

**Ministarstvo zdravlja Crne Gore  
UNICEF Crna Gora**

**Ocjena bezbjednosti i kvaliteta bolničke njege majki i  
novorođenčadi u Crnoj Gori**

**Plan aktivnosti za unapređenje kvaliteta perinatalne njege**

**Izvještaj pripremili:**

**Audrius Maciuleavicius, neonatolog, Kaunas, Litvanija  
i Stelian Hodorocea, akušer, Chisinau, Moldavija**

**POSJEĆENI GRADOVI: Cetinje, Kotor, Berane, Podgorica, Nikšić**

**DATUMI POSJETA: 5.-14. decembar 2011. godine**

## **Sadržaj**

1. Osnovne informacije i ciljevi
2. Agenda, metode i tim ocjenjivača
3. Rezultati
4. Zaključci i preporuke
5. Reference
6. Aneksi

## **Spisak skraćenica**

IMPAC - Integrated Management of Pregnancy and Childbirth (Objedinjeno praćenje trudnoće i porođaja)

MoH – Ministry of Health (Ministarstvo zdravlja)

MNC – Maternal Child health (Zdravlje majke i djeteta)

MN – Mother and Newborn (Majka i novorođenče)

MW – Midwife (Babica)

OB/GYN – Obstetrician gynaecologist (Akušer ginekolog)

CS – Caesarean Section (Carski rez)

UNICEF- The United Nations Children’s Fund (Fond Ujedinjenih nacija za djecu)

VE – Vacuum extractor/extraction (Vakuum ekstraktor/ekstrakcija)

WHO – World Health Organization (Svjetska zdravstvena organizacija)

QoC – Quality of care (Kvalitet njege)

VBAC – vaginal birht after cesarean (vaginalni porođaj poslije carskog reza)

CTG – cardiotocography (kardiotokografija)

## 1. Osnovne informacije i ciljevi

Crna Gora je zemlja sa niskom stopom mortaliteta novorođenčadi (podatak za 2009. godinu je 5,7 na 1.000 živorođene djece, prema Statističkom godišnjaku Instituta za javno zdravlje). Neonatalni mortalitet čini oko 80% ukupnog broja smrtnih slučajeva (2008., UNICEF, Situaciona analiza). Jedan od glavnih uzroka smrti je asfiksija na porođaju. Crna Gora ima dobru mrežu Primarne zdravstvene zaštite (PZZ) i dobre bolničke kapacitete. PZZ mreža je osnažena kroz projekat koji je podržala Svjetska banka. Država troši oko 1.100 USD (UNICEF SitAn, 2007.) po glavi stanovnika, a nacionalni sistem zdravstvenog osiguranja funkcioniše od 2004. godine. Ukupni rashodi za zdravstvo čine oko 9% BDP-a, dok rashodi Vlade čine 5% BDP-a, što je blizu prosjeka u EU.

Država je sprovela reorganizaciju perinatalne njege, koju čine jedna Nacionalna bolnica za akušerstvo i ginekologiju u Podgorici i Jedinica za neonatalnu intenzivnu njegu, koja predstavlja poseban organ, kao dio nacionalne pedijatrijske bolnice. U zemlji postoji 8 porodilišta nivoa 1-2, u kojima se obavi između 233 i 850 porođaja godišnje, kao i dodatnih 4 manja porodilišta (sa 3, 10, 55 i 126 porođaja godišnje), bez eksplicitne razlike između ova dva nivoa.

Nacionalna klinika za akušerstvo i ginekologiju u Podgorici ne implementira mnoge na dokazima zasnovane standarde u oblasti perinatalne zaštite, uključujući korake vezano za Inicijativu bolnica po mjeri djeteta/ bebe. Ne postoji mogućnost smještaja bebe zajedno sa majkom (sva novorođenčad se smještaju u posebnu jedinicu i donose majkama na dojenje na svaka 3 sata). Rano otpočinjanje dojenja nije adekvatno (novorođenčad se stavljaju majki na grudi samo na nekoliko minuta nakon porođaja, a nakon toga se odvajaju na otprilike dva sata). Nema dojenja na zahtjev, a hranjenje bočicom je široko rasprostranjena praksa, pa čak i bebe koje su dojene dobijaju dohranu iz bočice tokom 3-časovnih intervala. Ne postoji jasna politika dojenja, a zaposleni u porodilištu ne podržavaju sistematski majke da otpočnu sa dojenjem, niti se bave problemima laktacije.

Ministarstvo zdravlja i uprava bolnice žele da promijene ovo stanje i predlažu gradnju novih bolničkih kapaciteta, kao jedan od ključnih preduslova za implementaciju inicijative Bolnica po mjeri djeteta. Porodilište nema dovoljno prostora s obzirom na broj porođaja u praksi (3200 godišnje). Postoje samo dvije porođajne sale (4 kreveta), što ne omogućava privatnost i

njegu usmjerenu na porodicu. U većini soba za smještaj nakon porođaja uglavnom borave 3-4 žene, što (po mišljenju lokalnog osoblja i menadžmenta) predstavlja problem za smještaj beba zajedno sa majkama.

Sve u svemu, perinatalni sistem je prilično fragmentiran, jer ne postoji zadovoljavajuća razmjena podataka i informacija sa Jedinicom za neonatalnu intenzivnu njegu, niti postoje zajedničke revizije učinaka. Perinatalna njega, generalno, je pretjerano medikalizovana, jer postoji jako visoka stopa registrovanih carskih rezova, visok procenat indukovanih i potspješanih porođaja, uporna upotreba zastarjelih rutinskih procedura (klistir, brijanje, liberalne epiziotomije). Pored smještaja beba pored majki i ranog, isključivog dojenja na zahtjev bebe, ni mnoge druge djelotvorne tehnologije koje preporučuje SZO nisu u primjeni: partnerstvo i stalna podrška tokom porođaja, promovisanje hodanja i slobodnog izbora položaja, obeshrabrivanje korišćenja horizontalnog položaja pri porođaju i rutinsko usmjeravano potiskivanje, primjena aktivnog upravljanja trećom fazom porođaja i korišćenje partograma.

Ne postoje nacionalne smjernice/ protokoli, niti lokalni protokli i algoritmi za upravljanje akušerskim i neonatološkim komplikacijama i hitnim slučajevima.

Pod nadzorom kancelarije UNICEF-a, a uz tijesne konsultacije sa Ministarstvom zdravlja Crne Gore i upravom Nacionalne bolnice za akušerstvo i ginekologiju, uz podršku međunarodnih eksperata, planirana je priprema predloga projekta koji bi se fokusirao na unapređenje perinatalne njege, u skladu sa preporukama SZO i na dokazima zasnovanoj medicini (evidence-based medicine - EBM).

Za izradu tog predloga učinjeno je sledeće:

1. Definisan je upitnik, koji su formulisali sami učesnici ovog projekta, i on je poslat svim ustanovama koje nude usluge porođaja. Upitnik je obuhvatio pokazatelje perinatalnog mortaliteta i morbiditeta, podatke o glavnim akušerskim procedurama i pitanjima upućivanja, kao i informacije o infrastrukturi, raspoloživoj opremi i osoblju.
2. U periodu od 5. do 14. decembra sprovedena je ocjena kvaliteta bolničke njege majki i novorođenčadi na uzorku porodilišta u Crnoj Gori. Ciljevi ove ocjene bili su:
  - a. Da se prepoznaju ključna pitanja vezano za kvalitet njege majki i novorođenčadi u odabranim bolnicama;

- b. Da se predlože aktivnosti za unapređenje kvaliteta njege majki i novorođenčadi na centralnom nivou i na nivou zdravstvene ustanove, uzimajući u obzir prateće faktore koji utiču na kvalitet njege;
- c. Da se da mogućnost nacionalnom timu ocjenjivača da se upoznaju sa sredstvima i metodama ocjene.

Ova ocjena je trebalo i da doprinese uvođenju koncepta revizije koju vrše kolege i koncepta unapređenja kvaliteta u bolnicama među menadžerima i zdravstvenim radnicima.

## **2. Agenda, metode i tim ocjenjivača**

Agenda posjeta radi ocjene stanja, pripreme aktivnosti i završne informacije prikazani su u **Aneksu 1.**

Tim je koristio sledeće sredstvo: *Sredstvo za ocjenu kvaliteta neje majki i novorođenčadi u bolnicama*, koji je osmislila Regionalna kancelarija SZO za Evropu, uz tehničku podršku Saradničkog centra SZO u MCH iz Trsta, Italija. Ovo sredstvo je prevedeno na crnogorski jezik i unaprijed distribuirano timu lokalnih ocjenjivača.

Sredstvo i metode ocjene zasnovani su na iskustvu stečenom u korišćenju sredstva za pedijatrijsku ocjenu, koje je SZO formulisala 2001. godine, a koje se od tada koristi širom svijeta, uključujući i evropski region, kao i na iskustvu Regionalne kancelarije SZO za Evropu u implementaciji programa Kako trudnoću učiniti bezbjednijom i paketa za obuku pod nazivom Djelotvorna perinatalna njega. Referentni standardi su sadržani u Priručniku SZO o bolničkoj njezi [1], u IMPAC paketu smjernica [4-7] i u paketu za obuku koji je osmislila Regionalna kancelarija SZO za Evropu pod nazivom „Djelotvorna perinatalna njega“ [8,12] Pitanja u sredstvu za ocjenu prakse u porodilištima koja nisu sadržana u gore navedenim paketima formulisana su na osnovu najboljih i najskorijih dokaza.

