

חוות-דעת נוירופסיכולוגית כנוהל חיוני בהילך המשפטי הנוגע לתביעות נזיקין אצל נפגעי-מוח

חנן דוד*

תקציר

הדיון הנוכחי - הן ברמה המושגית, והן ברמה הקלינית, ה'מעשית' - עומד כולו בצלה - או שמא דווקא באורה - של הבעיה הפסיכופיסית - הלוא היא הבעיה הבלתי פתורה - שאולי אף בכלל אינה ניתנת לפתרון - אודות טיבו של הקשר בין המוח, ובין תודעתו של האדם, "בעל המוח".

השלכות בעיה זאת בולטות אף יותר כאשר מדובר בליקוי התפקודי האפשרי, המתגלה בעקבות חבלה מוחית. בהקשר זה, תפקידה של הנוירופסיכולוגיה הקלינית - שמהותה מתוארת בתמציתיות במאמר - הינו מכריע.

הטענה העיקרית היא שבמקרים של חבלה במוח - ו/או בראש - מקומו של האבחון הנוירופסיכולוגי, על מאפייניו המיוחדים, הינו מרכזי ואף חשוב ביותר - ולענייננו כאן, בפרט כאשר נדונה בפני בית-המשפט תביעת נזיקין בגין חבלה כזאת.

* ד"ר חנן דוד (Ph. D.) - נוירופסיכולוג קליני; מומחה מדריך לפסיכולוגיה שיקומית ולפסיכולוגיה רפואית; עובד בבית-חולים לוינשטיין. מרצה בפקולטה למדעי הרווחה והבריאות באוניברסיטת חיפה: uditandchananda@012.net.il

מילות מפתח: הבעיה הפסיכופיסית, פגיעה מוחית, אבחון נוירופסיכולוגי.

הקדמה - הנוירופסיכולוגיה כעניין 'מופלא' [תרתי משמע], מיוחד במינו, בכלל - ובוודאי גם במסגרת הדיון המשפטי

את הנוירופסיכולוגיה נכון יהיה לתאר כתחום-ידע שלהלכה הוא קיים מימי ימות עולם, אך כמדע היא מוגדרת, למעשה, רק למן שנות ה-40 של המאה ה-20 בעקבות תצפיות קליניות, שנערכו אצל אנשים שנפגעו במוחם. תחום ידע זה עוסק בקשר שבין המוח, ובין אורח התגובות של האדם, שבראשו מצוי המוח. גם אם קשר זה הינו ודאי והוא מתקיים בכל אדם בכל געגעי, מהותו מאוד חמקמקה, וטיבו של הקשר הסיבתי, שלבטח טמון בו, לחלוטין אינו ברור.

דומה שפרפראזה המושתתת על טענה שהעלה Binder¹ הקובעת כי ניתן לומר שהידע אודות המוח והתפקודיות שלו התקדם מאוד בחמישים השנים האחרונות, ממצב של בורות כמעט מוחלטת למצב של בלבול רב ידע, יש בה גם כדי לאפיין את הדיון בהיבטים הרפואיים-המשפטיים - כמו גם את אלו הנוירופסיכולוגיים - של הנושא הנדון כאן.

ההתדיינות בבית-המשפט אודות תביעות נזיקין של מי שנפגע בראשו - ו/או במוחו - כגון בתאונת-דרכים - מציבה דילמות, מן התחום הרפואי-המשפטי, וגם מן התחום הנוירופסיכולוגי. אלה דילמות מיוחדות במינן, בהיותן נגזרות מנושא שהוא מיוחד במינו.

די אם אדגים זאת באמצעות העלאתה של שאלה 'פשוטה' לכאורה:

מהו, בעצם, נושא הדיון, שבו עוסק בית-המשפט בהקשר המועלה כאן? האם מדובר 'רק' בפגיעה בראש (Head Injury), שבעטיה נתגלתה אצל הנפגע, התסמונת שלאחר זעזוע מוח (Postconcussion Syndrome), או שמא המדובר בחבלה מוחית (Brain Injury)?

