



המועצה הלאומית לביואתיקה

פרופ' הרב אברהם שטיינברג ופרופ' אפרת לוי-להד
יו"ר המועצה הלאומית לביואתיקה
כתובת למשלוח: המרכז הרפואי שערי צדק (ע"ר),
ת.ד. 3235 ירושלים 9103102
טל: 02-6555384, פקס: 02-6666935
דוא"ל: bioethics@szmc.org.il

נייר עמדה מס' 8: חופש בחירה וזכויות האדם בלידה

חלק I – רקע

1. נושא חופש הבחירה וזכויות האדם בלידה, הועלה לדיון המועצה ביוזמתם של כמה מחבריה.
2. בהיסטוריה הקרובה ידועות שתי פרדיגמות טיפוליות ללידה, שכל אחת מהן מעוגנת במקצוע מובחן: (א) פרדיגמה של לידה פיזיולוגית (או "טבעית"), המשויכת למקצוע המיילדות (midwifery); (ב) פרדיגמה רפואית (או "התערבותית") המשויכת למקצוע הרפואה (obstetrics). מבחינת התוצאים של תמותת יולדות ויילודים, שתי הפרדיגמות הן אפקטיביות מאד והסיכונים בשתייהן קטנים. בנוסף, אף כי בפרדיגמה הראשונה מרבית הלידות נשלמות ללא כל התערבות רפואית, הבטיחות הכוללת שלה נשענת על זמינות של התערבויות רפואיות במידת הצורך ובכלל זה חדרי ניתוח ואמצעים אחרים המצויים רק בבתי חולים. עם זאת, קיימים הבדלים ברורים בין הפרדיגמות בתוצאים אחרים, חשובים גם הם, כגון שיעור הניתוחים הקיסריים, שיעור חתכי החיץ, שיעור השראות הלידה ("זירוז"), וכן בהיבטים שאינם בעיקרם רפואיים, כגון חוויית הלידה (במנעד שבין התנסות מופלאה לטראומה), אופן ההתקשרות (bonding) בין האם ליילוד ועוד.
3. בין הארצות המפותחות, יש כאלה שבהן נתונה לילודות הבחירה בין שתי הפרדיגמות הללו במסגרת הרפואה הציבורית כגון אנגליה, ניו זילנד והולנד, ובמידה זו או אחרת, גם ארצות אירופיות נוספות; והוא הדין ברבות ממדינות ארצות הברית.
4. בעברית קיים ערפול ביחס למונח "מיילדות", באשר גם ההתמחות הרפואית הרלבנטית כוללת את המונח "מיילדות" כתרגום ל-obstetrics. לכן, במסמך זה "מיילדת" משמעו היא midwife ואילו "רופא" משמעו היא רופאה בעל התמחות בגינקולוגיה ומיילדות; ושתי הפרדיגמות הטיפוליות הנ"ל יכוננו בהתאמה, "פרדיגמה מיילדותית" ו"פרדיגמה רפואית".

חלק II – דיון

1. המועצה החליטה להיענות להצעת חבריה ולקיים דיון בנושא.
2. בישיבת המליאה מיום 20 בפברואר 2014 נערך דיון ראשוני בנושא, לאחריו המשך הדיון הועבר לטיפול של תת-וועדה, בה חברים פרופ' נעם זהר (מרכז), פרופ' שלומית לבנברג, ד"ר איתן לפיקארד, ד"ר אלה קורן, ד"ר כרמל שלו והשופטת בדימוס סביונה רוטלוי.
- 2.1 ביום 23 במרס 2014 התקיימה הישיבה הראשונה של תת הוועדה, אליה הוזמנו המומחים הבאים להצגת עמדותיהם: (א) גבי דבי גדל-בר, מיילדת, מ"א, אחראית על תחום בריאות האשה בחוג לסיעוד, אוניברסיטת תל-אביב, מזכירת ארגון המיילדות בישראל; (ב) גבי מיכל בונשטיין, מיילדת, יו"ר אמה"י (ארגון מיילדות הבית בישראל); (ג) גבי אלה שלומקוביץ, נציגת העמותה – נשים קוראות ללדת-למען חופש בחירה בלידה; ו-(ד) גבי כנרת דרור, יו"ר ארגון המניפה, נציגת מקצועות תומכי לידה-דולות.
- 2.2 ביום 2 באוקטובר 2014 התקיימה ישיבה נוספת של תת הוועדה, אליה הוזמנו המומחים הבאים להצגת עמדותיהם: (א) פרופ' ארנון ויזניצר, המועצה הלאומית למיילדות וגינקולוגיה; נציגי משרד הבריאות - (ב) ד"ר אייל יעקובסון, מ"מ סגן ראש מינהל רפואה; (ג) עו"ד טליה אגמון, הלשכה המשפטית; ו-(ד) ד"ר שושי ריבא, ראש מינהל סיעוד.
3. ביום 10 בינואר 2019, התקיימה ישיבה של המליאה, בה נדונה טיוטת נייר העמדה.
4. ביום 14 במרס 2019 אישרה המועצה את נייר העמדה.



