

ירושלים, י"ב חשון, תשע"ב
9 נובמבר, 2011
תיק מס': ____4/1/14____

אל: מיילדות מוסמכות
מנהלי בתי החולים הכלליים
מנהלי מחלקות יולדות ונשים
אחיות אחראיות חדרי לידה
מנהלי מחלקות ילודים וטיפול מיוחד בילוד
מנהלי האגפים הרפואיים – קופות החולים

ליווי לידה פיסיוולוגית (לידה המתרחשת במינימום התערבות) זוהי התמחות מיוחדת שיש לה פרקטיקה מבוססת, המבטאת גישה טיפולית ייחודית. ליווי כזה נעשה ע"י מיילדות מוסמכות או רופאים שהתמחו בכך.

מדובר בהתמחות מקצועית בעלת גוף ידע ייחודי המדגישה בין היתר את האוטונומיה של האישה היולדת. החוזר הנוכחי נכתב על ידי בעלי מומחיות אחרת, גם אם דומה, ועל כן נוצר פער גדול בין הצרכים והפרקטיקה של לידות חוץ אישפוזיות לבין הנהלים שמציע המסמך. מאחר וההריון והלידה הינם תהליך פיסיוולוגי שהינו חלק טבעי במעגל חיי האשה, יש לכלול, בנוסף למומחים הרלוונטיים, את נציגות ציבור הנשים המעוניינות בלידה פיסיוולוגית בכתיבתו, זאת על מנת ליצור נוהל אפקטיבי ורלוונטי, שיכבד את צרכיהן וישיג את הרצון של כולנו לבטיחות, בריאות ולידה מיטבית.

הנדון: לידות בית (בבית היולדת)

יש למחוק 'בבית היולדת' – ראו פירוט למטה

סימוכין: חוזר מס' 1/2008 מיום: 21.1.08

מצ"ב נוסח מעודכן לחוזרנו שבסימוכין המחליף ומבטל אותו.
חוזר זה מתייחס לרופא/ה המיילדת/ת (להלן: רופא) וכן למיילדת/ת (להלן: מיילדת).

כללי:

ככלל, יש להעדיף ביצוע לידות בחדרי לידה בבתי-חולים מוכרים ומורשים (חוזר המנהל הכללי מס' 14/2000 מיום 13.11.2000).

מדיניות זו, שנקבעה בחוזר משנת 2000, היא שרירותית, מנוגדת לחירות הפרט ולחופש העיסוק ומבטאת אפלייה כלפי נשים. משום כך מן הראוי שהחוזר הנוכחי יפתח לא באשרור מדיניות פסולה זו אלא בביטולה.

המדיניות היא שרירותית: בלידה בסיכון נמוך אין כל ראיות מקובלות שמצביעות על הבדל משמעותי בבטיחות בלידות בית לעומת לידות בבי"ח. יש מחקרים רציניים המראים שאין הבדל כלל ולעומתם יש מחקרים המצביעים על תוספת בטיחות קטנה ליילוד בלידות בית חולים (ראה נספחים ב'-ד' לסקירה מחקרית עדכנית). עם זאת בכל המחקרים מוכח יתרון רחב היקף בתוצאים בעבור היולדת, לא רק מבחינת שביעות הרצון אלא גם מבחינת המנעות מסיבוכים ובכלל זה ניתוחים מיותרים. לא יתכן ששרד הבריאות יאמץ בעקביות מדיניות שאינה נתמכת על ידי ראיות מדעיות ע"פ קני המידה המקובלים.

המדיניות מנוגדת לחירות הפרט: לנשים רבות הלידה היא התנסות מרכזית משמעותית ביותר בחייהן. כנקודת מוצא אין זה מתפקידה של המדינה להכתיב להן כיצד והיכן לעבור התנסות זו בין במישרין ובין בעקיפין (ע"י הגבלת האפשרות לליווי מקצועי). בהצהירו על העדפה נגד לידות בית ובנוקטו אמצעים לקידום העדפה זו נוטל לעצמו משרד הבריאות סמכות שלא כדין, דבר שאין לו מקום במשטר דמוקרטי האמון על כבוד האדם וחירותו.

המדיניות מפלה נשים: כאמור לידות בית בסיכון נמוך הן בטוחות לילודת וליילוד ולכן כמוהן אין אינטרס ציבורי בסיכולן. משום כך מדיניות שרירותית ופטרנליסטית המצרה את צעדי היולדת ומטילה מגבלות בלתי מבוססות על האפשרות לבחור את מקום הלידה ואופן ניהולה, מהווה פגיעה קשה בחירותן של נשים בתחום המיוחד להן באופן טבעי. ההתלות במחקרים שנויים במחלוקת המצביעים על הפרשים זעירים במידת הסיכון לילודת אינה יכולה להצדיק אי כיבוד של שיקול דעתה של האישה באופן ובמידה שאין להם אח ורע בתחומים אחרים של מדיניות רפואית.

הצעתנו לנוסח חלופי:

ככלל, יש לאפשר לילודת לבחור את הגישה הטיפולית, את טיב הליווי המקצועי ואת מקום הלידה ע"פ שיקול דעתה וערכיה. יש לחתור לכך שבמהלך ההריון יוצגו לאישה האפשרויות השונות ומידע מספיק כדי שתוכל להגיע לבחירה מודעת. יוצאות דופן הן לידות בסיכון גבוה אשר צריכות להתבצע בחדרי לידה של בתי חולים מוכרים.

הגדרה: "לידת בית" – לידה בבית היולדת, בלבד, לאחר תכנון והכנה מראש ומתוך בחירה של היולדת.

הטלת מגבלות על מקום הלידה אינה לגיטימית אלא במידה שהיא מבוססת על שיקולים ענייניים הנתמכים בראיות.