על כל המתדיינים בבית-המשפט לדעת היטב, ששני המונחים המוזכרים לעיל, מהווים שתי "ישויות נוסולוגיות" [כלומר, אלו הקשורות ב-'סיפור המחלה' והסיווג שלה], הנבדלות זו מזו, כאשר לכל אחת מהן הסימפטומטולוגיה [היינו, הצבר טיפוס של סימנים ושל סימפטומים] המובהקת לה עצמה.

1 BINDER, J. (2000), *NEUROANATOMY OF SPEECH PERCEPTION*. BRAIN, 123, 2371-2372.

על כן, מן הדין שגם החלטות בית-המשפט הנוגעות למומחה הרפואי ההולם בכל אחד מן המצבים הללו, שעשוי למנות בית-המשפט, וגם הקביעות הנוגעות לחומרת המגבלה התפקודית, שנגרמה בעטיו של כל אחד מהם, עשויים להיות נבדלים לחלוטין.

כעניין הנגזר מכך, סוגיה מרכזית אחת שעל בית המשפט למצוא לה מענה הולם בהקשר זה, היא השאלה: **מה תחום המומחיות המתאים שאליו צריך בית-המשפט להתייחס בבואו למנות מומחה מטעמו?** האם, דרך משל יהיה זה נוירולוג, או אולי נוירוכירורג, ואולי פסיכיאטר, או בכלל עדיף **נוירופסיכולוג** - כהמלצה שתועלה במאמר הנוכחי.

מאידך גיסא, בשלב כלשהו במהלך הדיון המשפטי, קרוב לוודאי שתעלה גם השאלה הבאה:

על איזה סעיף מתוך קובץ התקנות של המוסד לביטוח לאומי² עשוי להסתמך המומחה מטעם בית-המשפט, תהא מומחיותו אשר תהא, בבואו לקבוע את 'מידת' המוגבלות התפקודית שנגרמה לנבדק, ולהמליץ בפני בית-המשפט על השיעור ה-'נכון' של אחוזי-נכות שיש לקצוב לו.

עם השנים, נתקבלה אצל כותב שורות אלו, העוסק בנושא הנדון מזה שנות דור, ואף דן בכך בפרסומים קודמים³ - ההתרשמות שפתרון ראוי לשאלות כגון אלה שהובאו לעיל לא רק ש'אינו נראה באופק', אלא דומה שהוא אפילו הולך ומתרחק, דווקא ככל שמתרבים ותכופים ה'מקרים' בהם עניינם של נפגעי-מוח מובא לדיון בפני בית-המשפט.

לפיכך, ייעשה במאמר זה ניסיון - ולו אך תמציתי - להסביר את מורכבותו היתרה של הנושא ולהעלות "קווים למחשבה" - כיצד להתמודד עמו באורח יותר יעיל, שלא לומר יותר צודק.

מספר הערות אודות הבעיה הפסיכופיסית, שהיא מרכיב רקע מהותי ביותר בדיון שלהלן

הנוירופסיכולוגיה היא תחום-ידע נרחב, עמוק, נפתל ואפילו מופלא - תרתי משמע [גם "בלתי נתפס", וגם - נהדר] מאין כמותו, בהיותו נטוע באחת הסוגיות הסבוכות והנעלמות ביותר שעמן מתמודדת האנושות למן ראשיתה, ועדיין אנו רחוקים עד מאוד מלרדת לחקרה ולהבין אותה, על אף שבשנים האחרונות חלה התקדמות מרשימה בחקר המוח.

