

## Új törvény szabályozza a várandósgondozást

Az EMMI rendeletéről Dr. Pajor Attila professzort kérdeztük

**2014. július 1-jén lép hatályba az emberi erőforrások minisztere 26/2014. (IV.8.) EMMI rendelete, amely sok tekintetben új mederbe tereli a várandós anyák gondozásának gyakorlatát. A döntés előkészítésének körülményeiről, az egészségügyi kormányzattal folytatott két-éves tárgyalássorozatról és a rendelet várható hatásairól Dr. Pajor Attila, a Semmelweis Egyetem ÁOK II. számú Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika egyetemi tanára számolt be lapunknak. A professor a Szakmai Kollégium Szülészeti és Nőgyógyászati, Asszisztált Reprodukció Tagozata Tanácsának elnökeként a kollégiumi tanács véleményét képviselte a törvénymódosítást megelőző tárgyalásokon.**

### ELŐZMÉNYEK

**– Jelenleg milyen jogi környezetben zajlik a várandós anyák gondozása hazánkban?**

A várandósgondozás ma érvényes törvényi kereteit a 33/1992. (XII.23.) népjóléti minisztériumi rendelet határozza meg. Egy huszonkét éve megszületett törvényerejű rendelet alapján végezzük a várandós anyák gondozását, miközben az eltelt idő alatt az egészségügyi ellátás körülményei nagymértékben megváltoztak. Ez különösen igaz a technikai felszereltségre, hiszen a robbanásszerű fejlődésnek köszönhetően olyan korszerű vizsgálati eljárások birtokába jutottunk, amelyek messze meghaladják a két évtizeddel ezelőtti diagnosztikus lehetőségeinket. Ezért szükségessé vált, hogy revízió alá vegyük a hatályos rendeletet, különös tekintettel annak 2. számú mellékletére, amely a várandósgondozás során kötelezően elvégzendő vizsgálatok felsorolását tartalmazza.

**– Hogyan lehetséges, hogy a több mint két évtizede meghozott miniszteri rendelet felülvizsgálatára és módosítására csak most került sor?**

A Szakmai Kollégium sok évvel ezelőtt jelezte a döntéshozók felé az érvényes eljárásrend módosításának igényét, azonban semmilyen fogadókészséget nem tapasztalt a szaktárca részéről. A pozitív elmozdulás két évvel ezelőtt következett be, amikor az egészségügyi államtitkárság megkereste a Szakmai Kollégiumot, és kinyilvánította, hogy nyitott a jogszabály módosítás közös kidolgozására. Ennek oka az Európai Unióhoz történt csatlakozásunk folytán jelentkező brüsszeli jogharmonizációs nyomás volt. Európa államaiban ugyanis a várandósgondozás a magyarországihoz képest merőben eltérő alapokon szerveződik. A nyugati világban a szülész-nőgyógyász végzi a várandósgondozást, ezzel szemben hazánkban ennek megszervezése a védőnők vál-

lán nyugszik. Ebben a felállásban igen jó eredményeket értünk el, annak ellenére, hogy ehhez az ellátási formához semmilyen központi anyagi támogatás nem társult. A magyarországi várandósgondozói szisztéma unikumnak – mondhatni hungarikumnak – számít Európában, a jogharmonizációs folyamatba azonban nem sikerült beilleszteni. Mindennek következményeképpen – a Szakmai Kollégium által szorgalmazott törvénymódosítás feltételeként – az egészségügyi államtitkárság előírta a várandósgondozás rendszerének átalakítását oly módon, hogy a szülész-nőgyógyász felelősséggel, önállóan is végezhesse a várandósgondozást. A magyar társadalom – beleértve a védőnőket, szülész-nőgyógyászokat és várandós anyákat – idegenkedve fogadta ezt a megszokott gyakorlattól teljesen eltérő koncepciót, ezért a Szakmai Kollégium az első egyeztető tárgyaláson visszautasította azt. Gyakorlatilag ez a kérdés volt az egészségügyi kormányzat és a Szakmai Kollégium közötti egyeztetések sarkalatos pontja. Végül beláttuk, hogy hajlanunk kell a kompromisszumra, ha azt akarjuk, hogy az általunk szorgalmazott szakmai kérdésekben előrelépés történjen. El kellett fogadnunk a döntéshozó azon érvelését, miszerint – túl a jogharmonizáción – a felsőfokú végzettségű, illetve emelt szintű képzettséggel rendelkező szülész-nőgyógyászokat azért kell bevonni az alacsony kockázatú várandósok gondozásába, mert a szülész-nőgyógyász szakorvosok számának csökkenése előrevetíti, hogy bizonyos idő múlva a várandósgondozás nem tudja majd produkálni az elvárt teljesítményt. Így, kétéves vajúdat követően megszületett és megjelent a Magyar Közlönyben az új EMMI rendelet, amely ez év július 1-én lép hatályba.

