

בית משפט השלום בהרצליה

ת"א 46621-12-11 פלונית נ' הסתדרות מדיציניית הדסה

בפני כב' השופט יחזקאל הראל – סגן הנשיא

תובעת	פלונית
	ע"י ב"כ עו"ד מירון קין ואח'

נגד

נתבעת	הסתדרות מדיציניית הדסה
	ע"י ב"כ עוה"ד י. עוזיאל ו/או ה. פנחסי

חקיקה שאוזכרה:

[תקנות הביטוח הלאומי \(קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה\), תשט"ז-1956: סע' 18\(1\)ב, 27, א. T271, א. T271](#),
[T271 ב](#)

[חוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996: סע' 13\(4\)](#)

מיני-רציו:

* תביעה בגין נזקי גוף שנגרמו לתובעת, לטענתה, כתוצאה מטיפול רשלני שקיבלה במהלך אשפוזיה בבית"ח הדסה הר הצופים. נקבע כי ההחלטה לשחרר את התובעת מבית"ח באשפוז הראשון הייתה רשלנית, ולחילופין היה על הנתבעת ליתן לתובעת הנחיות ברורות לשוב לבית"ח ביום ו' לצורך ביצוע הבדיקות בבית"ח תוך מתן הסבר ואזהרות בדבר חשיבות ביצוע הבדיקות במועד. מכאן אנו למדים על התנהלות רשלנית של הנתבעת גם לאחר האשפוז הראשון, והיא זו שהביאה לכריתת החצוצרה.

* נזיקין – רשלנות – רשלנות רפואית

* נזיקין – עוולות – רשלנות רפואית

* נזיקין – אחריות – רופא

* נזיקין – אחריות – אשם תורם

* נזיקין – פיצויים – עגמת נפש

תביעה בגין נזקי גוף שנגרמו לתובעת, לטענתה, כתוצאה מטיפול רשלני שקיבלה במהלך אשפוזיה בחודש יוני 2008 בבית"ח הדסה הר הצופים.

בית המשפט פסק כלהלן:

היה על הנתבעת להמשיך ולאשפז את התובעת חרף רצונה להשתחרר, וככל שהתובעת הייתה עומדת על בקשתה – היה עליה להחתימה כי היא מאשרת שהשחרור הינו על אחריותה בלבד, על הצוות הרפואי היה

לומר לה כי קיים סיכון לפריצת החצוצרה, וכי על כן קיימת חשיבות רבה לביצוע הבדיקות ביום 6.6.08. לחילופין, היה עליו להזמין לביצוע הבדיקות בביה"ח.

משהתובעת שוחררה תוך אפשרות, שאינה נמוכה, כי המדובר בהיריון חוץ רחמי, ומשחלק מהריונות אלו נספגים וחלקם האחר אינו נספג, כפי שארע לתובעת בסופו של יום, קיים סיכון של ממש לפריצת החצוצרה. במקרה שכזה מוטלת חובה על הצוות הרפואי לוודא אפשרות מעשית לביצוע הבדיקות ביום ו', בין אם בקופ"ח ובין אם בחדר המיון, לרבות אפשרות לקבלת תוצאותיה בקופ"ח עוד באותו יום שהינו יום עבודה קצר.

בגיליון הרפואי לא נרשם כי חשיבות מועד ביצוע הבדיקה הוסברה לתובעת, ואם כן על ידי מי. התובעת אינה דוברת את השפה העברית ושחרורה מביה"ח עם גיליון שחרור הערוך בשפה העברית מבלי שנכתבה בו, ולו גם בשפה העברית, חשיבות ביצוע הבדיקה ביום ו', עולה כדי רשלנות, רשלנות זו מתחדדת דווקא משום שהתובעת שוחררה ללא כאבים וללא דימום שפסק ומשהשחרור היה בניגוד ל"רצון" ו"המלצת" הצוות.

מכל האמור לעיל, אנו למדים על התנהלות רשלנית של הנתבעת גם לאחר האשפוז הראשון והיא זו שהביאה לכריתת החצוצרה.

יחד עם זאת, יש להטיל על התובעת רשלנות תורמת לאי ביצוע בדיקה ביום 6.6.08. בהתחשב בעובדה כי התובעת מחד, לא סבלה מכאבים ומדימום ועקב כך נראה כי סברה בשגגה כי חל שיפור במצבה, ומנגד העובדה כי פנתה לקופ"ח לראשונה ביום ב', יהיה זה נכון להטיל על התובעת רשלנות תורמת בשיעור של 20%.

פסק דין

מבוא

1. לפני תביעת התובעת ילידת 1974 תושבת מזרח ירושלים, בגין נזקי גוף שנגרמו לה לטענתה, כתוצאה מטיפול רשלני שקיבלה לטענתה, במהלך אשפוזיה בחודש יוני 2008 בביה"ח הדסה הר הצופים (להלן: "ביה"ח").

2. התביעה הוגשה כנגד הנתבעת – הבעלים והמפעילה של ביה"ח, אשר בזמנים הרלוונטיים לתביעה הייתה המעבידה של עובדי ביה"ח והסגל הרפואי שטיפלו בתובעת.

3. עפ"י הנתען, בתאריך 2.6.08 הופנתה התובעת לחדר המיון של ביה"ח עקב כאבי בטן ודימום, בחשד להיריון חוץ-רחמי. התובעת אושפזה 48 שעות (להלן: "האשפוז הראשון"). הסימנים הקליניים וממצאי הבדיקות שבוצעו אישרו לטענתה, את החשד להיריון חוץ-רחמי.

ביום ד' 4.6.08 שוחררה התובעת מביה"ח. בהנחיות השחרור נכללה הוראה לבצע בדיקות למעקב רמת הורמון BHCG (להלן: "ההורמון" ו/או "בטא") ובדיקת אולטרה סאונד במסגרת קופת-חולים 48 שעות לאחר מכן, דהיינו, יום ו' בשבוע. מסתבר כי בימי ו' בשבוע לא ניתנים שירותי מעבדה ואולטרה-סאונד במרפאות קופ"ח בירושלים, מקום מגורי התובעת. התובעת לא פנתה לקופ"ח ביום ו', אלא לראשונה ביום ב' 9.6.08 עם תלונה על כאבי בטן תחתונה ודיווח על דימום וגינלי. בעקבות זאת הופנתה לביה"ח שם אושפזה בשנית באותו היום. למחרת, ביום 10.6.08 בשעות הערב קיבלה טיפול במטוטרקסאט. ביום 11.6.08 שוחררה התובעת לביתה (להלן: "האשפוז השני").

ביום 13.5.08, יומיים לאחר שחרורה, אושפזה התובעת פעם נוספת בביה"ח, לאחר שנצפו סימנים לקרע בחצוצרה. בנייתוח דחוף, שבוצע באותו מועד, אושרה האבחנה ובוצעה כריתה של החצוצרה הימנית (להלן: "האשפוז השלישי").

4. פסק-הדין ניתן לאחר שהובאו לפניי הראיות כדלקמן:

ראיות התובעת: תצהיר עדותה הראשית וחקירתה הנגדית, חוות דעתו וחקירתו הנגדית של המומחה הרפואי מטעם התובעת, ד"ר ניסנקורן, מומחה לרפואת נשים ומיילדות.

ראיות הנתבעת: תצהירי עדויותיהם הראשיות וחקירותיהם הנגדיות של ד"ר אברהם בן-שטרית, מנהל מרכז בריאות האישה של קופ"ח – סניף רמת אשכול בירושלים (להלן: "ד"ר בן שטרית"), ד"ר רונית גלעד וד"ר יובל לביא, רופא בכיר ואחראי על מחלקת נשים בביה"ח וכן חוות דעתו וחקירתו הנגדית של המומחה הרפואי מטעם הנתבעת פרופ' חיים יפה, מומחה למיילדות וגניקולוגיה. כן הגישו הצדדים תיעוד רפואי וסיכומים בכתב.

5. כל ההדגשות להלן אינן מופיעות במקור אלא אם יאמר אחרת.

אביא להלן מחוות דעת מומחי הצדדים:

6. חו"ד ד"ר ניסנקורן

"דין"

המדובר באישה בריאה, כבת 33, בהריונה החמישי. כבר בתאריך 2.6.2008 היה ברור לחלוטין שהמדובר בהיריון מחוץ לרחם. משמעות הדבר שההיריון מתפתח מחוץ לחלל הרחם, וזאת שלא כרגיל ובמקום הטבעי שלי – ברחם. משמעות הדבר מבחינת האישה – סכנה חמורה

לבריאותה ולחייה. היריון מסוג זה שאיננו מטופל גורם בחלק גדול מן המקרים לדימומים וגורם לפגיעה ברקמות השכנות. המשך העליה בתוצאות בדיקת ההיריון הצביע על כך שההיריון פעיל וצומח. יש להבין, שבפרקטיקה המקובלת המשך חיוניותו של ההיריון מחייבת אחת משתי חלופות – השגחה ל-24 שעות נוספות על מנת לעקוב אחר קצב התפתחות ההיריון. לכן, אם ערכי הבדיקה בירידה והמצב הקליני שפיר ניתן לשקול שחרור מן האשפוז תוך מעקב. במקביל, ניתן כבר בשלב זה להמליץ על טיפול במטרוטקסאט כאמצעי להפסקת התפתחות ההיריון. בשלב זה, במהלך האשפוז הראשון הדברים הנכונים לא בוצעו ונבחרה דרך שלישית בלתי נכונה – למרות העלייה בערכי הבדיקה ולמרות שהייתה הוכחה נחרצת להמשך שגשוג ההיריון, האישה שוחררה לביתה ללא טיפול.

באשפוז השני, למרות העלייה המשמעותית בתוצאות בדיקת ההיריון (מעל 2,000 יחידות) לא נערכה לפרהסקופיה בניסיון להוציא את החומר ההיריוני מן החצוצרה על מנת לשמר ולהבטיח את המשך קיומה ופעילותה. אמנם הוחל בטיפול במטרוטקסאט, אלא שבשלב זה שוב לא ניתן להבטיח את יעילות הטיפול הכימי. האישה שוחררה פעם נוספת לביתה ללא שום עדות ליעילות הטיפול להפסקת ההיריון.

