

האם חשש מפני תביעות רשלנות רפואית מעלה את שכיחות הביצוע של ניתוח חיתוך הדופן (ניתוח קיסרי) במיילדות

תקציר:

בשנים האחרונות קיימת מגמה ארצית וכלל-עולמית של עלייה בשכיחות ביצוע ניתוח לחיתוך הדופן כחלופה מועדפת של סיום הלידה בנסיבות רבות ושונות. נמצא בסקירת הספרות כי העדפת הניתוח לחיתוך הדופן כחלופת הבחירה של המיילדים קשורה באופן הדוק להיקף ומספר התביעות כנגדם באמתלה של רשלנות רפואית. תופעה זו היא אחד הגורמים המרכזיים לנטייה זו של המיילדים. להעדפה קיים גם מחיר אפשרי ברמת הירידה במיומנותם של המיילדים בעתיד, תוך פגיעה בידע שלהם וביכולתם לנהל לידה במצג עכוז, לידות מכשירניות, לידות לדניות (נרתיקיות) של תאומים או לידות לאחר ביצוע ניתוח חיתוך דופן (ניתוח קיסרי) קודם ביולדת. במקביל, התפתחות מושג האוטונומיה של המטופל על גופו במסגרת מדע האתיקה הרפואית, והנטייה של לא מעט יולדות לבחור בניתוח לחיתוך הדופן כחלופה הנבחרת על ידן לסיום הריון, נמצאו כתורמים לעלייה בשכיחות ביצוע ניתוחים אלו. בסקירה זו נדון בהיבטים השונים של העלייה בביצוע ניתוחים לחיתוך הדופן לשם סיום ההריון ובהשלכותיהם, וכמשתקף באספקלריית הספרות הרפואית העכשווית.

דוד רבינסון
גליה אורון
רינת גבאי-בן-זיו

בית החולים לנשים הלן שניידר, מרכז רפואי רבין, פתח תקווה

מילות מפתח: ניתוח לחיתוך הדופן; אתיקה; תביעת רשלנות רפואית.
KEY WORDS: .Cesarean section; Malpractice litigation; Ethics

פחד מצירים (טוקופוביה) [4] או נח"ד מבחירה ועל פי דרישת היולדת [5]. סיבה אחרת, לא פחותה מהאחרות, היא "האווירה שנוצרה במערכת הרפואית והמשפטית במדינת ישראל מאז כניסתו של חוק זכויות החולה לקידום נושא הנח"ד, ובין היתר על פי דרישת היולדת, כמו גם העלייה במספר התביעות המשפטיות בטענת רשלנות הצוות הרפואי במהלך ניהול הלידה" [6]. בסקירה זו תיבחנה השאלות הבאות: האם החשש של הרופאים המיילדים מתביעות משפטיות על רקע אירועים שקרו בלידה הוא גורם התורם לעלייה בשכיחות הנח"ד, ומהן משמעותותיו של חשש זה.

שכיחות התביעות, סכומיהן וצעדי המנע שהרופאים נוקטים כנגדן

לעלייה בשיעור התביעות כנגד מיילדים יש שתי פנים – האחת היא ההרשעה בפלילים שבגינה תיתכן ענישה מן התחום המקצועי (התליה זמנית או תמידית של רישיונו של הרופא הנתבע תוך פגיעה ביכולתו לעסוק במקצוע, קנס או אף מאסר) וכן ענישה פיננסית (פיצויים לתובעת). משמעות החלק השני היא עלייה בעלויות הביטוח הרפואי של הרופאים העוסקים במיילדות (מצב שאינו קיים בישראל, שבה הביטוח הוא שיתופי ודרך המעבידים, והשתתפות