המועצה הלאומית לביוטכניקה

חלק III – המצב הקיים

1. לידות בבתי חולים.

1.1. הסמכות המקצועית והארגונית בישראל ביחס לחדרי לידה נתונה בידי רופאים. מקצוע המיילדות אכן מוכר כמקצוע עצמאי, אולם - בניגוד למצב בחלק ניכר מן המדינות הנזכרות (אך בהתאמה למצב בחלקן האחר) – ההכשרה והרישוי הם בהתמחות על-בסיסית לאחר הסמכה בסיעוד, מקצוע הכפוף בהירארכיה המערכתית למקצוע הרפואה.

1.2. כתוצאה מכך, הכשרת המיילדות בישראל, הנעשית במסגרת חדרי לידה בבתי חולים, אינה כוללת הכשרה שיטתית בפרדיגמה של לידה פיזיולוגית. בנוסף, ההנחיות הכלליות במסגרתן פועלות המיילדות, וההוראות אליהן הן מחויבות במקרים ספציפיים, ניתנות על ידי רופאים המומחים בגינקולוגיה. אנשי ונשות צוות בחדרי לידה (במקצועות הרפואה והמיילדות) המבקשים טיפול על פי הגישה של "לידה פיזיולוגית" ולמעט בהתערבויות, חשופים ללחצים מנהליים ומקצועיים לפעול על פי הפרדיגמה השלטת. בנסיבות אלו, יכולתן של נשים לבחור ללדת על פי הפרדיגמה המיילדותית הינה מוגבלת מאוד.

1.3. תת הועדה התרשמה מהמומחים אשר הופיעו בפניה, כי קיימים חילוקי דעות לגבי מידת מימושו של חופש הבחירה בלידה במערכת הבריאות הישראלית. לטענת נושאי תפקידים במערכת, באופן כללי שמורה לכל יולדת הזכות להחליט (כלומר להסכים או לסרב) בעניין כל פעולה טיפולית הנעשית בגופה, ואירועים החורגים מכך הם יוצאים מן הכלל המנוגדים לחוק זכויות החולה וטעונים טיפול משמעותי. לעומת זאת, לטענת גורמים החיצוניים למערכת, ישנן תופעות נפוצות של ביצוע טיפולים ללא הסכמה ואף ללא הודעה (למשל: פקיעת קרומים), של ביצוע התערבויות על סמך הסכמה בלתי תקפה (למשל: המתקבלת באמצעות החתמה מראש על מסמך הסכמה גורף), של לחץ להסכים/לציית לטיפול על פי הפרדיגמה/הנהלים המקובלים במחלקה (לחץ הכולל לעיתים התנייה של טיפול בהסכמה לפרטים מסוימים), ועוד.

2. לידות חוץ אשפוזיות.

