

בית משפט השלום בנתניה

31 אוגוסט 2009

ת"א 14107-01 רמו חיון ע"י אביו ואפטורפוסו הטבעי ואח' נ' בי"ח לבריאות הנפש
פרדסיה ואח'

בפני כב' הנשיאה דפנה בלטמן קדראי

תובעים
1. אלדו חיון רמו חיון ע"י אביו ואפטורפוסו הטבעי
2. אלדו חיון יהודה חי חיון ע"י אביו ואפטורפוסו

נגד

נתבעים מדינת ישראל-משרד הבריאות

ספרות:

[א' כרמי, בריאות ומשפט \(2003\)](#)

מיני-רציו:

* נדחתה תביעת נזיקין שהוגשה עקב התא בדות במהלך אשפוז פסיכיאטרי . ביהמ"ש דחה את טענת התובעים כי עקב ההיכרות המוקדמת בין המנוחה לצוות , התחשב הצוות יתר על המידה ברצונה ולא אישפז אותה במחלקה סגורה.

* נזיקין – אחריות – פסיכולוג

* נזיקין – אחריות – רופא

* נזיקין – רשלנות – היעדרה

* נזיקין – רשלנות – רשלנות רפואית

תביעת נזיקין של עיזבון . המנוחה אושפזה במוסד פסיכיאטרי עקב ניסיון התאבדות והציתה עצמה במהלך האשפוז . זאת לאחר מספר ניסיונות התאבדות קודמים שהיו ידועים לצוות ושבעקבותיהם היא אושפזה בהשגחתם . עיקר הדיון נסב בטענת התובעים כי הימנעות בית החולי ם מלאשפז את המנוחה במחלקה סגורה הייתה רשלנית בנסיבות וכי ההיכרות המוקדמת והאמפטיה בין הצוות למנוחה גרמה להטיית שיקול הדעת.

בית משפט השלום דחה את התביעה ופסק כי:

המחלוקת נוגעת לשיקול הדעת ויש לבחון האם ניתן משקל יתר בשיקול הדעת לרצונה של המנוחה ולהיכרות קודמת עימה . הסגל נתן משקל רב להתנגדותה של החולה להתאשפז במחלקה סגורה .

ביהמ"ש קיבל את עמדת מומחי התביעה לפיה, הסכמת המטופל לא רק שחשובה מבחינת שמירת כבוד החולה, אלא קיימת לה השפעה קריטית על הצלחת הטיפול, שמרכיב הכרחי בו הוא מרכיב ההסכמה. התחשבות בדעת החולה נעשתה על פי המקובל וכמתחייב, על פי עקרונות הומניים וטיפוליים ולמטרה טיפולית. על כן מתן משקל משמעותי והתחשבות זו לנושא הסכמת המנוחה, אינו מוכיח הטיית שיקול הדעת מתוך אמפטיה, אלא עשוי להיות תולדה של שיקול דעת ענייני, המתחשב בחובת מציאת הפיתרון המידתי והראוי. משכך, אין לייחס רשלנות לסגל על כך שהחליט אודות אופן האישפוז למרות ההיכרות המוקדמת. ההיכרות המוקדמת כשלעצמה, שחשובה להצלחת הטיפול, אינה מוכיחה כי שיקול הדעת היה מוטא.

העיקרון של טיפול מידתי על פיו לעולם יש ליתן את הטיפול הפחות מגביל ככל שהינו ראוי, מוכר גם כעקרון בסיסי, על ידי מחלקת בריאות הנפש של ארגון הבריאות. על כן יש לקבוע כי ההתחשבות בשיקול המידתי נעשתה כדין.

אין חובה חוקית על רופא הפועל במסגרת החוק לטיפול בחולי נפש לנקוט באמצעים לשלילת כל מסוכנות, ויש כן בחוק העדפה ברורה של עקרון הפעלת שיקול הדעת המידתי, תוך קבלת סיכונים, על פני עקרון מניעת הסיכונים בכל מחיר.

טענת מומחה התובעים כי אינו יכול לנטרל את גורם התוצאה ממסקנתו וכי לולא נסתיים כך האשפוז, ניתן היה לקבוע כי החלטת הסגל היתה נכונה, פוגעת מעמידותן המשפטית של מסקנותיו. את קביעת סבירות המעשה בנו יקין, אין לקבוע על פי מבחן התוצאה, אלא, לעולם, על פי הידוע והמקובל כמו הפעלת שיקול הדעת.

המסקנה מתחזקת אף למקרא הפסיקה הרלבנטית בה נבחנה הפרת חובת זהירות קונקרטי של מוסדות טוטאליים (בתי מעצר, בתי חולים) בסיטואציות של התאבדות יחידים הנתונים במשמורתם. המקרים בהם נקבע כי הופרה חובת הזהירות, הם הימנעות המוסד הרלבנטי מלנקוט באמצעים מתאימים כלשהם למניעת ההתאבדות מקום בו אובחן מצב נפשי חמור. לא דומים המקרים האמורים לענייננו, בו הופעל שיקול דעת שהתחשב בכל השיקולים הרלבנטיים ונבחרה אפשרות אחת לטיפול בחולה הכוללת פי קוח, מבין מספר אפשרויות, וזאת בהתאם לאבחון מצבה הנפשי של החולה, והכל כאשר אף לא אובחן מצב נפשי חמור וסכנה מיידית לחייה, כפי הערכת הרופאים המטפלים.

פסק דין

כללי:

עסקינן בתביעת נזיקין שהגישו התובעים, עזבון המנוחה חיון אסתר ז' "ל (להלן: "התובע 1" וה"מנוחה" בהתאמה), רמו חיון (להלן: "התובע 2" ו/או "רמו") ויהודה חי חיון (להלן: "התובע 3" ו/או "יהודה") נגד מדינת ישראל- משרד הבריאות ירושלים (להלן: "הנתבעת"), המנהלת את המרכז הרפואי לבריאות הנפש לב השרון בפרדסייה (להלן: "בית החולים").

התביעה הנה לפיצוי בגין נזקים אשר נג רמו לתובעים, שהם עזבון המנוחה ושני ילדיה, עקב מותה של המנוחה אסתר חיון (להלן: "המנוחה" ו/או "החולה" ו/או "האם") בשל טיפול רפואי רשלני.

העובדות אשר אינן שנויות במחלוקת:

1. ביום- 8.10.92 הגיעו המנוחה ובעלה לבית החולים , ודיווחו על ניסיון המנוחה להתאבד בקפיצה מח לון דירתה בקומה הרביעית ביום שקדם לכן , יום 7.10.92. בו ביום אושפזה המנוחה בבית החולים במחלקה פתוחה , מחלקה ד' (להלן: "המחלקה"), בסטטוס של "הסתכלות מיוחדת".
- ביום- 12.10.92, ארבעה ימים מיום אשפוזיה , הציתה עצמה המנוחה באמצעות מצית . כתוצאה מההצתה נכוותה המנוחה בפלג גופה העליון ואושפזה בבית החולים בילינסון במחלקת כוויות . ביום- 26.10.92, נפטרה המנוחה , בבית חולים בילינסון , בשל כשל רב מערכתי (מוצג 3 לתיק המוצגים מטעם הנתבעים סיכום המחלה מיום- 26.10.92-8.10.92). אין מחלוקת כי פטירה זו היא כתוצאה מההצתה.
2. הוכח, ואף אין מחלוקת, כי המנוחה הייתה מוכרת לסגל בבית החולים מאשפוזים קודמים . לאחר הולדת התובע 3 סבלה המנוחה מדיכאון שלאחר לידה ואושפזה בבית החולים מיום- 2.1.89 עד ליום- 22.1.89. לאחר אשפוז זה טופלה המנוחה תרופתית וכן הייתה במעקב של המרכז לבריאות הנפש בנתניה.
- בסוף שנת 1991, ניסתה המנוחה להתאבד באמצעות בליעת כדורים . בעקבות ניסיון זה הופנתה על ידי בית החולים לטיפול במרכז לבריאות הנפש בנתניה וקיבלה טיפול תרופתי ללא אשפוז.
- ביום- 4.6.92 שוב ניסתה המנוחה להתאבד , הפעם בחבישת מסיכת גז על פניה מבלי לפתוח את שסתום פתח האוויר. בעקבות כך אושפזה בבית החולים עד ליום- 24.6.92 במחלקה הפתוחה. לאחר מועד זה שוחררה המנוחה מן האשפוז תוך הנחיות למעקב בבית החולים פעם בשבוע, ולאחר שלושה שבועות בהם שהשתפר מצבה , זומנה להמשך מעקב בתדירות של פעם בשבועיים.
- בתחילת חודש יולי בשנת 1992 התדרדר מצבה של המנוחה והיא אושפזה שוב בבית החולים למשך 12 יום במחלקה הפתוחה , שלאחריהם שוחררה להמשך טיפול ומעקב שבועי של המרכז לבריאות הנפש בנתניה.
- כאמור, בתאריך ה-7.10.92, מוצאי יום כיפור , שוב ניסתה המנוחה להתאבד תוך שניסתה לקפוץ מחלון ביתה בקומה הרביעית . מניסיון זה ניצלה על ידי בעלה , מר אלדו חיון (להלן: "הבעל" ו/או "אלדו"). למחרת ניסיון זה, ביום- 8.10.92, הגיעה המנוחה בליווי בעלה לבית החולים, ואז אושפזה באשפוז נשוא תובענה זו.
3. לאחר הגעתה של המנוחה למיון בית החולים , ולאחר בדיקה אשר נערכה על ידי ד"ר פרייסמן, הוחלט על אשפוזיה של החולה במחלקה הפתוחה של בית החולים והשמתה בסטטוס של הסתכלות צמודה (ראה נספח א' לנ/9). לאחר קבלתה של החולה במחלקה ,

נבדקה החולה בשנית, על ידי הרופא הבכיר במחלקה, ד"ר אלטמרק אשר אישר ההחלטה בדבר תנאי ואופן אישפוזו.

המנוחה ובעלה הסכימו לאשפוז ולקבלת הטיפול כפי שהוחלט (ראה חתימת המנוחה על טופס ההסכמה לאשפוז- נספח ב' לנ/9) על פי הרישומים התנגדו להפנייתה למחלקה סגורה (ראה סעי' 3 לנ/9, וכן סיכום המחלה מיום- 8.10.92 וגיליון החולה-נספח א' לנ/9).

סמוך לאחר קבלתה ואשפוזו של החולה במחלקה, נערכה ישיבה קלינית מחלקתית בראשות מנהל המחלקה וסגן הפסיכיאטר המחוזי במחוז מרכז, ד"ר סיגל, אשר במהלכה נשקלו שוב דרך הטיפול בחולה ואפשרות המשך טיפול במסגרת מוגנת. לאחר התייעצות זו, הוחלט שלא לשנות מאופן האשפוז כפי שנקבע, זאת בהתחשב, בין היתר, בקשר החזק של החולה עם הצוות הרפואי, שיתוף הפעולה מצדה, ניסיון העבר הטיפולי במסגרתו הגיבה טוב ומהיר לתרופות וכן בהתחשב בהתנגדות החולה ובעלה למסגרת מוגנת (ראה התיק הרפואי מבית החולים- מוצג 3 לתיק המוצגים מטעם הנתבעת, סיכום מחלה -8.10.92-26.10.92).

