בית משפט השלום ברמלה

ת"א 63519-11-16

בפני כבוד השופט, סגן הנשיאה מנחם מזרחי

תובעים:	**1. עזבון המנוח פלוני ז"ל (באמצעות יורשיו)** **2. אלמוני – אביו של המנוח** **3. אלמונית – אמו של המנוח** **באמצעות ב"כ עוה"ד אורי ענבר ודנה יהלומי**

נגד

נתבעת:	**מדינת ישראל-משרד הבריאות** **(בית-החולים תל-השומר - שיבא)** **באמצעות ב"כ עוה"ד מירה וינברגן ונופר ביטון סהר- סטובצקי, משרד עו"ד**

צדדים שלישיים:	**1. אלמוני – אביו של המנוח** **2. אלמונית – אמו של המנוח**

<u>פסק – דין</u>

תביעה בטענה לרשלנות רפואית אשר גרמה למותו של אדם.

<u>א. כללי:</u>

המנוח, שעזבונו בא בנעליו, בנם של התובעים 2 ו – 3 נולד בשנת 1993 ומצא את מותו בתאריך 2.5.2015, במהלך ניתוח שעבר בבית-החולים תל-השומר שיבא, השייך לנתבעת והממומן על-ידה.

המנוח סבל מתסמונת מולדת ע"ש **"קרוזון" (CROUZON)** הגורמת לעיוות במבנה ומראה הפנים, בין השאר, לבליטת עיניים, ללחץ תוך גולגולתי, כל זאת עקב סגירה מוקדמת של תפרי הגולגולת, שאינה מאפשרת את גדילת המוח בהתאמה לגדילת מבנה הגולגולת.

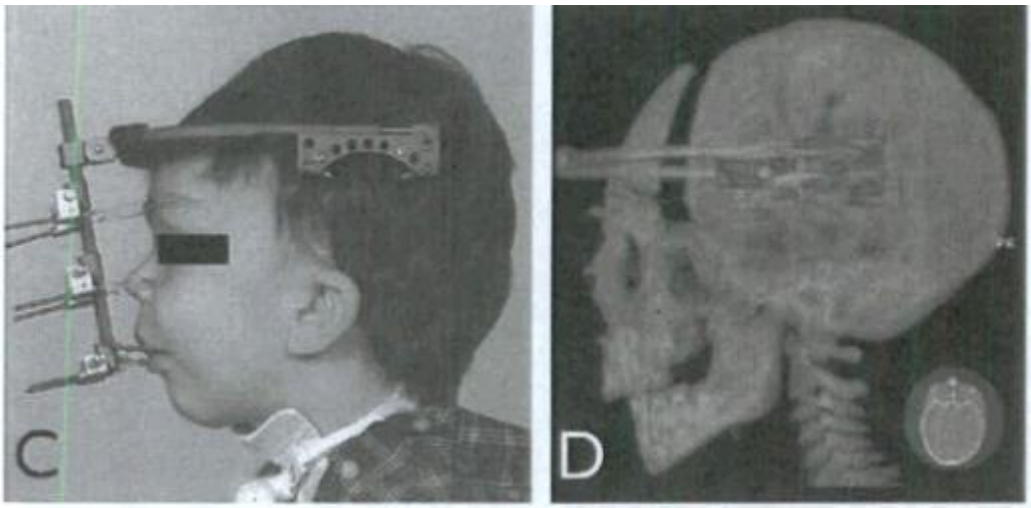
אותה עת, היה המנוח **בגיר**, אך **חסוי** והוריו היו **אפוטרופסיו** בדין לפי החלטת בית-הדין השרעי מתאריך 4.6.14.

המנוח טופל במרפאת פה ולסת של בית-החולים.

המנוח יועד לעבור ניתוח שמכונה Distraction Osteogenesis **(DO)** בהרדמה מלאה, שמטרתו הכללית היא הזזת קדמת עצמות מרכז הפנים קדימה ביחס לבסיס הגולגולת.

באופן כללי, במסגרת הניתוח, מבצעים המנתחים שבר של עצמות הפנים והם מקדמים אותן אל החזית. לאחר מכן, מרכיבים על עצמות הגולגולת מכשירי מתיחה מיוחדים כדי ליצור מרחק בין העצמות. המכשירים מחוברים לעצמות הגולגולת (עצמות הרקה והקודקוד) בברגים מיוחדים, לאחר שמבוצע קידוח מתאים אל תוך עצם הגולגולת. לאחר הרכבת מכשיר המתיחה מבוצעת הזזה ידנית של המכשיר, כדי לקדם את מרכז הפנים.

להלן **תמונה כללית** להמחשה מתוך אחד המאמרים אשר צורפו לאחת מחוות הדעת.



באופן כללי תואר הניתוח הצפוי למנוח כך:

סיכום והמלצות כלליות

המלצה: טיפול אורטודנטי בו יושרו קשתות השיניים. תבוטל הצפיפות.
ניתוח מסוג DISTRACTION OSTEOGENESIS ברמת של LEFORT III, כלומר שבירה וקידום של מרכז הפנים.
המתיחה תתבצע על ידי מכשיר חיצוני מסוג RED II. וקיבועו עם מכשירי דיסטרקציה פנימיית של חברת KLS MARTIN, פרטים יימסרו בהמשך.
ייעוץ עיניים מקדים.

בתאריך 20.4.15 הוכנס המנוח לחדר ניתוח בבית-החולים והניתוח החל.

לקראת סיום הניתוח, **לאחר ביצוע הקידוחים והכנסת הברגים,** בטרם הורכבו המכשירים, מצא צוות המנתחים של הנתבעת, כי אישוניו של המנוח הורחבו באופן שעורר חשד, בין השאר, בדבר קיומו של דימום מוחי.

על כן, הניתוח הופסק ובוצע במנוח **ניתוח נוירוכירורגי דחוף**.

במסגרת הניתוח ובצילום CT, התגלה במוחו של המנוח **דימום תת-דוראלי**.

לאחר פתיחת הדורה בצורת צלב, התגלתה **המטומה תת-דוראלית**, אשר נשטפה והתגלה **דימום מהווריד הקורטיקלי** (הקדמי), **תחת האזור בו הונחו בורגי הקיבוע של המכשיר**.

לאחר הניתוח, הועבר המנוח להתאוששות, כאשר הוא מורדם ומונשם.

בתאריך 24.4.15 עדיין היה המנוח מורדם ומונשם, אישוניו מורחבים, הם לא הגיבו לאור, יציב המודינמי.

בתאריך 2.5.15 המנוח נפטר.

בדו"ח הנתיחה שלאחר המוות נרשם כי **בעצם הטמפוראלית** (עצם הרקה) משמאל **<u>נמצא בורג בולט כ – 1 מ"מ מעבר לקורטקס הפנימי של העצם.</u>**

להלן הדוח:

לפי בקשת המשפחה בוצע פתיחת גולגולת בלבד.
בהסרת עור הקרקפת בגולגולת הפריאטלית השמאלית נמצא אזור דמם טרי ומתחתיו אזור של חוסר עצם טמפורו-פריאטלי בשטח של 8 X 12 ס"מ שנשלחה בנפרד בשקית מסומנת במדבקת הנפטר.
בבדיקת העצם נמצא בורג בולט כ- 1 מ"מ מעבר לקורטקס הפנימי של העצם. מתחת לאיזור הנ"ל

נראה כי **באופן בסיסי**, אין בין הצדדים מחלוקת של ממש ביחס להשתלשלות האירועים שתוארה לעיל.

ב. טענות התביעה:

בקליפת אגוז, התובעים טוענים, כי רופאי בית-החולים של הנתבעת גרמו ברשלנותם למותו של המנוח.

עיקר הטענות של התובעים הן כדלקמן:

ראשית, לא נוהל רישום רפואי כפי הנדרש.

שנית, הרשומות הרפואיות המצויות לקויות.

שלישית, אין לראות **פענוח** של בדיקת צילומי ה – CT, אשר היה צריך להתבצע עובר לניתוח, שמטרתו קביעת **עובי** הגולגולת של המנוח לשם תכנון הקידוח וקביעת אורך הברגים לשימוש.

רביעית, הניתוח לא תוכנן לפרטיו כנדרש. כך, למשל, לא נערכה התייעצות עם רופאים רלוונטיים בתחומים שונים, כגון עם נוירוכירורג, בטרם הניתוח.

חמישית, המנוח היה חסוי ולפיכך הוא לא היה רשאי לתת הסכמה כדין לביצוע הניתוח ואף הוריו, אפוטרופסיו, לא מסרו הסכמה מדעת שכזו.

שישית, אין בנמצא טופס הסכמה לניתוח ולא הוסברו למנוח או להוריו הסיכונים והסיכויים, שבניתוח ובפרט הסיכון לחדירה אל קרום הדורה, דימום תוך מוחי ומוות.

שביעית, ערנות סבירה של הרופא המרדים הייתה יכולה לזהות את הלחץ התוך גולגלתי של המנוח.

שמינית, בעת הניתוח נעשה שימוש רשלני במקדחה בלא שימוש בבלם (סטופר) אשר ימנע חדירה עמוקה - קידוח עמוק יותר - ולפיכך **הקידוח גרם לדימום** התוך גולגלתי ולמוות.

תשיעית, האירוע והנזק מתיישבים יותר עם רשלנות מאשר עם העדרה.

ג. טענות ההגנה:

הנתבעת דוחה את טענות התובעים.

לפי כתב-ההגנה המתוקן נטענו עיקרי הדברים הבאים:

ראשית, המנוח סבל מתסמונת "קרוזון", והוא אחד מחמישה אחים הסובלים מתסמונת זו. אחותו, הסובלת מאותה תסמונת, טופלה אף היא באותו בית-החולים ועברה ניתוח תיקון דומה, שהסתיים בהצלחה. על רקע הצלחת אחותו, ביקשו המנוח והוריו כי המנוח יעבור את אותו ניתוח.

המנוח לווה בידי הוריו, במיוחד בידי באמו, בכל השלבים המקדמיים לקראת הניתוח – החל מן הבדיקות הראשוניות בבית-החולים, דרך ההיערכות לקראת הניתוח וקניית ציוד המתיחה, דרך הניתוח עצמו והוא והוריו היו מודעים למלוא הסיכויים ולסיכונים שהוסברו להם באופן שוטף.

שנית, המנוח חתם על טופס הסכמה ביודעין, כאשר הוא מודע לכל הסיכונים והסיכויים לאחר שאלו הוסברו לו כדין.

שלישית, צוות בית-החולים לא ידע שהמנוח חסוי.

הייתה זו חובתם של ההורים ליידע את בית-החולים כי המנוח חסוי.

עניינו לא הקים לצוות בית-החולים חובת בירור אקטיבית בעניין זה.

נכותו הקוגניטיבית של המנוח הייתה קלה ולא ניתנת לזיהוי.

המנוח חתם על טופס הסכמה בהתאם לדין. אין מדובר בניתוח שגרתי שבו מספקים הסבר במועד מקדמי אחד – הוא מועד החתימה על הטופס - אלא זהו תהליך ארוך של ליווי ומתן הסברים והורי המנוח והמנוח קיבלו את כל ההסברים הרלוונטיים בטרם הניתוח והועמדו על כלל הסיכונים.

רביעית, בטרם הניתוח נערכה למנוח הערכה רפואית מלאה.

חמישית, בטרם הניתוח נערכו למנוח בדיקות רבות ובכללן צילום CT לבדיקת מבנה ועובי הגולגולת. צילום ה – CT פוענח.

שישית, בטרם הניתוח נערכה אודות הניתוח הצפוי התייעצות בידי צוות רופאים בכירים.

שביעית, אכן, בתאריך 20.4.15 בוצע הניתוח.

במהלך הניתוח הופרדו הרקמות לצורך ניתוח מרכז הפנים.

הורכבו המכשירים (הדיסטרקטורים) על העצמות הטמפורליות.

אובחנה הרחבת אישונים והניתוח פסק.

בבדיקת CT אובחנה איסכמיה מוחית.

נערך ניתוח נוירוכירורגי, אשר גילה דימום תת-דוראלי.

המנוח נפטר בתאריך 2.5.15.

שמינית, התברר, בדיעבד, כי בעת הרכבת הדיסטרקטורים חדר אחד הברגים לקופסת הגולגולת ובשל הלחץ התוך גולגולתי הבלתי צפוי, נפגעה רקמת המוח.

נטען כי זהו אחד הסיכונים המוכרים של הניתוח מן הסוג הזה, וזהו סיכון שפורט בטופס ההסכמה. עצם התרחשותו של הסיכון המובנה אינה מעידה על רשלנות.

תשיעית, הטיפול שניתן למנוח היה הולם ולפי סטנדרטים של התנהלות רפואית, מקצועית ראויה.

עשירית, הנזק שנגרם היה עקב סיבוך נדיר, אך מוכר, שיכול לקרות חרף נקיטה בכל כללי הזהירות והטיפול המקצועיים, הזהירים והמיומנים שניתנו למנוח.

ד. דיון – האחריות – שאלת הרשלנות:

בבית-המשפט העידו מומחים שונים וכל צד בסיכומיו נאחז בעדות מומחיו לקביעת ממצאים של עובדה. ואלו הם:

(1). פרופ' אבינועם שפר, מטעם התובעים:

(א). במסגרת חוות דעתו סקר המומחה את ממצאי הנתיחה הפתולוגית.

הוא הגיע למסקנה, כי למנוח נגרמה בצקת מוחית.

חיווה דעה, כי חולי תסמונת קרוזון הינם בעלי סיכון יתר לפתח לחץ תוך גולגולתי מוגבר ולטענתו עניין זה לא הובא בחשבון במסגרת תכנון הניתוח. בעניין זה חיווה דעה כי "**גרימת עליה זו בלחץ התוך גולגלתי היא שהביאה למות של...**".

חיווה דעה **שאמנם הבורג עצמו, שנמצא מוברג בגולגולת לא יכול היה לגרום לדימום**, אך **סביר להניח שהדמם נגרם עקב הקידוח ש"חדר שלא במתכוון לעומק רקמת המוח...**" ועניין זה אירע עקב שימוש לא זהיר במקדחה.

(ב). פרופ' אבינועם שפר מסר עדות ונחקר על חוות דעתו (עמוד 12 שורה 9 והלאה).

כפי שיצוין ביחס לפרופ' ליפא בודנר בהמשך הדיון, **התברר שמומחה זה מעולם לא ביצע ניתוח כדוגמת הניתוח שאותו ביקר בחוות דעתו**, ולמעט בתקופת התמחותו בשנים **87 – 90** הוא **לא נכח** בניתוח שכזה (עמוד 12 שורה 22 והלאה) וגם אז דובר על **ניתוח שונה** (עמוד 13 שורה 1 והלאה, שורה 8).

בכל הכבוד, לא התרשמתי כי ניתן לסמוך על מומחיותו ו/או בקיאותו **בניתוח המדובר**, באופן המאפשר לקבוע ממצאים לפי חוות דעתו, ואכן הוא **לא התמצא בפרטיו הבסיסיים של הניתוח** שעבר המנוח (עמוד 13 שורה 16).

על כן, **די בכך** כדי שלא לקבל את חוות דעתו **ככל שהיא מתיימרת לחוות דעה אודות הניתוח עצמו ולבקר את אופן ביצועו.**

בכל הקשור למנגנון המוות, הרי שאין חולק גם לפי עדותו, כי **<u>הבורג המדובר לא פגע ברקמת המוח</u>** (עמוד 14 שורה 22) הגם **ששיער/העריך** כי יתכן והבורג פגע בכלי דם (עמוד 15 שורה 2 והלאה) ולא התרשמתי מתוך עדותו, כי הערכתו או השערתו לבשה לבוש ראייתי, מקצועי מוצק יותר.

אני סבור שאין ללמוד מהמקרה, שהוצג במאמר שאליו הפנה בדרך של היקש אל המקדחה במקרנו (עמוד 18 שורה 1 והלאה).

בנוסף, **אין לדעת על אילו מסמכים סמך את ידו**, שכן ציין בפתיח לחוות דעתו: "בכתיבת חוות דעתי הסתמכתי על **המסמכים הרפואיים הרלבנטיים**, אשר הועברו לעיוני על-ידי עורך-הדין..." **מבלי שפירט מה הם**, כך שלא ניתן לעקוב אחר בסיס הנתונים שעמד בפניו או לבקר את חוות דעתו ובכך נפל בה פגם נוסף שאינו מאפשר לקבלה (עמוד 24 שורה 2 והלאה).

ניתן לומר שכל כולה של חוות דעתו נסמכת על זו של פרופ' ליפא בודנר, שאליה אתייחס בהמשך, והיא נעדרת תמך מקצועי עצמאי.

מעבר לכך, למעשה חוות דעתו היא העתקה של מסקנותיו של פרופ' ליפא בודנר ואין לה יתרון מיוחד כשהיא עומדת בפני עצמה.

על כן, אני קובע, כי אין בחוות דעתו או בעדותו שאיני מקבלן כל ראיה המוסיפה משקל ראייתי של ממש לזירת המחלוקת בתיק זה.

על כן, אני דוחה את חוות דעתו ואת עדותו.

<u>(2). פרופ' ליפא בודנר, מטעם התובעים</u>:

(א). פענוח צילום ה - CT:

לפי חוות דעתו, אין לראות ברשומות הרפואיות את צילומי ה – CT "אליהם הופנה ביום **1.4.14** כהכנה לקראת ניתוח DO". ואולם, כפי שנראה בהמשך נפל המומחה לשגגה, שכן לא נעשתה בדיקת CT ביום **1.4.14**, אלא זהו תאריך **ההפניה** אל בדיקה שנערכה מאוחר יותר **- וזו אכן קיימת גם קיימת.**

מנגד, יש ממש בטענתו שלפיה "אין לראות כל רישום לגבי **המשמעות** של הממצאים בצילום ה – CT". כלומר, אמנם בדיקת ה – CT **גופה קיימת**, אך אין מסמך המלמד על **פענוח** הצילום והמתאר את תוצאותיו ובעיקר חשוב הדבר לקביעת הממצא אודות **עובי הגולגולת** במקום הקידוח המתוכנן.

