

Procjena kvaliteta njege majki i novorođenčadi u Crnoj Gori

Prof. dr Stelian Hodorogea
Chinara Kazakbaeva
Dr Audrius Maciulevicius

Jun 2023.



CURATIO
INTERNATIONAL
FOUNDATION

25 Years for Better Health Systems



Ministarstvo
zdravlja

unicef 
for every child

Sadržaj

1. Uvod	1
2. Metodologija procjene.....	2
2.1. Instrument za procjenu	2
2.2. Tim procjenjivača.....	3
2.3. Zdravstvene ustanove u kojima je sprovedena procjena	3
3. Nalazi	6
3.1. Bolničke usluge podrške	7
3.2. Vođenje slučajeva u bolnicama.....	8
3.2.1. Njega tokom normalne prve faze i vaginalnog porođaja.....	8
3.2.2. Njega u slučaju carskog reza.....	10
3.2.3. Upravljanje komplikacijama kod majki.....	12
3.2.4. Rutinska neonatalna njega.....	14
3.2.5. Njega bolesnih beba i napredna njega beba	16
3.2.6. Monitoring i dalje praćenje.....	17
3.3. Propisi i organizacija službi u bolnicama	18
3.3.1. Prevencija i kontrola infekcija	18
3.3.2. Smjernice, obuka i revizija (<i>audit</i>)	19
3.3.4. Prava majki i novorođenčadi	21
3.4. Procjena kvaliteta njega u domovima zdravlja (DZ) Ulcinj, Plav, Rožaje i Mojkovac.....	21
4. Zaključci i preporuke	23
5. Preporuke	24
Literatura.....	28
Prilozi.....	31
Prilog 1. Dnevni red nacionalne radionice za procjenjivače.....	31
Prilog 2. Raspored procjene	32
Prilog 3. Dnevni red sastanka o rezultatima procjene.....	33
Prilog 4. Akcioni planovi / dalji prioritetni koraci za unapređenje kvaliteta usluga koje se odnose na zdravlje majki, novorođenčadi i djece.....	34

Izrazi zahvalnosti

Izrada ovog izvještaja bila je moguća zahvaljujući saradnji Ministarstva zdravlja Crne Gore, UNICEF-a u Crnoj Gori, tima Međunarodne fondacije CURATIO i nacionalnog tima procjenjivača.

Zahvaljujemo se na odličnoj logističkoj i tehničkoj podršci koju su nam pružili Ida Ferdinandi, predstavništvo UNICEF-a u Crnoj Gori, Fakhriddin Nizamov, Regionalna kancelarija UNICEF-a za Evropu i Centralnu Aziju, i Milica Marković, Ministarstvo zdravlja. Posebnu zahvalnost dugujemo menadžerima i osoblju svih posjećenih objekata za strpljenje i ljubaznost koje su pokazali tokom našeg rada.

Napomena

Sadržaj ovog izvještaja isključiva je odgovornost autora i ne odražava nužno stavove i politiku UNICEF-a.

Prevod

Uroš Zeković

Lektura

Sanja Mijušković

Članovi nacionalnog tima procjenjivača

Dr Gordana Vukčević, ginekološkinja akušerka, KCCG

Dr Damir Šabotić, ginekolog akušer, OB Berane

Dr Angela Ćorić, ginekološkinja akušerka, KCCG

Dr Ana Musić, ginekološkinja akušerka, KCCG

Dr Saša Grbović, ginekolog akušer, OB Pljevlja

Dr Blažo Varagić, ginekolog akušer, OB Bijelo Polje

Dr Maja Božović, ginekološkinja akušerka, Dom zdravlja Mojkovac

Dara Vujović, babica, KCCG

Tamara Dragović, babica, KCCG

Ksenija Marović, babica, OB Kotor

Dr Mira Perović, pedijatrica neonatološkinja, KCCG

Dr Milorada Nešović, pedijatrica neonatološkinja, KCCG

Dr Saveta Stanišić, pedijatrica neonatološkinja, KCCG

Dr Marina Vujović, pedijatrica, OB Cetinje

Anja Đurić, psihološkinja, KCCG, sprovodila intervju

Milica Marković, Ministarstvo zdravlja, koordinirala svim aktivnostima i sprovodila pojedine intervju

Prevodioci

Tamara Jurlina i Uroš Zeković

Skraćenice

AB terapija	Antibiotska terapija
ACOG	Američki koledž akušera i ginekologa (engl. <i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i>)
BFHI	Inicijativa „Porodilišta po mjeri beba“ (engl. <i>Baby Friendly Hospital Initiative</i>)
CPAP	Kontinuirani pozitivni vazdušni pritisak (engl. <i>Continuous Positive Airway Pressure</i>)
CS	Carski rez (engl. <i>Caesarean Section</i>)
CTG	Kardiotokografija (engl. <i>Cardiotocography</i>)
DZ	Dom zdravlja
EmOC	Hitna akušerska njega (engl. <i>Emergency Obstetric Care</i>)
EPC	Učinkovita perinatalna njega (engl. <i>Effective Perinatal Care</i>)
EU	Evropska unija
FGR	Zastoj u rastu fetusa (engl. <i>Fetal Growth Restriction</i>)
FHR	Otkucaji srca fetusa (engl. <i>Fetal Heart Rate</i>)
FIGO	Međunarodna federacija akušera i ginekologa (engl. <i>International Federation of Obstetricians and Gynecologists</i>)
HAI	Bolničke infekcije (engl. <i>Hospital Acquired Infections</i>)
IBD	Institut za bolesti djece, Klinički centar Crne Gore, Podgorica
ICU	Jedinica intenzivne njege (engl. <i>Intensive Care Unit</i>)
IMPAC	Integrisano upravljanje negom u trudnoći i tokom rađanja beba (engl. <i>Integrated Management of Pregnancy and Childbirth Care</i>)
IPC	Prevenција i kontrola infekcije (engl. <i>Infection Prevention and Control</i>)
ISUOG	Međunarodno društvo za ultrazvuk u akušerstvu i ginekologiji (engl. <i>International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology</i>)
MICS	Istraživanje višestrukih pokazatelja (engl. <i>Multiple Indicator Cluster Survey</i>)
MNCH	Zdravlje majki, novorođenčadi i djece (engl. <i>Maternal, Neonatal and Child Health</i>)
MZ	Ministarstvo zdravlja
n/a	Nije primjenjivo
NICU	Jedinica neonatalne intenzivne njege (engl. <i>Neonatal Intensive Care Unit</i>)
PMR	Stopa perinatalnog mortaliteta (engl. <i>Perinatal Mortality Rate</i>)
PROM	Prijevremena ruptura plodovih ovojaka (engl. <i>Premature Rupture of Membranes</i>)
PMTCT	Prevenција prenosa s majke na dijete (engl. <i>Prevention of Mother to Child Transmission</i>)
PVP	Potpomognuti vaginalni porođaj (engl. <i>AVD – Assisted Vaginal Delivery</i>)
RANZCOG	Kraljevski australski i novozelandski koledž akušera i ginekologa (engl. <i>Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists</i>)

PROCJENA KVALITETA NJEGE MAJKI I NOVOROĐENČADI U CRNOJ GORI

RDS	Sindrom respiratornog distresa (engl. <i>Respiratory Distress Syndrome</i>)
RGOC	Britanski kraljevski koledž akušera i ginekologa (engl. <i>Royal College of Obstetricians and Gynaecologists</i>)
SaO2	Saturacija (zasićenost) kiseonikom
SGA	Fetus koji je mali za gestacijsku starost (engl. <i>Small For Gestational Age Fetus</i>)
STABLE	Program neonatalne obuke koji se fokusira na zbrinjavanje bolesne novorođenčadi nakon reanimacije / na stabilizaciju pred transport (engl. skraćenica za šećer, temperaturu, disajne puteve, krvni pritisak, laboratoriju i emocionalnu podršku – <i>Sugar, Temperature, Airway, Blood pressure, Lab work, and Emotional support</i>)
SZO	Svjetska zdravstvena organizacija (engl. <i>WHO – World Health Organization</i>)
QoC	Kvalitet njege (engl. <i>Quality of Care</i>)
QI	Unapređenje kvaliteta (engl. <i>Quality Improvement</i>)
UNICEF	Dječji fond Ujedinjenih nacija (engl. <i>United Nations Children's Fund</i>)

1. Uvod

Crna Gora se nalazi u jugoistočnoj Evropi i spada u zemlje višeg srednjeg dohotka. Broj stanovnika, po procjenama iz 2021. godine, iznosi 619.221. U pogledu razvoja po mjeri čovjeka, Crna Gora je u kategoriji visoko rangiranih država prema Izvještaju o razvoju po mjeri čovjeka za 2019. godinu. Početkom prve decenije 21. vijeka u zemlji je pokrenut niz reformi kojima je započeta reorganizacija nacionalnog zdravstvenog sistema. Od juna 2012, kada su otpočeli pregovori o pristupanju Evropskoj uniji, planiranje razvoja zdravstvenog sektora sprovodi se prema socijalnom, pravnom i ekonomskom okviru EU, kako je to predviđeno ključnim prioritetima nacionalne zdravstvene politike do 2020. godine.

U Crnoj Gori postoji dobra mreža ustanova primarne zdravstvene zaštite (PZZ) i bolničkih ustanova, kao i visok nivo pokrivenosti najvažnijim uslugama akušerstva i pedijatrijske zdravstvene zaštite. U zemlji se godišnje rodi oko 7.000 beba: u sedam porodilišta nivoa 1–2 taj broj varira od 185 do 785, dok se ostali porođaji obavljaju na tercijarnom nivou – 2021. godine je u Kliničkom centru Crne Gore rođeno 2.998 beba. Zahvaljujući poboljšanju antenatalne, perinatalne i pedijatrijske njege i vrlo dobroj pokrivenosti uslugama njege majke i djeteta (procenat živorođene djece čijem rođenju prisustvuje kvalifikovano osoblje skoro je 100% [15]), u posljednjih dvadeset godina glavni indikatori smrtnosti majki i novorođenčadi kontinuirano opadaju. Stopa smrtnosti majki iznosi šest na 100.000 živorođene djece [1], što je na nivou prosjeka EU [21] i niže nego u zemljama koje čine evropski region SZO (12,7) [1]. U periodu od 2010. do 2020. godine, stopa smrtnosti novorođenčadi smanjena je sa šestoro (2010) na dvoje od 1.000 živorođene djece (2020) [22].

Procjenom bezbjednosti i kvaliteta bolničke njege majki i novorođenčadi iz 2016. godine utvrđen je niz poboljšanja u infrastrukturi i kvalitetu usluga u odnosu na prvu procjenu, sprovedenu 2011. godine: postoji odgovarajuća infrastruktura i dobri higijenski uslovi; zamijenjena je i obnovljena oprema u porođajnim salama i na odjeljenjima neonatologije; ukinute su brojne zastarjele procedure, kao što su rutinska aspiracija amnionske tečnosti kod normalnog porođaja i rano presijecanje pupčane vrpce, a neke druge, poput epiziotomije i klistira prilikom porođaja, rjeđe su se koristile; počelo se s primjenom kontakta koža-na-kožu, a dojenje je olakšano.

Istovremeno, procjena je prepoznala oblasti u kojima je potrebno unaprijediti kvalitet njege porodilja, beba i njihovih porodica: u većini bolnica ne postoje individualne prostorije za prvi fazu porođaja i porođaj; nije uvedena praksa porođaja u prisustvu pratioca, ne postoji mogućnost izbora položaja tokom porođaja i eliminisanja ograničenja u porođaju; i dalje se koriste brojne zastarjele, štetne prakse (klistir, brijanje, ležeći položaji za porođaj, Kristelerov zahvat); procenat carskih rezova je u porastu, a izostaju naponi da se kontroliše incidencija abdominalnog porođaja. Pored toga, ustanovljen je nedostatak nacionalnih smjernica i protokola, vođenje kliničke evidencije je bilo ispod standarda, a podaci se nijesu sistematski prikupljali, analizirali i koristili za izradu rješenja/preporuka za unapređenje kvaliteta njege.

U dogovoru s Ministarstvom zdravlja i predstavništvom UNICEF-a u Crnoj Gori, uz stručnu pomoć Međunarodne fondacije CURATIO, ciljevi ove procjene bili su sljedeći:

- a. procijeniti napredak koji je ostvaren u odnosu na procjenu iz 2016. godine i identifikovati ključne oblasti koje se odnose na kvalitet njege majki i novorođenčadi u Crnoj Gori;
- b. predložiti prioritetne aktivnosti za unapređenje kvaliteta njege majke i novorođenčeta na nivou ustanova i na nacionalnom nivou, uzimajući pritom u obzir svaki od temeljnih faktora koji utiču na kvalitet njege;
- c. izraditi poseban akcioni plan korišćenjem Instrumenta SZO za procjenu i unapređenje kvaliteta bolničke njege majki i novorođenčadi;

- d. pružiti priliku nacionalnom timu procjenjivača da se upoznaju s instrumentima i metodama procjene, a za rukovodioce i zdravstvene radnike u ustanovama u kojima je sprovedena procjena uvesti koncept pregleda koji vrše kolege (engl. *peer-to-peer*) i unapređenja kvaliteta.

2. Metodologija procjene

2.1. Instrument za procjenu

Za ocjenu kvaliteta bolničke njege tim procjenjivača koristio je revidiranu verziju *Instrumenta za procjenu i unapređenje kvaliteta bolničke njege majke i novorođenčeta* iz 2014. godine (drugo izdanje), koju je pripremila Regionalna kancelarija SZO za Evropu, uz tehničku podršku Saradničkog centra SZO za zdravlje majke i djeteta iz Trsta, Italija [2].

Navedeni instrument za procjenu i njegove metode zasnovane su na iskustvu stečenom u korišćenju pedijatrijskog instrumenta za procjenu koji je SZO izradila 2001. godine i koji se široko koristi u svijetu, kao i na iskustvu Regionalne kancelarije SZO za Evropu u uspješnoj implementaciji programa „Učinimo trudnoću sigurnijom“ i paketa obuke „Učinkovita perinatalna njega“ (EPC) u protekle dvije decenije [3].

Većina referentnih standarda ovog instrumenta za procjenu predstavljena je kroz paket obuke za „Učinkovitu perinatalnu njegu“ Regionalne kancelarije SZO za Evropu i kroz IMPAC, globalni paket smjernica SZO koji se odnosi na trudnoću, rođenje djeteta i postnatalnu njegu. Posljednja revizija instrumenta, objavljena 2021. godine, uključila je najnovije preporuke SZO i drugih međunarodnih i nacionalnih profesionalnih organizacija (FIGO, ISUOG, RGO, ACOG, RANZCOG itd.). Ova revidirana verzija testirana je na terenu tokom procjene kvaliteta bolničke njege za majke i novorođenčad u Kirgistanu i Tadžikistanu 2021, a korišćena je i za procjenu iste vrste u Kazahstanu 2022. godine.

Stavke obuhvaćene procjenom odabrane su s ciljem da pruže sveobuhvatan uvid i ocjenu četiri dimenzije kvaliteta njege, kako je to definisano Evropskim strateškim pristupom SZO za bezbjedniju trudnoću:

- kvalitetna njega mora obezbjeđivati servise koji su zasnovani na naučnim dokazima i biti ekonomična;
- mora biti usmjerena na porodicu, poštujući ljudska prava, povjerljivost, privatnost, kulturu, vjerovanja i emocionalne potrebe žena, porodica i zajednica;
- mora osigurati uključivanje žena u odlučivanje o mogućim opcijama njege, kao i o zdravstvenim politikama;
- mora obezbijediti kontinuitet njege od zajednice do najvišeg nivoa njege, uključujući efikasnu regionalizaciju i multidisciplinarni pristup.