הקדמה

ניתוח לחיתוך הדופן (נח"ד¹), או בשמו העממי – ניתוח קיסרי, הוא פסגת העשייה הכירורגית במיילדות והפך בשנים האחרונות לאמצעי סיום נפוץ של לידה. בשנת 2010 לדוגמה, הסתיימו 32.8% מכלל הלידות בארה"ב בנח"ד, בעוד שבאותה שנה בישראל, 19.3% מכלל הלידות הסתיימו באופן זה [1]. המאה העשרים הביאה עימה שיפורים משמעותיים בשיטת הביצוע של הניתוח ובסביבת הטיפול ההיקפי הקשור בנח"ד כגון: שיטות הרדמה יעילות ובטוחות (לרבות הרדמה על-קשיתית [אפידוראלית]), עירוי דם, טיפול באנטיביוטיקה ופיתוח תכשירים יעילים לכיווץ מהיר של הרחם [1]. האפשרות לניטור מתמשך של דופק העובר במהלך הלידה תרמה אף היא באופן משמעותי לעלייה בשיעור הנח"ד – זאת היות שרגישות השיטה עומדת על 100%, בעוד שסגוליותה נעה בין 18%–67%, בכפוף לשיטה הנקטת להערכת הניטור [1]. כמו כן, גישה זו תורמת לעלייה בשיעור הנח"ד עקב הנטייה לילד תינוקות בגיל הריון צעיר ועל סף יכולתם לחיות מחוץ לרחם [2, 3]. סיבות נוספות לעלייה בשיעור הנח"ד בנשים ההרות הן

¹נח"ד - ניתוח לחיתוך הדופן

הנח"ד ועלייה של 0.35% בניסיונות ביצוע ה-VBAC. בחישוב אחר מצאו אותם חוקרים, כי משמעות הנתונים שהוצגו ניתנת לתרגום לתוספת שנתית של כ-1,600 ניסיונות VBAC, ירידה בכ-6,000 נח"דים וירידה של כ-3,600 נח"דים בלידה ראשונה (נתונים לשנת 2003) [10].

Minkoff [3] קובע שאומנם לא קל להעריך את השפעת תביעות הרשלנות על העלייה הנצפית בשיעור הנח"ד, אך לא מעט מיילדים בארה"ב מודים כי החשש מפני תביעות מגביר את נטייתם לנקוט בשיטת יילוד זו כדי לצמצם סיכונים. לחשש זה קיימת משמעות לא רק בהקשר של העלאת הביצוע של נח"ד, אלא גם לביצוע הליכי אבחון וטיפול מיותרים שיחסו לחשש מתביעה. כך לדוגמה, בסקרים שנערכו בנושא העריכו הרופאים שהשתתפו בהם, כי כ-34% מעלויות הטיפול הרפואי מיוחסות לחשש מתביעות וכי כ-21% מהחלטותיהם הקליניות מבוססות על הרתיעה מתביעה [3]. באופן פרטני יותר העריכו אותם רופאים כי החשש מתביעה עמד בבסיס הביצוע של כ-35% ממהדיקות האבחוניות שבוצעו על ידם, 29% ממהדיקות המעבדה, 19% מהחלטתם על אשפוז, 14% מן המרשמים שהם נתנו וכ-8% מהניתוחים שהם ביצעו. ממצאים אלו ממחישים את הגדרת המושג "רפואה מתגוננת" שהיא: "השימוש בהליכי אבחון או טיפול במטרה מפורשת להימנע מחשיפה לתביעות רשלנות רפואית ולא עקב צורך אבחוני/קליני לביצועם" [2]. Dubay וחב' [8] מדווחים על כך שהיקף צעדי ההגנה שנוקטים הרופאים בניהול ההיריון והלידה, ולרבות העלייה בשימוש בנח"ד, עולה ככל שרמתה החברתית-כלכלית של המטופלת גבוהה יותר. הסיבות השכיחות ביותר לתביעות בגין רשלנות רפואית בנושאי מעקב הריון וניהול הלידה מובאות בטבלה 2 [12]. מטבלה זו ניתן ללמוד, כי פרט לסיבות מספר 1, 2 ו-9, כל הסיבות האחרות ניתנות למניעה באמצעות נח"ד, לפחות באופן תיאורטי.

