בית החולים להקדיש לחולים אחרים.



בית משפט השלום בתל אביב - יפו

ת"א 42012-05 פלוני ואח' נ' מדינת ישראל - ע"י משרד הבריאות ואח'

1
2 99. ומזווית אחרת - אכן בנסיבות מסוימות עשויים חסר ברשומות רפואיות וכללי "הדבר מדבר
3 בעדו" להעביר לבית החולים את נטל השכנוע לשלול התרשלות או קשר סיבתי בינה לבין הנזק
4 שנגרם לחולה. אכן על בית החולים לחקור ולאתר גורמי סיכון ידועים, אפשריים ובנסיבות
5 מסוימות אף גורמי סיכון נדירים [השוו - ע"א 8842/08, עיצבון המנוח גדעון לב ארי ז"ל נ' ד"ר
6 אריה סרנת ואח', פורסם בנבו]. כאמור, כך אכן ניסה בית החולים לעשות כאן. קשה להלום שחסר
7 ברשומות ישמש כטענה מפי מי שמנע את המשגוח הרצוף ואת הניטור הרצוף, ממי שמנע נגישות
8 של בית החולים לניטור אותם גורמי סיכון, כאשר בית החולים סבר ובצדק, שאלו נדרשים באופן
9 מהותי על מנת לתת לו את הטיפול המיטבי. קשה גם לשמוע לטענתו לפיה נפל פגם בתוכן
10 ההסברים או "ההתעקשות" על חשיבות הניטור, כאשר מהתנהלותו עולה שלא היה מוכן לשמוע
11 דבר אלא מקרדיולוג, ואף טענה זו קורסת לאור התנהלותו הסרבנית באשפוזים קרדיולוגים
12 קודמים. אני סבורה שזהו אחד המקרים בו היעדרה של רשומה רפואית מדויקת אין בו כדי
13 להעביר את נטל השכנוע לשלול התרשלות כמו גם קשר סיבתי אל כתפי בית החולים [ע"א
14 2402/11, יורשי המנוח כנאענה ז"ל נ' קופת חולים ואח', פורסם בנבו]. אף אם עבר הנטל, הרי
15 בית החולים עמד בו לדעתי מעל ומעבר.

16
17 100. כאמור בית החולים נהג לפי כל נורמה של סבירות וניסה להעניק למנוח, על אף סרבנותו,
18 טיפול רפואי מיטבי. מכל מקום, לא הוכח אחרת. על כן, לא ביססו התובעים עילת רשלנות כלפי
19 בית החולים.

20
21 101. מעבר לנדרש, לא ביססו הם קשר סיבתי בין פעולת בית החולים לבין פטירתו של המנוח.
22 מעבר לנדרש אדון בקצרה בנזק

נזקי העיצבון

הוצאות קבורה

27 102. התובעים הגישו קבלות על סך משוערך של 48,000 ₪. חלק מהסכומים שולמו על ידי מר
28 אדמונד עזורי, חלק עבור חלקת קבר משותפת למנוח ולתובעת וחלק עבור מודעות אבל. חלק
29 מהסכומים מכוסים על ידי המוסד לביטוח לאומי. לו נדרשתי הייתי פוסקת בגין ראש נזק זה סכום
30 של 10,000 ₪ בנוסף לתשלומי המל"ל.



בית משפט השלום בתל אביב - יפו

ת"א 42012-05 פלוני ואח' נ' מדינת ישראל - ע"י משרד הבריאות ואח'

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30

כאב וסבל לרבות קיצור תוחלת חיים

103. המנוח חווה סבל רב בשעות חייו האחרונות. אין ספק שלו נקבעה אחריות, הרי בגינה התקצרה תוחלת חייו. אין צורך לקבוע ממצאים מדויקים בעניין זה. לו נדרשתי הייתי פסקת בגין ראש נזק זה סכום של 500,000 ₪.

נזקי התובעת

104. כמקובל, "התבצר" כל אחד מהצדדים בחוות הדעת הפסיכיאטרית מטעמו. החקירות הנמרצות של ד"ר טרביס מטעם התובעת וד"ר סטולר מטעם בית החולים, לא חידשו דבר. מומחה בית המשפט ד"ר פישר, הן בחוות דעתו והן בעדותו, העמיד את נכותה הפסיכיאטרית של התובעת על 40%, מהם 20% בגין אישיות תלוית ובלתי בשלה, ו- 20% בגין התפרצות דיכאון עקב מות המנוח.

105. לדעתי העובדה שהתובעת לא אובחנה כנכה פסיכיאטרית עובר למות המנוח, אינה שוללת שאכן הייתה כזו. איני רואה לרדת לפרטים, אך אורח חייהם של המנוח ושל התובעת משך שנים רבות, מסוגרים בביתם, כמעט ללא קשר חברתי ואחר עם העולם החיצון, ללא עבודה, תלויים אחד בשני, נסמכים אל שולחנה של אם התובעת, שהתקיימה מרנטה מתיישבים עם הפרמטרים לקביעת הנכות או התפקוד בתחום הנפשי. ד"ר פישר מצא בתיעוד של שנים עברו כי התובעת לוקה באישיות תלוית וחרדתית. לדעתי, סימנים כביכול למניעים של רווח משני, אינם מכריעים את הכף. התרשמתי מהתובעת כי אבלה וסבלה אוטנטיים, דווח על ניסיונות אובדניים, גם אם ניתן לטעון שחלקם דמונסרטיביים, על אשפוזים ועל נטילת תרופות פסיכיאטריות. מעבר לנדרש, ככל שפעלה בדרמטיות מסוימת, אין בכך אלא לייצג סבל אוטנטי.

106. התובעת בפירוש אינה בבחינת "גולגולת דקה". וניתן להבחין ולגדר את הפתולוגיה שלה עוד לפני מות המנוח.

על כן נכותה הפסיכיאטרית של התובעת בקשר עם פטירת המנוח עומדת על 20% לפי סעיף 34 [ג] לתקנות הביטוח הלאומי [קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה] תשט"ז – 1956.

הוצאות ועזרת זולת



בית משפט השלום בתל אביב - יפו

ת"א 42012-05 פלוני ואח' נ' מדינת ישראל - ע"י משרד הבריאות ואח'

1 107. אמנם התובעת לא הגישה אסמכתאות, אך לאור צרכיה המוגברים, ולו נדרשתי, הייתי פוסקת
2 בגין ראש נזק זה, לעבר ולעתיד סכום של 20,000 ₪.

כאב וסבל

3
4
5
6 108. התובעת עונה על כל תנאי הפסיקה לפיצוי ניזוק משני או "קרוב נוכח": קרבתה למנוח
7 מיידית ומדרגה ראשונה; היא נכחה והתרשמה ישירות מהאירועים שקדמו למותו של המנוח;
8 קשר סיבתי בין נזקה הנפשי לבין האירועים קיים גם קיים; פגיעתה הנפשית חמורה בכל קנה
9 מידה.

10
11 לו נדרשתי הייתי פוסקת בגין ראש נזק זה 200,000 ₪ מעבר לתגמולי המל"ל.

סוף דבר – התביעה נדחית.

12
13 התובעים יישאו בהוצאות הנתבעת בסכום של 20,000 ₪ ובנוסף בשכ"ט עו"ד בסכום של 30,000
14 ₪ + מע"מ.

15
16
17 ניתן היום, י"ח סיון תשע"ג, 27 מאי 2013, בהעדר הצדדים.

18
19 

יעל הניג, שופטת