Temeljni principi instrumenta za procjenu su sljedeći: i) da se oslanja na međunarodno prihvaćene standarde zasnovane na dokazima; ii) da usmjerava prikupljanje dragocjenih informacija u ključnim oblastima i da bude prilagođen korisniku, i iii) da podstakne uključivanje bolničkog osoblja u prepoznavanje problema i mogućih rješenja.

Upitnik za procjenu pokriva tri glavne oblasti: 1) bolničke usluge podrške, 2) upravljanje slučajevima i 3) politike i organizaciju usluga. Upitnikom su obuhvaćene sljedeće teme: standardi kliničke njege, upravljanje, ključni fizički resursi, kompetentni i motivisani kadrovi, procesi za osiguranje kvaliteta, efikasan informacioni sistem, funkcionalan sistem upućivanja i poštovanje prava žena, novorođenčadi i njihovih porodica.

Za prikupljanje podataka o tome da li su standardi ispunjeni korišćene su sljedeće metode:

- direktna opservacija okruženja, procedura, vještina, pranja ruku, ponašanja, odnosa medicinskog osoblja itd.;
- pregled medicinske evidencije, politika i procedura, kliničkih protokola i smjernica, podataka i indikatora odjeljenja, evidencije o inventaru i održavanju itd.;
- intervju s medicinskom osobljem, kojima se procjenjuje znanje i dobijaju povratne informacije o postojećim uslugama;
- intervju s pacijentima, kojima se procjenjuju njihovi stavovi prema kvalitetu usluga i pristupu uslugama, sopstvenim troškovima i efikasnosti komunikacije;
- interakcija s rukovodstvom bolnice kako bi se dobile informacije o postojećim politikama i kapacitetima.

Sistem ocjenjivanja. Svaka stavka je ocijenjena na osnovu informacija prikupljenih iz različitih izvora da bi se dobio ukupni rezultat. U ocjenjivanju su korišćene ocjene u rasponu od 3 do 0.

Ocjena	Definicija
3	Dobra ili standardna njega
2	Potrebna su određena poboljšanja da se dostigne standardna njega (njega je ispod optimalne, ali nema značajnije opasnosti po zdravlje)
1	Potrebna su značajna poboljšanja da se dostigne standardna njega (njega je ispod optimalne, sa značajnim opasnostima po zdravlje – na primjer, nepostojanje intervencija zasnovanih na dokazima, kao što je upotreba steroida u slučaju rizika od prijevremenog porođaja)
0	Potrebna su vrlo značajna poboljšanja (potpuno neadekvatna njega i/ili štetna praksa s ozbiljnim opasnostima po zdravlje majki i/ili novorođenčadi – na primjer, nedostupnost hitnog carskog reza (CS) ili upotreba potencijalno opasnih lijekova)

2.2. Tim procjenjivača

Procjenu su sprovedla tri međunarodna konsultanta: Chinara Kazakbaeva, babica iz Kirgistana, prof. dr Stelian Hodorozea, ginekolog akušer iz Republike Moldavije, i dr Audrius Maciulevicius, neonatolog iz Litvanije.

Nacionalni tim procjenjivača formiralo je Ministarstvo zdravlja u saradnji s Kliničkim centrom Crne Gore i uz podršku UNICEF-a, a čini ga 16 članova: 14 zdravstvenih radnika praktičara, jedan psiholog iz Kliničkog centra i jedna zdravstvena radnica iz Ministarstva zdravlja.

2.3. Zdravstvene ustanove u kojima je sprovedena procjena

Tabela 1: Zdravstvene ustanove u kojima je sprovedena procjena

Naziv zdravstvene ustanove	Vrsta	Nivo	Mjesto
Klinički centar Crne Gore	Porodilište Centar za neonatologiju	Tercijarni	Podgorica
Opšta bolnica Nikšić	Odjeljenje akušerstva s porođajnom salom	Sekundarni	Nikšić
Opšta bolnica Pljevlja	Odjeljenje ginekologije i akušerstva – porodilište	Sekundarni	Pljevlja
Opšta bolnica Cetinje	Odjeljenje ginekologije i akušerstva s porođajnom salom	Sekundarni	Cetinje

PROCJENA KVALITETA NJEGE MAJKI I NOVOROĐENČADI U CRNOJ GORI

Kliničko-bolnički centar Kotor	Odjeljenje ginekologije i akušerstva – porodilište	Sekundarni	Kotor
Opšta bolnica Bar	Odjeljenje ginekologije i akušerstva – porodilište	Sekundarni	Bar
Kliničko-bolnički centar Berane	Odjeljenje ginekologije i akušerstva – porodilište	Sekundarni	Berane
Opšta bolnica Bijelo Polje	Ginekologija i akušerstvo s porođajnom salom	Sekundarni	Bijelo Polje
Dom zdravlja Ulcinj	Dom zdravlja	Primarni	Ulcinj
Dom zdravlja Plav	Dom zdravlja	Primarni	Plav
Dom zdravlja Rožaje	Dom zdravlja	Primarni	Rožaje
Dom zdravlja Mojkovac	Dom zdravlja	Primarni	Mojkovac

2.4. Program procjene

Procjena je sprovedena između 18. aprila i 16. maja 2023. godine.

Prvog dana misije (18. aprila) organizovana je uvodna radionica s ciljem da se:

- predstave svi članovi tima za procjenu;
- predstave glavni principi metodologije procjene: kako sprovoditi tzv. kolegijalnu procjenu, kako prikupiti informacije, kako raditi u multidisciplinarnom timu specijalista iz oblasti perinatologije, kako razmotriti nalaze, postići dogovor o njima i kako na primjeren način, bez optuživanja, predstaviti nalaze ocijenjenom medicinskom osoblju zdravstvene ustanove, ne s namjerom da se pronađu krivci, već da se identifikuju problemi i oblasti koje treba poboljšati (Chinara Kazakbaeva i dr Audrius Maciulevicius);
- predstavi ažurirana verzija instrumenta članovima nacionalnog tima procjenjivača, uključujući nove međunarodne smjernice koje se koriste za ažuriranje (prof. dr Stelian Hodorogea);
- objasni kako obaviti intervju s medicinskim osobljem, sa ženama i pacijentkinjama (Chinara Kazakbaeva);
- ustanovi dnevni red i sastav tima za procjenu za svaku od ustanova, kao i podjela zadataka unutar tima (dr Audrius Maciulevicius i Ida Ferdinandi).

Tom prilikom su dr Gordana Vukčević, ginekološkinja akušerka, i dr Saveta Stanišić, pedijatrica neonatološkinja, iz Kliničkog centra Crne Gore, imale prezentaciju o organizaciji perinatalne njege u Crnoj Gori – o dostignućima i izazovima nakon procjena sprovedenih 2011. i 2016. godine (vidi Prilog 1 s dnevnim redom uvodne radionice).

Tokom uvodnog sastanka je istaknuto da se ova procjena kvaliteta NE sprovodi da bi se *ocijenila* ustanova i/ili njeno osoblje, da se NE sprovodi da bi se medicinsko osoblje okrivilo i da se NE sprovodi za potrebe poređenja različitih bolnica. Procjena kvaliteta njege sprovodi se da bi se Ministarstvu zdravlja, UNICEF-u, ključnim akterima i partnerima, te rukovodiocima i pružaocima zdravstvenih usluga iz ustanova koje su obuhvaćene procjenom pomoglo u identifikaciji ključnih segmenata zdravstvene zaštite trudnica, porodilja i novorođenčadi koje je potrebno unaprijediti.

Procjena je sprovedena u porodilištima bolnica i četiri ustanove primarne zdravstvene zaštite (PZZ) koje pružaju usluge porodiljama (raspored aktivnosti sprovedenih u toku procjene dat je u Prilogu 2). U svim navedenim ustanovama proces je započet prezentacijom obuhvata, ciljeva i metoda procjene, te predstavljanjem tima procjenjivača direktorima bolnica i načelnicima relevantnih odjeljenja (porodilišta i neonatologije), glavnim sestrama i bobicama. Nakon toga je

tim za procjenu, u pratnji lokalnih zdravstvenih radnika, odlazio u obilazak ustanove. Tim je zatim podijeljen u grupe kako bi se postigla sveobuhvatnost procjene.

Da bi procjena bila što preciznija, korišćeni su različiti izvori informacija. Posmatranje svakodnevnog načina rada, pregled medicinske evidencije i dokumentacije, razgovori s kolegama o najzanimljivijim slučajevima, intervjui s majkama, članovima porodice i zdravstvenim radnicima – svi ti uvidi dali su manje-više objektivne rezultate.

Tokom posjete ustanovama bilo je moguće posmatrati spremnost za pružanje njege i opšte stanje objekta, tj. fizičku infrastrukturu, postojanje/odsustvo zaliha, opreme i lijekova, čistoću, organizaciju rada. Procjena je podrazumijevala uvid u pružanje zdravstvenih usluga u porodilištima i na odjeljenjima za neonatologiju, u porođajnim salama i sobama s inkubatorima, hirurškim salama i jedinici intenzivne njege, kao i uvid u dokumentaciju i razgovor o odabranim slučajevima primljenih pacijentkinja i bolesne novorođenčadi. Budući da je većina ustanova relativno mala, tim za procjenu nije imao mogućnost da neposredno posmatra dovoljan broj porođaja i pacijentkinja s komplikacijama. Stoga je važan dio izvora informacija bio ograničen na pregled i razgovor o odabranoj medicinskoj evidenciji, te na intervju sa zdravstvenim radnicima i majkama u postporođajnoj jedinici.

Cjelokupna aktivnost procjene počivala je na kolegijalnom pristupu i samoprocjenjivanju. Tim lokalnih zdravstvenih radnika učestvovao je u procjeni u svim obuhvaćenim ustanovama. Bila je to prilika da se bliže upoznaju s konceptom procjene koju vrše kolege i da ga razumiju, da razgovaraju s kolegama o tome kako da se unaprijedi kvalitet njege, da neposredno sagledaju kako i u kojim uslovima oni rade, kao i da međusobno razmijene znanja.

Nakon obilaska osam bolnica i četiri ustanove PZZ, tim za procjenu imao je na raspolaganju dva dana za sumiranje objedinjenih, konsolidovanih rezultata i pripremu prezentacije preliminarnih nalaza. Posljednjeg dana procjene održana je prezentacija za predstavnike MZ, UNICEF-a i ustanova koje su bile predmet procjene. Na njoj su predstavljeni nalazi procjenjivača, svake stručne grupe posebno, i date ključne preporuke međunarodnih eksperata o daljim, prioritarnim koracima koje treba planirati i preduzeti kako bi se unaprijedio kvalitet njege majki i novorođenčadi u Crnoj Gori (vidi [Prilog 3](#) s dnevnim redom sastanka održanog posljednjeg dana procjene i [Prilog 4](#) s akcionim planovima / daljim koracima za osiguranje kvaliteta, koje je predstavio nacionalni tim procjenjivača i ostali učesnici sastanka).

3. Nalazi

U **Tabela 2** prikazane su ocjene svih 12 komponenti kvaliteta njege za osam porodilišta u Crnoj Gori. Da bi se osigurala povjerljivost podataka, nazivi porodilišta zamijenjeni su slovima (A–H). U posljednjoj koloni predstavljeni su prosječni rezultati za svaku komponentu kvaliteta njege porodilja i novorođenčadi u zemlji.

Detaljan opis ocjena i nalaza po pojedinačnim procijenjenim komponentama kvaliteta njege predstavljen je u nastavku.

Tabela 2: Pregled ocjena svih procijenjenih komponenti kvaliteta njege

	A	B	C	D	E	F	G	H	Prosječna ocjena
Usluge podrške u bolnici									
1.1. Fizička infrastruktura, osoblje i osnovne usluge	2	2	2	2	1,6	2	2	1,8	1,9
1.2. Statistika, zdravstveni informacijski sistem, medicinska evidencija	1	1	1	1	0,4	2,2	2	1	1,2
1.3. Upravljanje apotekom i dostupnost lijekova	2	2	2	2	1,9	2	2	2,4	2,1
1.4. Oprema	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1.5. Zalihe	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1.6. Laboratorijska podrška	2	2	2	2	2,4	2,4	2	2,2	2,1
1.7. Infrastruktura na odjeljenjima	1,3	1,7	1,7	1,5	1,6	2	2	1,5	1,7
Vođenje slučajeva									
2. Normalna prva faza i vaginalni porođaj	1,5	1,5	1,2	1,4	1,3	1,9	1,5	1,3	1,5
3. Carski rez	1,7	1,7	1,9	1,7	1,8	2,5	2,2	1,4	1,8
4. Komplikacije kod majki i hitni slučajevi	1,5	2	1,9	2	1,6	2,1	1,7	2,2	1,9
5. Rutinska neonatalna njega	1,9	2	2	1,7	1,9	2,3	2,1	1,6	1,9
6. Njega bolesnih beba	1,8	1,8	1,8	1,6	1,7	2,2	1,8	1,4	1,8
7. Napredna njega novorođenčadi	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	1,6	n/a	n/a	1,6
8. Monitoring i dalje praćenje	1,8	1,9	1,7	1,9	1,8	2,1	1,8	1,6	1,8
Propisi i organizacija službi									
9. Prevencija infekcija	1	1,1	1,3	1,2	1,2	2,1	1,3	1,2	1,3
10. Smjernice i revizija (audit)	1,2	1,3	1,4	1,2	1,0	1,8	1,2	1,2	1,3
11. Pristup bolničkoj njezi i kontinuitet njege	2,2	2,2	2,3	2	2,2	2,6	2,3	1,8	2,2
12. Prava majki i novorođenčadi	1,5	1,5	1,5	1,3	1,5	2,0	1,5	1,3	1,5

3.1. Bolničke usluge podrške

Prosječna ocjena osam ustanova za komponentu „usluge podrške u bolnici” iznosi 2,0 (potrebno je određeno poboljšanje). Visoke ocjene date su potkomponentama „laboratorijska podrška” (2,4) i „upravljanje apotekom i dostupnost lijekova” (2,1). Najnižu ocjenu dobila je potkomponenta „statistika, zdravstveni informacijski sistem, medicinska evidencija” (1,2), što znači da su u toj oblasti potrebna značajna poboljšanja (vidi [Tabela 2](#)).

Glavne dobre strane

Sve zdravstvene ustanove obuhvaćene procjenom imaju tekuću hladnu i toplu vodu, struju, sistem grijanja i snabdijevanja kiseonikom. Sve ustanove opremljene su funkcionalnim liftovima, a gotovo sve imaju dobar fizički pristup i prilično racionalno osmišljen raspored osnovnih odjeljenja – porodilišta, odjeljenja intenzivne njege i operacione sale nalaze se na istom spratu ili u neposrednoj blizini. U svim zdravstvenim ustanovama dostupan je najveći dio lijekova za hitnu akušersku njegu (EmOC) i hitnu neonatalnu njegu, a laboratorije obavljaju sve potrebne laboratorijske pretrage. Kompleti za hitnu reanimaciju novorođenčadi uredno su popunjeni u većini ustanova.

U porodilištu i operacionoj sali obezbijeđena je potrebna sobna temperatura da se izbjegne hipotermija novorođenčeta neposredno nakon rođenja. Odgovarajuća temperatura održava se i u sobama za boravak. Stvoreni su uslovi da porodilje kupaju novorođenčad na odjeljenju.

