

**Az intézeten kívüli szülés alapjogi megközelítése
– Javaslat egy új szabályozás kidolgozásához**

Mindenhol jó, de legjobb otthon?

Tartalom

Rövidítések jegyzéke.....	3
1 Bevezetés, a dolgozat céljának meghatározása.....	4
2 Külföldi és hazai viszonyok ismertetése.....	6
2.1 Fogalom-meghatározások	6
2.2 Az orvoslás egészét átható, ide kapcsolódó fő gondolatok.....	8
2.3 Külföldi kitekintés.....	8
2.3.1 I. csoport.....	9
2.3.2 II. csoport	11
2.3.3 Összegzés	13
2.4 Hazai viszonyok	14
2.4.1 Statisztikák	15
3 Vonatkozó alapjogi ütközések vizsgálata	17
3.1 Élethez és emberi méltósághoz való jog	17
3.1.1 Az anya önrendelkezési joga és az állam életvédelmi kötelezettsége.....	18
3.1.2 A magánszféra védelméhez való jog.....	20
3.2 Diszkrimináció tilalma	22
3.3 Testi és lelki egészséghez való jog.....	26
3.4 Konklúziók.....	30
4 A szülés fajtái, pszichológiai vonatkozások	32
4.1 Intézeti szülés	32
4.1.1 Beavatkozások intézeti szülés esetén	35
4.2 Intézetén kívüli szülés	37
4.2.1 Otthonszülés	37
4.2.2 Születésházban, szülőotthonban zajló szülés	38
5 De lege ferenda javaslat	39

5.1	Törvényi szinten történő szabályozás szükségessége	39
5.2	Az orvos-, szülésznő- és bábaképzés átalakítása	40
5.3	A nők felkészítése	42
5.4	Pszichológusok, pszichoterapeuták	43
5.5	A szülőotthoni szülés	43
6	Összegzés	46
7	Forrásjegyzék	48
7.1	Felhasznált irodalom:	48
7.2	Hivatkozások:	49
7.3	Interjúk	49
7.4	Internetes források	50
7.5	Jogforrások jegyzéke	50
7.6	Alkotmánybírósági határozatok	51

Rövidítések jegyzéke

AB	Alkotmánybíróság
ABH	Alkotmánybírósági határozat
Alaptv.	Magyarország Alaptörvénye (2011. április 25.)
Alkotmány	1949. évi XX. törvény
Biomedicina egyezmény	2002. évi VI. törvény az Európa Tanácsnak az emberi lény emberi jogainak és méltóságának a biológia és az orvostudomány alkalmazására tekintettel történő védelméről szóló, Oviedóban, 1997. április 4-én kelt Egyezménye: Az emberi jogokról és a biomedicináról szóló Egyezmény, valamint az Egyezménynek az emberi lény klónozásának tilalmáról szóló, Párizsban, 1998. január 12-én kelt Kiegészítő Jegyzőkönyve kihirdetéséről
Bíróság	Emberi Jogok Európai Bírósága
Charta	Európai Unió Alapjogi Chartája
Egyezmény	Emberi Jogok Európai Egyezménye
EJEB	Emberi Jogok Európai Bírósága
EJEE	Emberi Jogok Európai Egyezménye
EJENY	Az Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata
Eütv.	1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
Kollégium	Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium
MOK	Magyar Orvosi Kamara
Rendelet	A Kormány 35/2011. (III. 21.) Korm. rendelete az intézeten kívüli szülés szakmai szabályairól, feltételeiről és kizáró okairól
OEP	Országos Egészségbiztosítási Pénztár
SZAB	Szövetségi Alkotmánybíróság
tv.	törvény

1 Bevezetés, a dolgozat céljának meghatározása

„Egy ország szabadsága lemérhető a szülés szabadságán.”

(Geréb Ágnes)

Bár a témaindító gondolat Geréb Ágnestől származik, és látok is igazságot e szavak mögött, nem célom állást foglalni ebben a kényes témában, sem mellette, sem ellene. Hiszen, ahogy az a Fővárosi Bíróság (2012. január 1-től Fővárosi Törvényszék) közleményében is olvasható Geréb Ágnes és társai ügye kapcsán: „Egy esetleges felmentő ítélet sem jelentené azt, hogy van jogosultsága az otthonszülésnek, mint ahogyan az elmarasztalásból sem lehet arra következtetni, hogy az otthonszülés rossz.”

Éppen ezért dolgozatomat igyekeztem bármely oldal irányában érzett elfogultság nélkül elkészíteni.

Célom az volt, hogy a nemzetközi gyakorlat áttekintésének segítségével egy olyan lehetséges szabályozást alakítsak ki, mely biztosítja mind az anya, mind a születendő gyermek alapvető jogait, és a lehetőségek között valamennyi szülő nő megtalálhassa a számára megfelelő szülési módot és helyszínt annak érdekében, hogy a szülés közben minél kevesebb traumát kelljen elszenvedniük. Amennyiben pedig ez mégis megtörténik, az ne legyen hatással hátralévő életükre.

Az intézeten kívüli szülés témájához szorosan kapcsolódnak bizonyos alapjogok, melyek dolgozatom fő vonalát alkotják, így nevezetesen:

- i. az élethez és emberi méltósághoz való jog,
- ii. az önrendelkezéshez való jog,
- iii. a magánszféra védelméhez való jog,
- iv. a testi-lelki egészséghez való jog,
- v. és a diszkrimináció tilalma.

Különösen nagy figyelmet kell fordítani az alapjogok korlátozásával kapcsolatban a jogforrási hierarchiára. Az Alaptv.¹ és a 27/2002 (VI. 28.) AB határozat értelmében alapjog korlátozása

¹ Alaptv. I. cikk (3)

csak és kizárólag törvényben lehetséges.² Az Alkotmánybíróság ugyanakkor az Alkotmány 8. § (2) bekezdésének értelmezése során rámutatott arra, hogy mindig csak a konkrét szabályozásnak az érintett alapjoggal való kapcsolata intenzitásától függően állapítható meg az alapjog-korlátozás megfelelő szabályozási szintje. [64/1991. (XII. 17.) AB határozat, ABH 1991. 297, 300.]

Magyarországon az intézetén kívüli szülés szakmai szabályait, feltételeit és kizáró okait azonban mégis kormányrendeletben határozták meg, korlátozva ezzel a nők önrendelkezéshez való jogát, ezen keresztül pedig az élethez és emberi méltósághoz való anyajogot.

Bár ez egy alapjogi dolgozat, több szemszögből igyekeztem megközelíteni a kérdést. Tekintettel arra, hogy pszichológia szakon is folytatok tanulmányokat, *de lege ferenda* javaslatom igyekeztem úgy kialakítani, hogy helyet kapjon benne a lélek egészsége, mindemellett pedig kutatásokat végeztem az orvosi oldalon is, hiszen ez a téma *sine qua non-ja*.

Úgy vélem, a szabályozás kialakításakor nem zárhatjuk ki az intézetén kívüli szülés levezetésében nagy szakmai tapasztalattal rendelkező szakértők véleményét, melyre *de lege ferenda* javaslatomban is figyelemmel voltam, amely alapjaiban a svájci modellre épül. A baba- és orvosképzésre vonatkozó gondolatok innen származnak, ám mivel a modell teljes egészében nem valósítható meg Magyarországon, dolgozatomban a magyar rendszerre átültethető szabályozást dolgoztam ki.

² A 2012. január 1. előtt hatályban lévő Alkotmány, az 1949. évi XX. törvény 8. § (2) bekezdése is kimondta ezt: „A Magyar Köztársaságban az alapvető jogokra és kötelességekre vonatkozó szabályokat törvény állapítja meg, alapvető jog lényeges tartalmát azonban nem korlátozhatja.” Ezen alapul a 27/2002. (VI. 28.) AB határozat is.

2 Külföldi és hazai viszonyok ismertetése

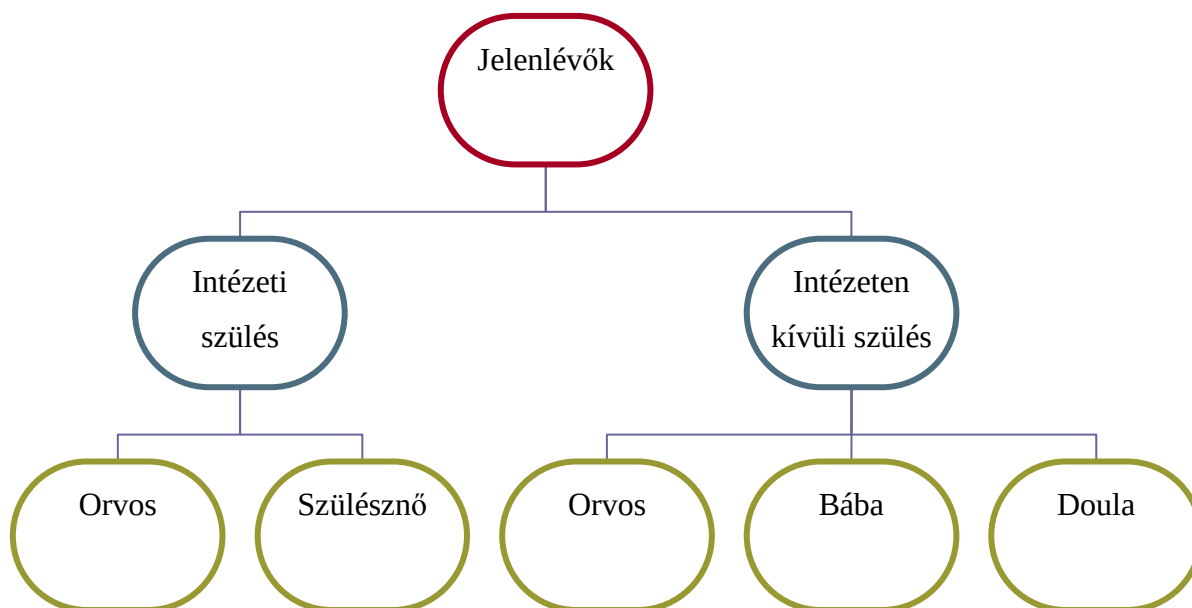
2.1 Fogalom-meghatározások

Attól függően, hogy a szülésre hol kerül sor, más-más személyek vannak jelen a folyamatnál. Ahogyan az 1. ábrán is látható, a szülés történhet intézetben (kórházban) és intézeten kívül is. Az első eset nem szorul magyarázatra, hiszen a magyarországi gyakorlat azt mutatja, hogy a szülés általában kórházban zajlik. Az intézeten kívüli szülés azonban – ahogy ez később bővebb kifejtésre is kerül – történhet szülőotthonokban, születésházakban illetve otthon is.

Az otthoni szülés kifejezés nem takar egységes fogalmat.³ Különbséget kell tenni a viharos gyorsasággal zajló, mentő hívására és kórházba szállításra már nem alkalmas, nem intézeti (például otthoni) szülés, amelynek során az elsősegély nyújtása minden orvos és szülésznő kötelessége, és a tervezett, tehát előre elhatározott otthoni szülés között. A tervezett otthoni szülés napjainkban szerte a világon egyike a sokat vitatott alternatív szülési módoknak, különösen nagy vitát vált ki ide kapcsolódóan az anya önrendelkezés jogának és az állam életvédelmi kötelezettségének ütközése. Azonban – ahogyan azt az EJEK gyakorlatában is láthatjuk – komoly vitát robbanthat ki a magánszféra kapcsán is.

Az ábra jól szemlélteti, hogy mely esetekben kik vannak jelen a szülésnél.

1. ábra



³ <http://www.babanet.hu/cikkek/otthoniszules-ket-ajanlas-kozott> (2012. 12. 05.)

A külföldi modellek megértése céljából fontos elhatárolni a szülésznő, a bába és a *doula* fogalmát.

A jogi értelmezés a szülésznő és a bába közt nem tesz különbséget, a népnyelvben a bába szó a szülésznő megfelelője, azonban az otthonszülésnél segédkező szülésznőt bábának nevezzük egyrészt hagyományörzés céljából, másrészt filozófiájukban is van különbség.

A bábák elfogadják, hogy a szülés egy természetes folyamat, nagyobb türelemmel viseltetnek a szülő nő felé, időt és törődést adnak a családnak – *kísérik* a szülést –, szemben a kórházi viszonyokkal, ahol különböző beavatkozásokkal befolyásolják a szülés megkezdését, folyamatát. Itt a nők nem kapják meg a számukra szükséges és nagy segítséget nyújtó odafigyelést, nem is igazán van arra idő, hogy minden kismamára elegendő figyelmet fordítsanak. A szülészorvos a szüléskísérés helyett *levezeti* a szülést. A szülés kórházi folyamattá válásakor a szülésznők is bekényszerültek a kórházba, ahol gyakorlatilag a szülészorvosok asszisztensei lettek.

A bába feladata a terhesgondozás, szüléskísérés, komplikációk felismerése, és a gyermekágyi gondozás, míg a szakorvosok az esetleg fellépő komplikációkat hárítják el és elvégzik a műszeres, műtéti háttérrel igénylő beavatkozásokat.⁴

A *doula* szülés körüli asszonytársi segítőt jelent. Olyan nőt, aki fizikai és érzelmi támaszt nyújt a várandósság, főként a szülés és a gyermekágyas időszak alatt. Legtöbbször a *doulák* olyan asszonyok, akiknek már van szülési tapasztalatuk. Laikus segítők – nem helyettesíthetik az orvost, a szülésznőt valamint a védőnő munkáját sem, hanem kiegészítik azt. *Doula* lehet például a szülő nő édesanyja, vagy akár egy tapasztalattal rendelkező rokon, barátnő is.

Végül fontos még a fogalmi rendszer tisztázása érdekében a beteg fogalmának meghatározása. Az egészségügyről szóló törvény 3. § a) bekezdése értelmében *beteg*: az egészségügyi szolgáltatásokat igénybe vevő vagy abban részesülő személy.⁵

⁴ VARRÓ 2011.

⁵ A megnevezéssel kapcsolatosan felmerülő problémák az Alapjogi vonatkozások fejezetén belül az Élethez és emberi méltósághoz való jog alfejezetben kaptak helyet.

2.2 Az orvoslás egészét átható, ide kapcsolódó fő gondolatok

Hippokratész már két és fél ezer évvel ezelőtt is azt tanította: „Az orvoslásnak két feladata van: Enyhíteni a szenvedést és nem ártani a betegnek.”

A *Hippocratis Iusjurandum* az ókorban élt orvos, Hippokratész nevét viselő, etikai szellemű eskü, melyet az orvosok doktorrá avatásukkor tesznek.⁶ Az eskü szelleme a legtöbb országban áthatja az orvoslást, így az arra vonatkozó jogszabályokat is. Szövege szakmai elvárásokat, magatartási szabályokat és szankciókat is tartalmaz. Nagy hangsúlyt fektet az élet védelmére, a betegről történő gondoskodásra és a titoktartásra. Felszólít arra, hogy „*Primum non nocere!*”, azaz „Csak nem ártani!”⁷. Eszerint az orvosnak a lehető leginkább el kell kerülnie minden mesterséges beavatkozást, hacsak nem nyilvánvaló, hogy az sokkal többet használ, mint árt.⁸ Kimondja azt is, hogy „*Salus aegroti suprema lex esto.*”, mely szerint „A beteg érdeke a legfőbb törvény.”⁹

Szintén az ókorból származik Ulpianus hármas tézise, mely magában foglalja a „mást nem sérteni”-elvet.¹⁰ Azzal, ha egy orvos sürgősen beavatkozást végez betegén, így megsérti annak testi épségét, megsérti testi-lelki egészségéhez való jogát is, mely jogot az Alaptv. is deklarálja.¹¹

2.3 Külföldi kitekintés¹²

Bár elsősorban európai országokat vizsgáltam, érdemes megemlíteni az Amerikai Egyesült Államok és Nagy-Britannia álláspontja közötti nagy különbséget. Az amerikai szülészeti és nőgyógyászati szakkollégium, az American College of Obstetricians and Gynecologists maximálisan elutasítja az otthonaszülést, véleményük szerint az veszélyeztetni mind az anyát, mind a magzatot.¹³ Ezzel szemben a nagy-britanniai szülészek szakmai kollégiuma, a Royal

⁶ A Magyar Orvosi Kamaráról szóló törvényben előírt kötelezettségnek eleget téve a MOK megalkotta az első Magyar Orvosesetikai Kódexet, ebben szerepel a hippokratészi esküre alapozott Orvosi eskü általuk javasolt szövege

⁷ Más megfogalmazásban: „*Nil nocere!*”, azaz „Sohase árts!”

