

**בית משפט השלום בחיפה**

ת"א 3590-02-11 פלונית ואח' נ' מדינת ישראל

בפני כב' השופטת נסרין עדוי

**התובעים**

1. פלונית

2. אלמוני

ע"י עו"ד אבי שמואלי

נגד

**הנתבעת**מדינת ישראל – משרד הבריאות  
ע"י עו"ד אביגיל בהט

מיני-רציו:

\* בית המשפט הורה לנתבעת לפצות את התובעים בגין נזקים שנגרמו להם עקב פטירת עוברם ברחם האם. נפסק, כי בית החולים והצוות הרפואי אשר טיפל בתובעת יכול היה לצפות כי שחרור התובעת מאשפוז ללא מעקב תכוף אחר מצב העובר עלול להוביל לכך שתתרחש מצוקה עוברית אשר תוביל למות העובר.

\* נזיקין – רשלנות – רשלנות רפואית

\* נזיקין – עוולות – פגיעה באוטונומיה

\* נזיקין – פיצויים – פגיעה באוטונומיה

\* נזיקין – פיצויים – שיעורם

\* נזיקין – פיצויים – עקרונות הפיצוי

התובעים – הורים, הגישו כנגד הנתבעת תביעה לתשלום פיצויים בגין נזקים שנגרמו להם עקב פטירת עוברם ברחם האם. שתי מחלוקות נטושות בין הצדדים: 1. סבירות הטיפול בתובעת בעת שחרורה מהאשפוז השני, לרבות קיומו של קשר סיבתי בין הטיפול לבין מות העובר; 2. גובה הפיצויים להם זכאים התובעים.

בית המשפט קיבל את התביעה ופסק כלהלן:

בבחינת התרשלות הנתבעת יש לבחון גם את הפרקטיקה הנוהגת והמקובלת, אולם זו לבדה אינה מכתיבה את רמת ההתנהגות הראויה.

כמו כן, שעה שהמוסד הרפואי אימץ לעצמו סטנדרט זהירות מחמיר ביחס לפרקטיקה הנוהגת, הרי שבחינת ההתרשלות תיעשה ביחס לסטנדרט המחמיר הסובייקטיבי שאימץ לעצמו אותו מוסד רפואי ולא בהתאם לנהוג במוסדות רפואיים אחרים. בנסיבות העניין הוכח, כי שחרור התובעת מבית החולים ומעבר מניטור התובעת 3 פעמים ביממה לניטור אחת לשבוע, חרג ממתחם הסבירות.

התנהגות המוסד הרפואי והצוות הרפואי נבחנת לא רק על פי הפרקטיקה המקובלת. כאשר ידוע לצוות הרפואי מהו הסיכון, כאשר ישנה אפשרות למנוע את הסיכון או להפחיתו באמצעים נגישים ופשוטים וכאשר הנזק שנגרם היה נזק חמור או בלתי הפיך, הרי שההתנהגות הראויה לא תוכרע על פי הפרקטיקה הנוהגת.

אף אם נצא מתוך הנחה שבית החולים רמב"ם אימץ סטנדרט מחמיר באשר לתכיפות הניטורים, מעבר לנהוג בפרקטיקה, הרי שבחינת ההתרשלות תיעשה על פי הסטנדרט המחמיר שאימץ בית החולים רמב"ם ולא על פי הפרקטיקה הנוהגת במוסדות רפואיים אחרים.

בענייננו, התנהגות הצוות הרפואי נבחנת על פי הסטנדרט שאומץ במחלקת היריון בסיכון גבוה בבית החולים רמב"ם, כאשר הנתבעת יכולה והייתה צריכה לצפות את הנזק העלול להיגרם עקב שחרור התובעת מאשפוז, ללא ביצוע ניטורים, למעט פעם בשבוע. זאת, כאשר במחלת הכולסטזיס המוניטור משמש ככלי למעקב אחר העובר, במטרה לזהוי מצוקה עוברית ובית החולים רמב"ם ניטר את התובעת בתכיפות במהלך האשפוז לאור הסיכון המוגבר של התסמונת בה לקתה התובעת.

גם בהנחיות הנתבעת בשחרור התובעת מבית החולים, חרגה הנתבעת מסטנדרט זהירות סביר והתרשלה שעה שלא מסרה לתובעת את מלוא המידע בדבר הסיכון המוגבר בו נתון עובריה ובדבר הצורך בהגעה מיידית לבית חולים בכל מקרה של ירידה בתחושת תנועות העובר. התנהלות זו של הנתבעת יש בה גם כדי לבסס פגיעה באוטונומיה. בענייננו מתקיים קשר סיבתי עובדתי בין ההתרשלות לבין הנזק.

בנסיבות העניין הוכח, כי בית החולים והצוות הרפואי אשר טיפל בתובעת יכול היה לצפות כי שחרור התובעת מאשפוז ללא מעקב תכוף אחר מצב העובר עלול להוביל לכך שתתרחש מצוקה עוברית אשר תוביל למות העובר. אין לייחס לתובעת באשם תורם.

טרם נתגבשה הלכה ברורה של בית המשפט העליון המכירה בפגיעה באוטונומיה כעולה חוקתית חדשה יציר הפסיקה, המקימה עילת תביעה עצמאית. ואילו, בשאלת היחס בין הפגיעה באוטונומיה לבין ראשי נזק אחרים, בפסיקת בית המשפט העליון דהאינדא מסתמן רוב לעמדת כבוד השופט ריבלין, שלא ראה כל מניעה לפסוק בגין פגיעה באוטונומיה בנוסף ובמצטבר לפיצוי על נזק בלתי ממוני של סבל, זעזוע ועוגמת נפש.

במקרה דנן, ראוי לפסוק לתובעים פיצוי משמעותי בגין הפגיעה באוטונומיה. בית המשפט העליון הכיר בזכות ההורים לתבוע פיצוי בגין הנזק הלא ממוני וסבלם של ההורים שאיבדו עוברם בעקבות רשלנות המוסד הרפואי.

בקביעתו של סכום הפיצוי לו זכאים התובעים בגין הנזק הנדון, יש להתחשב בכך שהמדובר בנזק המייצג היבטים שונים והשלכות שונות של מות העובר. תיתכן אף הבחנה בין האישה לאיש בקביעת סכום הפיצוי בגין נזק זה, כשבסופו של יום שומת הנזק תתבצע בכל מקרה ומקרה על-פי נסיבותיו.

מותה של העוברית גרם לתובעים סבל רב, עצב, זעזוע ותסכול עמוקים, כעס עז ועוגמת נפש קשה. התובעים אף נאלצו להתמודד עם הקושי והכאב שבנתיחת גופת התינוקת שנולדה ללא רוח חיים. אין צורך בדמיון רב כדי לשער את רגעי העצב והכאב שחוו התובעים, אשר ילוו אותם כל ימי חייהם.

## פסק דין

תביעת הורים כנגד הנתבעת לתשלום פיצויים בגין נזקים שנגרמו להם עקב פטירת עוברם ברחם האם.

**העובדות בתמצית**

1. התובעת, ילידת 1979, נכנסה להיריון בחודש 10/2009, כאשר לה ולבן זוגה – התובע לא היו ילדים לפני היריון זה.

הנתבעת הינה הבעלים של בית החולים רמב"ם, בו אושפזה התובעת במועדים הרלבנטיים לתביעה.

ביום 11.4.2010, בהיותה בשבוע 25+ להריונה, אושפזה התובעת לראשונה בבית החולים רמב"ם בעקבות צירים מוקדמים (להלן: "האשפוז הראשון"); במהלך אשפוז זה התובעת קיבלה טיפול שנועד להפסקת הפעילות הרחמית וכן ניתן לה טיפול תרופתי אשר נועד להקדים את הבשלת ריאות העובר (צלסטון), במידה ויהא צורך להקדים ולחלץ את העובר מבעוד מועד.

הצירים המוקדמים חלפו במהלך האשפוז הראשון והתובעת שוחררה לביתה ביום 19.4.2010. התובעת נשארה במנוחה בהמלצת הרופא המטפל שלה, כאשר בהמשך ניתן לה אישור היעדרות מעבודתה כסדרנית סחורה, הכרוכה במאמץ פיסי, במסגרת "שמירת היריון", עקב נפיחות ודליות ברגליים, כמו גם קושי בעמידה ממושכת והליכה. יצוין, כי במהלך הריונה סבלה התובעת מעודף משקל ניכר וכי בעברה בוצע לה ניתוח לקיצור קיבה.

2. ביום 23.5.2010, בשבוע 31+ להריונה, התובעת אושפזה בשנית בבית החולים רמב"ם בעקבות תלונות על גרד בלתי פוסק בגופה וירידה בתנועות עובר (להלן: "האשפוז השני"). האשפוז השני עומד במרכז התביעה דנן.

בדיקת אולטרא סאונד אשר בוצעה לתובעת ביום קבלתה לאשפוז השני הדגימה פרופיל ביו-פיזיקלי עוברי תקין, ריבוי מי שפיר וכן צוין כי נצפו תנועות עובר אשר לא הורגשו על ידי היולדת. הניטור העוברי שבוצע עם קבלתה היה תקין.

בבדיקות מעבדה שנערכו לתובעת נמצאה עליה משמעותית ברמת אנזימי הכבד בדמה של התובעת והוחלט על אשפוז להשגחה, מעקב וניטור, כאשר ניתנה הנחייה לביצוע ניטור עוברי פעמיים ביום. במקביל לכך, התובעת החלה לקבל טיפול תרופתי להקלת הגרד באמצעות אהיסטון ופנרגן.

לאחר שלא הייתה הטבה בגרד, הוחלט ביום 24.5.2010 על התחלת טיפול תרופתי בתכשיר בשם אורסוליט במשך 3 פעמים ביום והפסקת הטיפול באהיסטון; בהמשך האשפוז הועלה המינון התרופתי של תרופת האורסוליט. בבדיקת אולטרא סאונד שנערכה לתובעת נצפה כבד מוגדל.

לטיפול התרופתי באורסוליט היו תופעות לוואי של עייפות ונמנום אשר באו לידי ביטוי אצל התובעת במהלך האשפוז.