Većina ustanova ima dovoljan broj ginekologa akušera i babica. Gotovo svaka ustanova raspolaže svom potrebnom opremom za akušerstvo (kardiotokografi/CTG, infuzione pumpe za njegu majki, ultrazvuk, vakuumski ekstraktori i monitori) i neonatologiju (inkubatori, grijači za novorođenčad, fototerapijske lampe, pulsni oksimetri, multifunkcionalni monitori itd.), kao i dovoljnom količinom medicinskih proizvoda za jednokratnu upotrebu (rukavice, kateteri, kanile itd.).

Šta treba unaprijediti

Fizička infrastruktura, osoblje i osnovne usluge (prosječna ocjena 1,9)

Glavni infrastrukturni nedostatak jeste nepostojanje individualnih porođajnih sala (u svim ustanovama izuzev jedne). Porodilišta imaju zasebne prostorije sa više kreveta za prvu fazu porođaja i jednu salu za drugu fazu, a u jedinoj ustanovi koja raspolaže individualnim porođajnim salama njihov broj nije dovoljan za broj porođaja na godišnjem nivou. Ova infrastrukturna slabost otežava uključivanje partnera tokom porođaja, jer nije moguće obezbijediti privatnost i povjerljivost, a povećava se i rizik od bolničkih infekcija.

Statistika, zdravstveni informacijski sistem, medicinska evidencija (prosječna ocjena 1,2)

U ustanovama obuhvaćenim procjenom ne prikupljaju se statistički indikatori koji se koriste za identifikovanje i planiranje aktivnosti usmjerenih na unapređenje kvaliteta njege. S jednim izuzetkom, u ustanovama nije bilo podataka o incidenciji carskog reza i indikacijama za tu vrstu porođaja, o epiziotomijama, rupturama perineuma, porođajima s vakuumom, o indikacijama za porođaj indukcijom i procentu uspješnih porođaja indukcijom, o glavnim uzrocima akušerskog i neonatalnog morbiditeta itd.

Postojeći sistem i strukturu medicinske evidencije treba u značajnoj mjeri revidirati i unaprijediti: osoblje troši mnogo vremena na popunjavanje ogromnog broja obrazaca, saglasnosti i kontrolnih lista; teško je utvrditi hronologiju događaja koristeći postojeću evidenciju; ne postoje veze između važnih akušerskih i neonatalnih podataka (npr. primjena kortikosteroida i antibiotika u slučaju prijevremenih porođaja, akušerska anamneza itd.). U zemlji ne postoji jedinstveni oblik vođenja kliničke evidencije za novorođenčad. Kvalitet popunjavanja dokumentacije (kliničke evidencije,

registara i sl.) zahtijeva ozbiljnu analizu, budući da postojeće stanje ne omogućava ni kvalitetnu studiju slučaja, ni perinatalnu reviziju, ni detaljniju statističku analizu. Ne postoji jedinstven sistem elektronske medicinske dokumentacije na nacionalnom nivou.

Isto tako, ne postoji jedinstveni obrazac partograma za praćenje porođaja. U procjeni je identifikovano pet različitih verzija partograma, među kojima samo jedan partogram SZO sa četvoročasovnom linijom aktivnosti koji sadrži sve potrebne parametre majke i fetusa.

Oprema i zalihe (prosječna ocjena 2,0)

Nemaju sve ustanove vakuum ekstraktore niti monitore vitalnih znakova i infuzione pumpe za majke, koje se koriste za davanje oksitocina ili drugih titriranih lijekova. U većini porodilišta ne postoje CPAP sistemi za liječenje novorođenčadi sa RDS, a nedostaju i monitori i infuzione pumpe.

Laboratorije imaju ograničene mogućnosti za obavljanje bakterioloških analiza koje daju pouzdane rezultate na vrijeme (hemokultura). Brza dostupnost pouzdanih rezultata veoma je važna za kliničare jer im omogućava da donose pravovremene odluke o primjeni antibakterijske terapije kod novorođenčadi.

3.2. Vođenje slučajeva u bolnicama

3.2.1. Njega tokom normalne prve faze i vaginalnog porođaja

Prosječna ocjena za komponentu „njega tokom normalne prve faze i vaginalnog porođaja” iznosi 1,5 (potrebna su značajna poboljšanja), a ocjene se kreću u rasponu od 1,5 do 1,9 (Tabela 2).

Treba istaći da u pojedinim ustanovama, zbog malog broja porođaja, nije bilo mogućnosti za neposredni uvid u praksu tokom samog porođaja. U tim ustanovama su obavljani razgovori s bobicama i majkama nakon porođaja, prošlo se kroz razne simulacione situacije i izvršen je pregled evidencije i registara porođaja.

Glavne dobre strane

U većini zdravstvenih ustanova uočen je odnos poštovanja prema ženama i prijatno okruženje, što je potvrđeno i tokom intervjua s majkama.

Medicinsko osoblje aktivno podržava i podstiče žene da jedu i piju tokom prve faze porođaja, primjenjujući pritom nemedicinske metode ublažavanja bolova, uglavnom masažu. Babice imaju dobre komunikacione vještine, što utiče na zadovoljstvo majki procesom porođaja. To je veoma važan kvalitet budući da upravo babice uspostavljaju okruženje podrške tokom porođaja i postporođajnog perioda.

Polako se počinje s praksom podsticanja prisustva partnera tokom porođaja, mada su porođaji u prisustvu partnera do sada obavljani samo u dvije ustanove obuhvaćene procjenom. Postoji tendencija smanjenja određenih nedjelotvornih praksi, kao što su klistiranje, brijanje pubične zone, rutinska primjena vaginalne dezinfekcije i epiziotomije u nekim bolnicama.

Temperatura u porođajnim salama najvećeg dijela ustanova zadovoljava međunarodni standard za normalan porođaj – 25 °C. U većini porodilišta aktivno se promovira kontakt koža-na-kožu i rano dojenje, a majke su prepoznale boravak s bebom u istoj prostoriji (*rooming-in*) tokom 24 sata nakon porođaja kao dobru praksu u porodilištu. Ovi pozitivni trendovi osnaženi su ponovnim uvođenjem Inicijative „Porodilišta po mjeri beba“ 2021. godine.

Rani otpust iz bolnice, 48–72 sata nakon porođaja, praktikuje se u većini zdravstvenih ustanova.

Šta treba unaprijediti

Babice trenutno uglavnom imaju ulogu medicinskih asistenata, dok je za vođenje porođaja u potpunosti odgovoran ginekolog akušer. U ustanovama u kojima je doktor dežuran noću ili vikendom, po prijemu žene u porodilište babica može da obavi potpunu početnu procjenu porodilje i fetusa. Zatim se na porođaj poziva ginekolog akušer, čak i u slučaju fizioloških porođaja.

I dalje se koriste neke nedjelotvorne rutinske procedure, kao što su klistiranje, brijanje pubične zone i stavljanje obloga sa ledom na perineum. Treba takođe napomenuti da su u nekim ustanovama brijanje i klistiranje obavezni i prije carskog reza.

Individualne porođajne sale nijesu uvedene, osim u porodilištu Kliničkog centra Crne Gore. Međutim, KCCG raspolaže sa pet individualnih porođajnih sala, dok se prema standardu SZO (400 porođaja godišnje po jednoj porođajnoj sali) taj broj mora povećati kako bi se ženama obezbijedila neophodna mjera privatnosti i njega puna poštovanja. U svim ostalim ustanovama, kako je ranije navedeno, postoje zasebne prostorije sa više kreveta za prvu fazu porođaja, a zatim se žena premješta u porođajnu salu, gdje se odvija druga faza porođaja. Takva organizacija i struktura porodilišta ne može da obezbijedi poštovanje prava porodilje na privatnost i povjerljivost, niti su to uslovi primjereni za porođaj u prisustvu partnera/pratioca. Prema tvrdnjama medicinskog osoblja, mnoge bolnice ne dozvoljavaju prisustvo partnera zbog navodne suzdržanosti žena i organizacije kontrole infekcije tokom pandemije kovida-19.

S druge strane, jedna babica je tokom intervju a navela: „*Imala sam iskustvo porođaja uz prisustvo svog partnera (muža). Porođaj je bio veoma lak, nijesam se nimalo plašila, jer je u blizini bila bliska osoba. Masirao me, davao mi da pijem i hrabrio me. Otišao je tokom porođaja (njegova želja), ali smo poslije bili zajedno. Voljela bih da sve žene rađaju u prisustvu partnera.*“ Nažalost, bolnica u kojoj radi ova babica je 2023. godine imala samo taj jedan porođaj uz prisustvo partnera.

Gotovo rutinska upotreba CTG (kardiotokografije) u toku svih vaginalnih porođaja, uključujući i one niskog rizika, ne dozvoljava ženama da se aktivno kreću i biraju položaje tokom porođaja. Postoje dokazi da rutinski kontinuirani CTG i rutinski CTG na prijemu povećavaju incidenciju carskog reza.

U procijenjenim ustanovama se za dokumentovanje procesa porođaja koristi pet različitih partograma. Nijedan od tih partograma nije dovoljno informativan – ne sadrži kvalitativne i potpune informacije o mnogim komponentama porođajnog procesa, kao ni o stanju majke i fetusa (učestalost i trajanje kontrakcija, FHR (otkucaji srca fetusa) u pravilnim intervalima, flektiranje glave itd.). Partogrami se ne mogu koristiti, i ne koriste se, kao instrument za donošenje odluka u slučaju dijagnoze koja zahtijeva odstupanja od normalnog procesa porođaja. Partogram SZO (iz 2020. godine) bio je dostupan u nekim bolnicama, ali osoblje nije osposobljeno da ga popuni.

Analizom partograma je utvrđeno da se vaginalni pregledi obavljaju prečesto i bez ikakvih indikacija. Partogrami koji se koriste nemaju dio za evidentiranje toka porođaja i praćenje majke i fetusa u drugoj fazi porođaja. Te podatke babice provjeravaju i unose u poseban obrazac za praćenje. Kada se svi podaci uporede, često se uočavaju razlike, pa je nemoguće ispratiti cijeli proces porođaja.

Na osnovu posmatranja prakse tokom porođaja i intervju a sa ženama, utvrđeno je da se većina porođaja odvija u ležećem položaju (što nije u skladu s preporukama SZO).

Kvalitet praćenja fetusa treba značajno unaprijediti, kako u prvoj tako i u drugoj fazi porođaja. Kad se radi o porodiljama niskog rizika, otkucaji srca fetusa ne provjeravaju se stetoskopom prema postojećim međunarodnim standardima (najmanje svakih 30 minuta u prvoj i najmanje svakih pet minuta u drugoj fazi porođaja). Medicinsko osoblje ne poštuje preporučeno trajanje auskultacije FHR – jedan minut. Osim toga, uočeno je da su zdravstveni radnici tokom druge faze porođaja, kada je rizik od srčanih abnormalnosti fetusa veoma visok, u većini slučajeva ili zaboravili da prate broj otkucaja srca ili je CTG ostao uključen, ali snimanje nije obavljeno. Stetoskopi se obično ne koriste za praćenje FHR.

Liberalna primjena epiziotomije i dalje se naširoko praktikuje, a u jednoj od perifernih ustanova obavljena je kod čak 70% prvorođene. Vođenje treće faze porođaja ne obavlja se u svim zdravstvenim ustanovama po standardima SZO. Isto tako, nema mjerenja gubitka krvi nakon porođaja.

Uprkos aktivnom promovisanju kontakta koža-na-kožu, u većini ustanova to nije postala rutinska praksa. Osim toga, primjenu ove tehnike potrebno je značajno unaprijediti. U većini slučajeva kontakt se omogućava tokom prvih 15–30 minuta nakon porođaja, što je kraće od preporučenog minimuma od jednog sata. Treba napomenuti da se u nekim ustanovama tek rođena beba odvaja od majke kako bi neonatolog obavio pregled i procjenu ili za potrebe antropometrije.

Procjena stanja majke u prva 24 sata nakon porođaja takođe zahtijeva poboljšanje. Prema tvrdnjama babica, procjenu vrše one, ali rezultati praćenja nijesu dokumentovani.

Na osnovu svega navedenog, nameću se sljedeći zaključci o prioritetnim aspektima vođenja normalnog porođaja koje bi trebalo značajno unaprijediti:

- a. *Prisustvo partnera/pratioca tokom porođaja* i uključivanje porodice u donošenje odluka prakse su koje se u velikoj većini institucija ne primjenjuju. Glavne prepreke su nepostojanje individualnih porođajnih sala i nerazumijevanje prednosti koje porođaj u prisustvu partnera ima za ženu i porodicu, ali i za zdravstvene radnike i samu ustanovu.
- b. *Slobodno biranje položaja tokom druge faze porođaja* u većini ocijenjenih ustanova nije zastupljeno. Podrška zdravstvenih radnika (babica, akušera) nije dovoljna ni dovoljno adekvatna kad je riječ o informisanju, savjetovanju, ohrabrivanju i fizičkoj pomoći porodiljama da odaberu najudobniji, nehorizontalan (neležeći) položaji tokom druge faze porođaja.
- c. *Upotreba partograma nije dovoljno djelotvorna* – partogrami se ne koriste kao instrument za vođenje porođaja i donošenje odluka. Nijedna od ustanova obuhvaćenih procjenom ne koristi partogram SZO iz 2020. godine [10], koji uključuje revidirane kriterijume početka i normalnog napredovanja tokom prve faze porođaja, kao i novi dio za praćenje toka porođaja, fetusa i majke tokom druge faze porođaja.
- d. *Preporučeno trajanje kontakta koža-na-kožu novorođenčeta i majke tokom prvog sata nakon porođaja, koje je veoma važno da bi se spriječila hipotermija i podstaklo dojenje,* nije u potpunosti implementirano. Osim toga, ovaj kontakt se često nepotrebno prekida procedurama koje se mogu odložiti, kao što je vaganje i mjerenje novorođenčeta.

3.2.2. Njega u slučaju carskog reza

Prosječna ocjena za komponentu „njega u slučaju carskog reza“ iznosi 1,8, a ocjene se kreću u rasponu od 1,4 do 2,5 (Tabela 2).

Glavne dobre strane

Sve obuhvaćene ustanove imaju uslove i osoblje pripremljeno za obavljanje carskog reza 24 sata dnevno svakoga dana u sedmici. U većini ustanova uvijek su dostupni ginekolozi akušeri s dobrim hirurškim vještinama, anesteziolozi i medicinsko osoblje iz operacione sale, tj. prisutni su u ustanovi (dežurni) i tokom noći i praznika. Gotovo sva porodilišta imaju sopstvenu, lako pristupačnu hiruršku salu u blizini porođajne sale. U nekoliko zdravstvenih ustanova nije obezbijeđeno 24-satno dežurstvo ginekologa akušera ili anesteziologa i/ili hirurškog osoblja, ali se hitni carski rez može obaviti bez odlaganja, za manje od 30 minuta.

Tehnika i procedure carskog reza u skladu su s međunarodnim preporukama i standardima: elektivni (planirani) CS ne radi se prije 39. sedmice trudnoće; pravi se poprečni rez na koži i zidu materice, placenta se uklanja trakcijom pupčane vrpce; rutinski se i u pravo vrijeme daje odgovarajuća vrsta profilaktičkih antibiotika i uterotonika; rani otpust je takođe rutinska praksa.

Regionalna anestezija je dominantna metoda za CS u polovini procijenjenih ustanova. Većina anesteziologa iz ovih ustanova ima iskustvo u primjeni te tehnike, pa se opštoj anesteziji pribjegava rijetko, uglavnom kada su prisutne specifične indikacije.

Jedna od ustanova koristi Robsonovu klasifikaciju indikacija za abdominalni porođaj [5] i ulaže napore da implementira politike za smanjenje vjerovatnoće carskog reza. Kao rezultat takvog pristupa, ova ustanova ima najnižu stopu CS u zemlji.

