

## BEVEZETŐ

A *Mentálhigiénés Programiroda* és a *Szent Imre Kórház* közös szervezésében rendezendő konferenciának a „hagyományok” szerint a *Pest Megyei Önkormányzat Díszterme* ad otthont.

Nem gondoltuk, hogy az I. Családbarát konferencia végén választott témánk: a rövidített szülészeti és újszülött ellátás az elkövetkező évben a szakmai érdeklődés középpontjába kerül.

Az elmúlt év során mind védőnői, mind szülészeti, mind gyermekgyógyászati rendezvényeken különböző nézőpontok szerint került elemzésre ez a probléma. A *MÁV Kórházban* már több éves tapasztalattal rendelkeznek a kollegák, úttörő munkát végeznek a *Szent István Kórház* szülészeten, az *ózdai újszülött osztályon* és reméljük, hogy konferenciánkon minél több team eredményeit is megismerhetjük.

Szeretnénk lehetőséget teremteni, hogy az érdekeltek – védőnő, szülész, gyermekorvos, jogász, biztosító és a műhelyek jóvoltából a kliensek képviselői – együtt egy helyen egymást megértve mondhassák el véleményüket, hogy a klienseik felé azonos információt közvetítsünk.

Igy a kliensnek biztonságot adhatunk, az egészségügyi dolgozók – eléggé megtépázott hitelét – emelhetjük.

Amennyiben sikerül ezt konferenciánkon megvalósítanunk a családbarát ellátási modell szemléletéről kapunk egy kevés saját élmény ízelítőt. A családbarát ellátási rendszer alakítása Pest megyében a Szent Rókus Kórház vezetése, pszichoszomatikus rendelése, szülészeti és újszülött osztályának teamje, és a Pest Megyei ÁNTSZ közös együttműködéséből indult el. Kiinduló pontja a 80-as évek végén Pest megyében végzett csecsemő halálozási felmérés volt. Alapjaiban az ősi ember központú orvosláshoz nyúlt vissza. Kliensét a biopszichoszociális modellben helyezi el. Az emberrel foglalkozik, nemcsak a tünettel. Tekintettel az egészségügyben ezen a területen megjelenő speciális kliensekre, a szülészeti és újszülött ellátásban jelentős hangsúlyt kap az egészség.

Ez nagymértékű szemlélet váltást igényel mind az egészségügyi dolgozók, mind a kliensek részéről.

Ahhoz, hogy klienseink aktív részeseivé legyenek egészségük megőrzésének, gyógyulásuknak, számukra is megfelelő ismereteket kell biztosítani. Az Mentálhigiénés Programiroda mind a tanárképzés, mind az iskolai oktatás részére képzést, illetve szakanyagot biztosít ezen távlati cél eléréséhez. Szükséges megfelelő ismeretterjesztő anyagok megjelentetése is.

A dolgozók részére fontos, hogy felismerjék és elfogadják a team munka szükségességét. Hogy megtanuljunk együtt dolgozni a kórházon belül, a területen, a kórház és a terület viszonyában, kliens és alapellátásban dolgozó orvosok, sőt szülész és gyermekorvosok, szülésznők, ápolónők, védőnők, pszichológusok, szociális gondozók, gyógytornászok. Szóval mindenki, aki eddig egyedül szeretett volna sokat tenni a klienséért. *Együtt mást és többet adhatunk.*

Ma még talán nehéz elfogadni, még nehezebb megvalósítani a gyakorlatban a paritásos rendszert, mely nélkül ez a modell, ez az ősi ember központú gyógyítás nem működik.

Mit jelent ez?

Le kell győznünk mind a kliens és az egészségügyi dolgozó, mind az egészségügyi dolgozók közti alá-fölé rendelési viszonyt, közösen kell a cél meghatározása, a módszerek

definiálása után együtt dolgozni, mindenkinek abban ami az erőssége, hisz így az egyének sikerélményhez jutnak, a közösség pedig jól teljesít, és így egy pozitív spirál beindulását tudják indukálni.

Megfelelő helyet, időt és módot kell találni az egészségügyi dolgozók saját mentálhigiénés ventillációjának biztosítására a pszichológusokhoz hasonlóan hisz mindkét szakterület emberekkel és munkájában saját személyiségét használva dolgozik.

Nehéz a kezdés, a megszokottól eltérő elindítás, de megéri...

A Szent Rókus Kórház szülészeti műhely teamjében dolgozó pszichológus dr. Gondos Anna pályázati pénzből kért fel egy szervezetfejlesztőt, hogy a rendszert a biopszichoszociális modell, paritásos viszony szempontjai szerint világítsa át egyénekre lebontva. Ennek gyakorlati hasznosítása most következik.

Tehát nemcsak az egészségügyi team együttműködésére, azonos információk biztosítására van szükség, hanem egy összehangolt interdiszciplináris közös gondolkodásra. A szakmai jó teljesítéshez szükségesek jogi, biztosítási és szociológiai ismeretek is.

Az Mentálhigiénés Programiroda és a Szent Rókus Kórház együttműködése révén a szülésre felkészítő műhely munkája az I. Családbarát konferencia óta eltelt évben két alkalommal országos műhelyek találkozásával és eszmecseréjével bővült. Dr. Buda Béla professzor úr és dr. Lust Iván főorvos úr szakmai továbbképzésén kívül lehetőség nyílt dr. Cser Ágnes segítségével a paritásos ellátás – a védőnői, szülésznői, területi és kórházi munkában felvetődő – jogi szabályozások megismerésére, dr. Füzesi István által az egészségbiztosítás szempontjainak áttekintésére. A jelenlévők aktív közreműködésével a gyakorlatban dolgozók mindennapos problémáit is sikerült átgondolni.

Ezen alapokra építkezve szeretnénk átnyújtani a konferencia anyagát, melyben pro és kontra vélemények is helyt kaptak, a rendelkezésünkre álló szakmai állásfoglalások mellett.

Mindenkit aktív részvételre, közös gondolkodásra és együtt dolgozásra biztatva vár e paracelsusi idézet gondolataival:

*„Aki nem tud semmit, nem szeret semmit.  
Aki tehetetlen: érthetetlen. Aki nem ért  
semmit, nem is ér semmit. Aki viszont  
ért, az szeret is, néz is, lát is... Minél  
több tudás rejlik egy-egy dologban,  
annál nagyobb a szeretet... Aki azt  
képzeli, hogy minden gyümölcs  
ugyanakkor érik meg, mint a szamóca,  
az semmit sem tud a szőlőről.”*

**dr. Németh Tünde**  
főorvos

az Mentálhigiénés Programiroda perinatalis programjának  
Családbarát program vezetője

## PLENÁRIS ÜLÉS

*dr. Egyed Jenő*

## BEKÖSZÖNTŐ

Az Országos Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet örömmel köszönti a Mentálhigiénés Programiroda és a Szent Imre Kórház Szülészeti Osztálya által szervezett II. Családbarát Konferenciát.

Az elmúlt évi sikeres rendezvény már egyértelműen bizonyította, hogy a remélhetőleg hosszú életű programsorozatnak helye és jövője van az átalakítandó egészségügy felmerülő problémáinak megoldásában. Olyan sokoldalú konferenciáról, illetve műhelymunkáról van ugyanis szó, amelyben védőnők, szülésznők, szülész-, neonatológus és gyermekorvosok, pszichológusok, egészségügyi szervezők, valamint jogi és gazdasági szakértők cserélhetnek véleményt a legaktuálisabb ellátási tennivalókról.

Ezúttal az egészséges anyák és újszülöttjeik korábbi (a jelenlegi általános gyakorlatnál korábbi) hazabocsátásának lehetőségeiről alkotott szakmai vélemények megbeszélése, értékelése és a feltételezhetően különböző (?) álláspontok lehetséges közelítése a téma.

Az alapvető kiindulási pont vitathatatlan: közös érdekünk a családcentrikus terhesgondozás, a szülésre való felkészítés, az együttszülés, az anya és gyermeke közötti mind korábbi élettani kapcsolat és a természetes táplálás (szoptatás) elősegítése, támogatása. Mindezekre vonatkozóan már nem elhanyagolható hazai tapasztalatok vannak, de nyilvánvalóan figyelmet igényel az európai gyakorlat számos eleme is. Miután a korábbi hazabocsátás kérdésköre napi aktualitás, és több szakmát is érint, természetes, hogy mind a Védőnői, Gyermekgyógyász és Szülész-nőgyógyász Szakmai Kollégium foglalkozott már a lehetőségekkel. Álláspontjuk csaknem egybehangzóan támogató: jelenleg mintegy 96 órát (4 napot) tartanak elfogadhatónak a rooming in rendszerben történő időként. Ezt követően a hazai infrastruktúra alapján már megvalósíthatónak látszik a jelenleginél korábbi hazabocsátás.

Az OSZNI ezzel a interdiszciplináris véleménnyel egyetért. Ennyi idő alatt a szülés utáni reconvalescencia, ugyanis biztonsággal megítélhető, az újszülött adaptációja tisztázható, a szűrések-védőoltások rendszere (jogilag is) teljesíthető, nem beszélve azokról a nagyon fontos előnyökről, amelyeket az általános egészségügyi nevelés, higiéné, stb. területén a család szemléletileg az első napokban a rooming in rendszerben kaphat. Ettől függetlenül természetesen már a terhesgondozás kiszűrheti a veszélyeztetett családokat, akiknél a gyermekágy területi védőnői és szakorvosi szinten fokozottabban ellenőrizendő. Ez a célzott gondoskodás lényegében nem függ a hazaadástól, de szakmai felelőssége korábbi esetekben nő.

Természetesen lehetnek kivételes helyzetek (szülészeti vagy infrastrukturális szempontokból), melyekből az átlagtól való eltérést is kockázatmentessé tehetik. Nem vitás, hogy az útkeresés (bizonyos keretek között!) a gyógyítás szabadságának része. Minden kezdeményezés és tapasztalat megvitatható, de az egészségügy szervezettségéről országos méretekben átfogóan kell gondolkodni. Egyetlen percre sem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy több mint 100 szülészeti osztályon évi mintegy 120 000 szülésről kell korszerűen, de megnyugtatóan, progresszíven de eredményeinket nem veszélyeztetve állást foglalni.

Fontos az előrehaladás az élet minden területén, saját szakmánkban is, ám az egészségnek (illetve az egészséget meghatározó körülmények biztosításának) nincs alternatívája.

Mindezen gondolatok jegyében kívánok valamennyi résztvevő Kollégának érdemi vitát, eredményes munkát és sok sikert.

## A SZÜLÉS UTÁNI KORAI HAZABOCSÁTÁS SZÜLÉSZETI VONATKOZÁSAI

Az utóbbi években – világszerte – igényként merült fel a szülés utáni rövidebb kórházi tartózkodás, vagyis a szülés utáni korai hazabocsátás. Az igény kettős: egyrészt a szülő és családja, másrészt az egészségügyi szolgálat részéről (gazdaságosabb, jobb ágykihasználás jelentkezik).

Az USA-ban az elmúlt években ez a probléma az érdeklődés előterébe került, vitában tisztázódtak a korai távozás szülészeti és nőgyógyászati vonatkozásai.

A II. Családbarát Konferencia fő témaként választotta ezt a kérdést. A cél az, hogy együttesen gondoljuk át, miként lehetne megvalósítani - hazai körülmények között - szülés után az egészséges anyák és újszülöttek rövidebb kórházi tartózkodását.

A rövidebb kórházi tartózkodásnak előnyei és hátrányai vannak.

A budapesti Szent Imre Kórházban szerzett tapasztalataink alapján az előnyök között szerepel, hogy a rövidebb ápolási idő gazdaságosabb, kisebb a kórházi stressz hatás, kisebb a iatrogén fertőzés lehetősége, hamarabb kerül az újszülött a család kötelékébe.

A hátrányok között említendő, hogy a túl korai hazaadás stresszt jelenthet (bizonytalanság, tanácstalanság), az esetlegesen patológiás események megzavarhatják a családi örömet. Fontos a szakmai tanácsadás megszervezése is.

A korai hazaadásnak általános, szülészeti és gyermekgyógyászati speciális feltételei vannak.

### Általános feltételek

A szülés utáni rövidebb kórházi tartózkodásra való felkészülést már a terhesség alatt, de legkésőbb a III. trimeszterben el kell kezdeni (például a szülésre felkészítő tanfolyamokon). Szükséges a különböző anyagok begyűjtése a családról (szociális, kulturális háttér, motiváltság stb.) A szülésig el kell dönteni, hogy ki akar a szülés után rövidebb ideig kórházban tartózkodni, és erre vajon alkalmas-e? Fontos gyakorlati kérdés, hogy a család rendelkezik-e például telefonnal?

### Szülészeti feltételek

- eseménytelen lefolyású terhesség;
- egészséges terhes (-- nem veszélyeztetett, azaz nem igényelt a terhesség alatt fokozottabb gondozást);
- a szülés lefolyása „normális” volt:
  - nem volt idő előtti burokrepedés,
  - nem volt fájásgyengeség (elhúzódó szülés),
  - nem volt az átlagosnál nagyobb vérvesztés, (nem volt szükség transzfúzióra);

- a szülés utáni időszak zavartalan volt:
  - stabil vérnyomás,
  - nem volt lázas állapot (> 38 C),
  - Hgb érték 100 g/l felett,
  - a gát reakciómentes (felszívódó varrat),
  - nem volt III. fokú gátruptura,
  - normális gyermekágyi folyás.

### Gyermekgyógyászati feltételek

(lásd Pintér professzor előadásában a 7. oldalon)

### Speciális feltételek

A szülés utáni korai hazabocsátás akkor lesz sikeres, ha a rövid kórházi tartózkodás alatt a gyermekágyast a különböző gyakorlati dolgokra megtanítjuk:

- az anyát megtanítjuk:
  - a gát öntisztítására,
  - a méhösszehúzódás és a gyermekágyi folyás ellenőrzésére,
  - az emlők ellenőrzésére és ápolására,
  - hogyan fogja gyermekét, hogyan fürdesse és szoptassa;
- az újszülött gondozásának bemutatása és a gyakorlatban való ellenőrzése visszakerdezése:
  - a bőr és a köldökcsomók ápolása, pelenkázás,
  - a táplálás (szoptatás) gyakorisága és módja (szükség szerint a tápszer elkészítése);
- az anya és családja ismerje a normális gyermekágyas állapottól való eltérés jeleit pl. icterus:
  - esetleg sürgősségi ellátást tudjon adni,
  - vagy tudja, hogy ilyen esetekben kit kell felhívni,
- a riasztó tünetek ismerete:
  - a sírás fajtái,
  - tüszentés, csuklás stb.

Hangsúlyozni kell, hogy a szülés utáni korai hazabocsátás akkor lesz sikeres, ha:

- az anya és a család elégséges információt kapott,
- az anya saját magát és az újszülöttjét el tudja látni
- az ápolási terv személyre illetve családra szabott
- az anya pszichológiailag és fizikailag rendben van,
- örömmel készül haza, és a család örömmel várja.

A szülés utáni korai hazabocsátás szükségessé teszi a családi otthonban való szakmai segítségadást, az utánkövetést. Ennek különbözőek a formái:

- családlátogatás (szülésznő, védőnő, orvos);
- az első otthoni órák megszervezése,

- az első látogatás előkészítése,
- látogatás (24 óra múlva),
  - a helyzet felmérése,
  - beavatkozások,
  - dokumentáció,
- telefonos kapcsolat (túl szubjektív);
- kombináció: látogatás + telefon;
- forró vonal;
- korai hazabocsátást támogató csoportok (ezt a rendszert ismerő illetve ebben jártas asszonyok önszervező csoportja).

A szülés utáni rövidebb kórházi tartózkodás magyarországi megvalósításában számos olyan probléma vetődik fel, amely megoldása csak a programban résztvevők együttes munkájának eredményeként oldódik majd meg véglegesen.

Néhány felmerülő probléma:

- Kik végezzék az otthoni látogatást?
  - a szülészeti osztály dolgozói (szülésznők, csecsemősnővérek, orvosok);
  - más szervezet munkatársai (pl. Harris);
  - az adott terület védőnői, gyermekgyógyászai;
  - különböző kombinációk.
- Hány alkalommal történjen az otthoni ápolás?
- Milyen legyen az otthoni ápolás díjazása?
  - ki fizesse?
- Hogy történjék az akut ellátás díjazása?

Természetesen a kérdésnek számos egyéb eleme is létezik, mint például gyermekgyógyászati, jogi, biztosítási és szervezési kérdés.



*dr. Pintér Sándor*

## KORAI HAZAADÁS, A GYERMEKGYÓGYÁSZ SZEMÉVEL

A *Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium* állásfoglalása alapján foglalkozom ezzel a több szakmát érintő és nagy érdeklődést kiváltó témával.

Az újszülöttek szülészeti intézményből történő igen korai hazabocsátási időpontjának meghatározásánál az alábbi főbb szempontokat kell figyelembe venni:

1. A születés utáni első hét - a méhen kívüli élethez való alkalmazkodás - az emberi lét legkritikusabb időszaka.
2. Milyen a szülők szociális helyzete (a születést követő 2-6. napon, ki segít az anyának és az újszülöttnak otthoni ellátásában)?
3. A hazai infrastruktúra milyensége (út, telefon stb.).

Ennek alapján az igen korai – 24-48 órán belüli – hazaadással kapcsolatban az alábbi problémákat kell közösen végiggondolnunk:

- Az újszülött élete első 96 órájában speciális neonatológiai ellátást, illetve felügyeletet igényel.  
Ezen feladat szakszerű végzésére még a gyermekgyógyászatban belül is különleges neonatológiai ismeret szükséges.
- Erre jelenleg az alapellátás – különösen a kistélepléseken – nincs kellően felkészülve.
- Az első és második életnapon a szoptatás még megoldatlan. Az anyánál a tejbelövelés a 3-4 nappal tehető. Az újszülött a szükséges tejmennyiséget csak a születés utáni 4-6. napon tudja kiszopni (ki tanítja az anyát és az újszülöttet otthon szoptatni, illetve szopni?)
- A születés után jelentkező sárgaság a 3., 4. napon tetőzik. Ezek közül előre megjósolni azt, hogy melyik újszülöttnel lesz a későbbiekben tennivaló, lehetetlen.
- Az igen korán hazaadott újszülöttek közül „elhúzódo”, „tisztaatlan” icterus miatt soknak kéri feleslegesen felvételét gyermekosztályra.
- A veleszületett újszülöttkori fertőzések tünetei általában a harmadik, negyedik életnapon észlelhetők. Ezen septicus állapotok idejében történő otthoni észlelése problémákba ütközik (ehhez nagy neonatológiai gyakorlat szükséges).
- A kis és nagyvérköri élettani hemodinamikai változások miatt a vitiumok egy része csak harmadik, negyedik életnapon kerülhet észlelésre.
- Az újszülöttkori anyagcsere szűrővizsgálatok a betöltött negyedik életnap után végezhetők el. A vérnek otthoni levétele, szűrőcentrumokba küldése a hibalehetőségek előfordulását nagymértékben fokozza.
- Ha az újszülöttet igen korai hazaadás után gyermekosztályra kell felvenni, legtöbb esetben az édesanyjától elszakad.

Jelenleg garantált biztosítékot a hazai, évről évre javuló perinatalis, illetve neonatalis halálozási eredményekhez a klinikai, vagy a kórházi ellátás nyújt.

A jó feltételek biztosítása mellett a Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium támogatja azt a törekvést, hogy az egészséges újszülöttek gyakorlatánál korábban már a betöltött 4., 5. életnap után otthonukba távozzanak.

Az eddigi ellátási gyakorlat országos méretű átszervezését – új szolgálat közbeiktatásával – a Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium sürgősen szükségesnek véli. Amennyiben az egészségügyi kormányzat erre a feladatra pénzforrást tud biztosítani, azt a meglévő szolgálat minőségének javítására kell fordítani.

*Összefoglalva:* a Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium az újszülöttek igen korai, egy-két napon belüli intézetből történő hazabocsátását nem támogatja.

\*\*\*\*\*

### OKOSAN SZERESS



A gyermekvárás minden család életében egy új korszak nyitánya. Szükséges, hogy a szülők az idő előrehaladtával fokozatosan kialakítsák a kis jövevény helyét a lakásban és a családban.

A gyermeknevelés a megszületés pillanatában kezdődik, ami nemcsak a testi igények kielégítését jelenti, hanem kialakul az anya-gyermek-apa érzelmi kapcsolat, megindul a jó szokások kialakítása. Fontos, hogy az első pillanattól tudomásul vegyük: az aranyos kis bébi önálló egyéniség, egy másik, még segítségre szoruló ember. A közösen, lassanként kialakított napirend a későbbiekben rendezett életritmus, az egészséges életmód alapja lesz.