ככלל, כל תביעה בנושאי יילוד מתבססת על הטענה כי לו היה מתבצע יילוד מוקדם יותר במהלך הלידה, ייתכן שהתוצאה הייתה אחרת (וטובה יותר, הן במונחים של היילוד או של האם או שניהם) [2], ומכאן הנטייה של הרופאים המיילדים לבחור בחלופת הנח"ד כחלופה הבטוחה ביותר עבורם (למרות שמול היולדת היא מוצגת כחלופה הטובה ביותר עבורה, עבור עוברה או עבור שניהם). עצם ביצוע נח"ד בנסיבות רפואיות המצדיקות זאת במהלך הלידה אינו מספיק

הרופאים בכיסוי עלותו היא סמלית). שיעור של כ-60% מן התביעות בגין רשלנות רפואית במיילדות בארה"ב כשורות לאירועים שקרו במהלך הלידה, וסך הפיצויים לתובעים הנפסק בגין אותם אירועים הוא כ-80% מכלל הפיצויים הנפסקים לתובעות בנושאים מילדותיים [7].

Minkoff [3] מדווח אל אירוע בודד שבו נפסקו פיצויים כספיים לתובעת בסך 140 מיליון דולרים. על פי אותו מחבר, כבר בשנות השמונים והתשעים למאה העשרים, נמצא כי "לידות מסובכות הן תחום שבו עשייה רפואית מתגוננת היא בבחינת 'בעיה נכבדה'". עוד נקבע, כי "שיקולים רפואיים של רפואה מתגוננת שכיחים במיוחד בקרב מיילדים, שכן התביעות בתחום זה אחראיות לחלק בלתי מידתי מסך התביעות בנושאי רשלנות רפואית". על פי האגודה האמריקנית למיילדות וגינקולוגיה, כ-75% מכלל המיילדים נתבעו לפחות פעם אחת במהלך הקריירה המקצועית שלהם, וכי כבר בשנת 1992 מחיר הביטוח השנתי הממוצע לרופא מיילד עמד על כ-35,000\$ בהשוואה לממוצע של כ-15,000\$ לרופאים מכלל מקצועות הרפואה האחרים [8]. בסקר של האגודה האמריקנית למיילדות וגינקולוגיה שנערך בין השנים 2003-2005, נמצא כי כל חבר באגודה זו נתבע 2.62 פעמים בממוצע בגין רשלנות רפואית בנושאים מילדותיים במהלך עבודתו [9]. אין תמה, אפוא, כי כ-70% מהמשיבים לסקר מסרו כי הם נוקטים בצעדים של רפואה מתגוננת או אף משנים את הרגליהם המקצועיים (כ-65% מן המשיבים) וכמפורט בטבלה 1 [9].

בסקר אחר, שנערך בארה"ב בשנת 2006, נבחנה השפעת עלות הביטוח שמשלמים רופאים מיילדים על הטיפול המיילדותי ב-890,266 נשים [10]. נמצא כי שיעור הנח"ד עלה משמעותית, ואילו שיעורי הלידות המכשירניות או ניסיונות היילוד בלידה לדנית לאחר נח"ד (Vaginal Birth After Cesarean VBAC -), היו נמוכים באופן משמעותי סטטיסטית במדינות שבהן שיעור דמי הביטוח הרפואי הממוצע היה \$100,000 לשנה בהשוואה למדינות שבהן עלות ביטוח עמדה על פחות מ-\$50,000 [10]. באופן מתבקש הסיקו החוקרים כי למחירי הביטוח, הנגזרים בתורם ממספר התביעות, קיימת השפעה על האופן המתגונן שבו מתמודדים הרופאים המיילדים עם בעיית התביעות. Yang וחב' [11] ביצעו ניתוח סטטיסטי של כלל המדינות בארה"ב, שנערך בין השנים 1991-2003, כדי לבדוק את הקשר בין עלות הביטוח המקצועי למיילד לבין השינוי בשיעורי נח"ד או VBAC. נמצא במחקרם, כי שכיחות הניתוחים עלתה, בעוד ששכיחות ניסיונות ה-VBAC פחתה [10]. עוד מצאו מחברים אלו, כי לכל ירידה של \$10,000 בדמי הביטוח הרפואי נרשמה ירידה ממוצעת של 0.15% בשיעור

טבלה 2:

הסיבות השכיחות ביותר לתביעה בגין רשלנות רפואית בנושאים מיילדותיים [12]

