

מדינת ישראל

בתי הדין למשמעת – משרד הבריאות בירושלים



תיק בד"מ 2/8/20

04.07.2022

בפני חברי הועדה:

גב' סימה אזולאי - יושבת ראש

גב' שרה אפרתי - נציגת הסתדרות האחים והאחיות

עו"ד משה ארד - נציג היועץ המשפטי לממשלה

הקובל: המנהל הכללי משרד הבריאות

ע"י ב"כ עוה"ד יונתן ברג

נגד

הנקבל: פלוני

ע"י ב"כ עוה"ד יהושע רזניק

המלצה

לאחר שמיעת הראיות בתיק זה ממליצה הוועדה לזכות את הנקבל מכל האישומים בהם מואשם בכתב הקובלנה.

להלן נימוקי ההמלצה:

1. בתאריך 23.08.2020 הגיש הקובל כתב קובלנה (להלן: "הקובלנה") נגד הנקבל. ע"פ כתב הקובלנה, גילה הנקבל רשלנות חמורה במילוי תפקידו בכך שהשאיר מפגע בחדר הניתוח ולא דאג לסילוקו המיידי למרות התרעות רבות מגורמים בכירים שונים.

2. פרטי הקובלנה

א. הנקבל אח מוסמך, שימש כ"מנהל חדרי ניתוח" בבית החולים הדסה עין כרם בירושלים (להלן: "ביה"ח")

ב. בתחילת שנת 2020, נכנס פרופ' עוז שפירא לתפקיד מנהל מחלקת ניתוחי חזה לב בביה"ח. עם כניסתו ולפי בקשתו, הותקן בקיר חדר הניתוח מס' 8 בביה"ח ברז פחמן דו חמצני (להלן: "ברז פד"ח") זאת לצרכיו של פרופ' שפירא בניתוחים אותם מבצע בחדר זה.

ג. בעקבות התקנת ברז הפד"ח התריע ד"ר יובל מרוז, מרדים בכיר בביה"ח, על עצם התקנת ברז מסוג זה אשר יכול לגרום לסכנה לחולים ולמנותחים בחדר 8 הנ"ל. כמו כן ביקש מהנקבל ל"סלק מיידי את המפגע מחדר הניתוח".

ד. למרות התרעותיו של ד"ר מרוז לא סילק הנקבל את ברז הפד"ח מחדר הניתוח.

ה. משמצא ד"ר מרוז כי הברז עדיין נמצא בחדר הניתוח למרות התרעותיו, הוציא את הברז מהקיר ע"מ למנוע שימוש בו והסכנה הנובעת ממנו. בעקבות האמור, הורה הנקבל על השבת הברז למקומו ואף לחברו לקיר באמצעות שרשרת כדי למנוע הוצאתו.

ו. בהמשך לאמור, ובשל השבת הברז לחדר הניתוח, פנה ד"ר מרוז בהתראה לגורמים בכירים בביה"ח וביניהם פרופ' שפירא ופרופ' וייס, מנהל מחלקת ההרדמה בביה"ח ודרש את סילוקו הדחוף של הברז מחדר הניתוח.

ז. התרעותיו של ד"ר מרוז הועברו למנהל ביה"ח ד"ר יובל וייס אך הואיל ופרופ' שפירא התנגד להוצאת הברז מחדר הניתוח, נשאר הברז במקומו ו"הנקבל התבקש למצוא פתרון בטיחותי לסוגיה".

ח. בעקבות הפניה האמורה לנקבל החליט זה "על מספר תיקונים קוסמטיים" כגון החלפת צבע הברז והצגת שלט אזהרה לפיו הברז הוא ברז פד"ח ולא חמצן וכן הורה על הוצאת ברז הפד"ח מחדר מס' 8 לאחר כל ניתוח בו השתמש פרופ' שפירא בברז, ולהעבירו למגירת טכנאי מכונת לב ריאות שבחדר הניתוח באופן שהברז יותקן אך ורק בעת הצורך.

ט. הנקבל לא ווידא שהסכנה "הוסרה כראוי בכך שלא ניתן לחבר צינור החמצן לברז הפד"ח ושהצוות פועל תמיד לפי ההנחיה החדשה".

י. ביום 23.01.2011 נותח הפעוט XXXX XXXX בחדר 8 ע"י ד"ר אלדד ארז, מנהל יחידת ניתוחי חזה לילדים עם המרדים פרופ' גיורא לנדסברג.

יא. במהלך הניתוח הורה פרופ' לנדסברג על חיבור האמבו לברז החמצן. טכנאית ההרדמה הגב' חיה רפאלי, חיברה את צינור האמבו לברז הפד"ח כיוון שחשבה כי המדובר בברז חמצן. כתוצאה מכך הונשם הפעוט בדרך תחמוצת הפחמן במקום בחמצן לאורך זמן וכתוצאה מכך נגרם לפעוט נזק מוחי קשה ובלתי הפיך.

יב. ביום 25.01.2011, יומיים לאחר האירוע האמור, מצא ד"ר מרוז שוב את ברז הפד"ח מחובר לקיר חדר הניתוח דקות מס' לפני הכנסת חולה אחר לחדר לצורך ניתוח. המרדים שאמור היה להשתתף בניתוח זה מסר לד"ר מרוז כי לא ידוע לו על הניתוח בו נגרם לפעוט הנזק המוחי הקשה. ד"ר מרוז דיווח על האמור לנקבל ושוב התריע על הסכנה בפני בכירים נוספים בביה"ח.

יג. לאחר פנייתו הנ"ל של ד"ר מרוז הוחלט על מינוי וועדת בטיחות בראשותו של ד"ר מרוז אשר אמורה הייתה להגיש המלצותיה.

יד. ביום 22.02.2011, הוגשו המלצות הוועדה להנהלת ביה"ח ולפיהן יש לסלק באופן מיידי את ברז הפד"ח מחדר הניתוח ולהשתמש באינסופלטור בלבד. מכיוון שפרופ' שפירא עמד על השארת ברז הפד"ח בחדר הניתוח, הושאר הברז במקומו והנקבל החליט שוב על מספר צעדים קוסמטיים בלבד כגון שלט גדול יותר ושינוי צבע הברז.

טו. רק לאחר פנייתו של פרופ' וייס מנהל מחלקת ההרדמה לד"ר וייס מנהל ביה"ח הוציא הנקבל את ברז הפד"ח מחדר הניתוח וזאת כחמישה חודשים לאחר הניתוח של הפעוט XXXXX.

3. הועדה

חברי הועדה: ד"ר סימה אזולאי יו"ר, גב' שרה אפרתי חברה ועו"ד משה ארד חבר, מונו ע"י מנכ"ל משרד הבריאות לדון בקובלנה.

4. תגובת הנקבל לכתב הקובלנה

בעקבות הגשת כתב הקובלנה נגד הנקבל הגיש הלה את תגובתו לפיה ובניגוד לאמור בקובלנה:

1. לא היה מנהל חדרי הניתוח אלא שימש כמנהל תחום הסיעוד בחדר הניתוח. בתפקידו זה היה אחראי על צוות האחים והאחיות בחדר הניתוח. מכיוון שכך לא היה אחראי על כל תחום נוסף בחדרי הניתוח לרבות "מוצרים רפואיים, תרופות, פרקטיקות רפואיות, ניסוח תקנים, אישור מכשירים רפואיים וכו'".
2. לדברי הנקבל, לא היה זה בסמכותו להחליט על הוצאת ברז הפד"ח מחדר הניתוח.
3. הנקבל הכחיש כי ד"ר מרוז דרש ממנו לסלק באופן מיידי את ברז הפד"ח הואיל והוא לא הגורם אליו היה אמור ד"ר מרוז לפנות.
4. עוד מוסיף הנקבל ואומר כי אף אם היה ד"ר מרוז פונה אליו בעניין האמור הרי שלא היה בידו לפעול כמבוקש הואיל ואסור לו לפעול להוצאת הברז ללא הנחיה מפורשת ממנהל המחלקה וממנהל ביה"ח שהיה למעשה אחראי על חדרי הניתוח.

5. בעקבות הוצאת ברז הפד"ח מהקיר ע"י ד"ר מרוז חובר הברז שנית ע"י מחלקת ההנדסה הרפואית בבית"ח וחיברה אותו באמצעות שרשרת לקיר.
6. אף אחד מהגורמים הנזכרים בסעיפים 5-6 לקובלנה לא הורה למח' ההנדסה לסלק את ברז הפד"ח.
7. הנקבל מכחיש כי התבקש למצוא פתרון בטיחותי לסוגיה ושב וחוזר על טענתו כי הגורם האחראי למציאת פתרון כאמור הוא אגף ההנדסה בבית"ח.
8. בתגובה לאמור בסעיף 7 לקובלנה טוען הנקבל כי שלט אזהרה הוצב בחדר הניתוח לבקשת מנהל בית"ח ד"ר וייס. הנקבל מוסיף וטוען כי פנה לפרופ' שפירא וביקש לסלק את הברז בתום כל ניתוח.
9. בסעיף 8 לקובלנה חוזר וטוען הנקבל כי הטענה שלא וידא שהסכנה הנובעת מברז הפד"ח לא הוסרה אינה נכונה. לדבריו, קיומו של הברז לא היווה סכנה אלא מכשור נחוץ לניתוחי לב ולא היה זה בסמכותו לסלק את הברז הנחוץ.
10. עוד טוען הנקבל כי לא היה זה בסמכותו להחליט על פתרון טכני הואיל והסמכות לכך הינה של מח' ההנדסה בבית"ח ושנית, כך לדבריו, מדובר בשינוי תקינה בינלאומית שאינה בסמכותו כלל. מוסיף הנקבל וטוען כי **"בתוקף תפקידו כאחראי על הסיעוד בחדרי הניתוח לא הגיוני ולא נכון לדרוש ממנו לוודא תמיד כי ברז הפד"ח הוצא מהקיר בתום ניתוח"** הנקבל טוען כי יכול היה לצאת מתוך הבנה שצוות האחיות והממונה הישיר על חדר הניתוח ממלאים אחר ההנחיות.
11. טכנאית ההרדמה חיברה את צינור האמבו לברז הפד"ח ולמרות זאת לא התייחס הקובל לפעולת הטכנאית כרשלנות רבתי.
12. פרקליטות המדינה סברה כי אין לייחס לנקבל קשר סיבתי עובדתי בין הנזק לבין ההנשמה בפד"ח.
13. הנקבל אינו זוכר כי ד"ר מרוז דיווח על המצאות ברז הפד"ח ביום 25.01.2011.
14. למרות שוועדת הבטיחות בראשות ד"ר מרוז המליצה על סילוק הברז, הברז לא סולק בשל התנגדותו של פרופ' שפירא. הנקבל כופר בטענה כי ביצע כמה שינויים קוסמטיים בלבד אלא שפנה לאיש הנדסה רפואית האחראי בחדר הניתוח לצורך מציאת הפתרון הנכון.
15. על פרופ' שפירא, שידע על המצאות ברז הפד"ח, היה למצוא פתרון נכון בהיותו מנהל מחלקת ההרדמה בבית"ח.
16. באשר לסעיף 14 לקובלנה טוען הנקבל כי לא הוא זה שהוציא את ברז הפד"ח מחדר הניתוח אלא גורמי ההנדסה הרפואית בבית"ח.
17. לסיכום מכחיש הנקבל כל אחריות לאירוע.

5. הקדמה

א. קודם לתחילת הדיון לגופו של עניין נציין כי שורש הבעיה לדעת חברי הוועדה היא העובדה שעשו שימוש בחדר 8 שלא נועד לשימוש בילדים ובוודאי שלא בתינוקות. לעניין זה טען הנקבל כי התנגד לשימוש בחדר 8 וביקש לבצע את הניתוח בחדר 7 המיועד לתינוקות אך סורב. (ראה: שיחת הבהרה מיום 23.10.2018, 25/ק' עמ' 15 ש' 22-23 שם עמ' 14 ש' 13-23 שם עמ' 15 ש' 6-8 ראה גם דו"ח ועדת בדיקה ק/18 עמ' 10 רישא).

בנוסף יש לומר כי העובדה שהחדר לא נבדק קודם לתחילת הניתוח ע"י המרדים מהווה אף היא גורם משמעותי ומכריע בטעות שנעשתה ע"י טכנאית ההרדמה.

ב. ביום 17.03.2021 התקיים הדיון הראשון בקובלנה ובמסגרתו התבקשה הוועדה לשמוע את דברי הורי הפעוט XXXXX. יש לציין כי קודם לדיון הראשון התבקשה הוועדה לאשר את הופעת הורי הפעוט בפני הוועדה ולהשמיע טיעונים. בקשה זו סורבה ע"י הוועדה מהטעמים שנרשמו בהחלטה מיום 08.02.2021. במהלך הדיון ניתנה להורי הפעוט זכות הדיבור ובלבד שלא יהיו בדברים אלו משום עדות בתיק זה ורק אם יוזמנו להעיד יוכלו להעיד על עובדות הקשורות לתיק.