Az újszülött és a kisded koron kívül az orvosi vizsgálat a kórházba kerülés nehéz pillanatát mutatja be a kazetta.

*Dr. Németh Tünde* csecsemő és gyermekgyógyász pszichoterapeuta szakorvos,  
*Tárnoki Erzsébet* csecsemő és gyermekgondozó pszichopedagógus – úgyis, mint gyakorló szülők – ezzel a kazettával szemléleti és gondozási segítséget szeretnének nyújtani a családoknak.

A Családbarát programhoz kapcsolódó videokazetta az „Okosan szeress”, amely már több ezer példányban kelt el.

Megrendelhető: 1.600,- forintos darabáron.

**MENTÁLHIGIÉNÉS PROGRAMIRODA**  
BUDAPESTI ÉS PEST MEGYEI RÉGIÓJA  
1066 Budapest, Lovag u. 10.

*dr. Aradi Erzsébet, dr. Molnár Sándor, Kondi László*

### KORAI HAZABOCSÁTÁS = MEGTAKARITÁS? AVAGY HOL A „HASZON” A KORAI HAZABOCSÁTÁSNÁL?

*A témát több szempont szerint kell vizsgálnunk.*

Az egyik oldalon a páciens, a másik oldalon az egészségügyi szolgálat (vagy szolgáltatás?) áll. A szolgálat nem egyenlő a szolgáltatással, azonban sem a „szolgáló”, sem a szolgáltató nem teheti partnerét, paciensét védtelenül kiszolgáltatottá.

A karcagi *Kátai Gábor Kórház Neonatológiai részlege, szülő-nőbeteg osztályán* szülész kollégámmal azt vizsgáltuk, hogy vajon kedvező-e, ha a szülés után 72 óra múlva távozik a kórházból az anya és az újszülöttje. *Várható-e ebből valamilyen szinten „haszon”?*

A teljesítményfinanszírozás bevezetése után sürgetővé vált annak eldöntése, hogy valójában mennyibe kerül egy beteg ellátása, melyek azok a költségtényezők, amelyek változtatásával befolyásolhatók ezek, illetve melyekkel nem. Az elemzésére kórházunk programfejlesztője speciális rendszert dolgozott ki. A hálózaton 18 osztály 40 terminállal végzi napi munkáját. (A műhelymunka során ezt a rendszert részleteiben ismerteti kifejlesztője.)

A rendszer a következő részekből áll:

1. Adatbázisok, melyek a BNO, WHO kódszótárat, speciális szakmai szótárakat, valamint a betegellátást összességében befolyásoló közvetlen (gyógyszer, egyszerűhasználatos anyag, munkabér stb.) költségeket tartalmazzák.
2. A közvetlen betegellátás során alkalmazott részmodul a beteggel történeteket a betegfelvételtől – kibocsátásig tartalmazza:
3. Betegszámla készítés, részletes költségelemzési modul.
4. Endofinanszírozás lehetősége.
5. Statisztikai értékelő modul.
6. Költségráfordítások diagnózisonként.
7. Komplex kórházi kiértékelő modul.  
(1.sz. táblázat)

Néhány mondatban megpróbáljuk felvázolni azokat a *kételeyeket*, amelyek a karcagi szülészeten megjelenő szülönők rövidített ellátásával kapcsolatban felmerültek.

1. Igen magas a *cigány*, illetve a *szociálisan* rossz körülmények között élők aránya.
2. Nem tartozhatnak ebbe a csoportba a 10 százalékos körüli *koraszülő* materek.
3. 13-15 százalékos a *császármetszések* éves aránya.
4. A szülést követő 3. napra esnek azok az *életfunkciók*, amelyeket feltétlenül ellenőrizni kell, például tejbelövellés, székürítés.
5. Véleményem szerint a jó sebgyógyulás érdekében az episiotomia *varratait* leghamarabb a 4. napon érdemes kiszedni
6. Felkészült-e az alapellátás az esetleges *szövődmények* ellátására, a mindennapos ellenőrzésre?
7. Megfelelő-e területünk *infrastruktúrája*, hiszen a legtávolabbi falu 60 kilométerre van a kórházunktól.

8. A neonatológus kollégánő adataival is egybevetve a korai elbocsátásnál osztályunk betegeknek 39 százaléka jöhet szóba.

Mint gyermekorvos – legalábbis a mi területünkön – úgy vélem, sem a lakosság, sem az alapellátás nem készült fel még a korai hazabocsátásra. Kórházi tapasztalatom: a kismamák az első két napban főleg saját állapotukkal vannak elfoglalva. A harmadik naptól indul meg a konkrét érdeklődés és az aktivitás az újszülött ellátásával kapcsolatban. A harmadik napi hazaadás miatt az anyák nem kapnának elegendő szakmai segítséget a szoptatás kezdéséhez, s az educatio más szempontból is elmaradna (köldökkezelés, fürdetés, fejés, szükség esetén csípőtorna, lábfejtorna, szemkezelés, szájkezelés stb.). Mindez akkor, amikor a rooming in rendszer elterjedése egyre inkább lehetőséget nyújt a szülő oktatására. Ezen kívül szó sem esett még például az icterus kérdéséről, a szűrővizsgálatok fegyelmének megtartási gondjairól.

### Jogi, etikai szempontok

Nem vizsgáltuk! A „Kie a felelőség?” kérdésének útvesztői a kompetenciánkat meghaladják!

### Finanszírozási vonatkozások

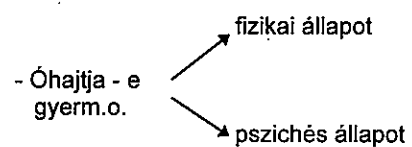
Jelentkezik-e költségmegtakarítás? Ha igen, akkor hol?

Melyek azok a főbb költségcsoportok, melyek az anya és az újszülött ellátását összességében befolyásolják?

1.sz. táblázat

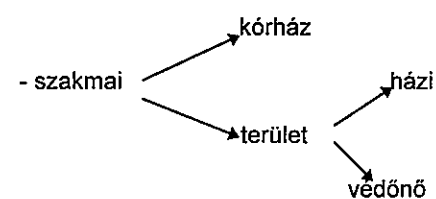
Lássuk tehát melyek a páciens, illetve az egészségügy szempontjai?

#### Páciens szempontjai

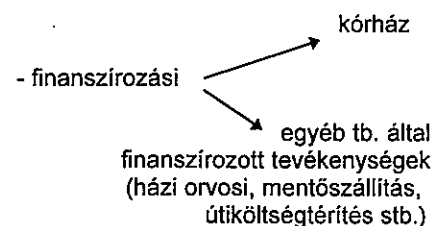


- szociális szempontok
- otthoni körülmények
- intézet, lakhely távolsága
- házi orvos, védőnő elérhetősége
- (távolság, telefonkapcsolat, közlekedési lehetőség)

#### Egészségügyi szolgálat szempontjai

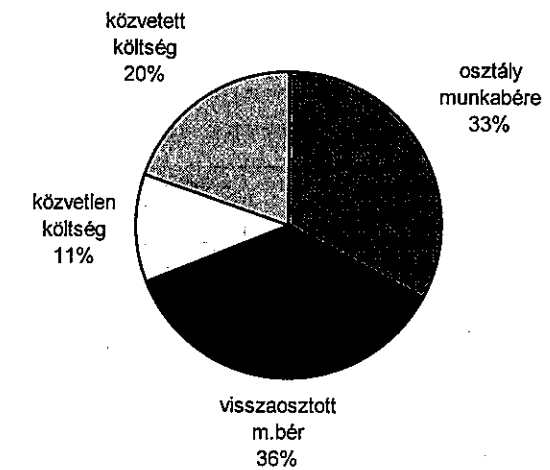


- jogi - etikai felelősségvállalás kérdése

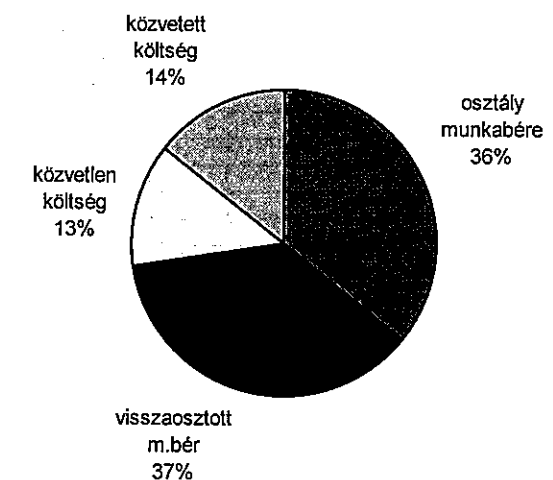


Főbb költségek aránya 1 ápolási napra vetítve

### Szüléset-nőgyógyászati osztály



### Újszülött részleg



1. közvetlen osztályos munkabérek
2. az osztályra, illetve az ápolásra visszaosztott közvetett bérek
3. közvetlen költségek: gyógyszer, élelmezés, labor stb.
4. közvetett működési költségek: energia, állóeszköz, mosoda, raktár, pathológia stb.

*Van-e csökkenthető költségelem közöttük?*

Minden anyagilag befolyásoló tényezőt egy ápolási napra vetítettünk ki. Alapvetően négy nagy csoportot képeztünk, s ezeken belül is meghatároztuk azokat a költségelemeket, amelyek a teljes költségfordítást befolyásolják.

*Egy beteg 1 ápolási napjára vetítve a költségtényezők összetevői a következők*

1.sz. táblázat

Osztályos munkabérek	Szülészet-nőgyógyászati osztály Ft/nap	Újszülött részleg Ft/nap
orvosi bér	1001	-
eü.szakdolgozó	157	110
eü.fizikai dolgozó	729	540
fizikai dolgozó	187	-
osztályos munkabér összesen	2074	650
<i>Visszaosztott bérek</i>		
központi irányítás	1448	434
gyógyszertár	46	5
labor	129	17
műtő	210	-
steril	55	-
patológia	207	-
véréllátó	48	164
élelmezés	57	-
mosoda	101	48
Visszaosztott bér összesen	2301	668
<b>Munkabérek összesen</b>	<b>4375</b>	<b>1318</b>
<i>Közvetlen költség</i>		
labor	54	23
véréllátó	39	116
gyógyszer	301	100
szövettan	211	-
élelmezés	119	-
Közvetlen költségek összesen	724	239
<i>Közvetett költség</i>		
	Ft/nap	Ft/nap
állóeszköz	39	41
energia	59	16
szállítás	11	-
mosoda	133	42
élelmezés	129	-
raktár	29	8
röntgen	4	3
labor	32	26
steril	102	38
patológia	65	-
gyógyszertár	26	4
műtő	101	-
anaesth.	229	-
eü.ellátás	175	46
nővérszálló	28	7
központi irányítás	68	17
munkahelyi étkeztetés	24	13
Közvetett költségek összesen	1254	261
<b>Összes ráfordítási költség 1 beteg napra</b>	<b>6353</b>	<b>1818</b>

Mindkét ellátás részéről másként jelentkeznek a költségárányok, egy azonban világosan látszik, hogy a legkisebb a közvetlen költségfordítás.

További alábontásokra is lehetőség nyílik a közvetlen költségeknél: antibiotikus terapia, egyéb gyógyszerelés, egyszerhasználatos anyag-, eszközfelhasználás, elvégzett vizsgálatok, egy ápolási esetre, vagy dg-ra, akár ápolási napokra vonatkoztatva rendelkezünk tényadatokkal.

A fentiekből látható, hogy csak a közvetlen költségfordítások összege változik, amely a napi ellátás 18,5 százaléka, a többi gyakorlatilag változatlan. Minél rövidebb az ápolási idő, annál magasabb az egy napra visszaosztott közvetett költség.

Ily módon vizsgáltunk azt is, hogy hogyan alakul a szülő nő illetve az újszülött ellátási költség a szülést követően. Azt találtuk, hogy az első napon a legnagyobb a ráfordítás - szakmailag ez evidens is.

*Vizsgáltuk továbbá, hogy a három napos illetve osztályunk jelenlegi 5,5 napos ápolás költségei miként viszonyulnak egymáshoz egy ápolási napra visszszámolva főbb költségelemként.*

A *szülészeti osztályon* a negyedik és ötödik napon a következő részköltségek csökkenthetők:

élelmezés: 119 Ft/nap, gyógyszer: 301 Ft/nap, mosoda: 133 Ft/nap,

tehát a 2,5 napra eső megtakarítás 1.383,- Ft/ápolási eset.

*Első fél éves adatunk szerint (148 beteg 5,5 napos átlagos ápolási idejével számolva) fél éves szinten a megtakarítás 204.684,- Ft.*

*Az újszülött részlegben a közvetlen költségmegtakarítás tekintetében az alábbi költségcsökkentő elemek mutathatók ki.*

Mosoda: 42 Ft/nap, napi fürdetés vizigénye a PKU levételéhez szükséges egyszerhasználatos tű, lándzsa – egyszeri alkalommal.

*Fél éves szinten a megtakarítás 6.364,- Ft.*

*Éves kalkulált megtakarítás összesen: 422.096,- Ft.*

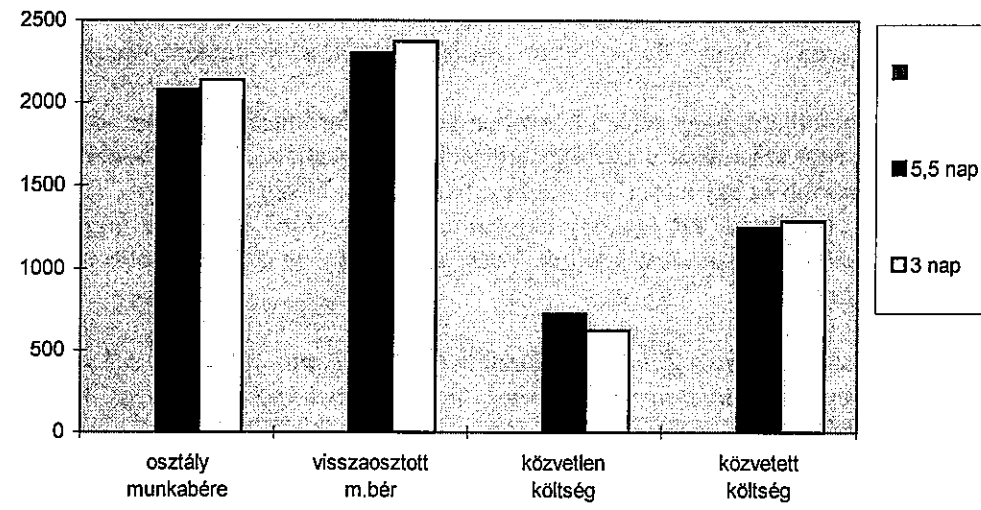
Ha azt is tekintetbe vesszük, hogy ez a „haszon” *nem* kalkulálható be *minden* szülési eseményt követően, akkor a megtakarítás elenyésző még az osztály költségvetéséhez képest is.

Figyelembe véve a TB által finanszírozott egyéb költségeket (mentőszállítás, útiköltség, ismételt vizsgálat költsége), valamint az esetleg szükségessé váló visszarendelést, vagy ismételt felvételt, a „nyereség” még tovább csökken.

*Összefoglalva:* Finanziális szempontból tehát a várható megtakarítás nagyságrendje jelentéktelennek tűnik. Az felmérésünk alapján az édesanyák többségének véleménye szerint nem kívánatos a korai hazaadás! Szakmai szempontból mind a terület, mind a kórház oldaláról nézve rizikót fokozó tényező a korai hazabocsátás!

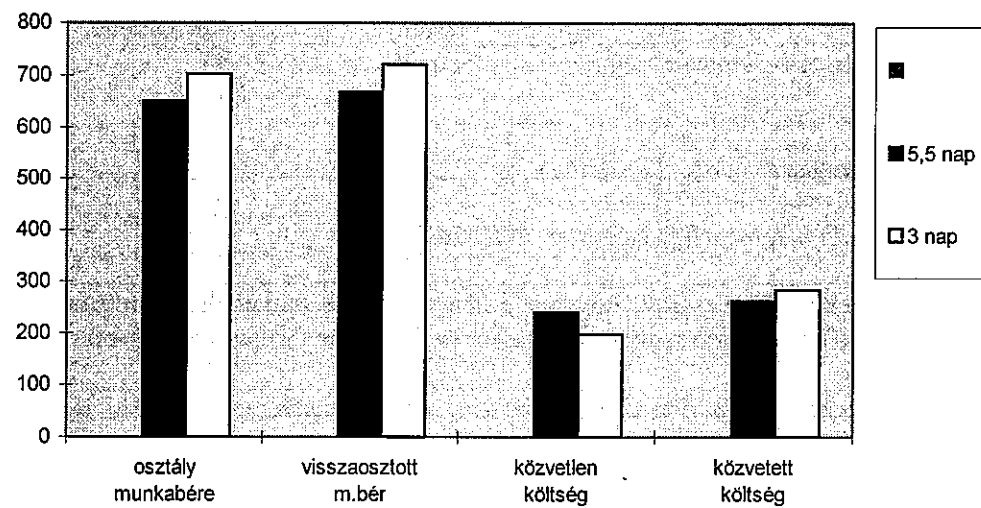
Minden tényezőt alaposan mérlegelve a korai hazaadás ellenében voksolunk!

szülészeti-nőgyógyászati osztály



1 ápolási napra vetítve

újszülött részleg



1 ápolási napra vetítve

**KEDVES  
EGÉSZSÉGÜGYI  
MUNKATÁRS!**

**Ön milyen ruhában  
szeret dolgozni?**

egyéni ?  
elegáns ?  
formatartó ?  
kényelmes ?  
praktikus ?  
tartós ?

**Forduljon hozzánk, mi  
ilyet kínálunk Önnek!**

**FORMARUHÁK** egyedi méretskála  
**ÁGYNEMŰK** korszerűség  
**KÓRHÁZI TEXTÍLIÁK** funkcionalitás

**PIKK DÁMA**

1092 Budapest  
Ráday u. 41.  
tel.: 2179-851



## GYERMEKÁGYAS ÉS ÚJSZÜLÖTT VÉDŐNŐI GONDOZÁS PROGRAMJA

*Cél:* a panaszmentes terhességet és szövődménymentes szülést követően, az anya meg az újszülöttje a szükséges, optimális kórházi ápolás után további otthoni védőnői gondozás, szakápolás által minőségi ellátásban részesüljön.

A minőség és a gazdaságosság szempontjait is figyelembe véve mérlegelendő, hogy a zavartalan terhesség, illetve a terhességet követően szövődménymentes szülés korai gyermekágyas időszak után, egészséges újszülött esetén a kórházi ápolási idő az eddig megszokottnál rövidebb legyen-e.

Ennek alapfeltétele, hogy az évtizedek alatt nagy erőfeszítések árán elért perinatális eredményeket, – morbiditás, mortalitás – nem tehetjük kockára, sőt azokat tovább kell javítani, hiszen még mindig az utolsók között állunk Nyugat-Európában.

Továbbá nem elhanyagolható szempont a lakosság egyre romló szociális háttere, az infrastruktúra alacsony színvonala és az egészségügyi rendszer jelenlegi állapota. Óvatos, és csakis személyre szóló döntés eredménye lehet a 96 óránál hamarabb történő gyermekágyas és újszülött hazabocsátás ott, ahol erre mind a család, mind az alapellátást nyújtók részéről adottak a feltételek. Az ellátásban érintett valamennyi szakterület közös minőségbiztosítási programjával, jól kidolgozott standardokkal, protokollal, és jó értékelő rendszerrel lehet az ellátás színvonalát megőrizni, javítani.

A gyermekágyas és az újszülött otthoni gondozás folytatása a várandós gondozásnak és a 81 éves hagyományokkal működő védőnői szolgálat feladata.

Ahhoz, hogy a védőnő a gondjaira bízott gyermekágyas anyát és újszülöttjét szakmailag elvárható, jó minőségű ellátásban tudja részesíteni, felkészültségén túl feltétlenül szükséges a jó, informatív kórházi (orvosi és ápolási) zárójelentés, a jó szakmai kapcsolat a szakorvosokkal és a háziorvosokkal (felnőtt családorvos, gyermekgyógyász háziorvos) és a helyi szociális segítő rendszerrel, valamint a védőnői táska, melyben a szükséges felszerelések, az otthon elvégzendő szakgondozási feladatok megvalósításához nélkülözhetetlen eszközök rendelkezésre álljanak. Biztosított a szükséglet szerinti otthoni látogatáskor a megfelelő közlekedés.

