

MIDWIFE LED MODEL OF CARE – IS MIDWIFERY IN BULGARIA READY FOR IT³

Prof. Ivanichka Serbezova, PhD

Department of Health Care,
“Angel Kanchev” University of Ruse
E-mail: iserbezova@uni-ruse.bg

Assist. Daniela Lyutakova

Department of Health Care,
“Angel Kanchev” University of Ruse
E-mail: dlyutakova@uni-ruse.bg

Abstract: *The Midwife Led Model of Care is comparatively not very popular in Bulgaria. Although it has strong standing and traditions in different countries of the EU, especially in Great Britain, it hasn't garnered much attention in our country. Its advantages in regard to both health results for women, babies and families, and for the Healthcare economy give us a strong ground to investigate the potential to popularise the Midwifery Model of Care in Bulgaria. This article explores the challenges and possibilities of implementing the Midwife Led Model of Care nationally. It looks at Bulgarian midwives' readiness to register autonomous midwife practices and offer such care. The current level of awareness and attitudes is reviewed and authors discuss midwives' motivation regarding this topic. Challenges are explored and the importance of implementing the model is discussed. Conclusions are drawn and main directions for encouraging the Midwifery Model of Care are listed.*

Keywords: *Midwife Led Care, Midwifery Model of Care, Private Practice Midwife, Patient Centred Care, Autonomous Midwife*

JEL Codes: I10

ВЪВЕДЕНИЕ

Докладът проучва спецификите на акушерския модел на грижа и нагласите спрямо него у нас. Предизвикателствата пред самостоятелните акушерски практики в България са немалко, като към тях можем да добавим и непопуляризираната философия на този модел. Той включва разбирането, че бременността е нормално, физиологично състояние и по-скоро семейно, от колкото медицинско събитие при нискорисковите жени с нормална бременност. Моделът предполага приемственост и продължителност в грижите – тоест жената да познава своята акушерка, а тя да я съпровожда от самото начало на бременността, по време на раждането и след това. Тази акушерска грижа включва в себе си не само необходимите грижи и манипулации, но и психо-емоционална подготовка, подкрепа, наблюдение, пренатално обучение за раждането и за отглеждането на детето с индивидуален подход (Hristova, Ts., 2021; Serbezova, I., 2014). Отличава се с възможността бременната жена, семейството, да са в центъра на грижите, да се вземат в съображение техните особености от всеки аспект на живота им и да се насърчат физиологичните процеси.

ИЗЛОЖЕНИЕ

От няколко години, благодарение на промените в законовата уредба, самостоятелните акушерски практики за здравни грижи са вече факт и у нас. Професионалните шансове за акушерките се увеличиха, но и възникнаха значими предизвикателства пред това развитие. След приемането измененията и допълненията на Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ) през юни 2020 г., бе установен редът за разкриване на индивидуални или групови практики за здравни грижи (ЗЛЗ). Тази промяна на практика дава възможност на специалистите по здравни грижи да упражняват самостоятелно правомощията си, регламентирани още с Наредба 1 от 08

³ Докладът е представен на 27.10.2023 г. в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: Акушерският модел на грижа – готово ли е акушерството в България

Февруари 2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно, като регистрират самостоятелни практики. Лечебните заведения, които акушерките могат да регистрират, обаче, не попадат в обхвата на договорните партньори на НЗОК (ЗЛЗ; БАПЗГ, 2020). Съществува и подозрението, че така въведените изменения целят просто деескалация на възникналите по-рано протести на специалистите по здравни грижи, а не реално работеща рамка за ефективно регламентиране. Така, дейността на акушерките, разкрили самостоятелна практика, остава в частния сектор, а предоставянето на акушерски модел на грижа – скъпо платена екзотика в българското здравеопазване. Пазарът на родилната грижа у нас е фактически предопределен, като се дава значителен превес на традиционния за България силно медикализиран модел на акушерска грижа.