יחד עם זאת אזכיר, כי בדיקת ה – CT קיימת וניתן לבחון אותה בדיעבד. ואכן, לפי חוות דעתו של המומחה, **מפענוח** צילום ה – CT עולה כי **עובי העצם הוא כ – 2 מ"מ**. ומכאן, במסגרת חוות דעתו, הציג את השאלה האם זהו עובי שדי בו להפעיל עליו את כוחות המכשירים – עניין שלטענתו היה חייב לפגוש תשובה המניחה את הדעת תוך תכנון מוקדם של הניתוח. לדבריו, אין למצוא בתיעוד הרפואי תשובה לעניין זה.

(ב). הסכמה:

המומחה התייחס לטענה, שלפיה לא הוסברו למנוח הסיכונים הכרוכים בניתוח.

עוד נטען, כי לא הוצגה בפני המנוח חלופה אפשרית אחרת לניתוח. במהלך עדותו נשאל המומחה אודות החלופות שאליהן התכוון, והשיב כי מדובר בהכנסת עצמות אל תוך רום הלחיים כדי להבליט אותם ובדרך זו להשקיע את העיניים.

דיון בעניין ההסכמה מדעת, ייערך בהמשך, אולם ברור שאין למומחה זה כל עדיפות של מומחה ככל שהיא נוגעת לממצאי **העובדה** הנוגעים לעניין שכזה, שהרי לא נכח במעמד החתימה וההסבר.

(ג). העדר תכנון והעדר היוועצות:

המומחה חיווה דעה ביחס לטענה של העדר תכנון של הניתוח והטיפול במנוח.

לפי חוות דעתו היה מצופה כי ניתוח שכזה יערך לאחר תכנון מוקדם קפדני ביותר המלווה ביועצים ממגוון רחב של תחומים. נטען, כי למיטב ידיעתו לא התקיימה ישיבת צוות מקצועית שכזו - צילומי ה – CT לא הוצגו בפני רדיולוג בכיר, והמנוח לא נבדק בידי נוירוכירורג בכיר.

בהמשך אראה, כי התקיימה ישיבה מקצועית, הניתוח תוכנן, הגם שניתן להציג מספר הסתייגויות ביחס לכך.

(ד). מרדים:

המומחה חיווה דעה, כי **המרדים** אמור היה להיות ערני למצבו של המנוח ולזהות את העלייה בלחץ התוך גולגלתי בשלב מוקדם מן השלב המאוחר שלחץ זה התגלה.

ואולם, יש להעיר כבר עתה, כי הטענה כלפי המרדים **חורגת מתחום מומחיותו** של מומחה זה, ואיש מבין הצדדים לא בחר להביא מומחה רלוונטי לעניין טענה זו.

(ה). מהלך הניתוח:

המומחה חיווה דעה, כי מהלך הניתוח היה כזה שהמכשיר חובר לעצם באמצעות בורגי 3 מ"מ.

לפי חוות דעת המומחה עובי העצם בקטע הרלוונטי הינו 2 מ"מ. לכן, סביר להניח, כפי שנמצא במהלך הנתיחה שלאחר המוות, שהבורג פרץ את העצם וחדר מעבר לקורטקס הפנימי באורך של 1 מ"מ.

מסקנתו של המומחה לעניין הניתוח עצמו היא ש"סביר להניח כי הנזק המוחי נגרם בעיקרו **עקב חדירה של המקדחה** לתוך רקמת המוח". לדבריו, "**ניתן היה למנוע את הדבר על-ידי שימוש בסטופר (בלם) המורכב על גבי המקדחה, אשר מגביל את חדירת המקדחה עד העומק הרצוי**".

בחוות דעתו המשלימה נמסר כדלקמן:

"**ידוע כי הדורה היא רקמה עבה מאוד ואפשר לחדור בעדה רק עם סקלפל או עם מקדחה.** מאחר ולא בוצעה חדירה עם סקלפל, **סביר להניח שהחדירה הייתה עם מקדחה**, שכן היו מספר קידוחים באזור. העובדה כי בורג קיבוע של הדיסטרקטור בלט פנימה, לתוך חלל המוח 1 מ"מ, מצביעה על כך שהעבודה הכירורגית לא נעשתה בזהירות הנדרשת.

הבורג, אשר בלט 1 מ"מ לתוך חלל המוח, **אמנם לא יכול בעצמו לגרום לנזק רב**, במיוחד משום שקצהו מעוגל. לכן, **סביר יותר כי הקידוח אשר קדם להחדרת הבורג, היה ללא בקרה נאותה (כמו למשל סטופר)** חדר שלא במתכוון לעומק רקמת המוח, פצע אותו והחל דימום מקומי איטי. הדימום התגלה רק כאשר קופסת המוח נפתחה על ידי הנוירוכירורגים".

בחוות דעתו המשלימה, התייחס מומחה התביעה לטענות מומחי הנתבעת: ביחס לטענה, כי אילו מעשה הקידוח הוא זה שגרם לדימום, היה מצופה לראות נוזל CSF, השיב כי "הדימום היה בתוך חלל הדורה והוא כלל לא נבדק על ידי צוות פה ולסת. פריצת הדורה על ידי מקדחה לא בהכרח תגרום לנזילת CSF, גם אם הייתה נזילה קלה, הצוות לא חשב על אפשרות כזו והיא לא נבדקה כלל".

ביחס לטענה כי עצם נוכחות הבורג לא גרמה לדימום השיב "**אני מוכן לקבל את הטענה כי עצם נוכחות הבורג לא גרמה לנזק.** אולם היא מעידה על העדר תכנון של אורך הברגים, אשר מבוסס כולו על מדידות מדויקות על גבי ה – CT, של עובי עצם הגולגולת עובר לביצוע הניתוח. מאחר ואין ברשומה הרפואית תרשומת של עובי העצם, בשלב ההכנה לניתוח, יש להניח כי הדבר לא נעשה. ביצוע ניתוח ללא תכנון מוקפד, היא הפרה בוטה של חובת הזהירות, ומוגדרת רשלנות".

ביחס לטענה, כי מנגנון הפגיעה היה עקב עלייה בלתי צפויה של הלחץ התוך גולגולתי, אשר הובילה ללחיצת הרקמה המוחית מבפנים אל הבורג ולפגיעה בה השיב, כי במצב של לחץ תוך גולגולתי רקמת המוח הייתה יכולה לנוע אל הפורמן מגנום (נקב העורף דרכו עובר חוט השדרה), הרבה לפני שהיא לוחצת לכיוון הבורג ולכן השערה שכזו אינה מקובלת עליו.

(ו). מסקנת המומחה:

מסקנתו של מומחה התביעה היא כי "הטיפול שבוצע, חורג מכל סטנדרט זהירות סביר ובניגוד למצופה מרופא סביר".

(ז). מומחה התביעה – מסקנות:

פרופ' ליפא בודנר העיד במשפט ואישר, כי הוא <u>מעולם לא ביצע</u> ניתוח דוגמת הניתוח שביחס אליו מסר את חוות דעתו (עמוד 46 שורה 7 והלאה).

יתירה מכך, הוא **<u>מעולם לא נכח</u>** בעת ניתוח שכזה (עמוד 47 שורה 21).

אכן, אין חולק בדבר מומחיותו, מקצועיותו של מומחה זה, כפי שאכן העיד (עמוד 48 שורה 1 והלאה) אך הסתבר, כי ביקורתו של פרופ' ליפא בודנר, **<u>ביחס לניתוח המדובר</u>,** היא של מי שמביט מן הצד אל הניתוח דרך משקפי המסמכים הרפואיים בלבד, תוך ניתוח תיאורטי, **ובלא כל ניסיון מעשי בניתוחים שכאלה**.

ניחא, מסר את חוות דעתו רק לפי המסמכים הרפואיים, אך בנוסף, הסתבר כי פרופ' ליפא בודנר **לא נחשף למספר מסמכים נוספים רלוונטיים** (עמוד 50 שורה 23 והלאה, עמוד 52 שורה 1 והלאה, שורה 6) שהיו קיימים בטרם מסר את חוות דעתו, כגון סיכום ביקור מתאריך 21.10.14 וסיכומי ביקור נוספים אודות המנוח והוא לא נחשף למצגת ההגנה (עמוד 61 שורה 11).

עוד הסתבר, כי הוא לא ראה את דוח ההסכמה לניתוח שעליו חתום המנוח (עמוד 54 שורה 13 והלאה).

בנסיבות אלה, כאשר מדובר **בניתוח מקצועי, מיוחד, שעבר הליך דינאמי של התפתחות מקצועית במהלך השנים,** בהחלט עדיפה בעיניי מומחיותו של מי אשר ביצע בעבר ומבצע את הניתוח המדובר תדיר – מומחה הנתבעת ד"ר עומרי אמודי.

על כן, אני דוחה את חוות דעתו ואת עדותו.

(3). ד"ר עומרי אמודי, מטעם הנתבעת:

(א). חוות הדעת:

בחוות דעתו, הוצגה התסמונת של המנוח ותואר הניתוח המדובר.

לדבריו, בטרם הניתוח בתאריך 2.4.15 נערכה למנוח בבדיקת CT רלוונטית.

הוא חיווה דעה, שלפיה למנוח ניתנו כל ההסברים אודות הניתוח "לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בו, כמפורט ברשומה ובטופס ההסכמה לניתוח".

הוא הפנה למידע שהתקבל מן המנתח, שלפיו בטרם הניתוח אכן התקיימה פגישת צוות בהשתתפות רופאים ומנתחים במחלקה - במסגרת הפגישה, המקרה הוצג בהרחבה, כולל כל הנתונים וצילומי ההדמיות של העצמות הרלוונטיות.

המומחה תיאר את גישת הניתוח. הוא מסר כי לאחר סגירת המבנה הגרמי ולפני הרכבת מכשיר המתיחה, בוצעה בדיקת אישונים ואובחנה הרחבת אישונים. לפיכך, הניתוח הופסק, המנוח הופנה לבדיקת CT מוח, במסגרתה אובחנה איסכמיה מוחית ולאחר מכן בוצע ניתוח נוירוכירורגי.

פירט אודות המידע שהתקבל מן הנתיחה שלאחר המוות.

חיווה דעה, כי הצוות הרפואי לא התרשל בתכנון הניתוח, נוכח תיעוד התכנית הטיפולית וישיבת הצוות שנערכה.

המומחה הסביר שבכל הקשור לעובי העצם - בעצם הפריאטלית (קדקוד) קיימים **עוביים שונים** וכי למנוח בוצעה בדיקת CT, שממצאיה הוצגו בפני הנוירו-רדיולוג עובר לניתוח.

לדבריו, "בדיקות ההדמיה מלמדות כי עובי העצמות המעורבות בניתוח נמדד כנדרש, והובא במסגרת השיקולים וההיערכות המתאימה לניתוח" (המומחה לא ציין מה היה העובי שנמדד).

הצוות המנתח נועץ בנוירו-רדיולוג "ולא ניתנה (וגם לא צריכה הייתה להינתן) שום הוראה מיוחדת עובר לניתוח ולא הייתה כל התווית נגד לביצועו".

המומחה חיווה דעה אודות ההסכמה לניתוח, פירט אודות ליווי ההורים, מסר שהוצגו להם חלופות לניתוח, תיאר את ההיערכות לניתוח, את הסיכונים והסיכויים והפנה אל טופס ההסכמה החתום.

המומחה אישר את קיומו של הסיבוך האפשרי של "פגיעה בדורה" והוסיף, כי "סיבוכים מסוג זה נכונים כמעט לכל ניתוח באזור הראש ו/או הצוואר...".

תיאר את שיעור הסיבוכים מן הניתוח והוסיף: "...**מכאן, שהסיבוך שקרה בניתוח זה הוא נדיר ביותר".**

ביחס לחלופות לניתוח, לדבריו, זהו הניתוח המומלץ ביותר לאור היותו הבטוח ביותר.

לדבריו: "מן המובא לעיל, הרי שבהתאם לספרות המקצועית, ביצוע הניתוח באמצעות מכשירי מתיחה תואם לפרקטיקה הרפואית המקובלת, ולמעשה כל אלטרנטיבה אחרת תחשב כפחות טובה עם סיכון ניתוחי מוגבר או הצלחה חלקית".

עוד הוסיף, כי הצוות הרפואי לא ידע ולא יכול היה לדעת כי למנוח מונה אפוטרופוס.

אזכר את הניתוח המוצלח של אחותו של המנוח, שקדם לניתוח דנן.

בכל הקשור לטענה, כי הפגיעה ברקמת המוח נגרמה מחדירה של מקדחה, אותה היה ניתן למנוע באמצעות שימוש ב"סטופר", השיב, כי הצוות המנתח היה ער לעובי העצם, וכי "**השימוש ב"סטופר" מקובל ומתאים לטיפולי שיניים במרפאות שיניים, ולא במסגרת מחלקות פנים ולסתות ונוירוכירורגיה, בניתוח כבעניינו,** ולאור השוני בעובי העצם בשדה הניתוחי, המנתח בוחן את עומק הקידוח הדרוש בהתבסס על נתוני ההדמיה, בשילוב עם הנתונים בזמן אמת ותוך הפעלת שיקול דעת".

העריך כי במקרה זה "בסבירות גבוהה מאוד, שהקידוח בוצע **באמצעות מקדח 4 מ"מ,** כנדרש וכמקובל בנסיבות המקרה".

ביחס לברגים הוסיף: "זאת ועוד, אורך הברגים בהם עושים שימוש לצורך קיבוע מכשירי המתיחה, נקבע בזמן הניתוח תוך בחינת ממצאי ה – CT בחדר ניתוח ועובי העצם המעורבת – **ולא ניתן לקבוע זאת מראש".**

המומחה התייחס להנחת פרופ' ליפא בודנר, שלפיה עובי העצם היה 2 מ"מ ואורך בורג הקיבוע היה 3 מ"מ, באופן המסביר לשיטת פרופ' ליפא בודנר את החדירה לקורטקס בת 1 מ"מ. תשובתו: "עם כל הכבוד הראוי, להנחה זו אין על מה להתבסס, שכן **בהתאם לבדיקות ההדמיה עובי העצם היה כ – 3 מ"מ, עובי הפלטה, המונחת כ"חוצץ" בין העצם, מכשיר המתיחה והבורג, הינו כ – 1 מ"מ. הבורג בו נעשה שימוש הינו באורך של 3 מ"מ. משמע אם הייתה חדירה לתוך הגולגולת הרי שהיא הייתה מינימאלית ביותר. כאמור, קצה הבורג הינו קהה על מנת למנוע פגיעה ברקמת המוח. פרופ' בודנר מציין כי "בבדיקה הפתולוגית, התברר כי אחד הברגים בולט לכיוון המוח כ – 1 מ"מ, אבל לא סביר כי בליטה כזו תגרום לנזק הנרחב לרקמת המוח...לו נגרמה הפגיעה ברקמת המוח כתוצאה מקדימה, היו נצפים מיד סימנים של פריצת דמם או CSF, ובנסיבות מקרה זה לא הייתה לכך עדות".**

המומחה הסביר **מה לדעתו התרחש** במקרה דנן: "מה שסביר יותר שארע בנסיבות מקרה זה הינו, כי **קצהו של הבורג אכן חדר את הגולגולת, אם כי במידה מינימאלית בלבד שלא הובילה לפגיעה ברקמה. תוצאה זו אינה עולה כדי רשלנות בביצוע הניתוח ואינה גורמת לנזק כשלעצמה**. ניתוח זה מבוצע תחת לחץ דם מונמך...והתרחיש המתקבל ביותר על הדעת הוא שבמהלך הניתוח **הייתה <u>עליה</u> <u>מתונה ובלתי צפויה</u> בלחץ התוך גולגלתי,** אשר הובילה ללחץ של הרקמה על הבורג ולפגיעה בה. בהקשר זה יצוין, כי נתוני ההרדמה ממהלך הניתוח לא העידו על שום דבר חריג, **<u>ועליה מתונה</u> בלחץ תוך גולגלתי הינה <u>נפוצה וידועה</u>, ואינה אמורה לעורר כל חשד".**

לטענתו, התוצאה הטראגית של המקרה אינה תולדה של רשלנות "בנסיבות בהן הצוות המנתח לא יכול היה לצפות זאת ובוודאי שלא ניתן היה למנוע את שאירע במקרה זה".

המומחה סיכם את חוות דעתו, וראוי להפנות לסעיף 6, כדלקמן: "הסיבוך שאירע במקרה זה מוכר **אך נדיר** (ואף צוין בטופס ההסכמה לניתוח), והפגיעה ארעה בנסיבות שהצוות המנתח לא יכול היה לצפות או למנוע".

(ב). דיון:

אין חולק, כי ד"ר עומרי אמודי, הינו רופא בעל מומחיות רלוונטיות יותר ממומחיותו של פרופ' ליפא בודנר להעיד <u>אודות הניתוח העומד בפניי לדיון בתיק זה</u>, ולפיכך יש לקבל את מומחיותו <u>במקרה זה</u> ולבכרה על פני זו של פרופ' ליפא בודנר.

