

## עם הסמכות באה האחריות –

## הרחבת סמכויות האחריות בישראל בראי דיני הרשלנות המקצועית

ירדן כרמלי\*

## פתח דבר

בתחילת שנות ה-2000 עלה לדיון בישראל המחסור המסתמן בכוח אדם רפואי, ועלה חשש ממשי מפני השלכות הרסניות על בריאות הציבור. אחת הדרכים שמאפשרות מתן שירותים רחב יותר לצד עלות כלכלית נמוכה יותר היא שילוב בין רופאים לבין מטפלים שאינם רופאים. מודל זה התפתח בארצות הברית ומיושם בצורות שונות במדינות כמו קנדה, בריטניה, אוסטרליה, ניו זילנד ובעשור האחרון גם בישראל. משרד הבריאות החל בהרחבה הדרגתית, אך מהירה, של סמכויות האחריות במטרה להפחית מהעומס המוטל על הרופאים. הרחבה זו באה לידי ביטוי הן בהסמכת האחריות לבצע פעולות שבעבר רק רופא יכול היה לבצע, הן ביצירת תפקידים המעניקים לאחות מתחם שיקול דעת רפואי ורחב מזה שהיה נתון לה בעבר.

טענתי המרכזית ברשימה זו היא כי העתקת המודל מהעולם המערבי נעשתה ללא מתן תשומת לב מספקת לתקינת האחריות בישראל ולקשיים העולים מטשטוש הגבולות שבין סיעוד לבין רפואה. מגמה זו עלולה לא רק להגביר את הסיכוי להתרשלות ולגרימת נזקים, אלא גם את הסיכוי שבית החולים ימצא רשלן בעת בחינת האחריות. מקצוע הסיעוד הולך ומתרחב, אך זמנן של האחריות הולך ומצטמצם. העומס במחלקה, קשיי ההסתגלות והפעור המקצועי יתנקזו כולם לרגע הדיון המשפטי, אך אלה בדרך כלל לא פוטרים מאחריות. האחריות נכנסות לעולם מקצועי חדש שגבולותיו אינם ברורים, כאשר המילה האחרונה בדבר הדרך הראויה שבה היו אמורות לנהוג מצויה בידי בית המשפט. לפיכך, ישנה חשיבות גבוהה לכך ששופטים יכירו את התהליכים העוברים על מקצוע הסיעוד, על מנת שיוכלו להתחשב בהם כאחד השיקולים הרלוונטיים בדרך להכרעה שיפוטית. בעוד שמגמת הרחבת הסמכויות קלה לזיהוי, קשה למצוא ביסוס אמפירי להשתקפות המגמה בנתוני עולות הרשלנות בישראל. ראשית, התביעות בדרך כלל מוגשות נגד המדינה או המוסד הרפואי,<sup>1</sup> והנתונים לרוב אינם מבחינים בין אנשי הצוות.<sup>2</sup> שנית, הרחבת הסמכויות נעשית בהדרגה החל משנות ה-2000, כאשר סמכויות מועברות לאחריות גם בשנת 2020, והתפקידים

**אזכור הרשימה:** ירדן כרמלי "עם הסמכות באה האחריות – הרחבת סמכויות האחריות בישראל בראי דיני הרשלנות המקצועית" אתר משפט ועסקים [www.idclawreview.org/2021/03/25/carmeli](http://www.idclawreview.org/2021/03/25/carmeli) 25.3.2021

\* סטודנטית לתואר ראשון במשפטים (LL.B.) ותואר שני בממשל (M.A.), המרכז הבינתחומי הרצליה. חלק ניכר מן התובנות אשר ברשימה זו מבוסס על מושגים שנלמדו בקורס "דיני נזיקין" ובסמינר "אחריות מקצועית" עם פרופ' אסף יעקב במרכז הבינתחומי הרצליה; ללא היכרות עם המושגים ועם צורת החשיבה שהועברו בבקורסים הנ"ל, לא הייתי מגיעה לתובנות אלו.

1 משרד המשפטים **הוועדה הבין-משרדית לבחינת הדרכים להקטנת ההוצאה הציבורית בגין תביעות רשלנות רפואית** 66 (2005) (להלן: **דו"ח הוועדה הבין-משרדית**); ס' 7 ו-13 ל**פקודת הנויקין ונוסח חדש**; ע"א 7705/98 **המרכז הרפואי סורוקה נ' כהן**, פ"ד נה(5) 913, 920 (2001). שם נאמר כי בית המשפט יכול להטיל אחריות על בית החולים מכיוון שאף אחד מאנשי הצוות לא פעל באופן סביר; ירדנה שחר ושחר קול "הסיעוד בישראל כפרופסיה – ההיבט הרפואי משפטי רפואה ומשפט – ספר היובל 379, 384 (2001).

2 **דו"ח הוועדה הבין-משרדית**, שם; פלוורה קוך דבידוביץ' **טיפול משרד הבריאות ברשלנות רפואית** 6 (הכנסת – מרכז המחקר והמידע, 7.6.2017); המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות **אחריות מקצועית – עת לרפורמה?** (כנס ים-המלח ה-18, 14.3.2018) (להלן: **אחריות מקצועית** (2018)). לא ניתן, למשל, להסיק כי העלייה בתביעות הרשלנות בעשור האחרון קשורה בהכרח להרחבת הסמכויות. גם נתוני הדין המשמעתי מוגבלים ביותר, שכן במקרים רבים כלל לא מוקמת ועדת בדיקה, בנוסף, החלטות שהתקבלו לפני שנת 2007 כלל לא מפורסמות באתר משרד הבריאות. ראו **יחידת הדין המשמעתי** באתר הרשמי של משרד הבריאות.

החדשים שבהם אעסוק נמצאים במגמת הטמעה שעוד מתרחשת. לכן רשימה זו משלבת בין השלכותיה של המגמה במדינות זרות לבין נתוני מערכת הבריאות בישראל.

## הרחבת סמכויותיהן של האחיות

המחסור שהמסתמן בכוח אדם רפואי בתחילת שנות ה-2000 בישראל, בעיקר על רקע גילם של רופאים רבים וצפי פרישתם לגמלאות, העלה לדיון את שאלת היקף כוח האדם הרפואי והרכבו. האוכלוסייה הגדלה, הזדקנותה וחוסר התקציב יצרו חשש ממשי ממחסור ברופאים.<sup>3</sup> משנת 1995, הצטרפו בכל שנה פחות רופאים מתחת לגיל 44 למערכת הבריאות. בעוד שבמדינות אירופיות מצטרפים כל שנה תשעה רופאים חדשים לכל 100,000 איש, בישראל המספר עומד על ארבעה רופאים בלבד.<sup>4</sup> ככלל, רופא מורגל עוד מלימודיו כי הוא "רב החובל על האונייה".<sup>5</sup> בתחילת שנות ה-60, כשהחלו להופיע בארצות הברית אחיות שחלק מעבודתן חפף לעבודת הרופאים, הרופאים התנגדו נחרצות להתפתחותן.<sup>6</sup> אולם לבסוף המחסור החמור הכריע את המאבק, ותפקיד האחיות המומחית תפס מקום משמעותי במדינות השונות.<sup>7</sup> המומחיות בסיעוד בארצות הברית נבעה מהביקוש הגובר לטיפול ראשוני בשל המרחקים הגיאוגרפיים, וההצלחה בהטמעת תפקיד זה מיוחסת בעיקר לרגולציה בחברות הביטוח, לארגונים התומכים, ולהסברה בדבר איכות עבודתן של האחיות.<sup>8</sup> בקנדה, סיעוד מתקדם החל להתפתח בשנות ה-60, באזורים הכפריים ובלית ברירה. עקב שיעורי הילודה הגבוהים, אחיות לקחו על עצמן פעולות שבאופן מסורתי היו שייכות לרופאים, ותפקידן הלך והתרחב.<sup>9</sup> בשנות ה-70 כבר הוקצו לצורך פיתוח הסיעוד תקציבים מיוחדים, ותוכניות הלימוד כללו שיתוף פעולה עם רופאים. כיום אחיות מומחיות בקנדה רשאיות לאבחן, לספק מרשמים ולטפל במחלות שונות.<sup>10</sup> בשנות ה-90 מומחיות בסיעוד התפתחה באופן דומה גם בבריטניה,<sup>11</sup> באוסטרליה ובניו זילנד.<sup>12</sup>