Родилната грижа в България демонстрира резултати, които не са в съответствие с препоръчителните нива на цезарово сечение (ЦС) според организациите, ангажирани с майчино и детско здраве в световен план (WHO, 2021). На фона на увеличаващите се научни доказателства в полза на окуражаване физиологичното раждане, както и на препоръките на водещите здравни организации за понижаване процента на оперативните родоразрешения до безопасни нива, у нас статистиката загатва сериозни дефицити. При препоръчителни, според СЗО, 15% на ражданията чрез ЦС (WHO, 2021; WHO, 2015), България е сред страните с устойчиво доста по-високи нива, колебаещи се около и над 40% от години.

Табл. 1. Нива на раждания с Цезарово сечение според географското групиране на ООН през 2018 (СЗО, 2021)

Регион	Изчислени нива на ЦС (% 95% CI)
В света (n=154)	21.1 (18.8, 23.3)
Развитите страни (n=45)	27.2 (25.2, 29.2)
По-малко развити страни (n=70)	24.2 (20.9, 27.5)
Най-малко развити страни (n=39)	8.2 (5.2, 11.2)
Европа (n=38)	25.7 (23.4, 28.0)
Източна Европа (n=10)	25.0 (18.7, 31.3)
Северна Европа (n=10)	25.3 (21.5, 29.1)
Южна Европа (n=11)	30.1 (27.5, 32.7)
Западна Европа (n=7)	24.2 (18.3, 30.2)

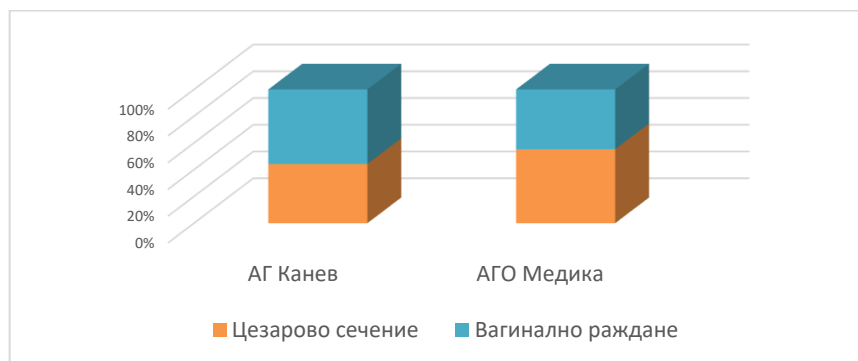
Видимо от данните, нива на ЦС над 40% са почти двойно по-високи от тези в световен мащаб и значително по-високи дори от средните за Източна Европа – 25%. Тенденцията се запазва през последните 5-6 години, видимо от следващата таблица с данни.

Табл. 2. Нива на раждания с Цезарово сечение у нас според данни, предоставени от НЗОК (Индекс на болниците, Clinica.bg, 2018-2023)

Година	Брой раждания в България	% ЦС за тези раждания
2017	58 237	45.00%
2018	55 796	46.90%
2019	54 762	47.35%
2020	53 968	47.16%
2021	53 301	49.90%
2022	51 672	48.73%

Всичко това се случва и на фона на устойчива тенденция за понижаване на раждаемостта у нас. По информация на „Индекс на болниците“, според данни от НЗОК, през 2022 година се отбелязва **отново** спад в броя на ражданията, възлизащ на 1629 раждания по-малко спрямо предходната година (Индекс на болниците, 2023). Общият брой раждания през изминалата

година е общо 51 672 и 48.73% от тях са се случили чрез цезарово сечение – което възлиза на 25 180 раждания по оперативен път. Ражданията в Русе за 2022 г. са общо 1023 (Индекс на болниците, 2023).



Фиг. 1. Данни за нивата на оперативни и вагинални раждания в двете АГ отделения в Русе за 2022 година, по данни на НСИ (Индекс на болниците, 2023)

От тези около 1000 раждания, в АГ комплекс Канев са се случили 781 раждания, от които 44.30% раждания по оперативен път, а в АГО Медика общо 242 и с цезарово сечение са родили над половината жени там, или 55.37% (Индекс на болниците, 2023).

Достъпът до възможност за оперативно родоразрешение е от съществено значение за майчиното и детско здравеопазване. Цезаровото сечение е критично важно и животоспасяващо за случаите, в които са застрашени животът и/или здравето на майката и детето/децата. В този смисъл, всички посочени данни и изводи целят не да ограничат достъпа до тази интервенция, а да установят баланса полза-риск. Установено е, че нива на ЦС над 15-20% не са в полза на майките и бебетата и обичайно се касае за предотвратими оперативни родоразрешения, свръхдиагностициране или дефицити в родилната грижа (WHO, 2015; WHO, 2018).

