

מרכזי לידה בישראל

נכתב על-ידי:

יפעת הדר רובננקו – מיילדת, יו"ר ארגון המיילדות
אסנת לוי – מיילדת, חברת הצוות המוביל בארגון המיילדות
גילה זרביב – מיילדת, חברת הצוות המוביל בארגון המיילדות
טניה שטיינבוק גורליק – מיילדת, חברת הצוות המוביל בארגון המיילדות
יובל יפה מושקוביץ – מיילדת, חברת הצוות המוביל בארגון המיילדות
דר' אבי קרא פרידמאן – מיילדת, יו"ר ועדת מחקרים של ארגון המיילדות
דר' יעל אדלשטיין – מיילדת, יו"ר ועדת אתיקה של ארגון המיילדות
עפרית פק – מיילדת, העותרת בבג"ץ מרכזי לידה

אושר ע" מועצת המיילדות

10 מאי 2023

הנדון: נייר עמדה לטיטת חוזר מנכ"ל - אמות מידה להפעלת מרכזי לידה

בקהילה מיום 20.3.2023

"מי שהצליח להזיז הרים התחיל בלהזיז אבנים קטנות"

רקע:

1. ארגון המיילדות מתכבד להגיש הערותיו לטיטת חוזר מנכ"ל - אמות מידה להפעלת מרכזי לידה בקהילה מיום 20.3.2023 (להלן: "טיטת החוזר" או "טיטת חוזר מנכ"ל"). בפתח דברינו, אנו מבקשות להודות למועצה הלאומית לגניקולוגיה, נאוטולוגיה וגניטיקה, בראשות פרופסור אליעזר שלו (להלן: "המועצה"), על כינוס הועדה שניסחה את טיטת נוהל מרכזי הלידה ולעבודתם המאומצת של חברי הועדה.
2. נקדים ונאמר שהכשרתה המקצועית של מיילדת בישראל, מאפשרת לה (בזכות ולא בחסד) לפעול באופן עצמאי ובאוטונומיה מלאה בכל הקשור למעקב הריון, שדה הלידה ולאחריה, בכפוף להוראות החוק ובהתאם לחוזר מנהל רפואה מטעם משרד הבריאות.
3. מלבד היותה אחות מוסמכת אקדמאית (הכשרה של ארבע שנים ביניהן לימודי בריאות האישה על כל שלבי החיים כולל הריון ולידה), מיילדת התמחתה במקצוע היילוד (שנה וחצי נוספת)¹, וקיבלה רישיון לעסוק ביילוד מטעם משרד הבריאות, לאחר שהשלימה בהצלחה את כל חובותיה.² יתר על כן, מיילדת מתחילה את עבודתה המקצועית בחדר לידה תחת פיקוח צמוד של מיילדת וותיקה, עד שהיא מגיעה לרמה שבה היא יכולה לנהל לידה באופן עצמאי, על כל היבטיה.
4. במהלך השנים, מסיבות רבות, צומצם בישראל תפקיד המיילדת ליילוד בלבד, למרות שרישיונה מאפשר לה ללוות נשים בריאות מרגע תיכנון ההיריון, מעקב הריון, לידה ומשכב לידה. בשנים האחרונות, המיילדות מבקשות, כחלק מתפקידן המקורי והכשרתן המקורית,

¹ מטרת הקורס היא להכשיר למקצוע המיילדת על ידי הקניית ידע, מיומנויות קליניות ומיומנויות בין אישיות. תוכנית הקורס תאפשר להן לתת טיפול מקצועי לכל אישה, החל משלב תיכנון ההיריון, מהלך ההיריון, הלידה ועד לתקופה שלאחר הלידה. תוכנית הלימודים כוללת 993 שעות לימוד מתוכן 357 שעות לימוד עיוניות ו-636 שעות התנסות קלינית. מדינת ישראל - משרד הבריאות - מנהל הסיעוד נדלה בתאריך 16.03.2023 מ: www1.health.gov.il/nursing/study/training_courses/list/obstretic

² ראו פירוט הפעולות בה"ש" 1.

לחזור ולחבור לשאר מיילדות העולם המודרני, באשר לליווי את הנשים במהלך חיי הפריון שלהן בכל הקשור לתכנון הריון, הריון, לידה ומשכב לידה.³

5. בית המשפט העליון התייחס לגישות השונות ביחס ללידות בפסק דינו בדנג"ץ 5120/18 נשים קוראות ללדת ואח' נ' משרד הבריאות ואח' (נבו 21.7.2021) (להלן: "דנג"ץ", ראו סעיף 65 לפסק דינה של השופטת ברק - ארז, ההדגשות הוספו):

"חשוב לפתוח באמירה הפשוטה, ובהקשר הנוכחי אולי אף לומר "טבעית": לידה אינה מחלה. ממילא, היא יכולה להתבצע ללא נוכחות רופא, ואף ללא ליווי רפואי. למעשה, גם לידה בבית חולים יכולה להתנהל ללא נוכחות של רופא מתחילתה ועד סופה, בהתאם לנסיבות, וכך קורה בפועל במקרים רבים. אכן, התקדמות הידע האנושי הולידה פרוצדורות רפואיות שעשויות להיות חיוניות, ואף מצילות חיים, לאם וליילוד. בימינו, בניגוד לימים עברו, לידות מתבצעות על-פי רוב כשהן מלוות בטיפול ותמיכה רפואיים. נהוג לתאר את השימוש הגובר בפרוצדורות רפואיות בקשר ללידה כמעבר מהפרדיגמה המיילדותית או הפיזיולוגית, המשויכת למקצוע המיילדות ורואה בלידה אירוע פיזיולוגי טבעי שככלל אינו דורש התערבות רפואית, אל הפרדיגמה הרפואית המשויכת למקצוע הרפואה ונשענת על השגחה רפואית צמודה והתערבות רפואית בתהליך הלידה, הנתפסת כשלעצמה כעניין "רפואי". אולם, מעבר זה לא העלים ולא מחק את הפרדיגמה המיילדותית".

6. מעקב הריון, לידה ומשכב לידה בליווי של מיילדת, בהתאם לפרדיגמה המיילדותית כהגדרתה לעיל בדנג"ץ, אינם רק פרופסיה מבוססת ראיות ומוכרת על ידי משרד הבריאות, אלא גם הוויה במלוא מובנה של המילה. מדובר ביחסי גומלין שבין המיילדת לבין האישה ההרה, כאשר הראשונה הינה בעלת הידע והניסיון שמלווה וסומכת על יכולתה של השנייה לגייס את גופה למשימת הבאת חיים לעולם (הריון, לידה ומשכב לידה).

7. תפיסת המיילדת את האישה ההרה כישות פיזיו-סוציו-פסיכו רוחנית, איננה הוויה סופררוגטיבית, אלא הבסיס ההכרחי של מקצוע המיילדות. תפיסה זו מאפשרת לא רק לידה פיזיולוגית ותקינה מבחינת בריאות האישה והילוד, אלא גם חוויה נפשית ורגשית מכוננת ומעצימה אצל היולדת.

³ ראו מודל MCoC.



8. מחקרים רבים הראו כי לידות פיזיולוגיות בהריון בסיכון נמוך, הגדילו את הסיפוק ואת הבטיחות של היולדת ושל היילוד וכי קיים קשר הדוק בין טיפול ותמיכה רציפים של מיילדת מוסמכת ובין קיצור משך הלידה, קיצור משך הכאב, הפחתת השימוש בתרופות נגד כאבים וירידה בשיעור לידות מכשירניות וניתוחים קיסריים. הדברים הובאו בפירוט בנייר עמדה "מעקב וליווי הריון בסיכון נמוך ע"י מיילדת", של ארגון המיילדות מיום 29.11.2022 והסימוכין שם, המצורף כנספח 1 לנייר עמדה זה.

9. למרות ההכרה הרחבה בכך שהריון ולידה הינם תהליכים פיזיולוגיים (הריונות בסיכון נמוך כל עוד לא הוכח אחרת), הרפואה ניכסה לעצמה במהלך השנים את הטיפול והמעקב בהריון ובלידה (בהתאם לפרדיגמה הרפואית, כהגדרתה בדג"ץ), דבר שהכפיף את הנשים הבריאות למערכת הרפואית לבדה.

10. רוב הלידות בישראל מתנהלות בבתי החולים. מרגע כניסתה של האישה ההרה לכותלי בית החולים, היא עוברת באופן אוטומטי לסטטוס של "חולה", כביכול, הזקוקה להשגחה צמודה והיא מוכפפת לפרוטוקולים רפואיים ולהתערבויות רפואיות - לא תמיד הכרחיות - המוצעות לה. בהקשר זה נעיר, כי מחקרים מראים שאחוז ההתערבויות הרפואיות בלידה, שלצידן סכנות לא מעטות, המתנהלות בבית חולים גבוה מאלה המתנהלות מחוץ לכותליו, גם בקרב נשים בהריון בסיכון נמוך.⁴

11. למען הסר ספק, אין אנו חולקות על תרומת הרפואה בכל הקשור להורדת תמותה ותחלואה סביב ההריון והלידה וכן בעצם מתן האפשרות שהיא מספקת לנשים שבחרות ללדת בהתאם לפרדיגמה הרפואית בין כתלי בית החולים.

12. יחד עם זאת, ניהול לידות תחת הפרדיגמה הרפואית אמור להתכתב עם מצבים שבהם קיים סיכון בריאותי גבוה לנשים הרות ולא עבור נשים הנמצאות ברמת סיכון נמוכה לפתח סיבוכים.

⁴ מחקרים מראים שאחוז ההתערבויות הרפואיות במהלך הלידה במסגרת בתי החולים (פקיעת מי שפיה, זירוז לידה, אפיזיטומיה ולידות מכשירניות) גבוהות בצורה משמעותית מאשר במסגרות לידה שמחוץ לבתי החולים.

(Angela Reitsma¹, Julia Simioni¹, Ginny Brunton², Karyn Kaufman¹, Eileen K Hutton⁽²⁰²⁰⁾ Maternal outcomes and birth interventions among women who begin labour intending to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses EClinicalMedicine).