⁸ LENKEI 2008, 41.

⁹ Bővebben ld. SÓTONYI 2008

¹⁰ „*Juris praecepta sunt haec: honeste vivere, alterum non laedere, suum cuique tribuere.*” Tehát: „A jog előírásai ezek: tisztességesen élni, mást nem sérteni, mindenkinek megadni a magáét.”

¹¹ Alaptv. XX. cikk (1)

¹² <http://www.babaszovetseg.hu/miniszterium9.htm> (2012. 12. 01.),

<http://www.szabadonszulni.hu/szakmai.php?lapozo=kulfold> (2012. 12. 01.)

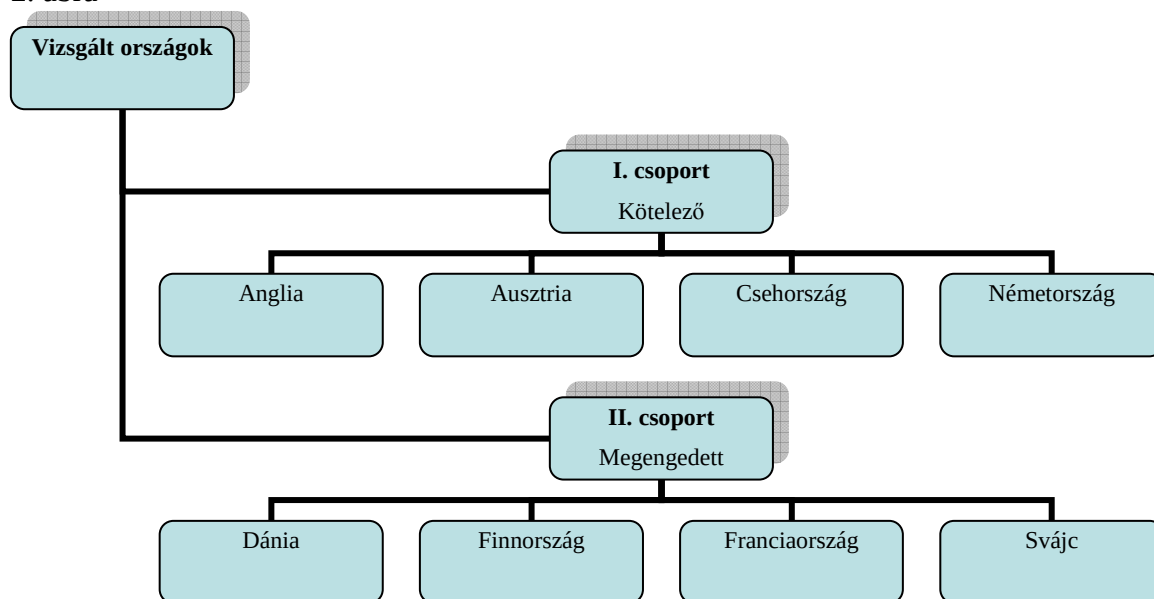
A weboldalakon más országokkal, többek között Hollandiával kapcsolatos ismeretek is megtalálhatók. Bár Hollandiában rendkívül magas az otthonaszülések aránya, dolgozatomat a fent említett 8 ország vizsgálatára alapoztam.

¹³ ACOG Statement on Home Births

College of Obstetricians and Gynaecologists azon az állásponton van, hogy az otthoni vajúdás növeli annak az esélyét, hogy az anya biztonságban és elégedetten hozza világra gyermekét.¹⁴ Már ez az azonos kultúrkörön belüli éles felfogásbeli ellentét is mutatja, hogy a téma megítélése nem evidens.

Az általam vizsgált országok¹⁵ két részre oszthatók az alapján, hogy a baba jelenléte a szülésnél kötelező, vagy megengedett.

2. ábra



2.3.1 I. csoport

Az első csoportot – ahol a szülésznő jelenléte kötelező – Anglia, Ausztria, Csehország és Németország alkotja. A megfogalmazásból kikövetkeztethető, hogy az említett országokban szülő nők nem kötelesek kórházba menni, szabadon, saját meggyőződésük alapján választhatják meg a szülés helyszínét.

2.3.1.1 Anglia

Angliában a bábai szakmát törvény¹⁶ védi, amelynek keretében a baba (*midwife*) önálló felelősséget vállalhat a komplikációmentes terhességért és szülésért.¹⁷ A szülésnél mindig

http://www.acog.org/Resources_And_Publications/Committee_Opinions/Committee_on_Obstetric_Practice/Planned_Home_Birth (2012. 12. 01.)

¹⁴ Royal College of Obstetricians and Gynaecologists/Royal College of Midwives Joint statement No.2, April 2007. <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/uploaded-files/JointStatementHomeBirths2007.pdf> (2012. 12. 01.)

¹⁵ Anglia, Ausztria, Csehország, Dánia, Franciaország, Finnország, Németország, Svájc

jelen van egy bába, még akkor is, ha komplikációk vannak. Komplikáció esetén ő veszi fel a kapcsolatot a nőgyógyással, aki ezután átvállalja a felelősséget az adott szülés levezetéséért, és bába a nőgyógyással együttműködve folytatja a nő ellátását. A bába és a bejegyzett orvos felelősségi körei kiegészítik egymást. A szakemberek a saját gyakorlatukért vállalják a felelősséget. Nehéz szülés esetén a végső felelősség a nőgyógyászé.

2.3.1.2 Ausztria

Az 1994-es osztrák törvény¹⁸ értelmében: „Minden szülő nő köteles a szüléshez szülésznőt hívni, aki a szülés alatti ellátásáról gondoskodik és ellátja az újszülöttet.” Ausztriában a bábáság független az ápolói szakmától. A bábák dolgozhatnak:

- kórházakban,
- magánpraxisban,¹⁹
- szülőotthonokban,
- születésházakban,
- valamint bábaházakban.

2.3.1.3 Csehország

Szüléseknél a bába jelenléte Csehországban is szükséges, az otthoni szülés engedélyezett. A bába önállóan kísérheti a szülést, szükség esetén szakorvosi ellátást kell biztosítani.

A szülésznők képzéséről, képesítéséről szóló rendelet szerint az otthoni szülés feltételeit - ki, mikor, hány évesen, milyen egészségi feltételek mellett választhatja - az egyes bábák határozzák meg, külön egységes protokoll nincs. Orvosnak nem kell jelen lennie. A szülés végén ajánlott

- két bába, vagy
- egy bába és egy jártas szülészorvos, vagy
- egy bába és egy nővér jelenléte.

2.3.1.4 Németország

Az 1985-ös német törvény²⁰ rendelkezései szerint: „Bábának minden szülésnél jelen kell lennie.” Az orvosoknak minden szüléshez kötelességük bábát hívni. A német bábák

¹⁶ Nurses, Midwives and Health Visitors Act. 1997. <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1997/24/data.pdf> (2012. 12. 01.)

¹⁷ 1999-ben az összes szülés 68,8%-át vezették bábák.

¹⁸ Hebammengesetz. [http://www.jusline.at/Hebammengesetz_\(HebG\)_Langversion.html](http://www.jusline.at/Hebammengesetz_(HebG)_Langversion.html) (2012. 12. 01.)

¹⁹ Egyéves kórházi gyakorlat után indíthatnak magánpraxist, és önállóan kísérhetnek tervezett születeket.

²⁰ Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers. (Hebammengesetz - HebG) http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/hebg_1985/gesamt.pdf (2012. 12. 01.)

szülészeten és intézményeken kívül is dolgoznak. Itt a szülő nők eldönthetik, hogy szülészorvost vagy bábát választanak, döntésüket pedig a legtöbb egészségbiztosító támogatja, a szülés előtti, alatti és utáni ellátást is magában foglalja a társadalombiztosítás.

Németországban már az 1980-as években lezajlott az a folyamat, ami nálunk most aktuális. A német szülész-nőgyógyászok megpróbálták elérni az otthoni szülés betiltását és a kötelező kórházi szülést.²¹ Így a német bábákat 1985 óta a fentebb említett törvény védi, mely szerint a baba szakmai képzettsége megfelelő ahhoz, hogy ellássa és gondozza a normális terhességet, a szülést és a gyermekágyas nőt.

2.3.2 II. csoport

A második csoport (II.) országaiban a szülésznők, bábák komplikációmentes, „normális” szülésnél önállóan vállalják/vállalhatják a felelősséget, le is vezethetik a szülést. Ezt a csoportot Dánia, Franciaország, Finnország és Svájc alkotja.

2.3.2.1 Dánia

A dán szemlélet abban különbözik a magyartól, hogy a szülésznők elfogadják, hogy a szülés egy természetes folyamat. Normál terhességért és szülésért függetlenül felelősséget vállalhatnak, abnormalitás esetén a felelősség azonban a nőgyógyászé. Ilyenkor a szülést a nőgyógyász vezeti a szülésznő segítségével.

Dániában az összes szülés körülbelül 70-75%-át szülésznő kíséri, a többit nőgyógyász vezeti le szülésznő segítségével.

Abnormális terhesség esetén a szülés kórházban zajlik, de normál terhesség esetén a szülés helyét megválaszthatják a nők, így az történhet:

- otthon,
- kórházban (abnormális terhesség esetén itt zajlik a szülés),
- valamint klinikán.²²

2.3.2.2 Franciaország

Franciaországban a bábák 60%-a állami kórházakban, 25%-a magán kórházakban tevékenykedik, 15%-uk pedig független baba. Az ő feladatkörükbe tartozik a terhesgondozás, újszülött-ellátás, szülés utáni gondozás, intézetén kívüli szülés kísérése, a gátmetszés elvégzése, infúzió bekötése és az újraélesztés is.

²¹ Németországban jelenleg a szülések 98%-a kórházakban zajlik, ahol igyekeznek otthonos feltételeket teremteni a szüléshez.

²² A kórház szülésznők által vezetett része.

Az orvos csak komplikáció esetén kapcsolódik be, ilyenkor a bába az orvos mellett folytatja tevékenységét, mindketten saját cselekedeteikért vállalnak felelősséget.

A nőknek szintén van választási lehetőségük: a szülés történhet kórházban, illetve intézeten kívül, az intézeten kívüli szülés pedig otthon (körülbelül 1%), illetve szülőotthonokban is.

A társadalombiztosítás magában foglalja pl. a vizsgálatokat, szülést, előkészítő tanfolyamból nyolc órát, normál esetben a szülés után hét napot, szükség esetén pedig akár huszonegyet is.

2.3.2.3 Finnország

Finnországban teljesen más a helyzet, mint hazánkban. Nagyra értékelik a szülésznőket, akik rendszeresen publikálják is kutatási eredményeiket.

Motiválják a szülőket, hogy a szülésznőktől vegyék igénybe a szülészeti ellátást, így nemcsak születeket kísérnek, hanem ők maguk váltak elsődleges szülészeti ellátókká.

2000-ben a születek 78%-át vezette szülésznő, a maradék 22%-ot nőgyógyászok.²³

2.3.2.4 Svájc²⁴

Ebben az országban a bábadiploma önálló szülésvezetésre jogosít. A kórházi képzés időtartama három év, de a tanulóknak lehetőségük van kórházon kívüli szülésnél is segédkezni.

Nagy különbség Magyarországhoz és a legtöbb európai országhoz képest, hogy szülésvezetésre *minden orvos* jogosult. Úgy az általános orvos, mint a szakorvos, ám az általános orvosok hüvelyi operáció elvégzésére nincsenek kiképezve.

A kórházak könnyen, gyorsan elérhetők. Ez szignifikáns eltérés Magyarország és Svájc között. Többek között az infrastruktúra fejlettsége az, ami miatt Magyarországon egy ilyen szabályozás kialakítása akadályokba ütközik, hiszen a mentő nem minden esetben ér be a kórházba húsz perc alatt, még akkor sem, ha a kiszállási időt ebbe nem számítjuk bele. Éppúgy igaz ez a fővárosra, mint kisebb vidéki városokra.

A svájci kórházak abban is különböznek a magyarországiaktól, hogy az itt dolgozók barátságos, jóindulatú segítőkészséggel fogadják a megkezdett otthonaszüléssel beutalt kismamákat. Magyarországon számtalanszor előfordul, hogy ezek a nők diszkriminatív bánásmódban részesülnek.

²³ Ide tartoznak azok a születek is, ahol komplikáció lépett fel.

²⁴ Bővebben ld. VILÁGHY

Svájcban az otthonszülést vezető bába a kórházba utalt kismamával együtt megy be a kórházba, és mellette marad a kezelés végéig, növelve ezzel a szülő nő biztonságérzetét. Ennek lényegessége a későbbi fejezetekben kerül kifejtésre.

Az anya itt is maga választhatja meg a szülési helyszínt:

- szülhet otthon,
- kórházban,
- illetve szülőotthonban.

A szülőotthoni szülés előnye az otthonszüléssel szemben, hogy itt a császármetszésen kívül bármely szülészeti operáció elvégezhető, valamint szülőágy is található, ami otthonszülések esetében hiányzik.

Kísérők szempontjából kórházon kívüli szülésnél három változat lehetséges:

- szakorvos és bába által,
- általános orvos és bába által,
- orvos nélkül, kizárólag bába által.

2.3.3 Összegzés

Az első csoportba sorolt országok vonatkozó törvényeiből tehát kikövetkeztethető, hogy az említett országokban szülő nők nem kötelesek kórházba menni, szabadon, saját meggyőződésük alapján választhatják meg a szülés helyszínét. Bár úgy vélem, a bábák támogatottsága Angliában valósul meg leginkább, és talán itt a legelfogadottabb az állam szemszögéből, hogy bába kíséri a szülést, szeretném hangsúlyozni, hogy a németek és osztrákok is törvényi szinten szabályozzák a kérdést.

A második csoport országait vizsgálva szintén kitűnik a különbség a magyar és a külföldi szemlélet között. Ahogyan láthattuk, Finnország és Svájc is Magyarországtól teljesen eltérően látja ezt a „problémát”, sokkal megengedőbb az anyákkal és a bábákkal szemben.

A finn modell vívmánya a bábák munkásságának elismerése és rendkívül magas szinten történő támogatása, míg a francia dicséretes tulajdonsága a társadalombiztosítás általi támogatottság. Bár a *de lege ferenda* javaslatban említett OEP finanszírozás kialakításának ötlete a francia modellből származik, javaslatom alapjait a svájci modell adja. A fejlett

infrastruktúrán felülemelkedve – melynek hiánya miatt a modell teljes egészében Magyarországon nem valósulhat meg –, ami ezt a szabályozást rendkívül vonzóvá és humánussá teszi számomra, az az orvos- és bábaképzés folyamata, a nő lelki támogatása,²⁵ továbbá a megkülönböztetés nélküli bánásmód az otthonszülésből bekerült és kórházban szülő kismamák vonatkozásában, valamint, hogy a szülés a jelenlévők személye alapján rendkívül változatos módon, mégis a legnagyobb szakmai tudással kísérhető.