3. למעשה, התובעת אובחנה כסובלת מתסמונת המכונה "כולסטזיס של היריון", תסמונת שמשמעותה הפרעה בהפרשת נוזלי המרה מהכבד אשר מופיעה כתוצאה ועל רקע ההיריון (להלן: "כולסטזיס" או "ICP" או "התסמונת"). תסמונת זו מתבטאת בתחושת גרד עזה בגוף האישה ההרה ובעליה ברמת חומצות המרה בדם ובערכי אנזימי הכבד, כאשר הטיפול הניתן לתסמונת זו הינו סימפטומטי, דהיינו, טיפול בתסמיני המחלה בלבד.

יצוין, כי מחלת הכולסטזיס כרוכה בסיכון עוברי, כאשר הטיפול התרופתי שניתן לאם ההרה אינו מקטין את סיכון היתר העוברי הכרוך במחלה.

4. במהלך האשפוז השני התובעת התלוננה מפעם לפעם כי אינה חשה את תנועות העובר ברחמה, ובחלק מהניטורים העובריים שבוצעו לה, נצפו האטות משתנות בדופק העוברי, כמתועד ברישומים הרפואיים.

בניטור עוברי שבוצע לתובעת ביום 28.5.2010 בשעות הבוקר, נצפתה ירידה משתנה עמוקה בדופק העוברי (שנמשכה כדקה) ובעקבות זאת הורו הרופאים בבית החולים רמב"ם להגביר את תכיפות הניטורים ל- 3 פעמים ביממה.

ביום 29.5.2010 בשעות הערב, התלוננה התובעת שוב כי אינה מרגישה תנועות עובר ובניטור עוברי שבוצע הודגמה ירידה עמוקה וממושכת בדופק העוברי (במשך 4 דקות), בצידה נרשם על גבי סרט הניטור "טכני".

5. בבוקר יום ראשון, 30.5.2010, החליט הצוות הרפואי בבית החולים רמב"ם לשחרר את התובעת מאשפוז, עקב ירידה בתחושות הגרד של התובעת וירידה ברמת אנזימי הכבד בדמה. ניטור עוברי אשר בוצע לתובעת בבוקר השחרור היה תקין.

במכתב השחרור מבית החולים הונחתה התובעת להמשיך בטיפול התרופתי, לעקוב אחר תנועות עובר ולשוב לבית החולים במקרה של ירידת מיס/דימוס/צירים. בנוסף, הונחתה להגיע לביקורת במרפאת היריון בסיכון פעם בשבוע.

6. לאחר שחרורה מבית החולים שהתה התובעת בביתה, כאשר חשה לסירוגין בירידה בתנועות העובר. ביום 1.6.2010 בשעות הבוקר, פנתה התובעת מיוזמתה למרפאה של קופת חולים כללית באזור מגוריה לאחר שלא חשה תנועות עובר; בבדיקת אולטרא סאונד שנערכה לה במרפאה לא נצפה דופק עוברי והיא התבשרה, לדאבון הלב, כי העוברית שברחמה נפטרה. בעקבות זאת הופנתה התובעת בדחיפות לבית החולים.

7. עם קבלתה בבית החולים רמב"ם בוצעו לתובעת בדיקות נוספות שאישרו את האבחנה בדבר פטירת העובר ברחמה. בנסיבות אלה, הוחלט להפעיל את תהליך הלידה על מנת לחלץ את גופת העוברית מרחמה של התובעת.

התובעת קיבלה פיטוצין ביום 1.6.2010, במטרה ליצור צירי לידה, כאשר ביום 3.6.2010 לאחר יומיים של צירי לידה, התרחשה ירידת מים והעוברית נולדה בלידה וגינאלית, ללא רוח חיים.

### גדר המחלוקת

שתי מחלוקות נטושות בין הצדדים:

1. סבירות הטיפול בתובעת בעת שחרורה מהאשפוז השני, לרבות קיומו של קשר סיבתי בין הטיפול לבין מות העובר.

2. גובה הפיצויים להם זכאים התובעים. בהקשר זה אציין, כי התובעים העמידו את דרישתם בגין ראש הנזק הלא ממנוי על סך של 1,200,000 ₪ ובגין הפגיעה באוטונומיה על סך של 250,000 ₪. ואילו, הנתבעת טענה כי היה ותימצא כאחראית לפיצוי התובעים, אזי יש לפסוק להם פיצוי בגין ראש הנזק הלא ממנוי על סך 180,000 ₪ לכל היותר, כאשר בנסיבות דנן אין מקום לפיצוי התובעים בגין הפגיעה באוטונומיה.

### דיון והכרעה

1. התובעים תמכו טענותיהם בתצהיריהם (מוצגים ת/1, ת/2) ובחוות דעתו של ד"ר הורנשטיין אליעזר, מומחה לגניקולוגיה ומיילדות (להלן: "חוות דעת הורנשטיין") - מוצג ת/3.

מטעם הנתבעים הוגשה חוות דעתו של פרופ' יצחק בליקשטיין, מומחה ביילוד וגניקולוגיה (להלן: "חוות דעת בליקשטיין") - מוצג נ/3, וכן הוגשו תצהירים של ד"ר נצר (מוצג נ/1) אשר שימש באותה עת רופא מתמחה וטיפול בתובעת במהלך האשפוז השני, ושל ד"ר פטר יעקבי (להלן: "ד"ר יעקבי"), אחראי ליחידת ניהול סיכונים בבית החולים רמב"ם (מוצג נ/2).

2. כאמור, התובעת אובחנה במהלך האשפוז השני כלוקה בתסמונת הכולסטזיס והחלה בקבלת טיפול תרופתי להקלת תסמיני המחלה. במקביל ניתנה הוראה לבצע ניטור עוברי לתובעת פעמיים ביום.

בחלק מן הניטורים שבוצעו לתובעת היו האטות בדופק העוברי.

ביום 28.5.2010, בניטור שהחל בשעה 10: 09 ונמשך 80 דקות, לאחר שנצפתה האטה עמוקה בדופק העובר (עד 80 פעימות) שנמשכה כדקה, הורה ד"ר וייסמן לנטר את התובעת 3 פעמים ביממה. ניטור נוסף שבוצע בשעות הצהריים היה תקין.

ביום 29.5.2010 בשעה 18: 50, לאחר 20 דקות של ניטור תקין, נצפתה ירידה עמוקה וממושכת בדופק העובר – עד 80 פעימות לדקה במשך ארבע דקות – בצידה נרשמה המילה "טכני" על ידי ד"ר פרונין.

הניטורים שבוצעו באותו לילה ולמחרת בבוקר (30.5.2010) היו תקינים.

בבוקר השחרור מבית החולים היה שיפור ניכר בגרד וברמת אנזימי הכבד בדמה של התובעת והניטור העוברי עובר לשחרור היה תקין. משכך, הוחלט על שחרור התובעת מאשפוז.

כאמור, ביום 1.6.2010, שבה התובעת לבית החולים לאחר שלא חשה תנועות עובר ונמצא, לדאבון הלב, כי העובר שברחמה ללא דופק.

### 3. האם שחרור התובעת מהאשפוז השני חרג מנורמת הזהירות הסבירה?

האם הנתבעת חרגה מסטנדרט הזהירות הסביר ב"משקפיים" של מוסד רפואי סביר? היינו, האם פעלה על בסיס ידע רפואי עדכני ובהתאם לנורמות הרפואיות המקובלות במועד הרלבנטי? [ראו: [ע"א 916/05 כדר נ' פרופ' הרישנו ואח'](#) [פורסם בנבו] (28.11.2007)]. בבחינת התרשלות הנתבעת יש לבחון גם את הפרקטיקה הנוהגת והמקובלת, אולם זו לבדה אינה מכתיבה את רמת ההתנהגות הראויה [עדי אזור ואילנה נירנברג [רשלנות רפואית](#), עמ' 319].

כמו כן, שעה שהמוסד הרפואי אימץ לעצמו סטנדרט זהירות מחמיר ביחס לפרקטיקה הנוהגת, הרי שבחינת ההתרשלות תיעשה ביחס לסטנדרט המחמיר הסובייקטיבי שאימץ לעצמו אותו מוסד רפואי ולא בהתאם לנהוג במוסדות רפואיים אחרים [ע"א 3056/99 שטרן [נ' המרכז הרפואי שיבא, פ"ד נו\(2\) 936 \(2002\)](#), עמ' 958-956 (להלן: "פס"ד רועי שטרן")].

### 4. כולסטזיס – סיכון מוגבר לעובר

לית מאן דפליג, כי הטיפול שניתן לתובעת להקלת הגרד והפחתת ערכי אנזימי הכבד וחומצות המרה בדמה של התובעת הינו טיפול אשר נועד לטפל אך בתסמיני המחלה אצל

האישה ההרה, כאשר העובר נמצא עדיין בסיכון מוגבר בשל המחלה (ראו: חוות דעת ד"ר הורנשטיין וכן חקירת פרופ' בליקשטיין, עמ' 128, ש' 22-13).

לפי הספרות הרפואית אשר צוטטה בחוות דעתו של ד"ר הורנשטיין (Text Book של Burrow, סומן "ת/4"), מאחר ותסמונת ה-ICP מציבה את העובר בסיכון יתר למצוקה עוברית ולמוות תוך רחמי, הטיפול המומלץ מרגע אבחון התסמונת הוא, כי האישה ההרה והעובר יימצאו בהשגחה צמודה וקרובה, אשר מטרתה לזהות קיומה של מצוקה עוברית וחילוץ העובר בניתוח קיסרי בעת הצורך.

גם פרופ' בליקשטיין מסכים כי תסמונת ה-ICP מציבה את היריון האישה כהריון בסיכון ונדרשים מעקב והערכה זהירה של מצב העובר (עמ' 131, ש' 17 – עמ' 132, ש' 5), ככתוב במאמר משנת 2008 **Intrahepatic cholestasis of pregnancy – current achievements and unsolved problems**, עליו נסמך פרופ' בליקשטיין בחוות דעתו (ואף הוגש כראיה מטעם התובעים, סומן "ת/8"). ברם, המומחים הרפואיים חלוקים ביניהם באשר לאחוזי הסיכון למוות תוך רחמי כתוצאה מ-ICP.

