

## BESZÁMOLÓ

Holland tanulmányút a szülészeti ellátásról  
2009. április 1-3.

Írta: Novák Julianna  
Magyarországi Dúlánk Egyesülete - MODULE  
Társaság a Várandósság és Anyaság Megszenteléséért - TAVAM

A tanulmányutat a Nemzeti Civil Alapprogram támogatásával a **Beklen Alapítvány** szervezte – köszönet érte!

Itt jártunk:

**Arnhem** – Rijnstate Kórház és egy bábaközpont

**Amsterdam** – Academic Medical Centre (AMC) és a Születés Utcája – bábaközpont

**Apeldoorn** – szülésfelkészítő és dúlaoktató központ

(Az AMC az a klinikai központ, ahová a legkomplikáltabb esetek érkeznek az ország minden részéről.)

Hollandia az egyetlen olyan ország Európában, ahol soha nem szűnt meg az otthoni szülés, jelenleg 35% körül mozog. 1965-ben még 80% volt az otthoni szülések aránya, ez a szám az 1970-es évek végére kb. a felére csökkent, azóta nagyjából stagnál. Ennek az az oka, hogy a kórházakban fokozatosan bevezették az ambuláns szülést, ill. a kórházak közelében néhány születésközpont jött létre, így maguk a nők választották az új lehetőségeket. Kizáró tényező az otthoni szüléshez, ha a szülő nő otthona - vagy az a hely, ahol világra kívánja hozni a gyermekét - 30 percnél nagyobb távolságra van a legközelebbi kórháztól. Kevés ilyen hely van Hollandiában, hiszen kerekén száz kórházi szülésközpont működik 42 000 km<sup>2</sup>-en – ebből nyolc klinika. Környezeti kizáró tényező még, ha olyan emeletes házban lakik a várandós, ahol nincs lift és/vagy olyan szűk a bejárat vagy a lépcsőház, hogy hordággal nem lehet őt kihozni vagy lehozni az emeletről, ha hirtelen komplikáció lépne fel. (A történelmi belvárosokban több ilyen keskeny ház is található.)

Sok külföldi híradás szól arról, hogy Hollandiában otthoni szülés alkalmával készenlétben áll egy rohammentő a várandós háza előtt. Ez tévedés, a holland mentőszolgálat nem használja ilyesmire sem a rohamkocsikat, sem az egyszerű mentőautókat, csak szükség esetén.

### **Szülészeti alapelvek Hollandiában:**

- A szülés fiziológias, élettani folyamat, ezért otthon is lebonyolítható.
- Minden várandós nő megérdemli, hogy bába gondozza.
- A sikeres szülés, az anya és a baba egészségének megőrzése érdekében a gondoskodó személyzet optimális hozzáállása nélkülözhetetlen.

Hollandiában azért maradt meg az otthoni szülés, mert úgy gondolják, hogy

- a várandós nők egészségesek
- a kórházakba is könnyen el lehet jutni szükség esetén, mert Hollandia kis ország, és sok az autópálya, jó a közlekedés
- a mentő minden sürgősségi esetben 15 percen belül a helyszínre érkezik

- a bábát, aki az otthonszülést kíséri, minden esetben elkíséri egy úgynevezett 'házinővér'
- a nők tradicionálisan arra vannak kódolva, hogy otthonszülni teljesen normális dolog, mert **a szülés nem betegség**, hanem egy természetes folyamat

## Képzés

Évente kb. 80-100 bábajelölt kezdheti meg a tanulmányait a négyéves képzésben, négy nagyobb városban: Amsterdamban, Rotterdamban, Maastrichtben és Groningenben. Korábban a bábaképzést az Egészségügyi Minisztérium felügyelte, ma már az Oktatási Minisztériumhoz tartozik. A képzés főként gyakorlati jellegű, a bábák szervezete – KNOV - határozza meg tartalmát és gyakorlatát, mely folyamatosan, évről évre változik az újabb tapasztalatok alapján.

A bábák és az orvosok egyenrangúak és együttműködnek egymással. A szülészorképzésben az a törekvés, hogy a hallgatók először minél több tapasztalatot szerezzenek bábák között a természetes szülés menetéről, kísérésének módjáról, és csak ezek után tanulják meg a műtéti beavatkozásokat, mint patológiás esetekben alkalmazandó eljárásokat. A bábák képzésének tartalmáról maguk a bábák döntenek: milyen elméleti és gyakorlati tudnivaló kerül a tananyagba, milyen óraszámban. A bábáknak évente kötelező továbbképzéseken kell résztvenniük, melyek után kreditpontokat kapnak. Ötévente ezeket be kell mutatniuk. A szülő nőktől is visszajelzést kell kérniük: hány szülést kísértek és hogyan, mennyire elégedettek az egyes bábák munkájával, az általuk biztosított higiénias feltételekkel, gondoskodó, kedves, szeretetteljes hozzáállásukkal. Ezek alapján erősíthetik meg, akkreditáltathatják a praxisukat. Ha nem gyűjtik össze a kellő pontszámot, a TB nem köt velük szerződést.

Úgy tartják, hogy a jó bába olcsóbb, mint az orvos.

## Egy kis statisztika

Hollandia lakosainak száma 16 millió, az éves születésszám kb. 185 000, lassan csökken. 2002-ben és 2003-ban 200000, 2004-ben 194000, 2005-ben 188000, 2006-ban 188590, 2008-ban 180000 szülés történt.

2006-ban az először szülő nők aránya 46,2% volt.

Az ikerterhesség aránya 2,4%, ez az arány növekszik.

A nők 7,8%-a szülte 36 éves kor felett első gyermekét. Ez a szám is növekvő tendenciát mutat.

Hollandiában 450 bábaközpont működik, gyakran 4, ritkán 3 vagy 5 bábával, egy adminisztrátorral és néhány asszisztenssel. A független bábák így kb. 1800-an vannak, a kórházakban kb. 750-800 bába dolgozik, a szülészorkosok száma 800.

## Vizsgálatok a várandósság alatt, várandósgondozás

A várandósság alatt két ultrahangos vizsgálatra kerül sor, melyet 2007 óta már bábák is végeznek: a 12. héten állapítják meg a várandósság tényét és korát, a 20. héten pedig az esetleges fejlődési rendellenességeket, problémákat próbálják felderíteni és kiszűrni. Rutinszerűen komolyabb vizsgálatokat nem végeznek, csak ha szükség van rá. A 35 év feletti nők számára további UH vizsgálatokat is fizet a

TB. Nem zavarják a várandósság menetét belső hüvelyi vizsgálatokkal, csak ha ez feltétlenül indokolt. A várandósság lefolyása alapján előzetes felmérés szerint három szülészeti ellátási formába sorolják a várandósokat:

- az elsődlegesbe a problémamentesnek ígérkező, vagyis bábával otthonszülésre alkalmasak kerülnek
- a másodlagosba az otthonszülésre (akár környezeti, akár orvosi indok miatt) alkalmatlannak, de orvosi ellátást nem igénylőnek, azaz kórházban vagy születésközpontban történő ambuláns szülésre várakozónak,
- a harmadlagosba a kockázatos (orvosi felügyeletet és kórházi vagy klinikai háttérrel igénylőnek ítélt) várandósságok tartoznak.