הסוגיה המסובכת בה מדובר, המצויה ברקע הדברים, היא מה שמכונה בפילוסופיה "הבעיה הפסיכופיסית", המוכרת גם כבעיית הגוף והנפש. זוהי הבעיה הבלתי פתורה הדנה בהתייחסות הגומלין הוודאית שבין המוח כישות ביולוגית, על המבנים הנוירואנטומיים שבו, והתהליכים הנוירופיסיולוגיים והנוירוכימיים ה"מפעילים" אותו מחד גיסא, לבין תודעתו של הפרט, "בעל המוח" מאידך גיסא. שהרי מישעיהו ליבוביץ⁴ למדנו שסוגיה זו, מעצם הגדרתה, עקרונית אינה ניתנת להבנה. שכן לטענתו, אין בידנו כל אפשרות להבין כיצד מתרחשת ההתמרה (הטרנספורמציה) מאותן התרחשויות נוירוביולוגיות במוח [ה-brain] אל תודעתו של הפרט, "בעל המוח"; או על-פי ניסוחו האלמותי של ליבוביץ בהציגו את הבעיה הזאת: "לא המוח חושב, אלא בעל המוח, הוא שחושב". לבעיה הפסיכופיסית שהיא, אם כן, בגדר מין חידה אפופת תעלומה לוטה מסתורין - אם לשאול חידוד, שבו השתמש פעם צ'רצ'יל - גם אם פשרה אינו ידוע, ישנן השלכות מיידיות, נוקבות, מאוד מהותיות לגבי הנוירופסיכולוגיה. אחת מהן - ואולי אף ראשונה בחשיבותה - היא למשל, כיצד ניתן לתרגם לעברית את המונח mind? המחבר - ולו אך מתוך שיקולים 'מעשיים' לצורך הדיון הנוכחי - מעדיף לנקוט במונח תודעה.

הנוירופסיכולוגיה הקלינית כתחום-מומחיות ייחודי העשויה לסייע לבית-המשפט

הנוירופסיכולוגיה הקלינית היא התחום העוסק במצבים המאוד שכיחים, שבהם כתולדה של פגיעה מוחית - ותהא הסיבה לכך אשר תהא - חלה השתבשות בתודעתו [כאמור, ה-mind] של "בעל המוח" שנפגע - רוצה לומר: בתפקודיות הקוגניטיבית שלו

2 הוראות החוק והתקנות, ביטוח נכות מעבודה, ביטוח מתנדבים, ביטוח תאונות וביטוח נכות. המוסד לביטוח לאומי, 1979.

3 דוד, ח. (1993), היבטים מדיקולגליים של הנוירופסיכולוגיה הקלינית. **רפואה ומשפט**, גיליון מס' 8, עמ' 44-46.

דוד, ח. (2008), היבטים נוירו-פסיכולוגיים ואתיים של קביעות משפטיות הנוגעות לתביעות נזיקין אצל נפגעי-מוח. (פרק 15) אצל יגיל, ד., כרמי, א., זכי, מ. ולבני, ע. (עורכים), **סוגיות בפסיכולוגיה, משפט ואתיקה בישראל אבחון, טיפול ושיפוט**. המחלקה לפסיכולוגיה, משפט ואתיקה. המרכז הבינלאומי לבריאות, משפט ואתיקה, הפקולטה למשפטים - אוניברסיטת חיפה. דיונון תל-אביב, עמ' 289-299.

4 ליבוביץ, י. (1982), **גוף ונפש: הבעיה הפסיכופיסית**. ספריית "אוניברסיטה משודרת", תל-אביב, משרד הביטחון - ההוצאה לאור.

(כגון: בקשב, בחשיבה, בתחום השפטי, בזיכרון ובלמידה, בקואורדינציה החזותית-מוטורית, בתפיסה החזותית-המרחבית ובמהירות הפסיכומטרית [היא מהירות הביצוע]), ו/או בהתנהגותו (כגון: באפקט [היינו, מאפייני ההבעה הרגשית], או במוטיבציה [למרות שיתוף פעולה כן במהלך האבחון...], באורח ההתארגנות שלו, ובאיכות הבקרה שלו על תגובותיו).

המגוון האדיר של תסמונות נירופסיכולוגיות אשר עשויות להתגלות אצל נפגעי-מוח ממקור חבלתי - היינו, אלו שאת מקור הנזק המוחי אצלם נהוג לכנות - [Traumatic Brain Injury] TBI - ובכללם, כמובן, גם אצל אלה שעניינם עשוי להגיע לבית-המשפט, בתביעת נזיקין - עשוי להדגיש את ההשלכות הקליניות של הבעיה הפסיכופיסית, שנדונה לעיל.