13. לאור המחקרים המוצגים ב**נספח 2** לנייר עמדה זה, ובניגוד מוחלט למה שנטען בטיוטת חוזר מנכ"ל⁵, אנו סבורות שניכוס מעקב ההיריון והלידה במרכזי לידה על ידי הפרדיגמה הרפואית, לא רק שאינו מבטיח תוצאות טובות יותר מאשר בפרדיגמה המיילדותית, אלא שהוא אף יכול לגרוע מהן. **יתר על כן, מדובר בפגיעה קשה באוטונומיה של האישה ההרה בניהול ההיריון והלידה שלה.**

14. בהקשר זה, ראוי שנזכיר לכותבים של טיוטת חוזר המנכ"ל, **כי נקודת המוצא האתית שמתקפת את "חובתו המקצועית והמוסרית" של משרד הבריאות כלפי האישה ההרה, הוא רצונה של כל אישה לקבל מלכתחילה טיפול כזה או אחר.**

15. **בטרם נפנה להתייחסות פרטנית לסעיפי טיוטת החוזר ברצוננו להדגיש שתי נקודות:**

16. **ראשית**, הרוח העולה מטיוטת החוזר היא שמשרד הבריאות לא הפנים את חובתו ליצור הסדרה בת קיימא למרכזי לידה. הן רטוריקת טיוטת החוזר, והן הדרישות השונות להפעלתו של מרכז לידה המפורטות בטיוטת החוזר, מעלים חשש כבד שלא מדובר בניסיון אמיתי לסייע בנפש חפצה לפתיחתם של מרכזי לידה ולאפשר לנשים **להגשים זכויות היסוד שלהן בלידה, ובפרט לממש את האוטונומיה האישית של כל אישה הרה להחליט על גופה ועל אופן הלידה שלה.**

17. בהקשר זה נזכיר את דבריו החשובים של בית המשפט העליון בדנג"ץ 5120/18 **נשים קוראות ללדת ואח' נ' משרד הבריאות ואח' (נבו 21.7.2021)** (להלן: "דנג"ץ"), ראו סעיף 69 לפסק דינה של השופטת ברק - ארז):

"כידוע, הזכות של כל אדם על גופו מעוגנת בסעיפים 2 ו-4 לחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו. מדובר באחת מהזכויות החשובות והיסודיות ביותר המוקנות לאדם בחברה דמוקרטית. משמעותה של זכות זו היא שליטת האדם על גופו.... **שליטה זו כוללת, בין היתר, את זכותה של כל אשה לקבל החלטות מושכלות ועצמאיות באשר להיריון ולידה...** ובכלל זה החלטות בדבר שימוש באמצעי מניעה והפסקת היריון **וכן החלטות באשר לתהליך הלידה עצמו.**"

⁵ "עם זאת, כאחראי על בריאות הציבור רואה המשרד כחובתו המקצועית והמוסרית, להדגיש כי לידות בחדרי לידה מוכרים ומורשים, הן בטוחות יותר ליולדת ולילוד" סעיף 1 לטיוטת חוזר מנכ"ל - אמות מידה להפעלת מרכזי לידה בקהילה (מיום 20.3.2023).

18. בשים לב לחשיבות זכויות האדם שעל הפרק, בית המשפט העליון בדנג"ץ בקשר עם האסדרה הראויה (סעיף 68 לפסק דינה של כב' השופטת ברק - ארז, ההדגשות הוספו):

" אכן, ככלל, רגולציה בתחום הבריאות מעוררת תמיד שאלות מורכבות הנוגעות לאוטונומיה של הפרט ולכבודו. לא פלא שהתפתחותה של הזכות לאוטונומיה בפסיקתנו יסודה, במידה רבה, בתחום הרפואי... עיצוב מדיניות של אסדרה בתחום של היריון ולידה, אם כן, מחויב בראש ובראשונה להגנה על זכויות יסוד של נשים הרות ויולדות".

19. כפי שנפרט מיד, הדרישות המופיעות בטיטת חוזר המנכ"ל כל אחת בפני עצמה, כל שכן במצטבר, יוצרות חסמים בלתי עבירים, אשר הלכה למעשה לא יאפשרו פתיחתו של מרכז לידה אחד.

20. כך למשל, הדרישה של משרד הבריאות כי מרכזי לידה ידאגו להסדיר ביטוח אחריות מקצועית, שעה שידוע למשרד הבריאות היטב כי ביטוח כזה לא קיים בנמצא ובכלל קיימת מורכבות גדולה בביטוחי בריאות בתחום המיילדות, אשר פתרונה מצוי בידי המדינה. בהתאם המליצה המועצה שנושא זה יטופל על ידי משרד הבריאות ואף הדגישה כי קיומו של ביטוח כאמור לא יהיה תנאי לפתיחתו של מרכז לידה (סעיף 3 גג להמלצות), אך בטיטת החוזר הוצבה הדרישה לביטוח כתנאי להקמת מרכז הלידה וכמובן שמדובר בחסם מוחלט; כך גם הדרישה של משרד הבריאות שמרכז לידה יתקשר עם בית חולים סמוך, שעה שהמלצות המועצה בהקשר זה היו שמשרד הבריאות עצמו יפעל ליצירת תנאים מתאימים להתקשרות בין מרכז לידה לבית חולים סמוך.

21. הטעם הברור והידוע לכך הוא שמבנה מערכת הבריאות הקיים כיום, אינו מעניק לאף בית חולים תמריץ כלכלי להתקשר עם מרכז לידה והטלת דרישת התקשרות כזו באופן חד צדדי על מרכז הלידה היא חסם נוסף לפתיחתו. ואולם במקום שמשרד הבריאות יפעל לפתרון סוגיות אלה, כפי שהמליצה המועצה (כמו גם בנוגע לסוגיות של דמי הביטוח הלאומי שישתלמו למרכזי לידה ו/או ליולדת) נקט משרד הבריאות בגישת התנערות כוללת, תוך "גלגול" הנושא לפתחם של מרכזי הלידה למציאת פתרון, כאשר מדובר בסוגיות כבדות משקל שיכולות להיפתר רק על ידי המדינה. ואלה דוגמאות בלבד.

22. לפיכך, ברור שכל עוד משרד הבריאות לא יוצר הסדרה כוללת והוליסטית של כל ההיבטים הנרכזים בפתיחתם של מרכזי לידה, טיטות חוזר המנכ"ל הנוכחית היא בבחינת עלה תאנה בלבד, שכן הלכה למעשה אין שום אפשרות מעשית, על סמך האמור בו, לפתוח מרכז לידה בישראל. לפיכך, דומה שמדובר בניסיון נוסף של משרד הבריאות לבלום או לעצור את פתיחתם של מרכזי לידה משיקולים בלתי ענייניים.

23. נזכיר כי בית המשפט העליון קבע בדנג"ץ כי שלידת האפשרות של נשים הרות ללדת במרכז לידה טבעית מהווה פגיעה משמעותית באוטונומיה שלהן (ס' 72 לפסק דינה של השופטת ברק - ארז, ההדגשות הוספו):

"החלטתו של משרד הבריאות שלא לאפשר לנשים ללדת במרכזי לידה טבעית מביאה, הלכה למעשה, לצמצום של אפשרויות הבחירה העומדות בפני אשה בהיריון בכל הנוגע לתהליך הלידה, תוך השפעה ממשית על אפשרות השליטה באשר לתהליך המתרחש בגופה שלה. היא משפיעה על יכולתן של נשים אלה לספר את סיפור חייהן, ובאופן יותר ספציפי – את סיפור הלידה שלהן. אין מדובר בהשפעה שולית, אלא בהגבלת יכולת הבחירה ביחס לאירוע מכונן, לעיתים חד פעמי, בחייה של אשה. לידה היא חוויה בעלת משמעות אישית עצומה, המהווה סיום של תהליך ארוך, ועל-פי רוב לא קל, של היריון. הלידה כרוכה בחשיפה מלאה ומוחלטת של גוף האשה היולדת, ובפרט של איברים מוצנעים ופרטיים, בנסיבות שבהן הפגיעות הפיזית, הנפשית והרגשית היא רבה. נשים רבות נושאות עמן את חווית הלידה – על ההיבטים החיוביים והשליליים שלה – לאורך כל חייהן. אם כן, כיבוד רצונה האוטונומי ובחירותיה של היולדת הוא חשוב לאין שיעור".

24. ועל פגיעה זו עמדה גם כבוד הנשיאה חיות בפסק דינה בדנג"ץ (סעיף 8 לפסק דינה, שם, ההדגשות הוספו):

"נוכח משמעותה של חוויית הלידה, על הפגיעות, ההתרגשות והמטען הרגשי העצום הנלווה לה, ונוכח ההבדל המהותי בין הליך של לידה טבעית להליך לידה טיפוסית תחת השגחה רפואית בבית חולים, אני סבורה כי הגבלת פעילותם של מרכזי הלידה הטבעית – וכפועל היוצא מכך הגבלת גישתן של נשים להליך לידה מסוג זה – עולה כדי פגיעה שאיננה זניחה או אגבית בלבד בזכותן לאוטונומיה (ראו גם דבריה הנכוחים של השופטת ברק-ארז בפסקה 72 לחוות דעתה)".

25. ואולם למקרא שלל החסמים שהערים משרד הבריאות על הקמתם של מרכזי לידה, עד כדי **חוסר אפשרות מעשית לפתיחתם** - נראה שמשרד הבריאות לא הפנים את הצורך בכיבוד זכויות יסוד אלה והאוטונומיה של נשים לבחור ללדת במרכז לידה על פי הפרדיגמה המיילדותית. זכויות אלה לא עמדו בראש מעיניהם של מחברי טיוטת חוזר המנכ"ל, ומדובר בניסיון נוסף לסתום את הגולל על אפשרות מימושן.

26. **שנית**, טיוטת חוזר מנכ"ל מבוססת על הצעת נוהל ההסדרה של מרכזי לידה שהוגשה למשרד הבריאות על ידי המועצה ביום 3.10.2022, שבו המליצה הועדה בצורה שאיננה משתמעת לשתי פנים **שרישוי ופיקוח על מרכזי הלידה על ידי משרד הבריאות יהיו בכפוף להתאמות הנדרשות בפקודת בריאות העם - 1940 או בתקנות לפיה**⁶.

27. משרד הבריאות לא אימץ את המלצת המועצה בהקשר זה - לערוך תיקונים בדברי החקיקה הקיימים - שהיא בבחינת דרך המלך. תחת זאת, יצר משרד הבריאות נוהל הסדרה של מרכזי לידה באמצעות מנגנון של חוזר מנכ"ל, אשר קלט לתוכו הגדרות קיימות ומוקשות בפקודת בריאות העם, תוך יצירת יצור כלאיים משפטי, שמעמדו לא ברור, יש בו עירוב מושגי לא ברור ועמימות נורמטיבית, שיוצרים גם הם חסם אופרטיבי לפתיחתם של מרכזי לידה.

28. מדובר ברגולציה שלה השפעה מכרעת על זכויות יסוד של נשים, לרבות פגיעה משמעותית **במימוש הפוטנציאל התעסוקתי של המיילדות בניהול ועבודה במרכזי לידה, ובכך גם פגיעה בחופש העיסוק שלהן שלא כדין**. בית המשפט העליון התייחס לפגיעה זו במיילדות עצמן בדנג"ץ וקבע (סעיף 105 לפסק דינה של השופטת ברק - ארז, ההדגשות הוספו):

"עיון בפקודת המילדות מלמד כי סיוע של מיילדת ללידה מחוץ לבית חולים הוא מצב שעמד לנגד עיניו של המחוקק המנדטורי. בפרט דומה כי הוראות הפקודה מכוונות למקרה שבו המיילדת מקבלת נשים יולדות בביתה שלה – ולא בבית היולדת. כך, סעיף 12 לפקודת המילדות קובע בין היתר כי המיילדת רשאית "לסמן בשלט שעל גבי דירתה את שמה, הכשרתה ושעות הביקורים שלה"; סעיף 17 לפקודת המילדות קובע כי "פקיד משרד הבריאות המיופה לכך ע"י המנהל, רשאי להכנס בשעות

⁶ ראו סעיף 3 להצעת נוהל ההסדרה של המועצה מיום 3.10.2022 וכן ה"ש 2 ו- 3 שם.