A fent vázoltak alapján látható, hogy az intézetén kívüli szülésnek más országokban van létjogosultsága, tehát nekünk sem kell elzárkóznunk egy megengedőbb szabályozástól, és nem kell, hogy kizárólag a Kollégium állásfoglalása legyen mérvadó a kérdés megítélésakor. A Kollégium által megfogalmazott aggályok, többek között, hogy *a „tervezett otthonszülés olyan veszélyeket rejt magában, amelyeket nem ellensúlyoznak előnyei”,*²⁶ a külföldi gyakorlat áttekintését követően megtámadhatók. Bár az otthonszülés valóban magában rejti a Kollégium által említett veszélyeket, ahogyan több országban is, úgy vélem, nálunk is megnyílhatna a lehetőség az anyák előtt különböző rizikófaktorokba történő besorolás alapján a szülési helyszín kiválasztására.²⁷

2.4 Hazai viszonyok²⁸

A hazai viszonyok ismertetéséhez Varró Gabriella *Otthonszülés Magyarországon* című tanulmányát vettem alapul.

A XX. század első felében a nők még otthonaikban hozták világra gyermekeiket, bába segítségével. Magyarországon egészen az '50-es évekig nem volt hagyománya a kórházi szülésnek. A szülés folyamata az '50-es évek közepétől kezdett medikalizálódni, melynek következtében napjainkban szinte minden szülés kórházban zajlik. Talán nincs még egy medikalizált terület, ahol ennyire rejtetté vált volna maga a medikalizáltság. Az emberek nagy részének teljesen természetesnek tűnik, hogy a szülés „orvosi probléma”. Azok pedig, akik az ellenkezőjét gondolják, és ennek megvalósítása során otthonukban hoznák világra gyermeküket, nem részesülnek a társadalombiztosítás részéről abban a támogatásban,

²⁵ Ennek jelentőségét ld. a testi és lelki egészséghez való jognál, ill. a *de lege ferenda* javaslatnál

²⁶ Id. Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium állásfoglalása a tervezett otthonszülésről. <http://www.nogyogyszerlat.eu/friss-hirek/szuleszeti-es-nogyogyaszati-szakmai-kollegium-allasfoglalasa-a-tervezett-otthonszulesrol-17.html> (2012. 12. 01.)

²⁷ Bővebben ld. *de lege ferenda* javaslat

²⁸ A hazai viszonyok ismertetése VARRÓ munkája alapján készült.

amelyben a kórházban szülők, hiszen Magyarországon az otthonaszülés támogatása nem része az egészségügyi alapellátásnak.²⁹

2.4.1 Statisztikák³⁰

Az idézett tanulmányban az adatfelvétel során 799 nő 1095 tervezett otthonaszüléséről gyűjtöttek információt. Ahogyan az 1. táblázat is szemlélteti, az összes tervezett otthonaszülés 13,15%-a fejeződött be kórházban, 0,46%-a kórházba szállítás közben, ami megegyezik a nemzetközi átlaggal –, 86,39%-a pedig otthon.

1. táblázat

Az otthonaszületek megoszlása	
Tervezetten otthon kezdődött és fejeződött be	86,39%
Tervezetten otthon kezdődött, de kórházba szállítás közben fejeződött be	0,46%
Tervezetten otthon kezdődött, de kórházban fejeződött be	13,15%

Magyarországon 2005 és 2010 között a bábák becslései alapján körülbelül 200-250 tervezett otthonaszülés történhetett.

A feldolgozott adatok alapján megállapították, hogy az otthonaszülés rendkívül főváros-centrikus, az otthonaszületek több mint fele (54%) itt koncentrálódik, a főváros vonzáskörzetével együtt pedig az intézeteken kívüli születek kétharmadát teszi ki.

A regionális megoszlást tekintve Közép-Magyarországon történik a legtöbb otthonaszülés (77,3%), ezután a Közép-Dunántúlon (8%), a többi régióban azonban az 5%-ot sem éri el arányuk.

A 2. táblázat szemlélteti az otthonaszületek megyei eloszlását, mely alapján Budapest után (53,9%) Pest megyében a leggyakoribb az otthonaszülés (20-30%), a többi megyében 0 és 4 százalék között mozog.

²⁹ A probléma orvoslására a *de lege ferenda* javaslat tartalmaz előterjesztéseket.

³⁰ Az általam készített táblázatokban VARRÓ művében található adatokat vettem alapul.

2. táblázat

Az otthoni szülések megyei eloszlása	
Arány	Megye
0-1%	Békés, Borsod-Abaúj-Zemplén, Hajdú-Bihar, Heves, Jász-Nagykun-Szolnok, Nógrád, Somogy, Szabolcs-Szatmár-Bereg, Vas
1-2%	Csongrád, Győr-Moson-Sopron, Tolna, Vas, Zala
2-3%	Bács-Kiskun, Baranya, Komárom-Esztergom
3-4%	Fejér
20-30%	Pest
53,9%	Budapest

Az otthoni szülő nők körében lényegesen nagyobb a gyermekvállalási kedv, és inkább a felsőfokú végzettségű, de legalább érettségivel rendelkező nők választják ezt a szülési módot.

3 Vonatkozó alapjogi ütközések vizsgálata

A dolgozat témájával kapcsolatos alapjogi vonatkozások szoros tárgyi összefüggése miatt az egyes itt részletezett alapjogokkal kapcsolatos megállapítások esetenként más alfejezetekben jelenhetnek meg. A fejezetben kereszthivatkozásokat alkalmazunk az egyes alapjogi vonatkozások között, amelyeket alábbiakban saját csoportosítás szerint mutatunk be.

3.1 Élethez és emberi méltósághoz való jog

A 8/1990 (IV. 23.) ABH az élethez és emberi méltósághoz való jogot³¹ az „általános személyiségi jog”³² egyik megfogalmazásának tekinti. Kimondja, hogy az általános személyiségi jog „anyajog”, azaz olyan *szubszidiárius* alapjog, amelyet mind az AB, mind a bíróságok minden esetben felhívhatnak az egyén autonómiájának védelmére, ha az adott tényállásra a konkrét, nevesített alapjogok egyike sem alkalmazható.³³

Az élethez és emberi méltósághoz való jog oszthatatlan, abszolút, korlátozhatatlan alapjog, mely az alapjogi hierarchia legmagasabb fokán áll. Anyajog, mely más jogok forrásaként is megjelenik az alkotmánybírósági gyakorlatban. Bár korlátozhatatlan, a belőle származó jogok korlátozhatók a szükségesség és arányosság követelményeinek megfelelően.³⁴

Az Alkotmány 54.§ (1) értelmében az emberi méltósághoz való jog minden embernek *veleszületett* joga. Az Alaptv.³⁵ is deklarálja az élethez és emberi méltósághoz való jogot, mely alapján *„az emberi méltóság sérthetetlen. Minden embernek joga van az élethez és az emberi méltósághoz, a magzat életét a fogantatástól kezdve védelem illeti meg”*.

³¹ Alkotmány 54.§ (1)

³² Az általános személyiségi jog jellemzője, hogy az Alaptv.-ben nem szereplő jogok megalapozására szolgál. HALMAI-TÓTH 2003, 273.

³³ Először Németországban került sor az emberi méltóság alapján a magánszférához való jog által biztosított alkotmányos védelemnél szélesebb, „teljes személyiségvédelem” megalapozására. A SZAB ezt a jogot és az emberi méltóság sérthetlenségét alapul véve alakította ki a személyiségi jogok alkalmazási körét. A szabad emberi személyiség védelme két területre osztható: a személyiség szférájának külső és belső területére. A külső terület az egyén általános cselekvési szabadsága, ez biztosítja az ember számára, hogy meghatározza, megjelenítse önmagát a közösségen belül. A belső vagy személyes szféra kapcsán a SZAB kimondta, hogy *az alaptörvény a személyes szabadság olyan sérthetetlen területét biztosítja az egyéneknek, ahol szabadon alakíthatják életüket*. A magánélet, a személyes szféra szabadságával összefüggő jogok tehát védelmet nyújtanak az állam kényszerítő ok nélküli beavatkozásával szemben. HALMAI-TÓTH 2003. 272-273.

³⁴ 23/1990 (X. 31.) ABH

³⁵ Alaptv. II. cikk

Ez alapján álláspontom szerint a magzatot a születés pillanatától illeti meg ez a jog, tehát amíg a gyermek nem jön világra, arra kell törekedni, hogy az anya élethez és emberi méltósághoz való jogát maximálisan tiszteletben tartsuk a várandósság és a szülés folyamata alatt, összefüggésben az önrendelkezéshez való joggal, a magánszférához való joggal, a diszkrimináció tilalmával, és a testi és lelki egészséghez való joggal is.

Felmerül a kérdés, hogy ez az életvédelmi kötelezettség élvezhet-e elsőbbséget az anya élethez és emberi méltósághoz való jogával, önrendelkezési jogával szemben?

3.1.1 Az anya önrendelkezési joga³⁶ és az állam életvédelmi kötelezettsége

A 23/1990. (X. 31.) ABH értelmében „*az élethez és emberi méltósághoz való jog olyan oszthatatlan és korlátozhatatlan alapjog, mely számos egyéb alapjog forrása és feltétele*”, így többek között az önrendelkezési jogé is.

Amennyiben az anya úgy dönt, hogy nem tart igényt a kórházi egészségügyi ellátásra, és a várandósság alatt nem merültek fel komplikációk, ez alapján döntését álláspontom szerint maximálisan tiszteletben kell tartani. Hiszen azzal, hogy saját otthonában, mindkettejük számára nyugalmat, biztonságot nyújtó környezetben kíván szülni, gyermeke érdekeit is szem előtt tartja, és azzal, hogy baba vagy szükség esetén orvos kíséri a szülést, a szükséges szakmai támogatást is megkapja. Tehát nem veszélyezteti gyermekének sem életét, sem testi épségét. Súlyos komplikációk fellépése esetén azonban továbbra is fennáll a szülés kórházban történő folytatásának lehetősége.

Az államnak az Alaptv. rendelkezésének értelmében³⁷ elsőrendű kötelezettsége az alapvető jogok védelme. Mit is jelent ez a kötelezettség? A legszigorúbb liberális államfelfogás azt vallja, hogy az államnak csupán tartózkodási kötelezettsége van az alapvető jogokkal kapcsolatban; a lényeg az, hogy az állam szervei magatartásukkal ne sértsék meg az alapvető jogokat. A modernebb alkotmányjog felfogás – mely véleményem szerint az Alaptörvény szövegéből is kitűnik – azt tartja, hogy az államnak aktívan biztosítania is kell az alapvető jogok védelmét.³⁸

³⁶ 64/1991 (XII. 17.) ABH

³⁷ Alaptv. II. cikk: *Az emberi méltóság sérthetetlen. Minden embernek joga van az élethez és az emberi méltósághoz, a magzat életét a fogantatástól kezdve védelem illeti meg.*

³⁸ GÁRDOS–OROSZ 2009. 405.

A hangsúly általában arra esik, hogy az államnak kötelezettsége a jogintézmény minimális védelmét megteremteni, nem állhat elő olyan helyzet, amikor az intézmény léte kerül veszélybe.³⁹ Ahogyan később az Alkotmánybíróság is fogalmazott „az intézményvédelem alkotmányos követelménye (mérceje) nem szükségesség és az arányosság, hanem a mindenkori intézmény alkotmányos feladatai megvalósításához igazodik.”⁴⁰

Ennek pedig maximálisan akkor tud eleget tenni, ha a szülés a kórházban zajlik, orvos felügyelete és állandó ellenőrzés mellett. Ez a kötelezettség azonban, ahogyan az AB is rámutatott,⁴¹ – ellentétben az élethez való joggal – nem abszolút. Ezért lehetséges, hogy vele szemben más jogokat mérlegeljenek, s a magzati élet védelmére irányuló kötelezettséget így korlátozhatja például az anya egészséghez való joga, vagy önrendelkezési joga.

A magyar állam eleget tesz Alaptv.ben foglalt kötelezettségének, amikor a kórházi szülést támogatja, ugyanakkor éppen ezzel több jogot is megsért: korlátozza az anyák önrendelkezési jogát, sértheti az emberi méltósághoz való jogot, beleszól a magánszférába, és különbséget tesz szülő nők között az általuk megválasztott szülési helyszín alapján.

Érthető tehát, hogy az állam oldaláról miért annyira fontos, hogy a szülés a kórházon belül történjen, ez azonban a probléma megoldásának egyszerűbb, jogsértő módja. Egy összetettebb, az állam részéről több ráfordítást igénylő megoldás lenne célszerű annak érdekében, hogy az említett jogok a lehető legkevésbé⁴² sérüljenek. Ehhez pedig elengedhetetlen az állam semlegessége.

Ahogyan a politikában a többpártrendszer kapcsán, itt is jelen kell, hogy legyen a pluralizmus, mégpedig a választási lehetőségek biztosítása kapcsán. Az államnak és a szülész-nőgyógyász szakmának is el kell fogadnia, hogy többféle értékrend létezik. Az államnak ebben a tekintetben is semlegesnek kell maradnia, nem foglalhat állást egyetlen felfogás mellett, és nem minősítheti a többit kevésbé értékesnek/alacsonyabb értéktartalommal bírónak. Ez teljes mértékben ellentétes a demokrácia alapelveivel és az élethez és emberi méltósághoz való

³⁹ SÓLYOM 2001. 422.

⁴⁰ 52/1997. (X.14.) ABH

⁴¹ 64/1991 (XII. 17.) ABH

⁴² Tekintettel arra, hogy olyan állapot megvalósítása, melyben egyik fél jogai sem sérülnek, gyakorlatilag kizárt.

joggal is.⁴³ Ahogyan az említett országokban is egymás mellett működhet az intézeten kívüli és az intézeti szülés, úgy megférhet egymás mellett a kettő Magyarországon is.

A jelenleg hatályos Rendelet akkor tudna egyenlő esélyeket teremteni, ha az intézeten kívüli szülés bekerülne az egészségügyi alapellátásba, és az OEP az intézeti szüléshez hasonlóan támogatná. Úgy vélem, a Rendelet megalkotásakor erre tekintettel kellett volna eljárni, az ilyen mérvű részletszabályok meghatározása is szükséges lett volna annak érdekében, hogy hatálybalépésekor a rendelet ne legyen diszkriminatív.⁴⁴

3.1.2 A magánszféra védelméhez való jog

Több nemzetközi egyezmény is deklarálja a magánszféra védelméhez való jogot, így a Charta 7. cikke, az EJENY⁴⁵ 12. cikke, az EJEE⁴⁶ 8. cikke, a Biomedicina Egyezmény⁴⁷ III. fejezetének 10. cikke is szabályozza a kérdést.

Ezen jog kapcsán fontosnak tartom az strasbourgi bíróság gyakorlatának ismertetését is. Az EJEB elé került egy magyar ügy⁴⁸ a magánélet védelméhez való jog kapcsán. Ternovszky Anna második gyermekét várta, amikor 2009-ben a Bírósághoz fordult amiatt, hogy Magyarországon az intézeten kívüli szülés kérdése nincs szabályozva, a szülést otthon kísérő szakembereknek pedig jogi következményektől kell tartania. A Bíróság 2010. december 14-én kelt döntésében 6:1 arányban kimondta, hogy Magyarország megsértette az Egyezmény 8. cikkét azáltal, hogy nem szabályozta az otthoni szülés kérdését. Emellett hivatkozott többek között az akkor hatályos Alkotmány által biztosított legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jogra, az Eütv. által biztosított önrendelkezési jogra, és kimondta, hogy a Kormány köteles *rendeletben*⁴⁹ meghatározni azokat a szakmai szabályokat és feltételeket, amelyek az intézeten kívüli szülésre, illetve ezen szülés kizárásának okaira vonatkoznak. Ennek – és az aktuális bábapereknek⁵⁰ – a hatására megszületett a magyarországi szabályozás, mely kormányrendeletben kívánja rendezni ezt a rendkívül kényes kérdést.⁵¹

⁴³ Ld. még: a magánszféra védelméhez való jogról

⁴⁴ Bővebben ld. a Diszkrimináció tilalmánál

⁴⁵ http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/hng.pdf (2012. 12. 01.)