Именно тези дефицити и пропуски в медикализирания модел на акушерска грижа може да адресира акушерският модел на грижа. Ползите от него са изучени и доказани на международно ниво, тази организация на грижите води до цялостно подобрене в качеството на родилните грижи, включително и до понижение нивата на ЦС. Този модел успешно функционира във Великобритания, Америка, Австралия, Нова Зеландия, Германия и други страни, а резултати от изследвания сочат, че такава грижа води до по-малко преждевременни раждания, по-ниски нива на интервенции като прилагане на епидурална анестезия и епизиотомия, както и по-високи нива на удовлетвореност сред пациентите (Potera, С., 2013). Преглед на проучванията за икономическата ефективност на грижата, ръководена от акушерка демонстрират, че тя струва по-малко от стандартната родилна грижа и е по-скоро свързана с по-малко разходи (Potera, С., 2013). В същото време, констатации от голямо изследване в The Lancet показват, че грижите, ръководени главно от акушер-гинеколози без баланса, който акушерките внасят в здравната система, може да понижат смъртността и заболяемостта, но в същото време може да понижат и качеството на грижата и да увеличи разходите (Renfrew, MJ, McFadden, A., Bastos, MH, et al., 2014; WHO, 2018). Освен значимостта за тези жени и бебета, които ще получат ненужни интервенции, икономическите разходи на системи, функциониращи така, е вероятно да са неустойчиви (Renfrew, MJ, McFadden, A., Bastos, MH, et al., 2014). Например, разходите за ненужни интервенции в родилната грижа в САЩ се оценяват на около 18 милиарда долара годишно (Renfrew, MJ, McFadden, A., Bastos, MH, et al., 2014).

Тези данни естествено насочват към необходимостта да се оценят условията за регистриране на самостоятелни акушерски практики и прилагане на акушерски модел на грижа в България. Мотивацията и опасенията на българските акушерки имат пряко отношение към достъпността на пациентите до грижа, ръководена точно от акушерка.

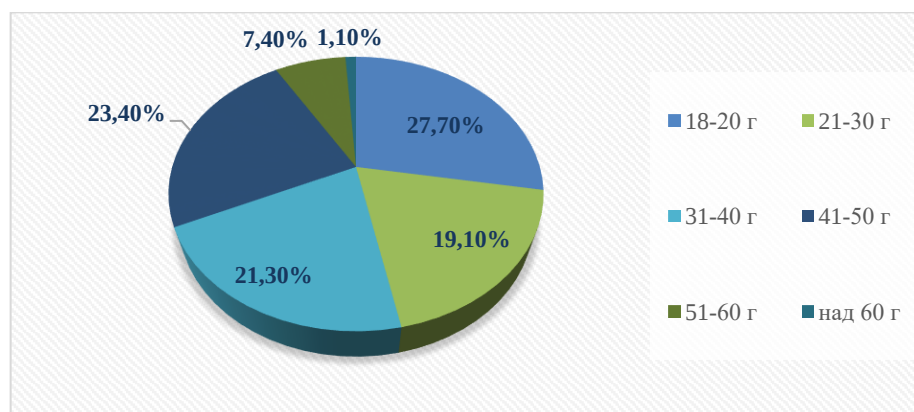
Анкетно проучване

С цел да се изяснят нагласите на студент акушерките и практикуващите акушерки относно акушерския модел на грижа в България се проведе анкетно проучване от авторите. Използваният метод на изследване познанията и нагласите на специалистите по здравни грижи е анкетиране с кратки затворени въпроси посредством приложението *Google Forms*. Обхванати са общо **94** респондента, от които 35.20%, или 33 респондента, са студенти или стажанти в специалност от регулираните професии „Акушерка“, а всички останали – практикуващи в различни условия акушерки (Фиг. 2.). Проучването е проведено през месец **октомври 2023**. Методите на разпространение включват социалните медии и електронната поща, като запитаните са информирани предварително относно анонимния и добровolen характер на анкетата. Изследването е насочено към студентите и практикуващите специалисти по здравни грижи в страната: Русе, Варна, Пловдив, София, Плевен, Шумен, Стара Загора, Разград, Силистра и други.