באשפוז השלישי, בשל הזמן שאבד בחוסר טיפול נכון, נמצאה כבר חצוצרה פצועה ומדממת ולא ניתן לשמר אותה. לכן, באותו שלב כל שנותר לעשות היה לכרות אותה.

התוצאה הסופית היא שבהעדר טיפול מיטבי האישה איבדה החצוצרה הימנה ועברה סבל מיותר. קרוב לוודאי, שתלונותיה כיום (אבדן החצוצרה ועקרות משנית, כאבים והצורך בטיפול תרופתי קבוע נגד כאבים) הינם תוצאה של התקלות שנפלו במהלך הטיפול.

לנוכח התלונות והממצאים אישה זו זכאית לקביעת דרגת נכות כדלקמן:

א. בגין אובדן חצוצרה ועקרות משנית על רקע זה – 30% בהתאמה לסעיפים [27 א-ב](#).

ב. בגין כאבים – 10% בהתאמה [לסעיף 18\(1\)ב](#) לתקנות הביטוח הלאומי.

סיכום

נוכח העובדות שפורטו לעיל אני בדעה, שהיה כאן כשל בטיפול ובשימוש מושכל בכלים שעמדו לרשות הרפואה בעת הנתונה.

עקב כך האישה ניזוקה כמפורט לעיל." (עמ' 2-3 לחווה"ד).

7. חוו"ד פרופ' חיים יפה

בחוות דעתו נכתב ע"י פרופ' יפה כי במהלך האשפוז, בהסתמך על ממצאי בדיקת ההורמון שבוצעה לתובעת, נמצא כי עלייתו אינה:

"...כמצופה מהיריון תקין. עם זאת, ולמרות שלא הייתה כל תמיכה קלינית בחשד זה, מציינים הרופאים בזהירותם הרבה כי 'עדיין חשד להיריון חוץ רחמי'. בשל קליניקה ללא כאבים ורצון האישה להמשיך במעקב אמבולטורי, היא משוחררת לביתה במצב כללי טוב עם הוראות כדלקמן: מנוחה, בדיקת הריון ובדיקת על שמע חוזרת יומיים משחרורה. בנוסף, מסבירים הרופאים כי במקרה של החמרה, חום, כאבים, סחרחורת ו/או דימום חזק, עליה לשוב למיון..." (עמ' 2-3 לחווה"ד)

"...השחרור להשגחה בבית היה מוצדק לחלוטין לאור חוסר הקליניקה, ההנחיות המדויקות שקיבלה התובעת וקרבת ביתה לבית החולים..." (עמ' 5 לחווה"ד).

"כאן המקום להוסיף כי גברת תגריד לא פעלה לפי הוראות הרופאים ולא בצעה כפי שהורו לה בדיקת דם להיריון 48 שעות לאחר שחרורה. לו הייתה עושה כמצוותם, היו מתחילים בטיפול במטוטרקסאט שלושה ימים מוקדם יותר, תקופת זמן שללא ספק הייתה קריטית להתפתחות ההיריון החוץ רחמי. יתכן מאוד ומתן מטוטרקסאט מוקדם יותר, על היריון קטן יותר היה פועל את פעולתו על ההיריון ומונע את פריצת החצוצרה..." (ההדגשות במקור) (עמ' 6 לחווה"ד).

סיכום: הגברת תגריד חסנין אושפזה 3 פעמים במחלקת נשים של הדסה הר הצופים כחלק מבירור, מעקב וטיפול בהריון החוץ רחמי. באשפוז הראשון, לא ניתן היה לקבוע האם מדובר בהריון תקין, הפלה נדחית, או הריון חוץ רחמי והרופאים החליטו בצדק לעקוב אחר החולה.

במהלך אשפוז השני שתחילתו התאחרה מאחר והגברת תגריד לא פעלה לפי הנחיות הרופאים, התברר כי מדובר בהריון חוץ רחמי. הרופאים החליטו על טיפול רפואי במטוטרקסאט, טיפול המקובל כטיפול הבחירה זה למעלה מעשרים שנה. טענתו של ד"ר ניסנקורן כי בשלב זה היה צריך לבצע התערבות כירורגית אינה עומדת בשום

קריטריונים המקובלים כיום ובמיוחד לאור העובדה כי הצלחת הטיפול הרפואי להמסת ההיריון החוץ רחמי והצלת החצוצרה עומדת על למעלה מ-92 אחוז. יומיים לאחר שקבלה את הטיפול הרפואי, חזרה הגברת תגריד עם פריצה בלתי נמנעת של דופן החצוצרה, פריצה שנבעה קודם כל ממיקום ההיריון בחלק האיסטמי (החלק הצר ביותר) של החצוצרה. הטיפול היחיד המתאים למצב זה הנו כריתת החצוצרה, כפי שאכן נעשה. לאור כל האמור לעיל, ניתן לקבוע כי הרופאים שטיפלו בגברת תגריד, פעלו לאורך כל הדרך באחריות, בזהירות ולפי הפרקטיקה הרפואית הנהוגה.

8. סיכוייה בעתיד להריון תוך רחמי תקין גבוהים ביותר. אם באופן טבעי או בעזרת טכנולוגיית ה-IVF". (עמ' 8-9 לחווה"ד).

תמצית טענות הצדדים

תמצית טענות התובעת

9. אביא להלן את תמצית טענות התובעת:

- התובעת שוחררה מביה"ח ביום 4.6.08 על אף החשד להיריון חוץ-רחמי. באשפוז זה נצפו כל הסימנים האופייניים – עליה בלתי סדירה ברמת ההורמון, היעדר שק הריוני בתוך הרחם והתמונה הקלינית, שכללה כאבי בטן ודימום. בנוסף, סבלה התובעת לכל אורך אשפוזה מכאב המהווה סימפטום דומיננטי להיריון חוץ-רחמי ומהווה סימן לקיום לחץ על החצוצרה. למרות זאת, שוחררה התובעת מביה"ח;
- שחרור התובעת היה רשלני כפי שנקבע על-ידי ד"ר ניסנקורן, שכן השחרור, מהשגחה רפואית בהיריון חוץ-רחמי עם כאבים ודימום, סיכן את חייה. לדעתו, היריון מחוץ לרחם הינו דינמי והמצב הקליני משתנה במהירות, ולכן במצב זה קיימת סכנת חיים מידית עקב פיצוץ החצוצרה ודימום לבטן. זאת ועוד, ההורמון המשיך לעלות, ועל כן היה צריך להשאיר את התובעת בביה"ח לצורך בדיקה נוספת למחרת ולשקול תחילתו של טיפול במטורקסאט;
- גם פרופ' יפה אישר כי בהיריון מחוץ לרחם טמונה סכנת חיים של ממש, ויש לדחות את ניסיונו להצדיק את השחרור מביה"ח ל"השגחה בבית" שאינה סבירה ומתקבלת על הדעת. פרופ' יפה לא חלק על הדינמיות הבלתי צפויה

- של המצב הקליני, וכן אישר כי מיקום ההיריון בחצוצרה היה בלתי ידוע. בנתונים אלו גם לא ניתן היה לדעת מראש מתי התובעת תעבור מהשלב השקט לשלב התנקבות החצוצרה והתפתחות דימום. בנסיבות אלו, התחייב מעקב צמוד ומתן טיפול תרופתי מידי להפסקת ההיריון עם אישוש האבחנה;
- יש לדחות את טענת הנתבעת כי שיקולי חיסכון בעלויות אשפוז לקופ"ח מצדיקים נטילת סיכונים על חשבון בריאותה של התובעת. ד"ר גלעד אישרה כי לו התובעת לא הייתה מבקשת להשתחרר מביה"ח, היא הייתה נשארת לאשפוז יומיים נוספים;
 - התובעת שוחררה תוך הנחייה לביצוע בדיקת ההורמון ביום ו' בשבוע, יום שבו אין שירותי מעבדה ואולטרה-סאונד במרפאות קופ"ח בירושלים. הנתבעת לא דאגה ליתן הסבר לתובעת על הסיכונים הכרוכים בשהותה ללא השגחה רפואית, וכן לא נתנה הסברים על הסיכונים שבהיעדר טיפול רפואי ובכך הפרה את הוראות סעיף [\(4\)13 לחוק זכויות החולה](#), התשנ"ו-1996 (להלן: "חוק זכויות החולה");
 - לו היה ניתן לתובעת הסבר ברור וחד בדבר חשיבות מועד ביצוע הבדיקה – חזקה כי הייתה עושה כל שלאל ידה על מנת להגיע לגורם בודק ומטפל ביום ו', וזאת בהיעדר שירות במרפאות קופ"ח;
 - שחרור התובעת מביה"ח גרם להחמצת סיכויי החלמתה בטיפול במטוטרקסאט שיכול היה להינתן עוד ביום 6.6.08. פרופ' יפה אישר כי הטיפול המועדף להיריון חוץ-רחמי מבוסס על מטוטרקסאט שסיכויי ההחלמה ממנו, כאשר הוא ניתן כל עוד רמת ההורמון אינה עולה על 2,000 יחידות, מגיעה ל-90%. ככל שהרמה עולה מעל לכך - סיכויי ההצלחה של הטיפול יורדים והתרופה חדלה להיות אפקטיבית;
 - סברתו של ד"ר לביא כי סיכויי ההחלמה בטיפול במטוטרקסאט יורדים ברמת ההורמון מעל 3,000 יחידות עומדת בניגוד לדעתו של פרופ' יפה, וייתכן שתרמה לזחיחות הדעת של הצוות שטיפל בתובעת. עם זאת, ד"ר לביא אישר, כי אי ביצוע הבדיקה ביום ו' - משמעותו החמצת הסיכוי לטיפול במטוטרקסאט. כן עלה מעדותו כי גם אם הבדיקה הייתה מתבצעת ביום א', סיכויי ההחלמה היו נמוכים. בפועל, עקב מחדלי הנתבעת חל עיכוב של ארבעה ימים בתחילת הטיפול. במועד קבלתו רמת ההורמון הייתה גבוהה יותר מרמת הטיפול המרבית ופגעה בסיכויי הצלחתו;
 - שחרור התובעת מביה"ח יום אחד בלבד לאחר תחילת הטיפול במטוטרקסאט היה רשלני והותיר את התובעת חשופה, פעם נוספת,

