

ORVOSLÁS ÉS TÁRSADALOM

Ki marad a kamarában?

Töprengés az otthon szülésről

Szebik Imre

A Magyar Orvosi Kamara (MOK) felfüggesztette két orvos tagságát, mert az orvosok otthon szülés kapcsán orvosi tevékenységet végeztek annak ellenére, hogy a MOK Szülészeti és Nőgyógyászati Szakkollégiuma a szakmai és etikai szabályaival ellentétesnek nyilvánította ezt az orvosi tevékenységet. A szerző szerint tudományosan elfogadható bizonyíték nincsen arra vonatkozóan, hogy bizonyos, alacsony kockázatú szülőnők tervezett otthon szülése önmagában veszélyeztetné akár a szülőnőt, akár a magzat életét. Mivel nemzetközi adatok arra utalnak, hogy a tervezett otthon szülés nem feltétlen növeli az anyai, illetve a magzati szövődmények számát, a kérdés eldöntéséhez Magyarországon objektív, tudományos igényű vizsgálat szükséges.

otthon szülés, etika, jog, kockázatfelmérés, tudományos bizonyíték

WHO WILL REMAIN A MEMBER OF THE HUNGARIAN CHAMBER OF PHYSICIANS? REFLECTING ON HOME BIRTHS IN HUNGARY

The Hungarian Chamber of Physicians (HCP) has suspended the membership of two physicians since they provided medical care in planned home births. The idea of planned home births is vehemently opposed by the HCP declaring this practice as unprofessional and unethical. There is no scientific evidence from Hungary to justify the opinion of the HCP. Since data from Western European and North American countries suggest that planned home birth may be as safe as hospital birth for certain low risk mothers, an objective scientific research is suggested in Hungary to evaluate the risks of home birth versus hospital birth.

home birth, ethics, law, risk assessment, scientific evidence

dr. Szebik Imre (levelező szerző/correspondence): Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet/
Institute of Behavioural Sciences, Semmelweis University. H-1089 Budapest, Nagyvárad tér 4.
E-mail: szebimre@xenia.sote.hu

Érkezett: 2002. február 18. Elfogadva: 2002. március 6.

A Magyar Orvosi Kamara 2001 augusztusától – etikai bizottságának döntése alapján – felfüggesztette két kollégánk, egy szülész-nőgyógyász és egy gyermekorvos kamarai tagságát, s ezzel a felfüggesztés idejére megvonta tőlük az orvosi praktizálás jogát. E döntés nyilvánvalóan egzisztenciális szempontból nem mellékes két kollégánk számára, azonban a kamara döntése számos társadalmi kérdést is felvet.

Kamarai tagságukat azért függesztették fel, mert e két kollégánk tervezett otthon szülésben működött közre. (A továbbiakban a *tervezett, várhatóan alacsony kockázattal járó otthon szülést* egyszerűsítve otthon szülésként említem.) Eltekintek most a döntés részletes jogi elemzésétől, annyiban összegezve ezt, hogy java-

részt formai okokra, engedélyek hiányára hivatkozva született a döntés. Az engedélyeket az illetékes hatóságok pedig azért nem adták meg, mert nem értettek egyet az otthon szülés koncepciójával.

Azt a nem mellékes kérdést sem elemzem itt, hogy jogszerű magatartás-e az otthon szülés. Ideális esetben a jog a társadalom értékrendjét tükrözi, de tudjuk, hogy a gyakorlatban ez nincs mindig így: sokszor ami jogszerű, az erkölcsileg nem fogadható el és fordítva. Esetünkben a jogszerűség kérdése másodlagosnak tekinthető, hiszen lehet, teljes bizonyossággal állíthatjuk azt, hogy jogszerű az otthon szülés; ugyanakkor a szakma egyes képviselői hivatkozhatnak arra, hogy a szülőnőknek ugyan joguk van ezt választani, az orvo-

soknak viszont kötelességük az ebben való részvételtől való tartózkodás, ugyanis szerintük az otthon szülés nem felel meg a szakmai követelményeknek. Egy abszurd példával megvilágítva: jogszerűen kérheti valaki, hogy tervezett szívműtétét az Erzsébet híd közepén hajtsák végre, azonban természetesen egyetlen, felelősen gondolkozó orvos sem végezné el a beavatkozást. Önmagában tehát az a tény, hogy az otthon szülés jogszerű, nem kötelezheti az orvosokat arra, hogy ebben tevékenyen részt vegyenek. A kérdés tehát megmarad: szakmai okok miatt megengedhetetlen-e az otthon szülés?

Tekintsünk el attól a remélhetően nem létező lehetőségtől, hogy a kamara, illetve a szűkebb szakma döntését esetleg anyagi vagy presztízsokok is befolyásolhatták, s nézzük meg a tervezett otthon szüléssel kapcsolatos szakmai érveket, amelyek sok esetben társadalmi kérdésnek tekinthetők. Amint azt a MOK Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégiumának állásfoglalásában (1) is olvashatjuk, a tervezett otthon szülés elleni klasszikus érvként a kórházi szülésnél kockázatosabb voltát említik, azaz a tervezett otthon szülés nagyobb veszélyt jelent mind a szülőnő, mind a magzat életére, nagyobb a szövődmények és a haláleset valószínűsége. Nagyobb veszélyt jelent, mert a magyar infrastruktúra (kórház-sűrűség, lakásviszonyok) hiányossága nem teszi lehetővé az otthoni születek biztonságát. Ugyanakkor – folytatódik az indoklás – az otthon szülés tervezésekor az előzetesen megállapított alacsony kockázat mindig bizonytalan, nem lehet előre megmondani, kinél és mikor lép fel életveszélyes szövődmény. Az állásfoglalás hozzáteszi: „a fejletlen országokban, ahol a nők nem kórházban szülnék, ma is megdöbbentően magas az anyai halálozás”. Az állásfoglalás nem említi, hogy azokban a fejlett országokban, ahol az otthon szülés viszonylag elterjedt, mi a helyzet a halálozási statisztikákkal, de ezt később elemzem.