כזאת למשל היא העובדה שנפגעי-מוח, למעשה, משום בחינה אינם מהווים קבוצה אחידה - לא מבחינת הסיבה לפגיעה, לא מבחינת האבחנה האפשרית בכל 'מקרה' כזה, לא מבחינת נוהלי הטיפול השיקומי המתבקשים בכל מקרה, ואף לא מבחינת הצפי להחלמה והפרוגנוזה השיקומית.

כך, לדוגמא, ניתן לחלק את נפגעי-המוח לשתי קבוצות נוסולוגיות, הנבדלות ביסודן ובאורח מהותי:

1. נפגעי-מוח, שעקב הפגיעה המוחית נגרם להם ליקוי [impairment] גופני כלשהו, ועקב כך יש להם מוגבלות [disability] כלשהי, אך אין אצלם שום הפרעה נירופסיכולוגית [neuropsychological disturbance]. [יש לדייק: 'הפרעה' נאמר, ולא - מופרעות].

כנגד זאת -

2. נפגעי-מוח, שהפגיעה המוחית לא גרמה אצלם למגבלה גופנית, ואולי אף מצומצמים אצלם הממצאים הנורופתולוגיים (כגון בבדיקות דימות מוחית [ה-neuroimaging]) או שכלל אין ממצאים כאלה, ובכל זאת, בגלל הפגיעה המוחית, הם לוקים בהפרעה נירופסיכולוגית, כלומר בקשיים בתפקודיות הקוגניטיבית ו/או בהתנהגות. עקב כך יכולה להיות להם מגבלה תפקודית ניכרת - עד כי אף אם הם "נראים בריאים", משתבשים אצלם מאוד התפקודיות הקוגניטיבית ו/או התהליכים הפסיכולוגיים - ההתנהגותיים הנוגעים להסתגלות האישית, החברתית והתעסוקתית, ומשום כך, ברוב המקרים הללו יימצאו גם קשיים מרובים בתהליך השיקום של אותם נפגעים.

מאליו מובן שקביעות המשפטיות, הנוגעות לטיבו ו-'למידתו' של הנזק התפקודי, שנגרם לנפגע בכל מקרה כזה, יהיו נבדלות לחלוטין. בהקשר זה גם Wade⁵ סבור שהדיון בעניין זה אצל נפגעי-מוח עשוי להיות נבדל מן הדיון אודות נפגעי-חוט השדרה, למשל. על-כן, מן הדין שביית-המשפט, בבואו לדון בתביעות נזיקין של נפגעי-מוח - עוד בשלב מוקדם - ייתן דעתו על השאלה לאיזו קבוצה מן השתיים (שתוארו לעיל) משתייך התובע. לכך יכולה להיות חשיבות מכרעת לגבי הקביעה העקרונית מי יהיה המומחה הרפואי מטעם בית-המשפט. בהחלט יש מקום לשקול, האם דרך משל, יש למנות לשם כך גם נירופסיכולוג, בנוסף על רופא נירולוג או רופא שמומחיותו בתחום השיקום.

עקרונות האבחון הנירופסיכולוגי בכלל, וכשהוא בא לסייע לבית-המשפט בפרט

עניין נוסף, בעל משמעות מכרעת לנושא הנדון כאן, שגם הוא נגזר בעצם, מן הבעיה הפסיכופיסית, נוגע לנוהל האבחון הנירופסיכולוגי - שהוא כה חיוני בכל מקרה של פגיעה מוחית, ועל אחת כמה וכמה במהלך הדיון בתביעת נזיקין המתבררת בבית-המשפט.

שלושה עניינים מייחדים את האבחון הנירופסיכולוגי בהשוואה לכל נוהל אבחוני אחר בתחום הפסיכולוגיה.