⁴⁶ [http://www.echr.coe.int/NR/rdonlyres/01BD2C9F-96C5-4AC7-A4F6-](http://www.echr.coe.int/NR/rdonlyres/01BD2C9F-96C5-4AC7-A4F6-389A89ACEE24/0/Convention_HUN.pdf)

[389A89ACEE24/0/Convention_HUN.pdf](http://www.echr.coe.int/NR/rdonlyres/01BD2C9F-96C5-4AC7-A4F6-389A89ACEE24/0/Convention_HUN.pdf) (2012. 12. 01.)

⁴⁷ http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0200006.TV (2012. 12. 01.)

⁴⁸ Ternovszky v. Hungary (Application no. 67545/09)

⁴⁹ Vö. *De lege ferenda* javaslat

⁵⁰ Geréb Ágnes és társai

⁵¹ Nem a magyar ügy az egyetlen az otthoni szülés kapcsán az EJEB gyakorlatában. A bolgár Helsinki Bizottság egy terhes nő nevében – aki otthon kívánja világra hozni gyermekét – nyújt be keresetet az EJEB-hez Bulgária

3.1.2.1 A magánszféra védelméhez való jog és az élethez és emberi méltósághoz való jog kapcsolata

A kérdés egyfelől megközelíthető úgy, hogy az állam hatáskörébe telepítjük az otthonszülés, intézeten kívüli szülés kizárása okainak meghatározását, azonban álláspontom szerint ez a megközelítés helytelen, hiszen az anya számára szükséges biztosítani a választás szabadságát az élethez és emberi méltósághoz való jogból levezethető önrendelkezési jog keretein belül, ahogy arra már a fenti kontextusban korábban is utaltam.

A korábbi alkotmányunk a magánszférához való jogot (magánélet szabadságához való jogot) külön nem nevesítette, ezért is volt nagy horderejű az Alkotmánybíróság 46/1991. (IX. 10.) számú határozata, melyben az AB úgy fogalmazott, hogy „[...] nyomatékosan rámutat: az emberi méltósághoz való jog korántsem csupán a jó hírnévhez való jogot foglalja magában, hanem egyebek között a magánszféra védelméhez fűződő jogot is.”

Az Alaptv. VI. cikk (1) bekezdés értelmében *„mindenkinek joga van ahhoz, hogy magán- és családi életét, otthonát, kapcsolattartását és jó hírnevét tiszteletben tartsák”*. A II. cikk alapján pedig az államnak kötelessége az emberi élet védelme. Ezen a helyen az Alaptv. kimondja, hogy *„az emberi méltóság sérthetetlen, minden embernek joga van az élethez és az emberi méltósághoz”*. A 46/1991 (IX. 10.) ABH értelmében az emberi méltósághoz való jog magában foglalja egyebek között a magánszféra védelméhez fűződő jogot is. *„Ennél fogva az is ellentétes az emberi méltósághoz való alapvető joggal, ha valakivel szemben kellő alap nélkül alkalmaznak hatósági kényszert, s ezáltal az állam indok nélkül avatkozik be a magánszféra körébe tartozó viszonyokba. Az a jogi szabályozás, amely ezt akár csak potenciálisan lehetővé teszi, arra való tekintet nélkül alkotmányellenes, hogy ez az alkotmányellenes jogkövetkezmény az ügyek hány százalékában következik be”*

Ezen ABH-t kiterjesztve az intézeten kívüli szülésre, úgy vélem, bár az államnak kötelessége védeni az anya és gyermek életét egyaránt, nincs joga a szülő nő helyett döntést hozni abban a kérdésben, hogy melyik a legmegfelelőbb helyszín számára és gyermeke számára a szülésre. A szülés egy rendkívül intim folyamat, így helyszínének megválasztása a szülő nőre, a szülőkre és legfeljebb a családra tartozik. Az államnak úgy kell gondoskodni a születendő

ellen azon az alapon, hogy a törvény az anyákat megfosztja attól a lehetőségtől, hogy otthonszülésnél orvosi szaksegítségét vegyenek igénybe. (Ez az implicit tilalom jellemző a volt keleti blokk országaira.)
<http://www.bghelsinki.org/en/news/press/single/bhc-brings-case-ecthr-against-bulgaria-grounds-mothers-are-legally-prevented-delivering-their-babies-home-medical-assistance/> (2012. 12. 01.)

gyermek és az anya életének védelméről, hogy mindeközben lehetőséget teremtsen az anya számára a lehetőségek mérlegelésére, majd támogassa az anya döntését, nem pedig úgy, hogy állást foglal egy szülési mód és helyszín mellett, a többi létjogosultságát pedig ellehetetleníti.

Egyetértek az AB azon megállapításával is, mely szerint a „jogállamiságnak való megfelelés tartalmi értelemben magában foglalja az alapvető jogok tiszteletben tartását és védelmét is”.⁵² Emellett a pluralizmus, mint a demokrácia egyik alapértéke megkívánja, hogy az állam ilyen horderejű kérdésekben semleges maradjon. Adnia kell egyfajta keretet ahhoz, hogy a lehetőségek egymástól függetlenül működni tudjanak – ahogy a többpártrendszerekben is több párt választható – ám nem avatkozhat be ennyire mélyen a család, az anya, a születendő gyermek életébe. Azzal, hogy az intézeti szülés mellé áll, sérti a család magánélethez való jogát, elveszi tőlük a szabad választás lehetőségét.

Sok nő rossz kórházi tapasztalatai miatt választja az otthoni szülést. Mások úgy érzik, a kórház nem tudja számukra biztosítani a nyugodt, háborítatlan szülés lehetőségét. Legyenek rákényszerülve arra, hogy elszenvedjék azt, amit – amennyire csak lehet – elkerülnének?

Ebben az esetben sok nő azt az opciót fogja választani, hogy nem szül, hiszen csak ezzel kerülheti el azt, amit egy átlagos kórházi szülésnél kellene átélnie. Ennek pedig a népességnövekedésre sem lenne pozitív hatása, ami hazánkban szintén aktuális probléma.

Megfordítva az érvelést: ha az állam minden nő számára⁵³ lehetővé tenné az intézeten kívüli szülést, akár szülőotthonokban lezajló, akár otthoni szülés formájában, s a szülési helyszínről, módról való döntést az ő kezükbe adná, úgy pozitívan befolyásolhatná a népességnövekedést.

3.2 Diszkrimináció tilalma⁵⁴

Az intézeten kívüli szülésre vonatkozó jelenleg hatályos szabályozás⁵⁵ olyan feltételek megteremtését írja elő, melynek következtében akár 200-300 ezer forintot is kell fizetniük

⁵² 36/1992. (VI.10.) ABH

⁵³ Nem a jelenleg hatályos kormányrendeletben meghatározott, de egészségügyi feltételek és kizáró okok figyelembevételével, állam általi támogatottsággal.

⁵⁴ Az említettek mellett rendelkezik erről az EJE 14. cikke is, melynek értelmében: „A jelen Egyezményben meghatározott jogok és szabadságok élvezetét minden megkülönböztetés, például nem, faj, szín, nyelv, vallás, politikai vagy egyéb vélemény, nemzeti vagy társadalmi származás, nemzeti kisebbséghez tartozás, vagyoni helyzet, születés szerinti vagy egyéb helyzet alapján történő megkülönböztetés nélkül kell biztosítani.”

azoknak, akik otthon kívánnak szülni. Ez csak egyes néprétegek számára teszi lehetővé a választás szabadságát, az önrendelkezési jog gyakorlását, így hátrányba kerülnek azok, akik nem tudnak ennyit áldozni erre az eseményre. Nem ellentétes ez többek között az Alaptv. XV. cikkével – ezzel együtt pedig a nemzetközi egyezményekkel? A hivatkozott szabályozások értelmében:

„(1) A törvény előtt mindenki egyenlő. Minden ember jogképes.

(2) Magyarország az alapvető jogokat mindenkinek bármely megkülönböztetés, nevezetesen faj, szín, nem, fogyatékoság, nyelv, vallás, politikai vagy más vélemény, nemzeti vagy társadalmi származás, vagyoni, születési vagy egyéb helyzet szerinti különbségtétel nélkül biztosítja.”

Ezalatt nem azt értem, hogy a Rendelet diszkriminálja például a 40. életévüket betöltött nőket, hiszen a komplikációk elkerülése érdekében szükség van bizonyos kritériumok megfogalmazására,⁵⁶ azonban véleményem szerint a rendelet nem felel meg sem az (1), sem a (2) bekezdésben támasztott követelményeknek; mégpedig azért nem, mert vagyoni helyzettől teszi függővé az intézetén kívüli szülést. Ezen felül olyan feltételek megteremtését kéri intézetén kívüli szüléseknél, bármiféle támogatás nélkül, melyek a kevésbé vagyonos személyek számára nem kivitelezhetők. Elzárja az intézetén kívüli szülés lehetőségétől azokat, akik ezen feltételeknek megfelelő anyagi töke hiányában nem tudnak eleget tenni. Így különbséget tesz ember és ember között, akik ennek következtében nem egyenlők többé, és ezáltal megsérti az önrendelkezéshez való jogot is, melyről az Eütv. is akként rendelkezik,⁵⁷ hogy *„az önrendelkezési jog gyakorlása keretében a beteg szabadon döntheti el, hogy kíván-e egészségügyi ellátást igénybe venni, illetve annak során mely beavatkozások elvégzésébe egyezik bele, illetve melyeket utasít vissza, figyelembe véve a 20. §-ban⁵⁸ előírt korlátozásokat”*. (A 20. § (1) alapján megilleti az ellátás visszautasításának joga, kivéve, ha annak elmaradása mások életét vagy testi épségét veszélyeztetné.)

Az Alaptv.⁵⁹ után az Eütv. is rendelkezik a megkülönböztetés nélküli ellátáshoz való jogról, mely alapján minden betegnek joga van - jogszabályban meghatározott keretek között - az

⁵⁵ Rendelet

⁵⁶ Bár a fix korhatár kimondásával sem értek egyet, mivel két negyvenedik életévét betöltött nő fizikai állapota között is lehet hatalmas különbség. Véleményem szerint több orvosnak kellene döntenie az ügyben, mindig az adott egyén adottságaira tekintettel.

⁵⁷ Eütv. 15. § (2)

⁵⁸ Az egészségügyi ellátás visszautasításának joga.

⁵⁹ XV. cikk (2)

egészségi állapota által indokolt, megfelelő, folyamatosan hozzáférhető és *megkülönböztetés nélküli*⁶⁰ egészségügyi ellátáshoz.

A hazai gyakorlatban ez a legtöbb egészségügyi intézményben nem valósul meg. Az otthonszülésből beszállított nőkkel sokszor diszkriminatívan bánnak, felelőtlenségnek tekintik, hogy otthon, önállóan próbálták világra hozni gyermeküket, emiatt megvárakoztatják őket, esetleg durvábban is bánnak velük.⁶¹ Az ilyen tapasztalatoknak messzemenő következményeik lehetnek: súlyosan károsíthatják a nők emberi kapcsolatait, párjukhoz, illetve gyermekükhöz fűződő viszonyukat, ezáltal pedig sérül a testi-lelki egészséghez való jog.

Nálunk a kormányrendelet megalkotásához a Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium tervezett otthonszülésről szóló állásfoglalását⁶² vették alapul.

Okkal feltételezhetjük, hogy a szülész-nőgyógyászok az adott terület szakértői, és ez a szülésre nézve igaz is. Magyarországon azonban a szülész-nőgyógyászok az intézeten belüli szülés levezetésében rendelkeznek gyakorlattal, többségük még nem vezetett le szülést intézeten kívül. Érdeemes lehet tehát – akár más országbeli – intézeten kívüli szülést levezetett orvosok, bábák véleményének kikérése egy olyan terület szabályozásakor, ami az ő szakterületük, hiszen egyes szülés közben felmerülő nehézségek bizonyítottan megoldhatók intézeten kívül is, a későbbiekben említett beavatkozások nélkül.⁶³

Egy intézeten kívüli szülésnél teljesen más az anyát körülvevő környezet, más eszközökre vagy kevesebb eszközre van szükség, ugyanazt a problémát teljesen más körülmények közt kell megoldani, hiszen ennek a lényege éppen a felesleges beavatkozásoktól való mentesség. Éppen ezért a magyar orvosoknak, bábáknak szükségük van valakire, aki átadja azt a szakmai tudást, melyeket napjainkban a kórházi szüléseknél nem használnak. Képzettségi szintjüktől

⁶⁰ „7. § (4) Megkülönböztetés nélküli az ellátás, ha az egészségügyi szolgáltatás nyújtása során nem történik hátrányos megkülönböztetés a betegek között társadalmi helyzetük, politikai nézeteik, származásuk, nemzetiségük, vallásuk, nemük, szexuális irányultságuk, koruk, családi állapotuk, testi vagy értelmi fogyatékoságuk, képzettségük és minden más egyéb, az egészségi állapotukkal össze nem függő ok alapján.”

⁶¹ Ezt kívánja szabályozni egyébként az emberi méltósághoz való jogról szóló részben a 10. § (6), mely alapján a beteget csak méltányolható okból és ideig szabad várakoztatni.

⁶² <http://www.nogyogyszeresek.hu/friss-hirek/szuleszeti-es-nogyogyszeresek-szakmai-kollegium-allasfoglalasa-a-tervezett-otthonszulesrol-17.html> (2012. 12. 01.)

⁶³ BŐVEBBEN LD. GASKIN 2009, LÉBOYER 2008, VILÁGHY

függetlenül meg kellene tanulniuk ezen módszereket olyan szakemberektől, akik jártasak ebben.

Az intézeti szülés hívei mindent megtesznek annak érdekében, hogy ellehetetlenítsék az intézeten kívüli szülést, és nem fogadják el azokat a nézeteket, melyek alapján a nők igenis képesek önállóan szülni, beavatkozásoktól mentesen, s melyeket a XIX. századi orvosi szakkönyvek még egységesen képviseltek.⁶⁴

Fontolóra kell venni azon nők érdekeit képviselő szakértők véleményét, akik maguk akarják megválasztani a számukra legmegfelelőbb szülési helyszínt. A mai kórházi gyakorlatban ugyanis sokszor diszkrimináció éri őket, méltatlanul bánnak velük, sokszor – akár akaratlanul is, figyelmetlenségből vagy időhiány miatt – olyan érzést keltenek bennük, mintha nem tennének meg mindent gyermekük biztonsága érdekében.

Különbségtételről akkor beszélhetünk, amikor ugyanazon homogén csoportba tartozó személyeket eltérően, vagy különböző homogén csoportba tartozó lényeges körülményeket figyelmen kívül hagyva azonosan kezelnek.

A hátrányos megkülönböztetés alkotmányosságát az AB diszkriminációs tesztek alkalmazásával vizsgálja.⁶⁵ Alapjogok esetében szükségességi-arányossági, míg nem alapjogok esetén ún. ésszerűségi tesztet alkalmaz.

Az ésszerűségi teszt esetében, mivel megkülönböztetés csak és kizárólag összehasonlítható helyzetben lévő személyek között merülhet fel, ki kell alakítani a jogalanyoknak az adott szabályozási koncepción belül a tényállás releváns elemei szempontjából homogén csoportjait.