לידה פיזיולוגית עשויה להתבצע הן בבית היולדת, הן בבית מתאים אחר, והן במרכז לידה ייעודי. הגברת הבטיחות וחופש הבחירה מחייבות הכללת מיגוון אפשרויות אלו ומן הראוי שמשרד הבריאות יפעל לקידומן. לדוגמא יולדת גרה במרחק שעולה על 45 דקות מבית חולים ומבקשת ללדת בבית קרוב יותר ובלבד שתוכל ללדת במקום ובאופן שמתאים לה.

הצעתנו לנוסח חלופי:

הגדרה: "לידת בית" – לידה חוץ אישפוזית, במקום שנבחר ע"י היולדת, לאחר תכנון והכנה מראש

הננו להבהיר כי, אין איסור על יולדת ללדת בביתה ללא סיוע של איש מקצוע, אולם, חל איסור על מי שאינה מיילדת או רופא לקבל לידה כ"עיסוק". בהתבסס על פקודת המיילדות 1929 ופקודת הרופאים (נוסח חדש) תשל"ז 1976, רשאים מיילדת מוסמכת או רופא לבצע לידות בית בבית היולדת.

משפט זה מבטא את התפיסה השגויה כי הרופא ואו המיילדת הם מבצעי הפעולה. ראוי לציין כי היולדת היא מבצעת הלידה.

הצעתנו לנוסח חלופי:

... רשאים מיילדת מוסמכת או רופא לספק ליווי מקצועי ללידות בית

היה והתקיימה לידת בית בביתה של היולדת, יש לעודד את היולדות לפנות לבית-חולים לבדיקתה, בדיקת הילוד ורישום מסודר במהלך 24 השעות הראשונות לאחר הלידה.

ה"עידוד" הנדרש כאן מבטא חוסר כבוד להחלטתה האוטונומית של היולדת בבחירת מקום הלידה ובגישה הטיפולית לה וליילוד.

הגישה הטיפולית של לידות הבית כוללת באופן סטנדרטי את ביצוע הבדיקות הנחוצות בבית, הן סמוך ללידה והן במעקב שלאחריה, והמלצה נגד יציאה מוקדמת ממשכב הלידה. מכיוון שניתן להזמין רופא ילדים באופן פרטי לבית היולדת לשם בדיקת הילוד. ומשום שהמיילדת בודקת את היולדת, אין כל סיבה רפואית לעודד את היולדת לפנות לבית החולים כשגרה.

המלצה לעבור לבית החולים כאשר אין צורך רפואי בכך עלולה להיות בעלות השלכות גופניות ונפשיות לאם וליילוד. לדוגמה, בתקופת משכב הלידה ובימים הראשונים בפרט, המנוחה חשובה לבריאות האם. יצירת תנאים סביבתיים נינוחים חשובה להתבססות ההנקה, ותהליך ההיקשרות הראשונית עם התינוק. כמו כן, חשיפת היילוד לגורמים מזיהומיים אפשריים בבית החולים שלא לצורך עלולה לפגוע בבריאותו.

רישום הילוד יכול להתבצע מאוחר יותר ולא דווקא דרך בית החולים. מדיניות הנהוגה במדינות מערביות אחרות, לדוגמה: (ראה נספח ז' ו-ז' (5'z)) אנגליה- בדיקה ראשונית נעשית ע"י המיילדת לשם אבחון אנורמליות וזיהוי מצבים הדורשים התייחסות נוספת. ליווי הלידה וביקורי המיילדת ממומנים על ידי המדינה. אוסטרליה- המיילדת היא האחראית לבדיקת היולדת לאחר הלידה. בנוסף, מבקרת המיילדת את היולדת תוך 24 שעות מהלידה, וכחמש פעמים נוספות במהלך 10 הימים הבאים בהתאם לצרכי היולדת.

המיילדת אחראית לבדיקת הילוד: מעבר לבדיקה ראשונית בשעתיים הראשונות, היא מבצעת בדיקת ילוד סטנדרטית. בנוסף מומלצת בדיקת רופא בין יום 7 ל-10 אחרי הלידה. חשוב לציין כי ליווי הלידה וביקורי המיילדת ממומנים על ידי המדינה. הצעתנו לנוסח חלופי:

יש לעודד את היולדת להשאר בביתה, ולהזמין לפי הצורך, אנשי מקצוע לביקור בביתה (רופא ילדים, יועצת הנקה וכו').

בהקשר זה, אנו מבקשות שמשד הבריאות ישקול לאמץ את ההליך הנהוג במדינות מערביות אחרות ולהכשיר את מיילדות הבית לבצע בדיקת ילוד. כמו כן חשוב כי מימון בדיקה זו יכוסה על ידי המשרד כפי שהדבר נעשה בבתי חולים וכחלק מדמי הלידה המגיעים לכל יולדת משלמת מיסים לכיסוי הוצאות הלידה. תקציב זה יבטיח כי נשים תוכלנה לספק לעצמן ליווי מקצועי ללידה ואחריה ובכך תבוא לידי ביטוי דאגתו האמיתית של משרד הבריאות לבריאות היולדות והילודים.

לאור העובדה כי מתקיימות לידות בית בישראל לפי בחירה חופשית של האשה, ניתנות בזה הנחיות לביצוע לידות בית.

כאמור לעיל, הנחיות בעניין זה חייבות להתבסס על ראיות ואל להן להטיל הגבלות ואיסורים אלא מתוך שיקולים משמעותיים. להלן נעיר על פרטים רבים בהנחיות המוצעות שאינם עומדים במבחן זה, ולכן נכון יותר לשנותם. במידת האפשר, השתדלנו לספק הצעה חלופית נכונה יותר בעינינו.

חשוב להבהיר שהתייחסנו רק לחלק מהסעיפים הבעייתיים, אין הדבר אומר באופן אוטומטי שכל הסעיפים אליהם לא התייחסנו מקובלים עלינו.

