

בית משפט השלום בירושלים

ת"א 11230-08-12 אלמונית נ' הסתדרות מדיצינית הדסה

בפני כב' השופטת עירית כהן

התובעת

פלונית אלמונית

ע"י ב"כ עו"ד אבי שמואלי ו/או אליהו שמואלי ואח'

נגד

הנתבעת

הסתדרות מדיצינית הדסה

ע"י ב"כ עו"ד יעקב עוזיאל

פסק דין

1. לפניי תביעה בעילה של רשלנות רפואית שהגישה התובעת נגד הסתדרות מדיצינית הדסה בגין נזקים אשר נגרמו לה בלידת מלקחיים שהסתיימה בקרע דרגה 4. לטענת התובעת, מחדלים ואקטים רשלניים נפלו בבית החולים במהלך הלידה ובניתוח המתקן שעברה. עוד לטענתה, לידת המלקחיים בוצעה ללא הסכמה מדעת וגם הסכמתה לביצוע הניתוח לתיקון הקרע לא היוותה בנסיבות העניין משום "הסכמה מדעת".
2. התובעת נתנה עדות. מטעם הנתבעת העידו ד"ר חגי אמסלם – אחראי חדר הלידה בבית החולים הדסה הר הצופים וזה שביצע את הלידה, ד"ר מאיר פינטו – הכירורג אשר ביצע את הניתוח המתקן והמיילדת רחל פסקרוב.
3. התובעת הגישה כראיות מטעמה את חוות הדעת של פרופ' איתן צימר, מומחה לגינקולוגיה ומיילדות ושל פרופ' מיכאל קראוס, מומחה בכירורגיה כללית.
4. הנתבעת הגישה כראיות מטעמה את חוות הדעת של פרופ' ציון חגי, מומחה בגינקולוגיה ומיילדות ושל פרופ' מיכה רבאו, מומחה בכירורגיה כללית.

מהלך הדברים

5. התובעת הגיעה לבית החולים הדסה הר הצופים ביום 24.11.10 לצורך זירוז לידה בעקבות מיעוט מי שפיר. היא ילדה ביום 25.11.10.

6.	מהלך הדברים ביום 25.11.10, כפי שהוא עולה מהתיק הרפואי ומחוות הדעת של פרופ' צימר ופרופ' חגי, היה כמפורט להלן:	
00: 52	נבדקה ונמצאה פתיחת צוואר הרחם ל- 1 ס"מ ומחיקה של 40%. הוחדר נר PGE2 לזירוז הלידה.	
05: 30	התחלת צירים.	
06: 44	בדיקה לדנית שממצאה פתיחת צוואר הרחם 2 ס"מ, מחיקת צוואר הרחם 80% כשראש העובר בגובה Spina (-3).	
07: 26	מבוצע אלחוש אפידורלי להקלת כאבים.	
	בין השעות 08: 28 ו- 09: 15 מבוצעות בדיקות לדניות. הממצאים של צוואר הרחם וגובה ראש העובר דומים לאלו של השעה 6: 44.	
09: 15	הוחל במתן עירוי עם פיטוצין.	
11: 53	מבוצעת בדיקה לדנית שממצאה פתיחת צוואר הרחם 2.5 ס"מ, מחיקת הצוואר 100%, ראש העובר עדיין בגובה Spina (-3).	
11: 54	מבוצעת פקיעה יזומה של שק מי השפיר שהינם צלולים/נקיים.	
14: 27	מבוצעת בדיקה לדנית. הממצאים של צוואר הרחם פתיחה 3 ס"מ ו- 100% מחיקה, גובה ראש העובר Spina (-3).	
16: 10	מבוצעת בדיקה לדנית שממצאה פתיחת צוואר הרחם 8 ס"מ, גובה ראש העובר Spina (-2).	
17: 20	מבוצעת בדיקה לדנית שממצאה פתיחת צוואר הרחם 9.5 ס"מ, גובה ראש העובר Spina (+1).	
17: 51	בבדיקה פתיחה לשוליים, ראש ב- Spina (+1).	
18: 39	מבוצעת בדיקה לדנית שממצאה פתיחת צוואר הרחם 10 ס"מ, גובה ראש העובר Spina (+1).	
19: 04	מבוצעת בדיקה לדנית שממצאה זהים לאלה של השעה 18: 39.	
19: 23	המייילדת כותבת שהתובעת לוחצת.	
21: 25	מגיע ד"ר אמסלם ומבצע לידת מלקחיים ומיד לאחריה נצפה קרע דרגה 4 של הפרינאום (חיץ הנקבים).	

העובר יוצא במשקל 2,930 גרם, במצג עורף לאחור, עם ציון אפגר 8 לאחר דקה ו-9 לאחר 5 דקות ועם היקף ראש של 32 ס"מ.

מיד לאחר הלידה נקרא הכירורג הכונן ד"ר פינטו.

22:10 התובעת מועברת לחדר ניתוח

שעה 22:20 עד השעה 00:20 מבוצע ניתוח לתיקון הקרע. המנתח הראשי הוא הכירורג ד"ר פינטו והעוזר הראשון הוא הגניקולוג ד"ר אמסלם.

7. התובעת הועברה להמשך אשפוז למחלקת יולדות ושחררה ביום 30.11.10.

מהלך הלידה

8. מהלך הלידה מחולק לשני שלבים. השלב הראשון הנמשך מתחילת צירים סדירים ועד פתיחה מלאה של צוואר הרחם והשלב השני ממועד פתיחת צוואר רחם מלאה ועד לידת התינוק (ד"ר צימר, עמוד 4 לחוות הדעת).

9. אצל מבכירות מקובל שמשך השלב השני הוא שעתיים, ובמקרים של אלחוש אפידורלי, טווח הנורמה גדל לשלוש שעות.

10. שלב שני מאורך הוא כאשר חלפו יותר משלוש שעות מהמועד של פתיחה מלאה והעובר לא יצא לאויר העולם.

11. השלב השני של הלידה במקרה של התובעת נמשך משעה 18:39 בו נרשמה פתיחת צוואר רחם מלאה ועד הלידה בשעה 21:25. משך השלב השני היה שעתיים ו-46 דקות. אין מחלוקת כי התובעת הייתה תחת אלחוש אפידורלי במהלך השלב השני של הלידה.

12. לפי פרופ' צימר, התובעת הייתה בגבול העליון של הנורמה (פרופ' צימר, עמוד 5 לחוות הדעת). פרופ' חגי כתב בחוות דעתו שהתובעת הגיעה ל"שלב שני מאורך" אולם בחקירה הנגדית הסכים שכאשר ד"ר אמסלם הגיע, השלב השני נמשך שעתיים וארבעים ושש דקות, ומשמעות הדבר שהוא היה רחוק עשרים דקות משלב שני מאורך (עמוד 47 לפרוטוקול).

13. לדעת פרופ' צימר, שני מרכיבים חשובים תרמו להתארכות השלב השני אצל התובעת והם מצג עורף לאחור של העובר וכן גובה ראשו יחסית לאגן.

14. אין מחלוקת כי במהלך השלב השני של הלידה יש לוודא את מיקום ראש העובר, המצג המדויק שלו, והמצב שלו (האם מתפתחת בצקת) (פרופ' צימר, עמוד 6 לחוות הדעת).

גובה ראש העובר

גובה ראש העובר הוא מיקום ראש העובר יחסית לאגן. נקודת האפס היא מיקום הזיזים הגרמיים באגן הקרויים Iscial Spine. כשהחלק המקדים של הראש נמצא מעל זיזים אלו, מדברים על Spina (-1), Spina (-2) וכד', כמרחק בס"מ מהזיזים. לפי פרופ' צימר, הדירוג מדבר על עד (-5) למעלה ועד (+5) למטה מהזיזים. +5 פירושו שראש העובר במוצא העריה (פרופ' צימר, עמוד 5 לחוות הדעת). אין מחלוקת שכאשר יש בצקת, מודדים את גובה הראש לפי החלק הגרמי (פרופ' חגי, עמוד 51 לפרוטוקול).

מצג ראש העובר

המצג הנורמלי והשכיח של ראש העובר הוא מצג עורף לפניס. מדובר במצב בו ראש התינוק כפוף, פניו פונים כלפי מטה ועורפו פונה כלפי מעלה. מצג זה מכונה: OA = Occipitu Anterior.

מצג של עורף לאחור הוא מצב בו העורף פונה לאחור (כלפי מטה) בעוד הפנים פונים כלפי מעלה. מצג זה מכונה OP = Occipitu Posterior. ב- 5% - 7% מהלידות התינוק נולד במצג עורף לאחור.

בגלל מבנה האגן, הלידות במצג עורף לאחור הן ארוכות יותר ובעיתיות יותר ויש בהן שיעור גבוה יותר של לידות מכשירניות (פרופ' צימר, עמוד 5 לחוות הדעת).

בצקת בראש העובר

הבצקת בראש העובר מכונה Caput.

בגלל התמשכות הלידה ועצם קיום מצג עורף לאחור, נוצרות לעיתים בלידות במצג עורף לאחור בצקות גדולות מאוד של ראש העובר (פרופ' צימר, עמוד 5 לחוות הדעת).

מהראיות עולה כי כאשר הבצקת משמעותית, לא ניתן לבצע לידה מכשירנית באמצעות ואקום.

לידה מכשירנית

15. לידה מכשירנית היא לידת ואקום או לידת מלקחיים.

16. כאשר ראש העובר נמצא מתחת לגובה Spina (0) ניתן בתנאים מסוימים ומוגדרים לבצע לידה מכשירנית. הלידות מתבצעות מסיבות עובריות, כגון סבל של העובר, או מסיבות אימהיות, כגון חוסר התקדמות במהלך הלידה.

בלידת ואקום מניחים כובע מתכתי או פלסטי על ראש העובר ויוצרים תת לחץ ע"י מכשיר ואקום, הכובע נצמד לראש העובר ומאפשר את משיכתו כלפי חוץ ולידת התינוק.

המלקחיים מורכבים משתי כפות מתכת המצטלבות ביניהן. כף אחת מונחת בנרתיק מצד שמאל לאורך ראש העובר והכף השנייה מונחת בצדו הימני של הנרתיק, לאורך ראש העובר. על ידי הצלבת הכפות הן ננעלות על ראש העובר וניתן למשכו כלפי חוץ וליילד את התינוק.

(פרופ' צימר, עמוד 7 לחוות הדעת).

17. לפי נייר העמדה של האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה בעניין "יילוד לדני מכשירני" שאושר ביום 4.11.08 :

"שכיחות השימוש ביילוד לדני מכשירני הוא כ- 4-7 אחוז מכלל הלידות. בשנים האחרונות ישנה עליה במודעות לגבי התחלואה העוברית והאימהית הקשורה ליילוד מכשירני, אולם יש לזכור שגם ניתוח קיסרי בשלב השני של הלידה כרוך בתחלואה משמעותית לאם וליילוד והשלכות משמעותיות לגבי ההריונות והלידות הבאים.

לכן יש צורך לשמר את האפשרות לבצע יילוד מכשירני, כאשר שמירה על כללי הבטיחות וקיום תנאים מתאימים יאפשרו לידה מכשירנית בטוחה לאם וליילוד.

יילוד מכשירני מתייחס ליילוד ע"י שולפן ריק ו/או מלקחיים. הבחירה של המכשיר (שולפן ריק/מלקחיים) תעשה בהתאם לניסיונו של המבצע והנסיבות הרפואיות. יש לזכור שלכל אחד מהמכשירים ישם יתרונות, חסרונות וסכנות שאותם יש לקחת בחשבון בעת בחירת המכשיר המתאים."

18. לפי נייר העמדה, ילוד מכשירני כרוך ביתרונות וסיכונים שונים. הסיכונים הקשורים ליילוד בשולפן ריק כוללים המטומה של הקרקפת ובמקרים נדירים דימומים ברשתית והמטומה סוב גליאלית. לידת מלקחיים קשורה בשכיחות גבוהה יותר של קרעים בתעלת הלידה ובחבלות חיצוניות בפנים של היילוד.