Получените резултати са представени графично, а наблюдаваните тенденции и заключения, дискутирани след съответните фигури.

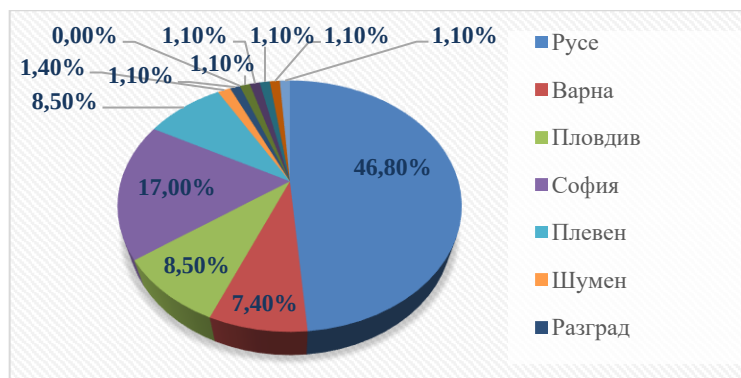


Фиг. 2. Данни за заеманата от респондентите позиция към момента на анкетиране.



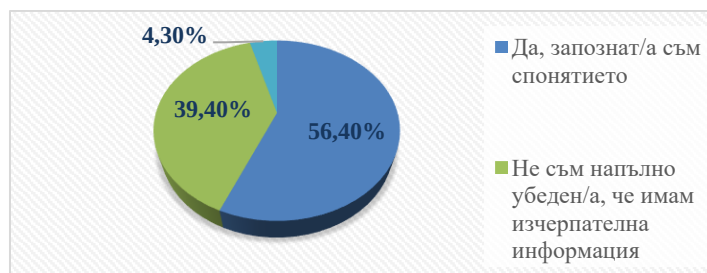
Фиг. 3. Възрастови параметри на респондентите

Възрастовият профил на анкетираните е разнороден, като приблизително еднакви проценти настоящи са във възрастовите групи 21-30 години (19,10%), 31-40 години (21,30%), а студентите логично са в групата 18-20 и представляват 27,70% от запитаните.



Фиг. 4. Данни за населените места, където запитаните практикуват или се обучават за акушерки

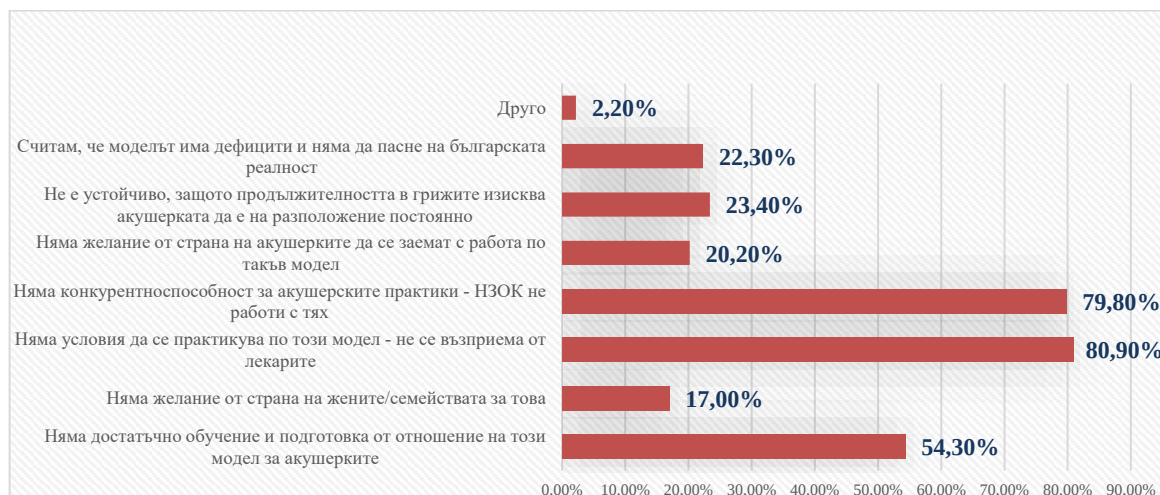
Запитаните практикуват като акушерки или учат по специалността в различни населени места. С оглед на принадлежността на авторите на това проучване към Русенски университет „Ангел Кънчев“ е очаквана тенденцията повечето от запитаните да посочват Русе като своя локация. Общо 46,80% или 44 респондента заявяват, че учат или практикуват в крайдунавския град.