ואולם, בחוות דעתו נפלו חמישה כשלים שלא קיבלו מענה ראוי ומספק:

הראשון, אם עובי העצם, כפי טענתו הינו **3 מ"מ**, ועובי הפלטה שהונחה ודרכה ביצעו את הקידוח אל עבר הגולגולת, הינה **1 מ"מ**, ובוצע שימוש במקדח באורך **4 מ"מ**, **כיצד יתכן שבורג באורך 3 מ"מ, חלף את העצם ובלט כ – 1 מ"מ מעבר לקורטקס ?**

במצב דברים זה, לכאורה, לא היה אמור הבורג לחלוף מעבר לקורטקס, שהרי 3 מ"מ (עובי עצם) + 1 מ"מ (עובי הפלטה) = לעומק המרבי של המקדח (4 מ"מ) ובמצב דברים שכזה לא יתכן שבורג באורך 3 מ"מ חלף מעבר לכך ; (עמוד 71 שורה 20 והלאה).

הסברו לתהייה זו היה: "לא כל חלק לאורך כל החלק עצמו הוא באותו עובי, יש אזורים שהם יותר עבים...ויש את האזורים היותר דקים...אתה לא יכול לצפות בצורה הכי מדויקת איפה תשים את הבורג ואיפה זה יהיה בדיוק בגולגולת. זה נתון שמשתנה במהלך ניתוח, בשביל זה אתה הולך ועושה את הניתוחים האלה אצל אנשים שיודעים" (עמוד 72 שורה 16 והלאה). וכן: "זה בדיוק מה שחזרתי ואמרתי, בזה, כנראה באותו אזור העצם הייתה יותר דקה" (עמוד 73 שורה 1 והלאה).

אם זהו ההסבר, אני סבור שאז מצופה מן המנתח **לדעת בדיוק** מה עובי העצם **במקום הקידוח**, לאחר שבחן היטב את צילומי ה – CT **בכל נקודה ונקודה**, ויתכן שלנקודות שונות בעצם יש לעשות שימוש באורכים אחרים של מקדחים או ברגים – זהו התכנון הקפדני המצופה מניתוח שכזה.

השני, מחד, הובאה טענת המומחה, כי העלייה בלחץ התוך גולגלתי "הייתה עליה מתונה ובלתי צפויה", ומאידך הובאה הטענה, כי "...עליה מתונה בלחץ תוך גולגלתי הינה נפוצה וידועה...".

זוהי סתירה פנימית מתוך תוכה של חוות הדעת ובעדותו סתירה זו לא יושבה (עמוד 73 שורה 18 והלאה).

השלישי, בהנחה שבוצע קידוח במקדח באורך 4 מ"מ, כפי שהמומחה חווה דעה, לא הובררה השאלה הבאה: אם אין מבצעים את הקדיחה באמצעות "סטופר", כיצד מוודא המנתח הקודח, כי המקדח לא יחלוף מעבר לעומק של 4 מ"מ, מדוע בדיוק אין זה נהוג להשתמש באותו "סטופר" ובמה יפריע השימוש בו להצלחתו המקצועית של הניתוח ?

ד"ר יהלום, שעדותו תידון בהרחבה בהמשך, ניסה להעניק לתהייה זו הסבר, שבמסגרתו מסר, כי מדובר **במקדח מיוחד שקיים בו מעצור מובנה**, שאינו מאפשר חדירה מעבר לאורך הפין הקודח – 4 מ"מ.

אך כפי שנראה בהמשך, ד"ר יהלום העיד על המקדח המדובר, אך ניכר כי העיד ביחס לדפוס עבודתו הכללי, והוא אף פתח את עדותו באופן כזה, ובמיוחד כאשר במקרה זה לא צוין הנתון בדבר טיבו ואורכו של המקדח שבו נעשה שימוש (עמוד 12 שורה 21 והלאה). אכן, הוא העיד: "ש: אין שום סטופר במקדחה? ת: לא, המקדח עצמו בנוי מ – SHANK רחב (צינור גדול שממנו יוצא המקדח) ו – DRILL קטן...זאת אומרת אני יכול לדחוף עד מחר זה לא יכנס" (עמוד 12 שורה 18 והלאה). וכן השיב כי לא יכול להחדיר את המקדח מעבר ל – 4 מ"מ: "4 גג" (עמוד 14 שורה 3).

הנתבעת מפנה בעניין זה לעדותו של פרופ' בודנר, שלכאורה אישר את התרשים שהוצג בפניו, שלפיו ראש הקדח משמש סטופר בפני עצמו, אך עיון בעמודים 93 – 95 מלמדים, כי הוא הפטיר באופן סתמי: "נכון" ביחס לטענה שיש במקדחה "סטופר בילד אין" (עמוד 94 שורה 3) מבלי שניתן היה להבין אם הוא מסכים עם הטענה, שכן עדיין המשיך והעיר: "כן, וזה עדיין לא אומר שהמקדחה לא יכולה לחדור" (עמוד 96 שורה 5). מכל מקום, אם עמדת הנתבעת היא שאין להיבנות ממומחיותו של פרופ' בודנר, ביחס לניתוח המדובר (וקיבלתי טענה זו) הרי שאין להיבנות גם מתשובתו זו.

כפי שנראה בהמשך, הוצג צילום של המקדח המדובר, אך בהעדר רישום ברור במסמכים הרפואיים שבו צוין טיבו של המקדח והקדח שבו נעשה שימוש, לא שוכנעתי בדבר משקל עדותו בעניין זה.

הרביעי, בין חוות דעתו של המומחה ובין עדותו של המנתח ד"ר רן יהלום קיימת סתירה בנתונים שונים, כפי שאציג בהמשך בדיון בענייננו של ד"ר רן יהלום.

החמישי, במהלך עדותו העיד ד"ר עומרי אמודי כך:

הניתוח מבוצע תוך קידוח של הקורטקס החיצוני, יש להימנע מלעבור אותו ואז להכניס בורג בעקבות אותו קידוח (עמוד 66 שורה 1 והלאה).

מטרת הברגים שהם יתיישבו בתוך הקדח שעבר **רק את הקורטקס החיצוני ולא שהבורג ימשיך ויחלוף הלאה** (עמוד 66 שורה 18 והלאה).

הוא אישר כי אם מדובר בבורג, כפי שהשתמשו במקרנו, אז מטרת הבורג **<u>להיעצר בסוף הקידוח</u>**: "אם זה בורג, אז הוא נתקע בדיוק איפה שמתוכנן מראש" (עמוד 67 שורה 10). וכן: "**אבל בתוכנית, לפי התוכנית זה בדיוק. הוא לא אמור לחדור מעבר למה שתכננת**" (עמוד 67 שורה 20).

אם כך, מה התרחש בסופו של יום וכיצד בכל זאת חדר הבורג מעבר לקורטקס הפנימי של העצם ?

ויצוין כבר עתה, שד"ר רן יהלום מסר דברים אחרים, מנוגדים, שלפיהם ל**פי תכנית הניתוח**, הבורג מתברג ידנית, בצורה עדינה, **<u>מעט יותר מן הקדח עצמו</u>.**

סתירה זו רבת חשיבות, משום שהיא יורדת לשורשו של עניין – ללב ליבה של טענת הרשלנות – מה עומקו של הקדח שבוצע ומה הייתה תכנית הניתוח.

<u>(4). ד"ר רן יהלום, המנתח של המנוח</u>:

(א). הערת פתיחה חשובה:

תחילה הזהיר עצמו המנתח בתצהירו באופן כללי, כדלקמן: "אני זוכר את המקרה, את המנוח ומשפחתו, **אולם בשם לב לפרק הזמן שחלף מאז האירועים נושא התביעה (כחמש שנים) מטבע הדברים, <u>אינני זוכר את פרטי המקרה במדויק</u>**, ותצהירי ניתן על סמך זכרוני, כמו גם עיון ברשומות הרפואיות, ופרקטיקת העבודה שהייתה נקוטה על-ידי וצוות המחלקה במועדים הרלוונטיים" (סעיף 3).

זוהי הערה כללית חשובה ביותר, שיש לזכור אותה תמיד, משום שכפי שנראה בהמשך, ד"ר רן יהלום התיימר להעיד <u>אודות פרטי פרטים הנוגעים לניתוח ושאינם מצוינים בדוחות הרפואיים ובמיוחד גודל הקדח ואופי המקדחה בה ביצע שימוש בניתוח</u>.

(ב). הפנייה של התובעים לקראת הניתוח:

בהמשך, מסר, כי בשנת 2014 פנו המנוח ומשפחתו למרפאה. הם היו מוכרים לצוות הרפואי מניתוח דומה, שעברה אחותו של המנוח. המנוח נבדק במרפאה מספר פעמים, כשהוא מלווה באמו. בביקורים הומלץ לבצע את הניתוח תוך מתן הסבר מפורט אודות "אופן ביצועה, הסיכונים ותוצאותיה האפשריות".

(ג). הכנות לקראת הניתוח:

המנתח מסר שבתאריך 2.4.15 נערכה למנוח בדיקת CT.

קיים מסמך רפואי המלמד, כי בתאריך 2.4.2015 נערכה למנוח בדיקת "CT מוח ועצמות הפנים ללא חומר ניגוד". ואולם, בהתאם לטענת התביעה, לא נרשם בטופס מה **תוצאותיה של אותה בדיקה**. כלומר, לא הובאו **נתוני פענוח** אודות נתונים רלוונטיים, כגון עובי עצם הגולגולת, שהינו נתון חשוב יותר לקראת תכנון הניתוח.

להלן הדוח הרלוונטי:

ורטי הבדיקה - תאריך: 02/04/2015 מספר: 4015006522742

CT מוח ועצמות הפנים ללא חומר ניגוד

בדיקה נעשתה לפי בקשת רופא.

ותות מוקד פתולוגי החדגם גם בבדיקה מ- 2011 וגם אז לא היה ברור האם מדובר במוקד מסויים, כנראה שכן.
אם מדובר בקווורנומה?
ברים ישנים בעצמות האף.

מסר, שלמנוח נערכה הערכה רפואית מלאה, לרבות הדמיית עובי העצמות, תוך בחינת הנתונים בידי צוות רפואי בכיר.

מסר: "מדידת עובי העצם באזור הניתוח נעשית כעניין שבשגרה, עם זאת, **לא ניתן לחזות מראש, ואורך הברגים, בהם עושים שימוש במהלך הניתוח, נקבע בזמן אמת תוך בחינת ממצאי ה – CT ועובי העצם המוערכת**".

בתשובות לשאלון מסר בתצהיר, כי נעשה **פענוח** של צילומי ה – CT כחלק מההכנה לניתוח, "על-ידי ד"ר גל גרינברג, נוירו-רדיולוג בכיר. ראה פענוח הבדיקה" (תשובה 1). **אולם אותו נוירו-רדיולוג לא הובא לעדות ולא הוצג <u>דוח הפענוח</u> המדובר. על כן, כל טענה בעניין זה היא בבחינת עדות מפי השמועה שאינה קבילה במשפט, שכן הנתבעת היא זו שהייתה חייבת להביא לעדות את אותו נוירו-רדיולוג ולהציג את מסמך הפעולות הנוגע אליו.**

עוד מסר, כי אכן נערכה ישיבת צוות טרם הניתוח (תשובה 3).

השיב כי עובי העצם "כפי שנמדד על-ידי בדיקות ההדמיה במהלך ההיערכות וההכנה לפני הניתוח" היה "**כ – 3 מ"מ**. ראה המצגת..." (תשובה 4). השיב כי כמות העצם שנמדדה מספקת לקיבוע המדובר.

(ד). היוועצות מקצועית:

לדבריו, בתאריך 19.4.15, לפי נוהל העבודה הקיים במחלקה, בטרם הניתוח, התקיימה ישיבה כלל מחלקתית במסגרתה הוצג מקרהו של המנוח, בהשתתפות כל צוות המחלקה לכירורגיית פה ולסת וכן **נוירו-רדיולוג בכיר - ד"ר גל גרינברג**. באותה פגישה, הוצגה מצגת אודות המנוח ואודות הניתוח. נמסר כי אין חלופות אמתיות לניתוח הזה. המצגת המדוברת צורפה לתצהירו.

בעדותו הוסיף, כי הניתוח נערך לאחר שהייתה ישיבת מחלקה בהשתתפות הנוירו רדיולוג "הטוב ביותר היום במדינת ישראל" (עמוד 13 שורה 5 והלאה). **ואולם, כאמור, אותו נוירולוג לא הובא למסירת עדות.**

הוגש מסמך המלמד, כי בתאריך 19.4.15 נערכה ישיבת מחלקה אשר דנה, בין השאר, בניתוח הצפוי של המנוח. כמו כן, **צורפה מצגת המתייחסת אל המנוח והסוקרת את עניינו לקראת הניתוח.**

עיון במצגת אשר צורפה, שכותרתה נושא את שמו של המנוח, מלמד כי היא כוללת את תמונותיו (ניתן לראות את מכשיר השמיעה שהורכב על אוזניו), תיאור מצבו, אך הן כוללות גם שקופיות כלליות שאינן נוגעות אליו במישרין. המצגת מתארת את תכנית הטיפול הצפויה למנוח, אך היא אינה כוללת פירוט יתר, ובפרט כיצד בדיוק יתבצע הניתוח, ומה תוצאת פענוח בדיקת ה – CT אודות עובי הגולגולת.

(ד). יידוע בדבר הסיכונים:

לדבריו, בתאריך 19.4.15 הוסבר למנוח על-ידי ד"ר קלריאל ינקולוביץ, מתמחה בכיר במחלקה, על הניתוח והסיכונים והסיכויים הכרוכים בו, והוא החתימו על טופס הסכמה ייחודי. בין השאר פורטו בו הסיכונים שלפיהם "...פגיעה בעצבים קרניאליים, דליפת CSF, **חדירה לקופסת הגולגולת**".

המשיך וסיפר על הניתוח שעברה אחותו של המנוח בעבר – לדבריו, הניתוח עבר בהצלחה, ועל רקע הצלחה זו ביקשו המנוח והוריו לבצע את הניתוח גם למנוח.

סיפר כי "נוכח מורכבות הניתוח ותובענות הדרך הארוכה להחלמה ממנו, אני וצוות מחלקתי נוהגים לשבת עם כל מטופל ומטופל ולהסביר בסבלנות, בפירוט ובצורה ברורה ומפורשת את המלצותינו להמשך הטיפול ואת התהליך בכללותו, לרבות הסיכונים הכרוכים בו. לאור זהירות היתר הננקטת בניתוחים אלה, לא יתכן מצב בו מטופל לא קיבל את מלוא ההסברים הנחוצים – וכך היה גם במקרה זה".

דחה את הטענה, כי נמסר להוריו של המנוח כי מדובר **בניתוח קל** יותר מזה של אחותו.

מסר כי אין זה תפקידו של הצוות המטפל לוודא אם המטופל סובל מלקות קוגניטיבית כזו או אחרת, בפרט כאשר במקרנו הנכות אינה משתקפת.

ההורים לא עדכנו את הצוות, כי הם אפוטרופסיו של המנוח.

(ה). מהלך הניתוח:

למחרת, בתאריך 20.4.15 בוצע הניתוח, אשר לדבריו התקדם לפי התכנון, ללא אירועים חריגים, אך "בשלב תפירת החתכים הסבסיליאריים, הרמתי כמנהגי את מגני העיניים, והבחנתי בהרחבת אישונים דו צדדית, ללא תגובה לאור....הניתוח הופסק והמטופל הועבר מידית לביצוע CT מוח...".

בבדיקת ה – CT "הודגמה פגיעה איסכמית בהמיספרה השמאלית".

הוא תיאר את הניתוח לדקומפרסיה גרמית (הפחתת לחץ) שבוצע לאחר מכן ואת הבדיקות והטיפול מכאן והלאה עד מותו של המנוח.

תיאר את ממצא הנתיחה שלאחר המוות: "...**נמצא בורג בולט כ – 1 מ"מ** מעבר לקורטקס הפנימי של העצם".

הדגיש כי פרופ' ליפא בודנגר מעולם לא ביצע ניתוח מהסוג המדובר.

מסר כך: "**הקדיחה בניתוחים אלו מבוצעת על-ידי <u>חדירה לתוך הקורטקס החיצוני</u> (שכבה חיצונית של הגולגולת), <u>ללא צורך בחדירה דרך הקורטקס הפנימי</u>, והברגים בהם נעשה שימוש הינם ברגים א-טראומטיים בעל קצה קהה, אשר אינם יכולים לגרום נזק" (סעיף 28).**

תשומת הלב, שכבר מתוך תצהירו של המנתח, מתקבלת מסקנה שלפיה <u>הניתוח בהחלט חרג מן המתוכנן</u>, שהרי בהחלט עולה שאלה – אם אין קודחים מעבר <u>לקורטקס החיצוני</u> – כיצד זה מצא עצמו הבורג – הא-טראומטי – את דרכו לעומק של 1 מ"מ מעבר <u>לקורטקס הפנימי</u>.

המומחה המשיך והצהיר, כי "בליטה של 1 מ"מ של בורג לא יכולה לגרום לנזק ואינה צפויה לגרום לדימום, מאחר ששכבת הדורה, העוטפת את רקמת המוח, הינה עבה וחזקה".

לדבריו, אם מנגנון הפגיעה הוא לפי טענת פרופ' ליפא בודנר, כלומר קידוח עמוק מדי, היה הדבר מוביל לפריצת נוזל CSF ולדימום דרך נקב הקידוח וזה לא קרה.