Ha a megkülönböztetésnek nincs tárgyilagos mérlegelés szerinti ésszerű oka, akkor diszkriminatív és ezáltal sérti az emberi méltósághoz való jogot, valamint ellentmond az Alaptv.-nek, hiszen az érintettek szempontjaira nem voltak hasonló figyelemmel, méltányossággal, nem kezelték őket egyenlő méltóságú személyként. Tehát *„az egyenlőségnek az adott tényállás lényeges elemére nézve kell fennállnia. Ha azonban adott*

⁶⁴ Vö bővebben. GASKIN 2009

⁶⁵ SÁRI – SOMODY 2008. 73.

szabályozási koncepción belül eltérő szabályozás vonatkozik valamely csoportra, ez a megkülönböztetés tilalmába ütközik, kivéve, ha az eltérésnek kellő súlyú alkotmányos indoka van.”⁶⁶

Egyik oldalról megközelítve a kérdést, vegyük a várandós anyák csoportját, mint homogén csoportot. A csoport két részre osztható: azokra a várandós nőkre, akik kórházban kívánnak szülni, és azokra, akik tervezetten otthon.⁶⁷ Abban az esetben, ha az otthonszülő nő a szülés során bekerül a kórházba, az egészségügyi dolgozók sok esetben rendkívül diszkriminatívan bánnak vele, s teszik mindezt saját szakmai, illetve magánvéleményükből, vagy erkölcsi meggyőződésükből kifolyólag.

A nagyobb probléma azonban a másik oldalról történő megközelítésnél tűnik ki: ugyanezen homogén csoport tagjai közt a jogi szabályozás is különbséget tesz.⁶⁸

Álláspontom szerint a várandós anyák ilyen jellegű megkülönböztetése nem tekinthető ésszerűnek, mivel:

- i. a megkülönböztetésnek a homogén csoporton belül nincs tárgyilagos mérlegelés szerinti ésszerű oka,
- ii. sérti az emberi méltósághoz való jogot,
- iii. a csoporttagokat pedig nem kezeli a szabályozás egyenlő méltóságú személyként.

3.3 Testi és lelki egészséghez való jog

Napjainkban az orvostudomány elsődlegesen az emberi testtel foglalkozik, a lélek szinte teljes egészében feledésbe merült. A testet, mint az embertől független részt kezeli, és ez alapján is próbálja gyógyítani, pedig fontos lenne felismerni, hogy az ember test, tudat és lélek hármasa. Ezen hármas egységnek pedig minden alkotórésze kihat a másik kettőre. Amennyiben az ember teste valamilyen formában sérül, ez éppúgy nyomot hagy a lélekben, mint ahogyan minden betegségnek, testi tünetnek lelki oka van.

⁶⁶ 21/1990. (X. 4.) ABH

⁶⁷ Az „intézetén kívüli szülés” kifejezés használata magyar viszonylatban jelen esetben nem állná meg a helyét, tekintettel arra, hogy napjainkban a szülőotthoni szülés nem lehetséges, ezért itt kizárólag otthonszülésről beszélhetünk.

⁶⁸ Vö. az állam semlegessége, a rendeleti szintű szabályozás problémái. Az anya önrendelkezési joga c. fejezet

Nem tartozik-e tehát az emberi méltósághoz az, hogy a szülő nő – és minden beteget – ennek megfelelően kezeljék, hogy a lélek igényeit is figyelembe vegyék? Ezáltal egy sokkal hatékonyabb kezelés, ellátás alakulhatna ki.

Az Alaptv.⁶⁹ értelmében „mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez”. A kórházi szülések során – és általában az egészségügyi ellátás során – a lelki egészséghez való joggal nem foglalkoznak, talán úgy gondolják, ez nem az ő feladatkörükbe tartozik. A testi és lelki egészség azonban elválaszthatatlan egymástól, hiszen a lelki sérülések legtöbbször testi tünetekben is megjelennek, testünk sérülései pedig a lélek esetleges sérülését vonják maguk után.

Álláspontom szerint az, hogy az Alaptv. is egy helyen említi a testi és lelki egészséget, kifejezi, hogy a kettő szorosan összefügg egymással, egyik a másik nélkül nem teljes. Az Alkotmány és Alaptv. közti különbség⁷⁰ ellenére úgy vélem, bár az Alaptv.-be nem került be a lehető legmagasabb szint követelménye, a megfogalmazás magában foglalja a legmagasabb szintet, hiszen az említett egység⁷¹ akkor tekinthető egészségesnek, ha az a lehető legmagasabb szinten valósul meg.

Az 54/1996 (XI.30.) ABH-ban foglaltak különösen fontosak a *de lege ferenda* javaslat szempontjából, ugyanis az AB az egészségügyi ellátási kötelezettségről és a területi finanszírozási normatívákról szóló tv.⁷² kapcsán kimondta, hogy „az Alkotmány 70/D. §-ában foglalt lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jog biztosítása olyan alkotmányos állami feladatot jelent, amelyet az állam központi szervei és a helyi önkormányzati - továbbá egyéb - szervek rendszere révén valósít meg. Ennek keretében az állam - egyebek között - egészségügyi intézményhálózat működtetésére és az orvosi ellátás megszervezésére köteles. Továbbá kimondta azt is, hogy az Alkotmány 70/D. § (1) bekezdése szerinti alkotmányos jog biztosítása olyan alkotmányos állami feladatot jelent, amelynek alapján az állam - egyebek között - a lehető legmagasabb szintű egészségügyi intézményhálózat kiépítésére és orvosi ellátás biztosítására köteles. A "lehetséges szint" nyilvánvalóan nemcsak az orvostudományi, műszaki és technikai szempontokra vonatkozik, de

⁶⁹ Alaptv. XX. cikk (1)

⁷⁰ Alkotmány 70/D. § (1) A Magyar Köztársaság területén élőknek joguk van a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez.

Alaptv. Szabadság és Felelősség, XX. cikk (1) Mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez.

⁷¹ A test és lélek egysége.

⁷² 1996. évi LXIII. tv.

magában foglalja a gazdasági, szervezeti-szervezési lehetőségeket és az állam - továbbá a társadalombiztosítás - teherbíró képességét is.”

A korábbi 1996-os ABH után az AB a 37/2000. (X. 31.) határozatában is foglalkozott a kérdéssel, ennek értelmében *„a legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jogosultságként meghatározott alkotmányi követelmény az államnak azt az alkotmányos kötelezettségét jelenti, hogy a nemzetgazdaság teherbíró képességéhez, az állam és a társadalom lehetőségeihez igazodva olyan gazdasági és jogi környezetet teremtsen, amely a legkedvezőbb feltételeket biztosítja a polgárok egészséges életmódjához és életviteléhez”.*

Mindezek értelmében úgy vélem, bátran kijelenthetjük, hogy az állam kötelessége megteremteni az anyák számára a választás lehetőségét, melyet meg kell alapoznia azzal, hogy kiépít egy olyan egészségügyi hálózatot, melyben lehetőség van kórházi, szülőotthoni, illetve otthon történő szülésre.⁷³

A jogforrási hierarchiában az Alaptv. után a törvényi szabályozás vizsgálata következik. Az élethez és emberi méltósághoz való jogról rendelkezik az Eütv. is, amely a törvény célja és az alapelvek körében kifejezi a betegjogok tiszteletben tartásának fontosságát.

A törvényben helyet kap az, hogy *„a beteg személyes szabadsága és önrendelkezési joga kizárólag az egészségi állapota által indokolt, e törvényben meghatározott esetekben és módon korlátozható”.*

Tehát megjelenik az Alaptv. azon rendelkezése, mely szerint alapjog csak törvényben korlátozható,⁷⁴ az önrendelkezési jog viszont sajnos gyakran nem kizárólag az említett esetekben sérül.⁷⁵

Az Eütv. 3. § a) bekezdése értelmében *beteg*: az egészségügyi szolgáltatásokat⁷⁶ igénybe vevő vagy abban részesülő személy. A törvény az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele alapján

⁷³ Ennek jelentőségét ill. bővebben ld. *de lege ferenda* javaslat

⁷⁴ Alaptv. I. cikk (3)

⁷⁵ Bővebben ld. Az anya önrendelkezési jogánál

⁷⁶ Eütv. 3. § c) értelmében *egészségügyi ellátás*: a beteg adott egészségi állapotához kapcsolódó egészségügyi szolgáltatások összessége

határozza meg a fogalmat, így ennek értelmében nemcsak az minősül *betegnek*,⁷⁷ aki valamilyen betegséggel küzd, hanem adott esetben a teljesen egészséges várandós nő is. Fontos felismernünk, hogy a várandósság egy egészséges állapot, a szülés pedig egy természetes folyamat, így a szülő nő *betegként* való kezelése által sérül az emberi méltóság, így e megnevezés használata nem helyénvaló. Bár az anya nem tekinthető *betegnek*, a magyar szabályozás ekként említi, ezért a jogi érvelés csak ezen a fogalmon keresztül ragadható meg. A dolog pszichológiai vonatkozása az, hogy azok hatására, hogy a kórházi személyzet a szülő nőt *betegként* kezeli – *betegnek* szólítják, illetve a kórházba érkezést követően kitöltendő kórlap is azt érezteti a nővel, hogy ő nem egészséges, hanem *beteg*, akinek kórházi kezelésre, ellátásra van szüksége ahhoz, hogy világra hozhassa gyermekét, mert önállóan nem képes rá, a szülő nő kezdi elhinni, hogy ez valóban így van. Ez egyfajta félelmet ébreszt benne – hiszen gyermeke biztonságát nem szeretné kockára tenni – ami pedig különféle komplikációkhoz vezethet a várandósság és a szülés során.

Úgy vélem, a szülészeti esemény vonatkozásában ugyan beilleszthetők a nők a betegfogalom alá – hiszen „*egészségügyi szolgáltatásokat igénybevevő és abban részesülő személyek*” –, azonban ezen belül külön kell őket kezelni, esetleg külön elnevezés alá sorolni.

A törvény értelmében továbbá „*mindenkinek joga van olyan ismeretek megszerzéséhez, amelyek lehetővé teszik számára az egészsége megőrzésével és fejlesztésével kapcsolatos lehetőségei megismerését, valamint megfelelő tájékoztatáson alapuló döntését az egészséggel kapcsolatos kérdésekben*”.⁷⁸ Ennek tiszteletben tartását olyannyira fontosnak tartom, hogy de lege ferenda javaslatom egyik alappillérvé tettem.

Ezt a pontot a szülés vonatkozásában úgy kellene megfogalmazni, hogy a *betegnek* legyen joga mindehhez, de az egészségügyi szolgáltatónak kötelessége legyen ezeket külön kérés nélkül közölni a szülő nővel. Ennek jelentőségét abban látom, hogy ha a kismama tudja, mi vár rá, sokkal könnyebben és tudatosabban küzd meg az esetleges nehézségekkel, valamint a szülés egész folyamatával, mintha csak elszenvedné az eseményeket úgy, hogy nem tudja, pontosan mi is történik vele.

⁷⁷ Más megfogalmazásban *páciens*. A *páciens* szó latin eredetű, jelentése: *szenvedő*.

⁷⁸ Eütv. 5. § (3) a)

Többgyermekes anyák gyakran nyilatkoznak úgy, hogy a második szülés könnyebb volt, mint az első. Ennek – mint említettem – nem pusztán fiziológiai okai vannak.

A törvény kimondja, hogy *„mindenkinek joga van tájékoztatást kapni az egészségügyi szolgáltatók által nyújtott egészségügyi ellátások jellemzőiről, azok elérhetőségéről és az igénybevétel rendjéről, továbbá a betegeket megillető jogokról és azok érvényesíthetőségéről”*.⁷⁹

Így a b) pont alapján a várandós nőknek joguk van ahhoz, hogy utánajárjanak, intézményenként hogyan változik a szükséges-szükségtelen beavatkozások aránya, és ez alapján válasszanak intézményt és orvost a szüléshez. Véleményem szerint azonban az állam kötelezettsége kell, hogy legyen, hogy felvázolja a szülő nő előtt a lehetőségeket, és a döntést az ő kezébe adja.

Az Eütv. 10. §-a nevesíti az emberi méltósághoz való jogot. Kimondja, hogy az egészségügyi ellátás során a beteg emberi méltóságát tiszteletben kell tartani, továbbá, hogy a betegen kizárólag az *ellátáshoz szükséges* beavatkozások végezhetők el. Fontosnak tartom, hogy a beavatkozások előtt beavassák a nőt abba, hogy mi fog vele történni, illetve az is, hogy a nő ebbe beleegyezzen,⁸⁰ amennyiben nem életmentő beavatkozásról van szó. Felvetődik a kérdés, hogy ha a jogalkotó itt eleget tesz azon követelménynek, hogy az alapjog csak *törvényben*⁸¹ korlátozható, az intézetén kívüli szülés kérdése miért *kormányrendeletben* került szabályozásra.

3.4 Konklúziók

Az EJEK Magyarország vonatkozásában⁸² kimondta, hogy a Kormány köteles *rendeletben* meghatározni az intézetén kívüli szülésre, illetve ezen szülés kizárásának okaira vonatkozó *szakmai szabályokat és feltételeket*. S bár hivatkozhatnánk arra, hogy az intézetén kívüli szülés szabályozása azért került kormányrendeleti szintre, mert a Bíróság ítéletének eleget kívántak tenni, a Bíróság nem arra szólította fel a Kormányt, hogy kormányrendeletben korlátozzon alapjogot, s ezzel mondjon ellent Magyarország Alaptv.-ének, valamint a 27/2002 (VI. 28.) AB határozatnak. Ennek kapcsán visszakanyarodva a jogforrási hierarchiához, bár a

⁷⁹ Eütv. 5. § (3) b)

⁸⁰ Itt olyan beavatkozásokra gondolok, melyek nem feltétlenül szükségesek, például sok esetben a szülésmegindítás, burokrepesztés, gátmetszés, stb.

⁸¹ Bővebben ld. HALMAI-TÓTH 2003, 117-123.

⁸² Bővebben ld. A magánszféra védelméhez való jognál.

kormányrendelet a törvény alá rendelt, és az Eütv. nevesíti is a beteg jogait, mégis vannak olyan jogok, melyeket a törvény nem említ. Ez alapján úgy vélem, a kormányrendeleti szint nem megfelelő egy ilyen jellegű kérdés szabályozására, az ebben a vonatkozásban nem minősíthető olyan technikai kérdésnek, amelynek szabályozása kormányrendeletben indokolható lenne.

A szabályozást kétféle módon tartom elképzelhetőnek:

- i. Az első lehetőség esetében először adni kell egy törvényi szinten lévő keretet, melyre építkezve kormányrendeletben helyezhetők el a végrehajtást segítő, kapcsolódó szakmai szabályok, részletszabályok és feltételek. A kifejtetteknek megfelelően az Eütv. adhatna egy keretet, a részletszabályok pedig rendeleti szintre kerülnének.
- ii. A második lehetőség a törvényi szinten történő szabályozás. Ahogyan korábban már említettem, Angliában, Ausztriában és Németországban is törvény rendelkezik a bábákról, ezzel pedig lehetőséget adtak a várandós nőknek arra, hogy otthonukban hozzák világra gyermeküket. Így az általam preferált másik lehetséges szabályozási mód az intézeten kívüli szülés törvényi szinten történő szabályozása.

