

## **Акушерският модел за продължаваща грижа като лекарство за майчиното здравеопазване**

**Надежда Цекулова**

**Свободна Европа, 17 ноември 2020 г.**

Близо половината от ражданията в България през последните години се извършват с цезарово сечение. Официалната статистика, предоставена от Министерството на здравеопазването и Националната здравноосигурителна каса сочи, че около 27 000 от ражданията във всяка от изминалите пет години (от 2015 г. до 2019 г. вкл.) са оперативни, като заради намаляващия им общ брой това число съставлява близо 48% през 2019 г.

Други 7000 до 10 000 жени годишно, или над 25% от родилите нормално, получават епизиотомия – хирургична интервенция, при която се прави разрез на вагиналната стена или перинеума за улесняване на раждането.

Данни от 2018 г. сочат, че около 1/10 от всички родилки постъпват за раждане без никакво проследяване на бременността. Страната ни е сред лидерите в негативната европейска статистика за детска смъртност, мъртви раждания и аборти, а кампании на неправителствени организации периодично обръщат внимание върху ниската удовлетвореност на жените от преживяването на раждането и многобройните истории за negliжиране и насилие по време на раждане. Всички тези данни сочат недвусмислено, че системата за родилна грижа у нас би могла да се представя и по-добре.

В световен мащаб отдавна вече се забелязва усилие недостатъчното качество на родилните грижи да се идентифицира като проблем, надхвърлящ здравните индикатори. През 2019 г. специалният докладчик на ООН по въпросите за насилието над жени Дубравка Симонович публикува доклад, посветен изцяло на нарушаването на човешките права и насилието в акушерството и гинекологията.

Наред с отдавна известни и глобално признати проблеми, документът формулира и нови дефиниции за насилие над раждащата жена. Сред тях попадат дейности, характерни за много от родилните зали у нас: рутинната употреба (без строга медицинска индикация) на всякакви инвазивни интервенции – от приложение на окситоцинова инфузия за ускоряване на раждането, през епизиотомия, до извършването на цезарово сечение без стриктно доказана

медицинска необходимост от това. „Има данни, че жените стават жертва на ориентирането на здравните системи към време- и разходоефективност“, се отбелязва в доклада.

В същото време българското Министерство на здравеопазването обяснява политиките в сферата на родилната грижа, в частност огромния дял цезарови сечения, с „т.нар. синдром на „единственото свръхценно дете“, което е свързано с възрастта на жената и появата на латентни заболявания на бременната в относително по-голямата възраст на раждащите жени (...) В тази връзка самите специалисти сигнализират: не без значение е и фактът, че съвременната жена желае сама да поставя условията за раждането на нейното дете, като иска безболезнено, без продължително изтощение и травми раждане, бързо и много често планирано (с избор на дата, дори час, избор на медицински екип), което предполага прилагането на цезарово сечение.“

Научните доказателства сочат, че решаването на изброените проблеми изисква насочено и продължително усилие от здравните системи. През 2013 г. огромен по обем на прегледаните данни систематичен преглед на Института „Кохрейн“ определя като един от подходите за това въвеждането на т.нар. модел за продължаваща акушерска грижа.

В английския език се ползват различни думи за „акушерка“ (midwife) и „акушер-гинеколог“ (obstetrician-gynecologist), а моделът, за който ще стане дума по-нататък в този текст, се нарича midwife-led continuity model, или ако трябва да бъде преведено буквално – „модел на непрекъснатост, воден от акушерка“. За българските условия това уточнение е много важно, тъй като в центъра на този модел на грижа за жените стоят два основни акцента – акушерките като съсловие и създаването на връзка, на отношения между жената и акушерката като начин на работа. Важността и на двете в момента е силно подценена у нас.

### **Четири бебета и две зебри**

Тереза е майка на четири деца. Две от тях са родени преди повече от 15 години, следвайки алгоритъм за проследяване на бременността и водене на раждането, който и в момента е основен за родилната грижа у нас – проследяване от лекар, раждане във време и при условия, определени от проследяващия специалист, медикализация на раждането. Другите две са родени в последните три години, като бременностите са проследявани, а ражданията – водени от акушерки. „При „зебрите“ е много по-спокойно, по съвсем друг начин те настройват за раждането. Усещането е позитивно. И по време на самите раждания аз се чувствах много по-спокойна, акушерките ми ме обгрижваха и насочваха по съвсем различен начин от преди“, обяснява Тереза.

