|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **בית משפט השלום בתל אביב - יפו** | | |
|  | | |
| פלוני נ' מדינת ישראל | | 16 יונ 2020 26395-10-16 |
|  | | |
| **השופט** | שי משה מזרחי | |
|  | | |
| **תובע:** | פלוני ע"י עו"ד דוד שרים | |
|  | | |
|  | **- נגד -** |  |
|  | | |
| **נתבעת:** | מדינת ישראל ע"י עו"ד יעקב עוזיאל | |

**פסק דין**

|  |
| --- |
|  |

1. לפני תביעה בגין אבחון מאוחר של דלקת בתוספתן וניתוח שגרם לחירור המעיים של התובע (אשר אף הוא, כנטען, לא אובחן במועד). כתוצאה מן האמור נאלץ התובע, לטענתו, לעבור חמישה ניתוחים מתקנים נוספים, דבר שגרם לו לנזק לצמיתות במערכת העיכול.**רקע עובדתי:**
2. התובע, יליד 1981, פנה ביום 1.8.14 בשעה 14:17 לבית החולים ע"ש "וולפסון" בשל כאבי בטן והקאות מרובות שהחלו מבוקר אותו היום, ללא שלשולים, ללא חום (36.9) ללא תסמינים חריגים אחרים. צוין בטן רכה, לא תפוחה, רגישות באזור האפיגסטריום, ללא סימני גירוי צפקי. טופל בתרופות נוגדות חומצת קיבה ונוגדות בחילה. ניתנה הנחיה למעקב רופא מטפל ולביצוע גסטרוסקופיה ואולטראסאונד בקהילה. שוחרר בשעה 16:30. נבדק ע"י ד"ר מוסייב.
3. באותו היום חזר למיון בשעה 22:16 וצוין פניה חוזרת למיון עקב כאבי בטן והקאות\* 5 פעמים המקרינים לאשכים דו"צ. יציאה אחרונה אתמול. מעבר גזים. ללא צריבה במתן שתן. חום נמדד 37.8. בבדיקה גופנית צוין: בטן רכה עם רגישות ניכרת אפיגסטרית ובמפשעות, אשכים רגישים במישוש...נבדק ע"י אורולוג שקבע כי אין מקום להתערבות אורולוגית. אומדן כאב בקבלתו היה בעוצמה 7 ותואר ככאב חד. בסמוך למועד שחרורו אומדן הכאב ציין- 2. שוחרר בשעה 1:30, לאחר שצוין כי אין אינדיקציה לאשפוז (ד"ר שיין אוריה).
4. ביום 3.8.14 שעה 8:52 פנה לכירורג בקופת החולים בעקבות תלונות על כאבי בטן תחתונה במשך יומיים, ללא שלשולים, הקאות לפני יומיים. בבדיקה הגופנית נמצאה רגישות בבטן ימנית תחתונה עם גירוי צפקי. אבחנה צוינה: אפנדיציטיס. עבר US בקופ"ח- דרכי מרה לא מורחבות, ללא אבנים. הופנה למיון.
5. ביום 3.8.14 בשעה 11:13 התקבל לבי"ח ע"ש "וולפסון" ונכתב כי "לדבריו כאבי בטן חשד לאפנדיציטיס פעמיים בסוף השבוע". חום נמדד בקבלתו- 36.8, ולאחר מספר שעות- 37.1. בבדיקה צוין: "במישוש רגישות RCQ, ללא סימני גירוי צפקי, ללא רבאונד, מרפי, רובזינג, ללא רגישות בניקוש מותני". הופנה ל-CT בטן תחתונה שהעלתה כי לתובע דלקת חריפה בתוספתן.
6. באותו היום (3.8.14) בשעה 19:00 לערך החל הניתוח. בדו"ח הניתוח צוין כי המנתח הראשי- ד"ר מוסייב גארי, מנתח אחראי ד"ר דוידוב אדוארד. הממצאים שצוינו בדו"ח: תוספתן מודלק לכל אורכו, נוזל סרוטי בכמות בינונית באגן. מהלך הניתוח תואר בפירוט ובסופו צוין כי הניתוח עבר ללא סיבוכים, החולה יצא מחדר הניתוח במצב יציב.
7. שעת התחלת הניתוח: 19:14. שעת סיום הניתוח: 21:07. הדו"ח חתום ע"י ד"ר מוסייב גארי.
8. ביום 6.8.14 הופיע חום 38 עם תלונות של כאבים בצדו הימני של החזה והבטן, חום מקומי ורגישות מקומית ניכרת. בנוסף רושם לאדמומיות באזור הפצע הניתוחי. עבר ניתוח נוסף באותו היום ונכתב כי ה"מטופל ספטי, אוורת תת עורית. בבדיקת CT אוויר בכמות רבה בתת עור בבטן ימנית תחתונה". בסיכום אשפוז צוין כי לאחר ניקוז הפצע הוחלט לנתחו בדחיפות בחשד לדלף מאזור הניתוח.
9. הממצאים בניתוח: "חור במעי הדק 8 ס"מ פרוקסימלי למסתם אליאוצקאלי. תוכן צואתי בבטן ימנית בתת עור ומעט בבטן ימנית תחתונה. פסצאיטיס פסציה כל בטן ימנית כולל שריר רקטום. גדם תוספתן תקין". בסיכום האשפוז צוין כי עקב היקף הפצאיטיס הוחלט על סגירת שכבות הבטן ללא סגירת הפצע העורי על מנת להקל על הניקוז.
10. בניתוח הנ"ל המנתח האחראי- ד"ר שמעונוב מרדכי, עוזרי מנתח- ד"ר דוידוב אדוארד וברגר אורי. מהלך הניתוח פורט וצוין כי לא היו סיבוכים במהלכו.
11. החולה נותר במעקב במשך שלושה ימים אך לאור רושם להתפשטות הפצאיטיס לאורך צד הגוף הוחלט על ביצוע הטרייה נוספת אשר בוצעה ב-10.8.14.
12. במהלך ניתוח זה הודגם פיברים עכור לאורך הפסציה בבטן ימנית- בוצעה הטריה נרחבת עם השארת נקז נוסף.
13. לאחר הניתוח הנ"ל צוין בסיכום האשפוז על שיפור במצבו של החולה והוחל במתן שתייה וכלכלה.
14. במרוצת הימים חלה ירידה קלה בהפרשות והיקף הפצאיטיס, אך בשל המשך ההפרשות הוחלט בייעוץ עם פלסטיקאים על טיפול ב-VAC לשיפור ניקוז וריפוי הפצע. צוין כי בדיון משותף עם ד"ר טופז הוחלט על המשך טיפול במכשיר VAC בביתו עם החלפות כיסוי פצע כמקובל ע"י נציג חברה יצרנית. עוד הוסף בסיכום האשפוז מיום 1.9.14 כי כעת חש בטוב, בטן רכה ללא רגישות, ללא חום כאבים או תלונות נוספות. פצע ניתוחי לאחר קירוב שוליים נראה נקי עם הפרשה סירוטית מועטה.
15. ביום 5.9.14 אושפז שוב בעקבות עליית חום ומראה הפצע. שוחרר ביום 7.9.14, הומלץ על המשך טיפול ב-VAC.
16. ביום 14.12.14 עבר ניתוח בבית חולים "כרמל" לניקוז מוגלה באזור פי הטבעת. שוחרר ביום 21.12.14.
17. ביום 8.1.15 שוב התאשפז בבית החולים "כרמל" לצורך פתיחה וניקוז מוגלה באזור פי הטבעת הימני. שוחרר ביום 9.1.15.
18. בהמשך עבר שלושה ניתוחים נוספים בבית החולים "כרמל": הניתוח השישי היה להחדרת סיטון לניקוז מוגלה בצד הימני של פי טבעת. הניתוח השביעי- להחדרת סיטון לניקוז מוגלה לצד השמאלי של פי הטבעת. הניתוח השמיני- להחדרת סיטון חדש במקום זה שכבר היה בלוי.**טענות הצדדים:**טענות התובע:
19. רשלנות הנתבעת, אנשי צוותה ו/או מי מטעמה היא שגרמה לנזקי התובע: רשלנות בטיפול הרפואי ובאי אבחון דלקת התוספתן במועד, ביצוע ניתוח רשלני שגרם לחירור המעיים, ניתוח על ידי מנתחים לא מומחים, לא מיומנים ורשלניים, אי קבלת הסכמה מדעת, אי מילוי חובת הגילוי על אפשרות לניתוח לפרוסקופי והחתמה על טופס כללי שאיננו כולל את הסיבוכים הצפויים, איחור רשלני באבחון הקרע במעיים ואבצס תוך בטני וטיפול מאוחר בסיבוכים הללו, ניהול כושל של הרשומה הרפואית.
20. יש להעביר נטל הראיה מכוח סע' 41 לפקנ"ז "הדבר מעיד על עצמו" ו/או מכח סעיף 38 לפקנ"ז לגבי דברים מסוכנים. עוד נטען להפרת חובות חקוקות בחוק יסוד כבוד האדם וחירותו, בפקודת הנזיקין ובחוק זכויות החולה.
21. בעקבות הנזק החמור לדופן הבטן ולשרירי דופן הבטן נאלץ התובע לעבור תקופת החלמה ממושכת. בשל הניתוחים הגדולים התפתחו אצלו הידבקויות והוא סובל מכאבי בטן קשים וממושכים, מהפרעות ביציאות, החמרה בבעיית טחורים. כמו כן התפתחה אצלו מורסה פריאנאלית שהתפתחה לפיסטולה וחייבה שלושה ניתוחים חוזרים.
22. בעקבות הנזק שנגרם לו נאלץ לוותר על חוזה עבודה ככדורגלן, וכן להפסיד ימי עבודה רבים, הזדקק לעזרת הזולת ועבר אשפוזים ומעקבים רפואיים רבים, נוטל תרופות לצמיתות וסובל מתופעות לוואי שונות.
23. בנוסף סובל מחרדות על רקע הטיפולים שעבר. כמו כן מתקשה לתפקד מבחינה חברתית נוכח מצבו. יחסיו עם אשתו נעכרו. בשל מצבו הכלכלי נאלץ להתגורר אצל הורי אשתו. טענות הנתבעת:
24. באשר לניתוח מיום 3.8.14- התובע נותח ביום קבלתו ועבר כריתת תוספתן. הניתוח בוצע ע"י רופאים מוסמכים וע"פ אסכולה רפואית מקובלת. המנתחים נקטו בכל האמצעים והפעולות המקובלות למניעת פגיעה באיברים סמוכים בניתוח תוספתן ולא ניתן היה למנוע את הקרע במעיים- סיבוך מוכר וידוע.
25. לחילופין, אין כל קשר סיבתי בין הנזקים הנטענים ע"י התובע ומוכחשים כשלעצמם לבין המעשים ו/או המחדלים המיוחסים לנתבעת ומוכחשים אף הם מכל וכל.
26. לקראת כל התערבות ניתוחית, התובע אשתו ואמו קיבלו הסבר מעמיק וסבלני על ההליך הרפואי מפרופ' ותיק במחלקה אשר היה מעורב אישית בשני הניתוחים שעבר התובע.
27. בנוסף הניתוח לכריתת התוספתן היה חייב להתבצע מידית ואין ספק כי התובע היה בוחר לבצע את הניתוח בין אם הוסברו לו הסיכונים האפשריים בניתוח מסוג זה ובין אם לא הוסברו.**חוות דעת הצדדים:**
28. כל אחד מן הצדדים הגיש חוות דעת מטעמו לתמיכה בטענותיו, כדלקמן:חוות דעת תובע וחקירה נגדית:מטעם התובע הוגשה חוות דעתו של ד"ר זאב לוברמן, מומחה בכירורגית כלי דם וכירורגיה כללית אשר ציין בחוות דעתו כי "...ברוב המקרים האבחנה של דלקת התוספתן נעשית על פי ההיסטוריה של החולה ומחלתו, על סמך בדיקה פיזיקלית יסודית. בכל מקרה הכירורג הקלינאי נדרש לחשדנות גבוהה ומתן מקום של כבוד לאפשרות אבחנה זו. לא כך נהגו בחדר המיון של וולפסון ב-1.8.14 וב-2.8.14 ולאחר בירור שטחי שאינו עומד בקריטריונים של רפואה סבירה בפרט כאשר מדובר באיש בריא אשר פונה בתוך 24 שעות פעם שניה לחדר מיון עם אותם תלונות, מחייב הדבר רמת חשד גבוהה בהרבה ורמת זהירות, בירור והשגחה צמודים יותר, למרות זאת התובע נשלח לביתו...לו אושפז התובע להשגחה עוד ב-1.8.2014 בחשד לדלקת תוספתן תוך מתן טיפול אנטיביוטי הולם, הייתה קיימת אפשרות, כמו שקורה בעד 35% מהמקרים שהדלקת הייתה נסוגה, והיה נחסך ממנו הניתוח וסיבוכיו...אפילו ב-3.8.2014 כאשר האבחנה הקלינית כבר הייתה ברורה גם לרופא קופ"ח נזקקו בוולפסון לבדיקת CT כדי להגיע לאבחנה. אז כבר לא היה מקום לטיפול אחר פרט לניתוח.מקובל במצבים בהם יש חשד סביר לדלקת תוספתן גם לנתח ומותר למצוא תוספתן שאינו מודלק, ההחלמה מניתוח שבו התוספתן 'לבן' קלה יותר ועדיפה על המתנה יתר על המידה ובה התוספתן 'התפוצץ', שכן האחרון מהווה מחלה קשה להחלמה".המומחה סיכם כי "טיפול ניתוחי רשלני גרם ליצירת הידבקויות בחלל הבטן, החלשות דופן הבטן וצלקות מכוערות על שטח גוף רחב, בהמשך עקב שינויים בהרגלי היציאה התפתח אבסס שהוביל לפיסטולה פריאנלית שהצריכה ניתוחים חוזרים אשר גרמו סבל רב ונכות תפקודית קשה בגבר צעיר שהתפרנס מעיסוק בספורט מקצועי. כל הנ"ל היו יכולים להיחסך לו היה מתקיים הכלל של רפואה סבירה. משלא נהגו בוולפסון כך נוצרו הסיבוכים אשר הובילו לנכויות המתוארות...". המומחה העריך נכויותיו הצמיתות עקב הניתוח ותוצאותיו כדלקמן: עקב הידבקויות בחלל הבטן הגורמות לשינוי בהרגלי היציאה, לפי סעיף 18(1)(ג')- 20%. עקב החלשות דופן הבטן, לפי סע' 20(2)- 10%. עקב פיסטולה פריאנלית, לפי סע' 15(2)(א')- 10%. עקב צלקות מכערות, רגישות וכואבות בדופן הבטן על שטח נרחב, לפי סע' 75(1)(ג')- 20%.מטעם התובע הוגשה גם חוות דעת משלימה של ד"ר זאב לוברמן להדיפת חוות דעתו של מומחה ההגנה כדלקמן:"נק' המחלוקת הראשונה היא באשר למשמעות האיחור בין מועד הגעתו לראשונה לחדר המיון 1.8.2014 ומועד אשפוזו ב-3.8.2014. לא היה כל הבדל בבדיקתו או ממצאי המעבדה בין שני מועדים אלה ולמרות זאת ב-1.8.2014 שוחרר וב-3.8.2014 אושפז, בוצעה האבחנה ונותח". חזר שוב על האמור בחוו"ד כי לו בוצעה האבחנה יומיים קודם לכן יש להניח שהמהלך היה שונה והנזק היה נמנע...ייתכן והיה מקום לשחררו לביתו ב-1.8.2014 אך מאחר וידוע שאפנדיציטיס הינה מחלה קשה לזיהוי ויכולה להתפתח במהלך שונה מאדם לאדם ויחד עם זאת, זו מחלה שכיחה אם לא השכיחה ביותר בגברים צעירים ובריאים והתפתחותה יכולה להיות ארוכה או קצרה יחסית. אין ספק לדעתי שההחלטה לשחררו לביתו ב-1.8.2014 הייתה חייבת להיות מלווה לכל הפחות בהוראה לחזור לבדיקה נוספת בתוך 24 שעות. משחזר לבדיקה נוספת על דעת עצמו, הייתה חובה לקבלו לאשפוז לפחות להשגחה, היה מקום לשקול טיפול אנטיביוטי ולבצע בדיקות אבחנתיות נוספות.סיכם נקודה זו וציין כי אין ספק שמחלתו הייתה דלקת חריפה של התוספתן וכי היה איחור באבחנה של 72 שעות, ואין ספק שניתן היה להגיע לאבחנה מוקדם יותר וכך גם לטיפול ניתוחי.באשר לשימוש בשיטה הלפרוסקופית- מצביע על יתרונות גדולים בשיטה זו ובייחוד בהשוואה לניתוח פתוח אשר גרם במקרה הנדון לסיבוך מסכן חיים. בנוסף, במקרה הנדון ברור כי כשמדובר בספורטאי צעיר- שימור קיר הבטן מאפשר חזרה לפעילות גופנית מהר. הוסיף כי לפי התיעוד השיטה הלפרוסקופית לא נדונה כאן כלל, ולכן לא ניתן לדעת האם נשקלה האופציה הנ"ל או שהיא נבחרה עבור החולה מטעמי בית החולים (מדיניות חסכנית?)- כלשון המומחה.באשר לשאלה מדוע נוצר קרע במעי- קרע שלא זוהה במהלך הניתוח הראשון שתיאורו ללא סיבוכים ולכן גם לא תוקן במועד. ההסבר של ד"ר לוברמן להיווצרות הקרע מצביע על טכניקה כירורגית לקויה. חולק על דבריו של פרופ' דרזניק שציין כי בניתוח בשיטה הלפרוסקופית שכיחות סיבוך של חירור המעי גבוהה יותר מאשר בניתוח פתוח. לדבריו של ד"ר לוברמן, אין מקום להשוואה כזו בייחוד לא בשנים האחרונות ולא כשמתייחסים לניתוח מסוג האפנדקטומי הנדון כאן. לדידו של ד"ר לוברמן, הרשלנות היא חוסר הזיהוי שגרם לאיחור באבחנה, לדליפת תוכן צואתי נוזלי לחלל הבטן ולזיהום מסכן חיים בדופן הבטן.חלק על קביעתו של פרופ' דרזניק כי בבדיקה פרוקטולוגית במסגרת מרפאה ללא שימוש ברקטוסקופ ניתן לאבחן שפיסטולה איננה. אין מחלוקת שמחלתו הרקטלית (טחורים, פיסורה) החמירה בעקבות נזקי הניתוח והשינויים בהרגלי היציאה שלו, עד שנזקק לניתוחים נוספים.לא נטען כי האפנדציטיס או הנזק למעי גרם למחלתו הפרוקטולוגית אך אין ספק שגרם להחמרתה.חקירתו הנגדית של ד"ר לוברמן
29. ציין כי הוא מנהל יחידת כירורגית כלי דם בבית החולים "בני ציון". היחידה יושבת בתוך המחלקה הכירורגית והיא חלק ממנה. הוא איננו עוסק ככונן כירורג כללי בעשר השנים האחרונות ואינו עוסק ביום יום באבחון דלקות תוספתן אבל לדבריו התייעצו עמו במהלך היום יום רופאים מתמחים גם בנושא זה בתור היותו רופא בכיר שהוא שותף לעבודת המחלקה הכירורגית.
30. להערכתו בשנה האחרונה היו אלפי מקרים של כאבי בטן אפיגסטרים בבית החולים "בני ציון", מטבע הדברים רובם לא אובחנו כסובלים מדלקת בתוספתן.
