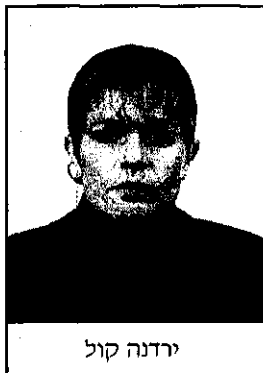


סיעוד ומשפט



ירדנה קול



שחר קול

הסיעוד בישראל כפרופסיה - ההיבט הרפואי משפטי

מבוא

בספרות המחקרית המושג מקצוע מאופיין בשני מונחים: Occupation ו-Profession. מרבית העבודות אימצו

את המונח פרופסיה (Profession) על בסיס המסגרת התיאורטית של "המודל המקצועי" כפי שהוצע ע"י Wilensky (1964, בתוך: Hall, 1968). ה"מודל המקצועי" מתאר את המרקם והמהות של פרופסיה המבדיל אותה מיתר העיסוקים. תכונות "המודל המקצועי" מורכבות משני ממדים עיקריים:

- ההיבט המבני (Structural Aspect) המתייחס לתוכנית הכשרה מקצועית ותנאי קבלה המעוגנים בחוק או לבעלי הכרה פורמלית הכפופה לרשויות הרלוונטיות לפרופסיה.
 - ההיבט האידיאולוגי (Attitudinal Aspect) המיוחס לעקרונות והגישה עליהם מבוסס המקצועי מבחינה אתית, ערכית וחברתית.
- Hall (1968) מנה 5 אפיונים מרכזיים לפרופסיה-המבדילים אותה מעיסוק שאינו פרופסיה:
1. מומחיות - קיום גוף ידע ומיומנות מקצועית הבונות (או מתחמות) את הפרופסיה בהגשמת יעדים אידיולוגיים מקצועיים.
 2. אוטונומיה - סמכות מקצועית המוענקת ע"י הפרופסיה על בסיס לגלי בקבלת החלטות המכוונות למתן שירות איכותי וטוב לציבור.
 3. זהות מקצועית - קיום קוד אתי המהווה בסיס לעיצוב הערכים והנורמות המחויבים על פי הפרופסיה.
 4. קבוצת התייחסות מקצועית - קיום גוף מקצועי הנוטל על עצמו את האחריות והבקרה על התנהגות בעלי הפרופסיה.
 5. ויסות עצמי עצמאי.

מקצועות כגון רפואה, עריכת דין, ראית חשבון, הם דוגמאות מובהקות לפרופסיה. הסיעוד, כמקצוע המעורב בעשייה הרפואית, התפתח בשנים האחרונות מבחינות רבות, ובעיקר

ד"ר ירדנה קול - Ph.D, מנהלת המחלקה לתכנון ופיתוח מקצועי בסיעוד, שירותי בריאות כללית.
ד"ר שחר קול - רופא בכיר. מח' נשים, מרכז רפואי רמב"ם, חיפה.

מבחינה אקדמאית. מרבית בוגרי תוכניות ההכשרה בסיעוד הם בוגרי תואר ראשון במדינות רבות ובתוך כך גם ישראל, כאשר מספר גדול של בוגרים פונים ללימודי תואר שני בתחום הסיעוד. ההתקדמות הטכנולוגית המהירה בשדה הרפואה חשפה את העוסקים בסיעוד לפעילות מקצועית מגוונת ומאתגרת מצד אחד, אך גם כרוכה בנשיאה באחריות אישית בביצוע העבודה השגרתית מול ציבור החולים. התפתחויות אלה העלו את רמת האחריות של הסגל הסיעודי ללא שימת דגש מספק לסמכות הנדרשת לצידה. מצב זה יצר פער בין האחריות המקצועית לבין הסמכות הליגלית הקשורה בעשייה הסיעודית. פער זה העלה את הדרישה להכרת הסיעוד כפרופסיה מבחינה מקצועית, חברתית ופוליטית.