A várandós nők 85%-át elsődlegesen bábaközpontokban, 15%-át kórházakban kezdik el gondozni, és a körültekintően kidolgozott, országsszerte egységesen elfogadott és betartott ellátási protokollnak köszönhetően még idejében sikeresen kiszűrjük a problémás eseteket.

### **Egységes protokoll**

Hollandiában létezik egy Vademecum, egy hivatalos kézikönyv, protokoll, amit a bábák, a körzeti orvosok és nőgyógyászok szakmai szervezete közösen írt.

A szülészorvosok és a bábák évente egyeztetik, felülvizsgálják a két szakterület tapasztalatait, eredményeit, és ezek alapján kölcsönösen elfogadható irányelveket állítanak fel, szükség szerint módosítják ezeket. Különleges helyzet, de a holland nő az alapellátásban nem választhat a baba és a nőgyógyász között, csak a baba és a körzeti orvos között, de a házi orvosok is szívesebben irányítják a várandósokat a bábákhoz. Ha nőgyógyászt választ valaki egészséges várandósság esetén, akkor azt is külön ki kell fizetni. Általában a baba az egyetlen, aki a várandósság és szülés során felelős. Ha probléma van, akkor szülészorvoshoz küldi a nőt. Jelenleg minél többet dolgozik a baba, annál kevesebbet keres. Az árakat hamarosan liberalizálják, tehát a bábák versenyhelyzetbe kerülnek egymással. Ez új helyzetet teremt: lesz egy alapellátás egy alapárért, az extra szolgáltatásokért pedig fizetni kell majd.

### **Szülés**

A nők kb. 50-60%-a természetes, spontán módon, beavatkozások nélkül hozza világra a babáját az otthonában, születésközpontban vagy kórházban, orvos jelenléte nélkül.

Elterjedt az ambuláns szülés, ami azt jelenti, hogy a várandósgondozást végző baba kíséri a szülést a kórházban. Komplikációmentes szülés után pár órával az anya és a baba távozik a kórházból, és az otthonában gondozza tovább őket a baba és a házinővér. A nők 20%-a választja eleve ezt a lehetőséget.

### **Gátmetszés, burokrepszítés**

Gátmetszést, burokrepszítést csak akkor végeznek, ha erre szükség van (kb. a szülések 10-30%-ában, elsősorban akkor, ha a baba állapota ezt indokolja). Ezeket a beavatkozásokat néha maguk az anyák kérik, néha a bábák javasolják. Vannak bábák, akik végeznek gátvédelmet – leginkább száraz, meleg törölközővel vagy melegvizes borogatással -, és vannak, akik inkább a legnépszerűbb gátvédelmet

alkalmazzák: „el a kezekkel a gáttól!”, vagyis nem nyúlnak a gáthoz. A gát védelme érdekében fontos a jó kapcsolat a szülő nővel, hogy pontosan azt tudja tenni a bába, vagy maga a vajúdó, ami jó a gátjának. A baba fejének lassan és óvatosan kell megszületnie, így kisebb a gátrepedés esélye.

Nagyon kevés a komoly gátrepedés, az AMC-ben pl. évi 10-15 esetet jelent (kb. 0,8-1%), és többnyire az elsődleges ellátásból a kórházba utaltak köréből ered.

A gátmetszések mennyisége is ennek megfelelő. Hollandiában azt gondolják, hogy még egy harmadfokú gátsérülés is jobban gyógyul, mint a gátmetszés. Hazai (holland) és külföldi tanulmányok is ezt bizonyítják.

A hüvelyi szülés után a nők 42-44%-ának sértetlenül marad a gátja (az AMC-ben ez az arány közel 60%), elsődökü gátsérülés: 30-35%, másodfokú gátsérülés: 22-25%, harmad- és negyedfokú gátsérülés: 0,5-2%.

## **TB**

A társadalombiztosítás a bábák által kísért várandósgondozást, az otthonaszülést és a gyermekágyas gondozást téríti, a kórházi szülést csak orvosilag indokolt esetben. A teljes ellátás díja 900 euró. A 900 euróból a bábának fizetnie kell a költségeit: az asszisztenst, a telefont, az útiköltséget, az adminisztrációt, stb. Ha a várandós kórházban szeretne szülni, de erre nincs sem orvosi, sem környezeti indoka, akkor a kórházi szülőszoba használatáért külön fizetnie kell, jelenleg 400 eurót. Kérhet epidurális érzéstelenítést is – ahol elérhető aneszteziológus -, ezért is külön fizetni kell, ha orvosilag nem indokolt. Hollandiában is egyre többen szeretnének élni a fájdalomcsillapításnak ezzel a lehetőségével. Ugyanakkor minden más, természetes fájdalomcsillapító eljárás is elérhető, megvalósítható (masszázs, borogatás, akupresszúra, relaxáció, vizualizáció, légzés, zuhany, fürdő, illóolajok, homeopátia, stb.).

2000-ben nagyon kevés bába volt az otthonaszülésekhez, ezért sok születésközpontot hoztak létre, hogy koncentrálják a gondozást. A biztosítás ezt fedezte, de arra jöttek rá, hogy ez az eljárás sokkal drágább, mint az otthonaszülés, ezért ezek a központok megszűntek. Néhány újra próbálkozik, de jelenleg nincs pontos adat róluk. A Rotterdami szüléshotelről lehet tudni, hogy a szolgáltatása már majdnem 20 éve töretlenül működik.

## **A bábák munkája**

Hollandiában a bábák túlterheltek. Ők végzik a várandósgondozást is, és évente személyenként 120 várandósságot és szülést kell kísérniük. A várandósság során 12-14 alkalommal találkoznak az anyákkal külön-külön, minimum félóra, maximum egy óra időtartamban. Egy-egy várandósgondozás során lehetőség szerint az anya az adott bábaközpont összes bábájával találkozik, mert nem lehet tudni, hogy ki lesz éppen ügyeletben, amikor elindul a szülés. Fontos, hogy ismerje azt, aki majd vele lesz a szülésnél. A szüléshez közeledve a bába is kimegy a várandós lakására. Ha a várandósság ideje alatt valamilyen kisebb probléma adódik az anya egészségi állapotában, akkor is a bába megy ki az anya lakására. A várandósnak így nem kell bemennie a kórházba, mert ott nem tud pihenni, és ha van nagyobb gyereke, akkor különösen fontos, hogy ne szakadjon el tőle. A bába a szülés után kb. 8-10 napig 3-4 alkalommal (szükség esetén naponta) meglátogatja az anyákat. A további anyai

gondozási teendőket átadja a házi orvosnak, a babával kapcsolatosakat a védőnőnek és a gyermekorvosnak.

### **Szülésfelkészítés**

A bábák ritkán érnek rá szülésfelkészítő tanfolyamokat tartani, ezért külön szakterületté vált a szülésfelkészítés, melynek során az oktatók megtanítják az erre igényt tartó nőknek a szülés menetét és még sok más fontos és hasznos dolgot. Az először szülők kb. fele, a többször szülők kb. negyede vesz részt ilyen tanfolyamokon.

### **Kapcsolattartás a hozzátartozókkal**

A szülést Hollandiában nem egészségügyi, hanem elsősorban családi eseményként kezelik, ezért a vajúadás és a szülés során jelenlevő hozzátartozók számát nem korlátozzák sem otthon, sem a kórházakban. Testvérek is jelen lehetnek az anya mellett a vajúadás és a szülés idején, illetve utána is. Mindenütt egyágyasak és szeparáltak a szülőszobák a kórházakban. Műtét esetén is jelen lehet hozzátartozó.