ד"ר הורנשטיין טוען לשכיחות של עד 9% למוות תוך רחמי, בהפנותו לספרות הרפואית הנזכרת בחוות דעתו. ואילו, פרופ' בליקשטיין טען במסגרת חקירתו הנגדית, כי השכיחות היא של 1% וכי הספרות הרפואית עליה נסמך ד"ר הורנשטיין אינה מקובלת עליו (ראו: עמ' 130 לפרוטוקול, ש' 9 – עמ' 131, ש' 4). למותר לציין, כי פרופ' בליקשטיין לא נדרש לעניין זה בחוות דעתו.

גם כאשר עומת עם ממצאי המאמר הרפואי (מוצג ת/8) עליו נסמך פרופ' בליקשטיין עצמו, שלפיו אחוזי התמותה מכולסטזיס נעים בין 0.4% ל-4%, השיב כי אלה אינם מקובלים עליו וכי מקובל לדבר על 1% כאשר לדבריו, אין לו צורך להביא מאמרים לביסוס הסטטיסטיקות להן הוא טוען (ראו: עמ' 114, ש' 11 – עמ' 115, ש' 23).

אלא מאי? הסטטיסטיקות להן טוען פרופ' בליקשטיין לעניין אחוז התמותה התוך רחמית כתוצאה מהמצוקה העוברית, לא הובאו בפני בית המשפט ונתרו בגדר השערה בלבד.

לא זו אף זו: ד"ר הורנשטיין הפנה לספרות הרפואית המדברת על סיכון הגבוה מ-30% למצוקה עוברית עקב התסמונת וגם במאמר הנזכר בחוות דעת פרופ' בליקשטיין מדובר על סיכון למצוקה עוברית בשכיחות של 22%-33% מהמקרים ("ת/8", עמ' 5784). פרופ' בליקשטיין, במסגרת חקירתו הנגדית, הסכים כי הסיכון למצוקה עוברית ב-ICP עומד על שליש מהמקרים (עמ' 113, ש' 16-12). דעת לנבון נקל, כי "שליש" הינו סיכון שאין להקל בערכו.

פשיטא, ולדעת המומחים מטעם שני הצדדים, שקיים סיכון מוגבר למצוקה עוברית. זאת ועוד, ולדעת שני המומחים קיים סיכון למוות תוך רחמי במצב של כולסטזיס.

באשר לאחוזי התמותה במצב הנ"ל, מקובלת עלי עמדתו של ד"ר הורנשטיין, המבוססת רפואית ושלא נסתרה בחקירה הנגדית.

## 5. תדירות הניטורים

ד"ר הורנשטיין חיווה דעתו וגם העיד על כך, כי מעבר מניטורים תכופים 3 פעמים ביממה לניטור פעם בשבוע הינו בלתי סביר בנסיבות העניין, הן בשל הסיכון המוגבר בו מצוי העובר עקב תסמונת הכולסטזיס, סיכון שלא הובא לידיעת התובעת, והן בשל נסיבותיה הספציפיות של התובעת אשר חייבו נקיטת זהירות יתר.

התובעת התלוננה פעם אחר פעם על ירידה/העדר תנועות עובר במהלך אשפוז; התובעת סבלה ממשקל יתר ומריבוי מי שפיר, תופעות אשר השפיעו על יכולתה לחוש תנועות עובר (ראו חוות דעת הורנשטיין, עמ' 12; חקירת ד"ר נצר, עמ' 58, ש' 14-6, וכן האמור ב - Text Book של Gabbe בעמ' 273, סומן "ת/5"); בחלק מן הניטורים שבוצעו לתובעת נצפו האטות בדופק העובר, כאשר בניטור שבוצע לילה לפני השחרור הודגמה ירידה משתנה עמוקה אשר העידה על מצוקה עוברית (ראו חקירת ד"ר הורנשטיין, עמ' 34, ש' 22-19).

ד"ר הורנשטיין הסביר כי במצב נתון של סיכון מוגבר לעובר, ניטור קפדני יש בו כדי להפחית את אחוזי התמותה על ידי איתור מצוקה עוברית וחילוץ העובר בזמן ובנסיבות של התובעת כאן, היה צריך להשאירה באשפוז עד ללידה (עמ' 28, ש' 8-5). לטענתו, ניטור התובעת 3 פעמים ביממה, בנוסף לניטורים בעקבות תלונותיה על ירידה בתנועות עובר, היה בהם, ברמת סבירות גבוהה, לאתר מצוקה עוברית ולהציל את העובר. הנחתו זו, מבוססת על הירידה בתנועות עובר ואחר כך היעדרו, בהן חשה התובעת במהלך 48 השעות מעת שוחררה מהאשפוז השני ועד לאבחון העדר דופק אצל העובר.

ד"ר הורנשטיין גורס, כי היה על הנתבעת להביא לידיעת התובעת את מלוא המידע בדבר הסיכון בו נתון עובר, דבר שלא נעשה.

פרופ' בליקשטיין מסכים אף הוא כי יש צורך בניטור עוברי. ברם, לדעתו יש ליתן את הדעת לתדירות הניטורים הנדרשת (עמ' 136, ש' 12-4, עמ' 141, ש' 10-7), כאשר אופן המעקב ושיטת המעקב אינם מוחלטים ואין להם סטנדרטיזציה כלשונו (עמ' 135, ש' 23-22). בענייננו, פרופ' בליקשטיין סבור כי ההחלטה על ניטור התובעת פעם בשבוע הייתה סבירה בנסיבות ואף משקפת את הטיפול הנהוג במציאות (עמ' 141, ש' 20-17).



פרופ' בליקשטיין הפנה למאמרו של Lee (ראו: נ/3 או ת/9) שעניינו בשני מקרים (casereports); באחד נמצא שלא ניתן לשלול כי הפטירה אירעה כתוצאה מגורם אחר ולא ICP, ובשני נוטרה האישה ההרה ונצפתה האטה ממושכת ובהמשך האטה ממושכת נוספת ולאחר 50 דקות חולץ התינוק בשבוע 34 כשהוא בריא (עמ' 139). המסקנה במאמר הייתה, כי הגם שמות עובר מ-ICP נגרם עקב אנוקסיה חריפה (ולא כרונית וממושכת), הפרקטיקה היא שיש לנטר נשים הרות הסובלות מתסמונת זו, בהנחה שניטורים אלה יזהו האטות בדופק שיחייבו התערבות מוקדמת ויילוד עובר חי, כאשר התדירות האופטימאלית לניטורים טרם נקבעה (ראו עמ' 531 למאמר).

פרופ' בליקשטיין הסכים, כי חשיבותו של המאמר שעניינו בשני מקרים פחותה מחשיבותם של ספר לימוד (Text Book) או מחקר סטטיסטי שנערך על מספר גדול של מקרים (עמ' 138, ש' 11-15). ודוק: המקרה השני נשוא מאמרו של Lee תומך דווקא בעמדתו של ד"ר הורנשטיין בכל הנוגע לחשיבות תדירות הניטורים.

לא זו אף זו: הגם שפרופ' בליקשטיין הסכים שאין סטנדרטיזציה בשיטת המעקב ויש לבחון כל מקרה לגופו, הרי שבעניינו, פרופ' בליקשטיין לא התייחס לנסיבותיה של התובעת דן ולכלל סיכוני הריונה בקובעו את סבירות החלטתו של ביה"ח על תדירות הניטור של פעם בשבוע.

דומה, שאף בעניין זה אין מנוס מאימוץ חוות דעתו של ד"ר הורנשטיין. הנתבעת לא סתרה את הנחותיו הרפואיות לפיהן בביצוע ניטור יש כדי להפחית את אחוזי התמותה וכי באמצעות הניטור ניתן לזהות מצוקה עוברית ולבצע חילוץ מוקדם של העובר.

כמו כן, הנתבעת לא סתרה את טענות התובעים בדבר גורמי הסיכון הספציפיים בהריון הנדון וקשייה של התובעת לחוש בתנועות עובר בשל תופעות שאפיינו את הריונה (ריבוי מי שפיר, משקל יתר ותופעות לוואי של הטיפול התרופתי).

יתרה מזאת, טענת הנתבעת כי הניטורים שבוצעו לתובעת במהלך האשפוז היו תקינים, אינה מתיישבת עם חומר הראיות בתיק. הניטור מיום 28.5.2010, בו נצפתה האטה עמוקה בדופק העובר אינו ניטור תקין, כפי שהעידו ד"ר הורנשטיין (עמ' 29, ש' 6-1) ופרופ' בליקשטיין (עמ' 143, ש' 12-3), ולאורו הוחלט על הגברת תכיפות הניטורים. באשר לניטור מיום 29.5.2010, אתייחס בהמשך.

מקובלים עליי דבריו של ד"ר הורנשטיין, כי בניטורים אשר בוצעו יש האטות קלות בדופק העוברי ויש האטות חמורות יותר, אשר יש בהן להעיד על מצוקה עוברית ואשר דורשות מעקב קפדני יותר והתערבות במידת הצורך.

הנתבעת התעלמה לחלוטין מקיומם של ניטורים לא תקינים אשר נצפו אצל התובעת במהלך האשפוז השני. כאשר נשאל ד"ר נצר מדוע אין אזכור בתצהירו באשר לניטורים עם האטות בדופק ולהגברת תכיפות הניטורים, השיב כי תצהירו נערך בהתאם לשאלות עורך הדין (עמ' 69, ש' 10-5). גם בתצהירו של ד"ר יעקבי אין התייחסות לניטורים בהם נצפו האטות ממושכות בדופק העוברי.

אכן, בספרות הרפואית שהובאה מטעם הצדדים אין קביעה **מספרית** לתדירות הניטורים שיש לבצע במקרים של תסמונת הכולסטזיס, אך ישנה הסכמה בספרות באשר ל**חשיבות הניטורים** בזיהוי מצוקה עוברית אצל נשים הלוקות בתסמונת ואשר כידוע עובריהן בסיכון גבוה למצוקה עוברית, וכאשר מוסכם כי יש להתייחס **לכל מקרה בהתאם לנסיבותיו**.