לסיכונים הכרוכים בהיריון חוץ-רחמי. ואכן, תרחיש זה התממש כאשר התובעת לא הייתה תחת השגחה רפואית וביום 13.6.08 שבה ופנתה לביה"ח, ובבדיקתה אובחנו סימנים לנקב של החצוצרה. בוצע ניתוח דחוף במהלכו נכרתה החצוצרה;

- בנוסף לכל האמור לעיל, התרשלה הנתבעת בכך שלא ערכה בירור בנוגע למתן שירותי מעבדה ביום ו' בקופ"ח, שירותים שלא ניתנים בימי ו' מזה שנים רבות ועקב כך הוחמץ ביצוע הבדיקה במועד;
- לא הוסברה לתובעת, הדוברת את השפה הערבית בלבד, חשיבות ביצוע הבדיקה במועד, מה גם שהתובעת לא נחקרה על קבלת הסברים או הנחיות כלשהם טרם שחרורה מאשפוז;
- הנתבעת הפרה את חובת הגילוי בכך שלא ידעה את התובעת על הסיכון הקיים בכל אחת מהחלופות הטיפוליות, על מנת לאפשר לה לבחור ביניהן;
- מאז הפגיעה חלפו כ-7 שנים שבמהלכן התובעת לא הצליחה להרות. המומחה מטעמה העריך את נכותה כדלקמן: 30% בהתאמה [לסעיף 27\(א'-ב'\)](#) [לתקנות הביטוח הלאומי \(קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה\)](#), תשט"ז-1956 (להלן: "התקנות") בגין אבדן חצוצרה ועקרות משנית, ו-10% בהתאמה [לסעיף 18\(1\)\(ב\)](#) לתקנות בגין כאבים. נכותה המשוקללת של התובעת הינה בשיעור של 37%. יש לדחות את דעתו של פרופ' יפה בעניין שיעור הנכות שיש לקבוע לתובעת;
- יש לפסוק לתובעת פיצוי בסך של 500,000 ₪ בגין כאב וסבל ואבדן הנאות חיים;
- יש לפסוק לתובעת פיצוי בסך של 39,000 ₪ בגין עזרת צד ג' לעבר, ופיצוי בסך של 200,000 ₪ בגין עזרת צד ג' לעתיד;
- יש לפסוק לתובעת פיצוי בסך של 100,000 ₪ בגין הפסד השתכרות לעתיד וכן לחייב את הנתבעת בהוצאות המשפט ובשכ"ט עו"ד.

תמצית טענות הנתבעת

10. אביא להלן את תמצית טענות הנתבעת:

הרחבת חזית אסורה

- התובעת חרגה במסגרת תצהיר עדותה הראשית ובסיכומי מהטענות שהועלו בכתב התביעה: טענת התובעת בסעיף 5 לתצהירה כי בטרם מתן המוטורקסאט לא נתנו

לה הסברים אודות הסיכונים הכרוכים בטיפול זה וכי לא הוצגו לה חלופות טיפוליות נוספות.

טענת התובעת בסיכומיה כי בעת שחרורה מהאשפוז הראשון, לא נתנו לה הסברים אודות הסיכונים הכרוכים בשהייתה ללא השגחה רפואית ואודות החשיבות של עיתוי ביצוע הבדיקות בקהילה לאחר 48 שעות.

טענת התובעת בסיכומיה כי בטרם שחרורה מהאשפוז הראשון, היה על הרופאים המטפלים לוודא כי מבוצעות בדיקות מעבדה בקופ"ח ביום ו'.

הנתבעת התנגדה להרחבות החזית ומשהתובעת לא בקשה רשות לתקן את כתב תביעתה, לא הביאה הנתבעת ראיות להזמת טענותיה ונמנעה מלחקור את התובעת בעניינן של טענות אלה. משכך, יש לדחות את טענותיה הנ"ל. למען הזהירות, תתייחס הנתבעת גם לטענות הנ"ל.

האשפוז הראשון – טיפול במטורקסאט

- אין בסיס לטענת התובעת כי הממצאים שעלו באשפוז הראשון תמכו באבחנה של היריון חוץ רחמי;
- בבחינת סבירות ההחלטה לא לטפל בתובעת במטורקסאט באשפוז הראשון, יש לבחון את התנהלות הרופאים המטפלים בהתאם להתרחשויות בזמן אמת, ולא בחוכמה שבדיעבד;
- הממצאים הקליניים, המעבדתיים וההדמיטיים שעמדו בפני הרופאים במהלך האשפוז הראשון לא יכלו להעלות חשד במאזן ההסתברויות הנדרש על היריון חוץ רחמי. להלן אותם ממצאים: גיל הריון משוער של כ-5 שבועות; תלונת התובעת על כאבי בטן תחתונה המתווים בדימום נרתיקי קל; ערכי בטא נמוכים יחסית לגיל ההיריון ושעלו בקצב איטי מהנורמה; בבדיקות אולטרה סאונד לא נראה כל ממצא בחלל הרחם; מדדי לחץ הדם והדופק של התובעת היו תקינים; ערכי המוגלובין היו תקינים; התובעת הייתה יציבה המודינאמית כפי שגם הסכים ד"ר ניסנקורן; הבטן הייתה רכה;
- התובעת זנחה בסיכומיה את טענתה בכתב התביעה כי לא נערכו לה כל הבדיקות המקובלות לבירור המקור לתלונותיה;
- בעדויותיהם בבית המשפט מסרו פרופ' יפה וד"ר לביא, כי נוכח גילו הצעיר של ההיריון, העובדה שלא נראה באולטרה סאונד שק היריון בחלל הרחם, לא הספיקה כדי לקבוע כי אכן המדובר בהיריון חוץ רחמי. ערכי הבטא היו נמוכים מ-2,000 יחידות, לא היה בעלייה האיטית יחסית של ערכי הבטא כדי ללמד בהכרח על היריון חוץ רחמי;

- אמנם היה בכל אחד מהממצאים הנ"ל כדי להעלות את החשד שהמדובר בהיריון חוץ רחמי או בהיריון בלתי תקין, אך בשלב האשפוז הראשון המדובר היה בחשד בלבד ולא באבחנה מאוששת;
- התובעת לא הוכיחה את טענתה בדבר היכולת לאבחן היריון חוץ רחמי כבר באשפוז הראשון והצורך במתן מוטורקסאט באשפוז זה. יתרה מכך, בעדותו שינה ד"ר ניסנקורן מקביעתו בחוות הדעת כי באשפוז הראשון היה ברור לחלוטין שהמדובר בהיריון חוץ רחמי והוא אישר כי האבחנה לא הייתה ברורה, אלא בגדר חשד בלבד. כן אישר כי כל עוד ערכי הבטא הם מתחת ל-1,000 יחידות, כפי שהיה באשפוז הראשון, לא ניתן להסיק בהכרח על היריון חוץ רחמי. כן חזר בו מקביעתו בחוות דעתו והסכים כי בנתונים שהיו לנגד עיני הרופאים באשפוז הראשון, לא הייתה התוויה לטיפול במוטורקסאט. כמו כן, הסכים כי כאשר לא ידוע האם ההיריון בתוך הרחם או מחוצה לו – אין לתת מוטורקסאט, שכן במקרה כזה הוא עלול להביא לסיומו של היריון תקין;
- הימנעות הרופאים המטפלים מלטפל בתובעת במוטורקסאט באשפוז הראשון, נתמכת גם בספרות המקצועית. לאור כל האמור לעיל יש לקבוע כי לא הוכחה במאזן ההסתברויות הנדרש טענת התובעת, לפיה הממצאים באשפוז הראשון לימדו בהכרח על היריון חוץ רחמי וכי היה על הרופאים להגיע לאבחנה זו. כפועל יוצא מכך, לא הוכחה גם טענתה כי באשפוז הראשון היה על הרופאים המטפלים להביא להפסקת ההיריון באמצעות מוטורקסאט.

האשפוז הראשון – שחרור התובעת מביה"ח

- נוכח מצבה היציב של התובעת, ההיריון הצעיר מאד שאינו לוחץ על החצוצרה, והיעדר צפי לפריצתה בימים הקרובים – קובע פרופ' יפה כי לא הייתה כל דחיפות ולא היה כל הכרח להמשך השגחה על התובעת בביה"ח דווקא, ובהחלט ניתן היה לשחררה לביתה עם הוראה להמשך מעקב אחר התפתחות ההיריון ותקינותו בקופ"ח, ועם הוראה לשוב למיון עם כל החמרה;
- בחקירתו הנגדית הסכים ד"ר ניסנקורן כי השארת התובעת באשפוז למעקב ל-24 שעות נוספות לא הייתה מעלה או מורידה;
- לו התובעת הייתה מבצעת את הבדיקות החוזרות בקופ"ח כעבור 48 שעות, כפי שנתבקשה וכפי שכל חולה סבירה אחרת הייתה מבצעת, לא היה כל הבדל בהמשך השתלשלות העניינים בהשוואה למצב בו הייתה נשארת להשגחה בביה"ח;

- הפרקטיקה המקובלת הינה לשחרר את האישה לביתה עם הוראה לשוב לביקורת כעבור מספר ימים, גם מקום בו נעשה שימוש במטוטרקסאט שמתחיל לפעול רק לאחר מספר ימים.

בירור בדבר ביצוע בדיקות מעבדה בקופ"ח בימי ו'

- כאמור, יש לדחות את טענת התובעת בהיותה הרחבת חזית אסורה, כי היה על הרופאים המטפלים לוודא כי מבוצעות בדיקות בטא בקופ"ח בימי ו' בטרם שחררו אותה עם הוראות לפנות לקופ"ח;
- למען הזהירות תטען הנתבעת כי הרופאים המטפלים לא ידעו על כך, ואין לצפות מהם לברר מידע מסוג זה, שכן עסקינן בנהלים פנימיים של כל אחת מקופות החולים, וכאלה עשויים להשתנות מפעם לפעם;
- לו התובעת הייתה פונה לקופ"ח לביצוע הבדיקה ביום ו', היא הייתה מופנית לחדר המיון כפי שהוכח מהראיות, ועל כן יש לדחות את טענתה הנדונה.

