

МИНИСТЕРСТВО ЗА ЗДРАВСТВО

**Стратегија за безбедно мајчинство на Република Македонија за
период 2010 – 2015 година
со акционен план**

**Скопје
август, 2010 година**

Стратегија за безбедно мајчинство 2010 – 2015 година

Содржина

Користени кратенки	Error! Bookmark not defined.
Резиме / Предговор.....	Error! Bookmark not defined.
1 Вовед.....	Error! Bookmark not defined.
1.1 Зошто ни е потребна Стратегија за безбедно мајчинство?	5
1.1 Кои се главните начела на оваа Стратегија?	7
2 Ситуациона анализа на здравјето на мајките и доенчињата	Error! Bookmark not defined.
2.1 Период на пре-концепција	8
2.2 Период на антенатална грижа	9
2.3 Период на породување.....	11
2.4 Период на постнатална грижа	12
3 Стратешки приоритети	Error! Bookmark not defined.
3.1 Клучни институции за реализација на Стратегијата.....	13
3.2 Визија на Стратегијата за БМ	15
3.3 Мисија на Стратегијата за БМ.....	16
4 Цели и активности.....	16
4.1 Период на пре-концепција.....	16
4.2 Период на антенатална грижа	19
4.3 Период на породување.....	20
4.4 Период на постнатална грижа	23
5 Контрола – Пристап на мониторинг и евалуација	Error! Bookmark not defined.
5.1 Улоги и задачи за спроведување на Стратегијата	25
5.2 Мониторинг.....	25
5.3 Евалуација.....	26
5.4 Известување.....	26
6 Библиографија.....	Error! Bookmark not defined.
7 Анекси	Error! Bookmark not defined.
7.1 Акционен план на Стратегијата за безбедно мајчинство за 2010-2013 година	Error! Bookmark not defined.

Користени кратенки

АНГ	антенатална грижа
БМ	безбедно мајчинство
ГАК	(Универзитетска) Гинеколошко-акушерска клиника
ЗЗ	здравствена заштита
ЗМД	здравје на мајки и доенчиња
ИЈЗ	Институт за јавно здравје
ИКТ	информациско-комуникациски технологии
КБМ	Комитет за безбедно мајчинство
КМЕ	континуирана медицинска едукација
ЛАП	Локален акционен план
МЗ	Министерство за здравство на Република Македонија
ПЗЗ	примарна здравствена заштита
СБМ	Стратегија за безбедно мајчинство
СЗО	Светска здравствена организација
СПИ	сексуално преносливи инфекции
СРЗ	сексуално и репродуктивно здравје
УНИЦЕФ	Фонд за деца на Обединетите нации
УНФПА	Фонд за население на Обединетите нации
ФЗО	Фонд за здравствено осигурување на Република Македонија
ХПВ	Хуман папилома вирус
ЦЈЗ	Центри за јавно здравје

Резиме / Предговор

Стратегијата за безбедно мајчинство на Република Македонија за период 2010-2015 година е наменета за сите релевантни учесници вклучени како активни чинители во имплементацијата и реализацијата на активностите предвидени во акциониот план.

Оваа стратегија овозможува согледување на тековната состојба и дава стратешки насоки за подобрување на здравјето на мајките и доенчињата, во сите негови сегменти, од периодот на пре-концепција до постнаталната грижа во првата година од животот на доенчињата, како еден севкупен процес на обезбедување услови за безбедно мајчинство во Република Македонија.

Обезбедувањето највисок можен стандард на здравје е основно човеково право. Сите жени и новороденчиња, без разлика на нивниот општествено-економски статус, културолошка, верска, етничка, расна или друга ориентација и потекло, имаат право на здравствени услуги со највисок достиген стандард. Со цел да се обезбеди почитување на овие права, политиките, програмите и интервенциите мора да бидат засновани на принципот на родова еднаквост.

Жените имаат голема улога во општеството, семејството и заедницата. Матерналната смртност предизвикува несогледливи последици по здравјето и добросостојбата на целото семејство. Затоа, процесите за подобрување на здравјето на мајките во себе мора да ја подразбираат и компонентата на еманципација на жените, т.е. овозможување нивно активно учество во економскиот и општествениот живот и почитување на нивниот избор.

Здравствените услуги за мајки и доенчиња (ЗМД) треба да бидат засновани на докази, редовни, исплатливи и одржливи дури и во услови на намалени ресурси. Матерналната и перинаталната смртност значително може да се намалат со ефикасни интервенции кои не создаваат големи трошоци. Здравјето на новороденчето е во директна врска со здравјето на мајката. Со избегнувањето компликации на здравјето на мајката се подобруваат и перинаталните исходи и се спречуваат најголем број од смртните случаи кај новороденчињата.

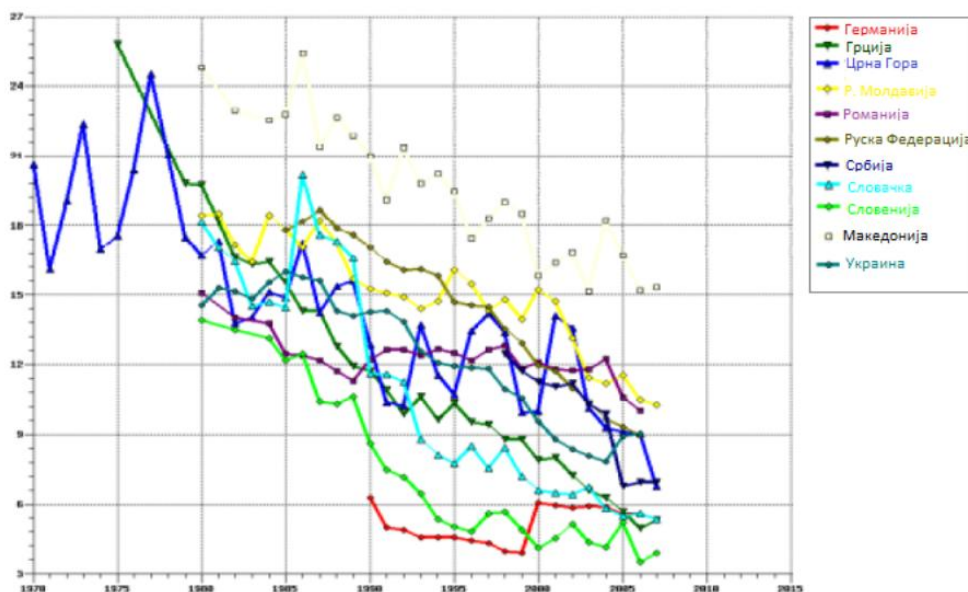
Подобрувањето на услугите за мајки и доенчиња е од полза за целиот здравствен систем. Овие здравствени услуги се темел на јавното здравство, бидејќи здравствените услуги за бремените жени на извесен начин се влезна порта за здравјето на целото семејство и заедницата, како на пример, превенција на одредени здравствени ризици (на пример од сексуално преносливи инфекции), воспоставување на концептот на планирање на семејството, гарантирана имунизацијата на децата и слично. Подобрувањето на здравствените услуги преку зајакнување на капацитетите (на пример теренските услуги и капацитетите на клиниките и болниците), обезбедување неопходни лекови и кадар, постоење ефикасен систем на упатување на пациенти, превоз и комуникација, ќе ја обезбеди потребната грижа за мајките и бебињата, особено при компликации поврзани со бременост. Ваквите активности ќе бидат од полза и во другите сегменти на здравствениот систем.

Оваа стратегија ги уважува потребите на сите граѓани на Република Македонија, без оглед на нивната етничка или верска припадност и општествено-економски статус, при што особено се обрнува внимание на гарантирање на здравствените услуги за сиромашните и маргинализираните групи на население. Покрај целите насочени кон намалување на матерналната и перинатална смртност, оваа стратегија оди и чекор понатаму, стремејќи се да одговори и на потребите за подобрување на здравјето на мајките, новороденчињата и доенчињата во целина.

1.1 Зошто ни е потребна Стратегија за безбедно мајчинство?

Република Македонија бележи значително намалување на матерналната смртност (СЗО проекција на матернална смртност: 10/100'000 живородени деца, во 2006 пријавена матернална смртност: 4,43 на 100'000 живородени деца) и перинатална смртност (на 1000 породувања: 20,98 (1990), 15,82 (2000), 15,5 (2007))¹ во последните 20 години.

Слика 1: Перинатална смртност во Централна и источна Европа на 1000 породувања²



Меѓутоа, во однос на перинаталната смртност, Република Македонија сè уште има највисока стапка во споредба со земјите од регионот (види Слика 1), односно повеќе од два пати повисока стапка од европскиот просек (6,34 на 1000 породувања во 2007). Во исто време, позитивниот тренд на намалување на перинаталната смртност стагнира од 2000-та година.