- אי ביצוע בדיקות שגרה מקובלות במהלך ההריון או טעות בפרשנות תוצאותיהן
- טעויות אבחון בסקירת על שמע (ואולטרא סאונד)
- יילוד פגוע נירולוגית
- יילוד הלוקה באמצע הלידה
- מות עובר ברחם או במהלך הלידה
- פרע כתפיים בלידה עם פגיעה במקלעת העצב הברכיאלי או פגיעה היפוקסית
- ביצוע לידה לדנית לאחר נח"ד
- ביצוע לידה מכשירנית ושולפן ריק או מלקחיים
- ביצוע פעולות על ידי מתמחה או אחות/מיילדת

טבלה 1:

מאפייני השינוי בהרגלים המקצועיים של רופאי נשים וכתוצאה מחשש מתביעות [9]

- 37.1% - הגדילו את מספר הנח"ד המבוצעים על ידם
- 33.1% - הקטינו את היקף ההריונות בסיכון המנוהלים על ידם
- 32.7% - הפסיקו ליילד בגישה לדנית נשים לאחר נח"ד קודם
- 14.5% - הקטינו את כמות הלידות בהן הם מטפלים
- 8.5% - הפסיקו לעסוק במיילדות

לטענתם, עד למועד כתיבת מאמרם שפורסם בשנת 2013, אין כל הוכחה לכך שהענישה המשפטית, המיועדת רעיונית למנוע מקרי בישעתידיים, משנה בפועל ולטובה את התוצאות הרפואיות. המעוניינים להרחיב את ידיעתם בנושא מופנים גם למאמריהם של Williams [9] Leigh וחב' [21] בנושא.

בישראל, כל דיון משפטי העוסק בנושאי רשלנות רפואית מחייב עדות של רופא מומחה כחלק מכתב התביעה (תקנה 129 לתקנות סדר הדין האזרחי, תשמ"ד – 1984). מכאן, שלכל כתב תביעה, המוגש כנגד צוות רפואי, חייבת להיות מצורפת חוות דעת של מומחה בתחום הרפואי שבו מוגשת התביעה. רבות כבר נכתבו, ולא דווקא ברוח אוהדת, על אותן חוות דעת רפואיות הניתנות בשכר, לרבות בעיתון "הרפואה" [22]. מכאן שגם לרופאים יש חלק באחריות בגין תופעת התביעות כנגד עמיתיהם.

במערכת יחסי הרופא-חולה בכלל, ובנושא ההריון, הלידה, ובעיקר – באופן סיומה, יש לזכור את חירות האישה על גופה והיותה עצמאית בהחלטתה על הנעשה בה ובגופה.

■ **נמצא כי שיעור הניתוחים לחיתוך הדופן עולה משנה לשנה הן ברמה הבין לאומית והן ברמה הארצית.**

■ **על פי נתוני הספרות, ניתן לאמת שהיקף הניתוחים לחיתוך הדופן עומד ביחס ישר לסיכונים לתביעה ולביטוח העומדים לפתחם של הרופאים המיילדים.**

■ **אין כל הוכחה לכך ששיטת התביעה כנגד רופאים מיילדים, שמטרתה המוצהרת היא פיצוי על תוצאה מצערת ברמת האם, הילוד או שניהם וכן מניעה של הישנות אירועים דומים, אכן משיגה יעדים אלו, ומכאן המקום לשקול את נחיצותה.**

זה מתרחב והולך בישראל ובעולם מבלי שתהיה לו הוריה רפואית ברורה – והגישות של הניתוח מאפשרת לרופאים להיענות בקלות רבה יותר לעבור נח"ד מבחירה [6].

לסיכום

היקף הנח"ד מכלל הלידות עולה הן בעולם והן בישראל. הסיבה העיקרית לכך היא החשש של רופאים מיילדים מתביעות בשל תוצא לקוי ברמת האם, הילוד או שניהם, וההנחה כי ביצוע נח"ד יגן עליהם מפני תביעה שכזו במקרה של אירועים לא רצויים במהלך הלידה. מדיניות זו פוגעת ביכולת המיילדותית של דור המיילדים הצעיר, שאינו נחשף דיו לחלופות המיילדותיות האפשריות מלבד נח"ד. ביצוע נח"ד אף אינו מספק הגנה משפטית מלאה מפני תביעה אפשרית בשל תוצאים לא רצויים במהלך הלידה. לרופאים המעורבים במתן חוות דעת רפואית כנגד עמיתיהם, ולעיתים ללא בסיס מוצק לקביעותיהם, יש אחריות לתופעה זו. אין

לבדו, וקיימת גם מגבלה רפואית-משפטית של דרישה לעמוד ב"כלל 30 הדקות" – כלומר, סיום נח"ד והוצאת היילוד מרחם אימו מרגע אבחון של מצב רפואי המחייב זאת ועד להוצאת היילוד [13].