1. הגדרת המורשים לביצוע לידות בית:
א. רק אלה מורשים לעסוק בקבלת לידת בית:

1. מיילדת הרשומה בפנקס המיילדות בישראל, בעלת וותק של שלוש שנות עבודה בחדר לידה מוכר בישראל על פי תקנות בריאות העם לאחר שהתנסתה ב- 10 לידות בית בהן נכחה מיילדת בית מנוסה.

פקודת המיילדות דורשת קורס הסמכה שיש להגדירו, ואילו ניסיון בחדרי לידה דורש הכשרה קודמת בסיעוד וכן קורס על-בסיסי, שאינם נחוצים להתמחות בגישה הטיפולית של מיילדות הבית. במדינות מתקנות רבות, מיילדות חוץ-אשפוזית היא מקצוע אוטונומי המבוסס על מסלול הכשרה ייעודי ללא קשר למקצוע הסיעוד, דבר העולה בקנה אחד עם פקודת המיילדות המקובלת בישראל.

אנו קוראות למשרד הבריאות לפעול להסדרת ההסמכה למקצוע זה, בנפרד מן ההסמכה למיילדות כהתמחות במסגרת בתי החולים.

2. רופא מומחה ביילוד ורפואת נשים בעל רישיון ותעודת מומחה בישראל, העוסק או שעסק במיילדות בחדר לידה מוכר בישראל במשך 3 שנים (להלן: הרופא).

פקודת הרופאים אינה מחייבת את דרישת שתי ההתמחויות הנזכרות. למען הגברה של חופש הבחירה בלידה, אנו מאמינות שמספיקה הדרישה לרופא עם ניסיון בחדר לידה. אנו מצפות שגם רופא ידרש להתנסות ב-10 לידות בית לפחות בהן נכחה מיילדת בית מנוסה.

היות ולידת בית היא שונה מהותית מלידה בבית חולים, על מנת לקבל ליווי מקצועי מיטיבי, אנו מאמינות שמן הראוי לקצר את הוותק הדרוש בחדר לידה ובמקביל להעלות את מספר הלידות החוץ אשפוזיות בהן נדרשים מיילדות ורופאים להיות נוכחים.

ב. מי שעוסק בקבלת לידות בית חייב לעבור קורס החייה מתקדם (ACLS) לרבות החייאת יילודים (NRP- RESUSCITATION NEONATAL PROGRAM) הניתן על ידי האיגוד הישראלי לנאונטולוגיה. לאחר ביצוע הקורסים יבוצע תרגול אחת לשנה ובאחריותם לשמור על תעודת הביצוע.

אנו מברכות על העלאת התדירות בה נדרש קורס החייה מהמיילדות והרופאים ורואות בכך אמצעי שיגביר אף יותר את בטיחותינו ובטיחות יילודינו.

ג. באחריות העוסקים בלידות בית להתעדכן באופן שוטף, בהנחיות והחוזרים הרלוונטים באתר משרד הבריאות – WWW.HEALTH.GOV.IL

על משרד הבריאות לעדכן את אמה"י כפי שהוא מעדכן כל איגוד רפואי / מיילדותי בעת חידוש נהלים.

ד. מי שעוסק בקבלת לידת בית חייב להיות בעל ביטוח אחריות מקצועית וביטוח צד ג'. הביטוח הנ"ל הינו באחריותו הבלעדית והמלאה של המיילדת/ת.

זוהי הנחיה שאין כל אפשרות ריאלית לעמוד בה משום שתברות הביטוח מסרבות לבטח את מיילדות הבית. ביטוח אחריות מקצועית של העוסקים בלידות בית צריך שיהיה בתחום אחריותו של משרד הבריאות, כפי שכל עיסוק בריאותי בתוך הקהילה, אשר נמצא תחת פיקוח משרד הבריאות, מבוטח על ידיו.

2. תנאים הכרחיים לביצוע לידות בית:
להלן מפורטים המצבים אשר רק בהתקיים מותר לתכנן מראש ולבצע לידות בית.

- 2.1 תנאים מיילדותיים וגופניים:
2.1.2 הריון עם עובר יחיד במצג ראש.
2.1.3 לידה בשבוע הריון 37 עד שבוע 42 בתנאי שהפרופיל הביופיזי של העובר תקין ובוצע לא יאוחר מ- 48 שעות לפני הלידה.

הצעתנו לנוסח חלופי:
לידה בשבוע הריון 37 עד שבוע 42. אחרי שבוע 42 בתנאי שהפרופיל הביופיזי תקין ובוצע לא יאוחר מ-48 שעות לפני הלידה.

- 2.1.4 משקל העובר המוערך הינו בין 2500 ל 4000 גרם.

ראוי שהגבלה עליונה של משקל העובר תאפשר התייחסות למקרה הספציפי (לדוגמה גובהם של ההורים והיסטוריה מיילדותית). כמו כן, הגבלה עליונה של משקל לא קיימת כלל בנהלים באנגליה, באוסטרליה, הולנד וושינגטון.

הצעתנו לנוסח חלופי:
הערכת משקל 2500 ג' לפחות, ובהתאם לשיקול דעת המיילדת

- 2.1.5 היולדת בריאה גופנית ונפשית למיטב ידיעתה של המיילדת/ת ומכתב מרופא המשפחה המעיד על כך.

היות ואין התנייה כזאת בבחירות טיפוליות אחרות, ביניהן לידה בבית חולים, זוהי אפליה פסולה המערימה קשיים לא נחוצים. כמו כן יש כאן חוסר כבוד לשיקול דעתה של המיילדת בנוגע לבריאותה הפיזית והנפשית של האשה. בנוסף, דרישה זו איננה אפקטיבית כיוון שאין לרופא המשפחה אפשרות להעיד על בריאותה הנפשית של האשה בצורה מהימנה, בעוד שלמיילדת, אשר לה היכרות עמוקה יותר עם האשה, ישנה אפשרות להפעיל שיקול דעת בנושא זה בצורה מיטבית.