Табела 1. Доенчка и перинатална смртност во Република Македонија по региони, 2007 година³

Регион	Доенчка смртност (на 1000 породувања, 2007 г.)	Перинатална смртност (на 1000 породувања, 2007 г.)
Република Македонија (национален просек)	10.3	15.5
Пелагонски	13	18.0
Вардарски	6.4	13.0
Скопски	9.9	15.3
Североисточен	10.6	15.6
Југозападен	9.1	14.6
Источен	9.7	14.6
Југоисточен	8.6	16.2
Полошки	13	17.4

¹ СЗО/Европа, Европска датабаза "Здравје за сите", август 2009 година

² СЗО/Европа, Европска датабаза "Здравје за сите", август 2009 година

³ Државен завод за статистика, 2008 година

Во однос на матерналната смртност, не постои утврден тренд на движење на оваа стапка. Според Националниот извештај за Милениумските развојни цели од 2008 година, “годишните флукуации и релативно ниската стапка на матернална смртност може да се должат на недоволното или несоодветно известување”.⁴

Перинаталната смртност е комплексен индикатор кој се поврзува со квалитетот на антенаталната грижа, перинаталната и постнаталната грижа, кои се дел од трите нивоа на здравствена заштита (примарна, секундарна и терциерна). Одредени општествени фактори како и тековните реформи во здравствениот сектор дополнително влијаат врз квалитетот на перинаталната грижа. Намалувањето на здравствените ризици на здравјето на мајката и доенчето бара мулти-димензионален и мулти-секторски пристап. Образование за сексуално и репродуктивно здравје (СРЗ), подигање на јавната свест, еднаков пристап и ефикасно обезбедување на висококвалитетни здравствени услуги засновани на докази, се само некои од активностите на ваквиот пристап.

Оваа Стратегија е заснована на ситуациона анализа на состојбите во перинаталната грижа во земјата, во која се претставени добрите и лошите страни на постојната пракса. Врз основа на недостатоците идентификувани во ситуационата анализа, Стратегијата предлага фокусирани активности за надминување на недостатоците во системот и целокупно подобрување на здравјето на мајките и доенчињата во Република Македонија. Очекуван резултат од спроведувањето на Стратегијата е обезбедување здрава и безбедна бременост, мајчинство и перинатално здравје, преку еднаков и ефикасен пристап до здравствените услуги, градење на капацитетите на обучениот кадар, и особено внимание на маргинализираните и ранливите групи.

Ако се земат предвид релативно добрите статистички податоци за морталитет во Република Македонија, за постигнување и мали подобрувања потребен е добро насочен пристап. Ова подразбира, на пример, намалување на нееднаквостите во морталитетот меѓу одделните региони, со фокус на регионите во кои се забележуваат полоши индикатори за перинатално здравје во однос на националниот просек и националните цели.⁵ За ова се потребни висококвалитетни услуги за антенатална грижа, добро подготвена комуникациска стратегија, како и систем за активно откривање на бремените жени кои немаат редовен и навремен пристап до здравствените услуги.

Здравствените услуги за перинатална грижа треба да бидат повеќе насочени кон потребите на бремените жени и нивните семејства. Улогата на партнерот и семејството во психо-социјалната поддршка на бремената жена и родилката во моментов е на многу ниско ниво и треба да се подобри. Пренаталната и постнаталната грижа се важни точки на оваа стратегија за безбедно мајчинство. Раното откривање на брени жени и нивно воведување во системот на антенатална грижа, а особено следењето на оние кои доаѓаат од маргинализираните групи, е важно за натамошното подобрување на системот за откривање на ризични бремености, а со тоа и на здравјето на овие брени жени и нивните новороденчиња. Ова бара поголем ангажман од страна на примарната здравствена заштита, вклучително и патронажната служба. Дополнително, посебно внимание мора да се посвети на поврзувањето меѓу примарната здравствена заштита, перинаталната и постнаталната грижа.

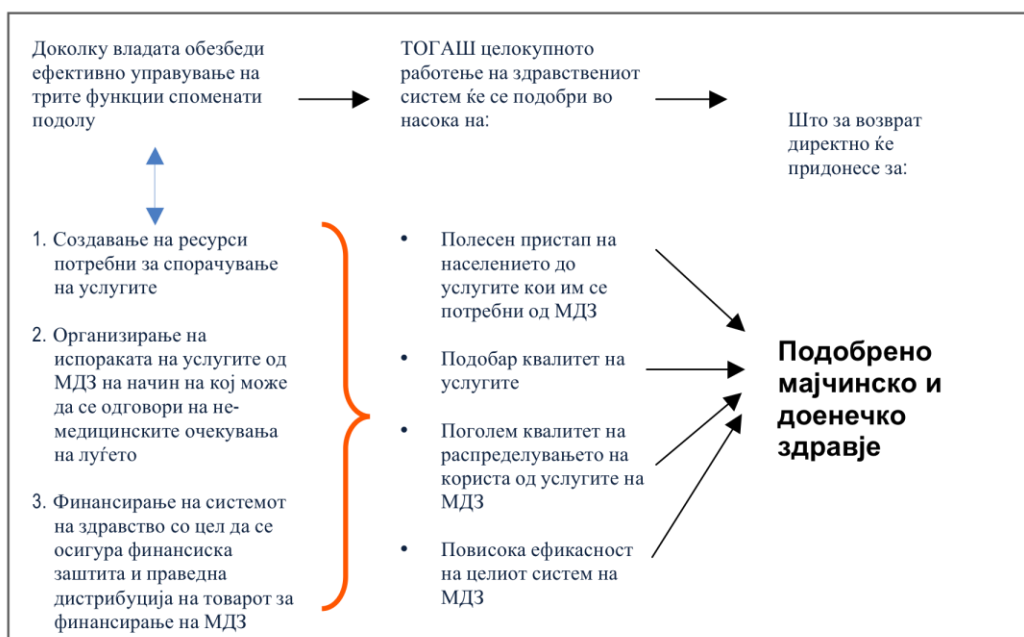
⁴ Национален извештај за Милениумските развојни цели, 2008 година, Државен завод за статистика, 2009

⁵ Државен завод за статистика, 2008 година

Кои се главните начела на оваа Стратегија?

Заради природата на процесот на бременост, не е можно секогаш да се предвиди кај која жена или новороденче, во кој момент од бременоста и периодот на доење, ќе се појават компликации. Затоа, справувањето со перинаталниот морбидитет и морталитет бара воведување на ефикасна и континуирана здравствена заштита, која ќе биде достапна на бремената жена и на семејството уште од најраната бременост па сè до постнаталниот стадиум, вклучувајќи навремено откривање и соодветно справување со ризиците и компликациите поврзани со бременоста. Поврзаноста на здравствените работници на сите нивоа на здравствената заштита мора да биде соодветна и доволно силна за да може да обезбеди ефикасно справување со компликации кои се опасни по животот на мајката и новороденото, односно доенчето. Континуираната здравствена заштита, меѓу другото, подразбира и размена на информациите меѓу различните нивоа на здравствена заштита. Перинаталната грижа треба да биде фокусирана на потребите на корисниците на здравствени услуги, при што жените се вклучени во процесот на донесување одлуки, се почитува нивната приватност и достоинство. Бидејќи бременоста и породувањето се природни процеси, тие, треба да бидат што културолошки прифатливи и ориентирани кон семејството. Безбедното мајчинство е многу повеќе од збир на здравствени услуги, и во себе опфаќа и други фактори, како на пример, образовните, социјалните и контекстуалните фактори.