המתאימות לדירתה של בעלת הרשיון או של בעלת תעודת הרישום, לשם ביקורת ופיקוח" ... אם כן, פקודת המילדות מלמדת על חופש העיסוק של מיילדות לממש את משלח ידן אף שלא במסגרת של בית חולים. אכן, הטענות בעניין הגבלת חופש העיסוק לא עמדו במוקד הליך זה. אולם, חשוב לזכור את השלכת הדיון אף על זכות זו ומכל מקום לאמץ פרשנות שאינה מנוגדת לרוחה של פקודת המילדות בהקשר זה".

29. הסדרה זו באמצעות חוזר מנכ"ל, שמגלם בתוכו, הלכה למעשה, פגיעות בזכויות יסוד חוקתיות, אינו יכול לעמוד בהיעדר הסמכה מפורשת בחוק כפי שנקבע, בין השאר, גם בבג"ץ 1405/14 סליון נ' המשנה למנכ"ל משרד הבריאות (נבו 7.8.2014).

30. נפנה עתה להתייחס באופן פרטני לסעיפי טיוטת החוזר.

התייחסויות לסעיפי טיוטת חוזר מנכ"ל - אמות מידה להפעלת מרכזי לידה בקהילה (פורסם ביום 20.3.2023)

31. סעיף 1 לטיוטת החוזר - "... כאחראי על בריאות הציבור רואה המשרד כחובתו המקצועית והמוסרית, להדגיש כי לידות בחדרי לידה מוכרים ומורשים, הן בטוחות יותר לילודת וליילוד" - אנו מוחות כנגד טענה זו משום שהיא אינה נכונה, כאמור לעיל, ואינה מבוססת ראיות.⁷ הטענה שלידות בבית חולים בטוחות יותר לילודת וליילוד נטענה על ידי משרד הבריאות בהליכים המשפטיים בקשר עם סגירתם של מרכזי לידה, אך הלכה למעשה לא ניתנו שום סימוכין מבוססי ראיות ובית המשפט העליון אף התייחס לכך בפסק דינו בדנג"ץ, כשהבהיר כי משרד הבריאות לא הצליח לבסס טענות אלה כלל (סעיפים 118 - 119 לפסק דינה של השופטת דפנה ברק - ארז, ההדגשות הוספו):

"... לא ניתן לסכם את הדיון מבלי להתייחס לטענות שחזרו ונשזרו בעמדת המשיבים בדבר הסיכונים הבריאותיים לילודת וליילוד כאשר הלידה מתבצעת מחוץ לבית החולים. במידה רבה, זהו הטעם המוצהר שעמד ביסוד מדיניותם של המשיבים בהליך דנן... לגוף הדברים, חשוב להוסיף כי לאמיתו של דבר לא עלה בידיהם של המשיבים להציג נתונים משכנעים וברורים להצדקת שלילת גורפת של פעילותם של מרכזי לידה טבעית".

⁷ ראו המחקרים המצורפים כנספח 2 לנייר עמדה זה.

הניסוח של סעיף 1 לטיטת החוזר מחזיק רטוריקה פטרנליסטית (איזו חובה "מוסרית" יש למשרד הבריאות? חובתו כלפי הציבור היא מקצועית בלבד), בצירוף אמירות שאינן מבוססות מחקרית ועל כן יש לתקן או למחוק ניסוח זה בהתאם.

32. סעיף 2 לטיטת החוזר - "...קביעת אמות מידה להפעלת "מרכזי לידה" שלא במסגרת בית חולים, ליולדות המעוניינות בכך, וזאת על מנת לצמצם פגיעה אפשרית"... - אנו מסתייגות מהמילים "לצמצם פגיעה", שמניחות מראש כי תהיה פגיעה בלידה במרכז לידה (להבדיל מלידה בבית חולים) ומטרתו של טיטת החוזר היא "לצמצם פגיעה" זו. במקום זאת אנו מבקשות להחליף את המילים "לצמצם פגיעה" במילה "למנוע".

33. סעיף 3 לטיטת החוזר הגדרת המונח "מרכז לידה בקהילה"⁸ - "מרפאה המיועדת לקבלת לידות בהתאם לאמות המידה הקבועות בחוזר זה והשירות או הטיפול המיילדותי הניתן בה הינו קבלת לידות ללא התערבות רפואית מתוכננת".

החלטת משרד הבריאות לסווג את מרכז הלידה כ"מרפאה" מהווה הכפפה דה - פאקטו של מרכזי לידה לפרדיגמה הרפואית, וזאת בניגוד גמור לתכליתם של מרכזי הלידה ולאופי פעולתם בהתאם לפרדיגמה המיילדותית, שהיא אבן היסוד לפיתוח כל "תורת הפעלה" למרכז לידה.

נפנה בהקשר זה להמלצות המועצה למשרד הבריאות מיום 3.10.2022 (סעיף 3 ב) שבהן נקבע: "מרכז לידה נועד לאפשר תנאים התומכים בתהליך לידה לפי בחירתה וצרכיה של היולדת, על פי הפרדיגמה המיילדותית שרואה בלידה "אירוע פיזיולוגי טבעי שכלל אינו דורש התערבות רפואית (ראה ציטוט מדברי השופטת בסעיף 65 לפסק הדין שמובא בסמוכין 1), ללא התערבות רפואית מתוכננת, מחוץ לבית חולים, אך גם לא בביתה של היולדת".

בהצעת נוהל ההסדרה שלה, המועצה לא המליצה כיצד לסווג מבחינה משפטית את פעילותו של מרכז לידה, וההגדרה שם התייחסה ל"מקום/מרפאה". מכל מקום כאמור לעיל, המלצת המועצה הייתה לשנות את החקיקה והתקינה בהתאם להמלצות שיתקבלו. מובן שלא הייתה

⁸ הגם שההגדרה בסעיף ההגדרות היא למונח "מרכז לידה בקהילה", בהמשך טיטת החוזר מופיע המונח "מרכז לידה", ללא המילה "בקהילה" בסופו. אנו מניחות שמדובר בטעות סופר והכוונה לאותו מקום.

המלצה ליצור יצור כלאיים משפטי, טלאי על טלאי של דברי חקיקה שונים, שנדמה שנועד לטרפד כל פעילות עצמאית של מרכז לידה בהתאם לפרדיגמה המיילדותית.

נעיר בהקשר זה ביחס להגדרתו של המונח "**מרפאה**" בטיוטת החוזר (סעיף 3) - "מקום שאינו בית חולים המיועד להשגחה וטיפול בנשים בזיקה להיריון ביום ובלילה". מדובר כמובן בשימוש בלשונה של פקודת בריאות העם. בהצעת הנוהל של המועצה, הובהר שזהו נוסחה הנוכחי של פקודת בריאות העם וכי יש לערוך בו התאמות.⁹ בטיוטת חוזר מנכ"ל, נעשה שימוש באותה לשון של פקודת בריאות העם, אך הושמטה ההפניה לפקודה - בניגוד למשל להפניות לפקודה ביחס להגדרת המונח "בית חולים" ו"מוסד רפואי" שבטיוטת החוזר.

כך עלול להתקבל הרושם שהמונח "**מרפאה**" בטיוטת החוזר, שהגדרתו כאמור זהה להגדרה בפקודת בריאות העם (בהקשר של מיילדות), היא לשונו של החוזר בלבד ולצורך זה בלבד. מדובר בכר פורה של עמימות לגבי החלת התקנות הרלוונטיות לפעילותן של מרפאות גם ביחס למרכז לידה שיוקם בהתאם להוראות טיוטת החוזר.

באופן ספציפי, כידוע, הגדרתו של "**מוסד רפואי**" בסעיף 24 לפקודת בריאות העם כוללת בתוכה גם "**מרפאה**", על כל משמעויות הרישוי והפיקוח הנלווים להגדרתו של מקום מסוים כ"מוסד רפואי" וכן על כל המשמעויות של רישוי ופיקוח בהתאם לתקנות בריאות העם (אמות מידה לאישור הקמה למרפאות), תשע"ז-2017.

השימוש בלשונה של הפקודה להגדרת "מרפאה" (מבלי להפנות אל הפקודה) בטיוטת החוזר גרוע פעמיים - פעם אחת משום שהוא יוצר חוסר בהירות וחוסר ודאות משפטיים כאמור לעיל ופעם שנייה משום שהלשון עצמה ארכאית ועמומה - איננו מכירות מרפאה שיש בה **השגחה וטיפול** בנשים גם בלילה, צמד המילים "**בזיקה להריון**" לא פורש מעולם בפסיקה ואיננו ברור.

בכל מקרה, הובהר בדנג"ץ כי מרכז לידה איננו מוסד רפואי, איננו בית חולים ואיננו מרפאה (הגם שאפשרות זו הועלתה על ידי שופטי ההרכב בדנג"ץ) ועל כן כל המהלך המשפטי שמבוצע בטיוטת החוזר איננו תקין משפטית גם על רקע דברי בית המשפט העליון בדנג"ץ, לפיהם קיימת גם עמימות ביחס להגדרתה של "מרפאה" על פי הפקודה.

⁹ ראו סעיף 4 להצעת נוהל האסדרה של המועצה מיום 3.10.2022 וה"ש 2 שם.

בהתאם, יש להיפרד מהקונספציה של הפרדיגמה הרפואית ביחס להפעלתם של מרכזי לידה בקהילה ולסיווג מחדש של מרכז הלידה כ"**מקום**" ולא כ"**מרפאה**", תוך איפיונו של מרכז הלידה בהתאם לפרדיגמה המיילדותית.

34. סעיף 3 לטיטוטת החוזר הגדרת המונח - "מיילדת מרכז לידה" - "מיילדת הרשומה בפנקס המיילדות בישראל, בעלת ותק של שלוש שנות עבודה לפחות בחדר לידה בישראל, אשר קיבלה לפחות 10 לידות בלידות בית או במרכז לידה בהדרכת מיילדת/רופא שהם בעלי ניסיון של קבלת 30 לידות בית או לידות במרכז לידה, לפחות".

אנו מסתייגות מזרישה זו בהקשר של חובת הניסיון של 30 לידות בבית או במרכז לידה. הטעם הראשון הוא שמרכזי לידה בישראל הם תופעה חדשה יחסית בשנים האחרונות שמשדר הבריאות מיהר לסגור. על כן יהיה מאד קשה למצוא בעלת ניסיון מסוג זה; הטעם השני הוא שאין דרישה מקבילה לגבי מיילדת בלידות בית ועולה השאלה המטרידה מדוע לדרוש זאת דווקא ממיילדת מרכז לידה.

35. סעיף 3 לטיטוטת החוזר הגדרת המונח - "מנהל מרכז לידה" - "מיילדת או רופא מרכז לידה שמונה ע"י בעלי המרפאה כאחראית לניהול התקין של מרכז הלידה ולביצוע נאות של השירות או הטיפול הניתן בה ליולדות". אנו מבקשות להוסיף את המילה "יולדים" אחרי המילה "ליולדות". כמו כן, וכאמור לעיל אין מדובר ב"מרפאה".