טענות הצדדים:

4. לטענת התובעים, בעת הגעת המנוחה לאשפוז ביום- 8.10.02, ביקש הבעל מהסגל הרפואי בבית החולים כי ישגחו עליה "בשבע עיניים" ו"במשנה זהירות" (סעי' 4 ח' לכתב התביעה המתוקן), אך למרות זאת לא טופלה המנוחה כראוי, לא קיבלה את ההשגחה הראויה, ורשלנות הסגל גרמה למות המנוחה.
- לביסוס הרשלנות הרפואית תמכו התובעים את כתב תביעתם בחוות דעתו הערוכה של ד"ר ראובן זיו (סומנה כמוצג ת/5), ולפיה שיקול דעתו של הצוות הרפואי בהוראת האישפוז של המנוחה היה לקוי ורשלני ואינו עומד בציפיות הנדרשות בטיפול במקרה כגון זה.
- כן טוענים התובעים כי לא היו מטפים וא מצעי כיבוי אש במקום ועל כן ארך הזמן לכבות את האש שאחזה במנוחה (סעי' 5ג. לכתב התביעה המתוקן) ומשכך נגרמו למנוחה כוויות בדרגות גבוהות בפלג גופה העליון וכן נגרם נזק בלתי הפיך לריאותיה ומצוקה נשימתית עקב שאיפת עשן (סעי' 1. לסיכומי התובעים).
5. התובעים טוענים כי בהתאם לסעיף 41 [לפקודת הנזיקין](#) [נוסח חדש] (להלן: "פקודת הנזיקין"), יש להחיל את כלל "הדבר מדבר בעדו" ולהפוך את נטל הראיה כך שיהא על הנתבעים להוכיח כי לגבי מותה של המנוחה לא הייתה התרשלנות שיחובו בגינה.
- לחילופין טוענים התובעים כי בהתאם לסעיף 38 [לפקודת הנזיקין](#) יש להחיל על התובענה את הכלל באשר להיפוך נטל הראייה ברשלנות לגבי דברים מסוכנים.
- לחילופין חילופין, מבקשים התובעים לקבוע כי סגל בית החולים התרשל ברשלנות רפואית אשר באה לידי ביטוי בכך ש-
- לא אשפז המנוחה במחלקה מוגנת אף על פי שידע כי הנה חולה בסכיזופרניה וכי בנסיבות העניין ונוכח ניסיונותיה בעבר לשלוח יד בנפשה, קיימת סכנה כי תנסה לשים קץ לחייה ו/או לא דאג לפיקוח והשגחה צמודה על המנוחה כפי שמוסד סביר היה נוהג; איפשר ולא מנע

נוכחות של אש ו/או מצית במוסד לבריאות נפש ; לא עשה שימוש באמצעי בטיחות כלשהם ו/או באמצעי בטיחות נאותים הנדרשים למניעת תאונות מן הסוג הנדון ו /או בהקטנת תוצאותיהם ולא מנע התפשטות האש ו /או לא הגיע אל המנוחה בזמן כפי הנדרש ממוסד סביר.

6. התובעים טענו כי בגין פטירת המנוחה נגרמו להם נזקים כיורשים וכתלויים . עוד טענו התובעים כי פטירת המנוחה אף גרמה לתובע 2 לחלות בתסמונת טורט , ממנה הוא סובל . לטענתם, מחלה זו גורמת לתובע 2 לנכות רפואית ותפקודית, למגבלות ולנזקים נוספים, ואף אלה נכללו בתביעתו כאן.

7. הנתבעת בכתב הגנתה , הכחישה את הרשלנות הרפואית המיוחסת לבית החולים , תוך שטענתה כי הטיפול הרפואי שהנהיג בית החולים , הלם את מצבה הרפואי של המנוחה ועומד במבחן "הסביר והמקובל", וזאת חרף תוצאותיו הטרגיות של המקרה . הנתבעת אף הכחישה רשלנות מצד בית החולים בכך שלא מנעה נוכחות מצית במחלקה הפתוחה וכך גם לגבי הרשלנות הנטענת בכיבוי ההצתה על ידי המנוחה , שכן נטען כי הנתבעת פעלה במהירות ובמיידיות באופן סביר וכמצופה מבית חולים . בשלב הסיכומים טענה אף הנתבעת כי דין תביעת העיזבון להידחות על הסף משל א הוגש צו ירושה להוכחת זהות היורשים .

באשר לנזק הנתבע , טוענת הנתבעת כי , גם אם יפסוק בית המשפט שמדובר במקרה דנן ברשלנות בית החולים וכי על הנתבעת לפצות בגינו , מדובר בנזק אשר יבלע בחסכון שנגרם במות המנוחה ובקצבאות השאירים המשולמות לתובעים . הנתבעת אף הכחישה קשר סיבתי בין תסמונת הטורט לפטירת המנוחה , והכחישה כל נזק הקשור למחלה זו .

8. נוכח המחלוקת נשמעו ראיות . התובעים העידו מטעמם את הבעל- אולדו חיון (עד תביעה מס ' 1, תצהיר מוצג ת 1/), הבן- התובע 1-רמו חיון (תצהירו סומן ת 2/), הגב' רחל צבאבא (עדת תביעה מס ' 3, תצהיר מוצג ת/3), וכן את עורכי חוות הדעת ד "ר זיו לעניין הרשלנות הרפואית (עד תביעה מס ' 4, חוות דעתו סומנה מוצג ת 5/ וד"ר תמר מוזס (עדת תביעה מס ' 5, חוות דעתו סומנה מוצג ת 6/), לעניין הקשר הסיבתי של מחלת הטורט והשפעותיה . הנתבעים צרפו לתמיכה בטענותיהם באשר לחבות א ת חוות דעתו של פרופ ' יגאל גינת (עד הגנה מס ' 1, חוות דעתו סומנה מוצג נ 6/) וכן הצהירו והעידו בבית המשפט רופאי בית החולים : ד"ר אלטמרק דוד (עד הגנה מס ' 3, תצהירו סומן כמוצג נ/8) וד"ר פרייסמן אולגה (עדת הגנה מס ' 4, תצהירה סומן כמוצג נ 9/). באשר לקשר הסיבתי לתסמ ונת הטורט והערכת מצבו של התובע 3, צורפה חוות דעת ד "ר פולאקביץ יעקב (עד הגנה מס ' 2, חוות דעתו סומנה כמוצג נ/7), אשר אף נחקר על חוות דעתו .

הדיון:**בפתח הדברים:**

9. תביעה זו הביאה אל בית המשפט פרשה טרגית וכואבת מכל היבטיה : סיפור פטירתה המזעזע של בחורה צעירה, אישה ואם. הפרשה מעלה תחושות עזות של צער, כאב והחמצה. בפרשת הראיות נחשפו כאבם וגעגועיהם של קרובי המנוחה, ואף התגלו בהם פנים של אומץ וגבורה בהתמודדות יום יומית קשה מול אובדן, מחלה ופגיעות קשות. אלא שכל אלה אינם רלבנטיים לצורך הכרעה במשפט זה. ההכרעה מתחשבת בהגדרות ובחינות משפטיות ומתבססת על שיקולי מדיניות מוכרים בכל הקשור לסטנדרטים ונורמות מקובלות בתחום הטיפול בחולי הנפש. הדיון יעסוק בנורמות המתחייבות מטיפול רפואי סביר. ראיתי חשיבות להבהיר כבר כאן כי אין במסקנות הדיון המשפטי בכדי למעט מכל הצער, הכאב והאומץ שתוארו לעיל. ההכרעה הנדרשת קשה לא רק בשל המקרה הכואב ורגשותיהם העזים של התובעים, אלא גם בשל מורכבותה המשפטית של הפסיקה בסוגיות של אחריות משפטית במקרי התאבדות, שכבר נקבע לגביה כי הנה סוגיה סבוכה לגביה אין תמימות דעים "לא בקביעת העקרונות המנחים ולא בפתרון המהותי לגבי המקרים הקונקרטיים" (ראה ע"א 6649/96, [הסתדרות מדיצינית הדסה נגד עופרה גלעד, פ"ד נג \(3\) 529, 542](#)).

היפוך הנטל:

10. התובעים טוענים להיפוך הנטל לעניין הרשלנות וטוענים כי בנסיבות המ קרה דנן יש להחיל את סעיף 41 [לפקודת הנזיקין](#) "הדבר מדבר בעדו", ולחילופין להחיל סעיף 38 לפקודת הנזיקין בגין נזקי שריפה. לא קיבלתי טענות אלה. באשר להחלת סעיף 41 [לפקודת הנזיקין](#), מדובר בכלל ראיתי המסייע לתובע להוכיח תביעת רשלנות בכך שהנטל עובר לנתבעים להוכיח כי האירוע לא נגרם ברשלנותם. לכלל זה שלושה תנאים מצטברים:

- לתובע לא הייתה ידיעה, או יכולת לדעת, מה היו למעשה הסיבות שגרמו למקרה שהביא לנזק.
- הנזק נגרם על ידי נכס שלנתבע הייתה שליטה מלאה עליו.
- נראה לבית המשפט, שאירוע המקרה שגרם לנזק, מתיישב יותר עם המסקנה שהנתבע לא נקט זהירות סבירה, מאשר עם המסקנה שהוא נקט זהירות סבירה.

לא מצאתי כי התקיימו תנאים אלה או איזה מהם . הסיבות שהב יאו למות המנוחה התבררו, במובן זה שאין מחלוקת כי המצית הגיע לידיה וכי הימצאותה וזמינותה במחלקה פתוחה אפשריות. אף סברתי כי תוצאת הפטירה כשלעצמה, כאשר מסמכים מתעדים את שיקול הדעת באשר לדרכי הטיפול, אינה מחייבת היפוך נטל הראייה. הטענה החלופית, לגבי היפוך הנטל מכוח תנאי סעיף 38 [לפקודת הנוזקין](#) לא הוכחה ולא בוססה כנדרש. גם לתחולת סעיף זה תנאים מוקדמים ולא הוכח קיומם בנסיבות העניין. נוכח קיצור הטיעון בסיכומים, גם לא אאריך בדיון כאן ואסתפק בקביעה כי המנוחה נפגעה מאש, וממילא לא חל הסעיף על פי לשונו.

העולה-רשלנות בהתאם לסעיף 35 לפקודת הנוזקין:

11. ארבעה תנאים מצטברים מונחים בבסיס עוולת הרשלנות, אותם על התובעים להוכיח:
- חובת זהירות מושגית וקונקרטיית.
 - הפרת חובת הזהירות הקונקרטיית.
 - קיומו של נזק.
 - קשר סיבתי בין ההפרה ובין הנזק.

חובת זהירות מושגית וקונקרטיית

12. אין חולק על קיומה של חובת זהירות מושגית במערכת יחסי הרעות שבין בית החולים למטופל, למעשה: " ... קיים כמעט בכל תביעה בגין רשלנות רפואית. אין צורך לשכנע את בית המשפט בקיומו. הוא קיים מעצם העובדה, שמדובר ביחסי רופא-חולה..." (ד"ר עדי אזר-ד"ר אילנה נירנברג, [רשלנות רפואית, הוצ' פרלשטיין גינוסר, עמ' 282](#)).

בית המשפט העליון כבר קבע בפסיקה ענפה ועקבית כי קיימת חובת זהירות מושגית של רופא ומוסד רפואי כלפי חולה המצוי בטיפולו (ראה: [ע"א 552/66 לויט נ' קופת חולים של ההסתדרות הכללית פ"ד כב 480\(2\)](#); [ע"א 744/76 שרתאל ואח' נ' קפלר ואח' פד לב\(1\) 114](#); [ע"א 705/78 רמון נ' מאוטנר](#), פד ל"ד (1), 550).

חובתו של בית החולים היא חובה כללית וגורפת לנקוט בכל האמצעים הסבירים כדי לוודא שמטופליו יקבלו טיפול רפואי ברמה הסבירה והמקובלת.

לעניין קיומה של חובת זהירות קונקרטיית נקבע בפסיקה לגבי יחסים שבין מוסד רפואי לחולה, כי ברובם המכריע של המקרים ברור שהרופא יכול היה לצפות נזק עקב מתן או אי מתן טיפול רפואי (ראה: [ע"א 612/78 פאר נ' קופר, פ"ד ל"ה \(1\) 720](#); [דנ"א 7794/98 רביד משה נ' דניס קליפורד ואח'](#), [פורסם בנבו], תק-על 2003(2), 1589).

בעניינינו אף אין מחלוקת כי בנסיבות העניין ונוכח הסיבה לאשפוז, מטרתו וההיסטוריה של החולה, חלה על בית החולים החובה לצפות את הסיכון של ניסיון התאבדות נוסף של החולה והחובה לגרום למניעתו. (ראה גם [ע"א 916/05 שרון כדר נגד פר' יובל הרישנו](#), פורסם בנבו 28.11.07 וכן [ע"א 6649/96](#), [הסתדרות מדיצינית הדסה נ' עופרה גלעד, פ"ד נג\(3\), 529](#), עמ' 544).

הפרת חובת הזהירות:

13. התובעים טוענים, כי בית החולים הפר חובת הזהירות הקונקרטית, בראש ובראשונה בכך שלמרות המסוכנות למעשה התאבדות נוסף, על רקע עברה הרפואי הידוע של המנוחה, נמנע מלאשפז המנוחה במחלקה סגורה או למצער במחלקה פתוחה תחת "השגחה מיוחדת". לטענתם, ההחלטה לאשפז המנוחה במחלקה הפתוחה תחת הסתכלות בלבד הייתה רשלנית.