Слика 2: Рамка за зајакнување на здравствените системи, СЗО, 2000 година⁶



Главните начела на оваа Стратегија за обезбедување висококвалитетни перинатални услуги се:⁷

- Мулти-дисциплинарни и мулти-димензионални услуги

⁶ Подобрување на мајчинското и перинаталното здравје: Европски стратешки пристап за побезбедна бременост [*Improving maternal and perinatal health: European strategic approach for making pregnancy safer, WHO Euro 2007*]

⁷ СЗО Европа: Подобрување на мајчинското и перинаталното здравје: Европски стратешки пристап за побезбедна бременост [*WHO Europe: Improving maternal and perinatal health: European strategic approach for making pregnancy safer*]

- Висококвалитетен и функционален систем за упатување, кој вклучува и ефикасна комуникација на сите нивоа
- Холистички пристап, кој ќе биде повеќе од здравствена интервенција, т.е. ќе ги вклучува и превентивните услуги за унапредување на здравјето
- Процедури засновани на докази
- Намалување на непотребни и несоодветни интервенции (де-медикализација)
- Употреба на соодветни технологии
- Почитување на приватноста и достоинството на жените, како и доверливоста на здравствените информации
- Вклучување на жената во донесувањето одлуки
- Услуги кои се наменети за семејството
- Културолошки прифатлив пристап и услуги

Ситуациона анализа на здравјето на мајките и доенчињата

Период на пре-концепција

Во Република Македонија, користењето на современи контрацептивни средства⁸ е на многу ниско ниво со стапка на преваленца на користење на контрацептиви од 10%.⁹ Адолесцентите и помладите полнолетни лица помалку од другите популациски групи ги користат услугите за планирање на семејството. Во 2007 година, само 1,1% од жените под 19 годишна возраст употребувале контрацептиви. Бројот на абортуси континуирано опаѓа и во 2007 година изнесуваше 26,8 на 100 породувања.¹⁰ Сепак, со оглед на ниската преваленца на употреба на контрацептивни средства како метод за планирање на семејството, можно е да се работи за сериозен проблем на несоодветно известување во однос на реалниот број на абортуси. Според извештајот на Фонд за население на Обединетите нации (УНФПА¹¹), абортусот е широко применуван начин на контрацепција и се спроведува, меѓу другото, и во институции кои не известуваат за овие случаи.

Република Македонија има добро развиена мрежа на здравствени установи во примарната здравствена заштита (превентивни здравствени услуги кои се бесплатни – финансирани преку превентивните програми на Министерството за здравство на Република Македонија, на пример Програмата за здравствена заштита на мајки и деца), и патронажна служба чија задача меѓу другото е и обезбедување информации и услуги за руралното и маргинализираното население. Меѓутоа, предоминантно биомедицинскиот пристап во здравствената заштита на мајките и новороденчињата, ги ограничува можностите за активности

⁸ Современи контрацептивни средства се сметаат сите средства за контрацепција со исклучок на кондом.

⁹ Sue Newport: Desk Review on the Progress in Maternal Health Achieved in Eastern Europe and Central Asia, Linking the national reporting and commitments on MDG 5 targets, Sue Newport Consulting, March 2009

¹⁰ Информација за здравствената состојба на мајките и децата во РМ во 2008 година, годишен извештај, Завод за здравствена заштита на мајки и деца, Скопје, 2009 година

¹¹ Sue Newport: Desk Review on the Progress in Maternal Health Achieved in Eastern Europe and Central Asia. Linking the national reporting and commitments on MDG 5 targets, Sue Newport Consulting, March 2009

за унапредување на здравјето и здравствена едукација, а тоа се должи, меѓу другото, и на постојниот систем на финансиски стимулации, кои фаворизираат обезбедување куративни услуги, наместо превентивни или услуги за унапредување на здравјето. Постојат строго наменски средства во рамките на Фондот за здравствено осигурување на Република Македонија и стимулации за лекарите во примарната здравствена заштита (превентивни цели) за нивно вклучување во превентивните услуги, кои се претежно врзани за здравствена едукација меѓу средношколската популација во училиштата. Големо прашање е како тоа функционира во практика, бидејќи се потребни соодветни вештини за овие активности.

Децентрализацијата на здравствената заштита е процес кој се уште не е започнат, а средствата за одговор на здравствените потреби на населението на ниво на заедница се недоволни. Ова предизвикува нееднаков пристап до здравствени информации, при што урбаното население е во поповолна позиција од руралното.

Матичните лекари и примарната здравствена заштита воопшто, треба повеќе да бидат вклучени во активностите за унапредување на здравјето, особено во руралните средини. Меѓутоа, комуникациските способности на здравствените работници се релативно ограничени, а интер-секторската комуникација и координација е многу слаба. Постојат голем број невладини организации кои имаат капацитет за работа на полето на репродуктивното и сексуалното здравје во локалните заедници, со што може да се премости јазот кој постои во однос на услугите за унапредување на здравјето во оваа сфера.

На повеќе наврати преку медиумски кампањи е направен обид за промоција на сексуалното и репродуктивното здравје, но таквите активности немаат континуитет. Постојат национални програми за здравствена заштита на мајките и децата и за промоција на репродуктивното здравје кај жените (на пр. програми за рано откривање и лекување на рак на дојка и матка). Постои растечки тренд на финансиската поддршка на превентивните програми во последните 3 години (на пр. кампањите “Здравје за сите”).

Неодамнешното воведување на предметот „Животни способности за подобрување на сексуалното и репродуктивното здравје на младите и адолесцентите,, во наставна програма на училиштата навистина ветува, но сепак ваквата програма е сè уште нова и на своите почетоци.

Во моментот, активностите за следење и евалуација се многу слаби за, меѓу останатото, да одговорат на прашањето дали активностите за информирање и промоција стигнуваат до целната група за која се наменети и дали тие активности соодветствуваат со потребите на таквата група.

Период на антенатална грижа

Пристапот до услуги за антенатална грижа е безмалку севкупен со 98% до 99.2%¹² од бремените жени кои добиле барем една услуга за антенатална грижа во текот на својата бременост. Меѓутоа, просечниот број од 2,8 посети во текот на бременоста е под национално усвоениот стандард (4 посети во текот на секоја бременост). И покрај ова, не сите жени имаат еднаков пристап кон услугите, при што постојат големи разлики во урбаните и руралните места, а

¹² Су Њупорт: Анализа на напредокот на мајчинското здравје во источна Европа и централна Азија, март 2009 [Sue Newport: Desk Review on the Progress in Maternal Health Achieved in Eastern Europe and Central Asia, March 2009]

особено кај социјално ранливите групи (на пр. ромско население и жени со низок степен на образование).

Првиот контакт со антенаталната грижа кои бремените жени го оствариле во текот на првиот триместар од нивната бременост е релативно низок (41.7%), а околу 10% од бремените жени воопшто не користат услуги за антенатална грижа.

Фондот за здравствено осигурување вовеле систем на стимулации за гинекологите во примарната здравствена заштита за одреден број задолжителни антенатални прегледи, од кои првиот преглед во првиот триместар на бременоста. Но, во практика, овој систем не е лесно применлив, бидејќи не постои механизам за активна детекција на бремените жени во текот на првиот триместар од бременоста.

Постои сеприсутно незнаење кај жените за здравите начини на однесување во текот на нивната бременост и за потребата од консултација и преглед со гинеколог во рана бременост, особено кај жените со понизок степен на образование.

Непостоењето на национално усогласени стандарди за антенатална грижа ја ограничува можноста за следење на здравствениот статус на жените во текот на нивната бременост. Националните клинички упатства и протоколи за антенатална грижа кои се користат во моментов се застарени и истите треба да се ревидираат. Истото важи и за стандардите на физичката инфраструктура и медицинска опрема, кои треба да бидат надградени или реновирани со цел подобро да одговорат на постоечките потреби.

Во националниот здравствен систем постои обучен професионален кадар, но истиот не е соодветно распределен во однос на потребите на терен. Здравствените услуги и превенцијата се во ингеренции на здравствените работници, кои за себе сметаат дека се преоптоварени со водење медицинска документација, здравствена евиденција и друга административна работа, што го ограничува нивното време за обезбедување превентивни услуги услуги за промоција на здравјето.

Системот на здравствена статистика и медицински информации не е целосно компјутеризиран, а големиот обем административни задачи бара значителни човечки ресурси, при што се ограничува можноста за користење на здравствените информации за потребите на планирање од страна на менаџерите на здравствените установи. Постои недостаток на информации за мониторинг на одредени индикатори, особено во врска со абортусите (малолетнички и спонтани абортуси). Исто така, здравствените работници во приватна пракса не секогаш доставуваат информации и податоци до релевантните центри за јавно здравје, што секако влијае на точноста на собраните информации.

Размената на информации меѓу сите нивоа на здравствениот систем, што претставува клучен елемент за упатување на пациентите во еден регионализиран систем за здравје на мајки и доенчиња, е исто така ограничена на ниво на информации од примарната здравствена заштита.

Планираната „мајчина книшка“ беше воведена во минатото, но не е во целосна употреба, а со нејзино водење може да се подобри системот на пренесување на информациите, при што потребните информации ќе патуваат со пациентот. Оваа книшка исто така може и на мајките да им обезбеди информации поврзани со нивната бременост (знаци на опасност, информации за исхраната и друго).

Постоечкиот систем на патронажна служба претставува вистинска можност за зголемување на опфатот со вакви услуги на ниво на заедницата.

Постои значителна потреба за надградба на знаењето на кадарот, особено во врска со пренесување на информациите од ажурираните национални клинички упатства и протоколи за антенатална грижа. Системот за континуирана медицинска едукација беше напуштен во 2005 година а нова алтернатива за него во моментов не постои.