לסיכום נושא זה: בהינתן הסיכונים הכרוכים בתסמונת ה-ICP והטיפול המומלץ במצב זה, ובהתחשב בנסיבותיה הספציפיות של התובעת כמפורט לעיל, שוכנעתי כי שחרור התובעת מבית החולים ומעבר מניטור התובעת 3 פעמים ביממה לניטור אחת לשבוע, חרג ממתחם הסבירות.

#### 6. פרקטיקה נוהגת וסטנדרט זהירות מחמיר

פרופ' בליקשטיין ציין כי לתדירות הניטור שבוצעה לתובעת באשפוז אין שום אינדיקציה רפואית והיא משקפת סטנדרט מקומי של מחלקת סיכון גבוה (High Risk) בבית החולים רמב"ם. לדבריו, בית החולים רמב"ם אימץ סטנדרט מחמיר כאשר הורה לנטר את התובעת בתחילה בתכיפות של פעמיים ביום ובהמשך האשפוז בתכיפות של 3 פעמים ביום, וכי בפרקטיקה הנוהגת אין זה מקובל לבצע ניטור תכוף בנסיבות אלה. לטעמו, אין להשוות בין תדירות הניטורים במהלך אשפוז לתדירות הניטורים לאחר שחרור מאשפוז, כאשר לשיטתו, מעקב אחת לשבוע הינו סביר בנסיבות העניין.

פרופ' בליקשטיין לא סיפק הסבר, הכיצד בנסיבות הספציפיות של התובעת - לנוכח קשייה לחוש תנועות עובר, לנוכח ממצאי הניטורים אשר חלקם הדגימו האטות דופק עמוקות, ולנוכח הסיכון למצוקה עוברית עקב תסמונת ה-ICP – הפנייתה למעקב שבועי הייתה סבירה.

זאת ועוד, אף בהנחה שאין מקום לגזור גזירה שווה בין תדירות ניטורים במהלך אשפוז לבין תדירות ניטורים לאחר אשפוז, מצאתי כי החלטת בית החולים למעקב שבועי חורגת ממתחם הסבירות, זאת לאור הספרות הרפואית, הסיכונים הכרוכים בכולסטזיס ונסיבותיה המיוחדות של התובעת כפי שפורט לעיל.

פרקטיקה נוהגת אינה בבחינת נוסחת קסם. זאת, שכן הנתבעת לא הוכיחה מהי הפרקטיקה הנוהגת באשר לתכיפות הניטורים והמעקב הרפואי בנסיבותיה הספציפיות של התובעת.

ויודגש, ד"ר נצר העיד כי הפניה למעקב אחת לשבוע הינה הפנייה סטנדרטית של מחלקת היריון בסיכון גבוה, מבלי שהייתה התייחסות לאישה הספציפית ולנסיבות הריונה (עמ' 79, ש' 18 – עמ' 80, ש' 1).

להוכחת הטענה כי בהתאם לפרקטיקה הנוהגת במוסדות רפואיים אחרים לא מחזיקים באשפוז אישה הרה הסובלת מכולסטזיס עד ללידה, הנתבעת ביקשה להסתמך על תיעוד רפואי מביה"ח בני ציון הנוגע להריונותיה המאוחרים של התובעת.

**ראשית**, בהתאם להחלטתי מיום 4.9.2012, הרי שהנתבעת מנועה מלהגיש מסמכים רפואיים שלא באמצעות עורכם ומבלי שנחקרו (ושלא במסגרת חוות דעת) וניתנה הוראה להוציא מהתיק דן את אסופת המסמכים הנוגעים לאשפוזיה של התובעת בבית החולים "בני ציון", אשר סומנה כנספח ג' לתיק מוצגי הנתבעת (עמ' 83 לפרוטוקול).

גזירה שווה חלה גם על המסמכים אשר צורפו כנספח ד' לתיק המוצגים מטעם הנתבעת (מסמכים רפואיים נוספים מבית חולים "בני ציון") ואין מסמכים אלה יכולים לשמש כראיה לאמיתות תוכנם.

**שנית**, הנתבעת לא הוכיחה כי מצבה של התובעת באותם הריונות מאוחרים דמה למצב הריונה הנדון. הנתבעת לא הראתה מה הייתה חומרת התסמונת במהלך ההריונות המאוחרים, מה היו גורמי הסיכון, מה היו תוצאות הניטורים, סוג הטיפול הרפואי שניתן לתובעת והשפעותיו, ההנחיות שניתנו בשחרורה מבית חולים בני ציון וכיוצא באלה. [במאמר מוסגר, ולמעלה מן הצורך, יצוין כי במסמכי השחרור מבית החולים בני ציון ניתנה לתובעת הנחייה לשוב מיידית לבית החולים במצב של ירידה בתנועות עובר, הנחייה שלא ניתנה בענייננו ומהווה נדבך מהותי בבחינת סוגיית התרשלות הנתבעת].

**שלישית**, אף בהנחה שמצבה של התובעת בהריונות האחרים היה זהה ודומה לנסיבות דן, הרי שאין בשחרור התובעת מאשפוז ממוסד רפואי אחר כדי ללמד בהכרח, על התנהלותו לפי סטנדרט זהירות ראוי.

זאת ועוד, התנהגות המוסד הרפואי והצוות הרפואי נבחנת לא רק על פי הפרקטיקה המקובלת. כאשר ידוע לצוות הרפואי מהו הסיכון, כאשר ישנה אפשרות למנוע את הסיכון או להפחיתו באמצעים נגישים ופשוטים וכאשר הנזק שנגרם היה נזק חמור או בלתי הפיך, הרי שההתנהגות הראויה לא תוכרע על פי הפרקטיקה הנוהגת [דנ"א 7794/98 רביד נ' [קליפורד, פ"ד נז\(4\) 721 \(2003\)](#) (להלן: "פס"ד קליפורד")].

אוסף ואומר, כי אף אם אצא מתוך הנחה שבית החולים רמב"ם אימץ סטנדרט מחמיר באשר לתקיפות הניטורים, מעבר לנהוג בפרקטיקה, הרי שבחינת ההתרשלות תיעשה על פי הסטנדרט המחמיר שאימץ בית החולים רמב"ם ולא על פי הפרקטיקה הנוהגת במוסדות

רפואיים אחרים [ראו: [ע"א 3056/99 שטרן נ' המרכז הרפואי שיבא, פ"ד נו\(2\) 936 \(2002\)](#)], עמ' 956-958 (להלן: "פס"דרועי שטרן").

בענייננו, התנהגות הצוות הרפואי נבחנת על פי הסטנדרט שאומץ במחלקת היריון בסיכון גבוה בבית החולים רמב"ם, כאשר הנתבעת יכולה והייתה צריכה לצפות את הנזק העלול להיגרם עקב שחרור התובעת מאשפוז, ללא ביצוע ניטורים, למעט פעם בשבוע. זאת, כאשר במחלת הכולסטזיס המוניטור משמש ככלי למעקב אחר העובר, במטרה לזיהוי מצוקה עוברית ובית החולים רמב"ם ניטר את התובעת בתכיפות במהלך האשפוז לאור הסיכון המוגבר של התסמונת בה לקתה התובעת.

במצב דברים זה, מעבר מניטורים תכופים 3 פעמים ביממה למעקב אחת לשבוע במרפאה אינה נמצאת במתחם הסבירות של הסטנדרט הרפואי אותו אימץ בית החולים רמב"ם.

#### 7. הניטור החשוד מיום 29.5.2010

ניטור זה, לילה לפני שחרור התובעת מבית החולים, הדגים האטה עמוקה וממושכת של דופק העובר במשך 4 דקות, כאשר ד"ר הורנשטיין חיווה דעתו כי מדובר בהאטה דרסטית, אשר הצביעה על מצוקה עוברית (עמ' 34, ש' 19-22). כשנשאל אודות הכיתוב "טכני" שעל סרט הניטור הנ"ל, השיב כי הרופאה שכתבה זאת חשבה כך, אך הוא בחן את הניטור והוא בפירוש ניטור לא תקין; לדבריו, רואים את הירידה, לא מדובר בהאטה טכנית. ד"ר הורנשטיין הוסיף וציין, כי כלל לא נבדק האם זו טעות טכנית – לא בדקו בבית החולים האם בטעות מכשיר המוניטור קלט את הדופק של האימא או אם יש תקלה במוניטור לעומת אולטרא סאונד שהיה צריך לבצע כדי לאמת זאת, כאשר חובת ההוכחה היא על הרופא הטוען לתקלה טכנית (עמ' 35, ש' 9-19, עמ' 36, ש' 2-11).

הסבריו של ד"ר הורנשטיין לא נסתרו על ידי הנתבעת. ד"ר הורנשטיין הסביר בהרחבה על תקלות אפשריות של מכשיר המוניטור, אשר לא הוכח כי התרחשו ביחס לניטור הנ"ל והעיד כי מבחינת סרט הניטור הגיע למסקנה ברורה, כי הניטור שבוצע לא היה תקין והייתה האטה עמוקה וממושכת בדופק העובר (prolonged deceleration), שהינה חמורה בנסיבות העניין ואשר העידה על מצוקת העובר.

בנסיבות, על הנתבעת היה להוכיח, כי הירידה העמוקה והממושכת שנצפתה בדופק העובר בניטור האמור, הייתה אך תקלה טכנית והנתבעת לא עמדה בנטל זה.

לטענת הנתבעת, ד"ר יעקבי סיפק, במסגרת תשובה לשאלון שהופנה אליה מטעם התובעים, הסבר לגבי הרישום "טכני" שעל סרט הניטור בו לכאורה נראתה האטה ממושכת בדופק העובר. לטענת הנתבעת הסבר זה לא נסתר על ידי התובעים משלא נחקר ד"ר יעקבי על תשובתו בתצהיר תשובותיו לשאלון.

טענתה הנ"ל של הנתבעת אינה מקובלת עלי מהנימוקים שלהלן:

**ראשית**, בהתאם להחלטתי מיום 9.4.2012, רק לתובעים קיימת האפשרות להגשת תשובות לשאלון מטעמם כראיה בתיק, כאמור בתקנה 111 [לתקנות סדר הדין האזרחי](#), התשמ"ד – 1984, ואין באפשרות הנתבעת להגיש תשובות אלה כראיה לאמיתות תוכן. על כן, דין הטענה להידחות ולו מטעם זה בלבד.