Milyen okok és indokok alapján választják e szakmai érvek ellenére egyesek az otthon szülést, s mi motiválhatja azokat az orvosokat, akik hajlandóak az otthon szülést választó várandós anyákat segíteni? Ezek az érvek egyrészt az *életminőség*, másrészt az *autonómia* kategóriájában foglalhatóak össze: nem szeretnék medicalizálni, illetve institucionalizálni a szülés folyamatát; a szülőnők maguk szeretnék meghatározni és irányítani a szülés folyamatát és annak körülményeit, az újszülött ellátásával kapcsolatos teendőket. Úgy érzik, hogy a kórházban erre nem lenne olyan mértékben lehetőségük, mint a megszokott, komfortos otthoni környezetben a személyi és a tárgyi feltételek miatt. Ugyanakkor az otthon szülést választók jelentős része szeretné elkerülni azokat a kórházban rutinnak számító beavatkozásokat, amelyeknek az elkerülését ugyan az Egészségügyi Világszervezet is javasolja (2), de a magyar általános szülészeti gyakorlatban mégis elterjedtek (beöntés, borotválás, rutin gátmetszés, méhnyaktágítás, hormonális szülemegindítás, hormonális szülemgyorsítás). Tehát a számukra természetes körülmények között, orvosi beavatkozásoktól mentesen szeretnének

szülni, s megszületett babájukat is a maguk ízlése szerint ellátni (3). Kívánságuk hasonlítható valamelyest az élet végén jelentkező dilemmához: kórházban, sokszor rideg intenzív szobában, szereteteinktől távol búcsúzni az élettől, az élet meghosszabbításának sokszor csak halvány reményében, vagy otthonunkban, barátságosabb légkörben, esetleg pár nappal-héttel korábban, mint a kórházban. A szüléssel kapcsolatban az érvek így módosulnak: lehet, hogy a nők otthonukban számukra elfogadhatóbb körülmények között szülnék, de – hangzik az ellenérv – míg önmaguk egészségéről bizonyos korlátok közt szabadon dönthetnek, magatartásukkal, döntésükkel nem veszélyeztethetik magzatuk életét, egészségét. Mindezeket azért is végig kell gondolnunk, hiszen az államnak is, az orvosoknak is van életvédő felelősségük, emiatt esetenként kénytelenek

Valóban igaz-e, hogy az otthon szülés kapcsán nagyobb a szülőnők és magzataik veszélyeztetésének kockázata?

betegeiket korlátozni abban, hogy önmagukat vagy másokat veszélyeztessenek. Az állam életvédő felelőssége megfigyelhető például a közlekedési szabályok megalkotásában is: kötelező a biztonsági öv használata, ennek elmulasztása annak ellenére szankcionálandó, hogy az sértheti az egyén önrendelkezési jogát. Az egészségügyben a kötelező pszichiátriai kezelés is az életvédő felelősség példája.

Az otthon szülést ellenzők véleménye tehát meglehetősen okszerűnek tűnik, azonban egy dolog jelenleg nem bizonyítható: valóban igaz-e, hogy az otthon szülés kapcsán nagyobb a szülőnők és magzataik veszélyeztetésének kockázata. Lehet, hogy elméletileg ennek így kellene lennie, azonban tudomásom szerint magyarországi empirikus adatunk erre vonatkozóan nincs.

Ismertek esetek, amikor a magyarországi otthon szülésnél veszélybe, illetve életveszélybe kerültek életek (ezt egyébként a kamarai határozat is említi), de egyrészt nem mindig tudjuk, hogy kórházi szülésnél nem kerültek volna ugyanilyen helyzetbe ezek a személyek, illetve hogy akár a szülőnő vagy gyermeke ténylegesen kárt szenvedett-e amiatt, hogy a szülést otthonra tervezték. Nyilván egy-egy eset önmagában nem lehet perdöntő jelentőségű, hiszen kórházban is előfordulhat olyan veszélyhelyzet, amely a kórházi tartózkodás számlájára írható (például késheet a személyzet, nosocomialis fertőzés léphet fel a szülőnőnél vagy magzatánál). Másrészt nem tudjuk azt sem, hogy hány személy került veszélybe. Harmadrészt azt sem tudjuk, hogy vajon nincsenek-e olyan nők, akik esetleg épp azért kerültek veszélybe, mert kórházban szülnék. Bármennyire is oktalannak tűnhet első pillanatra ez a feltetelezés, elméleti szempontból ezzel is számolnunk kell. Mindenkinél lehetnek szakmailag többé-kevésbé megalapozott becslései, érzései, elméletei, de pontos

adatokkal – amelyek klinikai, illetve tudományos szempontból bizonyító erejűek – nem tudunk szolgálni.

Természetesen vannak adataink az otthon szülések vonatkozásában, ezek bizonyító ereje azonban kérdéses. Nem a több évtizeddel ezelőtti magyarországi statisztikákra gondolok – mint ahogyan ezzel sokan tévesen érvelnek –, hiszen akkor nagyon sok szempontból egészen más viszonyok között éltek az emberek. Nemcsak orvosi ismereteink bővültek azóta, hanem általános közegészségügyi viszonyaink és infrastruktúránk is egészen más volt. Azzal érvelni tehát, hogy az otthon szülés azért megengedhetetlen, mert a XX. század közepén a magzati és az anyai halálozás jóval magasabb volt a maiénál, anakronisztikus és téves.

Ismertek külföldi példák is az otthon szüléssel kapcsolatban. Ezek is becsaphatják az embert, illetve az ezekből levonható következtetés kapcsán sok esetben nincsen egyetértés a szakemberek között. A MOK Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégiumának állásfoglalása példaként a harmadik világbeli statisztikákat hozza (1). Ez a megközelítés nyilván azért téves, mert ezekben az országokban a technikai fejlettségi viszonyok, így az egészségügyi ellátás általánosságban véve elmarad a magyarétól. Értelmetlen egy olyan ország statisztikáját a magyarországiéval összevetni, ahol az emberek többsége számára nem áll rendelkezésre tiszta ivóvíz, éheznek az emberek, s gyakorlatilag nincsen távközlési lehetőségük. Ezekben az országokban az otthon szülés nem az alacsony kockázatú anyák választási lehetősége, hanem a kórházak hiánya miatti kényszer. Ugyanakkor számos nyugat-európai és amerikai országban is elterjedt a tervezett, alacsony kockázatú otthon szülés. A statisztikák itt azt bizonyítják, hogy az otthon vagy a születésházban folyó szülés nem jelent nagyobb kockázatot sem az anya, sem a magzat számára, még akkor sem, ha orvos nincs jelen a szülésnél; ezáltal ezek a születésmódok a kórházi szülések megfelelő alternatívájának tekinthetők (4–9). Az otthon szülés magyarországi ellenzői azonban azzal érvelnek, hogy ezek az adatok Magyarországon azért nem érvényesek, mert nálunk eltérő a korábban is említett infrastruktúra. Igaz, például Hollandiában a kórházúsűrűség magasabb a magyarországinál, az egyesült államokbeli azonban már nem feltétlenül. Azt sem tudjuk pontosan, hogy mennyiben növeli-növelné a magyar mortalitási adatokat a hollandnál valamivel hosszabb kórházba jutási idő. (Ez az érv erejét veszti akkor, amikor egy fix telepítésű, háttérkórházhoz közeli, de az otthon szülés szellemiségét követő születésházzal beszélünk.) Tovább növelheti a külföldi adatok körüli vitákat, hogy külföldön a legtöbb helyen önálló tevékenységre képzett bábák vesznek részt az otthon születeknél, míg itthon a bábák képzésekor az önálló munka, illetve a felkészítés erre a munkára háttérbe szorul. Igaz, ez az érv a jelenlegi otthon szülési gyakorlat kapcsán semmis, hiszen Magyarországon, tudomásom szerint, az egyetlen, otthon születeket kísérő személy szülész-nőgyógyász szakorvos.