לאחר ההבהרה הנ"ל, סיפרו ה"ה XXXXX את סיפור המשפחה לאחר האסון שאירע לה ואת התמודדותה עם הקשיים העצומים בהם המשפחה נתונה. עוד הביעו את רצונם כי עובדות האירוע והפגיעה בבנם יטופלו באופן שקוף וללא "הסתרה וטיח" זאת בין השאר כדי למנוע פגיעה במטופלים ובמשפחות נוספות.

ג. מלבד דברי הורי הפעוט XXXXXX, טען הנקבל באמצעות באי כוחו טענות מקדמיות כגון שיהיו, עיניו דין, התערבות פוליטית והתיישנות. בסופו של דבר הוחלט ובהסכמת ב"כ הנקבל על דחייה במתן החלטה בטענות אלה בהמלצה הסופית כפי שתימסר למנכ"ל משרד הבריאות בבוא העת (עמ' 72 שורות 15-21).

ד. בשל ההמלצה לזיכוי הנקבל מצאה הוועדה כי יהיה זה מיותר להיכנס ולהכריע בטענות המקדמיות כאשר הזיכוי המומלץ הינו לגופו של עניין ומתבסס על הראיות שהובאו בפנינו.

ה. למרות ניסיונות חוזרים ונשנים של הוועדה ועל אף הבטחת ב"כ הקובל לא הוצג בפנינו כל מסמך ובו הגדרת תפקידו של הנקבל לרבות הסכם העסקתו ותחומי אחריותו.

ו. עם הכנסת הפעוט XXXX XXXX לחדר הניתוח החלו בהחייאה בשל בעיה באינטובציה (שיחת הבהרה מיום 23.10.2018, ק/25 עמ' 17).

ז. משרד הבריאות הגדיר את הצורך בהימצאות גז CO2 בכל חדר ניתוח (שיחת הבהרה מיום 23.10.2018, ק/25 עמ' 21 ש' 22-23).

ח. באותה שיחת הבהרה מציין פרופ' גורמן עמ' 24 ש' 9 כי הברז היה קיים על הקיר "הרבה זמן".

ט. לא הוכח כלל שהנזק שנגרם לפעוט, נגרם בשל גז הפחמן דו חמצני. (ראה שיחת הבהרה עמ' 37-38 החל משורה 14 וכן עדותו של ד"ר מרוז מיום 11.05.2021 עמ' 75 ש' 15 ואילך).

י. ועדת הבדיקה

1. לא נוכח נציג האחים והאחיות.
2. במהלך ההחייאה, גילה המנתח בשעה 17:31 כי הריאות לא הונשמו.
3. בשעה 19:00 כ-20 דקות לאחר שהפעוט הועבר ליחידה לטיפול נמרץ התברר כי הצנתר הוריד שהוכנס לעליה הימנית יצא ממקומו והתנקז לחלל החזה.
4. לעובדת ההחלטה לבצע את הניתוח בחדר 8 "השלכות גורליות על המשך השתלשלות העניינים" עמ' 6.
5. בעמ' 7 לדו"ח ועדת הבדיקה באשר לווסת נאמר: "על פי חלק מהעדויות היה מחובר לקיר וסות יחיד לשקע ה-CO2 בלבד, ועל פי אחרות היה מחובר לקיר ווסת נוסף שהיה בשקע החמצן. פרופ' לנדסברג הבחין שהרזרבואר של האמבו מתנפח והניח כי האמבו מתנפח מזרימת החמצן".

6. באותו עמוד מוסיפה הוועדה וקובעת: " .. האחריות על וידוא חיבור הצינור לשקע החמצן, כמו גם של כלל החיבורים הנחוצים לביצוע ההרדמה, חלה על המרדים. אין כלל מחלוקת על העובדה כי חיבור הצינור לווסת שהיה מחובר לשקע בקיר לא נבדק ע"י המרדים".

7. בעמ' 9 לדו"ח קובעת הוועדה כי עם העברת הפעוט לחדר טיפול נמרץ, לא הועבר המידע הנכון לרבות עובדת הנשמתו של הפעוט בפחמן דו חמצני.

8. בעמ' 10 קובעת הוועדה בכל הקשור לביצוע הניתוח בחדר 7 כדלקמן: "הנכון הוא שאם מחלקת ההרדמה הייתה מטילה וטו על החלטה זו, לאור המקובל בעבר, התכנית, קרוב לוודאי, לא הייתה יוצאת לפועל".

6. העדויות

א. מתוך כלל העדויות שהובאו בפנינו, אין לנו אלא לקבוע כי ב"כ הקובל, לא הוכיח את העולה מכתב הקובלנה ולא הרים את הנטל המוטל עליו.

ד"ר יובל מרוז מרדים פרוטוקול מימים 11.5.21 ו-25.5.21

ב. ד"ר יובל מרוז פרוטוקול מיום 11.05.2021 בעמ' 4 מעיד כי במועד הסמוך לאירועים נשוא הקובלנה, היו בבית"ח בין 50 ל-70 מרדימים ולמרות זאת לא קרתה תקלה דומה אלא אצל פרופ' לנדסברג אף שהתנאים היו דומים.

ג. לדבריו של ד"ר מרוז מנהלי חדרי הניתוח אמורים היו להיות מנהל מח' ההרדמה פרופ' וייסמן ופרופ' יובל וייס מנהל ביה"ח.

ד. בעמ' 6 לעדותו בפני הוועדה טוען ד"ר מרוז כי אין הוא יודע את הגדרת סמכותו של הנקבל מבחינה פורמלית.

ה. בעמ' 14 לפרוטוקול שורות 16-17 אומר ד"ר מרוז כי על המרדים לבצע בדיקה יסודית של הצינורות "אחד אחד" ולראות שהם מחוברים כנדרש. בהמשך עדותו אומר ד"ר מרוז באופן הברור ביותר כי האחריות לחיבור החמצן היא "חד משמעית" של המרדים מה עוד שהמדובר "בנוהל כתוב". (עמ' 15 ש' 5 ועמ' 16 ש' 13).

ו. עוד מוסיף ד"ר מרוז בעדותו בעמ' 17 ש' 2-3 כי ההתייחסות לגזים היא כאל תרופה.

ז. בעמ' 24 ש' 1-7 אומר ד"ר מרוז כי בחדר הניתוח יש שימוש נפוץ בפד"ח.

ח. בעמודים 38-39 מעיד ד"ר מרוז כי פנה לגורמים שונים באשר לווסת הפד"ח ובעמ' 39 ש' 10 משיב לשאלה של ב"כ הקובל באשר לפנייתו לנקבל ואומר: "לא, לא פניתי אליו ישירות" ובשורה 12 אומר: "לא, גם לפני זה, לא פניתי אליו ישירות".

ט. בעמ' 86-87 מתייחס ד"ר מרוז לפעולות שביצע הנקבל ובין השאר אומר כי אילו ההנחיה של הנקבל שהייתה כתובה בגדול, הייתה מקוימת, הרי שהייתה סבירה.

י. בעמ' 91 שורות 16-19 אומר ד"ר מרוז באשר לאחריות המרדים בחדר הניתוח: "חד משמעית, חד משמעית. אני אחראי חד משמעית. אין פה אכלו לי שתו לי".

יא. בעמ' 95 ש' 7-14 אומר ד"ר מרוז כי אילו הברז היה מצוי אצל הפאמפיסטים הרי שהיה בכך פתרון סביר.

יב. בחקירתו הנגדית של ד"ר מרוז, בעמ' 132 ש' 10-17 מאשר את דבריו של ב"כ הנקבל כי בתקופה הרלוונטית לקובלנה, "לא היה בהדסה מנהל חדר ניתוח, היה את XXXXX שהיה אח אחראי, אבל לא מנהל חדר ניתוח, ולכן יש קונפליקטים מבלי שיהיה אדם מוגדר".

יג. בעמ' 146 ש' 2-12 מאשר ד"ר מרוז כי בעדותו במשטרה אמר כי "לאור זאת אני חושב שהעדות שלי לגבי האחריות האישית של כל אחד ותפקידם אינה יכולה להיות ניטרלית ואובייקטיבית". לעניין זה יש לזכור כי העד ד"ר מרוז היה מקורב למרדים ולטכנאית ההרדמה בשעה שהיה בהתנגשות ובעימותים עם הנקבל עמ' 147 ש' 14-15 ואכן בעמ' 149 ובעמ' 150 בתשובה לשאלת ב"כ הנקבל, לא מבין העד לכאורה מה היה מחדלו של פרופ' לנדסברג המרדים בניתוח של הפעוט XXXXX אף שבתחילת עדותו הבהיר כי האחריות כולה נופלת על כתפי המרדים (ראה סעיף ד' ו-ט' לעיל, נ/1 ודבריו בעמ' 195 ש' 6 ובעמ' 196 ש' 12-15).

יד. בעמ' 148 ש' 18 מבהיר ד"ר מרוז כי "תחומי האחריות לא מוגדרים בצורה חד משמעית". ובעמ' 149 ש' 1 ואילך מסביר ד"ר מרוז כי אמר את האמור בסע' יב' לעיל הואיל ולא רצה להאשים מישהו "זה היה יותר גרוע אם הייתי מאשים מישהו, אם הייתי קובע את תחום האחריות בלי שאני יודע. דברים אלה מנוגדים לדבריו של ד"ר מרוז בעמ' 133 ש' 4 ואילך, שם אומר ד"ר מרוז כי למעשה היה הנקבל הרוח החיה בחדרי הניתוח והוא היה המנהל בפועל אף אם לא היה לו כתב מינוי. יוצא איפה שמחד ולכאורה טוען ד"ר מרוז כי אין ולא היה כתב מינוי ובו הגדרת סמכויות ואחריות ומאידך מצביע על הנקבל כאחראי שעליו לשאת בתוצאות.

טו. בעמ' 208 מודה העד ד"ר מרוז כי הנקבל ביחד עם פרופ' יורם וייס ניסו לשכנע את פרופ' שפירא לעבוד עם אינסופלטור אך לא הצליחו. משמעותם של דברים אלה היא כי הנקבל עשה אף הוא ניסיונות להפסיק את השימוש בברז הפד"ח אך לא הצליח. זאת כאשר מנהל ביה"ח עצמו גם לא הצליח ויש לזכור כי הוא הסמכות העליונה בביה"ח והוא ורק הוא זה שיכול להורות על הוצאת וסת הפד"ח מחדר הניתוח.

טז. בדיון מיום 25.5.21 ממשיך העד ד"ר מרוז בעדותו ובעמ' 3 אומר העד שגם פרופ' וייס מתקשה לאכוף את הוצאת הברז מחדר הניתוח זאת למרות היותו מנהל בית החולים.

יז. בעמ' 5-7 לפרוטוקול מעיד ד"ר מרוז ואומר כי למרות הנחיה מפורשת של הנקבל ושילוט ברור מצא את הווסת מחובר לקיר.

יח. בהתייחסותו לנ/3 איגרת משרד הבריאות אומר העד כי אין באיגרת המלצה ו/או הוראה לנתק את הברז מהקיר אלא שאין להסתמך על צבע המחבר. ובעמ' 23 אומר כי אין הוא זוכר כי האיגרת הנ"ל הובאה לידיעת כל המרדימים.

יט. בעמ' 57 לשאלת חברת הוועדה משיב העד ואומר כי יכול להיות שהווסת אמור היה להימצא בחדר הניתוח הואיל והיה ניתוח מתוכנן.

אלכסנדר טוכבנד טכנאי הרדמה ראשי הדסה 25.5.21 פרוטוקול מיום

כ. העד אומר בעדותו מיום 25.5.21 עמ' 109 כי הנקבל היה אחד האחראים בחדר הניתוח והיה אחראי על תחום הסיעוד.

כא. בעמ' 11 אומר העד כי הנקבל ביקש ממנו לגרום לכך שלא ניתן יהיה לחבר צינור חמצן לווסת הפד"ח וכתוצאה מכך פעל העד בהוספת כיתוב לאורך הצינור וכן אילתר חיבור מיוחד (עמ' 122). לדבריו ד"ר מרוז לא טען דבר לאחר האילתור (עמ' 133).

כב. בעמ' 116 אומר העד כי היה זה חריג לנתח ילד בחדר 8. העד מוסיף ואומר בעמ' 120 כי פנה והתריע שהחדר הפך מסורבל ומסוכן אך פרופ' לנדסברג אמר, שיסתדר. בעמ' 121 מעיד העד כי גם הנקבל ניסה למנוע את הניתוח בחדר 8 אך ללא הצלחה.

