

SZAKMAI ÁLLÁSFOGLALÁS

A Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium 2002. január 18-i állásfoglalása az otthon szülésről

Az Egészségügyi Minisztérium Egészségpolitikai Főosztálya felkérésére az otthon szülésről a Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium az alábbi állásfoglalást hozta.

Az otthon szülés kifejezés nem takar egységes fogalmat. Különbséget kell tenni a viharos gyorsasággal zajló, mentő hívására és kórházba szállításra már nem alkalmas, nem intézeti (például otthoni) szülés, amelynek során az elsősegély nyújtása minden orvos és szülész nő kötelessége, és a „tervezett”, tehát előre elhatározott „otthon szülés” között. A „tervezett otthon szülés” napjainkban szerinte a világon egyike a sokat vitatott alternatív szülési módoknak, amelynek megértéséhez rövid történeti visszapillantás kívánkozik.

A szülésnél az orvosi segítségnyújtás megjelenése a XIII. századra tehető a magzat darabolása céljából, az anya életének megmentése reményében. A fogó első használata az 1600-as években történt a magzat természetes úton való világrahozatalának elősegítésére. Ez jelentette a szülés „medikalizációjának” a kezdetét (1). Egyre több szülész került kórházba, az 1800-as években azonban a gyermekágyi láz következtében a kórházi szülés jóval veszélyesebb volt, mint az otthon szülés. Semmelweis halála után, az 1800-as évek végén vált világossá felfedezésének lényege: a kézmosás bevezetésével az anyai halálozás 18-20%-ról 1%-ra csökkent (2, 3).

A XIX. és XX. század fordulóján a szülész nők nem több mint 5%-át vitték kórházba. 1900 és 1970 között az arány megfordult, és 1970-ben világszerte a fejlett országokban a szülések 99%-a kórházban zajlott. Jelenleg például az USA-ban évente összesen körülbelül 26 ezer szülés zajlik otthon; ez a szüléseknek csak 0,6%-a (4). (Megjegyzendő, hogy ebben az alacsony számban benne vannak a „tervezetten” kívül a „nem tervezett” otthon szülések is!)

Az orvostudomány fejlődésével rohamosan csökkenthetővé vált a magas anyai és magzati halálozás, és az 1940-es évektől nyilvánvalóvá lett, hogy a terhesgondozás és a kórházi szülés általánossá tételé-

nek megszervezésével az anyák és gyermekeik százezrei menthetőek meg. Ezért az 1950-es évektől hazánkban is megszervezték a kórházak szülészeti osztályait, aminek eredményeképpen mind a mai napig a szülések 99%-a Magyarországon is kórházban történik. Ennek köszönhetően mind az anyai, mind a magzati halálozás hazánkban is látványosan csökkent (5), ezért érthető, hogy a magyar szülések szerint is az intézeti szülések a biztonságosak.

Az Amerikai Egyesült Államok Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégiuma nem támogatja a „tervezett otthon szülést”. Első állásfoglalásukat 1975-ben hozták, amelyet 1999-ben megerősítettek. Ezek szerint: „a szülész és magzataik/újszülöttjeik egészsége csak kórházi feltételek esetén biztosítható. Jóllehet a szülész több-kevesebb biztonsággal »magas kockázatú« és »alacsony kockázatú« csoportba sorolható, de az előre nem jelezhető szövődmények az »alacsony kockázatú« csoportban is bármikor felléphetnek, és ezek azonnali kórházi ellátást igényelnek. Szakmai és jogi értelemben a terhesség csak retrospektíven csoportosítható meggyőzően »alacsony« vagy »magas« kockázatú csoportba. Minden szülés magában hordozza az életveszélyes szövődmény lehetőségét” (6).

Egy tanulmány szerint az alacsony kockázatúnak ítélt, „tervezett otthon szülésbe” bocsátott szülész női csoport 8%-át kellett vészhelyzetben (magzati asphyxia, köldökzsinór-előesés, anyai hypertonia, lepenyleválás és placenta praevia) kórházba szállítani. A nem kórházban vajúdók közel 20%-át szállították szülés alatt kórházba, náluk 10%-ban végeztek császármetszést (7). A fokozott kórházi kivizsgálás és odafigyelés miatt napjainkban a magas kockázatú terhesek csoportjában a váratlan szövődmények száma kevesebb, mint az alacsony kockázatú csoportban, a szülészeti szövődmények többsége a közvélemény által „alacsony kockázatúnak” tartott csoportban fordul elő. Régi tapasztalat, hogy az eclampsia, a post partum vérzés és az infekció fenyegető jelek nélkül, váratlanul lép fel (8).