Šta treba unaprijediti

Izuzev Kliničkog centra Crne Gore, sve procijenjene ustanove imaju previsoku stopu carskog reza. U posljednje dvije decenije stopa CS u Crnoj Gori značajno je porasla: sa 10% 2000. godine na skoro 24% 2010, a procjenjuje se da 2023. godine iznosi oko 40%. Do ovog trenutka nijesu objavljeni zvanični nacionalni podaci o učestalosti CS, ali prema knjigama rođenih iz 2023. godine, taj procenat se kreće od 29,4% u KCCG do 58% u jednoj maloj ustanovi. Istraživanje višestrukih pokazatelja (MICS) iz 2018. godine utvrdilo je da je 24% intervjuisanih žena imalo CS, što potvrđuje da je incidencija abdominalnog porođaja u Crnoj Gori veoma visoka [15].

Dva su glavna klinička faktora koji doprinose visokoj stopi CS: 1) u skoro svim procijenjenim ustanovama 40–50% CS radi se kod žena koje su se i ranije porodile na isti način; 2) u mnogim ustanovama previše prvorođaci porođaju se carskim rezom (u rasponu od 30,5% do 51,7%, 65%, pa čak i 75%!), planiranim ili intrapartalnim (kad se vaginalni porođaj završi carskim rezom). Brojni su uzroci vrlo visoke incidencije intrapartalnog CS: pretjerano postavljanje dijagnoze lošeg napretka porođaja, što rezultira vrlo velikom učestalošću augmentacije (stimulacije) i CTG abnormalnosti; prekomjerna upotreba intrapartalnog CTG-a bez jasnih preporuka o tumačenju i bez mogućnosti uzorkovanja krvi fetusa radi potvrde eventualnog fetalnog distresa; nedovoljno korišćenje intrapartalnih praksi zasnovanih na dokazima za koje je utvrđeno da smanjuju rizik od CS (kontinuirana podrška tokom porođaja, po mogućnosti od strane partnera, mogućnost žene da se kreće i sama bira položaje tokom prve faze porođaja, nehorizontalni položaji u drugoj fazi, praćenje napredovanja porođaja korišćenjem partograma SZO sa četvoročasovnom linijom aktivnosti ili partograma SZO iz 2020. godine).

Moguće je da se liberalna primjena CS dijelom može objasniti organizacionim razlozima, odnosno noćnim dežurstvima akušerskog i ostalog relevantnog medicinskog osoblja (anesteziolog, osoblje hirurške sale): osoblje radije obavlja carski rez tokom dana kako bi „izbjeglo rizike od hirurškog zahvata tokom noći“.

Gotovo nijedna od procijenjenih ustanova (s izuzetkom jedne) ne sprovodi politike koje doprinose smanjenju ili kontrolisanju potrebe za CS: ne prikupljaju se statistički podaci o indikacijama za abdominalni porođaj, ne analizira se adekvatnost dijagnoze lošeg napretka porođaja i otežanog porođaja ili fetalnog distresa kao faktora koji dovode do nepotrebnog povećanja stope intrapartalnog CS; ne preporučuje se rutinska indukcija porođaja ako je gestacijska starost ploda više od 41 sedmice i ne analizira se procenat uspješnosti indukcije. Stopa vaginalnog porođaja kod žena koje su se prethodno porođale carskim rezom veoma je niska u svim ustanovama obuhvaćenim procjenom.

Praćenje postoperativnog stanja/zdravlja žena nije uvijek bilo odgovarajuće i u skladu sa standardima. Žene se uglavnom smještaju na odjeljenje intenzivne njege (ICU) ili u odvojene sobe i nemaju stalni nadzor akušerskog osoblja, važan zbog praćenja vitalnih funkcija, ali i tonusa materice i stepena vaginalnog krvarenja. Mnoge od ustanova obuhvaćenih procjenom nemaju posebne obrasce za postoperativno praćenje porodilja.

Carski rez se u mnogim ustanovama i dalje najčešće obavlja pod opštom anestezijom. Boravak majke i bebe rođene pomoću CS u istoj prostoriji tokom prvih 24 sata nakon porođaja jedna je od važnih komponenti njege koje treba unaprijediti u skoro svim ustanovama.

U nekim ustanovama uočeni su i drugi problemi vezani za CS: upotreba antibiotske terapije umjesto antibiotske profilakse; uklanjanje placente ručno umjesto kontrolisanim povlačenjem pupčane vrpce; kasni otpust poslije hirurškog zahvata koji je protekao bez problema; nepostojanje pisanih protokola za trombo-profilaksu nakon CS.

3.2.3. Upravljanje komplikacijama kod majki

Prosječna ocjena za komponentu „upravljanje komplikacijama kod majki” iznosi 1,9, a ocjene se kreću u rasponu od 1,5 do 2,2 (Tabela 2).

Glavne dobre strane

U svim ustanovama postoji veoma dobar pristup hirurškim salama i odjeljenjima za intenzivnu njegu (ICU), od kojih se većina nalazi na istom spratu kao i porodilište. Takođe, u svim ustanovama dostupna su crvena krvna zrnca (RBC) i svježe smrznuta plazma (FFP).

Poremećaji krvnog pritiska i hipertenzija u trudnoći ispravno se dijagnostikuju. U ustanovama se obavljaju sva ispitivanja (proteini u urinu, enzimi jetre, broj trombocita, kreatinin u serumu, ultrazvuk sa doplerom i CTG) koja se koriste za razlikovanje gestacijske i hronične hipertenzije od preeklampsije.

Upravljanje situacijom u slučaju preterminske prijevremene rupture plodovih ovojaka (PPROM) u skladu je s međunarodnim standardima: konzervativno vođenje kad nema znakova infekcije i fetalnog distresa; odgovarajući profilaktički antibiotici i kortikosteroidi za prevenciju sindroma respiratornog distresa (RDS); transfer u ustanovu tercijarnog nivoa ukoliko je gestacijska starost ispod 34 sedmice; tokolitici samo na 48 sati za primjenu kortikosteroida ili za transfer.

U slučaju ruptore plodovih ovojaka u terminu i za indukciju porođaja prostaglandinima (*prostin*) koriste se odgovarajuće prakse zasnovane na dokazima. Dijagnoza i vođenje slučajeva fetusa koji su mali za svoje gestacijsko doba (SGA) i postupanje u slučaju zastoja rasta fetusa (FGR) takođe su u većini situacija u skladu s međunarodnim standardima.

Šta treba unaprijediti

Pripremljenost za hitne slučajeve komplikacija kod majki

Pripremljenost za postupanje u složenim hitnim akušerskim slučajevima i komplikacijama generalno je niska, i to u svim aspektima (svijest, znanje i vještine, raspodjela zadataka, organizacija). Ne postoje standardni kompleti za hitnu akušersku njegu (EmOC) sa svim potrebnim lijekovima i potrepštinama za liječenje teške preeklampsije/eklampsije i opstetričkih krvarenja; nema lokalnih protokola/algoritama i vizuelnih pomagala koja jasno opisuju korake u liječenju i raspodjelu zadataka tokom liječenja akušerskih komplikacija i hitnih slučajeva, uključujući distociju fetalnih ramena. Osoblje srednjeg nivoa nije osposobljeno za liječenje akušerskih komplikacija i ne smije davati bilo kakav lijek bez indikacije ginekologa akušera. Znanje ginekologa akušera u pružanju EmOC takođe treba poboljšati: na primjer, neki od njih bi u slučaju eklampsije koristili *diazepam*, neki bi dali magnezijum-sulfat, a neki bi se radije oslanjali na anesteziologe da daju antikonvulzive i antihipertenzive.

Na akušerskim odjeljenjima nekih ustanova nedostajali su intravenski antihipertenzivi (dostupni su bili samo na odjeljenjima za intenzivnu njegu, a davali su ih anesteziolozi), dok u drugim nije bilo magnezijum-sulfata. *Nifedipin* kratkog dejstva za liječenje teške hipertenzije tokom trudnoće nije dostupan u zemlji (dostupne su samo tablete s produženim oslobađanjem).

Preeklampsija/eklampsija

U ustanovama obuhvaćenim procjenom zapaženo je mnogo primjera nestandardnog vođenja slučajeva žena s teškom preeklampsijom:

- neadekvatna antihipertenzivna terapija: doze i/ili učestalost davanja lijekova nijesu prilagođeni tako da se najviše za jedan sat postigne visina krvnog pritiska manja od 160/110 mm Hg, kako preporučuju međunarodni standardi;
- MgSO₄ se daje u neadekvatnim dozama (npr. udarna doza od 2 gr) i ne nastavlja se poslije porođaja / carskog reza, kada je rizik od eklampsije još uvijek vrlo visok;
- intubacija za carski rez kod žena s veoma visokim krvnim pritiskom (u jednom slučaju – 200/115 mm Hg);
- davanje svježe smrznute plazme nakon porođaja bez ikakvih kliničkih i laboratorijskih znakova koagulopatije;
- nizak kvalitet praćenja dobrobiti fetusa u akutnom stanju ili kada je žena s teškom preeklampsijom primljena na intenzivnu njegu.

Opstetrička krvarenja

Jedno od glavnih područja koje treba unaprijediti jeste praćenje zdravstvenog stanja pacijentkinja i raspodjela zadataka i odgovornosti tokom opstetričkih krvarenja (ko šta radi i kada). Isto tako, većina posjećenih ustanova nema jasne lokalne protokole i algoritme za vođenje slučajeva opstetričkih krvarenja i ne mjere rutinski gubitak krvi. U nekim ustanovama uočena je neadekvatna upotreba proizvoda od krvi.

Upravljanje prijevremenim porođajem

Intrapartalni antibiotici se ne koriste za prevenciju rane neonatalne sepse kod žena s prijevremenim porođajem. U nekim ustanovama uočeno je preuranjeno dijagnostikovanje prijetjećeg prijevremenog porođaja, što je dovelo do nepotrebne primjene tokolitikata i kortikosteroida za prevenciju sindroma respiratornog distresa. U slučajevima prijetjećeg prijevremenog porođaja korišćeni su nedjelotvorni lijekovi (progesteron intramuskularno ili vaginalno) i lijekovi koji nijesu zasnovani na dokazima (*ferona, roidocal*).

Dijagnoza i upravljanje lošim napretkom porođaja / zastojem u porođaju

Postoje dva protokola iz 2014. godine u kojima se navodi kako procijeniti napredak porođaja i kako dijagnostikovati loš napredak u prvoj i drugoj fazi porođaja. Međutim, u većini ustanova medicinsko osoblje ili nije bilo upoznato s tim ili uopšte nije pomenulo da ti protokoli postoje. Takođe, kriterijumi normalnog i patološkog napredovanja porođaja i dijagnostički kriterijumi lošeg napredovanja porođaja u prvoj fazi porođaja nijesu u skladu s aktuelnim preporukama SZO o intrapartalnoj njezi [6].

Samo jedna ustanova koristi stari partogram SZO sa četvoročasovnom linijom aktivnosti za praćenje porođaja. U ostalim ustanovama uočena su četiri različita obrasca partograma, od kojih nijedan ne daje jasne informacije o učestalosti i trajanju kontrakcija, formiranju i napredovanju cervikalne dilatacije – a u pitanju su važni podaci za ispravnu dijagnozu porođajnih abnormalnosti. Uz to, vaginalni pregledi se često rade bez indikacija, u kratkim vremenskim intervalima. Kao rezultat takve prakse, u većini posjećenih ustanova uočena je preuranjena dijagnoza patologije u napredovanju porođaja, što je dovelo do velikog broja nepotrebnih intrapartalnih carskih rezova, posebno kod žena koje do tada nijesu rađale.

U većini ustanova ne postoje pisani protokoli o tome kako davati oksitocin za podsticanje porođaja – svaka ustanova (pa čak i pružaoci usluga) koristi svoj vlastiti režim (protok infuzije, vrijeme i brzina povećanja, maksimalna doza). Pored toga, neke ustanove nemaju infuzione pumpe za davanje oksitocina, a neke ih imaju, ali ih ne koriste rutinski.

Praćenje dobrobiti fetusa i potpomognuti vaginalni porođaj

Jedna od oblasti u kojoj su potrebna značajna poboljšanja jeste kvalitet praćenja fetusa tokom normalnog porođaja, praćenje dobrobiti fetusa tokom akušerskih komplikacija i primjena

potpomognutog vaginalnog porođaja (PVP) u slučajevima sumnjivog statusa fetusa u drugoj fazi porođaja.

CTG je u širokoj primjeni, ali se ne koristi efikasno za praćenje dobrobiti fetusa tokom porođaja. U nekim ustanovama fetalni otkucaji srca (FHR) prate se povremeno pomoću CTG-a, tokom 20–30 minuta, u intervalima od dva sata. Nije jasno kako se FHR prati u toku ostalog vremena. U drugim ustanovama praktikuje se kontinuirani CTG, čak i kod trudnica niskog rizika, što dovodi do pretjerane dijagnoze fetalnog distresa, povećava stopu intrapartalnog CS i sprečava žene da hodaju i zauzimaju položaje koji im odgovaraju tokom prve faze porođaja.

Većina ustanova nema ili ne koristi redovno postojeći nacionalni protokol (iz 2014. godine) koji opisuje kako pravilno tumačiti CTG tragove i navodi uslove/situacije koje nalažu kontinuirani CTG. Pomoćni testovi za praćenje abnormalnog CTG-a (uzimanje uzoraka krvi fetusa, fetalna elektrokardiografija) kako bi se smanjila incidencija carskog reza zbog fetalnog distresa ne postoje ni u jednoj ustanovi obuhvaćenoj procjenom.

Gotovo sve ustanove imaju funkcionalnu vakuum opremu sa silikonskim ili gumenim čašama. Uprkos tome, ekstrakcija vakuumom, postupak koji spašava život u slučaju teškog fetalnog distresa ili slabog napredovanja u drugoj fazi porođaja, primjenjuje se izuzetno rijetko ili se uopšte ne primjenjuje. Važno je napomenuti da je SZO uključila potpomognuti vaginalni porođaj na listu od sedam bitnih funkcija osnovne hitne akušerske pomoći; PVP može da smanji morbiditet majki, kao i perinatalni mortalitet, bez pribjegavanja carskom rezu u drugoj fazi porođaja (koji nosi dodatne rizike u odnosu na prenatalni carski rez ili carski rez tokom prve faze porođaja) [2]. Međunarodna federacija akušera i ginekologa (FIGO) smatra da je nedostatak pristupa i nedovoljna primjena PVP glavni deficit u akušerskoj njezi u mnogim ustanovama širom svijeta, koji je potrebno hitno riješiti [7]. Stopa potpomognutih vaginalnih porođaja u većini zemalja s visokim dohotkom iznosi preko 10% (u rasponu od 6% u SAD do 19–20% u Norveškoj i UK) [8].

Prevenција prenošenja HIV-a s majke na dijete

U Crnoj Gori ne postoji politika univerzalnog, rutinskog testiranja na HIV tokom trudnoće. Prema podacima MICS-a iz 2018. godine, samo 8% trudnica imalo je savjetovanje o HIV-u, a 7% ih je testirano na HIV [15]. U ustanovama obuhvaćenim procjenom ne postoje protokoli o prevenciji prenošenja HIV-a s majke na dijete, niti o antiretrovirusnim lijekovima koji se daju intrapartalno majkama s HIV-om i postnatalno njihovoj novorođenčadi.

Odgovarajuća upotreba lijekova

Pojedini lijekovi nedokazane djelotvornosti, koji su čak i opasni, često se koriste: I/v glukoza, *buskopan*, spazmolitici, *diazepam* tokom porođaja; FFP za liječenje preeklampsije; progesteron (intramuskularno ili vaginalno) u slučaju prijetjećeg prijevremenog porođaja; *diazepam* za prevenciju konvulzija kod teške preeklampsije.