4 A szülés fajtái, pszichológiai vonatkozások

Az intézetén kívüli szülés kérdésének szabályozásához különösen fontos alapismereteket szerezni arról, hogy napjainkban, hazánkban hogyan is zajlik egy szülés. Az ehhez kapcsolódó fizikai, fiziológiai és pszichológiai folyamatok érintőleges ismerete is fontos. Dolgozatomban mindezeket abból a célból mutatom be, hogy szakirodalmakban rögzített adatokra, tényekre alapozzam érvelésem, hiszen a téma komplexitása miatt a szabályozás kialakításakor nem kerülhető el az orvosi, illetve pszichológiai oldal figyelembevétele.⁸³

4.1 Intézeti szülés

Magyarországon mára az a gyakorlat alakult ki, hogy a szülés kórházban zajlik. Ez kétféle módon lehetséges:

- i. Leggyakoribb, amikor a kismamát szülés után még ellenőrzés okán benntartják. Ennek hátulütői nem biztos, hogy egyensúlyban vannak az előnyök számával, hiszen intézetén belüli szülésnél sokkal inkább előtérbe kerülnek a vélelmezett szakmai szempontok, mint az anya önrendelkezési joga. A kérdés az, hogy a születendő gyermek biztonsága érdekében megsérthető-e ez a jog, továbbá, amennyiben igen, milyen mértékben?
- ii. A másik eset, az ún. *ambuláns szülés*.⁸⁴ Ez kompromisszum a kórházi és az otthoni szülés között. Ilyenkor szülés nyitó fázisát otthon várja ki az anya, és néhány órával a szülés után mindketten haza is térhetnek.⁸⁵

A szülés során nagy szerepet játszik a nő biztonságérzete. Amikor a nő veszélyben érzi magát szülés közben, vagy figyelnie kell a külvilágra, arra, hogy honnan jön a veszély, hogyan lehet elhárítani, ezáltal ingerli az agykérget.

Az agykéreg két fő részre osztható: *Allocortexre* és a *Neocortexre*. Az első az agykéreg legősibb része, melynek inkább az emocionális életben és a memorikus funkciók kapcsán van

⁸³ Erre *de lege ferenda* javaslatomban is tekintettel voltam.

⁸⁴ DAHLKE–DAHLKE–ZAHN 2001, 149.

⁸⁵ Magyarországon ahhoz, hogy megtörténhessen, a nő köteles kitölteni egy nyilatkozatot, melyben vállalja a felelősséget a kórház elhagyása miatt bekövetkező esetleges következményekért. Pszichológiai oldalról megközelítve úgy vélem, az anyánál ez is stresszfokozó tényező lehet ebben a rendkívül kényes időszakban.

szerepe, míg a *Neocortex*ben – a nagyagykéreg filogenetikailag legfiatalabb területein⁸⁶ – találhatók az érző-, mozgó-, és érzékszervi központok.⁸⁷

Tehát, ha bármilyen gátlás lép fel, mely leállítja a szülési folyamatot, az az agy újabb részéből, a *Neocortex*ből származik. Azaz ahhoz, hogy a szülés zökkenőmentes lehessen, „ki kell zárni” a külvilágot, az agykérget meg kell kímélni bizonyos hatásoktól.

Márki⁸⁸ szintén ebből kiindulva összegyűjtötte az agykérget ingerlő, szülés közben nem kívánatos hatásokat. Ezek pedig:

- i. A *beszéd*. A nő szülés közben egy teljesen más tudatállapotba kerül, így nagyon fontos, hogy amennyiben szükségszerű a vele való kommunikáció, figyeljünk a hangsúlyra, a hanghordozásra, a megfogalmazásra. Ha a fent említettekkel tisztában vagyunk, megértjük, hogy a kérdőív kitöltésére nem ez a legmegfelelőbb időpont a szülő nő számára.
- ii. Az *idő*. Az említett állapotban a szülő nő másképp érzékeli az időt. Ezért lehet akadályozó tényező a szülőszobában elhelyezett óra. A nő azt érzi, hogy *elvárnak* tőle valamit, amit *nem tud teljesíteni*.
- iii. A *fény*. Amennyiben nem avatkoznak be a természetes szülési folyamatba, a nők többsége éjszaka szül. Az erőteljes fény az orvosok érdekében jelent meg a szülőszobában, ami a babára nézve nem előnyös, hiszen a születés után rögtön keresi anyja tekintetét, a szeme azonban még nincs hozzászokva az erős fényhez.⁸⁹
- iv. A *megfigyelés*. Sok ember megérzi, ha valaki nézi, figyeli őket. Ilyenkor feszeng és akaratlanul is elkezd másként viselkedni. Ez pedig szülés alatt szintén akadályt jelent.
- v. A *biztonságérzet hiánya*. Amikor az autonóm idegrendszer szimpatikus részének izgalomba kerül (például a szervezet erőteljes fizikai igénybevételekor vagy stresszhelyzetben) az *adrenalin* szintje emelkedik. A szüléshez azonban *oxitocinra*⁹⁰ van szükség. Az adrenalin szintjét minimálisra kell csökkenteni a szervezetben ahhoz, hogy az *oxitocin*-szint emelkedni tudjon. Ha a szülő nők biztonságban éreznék

⁸⁶ DONÁTH 2005, 35, 218.

⁸⁷ <http://xenon.bibl.u-szeged.hu/~vidaa/holi/02/elettan/tetelek/49.pdf> (2012. 12. 01.)

<http://www.docstoc.com/docs/107023077/Neurologia-II> (2012. 12. 01.)

⁸⁸ MÁRKI 2004, 49-60.

⁸⁹ Szerencsére napjainkban erre egyre több intézményben igyekeznek figyelemmel lenni.

⁹⁰ Görög eredetű szó, jelentése: *gyors szülés*. Az agyalapi mirigy hátulsó lebenyében tárolódó, a hipotalamuszból érkező hormon. Szabályozza a simaizmok működését, fontos szerepe van a szülés megindításában. Szülés alatti felszabadulása méhösszehúzódasokat okoz.

magukat a kórházban, nem lenne szükség arra, hogy oxitocin-injekcióval indítsák meg a szülést.⁹¹

- vi. *A hőmérséklet.* Bár a szülőszobai hideg hőmérséklet az anya számára sem mindig kellemes, a baba számára még inkább stresszkeltő lehet.

Mehl szerint az ideális szülés alapelvei:⁹²

- nyugodt környezet (ahol nem az orvosi beavatkozásokat részesítik előnyben, és ahol a szülés annyira pozitív személyes vagy családi élménnyé válhat, amennyire lehetséges.)
- jelenlévők körének meghatározása. (Így az ismeretlen, kevésbé, vagy egyáltalán nem segítőkész asszisztenseket, ápolókat, orvostanhallgatókat vagy orvosokat ki lehetne hagyni ebből a folyamatból.)⁹³
- Női asszisztensek, szülésznők vagy orvosok asszisztálása az egész folyamat során.
- Alternatív beavatkozási lehetőségek megfontolása (pl. burokrepesztés, császármetszés).
- Olyan szülési módok preferálása, amely csökkenti a rutin gátmetszés alkalmazását.
- A vajúdás és szülés ugyanabban a helyiségben történjen, a nő által választott testhelyzetben.
- A szülés után a látszólagos egészségügyi indokok alapján történő elkülönítés és a családtagok (ide értve az apát, csecsemőt és a többi testvért is) szétválasztásának elkerülése, lehetőség az igény szerinti azonnali szoptatásra.
- A rutin-előkészítés, a beöntés, a hosszú kórházi tartózkodás elkerülése.
- Lehetőség a vajúdás alatti sétára, evésre, ivásra.
- Néhány esetben lehetőség a kórházon kívüli szülőközpontokban vagy otthon történő szülésre.

Magyarországon ezek eddig nem valósultak meg. Kivételek természetesen mindig vannak: több kórházban már vannak törekvések arra, hogy olyan barátságosabb környezetet alakítsanak ki a szülőszobán, ahol a kismama el tud lazulni,⁹⁴ és vannak olyan helyek is (például magánklinikák, de nem feltétlenül csak ezek), ahol minden feltétel adott ehhez.⁹⁵

⁹¹ ld. Michel Odent erre vonatkozó megállapításait

⁹² SAGOV–FEINBLOOM–SPINDEL–BRODSKY 1992, MÁRKI 2004, 49-60.

⁹³ Vö.: orvosválasztás szabadsága

⁹⁴ Ezen körülmény szülésben betöltött fontos szerepe a későbbiekben bővebb kifejtésre kerül.

⁹⁵ A dolgozatban többször is esik szó ezen szülőszobai körülményekről. Ilyenkor természetesen nem azokra az intézményekre gondolok, melyek a fent említett és egyéb kivételeket képezik.

4.1.1 Beavatkozások intézeti szülés esetén

4.1.1.1 A szülemsmegindítás⁹⁶

A megindított szüléseknek csak kétharmada végződik spontán hüvelyi szüléssel. 19% sürgősségi császármetszéssel, 15% pedig hüvelyi szülésbefejező műtéttel zárul. Összefüggés van továbbá a szülés alatt adott oxitocin és a baba besárgulása között: az a gyermek, akinek anyja a szülés alatt oxitocin-injekciót kapott, 1,6-szer nagyobb eséllyel sárgul be.

Az alternatívaként ajánlott epidurális érzéstelenítés során a méhet ellátó érőidegek mellett az alsó végtag érzőidegeit is elérzéstelenítik, mely az alsó végtag zsibbadásához vezethet. Esetenként a mozgatóidegek érzéstelenítése is bekövetkezhet, így az alsó végtag mozgása is gyengül, a helyzetérzékelés bizonytalanná válik, emiatt a szülőnő nem állhat lábra. Így azonban az alternatív vajúdási módszerek (pl. labdán, kádban vajúdás) is korlátozottan vehetők igénybe, vagy teljesen lehetetlenné válnak. Tehát az anya nagy valószínűséggel háton fekvé fog szülni, nagy esélyt adva ezzel a gátmetszés szükségességének vagy a gátrepedésnek.

4.1.1.2 A művi burokrepszés⁹⁷

Amennyiben a burok nem reped meg magától a vajúdás kezdetén, a legtöbb nő számíthat arra, hogy ezt a beavatkozást elvégzik nála. Ezt általában minden előzetes bejelentés nélkül, esetenként hüvelyi vizsgálat során „véletlennek” álcázva végzik el.

A magzatburok idő előtti megrepszése felerősíti a fájdalmakat, ezzel felgyorsítja a szülést, az ilyen mértékű fokozódásra pedig az anyák általában nincsenek felkészülve. Könnyebben bereped a méhszáj és a gát, és tovább erősödik a gyermek feje által okozott erős megterhelés. Ez a módszer továbbá fertőzéseknek teszi ki a babát – hiszen eltűnik az őt körülvevő, biztonságot nyújtó magzatburok –, így az a cél, hogy a szülés minél hamarabb megtörténjen. Elvégzése csak vészhelyzetben indokolt,⁹⁸ ilyenkor azonban a burok általában megreped magától is. Kurt Hamacher megfigyelte, hogy ritkábban fordul elő szívhang-komplikáció a magzatburok épsége esetén.

⁹⁶ KITZINGER 2008, 54-58.

⁹⁷ KITZINGER 2008, 64-65. DAHLKE–DAHLKE–ZAHN 2001, 404-405.

⁹⁸ Pl. fenyegető oxigénhiány (asphyxia) esetén

Annak ellenére, hogy a legtöbb szakorvos ezt jelentéktelen beavatkozásnak tartja, ez a beavatkozás a szülés egész menetét és jellegét megváltoztathatja, fájdalmat okoz, félelmet kelthet az anyában és további szülészeti beavatkozásokat vonva maga után.

4.1.1.3 A gátmetszés

A gátmetszés szintén olyan beavatkozás, mely elsősorban nem az anya és a baba érdekeit képviseli.⁹⁹¹⁰⁰

A rutinszerű gátmetszés szándékos sérülést okoz annak érdekében, hogy elkerüljünk egy állítólag még súlyosabb sérülést.¹⁰¹¹⁰²

4.1.1.4 A köldökzsinór idő előtti elvágása¹⁰³

Az újszülöttet születése előtt a köldökzsinóron keresztül az anya szervezete látja el oxigénnel. Amikor megszületik, át kell állnia szervezetének a tüdővel történő légzésre, mivel kis idő múlva a köldökzsinór lüktetése megszűnik. Ezt a folyamatot a természet szintén megoldotta, csak az bonyolíthatja, nehezítheti meg az újszülött számára a helyzetet, ha feleslegesen beavatkozunk, elvágjuk a köldökzsinórt. Ez pedig egy átlagos kórházi szülésnél rutinműveletnek számít.

Az átállási folyamat úgy alakult ki, hogy a gyermek ehelyett a veszélyes átmenet helyett két helyről kap oxigént: a köldökzsinórból és saját tüdejéből. A két rendszer egyszerre működik. A baba mellkasa, mely eddig össze volt préselve, kitágul, mivel már semmi nem szorítja. Üresség keletkezik, ahová bezúdul a levegő, így egyszerre kényszeríti kipattanásra légólyagok ezreit. Ez az erőteljes változás fájdalmas, égető érzést okoz. A gyermek megáll, újra próbálkozik, szoktatja magát a légzéshez, miközben még biztonságot nyújt neki a köldökzsinórból érkező oxigén. Ez a folyamat egészen addig működik, míg a tüdő teljesen át nem veszi a légzés szerepét.

⁹⁹ Bővebben ld. GASKIN 2009, 199.

¹⁰⁰ Bővebben ld. DAHLKE–DAHLKE–ZAHN 2001, 415-407.

¹⁰¹ GASKIN 2009, 194-200.

¹⁰² A gátmetszéssel keletkező problémákról bővebben ld. KITZINGER 2008, 65-69.

¹⁰³ LENKEI 2008, 41-48., LÉBOYER 2008

Miután a gyermek átáll a légzésre, a köldökzsinór lüktetése abbamarad. Ilyenkor lehet a babának okozott kellemetlenségek nélkül elvágni a köldökzsinórt, azon a ponton, ahol kissé keskenyebbé vált, miután abbamaradt a lüktetés.

A kórházi gyakorlatban erre legtöbbször nincsenek tekintettel, szemben például egy otthoni szüléssel, ahol a természetesség a fő irányelv.

4.2 Intézetén kívüli szülés

4.2.1 Otthoni szülés

Ennek a szülési módnak a felbecsülhetetlen értéke az, hogy az anya és a gyermek kezdetől a saját környezetében van, nincsenek kitéve azoknak a számukra idegen eredetű kórokozónak, melyek a kórházban körülvennék őket. Az apa és a családtagok nincsenek látogatási időhöz kötve.¹⁰⁴

Ami még nagy különbség a kórházi szüléssel szemben, az az, hogy a szülést mint természetes folyamatot kísérik a bábák, nem avatkoznak be feleslegesen, nem műszerorientált a folyamat. A bábák nem *megfigyelik*¹⁰⁵ a nőt, hanem a háttérbe vonulnak, amikor kell, mégis ott vannak, amikor segítségre van szükség. Ilyen körülmények között ismerhető fel legkönnyebben az, hogy mennyire természetes folyamat, és mint ilyen, az esetek túlnyomó részében nem tartozik kórházba.

Otthoni szülés esetén lehetőség van alternatív testhelyzetekben történő szülésre. A szülési folyamatra éppúgy hatással van a gravitáció, mint bármi másra, ezért repedhet el a gát hanyatt fekvésben történő szülésnél.¹⁰⁶ Ez a pozíció azon kívül, hogy kiszolgáltatottá teszi az anyát, megnehezíti az erő kifejtést és fokozza a fájások erősségét is. Mégis, az intézeti születeknél ez az elsődleges, gyakran kizárólagos szülési testhelyzet, ennek következtében a repedések megelőzésére pedig a fentebb említett gátmetszést alkalmazzák. Tehát itt sem a szülő nő és a baba érdekei kerülnek előtérbe, hanem az, hogy orvosi szempontból így férhetnek legkönnyebben a nőhöz, és így tudják a vizsgálatokat legkönnyebben – nem kizárólagosan – elvégezni.