„Зебрите“ е приятелско обръщение към акушерките, по името, което са избрали за своята акушерска практика.

„Не знам дали това е правило, но при първите ми две раждания имах усещането за припряност – че някакъв алгоритъм трябва да се изпълни за определено време. Упойка, окситоцин, епизиотомия... При акушерките такова нещо нямаше. Обсъждахме всички тези въпроси още по време на бременността, те ме насърчаваха да чета и да се информирам. После, по време на ражданията, процесът беше много по-спокоен и нямаше никакви разкъсвания и усложнения“, разказва Тереза.

Макар спокойствието в грижата да е основен лайтмотив на усещането на Тереза за акушерската грижа, която е получила, това възприятие на жените има конкретни измерения в здравни резултати. Данните на въпросната акушерска практика за първата половина на 2020 г. сочат, че 89% от всички раждания са завършили с нормално раждане. В това число са включени и по-високорисковите случаи, като VBAC (вагинално раждане след цезарово сечение), индукции (предизвикано раждане), раждания на жени с придружаващи заболявания – случаи, при които в обичайна среда много по-често се стига до оперативно раждане.

„Опитваме се да прилагаме акушерския модел, въпреки че не е наложен у нас – разказва Илона Нешкова, една от основателките на акушерската практика. – По принцип моделът включва профилактика на женското здраве, но това е нещо, което не правим. Концентрирали сме се в проследяване на нормална бременност, водене на неусложнено раждане и следродилни консултации.“

Всички тези дейности попадат в компетенциите на акушерките, когато жените са в т.нар. нискорискова група. Всяко отклонение от тази норма се насочва към друг специалист, като най-често това са рутинни състояния от компетенциите на акушер-гинеколога или общопрактикуващия лекар – например ако се установи, че бременната е с ниски показания за желязо, или ако има хрема.

„Има добре изградена рутина – процес, който много отдавна е измислен в страните, в които този модел работи, и ние просто го прилагаме“, казва Нешкова. Практиката, в която работи тя, е част от болнично заведение. Там акушерките си партнират с акушер-гинеколози. И макар с лекарите да са добър екип и те винаги да са на линия при нужда, раждането с акушерки предполага набор от нови, непопулярни за българските болници възможности.

„Не знам дали някъде другаде може да родиш в поза, която сама си си избрала. Или пък акушерката да ти каже „Хайде да ти напълним ваната“ и това просто да се случи – къде в държавните болници има вана за раждане, и колко са специалистите, които я ползват?“, пита се Тереза. Данните на акушерската практика сочат, че едва 36% от пациентките им раждат по гръб, каквато е стандартната поза в родилните отделения в страната. Най-много жени избират да минат през последната фаза на раждането, опрени на колене и ръце (на четири крака), но бебета се раждат също в клекнала поза (11%), седнала (7%) и дори права (5%).

Илона Нешкова обяснява, че акушерският подход предполага жената да има свобода на движение в първия етап на раждането и избор на поза за активната му фаза. Това спомага за по-лесното придвижване на бебето през родилните пътища, съкращава времето за раждане, намалява рисковете и родилния травматизъм и за майката, и за бебето, става ясно от преглед на научни изследвания по темата. „Нито една от нашите жени, родили в легнала по гръб поза, не пожела да е с крака върху кракодържателите и не се чувстваше удобно при изпробване на такава позиция. Това е важна бележка, защото в българските болници жените продължават масово да бъдат поставяни така“, допълва Нешкова.

Друг специфичен елемент от работата на акушерките е готовността им да си сътрудничат с придружител на раждащата жена. Допускането на бащата и/или доверена жена с родилката е една от препоръките на Световната здравна организация за поведение при нормално раждане. „Бащите са полезни, защото по време на едно раждане винаги има нужда от още две ръце, от още един човек, който най-много обича майката и може да я успокои в момент, в който тя се двоуми дали има силите да продължи“, подчертава съоснователката на акушерската практика Йоана Станчева. И допълва, че в тяхната родилна зала добре дошли са и дулите – немедицински професионалисти, обучени да оказват специфична подкрепа по време на раждане.