Osnovni principi ovog sredstva/ metode su: da pristup bude zasnovan na dokazima i međunarodno priznatim standardima; da može da usmjerava prikupljanje validnih informacija u ključnim oblastima; da bude jednostavan za primjenu; da podstiče uključivanje bolničkog osoblja u prepoznavanje problema i mogućih rješenja.

Ovo sredstvo ima za cilj da omogući, fokusirajući se na prepoznavanje problema i predlaganje aktivnosti za njihovo rješavanje, pažljivu ocjenu su svih glavnih oblasti i faktora koji mogu imati uticaja na kvalitet njege, kao što su infrastruktura, zalihe, organizacija usluga i upravljanje sistemom njege, stavljajući akcenat na oblasti za koje se pokazalo da imaju

najveći uticaj na mortalitet i ozbiljni morbiditet majki i novorođenčadi, kao i na dobrobit majki i novorođenčadi.

Stavke koje su obuhvaćene ocjenom odabrane su i kako bi se sprovela sveobuhvatna ocjena četiri dimenzije kvaliteta njege, kako je prepoznato u Evropskom strateškom pristupu SZO za obezbjeđivanje bezbjednije trudnoće, a to su: 1) da bude zasnovana na naučnim dokazima i djelotvorna sa aspekta troškova (isplativa); 2) da bude fokusirana na porodicu, poštujući povjerljivost, privatnost, kulturu, ubjeđenja i emotivne potrebe žena, porodica i zajednica; 3) da osigura uključivanje žena u odlučivanje o mogućim oblicima njege, kao i o zdravstvenim politikama; 4) da obezbijedi kontinuiranu njegu za zajednicu i to do najvišeg nivoa njege, uključujući i efikasnu regionalizaciju i multidisciplinarni pristup [11].

Brifing (informativni sastanak) o ciljevima i metodama ocjene i o sredstvu za ocjenu održan je u Kliničkom centru u Podgorici, sa nacionalnim timom ocjenjivača (Aneks 2) i Anom Zec, predstavnicom UNICEF-a.

Na svih pet lokacija je ocjena otpočela tako što je tim ocjenjivača prezentirao okvirne ciljeve i metode ocjene i predstavio sami tim ocjenjivača direktoru bolnice i rukovodiocu relevantnih službi (porodilište, neonatologija), uključujući i glavne sestre i babice. Tokom posjete, timovi za ocjenu su razgovarali o glavnim podacima (priliv pacijenata, raspoloživi pokazatelji ishoda i procesa, infrastruktura, uključujući i raspoloživost opreme, lijekova i zaliha materijala), dobijenim iz upitnika koje su sami lokalni ocjenjivači formulisali, a koji su dostavljeni direktorima bolnica i koje je osoblje bolnica popunilo.

Ocjena je obuhvatila posjetu porodilištu i neonatologiji, analizu i razgovor o odabranim slučajevima među primljenim pacijentima; analizu i razgovor o odabranim kliničkim kartonima; razgovor sa zdravstvenim radnicima i majkama. Ocjenjivači su se sastajali na kraju radnog dana da sumiraju i prodiskutuju o glavnim nalazima i da pripreme konačnu prezentaciju glavnih nalaza (pozitivni aspekti njege i aspekti koji bi se mogli unaprijediti) za lokalne zdravstvene radnike.

Učešće očekivanih lokalnih stručnjaka na brifingu i završnom sastanku i njihova saradnja tokom posjete bili su na jako zadovoljavajućem nivou u svim mjestima gdje je posjeta obavljena.

Kada su završene posjete na terenu, međunarodni i nacionalni tim su se sastali da objedine informacije, porazgovaraju o nalazima i preporukama, kao i da pripreme prezentaciju za završni sastanak (vidi Aneks 5 i 6). Završni sastanak je održan sa predstavnicima UNICEF-a i predstavnicima porodilišta koja su bila predmet ocjene.



### 3. Rezultati

Glavni nalazi vezano za porodilišta i odjeljenja neonatologije dati su u Tabeli 1. Bodovi predstavljaju prosječnu ocjenu za stavke koje se tiču datih oblasti. Za svaku oblast koja je bila predmet ocjene data je lista glavnih prepoznatih problema.

**Tabela 1. Kratak pregled ocjene kvaliteta njege majki i novorođenčadi i najvažnijih prepoznatih problema.**

Oblasti	A	B	C	D	E	Glavni problemi
1.a Bolnička zdravstvena statistika	1	1	1	1,5	1	Vođenje kliničkih kartona ispod standarda  Podaci se ne analiziraju sistematski i ne koriste se u formulisanju rješenja/ preporuka za unapređenje kvaliteta njege  Nepostojanje ili nedovoljno korišćenje formulara za praćenje (partogram, kontrola temperature, lista stavki za provjeru nakon porođaja)  Neprecizno dostavljanje podataka i njihova neprecizna lokalna upotreba
1.b Raspoloživost lijekova	2	2	2	3	2	
1.c Oprema i zalihe	1	1	2	2	2	Nedostatak osnovne opreme za brigu o novorođenčadima (ambu baloni i maske, aspiratori, grijanje)  U nekim ustanovama nema sprava za vaginalni porođaj uz pomoć stručnjaka, niti papira za CTG
1.d Raspoloživost i korišćenje laboratorijske podrške	2	2	2	3	2	
1.e Osnovna infrastruktura	1	2	2	2	2	Mjesta za pranje ruku  Operaciona sala daleko od sale za porođaje  Periodični nestanak struje
<b>Opšti uslovi u bolnicama (prosječni)</b>	<b>1,5</b>	<b>1,5</b>	<b>2</b>	<b>2,5</b>	<b>2</b>	

rezultati)						
Porodilište /odjeljenje za neonatologiju	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>1</b>	<b>0,5</b>	<b>2</b>	<p>Nema mogućnosti smještanja beba uz majke u većini ustanova</p> <p>Neki ključni elementi osnovne, jeftine opreme/materijala nisu svuda raspoloživi (zidni sat, termometar koji pokazuje temperaturu u prostoriji, papir za CTG, peškiri i antiseptik za pranje ruku)</p> <p>Posjete rođaka nisu dozvoljene</p> <p>Nema pojedinačnih porođajnih sala: postoje odvojene prostorije za prvu i drugu fazu porođaja u svim ustanovama</p> <p>Nema uslova za pratnju pri porođaju</p>
Normalni porođaj	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>1</b>	<b>0,5</b>	<p>Ne postoje nacionalne kliničke smjernice, niti lokalni protokoli vezano za njegu pri normalnom porođaju</p> <p>Primjenjuju se nedjelotvorne rutinske procedure (klistir, brijanje, epiziotomija kod prvotki ili kod uranjenog porođaja, potiskivanje prema instrukcijama)</p> <p>Djelotvorne tehnologije se ne koriste (nije dozvoljen pristup partneru, šetnja i kretanje, kao i aktivno upravljanje trećom fazom porođaja se ne primjenjuju)</p> <p>Ne promovišu se položaji pri porođaju koji ne podrazumijevaju ležanje i nema obezbijednih uslova za to.</p> <p>Pretjerana medikalizacija (sedativi, spazmolitici)</p> <p>Nepostojanje i nekorisćenje osnovnih kliničkih pomagala (satovi, sobni termometri i toplomjeri za novorođenčad)</p> <p>Ne poštuju se privatnost i tajnost</p> <p>Napredovanje porođaja i dobrobit fetusa se ne prate prema partogramu</p> <p>Vaginalni pregledi se vrše bez indikacija, u kratkim vremenskim intervalima</p>

						<p>Lanac toplotne zaštite novorođenčeta se ne održava kako treba (Warm chain is not properly maintained)</p> <p>Pretjerana upotreba indukcije i podsticaja prilikom porđaja, u većini slučajeva bez indikacija</p> <p>Ne postoji ček-lista (lista sa stavkama koje treba provjeriti) za praćenje žena nakon porođaja</p>
Carski rez i postoperativna njega	1	1	1	2,5	1	<p>Ne postoje nacionalne kliničke smjernice, niti lokalni protokoli o indikacijama i procedurama</p> <p>Vrlo liberalne indikacije za carski rez i vrlo visoka stopa carskih rezova kao rezultat takvog pristupa.</p> <p>Nedovoljno se koristi regionalna anestezija</p> <p>Antibiotička profilaksa nije u skladu sa dokazima i međunarodnim preporukama</p> <p>Nedovoljno korišćenje vaginalnih operativnih porđaja, pretjerano korišćenje podsticaja za porođaj i neprikladno praćenje tokom porođaja, koje vjerovatno rezultira povećanim brojem carskih rezova</p> <p>Nedovoljna komunikacija sa ženama</p> <p>Ne primjenjuje se pristup kod kojeg žene daju pristanak nakon detaljnog informisanja</p> <p>Novorođenčad su odvojena od majki</p>
Upravljanje slučajevima i komplikacije kod majki	1	1	2	2,5	1	<p>Nema nacionalnih kliničkih smjernica, niti lokalnih protokola/ algoritama zasnovanih na dokazima o njezi u hitnim slučajevima i upravljanje komplikacijama u većini ustanova</p> <p>Ogromne razlike među doktorima i ustanovama u upravljanju komplikacijama kod majki</p> <p>Pretjerano dijagnostifikvanje i korišćenje dijagnostičkih i menadžment kriterijuma za</p>