¹⁰⁴ DAHLKE–DAHLKE–ZAHN 2001, 146-148.

¹⁰⁵ Vö. szülést gátló tényezők

¹⁰⁶ Hiszen a gyermek feje által kifejtett nyomás nem a hüvelyre, hanem a gátra nehezedik.

Mindezekből kifolyólag olyan testhelyzeteket¹⁰⁷ érdemes felvenni szülés közben, melyekben a gravitáció segítséget nyújt. Ilyenek például a guggolás, az ülve vagy szülőszékben történő szülés, gimnasztikai labdán történő vajúdás, a stabil oldalfekvés,¹⁰⁸ állva szülés,¹⁰⁹ vízben szülés. A vízben szülés egyébként a baba számára a legoptimálisabb, hiszen hasonló környezetből érkezik, ám a levegőn saját testsúlya hirtelen a többszörösére „nő”.¹¹⁰ Ez a közeg éppen ezért nyugtató hatású a számára.

Bár a higiénés viszonyok ma már igen kedvezők a lakásokban, a döntés meghozatala előtt alaposan meg kell vizsgálni a lakáskörülményeket. Egy otthonaszülés kényelmes és praktikus lehet egy családi házban, de nem biztos, hogy jó, ha egy vékony falakkal körbezárt lakótelepi lakásban zajlik, egyrészt a szomszédok miatt – az anya is kevésbé felszabadult, ha tudja, hogy bárki hallhatja, ami történik –, másrészt az esetleges kórházba szállítást is megnehezítheti.

4.2.2 Születésházban, szülőotthonban zajló szülés¹¹¹

A születésházak célja, hogy az otthoni légkör, környezet előnyeit ötvözzék a kórházi ellátás biztonságával. A kellemes, otthonos légkör kialakításakor a várandós nő sokkal nagyobb szerephez jut, mint a hagyományos intézeti szüléskor. A lényeg, hogy vészhelyzetben jól működjön az orvosi segélyszolgálat, a problémamentes esetekben azonban az a jó, ha a gyógyító funkció teljesen háttérben marad, és a legkevésbé érezhető. Csak akkor hívnak orvost, ha valóban szükség van rá, így a szülések túlnyomó részénél egyáltalán nincs jelen orvos.

Ez többféleképpen is megvalósulhat, például úgy, hogy a meghitt, kellemes hangulatú szoba pillanatok alatt modern szülőszobává, esetleg műtővé alakítható, vagy úgy is, hogy rendkívül rövid út vezet a műtőbe.

¹⁰⁷ DAHLKE–DAHLKE–ZAHN 2001, 168-176.

¹⁰⁸ Bár ennél a pozíciónál nem olyan optimális az erő kifejtés, mint a guggolásnál, vagy az ülve történő szülésnél, az előnye az, hogy az anya ellazulhat és kipihenheti magát a tolófájások között, továbbá ez a testhelyzet segíti a tolást, mert könnyen biztosítható a megfelelő ellennyomás.

¹⁰⁹ A függőleges szülési testhelyzet előnyei többek között:

- i. a gravitáció kedvező hatásának kihasználása,
- ii. az anya és a baba közti vérkeringés zavartalanítása: a baba súlya nem nehezedik az anya fő véreire,
- iii. a baba jobban be tud illeszkedni a medencén történő áthaladáshoz,
- iv. erősebb hullámok, fájások,
- v. ilyen testhelyzetben (pl. guggoló, térdelő) a medence átmérője nagyobb.

¹¹⁰ Ezt normál esetben úgy lehet számára elviselhetőbbé tenni, ha hasával lefelé ráfektetjük az anya hasára, így a háta fokozatosan, saját tempójában egyenesedik ki, anélkül, hogy bármiféle nem kívánt hatás érné, mint például, amikor lábánál fogva emelik fel és viszik el fürdetni, majd a hideg mérlegre teszik.

¹¹¹ DAHLKE–DAHLKE–ZAHN 2001, 150-151.

5 De lege ferenda javaslat

Az általam javasolt szabályozás több modell figyelembevételével készült. A szabályozásnak, úgy gondolom nemcsak a technikai feltételek meghatározásán kell alapulnia, hiszen az intézetén kívüli szülés nagyon összetett dolog. Itt fontos szerepet játszik

- az orvos,
- a bába,
- az ő szakmai felkészültségük,
- a szülő nő,
- és a gyermek.

Ezért rendkívül fontosnak tartom, hogy az otthonszülést több oldalról közelítsük meg. Egyrészt ne kizárólag a szülész-nőgyógyász szakma véleményére hagyatkozzunk a szabályozás megalkotásakor. Nem zárhatjuk ki az intézetén kívüli szülés levezetésében nagy szakmai tapasztalattal rendelkező szakértők véleményét, és javaslom, hogy külföldi szaktekintélyek segítségét kérjük az ügyel kapcsolatban, hiszen más országokban van gyakorlata az intézetén kívüli szülésnek, míg nálunk ez még nem alakult ki.

Másrészt ehhez nemcsak a törvény megalkotására van szükség, hanem más területek szabályozásának módosítására is, ezt a továbbiakban kifejtem részletesebben is. Mindezek alapján *de lege ferenda* javaslatom fő pillérei:

- törvényi szinten történő szabályozás,
- a képzés átalakítása,
- a nők felkészítése (ehhez kapcsolódóan pszichológusok, pszichoterapeuták bevonása),
- OEP általi támogatottság.

5.1 Törvényi szinten történő szabályozás szükségessége

Az Alaptv. kimondja, hogy: „Az alapvető jogokra és kötelezettségekre vonatkozó szabályokat törvény állapítja meg. Alapvető jog más alapvető jog érvényesülése vagy valamely alkotmányos érték védelme érdekében, a feltétlenül szükséges mértékben, az elérni kívánt céllal arányosan, az alapvető jog lényeges tartalmának tiszteletben tartásával korlátozható.”¹¹²

¹¹² Alaptv. I. cikk (3). Az alapjogok az Alaptv.-t követő legmagasabb szinten, azaz törvényben történő korlátozását az Alkotmánybíróság is megfogalmazta 27/2002 (VI. 28.) AB határozatában.

Bár az EJEB a Ternovszky kontra Magyarország ügy kapcsán kimondta, hogy Magyarország Kormánya köteles rendeletben meghatározni azokat a szakmai szabályokat és feltételeket, amelyek az intézeten kívüli szülésre, illetve ezen szülés kizárásának okaira vonatkoznak, mivel a kérdés több alapjogot is érint, úgy vélem, a kormányrendeleti szint nem megfelelő egy ilyen kérdés szabályozására. Több külföldi országban is – például Ausztriában, Németországban – törvényben szabályozzák a bábák tevékenységét, Svájcban pedig maga az otthonaszülés jogilag nem szabályozott.¹¹³

5.2 Az orvos-, szülésznő- és bábaképzés átalakítása

Átültetném az itthoni szabályozásba a svájci modell bábákra és általános orvosokra vonatkozó részét. Ez maga után vonja a bábaképzés, szülésznőképzés és orvosképzés átalakítását is.

A képzést annak figyelembevételével kell kialakítani, hogy az intézeten kívüli szülés körülményei teljesen másak, mint a kórházon belüli szülés körülményei.

Azt kell erősíteni a leendő szülésznőkben, hogy a szülés egy természetes folyamat, melyhez a lehető legkevesebb beavatkozás szükséges. Természetesen fel kell készíteni őket azokra a szülésekre, amelyeknél komplikáció lép fel, de a képzés teljes időtartama alatt azt kell tudatosítani bennük, hogy ezen beavatkozások valóban csak a fellépő komplikációk esetén szükségesek.¹¹⁴ Tehát egy alapvető szemléletváltásra van szükség, amit a képzés kezdetén kell tudatosítani.

Az alternatív gyógymódok egyre inkább elfogadottá válnak társadalmilag, megjelentek az orvosképzésben is, tehát a beteg megválaszthatja orvosát, illetve gyógyulásának módját. Az orvosválasztás szabadságát illetően, ha analógiát alkalmazunk – mivel a bába nem orvos –, a szülő nő eldöntheti, hogy orvos vagy bába segítségével szeretne szülni.

Visszakerülhetne az a régi szemlélet az orvosok körébe, mely szerint a bábák megfelelő szakmai tudással rendelkeznek a szülés kíséréséhez – hiszen a XIX. században még tisztában voltak ezzel maguk az orvosok is, csak később vált ennyire medikalizálttá a szülés.

Olyan bábadiploma kiadását javaslom, mely önálló szülés levezetésre jogosítja fel a szülésznőket, akár csak Svájcban.¹¹⁵

¹¹³ Javaslatom egy része ennek ellenére a svájci modellen alapszik.

¹¹⁴ A képzés időtartamának meghatározását rábíznom a szülész-nőgyógyász és bába szakma képviselőire, hiszen a jogalkotó a legjobb szándékkal sem tudja ezt önállóan megítélni.

¹¹⁵ A szülésznők önálló szülés levezetése a budapesti Jahn Ferenc Dél-pesti Kórházban már működik.

Az orvosképzésbe¹¹⁶ is beépíteném a fent említett szemléletváltást, átfogóbb gyakorlati oktatással kiegészítve a jelenlegi képzésüket. Lehetővé tenném a képzés segítségével azt, hogy általános orvos is képes legyen önállóan a szüléslevezetésére. Így kiküszöbölnénk azt az esetet, amikor két tervezett otthoni szülés, intézeten kívüli szülés egy időpontra esik, ennek következtében valamelyik nő elesik az intézeten kívüli szülés lehetőségétől szakorvos, szülésznő hiányában. Megvalósulna a fent említett modell, melyben a szülőotthoni vagy házi szülés lehetséges módjai a jelenlévő kísérők személye alapján:

- szakorvos és baba által
- általános orvos és baba által
- orvos nélkül, bábával.

Azt, hogy milyen orvos szükséges a szülés levezetéséhez a baba mellé, a törvényi előírások betartásával a baba szakértelmére, ítélőképességére bízom. Tehát meg lennének határozva bizonyos esetek, amelyeknél elegendő általános orvos jelenléte, illetve melyeknél szakorvos jelenléte szükséges. Ennél magasabb színvonalat nyújthatna a baba és az orvos – például, ha általános orvosi jelenlétet ír elő a törvény, és szakorvos van jelen a baba mellett, vagy ha nem szükséges orvosi jelenlét, mégis jelen van egy orvos –, de alacsonyabbat semmiképpen sem. Valamint további két lehetőséget is adnék a bábáknak az általuk önállóan levezetett szülésekkor:

- probléma esetén álljon készenlétben általános orvos és/vagy szakorvos, annak érdekében, hogy a baba szükség esetén át tudja adni nekik a szülésvezetést,
- legyen egy háttérkórház, ahová súlyosabb, azonnali kórházi beavatkozást igénylő esetekben a nő beszállítható, és ahol a szülésznő a továbbiakban is mellette maradhat. Ehhez kapcsolódóan pedig fontosnak tartom, hogy amennyiben orvos volt jelen a szülésnél, ő folytassa a szüléslevezetést a kórházban is. Ebben az esetben egyrészt nem fordulhatna elő az, hogy olyan orvosra száll a felelősség a megtörtént hibák miatt, aki a kórházban korrigálni próbálta azt, másrészt az anyának is biztonságot ad az, hogy saját választott orvosa van mellette.

Az általuk levezetett szülés lehetséges lenne a nők otthonában, illetve szülőotthonokban is. Az intézeti szülést meghagynám azon esetekre, amikor már a terhesség alatt olyan mérvű komplikációk adódnak, melyek kizárják az otthoni szülést, de igény esetén választható lenne ez

¹¹⁶ Tehát nem kizárólag a szakorvosképzésbe.

az opció is (problémamentesség esetén az ambuláns szülés, nehézségek esetén a tartózkodással egybekötött). Elsődlegesen itt is bába vezetné a szülést, és itt is alkalmazható lenne a fent említett három szülési mód a jelenlévő kísérő személyek alapján.

Úgy gondolom, egy ilyen eseménynek meg kell adni a kellő tiszteletet, figyelmet, az anyának a legkíméletesebb módot arra, hogy világra hozza gyermekét, a gyermeknek a lehetőséget arra, hogy életét a számára legelviselhetőbb módon kezdje meg. Így a legoptimálisabb módszernek én a csendes születést¹¹⁷ tartom, kötelezővé azonban nem tenném, a képzés módosításával egyébként is eljutnának a hallgatókhoz ennek a módszernek az előnyei.

5.3 A nők felkészítése

A nőkben igen nagyfokú a bizalmatlanság az egészségügyi rendszerrel és dolgozóival szemben. Ez nagyrészt annak köszönhető, hogy a beavatkozások előtt nem kérik az engedélyüket, nem tájékoztatják őket arról, mi fog velük történni, holott az Eütv. 13.§ alapján jogosultak többek között teljes körű, részletes, számukra érthető módon adott tájékoztatásra egészségügyi állapotukról, annak orvosi megítéléséről, a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról, ezek elvégzésének, ill. elmaradásának lehetséges előnyeiről, kockázatairól. Joguk van továbbá a tájékoztatás során és azt követően kérdezni, joguk van megismerni az eredményt. Az itt foglaltaknak megfelelően a nőkkel lelkiállapotuknak megfelelően kellene bánni, tehát ahogyan korábban említettem, a kommunikáció során, a beavatkozások során erre tekintettel kell eljárni.

Az f) pontot kiterjesztve a várandósság egész folyamatára, fontosnak tartom, hogy már a várandósság folyamán a nőt megismertessék a szülés különféle módjaival, választható helyszíneivel, és azzal, hogy választása alapján mi vár rá. Itt fontos, hogy mind az előnyök, mind a hátrányok láthatóvá váljanak a nő számára, anélkül, hogy a súlypont bármelyik irányba eltolódna.

Továbbá döntésük után a választott szülési módhoz tartozó tájékoztatást, képzést kapnának annak érdekében, hogy a bennük az ismeretlennel szemben kialakuló félelem ne jelentkezzen szülést gátló tényezőként, és ne érezzék kiszolgáltatott helyzetben magukat, legyenek tisztában azzal, mi történik a testükkel.

¹¹⁷ Ennek lényege röviden, hogy a születendő gyermek és az anya érdekét figyelembe véve teljes csönd veszi őket körül, az orvosok is tartják magukat ehhez. Ez nagyban megkönnyíti a gyermek számára a születés megpróbáltatásait, illetve az anya számára is könnyebben elérhető az ilyenkor szükséges tudatállapot.

5.4 Pszichológusok, pszichoterapeuták

Javaslom a pszichológusok, pszichoterapeuták beépítését a rendszerbe. Fontosnak tartom kiemelni, hogy a pszichológus nem keverendő össze a pszichiáterrel. A pszichológus az emberi viselkedés, észlelés, érzelmek (stb.) zavarait a humán tudományok módszereivel vizsgálja és kezeli. A pszichológus tehát bölcsész-, illetve pszichológus szakon szerez diplomát, szemben az orvostudományi egyetemen diplomát szerző pszichiáterrel, aki olyan orvos, aki az emberi viselkedés, észlelés, érzelmek (stb.) zavarait orvosi, fiziológiai alapon vizsgálja és kezeli.

Azért tartom hatékonyabbnak a pszichológus bevonását a pszichiáterénél, mert a pszichiáter általában – de nem kizárólag – beteg emberekkel foglalkozik, hiszen orvos. Gyógyszereket írhat fel, melyek a tüneteket enyhítik, azonban nem feltétlenül foglalkozik a problémák eredetével, a pszichológus viszont éppen ezt teszi. A lélekben mélyre hatolva megkeresi a probléma gyökerét, és így kezeli azt. Éppen elég a szülő nőnek az, hogy a kórházba érkezésétől kezdve betegként kezelik, nincs szüksége még arra, hogy pszichiáterhez kelljen járnia a várandósság kezdetétől.