36. סעיף 4.3.4 לטיטוטת החוזר - דרישה לאישור של לשכת הבריאות המחוזית לנושאי תברואה ומים - יש להגדיר בצורה מפורשת וברורה בחקיקה/התקינה הרלוונטית מה יהיו הפרמטרים לפיהם יינתן אישור כאמור. למיטב ידיעתנו, הפרמטרים הקיימים בנושאי תברואה ומים על פיהם מעניקה לשכת הבריאות המחוזית אישורי פעילות שונים (למסעדות, בתי חולים וכד') אינם רלוונטיים כלל לאופי פעילותם של מרכזי לידה ועל כן אין להחילם בענייננו. מרגע שתנאי לפתיחתו של מרכז לידה הוא קבלת אישור כאמור, ומשעה שאין פרמטרים לפיהם יכול להינתן אישור כאמור - מדובר בחסם בירוקרטי אשר הלכה למעשה יסכל את פתיחתם של מרכזי לידה ואת הפעלתם.

37. סעיף 4.4.1 לטיטוטת החוזר - "הסכם התקשרות עם בית חולים סמוך" - על פי הבנתנו את המסמך כולו, המזכיר בכל פעם חובה זו, אנו מסיקות שמשדר הבריאות מטיל את האחריות הבלעדית על מרכזי הלידה לייצור הסכם עם בית החולים הקרוב אליו. נדגיש כי הסכם

התקשרות עם בית חולים היה נושא שהמועצה התייחסה אליו בנוהל שגיבשה, בבחינת המלצה בלתי מחייבת (סעיף 5ד. לנוהל) כאשר הובהר ברחל ביתך הקטנה: "מובהר כי הסכם כאמור איננו תנאי להפעלת מרכז הלידה" (סעיף 10 לנוהל המועצה, ההדגשות הוספו).

יתר על כן, המועצה המליצה ש"משרד הבריאות יפעל ליצירת התנאים המתאימים להתקשרות בין מרכז לידה לבית חולים סמוך" (סעיף 10 לנוהל המועצה). כלומר, מובן היה לכל חברי המועצה והועדה שפעלה מכוחה כי אין להטיל את האחריות לדאוג להסכם כאמור על מרכזי הלידה לבדם וכי משרד הבריאות הוא זה אשר אמור להיות אקטיבי ביצירת תנאים מתאימים.

המלצות אלה של המועצה, לא קיבלו ביטוי בטיטוט חוזר המנכ"ל, ותחת זאת הוטלה האחריות באופן חד צדדי על מרכז הלידה לדאוג לקיומו של הסכם עם בית חולים, הסכם שכולל תני סעיפים רבים, לרבות "הסדרה כלכלית" בין הצדדים.

לטעמנו, דרישה זו מעידה על היעדר רצון כן של משרד הבריאות ליצור מתווה מקצועי ובר ביצוע להקמה של מרכזי לידה. מדובר בחסם אמיתי לפתיחתם של מרכזי לידה מהטעמים הבאים:

37.1 לאף בית חולים אין אינטרס "לוותר" על יולדות לטובת מרכז לידה, כאשר תשלומי הביטוח הלאומי עבור כל יולדת, מהווים בסיס ניכר להכנסותיו הכספיות של בית החולים ואלה מוסטים למימון יתר המחלקות שלו. יתרה מכך, אם "ייגזלו" היולדות בהריון בסיכון נמוך מבתי החולים שבקרבת מקום למרכז הלידה, בתי החולים "יישארו" עם יותר יולדות בהריון בסיכון גבוה, עם סיכויי התערבות רפואית גבוהים הרבה יותר, דבר שייקר מאד את הטיפול בהן על ידי בית החולים ואף יביא לירידה בהכנסותיו.¹⁰

37.2 בהיעדר הסדרה כלכלית או יצירת תמריצים כספיים על ידי משרד הבריאות והביטוח הלאומי, וככל שיימצא בית חולים סמוך שייאות להתקשרות כנדרש, יש להניח שבית החולים יתנה כל הסכם עימו בתשלום גבוה עבור מתן חסות, אשר מרכז הלידה לא יוכל לעמוד בו, ובכך תטורפד כל אפשרות אמיתית להפעלתו של מרכז הלידה.

¹⁰ החישוב הכלכלי שבית החולים עושה בהקשר של תמחור לידות בחדרי הלידה, מבוסס על כך שברוב הלידות לא נדרשת שום התערבות רפואית שבצידה מחיר כלכלי. במידה שיוולדות רבות בהריון בסיכון נמוך יבחרו ללדת במרכזי לידה, אחוז הלידות הדורשות התערבויות רפואיות יעלה באופן יחסי.

37.3 הטלת האחריות הבלעדית על מרכז לידה להסכם עם בית חולים, מבלי לחייב את בתי החולים לעשות כן ומבלי ליצור רגולציה כלכלית מתאימה, תהיה סתימת הגולל על האפשרות להקים מרכז לידה בישראל, בניגוד גמור לרוח פסק הדין בדנג"ץ.

37.4 בהקשר זה, אנו ערות ליוזמה של העברת הכספים של הביטוח הלאומי עבור היולדות לידי היולדות עצמן (במקום לבתי החולים) על מנת שהן תוכלנה לבחור בהחלטה אוטונומית היכן וכיצד ללדת ולממן בחירה זו.

37.5 ואולם, **נראה שמשרד הבריאות כלל לא בחן את ההיבט הכלכלי של הפעלתם של מרכזי לידה, כאמור בהמלצות המועצה והחליט "לגלגל" את הסוגיה לפתחו של מרכז הלידה. אנו מצפות כי משרד הבריאות יפעל בהתאם להמלצות המועצה בהקשר זה, ויטייחס לנושא בחקיקה מתאימה.**

לפיכך, ובהיעדר הסדרה כלכלית על ידי משרד הבריאות והביטוח הלאומי, בהיעדר תיקון חקיקה מתאים, כפי שנעשה למשל, בתיקון לחוק הביטוח הלאומי בשנת 2017, אז הוכרה זכותה של יולדת בית למענק לידה, וכל עוד יתקש משרד הבריאות לקיים הסדרה של פעילותם של מרכזי לידה בחוזר מנכ"ל בלבד, הרי אנו סבורות שמשרד הבריאות צריך לאמץ אחת מהאופציות הבאות:

- א. לא לחייב את מרכז הלידה ליצור הסכם עם בית חולים קרוב אלא רק להמליץ על הסכם כזה, בהתאם להמלצות נוהל ההסדרה של המועצה.
- ב. באותו אופן - להמליץ גם לבית החולים להיכנס להסכם עם מרכז לידה ובכל מקרה לא להטיל את החובה והאחריות הבלעדית לכך על מרכז הלידה בלבד.

38. סעיף 4.4.2 לטיוטת החוזר - "ביטוח אחריות מקצועית למרכז הלידה ולכל העובדים בו" - כאמור בראשית הדברים, מדובר **בדרישה שאיננה ניתנת ליישום** ואשר הלכה למעשה מונעת כל אפשרות לפתוח מרכז לידה. למשרד הבריאות ידוע היטב שתחום הביטוח המיילדותי הוא סבוך ומורכב. באופן ספציפי, לא קיימים כיום מרכזי לידה ולא קיימים הסדרים ביטוחיים כלשהם להפעלתם. בהתאם, המליצה המועצה שנושא זה יטופל על ידי משרד הבריאות ואף הדגישה כי **קיומו של ביטוח כאמור לא יהיה תנאי לפתיחתו של מרכז לידה** (סעיף 3 להמלצות). בטיוטת החוזר, כאמור, הוצבה הדרישה לביטוח כתנאי להקמת מרכז הלידה וכמובן שמדובר בחסם מוחלט.

39. סעיף 5 לטיוטת החוזר "שילוט ופרסום" - "מרכז הלידה יציין בפרסומיו השונים ובכניסה למקום עצמו שהוא אינו בית חולים ולא ניתן בו טיפול רפואי מתוכנן. הפרסום יכלול הסבר כך שכל אישה תהיה מודעת היטב להבדלים בין האפשרויות העומדות בפניה, על מנת שתוכל לקבל החלטה מושכלת ואוטונומית".

מובן מאליו כי מרכז לידה מתנהל על פי הפרדיגמה המיילדותית ולא על פי הפרדיגמה הרפואית, ומשכך לא ניתן בו טיפול רפואי מתוכנן. על מנת שלא יווצר רושם שגוי, כי לא יינתן טיפול רפואי כלל ליולדת, יובהר שבמצבים מסוימים שעל רצף הטיפול המיילדותי, כמו למשל אם נדרשת העברה לבית חולים, תבוצענה פעולות רפואיות חיוניות, או יינתנו תרופות שאותן נדרשות המיילדות להחזיק במרכז הלידה, בהתאם להוראות טיוטת החוזר. דומה שבעניין זה לא הייתה מחלוקת גם בקרב שופטי הדנג"ץ (ראו למשל סעיף 11 לפסק דינה של הנשיאה חיות):

"מרכזי הלידה הטבעית שבמוקד הדיון הנוסף נועדו ללוות את היולדות, לתמוך בהן ולסייע להן לעבור את חוויית הלידה באופן שונה מזה שצפוי להן תחת פיקוח רפואי בבית חולים. אף שגורמים רפואיים עשויים להימצא במרכז לידה טבעית, ואף שלעתים תתבצענה בו פעולות רפואיות – מדובר במוסד שרחוק מלהיות "בית חולים" או "בית רופאים" על כל המשתמע מכך."

כלומר, ככל שמטרתה של דרישת השילוט והפרסום היא מתן מידע מלא ליולדת על הפעילות במרכז הלידה ועל ההבדלים בינו לבין בית חולים, מובן כי כל פרסום כאמור יהיה חייב להתייחס גם לעובדה, שהיולדת לא "תופקר" חלילה אם יתפתח מצב במהלך הלידה, אשר יצריך העברתה לבית חולים וכי אגב כך ייתכן ויוענק לה טיפול רפואי וכן כי בהתאם להוראות טיוטת החוזר במקום גם מוחזקות תרופות לשעת חירום.

בנוסף, וכדי "שכל אישה תהיה מודעת היטב להבדלים בין האפשרויות העומדות בפניה, כך שתוכל לקבל החלטה מושכלת ואוטונומית", מן הראוי כי דרישת הפרסום והשילוט תחול גם על חדרי לידה בבתי החולים, ויינתן ליולדת הסבר שהלידה שם נעשית תחת פרוטוקולים רפואיים וכי קיימת חלופה ללידה תחת הפרדיגמה הרפואית, והיא לידה במרכז לידה על פי הפרדיגמה המיילדותית.

40. סעיף 6.2.1 לטיוטת החוזר - "הבטחת גישה מתאימה לאמבולנס ולהובלת אלונקה לכל אורך ציר הפינוי, לצורך פינוי מהיר ויעיל. אם מרכז הלידה ממוקם בקומה שאיננה קומת הקרקע מתחייבת אפשרות לפינוי במעלית המאפשרת כניסה של אלונקה בשכיבה". לא ברור מהיכן נובעת דרישה זו כאשר ידוע כי מד"א (כארגון מציל חיים על צי האמבולנסים שלו) אינו מסייג פינוי של מטופלים בצורך במעלית גם לא בקומות גבוהות ללא מעלית? מדובר בדרישה שנדמה שנועדה להכביד.

41. סעיף 6.2.2 לטיוטת החוזר - "מספר חדרים לקבלת לידה בהתאם למספר מתוכנן של לידות במקביל (עד 4 חדרים)" - מה הסיבה למגבלה זו? במידה שהמבנה ומספר הצוותים יאפשרו זאת, מדוע לא יכול מרכז לידה להכיל 5 חדרים? או 10 חדרים? נודה על הסבר מנומק למגבלה זו.