### **Szülészeti gyakorlat**

A szülő nők kb. kétharmada (65%) szeretné az otthonában megszülni a babáját, kb. a fele (47%) el is tudja kezdeni otthon a vajúadást, és kb. az egyharmaduknak (35%) ez sikerül is. Kb. 12 % kórházba kerül a saját döntése, a bába javaslata, vagy a menet közben fellépő komplikáció miatt. Először szülők gyakrabban, többször szülők ritkábban kerülnek kórházba. A kórházba kerülés leggyakoribb okai: elhúzóódó vajúadás, a szülő nő elfáradt, meconiumos magzatvíz, romló szívhangok a babánál, erős vérzés, megrepedt burok után 24 óra eltelte, vagy a baba megszületése után nem vált le a méhlepény, esetleg a baba nincs jól.

A bába dönt a kórházba menésről, persze megvitatja döntését a szülővel, ha erre van idő, és nincs sürgősségi helyzet. Mindig megalapozott választás, informált beleegyezés vagy informált visszautasítás történik. Probléma esetén a bába a szülő nővel és kísérelőjével/párjával együtt bemegy a kórházba, és a szülésorvos gondjaira bízta őket. Ha a gond a szülés második szakaszában keletkezik, a bába a saját kocsijával viszi be a vajúadót a kórházba, a párja követi őket a pár saját kocsijában. De ha a bába úgy ítéli meg, hogy mentő kell a szállításhoz, hívja a mentőket. A harmadik szakaszban általában mindig mentővel történik a szállítás.

### **Általános szemlélet**

A kórház szolgáltató intézményként működik. A szülőszobában barátságos, partneri légkör várja a vajúadót és a kísérelőit. A szülő nő azt teheti, ami jólesik neki, ehet, ihat, szabadon mozoghat, maga választhatja meg a testhelyzetét. Bármilyen beavatkozás csak a tudtával és beleegyezésével történhet, előzetes tájékoztatás alapján.

Hollandiában van választási lehetőség szinte mindenre, mégis a legtöbb nő a hátán fekvő, többnyire félig ülő helyzetben szül. Ha a vajúadás során minden jól halad, a nők megválaszthatják a szülési pozíciójukat, de a legtöbb nő azt gondolja, hogy a fekvő, félig ülő helyzet a legjobb. Otthon szülésnél a bába mindig viszi a szülőámlit, és ha a nő más helyzetet szeretne, pl. térden állás, térdelés négykézláb, vagy állás, guggolás,

akkor lehetősége van erre is. Kórházban több pozíciós állítható ágyat használnak. Labdák, kötelek, kád és medence használata nem terjedt el a kórházakban, de néhány nő alkalmazza ezeket otthon. Ha a dula bemegy a kórházba is, akkor ő viszi, viheti a mozdítható eszközöket magával. Több kórházban is fontolgatják, hogy ha felújításra kerül a sor, a szülőszobák némelyikébe kádat, vajúdómedencét is beépítenek majd.

## Dulák

2006 óta működnek dulák is Hollandiában, egyelőre még a szülő nők saját finanszírozásában, de már tárgyalások folynak a dulák TB általi díjazásáról is. Vannak bábák, akik szívesen együttműködnek dulákkal, és vannak, akik az új, ismeretlen szereplőtől és helyzettől ódzkodnak.

## Műtétek, beavatkozások, komplikációk

A császármetszési arány 15% körül mozog Hollandiában. Az előre tervezett műtétek aránya ezen belül 45% - azaz a szülések 7%-a, a többi 55% - azaz a szülések 8%-a - menet közben fellépő komplikáció miatt válik szükségessé. A műtétek 90%-a epidurális érzéstelenítésben, 10%-a altatásban történik. Műtét után általában 3-5 napot töltenek a kórházban az anyák és a babák, ha minden rendben van. Utána otthon ugyanúgy a baba és a házinővér gondozza őket tovább, mint normál szüléskor. Előzetes császármetszés után a nők kb. 70%-a képes egy következő várandósságot követően hüvelyi úton, akár beavatkozások nélkül is szülni, de császármetszés utáni hüvelyi szülés (VBAC) csak kórházban lehetséges. A magas vérnyomás, az ikervárandósság és a farfekvés is csak kórházban kísérhető, de ezek a helyzetek gyakran hüvelyi szüléssel is megoldhatók. A farfekvések kb. 40%-a hüvelyi úton történik, az ikrek is 30%-50%-ban meg tudnak születni műtét nélkül. Szülésindítás 10-15%-ban történik. Egyéb műszeres vagy manuálisan segített szülésbefejezések aránya 9-11% között van. Vákuumot 8-9%-ban, fogót 0,1-0,5%-ban alkalmaznak. A hasra, méhre gyakorolt erős nyomás ritkán fordul elő. Ha néhány gyengédebb próbálkozásra nem sikerül eredményt elérni, inkább vákuumot alkalmaznak. Fejvégű pozícióba fordítás, vállalakadás és farfekvés esetén a fej ill. váll elakadásának oldása általában manuálisan történik, 1-2%-ban fordulnak elő ilyen komplikációk, és többnyire sikerül műtét nélkül megoldani ezeket.

Amikor egy hüvelyi szülés várhatóan császármetszéssel fejeződik be, akkor gyakran 6 cm-s méhszájtágasságnál bekötik az EDÁ-t, hátha így mégis sikerül a hüvelyi szülés a műtét helyett. Az orvosok alaposan megfontolják a műtét melletti döntésüket, csak szükség esetén alkalmazzák, de nyugaton a nagyvárosokban egyre több nő eleve kéri a császármetszést.

Terminus túllépés: 42. hétig várnak, addig rutinból nem végeznek semmiféle vizsgálatot, csak szükség esetén. A 42. hét átlépése azt jelenti, hogy orvosi indok van a nőgyógyászhoz utalásra. Itt az orvos és a várandós nő megvitathatja a megoldási lehetőségeket. Minden eset más, ezért egyéni egyeztetést igényel. Mindenki számára kielégítő és felelős megoldást keresnek és találnak. Néha ez szülésindítást jelent, néha pár napos további várakozást. Néha korábban kezdik a vizsgálatokat, pl. UH, hogy ellenőrizzék a magzatvíz mennyiségét, tisztaságát stb.

Az AMC-ben a 42. hét után CTG-vizsgálat történik mindennap, és szóbeli egyeztetés alapján közös felelősségvállalás a további történésekre.

Vissza lehet utasítani javaslatokat, vizsgálatokat, beavatkozásokat, de ha felnőttek tekintve a várandós nőt és hozzátartozóját elmagyarázzák az egyes lehetőségeket a tapasztalatok és a kutatási eredmények tükrében, akkor általában elfogadják az őszinte, objektív és egyértelmű tájékoztatást és az érdekeltek beleegyeznek a javasolt eljárásba.

Ha a nőnek korai kontrakciói vannak, akkor azt a 32. hétig megpróbálják leállítani. A 32. hét után a nő gyógyszert kap, hogy elősegítsék a baba tüdejének érését. A betöltött 37. hét előtt megindult szülés koraszülésnek számít, ezért csak kórházban történhet.