						<p>preeklampsiju, problematični porođaj, uranjeni porođaj, koji nisu međunarodno priznati.</p> <p>Pretjerano liječenje: neprikladna upotreba lijekova i korišćenje nedjelotvornih lijekova (tokoliza u 35-36 sedmici trudnoće, diuretici za preeklampsiju, neprikladna upotreba antibiotika).</p> <p>Nedovoljna komunikacija sa pacijentima i porodicama</p> <p>Ne postoji priprema, niti potrebna znanja za upavljanje brojnim akušerskim komplikacijama (eklampsija/ ozbiljna preeklampsija, ramena distocija, PPRROM, problemi kod fetusa pri porođaju – „pomognuti“ vaginalni porođaj)</p>
Rutinska njega novorođenčadi	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1,5</b>	<p>U upotrebi su brojne intervencije koje nisu zasnovane na dokazima (odvajanje novorođenčadi od majki, rutinska sukcija, antropometrijska mjerenja, kupanje, umotavanje beba u mnogim mjestima)</p> <p>Mali stepen spremnosti za reanimaciju, nedovoljne vještine</p> <p>Ne poštuje se „toplotni lanac“ (nedovoljno znanje zaposlenih, mjere se ne primjenjuju – zagrijana porođajna sala, kontakt koža na kožu – i ne kontroliše se temperatura)</p> <p>Rano i isključivo dojenje se ne promoviše</p> <p>Neprikladno korišćenje Apgar bodovanja i pretjerano dijagnostifikovanje encefalopatije</p> <p>Potrebno je poboljšati komunikaciju sa majkama i porodicama</p>
Jedinica za neonatalnu intenzivnu njegu	<b>na</b>	<b>na</b>	<b>na</b>	<b>1</b>	<b>na</b>	<p>Ne postoje nacionalne kliničke smjernice, niti lokalni protokoli zasnovani na dokazima</p> <p>Često korišćenje lijekova i intevencija nedokazane djelotvornosti tokom liječenja bolesnih novorođenčadi u ovoj Jedinici</p>

						<p>Ne kontrolisana O-terapija (okupaciona terapija)</p> <p>Neadekvatne mjere kontrole infekcija</p> <p>Grafici za praćenje stanja novorođenčadi koja su primljena u Jedinicu za neonatalnu intenzivnu njegu se ne popunjavaju na pravilan način</p> <p>Loša komunikacija među akušerima i neonatolozima</p>
Upravljanje slučajevima i njega bolesne novorođenčadi	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<p>Ne postoje nacionalne kliničke smjernice, niti lokalni protokoli zasnovani na dokazima</p> <p>Majke nisu uključene u liječenje bolesnih novorođenčadi</p> <p>Ne izračunava se na pravilan način potreba bolesnih novorođenčadi za hranom</p> <p>Često korišćenje lijekova nedokazane djelotvornosti tokom liječenja bolesne novorođenčadi</p>
Njega u hitnim slučajevima	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2,5</b>	<b>1</b>	<p>Ne postoje nacionalne smjernice za sistem upućivanja</p> <p>Ne postoje nacionalne kliničke smjernice, niti lokalni protokoli/ algoritmi zasnovani na dokazima</p> <p>Ne postoje pribori za akušerske hitne slučajeve (preeklampsija/ eklampsija, krvarenje nakon porođaj)</p> <p>U nekim slučajevima postoje strukturni problemi kod transporta pacijenata u porođajnu ili operacionu salu</p> <p>Nepostojanje dokumentacije/ formulara za praćenje stanja u hitnim slučajevima</p> <p>U mnogim ustanovama nema 24-časovnog dežuranja akušera i anesteziologa</p>
Infekcije, preventivna njega i podrška	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>1,5</b>	<b>0,5</b>	<p>Nedovoljna kontrola infekcija</p> <p>Nema potpuno opremljenih mjesta za pranje ruku</p>

						<p>Pretjerana prisutnost neprikladnih procedura (klistir, brijanje, ograničenja za partnere i posjetioce, korišćenje maski i sterilne/zaštitne odjeće) gowns mantila</p> <p>Nema pojedinačnih porođajnih sala, a smještaj beba sa majkama se ne primjenjuje u većini ustanova</p> <p>Nedovoljna komunikacija sa ženama</p> <p>Nema pisanih informacija</p>
Monitoring i dalje aktivnosti	1	1	1	1	1	<p>Nepostojanje dokumentacionih formulara za veći dio hitnih slučajeva, akušerskih komplikacija i procedura (reanimacija novorođenčeta, potpomognuti vaginalni porođaj, ramena distocija, preeklampsija)</p> <p>Aktivnosti monitoringa se ne evidentiraju kako treba</p> <p>Kod nekih vrlo složenih stanja monitoring se ne vrši dovoljno često</p> <p>Ne postoje grafikoni koje prate babice/ sestre (kontrola temperature, partogram ili vitalni znaci kod žena nakon porođaja)</p>
Smjernice i timski rad	0	0	0	1	1	<p>Nema nacionalnih, niti lokalnih protokola i algoritama (samo neki primjeri lokalnih protokola o hitnim slučajevima u akušerstvu u jednoj ustanovi)</p> <p>Upravljanje predmetima varira među doktorima i ustanovama</p> <p>Nepostojanje unutrašnje revizije i timskog rada</p>
Pristup bolnici	2	2	2	2	2	<p>Nema kontinuiteta u protoku informacija o ponuđenoj njezi od perifernog nivoa do centralne bolnice</p> <p>Žene su slabo informisane o znacima opasnosti od mogućih komplikacija u trudnoći i o potrebi za hospitalizacijom</p>

Bez obzira na specifičnosti svakog vida njege (akušerstvo, njega koju pružaju babice, neonatalna njega), ocjena je u četiri bolnice prepoznala nekoliko zajedničkih pozitivnih stvari vezano za njegu majki i novorođenčadi u porodilištu, kao i niz kritičnih aspekata koje treba riješiti:

### **Oblasti koje su dobile visoku opštu ocjenu:**

#### **1. Sistemi i infrastruktura za podršku bolnicama**

##### **a. Infrastruktura**

Sva posjećena porodilišta i jedinice za neonatologiju su trenutno u jako dobrom stanju ili su u procesu renoviranja (Porodilište u Podgorici), i imaju dobre sanitarne uslove, stalno snabdijevanje strujom i vodom (hladnom i toplom) (Aneks 7). Postoje periodični nestanci sturje (uglavnom u perifernim, manjim ustanovama), ali ne baš učestali. Postojeći prostor i sobe u većini porodilišta su sasvim dovoljni da se organizuje potreban broj pojedinačnih porođajnih sala, smještaj beba sa majkama nakon porođaj, a postoji i dovoljno prostora za neonatalne kapacitete.

Jedini izuzetak je neophodni broj pojedinačnih porođajnih sala u Kliničkom centru u Podgorici. Računa se da bi trebalo da posotji jedna porođajna sala na 350-400 porođaja godišnje: postojeći plan za renoviranje Porodilišta u Podgorici obuhvata samo 5 pojedinačnih porođajnih sala, što nije dovoljno za 3161 porođaja koji su realizovani tokom 2011. godine. Između 7 i 8 pojedinačnih porođajnih sala bi trebalo organizovati u ovoj ustanovi, kako bi se osiguralo partnerstvo i implementirale i ispoštovale mjere za kontrolu infekcija.

Neophodno je pomenuti da nedovoljan prostor u sobama za smještaj porodilja, kako ga vide zaposleni (3-4 žene u jednoj sobi), ne predstavlja prepreku za sprovođenje djelotvornog smještaja beba sa majkama. Jedina dodatna oprema koju treba unijeti u sobe za smještaj porodilja su stolovi za novorođenčad.

##### **b. Raspoloživost i upotreba laboratorijske podrške**

Laboratorijska podrška postoji i jako dobro je organizovana: svi osnovni laboratorijski podaci se mogu dobiti (zavisno od nivoa same ustanove) u razumnom vremenskom roku, i to pouzdani podaci (Aneks 7).

##### **c. Raspoloživost lijekova**

Ustanove imaju dobru snabdjevenost osnovnim lijekovima koji su potrebni za upravljanje komplikacijama i adekvatno liječenje u akušerstvu i neonatologiji. Pacijenti ne

moraju da kupuju potrebne lijekove. Jedan mali broj osnovnih lijekova su u nestašici povremeno ili stalno (npr. Misoprostol, i/v lijekovi protiv visokog pritiska (Labetalol ili Hydralasine)).

Glavni izazov u ovoj oblasti je pretjerano korišćenje ili još uvijek kontinuirano korišćenje metoda liječenja i lijekova koji nisu zasnovani na dokazima, uključujući spazmolitike i sedative pri porođaju, hormone, Diazepam i diuretike kod preeklampsije, MgSO<sub>4</sub> i veliki broj dana beta-mimetika kod uranjenog porođaja, čak i kod trudnoće starije od 34 sedmice, Mifepristone za indukovanje porođaja, FFP u Jedinici za neonatalnu intenzivnu njegu, pretjerano korišćenje antibiotika širokog spektra, itd.

