בית המשפט המחוזי בתל אביב -יפו

ת"א 34737-12-18

לפני כבוד השופטת ארנה לוי

תובעים
ע"י ב"כ עוה"ד ישראל וינברג ושירי חסידוב-פרג

1. פלונית
2. פלוני

נגד

נתבעות
נתבעת 1 ע"י ב"כ עוה"ד דב לוין ודניאל טל
נתבעת 2 ע"י ב"כ עו"ד שלי אבימור ברוש

1.מדינת ישראל
2.קופת חולים מאוחדת

<u>פסק דין</u>

<u>כללי</u>

1. לפניי תביעה בעילה של הולדה בעוולה. התובעים הם הוריו של ד', שנולד בתאריך 19.12.2011 (להלן גם: "**הקטין**"). הקטין סובל מחוסר גנטי בכרומוזום 13 וכתוצאה מכך מנכויות קשות רב מערכתיות ובהן מיקרוצפליה משמעותית, פיגור שכלי בינוני עד קשה, הפרעה במבנה התקין של המוח ועיכוב התפתחותי רב תחומי במיוחד בתחום הקוגניטיבי, התקשורתי וההתנהגותי. התובעים טוענים, בתמצית, שעקב התרשלות במהלך מעקב ההיריון שבוצע לתובעת אצל הנתבעת 2 (להלן גם: "**קופת החולים**") ובבתי החולים וולפסון ושיבא המצויים בבעלות הנתבעת 1 (להלן גם: "**המדינה**" או "**בתי החולים**"), לא אותר החוסר בכרומוזום ולא נמסר לתובעים שהפרוגנוזה של העובר צפויה להיות רעה. התובעים טוענים שאם היה נמסר להם מידע כאמור הם היו פועלים להפסקת ההיריון.

2. בתיק נשמעו ראיות. בתאריך 26.10.2026, בעיצומה של מלאכת כתיבת פסק הדין, הוגש הסדר פשרה בין התובעים ובין קופת החולים לפיו ישולם לתובעים על ידי קופת החולים סכום כולל של 748,225 ₪ לסילוק מלוא טענות התובעים נגד קופת החולים. עוד הוסכם כי קופת החולים לא תישא בסכום גבוה או נמוך יותר מסכום הפשרה האמור גם אם ייקבע אחרת בפסק הדין. בהתאם לפסק הדין שניתן ברע"א 7848/18 **מדינת ישראל נ' פלונית ואח'** (21.12.2018), ומשלא הושג הסדר פשרה עם המדינה, יש לדון בחבות כל הנתבעות ובחלקה היחסי של המדינה בחבות הכוללת.

3. נפנה, אם כן, לדון, תחילה, בשאלת החבות ובעובדות הרלוונטיות.

רקע עובדתי

4. התובעת, ילידת 1979, סובלת ממחלת האפילפסיה ומטופלת בטגרטול. בשנת 2005 עברה מות עובר ברחם בשבוע 40 שיוחס לכריכת חבל הטבור סביב הצוואר והגוף. בשנת 2007 ילדה בשבוע 38 בן בריא במשקל 2980 גר'. ההיריון מושא התביעה דנן היה ההיריון השלישי, מועד וסת אחרון לחישוב גיל ההיריון היה 16.5.2011. מעקב ההיריון בוצע בקופת החולים אצל ד"ר אירנה דינבורסקי. בתאריך 27.6.2011 בוצע לפי הפניית ד"ר דינבורסקי ייעוץ טרטולוגי במרכז הארצי לייעוץ טרטולוגי במשרד הבריאות על ידי פרופ' אורנוי וגב' וינברג. נרשם כי חשיפה לטגרטול מעלה סיכון למומים בכ – 3% - 5% ובאופן מיוחד ל – NTD (מומים בתעלה העצבית). נרשם כי "**ישנה תסמונת אופיינית במיעוט המקרים וכן קיים חשש להשפעה נוירו-התפתחותית שלילית על העובר**". הומלצה סקירת מערכות מוקדמת בשבועות 12-13 עם דגש על הצינור העצבי, סקירה מורחבת בשבועות 21-22 עם דגש על מערכת העצבים המרכזית (CNS), לב, גפיים ופנים, בדיקת חלבון עוברי, בדיקת אקו בשבוע 20-21 ומעקב אולטרסאונד בשליש השלישי אחר גדילה, כולל הערכת משקל והיקף ראש. כן הומלץ על נטילת חומצה פולית בניסיון להפחית סיכון למומים של הצינור העצבי.

5. בתאריך 5.7.2011 (שבוע 7) בוצע אולטרסאונד, הוסבר על שקיפות וסריקות, התובעת הופנתה לבדיקות שגרה וצוין שבייעוץ טרטולוגי הומלץ על סקירה מכוונת למערכת העצבים. בתאריך 19.7.2011 (שבוע 9) בוצע אולטרסאונד וניתנה הפניה לבדיקות סקר שליש ראשון ולבדיקות מעבדה שגרתיות כולל CMV (זיהום ממשפחת ההרפס) כי לא חלתה בעבר. בתאריך 10.8.2011 (שבוע 12+2) בוצעה שקיפות עורפית בתוצאה תקינה אך גבולית לתסמונת דאון 1:385 (הסף שנקבע על ידי משרד הבריאות 1:380). כמו כן נצפו סירחות באזור העורף. עקב הערך הגבולי הופנתה בתאריך 12.8.2011 לייעוץ גנטי בביה"ח וולפסון וכן נרשם כי תבצע סקירה מוקדמת.

6. בתאריך 6.9.2011 (שבוע 16+1) בוצעה סקירה מוקדמת באופן פרטי על ידי פרופ' מלינגר. נרשם כי לא ניתן לשלול פגם בחך, נמצא נוזל בכמות מזערית מסביב לריאה הימנית ונמצאו מעיים אקוגניים, אקוגניות (רמת בהירות) דומה לזו של עצם. נרשם כי "**הממצאים דורשים המשך בירור כולל ייעוץ גנטי ודיקור מי שפיר. למטופלת יש תור לייעוץ גנטי לשבוע הבא**". כמו כן נרשם: "**הבדיקה הנוכחית אינה שלמה ללא בדיקה חוזרת בשבוע 22-24**". בתאריך 13.9.2011 (שבוע 17+1) בוצע ייעוץ גנטי בבית החולים וולפסון אצל הגב' מירי ינוב. צוינו בדיקות גנטיות שהתובעת אינה נשאית להן והומלץ לבצע בדיקות נוספות. נרשם שהחלטה אם להמליץ לבצע בדיקת FISH לכרומוזום 22 תהיה לאחר סקירת מערכות חוזרת ואקו לב עובר. נרשם כי "**לאור השילוב של הסיכון הגבולי לפי סקר שליש ראשון יחד עם הממצאים הקלים באולטרסאונד, שמעלים את הסיכון להפרעות כרומוזומליות, מומלץ דיקור מי שפיר על חשבון הקופה לכרומוזומים. סיכון**

להפלה בעקבות הדיקור כ 1:3000. הוסבר על אופן ביצוע הדיקור". כמו כן נרשם ש"**הוסבר על אפשרות של בדיקת ציפ' גנטי במי השפיר בתשלום. הומלץ לשקול שמירת תאי העובר (בתשלום). שוריין תור כאן בוולפסון ב – 27.9 (בעוד שבועיים) בשעה 09:00 (שבוע +19 אבל לאחר מכן אין כאן תורים)**". הומלץ להשלים בדיקות סקר גנטיות בתשלום דרך קופת החולים בהקדם, סקירה מורחבת ומכוונת למוח, עמוד השדרה, **פנים**, חד ולב בגיל 19-20 שבועות להיריון על חשבון הקופה עקב הטיפול בטגרטול, אקו לב עובר דרך הקופה ומעקב אולטרסאונד לגדילה כולל היקף ראש במשך כל השליש השלישי להיריון. בתאריך 14.9.2011 (שבוע 17+2) התקבלו תוצאות חלבון עוברי – ערך נמוך וסיכון מוגבר לתסמונת דאון. בתאריך 16.9.2011 הפנתה ד"ר דינבורסקי את התובעת לסקירה נוספת, לבדיקת מי שפיר (כאשר המועד כבר תואם מראש) ול אקו לב.

7. בתאריך 27.9.2011 (שבוע 19+1) בוצע דיקור מי שפיר במכון לגנטיקה רפואית בבית החולים וולפסון. תוצאות הבדיקה התקבלו בתאריך 17.10.2011 ולא נמצאו סטיות כרומוזומליות. בתאריך 6.10.2011 (שבוע 20+3) בוצע אקו לב על ידי ד"ר ברעם, קרדיולוג בקופת החולים. מבנה ותפקוד לב העובר נמצאו תקינים. בתאריך 10.10.2011 (שבוע 21) בוצעה סקירת מערכות בקופת החולים ע"י ד"ר הוד ולא נמצא ממצא חריג. בתאריך 18.10.2011 בוצעה שיחה טלפונית של הגב' ינוב עם התובעת. מהתרשומת עולה שהיא המליצה לתובעת לבצע סקירה מורחבת בהקדם ושאלה אותה לגבי ביצוע בדיקות הסקר הגנטיות אליהן הופנתה בייעוץ. בתאריך 21.10.2011 (שבוע 22) לאחר שראתה את תוצאות סקירת המערכות שהיו תקינות ולאור הייעוץ הגנטי שהמליץ על סקירה מכוונת לבליעה הפנתה ד"ר דינבורסקי את התובעת לסקירה מוכוונת לבליעה ולבדיקות מעבדה שגרתיות. בתאריך 13.11.2011 (שבוע 25+6) בוצעה סקירה מכוונת לבליעה בקופ"ח על ידי ד"ר תומרקין. הסקירה הייתה תקינה, במהלך הבדיקה נצפו תנועות בליעה רגילות ולא הועלה חשד לחך שסוע. נמדדו גם מדדי העובר והיקף הראש נמצא קטן ב -2 סטיות תקן (לפי עקומת הדלוק). בתאריך 14.11.2011 (שבוע 26) רשמה הגב' ינוב: "**סק"מ חוזרת תקינה לדברי האישה בטלפון – תפקסס לנו. הוריתי להפסיק לגדל תרביות ממי השפיר (קריוטיפ זכרי תקין)**".

8. כשבוע לאחר מכן, בתאריך 20.11.2011 (שבוע 26+6) בבדיקה אצל ד"ר דינבורסקי נמצא רושם לנוזל פריקרדיאלי (בכפורת הלב) סביב לב העובר. ד"ר דינבורסקי הפנתה את התובעת למיון ולאולטרסאונד והתובעת אושפזה בבית החולים וולפסון לבירור והשגחה. בתאריך 21.11.2011 בוצע אקו לב עובר שהיה תקין ללא נוזל פריקרדיאלי. בתאריך 22.11.2011 (שבוע 27+1) בוצעה במהלך האשפוז סקירת מערכות כולל סקירה מכוונת למוח על ידי פרופ' מלינגר. במדידות נמצא היקף ראש 223 מ"מ, מתאים לשבוע 24, הערכת משקל 707 גר' - אחוזון 12 לפי עקומת ברנר, אורך זרוע 42 מתאים לשבוע 25.3, היקפי בטן וירך מתאימים לשבועות 24.2, 24.3. בבדיקה מכוונת למוח נמצאו קפלים וחריצים תואמים לשבוע, רקמה סביב החדרים אקוגניות רגילה, לא

הודגמו הסתיידויות או ציסטות. קורפוס קלוסום (כפיס או קורת המוח, המחברת בין שני חלקי המוח) מוחון וורמיס במבנה רגיל. מרחב תת עכבישי ברוחב רגיל. סביב הריאה השמאלית הצטברות נוזל בכמות בינונית. סביב הריאה הימנית הצטברות נוזל בכמות קטנה. מעיים בעלי אקוגניות רגילה, לא הודגם נוזל חופשי בין חללי הבטן, לב או ריאות.

9. נרשם כי "**על רקע הבדיקות שבוצעו עד כה האבחנה המבדלת מצטמצמת לאפשרויות לא רבות היות ולא מדגימים ממצאים תוך ריאתיים, 2 בדיקות אקו לב תקינות, קריוטיפ תקין ונשלל TORCH** (פרופיל זיהומים, א.ל.) **ואנמיה. עדיין קיימים מספר אפשרויות הכוללות כילוטורקס, אפשרות של תסמונות גנטיות כגון נונן או סיאלידוזיס, אפשרות של זיהום בפרו וירוס (נלקחו בדיקות היום בבית החולים) ואפשרות של מחלות מטבוליות נדירות. אינני חושב שניתן להתקדם הרבה מבחינת הבירור וככל הנראה אפשר יהיה לסכם את התפליט הפלאורלי כתפליט פלאורלי ראשוני או מסיבה לא ידועה. הסברתי למטופלת שאין כל דרך לשלול באופן מוחלט את קיומן של המחלות הנדירות במיוחד נונן ומחלות מטבוליות. מבחינת הטיפול קיימת אפשרות של ניקוז הנוזל עם או ללא החדרת סנטר לניקוז קבוע, בדרך כלל מקובל לנקז במצבים בהם יש גדילה מהירה של כמות הנוזל או במקרים בהם העובר מפתח סימנים של הידרופס. בהעדר ממצאים של הידרופס או מומים נוספים הפרוגנוזה בדרך כלל טובה אם כי קיים אחוז מסוים של תמותה בתחלואה**". ההמלצות היו מעקב אולטרסאונד פעם בשבוע - שבועיים, בירור תוצאות של פרו וירוס, "**אפשרות של דיקור מי שפיר חוזר לבדיקה של CGH**" (ציפ' גנטי) ואפשרות של נונן. צוין שניתן לפנות לחוות דעת נוספת במיוחד לגבי הצורך בניקוז לפרופ' ליפיץ מבית החולים שיבא. לתשובה צורפו 19 תמונות.

10. התובעת שוחררה מאשפוז באותו היום. בסיכום האשפוז שנחתם ע"י ד"ר שרון לשם – שולביץ נרשם: "**ההרה קיבלה הסבר על משמעות הממצא, אפשרות לסיבוכים עתידיים, אופן המעקב שיש לבצע וכן אפשרות עתידית של ניקוז הנוזל או החדרת צנטר לניקוז קבוע במקרה של החמרה ובמידת הצורך. <u>כמו כן הומלץ על ביצוע ייעוץ גנטי חוזר</u> ומעקב סונוגרפי ומעקב במרפאת אם ועובר**" (הדגשה הוספה, א.ל.). בהמשך נרשמו המלצות אלו: המשך מעקב רופא נשים מטפל; מעקב קפדני אחר תנועות עובר; אם יופיעו צירים, דימום, ירידת מים או ירידה בתנועות עובר לשוב למיון; בכל שינוי או החמרה לפנות מידית לשירות רפואי זמין; לקבוע תור לסונר חוזר במרפאת חוץ בבית החולים; ביקורת במרפאת הריון בסיכון; בדיקת דם חוזרת בקופ"ח בעוד כחודש; "**<u>ביצוע ייעוץ גנטי</u> (ושקילת ביצוע דיקור מי שפיר חוזר במקרה של החמרה, לשלילת נונן)**" (הדגשה הוספה, א.ל.); ניתן לפנות לחוות דעת נוספת במיוחד בנוגע לצורך בניקוז אצל פרופ' ליפיץ בתל השומר; מנוחה בבית 4 ימים.

11. לצורך הבנת המושגים הרלוונטיים והמשך הדיון יוסבר בשלב זה בקצרה כי הידרופס פטליס הוא מצב חמור ורב מערכתי של הצטברות חריגה של נוזלים בלפחות שני מדורים שונים בגוף העובר.

הידרוטורקס הוא מצב של הצטברות נוזל בתוך חלל הפלאורה שמקיף את הריאות בלבד. כילוטורקס הוא סוג ספציפי וחריג של הידרוטורקס – הצטברות נוזל לימפתי שומני, שמגיע ממערכת הלימפה, בחלל הפלאורה סביב הריאות. הידרוטורקס או כילוטורקס יכולים להיות חלק מהביטוי הקליני של הידרופס פטליס.

12. לאחר שחרורה מהאשפוז הגיעה התובעת בתאריך 25.11.2011 (שבוע 3+27) לביקורת אצל ד"ר דינבורסקי עם סיכום האשפוז. ד"ר דינבורסקי הפנתה את התובעת לפרופ' ליפיץ בבית החולים שיבא. **לא ניתנה לתובעת הפנייה לייעוץ גנטי כפי שהומלץ בשחרור מהאשפוז**. זה היה ביקורה האחרון של התובעת אצל ד"ר דינבורסקי בהיריון זה. בתאריך 5.12.2011 התקבלה תוצאה תקינה של בדיקת CMV. בתאריך 7.12.2011 (שבוע 2+29) בוצעה סקירת מערכות נוספת כולל סקירת מוח על ידי פרופ' מלינגר בביי"ח וולפסון. בסקירה נמצא היקף ראש 249 מ"מ - מתאים לשבוע 27; היקף בטן 228 מ"מ - מתאים לשבוע 27.1; עצם ירך 50 מ"מ - מתאים לשבוע 27, הערכת משקל 1030 גר' - אחוזון 16 לפי ברנר. בבדיקה מכוונת למוח הודגם קורפוס קלוסום לכל ארכו באורך 24 מ"מ קטן ב- 2 סטיות תקן לשבוע 29. נמצא נוזל פלאורלי דו"צ בכמות רבה עם לחץ על איברי הבטן במיוחד משמאל. מעיים בעלי אקוגניות רגילה. לא הודגם נוזל חופשי בחלל הבטן. נרשם כי "**הרושם שהנוזל מסביב לריאה השמאלית בלחץ הגורם לירידה ושינוי צורתה של הסרעפת. לאור החמרת הנוזל הפלאורלי והופעה של ריבוי מי שפיר ועל רקע חשד לזיהום CMV יש מקום להמשך בירור כולל דיקור מי שפיר וניקוז הנוזל הפלאורלי עם החדרת PIG TAIL במידה והעובר לא נגוע ב – CMV. בתיאום עם פרופ' ליפיץ מופנית להמשך בירור וטיפול בבית החולים שיבא, פרופ' ליפיץ ביקש לתאם למטופלת תור למחר**". לתשובה צורפו 15 תמונות.

13. למחרת, בתאריך 8.12.2011 (שבוע 3+29) הגיעה התובעת לביי"ח שיבא ובוצעה סקירת אולטרסאונד על ידי ד"ר יואב ינון. נמצאו ריבוי מי שפיר, הידרוטורקס דו צדדי בכמות גדולה, ללא מיימת וללא בצקת עורית. קיבה קטנה. הערכת משקל אחוזון 9 (לא נרשם לפי איזו עקומה). היקף ראש תואם שבוע 27. היקף בטן ופמור תואמים שבוע 26. צוין שמשבוע 21 קיים פער במדדי ראש ובטן כאשר בסקירה מוקדמת היה תואם. נרשם: "**בוצע דיון עם בני הזוג לגבי המשמעות של הידרוטורקס. הוסבר שיש לשלול קודם הדבקה ב- CMV כגורם אפשרי ובמידה ושלילי והרושם שמדובר בהידרוטורקס ראשוני ההמלצה היא להכניס נקז דו"צ. הוסברו סיכוני הפעולה כולל סיכון של 8% ללידה מוקדמת/ירידת מים...הוסבר שבכ-5%-10% מהמקרים הידרוטורקס יכול להיות קשור בתסמונות גנטיות במיוחד נונן. בוצע דיקור מי שפיר. נשלח ל CMV ולהפקת DNA אם בהמשך ירצו לבצע CGH ונונן. קיבלה אנטי D. במידה ודיקור ל - CMV שלילי תעבור הכנסת נקז ביום שני הקרוב (בעוד 4 ימים) תבוא ביום ראשון בערב לאשפוז לקראת הפעולה**". באותו מועד שילמו התובעים על שמירת תאים.

14. בתאריך 11.12.2011 (שבוע 29+6), בהמשך להפניה שקיבלה ולאחר שהבדיקה ל- CMV נמצאה שלילית, התקבלה התובעת לאשפוז בבי"ח שיבא. היא שהתה באשפוז עד הלידה. היא טופלה על ידי פרופ' ינון ופרופ' ליפיץ. בשעה 21:16 נרשם כי נצפו צירים תכופים והיא קיבלה דקסמטזון להבשלת ריאות. בתאריך 12.12.2011 (שבוע 30) בשעה 13:22 נצפו צירים צפופים ובשעה 16:16 צירים כל 3 דקות. בוצעה בדיקת אולטרסאונד ונמצאו הידרוטורקס דו צדדי בכמות גדולה, ריבוי מים **ובצקת עורית**. לאחר מכן הוחדר נקז לבית החזה משמאל על ידי פרופ' ינון. נוקזו 500 מ"ל של מי שפיר. ניסיון להכנסת נקז מימין לא צלח בשל התנוחה העוברית. בשעה 19:42 נמצאו צירים סדירים כל 5 דקות וניתנה מנה נוספת של דקסמטזון. בתאריך 13.12.2011 (שבוע 30+1) בשעה 21:30 נמצאו צירים סדירים כל 5 דקות. נרשם ע"י ד"ר כסיף כי התובעת חשה בטוב, חשה היטב תנועות, ללא צירים. בנוזל הדיקור מבית החזה 985 לימפוציטים המחשיד לכילוטורקס. תואם תור לייעוץ גנטי **לשבוע לאחר מכן** (לתאריך 18.12.2011) אצל ד"ר ברקנשטט. בתאריך 14.12.2011 בבוקר נצפו 2 צירים בהפרש של 10 דקות. היא נבדקה על ידי ד"ר ברנט שרשם שהתובעת חשה בטוב, חשה תנועות עובר היטב, ללא צירים. המדדים תקינים. הניקוז טוב משמאל ומימין עדיין הידרוטורקס. היא הופנתה לפרופ' ליפיץ להמשך הערכה. לאחר מכן נבדקה על ידי פרופ' ליפיץ ונרשם שצד שמאל מנוקז היטב, בצד ימין נוזל בכמות בינונית אולם הריאה מפושטת כך שהחשש מריאה היפופלסטית לא קיים להערכתו. הבצקת העורית בגולגולת עדיין נראית אך פחות בולטת. נרשם כי אם תחול החמרה תישקל החדרת נקז לבית החזה גם בימין. בתאריך 15.12.2011 (שבוע 30+3) נבדקה על ידי ד"ר ברנט שרשם שהתובעת חשה בטוב, ללא צירים, חשה תנועות עובר היטב וסטטוס עוברי יציב. רישום דומה נערך על ידי ד"ר ברנט גם בתאריך 16.12.2011 (שבוע 30+4) ונרשם עוד שביום א' יישקל החדרת נקז מימין. באותו היום בשעה 22:43 נרשם על ידי ד"ר גת: "**צירים לא סדירים מורגשים כלחצים – תקבל טרבוטלין**" (לעיכוב צירי לידה מוקדמים). בשעה 23:55 נרשם שהצירים נחלשו לאחר הנוזלים. בתאריך 17.12.2011 נצפו צירים בבוקר. בשעה 09:23 נרשם ע"י ד"ר גור שהתובעת חשה בטוב, ללא צירים, ירידת מים או דימום, חשה תנועות עובר היטב. בבדיקה מדדים תקינים. גם בשעה 15:36 נצפו צירים לא סדירים ונרשם עוד ש"**האשה בחרדה**".

15. בתאריך 18.12.2011 (שבוע 30+6) בוצעו בדיקה ומדידות על ידי פרופ' ינון. נרשם: "**במעקב עקב הידרוטורקס דו"צ. לפני 6 ימים הוכנס נקז לבית חזה שמאלי. ב-US מצג ראש, ריבוי קל של מים עם AFI של 22. ישנה עדות להיפרדות קרומים. משמאל נקז ממוקם היטב ומתפקד היטב ללא נוזל פלוארלי משמאל. מימין הידרוטורקס בכמות בינונית רבה, ריאה ימנית מפושטת היטב. לב מוסט מעט שמאלה. גבולי מבחינת הצורך בהכנסת נקז שני מימין. בנוסף עובר קטן באחוזון 5 – הערכת משקל 1086 גרם (היקף בטן תואם שבוע 27, פמור והיקף ראש תואם שבוע 28) זרימות תקינות בעורק טבורי וב- MCA ללא BRAIN SPRING**". בהמשך נרשם: "**תכנית: ייעוץ גנטי היום – תחליט אם מעוניינת ב – CGH ובדיקת נונן. המשך מעקב באשפוז בשלב זה והחלטה בהמשך השבוע לגבי הכנסת נקז שני על פי גודל ההידרוטורקס מימין**".

16. לאחר מכן, באותו היום, 18.12.2011, בוצע ייעוץ גנטי על ידי ד"ר ברקנשטט, מומחית לגנטיקה. הוצגו שני מסמכים שנרשמו על ידה בכתב יד. האחד, תרשומת פנימית בת ארבעה עמודים שעל פני הדברים נערכה במהלך הייעוץ. השני, מכתב מסכם, נושא תאריך של אותו היום, המתפרש על פני שישה עמודים, מופנה "**לרופא המטפל במחלקת הריון בסיכון**" ובו תרשומת לגבי הייעוץ שנכתבה לאחר סיומו. יוער כי שני מסמכים אלו **לא הועברו** לתובעים טרם הגשת התביעה במסגרת העברת מלוא המסמכים מבתי החולים, **לא** עמדו בפני המומחה שערך חוות דעת רפואית מטעמם עם הגשת התביעה והובאו לידיעתם רק עם הגשת חוות דעת רפואית מטעם בתי החולים.

17. במכתב המסכם נרשם כי התובעת הופנתה לייעוץ גנטי במסגרת אשפוז לאחר אבחון כילוטורקס דו צדדי ו – IUGR (פיגור גדילה תוך רחמי). נרשם שבייעוץ הגנטי שבוצע בבי"ח וולפסון דובר על אפשרות של בדיקת CGH אך בני הזוג לא רצו וכי בסופו של דבר גם לא נשמר חומר כי האקו היה תקין וכן בשל תשובות האולטרסאונד התקינות. כמו כן נרשם לגבי הניקוז שבוצע כי "**בשיחה עם ד"ר ינון יואב לפני כן נאמר לנו שעומדים להחדיר את הנקז. לאור העובדה שמדובר באשה שעברה ייעוץ +דיקור מי שפיר ללא שמירת חומר ביקשנו שישלחו נוזל על מנת שנוכל להפיק דנ"א לצורך בירור נוסף אם יחליטו לאחר הייעוץ הגנטי (?CGH, נונן?) החומר הועבר והופק דנ"א כאן**". נרשם כי בשבוע 30+6 (דהיינו בתאריך 18.12.2011) עברה התובעת אולטרסאונד במסגרת האשפוז ע"י ד"ר ינון וכי "**באותו היום עברה ייעוץ כאן**". יוער כבר עתה שמנוסח זה עולה, לכאורה, שהמכתב לא נרשם בתאריך 18.12.2011 אלא במועד כלשהו לאחר יום זה, שהרי אחרת היה נרשם: "**היום עברה ייעוץ כאן**".

18. במכתב הסיכום נרשם כי הוסבר לבני הזוג שקיימות מספר אפשרויות להסביר את הממצאים: **האחת** - תסמונת נונן, עקב שילוב של שקיפות בנורמה הגבוהה, IUGR וכילוטורקס. תסמונת זו כרוכה בסיכון של כ- 15% לבעיות התפתחות. צוין שניתן לשלוח דנ"א לארה"ב ולשלול 63% מהמקרים והבדיקה אורכת מספר שבועות. נרשם שבני הזוג החליטו שאינם מעוניינים לבצע הבדיקה וכי הם מודעים להשלכות התסמונת. **השנייה** – סיכון לתסמונת SLO עקב UE3 נמוך ו-IUGR, ריבוי מים, שקיפות מעט מוגברת וכילוטורקס. הוסבר שניתן לבדוק זאת בנוזל מי שפיר מסוכרז ויש לברר אם נשמר נוזל מסוכרז בבית החולים וולפסון. אם לא יהיה נוזל תמליץ על דיקור נוסף או שאם יוכנס נקז נוסף יילקח עוד נוזל. נרשם שבני הזוג קיבלו הסבר על תסמונת זו ועל כך שמדובר בתסמונת קשה. נרשם שהתובעת מעוניינת לברר אם נותר נוזל אך לא בטוחה שתרצה לעשות עוד דיקור לצורך כך אם לא נותר נוזל ואם לא יכנס עוד נקז. **השלישית** - שינוי מזערי שניתן לאבחון ב – CGH. צוין שיש דנ"א והתשובה תוך כ – 10 ימים עד שבועיים. נרשם באופן לקוני שהתובעת לא מעוניינת. **הרביעית** – האטה בגדילה עקב הטיפול שנטלה כפי שצוין בייעוץ הטרטולוגי ואילו הכילוטורקס הוא מסיבה אחרת. אם אין קשר בין הממצאים אז לגבי כילוטורקס ידועים מקרים רבים שהפרוגנוזה טובה. **החמישית** –שילוב שני הממצאים

החריגים/מומים מעלה סיכון לתסמונת גנטית שלא ניתן לאבחן בהכרח בהיריון. באבחנה המבדלת של כילוטורקס תסמונות הקשורות לבעיות מטבוליות, בעיות אימוניות ועוד רבות אחרות, רובן אינן ניתנות לאבחון בכלל בהיריון ואלה שכן, יש מגבלה של שבוע ההיריון. נרשם כי בני הזוג מודעים לבעייתיות. **השישית** - זיהום וירלי שאינו CMV. לאחר סקירת כל האפשרויות נרשם במכתב: "**צוין בפני בני הזוג שקיימת בפניהם האפשרות לפנות לוועדה להפסקת הריון בגלל הממצאים. אמרו במפורש שאינם מעוניינים בכך. הוסבר שלכל זוג יש סיכון של כ – 3% לבעיה התפתחותית או מות מולד**". לגבי המשך הבירור המתוכנן נרשם: "**לברר אם יש מי שפיר מוקפאים בוולפסון ונשלח לרמב"ם. במקרה ויוחלט לעשות ניקוז נוסף תודיעו לי על מנת שנתאם לגבי הצורך בדיקור נוסף ולקיחת עוד נוזל**".

19. נוסח הדברים שנרשמו במסמך השני, הוא מסמך התרשומת הפנימית שערכה ד"ר ברקנשטט במהלך הייעוץ, שונה מזה שנכתב לאחר מכן, במועד מאוחר יותר כאמור, במכתב הסיכום שכתבה. בתרשומת צוינו שלוש אפשרויות בלבד שהוסברו לתובעים והן: תסמונת נונן; סיכון לתסמונת SLO עקב UE3 נמוך ו-IUGR, כאשר בהמשך נרשם גם "**הידרוטורקס (הידרופס?)**" ושליחת CGH. עוד נרשם: "**לציין שכילוטורקס יכול להיות ממצא בעל פרוגנוזה טובה אבל אם מדובר פה בשילוב ממצאים שהוא חלק מתסמונת אז זה מדאיג. צוין שניתן לפנות לוועדה להפסקת הריון. לא מעוניינים כרגע. מעוניינים באבחון SLO. ימשיכו מעקב. הוסבר שאם מדובר בתסמונת גנטית אז עלול להיות עובר פגוע קשה**". בשולי התרשומת נרשם (לא ידוע מתי): "**מכתב נשלח בפקס למחלקה**".

20. באותו היום בשעה 23:32 נרשם שבשעה 23:00 ירדו מים נקיים ללא תחושת צירים. התובעת חוברה למוניטור. בשעה 01:41 נרשם שהחל דימום. התובעת הועברה בדחיפות לחדר ניתוח בחשד להיפרדות שליה. בתאריך 19.12.2011 חולץ העובר במשקל 1020 גר' והיקף ראש 255 מ"מ במצג עכוז עם ציון אפגר 4 בגיל דקה ו – 9 בגיל חמש דקות. הוא נזקק לאינטובציה והנשמה בחדר הלידה. בחודשים שלאחר לידתו התברר שהוא סובל מאיחור התפתחותי כללי משמעותי. בבדיקת MRI שבוצעה בתאריך 29.8.2013 (בגיל שנה ו – 8 חודשים) בסיכום הבדיקה נרשם: "**ריבוי ממצאים המעידים על דיסמורפיזם מוחי, כמתואר. קיימת הפרעה במבנה קו האמצע הכוללת קורפוס קולוזום קצר, ורמיס דיסמורפי וחך גבוה. בנוסף רושם להפרעה ראשונית במבנה הקורטקס, ייתכן פולימיקרוגיריה טמפורלית דו צדדית**". בבדיקת ציפ'גנטי מתאריך 12.2.2018, עת היה הקטין כבן שש שנים, נמצא חוסר בכרומוזום 13 המוכר כפתוגני.

<u>מומחים רפואיים</u>

<u>חוות דעת</u>

מיילדות וגניקולוגיה

21. ד"ר מריוס ברגר, מומחה למיילדות ורפואת נשים, הגיש חוות דעת מטעם התובעים. במסגרת חוות דעתו מתאריך 7.8.2018 ציין כי במקרה זה נמצא בעובר שילוב של הידרופס פטליס (כילוטורקס דו צדדי), פיגור גדילה תוך רחמי, מיקרוצפלוס, קורפוס קלוסום קצר באופן חריג וריבוי מי שפיר. כמו כן נמצאו במהלך ההיריון גם סימנים "רכים" למומים רב מערכתיים: מעי אקוגני וקיצור זרוע. גם ללא בדיקת ציפ' גנטי, ללא גילוי המומים המבניים במוח שניתן היה לגלות בבדיקת MRI וללא אבחון המומים המבניים בפנים - חובה הייתה לומר להורים שיש הסתברות קרובה לוודאות שהעובר, אם ייוולד, ילקה בפגיעה רב מערכתית כולל מוחית ושאם יבקשו הפסקת היריון היא תאושר.

22. ד"ר ברגר ציין כי מדובר בהידרופס פטליס מסוג שאינו נובע מסיבה חיסונית (העדר נוגדנים נגד כדוריות אדומות) וזהו NIHF. מנייר עמדה משנת 2005 עולה כי הוא תוצאה של מומים כרומוזומליים/גנטיים ב –25%-70% מהמקרים. הסיכון לפגם כרומוזומלי /גנטי גבוה במיוחד כאשר ההידרופס מזוהה מוקדם בהיריון. ד"ר ברגר התייחס לנושא הערכה גנטית טרום לידתית של עובר עם סימנים "רכים". סימנים "רכים" הם, בין היתר, מוקד אקוגני בלב, ציסטה במקלעת הדמים של המוח, קיצור מתון של עצם הזרוע או של עצם הירך, הרחבה מתונה של אגני הכליות ומעי אקוגני. סימנים אלו אינם מומים מבניים אך הם עלולים להצביע על פגם כרומוזומלי. שילוב סימנים רכים מרובים מעלה הסיכון לפגמים כרומוזומליים. כאשר יש שניים או יותר סימנים רכים מומלץ בירור חודרני. יש להתחיל עם בדיקת FISH כאשר תוצאה נורמלית דורשת בדיקות נוספות. במקרה הנדון בסקירה מתאריך 6.9.2011 דווח על מעיים אקוגניים, חשד לפגם בחך ותפליט סביב ריאה חד צדדי. בייעוץ הגנטי הומלץ על דיקור מי שפיר והחלטה על בדיקת FISH רק לאחר סקירת מערכות ואקו לב עובר בשבוע +20. ד"ר ברגר הפנה לכך שלפי הספרות יש להתחיל בבדיקת FISH. כמו כן יש להסביר להורים שבשל ריבוי סימנים רכים למומים יש לבצע בדיקות מעמיקות כמו ציפ' גנטי. ד"ר ברגר טען שלמרות שנכתב שיש לשמור על התאים מתרבית דיקור מי שפיר התאים לא נשמרו, ללא הסבר מדוע, ולא נותר חומר לביצוע בדיקת ציפ' גנטי. היה מצופה שהצוות הרפואי יחתור לביצוע בדיקת ציפ' גנטי לאבחון או שלילה בהסתברות גבוהה יותר של פגם כרומוזומלי תת מיקרוסקופי אך ההזדמנות הוחמצה.

23. ד"ר ברגר ציין כי, אמנם, בשל ההחלטה לחכות לממצאי האקו לב וסקירת המערכות בשבוע 21 בה הודגמו כל המערכות ללא הערות של ממצאים חריגים כלשהם וכשאקו לב מספר ימים קודם נמצא אף הוא תקין, סביר שהבדיקה לא הייתה מבוצעת בשלב זה, גם אם היו נשמרים התאים. עוד ציין ד"ר ברגר כי "**הרופאה בקופה לא שקטה: למרות סקירת המערכות התקינה, היא הפנתה את האם לסקירת פני עובר בשאלת שסע. ומשחזרה אליה האם עם תשובה "תקינה" בשל הממצא של פרופ' מלינגר בסקירה הראשונה – ביצעה בעצמה בדיקת אולטרסאונד שבה**

גילתה נוזל בכפורת הלב והפנתה את האם לבית החולים וולפסון לבירור". ד"ר ברגר הפנה לכך שאמנם בסקירה מתאריך 13.11.2011 לא נמצא שסע אך בביומטריה שבוצעה באותו היום ניתן היה לראות התפתחות פיגור בגדילת היקף הראש, כאשר מדובר בשתי סטיות תקן מעקומת הדלוק (221 מ"מ לעומת 241 מ"מ).

24. ד"ר ברגר ציין בחוות דעתו שאין בגיליון הרפואי כל דיון של הצוות הרפואי לגבי אפשרות של הפסקת היריון. האבחנה של סיבת מצב העובר לא בוצעה למרות שכמות הנוזל סביב הריאה הלכה וגדלה ולמרות שהכילוטורקס לא הייתה תופעה בודדת אלא נלוו לה סימנים רכים. בבדיקה באשפוז בתאריך 22.11.2011 נמצא היקף ראש חורג ב 3.3 סטיות תקן מעקומת הדלוק וחורג ב – 2 סטיות תקן מעקומת צ'רבנק. היקף ראש הקטן ב -2 סטיות תקן מהממוצע בתינוק נושא בחובו הסתברות של 11% לפיגור שכלי, וכשהוא חורג ב – 3 סטיות תקן מהממוצע – הסתברות של 54% לפיגור שכלי. כשמוצאים מומים נוספים ההסתברות מזנקת מעלה. בשנת 2011 עדיין לא באה לעולם ההמלצה לשימוש בעקומת צ'רבנק והיה נהוג להשתמש בעקומת הדלוק משנת 1984. לפי הספרות כאשר היקף הראש חורג ב – 2 סטיות תקן ויותר מהממוצע יש לבצע סקירה מכוונת למוח, בירור לזיהומים ובדיקת כרומוזומים. אם לא נמצא דבר והיקף הראש חורג כבר מעל 3 סטיות תקן מהממוצע לגיל יש לבצע MRI מכוון למוח העובר. אם יש ממצא אנטומי חריג בנוסף להיקף הראש החריג מבצעים MRI לאו דווקא רק אם חריגת היקף הראש מגיעה ל – 3 סטיות תקן מהממוצע. במקרה זה בגיל הריון 27+2 הייתה חריגה של היקף הראש מהממוצע של 3.3 סטיות תקן לפי הדלוק ו – 2 סטיות תקן לפי צ'רבנק. באשפוז אכן בוצעה על ידי פרופ' מלינגר בדיקת אולטרסאונד מכוונת למוח שנמצאה תקינה אך בתאריך 7.12.2011 בשבוע 29+2 בסקירה חוזרת הקורפוס קלוסום הודגם לכל ארכו קטן ב – 2 סטיות תקן. וכמו כן נמצא נוזל פלאורלי דו צדדי בכמות רבה עם לחץ על אברי הבטן. במצב זה היה צריך להפנות לבדיקת MRI, להסביר להורים שאפשר להגיע לאבחנה באמצעות ציפ' גנטי וכן להסביר שקיימת אפשרות להפסקת היריון בכל שלב. כמו כן הייתה חובה לעשות הערכה של ההסתברות לכך שהעובר ייוולד פגוע משמעותית.

25. ד"ר ברגר ציין שלמרות שהתפליט הפלאורלי לא היה ליקוי בודד הצוות הרפואי בחר בפעולה חודרנית בעובר לניקוז הנוזל הפלאורלי, זאת במקום להסביר להורים מיד שממילא ההסתברות לכך שהעובר אינו לוקה בסינדרום רב מערכתי הכולל פגיעה מוחית נמוכה מאד, ושבאפשרותם לבקש הפסקת היריון. לכל הפחות היה צריך להציע להורים לבצע MRI למוח העובר או ציפ' גנטי. בבי"ח שיבא לא היה רק כילוטורקס דו צדדי אלא היה שילוב של פיגור גדילה תוך רחמית, ריבוי מי שפיר, קורת מוח קצרה באופן חריג, היקף ראש קטן באופן חריג ואורך זרוע קטן באופן חריג. הצוות הרפואי בשיבא עצם את עיניו נוכח מכלול המומים והליקויים שנמצאו בעובר.

26. ד"ר ברגר ציין שניתן היה לאבחן באבחון טרום לידתי את הדיסמורפיזם והפתולוגיה של האוזניים. למרות זאת בדיקות עם מדידות לא בוצעו אף שבוצעו סקירות מכוונות גם לאזור הפנים. ד"ר ברגר סיכם וטען שניהול המקרה דנן לווה בשרשרת של כשלים וכי בנתוני מקרה זה כל וועדה הייתה מאשרת את הפסקת ההיריון, גם בסופו. לפי בדיקת הציפ' הגנטי שהייתה צריכה להיות מבוצעת בהיריון נמצא ממצא פתוגני חד משמעי ומהידועים הקשורים בהידרופס פטליס כפי שהיה לקטין.