בהמשך טוענים התובעים כי אף אי מניעת הגעת המציית לידי המנוחה מהווה הפרה נוספת של חובת הזהירות, וכי הדרך בה טופלה המנוחה לאחר ההצתה, בהעדר אמצעי כיבוי מספקים, מהווה הפרת חובה נוספת.

הטענה בדבר רשלנות בהחלטה לגבי תנאי האשפוז הנה טענה לגבי שיקול הדעת בעת קבלת המנוחה לאשפוז. לטענה זו אף מתווספת טענה (שעלתה במסגרת סיכומי התובעים- סעיפים 14-15), לפיה במהלך האשפוז ניתן ונכון היה לשנות ההחלטה.

שיקול הדעת-העובדות הרלבנטיות ועדויות:

14. כפי שכבר פורט בסעיף 3 לעיל, ההחלטה אודות תנאי האשפוז התקבלה בתהליך מסודר, על ידי מספר רופאים, לרבות רופאים בכירים שיש הסכמה רחבה לגבי מקצועיותם (ראה גם חקירת ד"ר זיו, עמוד 47, שורות 20 עד הסוף).

15. על פי החלטת הצוות הרפואי, אושפזה המנוחה במחלקה סגורה, בתנאי פיקוח מוגבל- תנאי הסתכלות מיוחדת, שהם מחמירים פחות מתנאי השגחה מיוחדת. תנאי הסתכלות המיוחדת כללו ידיעה אודות מקום הימצא החולה, איסור יציאה מהמחלקה, בדיקה אחת לחצי שעה את מצב החולה ועוד. פיקוח זה, כפי שהוברר בדיעבד, לא היה יעיל דיו למניעת התאבדות המנוחה. על כן, מקובל למעשה היום לראותו כשיקול דעת מוטעה. הראיות הקשורות לשיקול הדעת הן התייעוד שכבר אוזכר לעיל, אך גם עדויות חברי הסגל הרפואי, ד"ר אלטמרק וד"ר פרייסמן. אלה פרטו בתצהירי עדותם את השיקולים בהם התחשבו, שהם הקשר בין החולה לסגל, חשיבות שיתוף הפעולה של החולה, נסיון העבר לגבי תגובה לתרופות ועמדת החולה כלפי המסגרת המוגנת, בחקירתם הנגדית הגנו על שיקולים אלה.

ד"ר אלטמרק העיד על ניסיון של 15 שנה בניהול בית חולים, על ההכרעות בתנאי אשפוזים של כ-500 חולים בשנה, על העדפת המחלקה הפתוחה על פני הסגורה, שבה תנאים קשים של צפיפות, אלימות ושיגעון (עמוד 80, שורות 5-17), כאשר לנכונות החולה לשיתוף פעולה ניתן משקל משמעותי בהחלטה אודות המחלקה בה יאושפז.

בהתייחסות להתחשבות ברצון החולה בהביר ד"ר אלטמרק כי מחויב הוא לכך על פי החוק ועל פי תורת הפסיכיאטריה.

ד"ר אלטמרק הרחיב כי המשקל לרצון החולה ניתן על פי תפיסה בסיסית בפסיכיאטריה לגבי הברית הטיפולית, כמו גם התפיסה על פיה יש להעדיף תמיד טיפול במסגרת הפחות פוגענית. כן העיד כי בכל החלטה בתחום זה לוקחים סיכונים, בדומה לסיכונים בכל החלטה

רפואית אחרת ואף טען כי גם לאחר המקרה הטרגי המשיך לעבוד על פי אותם עקרונות ואותה אמונה (עמוד 88, שורות 14-18). עמדתו זו הובעה, לאחר שגם הסכים כי בדיעבד שיקול הדעת בהוראת האשפוז לגבי המנוחה היה מוטעה (עמוד 83, שורה 25).

גם ד"ר פרייסמן, עדת הגנה 4, הבהירה את נושא שיקול הדעת והוסיפה עוד מידע לגבי ההסדר העומד בבסיס הוראות האשפוז שניתנו. תיארה היא את תנאי ההסתכלות המיוחדת על רקע חשיבות שיתוף הפעולה עם החולה להצלחת הטיפול, בהתחייבות החולה למלא את תנאי ההסתכלות- ובכללם תלבושת של כותונת לילה, איסור יציאה מהמחלקה, קשר עם איש צוות כל חצי שעה, דיווח שוטף על מקום המצאה. לפי הסברי ד"ר פרייסמן, הפסקת שיתוף הפעולה, ובכלל זאת, הימנעות מאכילה, קבלת כדורים, בקשה להשתחרר, הבעת רצון מיידי למות, וכיוצא באלה, מהווים טעמים להעברת החולה למחלקה סגורה (עמוד 92, שורות 11-24; עמוד 94).

בתום עדותה העידה ד"ר פרייסמן כי חוותה את המקרה אישית באופן קשה וכי הינה משלמת מחיר רגשי על כך לאורך שנים. לטענתה, גם כיום במצבים דומים הינה מחליטה שוב אותן החלטות.

יצוין כי שני רופאים אלה העידו כי גם במחלקות סגורות אנשים מתאבדים. עדויות הרופאים היו עקביות ומשכנעות לגבי שיקול הדעת שהפעילו, השיקולים ששקלו והתאמתם למקרה, לפי שיטתם.

חוות הדעת

16. על בסיס המסמכים שכבר הוזכרו, המפרטים את נתוני החולה, הערכת מצבה והשיקולים וההחלטות בהתקבלו בעניינה, הגישו הצדדים חוות דעת רפואיות סותרות להוכחת טיעוניהם. חוות הדעת הרפואית נדרשת להוכחת הרשלנות, שהיא דבר הדורש מומחיות רפואית להוכחתו.

התובעים הסתמכו על חוות דעתו של ד"ר זיו, רופא פסיכיאטר במחלקה הפסיכיאטרית במרכז הרפואי ע"ש שיבא (מוצג ת/5), ואילו הנתבעים הסתמכו על חוות דעתו הנגדית של פרופ' גינת, מומחה בפסיכיאטריה, לשעבר מנהל המרכז לבריאות הנפש טלביה בירושלים, (מוצג נ/6).

תאור ממצאי ומסקנות חוות הדעת השונות יפורט להלן, ואולם כבר אקדים ואקבע כי למעשה לא היו המומחים חלוקים על רוב העובדות ואף לא על אבחון מצבה של החולה. כל הסכימו הם כי הופעל שיקול דעת בעניינה של החולה וכי במסגרתו נשקלו כל השיקולים הרלבנטיים. המחלוקת ביניהם נעוצה בשאלה האם נערך איזון ראוי בין כלל השיקולים כטענת פרופ' גינת, או שמא נוכח האמפטיה וההיכרות רבת השנים של הסגל עם המטופלת, הוטה שיקול הדעת לקולא באופן שנתנו הוראות פיקוח שאינן מחמירות ואינן מתאימות למקרה, כטענת ד"ר זיו.

מחקירותיהם נלמדה מחלוקת עובדתית מסוימת הקשורה לתיאור מצב המאושפזים במחלקות השונות, סגורה או פתוחה, כפי שעוד יפורט להלן.

חוות דעת ד"ר זיו אינה תומכת בחלק מטענות התביעה:

17. קודם שאדרש למחלוקות המומחים, ראיתי להתייחס למספר עניינים מקדמיים הקשורים לטענות התובעים ולחוות הדעת מטעמם.

17.1 בחוות דעתו של ד"ר זיו, כמו גם חקירתו, נטען לרשלנות בהחלטה הראשונית שהתקבלה לגבי תנאי האשפוז של המנוחה. לא נטענו בה טענות לגבי טעויות נוספות.

על פי חוות דעת זו, רשלנות בית החולים התבטאה בהחלטה לאשפוז המנוחה באופן בו אושפזה.

טענת התובעים לפיה הימנעות בית החולים מלשנות החלטה זו במהלך הטיפול ולהעביר המנוחה למחלקה סגורה או ל"השגחה מיוחדת" במחלקה הפתוחה במהלך הימים בהם טופלה על ידי הצוות הרפואי של בית החולים, הנה רשלנות, לא נטענה ע"י ד"ר זיו ואינה נתמכת בחוות הדעת. על כן כבר בשלב זה יש לקבוע כי טענה זו לא הוכחה כלל בראיות התובעים.

זאת ועוד. מתוך הראיות- על פי המסמכים הרפואיים, גיליונות החולה וסיכומי המחלה, ניתן לראות כי לא רק שלא אובחנה במהלך הטיפול החמרה במצבה של החולה, אלא ניתן היה ללמוד במהלך התקופה על שיפור מה במצבה (החלה לישון לילה שלם, נטלה התרופות, ביום שקדם לאירוע ההתאבדות נרשם כי למנוחה אין מחשבות אובדניות). כך אף התרשמו בני משפחת המנוחה שכן ביום-ב-10.10.92, כיומיים לאחר אשפוזה, ולאחר שביקרו אצלה, ביקשו חופש עבודה (ראה בעניין זה סיכום המחלה מיום-26.10.92-8.10.92, ראה גם עדות פרופ' גינת בעמוד 88, שורות 19-24). הרופאים תארו את מצב החולה בתקופה זו כמצב של עליות וירידות (ראה עדותו של פרופ' גינת- עמוד 68, שורות 24-22 לפרוטוקול).

אף ד"ר זיו, לא טען בחוות הדעת או בחקירה כי במהלך תקופת האשפוז חלה החמרה במצבה.

על כן, כבר בשלב זה יש לקבוע כי טענת התובעים לפיה הימנעות משינוי תנאי האשפוז במהלך התקופה, לא הוכחה ונשללה ויש לדחותה.

17.2 חוות דעת ד"ר זיו אף לא תמכה בטענה נוספת של התובעים, לפיה ההחלטה על

האשפוז הייתה שגויה שכן המנוחה הייתה מסוכנת לעצמה ולסובבים אותה. מסוכנות שכזו, לשיטת התובעים, חייבה אשפוז במחלקה סגורה (ראה סיכומי התובעים לעניין ניסיון פגיעת המנוחה בשתי מטופלות- סעיפים 8,9,15, וכן העובדה כי אושפזה לאחר ניסיון קפיצה מחלון ביתה והוכחת מסוכנות לעצמה- סעיף 11), אולם אין מחלוקת כי התובעת לא אובחנה בשום שלב במסוכנות לסביבתה.

ד"ר זיו, אשר חיווה דעתו באשר לרשלנות הנתבעת, לא מצא רשלנות באבחון מצבה הבריאותי ומסוכנותה של המנוחה. הרשלנות לשיטתו נבעה, כאמור, רק מעצם ההחלטה בדבר אשפוזה.

ד"ר זיו נמנע מלקבוע כי המנוחה הייתה מסוכנת לסביבה ולא בכדי, שכן רישומים אודות ניסיונות להוריד חולה אחרת מן המיטה או להשקותה אינם אינדיקציה

למסוכנות לסביבה ממש (ראה לעניין זה התייחסויות מפורשות בעדויות ההגנ ה, עדות ד"ר פרייסמן עמוד 93 שורות 8-24 לפרוטוקול, וכן על פי עדותו של ד"ר אלטמרק עמוד 83, שורות 3-8 לפרוטוקול וכן חקירת פר' גינת בעמוד 63, שורות 8-13 לפרוטוקול).

זאת ועוד. את בחינת התאמת האבחון יש לבחון על פי הידוע בעת קבלת המנוחה לבית החולים, ולא ניתן לה תחשב בבדיקה זו במה שנלמד מאירועים שאירעו במהלך האשפוז.

לפיכך, גם את טענת התובעים לפיה הנתבעת התרשלה בכך שלא אובחנה כראוי מסוכנותה של המנוחה יש לדחות. נסתרת היא מתוך חוות הדעת שהגישו לתמיכה בטענותיהם.

17.3. בהמשך לכך יצוין כי הגם שטענת הרשלנות כללה טענה של אבחון לקוי של מחלתה של המנוחה, ד"ר זיו לא תמך בטענה זו, ראה אישורו לכך שהמנוחה הייתה חולה במצב קל יחסית (ראה עמוד 43, שורה 12 לפרוטוקול), וכך אמנם אובחנה החולה בעת קבלתה לאישפוז.