## **2. Pristup bolničkoj njezi**

Čini se da finansijske, organizacione, transportne i druge barijere ne postoje što se tiče ostvarivanja prava na bolničku njegu u Crnoj Gori.

Glavni problemi u ovoj oblasti obuhvataju: nema saglasnosti o obimu i sadržaju prikladnog tretmana trudnica i stabilizacije bolesnih novorođenčadi prije upućivanja, kada postoje indikacije; niti o kvalitetu i obimu bilješki prilikom upućivanja (navođenje stanja, razloga za upućivanje i propisanog liječenja). Pored toga, tokom ANC (predporođajne njege) žene nisu u potpunosti informisane o znacima opasnosti koji ukazuju na komplikacije u trudnoći, niti o vremenu i mjestu hospitalizacije.

**Deset prioriternih oblasti koje su dobile malu opštu ocjenu i koje bi trebalo unaprijediti su:**

### **1. Bolnička i nacionalna zdravstvena statistika**

Postoji kompjuterizovani sistem evidentiranja ličnih zdravstvenih podataka na nacionalnom nivou; u svim ustanovama postoje zdravstveni kartoni na papiru, kao i knjige koje dokumentuju protok pacijenata.

Na žalost, uz nekoliko izuzetaka, prikupljanje podataka se uglavnom koristi za izradu izvještaja, a ne za analizu stanja (prepoznavanje kauzalnog odnosa/ korelacije i utvrđivanje i realizaciju preporuka i rješenja za unapređenje organizacije i kvaliteta usluga koje se pružaju majkama). U razgovorima sa pružaocima zdravstvenih usluga i menadžerima, pomenuto je da se podaci šalju i sumiraju u agregatne pokazatelje u Institutu za javno zdravlje na nacionalnom nivou. Nakon toga, ovi statistički podaci se ne analiziraju i ne koriste za



unapređenje kvaliteta na nacionalnom i lokalnom nivou. Na primjer, osoblje koje njeguje LBW i ranije rođene bebe ne znaju stopu preživljavanja, niti kakav je kvalitet opstanka beba u različitim fazama gestacije ili zavisno od težine beba; posljednja aktivnost analiziranja podataka je realizovana i podaci prezentirani zdravstvenim radnicima 2007. godine (!), bez predloga/ rješenja za unapređenje kvaliteta i organizacije njege, kao krajnjeg rezultata.

Takođe, čini se da obezbijeđene statističke informacije nisu uvijek tačne. U ustanovi sa prijavljenom stopom carskih rezova od 20%, stvarni broj operativnih abdominalnih porođaja, prema knjizi porođaja je skoro dva puta veći (16 carskih rezova na 39 porođaja – 41%).

## **2. Oprema i zalihe**

Posjećena porodilišta su dosta dobro opremljena inkubatorima, izvorima grijanja za novorođenčad i ventilatorima; ustanove imaju dovoljan broj i kvalitet kreveta za majke i novorođenčad, ali su zastarjele i staromodne stolice (kreveti) za porođaj.

Nijedna od ocjenjivanih ustanova nije adekvatno opremljena i pripremljena da pruži intra-partum i post-partum njegu zasnovanu na dokazima, koju preporučuje SZO, nit da osigura bezbjednost majki i novorođenčadi. Ne postoje adekvatno opremljene pojedinačne porođajne sale, uključujući i stolice za porođaj – koje se transformišu u stolicu/ krevet za porođaj, dovoljan broj stolova za reanimaciju novorođenčadi sa izvorima grijanja, neophodan broj sprava za mjerenje tjelesne težine, zidnih i elektronskih toplomjera, zidnih satova; opreme za smanjenje bolova i promovisanje partnerstva: gimnastičkih lopti, stolica za alternativne položaje pri porođaju, stolova i stolica za partnere; setova za hitnu akušersku njegu/ inervenciju, itd. U nekim ustanovama, porođajne sale i odjeljenja za novorođenčad nisu adekvatno opremljeni svom neophodnom osnovnom opremom za reanimaciju novorođenčadi, uključujući i ambu balone i maske, katetere za jednokratnu upotrebu, aspiratore, laringoskope, itd.

Opet treba napomenuti da nedostatak određene opreme u porodilištima ne treba shvatiti kao potencijalnu barijeru za sprovođenje EBM, tehnologija koje preporučuje SZO. Na primjer, ne-horizontalni porođaji u drugoj fazi porođaja se mogu promovisati i primjenjivati uprkos nepostojanju savremenih stolova za porođaj (transformera), iako je njihovo postojanje u porođajnim salama poželjno.

## **3. Porodilište/jaslice i odjeljenje za neonatologiju**

Kao što je ranije pomenuto, ne postoje pojedinačne porođajne sale u svim posjećenim porodilištima: umjesto toga, koriste se posebne prostorije za upravljanje prvom fazom porođaja i za rađanje beba. Zbog toga ne postoji mogućnost da se pratiocima dozvolio prisustvo pri porođaju, niti da se promovišu djelotvorne tehnologije tokom porođaja, kao što su šetnja i kretanje, nehorizontalni položaji, kontakt koža na kožu i rano dojenje i uspostavljanje veze između bebe i majke; ne mogu se ispoštovati ni privatnost i dostojanstvo žena i članova njihovih porodica.

Izuzev nekoliko izuzetaka, postoje posebne sobe za smještaj majki nakon porođaja i posebne jaslalice čak i za zdrave bebe: dakle, u većini posjećenih ustanova se ne praktikuje smještaj beba uz majke. Članovima porodice i posjetiocima nije dozvoljeno da uđu na odjeljenje za smještaj nakon porođaja, niti da posjete bolesna novorođenčad. Ni majkama nije dozvoljeno da se brinu o zdravim, niti o bolesnim novorođenčadima.

#### **4. Njega prilikom normalnog porođaja i rađanja**

Ne postoje posebne sale za porođaj, niti mogućnost prisustva pratioca tokom porođaja. I dalje se u intrapartum fazi koriste brojne zastarjele tehnologije, koje nisu zasnovane na dokazima, uključujući i:

- Rutinsko brijanje
- Rutinski klistir
- Porođaj u litotomijskom položaju
- Rutinsko potiskivanje prema instrukcijama
- Liberalna upotreba epiziotomije (skoro rutinska u nekim ustanovama – do 80%)
- Rutinsko korišćenje masi, kapa u porođajnoj sali

U isto vrijeme, niz djelotvornih tehnologija, zasnovanih na dokazima, koje preporučuje SZO, se ne primjenjuju:

- Partnerstvo i stalna podrška jedan-na-jedan
- Hodanje i vertikalni položaji u prvoj fazi porođaja
- Alternativne metode za smanjenje bola, kao što su masaža, promjena položaja, uranjanje u vodu i tuširanje
- Slobodan izbor položaja za porođaj se ne primjenjuje i ne promoviše
- Partograf se ne koristi za praćenje i donošenje odluka tokom porođaja

- Praćenje dobrobiti fetusa tokom porođaja je često ispod standarda i ne evidentira se na adekvatan način
- Topli lanac se ne održava pravilno
- Aktivno upravljanje trećom fazom porođaja se ne nudi
- Kontakt koža na kožu
- Rano dojenje

Pripravnost za reanimaciju novorođenčadi je nedovoljna; i sa aspekta svijesti/informisanosti, veština i opreme (nema zidnih satova, nema maski za ranije rođene bebe u nekim ustanovama,ambu baloni nisu uvijek ispravni). Akušersko osoblje (akušeri i babice) nisu obučeni vezano za tehnike reanimacije. Nema vidljivih algoritama za reanimaciju novorođenčadi: oni koji postoje su zastarjeli. Nije obezbijeđeno adekvatno praćenje žena i beba u sali za porođaj (u prva dva sata).

Nedovoljno korišćenje efikasnih intrapartum tehnologija, koje preporučuje SZO, rezultira visokom stopom carskih rezova, velikom učestalošću podstaknutog porođaja (vidi tabelu u Aneksu 4). Zajedno sa lošim praćenjem dobrobiti fetusa i nedovoljno čestim korišćenjem „pomognutog“ vaginalnog porođaja, ovakva praksa dovodi do prilično čestih slučajeva asfiksije tokom porođaja (intrapartum asphyxia). Takođe, skoro 800 beba starosti do godinu dana bude liječeno u ovoj ustanovi (jedna od 10 beba!).

## **5. Rutinska neonatalna njega**

Glavni problem je to što se bebe odvajaju od majki odmah nakon porođaja i samo nekoliko porodilišta u Crnoj Gori primjenjuje praksu smještaja beba uz majke. Kontakt koža na kožu, kao tehnologija koja sprečava hipotermiju i nozokomijalne infekcije, kao i rano dojenje se ne primjenjuju u praksi. Bebe se hane u redovnim intervalima; često se koristi vještačko mlijeko (formula), čime se povećava rizik od laktostazisa/ mastitisa kod majki i od infekcije kod novorođenčadi. Kvalitet promovisanja, informisanja i savjetovanja o dojenju i njezi zdravog novorođenčeta je loš. Menadžeri i pružaoci usluga nisu svjesni prednosti djelotvorne promocije dojenja, kao jednog od najdjelotvornijih načina da se unaprijedi zdravlje djece, kako je istaknuto na Konferenciji EU za promovisanje dojenja u Evropi, koja je održana 18. juna 2004. godine, u Dablinu, Irska [16].