S végül, természetesen vannak magyarországi adatok is, hiszen az elmúlt évtizedek során közel 1500 otthon

szülést regisztráltak. Ezek az adatok önmagukban nem értelmezhetőek. Amennyiben például az otthon szülések mortalitását vetjük össze a hazai mortalitási adatokkal, akkor azért tévedünk, mert az otthonukban szülő nők nem reprezentálják a magyar átlagot, ugyanis alacsony kockázatúak; azok a szülőnők, akiknél a szüvődmények kockázata egy bizonyos szintnél magasabb, érthető módon a mai gyakorlat alapján sem szülnék otthon. A mai otthon szülési statisztikai adatok értelmezését az is nehezíti, hogy az otthon szülés ténye sok kórházi orvos szemében ellenszenvet vált ki, amely hátráltathatja orvosi tevékenységük hatékonyságát olyan asszony ellátásakor, aki tervezett otthon szülés kapcsán kórházi kezelést igényel (3).

A tudományos összehasonlító vizsgálat szükségessége

E gondolatok után látható, hogy nincsen meggyőző tudományos adatunk, hogy milyen következményekkel jár ma Magyarországon az adott egészségügyi és egyéb körülmények között az alacsony kockázatúnak ítélt várandós asszonyok otthon születe.

Ahhoz, hogy elkerülhessük a személyes vélemények, érzelmek, adott esetben az előítéletek torzító hatását, az orvostudomány művelői kontrollcsoportos vizsgálatokat alkalmaznak. A kérdés tudományos vizsgálattal való eldöntése mindkét oldal ellenérzését válthatja ki. Az otthon szülést ellenzők azzal érvelhetnek, hogy ezáltal óhatatlanul, közvetett módon elfogadottá tesszük az otthon szülés gyakorlatát. Továbbá – hangozhat érvelésük – meggyőződésük szerint minden szakmai érv, számítás és tapasztalat az ellen szól, hogy érdemes legyen ilyen vizsgálatokba fogni, hiszen eredménye nem vitás, miközben a tudományos kutatás által csak újabb asszonyokat s magzataikat tesszük ki felesleges kockázatnak. Ezzel az érveléssel pontosan az a probléma, amit korábban is állítottam: lehet, hogy igaz, de biztosan cirkuláris, hiszen nem tudjuk, amíg nincsen empirikus adatunk. A másik oldalon állók érveként felmerülhet, hogy tudományos módszerekkel nem vizsgálható a jogokról és választási lehetőségekről van szó, továbbá az

*Egy ilyen vizsgálat
kezdemenyézése azt jelenti, hogy
őszintén bevalljuk: tudományos
szempontból megválaszolatlan
kérdés előtt állunk.*

otthon szülés pozitív hatása tudományos módszerekkel nehezen vagy egyáltalán nem mérhető (például az öröm, a megelégedettség, az anya-gyermek kapcsolat és kötődés minősége, a hospitalizált, szülés következtében megzavart kötődés hatása a magzat személyiségfejlődésére stb.). Ezek az érvek is meggondolásra méltók, hiszen egyesek a kórházi, elgépiesedett szülést a

„gyermek személyiségi jogait súlyosan sértő körülményként” értékelik (10); azonban nem tudjuk, nem veszélyeztetik-e az otthon szülés által ezek az anyák önmagukat és magzatukat olyan nagy mértékben, hogy a nagyfokú kockázat miatt igényük elfogadhatatlanná válhat a társadalom számára.

Látnunk kell, hogy egy ilyen vizsgálat kezdeményezése s az abban való részvétel nem azt jelenti, hogy az otthon szülést ellenzők elfogadnák az otthon szülés gyakorlatát vagy bármilyen szinten egyetértenének azazal. Csupán azt jelenti, hogy őszintén bevallják: tudományos szempontból megválaszolatlan kérdés előtt állunk, ezért hiteles eszközök igénybevétele, azaz kontrollcsoportos vizsgálat szükséges. A vizsgálati protokoll és a tünetek, szövödmények, egyéb adatok értékelésének módját érdemes lenne széles szakmai körben egyeztetni, az utólagos értelmezési viták elkerülésére.

Közismert, hogy a modern orvoslás paradigmája a kontrollcsoportos vizsgálat, s az orvostudomány célja az, hogy lehetőleg minél több orvosi tevékenységet érvényesítsenek ezen a módon. Ezt a módszert alkalmazzuk többek közt szinte minden új gyógyszer, orvosi műszer, sok műtéti eljárás értékelésére is. Jogos a kérdés, mikor s miért szabad egy ilyen vizsgálatot elkezdni. Amennyiben az orvos meg van győződve egy eljárás helyességéről, megteheti-e, hogy betegeinél nem azt az eljárást alkalmazza? Kétféle megoldás adható erre a kérdésre. Egyfelől egyetlen orvos sem kötelezhető lelkiismeretével ellenkező eljárás alkalmazására, azaz adott esetben egy tudományos vizsgálatban való részvételre sem. Ugyanakkor megoldást jelenthet az a tény, hogy nem az egyéni, hanem a közösségi bizonytalanság által válik etikussá a tudományos kutatás elkezdése (11). Tehát elképzelhető, hogy néhány – adott esetben minden – orvos meg van győződve az egyik vagy másik eljárás helyességéről, de ha a szakmában nincs egyetértés abban, hogy melyik eljárás az elfogadhatóbb, akkor el szabad kezdeni a kutatást. Ellenérvként felmerülhet, hogy a magyarországi szülész-nőgyógyász szakorvosok többsége feltehetően ellenzi az otthon szülést. Ugyanakkor tudjuk, hogy nemzetközi tekintetben a szülésszakma álláspontja nem egységes. Tudjuk azt is, hogy tudományos kérdésekben nem a többségi vélemény a mértékadó.

További könnyebbség a kutatásban részt vevő, de az otthon szülést ellenző orvosoknak, hogy nekik semmilyen körülmények között nem kell otthon szülésben részt venniük, azaz lelkiismeretük ellenére cselekedniük, hiszen a prospektív vizsgálat megszervezhető úgy, hogy minden orvos a szakmai állásfoglalásának megfelelő csoport tagjait látja el. Ez természetesen bizonyos mértékben rontja a vizsgálat érvényességét, épp a szubjektív elemek fontossága és ezek torzítása miatt. Az az orvos, aki ily módon vesz részt a vizsgálatban, s határozott véleményt formál valamelyik eljárás felsőbbrendűségéről, akaratlanul is alul- vagy felülbecsülhet bizonyos tüneteket; ez a hibalehetőség nehezen küszöbölhető ki, hacsak nem értékeli mindkét csoport tagjait mindkét oldalon álló orvos. Ugyanakkor viszont ez

utóbbi lehetőség nélkül is feltehetően jó közelítést kapunk a statisztikai trendekről.