**שנית**, ההסבר שסיפק ד"ר יעקבי (בתשובות לשאלון) באשר לאופן כתיבת הרישום בכתב יד ועל כך שלמד על הזווית בה עמדה הרופאה ועל כך שמכשיר המוניטור לא התריע בצפצוף, הינם בגדר סברה בלבד, ומכל מקום אין בידי להתייחס לתוכנו של ההסבר.

**שלישית**, הרופאה אשר כתבה את הרישום "טכני" (ד"ר פרונין) ואשר הייתה היחידה שיש ביכולתה לנסות וליתן הסבר לרישום זה לא הובאה לעדות, ומן החקירות עלה כי לא הייתה מומחית ולא מתמחה במחלקה, אלא תורנית חוץ. כמו כן, הרופאים אשר הורו על שחרור התובעת לא שוחחו עמה בעניין ניטור זהובחרו שלא לבדוק את העניין (ראו חקירת ד"ר נצר, עמ' 74 ש' 15 – עמ' 75, ש' 1).

משכך, יש להתייחס אל הניטור מיום 29.5.2010 כניטור נוסף בו הייתה האטה עמוקה וממושכת בדופק העובר, אשר הצביעה על מצוקה עוברית.

#### 8. ההנחיות בשחרור מהאשפוז השני

במכתב השחרור מיום 30.5.2010 (נספח שא/8 למוצג ת/2) הונחתה התובעת לספור תנועות עובר כפי שהוסבר, להמשיך טיפול תרופתי, לנוח 10 ימים, לשוב לחדר לידה בהופעת צירים/ירידת מים/דימום ולהמשיך מעקב מרפאת סיכון גבוה פעם בשבוע.

ד"ר הורנשטיין, אשר סבר כי לא היה מקום לשחרור התובעת מאשפוז בנסיבות הספציפיות, סבר עוד, כי לכל הפחות, היה על הנתבעת ליידע את התובעת בדבר הסיכון המוגבר של עוברת ולכתוב במכתב השחרור, כי במקרה של העדר/ירידה בתחושת תנועות עובר, על התובעת לשוב מייד למיון (עמ' 49, ש' 21- עמ' 50, ש' 2).

פרופ' בליקשטיין נשאל בחקירתו הנגדית, כיצד היה צריך להנחות את התובעת בשחרור, והשיב כי היה צריך להסביר לה שהסימפטומים שלה חלפו ולאור זאת יכולה להשתחרר, לתת הנחיות מדויקות לגבי ספירת תנועות ולהגיד לה **שהיא בסיכון עוברי** (ראו: עמ' 125, ש' 6-1). כאשר נשאל פרופ' בליקשטיין על ידי בית המשפט מה הוא היה מסביר לתובעת, השיב: **"שאם יש לה ירידה בתנועות, תוע[א]ל הגברת לבוא מייד לבית חולים"** (עמ' 126, ש' 20-19). בהמשך נשאל שוב: **"האם נכון להגיד לה שהעובר שלה בסיכון מוגבר"**

**למצוקה?!" והשיב "כן"** (עמ' 127, ש' 8-6). כאשר נשאל, האם גם היה צורך לכתוב זאת במכתב השחרור, השיב: **"כתוב שהיא צריכה לחזור לבית חולים אם יש ירידה בתנועות. לספור תנועות שלוש פעמים ביום"**. נשאל שוב האם כתוב במכתב השחרור והשיב: **"הוסבר לה. כתוב גם שהוסבר לה, לא רק כתבו אלא גם כתוב שהוסבר לה ושהאישה הבינה"** (עמ' 128, ש' 14-22).

**דא עקא, כי הנחיה לשוב לבית החולים במקרה של ירידה בתנועות עובר לא נכתבה במכתב השחרור.**

ד"ר נצר העיד כי לא רשם שעל התובעת לחזור לבית החולים אם ישנה ירידה בתנועות עובר, אך הסביר לה לספור תנועות עובר (עמ' 80, ש' 20 – עמ' 81, ש' 6), ובאשר להנחיה להגיע למעקב אחת לשבוע, ציין כי מדובר בהנחיה סטנדרטית במחלקת היריון בסיכון גבוה (עמ' 79, ש' 18 – עמ' 80, ש' 1).

התובעת הצהירה כי לא קיבלה הסבר בדבר הסיכון המוגבר לעוברית שברחמה וכי הבינה מד"ר נצר, אשר הודיע לה על שחרורה מבית החולים, כי הבעיה ממנה סבלה – נפתרה (סעיף 11 לתצהיר עדותה הראשית, סומן ת/2). גם התובע, אשר נכח עמה בבוקר השחרור, אישר כי הצוות הרפואי לא יידע אותם בדבר הסיכונים בהם נתון העובר (עמ' 5, ש' 25-27).

התובעת העידה כי ד"ר נצר הוא שבדק אותה והוא אשר ביצע את שחרורה מבית החולים וכי ד"ר יעקבי, אשר חתום על מכתב השחרור, לא בדק אותה ביום השחרור ולא נתן לה הנחיות/הסברים (עמ' 12, ש' 4-5).

עדותה של התובעת הייתה מהימנה בעיניי. התובעת העידה על הדברים כהווייתם, גם כאשר לכאורה חלק מן הדברים עשויים היו להיות בעוכרה. היא הצהירה ואישרה כי הצוות הרפואי הסביר לה כיצד לספור תנועות עובר (עמ' 8, ש' 27 – 31), אולם באותה נשימה ציינה כי במהלך אשפוזה נאמר לה כי כאשר אינה מרגישה בתנועות, הבעיה היא בחוסר התחושה שלה ולא אצל העובר, והראיה שבניטורים שביצעו לה בזמן שלא חשה תנועות, נצפה דופק העובר (עמ' 7, ש' 27-30, עמ' 9, ש' 15-17).

גם עדותו של התובע הייתה אמינה ומשכנעת. התובע העיד על השתלשלות האירועים כהווייתם, על פי זכרונו וידיעותיו מבלי להוסיף או לגרוע, כאשר העיד מתי הדברים ידועים לו מידיעה אישית, כך למשל: בנוכחותו בשיחת השחרור מבית החולים, בה נמסר לתובעים כי הבעיה עם הכבד של רעייתו נפתרה ולא נשקפת סכנה לה ולעובר (עמ' 5, ש' 25-27), והעיד מתי הדברים נמסרו לו מפי רעייתו, כמו: ההסברים שקיבלה התובעת למעקב אחר תנועות העובר (עמ' 3, ש' 26 ואיל, עמ' 4, ש' 24-27).

עדותו של ד"ר נצר אף היא הותירה עליי רושם אמין. ניכר מעדותו של ד"ר נצר כי הוא העיד באשר לנסיבות כהווייתו, כאשר השיב לשאלות עליהן נשאל באופן ספונטאני ובהתאם

לידיעותיו. כך למשל העיד ד"ר נצר על הנהלים של בית החולים בשחרור ועל כך שלא הייתה התייחסות ספציפית לתובעת, על כך שלא זכור לו האם היה דיון באשר לקשיי התובעת לחוש בתנועות עובר לשחרורה (עמ' 63, ש' 23-5) וכי אין לו תשובה על כך שהאבחנה בדבר ריבוי מי שפיר הושמטה ממכתב השחרור (עמ' 77, ש' 19- עמ' 78, ש' 2).

באשר לעדותו של ד"ר יעקבי, אשר זומן מטעם הנתבעת למסירת העובדות הידועות לו מכוח תפקידו בבית החולים ובמחלקה בה טופלה התובעת (ולא כמומחה רפואי), הרי ששיתוף פעולתו בעת חקירתו הנגדית היה חלקי ולא נמנע מלהתחמק לסירוגין ממתן תשובות לשאלות עליהן נשאל, גם לאחר הערות חוזרות מצד בית המשפט.

המומחים הרפואיים מטעם שני הצדדים מסכימים, כי היה על הנתבעת למסור לתובעת את המידע בדבר הסיכון המוגבר בו היה נתון העובר ולהנחות את התובעת, בעל פה ובכתב, כי במצב של ירידה בתחושת התנועות, עליה להגיע ללא דיחוי לבית החולים.

פשיטא, שהנתבעת לא יידעה את התובעת כי העובר שברחמה מצוי בסיכון מוגבר למצוקה והציגה בפני התובעים מצג לפיו, הבעיה בכבד ממנה סבלה התובעת נפתרה ולפיכך היא משתחררת מבית החולים.

כמו כן, הוכח כי הנתבעת לא הנחתה את התובעת בדבר החשיבות בירידה בתחושת תנועות עובר במצבה הנתון ובדבר חובתה לשוב לבית החולים בדחיפות במצב של ירידה בתחושת תנועות העובר. דברים אלה לא נאמרו לתובעת ולא נכתבו במסגרת ההמלצות במכתב השחרור.

זאת ועוד, בנסיבות העניין לא היה מקום לסמוך על תחושת תנועות העובר על ידי התובעת בביתה, ללא מעקב רפואי ראוי. התובעת העידה כי היו פעמים שחשה תנועות עובר ופעמים שלא חשה תנועות או שחשה בהן פחות, הן במהלך האשפוז, והן לאחר ששחררה לביתה. עדותה של התובעת כאמור מהימנה בעיני ועולה בקנה אחד עם התיעוד הרפואי הקיים.

מבחינת מכלול הראיות עולה, כי לא ניתן היה לסמוך על תחושת התנועות על ידי התובעת כמדד אמין ובלעדי לתנועת העובר ברחמה, ובמצב דברים זה לא היה מקום להסתמך רק על תחושות התובעת, ללא מעקב רפואי מתאים.

מכאן, ברי כי גם בהנחיות הנתבעת בשחרור התובעת מבית החולים, חרגה הנתבעת מסטנדרט זהירות סביר והתרשלה שעה שלא מסרה לתובעת את מלוא המידע בדבר הסיכון המוגבר בו נתון עובריה ובדבר הצורך בהגעה מיידית לבית חולים בכל מקרה של ירידה בתחושת תנועות העובר.