א. החתירה למה שמכונה "אבחנה מבדלת" [differential diagnosis], שמן ההיבט הנירופסיכולוגי, למעשה, יש לה שני שלבים. השלב הראשון כרוך במגמה להבחין בין שלוש קבוצות של סיבות לקשיים תפקודיים, המתגלים אצל אדם, שהופנה לאבחון, היינו -

WADE, D. T. (1996), EPIDEMIOLOGY OF DISABLING NEUROLOGICAL DISEASE. HOW AND WHY DISABILITY OCCUR? *JOURNAL OF NEUROLOGY, NEUROSURGERY, AND PSYCHIATRY*, 61, 242 -249. 5

1. הימצאה של הפרעה נויורופסיכולוגית כתולדה של הפגיעה המוחית, שנגרמה לו.
2. השפעתו האפשרית של הרקע ההשכלתי, התעסוקתי והתרבותי-הסביבתי שלו [המכונה: הרקע הפרה-מורבידי - היינו, הרקע האישי, שקדם לחולי ולמוגבלות];
3. השפעתו האפשרית של מצב רגשי, או 'נפשי' לא סתגלני, או אפילו פסיכופתולוגי (במובן הפסיכיאטרי), שבו נתון אותו אדם;

אם מתקבלת המסקנה שהקושי התפקודי, שנתגלה, הוא אכן תולדה של הפרעה נויורופסיכולוגית בגין פגיעה מוחית, הרי אז מתקיים השלב השני באותו נוהל של אבחנה מبدלת.

השלב השני - מושתת, אל-נכון, על משנתו של לוריא [Luria]⁶ - עיקרו הוא ניסיון לברר מהו הקשר האפשרי בין פגיעה ה- 'ממוקמת' באזור מוחי מסוים, ובין מאפיינים טיפוסיים ידועים של הקושי התפקודי, שנמצא במהלך האבחון.

ב. העניין הייחודי השני של נוהל האבחון הנוירופסיכולוגי הוא - שוב על יסוד השקפתו של לוריא - ההכרח לנקוט בניתוח איכותני [qualitative] של הממצאים, כאשר המסקנות האבחנתיות מתבססות הלכה למעשה על פרשנות הולמת הניתנת להם - כדי שאפשר יהיה להגיע לאבחנה המבדלת הנאותה. מכאן נגזר גם העניין השלישי המייחד את נוהל האבחון הנוירופסיכולוגי.

ג. האבחון הנוירופסיכולוגי חייב להיות מושתת על מבחנים פסיכולוגים הולמים - כאלו העומדים בקריטריונים של מבחן "טוב", כגון: אובייקטיביות, מהימנות ותקפות. אך השימוש בהם חייב להיות 'גמיש', במובן שגם יתאפשר להתאימם על נקלה לכל מקרה של פגיעה מוחית, וגם לערוך - במהלך ביצועם - את אותו ניתוח איכותני חיוני - באמצעות תצפיות קליניות שיטתיות, נתחניות וקפדניות בתגובותיו של הנבדק.

גישה כזו מאפשרת בסופו של דבר את המהלך של מה שלוריא מכנה "ניתוח סינדרום", דהיינו, שוב, ניסיון להבין מדוע נכשל - במטלה נתונה כלשהי - נפגע-מוח מסוים, שיש לו הפרעה נויורופסיכולוגית מוגדרת.

יודגש שלוריא עצמו כינה את שיטת האבחון שלו בשם חקירה [investigation]⁷. ואכן בהרבה מקרים, מלאכת האבחון הנוירופסיכולוגי דומה יותר למעשה חקירה, מאשר לנוהל 'המקובל' של אבחון פסיכולוגי. על-כן, מעצם טיבו - ודווקא כדי שימלא את ייעודו כראוי - האבחון הנוירופסיכולוגי הוא בעיקרו בגדר חוות-דעת - ומן הדין שבית-המשפט, ידע זאת ויכיר בכך - על כל המשתמע מעניין זה בהקשר של דיני הראיות במקרים של נפגעי תאונות-דרכים, למשל.

מעניין לציין, שדומה כי טענתי זאת עולה בקנה אחד עם קביעתו של כרמי⁸ כאשר - דווקא בהתייחסו לרשלנות באבחנה - הוא קובע:

"רב המשותף, כך נראה, בין המשפטן לבין איש הרפואה, במה שנוגע לתהליך האבחון. אלה גם אלה עוסקים בליקוט חומר ובהערכת ראיות בדרך דומה. אלה גם אלה נוקטים הנחות דומות לצורך הערכת הראיות, מנסים להעריך טיעונים ותלונות, מעריכים את תקפותם ואמינותם, וקובעים את חשיבותם".