31. ציין כי האבחנה נעשית על פי תלונותיו של החולה, בדיקה פיזיקלית, בדיקות מעבדה ואמצעי עזר. בשלב הראשון ישנם כאבים, אבל לאו דווקא בבטן העליונה. כאב יכול להתחיל ככאב בלתי ממוקד ויתמקד בהמשך, ספירת דם יכולה להיות לא גבוהה אלא דווקא נמוכה. החום יכול להיות סוג פיברילי הרבה זמן או כלל לא- קרי, התסמינים יכולים להשתנות לפי המיקום, אנטומיה, הזמן שבו החלו התלונות והחלה המחלה.
32. מהלך הכאב הקלאסי של המחלה יכול להתחיל כהרגשת אי נוחות כללית. ביטויים לא ספציפיים של בחילה, הקאה, כאב סביב הטבור, לעתים כאב בצד שמאל, רק כשהדלקת הולכת ומתגברת- הכאב מתרכז בצד ימין, וגם אז לא תמיד. לעתים הדרך היחידה לזהות כאב היא לגרות את השרירים של דופן הגב, שרירי הפסואס. לכן, הבדיקה הקלינית משמשת כעזר אבל היא לא "האורים והתומים".
33. לדעתו, במקרה הנדון בביקור הראשון היו סימנים בתחילת הדרך והיה צריך להשגיח על התובע בשלב זה. ציין כי בדרך כלל משתדלים להשגיח לפחות 6 שעות ולבדוק כל חולה עם כאבי בטן פעמיים.
34. העיד כי התרופות שקיבל במיון מיסכו את הכאב אבל בנסיבות כאלה צריך לבחון אם הכאב חוזר או לא חוזר זמן סביר לאחר שהתרופה הפסיקה להשפיע.
35. עמד על כך כי כאבים באשכים הם חלק מתסמינים מוכרים וידועים של דלקת בתוספתן. לא ידע להפנות למאמר הדן בכך.
36. אישר כי מן הביקור מיום 3.8 ניתן ללמוד כי הכאבים באים והולכים, צוין כי יום לפני כן לא היו כאבים.
37. הסכים כי התוספתן נמצא מודלק ולא מעבר לכך, קרי לא הייתה פרפורציה וכד'. בנוסף, אישר כי היה נחוץ לנתח ולהוציא את התוספתן משנמצאה דלקת.
38. אישר כי להבדיל מהביקור הראשון והשני, הרי שביום ה-3.8 היה שינוי במצב הקליני של התובע והכאב הפך לממוקד בצד ימין וגם בבדיקה נמצא גירוי צפקי. לאחר מכן, משהופנה למסמך הספציפי חזר בו וציין כי לא היו סימני גירוי צפקי אבל הייתה רגישות.
39. אישר כי בניתוח אפנדציט עלולים להיפגע איברים סמוכים ומדובר בסיבוך מוכר שיכול לקרות גם לטוב במנתחים.
40. לדבריו, תמיד יודעים כיצד הפגיעה נגרמה.
41. הבהיר כי הן הניתוח הפתוח והן הניתוח הלפרסקופי מקובלים. כאשר מדובר בניתוח שהוא יחסית חירום אז עורכים אותו בשיטה המקובלת בבית חולים.
42. לגבי הרישום המלמד כי הוחלט להשאירו עקב הכאבים למרות שחשבו לשחרר אותו פחות מ-24 שעות לאחר הניתוח- אישר כי כאב באזור הצלקת איננו מלמד על בעיה תוך בטנית, אולם לדבריו ממילא לא מקובל לשחרר פחות מ-24 שעות לאחר ניתוח של אקיוט אפנדציטיס פתוח.
43. אישר כי העלייה המשמעותית בחום גופו הייתה ביום ה- 6.8 ולא ביום 5.8 (אז נמדד 37.5 מעלות)- בעקבותיה חזר לבדיקת CT ונמצא אוויר חופשי ואז נלקח לניתוח.
44. הדגיש כי בדיקת חום איננה הבדיקה היחידה עליה מסתמכים לצורך בחינה האם המעקב עד ביצוע הניתוח היה תקין. ציין כי לא ראה ברשומה הרפואית בדיקות רופאים בוקר וערב כפי שמקובל בבית חולים. לדבריו, בדיקה ע"י אחות איננה שקולה לבדיקה ע"י רופא. לא זכור לו האם האחיות רשמו שהרופאים בדקו את התובע.
45. מניח כי גם אלמלא הפרפורציה והסיבוכים לאחר מכן- סביר כי התובע לא היה משחק כדורגל כ-3 חודשים לאחר הניתוח.
46. ציין כי לפני הניתוח התובע סבל מסדק בפי הטבעת ואף הומלץ לו לעבור ניתוח אך מדובר בניתוח מזערי לדבריו. כמו כן, הסביר כי מדובר בעולמות שונים ואין קשר בין סדק לפיסטולה. הופנה לרישום מיום 14.6.13 בו צוין "לפני שבוע פתיחת מורסה עמוקה באזור הרקטום MRI אזורי פיסטולה קדמית", קרי רישום ממנו משתמע כי לתובע הייתה גם פיסטולה לפני האירוע.
47. לא מצא ברישומים הרפואיים אינדיקציה המלמדת על בעיות ביציאות של המעי הגס. גם בבית חולים כרמל שם נותח בגין פיסטולה לא הוזכרה בעיה ביציאות.
48. עם זאת, משיחה שניהל עם התובע- האחרון ציין בפניו כי לאחר הניתוח סבל מיציאות תכופות שלשוליות/ נוזליות בתדירות גבוהה יום יום.
49. אישר כי בהנחה שלא היו שלשולים או עצירויות, אזי אין קשר בין קיומה של פיסטולה לבין הניתוח שעבר התובע. שב והדגיש כי אין קשר בין הפיסורה ובין פיסטולה שהיא פועל יוצא של אבצס. לדבריו, הפיסטולה אינה מונעת מהתובע לשחק בכדורגל. היא גורמת לאי נעימות/ אי נוחות אך לא לכאב. לא זכור לו האם הפיסטולה נותחה, כמו כן הודה כי לא ביצע בדיקה קלינית (רקטלית) על מנת לוודא אם יש לו פיסטולה.
50. לא ראה רישומים רפואיים מעבר ל-2016. זכור לו רישום מבית חולים כרמל בו מוזכר קיומה של פיסטולה (לא ידוע לו אם מ-2015 או 2016).
51. לדבריו פיסטולה יכולה להירפא אם מטופלת כראוי.
52. ציין כי אין שום בדיקה שיכולה לתעד חולשה/ אי חולשה של דופן הבטן ולכן אין לצפות כי יהיה רישום של חולשת דופן הבטן, עם זאת ציין כי קבע בחוות דעתו כי יש חולשה של דופן הבטן לפי בדיקה קלינית שערך לתובע כאשר ביקש ממנו לעבור מתנוחת שכיבה לישיבה וראה את דופן הבטן שלו. אין המדובר בבדיקה אובייקטיבית.
53. הסכים כי עצם העובדה כי שב לשחק כדורגל לאחר מכן מצביע על כך שדופן הבטן תקין.
54. לדעתו יש להעניק לתובע נכות בגין התרופפות בדופן הבטן אף אם אינו משתמש בחגורה, ואין לייחס אפס אחוזי נכות למי שעבר שלושה ניתוחים בדופן הבטן.
55. מעדותו עולה כי לא הביא סימוכין מן הספרות הרפואית שמראה שהסיבוך של פגיעה במעי הדק עם אבצס יכולים לגרום לפיסטולה/ לאבצס בפי הטבעת, מפני שמדובר לשיטתו בקשר עקיף, קרי הקרע במעי שנגרם בניתוח הראשון והמהלך הסוער של המחלה ולאחריה גרמו לשינוי בהרגלי יציאה שהביאו ליצירת פיסטולה דרך אבצס.
56. על מנת שהשלשולים יגרמו לפיסטולה, בדרך כלל הם צריכים להיות בתדירות של מס' שבועות או מס' חודשים.
57. ציין כי החתך במעי ותפירתו אינם גורמים לבעיות ביציאות.**חוות דעת מטעם הנתבעת וחקירה נגדית:**מטעם הנתבעת הוגשה חוות דעתו של פרופ' דרזניק, מומחה לכירורגיה כללית וכירורגיה של הקולון ופי הטבעת, אשר ציין כדלקמן:"גם האפנדיציטיס וגם החור במעי לא יכלו לגרום לבעיות הפרוקטולוגיות מהן סבל. התובע סבל מדלקת של התוספתן. כל הבעיות הפרוקטולוגיות שבגינן אף העניק ד"ר לוברמן 10% נכות אינן רלוונטיות משתי סיבות: א. התובע סבל מבעיות פרוקטולוגיות גם לפני האירוע הנוכחי ובגינו אף הופנה לניתוח. ב. ד"ר לוברמן אף לא טרח לבדוק את התובע- פרוקטולוגית. אילו היה מבצע בדיקה פרוקטולוגית היה יודע שאין כיום פיסטולה אנלית כלל.דלקת התוספתן הינה מחלה שמאובחנת לרוב על פי הסיפור הקליני, בדיקת החולה, חום ובדיקות מעבדה. המחלה מתפתחת לרוב בצורה הדרגתית, תוך מספר ימים, כפי שקרה במקרה הנדון. בתחילה כאבי בטן לא ספציפיים ועד להתמקדות הכאבים בבטן ימנית תחתונה.כאבי בטן, בעיקר באפיגסטריום (בטן אמצעית עליונה) עם כאבים באשכים אינם מרמזים אפילו לאפשרות של אפנדציטיס. במקרה הנדון לא היה חום והבדיקה הקלינית מלמדת שלא היו סימנים של גירוי ציפקי.שתי עובדות אלו אינן מחשידות כלל באבחנה של דלקת התוספתן.כמו במקרים רבים התפתחות המחלה מתמקדת בכאבים בבטן הימנית התחתונה וזה הופיע רק ב-3.8.14. במקרה הנדון לא היה אפילו חשד קל שבקלים שהמדובר בכאבי בטן שיתכן שיתפתחו לאבחנה של דלקת התוספתן.אין שום הגיון במתן טיפול אנטיביוטי כשאין כל עדות לתהליך דלקתי ובוודאי שלא מומלץ לבצע CT בטן המלווה בכמות גדולה של קרינה, בכאבי בטן בלתי ספציפיים.במקרה הנדון היה אפילו חשד לבעיה אורולוגית עקב הכאבים באשכים.בתאריך 3.8.14 נעשתה אבחנה של דלקת התוספתן. מדובר כפי שכותב ד"ר לוברמן 'בתוספתן מודלק ותו לא ובדרגת החומרה הקלה ביותר'. כלומר, המחלה התפתחה בדרך האופיינית, כשיומיים לאחר הביקור הראשון בחדר המיון הגיעה לביטוי הקליני.לא היה כל סיבוך כמו אבצס או התנקבות. אפילו הנוזל שנמצא בזמן הניתוח היה סרוטי ולא מוגלתי, עובדה המעידה על תוספתן מודלק בשלבים הראשונים.אין כל ספק שבמצב הקיים ב-3.8.14 היה צורך בניתוח... גם הדיון אם היה צריך לבצע את הניתוח בשיטה הפתוחה או הלפרוסקופית מיותר לחלוטין. כריתת התוספתן אצל בחור בריא, שאינו שמן, יכולה להתבצע באיכות זהה בשתי הטכניקות הניתוחיות.ניתוח לכריתת התוספתן היה חייב להתבצע גם אם התובע היה יודע על סיבוכים אפשריים בניתוח מסוג זה. חשוב לציין שדווקא בשיטה הלפרוסקופית שכיחות הסיבוך של חירור המעי גבוהה הרבה יותר מאשר בניתוח פתוח.המהלך שלאחר הניתוח, כפי שמתואר בדו"ח הסיעודי, שונה לגמרי מזה המתואר בכתב התביעה. ב-4.8.14 כתוב 'רגוע, יושב בכורסא, פצע ניתוחי תקין, ישן. קיבל נגד כאבים. יש לשקול שחרור'. מצב זה אינו מרמז אפילו על הקטסטרופה שהתפתחה לאחר מכן. גם למחרת, ב-5.8.14 עקב התמשכות הכאבים נבדק ע"י 2 רופאים והושאר במחלקה להשגחה. רק ב-6.8.14 חלה התדרדרות במצב שבעקבותיה בוצע CT בטן ובערב ניתוח נוסף. אין לי שום הסבר הגיוני לקרע במעי, במיוחד שמהלך הניתוח ב-3.8.14 תואר ללא כל אירועים חריגים. חשוב להדגיש שלמרות הסיבוך פעל הצוות הרפואי ברמה גבוהה ובאחריות. גם העובדה שמנהל המחלקה ביצע הניתוח השני מעידה על גישה אחראית ורצינית. גם העובדה שהתובע יצא מסיבוך קשה זה כמעט ללא נכויות מעידה על רמה רפואית גבוהה. כיום, מצבו של התובע מצוין. מדובר באיש בעל מבנה אתלטי ועובד במשרה מלאה. נכותו בגין צלקות מכאיבות או מכוערות היא 10% לפי סעיף 75(1)ב'." מטעם הנתבעת הוגשה חוות דעתו המשלימה של פרופ' דרזניק, בתגובה לחוות דעתו של מומחה התביעה, כדלקמן:באשר לטענה לאיחור באבחון דלקת התוספתן: ציין כי בניגוד לעמדתו של ד"ר לוברמן לפיה לא היה כל הבדל בבדיקתו או ממצאי המעבדה בין שני המועדים (1.8.14 ו-3.8.14), הרי שעיון מדוקדק בתיק הרפואי מלמד שהיו הבדלים משמעותיים בבדיקה הגופנית. ביום 1.8.14 היו רק כאבי בטן דיפוזיים ובלתי אופייניים ואילו ביום 3.8.14 התמקדו הכאבים בבטן ימנית תחתונה. ביום 1.8.14 צוין "ללא סימני גירוי ציפקי" לעומת זאת ביום 3.8.14 בבדיקה הקלינית היה "ריבאונד חיובי". הוסיף כי כשמתייחסים לאיחור באבחנה של אפנדיציטיס מתכוונים שהתהליך הדלקתי של התוספתן הסתבך בפרפורציה עם פיזור המוגלה לחלל הבטן או ביצירת מורסה שמתפתח מסביב לתוספתן.במקרה הנדון לא אירע סיבוך כלשהו אלא נמצא תוספתן מודלק ותו לא ברמת החומרה הקלה ביותר. על כן, ניתן לקבוע בוודאות וחד משמעית שלא היה איחור באבחון של דלקת התוספתן.באשר לטכניקה הניתוחית לכריתת תוספתן ציין כי חשוב מאוד שכל מנתח יבצע את הניתוח בטכניקה בה הוא מנוסה ביותר. הוסיף כי אין הבדל במספר הסיבוכים בין כריתת תוספתן בשיטה הפתוחה או הלפרוסקופית.הסיבוכים במקרה הנדון לא נגרמו כתוצאה מאיחור באבחנה או הטכניקה הניתוחית אלא כתוצאה מהיווצרות קרע במעי. סיבוכים מסוגים שונים במהלך ניתוחי בטן עלולים לקרות ולא תמיד ניתן לאבחנם בזמן אמת. במקרה הנדון מפורט בגיליון הניתוח מהלך שגרתי וללא כל סיבוכים.באשר לסוגיה הפרוקטולוגית ציין כי התובע סבל מבעיות פרוקטולוגיות גם לפני הניתוח ואין לו כלל פיסטולה אנלית. הדגיש כי אין קשר בין הבעיות הפרוקטולוגיות לניתוח.חקירתו הנגדית של פרופ' דרזניק:
58. ניהל את המערך הכירורגי בבית חולים "השרון" במשך 15 שנה ובנוסף מומחה בפרוקטולוגיה קולורקטלית.
59. אישר כי במחלקה כירורגית בכל בוקר ובכל ערב יש ביקור רופאים במחלקה שבודקים את החולים בבדיקה גופנית, מתייחסים לתלונות ולבדיקות וקובעים מדיניות להמשך טיפול
60. הביקורים מתועדים ברשומה הרפואית.
61. הופנה לנוהל רשומת מטופל באשפוז (עמ' 142 לתיק המוצגים)- ציין כי אינו זוכר את הנוהל מפני שנמצא בפנסיה מזה שבע שנים.
62. חולה שמגיע עם כאבי בטן נבדק במיון בתחנה ראשונה ומי שבודק אותו הוא אחד מהכירורגים, יכול להיות גם מתמחה במחלקה הכירורגית או רופא פנימי.
63. אם הרופא הפנימי חושד שיש בעיה כירורגית, בדרך כלל הוא מתייעץ עם רופא כירורג, אם לא מתעורר חשד- אז הוא פותר את הבעיה על דעת עצמו.
64. אם מאשפזים בגלל כאבי בטן, להערכתו רוב המטופלים צריכים להיות במחלקה הכירורגית.
65. אישר כי ייתכן ש"וולטרן" ממשיך להשפיע יותר מ-12 שעות בגוף האדם לפני שהוא מתפרק.
66. לגבי הפעם השנייה בה הגיע למיון (באותו היום) ציין כי ישנה חשיבות לכך שמדובר בפניה שניה באותו היום. אשפוז נתון לשיקול דעתו של רופא אבל ציין כי זה היה שיקול נבון לו אשפזו אותו להשגחה.
67. נחקר בהמשך על נתונים כגון: החום שנמדד לתובע בקבלתו בפעם השנייה למיון, תוצאות בדיקות מעבדה המורות על עלייה ברמת הלויקוציטים, מסקנות.
68. עדותו תפורט בהרחבה בהמשך פסק הדין. **מומחה מטעם בית המשפט:**
69. בית המשפט מינה מומחה לדיון בשאלת נכותו של התובע בלבד. מומחה מטעם בית המשפט, פרופ' פרוינד, ציין בחוות דעתו כי הערכת הנכות קשורה בניתוח התוספתן והסיבוכים שלאחריו (דליפה מהמעי וניתוחים חוזרים). התחלואה סביב פי הטבעת (מורסה ופיסטולה) הם בגדר פרשה נפרדת.העריך נכויותיו כדלקמן: 20% בגין צלקות נרחבות בדופן הבטן לפי סע' 75(ג) בתשובות לשאלות הבהרה ציין כי לתובע מספר צלקות מפוזרות באזורים אחדים על פני דופן הבטן והמותן חלקן מעוותות ממש את דופן הבטן- צלקות מכוערות בעליל.בנוסף, 10% נכות בשל הפרעות במערכת העיכול לאחר ניתוח המעיים וזיהום בחלל הבטן על פי סעיף 14 (ב).ציין כי בעתיד עלול התובע לסבול מחסימת מעיים בגלל הידבקויות בחלל הבטן הקשורה לניתוח הנרחב והזיהום בחלל הבטן. אם וכאשר יתרחש אירוע כזה- יהיה צורך להעריך נכותו בהתאם. בתשובה לשאלת הבהרה ציין כי אינו יודע מה הסיכוי שבעתיד אכן התובע יסבול מחסימת מעיים, בהינתן כי מאז האירוע לא היו חסימות והתובע שיחק במסגרת מקצועית כשוער כדורגל.הוסיף כי התובע אינו יכול להמשיך בספורט מקצועי. פרט לכך אין מגבלה הניתנת להערכה בפעילות גופנית. ציין כי לא מצא החלשות בדופן הבטן. הפיסטולה ליד פי הטבעת אינה קשורה להערכתו לטיפול שקיבל התובע ב"וולפסון".**עדותו של התובע**
70. התובע הקדים לחקירתו הנגדית תצהיר עדות ראשית, אליו אתייחס במהלך פסק הדין. בתחילת חקירתו הנגדית, ביקש להוסיף כי בשנת 2016 עד סוף שנת 2017 שיחק כדורגל בקבוצת "אור יהודה" והשתכר סך של כ-3,000 ₪ במשך 8 חודשים.