2.1. בשנת 2012 משרד הבריאות פרסם חוזר מנכ"ל בנושא לידות בית (המבטל חוזרים קודמים בנושא). בחוזר מצוין שמשרד הבריאות מכבד את הזכות והחופש של כל אשה לבחור היכן ללדת, אך עם זאת, רואה מחובתו להדגיש שלידות בחדרי לידה מוכרים ומורשים בטוחות יותר לילודת וליילוד. החוזר כולל הנחיות לביצוע של לידות בית תוך שמצוין כי הדבר נעשה תוך קביעת איזון בין חופש הבחירה של היולדת לבין הצורך לשמור על בטיחות היולדת והילוד שאינו נהנה מחופש בחירה. בתוך כך החוזר מגדיר את הגורמים המורשים לביצוע לידות בית; תנאים הכרחיים לקיומן, ובכלל זה כי קיימת אפשרות הגעה לבית חולים בו חדר לידה מאושר תוך 30 דקות מקבלת ההחלטה על העברה לבית חולים; התוויות נגד לביצוען, ובכלל זה אירועים בהריונות קודמים. עוד קובע החוזר הנחיות לאחר הלידה.

2.2. בהמשך לדיוניה, תת הועדה פנתה למינהל הרפואה בבקשה לקבלת תימוכין לעמדת המשרד, המופיעה בראש החוזר האמור בנושא לידות בית, המסתייגת מקיומן של לידות בית בנימוק שהן מסוכנות יותר. על פי מידע אשר הוצג בפני המועצה הלאומית לרפואת נשים, נאונטולוגיה וגניטיקה וצורך לתשובת מינהל הרפואה, לא קיים סיכון מוגבר בתוצאי לידת בית בסיכון נמוך במערכת בריאות המשלבת לידות בית, והפתרון המוצע הוא מרכזי לידה טבעית בצמוד למתקן רפואי. לפי תשובת מינהל הרפואה, בהמשך לדיון מיוחד שנערך לבקשתו במועצה הלאומית לרפואת נשים, נאונטולוגיה וגניטיקה, לידת בית הנעשית בצורה לא נכונה הופכת להיות מסוכנת, לבית החולים יכולת השפעה על ירידת התחלואה בנשים יולדות, ויש צורך בתנאים מתאימים, נוהל ורישום מסודרים ובאכיפתם.

2.3. נושא לידות חוץ-אשפוזיות נדון לאחרונה בשתי עתירות אשר נדונו על ידי בג"צ (בג"צ 5428/17 יעל רום נ' משרד הבריאות ובג"צ 1754/18 נשים קוראות ללדת - למען חופש הבחירה בלידה (ע"ר) נ' מדינת ישראל), אשר הוגשו בעניין החלטה של משרד הבריאות האוסרת על לידות ב'מרכזי לידה טבעית' מחוץ לבתי חולים. בית המשפט דחה ברוב דעות את שתי העתירות ואישר את החלטת משרד הבריאות האמורה.



המועצה הלאומית לביואתיקה

2.3.1. דעת הרוב קבעה כי התועלת מהחלטת משרד הבריאות (מניעת הסיכונים לחייהם ולשלומם של יולדות ויילודים, העשויים להיגרם בשל סיבוכים בלידה המתרחשת מחוץ לכותלי בית החולים) עולה על הפגיעה המסוימת בזכות היולדות לפרטיות ולאוטונומיה על גופן, וכי לכן הפגיעה בזכויות אלו היא מידתית. דעת הרוב הוסיפה וקבעה שבית המשפט אך נדרש להכריע האם החלטת משרד הבריאות התקבלה על סמך שיקולים ענייניים ומקצועיים והאם מצויה בתחום הסבירות (לכך נמצא שהתשובה חיובית) ואינו נדרש להכריע מי מבין העמדות נכונה או ראויה יותר ביחס ללידה מחוץ לכותלי בית החולים.

2.3.2. דעת המיעוט התייחסה לסוגיות של 'היכן רצוי כי יתקיימו לידות' ו'מי יקבע היכן מתקיימות לידות' וציינה כי אין להקל ראש בטענות העותרות בדבר מיעוט האפשרויות שמשרד הבריאות מציע היום לנשים יולדות. דעת המיעוט סברה בנוסף שסיוע טבעי ללידה אינו בגדר 'טיפול רפואי', ולכן אין מניעה מבחינת פקודת בריאות העם שיינתן במרכז לידה טבעית שאינו מהווה חלק מבית חולים.

2.3.3. בית המשפט הורה על קיומו של דיון נוסף בפסק הדין בשאלה האם מרכזי לידה טבעית מחוייבים ברישוי כ'בתי חולים', אשר ייערך בפני הרכב של שבעה שופטים.

