

המועצה הלאומית לביו-אתיקה

ישיבה שמינית שהתקיימה ביום ה', 20.2.2014

במרכז הרפואי שערי צדק

משתתפים : פרופ' אפרת לוי-להד – יו"ר

פרופ' אברהם שטיינברג – יו"ר

פרופ' נועם זוהר

פרופ' בועז לב

ד"ר אלה קורן

ד"ר איתן לה-פיקאר

פרופ' יעל השילוני-דולב

פרופ' רות לנדאו

ד"ר כרמל שלו

פרופ' אבינועם רכס

גב' שחר צוקרמן

מרצים מן החוץ :

פרופ' יואל זלטוגורה

פרופ' נאורה אלטרמן

פרופ' ארנון סמואלוב

על סדר היום:

1. דיון בנושא עומק הבדיקות הגנטיות
פרופ' יואל זלוטוגורה – מנהל המחלקה לגנטיקה קהילתית
במשרד הבריאות
2. זכויות האדם וחופש בחירה בלידה
פרופ' נועם זוהר- ראש התוכנית ללימודים מתקדמים בביואטיקה, מח' לפילוסופיה, בר אילן
- גב' נאורה אלתרמן – רכזת מחקר ומידע של עמותת, נשים קוראות ללדת למען חופש בחירה בלידה
- פרופ' ארנון סמואלוב – מנהל מחלקת מיילדות וסיבוכי הריון במרכז הרפואי שערי צדק
3. אישור נייר העמדה בנושא סדציה בסוף החיים
4. אישור נייר העמדה בנושא פינוי כפוי ע"י מד"א

פרוטוקול

אברהם שטיינברג: לפני שנתכנס לסדר היום, ד"ר בועז לב רוצה לשתף אותנו במשהו. אני חושב שנתחיל עם זה, כי הוא צריך לעזוב. בועז לב: או.קי. בקצרה, כי אמרנו שגם נביא דברים משולחן המשרד, ויש דבר שהוא כן בסוגיה מהותית אתית, למרות שאנחנו עכשיו עוסקים בצד האפידמיולוגי, וזה הנושא של תרומות דם מאתיופים וMSM מגברים שמקיימים יחסים עם גברים, לגביהם ככל שהם מצהירים בעת תרומות הדם, שהם שייכים לאחת הקבוצות האלה, או יש להם קשר עם מישהו שקשור לאחת הקבוצות האלה, או נולדו באנגליה או שהו באנגליה בתקופת "הפרה המשוגעת" מה שאנחנו קוראים, אז הדם שלהם למעשה יש דיפרן שאולי. שרת הבריאות והקבוצות, לא נוחה דעתן מהdefer האין סופי הזה של תרומות הדם שלהם,

והוקמה וועדה שבאה לדון באמת האם צריך להיות defer כזה. צריך לומר שאנגליה וגרמניה למשל, קיצרו את תקופת deferral לשנה. כוללות כל מיני שאלות באיזה מצבים ניתן לקצר את תקופת deferral או איך ניתן לייצר גישה אחרת. אם ניקח למשל את האוכלוסיה האתיופית, אז סדר גודל של כ- 2% נושאים HIV נשאים, 2% מאלה שנולדו באתיופיה. השאלה אם בגינם של 2% האלה, אנחנו בעצם מכתמים את כל האוכלוסיה הזאת ואומרים להם: אתם לא תתרמו, אתם מנועים מלתרום דם.

יש דרך, במקום לעשות מה שנקרא group risk ששם אנחנו למעשה מטילים על כל האוכלוסיה, האם יש דרך לרבוד אחרת את האוכלוסיה הזאת ולעבור לשאלון או לכלים שעושים personal risk assessment. אנחנו מתעסקים עכשיו קצת בסוגיה הזאת, אוספים את הנתונים ומנסים לראות אם יש דרך להתמודד. צריך לומר שאסא כשר חבר בוועדה הזאת, השרה מינתה את הקבוצה, בראשה נמצא פרופ' גרין, אז רציתי לספר לכם שיש כזאת וועדה.

אפרת לוי-להד: יש מישהו מבנק הדם?

בועז לב: כן. יש כמה אנשים מבנק הדם: ג'לי אורלין, מנהלת בנק הדם ברמב"ם אם איני טועה, ופרופ' מולי שנהר בעצם משקיפה. אני חשבתי שחשוב שנדע על זה שיש וועדה, כי הסוגיה המרכזית שם בעצם היא האם ניתן לייצר מצב שבו חולים מקבלים דם שהוא לכאורה בעל סיכון יותר גבוה, ומה רמת הסיכון שאנחנו מוכנים לאפשר בסיטואציה הזאת. האם יש לנו זכות או אפשרות להטיל על ציבור החולים דם שהוא איננו בטוח, כפי שיכול להיות דם אחר. אף דם איננו בטוח, כלומר, אם אנחנו מסתכלים במהלך של עשר שנים, באוכלוסיה שהיא מצהירה על עצמה שהיא איננה מקיימת יחסי, ז"א שהיא עונה על כל

הקריטריונים האלה, עדיין יהיו ארבעה עד חמישה מקרים על מהלך של עשר שנים, של HIV, כמובן צריך לזכור, אפרת לוי: אבל בודקים את המנות, לא?

בועז לב: בודקים את כל המנות, יש תקופת החלון כמובן. הבעיה היא תקופת החלון. ויש גם סוגיה של נשאות של HBV פטטיס B ו CVI שבהם תקופות החלון הן יותר ארוכות, כך שזה בעצם המנדט של הוועדה לעסוק בזה, ולראות איך ניתן לשנות את השאלון או איך ניתן לשנות את המדיניות, כך שאולי ניתן יהיה להרחיב במידה כזאת או אחרת, להסיר את deferral הזה.

אברהם שטיינברג: אולי במסגרת הדיווח שלך אתה רוצה להגיד כמה מילים על הגזזת? גם שם יש לנו נושאים בעייתיים. הוועדה של הגזזת.

בועז לב: תראו, נושא הגזזת, אנחנו היום בעצם, חוק הגזזת שהוא חוק מאד בקוולנטי ואין הרבה דומים לו בעולם, שבו מפצים אוכלוסיה שהוקרנה בגין מחלת הגזזת, ובזמנו לתוך חוק הגזזת נכנסו מספר מחלות, מספר מוגבל של מחלות, בעיקר של ראש, צוואר ולויקמיה. לויקמיה כבר נעלמה, ז"א אנחנו כבר לא נמצאים בתקופת החשיפה של הלויקמיה, זאת גם שאלה, משום שיש אנשים שעדיין לוקים בלויקמיה והיתה להם גזזת, אבל אין קשר טמפורלי בין ההקרנה לבין מחלת הלויקמיה. אבל יש מחלות שתקופת החלונות שלהם ארוכה.

בזמנו הוכנסו מחלות לתוך הפיצוי של הגזזת, שה risk ratios שלהם היה מאד גבוה, סדר גודל של בין 4 ל-10, מחלות כמו מנינגיומה, וגידולי ראש צוואר בעיקר. אבל יש מחלות שהיום אתה יכול לבוא ולומר בצורה די מפורשת, שיש קשר סיבתי אפילו. כמו למשל סרטן שד, אלא שה risk מאד נמוך. ומה המשמעות? שמתוך סדר גודל של מאה נשים, לצורך העניין,

אני לא יודע אם אני מדייק במספרים, שמאה נשים יש להן סרטן השד, מתוכן ניתן לבוא ולומר, בוא נאמר, 30 מהן יש קשר, אבל 70 מהן אין קשר, כך שאתה תצטרך לפצות מאה נשים, כאשר מספר נשים שבתוכן ניתן לייצר את הקשר ואתה לא יכול לומר מי הן מתוך הקשר הזה, מי אותה אישה שבה ניתן לייצר את הקשר אחד לאחד. ולכן יצרנו וועדה שתנסה לייצר קריטריונים, שתבוא ותאמר מי יהיה זכאי, ז"א לא מי יהיה זכאי, אלא מהם הקריטריונים להכללת מחלה לתוך הזכאות של חוק הגזזת.

אברהם שטיינברג: כן, גם כל מה שנכנס,

בועז לב: קודם כל לקבוע את אמות המידה ואיך מייצרים את הקשר הזה, ואח"כ לראות איך אנחנו מיישמים את זה, איך אנחנו מקדמים את זה, כמובן מדובר בפיצוי כספי בעל משמעות והחוק הזה הוא לכאורה, בהתחלה חשבו שהוא יעלה איזה 2-4 מליון, 10 או 20 מליון, היום כבר מגיעים לסדר גודל של מיליארד או משהו. רק כדי שנבין איך זה גדל.

רות לנדאו: בכמה אנשים מדובר?

בועז לב: מדובר בעשרות אלפים אנשים שהוקרנו. ברגע שהם הוקרנו, הם לכאורה נכנסים לתוך תחום הזכאות, כמובן שהזכאות שלהם מתממשת אם יש להם מחלה שניתן לקשור אותה ולהכניס אותה לתוך הקריטריונים של חוק הגזזת. זאת סמכותו של שר הבריאות. מעט הנסיונות שנעשו להכליל מחלות שלכאורה עומדות בקריטריונים שסברנו, לא צלחו. ז"א ניסינו להכניס גידולים של תאי wave וזה עדיין לא נכנס. זאת סוגיה מאד בעייתית, איך מממשים את הזכאות הזאת.

רות לנדאו: ז"א במשך הזמן זה לא מספר שאמור לרדת?

בועז לב: התשובה היא כן. לא תאורטית, גם מעשית.

רות לנדאו: מעשית, חיים פחות.

בועז לב: נכון. נכון. אנחנו לא רואים את הירידה הזאת עדיין וגם הזכאות היא לא של הנפגע, אלא גם לחולים שגם להם יש איזה זכאות.

נועם זוהר: אנשים שהיו ילדים צעירים בשנות החמישים המוקדמות. בדיוק בגיל שמופיעות המחלות עכשיו. עכשיו, בעשר השנים האלה, אח"כ יגיעו לתוחלת החיים בסביבות 80 אז זה ייגמר.

בועז לב: נכון. הבעיה היא תמיד האשראי, ז"א אין כסף עכשיו, והם צריכים את זה עכשיו, החולים האלה, אם הם זכאים, הם צריכים את הכסף עכשיו.

יעל השילוני דולב: כסף שהוא לא, טיפול מטפלים בהם, הכסף הוא פיצוי, זה לא שלא מטפלים בהם.

רות לנדאו: פיצוי מעבר לטיפול. בכל אחד הלא מטפלים

בועז לב: את צודקת.

כרמל שלו: אפשר לשאול עוד שאלה את משרד הבריאות? כי אני חשבת, אני ראיתי שיצא פה תסקיר פונדקאות של היועצת המשפטית ואני חשבת שזה נושא שראוי להעלות כאן.

אפרת לוי: אנחנו התלבטנו לגבי זה, אני אגיד מה הבעיה שראינו, כמובן שאפשר עוד לדבר על זה, גם פרופ' שטיינברג וגם אני, היינו חברים בוועדת מור יוסף, שעסקה במשך יותר משנה בכל הנושא של חקיקה של פוריות בארץ. גם פרופ' שטיינברג וגם אני חתומים על חוות דעת של מיעוט באותה וועדה בנושא פונדקאות. אני מודה, ואני בעצמי גם נפגשתי יחד עם עו"ד יהושע שופמן. אני רק אגיד, דעת המיעוט היתה שלא צריך בכלל להתיר בארץ פונדקאות בתשלום, וצריך להתיר פונדקאות אלטרואיסטית לכל דורש. ז"א אם יש תרומה אלטרואיסטית אפשר לעשות פונדקאות, לא משנה אם אתה זוג, יחיד, מה שלא יהיה, אבל שנהיה כשאר המדינות המתקנות בעולם ולא תתאפשר פה פונדקאות בתשלום.

אנחנו נתקלנו בחומה בצורה. כך שאני פשוט, התחושה שלי שזה משהו שכבר דנו בו היום, יצא, אני לא יודעת אם ראיתם את הדו"ח של וועדת מור יוסף, אבל זה דו"ח מאד מפורט שדן בכל ההיבטים, גם חוות הדעת של המיעוט שם היא מאד ברורה ומפורטת. יש מסמכים של חדווה אייל ושל אתי סממה, ובחרים לא להתייחס אליהם. יש כוחות פוליטיים,

אברהם שטיינברג: יש גם כוחות שוק.

כרמל שלו: סליחה, אפשר לדבר על זה אם עדיין לא ראוי בכל אופן שהמחלוקת, שהדיון הציבורי יעושר ע"י איזושהי התייחסות של המועצה, כי זה תזכיר, ואני רוצה להתייחס לנושא שלא נדון בוועדה, ואני כן רוצה להסביר אותו. וזה הנושא של פונדקאות חו"ל.

אפרת לוי: גם לזה התייחסו, זה מופיע בכל הדו"ח שם.

כרמל שלו: לא, אבל יש כבר פירוט ואותי זה הנושא שמעניין כרגע, במיוחד. ויש שם מקום לדיון על הנושא של האם אנחנו צריכים להיות self-sufficient כמו הנורמה הבינלאומית המנחה בהשתלות אברים, והאם אנחנו יכולים לחיות עם סטנדרט כפול. האם זה ראוי שיהיה סטנדרט כפול. אז אני כן מציעה דיון במועצה לפחות בזווית הזאת, שאמנם מור יוסף המליץ להסדיר, אבל הנה יש פה הצעה ממשית להסדרה, ואני חושבת שצריך לתת את הדעת

אברהם שטיינברג: זאת ההסדרה.

יעל השילוני: אולי כבר לא תהיו בדעת מיעוט?

כרמל שלו: שיתעלמו מאתנו, אבל אנחנו נביע את דעתנו.

אפרת לוי: אני מציעה, כרמל, אולי תכתבי לגבי ההיבטים שאת חושבת, הנוספים. אני אגיד על זה אולי מילה תכף. אולי תכתבי משהו קצר על מה את רואה, שנפיץ לכולם ואז אפשר אולי להחליט,

- נועם זוהר : אני רק רוצה להבין, את אומרת בואו נדון, או יעל, בואו נדון מחדש בחלק מהדברים בפרק הפונדקאות של מור יוסף, או בואו נניח, הדו"ח ההוא כמו שהוא,
- אפרת לוי : ונסתכל על תזכיר החוק,
- נועם זוהר : ונבדוק את ההשלכות לגבי פונדקאות חוץ. זה שתי אמירות שונות, אני לא שולל אף אחת מהן. אני רק מנסה להבין.
- כרמל שלו : אני לא מציעה לחזור למור יוסף. תזכיר החוק איננו מור יוסף. אפרת לוי : נכון.
- כרמל שלו : תזכיר החוק שונה ממור יוסף.
- נועם זוהר : מתעלם לגמרי.
- כרמל שלו : תזכיר החוק הוא תזכיר חוק, ויש מקום להתייחס לתזכיר החוק. ופה את אומרת: טוב, אנחנו כבר הבענו את דעתנו על פונדקאות פנים בתוך ישראל,
- אפרת לוי : לא, גם חו"ל.
- כרמל שלו : אבל לא היה הסדר. עכשיו יש הסדר מוצע,
- אפרת לוי : כרמל, אנחנו באותו צד של המתרס בעניין הזה. זה ברור לגמרי, אני חושבת. אני פשוט מנסה להגיד שיחסית לכוחות של המועצה, ואמרתי את זה כבר גם קצת בפעם הקודמת, אני מרגישה שזה משהו שבו הסיכוי שלנו להשפיע הוא מאד קטן. אני כמובן אשמח אם אני טועה. אני חושבת שאם זה משהו שאת יכולה לכתוב מה נראה לך מתאים בזה. מה עמדת , מה את חושבת שראויה להיות עמדת המוצא, אז אפשר אולי לעשות עם זה משהו.
- כרמל שלו : אפרת, אני מציעה שזה יעלה לדיון במועצה. למה לעשות את העבודה מראש? בואו נדון בזה, בואו נקרא את תזכיר החוק, זה מעניין שהם לא בקשו את חוות הדעת של המועצה. בעניין force feeding הם בקשו ובעניין הזה לא.
- אפרת לוי : גם בעניין ה feed הם לא בצעו.

יעל השילוני: היועץ המשפטי כבר יצא, אבל עוד לא כתבנו שום דבר וכבר הוחלט שכן תהיה כפייה. בניגוד למה שמסתמן.

אפרת לוי: ודרך אגב, אני הודעתי גם לבועז, לצערי לא הספקנו לכתוב, ואני תכף אגייד, נמצאת פה שחר, כי אנחנו רואים שאנחנו צריכים יותר עזרה בכתיבה, אבל אני כן דיווחתי בע"פ והפרוטוקולים גם קיימים ונשלחו, של העמדה של המועצה, כמו שאת מבינה.

יעל השילוני: אנחנו צריכים להשמיע את קולנו. שידעו שאנחנו חושבים אחרת.

אברהם שטיינברג: נקבעו שלוש פעמים או ארבע פעמים פגישות טנטטיביות בין שנינו לבין השרה, וכולן בוטלו. אנחנו מעולם עוד לא נפגשנו אתה.

בועז לב: זאת נקודה מהותית. אני לא חושב, אברהם שטיינברג: לא, בהקשר של המועצה, בנושאים אחרים נפגשנו אתה, אבל בנושא הזה לא.

אפרת לוי: הנושא של הפונדקאות הוא בוער בעצמותיה, אני לא בדיוק יודעת למה, אבל הוא בוער בעצמותיה, ועל זה היא קראה לי, אברהם שטיינברג: בדרך מסוימת.

אפרת לוי: כן, בסדר, בוער בעצמותיה, אז היא קראה לי ולעו"ד שחר לפגישה שהתקיימה. אבל פגישה של שנינו בתור יו"ר, הרי אנחנו התחלנו להיות יושבי ראש המועצה עוד לפני שהיא היתה שרת הבריאות. ליצמן עוד היה שר הבריאות. ואנחנו מרגע שהיא נבחרה,

בועז לב: אני אנסה לסייע בעניין של המפגש, כי אני לא חושב שהיא מודעת דיה לפעילות של המועצה הזאת, למרות שאני הצגתי לפני חשב מאד במפגש הזה, כדי שהיא תשתמש בכלי הזה.

רות לנדאו: אני לא יודעת אם זה הפורום בכלל, אבל אם אנחנו מדברים על משרד הבריאות, אני רוצה לשאול שאלה לגבי סל הבריאות,

שאני לא הבנתי בדיוק את המימון של הפסקות הריון על סעיף של הנשים הפנויות בכל גיל, כאשר יש תרופות שכיחות שהנשים לא מקבלות, שהתרופות האלה אינן בסל התרופות, כמו תרופות פשוטות לסכרת, אנחנו קוראים שיש המון קשישים שצריכים להתלבט בין חימום לבין תרופות, ולא הבנתי למה הדבר הזה, המימון של הפסקות הריון על רקע חברתי, לא בריאותי, לא נמצא בסל. זה לא אתי בעיני לגמרי.

בועז לב: יכול להיות. אבל זה באמת עניינים של דיוני וועדת הסל שהיא וועדה כשלעצמה, אפשר להזמין את מפעילי הוועדה לכאן.

יעל השילוני: אני חושבת שאני יכולה לענות על זה תשובה, לא שאני כל כך בקיאה, אבל בדרך כלל המעטות שאין להן את האנשים הבודדים של השכנים לעשות את ההפלה, מגיעות ממגזרים, מקבוצות אוכלוסיה מאד מאד חלשות ואני חושבת שאם היית שומעת הרצאה מסודרת על זה, אני לא בטוחה, כן, אבל אני חושבת שהיית משתכנעת שזה הכרחי. ושלא צריך להאשים אותן.

אברהם שטיינברג: אני שמעתי מפרופ' הלוי, שהכוונה היתה לאלו שהוועדה אישרה להן את הפסקת ההריון.

יעל השילוני: כן. כן.

אברהם שטיינברג: אז זה לא על רקע חברתי. אין סעיף חברתי היום בחוק ההפלות.

רות לנדאו: או.קי. אז לא קראתי לזה נכון. זה לגמרי חברתי, מפני שאם אתה מדבר על גיל, זה רק על נשים בגלל גיל, לא הבריאות.

אברהם שטיינברג: יש חוק שמאפשר הפסקת הריון. החוק הזה, יעל השילוני: לא כולל סעיף סוציאלי.

אברהם שטיינברג: לא כולל סעיף סוציאלי במהותו. עכשיו, אם אישה בגיל מסוים קיבלה היתר ע"י וועדה על הפסקת הריון, בטווחי גילים מסוימים הקופה מממנת, ובטווחי גילים אחרים הקופה

לא מממנת. וועדת הסל חשבה שזה לא הגיוני. מה ההבדל?
 למה אישה בשלב הזה או הזה לא יממנו לה ובשלב הזה כן
 יממנו לה? אם יש אישור להפסקת הריון, אז המדינה מממנת.
 זה הרעיון שלהם.

רות לנדאו: אבל האישור הוא אוטומטי,

אברהם שטיינברג: זה בודאי לא בסדר, אך זה לא היה הנושא בוועדת הסל.
 רות לנדאו: לוקחים את תעודת הזהות ורואים היא מעל לגיל 19, מתחת
 לגיל 40, אוטומטית מאשרים.

יעל השילוני: המימון.

רות לנדאו: המימון והאישור.

יעל השילוני: למה? הוועדות הן אוטומטיות?

אברהם שטיינברג: לא, הגיל הוא אוטומטי. זה בחוק.

