

בית משפט השלום בתל אביב - יפו

ת"א 3160-01-11 עזבון המנוחה מלי רייכמן ז"ל ואח' נ' רשות הטבע והגנים הלאומיים ואח'

בפני כב' השופטת זהבה אגני, ס. נשיאה

התובעים
 1. עזבון המנוחה מלי רייכמן ז"ל
 2. חנוך רייכמן
 3. אבישי רייכמן
 4. רות רייכמן
 5. תמר רייכמן
 6. לירון אורלב
 ע"י ב"כ עוה"ד יעל פלג

נגד

הנתבעים
 1. רשות הטבע והגנים הלאומיים
 ע"י ב"כ עוה"ד צ. יעקובוביץ ואח'
 2. מדינת ישראל
 ע"י ב"כ עוה"ד דורון יום טוב ניב

מיני-רציו:

* בית המשפט קיבל את תביעת התובעים כנגד הנתבעים בגין נזקים שנגרמו בעקבות רשלנותם של הנתבעים. נפסק, כי על רשות הטבע והגנים היה לצפות כי במקרה שסימון השביל אינו ברור, וקיימת אפשרות לבחור בנתיב העובר על שפת המצוק, מטייל שיעבור במקום ימעד או יחליק מסיבה כלשהי, ויפול לתהום. באשר לרשלנותה של המדינה נפסק, כי היא באה לידי ביטוי, בין השאר, באי קיום בדיקות מתחייבות, כדי לעמוד לאשורו על מצבה של הפצועה.

* נזיקין – אחריות – רשות הטבע והגנים

* נזיקין – אחריות – רשות הגנים הלאומיים ושמורות הטבע

* נזיקין – מעוולים יחדיו – חלוקת האחריות ביניהם

* נזיקין – רשלנות – רשלנות רפואית

התובעים - עיזבונה של המנוחה, הגישו תביעה כנגד רשות הטבע והגנים וכנגד מדינת ישראל בגין נזקים כתוצאה ממותה של המנוחה בעקבות נפילתה במהלך טיול ברמת הגולן. התובעים רואים ברשות את האחראית לנפילתה של המנוחה ולפציעתה. התביעה נגד המדינה, היא הנתבעת 2, מתבססת על הטיפול

הרפואי שקבלה מלי מרופא יחידת 669 בשטח, שהיה לטענת התובעים טיפול רשלני באורח קיצוני ורצוף כשלים.

בית המשפט פסק כלהלן:

על רשות הטבע והגנים הלאומיים מוטלת חובת זהירות מושגית, כלפי כל מי שמבקר בשמורות שבתחום אחריותה.

חלה על הרשות גם חובת זהירות קונקרטיית כלפי המנוחה, שכן על הרשות היה לצפות כי המנוחה, כמטיילת בתחום השמורה שמסלולה עובר, בחלקים רבים ממנו, על פי תהום, עלולה למעוד, להחליק וליפול, וזאת בשל תנאי הקרקע, אבנים מחליקות, סלעים שחוסמים המעבר ואותם יש לעקוף, תנאי הצמחייה הגדלה בסמוך לשביל ומסתירה את התהום ואי הכרת המקום, על סיכוניו הגלויים והסמויים. יש לתת למדיניות המשפטית הברורה והעקבית, המעודדת יציאה לטבע לטיולים, ועל שמירת ערכי הטבע כמות שהם, ללא התערבות מיותרת של האדם בשטח.

טיול בחיק הטבע מטבעו כרוך בסכנות, ונגזר עלינו איפוק רב בקביעת גבולות האחריות והמטלות שיש להטיל על הרשות. את גדרי אחריותה של הרשות יש לקבוע בצורה מאוזנת, שלא נמצא עצמנו פוגעים בערכי טבע שראוי לשמר מחד, ומן הצד השני – שלא נגרם לסכנות חיים מהותיות ובלתי סבירות למטיילים בתחומי השמורות. הטלת חובת זהירות מוגברת ודרישה לנקיטת אמצעי זהירות מחמירים עלולה להוביל גם לצמצום הפעילות הברוכה הכרוכה בטיולים ולהטיל על הרשות עלויות כלכליות נכבדות.

אין מקום לדרוש מן הרשות, כי בכל מקום בו שביל מצוי בקרבת תהום, יגודר לכל אורכו או ייקבעו בו מעקות הגנה. אך אין בכך כדי לפטור את הרשות, מלסמן בצורה ברורה שבילים בעלי סיכון מוגבר ובמיוחד מקומות בהם הסיכון לא גלוי אלא סמוי, בשל תנאי הקרקע, הצמחייה ושאר הנסיבות, ולהתריע בפני המטיילים על קיומה של סכנה שהיא סמויה מן העין.

הסיכון במקום היה כפול: אי הוודאות באשר לסימון היכן עובר השביל, כאשר למטייל הסביר הייתה אפשרות לבחור בכמה דרכים לרדת בסלעים לכיוון המשכו של השביל הכבוש, כאשר הדרך משמאל הייתה צרה ועברה על שפת התהום, שהייתה מוסתרת בחלקה על ידי צמחיה. במקום כזה, די במעידה קלה, כדי ליפול לתחתית הנחל, כפי שהודה גם מר שרון לוי בעדותו, וכפי שלמרבית הצער קרה למנוחה.

המצב הבעייתי במקום היה צריך להיות נהיר וגלוי לרשות, שבתחום אחריותה לדאוג לבטיחות השבילים, והיה עליה לנקוט בצעדים – שכולם צעדים פשוטים וזולים יחסית – להסרת הסיכון. היה עליה לסמן את השביל בצורה ברורה ואינה משתמעת לשני פנים, באופן שלא מותיר ספק בעיני המטייל המגיע לשמורה לראשונה ואינו מכיר את השביל, באיזה דרך להמשיך, ולא להשאיר בידו את 'זכות הבחירה'. היה עליה להתריע על קיום התהום על ידי שילוט או להתקין מעקה, כפי שאכן עשתה זמן מה לאחר האירוע המצער.

לרבות הבלטת הסיכונים המיוחדים, והתקנת אמצעי בטיחות נדרשים כמו מעקות או שילוט מתריע. יש להיזהר מפני הטלת אחריות מוגברת על הרשות שתגרום להתערבות מיותרת בטבע, תפגום בנוף ותחטא למטרה של שמירה על ערכי הטבע.

האיזון הראוי, בין הערכים של שמירה על בטיחות המטיילים מול השמירה על ערכי הטבע והנוף הוא בחיוב הרשות במסירת מלא המידע הדרוש למטייל הסביר, הן באשר לקושי הצפוי במסלול, הן במתן הוראות בטיחות [שלכאורה קוימו] והן באשר לסימון ברור וחד משמעי של השביל הבטוח להליכה, כאשר במקומות בהם הסכנה גדולה, ובעיקר חבויה ונסתרת מן העין, יש להציב מעקה ולהתריע מפניה באופן ברור – חובות אשר לא קוימו במקרה דנן.

על הנתבעת 1 היה לצפות כי במקרה שסימון השביל אינו ברור, וקיימת אפשרות לבחור בנתיב העובר על שפת המצוק, מטייל שיעבור במקום ימעד או יחליק מסיבה כלשהי, וייפול לתהום.

האמצעים למניעת הסיכון של נפילה לתהום היו קיימים, זמינים וזולים יחסית, ולא היה בהם כדי לפגוע פגיעה אנושה ובלתי מידתית בערכי הטבע, שעל שמירתם אמונה הרשות. הרשות לא נקטה בהם ועל כן יש לראותה כמי שהפרה את חובת הזהירות הקונקרטית שהיא חבה כלפי המנוחה, ועל כן אחראית לפצות את עיזבוניה ואת תלויה בגין הנזקים שנגרמו כתוצאה מהתאונה. יש לדחות את הטענה בדבר ייחוס אשם תורם למנוחה.

כאשר מבקשים לייחס לרופא או למוסד רפואי רשלנות בטיפול בחולה שנוזק לשירותיהם, תיבחן מידת האשם שתייחס לרופא על פי אותם שיקולים ומבחנים המנחים את בית המשפט בבואו להעריך את התנהגותם של אנשי מקצוע המיומנים במלאכתם.

יש לבחון האם הרופא סטה מרמת הזהירות הנדרשת מרופא סביר. המבחן הוא אובייקטיבי – נורמטיבי. יש לזכור, כי לא לכל מחלה יש אשם, ולא כל טעות מהווה רשלנות. יש להיזהר מלקבוע התרשלנות במקרה בו נעשתה טעות בשיקול הדעת של הרופא, על מנת שלא ליצור רפואה הפועלת מתוך צורך להתגונן מפני תביעות.

השאלה, מהי רמת ההתנהגות שעל רופא סביר לנהוג לפיה, היא שאלה נורמטיבית המסורה להכרעתו של בית המשפט. בית המשפט יכריע בשאלה זו על יסוד שיקולים של מדיניות משפטית המביאה בחשבון בין היתר, את מידת הסיכון, את ההסתברות להתרחשות הנוזק, את עלות האמצעים הדרושים למניעתו, את הערך החברתי של שלילת ההתנהגות שגרמה לנזק ואת היכולת היחסית למנוע את הנוזק. שיקולים אלה ואחרים מבוססים כולם על ההנחה, שעל המזיק לנקוט אמצעים סבירים בנסיבות העניין, כדי למנוע, או להפחית ככל האפשר, את הסיכון הצפוי מפעולתו.

המבחן איננו מבחן של חכמים לאחר מעשה אלא של הרופא הממוצע בשעת המעשה. רף הזהירות הנדרש בגדרה של עוולת הרשלנות נקבע בהתאם לשיקולים של מדיניות משפטית. החלטתו של ד"ר חיים בנסיבות אלו לעצור את הפינוי ולבצע אינטובציה בשטח, לא הייתה סבירה. התביעה הוכיחה במידת ההוכחה המוטלת עליה במשפט אזרחי, כי הטיפול שקבלה המנוחה מידיו של רופא היחידה היה רשלני.

הרשלנות באה לידי ביטוי באי קיום בדיקות מתחייבות, כדי לעמוד לאשורו על מצבה של הפצועה, באי כיוון הפצועה וחוסר שמירה על חום הגוף, באבחון שגוי של מצבה והסיבות לכך, בקבלת החלטה על ביצוע האינטובציה בשטח במקום לפנות במהירות האפשרית לבית החולים, באי העזרות בגורמים מנוסים שהיו בהישג יד, ולבסוף – בהחדרת נקזים [על בסיס החלטה שגויה] באופן הסוטה במידה רבה מכללי הרפואה הסבירה.

הפעולות הרשלניות גרמו לאי ספיקה נשימתית חריפה, משלא צלחו האינטובציה והקוניוטומיה, להיפוקסיה והיפרקפניה, ולהחמרה בהפרעה לתפקודי הקרישה, כתוצאה משילוב הירידה בלחץ הדם, שנגרמה בשל העיכוב בפינוי והדמם מהכבד, חמצת וירידת חום הגוף, אשר שילובם גרם לבסוף למותה של מלי ז"ל, כפי שהסכים גם פרופ' קלוגר מומחה הנתבעת. במקרה דנן, מדובר בנזק שניתן לחלוקה קרי: נזקי הנפילה לחוד, והמוות המצער לחוד.

המקרה דנן נופל בקטיגורית המקרים של גרם נזק בעוולה על ידי מעוולים שפעלו בנפרד, כאשר לא ניתן לקבוע בוודאות מה תרומתו של כל מעוול לנזק שנגרם, ואין מדובר במקרה בו הנזקים שגרם כל מעוול ניתנים להפרדה באופן שניתן להחייב כל מעוול רק בגין הנזק שהוא גרם.

מידת האשם המוסרי של מעוול אחד נמוכה או גבוהה ממידת האשם המוסרי של מעוול שני. גם מידת הסיכון שיצר כל מעוול בתחומו הינה זהה – שניהם יצרו סכנת חיים ממשית, סכנה שלמרכה הצער, התממשה.

בנסיבות העניין, יש לחייב את הנתבעים 1 ו-2 במלא נזקי התובעים, כאשר חלוקת האשם ביניהם תהיה בחלקים שווים.

פסק דין

1. רקע

ביום 30.4.2005 יצאה משפחת רייכמן, האם מלי רייכמן ז"ל כבת 50, מורה למחול במקצועה, בעלה ד"ר חנוך רייכמן, רופא משפחה ובנם אבישי שהיה כבן 13 שנים, לטייל בנחל הגי'לבון ברמת הגולן. בשלב כלשהו נפלה מלי לתחתית הנחל ונמצאה שוכבת על גבה על מדרגת אבן בסמוך למפל.

בעלה הגיע אליה ומצאה בהכרה מתלוננת על כאבים ברגליים, ועלה חשד לשברים ברגליים ובאגן. באמצעות מטיילת אחרת, הזעיק הבעל לעזרה את יחידת החילוץ גולן. הבעל סבר כי בשל מצבה ומקום הנפילה, החילוץ הרגלי יהיה ממושך וקשה ועל כן דאג, באמצעות חבר רופא המשרת ביחידה, להזעיק גם מסוק של יחידת החילוץ 669 של צה"ל. מלי קבלה טיפול ראשוני בשטח, תחילה על ידי אנשי יחידת חילוץ גולן ורופא תאג"ד שהגיע למקום ובהמשך על ידי רופא יחידת 669. תוך כדי הכנתה לפינוי במסוק, אבחן רופא יחידה 669, ד"ר חיים אמיר, כי מצבה מתדרדר, והחליט לייצב את מצבה בשטח, בטרם הפינוי. ניסיונות אינטובציה שביצע לא צלחו, והוא נאלץ לבצע קוניוטומיה. הטיפול אך כשעה, מצבה הלך והתדרדר ולבסוף פונתה מלי לבית החולים "זיו" בצפת, לשם הגיעה במצב קריטי. היא הוכנסה מידית לחדר הניתוח, אך מספר שעות לאחר הניתוח – נפטרה.

2. תביעה זו הוגשה על ידי עיזבונה של מלי רייכמן ז"ל [התובע מס' 1] ובעלה וילדיה [הנתובעים 2-6] שהם גם יורשיה, בשל נזקיהם כתוצאה ממותה בטרם עת.

3. תביעת התובעים הוגשה כנגד רשות שמורות הטבע והגנים, היא הנתבעת 1 [להלן – "הרשות" או "נתבעת 1"] בטענה שמדובר בשמורת טבע מוסדרת, אשר הרשות אחראית על בטחון המטיילים בה, ואשר לטענת התובעים, לא דאגה לכך שהשביל יהיה מסומן כראוי, בחלקים מסוכנים אשר גבלו בפי התהום לא היה שילוט המתריע מפני הסכנה, לא הותקנו גדרות ומעקות ולא ננקטו אמצעים אחרים שיכולים היו למנוע את נפילתה של מלי לתהום. התובעים רואים ברשות את האחראית לנפילתה של מלי ולפציעתה.

התביעה נגד המדינה, היא הנתבעת 2, מתבססת על הטיפול הרפואי שקבלה מלי מרופא יחידת 669 [להלן – "היחידה"] בשטח, שהיה לטענת התובעים טיפול רשלני באורח קיצוני ורצוף כשלים: הרופא שהוזנק למקום היה רופא מתמחה באורתופדיה, שלא היה לו כל

ניסיון בטיפול בפצועי טראומה בשטח. במקום לדאוג לפינוייה המידי במסוק לבית החולים הקרוב, מרחק 5 דקות טיסה, ביצע הרופא בשטח פעולות מיותרות, מבלי שהיו לו הידע, הכישורים, היכולת והמיומנות לבצעם. הטיפול שבוצע במנוחה לא עמד בסטנדרט הרפואה הסביר, לא באבחון מצבה, ולא בהחלטות שהתקבלו ולא בביצוע הפעולות הרפואיות. שרשרת הכשלים והעיכוב הניכר בפינויה לבית החולים, דרדרו את מצבה באופן קריטי וגרמו למעשה למותה.

4. הרשות התגוננה בטענה כי מדובר במסלול המוגדר היטב בשלט המוצב בכניסה לשמורה כמסלול לימטיבי לכת', ומטבעו ההליכה בו כרוכה בסיכונים, אותם נוטלים על עצמם הבוחרים לטייל בו. הרשות הכחישה כי אין סימון ברור של השביל, ולטענתה, נפילתה של מלי ז"ל נגרמה מסטיית מן השביל המסומן.

5. המדינה התגוננה בטענה, כי הטיפול הרפואי שקבלה המנוחה בשטח היה טיפול סביר בהתחשב בתנאי השטח ובמצבה של המנוחה, שהלך והתדרדר וחייב טיפול מידי בטרם פינויה לבית החולים. הכשלים באינטובציה ובהחדרת הנקזים לבית החזה, אינם מעידים על רשלנות בטיפול, ולא הם שגרמו למותה של המנוחה. המנוחה נפטרה כתוצאה מהדימום הפנימי באגן וההלם התת נפחי, שנגרמו כתוצאה ישירה של השברים באגן כתוצאה מן הנפילה.

6. על עולת הרשלנות

בבחינת מושכלות ראשוניים, אקדים כי עולת הרשלנות מורכבת מיסוד האשם, הנבחן על פי קיומה של חובת זהירות של המזיק ביחס לניזוק, כשזו נחלקת לשניים: חובת זהירות "מושגית" וחובת זהירות "קונקרטיית". אם נמצא כי אכן קיימת חובת זהירות כאמור, יושלם יסוד האשם אם ימצא כי חובת הזהירות הופרה, כלומר המזיק סטה מסטנדרט הזהירות המוטל עליו ונהג בצורה בלתי סבירה (לרבות במחדל). יסודותיה הנוספים של עולת הרשלנות הינם יסוד הנזק וקיומו של קשר סיבתי, קרי השאלה האם הפרת חובת הזהירות היא שגרמה לנזק (ע"א 145/80 ועקנין נ' המועצה המקומית בית שמש, פ"ד לז(1) 113, 122 (1982) (להלן: "ועקנין")); ע"א 610/94 בוכבינדר נ' כונס הנכסים הרשמי בתפקידו כמפרק בנק צפון אמריקה, פ"ד נז(4) 289, 309 (2003); ע"א 7130/01 סולל בונה בנין ותשתית בע"מ נ' תנעמי, פ"ד נח(1) 1, 17 (2003) (להלן: "סולל בונה").

באשר לחובת הזהירות המושגית נקבע כי:

"... קיומה של חובת הזהירות המושגית נקבע על פי מבחן הצפיות: האם אדם סביר צריך היה לצפות את התרחשות הנזק (ועקנין, 123). הכלל הוא כי מקום שהנזק צפוי מבחינה פיזית, חובה לצפותו מבחינה נורמטיבית, אלא אם קיימים שיקולים מיוחדים של מדיניות משפטית המצדיקים צמצום החובה או שלילתה (סולל בונה, עמ' 17; ע"א 653/97 חברת מרכז ברוך וצפורה בע"מ נ' עירית תל-אביב-יפו, פ"ד נג(5) 817 (1999)).

ההכרעה הסופית בשאלת הצפיות הנורמטיבית, המרכיבה את חובת הזהירות המושגית, היא עניין של מדיניות משפטית (ע"א 653/97 הנ"ל, עמ' 825).

באשר לחובת הזהירות הקונקרטית נקבע בפרשת ועקנין כי:

"אין הדין מטיל חובת זהירות קונקרטית בגין סיכונים סבירים. חובת הזהירות הקונקרטית אינה קיימת למניעתו של כל סיכון וסיכון. הדין מבחין בין סיכון סביר לבין סיכון בלתי סביר. רק בגין סיכון בלתי סביר מוטלת חובת זהירות קונקרטית. ומהו סיכון בלתי סביר? הסיכון הבלתי סביר, שבגינו מוטלת חובת זהירות קונקרטית, הוא אותו סיכון, אשר החברה רואה אותו במידת חומרה יתירה, באופן שהיא דורשת כי "יינקטו אמצעי זהירות סבירים כדי למנעו".

השאלה הנשאלת במסגרת זאת, הינה האם בין המזיק הספציפי לבין הניזוק הספציפי, בנסיבותיו המיוחדות של המקרה, קיימת חובת זהירות קונקרטית בגין הנזק הספציפי שהתרחש (ועקנין, עמ' 125; ע"א 3510/99 ולעס נ' אגד - אגודה שיתופית לתחבורה בישראל, פ"ד נה(5) 826, 840 (2001)). השאלה היא, אם אדם סביר יכול היה לצפות - בנסיבותיו המיוחדות של המקרה - את התרחשות הנזק, ואם התשובה על כך היא בחיוב, נשאל האם אדם סביר צריך היה, כעניין שבמדיניות, לצפות את התרחשותו של אותו נזק (ועקנין, עמ' 125-126; ע"א 8133/03 יצחק נ' לוטם שיווק בע"מ, פ"ד נט(3) 66, 78 (2004)).

7. דיון בתביעה נגד הנתבעת 1- אחריות רשות שמורות הטבע והגנים

אין מחלוקת, כי על רשות הטבע והגנים הלאומיים מוטלת חובת זהירות מושגית, כלפי כל מי שמבקר בשמורות שבתחום אחריותה. ברי, כי חלה על הרשות גם חובת זהירות קונקרטית כלפי המנוחה, שכן על הרשות היה לצפות כי המנוחה, כמטיילת בתחום השמורה שמסלולה עובר, בחלקים רבים ממנו, על פי תהום, עלולה למעוד, להחליק וליפול, וזאת בשל תנאי הקרקע, אבנים מחליקות, סלעים שחוסמים המעבר ואותם יש לעקוף, תנאי הצמחייה הגדלה בסמוך לשביל ומסתירה את התהום ואי הכרת המקום, על סיכוניו הגלויים והסמויים.

ערה אני למשקל שיש לתת למדיניות המשפטית הברורה והעקבית, המעודדת יציאה לטבע לטיולים, ועל שמירת ערכי הטבע כמות שהם, ללא התערבות מיותרת של האדם בשטח. טיול בחיק הטבע מטבעו כרוך בסכנות, ונגזר עלינו איפוק רב בקביעת גבולות האחריות והמטלות שיש להטיל על הרשות. את גדרי אחריותה של הרשות יש לקבוע בצורה מאוזנת, שלא נמצא עצמנו פוגעים בערכי טבע שראוי לשמר מחד, ומן הצד השני – שלא נגרם לסכנות חיים מהותיות ובלתי סבירות למטיילים בתחומי השמורות [ראה: ע"א 10083/04 חגי גודר נ' המועצה האזורית מודיעין (פורסם בנבו 15/09/05), וכן ת"א (חי) 09-05-3309 סואעד נ' הרשות לשמורות הטבע והגנים הלאומיים (נבו, 26/4/2011)]. הטלת חובת זהירות מוגברת ודרישה לנקיטת אמצעי זהירות מחמירים עלולה להוביל גם לצמצום הפעילות הברוכה הכרוכה בטיולים ולהטיל על הרשות עלויות כלכליות נכבדות.

הפסיקה קבעה, לא אחת כי "הטלת אחריות קונקרטיית, במקרים של טיולים בחיק הטבע משמעותה עלולה להיות פגיעה אנושה בנושא הטיולים, פיתוח אתרי תיור, הוצאות כספיות ניכרות למחזיק המקרקעין של השמורה ואולי תגרום לכך שיהא צורך בגביית תשלום מן המבקרים באתר זה ובאתרים רבים אחרים – שבהם היום הביקור הוא ללא תשלום" [ראה: [ת.א. 2429/01 דנן נ' גטיניו ואח'](#) (פורסם בנבו) [21.2.08], [ת.א \(אש'\) 1179/05 לנקרי נ' עמיאל ענבר תיירות בע"מ](#) (פורסם בנבו)].

כך, לא ניתן לצפות כי בחיק הטבע השבילים יהיו סלולים, ישרים, עם שוליים רחבים, ללא אבנים, סלעים או צמחיה. אין מקום לדרוש מן הרשות, כי בכל מקום בו שביל מצוי בקרבת תהום, יגודר לכל אורכו או ייקבעו בו מעקות הגנה. דרישה כזו תגרום לפגיעה אנושה בערכי הטבע אותם אנו רוצים לשמר ואותם מבקשים המטיילים לחוות ולראות ביציאה לחיק הטבע. אך אין בכך כדי לפטור את הרשות, מלסמן בצורה ברורה שבילים בעלי סיכון מוגבר ובמיוחד מקומות בהם הסיכון לא גלוי אלא סמוי, בשל תנאי הקרקע, הצמחייה ושאר הנסיבות, ולהתריע בפני המטיילים על קיומה של סכנה שהיא סמויה מן העין. לעניין זה יפים הדברים שנקבעו בפסק הדין הידוע בעניין [ת.א \(חי'\) 1142/82 ג'ון כהן נ' החברה להגנת הטבע](#), (פורסם בנבו) פ"מ תש"ן (1) 412, 400:

"הגורמים המשפיעים, או שעלולים להשפיע, על מידת הסיכון שכרוכה בהליכה על שביל.. רוחב השביל, מידת שיפועו על התהום, סוג האדמה שעל השביל, תמיכות הקרקע שיש בשולי השביל, נקודות האחיזה למהלך על השביל ולבסוף – תחושת העומק שיש למהלך".

אכן, ציטוט זה נלקח מפסק הדין בבית המשפט המחוזי, וערעור שהוגש עליו הפך את ההחלטה לעניין חיוב החברה להגנת הטבע, אך הטעם לכך היה בעובדה, שמדובר היה במטייל שהלך על שביל לא מוסדר, ובית המשפט העליון אף הביע עמדתו כי "הסדרה בלתי ראויה ורשלנית של שביל מוסדר הינה עשיה שעלולה להחייב את הרשות המוסמכת כלפי מי שנפגע עקב כך".

8. לאורך של הלכות אלו, נבחן את נסיבות התרחשותה של התאונה בה נפצעה מלי ז"ל.

מר ביקלס, מומחה בטיחות שחוות דעתו הוגשה על ידי התובעים, מתאר את השמורה: מורת נחל הגיילבון מובילה דרך עפר, בסיומה רחבת חנייה. בצד החניה, הוצב על ידי הרשות, שלט ירוק, בו הוראות למטייל בשמורה. בין ההוראות הכלולות בשלט, מופיעות ההוראות הבאות: "1. מסלולי הטיול מיועדים למטיבי לכת, על מובילי הטיול להצטייד במפת סימון שבילים מעודכנת. 2. אין להתקרב לשפת המצוק, היזהרו מדרדור אבנים" [ראה תמונות שצורפו לחוות דעתו של ביקלס, מומחה בטיחות מטעם התובעים]. השביל המוביל למפל הגיילבון, מסומן בראשיתו בכחול ואחר כך מתחלף הסימון לאדום. המסלול עובר בשטח הררי משופע, פני הקרקע – אדמה טבעית כבושה. בקטעים מסוימים, השביל מתקרב לשפת המצוק, ואחר כך מתרחק ממנו חזרה. במקומות תצפית על המפל, בהם השביל מצוי על שפת המצוק, הותקן מעקה למניעת נפילה או קפיצה לנחל. בקטע מסוים, לקראת סיום המסלול, מתעקל השביל ימינה. מימין, מצוי סלע גדול. משמאל לסלע ממשיך

השביל כשביל צר כבוש, התחום מצידו האחד בסלע ומשמאלו צמחיה המסתירה את העובדה כי השביל מצוי על שפת תהום שעומקה כ- 10 מטרים, עד לגדת המפל. מר ביקלס התייחס למקום זה כאל מקום הנפילה והסתמך על תקנים שאינם ממך העניין לחיוב הרשות לגדר את המקום, אך בהמשך הסתבר כי אין זה מקום הנפילה המשוער, וגם מן הטעם הזה, אינני רואה להתייחס לאמור בחוות דעתו של מר ביקלס, באשר לחיוב הרשות, ודי לי בפתח המתאר את הכניסה לשמורה, תיאור שלא הוכחש ולא נסתר על ידי עדי הנתבעת 1.

מר רייכמן תאר את נסיבות התאונה בתצהירו בצורה די כללית ומעורפלת: **"בשלב כלשהו לקראת סוף הירידה, באחד העיקולים אשר הוסתרו על ידי סלעים, שמענו לפתע בני ואני קולות של ריסוק ענפים... הבטנו למטה ולחרדתנו גילינו אותה שרועה בתחתית של תהום שגובהה כ-10 מטרים. ואצין, כי במקום הנפילה השביל המסומן מגיע עד פי התהום הפעורה לצדו, מיד לאחר עיקול המצוי בין סלעים, באופן המגביל את שדה הראיה ואינו מאפשר לצפות מראש את קירבת השביל לתהום. אין במקום, ולמעשה אין לאורך השביל כולו, שילוט כלשהו המזהיר מפני הסכנה, אין כל גידול היכול למנוע נפילה או שאפשר להיאחז בו ובנוסף ישנה צמחייה עבותה המסתירה את גבולות השביל"**.