בדיקת התובעת במהלך השלב השני של הלידה

19. לפי פרופ' צימר, במהלך השלב השני של הלידה יש לבצע בדיקות נרתיקיות לעיתים מזומנות על מנת לעקוב ולוודא את מיקום ראש העובר, המצג המדויק שלו והאם מתפתחת בצקת (עמוד 6 לחוות הדעת). לפי חוות דעתו, נוכח הבעייתיות של מצג עורף לאחר, יש צורך להקדים ולאבחן מצב זה, במהלך הלידה, ובעיקר בשלב השני שלה, על מנת להיערך בהתאם ולשקול את הצורה האופטימלית לסיום הלידה.

20. התובעת הצהירה כי המיילדת לא נכחה לצדה בחדר ברציפות בשלב השני של הלידה, וכאשר היא חזרה וביקרה בחדר היא שאלה "מה קורה?" והאם התובעת מרגישה לחץ באזור פי הטבעת. לפי תצהיר התובעת: **"גם היא, וגם שתי הרופאות שזכור לי שנכנסו לחדר הלידה, התענינו בשלב זה יותר במעקב אחר תרשים ניטור דופק לב העובר (להבדיל מהשעות שקדמו לפתיחה המלאה שבהן זכור לי כי אז בוצעו לי בדיקות וגילניות תכופות)"** (סעיף 6 לתצהיר). בחקירה הנגדית השיבה התובעת כי מהשלב שאחרי הפתיחה המלאה בדקה אותה המיילדת אולי פעם אחת עד שהגיע ד"ר אמסלם (עמוד 5 לפרוטוקול).

21. בתיעוד הרפואי ישנן תרשומות של שתי בדיקות נרתיקיות בשעות 18:39 ו- 19:04 על ידי המיילדת לפיהן יש פתיחה מלאה של צוואר הרחם וראש העובר ב- (+1) Spina, ומאז ועד לבדיקתו של ד"ר אמסלם בשעה 21:25 במשך שתיים ו- 21 דקות, אין רישום של בדיקה נרתיקית ואין מעקב אחר מיקום ראש העובר, המצג שלו והמצב שלו מבחינת הבצקת.

22. המיילדת, רחל פסקרוב, הצהירה כי: **"בסמוך לשעה 19:23 התובעת החלה ללחוץ, מהשלב הזה אני כל הזמן, למעט הפסקות קצרות ביותר, הייתי בסמוך לתובעת תוך בדיקה מתמדת של התקדמות הלידה, כאשר אני מכניסה את האצבע לוגינה לחוש את התקדמות ראש העובר. בשלב הזה נמצאתי כל הזמן ליד היולדת ולא ליד מחשב ולכן בד"כ אינני מבצעת רישומים נוספים אלא אם יש משהו חריג"** (סעיף 8 לתצהיר). בחקירה הנגדית היא חזרה והסבירה שאין זה מעשי לרשום וגם לעבוד עם היולדת (עמוד 58 לפרוטוקול) וכי היעדר הרישום לא אומר שלא היו בדיקות. לפי עדותה בודקים את היולדת לאחר כל ציר (עמוד 58 לפרוטוקול).

23. מעדותה של רחל פסקרוב עולה כי היא לא בדקה את מצג הראש. לדעתה לא ניתן היה לדעת את מצג הראש בזמן אמת, במיוחד לאור קיומה של הבצקת (עמוד 59 לפרוטוקול). מהראיות עולה כי ד"ר אמסלם היה הראשון שהתייחס למצג הראש ואבחן בשעה 21:25 כי מדובר בעורף לאחור.

24. ברישומים אין גם התייחסות לבצקת שהתפתחה על ראש העובר. מהעדויות עולה כי לא דיווחו לד"ר אמסלם על הבצקת ועל כך שהיא הולכת וגדלה. לשאלה מדוע לא כתבה משעה 17:20 על הבצקת שהלכה והתפתחה השיבה רחל פסקרוב כי אין לה הסבר (עמוד 57 לפרוטוקול). פרופ' חגי השיב כי הוא מצפה שידווחו לרופא על הבצקת וגם על כך שהיא הולכת וגדלה. לדעתו אין זה תקין שלא היה דיווח ולא היה עדכון של הרופא (פרופ' חגי, עמוד 47 לפרוטוקול).

25. מהראיות עולה, אפוא, כי במהלך השלב השני לא הייתה כל התייחסות למצג הראש ולא הייתה התייחסות מספקת לבצקת שהלכה והתפתחה.

26. אשר לבדיקת גובה הראש, ב"כ הנתבעת ער לכך כי בהיעדר תיעוד, עובר אל הנתבעת הנטל להוכיח את ביצוע הבדיקות, אולם טוען שיש להאמין לגרסת המיילדת ולקבל את דבריה כי ביצעה בדיקות במהלך אותן שעותיים וחצי.

פרופ' חגי השיב שהוא מצפה שאם המיילדת בודקת, היא תרשום (עמוד 43 לפרוטוקול).

27. אני מקבלת את גרסת המיילדת לפיה הייתה בחדר ואף עקבה אחר התקדמות הלידה אולם מעדיפה את עדותה של התובעת לפיה בשלב השני של הלידה לא בוצעו בדיקות וגינוליות תכופות לבדיקת גובה ראש העובר. עדותה של התובעת נתמכת בהיעדר הרישום על בדיקות אלה.

28. אין מחלוקת כי אי ביצוע הבדיקות לבירור גובה הראש, מצג הראש ומצבו מהווה רשלנות.

האפשרויות שעמדו בפני ד"ר אמסלם

29. ד"ר אמסלם הצהיר כי הוא נקרא על ידי המיילדת בסמוך לשעה 21:30 בגלל התארכות השלב השני של הלידה. הוא החליט לסיים את הלידה בגלל התארכות השלב השני, כאשר הראש נמצא בעמדה נמוכה מאוד באגן ולמרות מאמצים ניכרים וממושכים של היולדת לא אובחנה כל התקדמות בגובה הראש (סעיף 5 לתצהיר).

לפי תצהירו: "בשל העובדה שהראש היה בעמדה נמוכה והבצקת בצבצה מעבר לפתח הנרתיק הערכתי כי לידה בניתוח קיסרי במצב כזה היא מסוכנת ביותר הן ליולדת והן לילוד והסיכון לסיבוכים גדול. כמו כן בגלל הבצקת בראש העובר לא ניתן היה לבצע לידת וואקום ולכן החלטתי לבצע לידת מלקחיים" (ד"ר אמסלם, סעיף 5 לתצהיר).

30. בחקירתו השיב ד"ר אמסלם שאם האופציה של ואקום אפשרית הוא יעדיף ואקום על מלקחיים (עמוד 62 לפרוטוקול) ואם אופציה של ניתוח קיסרי קיימת, הוא יעדיף ניתוח קיסרי (שם).

31. פרופ' צימר כתב בחוות דעתו כי בשעה 21:25, כאשר אבחן ד"ר אמסלם את מצג העורף לאחר והבצקת הגדולה על ראש העובר, וראש העובר ב- Spina (+2), עמדו בפניו שלוש אופציות: לידת ואקום, ניתוח קיסרי או לידת מלקחיים. פרופ' צימר מסכים כי נוכח הבצקת הגדולה מאד על ראש העובר הסיכוי שלידת ואקום תצלח נמוך, אולם הוא מעלה את השאלה האם הייתה הצדקה אובייקטיבית להעדיף, גם בשלב זה, לידת מלקחיים על פני ניתוח קיסרי, הצדקה שיש לה מקום רק אם המדובר

ברופא שהינו מיומן ומנוסה בביצוע לידות מלקחיים. מאחר ופרופ' צימר אינו מכיר את ד"ר אמסלם ומיומנותו בלידת מלקחיים הוא כתב בחוות דעתו שהוא אינו יכול לענות על שאלה זו בבטחה.

פרופ' צימר הוסיף כי: **"על פי רישומי קצב לב העובר, הוא לא היה במצוקה בעת קבלת ההחלטה כך שלא היה צורך בפעולת חירום. בהחלט היה זמן לערוך התייעצות עם רופאים בכירים יותר לגבי צורת סיום הלידה"** (עמוד 8 לחוות הדעת).

בחוות הדעת המשלימה כתב פרופ' צימר כי: **"גם בנקודת זמן זו (בשעה 21:25) שבה ד"ר אמסלם הגיע לראשונה לילודת, צריך היה לנהוג אחרת, לשקול בחיוב את האופציה של ניתוח קיסרי, ובודאי שלא למהר לביצוע לידת מלקחיים כאילו מדובר באופציה יחידה, בעלת סיכונים מופחתים, שיש לבצעה מיידית וללא צעדים נוספים"** (עמוד 2 לחוות הדעת).

32. לפי פרופ' צימר, במצב בו הגיע ד"ר אמסלם, כאשר העובר עם בצקת גדולה על הראש, בבדיקה נראה שהראש הוא באזור +2, צריך לקחת בחשבון שהבצקת יכולה להטעות ויכול להיות שהראש גבוה יותר, וצריך להיות מאד מיומן ובטוח בעצמך כדי להחליט על לידת מלקחיים.

33. בחוות דעתו כתב פרופ' חגי כי ניתוח קיסרי, כאשר הראש כל כך נמוך באגן, עם קפוט ופתיחה מלאה של שלוש שעות הינו ניתוח בעל פוטנציאל סיבוכים משמעותי הן לילודת והן לילוד (עמוד 5 לחוות הדעת). לפי חוות דעתו: **"היות והראש כבר נצפה בפתח הנרתיק, ביצוע ניתוח קיסרי בתנאים אלו הינו קשה מאוד מבחינה טכנית וכרוך בסיכון לסיבוכים אמהיים ועובריים בשל קושי אפשרי בחילוץ הילוד בגישה בטנית"** (עמוד 6 לחוות הדעת).

34. לפי חוות דעתו של פרופ' חגי, בתנאים אשר מצא ד"ר אמסלם הייתה הצדקה מלאה לסיוע בסיום הלידה ע"י שימוש במלקחיים.

פרופ' חגי מפנה בחוות דעתו לנייר העמדה מס' 5 של האיגוד הישראלי למילדות וגינקולוגיה, שהוזכר לעיל, וכותב כי אצל התובעת התקיימו כל התנאים הנדרשים והמקובלים שצוינו בנייר העמדה לצורך ביצוע ילוד מכשירני ואין כל ספק שהילוד באמצעות מלקחיים בוצע בהתאם לסטנדרטים הרפואיים המקובלים.

35. לשאלת בית המשפט, כיצד היו פועלים בבית חולים אחר, אשר בו לא עושים שימוש במלקחיים, על מנת לא להגיע לסיטואציה שבה אין ברירה אלא לעשות שימוש במלקחיים, השיב פרופ' חגי כי במצב אשר אליו הגיע ד"ר אמסלם מלקחיים הייתה האופציה הטובה ביותר, אך לא הבלעדית. ברוב בתי החולים היו צריכים להתלבט בין ניתוח קיסרי, ואקום או המתנה (עמוד 54 לפרוטוקול).

לשאלת בית המשפט באיזו אופציה הוא היה בוחר, השיב פרופ' חגי כי הוא יכול היה גם להמתין במקרה זה (עמוד 54 לפרוטוקול).

שכחות השימוש במלקחיים

36. פרופ' צימר כתב בחוות דעתו כי נוכח השיעור הגבוה יותר של סיבוכים בלידות מלקחיים, והמיומנות הנדרשת, יש בעשורים האחרונים מגמה כללית בעולם ובארץ לבצע בעיקר לידות ואקום, ושיעור לידות המלקחיים פחת (עמוד 7 לחוות הדעת).

37. פרופ' חגי העיד כי בבית החולים קפלן בו הוא עובד לא מבצעים לידות מלקחיים כבר הרבה שנים (עמוד 52 לפרוטוקול). לפי עדותו, בארץ מעט מאד עושים לידות מלקחיים, האנגלים אוהבים לידת מלקחיים ואילו האמריקאים נטשו את זה (שם).

38. מעדותו של ד"ר אמסלם עולה כי בקנדה נעשה שימוש במלקחיים.

39. המיילדת רחל פיסקרוב העידה כי לידת מלקחיים אינה שכחה גם בהדסה הר הצופים. היא יכולה לספור על יד אחת לידות מלקחיים שבהן היא הייתה נוכחת משנת 1998 (עמוד 61 לפרוטוקול). גם ד"ר אמסלם השיב כי לידות מלקחיים היום בהדסה הר הצופים הן עניין נדיר (עמוד 62 לפרוטוקול).