יעל השילוני: ההיתר מתחת לגיל 17 ומעל גיל 40, אבל כאן ניתן לדבר על
 נשים בגילאים עד 28 או עד 32, לא יודעת מה הגיל. זה לא
 קשור לעילת גיל הריון.

רות לנדאו: נכון. ז"א שאת יכולה להיות לא בן אדם אחראי ויממנו לך. זה
 כל מה שזה אומר באמת.

יעל השילוני: רות, תסלחי לי, פמיניסטיות רבות היו מזדעקות, אני חושבת
 היו חושבות שזה לא סתם לא אחראיות, יש מליון סיבות
 אחרות, אנשים לא מדלגות בשמחה להפלות, ואם יש מעטות
 שעושות את זה, אפשר לחוס עליהן, כי זה גם לא תענוג גדול.
 אני לא חושבת שנשים קופצות להריונות וסוחטות את מערכת
 הבריאות, וגם אם יש כאלה, אז יש להן בעיה נפשית.

אפרת לוי: לא, הבעיה היא שמערכת הבריאות לא מממנת אמצעי מניעה.

יעל השילוני: זה נכון.

יעל השילוני: אבל וועדת מור יוסף, עסקה,

אברהם שטיינברג: אתם נכנסים עכשיו ללב הדיונים של וועדת הסל,

יעל השילוני: מה וועדת מור יוסף, מה, דנו דנו דנו, ו-?

אברהם שטיינברג: הוגשו המלצות, שמו אותן באיזה בוידם וזה מעלה אבק. יעל השילוני: אולי השיטה הכי טובה.

אפרת לוי: לא, ההמלצות, דרך אגב, הסיבה, בקשו הקימו את וועדת מור יוסף וההמלצות כולן נכתבו מתוך ראייה שצריך לשנות את החקיקה בנושא הפוריות.

אברהם שטיינברג: לאו דווקא הפונדקאות, יש המון נושאים. אפרת לוי: לא הפונדקאות, יש שם המון נושאים. בינתיים אפילו את העניין שיהיה דיון אחרי שאישה עשתה שמונה מחזורי IVF אני אומרת, אפילו את זה, הבנתי שזה בוטל. נכון? כרמל שלו: בוטל. בוטל.

אפרת לוי: אפילו את זה לא מצליחים להעביר. אתם שואלים אותי? אני לא יודעת.

רות לנדאו: זה שוב כוחות השוק. אפרת לוי: לא, אני לא יודעת, זה לא כוחות השוק.

רות לנדאו: זה היה בעיתון, הם מתנגדים, הגניקולוגים. אפרת לוי: אני לא חושבת. זה לא נכון. המועצה של הגניקולוגים החליטה את זה.

אברהם שטיינברג: היא תמכה, בוודאי, בוודאי. נועם זהר: גניקולוגים פרטיים שגורמים לזה, אפרת לוי: אבל בקיצור אני חושבת, בסופו של דבר מגיעה שרה חדשה, בואו נגיד ככה: הוועדה הזאת היתה שייכת לשר הקודם, בואו נהיה ריאליים, אז אני גם אומרת, נכנסת שרה חדשה, אני לא יודעת עד כמה היא מתייחסת, עוד כמה שכך לא מתייחסים לוועדות, לא ברור לי כמה מתייחסים לוועדות, נועם זהר: יש אפשרות שתפגשו עם השרה בנושא הזה, ותעלו את הדרישות של הוועדה הזאת. כי יש לזה אספקט אתי, אין מה לעשות.

כרמל שלו : אני חושבת שזה דיון שאנחנו יכולים להעלות בלי להזמין מומחים. אני חושבת שיש פה מספיק מומחיות סביב השולחן. צריך להקדיש לזה שעה, שאנשים יקראו את התזכיר ויגידו מה שהם חושבים, ונסכם דיון, בין אם זה משפיע ובין אם זה לא, אפרת לוי : נכון, אז אנחנו נעשה כך.

אברהם שטיינברג : אולי גם כהצעה לסדר, נושאים שאתה מביא לנו משולחן משרד הבריאות, גם אם זה לא נושא רשמי כשאלה למועצה, אני חושב שהיה יפה אם הוועדה תגבש מסקנות, להעביר את זה לידיעתנו, ואולי יש למישהו הערה, לא כמועצה דווקא, בכל נושא. אז היינו שמחים, אני חושב, אם אין התנגדות, לקבל ממך מדי פעם דברים שמגיעים לשלבים מתקדמים. מי מבין חברי המועצה שיחשוב שצריך דיון מלא, נעשה דיון מלא, ומי שיש לו רק להעיר, יכול להיות שזה יועיל.

בועז לב : זאת הסיבה שאני מביא את הדברים האלה.

אברהם שטיינברג : נכון, אבל אם זה יגיע לידיעתנו ואנחנו נפיץ את זה, יכול להיות שיהיה לנו מה לתרום לזה.

בועז לב : אתם קיבלתם את זה מפי התנור, היתה ישיבה ראשונה.

אברהם שטיינברג : אני אומר להבא.

בועז לב : גם להבא. וגם בעבר.

אברהם שטיינברג : או.קי. אז ניגש לסדר היום.

דיון בנושא עומק הבדיקות הגנטיות

אפרת לוי : כן, בעצם זה נושא שכבר קיבלנו מכתב מפרופ' גמזו לפני כמה וכמה חודשים וזה הנושא של עומק הבדיקות הגנטיות. אם אתם זוכרים, נייר העמדה של בדיקות נשאות למחלות של הגיל המבוגר, בעצם היה מן התחלה של הנושא הזה, וביקשנו מפרופ' זלטוגורה שיבוא לתאר בפנינו מה בדיוק השאלות שעומדות בפני משרד הבריאות, בגלל שזה נושא מאד מאד

רחב. אחרי שנשמע מיואל, אנחנו בעצם נרצה להקים תת וועדה לנושא הזה, ושחר צוקרמן שיושבת מימיני, היא יועצת גנטית בשערי צדק, ובקשתי ממנה שתעזור גם בתאום של הוועדה וגם בכתיבה, ואני גם פונה אליכם לנושאים שונים, אם יש לכם אנשים שהם עוזרי מחקר או אנשים שאתם חושבים שיכולים לסייע בעבודת הכתובה, יש לנו לפחות תקציב מסוים לזה, וזה יכול קצת להאיץ את קצב הפעילות שם.

נועם זהר: בשורה משמחת, בעקבות הפגישה באירופה.

אפרת לוי: נכון. במיוחד שחר היא משמחת.

נועם זהר: כן. גם וגם.

אפרת לוי: אבל היתה לנו, אני מנסה לחשוב מה להגיד על הפגישה עם גמזו.

אברהם שטיינברג: לא, רק להגיד שהוא מוטרד.

אפרת לוי: לא, אני זוכרת מה היה. בקיצור, בסדר, יואל יספר גם על הפגישה עם גמזו, כי הוא גם נכח בה.

יואל זלטוגורה: כשאנחנו מדברים על בדיקות גנטיות, למעשה אנחנו מדברים על שני סוגים של בדיקות. בדיקות סקר על מנת לגלות מי הן הזוגות בסיכון בתוך האוכלוסיה הכללית, ואנחנו לא מדברים על אוכלוסיה של אנשים שיש להם בעיות, כי אלה מגיעים לייעוץ גנטי והם מטופלים במערכת, אלא זוג, לקראת הריון, לקראת נישואין או בתחילת הריון, שבו למעשה המערכת ממליצה על בדיקות מסוימות מפני שכדי למנוע לידה של ילדים חולים. זאת מסגרת אחת. המסגרת השניה, היא האישה בהריון והבדיקות שמציעים אותן, כדי לוודא האם אותו עובר יש לו מחלה או אין לו מחלה. אז אם אני מתחיל עם המסגרת הראשונה של בדיקות הסקר, למעשה המקובל בעולם ומקובל בבדיקות הסקר, הוא למעשה קריטריונים שנקבעו כבר בשנים עברו ע"י ה-WAS ושמדבר על שלושה דברים עיקריים.

אחד, זה חומרה של המחלה, אנחנו מדברים על למנוע לידה של ילד, אז המחלה צריכה להיות חמורה. מקובל, העניין של חומרה הוא מאד מאד בעייתי מבחינת ההגדרה, אבל לקחת את הדוגמאות שזה התחיל, זה היה טלסניה, טי-זקס, מחלות קשות מאד בזמנו לפחות, טלסניה טי-זקס נשאר אותו דבר, גורמת למוות בגיל מאד צעיר, וללא שום יכולת לריפוי, וזה למעשה הדגם של מחלה קשה. שניים, שכיחות. הבסיס היה בסביבות אחד ל-10 אלפים, אחד ל-15 אלף, שכיחות, מפני ששוב, זה גם כן אחד מהקריטריונים בגלל התוצאות של פורטפוליו טיפוס, וכל מיני בעייתיות, גם כסף, ולכן הם קבעו איזשהו סדר גודל של שכיחות. ושלוש, הוא הקריטריון הבסיסי שאפשר לבדוק את המחלה שיש דרך לבדוק ולדעת מי הם החולים ע"י בדיקות שהן פשוטות. יש תת קריטריונים נוספים כמו למשל, לדעת בדיוק מהו המהלך של המחלה וכל מיני דברים, אבל זה הקריטריון הבסיסי, ולמעשה מדינת ישראל היתה בין המדינות הראשונות שבהן התחילו את בדיקות הסקר. הרקע הוא למעשה, שאחרי שקבאד בארה"ב גילה את הנושא של הטי-זקס ביהודים אשכנזים, זה למעשה הועבר לארץ והתחילו עם הסקר במשרד הבריאות, התחיל למעשה לארגן סקר של מחלת הטי-זקס באשכנזים, בהצלחה מאד גדולה. למעשה, אם אנחנו מסתכלים 30-40 שנה אחרי, המחלה כמעט נעלמה בקרב יהודים אשכנזים. אבל זה הלך והסקר למעשה המשיך להיות ע"י משרד הבריאות, אבל הוא גם גלש לזה שבסוף הסקר אנחנו עשינו כמעט לכולם את בדיקות הסקר, כולל האוכלוסייה הערבית, שבמקום לעשות להם טלסניה, עשו טי זקס ואנחנו הגענו למצבים שהם היו מאד מאד בעייתיים.

אבל במקביל, מחלות אחרות התחילו להיות, הקריטריון השלישי של היכולת שלא היתה קיימת, ידענו על מחלות אחרות שהן שכיחות, כמו דיסאוטונומיה או מחלות אחרות, לא ידענו לבדוק, וכאשר הבדיקות התחילו להגיע, אז גם התחילו להציע באופן פרטי בהתחלה, בדיקות של ציסטיק פיברוזיס ומחלות אחרות שהלכו ונעשו יותר ויותר שכיחות, ובמקביל גם היו בקשו לוועדת הסל ומ-2002 למעשה התחילו לאט לאט ובאופן הדרגתי, להכניס את הבדיקות לוועדת הסל, ולמעשה ב-2013 הגענו לנקודה שבה וועדת הסל אישרה שכל המחלות שבהן המחלה היא חמורה, היא שכיחה בשכיחות של אחד ל-15 אלף, ויש בדיקות, נמצאות בסל. למעשה, באופן כללי אנשים מקבלים את הבדיקות האלה, חינם לחלוטין לעומת רפואה אחרת, אפילו בלי השתתפות עצמית, או במכונים גנטיים, או בקופות, זה לא משנה, בתוך המסגרת. במקביל לנושא הזה, האיגוד הגנטי התחיל לנסות, וכמו שלמעשה עם הרבה בעיות ואני לא אכנס לכל הנקודות, אבל בסופו של דבר, באיזשהו שלב, ב-2002 או ב-2003 באמת קיבלו את הקריטריונים האלה, ואז הם אמרו: הקריטריונים האלה זאת ההמלצה של האיגוד. ז"א אלה הן הבדיקות המומלצות ע"י האיגוד. אבל אמרו, מצד שני, יש מחלות שהן פחות שכיחות, אבל עדיין הן חמורות ואלה אנחנו נגיד שאפשר לעשות אותן. ז"א שהאישה שתגיע, תקבל המלצה שהיא המלצה. אח"כ המלצה שפחות חזקה, אבל שאומרת אפשר לעשות. והיו דיונים בתוך האיגוד, ובחלק מהבדיקות ואני אקח דוגמאות, למשל, חרשות, למשל מחלת גושן, שבהן למעשה כאשר אנחנו מסתכלים, אם ניקח את גושן, בגלל המקור ובגלל כל מיני סיבות והם יודעים למה, גם שחר וגם אפרת, על העבודה שעשו על זה, אז גושן הוא אחת

מהדוגמאות. זאת מחלה של יהודים אשכנזים היא למעשה מחלה קשה יחסית לחלק מהם, אבל אלה שהם קשים יש להם טיפול. ז"א שמצד אחד רוב החולים הם לא קשים ושניים, לאלה שהם קשים יש טיפול. האם זה מתאים למחלה של סקר לפי הקריטריונים הבסיסיים? לא. ולכן האיגוד טען וקיבל החלטה שלא זה, אבל הבדיקה הזאת לא צריך להמליץ עליה. למעשה אמרו לא צריך להמליץ ולא צריך לבצע.

אבל באיזושהי צורה, שאני לא מבין אותה, אבל הם טוענים שהתייעצו עם היועץ המשפטי של ההסתדרות הרפואית, מצד אחד הם אומרים לא צריך לעשות ולא צריך להמליץ, אבל מצד שני, חייבים ליידע, ואז אנחנו מגיעים למצב שבו האישה מקבלת המלצה עם דף שאומרת: זה מומלץ, זה ניתן לעשות וזה אסור לעשות.

אפרת לוי: זה לא מומלץ.

יואל זלטוגורה: רגע, רגע,

אברהם שטיינברג: אסור או לא כדאי?

אפרת לוי: לא מומלץ.

יואל זלטוגורה: לא מומלץ. לא לעשות. מומלץ שלא.

אפרת לוי: כתוב לא מומלץ. בדיקות מומלצות, בדיקות שאינן מומלצות

אבל ניתן לבצען, ובדיקות לא מומלצות.

יואל זלטוגורה: לא, זה יותר,

אפרת לוי: מה שאתה שומע. אם אתם רוצים, נביא לכם דף של זה.

יואל זלטוגורה: זה לא בדיוק. אני לא זוכר את הגרסה המדויקת. אבל מה

שקורה, למעשה הנשים מגיעות, מקבלות את הדף ואומרים

להן: תסיימו מה שאתם רוצים, כולל את אלה שלא מומלצות.

ואז הנשים,

דובר: על סמך הלימודים שהן למדו באוניברסיטה.

יואל זלטוגורה: על סמך זה שאתה מבין,

אפרת לוי: חרשות אתה מבין מה זה. חרשות אנשים יודעים מה זה, זו אחת מהבדיקות הלא מומלצות זה חרשות. גושן אנשים פחות מבינים.

יואל זלטוגורה: הנקודה היא, שבסופו של דבר, האנשים, זה ברור ואנחנו ניסינו ע"י טפסים ודברים שמסבירים, אנשים בסופו של דבר עושים, רובם עושים את רוב הבדיקות, ואלה שאין להם כסף, עושים רק את הבדיקות המומלצות. אבל מה שאנחנו רואים במשך השנים, שעושים המון את הבדיקות. מה שקרה, שרוב המכונים ברוב המקומות עשו את הבדיקות האלה שהן לא מומלצות, וזה הפך לבדיקות שהן מאד שכיחות.

היה דיון אצל המנכ"ל וחלק מהנהלת המשרד, שאפרת ואברהם היו, כחלק מהדיון, ואז העלו את הנושא הזה, ואז המנכ"ל אמר: אם כן, אנחנו מ-1.3 לא עושים יותר את הבדיקות האלה, לא ניתן יהיה לבצע את הבדיקות האלה יותר בתוך המערכת של הסקר הרגיל, אלא אותם הזוגות שירצו את הבדיקות האלה, יוכלו לעשות את זה, אבל רק במסגרת אחרת שהיא מסגרת של ייעוץ גנטי פרטני, ובצורה פרטית. אני לא אמרתי, אבל כל הבדיקות האלה שלא היו מומלצות, אמרתי המומלצות נכנסו לסל, אלה שלא היו מומלצות היו בביטוח המשלים, שזה גם הקל על אנשים לעשות את הבדיקות האלה. ובמקביל למעשה כבר כמה חודשים אנחנו פועלים. אנחנו הוצאנו את הבדיקות הלא מומלצות מהסל של הביטוח המשלים. את זה כבר עשינו ואנחנו בתהליכים לגמור את זה. והוצאנו לאור הישיבה הזאת, הוצאתי מכתב לכל המכונים הגנטיים, לא כללתי בצורה ישירה, אבל אני יודע שהיתה הרבה רוח מסביב לדבר הזה. אני גם במקביל הכנתי חוזר שיסדר את הנושא הזה, וחברת ענבל שהיא החברה המבטחת של המערכת בריאות, וגם יש להם יחידה של ניהול סיכונים, אנחנו דנו

בנושא הזה, ובסופו של דבר, אחרי דיונים שאני חשבתי שאנחנו הגענו למסקנה שאפשר לעשות את זה, המכתב שאני קיבלתי אותו לפני כמה ימים וחשבתי שרציתי להעלות את זה גם כאן, הם בסופו של דבר אומרים שזה מייצר מצב שיהיה בלתי אפשרי, מפני שחלק מהאנשים שירצו בכל זאת לעשות את הבדיקות, יגיעו למערכת ייעוץ גנטי עם לחץ מאד גדול ובחלק מהמקרים הם לא יגיעו לזה, ובסופו של דבר, זה יחזור למשרד הבריאות בתלונות על זה שנולדו ילדים בגלל שלא אפשרו להם, וכו' וכו'. ז"א שהם מבחינתם לא תומכים באפשרות הזאת.

אברהם שטיינברג: מחשש של תביעות.

יואל זלטוגורה: אבל זה הנושא שלהם. עוד שניה אחת, אני אסכם את הדברים. אני גם דיברתי עם הגנטיקאים בנושא הזה, ואמרתם להם, עם היו"ר, שהדרך, אם הם חושבים שיש חלק מהגנטיקאים שחושבים שכן צריך לעשות את הבדיקות האלה, אז צריך לקיים מחדש דיון, ואולי לארגן מחדש את הדברים. ז"א שכמו שנאמר את (?) לעשות ייעוץ גנטי, אולי חלק לעשות קבוצה שלישית מומלץ, פחות מומלץ ועוד פחות מומלץ, אבל איזושהי דרך אחרת, אבל אי אפשר שאיגוד מקצועי יגיד שהוא ממליץ לא לעשות משהו, ושאנשים יכולים לעשות את זה בצורה שגרתית. זה הבסיס וזה מה שרציתי להגיד.

אפרת לוי: אני פשוט רציתי להתייחס לאפשר היותר רחב, שבו הנושא הזה התעורר, זה בעצם שהמנכ"ל קרא לנו בגלל שמתחילות להיות הבדיקות, אני רוצה רגע להגיד למה בכלל עלה הנושא הזה, כדי להראות כמה בנושא מאד פשוט, לא הצליחו להגיע למסקנה אופרטיבית. כי בעצם מה שהולך לקרות או שכבר קורה, זה שיש לנו בדיקות כלל גנריות שאנחנו בודקים את כל הגנום, וגם בעוברים, ואנחנו מוצאים, ואז השאלה היא איזה

ממצאים צריך להחזיר למטופל. איזה מידע אנחנו הולכים להחזיר, כשהמידע הוא קרוב לאין סופי. הטענה שלי היתה, שאני מוכנה לדון בנושא הזה, אם אנחנו נראה שבסוף תהיה איזו שורה תחתונה. ואני נתתי את הדוגמא של בדיקות סקר, שכבר כשיש לנו בדיקת סקר, שזה בסה"כ בדיקה של מוטציה או שתי מוטציות בגן בודד, לא של אלפי מוטציות באלפי גנים, אפילו שם אנחנו נמצאים במצב שאנחנו מציעים לאנשים בדיקות שאנחנו עצמנו חושבים שהן לא מומלצות והמשרד לא עושה עם זה שום דבר. אז אמרתי, אם זה מה שקורה על מוטציה בודדת, אז מה יקרה עכשיו על כל הגנום. ז"א אפילו על זה לא משתלטים.

ואותה בעיה מדי-קולגלית תהיה וגם אתית דרך אגב, ז"א אני יכולה לתת לכם כמה דוגמאות ממש לאחרונה. אותה בעיה תהיה, איך אומרים, בסקאלה של פי אלף גם בנושא של הבדיקות הכלל גנומיות. ואני אסביר לכם איפה וממה נובעת הבעיה. הבעיה נובעת מזה שהמידע כולו בידינו. אנחנו יכולים לשים לעצמנו blindfold אבל יש לזה גם שם בעברית, אנחנו יכולים לא להסתכל, אבל כל המידע נמצא שם, ואנחנו צריכים להחליט מה אנחנו מחזירים ומה אנחנו לא מחזירים.

האופציה הפשוטה ביותר, היא להחזיר הכל, כי אז אנחנו מסירים מעצמנו את האחריות ומה שאח"כ יהיה לפציינט, זו כבר בעיה של הפציינט. אני אישית לא חושבת שזאת האופציה הנכונה, אבל זה בדיוק הנושא שצריך לדון בו. הבעיה היא שכל נסיון, ז"א בדיקות הסקר הן ההוכחה לזה, כל נסיון לשים סייג לדברים האלה, מעולם לא עלה יפה. למה? כי אני יכולה להגיד שאני לא מציעה בדיקות לחרשות. אבל בצד השני של ירושלים כן מציעים בדיקות לחרשות, ואז אם בשערי צדק יולד ילד חרש, אני הפכתי לרופאה רשלנית, למרות שהיתה

החלטה לא לעשות את הבדיקה הזאת, וזה מה שיקרה עם דברים אחרים.