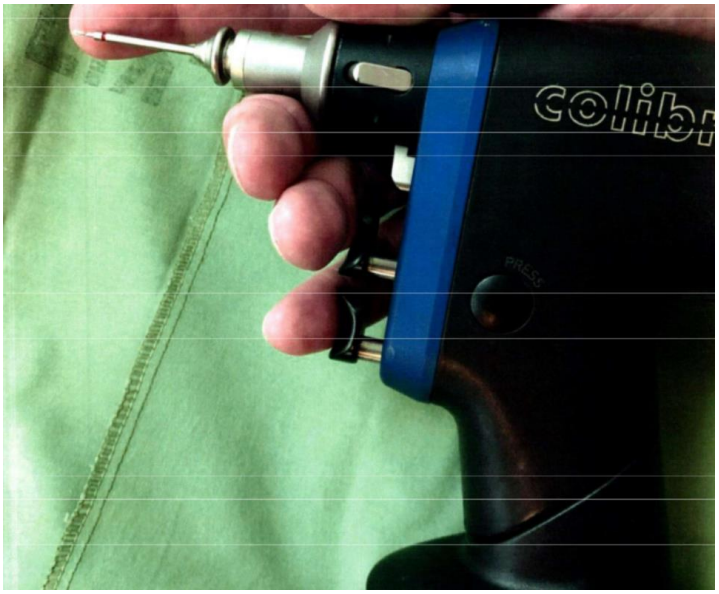
הצהיר כי במהלך הניתוח לא היה כל סממן מחשיד או עדות לדימום כלשהו, או לעלייה במדדים, **או עלייה בלחץ התוך גולגלתי** ואין זה סביר שהדימום התרחש עקב הקדיחה (סעיף 31 לתצהירו):

31. במהלך הניתוח לא הייה כל סממן מחשיד או עדות לדימום כלשהו (לרבות דימום מקומי או איטי, עליה או ירידה של מדדים המודינמיים כמו לחצי דם ודופק). בצקת מוחית יכולה לנבוע מגורמים שונים ורבים, אך בהעדר עדות לעליה בלחץ התוך גולגולתי או לפריצת דימום או נזל CSF, אין זה סביר כי הדבר ארע כתוצאה מהקדיחה.

כבר עתה יש להעיר בעניין זה, <u>שאם לא הייתה כל עלייה בלחץ התוך גולגלתי</u>, **הרי שמתוך כך, יש לדחות את ההשערה החלופית של הנתבעת בדבר עלייה הבלתי צפויה בלחץ התוך גולגלתי, שהובילה לדחיקת המוח אל עבר הבורג ולדימום.**

השיב כי עומק הקידוח היה "4 מ"מ – מקדח ייחודי באורך זה" (תשובה 6).

צורף צילום של המקדח:



מסר שבורגי הקידוח היו בורגי 3 מ"מ (תשובה 8).

לדבריו "הקדיחה כללה מעבר של **קורטקס אחד בלבד**, היינו – **קדיחה בעומק של כ – 3 מ"מ בלבד**" (תשובה 9). אם כן, **שוב עולה השאלה**, כיצד חלף הבורג שאורכו 3 מ"מ במ"מ אחד מעבר לכך ?

השיב כי **לא נעשה שימוש בסטופר** המורכב על המקדחה (תשובה 14), אך לא הרחיב "מה הדרך החלופית שננקטה כדי להגביל את חדירת המקדח לחלל הגולגולת ?" כפי שנשאל בשאלה 14.

הנה כי כן, לא נמסרה תשובה לתהייה חשובה: אם הקדיחה, לדבריו, הייתה לעומק של 3 מ"מ בלבד, כאשר עובי העצם, לדבריו, 3 מ"מ, וגם לפי עדותו ולפי עדות מומחה הנתבעת הקדיחה מתבצעת דרך פלטה בעובי של 1 מ"מ, כיצד חלף בורג שאורכו 3 מ"מ בלבד, מעבר לקורטקס הראשון ?

במסגרת עדותו, הוא הסביר במפורט כיצד מתבצע הניתוח המדובר, בהדגימו על דגם של גולגולת (עמוד 8 שורה 17 והלאה).

הסביר שביצע את הקידוח בעצמו, עם מקדח **באורך 4 מ"מ**: "...ברור לי שאנחנו עוברים פה על עצם יחסית דקה, אני אף פעם לא לוקח יותר מ – 4..." (עמוד 12 שורה 28 והלאה, עמוד 13 שורה 24 והלאה).

העיד כי הוא בוחן את עובי העצם לאחר בחינת צילום ה – CT (עמוד 13 שורה 1 והלאה).

הקידוח מתבצע "**דרך פלטה**" מרובעת, מחוררת אל הגולגולת (עמוד 13 שורה 13, עמוד 14 שורה 5 והלאה).

המקדח נעדר כל סטופר (עמוד 13 שורות 18 – 19).

העומק המקסימלי לקידוח הוא 4 מ"מ (עמוד 14 שורה 3).

לאחר הקידוח הוא מבריג את הבורג, באמצעות אצבעותיו (עמוד 14 שורה 20, עמוד 16 שורה 22, עמוד 17 שורה 6). לדבריו, בעת הברגת הבורג **אין הפעלת כוח**, שכן הוא מובנה בעדינות ו"הבורג סולל את דרכו בפנים..."(עמוד 17 שורה 17).

בעדותו התברר, כי מעשה הקידוח מתבצע עד אשר הוא חש כי עבר את העצם **או כשהגיע לרקמה רכה** ואז הוא מבצע תנועה לאחור של המקדח. ואלו היו מילותיו: "אז אני מסביר. אתה לוקח את המקדח, אתה מכניס אותו. עכשיו, אחד הדברים, כשאתה קודח שני צדדים, מה שנקרא bicortical, צד חיצוני וצד פנימי. **ברגע שאתה עובר את העצם ומגיע לצד, כאילו אוויר, מוח, כל רקמה רכה, יש מן נפילה כזאת. ואז, ברגע שאתה, אתה מרגיש את זה ומיד, מיד עושה retrieve, מיד לוקח את זה אחורנית. זה משהו שאתה מניח, ואתה, אתה מרגיש את זה. זה, זה, ש: אז בהכרח אתה צריך לחלוף את העצם ? ת: אני חייב לחלוף את העצם, או לא. ש: חייב, חייב. ת: או לא..."** (עמוד 14 שורה 28 והלאה).

לפי עדותו, עומק הקדח מותנה במיומנות, בהרגשת המנתח, הקודח, וזאת בניגוד לדברים שמסר קודם לכן, כי הערבות לעומק הקידוח היא מעין סטופר מובנה שקיים במקדח עצמו.

הוא סיפר כיצד התקדם הניתוח, בוצעו קידוחים נוספים ומה גרם להפסקתו: "מצאנו אישונים מורחבים" (עמוד 11 שורה 8, עמוד 18 שורה 25 והלאה).

לפני כן, הוא לא זיהה זליגה החוצה של נוזל csf (עמוד 18 שורה 29).

להערכתו: "...**מה קרה אצל המנוח, מי שיש לו גולגולת יחסית קטנה, יש לו לחץ תוך גולגלתי גבוה יחסית.** לחץ תוך גולגלתי גבוה יחסית דוחק את כלי הדם בתוך המוח כלפי...ה – crane. כתוצאה מכך, כלי הדם בפנים נהיים עדינים יותר ודקים יותר, כי הוא חי בלחץ מאוד גבוה, מעל 250 מילימטר מים...אני מסתמך על ידיעתי בניתוחי קרניום...ההערכה שלנו, שקרוב לוודאי **שהייתה קפיצת לחץ דם, קפיצת לחץ תוך גולגלתי מאוד גדולה בניתוח**. אנחנו עובדים על ניתוח וקשה לנתר את זה תוך כדי הניתוח, לא ניתן, טכנית. כי **מלכתחילה הכל בלחץ גבוה**, וכנראה **הייתה קפיצת לחץ דם** שלחצה את הדורה יחד עם כלי הדם שהיה צמוד אליה, כלפי הבורג" (עמוד 19 שורה 31 והלאה).

בנקודה זו, הופגש העד עם האמור בתצהירו בסעיף 31, שלפיו **לא הייתה עלייה בלחץ הדם** ותשובתו הייתה: "...תבדיל, לחץ דם זה לחץ דם. לחץ תוך גולגלתי זה דבר, דבר אחר, זה לחץ בתוך המוח" (עמוד 21 שורות 1 – 2).

יחד עם זאת הבהיר, כי העלייה **בלחץ התוך גולגלתי אינה אירוע נדיר**: "ש: **העלייה הפתאומית בלחץ** התוך גולגלתי שאמרת. ת: לא ניתן לראות אותו. **ש: זה, זה אירוע נדיר ? ת: <u>לא, לא זה קורה הרבה מאוד פעמים</u>**. עכשיו, מה שקורה שכנראה זה נדחק כלפי המכשיר..." (עמוד 21 שורה 28 והלאה).

אם כך הם פני הדברים, והעליה בלחץ התוך גולגלתי הינה **<u>אירוע שכיח</u>**, **מדוע המנתח לא הביא אירוע שכזה בחשבון במסגרת כלל שיקוליו, בעת שתכנן את הניתוח ובמהלכו ולא נטל מקדם זהירות בעומק הקידוח ?**

מעבר לכך, הוא נשאל כיצד "הקפיצה" הצפויה בלחץ הדם מתיישבת עם חוות דעתו של ד"ר עומרי אמודי, אשר חיווה דעה כי דובר ב"**עלייה מתונה ובלתי צפויה** בלחץ התוך גולגלתי" והשיב: "**תשאל את הד"ר...תשאל את ד"ר אמודי על סמך מה הוא כתב את זה...**" (עמוד 23 שורה 5 והלאה).

הנה כי כן, בנקודה זו **נמצאה סתירה** רלוונטית בעמדת מומחי הנתבעת שלא ניתן ליישבה.

נוכח הממצא בדבר דימום, **בדיוק מתחת לאותו הבורג**, נשאל והשיב: "ש: זאת אומרת אדוני...שאתה אומר שאם לא היה בורג בולט, גם לשיטתך לא היה נגרם אותו דימום ? ת: **<u>יכול להיות, יכול להיות</u>**" (עמוד 23 שורה 19 והלאה).

המנתח נשאל **כיצד יתכן שהבורג עבר מעבר לקורטקס הפנימי, בעוד שהקדיחה עצמה לא אמורה לעבור את הקורטקס הפנימי,** ובמיוחד נוכח דבריו שהברגת הבורג עצמה שהיא פעולה עדינה והנה בכל זאת היא הובילה את הבורג מעבר לקורטקס הפנימי והשיב: "הבורג עובר את הקורטקס הפנימי...**בסיבוב בעדינות**" (עמוד 24 שורה 4 והלאה), משום ש"עם **קצת לחץ הוא פורץ** אותו ונכנס פנימה" (עמוד 24 שורה 21, שורה 28 והלאה).

הנה כי כן, אין להבין – הברגת הבורג היא **אירוע עדין** או שמא תהליך של "**לחץ**" שמוביל לכך ש"**הוא פורץ**" ?

מעבר לכך, מתוך עדותו של המנתח הובהר, כי על המנתח להביא בחשבון, שהברגת הבורג עלולה לחלוף את שכבת הקורטקס הפנימית ועליו להביא נתון זה בחשבון.

הוא אישר שנכח בעת הנתיחה ונמצא בורג שבלט מילימטר אחד (עמוד 26 שורה 12).

במהלך עדותו, הובהר כי בעת הנתיחה **צולמו צילומים רלוונטיים**, שלא הועברו אל הצד השני מבעוד מועד (עמוד 30 שורה 1 והלאה, עמוד 34 שורה 7).

העיד תוך התייחסות למצגת שנערכה במחלקה לפני הניתוח (עמוד 32 שורה 4 והלאה).

העיד שפרופ' ליפא בודנר אינו בר-סמכא מקצועי להטיל ביקורת בעבודתו (עמוד 45 שורה 20 והלאה).

(ו). **מעבר להערות דלעיל, ד"ר רן יהלום בעדותו לא יכול היה למלא את החסר הראייתי הקיים במסמכים הרפואיים ובעיקר נוכח העדר ציון הנתונים הבאים:**

ראשית, אין עדות ממוסמכת בזמן אמת בדבר פענוח צילום ה – CT לקביעת עובי העצם במקום הקידוח, (להבדיל הצילום ה – CT עצמו).

שנית, אין במסמכים הרפואיים ציון של אורך המקדח שבעזרתו קדח - להבדיל מציון אורך הברגים – 3 מ"מ (עמוד 36 שורה 17 והלאה).

ואכן, במהלך עדותו ביקש לעיין בדוח הניתוח, בתקווה למצוא את הנתון הנשאל (עמוד 36 שורה 23) ואז לאחר העיון השיב: "אנחנו לא כותבים בדרך כלל את אורך המקדח, בדרך כלל זה לא נכתב" (עמוד 37 שורות 3 – 4).

הוא נשאל, מדוע אין נוהגים לציין את עומק הקדח והשיב: "**בתכנון שלי אני יודע, קודח**" (עמוד 37 שורה 9).

נשאל, **אם כך מדוע ביקש תחילה למצוא בעדותו את הרישום במסמך הרפואי ולא השיב שאין מה לעיין במסמך, שכן באופן רגיל הנתון אינו נרשם, והשיב**: "**אולי**, במקריות מוחלטת **מישהו כתב**" (עמוד 37 שורה 9).

בנקודה זו, אני קובע, שהחסר ברישום אורך הקדח רובץ לפתחה של הנתבעת ובעניין זה אין לסמוך על זיכרונו של המנתח. אכן, לא בכדי ביקש תחילה למצוא את התשובה ברישום, שם היא אמורה הייתה להימצא ורק כאשר לא מצאה, שלף מן השרוול את ההסבר הדחוק שנמסר.

מעבר לכך, כזכור, ד"ר רן יהלום התיימר להעיד מזיכרונו – ומזיכרונו בלבד – אודות שני פרטים קריטיים בניתוח שערך שנים קודם לכן באופן המקשה לקבל עדות שכזו, במיוחד כאשר מדובר בעד בעל עניין ישיר בתוצאות המשפט.

ואכן, מהלך הניתוח תואר בדוח הבא:

מהלך הניתוח:
גילוח שיער לאורך קו החתך.
מתן צפמזין 1 גר'
הכנסת Eye protectors וביצוע טרזורפיה בעזרת ניילון 0-5
רחצה וכיסוי כמקובל
הסננת מרקאין אדרנלין לאורך קו החתך המתוכנן
סימון קו אמצע
חתך עורי בעזרת דיאתרמיה בצורת קו המשתרע בין האזורים הפראוריקולריים דו"צ כ-3 ס"מ מאחורי קו השיער ובמקביל לו
הנחת Raney clips משני צידי החתך
הרמת מתלה סופראפריאוסטלי לכוון אנטריורי, לטרלית הרמת המתלה שטחית לפציה הטמפורלית העמוקה
חיתוך הפריקרניום לרוחבו כ- 2 ס"מ מעל ה-SOR דיסקציה סבפריאוסטאלית
הפשלת המתלה וניתוק העצב והעורק הסופראטרוכלארי בעזרת אוסטאוטום קטן

165

המשך חשיפת גשר האף והקירות המדיאלים והלטרליים של 2 הארובות.

ביצוע חתך בגישה סב סיליארית דו"צ:
הסנגת מרקאין אדרנלין 0.5 % באזור החתך המתוכנן בעפעף התחתון.
חיתוך העור ותת העור כ 2מ"מ אינפריורית לקו הריסים בעפעף התחתון לכל אורכו.
דיסקצייה קהה סופרה אורביקולרית ותת עורית מאזור פרה-טרסלי לאזור פרה-ספטלי עד ה IOR .
חיתוך הפריאוסטיום לאורך ה IOR .
הפרדה סב –פריאוסטלית לכיוון פוסטריורי וחשיפת הקיר האניפריורי, הלטרלי, והמדיאלי של ארובת העין.

הכנת האוסטאוטומיות ברמת לה פורט III-
ביצוע דיסקציה סבפריקרניאלית באזור הגבול הקדמי של שרירי הטמפורליס וחשיפת החלק הקדמי של הפוסה הטמפורלית.
המשך באותו המישור וביצוע דיסקציה מדיאלית לקשת הזיגומה ובתוך הארובה.
ביצוע אוסטאוטומיה אלכסונית באזור חיבור הקשת לעצם המלרית, באזור הסוטורה ה- FZ ,לאורך הקיר המדיאלי, רצפת הארובה והקיר המדיאלי כולל לאורך הסוטורה הפרונטוזמאלית.

ניתוק הפלטות הפטריגואידיות:
הסנגת מרקאין אדרנלין לאורך הוסטיבולום.
חתך וסטיבולרי אינטרהאוראלי בין 16-26.
הכנסת אוסטאוטום לאזור הפטריגומקסילרי וניתוק הפלטות מהמקסילה בגבולה האחורי.

הפרדת עצם ה- VOMER באמצעות אוסטאוטום בכיוון אנכי.

ביצוע השלמת ניתוק מרכז הפנים ע"י DOWN FRACTURE באמצעות REDUCTION FORCEPS.

הרכבת ה- REDUCTION WIRES:
קיבוע באזור האפקסים ע"י מיני פלטה 2 מ"מ, קיבועה ע"י ברגי ראש צלב באורך 5-6 מ"מ, העברת תיל מתכת 0.5 בתוך הפלטה, ניקוב העור ע"י מרצע ומשיכת התילים דרך הניקוב.
קיבוע באזור ה- IOR עי מיני פלטה 1.3 מ"מ קיבועה ע"י ברגי ראש צלב באורך 5-6 מ"מ, העברת תיל מתכת 0.5 בתוך הפלטה, ניקוב העור ע"י מרצע ומשיכת התילים דרך הניקוב.