**– Milyen feltételek mellett végezhetnek várandósgondozást a szülész-nőgyógyászok a hatályba lépést követően?**

A szakma részéről azt az álláspontot képviseltük a tárgyalások alatt, hogy a szülész-nőgyógyász csak a problémamentes várandós anyákat gondozhassák. Ebben a szaktárca is egyetértett, ám hosszas vitákat generált annak definiálása, hogy kiket nevezünk alacsony rizikójú várandósnak. Mi ezt a kört viszonylag szűkre kívántuk szabni, míg a döntéshozók kibővítették volna. Végül megszületett az a szakmailag is támogatható kompromisszumos megfogalmazás, miszerint: „Alacsony rizikójú a várandósság akkor, ha a várandós családi, egyéni, fertilitási és – nem első várandósság esetén – előző várandósságra vonatkozó anamnézisében nincs olyan tényező, amely szakorvosi megítélés szerint az anya vagy a magzat egészségét hátrányosan befolyásolhatja.” A törvény három feltételt szab a szülész-nőgyógyászati várandósgondozásnak: a várandós a gondozásához a szülész-nőgyógyász választja; a szülész-nőgyógyász felsőoktatási intézményből származó szakképesítéssel, vagy emelt szintű szülész-nőgyógyászati szak-

képesítéssel rendelkezik; egészségügyi szolgáltatónál szülésznőként foglalkoztatott, vagy amennyiben ez utóbbi nem áll fenn, érvényes működési engedéllyel és felelősségbiztosítással rendelkezik.

## SZERVEZETI VÁLTOZÁSOK

**– El kell-e végezniük ráépített képzést azoknak a szülésznőknek, akik részt kívánnak venni a várandósgondozásban?**

Nincs szükség rá, mivel aki megfelel a törvényben előírt alkalmassági feltételeknek, az ért a szakmájához, rendelkezik mindazzal a gyakorlati tapasztalattal és elméleti tudással, ami a tevékenység végzéséhez szükséges.

**– Kik tehát a résztvevői az új rendelet értelmében a várandósgondozásnak?**

Résztvevője a védőnő, a házi orvos, a szülész-nőgyógyász szakorvos, a várandós választása esetén a szülésznő, és maga a várandós anya.

**– Ki és hogyan állapítja meg, hogy az anya alacsony, vagy magas kockázatú várandós?**

Ez a szülész-nőgyógyász feladata, ami új momentum a szakorvosi tevékenységben. A várandósgondozás akkor kezdődik, amikor a szakorvos méhen belüli terhességet állapít meg. Ezt követően rögtön rizikófelmérést végez a Szakmai Kollégium által kiadott rizikó űrlap kitöltésével. A rendelet nem tér ki a kockázatfelmérés mikéntjére – ezt a Szakmai Kollégium által kidolgozott szakmai irányelv részletezi. A dokumentumot tavaly decemberben nyújtottuk be a GYEMSZI-be és reményeink szerint a jogszabály júliusi hatályba lépéséig befogadásra kerül.