Период на породување

Стапката на обучени здравствени работници за пружање услуги во периодот на породување е 98% и е безмалку сеопфатна. На национално ниво во 84% од породувањата присутен е и гинеколог-акушер – стапка која е значително помала кај ромското население (70%), и кај жени без образование (78%).¹³ Сите јавно-здравствени породилишта (17) обезбедуваат услуги и 24-часовна грижа при породување, без надомест без разлика дали бремената жена има здравствено осигурување или не. Но, дополнителните трошоци (на пр. за транспорт, отсуство од дома, и други трошоци) можеби играат улога во отежнувањето на достапноста на ваквите услуги кај социјално исклучените и маргинализирани групи.

На ниво на установи постои потреба за усогласување на инфраструктурните услови со националните стандарди (на пр. санитарни услови, близина на одделни одделенија во рамките на установата и др.), но и стандардизирање на опремата и кадарот, во зависност од стандардизацијата на функциите на секое ниво на здравствена заштита (пакет услуги заснован на регионализацијата на здравствените услуги во перинаталната грижа).

Осумдесет проценти од породилиштата се веќе сертифицирани Болници пријателки на бебињата според стандардите на УНИЦЕФ. Меѓутоа, при една недамнешна ревизија во веќе сертифицирани породилишта се утврди дека неколку од нив не ги одржале условите и нема да добијат препорака за повторно сертифицирање ако останат во таква состојба.

Во врска со квалитетот на процесите, постои јаз во однос на достапноста и употребата на национални клинички упатства за медицина заснована на докази (МЗД) и нивното спроведување на ниво на установи, за што треба да се најде решение. Заедничката подготовка и ажурирање на националните клинички упатства и нивното вклучување во континуираната медицинска едукација се соодветно решение за ваквата состојба. Застарените клинички упатства мораат да бидат ажурирани или заменети, а мора да бидат подготвени и локални протоколи кои ќе се применуваат во секоја установа.

Самиот процес на имплементација на протоколите на ниво на установа може да претрпи одредени подобрувања (на пр. употреба и правилно пополнување на партограм). Генерално, во сите породилишта во Република Македонија може да се пружи итна здравствена заштита во делот на гинеколошко-акушерските и неонатолошките здравствени услуги. Меѓутоа, најголем број од случаите се упатуваат и се лекуваат на Универзитетската клиника “Гинеколошко-акушерска клиника- Скопје, со што се создава непотребен товар на професионалниот кадар во овој центар, кој во основа треба да ги прифати само високо-ризичните бремености и породувања.

Потребно е да се подобри регионализацијата на здравствените установи, односно да се зајакне компетентноста и капацитетот на породилиштата од пониско ниво на здравствена заштита, при што тие ќе обезбедуваат висококвалитетни услуги кои ќе бидат поблиску до пациентите, и на тој начин ќе

¹³ Sue Newport: Desk Review on the Progress in Maternal Health Achieved in Eastern Europe and Central Asia, March 2009

се намали товарот на терциерната здравствена заштита во Скопје, која треба да ги прифати само високо-ризичните бремености и породувања.

Капацитетите за управување со установите се главно слаби, што често доведува до неефикасно користење на ресурсите. Следењето на матерналната и перинаталната смртност е слабо, делумно поради недостаток, односно напуштањето на системот за стручен надзор, кој може да придонесе за отворена дискусија околу постоечките добри и лоши практики во процесот. Исто така, не постои унифицирана и вмрежена база на податоци на болничко ниво до која би имале пристап сите сите породилишта. Потребна е поддршка со информатички технологии на ниво на установи, со што ќе се овозможи мрежно поврзување заради размена на информации меѓу здравствените работници кои работат во различните нивоа на здравствена заштита, а воедно ќе се намали обемот на работа на висококвалификуваниот кадар, во смисла на подготовка на извештаи.

Клучен елемент за подобрување на квалитетот на перинаталното здравје е ориентирањето на ваквите услуги кон потребите на пациентите, што претпоставува исполнување одредени предуслови за приватност и можност партнерот и семејството да бидат присутни во процесот на породилните болки и самото породување.

Во земјата постои доволен број на високообразуван кадар. Меѓутоа, распределбата на ваквиот кадар е несоодветна поради централизираното управување со човечки ресурси и поради малата моќ на раководниот кадар на ниво на здравствена установа. Постојат различни национални програми за обука на здравствениот кадар, но во моментов, системот за континуирана медицинска едукација, со кој би можеле да се гарантираат капацитетите на кадарот, не функционира. Потребите на кадарот може во голем дел да бидат исполнети со распределба на постојните човечки ресурси. Меѓутоа можеби ќе бидат потребни финансиски стимулации за пополнување на отворените работни места во пооддалечените места.

Негативните ефекти, како на пример интрахоспитални инфекции се чини дека се особено мали, освен можеби кај очните инфекции кај новороденчињата. Особен акцент може да се стави на превентивни активности како пред и постнатален скрининг.

Период на постнатална грижа

Постнатална грижа за родилките не е толку формализирана. Ваквите услуги започнуваат во болниците и продолжуваат на ниво на примарна здравствена заштита, вклучувајќи ги матичните лекари и гинеколози, патронажната служба, педијатрите и други, по потреба.

Патронажната служба има најголема улога во следењето на породените жени и новороденчињата. Од страна на патронажната служба, во текот на првиот месец од животот, се посетуваат повеќе од 70% од сите новороденчиња, и тоа во просек по 3 посети по новороденче. Меѓутоа, патронажната служба има недостаток од средства со што се ограничува нејзината функционалност.

Постои тенденција на намалување на доењето, а вештачкото млеко (замена за мајчино млеко) агресивно се промовира од страна на производителите и дистрибутерските куќи. Соработката меѓу експертите и медиумите за соодветната исхрана на доенчињата и доењето е слаба. Можноста за проширување на Програмата “Болници-пријателки на бебињата” и на

постнаталната грижа за доенчињата, и тоа не само во породилиштата, е една од опциите за подобрување на овие услуги.

Вертикалните превентивни програми (здравствена заштита на мајки и деца, вакцинација, програма за систематски прегледи на деца во предучилишна и училишна возраст) и бесплатната здравствена заштита за деца до 14-годишна возраст (редовни здравствени прегледи (во 3, 6, 9-месечна и на 2 и 4 годишна возраст од животот) се грижат за доенчињата и малите деца по доенечкиот период. Долгиот период на породилно боледување за мајките во формалниот сектор, гарантираат мајчинска нега и добра грижа за новороденчето. Неформалниот сектор не е вклучен, невработените мајки немаат мотивација, а иницијативата за помош за трето и четврто дете е укината како неуставна.

Услугите за скрининг за конгенитални аномалии, како и услугите за следење на високо-ризичните новороденчиња се ограничени и достапни се само во центрите за упатување (Скопје и Битола).

Постои општа загриженост за сите групи здравствени работници во врска со недостатокот на континуирана медицинска едукација (КМЕ). Иако таквата едукација се спроведуваше во минатото, која во моментот не функционира, а истата е мошне потребна за сите здравствени работници.

Како и во останатите сегменти на континуираната грижа за безбедно мајчинство постои недостаток од клинички упатства за спроведување медицина заснована на докази (МЗД), кои треба да се адаптираат на потребите на секоја установа (локални протоколи) и, се разбира да се спроведат. Повторното воведување на континуираната медицинска едукација за професионалниот кадар ќе го олесни спроведувањето на овие клинички упатства и протоколи.

Друг проблем кој исто така треба да се адресира е слабата здравствена едукација на населението и особено на социјално исклучените и маргинализирани групи, како и недоволната комуникација меѓу здравствените работници и корисниците на здравствени услуги.

Стратешки приоритети

Клучни институции за реализација на Стратегијата

За реализација на секоја од целите и активностите на Стратегијата за безбедно мајчинство, посочени се клучни институции и носители на активности. Нивната улога во спроведувањето на Стратегијата е преку нивното техничко искуство и влијание врз професионалните групи, политиките и обезбедувањето ресурси за реализација на истата. На слика број 3 се претставени клучните институции и чинители кои треба да бидат ангажирани за успешно спроведување на оваа Стратегијата.

Клучните процеси за безбедно мајчинство и здрав перинатален период започнуваат пред бременоста и се тесно поврзани со концептот на сексуалното и репродуктивно здравје (СРЗ) кај одредена возрасна група. Оттука и потребата за мулти-секторски и мулти-димензионален пристап, со главна цел двојките на репродуктивна возраст да бидат подготвени за периодот на бременост, породување и грижа за детето. Во традиционална смисла, клучната улога е во семејството, но образовниот систем и невладините организации исто така играат важна улога во информирањето, но и за мотивација на бремените жени да му пристапат на здравствениот систем уште во најрана фаза и навремено да ја започнат антенатална грижа за своето потомство.

