



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

התובעים :

1. ש. כ

2. ח. כ

3. ח. כ

4. ד. כ. (קטינה

באמצעות אביה ואפוטרופסה הטבעי התובע 1

5. עזבון המנוחה מ. כ. ז"ל

ע"י ב"כ עוה"ד יונתן דייוויס ו/או יוסי גנדלר

- נ ג ד -

הנתבעים

1. בית החולים רמב"ם – חיפה

2. בית החולים לגליל המערבי – נהריה

3. מדינת ישראל - משרד הבריאות

ע"י ב"כ עוה"ד ד. ויסגלס ואח'

פסק דין

פתח דבר

תביעה נזיקית בגין רשלנות רפואית בניתוח בריאטרי ("ניתוח שרוול") אותו עברה המנוחה מ.כ. ז"ל ואשר בעטיה של אותה רשלנות, כך על פי הנטען, נגרם מותה בטרם עת.

התביעה מוגשת ע"י יורשי המנוחה ותלוייה כנגד בתי החולים רמב"ם ונהריה בהם טופלה המנוחה במועדים הרלבנטיים וכנגד מדינת ישראל, המחזיקה והבעלים של בתי חולים אלו.

העובדות הנדרשות לנדון



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

1. מ.כ. ז"ל ילידת 30.12.1961 (להלן - המנוחה), שימשה כמזכירה רפואית בבית החולים רמב"ם וכמנהלת צוות בארכיון בית החולים.

התובע 1 הוא בעלה של המנוחה (להלן – התובע או האלמן) ואילו התובעים 2-4 הם ילדיה, כולם בגירים כיום. התובעת 4, ד., ילידת 24.10.97, הייתה קטינה במועד פטירת המנוחה.

האלמן והילדים יחדיו יכוננו להלן – התובעים.

2. הנתבע 1, הוא בית החולים בו נותחה המנוחה בניתוח בריאטרי להצרת קיבה באמצעות שררול (להלן – הניתוח או הבריאטרי) ובו אף אושפזה בתקופה שקודם פטירתה (להלן – רמב"ם).

הנתבע 2 הוא בית החולים בו טופלה המנוחה עקב סיבוכי הניתוח (להלן - בית החולים נהריה).

הנתבעת 3, מדינת ישראל, היא הבעלים והמחזיקה של בתי החולים רמב"ם ונהריה והמעסיקה של הצוות הרפואי ועובדי בתי החולים.

עברה הרפואי של המנוחה קודם לניתוח

3. ביום 22.6.09 פנתה המנוחה לרופא המשפחה בעקבות בעיות שינה מהן סבלה והופנתה על ידו לבדיקת שינה.

באותה עת משקלה עמד על 105 ק"ג וגובהה הנמדד היה 168, ה-BMI¹ ע"פ ערכים אלו עמד על 37 (עמ' 221 למוצגי התובעים). ביום 30.7.09 בוצעה למנוחה בדיקת שינה ביתית ואובחנה אצלה תסמונת דום נשימתית בשינה בחומרה בינונית (עמ' 222 למוצגי התובעים).

מיד יוער, דומה כי במדידה הנזכרת נפלה טעות במדידת גובה המנוחה שכן במדידות אחרות נמדד גובהה בשיעור של 1.58 – 1.61 מ' (ראו מדידות מיום 3.7.07 – מוצג 226 למוצגי התובעים; מיום 14.5.10 עמ' 228 למוצגי התובעים, מיום 24.11.10; מיום 10.1.11 - עמ' 459 למוצגי הנתבעים; מיום 17.5.11 עמ' 240 למוצגי התובעים, נוסף ונציין כי בכל מדידות קופת החולים לתקופה שלאחר הניתוח צויין כי גובה המנוחה הוא 1.61 מ' – ראו מוצגים 243-280 למוצגי התובעים), ואם כן נראה, לכאורה, כי ה-BMI

¹ BMI – (BODY MASS INDEX) אינדקס לבדיקת עודף משקל מחושב בדרך של משקל בק"ג/ גובה במטר²



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

של המנוחה היה גבוה יותר מזה שנרשם בפועל אותה עת (ככל שהגבוה נמוך יותר ה BMI גבוה יותר).

מכל מקום וכפי שיפורט להלן, אחת מטענות התובעים כנגד הנתבעים מתייחסות לבדיקות ה BMI – הרשלניות והלא מדויקות שנערכו על ידם ואשר לטענתם בגינן הומלץ למנוחה לבצע ניתוח בריאטרי שלא לצורך.

4. ביום 14.5.10, אובחנה המנוחה כסובלת מהפרעה על רקע נפשי בעקבות מות אימה והחלה בטיפול תרופתי לאחר ייעוץ פסיכיאטרי שניתן לה ברמב"ם (עמ' 230, 228-231 למוצגי התובעים, לרשימת התרופות – עמ' 297 למוצגי התובעים, סע' 6-9 לתצהיר עדות ראשית של התובע וכן ראו עמ' 2 לחוות דעתו של ד"ר נחום ורביץ מטעם התובעים).

5. ביום 29.7.10 נבדקה המנוחה במחלקת עור בבית החולים רמב"ם עקב התפרצות פסוריאזיס. באנמנזה נרשם כי לאחר ארבע שנות רגיעה ולאחר אירוע סטרסוגני כתוצאה מפטירת אמה, יש חזרה של הפסוריאזיס, נשירת שיער וירידה במשקל של 28 ק"ג (עמ' 519 למוצגי הנתבעים). באותו מועד משקלה היה 82 ק"ג, גובהה הנמדד 158 ס"מ BMI 32.85 (עמ' 228 מוצגי התובעים).

6. ביום 14.9.10 ביצעה המנוחה בדיקת קולונוסקופיה ברמב"ם ואובחנה אצלה דלקת קלה עד בינונית בעומק 6-7 ס"מ. הממצא אושר בבדיקה היסטופתולוגית (עמ' 57 למוצגי התובעים). בעקבות הבדיקה הורה הרופא לטפל תחילה בקוליטיס (עמ' 497 מוצגי נתבעים).

הניתוח

7. במהלך חודש נובמבר 2010 פנתה המנוחה לפר' אחמד עסליה (להלן – פר' עסליה), אשר שימש אותה עת כמנתח בכיר ומנהל היחידה לכירורגיה לפרופסקופית מתקדמת ובריאטרית וכן כסגן מנהל המערך לכירורגיה כללית ברמב"ם (ראו בע' 2 לתצהירו של פר' עסליה), על מנת לברר אפשרות לבצע ניתוח קיצור קיבה בריאטרי אלקטיבי וזאת לאחר ששמעה הרצאה שלו בנושא (תצהיר התובע סע' 10).

ביום 24.11.10 נבדקה המנוחה לראשונה ע"י פר' עסליה, אשר הפנה אותה למספר בדיקות מקדמיות (עמ' 64-65 לפר'). נציין כבר עתה כי מרשימת הבדיקות הנדרשת שקיבלה לידיה המנוחה נמחקה בשרטוט קו בכתב יד השורה הבאה –



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

"חוות דעת ע"י פסיכיאטר או פסיכולוג לגבי מידת המותאמות לניתוח ולשם שלילת הפרעה נפשית (רק במידה והדבר נדרש ע"י הקופה)" (עמ' 58 מוצגי התובעים).

מצבה הנפשי של המנוחה לא נבדק, אפוא, קודם לניתוח.

8. במועד בדיקתה אצל פר' עסליה היה משקלה של המנוחה 104.7 ק"ג גובהה - 161 ס"מ וה BMI עמד על 40.39 (עמ' 459 מוצגי נתבעים).

בסיכום הביקור צוין כי המנוחה פנתה עקב השמנת יתר עם BMI של 40.4 כאשר ברקע סובלת מפסוריאזיס ועישון כבד, עוד צוין כי היא "איננה נוטלת תרופות באופן קבוע. אכלנית מתוקים כפייתית". כך צוין כי היא מועמדת לניתוח שרוול קיבה לפרוסקופי וכי "קיבלה הסבר מפורט אודות הניתוח, על סיכוניו הפוטנציאליים וסיכוייו" (עמ' 477 למוצגי הנתבעים)

בדיקות המעבדה שבוצעו למנוחה במהלך דצמבר 2010 הראו מצב טרום סוכרתי, הפרעה משולבת בשומני הדם המתבטאת בהיפרכולסטרולמיה² והיפרטריגליצרידמיה³ כמו כן אובחן אצלה כבד שומני (ראו עמ' 1 לחוות דעתו של ד"ר בגלייפטר).

9. מכל מקום, ביום 10.1.11, בעת מפגשה השני עם פר' עסליה, כבר עמד משקלה של המנוחה על 108.45 ק"ג וצויין כי ה BMI מעל 40 (עמ' 459 מוצגי נתבעים). באותה פגישה ציין פרופ' עסליה ברישומיו – "מעוניינת בשרוול וזאת על אף היותה אכלנית מתוקים כפייתית" (עמ' 61 מוצגי תובעים; עמ' 71 ש' 26-27 לפר').

10. ביום 4.5.11 אושפזה המנוחה לצורך ניתוח בריאטרי בבית החולים רמב"ם, ברישומי בית החולים צוין כי משקלה אותה עת היה 107 ק"ג וה BMI 37.9 שחושב לפי גובה של 168 ס"מ (עמ' 66 מוצגי תובעים, וסיכום אשפוז עמ' 74 למוצגי התובעים).

המנוחה חתמה על טופס הסכמה לניתוח שרוול קיבה וכן על טופס "נספח לטופס ההחממה על הסכמה לניתוח בו מפורטים הסיכונים והסיבוכים השונים בניתוחי "מעקף ושרוול קיבה לפרוסקופיים להשמנת יתר חולנית" (עמ' 69 למוצגי התובעים).

באותו יום נותחה המנוחה על ידי פרופ' עסליה (עמ' 71 מוצגי תובעים).

² יתר כולסטרול בדם
³ עודף טריגליצרידים



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

11. בגליון הניתוח צוין כי המנוחה עברה ניתוח שרוול קיבה עקב "השמנת יתר מורבידית עם BMI גדול מ- 40".

גליון הניתוח מפרט את פרטי הניתוח שבוצע בגישה לפרוסוקופית כולל הוצאת חלק הקיבה שנכרת ושליחתו לפתולוגיה.

ע"פ דו"ח הניתוח לא היו במהלך הניתוח אירועים חריגים ואף במהלך שהותה במחלקה לאחר הניתוח היא הרגישה טוב ולא הייתה כל עדות קלינית או מעבדתית למהלך חריג כלשהו. פר' עסליה מוסיף ומציין בתצהירו כי במסגרת הניתוח ביצע פעמיים הליך בקרת דם ע"י צפייה בתמונה מוגדלת באיכות גבוהה ולא אותר כל דם (סע' 5 לתצהיר פר' עסליה).

12. ביום 7.5.11 שוחררה המנוחה לביתה במצב כללי טוב כשהיא אוכלת ושותה בסבילות טובה ומתניידת עצמאית ובטופס השחרור הומלץ על המשך מעקב רופא מטפל, המשך תזונה לפי המלצות דיאטנית והגעה מיון במידה ותהא החמרה במצבה (עמ' 74 למוצגי התובעים).

בביקור חוזר אצל פר' עסליה מיום 16.5.11, התלוננה המנוחה על חולשה, בחילות והקאות וניתנו לה המלצות לחופשה משך 3 שבועות נוספים (עמ' 77 למוצגי התובעים).

לאחר הניתוח ושחרורה מבית החולים הייתה המנוחה במרפאת קופת חולים מספר פעמים ובביקורת המרפאה הכירורגית ברמב"ם ביום 31.5.11 וביום 6.6.11. בבדיקת צילום עם חומר ניגוד ובה נמצא כי "יש מעבר עד לתריסרון, אין בעיה כירורגית דחופה".

בהמשך, ביום 16.6.11, בעת ביקורת במרפאת קופת החולים, שבה המנוחה והתלוננה על צמרמורות, הקאות ושלשולים שארעו 4 ימים קודם לכן (עמ' 242 למוצגי התובעים).

האשפוז בבית החולים בנהריה

13. ביום 20.6.11, בשעה 12:44, לאחר שהמשיכה להתלונן על כאבי בטן, הופנתה המנוחה לחדר המיון בבית החולים בנהריה עקב תלונות של כאבי בטן בחילות והקאות מזה שבוע וללא חום.

בקבלתה אושפזה המנוחה במחלקה פנימית באבחנה ראשונית של "גסטרואנטריטיס"⁴ ולאחר שבוצע צילום בטן ונמצא אויר חופשי בחלל הבטן הועברה המנוחה למחלקה הכירורגית שם עברה בדיקת CT עם חומר ניגוד שהדגימה אויר חפשי וכן הצטברות

⁴ דלקת זיהומית של הקיבה והמעיי



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

נוזלים גדולה בבטן העליונה מעל הכבד ומתחת לסרעפת (עמ' 886 לתיק מוצגי הנתבעים, תצהיר פרופ' איתן). בעקבות כך בוצע ניקור וניקוז תחת CT של מורסה בחלל הבטן (עמ' 916 – 910 לתיק מוצגי הנתבעים).

המנוחה הועברה למחלקת טיפול נמרץ וביום 21.6.11 נעשו לה מספר צילומי חזה, למחרת ביום 22.6.11 היא נבדקה ע"י רופאה זיהומולוגית על מנת להתאים לה את האנטיביוטיקה הנדרשת, ביום 23.6.11 עברה המנוחה פעם נוספת בדיקות CT חזה בטן ואגן עם חומר ניגוד בשתיה והזרקה אשר הדגימו שיפור ניכר במצב הביטני (עמ' 703 למוצגי הנתבעים).

ביום 26.6.11 הוחזרה המנוחה למחלקה הכירורגית כשהיא במצב יציב ואולם ביום 4.7.11 היא הוחזרה למחלקה לטיפול נמרץ בשל החמרה במצב הנשימתי והכללי בשל אלח דם, ולאחר ייצובה באמצעות טיפול באנטיביוטיקה רחבת טווח ואנטיביוטיקה לטיפול בפטריות שצמחו בדם, והחלפת הנקז היא הוחזרה ביום 10.7.11 למחלקה הכירורגית.

כעולה מהרשומות הרפואיות, במהלך זמן שהותה בבית החולים היא טופלה באנטיביוטיקה ונראה היה כי מצבה תחת שליטה עם מוקד זיהומי בבטן העליונה שהיה מנוקז היטב ולא גרם עוד לאלח דם (עמ' 115, 129-128 למוצגי התובעים).

14. ביום 19.7.11, כחודש לאחר אשפוזה, שוחררה המנוחה מבית החולים בנהריה כאשר בטופס השחרור צוין –

”החולה מרגישה בטוב. ללא חום, הכאבים חלפו, אוכלת ושותה, יציאות תקינות. ביקורת מרפאה כירורגית, פר' איתן, לפי תור מתואם מראש. מנוחה בבית שבוע ימים”

מהלך העניינים אחר שחרורה של המנוחה מבית החולים בנהריה

15. המנוחה שוחררה מבית החולים כאשר במועד השחרור הנקז הפריש מוגלה (עמ' 152 למוצגי התובעים), בשחרורה הובהר לה כי עליה להמשיך בטיפול רפואי במסגרת הקהילתית לצורך שטיפות נקז יומיומיות עם תמיסת מלח.

משך כחודשיים מאז שחרורה מאשפוז בנהריה טופלה המנוחה במסגרת ביתית ובמעקב יומי בקופ"ח כאשר בכל אותה עת המשיך הנקז להפריש מוגלה (עמ' 251-243 למוצגי התובעים).



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

כך ביום 3.8.11 בביקורת אצל פרופ' איתן נרשם כי "לנ"ל עדיין הפרשה מהנקז – מוגלה. ממליץ המשך שטיפות נקז. בקורת עוד שבועיים. חופש מחלה עוד 30 יום" (עמ' 160 למוצגי התובעים).

ביום 10.8.11 צוין כי עדיין קיימות שטיפות מוגלתיות ללא עליית חום או צמרמורת, פתח הנקז עם גנולומה וכי תפירת הקיבוע רופפת והנקז יוצא וכי ישנה דליפה של נוזל עכור בעת שטיפה. המנוחה הופנתה לבדיקת כירורג (עמ' 255-256, 299-300 למוצגי התובעים).

16. בשל התמשכות הטיפול במסגרת הקהילה, ולאחר שלא חל שיפור במצבה של המנוחה פונה הרופאה המטפלת בקופ"ח בשאלתה לרופא הכירורג, וכך צוין ברשומה מיום 22.8.11 –

"אבקש המלצות – האם יש צורך בטיפול אנטיביוטי, האם יש צורך בביצוע תרבית, האם יש צורך בהחלפת נקז, האם יש המלצות מיוחדות" (עמ' 301 למוצגי התובעים).

פרופ' איתן רשם כי למטופלת יש הפרשה מוגלתית מהנקז אולם שלל אפשרות להוציאו והורה על המשך שטיפות במסגרת הקהילה, ובלשון התשובה מיום 24.8.11 –

"עדיין יש הפרשה מוגלתית עכורה מהנקז. בשלב זה יש להמשיך בשטיפות בלבד. אין צורך באנטיביוטיקה. אין צורך בהחלפת נקז, הוא מנקז היטב, אין צורך בתרביות. בקורת בעוד חודש. ממליץ חופש מחלה" (עמ' 654 מוצגי נתבעים ועמ' 161 מוצגי תובעים).

במסגרת המעקב בקהילה בוצע CT בטן בודד ביום 31.8.11 (עמ' 162 מוצגי תובעים) עם חומר ניגוד. בעדותו אישר פרופ' עסליה כי בתוצאות ההדמיה אין התייחסות לטחול ולמצב המורסות בטחול (עמ' 80 ש' 23-24).

17. בימים 13-14.9.11 פנה הצוות הרפואי למנוחה על מנת לברר מדוע לא הגיעה לשטיפות היומיומיות (עמ' 1069 ו – 1070 למוצגי הנתבעים). יחד עם זאת צוין כי ביום 13.9.11 הוחלפה מנוחה שקית הנקז, דבר המלמד, לכאורה, על ביקור המנוחה במרפאה במועד זה (עמ' 285-287 למוצגי התובעים).

ביום 15.9.11 הופנתה המנוחה לחדר מיון בביה"ח נהריה וזאת אחר שפנתה למרפאת קופת החולים בתלונה על הקאות חוזרות וחולשה כללית. במחלקה לרפואה דחופה בבית החולים בנהריה נקבעה אבחנה של אלח דם ובבדיקת CT נמצאו אבצסים או אינפרקטים



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

(אוטמים) וטרומבוזיס של וריד הטחול (עמ' 263-264 למוצגי התובעים, עמ' 641 למוצגי הנתבעים).

אשפוז המנוחה והניתוח השני ברמב"ם (כריתת הטחול)

18. בהמשך ולאחר דיון בין הרופאים המטפלים בנהריה וברמב"ם הועברה המנוחה באמצעות אמבולנס לביה"ח רמב"ם (עמ' 212-213 עמ' 639 למוצגי התובעים, עמ' 75 ש' 33 לפר'). המנוחה התקבלה ברמב"ם במצב של הלם ספסטי ובבדיקתה אובחנו אצלה מורסות בטחול (עמ' 167-168 למוצגי תובעים) אשר חייבו ניקוז מלעורי דחוף ובהמשך ניתוח לכריתת הטחול (עמ' 176 למוצגי התובעים).

בבדיקה של הטחול שנערכה בחדר הניתוח נמצאו מספר מוקדים שהכילו מוגלה, ממצא שאושר בבדיקה פתולוגית (עמ' 176-178 למוצגי התובעים).

בדו"ח ניתוח כריתת הטחול אשר בוצע ע"י פר' עסליה ביום 19.9.11 צוין –

"בקוטב העליון של הטחול נמצא נקז PIGTAIL גדול בתוך חלל המכיל מוגלה בכמות קטנה. שרוול הקיבה ללא עדות לדליפה גם לאחר ניפוח עם חומר צבע כחול. השרוול אינו מעורב בתהליך הזיהומי מתחת לסרעפת ומופרד ממנו" (עמ' 176-177 למוצגי התובעים)

19. לאחר הניתוח הועברה המנוחה למחלקה לטיפול נמרץ כללי כשהיא מורדמת ומונשמת ואולם מצבה המשיך להתדרדר, כיוון שכך נערכו מספר דיונים דיסציפלינריים עם רופאים מומחים ברדיולוגיה פולשנית ועם מומחי כבד וכירורגיה של הכבד וזאת בשל ממצאים של ירידה בזרימת הדם לכבד ופקקת של וריד הטחול ווריד השער (Portal Vein). כך נעשתה אנגיוגרפיה של עורק הכבד והזלפת פפברין ולאחר מכן נסיון לtips⁵ ואולם נסיון זה כשל (עמ' 197 למוצגי התובעים), מצבה של המנוחה המשיך להתדרדר וביום 12.10.11⁶, כחודש לאחר קבלתה החוזרת בבית החולים רמב"ם, ובהיותה כבת 50, נפטרה המנוחה לדאבון הלב.

כסיבת מיידית למוות צוין –

⁵ צנתור מלעורי של הכבד על מנת לפתוח את וריד השער ולחדש את זרימת הדם לכבד (ראו עמ' 3 לחוות דעתו של ד"ר בגלייפטר)

⁶ בסיכום אשפוז מיום 26.10.11 צויין בטעות יום 14.10.11 כיום הפטירה - עמ' 209 למוצגי התובעים, אך ראו מועד הפטירה כמצויין בתעודת הפטירה עמ' 19 למוצגי התובעים)



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

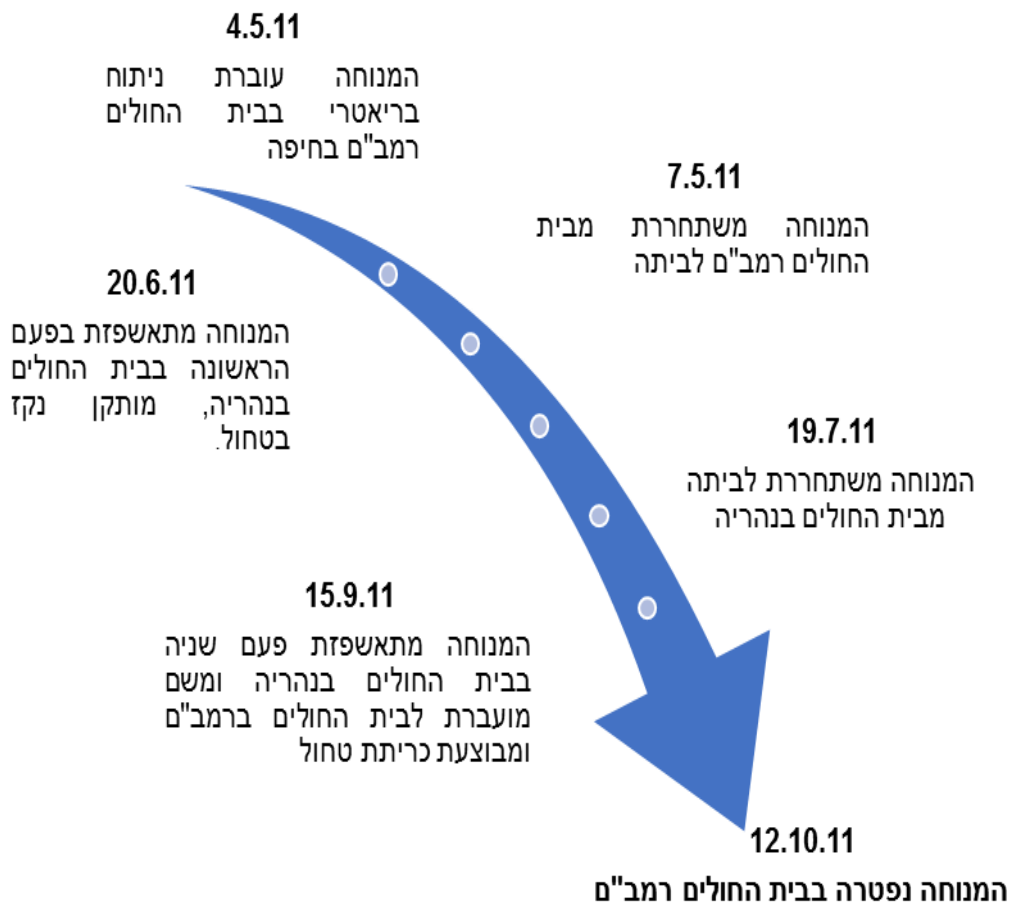
ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

ACUTE RENAL FAILURE (שוק ספטי) ו- SEPTIC SHOCK " (כשל כלייתי חריף)."

