

Szívügyem a magyar szülészeti ellátás megújítása. Szeretnék hozzájárulni, hogy valóban anyababa-apa-baráttá váljon az ellátás, és minél inkább a fiziológiás szülést szolgálja – mert ez az alapja a biztonságos, egészséges szülésélménnyel záruló szülésnek, illetve császármetszésnek.

2026 júniusában ezért összegyűjtöttem az erre vonatkozó ötleteimet, felkértem sok szakembert, hogy véleményezze, egészítse ki, álljon mögé, majd javaslatainkat elküldtem az érintett minisztereknek. Egyelőre nem kaptam választ, de arról biztosítottak, hogy megkapták, tudnak róla, és sorra fog kerülni. Nagyon várom az érdemi munkát!

Olvasd el te is! És ha egyetértesz a lentickekkel, akkor terjeszd, beszéljess róla a saját köreidben – és akár kérdezz rá a döntéshozóknál, hogy mikor tudnak foglalkozni ezekkel a – napi szinten nők, babák és családok százainak életét meghatározó – kérdésekkel!

JAVASLATOK A SZÜLÉSZETI ELLÁTÁS MEGÚJÍTÁSÁHOZ

Tisztelt Miniszterelnök Úr!

Tisztelt Egészségügyi Miniszter Úr!

Tisztelt Oktatási és Gyermekügyi Miniszter Asszony!

Tisztelt Szociális és Családügyi Miniszter Úr!

Tisztelt Dr. Magyar Péter, Dr. Hegedűs Zsolt, Lannert Judit és Dr. Kátai-Németh Vilmos!

Több szakmai és érdekképviselői civil szervezet és szakember nevében fordulok Önökhöz.

Nagy örömmel és lelkesedéssel tölt el minket annak lehetősége, hogy új fejezet kezdődik a magyarországi szülészeti ellátás történetében.

Látva, hogy az új kormányzat nyitott az érintettek véleményére, igényeinek megismerésére, összegyűjtöttük kezdő javaslatainkat, amelyekkel a szülés és a megszületés minőségét érintő kedvező változashoz szeretnénk hozzájárulni.

Ahhoz, hogy minden vágyott gyermek megfogadjon és megszülessen, alapvetően két dologra van szüksége az embereknek: biztonságra és a biztonságos jövőbe vetett hitre. A nők biztonságérzetének és gyermekvállalási kedvének egyik lehangsúlyosabb alakító tényezője pedig: az élmény, amellyel a nők gazdagodnak gyermekük világrahozatala során. Akinek jó, „egészséges” szülésben van része, az nagyobb kedvvel vállal további gyermekeket is.

A szülés azonban nemcsak a gyermekvállalás miatt fontos, hanem azért is, mert a várandósság, a világrahozás és világrajövetel messzemenő hatással bír mind a szülők, mind a születendő gyermek életére, rövid- és hosszútávú testi és lelki egészségére, egészség-kilátásaira.

Jelenleg túlzás nélkül elmondható a hazai szülészeti ellátásról, hogy a gyermeke születése körüli időszakban nagyon sok anya, gyermek és apa kerül méltatlan, megalázó helyzetbe, szenved el felesleges, ezért veszélyes beavatkozásokat – akár aktív tiltakozásuk ellenére. A várandós, illetve szülő nők gyakran pontatlan vagy hiányos tájékoztatást kapnak az állapotukról és a lehetőségeikről, és számtalan család él át traumatikus élményeket életük e sorsformáló eseménye kapcsán.

(Ezzel együtt elismeréssel kell adóznunk azon szülés körül dolgozó szakembereknek, akik gyakran nem túl motiváló, a kiegészítő feltételek között, súlyos létszámbeli hiány okozta nyomás alatt végzik áldozatos, felelősségteljes munkájukat.)

A következő oldalakon szeretnénk egy vázlatos képet adni arról, hogy véleményünk szerint milyen intézkedések megvalósítása, illetve célok elérése elengedhetetlenek ahhoz, hogy Magyarországon megvalósulhasson a bizonyítékokon alapuló, valóban nő-, baba-, apa-, azaz családbarát perinatális ellátás.

Látva az új kormány szakmai indokokon alapuló döntéshozatal iránti elkötelezettségét, úgy érezzük, javaslataink egy részével nyitott kapukat döngetünk.

Sok esetben már az is nagy lépés lesz, ha érvényre jutnak a már meglevő jogszabályi, illetve szakmai szabályok (például a betegjogok esetében), más témákban jogszabályok, egészségügyi szakmai irányelvek megalkotására, és a szervezeti kultúra átalakítására van szükség. Egyes intézkedések valószínűleg nem igényelnek különösebb pénzügyi erőforrásokat, mások igen.

Javaslataink hátterében komoly szakmai egyetértés áll.

Ha szükség van a munkánkra a javaslatok részletes kidolgozásában, szakmai indokolás összeállításában, a konkrét intézkedések, teendők feltérképezésében, megvalósításában vagy annak segítésében, akkor állunk a kormányzat rendelkezésére.

Az alább felsoroltak közül több intézkedés komoly anyagi ráfordítás nélkül – akár „azonnal” – megvalósítható. Ezek:

- meglevő vajúdstámogató eszközök használata,
- szabad vajúdtási testhelyzet (és kitolási is, amint a szakemberek megfelelő elméleti és gyakorlati képzésben részesülnek arról, hogy hogyan kell kísélni a kitolási szakot nem fekvő testhelyzetű nő esetében),
- apa (illetve a nő párja, a továbbiakban együtt: apa) és kísérő (dúla) *együttes* jelenléte a szülőnő mellett,
- aranyóra mind hüvelyi szülés, mind császármetszés esetén,
- apa és/vagy kísérő jelenléte császármetszés esetén is,
- gyengéd császármetszés minden szülészetén,
- a valóságot tükröző egészségügyi dokumentáció,
- intézkedések a szoptatás szakszerű támogatásának és társadalmi elismertségének növelése érdekében.

JAVASLATOK A SZÜLÉSZETI ELLÁTÓRENDSZER MEGÚJÍTÁSÁHOZ

1. Evidencia alapú, egységesen magas színvonalú ellátás

Jelenleg a szülészeti ellátás során számos szakember rutinszerűen alkalmaz a WHO szerint nyilvánvalóan káros és/vagy hatástalan, ezért megszüntetendő eljárásokat.