אני יכולה לתת לכם דוגמא ממש ממייל שקיבלתי לפני שבוע מבי"ח מחוץ לירושלים, שאלו אותי בדיוק לחוות דעתי האתית, אישה שיש לה שני ילדים עם פיגור שכלי, זה נקרא עיכוב התפתחותי, זה עוד לא סגור עד כמה זה בעיה קשה או לא קשה, והיא היתה שוב בהריון, ותוך כדי ההריון עשו לה בדיקה של שבב גנטי, זה כמו לעשות בדיקת כרומוזומים רק ברזולוציה הרבה יותר גבוהה, וראו שיש הכפלה של אזור מסוים על כרומוזום 21. זה לא ברור שזה מסביר את העיכוב ההתפתחותי בילדים שלה, אבל במשפחה של בעלה יש סיפור משפחתי של אלצהיימר, שהוא בהחלט יכול להיות בגלל ההכפלה הזאת של האזור הזה של כרומוזום 21, יש בו גן שנקרא APP שידוע כקשור לאלצהיימר וגם יש משפחות שהראו בהן שהכפלה של האזור הזה מובילה לאלדסהיימר. עכשיו, מה היא עושה עם האינפורמציה הזאת. הרופאה. היא עכשיו עשתה את בדיקת השבב כדי לראות אם יהיה פיגור שכלי כמו לילדים האחרים. מצאה את זה שיש את הממצא הזה שאולי מסביר את האלדסהיימר המשפחתי במשפחה של הבעל. מה, היא אמורה להחזיר את זה, לא אמורה להחזיר את זה? אמורה להגיד לאישה? זו רק דוגמא קטנה.

לכאורה אפשר להחליט, ודרך אגב, האמריקאים, יש להם החלטה כזאת, שמחלות מסוימות של הגיל המבוגר, אם הם ימצאו בבדיקות טרום לידתיות, לא מוסרים אותן הלאה. אני פשוט לא רואה איך באווירה בארץ אנחנו יכולים להצליח להגיע לקריטריונים כאלה, וזו בעצם היתה הטענה שלי כלפי פרופ' גמזו, בדיון, שאמרתי לו: בסדר, אנחנו בתור מועצה נקיים דיון בנושא הזה, אנחנו נשב על המדוכה שישבו גם רבים

לפנינו וימשיכו לשבת אחרינו ונגיד איזה קריטריונים ובסוף ממילא בגלל הפחד המדיקולוגלי, אז כולם יתנו הכל. אם ככה, חבל לנו, אולי לאנשים אחרים פחות חבל על הזמן שמשפיע, אבל אני מרגישה שחבל על הזמן. ולכן אמרתי, כבר בבדיקות הסקר, אנחנו לא הצלחנו לעשות את הדבר הזה.

יעל השילוני: אני רוצה לענות לך. כי אני מבינה נורא את המצב רוח הפסימי שלך היום, אני מבינה אותו מצוין, אני המון דברים שזכרנו, אבל אני רוצה להגיד לך גם דברים אחרים. לפעמים גם דברים נראים אחרת. לפעמים כן מצליחים להשפיע, לפעמים קמה פתאום וועדת מצא ואומרת שהולדה בעוולה זה לא כזה רעיון נהדר, וקורה נס, בעיני, וקצת חוזרים אחורה. אפרת לוי: המילה קצת זו המילה האופרטיבית היתה במשפט הזה, אבל לא נורא, בתור מי שהיתה חברה בוועדת מצא.

יעל השילוני: אבל משהו זו שם, לא?

אפרת לוי: בעצם השיתו את כל מה שפעם שמו על הילד, עכשיו שמו על ההורים. זה מה שקרה בוועדת מצא.

אברהם שטיינברג: החליטו רק על התיישנות שזה כמה שנים טובות. זה לא מה שאנחנו אמרנו בוועדת מצא.

אפרת לוי: כן, ההבדל הוא מאד קטן.

יעל השילוני: נכון, אבל את יודעת מה? כאילו איזשהו שינוי סימבולי, אברהם שטיינברג: אבל אני רוצה להגיד משהו שהוא יותר, אני חושב שהוא באמת מתקשר עם הדברים שנאמרים פה, ויכול להיות שבאמת צריך פה איזו אווירה ציבורית חדשה. מה שקורה הרבה פעמים בתביעות רשלנות, שגם אם יש החלטות איגודים מקצועיים ויש החלטות מקצועיות חד משמעיות, השופטים לא לוקחים את זה בחשבון. ז"א פחד של רופא שהתנהג לפי פרוטוקול מקצועי מוסכם, הוא שהשופט יגיד אח"כ שזה לא מעניין אותו.

אפרת לוי: זה לא הפחד, זה המציאות שלנו. זה לא ככה, זו המציאות.

אברהם שטיינברג: ולכן, עד שלא נשתמש שם, יעל השילוני: צריך יחסי ציבור עם קמפיין של 20 ילדים בריאים ומוכשרים ומוצלחים, שעם כל הבדיקות האלה לא היו נולדים מעולם, ויש כאלה בלי סוף. כל הזמן.

אברהם שטיינברג: אני עוד לא מדבר על הצד העקרוני, האם זה נכון להגביל מידע כזה או אחר. זה הדיון שאנחנו צריכים לקיים. אבל אני אומר, אם לא נשנה בחקיקה אפילו או בחקיקה ראשית, שבתי המשפט כן צריכים לקבל המלצות מקצועיות לא של אדם בודד, לא איזה רופא אחד שבא ואומר: אני חושב מקצועית שזה נכון. אם איגוד מקצועי מגיע למסקנה שבית המשפט יכבד א זה.

יעל השילוני: אבל זה דברים שסותרים, אפרת לוי: הבעיה שלנו היא בדרך כלל הפוכה. אברהם שטיינברג: לא, אני אומר לך, אחרי שמבחינה אתית אנחנו נמליץ המלצה ומבחינה מקצועית ההמלצה תהיה, אם כל הגופים יסכימו לדבר אחד, אם בסוף בית המשפט יגיד עדיין הילד הבודד הזה צריך לשלם לו פיצוי כי מה הוא אשם שהוא נולד כך, יכול היה להוולד אחרת, או לא להוולד, אז כל התיקון הזה מתעכב. כי אף אחד לא ימנע את זה.

כרמל שלו: אז אנחנו נופלים בתוך הפח של ניהול הסיכונים, ואני רוצה להציע, שנסרב לתת לדיון הזה לשלוט בנו. אנחנו, כלומר, אפשר להתחיל להגיע לבתי המשפט ולהגיד: ממילא לא חשוב מה נעשה, בתי המשפט יחליטו כך וכך, אני לא יודעת אם זה נכון. השופטים בתוך עמם הם יושבים. ואנחנו יכולים להתחיל מהלקוחות, והגיע הזמן שאיזה גוף מקצועי, בין תחומי בישראל, יקום ויאמר: תשמעו, נעשות פה בדיקות מיותרות, בואו נעשה הפרדה. כלומר, לתמוך במה שמשרד הבריאות עושה, שהוא מנסה להפריד בין הציבורי לפרטי, כאשר ההפרדה

בין הציבורי לפרטי מבוססת על הנחיות שיש להן medical evidence base ובואו נתחיל לשנות את האווירה הציבורית, כדי שאנשים יבינו שמישהו לוקח מהם כסף על דבר שהוא מיותר.

(מדברים יחד)

אפרת לוי: כרמל, אני רוצה רגע להבהיר משהו. הבדיקה שאני תארתי לך של האישה הזאת, היא לא בדיקה פרטית. האישה קיבלה מימון ציבורי, שבב גנטי לאישה שיש לה שני ילדים עם פיגור שכלי, זה היה ממומן, זה לא עניין של הפרטי בכלל. ואני רוצה לחדד את מה שיואל אמר, אם יואל אמר שמבחינת המבטחים שלנו, ז"א ענבל כמבטח ממשלתי, אבל זה לא משנה, זה כולנו, אם המבטח שלנו אומר שאנחנו לא רשאים, יואל זלטוגורה: לא שלא רשאים, הוא אומר שיש בעיה. אברהם שטיינברג: הוא לא יגן עלינו.

אפרת לוי: לא, הוא אומר שבעצם אנחנו אסור לנו, מה זה אסור לנו? אנחנו נהיה חשופים, אנחנו נחשב כרשלנים, אם אנחנו לא מדווחים על כל דבר שיש בבדיקה, אז הדיון הזה הוא קצת עצירה.

כרמל שלו: רשלנות מקצועית היא סטיה מסטנדרט מקצועי מקובל. אנחנו קובעים, משרד הבריאות קובע את הסטנדרט.

אפרת לוי: אבל הנה, הוא ניסה לקבוע.

נועם זהר: לא נכון, זו טעות, בית המשפט קובע.

כרמל שלו: שניה, בית המשפט קובע, יש הגדרה של מהי רשלנות. אני ממש לא מוכנה לקיים את הדיון הזה מנקודת מבט של ניהול סיכונים. לא מוכנה לקיים דיון כזה כשמפחידים אותי בתביעות משפטיות. זאת לא הנקודה. השאלה אם צריך לעשות את הבדיקות האלה, השאלה אם הן ראויות, השאלה אם הן מזיקות והשאלה מי מרוויח מהן. ואם מישהו מרוויח מהן,

ואני חושבת שההבחנה בין שוק ציבורי, סליחה, בין המימון הציבורי לבין השוק הפרטי, זה צעד יפה.

נועם זוהר: אני יכול לענות? ההתלהבות של הפרופסור וגם כל האמצויות וכל ההתלהבות זה מפני שהשופטים אמרו אלף פעמים בפסקי דין, שמי שקובע את הסטנדרט זה בית המשפט ולא אני ולא אף רופא. ודבר שני, הם קבעו שחובה עליהם משפטית לומר לחולה כל האופציות, להמליץ מה שהוא יבחר, ואם תהיה לו מחלה גנטית שבסופו של דבר לא אמרת לו,

רות לנדאו: אני רוצה לומר משהו, אני זוכרת שקראתי לפני כמה שנים איזשהו מאמר בנושא של הייעוץ הגנטי. אם היה מתברר לאותו מבחן, לא נטיה לאלצהיימר, אלא שהאבא של הילד איננו האבא, גם אנחנו צריכים להגיד את זה?

נועם זוהר: ב-16% מהמקרים.

אפרת לוי: זה לפי החוק אסור לנו.

יעל השילוני: החוק נקבע ע"י נורמות חברתיות ואפשר להשפיע, שניה, אני יודעת שאתה מצביע, אבל עוד מילה, אני חושבת שדיו ציבורי, למשל, בטיפולי פוריות, לפני עשר שנים, האמינו בזה בלי שום טיפת ביקורת, כן היתה ביקורת בתקשורת וכן היו כתבות וכן היו, והיום אני חושבת שאנשים קצת יותר זהירים, עדיין מדינת ישראל מובילה ומשוגעת, אבל אני חושבת, אני רואה את זה אצל סטודנטים בכיתה. כבר בכל זאת יודעים שזה לא רק נס, ולא רק ברכה, ושיש עם זה סיכונים ושאולי זה קצת בעייתי, שלא יודעת מה, נשים עוברות 15 טיפולי פוריות ולא חושבות על שום פתרון אחר, ושמדינת ישראל לא מציעה שום פתרון אחר. ואני חושבת שאולי לכמה אנשים זה כן עזר, שיש גם דיון ביקורתי. אז אולי לא נזיז, לא נעשה יותר מוחלט, אבל חובתנו לא להרים ידיים, וחובתנו לייצג את הצד בעיני השפוי, ואנחנו לא יכולים להגרר אחרי באמת

הטרופ המשפטי הזה, ואני אתן שוב דוגמא אחרת. הוויכוח על מה מותר לקבוע כפטנט ב-DNA אמרו החברות המסחריות אמרו: יכולים, יכולים, יכולים, בית המשפט העליון בארה"ב לאחרונה החליט שדברים שאפשר היה לקבוע עליהם פטנטים אי אפשר יותר לקבוע עליהם פטנטים, למרות שהם כאילו ההגיון המסחרי מנצח. הנה, אפשר לנצל את ההגיון המסחרי. אפשר גם לנצח את ההגיון המשפטי. ואם לא אנחנו, ז"א אז בשביל מה אנחנו עושים את כל הדברים האלה, אם אנחנו מראש מרימים ידיים, אז מי יעשה את זה? אין לנו ברירה. ז"א אין לנו שום ברירה באמת. למרות שזה מתסכל ומעצבן ורוב הסיכויים שלא נצליח.

נועם זהר: אני רוצה להצטרף, להתחיל בבדיחה, ששמעתי ממשפטן שרצה להגדיר לי מה זה תפישת המשפט, הריאליזם המשפטי. הריאליזם הרי זה התפישה שהמשפט הוא מה שבית המשפט סוכם, מה שאברהם הציג קודם, אז הוא אמר, שנכנס בן אדם, עו"ד שעוסק בהגנה פלילית, ואומר לו: אני רוצה שתגן עלי, אני נאשם ברצח אכזרי. הוא אומר לו: למה לא, זו העבודה שלי, אין לי בעיה. אז האדם אומר לו: או.קי. אבל אני רוצה במסגרת חסיון עו"ד לקוח, להגיד לך מראש, תדע לך שאני אשם. אומר לו איך אתה יודע? זה הריאליזם המשפטי בקיצוניותו. אז כן, יכול להיות שבתי המשפט יש להם נוהל כזה של פסיקה, כי אם אנחנו חושבים שהיא לא עולה בקנה אחד עם מה שהאתיקה מחייבת, אפילו הממשלה מול ענבל, כבר ענבל צריכים להגיד לך אם יש פה סיכון. אבל אפשר להגיד: או.קי. אנחנו לא שבויים שלכם, זה כבר ברמה של הביצוע, כי ברמה האתית אני מצטרף לאלה שאמרו שאנחנו צריכים בהחלט לקיים דיון ולהביע עמדה, ואולי לנסות לגרום

לשינוי בחקיקה ראשית. זה רק פינה אחת של הסיפור. ואבי מכיר אותה לאורך כל רוחב כל החזית.

אפרת לוי: אני אגיד לך, ברור לי שצריך לדון בזה. אבל אני פונה פה לבועז וליואל. כי אם אתם חושבים שענבל לא ניתנים להזזה בעניין הזה, זו תהיה בעיה.

יואל זלטוגורה: זה בדיוק מה שאני רציתי להגיד, כי אם אני אקבל מכם, אפרת לוי: רוח גבית.

יואל זלטוגורה: אז אני מעביר את זה למנכ"ל. וההצעה שלי למועצה שלא להתרשת במה שענבל אומר. וזה שלא יהיו אי הבנות ולכן גם אנחנו מביאים את זה לפה. נכון, בועז?

בועז לב: מאה אחוז.

יואל זלטוגורה? ואני אין לי בעיה. אני רק רציתי אם כבר, התחלתם את הדיון, אני רוצה רק להגיד את הדבר הנוסף. הדבר הנוסף הוא בדיקות בזמן הריון. מה שקורה היום, נשים שלמעשה מגיעות למערכת של בדיקות בהריון, נגיד ענבל, אז מציעים לה באותה הזדמנות, וצריך לראות את החרדה שיש לאישה הזאת, מציעים לה באותה הזדמנות, אולי תשמרי את הילד, למה לא, כי יכול להיות שבאחד מכמה עשרות אלפים, שיהיה משהו שאז יצטרכו בדיקה מדעית, אז תשמרי, זה לא עולה כל כך הרבה כסף, ותלוי מהמקומות. דבר שני, זה אותו ציפ גנטי שאפרת דיברה עליו, שהוא למעשה יש קונצנזוס מבחינה מקצועית שלא לעשות את הבדיקה הזאת לנשים שהן בסיכון נמוך, אבל אומרים, אבל צריך לידע. ואז מיידעים פחות או יותר בלחץ יותר עדין, או פחות עדין, ושוב, נשים מכניסות, מצליחים להכניס את הנשים בסופו של דבר לחרדה, ולעשות דברים שמצד אחד אנחנו אומרים לא צריך להמליץ ולא צריך לעשות אותם ומצד שני, חלק גדול מאד מהאוכלוסיה עושים את הבדיקות. זה הנושאים שהמנכ"ל רצה שידונו, מפני שהוא

מרגיש, ואני חושב שכל המערכת מרגישה שמנצלים את הנשים האלה, והכסף הזה הוא חשוב למערכת, כי לוקחים, זה לא כסף לכיס, למערכת, בכל זאת זה כסף פרטי, זה תוספת עצומה של שירותים לנשים, שלא לדבר על התוצאות שבסוף יש לדברים האלה. זה כדי לסגור, זה הצד השני, אבל זה אותו דבר, זה בצורה אחרת. זה הנושאים שעלו.

כרמל שלו: אני רוצה לחזור על מה שאמרתי קודם. אני שומעת פה השערה, סליחה, אני שומעת פה בדיוק את הבלבול בין הציבורי לבין הפרטי, שמישהו שמקבל לקוחות דרך המערכת הציבורית, תופש על זה טרמפ, וגם מוכר שרותים נוספים. מוכר נדבך נוסף לשרותים על אנשים שהגיעו דרך השרות הציבורי. צריך להפריד בין השרות הציבורי לבין השרות הפרטי. אשר ליידע, אבל זה בפרטית וזה במקום אחר, וזה לא באותו זמן. לדעתי, צריך להפריד בין הציבורי לבין הפרטי.

אפרת לוי: כרמל, זה לא רק זה, אני מזדהה אתך בקריאה הזאת, אבל זה לחלוטין לא רלוונטי לדיון, מפני שהבדיקות שאנחנו מדברים עליהן הן בדיקות שנעשות בניהול ציבורי.

כרמל שלו: אז לא להלביש עליהן נדבך פרטי.

אפרת לוי: זה לא נדבך פרטי. כרמל, אישה שהיום באה, שאין לה גרוש על הנשמה, ויש לה חשד לפגם במחיצה הבין חדרית בלב של העובר שלה, ולפי משרד הבריאות, מממן לה, ויש לה מום, רק שניה,

יואל זלטוגורה: זה לא מה שאני אמרתי, כי אני מדבר, יש הבדל בין אותה אישה שיש מום ושהאיגוד המקצועי המליץ לעשות את הבדיקה, ואז זה ציבורי.

אפרת לוי: אבל גם שם יש לנו בעיות.

יואל זלטוגורה: אבל זו בעיה אחרת, אבל לעומת אישה שבאה בגלל סיכון של 1 ל-500 לדאון, ואז אומרים לה: אם כבר את עושה את

- הבדיקה של מי שפיר, תעשי גם בדיקות שלא מומלצות ע"י האיגוד, ושאר אחד מבחינה מקצועית לא המליץ עליהן. על זה אנחנו מדברים. לא על הבעיות של הבדיקות הממומנות.
- נועם זהר: זה שני ענפים של אותה שאלה. השאלה הגדולה היא, האם למסור לאנשים כל מידע מכסימלי בכל מקרה, מהפחד שאם יגידו למה לא מסרתם. עכשיו, אפרת לוי: נכון. זאת הבעיה העיקרית.
- נועם זהר: עכשיו, אם המדיניות היא מראש לא לייצר את המידע, דהיינו, לא לעשות את הבדיקה, וחלק נוצר לך ממילא, אגב בדיקה שבוצעה בהקשר אחר. אפרת לוי: זאת הבעיה העיקרית בעיני.
- נועם זהר: בסדר, יש פה שתי בעיות. כמותית אני לא יודע להגיד, אבל הפרינציפ הוא דומה. כרמל שלו: יש פה שתי רמות של מידע. אחת זה המידע על הבדיקה. השני זה תוצאות הבדיקה. אני מדברת ברמה של המידע אודות הבדיקה כשלעצמה. לא המידע שבא כתוצאות מהבדיקה, כי זה באמת מורכב, וזה נושא נפרד, אבל המידע אודות הבדיקה, היה ברמן נגד מור, שזה פסק הדין היסודי, שצריך ליידיע שקיימת בדיקה פרטית, אבל לדעתי, ברמת השרותים, צריך אולי להפריד בין השרות הציבורי לבין השרות הפרטי, כי אומרים לנו: אנחנו ממילא לוקחים ממך, אני מניחה שזה עובד כך, ממילא לוקחים ממך את הדגימה, אז כבר תשלמי עוד אלף שקל פרטי, שחר צוקרמן: אבל אז את יוצרת אפליה עוד יותר גדולה. כי אז אישה שהלכה לרופא פרטי, כן יש לה את האופציה לבדיקה המקיפה ואישה שלא הלכה לרופא פרטי, אין לה.
- כרמל שלו: לא, רופא פרטי לא יכול להציע בדיקה ציבורית. הציבורי הוא ציבורי והפרטי הוא פרטי.

שחר צוקרמן : זה לא נכון, כרמל.

כרמל שלו : זה צריך להיות. ולעניות דעתי כך צריך להתנהל.

נועם זהר : מה זה בדיקה פרטית ומה זה בדיקה ציבורית? בדיקת סוכר בדם זה גם ציבורי וגם פרטי ובדיקה גנטית זה אותו דבר. בשר"פ משתמשים,

רות לנדאו : שר"פ זה שר"פ ונשאר אותו בצד.