A vizsgálat ellenzői felvethetik, hogy magától értetődő tudományos információk megszerzésére nem szervezünk tudományos vizsgálatot. Például annak a kérdésnek a tisztázására, hogy az artériás vérzés csillapítása előnyösebb-e a betegek számára, nem szervezünk olyan kontrollcsoportos vizsgálatot, ahol az

Tudományos kérdésekben nem a többségi vélemény a mértékadó.

egyik csoportban résztvevők nem kapnak vérzéscsillapító kezelést. Akkor sem tesszük ezt, ha a vérzéscsillapítás hatékonysága nem bizonyított tudományosan, humán, kontrollcsoportos vizsgálatot. Ez az érv ott kérdőjelezhető meg, hogy az otthon szülés esetén ez nem egyértelmű. Nem tévedünk nagyot, ha a korábbi 1500 magyarországi eset elemzése kapcsán, illetve a fejlettségekben készített tanulmányok eredményei alapján feltételezzük, hogy az adott mai magyar körülmények között nem lenne drámaian nagy mortalitási különbség a két csoport között. Természetesen minden egyes ember – ideértve a magzatot is – halála egyedi és semmivel össze nem hasonlítható tragédia. A kutatás kapcsán a kockázatról itt csak annyit említek meg, hogy közismerten minden kutatásnál létezik kockázat, az e helyen általam javasoltnál is. Ugyanakkor azt is tudjuk, hogy a kutatás során – épp a tudományos ismereteink bizonytalansága miatt – nagyobb az elfogadható kockázat, mint az elfogadott kezeléseken folyamán. Megítélésem szerint ez a valamivel nagyobb kockázat belefér a MOK Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégiuma által is említett, eredetileg az egészségügyi törvényben megfogalmazott, „társadalmilag elfogadható” kockázati szintbe (12). A kutatás során általában nagyobb a kockázat; egyébként más célból végzett kutatást – bizonyos szigorú feltételek megvalósulása esetén – akár várandós anyákon is elfogadottnak tartanak. A kutatás kapcsán elfogadott szigorúbb jogi és etikai normák garantálják elvileg azt, hogy ez a kockázat ne lehessen elfogadhatatlan sem a vizsgálatban résztvevők, sem a társadalom számára. Nemcsak a részletesebb tájékoztatás, hanem a vizsgálat során szükséges alaposabb monitorozás s egyéb tényezők tartoznak ide.

Látnunk kell azt is, hogy e vizsgálat célja nem annak tisztázása, hogy az otthon szülés az alacsony kockázatúnak tartott várandós asszonyok számára biztonságos-e vagy sem. Az a kérdés, hogy azok az anyák, akik szinte ellenállhatatlan vágyat éreznek otthon szülni gyermeküket – s megfelelnek a kockázati feltételeknek –, kockáztatják-e saját és magzatuk biztonságát ezáltal. Azért nagyon fontos e tényező hangsúlyozása, mivel nagyon sok, egyébként alacsony kockázatú csoportba tartozó asszony eleve nem hajlandó gyermekét otthon megszülni. Egyszerűen azért, mert valamilyen ok miatt nem érzi magát biztonságban otthonában, távol a kórházi segítség lehetőségétől. A biztonság

ugyanakkor igen fontos szempont a szülésnél, hiszen tudjuk, hogy a szülést számtalan pszichológiai tényező befolyásolja, s a félelem, szorongás biztosan rossz hatást gyakorol a szülés folyamatára. Ugyanakkor ez fordítva is igaz: azok számára, akik az otthon szülést választják, csak otthonuk nyújt megfelelő biztonságérzetet.

Jelenleg nem tudjuk meggyőző adatokkal alátámasztani az otthon szülés veszélyeztető hatását.

A javasolt vizsgálat tervezésekor meg kell állapodni az értékelés módjában, mi jelenti az elfogadható kockázatot, mit tekintünk statisztikailag értékelhető különbségnek.

A szakmai elfogadhatóság másik megközelítése: az elfogadható kockázat

Mint korábban említettem, a MOK szakmai kollégiumának állásfoglalása hivatkozik az egészségügyi törvény azon kitételére, miszerint: „a beteg kötelessége tartózkodni minden olyan magatartástól és tevékenységtől, amely a társadalmilag elfogadható kockázati szinten felül, köztudottan mások egészségét veszélyezteti” (13). S mivel – folytatódik a kollégium állásfoglalása – az otthon szülés mások, azaz a megszületendő gyermek egészségét veszélyezteti, ezért nem megengedhető az otthon szülés választása a várandós anya részéről (1). Emiatt pedig az egészségügyi személyzet sem vehet részt otthon szülésben. Tekintsünk el itt és most attól a tényről, hogy jelenleg, mint említettem, nem tudjuk meggyőző adatokkal alátámasztani, bizonyítani az otthon szülés veszélyeztető hatását akár az anya, akár magzata egészségére; tegyük fel, hogy valamilyen mértékben növekszik a magzati kockázat az otthon szülés révén. Meg kell jegyeznünk, hogy elvileg az anyai kockázatonövekedés önmagában nem szerepelhet az otthon szülés elleni indokként, hiszen a szülőnő és általában a betegek önrendelkezése ezt lehetővé teszi (azaz mindenki választhat olyan tevékenységet, magatartási formát, amely a *saját* egészségének kockázatát növeli). Más kérdés, hogy ez hogyan hat a körülötte élőkre, szülőnő esetében újszülöttjére. Tekintsünk el attól is, hogy nem tudjuk: az otthon szülés következtében feltételezett magzati kockázatonövekedés milyen társadalmi megítélés alá esik napjainkban, azaz társadalmilag elfogadható vagy sem. Egyidejűleg meg kell jegyeznünk, hogy a társadalmi megítélés szerint elfogadható dolog erkölcsi, illetve orvosszakmai szempontból még lehet súlyosan elítélendő tényező. Közismert tény, hogy a várandósság alatti alkoholfogyasztás, dohányzás, kábítószer-élvezet sok esetben súlyos magzati károsodást okoz. Míg a dohányzás és az alkoholfogyasztás – talán még a várandósság ideje alatt is – köny-

nyedén nevezhető Magyarországon társadalmilag elfogadhatónak, viszont ismervén a súlyos magzati következményeket, orvosi szempontból semmiképpen sem engedhető meg a terhesség alatt ezen élvezetek gyakorlása. Igaz, nem tudjuk pontosan, hogy a jogalkotó mi alapján értelmezi eme elfogadhatósági kritériumot.