- 2.1.6 היולדת מעל גיל 18 (בין גיל 17-18 מותנה בהסכמה וחתומה של ההורים), כשירה משפטית ויכולה לקבל החלטה מתוך רצון חופשי ואי תלות.
2.1.7 קיים תיעוד כתוב על ההיסטוריה הרפואית והמיילדותית של היולדת.
2.1.8 קיים תיעוד מעקב בהריון הנוכחי, שבוצע על ידי רופא ומיילדת בהתאם להנחיות משרד הבריאות [חוזר שירותי בריאות הציבור מס' 1/2001: "נוהל טיפול באישה הרה", וחוזר מנהל רפואה מס' 26/98: "פנקס מעקב הריון"].
2.2 תנאים בסביבת היולדת:
2.2.1 יש לוודא מראש כי בית היולדת מתאים ללידת בית - יש בו מים זורמים חמים, חשמל, חימום, טלפון, והוא נקי.
2.2.2 יש לוודא כי החדר בבית היולדת, בו מתוכננת להתבצע הלידה מתאים בגודלו לאפשר פעילות של שלושה אנשים (לפחות 10 מטר). אין זה ראוי למנוע היתכנות לידת בית בגלל מספר המטרים בחדר. (גם בבתי החולים ישנם חדרי לידה הקטנים מעשרה מ"ר) ויש להשאיר מקום לשיקול הדעת של המיילדת.

הצעתנו לנוסח חלופי:
יש לוודא כי החדר בבית היולדת, בו מתוכננת להתבצע הלידה יכול לאפשר פעילות של לפחות שלושה אנשים.

2.2.3 קיימת אפשרות הגעה לבית חולים אשר בו חדר לידה מאושר תוך 30 דקות מקבלת ההחלטה על העברה לבית החולים.

**הצעתנו לנוסח חלופי:
קיימת אפשרות הגעה לבית חולים אשר בו חדר לידה מאושר תוך 40 דקות מקבלת ההחלטה על העברה לבית החולים.**

2.3 הסכמה מדעת:

יש לקבל את הסכמתה מדעת של היולדת בכתב, על גבי טופס " בקשה והסכמת האישה ללידת בית" (נספח א'), וזאת לאחר מתן הסבר מפורט מהמיילדת/ הרופא המטפלים, הכולל לפחות את כל המידע הכלול בטופס האמור.

אין כל הצדקה ליצור טופס מיוחד של הסכמה ללידות בית או ליצור מצב של סיכון מיוחד כביכול בהקשר זה; משום כך אין לכנות את ההליך "בקשה" כאילו מדובר בהיתר חריג. טיב ההסכמה, פירוט המידע והתייעוד צריכים להיות מקבילים לאלו הנדרשים להחלטה ללדת בבית חולים על הסיכונים הייחודיים הכרוכים בכך.

בנוסף, על פי חוק זכויות החולה (סעיף 14) הסכמה מדעת יכול שתהיה בכתב, בעל פה או בדרך של התנהגות. רק הסכמה מדעת לטיפול המנוי בתוספות (ניתוחים וכו') תהיה בכתב. הצעתנו לנוסח חלופי:

"בכל מקרה, יש לתעד את בחירתה של היולדת בדבר מקום הלידה (בבית/ במרכז לידה/ בבית חולים) וטיב הליוי המקצועי שברצונה לקבל, וזאת לאחר מתן הסבר מפורט" וכו'

2.3 מכשור וציוד הכרחיים ללידת בית:

2.4.1 ערכת קבלת לידה (לפחות 4 חיתולים חד פעמיים גדולים או מרפדים גדולים);

2.4.2 ערכת הפרדה [2 קלמים, מספריים, קוקר, תחבושות];

2.4.3 ערכת תפירה סטרילית חד פעמית;

2.4.4 כפפות סטריליות חד פעמיות;

2.4.5 אמניוטום;

2.4.6 דופטון;

2.4.7 Suction נייד וציוד נלווה כולל צנתרים לאם ולילוד, או סקשן פה;

2.4.8 Airway לאם ולילוד;

2.4.9 אמבו ומסיכה לאם ולילוד;

2.4.10 חמצן + ציוד נלווה;

2.4.11 מד לחץ דם;

2.4.12 צנתר לשלפוחית השתן למבוגר;

2.4.13 סט לעירוי וציוד נלווה לאם;

2.4.14 נוזלים, תמיסות לעירוי;

2.4.15 תרופות: מכווצי רחם [כגון: אוקסיטוצין, מטרגין]

אדרנלין

משחת עיניים

VIT K

2.4.16 אלכוהול;

2.4.17 פדים סטריליים;

2.4.18 מזרקים ומחטים להזרקה;

2.4.19 מספריים;

2.4.20 מבחנות לבדיקות דם;

2.4.21 מאזני שקילה לילוד;

2.4.22 מד חום.

ציוד לרופא בלבד:

2.4.23 לרינוסקופ עם לשונית למבוגר וליילוד;

2.4.24 סט עירוני לילוד וציוד נלווה;

2.4.25 טובוסים מס' 3, 3.5, ולמבוגרים;

2.4.26 צנתר טבורי מס' 5 .

3. התוויות נגד לביצוע לידת בית:

במדינות מערביות אחרות הרבה מהתוויות-נגד אלה אינן חד משמעיות, היות והופעתן יכולה להיות קלה או חריפה. עבור התוויות מסוג זה ישנו צורך בהתייעצות רפואית (מתועדת) במקרה הספציפי. זו היא הדרך המתאימה לאפשר הנחיות בטוחות מחד, ולהמנע מאיך מלמנע מנשים רבות ללדת בביתן עם ליווי מקצועי. ראה נספחים 2' ו 4'.