Ne postoji koncept toplog lanca u nijednom od posjećenih porodilišta: temperatura u salama za porođaj se ne prati, ne postoji praksa da se novorođenčad obrišu, stave kod majke radi kontakta koža na kožu i pokriju kako bi se spriječila hipotermija, ne nose se kapice i

čarape; umjesto toga, u mnogim ustanovama novorođenčad se povijaju i odvajaju od majki. Temperatura se ne prati, kako je preporučeno nakon 30 minuta i 2 sata poslije rođenja; zaposleni nisu upoznati sa normalnom temperaturom novorođenčadi, rizikom od hipotermije i potrebom da se poštuje topli lanac.

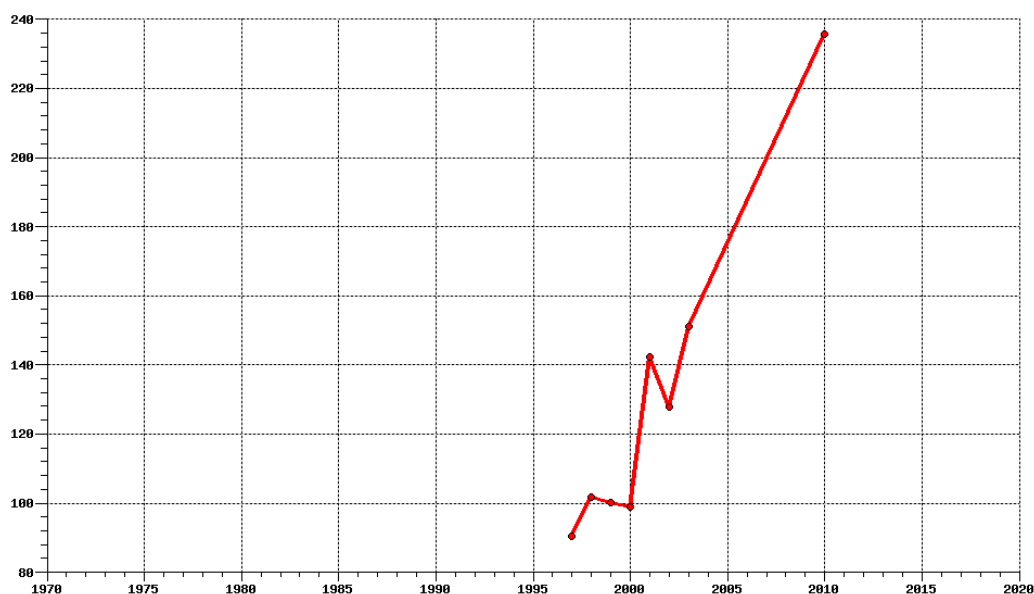
I dalje se primjenjuje niz zastarjelih, neefikasnih i čak štetnih metoda: rutinska sukcija nosa i usta, rutinski antiseptici za pupak, rano prekidanje pupčane vrpce, rutinsko kupanje, itd.

## 6. Carski rez

Tokom jedne decenije stopa carskih rezova je drastično porasla u Crnoj Gori: sa 10% iz 2000. godine, na skoro 24% iz 2010. godine.

Slika 1

**Stopa primjene carskog reza u Crnoj Gori  
(baza podataka HFA SZO Evropa)**



Čini se da je ovakvo stanje posljedica brojnih uzroka. Jedan od njih je postjanje vrlo liberalnih indikacija za carski rez u mnogim ustanovama: osoblje preferira da odradi carski rez tokom dana, kako bi se „izbjegao rizik od operacija tokom noći“. Kao rezultat toga, stopa carskog reza na drugom nivou /upućene pacijentkinje (21%), u kojoj su sadržani najteži akušerski slučajevi, je značajno niža nego u mnogim perifernim ustanovama malog rizika (između 23% i 29%) (vidi Aneks 4). Čini se da je u nekim ustanovama stopa primjene carskog reza oko 35-40%.

Visoka stopa primjene carskog reza je i posljedica tehnologija za koje je dokazano da povećavaju rizik od abdominalnog porođaja („aktivno upravljanje porođajem“ koje rezultira izuzetno velikom učestalošću podsticaja pri porođaju, korišćenje intrapartum CTG-a bez jasnih preporuka o tumačenju i bez mogućnosti da se izvrši uzorkovanje krvi fetusa kako bi se potvrdili zdravstveni problemi fetusa, skoro rutinsko indukovanje porođaja sa 41 nedjelje trudnoće) i nedovoljnog korišćenja tehnologija za koje je dokazano da smanjuju rizik od carskog reza: stalna podrška tokom porođaja (po mogućnosti, podrška partnera), SZO partogram sa 4-časovnom linijom aktivnosti; VBAC – vaginalni porođaj nakon carskog reza, koji je uspješan u 60-70% slučajeva.

Trenutno ne postoje nacionalne kliničke smjernice, niti lokalni protokoli o indikacijama i procedurama carskog reza. Rezultat toga je ne samo visoka stopa carskih rezova, već i korišćenje rizičnih procedura (opšta anestezija dominira nad regionalnom, antibiotska profilaksa nije u skladu sa dokazima i međunarodnim preporukama), nedovoljna komunikacija sa ženama o rizicima i posljedicama carskog reza, odvajanje oko jedne četvrtine beba od majki i, kao rezultat toga, slabo prihvatanje dojenja.

## **7. Upravljanje pojedinačnim slučajevima i komplikacije kod majki**

Upravljanje slučajevima najčešćih stanja i komplikacija je često ispod standarda sa aspekta ustanovljenih međunarodnih standarda i preporuka. Glavni problemi su: nekorišćenje međunarodne klasifikacije bolesti (oboljenja praćena hipertenzijom, kriterijumi za imanentan uranjeni porođaj), pretjerano korišćenje lijekova (uključujući nepotrebnu pretjeranu medikalizaciju i upotrebu potencijalno štetnih lijekova) i intravenozna tečnost. Zastarjele preporuke su u upotrebi vezano za upravljanje uranjenim porođajem i uranjenim pucanjem vodenjaka, kao i pucanjem vodenjaka u terminu.

Uz jedan izuzetak, nismo vidjeli lokalne algoritme, ni standardne setove opreme i lijekova za hitno reagovanje kod glavnih akušerskih komplikacija: krvarenje nakon porođaja, teška preeklampsija/ eklampsija, teška sepsa/ septički šok, ramena distocija, „pomognuti vaginalni porođaj“. Još jedno važno kvalitativno pitanje je nepostojanje jasnih preporuka za intra-partum praćenje dobrobiti fetusa i hitnih radnji u slučaju zdravstvenih problema fetusa u intrapartum fazi.

Generalno, u mnogim ustanovama perifernog nivoa, postoji veoma mali stepen pripravnosti za rješavanje glavnih akušerskih komplikacija, sa svih stanovišta (informisanost, znanje i vještine, organizacija). Kada smo ih pitali o hitnim mjerama u slučaju eklampsije ili teške preeklampsije, lokalno osoblje je ponudilo dosta čudne odgovore: „... mi nemamo

takvih slučajeva, jer je antenatalna njega vrlo kvalitetna“, „pozivamo specijalistu interne medicine da propiše liječenje žena sa preeklampsijom“ ili „nikad nisam imao slučaj ramene distocije“, kad smo ih pitali o postupanju u slučaju ove rijetke, ali veoma teške komplikacije u drugoj fazi porođaja.

Glavni razlog za ovakvo stanje je to što **ne postoje dogovoreni nacionalni/ lokalni protokoli/smjernice** za glavna akušerska stanja i komplikacije, kao ni za upravljanje normalnim porođajem, carskim rezom, ni za njegu zdravog novorođenčeta. Ne postoji definisani sistem **kontinuiranog zdravstvenog obrazovanja** u zemlji; čini se da je nastavni plan i program za zdravstveno obrazovanje zastario i da ga treba promijeniti u skladu sa međunarodnim zahtjevima.

Veliki broj neophodnih formulara i lista za provjeru stanja (ček-lista) za praćenje stanja se ne popunjavaju i ne koriste (partografske šeme za praćenje prve faze porođaja i dobrobiti fetusa, temperatura prostorije i novorođenčeta, praćenje žena nakon normalnog porođaja i carskog reza, praćenje žena sa akušerskim komplikacijama, lista za provjeru u hitnim slučajevima, kao što je vakuumska ekstrakcija ili postupanje u slučaju ramene distocije).

Kontinuitet njege i timski pristup predstavljaju još jedno goruće pitanje: neonatolog nije uključen u razgovor o mogućim rješenjima u konkretnim akušerskim slučajevima posebnog stanja (kao što je preeklampsija, IUGR, PROM, imanentan uranjeni porođaj) i nije informisan o upotrebi kortikosteroida ili prikladnih antibiotika za sprečavanje rane sepse kod novorođenčadi; akušersko osoblje nije obučeno za reanimaciju novorođenčadi.

## **8. Upravljanje slučajevima i njega bolesne novorođenčadi**

Kao u slučaju zdravih novorođenčadi, majkama nije dozvoljeno da njeguju bolesnu novorođenčad: te bebe su odvojene od majki, ne dobijaju majčino mlijeko za hranjenje; umjesto toga, pretjerano se koriste vještačka hrana i cucle.