מקצוע הסיעוד בישראל כולל כמה רמות של הכשרה: **אחיות מעשיות** (ללא הכשרה אקדמית; 12% מהאחיות), **אחיות מוסמכות**, והחל משנת 2015 גם **אחיות מומחיות**. בסוף שנת 2019 היו 71,152 אחיות בישראל, 88% מהן אחיות מוסמכות.<sup>13</sup>

- 3 מבקר המדינה דו"ח שנתי 59 לשנת 2008 ולחשבונית שנת הכספים 2007 (2009); המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות [משאבי אנוש במקצועות הבריאות](#) 40-45 (כנס ים-המלח התשיעי, 26.6.2008-25) (להלן: [משאבי אנוש במקצועות הבריאות](#) (2008)).
- 4 ההסתדרות הרפואית בישראל "על מה היה המאבק? מחסור ברופאים".
- 5 שושנה ריב"א "העברת פעולות מרופאים לאחיות – צו השעה לאיוון מערך הסמכות בין מקצועות הבריאות" [רפואה ומשפט – ספר היוכל](#) 386, 391 (2001).
- 6 John Michael O'Brien, *How Nurse Practitioners Obtained Provider Status: Lessons for pharmacists*, 60 AM. J. HEALTH-SYSTEM PHARMACY, 2301, 2302-2307 (2003).
- 7 Hodson M. Denise, *The Evolving Role of Advanced Practice Nurses in Surgery*, 67 AORN J. 998, 1000-1002 (1998).
- 8 O'Brien, לעיל ה"ש 6.
- 9 Sharon Kaasalainen et al., [A Historical Overview of the Development of Advanced Practice Nursing Roles in Canada](#), 23 CAN. J. OF NURSING LEADERSHIP 35 (2010).
- 10 CANADIAN NURSES ASSOCIATION, [NURSE PRACTITIONERS](#).
- 11 Salvage J. & Smith R, *Doctors and Nurses: Doing it Differently*, 320 BR. MED. J. 1919, 1920 (2000).
- 12 Patricia Bailey, Linda Jones & Daniel Way, *Family Physician/nurse Practitioner: Stories of Collaboration*, 53 J. ADV. NURS. 381 (2016); Debra Moss, [Nurse Practitioners: A Viable Commodity?](#), in NURSING MONOGRAPH 33-36 (2002).
- 13 משרד הבריאות [כניית עבודה 2019](#) 75 (2019); משרד הבריאות [כוח אדם במקצועות הבריאות 2019](#) 9, 128, 134 (2020).

לימודי אחות מוסמכת נמשכים בדרך כלל בין שנתיים וחצי לארבע שנים,<sup>14</sup> כאשר נכון לסוף 2019, 45% מהאחיות המוסמכות הן בוגרות השתלמות נוספת בתחום ספציפי.<sup>15</sup> אחיות מומחיות עוברות הכשרה נוספת של שנה אקדמית, 400 שעות התנסות מעשית ומבחן ממשלתי.<sup>16</sup> נכון לסוף שנת 2019 הוכשרו 275 אחיות מומחיות בתחומים השונים.<sup>17</sup>

כצעד ראשון, הורחבו סמכויותיה של האחיות המוסמכות. לפי פקודת הרופאים,<sup>18</sup> הרופא הוא שמוסמך לבצע טיפול רפואי, אך סעיף 59(א) לפקודה מאפשר האצלת סמכויות לאחות בפיקוחו. מתוקף סמכות זו, הותקנו בעבר תקנות המפרטות "פעולות חריגות" שהאחיות יכולות לבצע, ואת הכשירות הנדרשות להן לשם כך.<sup>19</sup> על יסוד תקנות אלה, אחות שקיבלה הרשאה פרטנית מרופא יכולה לבצע פעולה שהיא בגדר "עיסוק ברפואה".<sup>20</sup> בשנת 2001 שינה משרד הבריאות את מעמדן של 61 פעולות חריגות לפעולות שהן בגדר "עיסוק בסיעוד".<sup>21</sup> בניגוד לפעולה חריגה, פעולת סיעוד היא פעולת חובה ולא זכות, שעל האחיות לבצע בכל מקום שבו תידרש. בעוד שהאחריות לפעולות חריגות מוטלת על הרופא, האחריות על פעילות סיעודית היא חלק משגרת עבודת האחיות.<sup>22</sup> מכיוון שאלה היו פעולות טכניות שהאחיות צברו בהן ניסיון, התווספות לא גררה התנגדות.<sup>23</sup>

צעד משמעותי יותר היה בשנת 2007, כאשר משרד הבריאות פרסם חוזר שפירט שורה ארוכה של פעולות רפואיות חדשות שלא היו קודם לכן בסמכותן של האחיות. פעולות אלה הפכו להיות בגדר "עיסוק בסיעוד", כאשר המטרה המוצהרת הייתה שהרופאים יבצעו אותן בשכיחות נמוכה.<sup>24</sup> בניגוד לפעולות מ-2001, חבילת הסמכויות החדשה קיפלה בתוכה שיקול דעת רחב בנוגע לפעולות רפואיות, וההתנגדות לא איחרה לבוא.<sup>25</sup>

העברת סמכויות ממקצוע הרפואה למקצוע הסיעוד לא תמה ב-2007. מאז כמעט בכל שנה הועברו סמכויות חדשות לאחיות המוסמכות. כך, למשל, משנת 2009 אחות מוסמכת נדרשות להחליט על הגבלה פיסית של מטופל,<sup>26</sup> ואחות סוכרת רשאית לשנות את מינון האינסולין וזמני ההזרקה שהורה עליהן הרופא, בסטייה של 20%–50%;<sup>27</sup> משנת 2011 על האחיות המוסמכות להפנות מטופל לצילומי חזה ושלד;<sup>28</sup> משנת 2013 אחות שיקום נדרשת לקבל החלטה על הכנסת צנתר;<sup>29</sup> ומשנת