הרכבת STABILIZATION FORCEPS -חיתוך שריר הטמפורליס כ- 2 ס"מ תחת ה- SUP TEMPORAL LINE
דיסקציה סבפריקרניאלית באזור שריר הטמפורליס וחשיפת הפוסה הטמפורלית.
קיבוע ההתקן ע"י ברגי 3 מ"מ.
העברת האקטיבטור דרך חתך STAB בעור הקרקפת.

1
2

סגירת החתכים:
תפירת שרירי הטמפורליס עי ויקריל 2-0.
קידוח באזור ה- FZ וה- SOR ,וקשירת ויקריל 2-0 לצורך מתיחת המתלה באזור הגבולות המדיאליים והלטראליים של הגבות.
סגירת פריקרניום באמצעות ויקריל 2-0.
סגירת החתך בשכבות:
שטיפות מרובות.
הסרת Raney clips
סגירת תת עור ע"י ויקריל 2-0 באזור הקרקפת וע"י ניילון 4-0 באזורים הפרהאוריקולריים.
סגירת העור עם סיכות.

סגירת החתך הסב סיליארי עי ניילון 5-0

סגירת החתך הוסיטבולרי עי ויקריל 3-0.

3
4

סיכום ניתוח
22:12 22:12 20/04/2015:
קרניקטומיה לדיקומפרסיה גרמית
17:21 17:21 20/04/2015:
תחת הרדמה כללית, ביצוע ניתוח DO ברמת לה-פורט 3.
הניתוח הופסק טרם הרכבת הדיסטרקטור כמתואר בסעיף הסיבוכים.

המלצות
17:21 17:21 20/04/2015:
מעקב משותף בניהול המחלקה לנוירוכירורגיה.

נרשם על ידי

<u>לא בכדי הבאתי את כל הרישום במלואו, שכן ניתן לראות כי השימוש במקדח שאורכו 4 מ"מ לא נרשם</u>.

תשומת הלב לכך שבדוח הנתיחה נרשם: "**הניתוח הופסק טרם הרכבת הדיסטרקטור כמתואר בסעיף הסיבוכים", אך דוח הניתוח לא כלל סעיף סיבוכים.**

שלישית, כזכור, בתצהירו מסר, כי **לפי התכנון,** הבורג לא היה אמור לעבור את שכבת הקורטקס החיצונית. והנה, אין הסבר לחריגה שנמצאה **מעבר לקורטקס הפנימי**.

רביעית, אם לדבריו, כאמור בתצהירו, לא נרשמה עלייה בלחץ התוך גולגלתי, כיצד זה מתיישב עם ההשערה, שהדימום התת-דוראלי, נגרם עקב העלייה בלחץ התוך גולגלתי, אשר דחק את המוח אל עבר הבורג?

חמישית, אם לפי עדותו, העלייה בלחץ התוך גולגלתי אינה אירוע נדיר, כלומר צפוי שיתרחש – לא הוסבר עד תום מה ננקט כדי לקדם את פני ההתרחשות הזו וכיצד תוכנן הניתוח למקרה שכזה.

שישית, המנתח לא יכול היה לתת הסבר סביר לשאלה חשבונאית פשוטה הנובעת מעובי הפלטה ביחס לאורך הבורג ולעובדה שבלט פנימה 1 מ"מ:

אם בבדיקת ההדמיה נמצא כי עובי העצם היה **3 מ"מ** ועובי פלטת המתכת המונחת על הגולגולת לפני הקידוח **הוא 1 מ"מ** והבורג שבו נעשה שימוש אורכו **3 מ"מ** ונמצא שהוא בלט מעבר לקורטקס הפנימי לעומד של **1 מ"מ**, לכאורה יוצא שעובי העצם הוא **מ"מ אחד** (אורך הבורג 3 מ"מ = 1 מ"מ בליטה + 1 מ"מ עובי הפלטה שדרכה הוא מוברג – יוצא שעובי העצם לא עולה על מ"מ אחד) (עמוד 37 שורה 16 והלאה).

הסברו של המנתח לעניין זה היה סתמי: "העצם לא הייתה בעובי של מילימטר..." (עמוד 38 שורה 10) – כל זאת מבלי שהעניק הסבר לתהייה שהוצגה הנובעת מנתונים **שעליהם הסכים בעצמו**. הסברו

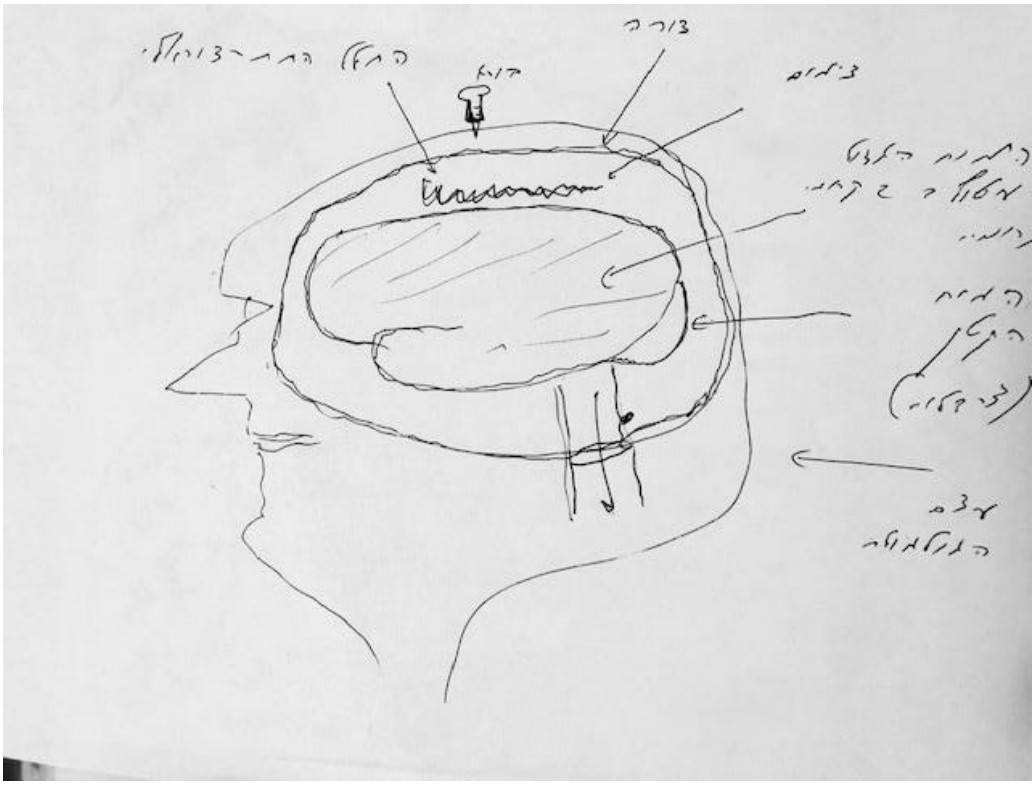
הנוסף, החלופי הוא שבאומרו שעובי העצם הוא 3 מ"מ הרי שמדובר בעובי **ממוצע** ויתכן שבדיעבד יסתבר שבנקודה הקידוח העובי יהיה קטן הרבה יותר (עמוד 39 שורה 1 והלאה).

הסבר זה, אינו מעניק מנוח לשאלה מדוע לא ביצע בדיקת **צילום CT קפדנית לכל נקודת קידוח ,**שהיה **עליו לתכנן**, במטרה לבחון את עובי העצם **בדיוק** באותה נקודת קידוח, שמא עובי זה שונה ומצריך עומקי קידוח וארכי ברגים שונים בכל נקודה ונקודה. אין להבין, כיצד יכול היה המנתח להסתפק בנתון בדבר עובי עצם "**ממוצע**" ואיני מקבל התנהלות שכזו.

(5). הקשר הסיבתי לדימום התת-דוראלי ולמוות :

למרות כל התהיות דלעיל, ביחס לעדות המומחים, אבקש להציג בזאת את העובדות שאינן שנויות במחלוקת – רשת ביטחון עובדתית - שביחס אליהן כשלה התביעה בהסברה.

מבנה הגולגולת הרלוונטי הינו באופן כללי כדלקמן, כפי ששורטט בבית-המשפט תוך ציון מיקום הבורג ועל נתון זה אין חולק:



ראשית, השיער, העור, קרקפת, קרום עצם הגולגולת ועצם הגולגולת. עצם הגולגולת בנויה מהחלק החיצוני, הקשה, הדחוס, המכונה CORTICAL BONE, המהווה את שכבת ההגנה החיצונית, הנוקשה. מתחתה, שכבת עצם עבה בעלת חזות ספוגית, נוקשה.

לפי דוח הנתיחה הבורג בלט 1 מ"מ מעבר לקורטקס הפנימי של העצם.

שנית, קרום קשה מסביב למוח, בעל שתי שכבות דבוקות יחד המכונה קרום הדורה DURA.

אין חולק שהבורג לא חדר את שכבת הדורה שכן בנתיחה שלאחר המוות נמצא קרום הדורה שלם. לאמור – ללא ממצא של קדח.

הדימום במוחו של המנוח נמצא מתחת לשכבה זו – שכבת הדורה.

שלישית, קרום עכבישי ARACHNOID.

רביעית, נוזל CSF והקרום העדין PIA, השכבה הסמוכה ביותר למוח, העוטפת את המוח בכל קפליו ושטחו.

על כן, במסגרת תיק זה עולה שאלה עובדתית מרכזית – היא שאלה של קשר סיבתי עובדתי - כיצד אירע הדימום מתחת לשכבת הדורה אם קרום זה נמצא שלם בהינתן שהבורג לא חלף שכבה זו והוא אינו טראומטי, כשלעצמו ?

בניגוד לנטען בכתב-התביעה, לא הוכח ולא נמצא בניתוח שבוצע לאחר מכן ובנתיחה שלאחר המוות, כי **נמצא קדח אשר חלף את קרום הדורה**.

להיפך, בנתיחה שלאחר המוות, אשר בוצעה **בנוכחות נציג התובעים**, פרופ' יהודה היס, **צוין במפורש כי קרום הדורה שלם.**

אילו היה נמצא בנתיחה קדח **אשר חלף את הדורה, היה ממש בטענת התובעים**, שלפיה מעשה הקידוח אשר קדם להכנסת הבורג הוא זה שגרם לדימום ולמות של המנוח.

ודוק: **אין חולק בין הצדדים, כי הבורג שהוכנס לאחר הקידוח, אשר בלט אל תוך העצם, אך לא מבעד לקרום הדורה, לא יכול היה לגרום לדימום המוחי שנמצא.** מדובר בבורג א-טראומטי, ללא חוד, שלא מסוגל לגרום פציעה, אשר לא חדר עד הרקמה המדממת.

התובעים בסיכומיהם מבקשים להעניק הסבר לתהייה זו. הם הציעו מספר אפשרויות (סעיפים 86 והלאה לסיכומים): המנתחים החמיצו את הנקב הזעיר תולדת הקידוח העדין, יתכן שמתלה העצם הורם במקום אחר, דורה שלימה היא עניין יחסי, ועוד.

ואולם, מה מנע מן התובעים להזמין בנקודה זו לעדות את פרופ' יהודה היס, אשר נכח **מטעמם** בעת נתיחת הגופה או את מי מבין שאר המנתחים הרלוונטיים? טענות התובעים כלפי הנתבעת בסיכומיהם, בדבר אי הבאת עדים רובצות בנקודה זו לפתחם אף ביתר שאת.

אכן, בנקודה זו, דעתי כדעת הנתבעת בסיכומיה (סעיף 17): "לאורך הסיכומים מטעמה בוחרת התביעה להתעלם ממצא בסיסי אחד השומט את הבסיס תחת מנגנון הפגיעה לו היא טוענת, והוא הימצאותה של דורה שלמה בבדיקות ההדמיה, ממצא השולל מכל וכל את האפשרות, ולו הקלושה ביותר, לחדירה של המקדח לרקמת המוח כנטען על ידה...".

כזכור, במהלך הניתוח, כאשר בוצעה אבחנה של אישונים מורחבים, נערך ייעוץ טלפוני עם נוירוכירורג (ד"ר שגיא) בוצע ניתוח נוירוכירורגי, אשר תואר כדלקמן:

מהלך ניתוח
22:12 22:12 20/04/2015:
מדובר בחולה צעיר בן 21 שעבר ניתוח אלקטיבי לתיקון דפורמציה בגולגולת (קלחון) ובתום הניתוח הרחיב שני אישונים.
נעשה CT מוח + CTA עורקי צוואר ומוח + פרפוזיה והודגמה פגיעה איסכמית בהמיספירה שמאלית.
בבדיקתו בהתאוששות בהפסקת סדציה תנועות פלקציה ואקסטנציה לסרוגין לכאב.
הוחלט על דיקומפרסיה גרמית דחופה.
מהלך ניתוח:
שוכב פרקדן, הראש על ביגלה מסובב לימין, טובוס בקנה, אנטיביוטיקה בוריד. גילוח, רחצה וכיסוי כמקובל.
פתיחת פצע ניתוחי ביקורונלי שמאלי עד מעבר למידליין, במקביל ל- SUPIRIOR TEMPORAL LINE ממשיך את החתך לכיוון אוקסיפוט, חשיפת העצם והמוסטזיס.
פרוק והסרה של דיסטרקטור ופלטה שחוברה קודם לכן ע"י כירורג פה ולסת.
קידוח חורים בסקוואמה טמפורלית וניסור העצם עד להשלמת קרניקטומיה דיקומפרסיבית שמאלית נרחבת.
הרמת מתלה עצם, מתגלה דורה שלמה עם דימום תת-דורלי מתחת.
הדורה נפתחת בצורת צלב, המטומה תת-דורלית נשטפת ומתגלה דימום משמעותי מוריד קורטיקלי תחת האזור בו היו ברגי הקיבוע של הפלטה והדיסטרקור.
יעים המוסטזיס בעזרת ג'לפואם, פיבריל וסרג'יצל, לחץ במשך מספר דקות עד לשליטה ועצירה מוחלטת של הדימום. המוסטזיס
168

של מספר מוקדי דימום נוספים. לציין מספר אירועים בהם לחץ סיסטולי מעל 200 ממ"כ עקב טיפול באמינים (חולה אינו יציב המודינמית).
שטיפות מרובות ואין לזהות דימום נוסף.
מתגלה מוח פועם, מעט תפוח, במראה תקין.
ע"ג המוח מונחות פיסות דורה ג'ן שמוכנסת תחת שולי הדורה בהיקף
סוגרים במטרסים בודדים בניילון 0-2 וסיכות.
החולה מועבר מורדם ומונשם להתאוששות.

סיכום ניתוח
22:12 22:12 20/04/2015:
קרניקטומיה לדיקומפרסיה גרמית
17:21 17:21 20/04/2015:
תחת הרדמה כללית, ביצוע ניתוח DC ברמת לה-פורט 3.
הניתוח הופסק טרם הרכבת הדיסטרקטור כמתואר בסעיף הסיבוכים.

המלצות
17:21 17:21 20/04/2015:
מעקב משותף בניהול המחלקה לנוירוכירורגיה.

רופא בכיר

ניתן לראות כי נרשם שהתגלתה <u>**דורה שלימה**</u> עם דימום תת דוראלי, **"משמעותי מוריד קורטיקלי תחת האזור בו היו ברגי הקיבוע של הפלטה והדיסטרקטור".**

תשומת הלב לכך שהדימום נמצא דווקא מתחת לברגי הקיבוע, אך אין עדות לניקוב הדורה.

אין חולק, כי חולי תסמונות קרוזון הינם בסיכון יתר לפיתוח לחץ תוך גולגלתי הנובע מעצם מצבם שנגרם מן הסגירה המוקדמת של מרפסי הגולגולת.

על כן, נוכח העובדה שהדימום התת דוראלי הוא זה שגרם למות המנוח, ובהעדר ראייה הסותרת את ממצאי הנתיחה שלפיה הדורה לא נפגעה, התובעים לא הוכיחו כי הדימום נגרם <u>עקב</u> הקידוח שנעשה בניתוח.

לפיכך, אף אם יש תהיות רבות ביחס לניתוח עצמו ולמהלכים שקדמו לו, כפי שתיארתי לעיל, אין הוכחה כי הדימום התת-דוראלי והמוות של המנוח נגרמו נוכח מעשה רשלנות של רופאי הנתבעת.

זהו מקרה עצוב ומצער, של נער אשר כל רצונו היה לתקן את מראהו, כדי להשתלב בחיים רגילים, אשר נכנס לניתוח מורכב וממנו לא יצא בחיים, אך איני יכול לקבוע כנדרש בהליך זה, כי צוות בית-החולים הוא אשר גרם למותו.

נוכח מסקנתי זו, איני נדרש לדיון ביחס לראשי הנזק הנתבעים, הנובעים ממותו של המנוח.

ה. דיון – הפגיעה באוטונמיה:

(1). טופס ההסכמה לניתוח:

אין חולק, כי בתאריך 19.4.15 הוחתם המנוח בידי ד"ר ינקולוביץ קלריאל על טופס הסכמה לניתוח.