כמחלות או מצבים שהביאו לסיבת המוות המיידית צויין :

SPLenic ABSCEss (=מורסות בטחול) ו- PORTAL VEIN THROMBOSIS (=פקקת וריד השער) ו- HEPATIC FAILURE (=אי ספיקת כבד) ו- ENCEPHALOPATHY (=אנצפלופתיה). (מוצג 10 עמ' 210 למוצגי התובעים).

20. על מנת להקל על הקורא נציג רישום של האירועים העיקריים הנזכרים על ציר הזמן-



אחר שהבאנו את הפן העובדתי נבוא לטענות הצדדים -

תמצית טענות התובעים



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

21. לטענת התובעים רשלנות הצוותים הרפואיים בבתי החולים רמב"ם ונהריה הביאה למותה של המנוחה. רשלנות זו של הנתבעים התקיימה במספר צמתים הקשורים לניתוח הבריאטרי שנעשה למנוחה – החל מעצם ההמלצה לביצוע הניתוח, שניתנה בניגוד להתוויה הרפואית המקובלת, ובהעדר מתן הסבר מלא למנוחה בנוגע לסיכוני הניתוח (העדר הסכמה מדעת), עבור לרשלנות באי הפניית המנוחה לבית החולים רמב"ם אחר הגיעה לבית החולים בנהריה עם תלונות על כאבי בטן ואי עדכון פר' עסליה על מצבה וזאת בניגוד להנחיות משרד הבריאות, וכלה במעקב הרשלני אחר מצבה של המנוחה לאחר שחרורה מבית החולים בנהריה ושחרורה להמשך טיפול במסגרת ביתית עם נקז מזהם ואי ביצוע כריתת טחול בשלב מקדמי.

וביתר פירוט –

22. לטענת התובעים, הניתוח הבריאטרי נעשה בניגוד להתוויות לניתוח קיצור קיבה ע"פ הנחיות קליניות שהוציא משרד הבריאות (חוזר 27/2012). החוזר אומנם יצא לאחר מועד הניתוח ואולם בתוכנו הוא מכיל הנחיות שהורתן בנסיון רפואי שנרכש ונצבר במהלך השנים עובר לניתוח.

כך רופאי רמב"ם הפרו את חובת הגילוי והזהירות כלפי המנוחה בכך שהמליצו על ניתוח אלקטיבי ללא בחינה ראויה של התאמתה לניתוח, ללא בירור מצבה הרפואי וקיומן של בעיות רפואיות שיש בהן לשלול ביצועו דוגמת הדלקת הכיבית ממנה סבלה, הפסוואזיס וכיוצ"ב, ללא בירור מצבה הנפשי והשלכותיו על עצם קיום הניתוח והצלחתו המשוערת, ללא בירור "הרווח" הטמון בניתוח אל מול הסיכון של נזק ואף מוות כתוצאה מסיבוכי הניתוח, כל זאת באופן המקים לתובעים עילה בשל רשלנות והפרת חובה חקוקה.

23. רופאי רמב"ם לא הסבירו למנוחה את כלל הסיכונים של ניתוח בריאטרי במצבה, כך שלא היה באפשרותה לשקול באופן ראוי האם לעשותו או להעדיף תחתיו משטר דיאטה קפדני. הניתוח נעשה, אפוא, בהעדר הסכמה מדעת וכבר עניין זה יש בו להטיל אחריות וחובה נזיקיים על הצוות הרפואי.

24. בכל הקשור לצוות הרפואי בבית החולים נהריה הרי שזה התרשל כלפי המנוחה בכך שקיבל את המנוחה לטיפול ללא התייעצות עם פרופ' עסליה, הרופא שבצע את הניתוח, ובכך שלא העביר את המנוחה לטיפול ברמב"ם מיד עם הגעתה במצבה בעת פנייתה הראשונה, כל זה בניגוד להנחיות משרד הבריאות.



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

כמו כן התרשל הצוות הרפואי בנהריה באבחון קיומו של דלף מקו התפר, בביצוע בדיקות CT ללא חומר ניגוד, ואי בירור ההיסטוריה הרפואית של המנוחה, עניינים שהיה בהם להתוות את הטיפול הרצוי.

כך גם התרשלו רופאי ביה"ח נהריה בכך שלא שקלו מראש אפשרויות טיפול חלופיות, כגון ניתוח לכריתת הטחול שהיה הטיפול המועדף, והתקינו בגופה של המנוחה נקז מזוהם שהמשיך להפריש מוגלה עד להעברתה לביה"ח רמב"ם שם עברה כריתת טחול מאוחר מדי, וכן התרשלו בכך ששחררו אותה עם נקז ללא מעקב וללא טיפול אנטיביוטי. רשלנות זו גרמה בסופו של יום לפטירתה של המנוחה בטרם עת.

25. לחלופין ובמצטבר - על הנתבעים לפצות התובעים בגין פגיעה באוטונומיה שהורתה במניעת מידע מן המנוחה אודות הסיכונים הכרוכים בניתוח בריאטרי וכן הסיכונים שבהשארת נקז באיבר מזוהם משך שבועות ארוכים, דבר ששלל את זכותה לאוטונומיה לקבלת החלטה מדעת בהתאם לרצונה.

26. אין מקום לטענת הנתבעים המבקשת לייחס למנוחה אשם תורם בשל אי הגעתה לטיפול בנקז מספר ימים, לבד מכך שהנטען מוכחש, נוכח הקפדה של המנוחה להגיע לטיפול היומי, וראיה שאף הופיעה לטיפול יומיים לפני אשפוזה ביום 13.9.11 כמפורט ברשומות הרפואיות, הרי שמדובר בהרחבת חזית ולטענה שכלל לא נטענה בכתב ההגנה או בחוות דעת המומחה מטעם הנתבעים.

תמצית טענות הנתבעים

27. לא הייתה כל רשלנות מצד הצוות הרפואי בכל הקשור להפניית המנוחה לביצוע ניתוח שרוול. BMI של המנוחה ומצבה הרפואי הנלווה הצדיקו את ביצוע הניתוח ולא היה כל צורך להוסיף ולבחון את עברה הרפואי אשר לא היה בו לשנות מהמלצה זו.

28. ניתנו למנוחה כל ההסברים הנדרשים בכל הקשור לניתוח השרוול והסיכונים שיש בו לרבות סיכון לדלף וזיהום, המנוחה הבינה את ההסברים ואף אישרה זאת בחתימתה.

29. לא הייתה כל רשלנות בקבלת המנוחה לצורך אשפוזה הראשון בנהריה, דבר שנעשה לאחר התייעצות עם גורמים מוסמכים ברמב"ם. לבד מכך, עצם הטענה מהווה הרחבת חזית.

30. לא הייתה כל רשלנות מצד הצוות הרפואי בנהריה בכך ששחרר את המנוחה לביתה עם נקז בטחול. מדובר בטיפול שמרני ומקובל ולא ניתן היה לצפות את



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

ההתדרדרות במצבה הרפואי של המנוחה. כך גם לא היה כל מקום להורות על כריתת הטחול קודם לשחרורה של המנוחה מאשפוזו הראשון בנהריה, דבר שאף היה עלול לסכנה.

31. ככל שימצא בית המשפט כי הייתה רשלנות מצד הצוות הרפואי בבית החולים נהריה הרי שיש לייחס אף למנוחה אשם תורם משמעותי בכך שלא ביצעה את הוראות הצוות ככתבן וכלשונן ולא הקפידה להגיע לטיפול בנקז מדי יום ביומו.

Ω

32. כל אחד מהצדדים ביקש לתמוך טענותיו בחוות דעת מומחים מטעמו, להלן נפרט את העיקר העולה מחוות דעת אלו.

חוות דעת התובעים

ד"ר נחום ורבין, מומחה לכירורגיה כללית, חוות דעת מיום 30.6.13 וחוות דעת משלימה מיום 10.2.15

33. נקדים ונציין כי ד"ר ורבין הבהיר בחוות דעתו המשלימה כי מומחיותו היא בכירורגיה כללית ולא בכירורגיה בריאטרית, אלא שלטענתו משרד הבריאות איננו מכיר במומחיות ספציפית בכירורגיה בריאטרית שכן ניתוח בריאטרי וסיבוכיו מטופלים באותה צורה ובאותו מכשור כמו כל ניתוח אחר בחלל הבטן בו נכרת איבר או חלקו (למעשה דברים אלו מקבלים גיבוי בעדותו של פר' עסליה אשר העיד כי התמחה בניתוחים בריאטרים בארה"ב כיוון שבארץ אין התמחות כזו – עמ' 63 ש' 15 לפר').

מכל מקום, ד"ר ורבין מוצא בחוות דעתו כשלים שראשיתם בעצם הפניית המנוחה לניתוח בריאטרי וכן בהתנהלות וטיפול במנוחה אחר ביצוע הניתוח. וביתר פרוט -

בכל הקשור לשלב הטרומ ניתוחי – המנוחה לא נמדדה (משקל וגובה) במרבית הפעמים כמו כן ה – BMI שלה לא חושב במדויק ויש טעויות רבות במדידתו (כך בחוות דעתו המשלימה מצייין ד"ר ורבין את השינויים הרבים במדידת גובהה של המנוחה – ביום 22.6.09 צויין גובה 168 ס"מ ביום 14.5.10 158 ס"מ, ביום 29.11.10 164 ס"מ וביום 4.5.11 בטופס קבלה סיעודית של בית החולים רמב"ם נמדד גובה של 168 ס"מ ובטופס ריכוז תוצאות מעבדה מיום 17.5.11 נמדד גובה של 161 ס"מ, למותר לציין כי לגובהה של הנבדק יש השפעה ישירה על מדד ה BMI שלו). ה BMI של מטופל מהווה את אחד



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

המדדים החשובים ביותר לצורך בחינה האם הוא מתאים לניתוח בריאטרי כך שכשלים במדידתו מהווים רשלנות של ממש שכן יש במדידה מוטעית להביא לכדי המלצה לביצוע ניתוח שאינו נדרש כלל ועיקר.

34. עוד טוען ד"ר ורבין כי פר' עסליה לא בחן קודם למתן המלצתו באשר לניתוח המנוחה את מצבה הנפשי, עניין שאף הוא מהווה פרמטר חשוב ביותר בכל הקשור לבחינה האם המטופל מתאים לניתוח בריאטרי. כך ההיסטוריה הרפואית הפסיכיאטרית של המנוחה והטיפול הפסיכיאטרי שקבלה עובר לניתוח כלל לא הוזכרו ברשומות הרפואיות של בית החולים קודם להחלטה על ביצוע ניתוח בריאטרי וזאת בניגוד להתוויה בארץ ובעולם להפנות מועמד לניתוח בריאטרי לאבחון פסיכולוגי/פסיכיאטרי בטרם יאושר הניתוח. יתר על כן, בטופס "מועמד לניתוח בריאטרי" שנמסר למנוחה ע"י פר' עסליה לצורך ביצוע בדיקות שונות הנדרשות קודם לניתוח, נמחקה ההפניה לקבלת אישור פסיכולוג/ פסיכיאטר.

לטענת ד"ר ורבין פרקטיקה רפואית סבירה וזהירה חייבה את פר' עסליה לוודא מה מצבה הנפשי העדכני של המנוחה בהיותה מועמדת לניתוח אלקטיבי וכן לקיים התייעצות עם רופא פסיכיאטר נוכח ההיסטוריה הרפואית שלה והטיפול התרופתי אותו קיבלה. לעניין זה מפנה ד"ר ורבין בחוות דעתו המשלימה למאמרים שונים המציינים כי מצב נפשי רעוע מצריך משנה זהירות קודם לניתוחים בריאטריים נוכח ריבוי התאבדויות וכישלון הירידה במשקל במצבים שכאלו.

35. כך מוסיף וטוען ד"ר ורבין כי לא ניתנה הדעת, קודם לניתוחה של המנוחה, לעובדה שהיא עברה בדיקת קולונוסקופיה בבית החולים רמב"ם מספר חודשים קודם לניתוח וכי היא סובלת כנראה מדלקת כיבית של המעי הגס. ד"ר ורבין מתייחס בעניין זה לטענות ד"ר בגלייבטר, המומחה מטעם הנתבעות, השולל כי הדלקת הכיבית מהווה גורם אפשרי לזיהום חיידקי וטוען כי גם אם מדובר בסיבוך נדיר יחסית הרי שהוא צפוי ואף מצוין בספרות.

זאת ועוד, בשיקולי ההפניה לניתוח הבריאטרי יש התעלמות מהעובדה שלמנוחה הייתה היסטוריה של פסוריאזיס, וכן שגה הצוות הרפואי בכך שלא הפנה את המנוחה לביצוע חוזר של בדיקת תפקודי ריאה קודם לניתוח למרות שבדיקתה האחרונה נעשתה שנתיים קודם לניתוח.



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

עוד טוען ד"ר ורבין כי פר' עסליה התעלם מהעובדה כי למנוחה הייתה כפייתיות לאכילת מתוקים דבר המהווה בעיקרו "התווית נגד" לניתוח בריאטרי.

ד"ר ורבין מסכם וטוען בחוות דעתו כי בנסיבות אלו – העדר בדיקת מצבה הנפשי של המנוחה ואי ברור השפעת מחלת המעי הדלקתית שלה על הניתוח והיותה מעשנת – אסור היה לנתח את המנוחה, קודם להפנייתה לטיפול פסיכולוגי/ פסיכיאטרי מתאים, טיפול תזונאי אינטנסיבי, ברור מהות מחלת המעיים הדלקתית שלה והפסקת העישון מצידה.

לטענת ד"ר ורבין המנוחה הייתה מעוניינת בניתוח קיצור קיבה כדרך קצרה להרזיה ואולם שומה היה על הרופאים לכוונה לדרך פשוטה ובטוחה יותר ובנסיבות הנדון - הפנייתה לטיפול נפשי על מנת להתגבר על הבעיות הנפשיות מהן סבלה, הפסקת העישון ודיאטה מתאימה, לו כך היה נעשה סיכויי הישרדותה ללא ניתוח היו גבוהים יותר.

לטענת ד"ר ורבין אין נתונים חד משמעיים על הארכת חיים עקב ניתוחים בריאטריים לעומת האוכלוסייה הכללית כך שלמעשה "הרווח" שהיה צפוי למנוחה מביצוע ניתוח בריאטרי מוטל בספק והיה בו להביא לכל היותר לשיפור מה באיכות חייה לעומת סיכויי תמותה ותחלואה גופנית ונפשית לא מבוטלים.

אם נבוא לסכם הנתען כנגד בית החולים רמב"ם – לטענת ד"ר ורבין, פר' עסליה לא בחן את כל הדרוש בדיקה קודם שהמליץ למנוחה לעבור את הניתוח הבריאטרי וכן לא הבהיר לה כנדרש את הסיכונים אל מול ה"רווחים" שבניתוח שכזה, וכי לו הדברים היו נעשים כשורה הדעת נותנת כי המנוחה לא הייתה בוחרת בביצוע הניתוח ומנסה דרכים פחות דרסטיות להרזיה.

36. בכל הקשור לאחריות בית החולים בנהריה - לטענת ד"ר ורבין קיים גם כשל במהלך הפוסט ניתוחי במסגרת הטיפול במנוחה בבית החולים בנהריה.

לטענת ד"ר ורבין עיון בבדיקות ההדמיה שבוצעו למנוחה מלמד כי לא מודגמת כמעט לחלוטין אספקת דם עורקית לטחול ולעומת זאת רואים שלושה משולשי טחול המתאימים לאיזורי איסכמיה. לדבריו, במהלך ניתוח קיצור קיבה יש צורך לנתק את הקיבה מכלי הדם הקצרים לעיתים במהלך הניתוח קיימת אפשרות של דם בין שרוול הקיבה לטחול ולעיתים קיימת פגיעה בטחול. ד"ר ורבין מעריך בחוות דעתו כי שעקב פגיעה במהלך הניתוח באספקת דם של הטחול נוצרה איסכמיה שהזדהמה עד לפריצת



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

מוגלה לחלל הבטן ועמה חיידקים יוצרי גז, כאשר הנקז שהוכנס לטחול גרם גם הוא לזיהום החלל הפלויירלי.

ד"ר ורבין טוען כי הטיפול הכירורגי שבוצע בבית החולים בנהריה היה אומנם נכון בעיקרו והביא לשיפור זמני במצבה של המנוחה ואולם בהמשך לא הוסקו מסקנות באשר להמשך הטיפול הראוי. עיקר טרונייתו של ד"ר ורבין מופנית לעניין הנקז שהושאר בתוך הטחול למרות היותו נימקי ומורסתי המפריש מוגלה ללא הפסקה. בחוות דעתו המשלימה מציין ד"ר ורבין כי לא קיים ולו מאמר אחד בספרות הרפואית המתאר השארת נקז בטחול מודלק מזוהם משך 3 חודשים, כפי שנעשה אצל המנוחה.

כך טוען ד"ר ורבין כי חובה היה על המנתח האחראי לבצע ניתוח מתוכנן דחוף לכריתת הטחול תוך פרק זמן קצר ביותר - דבר שלא נעשה. לטענת ד"ר ורבין ההזנחה הממושכת של הנקז בתוך רקמת הטחול המזוהמת גרמה לסתימת הורידים הראשיים של הבטן העליונה – וריד הטחול וריד השער ולאח דם המלווה בהלם, דבר שגרם בסופו של יום לפטירתה של המנוחה.

37. אם נבוא ונסכם את חוות הדעת שהוגשו ע"י ד"ר ורבין הרי שהוא טוען לכשלים בצמתים הבאים –

* הצוות הרפואי ברמב"ם כשל בכך שלא התייעץ עם פסיכיאטר בכל הקשור למצבה של המנוחה עובר לניתוח וזאת בהתעלם מהמצב הנפשי בו הייתה שרויה עובר לניתוח. וכן כשל בהתעלמות מהדלקת הכיבית בה לקתה בעבר, ממחלת הפסוריאזיס שלה, ומהעובדה שהייתה כפייתית באכילת מתוקים.

* לא ניתן למנוחה הסבר ראוי ומפורט באשר לכלל הסיכונים בנוגע לניתוח בהתייחס לעובדות המפורטות לעיל.

* השארת הנקז בטחול למשך 3 חודשים מהווה מחדל רשלני בנסיבותיו של טחול מודלק ומורסתי (ראו לעניין זה סיכומו של ד"ר ורבין בעמ' 5-6 לחוות דעתו המשלימה).

וכבר כאן ראוי להעיר לעניין חוות דעתו של ד"ר ורבין – ד"ר ורבין מוסיף ומציין בסיכום חוות דעתו המשלימה כי היה גם כשל בעצם ביצוע הניתוח ברמב"ם ואולם אין כל אזכור והבהרה לעניין זה בחוות דעתו ולמעשה הוא הודה בעדותו ובחקירתו כי לא



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

הייתה כל רשלנות מצד בית החולים רמב"ם באופן ביצוע הניתוח עצמו. נוסף ונציין כי גם בסיכומי התובעים לא נטען כלל לרשלנות בביצוע הניתוח הבריאתרי עצמו אלא אך ורק בעצם ההמלצה והפנייה של המנוחה לבצוע ניתוח זה, לפיכך לא מצאתי להרחיב בסוגיה זו שכן אין חולק שלא הייתה כל רשלנות במהלך ביצוע הניתוח הבריאתרי עצמו ע"י הצוות הרפואי של רמב"ם. נראה כי כוונתו של ד"ר ורביץ בפסקה זו בחוות דעתו הייתה לחזור על טענתו כי לא היה מקום לעצם ביצוע הניתוח הבריאתרי למנוחה, כפי שפרטנו לעיל בהרחבה רבה.

חוות דעת הנתבעים

ד"ר נחום בגלייבטר, מומחה בכירורגיה כללית חוות דעת מיום 13.10.14 וחוות דעת משלימה מיום 4.5.15.

38. אשר למומחיותו, טוען ד"ר בגלייבטר, כי הוא מבצע ניתוחיים לפרוסקופיים בשל השמנה חולנית מאז שנת 2000 וניתוחי שררול מאז 2006. לדבריו במחלקה בה הוא עובד מתבצעים כ- 400 ניתוחי השמנה בשנה כאשר 80% מהם הם ניתוחי שררול וכי הוא מעורב אישית בכולם. ד"ר בגלייבטר מדגיש הדברים נוכח העובדה שהמומחה מטעם התובעים, ד"ר ורביץ, אינו מתמחה בניתוחים בריאתריים ולמעשה כלל לא ביצע ניתוחי שררול.

39. ד"ר בגלייבטר חולק על ד"ר ורביץ, המומחה מטעם התובעים, בכל הקשור לסוגיית ההוריה וההתוויה הניתוחית.

לסברתו, כיוון שהמנוחה הייתה עם BMI מעל 40 (ד"ר בגלייבטר מפנה ל BMI שתועד ע"י פר' עסליה ביום 24.11.10 - 40.4 ול BMI שתועד ע"י ד"ר אנה גלוחוב רופאת המשפחה ביום 2.12.10 שהיה 40.86), הרי שההוריה לניתוח קיצור קיבה היא חד משמעית ועומדת בכל הקריטריונים המקובלים על כלל הכירורגים בעולם מאז תחילת שנות התשעים של המאה הקודמת. למעשה, כך לטענתו, במצב שכזה אין צורך בכל מצב רפואי נלווה על מנת לאשר את הניתוח. אך יותר מכך, בנדון נוכח מצבה הרפואי של המנוחה עובר לניתוח היו נקודות נוספות רבות שהצדיקו את ביצוע הניתוח – כך, העובדה שסבלה מדום נשימתי בשנתה, מכבד שומני, מהפרעה במשק הגלוקוזה עם מצב טרום סוכרתי, מהפרעה בשומני הדם, כל אלו היה בהם להצדיק את ביצוע הניתוח גם ב BMI נמוך יותר של 35 ומעלה.



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

40. אשר לטענת ד"ר ורבין כי היה צורך להפנות את המנוחה לבדיקת פסיכיאטר נוכח מצבה הנפשי, טוען ד"ר בגליבטר כי הפרעות נפשיות נפוצות מאוד בין מועמדים לניתוח בריאטרי ומגיעות לשיעור ממוצע של כ- 58% מהמועמדים לניתוח, כאשר ההפרעות הנפוצות ביותר הן חרדה דכאון והפרעה ביפולארית (Leorides Severo Duarte - Guerra et al Obes Surg. 2014 oct 31), לטענתו הפרעות פסיכיאטריות קלות עד בינוניות כגון חרדה או דכאון אינן מהוות הורייט נגד לניתוח בריאטרי, ואף הפרעות חמורות יותר אינן מהוות הורייט נגד אבסולוטית במידה והמטופל מאוזן ואינו פסיכוטי, למעשה ניתוח בריאטרי מוצלח יש בו לשפר בעיות פסיכיאטריות מסוימות.

ד"ר בגליבטר סבור כי בעייתה הנפשית של המנוחה הייתה ידועה, מוכרת, מטופלת ויציבה ולא הייתה כל מניעה לביצוע הניתוח למנוחה.