40. אין מחלוקת, וכך גם קובע נייר העמדה, כי בתנאים מתאימים וכאשר מדובר במומחה מנוסה, ניתן לעשות שימוש במלקחיים.

הניסיון של ד"ר אמסלם

41. ד"ר אמסלם סיים התמחות ברפואת נשים ומיילדות בבית החולים הדסה הר הצופים בשנת 2006 (ד"ר אמסלם, סעיף 2 לתצהיר). הוא אחראי חדר לידה בהדסה הר הצופים מאוגוסט 2010 (ד"ר אמסלם, עמוד 61 לפרוטוקול). ביום 24.11.10 שימש כונן מחלקת נשים ויולדות בבית החולים, כולל חדר לידה (ד"ר אמסלם, סעיף 3 לתצהיר).

ד"ר אמסלם הצהיר כי במהלך השתלמות בת שלוש שנים בקנדה הוא רכש מיומנות בשימוש במלקחיים וביצע מספר רב של לידות מלקחיים ללא כל סיבוכים משמעותיים. לפי תצהירו: **"גם לאחר לידה זו במקרים בהם היה צורך בילוד דחוף ולא ניתן היה לבצע לידת ווקום והערכת הסיכון בניתוח קיסרי הייתה גבוהה (כמו במקרה זה ראש מאוד נמוך באגן) ביצעתי לידת מלקחיים ללא כל סיבוכים"** (ד"ר אמסלם, סעיף 7 לתצהיר).

42. אין סיבה להטיל ספק בעדותו של ד"ר אמסלם אודות המיומנות שהוא רכש בקנדה בשימוש במלקחיים, אלא שד"ר אמסלם לא זכר כמה לידות במצג עורף לאחר ביצע במלקחיים, אם בכלל ביצע (עמוד 67 לפרוטוקול), והדבר מטיל ספק לגבי ניסיונו במקרים של מצג עורף לאחר.

לפי חוות דעתו המשלימה של פרופ' צימר :

"ביצוע לידת מלקחיים במצג OP, כפי שהיה במקרה כאן, דורשת מיומנות מיוחדת (מעבר ללידת מלקחיים רגילה), מהווה אתגר מיוחד, דורשת ביצוע חתך אפיזיוטומי גדול יותר, וכרוכה בסיכון מוגבר עוד יותר (מעבר לביצוע לידת מלקחיים במצג אחר) ליצירת קרע דרגה 3-4."

לפי עדותו של פרופ' צימר, יש הבדל בטכניקה בין מקרה של עורף לאחור לבין עורף קדמי (שם). עוד לפי עדותו: את השימוש במלקחיים לא לומדים מספר אלא כמו שוליה. "אתה רואה את הרופא הבכיר שלך עושה את זה כמה פעמים, אח"כ הוא עוזר לך לעשות, ולידת מלקחיים אף פעם לא הייתי לבד בחדר לידה. תמיד היה עוד מישהו. למדתי את זה ממנהל המחלקה שלי, שאמר שבלידות מסובכות הוא רוצה שיהיה מישהו לידו, גם אם הוא פחות מנוסה. רק כשאתה מסתכל מהצד על מי שעושה את הפעולה, כל התמרונים הקלים ביד, אתה יכול לכוון, זה ממש שוליה ומורה" (פרופ' צימר, עמוד 22 לפרוטוקול).

ההתנהלות של ד"ר אמסלם

43. בחקירה הנגדית השיב פרופ' צימר כי: **"נכון שהבצקת הגדולה בראש גם מקשה על ניתוח קיסרי ולכן כדאי לשמוע ואולי להביא עוד מישהו שיבדוק את האישה שאולי היא אומר כן מלקחיים או שהיה ממליץ בנתונים שהיו, על ניתוח קיסרי, זה ממש לא טוב שהוא לא טרח להתייעץ או להביא מישהו"** (עמוד 25 לפרוטוקול).

פרופ' צימר הדגיש בחוות דעתו כי העובר לא היה במצוקה בעת קבלת ההחלטה, כך שלא היה צורך בפעולת חירום על ידי ד"ר אמסלם והיה זמן להתייעצות עם רופאים בכירים יותר לגבי צורת סיום הלידה (עמוד 8 לחוות הדעת).

44. ד"ר אמסלם התלבט בין ניתוח קיסרי ובין לידת מלקחיים, ואלה האופציות שהוצגו לתובעת. האפשרות להמתין לא נשקלה על ידו.

לשאלה מה עם אופציה של להמתין ולא לעשות כלום השיב ד"ר אמסלם כי מה שהיה קורה אם היו ממתנים זה שהתובעת הייתה מאבדת את שארית כוחותיה. **"קשה מאוד להתמיד במאמץ הלידה לזמן ממושך. לפעמים האינדיקציה לבצע לידה מכשירנית היא הערכה שהיולדת לא תצליח להתקדם בלידה בגלל תשישות ולכן אפשר לפעמים להתערב לפני שלוש שעות"** (ד"ר אמסלם, עמוד 65 לפרוטוקול).

45. מהראיות עולה כי כאשר ד"ר אמסלם הגיע, סבר הצוות, בטעות, כי המצב הוא של **"שלב שני מאורך"**. עוד עולה מהראיות כי מסיבה זו פעל ד"ר אמסלם בבהילות וביצע את הכל מיד ומהר.

46. כאמור, שלב שני מאורך הוא כשחלפו יותר משלוש שעות מהמועד של פתיחה מלאה והעובר לא יצא לאוויר העולם (פרופ' חגי, עמוד 47 לפרוטוקול).
47. ד"ר אמסלם הצהיר כי: **"השלב השני של הלידה החל בשעה 18:30 ונמשך עד ללידה ב 21:30"** (סעיף 4 לתצהיר). **"אני נקראתי ע"י המיילדת בסמוך לשעה 21:30 בשל התארכות השלב השני. אני החלטתי לסיים את הלידה בגלל התארכות השלב השני של הלידה..."** (סעיף 5 לתצהיר).
- המיילדת, רחל פסקרוב הצהירה: **"בסמוך לשעה 21:30 עברו כשלוש שעות מאז הפתיחה המלאה ולמרות הלחיצות הלידה לא התקדמה..."** (סעיף 10 לתצהיר).
48. פתיחה מלאה הייתה בשעה 18:39 מכאן שעד השעה 21:25, שעת ביצוע לידת המלקחיים, טרם חלפו שלוש שעות.
- כאשר הופנתה תשומת לבו של ד"ר אמסלם לכך, הוא הודה שבתצהירו הוא לא דייק בלוחות הזמנים (עמוד 64 לפרוטוקול).
- אלא שגם בסיכום הלידה נרשם שהיולדת הייתה לאחר שלוש שעות של פתיחה מלאה. כאשר נשאלה על כך רחל פסקרוב היא השיבה כי טעתה, והוסיפה שמי שכתב את סיכום הלידה הוא ד"ר אמסלם (עמוד 60 לפרוטוקול). בהמשך היא הודתה שגם היא כתבה בגיליון היילוד שהיולדת אחרי שלוש שעות של פתיחה מלאה (עמוד 61 לפרוטוקול).
49. פרופ' חגי הסכים בחקירתו הנגדית כי לפי הרישום בתיק, בזמן אמת, ד"ר אמסלם וגם המיילדת חשבו בטעות שהמלקחיים בוצעו שלוש שעות אחרי הפתיחה המלאה (עמוד 49 לפרוטוקול).
50. התובעת הצהירה כי: **"בחלוף זמן רב (לפי הרישום – בסמוך לפני 21:25) הגיע פתאום (ולראשונה) לחדר הלידה ד"ר אמסלם, ביחד עם ד"ר דפנה (אחת משתי הרופאות שכבר היתה אצלי קודם בחדר). הגעתו של ד"ר אמסלם לוותה בתחושת דחיפות, ומהגעתו הדברים התרחשו במהירות.**
- ד"ר אמסלם בדק אותי, אמר משהו על בצקת גדולה מאוד בראש התינוק ועל המצג של הראש (עד לנקודה זו איש לא אמר על כך דבר), ואמר כי צריך לחלץ בדחיפות את התינוק שמצוי במצוקה"** (התובעת, סעיף 7 לתצהיר).
- בחקירה הנגדית השיבה התובעת שכאשר ד"ר אמסלם הגיע, היא הרגישה בהילות (עמוד 11 לפרוטוקול). **"הרגשתי שהיה מצב של דחיפות, לא שאלו אותי שום דבר, רק הודיעו, גם לא החתימו אותי על שום דבר"** (עמוד 12 לפרוטוקול).

51. לשאלה האם מהרגע שהוא הגיע הוא חילץ את התינוק "צ'יק צ'ק", השיבה רחל פסקרוב: "כן". לשאלה האם הוא ביצע בדחיפות, השיבה: "עשה כמו שהוא יודע לעשות". לשאלה האם מהרגע שהוא הגיע עד שחילץ זה היה בדחיפות, והאם הוא ישב והתייעץ או שהחליט מיד לחלץ השיבה: "לא דחוף. זה בוצע מיד. מהר" (עמוד 60 לפרוטוקול).

52. ד"ר אמסלם לא הסכים בחקירתו שהוא חשב שצריך להוציא את התינוק מהר (עמוד 64 לפרוטוקול). בהמשך הוא הודה שהייתה מידה מסוימת של בהילות (עמוד 67 לפרוטוקול).

53. בשאלון שנשלח אליו נשאל ד"ר אמסלם האם הייתה דחיפות בצורך בביצוע לידת המלקחיים בעניינה של התובעת והשיב: "בהינתן שעברו שלוש שעות של פתיחה גמורה ולחיצות רצופות של היולדת ולאחר שלא נצפתה התקדמות משמעותית של ירידת הראש, הוחלט שהסיכוי ללידה ספונטנית קטן, ומן הראוי לסיים בהקדם את הלידה בלידה מכשירנית" (שאלה ותשובה 13.1 בשאלות והתשובות שסומנו ת/31).

54. מעדויות המומחים עולה כי גם אם מדובר היה בשלב שני מאורך, לא הייתה דחיפות. פרופ' צימר כתב בחוות דעתו כי לא הייתה דחיפות לבצע את הפרוצדורה, שכן הניטור העוברי היה תקין באותו שלב (סעיף 7, עמוד 9 לחוות הדעת). פרופ' חגי השיב אף הוא כי לא הייתה דחיפות וכי במצב אשר אליו הגיע ד"ר אמסלם, הוא יכול היה גם להמתין (עמוד 54 לפרוטוקול).

55. מהראיות עולה, אפוא, כי הלידה בוצעה בדחיפות, מבלי שהייתה לכך הצדקה.

56. בסיכום הפעולה משתמש ד"ר אמסלם באבחנה "Outlet Forceps" ולפי פרופ' צימר זו אבחנה לא נכונה שכן היא נקבעת רק במקרים בהם החלק הגרמי של ראש העובר נמצא בפתח העריה ואילו במקרה הנדון הראש היה ב- Spina +2 (פרופ' צימר, עמוד 7 לחוות הדעת). גם פרופ' חגי הסכים שהרישום שהמלקחיים בוצעו במוצא האגן (outlet) אינו נכון (עמוד 51 לפרוטוקול).

57. המיילדת כתבה שגובה הראש היה ב- +1. ד"ר אמסלם רשם בזמן אמת שגובה הראש היה ב- +2. בתצהיר הוא כתב שהראש היה ב- +3 (סעיף 8 לתצהיר).

עם מעקב נכון ניתן היה להימנע מלידת מלקחיים

58. לפי חוות דעתו של פרופ' צימר, אם היה מבוצע מעקב נכון, ניתן היה להימנע מהסיכון להגיע למצב שאליו הגיעה התובעת בשעה 25:21. לפי חוות דעתו: "אם במקרה של (התובעת) היה מבוצע מעקב כנדרש באותו פרק זמן קריטי שנזכר לעיל, והממצאים הרלבנטיים (מצג עורף לאחור, חוסר התקדמות בירידת הראש, והתפתחות בצקת

בראש העובר) היו מתגלים מוקדם יותר, לפני שהבצקת בראש העובר התפתחה למימדיה בשעה 21:25, בהחלט היה מקום להניח בפני היולדת את האפשרות להקדים ולסיים את הלידה בניתוח קיסרי או בואקום, ועל ידי כך להימנע מהסיכון להגיע למצב שאליו הגיעה היולדת בשעה 21:25, ובפרט מהסיכון להיווצרות קרע נרתיקי או לצורך בלידת מלקחיים" (עמוד 6 לחוות הדעת).