3.2.4. Rutinska neonatalna njega

Prosječna ocjena za komponentu „rutinska neonatalna njega“ iznosi 1,9 (potrebna su poboljšanja), a ocjene su u rasponu od 1,6 do 2,3 (Tabela 2).

Glavne dobre strane

U svim posjećenim bolnicama obezbijeđeni su uslovi za održavanje toplotnog lanca u porođajnoj sali. Održava se potrebna temperatura vazduha, vrata porođajnih sala se zatvaraju, a postoji i izvor toplote za grijanje odjeće prije rođenja novorođenčeta. U nekim porodilištima se kontakt

koža-na-kožu između majke i novorođenčeta omogućava i sprovodi na ispravan način i aktivno se podržava rano dojenje. Koristi se jasan sistem identifikacije majke i bebe.

U svim ustanovama obuhvaćenim procjenom omogućava se boravak majke i bebe u istoj prostoriji (*rooming-in*) tokom 24 sata nakon normalnog porođaja i potpuno uključivanje majki u zdravu njegu novorođenčeta. Osoblje podstiče žene da doje, aktivno pomažući ukoliko se pojavi neki problem. Sve bolnice su bile uključene u seriju obuka o dojenju, ali nije cjelokupno medicinsko osoblje prošlo obuku.

Doktor / iskusna medicinska sestra procjenjuje stanje bebe i revidira ga najmanje jednom dnevno, savjetujući majku o njezi novorođenčeta i važnosti dojenja.

Sprovode se rutinska profilaksa (vit. K), pregledi na hipotireozu, pregled sluha i rani otpust nakon normalnog porođaja i carskog reza. Majka prije otpusta dobija otpusnicu s podacima o istoriji porođaja, periodu adaptacije bebe, primijenjenim profilaktičkim mjerama i liječenju tokom boravka u bolnici (ako ga je bilo).

Majke su zadovoljne pažnjom i stručnošću medicinskog osoblja, kao i preporukama o njezi novorođenčeta koje dobijaju prije otpusta iz porodilišta. Treba istaći dobar odnos i timski rad neonatologa, pedijataru i medicinskih sestara. Obuka o Inicijativi „Porodilišta po mjeri beba“ (BFHI), započeta u septembru 2022. godine, uspješno se nastavlja obilascima porodilišta.

Šta treba unaprijediti

Kontakt koža-na-kožu nakon normalnog porođaja mora se sprovoditi u svim porodilištima. Uočili smo različite pristupe (bez kontakta prije nego što pedijatar ne obavi potpunu procjenu bebe; samo trajanje kontakta variralo je od bolnice do bolnice – od 5 do 15 i 30 minuta).

Kućna odjeća za novorođenčad ne koristi se tokom boravka u porodilištu, ali niko od intervjuisanog osoblja nije mogao da ukaže na dokument koji takvo nešto ne dozvoljava. Praksa kontrole hipotermije kod zdrave, a posebno kod bolesne novorođenčadi i novorođenčadi male porođajne mase, mora se revidirati i ojačati. Tokom procjene smo naišli na nekoliko slučajeva kada je novorođenče patilo od hipotermije, a osoblje nije blagovremeno reagovalo i odgovarajuće mjere nijesu preduzete. Tjelesna temperatura novorođenčeta nakon rođenja ne provjerava se u svim bolnicama na odgovarajući način. Čak ni u obrascima za praćenje prijevremeno rođene ili bolesne novorođenčadi to nije ispravno evidentirano.

Pripremljenost za reanimaciju novorođenčeta treba ozbiljno provjeriti. Cjelokupno medicinsko osoblje koje brine o novorođenčadi (babice, ginekolozi akušeri, pedijatri neonatolozi, anesteziolozi i medicinske sestre) mora proći redovnu obuku iz neonatalne reanimacije. Algoritmi za reanimaciju treba da budu jasni, ažurirani i postavljeni na vidno mjesto. Komplet opreme za reanimaciju mora stajati na jednom mjestu, biti lako dostupan i redovno se provjeravati kako se predmeti za jednokratnu upotrebu (intubacijske cijevi, kateteri itd.) ne bi koristili nakon isteka roka trajanja. Ambu baloni, maske, laringoskopi moraju se čistiti na odgovarajući način.

Poslije carskog reza, novorođenčad se odvaja od majke na period 6–24 sata. S obzirom na visoki procenat CS u zemlji, to znači da se najmanje 30–40% novorođenčadi prvo hrani adaptiranim mlijekom, što može da oteža uspješno dojenje u budućnosti.

Novorođenčad se u nekim bolnicama vakciniše BCG vakcinom, ali se pojedina otpuštaju kući bez vakcinacije. Tokom procjene se nije moglo jasno utvrditi kako se dobijaju informacije da su novorođenčad koja su otpuštena kući bez BCG vakcinacije zaista vakcinisana u okviru pedijatrijske PZZ.

Očevima i članovima porodice nije dozvoljeno da pruže podršku trudnicama tokom porođaja niti da posjećuju majku i novorođenče nakon porođaja.

3.2.5. Njega bolesnih beba i napredna njega beba

Prosječna ocjena za komponentu „njega bolesnih beba“ iznosi 1,8 (Tabela 2), a za komponentu „napredna njega beba“ 1,6.

Glavne dobre strane

U svim bolnicama obuhvaćenim procjenom postoji poseban prostor za praćenje i njegu prijevremeno rođene i bolesne novorođenčadi. U najposjećenijim bolnicama postoji i osnovna oprema za njegu bolesne novorođenčadi: funkcionalni inkubatori, fototerapijske lampe, infuzione pumpe, monitori i jednokratni predmeti za njegu.

Takođe je moguće u bilo koje doba dana obaviti sve neophodne laboratorijske testove (broj krvnih zrnaca, gasovi u krvi, glukoza itd.), kao i rendgenski snimak.

U svim bolnicama organizovan je sistem hitnog upućivanja bolesne novorođenčadi i novorođenčadi male tjelesne mase u Institut za bolesti djece u Podgorici (IBD). U zavisnosti od stanja bebe, transport se obavlja u pratnji medicinske sestre, pedijatra neonatologa ili anesteziologa.

Na odjeljenjima neonatologije u pojedinim bolnicama moguć je prijem bolesnog novorođenčeta od kuće u periodu do 28 dana nakon rođenja.

Novorođene bebe iz cijele zemlje kojima je potrebna intenzivna njega premještaju se u jednicu intenzivne neonatalne njega (NICU) u Centru za neonatologiju IBD-a u Podgorici. Služba hitne pomoći radi 24 sata dnevno. NICU u IBD-u je 2022. godine primila 555 novorođenčadi (8,4% svih živorođenih). Broj prijevremeno rođenih beba tjelesne mase manje od 1500 g bio je 49 (8,8%), a beba rođenih u terminu 367 (66,1%).

U NICU IBD-a uočene su stvarne pozitivne promjene u odnosu na procjenu iz 2011. godine. Najvažnija poboljšanja su sljedeća: stres iz okruženja za bebe (svjetlo i buka) sveden je na minimum tokom njihovog boravka na intenzivnoj njezi; posturalna njega (gnijezda) je u širokoj primjeni i rutinska; empirijska djelotvorna AB terapija, koju preporučuje SZO kada se sumnja na kongenitalnu infekciju, daje se u skladu sa starošću i tjelesnom masom bebe; prije početka AB terapije radi se hemokultura; temperatura, brzina disanja, puls i SaO₂ provjeravaju se i evidentiraju; unos tečnosti i kalorija evidentira se na dnevnoj osnovi; parenteralnu infuziju priprema obučeno osoblje; NICU je počela da prikuplja određene statističke podatke o strukturi morbiditeta i glavnim uzrocima smrti novorođenčadi.

Šta treba poboljšati

Majke nijesu uključene u njegu prijevremeno rođenih ili bolesnih beba. Tokom naše posjete NICU IBD-a nijesmo primijetili nijednu majku u blizini svoje bebe. Ovaj pristup se mora promijeniti. Kada su majke odvojene od svojih prijevremeno rođenih ili bolesnih beba, rani početak enteralnog hranjenja, pretežno korišćenjem majčinog mlijeka, nije moguć. Jedan od ozbiljnijih problema uočen prilikom posjete svim bolnicama odnosi se na ekstenzivnu i liberalnu upotrebu adaptiranog mlijeka za ishranu bolesne novorođenčadi, posebno u prvim danima nakon rođenja.

„Kengur“ metoda za njegu beba male tjelesne mase na rođenju još uvijek nije implementirana i ne koristi se ni u jednom posjećenom porodilištu, niti u NICU u IBD-u.

NICU je prepuna novorođenčadi koja se oporavljaju i koja ne zahtijevaju intenzivan tretman, već samo pažljivo praćenje i dodatnu njegu. Preopterećenost odjeljenja pacijentima povećava rizik od bolničkih infekcija (HAI), a osoblje ima manje vremena da se posveti ozbiljno bolesnim bebama.

Ne postoje indikacije za odvajanje beba od njihovih majki ako se beba liječi fototerapijom. Nema indikacija za davanje i/v infuzije ako beba prima fototerapiju, ali se dobro hrani. Nema indikacija za početak AB tretmana ako je beba na i/v infuziji.

U porodilištima ne postoje CPAP sistemi za liječenje beba sa sindromom respiratornog distresa (RDS), osim u NICU. Terapija kiseonikom se previše liberalno koristi u većini neonatalnih odjeljenja. Sve posjećene bolnice, uključujući NICU, imaju neadekvatnu kontrolu terapije kiseonikom za novorođenčad sa RDS-om, što povećava rizik od retinopatije kod prijevremeno rođenih beba.

Uprkos poboljšanoj laboratorijskoj podršci, u mnogim ustanovama se ne primjenjuju jedinstveni standardi za ocjenu laboratorija/testova. U većini porodilišta moguće je uraditi pH test i test na gasove u krvi. Nažalost, rezultati testova se ponekad pogrešno tumače. Nakon dobijanja pozitivnih ili negativnih rezultata laboratorijskih ispitivanja, ne praktikuje se upisivanje njihovih tumačenja u kliničku evidenciju.

Uočen je trend demedikalizacije njege bolesne novorođenčadi, ali ne u svim bolnicama. Do sada su se u pojedinim bolnicama prilikom reanimacije novorođenčeta s asfiksijom koristili lijekovi (*deksametazon, atropin, aminofilin*) koji nijesu djelotvorni, a mogu biti i štetni. Za novorođenčad koja su rođena sa asfiksijom i koja su reanimirana, ne popunjavaju se protokoli/tabele reanimacije. Apgar skor vrlo često ne odgovara mjerama preduzetim tokom reanimacije. Zbog činjenice da se tabele za reanimaciju ne popunjavaju, ne postoji mogućnost obavljanja interne revizije kvaliteta reanimacije.

Rendgenska procjena je ponekad netačna, a dijagnozu postavlja radiolog, a ne kliničar, što dovodi do neoptimalnog liječenja. Tipičan primjer: dijagnoza kongenitalne pneumonije postavlja se samo na osnovu opisa rendgenskog snimka, bez obraćanja pažnje na rezultate drugih laboratorijskih pretraga.

Ne primjenjuju sve bolnice iste kriterijume za hipoksično-ishemičnu encefalopatiju. Problem često nastaje zbog netačne ocjene novorođenčeta po Apgar skoru i nepopunjavanja protokola za reanimaciju.

Kada se sumnja na kongenitalnu infekciju, empirijska AB terapija je u većini porodilišta usklađena s preporukama SZO, ali tok AB tretmana 5–7 dana vrlo često nije podržan testovima ili kliničkom dijagnozom koji dokazuju infekciju. Ograničena je mogućnost bakteriološke laboratorijske dijagnostike da dâ pouzdane rezultate na vrijeme (hemokultura) – a to je veoma važno da bi kliničari mogli da donose pravovremene odluke o načinu primjene antibakterijske terapije kod novorođenčadi.

Obrasci/tabele za praćenje bolesne novorođenčadi ne koriste se djelotvorno ili njihove prednosti još nijesu shvaćene. Ponekad klinička dijagnoza nije u potpunosti potkrijepljena laboratorijskim testovima.

Ulogu i zadatke medicinskih sestara u NICU treba ponovo razmotriti u smislu njihovog uključivanja u zajedničku obuku na nivou jedinice.

Očevima i rođacima nije dozvoljeno da posjećuju bolesnu novorođenčad.

3.2.6. Monitoring i dalje praćenje

Prosječna ocjena za komponentu „monitoring i dalje praćenje“ iznosi 1,9 (potrebna su određena poboljšanja), a ocjene se kreću u rasponu od 1,5 do 2,5 (Tabela 2).

Potrebno je značajno unaprijediti praćenje žena u realnom vremenu tokom i neposredno nakon porođaja, pacijentkinja nakon carskog reza i onih s akušerskim komplikacijama, i to pomoću adekvatno izrađenih obrazaca za praćenje. Isto važi i za praćenje stanja bolesne novorođenčadi.

3.3. Propisi i organizacija službi u bolnicama

3.3.1. Prevencija i kontrola infekcija

Prosječna ocjena za komponentu „prevencija i kontrola infekcija“ iznosi 1,3 (potrebna su značajna poboljšanja), a ocjene se kreću u rasponu od 1,0 do 2,1 (Tabela 2).

Glavne dobre strane

Sve bolnice imaju bolničkog epidemiologa i komisiju za kontrolu infekcija (sastavljenu od sopstvenog medicinskog osoblja).

Epidemiolozi i glavne sestre su u svim ustanovama sproveli obuku za specijaliste o pranju ruku. Ove obuke su organizovane tokom pandemije kovida-19. Uočeno je da se u ustanovama vodi računa o ovoj higijenskoj praksi: posvuda su istaknuti poster i o pranju ruku, a skoro sva porodilišta imaju dobro opremljene prostorije za pranje ruku, za osoblje i za pacijente.

Postoje dovoljne količine medicinskih proizvoda za jednokratnu upotrebu: rukavica, katetera, kanila. U mnogim ustanovama je sterilizacija instrumenata i materijala centralizovana, a koriste se i kese koje ostaju sterilne 6–12 mjeseci (u zavisnosti od vrste). Sve bolnice imaju dobro organizovan sistem pranja i čuvanja bolničkog rublja. Na zidovima su postavljeni algoritmi za odlaganje otpada: medicinskog, nemedicinskog i visokorizičnog.

Gotovo sve bolnice imaju prostoriju za izolaciju namijenjenu ženama sa sumnjom na infekciju / s potvrđenom infekcijom kovida-19.

Šta treba unaprijediti

U zdravstvenim ustanovama u kojima je obavljena procjena ne postoji politika koja se odnosi na organizaciju sistema kontrole infekcija. Iako je Ministarstvo zdravlja 2019. godine donijelo odluku o organizaciji sistema kontrole infekcija na nivou svih zdravstvenih ustanova, nijedna od anketiranih zdravstvenih ustanova nije upoznata s njom. Nakon obuke o pranju ruku, koja je sprovedena tokom pandemije kovida-19 (2020–2021), nije organizovana nijedna obuka o prevenciji i kontroli infekcija (IPC).

Treba takođe napomenuti da ne postoje propisani algoritmi/standardi za organizaciju radnih procesa: postavljanje/vađenje intravaskularnih katetera, urinarnih katetera itd. Svaki specijalista radi ono za šta je obučan.