Az ellátás nehezen kiszámítható: az alkalmazott szabályok és a gyakorlat nemcsak intézményenként, de sokszor orvosonként, szülésznőnként is eltér.

- a) Evidencia alapú, egységes ellátás megvalósulása esetén veszít súlyából az orvos- és szülésznőválasztás kérdése.
- b) Mérlegelendő ugyanakkor a szülésznőválasztás lehetővé tétele (megteremtve annak jogi és finanszírozási kereteit), hiszen a szülésznő van „végig” a szülő nő mellett.
- c) Jelentősen emeli az anya biztonságérzetét, ha várandóssága ideje alatt megismerkedhet az adott szülészetén dolgozó azon orvosokkal és szülésznőkkel, akiknek a jelenlétére számítani lehet a szülésénél.
- d) A szülészeti ellátásra vonatkozóan a jövőben készülő dokumentumokban (jogszabályokban, stratégiákban, irányelvekben stb.) a szülés vezetése kifejezés helyett a *szülés kísérése* szerepeljen. A szóhasználat önmagában is szemléletformáló hatással bír.

2. Aranyóra

Valamennyi közfinanszírozott és magán egészségügyi szolgáltató legyen köteles biztosítani a szakmai kritériumoknak megfelelő módon kivitelezett arany kétóra lehetőségét minden esetben, amikor azt az anya és újszülött egészségi állapota lehetővé teszi:

- a) ez ne lehessen személyi és infrastrukturális feltételek függvénye,
- b) mind hüvelyi szülés, mind császármetszés esetén,
- c) ha az arany kétóra az anya állapota miatt nem valósítható meg, akkor az újszülött kerüljön az apa vagy – a szülők ilyen irányú kérése esetén – az anya kísérője, pl. dúlaja mellkasára közvetlen bőr-bőr kontaktusban.

3. Apa és dűla együttes jelenléte

Minden közfinanszírozott és magán egészségügyi szolgáltató legyen köteles lehetővé tenni, hogy a vajúód és szűlő nő mellett jelen lehessen a nő párja ÉS rajta kívül a nő egy kísérője, például a dűlája, barátánője, édesanyja. (E kérdésben számos petíció indult.)

- a) Az egészségügyről szűlő törvényben (a továbbiakban: Eűtv.) kerüljön egyértelműen kimondásra, hogy az apa szintén szűlő, nem pedig csupán az anya kísérője vagy látogató.
- b) Az Eűtv.-ben kerüljön egyértelműen kimondásra, hogy az apa és a nő kísérője a vajúódás és a szűlés teljes időtartama alatt folyamatosan a nővel lehet: a felvételtkori vizsgálat idején is, és az intézmény teljes területén (nemcsak akkor, amikor a nő átkerűl a szűlőszobára).
- c) Az apa és a kísérő mind hüvelyi szűlés, mind császármetészes esetén folyamatosan az anya mellett lehessen.
- d) Az intézmény nem hivatkozhat infrastrukturális feltételek hiányára, amikor egy törvényes jog érvényesűlését kellene biztosítani.
- e) Egyes szűléseteken – jogellenes módon korlátozva a szűlő nő Eűtv. 11. § (5) bekezdésében foglalt jogát – nem engedik meg, hogy a szűlés alatt felváltva lehessen az anya mellett az apa és a dűla (vagy más kísérők), esetleg csak egyszeri cserét engedélyeznek.

4. Egy szűlőnő – egy szűlésznő („one to one” ellátás)

Minden közfinanszírozott és magán egészségügyi szolgáltató legyen köteles biztosítani annyi szűlésznőt és vajúódóhelyiséget, illetve szűlőszobát, hogy megvalósulhasson az egy szűlő nő–egy szűlésznő arányú ellátás, mivel ez a biztonságos szűléseti ellátás egyik alapkőve.

5. Szűlésznők vezette szűléseti osztályok

Kerűljenek felállításra olyan szűléseti osztályok, részlegek és/vagy intézmények, amelyeket szűlésznők vezetnek, s ahol szűlésznők kísérik az élettani szűléseteket.

- a) Sok nő számára – az orvos, orvosi eszközök, beavatkozások, gyógyszerek és a műtő közvetlen közelsége miatt – a kórházban történő szűléshez kapcsolódik a biztonságérzet, miközben legtöbbször idegenkednek mind a kórház légkörétől, az esetleges felesleges beavatkozásoktól, mind az intézetén kívűli szűléstől. Számukra a szűlésznők vezette szűléseti osztály/részleg/intézmény lehet a legmegfelelőbb helyszín a szűléshez.
- b) Fő jellemzői:
 - „átmenet” az intézetén kívűli szűlés és a kórházban történő szűlés között;
 - kevésbé medikalizált szemléletet és környezetet biztosít;
 - a szűlést a fiziológiás szűlés szakértője kíséri.
- c) Ehhez jogszabályban és a gyakorlatban is egyértelművé kell tenni a szűlésznők kompetenciáit és felelősségi körét, valamint a szűlésznő-képzésben hangsúlyossá kell tenni az önálló szűlésznői készségek gyakorlásának lehetőségét.
- d) Meg kell szűntetni azt a szemléletet, amely szerint a szűlésznő az orvos „beosztottja”.

6. Egyszemélyes vajúódóhelyiségek, vajúódás és szűlés azonos helyiségben

Minden szűléseti osztályon legyenek egyszemélyesek a vajúódóhelyiségek, s egyben azok legyenek a szűlőszobák is.

- a) A fiziológiás vajúódáshoz szükséges intimitás és biztonságérzet megteremtéséhez elengedhetetlen az, hogy a nőnek ne kelljen más személy(ek)hez alkalmazkodnia és rájuk is figyelni, illetve szűlés közben „költözködni”.
- b) Ha egy vajúódóhelyiségben csak egy nő vajúódik, akkor nem ütközhet másik vajúódó nő személyiségi jogaival, ha a nő párja, dűlája vagy egyéb kísérője valóban végig a nő mellett van. (Sok intézmény ugyanis ezzel indokolja, hogy a vajúódóhelyiségbe nem, hanem csak a szűlőszobába engedi be a nő mellé a párját, mondván, hogy egy férfi jelenléte sértheti a másik vajúódó nő magánélethez, személyes adatokhoz való vagy egyéb jogát).