Niz nedjelotvornih, pa čak i opasnih pristupa, se primjenjuju na odjeljenju za neonatologiju pri njezi bolesnih beba: oksigenoterapija bez kontrole i bez jasnih indikacija; nepostojanje jasnih kriterijuma i preporuka za upotrebu antibiotika kod novorođenčadi; pretjerano korišćenje infuzije i krvnih proizvoda, uglavnom FFP, u odsustvu indikacija; korišćenje lijekova koji nisu zasnovani na dokazima u liječenju bolesne novorođenčadi (Magnezijum, ...); svakodnevno rutinsko mjerenje, korišćenje antiseptika za oči i pupak, kao i kupanje novorođenčadi kada je sobna temperatura niska, a rizik od hipotermije veliki.

## **9. Sprečavanje infekcija**

Najdjelotvornija tehnologija za sprečavanje infekcija – pranje ruku – se ne primjenjuje na adekvatan način i ne koristi u većini porodilišta u Crnoj Gori. U mnogim ustanovama nema adekvatno organizovanih mjesta za pranje ruku, koja obuhvataju: tečni sapun, ručnike za jednokratnu upotrebu, kontejnere za sakupljanje upotrijebljenih ručnika, antiseptik sa raspršivačem, algoritmi o pranju ruku i dezinfekciji kod različitih zahvata. Osoblje ne prolazi kontinuiranu obuku, nije motivisano i nije pod nadzorom vezano za pravila i tehnike pranja ruku.

Ne primjenjuju se ni mnoge druge djelotvorne mjere za sprečavanje infekcija: pojedinačne porođajne sale, kontakt koža na kožu i rano dojenje, prikladna antibiotska profilaksa kod PROM, uranjenog porođaja, carskog reza, smještaj beba uz majke i uključivanje majki u njegu bolesne novorođenčadi.

Umjesto toga, u praksi se i dalje koristi veliki broj zastarjelih pristupa za kontrolu infekcija: korišćenje dvostepenog sistema porođajnih sala (za prvu i drugu fazu porođaja), rutinsko brijanje i klistir. Izolacija žena i novorođenčadi od njihovih porodica se, takođe, nepravilno smatra mjerom za sprečavanje infekcija i strogo se primjenjuje u većini ustanova.

Preporuke za antibiotsku profilaksu (za carski rez, PROM, sprečavanje rane neonatalne sepse) i liječenje of early neonatal sepsis) i liječenje su, takođe, zastarjele i ne odgovaraju međunarodnim standardima. Neadekvatno registrovanje nozokomijalnih infekcija, pretjerano korišćenje invazivnih procedura na neonatologiji, liberalna upotreba antibiotika u akušerstvu i neonatologiji, pretjerana upotreba krvnih proizvoda u neonatalnoj praksi su važni problemi za kontrolu infekcija, koje treba rješavati.

## **10. Smjernice i timski rad**

Kako je pomenuto u kontekstu upravljanja komplikacijama kod majki, ne izrađuju se nacionalni, niti lokalni protokoli i algoritmi (samo neki primjeri lokalnih protokola o akušerskim hitnim slučajevima u jednoj ustanovi), niti se koriste u Crnoj Gori. Kao rezultat toga, upravljanje slučajevima u velikoj mjeri varira među doktorima i ustanovama, ali su pretjerano dijagnostifikovanje i hiper-medikalizacija široko rasprostranjeni. Ne postoje ni lokalni algoritmi za upravljanje ozbiljnim akušerskim i neonatalnim komplikacijama.

Ne postoji organ na nacionalnom nivou (grupa eksperata, odbor ili tako nešto) u Crnoj Gori koji bi bio odgovoran za postavljanje standarda nege u perinatologiji (akušerstvo i neonatologija) i za izradu/ izmjenu/ usvajanje i implementaciju kliničkih smjernica i protokola zasnovanih na dokazima, u skladu sa međunarodnim standardima i preporukama.

Pored toga, ne postoji kultura revizije kvaliteta perinatalne njege, niti kultura diskutovanja o slučajevima perinatalnog mortaliteta i slučajevima ozbiljnog morbiditeta kod majki.



#### 4. Zaključci i preporuke

Ocjena je pokazala da je kvalitet njege majki, novorođenčadi i djece često ispod standarda, posebno što se tiče informisanja, komunikacije, povjerljivosti i holističke njege majki i djece.

Glavni problemi koje smo prepoznali su: a) upravljanje slučajevima najčešćih stanja i komplikacija često nije usklađeno sa međunarodnim standardima i smjernicama zasnovanim na dokazima, ni kod akušerske/ neonatalne njege, ni kod pedijatrijske njege; b) objedinjavanje i kontinuitet njege među profesionalcima i službama (npr. između pred-porođajnih posjeta ljekaru i njege prilikom porođaja, između više uzastopnih pregleda istog pacijenta, itd.) nisu dovoljni, tako da važne informacije za liječenje pacijenta nisu odmah raspoložive; c) pretjerana medikalizacija njege – visoka stopa primjene carskog reza, indukcije, stimulacije, epiziotomije; d) nedovoljna upotreba niza osnovnih, efikasnih tehnologija koje preporučuje SZO – smještaj beba uz majke i promovisanje ranog i isključivog dojenja; partnerstvo i pojedinačne porođajne sale, ne-vertikalni položaj, upotreba partograma za praćenje i odlučivanje, kontakt koža na kožu, kontrola temperature, pripravnost za reanimaciju, itd.

Ovo stanje, pored toga što majke i djecu izlaže riziku, isto tako izaziva i nedjelotvorno korišćenje resursa i može dovesti do toga da se neki stvarno hitni slučajevi ne rješavaju odmah i na prikladan način.

Važno je podvući da su primijećeni i primjeri dobre, čak i njege odličnog kvaliteta, koji pokazuju da je obezbjeđivanje kvaliteta moguće, bez obzira na postojeće nedostatke u organizaciji zdravstvenog sistema, bolničkoj infrastrukturi i raspoloživosti opreme, lijekova i drugih pratećih materijala.

Na osnovu opservacija i prikupljenih informacija, opisano stanje se može pripisati kombinaciji faktora, uključujući: a) nepostojanje smjernica i dijagnostičkih i terapijskih protokola zasnovanih na međunarodnim standardima; b) nepostojanje neke osnovne opreme i materijala; c) nepostojanje adekvatnih sredstava i sistema koji obezbjeđuju konzistentnost i kontinuitet njege u okviru pojedinih službi, kao i na različitim nivoima zdravstvenog sistema; d) nedovoljna svijest o značaju pružanja adekvatnih informacija pacijentima i značaja holističke brige o pacijentima.

## Preporuke:

1. Formirati **nacionalni odbor/ ekspertsku grupu za unapređenje kvaliteta zdravstvene njege majki i djece**, koju će činiti stručnjaci za akušerstvo i neonatologiju, babice i sestre sa neonatologije, administratori i menadžeri, predstavnici akademskih institucija i profesionalna udruženja (akušera-ginekologa i perinatologa/pedijatara). Članovi ovog nacionalnog tijela bi trebalo da se dogovore o i počnu sa implementacijom paketa mjera za **djelotvornu perinatalnu njegu**, koji će biti zasnovan na međunarodnim EBM standardima i preporukama [12, 14, 15].
2. Podržati izradu, osigurati nacionalno usvajanje i implementaciju ključnog skupa **nacionalnih kliničkih smjernica/ protokola zasnovanih na dokazima**. Glavni prioriteti za blisku budućnost su protokoli i standardi za upravljanje normalnim porođajem, njega zdrave novorođenčadi (uključujući dojenje i toplotni lanac), upravljanje najčešćim i relevantnim akušerskim (poremećaji praćeni hipertenzijom, krvarenja, uranjeni porođaj i PROM, „pomognuti“ vaginalni porođaj i ramena distocija) i neonatalnim komplikacijama i bolestima (asfiksija, sepsa, žutica, njega beba male tjelesne težine).
3. **Unutrašnja organizacija i struktura porodilišta** u Crnoj Gori **treba da se promijeni**, kako bi mogla da ponudi kompletan paket intrapartum i postpartum njege prema preporukama SZO, uključujući i organizaciju pojedinačnih porođajnih sala, stvarnje uslova za partnerstvo i smještaj beba uz majke, itd. Ove promjene bi se mogle sprovesti u okviru postojećih prostorija, bez dogradnje novih. Jedini izazov koji treba riješiti je nedovoljan prostor za organizovanje dovoljnog broja pojedinačnih porođajnih sala u porodilištu u Kliničkom centru u Podgorici – najmanje 7-8 soba za preko 3000 porođaja.
4. Novo-organizovane **pojedinačne porođajne sale treba opremiti** svom neophodnom opremom za sprovođenje djelotvornih perinatalnih tehnologija (partnerstvo, alternativni položaji pri porođaju, hodanje i ne-farmakološke metode za smanjenje bola) i osiguravanje bezbjednosti samog porođaja (oprema za reanimaciju novorođenčeta, „pomognuti“ vaginalni porođaj, topli lanac, setovi za hitno postupanje kod akušerskih komplikacija, itd).
5. Proces reformisanja kvaliteta njege majki i novorođenčadi u porodilištima treba da otpočne sa **standardnom EPC obukom**, koju je osmislila Regionalna kancelarija SZO za Evropu, zajedno sa JSI USAID [12] (stavljajući akcenat na **promovisanje dojenja** [13]) za multidisciplinarnе timove iz vodećih porodilišta u Crnoj Gori. Bilo bi racionalno započeti reformu strukture, opreme i prakse u porodilištima nakon ovog EPC kursa.