בדומה סבור ד"ר בגליבטר כי למחלת הפסוריאזיס ולדלקת הכיבית ממנה סבלה המנוחה אין כל השפעה על ההוריה ניתוחית או על התפתחות סיבוכים לאחר ניתוח בריאטרי. בחוות דעתו המשלימה הוא אף מבהיר ומציין כי גם אכילה כפייתית של מתוקים אינה מהווה הורייט נגד מוחלטת לניתוח. כך הוא מוסיף ודוחה טענתו של ד"ר ורבין כי ראוי היה לבצע בדיקת תפקודי ריאה למנוחה קודם לניתוח שכן לטענתו אין קשר בין תפקודי הריאה לתסמונת הדום נשימתית והעובדה שהמנוחה סבלה מתסמונת זו כאשר משקלה היה נמוך יותר מייצרת הצורך בבדיקה נוספת קודם לניתוח.

ד"ר בגליבטר סבור, אפוא, כי בנדון הייתה הוריה חד משמעית לביצוע הניתוח ולא הייתה כל התווית נגד.

41. מחלוקת אחרת בין ד"ר בגליבטר לד"ר ורבין נוגעת לתועלת ול"רווח" הטמון בביצוע הניתוח למנוחה. למחלוקת זו יש השפעה על טיב ההסבר שנמסר למנוחה בכל הקשור לסיכונים והסיכויים הקיימים בניתוחי שריוול מול דרכי פתרון אחרות להשמנה חולנית. ד"ר בגליבטר סבור כי נוכח העובדה שהמנוחה סבלה מהשמנה חולנית, מחלה המעלה את סיכויי התמותה אף ללא מחלות נלוות, והעובדה שהסיכוי לרזות ולשמור על משקל סביר בעזרת דיאטות, טיפולים תרופתיים או שינויים התנהגותיים/פסיכולוגיים הופרך זה מכבר במחקרים שונים, הרי שברור מעבר לכל ספק כי בעצם ביצוע הניתוח למנוחה במצבה היה טמון "רווח" ממשי.

כך, כדוגמה, מצטט ד"ר בגליבטר מתוך מאמר המסכם מחקר שוודי רחב ממדים שעקב אחר אלפי מטופלים משך 15 שנה הראה כי הסיכוי לרדת במשקל ללא ניתוח הוא מזערי



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

(פחות מ – 5%) לעומת ירידה משמעותית ונמשכת לאורך השנים לאחר התערבות כירורגית (jostrom Let al NEJM 2004; 351; 2683-93). כך גם הניתוחים הבריאתריים מביאים לעלייה משמעותית בתוחלת החיים גם אם נלקחים בחשבון תחלואה או תמותה כתוצאה מהניתוחים עצמם. בדומה, מחקרים שהשוו בין תמותת מנותחים לכאלו שלא נותחו מצא כי התמותה אצל אלו שלא נותחו גבוהה פי 9 מזו שאצל המנותחים.

לטענת ד"ר בגליבטר כיוון שהמנוחה הייתה בסיכון ניתוחי נמוך הרי ש"הרווח" והתועלת שהיו צפויים לה מן הניתוח אינם מוטלים בספק.

42. ד"ר בגליבטר גם אינו מוצא כל מחדל בכל הקשור להבהרת הסיכונים למנוחה בשלב הקדם ניתוחי כעולה מהרשומות הרפואיות לרבות המסמכים עליהם הוחתמה.

43. אשר למהלך הניתוח הבריאתרי עצמו אשר נערך בבית החולים רמב"ם, הרי שגם כאן, כעולה מהתיעוד הרפואי, הרי שהניתוח עבר ללא כל סיבוכים וללא פגיעה בטחול.

44. בכל הקשור להליך האשפוז הראשון בבית החולים בנהריה כחודש וחצי לאחר הניתוח הבריאתרי, בשל אלה דם ממנו סבלה המנוחה, טוען ד"ר בגליבטר כי הסיכון הספסטי (אלח דם) השכיח ביותר בניתוחי שרוול נגרם מדלף מקו החיתוך של הקיבה הגורם להיווצרות מורסה בבטן השמאלית העליונה בין השרוול לסרעפת ולטחול. בנדון אומנם בדיקת ה CT הראתה על קיומם של אזורי התנזלות בטחול ולא הודגם דלף ואולם להערכתו של ד"ר בגליבטר היה דלף קטנטן שהחלים עצמונית אך גרם למורסה וזיהם את החלקים האיסכמיים של הטחול. לטענת ד"ר בגליבטר הבעיה טופלה ע"י הצוות בנהריה באופן שמרני וראוי, שכן ראוי לנסות כל דרך שאינה ניתוחית לטפל בבעיה זיהומית נוכח הסיכון הטמון בביצוע ניתוח נוסף מספר חודשים לאחר הניתוח הבריאתרי. הטיפול השמרני שניתן למנוחה בדרך של ניקוז המורסה ב CT ומתן אנטיביוטיקה אכן הצליח לייצב את המנוחה ובעקבותיו אף שוחררה לביתה ללא כל סימני ספסס.

45. ד"ר בגליבטר אף שולל כל רשלנות מצד הצוותים הרפואיים בכל הקשור למעקב והטיפול במנוחה אחר שחרורה מבית החולים בנהריה. כך נהג הצוות הרפואי כראוי עת ביקש בתחילה לטפל בזיהום ממנו סבלה המנוחה בדרך של ניקוז מלעורי ולא להתחיל בהליך ניתוחי של כריתת הטחול מלכתחילה. ד"ר בגליבטר מצביע על מספר מאמרים המלמדים על ניקוזים מלעוריים מוצלחים של מורסות בטחול ועל השארת נקזים בתוך הטחול לצורך כך. כאשר בחלק מהמקרים לא נזקקו המטופלים לניתוח נוסף. בנדון כיוון



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

שלא נצפה דלף פעיל מהשרוול סביר היה להניח כי המורסה תנוקז היטב והמנוחה תחלים.

במהלך התקופה משחרורה מבית החולים בנהריה, משך כחודשיים, הייתה המנוחה במעקב וטיפול קופת החולים וכן מעקב של פר' איתן מבית החולים בנהריה. במהלך פרק הזמן הזה היא לא הייתה במצב ספסטי, ועד להתדרדרות שהביאה לאשפוזה השני מצבה הכללי היה טוב. לפיכך סבור ד"ר בגלייבטר כי אין כל רשלנות בהמשך הטיפול השמרני בו טופלה המנוחה ואין כל רשלנות בכך שלא בוצע לה ניתוח כריתת טחול באופן מיידי.

אחר שהטיפול השמרני לא צלח והמנוחה נדרשה לאשפוז השני בבית החולים רמב"ם במהלכו אף עברה כריתת טחול, כבר לא היה ניתן להצילה על אף כל המאמצים והטכניקות שהופעלו.

46. אם נבוא לסכם את חוות דעתו של ד"ר בגלייבטר הרי שלדעתו –

* הייתה הוריה ברורה לביצוע ניתוח בריאטרי במצבה הרפואי של המנוחה, שכן היה לו פוטנציאל ברור להאריך את חייה.

* המנוחה נתנה הסכמה מדעת לביצוע הניתוח לאחר שהוסברו לה הסיכונים הכרוכים בניתוח זה.

* הניתוח הבריאטרי ברמב"ם בוצע על פי הסטנדרטים המקובלים והידע הרפואי הקיים.

* הטיפול במנוחה במהלך אשפוזה הראשון בבית החולים בנהריה היה ראוי ונכון, כך גם שחרורה לצורך טיפול שמרני שאינו ניתוחי היה סביר ונכון בנסיבות העניין.

§

47. השאלות להן אנו נדרשים בנדון הן, אפוא, אלו –

א. האם היה כשל בעצם הפניית המנוחה לביצוע ניתוח בריאטרי ?



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

- ב. האם הניתוח הבריאתרי במנוחה בוצע מתוך הסכמה מדעת? או לחלופין האם הייתה פגיעה באוטונומיה של התובעת?
- ג. האם הייתה רשלנות בטיפול במנוחה במהלך אישפוזו בבית החולים בנהריה כחודש וחצי לאחר הניתוח הבריאתרי?
- ד. האם הייתה רשלנות במעקב אחר מצבה של המנוחה מאז שיחרורה מבית החולים בנהריה?
- ה. ככל שתמצא רשלנות באחד משלבי הטיפול במנוחה, כמפורט לעיל - האם קיים קשר סיבתי בין פטירתה של המנוחה לרשלנות?

§

נביא כבר עתה את מסקנתנו, אשר תפורט באריכות בהמשך הדברים – לא מצאנו כל רשלנות בכל הקשור לשלב הטרומ הניתוחי ולהתנהלות פר' עסליה והצוות הרפואי בבית החולים רמב"ם, מאידך מצאנו רשלנות בהתנהלות הצוות הרפואי בבית החולים נהריה הן בכל הקשור לעצם קבלת הטיפול במנוחה אחר שהתגלו אצלה סיבוכי בעקבות הניתוח ואי העברתה לטיפול של פר' עסליה או הצוות הרפואי ברמב"ם והן בכל הקשור לטיפול והמעקב שניתן לה אחר התקנת הנקז בגופה. הכל כפי שיפורט להלן בהרחבה –

האם הייתה רשלנות בכל הקשור להפניית המנוחה לביצוע ניתוח הבריאתרי בבית"ח רמב"ם?

48. נביא בתחילה, בצפורן הזרת, מן המפורסמות הנוגעות לחובת האחריות של רופא כלפי מטופלו.

הלכה ידועה היא שיחסי רופא-חולה מקימים חובת זהירות כלפי החולה. החובה המוטלת על הרופא היא לנקוט באותם אמצעי זהירות שבהם רופא סביר היה נוקט, בנסיבות העניין, בגילוי של הפגם ובריפוי. כך, כדוגמה, הבהיר כב' הנשיא ברק בע"א 4025/91 צבי נ' ד"ר קרול (1996) (להלן: עניין קרול):

”על כל רופא מוטלת חובת זהירות מושגית כלפי מי שמטופל על ידו ... תוכנה של חובה זו הוא אחד ויחיד: לנקוט באמצעי



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

זהירות סבירים כדי למנוע הסכנה... לעניין קיומה של חובת הזהירות המושגית, אין נפקא מינה אם המטופל פונה מיוזמתו שלו לרופא ומציג בפניו בעיה רפואית, או שהמטופל מופנה לרופא על ידי מאן דהוא תוך שהמטופל אינו מליץ על כל בעיה רפואית. בשני המצבים, משבא המטופל אצל הרופא, מוטלת על הרופא חובת זהירות מושגית לנקוט כלפיו באמצעי זהירות סבירים... " (שם, בעמ' 789)

על דרך הכלל מתן טיפול רפואי התואם לפרקטיקה הנהוגה בעת מתן הטיפול תאיין את רשלנותו של הרופא. כך, כדוגמה, בעניין ע"א 6936/09 יהודה נ' כללית שירותי בריאות (2012) הובהר:

"... אמת המידה לבחינת רשלנות רפואית מבוססת על שיקול הדעת של הרופא הסביר בהתאם לנסיבות הקיימות לגבי החולה המסוים ובהתאם לנורמות הרפואיות שהיו מקובלות אותה עת בעולם הרפואה... אמנם, הפרקטיקה הרפואית אינה חזות הכל, וכבר נקבע בעבר כי היא, כשלעצמה, אינה יכולה לחרוץ את גורלה של שאלת ההתרשלות... אולם מוסכם על הכל כי לפרקטיקה המקובלת משקל נכבד בשאלה אם הייתה התרשלות, וטיפול על פי הפרקטיקה הנהוגת אף מקים חזקה כי הטיפול לא היה רשלני...." (פסקה 11 לפסק דינו של כב' השופט עמית).

ואם כן, מהפסיקה עולה שיש לבחון את מצב הדברים בראי הזמן הנכון למועד ההתרחשות, ועל בסיס הידע הרפואי וההנחיות שנהגו אותה העת (ראו גם – ע"א 4975/05 לוי נ. ד"ר זאב מור (2008); ע"א 5604/94 חמד נ מדינת ישראל, (2004)). לעניין זה מצאנו יפים את הדברים שנאמרו ע"י כב' הש' נ. הנדל בע"א 10094/07 פלונית נ' בית החולים האנגלי אי.מ.מ.ס (2010) -

"הרשלנות אינה עוסקת בחוכמה לאחר מעשה. אכן, ישנה חוכמה לאחר מעשה, אך אין היא מלמדת על רשלנות בעת המעשה. רופא אינו רשלן מקום בו פעל תוך שיקול דעת על פי המידע המצוי ברשות דורו".

49. בנדון היו לתובעים כמה וכמה טענות בכל הקשור לרשלנות פר' עסליה ובית החולים רמב"ם באשר לעצם הפניית המנוחה לניתוח הבריאתרי.

ראשית, עצם הפנייתה לניתוח למרות שנתוני ה BMI שלה לא הצדיקו בעיקרון את עצם הניתוח.

שנית, הפנייתה לביצוע ניתוח בריאתרי ללא בחינה ראויה של עברה הרפואי אשר לו היה נבדק כראוי לא היה מומלץ לפני המנוחה לבצעו.



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

שלישית, אי מתן הסבר ראוי למנוחה על הסיכונים הטמונים בכיצוע הניתוח ובעצם ביצועו – בהעדר הסכמה מדעת.

נבחן טענות אלו אחת לאחת.

האם הייתה קיימת התוויה להפניית המנוחה לניתוח בריאטרי ?

50. ד"ר ורביץ טען בחוות דעתו כי רוב מדידות ה BMI שנערכו למנוחה עובר לניתוח לא עברו את גבול ה – 40 (עמ' 7 לחוות דעתו), כמו כן מדידות אלו נעשו ברשלנות כאשר בכל בדיקה צוין גובה שונה של המנוחה. עוד נטען כי הייתה התעלמות מכך שהמנוחה הייתה אכלנית כפייתית של מתוקים דבר המהווה בעיקרו התוויה נגד לביצוע הניתוח.

מאידך, פר' עסליה העיד בתצהירו כי במנוחה התקיימו התסמינים והמחלות הנלוות שיש בהם להצדיק התערבות ניתוחית לצרכי הרזיה, וכי די היה בתסמינים שהיו בידיעתו כדי להקים הוריה ברורה לביצוע הניתוח (סע' 3 לתצהירו). כך במהלך עדותו הבהיר כי בעת המפגש הראשון עם המנוחה, מיום 24.11.10, עמד ה BMI שלה על 40.4 אשר במפגש השני, מיום 10.1.11, עלה ל 41.8 וכן נמצא שיש לה יתר שומנים בדם. לדבריו, די בשני פרמטרים אלו – BMI העולה על 40 ושומנים בדם, לקבוע כי בעניינה של המנוחה קיימת הוריה חד משמעית לניתוח בריאטרי וזאת אף ללא מחלות נלוות (עמ' 64 ש' 9-6 לפר').

ואכן גם ד"ר ורביץ אישר בחקירתו כי על פי הנחיות משרד הבריאות והפרקטיקה הנוהגת BMI בשיעור 40 מהווה כשלעצמו אינדיקציה לניתוח, ואף BMI 35, כאשר נילוה לו סממן חולני נוסף דוגמת שומנים בדם או דום נשימתי בשינה, יש בו להוות אינדיקציה לכך (ראו עדותו עמ' 8 ש' 33-27 לפר').

ואם כן בנדון, מעת שה BMI של המנוחה עלה על 40 בעת בדיקתה ע"י פר' עסליה ובוודאי מעת שנמצאו שומנים בדמה, היה בכך להוות התוויה ברורה לביצוע ניתוח בריאטרי אף לפי הוראות משרד הבריאות אשר פורסמו, כאמור, כשנתיים לאחרי כן.

51. זאת ועוד, בנדון הסתבר בדיעבד כי היו למנוחה תסמינים רבים נוספים שהצדיקו את הניתוח, כך נמצא כי המנוחה סבלה מתסמונת דום נשימתי ובמסגרת הבדיקות אליהן נשלחה ע"י פר' עסליה התגלו אצלה רמות סוכר גבוהות בצום (116) וכבד שומני, כמו כן כעולה מרשומה מיום 6.10.10 קרוב לוודאי שהיא סבלה מתסמונת מטבולית וכמו כן במשפחתה נמצאה סכרת, יתר לחץ דם ויתר שומנים בדם אצל אמה ומחלת לב אסכמית אצל אביה. מכלול הממצאים הנזכרים יש בו ללמד על כך שהמנוחה סובלת



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

מהשמנה חולנית וכי ככזו היא מועמדת לניתוח בריאטרי על פי כל התוויה (עמ' 63 ש' 28-33 לפר').

52. פר' עסליה מודה אומנם כי התיק הרפואי של המנוחה מהמרפאות ברמב"ם כמו גם התיק קופת החולים של התובעת לא עמדו לפניו והוא הסתפק בעיון במכתב ההפניה מרופא המשפחה אשר הממצאים בכללותם סוכמו על ידו (מסמך 477 למסמכי הנתבעים). כך פר' עסליה מודה כי באותה עת לא ידע על מלוא עברה הרפואי של המנוחה וכי קיימים בעניינה תיקים רפואיים במחלקת עור (בשל פסוריאזיס) ובמחלקה הקרדיולוגית בהם לא עיין, ואולם לדבריו הדבר לא היה רלבנטי לצורך בירור נחיצותו של הניתוח שכן די היה במדדים הנזכרים שהיו לפניו בעניין ה BMI של המנוחה והשומנים בדמה להצדיק את ההמלצה לביצוע הניתוח (עמ' 64 ש' 7-9 לפר').

53. עדותו הנזכרת של פר' עסליה אוששה בחוות דעתו של ד"ר בגלייבטר. ד"ר בגלייבטר קבע בחוות דעתו כי ה BMI של המנוחה הצדיק כשלעצמו, באופן חד משמעי, את ביצוע הניתוח למנוחה - כך, כאמור, בפנייתה לבית החולים עמד ה BMI על 40.4 וכי הערכה דומה הייתה מספר חודשים קודם לכן בבדיקה אצל רופאת המשפחה (עמ' 1 ו 3 – לחוות דעתו), כבר שנה קודם לכן הומלץ לפניה על טיפול במכשיר מתאים בעקבות דום נשימה בשינה ממנו סבלה, ובנוסף לכך הייתה לה הפרעה בשומני הדם עם כולסטרול גבוה וכבד שומני, בנסיבות שכאלו אפילו אם היה אי דיוק מסויים במדידות ה BMI עדין הייתה נותרת התוויה ברורה לביצוע הניתוח, שכן במצבה הרפואי המתואר די היה ב BMI של 35 להצדיק את ביצוע הניתוח (עמ' 33 ש' 22-23 לפר').

ד"ר בגלייבטר הבהיר במהלך חקירתו כי ניתוח השרוול נועד לפתור בעיה של השמנה חולנית שהיא מחלה המקצרת חיים וכי אין מדובר בניתוח קוסמטי או בניתוח לשיפור איכות החיים גרידא, לעניין זה אף הוצגו על ידו מאמרים רפואיים המלמדים על הארכת תוחלת חייהם של אנשים שעברו ניתוח שכזה (עמ' 32 ש' 14-18 לפר', עמ' 9 לחוות דעתו וכן ראה עדותו של ד"ר ורביץ עמ' 13 ש' 14-23 לפר').

ד"ר בגלייבטר הוסיף והבהיר כי העובדה שהמנוחה ירדה בתקופה מסוימת במשקלה בשל מצב הנפשי כתוצאה מפטירת אמה אין בה להוות התווית נגד לניתוח שכן המציאות מלמדת כי אנשים הסובלים מהשמנה חולנית יורדים לעיתים במשקל לתקופה מוגבלת בין אם בשל דיכאון ובין אם בשל דיאטה יזומה ואולם מדובר במצב זמני שאינו מתמיד למעשה הפתרון הטוב ביותר למצבם באופן מובהק הוא ביצוע הניתוח (עמ' 34 ש' 10 –



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

עמ' 35 ש' 12 לפר' וכן ראו מאמר מס' 8 לחוות דעתו). בדומה לכך העיד אף פר' עסליה כי העובדה ש BMI עולה ויורד אין בה להוות אינדקציה כי המטופל התגבר על מחלת ההשמנה הכרונית (עמ' 65 ש' 33-13 ועמ' 70 ש' 26 עד עמ' 71 ש' 4 לפר').

נוסיף ונציין כי פר' עסליה הכחיש את טענת התובע לפיה המליץ למנוחה להשמין לקראת הניתוח וטען כי לעולם איננו ממליץ למטופליו להשמין על מנת להיכנס לגדרי ההתוויה, ולבד מכך בנדון כלל לא נדרשה המנוחה לעלות במשקלה נוכח ה BMI שנמדד לה עובר לניתוח ומצבה הרפואי. אני מקבל לעניין זה את גרסתו של פר' עסליה אשר הייתה אמינה בעיני.

54. ואם כן בנדון מצאתי לקבל את חוות דעתו של ד"ר בגלייבטר ואת עדותו של פר' עסליה בכל הקשור לקיומה של התוויה לניתוח בריאטרי אצל המנוחה. שוכנעתי כי BMI של המנוחה עלה על 40 עובר לניתוח כי העובדה שהיו מדידות בהן BMI שלה עמד על כ – 37 נבעו מתוך טעות במדידת גובהה על 1.68 מ' שעה שרוב המדידות מלמדות כי גובהה הוא 1.58-1.61 מ' כפי שפרטנו לעיל, לעניין זה ראוי לציין כי לאורך כל הרישומים בקופת החולים לאחר הניתוח צוין גובהה של המנוחה בשיעור של 1.61 מ' (ראו מוצגים 243 עד 280 למוצגי התובעים) כך שיש להניח כי זה היה גובהה הנכון. מכל מקום, גם אם גובהה של המנוחה היה 1.68 מ' וה BMI שלה לא עלה על 37 הרי שגם אז בנסיבות העניין הייתה הצדקה לביצוע ניתוח בריאטרי במנוחה נוכח מצבה הרפואי, גם זה החלקי אשר היה ידוע לפר' עסליה בעת בדיקתה, וזאת הן ע"פ הנחיות משרד הבריאות והן על פי הפרקטיקה הנוהגת כפי שהוכח מעדויות ד"ר בגלייבטר ופר' עסליה.

נציין כי בביקורה השני של המנוחה אצל פר' עסליה לאחר שנעשו לה הבדיקות הרפואיות אותן התבקשה לעבור על ידו, נמצא כי היא סובלת מכבד שומני, משומנים בדם ויתר כולסטרול בדם מימצאי אלו יש בהם להצדיק ניתוח בריאטרי ע"פ סע' 2 לנספח לחוזר המינהל הרפואי המציין כי התוויה מומלצת לניתוח בריאטרי תינתן למי שה BMI שלו עולה על 35 וסובל ממחלות נילוות של כבד שומני, כך גם – אף שהדבר לא היה ידוע לפר' עסליה, סבלה המנוחה בעברה מדום נשימה בשינה, עניין שאף הוא מצדיק ביצוע ניתוח בריאטרי מ BMI העולה על 35 (ראו חוזר מינהל הרפואה 27/12 עמ' 20 למוצגי התובעים).



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

סיכומו של דבר – לא מצאתי כי הייתה התרשלות מצד פר' עסליה בהפניית המנוחה לניתוח שרוול בהתייחס ל BMI שלה ולמצבה הרפואי, אף זה החלקי אשר היה ידוע לו באותו מועד.

האם התרשל פר' עסליה בכך שלא בדק את עברה הרפואי של המנוחה ובכך שהתעלם מהיותה אכלנית מתוקים כפיתית?

55. נאמר כבר פתיח – אף לעניין זה אינני מקבל את טענות התובעים.

לטענת התובעים, כעולה מחוזר מנכ"ל משרד הבריאות 27/12 הרי שקיימת התוויה לקבלת הערכה פסיכולוגית ובדיקת ההיסטוריה הרפואית (סע' 4.3), וכן התייעצות עם פסיכיאטר על מנת לוודא מידת מוכנות המועמד לשנות אורח חייו לרבות אישור אודות כשירות נפשית לעבור את הניתוח (סע' 4.5 לחוזר).

