

## **Primaljski odjeli**

Magdalena Kurbanović, univ. bacc. obs., mag. med. techn., IBCLC

Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci

Kontakt: [magdalena.kurbanovic@uniri.hr](mailto:magdalenakurbanovic@uniri.hr), 098/90 76 868

## **SAŽETAK**

Maternalna skrb je jedna od temeljnih odrednica zdravstvenih sustava diljem svijeta stoga je unaprjeđenje kvalitete skrbi za trudnice, roditelje, babinjače i njihovu novorođenčad područje od posebnog interesa u kontekstu zdravstvenih intervencija koje reduciraju smrtnost. Osnaživanje primaljstva i ulaganje u primaljske intervencije istaknuto je kao prioritet od strane svjetskih zdravstvenih udruženja te je procijenjeno da bi se na taj način moglo prevenirati 2,3 milijuna maternalnih i novorođenačkih smrti godišnje do 2035. godine (1).

Unutar spektra modela skrbi za roditelje, primaljski odjeli ili primaljske jedinice pojavile su se kao poseban pristup kojeg karakteriziraju primalje kao pružatelji kontinuirane, holističke skrbi niskorizičnim trudnicama. Primaljski odjeli daju prednost praksama utemeljenim na dokazima, fiziološkom porodu i personaliziranoj skrbi, a privukli su pozornost zbog svog potencijala da poboljšaju ishode za majke i novorođenčad dok optimiziraju iskustvo poroda (2).

Ovim preglednim radom nastoji se pružiti osvrt na primaljske odjele, pružajući uvid u njihov povijesni razvoj, raširenost implementacije diljem svijeta, temeljna načela i ključne značajke. Oslanjajući se na sintezu empirijskih studija, sustavnih pregleda i kvalitativnih istraživanja, cilj ovog rada je ispitati ishode i iskustva povezana s primaljskim odjelima za korisnice skrbi, primalje i zdravstveni sustav. Osim toga, ovaj će pregled istražiti izazove i prilike u implementaciji primaljskih odjela unutar različitih konteksta zdravstvene skrbi.

### **Primaljski model skrbi**

Unutar postojećih modela maternalne skrbi, primaljski model skrbi predstavlja inovativni pristup koji ima brojne dobrobiti za korisnice skrbi kao i za cijeli zdravstveni sustav. On promovira biopsihosocijalni model skrbi koji promatra porođaj kao normalan, fiziološki proces te se fokusira osim na fizičke i na psihološke i društvene potrebe žena i njihovih obitelji.

Primaljski model skrbi promiče partnerski odnos između korisnica i pružatelja skrbi koji se temelji na tjelesnoj autonomiji i informiranom pristanku te uključuje suradnju s

drugim zdravstvenim profesijama radi pružanja sveobuhvatne skrbi za žene, novorođenčad, njihove obitelji i zajednice (3,4).

## **Primaljski odjeli**

Primaljski odjel ili jedinica (*Midwifery unit* – MU) je mjesto na kojem se pruža maternalna skrb ženama s fiziološkim trudnoćama tijekom koje primalje samostalno preuzimaju primarnu profesionalnu odgovornost za skrb. Takvi odjeli odnosno jedinice mogu biti pridružene rodilištima (*Alongside Midwifery Unit* – AMU) ili biti samostalne (*Freestanding Midwifery Unit* – FMU).

U pridruženim primaljskim odjelima (AMU) primalje samostalno vode skrb za klijentice, te imaju zasebne protokole i prakse od rodilišta, no u slučaju potrebe dodatna skrb poput opstetričke, anesteziološke ili neonatalne, je lako dostupna unutar iste ili susjedne zgrade rodilišta te je transport trudnice ili roditelje jednostavan i brz jer se može realizirati kolicima ili krevetom. Pristup većim razinama skrbi podrazumijeva prijenos odgovornosti skrbi na liječnika no primalja i dalje može sudjelovati u skrbi i provođenju intervencija.