- 
- 14 שם, בעמ' 75–78.
- 15 שם, בעמ' 32.
- 16 [תקנות בריאות העם \(אישור תואר מומחה בסיעוד\), התשע"ד-2013](#).
- 17 **כוח אדם במקצועות הבריאות 2019**, לעיל ה"ש 13, בעמ' 127.
- 18 ס' 3 לפקודת הרופאים (נוסח חדש), התשל"ד-1976 (להלן: פקודת הרופאים).
- 19 [תקנות הרופאים \(כשירות לביצוע פעולות חריגות\), התשס"א-2001](#).
- 20 כמשמעותו בס' 1 לפקודת הרופאים.
- 21 חוזר המנהל הכללי של משרד הבריאות 13/2001 "פעולות סיעוד" (15.5.2001); חוזר מינהל הסיעוד 43 "פעולות סיעוד" (14.6.2001).
- 22 משרד הבריאות **ריכוז הפעולות סיעוד וחריגות שנוספו מעת לליבת העיסוק המקצועי של האחיות המוסמכות** (2020) (להלן: ריכוז פעולות סיעוד (2020)).
- 23 ריב"א, לעיל ה"ש 5.
- 24 משרד הבריאות "העוגן המשפטי לפעילות האחיות" (19.2.2017).
- 25 בג"ץ 4380/07 **הסתדרות הרפואית בישראל נ' משרד הבריאות** (פורסם באר"ש, 30.8.2009).
- 26 חוזר מנהל רפואה במשרד הבריאות 15/2009 "נוהל להגבלה פיסית של מטופלים לצורך מתן טיפול רפואי" (2.4.2009).
- 27 **ריכוז פעולות סיעוד** (2020), לעיל ה"ש 22, בעמ' 19.
- 28 שם.
- 29 חוזר מינהל הסיעוד במשרד הבריאות 97/13 "החלטה על הכנסת צנתר לשלפוחית השתן" (1.7.2013).

2014 על שחרור ילדים שקיבלו סדציה (השראת שינה).<sup>30</sup> בשנים האחרונות הועברה מסה נוספת של סמכויות: כך, לדוגמה, משנת 2017 על האחות להחליט על מתן חמצן והפסקתו למבוגר באשפוז,<sup>31</sup> על הזרקת גלוקגון במצב של סכנת חיים<sup>32</sup> ועל טיפול בחבישות ומשחות בפצעי לחץ.<sup>33</sup> משנת 2018 אחיות גסטרו רשאיות להתחיל טיפול במשחות סטרואידים,<sup>34</sup> אחות שבץ מוחי רשאית לבצע אומדן נוירולוגי ולקבל החלטות כדוגמת הפניות לבדיקות CT והוצאת צנתר,<sup>35</sup> ואחות גריאטריה רשאית לבצע שאיבה עמוקה מקנה הנשימה ולהתאים מכשיר הנשימה;<sup>36</sup> משנת 2020 על כל אחות לבצע אומדן לכל מטופל שהתקבל לאשפוז, לבנות תכנית התערבות, להתאים טיפול תרופתי, להעריך את יעילותו ולהדריך את בני המשפחה.<sup>37</sup> פעולות אלה כולן היו בעבר בסמכותו הבלעדית של הרופא.

מסקירת הסמכויות שהועברו לאחיות במהלך השנים,<sup>38</sup> מצאתי כי מתוך 66 הסמכויות שהועברו עד 2008, 8% בלבד היו סמכויות שבשיקול דעת, וכל השאר סמכויות ביצועיות גרידא.<sup>39</sup> החל משנת 2009 ועד היום, מועברות לאחיות המוסמכות יותר ויותר סמכויות שמוגדרות במונחים של קבלת החלטה; התחלת טיפול; הפסקת טיפול; הפנייה לטיפול; ושינויים במינוני תרופות. במהלך שנים אלה הועברו 117 סמכויות, 55 מהן סמכויות שבשיקול דעת (47%). מתוכן, 28 הועברו רק בין 2018 ל-2020.<sup>40</sup> אחות בעלת השתלמות זוכה לסמכויות נוספות.<sup>41</sup> שינויים אלה הורגשו גם ברפואה הראשונית, ו-85% מהאחיות העידו שהאוטונומיה שלהן התרחבה בצורה משמעותית.<sup>42</sup> דומה שהאחות החדשה אחראית על קבלת החלטות באופן עצמאי ולא רק על מילוי אחר הוראות, ובכך חשופה לסיכון רב יותר לטעויות ולמתחם רחב יותר של אחריות משפטית.<sup>43</sup>

בשנת 2015, כצעד נוסף במיסוד עצמאותה של האחות, החל תהליך הטמעת תפקיד חדש במערכת הבריאות – "אחות מומחית".<sup>44</sup> הנוהל שמגדיר את התפקיד קובע כי האחות המומחית מספקת מענה מקצועי לניהול הטיפול, לרציפותו ולאיתור וטיפול מיידים במצבים מסוכנים.<sup>45</sup> אחות מוסמכת המעוניינת להיות אחות מומחית צריכה לעבור שנה אקדמית והכשרה מעשית

- 30 ריכוז פעולות סיעוד (2020), לעיל ה"ש 22, בעמ' 4.
- 31 חוזר מינהל הסיעוד במשרד הבריאות 127/17 "החלטה על מתן חמצן והפסקתו למטופל מבוגר באשפוז באמצעות מערכות זרימה נמוכה" (18.9.2017).
- 32 ריכוז פעולות סיעוד (2020), לעיל ה"ש 22, בעמ' 5.
- 33 שם.
- 34 שם, בעמ' 26.
- 35 שם, בעמ' 24.
- 36 שם, בעמ' 16.
- 37 חוזר מינהל הסיעוד במשרד הבריאות 155/19 "אומדן, מניעה וטיפול בכאב על ידי אחות מוסמכת במערך האשפוז והקהילה" (3.11.2019).
- 38 ריכוז פעולות הסיעוד (2020), לעיל ה"ש 22.
- 39 ניתן לראות שבשנים אלה מדובר בסמכויות ביצוע כדוגמת שאיבת דם, הוצאת קו עורקי, התחלת עירוי ורידי, הזרקת ברחף של תרופות לווריד ועוד. להגדרת פעולות אלה כפעולות "טכניות" שבשגרה, ראו שחר וקול, לעיל ה"ש 1, בעמ' 382.
- 40 ריכוז פעולות 2020, לעיל ה"ש 22.
- 41 שם.
- 42 Rachel Nissanholtz-Gannot et al., *The Changing Roles of Community Nurses: the Case of Health Plan Nurses in Israel*, Isr. J. HEALTH POLICY RESEARCH 1 (2017).
- 43 Sue Dowling et al., *Nurses Taking on Junior Doctors' Work: A Confusion of Accountability*, 312 BMJ CLINICAL RESEARCH 1211, 1213 (1996).
- 44 חוזר מינהל הסיעוד במשרד הבריאות 110/15 "תפקיד אחות/מומחה/ית פתיחת תפקיד ותנאי העסקה" (12.4.2015) (להלן: "נוהל אחות מומחית באשפוז").
- 45 שם.

