



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 8350-03-16 פלוני נ' מדינת ישראל - משרד הבריאות ואח'

תיק חיצוני:

כבוד השופט אבי פורג

לפני

התובעים:

1. עזבון המנוח פלוני
 2. פלונית
 3. פלוני (קטין)
 4. פלוני (קטין)
 5. פלונית (קטינה)
- כולם ע"י ב"כ עוה"ד דניאלה זיברי הלר

נגד

הנתבעים:

1. מדינת ישראל- משרד הבריאות
 2. המרכז הרפואי אסף הרופא, צריפין
 3. ד"ר ארי פולצ'ק
- שלושתם ע"י ב"כ עוה"ד יוסי נוילנדר ועוה"ד דקלה אלוני בנטוב
4. פרופ' ברנרד בלאסן (ניתן פסק דין ביום 28.3.24)
 5. מכבי שירותי בריאות (ניתן פסק דין ביום 28.3.24)
 6. ד"ר יוסף בן דוד (ניתן פסק דין ביום 28.3.24)
 7. מגן דוד אדום בישראל (ניתן פסק דין ביום 22.3.18)

פסק דין

לפני תביעה לפיצויים, בעקבות טענות התובעים לנזקי גוף שנגרמו לפלוני (להלן: "המנוח") כתוצאה מרשלנות הנתבעים אשר הובילו בסופו של יום לפטירתו של המנוח.

א. רקע ותמצית טענות הצדדים

(1) המנוח, יליד 30.12.64, היה בזמנים הרלוונטיים לתובענה נשוי לתובעת 2 (להלן: "התובעת"), ואביהם של התובעים 3-5.

(2) התובעת 2, ילידת 19.1.68, רעייתו של המנוח ואימם של התובעים 3-5.

(3) התובע 3, יליד שנת 1999, בנו של המנוח, היה כבן 10 בעת הארועים מושא התובענה.



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 8350-03-16 פלוני נ' מדינת ישראל - משרד הבריאות ואח'

תיק חיצוני:

- 1
- 2 (4) התובע 4, יליד שנת 2002, בנו של המנוח, היה כבן 7 בעת הארועים מושא התובענה.
- 3
- 4 (5) התובעת 5, ילידת שנת 2005, בתו של המנוח, הייתה כבת 3.5-4 שנים בעת הארועים מושא
- 5 התובענה.
- 6
- 7 (6) הנתבעת 1, מדינת ישראל-משרד הבריאות (להלן: "המדינה"), הינה הבעלים ו/או המחזיקה ו/או
- 8 המפעילה של הנתבע 2, המרכז הרפואי אסף הרופא, צריפין (להלן: "בית החולים").
- 9
- 10 (7) הנתבע 3, ד"ר ארי פולצ'יק (להלן: "ד"ר פולצ'יק") הינו רופא בתחום הרפואה הפנימית אשר עבד
- 11 בבית החולים בזמנים הרלוונטיים לתובענה.
- 12
- 13 (8) הנתבע 4, פרופ' ברנרד בלאסן (להלן: "פרופ' בלאסן") הינו רופא מומחה בתחום הקרדיולוגיה,
- 14 מבכירי האלקטרופיזיולוגים בארץ ומי שטיפל במנוח בקליניקה הפרטית שלו.
- 15
- 16 (9) הנתבעת 5, מכבי שירותי בריאות (להלן: "מכבי"), הינה קופת חולים כמשמעה בחוק ביטוח
- 17 בריאות ממלכתי, תשנ"ד-1994 ומי שהייתה הבעלים ו/או המחזיקה ו/או המפעילה של מכון הלב
- 18 ברחוב לישנסקי 1 בראשון לציון (להלן: "מכון הלב").
- 19
- 20 (10) הנתבע 6, ד"ר יוסף בן דוד (להלן: "ד"ר בן דוד"), הינו רופא מומחה בתחום הקרדיולוגיה
- 21 והאלקטרופיזיולוגיה, אשר בזמנים הרלוונטיים לתובענה עבד במכון הלב ואשר טיפל במנוח.
- 22
- 23 (11) הנתבע 7, מגן דוד אדום בישראל (להלן: "מד"א"), ארגון ההצלה הלאומי של מדינת ישראל,
- 24 הפועל על פי חוק מגן דוד אדום, תשי"א-1950.
- 25
- 26 (12) התביעה הוגשה תחילה ביום 3.3.16 כתביעה לפיצויים בגין נזקי גוף כנגד הנתבעים 1-6.
- 27 בעקבות פטירתו של המנוח ביום 22.6.16, הוגשה ביום 31.8.16 בקשת התובעים לתיקון כתב תביעה
- 28 באמצעות החלפת התובע 1 (המנוח) בעיזבונו והתאמת כתב התביעה וכן הוספת מד"א, כנתבע מספר
- 29 7. כן ביקשו התובעים להוסיף מטעמים חוות דעת רפואית של פרופ' יונתן חסין (להלן: "פרופ' חסין")
- 30 מומחה בתחום הקרדיולוגיה.
- 31 ביום 7.2.17 ניתנה החלטתי בבקשה, במסגרתה קיבלתי את הבקשה לתיקון כתב תביעה והוספת
- 32 חוות הדעת כאמור וכן צורף מד"א כנתבע 7 בהליך.
- 33



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 8350-03-16 פלוני נ' מדינת ישראל - משרד הבריאות ואח'

תיק חיצוני:

1 (13) על פי הנטען בכתב התביעה המתוקן, תחילתה של הטרגדיה באירוע אובדן הכרה של המנוח
2 (ביום 3.3.09), בהיותו כבן 44 שנים בלבד (להלן: "**האירוע הראשון**"), אירוע שלאחריו פנה למיטב
3 בתי החולים, המרפאות וקופת החולים, לרופאים הבכירים ביותר בתחום הרלוונטי, אשר כולם יחד
4 וכל אחד לחוד כשלו באופן שיטתי מלאבחן ולהעניק לו את הטיפול הסביר, המקובל והמתבקש
5 בנסיבות. כתוצאה מרשלנות קשה וחמורה של הנתבעים, נגרם למנוח דום לב מגירי (ביום 31.8.19)
6 (להלן: "**האירוע השני**"), אשר הוביל לנזק מוחי אנוקסי והמנוח נותר במצב של הכרה מינימאלית,
7 סיעודי לחלוטין, זקוק לעזרה מלאה בכל פעולות היום יום, כשאינו מתקשר עם סביבתו ובוודאי
8 שאינו מתפקד כבעל לרעייתו ו/או כאב לילדיו הקטינים, עד לפטירתו ביום 22.6.16.

9 קודם לפטירתו וככל שחלפו השנים, מצבו הפיזי של המנוח הלך והחמיר באשר גופו הפך ספסטי
10 והוא סבל מפצעי לחץ עמוקים כתוצאה מחוסר פעילות ואף הוגדר בשל כך בתקופה האחרונה לחייו
11 כ"סיעודי מורכב" וכן חרק שיניים ללא הפסקה.

12 בין האירוע הראשון לאירוע השני ניתנה למנוח ולתובעים תקופת חסד של חצי שנה, במהלכה יכולים
13 וצריכים היו הנתבעים והרופאים השונים שטיפלו במנוח לאבחן את מצבו הרפואי ואת הפרעות
14 הקצב מהן סבל וליתן לו את הטיפול הרפואי, הסביר והמקובל, המיומן והזהיר ובכך למנוע את
15 תוצאות האירוע השני והשלכותיו.

16 תביעתם של התובעים 5-2 הוגשה על ידם כיורשי המנוח על פי דין ו/או כתלויים בו ו/או כמי שנגרמו
17 להם נזקי גוף עקב רשלנותם של הנתבעים ו/או שלוחיהם.

18 לטענת התובעים, הטיפול שקיבל המנוח על ידי הנתבעים כולם ו/או מי מטעמם אינו תואם את אמות
19 המידה המקובלות לטיפול רפואי במצבים מסוג זה ומנוגד לידע הרפואי שנאסף במהלך השנים
20 שקדמו לארועים מושא התביעה בטיפול בחולים מסוגו של המנוח ומהווה רשלנות מקצועית. עוד
21 נטען כי חוסר מהימנותן של הרשומות הרפואיות של הנתבעים גרם לתובעים לנזק ראייתי, אשר
22 בגינו יש להטיל את נטל הראיה והשכנוע על כתפי הנתבעים.

23
24 (14). הנתבעים 3-1 הכחישו את טענות התובעים וכפרו באחריותם הנטענת וכן הכחישו את הנזקים
25 הנטענים. כן טענו, כי אין כל קשר סיבתי בין מעשיהם ומחדליהם הנטענים והמוכחשים של הנתבעים
26 3-1 לבין הנזקים הנטענים והמוכחשים. הנתבעים טענו כי הטיפול הרפואי שניתן למנוח בבית
27 החולים היה ללא כל דופי ועל פי פרקטיקה רפואית מקובלת וראויה. הנתבעים פעלו בזהירות ועל פי
28 סטנדרט התנהגות רפואית הולם. עוד נטען, כי הארועים מושא התביעה היו בלתי צפויים, בלתי
29 נמנעים וללא כל אפשרות חיזוי או ציפייה. לא רובצת לפתחם של הנתבעים 3-1 אחריות ו/או רשלנות
30 בגין הארועים מושא התביעה והנתבעים מילאו את כל מחויבויותיהם ו/או חובותיהם כלפי המנוח,
31 ככל שהיו קיימות. בפעולותיהם של הנתבעים 3-1 לא נפל כל פגם ומותו המצער של המנוח, נגרם
32 למרות פעולותיהם המקצועיות, המיומנות והמסורות של הנתבעים ו/או מי מטעמם. כן נטען, כי
33 מותו המצער של המנוח, נגרם בשל גורמים אחרים ו/או נוספים שטיפלו בו.



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 8350-03-16 פלוני נ' מדינת ישראל - משרד הבריאות ואח'

תיק חיצוני:

(15) ביום 22.3.18, נוכח הסכמות הצדדים, ניתן פסק דיני לפיו התביעה כנגד מד"א (נתבע 7) נדחתה. ביום 28.3.24 ניתן גם תוקף של פסק דין להסדר פשרה שהושג במסגרת הליך גישור בין התובעים לנתבעים 4-6.

(16) עולה אפוא, כי נותרה כעת מחלוקת הן בסוגיית החבות והן בסוגיית הנזק בין התובעים והנתבעים 1-3 (הנתבעים 1-3 יכוננו להלן "הנתבעים").

(17) בתיק התקיימו מספר מועדי הוכחות ובסיום שמיעת הראיות, הגישו הצדדים סיכומיהם וכעת הגיעה העת למתן פסק דין.

(18) טרם אתחיל בבחינת סוגיית החבות, אציין כי נפלה טעות במספור עמודי הפרוטוקול, כך שקיימת חפיפה חלקית בין מספרי עמודי הפרוטוקולים. לפיכך, בכל מקרה שבו אסקור את העדויות, אציין בהתחלה את מועד מתן העדות של כל אחד מהעדים.

ב. סוגיית החבות

1. המסגרת הנורמטיבית

סעיפים 35-36 בפקודת הנזיקין [נוסח חדש] מעגנים את עוולת הרשלנות. על מנת לבסס קיומה של עוולת רשלנות יש להוכיח מספר תנאים: חובת זהירות כלפי הניזוק (מושגית וקונקרטית); הפרת החובה; קיומו של נזק; וקיומו של קשר סיבתי בין הפרת חובת הזהירות לבין הנזק (ע"א 145/80 ועקנין נ' המועצה המקומית, בית שמש, פ"ד לו(1) 113 (1982) (להלן: "פרשת ועקנין").

בהקשר זה נדרש לעמוד בנטל כפול: ראשית, נדרש להראות כי יש בהתנהגותו של רופא המיון משום התרשלנות; ושנית, יש להוכיח כי קיים קשר סיבתי בין התרשלנות זו ובין הנזק שנגרם (ע"א 2910/14 דואניאס נ' מרכז רפואי "שיבא" תל השומר, סעיף 13 (7.12.15) (להלן: "דואניאס").

חובת הזהירות המושגית נבחנת על פי מבחן הצפיות, במסגרתו נשאלת השאלה, האם ביחס לסיכון מסוים קיימת חובת זהירות. בעת בחינת חובת הזהירות הקונקרטית נשאלת השאלה האם בנסיבות מקרה פלוני וביחס לניזוק אלמוני קיימת חובת זהירות.

במקרה דנן כאשר מדובר ביחסי רופא וחולה, קיימת חובת זהירות מושגית וקונקרטית, שכן על כל רופא מוטלת חובת זהירות מושגית כלפי מי שמטופל על-ידיו. על רופא החב בחובת הזהירות, לנקוט אמצעי זהירות סבירים כדי למנוע את הסכנה (ע"א 4025/91 צבי נ' ד"ר קרול, פ"ד נ(3) 784 (1996)). בכל הנוגע לחובת הזהירות הקונקרטית, יש לבחון מה צפה הרופא במצב הדברים ומה היה צריך לצפות; האם סטה מרמת הזהירות הנדרשת מרופא סביר, כאשר מדובר במבחן אובייקטיבי (ראו: ע"א 916/05 כדר נ' הרישנו (28.11.07)). אין מדובר במבחן של חכמים לאחר מעשה אלא של הרופא



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 8350-03-16 פלוני נ' מדינת ישראל - משרד הבריאות ואח'

תיק חיצוני:

הממוצע בשעת מעשה; רופא בשר-ודם עשוי לטעות, ולא כל טעות מהווה רשלנות (ע"א 323/89 פכרי קוהרי נ' מדינת ישראל-משרד הבריאות (21.2.91)).

בהתאם לאמור, אין חולק כי הנתבעים חבו חובת זהירות מושגית וקונקרטית כלפי המנוח שהיה מטופל בבית החולים אליו הגיע לאחר האירוע הראשון.

כעת עלי לבחון האם הנתבעים התרשלו וסטו מסטנדרט הטיפול הסביר בנסיבות וככל שהתשובה לכך תהא חיובית, יהא עלי לבחון קיומו של קשר סיבתי בין ההתרשלות של הנתבעים לבין הנזקים הנטענים. לשם כך נפנה כעת לבחון את הראיות והעדויות שנשמעו בעניין.

2. נסיבות קרות האירוע הראשון, הטיפול בבית החולים, ושאלת הסיפור המשפחתי

א. בכתב התביעה המתוקן טענו התובעים, בין היתר, כי ביום 3.3.09 השתתפו המנוח והתובעת בחתונת קרוב משפחתם. המנוח חש סחרחורת, יצא מהאולם לגינה, שם התעלף, התמוטט על שולחן זכוכית עם מסגרת ברזל ונחבל בסנטרו, וכתוצאה מכך דימם בפניו ובלחיו (האירוע הראשון). מששב המנוח להכרתו, לאחר מספר שניות והתיישב, עזרו לו בני משפחתו ואורחים אחרים לעצור את הדימום בסנטר, והוא התפנה בכוחות עצמו ובליווי בן משפחה לחדר המיון, הסמוך למקום התרחשות האירוע הראשון. בחדר המיון אובחנו, בין היתר, חתך בסנטר, נפיחות קלה בלחי שמאל ובוצעה בדיקת א.ק.ג אשר הדגימה, בין היתר סינוס T הפוך בדופן תחתונה וצניחות ST מינימליות ב-V 6-4. המנוח נבדק על ידי פלסטיקאי אשר אבחן בין היתר, חתך עמוק רוחבי בסנטר. תחת הרדמה בוצעה תפירה עם ניילון והמנוח הונחה שלא להרטיב את המקום 24 שעות, להסיר את התפרים לאחר 5 ימים בקופת חולים ולפנות לרופא עם החמרה או שינוי במצבו. כן נבדק המנוח על ידי פנימאי, ד"ר פולצ'ק שרשם, בין היתר, "לסכום: סינקופה: בגלל אק"ג פתולוגי זקוק להמשך ברור", ושיחרר את המנוח לביתו בתום הבדיקה הקצרה, עם הנחיות להמשך בירור בקהילה (העתק תעודת חדר מיון ותוצאות בדיקת א.ק.ג צורפו כנספח ב' לכתב התביעה).

ב. התובעת טענה בתצהירה כי ביום 3.3.09 השתתפו הוריה של התובעת, המנוח, אחותה של התובעת ובן זוגה וכן התובעת בעצמה בחתונה של קרוב משפחה. בשלב מסוים המנוח אמר לתובעת שלא טוב לו והיא הציעה לו לשאוף אוויר בחוץ. כיוון שהרגשתו לא השתפרה היא הציעה לו לחזור הביתה והיא נכנסה לאולם כדי לקחת את חפציהם. כשיצאה בחזרה ראתה את המנוח יושב על כסא, מוקף אנשים, כשחולצתו ועניבתו מגואלות בדם. הסנטר שלו פתוח ועל החתך קפה שחור שאחד הסובבים שם כדי לעצור את הדימום. המנוח חיך כדי להרגיע אותה. הוא סיפר לה שחש ברע ורצה להיתמך בשולחן הצמוד לקיר. השולחן היה שולחן זכוכית גדול עם מסגרת ברזל. המנוח הלך לכיוון השולחן וכשהגיע אליו הייתה לו התעלפות ריגעית. הוא התמוטט ותוך כדי נפילה נחבט בפינת השולחן וכך נפתח לו הסנטר ועינו וצלעותיו נחבלו (האירוע הראשון). מגן הארועים, המנוח נסע לבית החולים אסף הרופא הקרוב לאולם מלווה בבני משפחה. התובעת נסעה הביתה לילדים.



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 8350-03-16 פלוני נ' מדינת ישראל - משרד הבריאות ואח'

תיק חיצוני:

בברור בחדר המיון הסתבר שהא.ק.ג של המנוח לא תקין. החתך בסנטר שלו נתפר תחת הרדמה, ופנימאי המיון החליט לשחרר אותו הביתה אחרי בדיקה קצרה, תוך שהוא מציין כי המנוח "בריא בד"כ, עם סיפור משפחתי... בגלל אק"ג פתולוגי זקוק להמשך ברור". בתעודת חדר המיון צוינו הבדיקות שעל המנוח לבצע: מבחן מאמץ, אקו לב, הולטר. התובעת טענה בתצהירה, כי למרות הא.ק.ג. הפתולוגי, רופא המיון לא ראה לנכון להזמין ייעוץ קרדיולוגי ולהעמיק את הברור הרפואי על מנת להבין מדוע הא.ק.ג של המנוח לא תקין (לתצהיר צורפו העתקי תעודת חדר המיון ותוצאות בדיקת א.ק.ג ובדיקות נוספות שבוצעו במיון כנספחים ו'1). התובעת ציינה בתצהירה כי למנוח היה סיפור משפחתי מאוד משמעותי שנוגע לבעיות לב (סעיפים 25-26).

בהתאם להנחיות שקיבל המנוח בשחרור מבית החולים, וכיוון שהיה מאד מוטריד מעצם קרות האירוע הלבבי הראשון, הוא פנה ביום 9.3.09 אל רופאת המשפחה בקופת החולים מכבי והופנה למכון הלב בקופת החולים מכבי לצורך ביצוע בדיקת אקו לב והמשך טיפול (נספח ו'2). המנוח ביצע בדיקת אקו לב במועד שנקבע לו על ידי קופת החולים (ביום 24.3.09) והבדיקה הדגימה ממצאים והוא הוזמן לביצוע בדיקת ארגומטריה במועד שנקבע לו על ידי מכבי ביום 16.4.09, 24 ימים לאחר בדיקת האקו לב ולמעלה מחודש וחצי לאחר האירוע הראשון, באותו מכון הלב, על ידי רופא הלב, ד"ר בן דוד. גם תוצאות בדיקה זו היו מדאיגות וד"ר בן דוד הפנה את המנוח לביצוע "צנתור" בהקדם (נספחים ו'3-ו'5) (סעיפים 29-30). מוטריד, נסע המנוח מהבדיקה אצל ד"ר בן דוד לרופאת המשפחה שהעלתה על הכתב את ממצאי הבדיקות ונתנה למנוח הפניה לקרדיולוג, "להחלטה על צינתור כלילי" (נספח ו'6). לנוכח ההנחיה של ד"ר בן דוד החליטו התובעים לבצע את הצינתור באופן פרטי אצל פרופ' ויקטור גויטע וללא דיחוי ביום 20.4.09, 4 ימים לאחר ביצוע בדיקת הארגומטריה וההמלצה לביצוע הצנתור. המנוח בחר שהצינתור יתבצע דרך היד כדי לחזור לאחר הבדיקה כמה שיותר מהר הביתה. בסיום הבדיקה הודיע ד"ר גויטע שאין שום בעיה בעורקים (נספח ו'7). בשלב זה הובהר לתובעים כי מבחינת "האינסטלציה" אין בעיה ושכעת יש לבדוק את מערכת "החשמל" בלב. לפיכך פנה המנוח לפגישה דחופה עם פרופ' בלסאן מומחה בכיר בתחום האלקטרופיזיולוגיה שנערכה ביום 24.4.09 (סעיפים 32-33). המנוח חזר הביתה מהפגישה עם פרופ' בלסאן נינוח ורגוע. הוא שיתף את התובעת שפרופ' בלסאן בדק את תוצאות הבדיקות, התייחס לכך שהבדיקות מראות שהלב של המנוח מוגדל והרגיע אותו באומרו שכך נראה לב של ספורטאי. הנינוחות והמסר המרגיע של פרופ' בלסאן, אשר למרות ממצאי הבדיקות שעמדו בפניו והעידו על קיומה של הפרעת קצב אמר למנוח להמשיך בחייו ללא שום טיפול ושום הגבלה ולבצע הולטר ובדיקת "ארגומטריה חוזרת בעוד 1-2 חודש", גרמו למנוח להיכנס לשאננות ולהאמין שהכל בסדר (נספח ו'8) (סעיף 34).