לטענת התובעים, חוזרי משרד הבריאות מהווים הנחיות מנהליות הקובעות סטנדרט התנהגות מחייב. הלכה פסוקה היא שדינם של הנחיות מנהליות כדין חקיקה המהווה מערכת נורמות המחייבות את המוסדות הרפואיים, וכאלו הן קובעות רף מינימלי לחובת הזהירות, לפיכך יש לראות בהימנעותו של פר' עסליה והצוות הניתוחי ברמב"ם מלבחון את מצבה הנפשי של המנוחה בדרך של הפנייתה למומחה פסיכיאטרי כמו גם התעלמותו של הצוות הרפואי ממצבה הרפואי של המנוחה – דוגמת הדלקת הכיבית בה לקתה ומחלת הפסוריאזיס שהתגברה אחר פטירת אמה - משום חריגה מסטנדרט הזהירות המצופה מהם ולראות בהתנהלות זו התנהלות רשלנית שלמעשה הביאה לביצוע ניתוח שלא היה בו צורך ממשי ואפשר שהיה נמנע אם הרופא המטפל היה מודע למצבה הנפשי והאחר.

56. פר' עסליה טען, מאידך, כי על דרך הכלל, כאשר אין אזכור במכתב ההפניה של רופא המשפחה לבעיה נפשית או לקיחת תרופה פסיכיאטרית, אין צורך של ממש לשלוח את החולה להערכה פסיכיאטרית, יחד עם זאת הוא מודה כי החל משנת 2012, עת פורסם חוזר מנכ"ל משרד הבריאות 27/12, החלו להפנות ברוב המוסדות הרפואיים לבדיקת מומחה פסיכיאטרי באופן שיגרתי ואולם הניתוח דנן התקיים בשנת 2010, כשנתיים קודם לפרסומו של החוזר, וכי במועד הניתוח לא הייתה דרישה מצד קופת החולים הכללית בה הייתה המנוחה חברה לביצוע בדיקה שכזו (עמ' 68 ש' 24-26 לפר').



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

פר' עסליה הוסיף וציין כי לא עיין בתיקים רפואיים אחרים של המנוחה כיוון שהיא הבהירה לו באופן מפורש כי אינה מקבלת טיפול רפואי או תרופתי קבוע (עמ' 66 ש' -11 12 לפר'; עמ' 228-231 למוצגי התובעים), ובלשונו –

”שאלתי נקודתית האם את נוטלת טיפול תרופתי והיא עונה בלא” (עמ' 67 ש' 29 וכן 31-32 לפר')

פר' עסליה הבהיר כי אם היה יודע על כך שהמנוחה נוטלת תרופות לצורך טיפול נפשי היה מפנה את המנוחה לייעוץ פסיכיאטרי קודם לניתוח.

57. אחר שבחנתי את טענות הצדדים לעניין עצם הפניית המנוחה לניתוח בריאטרי, מצאתי כי לא הוכחה רשלנות מצד פר' עסליה בכל הקשור לאי בחינת הרקע הנפשי של המנוחה. המנוחה על אף שנשאלה ע"י פר' עסליה האם היא נמצאת בטיפול רפואי או האם היא נוטלת תרופות רפואיות השיבה על כך בשלילה, כך שפר' עסליה לא יכול היה לעלות על דעתו כי סבלה מבעיות נפשיות כאלה ואחרות וממילא לא מצא להפנות אותה לבדיקה אצל פסיכיאטר (ראו - עמ' 477 למוצגי הנתבעים).

ראוי לציין כי בסע' 4.5 לחוזר מינהל הרפואה 27/12, חוזר שיצא כשנתיים לאחר המפגש שבין פר' עסליה למנוחה, צוין כי –

”יש לשאול כל מועמד ניתוח אם הוא מצוי בטיפול פסיכיאטרי. מועמדים הנמצאים בטיפול בטיפול פסיכיאטרי יתבקשו להציג אישור מהפסיכיאטר המטפל על כשירות נפשית לעבור את הניתוח ולהתמודד עם השלכותיו”

בנדון אין חולק כי פר' עסליה בירר עם המנוחה האם היא נמצאת בטיפול קבוע או נוטלת תרופות קבועות, כפי המצוין ברישומים הרפואיים, אלא שהיא, מסיבותיה שלה, בחרה לשלול כל טיפול תרופתי ובכך הטעתה ביודעין את פר' עסליה ואין מקום להטיל עליו אחריות בשל כך.

כאמור, פר' עסליה הבהיר כי לו היה יודע כי המנוחה נטלה תרופות פסיכיאטריות היה מפנה אותה לבדיקה פסיכיאטרית אלא שנראה כי בנדון אף אם הייתה נעשית ההפניה לבדיקה פסיכיאטרית לא היה בכך למנוע או לשלול את הצורך בניתוח בריאטרי.

לעניין זה אני מקבל את עמדת ד"ר בגלייבטר ופר' עסליה לפיה גם הפנייה שכזו, וקבלת תיעוד הנוגע לעברה הנפשי של המנוחה, לא היה בהם לשלול את עצם ביצוע הניתוח, שכן לא זו בלבד שלא הוצגה כל חוות דעת המלמדת כי במצבה הנפשי של המנוחה עובר לניתוח היה בכדי לשלול את ביצועו, הרי שע"פ הנתען בחוות דעתו של ד"ר בגלייבטר,



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

עניין אשר לא נסתר ע"י התובעים, הפרעות נפשיות נפוצות מאוד בין מועמדים לניתוח בריאטרי ומגיעות לשיעור ממוצע של כ- 58% מהמועמדים לניתוח, כאשר ההפרעות הנפוצות ביותר הן חרדה דכאון והפרעה ביפולארית (Leorides Severo Duarte-) (Guerra et al Obes Surg. 2014 oct 31), ואולם הפרעות פסיכיאטריות קלות עד בינוניות כגון חרדה או דכאון, דוגמת מצבה של המנוחה אשר הייתה בדכאון בשל פטירת אמה, אינן מהוות הוריית נגד לניתוח בריאטרי, ויתר על כן אף הפרעות חמורות יותר אינן מהוות הוריית נגד אבסולוטית במידה והמטופל מאוזן ואינו פסיכוטי, ניתוח בריאטרי מוצלח אף משפר בעיות פסיכיאטריות מסוימות.

בנדון אין כל טענה כי המנוחה הייתה במצב פסיכוטי עובר לניתוח ומכל מקום, כאמור, לא הוגשה כל חוות דעת המלמדת כי במצבה הנפשי לא ניתן היה לבצע את הניתוח או כי לא ראוי היה להמליץ על ביצועו, היפוכו של דבר, אפשר גם אפשר כי הצלחת הניתוח היה בה אף להשפיע לטובה על מצבה הנפשי.

58. במילים אחרות - גם לו יצויר שפר' עסליה התרשל בכך שלא בדק עד תום את מצבה הנפשי והרפואי של המנוחה, ובנסיבות הנדון איננו סבורים שכך הם פני הדברים, הרי שלא היה מתקיים קשר סיבתי בין רשלנות זו לעצם ביצוע הניתוח, אשר הדעת נותנת כי היה נערך בכל מקרה נוכח הנתונים שעמדו לפני פר' עסליה - BMI של המנוחה והשומנים בדם.

יתר על כן, גם אם היה פר' עסליה מעמיק ובוהן עד תום את תיקה ועברה הרפואי של המנוחה דומה כי היה בכך לחזק את הצורך וההמלצה להליך הניתוחי נוכח בעיית דום נשימתית בשינה, כבד שומני, הפרעה במשק הגלוקוזה עם מצב טרום סכרתי, נתונים רפואיים אשר היו עולים מתוך תיקה הרפואי לו היה נבדק בשלמותו היה בהם לאושש את עצם ביצוע הניתוח גם במצב של BMI 35, כטענתו של ד"ר בגלייבטר.

59. התובעים הוסיפו וטענו כי פר' עסליה התעלם מכך שהתובעת סבלה ממחלת הפסוריאזיס וכן מדלקת כיבית בעברה. אלא שגם לעניין אני מקבל את חוות דעתו של ד"ר בגלייבטר לפיה גם להעדר המידע על מחלת הפסוריאזיס ודלקת הכיבית ממנה סבלה המנוחה אין כל השפעה על ההוריה ניתוחית או על התפתחות סיבוכים לאחר ניתוח



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

בריאטרי (עמ' 4 לחוות הדעת המקורית, סע' 4 לחוות הדעת המשלימה). בעמדה זו אחז אף פר' עסליה בחקירתו (עמ' 67 ש' 10-13 לפר').
למעשה גם ד"ר ורביץ הודה בחקירתו כי פסוריאזיס ודלקת כיבית של המעי הגס אינן מהוות התווית נגד לניתוח שרוול (עמ' 12 ש' 28 עד עמ' 13 ש' 6 לפר').

60. ולבסוף, אני מקבל את חוות דעתו של ד"ר בגלייבטר גם באשר לכך שעצם העובדה שהתובעת הייתה "אכלנית מתוקים כפייתית" אין בה להוות הורייט נגד לביצוע הניתוח בנסיבות דנן (עמ' 35 ש' 22-28 לפר'). הוכח כי פר' עסליה ידע כי התובעת "אכלנית מתוקים כפייתית" הוא ציין זאת ברשומות ואף הוסיף וציין כי התובע מעוניינת בניתוח על אף היותה אכלנית כפייתית של מתוקים, ומכאן ניתן להניח אף שהבהיר לה את משמעות הדבר וכי היא עלולה לעלות במשקלה ככל שתמשיך במנהגה זה ועל אף זאת היא בחרה לעבור את הניתוח אחר שבחנה את הדברים (עמ' 71 ש' 13-27 לפר').

61. אסכם עד כאן – שוכנעתי לאור הראיות שהובאו לפני כי המנוחה התאימה מבחינת ההתוויה הרפואית לביצוע ניתוח שרוול זאת גם לפי התיעוד הרפואי שהיה לפני פר' עסליה בעת מתן המלצתו לניתוח וגם באם מלוא התיעוד הרפואי לרבות זה הנוגע למצבה הנפשי של המנוחה, מחלת הפסוריאזיס והדלקת הכיבית מהן סבלה עדיין היה מומלץ לפני ביצוע הניתוח ואפשר אף ביתר שאת נוכח בעיית הדום הנשימתי השנתי והבעיות הרפואיות האחרות מהן סבלה.

העדר הסכמה מדעת ?

62. לטענת התובעים לא הוסברו למנוחה כל צורכם הסיכונים הכרוכים בביצוע הניתוח – בתוצאותיו בכלל ובאפשרות לדלף מקו התפר בפרט.

אף טענה זו יש לדחות.

63. הלכה ידועה היא כי על הרופא חובה למסור למטופל כל מידע רפואי הדרוש לו לשם קבלת החלטה מושכלת הנוגעת לגופו ולחיייו (ראו למשל: עא 7416/12 - קופת חולים מאוחדת נ' פלוני (2014); ע"א 4383/90 ואתורי נ' בית החולים לניאדו, (1997); ע"א 2600/09 מכבי שירותי בריאות נ' נ' ס', (2013)).



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

חובה זו עוגנה בסעיף 13 לחוק זכויות החולה, שכותרתו "הסכמה מדעת לטיפול רפואי", והיא כוללת גם את החובה למסור למטופל מידע באשר ל"סיכויים וסיכונים של טיפולים רפואיים חלופיים או של העדר טיפול רפואי" (סעיף 13(ב)(4) לחוק זכויות החולה התשנ"ו – 1996 (להלן – חוק זכויות החולה)).

על פי הגישה שהתקבלה במשפט הישראלי, מילוי החובה ייבחן על-פי צרכיו של החולה הסביר תוך איזון, ע"פ נסיבותיו של כל עניין ועניין, בין צרכיו וציפיותיו של המטופל לבין מניעת הרתעת יתר של הרופאים והבטחת עבודתם השוטפת (ע"א 3108/91 רייבי נ' ד"ר וייגל, (1993); ע"א 6153/97 שטנדל נ' פרופ' שדה, (2002)), כך מצאנו, כדוגמה, אמירות המשקפות רף גבוה של חובת גילוי ואימוץ המבחן של צרכי החולה לעומת המבחן של הפרקטיקה הנוהגת בפסקי הדין בעניין ע"א 2342/09 ג'ובראן נ' בית החולים משגב לדרך (2011); ע"א 4960/04 סידי נ' קופת חולים של ההסתדרות הכללית (2005).

בעניין עא 1303/09 - מרגלית קדוש נ' בית החולים ביקור חולים ואח' (2012) (להלן – עניין קדוש) הציע כב' הש' עמית לנקוט בכל הקשור להיקף חובת הגילוי במבחן החולה המעורב/המשולב בעיני הרופא הסביר, על פי המבחן המוצע, מוטלת על הרופא חובה לגלות למטופל מידע שהרופא יודע או צריך לדעת שייתפס כחשוב בעיני האדם הסביר במצבו של המטופל (המטופל "המשולב" או "המעורב") על מנת לקבל החלטה מושכלת לגבי הטיפול המוצע. מבחן זה מאזן בין צרכיו של החולה מחד לבין עבודתו של הרופא מאידך, וניתן ליישבו עם לשונו של סעיף 13(ב) לחוק זכויות החולה, הקובע כי "לשם קבלת הסכמה מדעת, ימסור המטפל למטופל מידע רפואי הדרוש לו, באורח סביר, כדי לאפשר לו להחליט אם להסכים לטיפול המוצע...". דומה כי מבחן זה הולך ומקבע את מקומו בפסיקת בתי המשפט.

עוד נציין כי הפסיקה הרחיבה את חובת הגילוי לגבי ניתוחים אלקטיביים, הן במסגרת עוולת התקיפה והן במסגרת עוולת הרשלנות (ע"א 522/04 מרכז לייזר לנתוחי קרנית בע"מ נ' זיראוי (2005) וכן ראו עניין שטנדל הנ"ל) עם זאת הובהר כי לא כל ניתוח אלקטיבי יצמיח בהכרח חובת גילוי מוגברת וכי כל מקרה נבחן לגופו לפי מידת הסיכון שבטיפול (ע"א 718/06 סתחי נ' מדינת ישראל (2007)).



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

64. מכל מקום, בעניין קדוש חילץ כב' הש' עמית מספר כללים העולים מפסיקת בית המשפט בכל הקשור להיקף חובת הגילוי לחולה ואשר אלו עיקריהם –

א. חובת הגילוי איננה מוחלטת ואינה משתרעת על כל פרטי המידע האפשריים בנוגע לטיפול או הסיכונים והסיכויים.

ב. המידע שעל הרופא לספק למטופל הוא זה הדרוש לו על מנת לקבל החלטה מושכלת לגבי הטיפול.

ג. יש לערוך איזון בין מידע מספק לצורך קבלת החלטה מודעת לבין מידע אשר "יציף" את המטופל באופן שיקשה עליו לקבל החלטה.

ד. חובת הגילוי אינה כוללת סיכונים רחוקים ובלתי משמעותיים. כאשר המשואה היא שיעור הסיכון וחומרתו או שיעור הסיכוי מול התועלת הסגולית בגילוי.

ה. ידיעה כללית של מטופל בדבר סיכונים הכרוכים בטיפול אינה פוטרת את הרופא המטפל מלחזור ולהציגם בפני המטופל. עם זאת, לידיעת המטופל עשויה להיות השלכה לגבי היקף החובה.

ו. לא די להציג בפני המטופל את "השורה התחתונה" מבלי לנמק ולהסביר את השיקולים שהביאו אליה. זאת, בסייג הנזכר לעיל ולפיו אין להציף את המטופל במידע שלא יוכל להתמודד עימו.

ז. חובת הגילוי נועדה להשיג הסכמה מדעת של המטופל, ולכן המידע הנמסר צריך להיות כזה שנדרש לצורך גיבוש ההסכמה. המבחן בדיעבד הוא אם אי הגילוי אכן פגע בהסכמה מדעת של המטופל.

65. בנדון העיד פר' עסליה כי המנוחה הגיעה אליו ביום 24.11.10, כחמישה חודשים קודם לביצוע הניתוח, וזאת אחר שניסתה דיאטות רבות ללא הצלחה. בפגישה זו היא קיבלה הסבר מפורט אודות ניתוח לרבות הסיכונים הטמונים בו ולרבות סיבוך של דלף מאזור הניתוח, שהוא הסיבוך הנפוץ ביותר בניתוח מסוג זה. פר' עסליה הוסיף וציין כי הסיכון לדליפה מהקיבה הוא 1% ולמעשה בניתוחים שהוא ערך סיכון זה עמד רק על 0.3% (סע' 3 לתצהירו, עמ' 72 ש' 23 עד עמ' 73 ש' 15 לפר').



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

בהמשך, בביקורה של המנוחה אצל פר' עסליה ביום 10.1.11, ניתנו למנוחה הסברים נוספים ואף נעשה דיון ביחס לסוג הניתוח המומלץ לה, ואחר שניתנו לה הסברים באשר לסוגי הניתוחים השונים לרבות הסיכונים העודפים בניתוח מעקף קיבה היא בחרה בניתוח שרוול (עמ' 71 ש' 30 עד עמ' 72 ש' 6 לפר'), בין השאר הובהר למנוחה כי אם תמשיך באכילת מתוקים היא עלולה לעלות במשקל בשנית (עמ' 71 ש' 15-27 לפר'), הדברים צוינו כאמור ברשומה הרפואית מיום 10.1.11 שנערכה ע"פ פר' עסליה ובלשונה - "מעוניינת בשרוול קיבה לפרוסקופי וזאת על אף היותה אכלנית מתוקים כפייתית" (רשומה 61 למוצגי התובעים) ומתוך לשונה של הרשומה אתה למד, לכאורה, כי נערכה שיחה בין פר' עסליה למנוחה בכל הקשור להשפעת אכילת מתוקים על הניתוח והצלחתו, שאם לא כן הדברים לא היו מצוינים כפי שצוינו.

66. זאת ועוד, ביום 4.5.11 החתים ד"ר צבי פלד, עוזר המנתח באותה עת, את המנוחה על טופס הסכמה לניתוח (ראו סע' 3 לתצהירו). בטופס צוין כי הוסברו למנוחה הסיכונים ודרכי הטיפול החלופיות במידה יהיה בהם צורך והיא אישרה את הדבר בחתימתה. בטופס יש התייחסות מפורשת לכך שהניתוח עלול להיות מלווה בסיכונים הרדמטיים וכירורגים ואף בתמותה של עד 1%, עוד צוין בנספח לטופס ההסכמה שיש סבירות לסיכונים בשיעור של 10%-12% (סיכונים קלים 5%-6% וסיכונים משמעותיים בשיעור 5%-6%) לרבות סיבוכי פצע, דמם במערכת העיכול, דליפה במערכת העיכול ועוד (סע' 4 לתצהיר ד"ר פלד וכן מוצג 69 למוצגי התובעים).

ד"ר פלד הבהיר כי על פי שיטת העבודה שלו הוא באופן קבוע מוסיף ומסביר בע"פ את האמור בטופס על כלל הסיכונים המפורטים בו ומנחה את המטופל לקרוא היטב את הטופס ולשאול ככל שיש פרט שאינו ברור לו. ד"ר פלד ציין, ברוב הגינותו, כי אינו זוכר את המנוחה ואולם כלל בכל הקשור לניתוחי שרוול הוא תמיד מסביר למטופל את כל סיכוני הניתוח לרבות דליפה מקו הסיכות (המקום בו מחברים את באיבר המנותח באמצעות סיכות) שהינו לדבריו "הסיבוכי שהכי מפחדים ממנו" (סע' 5 לתצהיר, עמ' 51 ש' 31 עד עמ' 52 לפר').

הן עדותו של פר' עסליה והן עדותו של ד"ר פלד היו מהימנות בעיני לעניין זה ואני סבור כי יש בעדויות אלו בכדי ללמד כי המנוחה קבלה את מלוא ההסבר הראוי באשר



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

לסיכונים והסיכונים בניתוח שרוול קיבה וכי יכולה הייתה לקבל החלטה מושכלת בעניין ביצוע הניתוח לאור הסברים אלו.

67. לבסוף, אין להתעלם מכך שהמנוחה הייתה עובדת בית החולים ומתוך שכך קרובה לעניינים רפואיים ומשמעותם ואין לקבל הטענה כי לא הבינה את מהות הניתוח והסיכונים הטמונים בו וזאת בהתייחס להסברים שקיבלה כעולה מעדויות פר' עסליה וד"ר פלד, אשר עדותם הייתה מהימנה עלי, ולטופס ההסכמה עליו חתמה.

זאת ועוד, כיוון שלהערכתנו, נוכח מצבה הרפואי של התובעת, היה נערך הניתוח בכל מקרה כיוון שהתובעת הייתה חפצה בו במצבה בהתחשב ביתרונות הגלומים בו אל מול חסרונותיו, הרי שבכך אף ניתק הקשר הסיבתי הנדרש שבין העדר הסכמה מדעת לנזק שנגרם בסופו של יום. מתוך שכך אין לקבל את טענות התובעים לעניין העדר הסכמה מדעת מצד המנוחה בכל הקשור לביצוע הניתוח הבריאתי.

אך יותר מכך מעת שמצאנו כי ניתנו למנוחה כלל ההסברים הנדרשים הנותנים בידיה את האפשרות להגיע להחלטה מושכלת באשר לביצוע הניתוח או אי ביצועו הרי שאף לא הוכחה פגיעה באוטונומיה של המנוחה, ראש הנזק אשר כעיקרון נבחן אף בהעדר קשר סיבתי לנזק.

ואם כן בכל הקשור להליך הטרומם ניתוחי לא מצאנו כי פר' עסליה או הצוות הרפואי בבית החולים רמב"ם עוולו באי גילוי נאות שיש בו להביא להעדר הסכמה מדעת ו/או פגיעה באוטונומיה.

האם הייתה רשלנות בביצוע ניתוח השרוול ברמב"ם ?

68. כפי שהקדמנו וציינו לעיל, מייחס ד"ר ורביץ, המומחה מטעם התובעים, בסיפא לחוות דעתו המשלימה (סע' 3 לפרק הסיכום) מייחס ד"ר ורביץ, בין השאר, לבית החולים רמב"ם רשלנות בשל כך ש –

"הניתוח לא התבצע לפי הסטנדרטים המקובלים והיו חריגות משמעותיות בהכנות לניתוח"

קשה להבין למה מכוון ד"ר ורביץ במשפט סיכום זה שכן בתוכן חוות הדעת שכתב אין כל אזכור או פירוט הנוגע לרשלנות בביצוע הניתוח ברמב"ם.



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

יתר על כן, בחקירתו אישר ד"ר ורבין כי אין לו כל טענה באשר לרשלנות רמב"ם בביצוע הניתוח עצמו אלא אך ורק בכל הקשור לאינדיקציה וההתוויה לביצוע הניתוח (עמ' 6 ש' 22-24 לפר'), טענה בה דנו לעיל ומצאנו לדחותה.

זאת ועוד, אף התובעים בסיכומיהם חזרו בהם מכל טענה באשר לרשלנות רמב"ם בביצוע הניתוח ומתוך שכך אינני מוצא כל מקום לדון בעניין זה אשר אין לו כל תמיכה בחוות דעת רפואית ואף אינו עולה בקנה אחד עם עדותו של המומחה מטעם המומחים, כאמור.