### **Az újszülött ellátása, gondozása**

A babát a megszületése után csak megtörölgetik és pucéron az édesanya mellkasára helyezik, nem fürdetik meg, sem otthon, sem a kórházban, csak ha az anya szeretné. APGAR tesztet mindig használnak.

Akkor szívják le a baba garatjából és a gyomrából a nyákot, és szondázzák a végbélnyílását, ha erre szükség mutatkozik (ilyen ritkán fordul elő), a köldökzsinórt akkor vágják el, amikor már egyáltalán nem pulzál. A megszületett babák többsége jól van, tehát végig az anya mellett marad, csak az anya saját kérésére, vagy valamelyikük, esetleg mindkettőjük klinikai állapota miatt kerülhet a nővérek gondozásába. A hozzátartozó ilyenkor is jelen lehet, segíthet.

A méhlepény megszületésére legfeljebb 45 percet várnak, ebben egyeztek meg az orvosok és a bábák.

Otthonszülésnél és ambuláns szülésnél a baba végzi a baba első vizsgálatát és gondozását az első tíz napban. A kórházban komplikáltabb várandósságot, vajúdat vagy szülést követően született babákat a gyermekorvos is megnézi a klinikai bábával (másodlagos vagy harmadlagos ellátás) vagy a nőgyógyással való konzultációt követően. A bábával vagy orvossal folytatott egyeztetés nélkül gyermekgyógyász nem vizsgálja meg a babát.

A komplikációmentes kórházi szülést követően az anyát és a babát orvos nem is látja, ha nincs semmilyen problémájuk, csak később, a második héten. Menet közben felmerülő probléma esetén a baba jelzi az illetékes orvosnak, ha szükség van a segítségére. Komplikált szülés esetén gyermekorvos is jelen van, ilyenkor ő vizsgálja meg a babát, és gondozza tovább, ha ez szükséges.

### **Szülés utáni gondozás**

A baba a szülés után 8-10 napig látogatja a babát és mamát, ekkor ő az elsődleges felelős. A szülés után 8 napig TB által fizetett házinővér-szolgálat is jár a szülő nő otthonában. A bábák általában a szülés utáni héten 3-4 alkalommal keresik fel az anyát, szükség esetén naponta. Megnézik a gyermekágyas nőt és a babát, a házinővér által gyűjtött adatokat: a baba és a mama testhőmérsékletét, fundus magasságát, szoptatást, általános jóllétüket. Egyeztetnek a házinővérral, aki általában 44 vagy 49 órát tölt az anya és a baba mellett 8 napra elosztva.

A házinővér mellett, hogy figyelni és óvja az anya és a baba egészségét, segít a háztartási munkákban (kimos, kiterget, takarít, bevásárol, megfőz, elmosogat, felmos, elmegy a nagyobb gyerekért az óvodába, iskolába, stb.) annak érdekében, hogy az anya csak a babára és saját regenerálódására tudjon figyelni.

A babák BCG oltást nem kapnak, csak ha ez indokolt. 4-5 napos korban egy vértesztből kb. 16 féle betegségre (PKU-ra is) végeznek szűrést.

Sárgaság esetén a babát napfényre teszik, és javasolják a gyakori szoptatást. Ha a baba túl sárga, akkor a vérének megnézik. Szükség esetén, ha nem elég a napfény, lámpa alatt tartják egy vagy több napig, az anya jelenlétében.

Koraszülés esetében igyekeznek fenntartani a testkontaktust az anya és a baba között. A baba állapotától függ, mi történik vele. Ha van rá mód, a mama mellén hagyják, de ha szükséges, inkubátorba kerül. Ilyenkor az anya és az apa olyan gyakran látogathatják, amilyen gyakran szeretnék, akár mellette is maradhatnak. Kézbe vehetik, ringathatják, vagy a mellkasukon tarthatják (kenguru-módszer). Ez általánosan elterjedt.

Ha a nő akarja, akkor a szülés után hat héttel kérhet még egy találkozást a bábával vagy a szülészovorossal, hogy megbeszéljék a tapasztalatokat és az esetleges kérdéseket. Ehhez időpontot kell egyeztetni.

A 8-10. nap után a körzeti orvos veszi át a nő gondozását, vele lehet konzultálni. Ekkortájt minden anya elviszi az újszülöttjét a tanácsadóba, ahol a gyermekorvos és a védőnő ellenőrzi a gyermek fejlődését 14 éves koráig. Eleinte havonta mennek, később ritkábban, félévente, 6 év felett pedig évente. Az egészségbiztosítás fedezi a gyerekek egészségügyi ellátását az első évek során.

## Szoptatás

Szerencsére egyre nő a szoptatási kedv a holland anyák körében, ebben az egyre szaporodó (UNICEF által elismert) bababarát kórházak, a nemzetközi vizsgálával rendelkező laktációs szaktanácsadók (IBCLC) számának növekedése is szerepet játszik. Egyre több nő táplálja kizárólag anyatejjel a babáját, a baba igényei szerint, és ehhez meg is kapja a megfelelő segítséget, támogatást, hiszen a bábák és házinővérek folyamatos képzése a szoptatás terén is biztosított.

	2005-ben	2008-ban
Kizárólagos szoptatás szüléskor:	79%	82%
Szülés után 1 hónappal:	54%	60%
Szülés után 2 hónappal:	45%	50%
Szülés után 3 hónappal:	35%	40%
Szülés után 6 hónappal:	25%	30%

Az anyák 75%-a részesül bababarát ellátásban a szoptatás tekintetében.  
Az AMC és a Rijnstate Kórház is elnyerte a bababarát címet.

## Perinatális mortalitás

Egy kutatás a közelmúltban (2009) bizonyította, hogy az otthonszülés nem oka a magas perinatális mortalitásnak Hollandiában. Ezt jó volt újra hallani. A komolyan megszervezett otthonszülés Hollandiában biztonságos.

Legfontosabb oka a perinatális mortalitásnak a nagyon korai szülés (25. hét előtt) és a fertőzés.

Itt a válasz egy holland nőgyógyászati honlapról:



“Az elmúlt néhány hónap során kutatást végeztek, hogy mik a legvalószínűbb okai Hollandiában a perinatális mortalitásnak. Az elemzés alapján a látszólag magasabb holland perinatális mortalitás okai a következők:

1. Hollandiában a 25-26. hét előtt született magzatok szüleivel folytatott folyamatos konzultációt követően intenzív kezelést kezdenek. Az intenzív kezelést addig folytatják, amíg egyértelmű, hogy ez a baba érdekét szolgálja, és ezt nem erőltetik mindenáron. Ezért Hollandiában sokkal nagyobb mértékben fejezik be az ilyen kezeléseket, mint Európa más országaiban.

A hasonló helyzetű babák Hollandián kívül később halnak meg, azon az időszakon túl, mint ahogy a perinatális mortalitást számolják.

2. Hollandiában – más európai országokhoz képest – gyakoribb a többszörös ikerterhesség, talán a meddőségi kezelések vagy az anya kora miatt.

3. A szülő nők átlagos életkora 29 év, magasabb, mint más országokban.

4. Hollandiában szinte kizárólag csak nagyon alapos indokkal, pl. terhelt szülészeti kórtörténettel vagy vélhető rendellenességgel végeznek a veleszületett anomáliákat feltáró intenzív vizsgálatokat. Így kevesebb a rendellenesség. Ennek közvetlen hatása van a súlyos veleszületett rendellenességgel terhelt várandósságok számára, mivel ez Európában magasabb, mint Hollandiában.