התנהלות זו של הנתבעת יש בה גם כדי לבסס פגיעה באוטונומיה ולכך אדרש בהמשך.

## 9. סיכום ביניים בשאלת החבות

לאחר בחינת מכלול הנסיבות, הגעתי לכלל מסקנה כי הנתבעת התרשלה שעה ששחררה את התובעת מאשפוז והנחתה אותה לביצוע ניטור עוברי אחת לשבוע.

שוכנעתי מחוות דעתו של ד"ר הורנשטיין, כמו גם מחקירתו ומן הספרות הרפואית, כי הנתונים הספציפיים של התובעת חייבו את המשך אשפוזה, לשם ביצוע ניטור תכוף, כשם שפעל בית החולים עובר לשחרורה וכי ניטור התובעת 3 פעמים ביממה, בנוסף לניטורים בעקבות תלונותיה על ירידה בתנועות עובר, היה בו, ברמת סבירות גבוהה, לאתר מצוקה עוברית ולהציל את העובר.

על כן, שוכנעתי כי שחרורה של התובעת מבית החולים היווה חריגה מסטנדרט הזהירות הסביר [השוו: ע"א 2299/03 מדינת ישראל נ' טרלובסקי (פורסם בבנו) [23.1.2007]].

## 10. קשר סיבתי בין ההתרשלות לנזק

## קשר סיבתי עובדתי

בהודעה על לידת עובר מת שנרשמה בבית החולים רמב"ם מיום 3.6.2010 (נספח שא/13 למוצג ת/2) (להלן: "הודעה על לידת עובר"), נכתב תחת סיבת המוות: "כולסטזיס בהיריון – סיבה נלווית, לא ידוע מה גרם ל – TUF".

בדו"ח נתיחה של גופת התינוקת מיום 6.6.2010 (נספח שא/13 למוצג ת/2), צוין כי לא נמצאו מומים בגופה וכי איבריה מתאימים להריון בשבוע 34, כי נמצאו שינויים אוטוליטיים וכי הודגם גודש של איברים פנימיים עם קרישי דם במעטפת הלב ובראות; צביעה היסטולוגית של שרירי הלב והכבד של התינוקת הייתה שלילית (להלן: "דו"ח הנתיחה").

אין מחלוקת כי העוברית נפטרה כתוצאה מתסמונת הכולסטזיס בה לקתה התובעת (כאמור בחוות דעת המומחים הרפואיים). אמנם, מנגנון הפטירה וסיבת המוות כתוצאה מ-ICP אינה ידועה, כפי שהעידו המומחים הרפואיים, אך מוסכם כי מות העובר הינו עקב תסמונת ה-ICP.

כאמור לעיל, הוכח כי במקרים של כולסטזיס ישנו סיכון מוגבר למוות עוברי תוך רחמי, וכי ישנה סבירות גבוהה (כ-30%) להתרחשות מצוקה עוברית הקודמת למות העובר.

בבואנו לענות לשאלה האם אלמלא התרשלה הנתבעת, פטירת העוברית לא הייתה מתרחשת, נדרשים אנו לחזות לאחור את הסתברות ההתרשלות.



ד"ר הורנשטיין העיד כי יש להניח כי למוות העוברי קדמה הידרדרות, אותה ניתן היה לאבחן בניטור מתאים. לדעתו, אילו הייתה התובעת נשאת באשפוז ומנוטרת 3 פעמים ביממה, הרי שאחד מן הניטורים הללו או ניטור אחר שהיה מבוצע לאור תלונות התובעת על ירידה בתנועות עובר, היה מזהה את ההידרדרות במצב וניתן היה לחלץ את העובר (עמ' 13 לחוות דעת הורנשטיין, עמ' 37 לפרוטוקול, ש' 18-23).

ההנחה בדבר קיומה של מצוקה עוברית אשר קדמה לפטירת העובר מתבססת על כך שבפרק הזמן של פחות מ- 48 שעות ממועד שחרורה של התובעת מבית החולים ועד לגילוי העדר דופק אצל העובר, חשה התובעת בירידה בתנועות עובר, עד למצב של העדר תנועות, כפי שהצהירה התובעת.

כאשר נשאל ד"ר הורנשטיין, על כך כי גם במצב בו מבוצעים ניטורים בתכיפות של 3 פעמים ביממה, קיימת סבירות למוות פתאומי של העובר בין הניטורים, הוא לא נשאל מהי הסבירות באחוזים לתרחיש מעין זה וציין כי ישנו ספקטרום של מקרים במצב של ICP (ראו: עמ' 24, ש' 15 – עמ' 25, ש' 1) כאשר לדבריו, אילו הייתה התובעת נשאת בבית חולים ומנוטרת בתכיפות, תוך התייחסות לתלונותיה בדבר ירידה בתלונות עובר, הסבירות היא שהיו מזהים את המצוקה העוברית ויש סיכוי גדול ביותר שהתינוק היה ניצל (ראו: עמ' 45, ש' 7-9).

ד"ר הורנשטיין העיד כי השימוש במונח מוות "פתאומי" אינו נכון וכי בספרות הרפואית אין בנמצא דיווח על מקרים של מוות "פתאומי" כאבחנת "חרב" כלשונו, כאשר במצב של ICP המוות נגרם עקב אנוקסיה חריפה (להבדיל מאנוקסיה כרונית), כאשר ישנו תהליך היפוקסי המעיד על מצוקה עוברית העלולה להימשך שעה וחצי ואף יותר. במצב זה, בניטור מופיעים סימנים המעידים על מצוקה כאשר אחוז גבוה של העוברים מאובחנים כסובלים מתשניק. בחלק מהמקרים העוברים מתים, ובמקרים שבהם מגיבים בזמן העוברים שורדים (ראו: עמ' 23, ש' 16 – עמ' 24, ש' 14).

פרופ' בליקשטיין התייחס בחוות דעתו לאפשרות הסבירה כי הירידה בתנועות עובר שחשה התובעת מעת שחרורה מאשפוז, משקפת תהליך היפוקסי מתמשך והדרגתי ואילו הייתה חוזרת התובעת באותו ערב ומדווחת שאינה חשה בתנועות, הרי שאם הירידה בתחושת התנועות הייתה במקביל לתהליך ההיפוקסי, היה ניתן להציל את העובר אילו הייתה מגיעה מיד לבית החולים. בד בבד חיווה דעתו כי אם מות העובר היה פתאומי, לא ניתן היה להצילו (עמ' 7 לחוות דעת בליקשטיין).

בחוות דעתו מתייחס פרופ' בליקשטיין למות העובר בעקבות דום לב, כאשר לדבריו המוות הוא פתאומי. בספרות הרפואית אשר הוגשה מטעם התובעים, לרבות ספרות רפואית עליה נסמך פרופ' בליקשטיין (ת/9) עולה כי מות העובר במצב של ICP נגרם בעקבות אנוקסיה

חריפה (תהליך הפרעה בחמצון של תאים), כאשר פרופ' בליקשטיין מאשר בחקירתו כי אינה נגרמת בהכרח מדום לב (עמ' 142, ש' 19 – עמ' 143, ש' 2).

מחוות דעתו של פרופ' בליקשטיין, אנו למדים כי קיימת אפשרות סבירה כי ניתן היה לזהות את המצוקה העוברית ולהציל את העובר, במידה והתובעת הייתה מגיעה לבית החולים בעקבות הירידה שחשה בתנועות העובר.

הירידה בתנועות עובר שחשה התובעת בפועל שיקפה את ההליך ההיפוקסי ההדרגתי שקדם ככל הנראה למות העובר, אשר התרחש במהלך פחות מ- 48 שעות משחרורה מבית החולים רמב"ם.

בנדון דידן, עולה מחומר הראיות – חוות הדעת של המומחים מטעם הצדדים, הספרות הרפואית, תצהיר התובעת והתיעוד הרפואי – כי תהליך הירידה בתנועות עובר שחשה התובעת משחרורה מבית החולים ועד להעדר תחושות עובר ברחמה, שיקף את המצוקה העוברית אשר קדמה למות העובר, ואילולא שוחררה התובעת מבית החולים ניתן היה לבצע ניטור בתכיפות ובהתאם לתלונותיה על ירידה בתנועות העובר וניתן היה למנוע את מות העוברית שברחמה.

לפיכך, מתקיים בענייננו קשר סיבתי עובדתי בין ההתרשלות לבין הנזק.

### **קשר סיבתי משפטי**

הוכח בענייננו, כי היה סיכון מוגבר למצוקה עוברית (בהסתברות של כ- 30%) וכי היה סיכון מוגבר למוות תוך רחמי, כאשר הנתבעת החליטה על שחרורה של התובעת מבלי ליידע אותה בדבר הסיכונים בהם נתון עובר. המומחים מטעם שני הצדדים העידו על כך שעוברת של התובעת היה בסיכון מוגבר למצוקה עקב תסמונת ה ICP וכי הסיכון נשאר על כנו גם כאשר הוחלט על שחרורה של התובעת מבית החולים.

כמו כן, הוכח כי במהלך אשפוזה של התובעת היו ניטורים לא תקינים אשר העידו על מצוקה עוברית, כאשר אלה היו צריכים להדליק "נורה אדומה" באשר להמשך מעקב אחר מצב העובר.

במצב דברים זה, בית החולים והצוות הרפואי אשר טיפל בתובעת יכול היה לצפות כי שחרור התובעת מאשפוז ללא מעקב תכוף אחר מצב העובר עלול להוביל לכך שתתרחש מצוקה עוברית אשר תוביל למות העובר.

פרופ' בליקשטיין טען כי מות העובר הינו פתאומי ואינו ניתן לחיזוי באמצעות המוניטור וכי אין אפשרות לנבא מצוקה עוברית ומשכך לא ניתן היה למנוע את מות העובר. סברתו של

פרופ' בליקשטיין אינה עולה בקנה אחד עם הצפיות המשפטיות, אשר לצורך קיומה אין אנו נדרשים לוודאות מוחלטת בדבר אופן התרחשות הנזק, אלא אך לצפי כי הנזק יכול היה להתרחש נוכח הסיכונים הקיימים והידועים, וזאת על פי מבחן מאזן ההסתברויות [השוו: [ת.א. \(מחוזי י-ם\) 4148/02 לבנה לוי נ' מרכז רפואי שערי צדק](#), [פורסם בנבו] פסקה 28 לפסק דינו של כב' השופט יצחק ענבר (5.12.2004)].