כג. בעמ' 132 אומר העד שכאמור משמש כטכנאי ההרדמה הראשי בהדסה, כי האחראים לאירוע הם המרדים וטכנאית ההרדמה, פרופ' וייסמן ופרופ' שפירא.

כד. בעמ' 137 חוזר העד על דברי ד"ר מרוז לפיהם מחובת המרדים לבדוק טרם תחילת הניתוח את החיבור לחמצן.

יעל אדלשטיין אחות חדר ניתוח פרוטוקול מיום 9.6.21

העדה אחות חדר ניתוח והייתה האחיות הרחוצה בזמן הניתוח של הפעוט XXXXX XXXX.

כה. בעמ' 4 ש' 12 מעידה העדה ואומרת שהנקבל היה מנהל הצוות הסיעודי בחדר הניתוח לעניין זה ראה גם עמ' 68 ש' 5

כו. גם עדה זו מעידה כי היה זה חריג לנתח את הפעוט בחדר 8 הואיל ובחדר זה לא מנתחים ילדים. עמ' 17 ש' 20-13. בעמ' 35 ש' 15 אומרת העדה "אנחנו אף פעם לא עשינו לילדים בחדר 8". ובש' 19 חוזרת ואומרת "ואני הערתי זאת זה שאנחנו לא ניתחנו ילדים בחדר 8".

כז. העדה מוסיפה ואומרת כי לצורך הניתוח החריג הוכנסה מכונת הרדמה ישנה שאין בה חיבור לחמצן ולכן היה הצורך להתחבר לברז שבקיר. ע' 18. בעמ' 66 אומרת העדה כי הברז של החמצן המחובר לקיר מעולם לא מוסר כך שבעת הניתוח היה אמור ברז החמצן להיות במקומו וניתן היה להתחבר אליו.

כח. בהמשך עדותה אומרת העדה כי יחד עם הנקבל פנו לפרופ' וייס וגם לד"ר לנדסברג והתריעו על כך שהניתוח אמור היה להתבצע בחדר שאינו מיועד וערוך לכך אך הם נדחו גם ע"י ד"ר ארז, המנתח, וגם ע"י פרופ' לנדסברג, המרדים. עמ' 37-36.

כט. מדברי העדה בעמ' 49 ש' 7 עולה כי עוד קודם לתחילת הניתוח היה צורך בביצוע החייאה בפעוט ובעמ' 45 ש' 8 אומרת "כשאני נכנסתי לחדר, ילד היה על השולחן ניתוח ועוד לא פתחו אותו...". ובעמ' 49 ש' 20 מוסיפה העדה ואומרת כי הבינה שהייתה בעיה באינטובציה של הילד. ובהמשך בעמ' 50 ש' 3 אומרת כי הייתה בעיה עם הטובוס הואיל והוא לא התאים והיה צורך להחליפו. רק לאחר ההחייאה ועל מכונת הלב ריאה החל הניתוח. עמ' 51 ש' 9 ואילך.

ל. האחריות על הברזים היא של ההנדסה הרפואית עמ' 7 ש' 9. האחריות על הוצאת הברז היא של האחיות בחדר. ואכן בעמ' 9 ש' 13-7 אומרת העדה כי נתקבלה החלטה משותפת של הצוות הסיעודי לפיה בסוף כל ניתוח יש להוציא את הווסט ממקומו. לשאלת יו"ר הוועדה עונה העדה כי החלטה זו על הוצאת הברז בסוף הניתוח אכן בוצעה וע"פ רוב האחיות המסתובבת היא זו שהוציאה את הברז ממקומו.

לא. בעמ' 10 ש' 12-11 אומרת העדה כי נעשה שימוש שוטף בפד"ח מלבד בניתוחיו של פרופ' שפירא ובש' 17 הוסיפה ואמרה כי: "אנחנו כל בוקר היינו עושים סיבובים ומחפשים את הברז מחדש". מדברים אלה יש להבין כי, ראשית אכן היה שימוש שוטף בברז הפד"ח ושנית כי ברז זה לא היה במקומו רוב הזמן. כלומר, ובהמשך לדברי העדה כמפורט בסעיף כז' לעיל, כן מילאו אחר הוראותיו של הנקבל למעט מקרים בודדים.

לב. בעמ' 12 מסבירה העדה את הפעולות בהן נקטו כדי למנוע טעויות. ראשית "שמתי פתק על הארון של הברז". ש' 4. שנית צבעו את הפיה של הברז ש' 10 ושלישית "אז כל פעם..שראינו שזה כבר דהוי או קוסטה, שהוא היה מנהל תחום חדר ניתוח של הלב, היינו כל פעם מחדשים אותו".

לג. בשאלה על מי האחריות לבדוק את החיבורים לחמצן קודם לניתוח, טוענת העדה כי הדבר מצוי באחריות צוות ההרדמה. עמ' 30.

לד. העדה מוסיפה ומעידה כי בכל בתי החולים בארץ מדובר באותם ברזים וכי אין אחרים. עמ' 56 ש' 18. לכל האחיות היה ידוע כי עליהן להוציא את הברז בתום הניתוח. בעניין זה אף נתלה שלט בלוח המודעות. עמ' 61 ש' 15. כמו כן העידה בעמ' 62 ש' 1 ואילך כי קיבלה הנחיה מהנקבל לכתוב פתק, להציגו בישיבת צוות האחיות ולתלות שלט על יד הברז ובקופסה בה מניחים את הברז עמ' 62 ש' 1-5. לעניין זה ראה גם נ/6. עלינו לציין כי השלט בנ/6 גדול וברור ולא ניתן לטעות בו במיוחד נוכח העובדה שלפי העדות היה כתוב בצבע אדום בולט ונמצא מעל הברז.

לה. העדה שוללת מכל וכל כי אישרה בחקירתה במשטרה שנמצא ברז מתאים ושונה וכי הנקבל לא הסכים להביאו לחדר הניתוח משיקולים כספיים. עוד אמרה העדה כי אין בנמצא אינסופלטור ממנו ניתן לקבל גז פד"ח באופן ישיר וללא פולסים.

לו. בחקירה הנגדית בעמ' 88 ש' 18 אומרת העדה באופן שאינו משתמע לשתי פנים כי השלט הנזכר בסעיף לה' לעיל הוצב במקומו עוד לפני האירוע. מכאן יש להבין כי התרעותיו של ד"ר מרז מצאו אוזן קשבת אצל הנקבל והוראותיו ככל הקשור להבלטת ברז הפד"ח בוצעו.

אמנון גולן עובד הנדסה רפואית הדסה פרוטוקול מיום 9.6.21

לז. לדברי עד זה, עובדי חדרי הניתוח "**אפסים**" רק כשקורה משהו ורוצים לתפוס מישהו אז "**אנחנו כבר מנהלים את חדרי הניתוח**". עמ' 94 ש' 9-10. דברים אלו מצביעים על הקושי של העד לקבל את העובדה שהנקבל הועמד לדין משמעתי בשל האירוע נשוא הקובלנה ולמעשה הפך למנהל חדרי הניתוח בשעה שלא היה כזה אלא עשו זאת כדי "לתפוס" אותו.

לח. לחדר הניתוח לא היה מנהל עמ' 135 ש' 4-7.

קוסטה שכטמן אח ראש ענף ניתוחי חזה 22.6.21

לט. עד זה חוזר על דברי העדה יעל אדלשטיין לפיהם היה שימוש קבוע בפד"ח ולעיתים היה צורך לחפש את הברז הואיל והיה חסר בחדר הניתוח ע' 11 ש' 19-20. עוד עולה מדברי עד זה כי הצוות הסיעודי לא היה אחראי כלל על ברז הפד"ח וכדבריו באותו עמ' "... זה לא היה ברשימה שלנו הצוות הסיעודי שהיינו צריכים לדאוג שזה יהיה בחדר, שיהיה מחובר, שיהיה תקין, לא היינו בודקים אותו, לא דברים כאלה". עוד מוסיף העד כי ברז החמצן היה באחריות המרדמים. עמ' 52 ש' 9.

מ. באשר לחיבור הברז לקיר באמצעות שרשרת העיד עד זה ואמר בתחילה כי מי שיכול היה לתת הוראה שכזו היה אולי הנקבל ואולי פרופ' שפירא ואולי הטכנאים יזמו זאת. לגופו של עניין לא יכול היה העד להצביע ולומר מי זה שנתן את ההוראה להצמיד את הברז לקיר. כבר עתה יש לומר כי עניין זה של חיבור הברז באמצעות שרשרת לקיר כמפורט בסעיף 4 לקובלנה לא הוכח.

מא. בעמ' 41 ש' 7 חוזר העד על דברי העדה הקודמת ובתשובה לשאלת ב"כ הנקבל "**ברז חמצן גם היו מוציאים אותו מהקיר?**" עונה "**לא. לא היו מוציאים**" שאלה "**אז ברז החמצן היה קבוע?**" תשובה "**נכון**". מכאן יש להסיק כי גם במהלך האירוע בו נפגע הפעוט היה ברז החמצן קבוע בקיר אלא שהחיבור בוצע דווקא לברז הפד"ח ע"י טכנאית ההרדמה.

מב. עד זה חוזר ומבהיר כי עוד קודם לאירוע פעלו להבדיל בין ברז החמצן לברז הפד"ח. עמ' 65.

מג. בעדותו בעמ' 73 אומר העד כי במהלך כל התקופה שמאז החל ד"ר מרז להתריע לא הייתה פניה ל"ניהול סיכונים" ולא למחלקת בטיחות. לדעתו של העד אם הייתה נעשית פניה שכזו, בבית חולים אחר אזי "מיד היו באים לחדר הניתוח מוציאים את הברזים וסוגרים את החורים".

חגית כהן פמפיסטית פרוטוקול מיום 6.7.21

מד. למעשה עדה זו לא נחקרה בחקירה ראשית אלא שהודעתה במשטרה הוגשה בהסכמה כק/15 ושימשה כחקירה ראשית. לדבריה בעמוד השני להודעתה ביקש קוסטה להכניס את ברז הפד"ח למגירה "בגלל שזה היה נעלם כל הזמן". ש' 38. הסיבה לכך הייתה כי היה צורך בפד"ח בשימוש בדבק מסוים בשעת הניתוח.

מה. בעמ' 3 להודעה הנ"ל ש' 69 מוסרת העדה כי ההנחיה להסיר את הברז לאחר השימוש בו ולהכניסו למגירה קדמה בהרבה למועד התחלת עבודתו של ד"ר ארז בהדסה. יש לזכור כי ד"ר ארז הוא זה שביצע את הניתוח בפעוט.

מו. בעמ' 3 להודעתה חוזרת גם עדה זו על עדותם של האחרים כי חדר 8 לא שימש לניתוחי ילדים. מעבר לכך הוסיפה העדה ומסרה כי ד"ר מילגרטר "היה מבטל ניתוחים העיקר לא לעשות שם". ש' 71.

מז. העדה מאשרת שהיא כתבה את ק/16 ומוסרת כי דוא"ל זה נשלח כתגובה לשאלתה של טכנאית ההרדמה רפאלי לפיה הונחו האחיות ע"י קוסטה להכניס את ברז הפד"ח למגירת הפמפיסטיות הואיל והיה נעלם. עוד הוסיפה העדה באותו מסמך כי: "יש לציין כי ברוב המקרים הקפידו האחיות על ניתוקו מהקיר והכנסתו של הפלומטר למגירתו".

חיה רפאלי טכנאית הרדמה פרוטוקול מיום 6.7.21

מח. גם עדה זו כשאר העדים מוסרת כי לא הרדימו ילדים בחדר 8 והיו מקרים בהם אף ביטלו ניתוח. עמ' 54.

מט. בעמ' 54 מבהירה העדה כי טרם הניתוח ועוד במהלך הניסיון להרדים את הפעוט "היו ניסיונות חוזרים ונשנים לאינטובציה... הסתבר שהחדרת צינור לקנה הנשימה הייתה קשה מאוד". בהמשך אומרת כי בשל האמור התבקשה לחבר את האמבו ואז חיברה אותו לפלומטר "היחיד" שהיה בחדר. עמ' 55.

נ. במהלך אותם דברים מוסיפה העדה ואומרת כי ברזי החמצן והפד"ח דומים וניתן לטעות בחיבור. ע' 55 ובאותה נשימה בע' 57 ש' 2-1 אומרת "מעולם לא שמעתי שמישהו טעה במתן CO2 במקום בחמצן".

נא. בעמ' 70 ש' 20 בתשובה לשאלת ב"כ הקובל אם ראתה אזהרות, שלט או משהו אחר המתריע מפני החיבור לברז הפד"ח עונה העדה "לא. לא שמתי לב לזה".