59. לפי פרופ' צימר, ככל שהלידה נמשכת יותר והראש נלחץ יותר, כך הבצקת הולכת וגדלה. ככל שהבצקת תלך ותגדל, כך הסיכויים לעשות ואקום הולכים ויורדים, כיוון שיודעים שבעורף לאחר יש יותר לידות מכשירניות, ואנו יודעים שלידות עם עורף לאחר הן גם ממושכות יותר ומועדות יותר לבצקות בראש העובר, וככל שהזמן חולף הבצקת הולכת ומחמירה. לכן יש נקודת זמן שבה יש לומר ליולדת, כי במצב הנוכחי, של עורף לאחר ובצקת, אם נחכה, לא נוכל לעשות ואקום אלא נאלץ לעבור לאופציה של ניתוח קיסרי (פרופ' צימר, עמוד 15 לפרוטוקול).

60. בחקירה הנגדית השיב פרופ' צימר שאם הוא היה בחדר הלידה, הוא היה מחליט לילד באמצעות ואקום בשלב מוקדם יותר (עמוד 19 לפרוטוקול). לשאלה האם היה מציע לתובעת גם מלקחיים השיב פרופ' צימר: "אני לא יכול להגיד לך שאנו אומרים מלקחיים. אצלנו ברמב"ם ב- 20 השנים האחרונות אולי עשו 10 לידות מלקחיים. המיומנות הזאת לא קיימת יותר. אני לא יודע לגבי בתי חולים אחרים, אני אומר לגבי רמב"ם" (עמוד 15 לפרוטוקול).

61. פרופ' חגי אינו מסכים לקביעתו של פרופ' צימר לפיה נכון היה לילד את התובעת בשלב מוקדם יותר. לפי חוות דעתו, ראש במנח עורף לאחר מתמיד או בצקת בראש העובר במהלך השלב השני של הלידה אינם הוריה לסיום הלידה בניתוח קיסרי או לידה מכשירנית וגם אינם מהווים הוריות נגד לביצוע לידת מלקחיים. עוד לפי חוות דעתו, רוב העוברים במנח עורף לאחר יעברו היפוך ספונטני למצג עורף לפני במהלך תהליך הלידה, וההמלצה במצב כזה על פי ספר הלימוד הבסיסי במיילדות הינה המתנה. בחקירה הנגדית השיב פרופ' חגי כי קפוט (בצקת) בראש הוא דבר שכיח מאד בזמן מעבר הראש בתעלת הלידה וזה בפני עצמו איננו מהווה סיבה לניתוח קיסרי (עמוד 48 לפרוטוקול).

לפי פרופ' חגי: "רק לאחר ש(התובעת) לא ילדה למרות פתיחה מלאה במשך 3 שעות למרות לחיצות ופיטוצין, היתה הוריה לסיום הלידה כפי שבוצע ע"י הצוות הרפואי. דעתי היא שלא היתה כל הוריה לסיום הלידה בלידה מכשירנית בשלב מוקדם יותר כפי שמציע המומחה, יתכן שילוד מכשירני מוקדם יותר, כפי שמציע המומחה, הייה כרוך בסיכון גבוה יותר לאם ולעובר היות והלידה המכשירנית היתה מבוצעת כאשר מיקום הראש באגן היה גבוה יותר" (עמוד 8 לחוות הדעת).

62. אני מעדיפה את חוות דעתו של פרופ' צימר לפיה בניהול נכון של השלב השני של הלידה ניתן היה להימנע מהמצב אשר אליו נקלע ד"ר אמסלם כאשר הוזעק לחדר הלידה.
63. כפי שכתב פרופ' צימר, אי בדיקת מצג ומצב ראשו של העובר במהלך אותו פרק זמן של שתיים ו- 21 דקות גרם לכך שממצאים חשובים ביותר במהלך הלידה, שהם הימצאות עורף לאחור של העובר והתפתחות בצקת על ראשו, הוחמצו על ידי הצוות המיילדותי, והדבר השפיע על אופן סיום הלידה וסיבוכיה.
64. מעדותה של רחל פיסקרום עלה כי היא סברה שניתן היה להגיע ללידה טבעית, וכלל לא הייתה ערה לכך שמדובר במצג עורף לאחור. כשנאמר לה, במהלך החקירה, שמדובר היה במצג עורף לאחור השיבה: **"חכמים אחרי זה"** (עמוד 59 לפרוטוקול).
65. פרופ' חגי השיב כי הקפוט (בצקת) הענק הוא שמנע את האפשרות לסיים את הלידה בואקום או בניתוח קיסרי (עמוד 46 לפרוטוקול). עובדה זו תומכת בעמדתו של פרופ' צימר לפיה היה על המיילדת לבדוק את התובעת לעיתים תכופות, באמצעות האצבע, על מנת להעריך בכל שלב את גובה הראש ומצב הבצקת (פרופ' צימר, עמוד 16 לפרוטוקול).
66. פרופ' צימר ניהל את חדר הלידה בבית החולים רמב"ם ועד לפני שנה וחצי ניהל את אגף המיילדות של בית החולים (פרופ' צימר, עמוד 20 לפרוטוקול). הוא ביצע בעבר הרבה מאד לידות מלקחיים (פרופ' צימר, עמוד 21 לפרוטוקול). עדותו הייתה קוהרנטית ומשכנעת ואני מקבלת את חוות דעתו ועדותו.

הסכמת התובעת ללידת המלקחיים

67. התובעת העידה כי ד"ר אמסלם אמר שואקום לא אפשרי לעשות באותו שלב בגלל הבצקת הגדולה על ראש העובר, וניתוח קיסרי הוא הציג כפרוצדורה הכרוכה בהרבה סיכונים (עמוד 11 לפרוטוקול). לשאלה האם אמר לה שסיכוני הניתוח הקיסרי גדולים מאלה של מלקחיים השיבה התובעת: **"הוא לא אמר שום דבר על יותר או פחות ממלקחיים. הוא פשוט הציג את המלקחיים כברירת המחדל כאופציה יחידה ומיד ניגש ועשה את זה"** (עמוד 11 לפרוטוקול).
- לשאלה האם ד"ר אמסלם אמר לה שיש סיכונים בלידת מלקחיים, השיבה התובעת: **"לא. להיפך – היה נשמע לי מדבריו שניתוח הוא זה שכרוך בסיכונים"** (עמוד 11 לפרוטוקול). **"על מלקחיים לא אמר שום דבר. הוא אמר שזו האופציה וזה מה שהוא עשה. בעיניי זה נשמע שזה חסר סיכונים"** (עמוד 11 לפרוטוקול).
68. ד"ר אמסלם הצהיר:

“אני הסברתי לתובעת כי לא ניתן לבצע לידה בוואקום, כמקובל הסברתי את הסיבה לצורך בילוד מלקחיים, כי האלטרנטיבה של ביצוע ניתוח קיסרי מסוכנת יותר, את היתרונות והחסרונות של כל אלטרנטיבה, לרבות הסיכון לנזק לתעלת הלידה לאם וטראומה לעובר.

אינני זוכר מה הסברתי באשר לסיכונים הכרוכים בלידת מלקחים אך בדרך השגרה אני מוכן להסביר כי שימוש במלקחיים יכול לגרום לפגיעה ברצפת האגן. ניתוח קיסרי במצב כזה הסיכונים לאישה ולעובר גדולים יותר מאשר לידת מלקחיים וזה הוסבר לתובעת” (סעיף 6 לתצהיר).

69. בגיליון סיכום הלידה רשם ד”ר אמסלם :

“לאור הקפוט הגדול הוסבר לילודת כי לא ניתן יהיה לבצע ואקום,

ו CS בשלב זה הוא בעל פוטנציאל סיבוכים גדול.”

(חק/1 בעמוד 2).

70. בסיכום הלידה אין התייחסות לדיון בנוגע ללידת המלקחיים והסיכונים הכרוכים בשיטה זו.

71. בחקירה הנגדית נשאל ד”ר אמסלם והשיב :

“ש. כשהיית בקנדה, האם היית מודע לכך שההנחיות הקנדיות מדברות על זה שרופא מבצע מלקחיים הוא צריך לתעד את פרטי הדיון שנערך בינו לבין היולדת לרבות הסיכונים שהוא הסביר לה?

ת. זה נשמע לי טריוויאלי, לא רק בקנדה.

ש. ז”א שאנו מצפים שהרישום בתיק ישקף את הדיון במלואו, כולל הסיכונים?

ת. נכון.

ש. מפנה לחק/1 בעמ’ 2. אתה ביצעת את הרישום אחרי שהיילוד חולץ?

ת. נכון.

ש. הזמן הנדרש היה לך לפרט ברישום כל מה שרצית לפרט על ההסבר שנתת לה, לרבות הסיכונים?

ת. נכון.

ש. למרות זאת, ברישום שלך לא הזכרת דבר לגבי סיכון של לידת מלקחיים.

ת. ברישום, נכון.”

(עמוד 68 לפרוטוקול).

72. פרופ’ צימר הדגיש, כאמור, בחוות דעתו המשלימה כי ביצוע לידת מלקחיים במצג עורף לאחר דורשת מיומנות מיוחדת מעבר ללידת מלקחיים רגילה. פרופ’ חגי הסכים כי לידת מלקחיים במצג עורף לאחר כרוכה בסיכון משמעותי יותר לקרע ספינקטר

האנאלי לעומת לידת מלקחיים של עורף לפנים (פרופ' חגי, עמוד 50 לפרוטוקול). ראו לעניין זה גם את המאמרים ת/17, ת/18.

ד"ר אמסלם לא אמר לתובעת שהסיכון לקרע דרגה 3 – 4 גדול יותר במצב של מלקחיים במצג ראש לאחור (ד"ר אמסלם, עמוד 66 לפרוטוקול).

73. אני מעדיפה את עדות התובעת, הנתמכת ברישום בדו"ח הלידה, לפיה לא הוסברו לה כל הסיכונים הכרוכים בלידת מלקחיים. ד"ר אמסלם עצמו מודה כי לא הסביר את הסיכון המוגבר הנובע מכך שהעובר היה במצג עורף לאחור.

74. התובעת הצהירה כי: "אילו במהלך השעות שקדמו להגעת ד"ר אמסלם, הייתי מודעת, בזמן אמת, לבצקת שהלכה והתפתחה בראש התינוק (בצקת שעליה שמעתי לראשונה מד"ר אמסלם) וכן למצג שבו היה ראש התינוק מצוי (גם על כך שמעתי לראשונה מד"ר אמסלם מבלי לקבל הסבר על משמעות הדברים), והיה ניתן לי כבר בשלב זה הסבר לגבי משמעותם, כמו גם לגבי האופציות האפשריות שייתכן ויהיה צורך בהן כדי לסיים את הלידה, על המידע והסיכונים שכרוכים בכל אופציה, הייתי עומדת על כך שתבוצענה לי בדיקות מתאימות ותכופות כדי לעקוב אחר התפתחות הדברים, ועל כך שבמקרה הצורך ינקט, מבעוד מועד (עוד קודם להגעתו בפועל של ד"ר אמסלם) הליך מתאים לסיום הלידה, בין באמצעות ואקום ובין באמצעות ניתוח קיסרי, והכל לפני שתיווצרנה נסיבות שיותירו אותי בפני אפשרות אחת ויחידה של לידת מלקחיים, על סיכונה לקרע אימהי משמעותי" (סעיף 8 לתצהיר).