האשפוז הראשון - מתן הסברים אודות חשיבות עיתוי ביצוע הבדיקות החוזרות

בקופ"ח

- טענת התובעת בעניין הנדון נטענה לראשונה בסיכומיה ויש לדחותה בהיותה בגדר הרחבת חזית אסורה. הנתבעת תתייחס אליה למען הזהירות בלבד;
- אין הכרח לתעד ההסבר בתיק הרפואי וניתן להסתמך על הנוהג למתן הסבר בעל פה בעת השחרור כפי שעולה מעדויותיהם של ד"ר גלעד וד"ר לביא;
-

הכרעה בשאלת החבות

האם יש ממש בטענות הנתבעת בדבר הרחבת חזית?

11. לאחר שהוגשו ראיות הצדדים עתרה הנתבעת לשמיעת עדותה על אתר של ד"ר גלעד שהייתה אמורה לנסוע לחו"ל לתקופת זמן ארוכה. בעקבות זאת בישיבת יום 20.5.14 נשמעה עדותה ובישיבת יום 4.2.15 נשמעו שאר ראיות הצדדים.

12. במהלך חקירתה הנגדית נשאלה ד"ר גלעד בסוגיות להן טוענת הנתבעת להרחבת חזית והיא השיבה להן. משהנתבעת לא התנגדה לקו החקירה, למעט בשלב כלשהו בו טענה כי "אין בקו חקירה זה כדי לקדם את התיק שכן התובעת לא הלכה לבדיקה" (עמ' 12 לפרוטוקול ישיבת 20.5.14), יש לראות בכך הסכמה להרחבת חזית.

13. הוסף לכך כי שאלות באשר לידיעת רופאי הנתבעת כי קופ"ח אינה מספקת שירותים אלו בימי ו' הוצגו לד"ר בן שטרית שנחקר לפני התובעת וכן לד"ר לביא שנחקר לאחריה, וגם להן לא התנגדה ב"כ הנתבעת.

14. זאת ועוד, ס' 11 ח"י"י לכתב התביעה בהם הועלו טענות כלליות בדבר התנהלות הצוות הרפואי נותן מענה לכך. משלא התבקשו פרטים נוספים – דין הטענה להידחות. הוסף לכך את התייחסות הנתבעת בס' 16 לכתב ההגנה בדבר ההנחיות שנתנו לתובעת בעת שחרורה מהאשפוזים בביה"ח.

האם ההחלטה לשחרר את התובעת מביה"ח באשפוז הראשון הייתה רשלנית?

מבוא

15. א

קדים ואומר כי מצאתי שההחלטה לשחרר את התובעת מביה"ח באשפוז הראשון הייתה רשלנית, ולחילופין היה על הנתבעת ליתן לתובעת הנחיות ברורות לשוב לביה"ח ביום ו' לצורך ביצוע הבדיקות בביה"ח תוך מתן הסבר ואזהרות בדבר חשיבות ביצוע הבדיקות במועד. אביא להלן את נימוקי מסקנתי הנ"ל.

16. ד"ר גלעד

- בחקירתה הנגדית אשרה ד"ר גלעד כי בדיקת האולטרה סאונד נועדה לברר היכן ממוקם ההיריון – מחוץ לרחם או ברחם;
- ד"ר גלעד אישרה כי הייתה עלייה לא תקינה של ההורמון שיכולה לרמוז על היריון חוץ רחמי, או היריון רחמי לא תקין. ב-4.6.08 האבחנה הייתה כי ההיריון **ככל הנראה** לא תקין. דהיינו, או שההיריון מחוץ לרחם, או שהעובר מת;
- משמע, כי היה ברור כי על הפרק הפסקת הריון כך או אחרת, ולמרות זאת התובעת שוחררה;
- היריון חוץ רחמי נספג ב-50% מהמקרים וב-50% הנותרים יכול להתפתח, לגרום לסיכון של פריצת החצוצרה ודורש טיפול;
- אינה יודעת להעריך באחוזים מה הסיכון של התרחשות "**קטסטרופה**" "**פצצה מתקתקת**" למקרה של היריון חוץ רחמי המחייבים טיפול למניעתן;
- מאשרת בתשובה לשאלת ביהמ"ש כי אם התובעת לא הייתה מבקשת להשתחרר, היא הייתה נשארת באשפוז יומיים נוספים, שאז היה מתברר מצבה. "**ש.ב.מ. אם**

היא לא היתה מבקשת להשתחרר מה אז? ת. אז היא היתה נשארת לעוד יומיים" ובהמשך: "ואז האסימון היה נופל? ת. האסימון יכול היה ליפול גם פה באותה מידה" (עמ' 12 לפרוטוקול);

- מאחר והתובעת בקשה להשתחרר, היא התבקשה להמשיך מעקב של אולטרה סאונד והבטא;
- נדרש המשך מעקב בביה"ח או בבית;
- לו הייתה מבצעת את בדיקת הבטא ביום ו', סביר להניח שהייתה מתקבלת עלייה לא תקינה של ההורמון ואז בשילוב ממצאי בדיקת האולטרה סאונד היו מתחילים בטיפול עוד ביום 6.6.08. למרות זאת כאשר התובעת שבה לביה"ח ביום 9.6.08 ולמרות שהממצאים העלו כי עסקינן בהריון חוץ רחמי- השתהו 24 שעות נוספות במתן המטוטרקסאט;
- הסבר בדבר חשיבות הבדיקה ומועד ביצועה הינו מסוג הדברים שנאמרים בעל פה על ידי הצוות הרפואי והסיעודי. הסברים אלו ניתנים כאשר משחררים אישה במיוחד אישה שבקשה להשתחרר, שזה דבר חריג;
- לו הייתה מבצעת הבדיקה ביום ו' 6.6.08 היה ברור שהמדובר בהריון מחוץ לרחם, ועל כן התובעת הייתה מקבלת מנת מטוטרקסאט שבהתאם לספרות מסיימת ב- 90% מהמקרים את ההריון, ובמצב דברים זה, לא היה נגרם נזק לחצוצרה. (חקירתה הנגדית בעמ' 13-5 לפרוטוקול ישיבת יום 20.5.14).
- בתצהירה (ס' 10) הצהירה כי היא שהנחתה את התובעת לבצע הבדיקות, אך בחקירתה הנגדית העידה כי אינה זוכרת מה היה וטענה כי הצוות הרפואי הוא שנותן את הסברים. יצוין כי ד"ר גלעד אינה דוברת ערבית והתובעת אינה דוברת עברית.

הכרעה בשאלה האם ההחלטה לשחרר את התובעת מביה"ח באשפוז הראשון הייתה רשלנית?

17. להלן המסקנות המתבקשות:
- ב-4.6.08 האבחנה הייתה כי **ככל הנראה** ההריון לא תקין, בין אם מחוץ לרחם ובין אם העובר מת;
 - התובעת לא התלוננה על כאבים;
 - הריון חוץ רחמי נספג במחצית המקרים ובמחצית השנייה הוא מתפתח ועלול לגרום לסיכון של פריצת החצוצרה ודורש טיפול במטוטרקסאט;
 - ככל שההריון בשלב מוקדם יותר – הטיפול במטוטרקסאט מוצלח יותר;

- לו התובעת הייתה מבצעת את הבדיקות ביום ו' היא הייתה מטופלת במטורקסאט עוד ביום 6.6.08 ו"יתכן מאד" כי הייתה נמנעת פריצת החצוצרה כדעת פרופ' יפה בחוות דעתו;
- לדעת פרופ' יפה, לא היה מקום לטפל בתובעת במטורקסאט במועד האשפוז הראשון, שכן ככל שההיריון היה תקין הטיפול היה מפסיקו, ועל כן לדעתו נכון פעלו הרופאים בהמתנים;
- גם אם אכן יש ממש בדברי פרופ' יפה כי נוכח הממצאים אכן לא היה מקום לעשות שימוש במטורקסאט במהלך האשפוז הראשון, ברי כי לו תוצאות הבדיקה היו מתקבלות ביום 6.6.08 – היה מקום לעשות באותו מועד שימוש במטורקסאט. באותו מועד, סיכויי ההצלחה הגיעו ל-90% ומעלה כפי שאישר פרופ' יפה בחקירתו הנגדית (עמ' 92 לפרוטוקול ישיבת יום 4.2.15) ו-92% כאמור בחוות דעתו;
- מסקנתו של פרופ' יפה כי בקשת התובעת להשתחרר מביה"ח הינה **"...בקשה סבירה והגיונית, במיוחד לאור חוסר כל ממצאים קליניים וערכי תבחין היריון נמוכים"**, עומדת בסתירה לדברי ד"ר גלעד בחקירתה הנגדית כי אלמלא בקשת התובעת להשתחרר **"...היא היתה נשארת לעוד יומיים"**. מטבע הדברים יש להעדיף את אמירתה של הרופאה המטפלת העומדת בניגוד לאינטרס שלה, על פני דעתו של המומחה מטעמה. זאת ועוד, יש לקרוא במלואה את אמירתו של פרופ' יפה – אמירה זו נאמרה על בסיס ההנחה כי התובעת שוחררה **"...עם הנחיות ברורות הכוללות מנוחה, ביצוע בדיקת דם כמותית להיריון כעבור 48 שעות..."**. כפי שיפורט בהמשך, לא שוכנעתי כי הנחיות בדבר חשיבות מועד ביצוע הבדיקות נמסרו לתובעת באופן "ברור", אם בכלל נמסרו;
- יתכן ורצונה של התובעת להשתחרר לביתה אף מעיד על כך כי לא הוסברה לה חשיבות ביצוע הבדיקה ביום ו' והסכנות הטמונות באי ביצועה במועד זה;
- בחקירתו הנגדית נשאל ד"ר לביא האם בעת שהתובעת שוחררה מהאשפוז הראשון היא הייתה **"פצצה מתקתקת"** והוא השיב בשלילה. כן נשאל האם בשחרורה היה **"...סיכון שיכול לגרום לכך שהעניין יכול להפוך לעניין של חיים ומוות?"**, בתשובה השיב: **"לא, לא ב, לא בטווח הימים שאנחנו ביקשנו את הביקורת...אם הייתי חושש שיש סיכון לחייה, האישה לא הייתה משתחררת...למרות בקשתה"** (עמ' 139 לפרוטוקול ישיבת יום 4.2.15);
- בתשובה לשאלה "תיאורטית" (כהגדרתו), לו היה יודע כי התובעת לא יכולה לבצע את הבדיקות בקופ"ח ביום ו', האם היה ממשיך לאשפזה, השיב: **"אני גם לא מבין את השאלה, מה זה תיאורטית, אם תיאורטית האישה לא הייתה יכולה לקבל טיפול, היינו יודעים שהאישה לא יכולה לקבל מענה ביום שישי...אז תיאורטית היינו משאירים אותה באשפוז"** (עמ' 152 לפרוטוקול). בהמשך סייג דבריו ואמר:

"תיאורטית אם היינו יודעים, היינו אומרים לה לבוא ביום שישי לחדר מיון ולבצע את הבדיקה, לא הייתה סיבה להשכיב אישה במיטה בבית חולים כשסך הכל המטרה היא לעשות בדיקה עוד 48 שעות..." (עמ' 153 לפרוטוקול ישיבת יום 4.2.15);

- אין דעתי כדעת ד"ר לביא כי המשך האשפוז נדרש לשם ביצוע הבדיקה ביום ו' בלבד. בעת השחרור ברי היה כי ההריון אינו תקין וכי הוא צריך להיות מופסק ככל שלא יספג. כן הובאה בחשבון האפשרות כי יכול והעובר מת. (ד"ר גלעד בעמ' 8 לפרוטוקול יום 25.4.14). כמו כן, נלקחה בחשבון האפשרות כי עסקינן בהריון מחוץ לרחם וכי יכול והוא מצוי בחלק האיסטמי (הצר) של החצוצרה ויכול לגרום לפריצתה. מאחר ולא ניתן היה להעריך את אופן "התפתחות" ההריון על סמך הממצאים שהיו באותה עת, לא היה מקום ליטול הסיכון ולשחרר את התובעת לביתה, גם אם הסיכון לחייה היה נמוך. לא היה מקום ליטול סיכון זה גם אם המדובר היה בפריצת החצוצרה בלבד בלא סיכון חיי החולה. יתרה מכך, התממשות הסיכון היתה תלויה בביצוע הבדיקה ע"י התובעת ביום ו'- אם כך מדוע לא ניתנו לתובעת הנחיות חד משמעיות בדבר חשיבות מועד ביצוע הבדיקה?;

- בעת שהתובעת שוחררה לביתה היה סיכון של 50% כי ההריון לא ייספג ועל כן יהיה צורך בפעולה אקטיבית להפסקתו. הפסקה זו יכולה להתבצע אך ורק בתנאי אשפוז. בנסיבות אלו שחרור התובעת כפי שהוכח בדיעבד, וכפי שהיה על הצוות הרפואי להעריך בזמן אמת, היה כי יהיה צורך בהפסקה יזומה של ההריון, ככל שלא מדובר בעובר מת כפי שהיה חשש בזמן אמת באשפוז הראשון. אם כך - מדוע יש לשחרר את התובעת וליטול סיכון? והראיה כי ד"ר גלעד אשרה כי אלמלא בקשת התובעת להשתחרר לביתה, בקשה שצפויה מאם שילדיה הקטנים נותרו בביתם, התובעת לא היתה משוחררת לביתה;

- בחקירתו הנגדית נשאל פרופ' יפה על הסיכון הטמון בפריצת החצוצרה והוא השיב: "אני מוכרח לומר שאני לא יכול לענות בכך ולא מיידית, מכיוון שיש כאן 2 שלבים, יש כאן שלב של היריון ראשון שבו זה היה ערכים נמוכים ואז זה לא הגיוני שזה יפרוץ מיד או יפרוץ במידית ובערכים של 2,000 הסיכוי הוא יותר גדול" (עמ' 95 לפרוטוקול). יוזכר כי בעת שהתובעת שבה לבית החולים ביום 9.6.08 ערכי הבטא הגיעו לכ-2,135;

- הצדדים חלוקים בשאלה האם היה על הצוות הרפואי לאבחן עוד באשפוז הראשון כי עסקינן בהריון חוץ רחמי. בתשובה לשאלה האם "היה חשד מבוסס שיש היריון מחוץ לרחם" השיב פרופ' יפה "כן", ובהמשך סייג את דבריו באומרו כי "החשד היה מוטא לזה שההריון הוא לא תקין, זה הייתי מגדיר יותר מדויק, בצורה כזו" (עמ' 96 לפרוטוקול). ברם, התובעת אושפזה בשלישית ביום 13.6.08 ושוחררה ביום

15.6.08. בסיכום המחלה של אשפוז זה שהינו האשפוז השלישי, (מסמך 81 למוצגי הנתבעת), נכתב בפרק "מחלה נוכחית": "ידוע על היריון אקטופי (חוץ רחמי-ה.י.) **מתאריך 3.6.08...**" – משמע, עסקינן בהודאת בעל דין כי זו הייתה האבחנה ביום השני לאשפוז הראשון. יצוין כי על סיכום המחלה בגין האשפוז הראשון חתומים ד"ר גלעד וד"ר לביא ועל סיכום המחלה בגין האשפוז השלישי חתומים מנהל המחלקה וד"ר גלעד, ועל כן, **חזקה כי שני האחרונים לא היו כותבים את שכתבו אלמלא זו הייתה האבחנה במהלך האשפוז הראשון**;

- יצוין כי הצדדים לא נדרשו לאמירה זו במהלך ראיותיהם וסיכומיהם. אמירה זו חייבה מתן הסבר ע"י הנתבעת מדוע בוצע רישום זה בדבר ידיעה בפועל עוד במהלך האשפוז הראשון כי המדובר בהיריון חוץ רחמי. על הנתבעת היה להבהיר, האם הדבר הוברר לאחר שמנהל המחלקה החתום על סיכום מחלה זה, ערך בירור עם הצוות הרפואי שטיפל בתובעת באשפוז הראשון, לרבות עם ד"ר גלעד החתומה על סיכום האשפוז הראשון והשלישי, או שמא עסקינן בטעות קולמוס? הנתבעת מטעמים השמורים עמה התעלמה מאמירה זו אשר כאמור, התובעת לא נדרשה לה;
- בחקירתו הנגדית נשאל פרופ' יפה האם היריון מחוץ לרחם הינו מצב שמסכן חיים, ובתשובה השיב: "**עלול להיות מצב שמסכן חיים, כן, אבל אני מוכרח לומר, לציין, אם יורשה לי**", אולם בהמשך סייג את דבריו לעניין אפשרות הדימום בהתאמה לשיעור הבטא. לא זו השאלה שעומדת לדיון, אלא השאלה העקרונית, דהיינו, האם היריון מחוץ לרחם עלול להוות סכנת חיים – התשובה לכך הינה חיובית, ועל כן לא יכול להיות חולק. אמנם, סיכון זה מותנה גם ברמת הבטא, אולם משלא ניתן היה לחזות את אופן התקדמות ההיריון ככל שהעובר לא היה מת - המחלוקת היחידה שיכול והייתה נותרת להכרעה הינה השאלה מה מידת הסיכון לחיים. סבורני כי כאשר מונחת על כף המאזניים סכנת חיים בשיעור שאינו נמוך – לא יכול להיות ספק כי חלה חובה להמשך בירור **בתנאי אשפוז**. זאת ועוד, הסיכון לקרע בחצוצרה גדול יותר כאשר ההיריון נמצא בחלק האיסטמי של החצוצרה, שהינו צר, ועלול להביא לפריצתה בקלות, כפי שאירע אצל התובעת. על כן, אין לי אלא להסכים עם טיעוני ב"כ התובעת כי "**ממצב התובעת היה בדומה לפצצה מתקתקת, שאיש אינו יכול לנבא את גבולות הזמן למעבר למצב קריטי. לכן, בנתונים אלה לא הייתה דרך לדעת מראש מתי התובעת תעבור מן השלב השקט לשלב התנקבות חצוצרה והתפתחות הדימום**" (ס' 5 לסיכומי התובעת);
- כאמור, לדעת פרופ' יפה, ב-90%-80% מהמקרים בהם ההיריון הוא חוץ רחמי, נעשה שימוש במטורקסאט, ועל כן סיכויי ההצלחה באותה נקודת זמן בה שוחררה התובעת היו למעלה מ-90%. אין חולק כי הכף נטתה לכך שההיריון אינו תקין. המחלוקת הינה האם הרופאים ידעו או היה עליהם לדעת, כי המדובר בהיריון חוץ

רחמי בזמן אמת, כפי שעולה גם מהעלייה הלא תקינה בערכי הבטא המעלה חשד של ממש, (גם אם לא "באופן מוחלט" כטענת הנתבעת בסיכומיה), להיריון חוץ רחמי. נוכח דבריהם של עדי ההגנה במהלך חקירותיהם הנגדיות סבורני כי הסבירות הייתה גבוהה כי עסקינן בהיריון לא תקין, כדברי ד"ר גלעד: "האבחנה היא שככל הנראה שההיריון לא תקין" (עמ' 8 לפרוטוקול ישיבת יום 20.5.14), גם אם לא ידעו כי המדובר בהיריון מחוץ לרחם. האפשרות להיריון חוץ רחמי בהחלט הייתה אפשרות סבירה לה היו מודעים ומשמעותה, הינה סיכון לפריצת החצוצרה ככל שההיריון גדל, ובמיוחד אם מיקומו הינו בחלק הצר של החצוצרה, כפי שהיה. כאמור, מסקנתי מקבלת חיזוק של ממש מהרישום בסיכום המחלה של האשפוז השלישי המסיר ספק זה, (מסמכים 51-52 למוצגי הנתבעת);