7. A kórházakban meglevő vajúdtámogató eszközök használhatósága

Sok szülészeti osztály rendelkezik vajúdtámogató eszközökkel (pl. fitness labda, kád, szülőszék, bordásfal), azonban számos helyen nem teszik lehetővé a nők számára, hogy használják azokat.

- A szülő nő megfelelő komfort- és biztonságérzete, testhelyzetének szabad megválasztása önmagában is hozzájárul a szülés biztonságosabb és az adott anya-magzat páros számára megfelelő ütemű haladásához.
- A nő mozgása, a testhelyzetek változtatása – főként a függőleges, illetve előredőlő testhelyzetek felvétele – kedvez a magzat haladó és forgó mozgásai elvégzésének (amit a jelenleg általánosan elterjedt fekvő vagy félig ülő helyzet kifejezetten nehezít).
- A testhelyzet szabad megválasztása fájdalomcsökkentő hatással bír.
- A meleg víz fájdalomcsökkentő és lazító hatással bír.

8. Szabad testhelyzet

A szülő nőnek jelenleg is jogában áll szabadon megválasztani, hogy milyen testhelyzetben és „helyszínen” (ágy, matrac a padlón, szék, labda, zuhanyzó, stb.) vajúdik és szül, azonban erre az intézmények nagy részében nincs lehetősége, mert – kevés kivételtől eltekintve – legkésőbb a kitolási szakban felfektetik az ágyra.

- A testhelyzetnek meghatározó jelentősége van a szülés során, mind a szülés megfelelő haladása, mind a szülőnő fájdalomérzete és kontroll-élménye kapcsán.
- Minden szülészorvos és szülésznő legyen tisztában azzal, hogy a szülésben milyen szerepet tölt be a mozgás, és hogy hogyan kell kísérni az anyát az egyes testhelyzetekben.
- Minden szülészeten álljanak rendelkezésre eszközök, bútorok (matrac, kanapé, szülőszék, labda, kád, bordásfal, stb.), amelyek segítik a nőt az általa kívánt testhelyzet felvételében, a szabad mozgásban.

9. Evés és ivás

Egyetlen szülészeten se tiltsák meg rutinszerűen a szülőnőket, hogy egyen, igyon.

- A nőnek a vajúdt alatt megfelelő táplálékra és folyadékra van szüksége.

10. A szülési terv figyelembevétele

- Meg kell vizsgálni azt a kérdést, hogy várhatóan lenne-e pozitív hatása annak, ha a szülészeti dolgozók számára kötelező lenne, hogy a szülőnő szülési tervében foglaltak szerint járjanak el (ha azok teljesítéséhez rendelkezésre állnak a szakmai, személyi és tárgyi feltételek).
- Meg kell vizsgálni azt a kérdést, hogy várhatóan lenne-e pozitív hatása annak, ha – a szóbeli tájékoztatás és indokolás mellett – kötelező lenne a nő egészségügyi dokumentációjában írásban is megindokolni, ha az orvos, szülésznő nem a szülési tervben foglaltak szerint kíséri a szülést.

11. A császármetszések arányának csökkentése

Az országgyűlés/kormányzat hozzon a császármetszési arány csökkentését célzó intézkedéseket.

- Magyarországon 42 % felett van a császármetszések aránya.
- Számos eszközⁱⁱ létezik, amely bizonyítottan alkalmas a császármetszések gyakoriságának csökkentésére.

11. Gyengéd császármetszés minden szülészeten

A császármetszést az ország minden köz- és magánfinanszírozott szülészeten legyen kötelező az ún. gyengéd császármetszés elvei szerint végezni. Ez alapvetően a következők együttes megvalósítását jelenti:

- a magzat lassú kiemelése,
- tompított fény kiemeléskor,
- a köldökzsinór késleltetett elvágása,
- seeding elvégzése,

- f) az újszülött rögtön az anya hasára/mellkasára kerül, bőr-bőr kontaktusba (vizsgálata, mérése is itt történik),
- g) a babát nem viszik el a műtéti seb összevarrásának idejére sem (az anya mellkasán van; ha ez egészségi ok miatt nem lehetséges, akkor az apa, a kísérő – akár a dűla – mellkasán, bőr-bőr kontaktusban),
- h) arany kétóra biztosítása,
- i) az újszülött az anya műtét utáni, 6 órás fekvése alatt is az anyával lehet úgy, hogy az anya kap segítséget az újszülött megtartásában, ellátásában, szoptatásában (akár az egészségügyi személyzet tagjától, akár a párjától, dülájától),
- j) az apa vagy a nő egy kísérője (dülája) a műtét utáni, 6 órás fekvés alatt is az anya mellett lehessen.
- k) [Az i)-j) pontokban foglaltak jogi kereteit adotttnak is tekinthetjük: ⁱⁱⁱ.]

12. Legalább egy kísérő császármetszés esetén is

Minden közfinanszírozott és magán egészségügyi szolgáltató legyen köteles lehetővé tenni, hogy a császármetszésen áteső nő mellett jelen lehessen legalább egy fő kísérő.

- a) A császármetszésen áteső nőnek legyen arra is joga és lehetősége, hogy az egy fő kísérője mellett a dülája is mellette lehessen a műtét ideje alatt.
- b) A nőnek legyen arra joga és lehetősége, hogy az apa és/vagy a dülájuk segíthessen abban, hogy az újszülött a seb zárása alatt az anya mellkasán lehessen.

13. Gyógytornász császármetszés után

Minden császármetszésen átesett nőt látogasson meg gyógytornász a gyermekágyas osztályon, és lássa el a seb, illetve a heg ellátására és kezelésére, és az ajánlott életmódra vonatkozó szakszerű ismeretekkel.

- a) Mind tb-finanszírozott, mind magán egészségügyi szolgáltatók esetében.
- b) A császármetszés sebének megfelelő gyógyulása, az anya rövid- és hosszútávú egészsége szempontjából nagy jelentősége van annak, hogy a nő rendelkezik-e a seb, illetve a heg ellátására és kezelésére, és az optimális gyógyulást támogató életvitelre vonatkozó ismeretekkel.