Kada se radi o samostalnim primaljskim odjelima (FMU) koji se često nazivaju i porođajni centri (*Birth Center*) pristup višim razinama skrbi radi dijagnostike ili liječenja je dostupan kao dio integrirane usluge no uključuje transport klijentice vozilom u rodilište (4).

Iako postoji definicija primaljskih odjela, ipak usluge koje oni pružaju ovise o lokalnim potrebama i mogućnostima te se mogu značajno razlikovati prema veličini i modelima rada primalja. Većina primaljskih odjela pruža samo usluge intrapartalne skrbi no sve više primaljskih odjela nudi i druge oblike skrbi poput skrbi za mentalno zdravlje te zdravlje djece. Samostalni primaljski odjeli mogu imati širok raspon nezdravstvenih usluga koje pružaju u zajednici, poput različitih radionica, tečajeva i grupa za potporu dojenju i roditeljstvu (4).

Primaljski odjeli su, u usporedbi s konvencionalnim opstetričkim odjelima, dizajnirani na način da pružaju okružje koje je poput onog u vlastitom domu te su opremljeni svim potrebnim niskotehnološkim pomagalicama za sveobuhvatnu skrb tijekom porođaja poput kade/bazena, kikiriki lopte, strunjača, prečki, porođajnog stolčića i zidnog

kreveta. Zidovi primaljskih odjela su često u opuštajućim bojama i ukrašeni umjetninama i muralima te sadrže udoban namještaj i omogućuju korisnicama prilagodbu svjetla i korištenje glazbe. Takvim dizajnom se postiže da primaljski odjeli izgledaju i pružaju osjećaj ugone i opuštanja koje je u suprotnosti s hladnom i sterilnom atmosferom bolničkih odjela. Unatoč tome što se u slučaju AMU nalaze unutar bolnice, prostori primaljskih odjela su značajno prostraniji i pružaju veću udobnost i intimnost roditeljima i njihovim članovima obitelji. Takav ambijent podupire filozofiju primaljske skrbi i fiziologiju porođaja te se udaljuje od biomedicinskog modela skrbi koji se oslanja na upotrebu tehnologija i uređaja u porođaju. U primaljskim odjelima tehnološki uređaji poput uređaja za kardiokografiju, stolića za reanimaciju novorođenčeta i opstetričkog kreveta skriveni su i unose se samo kada je njihova upotreba nužna (5).

Slika 1. Pridruženi primaljski odjel Surrey and Sussex Healthcare NHS Trust



Izvor: <https://www.surreyandsussex.nhs.uk/our-services/womens-services/maternity-services/giving-birth-sash/birth-centre>

Primaljski odjeli djeluju autonomno u svom opsegu usluga no za njihovo uspješno integriranje u postojeći zdravstveni sustav, kao i za osiguravanje sigurnosti, moraju postojati jasni protokoli za transfer skrbi. Kada se radi o FMU protokoli moraju uključivati suradnju sa službama hitne pomoći kako bi se transfer u zdravstvenu ustanovu više razine skrbi izvršio što brže i sigurnije. No i u slučaju AMU gdje je veća

razina skrbi lokacijski vrlo pristupačna, potrebno je imati dobro razrađene protokole za transfer skrbi koji će omogućiti integraciju usluga između primaljskih i opstetričkih odjela kao i između različitih razina zdravstvene skrbi. Nužno je imati jasno definirane indikacije i postupak upućivanja korisnica na opstetričke ili neonatalne odjele, kao i za primarnu zdravstvenu zaštitu (4).

### **Povijest primaljskih odjela**

Prvi primaljski odjeli osnovani su u Ujedinjenom Kraljevstvu tijekom sedamdesetih godina prošlog stoljeća. Jedan od pionirskih primjera bilo je osnivanje *Albany Midwifery Practice and Birth Center* u Londonu, koji je otvoren 1975. godine, a za cilj je imao pružanje okruženje poput kućnog porođaja koje karakterizira niska stopa medicinskih intervencija i poticanje fiziologije porođaja. Ovaj inovativni pristup poslužio je kao model za razvoj primaljskih odjela u Ujedinjenom Kraljevstvu i ostatku svijeta (6).