- בחקירתו הנגדית הסביר פרופ' יפה כי לא היה מקום למתן מטוטרקסאט באשפוז הראשון, בנימוק כי ככל שעסקינן בהיריון תקין מתן המטוטרקסאט היה מפסיק ההיריון. ברם, משהמסקנה היתה כי ככל הנראה ההיריון לא תקין, וכי ככל שלא ייספג באופן טבעי ו/או ככל שעסקינן בהיריון חוץ רחמי ובמיוחד הריון שיכול והינו בחצוצרה (כפי שמתרחש ברובם המכריע של הריונות מחוץ לרחם) - היה מקום ליתן את המטוטרקסאט או לבצע טיפול חלופי ולא להמתין, מה גם שאין בטיפול במטוטרקסאט סיכונים נוספים מעבר לסיכון להפסקת הריון, (שבמקרה דנן אין חולק כי ההיריון אינו תקין). זאת ועוד, בהתאם לפרוטוקול המחלקה, השימוש במטוטרקסאט אינו פוגע בפוריות המטופלת, (עמ' 12 לפרוטוקול המחלקתי);
- אשר לערכי הבטא וסיכויי ההצלחה, העיד פרופ' יפה כי חל איסור לבצע את הטיפול כאשר הסף העליון הינו 5,000 ומעלה וכן כי "אזור ההבדלה...נעשה עד 2,000, 2,200, משהו כזה, 2,500 זה מקובל". כן אישר כי סיכויי ההצלחה עד ל-2,000 הינם 90% וכי מעל ל-2,000 סיכויי ההצלחה פוחתים (עמ' 94 לפרוטוקול ישיבת יום 4.2.15);
- **לסיכום:** אלמלא בקשת התובעת להשתחרר לביתה במהלך האשפוז הראשון – התובעת לא הייתה משוחררת מביה"ח. היה על הצוות הרפואי להשאיר את התובעת באשפוז עד ליום 6.6.08 לשם ביצוע הבדיקה בביה"ח על מנת להחליט בהתאם לממצאיה האם יש לטפל בתובעת באמצעות המטוטרקסאט. לו התובעת היתה מבצעת את בדיקת הבטא ובדיקת האולטרה סאונד ביום 6.6.08, היא היתה מקבלת את הטיפול במטוטרקסאט. גם אם הטיפול לא היה מצליח, (כפי שהטיפול שניתן ב- 10.6.08 לא הצליח), כעבור 4 ימים לכל היותר, דהיינו ביום 10.6.08 או לכל המאוחר ביום 11.6.08, היא היתה, בהתאם לפרוטוקול המחלקתי, מבצעת בדיקה נוספת שהיתה מעלה כי הטיפול לא הצליח. בנקודת זמן זו, היתה ניתנת לתובעת מנה נוספת של מטוטרקסאט, או שהיה מבוצע טיפול חלופי, שהיו

מביאים להפסקת ההיריון, ובכך היתה נמנעת מבעוד מועד פריצת החצוצרה ביום
13.6.08.

לחילופין, משהתובעת שוחררה ביום 4.6.08 – מה היה על הצוות הרפואי לעשות מכאן ואילך?

18. כאמור, מסקנתי הינה כי היה על הנתבעת להמשיך ולאשפז את התובעת חרף רצונה להשתחרר, וככל שהתובעת הייתה עומדת על בקשתה - היה עליה להחתימה כי היא מאשרת שהשחרור הינו על אחריותה בלבד, על הצוות הרפואי היה לומר לה **כי קיים סיכון לפריצת החצוצרה**, וכי על כן קיימת חשיבות רבה לביצוע הבדיקות ביום 6.6.08. לחילופין, היה עליו להזמינה לביצוע הבדיקות בביתה"ח. משהתובעת שוחררה תוך אפשרות, שאינה נמוכה, כי המדובר בהיריון חוץ רחמי (בשיעור של 50% לשיטת ד"ר גלעד ושלדבריה במחצית מהמקרים ההיריון יחייב מתן טיפול (עמ' 9 לפרוטוקול ישיבת יום 20.5.14), ולשיטתה, תוך ידיעה עוד ביום 3.6.08 כי עסקינן בהיריון חוץ רחמי, (לשיטת ד"ר גלעד ומנהל המחלקה בסיכום המחלה של האשפוז השלישי), ומשחלק מהריונות אלו נספגים וחלקם האחר אינו נספג, כפי שארע לתובעת בסופו של יום, קיים סיכון של ממש לפריצת החצוצרה. במקרה שכזה מוטלת **חובה** על הצוות הרפואי לוודא אפשרות מעשית לביצוע הבדיקות ביום ו', בין אם בקופ"ח ובין אם בחדר המיון, לרבות אפשרות לקבלת תוצאותיה בקופ"ח עוד באותו יום שהינו יום עבודה קצר.

19. בגיליון הרפואי לא נרשם כי חשיבות מועד ביצוע הבדיקה הוסברה לתובעת, ואם כן על ידי מי. התובעת אינה דוברת את השפה העברית ושחרורה מביתה"ח עם גיליון שחרור הערוך בשפה העברית מבלי שנכתבה בו, ולו גם בשפה העברית, חשיבות ביצוע הבדיקה ביום ו', עולה כדי רשלנות, רשלנות זו מתחדדת דווקא משום שהתובעת שוחררה ללא כאבים וללא דימום שפסק ומשהשחרור היה בניגוד ל"רצון" ו"המלצת" הצוות. במקרה זה הדעת נותנת כי גם אם התובעת ידעה כי עליה לבצע את הבדיקה ביום ו', (ולמען הסר כל ספק שוכנעתי כי לא הובהרה לתובעת חשיבות מועד ביצועה והצורך במעקב הדרוש, קרי, רופא שיפענח), היה על הצוות הרפואי להביא בחשבון כי התובעת הייתה מניחה בשגגה כי חל שיפור במצבה, וכי על כן יכול וכלל לא תבצע את הבדיקה, או לא תבצעה במועד ולא תפנה לרופאה בקופ"ח. והראיה, כי התובעת פנתה לרופא קופ"ח לראשונה ביום ב' רק לאחר שהחלה לחוש

בכאבים. לו ההיריון היה נספג, כפי שקורה לא אחת לדעת פרופ' יפה, יכול והתובעת כלל לא הייתה פונה בהמשך לרופאת קופ"ח, וכי יכול ובהתקיים תרחיש זה, לא היה נגרם כל נזק. דווקא משום כך, ובשל הסיכון כי התובעת לא תחוש בכאבים והדימום לא יתחדש, הייתה מוטלת על הצוות הרפואי החובה להבהיר לתובעת באופן **חד משמעי** כי עליה לא להיות שאננה, כאשר ההנחיה **הינה** כי בכל מקרה, כי גם אם תחוש בטוב, עליה לבצע את הבדיקה ביום 4.6.08.

20. זאת ועוד, היה על הנתבעת להסביר לתובעת את הסיכון שבפריצת החצוצרה.

21. הנתבעת נסמכת בסיכומיה על הפרוטוקול המחלקתי הקובע כי יש לחזור על הבדיקות מדי 48 שעות, ועל כן ניתן להניח כי כלל הרופאים המטפלים במחלקה ידעו על **"חשיבותו של טווח זמן זה ועל כך שיש לציין חשיבות זו בפני מטופלת שמבקשת להשתחרר לביתה..."**. כלומר, גם הנתבעת אינה חולקת על כך שעל הרופא המשחרר להסביר לחולה את חשיבות מועד ביצוע הבדיקה. הנתבעת טוענת לנוהג במחלקה ונסמכת על פסה"ד שניתן בע"א 7416/12 קופת חולים מאוחדת נ' פלוני ואח' (פורסם בבנו [4.11.14]), שקבע כי חוסר רישומי כשלעצמו, לא שולל את דרכו של הנתבע להוכיח כי הנוהג והרוטינה הרפואית של הרופא מהווים שיקול רלוונטי שניתן לקחת בחשבון כחלק מההכרעה במחלוקת עובדתית, וכי מול זכרונו של החולה יש להעמיד את נוהגי העבודה של הרופא. **ברם, הנתבעת לא זימנה לעדות את מי מהצוות הרפואי שיוכל להעיד כי הוא זה שפעל בהתאם לנוהל והסביר לתובעת את חשיבות מועד ביצוע הבדיקה.**

22. אין חולק כי מזה שנים רבות לא מתבצעות בימי ו' בדיקות דם ואולטרה סאונד, לרבות בדיקות ההורמון בסניפי קופ"ח בירושלים. ד"ר בן שטרית, שזומן כאמור ע"י הנתבעת, הצהיר כי **"...אילו התובעת הייתה מגיעה למרפאתנו ביום שישי על מנת לבצע בדיקות בטא, היינו מפנים אותה בדחיפות חזרה למיון בבית החולים הדסה הר הצופים על מנת שהבדיקות יבוצעו לה שם"** (ס' 5 לתצהיר). כלומר, התובעת הייתה מופנית לביצוע הבדיקה בביה"ח ממנו שוחררה יומיים קודם לכן.