**– Ön hangsúlyozta a védőnők hazai várandósgondozásban betöltött fontos szerepét. Mennyiben módosul ez a törvény hatályba lépését követően?**

A védőnők koordináló feladatköre továbbra is megmarad. A várandós az első vizsgálatot elvégző orvostól kapott kockázatfelmérésről kiállított dokumentummal felkeresi a lakóhelye, illetve tartózkodási helye szerint illetékes védőnőt, aki gondozásba veszi. Ennek keretében a védőnő kiállítja és kiadja a várandósgondozási könyvet, nyilvántartásba veszi a várandóst, elvégzi a rendelet 2. mellékletében részletezett vizsgálatokat, majd azokat dokumentálja a várandósgondozási könyvben. Ezen vizsgálatok közé tartozik a kultakaró, szájuég, emlő, alsó végtag vizsgálata, testsúly és háskörfog mérés, a terhesség külső tapintásos vizsgálata stb. A védőnő tájékoztatja a várandóst a várandósgondozás folyamatáról, a kötelező és választható vizsgálatokról. Bejelöli a várandósgondozási könyvben az elvégzendő vizsgálatok dátumát, majd a későbbiekben ellenőrzi a kötelező vizsgálatok megtörténtét és dokumentálja azokat a várandósgondozási könyvben. Életmód tanácsadást nyújt a várandós-nak, különös tekintettel a dohányzás, alkohol és kábítószer fogyasztás káros következményeire. Amennyiben a káros szenvedélyek valamelyike a későbbiekben is fennáll, tájékoztatást ad a leszokást támogató programokról. Ismerteti az egészséges táplálkozással kapcsolatos tudnivalókat, fel-

hívja a figyelmet a folsav és D-vitamin bevitel fontosságára. A várandós aláírásával igazolja, hogy a tájékoztatást megkapta. A védőnő feladatai közé tartozik a családlátogatás is. Ennek során olyan adatok birtokába juthat, amelyek befolyásolhatják a várandós gondozását. Ilyen például a rossz higiénés, vagy szociális körülmény, a családon belüli erőszak. Amennyiben a védőnő tudomására jut ilyen információ, akkor értesíti a gondozásért felelős személyt.

**– A Gondozásban résztvevők között említette a házi orvost. Mi az ő feladata?**

A házi orvos feladatai közé tartozik az anamnézis felvétele, bizonyos belgyógyászati vizsgálatok elvégzése és a rizikófelmérő lap azon kérdéseinek megválaszolása, amelyek házi orvosi kompetenciába tartoznak. Ha például szívzörejt észlel, kardiológiai kivizsgálásra utalja a páciens, és amennyiben ott megerősítésre kerül a szívprobléma, a házi orvos javasolja a várandós magas kockázatú rizikó-besorolás szerinti gondozását. Ha a házi orvos a rizikó-besorolás felülvizsgálatát javasolja, a továbbiakban szülésznő csak akkor végezheti a várandós gondozását, ha a várandósgondozási könyv adataiból megállapítható, hogy a várandós a javasolt felülvizsgálaton részt vett és annak alkalmával a szülész-nőgyógyász szakorvos a várandósságát alacsony rizikó csoportba sorolta be.

**– Mi történik abban az esetben, ha a várandós anyát már szülésznő gondozza, és a szülész-nőgyógyász szakorvos alacsonyról magas kockázatú csoportba sorolja át?**

Ez esetben a szakorvos haladéktalanul tájékoztatja erről a szülésznőt, és közli a várandós anyával, hogy a magas rizikó csoportba történő besorolása miatt nem gondozhatja őt szülésznő. Javasolja a várandós anyának, hogy forduljon szülész-nőgyógyász szakorvoshoz, aki a továbbiakban jogosult a gondozását végezni.