27. פרופ' אריה הרמן הגיש חוות דעת רפואית בתחום המיילדות והגניקולוגיה מטעם בתי החולים. במסגרת חוות דעתו מיום 13.2.2020 ציין כי הקטין בא לעולם עם ליקוי כרומוזומלי מזערי בכרומוזום 13. הוא ציין כי הוריו לא היו מעוניינים לבצע בתשלום בדיקה של ציפ' גנטי במהלך בדיקת מי שפיר שבוצעה בבי"ח וולפסון בתחילת השליש השני או כאשר אובחן תפליט משמעותי בבית החזה של העובר בסוף השליש השלישי. גם בדיקור שבוצע בבי"ח שיבא ואף שבבדיקה נשמר דנ"א למטרה זו ההורים עדיין לא היו מעוניינים לבצע את הבדיקה אף שבדיעבד ניתן לקבוע שעקב הופעת הסיבוך של היפרדות שליה הלידה הייתה מתרחשת עוד בטרם קבלת תשובה. טענות ד"ר ברגר מתבססות על הנחות שגויות שמתעלמות מהייעוץ הגנטי שנערך בתאריך 18.12.2011 שם הוצגה להורים האפשרות של פנייה לוועדה להפסקת היריון עקב הסיכונים לפגיעה עקב תסמונת גנטית ומצבים אחרים וההורים שללו אפשרות זו.

28. פרופ' הרמן ציין שבמקרה זה לא היה מדובר בהידרופס אלא במצב של כילוטורקס דו צדדי. הידרופס עוברי מתאפיין בהצטברות של נוזל חוץ תאי ביותר ממערכת אחת ולפחות בשני חללים הכוללים: בצקת תת עורית בגולגולת ובגוף, בחלל סביב הלב, בבית החזה ובחלל הבטן. ד"ר ברגר סבר שמדובר במקרה זה בהידרופס מאחר שמדובר בנוזל בבית החזה ובחלל הפריקרדי סביב הלב. קביעה זו שגויה כיון שלא מדובר במקרה זה בנוזל פריקרדיאלי וממצא זה צוין רק על ידי הרופאה המטפלת בקופת החולים שהפנתה את האם למיון בתאריך 20.11.2011. בכל הבדיקות שביצעו בודקים מנוסים לאורך ההיריון לא נראה נוזל סביב הלב. בסקירת המערכות בשבוע 17 תואר מעט נוזל בבית החזה ולא נראה נוזל פריקרדיאלי. במהלך בדיקת מי שפיר לאחר מכן לא צוין ממצא זה. בבדיקת אקו לב עובר ב- 20 שבועות לא נראה נוזל פריקרדיאלי כמו בסקירת מערכות שבוצעה לאחר מכן או בבדיקה שביצע ד"ר תומרקין. בבדיקת אקו לב בתאריך 21.11.2011 לא נראה נוזל פריקרדיאלי. גם בבדיקה שביצע פרופ' מלינגר באשפוז בתאריך 22.11.2011 לא נראה נוזל פריקרדיאלי וגם לא בבדיקה שביצע שבועיים לאחר מכן בתאריך 7.12.2011 שבה נראה נוזל פלאורלי בכמות רבה משני הצדדים ולא צוין שיש תפליט פריקרדיאלי. הוא ציין כי "**להדגיש שאילו לצוות בבי"ח שיבא היה צל של חשד למצב של הידרופס הוא לא היה מחדיר נקז לבית החזה של העובר לפני שהייתה מבוצעת הערכה גנטית מקיפה**". במהלך האשפוז צוות יחידת האולטרסאונד בדק את העובר מידי יום כשהוא מתמקד באזור בית החזה ואילו היה מבחין בתפליט פריקרדיאלי הוא היה מציין זאת ובנסיבות המקרה היה מחדיר נקז גם

לבית החזה מימין. לכך יש להוסיף שגם ד"ר ברקנשטט הייתה מציינת זאת אם הייתה סבורה שמדובר בהידרופס ומתייחסת לכך בהתאם.

29. פרופ' הרמן הסביר כי הידרוטורקס (תפליט פלאורלי) הוא מצב בו מצטבר נוזל בחלל שבין קרום הריאות (פלורה) ובין קיר בית החזה המצופה אף הוא בפלאורה. חלל זה מאפשר התפשטות והתכווצות יעילה של הריאה במהלך הנשימה. כאשר מאובחן הידרוטורקס בהיריון אם יש סימני מצוקה יש לבצע מיד דיקור לניקוז הנוזל ובהמשך לבצע בירור הכולל קריוטיפ, בדיקת דם לשלול אנמיה, סרולוגיה אימהית ובדיקת לב. כאשר הבירור תקין, כפי שהיה במקרה זה, נקבעת אבחנה של הידרוטורקס ראשוני. במקרה זה האם עברה בדיקת קריוטיפ והיא הייתה תקינה. בעשור האחרון ממליצים גם על בדיקת ציפ' גנטי אשר בשנת 2011 לא נכללה בסל הבריאות. לגבי בדיקת דם – בוצעה מדידת הזרימה בעורק המוח האמצעי הן בבי"ח וולפסון והן בבי"ח שיבא והיא הייתה תקינה. לגבי זיהום היה חשד שמדובר ב – CMV אך הוא נשלל בדיקור מי שפיר נוסף. כאשר מדובר במצב ראשוני ממשיכים להתנהל בהתאם למצב העובר כאשר לוקחים בחשבון את גיל ההיריון ומצב העובר. כאשר יש סיכון לעובר מעל 32 שבועות מבצעים דיקור ואם הוא לא משפר המצב מיילדים. לפני 32 שבועות, כפי שהיה במקרה זה, מחדירים נקז ואם הפעולה מצליחה ממשיכים במעקב צמוד עד הלידה. כך נעשה במקרה דנן. הלידה המוקדמת אירעה בשל סיבוך לא צפוי של ירידת מי שפיר ביום ה- 6 לאחר הפעולה. לאחר מכן אירעה היפרדות שליה שחייבה יילוד מידי.

30. פרופ' הרמן ציין שבעוד שבהידרופס ההידרוטורקס מורכב מנוזל שדלף ממערכת הדם לחלל הבין-תאי והוא מכיל נוסף למים מעט חלבונים, הרי שהידרוטורקס ראשוני נובע ברוב המקרים מדליפה של נוזל מכלי לימפה והמצב נקרא כילוטורקס. אישור האבחנה של כילוטורקס נעשה על ידי נוכחות לימפוציטים בנוזל הריאות וכאשר מבוצע ניקוז או מוכנס נקז הנוזל נשלח לבדיקה. במקרה זה התקבלה תשובה לפיה נמצאו בנוזל 985 לימפוציטים - מצב המחשיד לכילוטורקס. ד"ר ברגר התעלם מכך שמבחינת המטפלים בבית החולים שיבא היה מדובר בהידרוטורקס ראשוני שנבע מכילוטורקס. ככל שהנוזל שמצטבר בבית החזה לא גורם לתת התפתחות ריאות, כפי שהיה במקרה זה, וככל שאין לחץ על איברים אחרים, בעיקר פגיעה בתפקוד הלב, הגורם למצוקה עוברית – הפרוגנוזה טובה. מסיבה זו מומלץ בספרות להכניס נקז לבית החזה ובמקרים המתאימים ומסיבה זו פרופ' מלינגר הפנה את האם לבי"ח שיבא אשר רופאיו צברו ניסיון בביצוע הפעולה. טענת ד"ר ברגר שלא מדובר היה בכילוטורקס ראשוני כי לא נבדק ציפ' גנטי שגויה. הבדיקה לא בוצעה כי האם לא הייתה מעוניינת לממן אותה. שמירת תאים מתבצעת רק בתשלום ולכן יש לדחות טענת ד"ר ברגר לפיה בי"ח וולפסון היה צריך לשמור תאים. האם החליטה לא לשמור תאים ולשלם על כך, ככל הנראה כי בדיקת אקו לב וסקירת מערכות היו תקינות. בכל מקרה תרביות התאים של העובר נשמרו לצורך ועד קבלת תוצאות בדיקת הקריוטיפ ואף חודש

נוסף לאחר מכן, למרות שהאם לא שילמה על שמירת תאים. רק בתאריך 14.11.2011, לאחר שהתקבלו בכתב התוצאות התקינות של אקו לב עובר, סקירת מערכות נוספת בקופ"ח והודעה טלפונית של היולדת לגבי סקירת מערכות מכוונת נוספת תקינה, ניתנה הוראה למעבדה הציטוגנטית להפסיק לגדל את תאי העובר בהעדר ממצא חריג באותו השלב וכן כי היולדת לא הביעה רצון להמשיך ולגדל תרביות. גם אם התאים היו נשמרים תקופה נוספת הדבר לא היה מביא לבדיקת ציפ' גנטי מהטעם שבייעוץ הגנטי בבי"ח שיבא בתאריך 18.12.2011 היה דנ"א לביצוע הבדיקה ולא היה איום ללידה מוקדמת.

31. פרופ' הרמן חלק על טענת ד"ר ברגר לפיה בבדיקות אולטרסאונד שבוצעו בהיריון נמצאו ממצאים רכים מחשידים שהיו צריכים להביא לבדיקת FISH, ואם והתשובה תקינה לבדיקת ציפ' גנטי. בדיקת FISH מבוצעת בישראל באופן פרטי בלבד והיא אינה חלק מפרוטוקול בירור גנטי. הטענה לפיה בשנת 2011 בצעו בישראל בדיקת ציפ' גנטי במקרים בהם נראו סימנים רכים מופרכת. במקרה בו נראו מומים או במקרים בהם בבדיקות סקר נמצא סיכון מוגבר לליקוי כרומוזומלי ביצעו בישראל בדיקת קריוטיפ בלבד ובדיקת ציפ' גנטי בוצעה באופן פרטי בלבד. בשנה האחרונה בדיקת הבחירה המבוצעת בישראל היא ציפ' גנטי בה מאותרים גם ליקויים כרומוזומליים מזעריים אך התמונה הייתה שונה בשנת 2011.

32. פרופ' הרמן ציין שקביעת ד"ר ברגר כי היו במקרה זה שני סימנים רכים – מעי אקוגני ועצם זרוע קצרה – שגויה. מראה של מעי אקוגני צוין בסקירת מערכות שביצע פרופ' מלינגר בשבוע 17 ועצם הזרוע נמדדה בבדיקה שביצע פרופ' מלינגר בשבוע 1+27 בבי"ח וולפסון. בשנת 2011 היה בתוקף חוזר משרד הבריאות משנת 1998 שם נרשם כי מעי אקוגני משמעותו אקוגניות מעיים בטרימסטר **השני** (19-23 שבועות) השווה לזו של עצם. הממצא שצוין בסקירה המוקדמת לא נראה בבדיקות מאוחרות יותר ולכן אין מדובר בסימן רך. גם אם עצם הזרוע הייתה מהווה סימן רך הרי שמדובר בסימן רך יחיד שאינו מהווה התוויה לבדיקה פולשנית. בכל מקרה, בבדיקות שבוצעו עצם הירך הייתה באורך רגיל ואורך עצם הזרוע נבדק לראשונה ב 1+27 ולאחר בדיקת מי שפיר כך שהממצא לא מעלה ולא מוריד. זאת ועוד, לא מדובר בממצא רך. בחוזר משנת 1998 עצם הזרוע לא מוזכרת ובחוזר משנת 2004 מדובר על 2 סטיות תקן. בבדיקה שבוצעה בשבוע 1+27 לעצם הזרוע אין חריגה מ – 2 סטיות תקן.

33. בהתייחס לטענה לגבי היקף הראש – מיקרוצפליה מוגדרת כהיקף ראש קטן מ – 2 סטיות תקן מהממוצע אך הבירור מתחיל כאשר היקף הראש הוא בין 2-3 סטיות תקן. אז מבוצעת בדיקת אולטרסאונד מכוונת של מוח העובר, בדיקת קריוטיפ והערכת סיבה זיהומית למצב זה. פרופ' מלינגר ביצע בדיקה מכוונת של מוח העובר ובוצעו בדיקת קריוטיפ ו – TORCH והן היו תקינות. גם בהמשך ההיריון ראש העובר לא חרג מהגבול של 3 סטיות תקן ואף בלידה ב 31 שבועות נמדד היקף ראש של 25.5 ס"מ שאינו חורג מ – 3 סטיות תקן. ד"ר ברגר ציין שהיקף ראש 223 מ"מ

בבדיקה שביצע פרופ' מלינגר התאים ל 3.3 סטיות תקן לפי עקומת הדלוק משנת 1984 ובין 2-3 סטיות תקן לפי צ'רבנק. בשנת 2011 לא באה לעולם ההמלצה להשתמש בעקומה של צ'רבנק והשתמשו בעקומה של הדלוק שהייתה מותקנת במכשירי האולטרסאונד. פרופ' הרמן ציין כי ד"ר ברגר טועה כיון שנייר העמדה שפורסם בשנת 2015 והנחה על שימוש בעקומת הגדילה של צ'רבנק מיסד פרקטיקה קיימת והעובדה שבמכשיר האולטרסאונד מותקנת הנוסחה של הדלוק משנת 1984 אין בה כדי לבסס את הטענה לפיה העוסקים באבחון טרום לידתי השתמשו בה כדי להגדיר את טווח הנורמה. הנוסחאות שמופיעות במאמר שפרסם הדלוק בשנת 1984 טובות למטרה זו ואין הבדל מהותי בינן ובין עקומות גדילה אחרות. ההבדל הוא בהגדרת טווח הנורמה ובמאמר זה מופיע עבור היקף ראש סטיית תקן אחידה של 1 ס"מ לאורך כל ההיריון והוא יוצר מצב לפיו שיעור גדול ולא סביר של עוברים סובל ממיקרוצפליה בשליש השלישי. הדלוק עצמו הכיר בטעות ובספר של קאלן משנת 1994 בפרק שנכתב על ידו הוא פרסם עקומת גדילה מעודכנת של היקף ראש בה טווח הנורמה שונה לעומת המאמר משנת 1984. בטבלה צוין אחוז 3 והיקף הראש בבדיקה בענייננו היה מתחת לאחוזון זה אך לא חרג מהטווח של 3 סטיות תקן לפי עקומת גדילה זו. כדי להעריך את מידת החריגה ביחידות של סטיות תקן משתמשים בעקומה שפורסמה על ידי צ'רבנק בשנת 1984. לפי עקומה זו עבור 27 שבועות היקף ראש 223 מ"מ נמצא בדיוק בגבול של 2 סטיות תקן.

34. פרופ' הרמן ציין כי מעבר לעובדה שלא הייתה התוויה להפנות לבדיקת MRI ומעבר לעובדה שגם במועד הרלוונטי ואף היום ביצוע בדיקת ה – MRI נדחה לאחר שבוע 32 כי על פי דעת המומחים זה המועד האופטימלי לביצוע הבדיקה כיון שעד שבוע זה קשה מאד להעריך את תקינות הסולקציה (היווצרות החריצים והקפלים במוח), בבדיקות האולטרסאונד הרבות שבוצעו לאחר הלידה לא נראה מום מוחי. הממצאים בבדיקת MRI שבוצעה בגיל שנה ו – 8 חודשים היו ממצאים עדינים בקליפת המוח שנבעו מ"אובדן החומר הלבן" וסביר שמדובר בתהליך פרוגרסיבי. בדיקת MRI בהיריון הייתה מציגה מבנה מוח תקין, כפי שנראה בבדיקות האולטרסאונד שבוצעו בהריון ולאחר הלידה, למעט קורפוס קלוסום מעט קצר.

35. פרופ' הרמן ציין שהטענה של ד"ר ברגר לגבי האטה בגדילה מתעלמת מהייעוץ הטרטולוגי שניתן לאם בתחילת ההיריון בו הומלץ על מעקב גדילה בשליש השלישי מהטעם שהתרופה שהאם נטלה לפני ובמהלך ההיריון כרוכה בסיבוכים לרבות האטה בגדילה. הגורם המקצועי המשקלל את מכלול הנתונים לרבות האטה בגדילה הוא יועץ גנטי. בייעוץ הגנטי שנערך על ידי ד"ר ברקנשטט נפרסה התמונה השלמה כולל הממצא של האטה בגדילה.

36. בהתייחס לטענת ד"ר ברגר לגבי הממצא של ריבוי מי שפיר מציין פרופ' הרמן שמדובר בחלק מהתמונה של הידרוטורקס ולכן לא היה מקום לתת לממצא זה, שהופיע לראשונה בשבוע האחרון לפני הלידה, משקל כגורם הקשור לתסמונת גנטית כלשהי. בהתייחס לטענת ד"ר ברגר לגבי אבחון

של סימנים דיסמורפיים באולטרסאונד משיב פרופ' הרמן שמדובר בממצאים דיסמורפים עדינים שצוינו רק על ידי יועץ גנטי במהלך אשפוז התינוק במחלקת פגים. ממצאים אלה לא מאובחנים בבדיקת אולטרסאונד בהריון במיוחד כאשר בוצעו בדיקות חוזרות ונשנות של הפנים והבודקים לא הבחינו בממצא חריג. טענת ד"ר ברגר שהיה צריך לבצע בדיקה מכוונת לאוזניים נוכח הממצא של הידרוטורקס תלושה מהפרקטיקה. בדיקות מכוונות לאוזניים מבוצעות רק בהנחיה של יועץ גנטי. פרופ' הרמן ציין שד"ר ברגר התעלם בחוות דעתו מהייעוץ הגנטי שניתן ביום 18.12.2011 שם צוינה בפני ההורים האפשרות לפנות לוועדה להפסקת הריון בגלל הממצאים.

37. פרופ' יוסי עזרא, מומחה ליילוד וגניקולוגיה, הגיש חוות דעת רפואית מטעם קופת החולים. במסגרת חוות דעתו מיום 2.12.2019 ציין כי גם ד"ר ברגר לא מייחס לקופת החולים תפקיד משמעותי באי מניעת הולדתו של הקטין. המעקב התבצע בקופת החולים ע"י ד"ר דינבורסקי במשך 8 ביקורים נפרדים ויש לציין שהתובעת המשיכה להיות מטופלת של ד"ר דינבורסקי גם במשך השנים שחלפו מאז לידת הקטין, מה שמעיד על האמון שנתנה בה התובעת. פרופ' עזרא ציין כי ההיריון החל כהיריון רגיל, למרות ההיסטוריה של מות עובר ברחם בלידה הראשונה ומחלת האפילפסיה של התובעת. היא הופנתה בביקורה הראשון לכל בדיקות השגרה והסקר ובהמשך הופנתה מעבר לנדרש לבדיקות נוספות: בדיקות חוזרות של נוגדנים בגלל העדר עדות לחשיפה לנגיף ה – CMV; ייעוץ טרטולוגי; המשך ברור גנטי לאחר שהתקבלה תוצאה גבולית של שקיפות העובר של סקר השליש הראשון; לאחר קבלת תוצאות הסקירה המוקדמת עם סימנים מחשידים לבעיה כרומוזומלית הופנתה לייעוץ גנטי ולדיקור מי שפיר; סקירה מכוונת לבליעה בגלל אי ודאות לגבי שלמות החך; הפנייה למיון כאשר חשדה בהופעת נוזל סביב הלב והפנייה לפרופ' ליפיץ לאחר שנרשם בסיכום האשפוז שיש אפשרות לחוות דעת נוספת. ד"ר דינבורסקי מילאה המצופה ממנה כרופאה ראשונית בקופת החולים ואף למעלה מכך והגיבה כמעט בזמן אמיתי לכל הממצאים וההתרחשויות במהלך ההיריון ועד סיומו. הטיפול היה ללא דופי ולא ניתן לייחס למטפלים מטעם קופת החולים אחריות כלשהי למניעת הולדתו של הקטין.

38. לאחר הגשת חוות הדעת מטעם ההגנה הגיש ד"ר ברגר חוות דעת משלימה. בחוות הדעת מיום 13.5.2020 ציין כי מהרשומות הרפואיות לא ניתן ללמוד שההורים לא היו מוכנים לבצע ציפ'גנטי או לשמור תאים בתשלום. ד"ר ברגר חזר על כך שבסקירה מתאריך 22.11.2011 היקף הראש חרג ב 3.3 סטיות תקן מעקומת הדלוק וב- 2 סטיות תקן מעקומת צ'רבנק, כלומר, היה חשד למיקרוצפליה. פרופ' הרמן הפנה לטבלאות של צ'רבנ'ק משנת 1984 ולפרקטיקה שנקבעה בשנת 2015 על ידי איגוד המיילדים והגניקולוגים. ד"ר ברגר התייחס לכך וציין שניירות העמדה אינם חוק חלוט ויש להתייחס לבדיקה בתוך מכלול הממצאים. אם הממצאים חמורים כפי שהיה במקרה זה יש ליידע את ההורים לאפשרות של מום מג'ורי רב מערכתי. היה צריך להיות דיון עם ההורים לגבי האפשרות של מום כרומוזומלי תת מיקרוסקופי מג'ורי. הצוות הרפואי הציג להורים את מצבו של העובר בחסר לגבי ההיתכנות של מומים קשים כסבירות נמוכה, במקום

להבהיר שההיתכנות קרובה לוודאות, זאת לאור שילוב הצטברות דו צדדית של נוזל בחללי קרום הריאות, חשד להצטברות נוזל בפריקרד הלב, היקף ראש קטן באופן חריג וקורת מוח קטנה ב- 2 סטיות תקן מתחת לממוצע בשבוע 29.

39. ד"ר ברגר עמד על דעתו שמדובר היה בהידרופס פטליס. התרגום הנכון לספרו של קלן הוא שצריך שיהיו נוזלים לפחות בשני "מדורים" (compartment) ולא בשתי "מערכות". לדעתו כל חלל ריאה – הימני והשמאלי - נחשב מדור נפרד. נוסף לכך, הרופאה המטפלת מצאה נוזל גם בחלל הלב. אמנם לאחר מכן לא נמצא נוזל בחלל הלב אך זה לא שולל את קיומו בזמן בדיקת הרופאה המטפלת. נוסף לכך נמצאה גם בצקת עורית וגם עור הקרקפת נחשב "מדור". מכאן, שבמקרה זה הייתה מעורבות של 4 מדורים בגוף. הצוות הרפואי לא הבין שבפניו הידרופס ולא רק הידרוטורקס ראשוני. במקום לנקז היה צריך לתת הסבר על משמעות מכלול הממצאים ועל האפשרות להפסיק ההיריון.

40. גם אם ההידרוטורקס לא היה חלק מהידרופס הוא לא היה ראשוני אלא משני, דהיינו, נובע מפגם כלשהו שגורם שורה של בעיות בעובר: היקף ראש קטן חריג, קורפוס קלוסום קצר חריג, פיגור גדילה תוך רחמי, מעי אקוגני בטרימסטר שני, אורך זרוע קצר. זהו אינו כילוטורקס ראשוני שאין עמו פגמים אחרים בעובר. זאת ועוד, כאשר ניקוז כילוטורקס נכשל בגיל הריון קטן מ- 32 שבועות – וכאן נכשל הניקוז מימין – הפרוגנוזה גרועה ביותר וצריך לחלץ את העובר או להפסיק ההיריון. כילוטורקס לא שולל הידרופס ומקור הנוזל במדור הריאתי יכול להיות ממקור לימפטי. לדעת ד"ר ברגר הלידה המוקדמת נגרמה כתוצאה מהניקוז ועם כישלון הניקוז היה צריך להסביר להורים המשמעות, וודאי שאסור היה לעכב את הייעוץ הגנטי שבוע נוסף.

41. בהתייחס לבדיקת FISH טען ד"ר ברגר שכרומוזום 13 הוא אחד מארבעת הכרומוזומים הנבדקים בבדיקה זו. בשנת 2011 בוצעה בדיקה זו. בייעוץ הגנטי בתאריך 13.9.2011 אוזכרה בדיקה זו וגם האפשרות לבצע ציפ' גנטי. בהתייחס לסימנים הרכים – מעי אקוגני בשבוע 17 בנוכחות נוזל ריאתי ופיגור בגדילה תוך רחמית מהווים סמן פרוגנוסטי גרוע. מעי אקוגני בטרימסטר שני אינו תקין. זהו סימן "רך" בלי קשר למה שנמצא לאחר מכן. שילוב הממצאים באותו השלב היו צריכים לחייב הסבר להורים שהפרוגנוזה עגומה. לגבי אורך הזרוע – אורך זרוע 42 מ"מ בגיל 27 שבועות הוא באחוזון מתחת ל 2.5%. מדובר בסימן "רך" ומדובר בפגיעה רב מערכתית.

42. בהתייחס להיקף הראש, ציין ד"ר ברגר, גם לדעת פרופ' הרמן הייתה חריגה בין 3-2 סטיות תקן. במקרה זה היו אנומליות נוספות כמו נוזל בריאה, קורפוס קלוסום קטן, מעי אקוגני וזרוע קצרה, כלומר, יש סינדרום שמערב את המוח ומדובר בפגם מוחי ורב מערכתי. היה צריך להסביר להורים את המשמעות. נוכח הממצא של היקף הראש הקטן היה צריך להפנות ל MRI. אפשר היה לעשות MRI ולגלות את הפגם בחומר האפור בגיל 30 שבועות לפני ביצוע הניקוז. ד"ר ברגר הסתייג

מהשימוש בעקומת צ'רבנק. השימוש בה הוא המלצה בלבד, לא כל אחד משתמש בה והשימוש בה הביא להחמצת מקרים קשים של מיקרוצפלוס. ד"ר הרמן טען שהדלוק לא הכיר בטעות והוא לא הודה בטעות. בכל מקרה, שימוש בצ'רבנק לפי קווי ההנחיה משנת 2015 גורם להחמצה לא סבירה של מיקרוצפלוס בשליש השלישי. ד"ר ברגר חזר על כך שמצב של חריגת היקף ראש בשילוב עם מומים או בעיות אחרות מקפיץ את ההסתברות לכך שהחריגה מבטאת פגיעה מוחית משמעותית גם בערכים של שתי סטיות תקן. הממצאים "צעקו" שהתינוק ייוולד פגוע קשה, ובמקום להסביר זאת להורים הצוות המטפל הלך סחור סחור בניסיון להגיע לאבחנה שמסקנתה ברורה, בהפניות לייעוצים, בטיפול חסר טעם בנוזלים בריאות ולבסוף בהמתנה לעוד ייעוץ גנטי.

43. ד"ר ברגר ציין שמסמכי הייעוץ הגנטי שניתן מספר שעות לפני הלידה לא היו בפניו עת ערך את חוות דעתו הראשונה. לא הייתה הצדקה לדחות את הייעוץ לשבוע אחרי הניקוז. אם אכן השיבו ההורים לגנטיקאית שהם לא מעוניינים לפנות לוועדה להפסקת הריון הרי שיש לזקוף זאת לחובת הצוות המטפל ולאמירותיהם שהפרוגנוזה בדרך כלל טובה. הצוות שהשתהה גרם לכך שלהורים לא הייתה אפשרות לעכל את הדברים אפילו יום אחד ולחשוב על מה שהוסבר להם. סביר שהחלטתם הייתה משתנה אם היה ניתן להם הזמן הנדרש לחשיבה והבנה או אם היו שומעים המלצה זו גם מהרופאים המטפלים עצמם. ד"ר ברגר העלה חשש שמכתב הסיכום של הייעוץ הגנטי נרשם לאחר שהקטין כבר נולד ואינו משקף את מה שהתרחש בו. לגוף הייעוץ – היועצת הגנטית לא הסבירה להורים שיש חשד כבד למיקרוצפלוס ומשמעותו ומהי משמעות הכישלון בניקוז הריאתי. הוודאות שהעובר לא היה תקין במוחו לא הועברה להורים.

44. בהתייחס לחוות דעתו של פרופ' עזרא מטעם קופת החולים ציין ד"ר ברגר כי אין לו השגות על הדברים שכתב פרופ' עזרא לשבח עשייתה של הרופאה המטפלת בקופת החולים. עם זאת תפקידה היה לא רק להפנות אלא גם לשוחח עם האישה ולפקוח את עיניה לכך שהפרוגנוזה של העובר נוכח שילוב הממצאים עגומה ולומר לה שזכותה לבקש הפסקת הריון ושבקשה זו תתקבל. על הרופאה, לדעת ד"ר ברגר, היה להעביר לתובעת את הערכת המצב שלה עצמה, ומהן האפשרויות העומדות בפניה.

45. לאחר הגשת חוות דעתו המשלימה של ד"ר ברגר הוגשה חוות דעת משלימה של פרופ' הרמן מתאריך 1.2.2021. הוא חזר על עמדתו שהתוצאה של לידת תינוק עם לקויות נבעה מהחלטת ההורים ואילו הגורמים שטיפלו באם עשו מעל ומעבר. הקטין לוקה בחסר כרומוזומלי מזערי בכרומוזום 13 שניתן היה לאבחן בבדיקת ציפ' גנטי שביצועה החל מספר שנים קודם לכן ובשנת 2011 לא נכללה בסל הבריאות. הסוגיה של ביצוע הבדיקה נדונה עם ההורים בשלושה אירועים. הראשון, הייעוץ הגנטי בתאריך 13.9.2011. נרשם כי הוסבר על אפשרות בדיקת ציפ' גנטי בתשלום. היועצת הגנטית לא הייתה צריכה להמליץ על בדיקה המבוצעת באופן פרטי ודי בחובת היידוע, כפי שנעשה. האירוע השני היה לאחר הבדיקה שביצע פרופ' מלינגר בתאריך 22.11.2011.

בסיומה רשם שהוצגה אפשרות של דיקור מי שפיר חוזר לבדיקת CGH, כלומר, הוסבר להורים שהממצאים בבדיקה מצדיקים הרחבה של הבירור הגנטי וביצוע ציפ' גנטי אך הם החליטו לא לבצע בדיקת מי שפיר נוספת למטרה זו. האירוע השלישי היה בייעוץ גנטי בתאריך 18.12.2011. נרשם כי ניתן לבצע בדיקת ציפ' גנטי וכי התשובות תתקבלנה תוך כ – 10 ימים עד שבועיים. ההורים לא היו מעוניינים. הייעוץ ניתן בשבוע 30+6 ובאותו השלב לא היה ניתן לחזות מראש שאכן לידה מוקדמת תתרחש בתוך זמן קצר. תשובת ההורים, שנרשמה בזמן אמת ובעת שלא היה ידוע מתי תתרחש הלידה, הייתה ביטוי נוסף להלך הרוח שליווה אותם כל ההיריון ששלל ביצוע בדיקת ציפ' גנטי. פרופ' הרמן ציין שיש הבדל גדול בין עלות של שמירת תאים, כמה מאות שקלים, ובין עלות בדיקת ציפ' גנטי, שבוצעה בחו"ל באותה התקופה, בסדר גודל של 3000 ₪.

46. אשר לבדיקת FISH – יש הבדל בין בדיקה כזו במקרה של דיקור מי שפיר עקב סיכון מוגבר לליקוי כרומוזומלי המאובחן בבדיקת קריוטיפ ובין בדיקת FISH המיועדת לאבחון חסר כרומוזומלי מזערי מוגדר. בדיקת FISH אינה רלוונטית למקרה זה אלא רק בדיקת ציפ' גנטי, אשר המהפכה שחוללה טמונה בכך שהבדיקה סורקת את כל ה – DNA של העובר והיא מגלה ליקויים מזעריים שכלל לא חשדו בקיומם. חלקם מוכר כגורם לתסמונות גנטיות והמשמעות של חלקם לא ידועה.

47. אשר לשמירת תאים בדיקור שבוצע בבי"ח וולפסון – מימון בדיקת מי שפיר הכוללת בדיקת קריוטיפ אינו כולל שמירה של DNA לבדיקות גנטיות נוספות. צוין ברשומה שהומלץ על שמירת תאי עובר בתשלום וכיון שההורים לא היו מעוניינים בכך השמירה לא בוצעה. בייעוץ הגנטי שניתן ע"י ד"ר ברקנשטט פורט מהלך העניינים שקדם לייעוץ ונרשם שההורים החליטו לא לשמור חומר בשל תשובות האולטרסאונד התקינות.

48. אשר לטענה כי היה צריך להמליץ להורים על הפסקת הריון – הממצאים שהיו ידועים קודם לייעוץ הגנטי שנערך בתאריך 13.9.2011 היו סיכון גבולי בסקר שליש ראשון וממצאי סקירת מערכות מוקדמת בה נראו מעי אקוגני, חשד לפגם בחך ומעט נוזל סביב הריאה הימנית. למעי אקוגני לפני שבוע 18-19 אין מייחסים משמעות. סקירת מערכות מוקדמת מבוצעת עם מתמר לדני שהתדר שלו גבוה יותר מהתדר בו מבוצעת בדיקה בגישה לדנית ומתמרים בתדר גבוה מדגימים מעי אקוגני גם בעוברים תקינים. לפיכך, הממצאים שעמדו לעיני היועצת הגנטית באותו המועד לא הצדיקו דיון על הפסקת הריון.

49. הממצאים שהיו ידועים בשליש השלישי הובאו באופן מפורט בייעוץ הגנטי שנערך בתאריך 18.12.2011. נוסף לתסמונות מוגדרות שצוינו צוין סיכון לתסמונות גנטיות עלומות שאת רובן לא ניתן לאבחן בהיריון. שני הממצאים אליהם התייחסה ד"ר ברקנשטט כממצאים חריגים שמעלים הסיכון לתסמונת גנטית שלא ניתנת לאבחון בהכרח בהיריון הם הממצא של כילוטורקס והאטה

בגדילה תוך רחמית. בפני ד"ר ברגר לא עמד הייעוץ הגנטי עת הכין חוות דעתו הראשונה והיה מצופה ממנו לחזור בו מטענותיו לאחר שהוצג לו הייעוץ הגנטי.

50. פרופ' הרמן עמד על דעתו לפיה עקומות הגדילה הנכונות לצורך הערכת היקף ראש העובר במהלך ההיריון הן העקומות שפורסמו על ידי צ'רבנק בשנת 1984, אליהן הפנה נייר העמדה של האיגוד בשנת 2015 והן ביססו את הפרקטיקה שהייתה קיימת קודם לכן. עקומות אלו עברו את התיקוף הטוב ביותר לקביעת גבולות הנורמה בקביעת אבחנה של מיקרוצפליה ואין שום דיווח לגבי שיעור הילדים עם פיגור שכלי כאשר היקף הראש הוא מתחת ל – 3 סטיות תקן לפי הדלוק. טווח הנורמה של עקומות הגדילה של הדלוק אינו מתוקף. טענת ד"ר ברגר לפיה היקף ראש בין 2 ל – 3 סטיות תקן עונה להגדרה של מיקרוצפליה שגויה. במאמר שפורסם בשנת 2010 הוצג מעקב אחר 20 ילדים שנולדו לאחר שבהיריון נמדד היקף ראש בין 2 ל – 3 סטיות תקן וב – 19 מהם לא נמצא לאחר הלידה הבדל בהשוואה לקבוצת ביקורת לגבי יכולת קוגנטיבית, שפה ותפקוד מוטורי. נמצאו בקבוצה זו יותר מקרים עם בעיות התנהגותיות רגשיות ולא נמצאה השפעה להאטה בגדילה תוך רחמית. שימוש בעקומות גדילה של הדלוק משנת 1984 יוביל לאבחון יתר במיקרוצפליה של עוברים עם היקף ראש מתחת ל 3 סטיות תקן ולהפסקת היריון של עוברים בריאים רבים.

51. טענת ד"ר ברגר בחוות דעתו המשלימה לפיה במהלך ההיריון או הלידה היה מדובר במיקרוצפליה גם לפי צ'רבנק משוללת יסוד. בבדיקה שבוצעה בשבוע 27+1 היקף הראש היה בדיוק בגבול של 2 סטיות תקן ובבדיקה זו בוצעה בדיקה מכוונת למוח שהייתה תקינה. בבדיקה לאחר מכן בשבוע 29+2 היקף הראש היה בטווח הנורמה ובדיקה מכוונת למוח הייתה תקינה. בבדיקה בשבוע 30+6 נמדד היקף ראש הנמצא בתחום הנורמה ובדיוק בגבול של 2 סטיות תקן. גם היקף הראש בלידה לא חרג מ – 3 סטיות תקן. הטענה שהיה צורך להתחשב בשילוב של היקף ראש קטן שגויה.

52. דעתו של ד"ר ברגר כי מדובר היה בהצטברות נוזל ביותר ממדור אחד המתאים להידרופס שגויה. הממצא של תפליט סביב הלב לא אובחן על ידי הרופאים העוסקים באבחון טרום לידתי, הן בבי"ח וולפסון והן בבי"ח שיבא. הם הגיעו למסקנה שלא מדובר בהידרופס וציינו שהממצא של כילוטורקס עלול לגרום להידרופס במנגנון של אי ספיקת לב עקב פגיעה בהחזר הורידי ללב עקב לחץ על הורידים הגדולים.

<u>נוירולוגיית ילדים</u>

53. מטעם התביעה הוגשה חוות דעת של פרופ' להט, מומחה בנוירולוגית ילדים. במסגרת חוות דעתו מיום 5.10.2018 התייחס לנכותו הרפואית של הקטין, צרכיו ותוחלת חייו.

54. פרופ' אברהם שטיינברג הגיש חוות דעת בתחום נוירולוגית ילדים מטעם ההגנה. במסגרת חוות דעתו מתאריך 11.2.2020 התייחס אף הוא לנכותו הרפואית, צרכיו ותוחלת חייו של הקטין.

עדויות המומחים

ד"ר ברגר

55. ד"ר ברגר הסכים בחקירתו שהידרופס הוא מצב בו קיימת הצטברות נוזלים בשני מדורים לפחות אך ציין שלדעתו כאשר יש הצטברות נוזלים בחלל אחד בריאה הימנית ובחלל שני בריאה השמאלית מדובר בשני מדורים ולא במדור אחד "**זאת אומרת שיש פגם מסוים של האינפורמציה שבדרך כלל היא גנטית שגורמת לבעיה הזו**" (עמ' 51). במקרה זה לדעתו היו נוזלים בארבעה מדורים: שני חללי הריאות, קרום הלב והקרקפת (עמ' 52). לגבי הנוזל בקרום הלב בו חשדה ד"ר דינבורסקי, כאשר בבדיקות מאוחרות לרבות אקו לב לא נמצא עוד ממצא זה, ציין "**זה שרופא אחד ראה את הנוזל הזה בכפורת הלב אז אתה לא יכול לזלזל בזה...יכול להיות כמות קטנה מאד שפעם אחת מופיע, פעם אחת לא מופיע. כיון שאני אומר האיבר הזה נמצא בתנועה של 150 פעם בדקה**" (עמ' 55).

56. בהתייחס לנושא המיקרוצפליה ציין כי גם אם מדובר ב 2 סטיות תקן לפי צרבנק "**ביחד עם עוד דברים צריך להתייחס לזה כאל תסמונת סינדרומית**" (עמ' 59). הוא הסכים כי כנתון מבודד נתון של 2-3 סטיות תקן אינו מהווה מיקרוצפליה (עמ' 60). לגבי ריבוי מי השפיר – המדד התקין הוא בין 15-25. היה שלב שהיה 27. הוא נשאל אם הדבר אינו קשור לריבוי הנוזלים שטופל בניקוז והשיב: "**זה חלק מהליקויים המרובים שיש**" (עמ' 62). לגבי המעי האקוגני ציין: "**כאשר מדובר על מעי אקוגני בטרימסטר שני זה אומר דרשני**" (שם). הוא הסכים שהשבוע האופטימלי לביצוע MRI הוא שבוע 32 ולאחר מכן הוסיף שגם שבוע 30 (עמ' 63).

57. הוא נשאל מהי טענתו לגבי ד"ר דינבורסקי והשיב שהיה עליה לומר לתובעת: "**אמנם אני לא סופר מומחית אבל קצת למדתי ברפואה וחוץ מזה שגם נותנים לי פה נתונים. לא נעשתה שום אבחנה, יש יותר מדי דברים שמכוונים לכך שא' צריך לעשות אבחנה וזה דיקור מי שפיר פלוס ציפ' גנטי. אם לא עושים את הדבר הזה קחי בחשבון אפשרות לבקש הפסקת היריון. זה מה שהיא הייתה צריכה לעשות**" (עמ' 88). לגבי המעי האקוגני אישר שנייר העמדה אליו הפנה פרופ' הרמן קובע שמעי אקוגני ייחשב כסמן רך רק בין שבוע 19-23 ולא בשבוע 16, כפי שהיה במקרה זה אך ציין: "**ניירות העמדה האלה הם לא תורה למשה מסיני**" (עמ' 90).