A 22. hét előtti várandósság során elvesztett magzatok nem tartoznak a perinatális mortalitás körébe. Hollandiában az időre megszületett babák közül is némelyik meghal. Ezek az esetek is a mortalitási adatok között jelennek meg.”

G. Kloosterman professzor (1915-2004) nevéhez fűződik a XX. század második felének legtöbb progresszív szülészeti újítása Hollandiában. 1958 és 1983 között az arnhemi Rijnstate Kórházban, 1983-tól az AMC-ben dolgozott.

Ez volt a hitvallása:

Az átlagos nő spontán vajúdása olyan esemény, amelyet olyan bonyolult és egymáshoz tökéletesen hangolt folyamatok fémjeleznek, hogy azt bármilyen beavatkozás csak eltéríti az optimálistól. A kísérők egyetlen feladata, hogy tisztelettel forduljanak e lenyűgöző folyamat felé, ezzel eleget téve az orvoslás legfőbb szabályának:

Nil nocere!

Ne árts!

(Forrás: Sheila Kitzinger: A szülés árnyékában – Katarzis vagy krízis? – Alternatal Alapítvány, 208. old.)

Végezetül álljon itt egy hiteles, saját élményű beszámoló mindarról, amit leírtam:

[http://velvet.hu/poronty/2007/11/07/otthon\\_szuletem\\_hollandiaban/](http://velvet.hu/poronty/2007/11/07/otthon_szuletem_hollandiaban/)

## 1. melléklet

# Otthon szültem Hollandiában

2007.11.07. 14:00 - **olvir**

Pár éve Hollandiába jöttünk tanulni a férjemmel. Akkor még el sem tudtam képzelni, hogy külföldön szülessen gyermekünk. A párommal arról beszélgettünk, hogy ha mégis így alakulna, akkor legalább keressünk olyan kórházat, ahol van magyar szülészorvos, vagy ha nem is szülész, hát akármilyen orvos, hogy tudjon segíteni, hogy értsem, mi folyik körülöttem, tolmácsolja a bábát, hogy tudjam, mit kell csinálnom. Akkor még azt gondoltam, úgy a legtermészetesebb, hogy az ember bemegy a kórházba és az orvos irányításával szül. Azóta sokat változott a látásmódom.

Itt Hollandiában a korombeli (25 éves) nők körülbelül fele otthon szül. Ezt nagyban támogatja a rendszer, pl. a biztosító kiküld a lakásra egy szülés-csomagot (erről később még lesz szó).

Persze, kórházban is lehet szülni, sőt, akiknél eleve kockázat van, azoknak muszáj ott szülni, tehát számukra nincs választási lehetőség. Akinél várhatóan nem lesz komplikáció, az viszont választhat, hogy a szülés időtartamára, tehát amikor már megfelelően gyakori fájásai vannak, bemegy, szül, majd - ha nincs semmi gond - 2 óra múlva hazamegy, vagy mindezt otthon viszi végbe. Aki mégis - minden "ok" nélkül - kórházban akar szülni, annak pedig fizetni kell a kórházi szobáért. Ha otthon kezdődik a szülés, viszont menet közben komplikáció lép fel, akkor rögtön mehet a kórházba, ahová vagy a bába viszi be, vagy mentő.

A kisvárosban, ahol lakunk, 2 kórház is van, körülbelül 5 perc, míg kijön, és újabb 5, míg bevisz a mentő. Ezalatt elő lehet készíteni a műtőt a segítségre, és persze az ügyeletes szülészorvosnak is szólnak, aki ha nincs épp a kórházban, maximum 15 perc alatt be tud érní. Az is előfordulhat, hogy a kórházi szülés során lép fel komplikáció, és nincs ott orvos, csak a bába.

A kórházat előre meg lehet nézni, mennyire felszerelt: külön szobák, monitorok, bentlakási lehetőség, a párodnak is külön kanapé. A szobához tartozik WC, tusoló, hűtő, kicsi konyha, és az egész szülőágy kellemes kórházi ágygá alakítható, ha túl van az ember a nehezén, és persze a baba végig melletted. Mindezt minden hónapban egy napon vezetett túrán szemügyre lehet venni, és ekkor még mesélnek arról is, hogy milyen eszközökkel találkozhat az ember, ha kórházban szül: fogó, oxitocin, császár, stb.

Aki otthon szülést tervez, még ha később meg is gondolja magát, annak a szülés-csomagot már a 7. hónapban megküldik. Benne vatták, nedvszívó ágytakarók, gézlapok, köldökszorító, alkohol (kézmosáshoz), egészségügyi betétek, gumibugyi. És egy kiskönyv, amelyben minden hasznosat leírnak a fájásokról, vajúdról, lehetőségekről, szülésről, pozíciókról, mikor mi segíthet, stb. Nem hosszú, mégis minden benne van. (Nem lenne rossz dolog ezt lefordítani és minden leendő anyukának a kezébe adni!) Van itt még egy furcsa szokás: hogy ne fájjon a bábák háta segédkezéskor, az ágyat magasító vaslábakra kell rakni otthon. Ezeket a magasítókat a helyi bábaközpontból lehet kölcsönözni, ingyen. Ami még "kötelező": ágytál, vödörök, szemeteszsák.

Szóval, ami itt a legfontosabb: a választás! Hogy még az utolsó percben is dönthetsz úgy, hogy

inkább bemegy a kórházba. És akkor megy veled a saját bábád. És minden úgy zajlik, mintha otthon lennél. Hiszen a bábánál amúgy is ott vannak a kellő eszközök a táskában, kisműtétet otthon is el tudna végezni, ha arra kerülne sor.

### **Hurrá, gyermekünk lesz!**

Kezdünk megbarátkozni az itteni rendszerrel, de még nem tudunk mindent. Például, amikor egy otthoni terhességi teszttel kiderítettük, hogy hurrá, szerencsések vagyunk, elmentünk a háziorvoshoz, aki gyakorlatilag kinevetett, mit keresünk ott. Azt mondta, ezzel a "problémával" még senki nem fordult hozzá. Meg is adta a telefonszámát a városban dolgozó egyik bábacsoporthoz, mert itt ilyenek vannak, 4-5 fős csapat, többnyire nőkből áll, de akad férfi is köztük. Rögtön felhívtam őket, mire ők úgy a 10. terhességi hét környékére adtak is egy időpontot. Kérdeztem én, hogy addig mit csináljak? Erre azt a választ kaptam, hogy csak gömbölyödjek nyugodtan.

Elmentünk hát a 10. héten - a férjemmel együtt, természetesen. Ekkor készült az első ultrahang, amiből megállapították, hogy tényleg van odabent valaki, egyvalaki, és a korának megfelelően néz ki. Ezután következett a választható (így itt fizetős) vizsgálat, a Down-szűrés. Persze, nem pontos, meg százalékok így-úgy, de hát miért ne legyünk mindenre felkészülve. Egy második ultrahang plusz vérvizsgálat. Eredmény: 12,5 hetes, gyönyörű, szopja az ujját és eleven! Ja, és a megnyugtató százalékok. Ezután nagyjából olyan gyakorisággal kellett megjelennünk a vizsgálatokon, mint Mo-n. Megvolt a 20. hetes ultrahang is, alapos, ott is minden rendben. Ezt a két ultrahangot egy külön laborban végezték, tehát nem a bábák. Ők egy utolsót úgy a 34. hét felé csináltak még, hogy megnézzék a méhlepény elhelyezkedését. Ezen kívül még összesen két vérvétel volt.