עוד לפי תצהירה: "גם אם הייתי מקבלת, בזמן אמת, מד"ר אמסלם (לאחר שזה כבר הגיע בפועל לחדרי) את ההסברים והמידע בנוגע למצב הדברים לאשורו (כפי הידוע לי כיום), ולרבות: בנוגע לסיכונה של לידת המלקחיים, ובפרט הסיכון המוגבר להיווצרות קרע אימהי משמעותי; בנוגע לכך שמדובר בפרוצדורה בלתי שגרתית שמבוצעת לעתים נדירות ושדורשת מיומנות נסיון והכשרה מתאימים, בנוגע למיומנות, הותק והנסיון של ד"ר אמסלם בביצוע לידת מלקחיים בנסיבות כנ"ל; ובנוגע לכך שגם בשלב זה ניתן היה לבצע ניתוח קיסרי – הייתי בוחרת, גם בשל זה, לסיים את הלידה בניתוח קיסרי, ובכל מקרה הייתי עומדת על היוועצות במומחים נוספים, ולא הייתי מסכימה שד"ר אמסלם הוא שיבצע לי את לידת המלקחיים" (פסקה שנייה בסעיף 8 לתצהיר).

75. קשה לקבוע היום, בדיעבד, ועל רקע התוצאה הקשה, האם התובעת הייתה בוחרת בזמן אמת בניתוח קיסרי ולא בלידת מלקחיים, במקרה שהיו מסבירים לה את כל הסיכונים. לאור העובדה שהנזקים שנגרמו לתובעת עקב הרשלנות והנזקים הנטענים עקב היעדר הסכמה מדעת חופפים, אינני נדרשת להכריע בשאלה זו.

הקרע שנגרם לתובעת

76. לידת המלקחיים גרמה לתובעת לקרע דרגה 4 של הנרתיק והרקטום. מעדותו של פרופ' חגי עולה כי קרע בדרגה 4 הוא נדיר. רוב המקרים הם קרע דרגה 3 והמיעוט הם דרגה 4 (פרופ' חגי, עמוד 53 לפרוטוקול).

77. לאור מסקנותי בנוגע להתנהלות הלידה, כפי שפורטו לעיל, אינני מקבלת את קביעתו של פרופ' חגי לפיה בדובר בסיבוך אשר לא ניתן היה לחיזוי או מניעה (עמוד 6 לחוות הדעת).

הניתוח לתיקון הקרע

התמחות קולורקטלית

78. פרופ' קראוס כתב בחוות דעתו כי: "תיקון ניתוחי של הנזק משיג את התוצאות הטובות ביותר אם הוא מבוצע באופן מידי, ע"י מנתח מיומן בניתוחים מסוג זה, ובעדיפות מנתח מומחה בניתוחים קולורקטליים. ויודגש מאז המחצית השנייה של שנות ה-90, הספרות הרפואית הרלוונטית התריאה על כך שלתיקון קרעים מדרגה 3 ו-4 לאחר הלידה לא מוקדשת די תשומת לב, וכי תוצאות התיקון תהיינה טובות בהרבה אם התיקונים הנ"ל יבוצעו על ידי מנתחים מיומנים ומנוסים בניתוחים מסוג זה, ובעדיפות מנתחים קולורקטליים ולא (להבדיל) ע"י גניקולוגים/כירורגים זוטרים אשר חסרים את הניסיון והמיומנות הנדרשים לביצוע ניתוח זה" (עמוד 4 לחוות הדעת).

79. פרופ' רבאו כתב בחוות דעתו כי אין בארץ מומחיות מוכרת לקולופרוקטולוגיה, כי רק בתי חולים מעטים מכלל אלה שלהם חדר לידה פעיל מסוגלים לתת חיפוי של כונן המתמחה בקולופרוקטולוגיה במשך 365 ימים בשנה והנוהג המקובל בכל בתי חולים אלה שאת התיקון מבצעים רופא מיילד מומחה ביחד עם הכונן (מומחה) בכירורגיה (עמוד 4 לחוות הדעת).

80. בחקירה הנגדית הבהיר פרופ' קראוס כי לשיטתו גם גינקולוג שהוכשר לכך יכול לתקן את הקרעים (עמוד 27 לפרוטוקול).

81. פרופ' חגי הסכים כי רופא שמתקן קרע דרגה 3 או 4 צריך להיות בעל ניסיון בתיקון קרעים כאלה (עמוד 52 לפרוטוקול); כי תיקון בידיים לא מנוסות יכול לתרום לתחלואה אמהית ובפרט לכך שהיולדת תישאר עם בעיות שליטה בספינקטרים (עמוד 53 לפרוטוקול) וכי אין זה תקין שקרע דרגה 4 יבוצע על ידי מומחה שזה תיקון קרע דרגה 4 הראשון שלו (עמוד 53 לפרוטוקול).

82. לשאלה האם נכון שבמירב בתי החולים בארץ מקובל שתיקון של קרעים בדרגה 3 - 4 מבוצע על ידי כירורג בכיר או על ידי מתמחה בפיקוח כירורג בכיר או על ידי גינקולוג

השיב פרופ' צימר: "אני לא הלכתי ובדקתי בבתי חולים אחרים. ברמב"ם זה כלל ברזל שרק המומחה לבעיות של פי הטבעת בא, יש לנו שני אנשים כאלו או שלושה ברמב"ם, ביום ובלילה הם יודעים שזו המחויבות שלהם לבוא" (עמוד 20 לפרוטוקול).

83. גם פרופ' קראוס העיד כי בחלק גדול מבתי החולים שהוא מכיר כמו איכילוב, רמב"ם והדסה עין כרם כאשר יש אירוע כמו האירוע נשוא התיק, יהיה כונן ייעודי שיטפל בעניין (עמוד 27 לפרוטוקול).

המרכז לכירורגיה קולורקטלית בהדסה עין כרם

84. כאשר הוטח בפני פרופ' קראוס שבהדסה אין כונן ייעודי, הזכיר פרופ' קראוס את פרופ' פיקרסקי המנהל את היחידה הקולורקטלית בהדסה (עמוד 27 לפרוטוקול). גם פרופ' רבאו מכיר את פרופ' פיקרסקי והיחידה לכירורגיה קולורקטלית שהוא מנהל (עמוד 38 לפרוטוקול).

85. התובעת הגישה דף מאתר האינטרנט של הדסה עין כרם המתייחס למרכז לכירורגיה קולורקטלית בהדסה (ת/24). בדף האינטרנט נכתב כי:

"בנוסף מרכז המרכז את הטיפול בבעיות אנליות כרוניות ודחופות כולל תיקון מיידי של קרעים מילדותיים..."

86. לשאלה האם הוא יודע שבבית החולים הדסה יש יחידה קולורקטלית שמטפלת באופן מיידי בקרעים מילדותיים השיב ד"ר פינטו שפרופ' פיקרסקי הוא מנתח קולורקטלי יחיד (עמוד 72 לפרוטוקול). הוא לא מכיר רופאים נוספים ביחידה של פרופ' פיקרסקי (שם). ד"ר אמסלם כלל לא הכיר את היחידה הקולורקטלית (עמוד 69 לפרוטוקול).

87. לפי תצהירו של ד"ר אמסלם, בהדסה הר הצופים את ניתוח התפירה מבצעים הרופאים הכוננים "כאשר קיימת דחיפות בקיום הניתוח וקיים קושי לאתר כירורג שהתמקצע בניתוחים פרוקטולוגים, כאשר אין כזה בבי"ח הדסה הר הצופים" (סעיף 10 לתצהיר).

גם ד"ר פינטו הצהיר כי בבית החולים הדסה הר הצופים כל תיקוני קרעים של אזור תעלת הלידה התבצעו במשך השנים על ידי צוות של הכירורג הבכיר באותו יום והגניקולוג הכונן (ד"ר פינטו, סעיף 4 לתצהיר).

לשאלת בית המשפט האם כאשר קרה מה שקרה הוא היה ער לכך שעדיף שכירורג קולורקטלי יבצע את הניתוח השיב ד"ר אמסלם: "חד משמעית כן. תמיד עדיף שהמנתח הכי טוב ינתח את החולה" יחד עם זאת הוא הוסיף: "מעולם לא העברנו

**מטופלת עם קרע בדרגה 3 או 4 לניתוח על ידי פרוקטולוג. גם יולדות שיולדות בהדסה
עין כרם לא מגיעות לתיקון על ידי פרוקטולוג" (עמוד 70 לפרוטוקול).**

88. כשנשאל פרופ' רבאו בחקירתו על היחידה הקולורקטלית בהדסה עין כרם השיב כי:
"הנייר סופג הכל. מה קורה כשהוא בחודש בכינוס בחו"ל?" (עמוד 35 לפרוטוקול).
כאשר הוא נשאל האם נכון שלא היה בא בטענות אם היו מניידים את התובעת להדסה
עין כרם על מנת שתטופל על ידי מומחה מהמרכז הקולורקטלי השיב פרופ' רבאו:
"נכון, לא הייתי בא בטענות, רק היה צריך לברר קודם לכן לפני שמסיעים הלך חזור
את החולה שפרופ' פיקרסקי נמצא ויכול לבוא לתקן סוגר מבית חולים אחר" (עמוד
37 לפרוטוקול).

בהמשך הסכים פרופ' רבאו כי אם יש אפשרות שאת הניתוח יבצע מומחה לכירורגיה
קולורקטלית, יש לעשות בה שימוש כדי להשיג את הפרוגנוזה הטובה ביותר לריפוי
(עמוד 37 לפרוטוקול).

89. לטענת ב"כ הנתבעת הפסיקה איננה קובעת כי יש חובה להעביר כל חולה שינותח על
ידי הרופא הבכיר ביותר או שיש חובה לעשות העברות בין בתי החולים בגלל שיש
רופאים מומחים יותר. לטענתו, בהדסה הרופאים הכירורגים הוכשרו לבצע את
הניתוח המתקן ואין מניעה שיעשה כן.

90. אני מקבלת את חוות דעתו של פרופ' קראוס, הנתמכת בעדויות של פרופ' צימר, פרופ'
רבאו וד"ר אמסלם לפיה צריך היה לעשות מאמץ שאת הניתוח לתיקון הקרע יבצע
מנתח מיומן בניתוחים מסוג זה, בעדיפות למנתח מומחה בניתוחים קולורקטלים.
מעדותו של פרופ' חגי עלה כי ישנם מקרים בודדים של קרע דרגה 4 כל שנה, ומסיבה זו
יש אפשרות להביא משהו מנוסה דיו בקרעים מעין אלו כדי לתקן (עמוד 53
לפרוטוקול). מעדותו של פרופ' צימר עולה כי זו הפרקטיקה בבית החולים רמב"ם.
הסיכון לנזק חמור, כמו זה שנגרם לתובעת, כמו גם הסיכוי המשמעותי להצלחת
הניתוח כאשר הוא מבוצע על ידי מומחה, תומכים במסקנה זו.

91. במקרה שבפניי לא נעשה מאמץ לאתר מנתח מיומן בניתוחים מסוג זה, גינקולוג או
מומחה בניתוחים קולורקטלים ובכך התרשלה הנתבעת.

92. הנתבעת לא טענה, וממילא לא הוכיחה, כי במועד הרלבנטי לא היה מומחה זמין אשר
יכול היה לבצע את הניתוח.

93. מהראיות עולה כי לא הייתה חובה לנתח את התובעת באופן מיידי ואפשר היה
להמתין 12 שעות (פרופ' רבאו, עמוד 34 לפרוטוקול). ד"ר אמסלם היה מודע לכך
שהניתוח יכול להתבצע תוך 12 שעות (עמוד 69 לפרוטוקול) ולמרות זאת הכניס את

התובעת באופן מיידי לחדר ניתוח. כשד"ר פינטו הגיע, התובעת כבר הייתה בחדר ניתוח (ד"ר פינטו, עמוד 72 לפרוטוקול).

הניסיון של ד"ר מאיר פינטו

94. ד"ר פינטו היה הכונן במחלקה הכירורגית בערב יום 24.11.10.
95. ד"ר פינטו סיים התמחות בכירורגיה במרץ 2010 (ד"ר פינטו, סעיף 3 לתצהיר). הוא אינו מומחה בכירורגיה קולורקטלית וקודם לתיקון הקרע של התובעת הוא לא בוצע תיקון קרע בדרגה 4 (שאלה ותשובה 15.4 לשאלון ת/31).
96. בחקירה הנגדית השיב ד"ר פינטו כי בערב בו בוצע הניתוח היה בבית החולים גם כונן על, אולם הוא לא התייעץ איתו. כאשר הוא נכנס לנתח נכנסו לניתוח מקביל פרופ' עיד ופרופ' ניסן, ופרופ' עיד ידע בזמן אמת שהוא נכנס לנתח את התובעת (ד"ר פינטו, עמוד 72 לפרוטוקול).
97. אני מקבלת את טענת התובעת לפיה הנתבעת התרשלה בכך שאפשרה לד"ר פינטו, אשר לא ביצע בעבר תיקון של קרע בדרגה 4, לבצע את הניתוח.