נב. מבחינת העדה בסביבת העבודה שלה "אני יודעת שיש פלואומטר והוא של חמצן, זה מה שיש בחדר ניתוח". ע' 57 ש' 4-5. עוד מוסיפה העדה באותו עניין כי "מבחינתי, כשאני רואה פלואומטר ואני צריכה לחבר אותו במהירות, ברור לי שהוא של חמצן". ובע' 87 ש' 5 מוסיפה ואומרת "מבחינתי, בסביבת העבודה שלי קיים ווסת חמצן. זה מה שאני יודעת, זה מה שאני מכירה, לא היה לי אפילו.. לחשוב שהיה פה ווסת אחר". מדברים אלה, ואלה הנזכרים בסע' נב' לעיל, ניתן להבין כי לגבי העדה אין כל חשיבות לסוג הברז, צבעו וגודלו, אם דומה או אינו דומה לברז אחר הרי שמבחינת העדה יש רק ברז חמצן ואין צורך לבדוק והשאר לא מעלה ולא מוריד.

נג. בע' 89 חוזרת העדה וטוענת בתוקף כי לא ייתכן שיש בסביבת העבודה שלה פלואומטר מסוג אחר מלבד זה של החמצן ולכן אף לא טרחה לבדוק וזאת למה? הואיל והתפקיד והאחריות

על בדיקת הווסתים היא **"לא שלי, של המרדים"**, ש' 18 ואילך. דברים אלה עומדים בסתירה לדבריה בע' 55 מהם ניתן ללמוד כי היא ערה לאפשרות הטעות בחיבור לשקע. מכאן יש להסיק כי העדה הסתמכה על הטענה כי האחריות כולה נופלת על כתפי המרדים עד כדי עצימת עיניים מהתוצאה הצפויה באי בדיקת הווסת או השקע אליו היא מתחברת.

נד. בעמ' 67 ש' 13-3 מעידה העדה כי בעת ניסיון ההרדמה ותחילת ניסיונות האינטובציה, הייתה בחדר הניתוח מתמחה בתחילת דרכה שגם היא ניסתה לבצע אינטובציה בפעוט. לדברי העדה, הרי שלאותה מתמחה, לא היה כל ניסיון ו **"אפילו לא ידעה איפה מדליקים, איפה הסטרטר של המכונה, לא היה לה מושג, היא לא ידעה"**. ראה לעניין זה ק/18 עמ' 4 התייחסות ועדת הבדיקה לד"ר סוארז המתמחה.

נה. בעמ' 68 לעדותה אומרת העדה וחוזרת למעשה על עדותם של אחרים כי **"כל האחריות לגבי ההרדמה, הציוד שלו, החיבור שלו, הימצאות פלואומטר של חמצן, עם חיבור של אמבו תקין עליו, זה באחריות המרדים"**. ש' 4-1 לשאלת יו"ר הועדה **"כלומר, כשאת אומרת 'האחריות של המרדים' זה גם כולל החיבור הזה של האמבו"** עונה **"הוא יכול לבקש ממני, האחריות היא עליו, אוקיי?"** ש' 18-16. בדברים אלו מסירה העדה כל אחריות מעצמה ולמעשה טוענת כי כל טעות שלה, ככל שתהיה, במהלך כל פעולותיה לצד המרדים בלא כל קשר להתנהלותה, היא באחריות המרדים.

נו. בעקבות האמור וכדי לחזק את דבריה הנ"ל אומרת העדה בעמ' 69 ש' 20-16 **"וגם ד"ר יעקב כ"ץ, שהיה בוועדה של משרד הבריאות אז, אחרי שנגמר העדות שלי, אז הוא אמר 'אני אבקש לכבות את המצלמה, ואת המיקרופון' בא אלי ואמר לי 'חיה, תסירי. לא קשור אלייך. תסירי את הדבר הזה'. זהו"**. מלבד הפגם שיש בהתנהלות יו"ר ועדת הבדיקה שקבע בלא להתייעץ עם חבריו וטרם שהסתיימה הבדיקה כי לעדה אין כל אחריות, יש בכך גם אמירה כי טכנאי ההרדמה אין להם כל אחריות בכל מעשיהם בחדר הניתוח דבר שאינו מקובל עלינו.

נז. בעמ' 84 נשאלה העדה באשר למיקום שקעי הגזים בפאנל. למרבה ההפתעה, לא יכלה לצייר איפה נמצאים השקעים של הגזים דבר המעלה שאלות קשות באשר להכשרתם של טכנאי ההרדמה.

נח. בנוסף העידה עדה זו כי למעשה נתנה תרופות למטופלים, אם זה גזים ואם זה תרופה כמו **"הפרין"** שהזריקה לתוך שקית העירוי. למותר לציין כי דברים אלו אסורים בתכלית האיסור הואיל ולטכנאית ההרדמה אין את ההכשרה המתאימה ולא את האישורים המתאימים לביצוע פעולות מעין אלה. (עמ' 94, עמ' 5 ו-14 לפרוטוקול מיום 19.10.21).

נט. בעמ' 39 לפרוטוקול מיום 02.11.2021 מתייחס העד פרופ' וייסמן לעניין הזרקת תרופת ההפרין לשקית העירוי ע"י טכנאית ההרדמה. בניגוד לדברי הגב' רפאלי אומר העד כי הטכנאי מראה למרדים את המזרק רק לאחר שהתרופה נשאבה מהאמפולה ולא לפני כן. דהיינו הטכנאי לא מציג את האמפולה ממנה מתכוון לשאוב טרם השאיבה. לטענת העד הכוונה היא לבדוק כי המינון נכון. יוצא איפוא כי גם בעניין זה יש כשל. ראשית בעובדה שמאשרים למי שאינו מוסמך לכך לתת תרופות ושנית כי גם סוג התרופה לא נבדק קודם לשאיבה ע"י המרדים.

o. בעמ' 11 לפרוטוקול מיום 19.10.21 אומרת העדה בש' 15-13 **"אז אני אומרת לך שהתווית הקטנה הזאת, אני לא קוראת אותה, מכיוון שכל הדבר הזה נמצא בתוך איזשהו ארון עם תווית גדולה וברורה. אוקיי? ..."** דברים אלה מצביעים על דפוס חשיבה ופעולה של העדה.

היא לא סבורה שעליה לבדוק בדוק היטב את הכיתוב על התרופה עצמה אלא מסתפקת בכיתוב ע"ג המגירה. למותר לציין כי ייתכנו טעויות ותרופה מסויימת שאינה זהה לתרופה הרשומה באותה תווית, תמצא באותה מגירה. לא זו אף זו, אם העדה טורחת לקרוא את הכיתוב ע"ג המגירה, מדוע לא טרחה לעשות כן כאשר חיברה את הצינור לברז הפד"ח אשר ע"פ העדויות היה קיים שם שלט גדול ומאיר עיניים כגון נ/12.

סא. גם לכל השאלות בנושא התרופות והחדרתן לשקית העירוי, או השימוש בחמצן שאף הוא תרופה, הסירה אחריות כלשהי מעצמה והטילה אותה על כתפי המרדים אף אם הביאה לו תרופה לא מתאימה.

סב. לשאלת יו"ר הוועדה, השיבה העדה כי מעולם לא מקבלת הוראה כתובה על מתן תרופה אלא הדברים נאמרים בע"פ. (עמ' 16) כמו כן טוענת שהמרדים תמיד בודק אחריה. מדוע אם כך לא הראתה למרדים את החיבור שביצעה לאמבו וקיבלה את אישורו???

סג. אף שעבדה ועובדת כטכנאית הרדמה ושלדבריה צמודה למרדים, מעידה העדה שלא נחשפה קודם לאירוע להתרעותיו של ד"ר מרוז ולמצג הסיכון שהציג בפני מחלקת ההרדמה. (עמ' 26). דבר זה תמוה שהרי מדובר במחלקת ההרדמה ואין מחלוקת שהעדה שייכת לאותה מחלקה.

סד. לשאלת ב"כ הנקבל משיבה העדה כי אין היא יודעת כיצד הגיעו לידיה תכתובות הדוא"ל בעניין ההתרעות שקדמו לאירוע בשעה שקודם לו, לא ידעה דבר וחצי דבר על ההתרעות (עמ' 28) למותר לציין כי עניין זה אף הוא מעלה תמיהות רבות.

סה. בעמ' 37 חוזרת העדה ואומרת כי גם לאחר חיבור האמבו לווסת, הייתה זו אחריותו של המרדים לבדוק את החיבור ולא להמשיך בהנשמה אלא לאחר הבדיקה.

פרופ' צ'ארלס וייסמן מנהל אגף הרדמה וטיפול נמרץ פרוטוקול מימים 19.10.21 ו-2.11.21

סו. ראשית ובתחילת עדות, מעיד עד זה כי לראשונה כשראה את הווסת שהוצג בפניו ע"י ד"ר מרוז, הבין כי היה זה ווסת שעשו בו שינוי, דהיינו ווסת המיועד לחמצן ולאחר המניפולציה שעבר, "הוסב" לפד"ח.

סז. הסבריו לעניין הנ"ל הם כי רק טכנאים מסוגלים לבצע את השינוי האמור הואיל ומדובר בווסת הבנוי בלחץ גבוה. (עמ' 74). לעניין זה לא נשאל העד אם הנקבל היה מעורב בכך אם לא וכן לא ברור מי החליט על ביצוע שינוי זה בווסת.

סח. בעמ' 78 ש' 20 לעדותו אומר עד זה כי האחריות על ה"אמבו" היא של המרדים והוא או טכנאי ההרדמה הם שמחברים את החמצן לאמבו. בדברים אלו, מחזק העד עדויות אחרות באשר לאחריות המרדים לחיבורי הגזים. עוד מוסיף העד בעמ' 79 ש' 21-17 כי כעקרון המרדים צריך לבדוק טרם הניתוח את החיבורים ואם אין חמצן במכונת ההרדמה אזי "הוא צריך לבדוק שיש ברז חמצן לאמבו שלו, בנוסף".

סט. בעמוד 82 ש' 1 אומר העד כי הטכנאית (הכוונה לחיה רפאלי), "היא גם לפעמים מחברת דברים, היא יודעת איך לחבר". מכאן יש להסיק כי ה"סמכות", כביכול, שניתנה לטכנאית "לחבר דברים" מעידה על העובדה שהמרדימים סמכו על הטכנאית ומסרו בידיה סמכות לבצע פעולות שבעקרון אסורות לביצוע ללא הסמכה ע"פ דין. מכאן יש גם להסיק כי הטכנאית אמורה הייתה לדעת לאן וכיצד היא מתחברת עם צינור האמבו ומשחיברה את הצינור לווסת הפד"ח במקום לווסת החמצן הרי פעלה שלא מתוך ידע כפי שציין העד אן לחלופין ובהסתמך על

עדותה של הגב' חיה רפאלי שיש לה הכישורים הידע, הניסיון והוותק הדרושים לביצוע עבודתה הרי שפעלה ברשלנות.

ע. לשאלת הקובל בעמ' 83 "באחריות מי זה לקנות ולהתקין ולהחליף" ענה העד "זה היה הצוות הכירורגים, בגלל שזה היה ציוד כירורגי" בעקבות שאלתו של הקובל, השיב העד כי עניין זה לא נתון לאחריות האחיות. עמ' 84 ש' 13. משעניין זה לא נתון לאחריות האחיות הרי שמכח סמכות הניהול של הנקבל במישור הסיעודי בחדר הניתוח אין גם לו כל אחריות.

עא. בע' 85 ש' 21-14 אומר העד "החליפו את הברז לברז תקני, זה הם, הם עשו את זה לא רק, וזה היה ברז יותר קטן, לא ברז כמו שאתם מראים, ברז יותר כסוף כזה, מיוחד, והיה שלט על זה, carbon dioxide באנגלית, מסתכלים על זה..". בהמשך עונה כי אי אפשר לטעות וממשיך ואומר "גם שמו בשני הצדדים פס של פלסטר לבן שכתוב carbon dioxide ובצד השני פס של פלסטר אדום. אם אני הייתי מסתכל על זה, הייתי אומר אופס".

עב. לדברי העד, משהייתה התרעה עוד קודם לאירוע, כונס כל צוות המרדמים וטכנאי ההרדמה ללא יוצא מן הכלל לישיבה לצורך דיון בסכנה. לדבריו "לפני האירוע התרענו לישיבת צוות, מרוז בעצמו, וגם היה לו, הוא הציג מקרה עם CO2" עוד מוסיף העד בעמ' 98 כי "כולם באו" וכי זו הייתה חובה להגיע לאותה ישיבה. יוצא איפוא כי עדותה של העדה רפאלי כמפורט בסע' סג' לעיל לפיה לא ידעה על התרעות וכי לא נכחה בישיבות כלשהן הקשורות למסכנות ווסת הפד"ח שבחדר הניתוח נסתרו מיניה וביה בדברי עד זה ולמותר לציין כי התרחקותה מאירוע זה מצביע על אחריותה שלא לדבר על אשמתה.