Egyes tevékenységek ugyan sokkal enyhébb megítélés alá esnek akár orvosi szempontból is, mégis súlyosan veszélyeztethetik mások életét. Gondoljunk azokra a szülőkre, akik például vakációzás kapcsán személyautóval fuvarozzák gyermeküket. Sajnos, a motorizáció évente több tucat kiskorú áldozatot követel, s a szülők ekkor elvileg mások, azaz saját gyermekük életét veszélyeztetik. Társadalmilag elfogadható ez a veszélyeztetés? Ma Magyarországon aligha vitathatóan igen. Ugyanakkor szükségszerű-e ez a veszélyeztetés? Nyilvánvalóan nem, hiszen pusztán a szülők és jó esetben gyermekük kényelmét szolgálja. Annak ellenére elfogadjuk ezt a fajta élvezetet, hogy halált vagy maradandó károsodást okozhat.

Folytassuk tovább a sort! Köztudomású, hogy az orvosi döntések, beavatkozások során sem törekedhetnek abszolút biztonságra, azokat többnyire a kockázathaszon arányának explicit vagy implicit elemzése, optimalizálása után hozzák meg. Gondoljunk például a szülészeti gyakorlatára! Ismert, hogy Magyarországon, szövődménymentes szülést követően, amennyiben az újszülött és édesanyja egyaránt jó állapotúak, általában öt nap után hazaengedik őket. Mit jelent ez a döntés? Jelentheti-e azt, hogy ezután már semmi szövődmény nem léphet fel az érintetteknel? Nyilvánvalóan nem. Azért tanácsolják az ötnapos kórházi kezelést, mert a szövődmények döntő többsége az első öt nap során lép fel. Ugyanakkor tudjuk, hogy akár fatális szövődmények is bekövetkezhetnek a hatodik napon és később is, viszont ezek valószínűsége kisebb, mint a korábbi napok esetén. Azonban a kórházi tartózkodás időtartamának hosszát korlátozni kell: egyrészt a kórházi tartózkodás önmagában is hordoz veszélyforrást (például a nosocomialis fertőzések), másrészt anyagi s nyilvánvalóan kényelmi és egyéb tényezők miatt. Amennyiben abszolút biztonságra törekednénk, a szövődmények lehetsége miatt feltehetően élethossziglani kórházi tartózkodás válna szükségessé a szülőnő és gyermeke számára, teljesen csíramentes környezetben. Ez nyilvánvaló képtelenség. Ez az abszurd végkifejlet is rávilágít arra a nyilvánvaló tényre, hogy beavatkozásunk, a kórház által nyújtott biztonság természetesen relatív (14).

Miért érdemes felidézni e közismert tényeket s következményüket? A MOK Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégiumának állásfoglalása szerint „nem létezik olyan módszer, amellyel teljes biztonsággal meg lehetne előre mondani individuálisan, hogy a terhesség, illetve a szülés során előfordul-e szövődmény vagy sem” (1). Miközben ennek az állításnak az igazságtartalmával valószínűleg minden orvos egyetért, a kollégium következtetése – miszerint emiatt minden szülést kórházban kell levezetni – már vitatható. Egyrészt, amennyiben a terhesség alatt is felléphetnek pillanat-

szerűen, előre ki nem számíthatóan szövődmények (tudjuk, ez sajnálatos módon így van), akkor minden terhes asszonyt kórházba kellene utalni. Igaz, a szülés körül a terhességi időszakhoz képest megsokszorozódik a szövődmények száma és azok súlyossága, emiatt önmagában jogos lehetne az a kíváncsi, hogy a szülés körüli időszak a kórházban teljen el. Ezen érvek alapján a kötelező kórházi szülés automatikusan csak két esetben fogadható el elvileg: amennyiben *minden* orvosi tevékenységünk kapcsán a létező legnagyobb biztonságra törekszünk, illetve amennyiben tudjuk, hogy a kórházi szülés biztonságosabb az otthon szülésnél. Ezek közül egyik feltétel sem igaz, illetve nem valósul meg maradéktalanul.

Ugyanakkor a fenti eszmefuttatás alapján azt kellene bizonyítani, hogy e váratlanul fellépő szövődmények okozta kockázat arányos az elhárítása érdekében meghozott intézkedés nehézségeivel, azaz a kockázat-hason arány elemzése után arra jutunk, hogy a kórházi szülés minden esetben kívánatos, mert biztonságosabb.

A fentiekből is következik, hogy abszolút biztonságról nem beszélhetünk, hiszen szinte mindig találunk olyan kiegészítő beavatkozást, lehetőséget, ami a biztonságot növeli. Amikor biztonságról beszélünk, akkor általánosságban azt mondhatjuk, hogy az adott körülmények között optimálisnak tartott kockázat-hason arányt találtunk, illetve tudunk megvalósítani. A biztonság értelmezésén gondolkozva képzeljük el, hogy egy kisvárosi kórház szülészeti osztályának adottságai milyen nagy mértékben különböznek egy egyetemi szülészeti klinika adottságaitól. A különbségek megmutatkozhatnak abban is, hogy bizonyos helyzetek megoldására csak a klinikán nyílik mód, speciális képzettségük és technikai felszereltségük miatt. Mivel nem tudjuk megmondani, hogy mely pillanatban milyen szövődmény lép fel egy szülőnél, ezért – amennyiben szó szerint vesszük a Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium állásfoglalását –, akkor minden szülőnek csak a legmagasabb szaktudással és felszereltséggel rendelkező, tehát a legtöbb szövődményt a legnagyobb hatékonysággal ellátni képes klini-

lágít a biztonságkonceptió relatív voltára. Ha szó szerint vesszük a kollégium állásfoglalását, akkor a fenti gondolatmenet miatt minden szülőnek a világ legfejlettebb szülészeti klinikáján kellene szülnie, ez feltehetően valahol az amerikai kontinensen található. S mivel a világ többi klinikáján, szülészeti osztályán ennél rosszabb „hatékonysággal” dolgoznak, ezért az itt dolgozó orvosok elvileg veszélyeztetik a szülőnek és magzatuk életét. Ugyanez vonatkozik a szülőkre is: akik nem a világ legfejlettebb klinikáján szülnék, veszélyeztetik saját és magzatuk életét. A példa abszurdításán keresztül talán még világosabbá válik számunkra a Szülészeti Szakollégium állásfoglalásának téves koncepciója a biztonságról. Mivel a gyakorlatban megvalósíthatatlan, hogy mindenki a legfejlettebb ellátást kínáló klinikán szüdjön, ezért csak azok szülnék „kötelezően” ott, akiknél az előzetes vizsgálatok speciális kockázatot mutatnak ki. Nem tudhatjuk teljes bizonyossággal, kiknél lépnek fel csak klinikán – vagy ott nagyobb eredményességgel – kezelhető szövődmények. Ezért szakmai ismereteink alapján megbecsüljük a kockázatot, majd eldöntjük, kinél indokolt az egyetemi klinikára irányítás. Látnunk kell, hogy ez a döntés is kompromisszum, hiszen nem valósíthatja meg az abszolút biztonságot. Az igazság kedvéért meg kell jegyeznünk, hogy nagyon nehéz megbecsülni a fenti gondolat érvényesülését a gyakorlatban, tehát hány szövődmény lép fel nem egyetemi klinikai ellátás közben, akár azért, mert nem lehetett előre látni a szövődményt, akár azért, mert a közközházi ellátás nem volt a lehető legmagasabb szintű. Nem tudjuk megmondani pontosan azt sem, hogy hány szülő s magzata szenvedett el olyan szövődményt, amelyet egyetemi klinikán elvileg orvosolni tudtak volna. Becsülhető ez a szám, s vizsgálat is szervezhető ennek felmérésére, de az eredmény is nehezen értékelhető, hiszen javarészt a szülések esetenként szubjektívnek tekinthető értékelésén alapul. A probléma elméletben biztosan létezik, de mivel senki sem lehet önmaga kontrollja, ezért nagysága csak nagy bizonytalansággal becsülhető meg. Hasonlóképpen, látnunk kell, hogy mivel nem tudjuk azt sem, hogy az otthon szülés kapcsán mennyiben növekszik az anyai, illetve a magzati kockázat, ezért automatikusan nem érvelhetünk amellett, hogy mindenkinek kórházban kell szülnie.