**– Mit kell tennie a gondozást végző szülésznőnek, ha a várandósnál gyanús, magas rizikóra utaló jelet észlel?**

Ezt úgy fogalmazza meg a törvény, hogy a gondozásban közreműködő valamennyi szakembernek kiemelt figyelmet kell fordítania a magas rizikójú, illetve szövődmenyes esetek felismerésére, szűrésére. Például ha a terhesség középidejében hüvelyi vérzés jelentkezik, vagy megemelkedik a vérnyomás, súlyos vérszegénység alakul ki, a szülésznőnek fel kell ismernie a veszélyeztetett, illetve szövődmenyes várandósságot, és haladéktalanul szakorvoshoz kell irányítania a várandós anyát. Ha a várandósság során a felmerült rizikó megszűnik, az alacsony rizikó megállapítását követően a várandós gondozását a szülésznő tovább folytathatja. Mindezeket az eseményeket dokumentálni kell a várandósgondozási könyvben.

**– Hogyan rendelkezik a jogszabály a magas kockázatú várandósok ellátásának rendjéről?**

Az új szabály csak az alacsony kockázatú várandósok gondozásáról rendelkezik. A magas kockázatú csoportba sorolt várandósok ellátását az irányelvek fogják szabályozni. A korábbi protokollok már érvényüket veszítették, az újak kidolgozásával pedig a rendeletmódosítást vártuk. Az elmúlt

öt évben rengeteg előkészítő munkát végeztünk, ám az új irányelveket addig nem véglegesíthettük, amíg nem ismerjük meg az új rendelet tartalmát.

Kiemelendő még, hogy a dokumentáció vonatkozásában a rendelet néhány új elemet tartalmaz az előzőhöz képest. A védőnő a várandósgondozási könyvön túlmenően a saját dokumentációs rendszerében is rögzít minden adatot és változást. A gondozásért felelős szakorvosra, illetve szülésznőre is jelentős dokumentációs kötelezettség hárul. A védőnőhöz hasonlóan a gondozásért felelős személynek is két helyre kell adminisztrálnia. Amennyiben az ellátásért felelős személy a szakorvos, ellenőriznie kell, hogy megtörtént-e a védőnői gondozás, lezajlottak-e a kötelező vizsgálatok, és az ott kapott leletekben van-e kóros eltérés. Új momentum, hogy a szakorvosnak tájékoztatnia kell a várandós anyát azokról a választható, költségtérítéssel vizsgálatokról, amelyek elvégzése nem kötelező. Ilyen például a genetikai vizsgálat, amely támpontot adhat az esetleges kromoszóma rendellenességre nézve. Ma már olyan vizsgálati módszerek is rendelkezésre állnak, amelyekkel az anya véréből a magzati DNS vizsgálható és 99,9 százalékos biztonsággal megállapítható a magzat esetleges kromoszóma rendellenessége. A magas ár és az alacsony költséghatékonyság miatt a társadalombiztosító nem finanszírozza ezt a vizsgálatot, de sokan igénylik és vállalják a költségeket.

#### **– Mely vizsgálatokat végezheti el a várandósgondozásért felelős szülésznő, és melyeket a védőnő?**

A rendelet 2. melléklete felsorolja a várandósgondozás keretében a védőnők, illetve a szülésznők által önállóan, a vonatkozó szakmai irányelv szerint végezhető vizsgálatokat. Ezek között nagy az átfedés, és mindössze három olyan vizsgálat van, amelyet védőnő nem végezhet: a hüvelyen keresztül végzett vizsgálat, a veszélyeztetett vagy szövődményes várandósság felismerése, valamint a magzati életjelenségek megfigyelése és értékelése. Ez utóbbi kettő korábban a szülész-nőgyógyász kompetenciájába tartozó feladat volt, egyben jogi felelősség, amire fel kell készülnie az önálló gondozást végző szülésznőknek.

#### **– Ön szerint mennyire lesz „népszerű” az önálló gondozói feladatkör a szülésznők körében?**

Véleményem szerint július 1-jétől elvéve fog akadni olyan szülésznő, aki vállalkozni fog az önálló, felelős várandósgondozásra. A számuk azonban idővel nőni fog, attól függően, hogy milyenek lesznek a kezdeti tapasztalatok.