של 400 שעות, ותנאי קדם הוא תואר ראשון ושני, כאשר אחד מהם לפחות בסיעוד. בשנים האחרונות מתקיים תהליך של הכרה באחיות מומחיות בבתי החולים בתחומים השונים, המעניק לאחיות סמכויות טיפול ייחודיות וכוללניות, שהיו רק בידי רופאים ורחבות מאלה המותרות לאחיות מוסמכות.<sup>46</sup> בפגיות, למשל, על האחיות לספק טיפול שוטף ביילוד, לבצע ביקורי שגרה, להפנות לבדיקות, לזהות סיבוכים ולהציל חיים.<sup>47</sup> בתחום הכירורגיה, האחיות רשאיות להעניק טיפול תרופתי בהתחלת החיאה, לשנות מינונים, לפתוח פצע מזוהם ועוד.<sup>48</sup> תפקיד האחיות המומחית מייצר עצמאות חדשה ונפרדת לתפקידה של האחיות, שהופכת למנהלת הטיפול ולוקחת בו חלק פעיל הרבה יותר, אלמנטים שבעבר ניתן היה לראות רק בתפקידו של הרופא.

בשנת 2019, כצעד נוסף, הכריז משרד הבריאות על העתקת התפקיד לקופות החולים,<sup>49</sup> במטרה להפוך את הטיפול הראשוני לזמין יותר.<sup>50</sup> תפקיד "האחות המומחית בקהילה" כולל טיפול במחלות; איזון ומעקב לחולים; מניעת חולי; קידום בריאות; ומתן אישורים (מה שהיום ידוע לנו כאישור רופא).<sup>51</sup> האחיות המומחית תעבוד בכפיפות מקצועית לרופא ובהסכמתו, ולא עם יותר מ-3 רופאים במקביל. היא תהיה רשאית להפנות לסוגים שונים של ייעוץ וצילומים; לשנות טיפול תרופתי; להתחיל טיפול בכאב, בחרדה, במחלות זיהומיות ולאבחן מצבי חולי שונים. במקרים דחופים האחיות רשאיות לבצע פרוצדורות רפואיות כדוגמת טיפול בפרוכוסים, בבצקת ריאות והחיאה, כאשר הסייג לביצוע פעולות אלה הוא כי "בכל המצבים דרושה מעורבות רופא, במידה והוא זמין".<sup>52</sup>

אף על פי שהטמעת התפקיד אמורה להיות סדורה, עקבית ותחת פיקוחו של הרופא, הנחיות הנוהל נתונות לפרשנות, ויש חשש שעקב המחסור ברופאים תיווצר מציאות שבה חלק ניכר מביקורי הרופא המוכרים לנו בקופת החולים יהפכו לביקורי אחות מומחית, בעיקר באזורי הפריפריה. האיגודים הרפואיים טענו כי זהו מהלך מסוכן שייזכר ככבייה לדורות, וכי הם חרדים לאיכות הרפואה הראשונית בישראל.<sup>53</sup> אף אם מוקדם מדי להעריך מהלך זה, לא ניתן להתעלם מכך שמדיניות משרד הבריאות מקרבת בין האחיות לבין החולה על חשבון קרבתו לרופא, דווקא בחזית הראשונית והיכן שזיהוי מוקדם עלול להיות קריטי.

## האם השטח מוכן לשינוי זה?

הנתון המשמעותי ביותר שעד כה לא יוחסה לו חשיבות מספקת הוא המחסור הקיצוני באחיות בישראל. אכן, הרחבת סמכויות האחיות היא הפתרון ברוב המדינות המערביות לעומס בבתי החולים ובמרפאות, אולם המצב בישראל חמור הרבה יותר. מתוך 34 מדינות OECD, ישראל נמצאת במקום השישי מהסוף, עם שיעור של 5 אחיות מועסקות ל-1000 נפש. לשם ההשוואה, בנורבגיה השיעור הוא 18 אחיות, בגרמניה 13, בניו זילנד וקנדה קרוב ל-10 ובבריטניה קרוב ל-8. המדינות שמפגרות מאחורי

46 [תקנות בריאות העם \(אישור תואר מומחה בסיעוד\)](#).

47 חוזר מינהל הסיעוד במשרד הבריאות 111/15 "אחיות מומחיות בפגים" (17.5.2015).

48 חוזר מינהל הסיעוד במשרד הבריאות 112/15 "אחיות מומחיות בכירורגיה" (17.5.2015).

49 חוזר המנהל הכללי של משרד הבריאות 5/2019 "אחות מומחית בקהילה" (7.8.2019) (להלן: "נוהל אחות מומחית בקהילה").

50 משרד הבריאות [ד"ח הוועדה לבחינת תפקיד אחות מומחית בקהילה](#) 6 (2017).

51 "נוהל אחות מומחית בקהילה", לעיל ה"ש 49.

52 שם.

53 איגוד רופאי המשפחה בישראל והאיגוד הישראלי לרפואת ילדים "אחות מומחית קהילה במדינת ישראל – נייר עמדה" 2 (2018) (להלן: "נייר עמדה בנושא אחות מומחית קהילה").

ישראל הן לטביה, יוון, מקסיקו, טורקיה וקולומביה.<sup>54</sup> בפועל, הסמכויות מתרחבות במקביל לצניחה המתמדת במספר המיטות בבתי החולים,<sup>55</sup> וסקטור האחיות נמצא כסקטור השחוק ביותר במערכת הבריאות.<sup>56</sup> זאת ועוד, הסמכויות הרפואיות שהועברו לאחות אינן משחררות אותה מאחריות על הפן הסייעודי המסורתי בתפקידה, אלא רק מתווספות לה.<sup>57</sup>

ניכר כי האחיות כלל אינן זמינות לעמידה אפקטיבית בסמכויות הרפואיות החדשות; הן מתלוננות על עומס רב ומבזבזות זמן יקר על ספירת חלוקים, ניקוי מכשירים וניירת,<sup>58</sup> שובתות שוב ושוב על העומס והתנאים הקשים ומנסות לתמרן בין המטופלים שנפגעים מכך.<sup>59</sup> על כתפיהן של האחיות מוטל עומס רב שכדי להבינו יש לבקר במחלקות עצמן. גם אם החלטתו של משרד הבריאות היא החלטה מקצועית (ושנויה במחלוקת), היה ראוי להשלימה עם כוח אדם נוסף. אם הגדלת תקינה אינה מתאפשרת, ניתן לשחרר את האחיות מפעולות שלא דורשות השכלה מיוחדת. העתקת המודל המערבי לתוך מציאות עמוסה ומורכבת כמו בישראל, עלולה לגרום יותר נזק מתועלת, שכן במצב שבו ממשיכות להתווסף לאחיות סמכויות חובה, אך התנאים במרפאות נשארים זהים, הנפגעים הישירים הם החולים.

בתנאי עבודה מורכבים הפער המקצועי בין אחות לרופא עלול לתפוס מקום מדאיג. פער זה לא כולל רק את תנאי הקבלה והידע הרפואי האקדמי,<sup>60</sup> אלא גם את הניסיון שצוברים הרופאים בהכשרתם.<sup>61</sup> כמה ארגונים מקצועיים של רופאים, כולל איגוד הרפואה האמריקני, סבורים כי העובדה שהרופאים מוכשרים באופן קפדני ומקיף יותר, מדגיש את חוסר יכולתן של האחיות לספק טיפול בטוח כפי שהם מספקים.<sup>62</sup> טענות לפער המקצועי נתפסות לרוב כזלזול ביכולותיהן של האחיות, אך בבסיס המחלוקת עומדת תפיסה ריאליסטית, לפיה הפער בין ההכשרה של האחיות לבין ההכשרה של הרופא הוא פער שלא ניתן לגשר עליו באמצעות שעות השתלמות, תואר שני שאינו קליני או תוספת של כמה מאות שעות התנסות. במובן זה, יש המחזיקים בדעה כי "doctor is a doctor",<sup>63</sup> ועל כן יש סכנה ממשית בהרחקתו מהמטופלים, בעיקר בקו החזית הראשוני.