כרמל שלו : אם אתם רוצים לעשות משהו פרטי, לכו למקום אחר ותעשו משהו פרטי. זה מה שנראה לי.

אפרת לוי : אנחנו הולכים להקים תת וועדה.

אפרת לוי : אבל זה כבר מזמן אמרתי, ששם the evident is the story וגם את לא יכולה להגיד מה היה קורה. אז את לא יודעת, ולכן זאת הבעיה. אנחנו נשלח אימייל לכולם להקים תת וועדה.

אברהם שטיינברג : א. אנחנו נקיים דיון. זה ברור שזה נושא שראוי לדיון מקיף. אנחנו ננסה להציע תת וועדה, ואז נדבר על כל מגוון הנושאים, החל מהבדיקות הקיימות והבדיקות העתידיות ומה להגיד ומה לא להגיד.

אברהם שטיינברג : יש המון חומר, אנחנו לא ממציאים פה כמעט שום דבר חדש.

אפרת לוי : אבל הפתרונות הם שונים ממקום למקום. הבעיה האמיתית היא, כרמל, אני מאד מזדהה בעניין המימון, אבל אני אומרת לך בכנות, אצלנו, אני יכולה להגיד, אנחנו בכלל עברנו לשיטה שאנחנו מציעים תשלומים לכולם ללא תוספת תשלום, כך שממש אין פה מבחינתי שום ממד כלכלי. אני גם אין לי שר"פ בכלל, כך שמאד קל לי להגיד. הבעיה המרכזת בעיני היא לא בעיית השר"פ, אלא בכל הבדיקות האלה, הבעיה העיקרית היא זה שיש לך כמות עצומה של מידע שהשאלה מהממנה את מחזירה למטופל. ואפילו, אני מסכימה שחלק מהבעיה זה מה להציע, אבל זה היתממות של המה להציע. למה? מפני שהיום

אנחנו עדיין מציעים פעם אולי תעשה בדיקה של גן בודד, אבל בעוד שנה אנחנו נפסיק להציע בכלל בדיקות של גנים בודדים. אנחנו ישר נעשה הכל. ואז השאלה הזאת תהיה תפתחנו, והנושא אם לעשות את המחסום בשלב ההצעה של הבדיקה, זה דבר שהולך למות תוך חודשים ספורים. היום לעשות גנום שלם של בן אדם, זה אלף דולר. אז אם אני צריכה לבחור בין לשלוח לבדיקה של גנים שעולה לי 10 אלפים שקל, או גנום שעולה לי אלף דולר, אז אני חושבת, איך אומרים, ברור לי לפחות כלכלית מה אני הולכת לעשות. אני לא חושבת, הבעיה זה אנליזה, האלף דולר זה המעבדה, ומה שבאמת עולה הרבה כסף זה האנליזה והמחירים של זה רק עולים. אבל זה סיפור לחוד.

יואל זלטוגורה: אני מסכים, אבל כמו שנאמר, אני חושב שזה שתי בעיות שונות, המלצות שזה מקצועית ושלא עושים לפי ההמלצות של האיגוד המקצועי ומוכרים את השרותים שלא לפי ההמלצות של האיגוד. אני חושב שזאת היתה השאלה.

אפרת לוי: אבל זה נושא שהוא דווקא לגנטיקה או שהוא נושא יותר כללי בכלל?

יואל זלטוגורה: המנכ"ל שאל אותו לגנטיקה, ובגלל הניצול שיש בתוך הנושא הזה, יכול להיות שהוא קיים גם במקומות אחרים.

זכויות האדם וחופש בחירה בלידה

אברהם שטיינברג: בסדר. עכשיו נעבור לנושא השני, תודה רבה לך. אני מציע שנועם יציג את הנושא ואת ההיבטים השונים ואז נתחיל בדיון. מקובל עליכם?

נועם זהר: לפי סדר היום אמורים להיות שלושה דוברים, שכוללים את פרופ' סמואלוב גם. נכון? אז הדיון יהיה בטח אחרי שלושת הדוברים. לזה התכוונת?

אברהם שטיינברג: אני מציע שאתה תתחיל, וניקח את זה משם, כל אחד יציג את עמדתו ואז נקיים דיון.

נועם זהר : בסדר. קודם כל אני שמח שהגענו לדון בנושא הזה, ובדיון ביני ובין גב' אלתרמן, החלטנו שאולי יהיה יותר אפקטיבי שהיא תפתח, יש לה מצגת, שהיא תפתח ברבע שעה של הצגת הבעיות מנקודת המבט של העמותה, ציבור הנשים שמבקשות לדבר בשמן, ואח"כ אני מבחינת הריאלי על מה מדובר פה, מה בכלל הנושא, מה עומד מאחורי הנושא של זכויות האדם וחופש בחירה בלידה, ואח"כ אני אציג את הפרספקטיבה של זכויות האדם והעניין הביואתי, למה אני חושב שזה נושא ראוי לדיון ולטיפול במועצה שלנו, ונשמע גם את פרופ' סמואלוב, ואח"כ נוכל לדון כולם. בכל אופן, יש עמותה בישראל שנקראת "נשים כורעות ללדת" למען הגילוי הנאות אני צריך להגיד שגם הבת שלי פעילה באגודה הזאת, אז אני יודע קצת על מה שקורה שם, אבל נאורה אלתרמן היא רכזת המחקר והמידע של העמותה הזאת, והיא הסכימה לבוא לפנינו היום ולהציג את הנושא הזה של חופש הבחירה בלידה, כפי שפעילות העמותה והנשים שמדברות בשמן, רואות את הנושא.

דובר : למה זה עולה בכלל, סתם ככה?

נועם זהר : מה פרוש השאלה?

דובר : למה זה עולה? מה מקור השאלה של הבעיה הזאת בכלל? מה הסוגיה האתית.

נועם זהר : אחרי שנשמע אותה, אני אציג למה לדעתי זה נושא. אני יחד עם עוד כמה מחברי המועצה, חשבו לפני זמן רב שזה ראוי לבוא לדיון.

אפרת לוי : יש נושאים שאנחנו דנים בהם שהם באים ממשרד הבריאות, משרד המשפטים ויש נושאים שהם ביוזמת חברי המועצה.

נועם זהר : לא היה איזה אירוע או מקרה קונקרטי.

נאורה אלתרמן : ראשית כל תודה רבה על האפשרות לבוא ולהציג את הנושא. בגדול אני רוצה להציג את עמדת העמותה לגבי נושא

חופש בחירת הלידה, אני אתחיל מזה שאני אומר שלידה בארץ היא כמובן בטוחה מאד, ויש בה המון צדדים חיוביים וטובים מאד גם ברמה האתית וגם באופן כללי, אבל אני כרגע רוצה לשים את הפוקוס על הבעיות האתיות, כדי שאפשר יהיה לבחון אותן.

אז מהי לידה. בבסיסה לידה היא פונקציה פיזיולוגית של אישה ועובר שבה תינוק יוצא מגופה לאוויר העולם. באיזשהו קונטקסט שמלבישים עליו גם נושאים תרבותיים ורפואיים ופסיכולוגיים, אבל זה הבסיס של ההליך. וזה הליך שדורש השגחה, כיוון שיש איזושהי מידה של סיכון שמתלווה אליו. עכשיו, לא סתם התחלתי בהגדרה הזאת, חשוב להבין שזה אירוע אין ברירה. אם משפחה רוצה ילדים, האישה תהיה בהריון ותלד אותם. אין דרך אחרת בינתיים להביא ילדים לעולם.

דובר: אפשר לאמץ.

נאורה אלתרמן: כן, אפשר לאמץ. לא, רק אם מחכים שנים. מתוך הקונצפט הזה, לאישה צריכה להיות אוטונומיה מלאה על התהליכים שמתרחשים בגופה ועל הנעשה בו גם בלידה, זו איזושהי נקודת מוצא. חשוב לי לומר שאני הולכת לדבר כאן על מצבים סטנדרטיים, מצבים רגילים, אני לא הולכת לאתגר אתכם באתיקה של כל מיני מקרי קצה, אלא במקרים הרגילים היום יומיים. השפעות תהליך הלידה: ללידה השפעות פיזיות גם באופן קצר טווח וגם באופן ארוך טווח והשפעה על העתיד המילדותי של האישה, לדוגמא, ניתוח קיסרי ישפיע על יתר הלידות, נפשית לטוב ולרע. היא יכולה לשלוח את האישה לדרך כאמא עם כוחות רבים לאתגר העצום של תחילת ההורות, אבל גם לרע. מחקר בשיבא שנעשה ממש לאחרונה, מצא 26% מהנשים באוכלוסיה, זו אוכלוסיה כללית, במחקר,

הציגו סימפטומים של הפרעה פוסט טראומתית אחרי הלידה. לא SD מלא, אבל בהחלט חלקים נכבדים ואני מזכירה שמדובר כאן על אוכלוסיה כללית, זה אפילו לא נכנסים כאן נשים עם עבר של פגיעה מינית, שזה אחת משלוש או כל מיני מקרים קצת יותר שברור שפוטנציאל הטראומה שם, בייחוד אם הן לא יכולות לשלוט על ההחלטות לגבי הגוף שלהן בלידה, זה פוטנציאל שם יותר גבוה.

מודלים לתמיכה בלידה שקיימים בעולם, זה המודל המילדותי, ששם את האם וצרכיה הביולוגיים והנפשיים במרכז. תמיכה סביב ללידה, פשוט בתנאים הסביבתיים שדרושים ללידה, והתערבות רק במקרה הצורך או במקרה רצון של האישה. יש את המודל הרפואי שהוא רואה התערבות רפואית כזו או אחרת, שנדרשת כמעט תמיד. מהי לידה פיזיולוגית: זו לידה שמתחילה ומתקדמת באופן טבעי ללא שימוש בתרופות או התערבויות כשגרה. התנאים הדרושים לה הם פשוטים: אישה בריאה והריון תקין, וזה מרבית המצבים לידה פיזיולוגית ממש ברמה האבולוציונית, דורשת איזושהי תמיכה רציפה נפשית ופיזית באישה. היא דורשת פרטיות ובטחון כדי שההורמונים שדרושים ללידה יופרשו כמו שצריך, אפשרות לנוע בחופשיות, רצוי מים זורמים והמנעות מהתערבויות שגרתיות. כמובן שגם בלידה כזאת, בהתאם לצורך ספציפי, נערכות התערבויות רפואיות.

חשוב לומר שחריגה מהתנאים האלה שתארתי שדרושים ללידה פיזיולוגית, הם בעצמם הרבה פעמים דורשים צורך בהתערבויות רפואיות. כל דבר רפואי ידוע לנו, נלווית אליו איזושהי רמה של סיכון, או מזערי או קטן או גדול, תלוי בדבר, ויש איזושהי אפשרות שהתערבות אחת גוררת צורך בהתערבות אחרת, מה שנקרא מפל התערבויות.

אני אתן דוגמא אחת למשהו שיכול לפעמים לקרות, לא תמיד. הדוגמא היא ניטור רציף. ניטור רציף זה מצב שבו מקשיבים לדופק העוברי באופן רציף. זה משהו שעל פי קוקרן, שזה ה-gold standard של ASM קוקרן אומרים שהוא פועל לא אפקטיבי יותר מאשר ניטור לסרוגין, כלומר, הוא לא מוריד את התחלואה, אבל הוא כן מעלה את סיכוני ניתוח קיסרי. ניטור רציף, אם אישה נגיד מגיעה לביה"ח והיא נדרשת לניטור רציף, אז סביר להניח שתהיה חייבת לשכב במיטה על מנת שנקרא את הדופק כמו שצריך. כשהיא שוכבת במיטה, סביר להניח שהכאב של הצירים יהיה יותר גדול, הרבה יותר קשה להתמודד עם הצירים כך, ואז אולי היא נדרשת לאפידורל. יכול להיות שהלידה יותר תתעכב, כי כשלידה בתנועה זקופה יותר קצרה סטטיסטית מאשר בשכיבה. יכול להיות שהיא תזדקק לזרוז, אם היא לקחה משככי כאבים כמו אפידורל, יכול להיות שהיא תזדקק ללידה מכשירנית, הסיכוי שלה גובר ב-42%, אם הוואקום, הלידה המכשירנית לא הצליחה אולי לצורך ניתוח קיסרי, כמובן שזה לא תרחיש וודאי, והוא יכול גם לא לקרות והרבה פעמים הוא לא קורה, אבל זה תרחיש אפשרי והוא קורה.

האם קיים לאישה חופש בחירה בלידה פיזיולוגית? אז התשובה שכולנו נגיד ישר, זה כן. בטח. למה לא? שכנה שלי ילדה לידה פיזיולוגית, חברה שלי, הוא קיים. אבל המציאות היא קצת יותר מורכבת, והתשובה היא: תלוי. אז נאמר שאישה רוצה ללדת לידה פיזיולוגית והיא מראש לא מתכננת, לא רוצה התערבות כפוי, ואין לה צורך בו. אז היא מגיעה לביה"ח והיא צריכה להסכים לאיזושהי עסקת חבילה של התערבויות שגרתיות ושגורות בביה"ח, שכולל ניטור רציף שהזכרתי, עירוני, איסור האכלה ושתייה, כניסה ויציאה של

אנשי צוות, הכתבה של תנוחת הלידה לפי מה שהמיילדת יכולה, חיתוך מיידי של חבל הטבור, הפרדה מן הילוד, אלה דברים שהם שגורים כמעט בכל בי"ח. ויש התערבויות נוספות שהן לא שגרתיות, אבל הן מפצות. זרוז, אפידורל, טשטוש וואקום, קיסרי, יש סיכוי מאד טוב שהיא תפגוש את אחת מהן אם לא יותר.

לעתים לא יתאפשר לה ליווי דולה. דולה זו מישהי שהמטרה שלה היא לתמוך בלידה, בתהליכים הפיזיולוגיים שהזכרנו. אם היא הגיעה למערכת הציבורית, אז אם היא באותה משמרת יש אחות שהיא תומכת בלידה פיזיולוגית או לא, זה עניין של מזל. יש בתי"ח שיש יותר ויש בתי"ח שיש פחות, אבל אם יש כזו במשמרת או לא, זה באמת עניין של מזל. וגם אם יש, חשוב לומר שהיא לא באמת פנויה לתת לה את אותו ליווי רציף שתארנו, כי היא עסוקה עם עוד שתי יולדות במקביל. אז תאורטית אפשר לומר שהיא יכולה לסרב להתערבויות, בגלל שיש את חוק זכויות החולה, וזכותה לסרב לכל דבר. במציאות, מעשית לפעמים מופעל עליה לחץ להסכים בין אם זה הנוהל ובין אם זה מה שנהוג. וגם במציאות אישה בלידה אקטיבית עלולה למצוא את עצמה מתקשה לסרב, כשמציעים לה משהו. ונגיד שהיא עברה את כל זה והיא צריכה לחתום על טופס הסכמה ללידה פיזיולוגית שמעיד שהיא מסוכנת. ויש מה לומר על זה, אבל זה כרגע המצב.

אם האישה רוצה מודל מילדותי כמו שתארנו, כזה שיש לה את התמיכה הרציפה, כזה שיש התערבות רק במקרה הצורך, אז כרגע הוא קיים רק כשרות פרטי. שרות פרטי שיש מרכז לידה, חדר לידה בתוך ביה"ח, יש כמה בתי"ח בודדים שבהם יש את השרות הזה בחינם, אבל רק במקרה והוא פנוי. השרות עולה בין 1000 ל-5500 שקלים. כמובן שלא כולן יכולות, וגם לא

כולן זכאיות. יש נשים רבות שלא תוכלנה מראש לרכוש את השרות הזה.

דובר: למה?

נאורה אלתרמן: לדוגמא, אם יש היסטוריה של קיסרי, אז היא לא יכולה. אפרת לוי: על פי קריטריונים רפואיים. חשוב להזכיר את זה. נאורה אלתרמן: כן. בדיוק. נכון. האם הסכמה להתערבויות רפואיות ניתנת תמיד באופן הראוי? אני נותנת את הדוגמא של הרדמה אפידוראלית.

אפרת לוי: זה שוב סיטואציה רפואית.

נאורה אלתרמן: אז גם פה, זה לא סיטואציה רפואית ומכאן התחלתי. זו לא סיטואציה רפואית במהותה. הרדמה אפידוראלית כמובן שזכותה של אישה לבחור בזה, אבל לדוגמא, טופס הסכמה לאפידוראל כולל דברים נדירים ומפחידים מאד, אבל הוא לא כולל דברים כמו עליה בסבירות ללידה מכשירנית. העדר יידוע לביצוע התערבויות. יש התערבויות שנחשבות קלות, והן נערכות כשגרה לעתים קרובות. אפילו בלי יידוע של האישה. אני יכולה לתת רשימה ארוכה כמו stripping, שזה הפרדה בין הקרומים, קריעת קרומים לצורך זרוז לידה, זה מצב שבו באמצעות פוקען, פוקעים את שק מי השפיר על מנת לקדם את הלידה. לעתים קרובות זה נעשה ללא קבלת הסכמה של האישה, תוך כדי שהיד של הרופא בנרתיק של האישה, זה נעשה. חשוב לומר שזו התערבות שיכולה לשנות את מהלך הלידה, בגלל שהיא יכולה באופן פתאומי להגביר את כאב הצירים, לפי קוקרן יתכן שהיא מעלה את הסבירות לניתוח קיסרי. ואפילו בבייבי בוס, מישהו מכס רואה, התוכנית שמשודרת בפריים טיים, רואים שם פקיעת מי שפיר בלי קבלת הסכמה מדעת. הפרדת הילוד מאמו. בכל בתיה"ח בארץ נהוגה הפרדה שגרתית בין ילוד בריא לבין אמו. אני לא מתייחסת

למצבים ספציפיים של צורך רפואי. ויש את כל נושא הביות. ביות זה בחירה של האמא, שהילוד ישהה לצד מיטתה במהלך הלילה. יש הרבה בתי"ח שבהם האופציה הזאת בכלל לא קיימת. יש בתי"ח שמפרסמים שיש את האופציה, אבל במציאות זה תלוי במקרה אם יש חדר פנוי או לא, כך שההורים שכבר ילדו, נאלצים לקבל את זה שמישהו מהמערכת הרפואית ישמור על הילד שלהם במהלך הלילה, ואין להם בעצם אפשרות אחרת. למותר לציין שאם היו ניגשים למישהו עם תינוק בן שבועיים ואומרים לו: עכשיו אתה לא יכול, עכשיו מישהו אחר ישמור על הילד, אז סביר להניח שלא יסכימו. מי שהיה רוצה בזה גם בשלב הזה, כמובן שזו גם בחירה של שהיה בתינוקיה.

האם קיימת לנשים אלטרנטיבה ללידה בבי"ח? אז יש מה שנקרא לידת בית. שזו לידה פיזיולוגית של אישה בריאה עם הריון תקין, שנערכת באופן מתוכנן מחוץ לבי"ח, אפילו בליווי של איש מקצוע שמוזמנת אליך. מרבית המחקרים מצאו שלידת בית כשהיא מתוכננת ומושגת כמו שצריך היא בטוחה. ואני מודה שזה מפתיע. אני מאד הופתעתי בפעם הראשונה כשנחשפתי למידע הזה, אם תרצו להבין למה, אחרי זה אני אסביר לכם, אבל זה מה שמצאו בכל המחקרים האלה. ויש בה שימוש מאד נמוך של התערבויות. חלק קטן מהמחקרים, בכל זאת מצא סיכון מוגבר, ולאלה אני רוצה להתייחס. המחקרים שמצאו סיכון מוגבר, מצאו את הסיכון הזה רק לילוד, והוא מוגדר בסדר גודל קטן מאד, כשעדיין היתרונות הבריאותיים לאם נשמרים. יש, רק כדי לסבר את זה ברמה הבינונית, יש מדינות מערביות אחרות שמעודדות את זכות הבחירה לכל אחד ממסלולי הלידה, וודאי במרכז לידה או בבי"ח, והכל ממומן באופן ציבורי וזו רשימה חלקית של המדינות האלה.

קנדה, ניו זילנד, אוסטרליה ודנמרק. האם אישה בארץ חופשיה לבחור בלידת בית? אז שוב, התשובה הראשונית היא כן. אבל התשובה הקצת יותר מעמיקה היא לא ממש. יש את חוזר לידות בית, שנכתב ע"י משרד הבריאות, החוזר יוצא מתוך הנחה שלידת בית היא לא בטוחה. ולכן הוא שם כל מיני הגבלות שהן לא הנחיות, הן הגבלות. ורבות מהן הרבה יותר מגבילות ממה שראינו במדינות האלה שמניתי קודם.

דוגמא לכך זה לדוגמא, אישה, כמובן זו אפשרות קיימת רק באופן פרטי, והיא עולה בין 5000 ל-15 אלף שקלים, אז כמובן שזה מצמצם את אפשרות הבחירה. אבל אם אני חוזרת לאישה שיכולה ורוצה לשלם את זה, עדיין יכול להיות שהיא לא תהיה מסוגלת להשיג מיילדת או רופא שילוו אותה, מהסיבה שיש את ההגבלות האלה. לדוגמא, אחת ההגבלות היא שצריך להיות מרחק ספציפי מביה"ח. אז נאמר, אישה גרה רחוק מדי מביה"ח, מעבר למוסכם בהנחיות והיא רוצה ללדת בקליניקה של המילדת, מה שנקרא מרכז לידה, איזשהו מודל שמגדירים אותו. אבל בארץ מרכזי לידה הם לא חוקיים. אין לה את האפשרות הזאת והיא לא תוכל לבחור באופציה הזאת, היא תחזור לאופציה שדיברנו קודם, של ביה"ח, בין אם זה לה אישית מתאים ובין אם לא.