על משמעותה המיוחדת של ההערכה [ה-assessment] הנוירופסיכולוגית אצל נפגעי-מוח עומדים גם Conway ו-Crosson⁹ והם אף מדגישים את הכישורים הראויים המרובים - הן בתחום הידע התיאורטי, והן בתחום הקליני - שבהם צריך להיות "מצויד" הנוירופסיכולוג. Johnstone ועמיתיו¹⁰ מדגישים גם הם את חשיבותו היתרה של האבחון הנוירופסיכולוגי אצל נפגעי-מוח בכלל - ובמהלך הדיון בעניין זה בבית-המשפט בפרט.

6 Luria, A. R. (1973), *The Working Brain. An Introduction to Neuropsychology*. London: Penguin Books.

7 Luria, A. r. (1980), Neuropsychology in Diagnosing of Local Brain Damage. *Clinical Neuropsychology*, 2, 1-7.

8 Christensen, Anne-lise, (1974), *Luria's Neuropsychological Investigation*. Riskov, Denmark, And Munksgaard, Copenhagen

9 כרמי, א. (2003), **בריאות ומשפט**. נבו, הוצאה לאור. עמ' 333.

10 CONWAY, T. & CROSSON, B. (2000), NEUROPSYCHOLOGICAL ASSESSMENT (CHAP. 15) IN: FRANK, R. G. & ELIOTT, T. R., (EDS.) HANDBOOK OF REHABILITATION PSYCHOLOGY. WASHINGTON D.C.: AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION . 327-344.

10 JOHNSTONE, B., SCHOPP, L. H. & SHIGAKI, C. L. (2000), FORENSIC PSYCHOLOGICAL EVALUATION (CHAP. 16) IN: FRANK, R. G. & ELIOTT, T. R. (EDS.), *HANDBOOK OF REHABILITATION Psychology*. Washington D.C.: American Psychological Association.345-358.

הנירופסיכולוג הקליני כעד מומחה בבית-המשפט (בתביעת נזיקין)

בשנים האחרונות גם בישראל, בתי-המשפט, בבואם לדון בתביעות נזיקין של נפגעי-מוח - מכירים יותר ויותר בחיוניותה של חוות-הדעת המושתתת על אבחון נירופסיכולוגי הולם, לגבי הקביעה של שיעור הנזק שנגרם לתובע, נפגע-המוח. אולם במהלך הדיון בבית-המשפט, בהקשר זה מועלות כנגד הנירופסיכולוג הקליני שלוש השגות עיקריות, המתבססות בוודאי על שיקולים משפטיים.

טענה אחת היא שהנירופסיכולוג אינו רופא; ובתי המשפט הרי אמורים למנות רופאים כמומחים מטעמם.

על כך ניתן להגיב בקביעה **שהנירופסיכולוגיה** - בוודאי כפי שעולה מן הדיון הנוכחי עד עתה - הינה תחום-ידע מדעי ואקדמי מובהק ומוגדר היטב; ורבים מן הנירופסיכולוגים הינם בעלי תואר ד"ר [גם אם הוא "רק" Ph. D.].

טענה שנייה נוגעת למונח ה-'בעייתי' 'חוות דעת', כמסמך המוגש לבית-המשפט. כעין "הקדמה של תרופה למכה" - כבר הסברתי קודם לכן - מדוע האבחון הנירופסיכולוגי - מעצם טיבו הוא בגדר חוות-דעת, ועל כן בהקשר הנוכחי זהו בעצם, מין "הכרח בל יגונה". יתר על כן, עתה אומר: כדי שניתן יהיה לעשות בו שימוש ראוי - מן הדין שהמסמך שיוגש לבית-המשפט, ואשר יתייחס לאבחון הנירופסיכולוגי, דווקא במתכוון יוגדר כחוות-דעת.

טענה אפשרית שלישית עוסקת בעניין הסיבתיות. המענה האפשרי על כך הינו מסובך, אך בפרק קודם במאמר זה, שדן בעקרונות האבחון הנירופסיכולוגי, כבר הועלו מספר טיעונים המתייחסים גם לעניין זה.