6. Neophodno je **promijeniti** postojeću **zastarjelu praksu za kontrolu infekcija**, koja je ne samo nedjelotvorna, već i stvara nepotrebne prepreke za primjenu modernih i djelotvornih perinatalnih tehnologija.
7. Unaprijediti **prikupljanje podataka**, radi bolje analize i primjene planiranja.
8. Jedan od daljih koraka bi trebalo da bude uključivanje novih EPC tehnologija i sadržaja nacionalnih protokola i standarda njege majki u **nastavni plan i program** u oblasti medicine.
9. Trebalo bi riješiti pitanje obezbjeđivanja **kontinuiranog medicinskog obrazovanja (post-diplomski program)** za akušere, neonatologe i pedijatre. Stažiranje ključnih stručnjaka u drugim zemljama treba preporučivati samo u onim zemljama gdje se u praksi primjenjuje rad zasnovan na dokazima.
10. Organizovati **nacionalne informativne kampanje** za promovisanje dojenja; materinske njege orijentisane na porodicu; pružanje informacija o rizicima od intervencija kod normalne trudnoće i porođaja (carski rez, indukcija, podsticanje, druge skoro rutinske, a nepotrebne procedure).

## Reference

1. Pocket book of hospital care for children. Guidelines for the management of common illnesses with limited resources. World Health Organization, Ženeva, 2005
2. Campbell H, Duke T, Weber M, English M, Carai S, Tamburlini G; Global initiatives for improving hospital care for children: state of the art and future prospects. *Pediatrics* 2008; 121(4):e984-92
3. Duke T, Keshishiyan E, Kuttumuratova A, Ostergren M, Ryumina I, Stasii E, Weber MW, Tamburlini G. Quality of hospital care for children in Kazakhstan, Republic of Moldova, and Russia: systematic observational assessment. *Lancet*. 2006;367(9514):919-25.
4. *IMPAC* Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors 2003 WHO/RHR/00.7 <http://www.who.int/reproductive-health/impac/index.html>
5. *IMPAC* Managing newborn problems: a guide for doctors, nurses, and midwives 2003 ISBN 92 4 154622 0 <http://www.who.int/reproductive-health/publications/mnp/index.html>
6. *IMPAC* WHO Recommended Interventions for Improving Maternal and Newborn Health 2005WHO/MPS/07.05 [http://www.who.int/making\\_pregnancy\\_safer/documents/who\\_mps\\_0705/en/](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/who_mps_0705/en/)
7. *IMPAC* Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. 2006 ISBN 92 4 159084 X [http://www.who.int/making\\_pregnancy\\_safer/documents/924159084x/en/](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/924159084x/en/)
8. WHO Regional Office for Europe Effective Perinatal Care training package [http://www.euro.who.int/pregnancy/esscare/20080122\\_1](http://www.euro.who.int/pregnancy/esscare/20080122_1)
9. The world health report 2000 - health systems: improving performance <http://www.who.int/whr/2000/en/index.html>
10. WHO European Ministerial Conference on Health Systems: “Health Systems, Health and Wealth”, Tallinn, Estonia, 25–27 June 2008. Report [http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20090122\\_1](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20090122_1)
11. WHO European Strategic Approach for making pregnancy safer: Improving maternal and perinatal health. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0012/98796/E90771.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/98796/E90771.pdf)
12. Effective perinatal care training package (EPC): <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/policy-and-tools/effective-perinatal-care-training-package-epc>
13. Breastfeeding counseling: a training course: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/who\\_cdr\\_93\\_3/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_cdr_93_3/en/)

14. WHO Recommended Interventions for Improving Maternal and Newborn Health. Geneva, Switzerland. World Health Organization. 2009.  
[http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/who\\_mps\\_07.05\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/who_mps_07.05_eng.pdf)
  
15. The Packages of Interventions for Family Planning, Safe Abortion Care, Maternal, Newborn and Child Health. Geneva, Switzerland. World Health Organization. 2010.  
[http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO\\_FCH\\_10.06\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_FCH_10.06_eng.pdf)
  
16. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action.  
[http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2002/promotion/fp\\_promotion\\_2002\\_frep\\_18\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_frep_18_en.pdf)

## Aneks 1.

### Ocjena bezbjednosti i kvaliteta bolničke njege majki i novorođenčadi u Crnoj Gori

#### Raspored posjeta porodilištima 5.– 14. decembar 2012.

DATUM	VRIJEME	MJESTO
Srijeda, 05-12-12	09:30	Sastanak sa nacionalnim ekspertima i prvi uvod u sredstvo i metodologiju ocjene koje je razvila SZO (Podgorica – Nacionalna klinika)
		Opšta bolnica Cetinje
Četvrtak, 06-12-12	8:00 polazak	Opšta bolnica Kotor
Petak, 07-12-12	8:00 polazak	Opšta bolnica Berane
Ponedjeljak, 10-12-12	9:00	Uvod u EBM i strategiju SZO Evropa za unapređenje kvaliteta perinatalne njege za grupu nacionalnih ocjenjivača Pregled djelotvornih intra-partum tehnologija i njege zdravih novorođenčadi, koje preporučuje SZO
Utorak, 11-12-12	9:00	Klinički centar Podgorica Sastanak sa Pomoćnikom ministra zdravlja
Srijeda, 12-12-12	8:00 polazak	Opšta bolnica u Nikšiću
Četvrtak, 13-12-12	8:00 polazak	Klinički centar Podgorica – Pedijatrija
Petak, 14-12-12		Prezentacija preliminarne rezultata ocjene svim zainteresovanim i uključenim akterima i partnerima Završni informativni sastanak sa Bendžaminom Perksom, Predstavnikom UNICEF-a

**Nacionalni tim ocjenjivača:**

**Dr Snežana Sekulić, Ginekolog**

**Dr Azis Haliti, Ginekolog**

**Dr Mirjana Marković, Neonatolog**

**Dr Saveta Stanišić, Neonatolog**

**Dr Ljubinka Dragaš, Neonatolog**

**Tabela 2. Neke neprikladne primijećene prakse tokom ocjene kvaliteta materinske i njege novorođenčadi**

**PRIMIJEĆENA PRAKSA**

**Neprikladno korišćenje lijekova i upotreba nedjelotvornih lijekova**

- **Upotreba diuretika i dijazepama i dva ili više lijekova za smanjenje krvnog pritiska kod istog pacijenta u slučaju pre-eklampsije**
- **Upotreba estrogena za zaustavljanje laktacije**
- **Upotreba antibiotika tokom 4-5 dana nakon operacije, umjesto antibiotske profilakse u slučaju carskog reza**
- **Upotreba sedativa i lijekova protiv spazma mišića tokom porođaja**
- **Antibiotici za sprečavanje i liječenje sepse**
- **Korišćenje krvnih proizvoda, posebno zamrznute plazme u liječenju sepse i LBW**
- **Upotreba antikonvulzanata kod novorođenčadi**
- **Tokoliza kod starosti trudnoće od 35 do 36 sedmica**

**Neprikladno korišćenje intervencija i tehnologije**

- **Korišćenje Kristellerprocedure<sup>1</sup> u drugoj fazi (u slučaju zdravstvenih problema fetusa ili produžene druge faze)**
- **Rutinsko naloženo potiskivanje tokom druge faze porođaja**
- **Pretjerano korišćenje indukcije i podsticaja porođaja**
- **Upotreba CTG-a bez tokometrije ne funkcioniše ili nije kalibrirana**
- **Rutinska upotreba neprikladnih intra-partum tehnologija – klistir, brijanje**
- **Liberalna upotreba epiziotomije, bez indikacija tokom normalnog porođaja**
- **Indukovanje porođaja prije 42, pa čak i prije 41 pune sedmice bez medicinskih indikacija**
- **Aktivno upravljanje porođajem bez upotrebe partograma, strogi kriterijumi za**

<sup>1</sup> KRISTELLER-ova PROCEDURA potiskivanje fetusa uz manuelnu pomoć uzrokuje rizik od nedostatka kiseonika kod fetusa u materici, kao i od drugih komplikacija.

Waszyński E. Kristeller-ova procedura--Expressio fetus, its genesis and contemporary application Ginekol Pol. 2008 Apr;79(4):297-300.