Примарната здравствена заштита со можност за избор на матичен лекар исто така игра улога во дисеминацијата на информации и едукативни материјали, како и во дискусиите за важни теми во оваа сфера.

Слика бр. 3: Клучни институции и носители на активности

Чекори во процесот	Актер/чинител
Пред зачнување (пре-концепција) – здравствена едукација, здравствена промоција	НВО, семејство, патронажна служба, обука за СРЗ, матичен лекар (педијатар, гинеколог), медиуми
Бременост – антенатална грижа	Семејство, патронажна служба, локална самоуправа, матичен гинеколог (ПЗЗ), работодавец
Породување – болничка грижа	Болница, професионална помош (акушерска сестра, гинеколог, неонаталог) секундарна и терциерна здравствена заштита
Постнатален и доенечки период – постнатална грижа	Семејство, патронажна служба, матичен педијатар (матичен гинеколог (ПЗЗ), медиуми

Научните докази покажуваат дека достапноста на висококвалитетна антенатална грижа значително придонесува кон идентификување на ризиците во бременост и кон намалување на перинаталниот морбидитет и морталитет.

Раното препознавање на висок перинатален ризик кај жените овозможува упатување на ризичните случаи до адекватно ниво на здравствена заштита подготвено да одговори на такви ризици. Различните групи здравствени работници (општите лекари, патронажната служба, гинеколозите и гинеколозите во ПЗЗ) треба да имаат добра комуникација и да ги споделуваат информациите со цел сите бремени жени да имаат максимален бенефит од бесплатните услуги за антенаталната грижа . Информациите за здравствената состојба треба да патуваат со бремената жена со цел олеснување на користењето на тие информации на сите нивоа на здравствената заштита.

Заводот за здравствена заштита на мајки и деца, како и невладините организации кои се занимаваат со промоција на сексуалното и репродуктивното здравје играат важна улога на медијатори, обезбедувајќи релевантни информации преку кампањи за социјална мобилизација со цел да ги опфатат најранливите групи. Тие работат на мониторинг и евалуација на активностите со цел да ги идентификуваат најсоодветните пристапи кои може да се спроведат.

Грижата при породување и раната неонатална грижа се составен дел на болничката здравствена заштита. Болниците и здравствените работници се клучни актери. Постои функционален систем за упатување кој гарантира адекватен третман за сите, со што особено се придонесува кон еднаквоста во перинаталната грижа. Системот на упатување е влезна порта на различните видови и нивоа на услуги, па затоа треба да му се даде поголемо значење.

Министерството за здравство на Република Македонија во соработка со професионалните здруженија заедно ги креираат правните (законски и подзаконски акти) и клиничките упатства (протоколи за медицина заснована на докази, континуирана медицинска едукација) за реализација на здравствената заштита во породилиштата.

Министерството за здравство на Република Македонија и Фондот за здравствено осигурување на Република Македонија ги обезбедуваат потребните средства (преку вертикални програми, капитални инвестиции во јавно-здравствените установи, финансирање по услуга, итн.).

Институтот за јавно здравје и Лекарската Комора на Македонија обезбедуваат мониторинг и евалуација со цел гарантирање на квалитетот на услугите, како и следење на критичните случаи и идентификација на слабостите, со што се овозможува фидбек за подобрување на работата.

Во текот на постнатална грижа, преминот од болничка во вон-болничка грижа има клучна улога. Породилиштата започнуваат со постнатална грижа во текот на престојот на мајките во болница, при што мајките понатаму се упатуваат на амбулантско ниво. Главни актери во јавното здравство се матичните лекари (гинеколози и педијатри, но до одреден степен и матичниот лекар) кои обезбедуваат превентивни и куративни услуги.

Патронажните служби исто така треба да играат посебна улога, особено кај млади семејства со прво дете.

Аntenаталната грижа најчесто е најмалку достапна во семејствата од социјално исклучените и маргинализираните групи. За ваквите групи, патронажната сестра игра најважна улога со цел намалување на морбидитетот во раното детство.

Целна група на патронажните сестри треба да бидат маргинализираните групи бидејќи на тој начин може да се обезбеди пристап за ова население до целиот пакет превентивни услуги кој го обезбедува Министерството за здравство како што се : вакцинацијата, следење на невролошкиот и когнитивниот развој кај новородените).

Визија на Стратегијата за Безбедно мајчинство на Република Македонија за период 2010-2015 година

Стратегија за безбедно мајчинство на Република Македонија промовира интегрирана и мулти-секторска визија за здравјето на мајката, новороденчето и доенчето, со цел обезбедување достапност до висококвалитетни услуги и обезбедување информации насочени кон корисниците на услуги, но кои се соодветни на здравственото образование и култура на населението. Визијата вклучува четири главни цели:

- Сите семејства, вклучително и оние кои припаѓаат на некоја од ранливите групи и адолесцентите се запознаени и ги искористат најновите информации со кои се промовира пристапот на безбедно мајчинство. Сите породилишта во Република Македонија обезбедуваат висококвалитетни услуги за перинатална грижа во средина која ќе биде погодна, како за мајката, така и за бебето (mother and baby friendly).
- Сите жени во Република Македонија користат современи, достапни, гарантирани со закон висококвалитетни антенатални здравствени услуги, согласно на препораките и стандардите на Министерството за здравство на Република Македонија.
- Сите породилишта во Република Македонија обезбедуваат висококвалитетни услуги за перинатална грижа во средина која ќе биде погодна, како за мајката, така и за бебето.
- Сите жени и деца да го користат сеопфатниот пакет на здравствени услуги во примарната здравствена заштита (со основниот пакет услуги од здравствено осигурување) во текот на првата година по породувањето.

Мисија на Стратегијата за Безбедно мајчинство на Република Македонија за период 2010-2015 година

Националниот комитет за безбедно мајчинство е овластен од страна на Министерството за здравство да помогне во владините напори за подобрување на здравствените услуги во перинаталната грижа во Република Македонија. Во ваква рамка Комитетот сочинува еден проектен тим кој има посебни задачи за подготовка, спроведување и следење на националната стратегија со која ќе се подобри здравјето на мајките и децата, што е во согласност со националната стратегија за репродуктивно здравје.

Проектниот тим обезбедува поддршка при развојот на политиките, законските решенија и стандардите за квалитет. Го поддржува подобреното управување со податоците, вклучувајќи го и воведувањето на современ здравствено-информациски систем за перинатална грижа. Го следи спроведувањето на стандардите за квалитет преку воведување ревизии (audit) во самите здравствени установи (само-оценка и надворешна ревизија).

Тимот, исто така ја идентификува потребата и учествува во процесот на ажурирање на националните клинички упатства направени врз основа на медицина заснована на докази, како и во изработката на локалните протоколи, и во следењето на нивната примена.

Главен инструмент е изградба на капацитети во клучните сегменти на перинаталното здравје, како што се здравствените работници, како и актерите кои се занимаваат со унапредување на здравјето и превентивната заштита, преку обуки, форуми, семинари и други соодветни едукативни форми. Тимот го зајакнува постоечкиот систем на континуирана медицинска едукација со обуки за комуникациски и советодавни вештини.

Тимот развива стратегија за зацврстување на улогата на матичниот лекар и патронажната служба, во насока на подобрување на опфатот на бремените жени со услуги за антенатална грижа. Клучни елементи во овој обид се: воведување на систем за поттикнување/стимулации и воведување проактивен систем за поканување на бремените жени кои не ги реализираат потребниот број посети во текот на бременоста, особено во раната бременост.

Цели и активности

Период на пре-концепција

Стратегијата за безбедно мајчинство на Република Македонија има мулти-секторски и мулти-димензионален пристап и вклучува мноштво заинтересирани страни преку пристап на континуитет, започнувајќи со здравствена едукација за жените и мажите на репродуктивна возраст, како и нивните семејства, притоа ставајќи посебен акцент на социјално исклучените и маргинализираните групи, преку користење на начелата на еднаквост, солидарност и почитување на и човековите права (период на пре-концепција).

Темели на пристапот во оваа фаза се: промоција на здрави животни стилови, заштита од сексуално-преносливи инфекции (СПИ), планирање на семејството и право на сексуално и репродуктивно здравје.