משמעות העלייה בשיעור הנח"ד על דור העתיד של המיילדים

קיימת עלייה משמעותית בשיעורי נח"ד וברמה כלל-עולמית. משמעות התופעה היא ירידה ביכולות היילוד של הרופאים הצעירים. ירידה ביכולת המיילדותית של דור המיילדים הצעירים עלולה להתבטא בירידה במיומנות של יילוד ידני (לידות עכוז בגישה נרתיקית למשל), יילוד מכשירני (לידת מלקחיים או לידת ואקום), יילוד תאומים בלידה לדנית או ניהול לידה בגישה לדנית לאחר לידה קודמת נח"ד [2, 3]. באשר למדיניות המעודדת ניסיונות לידה בגישה לדנית לאחר נח"ד (VBAC), נמצא כי שיעוריהם פוחתים והולכים, הן עקב החשש לבריאות היולדת, אך וגם עקב החשש מתביעה משפטית כנגד הרופא המעורב בסוג זה של לידה ובמקרה שהיא מסתבכת [14].

האם הפתרון הוא נח"ד לכל יולדת?

ניסיון מחשבתי מעניין הוצג ע"י HANKINS וחב' ובשנת 2006 [15], ובו הועלתה השאלה מה יקרה אם כל 3 מיליון היולדות הנמצאות בשב' 39 ואשר נספרו באותה שנה בארה"ב, ינותחו באופן יזום, מבחינת ההשפעה של צעד זה על שיעורי השיתוק של המקלעת העצבית הברכיאלית, טראומה אחרת ליילוד, מות עובר ברחם תוך כדי הלידה או אנצפלופתיה היפוקסית ליילוד. החוקרים קבעו כי מדיניות זו עשויה לחסוך באופן תיאורטי חיים של כ-6,000 ילודים, וכי שיעורי הפגיעה במוח כתוצאה מהיפוקסיה במוח עשויים לקטון בכ-83%. מנגד, זהו אינו פתרון קסם, משום שנמצא כי סיבוכים המקושרים מסורתית ללידה לדנית כגון שיתוק על שם ERB, שטפי דם במוח או שברים בגולגולת היילוד נמצאו גם לאחר ניתוחים לחיתוך הדופן [16-19]. יתר על כן, ידוע כי ניתוח חיתוך הדופן כשלעצמו אינו נטול סיבוכים משמעותיים. ואכן, נמצא כי העלייה בשיעור הביצוע של ניתוחים אלו בארה"ב כרוכה בעלייה בשכיחות אירועי דימום, זיהום, אי פוריות ותמותה של האם [20]. בנוסף, Cohen וחב' [7] קובעים, כי התביעות בגין רשלנות רפואית לא תיפסקנה וכי יימצא להן בסיס משפטי גם אם 100% מהלידות תתבצענה בחיתוך הדופן.

סוגיות באתיקה רפואית ומשפטית

Schifrin וחב' [2] קובעים נחרצות, כי תפקוד המערכת המשפטית בנושאי רשלנות רפואית הוא לקוי. הם מוסיפים ואומרים כי למרות העלייה בתעריפי הביטוח, התפתחות הרפואה המתגוננת ותחושת העול שחש הצוות הרפואי הנתבע בלא מעט לידות, אין כל הוכחה לכך שהנחת הבסיס לענישה (המקצועית או הכספית) בתביעות המובאות לפתח בית המשפט אכן משרתות את המטרה – פיצוי הנפגעת על כאב וסבל או מניעת הישנות אירועים דומים בעתיד.