A kórházi és az otthon szülés kockázata

Az otthon szülés elemzése, illetve ellenzése kapcsán kevés szó esik azokról a lehetséges szövődményekről, amelyek kizárólag a kórházi szülések velejárói. E szövődmények egy része a kórházhoz mint intézményhez kapcsolódik. Ilyen például a nosocomialis fertőzés lehetősége, vagy az a tény, hogy a várandós anya kontinensje a kórházba szállítás közben sok esetben leáll, ezáltal a szülés folyamata lelassulhat, elakadhat. Ugyanilyen, kórházhoz kapcsolódó tény az, hogy egyes anyák – saját elmondásuk szerint – nem érzik

Szakmai ismereteink alapján megbecsüljük a kockázatot.

Ez a döntés is kompromisszum, hiszen nem valósíthatja meg az abszolút biztonságot.

kán szabadna szülnie. Igaz ez a megállapítás azért, mert elméletileg és a gyakorlatban is léteznek olyan helyzetek, amelyek csak a legmagasabb szintű ellátást kínáló klinikákon oldhatóak meg, s amennyiben az adott szülő nem a klinikán hozza világra gyermekét, adott esetben valamelyikük halálát is okozhatja. Nyilvánvalóan lehetetlen azt követelni, hogy mindenki egyetemi klinikán szülje a gyermekét, azonban ez a példa is rávi-

magukat olyan biztonságban idegen környezetben, mint saját otthonukban. Mivel a szülés folyamatát a pszichológiai tényezők nagymértékben befolyásolják, ezért a csökkent biztonságérzés miatt nem zárható ki a szülés folyamatának esetleges zavara. (Természetesen a jelenség fordítva is igaz: azoknál a várandós asszonyoknál, akiknek a kórházi környezet biztonságfokozó tényezőt jelent, időhiány miatti kényszerű otthon szülésnél szintén adódhat nehezített szülés.) A kórházhoz kapcsolódó szövődmények másik része a mai magyarországi szülészeti gyakorlatot jellemző szemlélethez kapcsolódhat. Az egyik legekleatásabb példa az újszül-

*Az Egészségügyi Világszervezet
iránymutatói cáfolják
a beavatkozások és tiltások
rutinszerű alkalmazásának
szükségességét.*

löttek kulcscsonttörése, ami a magyarországi otthon születettek egyikénél sem fordult elő, a magyar szülészeti tankönyvek viszont természetes jelenségnek tartják. Nem tartom feladatommak e jelenség részletesebb elemzését, pusztán jelzem, hogy az általam említett tudományos vizsgálat kitérhet ennek mélyebb vizsgálatára is, s ezáltal adott esetben a kórházi szülészeti gyakorlat biztonságát is tovább lehetne fejleszteni. További példaként említhetjük a burokrepesztést, a gát körüli szőrzet borotválását, a szülés alatti testhelyzet orvosi általi meghatározottságát, a gátmetszést, a beöntést, a szülés mesterséges megindítását, a kontrakciók gyógyszeres fokozását, a szülőnő „éheztetését” a szülés alatt. Ezek a tényezők, tiltások olyan beavatkozásnak tekinthetők, amelyeknek felesleges alkalmazása kockázatot jelenthet a szülőnőre, illetve magzatára (2). Az ismert *nil nocere* elv megköveteli, hogy amennyiben egy beavatkozásnak nincsen bizonyítható haszna, akkor – a mellékhatások elkerülése végett – tartózkodnunk kell ezektől. Ezzel kapcsolatban szükséges megemlíteni, hogy egyrészt jogos lehet az a feltételezés, hogy a fenti beavatkozások, illetve tiltások nem önmagukért valók, hanem megalapozott tudományos vizsgálatok mutatják eredményességüket. Az esetek egy részében nyilvánvalóan indokolt e beavatkozások alkalmazása. Azonban az Egészségügyi Világszervezet iránymutatói (2) cáfolják a fenti beavatkozások és tiltások *rutinszerű* alkalmazásának szükségességét. A szülés szakma sajnálatos módon a mai napig adós azokkal a tudományos érvekkel, amelyek indokolják a magyar szülészeti gyakorlat eltérését az Egészségügyi Világszervezet bizonyító erejűnek tekinthető tanulmányok alapján megfogalmazott ajánlásaitól. Természetesen érvelhetünk azaz, hogy bárkinek jogában áll ezen intézkedések visszautasítása; azonban az a tény, hogy a gyermeküket kórházban szülő nők túlnyomó többsége esetében ezeket a beavatkozásokat alkalmazzák, azt mutatja, hogy a

gyakorlatban nem mindig adott a tájékoztatás tárgy-szerűsége, a visszautasítás lehetősége. Második ellenvetésként a szülés körüli kórházi beavatkozások, illetve tiltások kapcsán az merülhet fel, hogy a magyar szülés szakma is törekszik a szülőnő-, illetve a babaközpontú gyakorlat megvalósítására. Ez természetesen igaz lehet; azonban amíg a kórházi szülések során a WHO által feleslegesnek tartott beavatkozások ilyen nagy számban fordulnak elő Magyarországon – amelyek nem történnek meg *rutinszerűen* az otthon szülés-kor –, amíg a gyakorlatban nincs biztosítva a rutinszerűen végzett, de nem szükséges beavatkozások elhagyása, addig azt kell feltételeznünk, hogy a kórházi szülésnek is van sui generis kockázata. A kórházi szülészeti gyakorlat fent említett vitatható pontjait azért is említem, hiszen az általam javasolt tudományos vizsgálat ezekre a tényezőkre is kitérhet, s ily módon adott esetben a kórházi szülészeti gyakorlat számára is szolgálhat hasznos információkat. A felesleges, elkerülhető beavatkozásoknál természetesen nemcsak szövődmény léphet fel, hanem felesleges anyagi kiadást is jelentenek az egészségügy számára.