טענת הרשלנות באבחון, כפי שפורטה, כוללת אף התייחסות לכך שהחולה לקתה בסכיזופרניה. תיעוד יחיד לעניין זה נמצא רק בסיכומי המחלה של בית חולים בילניסון (נספח ד' לכתב התביעה המתוקן), שם אושפזה לטיפול בכוויות השריפה. נרשם שם "מעברה ידוע על סכיזופרניה", ואולם בכל מסמכי התיק הרפואי הרלבנטי להוכחת מצבה הנפשי אין כל ראיה למחלה זו. שם קיים רישום עקבי לכך שהחולה סובלת מדיכאון מתמשך שלאחר לידה. גם בחוות דעת ד"ר זיו אין קביעה לגבי סכיזופרניה, ומחקירת ד"ר זיו עולה כי אין כל יסוד לציון שגוי זה (עמוד 73, שורות 11-13). הרופאים, אשר טיפלו במנוחה תקופה ארוכה והכירוה מקרוב העידו כי הגדרת מצבה הקליני הייתה מורכבת (ראה עדות ד"ר אלטמרק- עמוד 87, שורות 11-16 לפרוטוקול וכן עדות ד"ר פרייסמן- עמוד 101, שורות 1-4 לפרוטוקול). לפיכך, לא הוכח כי המנוחה סבלה מסכיזופרניה וממילא אין צורך לדון בשאלת אבחנה רשלנית, שבגינה לא קיבלה המנוחה טיפול רלבנטי למחלה זו.

חוות דעת ד"ר זיו:

18. לתמיכה בטענתם על כי מדובר במקרה של רשלנות רפואית של צוות בית החולים, ומאחר ומדובר בתביעה שעילתה עניין שברפואה, הסתמכו התובעים על חוות דעת ד"ר ראובן זיו (מוצג ת/5). לדעת ד"ר זיו, הפר הצוות הרפואי את חובת הזהירות המוטלת על בית החולים והתרשל במ ילוי תפקידו, בכך שהוחלט על אשפוז של החולה במחלקה פתוחה תחת הסתכלות מיוחדת ולא תחת השגחה מיוחדת או אשפוז במחלקה סגורה. מסקנת ד"ר זיו נרשמה בחוות דעתו כך: "...נראה לגבי המקרה של גב' חיון, שהסיכוי קיים שאכן ארעה כאן רשלנות, מאחר והצוות היה מודע לסכנות האובדן יות של החולה, שהייתה מאושפזת בעבר ושאכן עשתה בעבר נסיונות אובדניים חוזרים...אי הצבת שמירה צמודה כזו, כאשר ידוע

שסכנת ההתאבדות של גב' חיון גדולה יותר, לאור היסטוריית הנסיונות האובדניים בעבר, ואשפוזה החוזרים של החולה ומתוך ידיעה כי החולים הדפרסיביים הבי-פולריים מועדים יותר להתאבדות ושיעור ההתאבדות בהם גבוה פי 15 מאשר באוכלוסיה הכללית, מצביעה על כך שבהתנהגות הצוות לא היה זה שיקול דעת מוטעה, אלא התנהגות רשלנית שלא עמדה בהתאם לציפיות הנדרשות...במקרה הנדון כאן, היה צריך להציב על החולה שמירה צמודה בכל שעות היממה, או לחילופין...להעבירה למחלקה סגורה..."(עמודים 10-11 לת/5).

כאשר עומת ד"ר זיו בחקירתו עם שיקולי הסגל בהחלטתו, לרבות נושא שיתוף הפעולה של החולה, תגובה מהירה לטיפול בעבר ועוד, השיב כי היה על הצוות הרפואי להתייחס לסיכון גבוה בהתאבדות, בהתחשב בכך שהמנוחה אישה דתייה, אשר ביום כיפור חוותה תחושות אשמה על שתי הפלות ואשר נשמעה לקולות שצויו עליה לקפוץ (עמוד 45, שורות 15-20). אולם, בהמשך אישר כי אין ברישומים אינדיקציות לכל אלה (סוף עמוד 45, תחילת עמוד 46, וגם עמוד 50 שורות 25-27).

בחקירתו הנגדית אישר ד"ר זיו כי הסגל הכיר את המנוחה וכי בשיקוליו התחשב בעמדתה ובעמדת בעלה, כמו גם בחשיבות שיתוף הפעולה של המנוחה והצלחת טיפולים קודמים. ד"ר זיו אף שיבח את הסגל על האמפטיה שגילה למנוחה ואף ציין כי לא יכול היה לאחל לעצמו סגל יותר אכפתי, אלא שלדעתו האהבה והאהדה למנוחה גרמה להט יית שיקול הדעת שכן ראוי היה להורות על אשפוז המנוחה במחלקה סגורה למניעת הסכנה האובדנית (ראה בין היתר התייחסות בעמוד 50 שורות 28-29).

כאשר התבקש לבאר מסקנותיו השיב ד"ר זיו כי: **"אני לא אומר שהרופאים לא טיפלו אבל בסופו של דבר ובדיעבד אנו יודעים שמבחן התוצאה היא זה שלא היה הטיפול המקסימלי..."**, כאשר התבקש לנטרל תשובתו מהתוצאה הטרגית השיב כי: **"מאד קשה לנטרל. היו תוצאות טרגיות אם היה טיפול אחר קרוב לוודאי שהתוצאות לא היו מתקיימות"** (עמוד 46, שורות 12-18, לפרוטוקול), וכן: **"אם המנוחה היתה יוצאת בחיים מהאישפוז הזה והכל היה בסדר והיתה חוזרת לטיפול אמבולטורי, כולם היו אומרים שזו היתה החלטה נכונה"** (עמוד 48, שורות 10-11 לפרוטוקול).

את מסקנותיו ביסס ד"ר זיו, בין היתר, על אבחון מצבה של המנוחה בעת קבלתה לאשפוז. בקביעותו לעניין זה הייתה שניות מסוימת. הגם שטען בחקירתו כי מצבה היה חמור ולא אפשר אשפוז במחלקה פתוחה (עמוד 46 שורה 12 לפרוטוקול), הסכים במקום אחר כי כאשר אושפזה היו לה מחשבות אובדניות ללא תכנון ממשי וכי מבחינה רפואית מדובר במצב קל יחסית (עמוד 43, שורה 12 לפרוטוקול). ד"ר זיו אף אישר כי אשפוז בכפיה במחלקה סגורה (אשר היה נדרש בענייננו לו ניתנה הוראה לגבי אשפוז במחלקה סגורה) נעשה רק במצבים חמורים וכי ניתן היה לעשותו בענייננו רק בכפיה (עמוד 44 שורות 19-20 לפרוטוקול).

יוצא איפוא, כי ד"ר זיו אישר בחקירתו כי אשפוז במחלקה סגורה מתחייב רק במצב חמור וכי הוא עצמו מסכים כי בעת קבלת המנוחה היה מצבה קל יחסית, וכן כי אישר שאישפוז המנוחה במחלקה הסגורה היה מתאפשר רק בכפיה.

חוות דעת פרופ' גינת:

19. הנתבעים ביקשו להסתמך על חוות דעתו של פרופ' גינת (מוצג נ/6) על פיה שיקול הדעת הרפואי אשר הופעל במקרה זה היה הולם, מקצועי ומסור וכך גם ההחלטה בדבר אשפוז במחלקה פתוחה תחת הסתכלות צמודה (עמוד 7 לחוות הדעת). לדעת פרופ' גינת, הצוות הרפואי שקל והתחשב בכל הנתונים הנדרשים, והחלטתו היא תוצאת הפעלת שיקול דעת סביר (עמ' 6 לחוות הדעת). בחוות הדעת קבע פרופ' גינת כי: "אין ספק שהצוות הרפואי בביה"ח פרדסייה היה ער לסכנות האובדניות שלה וזאת על סמך ההיסטוריה שלה - נסיון אובדני כ-4 חודשים קודם לכן, דיווח על כוונת התאבדות רצינית בתקופה המיידית שלפני אשפוזו, וידע כללי אודות הסכנה המוגברת לאובדנות הקיימת אצל חולים דכאוניים, וזאת בכל אחת מהאבחנות הרפואיות שניתנו לגב' חיון במהלך השנים.... הצוות הרפואי שהיטיב להכיר את אסתר חיון ז"ל מאשפוזיה הקודמים, לרבות תגובתה המהירה והטובה לטיפול התרופתי העדיף לאשפוז, בהסכמתה ובהסכמת בעלה, במחלקה פתוחה, על אשפוז כפוי במחלקה מוגנת. גם מהלך הטיפול בזמן האשפוז נראה הולם, מקצועי ומסור... נראה לי שהמקרה שלפנינו על כל הצער שבתוצאתו הטרגית, הינו מקרה של שיקול דעת רפואי הולם ולא של רשלנות רפואית. על כן לא יהיה זה נכון להעדיף את החכמה שלאחר מעשה על הנתונים והשיקולים של הצוות לפני הארוע הטרגי" (מוצג נ/6 עמודים 5,7).

בחקירתו הנגדית חזר פרופ' גינת באופן עקבי על האמור בחוות דעתו. במהלך חקירתו התייחס פרופ' גינת לנושא אבחון מסוכנותה של המנוחה ולכך שהיה לה פוטנציאל אובדני (ראה עמוד 63 שורות 19-6) וכן התייחס לתקנות לחוק לטיפול בחולי נפש, התשנ"ב-1992 (להלן: "התקנות") ולהוראה בדבר "הסתכלות מיוחדת" (ראה עמוד 60 שורות 17-16, עמוד 61 שורות 11-1). לדעתו, המחלקות הסגורות מיועדות לאנשים אלימים, לאנשים מבולבלים לגמרי או לאלה שאובדנותם מיידית (עמוד 63, שורות 24-22), כן העיד כי רוב האנשים המאושפזים עם מצבים אובדניים מאושפזים במחלקות פתוחות (עמוד 67, שורות 14-10). לגבי הסתכלות מיוחדת להבדיל מהשגחה מיוחדת, הבהיר כי הסתכלות מיוחדת, בהתאם לתקנות מחייבת אחות אחראית לדעת בכל עת את מצב החולה ומקום הימצאו. השגחה מיוחדת מחייבת מעקב צמוד אחר החולה להבנתו, "אם הצוות סבור שיש סכנה כל הזמן שאדם יפגע בעצמו הסתכלות מיוחדת זה לא מספיק". כאשר נשאל אם הסתכלות מיוחדת הייתה הטיפול הנכון לסברתו, השיב כי החשוב הוא מה שסברו הרופאים שאבחנו אותה ואשר קבעו את הטיפול. לאורך חוות דעתו הגן, כאמור, על סבירות שיקול דעתם.

דיון במסקנות המומחים והכרעה:

20. המחלוקת נוגעת לשיקול הדעת ויש לבחון , לפיכך, האם ניתן משקל יתר בשיקול הדעת לרצונה של המנוחה ולהיכרות קודמת עימה . בחינת הראיות , דעות המומחים והכתובים בעניינים אלה מלמדים כי הכללת נתונים אלה בשיקול הדעת הייתה נכונה ומתחייבת , כמפורט להלן.

20.1. הסגל נתן משקל רב להתנגדותה של החולה להתאשפז במחלקה סג ורה (ראה בעניין זה גיליון החולה מיום- 8.10.92 נספח א' לנ' 9) והסכמתה להתאשפז במחלקה פתוחה (הוכחה לכך בנספח ב' לנ' 9). באשר להסכמת חולה לאשפוז כבר נכתב זה מכבר כי: **"על רופא לרכוש ולקיים את האמון של החולה , ולשם כך להראות במידת האפשר שיש מצדו אמון בחולה וברצונו להתגבר על מחלתו ..."** (פר' א' [כרמי, בריאות ומשפט](#), כרך א', נבו הוצאה לאור, 452). עניין חשיבות הסכמת החולה והוולנטאריות בקבלת טיפול רפואי במחלות נפש אף נגזר מהעקרונות האמורים והמומלצים לשרת את ציבור המטפלים בתחום בריאות הנפש (ראה בעניין זה מאמרו של פר' אמנון כרמי, **טיפול בבריאות הנפש וחובות הרופא ונושאים אחרים**, רפואה ומשפט, גליון 16-אפריל 1997, עמוד 122). עקרון זה אף נר לרגלי המומחים הפסיכיאטריים מטעמים של שני הצדדים (ד"ר זיו-עמוד 44, שורה 19 לפרוטוקול, פרופ' גינת- עמוד 62 שורות 16-18 לפרוטוקול). לעמדת החולה משקל משמעותי מקום שבו סירובו להתאשפז מחייב היה אשפוז כפוי על מגבלותיו , כפי תאור הרופא המטפל והאחראי בבית החולים , (בהתאם לסעיף 9 (א) ו-(ב) [לחק טיפול בחולי נפש](#), התשנ"א-1991, ובהתאם לכך ראה עדויות המומחים- ד"ר זיו- עמוד 44 שורות 19-21, פרופ' גינת עמוד 62 שורות 15-16).