חלק IV - עקרונות יסוד ושיקולים יישומיים עקרוניים

1. עקרונות הביואתיקה מחייבים שלילדת יהיה חופש בחירה לגבי האופן שבו תתקיים הלידה והפרדיגמה הטיפולית שבה תטופל. דבר זה מתחייב גם מחוק זכויות החולה, התשנ"ו – 1996, אף אם ניתן לראות יולדת בגדר "חולה". זכות היולדת לאוטונומיה כוללת לא רק את הזכות לבחור בין טיפולים רפואיים שונים, אלא גם את הזכות לסרב לטיפול רפואי – וביתר שאת בהקשר זה, שבו סירוב זה כרוך בהעדפת טיפול חלופי אפקטיבי.
2. בנוסף קיימת טענה, שפגיעה בחופש הבחירה האמור מהווה גם הפרה של זכויות האדם, זאת עקב המקום המרכזי שהלידה תופסת בחייהן של נשים רבות, והעובדה שהלידה והטיפול הנלווים אליה נוגעים באיברים ובהיבטים אינטימיים ורגישים במיוחד. טענה זו זכתה להכרה בפסק דין של בית הדין האירופי לזכויות האדם שניתן בשנת 2012 נגד מדינת הונגריה, אשר עסק בהגבלת חופש הבחירה באופן עקיף, כלומר לא בהוראות ישירות של המדינה כלפי היולדת עצמה אלא בהוראות כלפי בעלי מקצוע (רופאים ומיילדות) שמכוון מנע מהם לטפל ביולדת על פי הפרדיגמה שבחרה.
3. אם כן, לפי החוק והנורמות האתיות המקובלות, הצוות המטפל אינו רשאי לכפות על יולדת כל טיפול או התערבות נגד רצונה. לפי זה, יולדת החפצה בלידה פיזיולוגית יכולה לכאורה לממש את רצונה גם אם הדבר מנוגד לפרדיגמה השוררת במערכת, וזאת באמצעות אי-מתן הסכמה להתערבויות המוצעות לה.
4. עם זאת, חופש הבחירה של היולדת מוגבל כתוצאה ממספר גורמים הקשורים במבנה המערכת, בשיקולים העומדים ביסוד התנהלותו של הצוות המטפל בבואו לקבל החלטות ביחס ללידה וביחודיות של תהליך הלידה ועוצמתו, וביתר פירוט:
 - 4.1. כאמור לעיל, ברירת המחדל המערכתית היא פרדיגמת הטיפול הרפואי, הכרוך בפרקטיקות שאינן מבוצעות בפרדיגמה המיילדותית. דוגמה לכך היא ניטור רציף של דופק העובר, המחייב ריתוקה של היולדת למיטה – בעוד שבפרדיגמה המיילדותית מתבצע הניטור לפרקים באמצעות מכשיר דופלר. חיבור לניטור הנעשה באופן רוטיני וללא דיון אינו מאפשר חופש בחירה. תחת זאת, יש לקבל מכל יולדת הסכמה מודעת לפי עקרונות הביואתיקה (וחוק זכויות החולה) הכוללת הסבר על ניטור זה, תועלתו וסכנותיו, ולאחר מכן בירור רצונה להתחבר אליו. כאמור זוהי דוגמה בלבד ואפשר היה להוסיף עוד פרקטיקות דומות.
 - 4.2. הצוות הטיפולי חש אחריות לא רק כלפי היולדת אלא גם כלפי "מטופל נוסף", היילוד. כל עוד מדובר בשלומה של היולדת בלבד, חברי הצוות עשויים לקבל בחירה מודעת שלה שאינה עולה (לדעתם) בקנה אחד עם בטיחות מרבית – וכך אכן ראוי שיעשו. עם זאת, הדבר שונה במקרה בו היולדת בוחרת להימנע מהתערבות, הנחוצה (לפי הכרתם המקצועית) להגנה על שלומו של היילוד.