14. Perinatális veszteség

A perinatális veszteséget átélő szülők különleges bánásmódot és kommunikációt igényelnek, amit az orvos- és szülésznőképzés részévé kell tenni.

- a) A perinatális veszteség tág fogalom, felöleli nemcsak az abortuszt, vetélést, halvaszülést, újszülött-halálozást, de a sikertelen meddőségi kezelést, beteg, fogyatékos gyermek születését, és az extrém koraszülést is.
- b) Az ellátóknak képesnek kell lenniük arra, hogy veszteség esetén is empatikusan, támogató módon kommunikáljanak.
- c) Az szülőknek joguk van ahhoz, hogy megnézzék elveszített embriójukat, magzatukat, újszülöttjüket, méltó módon elbúcsúzzanak tőle és eltemethessék. Elengedhetetlen, hogy ne csak joguk, de lehetőségük is legyen erre – szakmai és pszichológiai szempontokból is megfelelő tájékoztatást követően és kísérés mellett.
- d) A veszteséget átélő, illetve átélt anyákat az élethelyzetükhöz méltó helyiségben helyezték el, ne a vajúdó, illetve frissen szült anyákkal együtt, és ne a terhespatológián.
- e) Abortuszon áteső, vetelő, halvaszülő nő számára is biztosítani kell az apa és a kísérő (dűla) jelenlétének lehetőségét.

15. Szülők 0-24 óras jelenléte a PIC-en

Az anya és/vagy az apa folyamatosan lehessen gyermeke mellett, ha a gyermek perinatális intenzív ellátásban részesül.

Az Eütv. szerint a kiskorú gyermeknek joga van ahhoz, hogy szülője mellette tartózkodjon a kórházi ellátás során. A Magyarország által is ratifikált ENSZ Gyermekjogi Egyezmény^{iv} kimondja, hogy a

gyermek legjobb érdeke elsődleges szempont. Az ombudsman 2019-ben külön kiemelte^v, hogy a koraszülött intenzív osztályon lévő gyermek joga és legjobb érdeke a szülő állandó jelenléte.

- a) A szülő gyermek melletti jelenléte *gyógyszer* mind a szülő, mind a csecsemő számára.
- b) A közvetlen bőr-bőr kontaktus, a kenguru gondozás bizonyítottan hozzájárul a koraszülöttek állapotának stabilitásához, már a megszületés pillanatától kezdve.
- c) A szoptatás és az anyatejes táplálás (ha ez nem megoldható, donor anyatej adása) erősíti az újszülött immunrendszerét (így fertőzésekkel szembeni ellenállóképességét), csökkenti a rehospitalizáció valószínűségét, segíti a szülő-gyerek kötődés kialakulását, ezért támogatandó minden esetben, amikor nincs egészségbeli kizáró oka.
- d) A szülők folyamatos jelenléte segíti a gyermek idegrendszerének fejlődését, alvásának védelmét, és a szülő jelenlétének, hangjának, érintésének bizonyítottan fájdalomcsillapító hatása van.
- e) Ha a szülők folyamatosan, korlátozás nélkül jelen lehetnek gyermekük mellett, akkor ez idő alatt elsajátítják az újszülött gondozásához szükséges ismereteket, készségeket.
- f) A jelenlét lehetősége egészüljön ki a szülőnek nyújtott megfelelő (pszichés) támogatással.

16. Ambuláns szülés

Az Eütv-ben kerüljön egyértelműen rendezésre az ambuláns szülés kérdése.

- a) Sok nő, illetve család szeretné szülés után 24 órával az újszülöttel együtt elhagyni a kórházat.
- b) A jogi szabályozás megalkotásakor ki kell térni arra a kérdésre is, hogy ki felelős a gyermek és az anya ellátásáért a 2-3. napon, milyen betegutat kell követni, ha ebben az időszakban van szükségük egészségügyi ellátásra.

17. Teljeskörű tájékoztatáson alapuló döntések

A gyakorlatban is valósuljon meg a szülő nő azon joga, amely szerint teljeskörű tájékoztatást követően, megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentesen dönthet arról, hogy beleegyezik-e az egyes beavatkozásokba.

- a) A beleegyezés és visszautasítás jogának gyakorlásához elengedhetetlen a jogilag és szakmailag megfelelő tájékoztatás.
- b) Számos szülészetén előfordul az a jogszerűtlen gyakorlat, hogy a kórházba érkező vajúdó nővel már adatai felvételekor aláíratnak egy általános tájékoztatást tartalmazó, akár „minden szükségessé váló” beavatkozásba való beleegyezést tartalmazó formanyomtatványt. Így a tájékoztatás nem egyéniesített és nem az aktuális helyzetekhez igazodik.
- c) Külön is kiemelandó részterülete az orvosi/szülésznői tájékoztatási kötelezettségnek a szülésindítás, a szintetikus oxitocin hormon, az opioid-tartalmú fájdalomcsillapító gyógyszerek, az EDA, a Kristeller-féle műfogás, a korai és késői köldökszínór-elszorítás rövid- és hosszútávú hatásainak (előnyeinek és kockázatainak) ismertetése.
- d) Nagyon fontos lenne, hogy az anya már várandóssága alatt részletes és szakszerű tájékoztatást kapjon a c) pontban foglalt információkról (is), hiszen szülés alatt módosul az információk befogadásának, értelmezésének és a döntéshozatalnak a módja.
- e) Ha a szülészeti ellátást nyújtó szakember nem alárendelt, inkompetens betegnek tekinti a nőt, hanem felnőtt, cselekvőképes embernek (ahogy az is), és megbízik abbéli képességében, hogy felelősségteljes döntéseket tud hozni a saját és gyermeke életét és egészségét érintő kérdésekben, akkor kevesebb tér marad az olyan típusú érvelésnek, hogy „Ha nem működik együtt, meghalhat a baba. Ezt akarja?”.