42. סעיף 6.4.2 לטיוטת החוזר - "ריהוט: מיטת לידה" - מדוע מיטת לידה ולא מיטה? נבקש להזכיר שכפי שנקבע בדג"ץ בהתאם לסימוכין מקצועיים שהוצגו בפניו, לידה במרכז לידה קרובה יותר ללידות בית מאשר ללידות בבית חולים. אנו מתנגדות לדרישה זו שיש בה הכבדה וכל כולה נובעת מהניסיון להכפיף את הלידות במרכזי לידה לפרדיגמה הרפואית.

43. סעיף 6.4.3 לטיוטת החוזר - "ציוד רפואי - מצעים, מגבות, שמיות, כריות לאם וליילוד" - הדרישה למצעים, מגבות ושמיות מובנת מאליה. לא ברור מדוע אלה מופיעים תחת הקטגוריה "ציוד רפואי". יתר על כן, בהתחשב בכך שבבתי החולים המצב בפועל הינו שיש כרית אחת לכל ארבע יולדות, "ההקפדה" היתרה באשר לציוד זה במרכז לידה נראית תמוהה למדי. נוסף על כך, ידוע לכל בעלי מקצועות הבריאות העוסקים ביילוד שאין משתמשים בכרית לילוד, אם בכלל יש בנמצא כרית כזאת.

44. סעיף 6.5.2 לטיוטת חוזר מנכ"ל - רשימת התרופות שנדרש שיוחזקו באופן קבוע במרכז לידה-

1) נוזלי עירו (Saline, Hartman, Glucose/Saline, Glucose 10%)

2) מכווצי רחם לאחר לידה (Methergine, Oxytocin, Carbetocin)

(Cytotec)

התרופות המודגשות כאן בצהוב הינן תרופות מיותרות אשר אינן בשימוש מחוץ לכותלי בית החולים. אנו מבקשות להסיר אותן מרשימה זו.

יתר על כן, הדרישה להחזיק תרופות במרכז הלידה איננה מגובה בנוהל מסודר לאספקתן על ידי משרד הבריאות. המועצה המליצה בהקשר זה (סעיף 9ב + ה"ש 4 שם), כי משרד הבריאות יסדיר את אספקת התרופות הנדרשות גם למרכזי הלידה. הומלץ שפקודת הרוקחים תתוקן באופן שיאפשר למיילדות להנפיק מרשמים לתרופות אלה. גם המלצה זו לא אומצה על ידי משרד הבריאות. אנו דורשות הסדרה לגבי אספקתן על ידי משרד הבריאות ישירות ומתנגדות להכפפה של נושא זה להסכם בין בית החולים ומרכז הלידה. גם כאן נדרשים תיקון חקיקה ורגולציה מתאימה כאמור בהמלצות המועצה. במצב הדברים היום - אין שום אפשרות מעשית למלא אחר דרישות החוזר בדבר החזקת תרופות במרכז הלידה. מבלי להסדיר את דרכי הספקתן של התרופות למרכזי הלידה, עניין המצוי בידינו של משרד הבריאות, יצרו מחברי טיוטת הנוהל חסם נוסף לפתיחתו של מרכז לידה.

45. סעיף 8.1 לטיוטת החוזר - "עד שלב תחילת לידה פעילה יהיו מספר אנשי הצוות לפי מספר העמדות הפעילות" - אין ספק שסעיף זה מבטא היטב את הפרדיגמה המיילדותית הן בלידות בית והן במרכזי לידה. מנגד, תמוה שמשרד הבריאות מציב דרישה זו, כאשר באופן קבוע אינו פועל לתקן את תת התקינה בבתי החולים - לא רק שאין מיילדת לכל יולדת אלא שמיילדת בבתי החולים מופקדת על שלוש או ארבע יולדות בשלב הפעיל של הלידה. עוד נדרש בטיטות החוזר, שבשלב של לידה פעילה, יעמדו לרשותה של היולדת שתי מיילדות. נדמה שגם כאן, הדרישות המוגזמות של משרד הבריאות נועדו ליצור בלם נוסף להקמתם של מרכזי הלידה.

46. סעיף 9.1 לטיוטת החוזר - "על מנת שאישה תלד במרכז לידה נדרשת היכרות מקדימה בין היולדת לצוות, מעקב היריון תקין והתאמה להתוויות, כמפורט בהמשך" - אין מחלוקת שמדובר במצב האידיאלי בכל לידה, ללא תלות בשאלה היכן היא מתקיימת. לכן אנו דורשות את הסמכויות, את העצמאות המקצועית ואת התנאים כדי להגשימו. יחד עם זאת, תמוה בעינינו שמשרד הבריאות איננו מיישם דרישה דומה ביחס ללידות בחדרי הלידה בבתי החולים. מבחינתנו, "נאה דורש נאה מקיים", גם בבתי החולים.

47. סעיף 10 לטיוטת החוזר - "התוויות נגד לקבלת יולדת ללידה במרכז לידה" - באופן כללי, וככל שמדובר בהתוויות נגד לקבלת יולדת במרכז לידה בשל מצבה הבריאותי, אנו מוחות בתוקף על התוכן שאינו כתוב בצורה מקצועית ומבוסס ראיות, ואשר ניתן לפרשנויות שונות.

לשם השוואה, אנו מצרפות **כנספח 3** לנייר עמדה זה דוגמה כיצד יש לכתוב התוויות נגד, ובאותה הדרך להגדיר מיהן הנשים הנמצאות בהריון בסיכון גבוה. מעבר לכך, אנו מציעות כי התוויות הנגד ייכתבו ב"**צורת רמזור**" - קרי מה מותר, מה לא מומלץ ומה אסור בהחלט.

48. ובאותו נושא, בסעיף 10.3.1 לטיוטת החוזר - "תמותת עובר ברחם או בלידה, מסיבה מיילדותית שעלולה להשפיע על מהלך ההיריון הנוכחי או על מהלך מחלה של האם" - אנו סבורות שסעיף זה כללי מדי ומבקשות פירוט אודות מצבים מיילדותיים הגורמים לתמותת עובר ברחם. אם לאו, עלולות להיכנס לקטגוריה זו יולדות שאין זה מקומן.

49. סעיף 12.6.3 לטיוטת החוזר - "בכל מקרה של סוג דם שלילי - RH לילדת, יש לבצע בדיקת נוגדנים תוך 48 שעות (להערכה ומתן Anti D) בהסדר עם בית חולים או להפנות את היולדת והיילוד לבית חולים" - אנו מסתייגות מסעיף זה באשר לחובת הבדיקה בבית החולים או בהסדר עמו. קרוב לוודאי שאישה שתבחר ללדת במרכז לידה, המתנהל על פי הפרדיגמה המיילדותית, לא תהיה מעוניינת לפקוד את בית החולים לצורך בדיקות כאשר קיימת אופציה אחרת. אופציה אחרת זו יכולה להיות **הסדר מול קופת חולים** ולא בהכרח בית חולים.

50. סעיף 12.6.4 לטיוטת החוזר - "מעקב אחר סימני צהבת אצל יילוד, לאם עם סוג דם O: יש לבצע בדיקה קלינית לצהבת טרם שחרור היילוד לביתו ממרכז לידה...." - למיטב הבנתנו, דרישה זו אינה ריאלית כמו גם לא רלוונטית בתום שש שעות שלאחר הלידה. מכאן שאנו מציעות שהוראה זו תבוצע כחלק מהמעקב שלאחר הלידה בבית היולדת.

51. סעיף 12.6.4 (2) לטיוטת החוזר - "אם מופיעים סימנים המחשידים לצהבת בטווח של 24 השעות הראשונות לחיים, יש להפנות מיידית לבדיקת בילירובין בבית חולים. אם החשד לצהבת גבולי יש לשלוח לבדיקת בילירובין בבית חולים" - אנו מבקשות לדעת מדוע משרד הבריאות שולח בכל פעם את היולדת לבית החולים לאחר הלידה לשם בדיקות מעבדה! המקום הנכון והמתאים לביצוע בדיקות מעבדה אלה הוא בקהילה ואנו מבקשות כי טיוטת החוזר תתוקן בהתאם.

52. סעיף 12.6.6 (5) לטיוטת החוזר - "הפנית היולדת לרישום הילוד במשרד הפנים בצירוף תעודת רופא ואישור רפואי" או תצהיר מטעם המיילדת לעניין סעיף 6 לחוק מרשם האוכלוסין, התשכ"ח-1965 ולעניין סעיף 42(ג) לחוק הביטוח הלאומי. (נספח). תצהיר מטעם המיילדת בהתאם לתיקון מספר 9 לחוק מרשם אוכלוסין המפורט בחוזר משרד

הבריאות מס' 21/2017 (נספח ב') - האם רופא הילדים שממילא מגיע לבדוק את הילוד בבית היולדת, יכול למלא תעודה זו? במידה ולא - כיצד ניתן להגן על המיילדת מפני "טרטורה" לחתום על תצהיר בפני עורך דין לפני שהיא מפנה את היולדת לרישום במשרד הפנים?

53. סעיף 12.6.10 לטיטת החוזר - "איש צוות ממרכז הלידה יערוך ביקור אצל היולדת והילוד בפרק הזמן של 24 - 48 שעות לאחר הלידה" - על מנת להיצמד למציאות של מרכז הלידה ומבלי לפגוע בעיקרון המנחה סעיף זה, אנו מציעות להחליף את השעות הנקובות בשעות האלה - מאחר שהמיילדת רואה ובודקת את היולדת כשש שעות לאחר הלידה בעת השחרור, אנו ממליצות שהמיילדת תגיע לביתה בין 48-72 שעות ואילו רופא הילדים יגיע לבית היולדת על מנת לערוך בדיקה לילוד תוך 24 שעות מרגע עזיבת היולדת את מרכז הלידה.

54. סעיף 13.4 לטיטת החוזר - "אופן העברת היולדת / ילוד לבית חולים (באמצעות רכב פרטי / אמבולנס לבן / נט"ן) יקבע ע"י המיילדת / רופא בהתאם לנסיבות. ההעברה תהיה ככלל לבית חולים סמוך, אלא אם יש סיבה רפואית להעברה לבית חולים מתאים אחר, או לפי בקשת היולדת, ובלבד שהדבר אינו מסכן אותה או את היילוד לפי שיקול דעתם של המיילדת / הרופא." - אנו מבקשות להתעכב על סיפא הדברים, שלפיהם בקשת היולדת להגיע לבית חולים הרחוק יותר מבית החולים הקרוב לא תכובד במידה שיש בה סכנה לה ולעובר. נזכיר כי על פי סעיף 15(2) לחוק זכויות החולה, רופא רשאי להעניק טיפול רפואי בניגוד לרצון החולה הכשיר לקבל החלטות בתנאי שמדובר בסכנה חמורה (סכנת חיים לא מיידית או נכות בלתי הפיכה). רק אז רשאי הרופא לבקש סעד מועדת אתיקה חקוקה במוסד, על מנת לקבל רשות לפעול כנגד רצון החולה לקבל טיפול. זאת, רק לאחר שהועדה שוכנעה שהתמלאו שלושת התנאים הבאים כולם: המטופל קיבל את כל המידע הרלוונטי המתייחס למצבו הבריאותי; הטיפול המוצע צפוי להביא לשיפור רפואי ניכר במצבו של המטופל; לאחר הטיפול, הועדה סבורה שהמטופל ייתן את הסכמתו למפרע, כלומר יחזור בו מסירובו (על בסיס מה שמכונה Thank you theory). על פי הדרישה בטיטת החוזר בסעיף זה, כיצד תנהג המיילדת במצב שבו יש צורך להעביר את היולדת לבית החולים והיא מסרבת (מטעמיה) להגיע לבית החולים המוצע ומבקשת להגיע לבית חולים רחוק יותר?