פרופ' הרמן

58. פרופ' הרמן נשאל בחקירתו מה המשמעות של הידרוטורקס ראשוני והשיב שהמונח מקביל למושג כילוטורקס ומדובר בבעיה בסיסית בניקוז לימפתי מבית החזה ומשם נובעים הסיבוכים האחרים (עמ' 117). הוא ציין כי "**במקרה הספציפי הזה, זה ברור לגמרי שהנושא של ההצטברות של הנוזלים התחיל רק בבית החזה, לא היה שום מקום אחר אחר כך הייתה טעות, מישהו חשב שזה סביב הלב אבל זאת הייתה טעות וכל הדברים האחרים היו משניים לזה**" (עמ' 118). הוא ציין כי כשנערך בירור להידרוטורקס ראשוני התופעה השכיחה היא כילוטורקס אבל ברקע יכולות להיות גם בעיות אחרות כמו מחלות זיהומיות (עמ' 119). הוא ציין כי אם היה מדובר בהידרוטורקס משני לבעיה סיסטמית בכל הגוף כמו הידרופס אז הפרוגנוזה אינה טובה אבל אם ההידרופס הוא תוצאה של הידרוטורקס ראשוני ומטפלים בהידקוטורקס ומנקזים אותו הפרוגנוזה טובה מאד. "**הוא מתחיל ואני מטפל בו בזמן ואני רואה שהוא משתפר, כמו למשל שעשו אחרי זה וראו פחות בצקת בראש**" (שם). "**אחרי הדיקור פרופ' ליפיץ ראה אותה, כתב שיש פחות בצקת בעור**" (עמ' 120). הוא התייחס למאמר של Aubard אליו הפנה בחוות הדעת וציין: "**כאשר יש לנו ממצא של הידרוטורקס אני צריך תמיד לחשוב על כל האפשרויות, אני צריך לעשות אקו לב, אני צריך את המחלות הזיהומיות, בירור אנטומיה, לדקור את הנוזל של הבית חזה...ולשלוח את זה לבדיקה של תאים**" (עמ' 123) וכן יש לעבור על מהלך ההיריון ולוודא שנעשתה בדיקת מי שפיר סטנדרטית לכרומוזומים, קריוטיפ (עמ' 124).

59. לגבי בדיקת הקורפוס קלוסום בהיריון "**אנחנו יודעים שיש חשיבות מאד רבה אם הוא יותר מדי דק מאד, אנחנו יודעים שיש חשיבות אם הוא עבה. בהיריון הנושא של האורך שלו שנוי במחלוקת...מעבר לעובדה שטווח הנורמה של שתי סטיות תקן ובבדיקה שנעשתה הקורפוס קלוסום היה בדיוק בגבול של שתי סטיות תקן**" (עמ' 126) "**פה זה היה בתחום הנורמה...הממדים שלו חשובים, העובי שהוא לא דק מדי או עבה מדי. לגבי האורך, זה נושא בעייתי במדרגה ראשונה...יש ויכוחים מאד גדולים אם בכלל צריך לעשות את זה או לא, ואיך לעשות את זה, וביחס למה לחשב את זה**" (עמ' 127). הוא חזר על כך שבמקרה זה לא היה הידרופס ראשוני אלא הידרוטוקס והידרופס שהתפתח והיה משני שבא לידי ביטוי בבצקת בעור. המאמר אליו הפנה מציין שאם מדובר בעובר במקרה כזה הטיפול המיטבי הוא לעשות נקז וזה מה שנעשה (עמ' 131). הוא אישר שאם מדובר בהידרופס ראשוני ולא משני להידרוטורקס הפרוגנוזה עגומה (עמ' 133). הוא הבהיר שבשלב שבו הגיעה התובעת לשיבא "**הם תיארו שיש בצקת תת עורית ולכן מדובר בהצטברות של נוזל בשני מדורים, שזה בית החזה שזה הראשוני שהוא לא ההידרופס ובעור ולכן לצורך הדיון, לצורך הדיון באותו שלב היה הידרופס משני לתפליט הראשוני בבית חזה**" (עמ' 135). "**יש לנו מצב ראשוני בבית החזה, הוא גורם להרבה תופעות ולהצטברות נוזל במקומות אחרים. ההידרופס החד שנוצר עכשיו...איננו כמו הידרופס ראשוני**" (שם).

60. לגבי הממצא של מעי אקוגני בסקירה מתאריך 6.9.2011 ציין כי מתייחסים לממצא של מעי אקוגני רק משבוע 19 ולא בשבוע 16 (עמ' 144). הוא נשאל לגבי הסקירה מתאריך 8.12.2011 בה נמצא אורך ירך קצר וציין: "**הנושא הזה של ירך קצת יותר קצרה כבר לא רלוונטית כגורם סיכון לתסמונת דאון כי האישה עשתה בדיקת מי שפיר ואין תסמונת דאון**" (עמ' 148). מיקרוצפליה מוגדרת כהיקף ראש קטן משלוש סטיות תקן מתחת לממוצע לפי עקומת צ'רבנק (עמ' 148). מינוס שתי סטיות תקן אינה מהווה מיקרוצפליה בעולם המערבי ובישראל (עמ' 150). הוא אישר שלפי נייר העמדה אותו צירף, המשקף את הפרקטיקה, אם יש חשד למיקרוצפליה בעובר כאשר היקף הראש בין 2 ל-3 סטיות תקן ויש חשד לממצא חריג בבדיקה המכוונת למוח יש להפנות ל – MRI מוח עובר (עמ' 151) והוסיף "**כדי לראות משהו ב – MRI מעבר לאולטרסאונד משמעותי צריכים לעשות בדיקה בשבוע 32...בשבוע 32 אנחנו יכולים לקבל תמונה טובה על המבנה העדין של קליפת המוח**" (שם). "**התועלת הגדולה של ה – MRI על פני האולטרסאונד הוא היכולת לראות טוב יותר את ההתפתחות של חריצים והקפלים שזה עושים רק אחרי שבוע 32 במקרה הזה אפילו לא הגענו, כי היא ילדה קודם**" (עמ' 152). עוד ציין כי במקרה זה לא הייתה לדעתו אינדיקציה ל – MRI ואף פרופ' מלינגר לא המליץ על כך. הוא הוסיף שזו "**לא בדיקה קלה, זה בדיקה בעייתית...זה משאב יקר, צריך לחשוב אלף פעם לפני שמפנים אליו**" (עמ' 154). וכן: "**בדיקת MRI היא משאב יקר לאומי...אם אנחנו נתחיל לגרום לנשים בהריון לרוץ ולעשות בדיקות MRI בהיריון כי אפשר לגלות משהו, מי שצריך את הבדיקה או בהריון או לא בהריון זה לא יהיה נגיש לו. יש מעט מאד יש בישראל, ארבעה בתי חולים שעושים MRI לנשים בהיריון**" (עמ' 168).

61. לגבי השימוש בעקומת ברנר ולא בעקומת דולברג לצורך הערכת משקל ציין שאמנם לפי הנחיות האיגוד יש להשתמש בעקומת דולברג אך "**ניירות עמדה זו המלצה קלינית...ואנחנו ממליצים להשתמש בעקומות דולברג...אבל ברגע שיש מחלקה שיש להם מחשבה ודיון והם אומרים לא, עקומת ברנר לדעתנו יותר משקפות, יש להם את הפרוגטיבה להשתמש במשהו אחר...יש לו את החופש האקדמי והרפואי להשתמש בעקומות לגיטימיות שמופיעות בספרות...אתה לא יכול להגיד שמי שהשתמש בעקומה שהיא לא מה שהאיגוד המליץ שהוא התרשל. לא. זכותו**" (עמ' 155). עקומת דולברג מבוססת על האוכלוסייה הישראלית להבדיל מעקומת ברנר וגם עקומת דולברג הוחלפה לאחרונה בעקומות אחרות (עמ' 156). הוא אישר שפעולת הניקוז יכולה הייתה לגרום ללידה מוקדמת. הצירים לאחר הניקוז לא היו צירי לידה אלא פעילות רחמית עקב הדיקור (עמ' 160). הוא נשאל אם נוכח הופעת צירים לא היה מוצדק להקדים את הייעוץ הגנטי והשיב: "**זו שאלה לגמרי תיאורטית כי כשהיא הייתה בייעוץ הגנטי היא לא הייתה בלידה, הכל היה בסדר והיא לא רצתה הפסקת היריון**" (עמ' 163).

<u>פרופ' עזרא</u>

62. פרופ' עזרא נשאל בחקירתו לגבי הממצאים בסקירה מתאריך 22.11.2011 שם נמצא היקף הראש בין 2 ל – 3 סטיות תקן, ממצא שלא נרשם בתוצאות הסקירה ועליו ד"ר דינבורסקי לא ידעה. הוא הסכים שמדובר במידע רלוונטי לרופאה (עמ' 22). הוא נשאל לגבי הצורך לבצע בדיקת MRI באותן נסיבות והשיב כי רופאת קופת החולים אינה "**ערכאה שעושה בקרה על מה שהם עושים**" ומדובר במומחיות של המומחים במרפאת הריון בסיכון בבית החולים ו"**היא לא אמורה לחשוב לבד שצריך לעשות בדיקת MRI**" (עמ' 23). הוא נשאל שוב אם הרופאה הייתה צריכה להפנות לבדיקות ולהערכות נוספות לאחר שהתובעת הגיעה אליה לאחר האשפוז בבי"ח וולפסון השיב: "**רופא הקהילה הוא בהירכיה מבחינה מקצועית מתחת...רופא הקהילה הוא בעצם הרופא ברמה הנמוכה מבחינת הידע...ברגע שהיא מפנה להיריון בסיכון...היא עוזרת למטופלת ולרופאים בבית החולים בכל הדברים שהם צריכים...בד"כ דברים לוגיסטיים, זה כבר לא דברים רפואיים מקצועיים. ברגע שהיא הפנתה לבעל מקצוע שהרבה יותר מומחה ממנה, היא לא יכולה לעשות על זה שום אובר – רולינג או שום דבר אחר...או הערות או מהצד או להוסיף דברים**" (עמ' 38). "**היא שלחה גם לוולפסון, הגדילה ראש ושלחה לליפיץ בתל השומר, כאילו הלכה לכל האנשים הכי מומחים בארץ בנושא רפואת העובר**" (עמ' 39). "**ברגע שמפנים אלינו מהקהילה, למרפאת הריון בסיכון, אנחנו אחרי זה ממשיכים את כל המעקב ומשתמשים ברופא הקהילתי, רק לצורך הלוגיסטיקה**" (שם). הוא ציין שאחוזון 12 כפי שנרשם בסקירה מתאריך 22.11.2011 שהוצגה בפני הרופאה לא נחשב להאטה בגדילה (עמ' 49). הוא נשאל אם המדידות היו צריכות להתבצע לפי עקומת דולברג כפי שנרשם בנייר העמדה משנת 2010 והשיב: "**יש בתי חולים שלא התייחסו לדולברג כטבלה מחייבת, אז לכן זה לגיטימי מאד שלא התייחסו גם כאן...אבל זה לא קשור לרופאה שלנו**" (עמ' 51) והוסיף: "**נייר עמדה זה הנחיות מומלצות, אבל יש גם דברים שניתן לשיקול דעת של הרופאים המומחים וברגע שרופא מומחה ועוד מחליט שהוא בוחר בעקומה אחרת, כל עוד הוא מציין את העקומה הזאת, זה לגיטימי לחלוטין**" (שם).

<u>פרופ' להט</u>

63. פרופ' להט נשאל בחקירתו על הגדרת מיקרוצפליה והשיב: "**הכוונה היא להיקפי ראש שקטנים מתחת למספר מסוים. יש אנשים שלוקחים את המינוס 2 סטיות תקן כהגדרה ויש כאלה שלוקחים את המינוס 3...כל בית חולים וכל רופא הולך לפי עקומות אחרות...ההבדל בהיקפי הראש הוא מילימטרים ספורים, כך שאין הבדלים דרמטיים. וגם המשמעות הקלינית של אחוזון, היקף ראש של אחוזון, שניים או שלוש היא די לא משמעותית...אנחנו מסתמכים על צ'רבנק הנוירולוגי...לא משהו אחיד בכולם**" (עמ' 4). הוא נשאל לגבי בדיקת ה – MRI שבוצעה רק בגיל שנה ושמונה חודשים השיב כי מדובר בכלי אבחנתי בלבד שאינו משנה הטיפול בילד (עמ' 6). הוא נשאל לגבי העיתוי האופטימלי לבצע MRI לעובר ואם אכן מדובר בשבוע 32 והשיב: "**מה שאתה אומר זה נכון, הגיל האופטימלי לעשות MRI מוח הוא סביב שבוע 30...אני אומר סביב**

שבוע 30,32, לא נהוג לעשות את זה יותר מוקדם כי פשוט בשבוע הזה כבר אפשר להדגים בצורה יותר טובה ומדויקת את מבנה המוח ולזהות בעיות משמעותיות" (עמ' 7).

<u>פרופ' שטיינברג</u>

64. פרופ' שטיינברג אישר בחקירתו שהיקף ראש בלידה של 255 מ"מ תואם להגדרת מיקרוצפליה, פחות מאחוזון 3 (עמ' 86). הוא נשאל אם קורפוס קלוסום קצר בשתי סטיות תקן מהווה מרקר למומים מוחיים בעובר והשיב "**בדרך כלל שינויים במבנה של קורפוס קלוסום אם זה מבודד זה בדרך כלל לא מעיד בהכרח על מום. תמיד זה יכול להתלוות גם למומים אחרים אבל אם זה מבודד זה פחות מטריד ופחות דורש מעקב. אבל אם זה חלק ממערכת אחרת...זה תוספת לדאגה**" (עמ' 89). הוא נשאל אם סביר שהמומים שנמצאו במבנה המוח היו כבר בהיריון והשיב: "**סביר. זה אותו מבנה של מוח המוח לא השתנה במבנה**" (עמ' 91). כמו כן אישר שהעיתוי האופטימלי לביצוע MRI עוברי תלוי בשאלה האבחונית ואם מדובר בהפרעות מבניות כגון חוסר בקורה אפשר לאבחן ב – MRI כבר באמצע השליש השני להיריון ואם יש חשד להפרעות עדינות ביצירת קפלי המוח רצוי לחכות לשבועות 29,28 (עמ' 91).

<u>עדי התביעה</u>

<u>התובעים</u>

65. התובעת ציינה בתצהירה כי בייעוץ הגנטי שבוצע בתאריך 13.9.2011 בבי"ח וולפסון הוזכרה "**באופן כללי**" בדיקה נוספת שאפשר לעשות בחו"ל, לאחר קבלת תוצאות בדיקת מי השפיר ובדיקת ה- FISH. "**שאלנו האם הבדיקה נותנת תוצאה חד משמעית – אם יש בעיה או לא, ומה עלותה. היועצת ענתה לנו שהתוצאות הן סטטיסטיות ואמרה שהעלות גבוהה מאד. אני זוכרת שדובר על אלפי או אפילו עשרות אלפי דולרים. היא גם אמרה שלוקח זמן – למיטב זכרוני דיברה על סדר גודל של כ- 6 שבועות, לקבל את תוצאות הבדיקה. בכל מקרה הבדיקה הזו הוזכרה ע"י היועצת כמשהו שקיים, אבל היא לא אמרה לנו בשום פנים ואופן שהיא ממליצה או שכדאי לבצע אותה...היועצת גם אמרה שכדאי יהיה לשמור תאי עובר ממי השפיר, דבר שיהיה כרוך בתשלום, לא התנגדנו לכך. יובהר כי המילים, המונח "ציפ' גנטי" לא הוזכרו במהלך הבדיקה...כל המלצה שקיבלנו מכל אחד מהרופאים, כולל היועצת הגנטית, מילאנו בדיוק רב**".

66. במועד בו בוצעה בדיקת דיקור מי השפיר, 27.9.2011, "**לא שאלו אותנו האם אנחנו מעוניינים לשמור תאים מתוך הבדיקה. לא הסבירו לנו שאם לא אומרים מראש לשמור תאים הרי שמלכתחילה לא נשמרים תאים ואי אפשר יהיה עוד לבקש זאת. ודאי שהיינו מסכימים לשמירת תאים ולשלם עבור כך, אך לא ידענו שאנו ביוזמתנו צריכים לבקש מראש שמירת**

תאים. הדבר לא הוסבר לנו במעמד הייעוץ הגנטי וכאמור לא הוזכר ולא הוצע לנו במעמד הבדיקה".

67. לגבי אשפוזה בבי"ח וולפסון בתאריכים 20.11.2011-22.11.2011 ציינה כי "**הגישה במועד השחרור מהאשפוז בבית החולים הייתה שצריך לחכות ולראות מה יתפתח, אולי המים ייעלמו מעצמם ואולי דווקא יחמירו...פרופ' מלינגר לא אמר לנו שהיו ממצאים נוספים מדאיגים בבדיקה הזו – למשל בהיקף הראש שנמדד לעובר. ההתייחסות היחידה הייתה לעניין המים סביב הריאות**".

68. באולטרסאונד הנוסף שבוצע על ידי פרופ' מלינגר בתאריך 7.12.2011 "**אני זוכרת שפרופ' מלינגר עשה את הבדיקה וקרא לרופא נוסף שיראה גם הוא את התוצאות. פרופ' מלינגר הסביר לי בסיום הבדיקה שיש החמרה בכמות הנוזל, שיש הרבה נוזל מסביב לשתי הריאות שלוחץ גם על הבטן. הוא אמר לי שבדק גם את מוח העובר ושבדיקת המוח יצאה תקינה. אני זוכרת שבאותה פגישה פרופ' מלינגר היה מוטרד מאד מהאפשרות שנדבקתי בוירוס CMV במהלך ההיריון, הוא הסביר לנו ארוכות מה זה CMV ואמר שאם יסתבר שהעובר נדבק בוירוס, אז נצטרך לחשוב על הפלה. זו הפעם היחידה – הראשונה והאחרונה שדובר על סיכון להפלה, ורק בהקשר של CMV. אמרתי לפרופ' מלינגר שכבר היו לי נוגדנים לוירוס עוד מההיריון הקודם...הקראתי לו את תוצאות הבדיקות הקודמות שהיו לי והוא אמר שלאור התוצאות יש סיכוי קטן מאד שנדבקתי ב CMV בהיריון הזה, אך שבכל זאת אבצע את הבדיקה ממי השפיר**". הוא אמר שאם לא מדובר ב- CMV יש להתייעץ עם פרופ' ליפיץ בעניין ניקוז המים: "**הוא דיבר עם פרופ' ליפיץ שביקש לתאם לי תור למרפאתו למחר**".

69. התובעת מציינת: "**אני רוצה לציין שהתחושה שקיבלתי מכל הרופאים שבדקו אותי הייתה שיש לערוך עוד בדיקות, וכל פעם כשהתוצאות היו תקינות הם שידרו לי שהכול בסדר ואפשר להמשיך בהיריון כמתוכנן**". בבדיקת האולטרסאונד בתאריך 8.12.2011 שבוצעה על ידי פרופ' ינון "**הוא אמר לי שהממדים של העובר קטנים ביחס לשבוע ההיריון והיה מופתע שאמרתי לו שבסקירות אמרו לי שהכול בסדר. הוא לא הסביר לי מה המשמעות של העובדה שהעובר קטן לגיל ההיריון**". בתום הבדיקה דובר על ביצוע ניקוז אם אין מדובר ב – CMV כאשר הפרוגנוזה היא מצוינת: "**מה שהוסבר לי, וכך הבנתי, הוא שהניקוז יפתור את בעיית המים והתינוק יצא בריא. ד"ר ינון הסביר לי את הפרוצדורה של הניקוז, אמר שב – 8% מהמקרים הפעולה עלולה להביא ללידה מוקדמת ואמר שלפעמים צריך לחזור עליה יותר מפעם אחת, אבל שיש סיכוי קטן לכך. הוא אמר לי שב – 5% - 10% מהמקרים הצטברות המים יכולה להיות קשורה לכל מיני סיבות והזכיר את הנונן כסיבה אפשרית, אך התייחס לכך כאפשרות רחוקה ולא סבירה...לאחר ההסבר בוצע דיקור מי שפיר...בזמן הבדיקה הבודקת שאלה האם אנחנו מעוניינים בשמירת החומר מהבדיקה, ואמרנו שכמובן שאנו מעוניינים ואף שילמנו עבור שמירת התאים**".

70. היא התקבלה לאשפוז בבית החולים תל השומר ובתאריך 12.12.2011 בוצע הניקוז בהרדמה מקומית. למחרת "**נכנסו אלי צוות של אנשים שדיברו ביניהם. ככל הנראה הוחלט אז להפנות אותי לייעוץ גנטי חמישה ימים לאחר מכן...רק בבוקר של הורדת התפרים אמרו לי שיש לי תור לייעוץ גנטי. לא הסבירו לי למה**...". בתאריך 14.12.2011 נבדקה על ידי פרופ' ליפיץ שאמר לה "**שהנקז נראה בסדר והריאה מנוקזת ממש טובה, שבריאה השנייה יש עדיין נוזל אבל זה דורש כרגע רק מעקב, הוא אמר לי שהוא גם רואה עדיין בצקת בגולגולת אבל פחות ממה שהיה קודם ושיכול להיות שגם היא תרד לבד כתוצאה מהניקוז. במהלך כל הימים הבאים נבדקתי ע"י רופאים ועשו לי בדיקות אולטרסאונד. בכל הבדיקות ראו נוזלים בריאות וגם ריבוי מי שפיר ואמרו שיש להמשיך ולעקוב אחר העובר, ושקלו כל הזמן את הצורך בהכנסת נקז נוסף בהמשך. בשלב כלשהו היו לי גם קצת צירים וקיבלתי תרופה להפסקתם**".

71. בתאריך 18.12.2011 נבדקה על ידי ד"ר ינון ולאחר מכן פנתה לייעוץ הגנטי. היא ציינה כי: "**אף אחד מהרופאים בתל השומר לא הסביר לי את המשמעות של הממצאים שמצאו בעובר – שהוא קטן לגיל ההיריון, לא הסבירו לי את המשמעות של הכישלון של הניקוז בריאה הימנית, לא הסבירו את המשמעות של הנוזלים שמצאו בגולגולת. אף אחד לא דיבר איתי ולא הסביר לי את ההסתברות לפגיעה קשה בעובר כתוצאה מכל הממצאים שהיו עד אותה נקודה. להפך, אמרו שהצליחו לנקז את הריאות של העובר, שהעובר עכשיו יכול "לנשום" ושהכי טוב שאצליח להחזיק את העובר עד שבוע 34 ואז זה יהיה מצוין...אילו היו מסבירים לי הרופאים אז על המשמעות של הממצאים שמצאו בעובר והעובדה שלאור כל הממצאים העובר שלי ייצא פגוע מאד, הייתי מבקשת להפיל את ההיריון**".

72. בהתייחס לייעוץ הגנטי ציינה: "**אני זוכרת שהיו בחדר הרופאה הגנטיקאית וסטאז'ר נוסף צעיר. אני זוכרת שהייעוץ היה די קצר – כמה דקות. רוח השיחה הייתה מאד חיובית, הרופאה אמרה לנו שכבר עשינו הכנסת נקז ושאני כבר עוד מעט יולדת, ולכן אין טעם לעשות בדיקות שעולות אלפי שקלים וצריכות להישלח לחו"ל ושהתשובות שלהן תתקבלנה במילא כבר לאחר הלידה – כמו למשל הנונן. הייתי כבר בתחילת השבוע ה – 31 והיה ברור מאד שהלידה עשויה להתרחש כל יום, בפרט כשכבר היו לי צירים ושכבר עברתי ניקוז. הרופאה לא הסבירה לנו את משמעות הממצאים...ראיתי את מסמכי הייעוץ ואת מה שנרשם בהם. אני עומדת על כך שהדברים שרשומים בהמלצות כאילו שנאמרו לנו, נאמרו באופן אחר לגמרי. ובפרט מה שנרשם בחלקו האחרון של הייעוץ – לא היה! הרופאה לא אמרה לנו מילה או חצי מילה אודות הסיכון שהעובר יצא פגוע מאד...היא לא הזכירה במילה את המילים "הפסקת היריון"...אני טוענת שלא היו דברים מעולם...ההסבר בדבר הסיכון הגבוה ואפשרות הפסקת היריון פשוט לא הושמעו במהלך הייעוץ! ...אני זוכרת שיצאנו מהייעוץ בחיוך...התחושה הייתה טובה, שהצליחו לנקז את הנוזלים ושעכשיו המטרה היא לשמור על המצב הקיים ולנסות למשוך את ההיריון כמה**

שאפשר...אף אחד מהרופאים בשום שלב לא הכניס אותנו לחדר ואמר לנו – יש לכם ילד שייוולד עם בעיה קשה וכדאי לכם לחשוב על הפלה". התובעת מציינת שאם היה נאמר לה שיש סיכון לכך שהעובר יצא פגוע הייתה מבקשת להפסיק ההיריון. באותו היום בשעות הלילה ירדו המים ולמחרת ילדה את הקטין.

73. בחקירתה נשאלה לגבי אי שמירת התאים בהמשך להמלצת הגב' מירי ינוב כאשר בוצע דיקור מי השפיר בתאריך 27.9.2011 והשיבה "**כשבאנו לעשות את דקירת מי שפיר אף אחד לא שאל...המליצה, אנחנו לא אמרנו לא**" (עמ' 100). היא ציינה שבייעוץ הגנטי עם הגב' ינוב "**הוזכרו כמה בדיקות...שתי המילים האלה ציפ' גנטי לא היה**" (עמ' 101). היא אמנם קיבלה את דו"ח הייעוץ הגנטי שם נרשם נושא הציפ' הגנטי וציינה "**בסדר. אני מקבלת את הסיכום ועם הסימם הזה אני הולכת לרופאה**" (שם).

74. היא נשאלה לגבי האפשרות לבצע ציפ' גנטי שהוצגה לה על ידי פרופ' מלינגר בתאריך 22.11.2011 והשיבה: "**בעצם הבדיקה אצל מלינגר זה לא, אי אפשר להגיד שזה היה ייעוץ. מבחינתי זה היה בדיקת אולטרסאונד לצורך בדיקה של מה זה המים האלה, מאיפה הם**" (עמ' 104). היא נשאלה מדוע שילמו 600 ₪ לצורך שמירת תאים בתאריך 8.12.2011 אם לא עבור האופציה שהוסברה לה ע"י פרופ' ינון לבצע ציפ' גנטי והשיבה כי כאשר פנו לד"ר ינון "**זה היה אולטרסאונד. מבחינתי זה היה בדיקת אולטרסאונד**" (עמ' 106) וכן: "**דיברו על כמה מים, באיזה מקום זה נמצא...לא ריבוי מילים...אני יודעת שהילד שלי עם נוזלים בתוך הריאות, אני לא כל כך מבינה, אומרים לי שזה יכול להיות 10 עד 12 סיבות. זה מה שאני זוכרת...לא הושיבו אותי אחרי אולטרסאונד אני ובעלי מול שולחן ולא אמרו תקשיבו, יש את זה, מאד ממליצים לכם לעשות את הדבר הזה ותשמרו. אמרו שכדאי לשמור את התאים שאם נצטרך לעשות איזה שהם בדיקות ואנחנו הסכמנו**" (עמ' 108). היא ציינה שד"ר ינון לא דיבר איתה כלל על ציפ' גנטי (עמ' 111).

75. לגבי הייעוץ הגנטי אצל ד"ר ברקנשטט בתאריך 18.12.2011 ציינה: "**מבחינתי ההרגשה הייתה שאנחנו עושים שוב אותו דבר מה שעשינו כבר וזה איזשהו תהליך מוכר לנו...לוקחת את אותם פרטים שכבר מסרנו ואנחנו מכירים את הדבר...זה פשוט סטנדרט שפשוט הלכנו ככה כמו זה...ואחרי זה היא קמה מהכסא....נעמדה, שיחה ממש קצרה על איזשהו, יש בדיקות ככה וככה...ועכשיו צריך עוד אי אפשר לדעת, יכול להיות שזה כבר עוד מעט תלדי**" (עמ' 117). "**השיחה הייתה ברוח ממש טובה, שזה היה מן כזה שיש אפשרויות אבל לאור המצב שלך כבר...אז עכשיו הכי טוב אם תחזיקו הריון עד שבוע 34. ויצאנו ממש בחיוך**" (עמ' 118). היא הכחישה שהדברים שנרשמו מפיה בטופס הייעוץ משקפים את מה שאמרה: "**הייתה שיחה קצרה, היו באופן כללי אמרו שיש כל מיני בדיקות, אבל זה כבר לא המקום של לעשות את זה...וזה לוקח זמן**" (עמ' 121). היא לא זוכרת אם הבדיקה של ציפ' גנטי צוינה בייעוץ (שם). כמו כן "**לא היה הצעה אפילו ועדה להפסקת הריון. זה חד משמעי ואני זוכרת את זה טוב מאד**" (עמ'

132). היא נשאלה מהן טענותיה כלפי ד"ר דינבורסקי והשיבה ש"**אף אחד...לא הסבו את תשומת לבנו שזה צריך איכשהו לעצור אולי, כאילו לעצור. אולי יכול להיות לעצור את המרוץ הזה אחרי בדיקות ובאמת לדבר איתנו ולרכז את כל המכשולים האלה שהיו עוד מבדיקה ראשונה, גם לקחת בחשבון את הייעוץ הטרטולוגי...פשוט אני ציפיתי כאילו שאיזשהו רופא**..." (עמ' 157).

76. התובע ציין בתצהירו כי במהלך ההיריון התובעת הלכה לבדיקות בקופת החולים לבדה והוא הצטרף אליה לבדיקות שלא בוצעו בקופת החולים וכן לבתי החולים. התובעת עדכנה אותו בכל הבדיקות ובכל הביקורים. הוא ציין דברים דומים לאלו שצוינו על ידי התובעת ואף הוא הדגיש כי אף אחד מהרופאים לא דיבר איתם מעולם על הפלה למעט כאשר היה חשד להדבקה ב– CMV וכי התחושה שקיבלו הייתה שהבדיקות תקינות, שהטיפולים עוזרים וכדאי להמשיך עם ההיריון. לגבי הייעוץ הגנטי שבוצע בתאריך 18.12.2011 ציין כי הם לא קיבלו את מסמכי הייעוץ הגנטי וראו אותם לראשונה רק אצל עורכי הדין במסגרת הטיפול בתביעה. הדברים שנאמרו להם שונים והפוכים והוא אינו יכול להשתחרר מההרגשה שדו"ח הייעוץ נכתב לאחר הלידה. התובע אישר בבית המשפט כי מעולם לא היה עם התובעת אצל ד"ר דינבורסקי. הצדדים ויתרו על חקירתו (עמ' 160).

<u>עדי קופת החולים</u>

77. ד"ר דינבורסקי ציינה בתצהירה כי ביקורה האחרון של התובעת אצלה היה בתאריך 25.11.2011 והמשך מעקב ההיריון לאחר מכן היה בבית החולים תל השומר. במהלך השנים לאחר הלידה התובעת המשיכה להיות מטופלת שלה. היא פעלה בהתאם להמלצות המקצועיות שניתנו וכן הפנתה אותה להמשך מעקב אצל טובי המומחים. בהתאם לבירור מקצועי שבוצע באשפוז הממצא סוכם כתפליט פלואורלי ראשוני או מסיבה לא ידועה והיא סמכה על כך שהמומחים בהיריון בסיכון ופרופ' ליפיץ ימשיכו לפעול לביצוע הבירור הרפואי הנדרש למטופלת ובהתאם לתוצאות הבירור יתנו את ההמלצות המתאימות. כרופאת נשים בקהילה היא נוהגת לשוחח עם המטופלות שלה ולשתף אותן בממצאים של מעקב ההיריון ואין לה ספק שכך גם עשתה עם התובעת במקרה זה. היא שוחחה עם התובעת על הבדיקות אליהן נשלחה ועל הממצאים שעלו בבדיקות וגם באשפוז והתרשמה שהיא מבינה היטב שקיימים ממצאים שדורשים המשך בירור, טיפול וייעוץ מקצועי ולכן הופנתה בהתאם. היא לא החסירה מהתובעת מידע ואכן התובעת נתנה בה אמון וחזרה אליה להמשך מעקב גם לאחר ההיריון מושא התביעה.

78. בחקירתה נשאלה לגבי הפנייה לבדיקת ציפ' גנטי והשיבה שהיא הפנתה לייעוץ גנטי ותפקידה של המומחית בגנטיקה להמליץ את ההמלצות הנדרשות (עמ' 7) וגם בבי"ח וולפסון שם אושפזה היא קיבלה הסברים ובוצעו כל הבדיקות הנדרשות (עמ' 9). היא קיבלה את סיכום האשפוז מוולפסון כאשר התובעת הגיעה אליה בתאריך 25.11.2011 שם הייתה המלצה לבצע ייעוץ גנטי ונשאלה על

כך. היא השיבה: "**היא כבר הייתה בסיכון גבוה. היא כבר הייתה במעקב. אז כתבו: אם במידה כל שינוי באולטרסאונד, להפנות אותה לייעוץ גנטי חוזר**" (עמ' 9) היא הופנתה לכך שבאותו אשפוז בבי"ח וולפסון לא נעשה ייעוץ גנטי והשיבה: "**באשפוז בבית חולים וולפסון עשו כל מה שצריך...וגם עשו אולטרסאונד ונתנו לה את כל ההמלצות...גברת שנמצאת במעקב סיכון גבוה, סיכון גבוה מחליט במקום מה אמורים לעשות בשלב הזה**" (עמ' 10). בהמשך הוסיפה: "**היה לה ייעוץ גנטי לפני כל דיקור מי שפיר, עשינו ייעוץ גנטי מן הסתם**" (עמ' 12). היא לא ליוותה את התובעת עד סוף ההיריון והמעקב אצלה הסתיים בתאריך 25.11.2011 (עמ' 16).

<u>עדי בתי החולים</u>

<u>פרופ' מלינגר</u>

79. פרופ' גוסטבו מלינגר ציין בתצהירו כי הוא בעל מומחיות ביילוד וגניקולוגיה משנת 1989 ובמועד הרלוונטי שימש כמנהל יחידת האולטרסאונד בבית החולים וולפסון. הוא התייחס לטענת ד"ר ברגר לפיה למרות הממצאים ששולבו בהם היקף ראש קטן באופן חריג או קורת מוח קטנה באופן חריג לא בוצע MRI אבחנתי, כי ניתן היה לבצעו במהירות ולגלות את המבנה הדיסמורפי של הגירוסים וכלי דם מסולסלים בחללים התת עכבישיים, וכי בדיקה זו הייתה יכולה לתת מידע חיוני להורים להחלטה מושכלת על הפסקת הריון. הוא לא הסכים עם טענה זו והסביר שלא הייתה כל אינדיקציה להפנות את התובעת לבדיקת MRI . הרופאים המטפלים סברו כי יש לטפל קודם בנוזל הפלאורלי שהיה בלחץ והפריע לתנועות הנשימה וגרם לריבוי מי שפיר. היקף הראש היה בטווח שבין 2-3 סטיות תקן על פי עקומות הגדילה שבשימוש ולא היה מקום להפנות את האם לבדיקת MRI של מוח העובר מסיבה זו או עקב קורפוס קלוסום מעט קצר. הוא ציין כי במועד הרלוונטי וגם כיום, בדיקת MRI נדחית לאחר שבוע 32. לפי דעת המומחים זהו המועד האופטימלי לבצע הבדיקה כי עד שבוע זה קשה מאד להעריך את תקינות הסולקציה (החריצים במוח). בבדיקת האולטרסאונד יש התייחסות לסולקציה שהייתה תקינה. בדיקת ה – MRI לגבי התפתחות הסולקציה כפי שפורש אינה אבחנתית ומדובר בה על רושם. להערכתו ממצאים אלו לא היו קיימים במהלך ההיריון. בנוסף, יש הבדל מהותי בין בדיקת MRI עוברי ובדיקת MRI רגילה. מדובר בבדיקה שונה לחלוטין. קיים הבדל בטכניקת הביצוע ובהזרקה של חומר הניגוד ועל ידי כך האינפורמציה שמקבלים ב- MRI רגיל טובה יותר.

80. אשר לטענה שלא הוסבר להורים שנוכח הממצאים יש הסתברות גבוהה מאד שהתינוק אם ייוולד לא ימצא תקין ושקרוב לוודאי מדובר בסינדרום עם פגיעה מוחית השיב כי גם בהסתכלות בדיעבד הוא אינו סבור שבנתונים שעמדו בפניו במועד הרלוונטי היה מקום להציע להורים הפסקת הריון. אשר לטענת ד"ר ברגר לפיה מדדי היקף הראש מהסקירה מתאריך 22.11.2011 מצביעים על מיקרוצפליה השיב כי היקף ראש בין 2-3 סטיות תקן אינו עונה להגדרה של מיקרוצפליה. בדיקת

הילוד גם לאחר הלידה הייתה תקינה ומכאן המסקנה שמדובר במיקרוצפליה שהתפתחה מספר חודשים לאחר הלידה.

81. בחקירתו ציין כי בסקירה שבצע בתאריך 6.9.2011 המדדים היו תקינים ונמצאו מעיים אקוגניים. הוא הסביר כי זה "**אחד הדברים שתומך באפשרות של תסמונת דאון**" (עמ' 4). ממצא זה יכול להיות קשור גם לזיהומים תוך רחמים וכן לסיבות נוספות, לרבות למומים של העובר (שם). בסיכום הסקירה מתאריך 22.11.2011 הוא ציין אפשרות של דיקור מי שפיר חוזר לבדיקת ציפ' גנטי ואפשרות של נונן, כאשר לא ניתן לבצע ציפ' גנטי: "**הנוהל אומר שאחרי שבוע 23 אי אפשר לעשות דיקור מי שפיר בלי יעוץ גנטי מוסמך...אני המלצתי לעשות את הבדיקה...כן, זה שווה לעשות ייעוץ גנטי כי אי אפשר לעשות CGH באותן שנים בלי ייעוץ גנטי**" (עמ' 12).

82. בסקירה מתאריך 22.11.2011 נמצא היקף ראש תואם לשבוע 24 לפי עקומת צ'רבנק, מדובר בטווח שבין 2 ל- 3 סטיות תקן (עמ' 14). אורך הזרוע היה קצר – ל 5% מהאוכלוסיה בעולם יש אורך בגודל הזה (עמ' 16). משקל העובר היה באחוזון 12 לפי ברנר. הוא נשאל מדוע לא השתמש בעקומת דולברג המתייחסת לאוכלוסיה ישראלית והשיב ש"**זה מה שהיה בשימוש באותן שנים, אבל העקומות של ברנר ודולברג עד כמה שאני זוכר מאד דומות...אצלנו במחלקה השתמשנו בברנר על פי הנחיות של המחלקה**" (עמ' 17). הוא אישר שלפי דולברג מדובר באחוזון בין 1 ל – 5 ומדובר ב IUGR קשה (עמ' 18).

83. בסקירה מתאריך 7.12.2011 נמצא קורפוס קלוסום קטן בשתי סטיות תקן, ממצא הקיים ב- 2.3% מהאוכלוסיה בעולם. גם היקף הראש היה קטן, טווח של 2 ל -3 סטיות תקן לפי עקומת צ'רבנק (עמ' 21). הוא הסביר מדוע לא סבר שיש מקום להפנות לבדיקת MRI: "**דבר ראשון, ראיתי שיש דחיפות יתרה להפנות אותה לפרופ' ליפיץ לשיבא כמו שקבענו, כי היה...מצב שהיה מסכן חיים...הנוזל בריאות החמיר והצטרף לזה ריבוי מי שפיר...זה מסכן חיים של העובר...הסיבה השנייה...זה כי לא ראיתי צורך כי הבדיקה שלי במוח הייתה בדיקה שלא הראתה שום פתולוגיה שלא ראיתי ב – MRI...הפעלתי שיקול דעת. ודבר שלישי אנחנו מבצעים MRI במדינת ישראל בעדיפות בשבוע 32**" (עמ' 23). הוא נשאל אם היקף ראש מינוס 2– מינוס 3 יכול להיות סיבה להפניה ל – MRI והשיב "**יכול להיות**" וכיום גם "**ההוראות אומרות את זה**" (עמ' 24). הוא ציין: "**אני מעריך שאם ההיריון היה ממשיך...ולא מוצאים שום דבר בדיקור מי שפיר והיו צריכים להפנות ל – MRI, כן, אבל ...לצערנו ההיריון הסתיים לפני הזמן**" (עמ' 25). הזמן האופטימלי להעריך את תקינות הסולקציה הוא לאחר שבוע 32 אם כי כאשר קיימת בעיה ניתן לראותה גם קודם לכן ואף בשבוע 14-15 (עמ' 27). בהתייחס לממצאי בדיקת ה – MRI שבוצעה בגיל שנה ושמונה חודשים ציין שהמוח ממשיך להתפתח גם לאחר הלידה ואם יש הפרעה במבנה זה יכול להיות גם לפני הלידה וגם לאחר הלידה. הוא אישר שהחלק הקדמי של הקורפוס קלוסום, ה – genu קיים כבר בשבוע 20 (עמ' 32). הוא אישר שתשובות לבדיקת MRI מתקבלות

בתוך מספר ימים וכן ציין שבדיקת ציפ' גנטי לא נשלחה לחו"ל ובוצעה בארץ (עמ' 33). הוא אישר שהיקף הראש בלידה היה 255 מ"מ ומדובר ב"**כנראה בין מתחת לאחוזון 3**" וזו מיקרוצפליה (עמ' 34-36).

<u>הגב' ינוב</u>

84. הגב' מירי ינוב ציינה בתצהירה כי התובעת הופנתה לייעוץ גנטי בשל אפילפסיה מטופלת בטגרטול, סיכון מוגבר בתחום הנורמה לתסמונת דאון לפי סקר ביוכימי שליש ראשון, כמות נוזל מזערית סביב ריאה ימין וחשד לחך שסוע. במהלך הייעוץ הסבירה לאם על הצורך בביצוע דיקור מי שפיר וכן על בדיקת FISH אם מודגם חך שסוע. היא ציינה שהאפשרות וההנחיה של משרד הבריאות להמליץ על ביצוע בדיקה רחבה לזיהוי חסרים ותוספות כרומוזומליים קטנים בבדיקת ציפ' גנטי נכנסה לתוקף רק בתאריך 20.8.2012 (חוזר משרד הבריאות 25/2012). היא הסבירה לתובעת על האפשרות לבצע בדיקות נוספות ומורחבות יותר בתשלום כולל ציפ' גנטי, כפי שנרשם בסיכום הייעוץ, והומלץ לשקול שמירה על תאי העובר.