A rendszeres vizsgálatokon pedig volt: vérnyomásmérés, méhtapintás kívülről!, szívhang, meg a vége felé minden alkalommal vizeletvizsgálat, de a súlyomat például csak egyetlen egyszer kérdezték meg! Általában az volt a téma, hogy hogy érzem magam, és általában minden "problémám" teljesen normális dolognak számított. Megnyugtató tanácsokat kaptam, hasonlókat, mint amiket olvastam, mikor a megfelelő heteknek utánanéztem (neten, könyvekben).

A vizsgálatok során mindegyik bábával legalább egyszer találkoztunk. Ez azért fontos, mert felváltva ügyelnek, és így biztosan ismerni fogjuk, aki éppen kijön hozzánk. A mi esetünkben például az a bába jött, akivel épp csak az előző héten találkoztunk. Tartottak egy tájékoztató estét a szülésről - mikor kit hívj, illetve ne hívj; igen, erre külön felhívták a figyelmet, hogy csak akkor telefonáljunk, ha már legalább 1 órája mennek a 4-5 perces fájások! Meg persze ha elfolyt a magzatvíz, és azt is figyeljük, milyen; vagy ha bármi rendellenes, de amúgy NE.

A terhességem során odafigyeltem arra, mit eszem, így nem szedtem fel sok pluszt, bicikliztem - mert itt úgy szokás, még az utolsó vizsgálatra is azzal mentem (öt nappal szülés előtt), meg úsztam, mert szeretek, és a vízben olyan jó könnyűnek lenni. Meg terhestornáztam is, majdnem minden nap. (Gátizomtorna - javasolom! - de persze nem kötelező )

Mi már egy hónappal korábban az ágyak alá raktuk a magasítót, és ez nekem is nagyon

kényelmes volt. Kicsit féltettük a lakást, mert szőnyegpadlónk van, meg friss fehér tapétánk, úgyhogy vettünk letakaró fóliát is, amit szintén az ágyak köré terítettünk. Azért ágyak, mert a hálóban és a nappaliban is készültünk, ki tudja, hol lesz épp kényelmesebb. Különben is, én a bemutatón látott és kipróbált kis szülőszéken akartam szülni, mert olyan kényelmesnek tűnt. Azt mondták a bábák, azt mindig magukkal viszik, hátha szükség van rá.

## **A NAP**

Elérkezett a nap, illetve az este, párom kenyeret gyúrt épp, én meg kókuszgolyót, legyen mivel kínálni a bábát. Azt mesélték ugyanis, hogy mikor először felhívjuk őket, kijönnek, megnéznak, kávéznak egyet, és aztán lehet, hogy elmennek, mert még úgyis vajúdsz pár órát, minek zavarjanak ott. Éjfélét már elég biztossá vált, hogy az a körülbelül 20 percnél ismétlődő furi fájás már AZ, mert egyre gyakoribb. 7 perces. 1 órán át. (asztalon a kókuszgolyó, kávé, tea) Aztán sűrűbb, 5 perces. 1 órán át, de az óra vége felé inkább 4 perc, hát felhívtuk a bábát. Hallottuk a telefonban, ahogy keresgélte a térképen, hova is kell jönnie.

3/4 óra múlva érkezett, akkor már elég intenzívek voltak a fájások. Bejött, rajta farmer (semmi köpeny). Beszélgetett velünk, elmondta, hogy meg fog vizsgálni belülről, én közben elvonódtam fájogatni. Aztán megvizsgált (azért ehhez húzott gumikesztyűt, amúgy ez volt az első belső vizsgálat a terhességem során), 4 centi, szívhang OK, majd úgy döntött, marad inkább, mert gyorsan haladtam, leült és dokumentálgatott a félhomályban. A férjem megkérdezte, gyűjtsen-e neki villanyt, mert csak egy gyertya és egy állólámpa égett, de ő nem kért, nem akart zavarni. Én meg fájogattam tovább. Állva, táncolva, ahogy jólesett. Amikor a vizsgálatához le kellett feküdni, és akkor volt épp egy fájás, na az nem volt jó. El sem bírtam akkor képzelni, hogy lehet vajúdó nőket fekvő pozícióba "kényszeríteni". De hát ez is egyéni dolog, mint az, hogy ki meddig.

Én szerencsére nem sokáig. Miután 1 órát töltöttem 2 perces fájásokkal, megkérdezte (javasolta), nem akarok-e burokrepesztést. Elmondta, hogy onnantól majd erősebbek lesznek a fájások. Én persze nem akartam, hadd legyen minden természetes. De újabb fél óra után végül úgy döntöttem, legyen. Tehát megint választhattam!

Körülbelül ekkor érkezhetett meg a home nurse (házi nővér), aki a bábát segíti a szülés közben, majd ő marad ott az újdonsült családdal egy rövid időre. Férjem megkérte, hogy ha épp ráér, csináljon majd egy-két fotót. Valószínűleg ő már elég gyakorlott lehetett, nem maradt le semmilyen fontos momentumról. (Fantasztikusak a képek, nem bántam meg. És észre se vettem, mikor készítette.)

Szóval megvolt a burokrepesztés, és valóban, térdre rogytam a fáradtságtól és az erősebb fájdalomtól. No meg nem is ártott a pozíció, mert még csak 8 centire voltam kitágulva, de már nyomnom kellett. A baba mondta, hogy kicsit még próbáljak várni, de amikor újra kellett, átültünk a szülőszékre. Épp ott volt. Végre fújtam egyet, ahogy a párom karjába hanyatlottam. (Szegény baba azt hitte, nem vagyok magamnál, pedig ennél éberebb még sose voltam.) Hajnali 4 óra volt.

Vasárnap. Aztán egész gyorsan, szinte hihetetlenül gyorsan (4:18) megérkezett a fiúnk. Amint

kipottyant a bába kezébe, ő azonnal az ölembe adta, megöleltem. Aztán a férjem is. Innentől végig a karunkban tartottuk, vagy a hasunkon volt. Átfeküdtünk együtt az ágyra, elég hamar megszületett a méhlepény is. Megvizsgálta (ép volt), és kérdezte, mit akarunk vele csinálni. Azt mondta, vannak népek, akik például megeszik. Megint csak van választás.

Gátmetszés nem volt, nem szokás, három öltést kaptam, mert a bőr kicsit megrepedt (gátizomtorna!). Borotválás nem volt, nem szokás. Beöntés nem volt, az sem szokás, amúgy még éjfélkor el tudtam menni vécére. És vér sem volt, illetve nem sok; mire összevarrtak, a nővér már mindent eltakarított, olyan volt a szoba, mint szülés előtt. Kisfiam azon mázasan felöltöztetve (férjem segített benne a nővérnek - vagy fordítva?), mellre téve körülbelül másfél órával a születés után.

Igazából csak ekkor döbbsentem rá, hogy végül is otthon maradtunk. Mert minden ment magától. Egyszer se volt az az érzésünk, hogy no most mégis irány a kórház. Tehát "tervezett otthonszülés" volt ez, de nem "mindenáron otthonszülés". Valójában kétféle szülésre készültünk, és a végig fennálló választási lehetőség mellett alakult így. (Azért azt megmondom őszintén, ha mégis bármi gond lett volna otthon, magamat okoltam volna érte. De mindvégig annyira biztonságban éreztem magam - magunk.)