23. ספק אם נדרשת הכרעה בשאלה האם היה על רופאי ביה"ח לדעת כי בדיקות ההורמון אינן מבוצעות בקופ"ח בימי ו', ומשכך להורות לה לשוב לביה"ח ביום ו' על מנת לבצע הבדיקה, מבלי לפנות תחילה לקופ"ח. מתצהירו של ד"ר בן שטרית עולה כי גם אם ניתן היה לבצע את הבדיקה, הוא היה **"...מציין אפשרות זו בפני המטופלת ובתנאי שהייתה סמכות רפואית שיכלה לקבל את התוצאה (יום שישי**

- יום קצר) ולהנחות את המטופלת לגבי המשך המעקב...** (ס' 6 לתצהיר). כלומר, גם אם ניתן היה לבצע הבדיקה בקופ"ח, ספק אם היה רופא בקופ"ח שיכול היה לקבל לידי את ממצאי הבדיקה ולהנחות את התובעת לפנות מידית לביה"ח, שכן תוצאות הבדיקה היו מלמדות כי על התובעת להיות מטופלת מידית במטורקסאט.
24. למעלה מהדרוש, אדרש למחלוקת בשאלה האם היה על רופאי ביה"ח לדעת כי קופ"ח אינה מבצעת בדיקות דם בימי ו' – התשובה לכך חיובית. עסקינן בנוהג בכל רחבי העיר שביה"ח ממוקם בה ומעניק שירותים לתושביה.
25. אלמלא בקשת התובעת להשתחרר מביה"ח היא לא הייתה משוחררת, ומשכך חלה על ביה"ח חובה מוגברת הן להסביר לתובעת את הסיכון שבאי ביצוע הבדיקה במועד, והן לוודא כי ניתן לבצע בקופ"ח, וכן כי יהיה גורם רפואי שיהיה סיפק בידו לקבל לידי את ממצאיה על מנת להורות לתובעת כיצד לנהוג. לדברי ד"ר לביא תשובת מעבדה בביה"ח מתקבלת תוך שעתיים עד ארבע שעות (עמ' 154-155 לפרוטוקול ישיבת יום 4.2.15), ועל כן קיים ספק של ממש האם תוצאות הבדיקה היו אכן מתקבלות לפני תום יום העבודה בקופ"ח, גם אם אכן ניתן היה לבצע את הבדיקה בקופ"ח, כפי שסברו רופאי הנתבעת.
26. בעדותו אישר ד"ר לביא כי לו היו יודעים שלא ניתן לבצע הבדיקה בקופ"ח לא היו משחררים את התובעת (עמ' 152 לפרוטוקול ישיבת יום 4.2.15). בהמשך, חזר בו וטען כי במקרה זה לא היה ממשיך לאשפזה, אלא מורה לה לשוב לחדר המיון ביום ו' על מנת לבצע הבדיקה (עמ' 153 לפרוטוקול ישיבת יום 4.2.15). אין לי אלא לדחות את ניסיונו זה של ד"ר לביא לטעון כי במקרה שכזה היה משחרר את התובעת ומורה לה לשוב ביום ו' לחדר המיון לשם ביצוע הבדיקה, אפשרות שד"ר בן שטרית, שזומן כעד מטעם הנתבעת, הגדירה כ"לא הגיוני" (עמ' 11 ש' 2-4 לפרוטוקול ישיבת יום 4.2.15).
27. התובעת הופנתה לביה"ח ע"י רופאת קופ"ח ביום 9.6.08 והתקבלה בחדר המיון בשעות אחה"צ. בדיקת בטא שבוצעה לתובעת העלתה כי רמת הבטא עלתה מ-779 ביום 4.6.08 ל-2,135. הוחלט באותו ערב כי בדיקת אולטרסאונד תבוצע למחרת וכי למחרת יוזמן מבית המרקחת מטורקסאט, שכן נוכח עליית רמת הבטא באופן לא תקין ברי כי ההיריון הינו מחוץ לרחם.

28. יצוין כי רמת הבטא עלתה מ-580 ביום 2.6.08 ל-2,135 ב-9.6.08. נשאלת השאלה מדוע המתינו עד למחרת בערב למתן המטוטרקסאט ולביצוע האולטרא סאונד. בדיקת האולטרה סאונד שבוצעה בבוקר יום 10.6.08 העלתה "רחס לא מוגדל... ללא שק תוך רחמי... שחלה ימין-מאסה בקוטר... בצמוד אליה נמצא ממצא נוסף, רושם לקונגלומראט שחלה-חצוצרה. לא נראה בבירור דופק או שק היריון" (סיכום מחלה של האשפוז השני, מסמך 61 למוצגי הנתבעת).

אמנם התובעת שוחררה לביתה ביום 11.6.08 עם הוראה לביצוע בדיקת בטא נוספת כעבור 4 ימים בהתאם לפרוטוקול. אולם, יומיים לאחר מכן שבה ופנתה לחדר המיון בשל כאבי בטן תחתונה דיפוזית מלווה בבחילות וטנזמוס. בנסיבות אלו בוצעה לפרוסקופיה דחופה שהעלתה רחס תקין, חצוצרה ימנית תפוחה ומדממת מאזור האיסטמוס (האזור הצר של החצוצרה). בוצעה כריתת החצוצרה והתובעת שוחררה לביתה ביום 15.6.08.

29. כאמור, עפ"י הפרוטוקול יש לבצע בדיקת בטא חוזרת בחלוף 4 ימים ממועד מתן המטוטרקסאט. הפרוטוקול אינו נדרש לשאלה האם ניתן לשחרר את החולה לביתה, או שיש להמשיך באשפוז עד לאחר הבדיקה הנוספת. זאת ועוד, יכול ובמקרה דן משעסקינן היה באשפוז שני, היה מקום לשקול המשך אשפוז של התובעת עד להתבהרות מצבה. מסקנה זו מתחזקת נוכח העובדה כי נמצא שההיריון הינו בחצוצרה, וכי קיימת אפשרות כי הינו ממוקם בחלק האיסטמי, דבר שעלול להביא לפריצת החצוצרה.

30. מפרוטוקול המחלקה, (עמוד 10 לפרוטוקול המחלקתי לטיפול במטוטרקסאט), עולה כי הטיפול הנפוץ והיעיל הינו טיפול במנה אחת של מטוטרקסאט, אך כי 15% עד 20% מהנשים תידרשנה לטיפול נוסף, וכי יש ליידע המטופלת ולהזהירה טרם תחילת הטיפול במטוטרקסאט.

31. למרות המצוין לעי"ל, התובעת לא הוזהרה, ומכל מקום אין תיעוד או אמירה כי מי מהצוות הרפואי הזהירה. חרף הנסיבות, התובעת שוחררה ללא הוראות למעקב או הנחיות מיוחדים.

32. זאת ועוד, ביום הגעתה לאשפוז השלישי, 13.6.08, רמת הבטא עמדה על 2,879, דהיינו, עלייה מ-2,135 ב-9.10.08, יום לפני מתן המטוטרקסאט. הדעת נותנת כי רמת הבטא בשעות הערב של 10.6.08, בעת שניתן המטוטרקסאט, הייתה גבוהה מהרמה של 2,135 שנמדדה ביום 9.6.08, ונראה כי הגיעה לכדי 2,300 לפחות, (עפ"י

חלוקה יחסית). משמע כי סיכויי הצלחה ברמה זו פחתו משמעותית, ועל כן היה מקום לנקוט במשנה זהירות שמא ההיריון ימשיך להתפתח חרף מתן המטוטרקסאט, ושמא ההיריון הינו באיסטמוס, הכל כפי שארע בסופו של יום.

33. נראה כי הצוות הרפואי היה שאנן לכל אורך הדרך, או לפחות לא נקט בכל משנה זהירות. חיזוק למסקנתי זו מצאתי בתשובת ד"ר לביא לשאלה תוך כמה זמן מתקבל המטוטרקסאט מרגע שהוא מוזמן בדחיפות: "אני לא אומר אף פעם דחוף, אני מזמין מטוטרקסט ובמסגרת ההסעות של האמבולנסים בין בתי החולים בשעות הערב, אנחנו מקבלים... את התרופה, אין שום דחיפות במטוטרקסט" (עמ' 155 לפרוטוקול).

34. הצוות הרפואי לא נהג בזהירות, בכך שלאחר הטיפול שניתן ב- 10.6.08 התובעת לא הושארה להשגחה מספקת וסבירה לבחון אם הטיפול הצליח, למרות שידוע היה שערכי הבטא אינם תקינים, ולפי הפרוטוקול המחלקתי ב- 15% עד 20% מהמקרים יש צורך לחזור על הטיפול. אמנם פרוטוקול המחלקה קובע כי יש לחזור על בדיקת הבטא **בתוך 4 ימים**, אולם היה על הצוות לנקוט משנה זהירות נוכח הנסיבות, והראיה, כי יומיים לאחר שחרורה, (דהיינו בחלוף 3 ימים ממתן המטוטרקסאט), שבה ופנתה לביה"ח עם סימנים לקרע בחצוצרה.

35. יתרה מכך, כאמור, עפ"י הפרוטוקול, נהוג לחזור על בדיקת הבטא עד 4 ימים לאחר מתן המטוטרקסאט. התובעת שוחררה מהאשפוז השני יום לאחר מתן המטוטרקסאט, ועל כן היה עליהם להורות על בדיקה חוזרת כעבור 3 ימים ולא 4 ימים כפי שהורו.

36. **לסיכום:** מכל האמור לעיל, אנו למדים על התנהלות רשלנית של הנתבעת גם לאחר האשפוז הראשון והיא זו שהביאה לכריתת החצוצרה.

האם יש להטיל על התובעת רשלנות תורמת לאי ביצוע בדיקה ביום 6.6.08?

37. לטענת הנתבעת, ככל שיקבע כי חלה התרשלנות מצד רופאי ביה"ח בהחלטתם לשחרר את התובעת מביה"ח באשפוז הראשון, יש להטיל על התובעת אשם תורם בשיעור של 100% המנתק את הקשר הסיבתי (ככל שייקבע קיומו), בין ההתרשלנות האמורה לבין פריצת החצוצרה.

38. לטענת התובעת, לו התובעת הייתה פונה לקופ"ח ביום 6.6.08, יש להניח כי הייתה מופנית לחדר המיון בביה"ח לשם ביצוע הבדיקה ובכך הייתה נמנעת פריצת החצוצרה. התובעת לא נדרשה בתצהירה לשאלה מדוע לא פנתה לקופ"ח ביום ו'. בחקירתה הנגדית נשאלה התובעת לעניין זה והיא השיבה כי סניף קופת חולים במקום מגוריה סגור בימי ששי ושבת. ברם, מתיקה הרפואי של התובעת עולה כי היא ביקרה מספר פעמים בקופת החולים בימי שבת.

39. שוכנעתי כי הוסבר לתובעת כי עליה לבצע את הבדיקה ביום ו', אולם כאמור לא שוכנעתי כי הוסברה לה חשיבות ביצוע הבדיקה דווקא ביום ו' והסיכון הטמון באי ביצוע במועד זה או מיד בסמוך לאחריו. גם אם מתן ההסבר בדבר חשיבות ביצוע הבדיקה במועד שנקבע הינו נוהג אצל התובעת – אין די בכך על מנת להוכיח כי אכן נוהל זה יושם במקרה דנן שכן כאמור, איש מאנשי הצוות הרפואי, אשר הסביר או אמור היה להסביר זאת לתובעת, לא זומן לעדות.