מטרת המאמר לעסוק בשתי סוגיות מרכזיות:

- מקום הסיעוד והנהגתו המקצועית במערכת החוק והמשפט בישראל.
- התייחסות המערכת המשפטית לסיעוד בתביעות העוסקות ברשלנות מקצועית / רפואית. הדיון בשתי סוגיות אלו יתאר את המצב הקיים בישראל ובעולם. אין בדיון זה לקבוע קביעות אלא להציג שאלות שראוי להעלותן לסדר היום: מה הערובה להבטחת שלום הציבור המטופל ע"י העוסקים בסיעוד, ומהי רשת הביטחון שמקנה החוק לעוסקים בסיעוד, שכנראה נושאים באחריות רבה ללא סמכות לצידה.

מקום הסיעוד וההנהגה המקצועית במערכת המשפטית

הסתדרות האחים והאחיות בישראל קיימת בתודעת הציבור בזכות מאבקים חסרי פשרות לשיפור השכר ותגמולים כספיים אחרים. הצורך להשגת הכרה פרופסיונלית לא זכה לאותה תשומת לב, הן בקרב הציבור והן בפני המחוקק. ההכרעה במרבית הנושאים המקצועיים בסיעוד נתונה כיום בידי מנכ"ל משרד הבריאות, ולא בידי גוף מקצועי עצמאי (כמו בתחום הרפואה, המשפט ועוד). במקצועות אלה קיימים גופים ומוסדות מקצועיים המהווים את התשתית המבנית האחראית לקביעת גבולות הפרופסיה ובקרה מקצועית עצמאית על העוסקים בה (כפי שמתבקש בעבודותיהם של Wilensky ו-Hall, 1968).

מה קורה בסיעוד במקומות אחרים בעולם? גופים רגולטוריים עצמאיים של עובדי סיעוד קיימים ברוב העולם המערבי. אלה גופים מקצועיים (המכונים לרוב Board of Nursing, וכפופים ל-Nursing Practice Law), והם מוכרים ע"י רשויות החוק והמשפט. גופים אלו יונקים את סמכותם מחוקי המדינה, ואינם נדרשים להוציא אל הפועל תכתיבים של מנהלים רפואיים "היודעים מה טוב לאחיות, ומה הן מסוגלות (או לא מסוגלות) לבצע".

להלן פירוט של חלק מתפקידי מועצת האחיות - Board of Nursing (דוגמא מתוך פרסום של מדינת מיסיסיפי, ארה"ב. נלקחה מתוך אתר האינטרנט של המדינה בכתובת: www.msbn.state.ms.us/webtest/laws.htm.)

- לקביע, ומוזמן לזמן לשנות חוקים ותקנות הנחוצים כדי להוציא אל הפועל את מדיניות המועצה.
 - ניהול פנקס האחיות של המדינה.
 - להוציא צווים משפטיים ולגבות עדויות.
 - לערוך שימוע במקרים של תביעות הנוגעות לרשיון לעסוק בסיעוד.
 - להוציא דו"ח שנתי למושל המדינה.
 - להחזיק במשרד בעיר הבירה.
 - להפיק אישורים רשמיים עם חותמת המועצה.
 - לערוך ולקיים מבחנים לקבלת רשיון.
- ניתן להגדיר רשימה חלקית זו כמאמץ להקים גוף עצמאי ובלתי תלוי האמור לנהל את העניינים המקצועיים והמשפטיים של חברי הפרופסיה.

ומה קורה בישראל? הסיעוד כפוף לתקנות בריאות העם (צוות סיעודי במרפאות) (תשמ"א 1981) במשרד הבריאות. תקנות אלו מגדירות את "השר", "המשרד" - משרד הבריאות, "המנהל" - המנהל הכללי של המשרד, "האגף" - אגף הסיעוד במשרד, "סגל סיעודי" - אחיות מוסמכות, אחיות מעשיות ומטפלות. עיון בתקנות בריאות העם מלמד כי "המנהל" קובע מי יהיה "הרשם" לרישום סגל סיעודי ב"פנקס" כ"מורשה לעסוק בסיעוד" עפ"י כללי הרישום שקבע "המנהל" כמו גם להתלות את רישומו של מורשה לעסוק בסיעוד. בסעיף 7.א מוזכרת לראשונה הסתדרות האחיות והאחים בישראל בה התייעץ "המנהל" לגבי מומחיות מוכרת בסיעוד. על אף תקנה זו רשאי "המנהל" לאשר או לא לאשר מומחיות בסיעוד. עפ"י התקנות, "המנהל" מינה את האחות הראשית העומדת בראש "האגף", להיות "הרשם". בהתאם לתקנות אלה אין אנו רואים בסעיף 1. "הגדרות", הגדרה של המושג "סיעוד" כמקצוע במרפאות אלא "סגל סיעודי" - אחיות מוסמכות, אחיות מעשיות ומטפלות.