וידוגש, כי איש אינו יודע מאיזו נקודה **בדיוק** נפלה המנוחה ומה גרם לנפילתה, שכן בעלה ובנה צעדו במרחק מה מאחוריה, לא נשמר ביניהם קשר עין והם לא ראו את הנפילה, ותאור מקום הנפילה התבסס על הערכה בלבד, באופן יחסי למקום בו נמצאה מלי לאחר הנפילה, בהינתן שמסלול הנפילה היה בקו ישר מלמעלה.

9. במהלך החקירה של מר רייכמן הסתבר, כי המקום אליו התייחס מר ביקלס כמקום הנפילה, כנראה איננו המקום שממנו נפלה רעייתו, וכך מסביר מר רייכמן בחקירה: **"במקום שבו היא נפלה, לפי מה שאנחנו רואים, אם אין איזה, יש מקומות שרואים בשביל שיורדים מלמעלה, אתה רואה שביל עפר ברור לך שהלכו פה עשרות אלפים לפניך. פה לא היה איזה שביל עפר כזה שאתה מסתכל עליו אתה אומר, כאילו שביל מתון שהולכים בצד לאורך המצוק"**.

בנוסף לתמונות שצורפו לחוות דעתו של מר ביקלס, הוגשו גם תמונות שצולמו בביקור נוסף שערך הבעל בגילבון ביחד עם חבר, מספר חודשים לאחר התאונה, כדי לבחון את המקום המשוער ממנו נפלה המנוחה. הבעל חזר לגילבון בשלישית, ביחד עם באת כוחו, כמה שנים מאוחר יותר, ערב דיון ההוכחות, ואזי צולם סרטון נוסף, המתאר את מקום הנפילה המשוער, עם השינויים שחלו במקום, בשנים שחלפו מאז התאונה. השינוי המהותי ביותר עליו הצביע מר רייכמן הינו, שהוסף מעקה עד סמוך למקום המשוער של הנפילה, עד למרחק של כמטר אחד ממנו, אשר מונע את המעבר על שפת התהום. במקום לא היו סימונים, ולטענת הבעל **"לא צריך סימונים, אין אפשרות לסטות מהשביל לא ימינה, שמאלה זה התהום וימינה זה מצוק של סלעים, שאין לך בררה אלא ללכת בשביל, אי אפשר לקרוא לזה שביל, זה סדרה של בולדרים, שאתה מדדה מאבן לאבן"** [עמ' 184

- לחקירה מיום 15.7.2012]. רוחב השביל על הבולדרים היה לדבריו כ- 60 ס"מ, והוא אף המחיש זאת בצילום בקבוק מים מינרליים שהונח לרוחב השביל, ותפס את מחציתו.
10. בסרטון שצולם בשנת 2012 בסמוך לחקירתו, ניתן היה לראות מטיילים אקראיים שירדו בשביל במקום המשוער של הנפילה. השביל עובר על גבי הסלעים [ולא עוקף אותם כסברתו של מר ביקלס], מתפתל על מדרגות הסלע, כאשר מצידו האחד – מצוק סלעים ומצדו האחר התהום אליו נפלה המנוחה, כאשר בשולי השביל קיימת צמחיה המסתירה את התהום, ויוצרת אשליה של המשכיות הקרקע. ברגע מסוים בסרטון ניתן היה לראות מטיילת שעברה במקום המשוער של הנפילה, ונעמדה על קצה המדרגה כדי לסייע למי שירד אחריה, כשגבה לתהום. אילו זהו צעד אחד לאחור, הייתה גם היא חלילה נופלת לתהום [עמ' 234 לפרוטוקול הדיון מיום 17.7.2012].
11. אם אסכם את עדותו של מר רייכמן, את התמונות והסרטונים שהציגו את השביל ואת המקום המשוער של הנפילה, מר רייכמן אינו טוען כי השביל לא היה מסומן כאות או כי לא היה ברור היכן יש ללכת. לפחות במקום המשוער של הנפילה, השביל לטעמו היה ברור, ולא ניתן היה לסטות ממנו. לא מדובר בשביל עפר כבוש על מדרון, אלא על שביל שירד על גבי מדרגות סלע, שביל צר יחסית רוחבו כ- 60 ס"מ בלבד, כאשר מצדו האחד – סלע, ומן הצד השני – תהום שהוסתרה על ידי צמחיה שגדלה בשולי השביל ולא ניתן היה לעמוד על עומקה, ודי בצעד לא זהיר אחד, או במעידה על גבי מדרגת סלע, כדי לעמוד בפני סכנה ממשית של נפילה לתהום.
12. מטעם הרשות, הוגשו תצהיריהם של מר פרץ גלעדי ושרון לוי, שניהם פקחים אזוריים של הרשות ברמת הגולן המכירים את כל השמורות באזור, לרבות שמורת הגיילבון. שניהם גם חברים ביחידת חילוץ גולן שהשתתפו בפעולת החילוץ של המנוחה מנחל הגיילבון.
- פרץ הזכיר את ההוראות למטיילים המופיעות על השלט בכניסה לשמורה, להימנע מללכת על שפת המצוק, אלא שטענה זו לא יכולה לעמוד, שעה שהודה בחקירתו כי בחלק מן המסלול, השביל עובר על שפת התהום ואין דרך ללכת בו אלא על שפת המצוק.
- עוד טען פרץ בתצהירו כי במקום המשוער בו נפלה המנוחה, אין כל הצדקה להתקנת מעקה, שכן השביל נמצא במרחק של 3 מטרים משפת המצוק. גם טענה זו הופרכה, כאשר הסתבר שרוחב השביל הינו כ-60 ס"מ בלבד, וגם העד הודה במהלך עדותו כי רוחב של 3 מ' קיים בשביל בחלקו העליון של המסלול, ולא בתחתיתו.
- במסגרת תפקידו כפקח אזורי הסביר פרץ כי עליו לבדוק את מצב השבילים. הדבר נעשה בדרך כלל, בסיום החורף, אחרי הגשמים, לראות אם השביל עדיין במצב תקין, אם לא נחסם על ידי סלעים, ואם הוא ברוחב סביר או שיש להרחיבו. את ההמלצות מעביר הפקח לסגן מנהל המחוז האחראי גם על הבטיחות, והלה קובע את סדרי העדיפות, במה יש לטפל קודם במסגרת התקציב.

באשר לשביל בגיילבון, מציין פרץ כי "לא מצאנו לנכון שצריך לעשות משהו, זה היה בסדר עדיפויות הרבה יותר נמוך ועובדה היא שעשו מעקה שם.. רק לפני שנתיים, לא מיד לאחר המקרה".

פרץ העיד על עצמו כי הוא מכיר היטב את השמורה ואת השביל, ואך שבוע טרם מתן עדותו בבית המשפט היה שם בחילוץ. כשהתבקש לתאר את השביל, אלה היו דבריו: "זה שביל שאפשר ללכת עליו, יש אבנים מימין ויש אבנים משמאל, על השביל עצמו יש מעט מאד אבנים אבל אפשר ללכת עליו, השביל הוא לדעתי לפחות שני מטר רוחב ובן אדם רגיל שהולך רק על השביל, לא ייפול". וכך, בהבל פה, הצטמצם רוחב השביל שהיה 3 מ' בתצהירו ל- 2 מ', אחר כך למטר וחצי [עמ' 218 שורה 21], ואף מטר אחד בלבד [עמ' 219 שורה 24]. מר פרץ מתרץ את שינויי הגרסה באשר לרוחב השביל בכך, שאין הרוחב אחיד: "זו שמורת טבע, זה לא קניון", אך איתן בדעתו כי השביל ברור, המשטח ברור, יש מקום להנחת הרגליים, רגל אחר רגל, בלי בעיה.

13. האמירה של פרץ כי 'השביל ברור' הופרכה כמעט מיד בהמשך החקירה הנגדית, כאשר הוצג לו קטע השביל, שקדם למקום הנפילה. למרות שהעיד על עצמו שהוא מכיר היטב את השמורה, ואף ביקר בשביל לצורך חילוץ רק שבוע לפני חקירתו, התקשה פרץ להצביע על הנתיב שעל המטייל לבחור בו. ובהמשך החקירה הוא אומר: "ההגדרה שלי זה כל אחד מגדיר את השביל. בשבילי שביל זה כשאני הולך למקום שהוא ברור לי כשביל וגם אם אני מגיע פתאום לאיזה סלע שחוסם אותי אני רואה את המשך השביל בעיניים וגם רואה את הסימון ואז אני יודע שאני צריך לטפס אולי על הסלע ולהמשיך את השביל. שביל מסומן מבחינתי זה שביל ברור לעיניים ואם הוא לא ברור אני מדווח על זה ואז דואגים שהוא יהיה כן ברור".

בתמונות שהוצגו לפרץ ניתן היה לראות את סימן השביל במקום המשוער של הנפילה, רק לאלו הבאים במעלה השביל, מלמטה למעלה, אך אין רואים את הסימון כאשר באים מלמעלה למטה. לגבי מקומות כאלו, מסביר פרץ: "בדרך כלל כשאתה הולך על שביל שאתה גם עולה אותו בחזרה, יורד ועולה, אז הסימון הוא משני הצדדים. בעליה ובירידה. זה מה שמקובל. שם אולי לא עשו את זה, אני לא יודע".

14. עמדתו של פרץ הייתה כי "מי שהולך על השביל ורק על השביל, לא יכול ליפול" [עמ' 238] אלא אם כן, קורה לו משהו: הוא מניח את הרגל לא טוב או מחליק על אבן, או שהוא סוטה מן השביל. לבסוף הסכים כי המקום המשוער של הנפילה, הינו מקום מסוכן, ובהגיונותו הודה כי אילו היה הוא האחראי על המקום, היה מציב שלט "סכנה תהום". אלא שמקומות כאלו יש רבים לאורך המסלול, ואזי השיקול הוא אם לשים עשרות שלטים, שיפגעו בנוף או לא לשים בכלל.

15. העד השני מטעם הרשות, שרון לוי, היה ועודנו [במועד חקירתו בבית המשפט] הפקח האחראי על שמורת הגיילבון, לרבות האחראי על הבטיחות בשמורה. שרון לוי מתייחס גם הוא בתצהירו למקום הנפילה ואומר: "על פי התרשמותנו המקצועית לא מצאנו שיש במקום ממנו נפלה המנוחה בעיה בטיחותית. אמנם מדובר בשביל ההולך קרוב למצוק, אולם המרחק בין נתיב ההליכה לבית שפת המצוק הוא כשלושה מטר, מרחק גדול וסביר לכל הדעות. לכן, גם אחרי התאונה לא נערכו שינויים במקום ממנו נפלה המנוחה. אילו היינו מתקינים מעקה במקום נפילתה, הרי שאז עלינו להתקין מעקה לאורך כל מסלול ההליכה, מאחר וזה רק מקרה שהיא נפלה באותו מקום ולכאורה יכול אדם ליפול לכל אורך המצוק". ויוער, כי למחרת האירוע, הגיע למקום ביחד עם שמוליק שפירא, שהיה ראש אגף בטיחות ברשות, ועם פרץ גלעדי, לבדוק את השביל ולנסות לברר מה קרה.

שרון מסביר את שיקולי הבטיחות לפיהם פועלת הרשות: "ככלל, אין מגדרים מצוקים, לא בארץ ולא בעולם. אנו מקפידים לנקוט באמצעי בטיחות מיוחדים רק במקומות שנראים לנו מסוכנים באופן חריג, ואכן יש בשמורה מעקות בשלושה מקומות, במצפור מפל דבורה, בירידה למפל דבורה ובמצפור של מפל הגיילבון. כמו כן התקינה הרשות ידיות אחיזה בנקודות מסוימות כדי להקל על המטיילים ולשפר את הבטיחות. אנו שמים מעקות במקום בו אנשים מתקהלים על שפת מצוק וקיימת סכנה של דחיפות הדדיות, או במקום שבו השביל מאד צר על מצוק, ודי בהחלקה או מעידה קלה כדי שימצא עצמו בתחתית הנחל, או סיוע במקומות שההליכה בהם קשה, כמו ירידה תלולה או דרדרת". לאור שיקולי הבטיחות האמורים, סבור שרון לוי כי אין שום בעיה בטיחותית בשביל של שמורת הגיילבון וכי הוא עומד בסטנדרטים של שאר שמורות הטבע בארץ.

שרון מציין כי שמורת הגיילבון הינה אחת השמורות המטוילות ביותר, מאושרת גם על ידי משרד החינוך לטיולי תלמידים.

13. לתצהירו צרף שרון לוי תחקיר שערך אודות האירוע נשוא התביעה, ואשר נשלח למנכ"ל רשות הטבע והגנים. בתחקיר מתאר מר לוי את מקום הנפילה וסיבתה: "במקום הנפילה, יש התרחבות בין סלעי הבזלת מהשביל המסומן לכיוון גדת הנחל והאישה נפלה כאשר הייתה בקצה ההתרחבות ורחוקה מהשביל המסומן כ-3 מ'. .. האישה סתה מהשביל המסומן כ-3 מ' לכיוון דופן הנחל ומסיבה לא ברורה נפלה לתוך הערוץ".

14. הסרטון שצולם עובר לשיבת ההוכחות הוקרן גם בפני מר שרון לוי, וגם הוא התקשה במקומות מסוימים לציין היכן עובר השביל, למרות שהוא אמור להכיר את השביל על בוריו. לדבריו, המקום שבו צולמו המטיילים האקראיים עוברים על שפת התהום, במקום המשוער של הנפילה, איננו השביל המסומן, העובר ימינה להם [עמ' 363], ולטענתו קיים סימון ברור על הסלע מצד ימין המצביע על מיקום השביל. בהמשך עדותו, חזר בו וטען כי לאור המעקה שהותקן, האנשים בוחרים ללכת מצד שמאל, ואפילו כבשו שביל חדש ברגליהם. השביל המסומן עובר מימין להם, על הבולדרים, ולמעשה כבר לא קיים כי לא הולכים בו, ולמרות זאת, לא מצאה הרשות לנכון לשנות את סימון מיקומו של השביל [עמ' 363].

[376]. לדבריו למעשה המצב היום מאפשר למטיילים בחירה, בין ללכת בשביל המסומן, על הבולדרים, לבין השביל החדש הכבוש על שפת המצוק ולהיעזר במעקה שהותקן לאחר האירוע, למרות שאין זה השביל המסומן, וזה כלל לא משנה, ו"אין תשובה אחת מדויקת" [עמ' 382].

ודווקא היא הנותנת, כי סימון השביל אינו ברור די צרכו, ואינו מצביע בצורה החלטית על השביל הבטוח יותר למעבר למטיילים.

15. באשר למעקה שהותקן במקום, מסביר שרון לוי כי בביקורת שנערכה אחרי גשמי החורף בשנת 2006 הסתבר כי הדופן השמאלית של השביל נסחפה והיה צריך לתקן את הדופן והוחלט גם להוסיף במקום מעקה [עמ' 367]: "ובקשתי שם מעקה וכשהקבלן הגיע, אז כבר ביקשתי ממנו להאריך את המעקה עוד יותר למטה...אני רוצה להדגיש, שהמעקה שהוספנו כשנסחף השביל הוא קצת מעל החלק הזה, ובקשנו, וכשהקבלן היה שם אז אני כבר ביקשתי ממנו להאריך את המעקה ולהוסיף עוד, כי הוא ממילא כבר היה שם, אז ביקשתי ממנו להאריך עוד והוא גם עשה עוד איזה קטע יותר נמוך.."[עמ' 370].

התקנת המעקה במקום שבו נסחף השביל, נובעת משינוי מבנה השביל, אך כאמור, מר לוי בחר להאריך אותו, גם למקום שבו לא נסחף השביל, לכיוון המקום המשוער של הנפילה, ועל כן נשאל, מדוע רק לאחר האירוע חלחלה לתודעה ההכרה שהמקום מסוכן. בתשובתו, מנסה שרון להעביר מסר של שיפור תמידי והתחדשות, ולא דווקא של תובנות חדשות על סיכונים בשביל: "יש פה איזשהו ניסיון לשפר את כל ה.. את כל המצב של השביל בנחל.. גם את המדרגות, גם את המעקות, אני מעריך שעוד כמה שנים את תציגי סרט מ-2020 והשביל יראה שונה, יכול להיות שיהיו לו מדרגות יותר תקניות, יכול להיות שיהיה מעקות לאורך כל המסלול, ואז תשאל השאלה, למה לא עשינו את זה לפני 30 שנה..".

16. השיפור המתמיד נובע גם מדרישה שמתהווה מהשטח: מסביר שרון לוי כי קיימת מגמה שניכרת גם בנחלי הגולן, שמסלולים שהיו מטיילים בהם בודדים, 'יחיד סגולה' כלשונו, הפכו למסלולים בהם מטיילים משפחות רבות, אנשים שאינם מנוסים בטיולי שטח. מגמה זו חייבה לצופף יותר את סימוני השבילים כדי שאנשים לא ילכו לאיבוד או שלא ילכו במסלול שהם צריכים ללכת בו, וכן להתקין מעקות.

17. כאמור, המקום המדויק ממנו נפלה המנוחה לא ידוע, שכן איש לא ראה את הנפילה, אך ניתן היה לקבוע במידה גבוהה של סבירות, את המקום המשוער ממנו נפלה, לפי מיקומה בתחתית הנחל לאחר הנפילה. גם מר רייכמן שביקר במקום כמה פעמים לאחר התאונה ואף צילם והסריט את מהלך השביל באותו מקום, וגם עדי הנתבעת 1 היו במקום בעת האירוע, וגם יצאו לשטח למחרת היום, במסגרת תחקיר שערכה הרשות, הציגו בפני בית המשפט תמונה ברורה ככל שניתן מכלי שני, לגבי מקום הנפילה.

לאחר שמיעת עדויות התביעה וההגנה ועיון חוזר בתמונות ובסרטים, ניתן לקבוע כי המקום המשוער של הנפילה היה **בעייתי ויצר סיכון יוצא דופן**: סימון השביל לא היה ברור למי שמגיע מלמעלה. ניתן היה לראות את המשכו של השביל, לאחר הסלעים, אך לא היה ברור באיזה דרך יש ללכת כדי להגיע להמשך השביל: האם מימין על בולדרים [שם היה השביל המקורי כגרסת פקחי הרשות] או משמאל קרוב לשפת התהום. רוחב המעבר היה צר יחסית, כששים ס"מ, ולא כטענת הנתבעת 1 כי רוחב השביל היה 3 מ', כאשר מימין קיימים סלעים ומשמאל – תהום בעומק של כ-10 מ', שעומקה נסתר מן העין בשל צמחייה שגדלה בשפת השביל. ההליכה מחייבת דילוג בין בולדרים, ירידה במדרגות סלע גבוהות יחסית והבחירה למעשה הייתה נתונה בידי המטייל, מאחר והסימון לא הראה את הדרך שבה יש ללכת.

ויוער, כי למרות שהשביל המקורי היה מימין, כפי שהעידו פרץ גלעדי ושרון לוי, למר רייכמן היה ברור דווקא כי השביל הוא מצד שמאל! זאת ועוד, גם הפקח פרץ גלעדי, המכיר לדבריו את השמורה היטב, התקשה לומר בנקודה זו איך יש להמשיך ללכת, ומר שרון לוי הודה, כי כיום, המטיילים כבשו ברגליהם שביל חדש, בצד שמאל, על שפת התהום, וכמעט ולא ניתן לראות את השביל המקורי על הבולדרים, ובסרטון שהוקרן ניתן היה לראות מטיילים יורדים מן הסלעים בצד השמאלי, על שפת התהום.

הסיכון במקום היה כפול: אי הוודאות באשר לסימון היכן עובר השביל, כאשר למטייל הסביר הייתה אפשרות לבחור בכמה דרכים לרדת בסלעים לכיוון המשכו של השביל הכבוש, כאשר הדרך משמאל הייתה צרה ועברה על שפת התהום, שהייתה מוסתרת בחלקה על ידי צמחיה. במקום כזה, די במעידה קלה, כדי ליפול לתחתית הנחל, כפי שהודה גם מר שרון לוי בעדותו, וכפי שלמרבה הצער קרה למלי ז"ל.

המצב הבעייתי במקום היה צריך להיות נהיר וגלוי לרשות, שבתחום אחריותה לדאוג לבטיחות השבילים, והיה עליה לנקוט בצעדים – שכולם צעדים פשוטים וזולים יחסית – להסרת הסיכון: היה עליה לסמן את השביל בצורה ברורה ואינה משתמעת לשני פנים, באופן שלא מותיר ספק בעיני המטייל המגיע לשמורה לראשונה ואינו מכיר את השביל, באיזה דרך להמשיך, ולא להשאיר בידו את 'זכות הבחירה'. היה עליה להתריע על קיום התהום על ידי שילוט או להתקין מעקה, כפי שאכן עשתה זמן מה לאחר האירוע המצער.

18. הרשות אחראית על בטיחות המסלול. על כך אין הנתבעת 1 חולקת. עדיה אמנם סברו כי "אין הרשות אחראית לשלומם וביטחונם של המבקרים הבוחרים לטייל בשמורה", אך עמדה זו בטעות יסודה, וחובת הזהירות המושגית של הרשות טומנת בקרבה גם את הדאגה לשלומם וביטחונם של המטיילים, במסגרת התפקידים המוטלים על הרשות לדאוג לבטיחות השבילים, סימונם הראוי לרבות הבלטת הסיכונים המיוחדים, והתקנת אמצעי בטיחות נדרשים כמו מעקות או שילוט מתריע.

19. כאמור, יש להיזהר מפני הטלת אחריות מוגברת על הרשות שתגרום להתערבות מיותרת בטבע, תפגום בנוף ותחטא למטרה של שמירה על ערכי הטבע. הנני סבורה כי האיזון הראוי, בין הערכים של שמירה על בטיחות המטיילים מול השמירה על ערכי הטבע והנוף הוא בחיוב הרשות במסירת מלא המידע הדרוש למטייל הסביר, הן באשר לקושי הצפוי במסלול, הן במתן הוראות בטיחות [שלכאורה קוימו] והן באשר לסימון ברור וחד משמעי של השביל הבטוח להליכה, כאשר במקומות בהם הסכנה גדולה, ובעיקר חבויה ונסתרת מן העין, יש להציב מעקה ולהתריע מפניה באופן ברור – חובות אשר לא קוימו במקרה דנן.

20. על הנתבעת 1 היה לצפות כי במקרה שסימון השביל אינו ברור, וקיימת אפשרות לבחור בנתיב העובר על שפת המצוק, מטייל שיעבור במקום ימעד או יחליק מסיבה כלשהי, וייפול לתהום. לא נדרש מן הרשות למנוע את הסיכון של המעידה או ההחלקה, שכן סיכונים אלו אינהרנטיים לעצם ההליכה בחיק בטבע. הטלת החובה על הרשות משמעה נקיטת באמצעים מפני נפילה לתהום, במקומות מועדים, ואין משמעה סגירת השמורות והפסקת הטיולים בחיק הטבע, כפי שמתריעה ב"כ הנתבעת 1 בסיכומיה. האמצעים למניעת הסיכון של נפילה לתהום היו קיימים, זמינים וזולים יחסית, ולא היה בהם כדי לפגוע פגיעה אנושה ובלתי מידתית בערכי הטבע, שעל שמירתם אמונה הרשות. הרשות לא נקטה בהם ועל כן יש לראותה כמי שהפרה את חובת הזהירות הקונקרטיית שהיא חבה כלפי המנוחה, **ועל כן אחראית לפצות את עיזבוניה ואת תלוייה בגין הנזקים שנגרמו כתוצאה מהתאונה.**

21. טוענת הנתבעת 1 בסיכומיה, כי אם תמצא הרשות אחראית, הרי יש להטיל עליה אחריות לפצות בגין הנזק שנגרם כתוצאה מן הפגיעה בלבד, ולא כתוצאה ממותה של המנוחה, שכן מותה נגרם כתוצאה מרשלנותו של ד"ר חיים אמיר, רופא יחידת 669 [להלן – "היחידה"]. לטענת הנתבעת 1, זהו מקרה קלאסי בו הנזק ניתן להפרדה, ויש לחייבה רק בגין הנזק שנגרם בעצם הנפילה. ומאחר והמנוחה נפטרה תוך מספר שעות שבמרביתן הייתה מחוסרת הכרה, הרי עסקינן בנזק של כאב וסבל בלבד בגין שברים באגן, זאת ותו לאו – ומציעה פיצוי בסך 3,000 ₪, ממנו יש לנכות את אשמה התורם של המנוחה, שגרמה בעצמה לנפילה בשל סטייה מן השביל או מכל סיבה אחרת, שאינה קשורה למחדלי הרשות.

לחילופין – אם תקבע אחריות יחד ולחוד, עם המדינה, מציעה הנתבעת 1 לחלק את האחריות בין הנתבעות, לפי מידת האשם המוסרי, ולהטיל עליה חבות בשיעור 5% בלבד.

גם התובעים טוענים, כי אלמלא רשלנותו של ד"ר חיים, הייתה המנוחה נותרת בחיים, ולכל היותר, הייתה נותרת לה נכות כלשהי בשל השברים באגן וברגליים. התובעים חולקים על חיובה של המנוחה באשם תורם, מאחר וסיבת הנפילה כלל לא הובהרה, ולא תיוודע לעולם. התובעים לא התייחסו בסיכומי התשובה לטענת הנתבעת 1 באשר לחלוקת הנזק.

22. אכן, אין מקום לחיוב בגין אשם תורם. סיבת הנפילה לא ידועה, ולא תיוודע לעולם. טענתה העיקרית של הנתבעת 1 כי המנוחה ברשלנותה גרמה לנפילה, בכך שסטתה מן השביל שרוחבו כ-3 מ' לעבר שפת התהום, הוכחה עובדתית כלא נכונה, שעה שבמקום המשוער של

הנפילה, רוחב המעבר הינו כ-60 ס"מ והוא משתרע לאורך שפת המצוק. כך שאין כל בסיס עובדתי לטענה בדבר סטייה מן השביל. ואם יטען הטוען כי השביל המסומן עבר מימין למקום שבו עברה המנוחה – הרי בכך נעוצה רשלנות הנתבעת 1 אשר לא דאגה לסימון ברור ובהיר של השביל.

23. **לכן, נדחית הטענה בדבר ייחוס אשם תורם למנוחה.**

ככל שימצא כי מוטלת אחריות גם על המדינה, ויערך דיון נפרד בחלוקת האחריות בין הנתבעים.

24. **אחריות הנתבעת 2 – מדינת ישראל**

טענות התביעה כנגד המדינה מתרכזות בטיפול הרפואי שקבלה המנוחה, מאז הגעת צוות החלוצי של יחידת 669, אשר הוזעקה על ידי הבעל.

25. **גרסת התביעה**

מיד לאחר נפילתה לתהום, הגיע אל המנוחה בעלה, חנוך רייכמן, שהינו רופא משפחה במקצועו. הוא מצא את אשתו כשהיא בהכרה מלאה, שוחחה עמו והתלוננה על כאבים ברגליים. ד"ר רייכמן מצא כי הנשימה והדופק תקינים, וגם הדפקים ההיקפיים מלאים, כך שהוא הסיק שאין פגיעה בכלי הדם הגדולים. לאור הפגיעה בגפיים, והמקום שבו נפלה, סבר ד"ר רייכמן כי לא ניתן יהיה לפנותה רגלית, והזעיק מסוק חילוץ של יחידה 669, באמצעות חבר רופא המשרת ביחידה.

תוך זמן קצר הגיעו למקום אנשי היחל"ץ [יחידת חילוץ גולן] וצוות רפואי מגדוד מילואים ששהה במקום. מלי הייתה ערנית, השיבה לשאלות, והזיזה את אצבעות הידיים והרגליים. רופא התאג"ד נתן לה מורפין לשיכוך כאבים. ד"ר רייכמן מעיד כי אמר לרופא הצבאי כי זה מצב של "סקופ אנד ראן" – של צורך בפנינוי מידי, ולדבריו הרופא הצבאי הסכים אתו, אך מאחר והוזעק מסוק הוחלט להמתין לו. המסוק הגיע תוך זמן מה אחר כך, וכל אותה עת, שהה ד"ר רייכמן ליד הפצועה, ולדבריו, המצב לא היה דרמטי.