הקשר בין ניסיון המנתח לבין הצלחת הניתוח

98. מהראיות עולה כי קיים קשר בין ניסיון המנתח ובין הצלחת הניתוח.
99. לפי חוות דעתו של פרופ' רבאו: "שיעור הצלחת תיקון ראשוני בדומה לזה שעברה התובעת נע בין 26-93% מהנשים המנותחות כפי שהדבר משתקף ב 17 עבודות המדווחות בספרות. (1). פער ניכר זה בין התוצאות נובע בין השאר מניסיונו של הרופא המבצע את התיקון והטיפול התומך שלאחריו"
100. עובדה זו עולה גם מחקירתו הנגדית של פרופ' רבאו (עמוד 38 לפרוטוקול) ומהמאמרים שהגישה התובעת (ת/19, ת/25 ו- ת/27).
101. פרופ' רבאו הוסיף בחוות דעתו כי: "...גם "בידיים הטובות ביותר" אצל רופאים עם ניסיון רב בחבלות מיילדותיות, עדיין מדווח על כשל התיקון הראשוני ב 10-15% מהמנותחות(2). את כשל התיקון הראשוני הזה, ניתן לייחס לתנאים מקומיים של מידת הקרע, בצקת הרקמות ותהליכים זיהומים בשל היות הקרע פצע החשוף לגורמי סביבה חיצוניים" (עמודים 2-3 לחוות הדעת).
102. אוסיף כי לפי חוות דעתו של פרופ' קראוס הממצאים בבדיקה הגופנית והרישום הרלבנטי החסר בגיליון הניתוח מורים על כך שהתיקון לא בוצע בצורה נכונה ולחלופין בוצע במיומנות נמוכה מזו המצופה ממנתח המתקן נזק מורכב זה.

פרופ' רבאו חולק על קביעתו של פרופ' קראוס. לפי חוות דעתו הצוות המטפל ביצע אחד לאחד את כל שלבי הטיפול המומלצים (עמוד 3 לחוות הדעת). עוד לפי חוות דעתו, תוצאתו הלקויה של התיקון/שחזור שנעשה אצל התובעת אינה מלמדת על רשלנות בביצועו אלא ניתן ליחסה לאותם 10% לפחות מהנשים אצלן התיקון כשל והן נותרו עם בעיות נקיטת צוואה.

103. משהוכח כי ד"ר פינטו אינו מומחה לתיקון קרעים ולא ביצע עובר לניתוח נשוא תיק זה תיקון קרע דרגה 4, עובר הנטל אל הנתבעת להוכיח כי ניתן לייחס את כשלון הניתוח לגורמים אחרים. הנתבעת לא עמדה בנטל זה.

104. אני דוחה את טענת ב"כ הנתבעת לפיה חוסר הניסיון של ד"ר פינטו לבצע ניתוח של קרע מדרגה 4 איננו רלבנטי ואין קשר סיבתי בין חוסר ניסיון זה ובין התוצאה בגלל שהנכות היא בחוסר השליטה על הסוגרים, כשהשריר הרצוני ששולט הוא השריר החיצוני. טענה זו, אשר נטענה על ידי ב"כ הנתבעת, לא הועלתה על ידי המומחים שנתנו חוות דעת מטעם הנתבעת ואינה נתמכת בספרות המקצועית שהוצגה.

דו"ח הניתוח

105. ד"ר פינטו לא ערך דו"ח ניתוח. תרשומת על הניתוח נערכה בדו"ח הלידה.

106. ד"ר פינטו הצהיר כי מאחר ובניתוח השתתף גם ד"ר אמסלם, הכונן הגינקולוגי, הוא היה תחת הרושם שד"ר אמסלם יכתוב דו"ח ניתוח, ולכן הוא לא כתב דו"ח נפרד. לאחר הגשת התביעה התברר לו שלא נכתב דו"ח ניתוח נפרד אלא ד"ר אמסלם כתב בדו"ח הלידה תרשומת מפורטת על צורת התיקון (ד"ר פינטו, סעיף 8 לתצהיר; עמוד 73 לפרוטוקול).

הסכמת התובעת לניתוח המתקן

107. התובעת הצהירה כי:

"ד"ר אמסלם היה זה שנתן לי את ההסבר בנוגע לניתוח, והוא שהחתיים אותי על טופס ההסכמה לניתוח.

גם בשלב זה ד"ר אמסלם היה תמציתי מאוד. הוא לא הציג בפני את הקרע כקרע קשה או חריג במיוחד. כל שנאמר על ידו הינו כי במהלך ביצוע לידת המלקחיים נוצר קרע, כי צריך לתפור אותה בחדר הניתוח שם יש תאורה יותר טובה וכי כמו בכל ניתוח, הדבר כרוך בסיכון לזיהום או דימום.

ד"ר אמסלם (או כל גורם אחר) לא הסביר לי דבר על חומרת הקרע שממנו סבלתי, ועל השלכות שעלולות לנבוע ממנו. ד"ר אמסלם אף לא אמר לי דבר בנוגע לחשיבות ולסיכוי הטוב יותר שיש לאיחוי הקרע אם תיקונו ייעשה ע"י מומחה בעל ניסיון

והכשרה מתאימים בביצוע ניתוחים כנ"ל. ממילא, אף לא נאמר לי דבר וחצי דבר על זהותו, נסיונו והכשרתו של הרופא שיבצע לי את ניתוח התיקון" (התובעת, סעיף 10 לתצהיר).

108. ד"ר אמסלם הצהיר: "אני נתתי הסברים לתובעת על התפירה שהיא צריכה לעבור ומדוע היא נדרשת וכן את הסיכונים שבתפירה ואת משמעותם של הקרעים" (ד"ר אמסלם, סעיף 10 לתצהיר). ד"ר אמסלם הוסיף: "בניתוחים דחופים בדומה לניתוח שעברה התובעת, איננו נוהגים ליידע את המטופלות כי יש להן אפשרות לבצע את הניתוח באופן פרטי, במיוחד שאת ניתוח התפירה מבצעים הרופאים הכוננים, כאשר קיימת דחיפות בקיום הניתוח וקיים קושי לאתר כירורג שהתמקצע בניתוחים פרקטולוגיים, כאשר אין כזה בבי"ח הדסה הר הצופים" (ד"ר אמסלם, סעיף 10 לתצהיר).

109. ד"ר אמסלם לא היה מודע לכך שבהדסה עין כרם יש יחידה לכירורגיה קולורקטלית שעוסקת בתיקון מידי של קרעים מיילדותיים והוא לא הסביר לתובעת שיש אופציה לעבור ניתוח על ידי אחד מרופאי היחידה (ד"ר אמסלם, עמוד 69 לפרוטוקול).

110. לשאלה מדוע לא אמר לתובעת שיש לה 12 שעות כדי לשאול ולהתייעץ לא הייתה לד"ר אמסלם תשובה (עמוד 69 לפרוטוקול).

111. כשד"ר פינטו הגיע, התובעת הייתה כבר בחדר הניתוח. לשאלה האם הייתה לו אפשרות לתת לתובעת הסברים על הניתוח השיב: "אחרי שילדת נמצאת בחדר ניתוח ורגליים מורמות והיא לפני ניתוח, יכול להיות שאפשר לדבר איתה אבל היא לא במצב לשאול אותה אם היא מסכימה או לא מסכימה. זה כבר אחרי שלב של להסביר לה. כל זה נעשה לפני כן" (עמוד 72 לפרוטוקול).

112. טופס ההסכמה לניתוח הוא חלק מהתיק הרפואי שהוגש וסומן חק/1. בטופס ההסכמה לא מולאו הסיכויים להצלחת הניתוח. לגבי הסיכונים בניתוח נרשם: "דימום זיהום".

113. עדותו של ד"ר אמסלם וטופס ההסכמה עליו חתמה תומכים בעדות התובעת אודות ההסבר הלקוני שקיבלה ועל כך שלא הוסברו לה חומרת הקרע והסיכוי הטוב יותר לתיקון הקרע על ידי מומחה בעל ניסיון והכשרה מתאימים. התובעת הוכיחה, אפוא, גם את יסודות הרשלנות של העדר ההסכמה המודעת.

114. התובעת הדגישה כי:

"אילו הייתי יודעת את הידוע לי כיום, לא הייתי מסכימה לביצוע הניתוח כפי שבוצע וע"י מי שבוצע. הייתי עומדת על כך שהניתוח יבוצע ע"י מומחה בעל ניסיון והכשרה

מתאימים בניתוחים כנ"ל, ובמקרה הצורך הייתי אף מוכנה, ללא היסוס, לשכור באופן פרטי שירותיו של מנתח כנ"ל, ולעבור במקרה הצורך לכל בי"ח אחר" (סעיף 10 לתצהיר).

115. בנסיבות המקרה לא נגרמו עקב היעדר ההסכמה נזקים נוספים לאלה שנגרמו בשל הרשלנות בטיפול, למעט הפגיעה באוטונומיה. ראו לעניין זה את פסק דינו של המשנה לנשיא ריבלין בע"א 1303/09 קדוש נ' ביה"ח ביקור חולים (פורסם במאגרים, [פורסם בנבו], 5.3.12).

סיכום שאלת האחריות

116. אני מקבלת את טענת התובעת לפיה הייתה במקרה זה רשלנות בטיפול בה.

- לא בוצע מעקב ראוי במהלך השלב השני של הלידה, הצוות המטפל לא היה ער לכך שהעובר במצג ראש לאחור ולא תועדה התפתחות הבצקת בראש העובר.
- כאשר ד"ר אמסלם הגיע הוא פעל בדחיפות, למרות שלא הייתה דחיפות, לא התייעץ עם אחרים קודם לקבלת ההחלטה לבצע לידת מלקחיים, ובחר לבצע לידת מלקחיים למרות שהתובעת טרם נכנסה ל"שלב שני מאורך".
- ד"ר אמסלם בחר לבצע לידת מלקחיים למרות שלא היה לו ניסיון קודם בביצוע לידות מלקחיים במצג של עורף לאחור.
- לאחר שנגרם הקרע, לא נעשה ניסיון להביא מנתח מיומן בניתוחים מסוג זה לתיקונו.
- לד"ר פינטו, אשר ביצע את הניתוח המתקן, לא היה ניסיון קודם בתיקון קרעים בדרגה 4.

117. כפי שקבעתי לעיל, לא הוצגה בפני התובעת אפשרות לסיים את הלידה בשלב מוקדם יותר, לא הוסברו לה כל הסיכונים הכרוכים בלידת מלקחיים בכלל והסיכון המוגבר בלידת מלקחיים כשהעובר במצג עורף לאחור. התובעת קיבלה הסבר לקוני בכל הנוגע לתיקון הקרע, היא לא קיבלה הסבר לגבי חומרת הקרע ולא נאמר לה דבר על הסיכוי הטוב יותר לתיקון הקרע על ידי מומחה בעל ניסיון והכשרה מתאימים.

118. כפי שנפסק:

"...חובת התקשורת שבין רופא לבין מטופלו – בכל הקשור למצבו הרפואי של האחרון – שני צדדים לה. מצד אחד, ניצבת זכות המטופל לקבל תמונה מלאה על מצבו הרפואי, לרבות הסיכונים והסיכויים הטמונים בו וכן החלופות הרפואיות העומדות בפניו. זכות זו שזורה

אף בזכותו של מטופל לאוטונומיה ולקבלת החלטות עצמאיות ומושכלות באשר לטיפול לו הוא זקוק. מהצד האחר, מוטלת חובת גילוי על הגורם המטפל כלפי מטופלו. עליו לשתף את המטופל ב"כל האינפורמציה שאדם סביר היה נדרש לה כדי לגבש החלטה אם להסכים לטיפול המוצע" (ע"א 9936/07 בן דוד נ' ענטבי (פורסם במאגרים, [פורסם בנבו], 22.2.2011)).