מישור נוסף בפן המקצועי הוא יכולת ההתעדכנות של האחיות. לימודי הרפואה מדגישים, בין היתר, את הצורך במחקר ובהתעדכנות תמידית,<sup>64</sup> וסביר להניח שהאחות פחות מורגלות לכך. מחקר שהתפרסם בכתב העת של האקדמיה האמריקנית

- 
- 54 OECD (2019) [Health statistics](#).
- 55 דן בן דוד ואיל קמחי "האתגרים האסטרטגיים העיקריים של ישראל בתחום הכלכלי-חברתי ומוקדים מרכזיים לטיפול שורש" שורש 10 (מאי 2017).
- 56 משרד הבריאות [התכנית הלאומית לחיזוק עובדי מערכת הבריאות ולמינעת שחיקה](#) (2019).
- 57 [ריכוז פעולות הסייעוד](#) (2020), לעיל ה"ש 22, בעמ' 1 (הסמכויות הן "בנוסף לליבת הכשרתה של האחיות המוסמכת"). להמחשת האחריות הסייעודית הגבוהה שחבה האחיות למטופלים ראו ת"א (שלום נת) 6155/99 מרים נ' מרכז רפואי צאנו בית חולים "לניאדו", פס' 11 לפסק הדין (פורסם בנבו, 2.11.2003).
- 58 רחל ניסנהולץ-גנות ואח' "תמורות בעבודת האחיות בקהילה בישראל" ביטחון סוציאלי 99, 121, 135 (2016); רחל ניסנהולץ-גנות, ברוך רוזן ומרים הירשפלד "תמורות בתפקידן של האחיות בקהילה" מרכז סמוקלר למדיניות הבריאות 10 (2017).
- 59 עידן אפרתי "ניירת, ספירת מלאי ואפילו ניקיון: האחיות קורסות תחת עומס התקנות" הארץ (24.7.2019).
- 60 "תנאי קבלה רפואה, מהם הסיכויים שלך?" לימודים בישראל. ללימודי סיעוד ניתן להתקבל גם ללא פסיכומטרי במגוון רחב של מוסדות לא אוניברסיטאיים. ראו [תכנית עבודה 2019](#), לעיל ה"ש 13; משרד הבריאות "תוכנית הלימודים לתואר אחות/מוסמך/ת".
- 61 J. Fletcher, *Some Implications for Nurses and mManagers of Recent Changes to the Processing and Hearing of Medical Negligence Claims*, 8 J. NURSING MGMT. 133, 134–138 (2000).
- 62 Debra Hain et al., [Barriers to NP Practice that Impact Healthcare Redesign](#), 19 ONLINE J. ISSUES IN NURSING (2014).
- 63 Suzanne Fullbrook, *When Nurses Take on Doctors' Roles are they Just Gap-Filling?*, 13 BRIT. J. NURSING 491 (2004); Fletcher, לעיל ה"ש 61.
- 64 [הפקולטה לרפואה – אוניברסיטת בר אילן](#); [הפקולטה לרפואה – האוניברסיטה העברית בירושלים](#).

לאחיות מצא כי אחיות מומחיות פחות בקיאות בכישורים אלה.<sup>65</sup> אחד הגורמים המרכזיים לעלייה ברשלנות האחיות היה ההתקדמות הרפואית שחייבה אותן להכיר מגוון יכולות טכנולוגיות, תוך שהן עסוקות בהסתגלות לעולם מושגים רפואי וחדש.<sup>66</sup> במחקר אחר, נמצא מתח לא מבוטל בין מה שהאחיות היו צריכות לדעת לבין מה שהן ידעו בפועל.<sup>67</sup> בבריטניה, אחיות מתקדמות סובלות מעלייה חדה בתביעות רשלנות, כאשר אבחנה שגויה או מאוחרת היא הנפוצה ביותר.<sup>68</sup>

בעשור האחרון גבולות המקצוע בין הסיעוד לבין הרפואה בישראל משתנים ללא הרף, כאשר בדרך כלל מדובר בחוזר מנכ"ל שמגיע כרעם ביום בהיר. בפועל, מתקיים גידול זוחל בסמכויות,<sup>69</sup> כאשר פעולות רבות אינן קשורות אחת לשנייה ולעיתים הרופאים והאחיות עצמם אינם יודעים להצביע עליהן.<sup>70</sup> במצב שבו האחיות כלל לא בטוחות אילו פעולות רפואיות נמצאות בסמכותן, יהיה בלתי הוגן לדרוש מהן להתעדכן בכל שינוי הנוגע אליהן.

חשוב לציין, גם אם האחות מסוגלת לבצע כל פרוצדורה רפואית בדיוק כמו רופא ואף טוב ממנו, היא עלולה לזנוח עקב כך פעולות סיעוד מסורתיות פשוטות כמו השגחה מפני נפילות,<sup>71</sup> ולחלופין לבצע פעולה מורכבת תחת לחץ. כל פרוצדורה רפואית שעוברת לסמכות האחות המוסמכת חלה עליה באופן שאינו מתחשב במידת הניסיון הסובייקטיבי שלה,<sup>72</sup> ובתנאים הנוכחיים הפער המקצועי עלול לתפוס מקום מדאיג שאולי לא היה תופס בתנאים טובים יותר.

אתגר נוסף שיש לתת עליו את הדעת הוא הסתגלותה של האחות לסמכויותיה החדשות. מחקרים מעידים כי בשלב זה האחות חשה חוסר ביטחון ותסכול, ומנסה לברר שוב ושוב מה מצופה ממנה.<sup>73</sup> בנוסף, מחקרים זיהו חסמים לשיתוף פעולה בין אחיות מתקדמות לבין רופאים, והצביעו על כך שהתקשורת ביניהם לקויה, בין היתר עקב עמדותיהם השליליות של הרופאים על התפתחות האחיות,<sup>74</sup> שנמצאו גם בישראל.<sup>75</sup> אחד התנאים החשובים ביותר לטיפול רפואי מוצלח ולמניעת נזקים