Tekintettel arra, hogy nagyon sok nő nem tudja feldolgozni, hogy gyermeket vár, majd a szülés után nem tudja, hogyan viszonyuljon a gyermekhez, illetve párjához, fontos, hogy legyen egy olyan szakértő személy, aki úgy tud kommunikálni a nővel, hogy a nő saját maga elkezdje más megvilágításban látni a lezajlott eseményeket.

A csoportos és az egyéni foglalkozás is egyaránt hatékony lehet, ez azonban egyénenként változó. Pszichológus állapítaná meg személyes találkozó és a kitöltött tesztek alapján, kinek melyik módszer lehet hatékonyabb.

A pszichológusok működése abban is segíthetne, hogy a lelki tényezők figyelembevételével, bizonyos tesztek elvégzésével meg tudjuk állapítani azt, hogy kinek melyik szülési helyszín a legideálisabb.

5.5 A szülőotthoni szülés

Két féle szülőotthont alakítanék ki:

- kórházhoz tartozó szülőotthont, és
- független intézetet.

Ennek jelentőségét abban látom, hogy azon nők, akik valamilyen okból tartanak a kórházi körülményektől, így életet adhatnak gyermeküknek a biztonságos körülményeket nyújtó szülőotthonban, azoknak viszont, akik a kórházban nagyobb biztonságban érzik magukat, lehetőségük van otthonos körülmények között kórházban szülni. Ezáltal is meg lenne a lehetőségük a szabad választásra.

A kórházon kívüli szülőotthont beépített műtővel hoznám létre, annak érdekében, hogy komplikáció esetén (pl. ha császármetszés szükséges) az orvosok késedelem nélkül tudjanak segíteni, hiszen a magyarországi körülmények között sajnos nem minden esetben valósul meg az a követelmény, hogy a mentő húsz perc alatt érjen be a kórházba, különösen, ha ezt az időt a hívás beérkezésétől számítjuk. Sok esetben még a kiérkezéstől számítva sem.

Ma már vannak próbálkozások a kórházi szülőszobák átalakítására, és több kórházban pluszköltségen családi szobák is igénybe vehetők, ahol az anya, a gyermek és a család többi tagja együtt töltheti el biztonságos körülmények között a szülést követő napokat.

Fontosnak tartom azonban, hogy az anyagilag rosszabb helyzetben lévő nőknek is lehetőségük legyen kényelmesebb, családbarát környezetben átélni ezeket a nehéz pillanatokat, ezért a törvényben fogalmaznám meg ezen feltételek megvalósulásának követelményét, és a mellékletben részletezném az igényeket. Természetesen a törvény ezen része nem lépne azonnal hatályba, annak érdekében, hogy az érintett intézmények fel tudjanak készülni a változásra.

A kórházi szülőotthonok kialakítása történhetne állami finanszírozással, a független szülőotthonok kialakítása pedig állami finanszírozással, állami támogatással, illetve önköltségen. Tehát nem kizárólag állami tulajdonban lévő szülőotthonokat hoznék létre.

Magyarországon a kórházi szüléseket jelenleg az OEP finanszírozza. Az általam javasolt szabályozásban az OEP állná az otthonszülés, az intézeti szülés és a kórházhoz tartozó szülőotthonok költségeit, a független szülőotthonok esetében pedig lenne egy ún. „csomag”, amelyben foglaltakat finanszírozná az OEP, a plusz igények költségei viszont a szülőket terhelnék.

Célom, hogy létrejöjjön egy olyan szülészeti ellátás, melyben nincsenek előítéletek a szülés különböző helyszíneivel szemben, az egészségügyi dolgozók, különösen a szülészorvosok és bábák között nincs rivalizálás, egy közös célt szem előtt tartva működnek együtt, elismerve egymás szaktudását, segítve egymás munkáját. Ez a közös cél pedig az anya és a gyermek számára a lehető legtöbb segítség megadása ahhoz, hogy ez az esemény jogaik sérelme nélkül, a számukra leghatékonyabb módon történjen.

6 Összegzés

A dolgozat elkészítésében az intézetén kívüli szülés szabályozásának aktualitása mellett a kormányrendeleti szintű szabályozása által kiváltott „borúlátás” motivált, mivel, ahogy azt ki is fejtettem, a téma szabályozását illetően maximálisan az alapok törvényi szinten történő lefektetésének híve vagyok.

Bár a dolgozat megírásának ötlete az állam életvédelmi kötelezettsége és az anya önrendelkezési joga ütközésének vizsgálatából adódott, a kutatás során egyre nyilvánvalóbbá vált számomra, hogy a téma kapcsán egyéb problémák is felvetődhetnek.

A jelenleg hatályos magyar és nemzetközi szabályozásból kiindulva, figyelembe véve más európai országok gyakorlatát próbáltam megalkotni az általam elképzelt legátfogóbb szabályozást, mely tekintettel van a második fejezetben¹¹⁸ említett alapjogok tiszteletben tartására,¹¹⁹ és nem kizárólag jogi oldalról közelíti meg a kérdést, továbbá kísérletet tesz felhívni a figyelmet arra, hogy a test és lélek egészségének egyensúlya mennyire lényeges.

Az intézetén kívüli szülés kérdésének vizsgálatakor igyekeztem mélyen beleásni magam a témába mind jogi, mind orvosi és pszichológiai szempontból, hiszen ahogyan említettem, rendkívül ellenzem, hogy az egységet kettészakítsák, és csak a testi egészséghez való jogra építsék a szabályozást. A lélek egészsége jogi szempontból kevésbé megfogható, mint a testé, éppen ezért úgy vélem, különösen nagy hangsúlyt kell fektetni arra, hogy a jelenlegi szemlélet megváltozzon, és az egykori Alkotmány és a jelenleg hatályos Alaptv. egy helyen történő szabályozásának megfelelően mi is egységben kezeljük a kettőt.

A téma orvosi oldala egyrészt a fent említett okokból került ilyen szintű ismertetésre, másrészt pedig azért, hogy érvelésemet orvosi adatokkal, tényekkel tudjam alátámasztani, kiküszöbölve az „érzelmekre hatás” stratégiáját. Így a témában kevésbé jártas, esetleg férfi olvasók is részletes betekintést kaphatnak, jobban átlátják, mi is történik egy nővel a szülés folyamata során.

¹¹⁸ Bevezetés, a dolgozat céljának meghatározása

¹¹⁹ Az élethez és emberi méltósághoz való jog, az anya önrendelkezési joga, a magánszféra védelméhez való jog, a diszkrimináció tilalma, a testi és lelki egészséghez való jog.

A dolgozat alapjogi részének kidolgozásakor figyelemmel voltam nemzetközi egyezményekre, más országok szabályozásának sokszínűségére, az EJEB gyakorlatára, a hazai szabályozásra, így az AB határozataira is. Ezeket alapként használva készítettem el az intézeten kívüli szülés kérdésében saját javaslatom egy új szabályozás elkészítésére.

7 Forrásjegyzék

7.1 Felhasznált irodalom:

1. Csizner Ildikó (szerk.): Az Alkotmány magyarázata. KJK-KERSZÖV Jogi és Üzleti Kiadó Kft., Budapest, 2003.
2. Dr. Bánfalvi Attila: A szülés medikalizációja. *Lege Artis Medicinae*, 13. évf. 3. szám. <http://www.lam.hu/folyoiratok/lam/0303/17.htm>
3. Beke György: Az önrendelkezés biztonsága és bizonytalanságai. Magyar Szemle, 1999. 1-2. szám 112-132.
4. Csernus Eszter: Önrendelkezés – Hol húzódnak a határok határai? Néhány aktuális gondolat a betegjogokról. *Fundamentum*, 2005. 2. szám.
5. Frédéric Leboyer: Szülés gyöngéden. Katalizátor Könyvkiadó, 2008.
6. Fridli Judit: Egészségügyi önrendelkezés korlátok között. *Fundamentum*, 2001. 1. szám
7. Dr. Gyöngyösi Zoltán: Az élet és test feletti rendelkezések joga. HVG-ORAC Lap- és Könyvkiadó Kft., Budapest, 2002.
8. Horváth Tibor: Az élethez való jog. *Acta Humana*, 1995. 18-19. szám 40-61.
9. Horváth Tibor: Az élethez való jog alkotmányos szabályozásának problémái. állam- és Jogtudomány, XXXVII. évf. 1995. 259-274.
10. Intézményen kívüli szülés szabályozását előkészítő Bizottság és a Társaság a Szabadságjogokért (TASZ): Európa legszigorúbb otthonszülés-törvénye. *Család, Gyermek, Ifjúság*. XVI. évf. 2007/6 20-22.
11. Lóránth Ida: Otthonszülés, de milyen áron? – Interjú Szabó István professzorral. Kórház, 14. évf. 2007. 10. szám 20-22.
12. Paulovics Anita: Az élethez való jog korlátozhatósága. *Sectio Juridica et Politica*, Tomus XXV/2. Miskolc, 2007. 415-429
13. Samu Mihály: Az önrendelkezési jog és érvényesítésének gondja – világprobléma. Polgári Szemle, 2012. június. 8. évfolyam, 1-2. szám.
14. Sólyom László: Az alkotmánybíráskodás kezdetei Magyarországon. Osiris Kiadó, Budapest, 2001. 422.
15. Stanley E. Sagov, Richard I. Feinbloom, Peggy Spindel, Archie Brodsky: Otthonszülés – Az intézetén kívüli szülés gyakorlati kézikönyve. MURUS Képzőművészeti Alkotóközösség, 1992.

7.2 Hivatkozások:

16. DONÁTH 2005 = Dr. Donáth Tibor: Anatómiai nevek – Anatómiai, szövet- és fejlődéstani terminológia. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 2005.
17. SÓTONYI 2006 = Sótonyi Péter: Orvosi felelősség. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006.
18. KITZINGER 2008 = Sheila Kitzinger: A szülés árnyékában – Katarzis vagy krízis? Alternatal Alapítvány, 2008.
19. SÁRI – SOMODY 2008 = Sári János, Somody Bernadette: Alapjogok – Alkotmánytan II. Osiris Kiadó, Budapest, 2008.
20. DAHLKE – DAHLKE – ZAHN 2001 = Ruediger Dahlke, Margit Dahlke, Volker Zahn: Út az életbe – A születés teljessége. Várandósságról és születésről – holisztikus szemmel. Holistic Kiadó, Budapest, 2001.
21. MÁRKI 2004 = Márki Anita: Otthon szültem – A szülés titkos bibliája. Márki Anita, 2004.
22. LENKEI 2008 = Dr. Lenkei Gábor: Méltósággal megszületni és szülni. Free Choice Books Könyvkiadó, 2008.
23. GASKIN 2009 = Ina May Gaskin: Útmutató a szüléshez. Jaffa Kiadó, Budapest, 2009.
24. HALMAI – TÓTH 2008 = Halmai Gábor, Tóth Gábor Attila: Emberi jogok. Osiris Kiadó, Budapest, 2008.
25. GÁRDOS-OROSZ 2009 = Gárdos-Orosz Fruzsina: Alapjogok korlátozása. Jakab András (szerk.) – Az Alkotmány kommentárja. Századvég Kiadó, Budapest, 2009.
26. LÉBOYER 2008 = Frédérick Leboyer: Gyöngéd születés. Katalizátor Könyvkiadó, 2008.
27. VILÁGHY = Dr. Világhy István szülész-nőgyógyász szakorvos weboldala:
<http://vilaghy.extra.hu/>

7.3 Interjúk

- Dr. Endrődi Tamás, szülész-nőgyógyász főorvos, Toldy Ferenc Kórház - Rendelőintézet Egyszemélyes Nonprofit Közhasznú Korlátolt Felelősségű Társaság, Cegléd
- Prof. Dr. med. et jur. Herczeg János, egyetemi tanár, MTA orvostudomány doktora, Szeged MJV Oktató Kórház, Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály
- Dr. Kovács Erika Tünde, aneszteziológus és intenzív terápiás szakorvos, Hetényi Géza Megyei Kórház, Aneszteziológiai és Intenzív Osztály, Szolnok

7.4 Internetes források

1. Országos Bábaszövetség:
<http://www.babaszovetseg.hu/miniszterium9.htm>,
<http://www.babaszovetseg.hu/miniszterium1.htm>
2. <http://www.babanet.hu/cikkek/otthonszules-ket-ajanlas-kozott>
3. <http://www.bajcsyszul.hu/>
4. http://nol.hu/belfold/20120927-szules_orvosok_nelkul
5. http://nol.hu/belfold/20110325-otthoni_szules_europaban
6. Nurses, Midwives and Health Visitors Act 1997.
<http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1997/24/data.pdf>
7. Planned home birth. Committee Opinion No. 476. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2011;117:425–428.
http://www.acog.org/Resources_And_Publications/Committee_Opinions/Committee_on_Obstetric_Practice/Planned_Home_Birth
8. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists/Royal College of Midwives Joint statement No.2, April 2007. <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/uploaded-files/JointStatmentHomeBirths2007.pdf>
9. <http://www.szabadonszulni.hu/szakmai.php?lapozo=kulfold>
10. Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium állásfoglalása a tervezett otthonszülésről (2012. jan. 18.) <http://www.nogyogyaszat.eu/friss-hirek/szuleszeti-es-nogyogyaszati-szakmai-kollegium-allasfoglalasa-a-tervezett-otthonszulesrol-17.html>
11. Társaság a Szabadságjogokért:
http://ataszjelenti.blog.hu/2012/06/11/emberi_jogok_es_szules
12. The American Congress of Obstetricians and Gynecologists:
http://www.acog.org/Resources_And_Publications/Committee_Opinions/Committee_on_Obstetric_Practice/Planned_Home_Birth
13. Varró Gabriella: Otthonszülés Magyarországon. 2011. június.
<http://hu.scribd.com/doc/67657033/Varro-Gabriella-Otthonszules-Kutatas-2011>

7.5 Jogforrások jegyzéke

- 1993. évi XXXI. törvény az emberi jogok és az alapvető szabadságok védelméről szóló, Rómában, 1950. november 4-én kelt Egyezmény és az ahhoz tartozó nyolc kiegészítő jegyzőkönyv kihirdetéséről
- Az Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata, Párizs, 1948. december 10.

- Európai Unió Alapjogi Chartája, Nizza, 2000. december 7.
- 2002. évi VI. törvény az Európa Tanácsnak az emberi lény emberi jogainak és méltóságának a biológia és az orvostudomány alkalmazására tekintettel történő védelméről szóló, Oviedóban, 1997. április 4-én kelt Egyezménye: Az emberi jogokról és a biomedicináról szóló Egyezmény, valamint az Egyezménynek az emberi lény klónozásának tilalmáról szóló, Párizsban, 1998. január 12-én kelt Kiegészítő Jegyzőkönyve kihirdetéséről
- Magyarország Alaptörvénye (2011. április 25.)
- 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
- A Kormány 35/2011. (III. 21.) Korm. rendelete az intézeten kívüli szülés szakmai szabályairól, feltételeiről és kizáró okairól
- Magyar Orvosetikai Kódex

7.6 Alkotmánybírósági határozatok

8/1990. (IV.23.) ABH

23/1990. (X. 31.) ABH

46/1991. (IX.10.) ABH

57/1991. (XI.8.) ABH

64/1991. (XII. 17.) ABH

54/1996. (XI.30.) ABH

36/2000. (X.27.) ABH

37/2000. (X. 31.) ABH

56/2000. (XII.19.) ABH

27/2002. (VI.28.) ABH