Persze volt gyertya, mert nagy gyertyások vagyunk, és volt zene, halk, mert úgy esett jól, és végig ott volt a férjem, mert mindketten így akartuk. És nagyon szerencsések vagyunk, tudom, hogy az egész terhesség és születés így zajlott, ahogy. Ezt hívják igazi komplikációmentes szülésnek.

### **Utógondozás**

Hollandiában az a szokás, hogy a szülés után 8 napon át kötelezően kijár egy házi nővér, minimum 3 óra per nap, de 5 a javasolt, lehet két részletben is, és segít mindenben. Lázat mér, megvizsgál engem (méhösszehúzódás), babát (színe, állapota), segít a szoptatásban (váltogatott pozíciók), fürdetni "tanít" (a 3. napon férjem és kisfiam együtt zuhanyozott!), kimos, takarít, főz, ha kell, vigyáz a nagyobb gyerekekre.

Az ötödik napon már kimehettünk sétálni együtt, hármásban, mert mindannyian jó állapotban voltunk. Ezen a napon eljött az egyik bába, és kiszedte a varratokat, megmérték a fiúkat. Ezek után már csak akkor mérték, amikor a gyerekorvoshoz kellett mennünk, úgy havonta. Itt úgy hívják, hogy "tanácsadó hivatal", együtt a védőnők és a gyerekorvos, felváltva adják az oltásokat, vizsgálják, lehet kérdezni, ha van mit.

Hat héttel a szülés után pedig vissza kellett menni kontrollra a bábához, akinél (vagy inkább akivel) szültünk. Megkérdezte, hogy vagyunk, látta, hogy fiúnk makkegészséges, odaadta a jegyzetet, amit a szülés alatt készített, együtt átbeszéltük, hogy mi hogy volt. Ennyi.

### **Tanulság, avagy mitől volt jó nekem így, ahogy volt**

Kontroll. Egész terhességem alatt úgy éreztem, hogy igazából rajtam múlik minden, nem másokon. Az én döntéseim irányítanak. Ezért mindennek utánanéztünk: kórházak, otthonszülés,

*Holland tanulmányút a szülészeti ellátásról  
2009. április 1-3.*

vízben szülés, mit kell tenni, ha nem érkezik időben a baba. A szülés során is végig kontrollálhattam a helyzetet, a baba tényleg "csak" segített.

Megfelelő eszközök. Otthon: szülés-csomag, ágymagasító, kisműtéti eszközök a bábánál, szülőszék, szakképzett segítség. Kórházban: egyágyas szülőszobák, mama-baba-papa bentlakásos elhelyezés.

Nyugalom. A terhesgondozás során egyszer sem hoztak kényelmetlen helyzetbe, a férjem minden egyes alkalommal jelen lehetett, mindig minden vizsgálatról kaptam részletes tájékoztatást. Szüléskor sem volt semmi kapkodás, a baba alkalmazkodott a körülményekhez, amiket mi teremtettünk. Így teljes mértékben figyelhettem magamra és a születendő kisbabámra. Minden olyan természetes lehetett. Nem nomád, nem felelőtlen, "csak" természetes.

Ágnes





## 2. melléklet

**Anyasági ellátás Hollandiában**  
Erősségek és gyengeségek  
**Írta: Thea van Tuyl – szülésfelkészítő**  
www.theavantuyl.nl

Amikor egy nő várandósnak gondolja magát, felkeres egy bábát a körzeti bábaközpontban. Ha egészséges és nincs semmi problémája, akkor végig a bába gondozza őt a 9 hónap során, általában 10-12 alkalommal találkoznak. Választhat a várandós szülész-nőgyógyász szakorvost is, de ezért külön fizetnie kell, míg a bábai szolgáltatást a TB fedezi, a bábai gondozás minden várandósnak jár. Ha bármilyen oknál fogva (pl. termékenységi probléma, nőgyógyászati előzmények) már kezeli szülész-nőgyógyász, gyakran marad orvosi ellenőrzés alatt.

Minden bábának van egy standard listája a komplikációkról, amelyek fennállása esetén orvosi ellátást javasol. Pl. magas vérnyomás, ikerterhesség, farfekvés. Ezekben az esetekben az orvos átveszi a várandós gondozását. A rizikófaktorok alapján történő kiválasztás nagyon fontos, döntő elem a holland várandósgondozásban, amely folytatódik a szülés után is.

Normális várandósság esetén két UH vizsgálat történik, az első a 10-14. hét között, mely a várandósság idejét pontosítja, a második pedig a 20. hét körül, az esetleges magzati rendellenességek felderítésére. 2007 óta a TB fizeti ezeket az UH vizsgálatokat, melyeket bábák is végezhetnek. A 35 év feletti nők további ingyenes UH vizsgálatra is jogosultak, a 35 év alattiaknak ezekért fizetniük kell.

### **A nők 34,4%-a otthon szül**

Különböző szülésfelkészítő tanfolyamok közül lehet választani. Ilyen pl. a ZwangerFit, mely segít mozgatni, edzeni a testet, alacsony áron. Különleges tanfolyamok még a Samen Bevallen – Együtt Szülni Egyesület – szervezésében: várandós úszás, jóga, gimnasztika, felkészítés együtt szülő pároknak. A haptonómiáról (érintéstudomány) is tanulhatnak, mindent, amit az érintésről tudni lehet, és felkészülhetnek a babával való kapcsolatra.

A tanfolyamok teljes ára vagy azok egy része TB által fizetett. Nemrég változott az egészségbiztosítási rendszer, és most leginkább a piacról szól. Sok nő egyszerűen nem ér rá szülésre felkészítő tanfolyamra járni, ők könyveket olvashatnak vagy az internetről tájékozódhatnak, ami nem biztos, hogy elegendő és megfelelő információ.

A várandós nők 47%-a otthon kezdi meg a vajúását, de csak 34,4% fejezi be a szülést otthon. A többiek (12,6%) kórházba kerül valami miatt. A bábáknak csak alacsony kockázatú várandósok szülését szabad otthon kísélni. A kockázatosabb eseteket kiválogatják, és már a várandósgondozás idején orvoshoz irányítják. A legtöbb nő császármetszés után vagy farfekvés esetén kórházba kerül, mert tudják, hogy ez a bevett szokás. Néhányan nem fogadják el ezt a rendszert, de a legtöbben „beállnak a sorba”, azt teszik, amit mondanak nekik. Egyes nők kitartanak az otthoni szülés mellett császármetszés után is, de ez nem túl gyakori. Esetenként néhány bába segítséget nyújt ehhez, tudván, hogy a rendszer ellenében cselekszenek. Annak ellenére vállalják ezt, hogy ha valami rosszul alakul, bajba kerülhetnek.

### **A császármetszések aránya 15,1%**

Amerikából induló mozgalom keretében néhány nő egyedül, mindenféle szaksegítség nélkül szül. Van egy weboldaluk is, ahol megosztják az érdeklődőkkel a tapasztalataikat. Ma már hamar átjutnak a határon ilyen ötletek az USA-ból és az UK-ból a többi európai országba az interneten keresztül. Szerintünk ez egy hibás tendencia, a bábák, dúlák és szülésfelkészítők megpróbálják meggyőzni őket, hogy jobb lenne, ha szaksegítség jelenlétében szülnének.