Цели:	Сите семејства, вклучително и социјално ранливите групи и адолесценти, да ги искористат најновите информации за промоција на сексуалното и репродуктивното здравје, а особено оние информации за безбедно мајчинство и перинатално здравје		
Очекувани резултати	Индикатори (извор на податоци)	Сегашна состојба	Цел до 2015 год
Општото население, вклучително и социјално ранливите групи и адолесцентите имаат подобрен пристап до информации и поголемо знаење за безбедно сексуално однесување, методи за семејно планирање и здрави животни стилови и знаците на антенатален ризик	<ul style="list-style-type: none"> Процент на адолесценти и млади луѓе кои пријавиле употреба на кондом при последниот сексуален однос кој бил со партнер со кого не се во брачна или вонбрачна заедница (ИЈЗ) 	77%	> 85%
	<ul style="list-style-type: none"> Процент на лекари во ПЗЗ обучени за советување и едукација за СРЗ (МЗ) 	да се одреди	70%
	<ul style="list-style-type: none"> Процент на жени кои имаат познавање за здравите животни навики во периодот на пре-концепција (наменска студија) 	да се одреди	70%
На општото население да му станат достапни висококвалитетни услуги поврзани со семејно планирање, превенција и справување со СПИ	<ul style="list-style-type: none"> Намалена преваленца на СПИ (кламидија, ХПВ и гонореа) меѓу адолесцентите и младите луѓе 	да се одреди	< 25% од одредената преваленца
	<ul style="list-style-type: none"> Процент на жени во репродуктивен период кои користат двојна заштита (ИЈЗ) 		75%
	<ul style="list-style-type: none"> Процент на прворотки што користеле контрацептивни средства пред првата бременост (ГАК) 	да се одреди	50%
	<ul style="list-style-type: none"> Процент на бремености во адолесцентен период (под 19 години) – (ИЈЗ) 	да се одреди	< 2%

Клучните даватели на здравствено-едукативни информации се лекарите во примарната здравствена заштита (ПЗЗ) и превентивните здравствени тимови (лекари и патронажните сестри). Со цел да се гарантира давањето на соодветни и висококвалитетни информации и совети, постоечките услуги во примарната здравствена заштита ќе бидат проширени со повеќе услуги за здравствена едукација и унапредување на здравјето.

Комуникациските и советодавните вештини на здравствените работници ќе бидат подобрани преку дополнителна обука, како и преку воведување на три

нови теми во континуираната медицинска едукација. Исто така ќе се подобри и професионалното вмрежување меѓу професионалните здруженија и групи, во сите нивоа на здравствената заштита преку зајакнување на здравствените тимови (на пр. доктор, сестра, психолог, социјален работник и сл.). Упатувањето од примарна во повисоките нивоа на здравствена заштита ќе се олесни преку подобрената комуникација меѓу различните нивоа.

На корисниците на здравствени услуги им требаат повеќе информации кои ќе бидат прилагодени на нивните потреби. Треба да се зајакне подготовката на едукативни и промотивни материјали, со посебен фокус на различни социјални групи, на кои адекватни информации им се тешко достапни.

Безбедното мајчинство започнува со училишното образование. Во наставните планови на основните и средните училишта треба да се вклучи и сеопфатна настава за сексуално и репродуктивно здравје (СРЗ). Наставниот кадар ќе биде обучен да предава преку успешните пристапи на „образование за животни вештини“ со цел да се подобрат нивните капацитети за да одговорат на прашањата поврзани со сексуалното и репродуктивно здравје во училиштата.

Оваа стратегија не само што се концентрира на подобрувањето на услугите кои ги даваат здравствените работници, туку вклучува и други општествени групи и структури од заедницата. Со стратегијата се нагласува важноста на граѓанскиот сектор и ги зајакнува нивните капацитети со цел тие да се впуштат во промоција на безбедното мајчинство. Меѓу другото стратегијата овозможува развој на посебни промотивни материјали и кампањи за потребите на граѓанскиот сектор во промоцијата на овие концепти.

Современите медиуми играат важна улога во оваа стратегија. Медиумските работници ќе бидат обучени, а нивната достапност до соодветни информации за безбедно мајчинство ќе биде олеснета со цел тие да земат активна улога во промоцијата на вредностите на безбедното мајчинство и здравите животни стилови.

На локалните власти и лидерите на заедниците им требаат капацитети за одговор на барањата поврзани со сексуалното и репродуктивно здравје на ниво на локална заедница, каде националните индикатори за перинатално здравје се слаби. Социјално-исклучените и маргинализирани групи имаат особена потреба од вакви услуги. Социјалните служби ќе бидат мобилизирани со цел да воспостават коалиција меѓу администрацијата на заедниците и локалните лидери во насока на промоција на сексуалното и репродуктивно здравје и здрави животни стилови на локално ниво.

Основа на безбедното мајчинство е постоење на современи методи за контрацепција и за превенција од сексуално преносливи инфекции (СПИ). Здравствените работници во примарната здравствена заштита ќе бидат обучени, а нивните капацитети ќе бидат изградени така што ќе можат да нудат услуги за сексуалното и репродуктивно здравје, вклучувајќи и планирање на семејството, но исто така тие ќе ги промовираат таквите услуги кај нивните пациенти, вклучувајќи ги и адолесцентите. Ова исто така подразбира проширување на

постојната мрежа на сексуалното и репродуктивно здравје услуги наменети за младите .

Период на антенатална грижа

Навремената и достапна висококвалитетна антенатална грижа (АНГ) е предуслов за рано откривање на ризични бремености. Патронажната служба и матичните лекари се значаен сегмент за справување со маргинализираните групи, кои во најчесто се изложени на поголем ризик. Гинеколозите од примарната здравствена заштита играат важна улога во откривањето на ризичните бремености и ги насочуваат бремените жени до соодветното ниво на здравствена заштита. Акушерките пак, може да играат важна улога во смисла на пристапот на продолжена грижа преку нивните подготвителни активности за породување, помош при породување, како и обезбедување домашни посети кај постнатални жени и нивните новороденчиња.

Цели:	Сите жени користат модерни, пристапни и гарантирани висококвалитетни антенатални здравствени услуги.		
Очекувани резултати	Индикатори (извори на податоци)	Сегашна состојба	Цел до 2015 год
Услугите за безбедно мајчинство се обезбедуваат на интегриран начин, (ПЗЗ и специјализирани услуги)	• Процент на бремени жени со пополнета мајчина книшка при породување (ГАК)	да се одреди	90%
	• Процент на бремени жени со ризично однесување (тутун, алкохол, психотропни сусптанци), (ГАК)	да се одреди	< 10%
	• Процент на жени со ново дијагностицирана/и СПИ при породување (ГАК)	да се одреди	< 5%
Бремените жени и нивните семејства (со фокус на маргинализираните групи ¹⁴) навремено и соодветно ги користат антенаталните здравствени услуги	• Процент на бремени жени што користат антенатални услуги во првиот триместар од бременоста (да се обезбедат дисагрегирани податоци за маргинализираните групи), (ИЈЗ)	41,7%	90%
	• Просечен број на посети во антенатална грижа (да се обезбедат дисагрегирани податоци за маргинализираните групи), (ИЈЗ)	2,8	4
Ризичните бремености се детектираат во рана фаза и се упатуваат на соодветно ниво ¹⁵ на здравствена заштита	• Процент на конгенитални малформации откриени пред породување (ГАК)	да се одреди	80%

¹⁴ Во оваа Стратегија, под маргинализираните групи се подразбираат: припадници со полош социо-економски статус, руралното население и ромската заедница.

¹⁵ Новите клинички упатства и стандардите за перинатална грижа ќе ги дефинираат начинот на упатување на соодветно ниво на здравствена заштита, согласно на повеќе критериуми, меѓу кои и степенот на ризичност на бременоста.

Оваа стратегија промовира мултидисциплинарен и интегриран пристап на антенатална грижа со активно учество на патронажната служба, избраните лекари и гинеколози од примарната здравствена заштита. За оваа цел, социјалниот пакет за бремени жени ќе биде надграден, а комуникацијата помеѓу различните нивоа на здравствениот систем ќе биде подобрена со цел да се зголеми транспарентноста на сите нивоа на здравствената заштита. Притоа, клучен елемент е повторното воведување и употребата на „мајчината книшка“, со која здравствените информации ќе бидат достапни и на пациентот. Со цел да се подобрат капацитетот и квалитетот на услугите, организациските стандарди на секое ниво на здравствена заштита, ќе бидат ревидирани и ажурирани, а по потреба ќе бидат изградени и капацитети за патронажната служба и матичните лекари (меѓу другото и преку системот за континуирана медицинска едукација).