18. A valóságot tükröző egészségügyi dokumentáció

A gyakorlatban valósuljon meg az Eütv. azon előírása, amely szerint a nő egészségügyi dokumentációjában a valóságnak megfelelően kell szerepelnie minden egyes felajánlott, elfogadott, visszautasított és elvégzett beavatkozásnak.

- a) A gyermek egészségügyi dokumentációjának oly módon kellene tartalmaznia a gyermek állapotára, fejlődésére vonatkozó adatokat, hogy azok alapján tudományos eszközökkel vizsgálni lehessen a születése körülményei és az egészségi állapota között hosszú távon jelentkező összefüggéseket.

19. Perinatális szakember/pszichológus minden szülészetre

Minden közfinanszírozott és magán egészségügyi szolgáltató legyen köteles biztosítani, hogy a szülészeti és a gyermekágyas osztályon minden hétköznapi elérhető legyen perinatális (szak)tanácsadó vagy perinatális területen jártas pszichológus.

20. Fogantatási nehézséggel küzdő párok támogatása

A fogantatási nehezítettséggel küzdő párok különleges bánásmódot és kommunikációt igényelnek, amit az orvos- és szülésznőképzés részévé kell tenni.

- Az ellátóknak képeseknek kell lenniük arra, hogy esetükben is empatikusan, támogató módon kommunikáljanak.
- A nők, illetve a párnak joga van ahhoz, hogy a lehető legteljesebb körű tájékoztatást követően döntsön a felkínált kezelések igénybevételéről és az embriók sorsáról (a jogszabályok adta keretek között).
- A termékenységi problémával küzdő pároknak legyen joguk és lehetőségük a lombikprogram mellett/helyett más, evidencián alapuló eljárásokat (pszichoterápia, életmód-tanácsadás stb.) is igénybe venni, erről is kapjanak teljeskörű tájékoztatást.
- Az állam finanszírozza azokat az ellátóhelyeket is, ahol magas szakmai színvonalon, de művi beavatkozás elvégzése nélkül kezelik a termékenységi problémákat.

21. A méhlepény jogi státusza

Kerüljön egyértelműen meghatározásra a méhlepény jogi státusza: jogszabály mondja ki, hogy a megszületett, illetve császármetszés során eltávolított méhlepény nem egészségügyi hulladék, hanem az anya és magzat közös szerve, amelynek további sorsáról az anyának van joga rendelkezni.

- Az anya dönthesse el, hogy haza kívánja-e vinni a méhlepényt, vagy a kórházban hagyja.
- Ha az anya szeretné magával vinni a méhlepényt, akkor a kórház tájékoztassa annak biztonságos kezelési, tárolási, eltemetési, felhasználási módjairól.

22. A szülészeti erőszak felszámolása

Magyarországon (is) létező jelenség a szülészeti erőszak. Ezt el kell ismerni és hatékony intézkedéseket kell hozni megszüntetése érdekében.

- Ennek egyik eszköze az, hogy az orvos-, szülésznő- és csecsemőápoló-képzésbe beépül a tiszteletteljes, empátikus, partneri kommunikációra és ellátásra vonatkozó, valamint a betegjogok gyakorlati megvalósítására vonatkozó elméleti és gyakorlati tananyag, hatékony számonkéréssel.
- További eszköz a páciens-elégedettség mérése, elemzése és annak nyomán intézkedések tervezése és megvalósítása.
- Legyen lehetőség felelősségre vonni a szülészeti erőszakot elkövető személyt; ennek anyagi és eljárási szabályait ki kell dolgozni.
- Ez akár a betegjogok védelmét szolgáló leendő intézményrendszer keretei közé is helyezhető.

23. Intézetén kívüli szülés

- Az érintett szakemberek (az intézetén kívüli szülést kísérő szülésznők) és az érintett családok képviselőinek bevonásával vizsgálják felül és szükség esetén módosítsák a 35/2011. (III. 21.) Korm. rendeletet, különös tekintettel az intézetén kívüli szülés feltételeire és a kizáró tényezőkre.
- Az intézetén kívüli szülésnek is legyen a társadalombiztosítás által (legalább részben) támogatott formája. (Az alapvető jogok biztosa szerint^{vi} alapjogi visszásságot teremt, hogy a nők – a tb.-finanszírozás hiánya miatt – a szülés helyszínének szabad megválasztása kapcsán nem élhetnek érdemben önrendelkezési jogukkal).
- Ahhoz, hogy az intézetén kívüli szülés valós választási lehetőség lehessen, szükség van arra, hogy az ország egész területén megfelelő számú neonatológus álljon rendelkezésre.

- d) A házi orvosok, házi gyermekorvosok, védőnők, szülész-nőgyógyászok és szülésznők részesüljenek hatékony és értéktételmentes képzésben az intézeten kívüli szülésről is (annak természete, jellemzői, jogi szabályozása, a biztonságosságára vonatkozó hiteles statisztikai anyagok, otthonszülést kísérő szülésznőkkel való személyes beszélgetés stb.).

24. Az egészségügyi szakmai irányelvek jogi státusza és kidolgozásának rendje

- a) Kerüljön egyértelműen meghatározásra az egészségügyi szakmai irányelvek (protokollok) jogi kötelező ereje: az, hogy a protokoll ajánlás-e vagy kötelezően követendő szabály. A 8/2013. (III. 5.) EMMI rendelet definíciója szerint a protokoll ajánlóssorozat, ugyanakkor az Eütv., a 18/2013. (III. 5.) EMMI rendelet és a 16/2019. (VII. 30.) EMMI rendelet alapján egyértelműen kötelezően követendő.
- b) Az egészségügyi szakmai kollégium minden esetben vonja be – tárgyalási joggal, nemcsak véleményezési joggal – az adott szakma általánosan elismert civil képviselőit az irányelvek megalkotásába.
- c) Szülészeti tárgyú irányelv megalkotásába gyakorló szülésznő (mind kórházi, mind intézeten kívüli szüléseket kísérő szülésznő), védőnő, fejlődésneurológus szakorvos, neonatológus szakorvos, pszichológus, perinatális szaktanácsadó, gyógytornász, korai fejlesztő szakember, szoptatási tanácsadó is kerüljön bevonásra.