Australija i Novi Zeland također imaju dugu povijest primaljskih odjela. U Australiji su prvi primaljski odjeli uvedeni osamdesetih godina na zahtjev korisnica skrbi. Australaska vlada je 1989. godine omogućila resurse za *Alternative Birth Service Program*, inicijativu za osnivanje primaljskih odjela i financiranje porođaja kod kuće (7).

U Kanadi su prvi primaljski odjeli otvoreni 1986. godine kao pokušaj vraćanja porođaja u urođeničke zajednice, no tek 2018. godine je otvoren prvi primaljski odjel u sklopu bolnice (8).

### **Raširenost primaljskih odjela**

Koncept primaljske skrbi posljednjih desetljeća je dobio na snazi na globalnoj razini te su različite zemlje usvojile i implementirale model primaljskih odjela kao odgovor na sve veću medikalizaciju porođaja i prepoznavanje važnosti individualizirane skrbi trudnicama, roditeljama i babinjačama. Sve veća raširenost primaljskih odjela ključna je u pružanju budućim majkama alternative tradicionalnoj opstetričkoj skrbi u bolnicama, promicanju fiziološkog poroda i naglašavanju uloge primalja u pružanju podrške ženama tijekom cijelog procesa trudnoće i porođaja. No unatoč prepoznavanju njihovog značaja, raširenost i zastupljenost primaljskih odjela uvelike se razlikuje u različitim državama (9).

Usprkos dugoj tradiciji i sve većim dokazima o dobrobiti takvog oblika skrbi, u Australiji nije primijećen trend rasta broja primaljskih odjela. Od devedesetih godina prošlog stoljeća njihov broj u Australiji se smanjuje, te je postotak porođaja koji se u njima odvija oko 2 % na nacionalnoj razini uz iznimke u pojedinim dijelovima zemlje, kao što je, primjerice, Južna Australija gdje taj postotak iznosi 6 %. Međutim u Australiji su puno razvijeniji drugi modeli primaljske skrbi poput grupnih primaljskih praksi i samostalnih primalja koje u pojedinim dijelovima zemlje pružaju skrb za preko 30 % porođaja (7). Na Novom Zelandu su primaljski odjeli mnogo rašireniji te se preko 10 % porođaja odvija u njima.

Usprkos tome što je primaljstvo regulirana profesija unutar Europske unije te su kompetencije i obrazovanje primalja usklađeni između zemalja članica, s tim da postoje velike razlike u dostupnosti primaljskog modela skrbi. S iznimkom Nizozemske u kojoj se 11,7 % porođaja odvija u jednom od 26 primaljskih odjela u zemlji, te Engleske gdje taj postotak za 2016. godinu iznosio 14,7 %, a većina rodilišta u zemlji ima integriran primaljski odjel (97 AMU naspram 32 rodilišta bez primaljskog odjela). U ostalim zemljama EU-a primaljski odjeli tek su u procesu implementacije. Zemlje poput Austrije, Portugala, Grčke i Hrvatske nemaju ni jedan primaljski odjel, dok neke zemlje poput Belgije i Italije imaju samo nekoliko primaljskih odjela koji su pridruženi rodilištima (2,8,10,11).

### **Organizacija rada primalja u primaljskim odjelima**

Izvešće SZO-a za europsku regiju o stanju u sestinstvu i primaljstvu preporučuje proširenje uloga za obje profesije unutar Europe, zajedno s odgovarajućim priznavanjem njihovog doprinosa i adekvatnim nagrađivanjem. Izvešće navodi brojne prepreke koje onemogućavaju primaljama da ostvare svoj puni potencijal, a u koje se ubrajaju strukturalne prepreke poput medikalizacije zdravstvenih sustava, nedostatak financijskih resursa i rodna pitanja obzirom na to da profesijom dominiraju žene (9). Stoga postoje velike razlike u pružanju primaljske skrbi i primaljskih odjela te se čini da postoji potreba za rješavanjem praktičnih prepreka koje sprječavaju veću implementaciju.