המועצה הלאומית לביואטיקה

במקרים כאלו, כפי שהתרשמה תת הוועדה, לעיתים קרובות מופעל על היולדת לחץ כבד לתת את הסכמתה. לחץ כזה יכול לבוא לידי ביטוי בהתניית המשך הטיפול בכך שהיולדת תסכים למכלול פריטי הטיפול המוצעים לה/הנדרשים ממנה, המתבטאת לדוגמה באמירות כמו: "אם את נמצאת במחלקה אצלנו את חייבת לשתף פעולה עם נהלי המחלקה ודרכי הטיפול כאן", או בשאלה: "אם אינך מסכימה ל-X, מדוע הגעת לכאן?", ויכול להיות מלווה בטופס הסכמה גורף המהווה ביטוי פורמלי וממוסד לדרך פעולה זו. בהקשר זה יש לשקול באיזו מידה אכן מוצדק להגביל את חופש הבחירה של היולדת מתוך אחריות לשלומה ולטובתו של היילוד.

בסוגיה זו שלוש גישות אפשריות: (א) הכרה בכך שהיולדת היא האפוטרופסית הטבעית על היילוד, ועל כן היא המוסמכת לקבל החלטות טיפוליות לא רק לגבי עצמה אלא גם לגבי היילוד, ללא כל הגבלה. (ב) נאמנות של הצוות לשלומה ולבטיחותה של היילוד, ללא התחשבות בהעדפותיה של היולדת אם אלו מנוגדות לבטיחותה המירבית של היילוד. (ג) הכרה בסמכותה הכללית של היולדת, תוך מתן מקום להפקעה של סמכות זו במצבים ייחודיים שבהם החלטתה עלולה לסכן את היילוד במידה ניכרת, השקולה להתעללות או הזנחה שהייתה מצדיקה הפקעת סמכות ההחלטה ההורית לגבי טיפול רפואי בילד קיים.

האפשרות השלישית היא המקובלת על המועצה. לפי גישה זו, כמעט בכל המצבים שבהם נדרשת החלטה בין חלופות טיפוליות – או בין שתי הפרדיגמות הטיפוליות בכללותן – יש לאמץ ללא ערעור את זכותה וסמכותה של היולדת לקבל את ההחלטות הנדרשות, גם אם מדובר בהגברה קלה של הסיכון ליילוד. אין הדבר שונה ממעשים שבכל יום, כאשר הורים מקבלים החלטות בנוגע לחיי ילדיהם בכלל ולטיפול הרפואי בהם בפרט, כאשר שיקולים שונים ומגוונים עשויים לגבור על משקלו של שיפור קטן בבטיחות.

4.3. נסיבות האינטראקציה בין הצוות ליולדת בתהליך הלידה הן מיוחדות ושונות מאלו השוררות במרבית ההקשרים הטיפוליים שבהם מתבטאת ומתממשת הסכמה מודעת, וזאת לפחות בשלושה היבטים:

4.3.1. הלידה היא תהליך הנמשך שעות ואף ימים, וכולל סדרה של החלטות טיפוליות, שמקצתן תלויות זו בזו. חופש בחירה אמיתי ומשמעותי בנסיבות כאלה דורש שיח מתמשך המעוגן ברצף טיפולי. כאשר הפניות לקבלת הסכמה להתערבויות נעשות באופן בדיד ונקודתי, היכולת להסכים או לא להסכים עלולה להצטמצם עד מאד;

4.3.2. חלק מן ההחלטות בדבר התערבות תובע תגובה בתוך חלון-זמנים קצר, שאינו מאפשר מסירת מידע והתמודדות עמו באופן הנחוץ להחלטה משמעותית;

4.3.3. בחלק מתהליך הלידה היולדת נמצאת במצב גופני ורגשי העלול להקשות על תקשורת, הן במסירת מידע אליה והן בקבלת מסר ברור ממנה.