Tudom, hogy e kérdések felvetése sok szülész szakorvos indulatát korbácsolhatja fel; azonban azt is tudnunk kell, hogy a fenti beavatkozásokkal és tiltásokkal kapcsolatban elvégzett klinikai vizsgálatokban arra következtetnek, hogy nem indokolt e beavatkozások és tiltások *rutinszerű* alkalmazása. Semmelweis hazájában szükségesnek tartom megemlíteni, hogy szülészeti – s tágabb értelemben minden – orvosi tevékenységünket kívánatos abból a szempontból is folyamatosan értékelnünk, orvosi gyakorlatunk nem jelent-e a szükségesnél nagyobb kockázatot betegeink számára. Ez a kritikus szemléletű nyitottság biztosíthatja azt, hogy mai gyakorlatunk kapcsán elkerülhessük azt a szakmailag és emberileg elfogadhatatlan ellenszenvet és támadássorozatot, amit Semmelweisnek kellett tapasztalnia.

Ki marad a kamarában?

Visszatérve a Magyar Orvosi Kamara döntéséhez, a fentiekből látszik, hogy kollégáink kizárásának elméleti indokoltsága több helyen is megkérdőjelezhető. Egyrészt nem tudjuk, hogy az az eljárás, amiben ők részt vettek (az otthon szülés) valóban veszélyezteti-e emberek életét. Nincs arra tudományos adat Magyarországon, hogy az otthon szülés veszélyesebb lenne akár az anya, akár magzata számára, mint a kórházi szülés. Ez a tény tehát önmagában elegendő indokol szolgál arra, hogy a kizárást indokolatlannak tekintsük.

Ha feltételezzük (igaz, feltételezésünknek semmilyen tudományos alapja nincs, s a nemzetközi adatok alapján sem igazolható), hogy magasabb az anyai vagy a magzati károsodás aránya az otthon szülés kapcsán, akkor jogos-e az otthon szülésben részt vevő orvosok megbélyegzése? Amennyiben feltesszük, hogy csak az anyai kockázat növekedne, akkor természetesen nem, hiszen saját teste felett mindenki maga rendelkezik; eb-

ben az esetben a plasztikai sebészt és mindazon orvost ki kellene zárni a kamarából, aki olyan, orvosi indikáció nélküli beavatkozásban vesz részt, amely egyidejűleg kockázatot jelent a beteg egészsége szempontjából. Sarkalatosabb kérdéseket vet fel az a lehetőség, miszerint a magzati kockázat (is) növekszik az otthon szülés kapcsán. Kérdés, hogy milyen mértékben nő ez a kockázat és milyen jellegű károsodás lehetősége fokozódik. Tegyük fel a legszörnyűbbet: a magzati halálozás valószínűsége is emelkedik, nemcsak az egyéb szövődmények gyakorisága. Ugyanakkor tekintsünk el attól, hogy ez a kockázatfokozódás drasztikus méreteket ölt, ugyanis az eddigi otthon szülések statisztikáiból arra azért következtethetünk, hogy a magzati halálozás nagyságrendileg nem nagyobb, mint a kórházi szülések esetén. Amellett, hogy a magzati halálozás feltételezett növekedése sajnálatos és szomorú jelenség lenne, fel kell tennünk a kérdést: ez a tény önmagában elegendő indokot szolgáltat-e arra, hogy emiatt az otthon szülésben részt vevő orvosokat hatalmi eszközökkel megfosszuk praktizálási joguktól?

Ha például megvizsgáljuk a gépjármű-vezetői engedély orvosi érvényesítésének gyakorlatát, akkor két elgondolkodtató szempontot találunk. Az egyik a már korábban említett kockázatbecslés valószínűsége: nem tudjuk százszázalékos biztonsággal megmondani, hogy melyik 40–60 éves ember fog olyan, hirtelen fellépő betegségben szenvedni az érvényesség ideje alatt, ami autóvezetés során másokat életveszélyesen is veszélyeztethet. Természetesen vannak betegségek, amelyeknél valószínűsíthető hirtelen fellépő, tudatvesztéssel járó állapot (például epilepszia), ekkor a vezetői engedély érvényesítése egyéni mérlegelés kérdése. Bizonyos betegségek azonban minden előjel nélkül okozhatnak hasonlóan veszélyes állapotot; az említett csoport körében biztosan lesz olyan személy, aki emiatt a jármű vezetése közben kerülhet vezetésre alkalmatlan állapotba. A szakmai kollégium állásfoglalása szerint – ha az abban leírt elveket konzekvensen alkalmazzuk – az előbbieik miatt senki nem kaphatna jogosítványt, hiszen nem tudjuk, mikor milyen betegség lép fel. A másik következtetés továbbgondolása szerint az az orvos, aki a fentiek ellenére veszélyezteti mások életét (azaz nemcsak betege életét, hanem annak hirtelen fellépő rosszulléte miatt azokat, akik emiatt balesetet szenvednek), szintén kizárandó a kamarából, ami nyilvánvalóan abszurd dolog lenne.

Ugyanakkor kizárhatjuk-e azt az orvost a kamarából, aki nem a kor legmagasabb szintű, azaz leghatékonyabb, legkevesebb szövődménnyel járó ellátását nyújtja betegek számára (példaként említhetjük az Amerikai Egyesült Államok, Kanada, Japán egyes klinikáit), s ezáltal veszélyezteti életüket? Itt már elvileg a tevékenység helyszíne, a technikai, esetleg a szakmai ismeretek alacsonyabb volta veszélyezteti a magzat életét, hasonlóan az otthon szülésben részt vevő orvoshoz (ha ténylegesen emelkedik a szövődmények valószínűsége az otthon szülés kapcsán). Hiszen nem tudjuk előre meghatározni, nem lépnek-e fel olyan szövődmények, amelyek az említett klinikákon sikeresen kezel-

hetőek, a saját intézményünkben esetleg nem, vagy kevésbé sikeresen.

Tudjuk azt is, hogy a koraszülöttek ellátásának sikere nagymértékben függ a technikai felszereltségtől is; a koraszülöttek egy része fejlettebb technikai felszereltséggel rendelkező (külföldi) kórházban még megmenthető lenne. Alátámasztják ezt a különböző fejlettségű országokban a különböző korú koraszülöttek túléléséről szóló statisztikák. Kizárhatjuk-e a rosszabb felszereltségű kórház szüléseit, neonatológusait?

A példák nyilvánvalóan különböznek egymástól és abszurdak; senki sem gondolja, hogy a válasz bármelyik esetben is igenlő volna. Azonban elemzésük rávilágít arra, hogy az a tény, hogy egy adott cselekedetnél növekszik az egészségügyi kockázat, önmagában nem ok arra, hogy a résztvevők ellátását végző orvosokat megbélyegezzük.