85. היא ציינה שהתובעת לא שילמה על שמירת התאים. הפרקטיקה המקובלת כאשר האם אינה מבקשת להמשיך לגדל תאים ולא משלמת על כך היא להמשיך לגדל התרביות לפחות 3 שבועות מיום הדיקור. במקרה זה התרביות נשמרו כחודש לאחר קבלת תוצאות בדיקת הקריוטיפ וגידולן נמשך ליתר ביטחון, כדי לוודא שהבדיקות בהמשך ההיריון תקינות. רק בתאריך 14.11.2011 היא הורתה למעבדה הציטוגנטית להפסיק לגדל את תאי העובר, גידול שהיה ביוזמתה מעבר למועד בו התקבלה תוצאת הקריוטיפ ולפנים משורת הדין. הנחייה זו ניתנה לאחר שהתקבלו בכתב התוצאות התקינות של אקו לב עובר, סקירת מערכות נוספת וכן לאחר הודעה טלפונית של התובעת לגבי סקירת מערכות מכוונת נוספת תקינה שבוצעה, ומשלא היה ידוע על כל ממצא חריג בעובר. כמו כן, התובעת לא הביעה רצון להמשיך ולגדל תרביות לצורך הפקת חומר גנטי.

86. היא הדגישה שלפי הרשומות הרפואיות עולה בבירור שהיא שוחחה עם התובעת על בדיקת ציפ' גנטי. לפי ההנחיות היה עליה ליידע את התובעת על הבדיקה, כפי שעשתה, ולא היה כל מקום להמליץ על ביצועה, בשים לב לכך שמדובר בבדיקה שאינה ממומנת ונעשתה באותה העת באופן פרטי בלבד. אשר לשמירת התאים – אם התובעת הייתה מעוניינת לשמור תאים היה עליה לומר זאת ולהסדיר התשלום. בכל מקרה, גידול התאים נמשך כחודש לאחר בדיקת מי השפיר למרות שהתובעים לא שילמו על כך. היא ציינה שבעת הייעוץ הגנטי מדובר היה בממצאים קלים ביותר – חשד לממצא של חך שסוע, שלאחר מכן נשלל בשתי סקירות נוספות. לא היה מקום לדבר עם התובעת על אפשרות של מום גנטי מג'ורי רב מערכתי ובטח לא לדבר על אפשרות של הפסקת היריון במצב בו הייתה עת הגיעה התובעת לייעוץ.

87. בחקירתה ציינה כי אין חשיבות לממצא של מעי אקוגני לפני שבוע 18 (עמ' 43). באותה התקופה בדיקות ציפי גנטי היו נשלחות לחו"ל והתשובות הגיעו לאחר מספר שבועות (עמ' 47). היא עצמה הסבירה להם מה הפרוצדורה של שמירת תאים בתשלום (עמ' 47). התשלום צריך להתבצע תוך 3 שבועות מיום דיקור מי השפיר: "**נתנו אפשרות להתקשר למכון הגנטי ולבקש בתשלום...היא לא ביקשה ובכל זאת המשכנו לגדל את התאים...כי אמרתי שאני לא רוצה להפסיק עד שיש לי תוצאה של סקירת מערכות חוזרת**" (עמ' 48). לגבי ההוראה שנתנה להפסיק לגדל תרביות במי השפיר ציינה כי "**זה אוטומטית מופסק אחרי שלושה שבועות זה ובגלל שאני ביקשתי להמשיך לגדל...אז עכשיו אחרי שקיבלתי את הסקירה והיא לא שילמה ולא שילמה אז הוריתי להפסיק**" (עמ' 57). היא נשאלה אם לא ראתה צורך להמליץ לתובעת לשלם ולהמשיך לגדל התרביות והשיבה: "**לא, כי הסקירה הייתה תקינה**" (שם). בעת הייעוץ הגנטי לא הייתה אינדיקציה להמליץ על בדיקת ציפי גנטי נוכח הממצאים הקלים (עמ' 58). היא יידעה את התובעת על האפשרות לבדיקה ואף הוסיפה שאם יש חד שסוע יש בדיקה שאינה בתשלום לגבי כרומוזום 22 (עמ' 59). בהתייחס לכך שהתובעת טופלה בטרטגול השיבה שמדובר ב"**תרופה אנטי אפילפטית שכמו הרבה תרופות אחרות עלולה להעלות סיכון לכל מיני מומים או בעיות**" (עמ' 60). היא נשאלה אם עובדה זו לא אמורה הייתה להביא לנקיטת זהירות "**אקסטרה**" והשיבה: "**אקסטרה זה אומר לעשות סקירות מערכות בדיוק כמו שכתבתי וגדילה עד סוף ההיריון ואקו לב עובר...וזה מה שבאמת הומלץ והיא גם עשתה דיקור**" (עמ' 61). היא המליצה על סקירת מערכות מורחבת גם לפנים רק בגלל החד השסוע (שם). היא אישרה שבסקירת מערכות מורחבת לפנים ניתן לראות דברים נוספים במבנה הפנים (עמ' 62).

<u>פרופ' ליפיץ</u>

88. פרופ' שלמה ליפיץ ציין בתצהירו כי התובעת הופנתה לביה"ח שיבא בהמלצת פרופ' מלינגר בתיאום עמו להמשך בירור וטיפול כולל דיקור מי שפיר וניקוז נוזל פלוריאלי. היא נבדקה לראשונה על ידי פרופ' ינון בתאריך 8.12.2011 ובוצע דיקור מי שפיר. ייתכן שהוא עצמו גם נכח בביקור. בתאריך 12.12.2011 פרופ' ינון ביצע את פעולת החדרת הנקז לבית החזה השמאלי של העובר בעזרתו. בתאריך 14.12.2011 הוא בדק את התובעת. בהתייחס לטענת ד"ר ברגר לפיה כישלון ניקוז הריאה הימנית נשא בחובו פרוגנוזה גרועה שחייבה להציע הפסקת הריון אפילו אם היה מדובר בכילוטורקס ראשוני בלבד ציין כי הניקוז הצליח, צד שמאל היה מנוקז היטב והריאה נראתה מפושטת. בצד ימין, שלא נוקז, הייתה רק כמות בינונית של נוזל עם ריאה מפושטת כך שחשש לריאה היפופלסטית לא היה קיים. נוסף לכך, הבצקת העורית בגולגולת שעדיין נראתה הייתה פחות בולטת כפי שמופיע ברישומים. לא מדובר בכישלון ניקוז הריאה הימנית כיון שלא בוצע ניסיון להחדרת הנקז לצד זה בשל תנוחת העובר. מעבר לכך – לא מדובר כלל בניקוז של "ריאות" אלא בניקוז הנוזל שבחלל הפלאורלי שנמצא בין הריאה לבין דופן בית החזה.

89. בהתייחס לטענה שהיה צריך לומר לתובעת שהפרוגנוזה גרועה ביותר ושאפשר לבקש הפסקת היריון ציין כי המחלה הראשונית היא בשל הצטברות נוזלים בבית החזה. במקרה הנדון מדובר בכילוטורקס, כלומר, הצטברות נוזל לימפטי. לרוב מצב זה מלווה על ידי בצקת עורית בפלג הגוף העליון וזה דבר שמייחד את הסיטואציה הזו, בניגוד למצב של הידרופס כללי שבו מופיע מיימת ובצקת כללית גם באזור הבטן והגפיים. בסיטואציה זו הניקוז פותר את הבעיה. יש הריונות רבים שטופלו בדרך זו ונולדו ילדים בריאים לחלוטין. במקרה זה הניקוז הצליח ומעיון בתיעוד הרפואי לא הייתה מיקרוצפליה. ד"ר ברגר כתב בטעות שמדובר בכילוטורקס לא ראשוני אך הוא אינו יכול לדעת זאת. לרוב מדובר בבעיה ראשונית של הצטברות נוזל לימפטי בבית החזה. לא היה מקום להקדמת הייעוץ הגנטי לפני הניקוז כי היה חשד גבוה להדבקה ב – CMV לעובר, שאם הייתה נכונה הייתה מובילה להפסקת הריון. קודם כל בוצע דיקור מי שפיר ורק לאחר שהתקבלה תשובה שלילית להדבקה ב- CMV בוצעה הפרוצדורה של הכנסת הנקז. עד קבלת התשובה ל CMV לא היה צורך בייעוץ גנטי נוסף.

90. בחקירתו אישר שחלק מהתפקיד האבחוני של היחידה לרפואת עובר אותה ניהל היה גם להעריך את הסיכוי של העובר לשרוד והאם מצבו הוא כזה שקיימת הסתברות של מעל 70% שהוא יוכל לחיות ללא תלות בעזרת הזולת (עמ' 2). הוא נשאל לגבי בדיקת האולטרסאונד מתאריך 8.12.2011 בה נמצא משקל העובר באחוזון 9 והופנה לנייר עמדה משנת 2010 בו נרשם שחשד להאטה בגדילה תוך רחמית עולה כאשר הערכת משקל העובר היא מתחת לאחוזון 10 והשיב שמתחת לאחוזון 10 אכן יש להתייחס לעובר כקטן ולבדוק (עמ' 3). אחוזון 9 התייחס לטענתו לעקומת דולברג ובבדיקתו בחקירה כשהוצגה לו העקומה טען שמדובר לדעתו באחוזון מעל 10 (עמ' 5). הוא ציין כי כאשר מדובר בכילוטורקס הפרוגנוזה היא טובה אך "**אנחנו גם מציינים להן שתדעו שבאחוז מסוים יש גם בעיות גנטיות שאו נעלה עליהם או שלא נעלה עליהם...אנחנו אומרים תדעי באחוז מסוים קטן אז יכול להיות גם בעיות של סינדרומים גנטים**" (עמ' 6). במקרה זה "**באותו שלב לא הייתה לו בעיה אחרת למעט החשד להדבקה ב – CMV שנשללה, כל יתר הבעיות שכביכול הועלו הם לא היו לו מיקרוצפלוס לא דברים אחרים...הבעיה שהוא הגיע אתה הייתה בעיה של כילוטורקס...הכילוטורקס זה כילוטורקס ראשוני, הפרוגנוזה מצויינת**" (עמ' 8).

91. הוא נשאל אם ההערכה שמדובר רק בכילוטורקס ראשוני לקחה בחשבון את השילוב של ההידרוטורקס עם פיגור בגדילה, קיצור קורפוס קלוסום, מעי אקוגני, זרוע קצרה, היקף ראש קטן, רושם לנוזל פריקארדיאלי. הוא השיב ש – 90% חלף וכן : "**כל מה שאת אומרת לא רלוונטי ונלקח בחשבון**" (עמ' 10). "**פרופ' מלינגר שהוא אחד הבודקים הטובים בדק והוא אומר אין לה מיקרוצפלוס, והקורפוס קלוסום שלה אין לו מבחינתו בעיה ומבחינתו אין בעיה במבנה המוחי...אם פרופ' מלינגר היה חושב שיש שמה מיקרוצפלוס או יש שמה פגיעה מוחית היא לא הייתה מגיעה אלי ליחידה לטיפול תוך רחמי. הכל היה נגמר בוולפסון או בהמשך ההיריון**" (עמ' 11). "**הוא הפנה אותה לשיבא על מנת להשלים את הבירור ולעשות טיפול תוך רחמי**" (עמ'

12). הוא נשאל אם במבט לאחור אנחנו יודעים שהכילוטורקס היה משני לבעיה גנטית ולא ראשוני והשיב שלא ניתן לקבוע זאת באופן ברור (עמ' 13). הוא אישר שבשיבא ניתן היה לבצע MRI דחוף במידת הצורך אך לדעתו MRI "**לא היה משנה**" וחזר על כך שפרופ' מלינגר התרשם שמבנה המוח תקין ללא פתולוגיה מוחית (עמ' 15).

92. הוא נשאל מדוע הופנתה התובעת לייעוץ גנטי והשיב כי סברו "**שכדאי לעשות את הציפ' הגנטי, כדאי לעשות. היה ברור לנו שהיא לא עשתה בולפסון ולא רצתה לעשות אותה בכלל בולפסון. כדי לעשות את הבדיקה...צריך לעבור ייעוץ גנטי. גם בלי זה אי אפשר לבצע את זה**" (עמ' 19). הוא ציין כי בכל מקרה בו יש לעובר ממצאים או חשד לבעיה האם עוברת ייעוץ גנטי: "**כל אישה בבית חולים ציבורי שעושה דיקור היא עוברת גם ייעוץ גנטי. זה חלק מההנחיה של משרד הבריאות...היום ואז**" (שם) "**על מנת להשלים את התמונה, על מנת שהגנטיקאי ייתן את האינפוט שלו מה האפשרות שיהיו סינדרומים גנטיים ומה הבדיקות שיכולות לענות על זה על מנת לאשר או לשלול את הסינדרומים הגנטיים עד כמה שניתן**" (עמ' 20). הוא נשאל מדוע לא נקבע ייעוץ גנטי דחוף כבר ל- 11.12.2011 והשיב שעד שלא התקבלה תוצאה של CMV לא מתקדמים במקרה וכמו כן ציין "**יכול להיות שכן אמרו לה לגשת לייעוץ הגנטי...אנחנו יודעים שכדאי לאישה שתבצע גם את הציפ' הגנטי. ולכן אנחנו מעלים את זה ולא מחכים ליועצת הגנטית. במידה והאישה הייתה אומרת שהיא רוצה כן לבצע את הציפ' הגנטי, הציפ' הגנטי היה מוכנס לעבודה באותו זמן של הדיקור, לא היינו מחכים אחר כך 10 ימים לייעוץ, אני רוצה שזה יהיה ברור**" (עמ' 21). הפסקת היריון לא עמדה על הפרק "**היא לא רצתה להפסיק את ההיריון היא רצתה שנטפל בעובר...כשזה היה כילוטורקס אמרנו לה שהפרוגנוזה טובה. מצד שני יש סיכון מסוים לסינדרומים גנטיים אי אפשר להעלים את זה**" (עמ' 28). אם היה זמן לאחר הייעוץ הגנטי הוא היה ממליץ לבצע "**את אותן בדיקות שכבר אמרתי להם שכדאי לעשות למשל עלה הנושא של הציפ' הגנטי שהיא סירבה לעשות אותו**" (עמ' 28) וכן "**אם היא הייתה רוצה ומבקשת לעשות גם את הנונן ולשלוח בדיקות אחרות לחו"ל הייתה עושה את זה גם**" (עמ' 30).

93. הוא נשאל לגבי בדיקת האולטרסאונד שבוצעה לפני הכנסת הנקז בתאריך 12.12.2011 ובה נמצאה בצקת עורית ונשאל אם אין מדובר בהחמרה ובהידרופס והשיב שהבצקת אינה מלמדת על החמרה בפרוגנוזה אלא על כך שצריך לטפל ולהכניס נקז. "**המושג הידרופס פה הוא סמנטיקה...פה זה לא בצקת כללית של העור**" (עמ' 32). "**זה תופעה ייחודית למקרים האלה של כילוטורקס שמופיעה בצקת בפלג גוף עליון...זה לא אותו הידרופס כללי של בצקת כללית של העור...זה סמנטיקה שאין לה חשיבות מבחינה טיפולית**" (עמ' 34). הוא נשאל אם נוכח הופעת הבצקת הוסבר לתובעת שסיכויי ההצלחה נמוכים יותר ממה שהוסבר לה והשיב כי הבצקת העורית במקרה זה "**לא חושב שהיא שינתה את הפרוגנוזה הראייה שהעובר הזה שרד**" (עמ' 36). הוא נשאל אם נכון שכמות הנוזל מימין עלתה בין ה – 14.11.2011 וה- 18.11.2011 והשיב

שאינו בטוח. הוא הגדיר אותה בתאריך 14.11.2011 כבינונית ופרופ' ינון הגדיר אותה כבינונית רבה ושניהם העריכו שעדיין לא צריך להכניס נקז בצד ימין ולא היה צורך רפואי בכך (עמ' 49). הוא ציין ש"**אם הייתה מיקרוצפליה אם היה פחות משלוש סטיות תקן היינו מתייחסים לזה אחרת...יכול להיות שאז היינו כן עושים MRI. יכול להיות שהיינו שוקלים, היינו קוראים לנוירולוג ילדים. אבל במקרה הזה לא הייתה מיקרוצפליה**" (עמ' 60).

<u>פרופ' ינון</u>

94. פרופ' יואב ינון ציין בתצהירו כי בדק לראשונה את התובעת בתאריך 8.12.2011. ברשומה ציין שידוע על הידרוטורקס דו צדדי בכמות גדולה עם ריבוי מים וכן כי הוסבר לבני הזוג לגבי המשמעות של הידרוטורקס. בתאריך 12.12.2011 ביצע את פעולת החדרת הנקז בעזרת פרופ' ליפיץ. בתאריך 18.12.2011 בדק שוב את התובעת ומדד את אברי העובר. בהתייחס לטענת התובעים לפיה לא הסביר להם את משמעות הממצאים שנמצאו בעובר שהיה קטן לגיל ההיריון ואת משמעות יתר הממצאים שהיו באותו השלב ציין כי משמעות הממצאים הוסברה לבני הזוג והוסברו גם סיבוכי הפעולה של הכנסת נקז לרבות ירידת מים ולידה מוקדמת. עצם נוכחות הנוזלים בגולגולת לא מהווה סיכון לפגיעה בעובר והיא חלק מההידרופס שמקורו בנוזל הריאות. המטרה של הכנסת הנקז היא להביא לניקוז של הנוזל סביב הריאות שיביא לרזולוציה של הבצקת וההידרופס. אי ניקוז הריאה הימנית אינו כישלון וברוב המקרים כשיש נוזל פלואורלי דו צדדי מנקזים צד אחד ואת הצד השני לרוב מנקזים רק בהמשך אם יש צורך בכך. לעיתים קרובות מספיק לנקז צד אחד. בהתייחס לטענה לפיה כישלון ניקוז הריאה הימנית נשא בחובו פרוגנוזה גרועה שחייבה להציע הפסקת הריון ציין כי הטענה אינה נכונה. אי ניקוז הצד השני לא מהווה כישלון וברוב המקרים מנקזים בשלב ראשון צד אחד. לראיה – כבר אחרי ניקוז ריאה שמאל היה שיפור בהידרופס ובבצקת העורית. אם היו רואים שהנוזל הפלאורלי מימין מחמיר וההידרופס מחמיר היו עושים פרוצדורה נוספת להכנסת נקז לריאה ימנית.

95. פרופ' ינון ציין כי עד תאריך 8.12.20122 עדיין לא הייתה בצקת עורית, כלומר, לא היה הידרופס. הפעם הראשונה בה הופיעה בצקת הייתה בבדיקה מתאריך 12.12.2011. בהידרוטורקס ראשוני אם אין בעיה גנטית הפרוגנוזה טובה גם אם יש הידרופס. עצם נוכחות בצקת עורית, מה שהופך את זה להידרופס, אינה משנה את הגישה הטיפולית כי הבצקת היא תוצאה של הנוזל בריאות ורק מצדיקה עוד יותר את הצורך בהתערבות תוך רחמית. הוא ציין כי לא היה מקום לערוך ייעוץ גנטי לפני הניקוז וגם לא לדחות הניקוז. בכל מקרה גם אם היה מתבצע הייעוץ קודם לכן זה לא היה משנה כי ממילא ההורים אמרו שהם לא מעוניינים בבדיקת ציפ' גנטי ובהפסקת הריון. ברגע שיש הידרוטורקס בכמות גדולה מלווה בריבוי מים ובצקת עורית כמו במקרה דנן יש לבצע את פעולת הכנסת הנקז בהקדם ולא להמתין כי ההמתנה מרעה את מצב העובר הן מבחינת התפתחות

הריאות והן מבחינת החמרה של מצב ההידרופס. במצבים מסוג זה לא מקובל לדחות את הכנסת הנקז עד שיש ייעוץ גנטי.

96. בחקירתו ציין כי התובעת הגיעה אליהם לאחר שכבר "**עברה את כל העיבוד בחוץ בבית חולים אחר והופנתה אלינו כדי שנעשה את הפרוצדורה התוך רחמית**" (עמ' 64). ההמלצה הייתה אכן להכניס נקז דו צדדי אבל "**זה לא אומר שבבת אחת...הרבה פעמים זה בדירוג...מכניסים צד אחד לפני כמה ימים רואים מה קורה ואז מכניסים את הצד השני**" (עמ' 65). הוא אישר שבדיעבד ידוע שהכילוטורקס כפי הנראה קשור לבעיה הגנטית (עמ' 66). הוא אישר שניתן לבצע בדיקת MRI כבר משבוע 20 והפענוח מוכן לרוב לאחר מספר שעות (עמ' 71) לגבי הצורך להפנות לבדיקת MRI במקרה זה ציין כי "**המקרה היה מקרה של הידרוטורקס והידרופס אין פה שום אינדיקציה ל – MRI ...אם באמת היו ממצאים מוחיים שמצריכים MRI כמו היקף ראש שתיים וחצי סטיות תקן...אז היינו, או הצוות שטיפל בה בוולפסון היה מפנה אותה ל – MRI...תיאורטית אפשר בכל שלב לעשות MRI, אופטימלית אנחנו בדרך כלל MRI הוא יותר טוב לנו בשבוע 32 אבל אם יש ממצא שאנחנו רואים כל הממצא המוחי שמעלה חשד זה משהו שאפשר לשלוח קודם אבל פה אני לא רואה**" (עמ' 73). התובעת הופנתה לייעוץ גנטי כי "**בכל אישה שיש ממצאים שבאסוציאציה זו בעיה גנטית אנחנו מפנים לייעוץ גנטי למרות שהיא כבר עברה ייעוץ גנטי אחד. אבל בגלל שחשבנו שיש פה איזשהו סיכוי לבעיה גנטית אז היא צריכה ייעוץ גנטי גם כדי להסביר לה טוב יותר מה האפשרויות מבחינת הבירור הגנטי. פה דיברנו על לעשות ציפ' גנטי שהיא לא עשתה, בדיקה לנונן שהזכרנו...אז הפנינו לייעוץ גנטי**" הוא ציין כי הוא לא היה ממליץ על הפסקת היריון בנתונים שהיו ו"**גם לא חושב שזה היה עובר ועדה**" (עמ' 74). הנקז בצד ימין לא הוכנס כי "**גם לא היה נוזל מאד בכמות מאד גדולה ...וגם ההידרופס השתפר והבצקת חלפה. וזו הסיבה שעוד חיכינו אם להכניס את הצד השני. ציפינו שכל פעולה כזאת יש בה את הסיכונים של לידה מוקדמת וכו' אז בגלל זה אנחנו לא אוטומטית רצים ומנקבים את שני הצדדים**" (עמ' 77). הוא הסביר שההידרופס במקרה זה "**זו דוגמא קלאסית לזה בעצם נוצר מזה שאתה משאיר את הנוזל בבית החזה, הוא יוצר לחץ ופוגע בניקוז ואז נוצר הידרופס וההידרופס הוא משני לנוזל לבית חזה ובגלל זה וכשאתה מנקז את הנוזל ההידרופס בעצם עובר רזולוציה**" (עמ' 79). הוא ציין שהייתה "**סבירות לא זניחה**" לבעיה גנטית והם אמרו זאת לתובעת והציעו לבדוק את זה (עמ' 80). הפרוצדורה של הכנסת הנקז "**עברה טוב**" מבחינתו והוא אמר זאת גם לתובעת (עמ' 81). הוא נשאל מדוע נקבע תור לייעוץ גנטי רק לתאריך 18.12.2011 והשיב: "**בפועל אין לנו אפשרות שאישה מגיעה ובאותו יום שיהיה לה ייעוץ גנטי. להזכיר שהאישה הזאת...לא הגיעה אלינו מהרחוב היא אישה שעברה ייעוץ גנטי, אישה שעברה כבר דיקור מי שפיר ויש לנו קריוטיפ תקין. שעברה אי אלו סקירות זה לא שזה נפל עליה כרעם ביום בהיר**" (עמ' 82) וכן: "**נכון שהיינו רוצים יותר מזה היינו רוצים ציפ**". הוא נשאל מדוע הייעוץ לא ניתן בתאריך 13.11.2011 והשיב "**אם היה אפשר אז היו עושים אני מניח שאי אפשר היה כי לא הייתה זמינות**" (עמ' 83).

ד"ר ברקנשטט

97. ד"ר מיכל ברקנשטט פירטה בתצהירה את הייעוץ הגנטי שביצעה לבני הזוג בתאריך 18.12.2011. היא העלתה בפניהם את האפשרויות שיכולות להסביר את שילוב הממצאים וכן הסבירה על האפשרות לפנות לוועדה להפסקת היריון בשל הממצאים. בני הזוג אמרו לה מפורשות שאינם מעוניינים בכך, כפי שרשמה במכתב הסיכום. למחרת היא יצרה קשר עם הגב' מירי ינוב שערכה את הייעוץ הגנטי בבית החולים וולפסון. היא ציינה כי במכון הגנטי בוולפסון יש מעט נוזל מסוכרז ממי השפיר שניתן לבצע בו בדיקה ל – SLO. מתברר שבאותו לילה של הייעוץ היולדת ילדה.

98. היא ציינה בתצהירה שהייעוץ הגנטי הנערך על ידה הוא תהליך ארוך בו יושבים עם בני הזוג לפחות שעה, ולרוב אף יותר, ודנים במקרה. אחרי הייעוץ נכתב מכתב הסיכום. במקרה זה, ציינה, המכתב נשלח באותו היום בפקס למחלקה להיריון בסיכון. היא התייחסה לטענות התובעים לגבי העדר הסבר על משמעות הממצאים ואי הצגת האפשרות להפסקת הריון ודחתה טענות אלו. היא ציינה שאינה זוכרת את המקרה נוכח השנים הרבות שחלפו אך הדברים שכתבה בייעוץ בזמן אמת מדברים בעד עצמם. ניתן לראות שנדונו אטיולוגיות שונות לממצאים ובין השאר הסיכון להפרעות כרומוזומליות או תסמונות גנטיות שונות. אם הייתה יודעת באופן חד משמעי שהתינוק ייוולד לא תקין ודאי שהייתה אומרת זאת להורים. עצם הדיון על האטיולוגיות והתסמונות השונות מראה שהיה דיון על כך שיש כאן ממצאים לא תקינים שהם אינם יודעים מהו הגורם להם ולכן לא ניתן לקבוע מהי הפרוגנוזה לילוד. בסופו של דבר היה שינוי כרומוזומי שהיה יכול להתגלות אם היו עושים את הבדיקה שהוצעה לתובעים מספר פעמים. במועד הייעוץ, כאשר עדיין לא היה ידוע מתי תתרחש הלידה, התובעים אמרו שאינם מעוניינים לערוך הבדיקה.

99. בחקירתה נשאלה אם ראתה שבבדיקות אולטרסאונד מתאריך 12.12.2011 ומתאריך 14.12.2011 נראתה גם בצקת עורית ואם ראתה את כל מסמכי האשפוז והשיבה שאינה יודעת (עמ' 69) אך: "**מה שבטוח שראיתי אולטרסאונד עדכני ביום של הייעוץ...היה למולי ססטוס הכי עדכני**" (עמ' 70). היא נשאלה אם משהו שלא נרשם על ידה בייעוץ יש להניח שלא עמד בפניה והיא השיבה שהיא מניחה שאכן כך (עמ' 70). היא נשאלה שוב לגבי הבצקת שנראתה מספר ימים לפני כן והשיבה שאין לכך חשיבות כי היא התייחסה לססטוס העדכני של העובר ובמועד זה לא היו בצקות מפושטות בגוף (עמ' 73). היא נשאלה מדוע לא התייחסה לכך שהקורפוס קלוסום בסקירה מתאריך 7.12.2011 נמצא קטן והשיבה שפרופ' מלינגר "**לא ציין את זה בתור ממצא שהוא לא תקין ויש הבדל בין קורפוס קלוסום שהוא קצר ולא שלם ואז אינו תקין ובין קורפוס קלוסום שלם אפילו אם באחוזון 3 בעובר קטן**". קורפוס קלוסום קטן עם עובר קטן "**זה הולך ביחד, זה בדרך כלל אין לזה משמעות מבחינה קלינית**" (עמ' 78). לגבי האפשרות להפסיק ההיריון ציינה: "**אף אחד לא אמר שהעובר כל כך פגוע שהיא צריכה לשקול הפלה. יש הבדל מאד מאד גדול**

בייעוץ גנטי ברגע שיש ממצאים, חובה שלי...לציין שיש בפני האשה אוטונומיה לפנות לוועדה להפסקת היריון...אף אחד לא אמר לה שיש פה איזה...קטסטרופה שהיא חייבת לרוץ לעשות הפסקת היריון ממש לא, כי קטונו. אנחנו בחכמה בדיעבד יודעים שהילד הזה לא בסדר...סקרתי בפניה למעשה את כל האפשרויות...אתה לא יודע בנתונים האלה להגיד לה חד משמעית האם הילד הזה הוא תקין או לא תקין. מצד שני, האם יש פה סיכון ויכול להיות לא תקין, כן, האם זה נאמר לה, כן, האם המלצנו לעשות בדיקות בשביל לנסות לראות באיזה סטטוס שהיא, גם כן, אבל הזוג אמר שהוא לא רוצה לעשות" (עמ' 81).

100. היא נשאלה מדוע נוכח שילוב הממצאים לא המליצה לבני הזוג לפנות לוועדה להפסקת היריון. בתשובתה התייחסה לממצאים שהוצגו בשאלה: השקיפות העורפית לא הייתה בנורמה גבוהה. מעי אקוגני בסקירה בשבוע 16 אינו מהווה ממצא חריג. העובר היה קטן והיא התייחסה לכך. לא היה הידרופס אלא כילוטורקס. היא מנתה בפני בני הזוג את האפשרויות "**כי כשאתה בא להסביר לבן אדם את הסיטואציה שיש לו, אתה צריך להגיד את כל האפשרויות...אנחנו נורא חכמים בדיעבד, אנחנו יודעים עכשיו שהעובר הזה לא תקין, אבל כשיש לנו דברים מסוימים אנחנו לא יודעים מה הסטטוס...אני אפילו החמרתי**" (עמ' 87). "**אני חייבת לציין את כל האופציות גם הרעות וגם הטובות. יש פה הרבה דברים שהיו בהתחלה ונעלמו. השקיפות לא הייתה בסופו של דבר, היא לא הייתה חריגה... הקורפוס קלוסום היה בתחום התחתון של הנורמה אבל שלם, מעי אקוגני לא היה קיים, המדדים מיקרוצפלי לא היה מיקרוצפלי, בסופו של דבר אנחנו היינו עם עובר שהוא קטן עם כילוטורקס**" (עמ' 88). "**ייעוץ גנטי זה לא מצב שבו...הדברים הם שחור ולבן...במצבים האפורים אתה לא יודע מה התשובה, מה המצב הנכון ואז אתה מציע...וכן, הצעתי לה לעשות בדיקות, כן הצעתי לה גם באופן ספציפי בדיקה שהיא יכולה לעשות**" (עמ' 91). "**יש מצבים שבהם אני לא יודעת וברגע שאני לא יודעת אני לא אבוא ואגיד למישהו...תפנה לוועדה להפסקת היריון כי אני לא יודעת. אני לא יכולה להבטיח שזה לא תקין. יש מצבים שכן...פה לא ידענו מה המצב...אני העליתי את כל האפשרויות...יש פה שילוב של דברים שזה יכול היה להיות תסמונת גנטית וזה יכול להיות גם לא. נאמר לה בפירוש**" (עמ' 94). היא נשאלה מדוע כתבה במכתב שנשלח למחלקה שבני הזוג "**אמרו במפורש**" שאינם מעוניינים בהפסקת היריון ואילו בתרשומת שרשמה לעצמה נרשם שהם "**לא מעוניינים כרגע**" והשיבה שכפי הנראה אמרו עוד משהו לאחר מכן, אחרת לא הייתה רושמת "**במפורש**" (עמ' 97). היא עמדה על כך שסיכום הייעוץ נשלח למחלקה באותו היום בו נערך הייעוץ למרות שמנוסח המכתב אפשר ללמוד שלא כך היה (עמ' 102). היא נשאלה מדוע ציינה אפשרות של הידרופס עם סימן שאלה בתרשומת שערכה והשיבה שכוונתה הייתה למשהו "**בספקטרום**" של הידרופס (עמ' 106) אך בהתאם לחוות דעת הרופאים המטפלים היא התייחסה לכך כמצב של כילוטורקס (עמ' 109). היא נשאלה לגבי סקירה מכוונת לפנים כדי לבדוק מבנה הפנים והשיבה שלא היה צורך בכך עת החשד לחך שסוע נשלל ודיסמורפיה של הפנים אינה נראית באולטרסאונד (עמ' 112).

<u>טענות התביעה</u>

101. התובעים טוענים בסיכומיהם כי התרשלות הנתבעות התבטאה במספר נושאים. **הנושא הראשון**, אי הפניית התובעת לבדיקת MRI מוח, שלו הייתה מבוצעת הייתה מגלה בוודאות את הפגמים במוחו של העובר – הבעיה המבנית בסולקציה ובקורפוס קלוסום. היו מספר הזדמנויות בהן הייתה חובה על הצוות הרפואי להפנות לבדיקת MRI: בתאריך 22.11.2011 כאשר התגלה היקף ראש קטן בין 2-3 סטיות תקן; בתאריך 7.12.2011 כשנמצא בנוסף קורפוס קלוסום קטן ב- 2 סטיות תקן; בתאריך 8.12.2011 עת בוצע דיקור מי שפיר; בתאריך 11.12.2011 עת התקבלה לאשפוז בשיבא; בתאריך 12.12.2011 עת בוצע הניקוז ובמועד כלשהו במהלך האשפוז בשיבא. גילוי הליקויים בבדיקת MRI היה מצביע בסבירות של 100% על כך שמוחו של התובע לקוי, מה שהיה מביא להפניה לוועדה להפסקת הריון.

102. התובעים מפנים לכך שבסקירה מתאריך 22.11.2011 נמדד היקף ראש החשוד למיקרוצפליה – 3.3 סטיות תקן לפי הדלוק (העקומה שהייתה בשימוש נרחב באותן שנים, כלומר מיקרוצפליה ברורה) ובין 2 ל – 3 סטיות תקן לפי צ'רבנק. בסקירה מתאריך 7.12.2011 נמצא בנוסף קורפוס קלוסום קטן בשתי סטיות תקן. הממצאים המוחיים לא היו מבודדים. נמצא גם משקל קטן, אורך זרוע קצר והצטברות נוזל בריאות שהחמירה באופן משמעותי בין שתי הסקירות. כל אלו בעובר שכבר נמצאו אצלו קודם שקיפות עורפית גבולית, מעיים אקוגניים וחשד לפגם בחך. כאשר החריגה בהיקף הראש קיימת במשולב עם מומים או בעיות אחרות ההסתברות לכך שהחריגה מבטאת פגיעה מוחית משמעותית גבוהה הרבה יותר מאשר אם מדובר בממצא מבודד.

103. אשר לעקומה הרלוונטית בה יש להשתמש לצורך הערכת היקף הראש, התובעים טוענים שהטענה שבאותה עת השתמשו בעקומת צ'רבנק לא נתמכה בעדות כלשהי כיון שנייר העמדה לפיו יש לבחון הנתונים לפי צ'רבנק פורסם רק בשנת 2015, לאחר לידת הקטין. בכל מקרה, פרופ' מלינגר אישר בעדותו שגם היקף ראש בין 2 ל – 3 סטיות תקן מהווה סיבה להפניה ל – MRI. במקום להפנות את התובעת לבדיקת MRI, בדיקה זמינה, שתוצאותיה מתקבלות תוך כמה שעות, שיש לה יתרון על פני אולטרסאונד בשל יכולת זיהוי טובה יותר של הפרעות מבניות בעיקר בחומר האפור והלבן, התובעת הופנתה באותו המועד לשיבא לצורך ניקוז. התובעים מפנים עוד לכך שהיקף הראש שנמדד בתאריך 22.11.2011 הצביע על שבירת עקומות כיון שבשתי סקירות קודמות היקף הראש היה תקין. מגמת שבירת העקומות מעידה על אפשרות לפגם ולא על עובר קטן מלכתחילה.

104. התובעים מתייחסים לנייר עמדה מס' 31 של איגוד המיילדות והגניקולוגיה בדבר ניהול הריון עם חשד למיקרוצפליה בעובר משנת 2015. בנייר העמדה נרשם שמומלץ להשתמש בעקומת צ'רבנק וכן כי "**כאשר יש חשד לממצא חריג בבדיקה סונוגראפית מכוונת למוח או כאשר מבצע הבדיקה**

מציין שהבדיקה אינה מספקת יש להפנות לבדיקת MRI של מוח העובר". בהמשך נרשם כי כאשר היקף הראש קטן משלוש סטיות תקן יש חובה להפנות לבדיקת MRI של מוח העובר ולייעוץ נוירולוג ילדים. התובעים טוענים ששילוב הממצאים במקרה זה חייב הפנייה לבדיקת MRI. לכך הצטרפה העובדה שהתובעת נטלה טגרטול שמעלה הסיכון למערכת העצבים המרכזית – המוח. התובעים טוענים שפרופ' מלינגר ציין בחקירתו כי ציפה שההפניה לבדיקת MRI תינתן בשיבא אם לא יימצא דבר בבדיקת מי השפיר. הם טוענים שהיה שפע של זמן לבצע הבדיקה בשני בתי החולים עוד לפני סיום ההיריון. הניקוז בשיבא לא בוצע מיד לאחר ההפניה מתאריך 7.12.2011 אלא רק בתאריך 12.12.2011. ממועד הסקירה בתאריך 22.11.2011 ועד הלידה חלף כמעט חודש בו ניתן וצריך היה לבצע בדיקת MRI ולקבל תוצאותיה לפני הלידה. ההפניה ל – MRI הפכה קריטית לאחר שידוע היה שהתובעת עומדת לעבור פעולת ניקוז, פעולה שיש בה סכנה ידועה מראש ללידה מוקדמת, קל וחומר לאחר שבתאריך 11.12.2011 הופיעו צירים. הסיבה לאי ביצוע הבדיקה לא הייתה העדר זמן, אמצעים או זמינות אלא העובדה שפשוט לא חשבו על כך. התובעים מפנים לכך שברשומה הרפואית האפשרות לבצע MRI כלל לא מוזכרת.

105. אשר ליעילות הבדיקה, התובעים טוענים שבתאריך 22.11.2011 ובחודש לאחר מכן המבנים במוח שנמצאו לקויים אצל הקטין לאחר הלידה היו כבר מפותחים. הבדיקה, לו הייתה מבוצעת, הייתה מגלה את הליקויים המבניים, הם הליקויים שנמצאו בבדיקת MRI שבוצעה לקטין בגיל שנה ושמונה חודשים. פרופ' שטיינברג העיד כי לו היו נבדקים היו נמצאים ליקויים אלו כבר בזמן ההיריון. פרופ' מלינגר העיד שהג'נו שנמצא במבנה לא תקין היה קיים כבר בשבוע 20. אשר למועד האופטימלי לבצע בדיקת MRI – פרופ' מלינגר בתצהירו ופרופ' הרמן בחוות דעתו טענו שהמועד הוא בשבוע 32 כיון שעד שבוע זה קשה להעריך את תקינות הסולקציה. טענה זו נסתרה בכל העדויות שנשמעו, לרבות זו של פרופ' מלינגר.

106. **הנושא השני** הוא אי הפנייה לבדיקה מכוונת לפנים אשר הייתה מגלה, כנטען, דיסמורפיזם בפני העובר. התובעים טוענים שבייעוץ גנטי שבוצע לקטין בפגיה אובחן בפניו, כחלק מהתסמונת עמה נולד, דיסמורפיזם הכולל רטרוגנטיה (מנח אחורי של הסנטר), אוזניים נמוכות עם אנטיהליקס בולטים ועיניים קרובות. בהתאם לחוות דעתו של ד"ר ברגר דיסמורפוזם של הפנים יכול יותר מלרמוז על קיום פגם כרומוזומלי. המלצה לסקירה מכוונת לפנים ניתנה על ידי גב' ינוב אך זו לא בוצעה מעולם. ד"ר תומרקין שביצע סקירה בתאריך 13.11.2011 התבקש לבדוק ובדק רק את נושא הבליעה והחשד לפגם בחך. לו הייתה מתבצעת סקירה מכוונת לפנים היא הייתה מגלה את הדיספורפיזם בפני העובר, ובתוספת יתר הליקויים הייתה נובעת המסקנה שהעובר לוקה בתסמונת גנטית כלשהי.