Rad u primaljskim odjelima pruža primaljama jedinstvenu priliku za postizanje autonomije, implementaciju kontinuiteta skrbi i pružanje individualizirane, holističke

skrbu u skladu s relevantnim smjernicama vodećih svjetskih udruženja za maternalnu skrb. Primaljski odjeli moraju biti na raspolaganju korisnicama skrbi u bilo koje doba dana i noći stoga je nužno imati dovoljno primalja koje bi mogle omogućiti da su usluge primaljskog odjela dostupne 24 sata na dan, sedam dana u tjednu. Pri tome nije nužno da je rad primalja organiziran na način da su kontinuirano prisutne u odjelu nego je moguće uvesti sustav dežurstava primalja. Koncept dežurstava određenog tima primalja osigurava kontinuitet skrbi odnosno da za korisnicu skrbe primalje koje već poznaje.

Prilikom porođaja u primaljskom odjelu mora se osigurati stalna jedan na jedan skrb primalje te prisutnost druge primalje prilikom drugog porođajnog doba, kao i dostupnost konzultacije (uživo ili telefonski) s iskusnijom primaljom u slučaju potrebe. Kako bi se osigurao kontinuitet skrbi, primalje koje rade u primaljskim odjelima moraju biti u mogućnosti samostalno obaviti pregled i otpust novorođenčeta. Također je potrebno da je u slučaju potrebe za transferom skrbi, primaljama iz primaljskog odjela omogućeno da prate ženu u transferu i nastave pružati skrb te da postoje protokoli eskalacije osoblja koji će omogućiti da u tom slučaju na primaljskom odjelu ostaje dovoljno primalja.

Pri organizaciji rada primalja na primaljskim odjelima potrebno je osigurati dostatan broj primalja za sve usluge koje primaljski odjel pruža, što ne uključuje samo intrapartalnu skrb. Primalje unutar primaljskih odjela mogu imati širok raspon uloga te pružati procjenu roditelja u bilo kojem trenutku trudnoće i porođaja, provoditi otpust iz primaljskog odjela, pružati laktacijsku skrb, pregled i probir za novorođenčad, provoditi antenatalne i postpartalne preglede, voditi edukacije i obilaske primaljskih odjela te pružati dodatne usluge unutar zajednice.

Primalje koje rade o primaljskim odjelima moraju pružati holističku skrb temeljenu na znanstvenim dokazima i filozofiji primaljske skrbi što se može pokazati kao izazov budući da se obrazovanje i klinička obuka primalja odvija uglavnom o opstetričkim odjelima. Stoga primaljama koje će raditi u primaljskim odjelima treba pružiti odgovarajuću edukaciju i mogućnost razvoja filozofije, znanja i vještina potrebnih za rad unutar primaljskog modela skrbi.

Primalje za rad u primaljskim odjelima moraju posjedovati znanja o fiziologiji trudnoće, porođaja i postnatalnog razdoblja kao i specifične vještine koje uključuju vještine

auskultacije fetalnih otkucaja, šivanja, primjene lijekova i reanimacije majke i djeteta. Osim znanja za provođenje primaljskih intervencija, nužna je i sposobnost pružanja skrbi s uvažavanjem autonomije korisnica, razumijevanje i primjena praksa temeljenih na znanstvenim dokazima, refleksivne i komunikacijske vještine te vještine donošenja odluka (4).