למרבת הפליאה, בקובץ התקנות של המוסד לביטוח לאומי הנוגעות לאחוזי-נכות, תקנות אשר כידוע, משמשות גם יסוד לקביעותיהם של מומחים מטעם בית-המשפט - בהתייחסם לשיעור של אחוזי-הנכות המומלצים על ידם - אין כל סעיף הולם המתייחס למגבלות התפקודיות של נפגעי-מוח, שיש להם הפרעה נירופסיכולוגית.

המבקש להתחכם אולי ימצא בעובדה תמוהה זאת מעין תולדה נוספת של הבעיה הפסיכופיסית. רוצה לומר: אם עדיין לא נמצאה הדרך להגדיר את טיבה של ההתייחסות בין המוח מזה, לבין "בעל המוח" מזה, כיצד ייבחן הנזק התפקודי, שנגרם למי שנפגע במוחו? לפיכך, כאשר מומחה רפואי מטעם בית-המשפט אמור להתייחס למצב של פגיעה מוחית - בדרך כלל יהיה זה רופא נירולוג - על אלו סעיפים מתוך קובץ התקנות הנ"ל הוא יסתמך?

אם יש לנפגע מגבלות גופניות, כי אז - 'אין בעיה'. במקרה כזה קביעתו של המומחה תתבסס, מן הסתם, על סעיף 29 מתוך קובץ התקנות, שהוא סעיף המתייחס ל"תסמונות נירולוגיות והפרעות פרכוסיות" - כגון המיפלגיה (שיתוק בפלג הגוף הימני או השמאלי), או תדירותם של התקפים אפילפטיים וכיוצא באלו. אך מה אם לנפגע-המוח אין כל מגבלה גופנית, ואפילו ממצאים נירופתולוגיים אחרים אפשריים אין אצלו, אלא "רק" גילויים של הפרעה נירופסיכולוגית? במקרה כזה, בלא ספק, יזדקק בית-המשפט לחוות-דעת, אשר תושתת על אבחון נירופסיכולוגי ראוי.

עד לעדכון הולם של התקנות, אשר לבטח יתממש ביום מן הימים, הנירופסיכולוג, מחברה של אותה חוות-דעת - בהחלט יכול להסתמך על תת-סעיף 11 הכלול בסעיף 29 הנ"ל, שתחת הכותרת "אמצעלופתיה", הוא מתייחס במין אמירה כללית ו'לא מחייבת' כל צורכה גם ל"הפרעות דיבור, ירידה ברמה השכלית, שינויים באישיות וכדומה ...". ולהסב אותו לתת-הסעיפים המתאימים הכלולים בסעיף 34, וגם להדגיש שמדובר בסעיף מותאם. שהרי לבטח, בקביעת אחוזי-הנכות בגין חבלה מוחית והפרעה נירופסיכולוגית, שנגרמה עקב כך, בשום אופן אין המדובר במצב "פסיכונורוטי" כלשהו, (הוא המצב שאליו מתייחס סעיף 34 הנ"ל), אלא בוודאי לישות נוסולוגית, שהיא לבטח בעלת משמעותית אבחנתית וטיפולית-שיקומית אחרת לחלוטין.

ברשימתו התמציתית עומד ד"ר דוד על מהותה וחשיבותה של בדיקה נירופסיכולוגית כאמצעי חיוני לבירור והערכת נזק/כישוריו הרוחניים של פגוע ראש. אין ספק כי כיום, עם התפתחות תחום זה, יש חשיבות רבה לכלי זה – ההערכה הנירופסיכולוגית. אך היא עדיין מחייבת הכרה לא רק במישור הרפואי-משפטי, אלא אף בעולם הרפואה עצמו. יש רבים שלדאבון הלב עדיין אינם מודעים לקיומו של תחום יחסית חדש, אך מיוחד וחשוב זה, העוסק בליקויים ב-mind (מושג שאין לו מקבילה מתאימה בלשון העברית) של האדם, באבחונם ובטיפול בהם.