§

אחר שמצאנו כי לא הייתה רשלנות מצד פר' עסליה והצוות הרפואי ברמב"ם בכל הקשור לניתוח הבריאתרי שנערך למנוחה, נעבור ונבח האם הייתה רשלנות מצד הצוות הרפואי בבית החולים בנהריה אליו פנתה המנוחה ביום 20.6.11 בתלונות על כאבי בטן, סחרחרות בחילות והקאות (מוצגים 80-90 למוצגי התובעים)

69. לטענת התובעים, ביה"ח נהריה התרשל בכך שקיבל לאשפוז את המנוחה ביום 20.6.11 וטיפל בה תחת העברתה להמשך טיפול ברמב"ם אצל המנתח שביצע את הניתוח הבריאתרי, פר' עסליה, וזאת בניגוד להנחיות משרד הבריאות כמפורט בחוזר בריאות 27/12 (מוצג 3 לנספחי הספרות מטעם התובעים). כמו כן הפר את חובת הגילוי כלפי המנוחה בכך שלא יידע אותה אודות הפרקטיקה הנ"ל ואודות העדר מיומנות של ביה"ח נהריה לטפל בסיבוכים פוסט ניתוחים אחרי ניתוחים בריאתרים, וזאת על אף דרישתה המפורשת של המנוחה לקבל הסברים מפורטים אודות מה שקורה לה.

נבחן, אפוא, שתי טענות אלו האחת עניינה רשלנות בית החולים בנהריה בכך שלא העבירו הטיפול לצוות הרפואי בבית חולים רמב"ם שערך את ניתוח השרוול, והשנייה – העדר הגילוי לתובעת באשר לסיכונים העומדים לה ככל שלא תטופל כראוי ובמקום אשר ביצע את הניתוח.

האם התרשלו רופאי בית החולים בנהריה בכך שלא העבירו את הטיפול במנוחה לבית החולים רמב"ם ולא התייעצו עם רופאי רמב"ם ?

70. לטענת התובעים, כיוון שהטיפול בסיבוכים המתרחשים לאחר ניתוחים בריאתרים דורש מיומנות גבוהה הובהר בחוזר מינהל הרפואה 27/2012 מיום 14.10.12 כי –



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

"חובה לערוך מעקב לאחר ניתוח לכל מנותח במרכז המנתח, או במסגרת רב תחומית בקהילה שהוכשרה לכך" (סע' 5 לחוזר המנהל).

לטענת התובעים, מתוך שבית החולים בנהריה לא היווה מרכז בריאטרי בעת פנייתה של המנוחה אליו ביום 20.6.11 עקב כאבי בטן, הרי שחובה הייתה על בית החולים בנהריה להתייעץ עם פר' עסליה שניתח את המנוחה, ואף להעביר את המנוחה לטיפולו. לטענת התובעים מדובר אומנם בחוזר מינהל שפורסם כשנה לאחר פניית המנוחה לבית החולים בנהריה ואולם הוא מבוסס על פרקטיקה רפואית שנהגה אותה עת לפיה הטיפול בסיבוכים של ניתוחים בריאטריים יטופלו ע"י הצוות המנתח.

71. הנתבעים טוענים, מאידך, כי הטענה מהווה הרחבת חזית שכן היא לא נטענה כלל בחוות דעתו של ד"ר ורבין. לבד מכך, לטענת הנתבעים המנוחה היא זו שבחרה להגיע לבית החולים בנהריה אשר היה קרוב יותר למקום מגוריה ולהתאשפז שם, ומכל מקום, בניגוד לטענות התובעים, נעשתה התייעצות עם בית החולים רמב"ם קודם להחלטה להותיר את המנוחה בטיפול בית החולים בנהריה.

על פי הנטען, וכעולה מהרשומות הרפואיות, התקשר ד"ר שייקיס, רופא בכיר בבית החולים נהריה, למנהל המחלקה הכירורגית ברמב"ם, ד"ר קלוגר, והודיע לו כי המנוחה הגיעה לבית החולים בנהריה וכי הוצע לה לעבור לבית החולים רמב"ם ובהמשך הוחלט, בתיאום עם כל הצדדים, שהמנוחה תאושפז במחלקה הכירורגית של נהריה. כך צוין בטופס גליון מעקב יומי מיום 20.6.11 (רשומה 91 למוצגי התובעים) כי –

"בסיכום עם כונן כירורגית לאחר יעוץ עם פר' קלוגר מרמב"ם הוחלט על ביצוע CT חזה" (וכן ראו סע' 4 לתצהירו של פר' איתן, עמ' 54 ש' 33-24 לפר')

פר' איתן הוסיף והעיד כי הפרקטיקה המקובלת היא לשוחח עם מנהל המחלקה בבית החולים או המנתח שביצע את הניתוח, וכי בנדון, ככל הנראה בשל העדרו של פר' עסליה, השיחה נוהלה עם מנהל המחלקה ברמב"ם פר' קלוגר (עמ' 55 ש' 4-3 לפר').

72. נקדים ונאמר כי אנו סבורים שהטענה באשר לאי היוועצות עם הגורם המנתח והצורך להעביר אליו את המנוחה להמשך טיפול אינה מהווה הרחבת חזית. טענה זו אוזכרה בכתב התביעה מספר פעמים, כך צוין, בין השאר בסע' 90 י"א לכתב התביעה כי הנתבעים –



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

"טיפולו במנוחה במוסד רפואי שאין לו המיומנות לביצוע מעקב פוסט אופרטיבי לאחר ניתוח בריאטרי מקום שסבלה מסיבוך זיהומי באזור הניתוח הבריאטרי ובכך גרמו למותה"

ובסע' 90 י"ב לכתב התביעה נטען –

"לא התייעצו עם מומחים במוסד רפואי שלישוני אשר יש לו את הידע והמומחיות לטפל בסיבוכי ניתוח בריאטרי כפי שהתממשו בפועל"

וכן נטען באופן כללי בסע' 90 א' לכתב התביעה כי הנתבעים לא טיפלו במנוחה "בדרך הראויה והמקובלת". כל אלו יש בהם ללמד כי הטענה לפיה נטל על עצמו בית החולים את הטיפול במנוחה שלא כדין ובניגוד להנחיות חוזר המינהל, נטענה ע"י התובעים והיא אינה מהווה הרחבת חזית.

העובדה שטענה זו אינה נזכרת מפורשות בחוות דעתו של ד"ר ורבין אינה מאיינת אותה. ד"ר ורבין, כעורך חוות דעת רפואית, מעלה את העניינים הרפואיים, להבדיל מהעניינים אותם ניתן להגדיר משפטיים או נורמטיביים, בהם כשל להערכתו בית החולים בנהריה ובכלל זה פירט בחוות דעתו את רשלנות הצוות הרפואי בנהריה במעקב אחר המנוחה מאז שחרורה ואופן הטיפול בה, עניין עליו נעמוד בהרחבה בהמשך הדברים, ואולם אין בכך לשלול טענות התובעים על כך שהצוות הרפואי לא עמד בחובות נורמטיביים שונים, דוגמת העברת הטיפול והמעקב במנוחה לידי הצוות שביצע את הניתוח הבריאטרי, עניין שהוביל בסופו של יום, כך על פי הנטען, לרשלנות שהביאה לפטירתה של המנוחה.

73. ולגופם של דברים – בנדון הוכח כי בית החולים בנהריה אכן לא היווה מרכז בריאטרי במועד הגעתה של המנוחה. כך מאשר פרופ' איתן בעדותו (עמ' 54 שורות 11-12 לפר') ובדומה מעדותו של ד"ר בגליבטר עולה כי למצער עד שנת 2012 ביה"ח נהריה לא היה מרכז בריאטרי (עמ' 40 שורות 10-12 לפר'), ובדומה פרופ' עסליה מאשר בעדותו כי ביה"ח נהריה בשנת 2011 לא היה מרכז בריאטרי (עמ' 76 שורות 7-12 לפר'). בנסיבות אלו יש לבחון מדוע הטיפול במנוחה, אשר הגיעה לבית החולים לאחר תלונות על כאבי בטן אשר הדעת נותנת שהורתן בנייתוח בריאטרי שעברה, לא הועבר לידי המרכז המנתח – בית החולים רמב"ם.

74. דומה כי אין חולק שאין חולק כי בעת פנייתה של המנוחה לבית החולים נהריה הפרקטיקה הנהוגה הייתה כי המרכז המנתח הוא זה המטפל במנוחת שעבר ניתוח בריאטרי ואירעו סיבוכים אחר ניתוח זה. כך, בעדותו הבהיר פרופ' עסליה כי אם היה



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

מודע לכך שהמנוחה מאושפזת בבית"ח בנהריה עוד ביוני 2011 היה מבקש להעבירה אליו לצורך המשך טיפול, ובלשונו –

"ש. אם היו מיידעים אותך בנהריה שהיא התאשפזה שם בחודש יוני, הייתה אומר להם תעבירו אותה לטיפול? ת. כן. חד משמעית. כל מטופל שטיפלתי בו והיה לו סיבוך אני רציתי לטפל. זוהי אחריותו של המנתח ואני הייתי רוצה לטפל" (עמ' 76 ש' 6-3 לפר')

וכן –

"ש. יש רישום בנהריה שהם שוחחו עם מנהל המחלקה, אתה יודע להגיד לנו אם ידעת על השיחה הזו, האם (מישהו) דיבר איתך? מה הפרקטיקה הנהוגה אחרי מעקב של ניתוחים שחולה מגיע לבית חולים אחר? ת. זה שמגיע לבית חולים אחר, אם אני יודע עליו, בדרך כלל מיידעים אותי, אני מושך אותו. אני אישית מעדיף לטפל במנותחים שלי ומעדיף למשוך אותם אלי. אני יודע מה עשיתי, אני רוצה לקחת אחריות עד הסוף. יכול להיות שלא הייתי בארץ בדיוק אך לא ידעתי על השיחה הזו. יכול להיות שהם תיאמו בניהם, שני מנהי המחלקות שתמשיך את הטיפול בנהריה כי יותר נוח לה, ואלו השערות אותן אני לא יודע" (שם, שורות 13-21)

ואם כן אנו למדים מדבריו של פר' עסליה, אשר תואמים את הנחיות חוזר מינהל, כי קיים נוהל, שהגיונו בצדו, כי המנתח בניתוח בריאטרי הוא זה המטפל בסיבוכים שהינם פועל יוצא של הניתוח, וכי על דרך הכלל היו מיידעים אותו על מנותח שלו שהתאשפז בבית חולים אחר והוא היה מעבירו לטיפולו, בוודאי שכך הם פני הדברים כאשר המטופל מגיע למוסד רפואי שאינו מוסד בריאטרי.

בקיומו של הנוהל הנזכר הודה אף המומחה מטעם הנתבעים, ד"ר בגלייבטר, בחקירתו –

"ש. נניח שכרגע אתה רופא בנהריה, מגיעה אליך חולה שנותחה בבית חולים אחר, על ידי (פר') עסליה, מה אתה עושה, (אתה) לפחות מדבר עם עסליה? ת. בוודאי.

ש. לפחות אתה מעביר אותו לטיפול ברמב"ם. ת. ליידע את הכירורג – בוודאי, וגם לשאול אותו פרטים, ללא שום ספק צריכה להיות תקשורת בין בית החולים המקבל לבין זה המנתח – זה לגבי העברת המידע. החלק השני האם



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

היה ראוי שהחולה תעבור לרמב"ם – זה תלוי בתקשורת בין בתי החולים" (עמ' 39 ש' 15-9 לפר')

75. בנדון הודה בקיומו של נוהל זה אף פר' איתן, מנהל המחלקה בבית החולים בנהריה, שהבהיר כי על דרך הכלל מועבר המנותח למרכז הניתוחי שניתח אותו (עמ' 54 שורה 28 לפר') אלא שלטענתו בנדון אחר התייעצות עם מנהל המחלקה בבית החולים רמב"ם הוחלט להשאיר את המנוחה לטיפול בבית החולים בנהריה.

ואולם בנדון מתוך הרישום הדל המצוי ברשומות בית החולים בנהריה לא ברור כלל מה הייתה מהות הדיון שהתנהל בין מנהלי המחלקות של בתי החולים, מה המידע שהועבר בעניינה של המנוחה, מדוע הוחלט שלא להעבירה להמשך טיפולו של פר' עסליה, וכן לא ברור מדוע לא עודכן פר' עסליה על אשפוזה של המנוחה בנהריה לאורך כל האשפוז. זאת ועוד, כעולה מעיון ברשומה הנזכרת (רשומה 91 למוצגי התובעים) הרי שכל העולה ממנה הוא שהוסכם שתבוצע למנוחה בדיקת CT ואולם לא הובהר כלל מה יעשה עם המנוחה אחר קבלת תוצאות בדיקת ה CT ולא נשקלה כלל העברתה לגורם המנתח ברמב"ם אחר קבלת תוצאות ה CT.

כך פרופ' איתן העיד מפורשות כי אינו יודע על תוכן השיחה בין פרופ' קולגר מרמב"ם לבין הכונן בנהריה (עמ' 54 שורה לפר' 21-22) וממילא בור כי אינו יודע דבר על מה שהובהר למנוחה בעניין זה והאם הועמד לשיקול דעתה העברתה לבית החולים ברמב"ם ולו בשל כך שבית החולים בנהריה לא שימש אותה עת במרכז בריאטרי. בדומה לא הובאה כל עדות מטעם מי מהמשתתפים בשיחה על מהותה ותוכנה וסיבת הותרת המנוחה לטיפולו של הצוות הרפואי בבית החולים בנהריה.

76. כאמור, הגיעה המנוחה לבית החולים בנהריה ביום 20.6.11, כחודש וחצי לאחר ביצוע הניתוח, עקב כאבי בטן חזקים וזאת לאחר שגם קודם לכן הרבתה להתלונן על כאבי ראש, בחילות, הקאות וכיוצ"ב (ראו תלונותיה מיום 16.5.11 ומיום 16.6.11, עמ' 77 ו 242 למוצגי התובעים). אין כל רשומה רפואית המלמדת אותנו האם הצוות הרפואי בנהריה היה מודע לכלל תלונותיה של המנוחה מאז הניתוח ועד הגעתה אליו שכן תלונותיה הופנו לפר' עסליה אשר ערך את המעקב אחר החלמתה עד לשלב זה, ולא נערכה כל התייעצות עמו בשום שלב של הטיפול בנהריה.



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

77. אין ספק כי התייעצות עם פר' עסליה נדרשה אף במהלך המשך שהייתה של המנוחה בבית החולים בנהריה שכן האשפוז שנמשך כחודש היה סוער ולא פשוט כלל ועיקר, כך אחר שהועברה המנוחה עם הגעתה למחלקת טפול נמרץ בשל מצבה והועברה כשבוע לאחריו כן, ביום 26.6.11, למחלקה הכירורגית היא הוחזרה ביום 4.7.11 למחלקה לטיפול נמרץ בשל החמרה במצבה הנשימתי והכללי בשל אלח דם, ורק לאחר ייצובה באמצעות טיפול באנטיביוטיקה רחבת טווח ואנטיביוטיקה לטיפול בפטריות שצמחו בדם, והחלפת הנקז היא הוחזרה ביום 10.7.11 למחלקה הכירורגית. ושוב, במהלך תקופה זו, אין רישום על התייעצות עם פר' עסליה או אם מנהל מחלקה בבית החולים רמב"ם וזאת למרות שבית החולים בנהריה לא הוכר אותה עת במרכז בריאטרי.

78. וכאן עלינו לתת את הדעת לעניין חשוב נוסף – לא זו בלבד שהמומחים עצמם חלוקים בניהם ממה נבע הסיבוך אליו נקלעה המנוחה, סיבוך שהביא למורסות בטחול והצורך בכריתתו בסופו של יום, כאשר ד"ר ורביץ, המומחה מטעם התובעים, טוען כי הורתו בפגיעה בכלי דם המובילים לטחול אשר הביאה בסופו של יום להתפתחות מורסה בטחול ד"ר בגלייבטר טוען כי הורתו בזיהום שנבע מדלף מקו הסיכות המחברות את מקום הניתוח, הרי שגם פר' עסליה עצמו לא היה משוכנע מה היה הגורם שגרם בסופו לסיבוך בטחול, הוא אומנם סבר כי מדובר בדלף מקו הסיכות אף שלכאורה כל הבדיקות שנעשו לא אימתו מציאת דלף שכזו, ואולם הודה כי אינו יכול לומר כי כך הם פני הדברים בוודאות, ובלשונו –

"עפ"י רוב נוכחות אויר מתחת לסרעפת לאחר ניתוח שרוול קיבה זה דליפה לא בהכרח...נוכחות האויר כשלעצמה עלולה להעיד על דלף, אתה יכול להגיד אולי זה זיהום של חידקים מייצרי גז, יכול להיות" (הדגשה שלי – צ.ו.; עמ' 75 ש' 5-2 לפר')

וכן –

"ש. האם ראית בדיקות שנעשו בנהריה לברר עדות דלף?
ת. הבנתי שלא הצליחו להוכיח דלף.
ש. הם ביררו?
ת. לא יודע וזה גם לא הובא לידיעתי, כל האשפוז שלה בנהריה לא ידעתי אודותיו עד שהתקשר אלי ד"ר בקל
ש. מה אמרת לו?
ת. שאני מעוניין לטפל בה. לפני כן לא ידעתי שהסתבכה"
(הדגשה שלי – צ.ו.; שם, ש' 33-27)



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

– ושוב –

"לא הוכח דלף (- הכוונה במקרים המתוארים במאמר מס' 10 – צ.ו). למרות שבמקרה שלנו יש יותר רמזים, הוכחה חד משמעית לא הייתה" (הדגשה שלי – צ.ו; עמ' 76 ש' 28 לפר')

נקל לראות מבין השורות את הטרוניה של פר' עסליה עצמו כלפי התנהגות הצוות הרפואי בנהריה, לא זו בלבד שמקור הזיהום לא ברור עד תום, לא זו בלבד שקיים ספק האומנם מקורו בדלף בקו הסיכות, דלף שלא אובחן באופן ברור בשום שלב, אף לא מיידעים את פר' עסליה, המנתח עצמו, על סיבוכי הניתוח.

79. ודוק, החשיבות בעדכון המנתח בשלב זה של סיבוך זיהומי או אחר הגורם לזיהום או מורסה בטחול היא רבה ביותר נוכח העובדה שקיימות מספר דרכים חלופיות להתמודד עם סיבוך שכזה – א. ניתוח הטחול וכריתתו ב. מתן טיפול אנטיביוטי ג. התקנת נקז (ראו לעניין זה הן חוות דעתו של ד"ר בגליבטר והן עדותו בעמ' 41-42 לפר' וכן עדותו של פר' עסליה בעמ' 77 לפר'). גם אם נקבל את העמדה שהוצגה ע"י ד"ר בגליבטר וע"י פר' עסליה ופר' איתן לפיה קיימת עדיפות להתקנת נקז על כריתת הטחול, עניין העולה לכאורה אף ממאמר מס' 10 שצורף לחוות דעתו של ד"ר רבין העוסק בשני אירועים של זיהום בטחול, הרי שאין חולק שכל מקרה יש לבחון ע"פ נסיבותיו וההחלטה האם להתקין נקז או פרק הזמן אשר יש להותירו היא החלטה קריטית הדורשת מיומנות רבה ובחינה מדוקדקת של כלל העובדות והנסיבות. בנדון בהינתן שלא זוהה דלף בוודאות אך התגלו זיהום ומורסה בטחול ובהינתן כי אחר שחרורה מבית החולים רמב"ם המנוחה התלוננה מספר פעמים לפני פר' עסליה על כאבי בטן, בחילות, סחרחורות וכיוצ"ב, ובהינתן כי על דרך הכלל כאשר קיים זיהום בגוף המנותח הדבר מתבטא גם בעליית חום גופו מה שאין כן בנדון בו לא עלה חומה ששל המנוחה כלל ועיקר (ראו, כדוגמה, מוצג 80 למוצגי התובעים) ובהינתן שגם במהלך האשפוז בבית החולים בנהריה אירעו אירועים חריגים אשר הצריכו את השבתה למחלקת טיפול נמרץ, ברור כי המעקב הנדרש אחר שחרורה של המנוחה עם נקז בטחול היה צריך להיות קפדני יותר והדעת נותנת כי נדרש היה שהמעקב יעשה ע"י פר' עסליה או הצוות הרפואי ברמב"ם – ואולם לא נעשתה כל פנייה אליהם לצורך ביצוע מעקב זה – גם אחר שיחרורה של המנוחה עם נקז בטחול.



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

נראה, אפוא, כי בהתנהלות הנוכחת, לפיה לא הקפיד הצוות הרפואי בנהריה להתייעץ עם פרו' עסליה והצוות הרפואי ברמב"ם לאורך כל הטיפול והמעקב הנוגע למנוחה ולא העביר הטיפול והמעקב לידם, חרג הצוות הרפואי מהפרקטיקה הרפואית ומהתנהגות רפואית סבירה ביחס למנותח הסובל מסיבוכים שלאחר ניתוח בריאטרי.

ועוד –

העדר גילוי נאות והעדר הסכמה מדעת בכל הקשור להותרת הטיפול במנוחה ביי בית החולים בנהריה

80. אף שעל דרך הכלל מעת שנמצאה רשלנות שבמעשה אין אנו נדרשים להוסיף ולבחון את סוגיית ההסכמה מדעת (וראה עניין זה בדבריו של כב' הש' י. עמית בעניין קדוש) נראה כי בנדון ראוי לעמוד אף על חוסר הגילוי הנאות למנוחה בכל הקשור להחלטה להותירה בטיפול בית החולים בנהריה שכן הדברים שלובים זה בזה ויש בהם לחזק לטעמנו את עובדת רשלנות הצוות הרפואי בנהריה. ונבהיר -

כפי שהרחבנו לעיל בפרק הדן בסוגיית ההסכמה מדעת בשלב הטרומ ניתוחי, הובהר בפסיקה כי על הרופא חובה למסור למטופל כל מידע רפואי הדרוש לו לשם קבלת החלטה מושכלת הנוגעת לגופו ולחיי (ראו למשל: עא 7416/12 - קופת חולים מאוחדת נ' פלוני (2014); ע"א 4383/90 ואתורי נ' בית החולים לניאדו, (1997); ע"א 2600/09 מכבי שירותי בריאות נ' נ' ס', (2013)).

חובה זו עוגנה בסעיף 13 לחוק זכויות החולה, שכותרתו "הסכמה מדעת לטיפול רפואי", והיא כוללת גם את החובה למסור למטופל מידע באשר ל"סיכויים וסיכונים של טיפולים רפואיים חלופיים או של העדר טיפול רפואי" (סעיף 13(ב)(4) לחוק זכויות החולה).

החובה למסירת מידע בכל הנוגע לטיפול רפואי חלה אף בכל הקשור לסוגיית מקום הטיפול במנותח וזהות המטפל בו אחר שהתגלה סיבוך שהורתו בניתוח. על הצוות הרפואי להעביר למנותח מידע נדרש על מנת שיוכל להחליט באופן מושכל האם להסכים לטיפול בו במסגרת רפואית שאינה המסגרת המנתחת. בנדון על הצוות הרפואי בבית החולים בנהריה היה להבהיר למנוחה כי בית החולים בנהריה אינו מהווה מרכז בריאטרי, על השלכותיו של הדבר, לציין לפנייה את פרקטיקה הקיימת להעברת מנותח למרכז הניתוחי שטיפול בו והיתרונות הטמונים בכך וכיוצ"ב. בנדון, לא קיים ואף לא נטען כי



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

ניתנו למנוחה הסברים והבהרות שכאלו ודומה כי בכך חדל בית החולים בנהריה ולא עמד בחובות הגילוי בו הוא מחויב.