Rad u primaljskim odjelima može biti organiziran na različite načine te kombinirati više modela primaljske skrbi. U različitim zemljama postoje velike organizacijske razlike no zajedničke karakteristike su im da svi odjeli pružaju intrapartalnu skrb koja je na zasebnom mjestu od opstetričkog odjela (unutar njega, AMU, FMU) te da ih vode primalje, bilo zaposlene do strane bolnice ili primalje koje rade u zajednici. Također je zajednička karakteristika da primalje samostalno pružaju primarnu skrb te da upućuju žene u slučaju potrebe za sekundarnom skrbi (transfer skrbi) (11).

Primjerice, u Kanadi, primaljski odjeli organizirani su na način da primarnu skrb tijekom porođaja pružaju primalje iz zajednice (*community midwives*) koje rade po principu kontinuiranog modela skrbi, dok u primaljskom odjelu pridruženom rodilištu radi bolnička primalja, koja ima dodatne kliničke vještine te pruža podršku i mentorstvo primarnim primaljama. Primalja zaposlena u primaljskom odjelu vodi, upravlja i organizira rad odjela, vodi primitke i otpuste, ugovara konzultacije s liječnicima, vodi edukacije primalja i prisustvuje porođajima kao druga primalja (8).

### **Dobrobiti primaljskih odjela**

Rezultati brojnih međunarodnih istraživanja pokazali su da je rađanje u primaljskim odjelima za zdrave žene s nekomplikiranim trudnoćama povezano s boljim ishodima za zdravlje majke te jednakim ishodima povezanim za zdravlje novorođenčeta u usporedbi s rađanjem u opstetričkim odjelima (12). Osim boljih kliničkih ishoda, primaljski odjeli povezani su i s manjim troškovima zdravstvenog sustava, te s većim zadovoljstvom korisnika usluga kao i pružatelja skrbi odnosno primalja, što predstavlja snažan zaštitni čimbenik od sindroma pregorijevanja (*burnout*) (11).

Revidirane smjernice Nacionalnog instituta za izvrsnost skrbi (NICE) iz 2023. godine o intrapartalnoj skrbi preporučaju kako bi žene s nekomplikiranim trudnoćama i



porođajima trebale planirati porođaj u primaljskim odjelima obzirom na to da se ishodi ne razlikuju od porođaja koji su planirani u rodilištima pod opstetričkom skrbi (13).

Revizija smjernica uslijedila je nakon pojave brojnih istraživanja, poput istraživanja provedenog 2011. godine u Engleskoj čiji rezultati su pokazali da je kod žena s nekomplikiranim trudnoćama kojima je porođaj započeo u primaljskim odjelima uz premještaj prema potrebi manja stopa medicinskih intrapartalnih intervencija kao i manji komorbiditet majki uz jednake ishode za novorođenčad.

Dobrobiti porođaja u primaljskim odjelima dobro su dokumentirane. Primaljski odjeli pružaju ženama mogućnost izbora i veću kontrolu nad planom rađanja. Obzirom na to da u primaljskim odjelima žene imaju mogućnost primanja kontinuirane skrbi i personalizirane podrške, njihovo zadovoljstvo porođajem je veće što ima dugoročne pozitivne posljedice na njihovo mentalno zdravlje i dobrobit. Također je zabilježena veća stopa isključivog dojenja kod žena koje su rodile u primaljskim odjelima kao i kraći boravak bolnici, uz jednake ishode za novorođenčad kao i kod porođaja u opstetričkim odjelima. Brojna istraživanja pokazala su značajno manju učestalost medicinskih intervencija u porođaju što uključuje manju učestalost carskih rezova, epiziotomija, amniotomije, indukcije porođaja te manju stopu primjene epiduralne analgezije kod porođaja u primaljskim odjelima (12-15). Obzirom na to da medicinske intervencije češće vode do opstetričkih komplikacija, porođaj u primaljskom odjelu može umanjiti njihovu učestalost. To potvrđuje i istraživanje iz Australije gdje je analizom ishoda u primaljskim odjelima zabilježena stopa opstetričkih komplikacija od 12 % za razliku od 35 % u opstetričkim odjelima (7).