71. לדבריו הפסיק לשחק בליגת העל בסביבות שנת 2010 (אז שיחק בקבוצת "הפועל" רמת גן בליגת העל). בשנת 2012 עבר לליגה א'- לקבוצת "אסא גלבוע" בצפון בשנים 2012-2013. בשנים 2013-2014 שיחק בקבוצת כפר כנא (ליגה ב'). בסוף אותה עונה הם לא עלו ליגה ואף לא סיימו בצמרת הטבלה של ליגה ב'.
72. המשיך להעיד על עברו כשחקן כדורגל, כפי שיפורט בהמשך פסק הדין.
73. ציין כי עד שנת 2012 שיחק בכדורגל וגם עבד ב"דואר ישראל".
74. לעבודה בחברת החשמל חזר כבר בסוף אוק' תחילת נובמבר 2014.
75. העיד כי כיום עובד ברכבת, שכרו נע בין 6,000 ל-8,000 ₪ נטו.
76. העיד כי כשהגיע לראשונה לחדר מיון ב-1.8 היו לו כאבים כלליים באזור הבטן, לא ממוקדים. לאחר מתן טיפול תרופתי- הכאב נחלש, הוא נשלח הביתה ואז חזר בלילה עם כאבי בטן מלווים בכאבי אשכים.
77. לא זכר מי בדיוק בדק אותו. זכור לו כי בדק אותו רופא נוסף אחרי שעות רבות של המתנה ואז נשלח הביתה.
78. למחרת תחת השפעת משככי כאבים- לדבריו סבל מכאבים לסירוגין. שולל את הרישום לפיו צוין כי ביום לפני כן לא היו כאבים כלל.
79. מעדותו עולה כי ב-3.8 כשהגיע למיון, נבדק שם ע"י רופא ונשלח לבדיקת סי.טי. רק לאחר קבלת תוצאות הבדיקה נאמר לו שיש לו דלקת בתוספתן והוא צריך לעבור ניתוח.
80. הרופא הודיע לו בחדר מיון שהוא צריך לעבור ניתוח מפני שיש לו תוספתן מודלק וצריך להסיר אותו. לא פירט בפניו את הסיכונים למרות שאלות רבות מצדו של התובע ואשתו דאז. ניסו לברר באיזו שיטה הניתוח יתבצע (אף לא נאמר לו שבבית החולים לא מבצעים ניתוח בשיטה לפרסקופית) ומה הסיכונים אך לא נענו. לדבריו, הרופא מיהר ואמר לו לא לדאוג ושיהיה בסדר.
81. אישר כי לאחר הניתוח סבל מכאבים באזור הצלקת. בנוסף זכור לו שסבל מכאבים נוספים בכל חלל הבטן חוץ מהצלקת. הכאבים הקשים החלו ממש לאחר הניתוח, לדבריו הרופאים החליטו כי מדובר בכאבים שכיחים לאחר ניתוח למרות שנאנק וביקש שיבדקו.
82. לדבריו לאחר הניתוח התלונן על בעיות ביציאות הן בפני הרופאים והן בפני משפחתו. גם בבית החולים כרמל התלונן על יציאות וסיפר כי הן לא כמו בעבר.**עדותה של ד"ר שבנוב ליה:**
83. גם ד"ר שבנוב הקדימה לחקירתה תצהיר עדות ראשית. במהלך חקירתה הנגדית הופנתה לעמ' 501 ואילך במוצגים (פנייתו החוזרת למיון ב-1.8.14 בלילה), שמה הופיע בעמ' 503.
84. לא זכור לה האם בדקה את התובע באותו היום, עמ' 503 הוא למעשה דף הוראות שהיא נתנה לטיפול בתובע. לדבריה, הסטז'רים בדרך כלל מציגים לרופא את המקרה ועל סמך התלונות והבדיקות ניתן טיפול הקלתי. במקרה זה לא ידוע לה מי בדק את התובע.
85. מי ששחרר את התובע הביתה באותו הלילה היא ד"ר שיין, העידה כי היא מכירה אותה ומדובר ברופאה פנימאית. כאשר עסקינן בכאבי בטן המטופל מופנה למיון פנימי ואח"כ מזמינים לפי הצורך או לפי התרשמות כירורג.
86. יש לציין כי בנוסף לאמור הוגש תצהיר עדות ראשית מטעם ד"ר דוידוב (ששימש כמנתח אחראי בניתוח הראשון ועוזר מנתח בניתוח השני). אף הוא נחקר בבית המשפט.
87. כמו כן, העיד בבית המשפט ד"ר מוסייב שהיה המנתח הראשי בניתוח השני (לא הגיש תצהיר עדות ראשית).
88. עדויותיהם תובאנה בהרחבה בהמשך.**דיון והכרעה:**גדר המחלוקת:
89. בתביעה הנדונה המחלוקות העיקריות הן כדלקמן: האמנם היה איחור באבחון דלקת התוספתן? ואם התשובה לכך חיובית- האם יש קשר סיבתי בין האיחור לנזקים שנגרמו לתובע?
90. מחלוקת נוספת, אשר עשויה להיות קשורה לשאלת האיחור באבחון אך יכולה להיות אף מנותקת ממנה היא באשר להליך הניתוח עצמו ולסיבוכים שהתגלו לאחריו- אשר אילצו את התובע לעבור ניתוחים נוספים. כמו כן, אף שאלת הנזק והיקפו נתונה במחלוקת.
91. נדבך נוסף שיש לדון בו הוא הטענה להעדר הסכמה מדעת.לגופו של עניין:
92. בתי המשפט הכירו בקיומה של חובת זהירות מושגית של רופא כלפי חולה שבטיפולו. ברי כי רופא סביר צריך לקחת בחשבון כי המטופל על ידו עלול להיפגע אם הרופא לא ינקוט באמצעי זהירות סבירים. כאשר קיימת אפשרות טכנית ומעשית לצפות את הנזק, הרי שיש חובה לצפותו ומכאן תיווצר חובת הזהירות באופן קרוב לוודאי, אלא אם כן יש שיקולים מיוחדים השוללים את קיום החובה (עא 4025/91 יצחק צבי נ' דר יעקב קרול ואח', פד נ(3), 784). אלה הם מושכלות יסוד שאין עוד צורך להכביר מילים בהם.
93. בעניינו אין מחלוקת בדבר חובת הזהירות המושגית כמו גם הקונקרטית של הרופאים אשר טיפלו בתובע. השאלה היא האם הופרה חובת זהירות זו והאם קיים קשר סיבתי בין הפרת החובה והנזק שנגרם לתובעת עקב כך.27.בעילה של רשלנות יש להוכיח בין השאר את הקשר הסיבתי בין התרשלות המזיק לנזק. יש להוכיח שההתרשלות היא זו אשר גרמה לנזק, כלומר שלו הייתה נמנעת ההתרשלות, היה נמנע גם הנזק (ראה בע"א 278/93 עלי דעקה נ' בי"ח כרמל פ"ד נג(4) 526). את הקשר הסיבתי העובדתי יש לבחון עפ"י מבחן הצפיות, כלומר אשמו של המזיק הוא גורם מכריע לנזקיו של הניזוק, אם המזיק כאדם סביר צריך היה לצפות כי אשמו יביא לנזקו של הניזוק. קשר סיבתי משפטי לעומת זאת, ניתן לעגן בלשון החוק הרלבנטי עצמו, וההכרעה היא על פי שיקולי מדיניות ושכל ישר. אם בהשתלשלות העניינים התערב גורם זר (הניזוק או אחר) אזי יש בכך כדי להפסיק את הקשר הסיבתי המשפטי, ככל שהתערבותו של אותו גורם זר אינה בגדר הצפיות הסבירה (ע"א 358/83 שולמן נ' ציון חברה לביטוח בע"מ פ"ד מב(2) 844).28.בהקשר של רשלנות רופא, נקבע כי המבחן אשר על בית המשפט לבחון בו מעשה או מחדל אינו מבחן של "חכמה לאחר מעשה", אלא של הרופא הממוצע בשעת המעשה. רופא בשר ודם עשוי לטעות, ולא כל טעות מהווה רשלנות (עא 323/89 פכרי קוהרי נ' מדינת ישראל - משרד הבריאות, פד מה(2), 142; עא 119/05 אמין מחמוד חליפה ואח' נ' מדינת ישראל, משרד הבריאות ואח', [פורסם בנבו] (ניתן ביום 10/09/2006)). הרופא אינו מבטח. חובתו אינה למצוא כל פגם ולרפאו (ראה ע"א 2497 אלהנקרי נ' פולק, פ"ד יד 2497, 2500; עא 4025/91 יצחק צבי נ' דר יעקב קרול ואח', פד נ(3), 784). אמת המידה לבחינת הרשלנות תהיה זו של הרופא הסביר בנסיבות המקרה. החלטותיו ופעולותיו של הרופא צריכות להיות מבוססות על שיקולים סבירים וברמה המקובלת ובהתאם לנורמות המקובלות אותה עת בעולם הרפואה (עא 916/05 שרון כדר נ' פרופסור יובל הרישנו ואח' [פורסם בנבו] (28/11/2007).
94. בראי האמור יש לבחון את השתלשלות האירועים בעניינו של התובע.
95. אמת המידה לבחינת הרשלנות תהיה זו של הרופא הסביר בנסיבות המקרה והחלטותיו ופעולותיו של הרופא צריכות להיות מבוססות על שיקולים סבירים וברמה המקובלת ובהתאם לנורמות המקובלות אותה עת בעולם הרפואה. החובה המוטלת על פי דיני הרשלנות אינה לתוצאה אלא למאמץ. דיני הרשלנות מבוססים על עקרון האשמה ולא על אחריות מוחלטת. אכן, ביסוד ההתרשלות מונח עקרון הסבירות. השאלה אשר דיני ההתרשלות באים להשיב עליה היא באלו אמצעים צריך לנקוט כדי להבטיח את שלומו של הניזוק (ראה: עא 4025/91 יצחק צבי נ' דר יעקב קרול ואח', פד נ(3), 784).הצוות הרפואי פעל באופן סביר:
96. לאחר שקילת מלוא הראיות וכפי שיפורט להלן מצאתי כי הצוות הרפואי פעל באופן סביר על מנת לאבחן את דלקת התוספתן ממנה סבל התובע. החלטות ופעולות של הצוות הרפואי התבססו על שיקולים סבירים ובהתאם לנורמות מקובלות. בנוסף, גם הקש"ס אינו מתקיים שכן גם לאחר שלושה ימים מתחילת הופעת הסימפטומים- אין חולק כי במועד הניתוח נמצא תוספתן מודלק בלבד, הנוזל לא היה מוגלתי והתוספתן לא התפוצץ בבטנו.
97. הראיות מצביעות על כך שהמחלה התפתחה באופן הדרגתי ואופייני.
98. התובע העיד כי כשהגיע לראשונה לחדר מיון ב-1.8 היו לו כאבים כלליים באזור הבטן, לא ממוקדים. לאחר מתן טיפול תרופתי- הכאב נחלש.
99. פרופ' דרזניק ציין כי יכול להיות שמשככי כאבים ימסכו את התמונה הקלינית. עם זאת, התובע הרי נבדק לפני שקיבל תרופות ולא היו סימנים קליניים לדלקת תוספתן, אלא סימנים קליניים לבטן חריפה, הכל התמקד באפיגסטריום ברום הבטן ולכן המחשבה הייתה שייתכן ומדובר בכיב, אולקוס וכד'.
100. ד"ר מוסייב העיד כי הוא זה שבדק את התובע ב-1.8.14 בשעה 14:00 . הלין על כאבי בטן באזור הבטן העליונה, ללא שלשולים וללא חום וללא תסמינים חריגים. לאחר מכן בבדיקה גופנית אובייקטיבית התובע נמצא נינוח ללא מצוקה נשימתית, בטן רכה לא תפוחה, רגישות מועטה באזור האפיגסטרי (בטן עליונה, איזור של הקיבה, כיס מרה וכו'). ד"ר מוסייב הבהיר כי בבדיקה לא נמצאו סימני גירוי צפקי- משפט זה שולל מחלה דלקתית מתקדמת. לא היו סימני חסימה או דברים שמסמנים התפתחות חריגה אחרת, ללא בקעים כלואים שעלולים להוות מצב חירום.
101. ד"ר מוסייב העיד כי האבחנה שלו הייתה "ריזולב אפיגסטרית" קרי, המטופל ענה לטיפול ראשוני אשר לא עלול למסך את מצבו הכירורגי, הוא ענה לשאלות ואז ד"ר מוסייב שחרר אותו. ההמלצה הייתה מעקב רופא בקהילה וטיפול בתרופות ראשוניות לתסמינים בבטן עליונה, חומציות יתר וכל עוד שלא עלולים למסך את המצב המתפתח, בנוסף המלצה לבצע גסטרוסקופיה אולטראסאונד בטן עליונה בקהילה.
102. פרופ' דרזניק ציין כי תאורטית יתכן והיה כדאי לערוך איזושהי בדיקת המשך לאחר מס' שעות, עם זאת רובם המוחלט של חולים המגיעים לחדר מיון עם כאבי בטן -אינם סובלים מדלקת בתוספתן ולא ניתן מבחינה מעשית לאשפז את כולם רק לצרכי השגחה, מפאת העומס הצפוי על בית החולים.לכן, מקרים שאינם חשודים כמו המקרה הנ"ל- אינם מצריכים אשפוז. לדידו, הוא לא היה חשוד- לא בפעם הראשונה ולא בפעם השנייה, הוא שוחרר הביתה להמשך בירור בקופ"ח ואין לו ספק שאם היו חושדים היו מאשפזים להשגחה.
103. אף ד"ר לוברמן, המומחה מטעם התביעה אשר משמש כמנהל מח' כירורגיית כלי דם בבית החולים "בני ציון" העריך כי בשנה האחרונה היו אלפי מקרים של כאבי בטן אפיגסטרים בבית החולים "בני ציון", מטבע הדברים רובם לא אובחנו כסובלים מדלקת בתוספתן. עם זאת ציין כי התרופות שקיבל במיון מיסכו את הכאב ובנסיבות כאלה צריך לבחון אם הכאב חוזר או לא חוזר זמן סביר לאחר שהתרופה הפסיקה להשפיע.
104. התובע הגיע בשעה 14:00 ושוחרר בשעה 16:30. במקרה הנדון לא שוכנעתי כי לו היו מותירים אותו בהשגחה עוד מס' שעות נוספות ואז היו משחררים אותו- היה בכך כדי להקדים בהכרח את מועד אבחון המחלה. אף ביקורו השני במיון מאוחר יותר במהלך הלילה ממחיש זאת. בנוסף לא שוכנעתי כי התקיימו אינדיקציות להפניית התובע לבדיקת CT בשלב זה, אשר מלווה בכמות גדולה של קרינה ובשלב בו אין מדובר בכאב ספציפי.הצוות הרפואי לא חרג מן הנוהל:
105. כאמור, התובע נשלח לביתו ואז חזר למיון בלילה (הפעם השנייה) בשעה 22:16 עם כאבי בטן מלווים בכאבי אשכים וצוין פניה חוזרת למיון עקב כאבי בטן והקאות\* 5 פעמים המקרינים לאשכים דו"צ. יציאה אחרונה אתמול. מעבר גזים. ללא צריבה במתן שתן. חום נמדד 37.8. בבדיקה גופנית צוין: בטן רכה עם רגישות ניכרת אפיגסטרית ובמפשעות, אשכים רגישים במישוש...נבדק ע"י אורולוג שקבע כי אין מקום להתערבות אורולוגית. אומדן כאב בקבלתו היה בעוצמה 7 ותואר ככאב חד. בסמוך למועד שחרורו אומדן הכאב ציין- 2. שוחרר בשעה 1:30, לאחר שצוין כי אין אינדיקציה לאשפוז (ד"ר שיין אוריה).
106. פרופ' דרזניק הועמד על טעות בחוות דעתו לפיה ציין כי בפעם השנייה בביקור במיון החום שנמדד לתובע היה 37.2 מעלות, בעוד שלפי המסמך עולה כי החום הגיע ל- 37.8 מעלות (עמ' 501 לתיק המוצגים). ציין כי תיאורטית חום כזה יכול להצביע על תחילת דלקת.
107. הופנה לדו"ח תוצאות מעבדה מיום 1.8.14 שעה 23:34 ואישר כי התוצאות מורות על עלייה ברמת הלויקוציטים ועלייה בנויטרופילים, גם מדדים אלו יכולים להצביע על מצב של דלקת לדבריו.
108. מעדותו עולה כי חום ולויקוציטים הם בדיקות שיכולות לרמז על תחילת דלקת כלשהי, לאו דווקא בחלל הבטן, אך עצם העובדה כי בשלב הנ"ל לא היו סימני גירוי צפקי מראה כי לא הייתה עדות קלינית לתהליך דלקתי בחלל הבטן- וזה העיקר לשיטתו.
109. מנגד, ד"ר לוברמן סבור כי בדיקה קלינית איננה חזות הכל, כמו כן העיד כי כאבי אשכים הם אחד התסמינים המובהקים לדלקת תוספתן אך לא ידע לתמוך טענה זו ולהפנות למאמר הדן בכך.
110. התובע הפנה לחוזר מנהל רפואה מס' 20/2014 מיום 20.5.2014 אשר כותרתו: "ביקורים חוזרים במחלקה לרפואה דחופה (חדר מיון)". בתמצות ניתן לציין כי לפי הנוהל ביקור חוזר מוגדר ככזה שבו מטופל פנה למלר"ד תוך 7 ימים מפנייתו הקודמת לכל מלר"ד ובגין כל בעיה. על צוות המלר"ד לבדוק האם מדובר בביקור חוזר ולציין זאת ברשומת המטופל. כמו כן, במקרה זה ישוחרר המטופל רק באישור רופא מומחה (בכיר) במלר"ד או רופא יועץ מומחה (בכיר) בתחום הרלוונטי, לרבות כוננים.
111. פרופ' דרזניק הופנה בחקירתו לנוהל זה. לדבריו לא הייתה מניעה שד"ר שיין, מתמחה ברפואה פנימית, תשחרר חולה עם כאבי בטן. פירט כי בפעם השנייה הכאבים היו באשכים, הוא נבדק ע"י אורולוג שלא מצא דבר ולכן האורולוג ציין שניתן לשחררו ללא אשפוז והרופאה הפנימית היא זו ששחררה. לדבריו, אין זה נוהג יוצא דופן.
112. הופנה למסמך מיון בעמ' 502, שם ד"ר שיין ציינה בכתב ידה "אין אינדיקציה לאשפוז" ללא נימוק. נשאל האם לא הייתה צריכה לתת את דעתה לעובדה שהכאבים בפעם זו חזקים יותר מהפעם הראשונה וכן לבדיקות הדם שעלולות להוות אינדיקציה לתחילת סימני דלקת.
113. השיב כי לא התרשם שעוצמת הכאבים גדלה והדגיש את עיקרי הדברים לשיטתו: ההתכנות לדלקת יכלה להיות גם דלקת בדרכי השתן ולא חייב שזו תהיה דלקת בחלל הבטן.
114. מהלך המחלה מאופיין באמורפיות בהתחלה (לא ברור, לא ודאי). לפעמים כשיש ספק מאשפזים, מדובר במחלה שמתפתחת תוך יומיים- שלושה ימים, ולכן גם בפעם השנייה הן האורולוג והן הרופאה הפנימית ציינו שלא התרשמו בבעיה תוך בטנית, בכלל זה לא היו סימני גירוי צפקי, שזו הבדיקה החשובה מכל בשלב הנ"ל (יותר מבדיקות לויקוציטים וחום וכו')- לצורך בחינה האם יש גירוי צפקי הרופא לש את הבטן. כאשר יש באזור מסוים תהליך דלקתי הוא לא יכול ללוש הוא נתקל כמו בקרש. קרי, לא הייתה כל עדות קלינית לתהליך דלקתי בחלל הבטן.