בנדון חובת הגילוי העומדת לצוות הרפואי בבית החולים בנהריה גבוהה במיוחד וזאת נוכח הסיכונים הצפונים בסיבוכים שאחר ניתוח בריאטרי לרבות סיכוני התמותה ובהתייחס לכך שבית החולים בנהריה אינו מרכז בריאטרי ואינו מתמחה בנייתוחים מסוג זה והטיפול בסיבוכים הנובעים מהם. הוסיף לכך את העובדה שהמנוחה עצמה חפצה הייתה בקבלת הסברים באשר למצבה, הסברים, אשר ככל הנראה לא ניתנו לה כלל, דבר אשר הביא אותה לכלל תחושת חרדה. כך ברשומה שנערכה ע"י עובדת סוציאלית ששוחחה עם התובעת בסמוך לאחר אשפוזה בבית החולים נהריה, מיום 20.6.11, צוין –

"הנ"ל מאוד חרדה מדוכאת לעתים מבולבלת. לאחר שיחה התברר שמעוניינת בהסבר מדויק מהרופא מה מצבה... " (עמ' 140 לתיק מוצגי התובעים).

הדעת נותנת, כי לו הייתה המנוחה מקבלת הסבר נאות על חשיבות הטיפול והמעקב ע"י הרופא המנתח הייתה מעדיפה את העברתה לבית החולים רמב"ם. יתר על כן – גם אם יטען כי נוכח הדחיפות הנדרשת ממצבה היה בנדון חשיבות כי תטופל מיידית דווקא בבית החולים נהריה, טענה אשר לא נטענה כלל ע"י הנתבעים, ברי כי אחר הטיפול הראשוני שומה היה מקום להמליץ לפני המנוחה על המשך המעקב אצל פר' עסליה כפי שנעשה בפועל בשבועות שלאחר הניתוח הבריאטרי. הדעת נותנת כי המנוחה הייתה מעדיפה, אחר קבלת ההבהרות הנדרשות, כי כך יהיה.

81. מצאנו, אפוא, כי הצוות הרפואי בנהריה התרשל בכך שלא העביר את הטיפול במנוחה, או למיצער את המעקב אחר מצב מעת שהותקן בגופה הנקז, לבית החולים רמב"ם וכן שלא העביר את כל המידע וההבהרות הנדרשים למנוחה על מנת שיהא בידה להחליט היכן היא מעוניינת בהמשך הטיפול והמעקב.

אלא שבכך לא די, על מנת שיחוב בית החולים בנהריה בפיצוי התובעים יש להוסיף ולהוכיח את הקשר הסיבתי שבין אותו מחדל של אי העברת המנוחה לטיפול בית החולים ברמב"ם או עדכון פר' עסליה, הרופא המנתח של המנוחה, באשר למצבה של המנוחה עם הגעתה לבית החולים ואף לאחרי כן במהלך אשפוזה. ובמילים אחרות יש להוכיח כי בית החולים בנהריה חדל או התרשל בדרך כזו או אחרת בטיפול במנוחה או במעקב אחר מצבה אחר שחרורה וכי העברתה להמשך טיפול ברמב"ם בשלב כזה או אחר או עדכון פר' עסליה על מצבה היה בו כדי לאיין את המחדל ולמנוע את פטירתה.



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

על מנת לבחון סוגיה זו נבחן, ראשית דבר, האם היה ליקוי בטיפול או במעקב הצוות הרפואי בנהריה בכל הקשור למנוחה, עניין אשר היה נמנע לו הייתה המנוחה מועברת לטיפול או מעקב הצוות הרפואי ברמב"ם, וכי ליקוי או מחדל זה אכן גרמו לפטירתה.

האם התרשל בית החולים בנהריה בשל אי כריתת הטחול בתום תקופת האשפוז ובהשארת הנקז משך שלושה חודשים ?

82. על מנת למקד את גדרי הדיון בסוגיית רשלנות הצוות הרפואי נבהיר כבר עתה כי לא נתייחס לטענות רבות שהועלו ע"י התובעים באשר לרשלנות הצוות הרפואי בבית החולים נהריה הנוגעים לעצם התקנת הנקז בגופה של המנוחה תחת כריתת הטחול מלכתחילה, שכן כבר בחקירתו הבהיר ד"ר ורבין כי הוא מייחד את ביקורתו לכך שהמנוחה שוחררה לביתה עם נקז בטחול לתקופה ארוכה מבלי לשקול חלופה טיפולית, וכי אינו מוצא רשלנות בעצם הטיפול שניתן לה בבית החולים עם התקנת הנקז בגופה.

נביא לעניין זה את דבריו של ד"ר ורבין בחקירתו כלשונם –

ש"אני מבין שעד השלב ששחרור אותה הביתה אין לך ביקורת?

ת. אין לי ביקורת, אבל הביקורת היא מה שקרה בהמשך. ש. הרופא האחראי מנהל המחלקה הכירורגית, ד"ר אריה איתן, שהוא טיפל אישית במנוחה, חשב שמצבה ישתפר, חשב שעדיף ככל האפשר להמנע מכריתת הטחול כל עוד יש סיכוי שטיפול הניקוזי יעזור, ולכן הוא שחרר אותה לביתה כאשר הדגש על שטיפות יום יומיות של הנקז בקופת חולים וביקורת מידי פעם אצלו שכמובן ההנחיה שכאשר יש החמרה אז ישקלו מחדש את הטיפול בנקז – איזה פגם מצאת בשיקול דעת זה?

ת. הפגם שמצאתי, כמו שאמרתי אין לי ניסיון בזיהום של הטחול, כמו למרבית הרופאים במדינת ישראל, בוודאי לא אחרי ניתוח שרוול קיבה, אציין שהמאמר הראשון בנושא של מורסה אחר ניתוח בישראל, של ד"ר סקרן וד"ר עסליה מבית חולים רמב"ם ועוד כמה רופאים נוספים שפרסמו נושא של מורסות בטחול. המאמר פורסם בשנת 2011 (מאמר 10 ברשימת המאמרים של התובעת). הטיפול המקובל בזיהום הטחול הוא אשרי בכמה וכמה מישורים אבל אף פעם לא משאירים נקז שהמטופל ילך איתו הביתה. לא מדובר באברים אחרים אלא בטחול. כל הפרסומים הקיימים, הנקז שהוכנס עשה תפקידו יפה יותר אם הוא ממשיך להפריש צריך לנתח ולכרות את הטחול, ואם הפסיק להפריש צריך להוציא אותו



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

והוא צריך להגיע למשהו כמו חודש. בדרך כלל מכניסים את הנקז שהוכנס לטחול, ולפי המצב צריך לנתח. עפ"י הספרות המקצועית מעולם לא משחררים מטופל הביתה עם נקז בטחול. לא הבאתי מאמרים למדתי את זה. מאמר 10 זה מאמר של ד"ר סקרן ואחרים. אני אומר שכאשר מדובר במורסה בטחול לא משחררים עם נקזים הביתה. אני מצטט את המאמרים של ד"ר גבלייטר עמוד 4 בחוות דעת משלימה, ואני ממשיך הלאה ניקוז הטחול מתואר אחרת (מצטט)

ש. לא כתוב שאסור לשחרר הביתה?

ת. בשלושת המאמרים בוצע ניקוז של הטחול עד ספיגת המורסה או עד לניתוח לכריתת הטחול וכו' וכו', אין, ואני כותב את זה בעמוד 5 לחווה"ד המשלימה, אין ולו מאמר אחד בספרות, ואני עברתי על הספרות בצורה מאוד נרחבת, המתאר השארת נקז למשך 3 חודשים ואני מצרף את המאמרים של ד"ר בגלייטר ואני מסמן אותם ובסופו של דבר עמוד 6 הכנסת נקז למשך 3 חודשים לא מוכרת בתחום הרפואי" (עמ' 16 ש' 32 עד עמ' 17 ש' 35 לפר')

רוצה לומר, לגרסתו של פר' ורביץ, רשלנות בית החולים בנהריה הייתה בכך שהצוות הרפואי שיחרר את המנוחה לביתה עם נקז בטחול למשך תקופה ארוכה, תחת לבצע כריתת טחול אחר שנמצא כי הנקז ממשיך להפריש מורסה במשך התקופה בה שהתה המנוחה בבית החולים מאז התקנתו. לטענת ד"ר ורביץ היה על בית החולים, ככל שמצא להכניס את הנקז לטחול, להמתין עד אשר המורסות ינקזו במלואן ולא יהיו עוד הפרשות מהנקז, להוציא את הנקז ואז ורק-אז לשחרר את המנוחה לביתה. לטענת ד"ר ורביץ שחרורה של המנוחה עם נקז בטחול לביתה והותרת הנקז משך פרק זמן כה ארוך של שלושה חודשים גרמה לחסימות בכלי דם ורידיים ובעורק הכבד אשר גרמו לכשל רב מערכתי ולהתפשטות חיידקים שגרמה לאלח דם ולהלם ספסטי ולבסוף למותה של המנוחה.

אנו נתרכז, אפוא בשאלה אחת ויחידה והיא האם התרשל הצוות הרפואי בנהריה בשחרור המנוחה לביתה והותרתה עם נקז בגופה משך מספר חודשים מבלי לשקול חלופות טיפוליות בפרק זמן זה.



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

83. לטענת הנתבעים, ד"ר ורביץ טועה ומטעה, שכן דווקא המאמר עליו הוא מבקש להיסמך בטיעונו, שעיקרם הוא כי אין לשחרר מנותח עם מורסה בטחול לביתו עם נקז למשך תקופה ארוכה, מפרט מקרה בו היה מטופל עם נקז לניקוז מורסה בטחול מש כשלושה חודשים וכי רק לאחר שהנקז לא ניקז את כלל המורסה ולא נמצא כי הוא מועיל הוחלט לנתח את החולה ולכרות את הטחול. וזאת יש לדעת - המאמר הנזכר – "Splenic Abscess after sleeve Gastrectomy: A Report of Two Cases" נכתב ע"י ד"ר סקרן ופר' עסליה שאף היה המנתח באחד משני המקרים המובאים במאמר ויש בו ללמד כי הפרקטיקה הרפואית הנוהגת היא שלא לכרות את הטחול באופן מידי נוכח הסיכונים הטמונים בכך, אלא לנסות ולשמרו תוך מתן טיפול שמרני בנסיון לנקז המורסה ורק כאשר טיפול זה נכשל עוברים לצעד הדרסטי של כריתת הטחול. לטענת הנתבעים, כך בדיוק נהג הצוות הרפואי של בית החולים בנהריה לגבי המנוחה, היא שוחררה לביתה עם נקז תוך הנחיות לטיפול בקהילה באופן של שטיפת וניקוי יומיומי של הפרשות הנקז, הליך שנעשה באופן סדיר ללא אירועים חריגים או תלונות מצד המנוחה עד לפנייתה בשנית לבית החולים בנהריה ביום 15.9.11 עקב בחילות הקאות וסחרחורות.

84. פר' עסליה הבהיר אף הוא כי ככלל עדיף לנסות ולנקז המורסה באמצעות נקז ורק לאחר כן ככל שאין הטבה יש לשקול את כריתת הטחול, יחד עם לשאלת בית המשפט הבהיר פר' עסליה כי על דרך הכלל לאחר מספר שבועות אחר שרואים שהנקז ממשיך להפריש וכי טיפול אנטיביוטי לא צלח הרי שמכריזים על כשלון הניקוז המלעורי, ובלשונו –

ש. באיזה שלב מכריזים שזה (=הניקוז) נכשל?
ת. אין תשובת ספר כמה זמן אנו ממתינים כדי לוודא כי הניקוז בדרך זו נכשל, אם אחרי מספר שבועות כאשר אנו שוטפים את הנקז, נותנים אנטיביוטיקה ורואים שאנו עומדים באותו מקום, הנקז ממשיך להפריש מוגלה ואנו לא רואים את האור. יש נקז והוא לא עוזר כל כך, אנו מכריזים על כשלון של ניקוז מלעורי" (הדגשה שלי - עמ' 80 ש' 9-5 לפר').

85. אף ד"ר בגליבטר בעדותו התייחס למאמר הנזכר וציין כי הפרקטיקה הרפואית המקובלת היא לבצע נקוז מלעורי תחת CT וכאשר מצבו של המטופל מתייצב לשלוח אותו לביתו גם לתקופות ארוכות עם הנקז, לעניין זה הפנה ד"ר בגליבטר לעמ' 638 למאמר הנזכר (עמ' 41 ש' 30 עד עמ' 42 ש' 8), ד"ר בגליבטר בחוות דעתו מבהיר את



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

ההתפתחות הרפואית שנעשתה בכל הקשור טיפול במורסות בטחול וציין כי בעבר – קודם להתפתחות אמצעי הדמייה ורדיולוגיה פולשנית – אכן הדרך המקובלת הייתה כריתת הטחול ואולם עם התפתחות הטכנולוגיה הנ"ל מקובל לנסות ולטפל בכל זיהום תוך ביטני בניקוזים מלעוריים כפי שאכן נעשה בבית החולים בנהריה. גם פר' איתן ציין בתצהיר עדותו כי הטיפול במורסה בטחול בדרך של ניקוז מלעורי הוא הטיפול המקובל שכן ככל שהוא מצליח מתייתרת כריתת הטחול (סע' 13 לתצהירו וכן עמ' 57 ש' 20-9 לפר').

פר' איתן הבהיר לשאלת בית המשפט כי הליך הניקוז אפשר שיארך מספר חודשים –

ש". כמה זמן לוקח תהליך כזה?

ת. יכול לקחת חודשים. אלטרנטיבה זה לנתח את החולה ולנסות לעבא את המקום שיש תפירה. יש חולים ששלחתי לבתי חולים אחרים, שכרתו את כל הקיבה, וזה כבר ניתוח עם תחלואה אחרי. ש. זאת אומרת שאנו לא צריכים להתפלא שהגב' הזו עם נקז במשך 3 חודשים?
ת. לא, זה לא יוצא דופן".

באשר לטענת התובעים כי ראוי היה להותיר את המנוחה עם טיפול אנטיביוטי, הבהיר פר' איתן כי במצב בו הייתה המנוחה כשהיא יציבה וללא חום אין מקום להותירה עם טיפול אנטיביוטי (עמ' 58 ש' 24-28 לפר'). בנדון, טען פר' איתן כי משהתברר כי המורסה נוקזה ביעילות, שוחררה המנוחה לביתה ע"פ נוהל המקובל כמפורט לעיל וכי לא הייתה האינדיקציה המצדיקה ביצוע כריתת טחול קודם לשחרורה או זמן קצר לאחריו

ש". זה נכון שבאף שלב של הטיפול לא שקלתם כריתת טחול?
ת. במהלך של החולה הזו לא היתה אינדיקציה, אנו סברנו שהטיפול על ידי אנטיביוטיקה וניקוז הוא הטיפול הראוי.
ש. בשלבים מאוחרים יותר לא שקלתם להחליף את הטיפול?
ת. לא, להיפך, היה שיפור זה הוכיח שהטיפול מוצלח" (עמ' 59 ש' 1-5 לפר')

86. כאמור, ד"ר ורבין מודה למעשה בדבר ומסכים כי לא הייתה רשלנות בעצם התקנת הנקז בטחול אלא שהוא מלין על הותרתו משך זמן רב ושחרור המנוחה מבית החולים קודם לסיום הניקוז ללא בחינת חלופות טיפוליות (עמ' 16 ש' 8-9 וש' 30-31 לפר').



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

ואכן בנדון על אף ששוכנעתי מעדות מומחה הנתבעים, ד"ר בגליבטר, ועדיהם - פר' עסליה ופר' איתן כי עצם הניקוז המלעורי של מורסות בטחול היה מלכתחילה ההליך הראוי והנדרש, אני סבור כי בנסיבות הנדון התרשל הצוות הרפואי בנהריה בכך שלא העביר את המעקב אחר המנוחה מעת שחרורה לבית החולים רמב"ם, לא עדכן את פר' עסליה המנתח במצבה, ולא ביצע את כלל הבדיקות הנדרשות על מנת לוודא האם יש מקום להוציא הנקז ולעבור להליך החלופי של טיפול אנטיביוטי או כריתת הטחול, ולמעשה הותיר נקז שהוסיף והפריש מוגלה זמן רב ללא תאריך יעד להוצאתו. הכל כפי שיפורט להלן בהרחבה.

87. כאמור, אחר שבחנתי לעניין זה את טענות הצדדים שוכנעתי כי הצוות הרפואי בנהריה התרשל בכך שהותיר את הנקז בגופה של התובעת משך מספר חודשים תוך התעלמות מהעובדה שאין שינוי במצבה הרפואי והנקז מוסיף ומפריש מוגלה ללא הפסקה. הצוות הרפואי המטפל בנהריה לא התייעץ בעניין זה עם פר' עסליה המנתח, ולא שקל בשום שלב, לרבות לא בתכנון עתידי, את הוצאת הנקז ומעבר לתוכנית טיפולית אחרת, כך לא נעשתה כל בדיקה של התרבות של המוגלה שהופרשה מאז שנשלחה המנוחה לביתה עם הנקז ולא נשקל כלל להוסיף טיפול אנטיביוטי אחר שהנזק המשיך להפריש מוגלה זמן רב אחר שיחרורה, כשם שלא נשקלה תוכנית חלופית לכריתת הטחול המודלק. למעשה גם ד"ר בגליבטר הודה כי לא ניתן להותיר את הנקז ללא הגבלת זמן ולשנות את הטיפול רק כאשר מורע מצבו של המטופל (עמ' 46 ש' 13-14, עמ' 58 ש' 18-19 לפר') ואף פרופ' עסליה העיד כי מניסיונו אסור להמתין עד כלות להרעה שתחול במצב המטופל, וכדבריו: "ואם לא רואים את האור. יש נקז והוא לא עוזר כל כך, מכריזים על כישלון של ניקוז מלעורי" (עמ' 80 ש' 5-9 לפר'). יתר על כן, ע"פ עדותו של פר' עסליה, הפרקטיקה הנוהגת בכל הקשור לבדיקת המנוחה המשוחרר עם נקז לביתו היא כל שבועיים שלושה (עמ' 77 ש' 12-13).

בנדון על אף שהנקז הוסיף והפריש מוגלה משך למעלה מחודשיים לא מצא פר' איתן לשקול את הפסקת הניקוז וכריתת הטחול או לחלופין לבחון את תרבות המוגלה שמא יש צורך בטיפול אנטיביוטי נוסף ושונה. יתר על כן, הוא לא מצא להתייעץ בעניין זה עם המרכז המנתח ועם פר' עסליה, אשר העיד כי נודע לו על מצבה של המנוחה רק אחר אשפוזה השני בבית החולים בנהריה ולאחר שד"ר בקל הודיע לו על כך (עמ' 75 ש' 29-



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

33 לפר'). כפי שצויין לעיל, מיד עם הודעתו של ד"ר בקל הורה פר' עסליה על העברת המנוחה לטיפולו וביצוע ניתוח כריתת הטחול נוכח המורסות שנמצאו בו, אלא שאז כבר היה מאוחר מדי והמנוחה נפטרה זמן קצר לאחריו כן. הדעת נותנת, אפוא, כי בנדון לו היה ניתוח כריתת הטחול מתבצע מוקדם יותר היה הדבר תורם להחלמת המנוחה, שכן מצבה של המנוחה הוחמר אחר התפשטות המורסות בטחול, כך בשהייתה בבית החולים בנהריה דווח על מורסה אחת ואחר הגיעה לבית החולים ברמב"ם נמצא כי ישנן מספר מורסות דבר המלמד על החמרת המצב – החמרה שהייתה נחסכת לו המנוחה הייתה מנותחת קודם לכן.

ויושם על לב - אין מדובר אך ורק בחוכמה שבדיעבד, שכן, כפי שצינו לעיל, בנסיבות הנדון בהן סבלה המנוחה מכאבי בטן וסחרחורות מיד לאחר הניתוח וקודם הגעתה לאשפוז הראשון בנהריה ובהינתן שמצבה הוסיף והתדרדר אף במהלך אותו אשפוז ובהתחשב בכך שלא אותר באופן ודאי דלף מן הקיבה וכן לא נמצא שחום גופה עולה, כמקובל במקרים רגילים של זיהום, היה בדבר ובנסיבות בכדי להדליק "נורה אדומה" אצל הצוות הרפואי בנהריה ולהצדיק מעקב קפדני יותר אחר המנוחה ומצבה – בין ע"י העברת המעקב לטיפולו של הרופא המנתח פר' עסליה ובין ע"י הותרת המנוחה תחת השגחה רפואית בבית החולים בנהריה תוך התייעצות יומיומית עם פר' עסליה וזאת עד להחלמה מלאה של המנוחה והוצאת הנקז מגופה.

כפי שנראה להלן גם הנסיבות הנוגעות לתקופת שהייתה של המנוחה בביתה היה בהם להצדיק בדיקות קפדניות ומדוקדקות יותר של מצבה ולשקילת הקדמת כריתת הטחול, עניין שאנו מניחים בוודאות גבוהה שהיה נעשה לו המעקב אחריה היה מועבר לפר' עסליה ולהשגחתו.

88. פרופ' איתן בדק את המנוחה שלוש פעמים במהלך הטיפול שניתן לה במסגרת הקהילה, בתאריכים 3.8.11, 15.8.11, 24.8.11 (סעיף 11 לתצהיר עדותו הראשית), והעיד כי בשום שלב לא שקל להחליף את הטיפול כיוון שלדעתו "היה שיפור זה הוכיח שהטיפול מוצלח" (עמ' 59 ש' 4-5 לפר').

אלא שבעניין דנן הנקז מעולם לא הפסיק להפריש מוגלה, הנקז היה רופף, פיסטולה התפתחה על העור, ריח רע נדף. ואף בני המשפחה ורופאי קופת חולים אשר טיפלו בה ברציפות ובמסגרת הקהילה הביעו חששות באשר להמשך הטיפול הקיים בהעדר כל שיפור.



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

כך בביקור המנוחה מיום 10.8.11 צוין כי עדיין קיימות שטיפות מוגלתיות ללא עליות חום או צמרמורת, פתח הנקז עם גנולומה (=דלקת), ותפירת הקיבוע רופפת והנקז יוצא, וכי ישנה דליפה פארא של נוזל עכור בעת השטיפה (מוצג 11 עמ' 256-255-299- עמ' 299-300).

ביום 15.8.11 המנוחה ביקרה אצל הכירורג פרופ' אריה איתן אשר ציין כי "עדיין הפרשה מוגלתית. אין אפשרות להוציא את הנקז. חובר לשקית אינפוזיה " (מוצג 654 למוצגי הנתבעים).

בסיכום ביקור במרפאה מיום 22.8.11 צויין כי "קיימת עדיין הפרשה מנקז בבטן שמאלית, ללא סימני דלקת סביב הנקז אף לציין פיסטולה קטנה". המנוחה הופנתה לייעוץ כירורגי (מוצג 11 עמ' 258 למוצגי התובעים).

במועד זה פונה הרופאה המטפלת בקופ"ח לפר' איתן בשאלות הנוגעות להמשך הטיפול, אשר ניכרת בהן תמיהה על כך שהנקז נותר בגופה של המנוחה למרות שעודו ממשיך להפריש מוגלה למעלה מחודש אחר שיחרורה מבית החולים, וכך כותבת ד"ר גלוחוב –

- "אבקש המלצות לגבי המשך טיפול –
1. האם יש צורך בטיפול אנטיביוטי כעת?
 2. האם יש צורך בביצוע תרבית (מנקז? מסביב לפצע?)
 3. האם יש צורך בהחלפת הנקז?
 4. האם יש המלצות מיוחדות לגבי המשך טיפול או מעקב?" (עמ' 301 למוצגי התובעים)

בביקור מיום 24.8.11 אצל פרופ' אריה איתן, ובתשובתו למרפאה, ציין פרופ' איתן כי "עדיין יש הפרשה מוגלתית עכורה מהנקז. בשלב זה יש להמשיך שטיפות בלבד. אין צורך באנטיביוטיקה. אין צורך בהחלפת נקז, הוא מנקז היטב. אין צורך בתרבויות. ביקורת בעוד חודש". (מוצג 9 עמ' 161 למוצגי התובעים).

היינו, אף שהנקז הותקן בגופה של המנוחה כבר בחודש יוני 2011 מורה פר' איתן על הותרתו ללא כל מחשבה על שינוי בטיפול לחות עד לשלהי חודש ספטמבר.