Раното откривање на ризици кај бременоста е клучна задача на антенатална грижа. Со цел подобрена достапност на ваквите услуги, стратегијата промовира регистрирање на сите жени на репродуктивна возраст кај матичен гинеколог, рано утврдување на бременоста (во тек на првиот триместар) и доволен број посети за антенатална грижа (барем 4 посети со еден ултразвучен (ЕХО) преглед за секоја бремена жена). Со ова ќе се овозможи раното идентификување и утврдување на ризичните бремености и ќе се олесни третманот на таквите бремености на соодветно ниво на здравствената заштита.

Превентивните активности играат важна улога во текот на антенаталниот период. Важни елементи се раното откривање на конгениталните малформации и добро следење на растот на фетусот во текот на првиот триместар, преку прегледи со ултразвук, идентификувањето на сексуално преносливите инфекции, кои може да влијаат на здравјето и добросостојбата на мајката и детето. Системот за гаранција на квалитет ќе биде засилен преку инструменти за подобрување на мониторингот и евалуацијата (МиЕ), идентификација на соодветни индикатори и редовна евалуација на податоците од рутинската здравствена евиденција. Во овој случај информатизацијата ќе игра важна улога.

Жените и нивните семејства мора да бидат поттикнати да земат активна улога во одржувањето и промоцијата на сопственото здравје. Ова е особено релевантно кај социјално исклучените групи и нивните заедници. Стратегијата ја засилува улогата на водачите во локалните заедници, капацитетите на граѓанските организации, улогата на локалните власти, како и сите релевантни партнери, со цел да обезбеди клучни информации за бремените жени и нивните семејства и да го унапреди безбедното мајчинство. Со ова се претпоставува обука на локалните власти и лидерите во заедниците, мобилизација на социјалните служби и вклучување на граѓанскиот сектор во информативни и промотивни кампањи.

Период на породување

Со постоење на висококвалитетни услуги за породување на ниво на породилишта и ефикасен и функционален систем на упатување се гарантира најсоодветната грижа за сите бремени жени и нивните новороденчиња. Во рамките на еден регионализиран здравствен систем, секое ниво на здравствена заштита мора да има јасно опишани ингеренции и начини на употреба на потребните ресурси и придобивки преку функционален систем на континуирана медицинска едукација со цел обезбедување висококвалитетни услуги во согласност со соодветното ниво на ингеренции (пакет на услуги). Ефективната

комуникација со сите нивоа на здравствена заштита, во текот на породувањето, како и со мајката и нејзиното семејство ќе придонесат за континуитет на здравствената заштита.

Цели:	Сите жени и семејства користат висококвалитетни услуги на породување, кои што се соодветни на нивниот статус на ризик.		
Очекувани резултати	Индикатори (извор на податоци)	Сегашна состојба	Цел до 2015 год
Сите породилишта даваат висококвалитетна перинатална грижа (според соодветно ниво на акредитација)	• Сите породилишта се сертифицирани во рамките на Програмата “Болници пријателки на бебињата” (МЗ, Комитет за доење)	90%	100%
	• Процент на акредитирани породилишта според националните стандарди ¹⁶ (МЗ, Комитет за безбедно мајчинство)	да се одреди	100%
Кадарот што работи во перинатална грижа има познавања и вештини за процедурите засновани на новите национални клинички упатства ¹⁷	• Процент на кадар кој последен пат бил обучуван во КМЕ во последните две години (МЛД, ЛКМ)	0%	100%
	• Процент на породилишта кои работат во согласност со новите национални клинички упатства (МЗ, ГАК, Комитет за безбедно мајчинство)	0%	100%
	• Процент на пациенти со комплетна медицинска документација според националната методологија за евиденции во здравството (ГАК, ИЈЗ)	0%	80%
Породувањата се одвиваат на соодветно ниво на здравствена заштита, кое одговара на нивото на ризик на бременоста, врз основа на новите национални стандарди за перинатална грижа ²¹	• Процент на ризични бремености кои се породени во породилишта во трето ниво (терциерна здравствена заштита)	Дополнително да се дефинираат, по донесување на националните стандарди ¹⁸ за перинатална грижа	
	• Процент на предвремено породени новороденчиња на пониските нивоа на здравствениот систем (породени пред 34-та гестациска недела)		
	• Процент на царски резови реализирани во секое породилиште, дисагрегирано по индикации за царски рез (ГАК)		
	• Процент на новодоренчиња со Апгар резултат помал од 7 во 5-тата минута по раѓањето	да се одреди	да се одреди

¹⁶ Се однесува на новите национални стандарди за перинатална грижа, кои ќе се дефинираат во 2010-2011 година.

¹⁷ Се однесува на новите национални клинички упатства кои ќе се донесат во текот на 2010 година

¹⁸ Новите клинички упатства и стандардите за перинатална грижа ќе ги дефинираат начинот на упатување на соодветно ниво на здравствена заштита, согласно на повеќе критериуми, меѓу кои и степенот на ризичност на бременоста и фазите на бременост за одредена ризичност

Мајките ексклузивно дојат при исписот од породилиштето	<ul style="list-style-type: none"> Процент на мајки кои ексклузивно дојат при исписот од породилиштето (Комитет за доење) 	80%	90%
--	--	-----	-----

Квалитетот на услугите зависи од неколку фактори: структурен, процесен и исходен квалитет.

На здравствените работници им се потребни работни услови кои ќе им овозможат обезбедување на висококвалитетни услуги, кои се очекуваат од нив (структурен квалитет). Со оваа стратегија ќе се развијат начела и стандарди за инфраструктурата и опремата за услуги за безбедно мајчинство, и ќе се подготви план за акредитација на институции кои обезбедуваат контрола на квалитет. Постојната Програма за болници пријателки на бебињата, која веќе се спроведува во најголем број од болниците во Република Македонија ќе биде хармонизирана со предвидениот план за акредитација на болници за безбедно мајчинство. Услугите за безбедно мајчинство ќе се обезбедуваат во „средина блиска до семејството“ со што, меѓу другото, ќе се гарантира приватноста на мајките и нивните семејства, учеството на партнерот и семејството, како соодветна психолошка поддршка.

Националните норми и прописи ќе бидат ажурирани за да бидат во согласност со националните и меѓународните упатства за медицина базирана на докази. Ќе бидат подготвени посебни Упатства (за медицина заснована на докази) или ќе се ажурираат преку професионалните здруженија и другите релевантни актери (процесен квалитет). Спроведувањето на националните Клинички упатства ќе биде олеснето преку подготовка на институционални протоколи засновани на националните упатства, при што истите ќе бидат помогнати преку програми за обуки, како и развивање на механизми за евалуација во врска со спроведувањето на ваквите протоколи и упатства, како и нивното влијание врз грижата за пациентите. Ова исто така бара повторно разгледување на модалитетите за водење здравствена евиденција и прибирање податоци, што ќе биде олеснето преку спроведување на современ систем за информатичка и комуникациска технологија (ИКТ).

Професионалните капацитети играат важна улога во гарантирањето на квалитетот на услугите.

Континуираната медицинска едукација ќе биде надградена на национално и институционално ниво, при што ќе се обезбедат гаранции кадарот кој работи во установите да добива редовни најнови информации и знаења (меѓу останатото, преку акредитирани обуки, но исто така и преку неформални интерни обуки).

Обуките нема да се одвиваат само во академски услови каде станува збор за надградба на теоретското знаење. Ќе се придаде особено внимание на стекнување практични вештини, при што не се исклучува можноста за стажирање на кадарот во специјализираните центри, како и можноста за размена на кадар и слично.

Обезбедувањето на висококвалитетни услуги во контекст на еден систем на регионализирана перинатална здравствена заштита бара дефинирање на услугите кои ќе се даваат на различните нивоа на компетенција (пакет услуги). Механизмите за упатување гарантираат достапност на соодветното ниво на здравствена заштита за секој посебен случај. Оваа стратегија предвидува развивање на соодветни клинички упатства за упатување на пациентите од едно на друго ниво на здравствена заштита, како и инструменти за нивно следење, со

цел да се гарантира постоењето на безбедно префрлање од едно на друго ниво на здравствена заштита и да се олесни соодветното донесување одлуки од страна на професионалниот кадар. Дел од оваа стратегија е и гарантирање на постоењето на соодветни стратегии за комуникација (механизми за упатување – враќање) и следење на упатените пациенти.

Оваа стратегија вклучува во себе подготовка и ажурирање на националните клинички упатства, како и изработка на методологија за ревизија на матернална и перинатална смртност (audit) и обука за примена на методологијата во случаи на матернална и перинатална смртност. Во рамките на ваквиот систем ќе влезе и анонимното регистрирање на критичните случаи (оценка на избегнати несакани настани [near miss assessment]) со цел да се идентификуваат слабостите во системот на здравствени услуги. Анализата на ваквите настани ќе овозможи идентификување на слабостите на системот кои треба да бидат подобрани.