Alapvetően fontosnak tartjuk a kórházi dokumentációt, valamint egy jól szerkesztett és könnyen, gyorsan, áttekinthetően kitölthető látogató lapot, melynek egy példánya mindig a gondozottnál marad annak érdekében, hogy az ellátást nyújtók (házi orvos, házi gyermekorvos, ügyelet, kórház stb.) és a gondozottak között hatékony, gyors és korrekt kommunikáció valósuljon meg.

A védőnői szakápolási-gondozási feladatok elvégzése, a védőnői vizitek korrekt és jól dokumentált megvalósítása a minőségbiztosítás szempontjából is megnyugtató folytatása a posztpartum ellátásnak. A védőnők folyamatos, naprakész elméleti és gyakorlati tudás szintjének karbantartásával biztosítható az alapellátás, valamint a kórházi ellátás között a jó kommunikáció és a felkészültség.

A védőnői gondozás főbb kritériumai a 96 órán belüli hazabocsátás esetén:

A hazabocsátás az anyával és a családdal egyeztetett, elfogadható kell legyen,

Rendszeres várandós gondozás, minimum 4 védőnői otthoni látogatást igényel. Ebből kettő az utolsó 6 hétben szükséges.

Legalább az anya szülésre való felkészítése egyéni vagy csoportos szinten kell történjen. Nélkülözhetetlen a háziorvos írásos nyilatkozata arról, hogy 24 órán belül a folyamatos ellátást megkezdi.

A védőnő írásban vállalja, hogy a hazakerült anyát az újszülöttel 24 órán belül és azt követően – szükség és igény szerinti – gondozásban részesíti.

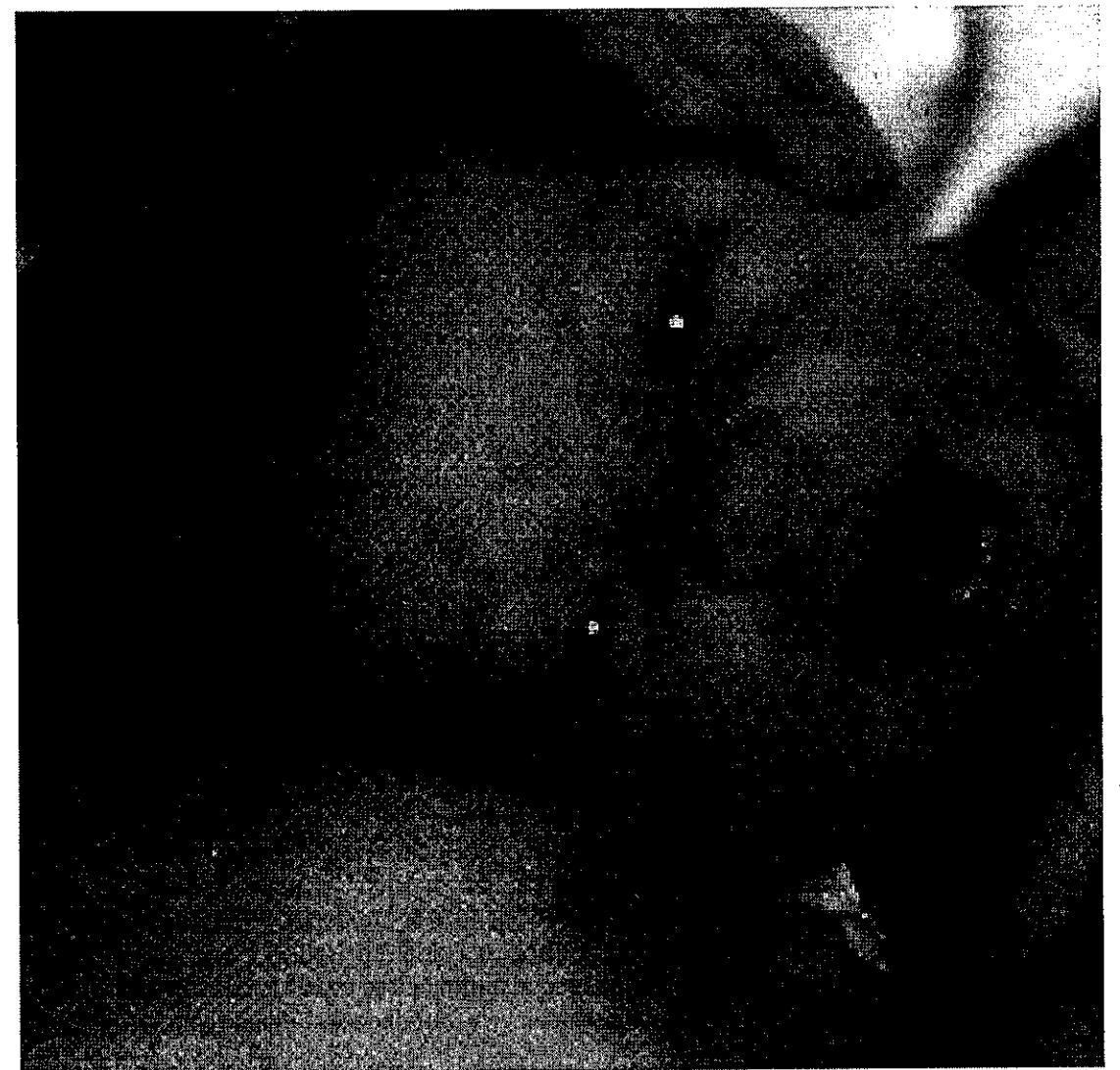
Tanyán, vagy rossz infrastruktúrájú településen élők ne kerüljenek a programba!

A család és a lakáskörülmények a gyermekágyas, újszülöttellátás szempontjából elfogadhatóak legyenek!

A védőnő jelezze ezt a kórház felé, a kórház ennek ismeretében dönt a hazabocsátásról.

A kórházból 96 óránál hamarabb csak egészséges terhesség, szövődmény mentes normál szülés, panaszmentes gyermekágyas és újszülött napok után egészségesen adható haza az anya és újszülöttje.

Írásban kell rögzíteni a kórházi, továbbá az alapellátási standardokat és protokollokat.



### CSALÁDBARÁT SZÜLÉS ÉS AZUTÁN...

Az alacsony születésszám, a sokféle elégedetlenség a gyermekvárás, a szülés körülményeit és lehetőségeit illetően, az egészségügyi átalakítások mind hozzájárultak az elmúlt években ahhoz, hogy többféle lehetőség is kirajzolódjon a lehetséges változtatási irányokról.

Ezek egyike az ambuláns, vagy rövid idejű kórházi tartózkodás, mely részben a család, gyermek mielőbbi otthoni együttélését, részben pedig az egészségügyi intézményrendszer költségtakarékosabb működtetését szolgálja. Szociológiai szempontból itt számtalan kérdés vizsgálható, azonban ezúttal elsősorban a gyermekek és családjaik közvetlen szempontjai készítenek elemzésre.

Ahhoz, hogy ez a család- és költségbarát lehetőség valóság legyen elsősorban azt kell megvizsgálni, vajon mennyiben segíti a jelenlegi rendszer a gyermeket várókat a szülés utáni hazatérés akadálytalanságában.

Mindenekelőtt az kellene, hogy a várakozás hónapjaiban minden formában segítséget kapjanak a szülői szerepre való felkészülésben.

Alapvetőnek tartom, nemcsak a hagyományos – vagy az utóbbi évtizedekben azzá vált – védőnői látogatást, illetve orvosi ellenőrzést, hanem ennél sokkal komplexebb fizikai és mentális segítség nyújtását. A gyermekvárás közvetlen tárgyi feltételeinek eleget kell tenni, a lehetőségek határáig és sokszor azon túl is.

A lelki felkészülésen kívül, mindazokat a praktikus kérdéseket fel kell vetni, amelyekre lett volna eddig is szükség.

Ki és hogyan segíti az anyát a kisgyermek – esetleg a nagyobb gyermekek – ellátásában a szülést követően? Ismerve a korábbi kisközösségi rendszer jól körülírt és logikus rendjét, felvetődik, hogy a családi, közösségi kapcsolatok lazulásával milyen formában szervezhető meg ismét ez a rendszer? Itt többféle lehetőség adódik: a rokonok, a barátok felkérése, felkészítése, vagy a laikus segítők, e célra szerveződött egyesületek, klubok, kölcsönös segítése. Például az erre a célra létrejövő, illetve más funkciót is ellátó non-profit és for-profit formák létrehozása. Az első esetben már a terhesség idején célszerű megvizsgálni, felkészülni az igénybevehető családtagokat, barátokat és egyeztetni velük. Ez komoly kohéziós erő lehet, és meglepően jó eredményeket hozhat!

Itt elsősorban az a fontos, hogy a szülőpár megfogalmazhassa vágyait, igényeit, az ajánlkozó családtag, barát erre reflektáljon. Ez családi, baráti körben nem könnyű a mi kultúránkban, ahol nem természetes az, hogy azzal segítünk, amire a megsegítendő vágyik ahelyett amit mi helyesnek gondolunk. Így például az időbeosztás, az étel, a gyerek körüli teendők ellátásában pillanatok alatt a jó szándékú, de önfejű segítők és a „hálátlan” megsegített évekre szóló sebeket adhat, illetve kaphat.

Igazi kommunikációs tréning lehet egy ilyen – akár moderált – egyeztetés, amiben szükség szerint szakember részt vehet, ha szükséges, akár a felkészülés folyamatában is.

A laikus segítők, önszolgálat, kölcsönösségen alapuló támogatásnál jobb esélyű az igények és a szolgálatok egyeztetése, mert feltehetően az erre vállalkozókat valamilyen közös érdek, érdeklődés hozza össze.

A La Leche mintájára működhetne az efféle segítők szolgálat. Ennek beláthatatlan jelentősége lenne, nemcsak a közvetlen szülés utáni időszakban, hanem a későbbi kölcsönös segítség nyújtásában is.

Az igazi, és a vágyott civil szféra éledését, az azonos érdeken és kölcsönösségen alapuló támogatást segíthetné, remek kilátásokkal. Természetesen ehhez is kell némi moderálás és szakértelem a szervezők részéről, ha nem akarnak minden lyukba beleesni, bár a hibák teljes mértékben, így sem kerülhetők el.

A profi szolgáltatók körében nyilvánvaló és deklarált munkavállalásról van szó, amikor olyan otthoni ellátást nyújtanak, amely a házi gondozáshoz hasonlítható leginkább. Ahol kiváltott, korábbi kórházi funkciót pótolnak. Ebben az esetben ugyan nem egyértelmű, hogy ez mennyiben egészségügyi szakfeladat és hogyan vált az elmúlt évtizedekben azzá, de a társadalombiztosító térítése, különösen olyan esetekben, ahol ez másképpen nem megoldható, illetve neheztelt élethelyzetről van szó – egyedülálló anya, fizikai nehézségek, fogyatékkal élő szülők, izolált helyzet – mindenképpen indokoltnak látszik.



## AZ ANYATEJÉRŐL ÉS A SZOPTATÁSRÓL



Van-e csodálatosabb élmény, mint amikor hosszú hónapok várakozása után egy anya először ölelheti magához újszülöttjét! A kilenc hónapon át érlelődött egymáshoz tartozás most testet öltve kézzelfoghatóvá válik! De ez a pillanat egyben az önálló élet, az elszakadás kezdete is!

Semmivel sem lehet jobban enyhíteni ezt a kényszerű, a hosszú készülődés ellenére is hirtelen elszakadást, mint azzal a legteljesebb testi közelséget jelentő mozdulattal, amikor a kicsit szoptatáshoz magunkhoz öleljük.

Úgy gondolom, a szoptatás érzelmi oldala nem igényel sok bizonygatást. A nők veleszületett ösztöne, ami még azokban is lappang, akik modern korunk manipulációjának áldozatul esve próbálják elrejtetni magukban. Nem hiábavaló hát újra meg újra az értelemre is hatva beszélni erről a sokak számára elcsépeltnek tartott témáról. Az anyatej „pótolhatatlanságának” egyre nagyobb a tudományos érványa.

Ismerjünk meg néhányat a teljesség igénye nélkül.

- A csecsemő fejlődéséhez, testének rohamos építéséhez egyik legfontosabb tápanyag a fehérje.

Az anyatejben már kész, azonnal beépíthető építőkövekként van jelen anélkül, hogy a lebontás energiát használna.

- A zsírok is egyrészt azonnal beépíthető formában található az anyatejben, másrészt a tej zsírbontó enzim tartalmánál fogva segíti az energia adó, vitaminok felszívódásához és a betegségekkel szembeni ellenanyagképzéshez nélkülözhetetlen zsírok bontását.

- Az anyatej tejcukortartalma valamennyi emlős tejénél magasabb. Különös jelentőséget ad ennek a galaktóznak az idegrendszer fejlődésében betöltött nagyon fontos szerepe.

- A vér, csont stb. felépítéséhez szükséges ásványi anyagok ugyancsak optimális mennyiségben és arányban található meg az anyatejben és 90-98 százalékuk értékesül (tehéntejből 30-40 százalék).

- Végül, de nem utolsósorban az anyatej kész ellenanyagai biztosítják az újszülött fertőzésekkel szembeni védelmét.

Nem hiszem, hogy sokkal több érvet kellene felsorakoztatni, hogy az édesanyák elfogadják a szoptatás mindenekfölötti fontosságát. De hiába a szoptatás iránti vágy és a teljes értelmi azonosulás, ha egyszerűen kevés a tejünk!

Sok-sok éves tapasztalatom, hogy nem marad el a várt eredmény, ha a kismama felkészül a szoptatásra, kikérheti ehhez védőnője segítségét is. Fontos szoptatás után a mell tökéletes kiürítése, a megfelelő folyadék- és kalória-felvétel, a napirendbe többször néhány perces pihenés, relaxálás beiktatása. Nem ajánlom azonban a sokszor hallott jó tanácsot, a sörivást, vagy rántott levest.

Ezen a sokak számára súlyos gondon segít a Herbária Rt. közelmúltban piacra került LAKTOHERB filteres teakeveréke. Kiválóan alkalmas a folyadékpótlásra, elősegíti az anyatej termelődését és ürítését, csökkenti a mamák gyakori szorongását, sem az anyára, sem a csecsemőre nincs semmi káros hatása. A LAKTOHERB segít, hogy a szoptatás órái igazán boldogok legyenek!

*dr. Holics Klára*  
gyermekgyógyász szakorvos

## MŰHELY

*dr. Aradi Erzsébet, dr. Molnár Sándor, Kondi László*

### KOMPLEX KÓRHÁZI INFORMÁCIÓS ÉS DOKUMENTÁCIÓS RENDSZER, A BETEGELLÁTÁS TÉTELES RÁFORDÍTÁSI KÖLTSÉGEINEK VIZSGÁLATA KÜLÖNÖS TEKINTETTEL A CSALÁDBARÁT SZÜLÉS MEGVALÓSULÁSÁRA

A finanszírozás jelenleg alkalmazott módszerének bevezetése óta foglalkoztatja kórházunk vezetését a költségérzékenység vizsgálata, a ráfordítási költségek optimális szintre való helyezése. Sok-sok belső tanulmány készült el addig, amíg *ezelőtt két évvel a Health Care Enterprise International megbízásából a US Agency for International Development (USAID)-val konkrét elemző munkáink elkezdődhettek.*

*Közös tevékenységünk első célja volt, hogy a frekvencián jelentkező diagnózisok ellátását – esettérképezését – teljes részletességgel kielemezzük. Az esettérkép valójában a folyamatos minőségbiztosítás eszköze.*

Minden kórháznak különböző időszakokban más és más esettérképet kell használnia, annak megfelelően, hogy a külső és a belső tényezők miként befolyásolják az ellátás ráfordítási költségelemeinek részarányait, konkrétumait.

*A jövő finanszírozói megkövetelik majd a betegszintű ellátás tartalmi, anyagi ráfordításának korrekt ismeretét. Ezért erre már jó előre célszerű kiemelt figyelmet fordítani.*

*A rendszer elkészítésekor az alábbi főbb modulokat céloztuk meg:*

- egységes központi betegnyilvántartó rendszer adaptálása;
- szakmánkénti részletes latin nyelvű diagnózis szótár elkészítése;
- gyógyszerek, diagnosztikus vizsgálatok, egyszerhasználatos anyagok költségeinek rendszerhez való illesztése;
- a hotelfunkció költségelemeinek teljes körű felülvizsgálata;
- a napi események feldolgozása, zárójelentés, kórlap, műtéti leírás, látlelet, kórházi igazolás, receptírás stb.;
- műtéti költségek, érzéstelenítés, anyag- eszköz ráfordítási költségének összeállítása;
- diagnosztikus egységek rendszerhez illesztése (párhuzamos adat-felvételezés és nyilvántartás elkerülésére);
- munkaügyi béradatok részletes elemzése, rendszerhez való illesztése;
- költségelemzéshez alap- és kísérőbetegségek terápiás és ellátási költségeinek elválasztása
- részletezett betegszámla tartalmi kialakítása.

Ez év januárjától kórházunkban egy Novell 4.10-es számítógépes hálózat teljes, saját erős beüzemeltetésére került sor. A hálózaton *18 fekvőbeteg osztály*, valamint a diagnosztikus egységek, *40 felhasználói terminállal* léptek be a mindennapi feladatok ellátására. Az osztályos dokumentációs rendszer beüzemelése szinte észrevétlenül, néhány nap alatt kezdődött el. Egyes aktívabb osztályokon egy hónap elteltével már a közvetlen betegellátás ráfordítási költségeinek napi hozzárendelése is beindult.

Márciustól folyamatosan, csaknem 100 százalékosan minden osztályon feldolgozásra kerülnek a betegellátás közvetlen költségei (beteg-betegnaphoz rendelt).

*Az endofinanszírozás alapjainak megteremtésére minden egység (intenzív osztály, újszülött részleg) a belső nyilvántartási rendszerben önálló ellátó területként végzi napi munkáját.*

Felül kellett vizsgálni minden szakfeladat, költségviselő anyag- és eszközigenylésének számviteli folyamatát.

Sok területen meglepő következtetésre jutottunk. Az *ápolási napok csökkentésével olykor nem érhető el költség-megtakarítás!* Az ápolási nap csökkentésével ugyanis emelkedik az egy napi hotelszolgáltatás költsége, mindemellett szinte a közvetett költségek alig emelkednek.

Egyes esetekben amennyiben rövidül az ápolási nap időtartama és a beteg ismételt kórházi ellátásra szorul, az intézmény a finanszírozásából kiesik.

A *legnagyobb* ellátási költség az *intenzív* osztályon, míg a *legalacsonyabb* az *újszülött* ellátás területén mutatható ki.

Az *intézményi finanszírozásból eredően* gyakran okoz a szakmák között belső feszültséget a több osztályon kezelt betegellátás. A műtétes szakmák olykor csak költséggel terheltek, de a finanszírozás jelenlegi információs körében az elért pontszámok megszerzéséből kimaradnak.

Rendszerünk kialakításakor ezért különös figyelmet fordítottunk arra, hogy az ellátásban résztvevő osztályok, diagnosztikus egységek, illetve az általuk végzett ellátások leválaszthatóan álljanak rendelkezésre.

Vizsgálataink során kitértünk arra is, hogy a kísérőbetegségek, szövődmények diagnosztikus, illetve terápiás költségnövekményei milyen arányban vesznek részt az összes ráfordítási költségekhez képest, igaz-e, hogy a magasabb HBCS-be sorolás esetén e költségráfordítások megtérülnek? Sajnos sok esetben kedvezőtlen pozícióba kerül a teljes körű betegellátás terén az intézmény.

*Ahhoz, hogy egy-egy diagnózis átlagos költség-ráfordítási tényadataival rendelkezünk nagy számú esetnek kell rendelkezésre állnia Ez természetesen hosszú időt jelent, mialatt a költségek nagymértékben megváltoznak.*

A jelen körülmények között a gyakori árváltozások miatt *nem látszik indokoltnak, illetve célszerűnek az átlagok képzése.* Ezért tételes betegszámlánál célszerű maradnunk. Egy-egy diagnózison belül is nagymértékben eltérő ráfordítási költségek mutatkoznak a beteg korát, nemét és általános egészségügyi állapotát figyelembe véve.

Egy nap betegellátása 2.500,-Ft-20.700,-Ft között szór. A betegellátásban közvetlenül résztvevők bruttó bére az egy napi betegellátásban 340,-Ft-4.200,-Ft közötti. A visszaosztott bérekkel együtt már 1.200,-Ft-9.000,-Ft.