מן הספרות הרפואית, חוות דעתו וחקירתו של ד"ר הורנשטיין עולה כי מותו של עובר אינו מתרחש בפתאומיות והוא תוצאה של אנוקסיה חריפה אשר קודם לה תהליך של מצוקה עוברית.

גם פרופ' בליקשטיין העיד כי אין הכרח כי מותו של העובר ייגרם כתוצאה מדום לב ואישר כי ישנה אפשרות סבירה שלמות העובר קדם תהליך היפוקסי מתמשך, אשר התבטא בירידה בתנועות עובר אותה חשה התובעת, ושהיה בה כדי ללמד על מצוקת העובר.

ודוק: טענתו של פרופ' בליקשטיין, לפיה ההיזדרדרות במצב יכולה להיות מהירה ופתאומית, מגבירה את הצורך בנקיטת משנה זהירות למניעת הסיכון למצוקה עוברית ולמוות תוך רחמי, ומשכך, שחרור התובעת מאשפוז במצב דברים זה, כאשר הסיכונים ידועים לצוות הרפואי, מחייב הטלת אחריות על הנתבעת בגין התרשלותה.

בנדון דידן, נוכח ידיעת הצוות הרפואי באשר לסיכוני תסמונת הכולסטזיס ביחס לעובר ובאשר לסיכונים הספציפיים בהריונה של התובעת, בהתייחס לקשייה לעקוב אחר תנועות עובר ולניטורים אשר הדגימו האטות ממושכות בדופק העובר במהלך האשפוז, ברי שהיה על הנתבעת לצפות את התרחשותה של מצוקה עוברית אשר תחייב חילוץ מוקדם של העובר בהליך רפואי מיידי.

משכך, בנסיבות דן מתקיים גם קשר סיבתי משפטי בין ההתרשלות לנזק.

משהגעתי לכלל מסקנה כי התובעים הוכיחו את רשלנותה של הנתבעת, איני נדרשת לדון בשאלת הנזק הראייתי והעברת נטל השכנוע.

#### 11. **אשם תורם**

הנתבעת טוענת כי יש מקום לייחס לתובעת אשם תורם בשיעור של 100%, מאחר והתובעת לא חזרה מייד לבית החולים, בניגוד להנחיות הרופאים. אקדים ואומר כי אין בידי לקבל טענה זו.

הנתבעת סמכה את טענתה על כך שבקבלת התובעת בבית החולים ביום 1.6.2010, נכתב בקבלה לאשפוז, כי לדברי התובעת "מאז שחרורה מציינת ירידה בתנועות עובר, כמו כן מציינת כי יום וחצי אינה מרגישה את העובר" (נספח שא/12 למוצג ת/2). נוכח רישום זה

טענה הנתבעת כי היה על התובעת לסור אל בית החולים עת לא חשה בתנועות עובר וכי השתהותה בביתה במשך זמן כה ממושך מבלי לחוש תנועות עובר, הביאה לכך כי לא ניתן היה למנוע את מות העובר בשלב בו הגיעה התובעת אל בית החולים.

לטענת הנתבעת, בכך שלא שבה התובעת לבית החולים עת הפסיקה לחוש תנועות עובר, פעלה בניגוד להנחיות הרופאים ובמצב דברים זה יש לנתק את הקשר הסיבתי בין ההתרשלות לנוזק.

התובעת התייחסה בתצהיר עדותה הראשית לרישום הנ"ל בקבלתה לאשפוז מיום 1.6.2010, כאשר לדבריה מדובר ברישום שגוי ודבריה לא הובנו כהלכה בשל סערת הרגשות בה הייתה נתונה, שעה שכבר התבשרה לאחר בדיקה במרפאה כי העובר שברחמה ללא דופק.

התובעת הצהירה כי כבר בטרם שחרורה מהאשפוז השני חשה מפעם לפעם בירידה בתנועות עובר וכי רק לפנות בוקר שקדם ליום 1.6.2010 לא חשה בתנועות העובר, ורק אז חשה כי משהו אינו כשורה. דבריה של התובעת נתמכו בסיכום הביקור במרפאה אליה הגיעה בבוקר יום 1.6.2010, בו נכתב: **"מזה 3 ימים ירידה בתנועות עובר אך מהלילה אינה מרגישה תנועות עובר..."** (נספח שא/11 למוצג ת/2).

בחקירתה הנגדית עומתה התובעת עם הרישום בקבלתה לבית החולים, לפיו לדבריה לא חשה תנועות עובר במשך יום וחצי והשיבה כי הגיעה יחד עם בעלה לבית החולים לאחר שנאמר לה כי איבדה את העובר שברחמה וכי לא אמרה כי לא חשה תנועות במשך יום וחצי. לדבריה, כאשר התעוררה באמצע הלילה ולא חשה את תנועות העובר סברה כי העובר שברחמה ישן וכי רק בשעות הבוקר משלא חשה את העובר ניגשה להיבדק במרפאה (ראו: עמ' 10, ש' 6-20).

עדותה של התובעת אף בהקשר זה יצרה עלי רושם אמין ומהימן ביותר, ודבריה מצאו ביטוי ברישום הרפואי שנערך מוקדם יותר, במרפאה, עת הגיעה לבדיקה לאחר שלא חשה תנועות עובר. זאת ועוד, ההסבר שניתן על ידי התובעת הינו הסבר הגיוני ומספק ויש בכוחו כדי לרפא את הפגם – אי ההתאמה ברישומים (ראו: יעקב קדמי **על הראיות**, חלק רביעי (מהדורה משולבת ומעודכנת, 2009), עמ' 1840).

הנתבעת התעלמה כליל מן הרישום בסיכום הביקור במרפאה, קודם הגעת התובעת לבית החולים והסתמכה אך על הרישום בגיליון הקבלה לאשפוז בבית החולים, כאשר ההסבר של התובעת בחקירתה, לא נסתר על ידי הנתבעת.

תחושותיה של התובעת באשר לתחושת תנועות העובר עת הייתה בביתה דמו למצב בו הייתה באשפוז, כאשר לא ניתנה לה הוראה לשוב לבית החולים בכל תחושה של ירידה בתנועות עובר. משכך, לא מצאתי כי יש לחייב את התובעת באשם תורם.

**12. נזקי התובעים**

אקדים ואציין, כי טענת הנתבעת כי סיכויי ההישרדות של העוברית מוערכים באחוזים בודדים נטענה בעלמא וללא כל ביסוס רפואי. העוברית הייתה בשבוע 33 עת אירע המוות התוך רחמי ובהתאם לדו"ח הנתיחה התאימה בגודלה לשבוע 34, כאשר לא נמצאו מומים בגופה. הנתבעת לא הוכיחה כי יילוד מוקדם בשבוע זה הינו בעל סיכויים נמוכים להולדתו של עובר בריא על רקע תסמונת ה- ICP. טענת הנתבעת כי ניתן ליילד אך בשבוע 38 כנטען בסיכומיה לא הוכחה ואף עומדת בניגוד לספרות הרפואית.

במאמר עליו נסמך פרופ' בליקשטיין משנת 2008 (מוצג ת/8) נכתב כי במקרים של כולסטזיס מומלץ ליילד לא יאוחר משבוע 37-38 ויילוד בשבוע 36 אם ישנה בשלות ריאתית, ואף יש לשקול יילוד מוקדם מכך במקרים חמורים של צהבת למשל. התזמון והסיכונים של יילוד, כך נכתב, צריכים להיבחן על בסיס אינדיבידואלי (עמ' 5784 למאמר).

הנתבעת לא הוכיחה מהם הסיכויים לפטירה/לקויות/סיבוכים (ואלו לקויות או סיבוכים) היו כרוכים ביילוד העוברית בשבוע ההיריון בו הייתה התובעת, ככל שכך היה נדרש לפעול, וטענות מעין אלה לא בוססו רפואית כנדרש. משכך, אין מקום לקבל טענת הנתבעת בדבר הפחתת הפיצוי לתובעים כאמור.

**הפסדי השתכרות**

טענות התובעת להפסדי שכר עקב ההפחתה הנטענת בשעות עבודתה, לתקופה שקדמה למועד האירוע נשוא התביעה דינה להידחות.

טענת התובעת באשר להפסדי שכרה לתקופת שלושת החודשים מאז הלידה, דינה אף היא להידחות. זאת, שכן התובעת קיבלה דמי לידה מהמוסד לביטוח לאומי.

טענת התובעת לקבלת פיצויים בגין הפסדי השכר שנגרמו לה בגין היעדרותה החלקיות מעבודתה במהלך החודשים ספטמבר ואוקטובר 2010, אף היא דינה להידחות. הטענה הועלתה בעלמא ללא כל הוכחה בצידה.

**הוצאות בגין בדיקות בהריון והוצאות נסיעה**

התובעים צירפו קבלות בגין בדיקות פרטיות שביצעה התובעת בהריון נשוא תביעה זו, בסך כולל של 3,162 ₪, בגינן יש לפצותם וכן ביקשו לפסוק להם הוצאות נסיעה לבדיקות, מבלי שהוצגו נתונים בדבר שיעור הוצאות אלה. מאחר והדעת נותנת כי לתובעים היו עלויות הכרוכות בנסיעות, הנני פוסקת לתובעים פיצוי גלובאלי בגין רכיב הוצאות הנסיעה, וסך כל הפיצוי בגין פריט זה (בדיקות ונסיעות) יעמוד על סך של 5,000 ₪, נכון להיום.

עזרת צד ג'

התובעת נזקקה לעזרה במהלך ההיריון עקב היותה ב"שמירת הריון" וגם במשך תקופה נוספת לאחר האירוע הטראגי נשוא תביעה זו, במהלכה התקשתה התובעת בתפקוד רגיל.