המנוח ביצע את בדיקת ההולטר מבעוד מועד, והבדיקה החלה ביום 27.4.09 ונמשכה 24 שעות וגם בה נצפו אצלו הפרעות קצב (נספח ו'9). המנוח הגיע למרפאתו של פרופ' בן דוד בהתאם לתור שנקבע לו ביום 10.5.09 ופרופ' בן דוד מסר לו את תוצאות בדיקת ההולטר והפנייה לבדיקת מאמץ (ארגומטריה חוזרת), אותה בדיקה שביצע המנוח ביום 16.4.09, ושפרופ' בלסאן המליץ לבצע לאחר



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 8350-03-16 פלוני נ' מדינת ישראל - משרד הבריאות ואח'

תיק חיצוני:

1 חודש חודשיים, כך שהמנוח נשלח לביתו בלי המלצות פרט לבדיקה החוזרת כאמור לאחר כמה
2 חודשים (נספח ו'10 הפנייה לבדיקת מאמץ).
3 ביום 11.5.09, למחרת הביקור אצל פרופ' בן דוד, הגיע המנוח לעדכן את רופאת המשפחה (נספח
4 ו'11). (סעיפים 35-37).
5 ביום 31.8.09 (כשישה חודשים לאחר האירוע הלבבי הראשון) חש המנוח ברע. התובעת הצהירה, כי
6 התקשרה למד"א ואמרה למוקדן שהמנוח לא מרגיש טוב והוא ענה לה לקחת אותו למוקד. תוך
7 כדי דברים אלה, יצא למנוח "שפריץ של קיא שלא הפסיק" המוקדן מסר לתובעת להישאר עימו על
8 הקו ושלח ניידת. המנוח הפסיק להקיא והתעלף. המוקדן הנחה את התובעת להניח את המנוח על
9 מקום שטוח. היא הורידה את המנוח המעולף לרצפת הסלון, הוציאה לו שאריות של קיא מפיו
10 והחלה לבצע החייאה כפי שהסבירו לה בטלפון. עבר המון זמן עד שהגיעו ממד"א והיא עשתה כלל
11 יכולתה בהחייאה אבל לא הצליחה להחזיר את המנוח. כשצוות מד"א הגיעו הם החלו בפעולות
12 החייאה ארוכות ומאסיביות שכללו 14 שוקים חשמליים והזרקת חומרים לווריד הראשי בצוואר.
13 במהלך הזמן היו כבר שלושה צוותים של מד"א בסלון שהגיעו אחד אחרי השני. בסופו של דבר
14 ואחרי שהצוות כבר הזעיק רופא להכריז על מותו של המנוח, הדופק חזר והוא פקח את עיניו.
15 כשהגיע הצוות הראשון של מד"א והחל לטפל במנוח התקשרה התובעת להוריה ולגיסתה שהגיעו
16 מיד והיו איתה (סעיפים 39, 41) (העתקי דוחות מד"א של שלושת הצוותים שטיפלו במנוח ותדפיסי
17 א.ק.ג. שביצעו צורפו כנספחים ז'1-ז'4 לתצהירה). בשל הדחיפות ממד"א הסיעו את המנוח למיון
18 אסף הרופא, בית החולים הקרוב ביותר לביתם. מרגע זה ועד מותו לא יכול היה המנוח לעשות שום
19 פעולה עבור עצמו, הוא הפך לחסר ישע, תלוי בכל מהותו וחיויו באנשים אחרים (תעודת חדר מיון
20 צורפה כנספח ז'5 לתצהיר). בהמשך עבר המנוח מהמיון לטיפול נמרץ לב, שם טופל המנוח בחליפת
21 קור כדי לנסות ולהפחית נזק למוח, כשהוא מורדם ומונשם (סעיפים 42-43). לאחר שחליפת הקור
22 הוסרה הופנו למחלקה הפנימית שם נקבע שהמנוח יעבור ניתוח טרכאוסטומי לחיבור למכשיר
23 הנשמה מהגרונן, ניתוח שבוצע ביום 21.9.09 (סעיף 46) (העתק סיום אשפוז מהמחלקה הפנימית
24 באסף הרופא צורף כנספח ז'6). בהמשך הועבר המנוח למרכז השיקומי רעות (סעיף 49). בחודש
25 ינואר 2010 ועל מנת להוציא לו את הזונדה, הוחלט לנתח את המנוח ולהכניס לו PEG לקיבה (נספח
26 ז'8) (סעיף 59). במקביל, הושלל דפיברילטור אצל המנוח בבית החולים תל השומר ביום 24.2.10
27 (נספח ז'9), ואכן הדפיברילטור הציל את המנוח כאשר בחודש אוגוסט 2011 עבר אירוע לב נוסף
28 (סיכום מחלה מבית החולים שיבא צורף כנספח ז'10) (סעיף 60). ביום 25.4.10 המנוח נבדק על ידי
29 פרופ' בתחום הנוירולוגיה אשר עקב אחר מצבו מאז האירוע הלבבי השני וקבע כי המנוח מגיב
30 למשפחתו יותר מאשר למטפלים ולכן המליץ על ניסיון שיקומי (נספח ז'11) (סעיף 63). באפריל
31 2010 הבהירו למשפחה שהמנוח לא מתקדם ולכן הוחלט לשחררו מרעות בניגוד לדעתם (מכתב
32 שחרור מרעות עם המלצות שירות סוציאלי, פיזיותרפיה, ריפוי ועיסוק ותזונאי צורף כנספח ז'12)
33 (סעיף 64). המנוח הועבר לבית האבות הבולגרי עד שבחודש מאי 2016 הצהירה התובעת כי נתבקשה



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 8350-03-16 פלוני נ' מדינת ישראל - משרד הבריאות ואח'

תיק חיצוני:

1 להוציאו מבית האבות הבולגרי כיוון שהמצב שלו השתנה מסייעודי לסייעודי מורכב ולכן נאלצה
2 להעבירו למוסד סיעודי אחר (נספח ז' 27). המנוח עבר ביום 5.6.16 לבית האבות "נאות המושבה"
3 ושהה שם עד שנפטר ביום 22.6.16, כמעט 7 שנים אחרי דום הלב המאגירי ההוא שקטע את רצף
4 חייו ושינה את חיי המשפחה (סעיף 84). לתצהירה כאמור, צרפה התובעת את חוות דעתו של פרופ'
5 יהונתן חסין, מומחה בתחום הקרדיולוגיה (נספחים ח' 1-2) (סעיף 85).
6 בחקירתה הנגדית, בישיבת 31.3.24, אישרה התובעת כי לא נכחה בעת האירוע הראשון ולא ראתה
7 את המנוח נופל (עמ' 101, 102). היא העידה כי לאחר האירוע הראשון התלווה למנוח בן משפחה
8 שליווה אותו לבית החולים ובהמשך הוריה הגיעו גם הם לבית החולים. היא נשאלה מדוע אותו בן
9 משפחה בשם יהודה לא הגיע להעיד (עמ' 102, שו' 17-27) והשיבה כי אינה יודעת (עמ' 103, שו' 32-
10 31). התובעת גם נשאלה לגבי ביקורים של המנוח אצל פרופ' בן דויד, פרופ' בלסאן ורופאת המשפחה
11 אליהם התייחסה בתצהירה והיא אישרה כי לא נכחה באותם ביקורים (עמ' 105, שו' 19-29).
12

13 ג. התובעים הגישו גם את תצהירה של א.פ, אחות המנוח (להלן: "האחות").
14 האחות הצהירה כי בעקבות דום הלב המגירי של המנוח, אחותה של אשתו של המנוח הייתה בקשר
15 עם מומחי לב שונים. אחד מהם, בכיר בתחומו, הרים לה דגל אדום וביקש ממנה שתפנה למשפחה
16 על מנת שיעדכנו את רופאי המשפחה שלהם במה שקרה למנוח, גם נוכח העובדה שמצד אם המנוח
17 לא מדובר במקרה ראשון של מוות פתאומי בגיל צעיר, שכן אביה של אם המנוח נפטר בגיל 54,
18 לאחר שחש ברע בתום ויכוח במקום עבודתו, הוא אושפז למספר ימים ואז נפטר לפתע וכך גם אחיה
19 של אם המנוח נפטר בגיל 40 ממוות פתאומי אחרי שסבל בין השאר מהפרעות קצב הלב (סעיף 9).
20 האחות טענה, כי אביה של אם המנוח נפטר בשנת 1956 בהיותו כבן 54 לאחר אשפוז קצר (סעיף
21 14). עוד הצהירה האחות, כי נוכח האירוע של המנוח, היא פנתה לרופא המשפחה בקופת החולים
22 שהפנה אותה לקרדיולוג, אשר הפנה אותה למומחה לב מבית החולים שערי צדק שהסכים לטפל
23 בה, ומאז היא מטופלת באופן קבוע אצל הקרדיולוג המומחה, וחוסמי בטא ובדיקות לב שנתיות
24 הפכו לשגרת חייה. כאשר הרופא המטפל שלה קבע את שגרת המעקב שלה, הוא התבטא באחד
25 הימים שבמקרה של המנוח התנופף "דגל אדום" ותמוה מבחינתו כיצד לא נתנו למנוח חוסמי בטא
26 אחרי המקרה הראשון שקרה לו. כיום היא מבינה כי למנוח לא היה מי שיראה אותו כמכלול ומי
27 שיעצור לרגע ויסתכל על המקרה שלו ממספר נקודות מבט וייתיעץ. ההסתכלות עליו החלה רק
28 אחרי אירוע דום הלב המגירי שקיבל וכבר לא ניתן היה לסייע לו באמת. במקביל לבירור לגביה,
29 התלוותה לאם המנוח על מנת לעדכן את רופאת הלב שלה בבית החולים אסף הרופא, אצלה הייתה
30 במעקב שגרתי לפני ארועי הלב של המנוח. הרופאה הייתה המומה ממה שקרה למנוח. הסתר
31 שהכירה את המקרה שלו היטב. האחות הצהירה כי הרופאה התבטאה בפניהם עד כמה כעסה על
32 המיון, על הפעם הראשונה שהמנוח הובא למיון אחרי שהתעלף באופן פתאומי ואף התבטאה שהיא
33 לא מבינה למה לא נהגו על פי הפרוטוקול של מתן חוסמי בטא כצעד ראשון, ואם לא הם, למה רופא
34 הקופה שלו לא עשה כך (סעיפים 10-12).



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 8350-03-16 פלוני נ' מדינת ישראל - משרד הבריאות ואח'

תיק חיצוני:

- בישיבת יום 20.3.24 נחקרה **האחות** ואישרה כי לא נכחה בחתונה שבה המנוח התעלף והיא אינה יודעת מה קרה שם (עמ' 65, שו' 7-13). האחות הופנתה לסעיף 9 לתצהירה שם טענה בין היתר כי אחיה של אם המנוח נפטר בגיל 40, אחרי שסבל בין היתר מהפרעות קצב לב. האחות הופנתה לנספח א' לתצהיר, סיכום ביקור שלה בקופת החולים מיום 29.1.09 ונשאלה מדוע לא הוזכר שם בסיפור המשפחתי כי האח של אם המנוח סבל מהפרעות קצב לב והיא השיבה כי היא לא כתבה את הסיפור המשפחתי וצריך לשאול את הרופא (עמ' 68, שו' 10-14). האחות נתבקשה להפנות למסמך רפואי כלשהו שבו יש אזכור להפרעת קצב לב למישהו במשפחה והיא השיבה כי היא מאשרת שלא הביאה סימוכין לכך שהאח של אם המנוח נפטר מבעיה כאמור (עמ' 70-71). בהמשך גם אישרה לגבי טענתה בסעיף 9 בתצהירה בנוגע להפרעות קצב לב מהן סבל האח של אם המנוח כך: **"טעיתי כשכתבתי במונח הזה שאני לא זוכרת האם זה נאמר או לא נאמר לרופא..."** (עמ' 73, שו' 11). האחות הופנתה בהמשך גם לסעיף 12 לתצהירה שם טענה כי אם המנוח הייתה במעקב שגרתי אצל רופאה קרדיולוגית והיא נתבקשה להציג מסמך שאם המנוח הייתה מטופלת אצל קרדיולוג עובר לאירוע הראשון של המנוח. היא טענה כי היא יודעת שאם המנוח הייתה במעקב שוטף אצל קרדיולוג עובר לאירוע ויש מסמך שמעיד על כך אך היא לא צרפה אותו (עמ' 80).
- ד. במסמכי המחלקה לרפואה דחופה **בבית החולים** (ראו: נספח 3 לתצהירו של ד"ר פולצ'ק) צוין כי המנוח התקבל לבית החולים ביום 4.3.09 בשעה 00:05. באנמנזה הראשונית נכתב כך: **"לדבריו מדובר באירוע התעלפות ואיבוד הכרה וחבלה בסנטר."** לחץ הדם שנמדד היה 130/80, דופק 111. בסיבת ההפניה צויין כדלקמן: **"בן 44. היום במהלך אירוע שמה מעט. חש סחרחורות ויצא החוצה, התעלף ונפל. נחבל בפניו-סנטר ולחי. כעת חש בטוב, ללא בחילות/הקאות."** המנוח נבדק וטופל על ידי פלסטיקאי בשל החבלה בסנטר וכן נבדק על ידי רופא פנימאי, ד"ר פולצ'ק, כשסיבת הייעוץ שצוינה הייתה: **"סינקופה"**.
- ה. הנתבע 3, **ד"ר פולצ'ק** הגיש תצהיר מטעם הנתבעים. במסגרת תצהירו ציין ד"ר פולצ'ק כי התצהיר נערך בהסתמך על עיון בתיקו הרפואי של המנוח מבית החולים, מאחר שהאירועים הנתענים ארעו בשנת 2009 והוא אינו זוכר את האירועים. ד"ר פולצ'ק הצהיר כי במועד הרלוונטי הוא שימש כמתמחה ברפואה פנימית בבית החולים אסף הרופא, כאשר בשנת 2011 עזב את בית החולים אסף הרופא ועבר לבית החולים איכילוב לצורך התמחות בראומטולוגיה ומאז הוא עובד בבית החולים איכילוב. החל משנת 2014 הוא משמש כרופא בכיר במכון הראומטולוגי ותפקידו הוא מנהל תחום האולטרסאונד במכון הראומטולוגי (סעיפים 2-3). ד"ר פולצ'ק הצהיר כי ביום 4.3.09 הגיע המנוח למיון בבית החולים אסף הרופא. בהגיעו למיון בשעה 00:05 המנוח היה בהכרה מלאה נמדד לו דופק ראשוני של 111 לדקה (שירד בתוך שתיים ל-90 לדקה). מדדי לחץ הדם- 130/80 וסטורצית חמצן תקינה (100%). בבדיקתו נמצא חתך בסנטר



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 8350-03-16 פלוני נ' מדינת ישראל - משרד הבריאות ואח'

תיק חיצוני:

1 ונפחות קלה בלחי השמאלית. בדיקה נוירולוגית לא העלתה ממצא פתולוגי. תרשים הא.ק.ג. העיד
2 על קצב סינוס סדיר, עם גלי T הפוכים בדופן התחתונה וצניחות מינימליות של מקטע ST בחיבורים
3 V 4-6. בנוסף, ספירת הדם והבדיקות הביוכימיות היו תקינות, כמו גם רמת הטרופונין (סעיף 4).
4 ד"ר פולצ'ק הצהיר כי הוא נקרא למיון הכירורגי לבדוק את המנוח. סיבת הייעוץ-סינקופה. על פי
5 גיליון המיון תועד על ידו כי מדובר בבן 44 בריא בד"כ, **ללא סיפור משפחתי** אשר הגיע לאחר אירוע
6 סינקופה אשר התרחש בזמן אירוע. הסינקופה התרחש לאחר שתיית אלכוהול, כאשר המנוח חש
7 סחרחורת וראה שחור בעיניים. המנוח שלל כאבים בחזה, קושי בנשימה או פלפיטציות. הוא בדק
8 את המנוח וציין את ממצאי בדיקתו- מצב כללי טוב, ללא מצוקה נשימתית. לב-קולות סדירים לא
9 אוזניות, ריאות- נקיות, בטן-רכה, ללא רגישות, גפיים- ללא עדות לDVT או בצקות או צלוליטיס.
10 לסיכום הוא ציין כי מדובר באירוע של סינקופה (ככל הנראה משני לשתיית אלכוהול יתכן ואזו-
11 וגאלי). בנוסף, לאור ממצאי הא.ק.ג. הפתולוגי הוא ציין כי המנוח זקוק להמשך בירור הכולל: מבחן
12 מאמץ, אקו לב והולטר (סעיפים 5-7). מעיון בדו"ח המיון ציין ד"ר פולצ'ק כי הוא למד שהמנוח
13 נבדק גם על ידי פלסטיקאי שתפר לו (תחת הרדמה מקומית) את החתך שנגרם לו כתוצאה מהנפילה.
14 המנוח שוחרר באותו יום מהמיון כשהוא יציב, חש בטוב, לאחר שנבדק הן על ידי ד"ר פולצ'ק והן
15 על ידי הפלסטיקאי עם ההמלצות להמשך בירור כנדרש. עוד צוין כי במידה ויש החמרה יש לפנות
16 לבדיקת רופא (סעיפים 8-9). (גיליון המיון ובדיקת הא.ק.ג. שבוצעה למנוח במסגרת המיון צורפו
17 כנספח א' לתצהירו).
18 ד"ר פולצ'ק הדגיש בתצהירו, כי בהעדר כל עדות למצב לבבי חריף שיכול היה להיות גורם לארוע
19 הסינקופה לא היה מקום להשאיר את המנוח להשגחה ו/או אשפוז (סעיף 10). הוסבה תשומת ליבו
20 לטענתו של מומחה התביעה, פרופ' חסין, לפיה יש טעם לפגם בכך שלא הוזמן ייעוץ קרדיולוגי לחדר
21 המיון וכי היה מקום לבצע את הבדיקות עליהן הומלץ בשחרור, במסגרת המיון או במסגרת אשפוז
22 קצר בבית החולים. בהתייחס לטענות אלו הצהיר ד"ר פולצ'ק כי הממצאים שעמדו בפניו בעת
23 ביקורו של המנוח במיון הצביעו במידה גבוהה מאד של סבירות על מקור ואזו-וגאלי כגורם לאירוע
24 הסינקופה שעבר המנוח, ללא תמיכה במקור לבבי כגורם לאירוע הסינקופה, ולכן אלו לא חייבו ולא
25 הצריכו המשך אשפוז לצורך המשך בירור ושליטת המקור הלבבי. בנוסף, אלו לא הצריכו הזמנת
26 ייעוץ קרדיולוגי (סעיף 12).
27 עוד ציין ד"ר פולצ'ק בתצהירו כי הובא לידיעתו כי המנוח פנה לבצע את הבדיקות עליהן הומלץ
28 באופן אמבולטורי, ואלו לא העידו על מקור לבבי לאירוע הסינקופה. המנוח גם עבר צנתור כלילי
29 שנמצא תקין. יתרה מכך, המנוח נבדק על ידי פרופ' בלסאן שהוא מגדולי המומחים
30 לאלקטרופיזיולוגיה אשר בדק את ממצאי בדיקותיו והגדיר את הארוע כסינקופה ואזו-וגאלי
31 וגם הוא לא המליץ על כל טיפול נוסף. כן ציין ד"ר פולצ'ק כי גם הובא לידיעתו כי במשך חמישה
32 חודשים מאז שחרורו של המנוח מהמיון לא תועדו אצלו הפרעות קצב משמעותיות או מסכנות



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 8350-03-16 פלוני נ' מדינת ישראל - משרד הבריאות ואח'

תיק חיצוני:

חיים, ואשר על כן הוא אינו מסכים עם קביעת מומחה התובעים לפיו ישנו קשר בין אירוע הסינקופה מחודש מרץ 2009 והפרעת הקצב שארעה למנוח בחודש אוגוסט 2009 (סעיפים 13-14).
בחקירתו בישיבת 3.4.24, העיד ד"ר פולצ'ק כי עורכי הדין ערכו את טיוטת התצהיר והוא עבר על הטייטה, תיקן והחזיר (עמ' 247, שו' 28-33). הוא הסביר כי הוא אינו איש משפט אך הוא בדק אחד לאחד שזה תואם את האמור במיון. הוא אינו זוכר את האירוע, והאמור בתצהירו תואם למסמכים פרט לטעות קטנה שכן, בתצהיר סברו שנכתב בגיליון המיון: "עם" סיפור משפחתי והוא טען שכתב בגיליון המיון "ללא" סיפור משפחתי. לדבריו, עורכי הדין התקשו להבין את הכתב שלו (עמ' 248, שו' 1-13).

ד"ר פולצ'ק נתבקש להקריא את אשר כתב בסיבת הייעוץ והוא הקריא כדלקמן:

"בן 44 בריא בדרך כלל, ללא סיפור משפחתי, הגיע לאחר אירוע סינקופה, בזמן חתונה, לאחר שתיית אלכוהול, עם פרודרום של סחרחורת פלוס שחור בעיניים. בבדיקתו, שולל כאבים בחזה, קוצר נשימה, פלפיטציות. בבדיקתו מצב כללי טוב, ללא מצוקה נשימתית. ריאות נקיות. לב קולות סדירים ללא אוושות. בטן רקע ללא רגישות, גפיים ללא בצקת DVT, צלוליטיס. לסיכום סינקופה, בשל א.ק.ג. פתולוגי, זקוק להמשך בירור, ככל הנראה הסינקופה משני לשתיית אלכוהול וייתכן ואזו וגאלי. ממליץ על מבחן מאמץ, אקו לב, והולטר. וכתבתי א.ק.ג. ראה בתיק מיון." (עמ' 249, שו' 24-31). (ההדגשה שלי-א.פ.).

ד"ר פולצ'ק טען כי ציין שהתובע "בן 44 בריא בד"כ ללא סיפור משפחתי" כאשר, לדבריו, העניין של הסיפור המשפחתי הוא מאד חשוב:

"...כשהסיפור המשפחתי הוא חיובי, אני לא כותב 'עם סיפור משפחתי' ומשאיר את זה ללא פירוט. אלא אם אני כותב 'עם סיפור משפחתי', אני כתב את הסיפור המשפחתי, כמובן הרלוונטי לאותו מקרה, כולל לפעמים אפשר, אתם יכולים לראות את התיעוד שלי היום, כולל לפעמים פירוט של אפילו התרופות שאנשים נוטלים, כדי לחזק את העניין של המחלה הספציפית שרלוונטית למטופל. כך שכשאני כותב 'עם סיפור משפחתי', אני תמיד מפרט מה הסיפור המשפחתי." (עמ' 250, שו' 9-19).