על החובה עצמה ועל היקף החובה ראו את פסקי הדין בעניין קדוש הנ"ל; ע"א 2342/09 נ' ג' נ' שירותי בריאות כללית (פורסם במאגרים, [פורסם בנבו], 6.4.2011); ע"א 8126/07 עזבון צבי נ' בית החולים ביקור חולים (פורסם במאגרים, [פורסם בנבו], 3.1.2010); ע"א 6948/02 אדנה נ' מדינת ישראל, פ"ד נח(2) 535 (2004).

119. הנתבעת התרשלה, כאמור, בקבלת הסכמה מודעת של התובעת הן בנוגע לאופן סיום הלידה והן ביחס לניתוח המתקן.

120. סעיף 13 לחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, אשר עניינו הסכמה לטיפול רפואי, קובע כי:

"(א) לא יינתן טיפול רפואי למטופל אלא אם כן נתן לכך המטופל הסכמה מדעת לפי הוראות פרק זה.

(ב) לשם קבלת הסכמה מדעת, ימסור המטפל למטופל מידע רפואי הדרוש לו, באורח סביר, כדי לאפשר לו להחליט אם להסכים לטיפול המוצע; לענין זה, "מידע רפואי", לרבות –

(1) האבחנה (הדיאגנוזה) והסככות (הפרוגנוזה) של מצבו הרפואי של המטופל;

(2) תיאור המהות, ההליך, המטרה, התועלת הצפויה והסיכויים של הטיפול המוצע;

(3) הסיכונים הכרוכים בטיפול המוצע, לרבות תופעות לוואי, כאב ואי נוחות;

(4) סיכויים וסיכונים של טיפולים רפואיים חלופיים או של העדר טיפול רפואי;

(5) עובדת היות הטיפול בעל אופי חדשני."

121. הפרת הוראת סעיף 13 מהווה הפרת חובה חקוקה (ע"א 1303/09 קדוש נ' בית החולים ביקור חולים [פורסם בנבו] הנ"ל).

גובה הנזק

122. לפי חוות דעתו של פרופ' קראוס התובעת נותרה עם נכות קבועה בגובה 60% שנובעת מאי שליטה קשה בהעברת גזים ופעולות מעיים ומהפרעות נלוות בהטלת השתן ובתפקוד המיני.

123. פרופ' רבאו הסכים עם הערכתו של פרופ' קראוס. הוא גם הסכים כי מדובר בפגיעה קשה מאוד (עמוד 41 לפרוטוקול).

124. התובעת העידה כי נכותה מתבטאת בכאבים עזים בעת ישיבה על משטח קשה, ובעת קיום יחסי מין; חוסר יכולת לשלוט על גזים (על כל אי הנעימות שכרוכה בכך); תופעות חוזרות של דליפת צואה, צורך פתאומי ודחוף במתן צואה, ואז חוסר יכולת להתאפק ולעצור את יציאת הצואה עד הגעה לשירותים; בעיות בשליטה על שלפוחית השתן, דליפת שתן בעת מאמץ, וחוסר יכולת לריקון מלא של השלפוחית (התובעת, סעיף 19 לתצהיר).

125. לפי תצהירה בשל תופעות הדליפה היא משתמשת בטיטולים (התובעת, סעיף 20 לתצהיר).

126. נכותה של התובעת משמעותית ויש לה השלכות תפקודיות.

הקטנת הנזק

127. לטענת התובעת, על התובעת לפעול להקטנת הנזק וזאת על ידי ניתוח מתקן. הנתבעת מתייחסת לניתוח שעליו המליץ לתובעת פרופ' רבאו, קודם להגשת התביעה ועוד לפני שהנתבעת פנתה אליו על מנת שיתן חוות דעת מטעמה.

128. לטענת ב"כ הנתבעת, גם אם לא תתקבל הטענה לפיה יש לחייב את התובעת לעבור את הניתוח, הרי מכך שהתובעת לא עוברת את הניתוח ניתן להסיק שמצבה לא כל כך קשה כפי שהיא טוענת. לטענתו, אדם סביר במצב קשה כמו זה הנטען על ידי התובעת, היה מבצע ניתוח מתקן על מנת להקטין את סבלו ואת נזקיו.

129. התובעת הצהירה כי נאמר לה שקיימת אופציה לבצע ניתוח נוסף, מתקן, אולם אופציה זו כרוכה בסיכון של כ- 30% להרעת מצב (התובעת, סעיף 16 לתצהיר). פרופ' רבאו אישר כי הסביר לתובעת על האופציה של הניתוח ועל הסיכון להתדרדרות בשיעור של בין 20% ל- 30%, והדברים אף מופיעים ברישומים שערך (עמוד 41 לפרוטוקול).

130. אני מקבלת את טענת התובעת לפיה לאור הסיכונים להחמרת מצב, ובהתחשב בחומרת המצב היום, אין לייחס לתובעת התנהגות בלתי סבירה בכך שהיא נמנעת מניתוח נוסף, אין מקום להפחית את שיעור הנכות ושיעור הפיצוי המגיע לה ואין מקום לזקוף לחובתה את העובדה שהיא לא עוברת את הניתוח. ראו לעניין זה את

ע"א 9598/05 פלוני נ' חברת ביטוח "המגן" בע"מ (פורסם במאגרים, [פורסם בנבו], 28.3.2007) ופסקי הדין אליו הוא מפנה.

כאב וסבל

131. התובעת ילידת 28.5.89. בת 25 וחצי כיום.

132. התובעת הצהירה כי בטחונה העצמי ותחושת הנשיות שלה נפגעו משמעותית, היא ממעטת לשהות בחוץ ולהימצא במקומות עם אנשים רבים (התובעת, סעיף 21 לתצהיר). היא ממעטת מאוד לקיים יחסי מין עם בעלה מחשש שתהיה לה דליפת גזים או דליפת צואה, ואם לפני הלידה תכננה, כבחורה חרדית צעירה, להביא לעולם ילדים רבים, הרי שכיום, היא דוחה לחלוטין את הרעיון של כל הריון נוסף והמחשבה על כל הריון נוסף גורמת לה פחד שהתופעות מהן היא סובלת יחמירו (התובעת, סעיף 22 לתצהיר).

133. ב"כ התובעת הגיש טבלה בה מפורטים פיצויים שנפסקו במקרים דומים.

134. לאחר ששמעתי את טיעוני הצדדים, אני פוסקת לתובעת פיצוי בסך 400,000 ₪ בגין כאב וסבל. הסכום נכון להיום ואין להוסיף לו הפרשי הצמדה וריבית.

כושר ההשתכרות של התובעת

135. שנת 2010 הייתה השנה האחרונה ללימודי התובעת לקבלת תעודת הוראה של מורה מוסמכת להתעמלות. את התעודה קיבלה התובעת באמצע שנת 2011 (התובעת, סעיף 25 לתצהיר). התובעת אף עברה הכשרה למתן טיפולי פיזיותרפיה לחולי CF בבית החולים הדסה.

136. עוד לפני הלידה ותוך כדי תקופת ההיריון והלימודים התחילה התובעת לעבוד כמורה לא מוסמכת לחינוך גופני בהיקף של 30% משרה ונתנה טיפולי פיזיותרפיה נשימתית לחולי CF. לפי תצהירה היא תכננה לחזור לעבודה ולהשתכר כמורה מוסמכת להתעמלות בהיקף המשרה המקסימלי שהיא תוכל לקבל וכן במתן טיפולי פיזיותרפיה נשימתית כעצמאית (התובעת, סעיף 27 לתצהיר).

137. לטענת ב"כ התובעת, מהנתונים שהציגה התובעת עולה כי ב- 35 ימים היא הרוויחה 9,525 ₪ ומכאן שהכנסה החודשית הייתה 8,164 ₪. את הפיצוי מבקש ב"כ התובעת לבסס על השכר הממוצע במשק.

138. לטענת ב"כ הנתבעת יש לחשב את הפיצוי על בסיס השכר הממוצע של מורים. עוד לטענתו, לא ניתן ללמוד משכרה של התובעת בתקופה הקצרה שלפני הלידה על כושר השתכרותה.

139. לאור גילה הצעיר של התובעת במועד הרלבנטי, בהתחשב בכך שהיא הייתה בתחילת דרכה המקצועית ולאור הנתונים שהציגה על הכנסתה, בתחילת הדרך, יש מקום לחשב את הפיצוי על בסיס השכר הממוצע במשק (ראו לעניין זה את רע"א 7490/11 **פחרי נ' מנורה חברה לביטוח בע"מ** (פורסם במאגרים, [פורסם בנבו], 28.12.2011)).

140. הכשרתה של התובעת לתת טיפולי פיזיותרפיה נשימתית ויכולתה להשתכר גם ממקצועה זה, כמו גם העובדה שהיא טרם החלה את דרכה המקצועית כמורה, תומכים בכך שיש לחשב את הפיצוי על בסיס השכר הממוצע במשק ולא שכרם הממוצע של מורים, כפי שטען ב"כ הנתבעת.

141. השכר הממוצע במשק, כולל עובדים זרים, עומד היום על 9,809 ₪. לכך שיש לקחת בחשבון את השכר הממוצע במשק כולל עובדים זרים ראו ע"א 267/12 **דוידנקו נ' הפול - המאגר הישראלי לביטוח רכב בע"מ** (פורסם במאגרים, [פורסם בנבו], 2.7.2012).

142. על בסיס שכר זה יחושב הפיצוי.

הפסד השתכרות

143. לפי תצהיר התובעת, הפגיעה שינתה לחלוטין את תכניתיה והיא מונעת ממנה לעבוד ולהשתכר (התובעת, סעיף 27 לתצהיר). עוד לפי תצהירה, בשל הפגיעה ממנה היא סובלת והחששות השונים שמתלווים אליה, היא נמנעה עד היום מלחזור לכל עבודה, ובמקום זאת היא מסתפקת בלימודי טיפול בהבעה ויצירה, לימודים המתקיימים יום אחד בשבוע (התובעת, סעיף 24 לתצהיר).

144. מחקירתה הנגדית של התובעת עולה כי לפני שנתיים החלה לימודי תואר שני בטיפול באמנויות במכללה בנתניה והיא סיימה לפני מספר חודשים (עמוד 7 לפרוטוקול). במסגרת הלימודים נעשית גם עבודת שדה (שם). מדובר בעבודה פרטנית עם ילדה, אשר לפי עדות התובעת נמשכת חצי שעה ולאחריה מפגש עם המדריכה (עמוד 8 לפרוטוקול).

145. התובעת לא ניסתה לעבוד בטיפול באמנות. לשאלה מדוע השיבה: **"עצם המחשבה להיות בחברת אנשים ולעבוד עם כל הכאבים והחשש שלא תהיה לי שליטה על הסוגרים לא מאפשרת לי בכלל לעבוד בזה, ולא מאפשרת לי לנסוע באוטובוסים וזה מאד מורכב"** (עמוד 8 לפרוטוקול).

146. לטענת ב"כ התובעת יש לחשב את הפסד ההשתכרות בעבר לפי הפסד מלא ואת ההפסד בעתיד לפי נכותה הרפואית, השווה, לטענתו, לנכות התפקודית.

147. לטענת ב"כ הנתבעת התובעת העצימה את המגבלות שלה ללא פרופורציה, נמנעה מלספר בתצהירים שהיא הולכת ללימודים ושוהה יום שלם עם תלמידים אחרים וגם ההסברים שנתנה לכך אינם מספיקים. את נכותה התפקודית של התובעת מציע ב"כ הנתבעת להעמיד על 40%.

148. בסעיף 24 לתצהיר העדות הראשית, אשר צוטט לעיל, הצהירה התובעת שהיא לומדת יום בשבוע, ולא הסתירה זאת, כפי שטוען ב"כ הנתבעת. התובעת אף נתנה הסבר מדוע היא טרם שבה לעבודה (סעיף 145 לעיל). שני המומחים הסכימו כי נכותה של התובעת קשה ואין בחומר הראיות בסיס לאבחנה בין הנכות הרפואית שקבעו שני המומחים ובין הנכות התפקודית.