בתקנות בריאות העם (העוסקות בסיעוד בבתי חולים) (תשמ"ט 1988) במקום "סגל סיעודי" קיימת הגדרה של "עיסוק בסיעוד" - עיסוק מקצועי כמשלח יד של מורשה לעסוק בסיעוד בבתי חולים, בהתאם להכשרה...". יותר מכך, התקנות מבהירות את כפיפותו של "הסגל הסיעודי" ל"מנהל" ב"משרד" באמצעות האחות הראשית. ל"מנהל" סמכויות דומות מול ציבור הרופאים, אך יש לזכור כי מאז ומתמיד כיהן רופא בתפקיד ה"מנהל".

אם נבחן את ההיבט המבני של מקצוע הסיעוד, אנו למדים כי הוא מעוגן בתקנות ולא בחוק כאשר אין הגדרה זהה לסיעוד במרפאות ובבתי חולים. לא קיים גוף מקצועי שלו מוענקת הסמכות הלגלית לקביעת גבולות הפרופסיה, סמכות ובקרה.

בסעיף 5. (2) (תקנות בריאות העם, צוות סיעודי במרפאות, תשמ"א 1981) תחת הכותרת **השכלה בסיעוד** מצויין: שלצורך הרישום בפנקס כאחות, המועמד "סיים לימודי סיעוד לאחיות

מוסמכות בבית ספר... שהכיר בו המנהל, ובהתאם לתכנית שהמנהל קבע...". סעיף זה מעלה את השאלה: האם תוכנית הלימודים אינה באחריות גוף מקצועי פרופסיונלי שבו מכיר "המשרד" כפי שקורה במקצועות אחרים? הרי בפועל, מן הסתם, האחות הראשית קובעת את תוכנית הלימודים, וה"מנהל" מקבל את המלצותיה/החלטותיה. אם כן, מדוע לא למנות גוף מקצועי בלתי תלוי שינהל וירשום ויבקר את העוסקים בסייעוד, בכפוף למערכת חוקים שיקבעו באמצעות המשרד הבריאות? שאלה נוספת: אלו שנויים יש לבצע בתקנות / חוק כדי להעניק למקצוע מעמד כפרופסיה?

בבדיקת תוכנית הלימודים בסייעוד ומיפוי הפעילויות בהן עוסק ה"סגל הסייעודי" או העוסקים ב"עיסוק בסייעוד" אנו למדים שהסגל הסייעודי עד לתאריך 15.05.01 נשא באחריות עצומה עם סמכות מצומצמת בצידה, וזאת בחסות תקנות הרופאים (כשירות לבצע פעולות חריגות, תשל"ז 1977), גוף נוסף שהסייעוד כפוף לו. בחוזר המנהל הכללי (משרד הבריאות מס' 13/2001, כ"ב אייר תשס"א, 15.5.2001) פרסם ה"מנהל" כי בתוקף סמכותו הוא מסב מרבית מהפעולות שהוגדרו כ"חריגות" (פעולות בגדר הגדרת "עיסוק ברפואה") לפעולות סיעוד (בגדר הגדרת "עיסוק בסייעוד") ברמת אחות מוסמכת הן למרפאות והן בבתי חולים. מקור היוזמה לשינוי הוא בלשכת היועצת המשפטית, אשר פנתה ליו"ר ועדת העבודה הרווחה והבריאות בכנסת, ביום 03.05.2000 בבקשה להעלות את הנושא על סדר היום. בדברי ההסבר ליוזמה מציין הסגן הבכיר ליועץ המשפטי כי הסמכות להקנות פטור על מנת לבצע פעולות של רפואה למי שאינו רופא מורשה, היא למנכ"ל משרד הבריאות. התקנות הקודמות פורסמו בשנת 1977 (לאחיות ב"ח), ומכיוון שהרבה התחדש במשך 23 השנים שחלפו, יש לעדכן את התקנות. ההצעה מכילה את רשימת ה"פעולות החריגות", שהינה רשימה ארוכה של פעולות רפואיות, שכדי לבצען ע"י אחות לא יהיה צורך בקבלת הוראה מרופא, או בקבלת "הרשאה מיוחדת" מהמנהל הרפואי של המוסד.