107. **הנושא השלישי** הוא העדר הסבר מפורט על אודות בדיקת הציפ' הגנטי ומדוע כדאי מאד היה לבצעה באותם הנתונים והעדר הפנייה מבעוד מועד לביצועה. התובעים טוענים שבדיקת הציפ'

הגנטי, שבאותה העת לא הייתה בסל הבריאות אך ניתן היה לבצעה באופן פרטי, הייתה יכולה לתת מידע נוסף על אודות העובר. לאור תפיסת הרופאים שמצב העובר היה טוב, שלכל היותר הוא קטן לגיל ההיריון והוא סובל מנוזלים בריאות שאותם ניתן לנקז, הם לא המליצו על ביצוע הבדיקה ולא חתרו לביצועה. להבדיל מרישום האפשרות לבצע הבדיקה במסמכים איש מהרופאים לא אמר לתובעים על קיום הבדיקה וודאי שלא נתנו הסבר מקיף לגביה או המליץ לבצע אותה. הרופאים לא טענו שהם המליצו על ביצוע הבדיקה אלא שלכל היותר יידעו על קיומה. יידוע כללי אינו יכול במקרה זה להחליף המלצה. היה על הרופאים להעמיד את התובעים על הצורך החד משמעי בביצוע הבדיקה, להסביר איזה מידע היא עשויה להוסיף ולפרט את כל המידע לגביה. אם לאחר מלוא ההסברים התובעים היו מסרבים לבצע הבדיקה הסירוב היה צריך להופיע באופן ברור ומפורט ברישומי הרופאים.

108. התובעים מתייחסים לחמישה רישומים רפואיים בהם מוזכר נושא הציפ' הגנטי. האחד – בייעוץ הגנטי של הגב' ינוב מתאריך 13.9.2011 יחד עם ההמלצה לבצע דיקור מי שפיר. התובעים טוענים שההמלצה הברורה שניתנה לתובעת הייתה לבצע בדיקות נוספות ואם כל אלה ימצאו תקינות אין צורך בבירור נוסף. הגב' ינוב גם העידה שלא סברה שהייתה אינדיקציה לבצע בדיקת ציפ' גנטי. התובעים טוענים כי התובעת לא סירבה לשמור תאים ובמהלך הדיקור איש לא ביקש ממנה תשלום. הגב' ינוב הורתה להפסיק לגדל תרביות מבלי שהודיעה על כך לתובעת. השני – בסיכום הבדיקה והסקירה אצל פרופ' מלינגר בתאריך 22.11.2011. התובעים טוענים שבדיקה זו לא הייתה למטרת ייעוץ כללי בנוגע למצב העובר אלא לבדיקת הנוזל בריאות. לא ניתנו במהלך הבדיקה הסברים בנוגע לממצאים הנוספים שנמצאו בעובר או המלצה לפנות לבדיקת ציפ' גנטי בשל כך. פרט לרישום CGH פרופ' מלינגר לא נתן שום הסבר לתובעת על אודות הבדיקה ונחיצותה ולא המליץ לבצעה. השלישי – רישום של פרופ' ינון מתאריך 8.12.2011. לא נרשם שהוסבר לתובעת מהי המשמעות של הבדיקה וגם לא הומלץ לבצעה. השיח נסב על נושא הנוזל בריאות ועל ההמלצה לשמור תאים בתשלום עבור בדיקות עתידיות אפשריות וכך נעשה. הרביעי – רישום של פרופ' ינון מתאריך 18.12.2011 בשעה 10:57. פרופ' ינון הניח שהיועצת הגנטית תשוחח עם התובעת על אודות הציפ' הגנטי אך הוא עצמו לא הסביר או המליץ לתובעת על ביצוע ציפ' גנטי באותו המועד או חשב שמצב העובר מצדיק את ביצוע הבדיקה. החמישי – הייעוץ הגנטי מתאריך 18.12.2011 שם נרשם שהתובעת לא מעוניינת לבצע הבדיקה. התובעים טוענים שבאותו המועד הבדיקה כבר לא הייתה רלוונטית כי התוצאות היו מתקבלות לאחר הלידה. התובעים טוענים שהייעוץ הגנטי בוצע רק לאחר 10 ימי אשפוז במהלכם סבלה התובעת מצירים. היה ברור שלידה עלולה להתרחש בכל רגע, גם משום שפעולת הניקוז מגבירה את הסיכון ללידה. היה על הרופאים להפנות את התובעת לייעוץ גנטי עוד בבי"ח וולפסון, לפני שהחלו הצירים ולפני הניקוז. גם אם תתקבל הטענה שהתובעת סירבה לבדיקה בתאריך 18.12.2011 מדובר על סירוב במועד בו הבדיקה לא הייתה רלוונטית ואין ללמוד מכך שאם הבדיקה הייתה מומלצת במועד מוקדם יותר התובעים היו מסרבים.

109. **הנושא הרביעי** הוא העדר הערכה רפואית על בסיס שילוב מכלול הנתונים שנמצאו אצל העובר והסבר לתובעים על הפרוגנוזה הרעה הכרוכה בשילוב זה. התובעים טוענים שגם בלי ביצוע הבדיקות הנוספות היה על הרופאים לשלב כל הנתונים, ליידע התובעים שקיים סיכון סטטיסטי גבוה לפרוגנוזה גרועה לעובר ולהפנותם לוועדה להפסקת היריון. אף אחד מהרופאים לא ערך שילוב של כל הנתונים כנדרש ולא מסר להורים שבהסתברות סטטיסטית העובר צפוי להיוולד פגוע. הרופאים סברו במהלך ההיריון שמדובר בעובר קטן עם כילוטורקס, בעיה שניתן לטפל בה עם פרוגנוזה טובה, וכי כל יתר הממצאים כלל לא רלוונטיים. גם התייחסות לכך שכילוטורקס אצל עובר קטן יכולה להיות ממקור גנטי לא הייתה. בעובר היו מספר ליקויים אשר כל אחד כלשעצמו לא מעיד בהכרח על פתולוגיה אך שילובם מצביע בהסתברות סטטיסטית גבוהה מאד על עובר פגוע.

110. התובעים טוענים שהיו שתי נקודות זמן קריטיות לפחות בהן היה על הרופאים לעצור, לבחון המידע ולתת להורים ייעוץ מקיף על שילוב הממצאים. הנקודה הראשונה היא בתאריך 7.12.2011 בבי"ח וולפסון. באותו שלב הליקויים שנמצאו היו היקף ראש קטן, קורפוס קלוסום קטן, פיגור גדילה תוך רחמי קשה, נטילת טגרטול, סיכון גבולי לתסמונת דאון בשקיפות העורפית, ערך נמוך מהרצוי של חלבון עוברי, ריבוי מי שפיר, שלושה סימנים רכים: מעי אקוגני, אורך זרוע קצר, אורך ירך קצר, הידרוטורקס ורושם לנוזל בכפורת הלב שמביא להידרופס כבר בשלב זה. נוכח שילוב ממצאים אלו היה צריך לבצע הערכה מחודשת של העובר ולבדוק שוב ההערכה שמדובר בתפליט ראשוני מסיבה לא ידועה. במועד זה הוחמצה האפשרות הראשונה להפנות את התובעת לוועדה להפסקת היריון ולהביא ההיריון לסיום עוד טרם ביצוע הפעולה הקשה של ניקוז מי השפיר. הרופאים בבי"ח שיבא סמכו בעיניים עצומות על הבירור שערך פרופ' מלינגר וראו את תפקידם כמסתכם בביצוע ניקוז מי השפיר מריאות העובר בלבד.

111. נקודת הזמן השנייה הייתה בתאריך 12.12.2011. במועד זה הופיעה לראשונה גם בצקת עורית – כלומר – הידרופס. הימצאות הידרופס נוסף לליקויים האחרים הצביעה חד משמעית וסופית על כך שאין מדובר בכילוטורקס ראשוני ממקור לא ידוע, שהפרוגנוזה של העובר אינה טובה ושהעובר סובל מפגם מרכזי הגורם לשורת ליקויים אצלו. בהתאם לספרות הסיבה הראשונה להימצאות הידרופס היא מומי לב או כלי דם, מה שלא נמצא במקרה זה, והסיבה השכיחה הבאה (13.4%) היא כרומוזומלית. הסיכון לפגם כרומוזומלי גבוה במיוחד כאשר ההידרופס מזוהה מוקדם בהיריון – כפי שהיה במקרה זה. היה על הרופאים לבחון לעומק את האפשרות שמדובר בבעיה כרומוזומלית. פרופ' הרמן טען בחוות הדעת שלו שלא היה הידרופס. פרופ' ינון ופרופ' ליפיץ הסכימו בתצהיריהם שמדובר היה בהידרופס. הם הציעו תזה חדשה לפיה יש שני סוגי הידרופס. מדובר בהרחבת חזית אסורה. אין זכר להבחנה זו בחוות דעתו של פרופ' הרמן. פרופ' הרמן כפי הנראה הועמד על טעותו לקראת חקירתו וחזר על ההבחנה שעשו הרופאים המטפלים

מבלי שציין זאת בחוות הדעת. אבחנה זו גם עומדת בסתירה למאמר של Callen לפיו אין הבחנה בין שני סוגי הידרופס והפרוגנוזה בנוכחות הידרופס היא תמיד גרועה. בכל מקרה, נוכח הליקויים הרבים היה על הרופאים להניח שמדובר בהידרופס רב מערכתי הנובע מבעיה כרומוזומלית ולא בהידרוטורקס מבודד. כאשר הופיעה הבצקת כלל לא נערך דיון ולא נבחנה השאלה באיזה משני סוגי הידרופס מדובר ומה המשמעות שעלולה להיות לכך. במקום הערכה חדשה בוצע ניקוז. גם אם תתקבל הטענה שהיה הכרח לנקז את הנוזל כדי להקל על מצב העובר אין הסבר מדוע לאחר מכן לא נעשתה הערכה נוספת של הנתונים הקשים.

112. **הנושא החמישי** הוא ייעוץ גנטי רשלני מתאריך 18.12.2011, הן במועד בו בוצע, הן מבחינת תוכנו והן מבחינת ההמלצות השגויות שניתנו בו. התובעים טוענים שהתובעת הופנתה לייעוץ הגנטי הנוסף באיחור ניכר, מה שהפך מראש את ההמלצות שבו ללא רלוונטיות. הייתה חובה להפנותה לייעוץ גנטי נוסף כבר בבי"ח וולפסון. בסיכום האשפוז מתאריך 22.11.2011 הומלץ ייעוץ גנטי חוזר אך היא לא הופנתה לייעוץ כזה. רישום בדבר הפנייה לייעוץ גנטי הופיע רק בתאריך 13.12.2011 והוא בוצע לבסוף בתאריך 18.12.2011, עשרה ימים לאחר שהתקבלה התובעת בבי"ח שיבא וכמעט חודש לאחר ההמלצה שניתנה בבי"ח וולפסון. היה ברור, לאור הצירים ופעולת הניקוז, שהלידה עלולה להתרחש בכל רגע. בנסיבות אלו אסור היה לדחות את ביצוע הייעוץ הגנטי והיה צריך לבצעו לכל המאוחר בתאריך 8.12.2011. דחיית הייעוץ לעשרה ימים לאחר מכן, כשהלידה צפויה להתרחש בכל רגע, לא רק שלא אפשרה לתובעת להבין ולשקול את ההמלצות שניתנו בייעוץ אלא שהיא הפכה את כל ההמלצות בו לבלתי רלוונטיות.

113. כמו כן, טוענים התובעים, תוכן הייעוץ היה לקוי. הוא כשל בהבנת שילוב הממצאים ולא הגיע למסקנה המתבקשת – שהפרוגנוזה של העובר צפויה להיות גרועה. היועצת הגנטית לא הבחינה שהיקף הראש בתאריך 22.11.2011 היה בין 2-3 סטיות תקן ולא המליצה על ביצוע MRI, לא התייחסה לממצא של קורפוס קלוסום קצר ב- 2 סטיות תקן, ציינה שמשקלו של העובר מתאים לפיגור תוך רחמי חמור אך כשלה בהבנת המשמעות של הממצא יחד עם יתר הנתונים ולא התייחסה לממצא של בצקת עורית המביא למסקנה של הידרופס. היועצת הגנטית הציגה בפני ההורים הרבה אפשרויות, חלקן סותרות זו את זו, אך לא נתנה להורים המלצה ברורה. התחושה שנתנה להורים הייתה שלאחר שבוצע ניקוז מי השפיר העובר יהיה בסדר ואפשר להמשיך עם ההיריון. נאמר לתובעת על ידי הרופאים המטפלים שהניקוז עבר בהצלחה. בנסיבות אלו כל אדם סביר היה מבין שמתוך האפשרויות שנפרסו לפניו האפשרות שהעובר יהיה בסדר היא הסבירה ביותר. התובעת העידה שהם יצאו מהייעוץ בחיוך והתחושה הייתה טובה. בכל רשימת ההמלצות הארוכה והסותרת בייעוץ הגנטי לא היה הסבר ברור שהממצאים הרבים מצביעים בסבירות גבוהה מאד, ודאי מעל 30%, שמדובר במום מרכזי ומג'ורי. "המנגינה" הייתה כזו שיש כל מיני אפשרויות אך העיקר הוא שהכילוטורקס הוא בעל פרוגנוזה טובה. היועצת הגנטית לא העבירה מסר שאכן הגיוני לבקש הפסקת היריון. התובעים טוענים עוד שההמלצות בסיכום הייעוץ והפקס

למחלקה נרשמו בדיעבד לאחר הלידה. ד"ר ברקנשטט העידה שאת המכתב למחלקה היא כתבה והעבירה מיד לאחר הייעוץ, באותו היום, אך מניסוח המכתב עולה בבירור שהוא נכתב בדיעבד כי הוא מדבר על תאריך 18.12.2011 בלשון עבר ולא נרשם: "היום". המסקנה היא שהמכתב נכתב לאחר שהקטין נולד.

114. **הנושא השישי** הוא הפרת חובת הגילוי והעדר הסכמה מדעת. היבט אחד של הטענות מתייחס לביצוע בדיקת MRI. התובעים טוענים שאם היו מיודעים על האפשרות לבצע בדיקת MRI התובעת הייתה בוחרת לבצעה כפי שביצעה פרוצדורות מסובכות וקשות בהרבה. הפרת חובת היידוע מהווה הפרת חובת הגילוי וגם פגיעה באוטונומיה. היבט נוסף מתייחס להפרת חובת הגילוי בנוגע למצב העובר באופן שיאפשר פניה לוועדה להפסקת היריון. במקום להעמיד את התובעים על חומרת מצב העובר הוצג בפניהם מצג מטעה שהעובר סובל מהידרוטורקס מבודד שניתן לטפל בו ושהפרוגנוזה טובה.

115. בהתייחס לאחריות ד"ר דינבורסקי טוענים התובעים כי חובת הגניקולוג המטפל אינה מסתכמת בהיבטים טכניים של מילוי הוראות הרופא המומחה אלא שנדרש מהרופא המטפל לרכז את המידע הרפואי ולשוחח עם המטופל ולוודא שהבין את תוצאות הייעוץ והשלכותיו. ד"ר דינבורסקי מציגה טענה לפיה מרגע ההפניה לבית החולים הפך תפקידה לפקידותי בלבד, הוצאת הפניות, ולא ריכוז נתונים, שיח עם התובעת, חשיבה עצמאית, הבעת דעה או הסקת מסקנות כפי שהיה עליה לעשות. אין ברשומות הרפואיות כל תיעוד בדבר שיחה שנערכה עם התובעת על אודות הממצאים או הסבר כלשהו שניתן לה לגביהם. היה על ד"ר דינבורסקי להפנות תשומת לב התובעת לסיכון שלאור הצטברות הליקויים שנמצאו בעובר עלול להיוולד תינוק פגוע. נוסף לכך הרופאה לא התייחסה במהלך הטיפול בתובעת להמלצות לבצע סקירה מכוונת לפנים ולשמור תאי עובר, לאפשרות לבצע ציפ' גנטי, לשבירת עקומות היקף הראש והמשקל. בביקור מתאריך 25.11.2011 היה על הרופאה לרכז את כל המידע, להסביר לתובעת את משמעות הממצאים והליקויים עד אז ולציידה במכתב מפורט כך שהמידע יופיע בבירור בביקורה הבא בבית החולים. מכתב כזה יכול היה לשנות את מהלך ההיריון. כמו כן בסיכום המחלה מהאשפוז בוולפסון הומלץ על ביצוע ייעוץ גנטי חוזר אך הרופאה לא התייחסה לכך ולא הפנתה את התובעת כנדרש במועד בו עדיין התאפשר ביצוע ציפ' גנטי. הרופאה לא יכלה להסתפק באותה עת בהפניה לייעוץ אצל פרופ' ליפיץ בלבד.

116. אשר לשאלת הקשר הסיבתי - התובעים טוענים שוועדה להפסקת הריון הייתה מאשרת את הפסקת ההיריון נוכח סיכון של למעלה מ – 30% להולדת תינוק פגוע. לו היו מעמידים את התובעים על מצב העובר הם היו מבקשים הפסקת ההיריון. טענת הנתבעות כאילו התובעים סרבו לפנות לוועדה להפסקת הריון היא אבסורדית ולוקה בסתירה פנימית. אי אפשר לטעון מצד אחד, כפי שהוצג לתובעים, שהעובר סובל מכילוטורקס בלבד, שהפרוגנוזה טובה ושהטיפול יתקן את

הבעיה, ומהצד האחר לטעון שההורים היו צריכים לזרוק את כל המידע שקיבלו מהרופאים עד אותו השלב ובניגוד לדעתם לבקש לפנות לוועדה להפסקת היריון.

117. אשר לשאלת אשם תורם בגין אי ביצוע בדיקת הציפ' הגנטי – התובעים טוענים שאין לייחס להם אשם תורם כלשהו. הבדיקה לא הומלצה לתובעים ולכל היותר הם יודעו באופן כללי על קיומה. נוסף לכך מדובר בבדיקה שהייתה חדשה יחסית, לא הייתה בסל הבריאות, עלותה עמדה על כמה אלפי ₪ והיא בוצעה בארה"ב. מנגד עמדה לרשות הרופאים בדיקת MRI – בדיקה פשוטה וזולה אשר תוך כמה שעות הייתה מגלה את הליקוי במוחו של העובר. כמו כן לא הוכח איזה מידע הייתה נותנת הבדיקה בשנת 2011 והאם בהכרח הייתה נותנת את המידע שנתנה בשנת 2018. זאת ועוד, אם לא הייתה חובה להמליץ עליה כי לא הייתה בסל הבריאות, לא ניתן לטעון לאשם תורם בגין אי ביצועה.

<u>טענות בתי החולים</u>

118. בתי החולים טוענים בסיכומיהם כי טענות התובעים הן בבחינת "חכמה בדיעבד". הצוות הרפואי בבתי החולים, שכלל רופאים מנוסים ובכירים, ערך לתובעת בדיקות מקיפות ויסודיות לכל אורך ההיריון, טיפל בה במסירות, בצע את כל הבדיקות הנחוצות והצביע בפניה על בדיקות נוספות שאינן בסל הבריאות. במהלך ההיריון היו "סימנים קלים" למומים שנבדקו ביסודיות וברובם נמצאו תקינים, ובחלקם האחר טופלו בהצלחה ע"י הצוות הרפואי, כמו ניקור הנוזלים. את הבדיקה היחידה שיכולה הייתה לגלות את החוסר הכרומוזומלי באותה עת, ציפ' גנטי, סירבה התובעת לבצע לאחר שהבדיקה הוצעה לה חמש פעמים כפי שנרשם ברשומות הרפואיות.

119. אשר לאי ביצוע בדיקת ה – MRI – פרופ' מלינגר – המומחה הבכיר בארץ לבדיקות הדמיה במיילדות ובעל שם עולמי, הסביר מדוע לא היה מקום לשלוח את התובעת לבדיקה זו, במיוחד לפני שבוע 32. גם לשיטתו של ד"ר ברגר היה על רופאת קופת החולים להפנות את התובעת לבדיקה זו. כמו כן, עיון בממצאי הדמיית המוח שבוצעו לאחר הלידה מצביע על כך שלאחר הלידה לא נמצאו ממצאים חריגים. רק בבדיקה במכון גנטי כאשר היה הקטין קרוב לגיל 6 שנים נמצאו ממצאים נוירולוגים, בעקבותיהם בוצע ציפ' גנטי שגילה את החוסר בכרומוזום 13. פרופ' מלינגר הסביר שבדיקת ה- MRI שבוצעה בגיל שנה ו – 8 חודשים אינה תומכת בכך שבדיקה בשבוע 27 או 29 הייתה מאבחנת ממצא מוחי כלשהו והממצאים בבדיקה זו מתיישבים עם נזקי פגות – פגיעה בחומר הלבן. התובעים לא הניחו תשתית רפואית כלשהי לטענה שבדיקת MRI בחיים העובריים הייתה מגלה ממצא מוחי כלשהו. לא ניתן להסתמך על דברי פרופ' שטיינברג בנושא כי הוא אינו בעל מומחיות בתחום זה.

120. בתי החולים טוענים שסירובם של התובעים לבצע בדיקת ציפ' גנטי, לשמור תאים בתשלום ולשקול הפסקת היריון מהווה אשם תורם בשיעור מכריע, המגיע לכדי ניתוק קשר סיבתי, ולחילופין אשם תורם בשיעור גבוה. כמו כן ככל שתוטל אחריות לקופת החולים אחריות משותפת ושווה, בשל אי הפנייה לבדיקת MRI וכן בשל אי הפנייה לבצע ייעוץ גנטי חוזר.

<u>טענות קופת החולים</u>

121. קופת החולים טוענת בסיכומיה כי מעקב ההיריון בקופת החולים נוהל באופן מקצועי וראוי ומומחה התביעה ד"ר ברגר אף הסכים עם דברי השבח לרופאה המטפלת של מומחה הגנה, פרופ' עזרא. ד"ר ברגר מיקד טענותיו כלפי ד"ר דינבורסקי בביקור האחרון שביקרה התובעת אצלה, בתאריך 25.11.2011. ד"ר ברגר סבר שהיה עליה לערער אחר הממצאים, הבירורים וההמלצות שניתנו לתובעת בבי"ח וולפסון, בי"ח שלישוני שבו עניינה של התובעת בורר על ידי מומחים מהמעלה הראשונה ולקבוע על דעת עצמה שמדובר בעובר עם פרוגנוזה קשה ושהיא יכולה לפנות לוועדה להפסקת היריון. מדובר בטענה חסרת כל בסיס ומרחיקת לכת. מיום 25.11.2011 ומספר שבועות עד הלידה התובעת טופלה באופן בלעדי בבתי החולים על ידי מיטב המומחים וככל שלתביעה טענות בהתייחס לבדיקות, אבחנות או הסברים שהיו או היו צריכים להיות הדברים אינם קשורים לקופת החולים. בביקור מתאריך 25.11.2011 עמד בפני ד"ר דינבורסקי סיכום האשפוז. סיכום בדיקת ד"ר מלינגר לא עמד בפניה והוא הפנה אותו חזרה ליחידה באשפוז בבי"ח וולפסון. לא היה קיים בפני ד"ר דינבורסקי "שילוב" של הממצאים אותם מפרט ד"ר ברגר בחוות דעתו המשלימה. מכל הרשימה: נוזל בשני חללי הריאות; נוזל בכפורת הלב; היקף ראש קטן באופן חריג ומעי אקוגני בטרימסטר שני - הממצא היחיד שעמד בפני באותה עת היה נוזל בחלל הריאות שדרש המשך בירור וטיפול, והרופאה אכן הפנתה את התובעת להמשך בירור וטיפול – הן לפרופ' ליפיץ והן להמשך מעקב בהיריון בסיכון גבוה בבי"ח וולפסון. כל יתר הממצאים או שנשללו עד אותו שלב או שטרם אובחנו באותו שלב. ד"ר ברגר הודה שבאותו השלב לא הייתה מיקרוצפליה. בבי"ח וולפסון לא נמצא מעי אקוגני ולא היה נוזל בכפורת הלב. לפיכך אין בסיס לטענה שהרופאה הייתה צריכה להסביר לתובעת שצפויה לילוד פרוגנוזה קשה ולייידע על אפשרות של הפסקת היריון, כאשר אף בסיכום האשפוז לא נרשם שלעובר פרוגנוזה קשה. כמו כן, ד"ר ברגר אישר כי ועדה להפסקת היריון דורשת אבחנה, ובתאריך 15.11.2011 לא הייתה עדיין אבחנה כלשהי.

122. קופת החולים טוענת שמה שנדרש מד"ר דינבורסקי היה לוודא שהתובעת מודעת לממצא שעמד על הפרק באותו שלב ושהיא מודעת להמשך הבירור המומלץ וכך עשתה. קופת החולים מציינת שהתובעת הייתה מודעת היטב לאפשרויות הבירור שעמדו בפניה ולמרות זאת בחרה לא לבצע את בדיקת הציפ' הגנטי לגביה יודעה במספר הזדמנויות. עוד מציינת קופת החולים שהתובעת המשיכה להיות מטופלת של ד"ר דינבורסקי עוד שנים רבות לאחר ההיריון מושא התביעה, מה

שמעיד על כך שהתובעת ידעה היטב שמדובר ברופאה מקצועית ויסודית שלא נפל כשל בהתנהלותה. גרסת הרופאה לפיה התקיים שיח על הבדיקות אליהן נשלחה התובעת ועל הממצאים שעלו בבדיקות וכן כי התובעת הבינה שקיימים ממצאים שלא ברור מקורם ואשר דורשים המשך בירור לא נסתרה. רופאת נשים בקהילה רשאית לסמוך על בירור מקצועי שבוצע בבית חולים ואינה נדרשת לבצע אבחון מחדש או להחליף את שיקול דעתו של הצוות המומחה בבית החולים. הטלת חובה על רופא הקהילה לפענח מחדש או לאמת כל בדיקה שבוצעה על ידי מומחה חורגת מתפקידו ואף עשויה לגרום נזק.

123. קופת החולים טוענת עוד שלא קיים קשר סיבתי בין המעקב שנערך אצלה עד שבוע 27 ובין העובדה שלא נמנעה לידת הקטין מספר שבועות לאחר מכן. בתקופה זו התובעת עברה בדיקות וייעוצים נוספים וכן אשפוז, לרבות ייעוץ גנטי נוסף. בפני הצוותים בבתי החולים עמדו ממצאים נוספים וחדשים שהתגלו בבדיקות, אותם העריכו ושקלו בזמן אמת. פעילות הצוותים בבתי החולים מנתקת קשר סיבתי למחדלים הנטענים של קופת החולים. גם התנהלות ההורים והתובעת בפרט, שבחרה לא לבצע את בדיקת הציפ' הגנטי מנתקת קשר סיבתי בין כל מעשה או מחדל המיוחס לד"ר דינבורסקי. קופת החולים מציינת שוויתור התובעת על ביצוע הבדיקה לא נעשה בשל חוסר מידע או חוסר הבנה, אלא כפי הנראה בשל כך שבאותה העת לא יכלה לדעת מראש ובוודאות שהבדיקה תהיה אבחנתית ולכן העדיפו התובעים לא לשאת בעלות כספית של הבדיקה ולוותר על ביצועה. גם לאחר הייעוץ הגנטי מתאריך 18.12.2011 התובעים העדיפו לא לבצע את הבדיקה, למרות שלא ידעו שהלידה תתרחש באותו היום וציפו שלא תלד לפני שבוע 34. הם גם לא רצו לפנות לוועדה להפסקת היריון.

124. קופת החולים מדגישה שאין להתיר הרחבת חזית ולא ניתן לייחס לרופאה טענות שלא הועלו כלפיה בצורה מפורשת בחוות הדעת של ד"ר ברגר מטעם התביעה. גם לא ניתן לכרוך טענות כלפי קופת החולים ובתי החולים כמקשה אחת. לא ניתן לייחס לרופאת הקופה ידיעה על ממצאים שהתגלו ובוררו רק לאחר שבוע 27 להיריון או אחריות ליידוע על ממצאים שלא אובחנו או להמלצות שלא ניתנו בביה"ח וולפסון. כך, הטענה בדבר אי הפניית התובעת לבדיקה מכוונת לפנים מהווה הרחבת חזית. למעלה מהצורך טוענת קופת החולים כי ההמלצה הייתה סקירה מורחבת וסקירה מכוונת לבליעה כדי לשלול חך שסוע. לא נדרשה כל סקירה נוספת לפנים וגם לא הוכח שבסקירה כזו היו מתגלים סימנים דיסמורפים בעובר. סקירה לפנים אינה כוללת את האוזניים, סימנים דיסמורפים מזעריים אינם נצפים בהיריון והבדיקה שבוצעה על ידי ד"ר תומרקין הייתה בדיקה של הפנים. בכל מקרה, טענה זו לא יכולה להיות מופנית כלפי רופאת הקהילה כי ד"ר ברגר חווה דעתו שמרגע שנעשתה אבחנה של תפליט פלאורלי נדרשה הדמיה מדוקדקת במרכז שלישוני. כמו כן חזקה על הגב' ינוב שאם היה נדרשת השלמה נוספת לפנים היא הייתה ממליצה על כך.

125. טענה נוספת המהווה הרחבת חזית אסורה לטענת קופת החולים היא הטענה לאי מתן הסבר על ציפ' גנטי. טענה כזו לא הועלתה בחוות הדעת מטעם התביעה. למעלה מהצורך טוענת קופת החולים שהסבר לגבי האפשרות לבצע בדיקה זו ניתן לתובעת על ידי הגב' ינוב וכן ע"י פרופ' מלינגר בבי"ח וולפסון. התובעת ידעה היטב על האפשרות לבצע בדיקה זו באופן פרטי במסגרת דיקור מי השפיר. ד"ר דינבורסקי אינה גנטיקאית והיא הפנתה לייעוץ גנטי הכולל מידע על אודות בדיקת הציפ' הגנטי.

126. קופת החולים טוענת עוד שגם טענה בדבר אי מתן הסבר על היתכנות להידרופס היא הרחבת חזית, כאשר בכל מקרה לא היה קיים הידרופס בעת המעקב בקופת החולים. גם טענות בדבר מידע שלכאורה חסר בהפניה לאשפוז בבי"ח הן הרחבת חזית. בכל מקרה, כל המידע הרלוונטי מהבדיקות שבוצעו במהלך ההיריון עד אותו מועד עמד בפני הצוות המטפל בבית החולים. אף הטענה להחמצת שבירת עקומות או פיגור גדילה תוך רחמי מהווה הרחבת חזית. לא עמדו בפני הרופאה נתונים ביומטריים מפורטים (סיכום הייעוץ של פרופ' מלינגר לא עמד בפניה אלא רק סיכום האשפוז) ולא היה עליה לחשוד בשבירת עקומות או בהאטה בגדילה שלא נחשדו ע"י פרופ' מלינגר בבדיקתו ולא צוינו בסיכום האשפוז. הטענה להחמצת מיקרוצפלוס ואי הפנייה ל- MRI מהווה גם כן הרחבת חזית. ממילא לא היה מקום שד"ר דינבורסקי תמליץ מיוזמתה על בדיקה זו שלא הומלצה ע"י מכון גנטי או פרופ' מלינגר - ראש יחידת האולטרסאונד המיילדותי בבית החולים ומומחה בהדמיית המוח. במועד הביקור האחרון אצל ד"ר דינבורסקי לא היה ידוע על שבירה של אחוזונים או האטה בגדילה וגם לא אובחן שהיקף הראש נמצא לכאורה בטווח בין 3- 2 סטיות תקן לפי צ'רבנק. גם אם הייתה התוויה לבדיקת MRI לא הוכח שמדובר בבדיקה שנעשית בהפניה שגרתית של רופאת נשים בקהילה. יש צורך בהפנייה לאחר ייעוץ גנטי או ייעוץ יחידת אולטרסאונד בבי"ח.

127. קופת החולים מפנה לכך שטענת התובעים לגבי צבר ממצאים שעמדו לכאורה בפני ד"ר דינבורסקי בתאריך 25.11.2011 אינה נכונה. היו חשדות שהועלו בתחילת ההיריון אך נשללו במסגרת בדיקות המשך: מעי אקוגני נצפה בסקירה מוקדמת, בשבוע בו הופעתו חסרת משמעות, ולא נצפה שוב בשלוש סקירות נוספות; תוצאות גבוליות של בדיקות סקר נדונו במסגרת ייעוץ גנטי ונשללו בבדיקת דיקור מי שפיר שתוצאתו הייתה תקינה; הרושם לנוזל פריקרדיאלי לא אומת במסגרת האשפוז ונמצא שמדובר בנוזל פלאורלי; הסיכון הכללי למומים על רקע נטילת טרגטול נדון במסגרת ייעוץ טרטולוגי ובגינו בוצעו מספר בדיקות. במועד הביקור האחרון אצל ד"ר דינבורסקי לא היה ידוע על כל מום קונקרטי הנובע מנטילת טרגטול. הממצא היחיד שהיה ברור במועד ביקור זה היה כילוטורקס שדרש המשך בירור. הרופאה שוחחה עם התובעת על הממצא והפנתה אותה לטובי המומחים להמשך מעקב. רופא הנשים בקופת החולים אינו חב ב"חובת המשך מעקב הריון" עד תום ההיריון אם המטופלת מופנית להמשך מעקב הריון במסגרת הריון בסיכון גבוה בבית חולים. לא ניתן לכפות על רופא הנשים בקהילה אחריות לריכוז נתוני

מעקב היריון שמבוצע במסגרת מקצועית אחרת כשהאישה כלל לא חוזרת להמשך מעקב אצלו ולא ניתן למתוח את גבול אחריות רופאי הקהילה עד בלי די.

<u>תשובת התובעים לטענות הנתבעות</u>

128. התובעים טוענים בסיכומי התשובה מטעמם כי בתי החולים לא מציעים הסבר להעדר התייחסות רפואית לשילוב הליקויים הרבים שנמצאו בעובר. לגבי ההכרח בביצוע בדיקת MRI טוענים התובעים כי בניגוד למה שנכתב בסיכומי בתי החולים פרופ' מלינגר ופרופ' הרמן אישרו שמדובר ב 2-3 סטיות תקן לפי צ'רבנק ופרופ' מלינגר אישר שסטייה כזו בהיקף הראש מחייבת MRI. מיקרוצפליה נמדדה כבר בפגייה מיד לאחר הלידה. בתי החולים לא השיבו לטענה שחלף כחודש בין מועד הבדיקה אצל פרופ' מלינגר ובין ביצוע הניקוז והיה זמן מספק לבצע בדיקת MRI. טענות בתי החולים בדבר הציפ' הגנטי הן חכמה שבדיעבד. במועד ההיריון לא היה ידוע שהבדיקה תגלה את הפגם הגנטי. בזמן אמת הרופאים המטפלים לא סברו שיש חשיבות מיוחדת בביצועה. קודם לביצוע הבדיקה נדרש ייעוץ גנטי והתובעת לא הופנתה לייעוץ גנטי עד יום 18.12.2011 שאז כבר הבדיקה לא הייתה רלוונטית. במקרה זה חובת היידוע לא הייתה מספקת והיה צריך להמליץ או לחתור לביצוע הבדיקה. בתי החולים לא התמודדו עם טענות רבות שהעלו התובעים.

129. בהתייחס לטענות קופת החולים להרחבת חזית – התובעים מפנים לסעיף 89 לכתב התביעה שם מיחסים התובעים את הרשלנות על כל מרכיביה גם לרופאי ביה"ח וגם לרופאה המטפלת. הטענה כלפי הרופאה – שלא העמידה את התובעת על הפרוגנוזה העגומה נוכח שילוב הממצאים מתייחסת לכל הליקויים שנמצאו עד הביקור האחרון אצלה. לא מדובר בטענה חדשה או מפתיעה.

<u>דיון והכרעה</u>

<u>כללי: דינמיקה של החמרה והצורך לבחון את התמונה כולה</u>

130. הקטין סובל מתסמונת גנטית שהשפעותיה קשות. התסמונת לא התגלתה במהלך ההיריון. אין חולק שבדיקת ציפ' גנטי, לו הייתה נערכת בעת ההיריון, הייתה מגלה את התסמונת. קיימת מחלוקת אם בדיקות נוספות, לו היו נערכות, כמו MRI וסקירה מורחבת לפנים, היו מביאות אף הן לגילויה. עוד אין חולק שחובתו של רופא כוללת הפעלת מיומנות סבירה לגילוי מומים או פגמים בעובר במהלך ההיריון ומתן אפשרות להורים למנוע הולדת ילד פגוע. השאלה בה יש לדון היא אם יש למצוא התרשלות בהתנהלות הנתבעות, התרשלות שהביאה לאי מניעת התוצאה של לידת הקטין עם מומים קשים. לאחר שבחנתי את טענות הצדדים, חוות הדעת, העדויות וכלל הראיות מסקנתי היא כי יש לקבל את טענות התובעים לעניין התרשלות הנתבעות, כאשר

האחריות העיקרית מוטלת על בתי החולים. יש לציין כי המדינה, בסיכומיה, לא התמודדה עם טענות רבות של התובעים. עם זאת, ההתייחסות בהמשך פסק הדין לטענות הצדדים בנושאים השונים תהיה גם על בסיס טענות שנטענו בחוות הדעת ובראיות שהוגשו מטעם המדינה, גם אם לא נטענו בסיכומיה.

131. כפי שעולה מתיאור הרקע העובדתי, נסיבות המקרה הן מורכבות. הן מאופיינות בדינמיקה משמעותית של החמרה ובשילוב חריג של שרשרת סימנים, דגלים אדומים ונתונים לא תקינים, צבר ומכלול של סימני אזהרה רב מערכתיים, שהתפתחו, הצטברו והסתבכו במהלך ההיריון וחייבו בירור מקיף וראייה כוללת. על הגורמים המטפלים בתובעת היה להקפיד על בחינת התמונה המלאה של כלל הנתונים והדגלים האדומים בכל עת, לערוך אינטגרציה ביניהם בנקודות זמן קריטיות במהלך ההיריון ולשתף את התובעים באותם דגלים אדומים ובמשמעויות שעשויות להיות להם. מסקנתי היא כי הדבר לא נעשה כפי שהיה צריך להיעשות, כפי שיפורט להלן, וכי התמונה הקלינית הוחמצה.

132. צודקים התובעים בטענתם כי לא פעם מתבססת תביעה בגין רשלנות רפואית על כך שהצוות הרפואי התרשל בכך שלא פעל ולא העריך נכונה קיומו של ממצא בודד כלשהו ולא מסר להורים שהפרוגנוזה של העובר צפויה להיות רעה על סמך אותו ממצא בודד, למשל: היקף ראש קטן חריג; האטה בגדילה תוך רחמית; שילוב סימנים "רכים" מבשרי רע לפגמים כרומוזומליים (ובהם: מעי אקוגני, יד קצרה, ירך קצרה); קורפוס קלוסום קטן וחריג; הידרופס פטליס או ריבוי מי שפיר. בעניינו נמצאו במהלך ההיריון **כל הממצאים האלו ולא רק אחד או חלק מהם**, ממצאים להם **התווספו** רקע של נטילת תרופה הידועה ככזו שעשויה לגרום למומים; שקיפות עורפית גבולית וחלבון עוברי מוגבר. למרות זאת, הצוותים הרפואיים שטיפלו בתובעת, כל אחד במועד קריטי אחר, לא העריכו הפרוגנוזה הרעה שעלתה ממשמעות שילוב הממצאים ולא דאגו לבחון ולערוך אינטגרציה והערכה שלהם ולפעול בהתאם.

133. את תקופת ההיריון אפשר לחלק לשלושה חלקים. בחלק הראשון, עד שבוע 17, הטיפול והמעקב נערכו על רקע נטילת תרופה אנטי אפילפטית (טגרטול) הידועה כתרופה שעשויה לגרום למומים, בעיקר במערכת העצבים ובמוח. נתון זה חייב מלכתחילה ערנות מוגברת וביצוע סקירות מכוונות מעבר לבדיקות השגרתיות ואכן, מעקב ההיריון נעשה מתוך מודעות לרקע זה. בבדיקות נמצאו מספר נתונים חריגים: תוצאה גבולית בשקיפות עורפית (סיכון גבולי לתסמונת דאון) וכן פגם בחך, מעי אקוגני ונוזל בריאה הימנית בסקירה מוקדמת. בבדיקת חלבון עוברי נמצא ערך נמוך מהרצוי וסיכון מוגבר. כל אלו הציבו כבר בשלב מוקדם של ההיריון תמרור אזהרה לגבי אפשרות של מומים ואכן, בוצע ייעוץ גנטי וניתנה הפנייה לבצע דיקור מי שפיר וכן המלצות נוספות למעקב. ההמלצה היחידה שלא בוצעה מתוך ההמלצות שניתנו בייעוץ הגנטי היא הפנייה לביצוע סקירה מורחבת ומכוונת לפנים ויצוין שהסקירה שבוצעה אצל ד"ר תומרקין לא הייתה סקירה כזו.

למעט המלצה זו, ניתן לומר שהטיפול והמעקב בחלק זה של ההיריון, שנוהלו בקופת החולים, בוצעו כנדרש. ייאמר כבר עתה כי לא קיימת טענה של התובעים המכוונת נגד קופת החולים בנושא אי ביצוע סקירה מורחבת לפנים והטענות בנושא זה מופנות רק כלפי המדינה.

134. בחלק השני, משבוע 18 ועד שבוע 26, חלה תקופת רגיעה ולא היו ממצאים חריגים. תוצאת בדיקת הקריוטיפ בדיקור מי השפיר נמצאה תקינה, בדיקת אקו לב נמצאה תקינה, סקירת המערכות נמצאה תקינה, סקירה מכוונת לבליעה נמצאה תקינה. התוצאה היחידה שהייתה גבולית וכממצא יחיד התייחסה להיקף ראש קטן בשתי סטיות תקן (לפי הדלוק, העקומה שהייתה בשימוש במכשירי האולטרסאונד באותה העת) שנמצאה בסקירת המערכות. לא יוחסה לממצא זה חשיבות כלשהי. בהמשך לתוצאות התקינות ומשלא ניתנה לתובעים בשלב זה כל המלצה אחרת לגבי שמירת תאים בתשלום וכאשר כל המעורבים סברו שההיריון מתנהל באופן תקין הורתה היועצת הגנטית בבי"ח וולפסון להפסיק גידול תאים שנשמרו עד כה והיא לא המליצה על עריכת בדיקות נוספות.