25. Egészségügyi szakmai irányelvek felülvizsgálata

A hároméves érvényességi idő lejártá előtt kerüljenek felülvizsgálatra az alábbi irányelvek (az elért „vívmányokat” megtartva):

- a) a családközpontú szülészeti és újszülött-ellátásról szóló egészségügyi szakmai irányelv,
- b) az császármetszésről szóló irányelv (különösen: orvosi indok nélkül, anyai kérésre végezhető császármetszés),
- c) a szülésindukcióról szóló irányelv (különösen: alacsony kockázatú várandós kötelező tájékoztatása a 39. héttől végezhető elektív indukció lehetőségéről – ezen új rendelkezés megalapozottságát még a protokoll által hivatkozott ARRIVE trial sem támasztja alá).

26. Az egészségügyi szakmai kollégium szülészeti és nőgyógyászat tagozatának összetétele; önálló szülésznői tagozat

- a) Írja elő jogszabály, hogy az egészségügyi szakmai kollégium szülészeti és nőgyógyászat tagozata, valamit ápolási, szakdolgozói és szülésznő tagozata olyan tagokból állhat, akik – amellet, hogy szakterületük elismert elméleti tudással bíró képviselői – releváns gyakorlati tevékenységet is végeznek (pl. kísérnek szüléseket) és gyakorlatukban kizárólag naprakész, bizonyítékokon alapuló eljárásokat alkalmaznak.
- b) Megfontolandó önálló szülésznői tagozat létrehozása.
- c) E testületekben legyen minimum kiegyenlített a tagok nemi aránya, és szerepeljenek benne a perinatális szakterület más – nem orvos végzettségű – szakmai képviselői is [ld. 24/c) pont].

27. Az érintettek bevonása

Az országgyűlés, illetve a kormány a női (reprodukciós) egészséget és a szülészeti és újszülött-ellátást érintő minden kérdés, intézkedés tervezésébe vonjon be nőket és családokat képviselő szakmai és civil szervezeteket, személyeket.

- a) Női érdekvédelmi és szakmai civil szervezetek például: Másállapotot a szülészeti mozgalom, EMMA Egyesület, NANE Egyesület, TASZ, Hintalovon Alapítvány, PATENT Egyesület, MPPOT, Magyar Dúlakör Egyesület, Békés Dúlakör, Magyarországi Dúlak Egyesülete, Császárvonal, Élet.Érzés Egyesület, KORE, Melletted a helyem, Ablak a világra projekt, Anyatejút Tudásközpont, Magyar Szoptatási Tanácsadók Közössége, Szoptatásért Magyar Egyesület, Labrisz Egyesület, LLL, Független Bábák Szövetsége Egyesület, Magyar Szülésznők Egyesülete, MAVE, Adj Életet Alapítvány, Korábban Érkeztem Alapítvány.

28. A női reprodukzív önrendelkezést érintő kérdések rendezése – egyensúlyban a magzati jogok védelmével

Az érintettek képviselőinek bevonásával kerüljenek (újra)szabályozásra a következő fontos kérdések:

- a 32/1992. (XII. 23.) NM rendelet azon rendelkezése, amelynek alapján az orvos köteles megmutatni a terhességmegszakítást kérő nőnek a magzati életfunkciókra utaló jelet (szívhangot);
- az ún. „72 órás tabletta” vénykötelessége;
- az abortusztabletta engedélyezhetősége;
- fogamzásszabályozó ismeretekhez és eszközökhöz való hozzáférés minden nő (és férfi) számára;
- menstruációs szegénység felszámolása.

29. Statisztikai adatok

Álljanak rendelkezésre nyilvános, mindenki számára hozzáférhető, részletes statisztikai adatok:

- mind a magán, mind a közfinanszírozott egészségügyi ellátásra vonatkozóan,
- mind a kórházi, mind az intézeten kívüli szülés tekintetében;
- egészségügyi szolgáltatókra lebontva is;
- alacsony és magas kockázatú várandósságokra és szülésekre lebontva is;
- a gyűjtendő adatok között szerepeljenek többek között a következők:
születési hét, szülésindítás (oka, módszere), a gáttájéki szeméremszőrzet leborotválása, branül behelyezése, intravénás infúzió bekötése, beöntés, a magzatburok leválasztása a méhszájról, méhszájtágítás, burokrepedés, burokrepedés, hüvelyi vizsgálatok száma/szülés, étel és ital fogyasztásának megtiltása/lehetővé tétele, vajúdási és kitolási testhelyzetek, gátmetszés, gátrepedés, irányított kitolás, a méh felső részére gyakorolt nyomás kitoláskor, a köldökszinór elvágásának ideje, a méhlepény megszületésének ideje, a méhlepény sorsa, az anya és a baba különválasztása szülés után, aranyóra megtörténte/hiánya, apával való bőrkontaktus megtörténte/hiánya, aranyóra császármetszés esetén, szintetikus oxitocin alkalmazása, infúzió adása, folyamatos CTG, intermittáló magzati monitorizálás, hólyagkatéterezés, vákuum, fogó alkalmazása, a méhüreg manuális vizsgálata szülés után, császármetszés, gyengéd császármetszés, VBAC, hegbetapintás, az újszülött légutainak leszívása, seeding elvégzése császármetszés után, No-spa alkalmazása, vízben vajúdás, vízben szülés, gyógyszermentes fájdalomcsillapító módszerek, gyógyszeres fájdalomcsillapító módszerek (opioidok, EDA, kéjgáz, spinális érzéstelenítés, a gát helyi érzéstelenítése), szoptatás már a szülőszobán/műtőben, jelen volt-e a szülésnél/műtőnél másik szülő, illetve kísérő, kereste-e fel gyógytornász az anyát, ambuláns szülés, intézeten kívüli szülésből kórházba szállítás, anyai és újszülött-mortalitási és morbiditási adatok.