55. היעדר התייחסות לועדת מעקב ופיילוט הקמה של מרכזי לידה - מסיבה לא ידועה ובוודאי לא מנומקת, הוסר מטיטת החוזר הסעיף החשוב ביותר, שהופיע בהמלצות הועדה המקצועית של המועצה, שעליהן ביקש משרד הבריאות להסתמך (סעיף ג3): "תוקם ועדת

מעקב שתלווה את הקמת מרכזי הלידה ופעילותן לאורך תקופה שתוגדר על ידי משרד הבריאות כפיילוט. ההמלצות הנוכחיות של הוועדה יבחנו ולפי הצורך יעודכנו אחרי שנה של צבירת נתונים וניסיון שיצטבר ממרכזי הלידה שיפעלו לפי ההמלצות במסמך זה". בהמלצה זו של המועצה, ישנו **ביטוי כן לבחון כיצד יש להקים באופן מיטבי מרכזי לידה ולדאוג לתפעולם התקין לאחר שיצטבר מידע מהפעילות בשטח.**

לעומת זאת, בטיטות החוזר נמחה כל זכר להמלצה חשובה זו. בשנים האחרונות הביא משרד הבריאות לסגירתם של כל מרכזי הלידה שפעלו בישראל ובמועד כתיבת טיוטת החוזר, למיטב ידיעתנו, לא קיים מרכז לידה פעיל בארץ ולא נאספו נתונים באופן מסודר על פעילותם טרם הסגירה. משכך, הסדרת פעילותם של מרכזי הלידה היא תחום דעת חדש למשרד הבריאות ומובנת החשיבות באיסוף נתונים ובקרה על פעילות מרכזי הלידה בתחילת דרכם, על מנת שאפשר יהיה לשפר ולהתאים את הוראות טיוטת החוזר בהתאם לצרכים ולנתונים שיגיעו מהשטח.

אלא שמשרד הבריאות פטר עצמו מגיבוש עמדה מקצועית מסודרת ומבוססת ראיות ויצר "**תורת הפעלה" למרכזי לידה באמצעות חוזר מנכ"ל לא מגובה ובלתי ישים לחלוטין.** משכך, קשה מאד להשתחרר מן הרושם שהנחת העבודה של מחברי טיוטת החוזר היא כי לא יהיה צורך בוועדת מעקב או בפיילוט, שכן מרכזי לידה לא יקומו ממילא בשל כל החסמים שמנינו לעיל.

56. **לסיכום דברינו** - נראה לנו שטוב יעשה משרד הבריאות אם יגנוז את טיוטת החוזר הנוכחית ויזמן אותנו לשיחה, שבה נוכל לחדד עמדותינו במידת הצורך, וכן נוכל להביא את העובדות והנתונים הרלוונטיים לתחום מניסיוננו וממקצועיותנו כמיילדות.

תוכן עניינים

מס'	שם הנספח	עמ'
1	נייר עמדה "מעקב וליווי היריון בסיכון נמוך ע"י מיילדת", של ארגון המיילדות מיום 29.11.2022	23
2	מחקרים בנושא הבטיחות בלידה מחוץ לבתי החולים	32
3	ניסוח התוויות מקובל	38

נספח 1

נייר עמדה "מעקב וליווי היריון
בסיכון נמוך ע"י מיילדת", של ארגון
המיילדות מיום 29.11.2022

עמ' 23

מעקב וליווי היריון בסיכון נמוך ע"י מיילדת

נכתב על-ידי:

יפעת הדר רובננקו
דר' אביגיל קרא-פרידמאן
אסנת לוי
גילה זרביב
טניה שטיינבוך גורליק
יובל יפה מושקוביץ
יעל ויונטה
לאה מלמד
עפרית פק
קרן לויטין
שירה הלר

אושר ע"י מועצת המיילדות
29 נובמבר 2022



ארגון המיילדות בישראל
ISRAEL MIDWIVES ASSOCIATION

מבוא

ארגון המיילדות בישראל מאמין כי טיפול מקצועי ע"י מיילדת הוא זכות יסוד של כל אישה הרה ויולדת. במדינת ישראל, הוכר בכך שלידה אינה מחלה ושמיילדות רשאיות לטפל ביולדות על פי הפרדיגמה המיילדותית, לכל אורך ההריון ובתקופה שאחריו. הכרה זו, מקורה בהחלטת בית המשפט העליון של מדינת ישראל, שלכל אישה זכות על גופה, כאשר "שליטה זו כוללת בין היתר את זכותה של כל אישה לקבל החלטות מושכלות ועצמאיות בקשר להריון ולידה"¹.

המודל של מעקב וליווי ההריון הרציף על ידי מיילדת (MCoC) Midwife-led continuity of care, מוגדר כ"ניהול מעקב ההריון על ידי מיילדת אחת (או קבוצת מיילדות) ומבוסס על הגישה ההוליסטית כפי שהיא מנוסחת באתיקה המיילדותית של ארגון המיילדות העולמי"² (International Confederation of Midwives; ICM). תפיסת המיילדת את היולדת כיישות פיזיו – פסיכו – סוציו – רוחנית.

תקופת ההריון מתאפיינת בשינויים פיזיים ונפשיים רבים, ומודל זה מאפשר את ייעול השמירה על שלומם ובריאותם של האישה ההרה ועובריה. רצף טיפולי ע"י מיילדת, מאפשר בנוסף למענה להיבטים פיזיים גם מענה להיבטים רגשיים, ומהווה הזדמנות לקידום בריאות ושינוי הרגלי חיים.

הגדרות

מיילדת - מיילדת הינה מי שקיבלה רישיון מטעם משרד הבריאות ופועלת מתוקף פקודת המיילדות³. הכשרת המיילדת כוללת ארבע שנות לימודי סיעוד ועוד שנה וחצי של לימודי התמחות בהריון, לידה, משכב לידה, וזיהוי סימני מצוקה ואזהרה, שאם מתפתחים, מחייבים הפניה להמשך טיפול רפואי.

הריון בסיכון נמוך (טרום לידתי) - הריון הינו בחזקת סיכון נמוך, בהיעדר מידע מוקדם לגבי סיכון לבריאות האם והעובר ו/או אם לא חל במשך ההריון שינוי במהלך התקין⁴.

מעקב וליווי הריון רציף על ידי מיילדת (MCoC) - מבוסס על המלצות ה- WHO World Health Organization (Organization), ICM² וה- UNFPA (United Nation Population Fund)^{1,4,6}. המודל, שהינו חלק מהפרדיגמה המיילדותית, מתבסס על קשר הולך ומתהדק בין האישה ההרה למיילדת, בו תדירות המפגשים עולה ככל שההריון מתקדם.



הצורך בשינוי

לפי הנתונים של ה (OECD) Organisation for Economic Co-operation and Development ⁷ במדינת ישראל ברפואה הכללית, יחס רופאים/ות למטופלים הינו 3.3 רופאים/ות ל - 1000 מטופלים . בשל כך, בקופות החולים, משך הזמן המוקצב לפגישת רופא/ה הינו 10 דק בלבד. בנוסף, קיים קושי לקבל מענה רפואי באופן שוויוני בעיקר בפרפריה.

במצב זה, לא יתכן מענה הולם לצרכיה הכוללניים של אישה ויולדת.

כיום, המודעות הציבורית ליתרונות הטמונים בליווי הריון ע"י מיילדת מביא לכך, שנשים אשר ידן משגת, פונות לשוק הפרטי, דבר המעצים את הפערים החברתיים במערכת הבריאות^{7,8} ובישראל בכלל.

יתרונות המודל והמלצה לשילוב מעקב וליווי הריון רציף ע"י מיילדת (MCoC)

רצף טיפולי ע"י מיילדת, מאפשר בנוסף למענה להיבטים הפיזיים גם מענה להיבטים רגשיים נפשיים, כמו: תחושת Well-Being (רווחה נפשית), אוטונומיה, וחיזוק האמונה ביכולתה של האישה ללדת^{9,10}.

הוכח מחקרית כי היכרות מוקדמת של היולדת עם המיילדת, והתפתחות יחסי אמן בינהן תורמת לשיפור תחושת המסוגלות של נשים ללדת ¹¹.

על פי הספרות, התוצאים הבולטים ביותר של מודל MCoC הינם: שיפור ביחס בין עלות לתועלת של השירות הניתן ^{12,13}, שיפור בשיעורי הנקה ^{13,14}, ירידה בשיעור לידות מוקדמות^{15,16}, ירידת בשיעור אובדני הריון ¹⁷, ירידה בשיעור הניתוחים הקיסריים^{6,14,15,16} ירידה בהתערבויות רפואיות לסוגן במהלך הלידה (שימוש במשככי כאב, ביצוע אפיזוטומיה, לידות מכשירניות) ^{9,12,14,15,18} ושיעורי שביעות רצון גבוהים^{9,12,13,14,19,20}.

מודל ה MCoC בהריון בסיכון נמוך, יאפשר למיילדות לטפל במצבים פיזיולוגיים בהריון ולרופאים/ות במצבים הפתולוגיים⁶.

ובכך, תתאפשר זמינות גבוהה יותר לרופא/ה לנשים בהריון בסיכון גבוה ולנשים שאינן בהריון²⁰, וינתן מענה רפואי באופן שוויוני בעיקר בפרפריה.

הקשר הרציף בין היולדת למיילדת, מספק מענה מיטבי לצרכים המשתנים לאורך ההריון, ומעודד שיתופי פעולה בין אנשי מקצוע בעלי התמחות ספציפית, בהתאם לצורך.

בנוסף, מודל ה MCoC טומן בחובו יתרונות גם למיילדות, בזכות שיפור שביעות הרצון, מניעת שחיקה, ואפשרות לגמישות בחיי העבודה של המיילדות²³.



אחריות וסמכות המיילדת במעקב וליווי רציף בהריון

על פי ה WHO וה ICM למיילדת הסמכות לבצע מעקב הריון מלא, באוטונומיה מלאה לנשים בהריון בסיכון נמוך תוך שיתוף פעולה רב מקצועי ע"פ צרכי האישה^{1,4,20}.