גם פרץ גלעדי, מיחידת חילוץ גולן שהיה עד מטעם הנתבעת 1, העיד על מצבה של מלי לפני הגעת יחידת 669: "היא הייתה בהכרה מלאה, היא הייתה ככל שאפשר נינוחה, היו לה כאבים... היא הייתה בהכרה מלאה, היא דיברה והיא הייתה בסדר" [עמ' 202], ולהתרשמותו לא סבלה מקשיי נשימה.

מצבה תואר גם ברישומו של רופא התאג"ד, אשר טיפל בה עד להגעת ד"ר חיים חיים [כרטיס טיפול ופנינוי נפגע, עמ' 249 לתיק המוצגים מטעם המדינה]: "בהכרה מלאה, ערנית, עונה על שאלות.. כאבים חזקים בירך שמאל, מעט כאבים בבטן תחתונה (אגן?) כניסת

אזכור טובה דו-צדדית, שווה דו צדדי (קשה לבדוק טוב עקב רעש בסביבה) ללא קוצר נשימה".

26. התובע, ד"ר רייכמן, מתאר מזוויות הראיה שלו, את השתלשלות העניינים לאחר הגעת יחידה 669: ראשית – הוא התבקש להתרחק ולזוז הצידה, כדי לא להפריע ולהלחיץ את הרופא שהגיע. ואכן, כך נהוג ומקובל לדבריו בין רופאים, כאשר יש צורך לטפל בנן משפחה, לא להתערב ולא להפריע לטיפול. הוא נעמד במרחק מה, כאשר בנו התרחק מהמקום ועלה במעלה השביל. ממקום עמידתו, ראה כי ד"ר חיים מנסה לבצע אינטובציה. הוא שאל את אחד מאנשי הצוות במקום מדוע, ונאמר לו לדבריו, כי קיימת הנחיה שאין להעלות פצוע למסוק בלי טובוס. בדיעבד, התברר לו כי לא קיימת הנחיה שכזו.

והוא ממשיך ומתאר את ההתרחשות: "אני עמדתי במרחק של כמה מטרים במעלה הזרם בין העצים, הסתכלתי, היה די קשה לראות מלא ענפים ועלים והכל, ראיתי שהוא מנסה לעשות אינטובציה אולי 3 פעמים. והיות ולי היה ניסיון באינטובציות ניגשתי אליו ואמרתי לו אתה רוצה שאני אעזור לך? והוא הסכים. ירדתי על הברכיים, ניסיתי לעשות אינטובציה גם אני לא הצלחתי פעמיים אז שוב ביקשו ממני להתרחק", על ידי אחד מאנשי הצוות, כי נוכחותו עלולה לשבש את שיקול הדעת של הרופא. ד"ר רייכמן לא תהה באותו רגע מדוע לא מצליחה האינטובציה וגם לא אמר דבר לד"ר חיים בעניין זה: "אני לא אמרתי לו הבעיה היא כזאת וכזאת, הוא נגע לי בכתף ואמר לי: עזוב, אני אמשך מכאן, ואז שוב התרחקתי". ד"ר רייכמן מעיד על עצמו כי באותו רגע מחשבותיו היו מבולבלות והוא היה מטבע הדברים נסער מאד.

בדיעבד, התבקש ד"ר רייכמן בחקירתו לשחזר את מהלך האינטובציה שביצע ברעייתו ואת סיבת כישלונה: "התנוחה שלה מלכתחילה הייתה תנוחה מאד נוחה לאינטובציה, היא שכבה על הגב, עם ראש קצת מוטה לאחור, בדיוק התנועה שאתה מחפש לאינטובציה. לקחתי את הלרינגוסקופ, זה אותו מכשיר שמכניסים, לקחתי אותו ביד, השחלתי אותו פנימה כמו שצריך, וראיתי את מיתרי הקול בשנייה אחת, לא הייתה שום בעיה לראות את מיתרי הקול. לקחתי טובוס, נדמה לי מספר 6 וניסיתי להכניס אותו והוא נתקל בהתנגדות כמו שדוחפים אותו לקיר, אז חשבתי שאולי פספסתי, שוב הוצאתי אותו, הסתכלתי, ראיתי מיתרי קול, שוב הכנסתי את זה, שוב הוא לא נכנס. אחר כך הסתבר שהיא לא הייתה מורדמת מספיק ואז יש רפלקס, יש עווית של שרירים בלרינגס בבית מיתרי הקול שמונע את הכניסה של הטובוס".

27. כאמור, הוא התרחק מהמקום, והחל לעלות במעלה השביל, ולמעשה לא היה ליד רעייתו ולא ראה את המשך הטיפול שנתן ד"ר חיים, ועל המחדלים שהוא מייחס לו, למד בדיעבד, מן המסמכים הרפואיים ומדברים ששמע מרופאים שטפלו ברעייתו.

בשלב מסוים ראה כי המסוק מתרחק וחזר לאחר כ- 10 דקות. ברגעים אלו החל לחלחל בו החשש כי דבר מה לא בסדר. הוא בקש לברר את הסטורציה, ונאמר לו שהיא 45. ד"ר

רייכמן מתאר את התרשמותו: "ההתרשמות שלי אחרי שהתחלתי לעלות בשביל למעלה וראיתי שהעסק מתמשך ומתמשך, אני התחלתי להריח, התחילה לחלחל בי ההכרה שזה הולך להיגמר באסון"... "התפיסה שלי הייתה, סקופ-אנד-ראן והתפיסה הזאת ליוותה אותי כל הזמן, זאת אומרת, זה היה ברור לי שזה צריך להיות משהו קצר ותעוף מכאן וזהו, ופה זה נמשך ונמשך ונמשך, ותחושת הבטן שלי הייתה מאד לא טובה, שמשהו מתחיל פה להשתבש". אך הוא היה כבר במעלה השביל, לאחר שהורחק מהמקום על ידי המחלצים, ולא יכול היה לעשות דבר. לבסוף ראה שמלי מועלית על המסוק. הוא הגיע לקצה השביל, ונסע עם בנו לבית החולים זיו בצפת, לשם פונתה. בדרך, התקשר לחברו הטוב, ד"ר יורם קליין, מנהל יחידת טראומה בבית חולים 'קפלן', וסיפר לו על המתרחש. ד"ר קליין החליט לצאת לצפת, כדי לסייע בידי התובע בקבלת ההחלטה לאן להעביר את מלי, לאחר שתקבל טיפול ראשוני בבית החולים זיו. הוא הגיע לשם בסביבות השעה 21:00, והצטרף לצוות הרפואי שטיפל במנוחה. בהגיעו לבית החולים שהתה מלי בחדר הטראומה. משם הועברה לחדר הניתוח, ממנו לא התאוששה, ונפטרה למחרת מבלי שחזרה להכרתה.

28. על מצבה של מלי בהגיעה לבית החולים 'זיו' אפשר ללמוד מסיכום המחלה שנערך על ידי ד"ר אייזקסון אלכסנדר מבי"ח זיו. מלי התקבלה לבית החולים בשעה 18:05. באנמנזה נרשם: "בקבלתה לחדר מיון החולה במצב קריטי, אינה יציבה המודינמית... כניסת אוויר לריאות מאוד מופחתת. עקב חשד ל-*false route* הוחלט לבצע אינטובציה (בוצע בהצלחה). בהמשך הוכנס נקז חזה לצד שמאל וימין של בית החזה. יצא ml 180 דם טרי מצד הימין. נמשכה החייאת נוזלים".

בעקבות הממצאים, הוחלט להכניסה לחדר ניתוח לביצוע לפרוטומיה חוקרת. על הממצאים שהתגלו בניתוח נרשם: "בניתוח נתגלתה המטומה רטרופריטונלית (באזורים 2-3). נקב בסרעפת מימין, קרע באונה הימנית של הכבד עם דמם מתמשך קל. המטומות קטנות באזור המעי הגס. טחול תקין. בנוסף עקב הפרשה דמית בכמות רבה, בוצעה פתיחת בית החזה מימין חלל בית החזה נבדק". בגיליון הניתוח [עמ' 318 למוצגי הנתבעת] נרשמו הממצאים שהתגלו לאחר פתיחת הבטן ובית החזה: "תפירת החתך בכבד לעצירת הדימום והנקב בסרעפת מימין.. טורקוטומיה ימנית קדמית לטרלית במקום כניסת הנקז מהשטח... דמם מתמשך בכמות 300-400 סמ"ק לשעה גם במהלך הניתוח. בפתיחת החזה לא נמצא מקור דמם פעיל. זוהה קרע בכיפת הסרעפת הימנית שנתפר". לאחר הניתוח, הועברה לטיפול נמרץ, אך מצבה המשיך להיות בלתי יציב. היא נזקקה להנשמה ולנוזלים. בשל אי היציבות ההמודינמית הנמשכת, הוחזרה לאחר שעתיים וחצי לחדר הניתוח ובוצעה בדיקת בטן חוזרת. לא נתגלו ממצאים חדשים, והיא הוחזרה לטיפול נמרץ, כשמצבה ממשיך להיות אנוש. החמירו סימנים של חמצת מטבולית, ונצפו הפרעות קצב הלב. בוצעו פעולות החייאה, אך ללא הצלחה, ובשעה 11:55 למחרת הגעתה לבית החולים, נקבע מותה.

29. עדותו של ד"ר קליין

ד"ר קליין, הינו מנהל יחידת הטראומה והכירורגיה הדחופה בבי"ח קפלן, וידיד קרוב של משפחת רייכמן. ד"ר קליין הוזעק על ידי הבעל לבית החולים בצפת. תצהירו של ד"ר קליין כולל עובדות שנודעו לו מכלי ראשון, שכן הוא הצטרף לצוות המטפל במלי בבית החולים 'זיו' בצפת. כמו כן, כולל תצהירו חיווי דעה, בהתבסס על מומחיותו וניסיונו המקצועי.

לדבריו, בהגיעו לחדר הניתוח בבית חולים 'זיו', מסר לו ד"ר הדרי, סגן מנהל המחלקה הכירורגית ומנהל יחידת הטראומה, כי מלי הגיעה עם קוניוטומיה [צינור הנשמה המוחדר ישירות לקנה הנשימה דרך חתך בצוואר הקדמי], אך מאחר ולא הצליחו להנשים דרכה, בוצעה במיון אינטובציה. בבטן נמצאה המטומה לא גדולה, קרע בכבד ובסרעפת מימין כתוצאה מהנקז הבין צלעי שהוחדר נמוך מידי על ידי הרופא המטפל בשטח. בעת שהשתתף בניתוח שנערך למנוחה, ראה בעצמו את מקום חדירת הנקז, שהיה נמוך מאד ביחס למיקום הנכון להחדרת נקז, הנהוג על פי הפרקטיקה המקובלת. בית החזה נפתח מאחר והנקז המשיך להפריש דם, והסתבר כי בבית החזה לא נמצא נזק חבלתי והדם הגיע מהסרעפת ומהכבד.

באשר להחדרת הנקזים, ד"ר קליין מסביר כיצד נקבע הגובה שבו יש להחדיר את הנקז על מנת שלא לפגוע באיברי הבטן: בנשים, מסתמכים על קו השיער בבית השחי וממשיים רווח בין צלעי אחד מתחת לקו השיער. ובמקרה דנן, הנקז הוחדר שני רווחים בין צלעיים נמוך מידי. בשל הפגיעה בכבד מהחדרת הנקז נמוך מידי, נוסף מקור דימום משמעותי. הנשימה הספונטנית של הפצועה גרמה לאפקט של יניקה של הדם לתוך בית החזה, וזו גם הסיבה שבבית החולים נפתח בית החזה, כי מן הנקז המשיך לצאת דם. כשבית החזה נפתח, ראו שאין פציעה בתוך בית החזה ובריאה, ומקור הדם מן החור בסרעפת, שממנו חדר הדם מהכבד הפצוע.

נערכה סקירה נוספת של הבטן, לא נמצא דימום נוסף או הרחבת ההמטומה באגן, והבטן נסגרה זמנית. בתום הניתוח, הייתה מלי במצב של היפותרמיה [חום נמוך] והפרעה קיצונית במנגנון הקרישה. לאחר מספר שעות בהן שהתה בחדר ההתאוששות, התדרדר מצבה, חלה ירידה בלחץ הדם והוחלט לנתח בשנית. בניתוח השני לא נמצא דימום נוסף. גם לאחריו, המשיך מצבה להתדרדר, עד שנפטרה למחרת בצהריים.

להערכתו, מצבה של מלי לאחר הנפילה לא היה קשה. היה חדש לשבר באגן ובירך, אך היא הייתה בהכרה מלאה, ונשמה עצמונית ללא קוצר נשימה. במצבה זה, לא הייתה כל הצדקה לטפל בה בשטח, והיה מקום לפנותה בהקדם לבית החולים. אך גם אם התעורר צורך לטפל בה בשטח, כטענת הנתבעת, הרי שלהערכתו של ד"ר קליין, הטיפול שקבלה מלי מד"ר חיים לא עמד בשום קריטריון של מיומנות סבירה. האינטובציה כשלה, למרות שמבחינה טכנית לא היה צריך להיות קושי לבצעה, הקוניוטום לא חדר כלל לקנה הנשימה והנקז שהוכנס במקום הלא נכון, קרע את הסרעפת ואת הכבד.

ד"ר קליין נחקר ממושכות, בעיקר בהקשר של חיווי דעתו על הטיפול שמלי ז"ל קבלה בשטח, ולהחלטה של ד"ר חיים לבצע אינטובציה בשטח. לדבריו, ההנחיות לביצוע שליטה דפניטיבית בנתיב אוויר היא במקרה של דירוג מצב ההכרה [גלזגו קומה סקייל] מתחת ל-8, או כאשר יש ירידה של 2 נקודות בדירוג, תוך כדי טיפול. אלא שבהמשך חקירתו הסכים שהנחיות אלו אינן מתייחסות למצב של הנפה במסוק, אלא במצב של פצוע שיש לפנותו באמבולנס ויש שליטה מתמדת באפשרות הטיפול בו. ד"ר קליין הסכים, כי בעת הנפה במסוק, לא ניתן להנשים באמבו, והפעולה האפשרית היחידה לשליטה בנתיב אוויר היא הכנסת טובוס.

באשר לסטורציה שירדה, הדרך הפשוטה להעלות את ריווי החמצן היא העשרה בחמצן במסכה, בתנאי שיש נשימה עצמונית, אך אם הסטורציה נשארת נמוכה, מסכים גם ד"ר קליין כי צריך לעבור לנשימה בלחץ חיובי, כלומר: פתיחת נתיב אוויר, הכנסת צינור הנשמה וחיבורו למקור שדרכו ניתן להזרים חמצן בלחץ [עמ' 79].

ביצוע אינטובציה בשטח אינו דבר קל, לכך מסכים גם ד"ר קליין. בשטח ישנם תנאים אובייקטיביים שמקשים על ביצוע האינטובציה, ובמיוחד הוא מציין תנאי תאורה. אך ברגע שיש לרופא המבצע קו ראייה ישיר עם מיתרי הקול של הנפגע, תנאי השטח אינם משנים, למעט תנאי התאורה, שכך חייבים לראות את מיתרי הקול כשמכניסים את הצינור. ואם זאת, ישנם מקרים שהאינטובציה נכשלת, גם אצל רופאים מנוסים ומוצלחים מאד [עמ' 107].

ד"ר קליין מתאר כי בזמן הגיעו לבית החולים, נמסר לו כי מלי ז"ל הגיעה עם קוניוטומיה. קוניוטומיה איננה פעולה שגרתית. ד"ר קליין העריך, כי בישראל, הרוב המכריע של הקוניוטומיות מבוצעות על ידי מבצעהן בפעם הראשונה.

במהלך הניתוח שלאחר המוות נצפה חתך של 3 מ"מ בסחוס הצוואר. דרך חתך כזה לא ניתן להעביר את צינור הקנולה, שקוטרו 6 מ"מ, ומכאן המסקנה, שחוזקה על ידי סגן ראש ענף טראומה של חיל הרפואה, שהוזעק לניתוח על ידי ד"ר קליין, כי הקנולה לא הייתה בקנה הנשימה אלא נכנסה לנתיב תת עורי. באשר ליכולת לזהות false route מסביר ד"ר קליין כי לא תמיד אפשר להבחין בכך: "משום שאתה רואה את זה רק אם זה הולך ממש מתחת לעור, אבל אם זה הולך טיפה יותר עמוק או לצד הקנה, זה יותר נכון שהוא ילך לצד הקנה כי הקנה הוא לא מקובע היטב, אתה לא תרגיש שום דבר, אתה תראה את הקנולה פה נכנסת למקום לתוך העור, אבל אתה לא תרגיש את ההמשכיות שלה מתחת לעור". לכן, ישנן פעולות שצריך לעשות כדי לוודא שאין false route: צריך לראות את בית החזה מתרומם עם נשימות, צריך להאזין לראות שזה במקום ולבדוק סטורציה. משלא הצליחו להעלות את הסטורציה, היה צריך להניח כי נתיב האוויר חסום. את זאת היה צריך לעשות גם הפרמדיק, לאחר שקלט אותה במסוק, ואת העובדה שגם הפרמדיק לא אבחן false

route מייחס ד"ר קליין ללחץ, ולקושי של איש צוות ז'וטר [פרמדיק] לחלוק על דעתו של הבכיר ממנו [הרופא], והמשמעות שנדרשה מכך, לבצע קוניוטומיה מחודשת במסוק.

ולמרות שהיא לא הונשמה דרך הקנולה, מלי ז"ל הגיעה בחיים לבית החולים, כי נשמה באופן ספונטני, אלא שתרופות ההרדמה שניתנו לה מנעו ממנה נשימה יעילה.

מאחר וד"ר קליין צורף ליחידת 669 בשנת 2006 [לאחר המקרה נשוא התביעה], הוא נחקר על ידי ב"כ המדינה גם באשר לנוהלי היחידה וההכשרה שמקבלים המשרתים בה. מעדותו עולה, כי נוהלי היחידה באשר לרופאים המשרתים בה שונו, ובשנים האחרונות מתקבלים לשרת ביחידה רופאים ממקצועות הליבה בלבד: הרדמה, כירורגיה, טיפול נמרץ ורפואה דחופה. אורתופדיה אינה נחשבת לימקצוע ליבה ואין מקבלים יותר רופאים מתחום זה.

גרסת ההגנה

30. מול גרסת התביעה להשתלשלות הדברים, כפי שהיא נלמדת מעדותו של ד"ר רייכמן, ד"ר קליין, עדותו של פרץ גלעדי ורישום רופא התאג"ד, עומדת עדותו של ד"ר חיים חיים, הרופא המוטס של יחידה 669, אשר טיפל במלי ז"ל.

31. ב"כ התובעים תמחה בסיכומיה על אי הבאת עדים נוספים מטעם המדינה, שנכחו במקום והשתתפו בטיפול במלי ז"ל, שהם החובשים והפרמדיק המוטס, וכן רופא התאג"ד והפרמדיק שהגיעו למקום לפני הגעת היחידה, ואכן יש לתמוה על כך, שעה שבלב המחלוקת בין הצדדים מצויה הטענה, כי מצבה של המנוחה לא הצריך ביצוע אינטובציה בשטח, פעולה שגררה בעקבותיה שרשרת של כשלים עליהם מלינים התובעים. עדותם של הפרמדיק והחובשים שסייעו בידי ד"ר חיים הייתה יכולה לשפוך אור נוסף על המצב הרפואי לאשורו ועל השיקולים שהובילו להחלטות שהיו לטענת התביעה, שגויות ורשלניות. אי הבאתם של עדים אלו, שהינם בשליטה ישירה של המדינה, עשויה לפעול לרעת גרסת הנתבעת.

32. ד"ר חיים, שהיה באותה עת מתמחה באורתופדיה, שימש כרופא ביחידת הפינוי בהיטס של חיל האוויר [יחידה 669] והגיע לחילוץ של מלי ז"ל, ביחד עם 3 לוחמים-חובשים ופרמדיק. זו הייתה המשימה הראשונה שלו בשטח כרופא ביחידה.

33. בתצהירו הוא מתאר כי ליחידה הגיע דיווח ראשוני על פצועה בהכרה ובמצב יציב ככל הנראה, הסובלת משברים בירך ובאגן. בשטח מצוי רופא וגם יחידת חילוץ גולן בדרכה, אך בשל מגבלות מקום הנפילה, יש צורך בחילוץ אווירי. למרות דברים אלו בתצהירו, בחקירתו בבית המשפט סיפר, כי בטרם הגיעו לפצועה, סופר לו כי היא "נפלה מאיזה אבן ושברה את הרגל ושהבעיה היחידה היא בעיית פינוי, ורוצים אותי בתור אורטופד בשביל לדעת איזה סד להתקין לה על הרגל על מנת שהפינוי יהיה אידיאלי" (עמ' 405-404).

34. על מצבה של הפצועה, כפי שמצאה ד"ר חיים, הוא מעיד [סעיף 13 לתצהירו]: "בדקתי את הפצועה ומצאתי, כי היא הייתה בהכרה, דיברה לעניין, ציינה שקשה לה לנשום, ומדדי הדופק והסטורציה (חמצון) היו תקינים. מדדתי דופק היקפי של 113 בדקה וסטורציה של 94% ללא העשרה בחמצן. בבדיקתי: פתיחת עיניים עצמונית, ניכרה רגישות במישוש הבטן ותנגודת ורגישות מעל בית החזה בשני הצדדים. הפצועה דיברה לעניין במשפטים קצרים. לשאלתי ציינה שקשה לה לנשום, פריפריה קרה, דופק חוטי ומהיר. התרשמתי מחבלה רב מערכתית קהה בשל נפילתה מגובה רב, הלם, חשד לשברים בירך ובאגן, חוסר יציבות באגן, חשד לפגיעה ריאתית".

35. בחקירתנו הנגדית, חזר ד"ר חיים ותיאר את המצב בעת שהגיע למקום: "מה שהיה זה שבהתחלה כשהגעתי אליה, חברנו שם עם הצוות, אמרו לי, תשמע היא נפלה שם מלמעלה, היא פצועה ככה וככה, אז הבנתי כבר שמדובר במשהו אחר וכשהערכתי אותה בהתחלה הבנתי שהיא סובלת מאיזושהי חבלה קהה קשה, התרשמתי שהיא בהלם, אבל היא דיברה, דיברתי אתה, היא סיפרה לי שלא היה רופא, היא סיפרה לי שהיא מרגישה בסדר, שהיא קצת בסטרס". כך גם עדכן את מפקד הצוות, כי לפצועה יש חבלה באגן, דימום בתוך הבטן, וצריך כמה שיותר מהר לפנותה לבית החולים [עמ' 406] והצוות החל בפעולות הנדרשות לחילוץ הפצועה באמצעות כבל אל המסוק, לרבות רתום הפצועה לאלונקת החילוץ.

36. בתצהירו מעיד ד"ר חיים כי במהלך העלאת האלונקה, לאחר כ-3 דקות בלבד, התרשם ד"ר חיים כי חלה הידרדרות במצבה. רמת ריווי החמצן ירדה ל- 82%, הפצועה התנשמה, התקשתה לדבר, פיהקה ולא פקחה עיניים באופן עצמוני. לאחר זמן קצר הכרתה התערפלה. בחקירתנו הרחיב וציין כי קודם הועברה מלי לאלונקה ואחר כך הועלה עם האלונקה מגדת הנחל למקום בו ניתן היה לרתום את האלונקה לכבל המסוק, וההתדרדרות במצבה אובחנה לאחר שהועלתה מגדת הנחל.

37. וכך מסביר ד"ר חיים את השיקולים שהנחו אותו בהמשך הטיפול במלי ז"ל: "התרשמתי כי החולה אינה מסוגלת לנשום לבד באופן אפקטיבי, כי קיימת דינמיקה של התדרדרות במצב ההכרה וההלם, והערכתי, כי ללא סיוע נשימתי במשך מספר דקות, במהלך העלאתה למסוק, שהיה בגובה 45 מ' מעלינו, ולכן הרמתי עתידה להמשך דקות ארוכות, הפצועה עשויה לא להגיע חיה למסוק או שבריאותה עלולה להיפגע בצורה קשה".

בחקירתנו בבית המשפט חוזר ד"ר חיים על השיקולים הללו: "חששתי שחולה שהמצב ההכרתי וההמודינמי שלה מתדרדר, היא צריכה עכשיו להיות עשר דקות לעלות לבד בכבל, לא יכולה לעלות בלי נתיב אויר עם הנשמה בלחץ חיובי". [עמ' 409].

38. עוד התבקש ד"ר חיים לפרט על יסוד מה סבר כי קיימת דינמיקה של התדרדרות במצבה, ומסביר: "שמתי לב שהיא הייתה מאד שקועה ולא פתחה עיניים באופן עצמוני.. התגובות שלה בדיבור גם הן לאות כאלה... בהתחלה היא הייתה ערנית, היא הייתה נחרצת וזה

ואחרי זה היה מן דיבור כזה שהוא כזה רפה ולא לעניין והיא הייתה נראית לי טיפה ישנונית ואני מתרשם שהיא לא נושמת מספיק טוב. אני בודק, אני רואה שהסאטורציה יורדת במקביל".

39. ההתרשמות של ד"ר חיים כי מלי ז"ל אינה נושמת מספיק טוב, לא התבססה על ספירת נשימות, כפי שהודה בחקירה הנגדית: "אחרי זה.. לא זכרתי אם ספרתי או לא, אז אני לא יודע אם ספרתי, כנראה שלא ספרתי", אלא על הירידה בסטורציה, בליווי עליה בדופק, קצב הלב עלה והדופק נהיה חוטי יותר [עמ' 444].

40. ד"ר חיים החליט באותו שלב לשנות את מהלך החילוץ ולהפסיק את התהליך של העלאתה במסוק עד לייצוב המצב הנשימתי. זוהי החלטה דרמטית, ובחקירתו הודה שאין הוא זוכר את כל הפרטים אך ברור לו שהוא חזר ובדק פעם ועוד פעם כדי להתרשם נכון ממצבה ורק לאחר שהיו בידיו כל הנתונים החליט על המהלך.

41. את השינוי הדרמטי במצבה ייחס ד"ר חיים לכך שההלם החמיר, והיא עברה ממצב של 'הלם מפוצה' ל'הלם בלתי מפוצה' ומגננוני הפיצוי שמפעיל הגוף כבר לא הואילו או בשל הטלטול שטולטלה עם העלאת האלונקה מגדת הנחל, ובשל היות השבר באגן שבר בלתי יציב, ונגרם דמם נוסף. ד"ר חיים מעיד על עצמו שכאורתופד הוא רואה הרבה מקרים של פצועים עם שבר באגן, שעוברים בפתאומיות ממצב של 'הלם מפוצה' למצב של 'הלם בלתי מפוצה', עם ירידה בסטורציה בערכים שהיו אצל המנוחה, ועל כן ההתדרדרות שחלה במצבה של מלי ז"ל, לא הפתיעה אותו, והייתה 'הגיונית' בעיניו באותה עת: "אני אגיד לך למה אני חושב שזה כן סביר, אני חושב שחולה עם הלם מפוצה היא מצליחה לשמור על טונוס שרירים, היא מצליחה לנשום בצורה אפקטיבית ואז היא עוברת ממצב של הלם מפוצה להלם בלתי מפוצה, והיא לא מצליחה לנשום באופן אפקטיבי, לבצע נשימה אפקטיבית עצמונית ואז הסטורציה שלה צונחת". [עמ' 440].

42. ד"ר חיים החל להנשימה באמבו (מפוח יד), הסטורציה עלתה חזרה ל-95% ודופק רדיאלי לא נמוש. ד"ר חיים נשאל, מדוע במצב זה, לא המתין דקה-שתיים לראות אם מצבה מתייצב והיא נושמת עצמונית, והשיב, כי התרשם שמצבה של מלי ז"ל הולך ומתדרדר וחשש להעמיק את ההלם על ידי הפסקת ההנשמה והמתנה עם האינטובציה [עמ' 458].