30. Új ismeretek az orvos- és szülésznőképzés tananyagában

Az orvos- és szülésznőképzés tematikájába és vizsgakövetelményeibe épüljenek be (vagy kapjanak hangsúlyt, ha már benne vannak) az alábbi ismeretek:

- a fiziológiás szülés jellemzői, gyakorlati bemutatása, háborítatlan szülés bemutatása (pl. videófelvételen, anyai elbeszélésből, bábával való beszélgetéssel),
- a bábai és a medikális szemléletű gondoskodás jellemzői, eltérései, szülési kimenetekre és anyai elégedettségre vonatkozó hiteles statisztikáik,
- a szülési fájdalom szerepe, jellemzői, az anyai biztonságérzet és a fájdalom kapcsolata, gyógyszermentes fájdalomkezelési stratégiák, eszközök,
- medencevégű szülés kísérése,
- VBAC kísérése,
- ikerszülés kísérése,
- álló, guggoló, térdelő, négykézlábas, oldalt fekvő testhelyzetű nő kísérése mind a vajúdás, mind a kitolás során,
- vízben szülés (beleértve a kitolási szakot is) kísérése,
- támogató, asszertív kommunikáció,
- perinatális veszteség kezelése,
- fejlődést támogató újszülött intenzív ellátás
- traumatudatos ellátás,
- a szülészeti beavatkozások kapcsolata egymással (ún. beavatkozási kaszkád) és a fiziológiás szülést „eltérítő” hatásuk, valamint a szoptatásra gyakorolt hatásuk,

- n) a szülészeti beavatkozások anyára, újszülöttre, illetve kettejük kapcsolatára gyakorolt távolhatásai,
- o) az endogén és a szintetikus oxitocin hatásainak eltérései, a szintetikus oxitocin alkalmazásának rövid- és hosszútávú testi és pszichés hatásai,
- p) az EDA szülésélményre, korai kötődésre és szoptatásra gyakorolt hatásai,
- q) a császármetszés hosszútávú testi és pszichés hatásai,
- r) a gyengéd császármetszés fogalma és kivitelezése,
- s) a köldökzsinór szerepe a szülés után, a késői köldökzsinór-ellátás jelentősége,
- t) az arany kétóra jelentése, jelentősége, kivitelezése,
- u) az intézeten kívüli szülés jogi szabályozása és jellemzői (biztonságossága, statisztikai adatok, bábai kompetenciák, anyai élmények, stb.),
- v) a szoptatás és anyatejes táplálás jelentősége, testi és lelki hatásai,
- w) a laktáció anatómiája és élettana, szoptatásmenedzsment alapismeretek, *Az anyatejet helyettesítő anyagok marketingjének nemzetközi kódexe* tartalma.

Ezek az ismeretek – a d)-h) pontok kivételével – kerüljenek be a védőnő- és a csecsemőápoló-képzés tematikájába és vizsgakövetelményeibe is.

A kötelező szakmacsoportos továbbképzések tematikájában rendszeresen szerepeljen a szoptatás témaköre, és ezeket az előadásokat IBCLC laktációs szaktanácsadó tartsa.

31. A szoptatás támogatása

- a) A szülészeti és csecsemőosztályok valamennyi orvosa és szakdolgozója rendelkezzen korszerű csecsemő-táplálási ismeretekkel mind a szoptatás, mind a tápszeres táplálás kérdésében.
- b) A kórházi tartózkodás szülést, illetve császármetszés követő ideje alatt legyen minden nő számára elérhető szakirányú végzettségű szoptatástámogató szakember (laktációs szaktanácsadó, IBCLC laktációs szaktanácsadó, Anyatejút szoptatási tanácsadó) és/vagy az anyát látogathassa meg ezidő alatt a maga által behívott szoptatási tanácsadó vagy önkéntes szoptatási segítő.
- c) Minden anya-baba páros igénybe vehessen közfinanszírozott ellátás keretében legalább egy, de inkább kettő otthoni laktációs tanácsadást.
- d) A szoptatás támogatásának hatékony jogi eszköze lenne, ha az Országgyűlés törvénybe iktatná *Az anyatejet helyettesítő anyagok marketingjének nemzetközi kódexét*.

32. Hatékony visszajelzési rendszer, panaszkezelés és minőségbiztosítás

- a) A szülészeti és újszülött-ellátást végző közfinanszírozott és magán egészségügyi szolgáltatók működtessenek hatékony visszajelzési rendszert, amelyben gyűjtik mind a pozitív, mind a negatív kliens-tapasztalatokat.
- b) A 2023. évi XXV. törvény vonatkozzon a nem közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatókhoz érkező panaszok intézésére is.
- c) A visszajelzéseknek és panaszoknak legyen következménye a szolgáltató működésére (személyzeti és egyéb döntéseire) nézve, akár a finansziális támogatás szintjén is.
- d) Működjön hatékony minőségbiztosítási rendszer minden egészségügyi szolgáltatónál.

33. Hatékony, független szakmai felügyelet

Az egészségügyi szolgáltatók szakmai felügyeletét független szervezet/személy lássa el, amelynek/akinek pártatlanságát hatékony összeférhetetlenségi és egyéb garanciák biztosítják.

34. A tanulást segítő szakmai felügyelet; az egészségügyi dolgozók hibázástól való félelmének csökkentése

Az alábbi megoldások jelentősen csökkenthetik az egészségügyi dolgozók pszichés terheit és megkönnyítenék a medikalizált szemlélettől való elmozdulást:

- a) szövődményes szülészeti esemény előfordulásakor egy szakmai grémium végezzen szakmai alapú kivizsgálást, s ez döntsön arról, hogy történt-e szakmai mulasztás, vagy a szövődmény

megfelelő szakmai ellátás mellett következett be – az ilyen típusú vizsgálat csökkentené az orvosok bírósági eljárástól (műhibapertől) való félelmét;

- b) azon esetekben, amelyekben nem történt szakmai mulasztást, ám a gyermek és/vagy az anya egészségkárosodást szenvedett, a család kapjon anyagi támogatást egy állami alapból;
- c) ha pedig történt szakmai mulasztás, akkor kártérítési igény legyen érvényesíthető.

35. A szoptatás társadalmi elismertségének növelése

A kormány tegyen lépéseket annak érdekében, hogy a társadalom biológiai normaként tudja kezelni a szoptatást.

- a) A szoptatás és a tápszerezes táplálás nem egymás alternatívái. A biológiai norma a szoptatás.
- b) Nem érheti hátrányos megkülönböztetés, kirekesztés, megszégyenítés a nyilvános helyen (étteremben, strandon, utcán, múzeumban stb.) szoptató nőket.
- c) A magyar államnak is maradéktalanul be kell tartania és tartatnia *Az anyatejhelyettesítő anyagok forgalmazásának nemzetközi kódexe* előírásait.