<u>החלק השלישי בהיריון: כשלים בשילוב הנתונים</u>

135. בשלב זה של ההיריון ניתן למצוא מספר מועדים קריטיים בהם ארע כשל בטיפול על ידי הגורמים הרפואיים שטיפלו בתובעת, כל אחד בתורו. נבחן מועדים אלו.

<u>21.11.2011 – 20.11.2011</u>

136. נקודת המפנה בהריון הייתה בתאריך 20.11.2011, שבוע 26+6. ממועד זה החלו הידרדרות והחמרה כללית והחלו להצטבר נתונים קשים וחריגים ואורות אדומים, שהצביעו על אפשרות לתסמונת גנטית בסבירות לא נמוכה. שלב זה החל כאשר ד"ר דינבורסקי התרשמה מנוזל פריקארדיאלי בלב והפנתה את התובעת למיון בבי"ח וולפסון. בכך פעלה כנדרש ועל כך אין חולק. אקו לב היה תקין ולא נמצא נוזל פריקארדיאלי. עם זאת, בסקירה שבוצעה ע"י פרופ' מלינגר בבי"ח וולפסון בתאריך 22.11.2011 התגלו מספר ממצאים לא תקינים והחלה מגמה של שבירת עקומות. זוהי נקודת הזמן הקריטית הראשונה בה היה צריך לפעול.

137. בסקירה מתאריך 22.11.2011 (שבוע 27+1) נמצא היקף ראש 223 מ"מ מתאים לשבוע 24. משמעות ממצא זה היא חריגה של 3.3 סטיות תקן לפי עקומת הדלוק. עקומת הדלוק הייתה העקומה שהייתה בשימוש במכשירי האולטרסאונד באותה התקופה. הצדדים חלוקים אם מדד זה העיד על מיקרוצפליה. נייר עמדה מס' 31 של האיגוד הישראלי למיילדות וגניקולוגיה של ההסתדרות הרפואית בישראל (להלן, בהתאמה: "**נייר עמדה מס' 31**" ו- "**האיגוד**") בדבר "**ניהול הריון עם חשד למיקרוצפליה בעובר**" פורסם רק בתאריך 20.5.2015. לפני מועד זה ובמועד

הרלוונטי למקרה דנן לא היה קיים נייר עמדה בנושא זה. בנייר העמדה קיימת הפנייה לעקומת צ'רבנק, שהיא עקומה מקלה יותר לגבי הגדרת מיקרוצפליה. נקבע שפער של 3 סטיות תקן ומטה מתחת לממוצע בהיקף הראש מעלה חשד למיקרוצפליה בעובר. כאשר מדובר בפער שבין 2 ל – 3 סטיות תקן נקבע שיש לבצע בירור נוסף ובמסגרתו גם הפנייה לייעוץ גנטי. נייר העמדה קובע שאם יש חשד לממצא חריג בבדיקת אולטרסאונד למוח או אם הבדיקה אינה מספקת יש לבצע MRI למוח העובר. עוד נקבע, שבכל מקרה בו קיים פער של 3 סטיות תקן ומטה יש להפנות לבדיקת MRI של מוח העובר ולייעוץ נוירולוג ילדים. עוד נרשם כי "**הדיון המסכם על הפרוגנוזה וניהול ההיריון יינתן לאור ממצאים אמנסטיים משפחתיים, גנטיים, זיהומיים ודימותיים במסגרת ייעוץ מקצועי (מומחה לגנטיקה, יחידה לנוירולוגית העובר, מרפאה לנוירולוגית ילדים או מרפאת הריון בסיכון)**".

138. התובעים טוענים שכיון שנייר העמדה המאמץ את עקומת צ'רבנק עדיין לא בא לעולם באותו השלב יש לבחון את המקרה בהתאם לעקומת הדלוק שהייתה בשימוש באותה העת, כאשר אף מכשיר האולטרסאונד אימץ עקומה זו באופן מובנה. בהתאם לעקומת הדלוק מדובר היה בפער של 3.3 סטיות תקן ואין חולק שמדובר במיקרוצפליה קשה ומובהקת, שחייבה בדיקת MRI. המדינה טוענת שגם בשנת 2011 העקומה הרלוונטית הייתה עקומת צ'רבנק ונכון יותר היה להתבסס עליה כדי להימנע מאבחון יתר של מיקרוצפליה. פרופ' מלינגר ציין שלפי עקומת צ'רבנק המדד באותה הבדיקה התאים לפער שבין 2-3 סטיות תקן ואין מדובר במיקרוצפליה. המדינה מפנה לנייר העמדה משנת 2015 כמבסס את הפרקטיקה שהייתה קיימת, לטענתה, גם לפני 2015 ואת האפשרות להסתמך על עקומת צ'רבנק. אני מעדיפה את עמדת התובעים על עמדת המדינה. העקומה שהייתה מקובלת באותה עת, עליה התבססו מכשירי האולטרסאונד באופן מובנה, הייתה עקומת הדלוק. נייר העמדה שהפנה לעקומת צ'רבנק בא לעולם רק כארבע שנים מאוחר יותר. בהתאם לעקומת הדלוק מדובר היה במיקרוצפליה קשה באופן מובהק והיה צריך להתייחס למצב העובר בהתאם. גם אם הצוות המטפל סבר שיש להתבסס על עקומת צ'רבנק היה עליו ליידע את התובעים שקיימת עקומה מוכרת, אשר אף מובנית במכשיר האולטרסאונד, הרואה בנתונים אלו נתונים חמורים המצביעים על מיקרוצפליה, המצדיקה המשך בירור, ולשתף אותם במידע זה ובהחלטה לגבי המשך הבירור. עוד אציין כי אף אם הייתה מתקבלת טענת המדינה כי כבר בשנת 2011 ניתן היה להסתמך על עקומת צ'רבנק ולהתעלם כליל מעקומת הדלוק, הרי שבהתאם לנייר העמדה עליו מבקשת המדינה להסתמך, אם מדובר בפער שבין 2-3 סטיות תקן יש צורך בהמשך בירור. פרופ' מלינגר המליץ על ביצוע ייעוץ גנטי. ייתכן ואם מדובר היה בממצא מבודד של היקף ראש קטן די היה בכך, אך, כפי שנראה להלן, לממצא זה הצטרפו נתונים נוספים שמביאים למסקנה שלא היה מקום להתעלם מכך שמדובר במיקרוצפליה מובהקת לפי עקומת הדלוק ולכך שהיה צריך לשקול ביצוע MRI כבר באותו השלב. נפרט נתונים אלו.

139. בסקירה מתאריך 22.11.2011 נמצאו מדדי אורך זרוע, היקף בטן וירך קטנים בכשבועיים – שלושה מהממוצע. כמו כן הערכת המשקל התאימה לאחוזון בין 1 ל – 5 לפי דולברג ולאחוזון 12 לפי ברנר. בהתאם לנייר עמדה של האיגוד מתאריך 8.8.2010 בדבר "**ניהול הריון עם עובר החשוד בהאטה בגדילה תוך רחמית**", שהיה בתוקף באותה העת, חשד להאטה בגדילה תוך רחמית עולה כאשר הערכת משקל העובר נמדדת מתחת לאחוזון 10 בעקומת גדילה באוכלוסייה ישראלית, היא עקומת דולברג. כאשר מדובר בטווח שבין אחוזון 5-10 ללא גורם סיכון נוסף למומים הסיכון למום מבני או לליקוי כרומוזומלי דומה לעוברים במשקל תקין. במקרים בהם הערכת המשקל נמוכה מאחוזון 5 או בהתקיים סיכון נוסף מומלץ ייעוץ גנטי, בירור זיהום תוך רחמי ומום מבני. המדינה טוענת שניתן היה להסתמך על עקומת ברנר, לפיה היה מדובר באחוזון 12 ואין מדובר בהאטה בגדילה תוך רחמית. לא ניתן לקבל טענה זו נוכח נייר העמדה שהיה בתוקף באותה העת, המפנה מפורשות לעקומת דולברג, המתייחסת לעוברים בישראל, ושוב, גם אם הצוות הרפואי סבר שיש להסתמך על עקומת ברנר, היה עליו לשתף את התובעים בעובדה שקיימת עקומה רלוונטית לפיה מדובר במדדים מדאיגים. פרופ' מלינגר הסכים בחקירתו שלפי עקומת דולברג מדובר בפיגור גדילה תוך רחמי (IUGR) קשה. הנתונים הצביעו באופן ברור על כך שאין מדובר בעובר קטן מלכתחילה אלא בשבירת עקומות.

140. נוסף לשבירת העקומות והנתונים בדבר האטה קשה בגדילה תוך רחמית ומיקרוצפליה התגלה במועד זה נוזל בשתי הריאות. פרופ' מלינגר ציין בסיכום הבדיקה שעשויה להיות פרוגנוזה טובה **אם אין הידרופוס** וציין שקיימת אפשרות לתסמונות גנטיות. נרשמה "**אפשרות**" ל – CGH כאשר לצורך כך נדרש ייעוץ גנטי. ואכן, בטופס השחרור מהאשפוז מאותו היום, שהופנה לרופא המטפל, הומלץ באופן מפורש על ביצוע ייעוץ גנטי חוזר. אלא שלא נעשה דבר כדי לקדם הבירור הגנטי. בנתונים הלא תקינים שהיו, היה על בי"ח וולפסון להפנות התובעת באופן מידי לייעוץ גנטי אצלו, שם אף נערך הייעוץ הקודם. זאת לא נעשה.

141. נוכח הנתונים לגבי שבירת עקומות, מיקרוצפליה, האטה קשה בגדילה התוך רחמית, נוזל בשתי הריאות, סימנים "רכים" ורקע טרטוגני ונוסף להפניה מידית לבצע ייעוץ גנטי, היה על בי"ח וולפסון להפנות את התובעת לבצע בדיקת MRI כבר באותו המועד, או להמליץ על ביצועה במועד מאוחר יותר, או לכל הפחות לשקול הצורך בכך ולהתייחס לכך ברשומות. בדיקת MRI למוח העובר נדרשה על מנת לאבחן פתולוגיות במבנה המוח שאינן נראות באולטרסאונד. היה צריך לשתף את התובעים באפשרות זו ולהסביר להם שייתכן שיש לחרוג ממעקב אולטרסאונד רגיל. אפשרות זו לא נשקלה כלל. אשר לסימנים "רכים" המעלים את הסיכון לפגמים כרומוזומליים - – התובעים טוענים שמדובר היה בשלושה סימנים רכים: מעי אקוגני, אורך זרוע קצר, אורך ירך קצר. מקובלת עלי עמדת המדינה כי לפי חוזר משרד הבריאות מעי אקוגני לא נחשב סימן "רך" לפני שבוע 19-23 ואילו בענייננו מדובר בממצא משבוע 16 אך פרופ' מלינגר אישר שמעי אקוגני עשוי להיות קשור למומים בהריון. בכל מקרה נמצאו אורך זרוע קצר (קטן מאחוזון 5) ואורך ירך

קצר (פיגור של מעל שלושה שבועות, מעל 2 סטיות תקן). שני אלו מהווים סימנים "רכים", שמעלים סטטיסטית את הסיכון לקיום הפרעות כרומוזומליות. יש לזכור כי הסטנדרט הרפואי הסביר מחייב למצות את כלי האבחון הזמינים ביותר כדי לשלול נזק מוחי ולא להסתפק באולטרסאונד בלבד. הנתונים הצביעו על חשד לכך שלא מדובר סתם בעובר קטן אלא שהתמונה הקלינית היא מורכבת ומדאיגה.

142. המדינה טוענת שהמועד האופטימלי לבצע בדיקת MRI למוח העובר הוא לכל הפחות בשבוע 30 כי לפני מועד זה לא ניתן להעריך תקינות הסולקציה (קליפת המוח). עם זאת, מעדויות המומחים השונים ומהראיות עולה שלא מדובר בקביעה חד משמעית המתאימה לכל מקרה ויש להתאים המסקנה לגבי עיתוי הבדיקה לנסיבות העניין. בהקשר זה יש להפנות לנייר עמדה מס' 31 של האיגוד משנת 2015 (עליו מסתמכת המדינה כנייר המשקף פרקטיקה שהייתה נוהגת גם קודם לכן) אשר קובע באופן קטגורי כי כאשר קיים פער של 3 סטיות תקן ומטה בהיקף הראש וכן אם מדובר בפער שבין 2 ל – 3 סטיות תקן ויש חשד לממצא חריג יש להפנות בכל מקרה לבדיקת MRI, **ללא התניה באיזה שבוע הריון מדובר**. יוזכר כי בענייננו מדובר היה בפער של 3.3 סטיות תקן בהתאם לעקומת הדלוק ושל 2-3 סטיות תקן לפי עקומת צ'רבנק, יחד עם ממצאים חריגים נוספים. לכך מצטרפת עדותו של פרופ' שטיינברג, המומחה בתחום הנוירולוגיה מטעם הנתבעות. הוא אמנם אינו מומחה במיילדות אך מומחה בנוירולוגיה של ילדים והנושא בתחום מומחיותו. הוא חווה דעתו כי הפרעות מבניות במוח אפשר לאבחן כבר באמצע השליש השני ואם יש חשד להפרעות עדינות ביצירת קפלי המוח רצוי להמתין לשבועות 28-29. עוד חווה דעתו פרופ' שטיינברג כי סביר להניח שהמומים שנמצאו במבנה המוח של הקטין היו כבר בהריון. גם פרופ' מלינגר אישר בחקירתו כי אם יש בעיה אפשר לראותה גם לפני שבוע 32, כי ה - genu – החלק הקדמי, ה"ברך" של הקורפוס קלוסום, קיים כבר בשבוע 20 וכי את הסולקטים (החריצים במוח) שהמבנה שלהם נמצא לקוי אפשר לראות כבר בשבוע 14-15, כך שניתן היה לאבחן בעיה כבר במועד מוקדם בהיריון ולא היה צורך להמתין לשבוע 30-32. עוד ציין פרופ' מלינגר כי היה צריך לבצע בדיקת MRI אם ההיריון היה ממשיך ואישר שפער שבין 2-3 סטיות תקן יכול להיות סיבה להפנות לבדיקת MRI. הוא ציפה שביה"ח שיבא יפעל לביצוע הבדיקה בהמשך ההיריון אם המדדים ימשיכו להיות חריגים. גם פרופ' ינון אישר שתאורטית אפשר בכל שלב לבצע MRI, כבר משבוע 20. פרופ' ליפיץ אישר בעדותו שאם היה מדובר במיקרוצפליה ובפער של 3 סטיות תקן היה נשקל ביצוע MRI ללא המתנה לשבוע 30-32 והייתה מתבצעת התייעצות עם נוירולוג ילדים. המסקנה העולה מכלל האמור היא שבתאריך 22.11.2011, נוכח ריבוי הנתונים החריגים, היה צריך ביה"ח וולפסון, לכל הפחות, לשקול את האפשרות לבצע בדיקת MRI ובכל מקרה להוסיף המלצה בסיכום שערך בשחרור התובעת מאשפוז לשקול ביצוע בדיקה זו בהמשך, אם לא יהיה שיפור במדדים לאחר ביצוע הניקוז. למרות האמור, ברשומות לא קיימת כל התייחסות לצורך לבצע בדיקת MRI והנושא לא נשקל כלל.

25.11.2011

143. המועד הקריטי השני בו ארע כשל בטיפול בהיריון הוא המועד בו הגיעה התובעת למעקב אצל רופאת המשפחה, ד"ר דינבורסקי, שבאותו שלב עדיין הייתה הגורם שניהל את מעקב ההיריון. התובעת הגיעה לביקור זה לאחר האשפוז בבי"ח וולפסון עם סיכום האשפוז אשר בו נרשמה המלצה ברורה לבצע ייעוץ גנטי חוזר נוכח ריבוי הממצאים שהעלו חשד לקיום תסמונת גנטית. ד"ר דינבורסקי **התעלמה** מההמלצה והתובעת לא הופנתה לביצוע ייעוץ גנטי חוזר. בכך שגתה ד"ר דינבורסקי, במיוחד נוכח הממצאים החריגים עליהם ידעה מסיכום האשפוז. היא התייחסה רק להמלצה לבדוק אפשרות ניקוז אצל פרופ' ליפיץ בבי"ח שיבא. פרופ' עזרא שנתן חוות דעת מטעם קופת החולים וכן ד"ר דינבורסקי בחקירתה טענו שההמלצה להפנות את התובעת לייעוץ גנטי הותנתה בהחמרה עתידית, אלא שלא ניתן לקבל הטענה ולא כך עולה מהרשומות. ההמלצה בסיכום האשפוז אותו קיבלה ד"ר דינבורסקי לידיה הייתה בלשון זו: "**ביצוע ייעוץ גנטי (ושקילת ביצוע דיקור מי שפיר חוזר במקרה של החמרה, לשלילת נונן)**", כלומר, ההתייחסות למקרה של החמרה הייתה רק בקשר לצורך לבצע דיקור חוזר של מי השפיר. ההמלצה להפנות לייעוץ גנטי הייתה המלצה נפרדת, חשובה ותקפה והיה צריך לפעול לפיה באופן מידי. ד"ר דינבורסקי אישרה שתפקידה היה להפנות את התובעת לכל בדיקה וייעוץ שהומלצו, אך במקרה זה ההמלצה נשמטה ממנה. בכך סטתה באופן ברור מחובת הזהירות שהייתה מוטלת עליה. יוער כי קופת החולים לא העלתה טענה עניינית כלשהי בסיכומיה המתייחסת לנושא אי ההפניה לייעוץ גנטי באותו המועד. טענתה הכללית של קופת החולים להרחבת חזית אינה יכולה להתקבל בנושא זה, נוכח סעיף 50 לכתב התביעה שם נטען מפורשות שבמועד זה ד"ר דינבורסקי לא הפנתה את התובעת באופן מידי לייעוץ גנטי דחוף, טענה שהוכחשה בסעיף 15 לכתב ההגנה של קופת החולים. גם סעיף 89 (י) לכתב התביעה עוסק באי הפנייה לבדיקה גנטית וגם ד"ר ברגר בחוות דעתו ובחוות הדעת המשלימה מתייחס לאי חתירה לביצוע בדיקות גנטיות על ידי כל הגורמים המטפלים. אשר ליתר טענות התובעים כלפי ד"ר דינבורסקי המתייחסות למועד זה – לא מצאתי כי יש לקבלן. ד"ר דינבורסקי פעלה בהתאם ליתר ההמלצות שניתנו על ידי בי"ח וולפסון, הפנתה את התובעת להמשך טיפול בבי"ח שיבא כפי שהומלץ ולא מצאתי מקום לקבוע שהיה עליה לבחון שוב את כלל הנתונים ולגבש המלצות נוספות באופן עצמאי ובמקביל לאלו של בי"ח וולפסון, במיוחד כאשר תוצאות הסקירה מתאריך 22.11.2011 לא עמדו בפניה.

7.12.2011

144. זהו המועד השלישי בו ניתן למצוא כשל. ההמלצה לבצע ייעוץ גנטי חוזר נשכחה ונזנחה למשך מספר שבועות. במקביל, ההחמרה הדרמטית בנתוני העובר לכוון פיגור בגדילה התוך רחמית ומיקרוצפליה המשיכה: בסקירה מתאריך 7.12.2011 בבי"ח וולפסון ע"י פרופ' מלינגר נמצא שהפיגור בגדילה התוך רחמית ממשיך. היקף בטן וירך נמצאו בפיגור של כשבועיים מהממוצע.

היקף ראש חרג בפער של 3-2 סטיות תקן לפי צ'רבנק, סטייה גבוהה הרבה יותר לפי הדלוק. הערכת המשקל התאימה לאחוזון 16 לפי ברנר ופחות מאחוזון 10 לפי דולברג. לראשונה נמצא גם ממצא מוחי גבולי – קורפוס קלוסום קטן ב – 2 סטיות תקן. נמצא נוזל דו צדדי במידה רבה והחמרה ניכרת. הממצא המוחי, כפי שציין פרופ' שטיינברג, המומחה מטעם הנתבעות, יכול להיות מרקר לאפשרות למומים מוחיים אם הוא מופיע יחד עם ממצאים חריגים כמו מים בריאות והאטה בגדילה התוך רחמית והוא מדאיג. בשלב זה התובעת הופנתה לביה"ח שיבא בדחיפות לבדיקת אפשרות ביצוע ניקוז. ביה"ח וולפסון לא חזר על ההמלצה, שנשכחה, לבצע ייעוץ גנטי וכמו כן, שוב, לא הועלתה ולא נשקלה כלל האפשרות לבחון ביצוע בדיקת MRI. כמי שטיפל בתובעת עד כה, ערך לה סקירות וראה כי המדדים הלכו והחמירו, היה על ביה"ח וולפסון לחזור על ההמלצה לבצע ייעוץ גנטי דחוף וכן להמליץ לשקול לבצע בדיקת MRI , במיוחד נוכח הממצא המוחי החדש. ביה"ח וולפסון ראה את תפקידו כגורם מפנה בלבד לביצוע ניקוז אך היה עליו לערוך סיכום של כלל הממצאים לגבי הטיפול שנעשה על ידו עד כה עם המלצות נוספות, כדי לצור המשכיות בטיפול בתובעת וכדי שההמלצות שניתנו על ידו וחלק מהממצאים שמצא לא ייזנחו ולא יישכחו, כפי שארע בפועל.

145. בשלב זה מצטרף נושא אי ביצוע סקירה מורחבת ומכוונת לפנים, המלצה שניתנה בייעוץ הגנטי עוד בתאריך 13.9.2011 אך לא בוצעה מעולם. יש להזכיר כי כחלק מהתסמונת עמה נולד הקטין אובחן בפניו דיסמורפיזם הכולל רטרוגנטיה (מנח אחורי של הסנטר), אוזניים נמוכות עם אנטיהליקס בולטים ועיניים קרובות. ד"ר ברגר ציין בחוות דעתו כי לפי הספרות אם נעשית אבחנה של תפליט פלאורלי אחת ההנחיות היא סקירה מכוונת לפנים כאשר דיסמורפיזם של הפנים יכול יותר מלרמוז על קיום פגם כרומוזומלי. חוות דעת זו לא נסתרה ומקובלת עלי טענת התובעים כי היה צריך לבצע סקירה זו מיד לאחר גילוי הנוזלים בריאות העובר, כאשר המלצה על ביצוע הבדיקה ניתנה על ידי היועצת הגנטית עוד בתאריך 13.9.2011. גם נושא זה היה צריך להיות כלול בהפניה מביה"ח וולפסון לביה"ח שיבא. המדינה טענה שסקירה לפנים אינה כוללת סקירת האוזניים אם הדבר לא נרשם מפורשות, כי נדרשת לצורך ביצוע הבדיקה הפנייה מיועץ גנטי וכמו כן שסימנים דיסמורפים מזעריים בפנים אינם נראים בהריון. אדגיש כי הייתה הפנייה קונקרטית לבצע הבדיקה מיועצת גנטית עוד מתאריך 13.9.2011 שלא בוצעה וכי המדינה, למעשה, לא הציגה כל סיבה לכך שהבדיקה לא בוצעה לאורך כל חודשי ההיריון, למרות ההחמרה בנתוני העובר. בכל מקרה, אם הייתה התובעת מופנית לייעוץ גנטי חוזר סביר להניח שההמלצה לסקירה מורחבת לפנים הייתה ניתנת שוב. השאלה אם היה ניתן להבחין בבדיקה בהריון בסימנים מזעריים בפנים ואם הייתה מבוצעת סקירה של האוזניים במסגרת בדיקה זו תדון בהמשך, במסגרת הדיון בקשר הסיבתי.

8.12.2011

146. זהו המועד הרביעי ובעל המשמעות הקריטית הבולטת ביותר. התובעת הגיעה לבי"ח שיבא בתאריך 8.12.2011 עם שילוב של ממצאים חריגים וקשים: ריבוי מי שפיר, הידרוטורקס דו צדדי בכמות גדולה, הערכת משקל באחוזון 9 לפי ברנר, פער של כשבועיים שלושה בהיקפי ראש, בטן ופמור. לכך הצטרפו הנתונים של הסקירה שבוצעה יום קודם לכן בבי"ח וולפסון שם נמצא קורפוס קלוסום קטן, ממצא שנשכח, לא אוזכר שוב בממצאי הבדיקות בשיבא ולא ניתנה לו תשומת לב כלשהי על ידי הצוות המטפל, וכן נתוני שבירת העקומות, המיקרוצפליה וההאטה בגדילה התוך רחמית. במועד זה בוצע דיקור מי שפיר חוזר לצורך בדיקת CMV, נרשם כי ההידרוטורקס יכול להיות קשור לתסמונות גנטיות, אך תכנית הטיפול הייתה לשלול CMV ואז לבצע ניקוז דו צדדי, שהוא גורם סיכון ללידה מוקדמת. לא נרשם הצורך להמשיך בבירור גנטי דחוף כבר עתה ולא ניתנו המלצות והנחיות בכיוון זה – לא הפנייה לבצע ייעוץ גנטי מידי (למרות שהייתה המלצה כזו עוד בתאריך 22.11.2011, שנזנחה מאז) וגם לא המלצה לבצע בדיקת ציפ' גנטי בדחיפות, למרות שבוצע דיקור והתובעים שילמו על שמירת תאים. כמו כן, שוב, לא נשקל כלל הצורך בביצוע בדיקת MRI וגם לא הצורך בסקירה מכוונת לפנים.

147. ההתרשמות מכלל הראיות והעדויות היא שכאשר התובעת הגיעה לבי"ח שיבא במועד זה, בי"ח שיבא לא ראה עצמו כגורם המטפל במעקב ההיריון של התובעת וכמי שתפקידו "לנהל את האירוע". הוא ראה עצמו כאחראי לנושא ביצוע הניקוז בלבד. כך העידו, למעשה, הן פרופ' ינון והן פרופ' ליפיץ. פרופ' ינון העיד כי "**היא הגיעה אלינו למעשה לטיפול אז לא עשיתי לה סקירה חדשה...לא עוד פעם עברתי על העובר...מגיעה אישה שכבר עברה את כל העיבוד בחוץ בבית חולים אחר, והופנתה אלינו כדי שנעשה את הפרוצדורה התוך רחמית**". בי"ח שיבא התייחס לנוזלים בריאות העובר **כממצא יחיד ומבודד** שבו, ורק בו, יש לטפל, ולא נתן את הדעת לכך שהוא הגורם שצריך לבחון עתה את **כלל הנתונים הרלוונטיים עוד מראשית ההיריון**. בין כלל הנתונים הרלוונטיים שהיה על בי"ח שיבא לבחון מיד עת הגיעה התובעת לטיפולו היו ממצאים שהצביעו על אפשרות לא זניחה לקיום תסמונת גנטית, המלצה לביצוע ייעוץ גנטי חוזר שניתנה בסיכום האשפוז מבי"ח וולפסון עוד בתאריך 22.11.2011 ולא בוצעה, שבירת עקומות, מיקרוצפליה, האטה בגדילה התוך רחמית, קורפוס קלוסום קטן ב- 2 סטיות תקן, נושא שכלל לא אוזכר ברישומי בי"ח שיבא, כל זאת על רקע נטילת תרופה טרטוגנית וממצאים חריגים (סימנים רכים, תוצאות שקיפות עורפית וחלבון עוברי) שהיו בתחילת ההיריון. כבר בשלב זה היה על בי"ח שיבא לערוך **דיון והתייעצות כוללת**, קונסיליום של מספר רופאים, כפי שנעשה פעמים רבות במקרים בהם מגיעה מטופלת במצב מורכב, אשר לו מספר היבטים וממצאים חריגים, בשיתוף יועצת גנטית ונוירולוג, ואף תוך התייעצות טלפונית עם פרופ' מלינגר, שערך לתובעת סקירות שלוש פעמים, מצא ממצא בבדיקת מוח העובר וממצאים חריגים נוספים, הפנה אותה לשיבא והמליץ, למעשה, על ייעוץ גנטי עוד בתאריך 22.11.2011. יוזכר כי אף נייר עמדה מס' 31, אשר משקף לטענת המדינה את המצב שהיה נהוג גם בשנים שקדמו להוצאתו, מחייב דיון בשיתוף מומחה

לגנטיקה ומומחה בנוירולוגיה במקרה של חשד למיקרוצפליה, בהתאם למדדים שהתקיימו במקרה זה באותו המועד. במקום זאת בחר הצוות הרפואי בשיבא להתעלם לחלוטין מהצורך לערוך באותה העת בירור גנטי, התעלמות שאינה סבירה, במיוחד כאשר באותו היום, 8.12.2011, כבר בוצע דיקור כך שניתן היה לפעול לבצע בדיקת צ'יפ גנטי ללא שיהוי. באותו היום גם ניתן וצריך היה כבר לשקול ביצוע בדיקת MRI וסקירה מכוונת לפנים. הדברים כלל לא נשקלו ולא ניתנה הדעת לכך. בי"ח שיבא ראה עצמו, כאמור, כאחראי לחלק צר ובודד בלבד בטיפול בתובעת ובהריון וראה עצמו כמי שתפקידו לטפל אך ורק בנושא הניקוז. הוא אף מנע מהתובעים את מכלול המידע הרלוונטי באותה עת שהצביע על הצטברות נתונים חריגים בעובר ולא שיתף אותם בכלל הנתונים החריגים ובאפשרויות לקיום בדיקות נוספות. התובעים הבינו מהצוות הרפואי בשיבא שמדובר בכילוטורקס עם צפי לפרוגנוזה טובה לאחר שיבוצע ניקוז ונמסר להם מידע חלקי ומטעה. בכך לטעמי טעה בי"ח שיבא וגרם לכשל בטיפול בתובעת.

18.12.2011 – 11.12.2011

148. התובעת אושפזה בשיבא לצורך ביצוע הניקוז לאחר שנשלל CMV בתאריך 11.12.2011. במועד זה החלו צירים תכופים. למחרת, 12.12.2011 בוצע ניקוז משמאל. זהו המועד החמישי בו ניתן לזהות כשל, ומדובר בכשל משמעותי. טרם ביצוע הניקוז נמצאה **בצקת עורית** בבדיקת אולטרסאונד. **לבצקת זו משמעות חשובה ודרמטית** לצורך המשך האבחון והטיפול בעובר – משמעות ממצא זה היא כי **ההידרוטורקס הדו צדדי הפך להידרופס פטליס** שהרי הידרופס, כאמור, הוא הצטברות חריגה של נוזלים לפחות בשני מדורים שונים בגוף העובר. אין חולק שבצקת עורית ונוזל פלאורלי הם נוזלים בשני מדורים שונים בגוף ובמועד זה הצטרף הידרופס פטליס ליתר הנתונים החמורים. יוזכר כי פרופ' מלינגר ציין מפורשות עת נתן המלצה על ניקוז כי אם יש הידרופס הפרוגנוזה אינה טובה. פרופ' הרמן הדגיש בחוות דעתו שאם היה הצוות הרפואי חושד בהידרופס לא היה מבוצע ניקוז לפני הערכה גנטית וכך ציין באופן מפורש: "**אילו לצוות בבי"ח שיבא היה צל של חשד למצב של הידרופס הוא לא היה מחדיר נקז לבית החזה של העובר לפני שהייתה מבוצעת הערכה גנטית מקיפה**". והנה, **היה הידרופס והצוות הרפואי בשיבא ביצע הניקוז ללא הערכה גנטית מקיפה**. ניתן לומר שהתובעת, למעשה, נפלה בין הכיסאות מבחינת הגורם המטפל בה. קופ"ח הפנתה אותה לבי"ח וולפסון ולאחר מכן לשיבא, בי"ח וולפסון הפנה אותה לבי"ח שיבא, אך בי"ח שיבא, כפי שצוין לעיל, לא ראה עצמו, לפחות עד לאחר ביצוע הניקוז והמשך האשפוז, כגורם האחראי לטפל במעקב ההיריון מעבר לביצוע פעולת הניקוז. הוא ראה עצמו, כאמור, כגורם שאמור לבצע את פעולת הניקוז וזאת בלבד. הוא לא ראה עצמו מחויב לפעול לזיהוי מומים אפשריים בהריון ולפעול, באופן עצמאי, לראיה כוללת ואינטגרטיבית של כלל הנתונים הרלוונטיים.

149. פרופ' הרמן ניסה במהלך חקירתו לטעון, לראשונה, ובניגוד לאמור בחוות דעתו, שיש שני סוגי הידרופס. הוא טען שאכן היה הידרופס כיון שנמצאה בצקת, אלא שאין מדובר בהידרופס ראשוני אלא בהידרופס משני להידרוטורקס. כך טען גם פרופ' ינון בתצהירו. פרופ' ליפיץ טען בחקירתו ש"**המושג הידרופס פה הוא סמנטיקה**". כל אלו הן טענות חדשות והרחבת חזית שאין להתירה ואף לא נרשם ברשומות הרפואיות שמדובר בסוג זה או אחר של הידרופס. גם לפי הספרות אליה הפנו הצדדים (Callen) אין הבחנה בין שני סוגי הידרופס כאשר תמיד בנוכחות הידרופס הפרוגנוזה גרועה. בכל מקרה, בי"ח שיבא התעלם באופן מוחלט מהופעת ההידרופס, בין אם מדובר בסוג כזה או אחר ולא נערך דיון כלשהו לגבי משמעות הבצקת, לאחר הופעתה. לא הועלתה האפשרות לעצור את פעולת הניקוז. אין חולק שהידרופס מחייב הערכה גנטית מקיפה דחופה כיון שאין חולק על כך שהסיבה השנייה בשכיחותה להידרופס (21.7%) היא תסמונת גנטית כרומוזומלית (לאחר הסיבה של מומי לב או כלי דם, שלא היו במקרה זה), כאשר הסיכון לפגם כרומוזומלי - גנטי גבוה במיוחד כאשר ההידרופס מזוהה מוקדם בהריון, כפי שהיה במקרה זה. הצוות הרפואי בשיבא התעלם לחלוטין מהבצקת ומהופעתו של ההידרופס וביצע הניקוז מבלי שערך חשיבה כוללת ודיון מחודש בנושא, ללא התייעצות כוללת, לרבות עם פרופ' מלינגר, לאחר גילוי ההידרופס ומבלי שנתן את הדעת לכך שקיימת סבירות גבוהה שהופעת ההידרופס, יחד עם יתר הנתונים, מלמדת עוד יותר על היתכנות מומים קשים על רקע גנטי **ועל כך שיש מקום להמתין עם ביצוע הניקוז, שעשוי לזרז את הלידה.** בי"ח שיבא המשיך להתרכז בביצוע פעולת הניקוז וזאת בלבד. בי"ח שיבא, למעשה, "פספס" חלק מהנתונים הרלוונטיים ואת הופעת ההידרופס, מה שהיה צריך להשפיע באופן דרמטי על קבלת ההחלטה אם בכלל לבצע הניקוז, ואם כן - מתי. במועד זה היה צריך להמתין עם ביצוע הניקוז ולא לבצעו בנוכחות הידרופס, כפי שאף המומחים מטעם המדינה הסכימו, להפנות התובעת לייעוץ גנטי דחוף ולפעול לבצע בדיקת MRI דחופה וכן לבצע בדיקות נוספות בהתאם להמלצות הייעוץ הגנטי.

150. התובעת אושפזה בשיבא 8 ימים נוספים מאז הניקוז ועד הלידה וסה"כ הייתה בטיפול בי"ח שיבא 10 ימים. במהלך אשפוזה נצפו צירים. רק בתאריך 13.12.2011, כחמישה ימים לאחר שהתקבלה לראשונה בשיבא, ולמרות הצירים התכופים ופעולת הניקוז שזירזה הצירים, הוחלט לתאם לה תור לייעוץ גנטי – ועדיין, לא בדחיפות כפי שהיה צריך לעשות כבר עם קבלתה בשיבא, אלא לתאריך 18.12.2011 (!) כמעט חודש לאחר שהומלץ בבי"ח וולפסון על ביצוע ייעוץ גנטי חוזר. התברר שהפנייה לייעוץ גנטי, לפי עדותו של פרופ' ליפיץ, הייתה פרקטיקה רגילה, בהתאם לנהלים, לכל מי שעברה פרוצדורה של ניקוז ואין מדובר בהפניה מיוחדת בשל נתוני התובעת. בי"ח שיבא, עדיין, לא ראה כל דחיפות מיוחדת בטיפול בתובעת, היה שבוי בתפיסתו שהפרוגנוזה טובה, לא ערך אינטגרציה והערכת מצב של כלל הנתונים ולא סבר שעקב הממצאים החמורים של העובר והלידה המתקרבת יש צורך בייעוץ גנטי דחוף מעבר לייעוץ הגנטי אליו נשלחת כל אישה לאחר ביצוע פעולת ניקוז. במהלך אותם ימי אשפוז לא טופלה התובעת באופן כלשהו למעט

מעקב אחר הצירים, מתן תרופות להבשלת ריאות וניסיון לעכב הלידה. עדיין, למרות חלוף ימים רבים, לא נעשו בשיבא כל דיון כולל וחשיבה אינטגרטיבית לגבי מצבה של התובעת ולא נעשתה בחינה מעמיקה של התמונה המלאה ושל פסיפס הנתונים. בוזבזו ימים רבים ללא כל טיפול וללא בדיקה אמיתית של אפשרות לקיום בעיה גנטית מורכבת, כאשר התובעת כבר עם צירים וקיים סיכון, שהלך וגבר מיום ליום, ללידה מוקדמת. ביה"ח שיבא היה מקובע בתזה שמדובר בכילוטורקס עם פרוגנוזה טובה, אשר יכול להיפתר באמצעות ניקוז ואולי אף יידרש ניקוז חוזר, והתנהל בעצלתיים תוך התעלמות ממצב העובר והתובעת. בהעדר הערכת מצב אינטגרטיבית, התובעים, למעשה, "הורדמו". המסר שקיבלו היה אופטימי. הם לא היו מודעים למדדים החמורים ולא היו חשופים למידע המלא ולכלל הנתונים המדאיגים והמצטברים על אודות מצב העובר. רק בתאריך 18.12.2011, היום בו תואם לתובעת הייעוץ הגנטי ובו בסופו של דבר ילדה, היא נבדקה שוב על ידי פרופ' ינון. במועד זה נמצאו עדיין ריבוי נוזלים ומדדים המצביעים על חשד להאטה בגדילה התוך רחמית ומיקרוצפליה - משקל העובר באחוזון 5 ופיגור של כשבועיים שלושה ביתר המדדים.

151. מתאריך 8.12.2011 ועד תאריך 18.12.2011, עשרה ימים יקרים בהריון בסיכון גבוה עם ממצאים חריגים ותמונה מורכבת, בנוכחות צירים תכופים, לא נעשה דבר בביה"ח שיבא למעט פעולת הניקוז. מתאריך 12.12.2011, לאחר הניקוז, ועד 18.12.2011, לא נעשה דבר כלל. בירור הכיוון הגנטי היה צריך להיות במקביל לבירור אפשרות ביצוע הניקוז והיה צריך להתאים אופן ועיתוי פעולה זו לנתוני המקרה. במקום זאת בחר ביה"ח שיבא להתנהל ב"טור" ולא במקביל. תחילה רצה לשלול CMV ולאחר מכן לבצע הניקוז. הוא המתין לביצוע הניקוז ורק לאחר מכן בחר להפנות, ובאיטיות רבה, כאילו מדובר במקרה שגרתי, לבירור גנטי. התנהלות זו לא הייתה סבירה בנסיבות העניין, במיוחד נוכח כלל הנתונים החריגים לגבי מצב העובר, הסיכון לכך שקיימת תסמונת גנטית שלא נעשה עדיין דבר לצורך גילויה, כאשר החלו צירים וכאשר ידוע היה היטב לצוות הרפואי שפעולות הניקוז והדיקור גורמות לזירוז הלידה, כפי שאף פרופ' הרמן אישר בחקירתו. היה על ביה"ח שיבא לנהל ההיריון כאירוע בעל נתונים חריגים שיש צורך לטפל בו בדחיפות ולא כך היה. ביה"ח שיבא לא התנהל באופן בו היה עליו להתנהל במקרה זה והתמונה המלאה הוחמצה על ידו. הוא התנהל כאילו אין כל דחיפות בטיפול בתובעת והתעלם מנתונים שהצביעו על דחיפות כזו. כשל זה באינטגרציה של הנתונים, העדר טיפול כלשהו ימים רבים ואי בדיקת הכיוון הגנטי באופן דחוף, מיד כאשר התובעת התקבלה לטיפולו, מהווה את הגורם הדומיננטי המביא למסקנה כי ביה"ח שיבא סטה מסטנדרט הזהירות הסביר. בהקשר זה יפים הדברים שנאמרו בע"א 4066/24 **מדינת ישראל נ' פלונית** (12.2.2026) (להלן: פס"ד **פלונית**):

"**השילוב בין כלל התסמינים, שהוא כאמור פרוגנוזה רעה ביותר, מצביע על תסמונת גנטית עלומה המצדיקה הפסקת הריון. לכן, גם אם המום בלב הוא כזה הניתן לתיקון או שכמות מי השפיר השתפרה ספונטנית, הרי שכובד המשקל הוא <u>בשילוב</u> התסמינים ביחד. שילוב אשר לא נמצא לו הסבר המניח את הדעת בזמן אמת, ונדרש היה להניח כי הוא נובע מתסמונת גנטית**"

(ההדגשה במקור, א.ל.). וכך אף בענייננו, שילוב הממצאים חייב בחינה כוללת ושילוב כל הנתונים. היה צריך לפעול על מנת לברר אם מדובר בתסמונת גנטית עלומה, באמצעות בדיקות שונות כמתואר לעיל, ובראש ובראשונה ייעוץ גנטי לפני ביצוע פעולת הניקוז.