לסיכום, אנחנו רואות בלידה פיזיולוגית הבסיס של הלידה והשגת התנאים הדרושים לה, היא חלק מהאוטונומיה הבסיסית של אישה על גופה. כלומר, זה חלק מזכות האישה להכריע איך היא תלד. אבל התנאים האלה לא מתקיימים עבור רוב הנשים בארץ. הסכמה מלאה מדעת, אך גם היא לא תמיד מתקיימת. ואפשרות ציבור הנשים בישראל לבחור באופן חופשי את אופן הלידה, כמובן במגבלות רפואיות מסוימות,

היא מוגבלת מהותית והיא מחייבת, לדעתנו האתית. זהו. אני
מאד מודה לכם.

נועם זהר: אני אמשיך מכאן. אני לא אנסה לחזור על הדברים של נאורה,
אני חושב שמבחינת העובדות, אני השתכנעתי שוב מהמצגת
הזאת, שבפועל חופש הבחירה של נשים במה שנקרא פה לידה
פיזיולוגית, בארץ הוא מוגבל באופן משמעותי. ההגבלה הזאת
מורכבת, קודם כל את הרוב העצום של הלידות בארץ, נעשות
בבי"ח, אז השאלה המרכזית היא מה קורה בבי"ח, ובסה"כ
שוב, אני אחזור גם על הדברים של נאורה, שמבחינת התוצאים
של mortality morbidity אנחנו במקום מצוין בעולם, וטוב
שזה כך. אבל לא צריך לעצור ולנוח על זרי הדפנה, כי יש פה
בעיה מבחינת ההתנסות והחוויה שהיא לפעמים טראומתית,
ושהיא בכל אופן פוגעת בזכות בסיסית של בחירה.

אני רוצה להתחיל ולקבל כעובדה, או לפחות טנטטיבית לקבל
כעובדה, כי אולי מישהו ירצה להתווכח על זה, שבאמת חופש
הבחירה של נשים בסוג כזה של לידה, הוא מאד מוגבל בארץ.
לא אגיד שזה אף פעם לא קורה, שזה בלתי אפשרי, הוא מוגבל
בעיקר ע"י מה שקורה בתוך חדרי הלידה בבי"ח, עסקת
החבילה, חוסר יידוע, הטיה לכיוון של מדיקליזציה ועודף
התערבות. ורק כדי להביא דוגמא למשהו נגדי, היום כשמישהי
באה ללדת בבי"ח באנגליה, או בעצם לא כשהיא באה ללדת,
כשהיא מתכננת את הלידה מראש, שואלים אותה: האם את
רוצה consulted planned delivery or midwife late
delivery כשמבינים שזה שני מודלים שונים שלכל אחד יש
יתרונות וחסרונות, יכול להיות מישהי שמאד חשוב לה
הבטיחות והיא רוצה מומחה שבעצם ינהל את הלידה, יכול
להיות שהוא לא תמיד אישית, יהיו אחיות ומיילדות שיעבדו
מטעמו, אבל הניהול של הלידה יהיה במודל שלו, או מה

שקוראים rob gin באמריקה או consulted באנגליה. לעומת זאת היא יכולה להגיד אני מעדיפה midwife late והכוונה היא למודל יותר קרוב ללידה פיזיולוגית כשהמיילדות נתפשת כמקצוע עצמאי, לא רק כאחיות שעובדות בתכיפות להנחיות של הרופאים על פי המודל הרפואי ההתערבותי, ובעצם היא יכולה לבחור באופציה הזאת בתוך ביה"ח. כמובן, ככל שהאפשרות הזאת יותר נמוכה או נדירה, בגלל איך שבתי"ח עובדים בגלל הנורמות המקובלות בהם, בגלל ההירארכיה בתוכם, הדחף למצוא אלטרנטיבה בוא אני אעשה בתוך ביה"ח, שיש שם פרדוקס, כי צריך לשלם או לפחות היה צריך לשלם, עד שאולי משרד הבריאות חסם את זה, לשלם כסף כדי שיתערבו פחות. בעצם זה דבר קצת משונה. אבל או לנסות לעשות את זה בלידת בית,

רות לנדאו: יש בתי"ח שמתערבים פחות ואחרים מתערבים יותר לאט בחדר הלידה.

אפרת לוי: פחות ימי אשפוז.

נועם זהר: אין לזה שום משמעות, המודלים הכלכליים בכל העולם, גם של ה- WHO יש לי ידיד שכיהן כמה שנים כמנהל רפואי של אתנה, של אחד ממוסדות הביטוח הגדולים בארה"ב, אומר: כשנכנסתי לתפקיד, הכנסתי לידות בית לסל שלנו, וחסכנו בזה הרבה כסף, והתוצאות היו לא פחות טובות והנשים היו מרוצות. כשהוא סיים את התפקיד, זה נגמר. זה חוסך הרבה כסף. יש הרבה סיבות, אבל לכאורה זה עולה כסף, כי צריך מילדת לכל יולדת, מה שאין לנו היום בארץ, אנחנו בתת תקינה קיצונית, אבל מהרבה סיבות זה בסוף עולה פחות. אפשר לנחש אותן. או.קי אני רוצה להתמקד רק בעניין הביואתי.

אם נקבל כרגע לצורך הדיון את התאור העובדתי שבעצם יש חסמים משמעותיים לאפשרות לבחור,

אברהם שטיינברג: עשו את זה יחידני כמעט.

נועם זהר: אנחנו אולי נרצה להתווכח על העובדות. אבל אם נקבל את העובדה שיש חסמים משמעותיים לנגישות ללידה פיזיולוגית בארץ, אז למה זאת בעיה אתית שהמועצה צריכה להתעסק בה? ובכן, אני רוצה לנסח את הדברים שלי, בצורה שתנסה לעשות את הבידול. כי את אמרת כקריאת ביניים, יעל, מה זה הסיפור פה של טופס ההסכמה מדעת הוא מינימאלי, הוא לא מזכיר את הסיכונים.

יעל השילוני: לא לא, אני צחקתי בכאב, זו הסתייגות מכאב. בעת הניתוח הקיסרי שלי, כמה הייתי צלולה.

נועם זהר: ברור, אז אני רוצה לטעון, שעם כל מיני בעיות, אני רוצה לומר שעם כל הטענות שיש לנו אולי בכל המערכת הרפואית, של החתמה של הסכמה מדעת היא קלה מדי ולא מדגישה את המידע הלא נכון, לא מדגישה את המידע הכן נכון, אני חושב שיש בעיות לטעון, יש בעיני בעיות מיוחדות לתחום הזה של לידה מבחינת זכויות האדם וחופש הבחירה. ואלה שלוש סיבות עיקריות: אחת, כמו שנאורה גם אמרה בפרזנטציה שלה, שלידה מעצם טבעה היא לא מחלה. אז בניגוד לדבר אחר, אם יש למישהו סרטן, אז אם הוא לא מאיזה משהו שהוא בשוליים, אז הוא מבין שסרטן דורש טיפול של המערכת הרפואית. זאת מחלה, ובוודאי שהתערבויות רפואיות הן מאד חשובות וקריטיות. ואז יש שאלה, בתוך זה, אתה בוחר טיפול ספציפי או לא, אתה בוחר בין שתי דרכים של טיפול, אתה בוחר רופא, אתה אומר זה אני לא רוצה לעשות, זה אני מוותר. אבל בגדול, ההנחה היא שאתה באת למקום הנכון, ושהתערבות הרפואית היא נכונה. ולעומת זאת, בלידה, עצם

ההנחה שניהולה בשליטה של ההתמחות הרפואית זה הדבר הנכון, זה לא מובן מאליו, לכן הזכרתי את המודל האנגלי או מודל ,

רות לנדאו : גם היסטורית זה כמובן לא נכון, אבל לא חשוב.

נועם זהר : היסטורית, בוודאי, זה חלק מהסיפור. כלומר, יש ארצות מרובות שבהן יש אלטרנטיבה נפוצה יותר או פחות, זה תלוי, בארה"ב זה אחוזים מעטים, בניו זילנד יותר, בהולנד עוד יותר,

רות לנדאו : בהולנד זה למעלה מ-30 אחוז.

נועם זהר : נכון, 28% בספירה האחרונה. כן. עכשיו, סיבה אחת היא שפגיעה באוטונומיה, אם היא אמנם קיימת, בחסימה של הדבר שנשים רבות רואות אותה כדבר עתידי ומבוקש אצלן, היא יותר משמעותית, זה בגלל שזה דבר שמעצם טבעו יש שאלה אם הוא צריך להיות בניהול של בי"ח. עכשיו אני אדייק. יש נימוקים טובים שזה התרחש קרוב לבי"ח. אפשר להגיד בתוכו, במקום שהוא שלוש דקות ממנו, במקום שהוא עד חצי שעה ממנו, יש הגיון טוב, בגלל שיש סיכונים שמצריכים התערבות מיידית כמו ניתוח, ואף אחד לא טוען שצריכים להפסק ניתוחים קיסריים שזה מגיע לאפס אחוז של סיכון. יש שאלה מה האחוז שנכון שיהיה, אבל בוודאי יש גם סיבה לזיקה למיילדות רפואית. אבל זה לא מובן מאליו שזה צריך להיות בתוך זה. את סיבה אחת לבעייתיות המיוחדת של הנושא הזה. סיבה שניה היא, שהמשמעותיות של האירוע. אני הייתי שותף, נוכח, אחד הדוברים לפני כמעט שנתיים בהולנד, בכנס בהאג, women's rights and child way הכנס בין לאומי שהתקיים, העילה המיידית היתה פסק דין של בית המשפט האירופי לזכויות האדם, טרונובסקי נגד הונגריה. יש לי את פסק הדין, מי שרוצה, אני אביא אותו נגיע לתת וועדה ונעיין בו. זה פס"ד

של בית המשפט האירופי לזכויות האדם נגד מדינת הונגריה. המצב המשפטי שכלפיו הוסבה היה בהונגריה, דומה ושונה מהמצב בישראל. הנושא של פסק הדין הזה היה לידות בית. אבל מה שחשוב בו הוא לא רק לידות הבית, אלא לב העניין. אישה רצתה ללדת בבית ובפועל היא לא יכלה לבצע את זה בהונגריה, אז היא עתרה לבית המשפט האירופי לזכויות האדם.

למה אני אומר שהמצב דומה? מפני שהונגריה כמו ישראל, לא אסרה מעולם על אישה ללדת בבית. היא לא אמרה אסור לך לעשות את זה. מה שהיא כן עשתה, שהיא יצרה חסמים של בעלי מקצוע, רופאים, מיילדות, לא יכלו בעצם לעשות את זה, בלי להבהל מהמצב הרגולטורי. השונה הוא, שהחסמים שהיו בהונגריה לא דומים לחסמים אצלנו. הם היו במובנים מסוימים יותר חמורים,

דובר: איזה חסם יש פה?

נועם זהר: חוזר מנכ"ל בעניין לידות בית יוצר הרבה מאד מגבלות שיש רואים רבים מהן כשרירותיות. כולל באופן הכי מובהק הדוגמא שנאורה הביאה. אם מישהי אומרת, הבית שלי, ויש אומרים שהחדר שבו הלידה מתבצעת צריך להיות בגודל מסוים, שזה הגיוני, נניח, ושצריך מרחק מסוים מבי"ח. אז מישהי אומרת לי אין בבית דבר כזה. אני רוצה לעשות את זה במן צימר שיהיה כן במרחק של עשר דקות מבי"ח ובתנאים הפיזיים המתאימים, היום אסור למיילדת שרשאית לפי החוזר ליילד בבית, אסור לה לנהל מערך, נגיד, של צימר כזה או שני צימרים ליד הבית שלה, מפני שבעצם החוזר דורש שיהיו שם בעצם כמו בי"ח קטן.

רות לנדאו: אבל אין גם משהו נוסף, את לא הזכרת את זה.

נאורה אלתרמן: זו החמרה.

נועם זהר: זאת החמרה של החוזר האחרון שאני מביא אותה כדוגמא להגבלה שנראית גם בעיני שרירותית, וגם עושה אינטרפרטציות, כלומר, דבר שאומר בעצם תעשי את זה רק בבית שלך, גם אם הוא 40 דקות, אז יחתכו פה פינות ויגיעו לסיכון יתר, או בעצם יאלץ אותה להגיע לבי"ח. זאת דוגמא ואפשר להביא עוד דוגמאות.

רות לנדאו: אבל סליחה, משהו לגבי הרגולציה. שאם היא רוצה לקבל, אם האישה הזאת רוצה שהביטוח הלאומי יכיר בזה שהיא יולדת, היא לא צריכה תוך איקס שעות להגיע לביה"ח? ז"א זה לא נגמר בזה. אני חושבת שזאת אינפורמציה נורא חשובה להבנת העניין, שהיא חייבת לראות רופא, רופא חייב לראות שהיא ילדה.

נועם זהר: סעיף 42 לחוק הביטוח הלאומי, אם אני זוכר נכון, מונע מענק לידה ומימון של הלידה בלידת בית. הנימוק הרשמי לזה, נאורה אלתרמן: אם היא הלכה לבית חולים, הוא יקבל את זה.

נועם זהר: כן, אבל היא לא יכולה את אותו כסף או חצי מהכסף שביה"ח היה מקבל, 11 אלף שקל או אני לא יודע כמה, שישולם שהיא תשלם את זה למיילדת הבית ועוד יישאר לביטוח הלאומי עודף.

כרמל שלו: לא, זה מאד משמעותי, אבל היא גם לא יכולה לקבל את מענק הלידה. מה שמשלמים לבי"ח זה בטח לא.

נועם זהר: נכון, את מענק הלידה, כשהנימוק הרשמי לזה, כפי שהוצג בבית הדין לעבודה כשערערו על זה, זה שלידות בית יותר מסוכנות ולכן מדיניות לגיטימית של המחוקק היא להגביל אותן. מה הבסיס העובדתי להגיד שהן יותר מסוכנות, כשה-WHO והמון מחקרים אומרים ההפך? זאת שאלה מעניינת. יש קצת מחקרים שכן אומרים,

רות לנדאו: ההפך?

נועם זהר : ההפך, שאין יותר סיכון ושזה יותר טוב לאישה.
 נאורה אלתרמן : בלידה שניה יש מחקרים שאומרים שזה יותר טוב לאישה.
 נועם זהר : בקיצור, אני אסכם את הנקודה השניה ואני אגיע לשלישית ואז אני אעצור. אני לא רוצה להאריך יותר מדי. אסיים בעוד דקות ספורות. הטעם השני הוא, שאם יש כאן פגיעה באוטונומיה, היא מאד משמעותית, כי הלידה היא חוויה מאד משמעותית וזה מה שבית הדין האירופי בעצם פסק. הוא אמר, שכשמדינה מגבילה באופן משמעותי אמנם לא במישרין, אלא ע"י רגולציה של המטפלים, אבל בעצם מגבילה באופן משמעותי את הנגישות של האישה לחוויות הלידה שהיא רוצה, זאת פגיעה בזכויות האדם שלה. כלומר, זה לא איזה דבר טריוויאלי, איזה לוקסוס כמו ששמעתי פעם מאחת הרופאות שאמרה: הן רוצות ללדת במים עם הדולפינים, כלומר, איזה מן דבר של new age של איזה חווית לוקסוס. בית הדין האירופי לא ראה את זה בצורה הזאת. קיבל את זה ברוב של ששה מול אחד, פסק נגד הונגריה, כי הוא אמר שיש פה פגיעה משמעותית בזכויות האדם. וזאת הסיבה השניה שיש פה הבדל.

דובר : מה עשתה הונגריה?

נועם זהר : היא שינתה את המצב הרגולטורי בעקבות הפסיקה. כן, יחסית למה שהיה קודם, שינתה את זה לטובה. להגיד שהמצב הוא משביע רצון שם היום, לעניות דעתי לא. אבל היא נענתה לפסיקה הזאת כמובן. דבר אחרון הוא, שבהקשר הזה של מיילדות, אנחנו פוגשים טענה מאד רווחת, סטנדרטית, שלדעתי מבחינה אתית היא מאד מקוממת וצריך לבדוק אותה. הטענה היא, אישה, אם את רוצה לקבל על עצמך סיכון, יכול להיות שבאירופה הסיכונים קטנים, זה אחד, שלושה מעשרת אלפים, נגיד בגבול העליון זה אחוז, חצי אחוז, אני מדבר על גודל הסיכונים, אם את רוצה לקבל על עצמך תוספת סיכון של

אחוז אחד, כלומר, לרדת מבטיחות של 99 אחוז לבטיחות של 98 אחוז,

נאורה אלתרמן: 0.1 אחוז.

נועם זהר: אני אומר, אני לוקח אפילו את המספרים הכי מופרזים, בעצם זה יותר בגודל של חלקי הפרומיל, אבל אפילו ניקח משהו כמו מספרי גג, את רוצה לקחת על עצמך סיכון כזה? אז בהנחה שיש וידוע ושלא מפעילים לחץ בלתי נאות, זה הנחות שלא מתקיימות, אבל נניח, או.קי. זכותך. אבל מה עם הילוד? יש פה מטופל אחר, יש לנו אחריות למישהו אחר, ואיך את יכולה לסכן את הילד שלך בגלל איזשהו שגעון שלך, ולכן אנחנו בעצם מתערבים והרבה ממה שנאורה תארה פה, מונע והרבה דברים שלא נפתחו, מונע ע"י טענות כאלו.

ובכן התשובה שלי לזה היא מאד פשוטה: נחשוב על אונטולוגיה פדיאטריה. ילדים חולי סרטן, הורים מקבלים כל הזמן החלטות בסדר גודל כזה לגבי הטיפול בילדים שלהם ואף אחד לא חושב שזה בעיה. כלומר, אני אדגים את זה, נגיד שיש שני בתי חולים שאפשר לקחת אליהם,

אפרת לוי: אתה לא מניח שההחלטה הולכת להיות מזיקה.

נועם זהר: לא לא, אני אומר, ניקח דוגמא של שני בתי"ח שאפשר לקחת אליהם את הילד. ובאחד מהם התוצאות לשרוד הן 98 אחוז ובאחד 99 אחוז. אז לכאורה, שקול זה של ה-99 אחוז. אבל נניח שהוא רחוק מהבית שתי שעות נסיעה לעומת חצי שעה, וצריך לעשות טיפולים, זה יהיה עול על המשפחה. או נניח שהרופא שהתוצאות שלו קצת יותר טובות בכירורגיה, הוא מאד מפחיד ואנטיפטי, והילד נבהל ממנו ואין אינטראקציה טובה אתו. סיבות כאילו טריוויאליות, זה נחשב לגמרי רציונאלי שמשפחה מקבלת החלטות, אני לא מדבר על משהו שהורג את הילד, משהו שאל תתנו לו עירווי וכיו"ב. מדבר על

סדרי גודל שהם לפחות באותה דרגה כמו שמדובר פה, אולי קצת יותר. זה נחשב לגמרי טבעי שההורים כאפוטרופוסים של ילד שהוא כבר חי, לא יילוד, שהם מקבלים החלטה כזאת, כי ההנחה היא שהם עושים את זה לטובת הילד, ולטובת המשפחה והם רוצים לעשות את הדבר הנכון, גם אם אנחנו היינו אומרים זה לא הגיוני. אני הייתי בולע את הצפרדע של הרופא הפחות נחמד ומרוויח עוד אחוז סיכוי לילד והורה אחר חושב אחרת אף אחד לא ילך לקדמן ויגיד: בואו תוציאו את הילד הזה, אפילו ארעית מחזקת ההורים, בגלל החלטה כזאת. ההרגשה שלי שנעשה פה, לא בכוונת מזיד, אבל בעצם ברוטינה שימוש שגוי, לא ראוי בטענה של בטיחות הילוד, כאשר מדובר בהפרשים, אם מסתכלים על הסיכון היחסי, אפילו פי שניים. אבל הפי שניים זה יכול להיות עשרים מעשרת אלפים במקום עשרה מעשרת אלפים, או משהו מהסדר גודל הזה, ואומרים איך אנחנו נאפשר לאישה לקבל החלטות כאלה. אלה שלושת הטעמים שבגללם בעיני, הנושא של אוטונומיה, של פגיעה באוטונומיה, של פטרנליזם, של הגבלת חרות בהקשר הזה, היא בעייתית מאד, יותר מהרבה נושאים אחרים במערכת הבריאות, ולכן לדעתי, זה נושא שראוי לטיפול למועצה הזאת. תודה רבה.