מדובר בטופס סטנדרטי, ייעודי לניתוח המדובר, אולם בתמצית ההסבר שניתן למטופל, כפי שהקלידם ד"ר ינקולוביץ קלריאל, נרשמו הדברים הבאים:

להלן הרישום:

תמצית ההסבר שניתן למטופל:

1. הוסבר הצורך בניתוח ותוצאות הצפויות
2. תוסברו הגישות הכורונאלית הכולל חתך בקרקפת מאוזן לאחר גילוח שיער. חשיפת קשתות השיגומח וארובות העין. הגישה הסב סיליאריח לגישה לרצפת הארובה.
3. הוסברו האוסטאוטומיות שיבוצעו בעצם על מנת לאפשר ניתוק של מרכז הפנים
4. הוסבר השימוש במכשיר DO יחד עם קשת HALLOW
5. הוסרברו תופעות הלוואי והסיכונים של כאב נפיחות זיהום פגיעה בעצבים קרניאליים דליפת CSFחדירה לקופסת הגולגולת פגיעה עיניות
6. הוסבר הצורך בטיפול ממושך לאחר מכן בעזרת מכשיר

הערת הסכמה – מקום שיחות החסכמה :.חדר טיפולים מח פה ולסת

הטופס נושא תאריך 19.4.15, אך אינו מציין את שעת החתימה.

אכן, הסיבוכים שנרשמו עולים בקנה אחד עם הסיבוכים המדעיים הידועים, והללו מצאו ביטויים באחד המאמרים אשר צורפו לחוות דעתו של פרופ' ליפא בונדר (an update on midface advancement using le fort and III distraction osteogenesis):

Complications

Complications Related to Le Fort II and III Osteotomies
Complications with Le Fort II and III osteotomies with subsequent DO are similar to the ones associated with traditional Le Fort II and III,[28,40–43] and include infraorbital nerve injury, orbital/globe injury, excessive bleeding, and infection. Dural injury with subsequent cerebrospinal fluid leak is rare but can occur. Other complications include injury to the infraorbital nerve, orbital/globe injury, strabismus, partial anosmia, and localized infections.

עוד צוין שיעור סיבוכים של כ – 30% - 40% :

Complications Related to Distraction Osteogenesis
Despite technique and device refinements, midfacial DO remains associated with high complication rates, up to 30 to 40%.[16,44,45] These complications range from superficial surgical site infections, mostly around the pin sites, to deep soft tissue infection and abscess formation. Specific to the devices, mechanical failure, pin loosening, frame migrations, and finally intracranial fixation pin migration with dural violation, in the setting of halotype distractor can occur (←**Fig. 6A**).[44,46,47] Management of this latter complication by the application of temporary titanium meshes bilaterally in both temporal areas hosting the fixation pins is demonstrated in ←**Figs. 6B** and **6C**.
Other complications associated with distraction include asymmetric advancement and severe infections requiring

ברם, ניתן לראות, כי לא נרשם, שהוסבר למנוח כי קיים סיכון לחדירת הקידוח או הבורג אל תוך רקמת המוח, דימום תוך גולגלתי **וסיכון למוות**.

המשפט שנרשם: "חדירה לקופסת הגולגולת פגיעה עינית" לחוד - וסיכון למוות לחוד – אין הראשון הכרח לשני.

בנוסף, לא צוין בפני המנוח שיעור הסיבוכים הקיים, שהוא שיעור שאין להגדירו כנדיר וחסר משמעות.

בהעדר רישום, ההנחה העובדתית, כי סיכון זה לא נמסר למנוח.

והיכן נרשם הסיבוך שהוצע על-ידי הנתבעת, כלומר העלייה בלחץ התוך גולגלתי ודחיקת המוח לכיוון הבורג שהוברג ודימום מוחי עקב כך ?

(2). ד"ר קרליאל ינקולוביץ:

בתצהירו מסר כי שוחח עם המנוח ועם אמו מספר פעמים טרם הניתוח.

הוא זכר כי בתאריך 19.4.15 נערכה ישיבת מחלקה ועניינו של המנוח הוצג בהרחבה באמצעות מצגת בשותפות צוות רפואי מורחב. הוא נכח בישיבה והיה בקיא בפרטי המקרה.

בתאריך 19.4.15 החתים את המנוח על טופס ההסכמה.

לדבריו, במעמד החתימה, ניהל עם המנוח שיחה, שבה הסביר לו אודות התהליך, הסיכונים, הסיכויים, הסיבוכים והחתים. בשיחות עם המנוח הוא לא **הבחין כי מדובר במי שהוא בעל לקות קוגניטיבית וכי "הוא מבין היטב את דבריי והסבריי ואת ההשלכות של הניתוח".**

בעדותו ניתן היה ללמוד, כי הוא בהחלט הכיר את הרקע הרפואי של המנוח ואני סבור שהיה כשיר באופן עקרוני להחתים את המנוח ולהסביר לו אודות הסיכונים והסיכויים, כנדרש בהתאם לדין (עמוד 108 שורה 7 והלאה, עמוד 115 שורה 2).

עוד התרשמתי, כי הוא לא יכול היה להבחין בהכרח בכך, שהמנוח היה חסוי או שסבל ממוגבלות קוגניטיבית בולטת, שתעורר חשד שכך הם פני הדברים, למרות שהבחין במכשירי השמיעה על אוזניו (עמוד 118 שורה 6 והלאה, עמוד 120 שורה 13 והלאה). לפיכך, אני מקבל את תשובתו שהוא גם לא היה אמור לשאול את הוריו שאלה יזומה ביחס לכך (עמוד 125 שורה 15 והלאה).

לדבריו, הוא זכר את הפגישה עם המנוח ואני מקבל זאת, שכן היה זה ניתוח מיוחד במינו ובמנותח מיוחד (עמוד 123 שורה 2 והלאה).

יחד עם זאת, **הוא לא מסר הסבר מדוע טופס ההסכמה של המנוח שונה מטופס ההסכמה של אחותו** (עמוד 131 שורה 1 והלאה, עמוד 134 שורה 1 והלאה) הגם שנחתם בידי רופאה אחרת, ולא הוסבר מה היה השוני הבסיסי בין שני הניתוחים אשר הוביל **לשוני ברישום בשני הטפסים**.

אין להבין מדוע תמצית ההסבר שנמסר למנוח וזה שנמסר בניתוח של אחותו (להבדיל מהמנוח בנוכחות הוריה), בידי רופא אחר כללה תוכן שונה, כדלקמן:



תמצית ההסבר שניתן למטופל:

- גישה קורונלית כולל חתך בתוך קו השיער, ייתכן ויהיה צורך בגישה סאב-ציליארית וצלקות עוריות בהתאם.
- אוסטיאוטומיות באזור ארובות העיניים, האף, קשתות הזיגומה והלסת העליונה.
- התערבות באזור ארובות העיניים, סימסים אתמואידלים ומקסילרים כולל סכנה לפגיעה בראיה, הגבלה בתנועות העיניים, סכנה לפזילה.
- התקנת המכשור, קיבועו לגולגולת על ידי ברגים והסיכונים הכרוכים בכך כולל זיהום מקומי והצורך בהוצאת המכשיר או חלקי הקיבוע.
- גישה דרך חלל הפה, ביצוע חתך ברירית פרוזדור הפה לצורך חשיפת עצם הלסת העליונה, ניתוק הלסת העליונה
- יציאת חוטי מתכת דרך רקמה רכה באזור ציד' האף וקישורם אל מכשיר הדיסטרקשן

הוסברו תופעות הלוואי הצפויות לאחר הניתוח לרבות , נפיחות, כאבים, דימום, קושי באכילה ובשתיה.
הוסברו הסיכונים האפשריים לרבות – זיהום, דימום אשר יצריך מתן מנות דם, פגיעה בעצבים CN5,CN7 והשלכות פגיעות אלו, פגיעה בשיניים הקבועות הסמוכות לאתר הניתוח, כישלון הניתוח, כשלון מכשירי הקיבוע והדיסטרקשן וכולל הצורך בהוצאתם, צורך בניתוח חוזר, מעקבים במרפאתם.

הערות:
הערת הסכמה – מקום שיחת ההסכמה: הדר טיפולים מחלקת פה ולסת

נוכחים בשיחה: [illegible]

להבדיל מטופס ההסכמה של המנוח, טופס ההסכמה של אחותו כלל גם הודעה על הסיכון של "כישלון הניתוח, כישלון מכשירי הקיבוע והדיסטרקשין, וכולל הצורך בהוצאתם, צורך בניתוח חוזר, מעקב במרפאתנו". מדוע נגרע משפט שכזה מן הטופס של המנוח?

מנגד, טופס זה נעדר אזהרה אחרת שמצאה ביטוי אצל המנוח.

לאמור, מדובר בטופס לא סטנדרטי, שבהחלט יכול לבסס הנחה, שמה **שנאמר נרשם ומה שלא נאמר לא נרשם**.

בנוסף, **לא התקבל הסבר מדוע לא רשם בטופס ההסכמה את טענתו, שאמר למנוח במפורש כי קיים סיכון למוות וזהו לב העניין במקרנו.**

וכך העיד: "ש: **האם הסברת למנוח שיש סיכון שהוא ימות מהניתוח? ת: אני מאמין שכן למרות שלא ציינתי את זה במפורש** כי זה הסיכון של כל ניתוח" (עמוד 135 שורה 5 והלאה).

הוא הסכים שהניתוח המדובר גילם סיכון למוות שאין להקל בראש, ובכל זאת הוא לא רשם ולא החתים את המנוח על כך (עמוד 135 שורה 15 והלאה).

בסופו של יום הוא הסכים שכפי הנראה לא אמר למנוח שיש סיכון שימות: "ש: ויכול להיות מצב שבו אמרת לו...יש סיכוי שתמות מהניתוח ולא כתבת את זה בתמצית בשתי מילים. ת: **בצורה כל כך גסה כנראה שלא אמרתי את זה...יש סיכוי שתמות מזה ? <u>כנראה לא אמרתי</u>**, אחד מהסיבוכים יכולים להגיע עד מוות כנראה שאמרתי "(עמוד 135 שורה 20 והלאה).

בכל הכבוד, איני מקבל את הטענה כי הרופא אמר למנוח כי אחד הסיכונים מן הניתוח הוא מיתה – לא בצורה ישירה ולא בצורה עקיפה, לא במישרין ולא ברמיזה.

הרופא העיד, שתוך כדי היידוע הוא הקליד את תוכן הדברים לטופס במחשב ואיני מקבל שאמר למנוח דבר כה משמעותי ועדיין הוא לא הקליד סיכון כה מרכזי שכזה (עמוד 136 שורה 19 והלאה). אם אמר – מדוע לא כתב ?

איני מקבל את השכנוע הפנימי של הרופא שהנושא "עלה" (עמוד 136 שורה 5) – כך באופן מעורפל – "עלה" סיכון כה מהותי המצוי בלב ליבה של הסכנה.

איני מקבל את רצונו לשוות לניתוח גוון מקל, כאילו הסיכון מפני מוות הינו שולי שבשולי, שאינו מצריך דיון ישיר או הדגשה, שהרי הוא עצמו אישר שמדובר בניתוח מורכב, מסובך ובעל סיכוי למוות (עמוד 137 שורה 12).

רופא המחתים אדם לאות הסכמה, אודות הסיכונים והסיכויים אינו יכול להישאר בתחום התקינות הפוליטית של השפה העברית, ועליו חובה להישיר מבט, להעמיד את הדברים בצורה חזיתית, ברורה ובהירה, בלא חשש שאמירה, שכזו תרתיע את אותו אדם מלהתנתח – אדרבא – שתרתיע אותו ותעניק לו יכולת למחשבה שניה. זו חובתו של הרופא לצו מקצועיותו ומצפונו.

עוד התברר, כי הרופא כלל לא הציג בפני המנוח חלופות לניתוח, משום שסבר ש"במקרה זה הסברתי לו שלא קיימות חלופות אחרות לניתוח..." (עמוד 138 שורה 11 והלאה). אף שהתברר, כי החלופות לניתוח, אינן בעלות משמעות במקרהו של המנוח, היה על הרופא להציגן ולהוסיף את העמדה המקצועית ביחס לאלו. עמדה פטרנליסטית שכזו, מראש, המונעת מידע רלוונטית – אין לקבלה.

(3). ד"ר טובי לזרוביץ:

בתצהירו מסר: "על סמך זיכרוני כמו גם עיון ברשומות הרפואיות", כי המנוח והוריו קיבלו ממנו הסבר מפורט "פעמים רבות, על הניתוח ועל סיכוניו, קודם לניתוח וביום ביצועו".

לדבריו, הוא דן עימם "על הסיכונים ביתר הרחבה".

הוסיף, כי מאחר ובניתוח של אחותו התממשו מספר סיכונים, הוא דן עם המנוח והוריו בהרחבה אודות הסיכונים "ביניהם גם על האפשרות למעורבות קרניאלית, על השלכותיה". הוא לא אמר להם כי מדובר בניתוח קל.

בעדותו הסביר – ואני מקבל את הסברו - כי מדובר בניתוח שהקשר בין בית-החולים למנותח הינו קשר תהליכי ארוך טווח המותנה בשיתוף פעולה עמו (במיוחד נוכח העבר הנוגע לקשר עם אחותו) ואין מדובר במפגש קצר במהלך ההחתמה על טופס ההסכמה, שרק אז מסבירים למנותח אודות הסיכונים והסיכויים (עמוד 143 שורה 14 והלאה).

הוא ידע שהמנוח מרכיב אמצעי שמיעה, אך לא ידע כי מדובר בחסוי, ואני מקבל את עדותו בעניין זה (עמוד 146 שורה 1 והלאה).

יחד עם זאת, מעדותו, ובהעדר רישום ברור על כך, לא שוכנעתי כי ד"ר טובי לזרוביץ יידע את המנוח או את הוריו בדבר הסיכון האפשרי למוות.

(4). אמו של המנוח:

העידה, כי "אפשר לראות את זה שיכולים לא לחתום על עצמו, שהוא לא יחתום על עצמו...לא צריכים להגיד, בגלל שהוא לקוי שמיעה ולקוי ראייה" (עמוד 6 שורות 18 – 21), אך לא הוברר כיצד העניין בולט לעין כל מעבר ללקותו, שהרי אין הכרח שכך יהיו פני הדברים רק משום לקות ראייתו ושמיעתו.

לטענתה, היא אמרה לרופאים, שהמנוח למד בחינוך מיוחד "כל החיים שלו" (עמוד 7 שורה 10, 12), אך אין כל מסמך רפואי שמציין את הנתון, וכפי שבאים חשבון עם הנתבעת אודות אי רישום במסמכים רפואיים, כך יש לבוא חשבון עם התובעים וההנחה שהאם לא ציינה את הדבר בפני הרופאים.

האם התבקשה לספר כיצד היה אדם מן הישוב המשוחח עם המנוח מבחין מיד אם מדובר בחסוי ותשובתה הייתה: "כי ...הוא (המנוח) היה גם כן צריכים להסתכל עליו טוב, טוב והוא קורא את השפה

של העיניים ושל השפתיים, וגם צריכים להסביר לו כמה פעמים עד שיבין את העניין שלו, הוא לא ילד רגיל בוא נגיד את זה...מיוחד שיש לו עיניים בולטות ממש לגמרי, יש לו עיניים בולטות כמו אבא שלו. אפילו יותר מאבא שלו" (עמוד 12 שורה 8 והלאה). **ואולם, לא הוצגו ראיות המלמדות על חריגותו השכלית שנטען שהיא בולטת לעין.**

האם שבה והפנתה אל מראהו של המנוח, כמראהו של אביו, אשר העיד בפניי, **ואין לגזור מסקנה מן המראה אל הכשרות המחשבתית והאינטלקטואלית**. העובדה שהמנוח נהג לשוב ולשאול עד שהבין את ההסבר (עמוד 13 שורה 2 והלאה), אינה מלמדת בהכרח כי חסוי הוא.

אמו של המנוח לוותה אותו במהלך כל הניתוח, החל מהבדיקות לקראת הניתוח ושמעה את כל ההסברים על הניתוח, היא עיינה בכל הניירת הרפואית (עמוד 14 שורה 13). היא אישרה כי הייתה מודעת לכל התהליך: "אני ידעתי, ידעתי כן" (עמוד 17 שורה 22).

אחותו של המנוח (לא חסויה), המוכרת לנתבעת משנת 2010, עברה אצל הנתבעת בשנת 2011 ניתוח דומה אשר בסופו של דבר (למעט סיבוכים שונים) נחל הצלחה. עיון בטופס ההסכמה להסרת הדיסרקטור, אשר נחתם בתאריך 5.11.14 מלמד כי הרופאים הסבירו לה אודות הגישה והסיכונים הכלליים. מן המסמכים הרפואיים עולה, כי **אמו של המנוח הייתה מעורבת בניתוח של אחותו** והיא הודרכה בדבר המשך הטיפול שלאחר הניתוח. האם אישרה כי הייתה מעורבת מאוד גם בניתוח של האחות ולוותה אותה בכל הבדיקות דרך הניתוח עצמו ולאחריו (עמוד 15 שורה 4 והלאה). האם נכחה בעת החתימה של האחות על ההסכמה לניתוח שלה (עמוד 18 שורה 3).

האם אישרה כי לאחותו של המנוח הסבירו, שאחד הסיכונים של הניתוח הוא **מוות**: "ש:...עכשיו את אומרת גם בסעיף 20 לתצהיר שלך שהסבירו לכם שיכול להיות שהיא תמות בניתוח הזה. ת: **נכון**. כן. ש: והבנתם כשר' הלכה לניתוח, הבנתם שזה **ניתוח מסוכן** שיכולים להיות סיבוכים אפילו קשים. ת: **נכון. כן**" (עמוד 18 שורה 4 והלאה).

אמו של המנוח, אשרה, כי לוותה גם את המנוח בתהליך, וכי אותו רופא ישב אתו והסביר לו על התהליך (עמוד 24 שורה 12). היא אישרה כי גם המנוח עשה את הצילומים והבדיקות הנדרשות לקראת הניתוח (עמוד 24 שורה 16).