43. באותו שלב, שהה הפרמדיק מיחידה 669 במסוק. בחקירתו הנגדית מסביר ד"ר חיים כי הפרמדיק ששהה במסוק עודכן כי הוא עומד לבצע אינטובציה, אך הוא לא בקש ממנו לרדת ולסייע לו, מן הטעם שירידת הפרמדיק בכבל מן המסוק ועד שהיה מגיע למקום בו הייתה הפצועה, היה אורך כ-10 דקות, והוא העריך כי "תוך דקה שם לה אינטובציה ואנחנו נוסעים, כמו שקורה בדרך כלל, כמו במחלקה". ד"ר חיים סבר שהאינטובציה לא תתקל בקשיים, "אך אם זה לא ילך קל, אני ממשיך להנשים אותה באמבו ומוריד את הפרמדיק" [עמ' 466]. זאת ועוד, אם היה הפרמדיק יורד, היה צריך אחר כך גם להעלותו למסוק, כדי שיקלוט את הפצועה, והדבר היה מעכב את הפינוי בזמן רב נוסף. ומאחר והעריך כי הפצועה

מדממת לבטן, צריך היה כמה שיותר מהר לפנותה לבית החולים, לאחר פתרון הבעיה הנשימתית שסיכנה אותה באופן מידי.

ד"ר חיים מרחיב על שיקולים נוספים שהנחו אותו באותה עת בהמשך הטיפול: בעת ההעלאה בכבל למסוק, הפצועה מועלית עם לוחם-חובש ולא עם רופא, ולא ניתן להנשימה במפוח, ועל כן חייבים להבטיח את דרכי האוויר לפני ההנפה. משך ההעלאה הוא כ-10 דקות, בהתאם לתנאי המקרה – הקרבה למצוק, גובה המסוק, יכולת הטייס לרחף ללא תזוזה, תנאי הרוח. גם הורדה והעלאה של איש צוות, מגובה של כ-45 מטרים אורך כמה דקות, ומשיקול זה, לא הורה על הורדת הפרמדיק שנשאר במסוק, שכן היה עליו גם לקבל את הפצועה ולהמשיך בטיפול בה עד להעלאת הרופא.

44. ד"ר חיים החל בהכנות לביצוע אינטובציה על ידי מתן תרופות הרדמה שנועדו לשכך את ההתנגדות הגופנית של פצוע לביצוע הפעולה החודרנית. ניתן קטמין בעירוני, והוא המתין כשתי דקות עד ניסיון האינטובציה הראשון, ובינתיים הנשים באמבו. הניסיון הראשון לא צלח, והוא ניסה עוד פעם או פעמיים לבצע אינטובציה, כשהוא שוכב על ביטנו, בתנאי שטח קשים של רוח ורעש, אך גם הניסיונות הנוספים כשלו. ד"ר חיים מסביר כי כל ניסיון אינטובציה יכול לקחת כדקה, ואז צריך להפסיק, לצאת, להמשיך להנשים באמבו ולהשיג סטורציה תקינה ולנסות שוב [עמ' 481]. באותו שלב, ניגש ד"ר רייכמן והציע לד"ר חיים לנסות לבצע אינטובציה, אך גם הוא לא הצליח באינטובציה. בשלב זה, לאחר ניסיון האינטובציה האחרון, הייתה מלי ז"ל שרויה בחוסר הכרה, סטורציה לא מדידה, מונשמת במסכה ומבצעת ניסיונות נשימה עצמוניים בלתי יעילים. ד"ר חיים מתאר מצב זה כ"קשה מאד" כשהיא מחמירה את כל המדדים, והחליט לא לנסות לבצע עוד ניסיונות אינטובציה אלא לבצע קוניוטומיה [פיוס קנה, בו נעשה חתך בצוואר במיקום המאפשר החדרת קנולה בין סחוסי הגרון אל קנה הנשימה].

45. וכך ממשיך ד"ר חיים ומתאר את השתלשלות הדברים: "ביצעתי קוניוטומיה והתחלתי להנשימה, בהתחלה בהצלחה מסוימת. ברגעים הראשונים להנשמתה, למשך זמן קצר, חשתי כי ההנשמה אפקטיבית. לאחר שהתחלתי להנשימה באמבו, הצטרף אלי פארמדיק מיחידת חילוץ גולן. בשל ההתנגדות להנשמה, ביצענו פעולות על מנת לוודא שהקנולה נמצאת במקום. בהעדר קפנומטר (אשר נפל למים בעת ביצוע האינטובציה והתקלקל) הקושי בשמיעת הריאות לאור הרעש בסביבה ואי אמינותה של מדידת הסטורציה בשל ההיזדרדרות ההמונדינמית, נאלצנו להסתייע במישוש וצפייה והחדרת צינור סקשן דרך הקנולה לוודא מעבר חופשי דרך הקנולה. פארמדיק יחל"ץ גולן ביצע בדיקת מישוש להערכת מיקום הקנולה, ביצע ניסיון אינטובציה (בהנחה שאם הקנולה אינה במקום ניתן יהיה להכניס טובוס) דיווח כי הטובוס נתקע בקנולה ושהקנולה במקום".

בחקירתנו הנגדית, מרחיב ד"ר חיים את הדיבור על שארע לאחר ביצוע הקוניוטומיה: "בהתחלה הצלחתי להנשים אותה באמבו ואז לא הצלחתי. היה איתי הפרמדיק של היחל"ץ ואני אמרתי לו, תשמע, יש לי פה התנגדות, יש פה שלושה סצנריו שאפשריים

לדבר הזה: אחד זה שהקנולה היא לא במקום, שתיים – שהקנולה סתומה, שלוש – שיש לה מה שנקרא חזה אוויר פשוט שהפך לחזה אוויר בלחץ בעקבות ההנשמה בלחץ חיובי. קודם כל ניסינו לברר את שתי האפשרויות הראשונות, העברנו קטטר סקשן בקנולה וניסינו לממש את המיקום של הקונוטום.. במישוש תת עורי והוא באיזשהו שלב אומר לי, טוב, אני אעשה לה רינגוסקופיה ואני אראה איפה הקנולה נמצאת.. ואז הוא אומר לי אני גם אקח טובוס ואני אנסה להכניס אותו בתוך ה.. דרך מיתרי הקול ואז הוא אומר לי, תשמע, זה יושב במקום. בלית ברירה, האופציה היחידה שנשארה לי, השלישית, שאמרתי כנראה שיש לה איזשהו חזה אוויר פשוט שהפך לחזה אוויר בלחץ ובגלל זה אני לא מצליח להנשים אותה ואני חייב לתת לזה מענה. ואז כן חשבתי שיש פגיעה ריאתית. עד השלב הזה, לא חשבתי שיש פגיעה ריאתית."

46. הדברים האחרונים, בדבר חשד לפגיעה ריאתית שהתעורר רק לאחר שד"ר חיים נתקל בהתנגדות לביצוע הנשמה לאחר הקונוטומיה, עומדים לכאורה בסתירה לדברים שנרשמו בסעיף 13 לתצהירו, לפיהם כבר כשבדק את מלי ז"ל בדיקה ראשונה, עם הגיעו למקום, חשד בקיומה של פגיעה ריאתית. לד"ר חיים לא היה הסבר לאמירה האחרונה, פרט לכך, שאין ביכולתו לזכור בדיוק את הדברים, ואולי סבר שבסוג כזה של חבלה, כאשר יש רגישות מעל בית החזה דו-צדדי ובצלעות, שיש לה גם פגיעה ריאתית.

47. ד"ר חיים נחקר על נקודת הזמן לאחר ביצוע הקונוטומיה כשהחל להנשים את מלי ז"ל באמבו, וסבר שהנשימה אפקטיבית. מרישומים שערך למחרת האירוע, לקראת התחקיר, נרשם כי הסטורציה עלתה ל-50, כסימן לכך שההנשמה אפקטיבית. בחקירתו הנגדית הודה, כי רישום כזה הינו שטות מוחלטת [עמ' 490]. סטורציה 50 אינה יכולה להיות סטורציה אמינה, ואם הסתמך עליה כמדד להנשמה אפקטיבית, הרי שמחשבה זו הייתה מוטעית.

48. מכל מקום, נוכח ההתנגדות המתמשכת להנשמה, החליט ד"ר חיים לבצע ניקוז חזה דו-צדדי, נוכח החשד לחזה דם מסיבי. הוחדרו נקזים דו-צדדי.

49. בדיעבד, הסתבר כי הנקז שהוחדר בצד ימין הוחדר בגובה צלע 7 במקום ברווח הבין צלעי 3-4 וחורר את הסרעפת וגרם לחתך בכבד, עם דימום. ד"ר חיים עומת בחקירתו עם גיליון הניתוח [עמ' 318 למוצגי המדינה] והסכים כי הממצאים של ניקוב הסרעפת והחתך בכבד נגרמו על ידו, בהחדרת הנקז מצד ימין, ולא בבית החולים, והדימום שנגרם בעקבות זאת היה דימום לא קל, אף שלדעתו, לא היה בכך כבר כדי לשנות את הפרוגנוזה של הפצועה [עמ' 498].

50. בשלב זה, החליט ד"ר חיים להפסיק את ניסיונות הטיפול בשטח, שלא היה בהם כדי לעזור לפצועה ולהטיסה מיידית לבית החולים. לאחר שהונפה למסוק, המשיך לטפל בה בעזרת הפרמדיק הצבאי, לתת עירווי דם, הנשמה באמבו וחיבורה למוניטור, ולטענתו שוב נבדק מקום הקנולה על מנת לוודא שהיא במקום הנכון.

51. עד כאן, סקרתי את ההשתלשלות העובדתית של הטיפול במלי ז"ל, מפי העדים שהיו נוכחים במקום: הבעל ד"ר רייכמן, ד"ר קליין שנכח בעת מתן הטיפול בבית חולים ז'יו ובנתיחה שלאחר המוות, של פרץ גלעדי מיחליץ גולן ושל ד"ר חיים וכן ונסקרו בהרחבה השיקולים שנשקלו על ידי ד"ר חיים שטיפל במלי ז"ל.

ניתן לסכם ולתמצת את העובדות הרלבנטיות באשר לטיפול שניתן למלי ז"ל כך:

- לאחר נפילתה, מלי הייתה בהכרה מלאה, שוחחה עם בעלה ועם רופא התאג"ד שלא התרשמו מקשיי נשימה.
- מלי קבלה מרופא התאג"ד 10 מ"ג מורפין בהזרקה לשריר, לשיכוך הכאבים, וכן תמיכה בחמצן.
- מדדי הסטורציה שלה היו תקינים.
- גם בעת בדיקתה הראשונית על ידי ד"ר חיים מלי הייתה בהכרה מלאה, שוחחה עמו, אף שהייתה כאובה.
- ד"ר חיים אבחן חשד להלם תת-נפחי כתוצאה משבר לא יציב באגן, והחליט על פינויה המהיר והמידי לבית החולים ז'יו באמצעות המסוק.
- בעת הכנתה להנפה במסוק, אבחן ד"ר חיים קיומם של קשיי נשימה, הידרדרות במצבה ההמודינמי ובמצב ההכרה, וירידה ברמת הסטורציה.
- ד"ר חיים החליט להפסיק את ההכנות לפינוי, ולבצע אינטובציה כדי להבטיח הנשמה יעילה בזמן ההנפה למסוק.
- 2-3 ניסיונות האינטובציה שביצע ד"ר חיים נכשלו. הוא איפשר גם לד"ר רייכמן לבצע ניסיון אינטובציה, אך גם הוא נכשל.
- בשלב זה אבחן ד"ר חיים כי מצבה של מלי ז"ל קשה, אין נשימה עצמונית ולא ניתן היה לבדוק סטורציה, והחליט על ביצוע קוניוטומיה.
- לאחר הקוניוטומיה, בה נעזר בפרמדיק של יחל"ץ, תחילה הייתה הנשמה, אך תוך זמן קצר נתקל ד"ר חיים בהתנגדות להנשמה. נבדק הקוניוטום על ידי הפרמדיק ונמצא כי הוא במקומו. ד"ר חיים חשד לחזה אוויר והכניס נקזים דו-צדדי.
- בשלב זה, לא ניתן היה לבצע כל טיפול נוסף בשטח, וד"ר חיים הורה על הנפתה למסוק ומלי ז"ל הועברה לבית החולים ז'יו אליו הגיעה במצב קשה מאד.

52. חוות הדעת

אעבור כעת לסקור את העדויות המקצועיות ואת חוות הדעת מטעם הצדדים, אשר בהם התייחסות לשאלת סבירות ההחלטות הרפואיות שהתקבלו על ידי ד"ר חיים בשטח, ואת סבירות הטיפול שקבלה מידי, אך בראש ובראשונה, אסקור את חוות הדעת של ד"ר ק.פ. גרסטון [להלן – "הפתולוג"] אשר ביצע את הניתוח שלאחר המוות במכון לרפואה משפטית באבו כביר. ד"ר קליין השתתף בניתוח זה כנציג המשפחה.

53. חוות דעתו של הפתולוג ד"ר גרסטון:

בחוות דעתו מציין הפתולוג את הממצאים האנטומיים העיקריים שמצא :

1. שברי ריסוק בעצמות הכסל משני הצדדים.
- א. דימום אחר צפקי ומזנטריום בנפח כ- 1000 מ"ל.
- ב. דימומים מסביב הכליות ובאגני הכליות.
2. דימומים בריאה הימנית.
- א. בצקת ריאות.
3. פצע קרע בסרעפת מימין.
4. 2 פצעי קרע בכבד.
5. סימני פעולה רפואית.

מסקנותיו של ד"ר גרסטון באשר לסיבת המוות, הינן "כי מותה נגרם מהלם תת נפחי עם דימום מאסיבי אחר ציפקי בעקבות שברי ריסוק בעצמות הכסל. נמצאו דימום בריאה הימנית ופצעי קרע בסרעפת ובכבד מימין. לפי הנסיבות, נפלה מגובה של 10 מ' וממצאי הנתיחה מתיישבים עם הנסיבות".

54. ד"ר קליין, שהשתתף כנציג המשפחה בניתוח שלאחר המוות שנערך בגופתה של מלי במכון לרפואה משפטית, מעיד בתצהירו כי במהלך הניתוח שלאחר המוות הסתבר כי לא היה מעבר חופשי לקנה הנשימה דרך אזור הקונוטומיה. כדי להסיר ספק, הזעיק ד"ר קליין למכון לרפואה משפטית שני רופאים מענף הטראומה בחיל האוויר אשר הביאו עמם קונוטום סטנדרטי שהיה בשימוש יחידת 669, והוכח, מעל לכל ספק, כי הקונוטום לא יכול היה להיות בתוך הקנה בשום שלב. לטענתו, ההנשמה של מלי לא הייתה אפקטיבית והא ראה, מדד הגזים בדם בהגיעה לבית החולים הראה חמצת נשימתית קיצונית.

ד"ר קליין גם חולק על מסקנותיו של הפתולוג באשר לסיבת המוות. נמצאה המטומה שמקורה בשברים באגן, בנפח של 1000 סמ"ק דם, אך לדעתו המטומה כזו לא אמורה הייתה להביא להלם תת-נפחי. ד"ר קליין מייחס את ההלם התת-נפחי לדימום שנגרם כתוצאה מהרס מנגנון הקרישה של הפצועה, עקב הטמפרטורה הנמוכה באופן קיצוני של גופה, ובשל החמצת הנשימתית והמטבולית הקשה בהעדר נשימה יעילה. אמנם סיבת המוות הייתה דימום, אך לטענתו, הדימום מן האגן בלבד, לא היה גורם למוות, אם לא היה נהרס מנגנון הקרישה.

55. חוות דעתו של פרופ' גורמן

התובעים תמכו את תביעתם בחוות דעתו של פרופ' גבריאל גורמן, יו"ר חטיבת ההרדמה (בעבר) ומנהל מחלקת טיפול נמרץ כללי במרכז הרפואי 'סורוקה'. חוות דעתו של פרופ' גורמן עוסקת בשני נושאים :

- היא חולקת על חוות דעתו של הפתולוג באשר לסיבת המוות.

- היא עוסקת בפרטי הרשלנות בטיפול הרפואי שקבלה מלי ז"ל בשטח, מידי רופא יחידת החילוץ 669, ד"ר חיים.

באשר למחלוקת של פרופ' גורמן עם חוות דעתו הפתולוג, מציין פרופ' גורמן בחוות דעתו כי דו"ח הפתולוג מאשר את הממצאים הבאים:

- אישור הדרך השגויה של צנתר הקוניוטומיה.
- אישור מסלול נקז בחזה הימני שעבר דרך הסרעפת הימני והגיע לכבד (שני פצעי קריעה)
- ריאות גדושות דם בתוך הרקמה משני הצדדים (בצקת ריאות)
- דימום רטרופריטונאלי בכמות של כ- 1000 מ"ל.

56. פרופ' גורמן אינו מסכים עם מסקנותיו של הפתולוג כי סיבת המוות הייתה הלם תת נפחי. לדבריו, בהגיע לבית החולים 'זיו' טופלה מלי ז"ל מבחינת נפח הדם, לפי כל הכללים: כל נקודות הדימום טופלו, היא קבלה כמויות משמעותיות של דם ונוזלים אחרים, כך שרמת ההמוגלובין נשמרה על 9 ג', כמעט עד למותה. גם לחץ הדם ורמת ה-Ph נשמרו פחות או יותר, בגדר הנורמה, וכן טופלו הפרעות הקרישה. גם ההמטומה בנפח 1000 מ"ל באזור הרטרופריטונאלי לא מספיקה להסביר הלם תת נפחי, במיוחד כאשר החוזר נפח הדם בוצע במשך כל שעות הטיפול בבית החולים.

לדעתו של פרופ' גורמן, סיבת המוות משולבת ממספר סיבות:

- אי ספיקה נשימתית חריפה, שנגרמה על ידי טיפול כושל בשטח בנוגע לדרכי הנשימה ואוורור החולה.
- היפוקסיה והיפרקפניה ממושכות שגרמו לבצקת מח, שמסבירה גם את העובדה שהחולה לא התאוששה מבחינת ההכרה לאחר הניתוח הראשון.
- הופעת מצוקה נשימתית חריפה, שסימניה היו: ירידה בחמצון, אי יכולת להנשים ובצקת ריאות.
- לסיבות אלו התלוותה הפרעה חמורה בתפקודי הקרישה, כתוצאה משילוב של ירידה ממושכת בלחץ הדם, חמצת וירידת חום הגוף, שהופיעו כולם בשלב שלפני הגעת לבית החולים.

57. פרופ' גורמן מחווה דעתו גם באשר לטיב הטיפול הרפואי שקבלה מלי ז"ל בשטח לאחר הנפילה, ובטרם הגעתה לבית החולים, ולטעמו, שגה הצוות הרפואי של יחידה 669 אשר טיפל בה, לאורך כל הדרך. נקודות הכשל בטיפול הרפואי בתובעת החלו מהערכה שגויה של מצבה של מלי ז"ל בשטח, שהייתה בהכרה מלאה עד שקבלה תרופות הרדמה. המנוחה לא הייתה במצוקה נשימתית שדרשה נתיב אויר מלאכותי כלשהו, ובמצבה, הנכון ביותר היה להטיסה תוך דקות ספורות לבית החולים.

ואם בכל זאת, הגיע הרופא המטפל למסקנה כי יש צורך בנתיב אויר, הרי אזי היה צריך לבצע כיאות אינטובציה לקנה. לדעתו של פרופ' גורמן, קיימות 4 התוויות לביצוע אינטובציה בשטח [חוסר הכרה, שברים רציניים בלסת, סכנת אספירציה וסכנת חסימת דרכי הנשימה] ואף אחת מהאינדיקציות הללו לא התקיימו.

באם האינטובציה נכשלה, במקום לבצע קוניוטומיה בשטח, שיטה המלווה בסיבוכים רבים ולא נלמדת מספיק, היה מקום להשתמש במסכה לרינגאלית [LMA], פריט שמצוי ברשות הצבא כבר שנים רבות ואשר השימוש בה נלמד בקלות יתרה והמיומנות נשמרת.

עוד סבור פרופ' גורמן כי לא הייתה כל סיבה לניקוז פלוריאלי והפעולה הזו רק סיבכה את החולה, כאשר הנקז לא היה במקומו הנכון ולכן נפגעו הסרעפת והכבד, דבר שהגביר את הדימום אצל החולה.

פרופ' גורמן סבור, כי בנסיבות המקרה, כאשר ניתן היה להעבירה תוך דקות ספורות לבית החולים, היה מקום בשטח להחליט על הטסה מידית ולא להתעכב ולטפל בה בשטח.

58. באשר לטיפול שניתן למנוחה בבית החולים 'זיו', הן בחדר המיון והן בחדר ניתוח, סבור פרופ' גורמן כי שניהם היו מיטביים. בחדר המיון אובחנה מצוקה נשימתית ובוצעה אינטובציה מוצלחת. כמו כן טופלו יתר הבעיות: הדימום, לחץ הדם הנמוך, הירידה הניכרת ב-PH והירידה בחום הגוף שהחמירה את בעיית הקרישה, כאשר מכלל הבעיות גרמו להחמרה ניכרת במצבה. גם הטיפול הכירורגי היה בזמן ובמקום, לרבות הניתוח השני. בנייתוחים בוצעה סריקה של חלל הבטן ובית החזה והדימומים טופלו.

פרופ' גורמן מסכם את חוות דעתו בקבעו כי: **"גב' רייכמן ז"ל נפטרה לאחר פגיעה מרובה שניתן היה לטפל בה בהצלחה באם הטיפול בשטח היה נכון, יעיל ומהיר. שגיאה משכה אליה עוד שגיאה: הערכה לא נכונה של מצב החולה גרמה להחלטות לא נכונות וביצוע לא נכון של מספר פעולות: פתיחת נתיב אויר, טיפול בחזה אויר שלא חויב המציאות, דחיית העברת החולה לבית החולים"**.

59. פרופ' גורמן השלים את חוות דעתו, לאחר קבלת חוות הדעת הנגדית מטעם הנתבעים. בחוות דעתו המשלימה מיום 18.2.09 מציין פרופ' גורמן, כי הבלבול והירידה במצב ההכרה, ממדד GLS 15 ל-14, היו צריכים להיות מוסברים על ידי ד"ר חיים כהשפעת התרופות שקבלה: 10 מ"ג מורפין ו-10 מ"ג ווליום ולא כמצוקה נשימתית ומכאן החלה שרשרת של פעולות רפואיות כושלות: האינטובציה שלא צלחה, הקוניוטומיה שכשלה באשר הקוניוטום לא היה במקום, וההתנגדות להנשמה שפורשה לא נכון על ידי ד"ר חיים כסימן לחזה אוויר בלחץ במקום למיקום לא נכון של הקוניוטום, והחדרת הנקז שגרם לחירור הסרעפת וקרעים בכבד, שגרמו לדימום רציני, שהחמיר את מצבה של הפצועה. בזמן העלאת למסוק והטסתה לבית החולים, הפצועה אינה מונשמת אפקטיבית, אך בשל החלשות חומרי ההרדמה, היא מנסה לנשום עצמונית ובשל כך הגיעה אמנם בחיים, אך במצב קשה ביותר.

פרופ' גורמן מסכם וקובע, כי שלושה גורמים גרמו להסתבכות מצבה של מלי ז"ל: ירידה בלחץ הדם, ירידה בחום הגוף וחמצת מטבולית קשה, בתוספת דימום מסיבי מהכבד, בנוסף

לדימום מהשבר עצמו. אילו בחר הרופא בפרוצדורה של "סקופ-אנד-ראף" מצבים אלו לא היו מתפתחים, והדימום בשל השבר לכשעצמו, לא היו גורמים למותה של הפצועה. ההלם התת-נפחי נגרם כתוצאה מהדימום בכבד ולא בשל הדימום כתוצאה מן השבר, והוא מסכם וקובע: "המקרה הטראגי הזה מהווה דוגמה טיפוסית לשרשרת שגיאות, בה טעות אחת גוררת את הטעות השנייה: הערכה לא נכונה של מצבה של החולה, מתן תרופות הרדמה שדיכאו את הנשימה העצמונית של החולה, ניסיונות כושלים בגלל חוסר ניסיון מובהק של הרופא לפתור את בעיית דרכי הנשימה בצורה פולשנית, אבחון מוטעה של חזה אוויר שלא היה, והחדרה מוטעית של מנקז שגרם לנזק חמור ביותר של הכבד והחמה ניכרת של מצבה של החולה. למלי היו סיכויים טובים מאד להישאר בחיים, אבל הטיפול שקבלה בשטח מנע את הסוף הטוב".

60. בחקירתנו הנגדית הסתבר, כי פרופ' גורמן שמש בעברו כאחראי רפואי על מוצב החרמון, ואת הערכותיו ומסקנותיו הוא מבסס על ניסיונו העשיר כרופא צבאי פעיל.

פרופ' גורמן הסכים כי קיימת "שעת זהב" שהינה השעה הראשונה לפציעה, שהיא קריטית לסיכויי ההישארות בחיים וההחלמה של פצועים קשה, כדוגמת פציעתה של מלי. למעשה, לפי לוחות הזמנים העולים מן המוצגים שהוצגו, רופא יחידת 669 הגיעה לפצועה בשלהי אותה "שעת זהב", כ- 47 דקות לערך לאחר הפציעה.

עוד מסכים פרופ' גורמן בחקירתו, בהתבסס על ה advanced trauma life j ATLS [support] כי ביצוע אינטובציה של הקנה בשטח, יכולה להיות קשה מאד, דורשת רכישה של מיומנות, אימון ותרגול חוזר, וההסתברות לכישלון אינטובציה בשטח אצל רופא מתחיל, הינה גבוהה.

באשר לקוניוטומיה, מסכים פרופ' גורמן כי פרוצדורה כזו הינה נדירה, ורופא המבצע אותה סביר כי הוא מבצע אותה לראשונה בחייו, ובכל זאת הוא סבור כי אם הרופא מכיר את האנטומיה ומזהה את הנתונים האנטומיים, אחוז הכישלון הוא נמוך.

61. באשר לסטורציה אשר ירדה מ-95-94 בעת הבדיקה הראשונית על ידי ד"ר חיים, לערך שעמד על 84, ואשר נמדד לאחר מספר דקות, הדבר מוסבר על ידי פרופ' גורמן במתן המורפין: "המורפין נספג יפה מאד דרך השריר ומתחיל לעבוד בין 5-30 דקות עם שיא הפעולה שלו בין 45-90 דקות ומשך הפעולה שלו עד 4 שעות, זאת אומרת.... שמה שגרם לירידה בסטורציה ובמצב ההכרה של החולה, לא הייתה הפציעה עצמה אלא מתן המורפין". המורפין מוריד את הגירוי של מרכז הנשימה, מוריד את קצב הנשימה, את נפח הנשימה ופועל לדיכוי הנשימה מכל הכיוונים [עמ' 142] כאשר במצב של ירידה בלחץ הדם, כתוצאה מן הדימום הנובע מעצם הפגיעה, ההשפעה של המורפין משמעותית עוד יותר [עמ' 129]. פרופ' גורמן איתן בדעתו כי מתן 10 מ"ג מורפין IM אלא יגרום לאיבוד הכרה אלא בירידה ברמת ההכרה, כמו שקרה למלי ז"ל מרמה של 15 GLS ל-14. הוא מרחיב בהמשך

- החקירה ומסביר, כי במצב של דימום, יש התכווצות של כלי הדם ההיקפיים, דבר המקשה על מדידה נכונה של הסטורציה. ד"ר חיים מצא פריפריה קרה, ז"א הפצועה עברה תהליך של כיווץ כלי הדם ההיקפיים, ועל כן, יש בעיה בהסתמכות על הסטורציה. מסיבה זו, של כיווץ כלי הדם הפריפריאליים והירידה בלחץ הדם גם הדופק היה חוטי, ואחר כך לא נמוש.
62. פרופ' גורמן מסכים כי הדימום כתוצאה מהפגיעה יכול היה להגיע למצב של תת-נפח, והפצועה סבלה מהלם תת-נפחי כתוצאה מעצם הפגיעה בנפילה. המומחה מטעם התובעים חוזר בחקירתו על "השלישיה ההורגת" כהגדרתו, שהתקיימה במקרה דנן: הירידה בחמצון עם העלייה ברמת ה-CO₂, הירידה בלחץ הדם וחום גוף נמוך, שגרמו לבעיה בקרישה, ולדמם בלתי נשלט, ואשר הביאו למותה של מלי ז"ל.
62. פרופ' גורמן חולק על הטענה של הנתבעים, כי ד"ר חיים התרשם שהפצועה לא נושמת טוב הואיל ואין לה נתיב אוויר טוב. לטענתו, הסיבה לכך לא הייתה בחסימה של דרכי האוויר אלא בשל קבלת המורפין. במצב זה, היו צריכים לבדוק מה הסיבה לשינוי במצבה, ובהתחשב בכך שיש להעלותה למסוק עם לוחם ולא עם רופא, מסביר פרופ' גורמן: "הוא היה צריך לעשות דבר פשוט, הוא צריך להבטיח ליווי [צ"ל ריווי] אדם בחמצן בכמות מספקת" [עמ' 132]. וגם אם לא ניתן היה להנשימה בזמן העלייה למסוק, אפשר היה להעלות את הסטורציה באמבו חזרה ל-95-94 [כפי שנעשה טרם האינטובציה] ולהעלותה למסוק, והיא הייתה לטעמו שורדת ומגיעה בחיים, גם בסטורציה 82%, ואזי היו ממשיכים להנשימה באמבו בדרך לבית החולים [עמ' 148]: "אין ברפואה חוקים שפועלים ב-100%, החולה הזאת, הפצועה הזאת יכלה להישאר עם 82 או עם חמצן בזמן העלייה, יכלה להגיע ל-85 או 88 או הייתה יכולה לרדת ל-78, לא זו הנקודה. היא הייתה צריכה להגיע חיה למעלה ומי שקיבל אותה היה צריך להמשיך ולהנשים אותה באמבו ובמסכה ובה היה פותר את הבעיה עד שהחולה הייתה מגיעה לבית החולים" [עמ' 150], ולטעמו של פרופ' גורמן, לא היה נגרם לה נזק נוסף כתוצאה מכך.
63. פרופ' גורמן מתבסס על דו"ח הנתחה שלאחר המוות, ועל עדותו של ד"ר קליין שנכח בניתוח, כי הקוניוטום לא היה במקום, ומלי ז"ל לא הונשמה דרכו, וריאותיה לא קבלו חמצן ממקור חיצוני. את העובדה שהגיעה בחיים לבית החולים הוא מייחס לנשימה עצמונית שלה. פרופ' גורמן חולק גם על העדות שנשמעה מפי ד"ר חיים, כי הפרמדיק שסייע בידו בביצוע הקוניוטומיה, בדק באמצעות הרינגוסקופ כי הקוניוטום במקום. לדבריו, אין הדבר ייתכן מבחינה אנטומית, שכן לא ניתן לראות מעבר למיתרי הקול עם הרינגוסקופ "זה חושך מוחלט, אתה לא יכול להבדיל שום דבר". ויוער כאן, כי הפרמדיק אשר לכאורה, לפי עדותו של ד"ר חיים, בדק את מיקומו של הקוניוטום, לא הובא לעדות מטעם הנתבעת.
64. באשר לחשדו של ד"ר חיים, כי קיים חזה אוויר בלחץ, לאחר ביצוע הקוניוטומיה, מסביר פרופ' גורמן, כי החשד מתעורר לאחר שלא הצליח להנשים את הפצועה.