152. המסקנה היא, אם כן, כי כל אחת מהנתבעות, במועדים שפורטו לעיל, התרשלה בטיפול הרפואי בתובעת.

153. למסקנה בדבר התרשלות הצוותים הרפואיים של המדינה ניתן להגיע גם מהכוון של הפרת חובת הגילוי והיידוע. התובעים טוענים שגם בלי ביצוע בדיקות היו צריכים להסביר להם על פרוגנוזה גרועה: שילוב של כלל הנתונים החריגים ובהם הידרופס פטליס, פיגור גדילה תוך רחמי, מיקרוצפליה, קורפוס קלוסום קצר, ריבוי מי שפיר, סימנים רכים ורקע של תרופה שעשויה לגרום למומים מביא לסבירות גבוהה שתהיה פגיעה רב מערכתית, כולל מוחית. טענה זו מקובלת עלי. כידוע, החובה המוטלת על הרופא להסביר למטופל את מצבו הרפואי ואת אפשרויות הטיפול העומדות בפניו, ולוודא שהסבריו הובנו, היא חלק מחובת הגילוי שבה הוא חייב. אין לדרוש מהרופאים שהיקף ההסברים שניתנים למטופל יהיה מוחלט ויכלול סיכונים רחוקים ובלתי משמעותיים, אך קיימת חובה כזו לגבי סיכונים ממשיים ומהותיים בנסיבות העניין והמבחן הוא מבחן הסבירות והציפייה הסבירה (ראה למשל: ע"א 4960/04 **סידי נ' קופת החולים של ההסתדרות הכללית**, פ"ד ס(3)540 (19.12.2005) (להלן: פס"ד **סידי**); ע"א 2959/22 **פלונית נ' הסתדרות מדיצינית הדסה** (18.6.2023); ע"א 8710/17 **פלונית נ' שירותי בריאות כללית** (6.8.2019)).

154. היה על הצוותים הרפואיים של המדינה, ובבי"ח שיבא במיוחד, לתת להורים מידע על ההסתברות לתסמונת גנטית כדי שיוכלו לקבל החלטה שקולה בדבר עתיד ההיריון ולהסביר להם מה האפשרויות העומדות בפניהם. למרות האמור הצוותים הרפואיים, כאמור, לא ביצעו הערכה כוללת ואינטגרציה של הנתונים ולכן גם לא מסרו לתובעים הערכה כזו. היה צריך להסביר לתובעים וליידע אותם על המדדים החריגים שנמצאו בעובר לפי העקומות הרלוונטיות (זאת, כאמור, אף אם סברו שיש לבחון הנתונים לפי עקומות אחרות) המחייבים ייעוץ גנטי; על האפשרות והצורך לבצע בדיקת MRI לפי מדדים אלו, בדיקה המצויה בסל הבריאות, שניתן לבצעה בתוך מספר ימים ולקבל התוצאות בתוך שעות; על האפשרות לבצע סקירה מכוונת לפנים ועל כך שניתנו במהלך ההיריון המלצות שלא בוצעו. חובת הגילוי, בהתייחס למועדים המפורטים לעיל, בנוגע למצב העובר, באופן שיאפשר להורים לדעת מהו מצב העובר ולשקול ביצוע בדיקות נוספות ואף פנייה לוועדה להפסקת הריון - לא קוימה.

<u>קשר סיבתי ואשם תורם</u>

155. אין חולק שבדיקת ציפ' גנטי, לו בוצעה, הייתה מגלה את התסמונת עוד במהלך ההיריון. הנתבעות טוענות כי חמש פעמים במהלך ההיריון ניתן לתובעת מידע על האפשרות לבצע בדיקת ציפ' גנטי אך היא בחרה לא לבצע את הבדיקה. מכאן עולה, לטענת הנתבעות, שגם אם ייקבע שהנתבעות התרשלו בגין כך שלא הפנו את התובעת לבדיקת ציפ' גנטי, כפי שהיה עליהן לעשות, הרי שממילא לא קיים קשר סיבתי בין התרשלות זו לנזק, כי ממילא התובעת הייתה מסרבת לבצע הבדיקה, כפי שסירבה קודם לכן, בשל התשלום שהיה כרוך בכך. עוד טוענות הנתבעות כי התנהלות התובעים בכל הנוגע לביצוע הבדיקה מהווה אשם תורם מכריע בשיעור 100% אשר אף מנתק את הקשר הסיבתי. המדינה טוענת עוד כי גם אם היה מבוצע ייעוץ גנטי במועד מוקדם יותר מהמועד בו בוצע בסופו של דבר וגם אם הייתה מבוצעת בדיקת ציפ' גנטי במועד מוקדם יותר – לא היו מתקבלות תוצאות לפני הלידה ולא היה זמן מספק לפנות לוועדה להפסקת הריון. לגבי בדיקת MRI וסקירה מכוונת לפנים, טוענת המדינה, כי גם אם היו מבוצעות בדיקות אלו במהלך ההיריון לא הייתה מתקבלת תוצאה המעידה על בעיה גנטית באותו השלב.

156. לאחר ששקלתי טענות הצדדים והראיות, אני סבורה שדין הטענות הנוגעות להעדר קשר סיבתי בין ההתרשלות לנזק, לרבות אשם תורם - להידחות.

157. תחילה, בדיקת הציפ' הגנטי וה"סירוב" הנטען של התובעת לבצעה. אכן, ברשומות הרפואיות ניתן למצוא חמישה אזכורים של האפשרות לבצע בדיקת ציפ' גנטי (שלא נרשמה בכל הרשומות כציפ' גנטי אלא כ- CGH, CMA), בדיקה שלא הייתה בסל הבריאות באותה העת ועלותה עמדה על סך שבין – 3000 ₪ ל- 5000 ₪ לערך בהתאם לעדויות. עם זאת, בעצם אזכור שם הבדיקה ברשומות הרפואיות, ולעיתים רק באותיות לועזיות, אין די. אני מקבלת את טענת התובעים שמעולם לא ניתנה להם המלצה לבצע הבדיקה ולא נעשתה חתירה לביצועה. אני מקבלת הטענה שמעולם לא הוסבר להם באופן מפורט מדוע כדאי להם וחשוב לבצע הבדיקה למרות שבוצעה בדיקת קריוטיפ באמצעות דיקור מי שפיר בשבוע 19 ונמצאה תקינה. יש לזכור כי היקף המידע אותו מחויב רופא למסור למטופל בהתייחס לבדיקות מסוימות עשוי להשתנות לפי נסיבות העניין. חובת הגילוי והיידוע משתנה בהתאם לשאלה אם מדובר באותו המקרה בסיכונים רחוקים או שקיימות אינדיקציות ספציפיות שמחייבות שיתוף המטופל במידע לגבי בדיקות רלוונטיות. כאשר קיימים סימנים או ממצאים חריגים במהלך ההיריון חובת היידוע של הצוות הרפואי לגבי בדיקת ציפ' גנטי מתרחבת מעבר ליידוע כללי בלבד ויש להסביר באופן מפורט את משמעות הממצאים, את הצורך בבירור גנטי ואף יש להציע לבצע את הבדיקה, גם אם במימון פרטי. ההסבר הנדרש צריך לכלול תיאור של הבדיקה, יתרונותיה מול הסיכונים והעלויות הכרוכים בה, המועד שניתן לבצע הבדיקה ויתרונות בדיקה זו עבור מי שבוחרת לבצע בדיקת מי שפיר, על מנת שכל מטופלת תוכל לקבל החלטה מושכלת (פס"ד **סידי** ; ת"א (מרכז) 66571-11-20 **פלונית נ' שירותי בריאות כללית** (27.8.2023) ; ת"א (חי) 45045-10-19 **פלונית נ' בית חולים בני**

ציון (30.5.2025)). יוזכר (וזאת אישרו גם פרופ' מלינגר ופרופ' ליפיץ) כי באותה העת ניתן היה לבצע הבדיקה רק באמצעות הפנייה של יועץ גנטי ולא בהפניה עצמאית של רופא מעקב הריון, כך שמי שאמור היה לתת הסברים מלאים ולהפנות את התובעת לבדיקה הוא יועץ גנטי והיה על הרופאים המטפלים להפנות את התובעת לייעוץ גנטי. נבחן את חמשת המועדים בהם אוזכרה הבדיקה, ואם אכן ניתן ללמוד מהם על סירוב של התובעת לבצעה, המלמד על כך שלא הייתה מבצעת הבדיקה גם אם הייתה מופנית לבצעה על ידי יועץ גנטי.

158. בייעוץ הגנטי מתאריך 13.9.2011 (שבוע 17) הממצאים היו קלים. נרשם כי הוסבר על אפשרות של בדיקת ציפ' גנטי במי השפיר בתשלום ונרשם שאם כל הבדיקות תהיינה תקינות אין צורך בבירור נוסף. אני מקבלת את גרסת התובעת שההסבר היה הסבר כללי והתייחס לעצם קיום בדיקה נוספת בתשלום שנשלחת לחו"ל אך לא הומלץ על ביצועה. באותו שלב, נוכח תוצאות הבדיקות התקינות, גם לא היה מקום להמליץ על ביצועה ולשוחח עם התובעת על אפשרות של מום גנטי מג'ורי רב מערכתי המצדיק ביצועה, כפי שהעידה גם הגב' ינוב, שאף הורתה על הפסקת שמירת תאים נוכח הפרוגנוזה הטובה שהייתה באותה העת.

159. בדיקת הציפ הגנטי אוזכרה בשלוש רשומות רפואיות נוספות שאינן במסגרת ייעוץ גנטי: הרישום האחד - בתאריך 22.11.2011 ציין פרופ' מלינגר "**אפשרות של דיקור מי שפיר חוזר לבדיקה של CGH**" ובהמשך ניתנה בשחרור מהאשפוז הפנייה לייעוץ גנטי, אשר, כאמור, נזנחה ונשכחה על ידי כל הגורמים המטפלים. לא ניתן לראות ברישום זה הפנייה או הסבר כלשהו לגבי חשיבות ביצוע הבדיקה וממילא, כאמור, היה צורך בייעוץ גנטי לצורך קידום ביצוע הבדיקה אלא שלא ניתנה הפנייה לייעוץ כזה. נראה שפרופ' מלינגר הניח שהתובעת תגיע לייעוץ גנטי, כפי שהמליץ, ואז יינתן לה הסבר לגבי הבדיקה וחשיבותה. הרישום השני – בתאריך 8.12.2011 בבי"ח שיבא. בוצע דיקור מי שפיר ונרשם ע"י פרופ' ינון: "**נשלח ל CMV ולהפקת DNA אם בהמשך ירצו לבצע CGH ונונן**". מהרשומות ומהראיות עולה כי מטרת הדיקור הייתה לשלול CMV כתנאי מוקדם לביצוע הניקוז. פרופ' ינון עסק באותה העת בנושא הניקוז ולא פעל כלל לברר הכוון הגנטי, שאם כן כבר היה מפנה את התובעת לייעוץ גנטי באותו היום כדי לבצע הבדיקה, במיוחד כאשר בוצע דיקור. אני מקבלת טענת התובעת כי גם במועד זה לא הוסבר לה על חשיבות או נחיצות הבדיקה, לא הומלץ בפניה על ביצועה והשיח באותו המועד היה לגבי הניקוז ושלילת קיומו של זיהום, כדי שניתן יהיה לבצע הניקוז. בדיקת הציפ הגנטי הוצגה כבדיקה אופציונלית שניתן יהיה לחשוב עליה רק בעתיד, במסגרת ייעוץ גנטי ובהתאם לתוצאות הניקוז, אך לא באותו השלב באופן מידי, למרות שכבר בוצע דיקור ונשלח נוזל להפקת DNA כך שניתן היה לפעול לבצוע הבדיקה כבר באותו השלב. בכל מקרה, התובעת שילמה באותו מועד על שמירת תאים לצורך בדיקות עתידיות, כפי שהומלץ בפניה. הרישום השלישי – בתאריך 18.12.2011, יום הלידה, כתב פרופ' ינון: "**ייעוץ גנטי היום – תחליט אם מעוניינת ב – CGH ובדיקת נונן**". לא נרשם כי ניתן הסבר לתובעת על אודות הבדיקות ונחיצותן. התובעת טוענת כי פרופ' ינון לא שוחח עמה על

הבדיקה ועל ההסתברות לעובר עם מומים ואני מקבלת עדותה. ההתרשמות והאפשרות הסבירה וההגיונית היא כי פרופ' ינון הניח שהיועצת הגנטית היא זו שתשוחח עם התובעת על כך בהמשך היום. פרופ' ינון אף לא ציין בתצהירו או בעדותו כי הוא הסביר או המליץ לתובעת על אודות הבדיקה.

160. הרשומה החמישית בה מוזכרת בדיקת הציפ' הגנטי היא במסמכי הייעוץ הגנטי בבי"ח שיבא בתאריך 18.12.2011, יום הלידה. נרחיב בעניין מסמכים אלו. כאמור, קיימים שני מסמכים עליהם נרשם התאריך 18.12.2011. האחד, תרשומת פנימית. השני, מכתב מסכם בן 6 עמודים, הנושא תאריך של אותו היום, המופנה "**לרופא המטפל במחלקת הריון בסיכון**". כפי שצוין לעיל, נוסח שני המסמכים שונה. בתרשומת הפנימית נרשם כי הוסברו לתובעים שלוש אפשרויות: תסמונת נונן, סיכון לתסמונת SLO ושליחת CGH. נרשם כי הוסבר כי כילוטורקס יכול להיות בעל פרוגנוזה טובה אך אם מדובר בתסמונת גנטית יכול להיות עובר פגוע קשה וכי אפשר לפנות לוועדה להפסקת הריון אך התובעים "**לא מעוניינים כרגע**". במכתב המסכם נרשמו 6 אפשרויות: תסמונת נונן; סיכון לתסמונת SLO; שינוי מזערי שניתן לאבחון ב – CGH כאשר יש DNA והתשובה תוך כ – 10 ימים עד שבועיים ולגבי כך נרשם באופן לקוני "**לא מעוניינת**"; האטה בגדילה עקב הטיפול התרופתי; תסמונת גנטית שלא ניתן לאבחן בהריון וזיהום ויראלי. נרשם כי הוצגה אפשרות לפנות לוועדה להפסקת הריון ונרשם "**אמרו במפורש שאינם מעוניינים בכך**".

161. לגבי ייעוץ זה יש לציין מספר דברים. ראשית, התובעת הופנתה לייעוץ זה באיחור ניכר, באופן שהפך את ההמלצות בו ללא רלוונטיות. התובעת הייתה אמורה להגיע לייעוץ גנטי מיד לאחר ההמלצה שניתנה בתאריך 22.11.2011. הייעוץ הגנטי בוצע לאחר כמעט חודש ממועד ההמלצה. במועד עריכת הייעוץ התובעת סבלה מצירים תכופים לאחר פעולת הניקוז ולידה הייתה צפויה להתרחש בכל רגע. התובעת הסבירה כי נאמר לה שאין טעם לבצע בדיקת ציפ' גנטי והיא לא רלוונטית כי התוצאות יגיעו לאחר הלידה ולא ניתנה לה כל המלצה לבצעה. לא ניתן להסיק מכך שאם היה ניתן לה הסבר קודם למועד זה על חשיבות הבדיקה היא לא הייתה מבצעת אותה. שנית, בתרשומת (להבדיל ממכתב הסיכום) לא נרשם כי התובעת אינה מעוניינת בביצוע הבדיקה ולא נרשם כלל כי הוסברה לה חשיבות הבדיקה והמלצה לבצעה, למרות שהלידה קרובה. שלישית, קיימים סימני שאלה לגבי אמינות מסמכי הייעוץ הגנטי ובמיוחד לגבי המכתב המסכם. יוזכר כי המסמכים לא הועברו לתובעים טרם הגשת כתב ההגנה וחוות הדעת מטעם בתי החולים. ד"ר בירקנשטט, שאינה זוכרת את המקרה ומסתמכת על המסמכים בלבד, העידה שאת מכתב הסיכום היא כתבה והעבירה בפקסימיליה למחלקת הריון בסיכון מיד לאחר הייעוץ אך מניסוח המכתב עולה כי הוא נכתב לאחר הלידה והתאריך שנרשם עליו נרשם בדיעבד, שהרי בהתייחסות לתאריך 18.12.2011 נרשם "**באותו היום היא עברה ייעוץ כאן**" ולא "**היום עברה ייעוץ כאן**", כפי שהיה צריך לרשום אם המכתב היה נרשם בתאריך 18.12.2011. כמו כן, קיימים, כאמור, הבדלים מהותיים בין נוסח התרשומת ובין המכתב המסכם. במכתב המסכם הוספו עוד שלוש אופציות

אשר לכאורה הוסברו לתובעים, שלא נרשמו בתרשומת בזמן אמת. לגבי האפשרות להפסקת הריון נרשם בתרשומת כי "**כרגע**" אינם מעוניינים בעוד שבמכתב המסכם נרשם כי אמרו "**במפורש**" שאינם מעוניינים. נוכח הבעיה באמינות מסמכי הייעוץ הגנטי מבי"ח שיבא קשה להסתמך על מסמכים אלו לצורך הסקת מסקנות כלשהן ויש להעדיף את גרסת התובעים על פני עדותה של ד"ר בירקנשטט, אשר, כאמור, אינה זוכרת את המקרה, לפיה השיחה עם היועצת הגנטית הייתה ברוח חיובית, כי רוח הדברים הייתה שאין טעם לבצע בדיקות שעולות אלפי שקלים וצריכות להישלח לחו"ל ושהתוצאות תתקבלנה לאחר הלידה, כי יצאו מהייעוץ בתחושה טובה, כי המסר היה שהניקוז הצליח והמטרה כעת היא "להחזיק" את ההיריון והם יצאו מהפגישה בחיוך. יש לזכור כי ההפניה לייעוץ הגנטי לא הייתה חריגה אלא שמדובר היה בהפניה שגרתית של כל מי שעוברת הליך של ניקוז, ולכן גם לא היה מדובר בהפניה דחופה ואף לא נערכה התייעצות עם ד"ר בירקנשטט במהלך כל ימי אשפוזה של התובעת בשיבא. עובדה זו תומכת בגרסת התובעים כי לא הועבר אליהם כל מסר של דחיפות או צורך לקבל החלטות קשות ולבצע בדיקות דחופות עקב מצוקה ונתונים חריגים של העובר אלא להפך, כי השיחה הייתה ברוח חיובית והמסר היה אופטימי.

162. עוד יש להעיר כי טענות התובעים לגבי חסר ברישום ממצאים והעדר חשיבה על שילוב ואינטגרציה בין כל הנתונים, הקיימים גם במסמכי הייעוץ הגנטי, מקובלות עליי: גם במסמכי הייעוץ הגנטי בשיבא לא נרשם שהיקף הראש לפי עקומת הדלוק מחייב בדיקת MRI; לא ניתנה כל התייחסות ולא נרשם הממצא של קורפוס קלוסום הקצר ב – 2 סטיות תקן ומשמעות נתון זה כמרקר לבעיה מוחית בשילוב מים בריאות ופיגור גדילה תוך רחמי חמור; לא ניתנה כל התייחסות לממצא של בצקת עורית והופעת הידרופס (צוין סימן שאלה בצד המילה הידרופס מבלי לוודא שאכן מדובר בהידרופס) וכן צוין במסמכי הייעוץ שהרופאה המטפלת בקופת החולים חשדה בנוזל פלאורלי בעוד שהרופאה מצאה חשד לנוזל פריקארדיאלי. נוסף לכך, לא ניתנה המלצה על בדיקת MRI, בדיקה אותה היה צריך לשקול נוכח הנתונים, וגם לא על סקירה מורחבת לפנים, למרות שהמלצה זו כבר ניתנה בייעוץ גנטי קודם. חסרים וכשלים אלו במסמכי הייעוץ הגנטי מפחיתים אף הם מהאמינות ומהמשקל שיש לתת לרישומים אלו ולמסקנות שהוצגו בהם. המסקנה היא שיש להעדיף את גרסת התובעים על זו של המדינה בכל הנוגע לפגישת הייעוץ הגנטי ולמסר החיובי שקיבלו גם במסגרתה, כמו גם מהרופאים המטפלים בשיבא, כי הניקוז הצליח, הפרוגנוזה טובה, לא הומלץ על ביצוע בדיקת ציפ' גנטי כיון שהיועצת הגנטית סברה שאין טעם בביצועה באותו השלב וגם לא דובר עמם באופן רציני על הפסקת הריון. גם בתרשומת וגם ברשימת ההמלצות הארוכה בסיכום הייעוץ (אשר, כאמור, הסבירות היא שנכתבה לאחר הלידה) אין הסבר ברור לפיו הממצאים הרבים שנמצאו בעובר, לרבות ההידרופס שהתווסף ולא נרשם בסיכום זה, מצביעים בסבירות גבוהה מאד על כך שמדובר במום מג'ורי ולכן יש לבצע בדחיפות בדיקת ציפ' גנטי להמשך בירור בנושא זה.

163. נוכח כלל האמור אני קובעת כי לא ניתן לתובעת במהלך ההיריון, ובמועד רלוונטי, כפי שהיה צריך לעשות, ובמיוחד מאז ביצוע הסקירה בתאריך 22.11.2011, הסבר ראוי לגבי חשיבות בדיקת הציפ' הגנטי, נוכח מכלול הממצאים החריגים אשר הצביעו על סיכון לא זניח לתסמונת גנטית, ולא קוימה חובת הגילוי והיידוע. לא הוסבר לתובעת שמדובר בבדיקה חיונית וחשובה שסוקרת את כל זוגות הכרומוזומים בעובר ברזולוציה גבוהה מאד ומגלה שינויים זעירים, להבדיל מבדיקת הקריוטיפ שבודקת רק מספר כרומוזומים ומבנה כללי. לא הוסבר לה שבדיקה זו היא הדרך לשלול אחוז ניכר מההפרעות הכרומוזומליות והתסמונות הגנטיות הקשות שאינן ניתנות לגילוי בבדיקות אחרות. אני מקבלת טענת התובעים כי לו היה ניתן להם הסבר כראוי התובעת הייתה מבצעת הבדיקה ונושאת בעלותה, כפי שנשאה בעלות שמירת תאים וכפי שביצעה את כל הבדיקות והייעוצים אליהם הופנתה במהלך ההיריון ובהם: סקירה פרטית אצל פרופ' מלינגר, כל בדיקות הסקר שהומלצו, מעל חמש סקירות, לרבות שתי סקירות למוח, שני אשפוזים ושני דיקורי מי שפיר. התובעת שילמה עבור שמירת חומר גנטי בשיבא ועברה פרוצדורה כואבת וקשה של ניקוז מי שפיר מריאות העובר. כל מה שהומלץ לה לעשות עשתה כדי להבטיח שייוולד לה ילד בריא והיא סמכה על הרופאים המטפלים שיפנו אותה לכל בדיקה אפשרית שיהא בה צורך להבטיח זאת. יודגש כי אף הרופאים המטפלים בתובעת לא טענו כלל שהם המליצו על ביצוע בדיקת ציפ' גנטי, אלא לכל היותר שיידעו את התובעת באופן כללי על קיומה. בנסיבות אלו, נוכח צבר הנתונים החריגים שהצביעו על הסיכון לתסמונת גנטית והחל מתאריך 22.11.2011, לא היה די בכך. היה עליהם להסביר ולפרט מהי הבדיקה, מדוע היא נחוצה בנסיבות העניין, לתת הסברים על המידע שמוסיפה הבדיקה, ליידע מהו פרק הזמן שיש להמתין לקבלת תשובות, האם מדובר בתשובות סטטיסטיות, מהי עלות הבדיקה, האם היא מבוצעת בישראל ועוד פרטים, ולהעמיד את התובעים על הצורך בביצועה. אם לאחר קבלת כל המידע וההסברים התובעים היו מסרבים לבצע הבדיקה היה צריך לרשום זאת באופן ברור ברשומות הרפואיות. מסקנתי היא, אם כן, שבנסיבות אלו אין למצוא אשם תורם כלשהו בהתנהלות התובעים.

164. וליתר טענות הנתבעות בשאלת הקשר הסיבתי. אני מקבלת את טענת התובעים שהוכח בדרגת ההסתברות הנדרשת שקיים קשר סיבתי בין כל רכיבי ההתרשלות: אי הפנייה לייעוץ גנטי, אי הפנייה לבדיקת MRI , אי הפנייה לסקירה מורחבת לפנים ואי קיום חובת הגילוי - ובין הנזק. לולא ההתרשלות הייתה התובעת מבצעת הבדיקות אליהן הייתה מופנית, היו מתקבלות תוצאות המעידות על בעיה גנטית והתובעים היו פונים לוועדה להפסקת הריון שהייתה מאשרת הפסקת הריון.

165. בהתייחס לבדיקת MRI – יש לדחות טענת המדינה שלא ניתן היה לגלות בבדיקה זו את המום המוחי עובר ללידה. כפי שצוין לעיל, המסקנה המסתברת מכלל הראיות ומחוות הדעת היא שהמבנים במוח שנמצאו לקויים אצל הקטין היו כבר מפותחים מתאריך 22.11.2011 (שבוע27+1)

ובחודש שלאחר מכן, ולו הייתה מבוצעת בדיקת MRI בתקופה זו, בה טופלה על ידי שני בתי החולים, היו מתגלים המומים המבניים. בבדיקה שבוצעה לקטין לאחר לידתו נמצאו ליקויים מבניים רבים בחומר האפור ובחומר הלבן של המוח, הקורפוס קלוסום קיים על כל חלקיו עם מבנה קצר, רוחבו של ה- genu בגבול הנמוך או מעט דק, נמצאו ליקויים מבניים בקורטקס (קליפת המוח) לרבות בסולקציה ובגירוסים, נמצאו ליקויים מבניים בוורמיס. פרופ' שטיינברג, המומחה בתחום הנוירולוגיה של הנתבעות, אשר בתחום מומחיותו נמצא גם נושא מועד התפתחות המבנים במוח, חווה דעתו שסביר להניח שהליקויים היו כבר קיימים בעת ההיריון והיה ניתן לגלותם בבדיקת MRI לו הייתה מבוצעת. פרופ' מלינגר העיד כי ה- genu שנמצא במבנה לא תקין בבדיקת MRI היה קיים כבר בשבוע 20 וכן העיד שאת הסולקטים שהמבנה שלהם נמצא לקוי אפשר לראות בבדיקת MRI כבר בשבוע 14-15.

166. הנתבעות טוענות שלא הוכח שניתן היה לקבל תוצאת בדיקת הציפ' הגנטי לפני הלידה גם אם הייתה ניתנת לתובעת הפנייה לייעוץ גנטי במועד מוקדם יותר. איני מקבלת הטענה. ראשית, יצוין כי לא הובהר באופן ברור ולא הוצגו ראיות חד משמעיות לגבי פרק הזמן שהיה דרוש באותה העת לקבלת תוצאות הבדיקה וגם לא הובהר אם הייתה אפשרות לקבל תוצאות בדחיפות במקרים חריגים. יוער כי גם נשמעו עדויות סותרות מטעם הנתבעות לגבי השאלה אם הבדיקה הייתה נשלחת לחו"ל באותה עת או שהיה ניתן לבצעה בישראל. שנית, אם התובעת הייתה מופנית בדחיפות לייעוץ גנטי מיד לאחר ששוחררה מביה"ח וולפסון בתאריך 22.11.2011 – הן על ידי קופת החולים והן ע"י ביה"ח וולפסון עצמו – מדובר בפרק זמן של כמעט חודש ואין חולק שמדובר בפרק זמן מספק לקבל תוצאות, אף לשיטת הנתבעות. נוסף לכך, גם אם הייתה התובעת מופנית לייעוץ גנטי מיד לאחר שהגיעה לביה"ח שיבא בתאריך 8.12.2011, מדובר במועד גבולי, כאשר כבר הופק DNA באותו היום, ולא ניתן לשלול האפשרות שאם הייתה מתבקשת בדיקה דחופה היו תוצאותיה מתקבלות. שלישית, הניקוז שנערך בתאריך 12.12.2012, היה פעולה שזירזה את צירי הלידה. כאמור לעיל, נוכח הופעת ההידרופס היה מקום לעכבו. אם הייתה התובעת מופנית לייעוץ גנטי עובר למועד זה ופעולת הניקוז הייתה נדחית עד לאחר הייעוץ הגנטי, קיימת אפשרות סבירה שהלידה לא הייתה מתרחשת בתאריך 19.12.2012 אלא במועד מאוחר יותר, אשר עד אליו היו מגיעות תוצאות הבדיקה.

167. למסקנה בדבר קיומו של קשר סיבתי בין כל רכיבי ההתרשלות לנזק ניתן להגיע גם באמצעות דוקטרינת הנזק הראייתי והעברת נטל השכנוע בדבר העדרו של קשר סיבתי אל כתפי הנתבעות. במקרה שלפנינו הנזק הראייתי לא נובע רק מהפרת חובת הגילוי אלא מההתרשלות בעצם אי הפניית התובעת לבדיקות: ייעוץ גנטי, בדיקת MRI וסקירה מורחבת לפנים. בהתאם להלכה הפסוקה, מדובר בנזק ראייתי מובנה: "**הלכה היא כי נזק ראייתי אשר נגרם על ידי הנתבע מצדיק בנסיבות מתאימות את העברת נטל השכנוע מן התובע אל הנתבע...העיקרון שביסוד העברת נטל השכנוע מתפרס לא רק על מחדלים בעריכת רשומות רפואיות ובשמירתן כנדרש.**

הוא מתפרס גם על רשלנות בעלת אופי שונה, אשר גורמת לכך שנפגעת האפשרות של התובע להוכיח את עילת תביעתו. כך גם במקרה של רשלנות מצד הנתבע באי – קיומן של בדיקות רפואיות, אשר לו בוצעו היו יכולות להצביע על הגורמים לנזק. רשלנות כזו גם היא עשויה להעביר את נטל השכנוע אל שכמו של הנתבע" (ע"א 9328/02 **מאיר נ' ד"ר לאור**, פ"ד נח(5)54 (22.4.2004) וראה עוד: ע"א 3114/12 **ששון נ' משרד הרווחה** (13.4.2014); ע"א 8630/22 **פלונית נ' ד"ר אירינה ויינגולד ואח'** (17.6.2024); ע"א 1693/09 **עזבון המנוחה פלונית נ' בי"ח אסף הרופא** (3.9.2014)). דוקטרינה זו חלה כאשר ההתנהגות העוולתית שיצרה את הסיכון וגרמה לנזק עצמו מתמזגת עם הנזק הראייתי לכלל פעולה אחת. במקרה זה על הצד המתרשל להוכיח מה היה מצב הדברים ההיפותטי לולא ההתרשלות. העמימות הראייתית אינה נובעת מפגיעה בראיות אלא מאי ודאות בנוגע לתרחישים היפותטיים. הנתבע כשל בטיפול הרפואי וקיים קושי לקבוע קשר סיבתי קונקרטי בין המעשה העוולתי ובין נזקו של התובע. בענייננו - התרשלות הנתבעות מנעה את ביצוע הייעוץ הגנטי, את הבדיקות שנדרשו בעקבותיו ובראש ובראשונה בדיקת ציפ' גנטי, את בדיקת ה- MRI ואת הסקירה המורחבת לפנים. התרשלות המדינה, נוסף לכך, גרמה לביצוע הניקוז לפני ביצוע ייעוץ גנטי ולזירוז הלידה. אי ביצוע הבדיקות גרם לתובעים, בדרכים שונות, נזק ראייתי ועמימות ראייתית, וקושי להוכיח את הקשר הסיבתי במאזן הסתברויות. לפיכך, יש להעביר את הנטל להוכיח את אותן עובדות ואת העדרו של קשר סיבתי אל כתפי הנתבעות. לגבי בדיקת MRI עובר הנטל למדינה להוכיח שלא ניתן היה לגלות את המומים בבדיקה, לו הייתה מבוצעת לפני שבוע 31 ; לגבי הייעוץ הגנטי ובדיקת הציפ' הגנטי – עובר הנטל לנתבעות להוכיח שלא הייתה מספיקה להגיע תוצאת הבדיקה לפני הלידה וכמו כן עובר הנטל לנתבעות להוכיח שהלידה לא הייתה מתרחשת במועד מאוחר יותר לו לא היה מבוצע ניקוז לפני המתנה לייעוץ גנטי ; לגבי הסקירה המורחבת לפנים – עובר הנטל למדינה להוכיח שלא היה נמצא בבדיקה זו כל ממצא המעיד על מומים לפני הלידה. אני סבורה שהנתבעות לא עמדו בנטל להוכיח העדרו של קשר סיבתי ולהוכיח שבכל מקרה תוצאות הבדיקות לא היו מלמדות על מומים או שלא היו מתקבלות במועד בו ניתן היה לבקש הפסקת הריון ולא הובאו ראיות התומכות במסקנה זו כמסקנה מסתברת יותר מהמסקנה לקיומו של קשר סיבתי.

168. לאור כלל האמור אני קובעת שהוכח קשר סיבתי בין התרשלות הנתבעות ובין הנזק וכי לולא ההתרשלות היו התובעים היו פונים לוועדה להפסקת הריון בבקשה להפסקת ההיריון ומספיקים לעשות זאת לפני הלידה. נוכח הנתונים הקשים המלמדים על הסתברות של מעל 30% ללדת ילד עם מוגבלות קשה ובהתאם לנהלי משרד הבריאות המסקנה היא כי בקשתם הייתה מאושרת מידית. עדות התובעים, אנשים חילוניים, כי היו פונים לוועדה להפסקת הריון אם היו מודעים למצב העובר מקובלת עלי, ובכל מקרה החלטה תיאורטית חיובית של הוועדה להפסקת היריון יוצרת חזקה שההורים היו מבקשים להפסיק את ההיריון. משלא נסתרה חזקה זו מתקיים קשר סיבתי (ראה: ע"א 1326/07 **המר נ' פרופ' עמי עמית** (28.5.2012) ולהלן: הלכת **המר**).

סיכום שאלת האחריות

169. נוכח המפורט לעיל יש לקבוע התרשלות של הנתבעות כלפי התובעים וקשר סיבתי בין ההתרשלות ללידת הקטין במומיו. בחלוקת האחריות בין הנתבעות אני מעמידה את אחריות קופ"ח, המתמקדת במועד ספציפי ובמחדל ממוקד על 20% מהנזק. אחריות המדינה מתייחסת למחדלים מתמשכים החל מתאריך 22.11.2011 ועד הלידה והיא תעמוד על 80% מהנזק.

הנזק

כללי

170. הקטין נולד במשקל 1020 גרם, היקף ראש 25.5 ס"מ. לאחר החילוץ נזקק לאינטובציה והנשמה. ציון אפגר בגיל דקה היה 4 ולאחר האינטובציה עלה ל – 9 בגיל 5 דקות. הוא הועבר למחלקת הפגים באינקובטור נייד כשהוא מונשם. היה צורך בהנשמה עד היום השישי לחייו. ההנשמה חודשה בגיל 56 ימים עקב ריבוי אירועי ירידת סטורציה וניתנה עד גיל 79 ימים. בבדיקת יועץ גנטי תוארו מספר סימנים דיסמורפיים כולל רטרוגנטיה, אזנים במנח נמוך עם אנטיהליקס בולט ועיניים במנח קרוב. בגיל 105 ימים שוחרר לביתו בהמלצה למעקב מרפאתי וכן במכון להתפתחות הילד. בהמשך נמצא איחור התפתחותי רב תחומי משמעותי, מיקרוצפליה, דיסמורפיזם והיפוטוניה. בבדיקת MRI של המוח שבוצעה בגיל שנה ושמונה חודשים נמצאו מספר ממצאים המעידים על קיום דיסמורפיזם מוחי כולל קורפוס קלוסום מקוצר, ורמיס דיסטרופי ורושם של הפרעה ראשונית במנח הקורטקס. בתאריך 13.10.2015, בהיותו כבן 4 שנים, קבעה ועדת אבחון של האגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית והתפתחותית כי תפקודו הוא בטווח הפיגור השכלי הבינוני – נמוך. בהיותו כבן שש שנים עבר אבחון והערכה בבית חולים אלי"ן וניתנה הפנייה לבירור גנטי. בבדיקת ציפ' גנטי מתאריך 11.1.2018 נמצא חסר של DNA בכרומוזום 13.

עדויות התובעים

171. התובעת ציינה בתצהירה מתאריך 2.1.2023, עת היה הקטין כבן 11 שנים, כי מאז לידת הקטין הם היו במאות בדיקות וטיפולים, הלכו לכל רופא שהומלץ להם וגם חיפשו בעצמם רופאים מומחים כדי להתייעץ איתם באופן פרטי וכדי להבין את מצב הקטין ולדעת כיצד ניתן לקדם אותו. הפער ההתפתחותי לעומת בני גילו הלך וגדל. בגיל שנתיים החל ללמוד בגן שיקומי "צעד קדימה". לאחר שנתיים הומלץ על שילובו במסגרת אחרת. בהיותו כבן 4 שנים החל ללמוד בגן לחינוך מיוחד המיועד לילדים עם פיגור שכלי. באוקטובר 2015 עבר ועדת אבחון לפי חוק הסעד (טיפול במפגרים) ונמצא שהוא מתפקד ברמת פיגור שכלי בינוני – נמוך. בשנת 2018 החל ללמוד בבי"ס "בלקינד" בראשון לציון. מדובר בבית ספר בו לומדים ילדים בעלי פיגור שכלי בכל הרמות.

היא ציינה כי הוא מגיע לבית הספר וחוזר ממנו בהסעה מיוחדת. כשנה לפני עריכת התצהיר החלו תלונות מצד בית הספר על כך שהקטין צועק ומטריד את התלמידים האחרים, נעשתה פנייה לאבחון במכון להתפתחות הילד ובסיום האבחון הממושך התברר שנוסף לפיגור - הקטין נמצא גם על הרצף האוטיסטי. לאחרונה קיבלה גם תלונה מחברת ההסעות ונאמר לה שהתנהגות הקטין בהסעות בעייתית וכי יש כוונה לבטל את ההסדר ההסעות עבורו. לאחר קבלת האבחון הם החלו לפעול בניסיון להעביר הקטין לבית ספר עם כיתה תקשורתית אך עדיין לא קיבלו התייחסות לבקשה.

172. התובעת פירטה בתצהירה את מצב הקטין. היא ציינה כי הקטין רכש הליכה עצמאית רק בגין שנתיים וחצי אך גם כיום הליכתו מסורבלת מאד, הוא מרבה לפול ומתקשה מאד לעלות מדרגות. הוא לא יכול לרדת בעצמו מהמדרכה לכביש ללא תמיכה ואם יעשה זאת ייפול. הוא הולך בצורה משונה ומסוגל לפתע להתחיל לרוץ מבלי לשים לב למכשולים בדרך ואז לפול. הוא סובל מעקמת וצולע בהליכה. הוא סובל מספסטיות בידיים וברגליים. יש לו קושי מוטורי משמעותי והוא נזקק לעזרה בפעולות פשוטות. בהיותו בבית ומחוץ לבית הוא זקוק להשגחה קבועה כי אינו מודע כלל למצבים שעלולים לסכן אותו ואין לו הבנה לגבי סכנה. הוא לא מסוגל להתקלח לבד וצריך להשגיח שלא יחליק. הוא מאבד סבלנות ונוטה לצעוק ולהכות, ללא כל סיבה נראית לעין. הוא אינו מדבר כלל למעט 2-3 מילים אותן הוא הוגה באופן משובש. ניסיונות ללמדו להשתמש בלוח תקשורת ובאיי-פד לא עלו יפה גם עקב קשיי קשב וריכוז ניכרים וגם עקב קושי מוטורי ללחוץ על כפתורים. הוא אינו מזהה אותיות או מספרים ומזהה באופן לא עקבי צבעים. הוא זקוק לעזרת מבוגר בכל תפקודי היום יום לרבות הלבשה, הנעלה, רחצה, צחצוח שיניים. הוא לא מסוגל לבצע דבר עבור עצמו, למרות שכל העת הוריו מנסים ללמדו פעולות חדשות. הוא אכל במשך שנים רק אוכל רך, רטוב ומרוסק והוא מטופל שנים רבות על ידי קלינאית תקשורת כדי ללמוד להפעיל את שרירי הפנים והפה. בעקבות הטיפול החל לאכול מרקמים נוספים ואוכל לא מרוסק. לבית הספר הם שולחים עבורו דייסת קוואקר ומעדן. הוא מסוגל לאכול לבד רק עם כפית או כף וגם אז האכילה מסורבלת ומלכלכת. הוא לא יכול להשתמש במזלג וסכין. הוא מכניס לפיו כמויות גדולות של אוכל ואז נחנק ולכן צריך לשבת לידו ולוודא שהוא אוכל מבלי שהוא מסכן את עצמו. שנים רבות ניסו לגמול אותו מחיתולים אך ללא הצלחה. בשלב מסוים הצליחו לגרום לו להיגמל באופן חלקי מחיתולים בשעות היום אך הנושא דורש מעקב ופיקוח צמוד והצוות בבית הספר לא מסוגל להיות במעקב כזה על נושא עשיית הצרכים. לאחרונה עברו להשתמש בחיתולים למבוגרים בשל ממדי גופו. ראייתו של הקטין חלשה מאד למרות שעבר ניתוח לתיקון פזילה. הוא שובר את משקפיו בממוצע בכל חצי שנה. יש השתתפות מסוימת מקופת החולים ברכישת משקפיים אך היא מוגבלת לפעם בשנה. במהלך השנים קנו עשרות אביזרים בארץ ובחו"ל כדי לנסות לקדם את הקטין.