A nők az elmúlt évtizedekben jogosan indítottak harcot a szülészobák paternalisztikus és instrumentált világa ellen, az emberi, a természetes és a nem kiszolgáltatott szülési körülményeket keresve. Ezt az igényt a szülészek világszerte, így hazánkban is felismerték, és bevezették a családközpontú szülészeti gyakorlatot, az együtt szülést, a szülőnőnek a szülészhez és a szülész-nőhöz való alárendeltségi viszonyából a szülőnő és társa főszereplővé tételét, az újszülöttel való közös gyermekágyi elhelyezést stb. A magyar Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium szerint a biztonságot nyújtó kórházak szülészobáiban kell megteremteni az otthoni környezetet és a családi együttlét hangulatát, megszüntetve a szülők kiszolgáltatottságát. Hazánk legtöbb klinikáján és kórházában ezeknek az igényeknek megfelelően megtörtént a szülészobák átalakítása.

A tervezett otthon szülésnek Hollandiában vannak hagyományai, de számuk ott is fokozatosan csökkent az elmúlt évtizedekben. Hollandiában 1970 előtt a szülések 50%-a zajlott le otthon, majd az arány 1993-ra fokozatosan 32%-ra csökkent (9–11). A sűrűn lakott Hollandiában a kórházi létesítmények általában mindennél elérhetőek 15 percen belül, míg Észak-Amerika és Ausztrália távoli területein a szállítás lényegesen hosszabb időt vehet igénybe. Így a biztonságos infrastruktúra is előfeltétel. Ausztráliában 1985 és 1990 között a tervezett otthon szülések esetén az intrapartum magzati elhalás háromszor gyakoribb volt, mint a kórházakban (12).

A tervezett otthon szülést illetően felmerül a kérdés, hogy van-e joga az anyának elutasítani a kórházi szülést? Hazánkban a személyhez fűződő jogokat az egészségügyi törvény is védi. A jogok azonban csak társadalmi rendeltetésükkel összhangban gyakorolhatók. Az ember szabadságjoga csak addig terjed, amíg mások jogait, jogos érdekeit nem sérti. Ezeknek megfelelően az önrendelkezési jogot egyes esetekre nézve a törvény korlátozhatja és korlátozza is, mely esetek körében külön-külön értékelendő az anyának a magzata és önmaga feletti rendelkezési joga.

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban Eü. tv.). 17. § (2) bekezdés a) pontja a következőket mondja ki: *„A beteg beleegyezésére nincs szükség abban az esetben, ha az adott beavatkozás vagy intézkedés elmaradása mások – ideértve a 24. hetet betöltött magzatot is – egészségét vagy testi épségét súlyosan veszélyezteti.”*

A terhesség élettani jelenség ugyan, de magában hordozza a legsúlyosabb szövődmények, akár az élet elvesztésének a kockázatát is. Jelenleg a Földön a WHO adatai szerint évente 600 000 nő hal meg terhességgel, szüléssel kapcsolatos okok miatt, ami több nő életét követeli, mint a méhnyakrák. Következésképpen a terhesség olyan biológiai folyamat, amelynek még „normális” esetben is számos kórélettani sajátossága van. Amikor a terhesség során az anyai szervezetben kialakuló sokrétű változásokra gondolunk, akkor nyilvánvalóvá válik, hogy a határ az egészség („normális”), illetve a betegség között elmosódik terhesség alatt. Ezért az olyan kis állapotromlás, amely nem terhes ál-

lapotban még alig járna következménnyel, terhesség alatt már olyan patológiás állapotok előfutára lehet, amelyek súlyosan veszélyeztetik az anya vagy a magzat, vagy mindkettő életét.

Köztudott, hogy az élet legveszélyesebb szakasza a perinatalis időszak. Ugyanakkor nem vitás, hogy a szülések egy része akár otthon, spontán, akár orvosi beavatkozás nélkül is minden anyai és/vagy magzati probléma nélkül, egészséges újszülött világrajövetelével érhet véget. Ezt a lefolyást, eredményt azonban előre megjósolni, garantálni egyetlen szülés esetében sem lehet. Nem létezik olyan módszer, amellyel teljes bizonyossággal, személyre szabottan, előre meg lehetne jósolni, hogy a terhesség, illetve a szülés során előfordul-e szövődmény vagy sem. Ha előfordul, az gyakran egyik pillanatról a másikra történik, amikor azonnali, minden késedelem nélküli beavatkozásra van szükség teljes személyi-tárgyi-intézményi (konziliumi) háttérrel, és ilyen esetekben az anya és/vagy a magzat életét csak sürgős intézeti ellátás mentheti meg. Még a szövődménymentes szülés ellátása sem egyszemélyes munka az esetek döntő többségében.

A Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium 1999. február 26-i állásfoglalása (13) szerint „az otthoni szülések visszaállítása Magyarországon a technikai felkészültség, a kórházi sűrűség, a lakásviszonyok, a hiányos infrastruktúra mellett nem javasolható, és bevezetése még jelentős többletráfordítások esetén is veszélyeztetné a szülések biztonságát, és kockáztatná az édesanyák és újszülöttjeik egészségét, életét.” A Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium megítélése szerint az otthon szülés súlyos magzati kockázatot, veszélyhelyzetet jelenthet, ezért az Eü. tv. már idézett 17. § (2) bekezdés a) pontjának összevetésével ismételten kimondható, hogy *a terhes nőt az intézeti helyett az otthon szülés választásában magzati érdekből nem illeti meg az önrendelkezési jog, így a kórházi szülészeti ellátás visszautasításának joga sem!* Természetesen az otthon szülés veszélyeztetheti az anya életét is; még intézetben sem sikerült a szülés körüli anyai halálozást nullára csökkenteni. Az orvos erre való tekintettel sem állapodhat meg a tervezett otthon szülésben előre a terhességgel. A Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium állásfoglalását támogató írás Iffy László professzor, az USA-ban élő szülész-nőgyógyász tollából az Orvosi Hetilapban jelent meg, amely jól rávilágít az amerikai nők jogaiért harcoló mozgalmak „beindulásának” majd az otthoni szülési divat „lecsengésének” az okaira (14).

Az Eü. tv. 20. § (6) bekezdése szerint a beteg nem utasíthatja vissza az életfenntartó vagy életmentő beavatkozást, ha várandós, és előre láthatóan képes a gyermek kihordására. Az előzőkkel összevetve ez azt jelenti, hogy az ilyen eset kivétel még azon lehetőségek alól is, amikor a beteget ilyen beavatkozásokkal kapcsolatban törvényi kivételként megilletné az ellátás visszautasításának joga. Együttes feltételként tehát – a 117/1998. (VI. 16.) Korm. rendeletben foglaltaknak megfelelő formai és tartalmi követelmények mellett – visszautasíthatja az életfenntartó vagy életmentő beavatkozást akkor, ha olyan súlyos betegségben szen-

ved, amely gyógyíthatatlan, és megfelelő ellátás mellett is rövid időn belül halálhoz vezet, ha azonban egyúttal terhes, és még képes a gyermek kihordására, még ilyen esetben sem teheti ezt meg (15).

A hazai szülészetnek a születés körüli halálozás, illetve károsodások csökkentésében elért óriási eredményei az intézeti szülésekhez, az ott folytatott intenzív észleléshez, a megelőző szemlélethez, a szülészorvosok lelkiismeretes, a legnagyobb gondossággal és körültekintéssel végzett eljárásaihoz, a szakmai szabályok szigorú betartásához, a szakfelügyelet jó működéséhez kötődtek és kötődnek. Ehhez maximálisan hozzátartozik a várandósok együttműködése.

A Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium összefoglaló véleménye a „tervezett otthon szülés” kérdéséről a következő:

1. A hazai szakmai kollégium állásfoglalása azonos a legtöbb nemzetközi szülészeti és nőgyógyászati szakmai grémium – beleértve az Amerikai Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégiumot is – véleményével, miszerint a „tervezett otthon szülés” olyan veszélyeket rejt magában, amelyeket nem ellensúlyoznak előnyei, nevezetesen az otthoni környezet emberi és érzelmi befolyása az anyaság és a korai anya-gyermek kötődés kialakulására.