תפקידה של המיילדת הוא לרכז ולנהל את מעקב ההיריון באישה בהריון בסיכון נמוך, תוך ביצוע הפעולות הבאות:

- קבלת האישה וביצוע אנמנזה מקיפה
- זיהוי הריון בסיכון נמוך
- ניטור אחר מצבה הפיזי, הפסיכולוגי, הרגשי והמשפחתי במהלך תקופת ההיריון
- בדיקה גופנית/קלינית של האישה בהתאם לשלבי ההיריון
- הפניה לבדיקות סקר ואבחון (מעבדה, אולטרה סאונד, גנטיקה, מי שפיר)
- התייחסות לתוצאות הבדיקות המבוצעות לאורך ההיריון
- הפניה ליועצים ע"פ הצורך
- זיהוי התפתחות הריון בסיכון גבוה והפניה לגורם המתאים
- מתן ליווי רגשי לאורך ההיריון
- הדרכת האישה לאורך ההיריון ע"פ שלבי ההיריון השונים
- הדרכת האישה לחשיבות ביצוע בדיקות לאורך ההיריון ומשמעותן והחלופות האפשריות
- בניית תכנית ליווי ומעקב הריון מותאמת לפי צרכי האישה ושבוע ההיריון
- תקשורת עם רופא/ת נשים ליעוץ או הפניה במקרה הצורך
- הכנה מתאימה ללידה
- הכנה להנקה וראשית ההורות
- ליווי ומעקב בתקופת משכב הלידה

מעקב וליווי הריון יתבצע ע"פ כל הנהלים הרלוונטיים למעקב הריון, המתעדכנים מעת לעת ובהתאם לטכנולוגיה המשתנה והמתפתחת.

במדינות אשר בהן מתקיים כבר בהצלחה מודל MCoC, ישנן הנחיות מדויקות למצבים בהם נדרשת התייעצות או הפנית המטופלת לגורם מקצועי אחר, זאת במטרה לקדם איכות ובטיחות הטיפול וניהול סיכונים²¹. תקשורת, אמון וכבוד הדדי הם הבסיס לניהול סיכונים מיטבי ועבודה במנגנון סינרגי ומפרה²².

לטכנולוגיה המשתנה והמתפתחת.

במדינות אשר בהן מתקיים כבר בהצלחה מודל MCoC, ישנן הנחיות מדויקות למצבים בהם נדרשת התייעצות או הפנית המטופלת לגורם מקצועי אחר, זאת במטרה לקדם איכות ובטיחות הטיפול וניהול סיכונים²¹.

תקשורת, אמון וכבוד הדדי הם הבסיס לניהול סיכונים מיטבי ועבודה במנגנון סינרגי ומפרה²².



לסיכום

אנו מאמינות שמודל זה ישפר את ההיענות ואיכות הטיפול באישה ההרה.

לארגון המיילדות בישראל שלושה תפקידים עיקריים ליישום מודל MCoC: קידום, תמיכה והשפעה. הארגון מחויב לקדם שירותי בריאות הנוגעים לבריאות האישה טרום ההיריון, בהריון, בלידה ואחרי הלידה תוך יישום מודלים מבוססי ראיות של טיפול ועשייה קלינית באיכות גבוהה. כל זאת תוך שמירה על נהלי עבודה וניהול סיכונים ועמידה בקנה אחד עם תקנות העבודה וחוקי המדינה.

הארגון מחויב לתמוך במיילדות ישראל בחינוך, מחקר ועשייה לקראת יישום המודל. ארגון המיילדות בישראל ישתף פעולה עם משרד הבריאות, מינהל הסיעוד, קופות החולים, בתי החולים ואיגוד הגינקולוגים, במטרה לקדם את מודל ה MCoC בישראל, בהתאם להמלצות ה WHO ו ICM^{1,2,5,6}.

ארגון המיילדות מחויב להמשך סיוע בהשפעה, יישום וקידום מודל ה MCoC והצלחתו, כך שיובטח כי לכל אישה הרה ויולדת תשמר הזכות לבחור בדרך הטיפול המועדפת עבורה.

וכל זאת למען הנשים, התינוקות והחברה בישראל.



ביבליוגרפיה

1. דנג"צ 5120/18 נשים קוראות ללדת - למען חופש בחירה בלידה ואח' נ' מדינת ישראל ואח'. דף 20.
<https://supremedecisions.court.gov.il/Home/Download?path=HebrewVerdicts%5C18%5C200%5C051%5Ca27&fileName=18051200.A27&type=4>
2. International Confederation of Midwives. (2014). Appropriate Maternity Services for Normal Pregnancy, Childbirth and the Postnatal Period.
<https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/the-midwife-is-the-first-choice-eng.pdf>
3. משרד הבריאות (1929). פקודת המיילדות.
https://www.health.gov.il/LegislationLibrary/Poriut_02.pdf
4. Chalmers B., Mangiaterra V., Porter R. (2001). WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. Birth. 28(3):202-7. doi: 10.1046/j.1523-536x.2001.00202.x. PMID: 11552969.
5. משרד הבריאות. (2011). חוזר המנהל הכללי 15/11 מעקב קדם לידתי אחר הריון בר-סיכון - קביעת תחומי אחריות של קופות החולים
www.health.gov.il/hozer/mk15_2011.pdf
6. United Nation Population Fund. (2021). The state of the World's Midwifery 2021
<https://www.unfpa.org/publications/sowmy-2021>
7. Organisation for Economic Co-operation and Development. (2022), Doctors (indicator). doi: 10.1787/4355e1ec-en (Accessed on 28 November 2022)
8. OECD-מערכת הבריאות בראי דוח ה. (2013). הסתדרות הרפואית בישראל
<https://www.ima.org.il/MainSiteNew/EditClinicalInstruction.aspx?ClinicalInstructionId=78>
9. Sandall, J., Devane, D., Soltani, H., Hatem, M., & Gates, S. (2010). Improving quality and safety in maternity care: the contribution of midwife-led care. Journal of midwifery & women's health, 55 (3), 255-261.



10. Buchanan, K., Newnham, E., Ireson, D., Davison, C., & Bayes, S. (2022). Does midwifery-led care demonstrate care ethics: A template analysis. *Nursing Ethics*, 29(1), 245–257. <https://doi.org/10.1177/09697330211008638>
11. M. Renfrew, A. McFadden, M. Bastos, J. Campbell, A. Channon, N. Cheung, et al., Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care, *Lancet* 384 (9948) (2014) 1129-1145 .
12. Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., Devane, D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2016), Issue 4. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub5.
13. Shahid, S., Jan, R., Qureshi, R. N., & Rattani, S. (2014). A review related to midwifery led model of care. *Journal of General Practice*, 2(5), 1.
14. Kearney, L., Kynn, M., Craswell, A. et al. The relationship between midwife-led group-based versus conventional antenatal care and mode of birth: a matched cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* 17, 39 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1216-1>
15. Martin-Arribas, A., Escuriet, R., Borràs-Santos, A., Vila-Candel, R., González-Blázquez, C. A comparison between midwifery and obstetric care at birth in Spain: A cross-sectional study of perinatal outcomes. *Int J Nurs Stud*. 2022 Feb;126:104129. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2021.104129
16. Hanahoe, M. (2020) Midwifery-led care can lower caesarean section rates according to the Robson ten group classification system. *Eur J Midwifery*. Mar 31;4:7. doi: 10.18332/ejm/119164
17. National Health Service. (2021) Delivering Midwifery Continuity of Carer at full scale Guidance on planning, implementation and monitoring 2021/22. Version 1. https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/10/B0961_Delivering-midwifery-continuity-of-carer-at-full-scale.pdf
18. Loewenberg-Weisband, Y., Klebanoff, M., Gallo, M.F., Shoben, A., Norris, A.H. (2018). Birth Outcomes of Women Using a Midwife versus Women Using a Physician for Prenatal Care. *J Midwifery Womens Health*. 63(4):399-409. doi: 10.1111/jmwh.12750.



19. Edmonds, J. K., Ivanof, J., & Kafulafula, U. (2020). Midwife Led Units: Transforming Maternity Care Globally. *Annals of global health*, 86(1), 44.
<https://doi.org/10.5334/aogh.2794>
20. Nove, A., Friberg, I.K., De Bernis, L., Mcconville, F., Moran, A.C., Najjemba, M., Ten Hoop-Bender, P., Tracy, S., Homer, C.S.E. (2021). Potential impact of midwives in preventing and reducing maternal and neonatal mortality and stillbirths: a Lives Saved Tool modelling study. *The Lancet Global Health* 9, e24–e32..
[doi:10.1016/s2214-109x\(20\)30397-1](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(20)30397-1)
21. International Confederation of Midwives. (2014). Core Document Philosophy and Model of Midwifery Care. <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/philosophy-and-model-of-midwifery-care.html>
22. Monk, A., M. Tracy, M. Foureur, C. Grigg, and S. Tracy. (2014). "Evaluating Midwifery Units (Emu): A Prospective Cohort Study of Freestanding Midwifery Units in New South Wales, Australia." *BMJ Open* 4, no. 10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006252>. <http://bmjopen.bmj.com/content/4/10/e006252.abstract>.
23. Fenwick, J., Sidebotham, M., Gamble, J., & Creedy, D.K. (2018). The emotional and professional wellbeing of Australian midwives: A comparison between those providing continuity of midwifery care and those not providing continuity. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 31 1, 38-43 .



נספח 2

מחקרים בנושא הבטיחות בלידה מחוץ לבתי החולים

עמ' 32

רשימה ביבליוגרפית מדגמית ומבוססת ראיות בנושא הבטיחות בלידה מחוץ לבתי החולים:

1. Albes, L.L. & Katz, V.L. (1991). Birth Setting for Low-Risk Pregnancies. An Analysis of the Current Literature. *Journal of Nurse midwifery*.
2. Alliman, J., & Phillippi, J. C.. (2016). Maternal Outcomes in Birth Centers: An Integrative Review of the Literature. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 61(1), 21–51. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12356>
3. Alliman, J., Stapleton, S. R., Wright, J., Bauer, K., Slider, K., & Jolles, D.. (2019). Strong Start in birth centers: Socio-demographic characteristics, care processes, and outcomes for mothers and newborns. *Birth*, 46(2), 234–243. <https://doi.org/10.1111/birt.12433>
4. ACOG Committee Opinion (2011). ACOG Committee Opinion No. 476: planned home birth. *Obstet. Gynecol.* 117 (2 Pt 1), 425–428. doi:10.1097/AOG.0b013e31820eee20
5. Bailey, D. J.. (2017). Birth outcomes for women using free-standing birth centers in South Auckland, New Zealand. *Birth*, 44(3), 246–251. <https://doi.org/10.1111/birt.12287>
6. Caughey, Aaron B. MD, PhD; Cheyney, Melissa LDM, PhD. Home and Birth Center Birth in the United States: Time for Greater Collaboration Across Models of Care. *Obstetrics & Gynecology* 133(5):p 1033-1050, May 2019. | DOI: 10.1097/AOG.0000000000003215

7. Collaborative Group et al. (2011). Perinatal and Maternal Outcomes by Planned Place of Birth for Healthy Women with Low-Risk Pregnancies. The Birth in England National Cohort Study, *BMJ*

8. Collaborative Group et al. (2012). Cost Effectiveness of Alternative Planned Places of Birth in Women at Low Risk of Complications, *BMJ*

9. Dahlen, F.G. (2019), Is it Time to Ask whether Facility-Based Birth is Safer for Low Risk Women and their Babies? *Journal of EclinicalMedicine* 14 (9-10)

10. Daviss B-A, Anderson DA and Johnson KC (2021) Pivoting to Childbirth at Home or in Freestanding Birth Centers¹ in the US During COVID-19: Safety, Economics and Logistics. *Front. Sociol.* 6:618210. doi: 10.3389/fsoc.2021.618210

11. Dessureault.AM (2015) La Médicalisation de l'Accouchement : Impacts Possibles sur la Santé Mentale et Physique des Familles *Devenir* Vol 27 pp, 53-68

12. ElenBaas, B. (2013). New Study Shows Midwife-led Birth Centers Improve Outcomes and Lower Health Care Costs, *American College of Nurse-Midwives*

13. Faucon.C& Brillac.T (2013) Accouchements à Domicile ou à l'Hôpital: Comparaison des Risques à Travers une Revue de la Littérature Internationale *Gynécologie, Obstétrique, Fertilité*, Vol 41, Issue 6 pp 388-393

14. Grigg, C.P., Tracy, S.K., Tracy, M. et.al (2017). Evaluating Maternity Units: A Prospective Cohort Study of Freestanding Midwife-led Primary Maternity Units in New-Zealand- Clinical Outcomes, *Obstetrics and Gynecology* 7

15. Hencigoer, B.A. (2016). Dueling Statistics; Is out of Hospital Birth Safe? *The Journal of Perinatal Education*, 25 (2): 75-79.