36. Szexuális nevelés, egyenrangú kapcsolatra, szülőségre nevelés

- a) Kapjon helyet a köznevelésben a korszerű szexuális nevelés, és az egyenlőségen alapuló kapcsolatra, a szülőségre, családi életre nevelés.
- d) Kerüljön felülvizsgálatra a köznevelési intézményekben végezhető egészségfejlesztési programokra vonatkozó jogi szabályozás^{vii}.

Kelt Budapesten, 2026. május 23-án.

Írta, és az aláíróktól érkező javaslatokkal egybeszerkesztette:

dr. Ecsedi Gabriella

jogász, népegészségügyi szakember, dűla, önkéntes szoptatási segítő

+36203216788

ligkecs@gmail.com

A javaslatokat támogatólag aláírjuk:

- Adj Életet Alapítvány
- Alternatal Alapítvány
- Anyatejút Tudásközpont, Rózsa Ibolya
- Apaság a szülésben projekt, Nádas Máttyás
- Babahordozásért Közhasznú Alapítvány, Dr. Berecz Bernadett, laktációs szaktanácsadó, IBCLC, hordozási és alvástanácsadó, biológus és Fésűs-Tolmácsai Petra, hordozási és alvástanácsadó, perinatális szaktanácsadó, a Beli Buba Babahordozó Iskola iskolavezetői
- Dr. Bálint Balázs, szülész-nőgyógyász szakorvos
- Békés Dűlakör, Békés Emőke
- Béres Edina, független bába
- Dr. Bödecs Péter, szülész-nőgyógyász főorvos
- Csörgőné Polgár Andrea, pedagógus, perinatális szaktanácsadó
- Független Bábák Szövetsége Egyesület
- Dr. Geréb Ágnes, szülész-nőgyógyász szakorvos
- H. Molnár Anikó, bába, szoptatási tanácsadó (LLL)
- Horváthné Göncz Anna, diplomás szülésznő, perinatális szaktanácsadó-jelölt, független bába
- Hoztam e világra projekt, Papp Szilvia Vivi

- **Koraszülöttekért Országos Egyesület, Földvári Nagy Zsuzsanna**, perinatális szaktanácsadó, képződő egészségügyi szakközgazdász
- **Korábban Érkeztem Alapítvány**
- **Kosztolányi Anna Róza**, bába, Bábaszolgálat Kft.
- **Kőríz Kata**, szakújságíró
- **Magyar Pre- és Perinatális Pszichológiai és Orvostudományi Társaság (MPPOT)**
- **Magyar Szülésznők Egyesülete**
- **MÁSA Születésház és Bábaközösség Kft.**
- **Melletted a helyem Egyesület, Dr. Nádor Csaba, Nagy Livia, Afonyiné Kaló Tünde**
- **Monori Éva**, független bába és laktációs szaktanácsadó
- **Pető Éva**, független bába
- **a Széchenyi István Egyetem Egészség- és Sporttudományi Kar** egészségpszichológia MSc hallgatói közül: **Fekete Fanni, Hercegh Máté, Ligeti Cintia Sajti-Balogh Mariann, Takács Klaudia, Überhart Anita**
- **Prof. Varga Katalin, PhD, DSc, ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar**
- **Zágoni Bettina**, perinatális tanácsadó, dula, jógaoktató, női kör vezető, a Modern Goddess alapítója

A fenti pontokat **Prof. Dr. Ács Nándor, Dr. Nagy Sándor PhD és Prof. Dr. Várbíró Szabolcs** is megismerte, túlnyomó részben egyetértenek azokkal és nyitottak a szakmai egyeztetésre.

Hivatkozások:

ⁱ Id. WHO: Safe Motherhood. Care in Normal Birth: a practical guide

ⁱⁱ Ilyen eszköz például:

- külső fordítás vagy hüvelyi szülés mérlegelése farfekvéses magzat esetén,
- hüvelyi szülés előnyben részesítése ikerterhesség bizonyos eseteiben (tervezett császármetszés helyett),
- hüvelyi szülés előnyben részesítése „nagy baba” esetén: tervezett császármetszést csak 5 kg-nál nagyobbra becsült súlyú magzat esetén javasoljanak,
- kedvezőtlen méhszáj-státusz esetén a szülésindítást méhszájérleléssel kezdjük,
- intermittáló magzati szívhanghallgatás elektronikus monitorozás helyett,
- magzati fejbőr-stimuláció alkalmazása kóros vagy bizonytalan CTG-lelet esetén,
- amnion-infúzió adása a császármetszésről történő döntés előtt,
- fogó vagy vákuum alkalmazása a kitolási szakban császármetszés helyett,
- kötelező másodvélemény-kérés a császármetszésről való döntés előtt,
- intézményen belüli véleményformáló szakemberek által vezetett oktató programok az intézmény orvosai számára,
- egy, a szülőnő bizalmát élvező személy folyamatos jelenléte; dülai támogatás,
- mozgás vajúdás közben; háton fekvés kerülése,
- megfelelő folyadékbevitel,
- vízben szülés,
- mogyoró-labda használata EDA esetén,
- türelmes, időt biztosító hozzáállás a vajúdás és a kitolás során,
- szülésznői ellátás (az orvosi ellátás alternatívájaként).

Források: A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a császármetszésről; Dr. Rebecca Dekker, PhD: Evidence on: The ARRIVE Trial and Elective Induction at 39 Weeks

ⁱⁱⁱ Id. az Eütv. 11. § (3) és (8) bekezdéseit.

^{iv} a Gyermekek jogairól szóló, New Yorkban, 1989. nov. 20-án kelt Egyezmény kihirdetéséről szóló 1991. évi LXIV. törvény

^v Id. az Alapvető Jogok Biztosának AJB-793/2019. számú jelentését

^{vi} Id. az az Alapvető Jogok Biztosának AJB-2350/2016. számú ügyben kialakított állásfoglalását

^{vii} Így a 2011. évi CX. törvény 9/A §-a, a 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet 127/A-D §-ai