65. תפיסת הדברים של פרופ' גורמן הייתה, כי מלכתחילה, לא היה מקום לבצע אינטובציה. פרופ' גורמן לא חולק על כך, כי אובחנה על ידי ד"ר חיים ירידה במצב ההכרה וירידה בסטורציה, וזאת לאור מתן התרופות. וגם הוא מסכים כי במצב דברים זה, היה צריך לעצור את ההנפה למסוק וקודם כל לטפל בפצועה בשטח [עמ' 136] אלא שלדעתו, היה צריך לטפל במצב החמצון ולא בדרכי האוויר: "לא צריכים לטפל בנתיב אוויר, צריכים לטפל במצב החמצון של החולה, ז"א לוקחים נתיב אוויר מלאכותי ומכניסים.. זה מונע את נפילת הלשון, אתה לוקח מסיכה ואמבו עם חמצן ואתה מחמצן את החולה. אתה מסתכל 3-4 דקות מה קורה, יש כניסת אוויר, אם יש כניסת אוויר זאת אומרת נתיב האוויר פרפקט, אם יש עליה בסטורציה ז"א שאתה הצלחת ואז אתה ממשיך לתת חמצן, אתה נותן לחולה לנשום ספונטנית עצמונית, אתה מסתכל 2,3 דקות, יש סטורציה סבירה, תעלה את החולה למעלה עם חמצן 100%". כאשר הפצועה בהכרה, אין הכוונה להנשמה עם אבמו אלא למסכת חמצן. אם הפצועה אינה בהכרה, משתמשים ב-LMA שהיא מסיכה לרינגיאלית, שמתיישבת על מיתרי הקול, קלה לשימוש ואינה דורשת מיומנות מיוחדת, וברוב המקרים מספקת חמצון ואוורור טוב. במצב דברים זה, גם אם הפצועה אינה בהכרה, היא הייתה מגיעה למסוק עם סטורציה של 88 וזה בסדר. אלא, שמסתבר, כי ה-LMA לא היוותה חלק מן הציוד שהיה ברשותו של ד"ר חיים, או ביחידת 669, באותה תקופה.

66. באשר לסיבות לכישלון האינטובציה, מונה פרופ' גורמן 4 סיבות עיקריות: תנאי השטח, מצבים אנטומיים, רפלקס לסגירת מיתרי הקול וחוסר מיומנות של מבצע האינטובציה. באשר למיומנות בביצוע האינטובציה, אין די בלימוד או אפילו בהתנסות, אלו אובדים אם אין מתנסים בביצוע אינטובציה באופן תדיר, כפי שהעיד על עצמו פרופ' גורמן, כי היה באמצע ההתמחות שלו בהרדמה, כאשר נלקח לשירות צבאי [בצבא ברומניה] ולאחר ששה חודשים כשחזר לבית החולים, היו לו בעיות באינטובציה, למרות שלפני כן, במשך שנתיים, עבד יום יום בחדר ניתוח וביצע אינטובציות [עמ' 141].

67. פרופ' גורמן נחקר גם לגבי קיום הלם תת נפחי, כגורם לירידה במצב ההכרה, ומסביר: בהלם תת נפחי יש 2 שלבים: שלב אחד של פיצוי, שהחולה נשאר בהכרה מלאה ויש כיווץ כלי הדם ההיקפיים. כתוצאה מכך, יש ריכוז תנועת הדם ל-3 איברים חיוניים: המוח, כדי שהפצוע יהיה בהכרה, הלב כדי שימשיך להזרים את הדם והכבד, שנחשב ל"מעבדה של הגוף". לכן, בשלב הראשון, חולה בהלם תת-נפחי מצוי בהכרה מלאה. התערפלות ההכרה אצל מלי ז"ל לא נגרמה, אליבא דפרופ' גורמן, כתוצאה מההלם התת-נפחי אלא בשל מתן המורפין. במצב כזה של איבוד דם, גם לא נהוג לטפל בשטח במתן עירווי דם או נוזלים, אלא למהר לבית החולים על מנת לעצור את הדימום.

68. אפשר לסכם את עמדתו של פרופ' גורמן בתשובתו לשאלת בית המשפט בסיום חקירתו, כי את הרשלנות בהתנהלותו של ד"ר חיים, את הסטייה מסטנדרט רפואי סביר הוא מוצא לא בכישלון האינטובציה או כישלון הקוניוטומיה, אשר יכולים לקרות וקורים גם לרופאים מנוסים, אלא בראש ובראשונה באבחנה הרפואית המוטעית מלכתחילה, שהובילה את ד"ר

חיים בדרך של קבלת החלטה שגויה, שבעטיה נגרמה שרשרת של כישלונות. לטענתו, ד"ר חיים לא הפעיל שיקול דעת נכון מן הבחינה התיאורטית בעמדו בפני המצב שנוצר, עם אבחון ההתדרדרות במצבה של מלי ז"ל. הוא התעלם מהשפעת המורפין, ובחר בנתיב שאין ממנו חזרה, במקום בהעלאת ריווי החמצן על ידי הנשמה באמבו – והנפתה למסוק על מנת להמשיך את ההנשמה באמבו במסוק. ובאשר לנתיב השגוי של החדרת הנקז שחורר את הסרעפת והכבד, מדובר בחוסר מיומנות טוטאלית, העולה כדי רשלנות.

69. חוות דעתו של פרופ' קלוגר

הנתבעת תמכה את הגנתה בחוות דעתו של פרופ' יורם קלוגר, בעבר מנהל מערך הטראומה בבית חולים איכילוב, ומנהל המחלקה לכירורגיה כללית במרכז הרפואי רמב"ם.

חוות דעתו של פרופ' קלוגר מבוססת על עדותו של ד"ר חיים כי המנוחה התלוננה בפניו על קשיי נשימה, נמוש דופק חוטי, עדות למצב המודינמי לא תקין, בקצב של 113 פעימות לדקה, ללא מצוקה נשימתית עם סטורציה של 94%. הפריפריה נמושה קרה. ד"ר חיים החליט לפנותה במהירות לבית החולים, אך תוך כדי פעולות ההכנה להעלאתה למסוק, חלה הדרדרות במצבה: היא התקשתה לדבר, נשימתה הייתה מהירה, הסטורציה ירדה ל-84%, שהינה סטורציה בלתי תקינה ומלמדת על מתח חמצן נמוך מאד המסכן את החולה. היא פקחה עיניים לקריאת שמה, פיהקה והתלוננה על קשיי נשימה.

בשלב זה, לפי חוות דעתו של פרופ' קלוגר, בצדק החליט ד"ר חיים לאבטח את דרכי הנשימה של הפצועה על ידי ביצוע אינטובציה, ואומר: **"ההחלטה לבצע צנור קנה טרם העלייה למסוק, פעולה שיכולה להמשך מספר דקות, הינה החלטה סבירה לאור הנתונים הקליניים ובעיקר לאור ההידרדרות במצב ההכרה של הפצועה ובמזדי הנשימה כפי שנרשמו על ידי הצוות הרפואי. אבטחת דרכי הנשימה בשלב הקרקע, באה במטרה למנוע התמודדות עם סיבוך נשימתי בטיסה."**

פרופ' קלוגר מונה מספר אפשרויות לאבטחת דרכי האוויר: צנור קנה, הנשמה במפוח ללא צנור והעשרה בחמצן. בשל שלב ההנפה הבעייתי, בחר הרופא באינטובציה. כישלון האינטובציה יכול לקרות גם לרופא מיומן ומנוסה, ולדעת פרופ' קלוגר, אינו מעיד על רשלנות. יחד עם זאת, בחקירתו הסכים פרופ' קלוגר, כי ביצוע אינטובציה בשטח מצריך מיומנות והרבה מאד ניסיון, והיה מצפה מרופא שמצוות ליחידה ויוצא לחילוץ, כי יהיה לו ניסיון מעשי בביצוע אינטובציות בעצמו, ללא השגחה [עמ' 296, עמ' 298].

70. על הבחירה לבצע קוניוטומיה לאחר כישלון האינטובציה, קובע פרופ' קלוגר: **"לאור אי ההצלחה בביצוע האינטובציה החליט ד"ר חיים לבצע קוניוטומיה. הבחירה בגישה הכירורגית שנבחרה, מקובלת במקרים בהם כשלו ניסיונות הצנור לקנה. הבחירה אינה חריגה ומתבצעת לאחר 2-4 ניסיונות צנור ובהתאם לסדר פעולות קבוע הכוללים הנשמה במפוח לשיור ריווי החמצן טרם ניסיון צנור או ביצוע קוניוטומיה."**

גם החדרת הנקזים לבית החזה הייתה סבירה לאור עליית הלחץ והקושי בהנשמה.

71. פרופ' קלוגר מציין כי מלי ז"ל הגיעה לבית החולים במצב קשה. שיפור ניכר בריוויין החמצן נרשם לאחר שצינור הקנה שהוחדר בשטח הוחלף בצנרור דרך הפה שבוצע בחדר המיון.

לאור אי היציבות ההמודינמית הנמשכת, הועברה הפצועה לחדר הניתוח. פרופ' קלוגר מסכים בחוות דעתו, כי הקרע בסרעפת מימין ובמקביל לקרע זה, קרע בכבד שמדמם, שאובחנו במהלך הניתוח, **יתכן** כי נבעו מהחדרת המנקז לבית החזה הימני. באותה עת סבלה כבר מהפרעת קרישה קשה.

72. פרופ' קלוגר מנתח את סבירות פעולותיו של ד"ר חיים, תחת 4 שאלות העומדות לדיון:
 (א) האם צדק ד"ר חיים בהערכתו הקלינית להידרדרות ההימודינמית?
 (ב) האם צדק ד"ר חיים כי לאור הערכתו את מצבה של הפצועה, יש צורך באבטחת קנה הנשימה בצנרור הקנה, ובהיכשל התערבות זו, האם צדק בהחלטתו לבצע קונויטומיה?
 (ג) האם ההחלטה לבצע אינטובציה וקונויטומיה, תרמו לתוצאה הטרגית?
 (ד) האם החלטותיו של ד"ר חיים עולות כדי רשלנות רפואית?

73. פרופ' קלוגר סבור, כי ההערכה של ד"ר חיים על ההידרדרות ההימודינמית, הייתה נכונה, לאור הירידה בסטורציה ל- 84%, הקושי בנשימה הספונטנית שנצפה על ידו, הפיהוק כסימן קליני לירידה במתח החמצן בדם, החלשות הדופק כעדות להלם דימומי. מדד ההכרה ירד מ-15 [פתיחת עיניים עצמונית] ל-14 [פתיחת עיניים לקריאה בשם ולא באופן ספונטני]. לאור פרק הזמן הקצר שעבר משלב הבדיקה ועד להעברתה לגדת הנחל, מעריך פרופ' קלוגר כי אכן חלה הידרדרות משמעותית במצבה של הפצועה.

74. באשר לסבירות ההחלטה לצנרור הקנה, קובע פרופ' קלוגר כי "**החלטתו של הרופא בשטח עומדת בקנה אחד עם העקרונות הנלמדים בקורסי ה- ATLS. בהתאם לעקרונות אלו, הטיפול המידי בפצוע מכתוב מסגרת טיפולית לדרכי האוויר**".

אבטחה של דרכי האוויר באופן דפיניטיבי יש לבצע, בין השאר, במקרה של חוסר יכולת לשמור על רמת חמצון נאותה במסכה. התוויה זו עמדה לנגד עיניו של ד"ר חיים, לאור ירידת ריווי החמצן לרמה קריטית, בשילוב עם הירידה בלחץ הדם בעקבות הלם דימומי. שילוב זה עלול להיות קטלני ומחייבת התייחסות מתאימה, כפי שנעשה.

לאור זאת, סבור פרופ' קלוגר, כי החלטתו של ד"ר חיים לאבטח את דרכי הנשימה לקראת הפינוי המוסק, הייתה נכונה. בשלב ההנפה למסוק, העורך להערכתו 6-7 דקות, לא ניתן להנשים את הפצועה באמבו, ולכן ההחלטה לבצע צנרור קנה טרם ההנפה, הייתה סבירה לחלוטין.

75. לאחר כישלון האינטובציה לאחר מספר ניסיונות, נכון פעל ד"ר חיים שעבר לצנרור כירורגי. לדעת פרופ' קלוגר, ההחלטה לנקוט בגישה ניתוחית מבוססת על תרשים הזרימה לדרכי האוויר המקובל בפרק "דרכי אוויר" על פי עקרונות ה-ATLS.

יחד עם זאת, מסכים פרופ' קלוגר כי הקונוטומיה לא צלחה, והוא אומר: "למרות אי ההצלחה בביצוע הטכני בצנרור הקנה, נשמה הפצועה באופן ספונטאני במהלך הטיסה". עם זאת, ממשיך פרופ' קלוגר וקובע כי "אי ההצלחה בביצוע צנרור הקנה הכירורגי היא זו שהביאה לירידה הדרגתית במתח החמצן אשר במשולב עם דימום ניכר שנגרם כתוצאה מהחבלה עצמה, הביא למותה של הפצועה".

76. השאלה האחרונה עליה מחווה פרופ' קלוגר דעתו הינה, אם הייתה רשלנות בהתנהלותו של ד"ר חיים – ומשיב על כך בשלילה. לטעמו, כשל טכני בצנרור קנה הנשימה וכל כשל טכני בפיוס כירורגי של הקנה, מוכרים וידועים. צנרור שנעשה בשטח נעשה בתנאים קשים. החלטותיו היו נכונות, והתבססו על גוף ידע ומיומנות טכנית סבירה. שיקול הדעת שהפעיל היה שיקול דעת נאות, ופעולותיו היו סבירות, הגם שלא הצליחו. והוא מסכם וקובע: "ד"ר חיים שקל את צעדיו וביסס את פעולותיו על שיקול דעת נאות ופעל בצורה סבירה, גם אם הפעולות לא הצליחו. את החלטותיו ופעולותיו יש לשקול ע"פ החלטות בתנאי שטח ולסייגם לתנאי שטח. בתנאי השטח, תיאור הפגיעה ונתונים נוספים, שיקול הדעת לצנרור את הקנה של המנוחה בכדי להביאה בבטחה לבית החולים היה נכון. אי ההצלחה בצנרור הקנה, כפי שבא לידי ביטוי במקרה זה, מוכר ואפשרי גם אצל רופאים מיומנים ולא נבע מרשלנות רפואית".

77. ויוער כי בחוות דעתו, לא התייחס פרופ' קלוגר כלל לשאלת סבירות האבחנה של חזה אוויר, כשהתגלה קושי בהנשמה לאחר הקונוטומיה, ולסבירות הפעולה של החדרת הנקזים לבית החזה, והפגיעה בסרעפת ובכבד, שגרמה לדימום חמור.

78. מאחר ובמרכז חקירתו של פרופ' גורמן עמדה שאלת סבירות האבחנה הרפואית של ד"ר חיים, באשר להידרדרות ההמודינמית – אשר לטענתו של פרופ' גורמן הושפע השפעה מכרעת מן המורפין שהוזרק לפצועה על ידי רופא התאג"ד, התבקש פרופ' קלוגר, בפתח חקירתו לחוות דעתו באשר למינון המורפין שקבלה מלי ז"ל והשפעתו האפשרית על מצבה וקבע נחרצות כי "אין סיכון שהמינון הזה הוא שגרם להתדרדרות הנשימתית כפי שמופיע ברישומים". ההסבר לכך נעוץ בפרק הזמן הקצר יחסית שעבר לדעתו מאז קבלה את המורפין ועד להגעת ד"ר חיים לשטח, שהוערך על ידו בכ- 10-15 דקות, ובכך שהייתה קרה וחיוורת, ובתנאים אלו הסיכוי שהמורפין ייספג לדם ויגרום להתדרדרות נשימתית הוא קלוש ביותר, ואת הירידה במצב ההכרה מייחס פרופ' קלוגר לדימום הפנימי בגין השברים באגן ובירך, אשר ד"ר חיים היה צריך להתייחס אליו כאל 'דמם בלתי נשלט'. אלא שלא

- ברור אם המורפין ניתן IV שאז השפעתו מהירה יותר או IM לשריר, שאז קצב ההשפעה והספיגה לדם נמוך יותר, במיוחד לאור טמפרטורת הגוף הנמוכה.
79. כאמור, פרופ' קלוגר סבר, כי החלטתו של ד"ר חיים לטפל במלי בשטח על ידי ביצוע אינטובציה היה סביר, לאור ההתדרדרות ההימודינמית, הירידה בסטורציה ל-84, וזאת כאשר המומחה יוצא מנקודת הנחה, כי ד"ר חיים סבר שתהליך ההנפה של מלי למסוק יערך כ-10 דקות במהלכם לא תהיה מונשמת.
- כשהונחה בפניו התיזה, כי הרופא שעל שיקוליו הוא נדרש לחוות דעתו, סבר כי משך ההנפה למסוק יערך 5 דקות בלבד, והסטורציה הייתה 95 – במצב דברים כזה, מסכים גם פרופ' קלוגר כי **"לא צריך לגעת בה, צריך להטיס אותה מייד לבית החולים"** [עמ' 272].
80. פרופ' קלוגר נשאל על השיקולים שנשקלים בדרך לקבלת החלטה אם לעשות אינטובציה, והסכים, כי בנוסף למצב הפצוע, הקשיים האפשריים בביצוע האינטובציה בשל תנאים אנטומיים לא טובים, תנוחה לא טובה של הפצוע, הגבלת תאורה [חשיכה או סינוור], רעש סביבתי ומהירות הפינוי, הניסיון של הרופא בביצוע אינטובציה הוא שיקול שיש לשקול אותו במכלול השיקולים, אם לבצע אינטובציה בשטח אם לאו ומוסיף **"אלא אם כן יש צורך וודאי ועיקרי לעשות את הפרוצדורה הזו"**.
- פרופ' קלוגר גם מסכים, כי ישנה חשיבות רבה לשיקולי זמן ומרחב. זמן הפינוי עד בית החולים יישקל מול הזמן המוערך לביצוע האינטובציה בשטח, כאשר זמן פינוי של 20-25 דקות מוערך על ידו כפינוי מהיר, ואילו משך הזמן לביצוע אינטובציה בשטח, מרגע מתן הקטמין מוערך על ידו בין 3-5 דקות.
81. פרופ' קלוגר עומת עם התיזה, לפיה אם יש חשד לדמם בלתי נשלט, ונמצאים במרחק של 20 דקות מבית החולים, אין לעצור את הפינוי לצורך ביצוע אינטובציה, וצריך להנשים באמצעות מפוח ולפנות מיידית לבית החולים. פרופ' קלוגר מסכים עם התיזה הבסיסית הזו אלא שלדבריו, בשל הצורך להעלות את הפצועה למסוק, ובפרק הזמן של ההנפה לא ניתן לבצע הנשמה באמבו, הרי בסטורציה התחלתית של 84, הפצועה עלולה לעשות דום לב.
82. ב"כ התובעת לא הרפתה, ובחקירתה בקשה מפרופ' קלוגר להעריך איזו החלטה הייתה סבירה יותר: להעלות את הסטורציה ל-95, תוך הכנתה להנפה למסוק, ואז תוך כדי ההנפה להנשימה בבלון, שכן הייתה נשימה עצמונית, או לבצע אינטובציה:
- "ש: מה סביר יותר היה להניף אותה בסיטואציה הזאת או להתחיל לעשות ניסיונות של אינטובציה?"**
- ת: ..יש סבירות אולי חמישים אחוז שהיא תעלה את ההנפה ולמעלה יקלוט אותה מישהו וינשים אותה ובאותה מידה, אמרת בעצמך..**
- ש: מה יותר סביר?**

ת: אני לא יודע. אני לא יודע. ולכן הוא בחר בטכניקה שהוא חשב שהיא הבטוחה ביותר.
[עמ' 303].

83. בנקודה זו, התבקש פרופ' קלוגר להביע את דעתו שלו, על יסוד שיקול דעתו המקצועי, במנותק ממה שבחר ד"ר חיים, ולהתייחס גם לחוסר ניסיונו של ד"ר חיים לבצע אינטובציות באופן עצמאי ללא השגחה, וללא ניסיון בכלל לבצע אינטובציה בשטח, ועונה בהגיונותו: **"אז הוא היה צריך להניף אותה"** [עמ' 304] – קרי: שלא לבצע ניסיון של אינטובציה בשטח אלא להעלותה למסוק במהירות האפשרית ולהעבירה לבית החולים.

למרות דברים מפורשים אלו, בהמשך חקירתו, חזר פרופ' קלוגר וטען, כי בשל החשש מהתגובה של הפצועה בזמן ההנפה, הלך המחשבה של ד"ר חיים, כי עליו לאבטח את דרכי הנשימה היה סביר, וזאת למרות שמלי ז"ל נשמה עצמונית וניתן היה לספק לך מסכת חמצן בזמן ההנפה, ואומר: **"יש לי שני נתונים: סטורציה 94 בגדה וסטורציה 84 למעלה. על סטורציה 94 כל רופא סביר וכל רופא מוטס היה מניף את הפצועה ומטיס אותה מיד לבית החולים צפת. על סטורציה 84 שהיא בקורלציה ל- 2PO 50 שזו סכנת חיים ממשית, שיקול הדעת להניף אותה הוא מאד מסוכן"**. בהמשך דבריו, מסביר פרופ' קלוגר, כי פער הזמנים בין שתי מדידות הסטורציה היה כנראה, גדול מ- 3 דקות, והירידה בסטורציה התרחשה כתהליך הדרגתי.

83. פרופ' קלוגר מסכם את עמדתו ואומר: **"אני חושב שבין א' ל-ב' [מדידות הסטורציה – א.ז.] חלה התדרדרות, זו באה לידי ביטוי ברגע שהעלו אותה לגדה. אז היה צריך ד"ר חיים לשיקול שיקול דעת מה לעשות, להניף אותה או לעשות אינטובציה. הוא בחר באינטובציה שזה שיקול נכון ונבון, זה שהוא כשל בביצוע הפרוצדורה, זה לא מן העניין"**.

84. את ההתדרדרות במצבה מייחס פרופ' קלוגר לדימום, שכנראה החמיר בשל הטלטול שטולטלה בהעלאתה מגדת הנחל, לירידה בלחץ הדם, ההיפותרמיה ולמורפין שקבלה.

85. פרופ' קלוגר נשאל, אם ירידת מדד ההכרה מ-15 [הכרה מלאה, פוקחת עיניים באופן עצמוני] ל- 14 [פוקחת עיניים לקריאת שמה] מצדיק לכשעצמו ביצוע אינטובציה, ומשיב בשלילה: **"הוא לא עשה אינטובציה בגלל 14, הוא אמר 14, היא מפקת, חיוורת, בטן נפוחה, הוא אמר סטורציה ירדה והוא לא ממשש דופק. כל הנתונים האלה הביאו אותו למחשבה שחלה פה התדרדרות מאד קשה"**. ההתדרדרות הקשה מעלה חשש לדרכי האוויר, דהיינו: להפסקת הנשימה הספונטנית, שיכולה להתרחש תוך 5, 10, 20 דקות, ועל כן החלטה לבצע אינטובציה הייתה נכונה, בהינתן שהמבצע הינו מיומן ומנוסה בביצוע אינטובציות, ולשאלת בית המשפט באותה סיטואציה, בהינתן שהרופא בשטח אינו מנוסה, משיב: **"אם הוכח שהוא לא מנוסה, אז הוא היה צריך לבחור בהנפה עם מסכת חמצן"**.
[עמ' 328].

86. בהתייחס לשיקול באם לבצע את האינטובציה בעצמו, למרות חוסר ניסיונו או להזעיק את הפרמדיק המנוסה באינטובציה, הנמצא במרחק של דקות, משיב פרופ' קלוגר בהגינותו כי היה מבקש מהפרמדיק לבצע האינטובציה ומוסיף: **"כן, אני לא מתבייש לעשות את זה"**.

87. באשר להליך הקוניוטומיה, התבקש פרופ' קלוגר להסביר מהן האבחנות המבדלות להתנגדות לביצוע הנשמה, לאחר שבוצע הליך הקוניוטומיה: **"הראשון הוא משהו טכני. טכני זה שהקנולה נוגעת בקנה ולא מאפשרת ניפוח, או הדבר היותר חמור מכל, זה שזה לא נמצא במקום. אז צריך לבדוק, האם היא נמצאת במקום או לא נמצאת במקום. השיטה לבדוק זה להכניס, לעשות ניסיון סקשן ולראות מה יוצא, והשנייה היא לעשות.. לרינגוסקופיה, זה עם המכשיר שדרכו עושים את האינטובציה להסתכל בין מיתרי הקול ולראות האם הקנולה נראית בין המיתרים. זה נעשה פה, הקנולה נראתה בין המיתרים"**.

בנקודה זו, של צפייה בקנולה, פרופ' קלוגר [שהינו כירורג העוסק בטיפול בנפגעי טראומה] חולק נמרצות על פרופ' גורמן [שהינו מרדים], וסבור כי ניתן לראות את מיתרי הקול ומעבר להם, באמצעות הלרינגוסקופ, וכי הפרמדיק בשטח בדק באמצעות הלרינגוסקופ ומצא כי הקנולה הייתה במקום, ויתכן כי הקנולה נשלפה למעלה במסוק. ולמרות שפרופ' קלוגר מסכים כי היה כישלון טכני בהנשמה, לדבריו מלי ז"ל נשמה עצמונית עד הגיעה לבית החולים.

באשר לטענה של ד"ר חיים כי הקנולה נצפתה במקום על ידי הפרמדיק, השיטה הטובה ביותר לבדוק אם הקנולה במקום או לא, היא באמצעות הקפנומטר, הבודק את רמת ה-CO2. זה המדד האמין ביותר, אלא שהמכשיר נפל למים ולא היה ניתן לשימוש.

באשר ל-LMA מסכים פרופ' קלוגר כי מכשיר זה החליף את הקוניוטומיה, ואילו היה ברשותו של ד"ר חיים מכשיר LMA היה עליו לעשות בו שימוש, במקום לבצע קוניוטומיה.