115. ד"ר שבנוב הופנתה בעדותה לעמ' 501 ואילך במוצגים (פנייתו החוזרת למיון ב-1.8.14 בלילה), שמה הופיע בעמ' 503.לא זכור לה האם בדקה את התובע באותו היום, עמ' 503 הוא למעשה דף הוראות שהיא נתנה לטיפול בתובע. לדבריה, הסטז'רים בדרך כלל מציגים לרופא את המקרה ועל סמך התלונות והבדיקות ניתן טיפול הקלתי. במקרה זה לא ידוע לה מי בדק את התובע, אך ככל הנראה נבדק ע"י מתמחה.
116. במקרה הנדון הורתה על עירוי נוזלים ביחד עם פפברין, פרמין, וולטרן. מדובר במשככי כאבים לא חזקים נגד בחילות ועירוי נוזלי.
117. מן הרישום הרפואי עולה כי בעקבות כאבי האשכים נבדק ע"י אורולוג (ד"ר מוגילבקין יעקב) בשעה 23:05, אשר פירט כי התובע מהבוקר עם כאבי בטן ובהמשך כאבים באשכים. שולל הפרעות במתן שתן או דיזוריה. בבדיקה: בטן רכה, רגישות דיפוזית קלה ללא סימני גירוי ציפקי, בדק גם את המפשעות ואת איבר מינו- ללא ממצאים מיוחדים.
118. עוד עולה מן הרישום הרפואי ואף מעדותה של ד"ר שבנוב כי מי ששחרר את התובע הביתה באותו הלילה היא ד"ר שיין, העידה כי היא מכירה אותה ומדובר ברופאה פנימאית. לדבריה כאשר עסקינן בכאבי בטן המטופל מופנה למיון פנימי ואח"כ מזמינים לפי הצורך או לפי התרשמות כירורג.
119. במקרה הנדון לא שוכנעתי כי בפועל הייתה חריגה מהנוהל. ברישום הרפואי תועד מפורשות כי דובר בביקור חוזר, התובע נבדק ע"י מתמחה, ולפי הבדיקות והתמונה הקלינית ניתן טיפול תרופתי מקל ע"י ד"ר שבנוב. בהמשך נבדק ע"י אורולוג אשר בדק אף הוא את התובע ושלל קיומה של בעיה אורולוגית. לבסוף שוחרר ע"י רופאה פנימאית (ד"ר שיין) בשעה 1:30 אשר ציינה כי לאחר מתן טיפול תרופתי, מרגיש יותר טוב ואין אינדיקציה לאשפוז. הומלץ על ביצוע US בטן בקהילה בהקדם, יעוץ רופא גסטרו אמבולטור וטיפול תרופתי.
120. אם כן, שחרורו של התובע היה לאחר בדיקת רופא מומחה בתחום האורולוגי שמצא כי אין בעיה אורולוגית, ללא סימני גירוי ציפקי וכי מצבו הוטב לאחר טיפול תרופתי- שוחרר כשלוש שעות לאחר התייצבותו במיון.
121. פרופ' דרזניק סיכם את דבריו באומרו כי אף מבחן התוצאה מעיד כי לא היה דבר בתהליך הנ"ל שפוספס/ לא התגלה בזמן. לראיה, התובע נותח והוצאה אפנדציטיס רגילה, שלא התפוצצה. ברישום של ממצאי הניתוח צוין: תוספתן מודלק לכל אורכו, נוזל סרוטי בכמות בינונית באגן.המשך קורותיו של התובע והטיפול בו- האבחנה הייתה במקומה ובעיתה:
122. ביום 3.8.14 שעה 8:52 פנה לכירורג בקופת החולים בעקבות תלונות על כאבי בטן תחתונה במשך יומיים, ללא שלשולים, הקאות לפני יומיים. בבדיקה הגופנית נמצאה רגישות בבטן ימנית תחתונה עם גירוי צפקי. אבחנה צוינה: חשש לאפנדיציטיס. עבר US בקופ"ח- דרכי מרה לא מורחבות, ללא אבנים... הופנה למיון.
123. התקבל למיון בבי"ח וולפסון בשעה 11:13 (מדבקה) ותועד כדלקמן: "מזה 3 ימים כאבי בטן מפושטים שהתקדמו לבטן ימנית תחתונה, ללא תלונות אורינריות, ללא יציאה 3 ימים, 5 הקאות לפני יומיים. שולל חום, ללא תלונות אורינריות, כאבים באים והולכים...אתמול ללא כאבים או הקאות" .
124. בשעה 14:35 בוצעה בדיקת CT אשר הדגימה תוספתן מעובה עד 1.2 ס"מ, הסננת שומן ניכרת סביבו, תמונה של דלקת. בסיכום צוין דלקת חריפה בתוספתן. התקבל למח' כירורגיה כללית בשעה 15:00. בבדיקה גופנית שבוצעה לו בשעה 17:45 נמצאו רגישות קלה RLQ וריבאונד חיובי.
125. יש טעם בדברי הנתבעת כי פרופ' דרזניק ניזון מסיכום אשפוז ולא ממסמכי הקבלה המקוריים. כך, עיון מדוקדק במסמכים הרפואיים מעלה כי ריבאונד חיובי נצפה לראשונה בבי"ח בבדיקה גופנית רק בשעה 17:45 במח' הכירורגית ולא לפני כן במיון . משכך, לא מן הנמנע כי מה שהנחה את רופאי המיון מלכתחילה לערוך את בדיקת ה-CT לתובע בשעה 14:35 הוא ההפניה למיון מקופ"ח בה צוין חשש לאפנדציטיס.
126. התובע מלין כי הרופאים במיון החמיצו סימני גירוי ציפקי שנצפו ע"י רופאי קופ"ח כבר בשעות הבוקר המוקדמות של אותו היום.
127. אף אם ישנם הבדלים בבדיקות הגופניות, הרי שבסופו של דבר האבחנה של הרופאים בבית החולים הייתה נכונה ונראה כי התייחסו בכובד ראש לאמור בהפניה, לראיה בוצעה בדיקת CT שאימתה את החשש ובעקבותיה בוצע הניתוח בהמשך היום.
128. השאלה היא האם הצוות הרפואי פעל באופן סביר בטיפול בתובע והאם אבחון הדלקת בתוספתן יום-יומיים לאחר מכן הסב לתובע נזקים כטענתו. כאמור לעיל המבחן אשר על בית המשפט לבחון בו רשלנות רופא אינו מבחן של חכמה לאחר מעשה, אלא של הרופא הממוצע בשעת המעשה.
129. בראי המסמכים הרפואיים והעדויות הוכח כי מהלך המחלה מאופיין באמורפיות בהתחלה. כך גם בענייננו, תחילה היו תלונות שהצביעו על כאבים אפיגסטריים, מאוחר יותר בלילה חזר למיון בתלונות על כאבי אשכים, יום לאחר מכן לא היו כאבים (כמתועד בקבלה למיון מיום 3.8.14) ולבסוף ביום 3.8.14 הכאבים התמקדו בבטן התחתונה עם סימני גירוי ציפקי. ניתן להבחין בהתפתחות הדרגתית ואופיינית של המחלה ואף בהפוגה קצרה, ולא שוכנעתי כי הייתה אינדיקציה מובהקת לאבחון מוקדם יותר ו/או לאשפוז מוקדם יותר בנסיבות העניין. מדובר במחלה שהתפתחה תוך ימים ספורים ופעולותיהם של הרופאים בכל הקשור לאבחון הדלקת- לא חרגו מן המקובל.
130. יש לציין כי במובאה הספרותית שצורפה למוצגי התובע צוין כי אין כל סימפטום אופייני שהוכח כקשור בהכרח לדלקת בתוספתן. אף בדיקות מעבדה נחשבות לאמצעי עזר דל במקרה בו צריך לערוך אבחנה מבדלת, ומחברי הספר קובעים כי אלה יהוו תמיכה בלבד לתמונה הקלינית מאשר להוכחה או שלילה דפיניטיבית של האבחנה. לעומת זאת, הערכה כללית של מצב הגוף מאפשרת אבחנה מדויקת יותר.
131. גם לו ניתן היה לפעול אחרת בעניינו ובהנחה כי היו מגלים את הדלקת יום קודם לכן- לא היה בכך כדי למנוע את ביצוע הניתוח. הטענה כי טיפול אנטיביוטי מקדים היה מונע את ביצוע הניתוח לא נומקה כדבעי ולא נתמכה בראיות משכנעות שיש בהן כדי להטות את הכף לטובת התובע בהקשר זה. כמו כן, יש לציין כי מעיון במובאה הספרותית שצירף התובע (נספח ב' למוצגים, תחת הכותרת NONOPERATIVE TREATMENT OF UNCOMPLICATED APPENDICITIS) המסקנה הייתה כי טיפול אנטיביוטי צפוי לכישלון גבוה יותר באופן משמעותי מאשר גישה ניתוחית פתוחה. לכן, לדעת המחברים יש לשמור את הטיפול הלא-ניתוחי לחולים בהם הניתוח הוא אסור (בעלי סיכון גבוה).
132. ממילא לא נראה כי התובע ענה על הקריטריון הנ"ל שכן אף לדידו של ד"ר לוברמן במועד הניתוח דובר בסימני דלקת בלבד, התוספתן היה במנח אנטומי קל לניתוח לא היה אבסס או סימן אחר להתפוצצותו קרי, ניתוח כזה היה בדרגת קושי קלה ובדרגת תחלואה ותמותה נמוכים ביותר ומשכך לא הייתה אינדיקציה למתן טיפול אנטיביוטי.
133. שאלה נפרדת היא רשלנות בביצוע הניתוח. בחינת טענת ההתרשלות בביצוע הניתוח מיום 3.8.14.:העברת הנטל :
134. התובע טוען לתחולת סעיף 41 לפקודת הנזיקין המעביר את נטל השכנוע אל כתפי הנתבעת. הלכה פסוקה בעניין זה היא כי תחולת הכלל המעביר את נטל השכנוע אל הנתבעת, מותנית בהוכחת שלושה תנאים מצטברים: כי לתובע לא הייתה ידיעה או לא הייתה יכולת לדעת מה היו הנסיבות אשר גרמו למקרה שהביא לידי הנזק; כי הנזק נגרם על ידי נכס שלנתבעת הייתה שליטה מלאה עליו; נראה לבית המשפט, כי מסתבר יותר שאירוע המקרה שגרם לנזק, נגרם בשל רשלנות הנתבעת מאשר שהמקרה אירע בהיעדר כל התרשלות מצידה. נטל השכנוע לקיומם של התנאים רובץ על שכם התובע, ועליו להרימו עפ"י המבחן של מאזן ההסתברויות.
135. לרוב, ההכרה בקיומו של נזק ראייתי היא כתוצאה מחסרים ברישומים הרפואיים ומהיעדרם או מאי ניהול תקין שלהם (ראו ע"א 5373/02נבון נ' קופת חולים כללית, פ"ד נז(5) 35 (2003)). חשיבות קיומן של רשומות רפואיות תקינות ומלאות נדונה לא אחת בפסיקה. נקבע כי חשיבותם רבה, ולו מן הטעם שיש בהם כדי להוות אל נכון ראיה אוטנטית ובעלת משקל באשר לאירועים שקרו ולהתפתחויות שהתרחשו במועד כלשהו בעבר (ראו ע"א 5373/02 דלעיל).ובמה דברים אמורים?**"..חוסר שוויון כאמור קיים גם כשהרישומים הרפואיים נעדרים– אלה שהיה על הרופא לרושמם וחובה הייתה עליו, או על המוסד שהוא עובד בו, לשומרם. הרופא הוא אשר יודע את העובדות הנוגעות לטיפול במטופל שהוא טיפל בו, והוא יכול היה לתעד הן את הדיאגנוזה של מחלת המטופל [ו]הן את דרכי הטיפול בו. המטופל בדרך כלל- אינו יודע אינפורמציה זו, ואמצעיו לבררה, באין רישומים רפואיים מזמן אמת, מצומצמים. מטעם זה נתקבל בפסיקה הכלל שבמקרה כזה עובר נטל השכנוע לגבי אותן עובדות, אשר לו היו רשומות רפואיות כנדרש קל היה לבררן, אל הרופא או אל המוסד הרפואי"** (ראו ע"א 6948/02 אדנה נ' מדינת ישראל, פ"ד נח (2) 535, 541-542 (2004)).עם זאת, לא כל חוסר ברישום מעביר באופן מיידי את נטל ההוכחה לכתפי הנתבע. על היעדר הרישום לנגוע ללב השאלה שבמחלוקת. כמו כן, אין המדובר בהעברה כללית של נטל הראיה לנתבע אלא בהעברת הנטל לצורך הכרעה בסוגיה עובדתית קונקרטית (ראו ע"א 5586/03פרימונט נ' פלוני (ניתן ביום: 29.3.2007)).
136. בנסיבות העניין נראה כי דו"ח הניתוח שנערך אינו מגלה דבר וחצי דבר באשר לסיבה האפשרית לקרע במעיים ו/או באשר למשך הניתוח. אף למומחה מטעם הנתבעת אין כל הסבר לקרע שהתגלה במעי בניתוח השני, כפי שהודה במהלך עדותו.בנוסף לאמור לעיל, הימצאותו של התובע במצב של הרדמה, בזמן הניתוח, מובילה למסקנה כי הוא לא ידע, ולא היה עליו לדעת, מה הנסיבות אשר הובילו לנזק שאירע לו.משכך, דומה כי התנאי הראשון להחלת הכלל מתקיים;
137. **באשר להתקיימות התנאי השני- נקבע, כי** יש לראות בתכולת בית החולים, בכללותה, כמו גם במכשירים המשמשים את הצוות הרפואי לניתוח או לכל בדיקה אחרת כ"נכס", במובן הצר של הגדרת "נכס" בפקודת הנזיקין (ראה ע"א 1146/99 קופת חולים כללית נ' מוטי סולן, פ"ד נה(4), 898 (2001)).בנוגע למונח "שליטה" – שהינו חלק מהתנאי השני הקבוע בסעיף 41 לפקודת הנזיקין- נקבע בפסיקה כי די בשליטה אפקטיבית במועד הרלבנטי לאירוע הנזיקי (ע"א 241/89 ישראליפט נ' הינדלי, פ"ד מט(1) 45 (1995)).ברור בנסיבות העניין כי מאחר ומדובר בניתוח שבוצע במקום המצוי בשליטת הנתבעת, באמצעות מכשירים וצוות רפואי המצויים אף הם בשליטת הנתבעת ונוכח החור במעיים שנגרם לתובע- כי לא יכול להיות חולק כי הנזק נגרם ע"י נכס שלנתבעת הייתה שליטה מלאה עליו.
138. באשר לתנאי השלישי, בית המשפט העליון נדרש מספר פעמים לשאלה מתי ייבחן כלל זה ומהן הראיות הרלבנטיות לבחינת התקיימות התנאי השלישי לתחולת הכלל. לאחר שנשמעו גישות שונות בע"א 1146/99 קופת חולים כללית נ' סולן, פ"ד נה(4) 898, ובע"א 8151/98 ביאטריס שטרנברג נ' ד"ר אהרון צ'צ'יק, פ"ד נו(1) 539). קבע השופט ריבלין בע"א 1071/96 עזבון המנוח אמין פואד אלעבד ואח' נ' מדינת ישראל, (לא פורסם, ניתן ביום 03.08.04) כך:"לאחר ששקלתי בדבר, דעתי היא כי הגישה הראויה היא זו המביאה בחשבון, בעת בחינת התקיימותו של הכלל, את הראיות הסטטיסטיות של התובע ושל הנתבע גם יחד.... קביעת "התרשלות סטטיסטית" של הנתבע, על יסוד ראיות התובע בלבד, מבלי שאלה עברו במסננת הראיות הנגדיות שמאותו סוג, שמביא הנתבע, נראית תוצאה מרחיקת לכת....על כן, סבור אני כי במסגרת ההוראה הקיימת בפקודה, ובהתחשב בהלכות שנפסקו בבית משפט זה ובשיקולי המדיניות שלעניין, ראוי לאמץ את הגישה לפיה על בית המשפט לבחון, בעת בדיקת התקיימותו של כלל "הדבר מעיד על עצמו", את הראיות הכלליות כולן – אלה מטעם התובע ואלה מטעם הנתבע. הראיות הספציפיות, במידה וקיימות, יילקחו בחשבון בשלב בו נשאלת השאלה האם עלה בידי הנתבע להרים את הנטל שהועבר אליו מכוח הכלל".
139. ולגופו של עניין, לאחר שקילת הראיות בכללותן, הגעתי לכלל מסקנה שנסיבות המקרה מתיישבות יותר עם קיומה של רשלנות מאשר עם העדרה, הכל כפי שיפורט בהרחבה להלן.
140. משכך, נחה דעתי כי התובע עמד בדרישות הכלל "הדבר מדבר בעדו". הנטל להוכיח כי לא התקיימה רשלנות, עובר אל שכמה של הנתבעת.
141. כפועל יוצא, מכלול הראיות ייבחן לאור העברת הנטל.מהלך הניתוח:
142. בראי תוצאות הניתוח נדרש להבין מה השתבש במהלך הניתוח, ומטבע הדברים נפנה לבחון את דו"ח הניתוח.
143. באותו היום (3.8.14) בשעה 19:00 לערך החל הניתוח. בדו"ח הניתוח צוין כי המנתח הראשי- ד"ר מוסייב גארי, מנתח אחראי ד"ר דוידוב אדוארד. הממצאים שצוינו בדו"ח: תוספתן מודלק לכל אורכו, נוזל סרוטי בכמות בינונית באגן. מהלך הניתוח תואר כדלקמן:"בהרדמה כללית. רחצה וכיסוי כמקובל. חתך מקברני, פתיחה לפי שכבות, פישוק השריר. פתיחת פריטונאום, נוזל סרוטי בחלל הבטן. חילוץ הצקום. זיהוי התוספתן. שיחרור תוך קשירת מזו אפנדיקס. קראש בבסיס. קשר ויקריל 2/0. כריתת התוספתן ושליחתו לפתולוגיה. השקעת הגדם בתפר Z עם ויקריל 3/0. סגירה בשכבות- פריטונאום ויקריל 3/0. קרוב שריר 2/0. פציה ויקריל 2. בין שכבות שטיפה ובקרת דמם. סגירת תתעור ברפיס 0.0. סגירת עור בכליפסים.הניתוח עבר ללא סיבוכים.איבוד דם משוער- 10 מל.לא נזקק במהלך הניתוח במתן דם או מוצריו.המטופל יוצא מחדר ניתוח במצב יציב.פתולוגיה נשלחה: כן..."שעת התחלת הניתוח: 19:14. שעת סיום הניתוח: 21:07. הדו"ח חתום ע"י ד"ר מוסייב גארי.
144. עינינו הרואות כי בהסתמך על האמור לעיל, הניתוח עבר כשורה, ללא סיבוכים, ואין שמץ של הסבר לתוצאה שנחזתה שלושה ימים לאחר מכן במהלך הניתוח השני שנאלץ התובע לעבור.
145. אחת השאלות המתעוררות בהקשר לטענה ללקוניות הדו"ח היא, הכיצד האמור בו עולה בקנה אחד עם העובדה כי הניתוח ארך כשעתיים. פרופ' דרזניק העריך כי ככלל ניתוח תוספתן עשוי לארוך 45 דק' ולעתים אף שעתיים, ציין כי ככל הנראה הניתוח הנדון היה מסובך. לדבריו, אפנדיקס יכול להיות במנח לא תקין וגישה לא נכונה וקשה אבל ציין כי זה לא עולה מדו"ח הניתוח. לדבריו דו"ח הניתוח הוא סטנדרטי אבל אם העלימו עובדות, הרי שאין לו שליטה על זה. אישר כי ישנו פער בין הדו"ח לבין משך הזמן.