Kao jedna od najvećih prednosti primaljskih odjela i ključni pokretač za zdravstveni sustav ističe se troškovna učinkovitost. Uštede financijskih resursa koje otvaranje primaljskih odjela pruža očituje se kroz manje troškove zaposlenika, niže stope medicinskih intervencija i kraće trajanje duljine boravka u rodilištu. Brojna istraživanja potvrdila su manje troškove porođaja kada se on odvija u primaljskim odjelima. Istraživanje koje su proveli Schroeder i suradnici 2016. godine u Velikoj Britaniji pokazalo je kako porođaj u primaljskom odjelu prosječno stoji 850 funti manje od porođaja u opstetričkom odjelu iste bolnice čak i kada uključuje transfer u tu istu bolnicu u slučaju potrebe (14). Pružanjem mogućnosti rađanja u primaljskim odjelima niskorizičnim trudnicama i roditeljama rasteretili bi se opstetrički odjeli i tako osigurali da su njihovi resursi dostupni trudnicama i roditeljama koje imaju komplikacije.

Primaljski odjeli pružaju primaljama mogućnost podupiranja fiziološkog porođaja i osnaživanja primaljstva dok bolnicama pružaju priliku za uvođenje inovacija i unaprjeđenje kvaliteta zdravstvene skrbi te povećavanja zadovoljstva korisnika odnosno pacijenata (8).

Uvođenje primaljskih odjela omogućuje prepoznavanje uloge i djelokruga rada primalja unutar zdravstvenih organizacija, no i između ostalih zdravstvenih profesija te na razini zajednice odnosno javnosti.

Primaljama koje rade u opstetričkim modelima skrbi često nedostaje iskustva i samopouzdanja rada s fiziološkim porođajem te njima primaljski odjeli pružaju odskočnu dasku u razvoju vještina i samopouzdanja u pružanju skrbi unutar primaljskog modela (11). Također primaljski odjeli mogu poslužiti kao centar za primaljska istraživanja i tako jačati znanstveni potencijal primaljstva.

Rad u primaljskim odjelima povezan je s većim zadovoljstvom primalja. Prema istraživanju provedenom u Kanadi, primalje u primaljskim odjelima imaju osjećaj pripadanja, kontrole i vlasništva prostora, dok se na porođajima kod kuće osjećaju kao gosti, a u opstetričkim odjelima kao posjetitelji. Takav poticajan okoliš značajno pridonosi osjećaju zadovoljstva primalja, kao i stvaranju profesionalnog identiteta, smanjenu stresa i *burnouta* što može pozitivno utjecati na zadržavanje primalja u profesiji, problemom s kojim se sve više zemalja diljem svijeta suočava (8,17).

### **Potencijalne prepreke u implementiranju primaljskih odjela u zdravstveni sustav**

Implementacija primaljskih odjela u zdravstveni sustav može se suočiti s različitim preprekama i izazovima. Jedan od osnovnih izazova odnosi se na prave i regulativne izazove odnosno nedostatak jasnih propisa i smjernica specifičnih za skrb u primaljskim odjelima. Stoga je za uspješnu provedbu implementacije ključna izrada smjernica. S ciljem lakšeg i održivog uvođenja primaljskih odjela izrađeni su Standardi primaljskih odjela (*Midwifery Unit Standards*) koji pružaju smjernice temeljene na znanstvenim dokazima i koje promiču biopsihosocijalnu filozofiju primaljskog modela skrbi (2,4).

Prilikom integracije primaljske skrbi u širi zdravstveni sustav može se očekivati određeni otpor od strane drugih zdravstvenih profesija čije područje djelovanja se

preklapa s primaljskim. Liječnici i medicinske sestre mogu otvaranje primaljskih odjela promatrati kao prijetnju svojim ulogama u zdravstvenom sustavu. Stoga poticanje suradnje i otvorene i pozitivne multidisciplinarnе komunikacije kao i koordinacije između primalja i drugih zdravstvenih profesija mora zauzeti važno mjesto u planiranju osnivanja primaljskih odjela (4).