עג. בעמ' 95 נשאל העד באשר לתפקידו של הנקבל הכל בהסתמך על מכתב ששלח אליו. מעיון בק/9, הוא המכתב עליו מסתמך העד, עולה כי הפניה לנקבל הייתה "לכבוד מר XXXX XXXX מנהל מערך הסיעוד בח.נ. כאן". מכתב זה נכתב בזמן אמת וללא כל קשר לאירוע. יוצא איפוא כי עד זה תומך בטענת הנקבל כמפורט בתשובתו לקובלנה, כי תפקידו הנכון של הנקבל היה מנהל המערך הסיעודי ולא מנהל חדרי הניתוח כפי שנכתב בסעיף 1 לכתב הקובלנה. מכאן שכבר בשלב זה ניתן לומר שעקב עדותו של עד זה, נשמטת הקרקע מהטיעון המרכזי של הקובל לפיו, בהיות הנקבל מנהל חדרי הניתוח רובצת עליו האחריות כמפורט בכתב הקובלנה.

עד. אם לא די באמור לעיל, הרי שלשאלה מי צריך היה להחליף את הווסת, עונה העד "זה הכירורג מול, עם מנהל בית החולים, בגלל שזה עולה כסף". יוצא מכך שלנקבל לא היה כל תפקיד בעניין זה.

עה. ביום 02.11.2021 ממשיך פרופ' וייסמן בעדותו ובעמ' 11 ו-12 לפרוטוקול אומר כי מעולם לא בדק את החיבורים לקיר הואיל וסמך תמיד על החיבורים שיש במכונת ההנשמה ולפיכך לא היה צורך בבדיקה זו. מכאן שאף עד זה לא מילא אחר ההוראות ולא ביצע לאורך כל השנים בהן עבד כמרדים את המוטל עליו כפי שנמסר ע"י ד"ר מרוז וכפי שמופיע בעמ' 12 לממצאי וועדת הבדיקה שם נאמר "הנוהל הקיים במחלקת ההרדמה להשתמש באמבו, במצבי חירום, נראה נכון בתנאי שבדיקת האמבו נעשית טרם תחילת ההרדמה ושחיבורו של הצינור המוביל חמצן לאמבו הינו נכון".

עו. לא זו אף זו העד מצהיר למעשה כי פעל בניגוד לחוזר 133/84 אשר בסעיף 2 לו, נאמר, "כל רופא מרדים חייב לוודא, בטרם יתחיל בפעולת ההרדמה, שמצב מכשור ההרדמה אכן תקין, כולל מערכת צינורות הגזים, מאספקתם המרכזית ועד לחיבורים המתאימים במכונת ההרדמה, ומן המכונה לחולה". ונוכח עדותו של פרופ' לנדסברג בפני ועדת הבדיקה עולה כי היה זה למעשה נוהג של התעלמות מהצנרת היוצאת מהקיר, תוך הסתמכות על מכונת ההנשמה בלבד.

עז. מדברים אלו עולה כי בעת האירוע לא נבדקה מכונת ההנשמה (שלמעשה לא הייתה שייכת לחדר ניתוח מס' 8) קודם לתחילת הניתוח שהרי אם הייתה נבדקת, היה ברור כי יש צורך במקור נוסף של חמצן, כדברי העד בע' 21 ש' 6-1, דבר שחייב חיבור האמבו לקיר ואז יש להניח כי אולי הייתה נעשית בדיקה של המרדים. בעניין זה יש לפנות לדברים המובאים במסקנות ועדת הבדיקה עמ' 7 "האחריות על וידוא חיבור הצינור לשקע החמצן כמו גם של כלל החיבורים הנחוצים לביצוע ההרדמה, חלה על המרדים, אין כלל מחלוקת על העובדה כי חיבור הצינור לווסת שהיה מחובר לקיר לא נבדק ע"י המרדים".

עח. בעמ' 48 ואילך מעיד העד כי עוד קודם לאירוע החליפו את ברז הפד"ח בברז אחר שלא דומה לברז החמצן וכי היה שונה ממנו תכלית השינוי. יתרה מכך, למרות השוני בצורת הברז, הוא סומן משני צידיו. ברז זה נרכש, כך לדברי העד, עוד קודם לאירוע. כמו כן ציין העד כי הנקבל ידע על כך (ע' 50 ש' 12-13).

עט. עוד נאמר ע"י העד כי דבר קיומו של הברז החדש הובא לידיעת כל טכנאי ההרדמה ובכללותם הגב' רפאלי שלדבריו אף אמר לה לא אחת שיש ברז שכזה (עמ' 51 ש' 11-12). בחקירה החוזרת טוען העד כי לא זוכר מי נוכח באותן ישיבות ואם הגב' רפאלי אכן נוכחה אך למרות זאת לא חזר מדבריו לפיהם שוחח על עניין הברז עם הגב' רפאלי.

פ. בעקבות דברים אלה של העד טען ב"כ הקובל כי זו לו הפעם הראשונה ששומע על כך (עמ' 52 ש' 5) בהמשך אף אמר שימציא את פרוטוקול ועדת הבדיקה אשר לדבריו סותר את דברי העד אך פרוטוקול זה לא הומצא. עוד ביקש ב"כ הקובל בדיון ביום 11.01.2022 בעמ' 25 ש' 10-11 ובעמ' 31 ש' 15-16 להביא שוב את פרופ' וייסמן לעדות השלמה לצורך עימותו עם תמונות הברזים שצולמו במהלך השחזור אך גם בעניין זה לא נעשה דבר והעד לא זומן שוב למרות שהוועדה לא סגרה דלת זו בפני ב"כ הקובל.

ד"ר יעקב כץ יו"ר וועדת הבדיקה פרוטוקול מיום 11.01.2022

פא. מעדותו של עד זה בע' 23 ש' 4 אומר העד כי שחזור חדר הניתוח, למועד האירוע, על פיו פעלה הוועדה שבראשותו נעשה עם ברז מסוג אחר ולא עם אותו ברז עליו דיבר פרופ' וייסמן בעדותו. מכיוון שכך ואם היה בעת השחזור צילום מדויק של אותו ברז עליו העיד פרופ' וייסמן, ייתכן מאד שמסקנות וועדת הבדיקה היו שונות באשר לנקבל שבפניו.

פב. בעמ' 30 לעדותו ש' 2 אומר העד "אני מסכים זאת אומרת גם אני ראיתי אותו פעם ראשונה אז זה יותר קטן, הקוטר שלו היה יותר קטן כדי שכנראה שמי שייצר אותו חשב שיכול להיות בלבול ... הבעיה העיקרית פה זה הסיימת שלו".

פג. בעמ' 31 ש' 11 מוסיף העד כי הברז שראה הוא היחיד שראה בחייו וכי הוא שונה מברז חמצן. פד. בע' 40 ש' 14-15 מעיד העד כי פרופ' שפירא העיד בפני וועדת הבדיקה כי שוחח עם הנקבל בעניין ברז הפד"ח. לצערנו פרופ' שפירא לא הובא ע"י הקובל לעדות בפניו.

פה. בהמשך דבריו בע' 40 אומר העד כי על ברז הפד"ח הוסף "פס בצבע אחר והיה כתוב CO2 בגדול החליפו את הפיה הזאתי לצבע אפור ונראה לי שהיה כתוב, כתבו גם בפאנל נראה לי גדול או משהו כזה CO2". לכל האמור קורא העד "טיפול קוסמטי" אף שכאמור טען קודם לכן שלא ראה ברז מאותו סוג מימיו וכן כדבריו בעמ' 41 ש' 4. "הברז מלכתחילה היה שונה, שזה שאני לא ראיתי זה לא פגם שלהם, אני לא ראיתי, פשוט לא ראיתי שיש דבר כזה וכי

הבעיה הייתה רק הפיה". יוצא איפוא כי הברז האמור טופל באופן שהובא ברז שונה לחלוטין שלא ניתן לטעות בו וכן כי גם הפיה הוחלפה והיא כאמור הייתה לדידו של העד שורש הבעיה.

פ. בעמ' 65 ש' 20 אומר העד, כי כאשר הוא מגלה שיש תקלה באחד המכשירים, הוא משבית אותו ומעביר להנדסה רפואית. לעומת זאת כאשר הוצגו בפני העד ק/3 ו-ק/4, מכתב מפרופ' וייס לנקבל ותגובת הנקבל לפיה העניין הועבר לאמנון גולן מהנדסה רפואית משיב העד **"לא ראיתי רלוונטיות לזה"**.

פז. לשאלה מדוע אין רלוונטיות? ענה העד כי היה צורך להפסיק את השימוש בברז הפד"ח. ולשאלה מי מוסמך להורות על הפסקת השימוש, ענה **"הנהלת בית החולים, לדעת"**. בהמשך נשאל כיצד פעלה הנהלת ביה"ח והתשובה הייתה שנשלחו מיילים למעורבים ולדבריו המיילים נשלחו לנקבל ולפרופ' וייס כאשר הוא מקריא מתוך ק/2. מעיון בק/2 ניתן לראות כי המייל שנשלח, נשלח ע"י ד"ר מרוז, שאינו שייך להנהלת ביה"ח, לפרופ' שפירא ולפרופ' וייס נשלח העתק. למותר לציין כי הנקבל לא היה ממוען במייל זה.

פח. בהמשך, עמ' 74, אומר העד כי אין זו בעיה שלו אם ד"ר מרוז לא פנה לנקבל לפני האירוע. אך למרות זאת נאמר בעמ' 7 למסקנות ועדת הבדיקה כי הנקבל ביחד עם אחרים סירב להוציא את הברז מחדר הניתוח דבר שאין לו כל אחיזה בראיות.

פט. בעמ' 84 ש' 4-5 לאחר שהעד מעומת עם ק/3 בו מציע ד"ר יורם וייס לצבוע את הברז עונה העד **"...נו מה רע בכך?"**. לפי עדויות אחרות ששמענו הברז אכן נצבע והובלט אך לעד זה אין הדבר משנה ובמסקנות ועדת הבדיקה שעד זה עמד בראשה נאמר בעמ' 7 **".. השינויים שהוחלט עליהם, בעקבות ההתרעות, היו קוסמטיים בלבד כגון: הדבקת מדבקה אדומה על ברז CO 2 והחלפת החיבור (עץ חג מולד) מצבע ירוק לצבע אפור.."**. דהיינו כאשר ניתנת הנחיה או עצה של ד"ר וייס הרי שאין בה דופי. אולם כאשר היא מבוצעת הרי שמדובר בשינוי קוסמטי ומי שאחראי לכך הוא הנקבל.

צ. בעמ' 89 ש' 7 אומר העד כי ברור לו שהנקבל לא יכול לתת הוראה לפרופ' שפירא להוציא את הברז מחדר הניתוח. מאידך ובסעיף 2 למסקנות הוועדה נאמר כי דווקא הנקבל הוא האחראי על אי הוצאת הברז מחדר הניתוח.

צא. לא ברור אם כן כיצד הגיעה ועדת הבדיקה למסקנה הנ"ל כאשר ברור לכולם כי אין זה ולא היה זה מסמכותו של הנקבל להוציא ולסלק את הברז מחדר הניתוח. יתרה מכך, בעמ' 101 ש' 6 אומר העד באופן המפורש ביותר כי הנקבל לא יכול להוציא את הברז ללא רשותו והסכמתו של פרופ' שפירא. הואיל ובעמ' 67 אומר העד כי הבעיה הייתה בין השאר הימצאותו של הברז בחדר הניתוח, הרי שבעקבות דבריו של העד כאמור לעיל, אין לנקבל כל אחריות.

צב. דברים אלו מקבלים משנה תוקף כאשר עד זה אומר מפורשות בעמ' 91 ש' 10-12 **"... אף אחד לא ידע בדיוק מה הסמכות שלו ולא הייתה היררכיה כמו שאני הכרתי בחדר ניתוח שלי"**. ובעמ' 95 ש' 14 מוסיף העד ואומר **"...מי, מי מחליט בחדר ניתוח? לא הגעתי למסקנה בסוף מי החליט בחדר הניתוח"**. מכאן לא ברורה המסקנה אליה הגיעה הוועדה בסעיף 2 לפרק המסקנות.