89. מילים אחרות, גם אחר שנראה היה שהנקז אינו מוכיח את עצמו, שאין הפחתה בכמות המוגלה המנוקזת, למרות קיומה של גנולומה (עמ' 255-256 למוצגי התובעים), למרות קיומה של פיסטולה (עמ' 258), למרות שהמורסה שנוקזה הייתה עכורה (עמ' 161



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

למוצגי התובעים), למרות כל אלו - לא נשקל כלל שינוי בטיפול במנוחה, לא נשקל טיפול אנטיביוטי, לא נלקחה בדיקת תרבויות מחודשת ולא נשקלה כריתת הטחול.

יתר על כן, במהלך כל תקופת שהייתה של המנוחה בביתה מאז שחרורה מבית החולים נהריה, נערכה לה בדיקת CT אחת בלבד ביום 31.8.11 (מוצג 162 למוצגי התובעים) בבדיקה זו אין כל התייחסות למורסות בטחול ונראה כי עניין זה לא נבדק כדבעי באותה בדיקה, כך מבהיר פר' עסליה בחקירתו –

”ש. מציג לך CT (162) אתה יכול להגיד מה היה מצב המורסות בטחול בתוך ה – CT הזה?”

ת. לא מתייחסים לזה, לא מזכירים את זה בכלל” (עמ' 80 ש' 23-24 לפר')

פר' עסליה הבהיר כי לבדיקת ה CT חשיבות רבה בכל הקשור לשיקול הדעת הרפואי באשר לדרך בה יש לנקוט – כריתת הטחול או המשך הותרת הנקז, אך דומה כי גם בדיקה זו לא נעשתה כראוי ולא נבחן במהלכו מצבו של הטחול, לבד מכך שהיא נערכה זמן רב מאוד אחר שיחרורה של המנוחה לביתה, תחת הקדמתה נוכח הנקז המוגלתי המותקן בגוף המנוחה.

ואם כן, בנסיבות דנן, הדעת נותנת כי לאחר מספר שבועות עם נקז, בהם לא חל כל שיפור במצבה של המנוחה, היה על פרופ' איתן להכריז על כישלון הניקוז המלעורי, ולא להמתין להתדרדרות במצבה. בעוד המנוחה במצב גופני טוב יחסית היה עליו לשקול ניתוח מתוכנן לכריתת הטחול או לשקול טיפול אנטיביוטי נוסף אחר ביצוע תרבויות או למצער להתייעץ בעניין זה עם פר' עסליה שניתח אותה לראשונה. כאמור, פרופ' עסליה העיד כי לו ידע על אשפוזה הראשון בנהריה היה ”מושך אותה” לטיפולו כיוון שהוא ”רוצה לקחת אחריות עד הסוף” (עמ' 76 ש' 16-18 לפר'). הוכח כי לפרופ' עסליה היה את הידע והמומחיות המוכחים לטפל במקרים סבוכים של זיהום בטחול כסיבוך של ניתוח בריאטרי. הוכח כי פרופ' עסליה לא היה משאיר נקז בטחול מזוהם עד אין קץ, והגיונם של דברים מלמד כי היה מכריז על כישלון הניקוז המלעורי בעוד מצבה של המטופלת סביר ויציב ופועל לכריתת הטחול או במקרה הצורך מתקין ניקוז תוך בטני בניתוח לפרוסקופי, ואם היה נעשה כך, המנוחה הייתה מחלימה.

90. וחשוב - אין ללמוד בהכרח מהמקרה היחיד המתואר במאמרם של ד"ר סקרן ופר' עסליה (מאמר מס' 10) בו נותר נקז בגופו של מנותח משך כשלושה חודשים כי אף בנדון ראוי היה לנהוג כך. ראשית לא ברור מתוך המאמר, ואף פר' עסליה לא ידע להבהיר זאת,



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

היכן שהה המנותח עם הנקז ואפשר שהוא היה מאושפז בבית החולים המנתח תחת השגחה שוטפת (עמ' 77 ש' 8-9 לפר'), שנית לא הוכח כי במקרה המופיע במאמר היו תופעות של דלקת (גנולומה) פיסטולה, ומוגלה עכורה אצל המטופל; שלישית – כלל לא ברור מתוך המאמר כי החולה שנוטר עם נקז בגופו משך כשלושה חודשים סבל מאותם סימפטומים מהם סבלה המנוחה מאז הניתוח הבריאתי (כאמור תלונות על כאבי בטן בחילות וסחרחורות בחודש לאחר הניתוח ללא עליה בחום הגוף ולאחר מכן אלה הם שהצריך את העברתה הדחופה לטיפול נמרץ פעמיים בתקופת שהייתה בבית החולים בנהריה וכיוצ"ב). ויותר מכך, הובהר כי המקרים המופיעים במאמר (שני מקרים) הם נדירים ביותר וכפי שהבהיר פר' עסליה, על דרך הכלל אחר מספר שבועות בהן מוגלה אינה נספגת יש לשוב ולשקול את דרך הפעולה הרצוי (עמ' 80 ש' 6-7 לפר'), דבר שלא נעשה במקרה הנדון.

91. הנימוקים אותם נתן פר' איתן לכך שלא נשקל המשך טיפול אנטיביוטי לאחר שחרורה של המנוחה מבית החולים (עמ' 56-57 לפר'), לכך שלא נעשו בדיקות CT באופן תכוף יותר מאז שחרורה (עמ' 58 לפר') ולכך שלא נשקלה הקדמת כריתת הטחול (עמ' 57 לפר') אפשר שיש לסבר בהם את הדעת למקרה רגיל של מטופל אך לא בעניין דנן כאשר עסקינן במנותחת אשר לא נותחה ע"י המרכז המטפל, לא נעשתה התייעצות באשר להמשך הטיפול עם המרכז המנתח (רמב"ם) אחר שחרורה מבית החולים נהריה, ולא הייתה כל התייחסות לכך שמאז ביצוע הניתוח ברמב"ם היא סבלה מסיבוכים שונים לרבות מכאבי בטן, סחרחורות ובחילות, אלה הדם ממנו היא סבלה עת הגיעה לבית החולים בנהריה, והצורך להחליף טיפול אנטיביוטי בעת שהותה של המנוחה בבית החולים בנהריה ((עמ' 56 ש' 20-23 לפר'), כשם שלא ניתנה הדעת לכך שלמעשה הגורם לסיבוך כלל אינו ברור, עניין המצדיק כשלעצמו במעקב צמוד וקפדני יותר אחר המנוחה מעת שחרורה.

כפי שהובהר בפסיקה התנהלות על פי הפרקטיקה הנוהגת אינה מאיינת לעולם את רשלנותו של הרופא, בנסיבות מסוימות החורגות מן הכלל שומה על הרופא לבחון האם יש מקום לחרוג מהדרך הרגילה לתועלת המטופל, ועיתים התעלמות מחובה זו, כבעניין דנן, עולה כדי רשלנות.

לעניין זה יפים הדברים שנאמרו בד"נ 7794/98 רביד ואח' נ' קליפורד, (2003) -

”בדרך-כלל, החלטותיו ופעולותיו של רופא צריכות להיות מבוססות על ידע רפואי עדכני ובהתאם לנורמות המקובלות



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

בעת הרלוונטית בעולם הרפואה. עם זאת סבירותם של אמצעי זהירות נקבעת על-פי אמות מידה אובייקטיביות-נורמטיביות, ועל-כן ייתכנו מקרים, אם כי לא שכיחים, שבהם הפרקטיקה הנוהגת עלולה שלא לענות על סטנדרד ההתנהגות הנדרש. קיומה של פרקטיקה רפואית מקובלת אינו יכול לחרוץ, כשלעצמו, את גורלה של שאלת ההתרשלות. אמנם, הוא פראמטר, ואפילו פראמטר חשוב, במכלול השיקולים שעל בית-המשפט לשקול בבואו לקבוע את סטנדרד ההתנהגות הראוי, אולם אין הוא הפראמטר היחיד אשר בית-המשפט יתחשב בו " (וראו גם - ע"א 612/78 נעים נ' ד"ר קופר ואח', ע"א 3108/91 רייבי נ' ד"ר וייגל, (1993)).

בנדון, בנסיבות העניין כפי שפורטו לעיל, שומה היה על הצוות הרפואי לבחון היטב ובאופן יומיומי האם אין מקום לשנות את אופי הטיפול הניתן למנוחה בהעדר שינוי במצבה משך תקופה ארוכה יחסית ובהינתן שהנקז מוסיף ומפריש מוגלה, נראה כי עניין זה לא נשקל כלל ע"י הצוות הרפואי בנהריה.

ואם כן נראה כי רשלנות בית החולים בנהריה הינה כפולה – האחת, אי העברת הטיפול או למצער המעקב אחר מצבה של המנוחה אל המרכז המנתח בבית החולים רמב"ם ולידיו של פר' עסליה. והשנייה – הותרת הנקז בגופה של המנוחה משך תקופה ארוכה למרות שלא חל כל שיפור בהפרשות המוגלה העכורה ואף אובחנו גנולומה ופיסטולה.

כאמור, בצד רשלנות זו עומדת הפרת חובת הגילוי המוטלת צוות בית החולים בנהריה להבהיר למנוחה את מצבה והסיכונים הטמונים בו על מנת שיהא בידה להחליט האם היא מעוניינת בהמשך הטיפול בבית החולים בנהריה או עומדת על העברתה לטיפול המרכז המנתח בבית החולים רמב"ם – ואף עניין זה נמנע ממנה.

ומכאן נעבור ונבחן את הקשר הסיבתי שבין הרשלנות לפטירתה של המנוחה -

הקשר הסיבתי

92. הקשר הסיבתי בנדון חד וברור, השיהוי הניכר בכריתת הטחול של המנוחה ותחת זאת הותרת הנקז בגופה משך זמן רב, כשלושה חודשיים, על אף שלא היה כל שיפור במצבה גרמו להתדרדרות מצבה הרפואי, כך שעיתוי ביצוע ניתוח כריתת הטחול היה מאוחר מדי ולא היה בו לשפר את מצבה הרפואי הקשה, דבר שהביא בסופו של יום לפטירתה. ראיה לדבר כי במקרים המופיעים במאמר מס' 10 כריתת הטחול הביאה



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

בסופו של יום לריפוי מוחלט של המנותח (על הנטל המוטל על הנתבעת להוכיח שגם ללא העיכוב היה נגרם הנזק לתובעת ראו, כדוגמה - ע"א 8279/02 זאב גולן נ' עזבון המנוח ד"ר מנחם אלברט ז"ל (2006), ע"א 10094/07 פלונית נ' בית החולים האנגלי א.מ.מ.ס (2010), ע"א 1693/09 עזבון המנוחה פלונית נ' בית החולים אסף הרופא (2014)).

93. הדעת נותנת כי לו הייתה המנוחה מופנית מלכתחילה לטיפולו של פר' עסליה, כנדרש על פי הפרקטיקה הנוהגת לפיה הרופא המנתח, או המרכז המנתח, בניתוח בריאטרי הוא גם זה העוקב אחר סיבוכי הניתוח, היה נעשה מעקב קפדני יותר אחר המנוחה, הייתה נערכת בדיקת CT מוקדמת וקפדנית יותר, היתה מתבצעת בדיקת תרבויות נוספת והיה נשקל מתן טיפול אנטיביוטי נוסף בהתאם, או שהייתה מתקבלת בנסיבות העניין, אותן פרטנו לעיל, החלטה מוקדמת יותר לביצוע כריתת הטחול, חלופות אשר לא נשקלו כלל ע"י הצוות הרפואי בנהריה ובוודאי שלא הוצגו לפני המנוחה (וראו לעניין זה עדות פר' איתן עמ' 56 ש' 32-33 לפר'; עמ' 57 ש' 20-9 לפר').

ואם כן, לנדרון יפה ההלכה שנפסקה בע"א 3900/14 ד.ל. נ' הלל יפה (2015), והמורה כי מקום בו הוכח כי ההתרשלות גרמה לאובדן משמעותי של סיכויי החלמה בשיעור העולה על 50%, כבענייננו, זכאי הניזוק למלוא הפיצוי על נזקיו ע"פ הכלל של מאזן ההסתברויות.

האם קיים אשם תורם מצד המנוחה בשל אי הגעתה לטיפול יומי והעיכוב בפנייתה לחדר המיון?

94. לטענת הנתבעים, גם אם תמצא אחריות מצד מי מהם לפטירת המנוחה הרי שיש לקבוע כי למנוחה אשם תורם מכריע לנזקה.

הנתבעים טוענים כי על פי הרשומות הרפואיות הפסיקה המנוחה להגיע לטיפול היומי בניקוי הנקז החל מיום 8.9.11 וכי רק כשבוע לאחריו כן ביום 15.9.11 התלוננה על החמרת מצבה החמרה שהחלה מספר ימים קודם לכן.

מיד יאמר - אינני מקבל את טענות הנתבעים לעניין אשם תורם מצד המנוחה.

ראשית דבר, טענה זו לא נטענה כלל בכתב ההגנה מטעם הנתבעים ואף אין לה אזכור בחוות דעת המומחה מטעם הנתבעים, ד"ר בגלייבטר, וככזו היא מהווה הרחבת חזית. כך בע"א 2061/90 אילנה מרצלי נ' מדינת ישראל (1993) הובהר כי –



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

"משמעלה הנתבע טענה כי התובע הוא האחראי הבלעדי לתאונה שארעה חבוייה בטענה זו טענת "אשם תורם" אותה יש להעלות במפורש בכתב ההגנה" (וכן ראו לעניין זה - ע"א 1653/08 סמיון ליפץ נ' בנק לאומי לישראל (2011))

95. לבד מכך ולגופם של דברים, אין חולק כי ביום 13.9.11 קיים רישום לעניין הגעתה של המנוחה לטיפול ולהחלפת שקית הנקז והצוות המטפל לא מצא כל מקום להפנותה לבית החולים ומכאן שלמצער עד ליום 13.9.11 לא אובחן צורך בהפנייתה לבית החולים (ודוק, אין בכך ללמד על הטיפול הנדרש והראוי במנוחה, כפי שפרטנו לעיל) רק לאחר יומיים עם התדרדרות מצבה הגופני הוא הופנתה לבית החולים. לטעמי אין להטיל כל אשם תורם על המנוחה בשל כך שנעדרה מספר ימים מהטיפול השוטף בשל בחילות וסחרחורות מהן סבלה ואשר הורתן באופן הטיפול שניתן והוצע לה ע"י הצוות הרפואי בבית החולים בנהריה, לו כך יעשה ימָצא המעוול נשכר מעוולתו שלו.

§

ואם כן אחר שהוכחה הרשלנות והאחריות בכל הקשור להתנהלות בית החולים בנהריה נעבור ונבחן את סוגיית הנזק.

שיעור הנזק

96. המנוחה, ילידה 30.12.1961⁷, נפטרה ביום 12.10.11 בהיותה כבת 50. במועד פטירתה הייתה נשואה לתובע 1 יליד 31.1.55, ואמם של שלושת ילדיהם המשותפים, שאחת מהם, ד., הייתה קטינה במועד פטירתה, ילידת 24.10.1997.

כאן ראוי לציין כי בניגוד לנטען בסע' 5 לכתב התביעה הרי שע"פ צו הירושה שהוצא אחר המנוחה, רק התובעים 1 ו-4 בלבד הם יורשיה על פי דין של המנוחה (נספח א' לכתב התביעה), כך שבנדון קיימת זהות בין היורשים לתלויים שכן רק התובע 1 והתובעת 4 הם יורשיה של המנוחה והיו תלויים בה בעת פטירתה, שכן ילדיה הבגירים, שאינם יורשיה, אף אינם תלויים בה.

⁷ לעניין מועד לידתה של המנוחה יש לתת את הדעת כי נמסרו על ידי הצדדים מועדים שונים וסותרים. בתחשיבי הנזק שהוגשו על ידי הצדדים בתיק צוין מועד לידתה של התובעת 24.8.66, בתצהירי העדות הראשית מטעם התובעים הועמד מועד לידתה על 16.4.61 ואילו בסיכומי התובעים צוין 30.12.61. מצאתי בסופו של יום לערוך התחשיב ע"פ מועד לידה של 30.12.61 כיוון שזהו מועד הלידה שאף נזכר בתעודת הפטירה של המנוחה (מוצג 5 למוצגי התובעים)



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

97. סמוך לפטירתה עבדה המנוחה כמזכירה רפואית בבית החולים רמב"ם במשך 28 שנים. בשנת חייה האחרונה, עמד שכרה השנתי הנומינלי של המנוחה על סך 130,191 ₪ ומשכורתה החודשית הממוצעת עמדה על סך – 10,850 ₪ (ראו טופס 107 עמ' 420 מוצגי תובעים), ובהצמדה למדד על 11,083 ₪ נכון להיום.

לטענת התובעים יש להעריך כי שכרה של המנוחה היה עולה עם השנים שכן המנוחה הקפידה כל העת לשפר את מעמדה המקצועי באמצעות ההשתלמויות המקצועיות בהן בחרה להשתתף וכפועל יוצא גם שדרגה את שכרה (מוצג מס' 13 מוצגי תובעים). כך גם כחודשיים לפני מותה, בתקופה בה שהתה המנוחה בביתה עם נקז, ביקשה את אישור המעסיק להשתתף בקורס "מבוא לפוליטיקה ושלטון מקומי" בהיקף של 40 שעות שהתקיים בחודש דצמבר 2011 (עמ' 307-308 למוצגי תובעים). ההשתתפות בקורס הייתה מקנה לה גמול מנהל בדירוג מינהלי שלב ג' ומשדרגת את שכרה בהתאם (עמ' 306 מוצגי תובעים). הבקשה הוגשה בחודש אוגוסט 2011, אולם לדאבון הלב, בשל פטירתה ללא עת, היא לא הספיקה להשתתף בהשתלמות. לפיכך מציעים התובעים להעמיד את בסיס שכרה של המנוחה לעתיד ע"ס 13,000 ₪ לחודש, שכן במועד מותה הייתה המנוחה בת 50 בלבד ולפניה 17 שנות השתכרות נוספות.

הנתבעים מתנגדים להנחה כי שכרה של המנוחה היה עולה לטענתם לא הובאה לעניין זה עדות מעסיקיה של המנוחה וכן הסבירות להעלת השכר בגילה אינה גבוהה.

אחר שבחנתי את טענות הצדדים לעניין זה אני סבור כי יש מקום להעמיד את שכרה הצפוי והעתיד של המנוחה החל מהיום ע"ס 12,000 ₪ (כאשר ממועד הפטירה ועד היום יעמוד השכר על סך 11,083 ₪), סך המגלם עלייה מינורית בשכרה וזאת בהתחשב, מחד, בכך שביקשה להוסיף להשתלם, ענין שאפשר שהיה מביא להעלאת שכרה ומאידך, בגילה.

98. התובע 1, בעלה של המנוחה עובד במפעל מילוטל – ירקות מוקפאים בע"מ, ושכרו החודשי הממוצע בסמוך למועד פטירתה עמד ע"ס נומינלי של 9,747 ₪ שהיה מורכב מכ- 6,000 ₪ משכורת בסיסית והיתרה תשלום בעבור משמרות (מוצג 16 למוצגי תובעים). סך זה בהצמדה להיום עולה כדי - 9,956 ₪.

את שכרו של התובע נעמיד לעתיד לתקופה שמיום מתן פסק הדין המעוגל ע"ס 10,000 ₪.



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

99. עניין נוסף שיש לתת עליו את הדעת קודם שנבוא לחישוב הנזק הוא תלונה של הנתבעת 4 במנוחה. כידוע התלויים במנוח זכאים לפיצוי בגין הפסד החלק בהכנסתו של המנוח שהיה משמש לכלכתם ולמשק הבית - הפסדי התמיכה מהכנסה וכן הפסד של שירותים נוספים שהיה עשוי המנוח ליתן כבן זוג וכהורה - תמיכה אשר אין מקורה בהכנסה (ע"א 4641/06 מנורה חברה לביטוח בע"מ נ. עזבון כרבי (2007)).

ככלל ההנחה היא שילד תלוי בהוריו עד גיל 18 תלות מלאה ואילו בתקופת השירות הצבאי תלותו חלקית בלבד. בנדון, כעולה מסיכומי התובעים, נראה כי התובעת התגייסה לצה"ל לאחר הגיעה לגיל 18 ונשאלת השאלה כיצד יש לחשב את התלות עד למועד גיוסה.

לאחרונה דן בית המשפט העליון בשאלת תלותו של אדם בגיר בהורהו והתקבלה הגישה לפיה –

"ילד יוכר כ"תלוי" ויוכל לזכות בפיצוי כתובע עצמאי רק אם הוא תלוי תלות ממשית בהוריו, היינו – נסמך על שולחנם וחסר יכולת להתפרנס כאדם בוגר. המבחן הוא מבחן מעשי של עצמאות מול תלות. הפרמטר הראשוני והעיקרי לבחינת קיומה של תלות הוא גיל הילד, שלכל הדעות מהווה אינדיקציה חשובה (עניין פליישר, בעמ' 628). במקרי גבול ניתן להיעזר בפרמטרים נוספים, כגון יכולת השתכרות, רכישת מקצוע וקיומו של תא משפחתי עצמאי. הכלל הרגיל הוא שילד עד גיל 18 נחשב תלוי בהוריו תלות מלאה, בתקופת השירות הצבאי הסדיר התלות פוחתת, ולאחר מכן הילד אינו נחשב עוד "תלוי" בהוריו. במקרים מתאימים ניתן יהיה לפסוק פיצוי בגין אבדן תמיכה בתקופת הלימודים לתואר ראשון, שמא לעיתים גם לתואר שני. לעומת זאת, ילד מבוגר יותר שיבקש להכיר בו כתלוי, יידרש להראות נסיבות מיוחדות, כגון חוסר יכולת השתכרות בגלל מצב רפואי או נפשי" (עא 8961/16 - פלוני נ' המאגר הישראלי לביטוח חובה, (2017))

נראה כי בהתייחס למבחן הנזכר יש לראות ילד שסיים את חוק לימודיו לאחר גיל 18 וגיל גיוסו התעכב בפועל לאחר מועד זה ועד ליום הגיוס הוא התגורר עם הוריו ונסמך על שולחנם כמי שהיה תלוי בתלות מלאה בהורים עד למועד הגיוס גם אם יכול היה לעבוד במסגרת אותם חודשים. אפשר כי אם חלף פרק זמן משמעותי העולה על שנה ממועד סיום הלימודים למועד הגיוס תהא התייחסות שונה לעניין התלות, לא כן בעניין דנן בו התובעת 4 התגייסה כעשרה חודשים לאחר הגיעה לגיל 18.



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

לאור הנתונים הנזכרים נעריך את אובדן ההכנסה בשנים האבודות ביחס לתביעת העזבון באופן הבא -

הפסד הכנסה בשנים האבודות

100. בחישוב תביעת העזבון תחולץ ידת הקיום של המנוחה לצורך חישוב ההפסד שנגרם לעזבון ובנוסף תובא בחשבון ידת האלמן, ידת התובעת 4 עד מועד הגיוס, ידת משק הבית וידת החיסכון.

תקופה ראשונה

ממועד פטירת המנוחה (12.10.11) ועד גיוסה של התובעת 4 לשרות חובה (18.8.16) - 58 חודשים)

לעניין זה אנו מקבלים את טענת התובעים כי התובעת 4 גויסה אך ורק ביום 18.8.16 למרות שבמועד זה כבר הייתה כבת 19 .

הכנסת המנוחה 11,083 ₪, הכנסת האלמן 9,956 ₪

הקופה משותפת (במעוגל) - 21,000 ₪.

5 ידות (מנוחה, תובע 1, תובעת 4, משק בית וחיסכון).

שווי ידה - 4200 ₪.