146. ד"ר דוידוב ציין כי הזמן המוערך לביצוע ניתוח אפנדקטומי על ידו הוא בין שעה לשעה ורבע.
147. מן העדויות נלמד כי פרק זמן של שעתיים לביצוע ניתוח כגון אפנדקטומי הוא למעשה ארוך מאוד, ולכן יש להניח ברמה גבוהה של ודאות כי ניתוח התוספתן שארך כשעתיים היה מלווה בסיבוכים- דבר שלא משתקף כלל מהדו"ח. קרי, מן העדויות ולמקרא דו"ח הניתוח לא יכול להיות חולק כי ישנו פער בין האמור בדו"ח לבין התארכות הניתוח לפרק זמן של שעתיים.
148. בהעדר הסבר הולם בדו"ח הניתוח- ברור כי אף הנטל בנקודה זו הוא על שכמה של הנתבעת.
149. ד"ר מוסייב העיד על האמור בדו"ח הניתוח עצמו- הניתוח בוצע בתנאים לא מסובכים, התהליך היה דלקתי ללא סיבוכים, ללא נמק, נוזל סירוטי בכמות בינונית באגן- נוזל סירוטי זהו נוזל צלול ללא המצאות דם, תוכן צואתי ומרכיבים אחרים. ציין כי הניתוח ארך שעתיים וחצי שזהו זמן סביר לדבריו בנסיבות העניין משום שהיה מחויב לחלץ את התוספתן. לדבריו הדו"ח משקף היטב את מה שקרה בניתוח. הוא עשה חילוץ צקום על מנת לראות את השדה היטב. במהלך הניתוח החליט לחורר את המעי כדי להניח ולהשוות את הגדם 4 פעמים לעומת 8-10 כמקובל בכל המקרים (מחוררים אותו על מנת להשהות את האפנדיקס).
150. בנסיבות העניין, בכל הכבוד הראוי לד"ר מוסייב- לא מצאתי להעדיף את הסבריו באשר להתארכות הניתוח על פני עדותו של פרופ' דרזניק. ברי כי אף לשיטתו של פרופ' דרזניק שהוא המומחה מטעם הנתבע, אין כל הסבר לפרק הזמן בו נמשך הניתוח. מאחר ולדידו של ד"ר מוסייב חילוץ הצקום הוא הסיבה להתארכות הניתוח, ונוכח העובדה כי חילוץ הצקום מצויין מפורשות בדו"ח הניתוח- חזקה על פרופ' דרזניק כי לו חשב שזהו ההסבר- היה מציין זאת.
151. למותר לציין בהקשר זה את הגישה הזהירה בה מוטל על ביהמ"ש לבחון את עדותו של רופא (שהוא למעשה שלוח של הנתבעת בענייננו) להסביר את מעשיו ופעולותיו במסגרת הניתוח. חזקה על בית המשפט כי ישים לנגד עיניו את העובדה כי מדובר בגרסה של צד המעורב במשפט וממילא אין מדובר בעדות מומחה אובייקטיבית (רע"א 8401/09).
152. בנוסף לאמור לעיל, ברור כי חילוץ הצקום איננה פעולה המסבירה את היווצרות הקרע במעיים שהתגלה בניתוח השני ואף אחד ממילא לא טען שזהו ההסבר לקרע.
153. כמו כן, כפי שהודה פרופ' דרזניק בעדותו, בניתוח פתוח צריך לבודד מבנים אנטומיים ולא לפגוע באיברים. עם זאת, אין כל תיעוד בדו"ח הניתוח על פעולות שנעשו על מנת לבודד איברים. יש לציין כי לפי חוזר מנכ"ל מס' 24/10 מיום 20.12.10 יש להקפיד כי דו"ח הניתוח יכלול תמיד פירוט של כל שלבי הניתוח ובפרט ציון כל האירועים והסיבוכים המשמעותיים שאירעו במהלך הניתוח, ככל שהיו ויש להקפיד על תיעוד מדויק של הניתוח.שיטה ניתוחית פתוחה או לפרסקופית:
154. ד"ר לוברמן ציין בחוות דעתו כי בדרגות חומרה קלות של דלקת התוספתן השיטה הלפרוסקופית עדיפה או לפחות שוות ערך לגישה הפתוחה. פירט כי ישנם יתרונות משמעותיים בשיטה זו בייחוד כאשר מדובר בגבר צעיר, ספורטאי, וברור כי שימור קיר הבטן מאפשר חזרה לפעילות גופנית במהרה. מצביע על כך כי במקרה הנדון כלל לא נעשה דיון בבחירת השיטה.בעדותו הבהיר ד"ר לוברמן כי הן הניתוח הפתוח והן הניתוח הלפרסקופי מקובלים. כאשר מדובר בניתוח שהוא יחסית חירום אז עורכים אותו בשיטה המקובלת בבית חולים.
155. מנגד, פרופ' דרזניק ציין כי בהינתן כי השיטה הלפרוסקופית היא לא פחות מסוכנת מן השיטה הפתוחה ונוכח העובדה כי דובר בניתוח דחוף, הדגש צריך להיות על מיומנות הצוות הרפואי הספציפי בשיטת טיפול מסוימת.
156. יש לציין כי מתשובות לשאלון של ד"ר שמעונוב, מנהל מח' כירורגיה א' בבית החולים וולפסון עולה כי בתקופה הנדונה לא בוצעו במחלקתו ניתוחים לפרוסקופיים לכריתת תוספתן ולא הייתה הרשאה לאף אחד מן המנתחים לבצע ניתוח לפרסקופי שכזה. עוד הוסיף כי היות ודובר בניתוח דחוף לא מציעים למטופל ניתוח שלא יודעים לבצע ושאין הרשאה לבצע. מעדותו של ד"ר דוידוב עולה כי עד שנת 2015 לא קיבלו אישור ממנהל המחלקה לבצע את הניתוח בשיטה הלפרוסקופית.
157. מן האמור לעיל עולה אם כן, כי במועדים הרלוונטיים השיטה הלפרוסקופית כלל לא הייתה בגדר אופציה טיפולית בבית החולים "וולפסון".
158. מעבר לנדרש, יצוין כי אף מן המובאה הספרותית שצורפה ע"י התובע ניכר כי ישנה מחלוקת בין מומחים באשר לשאלה אילו מבין הגישות הטיפוליות עדיפה, אם בכלל, ואין כל הכרעה במחלוקת עד היום. ברור כי לכל גישה יתרונות וחסרונות משלה, עם זאת המחברים הדגישו כי העיקר הוא שהטיפול בדלקת התוספתן יעשה לאלתר ובצורה בטוחה.
159. בנסיבות העניין דומה כי לא היה מנוס מלבצע ניתוח בשיטה הפתוחה- ראשית אין ספק כי נכון ליום 3.8.14- נדרש היה להוציא את התוספתן המודלק מגופו של התובע. בנוסף הוכח לפניי כי זאת השיטה היחידה בה נקטו בבית החולים בזמנים הרלוונטיים ואין חולק כי הרופאים שניתחו את התובע ידעו את השיטה הניתוחית הפתוחה בצורה טובה יותר מאשר הלפרוסקופית (כפועל יוצא מכך שבבית החולים בו עבדו לא נקטו כלל בשיטה הלפרוסקופית), ולכן היה יעיל ובטוח יותר לבצע רק את השיטה הנ"ל בנסיבות העניין.
160. שאלה נפרדת היא האם היה על הרופאים ליידע את התובע בזמן אמת על האפשרות התיאורטית לביצוע לפרוסקופיה במרכז רפואי אחר- שאלה זו תידון במסגרת ההסכמה מדעת.הרכב הצוות הרפואי
161. מדו"ח הניתוח הראשון עולה כי ד"ר מוסייב היה המנתח הראשי וד"ר דוידוב היה המנתח האחראי.
162. לטענת התביעה ד"ר דוידוב שהחתים את התובעת על טופס הסכמה מדעת היה למל"מ, קרי לא מומחה בכירורגיה ולא מתמחה. ד"ר מוסיוב היה הרופא שניתח את התובע- לפי משרד הבריאות סיים התמחות בשנת 2017, קרי למעלה משלוש שנים לאחר הניתוח. בעדותו ציין ד"ר מוסייב כי סיים את לימודי הרפואה בשנת 2000 במוסקבה, את ההתמחות הראשונה והשנייה עשה גם כן במוסקבה. ההתמחות הראשונית שלו היא בקרדיולוגיה. כשהגיע ארצה החל לעבוד בטיפול נמרץ לב ב"איכילוב" ואת ההתמחות בכירורגיה החל ב-1.8.08 בוולפסון. לדבריו באוגוסט 2014 היה מתמחה בכיר אחרי שלב א' התיאורטי של ההתמחות.
163. כלומר, נראה כי אף רופא מומחה בכירורגיה לא השתתף בניתוח והתובע, כך נטען, לא ידע מכך. פרופ' דרזניק העיד כי מדובר בניתוח שכל מתמחה תחת השגחה עושה בחודש, חודשיים הראשונים בהתמחות בכירורגיה. פרופ' דרזניק העיד על עצמו כי ביצע ניתוח אפנדיקס באופן עצמאי לחלוטין לאחר שנתיים של התמחות. ד"ר מוסייב העיד כי עד לאוגוסט 2014 ביצע מאות ניתוחי אפנדציט- לדבריו, זהו הניתוח הבסיסי והראשון שמתמחים נחשפים אליו וישנם 3-4 ניתוחים כאלה במשמרת.
164. יש לציין כי בתצהירו של ד"ר דוידוב לא צוין דבר באשר לניסיון שלו בעת ביצוע הניתוח מושא התביעה, ובמהלך עדותו אף לא התרתי את השלמת חקירתו הראשית בעניין זה.
165. עם זאת, לא שוכנעתי כי מבחינת הרכב הצוות הרפואי בניתוח התוספתן- הייתה חריגה מעשית מן הנהלים. ד"ר שמעונוב ציין בתשובות לשאלון כי בזמנים הרלוונטיים ד"ר מוסייב היה תורן בכיר בעל הרשאה לביצוע ניתוח תוספתן, ד"ר דוידוב היה רופא מלר"ד, למל"מ, בעל ניסיון קליני רב אך לא היה מומחה בעת בה ניתח את התובע. מדו"ח הניתוח עולה כי ד"ר מוסייב היה מוגדר מנתח הראשי וד"ר דוידוב היה המנתח האחראי. לדבריו של ד"ר מוסייב לא מקובל שמנתח יהיה גם ראשי וגם אחראי, מנתח אחראי הוא בדר"כ הוותיק יותר מבחינת משך התמחות, ולכן ד"ר דוידוב הוגדר כמנתח אחראי. האמור אף משקף את חוזר המנכ"ל מס' 24/10 בדבר "גליון ניתוח- רישום ותיעוד". אמנם לא ברור מי מבין הרופאים ביצע אילו מבין הפעולות המפורטות בדו"ח עם זאת לפי החוזר, אין חובה לפרט מי עשה איזו פעולה.
166. מן העדויות עולה כי הפרקטיקה המקובלת בהקשר זה היא שמתמחים מבצעים ניתוחים מעין אלו. מכל מקום, לא הובאה לפני כל ראיה ממנה יש להסיק כי ניתוח תוספתן פתוח יבוצע ע"י מומחה בתחום בלבד.
167. במאמר מוסגר יצוין כי שאלה נפרדת היא- האם היה על ד"ר דוידוב שהחתים את התובע על טופס הסכמה ליידע את התובע באשר להרכב הצוות הרפואי שינתח אותו ובדגש על כך כי אף רופא מומחה לא ייטול חלק בניתוח, וזאת על מנת שהתובע יוכל לשקול צעדיו. שאלה זו תידון בנפרד במסגרת בחינת ההסכמה מדעת.טענה להעדר בדיקות ומעקב ע"י רופאים לאחר הניתוח הראשון:
168. פרופ' דרזניק עומת עם האמור בחוות דעתו לפיה "המהלך לאחר הניתוח כפי שמתואר בדו"ח הסיעודי שונה לגמרי מזה המתואר בכתב התביעה" והעיד כי אינו זוכר האם בתיקו הרפואי של התובע יש תיעוד על בדיקת רופא, אך הודה כי אם אין "פולו אפ" של רופא במשך כל תקופת האשפוז- זה איננו מצב תקין, שהרי האחיות אינן מבצעות בדיקות שמבצע רופא. אלא שאין לו ספק שהתובע נבדק ע"י רופאים אבל הדברים לא תועדו. הצביע על כך שגילו את הזיהום.
169. יש לציין כי מעדותו של ד"ר דוידוב עולה כי איננו זוכר האם פגש בתובע לאחר הניתוח.
170. יצוין כי מעיון בדו"חות הסיעודיים עולה כי רוב התיעוד נכתב ע"י האחיות במחלקה, אך נראה כי התובע נבדק גם ע"י רופאים. ניתן להבחין כי בעוד שביום 4.8.14 נצפה "מטופל יציב המודינמי, ללא תלונות", הרי שמיום 5.8.14, קרי יומיים לאחר הניתוח חלה התדרדרות במצבו, כפי שתועד בדף הוראות סיעודיות (מס' 399 לתיק המוצגים מטעם התובע): (בבוקר) "המטופל נבדק ע"י ד"ר בן דוד נדב בטן מאוד רגישה קיבל אנלגטיקה נשאר באשפוז להשגחה. מותרת כלכלה רגילה". בשעה 20:30 צוין כדלקמן: "מטופל מאוד כאוב מקבל נגד כאבים, בהשפעה חלקית. מטופל עדיין כאוב נבדק ע"י ד"ר אולגה נלקחו בדיקות דם, חום 37.5".בשעה 00:00 "בתחילת המשמרת דיווח על הרגשה לא טובה, נבדק ע"י ד"ר אולגה...".ביום 6.8.14 בבוקר צוין כי "הבוקר מדווח על כאבים בבטן. בטן מאוד רגישה. נשאר בצום לביצוע CT בטן..." בצהריים צוין: "למטופל חום 38. הוחל במתן...בוצע CT בטן טרם ידוע תשובה".בדיקת CT בוצעה בשעה 12:00 באותו היום ובה נמצאו בועות אוויר קטנות בחלל הצפק בבטן העליונה ובועות אוויר רבות בחלל הצפק באזור הניתוח והסננה של השומן האומנטלי באזור זה. קולקציה מורכבת מבועות אוויר ומעט תוכן בבטן אמצעית, מימין לקו האמצע בין פיתולי מעיים. אוויר ברקמות הרכות התת עורי בבטן ימנית לכל האורך. בסיס בית החזה: תסנינים קטנים בבסיסיים".בשעה 14:30 צוין כי נלקחה תרבית מפצע הניתוח. בשעה 18:10 צוין "יציב, המודינמי, פצע ניתוח חבוש. לפי יעוץ זיהומולוגי שונה טיפול אנטיביוטי חום בינוני. תשובת CT בטני...האודם התפשט המוגלובין ירד..."בשעה 00:30 תועד: " החולה חזר מחדר ניתוח בשעה 00:10 לאחר ניתוח כרשום מטה בהרדמה כללית. בקבלתו יציב המודינמית נתמך במשקפי חמצן...ממשיך בעירוי נוזלים ואנטיביוטיקה. למטופל זונדה, קטטר ונקז. זקוק להשגחה רבה". בדו"חות שצוטטו לעיל מופיעות חותמות של אחיות ושל רופאים.
171. משכך, טענת התובעים כי התובע כלל לא נבדק ע"י רופאים לאחר הניתוח הראשון איננה עולה בקנה אחד עם התיעוד הנ"ל. אדרבא, ניכר כי למן המועד בו נצפתה התדרדרות במצבו הקפידו על מעקב, נערכו בדיקות דם. בדיקת CTבוצעה ביום 6.8.14 ונערכה התייעצות עם זיהומולוג.
172. אלא שהתובע נלקח לניתוח יום לאחר שנצפתה התדרדרות במצבו ובעקבות בדיקת ה-CT מאותו היום. בהקשר זה, נשאלת השאלה האם לא הייתה אינדיקציה ברורה יותר לערוך בדיקת CT נוכח מצבו של התובע בו ביום בו נצפתה ההתדרדרות, קרי ב-5.8.14?וכפועל יוצא נשאל האם הנזקים במעיים שנצפו במהלך הניתוח השני יכלו להיגרם/ להחמיר כתוצאה מן העובדה כי אובחנו עת נותח בשנית רק ביום 6.8.14? לדידו של ד"ר לוברמן האיחור של 3 יממות באבחון מצב החרום הבטני אינו עומד בסטנדרטים של רפואה סבירה. את בדיקות הדימות היה צריך לבצע מוקדם בהרבה וזאת עקב הימשכות תלונות המנותח וההחמרה שחלה במצבו בכל יום שחלף מהניתוח. זיהוי מוקדם יותר של קרע המעי הדק היה חוסך סיבוכים רבים".
173. מדו"ח הניתוח מיום 6.8.14 עולה כדלקמן: מנתח אחראי- ד"ר שמעונוב מרדכי, עוזרי מנתח: ד"ר דוידוב אדוארד וד"ר ברגר אורי. "אינדיקציות ושיקולים לניתוח: מטופל ספטי אוורת תת עורית. בבדיקת CT אוויר בכמות רבה בתת עור בבטן ימנית תחתונה. לאחר שיחה עם המטופל ומשפחתו הוחלט על ניתוח"."ממצאים: חור במעי 8 ס"מ פרוקסימלי למסתם אליאוצקאלי. תוכן צואתי בבטן ימנית בתת עור ומעט בבטן ימנית תחתונה פסצאיטיס פסציה כל בטן ימנית כולל שריר רקטום. גדם תוספתן תקין". במהלך הניתוח דווח על פתיחת חתך קודם בפתיחת תת עור תוכן צואתי, חילוץ צקום חילוץ לולאת מעי באגן מימין זיהוי חור התופס חצי היקף מעי דק. כמו כן, תועדו שטיפות מרובות בבטן, הטריות.
174. ד"ר דוידוב אישר כי לפי האמור בדו"ח הניתוח מיום 6.8.14- הוא שימש כעוזר מנתח אולם פרט זה משום מה לא מופיע בתצהירו (לדבריו שאלו אותו רק על מהלך הניתוח הראשון). הוסיף כי במהלך הניתוח השני ראה חור לא קטן.
175. פרופ' שמעונוב שהיה כאמור המנתח האחראי נשאל במסגרת השאלון שנשלח אליו האם נכון כי בניתוח מיום 6.8.14 תועד קיומו של חור בהיקף של מחצית המעי הדק בלולאת מעי דק? השיב בשלילה וציטט מתוך הדו"ח "חור במעי הדק 8 ס"מ פרוקסימלי למסתם אליאוצקלי" כמו כן נשאל האם נכון כי נמצא תוכן צואתי בניתוח הנ"ל? על כך השיב כי "לא ברורה השאלה- במעי דק יש תוכן מעי דק ולא תוכן צואתי!!!"
176. לעומת זאת, פרופ' דרזניק אישר בעדותו כי הממצאים בניתוח השני (6.8.14) כללו לא רק מוגלה ותוכן צואתי בחלל הבטן, אלא פגיעה מאוד משמעותית בפאציה שהיא הדבר החזק שמחזיק את קיר הבטן ושרירי הבטן, ציין כי למזלו זה לא צף בחלל הבטן, אלא התמקד יותר בבטן התחתונה ובכל הדופן של הבטן הימנית.