במסגרת "תקנות הרופאים (כשירות לבצע פעולות חריגות)" אנו רואים כי חלה התקדמות ניכרת בפעולות הרשויות לתקן תקנות בהן ניתן אישור לאחות לבצע פעולות (הנכללות בהכשרתה) ללא הרשאה מיוחדת בבית החולים ובבית החולה, בכפוף לתקנות בריאות העם תחת הגדרה "עיסוק בסייעוד".

בהתייחס לאמור לעיל ולאור העובדה שמרבית הפעולות החריגות אשר הוסבו לפעולות סיעוד הינן פעולות טכניות (שאיבת דם, הוצאת קו עורקי, התחלת עירוי ורידי, הזרקה בדחף של תרופות לוריד ועוד), עדיין קיים פער בין הסמכות המקצועית של האחות המעוגנת בחוק (קבלת החלטה לגבי ביצוע הפעולות) לבין האחריות הרבה המוטלת עליה. לדוגמא, בארה"ב ביחידות אנדוקרינולוגיות לצד האחריות למתן טיפול לחולה הסובל מסוכרת קיבלה האחות סמכות לקבל החלטה בדבר שנוי במינון מתן אינסולין ותרופות אחרות על בסיס שיקול דעת מקצועי. לאחר הסבת פעולות חריגות לפעולות סיעוד, האחות בישראל, לעומת זאת, רשאית

לתת תרופות OTC (over the counter) בלבד. כל אדם רשאי לקנות תרופות OTC בבית מרקחת ללא מירשם רפואי.

אם נחזור לחמשת האפיונים של פרופסיה שצוינו בראשית המאמר אנו למדים כי הסיעוד כיום עומד בשלושה אפיונים פרופסיונליים: תוכנית הלימודים בסיעוד מבוססת על

(1) גוף ידע ומיומנויות המקנות מומחיות לעסוק בסיעוד ואשר קיבלו את אישורו של "המשרד" (באמצעות "המנהל" ולא גוף מקצועי המוכר ע"י המשרד), קיים.

(2) קוד אתי.

(3) קבוצת התייחסות מקצועית.

התקנות כפי שהן היום מגבילות את הסיעוד בשני אפיונים המאפשרים לו מעמד פרופסיונלי עצמאי:

(1) אין הגדרה ברורה בדבר הסמכות המקצועית של האחות - אוטונומיה מקצועית.

(2) לא קיים גוף מקצועי רגולטיבי.

מנגנוני הבקרה המקצועית נתונים בידי "המנהל" ברישום "פנקס" ובכוחו בלבד להתלות רשיון מקצועי (הדבר נכון גם לגבי מקצועות רפואיים אחרים).

אין ספק כי האחות עומדת בפני בעיה משפטית בכל הקשור לסוגיית מתן/קבלת אחריות מקצועית ללא סמכות מקצועית לצידה. אם כך, שתי שאלות עולות לדיון: מי אמורה להיות ההנהגה המקצועית (הגוף המקצועי המוכר ע"י "המשרד" כפי שקיים במקצוע הרפואה)? ומה משקלם של המחוקק בארץ ושל ההנהגה המקצועית (הסיעוד כפי שמתבקש מהגדרת הפרופסיה) במציאת מענה לבעייתיות הכרוכה במתן אחריות ללא סמכות הולמת לצידה, לטובת בריאות הצבור ולביטחון העוסקים בסיעוד?