עוד נאמר בעניין זה כי **"אשפוזו של אדם בבית חולים לחולי נפש קשה ומר הוא למאושפז ובני משפחתו , ומשנעשה האשפוז שלא מרצו נו של המאושפז , יש בו משום אחת הצורות החמורות והמדכאות של שלילת חירותו של אדם"**. [\(ב"ש 196/08, טולידנו נגד מדינת ישראל , פ"ד לה \(3\), 332,336\)](#), וכן: **"אשפוזו הכפוי של הנאשם-חולה- הנפש פוגע בחירותו ובכבודו , באוטונומיה ובדימויו העצמי תוך הטלת סטיגמה ..."** [\(ע"פ 3854/02, פלוני נגד הוועדה הפסיכיאטרית המחוזית למבוגרים ואח"י, פ"ד נ"ז\(1\), 900, 909\)](#) .

אף הוסבר על ידי הרופאים ופרופ' גינת, כי ההסכמה לא רק שחשובה מבחינת שמירת כבוד החולה , אלא קיימת לה השפעה קריטית על הצלחת הטיפול שנעשה כברית לחוזה טיפולי, שמרכיב הכרחי בה הוא מרכיב ההסכמה . מכל אלה נלמד כי התחשבות בדעת החולה נעשתה על פי המקובל וכמתחייב , על פי עקרונות הומניים וטיפוליים ולמטרה טיפולית . על כן מתן משקל משמעותי והתחשבות זו לנושא הסכמת המנוחה , אינו מוכיח הטיית שיקול הדעת מתוך אמפטיה, אלא עשוי להיות תולדה של שיקול דעת ענייני , המתחשב בחובת מציאת הפיתרון המידתי והראוי .

20.2. התובעים אף טוענים להטיית שיקול הדעת נוכח **היכרותם הקודמת של הצדדים** (הצוות הרפואי במטפל במחלקה ד' והמנוחה) כתוצאה מאשפוזים קודמים . שיקול

ההיכרות המוקדמת היה בין הטעמים להחלטה אודות אופן אישפוז המנוחה (ראה בין היתר , גיליון החולה אשר נכתב על ידי ד "ר פרייסמן עם קבלתה של החולה לאשפוז ביום- 8.10.92 (נספח א' לנ/9)). לדעת ד"ר זיו, ההיכרות המוקדמת פגמה בשיקול הדעת שנעשה מתוך אמפטיה, ואולם גם להחלטה אודות טיפול על ידי סגל מוכר ומכיר בוודאי קיימת גם הצדקה עניינית.

אולם, כפי שכבר נכתב לעיל, אין מחלוקת לגבי החשיבות הרבה של שיתוף הפעולה של החולה עם הרופא המטפל והצוות הסייעדי. על כן העובדה כי המנוחה אושפזה במחלקה ד' אשר הינה מחלקה בה שהתה בכל אשפוזיה הקודמים, הנה בעלת משמעות והשלכה על תוצאות הטיפול, וסביר ביותר ואף הכרח ליתן לכך משקל בשיקול הדעת לגבי תנאי האישפוז. לעניין זה אף נשמעה עדות ד"ר אלטמרק לגבי משמעות הכרות קודמת לצורך קבלת תוצאות מרביות של טיפול תרופתי, (עמוד 78, שורות 23-26 לפרוטוקול) שלא נסתרה אף מן העולה מהמסמכים הרפואיים. רלבנטיות שיקול זה אף אושרה בעדותו של ד"ר זיו, המומחה מטעם התובעים (ראה עמודים 43-44 לפרוטוקול וכן עמוד 46, שורה 21 לפרוטוקול).

משכך, אין לייחס רשלנות לסגל על כך שהחליט אודות אופן האישפוז למרות ההיכרות המוקדמת. ההיכרות המוקדמת כשלעצמה, שחשובה להצלחת הטיפול, אינה מוכיחה כי שיקול הדעת היה מוטא. ההתחשבות בה הייתה סבירה ולגיטימית ואין לראות בקבלת החלטה על ידי גורם מטפל "מכיר" כל פסול.

מידתיות אמצעי הטיפול הנדרשים. 20.3. אין למעשה מחלוקת כי עקרון המידתיות, דהיינו- מתן הטיפול הפחות מגביל מתוך הטיפולים המתאימים הינו בין השיקולים שנסקלו על ידי הסגל וכי אף שיקול זה ראוי שילקח בחשבון בעת ההחלטה אודות תנאי אישפוז. חשיבותו מוכחת אף בעדותם של שני המומחים בתיק זה (פרי' גינת-עמוד 67, שורות 10-14 לפרוטוקול, ד"ר זיו- עמוד 47 שורות 12-17 לפרוטוקול). כך גם מתוך עדות הרופא המטפל, ד"ר אלטמרק (עמוד 88, שורות 14-16 לפרוטוקול). כך גם על פי פסיקת בית המשפט העליון:

"דומה כי הגנה על חולה הנפש והטיפול בו מזה וההגנה על שלום הציבור מזה, היא לתכלית ראויה. הפגיעה צריכה להיות מידתית. אין לפגוע בחירותו של חולה הנפש מעבר לדרוש להגנה עליו, לטיפול בו או להגנה על שלום הציבור. אין לאשפוז חולה נפש אשפוז כפוי בבית חולים אם ניתן לטפל בו ולהגן על שלום הציבור באמצעות טיפול מרפאתי כפוי; ואין לכפות טיפול אם ניתן להשיגו ללא כפייה. תמיד יש לנקוט באמצעי המגשים את המטרה הראויה, ושפגיעתו בחולה הנפש היא הקטנה ביותר. כך הוא הדין בדרך כלל (ראה בג"ץ 3477/95 בן-עטיה נ' שר החינוך, התרבות והספורט, פ"ד מט(11), 1(5); כך הוא הדין לעניין הטיפול בחולה הנפש (ראה ע"ש (י-ם) 81/92 פלונית נ' היועץ המשפטי לממשלה, פ"מ התשנ"ג (ג) 223,

..."(ההדגשה שלי) (רע"פ 2060/97, [וילצ'ניק נ' הפסיכיאטר](#)

[המחוזי, פ"ד נב\(1\), 697, 708](#)).

העיקרון של טיפול מידתי על פיו לעולם יש ליתן את הטיפול הפחות מגביל ככל שהינו ראוי, מוכר גם כעקרון בסיסי, על ידי מחלקת בריאות הנפש של ארגון הבריאות העולמי (ראה בעניין זה מאמרו של פר' אמנון כרמי, **טיפול בבריאות הנפש וחובות הרופא ונושאים אחרים**, רפואה ומשפט, גליון 16-אפריל 1997, עמוד 123). על כן יש לקבוע כי ההתחשבות בשיקול המידתיות נעשתה כדיון. וכי אין בשאיפת הרופאים לאתר טיפול פחות מגביל למנוחה, משום רשלנות.

20.4. בגדר שיקול הדעת התחשבו הרופאים גם ב **מצבה של החולה**. בכלל זה עמדו לנגד עיניהם הרקע הקודם; ניסיון ההתאבדות שדווח (יוער כי לטענת ד"ר פרייסמן עדות יחידה לעניין ניסיון ממש הייתה בתיאור הבעל שדיווח על ניסיון ואילו המנוחה דיווחה על כוונה בלבד. לדעת ד"ר פרייסמן אפשר וניתן אף ללמוד מהמתנה של יום בבית קודם להגעה לאשפוז, על האמת במחלוקת זו); מצבה הפסיכוטית של החולה, והסיכון בניסיונות התאבדות נוספים. המסמכים מלמדים כי הרופאים הסתמכו על אבחון מצבה כקל יחסי, ואף ד"ר זיו לא שלל אבחנה זו (ראה עמוד 43, שורות 15-16 לפרוטוקול). ביטוי להתחשבות במסוכנות החזרתית על התנהגות אובדנית של החולה ניתן בהחלטה על אשפוז בהסתכלות מיוחדת שכללה לבוש בית חולים, השגחה בשעות האוכל ועוד (מוצג 3 לתיק המוצגים של הנתבעת- תיק בית החולים, פירוט הסתכלות האחות, עמוד 2 וכן עדות ד"ר אלטמרק- הרופא האחראי- עמוד 81 שורות 14-15 לפרוטוקול).

ההחלטה על ההסתכלות המיוחדת, שיש בה אלמנט של פיקוח והגבלה שלא היו קיימים באישפוזים הקודמים, מלמדת כי הרופאים העריכו כי קיים צורך בפיקוח מיוחד, בהתחשב בנתונים השונים, וכך הורו. לפיכך, יש לקבוע כי בגדר שיקול הדעת התחשבו הרופאים במצב החולה ונתנו לו משקל ראוי.

21. מנינו, איפוא, ארבעה שיקולים מרכזיים אותם שקלו הרופאים בעת ההחלטה על תנאי האישפוז. מצאנו כי כולם רלבנטיים ובעלי משקל רב. מצאנו כי את כולם היה על הרופאים לשקול ואף לא מצאנו שיקולים אשר הרופאים נמנעו מלשקול לצורך החלטתם אודות תנאי האישפוז.

מכך למדנו כי לצורך ההחלטה הופעל שיקול דעת סביר. בחינת השיקולים מלמדת כי ניתן לכולם משקל ראוי וכי לא הייתה הטייה פסולה בשיקול הדעת, כטענת ד"ר זיו.

22. שיקול הדעת שיש לשקול בקביעת תנאי האשפוז הו סדר אף ב [חוק טיפול בחולי נפש](#), התשנ"א-1991 (להלן: "החוק") וב [תקנות טיפול בחולי נפש](#), תשנ"ב-1992 (להלן: "התקנות").

22.1 אשפוז במחלקה סגורה היה מתאפשר בענייננו רק באשפוז כפוי , על כן יפות לגביו הוראות סעיף 9 לחוק. תנאים לאשפוז כאמור הם תנאי סעיף 6(1) ו-2 לחוק. תנאים אלה כוללים מצב בו קיים סיכון מיידי לחולה או לזולתו . תנאי זה כל הדעות (לפחות לעניין המיידיות) לא התקיים בעני יננו. על כן לא היה ראוי היה בענייננו, על רקע האבחון ויתר הנסיבות להורות על אשפוז כפוי , לכן אף לא ניתן היה ממילא לאשפוז המנוחה במחלקה סגורה.

22.2 תקנה 19(ב) לתקנות מסמיכה את הרופא לקבוע תנאים של הסתכלות מיוחדת או השגחה מיוחדת, להלן יובאו השיקולים :

"(ב) הוראת רופא לפי תקנת משנה (א) תינתן לפי שיקול דעתו בהתאם למצבו של החולה על סמך בדיקה רפואית , לרבות במקרים אלה :

(1) החולה עלול לסכן את עצמו או את זולתו סיכון פיסי או עלול לגרום פגיעה חמורה ברכוש ;

(2) החולה נמצא במצב גופני קשה או משתנה ;

(3) החולה מקבל טיפול העלול להביא לשינוי פתאומי במצבו ;

(4) החולה נמצא במצב של אי שקט פסיכומטורי ניכר ;

(5) החולה עלול לעזוב את המחלקה או את בית החולים ללא רשות ;

(6) על פי בקשת החולה."

תנאי הפיקוח של הסתכלות מיוחדת הוגדר בתקנה 25. תנאי הפיקוח של השגחה מיוחדת (צמידות בפועל כל העת) הוגדר בתקנה 26.

22.3 תקנה 19(ב) אינה מחייבת ומנחה לגבי ההעדפה לאלו מהסדרי הפיקוח , ונלמד ממנה שיקול דעת רחב , דהיינו, כי בהתקיים כל התנאים שפורטו עד כה , ניתן להורות אם על הסתכלות מיוחדת ואם על השגחה מיוחדת , אך גם כי יש ליישם את שיקול הדעת באופן מידתי . אין בסעיף הוראה לנקיטה באמצעי הפיקוח שיבטיח בכל מחיר מניעת כל סיכון . ההנחיה היא אחרת , כאמור, לשיקול דעת ליישום מידתי, על פי עוצמת הקריטריונים ולפי הצורך.