- Joellen W. Hawkins & Janice A. Thibodeau, 25+ and Going Strong: Nurse Practitioners and Nursing Practice, 65 6 JAANP. 225, 256 (2007).
- Croke Eileen, *Nurses, Negligence and Malpractice*, 103 AM. J. NURSING. 53, 57–58 (2003) 66
- Kelly Norma & Mathews Maureen, *The Transition to First Position as Nurse Practitioner*, 40 J. NURSING EDUC. 156, 160 (2001) 67
- Nurses reporting more claims and complaints advised to check their indemnity arrangements*, MDU (Jan. 5, 2017); GEORGE D. POZGAR, LEGAL ASPECTS OF HEALTH CARE ADMINISTRATION (2016) 68
- אורלי תורן ואח' *בחינת גבולות המקצוע בין אחיות לרופאים: חקר מקרה - היחידות לטיפול מיוחד ביילוד (הפגיות)* 22 (2013). 69
- ש.ם. 70
- TINA MOORE & PHILIP WOODROW, HIGH DEPENDENCY NURSING CARE: OBSERVATION, INTERVENTION AND SUPPORT 422 (2004) 71
- פעולות הסיעוד המתווספות חלות על כל אחות בעלת ההכשרה הרלוונטית בכל מוסד רפואי. ראו *ריכוז פעולות הסיעוד* (2020), לעיל ה"ש 22. 72
- Esther Sangster-Gormley, Ruth Martin-Misener & Fred Burge, *A Case Study of Nurse Practitioner Role Implementation in Primary Care: What Happens When New Roles are Introduced?*, 12 BMC NURSING, 1, 1–12 (2013), Norma; לעיל ה"ש 67. 73
- Olivia A. Clarin, *Strategies to Overcome Barriers to Effective Nurse Practitioner and Physician Collaboration*, 3 J. NURSE PRACTITIONERS 538, 539 (2007) 74
- ניסנהולץ-גנות, רוזן והירשפלד, לעיל ה"ש 58, בעמ' 20; יפה אהרון ואח' *אחות מומחית קלינית בגריאטריה – דו"ח מחקר מעקב פרוספקטיבי* (2012-2014) (2015). 75

הוא תקשורת טובה בין צוות המטפלים.<sup>76</sup> כך, למשל, באחד המקרים האחרות זיהו הידרדרות במצב המטופל, אך לא ידעו מהן סמכויותיהן וכיצד לנהוג עד להגעת הרופא.<sup>77</sup> בישראל, משרד הבריאות לא הנהיג תוכנית סדורה המקלה על הסתגלות האחות לאחריות המוטלת על כתפיה,<sup>78</sup> וישנה חשיבות לרעיונות שיקלו על תהליך זה ועל שיתוף הפעולה בינה לבין הרופא. העובדה שלאחריות נוספו סמכויות ספורדיות שהופכות את הטיפול לקטוע,<sup>79</sup> מחזקת מסקנה זו.

חשוב לזכור שחוסר ידע וחוסר ביטחון הם גם תורמים פוטנציאליים לרפואה מתגוננת.<sup>80</sup> במחקר אמריקני שבחן מאות אלפי מפגשים, נמצא שהסיכוי לעבור הדמיה אצל אחות גבוהה ב-34% מאצל רופא.<sup>81</sup> פער זה נמצא גם ביחס לצילומי שלד,<sup>82</sup> ומתן אנטיביוטיקה למבוגרים<sup>83</sup> ולילדים.<sup>84</sup> כיום אחות מוסמכת רשאית להפנות ל-CT,<sup>85</sup> ליעוצים,<sup>86</sup> לבדיקות מעבדה<sup>87</sup> ולצילומי שלד ורנטגן.<sup>88</sup> אחות מומחית רשאית להפנות גם לאולטרסאונד ולשירותי רווחה.<sup>89</sup> בתוך כך, הרחבת סמכויות בתנאים שתוארו עלולה לייצר תופעה חדשה של **סיעוד מתגונן**, שיבזז משאבים ויגרום סיכונים מיותרים.<sup>90</sup>

אין ספק שלהרחבת סמכויות האחרות יתרונות רבים; מלבד התוספת בכוח האדם, מקצועות-עזר ידועים בגישתם הייחודית למטופלים,<sup>91</sup> ומשרד הבריאות הציג מחקרים אחרים המוכיחים את איכות הטיפול של האחות ואת יעילותו.<sup>92</sup> עם זאת, ישראל סובלת ממחסור קיצוני באחריות ומתנאים קשים בבתי-החולים, ובמובן זה עומדת הרבה מאחורי מדינות אלה.<sup>93</sup>

76 מירה מרס-אדרי וסוהר ליבוביץ "תקשורת בין מטפלים עפ"י מודל המראה (SBAR)" החברה הישראלית לאיכות ברפואה 1, 27 (2015); לחוסר תקשורת בין הצוות הרפואי לצוות הסעודי עלולות להיות השלכות דרמטיות. ראו, למשל, ת"א (השלום חי) 14-06-24343 פלוגית נ' מדינת ישראל (פורסם בנבו, 13.3.2018).

77 משרד הבריאות **סיכומי דוחות של 100 ועדות בדיקה – הפקת לקחים מאירועים חריגים** 31 (2016).

78 הדבר נכון בעיקר לאחריות המוסמכות, שכן כל חוזר מתקין תאריך בו הפעילות תיכנס לתוקף, ללא שום תהליך. חוזרי האחות המומחית החוזרים מבקשים הטמעה הדרגתית, אך לא ברור האם הדבר מתממש בפועל. ראו **ריכוז פעולות הסיעוד** (2020), לעיל ה"ש 22.

79 תורן ואח', לעיל ה"ש 69, בעמ' 20.

80 Jerome Greenberg & Jonas B. Green, *Over-testing: Why More is Not Better*, 127 AM. J. MEDICINE 362, 363 (2014); Catino Maurizio, *Blame Culture and Defensive Medicine*, 11 COGNITION, TECH. & WORK 245, 246–253 (2009).

81 Danny R. Hughes et al., [A Comparison of Diagnostic Imaging Ordering Patterns Between Advanced Practice Clinicians and Primary Care Physicians Following Office-Based Evaluation and Management Visits](#), 175 JAMA INTERN MEDICINE 101, 102 (2015).

82 Laurence Parker et al., *National Trends in the Utilization of Skeletal Radiography From 2003 to 2015*, 15 RADIOL COLL. Am. J. 1408, 1409–1414 (2018); נייר עמדה בנושא אחות מומחית קהילה", לעיל ה"ש 53.

83 Katie J. Suda et al., *Antibiotic Prescriptions in the Community by Type of Provider in the United States, 2005-2010*, 56 J. AM. PHARM. ASSOC. 621, 622–625 (2016).

84 Elisabeth H. Ference et al., *Antibiotic Prescribing by Physicians Versus Nurse Practitioners for Pediatric Upper Respiratory Infections*, 125 ANN. OTOL. RHINOL. LARYNGOL. 982–991 (2016).

85 חוזר מינהל הסיעוד במשרד הבריאות 139/18 **"פעולות סיעוד לאחות מוסמכת בוגרת השתלמות מוכרת בשבץ מוחי"** (27.5.2018).

86 שם.

87 **ריכוז פעולות הסיעוד** (2020), לעיל ה"ש 22, בעמ' 26–27.

88 שם, בעמ' 4–5.

89 "נוהל אחות מומחית בקהילה", לעיל ה"ש 49.

90 שם.

91 **משאבי אנוש במקצועות הבריאות** (2008), לעיל ה"ש 3, בעמ' 33.

92 דו"ח הוועדה לבחינת תפקיד אחות מומחית בקהילה, לעיל ה"ש 50.

93 ראו את הפרק שלהלן "האחות החדשה בין כותלי בית המשפט".