16. Hermus, M.A. et al. (2017). Differences in Optimality Index between Planned Place of Birth in a Birth Center and Alternative Planned Places of Birth. A *Nationwide Prospective Cohort Study in the Netherlands*

17. Hermus, M. A. A., Wiegers, T. A., Hitzert, M. F., Boesveld, I. C., Van Den Akker-Van Marle, M. E., Akkermans, H. A., Bruijnzeels, M. A., Franx, A., De Graaf, J. P., Rijnders, M. E. B., Steegers, E. A. P., & Van Der Pal-De Bruin, K. M.. (2015). The Dutch Birth Centre Study: study design of a programmatic evaluation of the effect of birth centre care in the Netherlands. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0585-1>

18. Howel, E., Palmer, A., Benatar, S. & Garrere, B. (2014). Potential Medicaid Cost Savings from Maternity Care Based at a Freestanding Birth Center, *Medicare & Medicaid Research Review* 4 (3)

19. Hull, P.M. (2012). Flawed Analysis be Used to Restrict Birth Choices, *BMJ*

20. Huton, E.K, Reitsma, A, at al, (2019) Perinatal or Neonatal Mortality among Women who Intend at the Onset of Labor to Give Birth at home to Women of Low Obstetrical Risk Who Intend to Give Birth in Hospital: A Systematic Review and Metanalysis. *EClinical Medicine* 14, pp. 59-70

21. Kataoka, Y., Masuzawa, Y., Kato, C. & Eto, H. (2018). Maternal and Neonatal Outcomes in Birth Centers Versus Hospitals among Women with Low-Risk

- Pregnancies in Japan: A Retrospective Cohort Study, *Japan Academy of Nursing Science* 15 (1): 91-96.
22. N.I.C.E *Intrapartum Care for Healthy Women and Babies* (2022), Nice: National Institute for Health and Care Excellence Guide Lines.
23. Martin, J.A., Hamilton, B.E., Osterman, M.J.K et al. (2018). *National Vital Statistics Reports* 67 (1).
24. Nethery E, Schummers L, Levine A, Caughey AB, Souter V, Gordon W. Birth Outcomes for Planned Home and Licensed Freestanding Birth Center Births in Washington State. *Obstet Gynecol.* 2021 Nov 1;138(5):693-702. doi: 10.1097/AOG.0000000000004578. PMID: 34619716; PMCID: PMC8522628.
25. Nicolette, L. (2016), Birthing Center Versus Hospitalized Birth, *CrissCross* 4 (1)
26. Nove, A., Friberg, I. K., De Bernis, L., Mcconville, F., Moran, A. C., Najjemba, M., Ten Hoop-Bender, P., Tracy, S., & Homer, C. S. E.. (2021). Potential impact of midwives in preventing and reducing maternal and neonatal mortality and stillbirths: a Lives Saved Tool modelling study. *The Lancet Global Health*, 9(1), e24–e32. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(20\)30397-1](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(20)30397-1)
27. Olsen, O. & Clausen, J.A. (2023). Planned Hospital Birth Compared with Planned Home Birth for Pregnant Women at Low Risk of Complications *PubMed*
28. Osteran MJK, Martin JA. (2014). Trends in Low-Risk Cesarean Delivery in the United States, 1990–2013. *National Vital Statistics Reports; Vol 63 no 6.*
29. Rauch, S., Stuermer, Z., Rost, M. (2022). A True Choice of Place of Birth? Swiss Women's Access to Birth Hospitals and Birth Centers. *PLoS ONE* 17 (7).

30. Rossi, A.C. & Federico, P. (2018). Planned Home Versus Planned Hospital Births in Royal College of Obstetricians and Gynecologists & Royal College of Midwives (2007), *Joint Statement No. 2: 1-6*
31. Scarf, V.L. et al. (2018). Maternal and Perinatal Outcomes by Planned Place of Birth among Women with Low-Risk Pregnancies in High-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Midwifery*
32. Sillender, M. (2012). Should Healthcare Purchasers be Funding Home Birth for Multiparous Women? *BMJ*
33. Stapleton, S.R., Osborne, C. & Illuzzi, J. (2013). Outcomes of Care in Birth Centers: Demonstration of a Durable Model, *Journal of Midwifery & Women's Health*
34. Vanessa, L.S. ET AL (2018). Maternal and Perinatal Outcomes by Planned Place of Birth among Women with Low- Risk Pregnancies, *PubMed midwifery*
35. Vedam, S., Stoll, K., Taiwo, T. K., Rubashkin, N., Cheyney, M., Strauss, N., Mclemore, M., Cadena, M., Nethery, E., Rushton, E., Schummers, L., & Declercq, E.. (2019). The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reproductive Health*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0729-2>
36. Walker, F.A., Richmond, D., Kilby, M. (2012). Midwifery Ratios Might Explain Some Differences in Perinatal and Mattered Outcomes, *BMJ*
37. Walsh, D. Downe, S. (2004). Outcomes of Free-Standing Midwife-Led Birth Centers: A Structured Review. *Birth* 31:3 222-229

נספח 3

ניסוח התוויות מקובל

עמ' 38

Table 6

Medical conditions indicating increased risk suggesting planned birth at an obstetric unit

Disease area	Medical condition
Cardiovascular	<ul style="list-style-type: none">• Confirmed cardiac disease• Hypertensive disorders
Respiratory	<ul style="list-style-type: none">• Asthma requiring an increase in treatment or hospital treatment• Cystic fibrosis

Disease area	Medical condition
Haematological	<ul style="list-style-type: none"> • Haemoglobinopathies – sickle-cell disease, beta-thalassaemia major • History of thromboembolic disorders • Immune thrombocytopenia purpura or other platelet disorder or platelet count below 100×10^9/litre • Von Willebrand's disease • Bleeding disorder in the woman or unborn baby • Atypical antibodies which carry a risk of haemolytic disease of the newborn
Endocrine	<ul style="list-style-type: none"> • Hyperthyroidism • Diabetes
Infective	<ul style="list-style-type: none"> • Risk factors associated with group B streptococcus whereby antibiotics in labour would be recommended • Hepatitis B/C with abnormal liver function tests • Carrier of/infected with HIV • Toxoplasmosis – women receiving treatment • Current active infection of chicken pox/rubella/genital herpes in the woman or baby • Tuberculosis under treatment
Immune	<ul style="list-style-type: none"> • Systemic lupus erythematosus • Scleroderma

Disease area	Medical condition
Renal	<ul style="list-style-type: none"> Abnormal renal function Renal disease requiring supervision by a renal specialist
Neurological	<ul style="list-style-type: none"> Epilepsy Myasthenia gravis Previous cerebrovascular accident
Gastrointestinal	<ul style="list-style-type: none"> Liver disease associated with current abnormal liver function tests
Psychiatric	<ul style="list-style-type: none"> Psychiatric disorder requiring current inpatient care

Table 7

Other factors indicating increased risk suggesting planned birth at an obstetric unit

Factor	Additional information
Previous complications	<ul style="list-style-type: none"> Unexplained stillbirth/neonatal death or previous death related to intrapartum difficulty Previous baby with neonatal encephalopathy Pre-eclampsia requiring preterm birth Placental abruption with adverse outcome Eclampsia Uterine rupture Primary postpartum haemorrhage requiring additional treatment or blood transfusion Retained placenta requiring manual removal in theatre Caesarean section Shoulder dystocia

Factor	Additional information
Current pregnancy	<ul style="list-style-type: none"> • Multiple birth • Placenta praevia • Pre-eclampsia or pregnancy-induced hypertension • Preterm labour or preterm prelabour rupture of membranes • Placental abruption • Anaemia – haemoglobin less than 85 g/litre at onset of labour • Confirmed intrauterine death • Induction of labour • Substance misuse • Alcohol dependency requiring assessment or treatment • Onset of gestational diabetes • Malpresentation – breech or transverse lie • BMI at booking of greater than 35 kg/m² • Recurrent antepartum haemorrhage • Small for gestational age in this pregnancy (less than fifth centile or reduced growth velocity on ultrasound) • Abnormal fetal heart rate/doppler studies • Ultrasound diagnosis of oligo-/polyhydramnios
Previous gynaecological history	<ul style="list-style-type: none"> • Myomectomy • Hysterotomy

Table 8

Medical conditions indicating individual assessment when planning place of birth

Disease area	Medical condition
Cardiovascular	Cardiac disease without intrapartum implications
Haematological	<ul style="list-style-type: none"> • Atypical antibodies not putting the baby at risk of haemolytic disease • Sickle-cell trait • Thalassaemia trait • Anaemia – haemoglobin 85 to 105 g/litre at onset of labour
Infective	Hepatitis B/C with normal liver function tests
Immune	Non-specific connective tissue disorders
Endocrine	Unstable hypothyroidism such that a change in treatment is required
Skeletal/ neurological	<ul style="list-style-type: none"> • Spinal abnormalities • Previous fractured pelvis • Neurological deficits
Gastrointestinal	<ul style="list-style-type: none"> • Liver disease without current abnormal liver function • Crohn's disease • Ulcerative colitis

Table 9

Other factors indicating individual assessment when planning place of birth

Factor	Additional information
Previous complications	<ul style="list-style-type: none"> • Stillbirth/neonatal death with a known non-recurrent cause • Pre-eclampsia developing at term • Placental abruption with good outcome • History of previous baby more than 4.5 kg • Extensive vaginal, cervical, or third- or fourth-degree perineal trauma • Previous term baby with jaundice requiring exchange transfusion
Current pregnancy	<ul style="list-style-type: none"> • Antepartum bleeding of unknown origin (single episode after 24 weeks of gestation) • BMI at booking of 30 to 35 kg/m² • Blood pressure of 140 mmHg systolic or 90 mmHg diastolic or more on 2 occasions • Clinical or ultrasound suspicion of macrosomia • Para 4 or more • Recreational drug use • Under current outpatient psychiatric care • Age over 35 at booking
Fetal indications	Fetal abnormality

Intrapartum care for healthy women and babies (CG190)

Factor	Additional information
Previous gynaecological history	<ul style="list-style-type: none">• Major gynaecological surgery• Cone biopsy or large loop excision of the transformation zone• Fibroids