הרפואי, וזאת ברמת ההסתדרות הרפואית, או אף ברמת משרד הבריאות, ולנסות להגבילה. ●

מחבר מכותב: דוד רבינסון
 רחוב נח 3, תל אביב, 6905013
פקס: 03-6423271
דוא"ל: dadirabi@gmail.com

הוכחה לכך שהרעיון העומד בבסיס ההצדקה לתביעות כנגד רופאים בעניינים מיילדותיים אכן מונע סבל או אירועים דומים בעתיד.

יש מקום לשקול פרסום הנחיות ברמת מעקב ההריון או ניהול הלידה כדי לבסס התנהלות שתיחשב תקינה מול תביעה אפשרית כנגד רופא נתון בנסיבות אלו. לחלופין, יש לשקול אמירה ברורה כנגד "משפטיזציית היתר" של הטיפול

ביבליוגרפיה

- Rabinerson D, Ashwal E & Gabbay-Benziv R, Cesarean section through history. Harefuah, 2014;153:667-70.
- Schifrin BA & Cohen WR, The effect of malpractice claims on the use of cesarean section. Best Pract Res Clin Obstet Gynecol, 2013;27:269-83.
- Minkoff H, Fear of litigation and cesarean section rates. Semin Perinatol, 2012;36:390-4.
- Rabinerson D, Stolovich N & Gabbay-Benziv R, Tocophobia - Its origin, prevalence and implications. Harefuah, 2014;153:292-4.
- Rabinerson-d, Aviram A & Gabbay-Benziv R, Elective cesarean section on maternal request - what's new? Harefuah, 2014;153:329-33.
- Weiner Z, What should we tell our patient who requires cesarean section? Harefuah, 2014;153:327-8.
- Cohen WR & Schifrin BS, Medical negligence lawsuits relating to labor and delivery. Clin Perinatol, 2007;34:345-60.
- Dubay L, Kaestner R & Waidmann T, The impact of malpractice fears on cesarean section. J Health Economics, 1999;18:491-522.
- Willians DG, Practice patterns to decrease the risk of malpractice suit. Clin Obstet Gynecol, 2008;51:680-7.
- Zweker P, Azoulay L & Abenhaim HA, Effect of fear of litigation on obstetric care: A nationwide analysis on obstetric practice. Am J Perinatol, 2011;28:277-84.
- Yang MT, Melio MM, Subramanian SV & al, Relationship between malpractice litigation pressure and rates of cesarean section and vaginal birth after cesarean section, Med Care, 2009;47:234-42.
- Shwayder JM, Liability in high-risk obstetrics. Obstet Gynecol Clin North Am, 2007; 34:617-25.
- Rabinerson D & glezerman M, The "30 minutes rule" - always applicable?, Harefuah, 2011;150:346-8.
- Gregory KD, Fridman M & Korst L, Trends and patterns of vaginal birth after cesarean - Availability in the United States. Semin Perinatol, 2010;34:237-43.
- Hankins GD, Clark SM & Munn MB, Cesarean section on request at 39 weeks: Impact on shoulder dystocia, fetal trauma' neonatal encephalopathy and intrauterine fetal demise. Semin Perinatol, 2006;30:276-87.
- Langer O, Berkus MD, Huff RW & al, Shoulder dystocia: Should the fetus weighing more than or equal to 4000 grams be delivered by cesarean section? Am J Obstet Gynecol, 1991;165:831-7.
- Iffy L & Pantages P, Erb's palsy after delivery by cesarean section (A medico-legal key to a vexing problem). Med Law, 2005;24:655-61.
- Clark SL, Wine VL & Belfort MA, Fetal injury associated with routine vacuum use during cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol, 2008;198:e4.
- Fareeduddin R & Shifrin BS, Subgaleal hemorrhage after the use of a vacuum extractor during cesarean elective delivery: a case report. J Reprod Med, 2008;53:809-10.
- Blanchette H, The rising cesarean delivery rate in America: what are the consequences? Obstet Gynecol, 2011;118:687-90.
- Leigh B, What are the lessons of recent obstetric legal cases? Best Pract Res Clin Obstet Gynecol, 2013;27:631-40.
- Rabinerson D & Green Y, The problem of double loyalty: medical expert opinion and its cost. Harefuah, 2007; 146:539-43.
- Rabinerson D, Ethics in obstetrics and gynecology, Harefuah, 2011;150:470-4.