אמנם, התובעת לא צירפה הוכחות ממשיות בגין הוצאותיה הנטענות. ברם, מקובלות עלי טענותיה כי בתקופה שלאחר הלידה ולמשך כשלושה חודשים, נזקקה לעזרה מוגברת מאמה וכן מבן זוגה לנוכח המצב הקשה בו הייתה נתונה בעקבות אובדן העוברית ברחמה.

על כן, בגין ראש נזק זה הנני פוסקת לתובעת על דרך האומדנא פיצוי בסך של 5,000 ₪.

הפגיעה באוטונומיה

בין שופטי בית המשפט העליון ניטשת מחלוקת נרחבת, הן בשאלת סיווגה של הפגיעה באוטונומיה כעוולה חוקתית-עצמאית או כראש נזק עצמאי ונפרד בגדרן של העוולות הקיימות (עוולת הרשלנות או העוולה של הפרת חובה חקוקה), והן בשאלת היחס בין הפגיעה באוטונומיה לבין ראשי נזק אחרים, והדרך לפיצוי בגינה. [ראו: [ע"א 2781/93, מיאסה עלי דעקה נ' בית החולים "כרמל", חיפה](#) [פורסם בנבו] (29.8.99); [ע"א 9817/02, נחום וינשטיין נ' ד"ר דוד ברגמן](#) [פורסם בנבו] (16.6.05); [ע"א 8126/07, עזבון המנוחה ברוריה צבי נ' בית החולים ביקור חולים](#) [פורסם בנבו] (3.1.10); [ע"א 9936/07, 10611/07, מאיה, צביה ודני בן דוד נ' ד"ר אייל ענטבי](#) [פורסם בנבו] (22.2.11); [ע"א 4576/08, 5019/08, ליה בן-צבי נ' פרופ' יהודה היס](#) [פורסם בנבו] (7.7.11); [ע"א 10085/08, 6339/09, ע"א 7607/09, תנובה נ' עזבון המנוח תופיק ראבי ז"ל](#) [פורסם בנבו] (4.12.11); [ע"א 980/09, דנה ושמעון יורמן נ' פרופ' שלמה משיח](#) [פורסם בנבו] (15.3.12); [ע"א 6153/97, יובל שטנדל נ' פרופ' יעקב שדה, פ"ד נ\(4\), \(746\) ו- ע"א 1303/09 קדוש נ' בית החולים ביקור חולים](#) [פורסם בנבו] (5.3.2012)].

טרם נתגבשה הלכה ברורה של בית המשפט העליון המכירה בפגיעה באוטונומיה כעוולה חוקתית חדשה יציר הפסיקה, המקימה עילת תביעה עצמאית. ואילו, בשאלת היחס בין הפגיעה באוטונומיה לבין ראשי נזק אחרים, בפסיקת בית המשפט העליון דהאידינא מסתמן רוב לעמדת כבוד השופט ריבלין, שלא ראה כל מניעה לפסוק בגין פגיעה באוטונומיה **בנוסף ובמצטבר** לפיצוי על נזק בלתי ממוני של סבל, זעזוע ועוגמת נפש.

נוכח ההכרה בזכות לפיצוי בגין הפגיעה באוטונומיה, ועל מנת לשקף את החשיבות שמעניקה שיטת המשפט לאינטרס החוקתי של הנפגע, במסגרת העוולות הקיימות, החלו בתי המשפט בהדרגה לפסוק פיצויים משמעותיים בגין הפגיעה באוטונומיה, בהתאם לחומרת ולעוצמת הפגיעה במקרה הנתון. במקרים המפורטים לעיל, בהם נושא הבחירה היה **טיפול רפואי** והפגיעה התרחשה בדרך של הפרת חובת הגילוי, ובהתחשב בהיקף

הפגיעה, נפסקו פיצויים בסכומים של 150,000 ₪, 200,000 ₪ ואפילו 250,000 ₪. [ראו גם פסק דינה של כב' השופט יעל וילנר ב**ת.א. (מח' חיפה) 800/06 ש.ח.ח. ואח' נ. פרופ' אריה הרמן ואח'** [פורסם בנבו] (26.6.11)].

על כן, ולענייננו, פשיטא שאין כל מניעה לפסוק פיצוי בגין הפגיעה באוטונומיה, בנוסף לנזקים הנפסקים במסגרת הרשלנות בטיפול הרפואי. [לדיון המורחב בעניין זה, ראו: **ת.א. (שלום חיפה) 1062-01-11 ג.ב. נ' ש.א.** [פורסם בנבו] (16.5.2013)].

המומחים הרפואיים מטעם הצדדים, הן ד"ר הורנשטיין והן פרופ' בליקשטיין חיוו דעתם, כי היה על הנתבעת למסור לתובעת מידע בדבר הסיכון בו נתון העובר ואין חולק כי הנתבעת לא עשתה כן. על כן, ברי כי הנתבעת הפרה את חובת הגילוי כלפי התובעים, שעה שלא מסרה להם את המידע הרפואי המלא בדבר מצבה של התובעת ובדבר הסיכון המוגבר בו נתון העובר שברחמה, נוכח תסמונת הכולסטזיס ונוכח ההאטות הממושכות שנצפו בחלק מן הניטורים. הנתבעת לא פירשה בפני התובעים את הסיכונים בהם נתון העובר ואת משמעותם של סיכונים אלה, הגם שאלה היו בידיעתה. בכך, הנתבעת שללה מהתובעים את זכות הבחירה בדרך הטיפול שהיו ממשיכים בה אם היו מודעים לסיכון בו הייתה נתונה העוברית.

בקביעת גובה הפיצוי בגין הפגיעה באוטונומיה יש להתחשב בחומרת ועוצמת הפגיעה באוטונומיה של התובעים. להשקפתי, **חומרת** הפגיעה באוטונומיה **ועוצמתה** נקבעות על פי סוג נושא הבחירה, היקף וטיב הפגיעה באוטונומיה ודרך הפגיעה באוטונומיה. [ראו **ת.א. (שלום חיפה) 1062-01-11 ג.ב. נ' ש.א.** [פורסם בנבו] (16.5.2013)].

בנידון דידן עוסקים אנו בפגיעה באוטונומיה שאין להמעט בעוצמתה ובחומרתה. לא זו אף זו: בענייננו, אין צורך בדמיון רב כדי לשער את חומרתה המיוחדת של תוצאת הפגיעה. שלילת זכות הבחירה מן התובעים על ידי הפרת חובת הגילוי במסגרת הטיפול הרפואי שניתן לתובעת, גרמה לפגיעה קשה ביותר בתובעים (אובדן העוברית).

בהינתן חומרת ועוצמת הפגיעה באוטונומיה של התובעים, ובהינתן מידת ועוצמת "התחושות השליליות" (העצב, הכאב, הסבל, הזעם והכעס) עליהן עמדתי לעיל, ועל יסוד התרשמותי והערכת מכלול נסיבות העניין, ראוי לפסוק לתובעים פיצוי משמעותי בגין הפגיעה באוטונומיה.

הנזק האחר – "תחושות שליליות" (נזק לא ממוני)

ב- **ע"א 754/05 לבנה לוי נ' מרכז רפואי שערי צדק, פ"ד סב(2) 218 (2007)** (להלן: "**פרשת לבנה**"), הכיר בית המשפט העליון בזכות ההורים לתבוע פיצוי בגין הנזק הלא ממוני וסבלם של ההורים שאיבדו עוברם בעקבות רשלנות המוסד הרפואי.

בקביעתו של סכום הפיצוי לו זכאים התובעים בגין הנזק הנדון, יש להתחשב בכך שהמדובר בנזק המייצג היבטים שונים והשלכות שונות של מות העובר. תיתכן אף הבחנה בין האישה לאיש בקביעת סכום הפיצוי בגין נזק זה, כשבסופו של יום שומת הנזק תתבצע בכל מקרה ומקרה על-פי נסיבותיו (ראו: **פרשת לבנה**).

מעדותם האמינה של התובעים בפניי התרשמתי, כי מותה של העוברית גרם להם סבל רב, עצב, זעזוע ותסכול עמוקים, כעס עז ועוגמת נפש קשה. התובעים אף נאלצו להתמודד עם הקושי והכאב שבנתיחת גופת התינוקת שנולדה ללא רוח חיים. אין צורך בדמיון רב כדי לשער את רגעי העצב והכאב שחוו התובעים, אשר ילוו אותם כל ימי חייהם.

באשר לתובעת עצמה, ובנוסף לסבלה המתואר לעיל, אין צורך בדמיון רב כדי לשער את רגעי הסבל שהתובעת חוותה לנוכח פטירת העוברית ברחמה כשטבורה קשור לשלייתה, ואת הקושי והכאב הפיסי והנפשי אותם נאלצה לחוות עת עברה תהליך לידה ארוך וכואב, אשר היה כרוך בצירי לידה כואבים וממושכים, ביודעה כי בסופו לא תאחז בתינוקת אשר גדלה ברחמה.

פשיטא, שמצד אחר אין להתעלם מהעובדה כי בסופו של דבר ההורים לא איבדו את היכולת להביא ילדים לעולם, ובפועל נולדו להם שתי ילדות לאחר האירועים נשוא התביעה ובתוך פרקי זמן קצרים.

#### גובה הפיצוי בגין הנזק הלא ממוני והפגיעה באוטונומיה

בנסיבות, ראיתי לפסוק, בגין הפגיעה באוטונומיה ו"התחושות השליליות", על דרך האומדנא, לתובעת סכום של 500,000 ₪, ולתובע סכום של 400,000 ₪.

מכאן, סך נזקי התובעים עומד על 910,000 ₪.

#### לסיכום

אשר על כן, הנני מחייבת את הנתבעת לשלם לתובעים סך של 910,000 ₪, וכן סך של 216,000 ₪ בגין הוצאות משפט.

הסכומים ישולמו תוך 30 יום מהיום, שאם לא כן ישאו הפרשי הצמדה וריבית כדין מהיום ועד התשלום המלא בפועל.

**מזכירות בית המשפט תמציא פסק הדין לצדדים.**



ניתן היום, כ"ו סיון תשע"ג, 04 יוני 2013, בהעדר הצדדים.

נסרין עדוי 54678313

נוסח מסמך זה כפוף לשינויי ניסוח ועריכה

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