בהולנד מצבים מסוימים מוגדרים כ"מקרי יעוץ" - הערכת המצב והחלטה על אופי ומקום הטיפול המתאים נעשים לאחר שהמילדת מתייעצת עם רופא מיילד. ההחלטה נעשת בהתאם לסיטואציה הספציפית.

בוושינגטון המצבים הרפואיים השונים מחולקים לשלוש קטגוריות:

א- דיון עם מיילדת או רופא- על המיילדת לקבל עצה או אינפורמציה מקולגה אודות הסיטואציה הקלינית ולקבל חוות דעת נוספת.

ב- התייעצות עם רופא- היעוץ יכול להיות בדרך של מתן עצה, מתן טיפול או מתן מרשם עבור היולדת או הילוד.

ג- מעבר לטיפול רופא ותכנון הלידה בבית חולים

להלן מספר דוגמאות המדגימות את הבעייתיות שנובעת מהכללת כל התוויות הנגד באופן גורף על כלל האוכלוסיה. חשוב להבהיר שהתייחסנו רק לחלק מהסעיפים הבעייתיים, ומכך שאין הדבר אומר שהסעיפים אליהם לא התייחסנו מקובלים עלינו. אנו חוזרות ומבקשות לאמץ את המודל המאפשר התייחסות ספציפית של מקרים מסוימים לגופם.

3.1. מחלות כרוניות לרבות, חולי פעיל מלווה בסימפטומים – חום, דימום, עליה בלחץ דם, כאב, נכויות, נטילת תרופות לאיזון מחלה כרונית ושימוש בסמים או תרופות לגמילה.

בכל מקרה תצורך הצהרת המיילד/ת שביצעה אומדן בריאותי של היולדת בסמוך ללידה (שבוע 37) שכולל אנמנזה רפואית וסיעודית מלאה ומצאה שאין בעיות בריאות אשר עלולות לשבש את מהלך הלידה וכי התנאים הנדרשים לעיל התקיימו. הצהרה זו תישמר ברשומת היולדת.

3.2. סיבוכים בעבר המיילדותי המהווים התוויית נגד ללידת בית:

3.2.1 תמותת עובר ברחם או בלידה

3.2.1. הפלות חוזרות.

3.2.2 היפרדות שלייה

הצעה חלופית:

היפרדות שליה חמורה מהוות התוויית נגד, במידה והמקרה היה קל יש צורך בהתייעצות.

3.2.3 לידה עם כליאת כתפיים.

3.2.4 קרעים חמורים בצוואר הרחם או בתעלת הלידה.

3.2.5 קרע בפרינאום בדרגה 3-4

3.2.6 דמם חריג לאחר לידה במיוחד כזה שחייב מתן מוצרי דם.

- 3.3 פגמים ברחם או בתעלת הלידה, מולדים או נרכשים המהווים התוויית נגד ללידת בית:
- 3.3.1 רחם חד או דו קרני, רחם עם מחיצה, רחם כפול, נרתיק כפול, נרתיק עם מחיצה, רחם עם שרירן וכדומה, הכל בהתאם להסטוריה המיילדותית ולתיעוד רפואי.
- 3.3.2 צלקת ניתוחית ברחם: [ניתוח קיסרי, כריתת שרירים, חבלה וניקוב], אחרי הפרדת הדבקויות תוך רחמיות.
- 3.3.3 עיוות אגן או עמוד שדרה, מולד או נרכש.
- 3.4 בעיות בהריון הנוכחי המהווים התוויית נגד ללידת בית: 3.4.1 דימום ממקור רחמי בשליש שני או שלישי
- 3.4.2 מחלות מערכתיות כרוניות או חריפות שאובחנו בהריון לרבות מחלות לב, סכרת (כולל סכרת הריונית), ומחלות אוטואימוניות ותרומבופיליות.
- לדוג' בווישגטון מקרה של סכרת הריונית מאוזנת היטב מצריך דיון הצעה חלופית: סכרת הריונית לא מאוזנת מהווה התוויית נגד. מקרה של סכרת הריונית מאוזנת היטב מצריך דיון.
- 3.4.4 השמנת יתר (BMI מעל 30 בטרימסטר הראשון להריון).
- 3.4.5 הריון בו לא בוצעה סקירת מערכות ולא נשללה סכרת הריון. אם משרד הבריאות מוצא שבדיקות אלו חשובות, ראוי שינחה את מיילדות הבית להמליץ לילודות לבצע אותן, אך התניית לידת הבית בהן איננה מקובלת במדינות אחרות בעולם ואינה חוקית.
- 3.4.6 מצב ידוע של ריגוש כנגד גורם RH.
- 3.4.7 הפרעה בגדילה תוך רחמית.
- 3.4.8 הערכת משקל העובר מעל 4000 גרם וקטן מ-2500 גרם ע"פ בדיקת אולטראסאונד בטווח של שבועיים לפני תאריך הלידה המשוער.

2.1.4 ראה הערתנו לסעיף

ישנן נשים הנמנעות מביצוע בדיקות אולטראסאונד שאינן חיוניות; דרישה זו, המנוגדת לגישה הטיפולית של מילדות הבית, של הימנעות מהתערבויות מיותרות, פוגעת באופן שרירותי בזכות לבחור כיצד והיכן ללדת. יש לאפשר הערכת משקל הנעשת בהערכה ידנית קלינית על ידי מיילדת המיומנת בכך (ושאיננה מדוייקת פחות מאולטראסאונד). הצעה חלופית: הערכת משקל העובר קטן מ-2500 גרם ע"פ בדיקת אולטראסאונד או הערכה קלינית ידנית בטווח של שבועיים לפני תאריך הלידה המשוער.