התייחסות המערכת המשפטית לסיעוד בתביעות העוסקות ברשלנות רפואית

במאמרה של Eskreis² (1998) מוצגות 7 סיבות שכיחות לתביעות אחיות בגין רשלנות מקצועית: נפילות של מטופלים, כישלון בביצוע הוראות רפואיות או הוראות של פרוטוקול מוכר, טעויות במתן תרופות, שימוש בלתי הולם במכשור ובתכשירים, כישלון בהוצאת חפצים זרים, כישלון לספק ניטור הולם וכישלון לתקשר.

בסקירת פסקי דין בגין רשלנות מקצועית (במעשה או מחדל) של עובדי סיעוד בישראל (במחשב) נמצאו שלושה פסקי דין שיש בהם ענין רב: שניים מהם עוסקים בתביעות הקשורות לנפילות חולים (כדוגמא: יצחק לוי - עיזבון המנוחה פנינה לוי ז"ל, נ' הסתדרות מדיצינית הדסה, בית המשפט המחוזי בירושלים, 96 / 1549, 11.1.98) וטעויות במתן תרופות (אביטל זילכה נ'



המנהל הכללי של משרד הבריאות, בג"צ מס' 93 / 6290 , 8.9.94). בשני פסקי הדין נמצאה רשלנות מקצועית. במקרה הראשון, התובעים (בני משפחת החולה) הגישו תביעה כנגד אחיות בית החולים במחלקה בה נפלה החולה ונגרם לה נזק בלתי הפיך. בפסיקה נסמכו השופטים על פקודת הנזיקין סעיף 4, והטעימו "שביחסים השוררים בין בית החולים לבין חולה המאושפז בין כתליו, מותקיימת חובת הזהירות הנדרשת לעולת הרשלנות, כל שכן כלפי חולה הנתון להשפעת תרופות המשככות כאבים ולטשטוש". במקרה השני, בעקבות טעויות במתן תרופות, המנהל הכללי של משרד הבריאות התלה את רשיונה של אחות. האחיות הגישו תביעה נגד המנהל הכללי בטענה שאין בסמכותו להתלות את רשיונה. בפסיקה נסמכו השופטים על תקנות בריאות העם (תשמ"א 1981, תשמ"ט 1988), תקנות הרופאים (כשירות לבצע פעולות חריגות, תשמ"ז 1977), חוק יסוד: חופש העיסוק (תשנ"ד 1990) וחוק הפרשנות (תשמ"א 1981). עתירת האחיות נדחתה משום שהוכח מעל כל ספק כי התנהגות האחיות היתה בלתי הולמת את מקצוע הסייעוד "וכן חוסר יכולת, חוסר אחריות ורשלנות חמורה במילוי תפקידה" (עמוד 1 בפסה"ד).

למרות דחיית העתירה פסק בית המשפט הגבוה לצדק כי בהקשר לתקנות בריאות העם ופקודת הרופאים:

"א. (1) חקיקת משנה, מן ההכרח שתמצא עיגון בחוק המסמיך. אין לרשות המבצעת סמכויות לחקיקת משנה אלא אם כן המחוקק הראשי הסמיכה לכך.. " (עמוד 1).

בפניה למשרד הבריאות באשר לסוגיית חוק הסייעוד, נכתב בפסק דין זה:

"11. הובא לידיעתנו שמשרד הבריאות שוקד על הכנתו של חוק סיעוד, שבו יוסדר גם רישוי האחיות. לאור השאלות שהתעוררו לפנינו, אכן הגיע הזמן שחלק מהעניינים שנדונו לפנינו יוסדרו בחקיקה ראשית, אשר תהלום את תנאי היום ואת הניסיון שנצבר מאז לפני כחמישים וארבע שנים, מועד בו נחקקה הפקודה. יש אף לקוות שחקיקתו של חוק זה לא תשתהה" (עמוד 10).

סעיף זה בפסק הדין מחדד את החשיבות בהסדרת החקיקה בסייעוד באשר לסמכות המקצועית הניתנת לאחות לאור העדויות, האסמכתאות והתחקירים המוצגים בפני בית המשפט.