**razvoj porođaja i praćenje rada srca fetusa i nepostojanje „pomognutog“ vaginalnog porođaja**

- **Korišćenje opšte anestezije u slučaju planiranog carskog reza; nedovoljno korišćenje regionalne anestezije**
- **Rutinska trenutna sukcija novorođenčeta**
- **Trenutno prekidanje pupčane vrpce**
- **Upotreba lampe za fototerapiju u slučaju neonatalne žutice bez informacija na osnovu testova nivoa bilirubina**
- **Bebe se ostavljaju sa mokrim čebetom predugo**
- **Povijanje beba**
- **Mjerenje težine odmah po rođenju**
- **Korišćenje kiseonika se ne miješa sa vazduhom (u nekim bolnicama) i nema ograničenja za hiper-hipoksemiju**

**Nema upotrebe ili se na neprikladan način upotrebljavaju djelotvorne tehnologije zasnovane na dokazima**

- **Položaj u drugoj fazi porođaja**
- **Pojedinačne porođajne sale**
- **Partnerstvo pri porođaju**
- **Hodanje i slobodan odabir položaja u prvoj fazi**
- **Praćenje napretka porođaja i praćenje dobrobiti fetusa uz pomoć partograma**
- **Neadekvatan FHR (otkucaji srca fetusa) monitoring u drugoj fazi porođaja**
- **Akušerski vakuumski ekstraktor ne postoji ili se ne koristi u slučaju ometenog porođaja ili problema kod fetusa**
- **Aktivno upravljanje trećom fazom**
- **Nema kontakta koža na kožu**
- **Odvajanje beba od majki bez indikacija**
- **Kontrola toplote – prekid toplotnog lanca**
- **Nema smještaja beba uz majke**
- **Nikakva ili vrlo mala aktivnost promovisanja ranog i isključivog dojenja**

### **Kontrola infekcije**

- **Nepostojanje potpuno opremljenih mjesta za pranje ruku**
- **Prečesti, bez indikacija, vaginalni pregledi bez pranja ruku (samo se stavljaju rukavice).**
- **Antibiotička profilaksa nije u skladu sa međunarodnim preporukama**
- **I dalje opstaju prevaziđene tehnologije (klistir, brijanje, nošenje maski i zaštitne odjeće, nema pojedinačnih porođajnih sala, posjetioci i partneri su shvaćeni kao izvor infekcije)**
- **Bebe borave u posebnoj prostoriji i hrane se na bočicu; koriste se cucle.**
- **Čistoća: površine na koje se stavljaju bebe (inkubatori, sto za pregled, flaša za O-terapiju), nema pranja maski i opreme za reanimaciju prije svakog porođaja, oprema za vakuumsku ekstrakciju se drži u rastvoru.**

### **Pripravnost za hitne slučajeve**

- **Porođajne sale nisu opremljene posebnim setovima sa lijekovima za hitne slučajeve**
- **Nema mjerenja gubitka krvi**
- **Ne postoje lokalni protokoli / algoritmi za liječenje u slučaju akušerskih hitnih slučajeva, uključujući PPH, eklampsiju, ramenu distociju i poremećaje kod fetusa usled porođaja.**
- **„Pomognuti“ vaginalni porođaj se primjenjuje samo u nekim ustanovama**
- **Anesteziolozi i akušeri nisu na raspolaganju noću u nekim ustanovama**

**Aneks 4**

**Prijavljena stopa (učestalost) određenih akušerskih intervencija u 8 najvećih porodilišta (preko 300 porođaja godišnje) u Crnoj Gori (2011)**

	N1	N2	N3	N4	N5	N6	N7	N8
Porodaji carskim rezom kao % od ukupnog broja porođaja	21%	27%	20% (30-35)	24%	22%	29%	28%	23%
Epiziotomije kao % od ukupnog broja porođaja	37%	22%	80%	33%	50%	40%	53%	16%
Instrumentalni porođaji kao % od ukupnog broja porođaja (vacuum)	2,2%	-	0.2%	-	-	2%	-	0.65 %
Forceps	0.2%	-	-	-	-	-	2.6%	-
Indukcije kao % od ukupnog broja porođaja	18%	20%	10%	50 ?	28%	-	8.3%	6%
Podsticaji (stimulacije) kao % od ukupnog broja porođaja	36%	40%	60%	50 ?	60%	70.4 %	Nema podataka	43%

## REZULTATI ANALIZE KVALITETA BOLNIČKE NJEGE U PORODILIŠTIMA

Snežana Sekulić  
Azis Haliti  
Stelian Hodorozea

### POZITIVNE OCJENE

- ▶ Infrastruktura ( struja, voda, pojednina renovirana porodilišta )
- ▶ Lijekovi , oprema
- ▶ Laboratorija ( IBD, KCCG, ....ostali u skladu sa mogućnostima )
- ▶ Dostupnost, pristup bolničkoj njezi ( transport, upućivanje na viši nivo, ne postoje ekonomske prepreke )
- ▶ Baby friendly ( iako nije potpun)
- ▶ Neke ustanove imaju mogućnost za uspješno rješavanje hitnih slučajeva ( SC, transfuzija, rješavanje komplikacija )
- ▶ Dobra obučenost osoblja

### Stvari koje treba poboljšati

Statistika - prikupljanje, analiza i korišćenje  
( br transportovanih beba, br stimulacija, indukcija, SC, ....postoji diskrepanca između prijavljenih i stvarnih podataka )

Odvajanje djeteta od majke nakon porođaja)

### MEHANIZAM NORMALNOG POROĐAJA :

Tehnika :

- skin to skin kontakt
- prisustvo partnera
- rutinska klizma i brijanje
- slobodno kretanje i položaj
- rutinske epiziotomije

Monitoring :

- Fetalni i monitoring normalnog porođaja – partogram.

- Visok procenat stimulacija.
- Odluke za SC

Organizacija hitnog SC.

- Instrumentalni završetak porođaja (VE)
- Nema jasnih stavova o vremenskim intervalima slušanja tonova i upotrebe kontinuiranog CTG.

Odsustvo nacionalnih smjernica i protokola kao i lokalnih protokola i algoritama za rješavanje hitnih stanja ( preeklampsija, eklampsija, ramena distocija, PPK... )

Tretman prijevremenog porođaja, hipertenzije ( kriterijumi za tokolizu.... velike razlike u tretmanu )

Nedovoljna kontinuirana medicinska edukacija, kratkoročna usavršavanja ( ekonomske prepreke )

## REZULTATI ANALIZE KVALITETA BOLNIČKE NJEGE U NOVORODENCE

Dr Mirjana Markovic,  
 Dr Saveta Stanisic,  
 Dr Ljubinka Dragas  
 Dr Audrius Maciuleavicius

### **Zdravo novorođenče** **POZITIVNE OCJENE**

- profilaksa vit. K
- imunizacija novorođenčadi
- neonatalni skrining na hipotirozu
- rani otpust novorođenčadi
- prisustvo pedijatra na porođaju
- znanje i obučenosť pedijatra

### **Zdravo novorođenče** **Unapređenje**

- smernice za reanimaciju i Apgar Score
- dostupan 24 h boravak majki i novorođenčadi
- rani podoj
- edukacija majki
- prevencija hipotermije
- merenje °t novorođenčeta  
 (30min i 2h)
- kontrola infekcije

### **Bolesno novorođenče** **POZITIVNE OCJENE**

- adekvatan prostor za bolesno novorođenče
- oprema (inkubatori, Foto lampe, infuzori...)
- adekvatan transport
- timski rad

### **Bolesno novorođenče** **Unapređenje**

- majka i nega bolesnog novorođenčeta (promocija majčinog mleka)
- izrada nacionalnih protokola
- evidencija intrahospitalnih infekcija
- kontrola oksigenoth-prevencija ROP-a
- medicinska dokumentacija
- statistička obrada i analiza podataka

**Infrastruktura u ustanovama**  
(u 9 porodilišta sa preko 200 porođaja godišnje)

**Sanitarni uslovi u porodilištu**

	Da	Ne
- Da li u porodilištu postoje toaleti opremljeni vodokotlićima (priključeni na kanalizacionu mrežu)?	9	0
- Da li se toaleti nalaze u porodilištu	9	0
- Toaleti se nalaze na odjeljenju za porođaje (kod porođajnih sala)	7	2
- Toaleti se nalaze u porodilištu (odjeljenje za smještaj nakon porođaja)	9	0
- Da li se toaleti nalaze van porodilišta	0	9
- Da li je hladna voda uvijek na raspolaganju?	9	0
- Da li je topla voda uvijek na raspolaganju?	9	0
Da li pacijenti imaju na raspolaganju tuš?	9	0
- Na odjeljenju za porođaje	6	3
- U porodilištu (post-partum)	9	0
Da li tuševi rade	9	0
Da li postoji sistem grijanja zimi?	9	0

**Oprema i aparati**

	Nije na raspolaganju
Adekvatno osvjetljenje	-
Frižider	-
Termometar na frižideru	2
Izvor toplote/ grijanje u sali za porođaj	1
Viseći grijač	4
Inkubatori	-

Normalni toplomjer (za tjelesnu temperaturu)	-
Toplomjer ispod 32°C	6
Lampa za fototerapiju	-
Sterilizator	-
Sprava za mjerenje težine bebe	-
Set za presijecanje/ vezivanje pupčane vrpce	-
Kiseonik u nekim porođajnim salama	-
Aparat za sukciju	-
Balon i maska ili dodatak u obliku slova T	-
Vakuum	2

#### **Mogućnost vršenja laboratorijskih testova**

	Nije na raspolaganju
Blood glucose	-
Blood bilirubin	-
Immature to total neutrophil ratio	5
Haemoglobin test – uzorak iz vene	-
Haemoglobin test – uzorak iz prsta	-
Haematocrit	-
Leukocytes count	-
Blood gases	3
Blood group	-
Rhesus antibodies	-
Urine protein	-
Urine microscopy	-
Bacteriology (culture)	1
Bacterioscopy (smear)	1