„Те помагат не само на жената, но и на нас, като ѝ осигуряват грижа още преди идването в болницата, помагат за достигането на активна фаза на раждането, оказват емоционална подкрепа с напредването на процеса и не на последно място – прилагат различни немедикаментозни методи за обезболяване, като масажи, топли и студени компреси и други“, обяснява Станчева.

**Екзотика или научно доказана добра практика**

За голяма част от българската аудитория, разказаното дотук може да звучи като екзотика, целяща да удовлетвори капризите на малка група потребители. Част от рутинните за акушерския модел практики са слабо познати на жените у нас, твърде малко са и специалистите, които могат да им ги предложат. В свое писмо до Националната мрежа за децата от декември 2019 г. здравното ведомство оправдава с „народопсихология“ факта, че у нас бременните се проследяват само от лекари, а определянето на акушерския модел като добра практика е поставено в кавички. В световен мащаб обаче продължаващият модел на акушерска грижа е припознат от СЗО именно като най-добрата практика, която може да се предложи на жените с нискорискови бременности и неусложнени раждания. Това е описано в официалните препоръки на организацията, а емоционалният комфорт на раждащата е посочен като водеща цел на целия медицински екип.

Сравненията между различни модели на грижа за бъдещите майки и бебетата целят не просто да се определи най-успешният, но да се отговори на въпросите какво се прави, как се прави и кой го прави във всеки един модел. В крайна сметка вече има достатъчно данни, че продължаващата акушерска грижа има множество предимства – дава по-позитивно усещане на майките, по-висока професионална удовлетвореност на акушерките и в крайна сметка – по-добри здравни резултати.

Една от държавите с традиционно акушерски подход в проследяването на здрави бременни и във воденето на ражданията им е Англия. „Тук акушерките винаги са били водещите специалисти в грижата за жените“, споделя Трейси Купър, доктор на науките, преподавател, изследовател и акушерка с над 30 години практика в Англия. В момента д-р Купър е една от регионалните „главни акушерки“, чиято задача е да разширят още повече покритието на акушерските грижи в областта и в Обединеното кралство въобще. Става дума за прилагането на средносрочен план за подобряване на резултатите от родилните услуги в Англия на NHS (Националната здравна служба – система, обединяваща държавните услуги в здравеопазването в Обединеното кралство), чийто срок изтича през 2021 г.

„Идеята на тази програма е да развием акушерските практики така, че всяка жена да може да получи персонализирана грижа от позната акушерка“, разяснява д-р Купър. Проучване на мнението на жените в Англия за родилните грижи показва, че въпреки утвърденото място на акушерките там, продължаващият модел на грижа (т.е. жената винаги да получава грижа от позната акушерка) се прилага в едва около 1/3 от случаите. Над 80% от запитаните отбелязват, че все пак винаги са били изслушвани и са получавали внимание към въпросите си, но за английските експерти това не е достатъчно.

Трейси Купър допълва, че „изследванията доказват по-малко усложнения на бременността, по-малко мъртви раждания, по-малко преждевременни раждания“. И споделя, че все още няма категорична яснота каква е причината за тези добри резултати, но се смята, че те се дължат на връзката, която се създава между бременната и нейната акушерка. „Това помага на жените по-спокойно да говорят за своите притеснения и проблеми, а в същото време акушерката е добре запозната с цялата им здравна история и може бързо да долови всяко отклонение“, коментира още д-р Купър.

### **Недостатъчните акушерки**

Основната причина за неудовлетворителното за английската система покритие от 32-34% е една от скритите слабости на продължаващия модел. Акушерките, предлагащи продължаваща грижа, са подложени на огромен стрес, претоварване и са честа жертва на професионален бърнаут синдром – проблем, описан още през 1997 г. от Джейн Сандал, изследователка към британското Министерство на здравеопазването. „Установихме, че за да се преодолее този проблем, една акушерка може да предлага продължаваща грижа на не повече от 32 жени годишно. Същевременно препоръчавме една акушерска практика да включва не повече от осем акушерки“, обяснява Трейси Купър. Тези правила обаче предполагат разширяване на мрежата от акушерски практики в общността, а оттам – увеличаване на броя на акушерките. Анализите сочат, че в Англия не достигат около 2500 акушерки.