40. בע"א 1355/11 הסתדרות מדיציניית הדסה נ' קופת חולים מאוחדת [פורסם בנבו] (9.2.15) שם נדונה בין היתר, שאלת רשלנותם התורמת של ההורים. בית המשפט שב וחזר על שנקבע בע"א 7416/12 קופת חולים מאוחדת נ' פלוני [פורסם בנבו] (4.11.14):

"לא בכל מקרה בו נהג המטופל בניגוד להמלצה הרפואית לייחס לו אשם תורם, וגם בסוגיה זו יש לבחון את אופייה וטיבה של ההמלצה. ...ההמלצה של רופא על טיפול מסוים, ואפילו טיפול חריג ודרסטי, אינה פוטרת אותו מחובת הגילוי וההסבר, אף אם המטופל לא שעה להמלצתו המוצדקת, שאז ענייננו באי הסכמה (להמלצה) שלא מדעת. אולם להתנהגות המטופל עשויה להיות השלכה הן על נטל הראייה והן על נטייתו של בית המשפט לייחס אשם תורם למטופל" (עמ' 31 לפסה"ד).

41. בעניין הנ"ל, ביהמ"ש קבע כי אין להטיל על ההורים רשלנות תורמת בין היתר, מאחר ולא שוכנע כי הערכת בית משפט קמא לגבי אופן הבנת תוכן המכתב שנמסר להורים אכן נכונה.

42. לאור האמור לעיל, ובהתחשב בעובדה כי התובעת מחד, לא סבלה מכאבים ומדימום ועקב כך נראה כי סברה בשגגה כי חל שיפור במצבה, ומנגד העובדה כי פנתה לקופ"ח לראשונה ביום ב', יהיה זה נכון להטיל על התובעת רשלנות תורמת בשיעור של 20%.

שיעור הנזק**שיעור הנכות**

43. ד"ר ניסנקורן אשר לא בדק את התובעת, מצא כי "בהיעדר טיפול מיטבי האישה איבדה החצוצרה הימנה (כך במקור-ה.י.) ועברה סבל מיותר. קרוב לוודאי, שתלונותיה כיום (אובדן החצוצרה ועקרות משנית, כאבים והצורך בטיפול תרופתי קבוע נגד כאבים) הינם תוצאה של התקלות שנפלו במהלך הטיפול" (עמ' 3 לחווה"ד). על כן, ד"ר ניסנקורן מצא כי נגרמה לתובעת נכות בשיעור של 30% בהתאמה לסעיפים [27\(א-ב\)](#) לתקנות בגין אובדן חצוצרה ועקרות משנית על רקע זה, ו-10% בגין כאבים בהתאמה [לסעיף 18\(1\)\(ב\)](#) לתקנות.

44. פרופ' יפה שבדק את התובעת מצא כי הסיכון להריון חוץ רחמי נוסף תלוי בסיבה הראשונית שגרמה להתפתחות ההיריון החוץ רחמי, אשר יכול ופגעה גם בחצוצרה שנותרה. פרופ' יפה הוסיף:

"עם כל זאת, חשוב לזכור כי הרפואה המודרנית פתרה את בעיית העקרות על רקע פגיעה בחצוצרות וזאת באמצעות ההפריה החוץ גופית (IVF).

לפיכך, ניתן לסכם כי סיכוייה של הגברת תגריד להריון תוך רחמי נוסף גבוהים דווקא משום שעברה כריתת חצוצרה ולא ניתוח משמר חצוצרה, ובמידה והחצוצרה שנותרה נפגעה אף היא מתהליך כזה או אחר, סיכוייה להריון תקין נוסף בעזרת טכנולוגיית ה-IVF גבוהים ביותר.

לאור כל האמור לעיל איני רואה כל סיבה לקבוע לתובעת נכות כתוצאה מעקרות. בנוסף, לא התרשמתי בראיון שקיימתי אתה ומבדיקתה כי היא סובלת מכאבים בשיפולי הבטן בעוצמה המצדיקה קביעת נכות. כריתת חצוצרה לכשעצמה אינה סיבה לכאבים" (עמ' 8 לחווה"ד).

הכרעה בשאלת שיעור הנכות

45. הצדדים חלוקים בשאלה האם יש לקבוע לתובעת נכות בגין עקרות ונכות בגין כאבים. אשר לכאבים, ד"ר ניסנקורן לא בדק את התובעת, בעוד אשר פרופ' יפה

בדקה והתרשם משיחתו אתה כי היא סובלת מכאבים בעוצמה המצדיקה קביעת נכות. פרופ' יפה הוסיף וכתב כי כריתת חצוצרה כשלעצמה אינה סיבה לכאבים. משד"ר ניסנקורן לא בדק את התובעת – לא שוכנעתי כי יש לקבוע לתובעת נכות בגין הכאבים הנטענים.

46. אשר לנכות בגין עקרות – פרופ' יפה סבור כי סיכוייה של התובעת להיריון תקין נוסף בעזרת הפריית חוץ גופית גבוהים ביותר. אין חולק כי התובעת לא נכנסה להיריון מאז קרות האירוע, וכי לא עברה טיפולי הפרייה חוץ גופית. במועד האירוע התובעת הייתה כבת 34 ואם לשלושה ילדים. לדברי התובעת, ברצונה היה להביא ילדים נוספים לעולם (סעי' 10 לתצהירה). בחקירתו הנגדית הודה ד"ר ניסנקורן כי קביעתו בדבר עקרותה של התובעת מבוססת על דברי התובעת כי אינה מצליחה להרות (עמ' 85 לפרוטוקול).

שוכנעתי, לאור גילה של התובעת, כי אכן בכוונתה היה להביא ילדים נוספים לעולם ולא להסתפק בשלושה ילדים.

47. בחקירתו הנגדית אישר ד"ר ניסנקורן כי ניתן להרות עם חצוצרה אחת, וכי ככל שהחצוצרה שנותרה נפגעה בגין דלקת באגן (שאינה באחריות הנתבעת) – ניתן להרות באמצעות הפרייה חוץ גופית, אך לא נכון היה לכמת את אחוזי הסיכוי. ד"ר ניסנקורן עמד על דעתו כי טיפול זה נעשה עקב עקרות ועל כן התובעת זכאית לנכות שקבע (עמ' 85-87 לפרוטוקול).

48. חזקה כי בשנת 1956, בעת שהותקנה [תקנה 27](#) לתקנות שכותרתה "עקרות", טרם החלו טיפולי הפרייה חוץ גופית, ועל כן אישה שלא יכלה להרות היריון טבעי הייתה זכאית לקביעת נכות בשיעור של 30% בגין עקרות. אמנם לדעת פרופ' יפה ניתן להתגבר על מכשול זה באמצעות טיפולי הפרייה חוץ גופית שלדעתו סיכויי ההצלחה להרות בעזרתם הינם גבוהים ביותר. ברם, בידיעתו השיפוטית של ביהמ"ש כי טיפולים אלו הינם ממושכים וכרוכים לא אחת במתח רב ובמספר מחזורי טיפול.

49. בנסיבות העניין ולאור האמור לעיל מצאתי כי יהיה זה נכון לקבוע כי נכותה של התובעת הינה בשיעור של 15% בהתאמה לסעיף [27\(א-ב\)](#) לתקנות בהתחשב בסיכונים ובסיכויים לעקרות/להרות.

נזק לא ממוני

50. בהתחשב בסבל ועוגמת הנפש שנגרמו לתובעת בתקופת האירוע לרבות הניתוח שנאלצה לעבור וכריתת החצוצרה, כן הקושי להרות והזמן שחלף ממועד האירוע, מצאתי לפסוק לתובעת פיצוי בסך של **250,000 ₪** לפי ערכו נכון למועד פסה"ד.

עזרת צד שלישי

51. שוכנעתי כי בתקופה שבסמוך לאחר כריתת החצוצרה נדרשה התובעת לעזרת קרובים מוגברת בהלבשה, רחצה ובטיפול בילדיה. מצאתי לפסוק לתובעת על דרך של אומדנה פיצוי בסך של **8,000 ₪** לפי ערכו נכון למועד פסה"ד. לא שוכנעתי כי התובעת נדרשה ותידרש לעזרת צד שלישי נוספת.

הפסד כושר השתכרות

52. אין חולק כי התובעת לא עבדה עובר לאירוע וכי מאז האירוע לא עבדה ולא ניסתה לעבוד. איני סבור כי קיים קשר בין כריתת החצוצרה לבין אי יציאתה לשוק העבודה, שכן אין בנכות בגין כך, לרבות נכות בגין עקרות, כדי לפגוע בכושר העבודה.

סיכום

53. להלן פירוט רכיבי נזקיה של התובעת:

נזק לא ממוני	-	250,000 ₪
<u>עזרת צד שלישי לעבר</u>	-	<u>8,000 ₪</u>
סה"כ		258,000 ₪

54. מהסך הנ"ל יש לנכות את רשלנותה התורמת של התובעת בשיעור של **20%**, ומשכך הפיצוי מסתכם בסך של **206,400 ₪**.

סוף דבר

55. אשר על כן, הנני מחייב את הנתבעת לשלם לתובעת את הסך של **206,400 ₪** בתוספת שכ"ט עו"ד בשיעור של **23.6%** ובצירוף הפרשי הצמדה וריבית כחוק ממועד פסה"ד ועד לתשלום המלא בפועל. כן הנני מחייב את הנתבעת להשיב לתובעת את

הוצאותיה בגין אגרת בימ"ש ושכ"ט המומחה מטעמה, כאשר כל הוצאה תישא הפרשי הצמדה וריבית כחוק ממועד כל הוצאה.

ניתן היום, ג' סיוון תשע"ה, 21 מאי 2015, בהעדר הצדדים.

יחזקאל הראל 54678313
נוסח מסמך זה כפוף לשינויי ניסוח ועריכה

[בעניין עריכה ושינויים במסמכי פסיקה, חקיקה ועוד באתר נבו – הקש כאן](#)