88. כאמור, פרופ' קלוגר לא התייחס בחוות דעתו כלל לשאלת מיקום הנקזים שהוחדרו לבית החזה, למרות טענת התובעים כי הנקז הימני הוחדר נמוך מידי, חורר את הסרעפת וגרם לקרעים בכבד, שגרמו לדימום נוסף. את אי ההתייחסות הסביר בכך **"התבקשתי לתת את חוות דעתי על השטח, אני לא פירטתי פה מעבר לנתונים הראשוניים וקצת נתונים מחדר המיון, לא פירטתי שום דבר בבית החולים... לא התבקשתי לתת חוות דעת לא על הדו"ח הפתולוגי, לא להתייחס לדו"ח הפתולוגי ולא מה נעשה בחדר הניתוח"**.

לפיכך, כשהתבקש להתייחס למיקום החדרת הנקז הימני, שהוחדר לטענת התובעים ברווח בין צלעי 7 במקום ברווח בין צלעי 4, כנדרש על פי ההנחיות, הסכים גם פרופ' קלוגר כי **"אם הוא החדיר ב-7 אז הוא חרג בשלושה רווחים, וזה הרבה מאד.. לא סביר"** [עמ' 341-342].

89. פרופ' קלוגר מסכים כי הפרוצדורה של החדרת הנקז לבית החזה, דורשת מיומנות. בפועל, החדרת הנקזים שלא במקומם, לא שינתה לדעתו את הקליניקה של הפצועה.

90. באשר לסיבת המוות, פרופ' קלוגר סבור כי סיבת המוות נגרמה משילוב של מספר גורמים ולא רק כתוצאה מהדמם באגן שנגרם בעקבות השברים תוצאת הנפילה. לדבריו, מלי ז"ל מתה כתוצאה מהדימום, מהיפוקסמיה [ירידה בריווי החמצן], היפותרמיה [ירידת חום הגוף ל-34 מעלות] שגרמה לחמצת מאד קשה, והפרעות בקרישה. "מדובר במשולש קטלני... זה שלושה מרכיבים שמעבר לאיזושהי נקודה קשה מאד לתקן אותם וזה כזה מסלול שבסופו של דבר, לצערנו החולים [מתים]".

91. בחקירתו הנגדית לב"כ הנתבעת 1, שינה פרופ' קלוגר מעט את העמדה הבסיסי שלו באשר להתנהלותו של ד"ר חיים ש"נטל פיקוד" על הטיפול במלי ז"ל ובהקשר של חוסר ניסיונו בשטח אומר: "וכל הנושא הזה, שמגיע איזה רופא מהציפור הגדולה הזאת למעלה והוא משתלט על הטיפול, לדידי זה לא נכון. מי שצריך להשתלט על הטיפול זה הרופא המיומן ביותר בשטח... יש בעיה עם ההבנה של מי יורד מהמסוק... לא תמיד זה הרופא המיומן ביותר בשטח".

פרופ' קלוגר דבק בעמדתו כי שיקול הדעת של ד"ר חיים לבצע אינטובציה, היה שיקול דעת סביר, אך מוסיף: "הכשל היה שם, אין לי ספק בכך, והיה כשל חמור.. במיומנות לעשות את זה". הכשל נובע מחוסר המיומנות וחוסר הניסיון לבצע אינטובציות בשטח, ובעניין זה מוסיף פרופ' קלוגר ומציין: "אם הוא היה מגיע לשטח וחש או יודע שאין לו ניסיון באינטובציה, הוא היה צריך למצוא דרך חלופית לדבר הזה: הנפה, נסיעה באמבולנס, קריאה לעזרה.. לא לנסות", שכן לאחר מתן התרופות, אין דרך חזרה במקרה של כישלון, זה רק הולך ונהיה קשה יותר, עם הצורך לבצע קוניוטומיה.

92. עדותו של ד"ר גיל הירשהורן

מטעם המדינה, הוגש גם תצהירו של ד"ר גיל הירשהורן, אשר היה באותה עת מתמחה בכירורגיה כללית ושירת כראש ענף טראומה במפקדת קצין רפואה ראשי, ובמועד חקירתו היה קצין רפואה ראשי של חיל האוויר. במסגרת תפקידיו הצבאיים כיהן, בין היתר, כמפקד גף פינוי ביחידת החילוץ והפינוי בהיטס של חיל האוויר, ומעיד על עצמו כבעל ניסיון רב בפינויים רפואיים בהיטס. בתפקידו בראש ענף טראומה, שימש גם כמנחה מקצועי של תחום הרפואה ביחידה, לרבות בכל הנוגע לנוהלי הטיפול בטראומה, והוא הסמכות המאשרת את נהלי הטיפול בטראומה ביחידה, מעורב בבחירת הרופאים ליחידה ובתהליכי הבקרה על הרפואה, חונך ומבקר בתרגילים מוטסים. תצהירו התרכז במהות ההכשרה של רופאי היחידה ונהלי היחידה, ובשולי תצהירו התייחס גם למקרה דנן.

93. ד"ר הירשהורן שופך אור על הכשרתם של רופאי היחידות בצה"ל בכלל. לדבריו, בשל מיעוט המומחים בטיפול בטראומה, ביחידות שדה רבות, רופא היחידה אינו מומחה בטראומה

אלא רופא שסיים את לימודי הרפואה ועבר הכשרה לשמש קצין רפואה, לרבות הסמכה **בסיסית** לטפל בנפגעי טראומה, הכשרה שהינה לדבריו זהה או פחותה מן ההכשרה של רופאי יחידת 669.

באשר ליחידת 669, מדובר ביחידה מובחרת המתמחה בחילוץ ופינוי במצבים מורכבים ומסוכנים, ומונה לוחמים, רופאים, פרמדיקים וחובשים שהוכשרו לכך. בשל מיומנותה ומומחיותה, הפכה היחידה לכתובת לאומית של שירותי החירום, לרבות לפניות של אזרחים שנקלעו למצבים בהם חילוף או פינוי רגיל אינו אפשרי, ובכל רגע נתון, מצוי ביחידה **רופא תורן** בעל רקע מקצועי והכשרה מתאימה, אשר יוצא לשטח במקרה של הזנקה, ביחד עם שאר אנשי הצוות.

95. רופאי היחידה עוברים מיונים הבוחנים את כושרם הקרבי, יכולתם להתמודד עם מצבי לחץ, תוך מתן טיפול רפואי בתנאי שטח ולעיתים תוך סיכון עצמי, עוברים הכשרה ומבחנים עיוניים ומעשיים [בסימולציה] ואלו שעוברים בהצלחה את המבחנים, מועברים לבחינה ואישור של סגן קצין רפואה ראשי. רופאי היחידה באים מתחומים שונים של הטיפול: אורתופדיה, כירורגיה, הרדמה, טיפול נמרץ, כירורגית חזה ולב, רפואה דחופה ועוד.

96. הרופאים המתקבלים ליחידה עוברים קורס ATLS המסמיך אותם לטפל בפצועי טראומה, גם באמצעות ביצוע פעולות ניתוחיות מצילות חיים כגון: אינטובציה, קוניוטומיה ונקז חזה. במהלך הקורס הם עוברים תרגול בביצוע אינטובציה במסוק, סימולציות בבובות ובבעלי חיים.

במסגרת המבחן המעשי, עובר כל נבחן מספר תחנות מעשיות בהן הוא מתמודד עם תרחיש טיפול מלא, כולל בובות הדרכה מקצועית והתמודדות מעשית עם טיפול. המבחן מבוצע בסימולטור של היחידה, בו באמצעים טכנולוגיים מדמים מצבים בשטח. בנוסף, במסגרת המבחן העיוני, נדרש כל נבחן להתמודד עם מגוון שאלות בתחומים הקשורים בטיפול בנפגע טרם הגעתו לבית החולים, כאשר השאלות מתבססות על ה-ATLS.

לאחר קבלתם ליחידה, רופאי היחידה עוברים שיעורי ריענון ומבחנים עיתיים באמצעות האינטרנט. יחידות הלימוד כוללות נושאים כמו: נתיב אוויר, הנשמה, פגיעות חזה ועוד. מדי פרק זמן, בין מספר שבועות למספר חודשים, מועלה לאתר שיעור ריענון חדש, ועל רופאי היחידה להיכנס לאתר ולהשיב על המבחן.

ד"ר הירשהורן מציין כי ד"ר חיים נמצא מתאים לשרת ביחידה, ועבר בהצלחה את כל המבחנים והריענונים.

97. ד"ר הירשהורן מתייחס בהרחבה גם לנהלים הכתובים המתייחסים לחילוץ נפגעים. על פי נהלים אלו, צוות חילוץ מנה 5 אנשים: מפקד לוחם ועוד שני לוחמים – כולם חובשים

בהכשרתם, רופא ופרמדיק. כאשר מתקבלת החלטה כי הרופא ירד ראשון, כדי לבחון את מצבו של הפצוע בשטח, יורד הרופא עם מפקד הצוות, ואחר כך יורד לוחם עם אלונקת הפינוי, ובמסוק נשארים לוחם ופרמדיק, כדי לקלוט את הפצוע ולהמשיך את הטיפול בו מיד עם העלאתו. הלוחם קולט את האלונקה, שתהליך הכנסתה למסוק הינו תהליך טכני מורכב, והפרמדיק מטפל בפצוע בהיבט הרפואי [עמ' 429]. הפצוע תמיד עולה עם לוחם ולא עם הרופא, ועל כן במשך ההנפה מצוי הפצוע מחוץ ליכולת ההשגחה והטיפול של הרופא.

זמן ההעלאה למסוק תלוי במספר פרמטרים: הקרבה למצוק, המחייבת העלאה איטית יותר, השימוש בחבל הכוונה, גובה ויכולתו לרחף ללא תזוזה, השפעת הרוח. גם שלב חיבור האלונקה לכבל והכנסת האלונקה למסוק עורכים זמן רב, ומן הטעמים הללו, קשה להעריך במדויק את משך הזמן הצפוי להנפת הפצוע למסוק, ובממוצע העריך ד"ר הירשהורן את פרק הזמן מהתרחקות הרופא מן הפצוע לשם חיבור האלונקה לכבל ועד להכנסתו למסוק בכ- 10 דקות בממוצע. ואת פרק הזמן הדרוש להוריד מישהו מן המסוק, העריך ד"ר הירשהורן בין 5-10 דקות, אלא שהוא מציין כי לצורך הורדת הפרמדיק, היה צריך קודם להעלות לוחם, כי תמיד יורדים בכבל בזוג, וחייב תמיד להישאר לוחם על המסוק [עמ' 431].

98. האבחון והטיפול בשטח גם הם לא דומים לטיפול במרכז רפואי והם קשים ביותר. לרופא אין אמצעי הדמיה ומכשירי בדיקה, הקיימים בבתי חולים והוא עובד בתנאי שטח קשים.

99. ד"ר הירשהורן מציין, כי ביחידה קיימים נהלי תחקור ופיקוח ברורים, הנמצאים תחת בקרה של גורמים מוסמכים בחיל הרפואה. גם למקרה דן נערך תחקיר, וממנו עלה כי ד"ר חיים ביצע את כל הפעולות, שלב אחר שלב, לשם פתיחת נתיב אויר לפצועה, בהתאם להנחיות חיל הרפואה, וכל עוד לא הובטח נתיב אויר כנדרש, לא ניתן היה לפנותה. בפניו בהיטס לפצוע גבולי, אשר יש חשש לנתיב האוויר שלו, יש לבצע את האינטובציה בשטח כי כאמור, הוא מונף למסוק עם לוחם ולא עם רופא ובזמן ההנפה לא ניתן להנשים עם אמבו וגם בזמן הטיסה במסוק, עקב התנאים וצורת הטיסה, קשה לבצע אינטובציה.

באשר לאפשרויות ההנשמה בעת ההנפה, הרי אם הפצוע נושם עצמונית, אפשר לאבטח את דרכי האוויר מחסימה מכנית על ידי מנתב [airway] ולהעשיר במסיכת חמצן. אם אין נשימה עצמונית ובוצעה אינטובציה, מחברים את הטובוס לאוקסילטור, שהוא משאבה שמנשימה מבלון חמצן המונחים על הפצוע. אין אפשרות להנשים באמבו במהלך ההנפה [עמ' 435], וגם אין מחברים מנתב לאוקסילטור או לאמבו.

100. ד"ר הירשהורן מסכם את התייחסותו לכשלים בביצוע האינטובציה והקוניוטומיה על ידי ד"ר חיים וקובע: "אשר לפרוצדורות של אינטובציה וקוניוטומיה בכלל ובפרט, הרי שלמיטב ידיעתי וניסיוני, גם כרופא עם ניסיון בביצוע אינטובציות בתנאי השטח, יכול להיכשל בביצוע אינטובציות לפצוע בבית חולים, קל וחומר בתנאי השטח. יתרה מזאת, לגבי קוניוטומיה רק לרופאים מעטים יש ניסיון ממשי בביצוע הפרוצדורה בכלל ובשטח

בפרט, וגם רופא סביר יכול להיכשל בביצוע קוניוטומיה לפצוע בבית חולים, קל וחומר בתנאי שטח", כאשר ב'תנאי השטח' הוא מונה תנאי סביבה קשים בנסיבות נחל, רוח, רעש, קשיי תקשורת, אור שמש חזק, מגבלות ציוד ומכשור נגישים, העדר תנאים סטריליים ובלי ליווי של רופאים וסגל רפואי הקיימים בבית החולים.

101. בעקבות האירוע נשוא התביעה, נערכה בדיקה עצמית של הנהלים ביחידה: התבצעו תחקירים, נשאלו שאלות אם הבחירה של האנשים ליחידה היא בחירה נכונה, האם הליווי והבקרה נכונים, חודדו נהלים לגבי ביצוע מבחני הקבלה, הקריטריונים לקבלה, איך מלווים את האנשים שנבחרים ואיזו הכשרה עושים. תוצאת הבחינה העצמית הזו הייתה כי הוחלט על השינויים הבאים: רופאים יתקבלו ליחידת החילוץ ממספר מצומצם של התמחויות רפואיות, רופאים שרק החלו את התמחותם לא ישובצו ליחידה, ורופאים שמתחילים לעשות מילואים ביחידה, ישובצו תחילה בזוגות עם רופא בכיר עד שיוסמכו לנהל לבדם פינניים [עמ' 400]. בהמשך עדותו, מדגיש ד"ר הירשהורן כי התייחסותו לניסיון של איש צוות היא בהקשר המבצעי, ולא לניסיון הרפואי [עמ' 429].

באשר להוראה לפיה "בצוות המוגדר מפרמדיק פעיל ומנוסה ורופא עם ניסיון מוגבל, ישקול הרופא הפעלת הפרמדיק בביצוע פעולות מצילות חיים ואף העברת ניהול הצוות לפרמדיק" מציין ד"ר הירשהורן כי הוראה אינה מתייחסת לחילוץ באמצעות מסוק, שהפרמדיק נמצא במסוק שחג במעגלי המתנה, אלא לאירועים קרקעיים, כאשר גם הרופא וגם הפרמדיק נמצאים במקום ליד הפצוע או לאחר שהמסוק נחת.

103. גם תמהיל צוות החילוץ השתנה. לדברי ד"ר הירשהורן, לוחמים ביחידה הוכשרו כפרמדיקים, והיום מפקד הצוות הוא רופא, מספר 2 שלו הוא או פרמדיק **לוחם**, או פרמדיק ותיק או רופא. כאשר יש 2 רופאים בצוות, הרופא הבכיר יותר, המומחה בכירורגיה ובעל הניסיון והוותק הרב יותר הוא מס' 1. כך שהצוות האורגני של חילוץ או פינוי כולל תמיד שני אנשי רפואה ושלושה לוחמים במילואים. קביעת חברי צוות החילוץ נעשית באופן אקראי, בהתאם למי שהתייצב לשירות מילואים במועד נתון, כאשר ד"ר הירשהורן מסביר שהקריאה למילואים מתואמת מראש עם החברים היחידה.

104. ד"ר הירשהורן התבקש לפרט את הקריטריונים הרפואיים [להבדיל מהמבצעיים] שנדרשים מרופא המבקש להתקבל ליחידה, ובהקשר זה ציין כי נדרשת חשיפה לנושא טראומה וניסיון לטפול בפצועים. אין דרישה לניסיון לטפול בפצועים בשטח, כי מספר הרופאים שאינם רופאים צבאיים, המטפלים בפצועים בשטח, הוא נמוך מאד. רוב רופאים המגיעים ליחידה הם רופאים שיש להם ניסיון בטיפול בפצועים מרמת חדר המיון, שם התנאים שהם הכי קרובים לשטח [עמ' 416].

105. הניסיון המצטבר של השנים האחרונות הביא גם לשינויים מסוימים בהנחיות שב-ATLS אליהן מתייחס ד"ר הירשהורן כאל 'guidelines' הכפופות להפעלת שיקול דעת, ולא כאל הנחיות המחייבות בפקודה, ומרחיב: "**אם בשטח הנתונים שהיו לו [לרופא-א.ז.] גרמו לכך**

שהוא מבין את השיקולים, מבין את התוצאות והוא בחר בדרך אחרת – זה בסדר" [עמ' 422], ובלבד שהרופא קרא את ההנחיות ומודע להם.

106. ד"ר הירשהורן התוודע לאירועים נשוא התביעה, רק לאחר מינויו כראש ענף טראומה, בשנת 2006. לדבריו, לאחר שקרא את כל התחקירים והכיר את האירוע, לטעמו, האירוע נוהל על ידי ד"ר חיים בצורה סבירה לחלוטין, שיקול הדעת שהופעל היה נכון, הפעולות שבוצעו היו נכונות, אף שהתוצאות הסופיות היו טרגיות.

ב"כ התובעים עימת את ד"ר הירשהורן עם הפעולות שבוצעו [או לא בוצעו] על ידי ד"ר חיים בשטח, בטרם קבלת ההחלטה על ביצוע האינטובציה. ד"ר הירשהורן הסכים, כי כדי להסיק על קיום נשימה לא אפקטיבית, יש צורך לספור נשימות, כאשר נשימה לא אפקטיבית מוגדרת כפחות מ-10 נשימות לדקה, או יותר מ-30 נשימות לדקה, אך זה רק אחד הקריטריונים, ביחד עם סטורציה, מדידת דופק להתרשם מהקצב והעוצמה, אשר גם נותנים אינדיקציה ללחץ הדם.

107. ב"כ התובעים הפנתה את ד"ר הירשהורן ל"קובץ פרסומי ענף טראומה לקורסים והכשרות" המגבשים את עקרונות הטיפול בפצוע בשדה קרב, ואשר ד"ר הירשהורן היה שותף לכתיבתו [צורף למוצגי המדינה].

ב"כ התובעים בקשה ללמוד מן הטבלה המשקפת את ירידת ריווי החמצן לאחר פרה-אוקסיגנציה כפונקציה של זמן [עמ' 34] על פרק הזמן שפצועה יכולה להחזיק מעמד גם אם היא אינה נושמת כלל. על כך משיב ד"ר הירשהורן כי פרה-אוקסיגנציה מתבצעת כשלב לפני אינטובציה כדי לאפשר להתארגן לאינטובציה, והעלאת ריווי החמצן מספיקה לזמן קצר, של דקה, דקה וחצי בלבד, המאפשרים ביצוע אינטובציה, אך אין די בכך כדי לשמור על ריווי החמצן לצורך הנפה. על פי תשובתו של ד"ר הירשהורן, פרה-אוקסיגנציה מספיקה לפרק זמן קצר של דקה – דקה וחצי אצל פצוע שאינו נושם כלל, ואין היא רלבנטית למצבה של מלי ז"ל שנשמה עצמונית לאורך כל הדרך, עד הגיעה לבית החולים.

108. הוראה נוספת עליה נחקר ד"ר הירשהורן הינה כי "במצבים של **cannot intubate cannot ventilate** יש לבצע מידית **surgical airway** כאשר ניתן להנשים במסכה, ניתן לשקול המשך הפינוי תוך המשך הנשמה במסכה לזמן קצוב, או לבצע **LMA :aw** או **combitube** במקום קוניוטומיה... לפצועים מחוסרי הכרה..". כאשר ה **LMA** יכולה להיחשב כנתיב אויר דפניטיבי ברמת השטח, וחוסך את הצורך לבצע קוניוטומיה.

ד"ר הירשהורן מסביר, כי **LMA** לא היוותה חלק מן הציוד הסטנדרטי, אף שהיה מכשיר אחד ביחידה, וב- **LMA** השתמש רק מי שיש לו הרבה מאד ניסיון בשימוש בו, והיו אלו

בדרך כלל המרדימים. הוספת ה-LMA לארגז הציוד עליו חתם כל רופא עם הגיעו ליחידה לשירות מילואים, נעשה לפי יוזמת ודרישת הרופא, בהתאם לניסיונו בשימוש במכשיר. והוא מוסיף ומפנה להמשך ההוראה, לפיה וידוא המיקום קשה הרבה יותר מאשר זה של טובוס, ויש קושי בקיבוע ה-LMA כי הוא סובל תזוזה של 1-1.5 ס"מ בלבד. לכן השימוש העיקרי ב-LMA הוא בפצועים לכודים שלא ניתן לבצע בהם אינטובציה.

109. ד"ר הירשהורן מסכם ואומר: **"במצבים של cannot intubate cannot ventilate יש לבצע מיידית surgical airway. כאשר ניתן להנשים במסכה, ניתן לשקול המשך פינוי תוך המשך הנשמה במסכה לזמן קצוב"**.

110. ד"ר הירשהורן התבקש לחוות דעתו באם בסיטואציה שנוצרה, כאשר ד"ר חיים החליט על הצורך בביצוע האינטובציה, וזה לו הניסיון הראשון לבצע אינטובציה בשטח, האם היה סביר יותר להמשיך להנשים באמבו ולהוריד את הפרמדיק שהיה במסוק, ועונה: **"אני חושב ששיקול הדעת הסביר הוא לנסות ולעשות אינטובציה... סביר לחלוטין"**. והוא מרחיב ומסביר, כי המתכון של ביצוע אינטובציה על ידי פרמדיק = הצלחה, אינו מתכון נכון. את הפרמדיק צריך אחר כך גם להעלות למסוק, כדי להכין את פצועה לקליטה במסוק, וכל זה עורך זמן. בהינתן שד"ר חיים היה מוסמך לבצע אינטובציה, והיה לו הידע המקצועי שקבל בהכשרה וכן ביטחון עצמי לעשות כן, היה זה סביר כי ד"ר חיים ינסה לבצע בעצמו את האינטובציה ולא להוריד את הפרמדיק מן המסוק.

111. בהתייחס לפעולות הנוספות שביצע ד"ר חיים, needle application ואח"כ הכנס נקזים, כאשר לא הצליח להנשים לאחר ביצוע הקוניוטומיה, מציין ד"ר הירשהורן כי **"סדר הפעולות היה נכון לעשות. לצערנו, הטרוקר הימני הוא הכניס במקום נמוך. אבל סדר הפעולות היה נכון – הוא התרשם שיש חזה אוויר בלחץ, הכניס needle application מתוך מטרה להרוויח זמן, ועכשיו הכניס שני טרוקרים – אחד בכל צד. סדר הפעולות נכון"**.

112. **דין – ההיבט המשפטי**
 אין מחלוקת כי רופאים, ככאלה, חבים בחובת זהירות מושגית כלפי מטופליהם [ראה: [ע"א 4025/91 יצחק אבני נ' ד"ר יעקב קרול ואח', פ"ד נ\(3\) 784, ע"א 705/78 רמון נ' מאוטנר ואח', פ"ד לד\(1\) 550](#)]. באשר לחובת הזהירות הקונקרטיית, זו נבחנת באמצעות מבחן הצפיות, כאשר ההתייחסות היא הן לצפיות הטכנית והן לצפיות הנורמטיבית. דהיינו, השאלה היא האם ניתן היה לצפות את הנזק כעניין טכני-עובדתי, והאם היה צריך לצפות אותו כעניין נורמטיבי [[ע"א 915/91 מדינת ישראל נ' לוי, פ"ד מח\(3\) 45](#)].

כאשר מבקשים לייחס לרופא או למוסד רפואי רשלנות בטיפול בחולה שנוקק לשירותיהם, תיבחן מידת האשם שתיוחס לרופא על פי אותם שיקולים ומבחנים המנחים את בית המשפט בבואו להעריך את התנהגותם של אנשי מקצוע המיומנים במלאכתם. הצפיות שעל פיה מוכרעת חובת הזהירות, אינה רק צפיות טכנית, אלא גם צפיות מהותית. קרי, יש לבחון את הצורך לצפות ולא רק את היכולת לצפות. בית המשפט לא יסתפק בדיוק בשאלה העובדתית, מה צפה הרופא הספציפי במצב נתון, אלא גם מה היה צריך לצפות, ומה יכול היה לצפות נוכח התפתחות הדברים [ע"א 58/82 משה קנטור נ' ד"ר מוסייב, פ"ד לט(3) 253].

בתי המשפט פסקו כי ההתרשלות מבוססת על עקרון הסבירות ונבחנת לפי האמצעים שיש לנקוט על מנת להבטיח את שלומו של הניזוק, ועל פי האמצעים שרופא סביר היה נוקט בנסיבות העניין. יש לבחון האם הרופא סטה מרמת הזהירות הנדרשת מרופא סביר. המבחן הוא אובייקטיבי – נורמטיבי. יש לזכור, כי לא לכל מחלה יש אשם, ולא כל טעות מהווה רשלנות. יש להיזהר מלקבוע התרשלות במקרה בו נעשתה טעות בשיקול הדעת של הרופא, על מנת שלא ליצור רפואה הפועלת מתוך צורך להתגונן מפני תביעות, כפי שנפסק:

"מחד גיסא, לא כל טעות שבשיקול דעת להפרת חובה תיחשב, שאם לא כן, עשויים אנו להביא את ברופאים לדאוג יותר מאשר לחולה, להכנת הגנה פרוספקטיבית מפני תביעה משפטית אפשרית על ידו. מאידך גיסא, מפקיד החולה את גופו בידי הרופא, שבידו הידע המקצועי, והוא המצויד בכלים המתאימים כדי לבדוק את דרך הטיפול בחולה, ובידו ציפייה מוצדקת שהרופא יעשה כל אשר לאל ידו כדי למנוע תקלה בטיפול. השאלה היא בכל מקרה שאלה של איזון בין אינטרסים מנוגדים" [ע"א 612/78 סמית נעים פאר נ' ד"ר ישראל קופר, פ"ד לה(1) 612].

השאלה, מהי רמת ההתנהגות שעל רופא סביר לנהוג לפיה, היא שאלה נורמטיבית המסורה להכרעתו של בית המשפט. "בית המשפט יכריע בשאלה זו על יסוד שיקולים של מדיניות משפטית המביאה בחשבון בין היתר, את מידת הסיכון, את ההסתברות להתרחשות הנזק, את עלות האמצעים הדרושים למניעתו, את הערך החברתי של שלילת ההתנהגות שגרמה לנזק ואת היכולת היחסית למנוע את הנזק. שיקולים אלה ואחרים מבוססים כולם על ההנחה, שעל המזיק לנקוט אמצעים סבירים בנסיבות העניין, כדי למנוע, או להפחית ככל האפשר, את הסיכון הצפוי מפעולתו" [ראה: ע"א 4025/91 הנ"ל, ע"א 3056/99 שטרן נ' המרכז הרפואי על שם שיבא, פ"ד נו(2) 936].

המבחן "איננו מבחן של חכמים לאחר מעשה אלא של הרופא הממוצע בשעת המעשה", כלשון בית המשפט בע"א 280/60 פרדו נ' חפץ-פלדמן, [פ"ד טו 1974]. רף הזהירות הנדרש בגדרה של עוולת הרשלנות נקבע בהתאם לשיקולים של מדיניות משפטית [ע"א 145/80 ועקנין נ' המועצה המקומית בית שמש [פורסם בנבו]], וכפי שאומר בית המשפט בע"א 3059/99 הנ"ל:

"בקבלת החלטה בדבר טיבו של רף הזהירות הנדרש, יש לאזן בין שני שיקולים עיקריים הפועלים בכיוונים מנוגדים. מן העבר האחד, נדרש רף זהירות גבוה מספיק כדי להגן על נזוקים מפני פגיעה ולהבטיח כי תינקט זהירות ראויה על מנת שיימנעו נזקים. לשיקול זה משנה תוקף בהקשר הרפואי. שם מונחים תדיר על כף המאזניים חיי אדם, שלמותו הגופנית ואיכות חייו. מן העבר השני, מן הראוי למנוע הכבדת יתר על גופים שבמהלך פעילותם עלולים להיגרם נזקים. הטלתה של חובת זהירות חמורה מידי עלולה לפגוע ביכולתם של רופאים להפעיל שיקול דעת המבוסס על מיטב הכרתם ומיומנותם המקצועית. היא עלולה לעודד תופעה בלתי רצויה של "רפואה מתגוננת" המבקשת למזער חשיפה לתביעות ברשלנות אף במחיר פגיעה בבריאותם של מטופלים. קביעתו של רף נורמטיבי גבוה מידי עלולה אפוא, להוביל להכבדה בלתי ראויה על פעילותה של מערכת הרפואה, ובטווח הארוך אף לפגוע ברווחת המטופלים ובבריאותם".