ההפסד החודשי - 6880 ש"ח במעוגל

ובסה"כ - 6880 * 58 חודשים = 399,040 ₪ ובתוספת ריבית מאמצע תקופה במעוגל

₪ 410,000

התקופה השנייה

ממועד גיוסה של התובעת 4 (18.8.16) עד היום סה"כ 12 חודשים .

הכנסת המנוחה 11,083 ₪, הכנסת האלמן 9,956 ₪

קופה משותפת 21,000 ₪ במעוגל.

4.33 ידות .

שווי ידה - 4850 ₪ במעוגל

הפסד חודשי - 6230 ₪ במעוגל



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

6230 * 12 חודש = 74,760 ₪ ולאחר תוספת ריבית מאמצע תקופה ובמעוגל -

₪ 76,000

תקופה שלישית

מהיום ועד למועד שחרורה של התובעת 4 משרות חובה (18.8.18) משך 12 חודשים.

בתקופה זה יוערך שכרה של המנוחה ב 12,000 ₪ ושכרו של התובע ב- 10,000 ₪ לחודש

הקופה המשותפת – 22,000 ₪

מספר ידות 4.33

שווי ידה – 5080 ₪ במעוגל

ההפסד – 6920 ₪

₪ 81,600

6920 ₪ * 11.8 מקדם היוון = במעוגל

התקופה הרביעית

ממועד שחרורה המשוער של ד. (8.8.18) ועד גיל פרישה של המנוחה (30.12.2028) ומתוך הנחה כי התובע אחר פרישתו יהנה מפנסיה והכנסות שלא יפחתו משכרו (אף התובעים לא טענו בסיכומיהם לקופה משותפת מצומצמת החל מגיל הפנסיה של התובע).

קופה משותפת 22,000 ₪

4 ידות

ערך ידה – 5500 ₪

הפסד חודשי – 6500 ₪

₪ 690,000

6500 * 106.1 מקדם היוון ל 124 חודשים במעוגל

סה"כ אובדן השתכרות בשנים האבודות עד גיל יציאת המנוחה לפנסיה

₪ 1,257,600



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

אובדן בגין פנסיה בשנים האבודות

101. ידועה ההלכה לפיה אובדן פנסיה יחושב לפי שיעור ההפרשות לפנסיה המפורטות בצווי ההרחבה (ע"א 7548/13 שפירן דיווי נ' זק תורגמן (2014); תא (חיפה) -16951-04-10 - ע.מ.מ. נ' ע.מ.ר. (2013)) אלא שדרך חישוב זו נוהגת לגבי רובם של ניזוקים אשר נהנים ממה שנהוג לכנות פנסיה צוברת או מהפרשות משכרם מכה צווי ההרחבה, לא כן כאשר עסקינן במי הזכאי לפנסיה תקציבית ואשר המדינה משלמת את תשלומי הפנסיה להם הוא זכאי ללא גריעה והפרשה משכרו, כבעניינה של המנוחה, דומה כי לכך כיוון בית המשפט בעניין תא (חיפה) -16951-04-10 - ע.מ.מ. נ' ע.מ.ר. (2013) בהבהירו

”במאמר מוסגר אציין כי קודם לתחולת צו ההרחבה, ומקום בו הוכיח הניזוק שבוצעה הפרשה בפועל מאת המעביד לטובת קרן פנסיה, נהגו בתי המשפט לפסוק את הפסד הפנסיה בשיעור של 70% מבסיס שכרו של הניזוק, ובהתחשב כמובן בשיעור הגריעה משכרו ובהיוונים המתאימים המבטאים את חלוף הזמן מיום מתן פסק הדין ועד גיל הפרישה של הניזוק (מקדם היוון כפול), וכן את אורכה של תקופת הפנסיה (מקדם היוון רגיל). שיעור זה בן 70% הוא השיעור הנהוג בפנסיה תקציבית לאדם שצבר את מלוא זכויותיו...”.

בנדון הוכח כי המנוחה, אשר הייתה עובדת מדינה, הייתה זכאית לפנסיה תקציבית. המנוחה הייתה מבוטחת בהסדר פנסיה תקציבית במסגרתו צברה 2% זכויות לפנסיה כל שנה. המנוחה נפטרה לאחר 28 שנות עבודה ואילו הייתה משלימה 7 שנות עבודה נוספות עד למועד הפרישה הצפוי הייתה צוברת את מלוא זכויותיה וזכאית לפנסיה של 70% מהשכר הקובע לפנסיה.

התובעים לא צרפו חוות דעת בכל הנוגע לשיעור השכר המכוסה בפנסיה ואולם מתוך טופס 106 לשנת 2011 עולה כי השכר השנתי המבוטח לפנסיה של המנוחה עומד על 91,538 ₪, היינו סך 7628 ₪ לחודש ולאחר הצמדה – 7780 ₪ ומאחר ואנו מניחים כי שכרה של המנוחה היה עולה מעט הרי שנעמיד את בסיס השכר לפנסיה על 8500 ₪, כאשר 70% מסך זה עולה לסך 5950 ₪.

בכל הקשור להשתכרות האלמן בתקופת הפנסיה הרי שגם לעניין זה לא צורפה חוות דעת לפיכך נעמיד את שיעורה על 70% מתוך שכרו הקובע ללא שעות נוספות העומד על כ



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

6250 ₪ אחר הצמדה למדד (ראו כדוגמה תלוש השתכרות מחודש אוגוסט 2016 מוצג 418 למוצגי התובעים) כאשר 70% מסך זה עולה כדי 4350 ₪ במעוגל.

גיל תוחלת חייה של המנוחה עומד על 84 (היינו עד 30.12.45) ואילו גיל תוחלת חייו של התובע 1 עומד על 82 (היינו עד 31.1.37).

לפיכך יש לחשב את אובדן הפנסיה לגבי שתי תקופות.

תקופה ראשונה - מיום 30.12.28 עד ליום 31.1.37 גיל תוחלת חייו של האלמן.

שעור תשלום הפנסיה של המנוחה היה עולה כדי 5950 ₪ והשתכרות האלמן כדי 4350 ₪.

הקופה המשותפת – 10,300 ₪

4 ידות (מנוחה, אלמן, משק בית וחסכון).

שווי ידה – 2575 ₪

ההפסד לעזבון – 3375 ₪

3375 ש"ח * מקדם היוון כפול 136 חודש 0.71 * מקדם היוון ל 97 חודשים 85.7 =
במעוגל

205,400 ₪

תקופה שנייה - מסוף תוחלת חייו של התובע 1 (31.1.37) עד סוף תוחלת חיי המנוחה (30.12.45)

בתקופה זו זכאית המנוחה לתשלומי הפנסיה המגיעים לה (5950 ש"ח).

התובעים ביקשו להוסיף לשכרה גם קצבת זיקנה המגיעה לה ואף תשלומי פנסיית השאירים של התובע 1 ואולם לעניין זה לא הובאו ראיות באשר לשיעור הקיצבה ושיעור ההפרשות הנדרשות לצורך קבלת קצבה זו כמו גם לעניין פנסיית השאירים הנטענת (וראו לעניין זה פסיקת בית המשפט ע"א 9209/03 עיזבון המנוח יניב ניסן ז"ל ואח' נ' הכשרת היישוב חברה לביטוח בע"מ (2008), הדורשת הוכחה, לשם פסיקת פיצוי בגין אובדן קצבת זקנה, הן לעצם הזכאות והן לגובהו של הפיצוי (ראה סעיפים 77-78 לפסק הדין); ת"א (חי') 320/04 עיזבון זכריא אסעד ג'בארין ז"ל נ' הדר חברה לביטוח בע"מ, (2016); עא (חיפה) 17-03-19951 - סמי זנדברג נ' עזבון המנוח ג' נ זל, (2017); תא (מחוזי- נצרת) 11-01-11828 - עזבון המנוחה מוראד נג'וא נ' הפניקס חברה



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

לביטוח בעמ, (2014); ת"א (מחוזי- נצ') 513/09 עיזבון המנוח כרמל אופיר ז"ל נ' ביטוח חקלאי חב' לביטוח בע"מ (2013); ת"א (מרכז) 3672-04-09 עיזבון המנוחה נ"ו ז"ל נ' אליהו חב' לביטוח בע"מ (2013). (ורבים אחרים).

לפיכך בתקופה זו יש להעריך את ההפסד באופן הבא –

קופה – 5950 ₪ .

ידות 3

שווי ידה – 1985 ₪

הפסד – 3965 ₪

3965 ₪ * מקדם היוון כפול לעוד 232 חודשים 0.56 * מקדם היוון ל 107 חודשים = 93.8 במעוגל

208,300 ₪

413,700 ₪

ובסה"כ אובדן פנסיה כולל -

הוצאות קבורה ומצבה

102. אני מעריך ההוצאות בגין קבורה ומצבה בסך של 15,000 ₪.

כאב וסבל וקיצור תוחלת חיים

103. התובעים מוסיפים וטוענים לכאב וסבל שהיו מנת חלקה של המנוחה עובר לפטירתה בשל הזיהום שהתפשט בגופה, לא טופל כראוי ולבסוף אף גרם לפטירתה, לסבלה של התובעת יש להוסיף אף את הניתוחים השונים להם נדרשה אחר ניתוח קיצור הקיבה עצמו, העובדה שסבלה מבחילות והקאות וכן קיצור תוחלת החיים שנגרמה לה בשל פטירתה ללא עת.

104. ראשי הנזק של כאב וסבל, אובדן הנאות חיים וקיצור תוחלת חיים מגלמים בעיקרם את נזקיו הלא ממוניים של הנפגע.

בעא 8488/08 - עזבון המנוחה רוננה טושרד זל ואח' נ' מדינת ישראל -משטרת ישראל (2012) הביע כב' הש' י. עמית את עמדתו כי ראוי שכל ראשי הנזק שעניינם בנזק לא ממוני ישוקללו יחדיו ולא יבחנו ויפורטו כרכיבים נפרדים, ובלשונו -



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

"לטעמי, במישור המעשי, להבדיל מהמישור התיאורטי-עיוני, רצוי שלא לפצל בין "קיצור תוחלת חיים" לבין "כאב וסבל", כאשר שני ראשי נזק אלה - בצירוף ראש הנזק של "אבדן הנאות חיים" - מסתופפים תחת הכותרת של נזק בלתי ממוני (ע"א 4022/08 אגבבה נ' המועצה המקומית פרדס חנה-כרכור בפסקה 15 (לא פורסם, 21.10.2010) (להלן: עניין אגבבה))... על רקע זה, ועל מנת לפשט את הדברים, רצוי לטעמי כי במסגרת "הסל" של נזק לא ממוני, בית המשפט ישקלל את שלושת סוגי הנזקים הנ"ל (כאב וסבל - קיצור תוחלת חיים - אבדן הנאות חיים) מבלי להידרש לחלוקה הפנימית ביניהם"

על אף שבפסקי דין שונים אנו מוצאים כי חלק מהמותבים נוהגים לחשב רכיבים אלו כרכיבים נפרדים, אנו נוטים להלן בדרך המשולבת, הנראית נכונה יותר בעיני, בהתחשב בכך שעסקינן באומדנא דדייני שאינה פרי חישוב מתמטי מדויק.

בנדון הריני מעריך את הנזק הלא ממוני לעזבון בגין כאב וסבל וקיצור תוחלת חיים בשיעור של 650,000 ש"ח וזאת בהתייחס לסיבלה של המנוחה קודם לפטירתה, בגילה ובטווח קיצור תוחלת חייה.

אבדן שירותי אם ורעה

105. לטענת התובעים, המנוחה דאגה לכל צורכי הבית כאשר במועד פטירתה התגוררו בבית כל ילדיה: הבן החייל בשלהי תקופת שירותו והבת הסטודנטית אשר נתמכו על ידי הוריהם, ובתה הקטינה, התובעת 4, אשר הייתה אך בת 14 שנים כאשר איבדה את אימה בגיל צעיר.

106. הובהר בפסיקה כי הפיצוי הניתן בגין אובדן שירותי אם הניתן לילדיה מטרתו הן לכסות את הטיפול הפיזי היומיומי שניתן על ידה והן בגין אובדן הערך המוסף האנושי שבקרבת האם לילדיה.

בע"א 9788/07 עיזבון המנוחה הדיל מרמש ז"ל נ' ד"ר אילנה שלזינגר (2010) הובהר באשר לשיעור הפיצוי אותו ראוי לפסוק בגין ראש נזק זה -

"כאשר כללים אלה נקוטים בידינו בעניין נשוא הערעור כאן - ובוחנום אנו את פסקי הדין שנתגבשו במהלך עשרות שנים בערכאות הראשונות, אין להתעלם מן הכלל שמשמש את בתי המשפט, כי ברגיל, ובאין נסיבות מיוחדות, כמו נישואיו מחדש של בן הזוג שהתאלמן - מכאן, או גיל צעיר במיוחד של הילדים שנותרו - מכאן,



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

נעה מטוטלת הפיצוי בגין אבדן שירותיו של בן הזוג - בסכומים שביין
200,000 ש"ח ל-300,000 ש"ח.

על הלכה זו חזר בית המשפט העליון גם בע"א 4574/11 עיזבון ויורשי המנוח נזאל
אג'וד נ' הפניקס חברה לביטוח בע"מ (2013).

בהתייחס לגילה של המנוחה בעת פטירתה (כ-50) לגילו של התובע בעת פטירתה (כ-
56) ובהתייחס לגילאי ילדיהם ומתוך התרשמותי כי עיקר נטל הטיפול בילדים נפל
לשכמה של המנוחה הריני מעריך הפיצוי בגין ראש נזק זה כשיעור של 250,000 ₪.

עזרת הזולת לרבות עזרת מיטיבים מאז הניתוח ועד פטירת המנוחה

107. לטענת התובעים, עובר לניתוח הבריאטרי הייתה המנוחה אישה עצמאית,
המפרנסת העיקרית בביתה, ובמקביל ניהלה את משק ביתה (סע' 4 לתצהיר עדות ראשית
של התובע) מאז רצף האירועים שתחילתם בניתוח הבריאטרי אשר במהלכו אירע הסיכון
ובעטיו נגרם הזיהום בטחול אשר חייב ניתוח נוסף להכנסת נקז, ועד ליום מותה, לא
התאוששה המנוחה ונעשתה תלויה לחלוטין בבני משפחתה. ממועד הניתוח הבריאטרי
לא חזרה המנוחה לאיתנה ונזקקה לעזרת הזולת (ר' עמ' 77 למוצגי התובעים – הפנייה
של ד"ר עסליה לרופא המטפל המורה על הארכת חופשת המחלה של המנוחה עקב
חולשה, בחילות והקאות, 12 ימים לאחר הניתוח הבריאטרי). המנוחה סבלה מכאבים
עזים, לא יכלה לעבוד ולטפל במשק ביתה, ונעזרה בבני משפחתה אשר הקדישו זמן ניכר
לטיפול בה ולסיפוק צרכיה.

אחר שבחנתי טענות התובעים לעניין זה הריני מעריך את העזרה והסיוע שניתנו לתובעת
בארבעת החודשים שעד לפטירתה כשיעור של 10,000 ₪, זאת בהתחשב בין השאר
בעובדה שגם ללא רשלנות של בית החולים בנהריה הייתה המנוחה נדרשת לתקופת
החלמה במסגרתה הייתה נזקקת לעזרת הזולת.

פגיעה באוטונומיה

108. התובעים הוסיפו וטענו לפיצוי בגין פגיעה באוטונומיה.

כאמור בנדון מצאנו כי בית החולים בנהריה התרשל, בין השאר בכך, שלא מסר למנוחה
את כלל הנתונים וההסברים באשר לגורם המטפל הרצוי בה. מעשה זה עולה כדי פגיעה
בהסכמה מדעת ולפיכך נקבע לתובעים פיצוי בגין העוולה הרשלנית וזאת אחר שנמצא



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

קשר סיבתי בין אי הגילוי הנדרש לנזקיה. פיצוי בגין פגיעה באוטונומיה נפסק אך ורק כאשר לא קיים קשר סיבתי בין הגילוי הנדרש לנזקו של הניזוק.

לבד מכך הובהר בפסיקה כי הפגיעה באוטונומיה אינה מהווה עילת תביעה, אלא ראש נזק באחת מהעוולות הקיימות (ר' למשל ע"א 6989/09 נוהא פרוך ואח' נ' בית החולים מוקאט ואח' (2011, בפסקה 9), וכי הדיון בראש נזק זה יעשה במסגרת הנזק הלא ממוני (ר' ע"א 4576/08 בן צבי נ' היט (2011)).

הגישה השלטת היום בפסיקה היא כי אין לפסוק פיצוי בגין פגיעה באוטונומיה בצד הפיצוי לכאב וסבל שכן הדעת נותנת שעניינם אחד ובעת פסיקת הפיצוי ברכיב הלא ממוני נותן בית המשפט דעתו לכל פניו ורכיביו של נזק זה.

זוהי, כדוגמה, עמדתו של כב' הש' י. עמית –

”על דרך העקרון, אני סבור כי אין לפסוק כל פיצוי בגין פגיעה באוטונומיה, מקום בו נפסק לניזוק פיצוי בעילה של התרשלות בטיפול או בשל היעדר הסכמה מדעת” (ראו ע"א 1303/09 מרגלית קדוש נ' בית החולים ביקור חולים (2012))

עמדת כב' הש' עמית הייתה בניגוד לעמדתו של כב' הש' י. ריבלין אשר סבר כי אין מניעה לפסוק בגין כל אחד מראשי הנזק בנפרד.

בע"א 1535/13 מדינת ישראל נ' ציפורה איבי (3.9.15) הבהירה כב' הש' א. חיות כי יש להימנע מכפל פיצוי בגין נזק לא ממוני פעם בשל "כאב וסבל" ופעם בשל "פגיעה באוטונומיה", כאשר מרכיבי הפגיעה שעליה מבקשים לפצות דומים או זהים. לעומת זאת, כאשר ניתן להבחין ולהבדיל בין מרכיבי הפגיעה אשר בגינם מתבקש פיצוי על נזק לא ממוני, אין מניעה לפצות הן בגין כאב וסבל והן בגין פגיעה באוטונומיה. בעוד שעמדתו החולקת של כבוד השופט עמית בפסק הדין נותרה בעינה לפיה אין להוסיף פיצוי בגין פגיעה באוטונומיה לצד פיצוי בגין כאב וסבל.

במלוא הצניעות אומר כי אני מסכים עם נימוקיו של כב' הש' עמית בהבהירו בלשון ציורית –

”הפיצוי בגין פגיעה באוטונומיה הוא סובייקטיבי-תוצאתי, ובא לידי ביטוי במגוון של תחושות שליליות הנגרמות עקב הפגיעה באוטונומיה, כך שאין לפסוק פיצוי בגין שלילת כוח הבחירה כשלעצמו. ברם, מגוון תחושות אלה נכלל ממילא תחת כנפי ראש הנזק של כאב וסבל. מה לי כעס, חרון-אף, עברה וזעם שמקורם בפגיעה באוטונומיה, לעומת כעס, חרון-אף, עברה וזעם



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

המסתופפים אף הם תחת ראש הנזק של כאב וסבל? ובקיצור, לשיטתי אין מקום "לפילוח" של ראש הנזק של כאב וסבל לתחושות כאלה ואחרות" (ובדומה ראו עמדתו של כב' הש' רם וינוגרד בת"א 3053/09 אפרים עפרה נ. מד"י (2016))

מכל מקום, נראה כי מחלוקת, ככל שקיימת, נוגעת רק למקרים החריגים, כאשר במקרים שבשגרה, מסכימים הכל לפסיקת סכום כולל בגין הנזק הלא ממוני, על כל רכיביו, כפי שניסח זאת כבוד המשנה לנשיאה, השופט ריבלין בע"א 4576/08 ליה עטרה בן-צבי נ' פרופ' יהודה היס (2011):

"אמנם, כדברי חברי, במקרים רבים הפגיעה באוטונומיה היא נזק משני ביחס לנזקי הגוף, ומשכך לא נפסק בגינו פיצוי נפרד. אלא שאין בכך כדי לאיין נזק שנגרם בפועל, במקרים שבהם הוא לא זניח... באשר לנימוק השני שמציג חברי, ולפיו הנזק שבפגיעה באוטונומיה הוא למעשה פגיעה רגשית, שהפיצוי בגינה נכלל במסגרת הפיצוי הבלתי ממוני הכולל, מסכים אני באופן עקרוני כי אכן נגרמת פגיעה רגשית עקב שלילת האוטונומיה, וכי ניתן לסווג גם את הפיצוי בגין פגיעה זו כפיצוי בלתי ממוני. אבל - אפילו נראה בפיצוי זה משום פיצוי בגין פגיעה ברגשות ולא בגין פגיעה בזכות, הרי שאין בכך כדי לייתר, במקרים המתאימים, התייחסות נפרדת להיבט נפרד זה של הנזק הלא ממוני..."

בנדון על כל פנים איני מוצא לפסוק בגין רכיב זה בנוסף על הפיצוי שנפסק בגין כאב וסבל וקיצור תוחלת חיים.

סיכום הנזק

109. סך נזקי העזבון והתלויים עולה, אפוא לסך –

1. אובדן הכנסה בשנים אבודות	₪ 1,257,600
2. אובדן פנסיה וזכויות סוציאליות	₪ 413,700
3. אובדן שירותי אם ורעה	₪ 250,000
4. הוצאות קבורה	₪ 15,000
5. עזרת הזולת	₪ 10,000
6. כאב וסבל וקיצור תוחלת חיים	₪ 650,000
סה"כ	<u>₪ 2,596,300</u>

ניכויים



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'

110. מסכום הפיצויים הנזכר יש לנכות את תגמולי המל"ל המהוונים של קצבת השארים שמקבל האלמן. תגמולים אלו מגיעים ע"פ חוות דעת האקטואר שי ספיר אשר צורפה ע"י הנתבעים לסך של כ- 296,000 ₪.

ואם כן סך הנזק לאחר ניכוי תגמולי המל"ל עומד על 2,300,000 ₪ במעוגל.

סע' 69 ג' לחוק שירות המדינה (גימלאות)

111. כעולה מטענות הצדדים הרי שהתובעים מקבלים בגין פטירת המנוחה גימלאות מהמדינה.

על פי הוראת סע' 60 ג לחוק שירות המדינה (גימלאות) [נוסח משולב], תש"ל (להלן – חוק הגימלאות) כאשר מוגשת תביעת נזיקין ע"י עובד מדינה כנגד המדינה ובשל הארוע נושא התובענה זכאי אותו תובע לגמלה מהמדינה, על התובע לבחור בין התביעה הנזיקית לבין הגמלה. משמעות הדבר לנדון היא שככל ויבקשו התובעים לקבל לידם את הפיצוי הכספי שנפסק בנדון יהא עליהם להחזיר את הגמלאות שקבלו מהמדינה בגין פטירת המנוחה (נציין כי ע"פ חוות דעת אקטוארית שהוגשה ע"י הנתבעים מגיע השווי המהוון של גמלאות אלו לסך של כ- 1,017,000 ₪). לחלופין זכאים התובעים לוותר על סך הפיצוי הנזכר ולהמשיך בקבלת הגמלאות ע"פ בחירתם.

סוף דבר

112. הנתבעת 2, בית החולים בנהריה, באמצעות הנתבעת 3, מדינת ישראל, תפצה את התובעים בסך כולל של 2,300,000 ₪ בצרוף שכ"ט עו"ד בשיעור של 23.4% מהסך הנזכר.

כמו כן יוסיפו הנתבעים 2-3 וישאו בעלות חוות הדעת של ד"ר ורבין ובאגרה ששולמה ע"י התובעים.

113. ניתן לפרסום ללא פרטי שמות התובעים.

114. תואיל המזכירות לסגור התיק שבנדון.

ניתן היום, ה' אלול תשע"ז, 27 אוגוסט 2017, בהעדר הצדדים.

חתימה



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 35143-09-13 כ. ואח' נ' בית חולים רמב"ם ואח'