הוא העיד כי למרות שהרבה מטופלים כועסים ושואלים מדוע זה רלוונטי, הסיפור המשפחתי מאוד חשוב. הוא שואל את המטופל שאלות ספציפיות ונכנס לפרטי פרטים. למשל במקרה של סינקופה, רוב המקרים פחות מסוכנים, אבל צריך לשלול את הסיפור המסוכן כמו מוות פתאומי במשפחה, התקף לב פתאומי, התקף לב בלי גורמי סיכון, אירועי התעלפות, ארועים של הפרעות קצב (עמ' 251, 252). לטענתו, כך הוא נוהג כיום וכך גם נהג בשנת 2009 (עמ' 252, שו' 22-24). הבירור הזה הוא חלק מהאנמנזה (עמ' 253, שו' 27-32).

ד"ר פולצ'ק הסביר, כי כאשר הוא הגיע כפנימאי לבדוק את המנוח, הוא בעצם הגיע למסקנה שמבחינתו אפשר לשחרר את המנוח, אך מי שמחליט במיון על שחרור זה המיון הכירורגי ושם הייתה אחראית ד"ר גתות. הוא הוזמן כפנימאי למיון הכירורגי לחוות דעתו (עמ' 255, שו' 18-30). הוא מניח שמה שבלט במקרה של המנוח בהגיעו למיון, היה הדימום בסנטר שבו היה צורך לטפל באופן ראשוני ולכן כאשר הרופא הממין או האחיות הממיינת הבינו שיש אירוע של אובדן הכרה,



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 8350-03-16 פלוני נ' מדינת ישראל - משרד הבריאות ואח'

תיק חיצוני:

הנוהל היה לקרוא לרופא פנימאי. הוא היה בעת האירוע הרופא האחראי במיון הפנימי (עמ' 255, 256). ד"ר פולצ'ק גם הסביר בחקירתו, כי ציין שהא.ק.ג. פתולוגי מאחר שנמצאו בו גלי T הפוכים בדופן התחתונה וצניחות מינימאליות של מקטע ST בחיבורי 4V, 6V. הוא טען, כי המשמעות יכולה להיות טווח רחב מאד של דברים. החל ממה שהיה נורמלי ותקין אצל המטופל הספציפי הזה ועד ממצא שיכול לרמז על אסכמיה לבבית (עמ' 257, 258). עם זאת הוא שב וטען:

"... בגלל שהצניחות היו מינימאליות, והיפוכי T זה דבר, גם צניחות מינימאליות וגם היפוכי T זה דבר שהוא דבר שכיח ואנחנו רואים אותו לא מעט, ובהיעדר כמובן, היעדר קליניקה של כאבים בחזה, קושי בנשימה או משהו שמכוון לאירוע איסכמי, וטרופונין שהוא תקין, אני חשבתי שהסבירות כרגע לרמת המיון היא מאוד נמוכה." (עמ' 258, שו' 3-7).

ד"ר פולצ'ק הסביר כי אובדן ההכרה של המנוח היה בנסיבות של חתונה עם שתיית אלכוהול, הוא ראה שחור בעיניים, פרודרום של שחור בעיניים וסחרחורות, אירוע שלפי הספר מתאר אירוע ואזו וגאלי. ולכן, באנמזה ובבדיקה הגופנית הוא סבר שמדובר בסינקופה ואזו וגאלית וחשב שבמקרה זה לפי הא.ק.ג. אין לו איסכמיה (עמ' 258, שו' 10-14). כאשר מגיע מטופל ומתאר אנמזה ברורה של שחור בעיניים, סחרחורות, תוך כדי אירוע, סינקופה זה דבר נפוץ וזו אולי הסיבה הכי שכיחה של פניה למיון על רקע ואזו וגאלי. כאשר מטופל אומר שאין כאבים בחזה, אין לו דפיקות לב, אין ארועים קודמים או משהו שרומז לעניין הקרדיאלי, בנוכחות של ממצאים שבעיניו הם מינימליים ולא מספיק משמעותיים כדי להשאיר אותו לאשפוז ולהשלים בירור, הוא חשב שרמת הסבירות לאירוע קרדיאלי היא מאד נמוכה ושהמנוח יכול וצריך להשלים את הבירור בקהילה. הוא חשב שהמנוח יספיק להגיע לרופא ולא נשקפת סכנה לחיים שלו (עמ' 259, עמ' 260). כן הוסיף:

"ואני שמח לגלות אחר כך, שהוא עשה את כל הבירור כולל צינתור כלילי, שזאת הבדיקה הדפניטיבית, זאת הבדיקה מספר 1 לאיסכמיה, והצינתור שלו, ממה שאני מבין, היה תקין. אז כנראה שבדיעבד, צדקתי. ולא הייתה לו איסכמיה." (עמ' 260, שו' 1-4).

ד"ר פולצ'ק שב וטען כי הא.ק.ג. החשיד לאיסכמיה, ולמחלת לב קורונארית, אבל בדיעבד המנוח עבר את האירוע שלו שלא על רקע של איסכמיה, אלא מסיבה אחרת שלא ידועה. הא.ק.ג. לא רימז על שום דבר לגבי העתיד (עמ' 260, שו' 23-30). לראייה לא הייתה למנוח איסכמיה וזאת חוכמה בדיעבד (עמ' 261, שו' 25). ד"ר פולצ'ק טען כי למרות הערכתו בסבירות מאד גבוהה כי מדובר בסינקופה על רקע ואזו וגאלי, מאחר שהמנוח איבד הכרה והיו ממצאים בא.ק.ג. הוא שלח אותו גם לבדיקות נוספות (עמ' 262, שו' 7-18). הוא היה די בטוח שלמנוח יש סינקופה ואזו וגאלית ולא נשקפת סכנה מיידית והוא יכול להשלים את הבירור בקופת החולים (עמ' 263, שו' 30-32). ד"ר פולצ'ק נשאל מה המשמעות של גלי T הפוכים בדופן התחתונה והוא השיב כי מדובר במנעד מאד רחב, זה יכול להיות משהו תקין וזה יכול להעיד על איסכמיה ועל אינסוף של דברים (עמ' 264, שו' 2-6). הוא טען כי בעיניו מדובר היה בא.ק.ג. מאד מינימלי, הקליניקה שלו הייתה מאד סוגיסטיבית



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 8350-03-16 פלוני נ' מדינת ישראל - משרד הבריאות ואח'

תיק חיצוני:

או הייתה סוגיטיבית לסינקופה ואזו וגאלית. המנוח נראה לו בסדר, לא היו לו כאבים בחזה, הטורפונין היה תקין, בדיקות א.ק.ג. כאלו זה היה דבר שראו באופן שכיח ובאותה נקודת זמן הוא לא חשב שיש צורך לחזור על הא.ק.ג. (עמ' 264, 265). ד"ר פולצ'ק העיד כי הוא מניח שאם הוא לא הזמין קרדיולוג כנראה שהוא לא חשב שיש צורך להזמין קרדיולוג, ולא סבר שקרדיולוג יחשוב אחרת ממנו (עמ' 267). הוא הסביר כי הוא שולח לבירור מתוך ידיעה שהבדיקות לא תקינות אבל מתוך הבנה שמדובר בדברים שאפשר לנהל בקהילה כלומר שיש מספיק זמן לעשות את הבדיקות מבלי לסכן את המטופל (עמ' 272, שו' 5-8). במהלך חקירתו אישר ד"ר פולצ'ק כי יכולות להיות הפרעות קצב גם בא.ק.ג. תקין לחלוטין (עמ' 275, שו' 9). ד"ר פולצ'ק שב והתייחס לא.ק.ג. של המנוח וטען כי הוא לא החשיד להפרעת קצב (עמ' 277).

התובעים טענו בסיכומיהם כי הדיון בסוגיית הסיפור המשפחתי ושאלת קיומו של עבר רפואי בתחום הקרדיאלי ובמיוחד מוות פתאומי במשפחתו של המנוח עלו לנוכח עובדת קיומו של עבר כזה כפי שהעידה אחות המנוח ובהתאם למסמכים שצורפו לתצהירה. התובעים טענו, כי לא ייתכן שד"ר פולצ'ק ביצע את עבודת נטילת האנמנזה כראוי מהמנוח אך לא שמע ממנו אף לא אחד מהארועים השונים שליוו את חייו. (סעיפים 18-22).

הנתבעים טענו מנגד בסיכומיהם כי לא היה בפני ד"ר פולצ'ק מידע לגבי ההיסטוריה המשפחתית של המנוח (המוכחשת מכל וכל). המנוח התקבל לבית החולים ומסר לד"ר פולצ'ק כי הוא ללא סיפור משפחתי. אין ולו מסמך אחד התומך בגרסת התובעים לפיה במועד האירועים, מרץ 2009, היה ידוע על היסטוריה משפחתית כזו או אחרת בקרב משפחת המנוח. כל המסמכים שצורפו הם מאוחרים לארועים נשוא התובענה (סעיפים 43-48).

התובעים טענו במסגרת סיכומי התשובה כי הדיון אם ד"ר פולצ'ק כתב "עם" או "ללא" היסטוריה משפחתית, הינו בגדר הסחת דעת. העובדה היא שד"ר פולצ'ק לא עמד בחובתו לתשאל באופן אקטיבי ומדויק את המטופל, כשל במשימתו לקחת מהמנוח אנמנזה טובה, והעדר המידע בתייעוד הרפואי מהווה התרשלות חמורה. בניגוד לטענת הנתבעים, מעדותה של האחות אשר לא נסתרה, עולה הסיפור המשפחתי ונוכחותו בחייהם של המנוח ואחותו. זאת ועוד. עובדת התמוטטותו של דוד המנוח ומותו בביתו בגיל 40 קיבלה תוקף של הסכמה דיונית (סעיף 21).

דיון והכרעה-

בפרשת **דואניאס** התייחס בית המשפט העליון לחשיבותה של לקיחת האנמנזה וכן לתחקור בנוגע להיסטוריה הרפואית של החולה, לרבות לקיחת האנמנזה בחדר המיון:

"19. החשיבות שבתיחקור החולה על אודות ההיסטוריה הרפואית שלו אינה מוטלת בספק: 'חשיבותם הרבה של ביצוע אנמנזה תוך גילוי יוזמה מצד



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 8350-03-16 פלוני נ' מדינת ישראל - משרד הבריאות ואח'

תיק חיצוני:

הרופא בכל הקשור לחקירה, בירור ודרישה אודות קיומם או קיומן של תופעות מסוימות שמהן סובל החולה, הודגשה פעמים רבות גם בהלכה הפסוקה' (ע"א 10302/05 לוי נ' ברו, פסקה ב' לפסק הדין של השופט (כתוארו אז) רובינשטיין (2.12.2008) בצטטו מפסיקת בית המשפט המחוזי). לא אחת נפסק, כי רופא אינו יוצא ידי חובתו בקבלת החלטה בהתאם לממצאים הגלויים לו בלבד, ועליו לחקור ולגלות יוזמה על-מנת לברר ממצאים נוספים הנדרשים לקבלת ההחלטה (ע"א 5586/03 ד"ר פרימונט נ' פלוני, פסקה 9 (29.3.2007) (להלן: עניין פרימונט); ע"א 58/82 קנטור נ' מוסייב, פ"ד (3) 253 (1985)); ע"א 1884/93 דינבר נ' עיזבון המנוח יערי, פ"ד (2) 605, 609 (1996) (להלן: עניין דינבר)). במצבים רבים, הבנה ראויה של מצבו של החולה, פרטי תלונתו וההיסטוריה הרפואית שלו, הם המאפשרים להגיע לאבחון הנכון ומתוך כך גם לטיפול שעשוי להציל את חיו, או לרפאו.

20. עם זאת, היקפה של האנמנזה ואופיה משתנה כמובן בהתאם לנסיבות (ראו עניין פרימונט, פסקה 17; ת"א (מחוזי ב"ש) 4540/05 מימון נ' מדינת ישראל – משרד הבריאות, פסקאות 144-151 (11.4.2012)). יכול שיהיה הבדל בין אנמנזה הנעשית במחלקה בבית החולים, לבין אנמנזה הנעשית בדחפיות בחדר המיון. חדר המיון נבדל מביקור אצל רופא בשני עניינים. ראשית, לעתים מצוי חדר המיון בעומס רב ובלחץ עבודה. רופאי המיון מדלגים מחולה לחולה והם נדרשים לעשות את מלאכתם בדייקנות וביעילות. בנסיבות אלו, הם נאלצים ליטול מן החולה את המידע הרפואי הרלבנטי בלבד, מבלי להתעכב על מידע שאינו נראה להם חיוני באותה שעה לאבחון הבעיה. שנית, מטרת האבחון בחדר המיון, כשמו, הוא מיון ראשוני של החולה – אם הוא נזקק לטיפול רפואי מעמיק יותר בבית החולים, או שניתן לטפל בו באופן נקודתי בחדר המיון ולשלחו לביתו. גם בשל היבט זה, מתמקדת האנמנזה הנערכת בחדר המיון באבחון הבעיה הקונקרטית של המטופל, ולא דווקא במכלול ההיסטוריה הרפואית שלו.

21. על-אף הערה זו, צמד המילים 'חדר מיון' אינו מתפקד כלחש-קסמים שבכוחו לבטל את חובתו של הרופא ליטול אנמנזה כראוי. גם ביודענו את עומסי חדר המיון, על רופא להידרש לחולה אשר לפניו תוך 'סקרנות מקצועית' המעוגנת בחובות מקצועיות, 'לדעת מה זה ועל מה זה' (אסתר ד', ה') (עניין לוביאנקר, פסקה נז) "... (ההדגשות שלי- א.פ.).

בענייננו, מהמסמכים הרפואיים, מעדות התובעת ומעדותו של ד"ר פולצ'ק עלה, כי המנוח הגיע למיון בבית החולים ביום 4.3.09 לאחר אירוע משפחתי, שם לאחר ששתה אלכוהול, חש בסחרחורות וסיפר על "שחור בעיניים", הוא יצא החוצה מאולם הארועים, התעלף ונפל. כתוצאה מהנפילה נחבל בפניו, בסנטר ובלחי. המנוח התפנה למיון בבית החולים בליווי בני משפחה בהגיעו למיון בשעה 00:05 לחץ הדם שנמדד היה 130/80, דופק 111. במיון נבדק הן על ידי פלסטיקאי שתפר את החתך בסנטר והן על ידי פנימאי, ד"ר פולצ'ק. ד"ר פולצ'ק שהיה באותה עת מתמחה ברפואה הפנימית בבית החולים, בדק את המנוח וציין כי המנוח שלל כאבים בחזה, קוצר נשימה ופלפיטציות. כן עבר המנוח בדיקה נוירולוגית שלא העלתה ממצא פתולוגי, כאשר גם ספירת הדם והבדיקות הביוכימיות נמצאו תקינות, וכך גם רמת הטרופונין. ד"ר פולצ'ק בדק את המנוח וציין את ממצאי בדיקתו- מצב כללי טוב, ללא מצוקה נשימתית. לב-קולות סדירים לא אוושות, ריאות- נקיות, בטן-רכה, ללא רגישות, גפיים- ללא עדות DVT או בצקות או צלוליטיס. ד"ר פולצ'ק סבר, כי מדובר באירוע של



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 8350-03-16 פלוני נ' מדינת ישראל - משרד הבריאות ואח'

תיק חיצוני:

סינקופה, ככל הנראה משני לשתיית אלכוהול על רקע ואזו וגאלי. עם זאת, ד"ר פולצ'ק מצא כי תרשים הא.ק.ג העיד על קצב סינוס סדיר, עם גלי T הפוכים בדופן התחתונה וצניחות מינימליות של מקטע ST בחיבורים V 4-6 ולאור ממצאי הא.ק.ג הפתולוגי הוא ציין כי המנוח זקוק להמשך בירור בקהילה, הכולל: מבחן מאמץ, אקו לב והולטר.

ד"ר פולצ'ק הגיע למיון על מנת לבדוק את המנוח, כשסיבת הייעוץ הייתה: סינקופה. מעדותו של ד"ר פולצ'ק עלה, כי בהעדר עדות למצב לבבי חריף שיכול היה לגרום לאירוע הסינקופה הוא לא מצא לנכון להשאיר את המנוח לאשפוז או להזמין ייעוץ קרדיולוגי. במסגרת עדותו הבהיר ד"ר פולצ'ק כי במסמכי המיון כתב כי המנוח "ללא סיפור משפחתי" ולא כתב כי המנוח "עם סיפור משפחתי". בעניין זה מצאתי את עדותו מהימנה. כתב ידו של ד"ר פולצ'ק אכן קשה לקריאה, והוא הבהיר ופירש מה כתב במסמכי המיון. ד"ר פולצ'ק הסביר את החשיבות של הסיפור המשפחתי לאנמנזה וציין כי כאשר קיים סיפור משפחתי הוא כמובן גם מפרט את הסיפור ולא משאיר זאת ללא פירוט. הסבריו האמורים מקובלים עלי, ואכן נראית סבירה בעיני טענתו, לפיה, לו היה מציין שלמנוח סיפור משפחתי, הרי שגם היה טורח ומציין את נסיבות הסיפור המשפחתי בהקשר הלבבי, בעיקר כאשר מדובר כטענת התובעים (שלא הוגשו מסמכים לגביה) בסיפור כה משמעותי. בהחלט יתכן כי נוכח נסיבות האירוע והלחץ בהם היה שרוי המנוח, הוא לא ציין בפני ד"ר פולצ'ק את סיפור מותו של סבו ודודו ולא חשב כי הדבר רלוונטי לעניין ההתעלפות הרגעית. משלא הגיעו גם לעדות בני משפחה אחרים שליוו את המנוח לבית החולים לאחר האירוע הראשון, ויכלו להעיד ממקור ראשון כי המנוח אכן מסר מידע בדבר סיפור משפחתי כלשהו לד"ר פולצ'ק, אזי איני יכול לקבל את טענת התובעים בהקשר זה ולא שוכנעתי כי המנוח כאשר נשאל בעניין זה בהגיעו לחדר המיון ביום 4.3.09, התייחס או סיפר דבר בנוגע לסיפור משפחתי.

אוסף, כי עדות אחות המנוח לגבי הסיפור המשפחתי של הפרעת קצב לב במשפחת המנוח לא הייתה משכנעת.

מעבר לנדרש אציין, כי לא שוכנעתי שאביה של אם המנוח ודודו נפטרו בהכרח מהפרעות בקצב הלב (עניין זה יורחב גם בהמשך פסק דיני זה).

3. חוות הדעת

א. מטעם התובעים הוגשה חוות דעתו של פרופ' חסין.

בחוות דעתו מיום 1.3.16 ציין פרופ' חסין, כי ברקע יש למנוח (בעת כתיבת חוות הדעת היה המנוח עדיין בחיים ופרופ' חסין ציין בסוף חוות דעתו כי רק לאחר שסיים את כתיבתה ובמקביל להעברת מסמכים רפואיים נוספים שביקש לעיין בהם טרם הפקת חוות הדעת הסופית נמסר לו שהמנוח הלך לעולמו ביום 22.6.16) סיפור משפחתי מצד אם המנוח המצביע על תורשה של הפרעות קצב.



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 8350-03-16 פלוני נ' מדינת ישראל - משרד הבריאות ואח'

תיק חיצוני:

1 סבו לקה בליבו ונפטר לאחר מספר ימים בהיותו בן 49, דודו נפטר מוות פתאומי בגיל 40, אמו
2 ואחותו סובלות מהפרעות בקצב הלב ומטופלות על ידי קרדיולוגים המתמחים באלקטרו
3 פיזיולוגיה. עד 3.3.09 נחשב המנוח אדם בריא, ניהל חיים מלאים ופעילים ללא מגבלה. בדיקת סקר
4 שגרתית שבוצעה בשנת 2001 בעקבות הפניה של מקום העבודה הראתה תרשים א.ק.ג במנוחה עם
5 קצב סינוס יסודי, פעימות מוקדמות ממקור חדרי בתבנית של LBBB וציר שמאלי, ללא שינויים
6 פתולוגיים נוספים. מבחן מאמץ שבוצע באותה עת היה תקין למעט כושר גופני בינוני.
7 עוד צוין בחוות הדעת כי ביום 3.3.09 במהלך אירוע, הרגיש המנוח באופן פתאומי חום בפנים
8 ותחושת קדם עלפון, יצא מאולם הארועים לגינה, איבד את הכרתו, נפל ונחבל בפנים. לאחר
9 שהתעורר הועבר לחדר המיון בבית החולים אסף הרופא שם נתפר הפצע בסנטר. תרשים הא.ק.ג
10 הראה קצב סינוס ללא הפרעת קצב אך עם שינויים במקטע ST-T בדופן התחתונה צדדית (שלא
11 נצפו בתרשים משנת 2001). בדיקת הטורפנין הייתה מתחת לסף הפתולוגי. בגיליון חדר המיון צוין
12 ברקע סיפור משפחתי. המנוח שוחרר מחדר המיון בהמלצה להמשך בירור קרדיאלי על ידי בדיקות
13 אקוקרדיוגרפיה, הולטר (מעקב אק"ג רציף במשך 24 שעות) ומבחן מאמץ.
14 המשך בירור התבצע במכון לב בקהילה תחת הכותרת של בירור סינקופה מסיבה לא ידועה. האקו
15 קרדיוגרפיה שבוצעה הראתה תפקוד גלובלי שמור של החדר השמאלי אך עם אזור של התכווצות
16 לקויה בדופן התחתון צדדי. מבחן המאמץ הראה כושר גופני נמוך, שינויים נרחבים ברפולריזציה
17 בעת המאמץ והופעה של מיאוצים קצרים (למשך כשתי שניות) אך מהירים (בקצב של 280 לדקה)
18 של טכיקרדיה חדרית. לאור הממצאים הומלץ על התחלת טיפול בקרדילוק (אשר משום מה לא
19 יושם, פרופ' חסין ציין כי לא ניתן מרשם רפואי לרכישת תרופה זו ולדברי המשפחה ההוראה לקבל
20 את התרופה לא נאמרה למנוח) וביצוע צנתור כלילי. הצנתור הראה כי העורקים הכליליים תקינים.
21 בוצעה התייעצות נוספת עם רופא אלקטרו פיזיולוג ביום 24.4.09 ומסקנתו הייתה כי מדובר
22 בסינקופה ואזו וגאלית עם תיעוד של Repetitive non sustained VT. הומלץ לבצע הולטר ומבחן
23 מאמץ חוזר. לא ניתנה המלצה לבדיקות או טיפולים נוספים פרט להימנעות ממאמצים גופניים
24 קשים. הומלץ על דיון חוזר עם הקרדיולוג המטפל מטעם קופת החולים בעוד 1-2 חודשים. בדיקת
25 הולטר שבוצעה ביום 27.4.09 הראתה פעימות מוקדמות ממקור חדרי בשכיחות של 1-00 לשעה עד
26 כדי הופעה של טריגמיניה ואף זוגות, במיוחד בשעות הערנות. המנוח אמנם הופנה לבדיקת מאמץ
27 חוזרת ביום 10.5.09 אך בדיקה זו כמו גם דיון חוזר לא התבצעו והוא המשיך בשגרת חייו.
28 פרופ' חסין ציין בחוות דעתו כי: "לפי הרשומות הרפואיות, הרופאים אשר טיפלו ב...לא
29 התייחסו לסיפור המשפחתי."
30 עוד המשיך ופירט במסגרת סיפור המקרה, כי ארבעה חודשים מאוחר יותר ביום 31.8.09 בשעה
31 22:18 התלונן המנוח על הרגשה רעה, הקיא ואיבד את הכרתו. בהדרגת מגן דוד אדום הוחל עיסוי
32 לב על ידי התובעת. האמבולנס שהגיע תיעד בא.ק.ג פרפור חדרים, ביצע החייאה שכללה 14 מכות
33 חשמל, בשל הופעה חוזרת של טכיקרדיה ופרפור החדרים ומתן חוזר של אדרנלין ואטורופין.