Липсата на сестри и акушерки не е локална специфика в Англия, а световен проблем, заплашващ да се превърне в здравна криза. По оценки от 2019 г., в света са нужни още около 350 000 акушерки. В България, по данни на НСИ, работят около половината от нужните за страната – малко над 3200, като средната им възраст е над 50 години.

Освен достатъчно количество акушерки, продължаващият модел изисква и достатъчната им подготовка да поемат отговорностите на грижата за бременните жени, коментира доц. Михаил Околийски, представител на СЗО в България. „Те трябва да са много добре обучени за адресиране и проследяване на рискови фактори, като например високо кръвно, диабет. Също така да са наясно с въпроси от сферата на общественото здраве, като употреба на алкохол и тютюнопушене преди и по време на бременност или кърмене“, подчерта Околийски.

„Българските акушерки имат отлична подготовка и доказателство за това е успешната им реализация в други европейски държави“, убедена е Милка Василева, председателка на Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи. Това е законово учредената съсловна организация, която представлява интересите на акушерките у нас. Според Василева

по-големите предизвикателства при въвеждането на акушерския модел в България ще дойдат от преодоляването на сегашната рутина. „По-голямата част от акушерките у нас вече са на възраст, на която човек трудно се впуска в ново и непознато начинание. Съмнявам се също и в добрата воля на акушер-гинеколозите, които имат принос за това акушерките да са в това положение“, смята председателката на организацията.

В периода на подготовка на този текст Българското дружество по акушерство и гинекология не успя да излъчи представител, който да коментира готови ли са акушер-гинеколозите да подкрепят овластяването на акушерките в грижите им за здрави жени.

Доколкото въвеждането на един или друг модел е здравна политика, най-важно е какво мисли Министерството на здравеопазването. От институцията избегнаха да отговорят по същество на този въпрос. В пространен отговор обаче дадоха да се разбере, че що се отнася до нормативната уредба, акушерките в България и в момента имат регламентирана автономност:

„Диагностицирането на бременност, проследяването на нормална бременност, воденето на нормално раждане при главично предлежание на плода, както и полагането на грижи за майката и за новородените деца до 45-ия ден след раждането, са определени като професионални дейности, които акушерката може да извършва самостоятелно в Наредба № 1 от 08.02.2011 г.“

### **Точното време за дискусия**

„Българската здравна система имаше все още незабравената практика акушерките да водят женска консултация, нормални раждания и патронажна грижа“, припомня Милка Василева, и допълва, че „при реформата през 2000 г. тези функции им бяха отнети и оттогава се борим да ги възстановим.“

Илона Нешкова отбелязва, че създадената от нея и Йоана Станчева акушерска практика съществува повече от пет години, но в рамките на ограниченията на българското законодателство: „Когато започнахме, можеше да работим самостоятелно, но задължително в рамките на вече съществуващо лечебно заведение.“

От август 2020 г. с промени в Закона за лечебните заведения е дадена възможност на професионалистите по здравни грижи да разкриват самостоятелни лечебни заведения. Проектът за Закон за бюджета на НЗОК за 2021 г. пък дава да се разбере, че през следващата година ще се разработи механизъм тези самостоятелни практики да сключват договори със

здравната каса и така да получават публично финансиране. Така акушерският модел ще стане по-желан за инициативните акушерки и по-достъпен за жените, защото ще бъде преодолена финансовата бариера при избора му. „Ще можем да отговорим и на нуждата от насочена работа в уязвимите групи, където детската смъртност е в пъти над средната за страната“, смята още Милка Василева.

### **Вместо заключение**

През 2018 г. СЗО обнови препоръките си за родилна грижа, като постави в центъра им позитивното преживяване на раждащата жена. В увода на документа изрично е записано, че „трябва да осигурим на жените не просто оцеляване след евентуално възникнали усложнения при раждането, но също и постигане на пълния им потенциал за здраве и живот“.

А д-р Купър споделя своята трактовка за прилагане на тази препоръка в практиката: „Да бъдат до жените винаги е било основна функция на акушерките. И ако искаме най-доброто за майките и бебетата, това означава доверена акушерка до всяка жена.“

*\* Материалът е част от програма за подкрепа на журналистиката за решения, организирана от Асоциацията на европейските журналисти в България в партньорство с Transitions Online и Фондацията за свободата „Фридрих Науман“.*

*\*\* Становищата, изказани в рубриката „Мнение“, могат да не отразяват позицията на Свободна Европа.*