Külön továbbgondolkodásra készítet az a tény, hogy azt a gyermekgyógyász kollégánkat is megbüntették, aki az otthon született gyermekeket otthonukban ellátta. A kamarai határozatból következik, hogy az ellátást meg kellett volna tagadnia, nem lett volna szabad az újszülöttek otthonába elmennie, az újszülötteket rutinszerűen kórházba kellett volna utalnia. Ismerve azonban azoknak a szülőknél az elszántságát, akik a mai, az otthon szüléssel szemben meglehetősen ellenséges hangulat ellenére kitartanak választásuk mellett, nem nehéz elképzelni, hogy nem szeretnék gyermeküket több napon keresztül kórházban tudni épp azon okok miatt, amiért az otthon szülést választották. Felmerül a kérdés, mi a kedvezőbb: ha egyáltalán nem vizsgálja meg gyermekorvos az újszülöttet élete első napjaiban, vagy ha megvizsgálja, s teszi ezt annak ellenére, hogy (nem bizonyított) feltevésünk szerint az otthoni környezet nagyobb kockázatot jelent az újszülöttnél, mint a kórház? Tudom, megtagadhatná a gyermekorvos az újszülöttek otthoni ellátását azért, hogy ne bátorítsa otthon szülésre a szülőnőket, de valóban ez a retorzió a legjobb motiváció az otthon szülés ellen?

Amennyiben következetesek vagyunk, kutatóorvosokon és orvoslátogatókon kívül ki marad kamarai tag?

S mi lenne a leghelyesebb orvosi magatartás abban az esetben, ha egy szülőnő – akit orvosa megfelelően tájékoztatott az otthon szülés (feltételezett, de bizonyítandó) kockázatnövekedéséről, ennek ellenére – nem hajlandó kórházban szülni? Ha az orvos megtagadja a segítséget, akkor a szülőnő s magzata még nagyobb kockázatnak lesz kitéve. A karhatalmi segítség igénybevétele, a kényszerű kórházba szállítás – az erőszak esetleges alkalmazása s a szülési folyamat igen érzékeny pszichológiai tényezői miatt – nagy valószínűség-

gel szintén fokozza a szövődmények előfordulásának valószínűségét. Nem az a legkisebb rossz ez esetben, ha mégis segítséget nyújt az orvos betegeknek? Mindig s mindenkor lehetősége van egy orvosnak a lehető legmagasabb minőségű ellátást biztosítani?

Megannyi kérdés, amelyre hatalmi eszközökkel ne-

héz választ adni. Amennyiben következetesek vagyunk, s minden orvos esetében szigorúan alkalmazzuk a Magyar Orvosi Kamara otthon szülésben részt vevő kollégáinkkal szemben alkalmazott eljárását, akkor kutatóorvosokon és orvoslátogatókon kívül ki marad kamarai tag?

IRODALOM

1. A Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium 1999. február 26-i állásfoglalása a tervezett otthon szüléssel kapcsolatban. *Magyar Nőorvosok Lapja* 1999;62(3).
2. World Health Organization Documents: Care in normal birth: report of a technical working group, 1996. http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_96_24/MSM_96_24_table_of_contents.en.html (2002. február)
3. www.szules.hu (2002. február).
4. *Garite TJ, et al.* Development and experience of a University-based, freestanding birthing center. *Obstetrics and Gynecology* 1995;86:411-6.
5. *Van-Allen D, Eskes M, Treffers PE.* Midwifery in The Netherlands. The Wormerveer study; selection, mode of delivery, perinatal mortality and infant morbidity. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1989;96(6):656-62.
6. *Wiegers TA, Keirse MJ, van der Zee J, Berghs GA.* Outcome of planned home and planned hospital births in low risk pregnancies: prospective study in midwifery practices in The Netherlands. *British Medical Journal* 1996;313(7068):1309-13.
7. *Duran AM.* The safety of home birth: the farm study. *American Journal of Public Health* 1992;82(3):450-3.
8. *Mehl-Madrona L, Mehl-Madrona M.* Physician and midwife-attended home births. Effect of breech, twin, and post-dates outcome data on mortality rates. *Journal of Nurse-Midwifery* 1997;42(2):91-8.
9. *Ackermann-Lieblich U, et al.* Home versus hospital deliveries: follow up study of matched pairs for procedures and outcome. *British Medical Journal* 1996;313:(7068):1313-8.
10. *Boda Domonkos.* Levél. *Lege Artis Medicinae* 2001;11(10):673.
11. *Freedman B.* Equipoise and the Ethics of Clinical Research, New England. *Journal of Medicine* 1987;317(3):141-5.
12. 1997. évi CLIV. törvény. 5. § (2) d).
13. 1997. évi CLIV. törvény 5. § 2-3 bek.
14. *Kovács József.* A modern orvosi etika alapjai. *Medicina* 1999. 7-8. fejezet.

KIGYÓGYÍT

TACT (Ticlopidine Angioplastie Coronaire Transluminale)

Bertrand ME, Allain H, Lablanche JM on behalf of the investigators of the TACT study: Results of a randomized trial of Ticlopidine versus placebo for prevention of acute closure and restenosis after coronary angioplasty (PTCA). The TACT study. Circulation 1990;82(Supplement III.):190.

Kezelés: Ticlopidin 2×250 mg napi adagban. A kezelést a PTCA előtt két nappal kezdték és hat hónapon keresztül folytatták.

Kezelt személyek: Koszorúérbetegek, sikeres PTCA után. A vizsgálatba 24 vizsgálóhelyen 266 beteget soroltak be, közülük ismételt coronarographiára 244 esetben került sor (ticlopidin: 121, placebo: 123).

A vizsgálat célja annak tisztázása volt, hogy a placebo-hoz képest a ticlopidin milyen mértékben akadályozza meg a beavatkozást követő fél éven belül az elzáródást, illetve milyen arányban csökkenti a restenosis rátáját.

Vizsgálati terv: Multicentrikus, kettős vak, placebóval

kontrollált, két vizsgálati csoport összehasonlítására. **Vizsgálati időszak:** hat hónap.

Eredmények: A restenosis úgy határozták meg, hogy az elérte vagy meghaladta a PTCA-val elért értágulat 50%-át. Akut elzáródás a placebocsoportban 16,2%-ban, a ticlopidinnal kezelték között 5,1%-ban fordult elő ($p < 0,01$). A restenosis rátája a két kezelés között nem mutatott szignifikáns különbséget (placebo: 40,7%, ticlopidin: 49,6%). Az akut elzáródást az aktív kezelés jelentősen csökkentette, a restenosis gyakoriságát viszont nem mérsékelte lényegesen.

dr. Matos Lajos

Fővárosi Szent János Kórház

(Kardiológiai Internacionális GYÓgyszervizsgálatok Gyűjteményes Ismeret Tára)