Minden költségelemet teljesen letisztítottan kezdtünk vizsgálni, így egy hatalmas informatív tartalommal rendelkező rendszerhez jutottunk el.

Az információs kör nagy mértékben nyújthatna segítséget, ha több intézmény azonos vizsgálati idejére vonatkozóan lehetne elemezni egy-egy konkrét diagnózis illetve diagnózis csoport költség-ráfordítási elemeit.

*dr. Arany Csilla*

## A SZABAD TÁVOZÁS LEHETŐSÉGE A NORVÉG SZÜLÉSZETI OSZTÁLYOKON

*Magyarországon, ahol*

- az anyagi, infrastrukturális háttere a gyors orvosi ellátásnak, a korrekt felügyeletnek;
- szociális háttere a párnapos újszülött megfelelő egészségügyi és higiénés ellátásának nem biztosítottak;
- valamint a szülészeten a szülések és az ezt követő benntartózkodás, ellátás, rooming in rendszer körülményei a teljes komfort és megelégedés eléréséhez még javítandók, komoly problémát jelent a korai hazaadás bevezetésének és elfogadtatásának kérdése.

A szülést követő hazatávozás időpontjának szabadon történő elhatározása teljesen természetes a skandináv országokban, magyar nőgyógyász szemmel nézve a skandináviai szülészeti osztályok életét, az ott zajló munka sokkal kötetlenebbnek, szabadabbnak tűnik.

A szülészeti osztályok, szülőotthonok szolgáltatásként működnek, a család, a szülőnő és újszülöttjének kényelmére, örömeire törekszenek.

Ebben a rendszerben természetes, hogy a szülőpár egyszemélyes, komfortos, minden kényelem szerint felszerelt szülőszobában, élményként éli át a szülés folyamatát, ott nem vitás a korai hazaadás kérdése sem.

Problémamentes, normális lefolyású szülés, egészséges újszülött esetén a világra jöttét követően 2 órát kell, hogy a szülőnő kötelezően az osztályon töltsön.

Amennyiben az anya és újszülöttje állapota megfelelő, továbbá az újszülött a kötelező hepatitisB és BCG oltásokat megkapta, kívánság szerint a család dönti el, hogy a kórházból mikor távoznak.

A háttérben egy jól működő házi orvosi rendszer áll, amely a család összes tagjának (felölt, gyermek) egészségügyi felügyeletét ellátja.

A szűrések, oltások vagy itt, vagy egy szűrőállomáson történnek.

Sürgős beavatkozás esetén a gyors mentői (helikopteres, kocsis) szállítás biztosított. Ehhez a megfelelő infrastrukturális feltételek mindenhol rendelkezésre állnak.

A kismamák többsége azonban igénybe veszi az ajánlott 4-5 napos benntartózkodás lehetőségét, ami alatt tájékoztatják az elkövetkező időszakban az újszülött ellátásban, szoptatásban jelentkező legfontosabb kérdésekről s gyakorlati tanácsokkal látják el.

A kórházi tartózkodás alatt a kismama állandó szoros kapcsolatban van a szülésznővel, orvosi ellátásra, vizsgálatára csak probléma esetén kerül sor.

A szülés folyamatának irányításában, ellátásában több kérdés van, ami magyar nőgyógyászok körében érdekességnek, vitás kérdésnek számít.

Ez a rendszer nagymértékben a szülőpár teljes kiszolgálására, kényelmének biztosítására irányul.

Többek között a kiegyensúlyozott anyagi biztonság, a kedvező gyermeknevelési feltételek mellett talán ez is magyarázza, hogy Norvégiában sok a többgyermekes család.

dr. Bálint Sándor

## FÉL ÉV TAPASZTALATAI AZ ALTERNATÍV SZÜLŐSZOBÁBAN

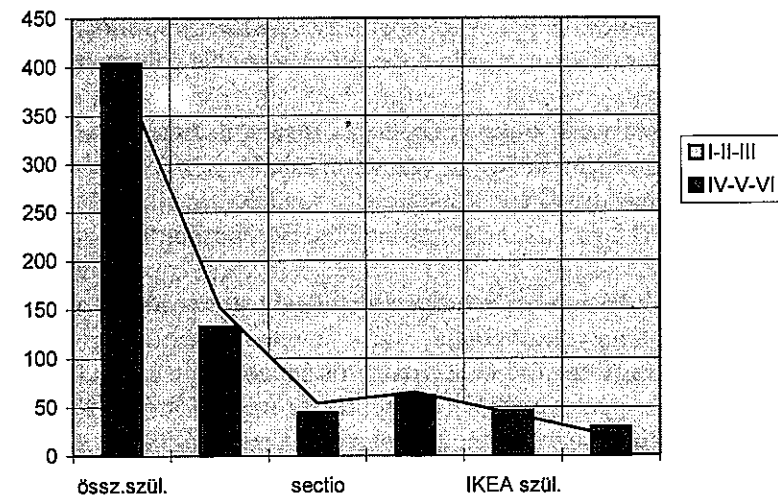
Az alternatív szüléset egyik lehetséges módja: a kórházban zajló az otthoni szüléshez hasonló szülés.

Az úgynevezett kórházi otthoni szülés helye az alternatív szülőszoba, ezt röviden IKEA szobának nevezzük.

Az elmúlt fél évben a *Szent Imre Kórház szülészeti osztályán* 799 szülés zajlott. A diagrammokon összefoglaltam azt, hogy hogyan illeszkedett be a szülőszoba mindennapi munkájába az alternatív szüléset.

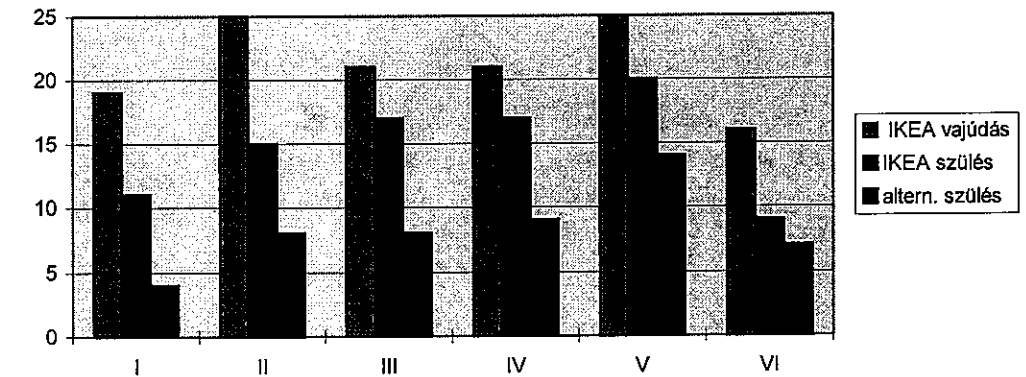
Az *első ábrán* összehasonlítottam az első 3 hónapot a második 3 hónappal, azt találtam, hogy nem volt érdemi különbség a két trimeszter között.

1. ábra



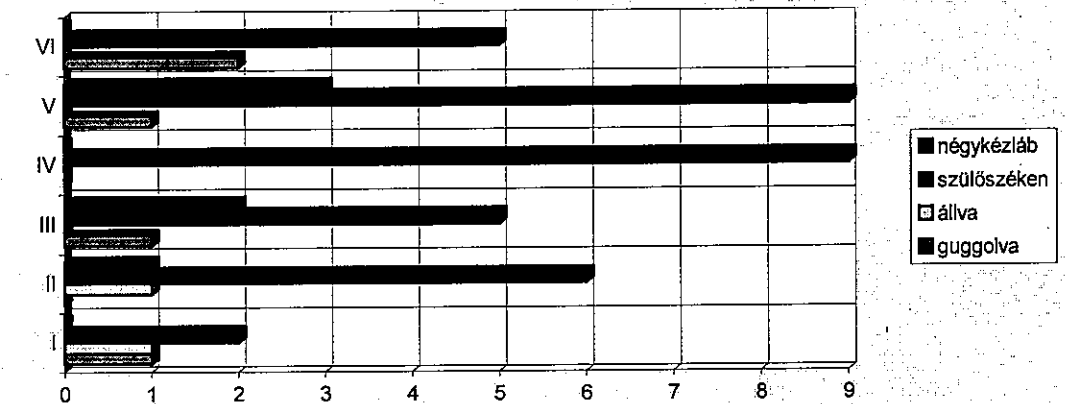
A *második ábrán* az IKEA szülőszobában zajlott eseményeket foglaltam össze. Látható, hogy májusban tetőzött a „láz”, s jelenleg a szüléseink 10-11 százaléka zajlik itt, illetve a szülések 7-8 százaléka vertikálisan. Egyébként az IKEA szobában zajló szülések, mintegy fele vertikális... Ezt az anya motiváltsága, de az orvos alternatív szülészeti ismereti is befolyásolják.

2. ábra



A *harmadik ábrán* a vertikális szülések láthatók. Összesen 49 vertikális szülés volt: guggolva 5, állva 2, szülőszéken 36, négykézláb 6. Öröndetes, hogy a szülőszék, mint igen egyszerű és olcsó eszköz, fél év alatt népszerű lett.

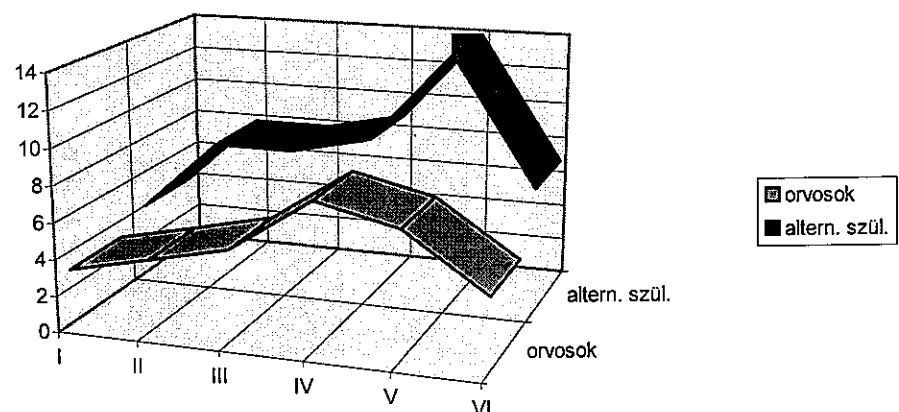
3. ábra



A *negyedik ábrán* látható, hogy hogyan kapcsolódtak be a szülészorvosok az alternatív szülőszoba munkájába (itt csak a vertikális szülésben való részvétel szerepel). Természetesen semmilyen következtetés levonása nem volt célom.

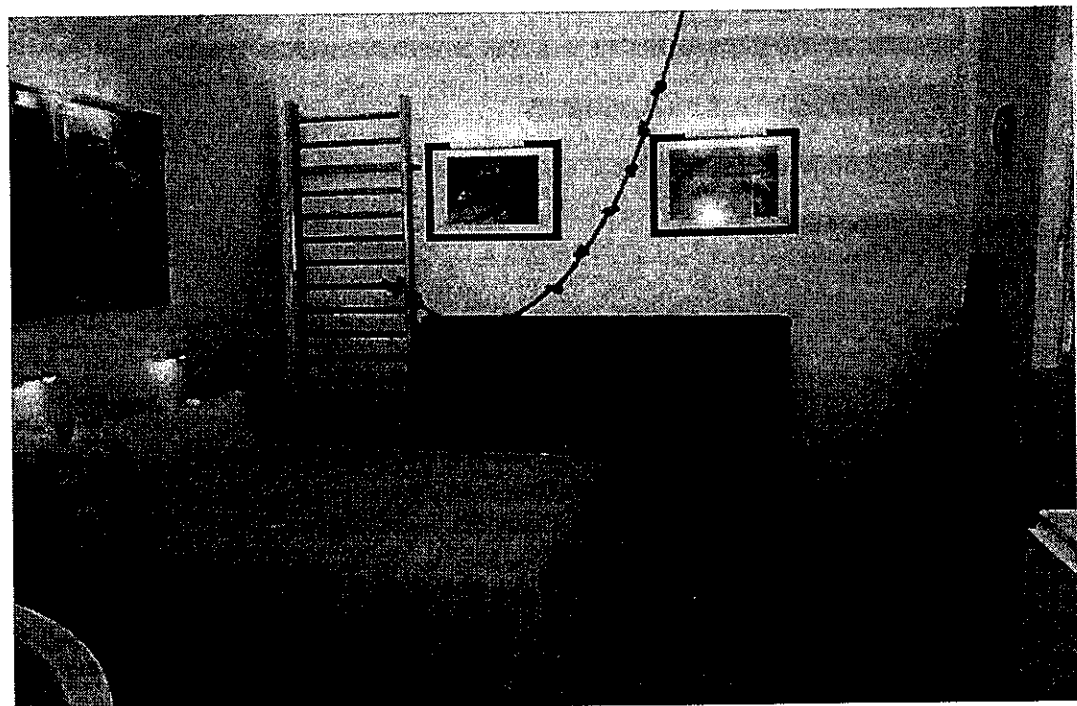
A szülőszobában dolgozó szülésznők száma (6), sokkal kisebb, mint az orvosoké (25), így az ők hamarabb „ráéreztek” az IKEA szoba ízére. Maga az irányzat a bábákat helyezi középpontba, s ez a mi intézetünkben is így van. Ezúton megköszönöm a kolléganőknek, hogy igen szakszerűen és szívvel-lélekkel segítettek azoknak az orvosoknak, akik bekapcsolódtak ebbe a munkába (11).

4. ábra



Végezetül szeretném felhívni a figyelmet, arra hogy, akit érdekel ez a régi-új irányzat, az úgynevezett kórházi otthonszülés, jelentkezhet a HIETE által meghirdetett továbbképző tanfolyamra: orvosok és szülésznők számára szervezzük (1996. november 6-7. illetve 1997. április 4-5. részvételi díj: 5.000,- Ft).

Röviden *összefoglaljuk* az alternatív szüléset történetét, majd az úgynevezett gyengéd születés és a vertikális szülés elméleti ismertetése után gyakorlati foglalkozás lesz az alternatív szülőszobában. A résztvevők pszichológiai ismertetést kapnak, valamint ötleteket arról, hogyan lehet kórházi körülmények között kialakítani az otthonszülés hangulatát.



## CSALÁDBARÁT-E SZÜLÉSZETI ELLÁTÁSUNK?

Egyre nagyobb az igény a várandós kismamák, a szülönők részéről, hogy a terhesgondozás, a szülés, a gyermekágy történéseibe családjuk is minél jobban be legyen vonva.

Ennek a jogos igénynek a megvalósulását hivatott szolgálni az úgynevezett családbarát szüléset.

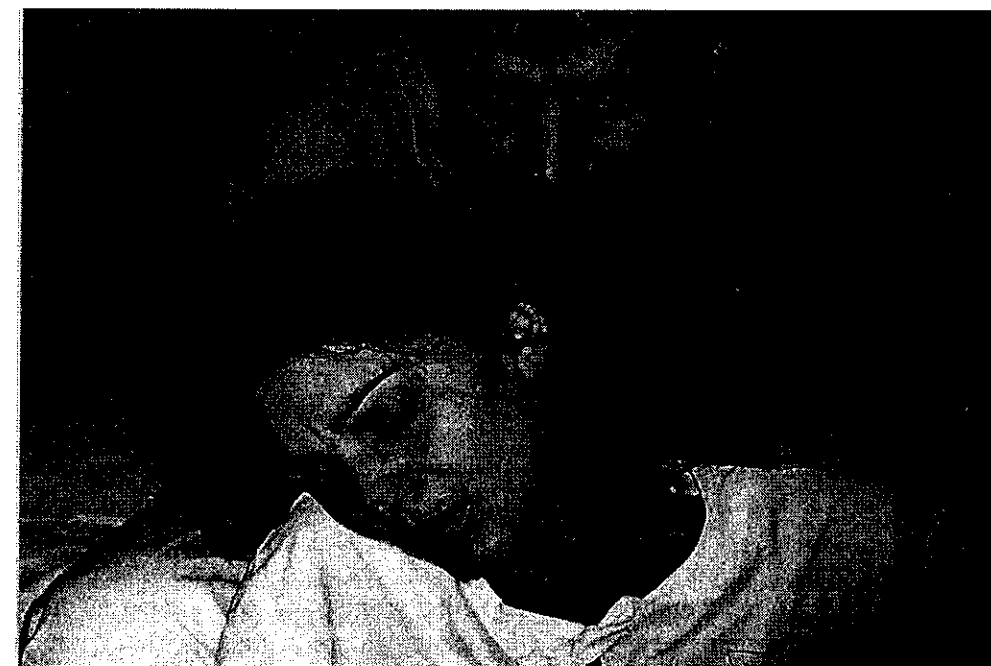
A családbarát szüléseti ellátás elvének érvényesülnie kell a családi életre való felkészülés, a terhesség vállalása során – különös jelentőséggel a meddőséggel kezelteknél – ugyanakkor a szülés utáni antikonceptióról való döntésnél is.

Fontossága különös hangsúlyt kap, amikor a terhességet vállaló anyának valamilyen egészségkárosodása van, esetleg a terhességgel összefüggő betegség alakul ki, vagy a magzatnál állapotlanak meg fejlődési rendellenességet.

A terhes anya és környezete együttműködési szándéka (compliance), pszichés vezetése, az őszinte tájékoztatás (informed consent) mind ezt a törekvést igyekeznek elősegíteni.

A szerzők beszámolnak a *Péterfy Kórház Szülő-nőbeteg Osztály* ezirányú tapasztalatairól, többek között az együttlésről, gerincközei érzéstelenítést alkalmazva a szülést befejező műtétknél, valamint császármetszésnél, illetve a gátvédelemben vezetett szülések tapasztalatairól.

Végezetül ismertetik törekvéseiket, amelyeket rövid, illetve hosszabb távon szeretnének megvalósítani, így szó esik azokról a vajúadási és szülésvezetési módszerekről, amelyek bevezetését tervezik, többek között az egyidejű vertikális vajúadást, továbbá a szülésvezetést lehetővé tevő „szülőszékről” és „szülőkerékről”.



A BABABARÁT ELVEK ÉRVÉNYESÍTÉSE,  
A KIZÁRÓLAGOS ANYATEJES TÁPLÁLÁS  
MEGVALÓSÍTÁSÁNAK FOLYAMATA  
AZ ÓZDI KÓRHÁZBAN

1992. mérföldkönek számít a bababarát mozgalom elindításában. Ekkor jelent meg ugyanis a „Szoptatás népszerűsítése, támogatása, elősegítése” című WHO/UNICEF közös állásfoglalás, valamint a *Debreceni Orvostudományi Egyetem Női Klinikájának* az újszülöttek szoptatásáról szóló álláspontja.

Az az esztendő az én életemben is nagy változást hozott. Akkor áprilisban vettem át az ózdi *Almási Balogh Pál Kórház gyermekosztályának* vezetését. A gyermekosztály tevékenységi körébe tartozott a *szülészeti osztály újszülött részlegén* a neonatológiai teendők biztosítása. Az évi 1000 újszülöttet ellátó osztályon az első megdöbbentő élmény az volt, hogy a babák rutinszerűen tápszeres hozzátáplálást kaptak. 1991-ben az újszülöttek 66 százaléka kapott tápszert. Az első napon 12 százalék, a második napon 25 százalék. Az első két napon tehát 37 százalék kapott tápszeres pótlást. Akkoriban ez országosan is így volt (lehet, hogy sok helyen még ma is), tehát amit elmondok, nem az intézmény lejárata.

Feleségem révén – aki akkoriban védőnő hallgató volt – ismerkedtem meg a már 30 éve létező *La Leche Liga* elveivel. (Az, hogy miért nem ismerték a gyermekorvosok korábban, és miért nem ismerik még sokan ma sem, nagyon is elgondolkodtató!) Intézkedéseket tettem annak érdekében, hogy ezen az áldatlan állapoton változtassak. Először is egyik napról a másikra megtiltottam, hogy az újszülött osztályra tápszert vigyenek fel. Elképzelhető, hogy mekkora nemtetszést váltott ki az intézkedés, kalandorsággal vádoltak, és tudtomon kívül az osztályra csempészték a tápszert. Úgy derült ki, hogy nem következett be a várt mértékű súlyesés. Ezután a teát is korlátoztuk, ami szintén nem váltott ki osztatlan lelkesedést. Már teával sem lehetett betönni a hajnalban ordító csecsemők száját. És ekkor jött az „isteni beavatkozás”, készhez kaptuk a fent említett WHO/UNICEF állásfoglalást.