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 8350-03-16 פלוני נ' מדינת ישראל - משרד הבריאות ואח'

תיק חיצוני:

1 בהמשך, לאחר ששוחזרה פעילות לב ספונטנית ומצבו ההמודינמי היה סביר הועבר המנוח כשהוא
2 מחוסר הכרה ומונשם על ידי נט"ן שהוזמן לשם לסיוע בהחייאה, לאשפוז בבית החולים אסף
3 הרופא. במהלך האשפוז התברר כי כתוצאה מהאירוע סובל המנוח מפגיעה מוחית איסכמית קשה
4 ומפגיעה בתפקוד הלב. מהאשפוז באסף הרופא הועבר המנוח למוסד רעות שם נגמל מהנשמה וביום
5 24.4.10 הושלל דפיברילטור בבית החולים תל השומר. נוכח מצבו, בהמשך עבר טיפולים נוספים.
6 עקב הפגיעה התפקודית המוחית הקשה, שנגרמה עקב הפסקת פעילות הלב בעקבות פרפור החדרים
7 באירוע מיום 31.8.09 ואי הגעת דם וחמצן למוחו נשאר המנוח במצב של נכות מוחלטת עד פטירתו.
8 בחוות דעתו, קבע פרופ' חסין כי המנוח ניזוק קשה ביותר ובאופן בלתי הפיך מהתקף של הפרעת
9 קצב ממאירה שהופיע מספר חודשים לאחר אירוע של סינקופה. סביר מאד כי נזק זה היה נמנע לו
10 היה מקבל טיפול מתאים טרם התרחשותו של התקף זה. מתן טיפול כזה היה נדרש לאור אירוע
11 הסינקופה והממצאים של הבירור הקרדיאלי שעבר בעקבותיו. סינקופה היא אירוע קצר של אובדן
12 הכרה המופיע למשך זמן קצר (עד מספר דקות) וחולף מאליו.
13 סינקופה הוא אירוע שיכול להופיע על רקע שלושה מקורות אפשריים: מרכזי-מוחי; תגובה
14 סיסטמית מתווכת על ידי העצבים הקרויה גם תגובה ואזו-וגאלית (עלפון פשוט); וסינקופה ממקור
15 קרדיוסקולרי.
16 במקרה של המנוח אובחנה הסינקופה ככזו הנובעת ממקור ואזו-וגאלי לאור הנסיבות בהן ארעה,
17 אוריה דחוסה של קהל רב ולגימות אלכוהול, אולם ללא התייחסות לממצאים שנצפו בבדיקות הלב-
18 הפרעה אזורית בהתכווצות החדר השמאלי שנצפתה בבדיקה האקוקרדיוגרפית אשר התאימה
19 לממצא האלקטרוקרדיוגרפי של שינויים במקטע ST-T בדופן התחתון צדדי וכן הופיעה טכיקרדיה
20 חדרית שנרשמה בשלב ההחלמה של בדיקת המאמץ. פרופ' חסין ציין בחוות דעתו, כי ההוריות
21 קובעות כי **אבחנה ראשונית של סינקופה ואזו-וגאלית תינתן רק בהעדר מחלת לב. יתרה מכך,**
22 **קיומה של מחלת לב מבנית עליה מצביעה בדיקת האקו שבוצעה למנוח, בצירוף הרישום עם**
23 **טכיקרדיה חדרית ובמיוחד לנוכח הסיפור המשפחתי של הפרעות בקצב הלב, מחייב, לפי ההוריות**
24 **של החברה האירופאית לקרדיולוגיה בנושא שפורסמו בשנת 2009, להשתיל דפיברילטור או**
25 **לפחות לשקול אפשרות כזו. כאשר הפגיעה בתפקוד חדר שמאל אינה קשה, כמו במקרה של המנוח**
26 **אפשר להסתפק בניסיון לטיפול פולשני על ידי אבולוציה של מוקד הפרעת הקצב תוך כדי בדיקה**
27 **אלקטרופיזיולוגית מתאימה ו/או טיפול תרופתי אנטי אריתמי ספציפי מניעתי. הרופאים שטיפלו**
28 **במנוח בתקופה שבין מרץ עד אוגוסט 2009 לא נהגו על פי ההוריות הללו ובכך התרשלו.**
29 פרופ' חסין קבע כי המדובר החל מהבירור החפז במיון של ביה"ח אסף הרופא שהסתיים בשחרור
30 ממיון להשלמת הבירור בקהילה, במקום אשפוז דחוף בביה"ח (במיוחד לנוכח הממצא הפתולוגי
31 בא.ק.ג.) ובמהלכו השלמת הבירור הנדרש, כולל אקו מבחן מאמץ צנתור כלילי ובדיקה
32 אלקטרופיזיולוגית; דרך הרופאים המטפלים במכבי וכלה בייעוץ האלקטרופיזיולוגי הפרטי אשר
33 התעלמו מחומרת הממצאים (במיוחד הפרעת ההתכווצות באקו ורישום טכיקרדיה חדרית בעת



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 8350-03-16 פלוני נ' מדינת ישראל - משרד הבריאות ואח'

תיק חיצוני:

מבחן המאמץ) ולא כיוונו להשלמת הבירור על ידי בדיקה אלקטרופיזיולוגית והמלצה ברורה לטיפול מניעתי. סביר מאד להניח כי לו היו נוקטים במדיניות המומלצת, במיוחד השתלת דפיברילטור (ישירות או לאחר בדיקה אלקטרופיזיולוגית), היה נמנע האירוע הטרגי של ה-31.8.09 ולא היה נגרם הנזק הקשה שאירע למנוח בעקבותיו. הנחה זו מבוססת על העובדה כי הדפיברילטור שהושלל בגופו של המנוח בסופו של דבר הוכיח יעילות בטיפול בהפרעות קצב ממאירות חוזרות וכי הבדיקה האלקטרופיזיולוגית שבוצעה בשנת 2014 הראתה נטייה קשה של הלב לפתח הפרעת קצב כזו (לו הייתה בדיקה זו מתבצעת במסגרת הבירור של הסינקופה היה בה משום תמיכה להחלטה להשתלת הדפיברילטור טרם האירוע הטרגי).

לסיכום קבע פרופ' חסין, כי למנוח נגרם נזק נוירולוגי וקרדיאלי קשה ביותר אשר הותיר אותו נכה מוחלט, מרותק למיטה, מחוסר תקשורת סבירה עם סביבתו ותלוי בעזרה סיעודית (נכות של 100%). הנזק נגרם בעקבות אירוע של הפרעת קצב ממאירה שהופיעה מספר חודשים אחרי אירוע של סינקופה. אבחון וטיפול נכונים לאחר אירוע הסינקופה, ובהתאם להוריות הכתובות, היו יכולים למנוע את הנזק הכבד. הרופאים שטיפלו במנוח חרגו מההוריות הכתובות ובכך נמנעה מהמנוח האפשרות שלא להיפגע מהפרעת הקצב הקטלנית. (כאמור לעיל- מאז כתיבת חוות הדעת הוא נפטר – א.פ.).

בחוות דעתו המשלימה מיום 11.11.19, התייחס פרופ' חסין בין היתר גם לחוות דעת מומחה הנתבעים, פרופ' יעקב לביא (להלן: "פרופ' לביא") שתוצג בהמשך פסק דיני זה. מסקנתו בחוות הדעת המשלימה הייתה, כי המנוח סבל מנזק מוחי איסכמי בלתי הפיך בעקבות הפרעת קצב חדירת ממאירה אשר התרחשה מספר חודשים לאחר אירוע של סינקופה. בניגוד להוריות הרפואיות בחרו הרופאים המטפלים להתייחס בקלות ראש לאירוע הסינקופה ולפטור אותו כאירוע ואז-וגאלי למרות שההערכה הראשונית, כמו גם בבדיקות שבוצעו לאחריה, הצביעה על סיכון גבוה להפרעת קצב לבבית. התנהלות זו, בשלושת האינסטנציות הרפואיות אליהם פנה המנוח לאחר האירוע, מנעה מודעות מתאימה מהמנוח ובני משפחתו, המשך בירור מעמיק ונקיטת צעדים מתאימים שיכלו למנוע את הנזק הבלתי הפיך שגרם לתקופה ארוכה של נכות מוחלטת והוביל לבסוף גם למותו.

בחקירתו הנגדית בישיבת 31.3.24, אישר פרופ' חסין, כי אין לו מומחיות ברפואה דחופה, למרות שלטענתו עסק כל חייו ברפואה דחופה (עמ' 23). הוא טען כי כתב מספר מאמרים בעיתונות המובילה בקשר להתייחסות הקרדיולוגית של הרופא ברפואה דחופה, הוא היה כל חייו בחדרי מיון, בתור מנהל טיפול נמרץ. המומחה הופנה למסמכים הרפואיים שפירט שעמדו לנגד עיניו בחוות דעתו בעמוד השני שלה ואישר כי מעבר למסמכים האמורים לא עמדו בפניו מסמכים נוספים, גם לא בעת כתיבת חוות הדעת המשלימה (עמ' 24, שו' 11-19). המומחה הופנה לחוות דעתו, שם ציין בין היתר, כי "אמו ואחותו סובלות מהפרעות בקצב הלב ומטופלות ע"י קרדיולוגים המתמחים באלקטרו



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 8350-03-16 פלוני נ' מדינת ישראל - משרד הבריאות ואח'

תיק חיצוני:

1 **פיזיולוגיה**. "המומחה נשאל האם כתב זאת למרות שלא עמדו בפניו מסמכים רפואיים מזמן אמת
2 מהם ניתן ללמוד שיש סיפור משפחתי לפני קרות האירוע הראשון והוא השיב כי לקח את האמור
3 מהמסמכים שעמדו בפניו (עמ' 27). המומחה נתבקש להפנות למסמך מלפני האירוע ממנו ניתן
4 ללמוד אודות הסיפור המשפחתי הנטען (עמ' 27) והוא הפנה למסמכים משנת 2010, קרי לאחר קרות
5 האירוע, בהם צוין כי ישנו סיפור של מוות פתאומי במשפחה ולדבריו, הסיבה השכיחה למוות
6 פתאומי הינה הפרעת קצב פתאומי. הוא טען, כי בלמעלה מ-60% מהמקרים מוות פתאומי, הינו
7 כתוצאה מפרפור חדרים, וזו האבחנה השכיחה ביותר למוות פתאומי (עמ' 28). המומחה הופנה
8 למסמך מיום 21.12.09 (נ/1 31.3.24) שם צוין כי סבו של המנוח נפטר בגיל 49 מאירוע מוחי עם
9 שיתוק חצי גוף. הוא נשאל האם כשהוא קורא את האמור הוא מסיק מכך שסבו של המנוח נפטר
10 מאירוע לב והוא השיב "אני יודע לגבי הסבא עכשיו שהוא לקה בהתקף לב עם שיתוק של חצי גוף
11 ומת 10 ימים אחרי כן מוות פתאומי". ולכן מבחינתו מדובר בהתקף לב שנלווה להתקף המוחי. הוא
12 הוסיף והסביר שזאת הנחה שלו (עמ' 32,33). פרופ' חסין נשאל גם לגבי דודו של המנוח שמת
13 בפתאומיות בגיל 40 כיצד הוא יודע מה סיבת המוות, למרות שלא בוצעה נתיחה לאחר המוות והוא
14 השיב שזו קביעתו, כי כך הספרות קובעת. יש אינסוף מאמרים שמראים שהסיבה השכיחה ביותר
15 למוות פתאומי היא הפרעת קצב הלב. הוא נשאל האם נראה לו הגיוני לא לבקש לראות מסמכים
16 רפואיים לגבי נסיבות הפטירה כאשר הוא כותב חוות דעת, והוא השיב על כך בחיוב (עמ' 33). פרופ'
17 חסין אישר כי הוא מייחס לסיפור המשפחתי חשיבות ומבחינתו מדובר באחד הגורמים התורמים
18 הידועים בהערכה של רופא, במיוחד במחלה וסקולארית ובמיוחד במחלת לב. הסיפור המשפחתי,
19 עצם העובדה שקיימות מחלות קרדיאליות אצל חולה שמגיע למיון עם סיפור של סניקופה, במיוחד
20 כאשר יש לו א.ק.ג. עם התקף לב, אזי עצם העובדה שיש סיפור משפחתי מכוונת לאבחנה קרדיאלית
21 (עמ' 34). בהמשך חקירתו הופנה המומחה לעמ' 75 לתיק מוצגי התובעים, שם במסגרת מסמך רפואי
22 מבית החולים אסף הרופא, צוין על ידי ד"ר פולצ'ק לגבי המנוח בין היתר כך: "בן 44 בריא בד"כ
23 ... סיפור משפחתי". בעדותו בבית המשפט ובתצהירו בסעיף 5 הבהיר ד"ר פולצ'ק כאמור לעיל, כי
24 נכתב שם כך: "...בן 44 בריא בד"כ, ללא סיפור משפחתי...", המומחה אישר כי עודכן על ידי עורכת
25 הדין ש"עם סיפור משפחתי" הפך ל"לא סיפור משפחתי" לאחר חקירתו של ד"ר פולצ'ק, כאשר
26 לטענתו, אם אכן נכתב "לא סיפור משפחתי" הרופא בחדר המיון מעל בתפקידו. לא יתכן שאדם
27 בן 44 יגיע לחדר המיון עם סיפור משפחתי כאמור וישאל על סיפור משפחתי וזו תהייה התשובה
28 שלו. לדבריו:

29 **"ת. אי אפשר לקבל בכלל דבר כזה. מכיוון שאז הוא היה חייב לחקור אותו שוב,**
30 **בצורה שבה אתה חוקר אותי.**
31 **ש.כן.**
32 **ת. ולהוציא את הסיפור האמיתי."** (עמ' 36).
33

34 בהקשר זה הופנה המומחה גם לחוות דעתו שם צוין בעמ' 4 כי: **"יצוין כי לפי הרשומות הרפואיות,**
35 **הרופאים אשר טיפלו במר... לא התייחסו לסיפור המשפחתי."** נוכח האמור נשאל המומחה, האם



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 8350-03-16 פלוני נ' מדינת ישראל - משרד הבריאות ואח'

תיק חיצוני:

במקרה שבו מדובר בארבעה גורמים שונים שבדקו את המנוח (רופא המשפחה שלו ד"ר עמרם, הקרדיולוג פרופ' בן דוד והמומחה הפרטי פרופ' בלאסן וכן ד"ר פולצ'ק במיון) ואף אחד מהם לא ציין את הסיפור המשפחתי, האם מסקנתו הינה כי אף אחד מהם לא שאל על הסיפור המשפחתי ופרופ' חסין השיב על כך בחיוב (עמ' 40, שו' 1-5). פרופ' חסין נשאל האם במידה ובית המשפט ייקבע כי המנוח לא אמר דבר על סיפור משפחתי, אולי כי לא ייחס לכך משמעות, האם במצב כזה יש לו טענות כלפי ד"ר פולצ'ק והוא השיב "בוודאי שאתה טועה". לדבריו:

"חד משמעית. אחד, אין לקבל את הנושא, לפחות, כאשר לוקחים אנמנזה, כאשר אני מלמד את הסטודנטים שלי לקחת אנמנזה, עם הדגשה על הסיפור המשפחתי, לא שואלים רק שאלה כללית. אלא שואלים על קרובי המשפחה הקרובים, לגבי מחלות לב, בפרטנות, מקדישים לזה עוד דקה בשביל לוודא את נושא הסיפור המשפחתי, ולא משאירים את זה תלוי באוויר. זה כאשר רופא איננו מודע לסיפור משפחתי כה כבד, זה בעיה, של הרופא, בלקיחת אנמנזה. לא יכול להיות אחרת. זה דבר אחד...." (עמ' 43, שו' 6-16).

בנוסף לאמור טען פרופ' חסין כך:

"יש תרשים א.ק.ג. פתולוגי ביותר שמראה שהוא עבר התקף לב מתישהו, אנחנו קוראים לזה אוטם אינפרולטרנלי (אנגלית) זה הפיענוח של תרשים הא.ק.ג. הזה. אני לא כתבתי את הפיענוח הזה ברחל בתך הקטנה...." (עמ' 43, שו' 31-33).

ובהמשך הסביר עוד:

"התרשים הזה, הוא תרשים שאי אפשר לעבור עליו לסדר היום. כאשר בא מישהו אחרי איבוד הכרה עם תרשים א.ק.ג. כזה, במיוחד בגיל צעיר." (עמ' 44, שו' 7-8).

כלומר לדבריו, אין מדובר רק בנושא המשפחתי, וגם אם המנוח נשאל על הסיפור המשפחתי והשיב בשלילה, עדיין לא נהגו נכון במיון, שכן שבמקרה זה קיימת גם ראייה, קיים תרשים א.ק.ג. (עמ' 44, שו' 11-17).

בהמשך חקירתו הופנה המומחה לחוות דעתו המשלימה, שם הסכים כי מחלת לב איסכמית נשללה בסבירות טובה (על פי תרשים אק"ג שנעשה במיון), עם זאת הפנה להסתייגות שלו, כי בשביל לשלול בסבירות טובה, היה צריך לחזור על תרשים האק"ג והיה צריך לחזור על הבדיקה. פרופ' חסין אמנם הסכים כי אבחנתו של רופא המיון כי מדובר בסינקופה ממקור ואזו-וגאלי היא סבירה ושכיחה והביקורת שלו הינה כי היה צריך לבצע את הבירור הקרדיאלי במסגרת בית החולים ובמקרה הזה כאשר המנוח הופנה לבירור במסגרת הקהילה ההפניה כשלעצמה היא בגדר רשלנות (עמ' 45, 46). המומחה אישר כי במסגרת הקהילה המנוח נבדק על ידי שני מומחים בקרדיולוגיה מהדרגה הראשונה בסוגיה של הפרעת קצב, פרופ' בן דוד ופרופ' בלאסן (עמ' 46, שו' 19-26). בהמשך הופנה לסיכום יעוץ מיום 16.4.09 (עמ' 108 למוצגי התובעים) ואישר גם כי כאשר המנוח הגיע לפרופ' בן דוד לראשונה ביום 24.3.09 הוא כבר עבר אקו לב ובפני פרופ' בן דוד היה גם את המידע לגבי הא.ק.ג. בבית החולים וגם את מבחן המאמץ והשינויים בא.ק.ג., ומאוחר יותר כאשר הוא מגיע שוב



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 8350-03-16 פלוני נ' מדינת ישראל - משרד הבריאות ואח'

תיק חיצוני:

לפרופ' בן דויד, יש בפני פרופ' בן דוד גם את תוצאות בדיקת ההולטר. כך גם כאשר הוא מגיע ביום 24.4.09 לפרופ' בלסאן יש לשער כי כל הבדיקות עמדו בפניו (עמ' 48). המומחה הופנה למסמך מיום 24.4.09 (עמ' 114 למוצגי התובעים) בו הפנה פרופ' בלסאן לפרופ' בן דויד שם הוא המליץ על ביצוע הולטר וארגומטריה חוזרת בעוד כחודש-חודשיים. פרופ' חסין אישר כי לאחר הביקור האמור המנוח חזר פעם נוספת לפרופ' בן דויד, וכעת היה לפרופ' בן דויד מידע נוסף לגבי ההולטר (עמ' 53, שו' 28-32). פרופ' חסין אישר כי לשני המומחים האמורים, פרופ' בן דויד ופרופ' בלסאן יש כבר הרבה יותר מידע מהמידע שעמד בפני ד"ר פולצ'ק במיון, יש בדיקות נוספות ויש להם גם מומחיות גדולה יותר על פני הרופא הצעיר במיון, ולפיכך הוא נשאל מדוע לא כתב בחוות דעתו שהם היו צריכים להורות לאשפז את המנוח על מנת להשלים בירור. פרופ' חסין השיב כי יש הבדל גדול, בנסיבות שהחולה הגיע. החולה הגיע לחדר המיון לאחר שאיבד את הכרתו, איבוד הכרה רציני לאחר שנחבל. הוא היה צריך טיפול של כירורג פלסטי לתקן את החבלה. הוא הגיע דחוף לחדר המיון. להבדיל מכך, לשני המומחים האחרים המנוח הגיע באופן אלקטיבי. לא לוקחים מקרה אלקטיבי ומפנים דחוף לחדר המיון. אין פה סיבה. לא הייתה בצורת הפניה שלהם סיבה להפנות אותו דחוף לחדר המיון. פרופ' חסין טען כי, יש הבדל גדול מאוד בהחלטה של חדר המיון ובאחריות שמוטלת על חדר המיון כאשר מגיע מישו דחוף, לעומת האחריות שמוטלת על הרופא לאחר מכן, להמשך הבירור (עמ' 54).