Фиг. 5. Самооценка за познанията относно акушерския модел на грижа

Самооценката на запитаните относно тяхната компетентност що се касае до акушерския модел на грижа е от значение за поставянето на изложените данни в контекст. По отношение на осведомеността на запитаните, над половината, или 56,40% от тях, твърдят, че са запознати с понятието „акушерски модел на грижа“. Също толкова значим процент, обаче, съобщават, че не са напълно убедени, че имат изчерпателна информация по темата – 39,40%. Следва тези данни да се вземат в съображение при тълкуване резултатите от текущото анкетно проучване.

Опасенията на респондентите относно приложимостта на модела на грижа, ръководен от акушерка са отразени в долупосочената графика (фиг. 6.).



Фиг. 6. Виждания на запитаните относно недостатъците на модела на грижа, ръководен от акушерка

От представените опции за отговор, акушерките категорично посочват като най-голям негатив, с 80,90%, липсата на подкрепа за тази организация на грижите от страна на лекарите. Друг недостатък, който виждат запитаните при акушерския модел на грижа е липсата на конкурентноспособност, която създава невъзможността за работа с НЗОК – 79,80%. На трето място, с 54,30%, се подреждат недостатъчните обучение и подготовка за работа по този модел.

Следващият пункт от проучването цели да изследва кои аспекти на модела се възприемат от респондентите като позитивни. В следващата графика е отразено предпочитанието им към различни предимства на акушерския модел на грижа (фиг. 7.).



Фиг. 7. Предимства на акушерския модел на грижи, според запитаните

По-добрата ефективност на акушерския модел на грижа в полза на жените е посочена като най-значимото му предимство – с 80.90%. Акушерките и студентите оценяват необходимостта от смислено пренатално обучение и поставят на второ място като позитив точно възможността да предложат такова при тази организация на грижата – 69,10%. В сърцето на акушерския модел е комуникацията и доверителната връзка между жената и акушерката – и това негово предимство е на трето място сред позитивите според респондентите. Малко над половината запитани, или 54,30%, посочват като основно предимство, че прилагането на такава грижа би могло да възстанови традиционната роля на акушерката.

Логично, запитяхме акушерките и студентите относно необходимата стъпка за имплементация на акушерския модел и какви предизвикателства виждат те пред създаването на самостоятелна практика, която да отключи тази възможност.



Фиг. 8. Основните предизвикателства пред разкриването на самостоятелна акушерска практика, според запитаните

Данните са доста еднозначни и се очертават три основни проблема пред българските акушерки, които ги обезкуражават да пристъпят към предлагането на услуги в такава организация на грижата. Като най-голяма пречка за регистрацията на самостоятелна практика, акушерките виждат липсата на възможност за финансиране от НЗОК – 87,20% съгласие събира тази опция за отговор. На второ място се подрежда неувереността на запитаните акушерки, че има достатъчно яснота как трябва да прилагат модел на грижа, ръководен от акушерка, общо 74,50% от запитаните са посочили и този отговор. Други 63,80% споделят, че дефицитите на ресурс като документация, средства за обезпечаване на самостоятелната практика и продължаващи обучения са спънка пред регистрирането на такава.

Към същата тенденция ни насочват и данните от следващата графика, която цели да представи визуално нагласите на запитаните към възможността те самите да разкрият самостоятелна акушерска практика, в която да предлагат грижи и услуги, в унисон с акушерския модел на грижа.