- 3.4.9 הריון של יותר מעובר אחד.
- 3.4.10 כל מצג שאיננו מצג ראש.
- 3.4.11 שליית פתח, שלמה או חלקית או שליה נמוכה ידועה.
- 3.4.12 חשד למום העלול לגרום להפרעה תפקודית מיידית אצל היילוד.
- 3.4.13 סימנים המחשידים לרעלת הריון.
- 3.4.14 יתר לחץ דם.
- 3.4.15 מיעוט או ריבוי מי שפיר.
- 3.4.16 מיעוט תנועות עובר או ירידה בעוצמת התנועות.
- 3.4.17 תפר צווארי שטרם הוסר.
- 3.4.18 נוכחות אריטמיה עוברית או דפוס פתולוגי אחר של דופק העובר במהלך ההריון.
- 3.4.19 אנמיה אימהית בהריון נוכחי [פחות מ-10 ג' Hgb לדציליטר]. טרומבוציטופניה [פחות מ-100,000 למיקרוליטר], על פי ספירת דם עדכנית בטווח של שבועיים לפני הלידה ו/או הפרעות אחרות במנגנון הקרישה מולדות או נרכשות לרבות טיפול נוגד קרישה בהריון הנוכחי.
- 3.4.20 זיהום בהריון – זיהום עוברי (או חשד מבוסס) או אימהי מבחן חיובי ל-TORCH (בדיקות דם הבודקות חשיפה למספר מזהמים (נגיפים וטפילים) לרבות נשאות למחלות זיהומיות כגון: Herpes, GBS, HIV, Hepatitis B,C).

הן בחוזר הקודם והן במדינות אחרות הזיהומים Herpes, GBS, Hepatitis B,C לא מהווים התווית נגד מוחלטת.

בהולנד ובוושינגטון נשאות ל- GBS ו- Hepatitis B אינה מהווה התווית נגד, בעוד נשאות ל- Herpes ו- Hepatitis C מצריכה התייעצות. נשים רבות הן נשאות ל- GBS, מכיוון שישנה אפשרות לטפל באנטיביוטיקה גם בבית, הפיכת הנשאות להתווית נגד אינה ברורה.

הצעה חלופית:

אין צורך לעדכן סעיף זה ויש להשאיר את ההנחיות הקודמות (חוזר 2008 סעיף 3.4.19). על כן.

3.4.21. זיהומים חוזרים בדרכי השתן או דלקת כליות בהריון או בזמן הלידה.

3.4.22. קרישיות תוך וורידית (DVT).

3.4.23. חום מעל 37.8 בסמוך ללידה. סעיף זה אינו מקובל במדינות שבדקנו.

4. כללים לטיפול ביולדת ובילוד, רישום ודווח:

הטיפול ביולדת ובילוד לפני, במהלך ואחרי הלידה יבוצע בהתאם להנחיות משרד הבריאות, בנושאים הרלוונטיים ללידות בית המופיעים בחוזר מינהל הרפואה מס':

21/98 "הנחיות להפעלת חדרי לידה"

43/99 "הנחיות לשחרור יולדת וילוד",

19/04 "טיפול למניעת דלקת עיניים גונוקוקית אצל ילודים" וכל הנחיה נוספת בתחומים אלה שתצא בעתיד.

יש לבחון האם חוזרים 21/98 ו-43/99 מתאימים גם ללידת בית

4.1 המיילדת / רופא ידריכו את היולדת באשר לסימני לידה פעילה ויתעדו זאת בכתב.

4.2. המיילדת / רופא יגיעו אל היולדת תוך שעה מהודעתה כי הופיעו סימני לידה פעילה.

4.3. המיילדת / רופא ישהו עם היולדת מתחילתה של לידה פעילה ולפחות שעתיים אחרי הלידה.

4.4. יש לבצע ניטור של היולדת (דופק, לחץ דם, פתיחה) והעובר (קצב פעימות לב) לפחות אחת לחצי שעה במהלך הלידה ולתעד זאת בכתב.

סעיף זה לא ברור ומשתמע ממנו שיש לבצע ניטור של היולדת כל חצי שעה.

4.5 בדיקת הילוד והערכת מצבו יבוצעו מייד עם לידתו.

4.6. המיילדת/רופא יבצעו השגחה צמודה ומעקב אחר הילוד לפרק זמן של שעתיים לפחות.

4.7. על המיילדת / רופא לערוך ביקור חוזר אצל היולדת והיילוד יממה לאחר הלידה.

על מיילדות הבית לפרט מה צריך לכלול הביקור. בנוסף, מתוך השקפה כי המשך הטיפול ביולדת וביילוד צריך להתבצע על ידי המיילדת/רופא ועל ידי רופאים בקהילה (ולא על ידי אשפוז בבית החולים), ראה עמ' 3.

4.8. המיילדת והרופא יציידו את היולדת במידע על דרכי התקשרות אליהם בתקופת משכב הלידה.

4.9. רישום וסיכום מהלך הלידה:

כל מיילדת בית / רופא ינהלו ארכיב מסודר ע"פ החוקים והתקנות, לתיעוד לידות הבית שנעשו על ידה.

כל הרישומים חייבים להתבצע תוך כדי ניהול הלידה וסיומה כמקובל וכנדרש בכל רשומה רפואית.

4.9.1. על הרישום לכלול :

- * רישום מהלך הלידה לרבות נתונים על הניטור שנעשה במהלכה ליולדת וליילוד.
- * סכום מהלך הלידה (נספח ב').
- * רישום אומדן גופני של היילוד (נספח ג').
- 4.9.2. יש להשאיר העתק של כל רישום ודווח כנ"ל הן אצל היולדת והן אצל מיילדת הבית / רופא.
- פרק הזמן המינימלי לשמירת הדוחות והטפסים הנלווים ע"י המיילדת הוא 25 שנה (לכל הפחות).
- מסמכים אלו יהיו קריאים וזמינים לבקרה תקופתית שתעשה ע"י משרדנו.
- 4.10. בסיום לידת בית ללא סיבוכים תודרך האישה כי עליה לפנות עם היילוד לחדר-לידה לבדיקה ורישום תוך 24 שעות.