בהמשך חקירתו, פרופ' חסין נשאל האם לטענתו מיד לאחר שהמנוח שוחרר מחדר המיון הפך המקרה מבהול ודחוף לאלקטיבי והוא השיב כך:

"זו בדיוק הבעיה. ההתייחסות הראשונה המיידית של חדר המיון. אני אסביר קצת יותר. כאשר אנחנו ברפואה שלנו, סליחה, זאת בעיה קשה מאוד, לדעתי, במבנה הרפואה בארץ, בכלל. הקביעה של בית החולים היא זאת שלאחר מכן מנחה את כל הרופאים, ועובדה, גם את המומחים. והיא בעייתית. אם חדר המיון טועה, יש לזה השלכה לאחר מכן על המשך ההתנהלות של החולה. כאשר קובעים גישה מסוימת אחרי כן להפוך אותה לגישה אחרת זו בעיה. זה בעיה בהתנהלות הרפואית שהיא חוזרת עליה, אני אפילו כתבתי על זה מאמר בנושא הזה. ואני חושב שזה בעיה עקרונית, בעייתית. הרופאים, בקהילה, הם מוגבלים. ממשיכים את הקו שבית החולים התחיל איתו... שבבית החולים הרופא צעיר והרופא לא מנוסה, וכך הלאה. אבל עדיין, האחריות של בית החולים, בית החולים מנחה גישה מסוימת כלפי האיש, והאחרים הולכים בעקבותיו. זה מה שקרה פה." (עמ' 55, שו' 3-15).

המומחה נשאל אם מה שהוא אומר במילים אחרות, זה שד"ר פולצ'ק הרופא בבית החולים התווה את הדרך לפרופ' בלסאן ולד"ר בן דויד והוא השיב "מסתבר שכן" (עמ' 55, שו' 16-22). הוא טען כי האבחנה של הרופא במיון אינה סבירה כי היא עומדת בניגוד להוראות, בניגוד למדיניות של הטיפול בחולה בסינקופה. במקרה זה לטענתו קיימים נתונים אחרים בגינם מוכרחים להמשיך ולקבוע אבחנה קרדיאלית ומה התעלמו (עמ' 57). המומחה אישר כי לאחר שהמנוח שוחרר מחדר המיון לא היה מידע שהועבר לרופאים האחרים שהוא שגוי. כל המידע עבר אליהם באופן מלא (עמ' 57, שו' 26-32) רק שלטענתו לא הושלם הבירור (עמ' 58, שו' 1). לשיטתו, כל בדיקה שנערכה



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 8350-03-16 פלוני נ' מדינת ישראל - משרד הבריאות ואח'

תיק חיצוני:

ממחישה יותר את האפשרות שמדובר בהפרעת קצב, וכל רופא לאחר כל בדיקה היה צריך לחשוב יותר שמדובר בהפרעת קצב (עמ' 58 שו' 5-2).

לאחר שהצנתור של המנוח יצא תקין, המנוח הלך לאלקטרופיזיולוגים ד"ר בן דוד ופרופ' בלאסן שהם מתמחים בטיפול בהפרעות קצב לב (עמ' 58, 59).

המומחה נשאל האם בירר מדוע המנוח לא פעל לבצע את הבדיקות אליהן הופנה על ידי פרופ' בן דוד ופרופ' בלאסן, כגון בדיקת מאמץ חוזרת והוא השיב כי לא בירר ואין זה תפקידו לברר. עם זאת הבהיר כי ידוע לו שהמנוח לא ביצע את הבדיקה כאמור (עמ' 60). פרופ' חסין טען כי לא הבין מדוע יש צורך לבצע בדיקת מאמץ נוספת כאשר יש תשובה ברורה של בדיקת מאמץ קיימת. גם אם הבדיקה הנוספת לא הייתה מראה אותו הדבר, עדיין יש עדות של בדיקת המאמץ הקיימת ולכן לא ייחס לכך חשיבות. פרופ' חסין אישר כי לא ציין את האמור בחוות דעתו (עמ' 61, שו' 10-26).

לטענתו, זה לא היה נראה לו חשוב מאחר שהסבירו למנוח שיש לו ואז-וגאל סינקופה, שאפשר להתעלם מהדבר הזה ושהוא יכול לחזור לחייו. לטענתו הוא לא כתב זאת בחוות דעתו כי זה לא חשוב ההתייחסות של המנוח שפעל בהתאם למה שנאמר לו. ברור שאם היו אומרים לו שזה על רקע קרדיאלי ההתייחסות שלו הייתה אחרת (עמ' 62).

פרופ' חסין טען כי במקרה של המנוח עברו באופן ברור על הכללים הכתובים לגבי הטיפול בתסמונת עימה הגיע (עמ' 63, שו' 8-10).

המומחה נשאל האם נכון שבאירוע התעלפות ממקור של הפרעת קצב יינתן ביטוי אחר מזה שראינו במקרה זה בבדיקות הא.ק.ג ובבדיקות הטורפונין והוא השיב **"לא בהכרח"**. לטענתו, נעשתה בדיקת טורפונין אחת בקבלה שהייתה תקינה ולפי כל ספר לימוד חייבים לחזור עליה. נוכח תשובתו האמורה, הוא נשאל היכן בחוות דעתו כתב שהיה צריך לבצע בדיקת טורפונין נוספת והוא השיב: **"פאשלה שלי. לא כתבתי"**. (עמ' 63, שו' 11-26). בהמשך חקירתו הופנה המומחה לחוות דעתו המשלימה (עמ' 262 לתיק מוצגי התובעים), שם כתב בין היתר כך:

"במכתב השחרור רופא המיון המליץ אמנם על ביצוע בדיקות אקו לב, מבחן מאמץ והולטר. בדיקות אלו יכולות לאשר או לשלוש שמדובר בסינקופה מסכנת חיים, הן ניתנות לביצוע באופן מידי בחדר המיון או במהלך אשפוז קצר וצריכות היו להתבצע במקרה זה במסגרת ביה"ח". (עמ' 65, שו' 21-30).

המומחה נשאל האם בחדר המיון ניתן היה לבצע את הבדיקות האמורות והוא השיב **"בוודאי"**. (עמ' 65, שו' 31-33). הוא אישר כי כל הבדיקות האמורות נעשו בהמשך במסגרת הקהילה, תוך כדי הביקורים אצל ד"ר בן דוד ופרופ' בלאסן. כן אישר כי הן נעשו ונבדקו על ידי רופאים מומחים אשר לא חשבו שיש צורך לעשות משהו בהקשר האמור (עמ' 66, שו' 5-15). הוא נשאל מדוע אם כך רופא במיון אחראי לכך שבדיקות שנערכו בהמשך בקהילה פוענחו או לא נעשו כמו שצריך והוא השיב:

"זה הפסיקה. ככה הבנתי. שאם חדר המיון טעה, ואחרי כן, תוקן על ידי הרופאים המומחים בקהילה, אוקיי, לא נגרם נזק. אם חדר המיון טעה ואחרי כן הרופאים המומחים גם טעו, יש לחדר המיון..."



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 8350-03-16 פלוני נ' מדינת ישראל - משרד הבריאות ואח'

תיק חיצוני:

1 לדבריו קיימת אחריות משותפת לכולם במצב הזה (עמ' 66, שו' 16-28).
2 פרופ' חסין אישר כי בדיעבד המנוח לא עמד בסכנה מיידית שהבירור בקהילה גרם לו, למרות שזה
3 עניין של אחוזים (עמ' 68, שו' 1-5). "ברוב המקרים לא יקרה כלום" (עמ' 68, שו' 10). המומחה
4 אישר כי לא ציין בחוות דעתו כי המנוח שתה שלוש כוסות אלכוהול וטען כי אין לכך חשיבות. הוא
5 איבד הכרתו ולא שיווי משקל (עמ' 69, שו' 14-30). לא יכול להיות שמישהו ישתה ויאבד הכרה
6 משלוש כוסות כאמור. לטענתו הוא לא חשב שצריך לפרט את הדברים, ויתכן שהיה צריך לפרט
7 זאת, "אבל זה היה כתוב בכל מקום." (עמ' 70).

8 המומחה נשאל שוב על כך שהמנוח בחר שלא ליטול את הטיפול בתרופה קרדילוק למרות שהומלץ
9 לו אצל פרופ' בן דויד ואישר כי לא בירר את הסיבה בגינה המנוח לא נטל את התרופה למרות שזה
10 נראה לו מאוד חשוב. בחוות דעתו הוא ציין כי לדברי המשפחה ההוראה לקבל את התרופה לא
11 נמסרה למנוח וזאת הוא שמע מפיה של עורכת הדין בהליך, והוא מעולם לא דיבר עם התובעת (עמ'
12 71). אין להוראה הזו יישום במסמכי קופת החולים והמנוח לא רכש את התרופה (עמ' 72, שו' 4-5).

13
14 ב. מטעם הנתבעים הוגשה כאמור חוות דעתו של פרופ' לביא.

15 בחוות דעתו מיום 5.6.18, תיאר פרופ' לביא את פרשת המקרה והתייחס לעברו הרפואי של המנוח.
16 במסגרת חוות הדעת צוין כי למנוח "ספור משפחתי מצד אמו של הפרעות בקצב הלב: סבו לקה
17 בליבו ונפטר בגיל 49, דודו נפטר פתאומי בגיל 40, אמו ואחותו סובלות מהפרעות בקצב הלב."
18 פרופ' לביא ציין כי בשעות הערב של 3.3.09 במהלך אירוע משפחתי בו שתה 3 כוסיות ויסקי, חש
19 המנוח בסחרחורת, איבד את הכרתו, נפל ונחבל בפניו. שב להכרתו תוך זמן קצר ופונה על ידי
20 משפחתו לחדר המיון של בית החולים. בהגיעו למיון בשעה 00:05 של ה-4.3.09 נמצא בהכרה מלאה,
21 נמדד דופק ראשוני של 111 לדקה שירד בתוך שתיים ל-90 לדקה, ולחץ דם 130/80. בבדיקתו נמצא
22 חתך בסנטר ונפיחות קלה בלחי השמאלית. בדיקה נוירולוגית לא העלתה כל ממצא פתולוגי.
23 "תרשים הא.ק.ג. העלה קצב סינוס סדיר, עם גלי T הפוכים בדופן התחתונה וצניחות מינימליות

24 של מקטע ST בחיבורים V 4-6."

25 בדיון בחוות דעתו קבע פרופ' לביא כי לא מצא כל פגם בהתנהלותו של הצוות הרפואי בבית החולים
26 בטיפול שהוענק למנוח. המנוח התקבל בחדר המיון של אסף הרופא עם סיפור של התעלפות קצרה
27 (סינקופה) שארעה במהלך של אירוע משפחתי בו שתה שלוש כוסיות ויסקי, וממנה התאושש באופן
28 עצמוני תוך זמן קצר, בלא שנותרו בו כל ממצאים נוירולוגיים פתולוגיים שאריים לאחריה. הממצא
29 הפתולוגי היחיד שנמצא היה תרשים א.ק.ג. שממצאיו יכולים היו להיות מוסברים בקיומה של
30 הפרעה לא חריפה באספקת הדם לשריר הלב (איסכמיה). מאחר ולא נמצאה בעת קבלתו למיון כל
31 עדות נוספת למאורע איסכמי לבבי חריף, הומלץ למטופל בעת שחרורו להמשיך ולבצע סדרת
32 בדיקות שתוכלנה לאשר או לדחות את האבחנה המשוערת. בהעדר כל עדות למצב לבבי חריף שיכול
33 היה להיות גורם לאירוע הסינקופה והיה מחייב המשך בירור וטיפול באשפוז, התייחסו רופאי חדר



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 8350-03-16 פלוני נ' מדינת ישראל - משרד הבריאות ואח'

תיק חיצוני:

1 המיון לאירוע אבדן ההכרה הקצר כאל אירוע סינקופה מגורם ואזו-ואגלי שאינו מחייב אשפוז.
2 בהתאמה ההחלטה לשחרר את המטופל ולהמשיך ולברר את מהות בעייתו באופן אמבולטורי,
3 הייתה החלטה נכונה שתואמת את ההנחיות הרפואיות שהיו מקובלות בנדון בעת קרות המקרה
4 בשנת 2009 והן כיום.
5 עוד טען פרופ' לביא בחוות דעתו כי סינקופה ואזו – ואגלית היא סיבת ההתעלפות השכיחה ביותר
6 בעיקר בקרב צעירים ובני נוער. היא מוגדרת כאירוע של אובדן הכרה חולף כתוצאה מירידה רגעית
7 של זרימת הדם המוחית, המאופיינת על ידי הופעה מהירה, משך קצר, והתאוששות מיידית
8 ספונטנית מלאה. הצורה השכיחה ביותר יכולה להיגרם בעקבות גירויים חיצוניים שונים כגון פחד,
9 חרדה, כאב, או כתוצאה מעמידה ממושכת במיוחד במקום דחוס וחסם ומשתייכת אלכוהול. למרות
10 שלרוב לא מקובל לבחון בדיעבד את מידת הצדקתה של החלטה רפואית כלשהי על בסיס נתונים
11 שהצטברו בשלב מאוחר יותר ולא היו מצויים בידי הרופא בעת קבלת ההחלטה, במקרה הנדון, טען
12 פרופ' לביא כי הוא סבור, שניתן לקבוע כי לא נפל כל פגם בהחלטת הרופא הפנימי, ד"ר פולצ'ק
13 לשחרר את המטופל להמשך בדיקות בקהילה. שכן, ממצאי הבדיקות שהומלצו על ידי ד"ר פולצ'ק
14 בעת שחרור המטופל מחדר המיון ובוצעו בהמשך, אקו לב, מבחן מאמץ ובדיקת ההולטר, כמו גם
15 צנתור הלב שבוצע בעקבותיהם לא העידו על קיומה של סכנה חמורה להתפתחות הפרעת הקצב
16 החדרית הקשה שגרמה כעבור חמישה חודשים לפגיעה האנושה במנוח. אפילו פרופ' בלאסן הנחשב
17 לאחד מגדולי המומחים בארץ לטיפול בהפרעות קצב לב התייחס לאירוע אובדן ההכרה הקצר כאל
18 אירוע של סינקופה ואזו – ואגלית, לא התרשם מקיומה של סכנה מיידית למנוח והמליץ על המשך
19 מעקב ובירור כעבור חודש עד חודשיים. אין כל קשר בין הטיפול שניתן למנוח באספ הרופא לבין
20 פטירתו. גם לו היה המנוח מאושפז באספ הרופא ועובר את הבירור הלבבי המקיף שבוצע בפועל
21 בהמשך בקהילה, הוא לא היה מעלה דבר ולא היה משנה את הטיפול שניתן. פער הזמנים הארוך
22 בין הביקור היחיד באספ הרופא לבין הפטירה ורצף הבדיקות שבתווך מנתק כל קשר בין השניים.
23 גם לו היה נוקטים רופאי אספ הרופא בהתאם להמלצתו של פרופ' חסין, לא היו ממצאי כל הבדיקות
24 שהתבקשו ובוצעו מעידים על הצורך המידי בהשתלת דפיברילטור. בנסיבות אירוע הסינקופה
25 הראשוני שלאחריו נבדק המנוח בחדר המיון באספ הרופא, ההחלטה לאבחנו כאירוע סינקופה
26 ואזו-ואגלי ולא כסינקופה ממקור לבבי הייתה סבירה לחלוטין, ואין לייחס לה התנהלות רשלנית
27 לאור המידע שהצטבר בשלב מאוחר בהרבה. לסיכום קבע פרופ' לביא כי אינו מוצא כל פגם
28 בהתנהלות הצוות הרפואי בחדר המיון של בית החולים בטיפול שהוענק למנוח במקרה הנדון
29 והטיפול עמד בכל ההנחיות הקליניות שהיו והינן מקובלות בתחום.

30

31 ביום 9.2.20 ניתנה חוות דעתו המשלימה של פרופ' לביא

32 בחוות דעתו המשלימה התייחס פרופ' לביא לאמור בחוות דעתו המשלימה של פרופ' חסין. באשר
33 לטענת פרופ' חסין לפיה היה צריך לאשפז את המנוח כבר בהגעתו הראשונה לחדר המיון באספ
34 הרופא בעקבות אירוע הסינקופה על מנת להשלים באשפוז את כל הבדיקות הנדרשות לשלילת



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 8350-03-16 פלוני נ' מדינת ישראל - משרד הבריאות ואח'

תיק חיצוני:

מקור לבבי לתופעה, טען המומחה כי מכלול הממצאים שהיו בפני רופאי המיון בעת קבלת המנוח הצביעו במידה גבוהה מאד על סבירות על מקור לא לבבי לאירוע הסינקופה, כלומר על אירוע ואזו-וגאלי ולכן לא חייבו ולא הצריכו אשפוז לצורך המשך בירור ושלילת המקור הלבבי כמו גם הזמנת ייעוץ קרדיולוגי. יתרה מכך, גם אותן בדיקות שהיו לטענת פרופ' חסין אמורות להתבצע במהלך אשפוז מידי אך בוצעו באופן אמבולטורי במהלך החודשים שלאחר מכן, לא העידו על מקור לבבי לאירוע הסינקופה. בנוסף לאמור, טען המומחה כי מאחר ובעת אירוע הסינקופה הראשוני, כמו גם בחודשים הראשונים שלאחריו, לא תועדו אצל המנוח כל הפרעות קצב משמעותיות או מסכנות חיים, ממילא הוא אינו רואה היגיון שבשיוך הפרעת הקצב החמורה בה לקה חמישה חודשים לאחר אירוע הסינקופה לאירוע הראשוני. לאור ההיסטוריה המשפחתית המרשימה של המנוח בתחום הפרעות בקצב הלב, סביר ביותר להניח כי אירוע הפרעת הקצב החמורה שארע למנוח ביום 31.8.09, אירוע שלבסוף הביא לפטירתו, היה הביטוי הראשון של אותה מחלת לב "משפחתית", ואין לקשור אליו את אירוע הסינקופה הואזו-וגאלית שארע כחמישה חודשים קודם לכן.

בישיבת 3.4.24 הבהיר פרופ' לביא שהוא מנתח לב שהשתלם במקצוע וקיבל את רישיון המומחה לאחר שנים של התמחות בבית החולים תל השומר. הוא הקים את היחידה להשתלות לב בשיבא ובשנים האחרונות טרם יציאתו לגמלאות הוא ניהל אותה. כעת הוא בהנהלת בית החולים. במהלך השנים שימש כנשיא החברה הישראלית להשתלות איברים ונשיא החברה הישראלית לכירורגיית לב וחזה. הוא מבכירי הכירורגים לב חזה בארץ. עם זאת הודה המומחה כי הוא אינו קרדיולוג. הוא הסביר כי אין לו מומחיות פורמאלית בקרדיולוגיה אבל כל התמחות של מנתח לב היא הדוקה וצמודה עם עבודת הקרדיולוגים. כן אישר כי אין לו מומחיות ברפואה דחופה (עמ' 176-177). המומחה נשאל מדוע נתן חוות דעת בתחום הקרדיולוגיה והאלקטרופיזיולוגיה ורפואה דחופה, כאשר הוא לא מומחה בתחומים האמורים והוא השיב כך:

"התשובה גברתי בגוף השאלה. כמו שאמרתי, 7 שנות התמחות ו-35 שנות פעילות בתחום של כירורגיית הלב ששזורה באופן הדוק יומיומי עם קרדיולוגיה, עם עמיתי הקרדיולוגים, עם טיפולים בחולים דחופים בתחום הקרדיולוגי בחדר מיון נתנו לי את הביסוס האישי לבוא ולומר שאני כשיר לתת את חוות דעתי בתחום הנדון." (עמ' 178, שו' 6-10).

בהמשך עדותו שב המומחה וטען כי במקרה הנדון לא היה מקום להזמין ייעוץ קרדיולוגי:

"במקרה הנדון, לאור מכלול, כפי שאמרתי, הנתונים שהיו בפני ד"ר פולצ'ק, אנמנזה, א.ק.ג, בדיקות המעבדה, כל הדברים האלה לא כיוונו אלא להבחנה אחת, שאני כמו שכתבתי בחוות דעתי, מאשר אותה, שמדובר בזווגל סינקופה, לא באירוע לבבי, ולכן, אני תמכתי בחוות הדעת וגם עכשיו בעובדה שהוא לא התייעץ, לא הזמין ייעוץ קרדיולוגי." (עמ' 178, שו' 31-33 - עמ' 179, שו' 1-2).

המומחה נשאל מה הן כמויות האלכוהול שיכולות להוות רקע לסינקופה ואזו וגאלי והשיב כי "זה אינדיבידואלי" הקיבולת של אנשים שונים, שונה ולא ניתן לקבוע מסמרות (עמ' 179, שו' 12-16).