113. ליבת המחלוקת בין הצדדים נעוצה בהחלטתו של ד"ר חיים אמיר לבצע במלי ז"ל אינטובציה בשטח.

אין חולק, כי כאשר נופלת החלטה לבצע אינטובציה, אין ממנה דרך חזרה, וכלשונו של פרופ' קלוגר "אתה מחויב לדרך בה בחרת". לצורך ביצוע האינטובציה, יש לתת תרופות כמו קטמין ווליום. מדובר בתרופות מדכאות נשימה, ועל כן אי אפשר להפסיק הליך של אינטובציה, ואם הוא נכשל חייבים להמשיך ולאבטח את דרכי הנשימה ולדאוג להנשמה יעילה. ומאחר ולא ניתן להנשים ידנית באמבו במהלך ההנפה למסוק, שכן הפצוע עולה עם לוחם ולא עם הרופא, חייבים להכניס קנולה לקנה הנשימה ולהנשים דרכה בלחץ חיובי. כישלון באינטובציה מוביל לביצוע קוניוטומיה, שהינה הליך מורכב עוד יותר לביצוע בשטח, מאד לא שכיח, ולמעט רופאים יש ניסיון בביצועו.

לפיכך, ההחלטה לביצוע אינטובציה בשטח, לפני ההנפה למסוק, הייתה החלטה בעלת השפעה קרדינאלית על המשך השתלשלות העניינים. שכן מנקודת זמן זו, החלה שרשרת של פעולות, שלמרבה הצער, נכשלו כולן כפי שעוד יפורט, ואשר הובילו בסופו של דבר לתוצאה הטרגית.

114. האם ההחלטה של ד"ר חיים לבצע אינטובציה בשטח, לפני הנפתה של מלי ז"ל במסוק, הייתה החלטה רפואית סבירה? ואזכיר, כי בדיקת סבירות ההחלטה צריכה להיעשות לפי המידע שהיה ידוע לד"ר חיים בשעת קבלת ההחלטה, ולא על יסוד התוצאה הטרגית בדיעבד.

ההחלטה לבצע אינטובציה טרם ההנפה, התבססה על התרשמותו של ד"ר חיים כי חלה התדרדרות במצבה של מלי ז"ל.

על פי כל העדויות שהובאו בפני בית המשפט אודות מצבה של מלי ז"ל לאחר הנפילה, טרם הגעת ד"ר חיים [עדותו של בעלה, ד"ר חנוך רייכמן, עדותו של פרץ גלעדי מיחידת חילוץ

גולן, וכן על פי רישומי רופא התאג"ד] – היא הייתה בהכרה מלאה, דיברה לעניין, נשמה עצמונית ולא סבלה מקוצר נשימה. מדדי דופק, לחץ דם, נשימה וסטורציה – היו תקינים. היה חשד לשבר לא יציב באגן עם דימום פנימי.

ד"ר חיים אישר בתצהירו, כי כשהגיע לשטח ובדק את מלי ז"ל, מצא שהיא בהכרה מלאה, דיברה לעניין, דופק היקפי 113 לדקה, סטורציה 94% ללא העשרה בחמצן. הפרפריה הייתה קרה. הוא התרשם מקיומו של שבר לא יציב באגן עם דמם פנימי, וחשד לקיומו של הלם תת נפחי.

בתצהירו ציין ד"ר חיים כי מלי התלוננה על קשיי נשימה וכי התעורר אצלו חשד לפגיעה ריאתית, אך לתלונה זו אין זכר ברישומים שביצע למחרת האירוע, לקראת תחקיר שידע שיתקיים, ולאחר שנודעה לו כבר התוצאה הטררגית, ובחקירתו הנגדית אישר, לאחר שאלות חוזרות, כי **באותו שלב** לא חשד עדיין בקיומה של פגיעה ריאתית [עמ' 448].

הובא גם לידיעתו של ד"ר חיים, כי טרם הגעתו, קבלה מרופא התאג"ד מורפין. ברישומים השונים קיימת אי התאמה לגבי אופן מתן המורפין, אם ב- IV [לוריד] או IM [הזרקה לשריר], וכן לגבי מינון המורפין שקבלה, אם 10 מ"ג – שהיא הכמות במנה אחת, או 15 מ"ג, כפי שרשם ד"ר חיים ברישומיו למחרת האירוע, ובחקירתו הודה כי המינון אינו אפשרי. יחד עם זאת, מעדותו עלה הרושם, כי עובדת קבלת המורפין והשפעתו האפשרית על הפצועה, כלל לא נשקלו על ידו.

במצב דברים זה, החליט ד"ר חיים ליישם את התפיסה של "scoop and run" ולפנותה במהירות האפשרית לבית החולים. אין חולק בין הצדדים, כי לפי התו"ל, ולפי כל קנה מידה של רפואת טראומה סבירה, **זו הייתה ההחלטה הסבירה והנכונה לעשות.**

115. יחד עם זאת מצביעים התובעים בסיכומיהם על כך, כי לאחר שד"ר חיים חשד בקיומו של הלם תת נפחי כתוצאה מהשבר הלא יציב באגן, על פי התו"ל היה צריך לפעול על פי ההנחיות הבאות:

- פינוי מהיר ככל האפשר לבית החולים הקרוב
- מעקב דופק ולחץ דם כל 5 דקות, מעקב אחר מספר הנשימות וסטורציה כל 5 דקות
- מעקב אחר צבע העור וטמפרטורת העור לאחר טיפול
- מעקב אחר טמפרטורת הגוף ולמנוע היפותרמיה.

פרט להחלטה הראשונית לפנות לבית החולים, ד"ר חיים לא פעל בהתאם להנחיות התו"ל, לא מדד לחץ דם אפילו לא פעם אחת, ולא עשה כל מאמץ לשמור על טמפרטורת הגוף, גם מבלי למדוד חום, ובמיוחד כאשר מלי שכבה על גדת הנחל, וזאת למרות שהוצע לו לכסותה על ידי חובש היחל"ץ, כפי שהעיד פרץ גלעדי, ובכך פעל בניגוד לתו"ל ובניגוד לכללי רפואה סבירה בסיסיים, כפי שהסכימו גם פרופ' קלוגר [עמ' 303] וד"ר הירשהורן [עמ' 436], וכפי

- שהודה גם ד"ר חיים בעצמו בחקירתו הנגדית [עמ' 433]. לירידה בטמפרטורת הגוף הייתה השפעה קשה על מצבה, ועל הפגיעה במנגנון הקרישה.
116. לצורך הפינוי, הועברה מלי לאלונקת החילוץ והועלתה מגדת הנחל לצורך רתומה לכבל המסוק. ד"ר חיים העיד, **כי לאחר 3-5 דקות**, התרשם כי חלה התדרדרות במצבה. ההתדרדרות באה לידי ביטוי בירידה בסטורציה ל- 82, בהתנשמות, קושי לדבר, פיהוקים ובערפול ההכרה. הוא הנשים באמבו, העלה את הסטורציה לרמה תקינה. בשלב זה לא נמוש דופק רדיאלי. ד"ר חיים לא ספר נשימות, ולא בדק לחץ דם.
- לאור ההתדרדרות שנצפתה במצבה של מלי ז"ל, נוטש ד"ר חיים את ההחלטה הראשונית של scoop and run ומחליט על ביצוע אינטובציה בשטח, לצורך הבטחת נתיבי האוויר, מתוך חשש שללא אינטובציה, עם מסכת חמצן בלבד, הפצועה לא תגיע חיה למסוק. נקודת המוצא של ד"ר חיים הייתה כי ההעלאה בכבל המסוק תארך כ-5 דקות. עוד העריך ד"ר חיים כי האינטובציה תהיה קלה ותעבור בהצלחה.
117. נשאלת השאלה, האם מסקנתו של ד"ר חיים על התדרדרות משמעותית במצבה של מלי הייתה סבירה, והאם ההחלטה שקבל, לבצע אינטובציה בשטח, הייתה אף היא סבירה בשקלול כל הנסיבות?
118. גם המומחה מטעם התובעים, פרופ' גורמן, לא חולק על כך כי הייתה ירידה במצב ההכרה של מלי ז"ל שלוותה בירידה בסטורציה. אך הסיבה לכך נעוצה לדעתו במורפין שקבלה מרופא התאגיד עוד טרם הגעתו של ד"ר חיים, שהגיעו לשיא זמן ההשפעה שלו.
119. למעשה, אם נחדד את המחלוקת בין הצדדים נראה, כי גם המומחים מטעם התביעה [פרופ' גורמן וד"ר קליין בכובעו כמומחה] הסכימו, כי במצב של סטורציה ירודה [82] והעדר **נשימה ספונטנית אפקטיבית**, יש לעצור את תהליך ההעלאה למסוק, ולטפל בפצוע בשטח על ידי הבטחת נתיב אוויר דפניטיבי. גם לא הייתה מחלוקת כי אובחנה התדרדרות במצבה של מלי, אלא שבעוד שד"ר חיים אבחן נשימה בלתי אפקטיבית וייחס את ההתדרדרות במצבה להחמרת הדמם והפיכתו ממצב מפוצה למצב בלתי מפוצה, שעלול לדרדר עוד יותר את מצב ההכרה בזמן ההעלאה למסוק, ולגרום להפסקת הנשימה הספונטנית ולהעדר חמצון, ופגיעה קשה, עד כדי מוות, עד הגעתה למסוק, סברו המומחים מטעם התובעים כי הירידה במצב ההכרה נבעה ממתן המורפין, וכי יתכן והיה שיבוש בקריאת מד הסטורציה, בשל התכווצות כלי הדם ההיקפיים בשל הירידה בטמפרטורת הגוף והדימום הפנימי, והסטורציה שנמדדה טרם ההחלטה לבצע אינטובציה, לא הייתה מדויקת ולא הייתה נכונה, ולמעשה הסטורציה הייתה גבוהה יותר, וכי המסקנה על נשימה בלתי אפקטיבית אינה נכונה מאחר ולא נספרו נשימות.

120. התובעים מסתמכים בסיכומיהם גם על מסקנותיו של פרופ' קלוגר, המומחה מטעם המדינה, כי לא סביר שהסטורציה ירדה מ-94 ל-82 תוך 3-5 דקות. לדעתו, בדיקות הסטורציה נעשו על ידי רופא התאג"ד טרם בואו של ד"ר חיים, ועל כן עברו 20 ואפילו 40 דקות מאז המדידה הגבוהה ועד שאובחנה ירידה בסטורציה, ולכן לטענת התובעים, אין מדובר בהתדרדרות כה פתאומית שהצדיקה שינוי בהחלטה על הפינוי.

121. אכן, כפי שמצוין גם בתו"ל, חלק מתופעות הלואי של מתן מורפין הינן דיכוי נשימה וירידה בלחץ הדם, ועל ד"ר חיים היה להתחשב בקבלת המורפין בשקלול הנסיבות שגרמו להתדרדרות במצבה. אך גם לירידה בלחץ הדם כתוצאה מהדימום הנובע מן הפציעה, ובעיקר לאחר טלטלה של מלי העברתה לאלונקה והעלאתה לגדת הנחל, הייתה השפעה על מצב ההכרה. אין מדובר בגורם אחד ויחיד שהשפיע על מצב ההכרה אלא על מספר גורמים שחברו יחדיו, וגרמו לירידה במצב ההכרה. אלא שד"ר חיים לא התייחס כלל לעובדת קבלת המורפין, ולהיותו גורם לדיכוי נשימתי וייחס את ההתדרדרות במצבה אך ורק לדימום הפנימי.

122. האם במצב דברים זה, של דיכוי הנשימה כתוצאה מקבלת מורפין, ירידה בסטורציה [בסימן שאלה לגבי הערך הנכון לאור טמפרטורת הגוף הנמוכה] והתדרדרות במצב ההכרה, כאשר המסקנה בדבר נשימה בלתי אפקטיבית הייתה פרי התרשמות ולא תוצאה של מדידה, ובהתחשב במכלול הנסיבות – משך הזמן הצפוי להנפה למסוק ונוכחותו של פרמדיק במסוק שימשיך בהנשמה, ומשך הזמן הקצר להגעה במסוק לבית החולים, מול תנאי השטח הקשים לביצוע אינטובציה, העדר ציוד חיוני [LMA וקפנומטר שנפל למים], וחוסר ניסיונו של ד"ר חיים בטיפול בפצועים בשטח, החלטתו של ד"ר חיים לבצע אינטובציה בשטח, הייתה סבירה?

123. ויוער, כי כדי שהחלטתו של רופא תחשב כהחלטה סבירה, החלטותיו ופעולותיו צריכות להיות מבוססות על שיקולים סבירים ברמה המקובלת, נתמכות בספרות המקצועית ועולה בקנה אחד עם הנורמות המקובלות ברפואה באותה עת. כך, ששיקוליו והחלטותיו של ד"ר חיים צריכים להיבחן, בראש ובראשונה, בהתאם לעקרונות הטיפול בפצוע בשטח בענף הטראומה שנלמדו בקורסים בצה"ל [נספח ג' לתיק המוצגים של המדינה] להנחיות התו"ל והוראות ה-ATLS המהווים את הספרות המקצועית המקובלת בעולם רפואת הטראומה.

מעל לכל השיקולים היה צריך לרחף הכלל בדבר "שעת הזהב" לפיו הצלת חייו של פצוע מדמם אפשרית בדרך כלל, בשעה הראשונה. זמן ההגעה לבית החולים, הוא הגורם החשוב ביותר בשרידות של פצועים מדממים, ופרק הזמן שחולף עד עצירת הדימום הוא הגורם הפרוגנוסטי החשוב ביותר להצלת חיי פצוע מדמם [עמ' 22]. לכן גם נקבע, כי בשטח יש לטפל רק בבעיות המסכנות מיידיית את חיי הפצוע ואת יתר הפעולות החיוניות יש להשלים במהלך הפינוי. ולכן גם נקבע כי "פעולות כמו אינטובציה או החדרת נקז חזה, עלולות להיות קשות לביצוע בתנאי השטח, ולגזול זמן יקר. כאשר הסכנה לחיי הפצוע אינה

מיידית, כלומר, נתיב אויר אינו חסום והנשימה תקינה, יש לקחת בחשבון שיקולי זמן ומרחב ולהחליט אם ניתן להמתין עד ביצוען בבית החולים" [עמ' 24] בהקשר זה מוסיף התו"ל וקובע: "ביצוע אינטובציה "מניעתית" (פרופילקטית) לפצועים מחוסרי הכרה עם נשימה וסטורציה תקינות אינו חובה. ביצוע הפעולה יהיה על פי שיקולי זמן ומרחב ובתנאי שלפצוע יש ליווי אפקטיבי המסוגל להתערב בכל רגע נתון".

ההוריות לביצוע אינטובציה על פי התו"ל הם כדלקמן:

- פצוע שאינו נושם
- פצוע שנושם נשימה עצמונית שאינה יעילה [מספר נשימות קטן מ-10 או גדול מ-30]
- הנשמה לא יעילה בעזרת אמבו ומסכה
- פגיעת צוואר
- כווייה היקפית בצוואר המלווה בבצקת
- פצוע בהלם בדרגה גבוהה 3-4 [הוריה יחסית]
- מדד הכרה [גלזגו] נמוך מ- 8
- פגיעות חום/כוויות/שאיפת עשן
- פצוע עם הוריה גבולית לאינטובציה, המפונה במסוק, לידע עם זמן טיסה ארוך. {עמ' 98}.

ומעל הכול, מרחף כלל "שעת הזהב". מאחר וד"ר חיים הגיע לפצועה בשלהי שעת הזהב, פקטור הזמן להגעה המהירה ביותר לבית החולים היה צריך בעל חשיבות מדרגה עליונה.

124. מאחר ולא היה מדובר בחסימת דרכי האוויר אלא בדיכוי הנשימה בשל המורפין, סבר פרופ' גורמן כי לא היה מקום לדעתו לטפל בנתיב האוויר אלא במצב החימצון. אך גם פרופ' גורמן מסכים כי במצב דברים זה היה צריך לעצור את ההנפה למסוק ולטפל בפצועה בשטח [עמ' 136 ש' 6] אלא שלדעתו, היה צריך לטפל במצב החמצון ולא בדרכי האוויר: "לא צריכים לטפל בנתיב אוויר, צריכים לטפל במצב החמצון של החולה, ז"א לוקחים נתיב אוויר מלאכותי ומכניסים.. זה מונע את נפילת הלשון, אתה לוקח מסיכה ואמבו עם חמצן ואתה מחמצן את החולה. אתה מסתכל 3-4 דקות מה קורה, יש כניסת אוויר, אם יש כניסת אוויר זאת אומרת נתיב האוויר פרפקט, אם יש עליה בסטורציה ז"א שאתה הצלחת ואז אתה ממשיך לתת חמצן, אתה נותן לחולה לנשום ספונטנית עצמונית, אתה מסתכל 2,3 דקות, יש סטורציה סבירה, תעלה את החולה למעלה עם חמצן 100%". כאשר הפצועה בהכרה, יש לחבר לה מסכת חמצן. אם הפצועה אינה בהכרה מציע פרופ' גורמן להכניס air way למנוע את נפילת הלשון, ולהנשים עם חמצן 3,4,6 דקות ואז להניפה עם מסכת חמצן [עמ' 136 ש' 28], או להשתמש ב-LMA שהיא מסיכה לרינגיאלית, שמתיישבת על מיתרי הקול, קלה לשימוש ואינה דורשת מיומנות מיוחדת, וברוב המקרים מספקת חמצון ואוורור

טוב. במצב דברים זה, גם אם הפצועה אינה בהכרה, היא הייתה לדעתו מגיעה למסוק בחיים.

125. לאחר שד"ר חיים אבחן את ההתדרדרות במצבה של מלי, הוא הנשים אותה באמבו והעלה את הסטורציה חזרה ל-95. היכולת להנשים עם אמבו והעלאת הסטורציה מעידים על כך, שלא הייתה חסימה מכנית בדרכי האוויר. האם במצב דברים זה, והואיל ומלי ז"ל נשמה עצמונית, נכון היה להרכיב לה מסכת חמצן ולהניפה למסוק, כפי שסבר פרופ' גורמן בהינתן שמשך ההנפה למסוק אורך כ-5 דקות, **כפי שסבר ד"ר חיים**, ובמסוק המתין פרמדיק אשר יכול היה להמשיך בהנשמה באמבו?

החלטתו של ד"ר חיים לבצע אינטובציה בשלב זה, התבססה על החשש כי הנשימה העצמונית אינה אפקטיבית, עלולה להתרחש הפסקת נשימה ואז הסטורציה תרד לאפס תוך דקה [!] [עמ' 440] ולכן הפצועה עלולה להגיע למסוק כשהיא איננה בחיים או במצב של פגיעה קשה ביותר. למעשה, הוא החליט לבצע אינטובציה "מניעתית".

126. נקודת המוצא של ד"ר חיים, כי בהעדר הנשמה בלחץ חיובי, בעת ההנפה שצפויה הייתה להמשך להערכתו כ-5 דקות, הסטורציה יכולה לרדת לערכים נמוכים מאד ואף לאפס, הינה הנחה רפואית שנשללה גם על ידי פרופ' קלוגר המומחה מטעם הנתבעת.

אמנם בתחילה טען פרופ' קלוגר, כי לאחר שהועלתה הסטורציה ל-95 עם האמבו, הפסקת ההנשמה תגרום לכך שהסטורציה תחזור ל-84 שהייתה הסטורציה עם מסיכת החמצן, "ואולי במהלך ההנפה, שזה עשר דקות, היא תרד ל-40 ואז החולה תמות במהלך ההנפה" [עמ' 271]. אלא שאמירה זו לא מתיישבת עם ההנחה הבסיסית שלו, שההתדרדרות במצבה של מלי, והירידה מסטורציה 94 ל-82 התרחשה לא במשך 3-5 דקות, כפי שסבר ד"ר חיים, אלא תוך 20 – 40 דקות, ממדידת רופא התאג"ד. כאשר קצב ירידת הסטורציה, עם מסכת חמצן הוא כזה, ונקודת המוצא הינה סטורציה של 95, לא ניתן הסבר מניח את הדעת לחשש של ד"ר חיים לירידה כל כך דרסטית של הסטורציה תוך מספר דקות שדרוש להנפה.

127. כשהתבקש פרופ' קלוגר להתייחס לתרחיש הרלבנטי, דהיינו: העלאת הסטורציה ל-95 עם הנשמה באמבו, כאשר ההנפה אורכת כ-5 דקות במהלך אפשר להרכיב מסכת חמצן והפצועה תמשיך לנשום עצמונית, ובמסוק מחכה פרמדיק מנוסה כדי להמשיך ולהנשים באמבו, השיב באופן נחרץ וחד משמעי כי אין ספק שעם סטורציה 95 לא צריך היה לגעת בה, צריך להטיס אותה מיד לבית החולים [עמ' 272], כך שלמעשה, גם לפי פרופ' קלוגר, ההחלטה הרפואית הסבירה הייתה להעלות סטורציה, לשים מסכת חמצן ולהניף ולא לטפל בשטח.

128. ההחלטה על ביצוע נתיב אויר דפניטיבי לפני הגעת הפצוע לבית החולים צריכה להתבסס על פי התו"ל על הנחות היסוד הבאות [עמ' 9]:

-שיקולי זמינות הפינוי, זמן ומרחב – ולעיתים הם שמכריעים את מהות הטיפול הקדם בית-חולים.
 - אינטובציה של הקנה בשטח יכולה להיות קשה מאד ודורשת רכישת מיומנות, אימון ותרגול חוזר.
 - תורת הטיפול קדם בית החולים אינה יכולה להתעלם מהעובדה שחלק משמעותי מהמטופלים לא יהיו בעלי ניסיון יום יומי בטיפול בפצועים.
 -זיהוי פצוע הזקוק לאינטובציה מצריך ניסיון, ועל אחת כמה וכמה קבלת החלטה שלא לבצע אינטובציה.

לכן, נקבע ככלל כי "אין לבזבז זמן על אינטובציה מיותרת שעלולה לגרום לסיבוכים ולעכב התערבויות דחופות אחרות בפצוע קשה" ובמתארי פינוי מהיר, יש להשתדל לבצע מינימום של התערבויות בשטח. וממשיך התו"ל וקובע: **"נטפל רק במה שיהרוג את הפצוע בדקות הקרובות: אי ספיקה נשימתית ודימומים חיצוניים..** כאשר קיימת סכנה פוטנציאלית לדרכי האוויר של פצוע – חוסר הכרה, פציעת צוואר, חשד לשאיפת עשן, יש לשקול סכנה זו מול סכנות האינטובציה. כמו כן, ישנה חשיבות רבה לשיקולי זמן ומרחב, זמן הפינוי עד בית החולים יישקל מול הזמן המוערך לביצוע אינטובציה, וכאשר הפעולה דורשת סדציה ועלולה להסתבך בניסיונות חוזרים עד לביצוע קוניוטומיה – הזמן שיידרש עלול להיות ארוך יותר מזמן הנסיעה לבית החולים" [עמ' 13].

ולכן, ממשיך התו"ל וקובע, כפי שהמליץ גם פרופ' גורמן, כי **"בפצוע נושם ספונטנית עם סימני מצוקה נשימתית או ירידה במצב ההכרה, וללא סימני חסימת נתיב אוויר – הפעולה הראשונה שתבצע תהיה הנחת מסיכת חמצן. במקרים רבים זה יספיק על מנת למנוע היפוקסיה עד ההגעה לבית החולים"**.

129. בהתחשב בכללים ובהנחיות המהווים את ה-guideline המחייב לטיפול בנפגעי טראומה, ההחלטה להזריק הקטמין, כמהלך לפני האינטובציה, מהלך שאין ממנו חזרה, הייתה החלטה חפוזה ובלתי סבירה.

ד"ר חיים הצליח להעלות הסטורציה ל-95 מכאן שמסקנתו הייתה צריכה להיות שאין חסימה בדרכי האוויר. הוא היה צריך לספור נשימות כדי לעמוד על אפקטיביות הנשימה ולא להסתפק ב"התרשמות" על חוסר היעילות של הנשימה. הוא לא שקל את השפעת טמפרטורת הגוף הנמוכה על הסטורציה ולא בדק את קצב הירידה בסטורציה לאחר הפסקת הנשימה באמבו.

זאת ועוד. ההחלטה לבצע אינטובציה התקבלה למרות שמלי הייתה בהכרה מעורפלת [ולא מחוסרת הכרה כנדרש בהוריות] כאשר המשיכה לנשום עצמונית דבר המקשה על ביצוע האינטובציה ומצריך סדציה, מדד גלזגו היה 14 ולא 8 [בהתאם להוריות] ופרק הזמן שהיה

צפוי להנפה למסוק להערכתו היה קצר – 5 דקות והמרחק לבית החולים היה גם הוא של דקות ספורות.

למרות שתנאי השטח הקשים, הצורך לבצע את האינטובציה על גדת הנחל בשכיבה, בתנאי אור ורעש קשים, בהעדר ציוד מתאים [LMA וקפנומטר שנפל למים] – סבר ד"ר אמיר בניגוד לכל מה שלמד בקורס, כי האינטובציה תהיה קלה, ולא עמד על הסכנה כי בשל מכלול התנאים, לרבות הצורך בסדציה כי מלי נשמה עצמונית, האינטובציה תהיה קשה ותגזול זמן יקר, ואף עלולה להיכשל ואזי יהיה מחויב לבצע קוניוטומיה, על סכנותיה ובעיקר על הימשכות הפרוצדורה, שתפגע קשות בסיכויי ההישרדות של הפצועה, אליה הגיע בשלהי 'שעת הזהב'.

ההחלטה הסבירה שהייתה צריכה להתקבל על ידי ד"ר חיים בשלב זה, על פי הוראות התו"ל ובסיס הידע הרפואי שהיה קיים בצה"ל היה להעבירה במהירות הגבוהה ביותר לבית החולים, ולא להתעכב בשטח לביצוע אינטובציה. הן על פי הנחיות התו"ל, הן לדעת פרופ' גורמן ואף לגישתו של פרופ' קלוגר, ההחלטה הרפואית הסבירה הייתה להעלות את ריווי החמצן באמבו, לחברה למסכת חמצן ולהניפה למסוק, ושם להמשיך ולהנשימה באמבו עד להגעתה לבית החולים.

אשר על כן, הנני קובעת כי החלטתו של ד"ר חיים בנסיבות אלו לעצור את הפינוי ולבצע אינטובציה בשטח, לא הייתה סבירה.

130. טוענים התובעים כי באפשרותו של ד"ר חיים היה להזעיק לעזרתו את הפרמדיק המוסק, שהיה מנוסה ממנו בביצוע אינטובציות, או להיעזר בפרמדיק של היחל"ץ שהיה בשטח, אך הורחק מטיפול בפצועה על ידי ד"ר חיים. לעניין זה, גם פרופ' קלוגר הביע דעתו, כי הגורם המנוסה ביותר בשטח הוא זה שצריך "ליטול פיקוד" על הטיפול הרפואי בפצוע, ולא דווקא בעל הדרגה הגבוהה או הבכיר מכולם. הורדת הפרמדיק המוסק הייתה יכולה להתבצע, בד בבד עם העלאת הסטורציה והבחינה המחודשת של מצבה של מלי ז"ל, לאחר ההנשמה באמבו. טענתו של ד"ר חיים, כי הורדת הפרמדיק הייתה מעכבת את הפינוי בזמן ארוך ובלתי סביר, לא מעוגנת בעדויות שנשמעו. גם ד"ר הירשהורן הסכים, כי הורדתו הייתה עורכת 5-10 דקות, ואחר כך אכן היה צריך להעלותו כדי לקלוט את הפצועה במסוק. אך אם ראה ד"ר חיים חשיבות עליונה בהבטחת דרכי אוויר דפיניטיביים, ולצורך כך עיכב את הפינוי המוסק, פרק הזמן שהיה דרוש להורדת הפרמדיק כבר לא היה משנה את התמונה הכוללת באופן משמעותי, ומאידך, נוכחותו הייתה עשויה **לסייע** בביצוע האינטובציה ולהעלות את סיכויי הצלחתה. כך גם, היעזרות בפרמדיק של היחל"ץ, שהיה בסמוך וצירופו לטיפול לא היה גורם כל עיכוב.