ארנון סמואלוב: מנהל מחלקת יולדות בשערי צדק, המחלקה הגדולה ביותר בעולם. ידוע, שערי צדק, 15 אלף לידות, 20 אלף לידות יחד עם ביקור חולים, שאין לזה אח ורע בעולם, עוברים 11% ניתוחים קיסריים, תמותת עוברים של 3 לאלף. אני בכוונה אומר את זה, כדי להזכיר שיש לנו, בוודאי יש לכם חיות בית, וחיות בית דוגמת כלבים וחתולים, שאנחנו מגדלים, נולדים בהצלחה גדולה. הם נולדים בסביבות 85% וכמו שאמרתי אחוזים קטנים לפה ולשם, זה לא נורא. אז אם אנחנו מדברים על 85%

הצלחה, זה לא רע סה"כ. אנחנו משחר, מ-1920 התחילה לרדת ירידה הדרגתית בתמותת אמהות ועוברים בעולם כולו. אנגליה בוילס, ארה"ב יש ירידה גדולה מאד של לאודר(?) אני בכוונה מביא את העבודה הזאת, בהולנד גם כן, מדינה ש, אחד הדברים המעניינים שקרו מתמותה של 800 למאה אלף נשים, מתמותה של מאה לאלף של תינוקות, לקראת שנות השישים הגיעו למספרים שמדרגים את המספרים הבודדים למאה אלף אמהות או לאלף תינוקות, קרו בגלל דבר אחד, רבותי, לא בגלל אנטיביוטיקה, לא בגלל ניתוחים קיסריים, לא בגלל רופאים מעולים, אלא בגלל דבר אחד: התנועה מהבית לבי"ח. זה הדבר היחיד. רק הדבר הזה. התנועה מהבית לבי"ח. בסוף המאה, בתחילת 1900 עדיין רוב הנשים בארה"ב ילדו בבית, כמנהג, מי שגדל על סרטי הקאובויים, היתה בקתה, האישה היתה כורעת ללדת, היו אומרים תביאו סדין ומים חמים. זה היה מנהג טוב. נכון, מנהג יפה מאד, ובאמת ההצלחה היתה גדולה. הרבה נשים מתו במטה מדימום, הרבה מתו מזיהום, ותינוקות רבים לא חיו כמו הכלבים והחתולים. זה בסדר. אין לי, אני לא רוצה להתייחס לכל הדברים שאמרת, זה ברור לך לחלוטין שעל כל טענה מהטענות שלך, בלי יוצא מן הכלל יש טענות מנגד, ולכן אין טעם להתפלסף על הדברים האלה. אני חסיד גדול של זכויות האישה. אני חושב שזכויות האישה הן מעל הכל. זכותה לעשות מה שהיא רוצה, אבל צריך לדעת לתת את האינפורמציה הנכונה.

אני חושב שגם בארץ, אנחנו מדברים על 160 אלף לידות בשנה, בין 150 ל-170, אם יש לך עשר השנים האחרונות זה ארצי, שעור לידות הבית יושב על פחות מאחוז אחד. פחות מאחוז אחד! וזה לא בכדי. אני חושב שרוב הנשים, מעט מאד מהן מרגישות שהן מקופחות בזה, וזה בעיקר בכדי להציג את הפן

השני, שרוב בתיה"ח בארץ, די מסכימים ללידות בתנאים שהנשים בוחרות. יש תוכנית לידה, יש מקומות עם לידות טבעיות ולא דווקא בתשלום.

יעל השילוני: רק בגלל שנשים נאבקות על זה כבר הרבה מאד שנים.

ארנון סמואלוב: אני לא יודע מה זה נאבקים, על מה?

יעל השילוני: רק בגלל שנשים הצליחו להאבק על זה ורק בגלל שבתיה"ח מרוויחים הרבה מאד כסף מלידות, ומכיוון שהצליחו במאבק להשיג הישגים לא בגלל שהרופאים מתוך עצמם הכירו במצוקה הגדולה של נשים במערכת הרפואית. ודרך אגב, אני אומרת את זה, מתאים פה גילוי נאות. אני ילדתי שלוש פעמים בבי"ח, ולמרות שאני מאד מעריכה לידות בית, אני לא חושבת שאי פעם הייתי בעצמי יולדת בבית. אבל צריך להציג את ההיסטוריה עם הנתונים שלך אני לא יודעת להתווכח במלואם, למרות שאני קראתי לא מעט מאמרים שאומרים שהירידה בתמותה בלידה יש לה סיבות אחרות לגמרי, אבל בכל זאת אתה המומחה בתחום והיום לא התכוננתי, אבל הסיבה שבתיה"ח היום קצת יותר הולכים לקראת הנשים, זה אך ורק כי הנשים "הלא אחראיות" האלה, שהן מעיזות לקחת אחריות על הילד שלהן, נאבקו הרבה מאד שנים בהרבה מאד מקומות בעולם, ובתיה"ח היה להם אינטרס ולא שום דבר מעבר לזה, למשוך אליהן יולדות.

ארנון סמואלוב: אני חושב שבכלל הרפואה, אני בתור דור שלישי של משפחת רופאים, אני יכול להגיד לך שהפטרנליזם די חלף מן העולם ברפואה. גם באונקולוגיה, גם בפנימית וגם בילדים. כי פעם הרופא היה קוסם מוחלט. אני חושב שהרוח הכללית היא בכלל השתנתה, וזה לא דווקא בגלל,

יעל השילוני: אם אני אומרת שילדתי שלוש פעמים בביה"ח, זה לא עבר מן העולם.

ארנון סמואלוב: לאו דווקא במיילדות. ואני חושב שדווקא מה שמאפיין, ואני בהחלט מייצג אנשים מהבראנז'ה של הרבה מאד מהמרכזים הגדולים בארץ, שאני יודע שעושים רבות, רבות להרגשה שהלידה הפיזיולוגית תתרחש בצורה הטבעית ביותר לרצונות הבעל והאישה שחווים את החוויה הזאת. אני יכול להגיד מהנקודה שלנו, לפחות בשערי צדק, ואני כן מרגיש נוח להגיד את זה, כי מקום שמילד 10% מהלידות במדינת ישראל, בהחלט אני יכול לעמוד מאחוריו ולדעת מה הוא עושה כאן, שאנחנו נותנים לנשים את כל האפשרויות ללדת איך שהן רוצות. איך שהן רוצות, עם מי שהן רוצות, כמה אנשים שיהיו בלידה. כל הדברים האלה מבחינת החוויה. ההערה הזאת גם לא היתה נכונה, שלוקחים את התינוק, כל מיני דברים היו המון המון רצף של דברים שאני יודעת שאת שגורה להגיד אותם כל הזמן, אבל אף פעם ממש לא מתקיימים.

נאורה אלתרמן: לא ממש אחרי הלידה, אבל אחרי שעה שעתיים.

ארנון סמואלוב: יש בהרבה מאד מקומות ביות. זה מאד מגמתי להגיד את כל הדברים האלה שלא נותנים, לא נותנים, חלק מהם מתקיימים. הדברים האלה מתקיימים. אני גם רוצה להגיד שרוב העבודות שמציגות איזשהו שוויון או יתרון בלידות בית זה עבודות שיש בהן סלקציה אדירה של מקרים לבחירה לצד של המקרים, כמו שאת אומרת non risk ועוד פעם, כמו שאת הדגשת ואמרת, את השניה אולי בתנאים מסוימים ואז אפשר אולי להגיע לתוצאות זהות, אבל אחרת באופן כללי, אין ספק שאני לפחות רוצה להבהיר לכם, שמאחר ואמנם הנושא זה החוקיות של בחירת האישה לבחור מה שהיא רוצה, אבל בתור חוויה אישית שלי של מיילד, אני יכול להגיד שהמקרים הקטסטרופאליים ביותר שאני זוכר במקצוע שלי, הם שייכים מעורבים בהחלטה של בני אדם, קשורים בלידות בית שנכשלו

בבית. ז"א אחת שילדה תאומים בבית ולא ידעה לילד את זה. אחת אחרת שמשכה את הזמן שבחדר ניתוח היינו מחליטים על לידה, נגיד, האתגר, ה- challenge שנכנסים לאלה שמחליטות ללדת בבית ולפעמים מושכים קצת מעבר להחלטה, בו בזמן שבבי"ח יש לנו בקרה. עצם זה שיש מספר אנשים שיכולים להחליט את ההחלטה, זה איפה שהוא נותן גיבוי להחלטות שמתבצעות בצורה יותר טובה. וכשזה אחד לאחד, נכון שמילדת זה דבר טוב, ברוב המקרים שלנו מיילדים אחד לאחד, אבל בכל מקרה, במקרים כאלה לפעמים נכנסים לאמביציה שמביאה לסיכון גם של האם וגם של התינוק, וזה מה שאני חוויתי פה בישראל. ולא פעם.

יעל השילוני: אבל זה לא מה שהסטטיסטיקה אומרת.

ארנון סמואלוב: את אומרת את שלך ואני אומר את שלי.

יעל השילוני: באנגליה הם לא אחראים, בהולנד הם לא אחראים? אז למה אנחנו לא נותנים את זה?

ארנון סמואלוב: בהולנד ואנחנו אותו דבר, דרך אגב, באנגליה, אם את רוצה להביא דוגמא מאנגליה, זה חלש מאד, 35% ניתוחים קיסריים, כך שהם רחוקים רחוקים מאתנו. זו לא דוגמא טובה. גם בהולנד שעור הניתוחים הקיסריים גבוה מאד. נכון ש-30% יולדים בבית, במערכת שיודעת לתת גיבוי נכון כדי לאפשר,

יעל השילוני: אין אמבולנס שמחכה מחוץ לבית.

ארנון סמואלוב: זו מערכת שיודעת לתת גיבוי באופן עקרוני, גם המרחקים קטנים מאד.

יעל השילוני: גם אנחנו קטנים מאד.

כרמל שלו: היום לידות הבית זה לא כמו שהיה לפני מאה שנה. אני חושבת שהאמנות או המדע של לידות הבית גם מתפתח כמו שהרפואה התפתחה. ומותר, גם ברפואה יש כשלונות, ויש

טעויות שלומדים מהן, ואפשר ללמוד מטעויות בלידות בית. אבל יש מן רושם שבאמת המדקליזציה היא כל כך שליטה, ויש כל כך הרבה התנגדות לאפשר לנשים לעצב לעצמן את החוויה הזאת בצורה מושכלת, ועם גיבוי מקצועי ומוסדי ראוי.

ארנון סמואלוב: מי מגביל?

כרמל שלו: החוק, המדינה.

ארנון סמואלוב: ההחלטה של חוזר מנכ"ל?

כרמל שלו: לא, אתה בוודאי לא, בתור מנהל מחלקת יולדות בשערי צדק. אבל החוזר מנכ"ל כן. הגישה שמביאים שלידות בית הן מסוכנות, החוסר מוכנות להכיר בהתקדמות ובנסיון שנרכש במקומות אחרים בעולם סביב הנושא הזה, וחוסר הנכונות לשתף פעולה כדי למצוא מודל שיאפשר גם לידות בית בגיבוי רפואי.

נועם זהר: אבל הנושא שלנו הוא לא רק לידות בית. אני רוצה לשאול אותך משהו על הבי"ח, כי זה מאד משמח אותי אם אתה יכול לענות על זה בחיוב. הסיפור של אישה שבאה עם תוכנית לידה, ונפגשת עם הצוות ואומרת: יש לי תוכנית לידה, ונתקלת בתגובות שבקיצועניות, אבל לא נדירות, לא מעניין אותי תוכנית הלידה, אנחנו עושים פה אחרת. או או.קי בואי נראה את זה, אבל בעצם אח"כ עושים דברים שהם לא לפי תוכנית הלידה. זה אצלכם לא קורה כאן או כמעט לא קורה בשערי צדק? וזה קורה באיכילוב, בסורוקה, וכאן לא? אם ככה, אז כולם צריכים ללמוד מכם.

ארנון סמואלוב: אני הייתי אומר שא. יש בהרבה מקומות שמקבלים תוכנית לידה. אני לא עומד מאחורי כל המקומות. אני רק אומר ברוח כללית, גם ההחלטה על לידה טבעית מנגד, כשיש מילדת מול היולדת, נלקחות כל מיני החלטות שהן מוזרות מאד. לדוגמא, שפתאום מיילדת מחליטה שהיא תיילד עכוז בבית, והתינוק

מגיע אלינו, למרות שזה כתוב שלא, למרות שהיא לא יודעת שיש לידת עכוז, פתאום לידת עכוז נפל ומבצעים את זה בעצם רע מאד, מקרה שהיה לנו לפני חודש והגיע לכאן.

כרמל שלו: זה מאד קיצוני.

ארנון סמואלוב: מה לעשות, אלה הדוגמאות שאני רואה, את המקרים המוצלחים, אני רוצה להזכיר לך, לידה זה דבר מוצלח ב-85% מהמקרים בלי שניגע בה. אני הראשון שאגיד לך את זה. זה ברור לחלוטין. אנחנו לא ממציאים פה שום דבר. לידה זה דבר פיזיולוגי. אם אנחנו מדברים על התקינות הקטנות, אין לנו הרבה מספרים, אתה הפחתת בערך של ה-0.1% אז אני רואה ב-0.1% זה גדול מאד בשבילי. רבותי, יושבת פה אפרת והיא גנטיקאית במקור, והיא תגיד לכם שב-0.1 סיכוי לאירוע של תסמונת כזאת או אחרת, אנשים עושים הפסקת הריון, עושים בדיקה חודרנית, עושים כל מיני דברים כדי שזה לא יקרה. אז אתה משליך כאן ואומר 0.1 אחוז סיכוי זה כלום?

רות לנדאו: זה ההבדל, שהם, הדוגמא שאתה מביא, שהן מוכנות לצאת את כל הדרך כדי לעשות את הבדיקות ופה מדובר בנשים שמוכנות לעשות את ההפך. שאומרות שרוצות לעשות לידת בית, כי זאת הבחירה. הנושא בשני המקרים הוא האוטונומיה וחופש הבחירה של האישה. זה העניין, וגם אני רוצה מאד לחזק אם אפשר, להתייחס למה שכאן נאמר קודם, ע"י שתי הדוברות כאן. אם אתה תסכים, אני מסתכלת עליך, אז אתה גם תסכים אתי, שהלידות היום בבי"ח לא דומות ללידות בבי"ח של לפני עשר, עשרים ושלושים שנה. מבחינת הפרוצדורה. נכון? ומבחינת מה מותר לאישה לעשות ומה לא. יעל הביאה את הדוגמא שלה, לא אביא את הדוגמא שלי, אבל אני יודעת שבתי ילדה באופן שונה לגמרי ממה שאני ילדתי אותה ושתינו ילדנו בבי"ח. ביה"ח משתנה, ואני לא מתכוונת רק מבחינת הרפואה,

אלא מבחינת היחס והאפשרויות שיש לאישה. אני פשוט לא ארחיב, יש לי מסטרנטית שעשתה עבודה על לידות בית מתוכננות, ויש את כל המניעים למה הנשים עושות את זה. ואני רק רוצה להגיד, יש פה הרבה נתונים ולא אתייחס. רק לגבי דבר אחד, שאי אפשר לקחת את הדוגמא של לידת בית, שהאישה באמת בוחרת מי יהיה אתה מבין המשפחה שלה, ומי יעזור לה וכו', לעומת ביי"ח שכל שמונה שעות, אם הכל הולך בסדר ואין שביתה, אז הצוות מתחלף ויש אחיות אחרות וזה בכלל עולם אחר.

אני לא יודעת אם אני מצדדת בלידת בית, בשבילי ובשביל בתי. אבל אנחנו מדברים פה במועצה בנושא של אתיקה. והנושא של חופש בחירה הוא חשוב אני חושבת שאם משרד הבריאות כותב שזה מסוכן, כשאנחנו באמת רואים במדינות שונות שלפחות זה לא יותר גרוע, אני לא רוצה להגיד שזה יותר טוב, אז יש בזה מסר מאד מאד בעייתי בעיני.

אפרת לוי: אני רוצה אולי למקד את הדיון. אני חושבת שהשאלה היא לא הנתונים בביי"ח ומה הנתונים בלידות בית, לפחות בעיני, אלא באמת איפה עובר הגבול של מה צריך להיאמר לנשים. אני אולי אגיד את זה אחרת, בעצם האם אתה יכול להגיד לנו מה אתה חושב, איזה מידע נשים צריכות לקבל ומה צריכה להיות הדרישה ממערכת של לידות בית. וזה בהחלט יכול לבוא ממקום שלדעתך זה לא דבר חיובי. אני יכולה להגיד אני אישית אני אצטט מה לימדו אותי בגניקולוגיה, וזה שתעלת הלידה זה התעלה המסוכנת ביותר בעולם, ואני בוא נגיד, ברור לי שבתור רופאה, הראיה שלי של בטיחות היא יותר קיצונית מאשר של האדם הממוצע. אבל אני אומרת באמת מהצד האתי של להגיד, הרי זכותן של הנשים לעשות כל מיני דברים שהם לא בטוחים, לא הגיוניים, לא רציונאליים וכולנו עושים אותם.

ואני לא טוענת, זה לא שאני אומרת שלידת בית היא לא רציונאלית, אבל אני אומרת, בהינתן החשיבות של מתן הבחירה, איפה אתה רואה את הגבולות. ז"א מאיזו נקודה אתה אומר יש דברים שבאמת חייבים להיות ואיזה חסמים הם חסמים יותר מלאכותיים.

ארנון סמואלוב: אני חושב שהנושא של הדיון הוא לא פרוטוקול ללידת בית. את זה ניסה לעשות, אני חושב שמי שכתב את החוזר הזה של לידות בית שאני לא מסכים אתו גם, בתור מיילד אני לא מסכים אתו. אני לא הבנתי מה זה הסיכונים האלה על פניו, כי אני לא הייתי משתמש בזה בתור חוזר מנכ"ל. בכלל לא הבנתי בשביל מה מוציאים את הפרוטוקול של לידות בית, אם אתה שואל אותי. זה בפן המקצועי, אני בכלל לא יודע למה מוציאים את זה. מה שאני אמרתי, אמרתי בהתייחסות לרפואה. זה הכל. אתם בחרתם לדבר על האתיקה שבזה, בסדר.

אפרת לוי: זה התפקיד שלנו.

יעל השילוני: אבל החוזר הזה מאד משפיע.

ארנון סמואלוב: משפיע, זה לא אומר, מה, הפחד בגלל החוסר חוקיות של ביצוע דבר, זה מה שירתיע?

יעל השילוני: כן. וודאי.

רות לנדאו: יותר מפני שמוסד כמו משרד הבריאות אומר שזה מסוכן. אנחנו כולנו אזרחים מאד ממושמצים. אנחנו מאד מעריכים מה שמשרד הבריאות אומר ואולי הוא באמת יודע.

ארנון סמואלוב: אם רוצים להמשיך בציניות אין בעיה. יש הרבה חוזרים, רות לנדאו: אני מתנצלת, זה ממש לא בציניות. אני חושבת על החולה, כמו שאוהבים להגיד, הגב' כהן מאשדוד, אני חושבת שיש מעט אנשים שיש להם את היכולת לבקר ולקבל החלטות לגמרי עצמיות. אני חושבת באמת, אני לא מדברת על תחום הרפואה,

אתה לא מתייחס ברצינות שמשרד האקולוגיה יוצא עם משהו, אני מקבלת את המידע שלו בדרך כלל, שהוא נכון.

כרמל שלו : זו בהחלט מגבלה מול כל המגבלות האלה.

נועם זהר : אבל אני רוצה לשאול משהו על לידות ביי"ח. כי למשל, באחת מהגרסאות, אני לא יודע אם היא נשארה והאחות באה לבית, צריך להחתיים את היולדת שהיא מודעת לזה שניטור לא רצוף הוא מסוכן. ניטור רצוף זה מוניטור.

ארנון סמואלוב : לא הבנתי איפה מחתימים אותה?

נועם זהר : אני לא יודע אם זה נשאר בנוסח האחרון. נדמה לי שכן, ארנון סמואלוב : של החוזר אתה מדבר.

נועם זהר : כן, של החוזה היה, שצריך להחתיים את האישה על כל מיני הסכמות של לידות בית, שיש בהן סיכונים. למשל, אחד הדברים היה להחתיים שהעדר ניטור רצוף זה מסוכן. כלומר, ניטור רצוף בביי"ח זאת מכונה שכל הזמן נותנת את האות, יש אומרים שהמניע הוא מדי קולגלי, אני לא נכנס לזה,

ארנון סמואלוב : אבל אני חושב שחשוב להכנס לזה.

נועם זהר : או כמו שבן עמי אומר, שהבעיה היא בגלל שאין לנו מיילדת צמודה, אז כאילו צריך משהו שמזעיק כשאינן אף אחד בחדר. אבל יש אומרים שאין לזה יתרון. אני לא יודע. אני לא נכנס לפרטים של זה אני שואל שאלה כלפיך כמנהל מערכת גדולה שאני מאד מעריך אותה. נניח שיש גם סכנות בניטור רציף, כלומר, מה שנאמר קודם, כדי לקיים את הניטור הרציף את שוכבת על הגב, וזה יכול להאט את הלידה או לגרום יותר כאבים, ולהביא למפל התערבויות שבסוף יעלה את הסיכון ל- c section. לכאורה, היה צריך לפני שנותנים למישהו ניטור רציף, להגיד לה: תחתימי שאת מודעת לסיכונים שבניטור רציף. זה היה יותר אחראי, בעיניי. אז אני שואל אותך אם סוג

כזה של אזהרות קורה אצלכם, אם עולה בדעתך שהן צריכות לקרות? או שהנתונים מופרכים, מה שאני אומר.