2. A klinikai/kórházi háttér biztosítja a szülés kiszámíthatatlan veszélyeinek és szövődményeinek elhárítását és korai gyors kezelését. Ugyanakkor a szakmai biztonság mellett megfelelő körülmények kialakításával hazánkban is egyre több helyen szülhetnek egyágyas, fürdőszobás szülőszobákban az édesanyák, kihasználva a családközpontú szülészeti gyakorlat minden előnyét, beleértve az együtt szülést, a korai bőrkontaktust, az anya és újszülött együttmaradását. Jelenleg lehetőség van arra, hogy a szülő nő a szabad orvosválasztás jogával élve olyan intézményben szüljön, ahol nem betegként kezelik, és kívánságait, elképzeléseit, elvárásait meghallgatják, és ha lehet, teljesítik. Szülés után a néhány napos klinikai/kórházi bentfekvés lehetőséget ad az újszülöttápolás, a szoptatás, az emlőápolás megtanítására, valamint a korai adaptációs zavarok felismerésére és elhárítására. (Ezzel teljes összhangban van az Amerikai Egyesült Államokban a legutóbbi években bevezetett gyakorlat, miszerint a régebben meghatározott 24 órás szülés utáni kórházi tartózkodás helyett a biztosító már csak azt a szülést finanszírozza, ahol az újszülött és az anya legalább 72 óráig a kórházban marad.)

3. Jóllehet, a szülések egy része orvosi beavatkozás nélkül is lezajlik, a szövődménymentes vajúdas és szülés definíciója csak retrospektív lehet, mert a legtöbb szövődmény váratlanul és kiszámíthatatlanul lép fel, ezért sem jogi, sem szakmai szempontból nem határozható meg előre 100%-os bizonyossággal a terhesek azon csoportja, akiknek esetében szövődménymentes vajúdas és szülés várható. A szülészeti „sürgősségi” felkészültséget igénylő orvosi szakma, ezért a szülő nők számára állandóan készenléti szolgálatnak kell rendelkezésre állnia (16).

4. Amennyiben az egészségügyi kormányzat úgy dönt, hogy a „tervezett otthon szülést” hitelesíti annak ellenére, hogy a legtöbb fejlett országban a szülések közel 100%-a kórházakban történik, sőt, az Egyesült Királyságban és Hollandiában, ahol hagyományai vannak az otthon szülésnek, ezek száma az utóbbi években egyre csökken, úgy a döntést a szakmai kollégium – bár nem ért vele egyet – tudomásul veszi, és továbbra is mindent megtesz annak érdekében, hogy az eddigi gyakorlatnak megfelelően a klinikák/kórházak fogadni tudják a tervezett otthon szülés kapcsán bajba jutottakat. Felhívja ugyanakkor a figyelmet arra, hogy a váratlan szülészeti vagy neonatológiai szövődmény esetén kihívott mentővel történő kórházba szállítás idővesztéséget jelenthet a kórházi szülés kapcsán fellépő szövődmény ellátásának azonnali lehetőségével szemben, ami mind az anyai, mind a magzati/újszülött halálestek számának növekedését fogja eredményezni. Lényeges hangsúlyozni, hogy a kórházba érkezés után nem az otthon szülésnél segédkező szülész, hanem a kórházi orvosok szakmai kompetenciájába tartozik a beteg ellátása!

5. A tervezett otthon szüléshez az ismert beleegyező nyilatkozat módosított változata szükséges, amely tartalmazza azt az egyértelmű kitétel, hogy a Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium ezt a szülési formát nem javasolja.

6. A várandós otthonában rendelkezésre kell állniuk azoknak a tárgyi feltételeknek, amelyeket az ÁNTSZ a szakorvosi rendelőkkel szemben jelenleg is megkíván. Az anyakönyvezés egyértelmű szabályszerűségének biztosítására állami jelenlét (például területi védőnő megszervezése) lenne szükséges.

7. Jelenleg az idevonatkozó [33/1992. (XII. 23.) NM] rendelet értelmében „a gondozást végző orvos által elrendelendő” többek között a terminusközei magzat felügyelete. Ezt az „otthon szülést” választók többsége nem veszi igénybe, ezzel is növelve a magzati perinatalis halálozás esélyét. A gondozó orvos pedig ennek elmulasztása esetén szakmai szabályt szeg!

8. A szakmai kollégium az egészségügyi törvény idevonatkozó megállapításait úgy értelmezi, hogy egy várandós a klinikai/kórházi szülés lehetőségének elutasításával nem veszélyeztetheti magzata/újszülöttje egészségét/életét, ezért a Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium megítélése szerint alkotmánybíró-sági értelmezésre vagy törvényt módosításra van szükség a „tervezett otthon szülés” minisztériumi hitelesítéséhez.