בעניינה של המנוחה , אין לקבוע כי הקריטריונים השונים התקיימו כולם או בעוצמה רבה- לא הוכח כי התקיימו (ב)2; (3); (5) ו-6; ; אף יתר המאפיינים לא באו לידי ביטוי במלוא עוצמתם, וראה הגדרת מצב החולה כקל יחסית.

22.4 מסקנת הדיון בסעיף זה, לפיכך, כי כאשר הפעיל הסגל את שיקול הדעת, עשה כן על פי המתחייב מהחוק והתקנות וכי לא הפר חובה כלשהי שנקבעה בחוק או בתקנות בהחלטה כפי שנתקבלה, מעצם ההחלטה על הסתכלות מיוחדת נלמד כי הוערכו כל הקריטריונים המסמיכים רופאים להורות על פיקוח זה.

כן נלמד כי אין חובה חוקית על רופא הפועל במסגרת החוק לטיפול בחולי נפש לנקוט באמצעים לשלילת כל מסוכנות , ויש כן בחוק העדפה ברורה ש לעקרון הפעלת שיקול הדעת המידתי , תוך קבלת סיכונים , על פני עקרון מניעת הסיכונים בכל מחיר.

הוראת תקנה זו למעשה מתאימה להגדרת מטרת האשפוז בסעיף 35 לחוק על פיו :

”(א) לא תישלל זכות מזכויותיו של חולה ולא תוגבל בדרך כלשהי, אלא

על פי חוק.

(ב) המטרה העיקרית של אשפוז חולה בבית חולים הינה קבלת

טיפול רפואי ואין לאשפוז אדם בבית חולים לשם הגנה על הציבור

או עליו בלבד, אלא לפי הוראות חוק זה.”

דהיינו- שיקולי הרופאים בעת האשפוז אינם שיקולי הגנה כשלעצמם אלא שיקולים טיפוליים ואלה נבחנים במידתיות ובשים לב לסיכונים .

23. מצאנו, לפיכך, כי הסגל הרפואי שקל שיקולים סבירים וכי לכאורה עשה כן במתחם

הסבירות, כי לא הוכחה הטייה פסולה בשיקול הדעת מעצם ההתחשבות בשיקולים , וכי שיקול הדעת שעל פיו נמנע הסגל מאשפוז כפוי במחלקה סגורה והחליט על מחלקה פתוחה בפיקוח, מתאים להוראות החוק.

אלא שהתוצאה המצערת ידועה, וד"ר זיו טוען כי מוכיחה היא רשלנות , אמנם לא פושעת (עמוד 48, שורה 27 לפרוטוקול), בשיקול הדעת. ד"ר זיו טען כי אינו יכול לנטרל את גורם התוצאה ממסקנתו וכי לולא נסתיים כך האשפוז , ניתן היה לקבוע כי החלטת הסגל היתה נכונה. באמירות אלה מאבדות מסקנותיו של ד"ר זיו עמידותן המשפטית . את קביעת סבירות המעשה בנזיקין , אין לקבוע על פי מבחן התוצאה , אלא, לעולם, על פי הידוע והמקובל כמו הפעלת שיקול הדעת (ראה ע"א 4025/91, יצחק צבי נ' ד"ר יעקב קרול ואח', פ"ד נ (3), 784; ע"א (חיפה) 250/08, עזבון המנוחה רובינפלד אסתר ז"ל נ' משרד הבריאות, [פורסם בנבו], תק-מח 2009 (3), 6297; תא"מ (חיפה) 3191/08, חברת החשמל לישראל בע"מ נ' לוי את ויסבך גלובל אינווסטמנט בע"מ, [פורסם בנבו], תק-של 2009 (3), 6636; ת"א (ראשון לציון) 2550/03, קדמון אייל נ' חברת החשמל לישראל בע"מ ואח', [פורסם בנבו], תק-של 2009 (2), 2411) כך גם נלמד מעקרונות דיני הרשלנות בנזיקין על פיהם לעולם יש לקבוע את האמצעים הנדרשים להבטחת שלום הניזוק בהתחשב בהסתברות הנזק , בהוצאות שידרשו ובחומרת הנזק, אך אין חובה לפעול להסרת הסיכון (ראה ע"א 4025/91, יצחק צבי נ' ד"ר יעקב קרול ואח', פ"ד נ (3), 784, 790, מפי כבוד הנשיא ברק).

משכך, בהיות ההנמקה העיקרית ולמעשה היחידה (משנשללה לעיל הטענה בדבר הטיית שיקול הדעת) של ד"ר זיו לקב יעת הרשלנות, מבחן התוצאה, יש לדחות את קביעותיו . על כן, גם על פי הוראות החוק וגם מתוך העדפת חוות דעת פרופ' גינת, לא ניתן לקבל הטענה לפיה ההחלטה שלא לאשפוז המנוחה במחלקה סגורה היה רשלני.

24. היה על הסגל לנקוט בכל אמצעי הפיקוח הראויים בנסיבות העניין למניעת הסיכון בהתאבדות חוזרת.

ההעדפה בין רמות שונות של פיקוח, אף היא עניין של מידתיות בהיקף הפגיעה במטופל, אשר יש להכריע בה בהתחשב ברמת המסוכנות. פיקוח אישי שוטף יכול היה למנוע את התוצאה הטרגית בענייננו אך מטיבו, לא רק שמחייב יותר משאבים, אלא שפגיעתו האישית במטופל, רבה.

בחינת החלטה זו, על רקע החוק, התקנות, עדויות הרופאים וכלל הנסיבות מלמדת, להבנתי, כי אף אם הייתה טעות בשיקול הדעת, לא עלתה היא לגדר רשלנות.

הסגל היה ער למסוכנות לחזרתיות על התאבדות, במצב שהוגדר כקל יחסית. הצוות החליט על דרכי פיקוח שכללו איסור יציאה מהמחלקה, בדיקה אחת לחצי שעה, ליווי לאוכל, דיווח על מקום שהייה ועוד. את היות הפיקוח בלתי מספק למדנו רק מהתוצאה, ואולם לא הוצגה אינדיקציה אחרת להוכחת אי יעילות הטיפול.

הוכח כי ההחלטה כפי שהתקבלה ביתה סבירה בנסיבות, הכל כפי שפורט לעיל.

בין המומחים התעוררה אמונה מחלוקת עובדתית לגבי דרכי הטיפול המקובלות בחולים במצבים דומים, כאשר ד"ר זיו טען כי חולים במצב המנוחה מאושפזים כרגיל במחלקות סגורות (סוף עמוד 44) ואילו פרופ' גינת, כמו גם יתר הרופאים, מסרו עדות הפוכה. ראיתי לעניין זה להעדיף את גרסת ההגנה, לא רק מפאת הנטל, אלא בהתחשב בכך שעדות ד"ר זיו, לעניין זה נחזתה מגמתית ומוגזמת, בין היתר בשים לב לכך שאין מחלוקת כי בכל אשפוזיה הקודמים של המנוחה, למרות חזרתיות מוכחת כבר אז בניסיונות התאבדות חוזרים, הייתה היא במחלקה פתוחה, ללא השגחה כלשהי.

שוכנעתי כי הימנעות מהחלטה אודות פיקוח כלשהו עשויה הייתה להיחשב רשלנית בנסיבות, ואולם בחירת הפיקוח המגביל פחות בנסיבות העניין, במצבה המוכח והידוע של המנוחה, לא הוכחה כרשלנית.

25. מסקנתי זו מתחזקת אף למקרא הפסיקה הרלבנטית בה נבחנה הפרת חובת זהירות קונקרטי של מוסדות טוטאליים (בתי מעצר, בתי חולים) בסיטואציות של התאבדות יחידים הנתונים במשמורתם. המקרים בהם נקבע כי הופרה חובת הזהירות, הם הימנעות המוסד הרלבנטי מלנקוט באמצעים מתאימים כלשהם למניעת ההתאבדות מקום בו אובחן מצב נפשי חמור. ראה בעניין זה: [ת"א \(ירושלים\) 11590/07](#), [עזבון המנוח נחום אירמן ואח' נ' מדינת ישראל - משטרת ישראל](#), [פורסם בנבו], תק-של 2009(1), 33199; [ת"א \(ראשון לציון\) 7906/01](#), [עזבון המנוחה ואח' נגד קופת חולים של ההסתדרות הכללית ואח'](#), [פורסם בנבו], תק-של 2003(4), 932, מקרה בו שוחררה מבית החולים, חולת נפש לאחר שהגיע בית החולים למסקנה כי מצבה החמיר ומחייב אשפוז מלא; [ת"א \(תל-אביב-יפו\) 156/95](#), [רוזובסקי שמעון נגד מדינת ישראל - משרד הבריאות](#), [פורסם בנבו], תק-מח 2001(3), 2446, מקרה בו לא ניתן כל טיפול לחולה שמצבו הנפשי התדרדר; [ע"א 6649/96](#), [הסתדרות מדיציניית הדסה נגד עופרה גלעד, פ"ד נ"ג](#), (3), 529, מקרה בו לא ננקטו

אמצעי זהירות והסדרי שמירה כלשהם על חולה נפש לאחר ניסיון אובדני טרם העברתו למחלקה פסיכיאטרית כאשר נקבע כי הייתה טעות באבחון וכן כשל בהעברה בין מחלקות ; [תי"א \(ירושלים\) 1777/96](#), [עזבון המנוחה דליה נגד ד"ר סילביו](#), [פורסם בנבו], תק-מח 3473,(2), מקרה בו שוחררה חולה מאשפוז ולא דאגו להעברתה המיידית לבית חולים אחר לאחר שאובחנה במצב חמור וקשה.

בחינת אותם פסקי דין מלמדת כי העובדות שם שונות מן העובדות בענייננו . לא דומים המקרים האמורים למקרה אשר בפניי , בו הופעל שיקול דעת שהתחשב בכל השיקולים הרלבנטיים ונבחרה אפשרות אחת לטיפול בחולה הכוללת פיקוח , מבין מספר אפשרויות , וזאת בהתאם לאבחון מצבה הנפשי של החולה , והכל כאשר אף לא אובחן מצב נפשי חמור וסכנה מיידית לחייה, כפי הערכת הרופאים המטפלים.

סיכום ההכרעות בטענת הרשלנות שבשיקול הדעת:

26. הצתת המנוחה את עצמה נעשתה אחרי ניסיונות התאבדות קודמים עליהם ידע בית החולים ובעקבותיהם אף אושפזה במסגרת כתליו וכן עקב ניסיון התאבדות רלבנטי טרם אשפוזו האחרון.

הצתת המנוחה את עצמה נעשתה בעת בו המנוחה נתונה הייתה במשמורתו ובהשגחתו של בית החולים . אין כל ספק כי כל אלו הטילו על בית החולים חובת זהירות מושגית וקונקרטיית כלפי המנוחה לדאוג לשלומה, בטחונה ובריאותה כחולה המטופלת על ידו .

לא מצאתי בנסיבות העניין לקבוע שבית החולים לא יצא ידי חובתו זו. בית החולים נתן דעתו למצבה המיוחד של המנוחה , הופעל שיקול דעת נרחב על ידי סגל מיומן תוך שקילת כל הטעמים הרלבנטיים לטיפול ראוי ותוך התחשבות בסיכון לארועים אובדניים נוספים . הטיפול שניתן איפשר אשפוז בהסכמה במחלקה הפתוחה , תחת פיקוח בסטטוס של הסתכלות מיוחדת , שכללה ידיעה אודות מקומה וביקור כל חצי שעה , תוך מעקב רפואי הדוק וכן תוך איזון תרופתי . תנאים אלו חייבו בכל משמרת בחינה מחדש את מצבה של המנוחה, נבחנו דרכי הטיפול הקיימות ובאם נדרש לבצע שינוי כלשהו בטיפול זה ולאחר שקילת הנתונים הרפואיים והקליניים נבחרה דרך טיפול , אשר הותאמה למצבה של המנוחה תוך כדי האשפוז.