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 8350-03-16 פלוני נ' מדינת ישראל - משרד הבריאות ואח'

תיק חיצוני:

1 כמובן שיש חשיבות בהקשר זה גם למשקל של האדם (עמ' 179, שו' 31-33). פרופ' לביא נשאל מהיכן
2 לקח את הנתון כי מדובר בשלוש כוסות וויסקי והוא השיב כי אינו זוכר כרגע מהיכן לקח את הנתון
3 אך ברור לו שלא היה ממצא סיפור כזה קונקרטי (עמ' 180). בהמשך הופנה לכך שאזכור לשלוש
4 כוסות הוויסקי נמצא במסמך מיום 9.3.09, שישה ימים לאחר האירוע הראשון (עמ' 28 לתיק מוצגי
5 הנתבע 4). פרופ' לביא שב וטען כי אין משמעות לכמות האלכוהול (עמ' 183). לטענתו, כאשר בפני
6 ד"ר פולצ'ק עמדו מצד אחד, א.ק.ג. בלי שום הפרעות קצב, שינויים בא.ק.ג. שהיו מינימאליים ולא
7 העידו על אוטם טרי, ובדיקת טרופנין תקינה, כל זה בנוסף לאנמנוזה, גיל המנוח, הנסיבות בהן
8 התרחש האירוע, כל המכלול מבחינת ד"ר פולצ'ק ואף בדיעבד, שולל אירוע קרדיאלי כסיבת
9 התעלפות (עמ' 184, שו' 27-31). הא.ק.ג. לא הראה אוטם חריף בשריר הלב, הוא הראה שינויים.
10 העלה קצב סינוס בלי שום הפרעת קצב, הקצב היה תקין לגמרי, גלי T הפוכים בדופן התחתונה
11 וצניחות מינימליות של מקטע ST, בחיבורים V 4-6. היו ממצאים כאמור אך הם לא העידו על אוטם
12 חריף בשריר הלב. הא.ק.ג. אינו תקין, ועם זאת אינו מעיד על מצב/אוטם לבבי חריף. כשמוסיפים
13 לאמור את בדיקת הטרופנין שהיא תקינה והמכלול של סיפור המעידה, מבחינת הרופא וגם היום
14 בראיה לאחר אפשר בוודאות לשלול סיבה קרדיאלית. כל בדיקות ההדמיה שהתבצעו לאחר מכן
15 אכן העידו כי אין שם מקור של איסכמיה, של בעיה באספקת הדם לשריר הלב (עמ' 185, שו' 33-
16 29-29 עמ' 186, שו' 1). נוכח תשובתו האמורה נשאל המומחה מדוע הפנה ד"ר בן דויד את המנוח לבצע
17 צנתור אם הוא לא ראה חשד לאיסכמיה, ופרופ' לביא השיב כי הוא חושב שפרופ' בן דויד נקט
18 באמצעי זהירות ראוי לשבח, בגלל אותם שינויים קלים בא.ק.ג., שלא היו מושלמים אך גם לא העידו
19 על אוטם טרי ולכן הוא הפנה אותו למכלול בדיקות שהמנוח ביצע וכל הבדיקות יצאו תקינות (עמ'
20 186, שו' 2-8). תקינות מהבחינה הזו שלא נמצאה כל בעיה באספקת הדם לשריר הלב (עמ' 186, שו'
21 11). צינתור הלב היה תקין וזו הבעיה האולטימטיבית לאבחנה אם יש או אין בעיה באספקת הדם
22 לשריר הלב (עמ' 186, שו' 15-18). הא.ק.ג. אכן לא היה תקין כאשר המנוח נבדק במיון ולכן על מנת
23 לשלול כל אפשרות, רחוקה ככל שתהייה, הוא הפנה את המנוח לאותן בדיקות בקהילה (עמ' 187,
24 שו' 28-29). לדבריו:

**"כל עוד הבעיה הזאת בא.ק.ג., כמו במקרה הנדון, לא מעידה על סכנה שקיימת
התפתחות של אוטם חריף בשריר הלב, וזה נכון גם על סמך הא.ק.ג., וגם על סמך
הטרופונין, התשובה היא כן. נכון. אפשר לשחרר אותו עם הכותרת וזוגל
סינקופה." (עמ' 188, שו' 1-4).**

30 פרופ' לביא נשאל על כך שפרופ' חסין, שהוא קרדיולוג ציין בחוות דעתו המשלימה כי הא.ק.ג. העלה
31 אפשרות של אוטם תחתון והוא השיב כי הוא חולק עליו (עמ' 189, שו' 28-31). פרופ' לביא טען כי
32 אין דבר כזה "העלה אפשרות של" או שיש ממצא ואז הדבר מעיד על אוטם או שאין ממצא. אפשרות
33 היא לא מונח שהוא שמע בפענוח א.ק.ג. השינויים הלא ספציפיים שנמצאו בתרשים הא.ק.ג. לא
34 העידו על קיומה של איסכמיה, קרי בעיה באספקת הדם ובוודאי לא על אוטם בשריר הלב. בא.ק.ג.
35 לא רואים נזק לשריר הלב (עמ' 191). הא.ק.ג. אמנם לא תקין ולא נורמלי לחלוטין והתחייב לבצע



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 8350-03-16 פלוני נ' מדינת ישראל - משרד הבריאות ואח'

תיק חיצוני:

המשך בדיקות אך הדבר לא העיד על קיומה של איסכמיה חריפה או אוטם חריף (עמ' 192). גם בהמשך עדותו שב המומחה וטען :

"בתרשים א.ק.ג יש כמה מידעים שאפשר להוציא מתרשים א.ק.ג. האחד בקשר לקצב הלב. קצב לב יכול להיות או סדיר, כמו במקרה הנדון, או הפרעת קצב. לתובע, לא הייתה שום הפרעה בקצב הלב. נושא אחר לחלוטין, אותם שינויים שדיברנו עליהם בקטע של ST, מעידים על אפשרות תאורטית שישנה בעיה באספקת הדם לשריר הלב. שום קשר להפרעה בקצב הלב." (עמ' 197, שו' 1-6).

לדבריו, לא הייתה שום עדות להפרעה בקצב הלב בהגעתו למיון. היו ממצאים לא ספציפיים שיכלו אולי לדבר על בעיות שבעטיין התבקשו הבדיקות (עמ' 197, שו' 10-12). ככל שתרשים הא.ק.ג היה פתולוגי והוא היה מעיד על אפשרות של אוטם חריף או איסכמיה חריפה בשריר הלב, אזי היו משאירים את המנוח להשגחה. כאן התרשים לא העיד על בעיה באספקת הדם לשריר הלב באותו הזמן (עמ' 197, שו' 16-23). **"הוא היה תרשים לא תקין, שחייב בירור עתידיני, ולא חייב אשפוז."** (עמ' 197, שו' 25). פרופ' לביא הסביר כי הניסיון הקליני מלמד שהממצאים האלה בא.ק.ג לא מעידים על שום בעיה. והראיה שהצנתור, שזו הבדיקה האולטימטיבית שמעידה על בעיה באספקה לשריר הלב נמצא תקין אצל התובע (עמ' 197, שו' 27-30). לדבריו, לפי הספרות הקרדיולוגית הבסיסית, כאשר יש סימנים בא.ק.ג שמעידים על קיומה של איסכמיה חריפה או אוטם חריף בשריר הלב, כמובן שישאירו חולה כזה לאשפוז ויערכו בירור. במקרה הנדון לא היו ממצאים כאמור (עמ' 198, שו' 19-22). מצופה מהרופא במיון לשלול מקור לבבי כהסבר לאובדן ההכרה. על מנת לשלול מקור לבבי נשאלות שתי שאלות. האם יש או אין הפרעה בקצב הלב ובמקרה הנדון לא הייתה הפרעה בקצב הלב, והשאלה השנייה האם יש או אין איסכמיה או אוטם, כלומר בעיה באספקת הדם לשריר הלב. במקרה הנדון, השינויים הלא ספציפיים שנמצאו בתרשים הא.ק.ג לא העידו על קיומה של איסכמיה. משגם בדיקת הטרופונין שבוצעה למנוח הייתה תקינה לחלוטין, שללו מקור קרדיאלי (עמ' 199, שו' 1-9). הוא העיד כי בדרך כלל נוהגים לערוך את בדיקת הטרופונין פעמיים, אלא אם כמו במקרה הנדון, הנסיבות הקליניות הכוללניות לא מעידות על אפשרות של אוטם שריר הלב. במקרה כזה שבו לא היה רמז על בעיה קרדיאלית ההסתפקות בבדיקה אחת היא לגיטימית לחלוטין. כאשר יש חשד לאוטם חריף בשריר הלב, שלא כבעניינו, כן יבצעו שתי בדיקות (עמ' 199, שו' 23-32). הוא שב וטען כי אין פגיעה בדופן הלב לפי תרשים הא.ק.ג מיום 3.3.09 (עמ' 206, שו' 9-10). הוא טען כי השינויים המינימאליים שנצפו בא.ק.ג אפשר לדעת על מה הם לא מעידים. הם לא מעידים על בעיה איסכמית חריפה או אוטם חריף בשריר הלב. על מה הם כן מעידים, אנחנו לא יודעים. פענוח תרשים א.ק.ג לא נעשה מנותק מהמכלול. ככל שהיה מגיע גבר עם תלונות על כאבים חזקים בבית החזה ותרשים הא.ק.ג הזה היה קיים, היה מקום לאשפוז אותו ולברר את המקרה. לא ניתן לנתק את התרשים של הא.ק.ג מהמכלול (עמ' 207). T הפוך כשלעצמו הוא ממצא בלתי ספציפי בא.ק.ג ולא מעיד על שום דבר. וכך גם הצניחות המינימליות לא מעידות על בעיה חריפה בשריר הלב (עמ' 208).



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 8350-03-16 פלוני נ' מדינת ישראל - משרד הבריאות ואח'

תיק חיצוני:

1 המומחה אישר כי באשר לחולים שלהם יש סינקופה שהרקע שלה קרדיאלי ניתן יהיה לבצע בדיקת
2 אקו לב במהלך האשפוז (עמ' 212). בבית החולים אסף הרופא יש את מגוון הבדיקות הקרדיולוגיות
3 הקיימות וגם במיון ובמסגרת אשפוז ולא רק במסגרת אמבולטורית עושים את כל הבדיקות (עמ'
4 213). בדיקות אלקטרופיזיולוגיות נעשות גם בבית החולים אסף הרופא, אבל צריכה להיות להן
5 אינדיקציה. כלומר, יעשו אותן במקרה בו היו מוצאים בבדיקות ההולטר או בכל אחת מהבדיקות
6 האחרות, אינדיקציה לביצוע בדיקה אלקטרופיזיולוגית, שיש חשד להפרעה לקצב הלב שאולי אנחנו
7 לא מאבחנים אותה. עצם הסיפור של סינקופה כשלעצמו בוודאי אינו אינדיקציה לבדיקה
8 אלקטרופיזיולוגית שהיא בדיקה פולשנית. (עמ' 214 - 215). פרופ' לביא טען כי גם אם היה לפרופ'
9 פולצ'ק מידע בדבר הסיפור המשפחתי המורכב של המנות, עדיין המכלול האמור לא היה גורם לו
10 לקבל החלטה שונה (עמ' 216, שו' 16-20). הוא הסביר כי ככלל, הפרעת קצב היא דבר סימפטומטי.
11 בדרך כלל אדם ירגיש תחושות, דפיקות, חנק בגרון והוא יכול גם להתעלף. לאדם כזה יבצעו א.ק.ג.
12 שבו ניתן לראות הפרעת קצב. ככל שהסיפור מספיק מחשיד, גם אם הא.ק.ג. נורמלי, יאשפוז
13 להשגחה, יבצעו בדיקת הולטר אך כאן זה לא המקרה (עמ' 218). הוא שב והפנה לחוות דעתו והבהיר
14 כי ממצאי הבדיקות שהומלצו על ידי ד"ר פולצ'ק בעת השחרור ובוצעו בהמשך- אקו לב, מבחן
15 מאמץ, הולטר וגם צנתור לא העידו על קיומה של סכנה חמורה להתפתחות הפרעת קצב חדרית
16 חדשה חמישה חודשים לאחר מכן. עם זאת, אין זה אומר שהממצא באקו לגבי דופן אחורי שלא
17 התכווץ כהלכה הוא שום דבר אלא שהממצא האמור לא מעיד על סכנה חמורה להפרעת קצב
18 חדרית, אך האקו מעיד על ממצא שמצריך בדיקה (עמ' 222). אסור היה לעצור בבדיקת הממצא
19 האמור באקו מיום 24.3.09, מצב כזה הוא רשלנות רפואית (עמ' 223, שו' 4-5). הצינתור בקורלציה
20 לאמור מעיד על כך שלממצא הזה אין משמעות לגבי התפתחות הפרעת קצב. "לא ברור לי מה הוא
21 כן. כי אין עדות לזה שהוא עבר התקף לב. אוקיי! אבל בבירור, זה לא מעיד על התפתחות של
22 הפרעת קצב." (עמ' 223, שו' 9-13).

23 בהמשך עדותו הופנה המומחה למכתב סיכום ייעוץ של פרופ' בן דוד מיום 16.4.09 (עמ' 108 לנספחי
24 התובעים), שם ציין פרופ' בן דוד כך:

25 "לאור סיפור של SSCOPE עם חבלות בגוף, ממצאים באקו ובאקו המחשידים
26 לאוטם ועדות ל nsVT קרוב לודאי על רקע הסובסטר/צללקת הנ"ל, מומלץ ביצוע
27 צינטור בהקדם."
28

29 בהקשר זה אישר המומחה כי אכן היו ממצאי בדיקה שבאותה עת חייבו ביצוע צנתור לב, כפי שקבע
30 פרופ' בן דוד. ממצאים מחשידים פתולוגיים שמעידים על חשד לאוטם. NSVT פירושו מצב של
31 הפרעת קצב חמורה, מסכנת חיים, פרפור חדרים שהחולה יוצא ממנו בעצמו (עמ' 224). פרופ' לביא
32 הסביר כי האמור מחייב בירור כפי שנעשה מאחר שזה סוג של הפרעת קצב (עמ' 225). באקו הלב
33 רואים שיש איזושהי פגיעה בדופן של הלב וכאן פרופ' בן דוד אומר שהפגיעה בדופן מסבירה את



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 8350-03-16 פלוני נ' מדינת ישראל - משרד הבריאות ואח'

תיק חיצוני:

הפרעת הקצב ומפנה את המנוח לצנתור. פרופ' לביא נשאל מדוע המנוח לא הופנה לבדיקה אלקטרופיזיולוגית אלא לצנתור והוא השיב כך:

"... בדיקה אלקטרופיזיולוגית בודקת הפרעת קצב, אבל קודם צריך לראות האם הרקע לכל הסיפור הזה היא על הפרעה באספקת הדם לשריר הלב. ואם כן, היו צריכים לטפל בה קודם. אם היו מוצאים את זה, ההמשך היה צריך להיות אולי בדיקה אלקטרופיזיולוגית. אבל מאחר ולא הייתה אספקה, בעיה באספקת הדם," (עמ' 226).

המהלך הנכון היה אחרי שראו NSVT 280 לשלוח לצנתור עורקים כדי לשלול בעיה באספקת הדם ואכן המנוח נשלח והדבר נשלל. אחרי ששללו את האמור היה נכון להמשיך בירור ולהבין מה זה הדבר הזה שהיה למנוח בהתאוששות מארגומטריה (עמ' 230). בצנתור ראו אספקת דם תקינה לכל שריר הלב. אין שום עורק ראשי או תת עורק שהיה חסום (עמ' 231, שו' 1-2). הצנתור היה תקין לחלוטין (עמ' 231, שו' 15). עם זאת נכון שיש אזור צלקתי שהוא לא נגרם כמו שמרבית הצלקות נגרמות כתוצאה מחוסר אספקת דם, אך הוא אינו יודע למה הוא נגרם (עמ' 231, שו' 24-25). הצנתור שלל את העובדה שהצלקת נובעת מבעיה באספקת הדם. פרופ' לביא העיד כי הוא חולק על הקשר הסיבתי בין הצלקת להפרעת הקצב, וכי הוא חולק בנקודה זו על פרופ' בן דויד (עמ' 233). בהמשך חקירתו הופנה פרופ' לביא לבדיקת ההולטר שבוצעה למנוח. בסיכום הבדיקה נכתב:

"בעיקר בשעות הלילה/בוקר נצפו קטעי סינוס אריתמיה וקטעי סינוס טכיקרדיה במהירות עד 152 פעימות לדקה עם מרווח R-R עד 1.3 שניות." (עמ' 115-116 למוצגי התובעים).

הוא נתבקש להסביר את הממצאים וטען כך:

"לא דבר שאם היה חולה מגיע אליו עם דברים כאלה היה מדליק אצלי איזה נורא אדומה. אני אתרגם לעברית פשוטה. סינוס אריתמיה זאת אומרת קצב בעיקרון סדיר, שבתוך הקצב הסדיר, יש לפעמים קצת יותר מהר וקצת פחות. אבל הקצב הוא סדיר. זאת אומרת לא הפרעת קצב. רק דקה. וסינוס טכיקרדיה, עוד פעם, זה דופק סדיר, אבל מהיר. עוד פעם, זאת איננה הפרעה בקצב הלב. זאת הנקודה החשובה." (עמ' 236, שו' 23-30).

המומחה נשאל אם זה נכון שנצפו המון פעימות מוקדמות וטען כי: "לא בכמות כזאת שמחייבת להמשיך בירור הנושא הזה." (עמ' 237, שו' 28-30). המומחה שב וטען כי לא היה דבר בכל הממצאים של ארבע הבדיקות: האקו, בדיקת המאמץ, ההולטר והצנתור שמהווה אינדיקציה לבדיקה פולשנית שהיא הבדיקה האלקטרופיזיולוגית, צינתור פולשני (עמ' 239, שו' 26-28). המומחה נשאל אם הוא סבור שעמדתו של ד"ר פולצ'ק היטתה את דעתם של הרופאים שבדקו את המנוח אחריו, והשיב על כך בשלילה. כל רופא מפעיל את שיקול דעתו ובפרט כשלרופאים אחריו כבר היו ממצאים שלא עמדו בפני ד"ר פולצ'ק (עמ' 241, שו' 23-33 - עמ' 242, שו' 1-8). המומחה שב וטען כי יש בירורים שמחייבים בירור אקוטי באשפוז ויש כאלו שלא. במקרה דנן, לעניות דעתו, צדק ד"ר פולצ'ק כאשר המליץ על בירור אמבולטורי. המנוח לא היה בשום סכנת חיים מיידית, כפי שאף הוכיחו ארבעת החודשים



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 8350-03-16 פלוני נ' מדינת ישראל - משרד הבריאות ואח'

תיק חיצוני:

שחלפו עד לאירוע השני ולכן הדבר לא הצדיק את אשפוזו. כאשר אין סכנה למטופל שולחים אותו הביתה להמשך בירור, וזאת גם אם מדובר היה בעולם אוטופי והיו משאבים (עמ' 243).

ג. הנתבעים טענו בסיכומיהם, כי ד"ר פולצ'ק כשל מלאבחן את מצבו של המנוח ומלהעניק לו את הטיפול הסביר, המקובל והמתבקש בנסיבות, טיפול אשר לו היה ניתן למנוח על ידו ו/או על ידי בית החולים או מי מטעמו ו/או על ידי המדינה, האחראית על מעשיהם ומחדליהם של בית החולים ועובדיו, כלל לא היה נזקק המנוח לטיפולם הרפואי והרשלני של הנתבעים 4-6 והיה נמנע מהמנוח סופו הטראגי ומבני משפחתו. הרשלנות הרפואית החמורה של ד"ר פולצ'ק ובית החולים הובילה לפגיעה קשה ובלתי הפיכה במנוח, שהפך מאדם תפקודי לחלוטין לסייעדי באופן מלא כתוצאה מדום לב ביום 31.8.09 עד לפטירתו לאחר כ-6 שנים ו-10 חודשים של ייסורים קשים. כל הנתבעים התרשלו בטיפול במנוח, ורשלנותם של הנתבעים 2-3 משמעותית, בין היתר מהסיבה שבית החולים לא השכיל להציב בתורנות את הרופאים המתאימים לטיפול בבאי בית החולים ו/או לא הציב די רופאים ומהסיבה שד"ר פולצ'ק כשל בחובתו כלפי המנוח, לא פעל באופן המקובל והמצופה מרופא סביר, לא לקח אנמנזה מלאה מהמנוח, לא פעל באופן המקובל והמצופה לנוכח הא.ק.ג. הפתולוגי של המנוח, לא הורה על ביצוע בדיקות א.ק.ג. וטרופנין חוזרות, בניגוד להנחיות, לא הכיר את ההוראות המבחינות בין סוגי הסינקופה השונים וממילא לא פעל על פיהן, לא הזמין ייעוץ קרדיולוגי לחדר המיון ו/או דאג לאשפוז המנוח לצורך המשך בירור, אלא בחר לשחררו לביצוע בדיקות מסוימות שרשם ובכך מנע מהמנוח אבחון הפרעת הקצב ממנה סבל ואת השתלת הדפיברילטור לאחר האירוע הראשון, מהלך שהיה מונע את השלכות דום הלב הקטלני באירוע השני. ד"ר פולצ'ק בהיותו הרופא שבדק את המנוח מיד לאחר האירוע הראשון התווה את הדרך לרופאים שבדקו את המנוח אחריו (סעיפים 4-5).