9. A születés körüli halálozás további csökkentése érdekében hazánkban nem az otthon szülés bevezetésével, hanem a kórházi/klinikai szülőszobák korszerűsítésével, családi hangulatúvá fejlesztésével, az in utero szállítás gyakorlatának általánossá tételével, a neonatológiai és az intenzív újszülöttellátás feltételeinek javításával, osztársadalmi szinten pedig a koraszülésért felelős nem orvosi okok csökkentésének lehetőségével, illetve megszüntetésével kellene foglalkozni.

IRODALOM

1. Loudon I. Review essay: The making of man-midwifery. *Bull Hist Med* 1996;70:507-15.
2. Cater KC, Carter BC. Childbed fever: a scientific biography of Ignaz Semmelweis. *Westport, CT: Greenwood Press; 1994. p. 54.*
3. Loudon I. The tragedy of childbed fever. *Oxford: Oxford University Press; 2000.*
4. Ventura SJ, Martin JA, Curtin SL, Mathews TJ. Report of final natality statistics. *Mon Vital Stat Rep* 1998;46(225):1-99.
5. Egyed J. Az Országos Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet statisztikái. (1970-1999), Budapest
6. *Statement of Home Delivery.* Statement of Policy issued by the Executive Board of the American Board of Obstetricians and Gynecologists. *Washington, DC: American Board of Obstetricians and Gynecologists; March 1999.*
7. Garite TJ, Snell BJ, Walker DL, Darrow VC. Development and experience of a University-based, freestanding birthing center. *Obstet Gynecol* 1995;86:411-6.
8. Hall MH, Chng PK, MacGillivray I. Is routine antenatal care worth while? *Lancet* 1980;2:78-80.
9. Van Alten D, Eskes M, Treffers PE. Midwifery in the Netherlands; the Wormerveer study: selection, mode of delivery, perinatal mortality, and infant morbidity. *Br J Obstet Gynaecol* 1989;96:656-62.
10. Anderson RE, Murphy PA. Outcomes of 11,778 planned home births attended by certified nurse-midwives: a retrospective, descriptive study. *J Nurse Midwifery* 1995;40:483-92.
11. De Reu PAOM, Nijhuis JG, Oosterbaan HP, Eskes TKAB. Perinatal audit on avoidable mortality in a Dutch rural region: a retrospective study. *Eur J Obstet Gynecol Repr Biol* 2000;88:65-9.
12. Bastian H, Keirse MJ, Lancaster PA. Perinatal death associated with planned home birth in Australia: population based study. *Brit Med J* 1998;317: 384-88.
13. A Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium 1999. február 26-i állásfoglalása a „Tervezett otthon szülés”-sel kapcsolatban. *Magy Nőorv L* 1999;62:233.
14. Iffy L. Levél a kórházon kívüli szülés kérdéséhez. *Orv Hetil* 1999;140:2485.
15. Martini J. Otthon szülés a jog és a szakma tükrében. *Nőgyógy Szül Továbbképző Szemle* 2002;4(2):73-6.
16. Papp Z (szerk). Sürgősségi ellátás a szüléset-nőgyógyászatban. *Budapest: Medicina; 2001.*

A MAGYAR KARDIOLÓGUSOK TÁRSASÁGA TUDOMÁNYOS KONGRESSZUSA

Balatonfüred, 2002. április 30–május 3.

Hivatalos nyelv: magyar, angol.

Tudományos információ: Magyar Kardiológusok Társasága, 1146 Budapest, Cházár A. u. 19.
Telefon/fax: 06 (1) 461-0665.

Szervező: dr. Szendrey Sándorné, 4032 Debrecen, Tessedik S. u. 166.
Telefon/fax: 06 (52) 537-537.

A MAGYAR TÜDŐGYÓGYÁSZ TÁRSASÁG 52. NAGYGYŰLÉSE

Pécs, 2002. május 23–25.

Témák:

- Krónikus obstruktív légúti betegségek, asthma bronchiale, pneumonia, onkopulmonológia, intenzív rehabilitáció
- Angol nyelvű szekció észt és finn tüdőgyógyászokkal
- Prosztrgraduális kurzus: a légúti betegségek nem invazív monitorozása (www.esphun.com)

Hivatalos nyelv: magyar és angol.

Tudományos információ:

Dr. Balikó Zoltán, 7635 Pécs, Ángyán János u. 2.
Telefon: 06 (72) 227-755, fax: 06 (72) 511-250.
E-mail: chelonae@mail.matav.hu

Szervező:

Lenau Reisen Kft. Kongresszusi Csoport, 7621 Pécs, Teréz u. 17.
Telefon: 06 (72) 513-993, fax: 06 (72) 332-940.
E-mail: lenuaegr@axelero.hu