## האחות החדשה בין כותלי בית המשפט

בעבר, המושג רשלנות רפואית (medical malpractice) הקיף רק את מעשיהם של הרופאים. האחיות בדרך כלל נתפסו כפסיביות, ופעולותיהן הרשלניות נחשבו לרשלנות רגילה (ordinary negligence).<sup>94</sup> כיום תפקידן של האחיות התרחב בצורה משמעותית, ומלבד הרשלנות הרגילה, הן נחשפות לרשלנות הרפואית שמהווה תיאוריה משפטית רחבה יותר, ומאפשרת זיהוי אחריות בדיני הנזיקין בהתאם.

הקושי המרכזי שצפוי לנבוע מהשינויים בגבולות מקצוע הסיעוד הוא הקושי בקביעת סטנדרט הטיפול הראוי. על מנת להוכיח שלא התרשלה, האחות חייבת להראות שפעלה כפי שאחות סבירה הייתה פועלת באותן נסיבות.<sup>95</sup> אולם סוגיה קשה יותר היא קביעת רמת הטיפול שצריכה לספק האחות כאשר היא מבצעת פעולות שרופא בלבד היה מורשה לעשותן, ושהן רפואיות בהגדרתן. יש הסבורים כי כל זמן שמדובר בפעולה שהיא רפואית (בעולם המדע), הסטנדרט שצריך לחול הוא סטנדרט רפואי.<sup>96</sup> ההיגיון בכך טמון בעובדה שמטופל זכאי לצפות לסטנדרט דומה של טיפול ביחס להתערבות רפואית, מבלי שהדבר יהיה תלוי בזהות האדם המעניק אותו.<sup>97</sup> מנגד, עולם הידע הרפואי של האחות מצומצם בהרבה משל הרופא, ואף על פי ששניהם מבצעים את אותה הפעולה, קשה לומר כי הם זהים במיומנותם ובהכשרתם. לבסוף, בית המשפט נזקק בהרבה מקרים לעדים מומחים שיצביעו על הסטנדרט המקובל בטיפול רפואי מסוים,<sup>98</sup> ובפועל האחות תאלץ להתמודד עם חוות-דעת של מומחים רפואיים.<sup>99</sup> בארצות הברית, אחד הגורמים המרכזיים ביותר שהביא לעלייה בתביעות נגד אחיות הוא הרחבת סמכויותיהן, ובתוך כך הגדרות משפטיות רחבות שחלו עליהן בבית המשפט. שופטים נטו להחזיקן בסטנדרט גבוה של אחריות, פעמים רבות בסטנדרט רפואי, הגם שאין להן את הידע הרפואי הכוללני.<sup>100</sup>

דילמה זו מקבלת משנה-תוקף כאשר מדובר בסמכויות חדשות ודינמיות, כך שלא תמיד ניתן יהיה להצביע על פרקטיקת אחיות שנטמעה. כאן נראה שהבלבול ואי-האחידות עלולים להקשות על הפרכת רשלנות האחות. לדעתי, על בית המשפט יהיה להתחשב בכך שמדובר במעין תקופת מעבר, בדומה לתקופת היטמעותה של אסכולה רפואית חדשה ובהתאם לחוות דעתה של השופטת דורנר בעניין שטרן.<sup>101</sup> קושי גדול עוד יותר יהיה במרחק שנים קדימה, כאשר בית המשפט יאלץ להתחקות אחר רמת הטיפול הסבירה בזמן נתון, שכן הגבולות בין מקצוע הסיעוד לבין מקצוע הרפואה משתנים בתכיפות. בנוסף, לטעמי סביר להניח שהחמרת הסטנדרט הצפוי תפגוש את האחות החדשה לא רק בפעולותיה המתקדמות, אלא גם

Konstantine Keian Weld & Sandra C. Garmon Bibb, *Concept Analysis: Malpractice and Modern-Day Nursing Practice*, 44 NURS. FORUM 2, 2–10 (2009) 94

אמנון כרמי **בריאות ומשפט** 216 (מהדורה שניה, מוחמד ס. ותד עורך (2013)). 95

Dowling, לעיל ה"ש 43. 96

Chris Cox, *Diabetes Nurses: Legal Accountability in Practice*, 18 J. DIABETES NURSING 174, 174–179 (2015) 97

כרמי, לעיל ה"ש 95, בעמ' 666. 98

Fletcher, לעיל ה"ש 61, בעמ' 139. 99

Eileen, לעיל ה"ש 66. 100

101 אסף יעקב "רפואה ציבורית ורפואה פרטית – הידורו שני סטנדרטים יחד?" מחקרי משפט כט 21, 39 (2013); רע"א 3056/99 שטרן נ' המרכז הרפואי על שם חיים שיבא, פ"ד נו"ד 936, פסק דינה של השופטת דורנר (2002).

בפעולותיה הסיעודיות הבסיסיות ביותר.<sup>102</sup>

גורם נוסף שעלול להשפיע על בחינת האחריות בין כותלי בית המשפט, הוא סוגיית **האחריות המשותפת** שחולקים הרופא והאחות. חלק ניכר מהפעולות שהועברו ממקצוע הרפואה למקצוע הסיעוד לא הוציאו את הרופא מהתמונה, וגם הוא חשוף לאחריות בגין פעולותיה של האחות. קיימות מגוון החלטות שצריכות להתקבל על ידי האחות בתיאום עם הרופא,<sup>103</sup> ועשרות פעולות רפואיות מואצלות מהרופא לאחות, כאשר שניהם אחראיים עליהן באופן מלא.<sup>104</sup> כמו כן, האחות המומחית באשפוז ובקהילה עובדת בכפיפות מקצועית לרופא המנהל את המרפאה.<sup>105</sup> תפיסה שעדיין רואה את מערכת היחסים של האחות והרופא כהיררכית, יכולה להביא את בית המשפט למסקנה כי גם אם האחות לא התרשלה, הרופא אחראי על הנזק שנגרם, כגורם הרפואי הבכיר. בארצות הברית, לדוגמה, 75% מהתביעות מערבות הן את הרופא, הן את האחות המומחית.<sup>106</sup>

גם דרישת **ההסכמה מדעת** לטיפול רפואי הופכת מורכבת ורגישה יותר; דרישה זו נגזרת מזכותו של האדם לחיות את חייו כפי שהוא רואה לנכון,<sup>107</sup> וטיפול יינתן רק למי שהביע את הסכמתו המושכלת לכך.<sup>108</sup> אולם, וברמה הבסיסית ביותר של המודעות, לרוב המטופלים אין היכרות עם הימתחותם הבלתי פוסקת של גבולות מקצוע הסיעוד. לדעתי, על מנת שחולים יגבשו החלטה מושכלת לגבי קבלת טיפול מאחות, יש לשותף את הציבור באופן משמעותי יותר בתהליכים שעברו על מקצוע הסיעוד בכל החזיתות, ומכאן המטופל ישכיל לעשות את הברורים המתאימים לו.