131. ויודגש: התובעים מעלים טענות קשות כנגד חוסר ניסיונו של ד"ר חיים בביצוע אינטובציות בשטח, ורואים בכך התווית נגד ברורה ונחרצת נגד ביצוע האינטובציה על ידו בנסיבות

העניין. ואכן, גם המומחים מטעם הנתבעים, פרופ' קלוגר וד"ר הירשהורן התייחסו במהלך חקירותיהם לניסיון שיש לרופא בביצוע אינטובציה בשטח כשיקול במכלול השיקולים שעל רופא לשקול בבואו לקבל החלטה אם לבצע אינטובציה בשטח אם לאו, ונשמעו מפיהם אמירות, כי בהעדר ניסיון בשטח, עדיף להעביר במהירות לבית החולים מאשר להתעכב על ביצוע ניסיונות אינטובציה בשטח.

כבר עמדתי על כך, כי אין בידי לקבל טענה זו, לפיה **עצם ביצוע האינטובציה על ידי רופא חסר ניסיון לביצוע אינטובציות בשטח, מהווה רשלנות, כטענה העומדת בפני עצמה.** ובמאמר מוסגר אשאל, אם הייתה האינטובציה מצליחה, האם גם אז היו התובעים טוענים לרשלנות אך ורק בשל חוסר הניסיון של ד"ר חיים?

כאמור, רף הזהירות הנדרש בגדרה של עוולת הרשלנות נקבע בהתאם לשיקולים של מדיניות משפטית אותה מתווה בית המשפט, ובית המשפט לא יסכין עם קביעת רף זהירות כזה לפיו רופא אשר הוסמך על ידי הגורמים האמונים על הסמכתו לשמש כרופא צבאי ביחידת החילוץ של צה"ל, ועבר את כל ההכשרות שנקבעו בהצלחה, יחשב כרשלן אם ביצע פעולה מצילת חיים בשטח, רק בשל חוסר ניסיון מבצעי קודם. השיקול אם יש לבצע פעולה מצילת חיים כמו אינטובציה, צריך להיחתך על יסוד פרמטריים רפואיים טהורים. קביעת רף זהירות כפי שעותרים לו התובעים, תרפה את ידם של כל הרופאים והמטפלים בטרואומה, שלא לפעול מחשש שייקבע כי התרשלו, אם טפלו בפצוע לראשונה, או כשניסיונם מועט. וכך, לא יצטרפו רופאים חדשים למעגל המטפלים בטרואומה. ההחלטה אם לבצע טיפול **רפואי נחוץ וחיוני** צריכה ליפול על יסוד פרמטריים רפואיים גרידא, ולא על יסוד החשש מפני תביעה משפטית בגין רשלנות, אך ורק בשל חוסר ניסיונו של הגורם המטפל. מסקנה זו אינה ממעיטה מחשיבות שקילת כל השיקולים הרפואיים הנכונים ויישומם בדרך המקובלת שנלמדה ומופיעה בהנחיות התו"ל, לרבות היעזרות בגורם רפואי [רופא או פרמדיק] בעלי ניסיון הנמצאים בשטח.

132. כישלון האינטובציה לכשעצמו, אינו בבחינת רשלנות. כל המומחים היו תמימי דעים, כי גם המנוסים שברופאים נכשלים לעיתים באינטובציה, גם בתנאים הרבה יותר נוחים מהתנאים בהם בוצעה האינטובציה על ידי ד"ר חיים. אלא שלאחר כישלון האינטובציה, כבר לא הייתה דרך חזרה, מאחר שמלי ז"ל הורדמה לצורך ביצוע האינטובציה, ומצב ההכרה שלה ירד לגלגו 3. בצידוד שנשא ד"ר חיים לא היה LMA, [גם התובעים בסיכומיהם מסכימים כי האחריות למחדל זה יש להטיל על היחידה ולא על שכמו של ד"ר חיים], לכן היה צורך מידי לבצע קוניוטומיה, שהיא פעולה קשה יותר, נדירה ודורשת מיומנות רבה. למרבה הצער, גם פעולה זו נכשלה.

ד"ר קליין הצביע על כך, שבנתיחה שלאחר המוות הוברר כי לא היה מעבר לקנה הנשימה דרך הקוניוטומיה, הקוניוטום לא היה בתוך קנה הנשימה, מאחר והחתך היה צר מכדי

לאפשר החדרת צינור הקוניוטום. זאת ועוד, החתך נמצא בסחוס, ולא בממברנה בין הסחוסים, שם צריך להחדיר את הקוניוטום.

גם פרופ' קלוגר נאלץ להסכים כי "הייתה בעיה" עם הקוניוטומיה. ואכן, ד"ר חיים חשד בקיומה של בעיה, כי הוא לא הצליח להנשים, וביקש מן הפרמדיק של החל"ץ לבדוק את מיקומו של הקוניוטום. לדבריו, הפרמדיק אישר שהוא רואה את הקנולה דרך מיתרי הקול, אך אמירה זו מהווה עדות שמיעה, וספק אם היא מבוססת על אדנים רפואיים נכונים, כפי שהעיד פרופ' גורמן, שהינו מרדים עתיר ניסיון, כי לא ניתן לראות את הקוניוטום מבעד למיתרי הקול באמצעות לרינגוסקופ רגיל.

כישלון הקוניוטומיה נלמד גם מכך, שבהגיעה לבית החולים, הוצאה הקנולה והוחזר טובוס, ההנשמה הצליחה ומיד חל שיפור במדדי הנשימה.

133. טוענים התובעים כי כישלון הקוניוטומיה לא נבע רק מחוסר ניסיון, אלא מהעדר כלים תיאורטיים להתמודד עם פעולה קשה זו והעדר ידע שדרוש לזהות את האנטומיה של ביצוע הקוניוטומיה והמיקום להחדרת הקנולה.

אינני סבורה כי יש לקבוע כי כישלון הקוניוטומיה לכשעצמו מהווה רשלנות. גם המומחה מטעם הנתבעים הודה, כי קוניוטומיה מוצלחת בשטח הינה "מעשה הרואי" – כה ייחודי ונדיר. כישלון הקוניוטומיה נבע מחתך צר מידי, שנעשה בסחוס ולא בממברנה בין הסחוסים, ולא חדר לקנה הנשימה. הנתביב השגוי של הקוניוטום נחשד אך לא אובחן, וגם המומחה מטעם הנתבעת העיד כי לא אחת מגיעים לחדר מיון פצועים מהשטח, שבוצעה בהם קוניוטומיה על ידי פרמדיקים מנוסים, והקנולה סוטה במקביל לקנה ולא חודרת אליו.

134. משלא הצליח ד"ר חיים להנשים דרך הקנולה, חשד בקיומו של חזה אויר. בדיעבד הסתבר שהאבחנה הייתה שגויה, ולא היה צורך בהחדרת הנקז, והקושי בהנשמה נבע מכישלון הקוניוטומיה. עצם הטעות באבחנה לא הייתה מהווה לכשעצמה רשלנות, אלא שהטיפול שביצע ד"ר חיים, בעקבות האבחנה השגויה, החדרת הנקז ברווח בין-צלעי 7 במקום 4, ניקוב הסרעפת וקרע בכבד, סטו מהנחיות התו"ל המגבשות את כללי הרפואה הסבירה, במידה כה חמורה, העולה כדי פעולה לא סבירה, כפי שנאלץ גם פרופ' קלוגר להסכים.

כתוצאה מכך, הכבד דימם בכמות ניכרת. הדימום החמיר את מצבה ההימודינמי של הפצועה, תרם להלם התת נפחי, ולחמצת הקשה איתה הגיעה לבית החולים.

134. ניתן לסכם ולקבוע, כי התביעה הוכיחה במידת ההוכחה המוטלת עליה במשפט אזרחי, כי הטיפול שקבלה מלי ז"ל מידינו של רופא היחידה היה רשלני. הרשלנות באה לידי ביטוי באי קיום בדיקות מתחייבות [ספירת נשימות, בדיקת דופק ולחץ דם, מעקב אחר סטורציה וקצב ירידת הסטורציה], כדי לעמוד לאשורו על מצבה של הפצועה, באי כיסוי הפצועה

וחוסר שמירה על חוס הגוף, באבחון שגוי של מצבה והסיבות לכך, בקבלת החלטה על ביצוע האינטובציה בשטח במקום לפנות במהירות האפשרית לבית החולים, באי העזרות בגורמים מנוסים שהיו בהישג יד, ולבסוף – בהחדרת נקזים [על בסיס החלטה שגויה] באופן הסוטה במידה רבה מכללי הרפואה הסבירה.

הפעולות הרשלניות גרמו לאי ספיקה נשימתית חריפה, משלא צלחו האינטובציה והקוניוטומיה, להיפוקסיה והיפרקפניה, ולהחמרה בהפרעה לתפקודי הקרישה, כתוצאה משילוב הירידה בלחץ הדם, שנגרמה בשל העיכוב בפינוי והדמם מהכבד, חמצת וירידת חוס הגוף, אשר שילובם גרם לבסוף למותה של מלי ז"ל, כפי שהסכים גם פרופ' קלוגר מומחה הנתבעת.

135. התובעים טוענים גם לאחריות ישירה של המדינה, בייחסם אחריות גם ליחידת 669, במסגרתה פעל ד"ר חיים, באשר לעצם קבלתו ליחידה, ובהתרשלות בהכשרת רופאי היחידה והטמעת הנהלים בה, ובאפשרה לרופא בלתי מנוסה ובלתי מיומן לצאת לשטח ללא השגחה כלשהי.

הודעתי לצדדים במהלך הדיון כי אין בדעתי לדון בטענות אלו, מה גם שלא הונחו בפני בית המשפט הכלים לדון ולבחון את סבירות נהלי קבלת הרופאים ליחידה, סבירות הכשרתם, ושיבוצם.

הדיון בטענה זו ממילא מתייתר נוכח קבלת תביעת התובעים, באשר לאחריותו של ד"ר חיים, המקימה אחריות על המדינה, מתוקף אחריותה השילוחית.

136. חלוקת האחריות בין הנתבעים

מסכת האירועים שנדונה בתביעה הובילה לתוצאה הטרגית של מותה של מלי ז"ל. ונשאלת השאלה, כיצד יש לחלק את האחריות בין הנתבעים?

137. הנתבעת 1 טוענת בסיכומיה כי יש לקבוע כי הנזק שנגרם מנפילת המנוחה ניתן להפרדה מן הנזק שגרם ד"ר חיים ואשר לו אחראית המדינה. הנזק שנגרם בנפילה מתקיים לטענת הנתבעת 1 עד לתחילת טיפולו של ד"ר חיים ומדובר בפרק זמן קצר של כשעה. הרשות מסתמכת על ההלכה שנקבעה בע"א 246/86 עזבון חנשווילי ואח' נ' רותם, פ"ד מח(2) 529 לפיה במקרה שבו שני מזיקים פעלו זה אחר זה, וכתוצאה מפעולתו של המזיק השני, הנזק שיצר המזיק הראשון חדל להתקיים, כמו במקרה של גרימת מוות, יש להטיל את הנזק על המעוול השני.

הרשות טוענת כי כך במקרה דנן, מדובר בשני אירועים נפרדים לחלוטין, כאשר כל אחד התרחש ביחידת זמן שונה, בכל אחד מהם נזק גופני נפרד, ומבלי שהאירוע הראשון חייב את התוצאה שנגרמה בגין האירוע השני, ועל כן כל נתבע אחראי רק לנזק שגרם. ולכן,

הרשות תישא בנזק שנגרם כתוצאה מן הנפילה לתהום עד תחילת טיפולו של ד"ר חיים, עניין של כשעה במהלכו יש להעריך את הנזק בגין כאב וסבל בלבד.

138. נקודת המוצא של המדינה היא כי אין מדובר בשני נזקים נפרדים. הנתבעת 2 מאידך טוענת בסיכומיה כי יש להתייחס לנתבעים כאל "מעוולים יחד" כאשר חלוקת האחריות ביניהם צריכה להיקבע לפי הצדק והיושר בהתחשב במידת האחריות של כל אחד מן המעוולים, בהתאם להוראות סעיף 84(ב) [לפקודת הנזיקין](#), דהיינו: לפי מידת האשם המוסרי שיש לייחס לכל אחד מן המעוולים, או לפי מבחן האשמה ההדדית הכולל הן את רכיב הסיבתיות והן את רכיב האשמה המוסרית. לפי מבחן זה, טוענת המדינה כי מירב האשמה המוסרית מוטלת על הרשות, שכן באמצעי פשוט וזול הייתה יכולה למנוע את התאונה, וכי היה עליה לצפות כי מי שנופל מגובה כפי שנפלה המנוחה, עלול למצוא את מותו, בעוד שד"ר חיים היה צריך לפעול בתנאים קשים וחריגים, ולכן מידת "האשם המוסרי" שיש לייחס לו קטנה לאין שיעור.

139. אינני סבורה כי במקרה דנן, מדובר בנזק שניתן לחלוקה קרי: נזקי הנפילה לחוד, והמוות המצער לחוד. יפים לעניין זה הדברים שאמר בית המשפט בע"א 22/75 [כלפא אדרי נ' עזזיאן, פ"ד ל\(1\) 712, 701](#):

"כפי שראינו לעיל, הרי כאשר מזיקים נפרדים גורמים נזק נפרד, נוטים לחפש אמת מידה סבירה לחלוקת האחריות בין המזיקים. אך יש ותוצאותיהם של מעשי העוולה מונעים חלוקתו הסבירה של הנזק, היינו: יש מקרים בהם מהווה כל חלק מן הנזק חלק בשרשרת אירועים אשר הפרדתה לחוליותיה היא חסרת היגיון. לגבי נסיבות כאלה גרסו כי יש לחלק את הנזק לפי אמת המידה של הסיבתיות, כגון: כאשר פלוני נדרס בתאונת דרכים עקב רשלנותו של נהג, הוא מעוול א' ונפטר בבית החולים בזמן הניתוח עקב רשלנותו של מנתח, הוא מעוול ב'. מאחר והניתוח בוצע בשל הפגיעה, בה נפגע הקורבן כתוצאה ממעשה העוולה של הנהג, הרי ניתן לייחס לנהג את הנזק כולו. אולם במקרה של פטירת הקורבן, גם הרופא אחריות לו לנזק כולו."

וממשיך בית המשפט וקובע:

"לאור האמור לעיל, הנני סבור שיש לאמץ את ההשקפה כי האחריות הסולידרית, יחד ולחוד, מן הראוי שתחול בכל מקרה בו לא ניתן להפריד ולאבחן את הנזק לחלקיו בדרך סבירה ויעילה. במילים אחרות, יש מקום לטמיעה של שני סוגי העוולות הנפרדות, זו המקבילה וזו העצמאית, בהן התוצאה של העוולה לא ניתנת להפרדה סבירה, היינו: דין אחד לעניין החבות לנזק בכל אותם מקרים בהם הנזק הסופי שזור ומשולב יחד ואינו ניתן להפרדה גם אם נגרם בשלבים, ואף אם חלקו נגרם על ידי מעשה העוולה הראשון, לפני שהוגבר על ידי מעשה העוולה השני."

הנני סבורה כי המקרה דנן נופל בקטיגורית המקרים של גרם נזק בעוולה על ידי מעוולים שפעלו בנפרד, כאשר לא ניתן לקבוע בוודאות מה תרומתו של כל מעוול לנזק שנגרם, ואין

מדובר במקרה בו הנזקים שגרם כל מעוול ניתנים להפרדה באופן שניתן להחייב כל מעוול רק בגין הנזק שהוא גרם.

הפתרון במקרים אלו הוא חיובם של שני המעוולים בכל נזקו של התובע: "ההנמקה אפשרית.. היא שאלמלא כל אחד מהגורמים העוולתיים לא היה נגרם סוג הנזק שנגרם בפועל, אפילו אם במונח הפשוט של המילה כל גורם אינו גורם-בלעדיו-אין למלא הנזק. על פי דרך הנמקה זו, לו פעל כל אחד מהמעוולים לבד, היה נגרם לתובע נזק, אך נזק זה היה שונה במהותו, ולא רק בכמותו, מזה שאירע לו בפועל, מכיוון שלפעולתם הבו-זמנית של שני הגורמים העוולתיים היה משקל סגולי מיוחד בגרם הנזק" [ראה: פרופ' אריאל פורת, נזיקין, הוצאת נבו, פרק 4], וביניהם יחולק נטל הפיצויים לפי האשם או מידת הסיכון שיצרו בהתנהגותם כלפי הניזוק.

140. אין זה נכון להחיל בנסיבות המקרה את הלכת חנשווילי. הנזק שיצר המעוול הראשון – קרי: הפציעה בעקבות הנפילה-השברים הבלתי יציבים באגן והדימום הפנימי שגרם להלם תת-נפחי, נזק זה לא "נפסק" כאשר נכנס לתמונה המעוול השני. הנזק הראשון לא התגבש במלואו, ולא ניתן לקבוע בוודאות מה היה היקפו של הנזק כתוצאה מהנפילה, אלמלא התערב הגורם השני. לא הייתה מחלוקת בין המומחים מטעם הצדדים, כי מדובר בפציעה קשה היוצרת סכנת חיים ממשית.

ללא ספק, פעולותיו של ד"ר חיים החמירו את הנזק, כתוצאה מאי חימצון בשל כישלון האינטובציה והקוניוטומיה, ובהחמרת הדימום כתוצאה מן הפגיעה בכבד. מדובר בנזקים שפעלו בו זמנית והביאו לתוצאה הטרגית של מותה של מלי ז"ל.

אינני סבורה כי מידת האשם המוסרי של מעוול אחד נמוכה או גבוהה ממידת האשם המוסרי של מעוול שני. גם מידת הסיכון שיצר כל מעוול בתחומו הינה זהה – שניהם יצרו סכנת חיים ממשית, סכנה שלמרבה הצער, התממשה.

על כן הנני סבורה, כי בנסיבות העניין, יש לחייב את הנתבעים 1 ו-2 במלא נזקי התובעים, כאשר חלוקת האשם ביניהם תהיה בחלקים שווים.

141. גובה הנזק

המנוחה השאירה אחריה בעל וארבעה ילדים, שכולם היו יורשיה. בעלה חנוך ובנה הצעיר אבישי, שהיה בן 13 במותה, הינם גם תלויים במנוחה. חישוב הנזק ייעשה בנפרד לעזבון ובנפרד לתלויי המנוחה.

142. נזקי העזבון

נזקי העזבון הם בגין כאב וסבל, קיצור תוחלת חיים ופיצוי בגין "השנים האבודות".

143. כאב וסבל וקיצור תוחלת חיים

התובעים השאירו לשיקול דעת בית המשפט את פסיקת הפיצויים בגין כאב וסבל וקיצור תוחלת חיים תוך הפנייה לעובדות המקרה, לניסיונות האינטובציה שכשלו בעודה בהכרה ונושמת, למאבקה להמשיך לנשום, חרף פעולותיו של ד"ר חיים. התובעים מצביעים על היות המנוחה כבת 50 במותה, בשיא פריחתה האישית והמקצועית, ומפנים לפסיקה רלבנטית, לפיה הפיצויים עולים כדי גובה סמכותו של בית המשפט.

הנתבעים מאידך, מסתמכים על פסיקה אחרת, ומציעים לפסוק באב הנזק של כאב וסבל וקיצור תוחלת חיים סכום כולל של 250,000 – 275,000 ₪.

בשוקלי את הפיצוי בגין כאב וסבל, לקחתי בחשבון את הפחד והאימה שאחזו במלי ז"ל כשנפלה, בכאבים הקשים שחשה כתוצאה מהשברים המרוסקים שסבלה, בשכבה חסרת אונים על גדת הנחל, בהבינה כי מצבה קשה, ההתדרדרות בהכרה והקושי בנשימה, וכן סיבלה במהלך הטיפול עצמו. אמנם זמן קצר לאחר שהחל ד"ר חיים בטיפול, וכתוצאה מתרופות ההרדמה שקבלה, אבדה הכרתה, וזו לא שבה אליה עד לפטירתה למחרת היום.

בנסיבות אלו, הנני סבורה כי הפיצוי בגין כאב וסבל מן הראוי שיעמוד על סך 100,000 ₪.

144. בשוקלי את הפיצוי בגין קיצור תוחלת חיים, לקחתי בחשבון כי מדובר באשה כבת 50, בריאה ופעילה, שתוחלת חייה קוצרו בכ- 35 שנים.

הפיצוי הראוי בגין קיצור תוחלת חיים עומד על 500,000 ₪.

145. הפיצוי בגין השנים האבודות

על פי תצהירו של בעלה של המנוחה, המנוחה הייתה מורה למחול, ועבדה כשכירה במסגרת המועצה האזורית יואב. כעשר שנים לפני האירוע נשוא התביעה, בשנת 1995, פתחה מלי ז"ל סטודיו פרטי למחול במרתף ביתה, בו העבירה חוגים לבלט לילדות. במהלך השנים התווספו חוגים נוספים עם מורים חיצוניים. מלי הייתה בצפייה להצטרפות בתם רות, כמדריכה בסטודיו, וכך להרחיב את חוג לקוחותיה. כמו כן, סמוך לפני התאונה, הייתה מלי במו"מ לשכירה או רכישה של שני אולמות בבית שמש בהם התכוונה להפעיל חוגים שונים.

מותה של מלי ז"ל גדע את התוכניות. הבת רות לקחה על עצמה את ניהול הסטודיו. היא מקבלת משכורת חודשית, ושאר הרווחים משולמים לבעל-האב חנוך רייכמן, שתומך במשפחתו.

מדו"חות השומה שהוגשו עולה כי ממוצע ההכנסות השנתי של שני בני הזוג יחד, עמד בשנים 2003-2004 על קרוב ל- 600,000 ₪ ברוטו, כאשר הכנסתו החודשית הממוצעת של

ד"ר רייכמן הייתה קרוב ל- 50,000 ₪ והכנסתה החודשית הממוצעת של מלי ז"ל הייתה בין 7,000 – 8,000 ₪ [כל הנתונים מעוגלים].

במצב דברים זה, של פער גדול בין הכנסותיה של מלי ז"ל לבין הכנסותיו של בעלה, מסכימים גם התובעים, כי חישוב הפיצוי ב"שנים האבודות" לפי שיטת הידות, אינו מצביע על אובדן הכנסה, ומזמינים את בית המשפט לפסוק פיצוי על דרך האומדנא לפי שיקול דעתו.

מאידך, טוענים הנתבעים במסגרת הטעון המשפטי של שומת הנזק, כי הואיל ומאזן הנזק באב הנזק של השנים האבודות הוא שלילי, לא רק שאין מקום לפסיקת פיצוי בגין "השנים האבודות" אלא שיש לקזז מן הפיצוי לעיזבון את ההפרש החשבונאי שנובע מן הפער בהכנסות, שנוצר עקב הפחתת ידת הקיום של המנוחה.

המדינה גם מוסיפה וטוענת, כי לאור השברים הקשים שסבלה בפציעתה, ללא קשר לרשלנות המיוחסת למדינה, הרי בספק אם הייתה יכולה לחזור לתפקד כמורה למחול, ולכן מיצתה את כושר השתכרותה.

מאחר וכאמור, גם התובעים מסכימים כי חישוב לפי שיטת הידות, שנקבעה בפסיקה כשיטה על פיה יש לחשב את הפיצוי בגין "השנים האבודות" לא מצביע על אובדן הכנסות, הנני סבורה כי אין מקום לפסיקת פיצוי על דרך האומדנא. כך גם אין מקום לקיזוזים בגין היתרה שנוצרת לכאורה מהפחתת ידת הקיום של המנוחה. הנתבעים גם לא הפנו לפסיקה ברוח זו.

147. הוצאות קבורה ומצבה

הוצאות הקבורה והמצבה עלו כדי 10,000 ₪, על פי תצהירו של הבעל, אך לא הוצגו לעניין זה קבלות. התובע לא נחקר על כך, ואשר על כן הנני פוסקת לעיזבון בגין הוצאות קבורה ומצבה, סך של 10,000 ₪ נכון למועד הפטירה. על סכום זה יתווספו הפרשי הצמדה וריבית ממועד הפטירה ועד למועד פסק הדין.

148. נזקי התלויים:

נזקי התלויים מתמצים באובדן שירותי אישה ואם. במועד פטירתה, היה הבן הצעיר, אבישי כבן 13 שנים, בתחילת גיל ההתבגרות, ואיבד את טיפולה ותמיכתה של אמו בגיל כה קריטי להתפתחותו. בנוסף, בשל היותו עד לאירוע ולטיפול באמו נזקק לטיפול פסיכולוגי, אותו מבקשים התובעים לכלול במסגרת הפיצוי לתלוי.

כן, מתבקש לפסוק פיצוי לבעל חנוך, בגין אבדן שירותי אישה, באשר חנוך לא נישא בשנית.

הנתבעים פיצוי בגין אבדן שירותים לתלויים, לעבר ולעתיד, בסכום כולל שנע בין 40,000 ₪ ל- 61,000 ₪.

149. "הפיצוי הניתן בעבור אובדן שירותי-אם לטובת ילדי המנוחה נועד, ביסודו, לכסות הן את הטיפול הפיסי היומיומי שנמנע מהילדים, והן את הערך המוסף – האנושי – שקרבת האם לילדיה תורמת לגידולם, לחינוכם, להתפתחותם ולאשרם. באובדן שירותי-אם אין מדובר רק באובדן שירותים פיסיים, המתבטאים בדאגה למשק הבית – הכנת אוכל, כביסה, ניקיון, ודאגה לילד בעת מחלה. האובדן הוא רחב ועמוק מזה. ילד מאבד את דאגת האם לצרכיו הפיסיים, הנפשיים והרוחניים כאחד, כשכל אלה מלווים באהבת אם, במסירות, ובמחויבות פנימית, בלא תנאי, לדאוג לטובתו ולרווחתו. אחריותה של האם כלפי המשפחה משלבת, בלא יכולת הפרדה, את פן הדאגה הפיסית ופן הדאגה הנפשית לילדיה, וכל אלה ארוגים יחדיו במושג העמום הקרוי "שירותי-אם". נתינה מורכבת זו של אם לילדיה, שמקורה בזיקת הדם, היא בעלת אופי יציב וקבוע שאינו חשוף לתמורות הזמן ולשינויים. היא מהווה גורם בעל משקל מכריע בהתפתחותו של הילד, בעיצוב אישיותו, ובאשרו. אין לה תחליף הניתן להירכש בכסף או במעשים של חסד בידי הזולת" [ראה: ע"א 9788/07 עיזבון המנוחה הדיל מרמש נ' ד"ר אילנה שלזינגר (פורסם בנבו)].(30.5.2010)

בית המשפט הציע [בדעת מיעוט שלא התקבלה לאור נישואי האב] להעמיד את הפיצוי בגין אבדן שירותי אם על סך 150,000 ₪. עוד נקבע באותו עניין, על יסוד פסיקת בתי המשפט בעשרות השנים האחרונות, כי מטוטלת הפיצוי בגין אבדן שירותיו של בן זוג, נעה בסכומים שבין 200,000 – 300,000 ₪, בהעדר נסיבות מיוחדות.

על הלכה זו חזר לאחרונה בית המשפט העליון בע"א 4574/11 עיזבון וירשי המנוח נזאל אג'וד נ. הפניקס חברה לביטוח, (19.5.13)[פורסם בנבו].

150. בהתחשב בהלכה זו, הנני פוסקת בגין אבדן שירותי אישה ואם סכום כולל של 200,000 ₪.

151. ניכויים

אין חולק, כי מסכום הפיצויים יש לנכות את קצבאות המל"ל בהתאם לחוות דעת אקטוארית עדכנית שתוגש.

על סכום הפיצויים, לאחר ניכויי המל"ל, יתווספו הוצאות משפט לרבות שכ"ט עו"ד בשיעור כולל של 25%.

המזכירות תשלח לב"כ הצדדים עותק מפקס הדין.

תוגש פסיקתא לחתימתי תוך 30 יום מהיום.

ניתן היום 27 לאוקטובר 2013, בהעדר הצדדים.

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

זחבה אגי 54678313-/
נוסח מסמך זה כפוף לשינויי ניסוח ועריכה