בניהול תחקיר לגבי רשלנות מקצועית אחד הגורמים הנבדקים הוא "הסביבה האנושית". כלומר, כל חברי הצוות המעורבים, גלויים וסמויים. חבר צוות סמוי הוא גורם שהיתה לו נגיעה עקיפה למקרה, ולדוגמא מקרה אשר דווח במאמרה של Eskreis (1998): רופא רשם הוראה למתן טיפול אנטיביוטי דרך הוריד לחולה בבית. לתרופה זו קיים סיכון של פגיעה באוזן הפנימית ולפי הפרוטוקול יש לבדוק את רמת התרופה בדם פעמיים בשבוע. בהנחה שהבדיקה נעשתה ונמצאו ערכים גבוהים של התרופה בדם שגרמו לפגיעה באוזן, על מי נופלת האחריות? על עובד המעבדה (כחבר סמוי) שלא צלצל מייד לרופא, על האחיות שלא עמדה על המשמר עם קבלת התשובה עם הערך החריג, או על הרופא שמחובתו מעצם מתן ההוראה לעקוב באופן קפדני על ערכי הבדיקה? יש לציין כי במקרה זה החולה תבע את האחיות ובסופו של דבר בית המשפט קבע פיצויים בגובה של \$ 950,000.

יש לציין כי אפשרות של רשלנות רפואית בכל אחת מהסיבות השכיחות לתביעות נגד אחיות עשויה להתרחש ולהיות מעורבת בסביבה אנושית מגוונת, ובהעדר הגדרת סמכויות ברורה עלול להיגרם עיוות דין שלא בידעין או בגלל קבלת הכלל "התנהגות סבירה" או מצופה מבעל מקצוע. תביעות נגד אחיות בגין רשלנות מקצועית כרוכות במעשים או מחדלים של גורמים נוספים בשרשרת מתן השירות למטופלים (עובדי בנק הדם, עובדי בית המרקחת, כוחות עזר, עובדי שינוע, עובדי ניקיון ועוד).

התייחסות חוק זכויות החולה (1996) למקצוע הסיעוד

החוק מפרט מהו צוות רפואי "מטפל": רופא, רופא שיניים, סטזיר, אח או אחות, מיילדת, פסיכולוג. בהמשך מובא פירוט ההגדרות לגבי: סטזיר, עובד סוציאלי, פסיכולוג, רופא, רופא שיניים, מיילדת. **אין פירוט הגדרה של אחות.**

החוק מזכיר הקמת שלש ועדות:

(1) ועדת בדיקה,

(2) ועדת בקרת איכות,

(3) ועדת אתיקה.

רק לוועדה האחרונה מצורפת רשימה המפרטת את חברי הוועדה: שופט בית משפט מחוזי, שני רופאים מומחים, פסיכולוג או עובד סוציאלי, נציג ציבור או איש דת. אין התייחסות לעובדי סיעוד, למרות שהם מהווים את רוב המועסקים ע"י מערכת הבריאות (בבתי חולים ובמרפאות הקהילה). המסר החבי בין השורות הוא שגם המחוקק שישב על מדוכת "חוק זכויות החולה" התעלם מכובד משקלו של הסיעוד, הן הכמותי והן מבחינת האחיות והמגע הרציף והכמעט בלעדי שלו עם החולה, בהשוואה לעובדי בריאות אחרים וזאת, כשמדובר ב"חוק זכויות החולה".

לסיכום: בחינת היבטים חוקיים ומשפטיים שונים של ההכרה בסיעוד כפרופסיה מראה כי לא חלה התקדמות רבה בנושא מאז קום המדינה (ואף לפני כן). שאלות רבות נותרו ללא מענה בפני המערכת המשפטית וההנהגה המקצועית. כדי למנוע עיוות דין ולהבטיח את שלום הציבור יש להעלות סוגיות אלו לדיון, להגדיר ולעגן בחוק את תפקידי הסיעוד והסמכות המוענקת לו כמקצוע לצד האחיות המוטלת עליו.

מקורות:

1. Hall, R.H., 1968, "Professionalization and bureaucratization", American Sociological Review, 33:92-104.
2. Eskreis, T.R., 1998, "Seven Common Legal Pitfalls in Nursing", American Journal of Nursing, 98(4):34-40.