4.4. לליקויים בהתייחסות טיפולית ליולדת השלכות בעוצמה ייחודית. עוצמה ייחודית זו נובעת הן ממקומה של הלידה כחוויה קיומית מרכזית אצל נשים רבות, והן מן העובדה שהטיפול ביולדת נוגע בחלקי גוף מוצנעים ומיניים, אשר אופן המגע בהם וההתייחסות אליהם כרוכים בפגיעות רגשית מיוחדת. עקב כך, התערבות טיפולית הנעשית בלא הסכמה שהתקבלה מתוך שיח סבלני ומכבד – עלולה להיות בהקשר זה של הלידה חמורה לאין שיעור מהתערבות על רקע פגמים דומים בהקשרים רפואיים אחרים. הפרת רצונה של היולדת תוך התערבויות שאינן עולות בקנה אחד עם האופן שבו היא חפצה לחוות את הלידה – עלולה לפגוע פגיעה משמעותית בטיב החווייה החיונית ויקרת הערך הזו. באופן דומה, שיח גס ומבזה המוסב כלפי גופה או פעילותה של היולדת – וקל חומר, נגיעה במקומות מוצנעים ללא שיח מכבד וקבלת הסכמה ברורה ומלאה מראש – עלולים להוות אלימות מיילדותית וליצור או לעורר טראומה חריפה.

5. שילוב גורמים זה של פער בין שתי הפרדיגמות הטיפוליות, בצירוף העובדה שהמערכת מנוהלת רובה ככולה על פי הפרדיגמה הרפואית בלבד; תפיסה נפוצה של חובת הגנה על טובת היילוד ומאפיינים של האינטראקציה בין הצוות למטופלת שהם ייחודיים ללידה; וטיבה הרגשי, הקיומי והאינטימי של הלידה, גורע מחופש הבחירה של היולדת ומכרסם בתוקף ההסכמה/ סמכות הסירוב של היולדת.