Ambu baloni, maske i druga oprema u nekim porodilištima nijesu sterilni i drže se u neadekvatnim uslovima; za ovlaživače vazduha koristi se nesterilisana voda. U pojedinim ustanovama se dekontaminacija površina od krvi i drugih bioloških tečnosti ne obavlja redovno niti pravilno.

Dezinfekciju instrumenata obavljaju lično babice, ali ne postoje propisani standardi. U nekim bolnicama proces sterilizacije se obavlja u ormaru za sterilizaciju uz korišćenje suve toplote, ali ni za to ne postoji propisana standardna operativna procedura. Često se sve radnje dezinfekcije i sterilizacije obavljaju u porođajnoj sali, gdje nema jasne podjele na prljave i čiste djelove.

Iako mnoge bolnice imaju organizovane i opremljene kapacitete za pranje ruku, osoblje ne primjenjuje uvijek pravilno tu higijensku praksu. Tokom posmatranja procesa porođaja, uočeno je da ruke ponekad nijesu bile oprane ili adekvatno oprane. Takođe, ne znaju svi medicinski radnici kako ispravno da stave sterilne rukavice.

Trajno su prisutne i prakse čija opravdanost nije zasnovana na dokazima: nošenje mantila, maski, kapa pri ulasku na odjeljenje, korišćenje ultraljubičastih lampi za dezinfekciju prostorije i zabrana posjeta za rodbinu majke.

Iako sve ustanove imaju sobe za izolaciju, ne postoje propisani algoritmi za trijažu pacijentkinja, kao ni spisak pacijentkinja koje treba izolovati od zdravih pacijenata.

Ne postoji sistem za kontrolu i praćenje primjene IPC prakse. U većini ustanova obuhvaćenih procjenom ne evidentira se incidencija niti vrste bolničkih infekcija (HAI). Bez tačnih statističkih podataka o incidenciji HAI, veoma je teško pripremiti i implementirati djelotvorne programe i politike kontrole infekcije.

3.3.2. Smjernice, obuka i revizija (*audit*)

Prosječna ocjena za komponentu „smjernice, obuka i revizija (*audit*)“ iznosi 1,3 (potrebna su značajna poboljšanja), a ocjene se kreću u rasponu od 1,0 do 1,8 (Tabela 2).

Smjernice i protokoli

Nekoliko izrađeno je i objavljeno 2014. godine: za carski rez, normalni porođaj, liječenje prijevremene rupture plodovih ovojaka (PROM), mekonijumom obojenu amnionsku tečnost, postporođajna krvarenja, indikacije i interpretacije CTG-a, dijagnozu i liječenje lošeg napredovanja porođaja u prvoj i u drugoj fazi. (Problem je što su neke preporuke iz ovih protokola zastarjele.) U većini ustanova medicinsko osoblje nije bilo upoznato s tim protokolima ili nije pomenulo/navelo da ih primjenjuje u svakodnevnoj praksi.

Samo su u jednoj ustanovi svi ovi protokoli bili dostupni i/ili izloženi na porođajnom odjeljenju. U istoj ustanovi je izrađen i implementiran niz drugih važnih protokola, koji se odnose na podsticanje porođaja oksitocinom, antepartalnu tromboprolaksu, antibiotike za prevenciju rane neonatalne sepse itd.

Nažalost, nedostaju nacionalni protokoli o vođenju brojnih drugih akušerskih komplikacija i stanja: prijevremenih porođaja, hipertenzivnih poremećaja, zastoja rasta fetusa, distocije ramena, potpomognutog vaginalnog porođaja itd. Kako je već navedeno, u većini ustanova ne postoje lokalni algoritmi/protokoli o hitnoj pomoći tokom opstetričkih ili neonatalnih komplikacija.

Smjernice za brigu o zdravoj i bolesnoj novorođenčadi uglavnom ne postoje, a tamo gdje ih ima, zastarjele su (iz 2001. godine). Samo u jednom porodilištu pronašli smo korake za izradu i implementaciju lokalnih protokola za njegu bolesne novorođenčadi. Takođe, ne postoje pisani protokoli o interventnim procedurama (fototerapija, intubacija, kateterizacija itd.).

Trenutno, na nacionalnom nivou, ne postoji zahtjev da svaka ustanova izradi svoje, lokalne protokole na osnovu postojećih nacionalnih protokola/smjernica. Većina procijenjenih ustanova nema lokalne protokole i algoritme s jasnom podjelom uloga i zadataka osoblja tokom upravljanja akušerskim i neonatalnim komplikacijama.

U procesu evaluacije postojeće prakse i tokom razgovora sa zdravstvenim radnicima, kao i na sastanku na kojem su predstavljeni preliminarni rezultati procjene, postojanje ažuriranih nacionalnih smjernica i protokola zasnovanih na dokazima navedeno je kao jedan od najvažnijih preduslova za uspješno unapređenje kvaliteta akušerske i neonatalne njege u Crnoj Gori.

Kontinuirana edukacija i sticanje znanja

Proces kontinuirane edukacije i sticanja znanja jedna je od komponenti unapređenja kvaliteta koje treba unaprijediti. Ne postoji pristup ažuriranoj literaturi o zdravstvenoj zaštiti koja je zasnovana na dokazima i dostupna na nacionalnom jeziku (novih udžbenika za ginekologe akušere, babice

i neonatologe nema – od literature te vrste namijenjene zdravstvenim radnicima, dostupni su samo zastarjeli udžbenici iz Srbije).

U Crnoj Gori ne postoji djelotvoran i funkcionalan sistem kontinuirane medicinske edukacije ljekara. Ljekari učestvuju na povremenim obukama u inostranstvu, najviše u Srbiji, o svom trošku.

U medicinskoj školi se uglavnom obrazuju medicinske sestre, ali u njoj nema odsjeka za babice. Većina babica školovala se i diplomirala u Srbiji ili u Albaniji. U Crnoj Gori ne postoji sistem postdiplomskog obrazovanja babica. One se, kao i ljekari, obučavaju o svom trošku, takođe uglavnom u Srbiji. U zdravstvenim ustanovama se više pažnje poklanja edukaciji ljekara nego babica i medicinskih sestara. Babice, dakle, nakon diplomiranja nemaju priliku da nadograđuju svoja znanja i vještine. Treba istaći da u zemlji ne postoji nijedno strukovno udruženje babica, kao ni komora medicinskih sestara.

Na nivou bolnice, babice neformalno koriste mentorski pristup za obuku novozaposlenih koleginica, pri čemu motivacioni mehanizmi za mentorstvo nijesu uspostavljeni.

Babice su otvorene za komunikaciju i spremne da uče i unapređuju svoja znanja i vještine, što bi doprinijelo promjeni prakse i poboljšanju kvaliteta usluga.

U ustanovama se ne organizuju obuke o najvažnijim temama iz akušerstva i neonatologije, niti vježbe o upravljanju hitnim slučajevima u akušerstvu i neonatologiji (reanimacija). Neke od prioritarnih obuka mogle bi biti: „Učinkovita perinatalna njega“ (EPC), „Reanimacija novorođenčeta“ i program obuke STABLE.

Revizija i analiza slučajeva

U većini ustanova obuhvaćenih procjenom praktikuju se periodični pregledi slučajeva smrti ili komplikacija kod novorođenčeta, kao i akušerskih komplikacija. Međutim, ni u jednoj zdravstvenoj ustanovi nema lokalno odgovornih osoba, interne komisije ili timova za organizaciju revizija i analize slučajeva, koji bi vodili procese revizije, predlagali i/ili sprovodili mjere za unapređenje kvaliteta njega. Nijedna ustanova nije bila u mogućnosti da predstavi jasno definisane planove aktivnosti za prevenciju slučajeva perinatalne smrti ili teških komplikacija, donijete na osnovu redovno prikupljenih statističkih podataka odnosno analize slučajeva perinatalnog mortaliteta ili teških komplikacija kod majke.

3.3.3. Pristup bolničkoj njezi i kontinuitet bolničke njega

Prosječna ocjena za komponentu „pristup bolničkoj njezi i kontinuitet bolničke njega“ iznosi 2,2 (potrebna su poboljšanja), a ocjene se kreću u rasponu od 1,8 do 2,6 (Tabela 2).

Pristup njezi u ustanovama obuhvaćenim procjenom nije ograničen na osnovu rase, etničke, kulturne ili vjerske pripadnosti i pruža se besplatno. Postoji dobar sistem za transfer trudnica s teškim komplikacijama u trudnoći ili s teškim zdravstvenim stanjem u Klinički centar Crne Gore, ali ne postoje protokoli o kriterijumima za upućivanje slučajeva ili o radnjama koje se obavljaju prije transfera i dokumentovanju cijelog procesa.

Transport ne predstavlja barijeru za pristup njezi – sve ustanove imaju vozila i obezbjeđuju prevoz za upućene pacijente.

Transfer prijevremeno rođene i/ili veoma bolesne novorođenčadi organizuje se bez odlaganja. Nije bilo moguće procijeniti kvalitet i bezbjednost transporta jer nije bilo potpunjenih obrazaca o praćenju stanja bebe tokom transporta. Još jedan važan nedostatak predstavlja to što su

prijevremeno rođena ili bolesna novorođenčad, primljena u NICU ili na druga odjeljenja Instituta za bolesti djece, odvojena od svojih majki.

Da bi se osigurao kontinuitet i kvalitet pružanja usluga, treba ojačati saradnju između neonatologa na različitim nivoima njege.

Potrebno je osnažiti i značajno proširiti koordinacionu ulogu Kliničkog centra Crne Gore. Kao jedina ustanova na tercijarnom nivou, KCCG treba da: bude lider u izradi i distribuciji smjernica i protokola; organizuje obuku za medicinsko osoblje iz drugih ustanova o načinu upravljanja akušerskim i neonatalnim komplikacijama, uključujući i periodičnu obuku iz neonatalne reanimacije; organizuje redovne sastanke s predstavnicima zdravstvenih ustanova prvog i drugog nivoa na kojima bi se razgovaralo o efikasnosti upućivanja slučajeva, analizirali slučajevi perinatalnog mortaliteta i teških akušerskih komplikacija.

3.3.4. Prava majki i novorođenčadi

Prosječna ocjena za komponentu „prava majki i novorođenčadi“ iznosi 1,5 (potrebna su značajna poboljšanja), a ocjene se kreću u rasponu od 1,3 do 2,0 (Tabela 2).

Prednosti su dobra fizička pristupačnost i ekonomična i nediskriminatorna dostupnost usluga. Takođe, komunikaciju osoblja sa ženama karakteriše brižan i empatičan odnos.

Kvalitet njege je često ispod standarda u pogledu *informisanja, komunikacije, savjetovanja, poštovanja dostojanstva, povjerljivosti i privatnosti pacijentkinja*. Isto se odnosi i na *izbjegavanje nepotrebnih ili bolnih procedura* [17, 18]. Posebno ističemo:

Nepoštovanje privatnosti i povjerljivosti: otvorena vrata u porođajnim salama; krevet za porođaj okrenut prema ulaznim vratima; dva kreveta u porođajnoj sali i 2–3 kreveta u sobi za prvu fazu porođaja, u nekim ustanovama i nedostatak zavjesa; staklena vrata na porođajnoj sali i postporođajnim sobama u pojedinim, novoizgrađenim zdravstvenim ustanovama; medicinsko osoblje ne traži uvijek dozvolu od žene za prisustvo u porođajnoj sali tokom porođaja; ponekad se osoblje ne predstavi pacijentkinji; žene čije su bebe bolesne ili su umrle smještaju se u istu postporođajnu sobu s majkama zdrave novorođenčadi.

Ograničenja u pristupu i uključivanju majki i članova porodice u njegu: ni u jednoj bolnici rodbini nije dozvoljeno da posjećuje ženu i novorođenče tokom postporođajnog perioda; prisustvo partnera tokom porođaja ne dozvoljava se i ne promovise u većini ustanova; bolesna novorođenčad su odvojena od majki u većini porodilišta i na NICU; postoje problemi s omogućavanjem kontakta koža-na-kožu i s ranim dojenjem nakon carskog reza.

Često se koriste nepotrebni ili bolni zahvati: klistir, brijanje, dezinfekcija genitalija nakon porođaja – primjeri nepotrebnih postupaka; liberalna upotreba epiziotomije u nekim ustanovama; nedostatak opcija za ublažavanje bolova tokom porođaja u većini ustanova.

Povelja ili politika koja precizira prava majke i novorođenčeta nije dostupna/usvojena.

Informisana saglasnost žene ne traži se za sve procedure.

3.4. Procjena kvaliteta njege u domovima zdravlja (DZ) Ulcinj, Plav, Rožaje i Mojkovac

Od 2016. godine, odlukom Ministarstva zdravlja Crne Gore, ove ustanove mogu pružati usluge porodilišta samo za neodložne i hitne porođaje. Sve ustanove imaju prilično dobru infrastrukturu:

porođajne sale s neophodnom opremom za normalnu prvu fazu i porođaj, uključujući instrumente za šivenje perineuma i intrauterine manipulacije; grijače,ambu balone i maske za novorođenčad; vakuum ekstraktore (s izuzetkom jednog objekta), pa čak i USG i CTG. U vrijeme naše posjete, u tri ustanove babice su pružale usluge 24 sata dnevno, a ginekolozi akušeri i pedijatri samo su dežurali. Tokom 2023. godine, dva porodilišta imala su samo po jedan porođaj, dok ih u druga dva nije uopšte bilo. Stoga je direktor jednog DZ odlučio da zatvori porodilište i ukine zadatke medicinskog osoblja na tim poslovima.

Budući da u vrijeme procjene, a čak ni u skorije vrijeme, u ovim ustanovama nije bilo porođaja, bilo je teško ocijeniti kvalitet medicinske njege (vođenje normalnog porođaja, njega zdravog novorođenčeta i spremnost za upravljanje akušerskim i neonatalnim komplikacijama). Na osnovu razgovora s osobljem, analize medicinskih kartona i registara, te provjere dostupnosti opreme, lijekova i protokola/algoritama za upravljanje komplikacijama, zaključeno je da mnoge lokalne prakse nijesu u skladu s međunarodnim standardima i da ustanove PZZ nijesu spremne da pruže kvalitetnu njegu u slučajevima komplikacija.

Opšte uzev, u ovim ustanovama nije bezbjedno radati: nema mogućnosti za obavljanje hitnog carskog reza radi spašavanja života fetusa u slučajevima teškog intrapartalnog distresa, odnosno života majke u slučajevima antepartalnog ili intrapartalnog krvarenja; nema opreme niti potrebnih vještina za obavljanje potpomognutog vaginalnog porođaja; nema znanja o tome koje manevre treba koristiti u slučaju distocije ramena; slaba je pripremljenost i znanje osoblja o neonatalnoj reanimaciji. Takođe, ne postoje kompleti lijekova i opreme s pisanim protokolima i algoritmima za EmOC, a osoblje nema iskustva niti sigurnosti u postavljanju dijagnoze i liječenju teške preeklampsije / eklampsije, sepse i krvarenja prije ili poslije porođaja; nijesu dostupne zalihe krvi i proizvodi od krvi, a u pojedinim ustanovama nedostaju lijekovi, čak i neki neophodni (npr. magnezijum-sulfat, *nifedipin* kratkog dejstva i intravenski antihipertenzivi).

Medicinsko osoblje ovih ustanova nije prošlo nikakvu obuku iz oblasti EmOC-a ili neonatalne reanimacije u posljednjih 10–15 godina. Na taj način, bez prakse, gube znanje i vještine, zbog čega se povećava rizik da donesu neku neadekvatnu odluku, čak i tokom normalnog porođaja.