ראה ההערות בדבר בסעיף 'כללי'

הצעה חלופית:

בסיום לידת בית ללא סיבוכים תודרך האישה כי עליה להזמין רופא/ת ילדים לבדיקת היילוד בתוך 24 שעות או לפנות לחדר לידה, וכי עליה לדאוג לרישום היילוד במשרד הפנים בתוך X שבועות

5. כללים להעברת היולדת והיילוד מלידת בית לבית-חולים:

- כל מצב שיש בו חריגה ממהלך לידה תקין, כשהמיילדת/רופא אינם משוכנעים ביכולתם או באפשרותם לטפל כראוי, לצורך אבטחת בריאות היולדת והיילוד, מחייב המלצה להעברתם לבית חולים.

- יש לכבד מידית כל בקשה של יולדת, לעבור לבית חולים בכל שלב בלידה. כדאי בהתרחשותו של אחד המקרים או הסיבוכים הבאים על מנת להוות הוריה רפואית להעברת היולדת לבית חולים. על המיילדת/הרופא חלה החובה להבהיר ליולדת כי עליה להתפנות לבית חולים בהקדם/בדחיפות לפי העניין.

בנהלי המדינות המערביות אותן בדקנו מצוין כי יש לקחת בחשבון גם את הסיכון שבהעברת היולדת והסיכוי שהלידה תתרחש תוך כדי המעבר.

5.1 הוריות להעברת יולדת לבית חולים במהלך לידה:

- 5.1.1 דימום טרי בכמות רבה מהרגיל.
- 5.1.2 סימנים המחשידים להיפרדות שליה : כאב מתמשך בבטן תחתונה, טונוס רחמי מוגבר, שינויים בדופק העובר המעידים על מצוקה, דימום, ירידה בלחץ הדם ללא דימום חיצוני.
- 5.1.3 צניחת חבל הטבור, חבל טבור מקדים או Occult.
- 5.1.4 שינויים משמעותיים בסימנים חיוניים אצל היולדת דוגמת:
 - א. עליית חום בלידה מעל 38°C; ב. דופק גבוה מ-120 לדקה במשך 15 דקות ויותר.
 - ג. ירידה בלחץ דם סיסטולי ב-20 מ"מ כספית מהערך הבסיסי למשך 15 דקות ויותר.
 - ד. לחץ דם מעל 140/90 בשתי מדידות בהפרש של שעה.
- 5.1.5 מי שפיר מקוניאליים או דמיים בשלב ראשון של הלידה.
- 5.1.6 מהלך לידה פתולוגי דוגמת: עצירת לידה בשלב ראשון- Dilatation Arrest of למשך שעתיים, בנוכחות צירים סדירים.
 - שלב שני של הלידה המתארך מעבר לשעתיים או עיכוב בירידת הראש [Arrest of descent] .

הגדרה זו למהלך לידה פתולוגי הינה חריגה בהסתמך על המדינות אותן בדקנו.

שלב ראשון:

הולנד: מוגדרת לאחר 4 שעות בהן אין התקדמות - יש צורך בהתייעצות לשם קביעת המשך הטיפול בהתאם למקרה הספציפי.
וושנינגטון- עצירה של התקדמות שלב ראשון אקטיבי יותר מ-6 שעות צירים סדירים חזקים ללא שינוי משמעותי (בצוואר, תחנה או פוזיציה) מצריך דיון לגבי הצורך בהעברה.

שלב שני:

בוושנינגטון: עצירה של התקדמות שלב שני (מעל 3 שעות לחיצות אקטיביות ללא שינוי משמעותי) מצריכה דיון לשם קבלת החלטה

- 5.1.7. שינויים פתולוגיים בקצב לב העובר (FHR) לרבות: קצב לב בסיסי פחות מ-110 או מעל 180 לדקה.
- 5.1.8. עיכוב בהתפתחות לידה פעילה, 6 שעות לאחר ירידת מים נקיים.

המלצה זו חורגת מאוד מהמקובל במדינות אותן בדקנו ואיננה הגיונית לדעתנו, היות וגם בבתי החולים לא נהוג להתערב בשלב כל כך מוקדם לאחר ירידת מים ללא צירים. שהיית היולדת באשפוז בבית החולים במקום בביתה בהשגחה מיילדותית יכולה רק להעלות הסיכון לזיהום ולהפחית הסיכוי להתפתחות לידה ספונטנית. מכל מקום, אין כל מניעה לקבל טיפול אנטיביוטי מניעתי בבית בעת הצורך ולהמתין זמן ממושך יותר להתפתחות לידה פעילה.

במדינות אותן בדקנו מקובל:

וושנינגטון- פקיעת מים מעל 48 שעות- יש לדון באפשרות לעבור לבי"ח אנגליה- גם אם עברו 24 שעות ממועד ירידת המים, אם אין סימני זיהום אין לתת אנטיביוטיקה

- 5.1.10. סימני תת נפחיות (היפולמיה) ביולדת.
- 5.1.11. אי יציאת השליה תוך שעה.
- 5.2. הוריות להעברת יולדת לאחר הלידה לבית חולים:
- 5.2.1. אי הפרדות השליה לאחר 30 דקות מיציאת העובר.

כאשר זמן הפינוי לחדר לידה הקרוב ביותר הוא עד 30 דקות, ניתן להמתין עד שעה מסיום לידת היילוד.