173. התובעת ציינה בתצהירה כי היא הנדסאית אדריכלות במקצועה. לפני לידת הקטין עבדה ארבע שנים כיועצת בטיחות אש ורכזת פרויקטים בחברה פרטית בשכר חודשי בסיסי של 7200 ₪ לחודש, ובתוספת מענקים – שכר חודשי ממוצע של 9500 ₪ לחודש. לאחר לידת הקטין לא עבדה כלל כ – 11 חודשים. כאשר שבה לעבודה נעדרה פעמים רבות בשל הצורך לקחת את הקטין לטיפולים ובדיקות, עד שלבסוף פוטרה מעבודתה. כאשר הקטין נכנס למסגרת של "צעד קדימה" היא מצאה עבודה בחברה חדשה כיועצת בטיחות בשכר דומה לזה שהשתכרה לפני לידת הקטין אך היא נעדרה פעמים רבות עד שנאלצה להתפטר. היא ניסתה לשוב לעבודה בעוד שני מקומות עבודה אך גם שם לא הצליחה להתמיד בשל היעדרויות רבות. לאחר מכן קיבלה דמי אבטלה. בשנת 2019 החלה לעבוד במשרד אדריכלים בו עבדה גם בעת עריכת תצהירה. במקום זה מתאפשר לה גם לעבוד מרחוק וכן להשלים שעות עבודה.

174. התובעת ציינה כי הוריה מתגוררים בגרמניה וההורים של התובע בבלרוס. שניהם עלו לישראל בקבוצות נוער בגיל 17 ו – 19 בהתאמה. אמו של התובע הגיע לישראל כדי לסייע בטיפול בקטין כאשר היה כבן 4-5 חודשים ונשארה עד שהיה כבן עשרה חודשים. בגיל זה נעשה ניסיון לשים את הקטין במעון פרטי אך הוא היה חולה כל הזמן ונשאר בבית עמה עד שהיה כבן שנתיים. המוסד לביטוח לאומי קבע באותה עת שהקטין לא זכאי לקצבת נכות והם נאלצו לממן את כל הטיפולים באופן פרטי. הם החליטו לנסות לעבור לגור בגרמניה. הם שהו שם במשך 3 חודשים. היא מצאה מעסיק פוטנציאלי והחלה לטפל בנושא ויזה ומציאת מקום מגורים אך באותה התקופה, עקב ריבוי מהגרים שהגיעו לגרמניה וקושי במציאת מקום מגורים מתאים, המעבר לא יצא לפועל בסופו של דבר.

175. התובעת מפנה להוצאות נסיעה רבות שנגרמו להם – הקטין אושפז בשיבא במשך שלושה חודשים וחצי. לאחר שחרורו ובמשך השנים הבאות נזקק למאות ביקורים וטיפולים רפואיים בבתי החולים שיבא, אסף הרופא, שניידר, איכילוב ואלי"ן, במכון להתפתחות הילד ברחובות ועוד. הקטין החל טיפול הידרותרפי כאשר היה כבן שנה. מדובר בטיפול של פעם בשבוע בעלות של 150 ₪. טיפולי פיזיותרפיה קיבל הקטין תחילה ללא עלות במרכז להתפתחות הילד בקופת החולים ולאחר מכן בעלות של 200 ₪ לטיפול לחצי שנה. החל משנת 2018 הוא מקבל טיפול של קלינאית תקשורת ברחובות, פעם בשבוע בעלות של 350 ₪ לטיפול. נוסף לכך החלו טיפול נוסף של קלינאית תקשורת בעלות זהה. הוא קיבל טיפולי ריפוי בעיסוק בעלות כוללת של 1500 ₪. לאחר שנקבעה לקטין נכות של 50% במוסד לביטוח לאומי, בהיותו כבן 3 שנים, החלו לקבל השתתפות בתשלום עבור "צעד קדימה". עד אז שילמו 3000 ₪ למעון, סה"כ 63,000 ₪. כיום הם משלמים סכום של 800 ₪ לחודש עבור צהרון. לולא היה בחינוך מיוחד לא היה הקטין נזקק לצהרון. כשהיה הקטין כבן 5 הם נסעו עמו לבלרוס לתקופה של שבועיים לצורך טיפולים במכון שיקומי בעלות של 500 דולרים. לא התאפשר להם לשוב לטיפולים חוזרים שם בשל הצורך להיעדר מהעבודה. הקטין נזקק להרדמה כללית לצורך ביצוע טיפולי שיניים ושולם לבי"ח שיבא 5000 ₪ לצורך כך

לאחרונה. הדירה בה התגוררו לא התאימה לצרכי הקטין - דירת 3 חדרים בקומה רביעית ללא מעלית. הקטין לא יכול היה לטפס ברגל 4 קומות וגם לא לישון עם אחיו באותו החדר. כדי לקנות דירה המתאימה לצרכיו נטלו משכנתה בסך 450,000 ₪ וקנו דירה צמודה לפארק כאשר לקטין חדר נפרד. המוסד לביטוח לאומי הכיר בקטין כילד נכה בשיעור 50% רק בגיל 3, ובגיל 6 הוכר כנכה בשיעור 100%. הוא עבר ועדה לניידות ונקבעו לו 40% לצורך ניידות. הוא לא מקבל גמלת ניידות.

176. בתצהיר משלים מיום 21.4.2024 התייחסה לנושא האפשרות, שהועלתה על ידי מומחה מטעם הנתבעות, לפיה הקטין יעבור למוסד. היא ציינה שהם אינם מוכנים להעביר את הקטין למסגרת דיור חוץ ביתית. הם דואגים מאז ומתמיד לכל צרכיו והקשר שלהם עמו הוא חזק מאד, כך גם הקשר בין הקטין ובין אחיו. אין לה כל ביטחון שבמסגרת חוץ ביתית, בה התנאים לעיתים בעייתיים באספקטים שונים, הוא יקבל את הטיפול המיטבי ולא יפגעו בו. האופציה הטובה ביותר היא שהקטין יחיה צמוד למשפחתו עם מטפל שיהיה מסור אליו וידאג באופן בלעדי לכל צרכיו.

177. בחקירתה נשאלה לגבי פתרון של מסגרת חוץ ביתית והשיבה שאינה רואה אפשרות שמישהו אחר יטפל בקטין כפי שהם מטפלים בו והטיפול המיטבי הוא בבית (עמ' 140-141). הקטין נוסע לבית הספר בשעה 07:30 וחוזר בשעה 17:15 (עמ' 159).

178. התובע ציין בתצהירו ובתצהירו המשלים דברים דומים לאלו של התובעת. הוא מהנדס חשמל ואלקטרוניקה במקצועו וציין כי בעת לידתו של הקטין הוא עבד כמהנדס בחברה פרטית. הוא נעדר פעמים רבות מעבודתו ובשנת 2014 זומן לשימוע לפני פיטורין עקב היעדרויותיו ולאחר מכן פוטר. שכרו החודשי עובר לפיטורין עמד על כ – 14,000 ₪ ברוטו לחודש. התובע לא נחקר על תצהיריו.

<u>חוות דעת מומחים רפואיים</u>

179. פרופ' אלי להט הגיש חוות דעת מטעם התובעים בתחום נוירולוגית ילדים, התפתחות הילד ורפואת ילדים. במסגרת חוות דעתו מיום 5.10.2018, עת היה הקטין כבן 6 שנים ועשרה חודשים, ציין כי הקטין מציג תמונת נזק נוירולוגי מורכבת, המתקיימת מאז הלידה, הכוללת מיקרוצפליה משמעותית (היקף ראש נמוך מאד, כארבע סטיות תקן לגילו), הפרעה במבנה התקין של המוח כפי שהודגמה בבדיקת MRI ועיכוב התפתחותי רב תחומי הבולט במיוחד בתחום התפקוד הקוגניטיבי, התקשורתי וההתנהגותי. עקב בעיות אלו הוא משולב מגיל צעיר במסגרות חינוכיות טיפוליות ומקבל טיפולי עזר פרא-רפואיים לשיפור תפקודו. בבסיס הבעיות המתוארות קיימת הפרעה כרומוזומלית שהודגמה בבדיקת הציפ' הגנטי. אופי הבעיות הוא סטטי ולא צפוי להשתנות

בצורה משמעותית בעתיד. פרופ' להט העמיד את נכותו הצמיתה של הקטין על 70% בגין פיגור שכלי בינוני עד קשה לפי סעיף 91(3-4) לתוספת לתקנות הביטוח הלאומי (קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה), תשט"ז – 1956 (להלן: "**תקנות הביטוח הלאומי**"); 80% בגין דיבור ספונטני פגיע מאד והעדר תקשורת מילולית עם הזולת לפי סעיף 29(7)(ב) I-II לתוספת לתקנות הביטוח הלאומי ו- 20% בגין המסורבלות בצורה קלה עם חוסר זריזות בידיים, הליכה עצמאית על בסיס מעט רחב וללא נפילות עם הפרעה תפקודית קלה לפי סעיף 29(10)ב' לתוספת לתקנות הביטוח הלאומי.

180. פרופ' להט סקר את צרכי הקטין: מעקב במרפאה לנוירולוגית ילדים אחת לשנה; מעקב במרפאת עיניים אחת לשנה; מעקב בדיקה וטיפול במרפאת שיניים לחולים עם מוגבלויות רב תחומיות; טיפולי עזר בתחום ריפוי בעיסוק בהיקף של פעם בשבוע; קלינאית תקשורת בהיקף של פעמיים בשבוע; הדרכה ומעקב על ידי פסיכולוג להורים בהיקף שעה בחודש; טיפול רגשי כמו טיפול באמנות, מוסיקה או רכיבה טיפולית בהיקף של פעם בשבוע. כמו כן ציין כי הקטין זקוק ויזדקק לשילוב בשעות היום במסגרת טיפולית חינוכית המתאימה לרמתו ולצרכיו. מסגרת כזו קיימת בארץ עד גיל 21 שנים. הקטין זקוק ויזדקק באופן קבוע לעזרת הזולת בפעילויות היום יום (הכנה והגשת אוכל, הלבשה, רחצה, הגיינה אישית, תעסוקה). בשאר שעות היום והלילה יזדקק להשגחה בלבד. בשל המסורבלות צריך שהמגורים יהיו בקומה ראשונה. אם הניסיונות ללמד את הקטין לשלוט בצרכיו ייכשלו, כפי שהיה עד מועד כתיבת חוות הדעת, יהיה צורך לדאוג לו לצרכי החתלה וכביסה מוגברים. הוא יזדקק לעזרת הזולת גם לניהול משק הבית, לרבות מטלות מחוץ לבית כמו קניות. הוא לא יוכל לרכוש ידע והשכלה שיאפשרו לו ללמוד מקצוע או עיסוק מסוים שיוכל להתפרנס ממנו באופן כלשהו בהגיעו לגיל בגרות ויהיה תלוי כל חייו בזולת. רמת תפקודו לא תאפשר לו לקבל רישיון נהיגה ולכן יהיה צורך להסיעו לכל צרכיו. עם הגיעו לגיל 18 יהיה צורך למנות לו אפוטרופוס שכן לא יוכל לדאוג לצרכיו בעצמו עקב רמת תפקוד קוגניטיבית נמוכה בתחום הפיגור השכלי הבינוני הנמוך.

181. פרופ' להט התייחס להערכת תוחלת חיי הקטין. הוא ציין כי מדובר במשימה קשה ומורכבת, כאשר קיימת אפשרות של התווספות נתונים רפואיים ואחרים חדשים לא ידועים היכולים להשפיע בצורה משמעותית על תוחלת החיים, והפנה למחקרים שונים. הוא ציין כי לפי הספרות שדנה בנושא, במקביל לעליה בתוחלת החיים של כלל האוכלוסייה, במיוחד בעולם המערבי, בעשורים האחרונים, חלה גם עליה בתוחלת החיים של אוכלוסיות בעלות מוגבלויות רב תחומיות. בענייננו, לקטין יכולת ניידות עצמאית, הוא ניזון דרך הפה באמצעות כלכלה רגילה, עם פיגור שכלי ללא מחלה אפילפטית וללא טיפול תרופתי מונע וקבוע והוא לא סובל ממצבים רפואיים מסכני חיים. הוא משולב במסגרת חינוכית טיפולית המתאימה לצרכיו ונמצא בבית המשפחה ומקבל טיפול מסור לסיפוק כל צרכיו על ידי בני המשפחה. גם כשישכרו עבורו מטפלים אישיים עדיף בנתוניו שיהיה מוגן עם המשפחה או בצמידות אליה. פרופ' להט העריך כי תוחלת חייו תהיה קצרה מזו של בני מינו בישראל בכ – 20% והוא יזכה להגיע לגיל של כ – 60-65 שנים.

182. פרופ' להט ציין בחקירתו כי מדובר בפיגור בתחום הבינוני – קשה (עמ' 11). הוא עמד על כך שהבעיה המוטורית והבעיה התקשורתית אינם חלק מהפיגור ומדובר בנושאים נפרדים שאין קשר ביניהם. כמו כן הקטין סובל מאטקסיה בשל ההליכה על בסיס רחב (עמ' 13). גם פרופ' שטיינברג מצא שיש טונוס מוגבר וזו עוד סיבה לכך שההליכה אינה תקינה ולפיכך יש לקבוע נכות בתחום המוטורי שאינה קשורה לתפקוד השכלי (עמ' 14). נוסף לכך יש קושי שפתי וגם זה נושא נפרד מהפיגור השכלי (עמ' 15). לגבי תוחלת החיים – הפנה שוב למאמרים שאזכר בחוות דעתו. הוא ציין שאין מחלוקת בין כל מי שעוסק בתחום מהם הגורמים שמשפיעים על תוחלת החיים של האוכלוסיות האלו: יכולת ניידות, תפקוד קוגניטיבי, צורת האכלה ותחלואה כרונית. הוא חזר על כך שתוחלת החיים אינה משהו מדויק (עמ' 19).

183. פרופ' אבי עורי, מומחה לרפואת שיקום, הגיש חוות דעת מטעם התביעה. במסגרת חוות דעתו מיום 24.4.2024 ציין כי עושה רושם שהקטין מבין דברים הנאמרים לו. מרייר. מצליח לאכול בכף או בכפית בלבד בעזרת יד שמאל בהשגחת מבוגר הנדרשת לוודא שייבלע את המזון. מתקשה בעליית וירידת מדרגות. בכל שאר פעולות היום יום הוא תלוי לחלוטין בזולת והוא זקוק להשגחה מלאה. הוא פולט הברות ומילים. בזמן ערנות, עם דרבון, שולט בסוגריו באורח לא עקבי, לא שולט בלילה. טיפולי שיניים וטיפולים או אבחונים נעשים בהרדמה מלאה. עליו להישאר בביתו ואין תחליף למשפחה אוהבת ומסורה. יש הצדקה להעביר נכה למוסד כרוני רק אם קיימת עדות להזנחה רפואית, סיעודית, תזונתית או הגיינית או שקיימת סכנת אלימות או אי יכולת כלכלית, מה שאינו רלוונטי למקרה דנן. פרופ' עורי לא נחקר על חוות דעתו.

184. פרופ' אברהם שטיינברג, מומחה בנוירולוגית ילדים והתפתחות הילד, הגיש חוות דעת מטעם הנתבעות. במסגרת חוות דעתו מיום 11.2.2020 העמיד את נכותו של הקטין על 70% לפי סעיף 91(4)-(3) לתוספת לתקנות הביטוח הלאומי בגין פיגור שכלי בינוני עד קשה. הוא ציין כי נכות זו כוללת את כל המגבלות הקוגניטיביות והשפתיות התואמות דרגת נכות זו. בהתייחס לצרכיו של הקטין ציין כי הוא יזדקק למסגרת חינוך מיוחד המתאים למגבלותיו עד גיל 21 שנים; כי במסגרת זו יקבל טיפולים פרא-רפואיים הכוללים קלינאית תקשורת, ריפוי בעיסוק ופיזיותרפיה; כי יזדקק למעקב נוירולוגי ושיקומי במסגרת קופת החולים וללווי והשגחה בשעות אחר הצהריים בבית לא יותר מ – 3 שעות כיון שהוא חוזר מהמסגרת החינוכית בשעה 17:30 לערך. בהתייחס לתוחלת חיי הקטין קבע כי נוכח מגבלותיו תוחלת חייו תהיה קצרה יותר ב – 25% בהשוואה לממוצע תוחלת חיים של גברים במדינת ישראל.

185. פרופ' שטיינברג ציין בחקירתו כי הליכה מסורבלת, כאשר היא לא מפריעה להליכה, היא רק ממצא שאומר שהטונוס הוא גבוה או נמוך אך לדעתו אין מדובר בדרגת נכות לפי תקנות הביטוח

הלאומי (עמ' 93). כמו כן הוא סבור שהמסורבלות היא חלק מהפיגור השכלי ואין מקום לנכות נפרדת (עמ' 94). גם הקושי בדיבור לא מצדיק לדעתו נכות נפרדת (עמ' 98).

186. ד"ר ראובן לנגר, מומחה לרפואת שיקום, הגיש חוות דעת מטעם הנתבעות. במסגרת חוות דעתו מיום 28.8.2021 ציין כי הקטין סובל מפיגור התפתחותי שעיקרו פיגור שכלי ניכר המוערך כבינוני נמוך או קשה על רקע גנטי. נכות זו גורמת לתלות מלאה בסובבים אותו. הוא נזקק למעקב רופא המשפחה שיפנה אותו למומחים בתחומים הנדרשים. הכיסוי בקופת החולים כולל גם טיפולי שיניים. הוא נזקק ללימודים במסגרת החינוך המיוחד בבית ספר לפי רמתו השכלית עד גיל 21. בבית הספר הוא מקבל את הטיפולים הפרא רפואיים הנחוצים לו והוא לא זקוק לטיפולים נוספים. אין צורך בפיזיותרפיה שאינה תורמת לילדים כמותו. בבגרותו לא יוכל לעבוד בעבודה מוגנת. הוא זקוק לעזרה בפעולות היום יום ולהשגחה בכל שעות הערנות, כ – 5 שעות ביום, כיון שהוא נמצא בבית הספר. בימים שאינו בבית הספר הצורך הוא כ- 18 שעות ביום. לא מומלצת תחבורה ציבורית והוא נזקק להסעה ברכב משפחתי בו ניתן להסיע אותו ישוב ומאובטח במושב לפי משקלו. כל עוד הוא לא גמול הוא נזקק לחיתולים חד פעמיים ואין לדעת אם בעוד כמה שנים ייגמל מחיתול. צרכי הכביסה מוגברים ב – 25%. אשר לדיור – בגיל מבוגר מקובל שנכים יוצאים מבית הוריהם ובמשך השנים יהיה קושי להחזיק את הקטין בבית הוריו. מומלץ לשקול בגיל 21-18 מעבר לדיור חוץ ביתי. תוחלת החיים לנכים במצבו של התובע ארוכה יותר כאשר הם חוסים בדיור חוץ ביתי ולא אצל המשפחה. תוחלת החיים מושפעת מיכולת הנכה לקיים כישורי חיים והישרדות בסיסיים וכן ההישרדות מושפעת מרמת הפיגור. כאשר הפיגור השכלי הוא על רקע גנטי ההישרדות לפי המחקרים הייתה בממוצע 60.1 שנים מיום הלידה בעוד שאם לא קיים רקע גנטי תוחלת החיים הממוצעת הייתה 72.2 שנים. על סמך נתונים אלו ונתוני הקטין לדעת ד"ר לנגר תוחלת החיים של הקטין היא 55 שנים מיום היוולדו. הוא טען שפרופ' להט התבסס על נתונים המתייחסים לנכויות המתייחסות לשיתוק מוחין בלבד וללא התייחסות לפיגור שכלי ולכן אין מדובר בנתונים המייצגים את מצב הקטין. ד"ר לנגר לא נחקר על חוות דעתו.

<u>ראיות נוספות</u>

187. שני הצדדים הגישו חוות דעת בנושאי עלויות. מטעם התובעים - גב' ליאורה תמיר, מרפאה בעיסוק, התייחסה בחוות דעתה מיום 11.1.2023 לצרכי ועלויות מוניות, דיור, ציוד (הגיינה, אכילה, תקשורת תומכת חליפית, מכשירים לתרגול מוטורי ועוד), טיפולים ועזרת הזולת. מר משה קצין, כלכלן, התייחס במסגרת חוות דעתו מיום 12.1.2023 לעלויות ניידות ובמסגרת חוות דעתו מיום 15.1.2023 לעלויות כביסה וייבוש לנכה. מר רן ברקובסקי, שמאי מקרקעין, התייחס בחוות דעתו מיום 15.1.2023 לעלויות רכישת דירה והעלויות הנדרשות לצורך התאמתה לצרכי הקטין. מטעם הנתבעות – מר גדעון האס, עובד סוציאלי, התייחס במסגרת חוות דעתו מיום 28.6.2023 לנושאים אליהם התייחסה הגב' תמיר. מר בעז מוגילבקין התייחס במסגרת חוות דעתו

מיום 4.5.2023 לעלויות ניידות ובמסגרת חוות דעתו מיום 5.5.2023 לעלויות כביסה וייבוש לנכה. מר חיים בן ארי, שמאי מקרקעין, התייחס במסגרת חוות דעתו מיום 18.4.2024 לנושא התאמת המגורים לקטין. חוות הדעת הוגשו לתיק תוך הסכמה הדדית כי עורכיהן לא ייחקרו.

<u>עקרונות הערכת הנזק</u>

188. נפנה להעריך נזקי התובעים בהתאם לראיות ולטענות הצדדים. עקרונות הפיצוי בגין הולדה בעוולה נקבעו בהלכת **המר**, בה נקבע שצרכי הילוד יוסטו לתביעת ההורים. הסבת הפיצוי להורי הילוד נעשית בשינויים עליהם עמד בית המשפט העליון בע"א 2142/12 **שירותי בריאות כללית נ' פלונית** (30.10.2014). תביעת ההורים כוללת את מרבית הסעדים שנכללו בעבר בתביעת היילוד, באופן שהקטין לא נפגע והמזיק נושא בנזק לו גרם. אחד מהשינויים מתייחס לנושא פיצוי בגין הפסדי השתכרות של היילוד. במקום פיצוי זה הפיצוי ניתן להורים בגין הוצאות הקיום של היילוד, שהן הוצאות מיוחדות הנובעות ממוגבלותו. מדובר בהוצאות עודפות עקב המום המולד עד בגרותו והוצאות רגילות לאחר בגרותו. החזקה היא כי הוצאות הקיום לאחר הגיע היילוד לבגרות זהות לשכר הממוצע במשק, תוך התחשבות והפחתה של יכולת ההשתכרות של היילוד במומו. לפיכך, נקבע, גובה הפיצוי בגין הפסדי השתכרות נותר בעקבות הלכת **המר** כפי שהיה, למעט במקרה בו היילוד סובל מקיצור תוחלת חיים.

<u>הנכות הרפואית</u>

189. התובעים טוענים בסיכומיהם כי קביעתו של פרופ' שטיינברג לפיה נכותו הרפואית של הקטין עומדת על 70% בגין פיגור שכלי בינוני עד קשה לא לוקחת בחשבון את בעיותיו המוטוריות של הקטין וכן את חוסר יכולתו לדבר כלל, שהרי יכול להיות פיגור בינוני עד קשה עם יכולת לדבר. פרופ' להט הסביר כי הבעיה המוטורית והעובדה שאינו מדבר אינן חלק מהפיגור והן נבחנות בנפרד. הנתבעות טוענות שיש להעדיף את חוות דעתו של פרופ' שטיינברג לפי הנכות הכוללת בת 70% כוללת גם את המגבלות המוטוריות והשפתיות. לאחר ששקלתי טענות הצדדים אני מעדיפה את חוות דעתו של פרופ' להט, לפיה נוסף לנכות בת 70% בגין המוגבלות השכלית ההתפתחותית בדרגה בינונית קשה, הקטין סובל גם מנכות מוטורית בשיעור 20% וכן מנכות בגין ליקויי שפה ודיבור בשיעור 20%. אני סבורה שלא ניתן לראות את כל הנכויות והמגבלות מהן סובל הקטין כנכות כוללת וכמקשה אחת והנכויות בתחום המוטורי ובתחום השפתי הן נכויות נפרדות.

<u>תוחלת חיים</u>

190. התובעים מפנים לחוות דעתו של פרופ' להט לגבי הפרמטרים המשפיעים על הערכת תוחלת חיים. לקטין יכולת ניידות עצמאית, הוא אינו נזקק לכיסא גלגלים, הוא ניזון דרך הפה בכלכלה רגילה,

אינו סובל ממצבים רפואיים מסכני חיים, מקבל טיפול מסור בחיק המשפחה ומקבל טיפולים רבים. בהתאם לחוות דעת זו תוחלת חייו תהיה קצרה ב – 20% מתוחלת חיי גבר יהודי ולכן תוחלת החיים הצפויה היא עד גיל 65. הנתבעות טוענות שיש להעדיף את הערכתו של ד"ר לנגר לפיה תוחלת החיים תעמוד על 55 שנים. פרופ' שטיינברג מטעם הנתבעים חווה דעתו שמדובר בקיצור תוחלת חיים בשיעור של 25%. לאחר ששקלתי את חוות הדעת והראיות בנושא, ובשים לב לכך שלא קיים פער גדול בין חוות הדעת של המומחים בתחום הנוירולוגיה מטעם שני הצדדים, אעמיד את תוחלת חיי התובע לצורך חישוב הנזק על **גיל 63**, לאחר קיצור של כ – 22%-23% מתוחלת החיים הממוצעת לגבר יהודי בגילו של הקטין, שעומדת על כ- 82 שנים.

<u>הוצאות קיום</u>

191. כאמור, בהתאם להלכת **המר**, התובעים זכאים לפיצוי בגין הוצאות הקיום הרגילות של הקטין מהמועד בו יגיע לגיל בגרות, כאשר החישוב נעשה לפי הדרך בה נהוג היה לחשב הפסדי השתכרות בתביעת יילוד בגין חיים בעוולה. מוסכם שהקטין איבד לחלוטין את כושרו לעבוד ואף לא יוכל לעבוד בעבודה מוגנת. החישוב ייערך בהתאם לשכר הממוצע במשק. השכר הממוצע במשק עומד כיום על 14,131 ₪ ברוטו (מתייחס לנתוני אוגוסט 2026 ופורסם בנובמבר 2026). החישוב מגיל 18 ועד גיל 63 ולאחר הוון כפול יעמוד על **3,850,000** ₪ במעוגל. הקטין לא צפוי להגיע לגיל הפנסיה ולכן לא יזדקק להוצאות קיום בתקופה זו.

<u>כאב וסבל</u>

192. בגין כאב וסבל וקיצור תוחלת החיים עותרים התובעים לפיצוי בסך 1,000,000 ₪. הנתבעות מציעים פיצוי בסך 700,000 ₪. בנסיבות העניין, בשים לב למצבו המורכב של הקטין ובהתאם לסכומים המקובלים בפסיקה אני מעמידה הפיצוי בראש נזק זה לשני התובעים בסכום של **900,000** ₪.

<u>עזרת צד שלישי</u>

193. התובעים מפנים לפסיקה הקובעת כי, למעט מקרים חריגים, יש לפסוק פיצוי לנפגע הסובל מפיגור שכלי על בסיס ההנחה שישהה בבית ולא במסגרת מוסדית. הם טוענים שהקטין זקוק לעזרה צמודה והפתרון הסביר ביותר עבורו הוא עובד זר כבר מהיום. כיום הם צמודים אליו אך יש לאפשר להם לנהל את חייהם באופן נורמלי. הם עותרים לפיצוי על בסיס חודשי של 12,400 ₪ לעתיד. לגבי העבר - התובעים טוענים כי בשל הצורך בטיפול והשגחה צמודים הם הפסידו ימי עבודה רבים והתובעת אף פוטרה ממספר מקומות עבודה. לאור נכותו המורכבת של הקטין ובהתחשב בפסיקה התובעים עותרים לפיצוי בגין עזרת צד שלישי לעבר על בסיס 6000 ₪ לחודש. הנתבעות טוענות כי המשך מגורי הקטין בבית ההורים כגבר עם פיגור שכלי אינו סביר ולא ישרת

את טובתו והפתרון לפיו יש לפסוק פיצויים הוא מעבר לדיור חוץ ביתי בגיל 18-21 בתאום והדרכה של משרד הרווחה. פתרון זה מאיין, כנטען, את ראש הנזק של עזרת הזולת בעתיד, למעט עזרת בני משפחה. לגבי העבר, הנתבעות מציעות חישוב לפי 3000 ₪ לחודש ובסך הכול 500,000 ₪. הן טוענות כי ככל שייפסק פיצוי לפי פתרון ביתי יש לחשב פיצוי לפי מטפל אחד בסכום של 9000 ₪ לחודש.

194. אני מקבלת את עמדת התובעים כי יש לפסוק פיצוי בגין עזרת הזולת המבוסס על ההנחה שהקטין ימשיך להתגורר בבית ולא במסגרת מוסד. בהתאם לפסיקה הנטייה היא להעדיף כי הניזוק ישהה בחיק משפחתו ולא במסגרת מוסדית, שעדיפה מבחינת רווחתו האישית, הנפשית והחברתית, מה שעשוי להשפיע במישרין או בעקיפין גם על תוחלת חייו ועל סיכויי שיקומו (ראה: ע"א 6978/96 **עמר נ' קופת חולים כללית**, פ"ד נה(1)920 (1999); ע"א 1952/11 **אבו אלהווא נ' עיריית ירושלים** (6.11.2012); פס"ד **פלונית**). לקטין משפחה תומכת, הורים ואח, אליהם הוא קשור, והוא זוכה לטיפול מסור ואוהב. לא מצאתי כל הצדקה לבסס הפיצויים במקרה זה על ההנחה שחלופה מוסדית כלשהי עדיפה על הביתית.

195. הקטין סובל מקשיים תפקודיים רב מערכתיים בדרגה גבוהה והוא זקוק להשגחה בכל שעות היממה ולסיוע בכל פעולות היום יום. לאחר שבחנתי את כלל השיקולים הנוגעים להיקף וטיב העזרה שנדרשה ותידרש לקטין ואת הראיות שהוגשו, אחשב את סכומי הפיצויים בגין ההוצאות העודפות בגין סיוע עזרת צד שלישי לפי תקופות. התקופה הראשונה היא עד גיל 3. בגילאים צעירים נדרשים טיפול והשגחה מלאים גם במהלכם הרגיל של הדברים, במקביל לפיתוח העצמאות של הילד. לפיכך, עד גיל 3 ההנחה היא כי ממילא היה הקטין נזקק, כמו ילדים רגילים, לעזרה והשגחה צמודה של הוריו ולא נגרמו הוצאות עודפות. התקופה השנייה היא מגיל 3 ועד 6 שנים. בתקופה זו ילדים נמצאים בדרך כלל במסגרת חינוכית והוצאות ההשגחה הולכות וקטנות עם התבגרות הילד. הקטין בענייננו נמצא במסגרת מגיל שנתיים לערך ולאחר מכן בביתו. בעת שהוא בביתו הוא נזקק לסיוע והשגחה מתמדת. כמו כן, לפי עדות התובעת, הוא נעדר פעמים רבות מהמסגרת. אעמיד סכום הפיצוי החודשי בגין הוצאות עודפות מגיל 3 עד גיל 6 על 4000 ₪ לחודש כערכם כיום, סה"כ 144,000 ₪ ובתוספת ריבית מאמצע תקופה – **162,000** ₪. התקופה השלישית היא מגיל 6 עד גיל 21. זוהי תקופה בה היה הקטין ועתיד להיות במסגרת חינוכית. אעמיד סכום הפיצוי החודשי בגין הוצאות עודפות בתקופה זו על 6000 ₪ כערכם כיום. בעבר עד היום – הסכום יעמוד על 640,620 ₪ ובתוספת ריבית מאמצע תקופה – **675,000** ₪. לעתיד ועד גיל 21 – יעמוד הסכום על **401,000** ₪ במעוגל לאחר הוון. מגיל 21 עד תום תוחלת החיים הקטין יזדקק לעזרה והשגחה צמודה בכל שעות היממה וכן לעזרה בעבודות משק הבית וייעזר במטפל צמוד. בנסיבות העניין אעמיד גובה הפיצוי החודשי בגין עזרת צד שלישי מגיל 21 ואילך על סכום של 12,000 ₪. סכום הפיצוי לתקופה זו יעמוד על **2,870,000** ₪ במעוגל, לאחר הוון.

נסיעות וניידות

196. התובעים טוענים כי יש לפצותם בגין נסיעות רבות, הן בתקופת האשפוז הממושכת והן לאחר מכן ועד היום, למאות טיפולים וביקורים במוסדות רפואיים שונים. הקטין לא יכול להשתמש בתחבורה ציבורית והוא זקוק ליהיה זקוק לרכב ונהג. התובעים עותרים לפיצוי בגין ניידות המתבסס על סכום חודשי של 2600 ₪ לחודש לעבר ולעתיד. הנתבעות טוענות שהמגבלה העיקרית של הקטין היא קוגניטיבית ולא מוטורית וכי הוא מוסע למסגרת בהסעה ציבורית. הסכום המוצע הוא סכום גלובלי של 200,000 ₪.

197. מכלל הראיות עולה שהתובע, נוכח מגבלותיו הרבות, הן בתחום המוטורי, הן בתחום הקוגניטיבי והן בתחום הראייה, לא יוכל להתנייד בתחבורה ציבורית אלא רק באמצעות רכב ונהג. גם המומחה בתחום השיקום מטעם הנתבעות ציין כי לא מומלצת תחבורה ציבורית וכי הקטין זקוק להסעה ברכב משפחתי בו ניתן להסיע אותו ישוב ומאובטח במושב לפי משקלו. לאחר ששקלתי טענות הצדדים והראיות, אני מעמידה את סכום ההוצאות העודפות בראש נזק זה, מעבר להוצאות ניידות ונסיעות של אדם רגיל ללא מגבלות, לעבר ולעתיד, על סכום כולל של **450,000** ₪ נכון להיום, כולל ריבית.

הוצאות רפואיות

198. התובעים מפנים לחוות דעתו של פרופ' להט בנושא הצורך בטיפולים רפואיים ופרא-רפואיים. הם טוענים שעד היום שולם סכום של 279,000 ₪ בגין טיפולי הידרותרפיה, פיזיותרפיה, קלינאית תקשורת, ריפוי בעיסוק, אוסטאופתיה, ייעוץ פרטי נוירולוגי, תשלום למעון לפני שנקבעה לקטין נכות במוסד לביטוח לאומי ומשקפיים, זאת מעבר לסכומי ההשתתפות להם הם זכאים מקופת החולים ומביטוח לאומי. לגבי הוצאות בעתיד - העותרים מפנים לחוות דעתה של גב' תמיר ועותרים לפיצוי בסך 471,400 ₪ בגין ריפוי בעיסוק; 942,800 ₪ בגין קלינאית תקשורת; 141,000 ₪ בגין פסיכולוג לתובעים; 269,000 ₪ בגין טיפול רגשי באמצעות מוזיקה, אמנות או רכיבה על סוסים. בגין אביזרים רפואיים כמפורט בחוות דעתה של גב' תמיר נדרש סכום כולל לעבר ולעתיד בסך 200,000 ₪. כמו כן, בגין טיפולי שיניים בהרדמה מלאה במרפאה ייעודית נדרש סכום של 235,000 ₪. הנתבעות מציעות סכום כולל של 300,000 ₪ לעבר ולעתיד בגין הוצאות רפואיות.

199. לאחר ששקלתי כלל הנסיבות והראיות, בשים לב להוצאות שהוצאו עד היום ולכך שחלק מההוצאות הרפואיות ממומנות על ידי קופת החולים וחלק מהטיפולים ניתנים במסגרת החינוכית בה שוהה הקטין ובה ישהה עד גיל 21, אך, עדיין, בשים לב לכך שהתובעים נאלצו וייאלצו לשאת בהוצאות רבות גם מעבר לכך, אעמיד את סכום הפיצוי בגין הוצאות רפואיות ופרא-רפואיות ואביזרים רפואיים לעבר ולעתיד, לרבות בגין משקפיים וטיפולי שיניים, על סכום כולל של **600,000** ₪ לעבר ולעתיד, כולל ריבית.

ראשי נזק נוספים

200. התובעים עותרים לפיצוי בגין רכישת חיתולים. בהתבסס על חוות דעתה של גב' תמיר נדרש סכום של 75,600 ₪ לעבר ו- 94,000 ₪ לעתיד. כמו כן, בגין הוצאות כביסה וייבוש עודפות נדרש פיצוי בסך 43,200 ₪ לעבר ו- 94,000 ₪ לעתיד. לאחר שקילת הראיות וטענות הצדדים אני מעמידה את סכום הפיצויים בגין ציוד מתכלה והוצאות עודפות של כביסה וייבוש על סך **150,000** ₪ לעבר ולעתיד, כולל ריבית.

201. התובעים עותרים לפיצוי בגין התאמת דיור לעבר ולעתיד. התובעת ציינה בתצהירה כי המשפחה עברה דירה עקב מצבו של הקטין ולצורך זה אף נלקחה משכנתה. נטען שיש לקחת בחשבון שבעתיד יהיה צורך בחדר נוסף למטפל, ומדובר בתוספת של 45 מ"ר בהתאם לחוות דעתה של גב' תמיר. בהתאם לחוות דעת השמאי מר ברקובסקי העלות העודפת היא 1,170,000 ₪. הנתבעות טוענות שמגבלתו של הקטין אינה דורשת דיור מיוחד או שיפור הדיור הקיים, קל וחומר אם ייבחר הפתרון המוסדי. משקבעתי שהפתרון הביתי הוא הפתרון המועדף, הקטין יהיה זקוק מגיל 21, לאחר שיסיים המסגרת החינוכית, לדירה מונגשת עם חדר נוסף למטפל. אני מעמידה את הפיצוי בגין ההוצאות העודפות בראש נזק זה לעבר ולעתיד על סכום כולל של **550,000** ₪, כולל ריבית.

202. התובעים עותרים לפיצוי בגין הוצאות אפוטרופוס מגיל 18 ונדרש סכום של 150,000 ₪. הנתבעות טוענות שלא בוססה הטענה שהתובעים לא יוכלו להמשיך להיות אפוטרופסיו של הקטין ללא עלות כלשהי. התובעים זכאים לפיצוי בגין הוצאות עודפות לאפוטרופוס, דהיינו, מהמועד בו ימלאו לקטין 18 ועד סוף תוחלת חייו. בהתאם לסכומים המקובלים בפסיקה אעמיד הסכום על **150,000** ₪ נכון להיום.

203. התובעים עותרים לפיצוי בגין הפגיעה באוטונומיה בסך 350,000 ₪. בהתאם להלכת **המר** ופסיקת בית המשפט העליון, כאשר הוכח שההתרשלות מנעה מההורים את האפשרות לקבל החלטה מושכלת אם להמשיך את ההיריון או להפסיקו, הם זכאים לפיצוי נפרד מהפיצוי לו הם זכאים בגין כאב וסבל, זאת בגין פגיעה באוטונומיה. בנסיבות העניין, המתוארות בפסק הדין, לגבי ההפרות השונות של חובת הגילוי, וכן בשים לב לשיעור הפיצוי בגין הנזק הלא ממוני שנפסק – אעמיד את הפיצוי בגין הפגיעה באוטונומיה לכל אחד משני התובעים על סך 130,000 ₪ וביחד – **260,000** ₪ נכון להיום, כולל ריבית.

ניכויים

204. מסכום הפיצויים יש לנכות את גמלאות המוסד לביטוח לאומי שקיבל ויקבל הקטין בגין נכותו מושא התובענה: ילד נכה, נכות כללית ושירותים מיוחדים, בהתאם לחוות דעת אקטואריות עדכניות שתיערכנה על ידי המדינה ותועברנה לידי התובעים.

<u>סיכום</u>

205. התביעה מתקבלת. המדינה תשלם לתובעים פיצויים בשיעור 80% מסכום הפיצויים שנפסק בפסק הדין, לאחר ניכויי המוסד לביטוח לאומי. ליתרה יתווספו שכ"ט עו"ד כולל מע"מ בשיעור 23.6%. כמו כן תישא המדינה ב – 80% מהוצאות המשפט של התובעים (אגרה ומומחים) לפי קבלות שיעבירו התובעים לב"כ המדינה בתוך 7 ימים מהיום, כל הוצאה בתוספת ריבית שקלית מיום הוצאתה ועד יום ההחזר בפועל. כל הסכומים ישולמו בתוך 45 ימים.

המחוזי ת"א
* נאמן למקור *
5374011139

206. קופת החולים הגיעה, כאמור, להסדר פשרה עם התובעים. בהתאם להסדר זה היא אינה מחויבת בתשלום סכומי פיצוי נוספים לתובעים. אשר ליתרת האגרה – בשים לב לכך שהצדדים הגיעו להסדר פשרה לאחר הליכי גישור ניתן פטור מיתרת אגרה לגבי חלקה של קופת החולים בסכום הפיצויים.

ניתן היום, ה' כסלו תשפ"ז, 15 נובמבר 2026, בהעדר הצדדים.

ארנה לוי, שופטת