Zbog svega navedenog, bezbjednije je i ekonomičnije da se u slučaju neodložnog porođaja ili akušerskih komplikacija žene ambulantnim vozilima hitne medicinske pomoći upućuju u ustanove koje obavljaju carski rez i laparotomije. To zahtijeva unapređenje službi za hitna upućivanja u zemlji. Ambulantna vozila treba da imaju opremu za porođaje, da budu opskrbljena lijekovima i protokolima za liječenje akušerskih komplikacija, kao iambu balonima i maskama za reanimaciju novorođenčadi. Takođe, medicinsko osoblje iz službe hitne pomoći treba da prođe obuku o EmOC-u i reanimaciji novorođenčadi.

4. Zaključci i preporuke

Procjenom kvaliteta bolničke njege majki i novorođenčadi utvrđeno je da je ostvaren dobar napredak u implementaciji niza djelotvornih perinatalnih tehnika, što se prije svega odnosi na: promovisanje kontakta koža-na-kožu, ranog dojenja i boravka majke i bebe u istoj prostoriji, kao komponenti ponovo aktivno pokrenute Inicijative „Porodilišta po mjeri beba“; tendenciju smanjenja nedjelotvornih intrapartalnih praksi, kao što su klistir, brijanje pubične zone, rutinska dezinfekcija vagine i liberalna upotreba epiziotomija u nekim bolnicama; podršku ženama da jedu i piju, kao i da se kreću tokom prve faze porođaja, te preduzete prve korake ka podsticanju nehorizontalnih položaja i prisustva partnera/pratioca tokom porođaja. Među dobre strane treba navesti: dobar kvalitet bolničkih sistema podrške, dostupnost osnovne akušerske i neonatalne opreme, lijekova i materijala, visokokvalifikovano medicinsko osoblje, korišćenje odgovarajućih dijagnostičkih kriterijuma i principa prilikom upravljanja raznim komplikacijama i patološkim stanjima kod porodilja i novorođenčadi.

S druge strane, mnoge djelotvorne perinatalne tehnike nijesu u potpunosti primijenjene ili se samo formalno koriste, kako je opisano u Izveštaju. U glavne oblasti koje zahtijevaju poboljšanje spadaju: upravljanje normalnim porođajem (individualne porođajne sale, prisustvo partnera, položaji tokom porođaja), praćenje napredovanja porođaja i stanja majke i fetusa pomoću partograma SZO, adekvatan kontakt koža-na-kožu i topli lanac, dijagnostikovanje lošeg napredovanja porođaja i upravljanje njime, adekvatnost indikacija za carski rez i politike za smanjenje incidencije abdominalnog porođaja, nedovoljna primjena potpomognutih vaginalnih porođaja, spremnost za hitne akušerske i neonatalne slučajeve, uključujući reanimaciju novorođenčadi, pretjerano korišćenje adaptiranog mlijeka, isključivanje majki iz njege bolesne novorođenčadi.

Postoje i druge važne komponente kvaliteta koje treba unaprijediti: prikupljanje i analiza statističkih podataka, mehanizmi unapređenja kvaliteta, praksa prevencije infekcija zasnovana na dokazima, poštovanje ženskih prava, savjetovanje žena i njihovo uključivanje u donošenje odluka, dostupnost nacionalnih smjernica i protokola, sistem kontinuirane medicinske edukacije osoblja.

Tokom razgovora sa stručnjacima, zainteresovanim stranama i međunarodnim konsultantima na različitim nivoima, saglasili smo se da među važne uzroke ovakvog stanja spadaju: nepostojanje prioritarnih nacionalnih akušerskih i neonatalnih uputstava i protokola, nedostatak koordinacije u sistemu njege majki i beba i neefikasan sistem kontinuirane edukacije i sticanja znanja – osoblje iz ustanova obuhvaćenih procjenom nije imalo nikakvu obuku o djelotvornim perinatalnim tehnikama niti o metodologijama za unapređenje kvaliteta.

Porodilišta procijenjenih ustanova PZZ ne mogu pružiti bezbjednost tokom porođaja, kao ni efikasno upravljanje akušerskim komplikacijama i neonatalnim patološkim stanjima. Glavni razlozi su nemogućnost obavljanja hitnog carskog reza i teškoće u održavanju kliničkih vještina zbog vrlo malog broja slučajeva, ali i nepostojanja bilo kakve obuke o EmOC-u i neonatalnoj reanimaciji. Ovaj problem bi se mogao riješiti tako što bi se u slučaju neodložnog porođaja i akušerskih komplikacija žene upućivale u bolnička porodilišta višeg nivoa pomoću službe hitne pomoći.

5. Preporuke

Nacionalni nivo

Preporuka 1: Izraditi i implementirati nacionalnu politiku/strategiju/program.

- Izraditi nacionalni program perinatologije, uključujući djelotvornu perinatalnu regionalizaciju.
- Izraditi i implementirati nacionalnu politiku i standarde za testiranje na HIV, savjetovanje trudnica i prevenciju transmisije s majke na dijete.
- Izraditi i odobriti politiku i strategiju prevencije i kontrole infekcije za ustanove perinatalne njege.

Preporuka 2: Institucionalizovati prikupljanje i analizu statističkih podataka o zdravlju majki, novorođenčadi i djece (MNCH).

- Razraditi i implementirati jedinstveni set statističkih indikatora za sistem zaštite MNCH u cilju prikupljanja odgovarajućih podataka za aktivnosti unapređenja kvaliteta.
- Prikupiti i analizirati odgovarajuće statističke podatke o svim indikacijama, uključujući i carski rez.
- Osigurati redovan pregled prikupljenih indikatora i široke konsultacije s rukovodiocima i pružiocima usluga u zdravstvu.

Preporuka 3: Uspostaviti nacionalne kliničke protokole u akušerstvu i neonatologiji zasnovane na dokazima i pratiti njihovu primjenu.

- Revidirati nekoliko postojećih i podržati izradu i implementaciju ključnog seta nacionalnih kliničkih smjernica/protokola u akušerstvu i neonatologiji zasnovanih na dokazima. Prioriteti su protokoli i smjernice za vođenje normalne prve faze i porođaja, njegu zdravog novorođenčeta, upravljanje najčešćim i značajnim akušerskim komplikacijama (hipertenzivni poremećaji, krvarenja, prijevremeni porođaji, dijagnoza i upravljanje slabim napretkom tokom porođaja, potpomognuti vaginalni porođaj i distocija ramena) i neonatalnim komplikacijama i bolestima (asfiksija, sepsa, žutica, njega beba male tjelesne mase na rođenju).
- Izraditi mehanizam za kontrolu usklađenosti s nacionalnim kliničkim smjernicama/protokolima i kontrolu rezultata rada, te motivisati pružaoce zdravstvenih usluga da promijene praksu.

Preporuka 4: Obezbijediti standardizaciju medicinske dokumentacije.

- Revidirati, pojednostaviti i ujednačiti postojeće obrasce iz medicinske evidencije: uspostaviti veze između akušerskih i neonatalnih obrazaca.
- Pripremiti i koristiti iste štampane obrasce za praćenje: partograme, kontrolne liste nakon porođaja i carskog reza, kontrolne liste za reanimaciju i bolesnu novorođenčad itd.; osigurati kvalitetno popunjavanje medicinske dokumentacije.

Preporuka 5: Unaprijediti regulatornu osnovu.

- Ponovo razmotriti, osnažiti i zakonski urediti ulogu babica. Kompetencije, odgovornosti i vještine babica moraju biti zaštićene i unaprijeđene da bi se promovisala njihova autonomija kao primarnih i najprikladnijih pružalaca njege za normalnu prvu fazu i porođaj.

Preporuka 6: Promovisati izgradnju kapaciteta i kontinuirani profesionalni razvoj zdravstvenih radnika.

- Organizovati obuke za osoblje o sljedećim prioritetnim kliničkim temama:
 - o Upravljanje normalnom prvom fazom i porođajem; korišćenje novog partograma SZO iz 2020. godine [10]

- Revidirani kriterijumi za normalan i abnormalan napredak tokom porođaja [6]
- Intrapartalno praćenje fetusa, uključujući tumačenje CTG-a
- Potpomognuti vaginalni porođaj: ekstrakcija vakuumom
- Revidirana klasifikacija i upravljanje hipertenzivnim poremećajima tokom trudnoće, sa fokusom na hitnu njegu u slučaju teške preeklampsije/eklampsije [13, 14]
- Njega zdravog novorođenčeta
- Reanimacija novorođenčeta
- Upravljanje neonatalnim patološkim stanjima (asfiksija, sepsa, žutica)
- Mjere prevencije i kontrole infekcija u porodilištima
- Implementacija i korišćenje Robsonove klasifikacije indikacija za carski rez

Nedavno ažurirani paket obuke SZO „Učinkovita perinatalna njega (EPC)“ mogao bi se koristiti za obuku multidisciplinarnih timova iz porodilišta u Crnoj Gori.

- Postdiplomsko obrazovanje ključnih profesionalaca u drugim zemljama treba podržati samo ako se radi o centrima u kojima se sprovede prakse zasnovane na dokazima.

Preporuka 6: Osnajiti i razviti kapacitete referentnih ustanova u cilju unapređenja kvaliteta usluga MNCH.

- Konsolidovati Nacionalnu perinatalnu grupu Crne Gore i podržati je da na odgovarajući način utvrdi i riješi prioritete u oblasti perinatalne njege:
 - izraditi nacionalni program perinatologije, uključujući efektivnu regionalizaciju;
 - identifikovati prioritetne nacionalne protokole i smjernice koje treba izraditi;
 - razraditi i implementirati jedinstvenu medicinsku evidenciju i register, te definisati set statističkih indikatora;
 - formirati nacionalni tim trenera za obuku o neonatalnoj reanimaciji, u skladu s posljednjim preporukama.
- Ojačati koordinatorsku ulogu Kliničkog centra Crne Gore kao ustanove tercijarnog nivoa:
 - u izradi i distribuciji smjernica i protokola;
 - u obuci osoblja iz ustanova koje pružaju usluge njege majke i djeteta kako da upravljaju akušerskim i neonatalnim komplikacijama, uključujući periodičnu obuku iz neonatalne reanimacije;
 - u uspostavljanju sistema podržavajuće (suportativne) supervizije;
 - u organizaciji redovnih sastanaka s predstavnicima zdravstvenih ustanova prvog i drugog nivoa s ciljem da se razmotri efikasnost upućivanja slučajeva;
 - u analizi slučajeva perinatalnog mortaliteta ili teških opstetričkih komplikacija;
 - u izradi i implementaciji obrasca za praćenje transporta bolesne novorođenčadi i drugih obrazaca za medicinsku dokumentaciju;
 - u analizi kvaliteta sistema upućivanja trudnica i novorođenčadi.
- Promovisati osnivanje i podržati registraciju nacionalnog udruženja babica.

Preporuka 7: Institucionalizovati kontinuirano unapređenje kvaliteta u zdravstvenim ustanovama.

- Formirati timove za kvalitet u ustanovama i organizovati obuku o principima i metodologiji upravljanja kontinuiranim unapređenjem kvaliteta.
- Organizovati procjenu kvaliteta vanbolničke prenatalne i postnatalne njege majki i novorođenčadi koristeći „Instrument SZO za procjenu vanbolničke prenatalne i postnatalne njege žena i novorođenčadi“.

Preporuka 8: Unaprijediti perinatalne usluge upućivanja preko službe hitne pomoći.

- Obezbjediti da vozila hitne pomoći budu opremljena kompletima za porođaje, lijekovima i algoritmima za upravljanje akušerskim komplikacijama, kao i ambu balonima i maskama za reanimaciju novorođenčadi.
- Medicinsko osoblje službe hitne pomoći treba da prođe obuku o EmOC-u i reanimaciji novorođenčadi.

Preporuka 9: Organizovati redovne informativne, edukativne i komunikacione kampanje.

- Organizovati nacionalne informativne kampanje za: promociju dojenja; promociju porodično orijentisanog porodilišta; podizanje svijesti o rizicima intervencija u normalnom procesu trudnoće i porođaja (carski rez, podstaknuti porođaj, rutinske nepotrebne procedure).
- Obezbjediti uključivanje organizacija civilnog društva i nevladinih organizacija u generisanje potražnje za određenim praksama (orijentisanost na porodicu, prirodan porođaj, dojenje itd.).

Institucionalni nivo

Preporuka 10: Implementirati djelotvorne tehnike zasnovane na dokazima tokom normalnog porođaja i u njezi zdrave novorođenčadi.

- Organizovati dovoljan broj individualnih porođajnih sala (jedna za 350–400 porođaja godišnje), opremiti ih svim potrebnim instrumentima i opremom za primjenu djelotvornih perinatalnih tehnika (prisustvo partnera, alternativni porođajni položaji i kretanje) i osigurati bezbjednost porođajnog procesa (oprema i pribor za reanimaciju novorođenčadi, potpomognuti vaginalni porođaj, topli lanac, kompleti i algoritmi za EmOC itd.).
- Podsticati i aktivno uključivati pratioce/partnere, vertikalne položaje porodilje i kretanje tokom prve i druge faze porođaja.
- Pratiti stanje majke i fetusa, kao i napredak porođaja, koristeći partogram SZO iz 2020.
- Izbjegavati nedjelotvorne ili čak opasne intrapartalne tehnologije koje nijesu zasnovane na dokazima: klistir, brijanje, liberalno korišćenje epiziotomije, Kristeleroov manevar, l/v glukoza, *buskopan*, spazmolitički lijekovi, *diazepam*.
- Djelotvorno primjenjivati mjere za sprečavanje postporođajnog krvarenja (aktivno vođenje treće faze, praćenje majke u prvim satima nakon porođaja).
- Unaprijediti kvalitet njege zdravog novorođenčeta u prva dva sata nakon rođenja (kontakt koža-na-kožu i rani početak dojenja, ostale komponente toplog lanca, uključujući mjerenje temperature na 30 min i dva sata, odlaganje pregleda i antropometrije). Dozvoliti korišćenje kućne odjeće za novorođenčad.
- Povećati ulogu babice u praćenju i njezi kod normalnog porođaja.

Preporuka 11: Implementirati politike koje doprinose smanjenju vjerovatnoće za obavljanje carskog reza.

- Pregledati i analizirati indikacije za CS (implementirati i koristiti Robsonovu klasifikaciju).
- Preporučiti vaginalni porođaj nakon CS ako nema kontraindikacija i uz informisanu saglasnost žene.
- Primijeniti djelotvorne intrapartalne tehnike koje sprečavaju primarni CS: kontinuirana podrška, ponuda tečnosti i lagane hrane tokom prve faze bez komplikacija, podsticanje hodanja i zauzimanja položaja po izboru majke, praćenje napredovanja porođaja pomoću partograma SZO iz 2020.
- Pravilno primijeniti kriterijume za normalan napredak porođaja i analizirati primjerenost dijagnoze slabog napretka i otežanog porođaja.

- Organizovati obuku za medicinsko osoblje o pravilnom tumačenju intrapartalnog CTG-a. Izbjegavati rutinski CTG na prijemu, kao i kontinuirani CTG: koristiti ga samo kada postoje indikacije.
- Preporučuje se indukcija porođaja ukoliko je gestacijska starost veća od 41 sedmice.
- Ponuditi regionalnu anesteziju kao prvi izbor ženama koje idu na carski rez.
- Ne odvajati novorođenčad od majki i primjenjivati rani kontakt koža-na-kožu i dojenje poslije carskog reza.

Preporuka 12: Izgraditi stručne kapacitete medicinskih radnika.

Obučiti ginekologe akušere da obavljaju potpomognuti vaginalni porođaj kada postoje indikacije.

Preporuka 13: Poboljšati pripremljenost za EmOC i neonatalnu reanimaciju.