Фиг. 9. Нагласи на запитаните бъдещи и настоящи акушерки за разкриване на самостоятелна акушерска практика, която да предлага акушерски модел на грижа

Почти половината от запитаните не виждат смисъл в регистрирането на самостоятелна акушерска практика и прилагането на акушерски модел на грижа. Общо 46,90% от респондентите твърдо заявяват, че не биха предприели такава стъпка. Голямата част от тях, или 42,60% , са обезкуражени от липсата на устойчивост на такова начинание при липсата на възможност за работа с НЗОК. Все пак 29,80% от респондентите убедено заявяват, че биха искали да разкрият своя акушерска практика и дори планират това, което все пак е обнадеждаващо.

ИЗВОДИ

Въпреки, че възможността за разкриване на самостоятелните практики за здравни грижи е вече реалност, подобни практики продължават да бъдат по-скоро изключения. Значим позитив на тези лечебни заведения за здравеопазването и обществото е прилагането на акушерски модел на грижа, който позволява нискорисковите жени да получат холистична и задълбочена грижа с индивидуален подход. За да просъществува, обаче, подобна практика е необходимо да се вземат предвид недостатъците на организацията на тази грижа към момента. Вземайки предвид ограниченията в закона и оскъдния брой регистрирани у нас акушерски практики към момента, очевидно има необходимост от по-задълбочена оценка и очертаване на насоки за популяризирането и подпомагането им. Това би могло да ускори и улесни интеграцията и въвеждането на самостоятелната акушерска практика, която предлага акушерски модел грижа. Солидните доказателства в полза на модела са достатъчно основание да се вложат повече усилия в това начинание, с оглед незадоволителните данни от статистиката за ражданията у нас.

REFERENCES

BAHPN, National Quality Council, (2020), Methodology for the Activities of Autonomous Nurses, Midwives, Rehabilitators and Paramedics/Physician Assistants (PROJECT). (**Оригинално заглавие:** *Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи (БАПЗГ), Национален съвет по качество (НСК), (2020), Методика за дейността на свободно практикуващи медицински сестри, акушерки, рехабилитатори и фелдшери/лекарски асистенти (ПРОЕКТ)*)

Bulgarian Medical-Treatment Facilities Act (**Оригинално заглавие:** *Закон за лечебните заведения*)

Hristova, Ts., (2021), Special Midwife Care for Low-Risk Pregnancies. A Guide for Student Midwives, Mediateh-Pleven (**Оригинално заглавие:** *Христова, Цв., 2021. Ботева, М., 2008. Специални акушерски грижи при нормална бременност. Плевен: Издателство „Медиатех-Плевен“.*)

Hospital Index, (2023), Clinica.bg, Births in 2022, (**Оригинално заглавие:** *Индекс на болниците, clinica.bg, (2023), Ражданията през 2022 г.*), <https://clinica.bg/23622-Rajdaniqta-prez-2022-g>.

Potera, C., (2013), Evidence Supports Midwife-Led Care Models. AJN, American Journal of Nursing: November 2013 - Volume 113 - Issue 11 - p 15 doi: 10.1097/01.NAJ.0000437097.53361.dd, accessed 21st of September 2023

REGULATION No. 1 of 02/08/2011 for the professional activities that nurses, midwives, associate medical specialists and health assistants may perform by appointment or independently. Issued by the Minister of Health, published, Official State Gazette, no. 15 of 18.02.2011, amended and supplemented, no. 50 from 1.07.2011 (**Оригинално заглавие:** *Наредба по 1 от 8 февруари 2011 г. За професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно, Издадена от Министерството на здравеопазването.*)

Renfrew, MJ, McFadden, A., Bastos, MH, et al., (2014), Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care, The Lancet, DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3), accessed 16th of September 2023

Serbezova, I., (2014), Special Midwife Care for Pregnant Women, Women in Labour, Postpartum Women and Newborns, Ruse (**Оригинално заглавие:** *Сербезова, И., 2014. Специални грижи за бременни, раждащи, родилки и новородени. Русе.*)

WHO, (2021), Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access, Departmental news, <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access>, accessed 12th of September 2023

WHO, (2018), WHO recommendations: non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550338>, accessed 17th of September 2023

WHO, (2015), WHO statement on caesarean section rates, <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>, accessed 12th of September 2023

Докладът отразява резултати от работата по проект № 01 – ФОЗЗГ – 2023, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенския университет.