177. דו"חות הניתוחים (הראשון והשני) אינם מסבירים את הסיבה לחור במעיים וליתר הממצאים שהתגלו במהלך הניתוח השני, וכך גם העדויות, ולכן האפשרות כי הקרע במעיים ויתר הממצאים שנצפו הם תוצאה של כירורגיה רשלנית ו/או עיכוב באבחון וטיפול בקרע לאחר הניתוח הראשון היא מתקבלת על הדעת ברמת סבירות גבוהה. כאמור הנטל להוכיח כי הסיבה לממצאים הנ"ל אינה קשורה באילו מהפעולות הרשלניות שנעשו ע"י הצוות הרפואי- מוטל על כתפי הנתבעת ולא שוכנעתי להיפוכו של דבר.
178. בראי האמור לעיל, הגעתי לכלל מסקנה כי הנתבעת לא הרימה את הנטל להוכיח כדלקמן: מהי הסיבה לחור במעיים שהתגלה אצל התובע במהלך הניתוח השני מיום 6.8.14; סיבת התארכות הניתוח הראשון לפרק זמן לא סביר של כשעתיים; בידוד והגנה על המבנים האנטומיים מפני פגיעה במהלך הניתוח במסגרת הניתוח הראשון; האם חלק מהנזקים יכלו להימנע לו הניתוח השני היה נערך יום קודם לכן?מכאן גם עולה חבותה של הנתבעת לשאת בנזקיי התובע. הסכמה מדעת:
179. סעיף 13 (א) לחוק זכויות החולה, תשנ"ו- 1996 קובע כי לא יינתן טיפול רפואי למטופל "אלא אם כן נתן לכך המטופל הסכמה מדעת לפי הוראות פרק זה". סעיף 13(ב) קובע כי לשם קבלת הסכמה מדעת, ימסור המטפל למטופל מידע רפואי הדרוש לו, באורח סביר, "כדי לאפשר לו להחליט אם להסכים לטיפול המוצע". מידע רפואי על פי סעיף 13(ב) כולל בין השאר את הסיכונים הכרוכים בטיפול המוצע, לרבות תופעות לוואי, כאב ואי נוחות.בהתאם לסעיף 14(א) לחוק, הסכמה מדעת יכול שתהא בכתב, בעל-פה או בדרך של התנהגות. הוראה זו מסויגת על ידי הוראת סעיף 14(ב) לחוק לפיה אם מדובר בטיפול רפואי מהסוג המנוי בתוספת לחוק, ההסכמה מדעת צריכה להינתן במסמך בכתב "שיכלול את תמצית ההסבר שניתן למטופל". בין הטיפולים הרפואיים הנמנים בתוספת הינם ניתוחים, למעט כירורגיה זעירה. על כן, המקרה שבפני נכלל בתוספת לחוק.יש לציין כי טפסי ההסכמה המובאים בתוספות לתקנות בריאות העם (טופסי הסכמה) אינם תואמים להוראות חוק זכויות החולה (ראה בהקשר זה ספרו של א' כרמי).מסירת המידע הרפואי על-ידי המטפל למטופל אמורה להיעשות בעל-פה, אם כי אין בתקנות מניעה לכך שמידע יועבר לחולה גם בכתב (עמודים 1128-1129).מסירת המידע יכולה להיעשות בדרכים שונות, בנפרד ומעבר לטפסים הרשמיים.בפסיקה טרם הוכרעה השאלה האם דרישת הכתב שבסעיף 14(ב) לחוק הינה דרישה מהותית או ראייתית-הוכחתית (ע"א (י-ם) 6299/05 אמנון צורף נ' ד"ר דב שחור (פורסם במאגרים 8.12.05).
180. בענייננו, יש להידרש לכלל הנסיבות על מנת לבחון האם ניתנה הסכמה מדעת. אין חולק כי טופס ההסכמה הנדון הוא כללי ולא ייעודי. לא הובאה לפני כל ראיה לקיומו של טופס הסכמה ייעודי בזמנים הרלוונטיים לאירוע, ובנסיבות העניין נראה כי הנטל להוכיח קיומו של טופס ייעודי מעין זה מוטל על שכמו של התובע.בטופס ההסכמה הכללי לא צוינו הסיכונים והסיכויים הרלוונטיים לניתוח מסוג "open appendectomy". צוין כי התובע קיבל הסבר מפורט בע"פ מד"ר דוידוב אדוארד, אשר חתם בתחתית הטופס כי הוא מאשר שהסביר בעל-פה לחולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי חתם על הסכמה בפניו לאחר ששוכנע כי המטופל הבין את הסבריו במלואם.מעל לחתימת ד"ר דוידוב מופיעה חתימת התובע.
181. ד"ר דוידוב אישר בעדותו כי החתים את התובע על טופס ההסכמה והציע לו ניתוח תוספתן פתוח. פירט כי מסבירים לחולים שיש שתי שיטות, אך לפרוסקופיה איננה בגדר הליך הנהוג בבי"ח זה מפני שלדבריו לא היה להם אישור ממנהל המחלקה עד לשנת 2015.
182. העיד כי הסביר לתובע על סיבוכים שיכולים להיות במהלך הניתוח- זיהום, דימום. הוצג בפניו טופס ההסכמה, זיהה את כתב ידו וחתימתו על הטופס. ציין כי בטופס מפורטים סיבוכים ספציפיים לאפנדקטומי. לא ידע להסביר מדוע לא ציין בתצהירו כי הוא זה שהסביר לתובע על הניתוח והחתים אותו על הטופס.
183. עוד ציין כי הוא יודע שמדובר בטופס הסכמה כללי אבל לדבריו "זה מה שיש במיון" וכי "גם הטופס הזה תופס", כלשונו.
184. המבחן הנהוג לבחינת היקף חובת הגילוי הוא מבחן 'החולה הסביר' שהינו מבחן אובייקטיבי במהותו. לצד זה ר' עמדת כב' השופט עמית (בדעת מיעוט) בדבר נקיטת מבחן החולה המעורב/המשולב בעיני הרופא הסביר ב- ע"א 1303/09 מרגלית קדוש נ' בית החולים ביקור חולים (פורסם במאגרים 5.3.12). על כן, יש לגלות לחולה את אותם הסיכונים המהותיים שאדם רגיל היה נוטה לייחס להם באותן הנסיבות חשיבות בהחלטתו להסכים לקבלת הטיפול. ככל שהסיכונים שכיחים יותר או חמורים יותר, כן גוברת חובת הגילוי (א' כרמי בעמוד 1101). עם זאת מידת הגילוי הנדרשת עולה ככל שפוחתת חיוניות הטיפול (א' כרמי בעמוד 1104 וכן ר' ע"א 6153/97 שטנדל נ' שדה, פ"ד נו(4) 746).בע"א 8693/08 יצחק הרמן נ' ד"ר עמוס שטרנברג (פורסם במאגרים 24.3.11) נקבע כי "הכלל הוא כי לשם קביעת היקף המידע שחובה על הרופא למסור למטופלו נעשה שימוש במבחן אוביקטיבי. על הרופא למסור למטופל את כל המידע שאדם סביר היה נדרש לו כדי לגבש החלטה אם להסכים לטיפול המוצע... נהוג לומר כי בגדר מידע זה כלולים סיכונים שהינם מהותיים בנסיבות העניין. .. אין זה מתחייב, אפוא, שהרופא ימסור לחולה כל מידע שהוא. לא זו בלבד שהדבר אינו מעשי, אלא שהדבר גם לא ייטיב עם המטופל, אשר ימצא עצמו נחשף למידע רב מכדי שיוכל להתמודד עמו ולהגיע בעזרתו להחלטה מושכלת... מכל מקום, טיב המידע שעל הרופא למסור לחולה והיקפו נגזרים מהחולה שעל הפרק ומצרכיו...".
185. בענייננו, יש לבחון את מידת הגילוי הנדרשת בהינתן מס' עובדות: ראשית, במועד בו אובחנה דלקת התוספתן- נדרשה הוצאתו, ועל כך אין חולק. כלומר הטיפול הנדרש היה חיוני ואף אקוטי. בנוסף, ישנה מחלוקת בין הצדדים באשר לשאלה האם ובאיזה היקף ניתנו לתובע הסברים בע"פ.
186. בניגוד לעמדתו של ד"ר דוידוב שציין כי הסביר לתובע בע"פ את כל הסיכונים, התובע ציין בתצהירו כי בזמן ההמתנה לניתוח הוצאת האפנדציט שאל את הצוות המקצועי לגבי הניתוח עצמו- כמה מסובך הוא? כמה זמן אמור להיערך? מי הרופא המנתח? ניסיונו בניתוחים מסוג זה ועוד. אולם נענה לטענתו בתשובות כגון: מדובר בניתוח פשוט שכיח ומהיר, הרופא שיערוך את הניתוח ערך מאות כאלה בעברו, אין מה לדאוג וכיוב'. בנוסף נאמר לו כי הניתוח אמור להמשך כ-40- 45 דק'.עוד ציין כי את המידע אודות הניתוח השיג משאלות שהפנה לאנשי צוות שונים ולא מרופא שישב עמו בצורה מסודרת.
187. בנסיבות העניין, אמנם לא הובא לפניי קיומו של טופס ייעודי לניתוח תוספתן בזמנים הרלוונטיים, אולם ודאי שאין בכך כדי לפטור את ד"ר דוידוב מלספק לתובע בע"פ את מלוא ההסברים הנדרשים על הניתוח. בהקשר זה מצאתי להעדיף את גרסתו של התובע בנוגע לאי מתן הסברים נדרשים, לרבות סיכויים וסיכונים ובפרט באשר לסיכון שהתממש- קרע במעי. ראשית, תצהירו של ד"ר דוידוב אשר החתים את התובע על טופס ההסכמה מיום 3.8.14 הוא לקוני ביותר, לא מצוין בו דבר וחצי דבר על החתמת התובע על טופס ההסכמה והאם ניתנו לתובע ההסברים הנדרשים. בנוסף, במהלך עדותו ציין כי בטופס ההסכמה מפורטים סיכונים ספציפיים לניתוח אפנדקטומי, אולם עיון בטופס מעלה את המסקנה ההפוכה.כמו כן התוודה כי תצהירו נוסח ע"י ב"כ הנתבעת בשל העדר שליטתו בשפה העברית. התרשמתי כי עדותו של ד"ר דוידוב הייתה לקונית אף היא, כאשר מחד גיסא סיפר כי הסביר לתובע את כל הסיכונים והסיכויים ומאידך גיסא הודה בפה מלא כי אינו זוכר את המקרה הנדון וכי ניזון ממסמכים רפואיים שעמדו לפניו.בנוסף לא שוכנעתי כי ד"ר דוידוב הציג לתובע את החלופה לניתוח תוספתן פתוח, שהיא שיטת הלפרוסקופיה. כפי שהעיד ד"ר דוידוב בעצמו כאמור, שיטה זו לא הייתה נהוגה בזמנו בבית החולים. אף ד"ר שמעונוב מרדכי, מנהל מח' כירורגית א' ציין בתשובות לשאלון כי בתקופה הנדונה לא בוצעו במחלקתו ניתוחים לפרוסקופיים לכריתת תוספתן ולא הייתה הרשאה לאף אחד מן המנתחים לביצוע ניתוח כזה. לדבריו היות ומדובר בניתוח דחוף לא מציעים למטופל ניתוח שלא יודעים לבצע ואין הרשאה לבצע.
188. אכן שאלה מתבקשת היא האם מן הראוי להציע חלופת טיפול למרות שאיננה נהוגה בבית חולים מסוים. לכאורה התשובה על כך צריכה להיות חיובית באופן נחרץ. מנגד מעדותו של פרופ' דרזניק כי בהינתן כי השיטה הלפרוסקופית היא לא פחות מסוכנת מן השיטה הפתוחה ונוכח העובדה כי דובר בניתוח דחוף, הדגש צריך להיות על מיומנות הצוות הרפואי הספציפי בשיטת טיפול מסוימת. סבורני כי ככלל למרות שטיפול רפואי מסוים אינו נהוג בבית חולים כלשהו- על הצוות הרפואי להסביר לחולה את מלוא אפשרויות הטיפול העומדות לפניו. ובענייננו, היה על הצוות להסביר לתובע גם על החלופה הלפרוסקופית שייתכן והייתה נהוגה כדבר שבשגרה בבתי חולים אחרים, על מנת שלתובע יהיו מלוא הכלים הנדרשים כדי לכלכל צעדיו.
189. שאלה נוספת המתעוררת בהקשר להיקף חובת הגילוי היא האם היה על הרופאים ליידע מיוזמתם את התובע בדבר הכשרתם וניסיונם בביצוע ניתוחי תוספתן? לא מצאתי קיומה של חובה יזומה מצד הרופא לגולל את קורותיו המקצועיים בפני כל מטופל.
190. יש לציין כי מחוזר מנכ"ל מס' 9/06 בדבר מגילת זכויות המטופל בראיה של חובות המטפל (מיום 3.4.06, מס' 172 למוצגים) צוין כי חובה על כל מטפל לשאת תג זיהוי כמפורט בחוזר מנכ"ל וכן חובה עליו להזדהות בפני המטופל והמלווים אותו בשמו ובתפקידו. אין כל הוראה מרחיבה נוספת בעניין הנ"ל. עם זאת ברור כי ככל שהמטופל מבקש לדעת מיוזמתו על רקע הרופא וניסיונו- יש לספק לו מענה הולם. התובע ציין כי שאל על הרופאים והטיפול עצמו אך לא נענה באופן מפורט וראוי. ייתכן ויש טעם בדבריו, עם זאת כפי שיפורט בהמשך ממילא לא שוכנעתי כי התובע היה פועל באופן אקטיבי לשינוי המקום ואופן הטיפול שהוצע לו.
191. יש לסייג כי האמור לעיל בדבר העדר חובת גילוי יזום על קורותיו של רופא תקף כל עוד מדובר כמובן ברופא שאין עוררין כי אכן יש לו את ההכשרה לכך על פי כל הנהלים הדרושים.
192. כפי שציינתי כאמור, לא מצאתי כי נפל פגם בהרכב הצוות הרפואי או בהכשרתו לביצוע ניתוח תוספתן, גם אם לא נכח במועד הניתוח מומחה כירורגי.
193. חרף העובדה כי נתתי אמון בגרסת התובע באשר לאי מתן ההסברים הנדרשים בע"פ בטרם הניתוח, הרי שלא שוכנעתי בנסיבות העניין כי התובע במצבו הדואב (שהרי לדבריו סבל כל זמן ההמתנה לניתוח מכאבים חזקים מאוד) היה אוזר כוחות לאחר ביצוע בדיקת ה-CT בה אובחנה בוודאות דלקת התוספתן, לאיתור מרכז רפואי קרוב שעוסק דרך קבע בניתוחי לפרוסקופיה ואשר הייתה לו זמינות מידית לקבל את התובע לניתוח דחוף באותו היום. בהקשר זה ברור כי גם הזמן לא עמד לטובתו. יש לציין כי מעיון בתצהירו של התובע לא עולה טענה שלו עמד לפניו מלוא המידע הרלוונטי- לא היה מסכים לביצוע הניתוח בתנאים שהציעה הנתבעת, אלא כל שצוין הוא כי "מייעוץ משפטי שקיבלתי אני יודע שיטענו כנגדי שממילא הייתי מסכים לעבור את הניתוח במצב שלי ולכן יגידו שאין כאן רלוונטיות לנושא של הסכמה מדעת. למרות זאת אני מציין את הדברים בסעיף זה כדי להסביר איך הדברים התנהלו בוולפסון כל הזמן וכמה חוסר מקצועיות היה שם וכמה חוסר יחס".
194. נוכח האמור לעיל, דין הטענה להעדר הסכמה מדעת להידחות.**נזקים:**
195. בין הצדדים נתגלעו מחלוקות גם באשר להיקף הנזקים והקשר הסיבתי בינם לבין תוצאות הניתוחים שעבר.
196. ד"ר לוברמן סבור כי יש לקחת בחשבון אף את הפיסטולה הפריאנלית כקשורה לתוצאות הניתוח וכלשונו "תהליך החלמתו לווה בשינוי בהרגלי היציאה עם עצירויות ושלשול לסירוגין, אשר הביאו ליצירת אבסס פריאנלי, בהמשכו פיסטולה, ואשר הצריכו טיפולים כירורגיים נוספים", העריך את נכותו בגין הפיסטולה הפריאנלית בשיעור של 10% לצמיתות לפי סע' 15(א) (2)
197. לעומת זאת, פרופ' דרזניק ציין בחוות דעתו כי כל הבעיות הפרוקטולוגיות שבגינן העניק ד"ר לוברמן 10% נכות אינן רלוונטיות משתי סיבות: א. התובע סבל מבעיות פרוקטולוגיות גם לפני האירוע הנוכחי ובגינו אף הופנה לניתוח. ב. ד"ר לוברמן אף לא טרח לבדוק את התובע- פרוקטולוגית. אילו היה מבצע בדיקה פרוקטולוגית היה יודע שאין כיום פיסטולה אנלית כלל.
198. בחוות דעתו המשלימה ד"ר לוברמן חלק על קביעתו של פרופ' דרזניק כי בבדיקה פרוקטולוגית במסגרת מרפאה ללא שימוש ברקטוסקופ ניתן לאבחן שפיסטולה איננה. ציין כי אין מחלוקת שמחלתו הרקטלית (טחורים, פיסורה) החמירה בעקבות נזקי הניתוח והשינויים בהרגלי היציאה שלו, עד שנזקק לניתוחים נוספים. לדבריו, לא נטען כי האפנדציטיס או הנזק למעי גרם למחלתו הפרוקטולוגית אך אין ספק שגרם להחמרתה.
199. פרופ' דרזניק בחוו"ד משלימה חזר על דבריו וציין כי התובע סבל מבעיות פרוקטולוגיות גם לפני הניתוח ואין לו כלל פיסטולה אנלית. הדגיש כי אין קשר בין הבעיות הפרוקטולוגיות לניתוח.
200. מומחה מטעם בית המשפט, פרופ' פרוינד, ציין בחוות דעתו כי הערכת הנכות קשורה בניתוח התוספתן והסיבוכים שלאחריו (דליפה מהמעי וניתוחים חוזרים), אולם הדגיש כי התחלואה סביב פי הטבעת (מורסה ופיסטולה) הם בגדר פרשה נפרדת שאיננה קשורה לאירועים מושאי התביעה.
201. לאחר שעיינתי בחוות הדעת ובעדויות לא שוכנעתי לקבל עמדתו של ד"ר לוברמן בדבר הקשר בין הפיסטולה לניתוח התוספתן וסיבוכיו. ראשית, לא ניתן להתעלם מכך שעוד קודם לניתוח הנדון היו רישומים רפואיים המעידים על קיומה של פיסטולה. כך למשל במהלך עדותו הופנה ד"ר לוברמן לרישום מיום 14.6.13 בו צוין "לפני שבוע פתיחת מורסה עמוקה באזור הרקטום MRI אזורי פיסטולה קדמית". קרי, לא יכול להיות חולק כי הפיסטולה לא נגרמה כתוצאה מהניתוח, ואף ד"ר לוברמן הודה בכך בחוות דעתו המשלימה.בנוסף, אף ההשערה כי הפיסטולה אך הוחמרה בעקבות הניתוח היא בעייתית, שכן ד"ר לוברמן יוצא מנקודת הנחה כי תהליך החלמתו של התובע לווה בשינוי בהרגלי היציאה עם עצירויות ושלשול לסירוגין, והם אשר הביאו ליצירת אבסס פריאנלי ובהמשך לפיסטולה. אולם, כפי שהוברר, אין כל תיעוד רפואי בדבר שינויים בהרגלי היציאה של התובע. ד"ר לוברמן בעצמו אישר כי לא מצא כל רישום רפואי בדבר שלשולים/ עצירות וגם בבית חולים "כרמל" שם נותח בגין פיסטולה לא הוזכרה בעיה ביציאות. ד"ר לוברמן מודה בעדותו כי נסמך על דברי התובע בלבד בהקשר זה, אשר ציין בפניו כי לאחר הניתוח סבל מיציאות תכופות שלשוליות/ נוזליות בתדירות גבוהה יום יום לדבריו. בעדותו ציין התובע כי לאחר הניתוח התלונן על בעיות ביציאות הן בפני הרופאים והן בפני משפחתו. גם בבית החולים "כרמל" התלונן לדבריו על יציאות וסיפר כי הן לא כמו בעבר.