- 5.2.2. דימום מוגבר, לפני או אחרי הפרדות השליה.
- 5.2.3. שליה לא שלמה או חשד לאי שלמותה.
- 5.2.4. שינויים פתולוגיים בלחץ הדם לרבות:
 - ירידה בל.ד. סיסטולי ב-20 מ"מ כספית או יותר מהערך הבסיסי למשך 15 דקות ויותר. או לחץ דם מעל 140/90
 - 5.2.5. מצוקה נשימתית.
 - 5.2.6. בלבול, אי שקט ו/או שינוי במצב ההכרה של היולדת.
 - 5.2.7. קושי בסגירת קרעים או אפיזוטומיה.
 - 5.2.8. הופעת המטומה בתעלת הלידה או בפות לאחר לידה.
 - 5.2.9. קרעים בדרגה חמורה בחיץ או בנרתיק או חשד לקרע בצוואר.
 - 5.2.10. סימנים נפשיים פתולוגיים של היולדת.
- 5.3. הוריות להעברה מיידית של היילוד לבית חולים:
- 5.3.1. תינוק שמשקלו נמוך מ-2500 גרם או גדול מ-4000 גרם.

לא ידוע לנו מהי סיבת ההמלצה להעביר תינוק שמשקלו מעל 4 ק"ג לבי"ח כשגרה, והדבר אינו נהוג במדינות אותן בדקנו. לגבי משקל לידה נמוך. בקנדה לדוגמה - לאחר הלידה, תינוק שמשקלו מתחת ל-2500 גרם- יש צורך ביעוץ לשם קבלת החלטה האם נדרש להעבירו לבית החולים

הצעה חלופית:

יש להעריך את תפקודו של תינוק שמשקלו נמוך מ-2500 גרם, ולהעבירו לבית החולים אם יש צורך רפואי בכך.

- 5.3.2. מצוקה נשימתית: א. מספר נשימות מעל 60 לדקה. ב. רתיעות בבית החזה.
- ג. נשימת כנפי אף ואנחות. ד. כאשר הסימנים נמשכים מעבר ל – 30 דקות לאחר הלידה. ה. כחלון או חיורון.
- 5.3.2. צבע עור כחול/אפור, שמשתפר עם מתן חמצן ומתחדש לאחר הפסקתו [Hypoxia]. העברה לבית החולים תעשה באמצעות אמבולנס כאשר נותנים ליילוד חמצן.
- 5.3.3. צבע לא תקין של עור היילוד, חיור, צהוב או אדום.
- 5.3.4. חום גוף מתחת 35.5 c , ב-2 מדידות שלא לאחר ניסיון של חימום היילוד.
- 5.3.5. אפגר 7 או פחות, לאחר 5 דקות מהלידה.
- 5.3.6. רעד, תנועות לא תקינות, פרכוסים.
- 5.3.7. סימני טראומה לרבות סימני שיתוק, שטפי דם תת-עוריים.
- 5.3.8. מום מולד.

יש להבדיל בין מומים אשר מפריעים לתפקוד תקין של היילוד ודורשים השגחה מיוחדת לבין מומים מינוריים אשר אינם מצריכם זאת.

הצעה חלופית:

מום מולד אשר מפריע לתפקודו התקין

- 5.4. העברת יולדת ויילוד לבית-חולים:
- 5.4.1. אופן העברת היולדת (באמצעות אמבולנס או רכב אחר) יקבע ע"י המיילדת/רופא.
- 5.4.2. העברת יולדת תלווה תמיד ע"י המיילדת/הרופא.
- 5.4.3. טופס מלא של "העברת יולדת מלידת בית לבית-חולים" (נספח ד') יועבר עם היולדת והיילוד.
- 5.4.4. המיילדת/הרופא ימסרו בבית החולים בע"פ ובכתב את כל הפרטים הקשורים ליולדת, להריון, להליך הלידה וליילוד כולל נספחים ב,ג,ד.
- 5.4.5. כאשר מתעורר צורך בהעברה דחופה של יולדת במהלך או לאחר לידת בית, על המיילדת להודיע למיילדת אחראית המשמרת / רופא בביה"ח הייעודי על ההעברה לחדר הלידה ולמסור מידע רפואי רלוונטי.
- 5.5. הנחיות לטיפול ביילוד כאשר היולדת מסרבת להתפנות לחדר לידה: נוסח הסעיף אינו מכבד את שיקול הדעת ובחירת היולדת

הצעה חלופית:

הנחיות לטיפול ביילוד כאשר היולדת אינה מעוניינת לעבור לחדר לידה:

5.5.1 באחריות המיילדת / הרופא:

- 5.5.1.1. למרוח את עייני היילוד, מיד לאחר הלידה במשחת אריטרומיצין 0.5% במתן חד פעמי.
- 5.5.1.2. להזריק ויטמין K ליילוד במינון של 0.5 מ"ג בסמוך ככל האפשר ללידה.

5.5.1.3. להסביר להורים שלפי המלצת משרד הבריאות יש לפנות לתחנת אם וילד לקבלת חיסון היילוד נגד דלקת כבד נגיפית מסוג B תוך 24 שעות מהלידה.
מתוך חוזר 57/79 של משרד הבריאות:
" מאחר ועל פי חוק, ההורים הם האפוטרופוסים הטבעיים על ילדיהם, יש לקבל את הסכמתם מדעת למתן טיפולים רפואיים ליילוד, לרבות חיסונים ויש להבהיר להם כי זכותם לסרב, ההסכמה תהא בעל פה או בכתב"
כפי שבבית החולים להורים ישנה זכות לסרב לטיפול זה או אחר לילדיהם, ברור כי זכות זו צריכה להשמר גם בלידת בית.

הצעה חלופית:
על המיילדת להסביר את המלצות משרד הבריאות לגבי טיפול בילודים ואת משמעויות טיפולים אלו (קרי מתן ויטמין K ו-טיפות עיניים)