חשיבות ההיעזרות במומחים בתחום זה בעיקרה מכוונת לאבחון ולטיפול בנפגעים. יחד עם זאת ההערכה או חוות-הדעת הנירופסיכולוגית היא כלי חיוני בבירור קיומה, שלילתה וקביעת "מידתה" של פגיעה בת-פיצוי כתוצאה מפגיעה מוחית.

יש לחזור ולהבהיר ולהזכיר לעוסקים בתחום הערכת נזקי גוף, ובראשם לבתי המשפט, כי הרופא המטפל בפגוע ראש בשלב החד ("חריף" – acute stage) הוא הנירוכירורג. הנירולוג אינו נקרא לנפגעים אלה והפצועים אינם מאושפזים במחלקות לנירולוגיה. הנירולוג, בתקופת הכשרתו גם אינו חייב לעבוד (בתקופת רוטציה) במחלקה לנירוכירורגיה. מכאן שלנירולוג אין כל ניסיון ממגע אישי בתחום חבלות הראש. מסיבות אלה אין כל היגיון בהפניית חבול ראש, אשר משום מה לא אושפז במחלקה לנירוכירורגיה, למעקב מרפאתי על ידי מומחה בנירולוגיה. מאותן סיבות עצמן, ועל פי כל קנה מידה, אין בידי הנירולוג גם הכישורים להגיש חוות-דעת לבית המשפט בכל הנוגע לנפגע בחבלת ראש, שהרי העד המומחה, אינו מתבקש להעיד על דברים שקרא בספר, אלא על דברים שאכן למד אך גם רכש בהם ניסיון אישי. הנירולוג אמנם כשיר לקבוע את הליקוי הגופני, אך אינו מיומן כל צרכו לשקול את הקשר הסיבתי בן החבלה לנזק.

טעות נפוצה נוספת, הן בין רופאים והן בקרב משפטנים, היא הפניית נפגעי ראש להערכה אל פסיכולוגים או פסיכיאטרים. הכשרתם של אלה אינה מתאימה לא לאבחון, ולא כל שכן לטיפול בנפגעי מוח – נפגעי חבלות ראש אינם לוקים בהפרעה נפשית.

בשלב הטיפול המאוחר יותר מטפל בנפגע בחבלת ראש המומחה השיקומי, בדרך כלל ביחידות אשפוז מיוחדות לנפגעי מוח, כשעמו הנירופסיכולוג שתפקידו ההערכה, עיצוב דרך השיקום ועריכת חוות-הדעת. רק אלה יכולים לחוות-דעתם על "התוצר הסופי". לעניין העובדה כי חוות-דעת בעניין רפואי חייבת להיות מוגשת על ידי רופא בלבד, נעיר כי יש בתי משפט לא מעטים שאינם מקפידים בנקודה "טכנית" זאת, ובלבד שהמומחה אכן הוא מומחה מוסמך וראוי בתחום. עם זאת נראה כי יש לתקן את תקנות סדר הדין האזרחי בנקודה ספציפית זאת.

ואם בתיקון תקנות עסקינן, יש גם צורך חיוני בתיקון יסודי של התקנות בדבר קביעת דרגות נכות של המוסד לביטוח לאומי – עניין שד"ר דוד מעלה במאמרו. חשיבותן של תקנות אלה טפחה והלכה "בדרך ההתנהגות" ולא רק מתוך חקיקה ראשית או חקיקת משנה. תקנות אלה הפכו להיות מעין "מחירון אוניברסאלי" לתוצאות כל סוגי הפגיעות ולא רק לצרכי המל"ל. דא עקא – רשימה זאת חוברת לפני למעלה מ-50 (חמישים) שנה! חלק גדול מ"סעיפי הליקוי", ואף סוגי המחלות, הליקויים והבנתם נשתנו. ליקויים נירופסיכולוגיים, למשל, כלל אינם מצויים ברשימה, ואינם יכולים להימצא בה – התחום כולו נולד לאחר שהרשימה נערכה. היו ניסיונות לשינוי שנכשלו/הוכשלו, יש צורך לחדשם כי הדבר בעוכרי כל הצדדים.

פרופסור אברהם סהר - נירוכירורג