כפי שנפסק :

"... הנתון של הנכות הרפואית יש לו, בדרך-כלל, משקל רב כשבאים לקבוע בכמה נפגע כושר השתכרותו של התובע. באותם מקרים שעתידו המקצועי של התובע בנכותו אינו ברור, ובאין נתונים אחרים שיהיה בהם לסייע בקביעת הגריעה מכושר ההשתכרות עקב התאונה, יכול שיעור הנכות הרפואית אף לשמש מודד למידת הפגיעה בכושר ההשתכרות. כך נוהגים בתי-המשפט לפסוק במקרים שבהם אין להם נתונים אחרים לקבוע את כושרו של התובע להשתכר בנכותו" (ע"א 3049/93 גירוגיסיאן נ' המגן חברה לביטוח בע"מ, פ"ד נב(3) 792 (1995)).

149. את הפיצוי בגין ההפסד בעבר אחלק לשתי תקופות. תקופה של שנה לאחר התאונה בגינה ייפסק פיצוי לפי הפסד מלא לתקופה של תשעה חודשים (בהנחה שהתובעת הייתה יוצאת בכל מקרה לחופשת לידה) והתקופה שלאחר מכן בגינה ייפסק פיצוי לפי אחוזי הנכות שנקבעו לתובעת.

150. הפיצוי מיום 1.3.11 ועד ליום 1.12.11 (9 חודשים) הינו : ₪ 88,281. לסכום יש להוסיף ריבית מאמצע התקופה.

151. הפיצוי מיום 1.12.11 ועד היום (34 חודשים) – 200,103 ₪. לסכום יש להוסיף ריבית מאמצע התקופה.

הפסד השתכרות בעתיד

152. התובעת ילידת 28.5.89, כיום בת 25 וחצי.

153. תחשיב אקטוארי מלא המבוסס על נכותה של התובעת, השכר הממוצע במשק, עד הגיע התובעת לגיל 67 (מקדם היוון : 284.6446) מגיע לסכום של 1,675,247 ₪.

154. אני פוסקת לתובעת פיצוי בגין הפסד השתכרות בסכום זה.

הפסד פנסיה והפרשות סוציאליות

155. אני פוסקת לתובעת פיצוי בגין הפסד פנסיה בסך 200,000 ₪ (לעניין הפיצוי בגין הפסד פנסיה ראו את ע"א 7548/13 שפורן נ' תורגמן (פורסם במאגרים, [פורסם בנבו], 27.1.2014) פסקה 5 לפסק דינו של כבוד השופט י' עמית).

עזרת צד ג'

156. התובעת הצהירה כי:

"בעת השיחרור מהדסה, ובמקום לחזור הביתה עם התינוק, עברתי עם התינוק ישר לבית הוריי (שלקחו על עצמם לטפל בתינוק), ושם התגוררתי משך תקופה של כ-3.5 חודשים.

במהלך תקופה זו אמי היתה זו שלקחה על עצמה את מירב הטיפול בתינוק, מאחר שאני התקשיתי לעשות זאת. סבלתי מכאבים עזים (גם באזור החיצוני וגם באזור הפנימי), במיוחד בעת ישיבה על משטח קשה, מבעיות של חוסר שליטה בגזים ואף מבעיה של דליפת צואה - הרגשת צורך דחוף ופתאומי במתן צואה, וחוסר יכולת לעצור את יציאת הצואה עד להגעתי לשירותים. בנוסף, החלה אצלי גם תופעה של דליפת שתן בעת מאמץ" (התובעת, סעיף 13 לתצהיר. ההדגשות במקור, ע.כ.).

עוד לפי תצהירה:

"מאז, ועד היום, אני מוגבלת בביצוע אותן עבודות בית שקשורות במאמץ פיזי, ולרבות הרמה של התינוק, הרמה של סירים, הרמה של דלי עם מי רחצה, הוצאה והכנסה של כניסה ממכונת כביסה, וכיוב' עבודות.

בשל חוסר יכולת כלכלית, לא שכרנו עוזרת/מטפלת שתסייע לנו, תמורת תשלום, בביצוע העבודות הנ"ל.

מי שעוזרת לי לטפל בבני זו אמי, שאליה מביאים את הבן שלי מדי יום בשעות אחר הצהריים לאחר שהוא מסיים את הגן, על הוצאות הנסיעה שכרוכות בכך (אמי מתגוררת בירושלים ואני בביתר עלית), אמי אף מבשלת עבורי" (התובעת, סעיף 29 לתצהיר).

בחקירה הנגדית חזרה התובעת והשיבה כי אינה יכולה לטפל בבנה לבד, קשה לה להרים אותו. כשהיא מרימה משאות כבדים הדבר גורם לה לחוסר שליטה ולכן גם סירים קשה לה להרים (עמוד 9 לפרוטוקול).

157. לטענת ב"כ הנתבעת עדותה של התובעת אודות הצורך בעזרה לא נתמכת בחוות הדעת של המומחים. עוד לטענתו התובעת הפריזה בתיאור מגבלותיה.

158. נכותה של התובעת והבעיות מהן היא סובלת מצדיקים פיצוי בגין עזרת הזולת.

159. תחשיב המבוסס על 4 שעות עזרה בשבוע ותוחלת חייה של התובעת (מקדם היוון: 328) מגיע לסכום של כ- 280,000 ₪, ואני פוסקת לתובעת פיצוי בסכום זה.

160. בגין עזרת המשפחה בעבר, ובמיוחד בתקופה שלאחר הלידה והניתוח, אני פוסקת לתובעת פיצוי בסך 50,000 ₪.

הוצאות

161. התובעת הצהירה כי בשל הפגיעה והשינוי שהיא עברה מאז הלידה היא זקוקה לליווי ותמיכה נפשית, כולל טיפולים נפשיים שהיא מקבלת באופן פרטי. את הטיפולים היא קיבלה ומקבלת בבית החולים שיבא ומהפסיכולוגיות לירון ניגד וסופי דביר (התובעת, סעיף 23 לתצהיר).

162. התובעת צירפה לתצהירה קבלות על סך 37,000 ₪ בגין אותן הוצאות ואני פוסקת לתובעת פיצוי בסכום זה. כמו כן אני פוסקת לתובעת פיצוי בגין הוצאות נסיעה בעבר בסך 15,000 ₪.

163. בהיעדר חוות דעת התומכת בצורך בטיפולים נפשיים לא ייפסק פיצוי בגין הוצאות אלה בעתיד.

164. התובעת הצהירה כי היא נזקקת לטיפולים אולם לא הוכיחה כי היא משלמת עבורם ומה העלות החודשית. התובעת גם לא הגישה קבלות המעידות על תשלום עבור הטיפולים בעבר.

165. בנסיבות אלה, ובהיעדר ראיות על גובה ההוצאה ועצם התשלום, לא ייפסק פיצוי בגין רכישת טיפולים בעתיד.

166. אני מקבלת את טענת ב"כ הנתבעת לפיה אין הצדקה לפיצוי בגין הוצאות נסיעה שכן לתובעת היה רכב בעבר ויש לה רכב כיום.

פיצוי בגין הפגיעה באוטונומיה

167. כפי שנפסק:

"הזכות לאוטונומיה הוגדרה כ"זכותו של כל פרט להחליט על מעשיו ומאוויו בהתאם לבחירותיו, ולפעול בהתאם לבחירות אלה" (הלכת דעקה, בעמ' 570). זוהי זכותו של האדם "לכתוב את סיפור חייו" (ע"א 10064/02 "מגדל" חברה לביטוח בע"מ נ' אבו חנא, פ"ד ס(3) 13 (2005)). להלן: הלכת אבו חנא" (פסק דינו של המשנה לנשיא ריבלין בעניין קדוש).

עוד נפסק בפסק דינו של המשנה לנשיא ריבלין כי: "...הנזק בגין הפגיעה באוטונומיה יכול, אפוא, שיעמוד בפני עצמו. על כן, ניתן לתבוע פיצוי בגין פגיעה באוטונומיה גם בהיעדר נזק אחר; במקרים אחרים ניתן לתבוע פיצוי זה בנוסף או במצטבר לנזק גוף שנגרם ובכלל זה בנוסף ובמצטבר לנזק לא ממוני אחר, מקום בו מדובר בשני נזקים נפרדים. בכך אין כדי לחדש דבר, שהרי על המעוול לפצות על כלל הנזקים שגרם, ואם גרם ליותר מאשר נזק אחד, יפצה על שגרם. במובן זה המדובר בשאלה עובדתית ולא משפטית..."

168. בכל הנוגע לניתוח המתקן נגרם לתובעת נזק נוסף, נפרד, בגין הפגיעה באוטונומיה.

169. בגין נזק זה, ובהתחשב במכלול הפיצויים שנפסקו לתובעת, אני פוסקת לתובעת פיצוי בסך 50,000 ₪.

ניכויים

170. לטענת ב"כ הנתבעת יש להקפיד מהפיצוי שייפסק את הסכומים שתוכל התובעת לקבל מהמוסד לביטוח לאומי אם תגיש תביעה לקצבת נכות כללית ותביעתה תתקבל. במהלך השמעת סיכומיו צירף ב"כ הנתבעת חוות דעת אקטוארית (נ/1) בה מפורטים הסכומים שתהיה התובעת זכאית לקבל אם תתקבל תביעתה לקצבת נכות כללית, לפי מספר חלופות של פגיעה בכושר ההשתכרות.

171. ב"כ התובעת התנגד להקפאה מהטעם שהנושא עלה לראשונה בסיכומי הנתבעת.

172. בתשובה להתנגדות ב"כ התובעת טען ב"כ הנתבעת כי הזכות לקצבת נכות כללית קבועה בחוק, הניכוי הרעיוני הוא כלל שנקבע בפסיקה וחוות הדעת האקטוארית מוגשת על מנת לסייע לבית המשפט בהערכת הסכום.

173. נושא הניכוי אכן עלה לראשונה בסיכומי הצדדים ואין בפניי ראיות הנוגעות לזכאות של התובעת לקבל קצבת נכות כללית או לפניה שלה למוסד לביטוח לאומי. התובעת גם לא נשאלה על כך בחקירה הנגדית. יחד עם זאת, ועל מנת למנוע כפל פיצוי אני מתירה לנתבעת להגיש את חוות הדעת האקטוארית ומקבלת את טענתה לפיה יש להקפיד מהפיצוי שנפסק את הסכומים שתקבל התובעת מהמוסד לביטוח לאומי, ככל שתביעתה לקצבת נכות תתקבל וזאת עד לאחר שתמצה התובעת את זכויותיה במסגרת המוסד לביטוח לאומי.

לעניין הגשת חוות דעת באיחור ראו את ע"א 343/85 עינת נ' מגדל חברה לביטוח בע"מ, פ"ד מד(3) 620 (1990).

לעניין הקפאת הגימלאות ראו את ע"א 714/80, 728 גולדברגר נ' בסה, פ"ד לז(3) 109 (1983).

174. מהפיצוי יש, אפוא, להקפיא את קצבת הנכות הכללית שעשויה התובעת לקבל מהמוסד לביטוח לאומי.

175. מחוות דעת האקטוארית שהגישה הנתבעת עולה כי אם יקבע המוסד לביטוח לאומי שכושר ההשתכרות של התובעת צומצם בשיעור שבין 56% - 65% תהיה התובעת זכאית לקבל קצבת נכות כללית בסכום מהוון כולל של 413,962 ₪.

176. סכום זה יש להקפיא מהפיצוי שנפסק.

177. מאחר והפיצוי שנפסק, לאחר ניכוי תשלומי המל"ל, עולה על סמכותו של בימ"ש זה, הפיצוי שייפסק יהיה בגובה סמכות בית המשפט.

178. בנסיבות אלה, לא תחויב הנתבעת לשלם לתובעת את הסכום שהוקפא גם אם תדחה תביעת התובעת לקצבת נכות כללית והיא לא תוכר כזכאית לקצבה.

סיכום

179. הנתבעת תשלם לתובעת פיצויים בסך 2,500,000 ₪ וכן שכ"ט עו"ד בסכום של 590,000 ₪.

180. כמו כן תחזיר הנתבעת לתובעת את הוצאות המשפט בהן נשאה התובעת, בצירוף הפרשי הצמדה וריבית ממועד כל הוצאה.

181. את הסכומים שנפסקו על הנתבעת לשלם לתובעת תוך 30 יום מהיום.

ניתן ביום י"ד תשרי תשע"ה, 08 אוקטובר 2014, בהעדר הצדדים.

הרישום "דלתיים סגורות" נמחק לבקשת ב"כ התובעת ביום א' כסלו תשע"ה, 23 נובמבר 2014.