ד. הנתבעים טענו בסיכומיהם כי את התנהגותו של ד"ר פולצ'ק יש לבדוק בעיניים של רופא חדר מיון, בתפקידו כרופא הממין חולים דחופים לאשפוז וחולים אשר יכולים להיות מטופלים בקהילה בהפניה מתאימה להמשך טיפול במסגרת רפואת הקהילה. התסמינים שפקדו את המנוח במועד קבלתו בחדר המיון בבית החולים הצביעו במידה גבוהה מאד על סבירות על מקור לא לבבי לאירוע הסינקופה שעבר המנוח. כלומר על אירוע ואזו-ואגלי ולכן לא חייבו ולא הצריכו את אשפוזו לצורך המשך הבירור ושליחת המקור הלבבי. לטענת הנתבעים יש לקבל את עמדת המומחה מטעמם, פרופ' לביא ולדחות את חוות דעתו של פרופ' חסין מטעם התובעים. לא בכדי אישר מומחה התובעים בחקירתו, כי מבחינת השלבים לאיתור הבעיה ממנה סבל המנוח, ניתנו למנוח המלצות נכונות בהחלט בביקורו במיון (סעיפים 1-2). חוות דעתו של פרופ' חסין בוססה רובה ככולה על חכמה שבדיעבד כפי שאישר גם המומחה בעצמו במהלך חקירתו. לא זו בלבד אלא שנקודה נוספת מהותית וקריטית להערכת פעולותיו של רופא בבית החולים נעלמה מסיכומי התובעים ומחוות דעתו של פרופ' חסין, יש להעריך, כי לא בכדי-הטיפול הרפואי שניתן למנוח, אשר כנגדו מלינים, ניתן על ידי



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 8350-03-16 פלוני נ' מדינת ישראל - משרד הבריאות ואח'

תיק חיצוני:

1 הרופא בחדר המיון- במרכז לרפואה דחופה. רופא חדר המיון משמש כנתב אשר תפקידו למיין בין
2 החולים הנזקקים להמשך אשפוז לבין החולים שנמצאים במצב רפואי שאינו דחוף ויכולים
3 להשתחרר לביתם ולקבל טיפול במסגרת האמבולטורית, קרי במסגרת קופת החולים (סעיף 6).
4 הנתבעים הפנו לפסיקה הקובעת, כי אין לצפות מרופא בוודאי שלא מרופא במיון לברר את כל
5 ההיסטוריה הרפואית של כל מטופל אלא הוא נדרש להתאים שאלותיו לנסיבות העניין ולטיפול
6 הנדרש בהתאם לסטנדרט ההתנהגות המצופה מרופא באותה סיטואציה. לטענת הנתבעים,
7 התובעים והמומחה מטעמם התעלמו התעלמות מוחלטת הן מהעובדה שענייננו של המנוח נותח אך
8 בראייה בדיעבד והן מהעובדה שענייננו נותח בהתעלם מכך שמלוא ההמלצות שניתנו למנוח
9 (המלצות נכונות מבחינת סדר ביצוע הכרונולוגי גם לשיטת מומחה התביעה) בוצעו במסגרת
10 הקהילה. התובעים והמומחה התעלמו מהאמור וטענו כי היה על בירור זה להתבצע במסגרת בית
11 החולים. הטיפול הרפואי שניתן למנוח בחדר המיון היה טיפול נכון, יעיל וראוי. במסגרת הטיפול
12 פעל ד"ר פולצ'ק, הרופא בחדר המיון על פי האנמנזה שנלקחה על ידו אשר הכילה את כל הפרטים
13 הדרושים לצורך האבחנה הרפואית המתאימה בהתאם לתסמינים הקליניים שהציג המנוח. לא זו
14 אף זו, ניתנו למנוח המלצות להמשך טיפול אשר בוצעו כולן במסגרת הקהילה. בעת קבלתו של המנוח
15 ובעת הטיפול שניתן לו בבית החולים, לא ניתן היה לצפות כלל להשתלשלות ארועים כה קיצונית
16 וחריגה כפי שארעה ולמעשה השתלשלות הארועים הרחוקה מספר חודשים ממועד שחרורו של
17 המנוח מחדר המיון אינה רלוונטית כלל וכלל לפועלו של ד"ר פולצ'ק. ההפך הוא הנכון, במנוח טיפלו
18 לאחר מכן הנתבעים 4 ו-6 אשר יצאו מהתיק בפשרה, וזאת לא בכדי. לטענת הנתבעים, אף אם היה
19 התובע מועבר להמשך בירור ואשפוז בבית החולים לא ניתן היה לחזות את הארועים וזאת דווקא
20 לאור בדיקות תקינות שביצע לאחר מכן שלא העידו ולו במאום על כל בעיה כזו או אחרת (סעיפים
21 9-11).

22
23 ה. הנתבעים טענו בסיכומי התשובה כי ד"ר פולצ'ק וחדר המיון כשלו לזהות ולפעול לנוכח סימני
24 האזהרה המובהקים שהעידו על סכנת החיים המיידית בה היה נתון המנוח. הגנתם של הנתבעים
25 מושתתת על עיוות ראיות, שלילת קיומו של הקשר הסיבתי הברור בין הרשלנות לתוצאה, והתעלמות
26 מהפרת סטנדרט הטיפול הרפואי המחייב. הנתבעים מבקשים מבית המשפט לאמץ נרטיב מסוכן
27 לפיו רופא בחדר המיון הוא גורם ממין נטול אחריות אבחנתית; התעלמות משרשרת ממצאים
28 עומדת במבחן "הרופא הסביר בחדר המיון"; והתרשלות בוטה תזכה להתעלמות בכסות אמתלה של
29 חלוף הזמן. התובעים הוכיחו כי ד"ר פולצ'ק כשל בחובתו כלפי המנוח, לא פעל כמצופה מרופא סביר,
30 סטה סטייה חמורה מפרקטיקה רפואית מקובלת וביצע את הכשל הראשוני שהתניע את שרשרת
31 הארועים הקטלנית, שהיה עליו לצפות ושביכולתו היה למנוע, ואשר הובילה ישירות לאסון (סעיפים
32 1-3).



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 8350-03-16 פלוני נ' מדינת ישראל - משרד הבריאות ואח'

תיק חיצוני:

ו. דיון והכרעה-

1
2
3 לאחר שעיינתי בחוות הדעת ובמסמכים הרפואיים וכן לאחר ששמעתי את עדויות המומחים וכן את
4 עדותו של ד"ר פולצ'ק, אני סבור, כי בחקירה הנגדית לא עלה בידי התובעים לקעקע את מסקנות
5 מומחה הנתבעים שתאמה כאמור לעדותו של ד"ר פולצ'ק. עדותו של פרופ' לביא הייתה קוהרנטית
6 ונתמכה בתיעוד הרפואי, בעוד עמדתו של פרופ' חסין הסתמכה בחלקה על הטענה בדבר הסיפור
7 המשפחתי של המנוח, כאשר לא שוכנעתי, כאמור לעיל, כי הסיפור המשפחתי של המנוח הוצג לד"ר
8 פולצ'ק במיון, וממילא גם לא שוכנעתי כי קרובי משפחתו של המנוח שנפטרו אכן נפטרו כתוצאה
9 מהפרעות קצב כפי שטען פרופ' חסין. פרופ' חסין התייחס לסיפור המשפחתי מצד אם המנוח
10 שלטענתו מצביע על תורשה של הפרעות קצב. סבו שלקה בליבו ונפטר כנטען לאחר מספר ימים
11 בהיותו בן 49 וכן דודו שנפטר מוות פתאומי בגיל 40. באשר לטענות אלו, לא הוצגו מסמכים
12 מתיקיהם הרפואיים של אביה של אם המנוח ושל דודו של המנוח כאמור, ולא שוכנעתי כי עצם
13 העובדה שנפטרו בגיל צעיר יחסית מעידה בהכרח כי נפטרו מהפרעת קצב. פרופ' חסין נתבקש
14 בחקירתו להפנות למסמכים מלפני האירוע הראשון מהם ניתן להסיק על הסיפור המשפחתי של
15 המנוח והוא הפנה למסמכים משנת 2010, קרי מסמכים ממועד מאוחר לאירוע הראשון. יתרה מכך,
16 פרופ' חסין הסתמך על מסמכים בהם צוין סיפור משפחתי אצל בני משפחה של המנוח, לאחר
17 האירוע, כאשר גם לא הוצגו מסמכים רפואיים של אביה של אם המנוח ואחיה של אם המנוח, שמהם
18 ניתן להסיק במפורש ממה נפטרו. כך גם הטענות בחוות דעתו של פרופ' חסין לפיהן אם המנוח
19 ואחותו סובלות מהפרעות בקצב הלב, אינן מסייעות להוכחת טענתם של התובעים כי במיון היו
20 אמורים להתייחס לסיפור המשפחתי של המנוח, שכן, לא שוכנעתי שאם המנוח והאחות אובחנו
21 ו/או היו נתונות במעקב בשל חשש או בעיות בפועל של הפרעות קצב לב עובר לאירוע.
22 כך או כך, אף אם הייתי מקבל את טענת התובעים כי למנוח היסטוריה משפחתית של הפרעות בקצב
23 הלב, ממילא לא שוכנעתי, כי סיפור שכזה הוצג על ידי המנוח במיון, ואין לצפות מד"ר פולצ'ק לאחר
24 ששאל את המנוח בנוגע להיסטוריה הרפואית שלו וכן לסיפור המשפחתי וקיבל תשובה שלילית, כי
25 ינחש שלמנוח קרובי משפחה שנפטרו בגיל צעיר וסיבת מותם הינה הפרעות בקצב הלב או הפרעות
26 אחרות בלב.
27 פרופ' חסין ניסה לטעון בהקשר זה בחקירתו, כי לא ייתכן שנכתב במיון שהמנוח "ללא סיפור
28 משפחתי" כשדבריו היה על ד"ר פולצ'ק לחקור את המנוח ולהוציא ממנו את הסיפור המשפחתי.
29 כשהופנה לכך שאין זכר לסיפור משפחתי גם בהמשך, כאשר עוד שלושה גורמים שונים טיפלו במנוח
30 לאחר האירוע הראשון (רופא המשפחה, פרופ' בן דויד, ופרופ' בלסאן) ולא ציינו כי קיים סיפור
31 משפחתי, טען פרופ' חסין כי לגישתו המנוח לא נשאל גם על ידיהם בנוגע לסיפור המשפחתי. טענה
32 זו אינה סבירה בעיני, בפרט כאשר מדובר, בין היתר, במומחים בתחום הקרדיולוגיה שבדקו את
33 המנוח לאחר האירוע הראשון.



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 8350-03-16 פלוני נ' מדינת ישראל - משרד הבריאות ואח'

תיק חיצוני:

1 נסכם עד כה- המנוח לא מסר לד"ר פולצ'ק במיון כי קיים סיפור משפחתי רלוונטי. במסמכי המיון
2 ציין ד"ר פולצ'ק במפורש כי המנוח ללא סיפור משפחתי. בני משפחה שנלוו למנוח בהגיעו לחדר
3 המיון לאחר האירוע הראשון לא זומנו למתן עדות. לא הוצג ולו מסמך אחד ממנו ניתן להסיק כי
4 במועד האירוע הראשון היה ידוע על היסטוריה משפחתית במשפחת המנוח. כל המסמכים שהוצגו
5 הינם מהתקופה שלאחר האירוע הראשון. טענותיו של פרופ' חסין, כי האנמנזה לא נלקחה כראוי
6 לגבי הסיפור המשפחתי וההנחה כי קיים סיפור משפחתי של הפרעות בקצב הלב, אינן מקובלות עלי
7 ולא שוכנעתי כטענתו, כי הייתה רשלנות בלקיחת האנמנזה בחדר המיון.
8 נמשיך ונבחן את הטענות.
9 פרופ' חסין אישר בחוות דעתו, כי בבדיקות שבוצעו במיון הראה תרשים הא.ק.ג קצב סינוס ללא
10 הפרעות קצב, אף כי נמצאו שינויים במקטע ST-T בדופן התחתונה הצדדית, שינויים שלא נצפו
11 בבדיקת א.ק.ג שביצע המנוח בשנת 2001, וכי בדיקת הטרפונין הייתה מתחת לסף הפתולוגי. המנוח
12 הופנה על ידי ד"ר פולצ'ק להמשך בירור קרדיאלי על ידי בדיקות של מבחן מאמץ, אקו לב והולטר.
13 פרופ' חסין קבע כאמור בחוות דעתו כי סביר שהנזק היה נמנע לו היה המנוח מקבל טיפול מתאים
14 טרם ההתרחשות של ההתקף של הפרעת הקצב. לדברי פרופ' חסין, בהתאם למאמרים וההוריות לא
15 היה נכון לאבחן את המנוח לאחר האירוע הראשון כלוקה בסינקופה על רקע ואזו-וגאלי רק בשל
16 שתיית אלכוהול והאווירה בה ארע האירוע הראשון, והיה מקום להתייחס לממצאים שנצפו
17 בבדיקות הלב במיון. פרופ' חסין טען כי בדיקת האקו לב מצביעה על מחלת לב מבנית, כאשר בצירוף
18 הרישום עם טכיקרדיה חדרית ובמיוחד לנוכח הסיפור המשפחתי היה מקום לשקול אפשרות של
19 השתלת דפיברילטור או לנסות טיפול פולשני על ידי אבליציה של מוקד הפרעת הקצב תוך כדי בדיקה
20 אלקטרופיזיולוגית מתאימה ו/או טיפול תרופתי אנטי אריתמי ספציפי מניעתי. פרופ' חסין סבר כי
21 היה מקום לאשפז את המנוח בבית החולים ולהשלים במהלכו את הבירור הנדרש כולל אקו מבחן
22 מאמץ, צנתור כלילי ובדיקה אלקטרופיזיולוגית.
23 פרופ' חסין טען כאמור, כי לא מדובר רק בנושא המשפחתי, אלא שנוכח תרשים הא.ק.ג הפתולוגי
24 היה מקום להשאיר את המנוח לבדיקות נוספות כאמור. למרות טענתו זו אישר פרופ' חסין כי מחלת
25 לב איסכמית נשללה בסבירות טובה על פי תרשים האק"ג שנעשה במיון. איני מקבל את טענתו כי
26 על אף האמור היה מקום לחזור על הבדיקה ולהורות על בדיקות נוספות למנוח באשפוז כאשר הוא
27 עצמו לא שלל שהאבחנה לפיה מדובר בסינקופה ואזו- וגאלית סבירה ושכיחה ובהחלט אפשרית
28 במקרה של המנוח, וכאשר בענייננו עולה בבירור, כי ד"ר פולצ'ק לא התעלם מתרשים הא.ק.ג ושלח
29 את המנוח לבירור נוסף בקהילה בגין האמור שאף נעשה אצל רופאים מומחים בקרדיולוגיה
30 מהמדרגה הראשונה בסוגיה של הפרעת קצב, פרופ' בן דוד ופרופ' בלאסן.
31 זאת ועוד. פרופ' חסין אישר כי אין לו טענה לפרופ' בן דוד ופרופ' בלאסן כי היה עליהם לאשפז את
32 המנוח להשלמת בירור וזאת למרות שהיה להם הרבה יותר מידע ותוצאות בדיקות נוספות מעבר
33 לאלו שעמדו בפני ד"ר פולצ'ק במיון. הוא טען כי יש הבדל בין החלטה בחדר מיון ובאחריות של חדר



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 8350-03-16 פלוני נ' מדינת ישראל - משרד הבריאות ואח'

תיק חיצוני:

1 המיון כאשר מגיע מישוה באופן דחוף לעומת האחריות המוטלת על רופא בהמשך הבירור. טענות
2 אלו אינן מקובלות עלי. ככל שהיה חשד של ממש כי המנוח סובל מבעיה קרדיולוגית דחופה
3 המצריכה בדיקות דחופות או אשפוז, ברור שהמומחים בקהילה היו שולחים את המנוח לבדיקות
4 באופן בהול וכך גם היה עושה ד"ר פולצ'ק בחדר המיון לו היה סבור כי קיימת בעיה קרדיאלית של
5 ממש המסכנת את חיי המנוח כפי שהעיד.
6 איני מקבל את טענותיו של פרופ' חסין גם בנוגע לכך שקביעותיו של ד"ר פולצ'ק היוו התוויה לפרופ'
7 בלאסן ופרופ' בן דויד. התובעים בסיכומי התשובה טענו בהקשר זה בהרחבה את טענת "הרעלת
8 הבאר- השפעת האבחנה הראשונית" לפיה אבחנתו הראשונית של ד"ר פולצ'ק יצרה "עיוות הכרה"
9 אצל הקרדיולוגים בקהילה וגרמה להם לפרש ממצאים קטסטרופליים בסלחנות בלתי מוסברת
10 ולהמשך רשלנות, כאשר התעלמו משרשרת ממצאים פתולוגיים חמורים שבאו לידי ביטוי בבדיקות
11 שבוצעו בקהילה. טענות אלו אינן מקובלות עלי. בנסיבות האמורות כאשר בפני פרופ' בן דויד ופרופ'
12 בלאסן היו כבר תוצאות בדיקות נוספות והדבר לא גרם להם לחשוד כי למנוח יש בעיית קצב,
13 הרופאים בקהילה קיבלו את כל הנתונים של המנוח וכן קיבלו את כל המידע באופן מלא כפי שאישר
14 פרופ' חסין בחקירתו ולו היו סבורים כי ישנו חשש שהמנוח סובל מבעיית קצב לב או בעיית לב אחרת
15 שהיא דחופה או מסכנת חיים סביר שהיו פועלים במהירות ועורכים בדיקות דחופות למנוח. לא יתכן
16 כי לגבי פרופ' בלאסן ופרופ' בן דויד אין לפרופ' חסין טענה כי לא הפנו את המנוח באופן דחוף למיון,
17 ואילו לגבי ד"ר פולצ'ק במיון נטען כי מצופה היה שלא ישחרר את המנוח בלא לבצע את יתר
18 הבדיקות. אם הבדיקות לא היו דחופות לביצוע בקהילה, לאחר השחרור מחדר המיון וכאשר רובן
19 כבר נעשו, בוודאי שאין מקום לקביעה שהיו דחופות לביצוע במיון ואיני רואה פגם בהחלטתו של
20 ד"ר פולצ'ק לשחרר את המנוח להמשך ביצוע הבדיקות בקהילה לאחר שסבר שהמנוח אינו מצוי
21 בסכנת חיים מיידי או בכלל. זאת בפרט כאשר עמדה בפני ד"ר פולצ'ק בדיקת טרופנין שאינה
22 פתולוגית כפי שאישר גם פרופ' חסין, כאשר טענתו של פרופ' חסין, כי היה צורך לחזור על הבדיקה
23 לא הוזכרה בחוות דעתו למרות חשיבותה לשיטתו. כך או כך, בסופו של יום בוצעו כל הבדיקות
24 עליהן המליץ ד"ר פולצ'ק בקהילה, כאשר המומחים בקהילה סברו כי נדרש המשך בירור לא דחוף
25 של מצבו של התובע שלא בוצע על ידו. ממכלול הראיות והעדויות ברור גם בדיעבד כי המנוח לא עמד
26 בסכנה מיידיית מכך שנשלח להמשך בירור בקהילה.
27 זאת ועוד. התובעים טענו בסיכומיהם, בין היתר, כי בהתאם לעמדתו של פרופ' חסין מדובר היה
28 בא.ק.ג פתולוגי שהראה אפשרות של אוטם תחתון. טענה זו בדבר אפשרות של אוטם תחתון מעבר
29 לכך שלא הוזכרה בחוות דעתו הראשונה של פרופ' חסין אלא רק בחוות דעתו המשלימה, גם נדחתה
30 על ידי מומחה הנתבעים פרופ' לביא שעדותו עדיפה בעיני, כאשר גם פרופ' חסין בחקירתו אישר
31 בסופו של דבר, כי מחלת לב איסכמית נשללה בסבירות טובה בחדר המיון אף כי לטענתו (שאינה
32 מקובלת עלי) היה מקום לחזור על תרשים הא.ק.ג.



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 8350-03-16 פלוני נ' מדינת ישראל - משרד הבריאות ואח'

תיק חיצוני:

1 לאחר ששמעתי את עדותו של פרופ' חסין, לא שוכנעתי כי היה על ד"ר פולצ'ק לפעול בצורה אחרת
2 מהדרך בה פעל. תמיכה במסקנתי זו עולה גם מעדותו של ד"ר פולצ'ק שהייתה כאמור מהימנה
3 וקוהרנטית וגם לאחר ששמעתי את עדותו של פרופ' לביא בעניין ועיינתי בכל המסמכים הרפואיים.
4 מעדותו של ד"ר פולצ'ק עלה, כי הוא סבר שהא.ק.ג. פתולוגי מאחר שנמצאו בו גלי T הפוכים בדופן
5 התחתונה וצניחות מינימאליות של מקטע ST בחיבורי 4V, 6V. כשלדידו המשמעות יכולה להיות
6 טווח רחב מאד של דברים מהאפשרות שהכל תקין ועד האפשרות לאסכמיה. הוא הסביר כי בהעדר
7 קליניקה של כאבים בחזה וקושי בנשימה או משהו שיכוון לאירוע איסכמי, כאשר בדיקת טרופנין
8 הייתה תקינה, הוא חשב שהסבירות שמדובר באיסכמיה נמוכה. ד"ר פולצ'ק הסביר כי נוכח נסיבות
9 האירוע הראשון, כאשר מדובר היה בחתונה בה שתי המנוח אלכוהול, ראה שחור בעיניים, סבל
10 מסחרחורת, לא סבל מכאבים בחזה או דפיקות לב וכן לא סיפר על ארועים קודמים, וכאשר קיימים
11 ממצאים שבעיניו הם מינימליים, סביר היה להסיק, כי מדובר באירוע ואזו-וגאלי והוא הניח כי
12 המנוח אינו סובל מאיסכמיה ואין מניעה שישלים בירור בקהילה ואין מקום להזמנת קרדיולוג
13 לבחינת מצבו של המנוח בנסיבות. ד"ר פולצ'ק שב והבהיר כי לא סבר שהמנוח בסכנה מיידית ואכן
14 בדיעבד לא סבל המנוח מאיסכמיה ולא היה בסכנת חיים מיידית. ד"ר פולצ'ק הסביר כי יכולות
15 להיות הפרעות קצב גם בא.ק.ג. תקין לחלוטין, כאשר במקרה של המנוח תרשים הא.ק.ג. הפתולוגי
16 לא החשיד כי קיימת אפשרות שהמנוח סובל מהפרעות בקצב הלב, כפי שאף אישר מומחה התובעים,
17 פרופ' חסין, כאמור לעיל. ויובהר! פרופ' חסין לא טען כי תרשים הא.ק.ג. החשיד כי המנוח סובל
18 מהפרעת קצב, וגם הוא טען כי תרשים הא.ק.ג. הראה קצב סינוס ללא הפרעת קצב אך טען כי היה
19 מקום לבירור האם למנוח יש מחלת לב. ואכן, בירור כאמור הומלץ למנוח לבצע בקהילה.
20 התובעים טענו עוד בסיכומיהם, כי ד"ר פולצ'ק שהוזמן כפנימאי לחדר המיון ליעץ בעניין
21 הסינקופה, העיד על עצמו כי היה הרופא התורן במיון בעודו בהתמחות וכי בשל חוסר כוח אדם לא
22 היה בלילה מומחה לרפואה דחופה. לטענת התובעים, לא הציבו את הרופאים המתאימים לטיפול
23 בבאי בית החולים. בהקשר זה יצוין כי אכן ד"ר פולצ'ק אישר כי במועד הרלוונטי בו טיפל במנוח
24 הוא היה מצוי בהתמחות, ברם מחוות דעתו של פרופ' חסין לא עלתה טענה כי המנוח היה אמור
25 להיבדק על ידי מומחה לרפואה דחופה ואיני רואה פסול בכך שד"ר פולצ'ק הוא שהגיע לבחון את
26 מצבו של המנוח מטעם המחלקה הפנימית בבית החולים. ד"ר פולצ'ק היה מתמחה במחלקה
27 הפנימית באותה עת והוא היה הגורם המוסמך להורות בנוגע לטיפול במנוח בהקשר הפנימי ולא
28 מצאתי שיש בכך פסול שלא מצא לנכון להזמין ייעוץ קרדיולוגי בנסיבות המקרה, ובמיוחד על רקע
29 הפנייתו של המנוח לבדיקות נוספות והמשך ברור רפואי שבוצעו בפועל על ידי קרדיולוגים בכירים.
30 גם פרופ' לביא התייחס לטענות אלו שהעלה פרופ' חסין והסביר כי המנוח התקבל בחדר המיון לאחר
31 התעלפות קצרה שארעה במהלך אירוע משפחתי בו שתי אלכוהול, לאחר שהתאושש מהאירוע
32 באופן עצמוני תוך זמן קצר, ללא ממצאים נוירולוגיים פתולוגיים שאריים לאחריה. גם הוא אישר,
33 כי הממצא הפתולוגי היחיד שנמצא היה תרשים הא.ק.ג. שממצאו יכולים להיות מוסברים בקיומה