צג. בעמ' 116 ובעמ' 117 עונה העד לשאלת יו"ר הוועדה באשר לשאלת הסמכויות בחדרי הניתוח ולכך משיב העד כי לא נכנסו לשאלה הנ"ל אלא **"אני באתי עם הדוגמאות שלי מחדר ניתוח"**. למרות זאת ובהעדר כל ידיעה על חלוקת הסמכויות בחדר הניתוח, מצאה הוועדה בראשותו של העד כי הנקבל היה אחראי ומנהל. ובסתירה לאמור בפרק המסקנות אומר העד **"אני לא חושב שזה בסמכותו להתעסק עם הסיפור הזה. עם הברז אם את שואלת אותי"**. עמ' 118 ש' 3-4.

צד. באשר להימצאות ברז הפד"ח בחדר הניתוח ביום ניתוחו של הפעוט, לשאלת עוה"ד רזניק **"..הנושא הזה של הברז CO2 לא נחקר ע"י המשטרה. מתי הברז הזה שמו אותו, מי שם אותו, מה הייתה הנחיצות של הברז הזה, פה לא, החקירה לא הייתה גם אתם לא חקרתם את זה"**. עונה העד **"לא, כשלא ראיתי, לא ראיתי חשיבות לזה"**. עמ' 132 ש' 13-18.

צה. בעניין זה חשוב לזכור כי נטענה הטענה שהנקבל לא דאג להוצאת הברז מחדר הניתוח לאחר השימוש בו. מכיוון שאין לנו כל ידיעה על מה שקדם לניתוח ואם היה שימוש בברז אם לאו, נראה לנו שהייתה חשיבות רבה לבדיקת נושא זה שכאמור לא נבדק כלל.

צו. בעמ' 146 ש' 11-20 נשאל העד אם הנקבל קיבל החלטה שלא להוציא את הברז. לשאלה זו משיב העד **"אבל לא, לא יכול להגיד בפה מלא אם הוא לבד אבל היה בסוד העניינים בוא נגיד ככה"**. לשאלה מה זה בסוד העניינים מסרב העד להשיב ואומר **"לא רוצה לענות"**.

צז. לאמור לעיל יש להוסיף את תשובתו של העד לשאלה **"איפה החלטת מנהל בית החולים האחראי על חדרי הניתוח?"** עמ' 149 ש' 1-10 עונה העד **"לא יודע"** לשאלה **"למה כתבת את זה?"** עונה **"לא יודע"**. יכול להיות שמצאתי משהו בזה, כבר לא זוכר". בעמ' 150 נשאל העד מדוע נכתב בפרק המסקנות של וועדת הבדיקה שהנקבל יחד עם אחרים התעלם מהבקשות לטיפול בברז, ענה העד **"לא זוכר למה כתבתי"**.

צח. בעמ' 152 נשאל העד מניין הגיע למסקנה כי היה זה מתפקידו של הנקבל למצוא פתרון בטיחותי טכני ווסת הפד"ח ענה העד **"בין היתר, ככה הבנתי"** לשאלה **"..איך אתה יודע?"** ענה **"לא יודע, זה מה שהבנתי אז"**. בהמשך אומר לו עוה"ד רזניק **"אני אומר לך שאתה טעית טעות חמורה"** עונה העד **"בסדר זו בעיה שלך"**.

צט. בתחילת עדותו מסר העד כי גרס את החומר עליו הסתמכה הוועדה שבראשותו. בעמ' 164 אומר העד **"מה זה גרסתי? החומר קיים, אני רק שלא יהיה זמן"**. למותר לציין כי בדברים אלה יש סתירה של ממש הואיל והחומר מצוי בידי העד ויכול היה באמצעותו ליתן תשובות נכונות ובהירות לשאלות שנשאל אך העד לא טרח לקרוא את החומר ולרענן את זכרונו.

ק. בעמ' 7 לוועדת הבדיקה נאמר **"... ע"פ חלק מן העדויות היה מחובר לקיר וסת יחידי לשקע ה-CO2 בלבד, ועל פי אחרות היה מחובר לקיר וסת נוסף שהיה בשקע החמצן"**. לעומת זאת אומר העד בעדותו בפני וועדה זו בעמ' 177 ש' 15-20 כי לא היה ברז חמצן. למותר לציין כי הואיל ולוועדת הבדיקה היו עדויות שונות בעניין זה והיא לא הגיעה למסקנה ברורה בשאלה זו אין זה נכון להעיד בפסקנות כי לא היה ברז חמצן על הפאנל. דברים אלו נאמרו לדעתנו כדי להציג מיצג שמתאים למסקנות וועדת הבדיקה אף שאין לכך ראיה.

פרופ' יורם וייס מנכ"ל רפואה הדסה פרוטוקול מיום 25.01.2022

קא. פרופ' וייס בעדותו בעמ' 4 ש' 10 אומר כי חלוקת הסמכויות בחדר הניתוח הייתה משותפת למנהל מחלקת ההרדמה פרופ' ויסמן מנהל חדר הניתוח פרופ' יובל וייס והנקבל. ובעמ' 5 ש' 9 אומר העד כי הנקבל היה אחראי על הציוד הכירורגי כאשר האחריות על פאנל הגזים הייתה על המרדימים כמפורט בעמ' 7 ש' 1. כמו כן מוסיף עד זה ואומר כי כשהמרדים נכנס לחדר הניתוח עליו מוטלת האחריות לבדיקת החיבור לחמצן ואם הברז מחובר עניין זה מופיע גם בנהלים בינלאומיים. וכלשונו בשורות 16-17, **"התפקיד של המרדים לפני תחילת יום ניתוחים בחדר שבו הוא עובד, זה להיכנס לחדר ודבר ראשון לבדוק את הציוד שבו הוא הולך להשתמש לכן... צריך לגשת אל הפאנל. זה לא יורם וייס אומר זה אומרת הספרות המקצועית, זה אומרים הנהלים... אמור לגשת אל הפאנל להסתכל על הפאנל שכתוב**

חמצן, לבדוק שהוא מחבר את הפלואומטר ויש זרימה בפלואומטר ולחבר את האמבו.. ולבדוק שהאמבו תקין"

קב. בעמ' 6 ש' 5 אומר העד כי הנוהל של משרד הבריאות באשר לבדיקה האמורה, לא בוצע ע"י המרדים.

קג. בעמ' 15 ש' 4 אומר העד כי אמנון מהנדסה רפואית, היה אחראי על הציוד בחדר הניתוח כולל שעוני גז. בעמ' 18 ש' 16-17 אומר העד כי קנו ברז חדש השונה מברז חמצן כמו כן הוסיפו שלט "ואני חייב לומר שאם אני הייתי המרדים אני לא הייתי מצליח להתבלבל ולזהות את זה כשעון חמצן". עוד הוסיף העד כי שעון זה היה שונה לחלוטין עמ' 19 ש' 4-6.

קד. בעמ' 22 ש' 13 אומר העד כי תקלות דומות לא אירעו אף שברז היה מחובר לגז פד"ח וזאת מכיוון שהמרדים בדק קודם לתחילת השראת ההרדמה.

קה. יש לציין כי במהלך עדותו של עד זה התעוררה מחלוקת בין הצדדים באשר לתיאור תפקידו של הנקבל וגדר סמכויותיו. מחד התנגד ב"כ הקובל להגשת נ/20 הואיל ואין במסמך זה "שום תיאור" עמ' 45 ש' 1 ומאידך ולמרות העדר תיאור ומסמך כל שהוא נטען בסעיף 1 לקובלנה כי "שימש כמנהל חדרי הניתוח" ב"כ הקובל אף התחייב בפני ב"כ הנקבל לפנות לביה"ח הדסה ולבקש את כתב המינוי עמ' 46 ש' 3-7. בפועל, לא המציא ב"כ הקובל כל מסמך המתאר את גדר סמכויותיו של הנקבל.

קו. אין אנו מתעלמים מדברי העד לפיהן פרופ' יובל וייס כמנהל חדרי הניתוח האציל לכאורה את סמכויותיו לנקבל בשעה שנעדר מחדרי הניתוח עמ' 51 ש' 15-20 לצערנו לא הומצא לוועדה כל מסמך המאמת זאת מה עוד שאין גם כל עדות באשר למועדי הימצאותו של ד"ר יובל וייס בחדרי הניתוח שכן, וכאמור בדברי העד, הסמכות הואצלה לכאורה כאשר ד"ר יובל וייס לא היה בנמצא.

קז. בעמ' 69 ש' 1-8 אומר העד כי הברז שהציג בפניו פרופ' וייסמן היה ייעודי ל-CO2 וכי המרדים פרופ' לנדסברג נכנס לחדר הניתוח יומיים לאחר הניתוח ולא הבין כיצד נגרמה הטעות הואיל ו-"... זה כל כך בולט שזה לא flow meter של חמצן."

קח. בעמ' 71 ש' 5 חוזר העד על דבריו הנ"ל ואומר כי הברז היה שונה לגמרי. ובעמ' 73 ש' 21 חוזר שוב על דבריו ואומר שאם רק מסתכלים לאן מחברים לא יכולה להיות טעות.

קט. עד זה חוזר ומאשר את עדותו של ד"ר מרוז באשר לאחריות המרדים ואומר בעמ' 78 כי המרדים אמור להגיע שעה לפני הניתוח ולהכין את כל החיבורים כדי שבשעת לחץ לא יהיו תקלות.

קי. בעמ' 80 מאשר העד כי הנקבל התריע מס' פעמים בעניין סמכויות טכנאיות ההרדמה.

קיא. בעמ' 82-83 מסכם למעשה העד ואומר כי וועדת הבדיקה "לקחה את כל המשקל והעבירה אותו מהאחריות של המרדים ... לאחריות של כל אלה שהיו בתפקידים ניהוליים סביב האירוע הזה".

קיב. בעמ' 84 אומר העד כי הוצאת ה-CO2 מחדר הניתוח אינו הפתרון כי בדרך זו יכול ותהיה פגיעה בחולים אחרים. דרך המלך היא למצוא איזון נכון, מה עוד שפרופ' לנדסברג עבד הרבה פעמים עם פרופ' שפירא וחזקה עליו שידע את דבר הימצאות ברז הפד"ח בחדר 8.

קיג. מדברי העד בעמ' 87-90 עולה כי ניתן היה לחבר את האמבו ישירות למכונת ההנשמה ולא היה צורך בכלל לחברו לקיר. פרופ' וייס לא אומר וגם לא יכול לומר מה הייתה הסיבה בשלה לא חובר ישירות לקיר ולכן המשקל שיינתן לדבריו בהמלצה זו יהיה בהתאם. יחד עם האמור ברור הוא כי האמבו לא חובר למכונת ההנשמה, תהיה הסיבה אשר תהא, אם כך הרי שיש לשאול מדוע, אם כך, לא נבדק הפאנל בקיר קודם לניתוח?

קיד. בעמ' 92 אומר העד שכאמור היה הממונה על הנקבל כי נחה דעתו מהפעולות אותן ביצע הנקבל. וכדבריו "ומכיוון שפרופ' וייסמן היה מרדים בחדר ניתוח לב ואמר לי שזה מה שמותקן שם אז נחה דעתי ויתרה מזו פרופ' יובל מרוז שאיתו אני מדבר כמעט כל יום, כי הוא באמת אנחנו גם חברים לא העלה שום בעיה עוד פעם את הנושא הזה עד לאחר האירוע... אני חייב לומר נחה דעתי בייחוד שפרופסור וייסמן הוא זה שנמצא כמעט כל יום בחדר ניתוח לב". בעמ' 93 מוסיף העד וטוען כי נחה דעתם של כולם באשר לשינויים שנעשו ובמיוחד נוכח העובדה כי השינוי שנעשה "מקובל בכל העולם" עמ' 94 ש'3.

קטו. יתרה מכך בעמ' 97 אומר העד כי מאז השינוי האמור לא רק שלא קרתה כל תקלה אלא שגם לא היו כל טענות לגבי הישארותו של הברז בחדר. גם ד"ר מרוז לא פנה ואף אחד אחר לא פנה. על דברים אלה חוזר העד בסוף עדותו בחקירה החוזרה בעמ' 153.

קטז. לדברי העד בעמ' 101, פעל הנקבל נכון עת נתן הוראה להוציא את הברז בסוף כל יום ניתוחים מה עוד שהיה שלט גדול וברור מעל ברז הפד"ח עם הוראה דומה כתובה.

קז. בעמ' 122 ש' 5-6 מפריך למעשה העד את האמור בדו"ח ועדת הבדיקה ואומר כי "XXXXXX ואני באיזשהו שלב פעלנו ביחד מול עוז כדי לנסות לשכנע אותו לעבור לאינסופלטור". מכאן שהמסקנה אליה הגיעו חברי ועדת הבדיקה בעמ' 14 לדו"ח שם נאמר "מעדויות הנהלת מח' הרדמה עולה שמי שקיבלו החלטה להשאיר את ברז ה-CO2 במיקומו הבעייתי, למרות ההתרעות של אנשי מח' ההרדמה, היו פרופ' שפירא והאח האחראי חדר הניתוח מר XXXXX XXXX". יש לזכור כי בין המנהלים עליהם מדברת מסקנה זו מנוי גם העד פרופ' יורם וייס שאומר מפורשות שהדברים התנהלו אחרת לחלוטין וכי הנקבל פעל מול פרופ' שפירא בניסיון להוציא את ברז הפד"ח מהחדר.