ארנון סמואלוב: הנתונים עוד פעם, אחרי חמישים שנה של ניטור עוברי, זה נתון שבאמת בשורה האחרונה, כל המסקנות על ניטור והחשיבות זה בניטור רציף ובניטור לא רציף, שתי עבודות בסה"כ בכל השפות שיש על זה. מה המשמעות של ניטור זה אין סוף אפשרויות. אבל אני אומר עוד פעם, ייקח הרבה שנים כדי להגיע למסקנה שאולי ניטור רציף וניטור לא רציף הוא לא, או אותו דבר, ואולי גם בלי ניטור אפשר. זה לא דבר שהוא טריוויאלי לחלוטין. ולכן אני לא חושב שאתה בא לספק לציבור את כל האינפורמציה, ז"א אתה יכול לספק, אבל שיהיו כל הדיונים שחלים על כל מיני סעיפים ותת סעיפים. אתה מבין אין גבול לדברים האלה. אני חושב שהדרך ארוכה, וכל מי שדן במוניטורים, ואני ביניהם, אני יודע שהמוניטור זה לא האמצעי הטוב ביותר שיש לנו, אבל אין לנו שום דבר יותר טוב מזה. זה הדבר הכי חשוב שאפשר להגיד. אין לנו שום דבר יותר טוב להעריך את מצב העובר ברחם בזמן הלידה. ולכן המוניטור זה השימוש המקובל. האם זה גורם לבעיות? זה נכון שזה העלה במידה מסוימת את הניתוחים הקיסריים, והתערבויות. יש על זה המון המון עבודות שבוצעו. אם אתה שואל האם לספק אינפורמציה? אין גבול לאינפורמציה שאתה יכול לספק לאנשים, בייחוד שיש אנשים שלא מסכימים לאינפורמציה הזאת שנאמרת. אתה מבין?

יעל השילוני: אבל ההערה שלך היא באמת, בדיוק לעניין הזה, שאנחנו שמים לב לסיכונים מסוג אחד, ומאד מעצימים אותם, וזה סוציולוגית ממש הדגמה מושלמת של כל תחום הידע שבסוציולוגיה של הסיכון. איזה סיכונים אנחנו מעצימים ואיזה לא. אז הנה, אנחנו רואים, אתה בעצמך אומר בצורה

מאד ברורה, שבלידות בבי"ח יש את הסיכונים שלהם. כי בבי"ח, ברפואה בכלל יש מה שנקרא נזק הטרורגני, נזק של הרפואה הוא תמיד קיים. עכשיו, מי אמר שלאישה אין את האוטונומיה לבחור במה היא מוכנה להסתכן. והעניין הוא שכל הזמן מספרים לנו, נכון שרק בבחירה אחת זאת הסתכנות. לא רק בחירה אחת זו הסתכנות. גם ניתוח קיסרי מיותר כמו שרבות עוברות, רבות רבות, יש בזה הסתכנות. וזה קורה בבי"ח הרבה יותר מכפי שזה קורה בבית. עכשיו, זה שיש מיילדות לא אחראיות שבבית הן מחליטות לקחת סיכונים ולעשות לידות עכוז ולעשות כל מיני דברים איומים, זה לא בסדר, אבל זה לא סיבה לשלול את זה. זה שיש אנשים לא אחראים ואנשי מקצוע יש בכל מסגרת. זה לא סיבה.

ארנון סמואלוב: אני לא באתי פה להציג בעד או נגד לידות בית. זו מבחינת החוק התייחסות ואמרתי בצורה ברורה מה אני חושב על חוזר המנכ"ל הזה. יש הרבה חוזרי מנכ"ל, בלי סוף, ויש הרבה שאני לא מתייחס אליהם בעבודה היום יומית שלי, בגלל שיש שם דברים שהם לא מקובלים עלי. לא תמיד זה לקחת החלטה של בדיקת פרוטוקולים רפואיים כמו שאתם יודעים, זה לא תמיד בהסכמה מלאה. זה בהסכמת רוב, זה לא בהסכמה מלאה ולא בהסכמה בהכרח נכונה, כי ככה זה טבעם של דברים. אבל לעצם העניין, אני חושב שלאישה יש אוטונומיה להחליט שהיא רוצה, זה נראה לי הגיוני לחלוטין. רק שאני חושב, שאני לא יכול, כשאני מדבר פה בפורום הזה, לעמוד לצד זה שלהמליץ או להגיד לנשים שילדו בבית, שזו זכותן, אני מסכים. אם אני אגיד מילה טובה? התשובה היא לא.

יעל השילוני: אבל אני הייתי מצפה שכרופאים,

אפרת לוי: לא, אני אגיד לך למה, כי מנקודת מבט, זה משהו סוציולוגי, בסדר? של רופאים. אתה רופא בבי"ח? קרה משהו לא תקין.

קורים לכולנו דברים לא תקינים. כן? אתה אומר, הדבר הלא תקין הזה קרה במסגרת המכסימליסטית. ז"א כולנו כל המערכת עשתה כמיטב יכולתה, האדם היה במקום האופטימאלי, קיבל את הטיפול המכסימאלי, ולמרות זאת היתה תוצאה רעה. בסדר? אז יותר קל לנו לקבל, כאנשי מקצועי, יותר קל לנו לקבל את התוצאה הרעה הזאת, לעומת הסיטואציה שבה אותו דבר גרוע קרה במצב שלא היתה לנו שליטה עליו, שאנחנו חושבים שמראש נעשתה החלטה לא נכונה לעשות אותו שלא במסגרת הכי מגוננת. בסדר, זה כל ההסבר.

ארנון סמואלוב: אבל את לא נושאת באחריות למקרה שלה. אפרת לוי: זה לא משנה, זה בדיוק העניין. זו הסוציולוגיה של הרופא, ז"א הוא איכפת לו, כואב לו באותה מידה ואולי יותר, אברהם שטיינברג: מבחינה סוציולוגית זה לא נכון. זו האתיקה המקצועית. אפרת לוי: בסדר, מאה אחוז, האתיקה המקצועית שלנו אני חושבת שלנו יותר כואב על מה שקורה לפציינטים הרבה פעמים, יעל השילוני: אבל יש גם הרבה רופאים שאומרים בי"ח זו סביבה מסוכנת. אל תבואו למיון כי תחטוף חיידק. אפרת לוי: K, לא, את שאלת אותי ממה נובעת ההרגשה הזאת, אז אני מנסה להסביר ממה היא נובעת.

כרמל שלו: לא ממה נובעת ההרגשה, ממה נובעת החוסר מוכנות. אני שואלת בכנות ואפשר אחרי זה למחוק מהרקורד, אבל אני באמת שואלת בכנות: מדוע אתה מרגיש שאתה לא יכול להתבטא באופן חופשי על הנושא הזה? כי ככה הבנתי אותך.

אפרת לוי: לא, הוא אמר לך באופן הכי ברור, כשהוא רואה, תביני, אתם מסתכלים, אתם נקודת המבט הזה שמה עושים מדיקליזציה לדבר טבעי, ואנחנו מסתכלים על זה אחרת, אנחנו אומרים כל ילד הוא כל כך חשוב בפני עצמו, שאם ניתן הסיכון הקטן

ביותר שמקטין באיזשהו אופן את ההשרדות שלו או את היכולת שלו לחיות חיים בריאים ומלאים, שום דבר בעינינו לא מצדיק את זה. אתם אומרים, אני מדברת על הגישה ההפוכה, זה להגיד: האוטונומיה של האישה חשובה יותר, וכמו שהיא יכולה להחליט אם כן לתת כימותרפיה או לא לתת, לשלוח את הילד שלה לבי"ס או לא לשלוח אותו לבי"ס, למרות שיש חינוך חובה, אבל בואו נגיד, כל מיני החלטות שאנחנו מקבלים עבור הילדים שלנו, אני אומרת, זה הצד השני. הגישה השניה אומרת: הדבר הזה גובר. אתם צריכים להבין שמילד שמה שהוא עושה כל החיים שלו, שכל המטרה שלו בחיים זה למקסם את הבטיחות של היולדת והעובר, להגיד שהוא אח"כ יבוא ויגיד אני חושב שזה טוב באותה מידה לעשות את זה בבית,

(מדברים יחד)

נועם זהר: ההצגה הזאת היא בעיני, אני מבין אותה מאד, אני חושב שהאמירה הראשונית שלך היתה יותר נכונה, שזה סוציולוגיה ואני חולק על הניסוח מחדש של אבי שזה עניין של אתיקה. אברהם שטיינברג: בואו נגיד פסיכולוגיה. פסיכולוגיה מקצועית זה יהיה יותר נכון.

נועם זהר: זה נכון, אבל מקצועית היא מובנית חברתית או מוסדית, אז יש פה סוציאליזציה לתוך ראיית עולם. עכשיו, הנקודה היא לא, אני לא רוצה לדבר על לידות בית. אני הזכרתי את המודל האנגלי בכוונה, אבל להגיד שמישהי בוחרת בתוך בי"ח והסיבה נגיד שבתוך בי"ח סבבה, כי החדר ניתוח קרוב, מצוין, כמו מרכזי לידה באמריקה, שהם עצמאיים מנהלית מביה"ח, ואני מכיר כמה כאלה, שהם פיזית בחצר ביה"ח. זה כאילו אופטימאלי, אבל מבחינת טרנספר, זה כמו לעבור מפה עד שתעבירי מישהי לחדר ניתוח. נניח שמישהי בתוך בי"ח

אומרת אני רוצה לנהל את הלידה באופן, או שהוא יהיה במודל מסוים שיעשו יותר ניטור, יותר פקיעה, יותר זירוז, יותר השארה, כי יגידו זה שבוע 30 וככה, אי אפשר להחזיק את זה עוד כמה שעות, או ירידת מים, אז בשלב מסוים אמרו יש פה סכנה לזיהום, זה פתוח אז צריך לעשות זירוז. היום אולי לא היו עושים את זה, אולי עושים את זה יותר. מישהי אומרת אני לא רוצה את המודל הזה, אני רוצה מודל מה שהם קוראים mid wife late עכשיו, היא רוצה את התמיכה ממיילדת שתבוא עם מודל אחר.

- אפרת לוי: זה גם כלכלי, כל אחד היה רוצה אופטימאלי.
- נועם זהר: זה גם יותר זול בסוף. מהרבה סיבות. עכשיו, את אומרת לה: רגע, זאת האוטונומיה שלך, אבל כשאת תעשי את זה, את מסכנת קצת יותר את הילוד. לא, להפך, ב-99% אני נותנת לילוד הרבה יותר דברים טובים. זה ניהול, זה סיכון מול סיכון. זה לא סיכון סתם, כי אוטונומית את יכולה לסכן.
- אפרת לוי: לא, אתם שאלתם ואני שוב רוצה לחזור, אני עניתי על השאלה, נועם זהר: אבל זאת התניה של התפישה.
- אפרת לוי: בסדר, כל מה שניסיתי להגיד, כאילו אמרו לארנון איך אתה מגיב ככה. אז אני אמרתי, ברור לגמרי איך הוא מגיב ככה. הוא מגיב ככה כי זה מה שהוא עושה בחיים. זה מה שאנחנו עושים בחיים.
- ארנון סמואלוב: גם להגיד 99%, שיש רווח לעומת האחוז אחד של הסיכון, זה לא נראה לי המספר הזה. 99% רווח לזאת שתלד בבית? אני לא יודע מאיפה המספר הזה, שתרגיש יותר טוב בזה שתהיה בבית? הרווחים כל כך גדולים.
- יעל השילוני: יש פחות סיכוי לניתוח קיסרי.
- ארנון סמואלוב: לא ניתוח קיסרי, מי מדבר על ניתוח קיסרי בכלל. עושים העברה.

נועם זהר: הסיכוי לניתוח קיסרי בלידה שמתחילה בבית הוא יותר נמוך. ארנון סמואלוב: אני אומר לכם, אני מרגיש כל כך לא נוח, כי אתם לא פרטנרים לשיחה רפואית ומצד שני, אתם מתיימרים בנתונים לתת פה דברים רפואיים. אני אומר את זה בתור רופא, כי לבוא ולתת הכרזות כאלה, זה נשמע נורא משכנע למי שלא יודע על מה מדובר. אבל לבוא ולהגיד פה יש ניתוחים קיסריים ופה אין ניתוחים קיסריים. אני לא יודע מאיפה הדברים לקוחים. גם מאמרים צריך לדעת לקרוא.

יעל השילוני: רובנו יודעים לקרוא מאמרים, כי במקרה רק חלקנו הגענו לפרופסורה בלי לדעת לקרוא מאמרים.

ארנון סמואלוב: אני אומר עוד פעם, זה וויכוח כל כך טעון, הוויכוח של לידות בית לעומת לידות ביי"ח הוא וויכוח טעון, כי יש פה כל מיניו אספקטים, כמו שאתם יודעים. אני רק רוצה לסיים בנקודה אחרונה שאני רוצה להגיד, עוד פעם, בערך 200 עד 400, אולי היום 800 נשים יולדות בבית מתוך רצון, והרוב המוחלט יולד במדינת ישראל בבי"ח, וזה לא בגלל שמישהו מונע מהן את זה. רובן באות ללדת בבי"ח והיו אולי רוצות תנאים יותר טובים ומקבלות אותם כיום. זה סיכום אחר.

כרמל שלו: אפשר לדעת מה ההסתיוגויות שלך? אני לא הבנתי, ואולי אמרת ואם אתה יכול לחזור על זה, אם כבר אמרת, מה ההסתיוגויות שלך מחוזר המנכ"ל? אתה אמרת,

נועם זהר: שלא היה צריך להיות חוזר בכלל.

ארנון סמואלוב: אני לא הבנתי בכלל, כשראיתי את החוזר שאלתי בשביל מה יצא החוזר הזה, מי ביקש. כי אני יכול להגיד שבנושאים רבים אחרים, אני מוכרח להגיד, אני רואה את החוזר, כי אנחנו מקבלים כל מיני חוזרים,

כרמל שלו: כי החוזר לא רלוונטי לך.

ארנון סמואלוב: לא, יש לו גם חוזר איך לנהל חדר לידה שם. שאני לא יודע, יש חוזר איך לנהל חדר לידה, יש חוזר איך לנהל לידה בחדר לידה. כתוב שם, אני לא יודע מאיפה זה מצוץ בכלל, אני מוכרח להגיד לכם. זו ההתייחסות שלי לדברים האלה.

נועם זהר: לא כל מדיקל drive הם צריכים להפוך להנחיות בחוזר מנכ"ל. זה לא מובן מאליו.

ארנון סמואלוב: אפילו אם הם היו מבוססים. יש למשל 30 עם RH מינוס, כתוב שם בחוזר מנכ"ל כמה אנטי B לתת להם. יושבים שם אנשים כמונו רבים ואומרים מאיפה זה מצוץ לתת שתי זריקות לנשים א.ב.ג.ד, מאיפה זה בא?

אפרת לוי: אני אתן לכם דוגמא אחרת שהופכת את העניין ליותר ברור. אנחנו מרכז אבחון הגדול ביותר בארץ. את חוזר המנכ"ל הראשון כתבו אנשים ממרכז אחר. הם כתבו שם מה צריך להיות גודל החדר כדי שבו עושים שלב מסוים של PGB היה צריך להיות X מטר על Y מטר. אצלנו החדר הוא בחצי מטר יותר קטן לכל כיוון. אז אנחנו עוברים על חוזר המנכ"ל. האם בגלל זה בניתי חדר אחר? או ביקשתי מההנהלה שתבנה לי חדר אחר? לא. כתבתי מחאה למנכ"ל משרד הבריאות, שאני חושבת שהם צריכים לבדוק דברים יותר חשובים כמו שעורי הצלחה, שעורי טעות ודברים כאלה, ולא להגיד לי אם החדר שלי צריך להיות חצי מטה לפה או חצי מטר לשם. שתבינו את העניין, שלא תחשבו שכשאתם אומרים חוזר מנכ"ל ואומרים אנחנו לא מקבלים, כי לפעמים יורדים לרמת פירוט כזאת שהיא כבר לא רלוונטית לעניין.

יעל השילוני: נדמה לי שהחוזר מנכ"ל לגבי מוצרים מסוימים, נדמה לי, הוא ממש מגביל.

אפרת לוי: זה משהו אחר. אתם יכולים להגיד שיש פה עניין של הגבלת חופש העיסוק.

כרמל שלו : לא, לא, כי בעלי המקצועות הרפואיים, במקרה הזה מילדות, הן אולי עובדות, אולי הן כפופות מנהלית למשרד הבריאות ואם רוצים אז אפשר לחפש אותן על זה,

נועם זהר : לכן הזכרתי את הדוגמא של הונגריה.

ארנון סמואלוב : חלקן כפופות וחלקן לא.

נועם זהר : הטענה של בית המשפט האירופי היתה, שכשהונגריה מרתיעה אנשי מקצוע, אז היא בעצם, הפגיעה בחופש היא טריוויאלית, היא גם נכונה, אבל היא בעצם פוגעת בזכות.

אפרת לוי : אם המטרה הסופית היא שינוי חוזר מנכ"ל, אז אני חושבת, כרמל שלו : גם לא הרשו לרופא לבצע הפלה. לא האישה נענשה, אבל ברגע שלא נתנו לרופא לבצע הפלה, אז לא היו הפלות חוקיות, אז אישה נפגעה הזכות שלה לקבל שרות של הפלה.

יעל השילוני : מדובר בחוזר מנכ"ל או חוזר מנהל?

נועם זהר : ראש מנהל רפואה.

אפרת לוי : כן. נכון. ראש מנהל רפואה, לא חוזר מנכ"ל.

נועם זהר : אבל טוב, אני חושב שהדיון בחוזר הזה עם הבעיות האתיות שיש בו, הוא חשוב מאד, ואני הייתי שמח אם אנחנו מקימים את ההפרדה, שזה יהיה חלק מהמנדט, לא הייתי רוצה שזה יהיה כל המנדט, כי כמו שפרופ' סמואלוב אומר, היום זה חצי אחוז, נגיד שזה יגיע ל-2 אחוז, עדיין הרוב העצום של הלידות בישראל יתנהלו בבתי"ח. הלוואי שהמצב של שערי צדק הוא כל כך מושלם כמו שתואר פה, אני לא בטוח מהדיווחים שזה במאה אחוז ככה. אבל אם ככה, ברור לי שבמקומות אחרים זה לא ככה, אז כשיש בעיה גם בחדרי הלידה,

אפרת לוי : אבל במה זה שונה מכל דבר רפואי אחר? עכשיו אני מנסה להבין. אני אגיד את זה ככה, הבעיה של טופסי הסכמה, הסכמה לפרוצדורות רפואיות וכו', היא כוללנית בכל מערכת הבריאות. עכשיו, באופן אידיאלי כולנו היינו רוצים שכל אחד

יקבל הסברים מפה ועד להודעה חדשה מהרופא שלו, יחתום על טופס ההסכמה רק אחרי שהוא קרא את חמשת העמודים, ז"א אם אתם שואלים אותי, השערורייה זה לא מה כתוב בטופס ההסכמה, אלא שטופסי ההסכמה נראים שמשמעותם היא שאף אחד לא קורא אותם. וזו בעיה מאד כללית. אני לא מקבלת את העניין הזה שלידה זה טבעי, אז שם צריך לפסוח על כל הדברים האלה או ששם מגיע יחס יותר טוב, לעומת זאת אם אני באה לעשות ניתוח, אז זה בסדר שלא נותנים לי את כל תשומת הלב הזאת. מהבחינה הזאת אני לא רואה הבדל אתי בכלל בין לידה לבין שום טיפול רפואי אחר, וקשה לי קצת להבין את ההתמקדות דווקא בנושא הלידה.

אברהם שטיינברג: את רוצה לענות על זה?

נאורה אלתרמן: כן. ההתמקדות היא כזאת, הפן הרפואי של לידה הוא חשוב והוא נכבד מאד בחברה שלנו. אבל במהות זה תהליך שהאישה תהיה חייבת לעבור, ולפי האוטונומיה שלה על הגוף שלה, הזכות שלה לבחור צריכה להיות לה את האפשרות לבחור איך זה יקרה.

אפרת לוי: אני רוצה לחדד את זה. במה זה שונה ממה שיכול לקרות לי על גופי אם אני באה ללדת או אני באה להסיר שומה בבטן. למה זה שונה?

נאורה אלתרמן: בגלל שאת באה להסיר שומה בבטן את כרגע במצב של חולה שאת נזקקת לטיפול הרפואי.

אפרת לוי: רק שנייה נאורה, אם אני באה ללדת, אני לא חייבת לבוא לבי"ח. אם אני החלטתי לבוא לבי"ח אני מקבלת את זה.

נאורה אלתרמן: אבל את לא יכולה ללדת בבית בלי מיילדת.

אפרת לוי: למה לא? ילדו פעם בלי מיילדת.

נאורה אלתרמן: נכון, אבל זה מסוכן.

אפרת לוי: נו בסדר, אבל מה ההבדל?

נאורה אלטרמן : אבל צריך לשלם 5000 שקל.

אפרת לוי : למה את חושבת שמותר לי לשלוט יותר על גופי כשאני יולדת ולעומת זאת זה בסדר שאני אשלוט פחות על גופי בכל פרוצדורה רפואית אחרת. מרגע שנכנסתי לבי"ח, נתתי את הסכמתי לטיפול במסגרת רפואית ומאותו רגע למה שאני אהיה פחות אוטונומית כשאני באה בגלל בעיה או שאני באה בלידה. יעל השילוני : אני חושבת שגם במצגת וגם נועם ענה על זה מאד יפה. כי זה אירוע מאד משמעותי בחיים שכמעט כל אישה עוברת, ועוברת יותר מפעם אחת,

אפרת לוי : אבל למה נותנים לך יותר אוטונומיה? למה האוטונומיה שלך היא יחסית? את זה אני באמת לא מצליחה להבין. אנחנו כל כך מתעסקים פה, אני עברתי את המעגל הזה מספר פעמים בעצמי, אבל אני באמת אני אומרת את זה ברמה האתית הבסיסית, מה ההבדל בטן האירוע הזה לאירוע אחר? למה אז מגיע לי, לדעת לי לא מגיע לי אז יותר אוטונומיה ולא פחות אוטונומיה. מגיע לי בדיוק אותו דבר כמו בכל סיטואציה אחרת. אני פשוט לא מבינה.