202. ד"ר לוברמן אישר כי בהנחה שלא היו שלשולים או עצירויות, אזי אין קשר בין קיומה של פיסטולה לבין הניתוח שעבר התובע.
203. כמו כן, מעדותו של ד"ר לוברמן ניכר כי כלל איננו יודע האם בעיית הפיסטולה עודנה קיימת, נכון למועד בדיקת התובע או שמא נפתרה. כך העיד כי לא זכור לו האם הפיסטולה נותחה, בנוסף הודה כי לא ביצע בדיקה קלינית (רקטלית) על מנת לוודא אם יש לתובע פיסטולה.
204. התמונה בכללותה מטה את הכף לטובת האמור בחוות דעתו של פרופ' פרוינד כי אין קשר בין הפיסטולה לבין ניתוח התוספתן וסיבוכיו: לתובע עבר מתועד על פיסטולה, בניגוד לעדותו של התובע הרי שאין תיעוד על תלונותיו בגין בעיות ביציאות לאחר הניתוח וברור כי בהנחה שלא היו שלשולים או עצירויות בתדירות גבוהה הרי שאין קשר בין קיומה של פיסטולה לבין הניתוח שעבר התובע. בנוסף, ד"ר לוברמן כלל לא ביצע בדיקה קלינית רקטלית ואילו פרופ' פרוינד ציין מפורשות בחוות דעתו כי "בהסתכלות על פי הטבעת אין לראות פיסטולה פריאנלית ולא פיסורה".
205. למותר לציין בהקשר זה את מעמדו של מומחה מטעם בית המשפט אשר משמש כזרועו הארוכה של בית המשפט. ישנה חשיבות רבה לעדות מומחה ממונה נטרלי, ככלי מתווך בין עולם הרפואה לאולם בית המשפט ומאפשר לבית המשפט לקבל חוות דעת ברורה מטעמו שלו בנושאים הטעונים מומחיות (ע"א 916/05 כדר נ' הרישנו).
206. משכך אני קובע כממצא עובדתי כי התחלואה סביב פי הטבעת (מורסה ופיסטולה) הם בגדר פרשה נפרדת שאיננה קשורה לאירועים מושאי התביעה, כאמור בחוות דעתו של פרופ' פרוינד.**חולשה בדופן הבטן:**
207. ד"ר לוברמן קבע כי בעקבות הניתוח דופן הבטן של התובע נחלשה והעריך נכותו בשיעור 10% לצמיתות לפי סעיף לפי סע' 20(2) לתקנות הביטוח הלאומי (קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה) תשט"ז- 1956.ציין כי אין שום בדיקה שיכולה לתעד חולשה/ אי חולשה של דופן הבטן ולכן אין לצפות כי יהיה רישום של חולשת דופן הבטן, עם זאת ציין כי קבע בחוות דעתו כי יש חולשה של דופן הבטן לפי בדיקה קלינית שערך לתובע כאשר ביקש ממנו לעבור מתנוחת שכיבה לישיבה וראה את דופן הבטן שלו. אין המדובר בבדיקה אובייקטיבית.הסכים כי עצם העובדה כי שב לשחק כדורגל לאחר מכן מצביע על כך שדופן הבטן תקין.לדעתו יש להעניק לתובע נכות בגין התרופפות בדופן הבטן אף אם אינו משתמש בחגורה, ואין לייחס אפס אחוזי נכות למי שעבר שלושה ניתוחים בדופן הבטן.
208. מנגד פרופ' דרזניק העיד כי דופן הבטן מקושר אצלו להרניה וכד', ולכן נמנע מלהתייחס לדופן הבטן כשהעניק נכות. ציין כי דופן הבטן של התובע היא כשל ספורטאי לא נחלשה בכלום.
209. אף פרופ' פרוינד קבע כי לא מצא חולשה בדופן הבטן.
210. לאחר ששקלתי טענות המומחים, שוכנעתי כי מצב דופן הבטן של התובע אינו מצדיק הענקת נכות כפי שקבע ד"ר לוברמן בחוות דעתו.
211. עיון בתקנה 20 לתקנות הביטוח הלאומי (קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה), תשט"ז שעניינה "פציעות ובקעים של קיר הבטן" מורה כדלקמן:א)מצב אחרי פציעה או ניתוח בבטן, ללאבקע וללא התרופפות קיר הבטן0%ב) מצב אחרי פציעה או ניתוח בטן, המלווה בהתרופפות קיר הבטן המצריך שימוש בחגורה אורטופדית10%
212. מתקנה 20(ב) נלמד כי לשם הענקת נכות בשיעור 10% צריכים להתמלא מס' תנאים: 1. פציעה או ניתוח בטן 2.התרופפות קיר הבטן 3. שימוש בחגורה אורטופדית. בענייננו ישנה מחלוקת בין המומחים האם קיימת התרופפות קיר הבטן- כאמור בעוד שד"ר לוברמן סבור כי התשובה על כך חיובית, הרי שהן פרופ' דרזניק והן פרופ' פרוינד סבורים שאין התרופפות. עם זאת, אין חולק כי התובע לא השתמש בחגורת בטן, ולכן נראה כי אין זה סביר להעניק 10% נכות על בסיס הסעיף הנ"ל.
213. ייתכן והייתי מקבל את הטענה כי יש להשתמש בסעיף ביניים, קרי בין א' ל-ב', אלמלא ד"ר לוברמן נסמך בקביעת הנכות על הטענה כי התובע חדל מלשחק כדורגל לאחר הניתוחים. כפי הנלמד מעדותו של התובע (ובניגוד לאמור בתצהירו לפיו נאלץ לסיים את תפקידו כשוער כדורגל מקצועי ושחקן פעיל), בעונה 2014-2015 שיחק במקומות עבודה מספר חודשים לאחר הניתוח (לדבריו בליגת מקומות עבודה מדובר על משחק בתדירות של פעם בחודש אולי אף יותר), בעונה 2016/17 שיחק בקבוצת אור יהודה כשוער כמעט בכל המשחקים שהיו באותה השנה.
214. בנוסף, לא ניתן להתעלם מכך שיש פער של 3 שנים בין בדיקתו של ד"ר לוברמן (2016) לבין בדיקתו של פרופ' פרוינד (2019), שכאמור לא מצא בבדיקה החלשות דופן הבטן. יש לציין כי פרופ' פרוינד קבע בחוות דעתו כי התובע אינו יכול להמשיך ולתפקד בספורט מקצועי אולם לא קשר זאת לטענה להיחלשות בדופן הבטן. בנוסף ציין כי פרט לספורט המקצועי אין מגבלה הניתנת להערכה בפעילות הגופנית.בשאלות ההבהרה נשאל האם קרא את פרוטוקול החקירה של התובע וכיצד עדותו של התובע עולה בקנה אחד עם הטענה שהתובע אינו יכול להמשיך בספורט מקצועי. פרופ' פרוינד השיב כי בחוות דעתו יש התייחסות רק לממצאים רפואיים ומסמכים רפואיים וכי מכיוון שהתובע סבל מדלקת צואתית קשה בחלל הבטן בעקבות דליפה מנקב המעי הדק ואחרי הניתוח סבל מדלקת ונמק קשה של שכבות הפסיה והשריר של דופן הבטן שהתפשטה על פני הבטן התחתונה עד למפשעה ועלתה עד לבית השחי הימני- לא מצא סיבה לפקפק בדברי התובע כי אינו יכול להמשיך ולתפקד בספורט מקצועי. ציין כי לא קבע נכות רפואית הקשורה בכך.
215. אכן, יש טעם בטענה לבעייתיות בהסתמכות על דברי התובע כי נאלץ לחדול מלשחק כדורגל מקצועי בעקבות הניתוחים, ובפרט כאשר טענה זו מתגלה כלא מדויקת בלשון המעטה, עת הוברר כי התובע שיחק מס' חודשים לאחר הניתוח, אם כי במסגרת של ליגת מקומות עבודה ובתדירות נמוכה, אך לאחר מכן בעונה 2016/17 שיחק במשך כל העונה בליגה ב' כשוער.
216. עם זאת אין בכך כדי לבטל במחי יד את הנכויות שהעניק מומחה בית המשפט לתובע, שכן כאמור וכפי שהדגיש פרופ' פרוינד- הוא לא קבע נכות רפואית הקשורה בהעדר יכולתו לתפקד בספורט מקצועי.פרופ' פרוינד העריך 10% נכות צמיתה בשל הפרעות במערכת העיכול לאחר ניתוח המעיים וזיהום בחלל הבטן על פי סעיף 14 (ב) של תקנות הביטוח הלאומי.ציין כי בעתיד עלול התובע לסבול מחסימת מעיים בגלל הידבקויות בחלל הבטן הקשורה לניתוח הנרחב והזיהום בחלל הבטן. אם וכאשר יתרחש אירוע כזה- יהיה צורך להעריך נכותו בהתאם. בתשובה לשאלת הבהרה ציין כי אינו יודע מה הסיכוי שבעתיד אכן התובע יסבול מחסימת מעיים, בהינתן כי מאז האירוע לא היו חסימות והתובע שיחק במסגרת מקצועית כשוער כדורגל.בשאלות ההבהרה ב"כ הנתבעת תהה האם עמדו בפני המומחה מסמכים המעידים על הפרעות במערכת העיכול לאחר ניתוח מעיים או תלונות על הפרעות בעיכול למעט ההפניה לחדר מיון מיום 11.6.17? פרופ' פרוינד השיב שכשבדק את התובע הוא סיפר על כאבי בטן לאחר ארוחות הנמשכים כשעתיים. בבדיקת MRI של הבטן שבוצעה כשנה לאחר הניתוח שעבר התובע הודגמו "בבטן ימנית אמצעית ותחתונה אזורים עם הסננה סמיכה פיברוטית אשר אינה נפרדת מדופן לולאות המעי. התעבות הצפק ברביע ימני תחתון עם האדרה מוגברת"- ציין כי אלו ממצאים המעידים על תוצאותיה המאוחרות של דלקת צואתית בחלל הבטן ממנה סבל התובע לאחר הניתוח לכריתת תוספתן. על כן, אמינה עליו תלונתו של התובע כי סובל מכאבי בטן אחרי הארוחות. הוסיף כי אלו תלונות מוכרות היטב לכירורגים המטפלים בחולים שסבלו מדלקת קשה של חלל הצפק.
217. התובע ציין בתצהירו כי סובל מכאבי בטן קשים וממושכים שבגללם נאלץ לפנות לרופאי קופ"ח, מדי פעם סובל מכאבים בלתי נסבלים בלילה ואז נאלץ לפנות לבי"ח. בגלל מה שקרה לו איבד את האמון ברופאים ולכן מגיע רק כשממש אין ברירה. סובל באופן קבוע מהתכווצויות ומהפרעות ביציאות ונאלץ להימנע ממאכלים מסוימים.
218. עיינתי בטענות הצדדים ובבדיקת ה-MRI שנערכה ביום 30.8.15 ונוכח הממצאים לא מצאתי הצדקה שלא לקבל טענת התובע כי הוא סובל מכאבי בטן לאחר ארוחות, גם אם אין תיעוד עקבי על כך. נראה כי הניתוח ותוצאותיו מדברים בעד עצמם בהקשר זה, ושוכנעתי לקבל את תשובת פרופ' פרוינד לשאלת ההבהרה שהופנתה אליו בנושא. מכל מקום, ככל שהנתבעת חפצה הייתה להפריך את עמדתו- הוטל עליה לזמנו לכל הפחות לחקירה בעניין.**צלקות :**
219. ד"ר לוברמן העניק לתובע 20% נכות צמיתה לפי סע' 75(1)(ג) עקב צלקות מכערות, רגישות וכואבות בדופן הבטן על שטח נרחב.
220. מנגד, פרופ' דרזניק העריך נכותו בגין צלקות מכאיבות או מכוערות היא 10% לפי סעיף 75(1)ב'.אישר כי הצלקת אינה יפה ויש לו שקע של ס"מ וחצי פנימה. מדובר בניתוח בו השאירו את הרקמות פתוחות מפני שהיה תהליך זיהומי קשה ולאחר מכן תפרו באמצעות פלסטיקאי.לדבריו ניתן לתקן את הצלקת אבל נכון להיום היא מכוערת.
221. פרופ' פרוינד העריך נכותו של התובע בגין צלקות נרחבות בדופן הבטן לפי סע' 75(ג) בשיעור 20% לצמיתות. בתשובות לשאלות הבהרה ציין כי לתובע מספר צלקות מפוזרות באזורים אחדים על פני דופן הבטן והמותן חלקן מעוותות ממש את דופן הבטן- צלקות מכוערות בעליל, כלשונו.
222. במהלך עדותו של התובע ציינתי לפרוטוקול את התרשמותי מחזות הצלקות:"...צלקת בצד הימני של הבטן ארוכה ועוד צלקת בצד הימני של הגוף שהיא קצרה יותר, ומתחת לצלקת הארוכה צלקת נוספת...הצלקות בולטות לעין ובגוון עור שונה". לא מצאתי הבדל ממשי בין חזות הצלקות בתמונות שצורפו לבין חזותן במועד הדיון. אלה כאלה מצביעות על נזק כבד.
223. בתצהירו ציין התובע כי יש לו צלקות ענקיות, מגרדות וכואבות, כל יום כל היום וגם המון סימנים על הבטן מהסיכות שניסו לסגור לו איתן את הבטן. בשל הכאבים בצלקות והגירודים מציין כי הוא ישן רע בלילה ולכן עייף כל הזמן.
224. בראי האמור לעיל, שוכנעתי לקבל את קביעתו של פרופ' פרוינד גם באשר לנכות בגין הצלקות. כאמור ניתן היה להתרשם באופן בלתי אמצעי מן הצלקות הנרחבות, שהיו קשות לצפייה, אף שחלפו כ-5 שנים ממועד הניתוח (נכון למועד הדיון).
225. יש לציין כי מעיון בסיכומי הנתבעת לא עולה מחלוקת בנושא זה ולא היה ניסיון בהקשר הנ"ל להפריך את האמור בחוות דעתו של פרופ' פרוינד או בתשובותיו לשאלות ההבהרה.
226. משכך, אני קובע כי נכויותיו הרפואיות של התובע הן כקבוע בחוות דעתו של פרופ' פרוינד.**נכות תפקודית:**
227. לטענת התובע נכותו התפקודית גבוהה בהרבה מנכותו הרפואית- הן במישור התפקודי בבית ועם בתו, הן במישור המקצועי ובוודאי במישור הכדורגל המקצועי ששיחק עובר לאירועים הנדונים. מנגד הנתבעת טוענת כי בהינתן שהתובע חזר לעבודתו בסמוך לאחר האירוע ואף החל להשתכר יותר משהשתכר עובר לאירועים מושאי התביעה ובהינתן שפרופ' פרוינד קבע שאין לו נכות תפקודית למעט עניין היותו כדורגלן מקצועי, הרי שאין לפסוק לתובע פיצוי בגין הפסדי השתכרות בכל הנוגע לעבודתו הקבועה.
228. ככלל, הנכות הרפואית עשויה לשקף גם את מידת הפגיעה בכושר התפקוד. אך באותה המידה יתכן והנכות התפקודית לא תהא זהה לנכות הרפואית. מכל מקום, קביעת הנכות התפקודית ושיעורה מסורה לשיקול דעת בית המשפט שיכריע בעניין על סמך הראיות והעדויות שישמעו לפניו.
229. התובע ציין בתצהירו כי עד היום סובל מנזק חמור לדופן הבטן ולשרירי הבטן, יש לו צלקות ענקיות, מגרדות וכואבות כל יום כל היום. בשל הכאבים בצלקות והגירודים לטענתו הוא ישן רע ולכן עייף כל הזמן. התפתחו אצלו הידבקויות והוא סובל מכאבי בטן קשים וממושכים שבגללם נאלץ לפנות לרופאים לעתים כשאין ברירה. נעזר במשככי כאבים. סובל באופן קבוע מהתכווצויות בבטן, מהפרעות ביציאות. נאלץ לוותר על מאכלים שאהב שמחמירים את מצבו. סובל מחרדות ומתקשה לתפקד מבחינה חברתית כפי שתפקד קודם, סובל מעצבנות יתר ומדימוי עצמי נמוך.
230. פרופ' פרוינד העריך 10% נכות צמיתה בשל הפרעות במערכת העיכול לאחר ניתוח המעיים וזיהום בחלל הבטן על פי סעיף 14 (ב) של תקנות הביטוח הלאומי.
231. ישנם מספר שיקולים נוגדים בהערכת נכותו התפקודית של התובע- מחד גיסא, סובל מהפרעות במערכת העיכול המתבטאים בכאבי בטן. פרופ' פרוינד ציין כי בעתיד עלול התובע לסבול מחסימת מעיים בגלל הידבקויות בחלל הבטן הקשורה לניתוח הנרחב והזיהום בחלל הבטן. אם וכאשר יתרחש אירוע כזה- יהיה צורך להעריך נכותו בהתאם. בתשובה לשאלת הבהרה ציין כי אינו יודע מה הסיכוי שבעתיד אכן התובע יסבול מחסימת מעיים. כפי שיפורט להלן, שוכנעתי כי יש לשקלל סיכוי זה נוכח גילו הצעיר של התובע.מאידך גיסא אין חולק כי מאז האירועים הנדונים ועד היום לא היו חסימות מעיים והתובע אף שיחק במסגרת מקצועית כשוער כדורגל בעונה 2016/2017. כמו כן, תלושי השכר לאורך השנים מעידים כי כושר השתכרותו בחב' החשמל ולאחר מכן ברכבת ישראל לא נפגע ואף השביח.
232. באשר לצלקות- מדובר על צלקות נרחבות הנמצאות על פני דופן הבטן והמותן וחלקן מעוותות ממש את דופן הבטן- צלקות מכוערות בעליל, ולטענת התובע מגרדות, מכאיבות ומדירות שינה מעיניו. ציינתי כי התרשמתי מן המראה הקשה של הצלקות כפי שחזיתי בהן במעמד הדיון וחרף העובדה כי חלפו כ-5 שנים מאז הניתוחים ולא מצאתי טעם להפחית מחשיבותן בהיבט התפקודי- הצלקות כאמור מכאיבות, מגרדות ובולטות לעין ואף בראי גילו הצעיר של התובע יש להתייחס לכך בכובד ראש.
233. יש לציין כי התובע פירט בתצהירו כי הוא סובל מחרדות, מתקשה לתפקד מבחינה חברתית כפי שתפקד בעבר, סובל מעצבנות יתר ומדימוי עצמי נמוך- למרבה הצער, לא ניתן להתייחס לטענות הללו בשקלול הנכות הרפואית או התפקודית בהעדר חוו"ד בתחום הנפשי.