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 8350-03-16 פלוני נ' מדינת ישראל - משרד הבריאות ואח'

תיק חיצוני:

1 של הפרעה לא חריפה באספקת הדם לשריר הלב (איסכמיה). מאחר ולא הייתה עדות נוספת למאורע
2 איסכמי לבבי חריף הומלץ למנוח על בדיקות בקהילה לבחינת האבחנה. הרופאים במיון התייחסו
3 אל אירוע איבוד ההכרה כאירוע ואזו-ואגלי שאינו מחייב אשפוז והחלטה זו לשחרר את המנוח
4 ולהמשיך לברר בעייתו באופן אמבולטורי הייתה לדידו החלטה נכונה בהתאם להנחיות. פרופ' לביא
5 הסביר בחוות דעתו כי סינקופה ואזו-ואגלית היא סיבת התעלפות שכיחה אצל צעירים, אובדן הכרה
6 חולף בשל ירידה רגעית בזרימת דם למוח, ממנה מתאוששים מיידית ובאופן ספונטני והיא יכולה
7 להיגרם בין היתר כתוצאה מעמידה במקום דחוס ושתית אלכוהול. פרופ' לביא התייחס לשלוש
8 כוסות וויסקי ששתה לדידו המנוח, אך הסביר כי שתית אלכוהול שיכולה להוות רקע לסינקופה
9 ואזו-ואגלי קשורה לאנשים שונים ולמשקל כל אדם וממילא אין משמעות לכמות האלכוהול מאחר
10 שמדובר בעניין אינדיבידואלי. הוא תמך במסקנתו של ד"ר פולצ'ק כי כאשר לא עמד בפניו א.ק.ג. עם
11 הפרעות קצב, בדיקת טרופנין תקינה אנמנזה וגיל המנוח, לרבות נסיבות ההתעלפות באירוע לאחר
12 שתית אלכוהול, היה נכון לשלול אירוע קרדיאלי כסיבת ההתעלפות, כאשר היו שינויים מינימליים
13 בא.ק.ג. שלא העידו על אוטם טרי. הוא הסכים כי הא.ק.ג. לא תקין, אך אינו מעיד על מצב לבבי חריף
14 או על הפרעה בקצב הלב ולכן כדי לשלול אפילו אפשרות רחוקה ככל שתהיה נשלח המנוח לביצוע
15 בירור בקהילה. כל עוד הא.ק.ג. לא מעיד על סכנה שקיימת להתפתחות אוטם חריף בשריר הלב היה
16 נכון לשחרר את המנוח לבירור בקהילה עם אבחנה של סינקופה ואזו-ואגלי. בוודאי שלא הייתה
17 אינדיקציה לבצע בדיקה אלקטרופיזיולוגית כאשר כל מה שמונח בפניו הוא סיפור של סינקופה. לו
18 היה מגיע המנוח עם דפיקות לב, חנק בגרון וכיוצא ביה מקום לאשפוז גם אם הא.ק.ג. היה נורמלי.
19 פרופ' לביא הסביר, כי הממצא בא.ק.ג. לגבי דופן אחורי שלא התכווץ כהלכה לא מעיד על סכנה
20 חמורה להפרעת קצב חדרית, אך כן מעיד על ממצא שמצריך בדיקה וכך נהג ד"ר פולצ'ק שהפנה
21 להמשך בדיקה בקהילה. טענות אלו אני מוצא לנכון לקבל, בפרט כאשר גם פרופ' חסין אישר כי
22 בא.ק.ג. לא נמצא ממצא המחשיד להפרעת קצב.
23 באשר לטענות התובעים כי פרופ' לביא אינו מומחה בתחום הקרדיולוגיה, האלקטרופיזיולוגיה
24 והרפואה הדחופה הרי שמעדותו עלה כי הוא מנתח לב, מבכיר הכירורגים לב חזה בארץ (ועל כך גם
25 לטענת התובעים אין עוררין), כי עבד בצמידות עם קרדיולוגים וכי הוא נמצא במסגרת עבודתו בחדר
26 מיון בתכיפות גבוהה ונוכח האמור אני סבור שדי במומחיותו לצורך מתן חוות דעתו ובמיוחד לעניין
27 ההתנהלות בחדר המיון בנסיבות ענייננו, ובהקשר זה, לא למותר לציין כי גם פרופ' חסין אינו מומחה
28 ברפואה דחופה, הגם שלעדונו עסק כל חייו ברפואה דחופה.
29 מהמקובץ עולה, כי המנוח הגיע למיון ביום 4.3.09 לאחר שבשעות הערב של יום 3.3.09, במהלך
30 אירוע משפחתי בו נכח ובו שתה אלכוהול, חש בסחרחורות, איבד הכרתו נפל ונחבל בפנים ובסנטר.
31 הוא שב להכרתו באופן עצמוני זמן קצר לאחר מכן ופונה על ידי בני משפחה לבית החולים. המנוח
32 טופל על ידי כירורג פלסטי לתפירת החתך בסנטר כאשר לא נמצא ממצא פתולוגי בבדיקה
33 הנוירולוגית. תרשים הא.ק.ג. הפתולוגי לא העיד על אפשרות קיומה של הפרעת קצב, ועל כך הסכים
34 כאמור גם פרופ' חסין. התובע עבר בדיקת טרופנין שלא הייתה פתולוגית, ובהתחשב בכל הממצאים



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 8350-03-16 פלוני נ' מדינת ישראל - משרד הבריאות ואח'

תיק חיצוני:

1 האמורים, כאשר המנוח לא ציין בפני ד"ר פולצ'ק כי יש לו "סיפור משפחתי" ועל רקע הנסיבות
2 האמורות בהן התעלף במהלך חתונה, לאחר שתיית אלכוהול, לאחר שראה שחור וסבל מסחרחורת,
3 הגיע ד"ר פולצ'ק למסקנה כי המנוח סובל מסינקופה ואזו-ואגלית ולכן שוחרר המנוח לביתו. יתרה
4 מכך, ד"ר פולצ'ק, על אף שסבר שמדובר בסינקופה ואזו ואגלית, לא התעלם מהממצא של הא.ק.ג.
5 הפתולוגי, אך מאחר שממצא זה לא היה בו כדי להעיד על קיומה של הפרעה בקצב הלב או איסכמיה
6 חריפה באספקת הדם לשריר הלב הוא שחרר את המנוח לביתו עם הוראות להמשך ביצוע בדיקות
7 שונות כאמור. לאחר ששמעתי את העדויות ועיינתי בראיות, אני סבור כי מדובר היה בהחלטה
8 סבירה בנסיבות בהן הגיע המנוח למיון וכי ד"ר פולצ'ק פעל באופן סביר ולא התעלם מהממצא
9 בא.ק.ג. אלא שלח את המנוח להמשך ביצוע הבדיקות במסגרת הקהילה, בדיקות ששוכנעתי כי לא
10 היו דחופות. במצב המתואר לעיל לא מצאתי כי היה מקום להזמין ייעוץ קרדיולוגי, כאשר גם פרופ'
11 חסין אישר כי בא.ק.ג. במיון לא נמצאה עדות להפרעות קצב וכן לא הוכח בענייננו כי בשל תוצאות
12 הא.ק.ג. המנוח היה בסכנת חיים דחופה (מה שאף התברר בדיעבד כנכון).
13 התובעים הפנו בסיכומיהם לבדיקה האלקטרופיזיולוגית שבוצעה במנוח (בדיקת EPS) לאחר
14 האירוע השני ביום 6.10.14. הם הפנו לטענותיו של פרופ' חסין בחוות הדעת וחוות הדעת המשלימה,
15 לפיהן, בבדיקה האלקטרופיזיולוגית שנערכה רק לאחר האירוע השני התגלתה המחלה שגרמה
16 להפרעת קצב הלב אצל המנוח-CPVT, הפרעה שגורמת למוות פתאומי. לטענתם, לו הייתה מבוצעת
17 בדיקה זו לפני האירוע השני הייתה מביאה בהכרח להשתלת דפיברילטור קבוע באופן שהיה מאפשר
18 למנוח אריכות ימים ושנים באיכות חיים גבוהה.
19 לטענת התובעים בסיכומיהם, התרשמותו של ד"ר פולצ'ק לאחר האירוע הראשון השפיעה על
20 הרופאים שבדקו את המנוח אחריו ושכמוהו התייחסו לאירוע הסינקופה כאירוע מסיבה ואזו
21 ואגלית. טענה זו איני יכול לקבל. בפני הרופאים בקופת החולים והרופא הפרטי, פרופ' בן דויד ופרופ'
22 בלאסן עמדו מלוא תוצאות הבדיקות של המנוח וכן כל המסמכים הרפואיים שנוספו לאחר הביקור
23 בחדר המיון. פרופ' חסין אישר כי המומחים קיבלו את כל המידע הרפואי בהקשר של המנוח וגם
24 אישר כי פרופ' בן דויד ופרופ' בלאסן הם מומחים בקרדיולוגיה מהדרגה הראשונה בסוגיה של
25 הפרעת קצב. לטעמי, סביר יותר להניח כי השניים פעלו ובחנו את ממצאי הבדיקות ומלוא המידע
26 שעמד בפניהם בהתאם לניסיונם בתחום ובהתאם לבדיקות נוספות שהיו בידם, בדיקות שנעשו
27 לאחר ששוחרר המנוח מבית החולים. נוכח האמור, טענת התובעים כי ד"ר פולצ'ק התווה להם את
28 הדרך נדחית מכל וכל.
29 איני מקבל את אבחנת פרופ' חסין כי לשיטתו, בשלב שהמנוח נבדק על ידי פרופ' בלאסן ופרופ' בן
30 דוד אליהם הגיע באופן אלקטיבי לא היה מקום להפנות אותו דחוף לאישפוז להשלמת בירור וזאת
31 אף שכל הבדיקות הנוספות עמדו בפניהם (אותן בדיקות שלא עמדו בפני ד"ר פולצ'ק במיון) וזאת,
32 מאחר וקיים הבדל גדול מאוד בין אחריות של רופא בחדר מיון כאשר מגיע מישהו לטיפול דחוף,
33 לבין האחריות המוטלת על הרופא המבצע המשך בירור לאחר מכן. להזכיר, מדובר במומחים בעלי



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 8350-03-16 פלוני נ' מדינת ישראל - משרד הבריאות ואח'

תיק חיצוני:

1 שם בתחום הפרעת קצב שבפניהם בדיקות רבות נוספות של המנוח שלשיתו של פרופ' חסין עלו
2 בהן ממצאים חמורים (במיוחד הפרעת התכווצות באקו ורישום טכיקרדיה חדרית בעת מבחן
3 המאמץ) מעבר למידע שהיה בפני ד"ר פולצ'ק הפנימאי, ולשית פרופ' חסין בשלב זה לא הייתה
4 דחיפות/סיבה לאשפוז התובע להמשך בירור, אותה דחיפות שלשיתו מבססת את רשלנות הנתבעים
5 1-3 בשחרור המנוח מהמיון להמשך בירור ובדיקות בקהילה במקום לאשפוז לביצוע מלוא הבירור
6 בבית החולים. אני סבור כי ממכלול הדברים עולה דווקא שלא הייתה רשלנות בהתנהלות הנתבעים
7 1-3 ששחררו את המנוח ממיון לבצע המשך בירור בקהילה. שהרי, אם זו עמדתו של פרופ' חסין, אזי
8 נראה, שהלכה למעשה הוא סבור שהמנוח לא עמד בסכנה מיידית הן בזמן בדיקותיו אצל פרופ'
9 בלאסן ופרופ' בן דוד (חודשים לאחר האירוע הראשון) שאחרת היה מצפה מהאחרונים להורות על
10 אשפוזו המידי של המנוח להשלמת בדיקותו בתנאי אשפוז, והן במועד השחרור מהמיון לאחר
11 האירוע הראשון שהיה מוקדם יותר.
12
13 בנוסף לכל האמור, אני סבור כי יש ממש בטענת הנתבעים בדבר פער הזמנים (כמעט שישה חודשים)
14 שבין מועד השחרור מחדר המיון לקרות אירוע השני. בסופו של יום ביצע המנוח את הבירור עליו
15 המליץ ד"ר פולצ'ק עת שחרר את המנוח מבית החולים במסגרת הקהילה (ראו: עדותו של פרופ'
16 חסין בעמ' 66), והאירוע השני התרחש חודשים רבים לאחר מכן ולאחר שבוצעו אותן בדיקות
17 בקהילה והתקיים בירור, בין היתר, בפני קרדיולוגים המתמחים בהפרעת קצב.
18 ד"ר פולצ'ק הינו רופא בחדר המיון, כאשר כפי שהובהר בעניין **דואניאס** שצוטט לעיל, מטרת האבחון
19 בחדר המיון הינה לבחון האם החולה נזקק לטיפול רפואי מעמיק יותר בבית החולים ויש להשאירו
20 באשפוז או שמא ניתן לטפל בו באופן נקודתי בחדר המיון ולשלוח אותו לביתו ולהמשך בירור
21 במסגרת קופת החולים בקהילה. בהקשר זה שוכנעתי שדרך התנהלותו של ד"ר פולצ'ק הייתה
22 סבירה והיה ניתן לשלוח את המנוח לביתו להמשך בירור בקהילה.
23
24 לסיכום- בכל פרק הזמן בו טופל המנוח על ידי ד"ר פולצ'ק בחדר המיון הוא נבדק בהתאם
25 לפרקטיקה המקובלת ובהתאם לנתוני המקרה. המנוח זכה לקבלת טיפול ראוי בחדר המיון בהתאם
26 לאנמנזה שנלקחה ולתסמינים שהציג והוא קיבל המלצות להמשיך בירור ובדיקות במסגרת
27 הקהילה, שאין חולק על נכונותן. בענייננו לא היו אינדיקציות להפרעת קצב לב, וגם הא.ק.ג. הפתולוגי
28 לא תמך באפשרות זו, ולכן ההערכה הייתה כי מדובר באירוע על רקע ואזו ואגלי. אין מצופה מרופא,
29 בפרט, כאשר מדובר ברופא בחדר המיון וברפואה דחופה לערוך את כל הבדיקות האפשריות כאשר
30 היה סביר יותר כי האירוע הראשון ארע על רקע ואזו ואגלי. אוסיף כי אין מקום לבחון את האירוע
31 בחכמה בדיעבד, ועדיין, בנסיבות ענייננו נראית החלטת ד"ר פולצ'ק לשחרר את המנוח להמשך בירור
32 בקהילה כהחלטה סבירה בנסיבות בהתאם לממצאים שעמדו בפניו באותה עת. נוכח כל האמור
33 לעיל, אני קובע כי התנהלותו של ד"ר פולצ'ק בנסיבות בהן שוחרר המנוח להמשך ביצוע בדיקות
34 בקהילה לא חרגה מהנורמה הרפואית הסבירה ואין במעשיו משום התרשלנות.



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 8350-03-16 פלוני נ' מדינת ישראל - משרד הבריאות ואח'

תיק חיצוני:

1 בענייננו לא מצאתי כי ד"ר פולצ'ק התרשל בהתנהלותו או כי הנתבעים 1-3 התרשלו, ולכן אין צורך
2 בבירור ומיצוי טענות התובעים בנוגע להתרשלות הנטענת של הנתבעים 4-6 בענייננו, עימם הגיעו
3 התובעים לפשרה.

4
5 מעבר לנדרש אתיחס גם לסוגיית הקשר הסיבתי.

6 התובעים טענו בסיכומיהם באריכות כי קיים קשר סיבתי בין רשלנותם הנטענת של הנתבעים 1-3
7 לרשלנות הנטענת של הנתבעים 4-6 ולתוצאה הרת האסון. התובעים הפנו בסוגיה זו במסגרת
8 סיכומיהם למספר פסקי דין תומכים לטענתם בקיומו של קשר סיבתי בענייננו (זאת בנוסף לפסקי
9 דין נוספים אליהם הפנו התובעים בהודעה מיום 3.4.24). התובעים טענו, בין היתר, על סמך פסקי
10 הדין האמורים, כי רשלנותם של כולם יחד היא שהובילה לתוצאה הרת האסון, וכי הנתבעים 1-6
11 מהווים מעולים במשותף החולקים באחריות לתוצאות התרשלנותם וכי רשלנותם של הנתבעים 6-
12 4 אינה מנתקת את הקשר הסיבתי בין ההתרשלנות של הנתבעים 1-3 לנזקי התובעים אלא מצטרפת
13 אליה. גם בסיכומי התשובה חזרו התובעים על טענותיהם כאמור, והוסיפו כי גם פרק הזמן שחלף
14 בין האירוע הראשון לאירוע המגורי אינו מנתק את הקשר הסיבתי.

15 הנתבעים טענו מנגד כי אין בפסקי הדין שהתובעים הפנו אליהם לתמוך בטענתם לקשר סיבתי כנטען
16 על ידם וכי הקשר הסיבתי נותק שעה שהמנוח השתחרר מבית החולים ופנה לבצע את הבדיקות
17 שהומלצו לו במלואן וכאשר חלפו חמישה חודשים בין השחרור מהמיון לאירוע השני.

18
19 עיון בפסקי הדין כאמור מעלה, כי מדובר במקרים עם נסיבות שונות מענייננו לרבות בהקשר של פער
20 הזמנים בין האירוע הראשון לאירוע השני וגם בכך שאין חולק כי הבדיקות אליהן הפנה ד"ר פולצ'ק
21 בשחרור מהמיון בוצעו במלואן והמנוח גם נבדק על ידי קרדיולוגים מומחים להפרעות קצב חודשים
22 טרם האירוע השני, ולא שוכנעתי כי פסקי הדין תומכים בטענת התובעים.

23
24 נוכח האמור, טענת התובעים כי אחריותם של הנתבעים 1-3 הינה ביחד ולחוד עם הנתבעים 4-6 אין
25 בה ממש וגם מטעם זה יש לדחות טענות התובעים כנגד הנתבעים.

26
27 עוד אציין את עמדת פרופ' לביא בחוות דעתו כי מאחר ובעת האירוע הראשון, כמו גם בחודשים
28 לאחריו, לא תועדו אצל המנוח הפרעות קצב משמעותיות או מסכנות חיים, ממילא אין הגיון בשיוך
29 הפרעת הקצב החמורה בה לקה חמישה חודשים לאחר אירוע הסינקופה לאירוע הראשון.

30 כמו כן אפנה לעדות פרופ' חסין שכשנשאל על כך שהמנוח בחר שלא ליטול את הטיפול בתרופה
31 קרדילוק למרות שהומלץ לו על ידי פרופ' בן דויד על השימוש בה, השיב כי לא בירר את הסיבה בגינה
32 המנוח לא נטל את התרופה למרות שזה נראה לו מאוד חשוב. בחוות דעתו הוא ציין כי לדברי
33 המשפחה ההוראה לקבל את התרופה לא נמסרה למנוח, ובעדותו בבית המשפט התברר כי הוא
34 מעולם לא דיבר עם התובעת והוא שמע זאת מב"כ התובעים. עוד העיד פרופ' חסין כאשר נשאל האם



בית המשפט המחוזי מרכז-לוד

ת"א 8350-03-16 פלוני נ' מדינת ישראל - משרד הבריאות ואח'

תיק חיצוני:

1 בירר מדוע המנוח לא פעל לבצע את הבדיקות אליהן הופנה על ידי פרופ' בן דויד ופרופ' בלאסן כגון
2 בדיקת מאמץ חוזרת, כי הוא לא בירר ואין זה תפקידו לברר, אף שידוע לו שהמנוח לא ביצע את
3 הבדיקה כאמור, כי הוא עצמו לא הבין מדוע יש צורך בבדיקת מאמץ נוספת, ולטענתו, שאינה
4 מקובלת עלי, ההתייחסות של המנוח אינה חשובה שכן האחרון פעל בהתאם למה שנאמר לו, כאשר
5 ברור שהמנוח לא ביצע את הבדיקה שהתבקש לעשות.
6

ג. סוף דבר

8 משקבעתי כי דין הטענה להתרשלות של הנתבעים 1-3 להידחות, איני נדרש לדון בנזקי התובעים
9 ואין מנוס מלהורות על דחיית התביעה.
10

11 בשל הנסיבות הטראגיות ולפנים משורת הדין, לא אעשה צו להוצאות.
12

פסק הדין מותר לפרסום ללא פרטי התובעים.

13 המזכירות תמציא העתק פסק הדין לב"כ הצדדים בדואר רשום ותודיע להם גם טלפונית על מתן
14 פסק הדין.
15

16 ניתן היום, כ"ח חשוון תשפ"ו, 19 נובמבר 2025, בהעדר הצדדים.
17
18
19
20

אג. חוג
אבי מורג, שופט