יחד עם זאת, **אין ההסבר לאחותו של המנוח מרפא את הכשל בהעדר ההסבר למנוח עצמו.**

מעבר לכך, אין חולק כי ההורים לא נכחו עם המנוח בעת החתימה על טופס ההסכמה, כפי שנכחו עם אחותו.

האם שללה את הטענה כי **ביחס למנוח** הסבירו להם את הסיכון למוות: "ש: יש טענה שהסבירו לכם עד הסוף, את כל הסיכונים כולל אמור לכם שיש סיכון של מוות. ת: לא, ל... (הכוונה לתובע) לא, לא היה הסבר של מוות. לא" (עמוד 27 שורה 16 והלאה).

האם דחתה את הטענה כי הוסבר החשש שמא אחד הברגים המוברגים בעת הניתוח יחדור אל המוח: "ש: ...עכשיו הסבירו לכם לפני כשמבריגים את הברגים האלה לתוך העצמות של הראש קיים סיכון שאחד מהברגים יכנס לו לתוך המוח, לתוך הקופסית של הגולגולת, היה הסבר כזה גם. ת: לא. ש: לזורוביץ נתן לכם את זה? ת: לא, לא, לא. ש: גם יהלום לא? ת: לא" (עמוד 28 שורה 14 והלאה).

היא אישרה כי מעצם ההרדמה קיים סיכון של מיתה (עמוד 29 שורה 3), אך לא הוסבר הסיכון למיתה עקב הניתוח עצמו. לדבריה, למנוח "לא הסבירו לו כמו שצריך ככה שזה מסוכן זה פותחים וזה לא הסבירו לו" (עמוד 29 שורה 12 והלאה). וכן: "אבל לא הסבירו לו שצריכים להיכנס לתוך המוח, לתוך הגולגולת" (עמוד 31 שורה 21).

לדבריה, היא חששה מן הניתוח ובקשה מד"ר לזרוביץ, שיסביר למנוח כי מדובר בניתוח מסוכן (עמוד 34 שורה 4) ואישרה כי המנוח מאוד רצה את הניתוח, כי ראה את ההצלחה של אחותו, ואף איים שיהרוג את עצמו אם לא יאפשרו לו לעבור את הניתוח (עמוד 34 שורה 12). נשאלה מדוע לא אמרה שהיא מחליטה ואינה מאשרת את הניתוח של המנוח, ותשובתה: "לא, לא ידעתי שהוא הולך למות" (עמוד 37 שורה 8).

אכן, הגיון הדברים הוא ברור: **אם הצוות הרפואי היה אומר למנוח או לאמו כי קיים סיכון למוות, הוא לא היה מסכים לעבור אותו ואמו הייתה מתנגדת לכך מכוח היותה אפוטרופסית שלו ולא בקול ענות חלושה** ("אמרתי לו שאני לא מסכימה" – עמוד 37 שורה 17 – רק משום שבאותו שבוע היה המנוח חלש לאחר מחלת השפעת לטענתה). בסופו של יום האם ידעה כי מדובר בניתוח מסוכן והסכימה שהמנוח יעבור אותו (עמוד 39 שורה 3 והלאה).

<u>(5). אביו של המנוח:</u>

אביו של המנוח, אשר מסר עדות (עמוד 44 שורה 14 והלאה) לא היה מעורה בזמן אמת בתהליכים הניתוחיים, וכל עדותו היא עדות מפי השמועה, תוך הסקת מסקנות שבדיעבד, ולפיכך חסרת משקל לזירת המחלוקת.

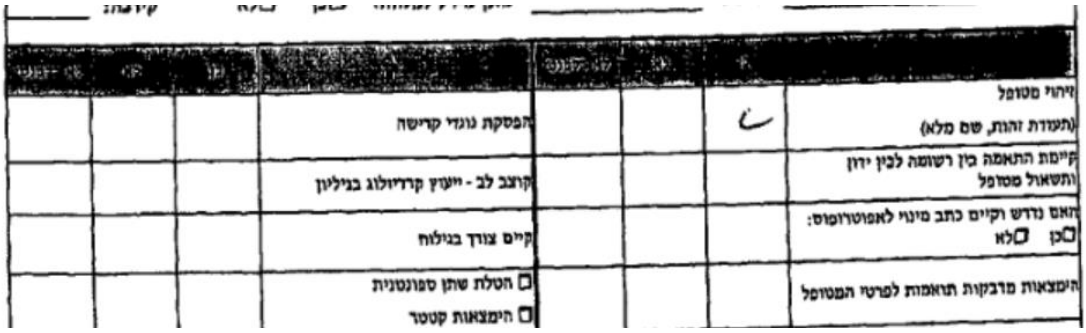
ואכן מסר: "כי רוב הזמן ... (הכוונה לאם התובע מ.מ) הייתה רצה עם הילדים" (עמוד 44 שורה 22). לא ליווה את הניתוחים אלא בחדר הניתוח (עמוד 45 שורה 23). גם הוא לא יכול היה למסור כיצד

אמור אדם מן היישוב להבחין כי המנוח היה חסוי מעבר לעובדה שהיה לקוי שמיעה וראייה (עמוד 47 שורה 1 והלאה).

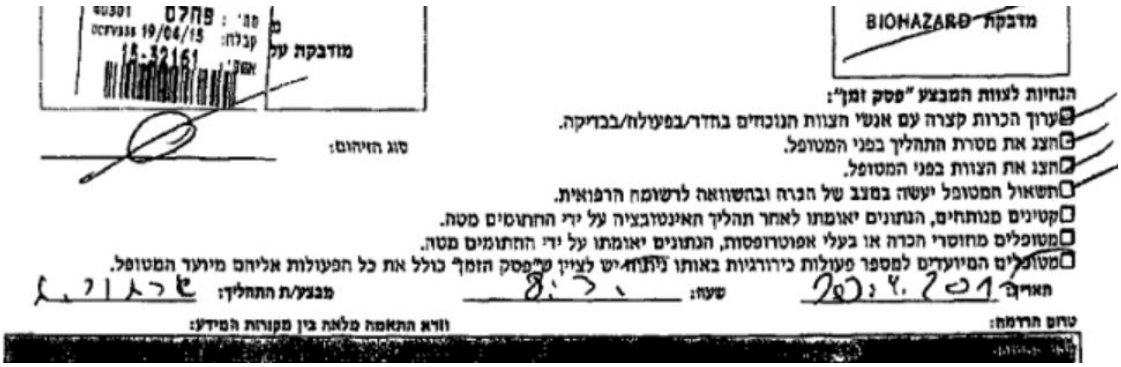
ההורים לא הודיעו לצוות בית-החולים כי המנוח חסוי והם לא יכלו לדעת כי כך הם פני הדברים.

(6). להן קטעי המסמכים הרלוונטיים ביחס לניתוח המדובר:

יחד עם כל שאמרתי לעיל, במסמך הקבלה שהינו טופס מובנה של הנתבעת, בהחלט יש מקום שמטרתו לעורר בפני נציגי הנתבעת את השאלה, האם המנותח/מאושפז הינו חסוי.



זיהוי מטופל (תעודת זהות, שם מלא)	✓		הסכמה נוגדי קרישה
קיימת התאמה בין רשומה לבין ידון ותשאול מטופל			קושב לב - ייעוץ קרדיולוג בבילין
תאם נדדש וקיים כתב מינוי לאפוטרופוס: ☐כן ☐לא			קיים צורך בגילוח
הימצאות מדבקות תואמות לפרטי המטופל			☐ הטלת שתן סטנטנית ☐ הימצאות קטטר



מדבקת BIOHAZARD

הנחיות לצוות המבצע "סגר זמן":

☐ערוך הכרות קצרה עם אנשי הצוות הנוכחים בחדר/בפעולה/בבדיקה.
☐חצנ את מסרת התהליך בפני המטופל.
☐חצנ את הצוות בפני המטופל.
☐חשאול המטופל יעשה במצב של הכרה ובהשוואה לרשומה הרפואית.
☐קטינים מנותחים, הנתונים יאומתו לאחר תהליך תאינטובציה על ידי החתומים מטה.
☐מטופלים מחוסרי הכרה או בעלי אפוטרופסות, הנתונים יאומתו על ידי החתומים מטה.
☐מטופלים המיועדים למספר פעולות כירורגיות באותו ניתוח- יש לציין ב"סגר זמן" כולל את כל הפעולות אליהם מיועד המטופל.

תאריך: 20.4.2014 שעה: 8:30 מבצע/ת התהליך:

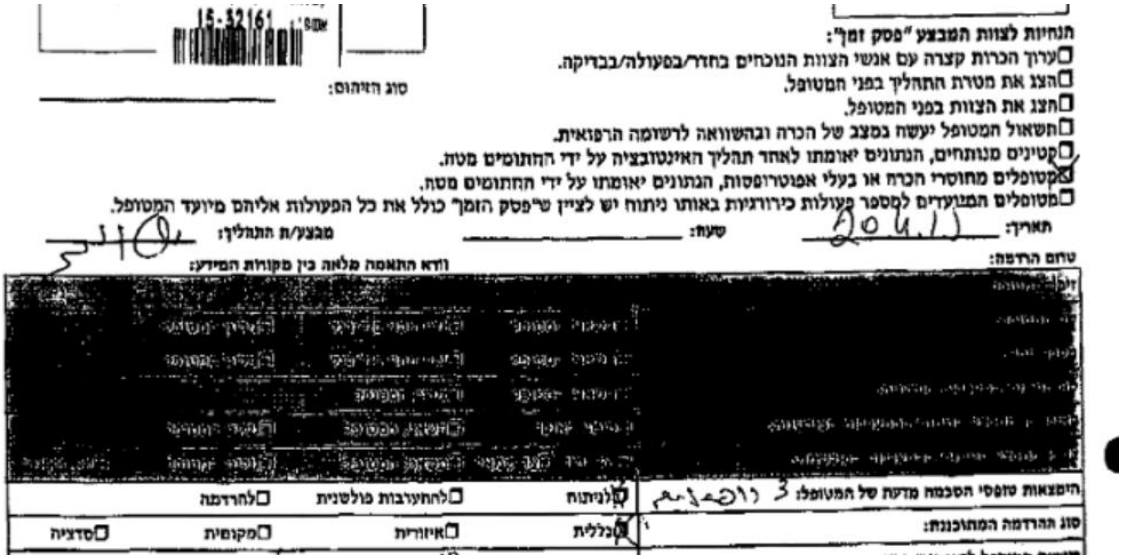
טרם הרדמה: וודא התאמה מלאה בין מקורות המידע:

מדבקת מטופל

סוג הזיהום:

כלומר במסמכים המובנים של הנתבעת על הגורם הטיפולי לשאול את עצמו לכאורה את השאלה האם מדובר בחסוי אם לאו.

ותשומת הלב לגרסתו של המסמך המדובר לפני הניתוח השני, הנוירוכירורגי, שם סומן "איקס" במקום האימות הנוגע, בין השאר, לחסויים, אך אין לדעת האם הכוונה הייתה "למחוסרי הכרה", כפי שהיה מצב הדברים אז:



הנחיות לצוות המבצע "פסק זמן":
☐ערוך הכרות קצרה עם אנשי הצוות הנוכחים בחדר/בפעולה/בבדיקה.
☐הצג את מטרת התהליך בפני המטופל.
☐הצג את הצוות בפני המטופל.
☐השאול המטופל יעשה במצב של הכרה ובהשוואה לרשומה הרפואית.
☐קטינים מנותחים, הנתונים יאומתו לאחר תהליך האינטובציה על ידי החתומים מטה.
☒מטופלים מחוסרי הכרה או בעלי אפוטרופסות, הנתונים יאומתו על ידי החתומים מטה.
☐מטופלים המטופלים למספר פעולות כירורגיות באותו ניתוח יש לציין ש"פסק הזמן" כולל את כל הפעולות אליהם מיועד המטופל.

תאריך: 20.4.15 שעה: _____ מבצע/ת התהליך: [illegible]

טופס הרדמה: [redacted]

היסטוריה טיפוסי הסכמה מדעת של המטופל: ☒לניתוח ☐להתערבות פולשנית ☐להרדמה

סוג ההרדמה המתוכננת: ☐כללית ☐איזורית ☐מקומית ☐סדציה

מעורבות

המשפחה:

נמצאים לציידו כל הזמן, עודכנו שמצבו חמור, אינם מבינים לגמרי את חומרת מצבו, שוחחו עם ד"ר חביב.

וכן:



לטיפול ובדיקת עו"ר(פה ולסת)
שמר על ידי: אילת אברמוב"ץ בזמן 11:28 22/04/2015
שפה ביחידה:
עיקרי:
ית
ם
י:
וחתי:
זכנן:
תערבות:

החו"ם ניתוחים נקיים, ללא סימני הפרשות או דימום
בדיקת תוץ יומית פה ולסת

מחלה
[redacted] (אמא) -
0000000000
ן
ילד 1993, ישראל, רווק, השלישי מבין שלושה, השוב לד. לקוי שמיעה וראיה. לדברי אמו לא עבד. אופשה לצרך ניתוח אלקטיבי בפה ולסת עקב בעיה גנטית. בעקבות דימום מוחי בניתוח הקודם הועבר מהתאוששות ליחידתנו.
רווק, [redacted] זוג הורים, חמישה אחים ואחיות מלקם סובלים מאותה בעיה גנטית כמוהו. לדברי האם, אחותו עברה בעבר ניתוח דומה בהצלחה.
תכנית ההתערבות:
22.4 - היכרות עם המשפחה וברור צרכים מיידיים.
26.4 - שיחה עם האם. סיפרה כי [redacted] מאוד רצה את הניתוח כיון שהחלקות החיצוניות הפריעה לו. מלינה על כך שלא שוחחו עימה מאז יום רביעי. סיפרה כי יש לה ניסיון עשיר עם ילדיה עם המערכת הרפואית. משיחתי עימה התרשמתי כי אינה מבינה את חומרת המצב. עידכנתי את ד"ר חביב.

יש ברישום כזה, בחינת אחריתו מעידה על ראשיתו.

שקלתי את המסמכים המדוברים ומסמכים נוספים, שהוצגו בפניי ובאתי אל המסקנה, כי צוות בית-החולים היה חייב לברר את השאלה האם המנוח חסוי וזאת לפי נהלי העבודה שהוא התווה לעצמו (ה"צ'ק ליסט"), כעולה מן המסמכים הנ"ל. מנגד, האחריות הנ"ל רובצת גם לפתחם של הורי המנוח – הם הצדדים השלישיים.

<u>(7). מסקנות:</u>

הנתבעת לא הציגה למנוח את הסיכון הקיים, לאמור שעקב הניתוח יתרחש **מוות.**

אין זהו ניתוח קל שהסיכון למוות הינו זניח שבזניחים.

במצב דברים זה, כשלה הנתבעת בכך שפגעה באוטונומיה של הרצון הפרטי - בזכותו של המנוח לחופש בחירה, להיות אדון לגורלו, "לכתוב את סיפור חייו", לקבל החלטות מודעות, מושכלות, כאשר כל המידע - ובכלל זה הסיכונים והסיכויים, ובראשם הסיכון למוות עקב הניתוח – כל אלו מוצגים בפניו בלשון ברורה ונהירה והוא מסכים להתנתח בניתוח שכזה מתוך בחירה מלאה.

היה על הנתבעת לפעול בהתאם להנחיית בית-המשפט העליון בע"א 1303/09 **מרגלית קדוש נגד ביקור חולים** (7.2.16):

"...הסכמה מדעת משקפת את זכותו של אדם לאוטונומיה...החובה המוטלת על הרופא למסור מידע למטופל, **בבחינת "את פתח לו"**, נובעת מכך שפעמים רבות המטופל הוא בחזקת מי שאינו יודע לשאול, כמי שאינו בקי בעולם הרפואה ובטרמינולוגיה המשמשת את הרופאים על שלל המונחים המקצועיים שאינם מובנים להדיוטות" (פסקה 26).

וראו שורת הכללים וההנחיות להיקפה של חובת הגילוי בפסקה 43.

לטעמי, כל מבחן שיינקט בעניין זה (ואפנה בעניין זה לדיון שנערך באותו הפסק: "מבחן החולה המעורב/המשולב בעיני הרופא הסביר") יחייב את הנתבעת יידוע בדבר הסיכון שהמנוח ימצא את מותו נוכח הניתוח שעתיד היה לעבור.

וראו גם: "חיוניות הטיפול ודחיפותו: בדומה, קיימת סימטריה בין נחיצות הטיפול ודחיפותו לבין היקף חובת הגילוי. ככל שמדובר בטיפול אלקטיבי או בטיפול שאיני חיוני, היקפה של חובת הגילוי רחב יותר, ולהיפך". (עמוד 232 לפסק הנ"ל).

התובעים טענו, כי שהמנוח היה חסוי, לקוי שמיעה וראייה, ולפיכך היה על רופאי הנתבעת לשם לב, כי אין המנוח מסוגל למסור הסכמה בכוחות עצמו, וכי יש לברר זאת עם האפוטרופוס שלו. טענה זו יש לדחות.

אכן, כפי שנרשם במסמכים הרפואיים, וכפי שניתן לראות בתמונות, המנוח היה לקוי ראייה ושמיעה. הוא הרכיב מכשיר שמיעה. במסמך מאת הנתבעת נרשם: "...יליד 1993...לקוי שמיעה וראיה...".

יחד עם זאת, לא התקבלו ראיות המלמדות, כי מי אשר היה מנהל שיחה סבירה עם המנוח היה אמור להבחין מיד, או לפחות לחשוד, כי מדובר **בחסוי** בעל לקות קוגניטיבית, שאינו מסוגל למסור הסכמה.