על אף שבנקודת הזמן בה אנו נמצאים היום , ידוע כי הטיפול בבית החולים לא הועיל למנוחה, ואף ידוע כי היקף הפיקוח עליו הוחלט היה פחות מדי ועל כן שגוי , אין בכך להוכיח כי בית החולים הפר חובתו לנקיטה באמצעים סבירים . לא ניתן לבחון ולבדוק מעשה בית החולים בדיעבד על פי תוצאתו הטראגית של המקרה בו עסקינן .

לפיכך יש לקבוע כי התובעים לא הוכיחו את הפרת חובת הזהירות המוטלת על בית החולים, ועל כן יש לדחות את תביעתם בגין רשלנות בהחלטה אודות דרכי הטיפול והאשפוז של המנוחה.

מחדלים רשלניים נוספים:

27. התובעים טוענים כי בית החולים אף התרשל בכך שאיפשר ולא מנע נוכחות של אש ו /או מצית במוסד לבריאות נפש.
 גם טענה זו דינה להידחות, ואבאר.
 משקבעתי כי לא הוכחה רשלנות הנתבעת באופן הטיפול במנוחה וכי לא הופרה חובת הזהירות המוטלת על בית החולים בכך שאושפזה החולה במחלקה הפתוחה תחת הסתכלות מיוחדת, ומשלא טענו התובעים כי נפל פגם באופן ההסתכלות על המנוחה (ראה בעניין זה חוות דעתו של ד"ר זיו המומחה הפסיכיאטרי מטעמם של התובעים, עמוד 6 לת/5, וכן בעדותו בבית המשפט- עמוד 49 שורות 26-29 לפרוטוקול), אזי ככל שקיים בית החולים את נוהלי ההסתכלות המיוחדת, יצא ידי חובת הזהירות בעת הטיפול במנוחה.
 הוכח כי ניתן היה להחזיק מצית בין כותלי המחלקה הפתוחה (ראה גם עדות פרופ' גינת-...**במחלקה פתוחה היה מותר לעשן בזמנו** ... (עמוד 70, שורה 25 לפרוטוקול, וכן סעיף 12 למוצג נ/8).
 על כן לא ניתן לקבוע כי הופרה חובת הזהירות של בית החולים בכך שלא מנע נוכחות המצית.
 על כן יש לדחות גם טענה זו.

28. טענה נוספת עמדה לתובעים והיא כי התרשל בית החולים בכך שלא עשה שימוש באמצעי בטיחות כלשהם ו /או באמצעי בטיחות נאותים הנדרשים למניעת תאונות מן הסוג הנדון ו/או בהקטנת תוצאותיהם ולא מנע התפשטות האש ו /או לא הגיע אל המנוחה בזמן כפי הנדרש ממוסד סביר.
 ראשית יובהר כי הטענות באשר לרשלנות השימוש באמצעי כיבוי אש, לא היו אחידות והשתנו במהלך ניהולו של תיק זה. בכתב התביעה נטען כי הרשלנות בכיבוי ההצתה נובעת מכך שלא היו כלל אמצעי כיבוי אש בשטח בית החולים (סעי' 5ג. לכתב התביעה המתוקן), לעומת זאת, בסיכומים חזרו בהם התובעים מטענה זו וטענו כי: **"בעוד שבמחלקה היו מטפי כיבוי, הרי שהצוות בחר לכבותה באמצעות דליי מים ושמיכות** ..."(ראה סיכומי התובעים עמוד 8, סעיף י(1)).
 בשלב הראיות לא הובאו ראיות אובייקטיביות לגבי מתקני כיבוי ולגבי הפעולות בהן נקט הצוות בעת ניסיונות הכיבוי והטיפול שלאחר ההצתה. בפרשת הראיות עלה נושא זה בקצרה, כאשר ד"ר אלטמרק העיד באופן כללי אודות תקינות אמצעי הכיבוי במקום ולא אישש בחקירתו טענות התובעים (עמוד 87, שורות 1-2). התובעים, אשר ביקשו להוכיח מחדל פעולות בית החולים באופן כיבוי האש, ולקבוע כי לא ננקטו אמצעי בטיחות נאותים, סבירים ויעילים, בחרו מטעמיהם שלא להציג חוות דעת מומחה לבטיחות. הימנעות מהבאת ראיות להוכחת הנושאים אלה ובעיקר הימנעותם מהבאת חוות דעת רלבנטית, ללא כל הסבר המצדיק זאת, עומדת לתובעים לרועץ. כמו כן, התובעים לא הציגו חוות דעת רפואית על פיה שונה הנזק הרפואי שיכול היה להיגרם כתוצאה מטיפול מוקדם יותר באש, בעת שהתגלתה ההצתה.
 על כן לא הוכחו טענות אלה של רשלנות וגם מן הטעם הזה יש לדחות את התביעה.

לסיכום פרק האחריות:

29. התובעים טענו להתרשלות הנתבעת אשר גרמה למות המנוחה . טענת הרשלנות לא הוכחה . לפיכך יש לדחות התביעה .
למעלה מהצורך, ראיתי לנכון לדון בקצרה במחלוקות באשר לגובה הנזק .

הנזק והזכות לפיצוי בגינו:

30. טענת הסף בדבר סילוק תביעת העזבון:

רק בשלב הסיכומים העלו ב"כ הנתבעת טענה על פיה יש לסלק את תביעת התובע 1, באשר לא הוגש צו ירושה להוכחת הזכויות בעיזבון . מצאתי יסוד מוצדק לטענה זו . העיזבון אינו יכול לתבוע בעצמו , שלא על ידי מנהל עיזבון או באמצעות יורשיו . ראה לעניין זה גם [ע"א 2061/01, בועז מושקוביץ נ' ג'לאל חנא איברהים מוצלח ואח'](#) , תק-מח 2002 (1), 66789, סעיף 11. לא ניתן לפסוק פיצויים לעיזבון שאינו מנוהל או ליורשים שאינם ידועים , ולכן יש לקבל טענת הנתבעים לעניין זה . אפשר היה, לשקול בנסיבות העניין, ומשלא טרחה הנתבעת להעלות טענת הסף בשלבים מוקדמים של הדיון , להימנע ממחיקת תביעת העיזבון תוך התנאת פסיקת כל תשלום בהצגת צו הירושה . יחד עם זאת , נוכח תוצאת פסק זה , לא ראיתי מקום ליתן הוראות מיוחדות ולהרחיב עוד בסוגייה זו . לצורך המשך הדיון , אדון בכל זאת בקצרה גם בפיצוי היורשים ובפיצוי העיזבון , בהנחה כי אין זהות בין שתי קבוצות תובעים אלה . אעיר בכל זאת כי במהלך קדם המשפט נטען מטעם האב , כי הסתלק מהעיזבון לטובת ילדיו .

תביעת העיזבון ותביעת התלויים:

31. תביעת העיזבון כוללת ראשי נזק אלה : אובדן כושר השתכרות ; נזק בלתי ממוני- קיצור תוחלת חיים וכאב וסבל ; הוצאות קבורה, לוויה ואבל .
תביעת התלויים כוללת את ראשי נזק אלה : הפסד תמיכת אם ; הפסד שירותי אם ורעה ; הוצאות קבורה לוויה ואבל .

גובה שכרה של המנוחה:

32. מן העדויות אשר הובאו בפניי לא שוכנעתי כי המנוחה ע בדה בעבודות כלשהן עובר לאירוע בו נפטרה, ואבאר .
לטענת התובעים , עובר לפטירת המנוחה , השתכרה היא סך של כ- 9,821 ₪ לחודש (סכום המשוערך להיום), בעבודות ניקיון במספר בתים וכן במפעל יהלומים . אולם, לא הובאו ראיות אובייקטיביות להוכחת השתכרות זו . הטענה בדבר עבודה ב משק בית אצל שתי מעסיקות, גובתה רק בתצהיר ועדות אחת מהן , אשר הנה אחותה של המנוחה , עדת תביעה 3-הגב' רחל צבאבא. התרשמתי מעדות זו כי אין בה ראיה לכושר השתכרות של ממש , אלא

לכל היותר, ראייה לנכונות ושאיפת האחוז לתמיכה במשפחת המנוחה בלבד, הן בעת בו העסיקה את המנוחה והן בעת בה מסרה עדותה. באשר לטענה לעבודה ביהלומים, גם כאן המדובר בטענות בעל פה בלבד, אשר הועלו על ידי הבעל באופן מגמתי, לא ברור ואמין דיו, שנים רבות לאחר האירוע, ללא תיעוד וללא כל אסמכתאות (תלושי שכר וכדומה). לא מצאתי כי ניתן לבסס גובה השתכרות על בסיס עדות זו בלבד. למעלה מן הצורך אוסיף, כי גם אם ניתן היה להכיר בעבודתה של המנוחה אצל אחותה כעבודה המייצרת הכנסה, הרי שמדובר בסכום מזערי אשר בחישוב לפי שיטת הידות נמצא ממילא ערך שלילי לידת המנוחה.

בנוסף התובעים אישרו בעדותם כי עבודותיה של המנוחה הופסקו עוד בט רם אושפזה המנוחה בבית החולים (באשר לעבודה במשק הבית- ראה עדות הבעל- עמוד 26, שורות 13-16, וכן תצהיר האחוז- ת/4 סעיף 2; באשר לעבודה ביהלומים- ראה עדות הבעל- עמודים 25-26 לפרוטוקול).

לאור האמור, ומשלא שוכנעתי כי המנוחה עבדה בעבודות כלשהן עובר לתאונה וכן כי לא הוכח בפני שכרה של המנוחה, אין מקום לפסוק הפסד השתכרות בתביעת העיזבון והפסדי תמיכה לתביעת התלויים, מקום בו ראשי נזק אלו נגזרים משכרה של המנוחה, אשר כאמור, לא הוכח.

קיצור תוחלת החיים וכאב וסבל:

33. המדובר בפיצוי לעיזבון באשר לנזק הבלתי ממוני. המורישה היא המנוחה, אשר סבלה ממחלת נפש ונפטרה בגיל 29. הוכח כי המנוחה הציתה עצמה ביום- 12.10.92 ונפטרה ביום- 26.10.92. כאב וסבל הוכר על ידי הפסיקה למנוח שסבל כאב עד לפטירתו. על כן מנוח אשר סבל מאובדן הכרה מפגיעתו ועד לפטירתו אינו מפוצה בפיצוי בגין נזק זה. מותה של המנוחה לא נגרם מותה באופן מידי לאחר הצתתה את עצמה. (סיכומי המחלה של בי"ח בילינסון מלמדים על דרגת הכוויות של המנוחה ורוחב התפשטותן- פנים, צוואר, חזה, בטן, גפיים תחתונות, וכן העובדה כי המנוחה הגיעה לבית חולים בילינסון בהכרה מלאה; חוברה לאמצעים מכנים כגון: קטטר וזונדה; במהלך האשפוז עברה ניתוח להשתלת עור וכן הוכנסו נקזים חזיים להקלה על נשימתה). סמוך לאחר שהגיעה לבית החולים בילינסון, איבדה המנוחה הכרתה, על כן יתכן וייסוריה נמשכו תקופה קצרה וכי מדובר היה במוות מהיר באופן יחסי (ראה סיכום המחלה- נספח ד' לכתב התביעה) (ראה בעניין זה ההלכה שנפסקה בע"א 372/65, דהאן נ' פרנסיס, פ"ד יט(4), 192, על פיה לא יפסקו פיצויים בגין כאב וסבל מקום בו איבד הניזוק הכרתו מרגע הפגיעה ועד רגע המוות). בהתחשב בכל אלה, פוסקת הייתי בגין כאב וסבל פיצוי בסך- 100,000 ₪. באשר לקיצור תוחלת החיים, הנתבעים טענו כי בשל מחלתה הבסיסית של המנוחה, יש להתחשב בתוחלת חיים הקצרה ב- 25% מהממוצע. אולם, על אף שהייתה המנוחה חולה

במחלת נפש, אשר ניסתה בעבר לשים קץ לחייה מספר פעמים, לא הוכח בחוות דעת תוחלת חיים נמוכה משל אדם רגיל ולא נטען בהן כי המנוחה הייתה בקבוצת האנשים אשר היו מצליחים לשים בסופו של דבר, קץ לחייהם. על כן, מצאתי כי יש לקחת בחשבון תוחלת חיים רגילה באשר למנוחה. דהיינו- על פי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, קוצרו חייה ב- 47 שנים. בעניין אשר בפניי, לאור הגישות והעמדות אשר הובעו בפסיקה, הייתי פוסקת בגין ראש נזק זה פיצוי בסך- 230,000 ₪.