המועצה הלאומית לביואטיקה

חלק V - שיקולים יישומיים מעשיים

1. שאלת חופש הבחירה בלידה צריכה להידון בשני מישורים: (א) במישור הפרטני – עד כמה ניתנת ליולדת האפשרות לבחירה אוטונומית, על יסוד מידע מספיק ומהימן, לגבי אופן התנהלות הלידה והנעשה בה; (ב) במישור המערכתי – עד כמה חדרי הלידה בבתי החולים, ומערכת הבריאות בכללותה, תומכים בחופש זה או שוללים אותו.
2. נוכח הקשיים הייחודיים בנוגע למתן הסכמה להתערבויות טיפוליות שונות במהלך הלידה, יש צורך בתמיכה בחופש בחירה ובקבלת החלטות טיפוליות באופן מתכלל ותהליכי תוך יצירת שיח אפקטיבי שיאפשר התכוונות להחלטות משמעותיות מראש. הטופס הקיים במערכת, בו מתבקשת היולדת להחליט מראש על סדרה מקפת של התערבויות טיפוליות, לקוי מבחינה אתית, וזאת משלושה טעמים: (א) בצורתו הנוכחית הטופס דורש לציין התערבויות שאליהן אין היולדת מסכימה – וזאת בניגוד לנורמה הקבועה והנכונה, הדורשת הסכמה חיובית. (ב) הטופס נראה כמכוון לגייס הסכמה (או סירוב) מראש כתחליף להחלטה בזמן אמיתי, בעוד הדבר הנדרש הוא הכנה מראש כתמיכה בהחלטה בזמן אמיתי. (ג) נראה בעליל כי חתימה על טופס כזה מתבצעת בהקשר חפוז של קליטה בחדרי לידה בשעת לידה פעילה או בסמוך לכך, באופן שאינו מעודד ומן הסתם אפילו אינו מאפשר שיח משמעותי כלשהו על טיבן של ההתערבויות הנזכרות בו, על הסיכויים והסיכונים הגלומים בכל אחת מהן בהשוואה לחלופות אפשריות וכיו"ב.
- תחת זאת, יש צורך בשיח שבו יובהרו רצונותיה של היולדת בדבר התערבויות טיפוליות שונות, אשר צריך להתרחש עוד לפני כניסתה ללידה פעילה. בנוסף יש צורך ביצירת רצף, הן בהכנה ללידה והן בקליטה במקום הלידה ובמהלך הטיפול, שיאפשר מחשבה מראש על חלופות ועל החלטות העשויות לעלות במהלך הלידה, וקבלת החלטות מתוך חופש ואחריות בזמן אמת, על בסיס אותו שיח מקדים.
3. תנאים טובים למימוש של רצף טיפולי כזה עשויים להתקיים בייחוד באמצעות מקצוע המיילדות, בין אם מדובר במיילדות המועסקות בחדרי לידה בבתי החולים ובין אם מדובר במיילדות הפועלות מחוץ לבתי החולים, אם בלידות בית ואם במרכזי לידה. תוקפה של הטענה לפיה יש לפעול בניגוד לרצונה של היולדת מתוך אחריות לשלמו של היילוד הינו כאמור מצומצם ביותר. יתר על כן, אף בנסיבות שבהן מידת הסיכון ליילוד היא כה גבוהה עד שיש לשלול את סמכות ההחלטה של היולדת לגבי כאפוטרופסית טבעית, יש להביא בחשבון את חובת הצוות הטיפולי כלפיה ואת המגבלות שחובה זו מטילה על הרשות והיכולת לבצע התערבות טיפולית לטובת היילוד, באשר הגישה אליו כמטופל היא רק דרך גופה של היולדת.
4. התארגנות מערכת הבריאות, המונהגת רובה ככולה בידי מקצוע הרפואה, באופן שיתמוך בחופש בחירה ממשי בין שתי הפרדיגמות הטיפוליות ללידה, אשר רק אחת מהן משויכת למקצוע הרפואה, כוללת התייחסות למספר גורמים ורכיבים, בהם: הכשרת מיילדות בפרדיגמה המיילדותית של לידה פיזיולוגית; ארגון חדרי הלידה באופן שיציע ליולדת עם קליטתה בחירה בין מסלול הטיפול הרפואי למסלול הטיפול המיילדותי; ותמיכה בביצוען של לידות חוץ-אשפוזיות, באופן שיבטיח אפשרות מיטבית ויעילה להעברת היולדת לבית חולים במידת הצורך. רכיב חיוני בהתארגנות זאת קיים כבר במערכת, והוא מעמדו העצמאי של מקצוע המיילדות.
5. חופש הבחירה בלידה כולל גם איסור על התניית טיפול או נטישת היולדת. חובת המוסר והאתיקה המקצועית אינן מאפשרות התניית מתן טיפול בהיענות של היולדת לדרישות או להנחיות של המערכת, המוסד, המחלקה או של המטפלת לאור שיקול דעת/ה הקליני בדבר הפרדיגמה הטיפולית בכללותה או רכיבי התערבות כלשהם. מבחינת האתיקה המקצועית, יש לראות את ההנחיות המקצועיות הקיימות הן ברמת המחלקה/ המוסד הרפואי, והן ברמה הארצית – בהנחיות של איגודים של המקצועות הטיפוליים (בהקשר הנוכחי – רופאים ומיילדות) ובהנחיות של משרד הבריאות (במתכונת של חוזרי מנכ"ל או מינהל הרפואה), כהמלצות רבות-משקל המעוצבות על פי מיטב הידע והמחקרים הסטטיסטיים (כאשר כמובן יש להקפיד שאכן כך יהיו, בייחוד תוך התחשבות בקיומן של שתי פרדיגמות טיפוליות), ולא כהוראות מחייבות הבאות לשלול את שיקול הדעת הקליני.



המועצה הלאומית לביוטכניקה

בכל מצב שבו נדרשת הסכמת המטופלת להליך מסוים המוצע לה (למעט נסיבות שבהן יש לתת טיפול ללא הסכמה לפי הוראות סעיף 15 לחוק זכויות החולה), אין הצוות רשאי להימנע מהמשך הטיפול בה עקב אי הסכמתה או לאיים בהימנעות כזאת. יחד עם זאת, צריכים הרופא או המיילדת להסביר ליולדת את הסיכונים, ככל שהם משמעותיים לדעתם, שהיא נוטלת על עצמה בבחירתה, ולהציע חלופה מקצועית מקובלת. לכן לדוגמה, אין להתנות את הטיפול ביולדת לאחר ניתוח קיסרי או ביולדת הנושאת תאומים, הבוחרת בלידה נרתיקית, בהסכמה שלה לניתוח קיסרי; אין להתנות המשך שהייתה במחלקה של יולדת המתנגדת לזירוז (השראת לידה) בשלב בהריון שבו הנחיות המחלקה או האיגוד מחייבות זירוז כזה, בהסכמה לזירוז; או באופן דומה להתנות המשך שהייתה במחלקת של יולדת המתנגדת לניטור רצוף (מוניטור), המחייב תנחות שכיבה ללא אפשרות להתהלך, בהסכמתה לניטור כזה -- אף אם נוהלי המחלקה מחייבים ניטור כזה ליולדות בכלל או ליולדת במצבה המסוים. כך גם אין להתנות טיפול ביולדת המסרבת לבוא לבית חולים ובוחרת ללדת בבית גם כאשר חסר אחד או יותר מן התנאים הנדרשים ללידת בית על פי חוזר מינהל רפואה, בציות להנחייה ובמעבר לבית חולים.