Egyszeriben megszűntem kalandornak lenni. Rövid időn belül megértették, hogy ez az út járható. Leültünk, megbeszéltük a teendőket, és további korszerűsítéseket kezdtünk bevezetni. A cumisüveg és cumi nem létező fogalomná vált, megszüntettük a szopások mérését, csak a reggeli tiszta súlymérést regisztráltuk.

Nem volt többé szorongás, idegeskedés amiatt, hogy eleget szopott-e az újszülött. Ez sokat könnyített a nővérek munkáján, és cserébe bevezettük az éjjeli szoptatást is (korábban 21 órakor vitték ki utóljára szopni az újszülötteket). Természetesen biztosítottuk a korai, 1/2-1 órán belüli mellre helyezést. Ezt kezdetben szülészeink nem fogadták egyöntetű lelkesedéssel, de hamarosan teljesen természetes gyakorlattá vált.

Kezdetben két „rooming in” rendszerű ágyunk volt, majd fokozatosan alakítottunk ki újabbakat, 3 szobában 6 anyát tudtunk újszülöttjével együtt elhelyezni. Nem feltétlenül kell „rooming in” ahhoz, hogy biztosítsuk a kizárólagos anyatejes táplálást, mert az éjjeli szoptatás a szükség szerint soron kívüli mellre helyezés nélkül is megvalósítható, csak hozzáállás kérdése a mikor és a hogyan. Bizonyítja ezt az is, hogy a kórházunkban egy éve folyó rekonstrukció miatt átmenetileg meg kellett szüntetnünk a „rooming in” helyiségeket. Ezt csak azért jegyzem meg, mert elfogadhatatlan az a kifogás, hogy „rooming in” hiányában nem biztosíthatók a bababarát elvárások.

Ahhoz, hogy minden zökkenőmentesen menjen, folyamatos odafigyelés szükséges, amiben igen nagy szerepe van a nővéreknek, az intézeti főállású védőnőnek. Tanácsot adni, bátorítani, segíteni a fejésben, megtanítani a mellszívó használatát, és jelezni a problémákat, kérni a neonatológus segítségét, mind-mind az ő feladatuk. A nehéz esetekben a felkészült és elkötelezett orvos jelenléte nagyot lendíthet. Csak a megalkuvás nélküli következetesség vezethet eredményre.

Erőfeszítésünk egy-másfél év alatt meghozta gyümölcsét. Amit ezidő alatt tapasztaltunk, az minden várakozást felülmúlt.

3.sz. táblázat

	1991.	1994.
átlagos születési súly/g	3093	3189
max.átlagos súlyesés a születési súly %-ban	4%	6,5%
10 %-ot meghaladó súlyesés	-	4,8%
max.átlag súlyesés/g	125	208
max. súlyesés átlagos időpontja/a súlyesés megállt	62,7 óra	53 óra

A táblázatból látható 1991-es adatokhoz hozzá kell tenni, hogy akkoriban minden újszülött születési súlyából 100-150 g-ot a születési súlytól függően – a nagyobból többet – levontak. A nővérek ösztönösen tették, hogy kevesebbnek tűnjön a fogyás, mert az orvos egyébként képes volt a babát egy hétig is ott aszalni. Beteges volt a súlyeséstől való félelem. 1994-ben, amikor már zökkenőmentesen ment minden, láthatóvá vált, hogy a maximális átlagos súlyesés mindössze a születési súly 6,5 százaléka, ami 208 g-nak felel meg. A születést követően átlagosan az 53. órában megállt a súlyesés a 10 százalékot meghaladó súlycsökkenés mindössze 4,8 százalékban fordult elő.

Történt mindez úgy, hogy semmiféle hozzátáplálásra nem kellett. A nagyobb fogyást produkáló újszülöttek egy részének infúziót adtunk, ami indokolt volt azért, mert többnyire icterusosak is voltak. Erről az évről nincs adatunk arra vonatkozóan, hogy milyen gyakran adtunk parenterális folyadékpótlást. 1995-ben 934 élveszületett közül mindössze 29 érett súlyú, 10 1800-2500 g közötti újszülött kapott infúziót, (az 1800 g alattiakat NIC-be küldtük). A 29 érett súlyú közül 16 (55 %) icterus, 4 láz, 2 egyéb betegség, 7 nagyobb súlyesés miatt részesült infúziós kezelésben. A sectióval világrajöttek közül mindössze 7 szorult infúzió adására, ami az évi 134 császármetszés relációjában 8 százalékos gyakoriságnak felel meg. Abban az évben majd mindenkit intubációs narcosisban operáltak. Nincs tehát kifogás olyan értelemben, hogy azért nincs tej, azért nem lehet korán mellre helyezni, mert „császárral” szült valaki. Az igazat megvallva vérmérséklet kérdése, hogy mikor adjunk folyadékpótlást. Mindenképpen figyelembe kell venni, hogy milyen az újszülött szopási készsége, megtörtént-e már a tejbelövelés, és ha azt látjuk, hogy a 3-4. napon még mindig fogyott, annak mértéke megközelítette, vagy kissé meghaladta a 10 százalékot, de a csecsemő élénk, jó a szopási készsége, telődik az emlő, akkor nyugodtan várhatunk a pótlással. Az előbb említett vérmérséklettől függően azért sor került glukózos víz itatására, de még az infúzióval is ritkábban. Ha elgondoljuk, hogy évi 1000-es születésszám mellett másfél-kéthetente kerül sor egy-egy parenterális rásegítésre, akkor ennél jóval nagyobb születésszámot produkáló intézményben – ahol pedig főállású neonatológus dolgozik – sem kell minden nap infúziót kötni. Nem kell tehát megbotráncolni azon, hogy Ózdon hamarabb kapnak infúziót, mint vizet az újszülöttek.

Ezzel a gyakorlattal kivívtuk szimpátiánkat az anyák körében, hálásak azért, hogy foglalkoznak velük, és pozitív irányba nagyon jól befolyásolhatók. Évente mindössze 4-5 esetben, fogadják tanácsainkat kétkedve, ezek is többnyire egészségügyi dolgozók, vagy hozzátartozójuk. Elmondhatjuk: 4 év alatt közel 4000 újszülött hazabocsátása után egyetlen alkalommal sem kellett tápszert adni (kivéve az otthagytak) még a koraszülötteknek sem, mindenki megnyugtatóan adlaktálva ment haza. Néhány esetről tudok csupán amikor már a távozás napján megvették a tápszert, és ezek érdekes módon nem kizárólag a problémások közül kerültek ki. Sajnos azonban otthon a körzeti orvosok súlyos fokú felkészületlensége és érdektelensége miatt igen nagy a lemorzsolódás. 3-4 hónapos korra már minden második gyermek tápszeres! A védőnők az anyatejes táplálást illetően felkészültségben sokkal előbbre tartanak, mint a körzeti orvosok, akik a szoptatási problémák megoldására csak a tápszer felírását ismerik.

Most következzen az, ami ennek a konferenciának a célkitűzése: a hazabocsátás 48-72 órán belüli lehetőségének megvalósítása. 1991-ben – a változások bevezetése előtt – az újszülöttek 17 százaléka távozott a 4. napon, 41 százaléka az 5. napon, 42 százalék pedig azon túl hagyta el az intézményt.

Az új elvek bevezetésének hatására (korai mellre helyezés, igény szerinti szoptatás stb.) a súlyos és a születés után átlagosan 53 óra elteltével megállt. Ettől kezdve gyermekgyógyászati szempontból az újszülött hazabocsátható.

A rövid időn belül történő elbocsátáshoz azonban a szülészeti szempontból jelentős mértékű szemléletváltásra is szükség volt. Ezek sarokkövei:

- a szülésre való felkészítés, melynek eredményeként csökkenthető a patológiás szülések száma;
- a nyitott szülőszoba (apa szerepe);
- szabad mozgás biztosítása a vajúdo részére;
- az episiotomiák számának ésszerű csökkentése hagyományos szülési pozíció ellenére is;
- megfelelő varróanyag használata esetén a varratok könnyű eltávolíthatósága.

A szülés utáni mellre helyezés csökkenti a gyermekági szövődmény valószínűségét, elősegíti az involútiót.

Elmondhatjuk tehát, hogy az ózdi kórházban már megvalósult a korai hazabocsátás. 48 óras kortól kezdve folyamatosan engedjük el az újszülötteket. Először természetesen a többször szülők – akiknél nem történt gátmetszés – engedhetők el. Ezekben az esetekben neonatológiai szempontból nem is ragaszkodunk mindig ahhoz, hogy a súlyos megálljon. Amennyiben megnyugtató az emlőtelődés, előző gyermeke, vagy gyermekei szoptak, akkor megfelelő tanáccsal ellátva nyugodt lelkiismerettel elbocsáthatók! Az Egyesült Államokban a korai elbocsátás alatt a 24-48 órán belüli hazamenetelt értik. Ott a biztosítók legszívesebben csak 24 óráig fedeznék a költségeket. Az 1995-ös, az anyák és újszülöttek egészségvédelmi törvénye kötelezi őket, hogy sima szülés esetén 48, sectio caesarea után 96 óráig biztosítsák a költségek fedezetét. (1) Minderre azért volt szükség, mert minél korábban engedték haza az újszülöttet, annál többet kellett visszavenni. Egy tanulmány szerint átlagosan 4,5 ápolási nap 2,7 napra való csökkentése duplájára emelte az egy héten belüli újrafelvételek számát. Külön figyelmet kell szentelni az újszülöttek hypertóniás, dehydratiojának veszélyére, ami az USA-ban szaporodni látszik. (2)

Figyelmeztetnek azonban, hogy nem szabad túlzásokba esni és visszatérni a 4 napon túli szülőintézeti tartózkodáshoz, mert az átlagos ápolási idő növelése túlságosan költséges lenne! Felhívják a figyelmet az egyedi elbírálás fontosságára, az alternatív lehetőségekre, a védőnői látogatásokra, a szoptatással kapcsolatos ismeretek tanítására a szülés előtt a

szülőintézetben és otthon. „Az orvosnak pedig fel kell ismernie a kihívást, értve alatta a változó társadalmi magatartást és a családok ismeretét a szoptatásról egy olyan generáció után, melyben az anyatejes táplálás kivétel volt, nem szabály”. (3) Idézzük fel LAURENCE körzeti orvosoknak szóló kritériumait, hogy milyen feltételeknek kell teljesülniük az első napokban a megnyugtató adlactálás biztosítása érdekében. (3)

#### *A 3. napon az újszülött:*

- súlyosése álljon meg;
  - a születési súlyának ne több, mint 7 százalékát veszítse el;
- legyen tiszta anyatejes széklete;
- legyen minimálisan 3 széklete naponta;
- legyen legalább 6 nedves pelenkája (textilpelenka előnyben részesítendő, ennek megítéléséhez az első 6 héten);
- legyen jó szopási készsége.

#### *Az anya:*

- kell hogy érezzen emlőtelődést;
- észlelje a tej elcsöppenését az ellenkező mellből;
- szoptasson 3 óránként vagy minimálisan 8-szor naponta.

#### *A körzeti orvos korai hazabocsátás esetén 3 napon belül ellenőrizze a:*

- a testsúlyt;
- fizikai státuszt;
- az icterus mértékét;
- a hydráltságot;
- a szoptatás sikerességének megvalósulását.

Ezek a feltételek nálunk 48-72 óra alatt teljesülnek is. Ennek köszönhetően az így elbocsátott újszülöttek egy héten belül történő újrafelvetelére táplálási probléma, dehydratio, icterus miatt az eltelt közel 4 év alatt nem volt példa. (5)

*Az ózdi kórház gyermekágyas részlegén* 1995-ben a teljes évi születésszám relációjában az átlagos ápolási idő 4,03 nap. Ha tekintetbe vesszük, hogy az évi születések 26 százaléka a hosszabb ápolást igénylő kategóriába tartozik (császármetszés 14 százalék, 1800-2500 g közötti koraszülés 12 százalék), akkor az érett vaginalis szüléssel született, látszólag egészséges újszülöttek jóval a 4. nap betöltése előtt hagyják el az intézményt.

Az érett újszülött icterusának a nyugati ajánlásoknak megfelelő, kevésbé szigorú elbírálása önmagában is jelentős ápolási idő csökkentő lehet. (6) (7) (8)

Egyre azonban fel kell hívni a figyelmet: a teáztatás kerülésére! Ne hallgassunk senkire e tekintetben, mert a kizárólagos szoptatás sikerét kockáztatjuk! Természetesen egyebeket is el kell még mondani az anyának az icterussal kapcsolatban, mire figyeljen: széklet színe, nem fokozódik-e átmeneti csökkenés után, ha 2 héten túl sem kielégítő a csökkenés stb.

Az ózdi kórház vonzáskörzetében a bababarát elveknek köszönhetően a 4 hónapos korig történő kizárólagos szoptatási arány 58 százalék, ami magasan az országos (46 %) felett van. A további javulás már az alapellátáson múlik. Sajnos az anyatejes táplálással foglalkozó magyar nyelvű szakirodalom rendkívül szegényes. A továbbképzéseken nem téma az anyatejes táplálás. Paradox módon a leghasznosabb információkat a tápszergyárak által szervezett összejöveteleken lehetett begyűjteni. A szakmai felügyelet az anyatejes táplálásról sok kívánnivalót hagy maga után. Ha tekintetbe vesszük, hogy a 6 hónapos korig

történő kizárólagos anyatejes táplálás elégséges voltát már 1982-ben, az ankarai világkongresszuson kinyilvánították, ehhez képest az, hogy a módszertani levél, ami ezt magyar nyelven is hivatalossá teszi, 12 évvel később jelent meg, mindenképpen elgondolkodtató. Arról nem beszélve, hogy több szempontból kívánnivalót hagy maga után. A WHO/UNICEF kiadvány is 3 éves kiséssel látott magyar nyelven napvilágot.

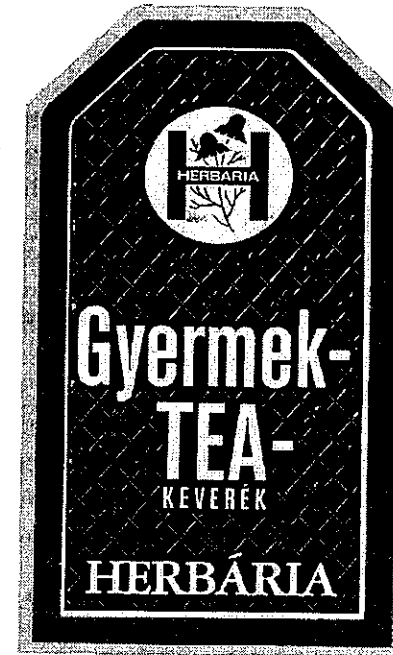
Ha az anyatejes táplálás elősegítése a megelőzést szolgáló tevékenység, akkor ilyen előzmények után ne csodálkozunk azon, hogy a prevenció ügye sincs megfelelően kézben tartva. Amennyiben az elmúlt néhány év gyermekgyógyászati tudományos tevékenységében csak tizedannyi helyet kapott volna az anyatejes táplálás a hisztérikus tehéntej allergiával kapcsolatos aktivitáshoz viszonyítva, biztos, hogy nem itt tartanánk. A jelenség finansiális szempontból érthető, mert a szoptatásból még senki nem húzott hasznot, az "csak" az egyén és az emberiség számára bírna hosszú távon felbecsülhetetlen jelentőséggel. Ez azonban sokaknak nem érdeke. Az a tény, hogy országosan 3-4 hónapos korára minden második gyermek tápszeres, megkérdőjelezi ebből a szempontból az alapellátásnak a feladatra való alkalmasságát. Honnan tudnák azt, hogy mikor elég az anyatej? A jelenlegi növekedési standardok nem használhatók kizárólag szopós csecsemőkre, ha erre különben nincsenek felkészítve. A hiba tehát nemcsak a pályán lévőkben, hanem az irányításban is van.

Ne felejtsük el: a korai hazabocsátás nem cél, hanem eszköz, és eszköz mindaz, amit a korai hazaadhatóság érdekében teszünk az újszülött osztályon. Eszköz annak érdekében, hogy a csecsemők minél hosszabb ideig élvezhessék az anyatejes táplálás előnyeit. Megéri ennek érdekében küzdeni, mert alapvető prevenciót szolgáló tevékenységről van szó. Mihamarabb el kell érni a „bababarát” fogalom kikopjon a köztudatból, mert minden, ami nem bababarát, az szakszerűtlen, emberiség ellenes és az nem méltó orvosi hitvallásunkhoz.

#### Irodalom

1. S.M.Downs, MD F. Loda, MD  
Duration of hospital stay for apparently healthy newborn infants  
J Pediatr 1995. 127:736-7
2. W.O. Cooper, MD et al  
Increased incidence of severe breastfeeding malnutrition and hypernatraemia in a metropolitan area.  
Pediatrics 95. 96: 957-960
3. R.A. Laurence, MD  
Commentaries  
Pediatrics 1995. 96: 966-67
4. Kyong-Soon Lee, MD Perlman  
Assotiation between duration of neonatal hospital stay and readmission rate.  
J Pediatr. 1995. 127: 758-66
5. KL Dodd  
Neonatal jaundice - a lighter touch.  
Arch.dis.child 1993. 68: 529-533
6. Hencz P. Pintér S.  
Érett újszülöttek sárgasága: egy józanabb szemlélet a harmadik évezred küszöbén.  
Gyermekgyógyászat 46. 285, 1995.
7. Pataki L. Pataricza M.  
Az anyatejjel táplált újszülöttek sárgasága és kezelése.  
Gyermekgyógyászat 46, 5, 1995.

## GYERMEK TEAKEVERÉK TASAKOLT ÉS FILTERES KISZERELÉSBN



A készítmény összetétele: 100 g teakeverék tartalma: 10 g anisi fructus, 20 g Foeniculli fructus, 40 g Ghamomillae anethodium, 10 g Althea folium, 20 g Menthae pip. folium.

**A készítmény alkalmazási javaslata:** A teakeverék görcsoldó, emésztést javító, enyhe gyulladáscsökkentő hatású. Gátolja a bélgázok képződését, csökkenti a puffadást.

**Adagolás és felhasználás módja:** A keverékből csecsemőknek 4 hónapos kor fölött egy mokkáskanállal, gyermekeknek 1 csapott kávékanállal teszünk 2 dl forrásban lévő vízbe, majd a tűzről levéve 10-15 percig állva hagyjuk és utána leszűrjük. A teát szükség szerint naponta több részletben langyosan, megfelelően ízesítve itatjuk. A filterezett készítmény esetén egy filtertasakból készítsünk 10-15 perces áztatás után halványsárga teát.

**A készítmény terápiás hatása:** Kísérletileg igazolták, hogy oldja a gyermek gyomor-bélrendszeri görcseit. Az illóolaj komponensek a szájnyálkahártya ízérző receptorainak és a gyomor falának izgatásával fokozzák az emésztőnedvek elválasztását, javítják az étvágyat. A teakeverék alkotórészei az emésztés javításával, és az erjesztő baktériumokra kifejtett antiszeptikus hatásukkal csökkentik a bélgázok termelődését, elősegítik a csökkent mennyiségű gáz továbbítását és kiürülését, valamint csökkentik a puffadás okozta görcsös tüneteket. A kellemes ízű tea különösen ajánlható a csecsemő elválasztásakor, illetve táplálkozási változások során jelentkező emésztési panaszok csökkentésére. Komponenseit a népgyógyászat és a hivatalos gyógyászat régóta használja a fenti indikációs területen. E hatásokat a szakirodalmi adatok is igazolják.

**Eltarthatóság:** Száraz, hűvös helyen tartandó! Lejárati idő a dobozon feltüntetve.

**A készítmény forgalmazási köre:** Gyógyszertárak és gyógynövényszaküzletek.

**Nyilvántartási szám:** Nytsz.: OGYI-047/1988.

**Gyártja és forgalmazza:** HERBÁRIA Gyógynövényfeldolgozó és Kereskedelmi Részvénytársaság  
1051 Budapest, Arany János u. 29.

## GONDOLATAIM A RÖVIDÍTETT SZÜLÉSZETI ELLÁTÁS ÚJSZÜLÖTT ELLÁTÁSI RÉSZÉBEN

I. Először is deklarálni kell: az egészséges újszülött adaptációja szempontjából – a Magyarországi viszonyokra (út, telefon, egészségügyi szervezeti rendszer) falvakon van gyermekorvos, nagy területet kell ellátni orvosnak, védőnőnek, mert csak így kap kártyapénzt eleget, illetve a védőnői hálózatot megzsilálták – a hazamenetel optimális legkorábbi időpontja: *betöltött 4x24 óra*. Ennek a finanszírozását az OEP is vállalja.