נועם זהר : אפרת, אני אגיד את זה כך : יש פה שתי רמות. יש רמה אחת של אוטונומיה שאנחנו תמיד מדברים עליה, שבה כל נגיעה בגוף האדם ללא הסכמתו היא תקיפה ולכן צריך הסכמה לכל דבר. ברמה הזאת אין הבדל כמובן. אבל אם אני אעבור שורה, שורה, או אפילו הסיבה שהייתי מאושפז בגיל 16 כי השתעלתי מאד והיום קוראים לזה אסטמה והיה לי אוויר בריאות. איך היתה החוויה שלי, דהינו, מבחינת האוטונומיה או מבחינות אחרות שעזרו לי שלא יהיה לי אוויר מתחת לעור, או כשהסירו לי שומה, זה לא דומה ל- איך היתה החוויה שלי, אני הייתי מלווה של בת זוגי בלידות, אפילו זה, אבל בטח

אפרת לוי : אבל למה מגיעה לך אוטונומיה אחרת?

נועם זהר: לא, מגיעה אותה אוטונומיה, אבל האפקט של הפגיעה באוטונומיה הוא הרבה יותר גדול, אם זה קלקל לי את הסוג חוויה שהיתה לי כשהסירו לי שומה, אם זה קלקל לי את הלידה.

יעל השילוני: אפשר להגיד את זה בהמון דרכים. גם למשל, כן, כי יש פה גם עניין שקשור, לידה קשורה גם למיניות והיא קשורה לחלקים מאד מסוימים, גם להולדת ילדים, ועכשיו, נכון שבבסיס אין הבדל. ואוטונומיה מגיעה לכולם כל הזמן. על זה אני מסכימה. ואולי זה רק תחילת הדרך. אולי אנחנו רק צעד ראשון וזה בסדר. צריך להלחם עוד ועוד. אבל יש גם את הדברים הייחודיים של הלידה, שאין מה לעשות היא קורית רק לנשים ותסלחו לי, אני יודעת שאני כבר נורא מעצבנת אתכם היום, אבל אני מצטערת, נשים הן אוכלוסיה שמראש היא פגיעה ומראש היא מוחלשת ומראש האוטונומיה שלה היא הרבה פעמים נפגעת יותר משל החצי השני של אוכלוסיית העולם. מדובר בלידה שמתעסקת באברים האינטימיים והרגישים ביותר של החצי אוכלוסיית העולם, שגם ככה היא רגישה ופגיעה, בוודאי בתחומים האלה. מדובר באירוע שקשור בהבאת ילדים לעולם, שאין דומה לו בעוצמתו, חוץ מעזיבת העולם, לפחות בחוויה שלי, יש בערך שני אירועים כה דרמטיים שאדם נתקל בהם. ולכן, עם כל אי הנעימות של טיפול רפואיים אחרים, זה גם מאד נעים לידה, זה אירוע מאד משמח, אבל עוצמתו לא דומה בחוויה שלי לעוצמות של דברים אחרים.

אבינועם רכס: יש לי שאלה, אחרי הכל זה מי שברך לגבי הערך הרגשי הזה, פרקטית, למה אתם חותרים? זה בסדר.

(מדברים יחד)

יעל השילוני: זה בסדר, מותר להרגיש, אני לא מתביישת בזה.

אבינועם רכס: זה בסדר גמור, אני חושב שאנחנו יכולים רק לקנא בכך על החוויה הזאת.

יעל השילוני: זה לא מי שברך, זה בסדר. יש לכם גם, אבינועם רכס: אבל אני שואל באופן קונקרטי, למה אתם חותרים? מה המטרה הפרקטית?

יעל השילוני: ניסיתי לחשוב בקול רם, לא ניסחתי את זה עכשיו, אבינועם רכס: דיברנו שעתיים על זה, למה אנחנו חותרים מפה, לאן רוצים להגיע? לבטל את החוזר? מה רוצים לעשות? מה הכוונה הקונקרטית?

אפרת לוי: לנועם צריך להגיד, כי הוא זה שעושה. אבינועם רכס: מה מבחינתך ההישג המרבי של השעתיים שהשקענו פה? איתן לה פיקאר: שקורה פה וזה דבר אחד. דבר שני, אני הופתעתי מ-1920 (לתחילת הירידה בתמותת האמהות והעוברים) ואז הקישור לריחוק מביה"ח. אני ציפיתי לזמלווייס ועניין ההיגיינה במאה התשע-עשרה.

נועם זהר: בהתחלה זה הגביר את התמותה באופן דרסטי, אח"כ, מאז שרחצו ידיים, בלי לפשוט את הסינור, בהתחלה זה הגביר את התמותה באופן דרסטי.

כרמל שלו: רק העניות ילדו בבתי חולים. עד אמצע המאה ה-19. איתן לה פיקאר: זה לא עונה על השאלה למה חותרים. אבל יש פה משהו מאד טעון ולכן מאד מעניין.

נועם זהר: קודם כל צריך לראות אם מסכימים שיש בעיה. עכשיו, אם יש בעיה, שיש לה היבטים אתיים מרכזיים, אז צריך להקים תת וועדה שתטפל בזה, תשמע עוד אנשים, גם מאיגוד הגניקולוגים, גם מהארגון הישראלי למיילדות, למיילדות בית, מהעמותה שלהן, דולות, יש הרבה אנשים שמעורבים בדבר הזה ויש להם פרספקטיבות שונות. גם משרד הבריאות צריך לשמוע אם הוא עשה משהו, הוא בוודאי רוצה להגן על זה, המנכ"ל

בעצמו הוא בהתמחות הזאת. יש פה, לא צריך לשמוע רק צד אחד פה. אבל צריך לדעת מה צריך להיות התוצר של זה. אם זו בחינה מחדש של החוזר, ספציפית על לידת בית, אם זו התנהלות או שינוי של ההתנהלות או מחשבה משותפת איך לשנות את ההתנהלות בחדרי לידה באופן שהבעיות האלה יצטמצמו או שהמצב ישתפר. אולי יש בתי"ח שעושים את זה יותר טוב והם צריכים להיות מודל בשביל ללמוד בבתי"ח אחרים. נדמה לי שזה ככה, יכול להיות שבדבר אחד ביי"ח אחד עושה יותר טוב והשני אחרת. יש הרבה שאלות, לא בכולם יהיה רצפט איך לפתור אותם על המקום, אז אני לא רוצה לענות בשלוף. אני חושב שיש קשת של אמצעים בכל מיני רמות שניתן לנקוט אם כי זו לא הבעיה, ולהגיד מה כיווני הפתרון ולאן צריך ללכת.

אברהם שטיינברג: בסדר. אז אני חושב שנקים תת וועדה.

אפרת לוי: אנחנו חשבנו שענת תרכז את התת וועדה ונראה מי מהחברים מעוניין לכהן בה.

נועם זהר: לכבוד לי, יש מי מהנוכחות או הנוכחים פה שמעוניינים ומוכנים להיות בתת וועדה הזאת? תודה רבה.

יעל השילוני: דרך אגב, אני באמת ניסיתי לחשוב בקול רם, זרקת שאלה, אפרת לוי: אני אתך. בעיניי זו שאלה רצינית, כי אני חושבת שהאמוציות סביב הנושא הזה, בעיניי הן, אני מסכימה אתכם, הגישה הזאת כאילו נשים הן אמוציונאליות, ולא יודעות לקרוא מאמרים, אבל אני אומרת,

אברהם שטיינברג: אני רוצה להגיד משהו, להגן על ארנון, לקרוא מאמרים הכוונה היתה, אני בא מהפרקטיס. אני בא מלשים ידיים על הבעיה. אתם קוראים מאמרים. זה לא היה חלילה וחס במובן של עלבון לאינטקטואל.

נועם זהר : אבי, זאת הגנה אמיצה, אבל נראית לי, מרחיקת לכת. כי יכול להיות שמהפרקטיס יש לו חוויות מוטעות כי הוא רואה את הבעיות הכי קשות, והסטטיסטיקה מראה לי,

אפרת לוי : נועם, על זה דיברנו. אבל אני רציתי להגיד משהו אחר וזה שאני מודה בתור אישה, בתור פמיניסטית נלהבת, נועם זהר : עם תעודות.

אפרת לוי : עם תעודות אני לא יודעת. אבל זה בוודאי השקפת עולמי היסודית, אני מודה שההסתכלות על הלידה בתור איזה משהו שהוא שונה לחלוטין מכל חוויה רפואית אחרת, שוב, בהקשר שאם בחרת לבוא לבי"ח, בחרת ללדת בבית יש לך חוויה ביתית. זה נושא לחוד, אבל once נכנסת לבי"ח כי נועם אמר בעצמו, בסופו של דבר, הלידות בית זה עסק שולי, אז נטפל בזה, אבל זה לא מה שבאמת מעניין. הוא ניסה לכוון לעניין, של בואו נדון באתיקה של התנהלות לידה בתוך בי"ח. גם. כי בסופו של דבר זה עדיין, מה שלא יהיה, זה יהיה הרוב הגדול של הלידות. ואז אני אמרתי, אני מודה שאני לא מצליחה להבין, גם בתור רופאה, גם בתור אישה שילדה, בתור בן אדם שקיבל טיפול בבי"ח, אני לא מצליחה לראות אתית מה שונה בזה שאני הגעתי לבי"ח והגעתי ללדת או הגעתי לכרות שד, או הגעתי אם רוצים ללכת לכיוון של אברים, או הגעתי לכרות רחם או שיש לי סרטן,

נאורה אלטרמן : את כל זה את לא יכולה לעשות בבית.

אפרת לוי : מה זה שייך? אבל בחרתי, אמרתי, ויתרתי על הבית, בסדר? אלה קורן : אני חושבת שהבעיה העקרונית שעולה כאן, היא בעיה של אוטונומיה של המטופל, כנגד פטרנליזם מצד המטפלים. אחת הסוגיות שבאמת מעסיקה אותי בפגישות זה הרצון של המטפלים למצות את הפוטנציאל של הטכנולוגיות הקיימות

היום, ואת הכלים שקיימים היום כדי להבטיח טיפול מיטבי לחולה.

יחד עם זה, יש התנהלות בבתי"ח שמעודד משימתיות, אני לא יודעת מה קורה בקהילה. המשימתיות והתנאים הלא סבירים של עבודה, הרבה פעמים פוגעים באוטונומיה של המטופלים ובאוטונומיה של המטפלים, ומונעים מכל אחד מן הצדדים למצות את האחריות המקצועית שלהם בצורה המיטבית. לכן, לפעמים הוויכוח, בדומה למה שהיה בוויכוח על הזנה כפויה עובר למסלולים פילוסופיים המנותקים מהעשייה.

חשתי את התסכול של הרופאים היום בישיבה שאולי הרגישו שהם מואשמים בפטרנליזם. האוטונומיה של מטופל זה לא איזשהו ערך אבסולוטי וגם מישו צריך לקחת אחריות על "אחריותו" בזמן אמת ולממש אותה בצורה הכי טובה. יש מחקר שמציג תוצאות הטיפול של מטפלים. ככל שהם יותר פטרנליסטיים, איכות החיים של החולים שלהם ותוחלת החיים שלו יותר גבוהה. אני מוכנה לעשות חיפוש ולמצוא את זה, אח"כ כמובן אפשר לעשות ביקורת.

איתן לה פיקאר: מה הלוגיקה מאחורי זה?

אלה קורן: הלוגיקה מאחורי זה שבעצם המטפל ממצה את האחריות המקצועית שלו על חשבון האוטונומיה של החולה.

אפרת לוי: זה נכון. הרי זה ברור שיש מתח בין שני הדברים האלה.

איתן לה פיקאר: מה השאלה, האם אני שולט בתהליך הרפואי במלואו אז אני יכול להבטיח למטופל יותר עזרה?

אלה קורן: לא, אתה מקבל החלטות יותר סבירות. כאשר יש הקצנה של אוטונומיה של החולה, שמצוי בסיטואציה של עומס רגשי ולא מסוגל להתמודד עם המידע ולקבל את ההחלטה המיטבית, אז...

אפרת לוי: אפשר לחשוב על מודל שבעצם אם המטופל סומך על הרופא, זה נותן לו יותר שקט נפשט מבחינה מסוימת. אפשר לחשוב יעל השילוני: 98 אחוז מהנשים בוחרות ללכת לבי"ח, ה-2 אחוז שלצורך העניין נקרא להן בחן המשוגעות שבוחרות לקחת את האחריות, הן כנראה הטיפוסים שמחליטות, את יודעת שלהן זה מתאים. לא לכולן זה מתאים.

אלה קורן: צריך למקד מה אנחנו רוצים למי לפנות ומה לשנות. איתן לה פיקאר: אני בכל זאת רואה איזה תהליך היסטורי שקורה, של תהליכים שהם הרבה יותר מזה, ז"א יש פה עם התפתחות המדע וכל הטכנולוגיה וכו', יש מן לא רק מדקליזציה אלא גם התפתחות של ביה"ח האוניברסיטאי שהופך להיות ענקי ובממדים ענקיים. הדסה כיום זה איזה עיר קטנה. לעומת זאת, קורה גם תהליך הפוך. מה שאני רוצה לומר, כמו שדיברנו בפעם הקודמת על המיתה בבית ויש כן לתת לבן אדם למות בבית וכו', בעוד שלפני חמישים שנה זה היה נראה בלתי נתפש למות בבית. לחזור לזה. גם העניין של הלידה, היה מן תהליך שהכל צריך לקרות בבי"ח. ניתן לשאול אולי למה? כיום גם מבחינה כלכלית וכו', אנחנו מגיעים לדברים שאנו חייבים לחזור אחורה. יש עניין של הזיהום בבי"ח וכו', איפה אנחנו? הסיכון..

כרמל שלו: אני גם חושבת שהנושא הוא לא מה קורה בבי"ח, אלא מהי האלטרנטיבה לבי"ח. בשבילי זה הנושא. מהי האלטרנטיבה לביה"ח. וכאן יש, כפי שהצבעתם, יש הרבה חסמים נגד האלטרנטיבה לבי"ח ולדעתי זאת הסוגיה האתית. איפה חופש הבחירה בין בי"ח לאלטרנטיבה. ואז בבי"ח טוב, יש כל מיני נושאים ויכול להיות שגם זה יעזור מבחינת הגישה למטופלת, ליולדת, שגם יהיה מושג של חופש הבחירה שלה בקשר ללידה.

אלה קורן: יכול להיות שזה המיקוד, באופן כללי, איך אנחנו מעצבים את האינטראקציה הטיפולית.

איתן לה פיקאר: אני מתחיל לתפוש את היולדת כחולה.

כרמל שלו: זה נכון, וגם חופש הבחירה של היולדת, השליטה על גופן היתה נקודת מפנה בכל מה שקשור לגישה של זכויות חולים. זה היה אירוע היסטורי מבחינת זכויות החולה. זה נכון. אבל אני חושבת שהנושא פה הוא האלטרנטיבה. שתהיה אלטרנטיבה.

נועם זהר: את צודקת במובן הזה, שכמו שכתב הירשמן במכתב המפורסם שלו, אם יש אלטרנטיבה זה גם משפיע על חופש הבחירה בתוך המערכת. אבל יש גם קשר. היום אישה באה לבי"ח ולוחצים עליה, לא אגיד כופים, אבל מאד לוחצים עליה לעשות X, והיא אומרת אני לא רוצה X נניח מניעת אכילה בשתיה, או חיתוך של חבל הטבור או כל מיני דברים או ניטור רציף, והיא אומרת: אני את זה לא רוצה. אז הוא אומר: למה באת לפה? עכשיו, השאלה הזאת היא בעצם ריקה, בגלל שכמעט אין לה אלטרנטיבה. אתם מבינים? אבל בעצם את באת לפה, אז זו עסקת חבילה. צריך לפרק את זה בשני הצדדים. בתוך בי"ח לא צריכה להיות עסקת חבילה, כי את באת לפה, נכון, אני באתי לפה כי אני חושבת שיותר בטוח להיות עשר דקות מחדר ניתוח. אבל אני רוצה בכל אופן לעכשיו לעשות דברים שיקטינו את הסיכון של ניתוח וימנעו את ההתדרדרות במדרון ההתערבויות. אומרים לה: לא, זה הנוהל שלנו, אם את רוצה את זה, תהיי בבית. זה אבסורד משני הצדדים.

אלה קורן: בעצם מה שאתה מציע זה לגיטימציה לאלטרנטיבה שהיא לא בית חולימית.

נועם זהר: שהיא לא בין לידה במדקליזציה באופן שמנוהל בחלק גדול מחדרי הלידה בארץ. עכשיו, האלטרנטיבה הזאת לא צריכה להיות רק בבית, היא צריכה להיות קודם כל בתוך בתי

החולים. היא צריכה להיות גם בבית וזה גם מזין אחד את השני. אם תהיה אלטרנטיבה אמיתית מחוץ, זה גם ייצור תחרות טובה.

אלה קורן: לחץ של נשים על בתיה"ח מתחרים ביניהם.

נועם זהר: לא, יש גבול ללחץ.

אבינועם רכס: אני אגיד לכם מה המודל האופטימלי מבחינתכם כמו שאני חושב. רפואה אלטרנטיבית לא נכנסה מעולם לבתי"ח עד שלא התחילה להיות money maker. ברגע שהתחילה להיות כזאת, אז כל בתיה"ח האקדמיים עשו רפואה אלטרנטיבית. בהתחלה הם עשו את זה בחוף שטראוס, רחוק מביה"ח ואח"כ הם הכניסו את זה לתוך הקמפוסים. אני חושב שהדרך האופטימאלית שתשרת את שתי הגישות, זה שבי"ח יצא מהקופסה במובן הזה שיציע בתוך ביה"ח שטחים,

אפרת לוי: עושים את זה בתשלום בשיבא.

אבינועם רכס: שבהם האישה תוכל ללדת כמו שהיא רוצה, ובמקרה של חרום, אני לא יודע, המודל הכלכלי יכול להיות שהמדינה תריץ אותו, זה שאלה אחרת, אבל בתוך ביה"ח שיהיה שטח שבו אישה יכולה להכנס ולנהל שם את הלידה כמו שהיא רוצה, והיתרון הגדול שאם יש חרום היא חוצה את הפרוזדור. אבל אז יש בעיה גדולה מאד נגד האינסטינקטים המקצועיים של החולים. זה בא בניגוד חמור לכל מה,

נועם זהר: זה מה שהם פתרו באנגליה, אם את מראש אומרת אני רוצה

consulted late אז זה הדיל שאת נכנסת אליו, ויודעים שמול האישה הזאת יש להם כאילו חוזה לעבוד כדרכה. אם היא אמרה שהיא רוצה בתוך ביה"ח, אז זה דיל אחר. זה בדיוק הפתרון.

אבינועם רכס: אני רוצה להגיד לך עוד משהו, לנהל מלחמה לרוחב נגד כל מערכת הרפואה במדינת ישראל ולשבור להם את הראש, זאת

לא הטקטיקה הנכונה, באמת. אני מדבר מהנסיון שלי. צריך למצוא מנהל ביי"ח נאור, לקחת מנהל מחלקה נאור שיראה בזה אל תעלבי מזה, גימיק מסחרי, משהו לקדם אותו, פניה לפלח שוק חדש, אם הוא מקבל ממילא את הכסף של ההתייצבות אחרי 24 שעות, אז יש לכך גם אינצנטיב כלכלי בסוף. וזה המודל שהייתי מקדם אותו שהוא פרקטי. הוא מאד פרקטי. ללכת לביי"ח אחד, לאחד המנהלים המשוגעים, אני יכול להגיד לך גם את שמו אם תרצי בסוד שיכול לקדם את זה.

כרמל שלו: אבל כאן אנחנו כבר נכנסים למאבק של שינוי חברתי ואנחנו לדעתי חורגים מהתחום של הדיון האתי. איך מביאים לשינוי חברתי זה דבר אחד, אבל יש פה כנראה גם איזשהו מקום, גם אם זה נייר עמדה של עמוד אחד, מאד פשוט.

אפרת לוי: תהיה תת וועדה והיא תדון בזה. אני רק רציתי פשוט לחדד את העניין, שאני מודה שלי קשה לראות מה ההבדל האתי היסודי בין יולדות לנשים שמקבלות טיפולים אחרים.

נועם זהר: לאחרות אין אופציה. אישה אין לה אופציה אחרת לעשות טיפולים רפואיים אלא בביי"ח.

אפרת לוי: לא נכון. יש לי שתי אופציות. יש לי אופציה שאני אעשה שהרופא יבוא ויגיד לי בואי את צריכה להכנס לחדר ניתוח עכשיו וגמרנו, או יש אופציה שהוא יבוא ויסביר לי ואני אגיד לו שאולי אני מעדיפה ככה ואולי אני מעדיפה ככה. זו הטענה שלי, שכל מה שאמורים לעשות זו רפואה טובה.

(מדברים יחד)

אבינועם רכס: לא לא, זאת לא רפואה טובה. זאת רפואה אחרת. הם לא רוצים רופא בחדר לידה.

אפרת לוי: יש לנו שני ניירות עמדה.

אברהם שטיינברג: עוד לא הרכבנו את התת וועדה. כרמל, את יכולה להיות בתת וועדה הזאת? לא צריך הרבה, נועם, צריך שניים שלושה.

הישיבה נעולה.