234. בנסיבות העניין אני סבור כי מאזן השיקולים מורה שיש להעמיד את נכותו התפקודית בשיעור 33%- קרי מעט יותר גבוהה מנכותו הרפואית, מפאת הצורך לשקלל את הסיכוי (ששיעורו אינו ידוע) כי התובע עלול לסבול מחסימת מעיים בעתיד כתוצאה מהידבקויות וכד' ובראי גילו הצעיר. מנגד, לא שוכנעתי כטענת התביעה לקבוע נכות תפקודית בשיעור של לפחות 40% בשל העובדה כי הוכח לפני שהתובע השתלב בעבודה חודשים ספורים לאחר האירועים הנדונים ובמרוצת השנים נראה כי כושר השתכרותו לא נפגע. טענתו כי לא הצליח להשתקם כלכלית לא נתמכה בראיות.**הפסדי השתכרות :**
235. בתצהירו ציין התובע כי בעקבות היעדרותו ממקום עבודתו בחברת החשמל, כחודשיים במהלך אשפוזיו בבית החולים וולפסון ובהמשך עוד כחודש באשפוזיו בבית החולים "כרמל" ובמהלך תקופות ההחלמה הארוכות ניזוק קשות: ראשית, נאלץ לעבור לתפקיד משרדי עקב מצבו הבריאותי. תפקידו עובר לאירועים מושאי התביעה היה קורא מונים, שהוא תפקיד שטח, פיזי הדורש מאמץ.
236. לדבריו הצטיין בתפקידו הקודם כקורא מונים ולכן הממונה עליו, מר שמואל ויגלר הביע רצון לקדם אותו למחלקת החל"ב (חיבור לבתים). אף מנהל האזור ויו"ר הוועד הביעו נכונות לקדמו. לדבריו זהו תפקיד המאפשר קביעות בחברת החשמל, בניגוד לתפקיד של קורא מונים שבו לא מקבלים קביעות. בעקבות הניתוחים, תקופת היעדרותו והמגבלות הפיזיות- החלום נגוז. כמו כן, החסיר חודשים רבים של ימי עבודה ובעקבותיהם קיבל משכורת זעומה.
237. הוסיף כי ציפה לקבל את הקביעות נוכח הביטחון התעסוקתי והכלכלי הכרוך בכך.
238. בהמשך ציין כי הוא ואשתו נקלעו למצב כלכלי קשה בעקבות האירועים ובחודש דצמבר 2014 נאלצו לעקור מהצפון (שם שכרו דירה) לבית הוריה של אשתו בראשון- לציון. מעבר הדירה חייב אותו לעזוב את מקום העבודה שמאוד אהב ובו רכש את אמונם של הממונים עליו. חב' החשמל העבירה אותו לעבוד באזור ראשון- לציון, ושם היו עובדים ותיקים אחרים שחיכו להזדמנות לעבור למחלקת החל"ב , ולכן לא יכל להיות מקודם כפי שהובטח לו.
239. לא הובאו לפניי ראיות שיש בהן כדי לתמוך בטענתו כי אלמלא האירועים הנדונים היה מקודם לתפקיד אחר שיש בו בטחון תעסוקתי וכלכלי. התובע יכל לצרף תצהיריהם של הממונים עליו דאז שלטענתו תמכו בקידומו בחב' החשמל, אולם נמנע מלעשות כן ויש לזקוף זאת לחובתו בהקשר זה משמדובר בעדות בעל דין יחידה.
240. בנוסף, תלושי השכר שצורפו מעידים כי ברבות הימים כושר השתכרותו לא נפגע בפועל ואף השביח לאורך השנים. האמור לעיל אינו כולל את השתכרותו כשחקן כדורגל, שלו יוקדש דיון נפרד.
241. אם כן, מתלושי השכר שצורפו עולים הנתונים כדלקמן: עובד בחב' החשמל החל מיום 11.10.12. בשנת 2013 השתכר בממוצע סך של 4,681 ₪ לחודש. עד לחודש יולי 2014 השתכר בממוצע סך של 5,782 ₪ לחודש. מיצוע של שנת 2013-2014= 5,231 ₪.
242. באוג' 2014, הלא הוא החודש בו נערכו הניתוחים מושאי התביעה, נרשמו 29 ימי מחלה. שכר ברוטו- 6,311 ₪. בחודש ספט' 2014 נרשמו 8.17 ימי מחלה השתכר סך של 1,680 ₪ ברוטו. בחודש אוק' 2014(0.98 ימי מחלה) השתכר ברוטו סך של 4,758 ₪; לדבריו חזר לעבוד בחברת החשמל בסוף אוק' תחילת נובמבר 2014- בחודש נוב' 2014 השתכר סך ברוטו של 5,277 ₪ (7 ימי מחלה); דצמ' 2014- 5,294 ₪; חודש ינואר 2015 (1.33 ימי מחלה)- 5,047 ₪; חודש פבר' 2015 נרשם 140- ₪ בשל ימי היעדרות, בדומה לכך גם חודש מרץ 2015 נרשם 25.05- ₪ בגין ימי היעדרות; חודש אפריל 2015- 8,028 ₪ ; חודש מאי 2015- 8,961 ₪; חודש יוני 2015- 8,583 ₪; חודש יולי 2015- 8,741 ₪; חודש אוג' 2015- 9,837 ₪; חודש ספט' 2015- 10,219 ₪; חודש אוק' 2015- 9,218 ₪; חודש נוב' 2015- 6,442 ₪; חודש דצמ' 2015- 21,084 ₪; חודש אוק' 2016- 10,651 ₪; חודש נוב' 2016- 9,157 ₪; חודש דצמ' 2016- 10,208 ₪; חודש ינואר 2017- 9,743 ₪; חודש מרץ 2017- 10,894 ₪; חודש אפריל 2017- 16,009 ₪.
243. מיום 1.2.18 החל לעבוד ברכבת ישראל בשכר ממוצע של 6,716 ₪. העיד כי שכרו כיום נע בין 6,000 ₪ ל-8,000 ₪ נטו. למעט תלושי שכר לחודשים פברואר 2018 ומרץ 2018 לא צורפו תלושים נוספים לשנת 2018. לגבי שנת 2019 ו-2020- אין נתונים כלל.
244. סך ההפסדים לפי תלושי השכר הנ"ל מגיעים לסך של כ-14,700 ₪. (לצורך חישוב ההפסדים נבדק כל חודש היחס בין המשכורת הממוצעת לפני האירועים מושאי התביעה (5,231 ₪) לבין גובה המשכורת לאחריהם, בתוספת ריבית מאמצע התקופה- 15,325 ₪. בתוספת הפסדי פנסיה: 1,915 ₪.
245. באשר לטענה כי משכורת 8/2014 ומשכורת 1/2015 שולמו מימי מחלה שעמדו לזכותו של התובע- לא צורף אישור כי ניתן לפדות ימי מחלה במקום העבודה הנ"ל.**הפסדים מכדורגל מקצועי:**
246. התובע טוען שנגרמו לו הפסדי שכר נוספים, עת נאלץ לסיים את תפקידו כשוער כדורגל מקצועי וכשחקן פעיל אשר השתכר מכך בצורה מכובדת מאוד והיה אף צפוי להתקדם בענף. בעונת 2014 היה אמור לשחק בקבוצת "הפועל כפר כנא" מליגה ב' ששאפה להעפיל לליגה א' ולליגות גבוהות יותר, מה שקרה בפועל. יו"ר הקבוצה מר דורהאם סבאח פנה אליו ואף נחתם ביניהם חוזה מס' ימים לפני האשפוז ב"וולפסון". החוזה כלל משכורת חודשית בסך 7,000 ₪ נטו לעשרה חודשים ומענק העפלת ליגה בסך 30,000 ₪ (ציין כי הקבוצה העפילה באותה עונה לליגה א'). בנוסף לטענת התובע שוחח עמו מר שלומי דורה, מאמנה דאז של קבוצת "מכבי אחי נצרת" מהליגה הלאומית, וציין את רצונו לעקוב אחריו במהלך העונה ולצרפו לקבוצתו במהלכה- דבר שיכל לשדרג אותו מקצועית וכלכלית. גם חלום זה נגדע בעקבות האירועים הנדונים.
247. התובע צירף ראיות ובכלל זה תלושי שכר המעידים כי שיחק כדורגל מקצועי לאורך השנים, כך למשל ב"הפועל רמת-גן" בשנת 2010/2011, עמותת הספורט "מעלות" בשנת 2013 (ממוצע שכר- 6,200 ₪ לערך), הסכם לעונת 2011-2012 עם קבוצת "הפועל אסי גלבוע" (7,200 ₪ נטו למשך 10 חודשים), בנוסף רכב ותשלום עבור הוצאות דלק, מענק עלייה.
248. ההפסדים הנטענים הם בגין ההסכם מול "הפועל כפר כנא" עונה 2014/2015. התובע צירף למוצגיו את הצהרתו של מר יוסוף טהאא, בעלי ויו"ר הקבוצה, אשר אישר כי התובע היה אמור להתחיל את עונת הכדורגל ב"הפועל כפר כנא" באוג' 2014 כשוער ראשון, אולם בשל הסיבוך הרפואי שנגרר למעלה מחודשיים נאלצו לאתר שוער אחר.עוד ציין כי התובע היה שוער מוערך מאוד ובעל מוניטין של שנים בכדורגל ועל כן סוכם עמו שכר בסך של 7,000 ₪ לחודש למשך 10 חודשים בנוסף למענק עליית ליגה בסך 30,000 ₪, הוסיף כי באותה העונה אכן הקבוצה עלתה ליגה.
249. **בראי האמור לעיל, ומשלא נסתרה הצהרתו של מר טהאא, אני קובע את הפסדיו של התובע בגין עונת 2014/2015 בסך כולל של 100,000 ₪.** הסכום הנ"ל משקף כמובן גם את מענק ההעפלה שהובטח לתובע, שכן הקבוצה עלתה ליגה באותה העונה.
250. לדבריו תקופה ארוכה לאחר הניתוח (מס' חודשים) לא שיחק, ואז שב לשחק כדורגל במסגרת ליגת מקומות עבודה בתדירות של פעם בחודש לפעמים אפילו יותר.בעונה 2015-2016 לא שיחק בכלל.העיד כי בשנת 2016 עד סוף שנת 2017 שיחק כדורגל בקבוצת אור יהודה והשתכר סך של כ-3,000 ₪ במשך 8 חודשים. בעונה זו הבין לדבריו שהגוף שלו אינו בנוי לשחק כבעבר ולכן החליט לסיים את העיסוק שלו ככדורגלן. ציין כי לאחר עונה זו לא רצו להמשיך אתו בקבוצה.
251. בראי הנתונים דלעיל שוכנעתי כי יש לפצות את התובע בסך של 30,000 ₪ עבור עונת 2015-2016, בשל העובדה כי לא שיחק כלל בעונה זו. (לא ראיתי הצדקה לשקלל גם מענק העפלה). יש לציין כי מעדותו של התובע עולה כי בשנים 2013-2014 שיחק בקבוצת "כפר כנא" (ליגה ב'), אולם בסוף אותה עונה הם לא עלו ליגה ואף לא סיימו בצמרת הטבלה של ליגה ב'.
252. מעבר לכך, איני סבור כי יש להוסיף פיצוי בגין ההנחה כי אלמלא האירועים הנדונים היה צפוי לשחק כשוער לפחות עוד 4 שנים נוספות, כטענת התובע. כפי שצוין לעיל, פרופ' פרוינד קבע כי לא מצא התרופפות בדופן הבטן של התובע וקביעתו כי התובע לא יוכל להמשיך לשחק כדורגל מקצועי התבססה למעשה על תלונותיו של התובע בלבד וזאת למרות שכבר הוכח כי בפועל חזר לשחק כדורגל מקצועי לאחר האירועים. כמו כן, פרופ' פרוינד הדגיש כי לא קבע כל נכות הקשורה לכך. בנוסף, גם לגילו של התובע שהיה בן 36 בעונה האחרונה בה שיחק- ישנה חשיבות במכלול השיקולים נוכח הקריירה קצרת המועד של שחקני כדורגל בכלל (מקצועיים ככל שיהיו).
253. **סה"כ פיצוי בגין הפסדי שכר לעבר: 153,000 ₪ (לאחר תוספת ריבית מאמצע התקופה).אובדן השתכרות לעתיד:**
254. החישוב יערך על בסיס הנכות התפקודית שקבעתי לעיל- 33%, בסיס השכר הממוצע עובר לתאונה (בקירוב) ומקדם היוון ל-28.25 שנים (228.425).
255. סה"כ הפיצוי בגין רכיב זה יעמוד ע"ס 445,200 ₪ לרבות הפסדי פנסיה ותנאים סוציאליים.**עזרת צד ג':**
256. התובע תיאר בתצהירו את העזרה שקיבל בתקופת האשפוזים ולאחר הניתוחים שעבר. כך פירט כי אמו שהייתה אז בת 65 נאלצה לישון עמו כשלושה שבועות בבית החולים ולסעוד אותו בכל. גם אשתו (כיום גרושתו) הייתה עמו כל שעות היממה. לדבריו, הייתה אמורה להתחיל עבודה חדשה אבל בשל מצבו נאלצה לוותר על העבודה והחלה לעבוד רק חצי שנה לאחר האירועים. אחיו גלעד הגיע על בסיס יומי בכדי לקלח אותו וכך הפסיד המון שעות עבודה ושעות במחיצת אשתו שהייתה בחודשי הריון מתקדמים. בהמשך הוסיף כי בתקופות שלאחר הניתוחים נאלץ להיעזר באשתו ובבני משפחה כדי לבצע פעולות שונות, כגון: להתקלח, להרים דברים ועוד. במשך חודש לאחר הניתוח הרשלני לא יכל לנהוג והיה צריך שבני משפחה יסיעו אותו לבדיקות וטיפולים.
257. מנגד לטענת הנתבעת, בהינתן שפרופ' פרוינד קבע במפורש בחוות דעתו כי לתובע אין מגבלה הניתנת להערכה בפעילות גופנית, הרי שאין ליתן פיצוי בגין רכיב זה. באשר לפיצוי לעבר- לכל היותר יש לפסוק, לטענתה סכום גלובלי שלא יעלה על 10,000 ₪.
258. התובע אמנם לא העסיק עזרה בשכר ועזרת קרובי משפחה איננה מזכה בפיצוי על פי דין אלא אם חרגה מעבר לסביר. בנוסף, התובע לא זימן לעדות אף אחד מקרוביו על מנת שיאושש טענותיו. מנגד, לא ניתן להיכחד לשלושת הניתוחים שעבר, תקופות האשפוזים, היעדרויותיו מן העבודה לתקופות ממושכות שהתארכו למס' חודשים במצטבר. בנוסף, כאמור פרופ' פרוינד קבע בחוות דעתו כי בעתיד עלול התובע לסבול מחסימת מעיים בגין הידבקויות בחלל הבטן הקשורים לניתוחים ולזיהום הנרחב בחלל הבטן- ככל שיתממש סיכון זה מטבע הדברים יזדקק התובע לעזרה נוספת.
259. בשקלול האמור יועמד הפיצוי בגין ראש נזק זה לעבר ולעתיד בסך כולל של 40,000 ₪.**הוצאות רפואיות:**
260. התובע פירט בתצהירו כי בעקבות האירועים הרשלניים נאלץ להוציא הוצאות רבות על תרופות, פדים להחלפה, ייעוצים ובדיקות, נסיעות- דלק וחניה. ההפסדים הללו כך נטען, הכניסו אותו ואת זוגתו לגירעונות ולחובות כספיים גדולים וכו'.
261. צורפו קבלות בגין הוצאות רפואיות ונסיעות (חניה ודלק) בסך של כ-1,300 ₪ בקירוב. חלק מן הקבלות הן בגין צילומי תיקים רפואיים, תשלום שכ"ט מומחה- קרי, בגדר הוצאות משפט.
262. מטבע הדברים רוב ההוצאות הרפואיות כוסו ע"י קופ"ח ובהתאם לחוק בריאות ממלכתי ולא הוכח ואף לא נטען כי נזקק לטיפול רפואי או תרופתי שאיננו מכוסה. עם זאת, יש לקחת בחשבון כאמור גם צפי להחמרה על כל המשתמע מכך.
263. בראי האמור לעיל, הפיצוי בגין ראש נזק זה לעבר ולעתיד יוערך בסך כולל של 10,000 ₪.**כאב וסבל:**
264. התובע היה בן 33 במועד האירועים הנדונים, שחקן כדורגל ובנוסף עובד בחב' החשמל והיה נשוי למי שתיאר כ"אהבת חייו".
265. בעקבות הניתוחים הנדונים עבר טלטלה קשה הן בתקופות האשפוז והן לאחריהן, תוך שחווה כאבים פיזיים וקשיים מנטליים. תיאר את הפעולות הטראומתיות שבוצעו בו במהלך האשפוזים ונחקקו בו ובבשרו (סע' 28-29, סע' 32-24 לתצהירו). כך גם תיאר את מצבו הגופני והנפשי הקשה וציין כי היה שרוי בדיכאון עמוק גם נוכח המראה המעוות של גופו והצלקות הנוראיות והמכוערות כלשונו: "...המראה המעוות של גופי לנוכח כל הניתוחים שעברתי והצלקות שנותרו פשוט לא עוזבות אותי ואת נפשי עד היום הזה. המחשבה שהגוף שלי היה סמל ומופת לעבודה קשה וחריצות אין סופית בתחום הכדורגל בפרט ובספורט בכלל פתאום נראה כעיסת בשר מעוותת קשה מנשוא. כל אלה גרמו אצלי עד היום בעצם לדימוי עצמי נמוך, לעצב ודכדוך רבים בחיי האישיים ובחיי הזוגיות...".
266. בנוסף תיאר את הקשיים הכלכליים אליהם הוא ואשתו נקלעו בעקבות מצבו הבריאותי, את הריחוק ביניהם כזוג בעקבות הקשיים ואת החלומות שנגדעו.
267. התמונות והעדויות שנשמעו לפני ממחישות את עוגמת הנפש הרבה שחווה התובע בהיבטים רבים בעקבות האירועים. גם אם לא הובררה לפני התמונה המלאה מפאת העובדה כי לא הביא לעדות את זוגתו לשעבר או עדים אחרים שיתמכו בגרסתו, ברור כי לא ניתן להקל ראש באפקט הדומינו שיצרו האירועים הללו. ברבות הימים חזר לעבודתו בהיקף מלא אם כי לדבריו עדיין לא השתקם כלכלית, נפרד מאשתו. הצלקות בגופו מדברות בעד עצמן עד עצם היום הזה.
268. בראי נכותו הרפואית בשיעור 28%, הפיצוי בגין ראש נזק זה יועמד ע"ס כולל של 200,000 ₪.**פגיעה באוטונומיה:**
269. אף שדחיתי את הטענה להעדר הסכמה מדעת, ראיתי לציין כי נוכח העובדה שפסקתי לתובע פיצוי בגין נזק לא ממוני, הרי שממילא אינו זכאי לפיצוי נפרד בגין פגיעה באוטונומיה (ראו: ע"א 2278/16 פלונית נ' מדינת ישראל (12.3.2018).**סוף דבר:**
270. התביעה כנגד הנתבעת מתקבלת.
271. הנתבעת תישא בפיצוי התובע בסך כולל של 848,200 ₪ בתוספת שכ"ט+ מע"מ בסך כולל של 198,500 ₪.
272. לסכומים הנ"ל יתווספו הוצאות משפטוכן אגרה ושכ"ט המומחים מטעמו של התובע וחלקו בחוות דעתו של המומחה מטעם בימ"ש, בהתאם לקבלות.
273. הסכומים הנ"ל ישולמו תוך 30 ימים מהיום, ולא- יישאו בהפרשי הצמדה וריבית כדין עד למועד התשלום בפועל.רפואה שלמה ואריכות ימים.**זכות ערעור לבית המשפט המחוזי בתוך 45 ימים ממועד קבלת פסק-הדין.** ניתן היום, כ"ד סיוון תש"פ, 16 יוני 2020, בהעדר הצדדים. 