#### **– Milyen jogokkal rendelkezik a várandós anya a terhessége során?**

A várandós jogosult arra, hogy a háziorvos legalább egy alkalommal, a védőnő trimeszterenként legalább egy alkalommal, a szülész-nőgyógyász szakorvos, illetve szülésznő trimeszterenként legalább egy alkalommal gondozásban részesítse. A várandós bizonyos szociális kedvezmények igénybevételére is jogosult – ezekről a védőnő ad tájékoztatást, és ő állítja ki a felvételükre jogosító igazolást is. Ez is új elem, mivel korábban a szociális juttatásokra jogosító igazolást a szülést levezető intézmény állította ki.

## **SAKMAI MEGLÁTÁSOK**

Fontos megjegyezni, hogy július 1-jétől mindaz, ami az orvosi tankönyvekben le van írva a várandósgondozásról, érvényét veszti. A várandósgondozás tekintetében kizárólag az új, 26/2014. EMMI rendelet lesz mérvadó. Ez szokatlan helyzetet fog teremteni, hiszen az orvostársadalom ahhoz szokott, hogy a tankönyvekben leírtak szerint végezze a várandós anyák ellátását.

A korábbiakhoz képest változást jelent az ún. AFP vizsgálat eltörlése. A 33/1992. rendelet szerint az orvos köteles volt ezt elvégezni, az elmúlt két évtized alatt azonban bebizonyosodott, hogy ez a vizsgálat fölösleges. A mai modern ultrahang készülékek az AFP vizsgálatnál jóval érzékenyebb módon képesek kiszűrni a nyitott gerincvelőt. A 26/2014. rendelet már előírja, hogy a terhesség 12. hetében ( $\pm$  1 hét) kötelező elvégezni az ultrahang vizsgálatot, amely már kromoszóma rendellenesség szűrését is magában foglal.

Korábban kötelező volt a magzatvíz optikai eszközzel végzett vizsgálata is. Az amnioszkópia igen hasznos volt az 1960-as évektől kezdve és a mai napig előírják a tankönyvek. Számos orvosi pert vesztek el egészségügyi szolgáltatást végző intézmények azért, mert nem a rendelet által előírt gyakorisággal végezték el az amnioszkópiát. Holott előfordult például, hogy azért nem került sor a magzatvíz vizsgálatára, mert a várandós anya hüvelyén herpesz fertőzést észleltek. Ma már a világ ott tart, hogy elfelejthetjük az amnioszkópiát, hiszen a nagy felbontású ultrahang készülékekkel képesek vagyunk megmérni a magzatvíz mennyiségét, láthatjuk a lepény elmeszesedésének mértékét, meg tudjuk mérni a véráramlást a köldökcsínórvérben, sőt az aortában és az agyi erekben is. Az ultrahang további előnye, hogy non-invazív eljárás lévén nincs káros hatással a szervezetre.

Csökkentettük a terhesség során kötelezően elvégzendő ultrahang vizsgálatok számát is: eltöröltük a 36. heti vizsgálatot, mivel abból csupán arra nézve nyerhettünk információt, hogy mekkorát nőtt a magzat. A 36. héten elvégzendő ultrahang vizsgálatot 1992-ben tették kötelezővé azzal a céllal, hogy a szűréssel csökkentjük a magzati halálozást. Magyarországon azonban évtizedek óta változatlan arányú – fél százalékon belüli – a méhen belüli elhalás. Az elmúlt húsz év alatt tehát bebizonyosodott, hogy hiába végeztük el a terheseken ezt a vizsgálatot, a méhen belüli elhalás aránya nem változott. Innentől kezdve nem kérdés, hogy szükség van-e erre a vizsgálatra. Mindezt lehet kritizálni, de érdemes körbenézni a nagyvilágban: a kitűnő szülészeti eredményeket felmutató Norvégiában csak a terhesség 12. és 18. hetében végeznek szűrő jelleggel ultrahang vizsgálatot.