סעיף 6(א) לחוק זכויות החולה<sup>109</sup> קובע שמטופל זכאי ליידוע אקטיבי בדבר שמו ותפקידו של כל אדם המטפל בו.<sup>110</sup> במקרה של אחות עם סמכויות מתקדמות, הסכמת המטופל עשויה להיות פסולה אם המטופל הניח שהיא רופאה, מאופי הטיפול ומהדרך בה התבצע.<sup>111</sup> אם נקודה זו לא תובהר באופן מספק, כשטיפול ישתבש נוח יהיה לטעון שהמטופל מעולם לא היה מסכים לטיפול לו ידע (במובן ההסכמה מדעת), שמדובר באחות ולא ברופא.<sup>112</sup> בעניין **יודקביץ'**,<sup>113</sup> בוצע טיפול על ידי מקצוע-עזר לרפואה, "פודיאטור". התובעת טענה כי לא הייתה מסכימה לטיפול לו ידעה שלא מדובר ברופא. בית המשפט קבע שעל הפודיאטור היה להזדהות בתוארו באופן אקטיבי, על מנת שהדבר יבוא בשיקולי החלטתה של התובעת, ונקבע כי הוא הפר במחדל את חובת הגילוי.

102 רף הסבירות עשוי לעלות בהתאם למאפיינים סובייקטיביים של המזיק. רע"א 5604/94 חמד נ' מדינת ישראל, פ"ד נח(2) 498, פסק דינה של השופטת דורנר (2004).

103 **ריכוז פעולות הסיעוד** (2020), לעיל ה"ש 22, בעמ' 24-26 ו-29-30.

104 שם, בעמ' 1.

105 "נוהל אחות מומחית באשפוז", לעיל ה"ש 44, בעמ' 3; "נוהל אחות מומחית בקהילה", לעיל ה"ש 49.

106 Laura C. Myers, *A Description of Medical Malpractice Claims Involving Advanced Practice Providers*, J. HEALTHC RISK MANAG. (2020).

107 אסף יעקב "דא עקא דעקה – גלגוליה של פגיעה באוטונומיה" **משפטים** מב 5, 10 (2012).

108 [חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996](#).

109 שם.

110 חוזר המנהל הכללי של משרד הבריאות 9/06 "מגילת זכויות המטופל בראיה של חובת המטפל" (3.4.2006).

111 Dowling, לעיל ה"ש 43, בעמ' 1213.

112 *Advanced Practice Providers (Physician Assistant and Nurse Practitioner) Medical-Legal Issues*, ACEP BOARD (2016); of DIRECTORS 27 (2016); Crane Mark, *NPs and PAs: What's the Malpractice Risk?*, 77 Med. Econ. 4 (2000).

113 ת"א (השלום ת"א) 10-12-35983 יודקביץ' נ' קופת חולים מאוחדת, פס" 27 לפסק הדין (פורסם בנבו, 24.8.2014).

מדור"ח מבקר המדינה לשנת 2015, עלה כי 20% מאנשי הצוות הרפואי אינם מזדהים לפני החולים בשמם ובתפקידם.<sup>114</sup> כבתי החולים שמתאפיינים בצוותים מתחלפים, יש סיכויים גבוהים להתרחשות מצב זה.<sup>115</sup> אף שצוות רפואי דינמי הוא מצב בלתי נמנע, הפסיקה מחמירה עם המבקשים להסיק הסכמה מכללא.<sup>116</sup> באשר לאחיות מומחיות, מדובר בתפקיד חדש שצפוי להציב את האחיות בקו החזית הראשוני, ובמקומות אלה חשיבות ההזדהות מקבלת משנה-תוקף. עילת ההסכמה מדעת הולכת ותופסת מקום מרכזי בתביעות רשלנות,<sup>117</sup> ועל רקע ההכרה בראש נזק על פגיעה באוטונומיה<sup>118</sup> והנכונות להגדיל את גובה הפיצויים בגינה,<sup>119</sup> ייתכן שהאחות החדשה תהיה חשופה יותר לתביעות בגין הפרת חובת הגילוי.

### סיכום

בחינת מגמת הרחבת סמכויות האחיות דרך הפריזמה של דיני הרשלנות, מביאה למסקנה כי היא מיושמת בישראל באופן שאינו מתחשב במשתנים רבים. התנאים הקשים במחלקה, הפער המקצועי וקשיי ההסתגלות שהתהליך לא התחשב בהם עלולים לא רק להגביר את הסיכוי לגרימת נזקים, אלא גם להשליך על בחינת הרשלנות בין כותלי בית המשפט, שכן האחות החדשה תצטרך להתמודד עם סטנדרט מחמיר יותר, ובית החולים יצטרך להתמודד עם אחריותם של שני מטפלים המופקדים על אותה פעולה. הרחבת הסמכויות עלולה גם לייצר תופעה חדשה של "סיעוד מתגונן", כך שהניסיון לחיסכון כלכלי עשוי להתגלגל חזרה אל משרד הבריאות. אכן, להרחבת הסמכויות יתרונות שלא ניתן להתעלם מהם, ולכן הסכנה לא טמונה בעצם הרעיון, אלא באופן שבו הוא מיושם. מטרתה המוצהרת של מגמה זו היא למצות את הפוטנציאל שבתפקיד האחיות,<sup>120</sup> אולם ניכר כי השטח לא מוכן לכך. כמה רעיונות יכולים להביא ליישום הולם יותר של המודל המערבי על ישראל, כדוגמת העסקת עובדים לא מקצועיים שיבצעו מטלות אדמיניסטרטיביות; כוח עזר פיזי נוסף; גבולות מקצוע ברורים; הימנעות משינויים תכופים; שילוב רופאים ואחיות כבר בהכשרתם; ושיתוף הציבור בתהליכים אלה. בפן הדיוני, כדאי שאחיות ישמשו עדות מומחיות כדי להבטיח שבית המשפט יבין את רמת הטיפול המצופה מהן על רקע השינויים במקצוע.<sup>121</sup> לביניים, יש לקוות שהשופטים עצמם יהיו מודעים לתהליכים אלה, ויעניקו להם – במידת הצורך – את המשקל הראוי טרם הכרעה שיפוטית.

- 114 מבקר המדינה **דו"ח שנתי 65 לשנת 2014 ולחשבונות שנת הכספים 2013** 514–515 (2015).
- 115 יואל דונחין **"מדוע ריבוי אנשי צוות רפואי מעלה את הסיכון לתקלות רפואיות"** הארץ (19.12.2014).
- 116 ע"א 3108/91 **רייבי נ' ד"ר וייגל**, פ"ד מז(2) 497, 509 (1993); ע"א 2781/93 **דעקה נ' בית החולים "כרמל" חיפה**, פ"ד נג(4) 526, 548–549 (1999); ע"א 6153/97 **שטנדל נ' פרופ' שדה**, פ"ד נו(4) 746, 755 (2002).
- 117 **אחריות מקצועית** (2018), לעיל ה"ש 2, בעמ' 41.
- 118 אסף יעקב **"שתלטנות הרשלנות" משפטים** מז 227, 255, 281 (2018); יעקב, לעיל ה"ש 107.
- 119 אסף יעקב ויוני לבני **"הקפיצה הגדולה – על גובה הפיצוי בגין פגיעה באוטונומיה" עיוני משפט** לז 437 (2015); פרשת **דעקה**, לעיל ה"ש 116.
- 120 חוזר מינהל הסיעוד במשרד הבריאות 144/18 **"מיצוי הפוטנציאל התפקודי של האחיות במערכת האשפוז והקהילה"** (11.7.2018).
- 121 Rowe Brenda Bolon, ***Expanding the Nurse's Role to Diagnosis and Treatment: Understanding the Legal Significance***, 37 AAOHN J. 198 (1989).