Poboljšati spremnost za EmOC i neonatalnu reanimaciju kroz obezbjeđivanje kompleta za hitne slučajeve sa svim potrebnim lijekovima i materijalima, pisanim uputstvima/protokolima/algoritmima, raspodjelom zadataka i vježbom/obukom osoblja.

Preporuka 14: Unaprijediti kvalitet medicinske dokumentacije.

Poboljšati evidentiranje podataka i vođenje kliničke dokumentacije i obrazaca za praćenje u cilju bolje interpretacije laboratorijskih ispitivanja, potvrđivanja kliničkih dijagnoza i liječenja.

Preporuka 15: Reorganizovati postporođajnu jedinicu.

- Obezbijediti individualne porođajne sale (jedna za 350–400 porođaja godišnje) u porodilištu.
- Reorganizovati prostore u postporođajnoj jedinici.
- Promovisati porođaj uz prisustvo i podršku partnera i omogućiti posjete očevima/rođacima na postporođajnom odjeljenju i neonatologiji.

Preporuka 16: Osigurati dostupnost lijekova i potrošnih materijala.

- Snabdjeti akušerska odjeljenja svim potrebnim lijekovima i potrošnim materijalom, posebno intravenoznim antihipertenzivima i kratkodjelujućim *nifedipinom*.
- Porodilišta treba snabdjeti brzim testovima i antiretrovirusnim lijekovima za PMTCT.

Literatura

1. WHO Regional Office for Europe. (2022). Core health indicators in the WHO European Region. Special Focus: European Programme of Work Measurement Framework. Copenhagen: <www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db>.
2. WHO (2014). Hospital care for mothers and new-born babies quality assessment and improvement tool: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/publications/2014/hospital-care-for-mothers-and-newborn-babies-quality-assessment-and-improvement-tool>.
3. WHO, Regional Office for Europe. Effective Perinatal training package: <http://www.euro.who.int/pregnancy/esscare/20080122>
4. Molina, G. et al. (2015). Relationship between Cesarean Delivery Rate and Maternal and Neonatal Mortality. JAMA. 2015; 314(21): 2263–2270. doi:10.1001/jama.2015.15553.
5. Vogel, J.P. et al. (2021). Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. Lancet Glob Health 2015; 3: e260–70 <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2815%2970094-X>.
6. WHO (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>.
7. Wright, A., Nassar, A.H., Visser, G., Ramasauskaite, D., Theron, G. (2021). FIGO Safe Motherhood and Newborn Health Committee. FIGO good clinical practice paper: management of the second stage of labor. Int J Gynaecol Obstet. 152(2): 172–181: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ijgo.13552>.
8. Seijmonsbergen-Schermer, A.E., Van den Akker, T., Rydahl, E., Beeckman, K., Bogaerts, A., Binfa, L., et al. (2020). Variations in use of childbirth interventions in 13 high-income countries: A multinational cross-sectional study. PLoS Med 17 (5): e1003103: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003103>.
9. WHO (2016). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: WHO; 2016: <https://www.who.int/ru/publications/i/item/9789241549912>.
10. WHO (2020). WHO labour care guide: user's manual. Geneva: World Health Organization; 2020. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337693/9789240017566-eng.pdf>.

11. ISUOG (2020). ISUOG Practice Guidelines: diagnosis and management of small-for-gestational-age fetus and fetal growth restriction. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2020; 56: 298–312: <https://www.isuog.org/static/b2aa3fb4-031e-4d84-b7246d613a466884/ISUOG-Practice-Guidelines-diagnosis-and-management-of-small-for-gestational-age-fetus-and-fetal-growth-restriction.pdf>.
12. FIGO (2021). The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on fetal growth: Best practice advice for screening, diagnosis, and management of fetal growth restriction. *Int J Gynecol Obstet.* 2021;152 (Suppl. 1): 3–57: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8252743/pdf/IJGO-152-3.pdf>.
13. Brown, M.A., Magee, L.A., Kenny, L.C., et al. (2018). The hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP classification, diagnosis & management recommendations for international practice. *Pregnancy Hypertens.* 2018; 13: 291–310. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2210778918301260?via%3Dihub>
14. FIGO (2019). The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on pre-eclampsia: A pragmatic guide for first-trimester screening and prevention. *Int J Gynaecol Obstet.* 2019 May; 145 Suppl 1 (Suppl 1): 1–33. doi: 10.1002/ijgo.12802: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31111484/>.
15. MONSTAT i UNICEF (2019). Istraživanje višestrukih pokazatelja – MICS 2018: Crna Gora i romska naselja u Crnoj Gori: <https://www.unicef.org/montenegro/media/15976/file/mne-media-publication1002.pdf>.
16. WHO, Regional Office for Europe (2013). WHO assessment tool for outpatient antenatal and postpartum care of women and newborn babies: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/191697/ANC_tool_English19062013_revised.pdf.
17. Parliamentary Assembly of Council of Europe (2019). Obstetrical and gynecological violence. Resolution 2306. Text adopted by the Assembly on 3 October 2019 (34th Sitting): <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=28236>.
18. WHO (2015). The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, 2015: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf.
19. WHO (2016). Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mca-documents/qoc/quality-of-care/standards-for-improving-quality-of-maternal-and-newborn-care-in-health->

[facilities.pdf?sfvrsn=3b364d8_4.](#)

20. WHO (2020). Standards for improving quality of care for small and sick newborns in health facilities: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1299348/retrieve>.

21. The World Bank. Data. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT?locations=EU>

22. UNICEF Data Warehouse.

https://data.unicef.org/resources/data_explorer/unicef_f/?ag=UNICEF&df=GLOBAL_DATAF&LOW&ver=1.0&dq=MNE.CME_MRY0.&startPeriod=1970&endPeriod=2023.

Prilozi

Prilog 1. Dnevni red nacionalne radionice za procjenjivače



Ministarstvo
zdravlja



“Procjena kvaliteta bolničke njege porodilja i novorođenčadi u Crnoj Gori”

Program radionice

UN Eko zgrada, „Plava sala“, Podgorica, utorak 18.04.2023. godine

09:00 - 09:30	Otvaranje. Ciljevi i očekivani ishodi misije. Predstavljanje učesnika	Dr Slađana Ćorić, MZ Ida Ferdinandi, UNICEF
09:30 - 10:00	Organizacija perinatalne zaštite u Crnoj Gori: dostignuća, izazovi. Mjere zasnovane na prethodnim rezultatima i preporukama ocjenjivanja	Dr Saveta Stanisic Dr Gordana Globarevic
10:00 - 10:30	Uvod u proces procjene kvaliteta njege porodilja i novorođenčadi i pregled alatke za procjenu	Dr Audrius Maciulevicius
10:30 - 10:45	Pitanja i odgovori	Chinara Kazakbaeva
10:45 - 11:00 <i>Pauza za kafu u kafeteriji UN-a</i>		
11:00 - 11:40	Svrha, struktura i sadržaj alata za procjenu kvaliteta. Ažuriranja alata 2014/2021	Prof dr Stelian Hodorogea
11:40 - 12:10	Korištenje alata za procjenu kvaliteta: metodologija, iskustvo, uloga nacionalnih ko-procjenjivača	Dr Audrius Maciulevicius
12:10 - 12:40	Kako voditi intervju (osoblje, majke)	Chinara Kazakbaeva
12:40 – 13:00	Pitanja i odgovori. Alatka je distribuirana među grupama stručnjaka	Dr Audrius Maciulevicius Prof dr Stelian Hodorogea Chinara Kazakbaeva
13:00 - 14:00 <i>Ručak (ketering će biti obezbijeđen u kafeteriji UN-a)</i>		
14:00 - 15:30	Rad/vježbanje s alatkom	Dr Audrius Maciulevicius Prof dr Stelian Hodorogea Chinara Kazakbaeva
15:30 - 15:45 <i>Pauza za kafu u kafeteriji UN-a</i>		
15:45 - 16:30	Organizacija posjete za procjenu (raspored, vođa lokalnog tima, osoba za logistiku, itd.)	Dr Audrius Maciulevicius Prof dr Stelian Hodorogea Chinara Kazakbaeva
16:30 – 17:00	Rezime dana i dogovor za prolazak kroz poglavlja alatke za procjenu kod kuće	Dr Audrius Maciulevicius Prof dr Stelian Hodorogea Chinara Kazakbaeva

Prilog 2. Raspored procjene

Raspored (kalendar) procjene

Sedmica	Ponedjeljak	Utorak	Srijeda	Četvrtak	Petak
1		18 – Radionica za nacionalne procjenjivače	19 – Nikšić, dan 1	20 – Nikšić, dan 2	21 – Pljevlja
2	24 – Cetinje, dan 1	25 – Cetinje, dan 2 i Kotor, dan 1	26 – Kotor dan 2	27 – Bar, dan 1	28 – Bar, dan 2 i DZ Ulcinj
3	Prvi maj	Drugi maj	3 – Podgorica, dan 1	4 – Podgorica, dan 2 i NICU	5 – Berane, dan 1
4	8 – Berane, dan 2 i DZ Rožaje	9 – DZ Plav	10 – Bijelo Polje, dan 1	11 – Bijelo Polje, dan 2 i DZ Mojkovac	12 – Sumiranje i diskusija preliminarne nalaza i aktivnosti akcionog plana
5	15 – Priprema prezentacija o nalazima procjene, te preporuka i akcionog plana.	16 – Prezentacija, validacija i izrada akcionog plana			

Prilog 3. Dnevni red sastanka o rezultatima procjene



Ministarstvo
zdravlja



Preliminarni dnevni red

**Radni sastanak o rezultatima Procjene kvaliteta bolničke njege porodilja i novorođenčadi u
Crnoj Gori**

Datum: Utorak 16. maj 2023.

Mjesto: UN Eko zgrada u Podgorici (Ul. Stanka Dragojevića bb)

Vrijeme		Odgovoran/govornik
09:00 - 09:10	Pozdravni govori	Vladimir Obradović, državni sekretar, Ministarstvo zdravlja, Nela Krić, v.d. šefa predstavništva UNICEF-a u Crnoj Gori, Dr Audrius Maciulevicius, Međunarodna fondacija Curatio
09:10 – 09:30	Pregled ciljeva i metodologije procjene	Chinara Kazakbaeva, Međunarodna fondacija Curatio
09:30 – 10:30	Prezentacija glavnih rezultata Procjene kvaliteta bolničke njege majki i novorođenčadi (tim za babice, tim akušera/ginekologa, tim za novorođenčad, anketari)	Nacionalni procjenjivački tim
10:30 – 10:45	Diskusija	
10:45 – 11:15	Pauza za kafu	
11:15 – 11:50	Glavni zaključci Procjene	Dr Audrius Maciulevicius
11:50 – 12:20	Preporuke o prioritnim aktivnostima za unapređenje kvaliteta njege majki i novorođenčadi u Crnoj Gori	Prof. dr Stelian Hodorogea, Međunarodna fondacija Curatio
12:20 – 12:40	Uloga babice u zdravstvenoj zaštiti majki i novorođenčadi	Chinara Kazakbaeva
12:40 – 13:00	Diskusija	Dr Audrius Maciulevicius Prof. dr Stelian Hodorogea Chinara Kazakbaeva
13:00 – 14:00	Ručak	
14:00 – 14:45	Grupni rad: akcioni planovi za poboljšanje kvaliteta njege na osnovu rezultata procjene	Nacionalni procjenjivački tim
14:45 – 15:25	Prezentacija akcionih planova. Pitanja i odgovori	Nacionalni procjenjivački tim
15:25 – 15:45	Ključne oblasti rada MZ za unapređenje kvaliteta njege majki i novorođenčadi u Crnoj Gori	mr Milica Marković, Ministarstvo zdravlja
15:45 – 16:00	Od pristupa i obuhvata ka pravičnom obuhvatu uz kvalitet. Ključne poruke. Završne riječi	Dr Fahridin Nizamov, Regionalno predstavništvo UNICEF-a za Evropu i Centralnu Aziju

Moderatorka: Ida Ferdinand, koordinatorka Programa za rani razvoj djeteta, UNICEF Crna Gora

Prilog 4. Akcioni planovi / dalji prioritetni koraci za unapređenje kvaliteta usluga koje se odnose na zdravlje majki, novorođenčadi i djece

I. Prva grupa (nacionalni nivo)

Jedinstveni partogram

Aktivnosti	Odgovorna lica/institucije
<ul style="list-style-type: none"> - Upućivanje predloga rukovodstvu Kliničkog centra CG - Upućivanje predloga Ministarstvu zdravlja za prihvatanje i primjenu partograma SZO iz 2020. godine - Prevod Smjernica o partogramu - Obuka i primjena u praksi 	Rukovodstvo ginekološko-akušerskog odjeljenja Kliničkog Centra CG Ministarstvo zdravlja Ustanove

Vodeća uloga babica tokom fiziološkog vaginalnog porođaja

Aktivnosti	Odgovorna lica/institucije
<ul style="list-style-type: none"> - Izraditi i usvojiti zakonski propis 	Ministarstvo zdravlja Komora medicinskih sestara

Prisustvo pratioca i individualne porođajne sale

Aktivnosti	Odgovorna lica/institucije
<ul style="list-style-type: none"> - Upućivanje predloga rukovodstvu bolnice i načelniku ginekološko-akušerskog odjeljenja i njihova saglasnost - Riješiti pitanje ograničenog prostora 	Rukovodstvo bolnice

II. Druga grupa (nivo ustanove)

Vaginalni porođaj

Aktivnosti	Odgovorna lica/institucije
<ul style="list-style-type: none"> - Podstaći prisustvo partnera - Primjena partograma SZO iz 2020. - Organizovati evidenciju i dokumentaciju - Sistem edukacije i obuke za zdravstvene radnike - Revidirati i implementirati nacionalne smjernice 	Rukovodstvo bolnice Ginekolozi akušeri, babice

Carski rez

Aktivnosti	Odgovorna lica/institucije
<ul style="list-style-type: none"> - Podstaći kontakt koža-na-kožu - Primijeniti jedinstvenu statistiku i Robsonovu klasifikaciju - Primijeniti je da se smanji incidencija carskog reza 	Rukovodstvo bolnice Ginekolozi akušeri, babice, neonatolozi

Neonatalna njega

Aktivnosti	Odgovorna lica/institucije
<ul style="list-style-type: none"> – Podstaći kontakt koža-na-kožu i dojenje – Poboljšati pripremljenost za reanimaciju i praćenje reanimirane djece – Svijest o hipotermiji – Ocjena stanja tokom transporta nakon upućivanja – Nacionalne smjernice (revidirati i primijeniti) 	Rukovodstvo bolnice Neonatolozi, ginekolozi akušeri, babice, medicinske sestre na neonatologiji

Upravljanje komplikacijama

Aktivnosti	Odgovorna lica/institucije
<ul style="list-style-type: none"> – Izraditi algoritme i protokole i osigurati dostupnost lijekova za upravljanje hitnim slučajevima – Organizovati obuke i vježbe 	Rukovodstvo bolnice Neonatolozi, ginekolozi akušeri, babice, medicinske sestre na neonatologiji

III. Treća grupa (nivo porodilišta)

Aktivnosti	Odgovorna lica/institucije
<ul style="list-style-type: none"> – Uključiti babice u praćenje aktivne faze porođaja – Revidirati, izraditi i primijeniti lokalne protokole i standarde – Primijeniti Robsonovu klasifikaciju indikacija carskog reza – Poboljšati testiranje na streptokok grupe B – Poboljšati testiranje na HIV – Organizovati školu o trudnoći – Učestvovati u obukama i organizovati ih 	Rukovodstvo bolnice Neonatolozi, ginekolozi akušeri, babice, medicinske sestre na neonatologiji