II. Rövidített kórházi tartózkodás igénye esetén szükséges teendők:

1. Írásos nyilatkozat a fogadó orvos és védőnő részéről, amely tartalmazza:
  - tudatában és ismeretében vannak az újszülöttadaptáció élettanának: tudják, mit kell figyelni (székletváltozás, vizelet ürítése, icterusa, viselkedése stb.) Nem gyermekszakorvos setében szükségesnek látnám a tételes felsorolást;
  - az újszülöttet otthonában naponta meglátogatják, legalább 10 napos koráig, de naponta többször is;
  - a szoptatás megtanulását, megtanítását garantálják;
  - a szűrővizsgálatokat a betöltött 4. napon elvégzik;
  - az újszülöttel otthonában történő bármely eseményért teljes mértékben vállalják a felelősséget.

2. Saját felelősségre történő újszülött hazavitel esetén:

A saját felelősséget tartalmazó nyilatkozatot írja alá az apa, vagy az anyához szorosan kapcsolódó, jogilag teljes mértékben cselekvőképes személy is.

*Oka:* ha a saját felelősségre való hazamenetel 72 órán belül történne, az újszülöttel történő baj esetén az anya 72 óráig korlátozottan cselekvőképesnek számít.

Tehát, nem elegendő az Ő nyilatkozata, aláírása – tételesen fel kell sorolni a neonatológusnak (szülésznek) gyermekorvosnak – szülészeti intézményi szinttől függően, aki az újszülöttért felelős –, hogy milyen adaptációs betegségek várhatnak az újszülöttre otthonában, amelyet laikus család nem biztos, hogy felismer – a nyilatkozat végén fel kell tüntetni, hogy a felsoroltakat megértették a szülők, vagy a saját felelősségre hazavivő jogi személyek, és csak ezek után jöhet az aláírás.

A saját felelősségre történő újszülött hazavitelről szóló tájékoztatást, nyilatkozatot egységesen lehet összeállítani, és minden típusú szülészeti intézménynek ezt kellene használni. Így talán a jogi megítélés is egységes lehet.

A rövidített kórházi ellátást igénylőknél az orvosi és védőnői nyilatkozatnak mindig egyénre szabottnak kell lenni a szociális kérdést illetően, de II/1-ben felsoroltakat javasolom mintaként szolgáló alapnyilatkozatba belevenni.

## GONDOLATOK A KORAI HAZABOCSÁTÁS ELŐKÉSZÍTÉSÉHEZ

A szülészeti osztályról való korai hazabocsátáshoz szükségesnek tartjuk mind a szülők, mind pedig az egészségügyi dolgozók felkészítését. A lerövidülő kórházi tartózkodás miatt nagyobb hangsúlyt kell a szülés előtti oktatásra fektetni. Meg kell tanítnunk az anyát arra, hogy mit figyeljen saját magán, és hogyan gondozza, táplálja gyermekét. A szülésre, az anyaságra felkészítő tanfolyamok keretében többet kell foglalkozni a gyermekágyas időszakkal, a csecsemőgondozással és a szoptatással. A rooming in rendszer lehetővé teszi az anya és az apa gyermekhez való kötődésének korai megerősödését, a szülők tudásszintjének gyors felmérését, a hiányok pótlását. Lehetővé válik a szülők gyakorlati oktatása (fűrésztés, bőr és köldökápolás, szoptatás). A legfontosabb tudnivalókról és teendőkről.

A korán hazabocsátott anyát és újszülöttjét otthon speciálisan képzett személynek kell naponta látogatni, aki jártas mind az anya mind az újszülött ellátásában, felismeri az esetleges problémákat és segít azokat megoldani. Kézenfekvő, hogy ezt a feladatot idővel a területi védőnők lássák el. Az új feladatra való felkészülésben a szülészeti osztály sokat segíthet.

A Fővárosi Önkormányzat Csepeli Baba-barát Kórház Szülészeti-nőgyógyászati Osztálya elméleti és gyakorlati képzést biztosít számukra, első családlátogatásaikra munkatársaink elkísérik őket.

dr. Szeverényi Péter, Hetey Andrásné, Kovácsné dr. Török Zsuzsa, dr. Münnich Ákos

## VAJON TÁMOGATJUK-E A CSALÁDKÖZPONTÚ SZÜLÉSZETI GYAKORLATOT?

Vajon támogatjuk-e a családközpontú szülészeti gyakorlatot? Az, hogy az úgynevezett családközpontú szülészeti ellátásból a mindennapi gyakorlatban mi valósul meg, az elsősorban nem a lakosság igényétől függ, hanem sokkal inkább a szülészeti intézmények elgondolásától, viszonyulásától, illetve az adott intézmény lehetőségeitől.

A szerzők – a *DOTE Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika KLTE Pszichológiai Intézet* munkatársai – kérdőíves módszerrel vizsgálták azt, hogy a szakemberek (védőnők, orvosok, szülész-nők) hogyan vélekednek a családbarát szülészeti gyakorlat különböző mozzanatairól.

Ezek között vannak olyanok, amelyek szakmai körökben is elfogadottak (például együttszülés, korai emlérehelyezés, rooming in rendszer). Ugyanakkor más elemek bevezetését élénk vita kíséri (lásd otthonszülés, ambuláns szülés, vízben történő vajúdás és szülés).

A felmérés az ország észak-kelet-magyarországi régiójában történt. Az eredmények bemutatásával a szerzők nemcsak a mai „vidéki” helyzetet jellemzik, hiszen az adatok útmutatással szolgálhatnak a közeli jövő szülészeti ellátásának tervezéséhez is.

*dr. Siklós Pál, dr. Raid Nehme, dr. Hetényi Gábor, dr. Ungár László*

### A SZÜLŐNŐK ÉS ÚJSZÜLÖTTEK „KORAI” HAZABOCSÁTÁSA A SZT. ISTVÁN KÓRHÁZBAN

Az egészséges szülők és újszülöttjeik 24-48 órás távozása a szülészeti intézetből a világ számos országában régen alkalmazott gyakorlat, mivel a legjobb kórházi ellátás sem tudja az otthon ideális körülményeit biztosítani. A hazai 4-5 napos kórházi bennfekvéssel szemben a *Szt. István Kórházban* az arra igényt tartóknak 48 órás hazabocsátási lehetőséget biztosítottunk 1996. januárjától.

A terhesgondozást végző szülőorvos tájékoztatta, illetve a szülésre felkészítő tanfolyam ismertette a terheseket erről a lehetőségről.

A hazaadásnak feltétele volt a választott házi orvos előzetes tájékoztatója, illetve nyilatkozata az újszülött további otthoni gondozásáról, a PKU szűrés vérvételének és elküldésének megszervezéséről. A gyermekgyógyászokat írásban tájékoztattuk az osztály által nyújtott konzultációs és esetlegesen szükséges vizsgálati háttérrel.

Amennyiben az újszülött kórházi ellátást igényelt volna a *Heim Pál Kórház* állt rendelkezésre.

1996 januárjától 1047 szülésből 45 család (4,5%) élni a 48 órás távozás lehetőségével.

3 esetben ez az újszülött állapota miatt nem valósult meg.

A 42 újszülöttnél otthoni, illetve későbbi kórházi ellátást igénylő probléma nem merült fel. A visszaküldött PKU szűrőpapírok 10 esetben – a vérrel nem teljesen átítatott karikák miatt – technikai problémát okoztak.

A gyermekágyasok „korai” hazamenéssel kapcsolatban problémát nem jeleztek.

Az anyák és újszülöttjeik 48 órás hazaadása véleményünk szerint Magyarországon is járható, költségkímélő, jó lehetőség.

Ennek szélesebb körű elterjedéséhez szükséges lenne a gyermekorvosok és a védőnők felkészítése, illetve a kórházi kezelésből megtakarított anyagi forrásból a társadalombiztosítás finanszírozása.

*Varró Ferencné*

### ÖTÉVES TAPASZTALATAINK AZ ÜGYNEVEZETT KORAI HAZABOCSÁTÁS TERÜLETÉN

1991-től 5 éves *MÁV kórházi* anyagunkat áttekintve 6000 probléma mentes terhességet követő sima szülés, zavartalan perinatalis periódus után, 1000 esetben volt lehetőségünk 24-48 óra után a mamát és újszülöttjét hazaadni. Az újszülötteknél ismételt hospitalizálásra 12 esetben került sor.

Munkánkat meghívott édesanyák élménybeszámolójával szeretnénk szemléltetni.

*dr. Várfalvi Katalin, dr. Hagymási László, dr. Gaál József*

### CSALÁDKÖZPONTÚ SZÜLÉSZETI ÉS NEONATOLÓGIAI ELLÁTÁS

Napjainkra megváltozott szemlélet nyomán az egészségügyi ellátásban, a „család” került a középpontba.

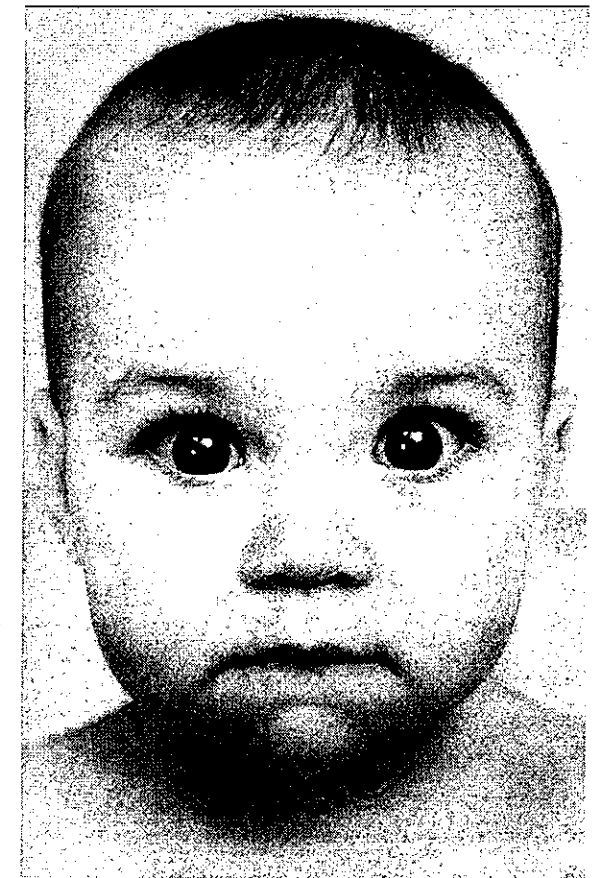
Ezen új szemlélet jegyében alakult meg a *B-A-Z Megyei Kórház Szülészeti Osztályán a Családközpontú Szülészeti Munkacsoportunk* 1986-ban, melynek tagjai: szülész szakorvos, szülésznő, gyógytornász, neonatológus szakorvos, védőnők, csecsemő-ápolónők.

A terhesség 28. hetétől szülésfelkészítő tanfolyamot tartunk házaspárok részére. Ezen az együttszülésre, az újszülött fogadására, a szoptatásra felkészítjük őket.

A gyermekágyas osztály rooming in rendszerű átépítésével biztosítjuk, hogy a kismamák a gyermekágyas időszakot éjjel-nappal újszülöttjükkel tölthessék.

A szülészeti intézményből való távozás után klubfoglalkozásokra várjuk vissza a családokat gyermekükkel együtt, segítve az otthoni táplálási és gondozási feladatok megoldását.

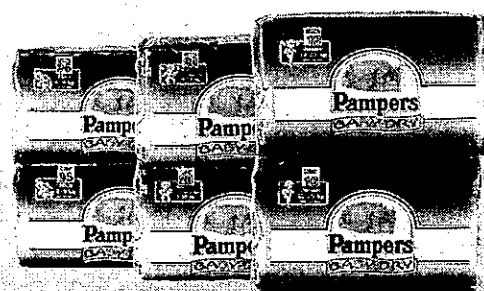
Az eltelt 10 év tapasztalatai alapján úgy gondoljuk, hogy a szülészeti és a neonatológiai gyakorlatunk a jelenkor elvárásainak megfelelő.



Baby-Dry Midi  
4-9 kg

Baby-Dry Maxi/Maxi Plus  
8-19 kg

Baby-Dry Junior\*  
12-25 kg  
\*rövidesen



Nincs szárazabb és boldogabb baba, mint a Pampers Baby-Dry baba.

Bemutatjuk az új Pampers Baby-Dry-t\*

**Pampers**  
**BABY-DRY**

Ez a pár sor azt a célt szolgálja, hogy segítsen a szülőknek döntést hozni arról, hogy a pelenkázás mely fajtáját válasszák ahhoz, hogy a kisbabájuknak vagy tipegő gyermeküknek és természetesen a szülőknek maguknak is legmegfelelőbb legyen. Szeretnénk minden szülőnek megadni azt a lehetőséget, hogy a tények mérlegelése után a családja számára a legmegfelelőbb döntést hozhassa meg. Ehhez információra, tényekre van szükség az egészségről, a környezetről, a ráfordított időről és természetesen a költségekről is.

#### Egészség

A pelenkázás következtében az egészséges bőr általában a vizelettel és széklettel közvetlenül érintkezik. A nedvesség, a megváltozott pH és a mocorgó babáknál a fizikai igénybevétel is fokozzák a bőr érzékenységet. Vizsgálati eredmények szerint, a fenti esetben ammónia keletkezhet, amely irritálja a bőrt és a jelenlévő baktériumok könnyen okozhatnak kiütéssel járó gyulladást, fertőzést. Számos klinikai vizsgálat eredményeképpen az általános tapasztalat az, hogy az egyszerhasználatos nadrágpelenkák, különösen a vékony fajták, melyek ultra maggal rendelkeznek (például Pampers Baby Dry), jobban megóvják a baba bőrét a nedvességtől és a bőr pH-ját is kedvezőbb szinten tartják. A PAMPERS BABY DRY fedőrétege ugyanis biztosítja azt, hogy a vizelet azonnal az ultra magba juthasson, ahol egy speciális anyag a folyadékot gél állományúvá alakítja, így szivárogni nem tud, a baba bőrrel pedig nem érintkezik. A BABY DRY fedőréteg kiváló folyadékkelvezető képességének köszönhetően a szivárgások valószínűsége is a minimumra csökken.

#### Környezet

A textilpelenkák alapanyaga a gyapot, melynek termeléséhez energiára, nagyon sok öntözővízre, műtrágyára és növényvédőszerre van szükség. A fehérítés kémiai anyagokkal történik, a gyártás, szövés, varrás folyamatában sok por keletkezik. A kész textil pelenkát rendszeresen mosni kell, ami szintén sok energiát, mosószert, öblítőszert igényel. Ezek egyrészt költséget jelentenek, másrészt a csatornába/emésztőbe kerülve szennyezhetik a vizeket. Felmérések szerint egy textilpelenkát átlagosan 200-szor mosnak ki. A textilpelenka javára irható az, hogy használatakor nem keletkezik rendszeres szemét.

Az egyszer használatos papírpelenkák gyártásának alapanyaga a tiszta cellulóz, amit fafeldolgozással nyernek. A felhasznált fákat kifejezetten papírgyártás céljára telepítik. Érdekes adat, hogy Finnországban, ahol a legfejlettebb a faipar, a korszerű erdőgazdálkodásnak köszönhetően ma több az erdő, mint 100 évvel ezelőtt volt. Az összes kitermelt fa 53 százalékából fűtőanyag, 33 százalékából fűrészárú, 13 százalékából karton és papíráru lesz és csak 1 százalékát használják fel úgynevezett higiénés termékek (papír zsebkeendő, egészségügyi. betétek, pelenkák) gyártására. A papír előállítási folyamata sok vizet igényel, aminek egy része elhasználódik és szennyvízként jelentkezik.

A nadrágpelenka csomagolása, külső védőrétege és ragasztószalaga műanyagból van, ezek kb. két ötödét jelentik a pelenkához felhasznált összes anyagnak. A felhasznált papírpelenkák a szemétkébe kerülnek. Az Európai Unió országaiban végzett felmérések alapján az összes keletkező szemétnak csak 3 százaléka származik a háztartásokból és ennek a 3 százaléknak is csak kb. 2 százalékát alkotják a papírpelenkák, az üveg-, műanyag-, fém-, élelmiszer-, kerti- és egyéb papírhulladékok (például újságpapír) mellett.

#### Ráfordított idő

Az egyszerhasználatos nadrágpelenkák sok időt takarítanak meg az édesanyáknak.

A PAMPERS BABY DRY nadrágpelenkát már az első naptól kezdve érdemes használni, mert a baba bőrét szárazon tartja, kényelmes és az édesanyának a szülést követő első nehéz napokban nagy segítséget jelent, ha nem kell mosni, vasalni és több értékes idő marad a babára a pihenésre. A szivárgás a PAMPERS BABY-DRY nadrágpelenkából nagyon ritka, így meg lehet takarítani azt az időt és energiát is, ami a textilpelenkánál oly gyakori átöltöztetéssel, ágyneműváltással jár.

#### Költségek

A textilpelenka vásárlása csak egyszer jelent nagyobb kiadást, amikor meg kell vásárolni a pelenkavédőket, guminadrágokat is. Ehhez jönnek hozzá a számottevő és állandóan jelentkező energia (áram, melegvíz), mosószert, víz- és csatornaköltségek, valamint az édesanya idejének értéke.

A nadrágpelenka vásárlása folyamatosan jelent kiadást a család számára, viszont sokkal több szabadidőt jelent a szülők számára. A bőrirritáció ritkább. Amikor pelenkázási módot választ, ne hagyja figyelmen kívül a gyermekével eltöltött idő mennyiségét és minőségét.

Reméljük, hogy segítettünk meghozni azt a döntést, amely Önnek és családjának a legmegfelelőbb.

Hogyha kérdezed miért  
jöttem  
Mi szél fújt erre válaszolom.  
Hogy a békés végtelen  
Küldött mindörökre  
Hogyha kérdezed hol jartam  
Viharokkal szemben  
Ilyen úton az egy mit  
megtanulsz  
Légy hű örökre.

Mennyit mondhatnék még  
erről  
Mennyi szó meghalt már  
De az álmaink még így is  
Megmentadt  
És mindörökre...  
Hogyha kérdezed miért

jöttem  
Mi szél fújt erre  
Válaszol majd a békés  
végtelen  
Tisztán s örökre  
Mindörökre...

Organon

ORGANON HUNGARY  
1138 Budapest, Váci ut. 168.  
Tel. 129 7834. Fax. 119 7552

## MOST VAN HOLNAP



(150 µg desogestrel/30 µg ethinyl estradiol)

**MARVELON**  
A HOLLAND TABLETTA

Organon

## GYŰJTEMÉNY

dr. Papp Zoltán

### A SZÜLÉSZETI SZAKMAI KOLLÉGIUM ÁLLÁSFOGLALÁSA

Ma hazánkban a zavartalan terhességet követő probléma- és szövődménymentes szülésekből világra jött egészséges újszülöttek (az összes szülés mintegy 50 százaléka) édesanyjukkal együtt átlagosan egy hetet töltenek a fekvőbeteg osztályokon. Ennek az időtartamnak sok szempontból kívánatos a lerövidítése. Az utóbbi évtizedben egy egészséges tendencia indult meg, aminek eredményeképpen napjainkban egyre több osztályról a 4-5. belül napon engedik haza az édesanyját és az újszülöttet. Az OEP finanszírozás a szövődménymentes szülés regisztrálásával történik és független az ápolási napok számától. Ezért a bentfekvő napok számának csökkentésével kórházi költségmegtakarítás érhető el, jóllehet a szülés homogén betegségecsoportra jelenleg folyósított OEP pénzüsszeg a szakmailag elvárható és kultúrált szülésvezetésre sem elegendő.

A kollégium az igen korai (1-2 napon belüli) hazabocsátást nem támogatja!

A szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégiumnak a kérdésben a következő az álláspontja:

- Kívánatosnak tartjuk, hogy a szülések továbbra is kórházi/klinikai osztályokon történjenek, ahol az ellátás szakmai és emberi feltételeit fokozatosan tovább kell javítani.
- A kórházi/klinikai szülészeti ellátás jelenti a garanciát hazánkban az elért perinatális morbiditási és mortalitási eredmények fenntartásához és további javításához.
- Mindenütt meg kell teremteni az együttszülések családi hangulatát és a közös gyermekágyas kórtermek (édesanya és újszülött együtt) kialakításával a korai anyagyermek kötődést, a szülés utáni első napok kultúrált feltételeit és a szülők bevonását az újszülött ellátásába.
- A szülés után, a kórházban/klinikán eltöltött néhány nap alatt a gyermekágyas kapjon meg minden szakmai és emberi segítséget a fizikai felépüléséhez (involutiós folyamatok, sebgyógyulás), a tejelválasztás beindulása és a szoptatás körüli nehézségek leküzdéséhez illetve a szoptatással kapcsolatos aktív szemlélet elfogadtatásához és az anyaságból fakadó kötelezettségek elsajátításához.
- Ugyanakkor az újszülött részesüljön a szokásos szűrésekben, oltásokban illetve olyan megfigyelésben, amelyben az élettanitól eltérő állapotok időben felismerésre kerülnek.