חלק VI - המלצות

1. אימוץ שתי הפרדיגמות הטיפוליות על ידי משרד הבריאות, בהחלטה והצהרה של המנכ"ל/ראש מינהל רפואה/ראש מינהל סיעוד, ברוח המלצות ארגון הבריאות העולמי התומכות ברכיבים רבים של הפרדיגמה המיילדותית (ובכלל זה עידוד של ניהול לידה על ידי מיילדות), והכפפת שתי הפרדיגמות לאותה מערכת סטנדרטים. הקמת צוות מעקב למימוש השלכותיו של אימוץ זה, צוות שבו יינתן מקום שווה למקצועות המיילדות והרפואה, עם ייצוג להיבטים אתיים, משפטיים, כלכליים ואחרים וכן לציבור היולדות. משימות הצוות יכללו יצירת שיתוף פעולה חיובי בין מערך הלידות החוץ-אשפוזיות לבתי החולים וקידום רצף טיפולי ממעקב ההריון, דרך ההכנה ללידה, ועד הלידה עצמה.
2. שינוי הפרקטיקות של יידוע והסכמה למכלול ההתערבויות במהלך הלידה, כך שיתאפשר ליולדות חופש בחירה ממשי, ללא לחץ ואיומים וללא התניית טיפול או איום בנטישה, הן בלידות בבתי חולים והן בלידות חוץ אשפוזיות.
3. עידוד האפשרויות ללידה פיזיולוגית, על פי פרדיגמת הטיפול המיילדותי:
 - 3.1. הקמת מסלולים מקבילים לקבלה וניהול של לידות – מסלול על פי הפרדיגמה הרפואית בניהול רופאים, ומסלול על פי הפרדיגמה המיילדותית בניהול מיילדות, בכל בתי החולים.
 - 3.2. הפעלת מסלולים להכשרת מיילדות בלידה פיזיולוגית.
 - 3.3. תמיכת משרד הבריאות באפשרות ללידה חוץ אשפוזית, הן בלידות בית והן במרכזי לידה עצמאיים בניהול מיילדות (כאשר לא לכל יולדת החפצה בכך יש אפשרות ללידת בית בתנאים הדרושים ובייחוד לא בקרבה הגיאוגרפית הנדרשת), כולל יצירת תנאים ונהלים להעברה בטוחה ויעילה לבית חולים במידת הצורך. קביעת ההנחיות המקצועיות לניהול לידות חוץ-אשפוזיות בידי מיילדות האמונות על כך.
4. הסרת חסמים כגון היעדר ביטוח, היעדר מימון שוויוני במסגרת ביטוח הבריאות הממלכתי והביטוחים המשלימים; וכן חסמים משפטיים ומינהליים, ובכלל זה החלת הבחנה בחקיקה (במידת הצורך) בין טיפול רפואי (הניתן בבתי חולים) לטיפול מיילדותי (שאינו מצריך בית חולים), על מנת לאפשר הפעלתם של מרכזי לידה עצמאיים.
5. ייזום מחקר יסודי על ידי משרד הבריאות בנוגע לתהליך הלידה, הן בחדרי הלידה והן במרכזי הלידה במידה ויוקמו כאלה. מטרת מחקר זה תהיה לבדוק את איכות ובטיחות הטיפול ביולדת, כולל את מידת ההסכמה מדעת וחופש הבחירה הניתנים לה. מחקר כזה יאפשר מיקוד של מאמצי התיקון במקומות ובהקשרים שבהם מצויים ליקויים אתיים וצורך בשיפור איכות ובטיחות הטיפול ביולדת.