קיח. לא זו אף זו, העד מעיד בעמ' 124 כי לא הוא ולא הנקבל היה בסמכותם להוציא את הברז מחדר הניתוח.

הנקבל מר XXXXX XXXX פרוטוקול מיום 08.03.2022

קיט. בעמ' 8 ש' 8-9 מעיד העד כי לא היה זה בסמכותו (כמנהל חטיבת הסיעוד) להורות למנהלי מחלקות כיצד לנהוג וכן לא הייתה לו הסמכות להקצות חדרים. את תכנית הניתוחים עשה פרופ' יובל וייס (עמ' 11 ש' 16).

קכ. בעמ' 12 ש' 4 אומר העד כי מי שקבע שהניתוח של הפעוט XXXXX יבוצע בחדר 8 שאינו מתאים לכך, היה פרופ' שפירא. בעניין זה פנה הנקבל גם לפרופ' וייסמן אך הלה אמר שאין מה לדאוג. הנקבל לא הסתפק בניסיון זה למנוע את השימוש בחדר 8 לצורך ניתוחו של הפעוט ופנה יחד עם אלכס שוב לפרופ' וייסמן אך ללא הצלחה. ש' 14 ואילך. ניסיון נוסף לדחות את הניתוח למועד אחר גם הוא לא צלח. עמ' 13.

קכא. מעדותו של פרופ' וייס ניתן היה להבין כי ניתן היה להתחבר למכונת ההרדמה והדבר לא נעשה אך עד זה לא יכול היה להסביר מדוע. הנקבל מעיד אף הוא בעמ' 35 ש' 11 כי שתי מכונות ההרדמה היו מחוברות לחמצן והיה ניתן להתחבר ליציאת החמצן מהמכונה אך דבר זה לא נעשה והעדיפו לחבר צינור עם הארכה ולחבר לקיר מסיבות לא ברורות.

קכב. באשר לטענה כי הנקבל סירב לרכוש ברז אחר מזה שהיה וזאת מטעמי תקציב, אומר הנקבל בעמ' 41 ש' 5 כי הייתה קיימת וועדת קניות בראשות יובל וייס שהייתה אמונה על הרכישות. יתרה מכך, הוכח כי נרכש ברז חדש למרות הטענה האמורה.

קכג. בעמ' 55 מעיד הנקבל שמיום כניסתו לתפקיד התריע על דרך פעולתם של טכנאי הניתוח בפני מנהל ביה"ח. ראה גם סעיף קיא' לעיל בו מאשר פרופ' וייס את דברי הנקבל.

קכד. הנקבל מכחיש את האמור בסעיף 3 לקובלנה וטוען בעמ' 62 לעדותו כי ד"ר מרוז לא פנה אליו מעולם בעניין ברז הפד"ח. דברים אלה מקבלים משנה תוקף מעדותו של ד"ר מרוז כמפורט בסעיף ח' לעיל שם אומר מפורשות כי לא פנה לנקבל ישירות. יוצא איפוא כי גם סעיפים 3 ו-11 לקובלנה לא הוכחו מה עוד שעדותו של הנקבל לא נסתרה.

קכה. באשר לחיבור הברז עם שרשרת לקיר, כופר בכך הנקבל וטוען כי לא היה לו כל חלק בהחלטה ו/או בביצוע האמור. עמ' 75 ש' 13-15. מכל העדויות ששמענו לא הייתה ולו עדות אחת המצביעה על הנקבל כמי שנתן הוראה לחבר את הברז עם שרשרת לקיר. מכאן שגם סעיף 4 לקובלנה לא הוכח ובמיוחד נוכח העובדה שדברי הנקבל לא נסתרו.

קכו. בעמ' 79 אומר הנקבל כי הברז היה בחדר ביום האירוע מכיוון שכנראה הכינו את החדר בבוקר והכניסו את הברז. לא ידוע מי. כנראה בשל הניתוח המתוכנן שהיה אמור להיות ניתוח לב. דברים אלו לא רק שלא נסתרו אלא שלא מצאנו כל גרסה אחרת במהלך כל העדויות המצביעות על סיבה אחרת להימצאות הברז בחדר.

קכז. עוד טוען הנקבל בעמ' 93 כי לא היה זה מתפקידו להיכנס לכל חדר וחדר ולפני כל ניתוח כדי לבדוק. בבית"ח קיימים 23 חדרי ניתוח ב-3 מתחמים ולכן אין זה הגיוני כי כמנהל הסיעוד של חדרי הניתוח יעבור בכל אותם חדרים ולפני כל ניתוח כדי לבדקם. לצורך האמור קיימים ראשי תחום שלכל אחד יש את החדר שלו והוא זה שאמור לבדוק.

קכח. באשר לשאלת השינויים שנעשו בברז טוען הנקבל כי השינויים שנעשו לא היו קוסמטיים בלבד כמופיע בסעיף 7 לקובלנה. בעמ' 106 אומר הנקבל "אני לא החלטתי לבד על תיקונים קוסמטיים, וזה לא תיקונים קוסמטיים. ויש שם תיקונים, שליטי אזהרה מאוד מאוד גדולים, הייתה בקשה של יורם וייס, הצוות הוסיף עוד דברים, החל מהשלט הגדול, עוד אמנון גולן סידר את הצבע, ועוד הכניסו לארון, זה לא תיקון קוסמטי. זה ממש לא תיקון קוסמטי". כמו כן מעיד בעמ' 107 כי אמנון גולן רכש ברז שונה לחלוטין דבר המקבל חיזוק מעדויותיהם של פרופ' וייסמן, פרופ' וייס וד"ר כץ בדבר צורת הברז שהייתה שונה מהותית מברזים אחרים וכן את העובדה שמנהלו של הנקבל פרופ' וייס הודיע כי **נחה דעתו** מביצועי הנקבל הרי שסעיפים 7 ו-12 לקובלנה לא הוכחו.

קכט. אנו ערים לעדותו של ד"ר כץ באשר לטענה כי התיקונים היו קוסמטיים אך יש לזכור כי לא הוכח מהי רמת אחריותו של הנקבל וגדר סמכויותיו כך שאם לקח על עצמו, בלא שהייתה לו חובה שכזו, לבצע שיפור למערכת וביצועיו הניחו את דעתו של האחראים עליו, אין לבוא עימו חשבון ובוודאי שהדבר לא אמור לבוא בעוכריו.

קל. באשר לסעיפים 13-14 לקובלנה מכחיש הנקבל את הנטען כי לא היה זה בסמכותו להוציא את הברז ממקומו ולבסוף לא הוא זה שהוציא את הברז. דברים אלה לא נסתרו כלל ולפיכך גם סעיפים 13-14 לקובלנה לא הוכחו.

קלא. בעמ' 203 ש' 1 אומר ב"כ הקובל כי "**המפגע**" המתואר בקובלנה "לא. לא הברז עצמו. איך **הם. איך השתמשו בזה**". לדברים אלה אין זכר בקובלנה. למותר לציין כי בקובלנה כמו בכתב אישום יש חוב להבהיר מעל לכל ספק מה היא העבירה המיוחסת לנקבל או לנאשם ולא להשאיר דברים מעורפלים כדי ל"לשלוף שפנים מהכיס" לעת מצוא ולהפתיע את הנקבל או את הנאשם. לא זו אף זו כיצד ניתן, אם כך, להאשים את הנקבל שלא "**דאג לסילוק המייד של המפגע**". (סעיף 15 לקובלנה) וכן לא ברור כיצד ניתן לבצע שינויים קוסמטיים בדרך השימוש בברז.

קלב. בעניין נ/ 14 (נוהל בדיקת מערכות מסופקות גזים) שהוצא ע"י מחלקת הנדסה תחזוקה ובינוי בבית"ח הדסה, נשאל הנקבל, בעמ' 229, באשר לאחריותו על המכשירים אשר לכאורה וכעולה מק/14 מוטלת על מנהל מחלקת חדרי הניתוח. מקריאה פשוטה של סעיף 4.1 אליו מפנה ב"כ הקובל ניתן לראות בקלות שהאחריות נתונה **למנהל חדרי הניתוח באגף הנדסה רפואית**.

דהיינו, כשם שיש מנהל חדר ניתוח מתוך מחלקת הסיעוד של ביה"ח כך יש מנהל חדרי ניתוח מתוך מחלקת הנדסה. עניין זה עולה בקנה אחד עם העובדה שמי שכתב את הנוהל היא מחלקת הנדסה ולא סביר בעליל כי נוהל המטיל אחריות על הצוות הסיעודי ייעשה ויכתב שלא בשיתוף, לפחות, עם מחלקת הסיעוד של ביה"ח.

קלג. בעמ' 249-251 שואל ב"כ הקובל את הנקבל מדוע למעשה לא פנה לגורם במחלקת הסיעוד שהיה אחראי על כתיבת נהלים כדי להכין נוהל בדבר ברז הפד"ח. לעניין זה משיב הנקבל כי פנה לפרופ' וייס וכי פרופ' וייס יכול היה, אם רצה בכך, לפנות לכל גורם שהוא. יש לזכור כי עניין זה לא הוזכר כלל בכתב הקובלנה ולכן אין אנו רואים כל קשר בין העבירות המיוחסות לנקבל בקובלנה לבין מחדל כלשהו, לכאורה, בכך שלא פנה להכנת נהלים.

קלד. בעמ' 253-269 התגלעה מחלוקת לפיה טוען ב"כ הקובל כי אין מחלוקת שהפעוט לא היה זקוק במהלך הניתוח לברז הפד"ח אף שעניין זה לא הוכח כלל ואף לא אחד העיד על עניין זה. מכיוון שכך הפנה ב"כ הקובל את הוועדה לדו"ח ועדת הבדיקה. דו"ח וועדת בדיקה אינו, ולא יכול לשמש ראיה, אלא אם יבוא העד עצמו ויעיד בפני וועדה זו. אם היו הדברים כפי שסבור ב"כ הקובל כי קביעת וועדת הבדיקה יכולה לשמש ראיה, אזי לא היה מקום לקיומה של וועדה זו ודי היה בממצאי וועדת הבדיקה.

קלה. לנוכח האמור ובעקבות הערות חברי הוועדה, התחייב הקובל בעמ' 268 ש' 11 להמציא את הפרוטוקול בו מעיד עד כלשהו בשאלה האמורה אך מסיבות השמורות עימו לא המציא את הפרוטוקול האמור עד לסיום הדיון בקובלנה זו.

סיכומי הצדדים פרוטוקול מיום 29.03.2022

ב"כ הקובל

א. ראשית טוען ב"כ הקובל כי הנקבל לא נוטל כל אחריות ומעבירה לאחרים עמ' 4. ב"כ הקובל מפנה את הוועדה לק/2, מייל שהועבר מד"ר מרוז לפרופ' שפירא ביום 23.10.2010 וממנו מבקש ללמוד כי **"הנושא לא טופל"** על ידי הנקבל.

ב. בעמ' 5 אומר ב"כ הקובל כי מעשיו של ד"ר מרוז בהוצאת הברז ממקומו בקיר **"הרגיז אנשים"** ולכן קיבעו את הברז למקומו באמצעות שרשרת. יש לזכור כי בסעיף 4 לקובלנה נאמר **".. בעקבות זאת, הורה הנקבל לחבר את הברז לקיר באמצעות שרשרת"**. יוצא איפוא כי ב"כ הקובל עצמו משמיט את הקרקע מתחת לטיעון שבקובלנה, הואיל והוא עצמו לא יכול לומר מי זה שחיבר או הורה על חיבור הברז לקיר.

ג. בעמ' 7 טוען ב"כ הקובל כי למרות התרעות רבות, ולא רק של ד"ר מרוז, לא טרח הנקבל להוציא את הברז מהחדר ובכך התרשל רשלנות חמורה.

ד. לדברי ב"כ הקובל גם ד"ר יורם וייס סבר כי הברז מסוכן (עמ' 8).

ה. הצעד שנקט הנקבל בהנחיה להוצאת הברז בתום כל ניתוח היה נכון אך היישום של הנחיה זו לקה בחסר ולמעשה לא בוצעה.

ו. ק/23 (תקן G 01) לא בוצע וזאת באחריות הנקבל.

ז. הנקבל התייחס לעצמו כמנהל וכך גם האחרים.