Több kórházi/klinikai osztályon a korábbi években szerzett tapasztalatok alapján, továbbá figyelembe véve hazánkban a szülönők szociális és anyagi helyzetét, jelenleg Magyarországon a szülés utáni 96. óra előtt nem látszik kívánatosnak az általános (a szülések 50 százalékát érintő) hazabocsátás sem a gyermekágyas sem az újszülött szempontjából. Ekkorra a gyermekágyas édesanya élettani funkciói helyreállnak, az esetleges anaemiára fény derül, a szoptatás begyakorlódik, a varratszedés megtörténhet, az újszülöttkori kóros elváltozásokra (icterus, szívzörejek stb.) fény derül, az újszülött adaptációja megtörténik, az anyagcsere-szűrések is elvégezhetők.

Mint ismeretes, a hyperbilirubinaemia rendszerint a 3-4. napon tetőzik, s általában előre nem jósolhatóan jelenik meg. Ebben nemcsak vércsoport összeférhetetlenség lehet a

háttérben. A vitiumok egy része a kis- és nagyvérkör élettani nyomásváltozásai miatt csak a 3-4. napon kerül észlelésre. A veleszületett újszülöttkori infekciók tünetei félrevezetőek lehetnek és szintén gyakran csak a 2-3. napon vehető észre.

A phenylketonuria és a galactosaemia szűréséhez előzetes tejtáplálás szükséges, ezért csak néhány nap után végezhető el. A néhány napos kórházi/klinikai ellátással, megfigyeléssel előzhető meg, hogy az otthonápolás során a betegnek talált újszülöttestet gyermekosztályon édesanyjuk nélkül helyezték el, illetve szülészeti (neonatólogiai) osztályra történő visszahelyezéssel a többi újszülöttel szemben a külső fertőzés veszélye csökkenthető legyen.

Magyarországon jól kiépített és a világon szinte egyedülálló gyermekorvosi és védőnői hálózat működik, amely képes a 96 óra után történő hazaadás gondjainak ellátására! (Az első 96 óra speciális neonatólogiai felügyeletet igényel. A neonatólogiai művelése önálló szakképesítést feltételez, amely azonban a gyermekgyógyászattal nem azonos!)

Országos méretű átszervezésre, közbeiktatott közvetítő egészségügyi szolgálatra nincs szükség. Ha a korai hazabocsátásra az egészségügyi kormányzat pénzforrást tud biztosítani, akkor javasoljuk, hogy azt a kórházi/klinikai osztályok szülőszobáinak és közös gyermekágyas körterméinek (rooming in) kulturáltabbá tételére, neonatólogiai ellátásának javítására, valamint az alacsony szociális körülmények között élők gyermekorvosi és védőnői hálózatának fejlesztésére fordítsák. Ez a 4-5. napon történő hazabocsátás hiányzó feltételeit biztosítaná.

Kisebb településeken nincs gyermekorvosi illetve védőnői ellátás. Jelenleg sok helyen – de különösen a falvakban – még mindig olyan elmaradott az infrastruktúra, hogy a 4. napnál korábbi hazabocsátással veszélyeztetnénk az újszülöttek egészségét, sőt sok esetben az életét is. A mentőszállításra, amely egyébként sem készült fel a kritikus állapotban lévő újszülöttek ellátására, további terhek nehezednének.

Az igen korai hazabocsátás gazdasági szempontból sem indokolható.

Ha az újszülött és a gyermekágyas a 4. napon távozik a szülészeti osztályról, akkor a ráfordítás nagy részét gyakorlatilag a szülés körüli diagnosztikus és terápiás költségek teszik ki. Ehhez a 2-4. nap között csak a hotelszolgáltatás és az orvosi és ápolási munkaerő költségei vannak. Ez utóbbi nem jelent a kórház számára effektív kiadást, tehát az igen korai hazabocsátással csak a hotel-funkció költségeit lehetne megtakarítani. Az igen korai hazabocsátás után a gyakoribb orvosi, védőnői vizitek plusz költségekkel terhelnék az egészségügyi rendszert csakúgy, mint a kötelező szűrővizsgálatok otthoni elvégzése (minta levétele, tárolása, szállítása, adminisztráció stb.) és a visszaszállított újszülöttek elkésztettségéről nem is beszélve.

*Összefoglalva:* sem a gyermekágyas, sem az újszülött igen korai hazabocsátása jelenleg nem engedhető meg Magyarországon, hiszen a szövődmények nagy része éppen a 2-4. nap között jelentkezik, és a jelenlegi magyar infrastruktúra, telekommunikációs lehetőségek sem teszik lehetővé, hogy akár a hazabocsátó orvos, akár a körzeti gyermekorvos az újszülöttért, vagy a gyermekágyasért felelősséget vállaljon!

Amikor az egészségügyben a kapacitáscsökkentés, takarékoság van napirenden, nem célszerű egy párhuzamos feladatokat ellátó szervezet létrehozása (és OEP finanszírozása), főleg ha annak létezését sem gazdasági, sem szakmai érvek nem indokolják. A kollégium a szülészeti kórházi/klinikai hazabocsátás időpontját az eddigi gyakorlattal szemben javasolja előbbre hozni, de ez általánosan a szülést/születést követő 96 óránál előbb nem történjék meg!

(A Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium állásfoglalását lásd részletesen a Plenáris rovatban, Pintér professzor előadásában a 7. oldalon.

*Országos Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Intézet,  
Gyermekgyógyász Szakmai Kollégium,  
valamint a szűrőcentrumok vezetőinek állásfoglalása*

## A KÖTELEZŐ ÚJSZÜLÖTTKORI TÖMEGSZŰRÉS BIZTONSÁGOS ELVÉGZÉSE ÉRDEKÉBEN

1. Mindenekelőtt szeretnénk hangsúlyozni, hogy az újszülötteknek 5 napos koránál hamarabb történő hazaadásával a jelen ellátási körülményekre való tekintettel a *Gyermekgyógyász Szakmai Kollégium* és az *Országos Csecsemő- és Gyermekégeszségügyi Intézet* nem ért egyet.

Amennyiben azonban a megszületett érett, egészséges újszülöttet mégis 5 napos koránál hamarabb adják haza, előtte a szűrőközpontba szűrőpapíron bezárított vérmintát kell küldeni. (A reggel 8 óra előtt született újszülött aznap 1. életnapját tölti, míg a 8 óra után születettek 1. életnapja a következő naptári nap).

Ha az újszülöttől a 4-5. életnapnál hamarabb vették le a szűrőpapírra a vért, az szűrőpapír tetejére pirossal a levételei napot külön rá kell írni (pl. 2. életnap). A zárójelentésben, illetve az egészségügyi kiskönyvben jelezni kell, hogy az 5. napon (legkésőbb a 7. napon) még egy szűrőpapírra levett vérminta szűrőcentrumba futtatása szükséges (második szűrés: galactosaemiára és phenylketonuriára, esetenként hypothyreosisra). Célszerű ehhez a gyermeket visszarendelni.

Ha a visszarendelés valamely okból nem lehetséges, az újszülött területileg illetékes védőnőjét írásban kell értesíteni, s részére borítékban szűrőpapírt a mamával elküldeni, hogy az 5. napon (legkésőbb a 7. napon) a szűrőpapírra a vért vegye/vettesse le. A szűrőpapíron található négy kisebb és egy nagyobb átmérőjű papírkorong vérrel való kitöltéséhez javasoljuk az egyik ujjbegy oldalának kis szűrését, majd a szűrőpapírt szobahőn való megszáradása után borítékban a területileg illetékes PKU-laboratórium címére feladni.

A szülőt a szűrés fontosságáról fel kell világosítani, a második szűrés szükségessége esetén a zárójelentésben a szülőnek aláírásával kell igazolnia ennek tudomásulvételét és az ehhez szükséges szűrőpapír átvételét.

A szűrőpapír/ok levételéről az egészségügyi kiskönyv alapján a házi orvos győződjön meg, s kétes esetben lépjen kapcsolatba a szűrőcentrummal.

A vérminta levételéért és a szűrőpapír szűrőcentrumba juttatásáért, illetve korábbi hazaadás esetén a védőnő írásban történő értesítéséért a hazaadó főorvos a felelős.

Ha a területileg illetékes védőnő a második szűrés szükségességéről értesítést kapott, felel a vér levételéért és a szűrőpapír szűrőközpontba juttatásáért.

2. Patológiás újszülött esetén az 5. napon és ezt követően a kellő tejtáplálás után másodszor is le kell venni szűrőpapírra vért.

3. Áthelyezés esetén az áthelyező és az átvevő osztály is a fentiek szerint járjon el.

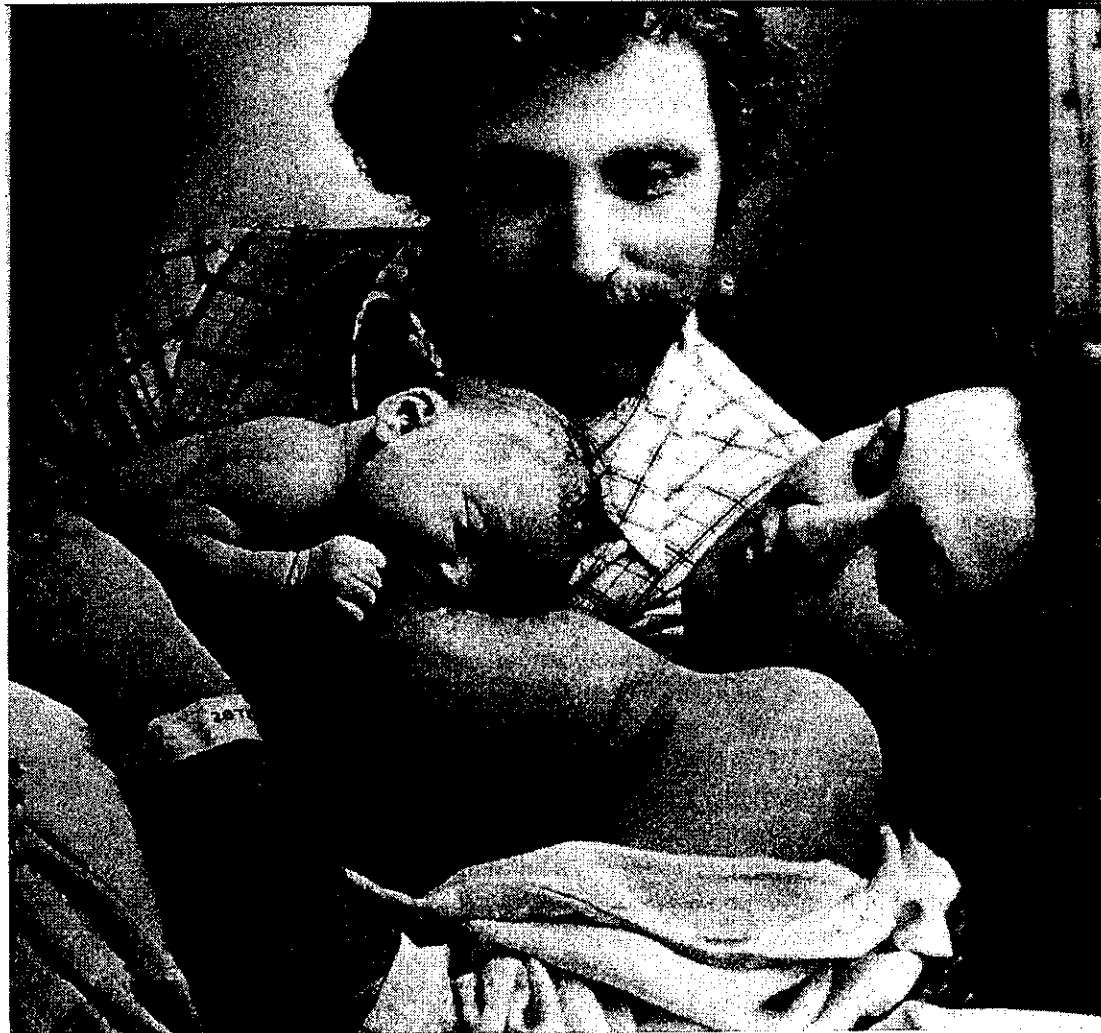
Ha az áthelyezés előtt szűrőpapír elküldésére még nem került sor, illetve második szűrés is kell, ennek szükségességére az áthelyező osztály a zárójelentésben hívja fel a figyelmet.

4. A szűrőpapírokat minimum hetente háromszor postára kell adni. Ismétlés esetén a szűrőpapírt elkülönítve kell elküldeni.

5. Miután a szűrőpapír ára igen megrágult, kérjük ezt az év során az osztályon felelősséggel kezeljék.

Ha valamilyen okból a szűrőpapír fogytán lenne, még teljes kifogyás előtt kérjük, hogy igényüket a szűrőközpontnak időben jelezzék.

6. Ha a szülés valamilyen okból otthon történt, s ezt követően sem kerül be a mama gyermekével a szülészeti osztályra, a védőnő a szülést követően a területileg illetékes szülészeti intézményből szerezze be a szűrőpapírt, amelyre megfelelő tejtáplálás esetén az 5. napon vegye le a vérmintát és a szűrőcentrumnak kitöltve küldje be.



*dr. Falus Ferenc*

#### LEHET EGY NAPPAL RÖVIDEBB?

A terhesség és a szülés az esetek többségében fiziológiás folyamat. „Egyre erősebb a felismerés, hogy a gyermek megszületése sokkal inkább szociális, mint orvosi esemény”

(Nelson, 1995. 18.o.) Ennek a szemléletnek megfelelően a fejlett egészségüggyel rendelkező országok arra törekcsenek, hogy a szülés ellenőrzött körülmények között, kórházban történjen meg. Amennyiben a szülés szövődmenymentes, az újszülött és édesanyja egészségesek, valamint nincsenek szociálisan veszélyeztetett helyzetben, akkor rövid pihenés után hazatérhetnek.

*A szülés utáni kórházi ápolás átlagos időtartama az Egyesült Államokban 1992-ben 2,1 nap volt, míg Magyarországon egy szövődmenymentes szülésnél átlagosan 7,2 napot töltöttek kórházban.*

A hazai ápolási időtartam is csökkenthető lenne gondosan kiválogatott, önként jelentkező szülőknel, akiknek jó körülményeik vannak otthon (elsősorban megfelelő infrastruktúra) és gyermek házi orvosi szolgálat működik lakóhelyükön.

A gazdasági szempontok mindenképpen az ápolás lerövidítése mellett szólnak. Mivel a finanszírozási rendszer a szülést és nem az ápolási napok számát veszi figyelembe, ez segíthetné az anyagilag rossz helyzetben lévő kórházak költségvetését. Az egyedülálló gyermek házi orvosi hálózat és a jó szakmai színvonalú védőnői szolgálat képes lenne az egészséges újszülöttek ellátására, a komplikációk felismerésére.

A feladat előkészítő munkát igényel. A graviditás ideje alatt az önként jelentkező leendő szülőket tanfolyamon kellene felkészíteni az esetleges problémákra. A házi gyermekorvosok, ill. védőnők továbbképzése is elengedhetetlen. Javasoljuk ezzel kapcsolatos módszertani levél megjelentetését.

Ki kell építeni az információs csatornát a területi egészségügyi ellátás és a kórházak szülészeti osztálya között. Az 5. életnapon szükséges vérvétel precíz levételére és a centrumba juttatására alkalmas a területileg illetékes védőnő, a házi orvos, de megoldható lenne a szülést vezető kórházba való visszatérés is.

Amerikai adatok szerint az esetek mintegy 2 százalékában került sor ismételt kórházi felvételre. Magyarországon az anyák szükség esetén a kibocsátó szülészetre, az újszülöttek a PIC centrumokba kerülnének.

*A Harris Egészségügyi Szolgálat munkatársainak meggyőződése, hogy a gyermekápolás lerövidítése külön szervezet felállítása nélkül, a meglévő szellemi és fizikai kapacitás ésszerű kihasználásával, lényeges befektetés nélkül véghezvihető lenne.*

TÁJÉKOZTATÓ ANYAG  
„MIT TEGYÜNK, HA MÁS A GYERMEK”

Amikor egy gyermek születését várjuk, óhatatlanul legfőbb ködös félelemként él bennünk annak a lehetősége, hogy a gyermek nem tökéletes. (Arra, hogy egyikük sem az, többnyire csak kamaszkorukban jövünk rá.)

Akikről most szó lesz, azok már a születés és a csecsemőkor boldogságát elrontva élik meg. Gyermeük és vele az egész család élete más lesz, mint a többieké.

A tényen, hogy egy gyermek születése közben, előtte, vagy utána életreszólóan megsérülhet, keveset tudunk változtatni, viszont rengeteget tehetnénk ezekért a családokért pontosan a szülés, annak előkészítése és utógondozása alatt.

Ehhez azonban szükség lenne egyrészt arra, hogy a gyermekét váró anya – és pedig szakemberek segítségével – mint természetes dolgot végiggondolja: gyermeke beleeshet abba a néhány százalékba, amelyik fogyatékossgal vagy krónikus betegséggel éli le az életét.

Ezen a téren ma még nincsen semmiféle „hivatalos rend, és a rosszra jobb nem gondolni” elv érvényesül, Ami azonban semmit nem old meg.

A veleszületett testi hátránnyal, adottsággal a kisgyermeknek mindenképpen, a szüleinek, testvéreinek, mégha távolabbról is, de szintén együtt kell élni. Ha a családok megkapnák a valós tájékoztatást arról, milyen sors vár gyermekeikre, ha tudnák, milyen segítségért, hová forduljanak, ha természetes lenne, hogy a szülészeten a kiadványokból kicsit kancsító, x lábú gyerek arca mosolyog rájuk, ha a pszichológus és a szülőtárs kéznél volna, akkor és annyit, amennyi beszélgetést, támaszt az újszülött édesanyja igényel, ha a szülő ismerné a jogait és a korai fejlesztés lehetőségeit, akkor könnyebb lenne mindenkinek.

Ha minden ember azzal élne együtt, hogy ez vele s bármelyik szeretettjével éppúgy megeshet, akkor az utcán, a játszótéren nem látnánk naponta magányosan játszó, rosszul halló, -látó, -mozgó, -beszélő gyermekeket, s mellettük könnyeit rejtő édesanyákat.

Akkor a többi édesanya megmagyarázná gyermekének, miért más egyik társuk, s befogadnák mindkettőjüket a felnőttek és gyermekek világába.

Ehelyett a lassan növekvő számú, de elenyésző kivételektől eltekintve, mi van mos? A továbbiakban nagyon röviden ehhez kívánunk segítséget nyújtani.

Korai fejlesztő (0-6 éves kor közötti) módszerek, szolgálatok, intézmények:

1. A dr. Katona Ferenc kifejlesztette módszert néhány hónapos csecsemők mozgás fejlesztésére alkalmazzák, gyermekneurológusok vezetésével, többnyire a megyei gyermekneurológiai központokban. Budapesten a Szabadsághegyi Gyermekszanatóriumban (Bp.XII.Mártonhegyi út 6. tel.: 1 560 922), a Pest megyeiek számára Szent Rókus Kórházban (1085. Bp. Gyulai Pál u. 2., tel: 266-8000) a dr. Balázs Mária gyermekneurológus vezette osztályon stb.

2. Korai fejlesztő központokban különféle szakemberek bevonásával komplex egyéni fejlesztő programot készítenek és a szülők segítségével és az ő oktatásuk révén rendszeres fejlesztő programokat készítenek.

Cím: 1107 Bp., Kékvirág u. 1-3., telefon. 260 5501

3. Korai (0 és 6 éves kor) között gyermekek számára speciális fejlesztő módszereket alkalmaznak, illetve ezeket a következő helyeken ötvözik:

Pethő András Intézet,

Dévény Anna Alapítvány (Dévény Anna, Bp. V. október 6. u. 22. és Moszkva tér 16., telefon: 1 555 392).