Léteznek születésközpontok is, ahol bába és házi gondozó segít. Ezek a központok népszerűek olyan körzetekben, ahol kevés a bába. Némelyik központ közel van a helyi kórházhoz, így a nőket szükség esetén gyorsan átszállíthatják.

A császármetszések aránya 15,1%.

Az epidurális érzéstelenítés mostanában aktuális téma, a hivatalos statisztikák szerint 6,2% az EDA-arány. A nők többsége inkább csak talonban tartja ezt a lehetőséget, megnyugtató a számukra, ha szükség esetén elérhető az EDA. Sok kórházban éjjel és hétvégén aneszteziológus nem érhető el. Tárgyalások folynak arról, hogy új protokollt írjanak, melyben az áll majd, hogy a nőnek joga van EDÁ-t kérni és kapni egy órán belül.

2006-ban jött divatba a dúláság, akkor indult el a dúlák képzése is. Egyelőre magánszolgáltatás, a szülő nő külön megfizetheti, ha igényli. Általában azok a nők szeretnék dúlást a szülésükhöz, akiknek traumatikus volt az előző szülésük, vagy a párjuk nélkül, egyedül szülnének. Vannak bábák, akik szívesen dolgoznak dúlával, és vannak, akik nem. Miután ez egy teljesen új kezdeményezés, sokan nem értik, mi a dúláság lényege, nem ismerik, ezért csatározások, viták zajlanak.

Minden anya kaphat otthoni segítségképpen házi gondozót 42 óra időtartamra a szülés után 8 napig (nemrég emelték 49 órára, de korábban 64 óra volt!) Ez általában nyolc órát jelent az első néhány napban, és pár órát a további napokban. Ahol nővérhiány van, ott a frissen szült nők kevesebb segítséget, csak 5 órát vehetnek igénybe az első napokban is. A szoptató nők több segítséget, 44 órát kaphatnak az első 6-7 napra elosztva. Ha a baba kórházban született, kevesebb otthoni gondozói segítség jár.

Az otthoni gondozó figyel a babára és az anyára, mindennap segít a háztartási munkákban, babagondozási tanácsokat ad, megvizsgálja az anyát (vérvetetés, mellek, varratok, stb.)

Az otthoni nővér asszisztál a bába mellett is az otthonaszülésnél, szülési asszisztensnek is nevezik. Általában a vajúdás idején érkezik, támogatja a vajúdo párt, de sokszor spórolásképpen csak a kitolás kezdetén hívják, így néha lemarad a szülésről, mert csak utána érkezik. Mindez változóban van a dúláság elterjedése miatt. Az otthoni nővérek számára vonzó a dúlászerep, azt remélik, hogy a biztosító társaságok emiatt többet fizetnek majd nekik. A nővérek és a bábák tiltakoznak az otthonápolási órák csökkentése ellen. Mivel a biztosítási rendszer éppen változóban van, mindenki a maga számára legelőnyösebb opciót keresi, és sajnos valószínűleg a biztosítók számára legjobb opcióval fog végződni ez a változás. A bábák és nővérek hangja, szava ebben nem elég erős, megpróbálnak egyezkedni a biztosítókkal. Nemrégiben sikerült megtartani több órát fiatal, először szülők esetében.

### **Régi szülészeti mesék**

A Gazeta Wyborcza egyik 2004-es számában Stanislaw Radowicki, a lengyel szülés körüli gondozás vezetője állította: „Ha kell, akkor a szükséges eszközöket házhoz viszik és körbepermeteznek fertőtlenítőszerrel, így császármetszést is végezhetnek.” Az AIMS (Association for Improvements in the Maternity Services) erre levélben azt kérdezte tőle, hogy vajon hol van ez az ország, ahol ilyesmit csinálnak?

Dr Geary - a dublini Rotunda Kórház vezetője - szerint „a szülőcsatornán történő átjutás a legveszélyesebb utazás az ember életében”. Az AIMS válaszképpen statisztikákat gyűjt, melyeket arra használhat, hogy megcáfolja ezt az állítást.

### 3. melléklet

#### ENCA – European Network of Childbirth Associations

A Szülészeti Egyesületek Európai Hálózata 1993-ban jött létre Frankfurtban, a német partner szervezet, a GFG (Német Szülésfelkészítők Egyesülete) kezdeményezésére. Az ENCA egy olyan hálózat, amely az anyák és a babák szülés körüli ellátásának javításáért kampányol. Az ENCA-hoz csatlakozó aktivisták, szülők és szülésfelkészítők szükségesnek tartják olyan stratégiák kidolgozását, amelyek javítják a várandósság, a szülés és a szülést követő időszak alatti ellátás feltételeit egész Európában. Az ENCA minden országban támogatja:

- a nők hatalommal való felruházását,
- a családközpontú szülést,
- a szoptatást,
- a gondozás bábai modelljét

#### Mi az ENCA célja, mit szeretne elérni?

- a nők informálása az anyasági ellátással kapcsolatos jogaikról
- a baba professzionális szakértőként való elismertetése a normális várandósság és szülés területén
- a választás szabadsága a szülés helyszínét illetően
- a kormány és a TB által fizetett otthoni és szülésközpontbeli szülések lehetősége
- a WHO szülészeti ellátással kapcsolatos javaslatainak végrehajtása
- a tudományos adatok elérhetővé tétele a nyilvánosság számára
- kisebb szülészeti egységek, központok fenntartása
- a helyes orvosi gyakorlat alkalmazása
- szülészeti statisztikák összeállítása, közzététele

#### Miért van szükség az ENCA-ra?

A szülészeti gondozás manapság kevés választási lehetőséget biztosít a nők számára. Az országok többségében a nők ki vannak zárva a döntéshozói folyamatból. 1985-ben az Európa Parlament szavazott a szülő nők jogainak kartájáról. Ugyanakkor 1986-ban a WHO közreadott egy ajánlásokat tartalmazó listát a legmegfelelőbb szülészeti eljárásokról "A szülés nem betegség!" címmel. Az Európa Parlament egyik 1988. július 8-i határozata felhívta az Európai Bizottságot, hogy dolgozzon ki egy kartát a szülő nők jogairól. A határozat konszenzust javasolt a jogokra és ellátási irányelvekre, amelyek a terhes és vajúdó nőket megilletik. Az EP aggodalmát fejezte ki az EU-ban végrehajtott császármetszések egyre növekvő száma miatt. Mindezek ellenére az elmúlt két évtizedben Európában egy kizárólag szakmai (orvosi) szempontokon alapuló szülészeti és bábai ellátás vált általánossá. A nőközpontú ellátás és a gondozás bábai modellje marginalizálódott, az anyák és a babák nagy veszteségére.

#### Hogy működik az ENCA?

Az ENCA tagszervezeteinek képviselői rendszeresen találkoznak, és beszámolnak egymásnak az adott ország perinatális ellátásának aktuális helyzetéről. Felismerve az eredményeket, kijelölik a legfontosabb újabb feladatokat. Egymással szorosan együttműködve dolgozzák ki akcióterveiket, támogatják egymást a kampánymunkában. Összegyűjtenek és körbeadnak fontos információkat, konferenciákat szerveznek. Minden országban működik területi képviselő, aki felelős azért, hogy hazájában az érdeklődő szülés körüli segítő, illetve szülői szervezetekhez eljussanak mindezek az információk.