ח. בעמ' 19 טוען ב"כ הקובל כי ההנחיה בנ/14 סע' 4.4 מחייבת את האחים והאחיות בחדרי הניתוח והכוונה היא לחיבורים כולם.

ט. עוד מפנה ב"כ הקובל ל-ק/24 סעיף 4 ממנו, לדעתו, יש ללמוד כי האחריות על חיבור הצינורות לאספקת הגזים, נתונה לאחים ואחיות חדרי הניתוח.

- י. כמו כן טוען ב"כ הקובל כי האחריות לחיבור הברז לקיר באמצעות שרשרת היא של הנקבל וזאת בהסתמך על דברי פרופ' וייס שאמר כי ההוראה ניתנה "ככל הנראה" על ידי הנקבל.
- יא. בעמ' 49 אומר ב"כ הקובל כי פרופ' וייס אכן אמר שמעשיו של הנקבל סיפקו אותו אלא שפרופ' וייס התייחס למה שנכתב ולא למעשי הנקבל בפועל. פרופ' וייס כך לדברי ב"כ הקובל, לא ידע שההנחיות לא יושמו.
- יב. כמו כן טוען ב"כ הקובל כי משלא קוימו ההנחיות, היה הנקבל מחויב להעלותן על הכתב וגם זה לא נעשה.
- יג. בעמ' 55 מוסיף ב"כ הקובל וטוען כי הברז לא היה תיקני לפי G01 .

ב"כ הנקבל

- א. סעיף 15 לקובלנה לא הוכח הואיל ומעדויותיהם של פרופ' וייסמן ופרופ' וייס לא הייתה לנקבל הסמכות להוציא את הברז מהחדר. בעמ' 78 אומר ב"כ הנקבל כי הסמכות האמורה נתונה אך ורק למנהל ביה"ח.
- ב. בעמ' 86 מתייחס ב"כ הנקבל לסיכומי ב"כ הקובל וטוען כי הלה מנסה לערפל את האמור בקובלנה. לדבריו לא ברור אם הכוונה לברז, לצינור או למשהו אחר.
- ג. עוד טוען ב"כ הנקבל כי הנקבל לא נחקר בחקירתו הנגדית באשר לסילוק מיידי של המפגע.
- ד. בעמ' 91 טוען ב"כ הנקבל כי הזרמת חמצן למטופל היא למעשה מתן תרופה דבר האסור על הטכנאית.
- ה. בניגוד לאמור, הן בקובלנה בסע' 7,12 והן בדו"ח וועדת הבדיקה, הרי משהוחלף הברז כבר לא מדובר בשינוי קוסמטי. יתרה מכך פרופ' וייסמן העיד כי לא ראה ברז שכזה מימיו.
- ו. בעמ' 97 טוען ב"כ הנקבל כי בחקירת המשטרה נמצא כי צבע המחבר לא היה ירוק ומשלא הובאה ראייה כלשהי בעניין זה במהלך הראיות בתיק זה, הרי שלא ניתן לטעון כי היה מחבר ירוק. כמו כן מוסיף ב"כ הנקבל בעמ' 117 את דברי פרופ' וייס לפיו צבע המחבר לא היה ירוק.
- ז. האמור בק/18 דו"ח וועדת הבדיקה באשר להתנגדותו כביכול של הנקבל להוצאת הברז מהחדר לא הוכח כלל. דברים אלה אף מנוגדים לדברי פרופ' וייס בעדותו לפיה הלך יחד עם הנקבל לשכנע את פרופ' שפירא להוציא את הברז.
- ח. אין כל הוכחה ולא הוגשה כל ראייה לפיה הנקבל הורה על חיבור הברז לקיר בשרשרת.
- ט. בעמ' 89 מפנה ב"כ הנקבל לעדותו של ד"ר מרוז לפיה אמר "לא אמרתי שXXXX אחראי מבחינתו להוצאת הברז אחרי הניתוח".

7. דיון

- א. ראשית יש לומר כי כעולה מעדותו של עד התביעה האחרון, פרופ' יורם וייס מנכ"ל בית החולים במועד עדותו, כי מעשיו של הנקבל בעקבות התרעותיו של ד"ר מרוז היו נכונים וכי לא הייתה כל תלונה לאחר מכן אפילו לא מפיו של ד"ר מרוז וכדבריו במהלך הדיון: " **נחה דעתי**".
- ב. די בדברים אלו כדי להגיע למסקנה כי הנקבל פעל כפי שנתבקש וביחד עם אחר מצא פתרון שהניח את דעתם של כל הצדדים. מכיוון שכך, לא הוכחה הקובלנה כפי שנדרש הקובל להוכיח.
- ג. אם נוסיף לאמור כי פרופ' וייסמן בעדותו הבהיר כי מעולם קודם לכן לא ראה ברז דומה לזה שהותקן בעקבות תלונותיו של ד"ר מרוז הרי שלא היה כל מקום להמשיך בדיון בתיק זה לאחר דברים אלה ולדעתנו היה על קובל לחזור מהקובלנה.

- ד. כפי שנכתב לעיל, הקובלנה לא הוכחה כלל והנטל המוטל על הקובל לא הורם ולו במעט. ניתן לומר כי מלבד יו"ר וועדת הבדיקה ד"ר כץ כל עדי התביעה תמכו למעשה בנקבל.
- ה. היחיד שעדיין סבר כי קיימת אחריות מסויימת על הנקבל הוא ד"ר כץ אם כי ויש לזכור שבחקירתו הנגדית אמר כי ייתכן שטעה באשר לנקבל.
- ו. הוועדה התרשמה כי עדותו של ד"ר כץ הייתה מגמתית וכל כולה היה ניסיון לתמוך בדו"ח שהוגש על ידו ובמסקנותיו אף שהללו עמדו בסתירה לראיות.
- ז. לעניין זה יש לזכור כי ד"ר יעקב כץ שימש כיו"ר ועדת בדיקה שתפקידה חשוב מאין כמוהו ובין השאר לבדוק ולהטיל אור על האירועים שקדמו לאירוע נשוא הבדיקה ולאחריו. תשובותיו של העד במהלך עדותו מעידות, לצערנו, על ניסיונות התחמקות ממתן תשובות שאינן עולות בקנה אחד עם תפיסת עולמו ומסקנותיו שכאמור באו ללא בדיקה מספקת.
- ח. עד למועד כתיבת המלצה זו לא הובאה כל ראיה באשר לגורם הנזק ולפגיעה בפעוט. יש לזכור כי במהלך העדויות התברר כי הפעוט עבר שתי החייאות כאשר האחת עוד טרם הניתוח וזאת בעקבות אינטובציה שלא צלחה.
- ט. במהלך עדותו הציג העד ד"ר וייס צילום של ברז המחובר לשקע פד"ח. הצילום המהווה מוצג 1/- מראה ברז חמצן צבוע בירוק עם עץ חג מולד אף הוא צבוע בירוק. למותר לציין כי ברז זה מסוכן מעל ומעבר לסיכון שהיה בברז נשוא הקובלנה שבפנינו ולמרות זאת לא ננקטו כל הליכים נגד האחראים לכך באותו בית חולים.
- י. פרופ' שפירא לא זומן לעדות כמו גם ד"ר ארז. יש לזכור כי פרופ' שפירא היה שחקן מרכזי בכל הקשור לקובלנה זו ויכול היה להטיל אור על כל האירועים אך למרות זאת לא זומן להעיד בפני הוועדה וזאת משיקולי ב"כ הקובל.
- יא. באשר לטענה שהברז לא היה תקני, יש לזכור כי לא הובאה כל ראיה התומכת בטענה זו, לא הובא מומחה ואין לכך זכר בקובלנה. עוד יש לומר כי דבר זה ודומה לו לא נזכרים בקובלנה. יתרה מכך, לא הובאה כל ראיה או שמץ ממנה לפיה הברז לא היה תקני. כדי להוכיח כי הברז לא היה תקני יש להביא עד מומחה שלא הובא.
- יב. באשר לטענה כי החיבור בשרשרת נעשה בהוראת הנקבל, אין כל ראיה לכך מלבד השערה של ד"ר וייס שלא היה עד ראייה ואפילו לא עד שמיעה לכך.
- יג. באשר לטענה כי הנקבל לא טרח להעלות על הכתב את ההנחיה בדבר הוצאת הברז מהחדר בתום כל ניתוח הרי שיש לזכור כי הוצב שלט מאיר עיניים ובכתב המורה על ההנחיה. לא ברור אם כך לאיזה כתב התכוון ב"כ הקובל.
- יד. באשר לטענה כי הנחיות הנקבל לא יושמו, יש לזכור כי בק/16 אומרת הגב' חגית כהן המייל שנשלח לטכנאית רפאלי "יש לציין שברוב המקרים הקפידו האחיות על ניתוקו מהקיר והכנסתו של הפלומטר למגירתנו". יוצא אפוא כי ההנחיות יושמו "ברוב המקרים" דבר שלמעשה משמיט את הקרקע מהטענה לפיה לא יושמו ההנחיות. יש עוד לציין כי אי יישום ההנחיות לכאורה לא מוזכר בקובלנה.
- טו. הטענה לפיה התייחס פרופ' וייס באמירתו כי "נחה דעתו" ממעשי הנקבל, מתייחסת רק לכתוב ולא למעשה, אין לה על מה לסמוך ואין לנו אלא להפנות לסעיף קיד' לעיל ולמצוטט בו וכן לסעיף קטו' לעיל.
- טז. צודק ב"כ הנקבל כי ב"כ הקובל לא הבהיר הבהר היטב מהו אותו מפגע בו עוסקת הקובלנה. לא ברור אם מדובר בברז שלפי דברי פרופ' וייסמן היה ברז שונה לחלוטין, לא ברור אם הכוונה למחבר שכאמור אין כל עדות שלא היה בצבע הנכון. יש לזכור שמחקירת המשטרה עלה שצבע המחבר לא היה ירוק ולא ברור אם הכוונה לצינור.

יז. אנו סבורים כי האחריות העיקרית באשר לאירוע עצמו (מלבד העובדה שהניתוח נערך בחדר 8 שאינו מתאים תינוקות ואשר מעולם לא נותח בו תינוק), מוטלת על צוות ההרדמה. ראשית לכל לא בדק הצוות את החדר קודם לתחילת הניתוח, לא בדק את החיבורים לחמצן, נכשל בתחילה באינטובציה עוד קודם לניתוח ובשל כך היה צורך בהחייאה, נעשה חיבור בלא כל בדיקה וקריאה של השלט מאיר העיניים מעל ברז הפד"ח כמו כן יש לציין כי טכנאית ההרדמה עשתה ולמעשה עושה עד היום שימוש בתרופות אף שהדבר לא בסמכותה.

יח. בעניין זה אין בידינו לקבל את טענת ב"כ הקובל כי טכנאית ההרדמה היא ש"ג ולכן אין להטיל עליה אחריות. אין בידינו גם לקבל את מסקנות וועדת הבדיקה כי הטעות שעשתה הטכנאית בעת שחיברה את הצינור לברז הפד"ח ולא לברז החמצן הינה "**טעות אנוש מצערת**". מדברי הטכנאית עצמה עולה כי אין נפקא מינא איזה ברז היה, מה היה גודלו, מה היה צבעו וכיוצ"ב גם אז הייתה הטכנאית נכשלת הואיל ולדבריה אין בסביבת עבודתה ברז שכזה ולכן חיברה אוטומטית בלא כל בדיקה לברז הפד"ח. די אם הייתה מביטה בשבריר השנייה על הברז והשלט מעליו כדי למנוע את הטעות. לא זו אף זו בעדותה סיפרה הטכנאית כי קודם לאירוע לא נתקלה כלל בהתרעות לגבי הברז ולא ידעה כלל כי יש בעיה אלא שמעדותו של פרופ' וייסמן עולה תמונה אחרת. לדבריו היו כמה ישיבות בהן השתתפו כל טכנאי ההרדמה. לא זו אף זו, פרופ' שפירא מעיד כי שוחח על נושא זה עם הטכנאית לא פעם. מכאן שהטכנאית ניסתה להרחיק מעצמה את האשמה ואת האחריות.

יט. נוכח האמור נראה לנו כי דווקא הנקבל הוא הש"ג במסכת זו.

8. המלצה

לאור כל הממצאים כפי שהובאו לעיל ונוכח העובדה, כאמור בפרק הדיון, שלמעשה הקובל לא הרים את הנטל המוטל עליו, לצורך הוכחת אשמתו של הנקבל בעבירות המיוחסות לו בקובלנה, אנו ממליצים לזכות את הנקבל.

במאמר מוסגר ייאמר כי אם היה הדבר בסמכות הוועדה, הייתה שוקלת הטלת הוצאות על הקובל.

ד"ר סימה אזולאי - יו"ר, גב' שרה אפרתי - חברה, עו"ד משה ארד – חבר,