И покрај тоа што здравствените работници се најповикани да бидат тие што ќе ја вршат оценката на професионалниот квалитет, мислењето на корисниците на здравствени услуги (пациентите) е важен критериум за оценка на квалитетот на дадената услуга во една ваква стратегија за безбедно мајчинство која во своето средиште ја става жената и нејзиното семејство. Оценката на нивото на задоволство на корисниците на здравствени услуги ќе биде дел од активностите за мониторинг и евалуација кои се неопходни за континуирано подобрување и усогласување на услугите кон потребите на корисниците.

Период на постнатална грижа

Постнаталната грижа се обезбедува во породилиштата веднаш по породувањето на жената (на пр. воведување во ексклузивно доење, вакцинација, постнатална грижа за мајки, заедно со семејно планирање, итн.). Споделувањето на информации меѓу различните сегменти поврзани со безбедно мајчинство и меѓу различните нивоа на здравствени услуги, вклучувајќи ја и патронажната служба, помага во одржувањето на континуитетот на здравствената заштита.

Цели:	Сите жени и деца користат сеопфатен пакет на здравствени услуги од примарната здравствена заштита (основен пакет на услуги) во текот на првата година по породувањето/раѓањето		
Очекувани резултати	Индикатори (извор на податоци)	Сегашна состојба	Цел до 2015 год
Жените по породување исклучиво ќе ги дојат децата со мајчино млеко најмалку во првите 6 месеци (според препораките на СЗО/УНИЦЕФ)	<ul style="list-style-type: none"> Процент на доенчиња на ексклузивно доење во првите 6 месеци од животот (наменска студија) 	16%	60%
Сите новороденчиња	<ul style="list-style-type: none"> Процент на деца со комплетна имунизација до 24-месечна возраст 	90-95%	95%

имаат бенефит од сеопфатниот пакет здравствени услуги според националните стандарди	(кои примиле DTP3, OPV3, BCG, HiB, HepB и МРП) (ИЈЗ)		
	<ul style="list-style-type: none"> Процент на установи за примарна и превентивна здравствена заштита кои ги исполнуваат новоразвиените критериуми од Програмата “Болници пријателки на бебињата” (МЗ и Комитет за доење) 	0%	70%
Новороденчињат а со специјални потреби (предвременно раѓање, генетски аномалии, друго) имаат пристап до соодветна грижа ¹⁹	<ul style="list-style-type: none"> Процент на новороденчиња со специјални потреби кои користат соодветни услуги²² 	да се одреди	95%
Кај сите новородени се врши скрининг за специфични ризици (хипотиреоидизам, фенилкетонурија и друго) според националните стандарди	<ul style="list-style-type: none"> Процент на новороденчиња кај кои е извршен скрининг според националните стандарди²⁰ (забелешка: TSH скринингот во моментот се спроведува кај сите новороденчиња) 	да се одреди	100%

Постнаталните услуги започнуваат во болницата каде се врши породувањето, а по исписот од болница, во ваквите услуги е вклучена целата мрежа на примарна здравствена заштита. Ваквите услуги претпоставуваат постоење на силна соработка меѓу здравствените работници на болничка и примарна здравствена заштита, заедно со системот на патронажната служба, превентивните тимови, матичните лекари и гинеколози, педијатрите, ортопедите и по потреба и други специјалисти.

Оваа стратегија ќе го подигне нивото на свест кај сите релевантни актери, со помош на обуки со цел да ги надгради капацитетите на здравствените работници.

Како и во другите компоненти, обуката со себе носи и ажурирање на клиничките упатства, дефинирање на услугите, дефинирање на стандардите за инфраструктура и кадар, како и повторно воведување на континуирана медицинска едукација, со што знаењето на кадарот континуирано ќе се надградува според потребните стандарди.

Оваа стратегија исто така ја потенцира важноста на водењето медицинска евиденција и здравствена статистика, односно прибирањето податоци за мониторинг, евалуација и континуирано подобрување на услугите. Соодветното користење на инфорациско комуникациската ехнологија (компјутеризација на

¹⁹ Класификацијата на новороденчиња со специјални потреби дополнително ќе се дефинира, и соодветно на тоа, ќе се изработат стандарди и упатства за здравствени услуги за оваа популациска група

²⁰ Националните стандарди за скрининг на новороденчиња ќе бидат дополнително дефинирани

картони, картички за пациенти, вмрежување, и др.) ќе биде од помош за ваквите функции.

Програмата “Болници-пријателки на бебињата“ го поттикнува доењето со мајчино млеко, работи на развивање на мајчинското чувство и грижата за новороденчето и ги учи мајките да ги препознаваат знаците на опасност кај нивните бебиња, со помош на обуки на здравствени работници и мајки, како и преку дистрибуција на промотивен материјал. Стратегијата за безбедно мајчинство го зголемува нивото на „наклонетост кон бебињата“ во рамките на постнаталните услуги, на ниво на примарна и превентивна здравствена заштита.

Програмите за постнатален скрининг ќе гарантираат рано откривање на конгенитални метаболни заболувања, според стандардните протоколи.

Социјалниот пакет за семејства со новороденче ќе биде ревидиран и ќе биде ставен во употреба по усвојување на регулативата за заштита на детето, при што таквите пакети ќе се фокусираат на маргинализирани семејства и нивните новороденчиња. Особено оние деца кои се родени со одреден степен на ризик имаат поголема потреба од пристап кон специјална грижа.

Дополнително на постоечките центри во Скопје и Битола, кои обезбедуваат вакви услуги, ќе се формираат и нови во поголемите градови и во регионалните медицински центри (на пр. Штип, Охрид, Тетово, Куманово и Велес).

Контрола – Пристап на мониторинг и евалуација

Улоги и задачи за спроведување на Стратегијата за безбедно мајчинство на Република Македонија за период 2010-2015 година

Националниот комитет за безбедно мајчинство (КБМ) е тело кое има улога во управувањето со спроведувањето на Стратегијата за безбедно мајчинство во Република Македонија. Тој ги идентификува релевантните чинители и клучните актери преку кои ќе се спроведува Стратегијата. Исто така, го следи спроведувањето на стратегијата преку активности за мониторинг и евалуација, надзор и обезбедување техничка експертиза.

Националниот комитет за безбедно мајчинство ќе се состанува со клучните институции секои три месеци, за да ги координира работите врзани за Стратегијата и ќе спроведува ревизија на Стратегијата барем еднаш годишно. Ваквите ревизии ќе ги анализираат ефектите од Стратегијата во врска со капацитетите на институциите, како и квалитетот на дадените услуги, но и исходите кон крајните корисници. За спроведување и координација на активностите на клучните институции, Националниот комитет за безбедно мајчинство ќе назначи соодветни координатори. Заедно со партнерите во имплементацијата, координаторите ќе подготват годишни Акциони планови.

Мониторинг

Постоење на систем за Мониторинг и евалуација (МиЕ) е од најголема важност за натамошното следење на спроведувањето на стратегијата.

Системот на Мониторинг и евалуација ќе следи одреден број аспекти на спроведувањето на Стратегијата:

- **Следење на активности:** Националниот комитет за безбедно мајчинство го следи навременото започнување и реализацијата на активностите согласно на Акционите планови.
- **Следење на резултати и индикатори:** Националниот комитет за безбедно мајчинство заедно со клучните институции ги следи резултатите и индикаторите, и ако е потребно предлага соодветна промена на Акционите планови и на индикаторите.

Методолошки, активностите за мониторинг во себе ќе вклучуваат:

Клучните податоци во врска со избраните индикатори ќе се прибираат и ќе се вметнат во базата на податоци за мониторинг. Таквата база на податоци ќе биде развиена на начин кој ќе овозможува анализирање и употреба на истите од страна на клучните институции при донесувањето на одлуки:

- Прибирање квантитативни податоци од редовната здравствена статистика;
- Прибирање на податоци преку наменски студии и анкети;
- Прибирање на податоци преку реализирани теренски посети.

Евалуација

Оценката на спроведените активности ќе се прави во форма на евалуација:

1. На крајот на секоја година ќе се спроведе **годишна евалуација** на активности. Со ова ќе се оцени имплементацијата, по што ќе следат состаноци за планирање на натамошните активности. Годишната евалуација исто така ќе следи дали проектот е сè уште насочен кон остварување на резултатите и индикаторите.
2. **Надворешна евалуација** на проектот може да се направи на средината од соодветната година со цел да се оцени целокупното влијание на Стратегијата, при што можно е да се предложат натамошни активности и чекори.

Известување

Националниот комитет за безбедно мајчинство е тело одговорно за имплементација на Стратегијата и за тоа ќе дава отчет пред Министерството за здравство.