Gézengúz Alapítvány (dr.Schulteisz Judit telefon: 160-9191)

Gyógyító Játsszóház Alapítvány (Tunyogi Erzsébet telefon: 342-1908)

BLISS Alapítvány és még mintegy tucatnyi alapítványként működő szervezet.

4. Korai fejlesztést legrégebb óta, a legtöbb tapasztalat és siker birtokában, immár könyv és video kíséretében a Kis Tiborné vezette Gyógypedagógiai Óvoda munkatársai tanítanak. (telefon: 3 213 526)

5. Ezentúl számos speciális, vagy gyógypedagógusokkal is oktató bölcsődében, óvodában és iskolában indult egyéni korai fejlesztés, a Szegedi Korai Fejlesztő Alapítvány (Magyar Adél) Pécsen kéthelyütt is, Győrött a foglalkoztató iskolában (Rajtáné Szabó Zsuzsa), a Küldetés Egyesületé Pesten stb.

6. A fentiekén túl, sorra alakulnak az egyes bizonyos terápiára – vízi-úszó, vagy lovasterápiára – szakosodott szolgáltatások. Ezek hasznosak, kellemesek, de igazából „egyedül nem üdvözítőek”, az előző alapvető fejlesztő módszerek kiegészítői.

Mindezekről, és a családoknak nyújtott egyéb szolgáltatásokról (lásd pótmamaszolgálatról, átmeneti otthonokról stb.) és az érdekvédelmet, szülőközösséget szervező csoportokról, érdemes lenne a fentieknél jóval alaposabban megismerkedni. Addig a NEVI Csoporttájékoztató Szolgálat szívesen ad információt, s ha nem sikerül, akkor is próbál a továbblépésben segíteni.

## Alapellátási szekció állásfoglalása az újszülött-gyermekágyas korai, időelőtti szülészeti intézetből történő hazabocsátásáról.

### Általános vélemény:

Sem a korai, sem az időelőtti hazabocsátást nem tartja időszerűnek és elfogadhatónak a szakmák és az egészségügyi ellátó rendszer jelenlegi körülményei felkészültségi finanszírozási szintjén. Amennyiben ezen a téren továbbgondolkodás és jogszabály alkotás történik ez az érintett szakmák bevonásával és a hazai adatelemzések és kutatási eredmények birtokában ajánlott.

### Részletes indoklás:

1. Nem megoldott a jelenlegi ellátásban sem (jogszabályi háttér hiányzik, szokásjog működik) az újszülött értesítő és ennek kapcsán a terület felé történő jelzőrendszer.
2. Nem egységes és teljességében nem megoldott az 5/1995. sz. NM Rendelet a Körzeti védőnői szolgálatról mellékletében foglalt feltételrendszer (tanácsadó megléte, felszereltség stb.)
3. A jelenlegi infrastruktúrában (kórházi, védőnői, házi orvosi, házi gyermekorvosi, települési és otthoni környezeti) nincsenek meg a korai illetve idő előtti hazabocsátás feltételei (telefon, egyéb kommunikációs csatornák).
4. Kidolgozásra várnak a szakmai protokollok és standardok, valamint a kompetencia és felelősségkörök (elengedhetetlen a kórházi ellátás és az alapellátás szakma szemléleti összhangja).
5. Éles különbség mutatkozik a városi-fővárosi, illetve a területi-kistépülési - netán tanyasi - alapellátás lehetőségeiben és elérhetőségében. Ez a jelenlegi "hagyományos" rendszer mellett is szükségessé teszi a jelenlegi ellátórendszerek feltételrendszereinek és finanszírozásának a felülvizsgálatát.
6. Jogos igényként könyvelhető el egyes családok igénye amennyiben a szociális és szakmai háttér biztosított (mind a kórházi, mind az alapellátási, valamint infrastruktúrális) az idő előtti hazaadás. Ennek részletes és egyeztetett feltételrendszerét (szakmai felkészültség, tárgyi feltételrendszer, kiegészítő finanszírozás, sürgősségi és ügyeleti ellátás, stb.) az érintett szakmáknak közösen kell meghatározni, elfogadni bevonva ebbe az érintett pácienskört is.
7. Szükségesnek látjuk, hogy a média elfogadja és mérlegelje állásfoglalásunkat, és a tömegtájékoztatás irányában egy összehangolt, a szakmák képviselőivel egyeztetett vélemények, állásfoglalások, ajánlások jelenjenek meg. További fejlesztésre szorul az érintett családok még magasabb szintű és még kiterjedtebb tájékoztatása abban az esetben, ha az említett programban részt kívánnak venni. Ez szakmai feladat!

---

A szülészeti szekcióban negyvenheten vettek részt igen jó hangulatú, helyenként parázs vita után a szekció a következőkben állapodott meg:

1. Az országban már van tapasztalat a korai hazaadással (Ózdon a harmadik napon; a Debreceni Klinikán a 3-4. napon és több fővárosi kórházban egyéni kezdeményezések révén, illetőleg jelenleg egy közlemény készül egy nagy fővárosi intézmény közel ezer 48 órás korban hazaadott újszülött adatainak feldolgozásáról).
2. Érdemes lenne ezeket a tapasztalatokat összegezni, akár egy kerekasztal konferencia, akár egy újabb konferencia keretében. Jó ötlet, hogy a III. Családbarát Konferencia időpontjára egy egyéves Pilot study-t hozzanak létre, amelyben prospektív munka történne (kérdőíves formában a lakosság és az egészségügy véleményét kikérve, a korai hazabocsátást pontosan követve).
3. A korai hazaadás mint lehetséges alternatíva a szekció tagjai számára elfogadható, amit egy gyors szavazás igazolt: 29 igen, 9 nem és 9 tartózkodás. Mivel főleg szülészeten dolgozó kollegák voltak jelen, a feltételekről is beszéltünk. Csak a védőnői hálózattal és a területi gyerekgyógyászokkal

közösen lehet ezeket kidolgozni, és választható megoldásként jöhet szóba. Felvetődött a felelősség kérdése is.

4. A szakmai kollégiumok állásfoglalása alapján nem tilos Magyarországon a korai hazabocsátás, de mindannyiunk érdeke, hogy nagyon pontos és egyénre kidolgozott forgatókönyv alapján történjék. Ehhez a képzést kell előtérbe helyezni (szülésznők, védőnők, orvostanhallgatók, de az orvosok számára is fontos az információ).
5. Tudati változásra van szükség. A jelenlegi kórházcentrikus szemléletnek át kell alakulnia és a szülőnőket, a családokat partnerül kell fogadnunk.
6. Mindehhez természetesen nem elég az információ és a lelkesedés, hanem egy kis pénz is szükséges.

A szekció összességében örömmel fogadta a konferencia témáját és a III. Családbarát Konferencia témájául javasolja a képzés, illetőleg a fent említett tudati változás segítését.

---

A gyermekgyógyászati szolgálat nem zárkózik el, hogy a mostani átlag intézeti ápolási nap a későbbiekben az újszülött érdekeinek teljes figyelembe vétele mellett csökkenjen. Ahol a tárgyi, személyi informális feltételek megfelelőek, az intézetben eltöltött 96 óra előtt is az újszülött hazaadásra kerülhessen a betöltött 48 óra után.

#### A korábbi hazaadás feltételei:

1. A területi fogadó orvos (gyerekorvos, családorvos) és védőnő írásos nyilatkozata.
2. Ultrahang vizsgálat (koponya, mellkas, has).
3. Megteremteni a feltételeit a szülők és az egészségügyi szolgálat dolgozók (intézeti és területi) célirányos szakmai képzésére, továbbképzésére.
4. A jobb együttműködés érdekében szükséges, hogy a területen dolgozó kollegák (védőnő, orvos) és az intézetben dolgozók fokozott mértékben tartsák a kapcsolatot. Fontos ennek a minimális algoritmusának kidolgozása.

Szükséges minél hamarabb kidolgozni mind a területi, mind a kórházi minőségi ellátás rendszerét (tárgyi, személyi feltételek - megkívánt szakember létszám biztosítása!), majd ennek vetületében a jogi és biztosítási feltételeket megteremteni. Ezen feladat elvégzésére a szolgálat szükségtelennek tart újabb szervezet létrehozását. A meglévő struktúrában kell a jogi felelősségi és finanszírozási kereteket deklarálni.

Újszülött hazaadása a Népjóléti Miniszter által leírtaknak megfelelően kizárólag a neonatológus joga.

---

#### **A szekcióüléseket követő plenáris vitában a következő állásfoglalás született:**

1. A konferencia résztvevői a szülés utáni négy nappal korábbi hazabocsátás általános bevezetését jelenleg nem tartják megvalósíthatónak. Elfogadja azonban azt, hogy egyedi esetekben - megfelelő feltételek esetén - a négy nappal korábbi hazabocsátás kivitelezhető.
2. A konferencia résztvevői állást foglaltak abban is, hogy a jövőben nem zárkóznak el a négy napnál korábbi hazabocsátás szélesebb körű bevezetésétől. Hangsúlyozták azonban hogy ez csak a szubjektív és objektív feltételek biztosítása esetén lehetséges.
3. Ennek érdekében ki kell dolgozni a korai hazabocsátás (négy nappal korábbi) struktúráját, a megfelelő szakmai protokollokat és a korai hazabocsátás anyagi és jogi vonatkozásait.

Ezeket a szűrővizsgálatokat az anyagcsere-rendellenességeinek vizsgálatáról szóló 5/1975.(V.28.)EüM. rendelet első szakasza kötelező erővel rendeli el valamennyi újszülött részére. A rendelet második szakasza előírja, hogy a szűrővizsgálatot és a vizsgálathoz szükséges vérvételt kórházban kell elvégezni.

A rendelet végrehajtására született 16/1975.(Eü.K.12.)EüM. utasítás a kötelező szűrővizsgálatot a 2.§ (2) bekezdésében, az alábbiak szerint szabályozza: „A vizsgálatot **érett újszülött esetében a hazaadás napján - lehetőleg az 5. vagy 6. életnapon -**, koraszülött esetében pedig a 14. napon az újszülött és koraszülött osztályokon ... **kell elvégezni**”.

Mely szakmának kell döntenie abban, hogy a fenti utasításban szereplő szűrővizsgálat elvégezhető-e az 5. életnapnál fiatalabb érett újszülöttön? Nyilvánvaló, hogy a kogens jogszabályi rendelkezés a vizsgálat elvégzésére vonatkozik, azonban abban, hogy ezt az újszülött hányadik életnapján lehet legkorábban illetve legkésőbb elvégezni - már megengedő a jogszabályi előírás, ezért már az orvosszakma felelőssége a döntés meghozatala.

Budapest, 1996. szeptember 27.

Cser Ágnes

## **Édesanyák és újszülöttek kórházi hazaadása**

A hatályos egészségügyi törvény rendelkezései szerint a gyermekek fekvőbeteg gyógyintézetekben születnek. Előfordul azonban, hogy a gyermekét váró édesanya nem jut el időben fekvőbeteg gyógyintézménybe, ez azonban kivételes eset.

Egy komplikációmentes szülést követően az édesanya és újszülöttje vagy újszülöttjei, elsősorban megfigyelés céljából maradnak a fekvőbeteg intézményben. Ezt a kijelentést arra alapozom, hogy a szülés természetes folyamat és nem betegség - a gyermekágyas anya véleményem szerint nem „beteg”.

Az újszülött és édesanyjának fekvőbeteg intézményből történő hazaadásának napja közvetlenül jogilag nem szabályozott. Így a szülőnőre és gyermekére vonatkozó teljes jogszabálykör elemzése ad lehetőséget a követendő eljárási rendre, illetve arra, hogy ez kötelező vagy megengedő előírásokat tartalmaz-e vagy sem.

A jogszabályok nyelvtani értelmezésével jutunk el a kérdés megválaszolásához.

Az Alkotmányban deklarált „egészséghez való jog” magában foglalja a prevenciót is, ami már az újszülöttek szűrővizsgálataival megkezdődik.

**A Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium 1996. június 28-i állásfoglalása az édesanyák és újszülöttjeik kórházi hazaadásának időpontjáról a Harris Egészségügyi Szolgálat "Hány napot kell az egészséges újszülöttnak és édesanyjának kórházban töltenie" című anyag értékelése kapcsán**

Ma hazánkban a zavartalan terhességet követő probléma- és szövődménymentes szülésekből világra jött egészséges újszülöttek (az összes szülés kb. 50 %-a) édesanyjukkal együtt átlagosan egy hetet töltenek a fekvőbeteg osztályokon. Ennek az időtartamnak a lerövidítése sok szempontból kívánatos. Az utóbbi évtizedben megindult egy egészséges tendencia, aminek eredményeképpen egyre több osztályról napjainkban a 4-5. napon engedik haza az édesanyát és az újszülöttet. Az OEP finanszírozás a szövődménymentes szülés tényének regisztrálásával történik és független az ápolási napok számától, ezért a bentfekvő napok számának csökkentésével kórházi költségmegtakarítás érhető el, jóllehet a szülés homogén betegcsoportra jelenleg folyósított OEP pénzösszeg a szakmailag elvárható és kultúrált szülésvezetésre sem elegendő.

A Harris Egészségügyi Szolgálat a szóbanforgó írásában azt igyekszik bizonyítani, hogy a szülés utáni kórházi bentfekvés 24-48 órára csökkenthető, amellyel nagy anyagi megtakarítás lenne elérhető és megfelelő pénzügyi támogatás esetén a Harris Egészségügyi Szolgálat megszervezné a gyermekorvosi körzetek és a védőnői hálózat bevonásával az otthonápolást.

Megítélésünk szerint számos érv szól amellet, hogy **korai hazabocsátás** alatt a szülészetben általánosan 4 napot tekintünk. Ezek után a kérdés úgy merül fel, hogy szükség van-e a Harris Egészségügyi Szolgálat által 1-2 napos hazabocsátást előtérbe helyezni a jelenleg minden szervezés nélkül fokozatosan bevezethető 4 napos hazabocsátással szemben. A Kollégium az **igen korai (1-2 napon belüli) hazabocsátást** nem támogatja.

A Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégiumnak a kérdésben a következő az álláspontja:

Kívánatosnak tartjuk, hogy a szülések továbbra is kórházi/klinikai osztályokon történjenek, ahol az ellátás szakmai és emberi feltételeit fokozatosan tovább kell javítani. A kórházi/klinikai szülészeti ellátás jelenti a garanciát hazánkban az elért perinatális morbiditási és mortalitási eredmények fenntartásához és további javításához. Meg kell teremteni mindenütt az együttszülések családi hangulatát és a közös gyermekágyas kórtermek (édesanya és újszülött együtt) kialakításával a korai anya-gyermek kötődés, a szülés utáni első napok kultúrált feltételeit és a szülők bevonását az újszülött ellátásába.

A szülés után a kórházban/klinikán eltöltött néhány nap alatt a gyermekágyas kapjon meg minden szakmai és emberi segítséget a fizikai felépüléséhez (involutiós folyamatok, sebgyógyulás), a tejelválasztás beindulása és a szoptatás körüli nehézségek leküzdéséhez ill. a szoptatással kapcsolatos aktív szemlélet elfogadtatásához és az anyaságból fakadó kötelezettségek elsajátításához. Ugyanakkor az újszülött részesüljön a szokásos szűrésekben, oltásokban ill. olyan megfigyelésben, hogy az élettanitól eltérő állapotok időben felismerésre kerüljenek.

Több kórházi/klinikai osztályon a korábbi években szerzett tapasztalatok alapján, továbbá figyelembe véve hazánkban a szülők szociális és anyagi helyzetét, jelenleg Magyarországon a szülés utáni 96. óra előtt nem látszik kívánatosnak az általános (a szülések 50 %-át érintő) hazabocsátás sem a gyermekágyas sem az újszülött szempontjából. Ekkorra a gyermekágyas édesanya élettani funkciói helyreállnak, az esetleges anaemiára fény derül, a szoptatás begyakorlódik; megtörténhet a varratszedés; az újszülöttkori kóros elváltozásokra (icterus, szívzörejek, stb.) fény derül, az újszülött adaptációja megtörténik, az anyagcsere-szűrések is elvégezhetők.

Mint ismeretes, a hyperbilirubinaemia rendszerint a 3-4. napon tetőzik, s általában előre nem jósolhatóan jelenik meg, hiszen nemcsak vércsoport összeférhetetlenség lehet a háttérben. A vitiumok egy része a kis- és nagyvérkör élettani nyomásváltozásai miatt csak a 3-4. napon kerül észlelésre. A veleszületett újszülöttkori infekciók tünetei félrevezetőek lehetnek és szintén gyakran csak a 2-3. napon vehetők észre. A phenylketonuria és a galactosaemia szűréséhez előzetes tejtáplálás szükséges, ezért csak néhány nap után végezhetők.

A néhány napos kórházi/klinikai ellátással ill. megfigyeléssel megelőzhető, hogy az otthonápolás során betegnek talált újszülötteket gyermekosztályon édesanyjuk nélkül helyezték el, ill. szülészeti (neonatólogiai) osztályra történő visszahelyezéssel csökkenthető legyen a többi újszülöttel szemben a külső fertőzés veszélye.

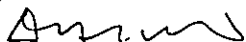
Magyarországon jól kiépített és a világon szinte egyedülálló gyermekorvosi és védőnői hálózat működik, amely képes a 96 óra után történő hazaadás gondjainak ellátására! (Az első 96 óra speciális neonatólogiai felügyeletet igényel. A neonatólogia művelése önálló szakképesítést feltételez, amely nem azonos a gyermekgyógyászattal!) Országos méretű átszervezésre, közbeiktatott közvetítő egészségügyi szolgálatra nincs szükség. Ha a korai hazabocsátásra az egészségügyi kormányzat pénzforrást tud biztosítani, úgy javasoljuk, hogy azt a kórházi/klinikai osztályok szülőszobáinak és közös gyermekágyas kórterméinek (rooming-in) kulturáltabbá tételére, neonatólogiai ellátásának javítására, valamint az alacsony szociális körülmények között élők gyermekorvosi és védőnői hálózatának fejlesztésére fordítsák. Ez biztosítaná a 4-5. napon történő hazabocsátás

hiányzó feltételeit. Kisebb településeken nincs gyermekorvosi ill. védőnői ellátás szervezve. Jelenleg sok helyen, de különösen a falvakban még mindig olyan elmaradott az infrastruktúra, hogy a 4. napnál korábbi hazabocsátással veszélyeztetnénk az újszülöttek egészségét, sőt sok esetben az életét. A mentőszállításra, amely egyébként sem készült fel a kritikus állapotban levő újszülöttek ellátására, további terhek nehezednének.

Gazdasági szempontból sem indokolható az igen korai hazabocsátás. Ha az újszülött és a gyermekágyas a 4. napon távozik a szülészeti osztályról, akkor a ráfordítás nagy részét gyakorlatilag a szülés körüli diagnosztikus és terápiás költségek teszik ki. Ehhez a 2-4. nap között csak a hotelszolgáltatások költségei és az orvosi és ápolási munkaerő költségei adódnak. Ez utóbbi nem jelent effektív kiadást a kórház számára, tehát csak a hotel-funkció költségeit lehetne megtakarítani az igen korai hazabocsátással. Az igen korai hazabocsátás után a gyakoribb orvosi, védőnői vizitek plusz költségekkel terhelnék az egészségügyi rendszert csakúgy, mint a kötelező szűrővizsgálatok otthoni elvégzése (minta levétele, tárolása, szállítása, adminisztráció, stb.) és a visszaszállított újszülöttek elkésett gyógykezeléséről nem is beszélve.

Összefoglalva megállapítható, hogy sem a gyermekágyas, sem az újszülött igen korai hazabocsátása jelenleg nem engedhető meg Magyarországon, hiszen a szövődmények nagy része éppen a 2-4. nap között jelentkezik, és a jelenlegi magyar infrastruktúra, telekommunikációs lehetőségek sem teszik lehetővé, hogy akár a hazabocsátó orvos, akár a körzeti gyermekorvos felelősséget vállaljon az újszülöttért vagy a gyermekágyasért.

Amikor az egészségügyben a kapacitáscsökkentés, takarékoság van napirenden, nem célszerű egy párhuzamos feladatokat ellátó szervezet létrehozása (és OEP finanszírozása), főleg ha annak létezését sem gazdasági, sem szakmai érvek nem indokolják. A Kollégium a szülészeti kórházi/klinikai hazabocsátás időpontját az eddigi gyakorlattal szemben javasolja előbbrehozni, de ez általánosan a szülést/születést követő 96 óránál előbb ne történjék meg!



Dr. Papp Zoltán  
egyetemi tanár, igazgató;  
a Szülészeti és Nőgyógyászati  
Szakmai Kollégium elnöke