#### **– Véleménye szerint hogyan fogja befolyásolni a várandósgondozásról szóló új rendelet a várandós anyák ellátását?**

Úgy gondolom, hogy a rendelet megszületése óriási előrelépést jelent a szakmánknak. Ha tekintetbe vesszük azt, hogy a szülész-nőgyógyászok száma valószínűleg tovább

csökken, akkor a szülésznők közreműködése egyre inkább megkerülhetetlen lesz. Egyelőre csak azt mondja ki a rendelet, hogy a szülésznő a várandós választása esetén végezhet várandósgondozást, ám megérzésem szerint ez egy

átmeneti megoldás. E kitétel törlése előbb-utóbb be fog következni. Amennyiben a szülésznők részvétele a várandósgondozásban tömegessé válik, óriási teher fog legördülni a szülész-nőgyógyászok válláról.

*Boromisza Piroska*

## NÉVJEGY



**Dr. Pajor Attila** szülész-nőgyógyász szakorvos, az orvostudományok akadémiai doktora, egyetemi tanár.

Orvosi diplomáját 1972-ben szerezte a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karán. 1972 óta a Semmelweis Egyetem ÁOK II. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján dolgozik, melynek igazgatója volt

2006-2012 között. A Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium tagja, 2011-től a Szakmai Kollégium Szülészeti és Nőgyógyászati, Asszisztált Reprodukció Tagozata Tanácsának elnöke. Tudományos érdeklődése: a súlyos betegségekkel társult terhességek gondozása. Tudományos eredményeiről számos hazai és nemzetközi szakfolyóiratban, kongresszuson beszámolt. 1985-ben az orvostudomány kandidátusa, majd 1999-ben a Magyar Tudományos

Akadémia doktora fokozatot nyerte el. Két szakkönyv szerzője, továbbá több tankönyvi és kézikönyv-fejezet írója. 1984-ben munkatársaival szabadalmat jelentett be. Egyetemi oktatói tevékenységéből kiemelendő, hogy 40 tudományos diákköri hallgatót tanított. 1986-ban urodinamiás laboratóriumot, majd 1987-ben, hazánkban az elsők között, menopauza szakrendelést hozott létre a klinikán, ezeknek évekig vezetője is volt. 1990-ben speciális ambulanciát indított el a súlyos hematólogiai betegek terhességének és szülésének ellátására. 1995-ben a súlyos immunológiai betegek szülészeti ellátására hozott létre speciális ambulanciát, amely később, szintén egyedülállóan, országos ellátási központtá vált. Nevéhez fűződik a tromboembólia okozta anyai halál megelőzésének hazai elterjedése, valamint a trombofiliás nők magzati veszteségének kis molekulatömegű heparin profilaxissal történő csökkentése.

## ***A demenciáról tanácskoznak***

**Az előregedő társadalmakban Európa-szerte nagy terhet ró az egészségügyi ellátórendszerre az idős, beteg emberek ápolása, életminőségének javítása.**

A várható élettartam meghosszabbodása miatt a következő években 25 százalékkal több szociális és ápoló szakemberre lesz szükség az idősellátásban. Különösen aktuális tehát a kéthetes nemzetközi ápolói konferencia témája: A beteg az első – támogató beavatkozások az életminőség javítására demenciában szenvedő emberek számára.

A finn, török és osztrák egyetemekről érkezett hallgatóknak és oktatóknak a házigazda Debreceni Egyetem Egészségügyi Karának oktatói mutatják be a demens betegeket ellátó hazai intézményrendszert. Az előadásokon olyan szakemberek osztják meg tapasztalataikat a résztvevőkkel, akik napi munkájuk során demenciában szenvedő időseket ápolnak.

Az Európai Unió élethosszig tartó tanulást ösztönző programja által támogatott rendezvényen mintegy ötven szakember vett részt 2014. március 30. és április 12. között a Debreceni Egyetem Egészségügyi Karán. A tanácskozást Csernoch László egyetemi tanár, rektorhelyettes, valamint Fábíán Gergely dékán nyitották meg.

*Forrás: Sajtóiroda – DO*