מנגד, רופאי הנתבעת, אשר היו אמורים לפעול לפי סדר הפעולות שהם יצרו לעצמם – כעולה מן המסמכים דלעיל – היו אמורים לשאול את עצמם את השאלה האם מדובר בחסוי ולבררה – לא הוצגה ראיה שכך עשו.

מנגד, בעניין זה, בהחלט היה על ההורים ליידע את צוות בית-החולים בעניין זה ולא הוכח שכך עשו.

ו. סיכום האחריות:

הטענה בדבר קיומה של רשלנות הנובעת מן הניתוח, למרות השאלות והתהיות שהצגתי לעיל, בסופו של יום לא הוכחה, בעיקר נוכח העובדה המוצקה, שהדימום, אשר גרם למותו של המנוח נמצא מתחת לשכבת הדורה ושכבה זו נמצאה שלמה בנתיחה שלאחר המוות.

לא ניתן לשלול את הטענה, כי הדימום התת-דוראלי יכול היה להיגרם נוכח העלייה בלחץ התוך גולגלתי, ובסופו של יום לא הוכח כי אין מדובר בסיכון אינהרנטי לניתוח, שלא יכול להתרחש, גם כשאין בצדו רשלנות.

אין קשר סיבתי בין הדימום לקדיחה, או להחדרת הבורג ולכל טענה אחרת שנטענה.

איני יכול לקבוע, כנדרש בהליך זה, שהצוות הרפואי של הנתבעת הוא זה שגרם **ברשלנות** למותו של המנוח.

הטענה בדבר הפגיעה באוטונומיה **של המנוח עצמו** הוכחה, משום **שלא נרשם בטופס ההסכמה ולא נאמר למנוח** דבר כי כתוצאה מהניתוח קיים **סיכון למוות** והוברר שמדובר בניתוח סבוך, מורכב שביחס אליו אין לומר שמדובר בסיכון זניח בנסיבות.

על כן, מסקנתי שהנתבעת כשלה בכך שבהתנהלותה פגעה באוטונומיה של התובע.

העילה היחידה ברת הפיצוי היא הפגיעה באוטונומיה כלפי התובע עצמו.

עילה זו היא אחת - היא צומחת מתוך אותו מקור מחדל, ואין לפצל אותה אל ההורים, או לכל הורה בנפרד.

אני דוחה את בקשת התובעים להפריד את המסכת העובדתית ולהצמיח עילות נפרדות לשני ההורים, הבאים בנעליו.

מחדלה של הנתבעת מקים זכאות לפיצוי בגין הנזק הלא ממוני שנגרם למנוח מעצם הפגיעה באוטונומיה בגין הניתוח שעבר בלא שמסר הסכמה מודעת כדין לאחר שהוסברו לו כלל הסיכונים שבראשם הסיכון למוות.

ז. הנזק:

התובעים בסיכומיהם הציגו פסיקה שונה הנוגעת לראש נזק זה, ועתרו לפסיקת 500,000 ₪ בראש נזק זה.

הנתבעת בסיכומיה אבחנה את הפסיקה (סעיף 196).

הפגיעה באוטונומיה של המנוח, מקימה ראש נזק עצמאי, מנותק משאלת האחריות הנזיקית.

ראו בעניין זה: ע"א 2781/93 **דעקה נגד בית החולים כרמל**, פ"ד נג (4) 526; ע"א 1303/09 **מרגלית קדוש נגד בית החולים ביקור חולים** (05.03.2012); ע"א 8126/07 **עזבון צבי נגד בית החולים ביקור חולים** (3.1.10) ועוד.

בע"א 2781/93 **דעקה נגד בית החולים כרמל**, תק-על 99 (3) 574 נקבעו כללים מנחים לאומד הפיצוי בראש נזק זה:

"במקרים מן הסוג העומד לדיון, יתבטא הנזק בעיקר ב**תגובתו הנפשית והרגשית של התובע לכך שנעשה בגופו טיפול רפואי ללא הסכמתו מדעת,** ולהתממשותם של סיכונים אשר כלל לא הובאו בפניו בטרם הסכים לביצוע הטיפול...בהערכת גובה הפיצוי בגין נזק זה, עשויה להיות **חשיבות לחומרת ההפרה של החובה** לקבל את הסכמתו המודעת של החולה בטרם ביצוע הטיפול בו. **הימנעות ממסירת מידע משמעותי כלשהו על הפרוצדורה אותה מבקשים לבצע בחולה חמורה יותר**, בדרך כלל, מאי מסירה של חלק מן האינפורמציה המהותית. באופן דומה, **ככל שהסיכון אשר לא נמסר לחולה על דבר קיומו הוא חמור יותר מבחינת הפגיעה האפשרית בחולה**, וככל שהסתברות התרחשותו גבוהה יותר, הרי שעוצמת הפגיעה באוטונומיה של החולה חמורה יותר. לשון אחר, ככל שחשיבותה של ההחלטה בה מדובר מבחינת החולה גדולה יותר, **נישולו ממעורבות אפקטיבית בתהליך קבלת ההחלטה פוגע במידה רבה יותר בזכותו לאוטונומיה.** ברור, כי מדובר בהנחיות כלליות בלבד. המדובר בנזק אשר מעצם טיבו קיים בו היבט סובייקטיבי דומיננטי, המעורר קשיים בלתי נמנעים בהערכתו. בסופו של דבר, גובה הפיצוי בכל מקרה, בדומה לפיצוי בגין נזקים לא ממוניים אחרים, נתון לשיקול דעתו של בית המשפט, וייקבע בדרך של אומדנה המבוססת על הערכה של מכלול נסיבות הענין, ועל התרשמותו של בית המשפט. על בית המשפט לנקוט, בהקשר זה, גישה מאוזנת. עליו ליתן את המשקל הראוי לכך שמדובר בפגיעה בזכות יסוד, אשר מחייבת קביעת פיצוי הולם, להבדיל מפיצוי סמלי. לצד זה, בשל הקשיים הטבועים בתהליך הערכת הנזק, על בית המשפט לרסן עצמו, ולא לפסוק פיצויים בשיעורים מופרזים".

עיון בפסיקת בתי-המשפט מלמד, כי קיים **מתחם פיצוי נרחב בראש נזק זה** הנע מאלפי ש"ח עד עשרות רבות של אלפי ₪ וניתן לראות **מגמה מרחיבה** הן ביחס להחלת העילה על תחומי המשפט והן ביחס לשיעורי הפיצוי הנפסקים בראש נזק זה.

בית-המשפט העליון קבע בע"א 4576/08 **בן צבי נגד פרופ' היס** (7.7.11): "הטבת הנזק שבפגיעה באוטונומיה צריכה להיעשות **באמצעות פיצויים מתאימים**, **ולא "סמליים"**.

בתיק זה פסק בית-המשפט בגין הפרת החובה לקבל הסכמה לנתיחה שלאחר המוות כי יש להוסיף פיצוי בסך 150,000 ₪ על הסכום שנפסק (סה"כ 300,000 ₪) וקבע: "הסכומים שנפסקו למערערות אמורים לשקף הן את הנזק הבלתי ממוני שנגרם להן עקב ביצוע הנתיחה ללא שנתנו לכך הסכמה מדעת והן את הגברתו של נזק זה עקב התנהלותם המאוחרת של המשיבים. הנזק שנגרם למערערות עקב ביצוע הנתיחה הוא הזעזוע ועוגמת הנפש שנגרמו להן עקב ביצוע הנתיחה, כמו גם הפגיעה באוטונומיה שלהם. גרימת נזק ממשי של עוגמת נפש וזעזוע אינה מאיינת את הנזק הנסוף שנגרם עקב פגיעה באוטונומיה..." (פסקה 44).עוד נקבע כי "יש מקום להגדיל את הפיצוי שנפסק לאלמנה בגין הפגיעה באוטונומיה שלה, שהוחמרה כאמור על-ידי התנהלות המשיבים מאוחר יותר".

אציג מספר דוגמאות נוספות, אך ברור לכל שנוכח העובדה כי ראש נזק זה מותנה בהערכת כלל הנסיבות ואין מדובר בראש נזק ממוני, אזי יש לבצע אבחנה, שכן כל מקרה לגופו:

בע"א 754/05 **לבנה לוי נגד מרכז רפואי שערי צדק** (5.6.07): נקבע כי בית-החולים אחראי למותו של עובר ברחם אמו. נפסקו פיצויים בסך 300,000 ₪ בגין הנזק הבלתי ממוני שנגרם לאם וסך של 250,000 ₪ בגין הנזק הבלתי ממוני לאב. בית-המשפט פירט בסעיף 35 את השיקולים שנשקלו בפסיקת סכום הפיצוי, ובין השאר: "...הקושי שחוו המערערים בדרך להריון, משך ההיריון והקרבה לסיומו מצד אחד, והעובדה שהם לא איבדו, בסופו של דבר, את היכולת להרות ואף עלה בידם להביא לעולם זוג תאומות, מצד אחר...".

ברע"א 3946/12 **המועצה הדתית עכו נגד תורג'מן** (5.6.12): נפסקו 150,000 ₪.

ע"א 9817/02 **וינשטיין נגד ברגמן** (16.6.05): בעניינו של ניזוק שנגרמו לו 55% נכות בשל ניתוח בעיניו, בית-המשפט כימת את גובה הנזק בגין הפגיעה באוטונומיה בסכום של 150,000 ₪.

ע"א 9936/07 מאיה בן דוד נגד ד"ר אייל ענטבי (22.02.11): בית-המשפט העליון קבע כי אמנם אין מדובר בפגיעה באוטונומיה ברף הגבוה, ברם לא ניתנה זכות בחירה לאישה בהריון בשאלת ביצוע פרוצדורה משמעותית. נקבע כי סכום הפיצוי ברכיב הפגיעה באוטונומיה יעמוד על **250,000** ₪.

ע"א 6989/09 נוהא פרוך נגד בית החולים מוקאסד (02.08.11): בעניין תביעת רשלנות רפואית שהגישו המערערים בעקבות לידה מוקדמת של האם (שבוע 24), במהלכה נולדו ארבעה פגים שנפטרו זמן קצר לאחר לידתם. בית-המשפט המחוזי פסק שיש לפצות את המערערים בסכום גלובאלי העומד על 150,000 ₪ בגין הפגיעה באוטונומיה של האם, הפרת זכויותיה מכוח חוק זכויות החולה והרישום הרפואי הלקוי והחסר. בית־המשפט העליון הותיר את פסק המחוזי על כנו, אך התייחס להחלטתו של בית־ המשפט המחוזי להעמיד את גובה הפיצוי על סכום של 150,000 ₪ וציין כי נפסקו סכומי פיצוי ברף הנמוך בגין ראש הנזק של פגיעה באוטונומיה.

ע"א 980/09 פלונית נגד פרופ' שלמה משיח (15.03.12): נדונה טענתם של בעל ואישה בדבר רשלנות של הצוות הרפואי בטיפול פוריות שניתן לאישה. בצד זה נפסק כי הצוות הרפואי אכן התרשל באי־ מסירת מידע להורים ,וכי הדבר עולה כדי פגיעה באוטונומיה . בגין ראש נזק זה פסק בית־ המשפט פיצוי בסך של 100,000 ש"ח לאב ו־ 50,000 ש"ח לאם . בית־המשפט העליון לא התערב בקביעותיו העובדתיות של בית־המשפט המחוזי, אך עמד על הצורך לפסוק פיצוי משמעותי יותר בגין הפגיעה באוטונומיה. בית־ המשפט העלה את גובה הפיצוי לכדי **200,000** ₪ **לאב ו־ 100,000 ש"ח לאם.**

ע"א 169/15 פלוני נגד שירותי בריאות כללית-המרכז הרפואי סורוקה (25.04.17): ערעור על פסק דינו של בית-המשפט המחוזי אשר דחה תביעה נזיקית כנגד המרכז הרפואי סורוקה בגין רשלנות רפואית במהלך לידה שגרמה לנזקים כבדים – גופניים וקוגניטיביים– למערערת. בית-המשפט העליון קיבל את הערעור באופן חלקי, וקבע כי המשיבה תחויב בפיצוי המערערים בסך של **300,000** ₪ בגין הפגיעה באוטונומיה.

ת"א 33611-06-12 (מחוזי נצרת) **סיון הרוש נגד פוריה** (23.11.15): נפסק פיצוי בגין הפגיעה באוטונומיה לתובעת בסך 150,000 ₪ וזאת "...נוכח הסיכונים שצפויים היו לתובעת בהליך השראת הלידה (הלגיטימי) בו בחרו רופאי הנתבעת לטפל בתובעת, קמה להם חובה ליידע את התובעת על אפשרות הניתוח הקיסרי ולאפשר לה לבחור בה לאחר שייפרשו בפניה את הסיכונים והסיכויים הכרוכים בניתוח קיסרי. חובה זו הופרה על ידי הנתבעת" (עמוד 18 לפסק).

על הפיצוי בגין פגיעה באוטונומיה, נכתב במאמר מאת אסף יעקב ויוני לבני "**הקפיצה הגדולה** - על **גובה הפיצוי בגין פגיעה באוטונומיה**", אשר פורסם בכתב העת **עיוני משפט** בשנת 2015 (כרך לז, עמודים 437-497), והמציג את המגמה של העלאת סכום הפיצוי, כדלקמן:

"הפיצוי בגין הפגיעה באוטונומיה ניתן פעמים רבות מבלי שהייתה התרשלות בטיפול הרפואי עצמו. טלו אדם שעבר טיפול שלא היה רשלני אך הסב לו נזק במקרה הרגיל לא יזכה אדם כזה לכל פיצוי. הדבר עלול לעורר תסכול אצל המטופל... **ראש הנזק של פגיעה באוטונומיה עשוי לספק מוצא לתחושת התסכול של הניזוק, אם הופרה כלפיו חובת הגילוי, הוא יזכה בפיצוי חרף היעדר התרשלות בטיפול**" (עמ' 457).

במקרנו, אני סבור, שהפיצוי בראש נזק זה חייב להיות **משמעותי ביותר** מן הנימוקים הבאים:

ראשית, זהו כימות כספי של **הפגיעה עצמה בחופש הבחירה, בכבודו ובזכותו החוקתית של המנוח** בנסיבות תיק זה.

שנית, למרות שהמנוח חפץ מאוד בניתוח, איני סבור שבסופו של יום המנוח או הוריו, היו מסכימים לניתוח, אם היו מציגים בפניהם, כנדרש, את שלל הסיכונים והסיכויים, כפי שהתבררו במשפט זה **ובכלל זה את הסיכון למוות**. כלומר, למרות שראש נזק זה הינו בר פיצוי גם ללא קשר לתוצאה עצמה, יש משמעות למסקנתי, שלפיה אילו היו מבהירים למנוח **בצורה מפורשת**, שקיים סיכון למוות הוא לא היה מסכים לניתוח.

שלישית, אין להתעלם מן הסיכון הרב שהיה חבוי בניתוח, שהרי אין מדובר בניתוח קל, אלא בניתוח סבוך ומורכב. על כן, קיימת מקבילים כוחות בין טיבו של הניתוח והסיכון מפניו ובין החובה שלא לפגוע באוטונומיה של המנותח. כלומר, ככל שדנים בניתוח מורכב יותר, מסובך יותר, שהסיכון בו רב, כך גם עוצמתה של הפגיעה באוטונומיה ותרגומה לכימות כספי נכבד. אכן, יש להוסיף אמצעי אזהרה ויידוע ככל שהסכנה עוצמתית עד כדי סכנת מוות ואם אלו לא הוספו אזי הפיצוי חייב לבטא נאמנה את גודל המחדל.

רביעית, קשה להתעלם מן התוצאה הקשה שבמסגרתה מצא המנוח את מותו – חייו של צעיר נגדעו – ומהסבל האין סופי שהפך מנת חלקה של משפחתו.

ולא יהא מיותר בעניין זה להפנות לעדות האב:

בית משפט השלום ברמלה

אני נשבע לך כואב, אני כל יום בוכים עליו כל יום זה ילד, כי אף
אחד לא נותן את זה, אני לא מאחל לאף אחד שהכוס הזה שאנחנו
שתינו אותו שאף אחד לא ישתה אותו בעזרת השם, לא אף אחד,
לא בנאדם,

חמישית, אזכיר את מחדלם של רופאי הנתבעת לברר את השאלה האם המנוח היה חסוי, נוכח סדר הפעולות שהם קבעו לעצמם שחייב זאת, אך מנגד את חובתם של הורי המנוח ליידע על כך בצורה מפורשת.

על כן, אני סבור שיש לקבוע פיצוי בראש נזק זה בהיקף ניכר.

לאחר שבחנתי את כלל הנסיבות, נוכח פסיקה שונה הנוהגת בתחום, אני קובע ביחס לעילת של הפגיעה באוטונומיה פיצוי בסך **350,000** ₪.

ח. תוצאה:

אני מקבל את התביעה בעילת הפגיעה באוטונומיה.

אני פוסק שהנתבעת תשלם לתובעים 350,000 ₪.

בנוסף, אני פוסק, שהנתבעת תשלם לתובעים את שכר טרחת עורך-הדין בשיעור של 20% + מע"מ.

בנוסף, אני פוסק, שהנתבעת תשלם לתובעים את הוצאות המשפט, כפי שהוצאו.

סכום הפסק ישולם בתוך 30 ימים, שאם לא כן יישא הסכום הפרשי ריבית והצמדה כדין עד למועד התשלום בפועל.

התובעים יכינו פסיקתא לחתימתי.

זכות ערעור לבית-המשפט המחוזי מרכז/לוד בתוך 45 ימים.

ניתן היום, כ"ד תמוז תש"פ, 16 יולי 2020, במעמד הצדדים.



מנחם מזרחי, שופט, סגן הנשיאה