הוצאות קבורה, מצבה ואבל:

34. התובעים מבקשים לפסוק לזכות העיזבון בגין ראש נזק זה, מבלי שהוכחו הוצאות הקבורה והאבל, "סכום שאיננו נופל מסך של 15,000 ₪".
על אף שבעניינינו לא הובאו ראיות להוכחת הנזק, נפסק לא אחת, כי ניתן, כאשר אין מחלוקת כי המדובר בהוצאות שהוצאו, לפסוק בגין רכיב זה על דרך האומדנא (עוד בעניין זה ראה דוד קציר, **פיצויים בשל נזק גוף**, מהדורה חמישית, דקל הוצאה לאור, כרך ב', 1084).
על דרך ההערכה מוצאת אני לקבוע כי סכום סביר בנסיבות העניין בגין רכיב זה בסך – 7,000 ₪.

אובדן שירותי אם ועזרה בבית:

35. התלויים תובעים בגין רכיב זה סך של 747,650 ₪ הכוללים סיוע של 12 שעות שבועיות בעלות של 35 ₪ לשעה בעבור התקופה מאז מותה של המנוחה ועד שיגיעו הבכור לגיל 29 והצעיר לגיל 26, וכן 120,000 ₪ באשר לאובדן שירותי האם.
פיצוי בגין עזרה במשק בית נועד לכסות את ההוצאות שנוספו למשפחה עקב פטירת האם (ראה דוד קציר, **פיצויים בשל נזק גוף**, מהדורה חמישית, דקל הוצאה לאור, כרך ב', 1196).
בעניין אשר בפניי, מעבר לטענות עלומות בדבר זכאות לסיוע, לא הובאו כל ראיות להוכחת הוצאות בפועל וכן לא הובאה חוות דעת מומחה לגבי עלות העזרה לה זקוקים התובעים עבור עזרה בעבודות משק בית. כמו כן, התובעים לא התייחסו לכך שהוכח כי ניתנו להם עזרה וסיוע על ידי לשכת הרווחה במהלכם של השנים, טרם מותה של המנוחה ואף באופן נרחב לאחר מותה (ראה פירוט תיק לשכת הרווחה- מוצג 11 בתיק המוצגים אשר הוגש על ידי הנתבעים).
יש אף להתחשב בכך שהוכח בראיות כי משפחת המנוחה התגוררה ועדיין מתגוררת אצל אמו של האלמן (ראה עדותו של האלמן- עמודים 15-16 לפרוטוקול, וכן עדות הבן- עמוד 38 לפרוטוקול), ונראה כי העזרה בבית מסופקת בין היתר גם על ידה (ראה עמוד 31, שורות 3-4 לפרוטוקול). בעת הערכת החסר הנטען בעזרת האם יש להתחשב בכך שהמשפחה סבלה מבעיות תפקוד עוד טרם פטירת המנוחה, וראייה לכך היא העזרה והתמיכה אשר קיבלה המשפחה משירותי הרווחה לפני אוקטובר 92, מועד פטירתה של האם.

כמו כן, יש לקחת בחשבון העובדה כי המנוחה הייתה חולה במחלת נפש ומצבה לא היה יציב. ברי, כי ניתן להסיק שתפקודה של האם בשל מחלתה, בכל הקשור לשירותים אשר סיפקה לניהול תקין של משק הבית, היו מוגבלים.

אף בכל הקשור לפיצוי באשר לאובדן שירותי אם, אין להתעלם מההנחה כי תפקודה של המנוחה כאם היה בעייתי בשל מחלתה, אולם, לא יכול להיות ספק כי במותה ניטלה מן הילדים אמם וכי על אף מחלתה נגרם להם אובדן של "שירותי אם" המחייב פיצוי. יש להדגיש כי הילדים, בעת פטירת אמם, היו רכים בשנים (הבכור בן 7 והצעיר בן 4). את הפיצוי בגין ראש נזק זה יש לחשב עד הגיע הילדים לגיל 18, באשר לתביעתם לפיצוי מעל גיל 18, לא הובא כל בסיס.

לאור האמור, ועל בסיס הנתונים בפני, הנני מעריכה את הפיצוי לכל אחד מהילדים באשר לרכיב זה, הכולל את אובדן שירותי האם והעזרה בבית, סכום גלובאלי: לבן רמו-התובע 2-66,000 ₪ ולבן יהודה חי-התובע 3-84,000 ₪.

בעקבות מות המנוחה זכאים התובעים לקצבת שארים. יש לנכות את גמלאות המל"ל אשר שולמו וישולמו לבנים מן הפיצויים שנקבעו לתלויים. הסכום אותו יש לנכות מן הפיצוי הנו הסכום אשר נקבע בחוו"ד אקטוארית. בשלב הראיות הוגשה חוות דעת אקטוארית מיום 28.10.2003, על פיה סכום הקצבה המהוון עומד על סך 324,647 ש"ח. בעת האחרונה הוגשה חוות דעת מעודכנת, מיום 11.6.2009, על פיה הסכום המהוון עומד על סך 540,414 ₪.

על פי כל אחד מנתונים אלה, ממילא נבלעת כל תביעת התלויים בתקבולי המל"ל. ממילא, גם לו הכרתי בעילת תביעת התלויים, היתה היא נדחית.

תביעת התובע 2- תסמונת טורט בה לקה בעקבות מות המנוחה:

36. התובע 2 טוען כי בעקבות מותה של המנוחה, חלה במחלה המוגדרת כתסמונת טורט. ראייה לכך, לטענתו, כי כחצי שנה לאחר מותה, החל לסבול מה תסמונת אשר בתחילה באה לידי ביטוי בהתקפים של קוצר נשימה ומצמוצי עיניים ובמהלך השנים החריפה. להוכחת טענתו צירף חוות דעת פסיכיאטרית, של ד"ר תמר מוזס, על פיה נקבעו לתובע 2, אחוזי נכות של 30% נכות פסיכיאטרית בגין תסמונת הטורט, מתוכם 10% נכות צמיתה בגין האירוע הטראומתי של מות אמו והשפעתו על מבנה ותפקוד המשפחה.

מנגד טוענים הנתבעים כי תסמונת הטורט בה לקה התובע 2, פרצה מספר שנים לאחר האירוע וכי אין כל קשר בינה לבין האירוע נשוא התביעה. הנתבעים צירפו את חוות דעת ד"ר יעקב פולאקביץ, על פיה נקבע כי התובע 2 אכן סובל מתסמונת טורט המקנה לו 20% נכות, אך נכות זו הנה ללא קשר למותה של האם.

השונות בין מסקנות שני המומחים נובעת בראש ובראשונה מהמועד שקבעו לפרוץ המחלה. שניהם מסכימים כי ניתן לקבוע קשר סיבתי לארוע ככל שפרצה המחלה פרצה עד הגיע התובע לגיל 7, דהיינו כחצי שנה מהארוע הטראומטי של מות האם. ד"ר מוזס קבעה כי המחלה פרצה כבר בשנת 1992, זאת על פי טענות התובע 2 ואביו, ואילו ד"ר פולאקביץ קבע כי פרצה רק בשנת 1996, זאת למד מתיעוד רפואי ראשון בעניין זה באשר לטענה בדבר מצמוצי עיניים (לטענתו, אף ספק אם תלונה ראשונה זו, אמנם קשורה למחלה).

לאחר שמיעת הראיות, לרבות חקירת המומחים, לא שוכנעתי בנטל הנדרש כי קיים קשר סיבתי בין מחלתו של התובע 2 למותה של האם וכי התסמונת בה לוקה הנה כתוצאה ממותה הטראגי, ואבאר.

כאמור, המדובר בתביעה אשר הנה עניין שברפואה ולכן הוכחתה אפשרית בהסתמך על חוות דעת רפואית פסיכיאטרית. התובעים הסתמכו על חוות דעת ד"ר מוזס, אשר קבעה כי קיים קשר סיבתי בין מחלת התובע 2 למותה של אימו. אך הוכח כי חוות דעתה לא התבססה על תיעוד רפואי רלבנטי (ראה בעניין זה הסתייגותה של המומחית בעמוד 4 לחוות דעתה: **" בעת כתיבת חוות הדעת לא עמדו לרשותי תיק משרד הרווחה ותיק קופת חולים מתקופת הילדות המוקדמת. יתכן שנתונים מחומר זה עשויים לשנות את הערכת הנכות בגין מות האם "**), אלא התבססה בעיקר על טענות התובע 2 ואביו. טענות התובע 2 ואביו לא היו מהימנות דיין בעיני, וממילא יש לקבוע כי חוות דעת ד"ר מוזס לא התבססה על בסיס ראוי דיו. לעניין בעיות במהימנות התובע 2 ואביו, יש ליתן משקל לעובדה שהתובע 2, במועדים הנטענים היה ילד צעיר ביותר, ועל כן אינו יכול לתאר במדויק, אם בכלל, את שארע. על כן, למרות ההערכה הרבה שיש ליתן לתובע 2 על הדרך בה הביא עניינו בפני בית המשפט למרות נכותו, לא ניתן לייחס מהימנות לעדותו בפני בית המשפט ובפני המומחית, בכל הקשור לתיאור נסיבות מחלתו והתפתחותה בשנים הראשונות. גם משקלן של טענות האב על כי בנו- התובע 2 החל לסבול מהתסמונת מיד לאחר מותה של האם, נמוך. טענותיו לא נתמכו בתיעוד רפואי ו/או אסמכתאות ראויות אחרות (ראה עמוד 29 שורות 9-20 לפרוטוקול). עדות האב הכואב את פטירת המנוחה ורואה בה את הטעם לכל סבלותיו, אשר נמסרה שנים רבות לאחר הארועים ולא התבססה על תיעוד, הייתה עדות רגשנית ומגמתית אשר התקשיתי לבסס עליה לבדה ממצאים.

האמור אף בא לידי ביטוי ביתר שאת, מקום בו נסתרות עדויות התובע 2 והאב על ידי ראיות אובייקטיביות חיצוניות. התלונה המתועדת הראשונה של התובע 2 באשר למחלתו, הנה מספר שנים לאחר מותה של האם, בהיותו בן 11, ולא כפי הנטען בעל פה על ידי התובע 2 ואביו, סמוך לאחר מות האם (ראה נ/5).

לפיכך, משלא שוכנעתי כי מועד פרוץ המחלה היה כנטען, ומשלא שוכנעתי בקשר הסיבתי בין פרוץ המחלה לפטירת המנוחה, ומאחר ובחוות דעת המומחית מטעם התביעה נתגלו חסרים משמעותיים בראיות לביסוסה, הרי שלא ניתן לקבל תביעת התובע 2. ועל כן תביעת התובע 2 נדחית ואין לפסוק פיצויים בה.

סוף דבר:

37. בסופו של יום, לאחר בירור רב שנים של תביעה זו, אשר חשפה אירועים אנושיים ומשפחתיים קשים ומצמררים, אין מנוס מדחיית התביעה.

תביעת הרשלנות נדחית הן מכיוון שנטל הראייה על התובעים והתובעים לא עמדו בהוכחתו; הן משנמצא כי ההחלטה אודות אופן ותנאי אשפוז המנוחה ניתנה במתחם הסבירות; הן נוכח כך שלא הובאו ראיות להוכחת התנהגות רשלנית; הן נוכח כך שלא הופרה חובת זהירות, לרבות עניין הפיקוח על הכנסת המצית ולרבות לעניין פעולות הכיבוי.

אף נקבע כי תביעת העיזבון אינה יכולה להתברר וכן הוכח כי נזקי התלויים נבלעים בתקבולי המל"ל. כן נדחתה התביעה על פיה תסמונת הטורט ממנה סובל התובע 2 נגרמה כתוצאה מפטירת המנוחה, משלא הוכח הקשר הסיבתי והקרבה לאירוע, כראוי בראיות.

38. לפיכך, התביעה נדחית. בשים לב לנסיבותיו של תיק זה אינני עושה צו להוצאות.

ניתן היום, י"א אלול תשס"ט, 31 אוגוסט 2009, בהעדר הצדדים. **זכות ערעור כחוק.**
המזכירות תשלח פסק הדין לב"כ הצדדים.

ה דפנה בלטמן קדראי 54678313

נוסח מסמך זה כפוף לשינויי ניסוח ועריכה

[הודעה למנויים על עריכה ושינויים במסמכי פסיקה, חקיקה ועוד באתר נבו - הקש כאן](#)