Prevladavanje prepreka zahtijeva opsežan i pažljivo razrađen pristup implementaciji koji će uključivati osnivanje radne skupine za uvođenje primaljskih odjela. Važno je osigurati suradnju među svim dionicima u zdravstvu, kao i uključiti promjene u propisima i kampanje podizanja svijesti javnosti.

### **Prilike za Hrvatsku**

Istraživanja su pokazala da su ključni pokretači inicijativa implementacije primaljskih odjela potreba za smanjenjem stope medicinskih intervencija i uvođenje humanizacije skrbi, potreba za prijelaznim rješenjem između porođaja u opstetričkim odjelima i porođaja kod kuće, uvođenje praksi temeljenim na znanstvenim dokazima te rekonfiguracija usluga ili obnova rodilišta (11).

U Hrvatskoj zasada nisu primijećeni konkretni naponi za implementaciju primaljskih odjela no nedavne promjene unutar sustava zdravstvene zaštite kao i značajan napredak u mogućnosti obrazovanja primalja te osnivanje regulatornog tijela otvaraju put i ukazuju na priliku za poduzimanje koraka u tom smjeru.

U brojnim hrvatskim gradovima su otvorene nove ili renovirane zgrade rodilišta, što pruža priliku za iskorištavanje novootvorenih prostora uz postojeće opstetričke odjele. Otvaranje primaljskih odjela također može poslužiti kao dobar primjer pronatalitetnih politika u vrijeme kada se Hrvatska suočava s izraženom depopulacijom i rapidnim padom nataliteta.

Unazad posljednjih nekoliko godina u Hrvatskoj se značajno povećao broj prvostupnica primaljstva koje imaju kompetencije samostalnog vođenja porođaja, te su se pojavile i prve magistre primaljstva koje imaju kompetencije vođenja primaljskih timova, što omogućava ostvarivanje plana *skills-mixinga* i *task-shiftinga* odnosno preraspodjele zadataka u skladu s ostvarenom višom razinom obrazovanja i dodatno stečenim kompetencijama neliječničkih zdravstvenih profesija.

Sve veći zahtjevi pojedinaca i udruga koje se bave reproduktivnim pravima žena za kvalitetnijom maternalnom skrbi mogu biti katalizatori promjena te one mogu postati vrijedni saveznici u osiguravanju podrške javnosti i stvaranja političke volje za uvođenjem ove inovacije u zdravstveni sustav Hrvatske.

## ZAKLJUČAK

Primaljski odjeli, čija filozofija je duboko ukorijenjena u filozofiji primaljske skrbi, prepoznati su kao inovativan pristup pružanju maternalne skrbi, izazivajući tradicionalne, opstetričke modele koji se uvelike oslanjaju na medicinske intervencije.

Tijekom proteklih nekoliko desetljeća, primaljski odjeli pronalaze svoje mjesto unutar zdravstvenih sustava diljem svijeta, svaki sa svojim jedinstvenim pristupom. Rastući broj istraživanja koja podupiru dobrobiti primaljskih odjela te pružaju znanstvene dokaze njihovog utjecaja na zdravlje majki, novorođenčadi, kao i na funkcioniranje zdravstvenog sustava omogućavaju analiziranje procesa implementacije i facilitiraju njegovo uvođenje u zemlje u kojima još nije dostupan. Implementacija primaljskih odjela također omogućava uvođenje skrbi u kojoj središnje mjesto zauzimaju primalje te može biti sredstvo za postizanje autonomije i priznavanja profesionalnog statusa primalja u zemljama u kojima to još nije ostvareno.

## LITERATURA

1. Nove A., Friberg I. K., De Bernis L., McConville F., Moran A. C., Najjemba M., et al. Potential impact of midwives in preventing and reducing maternal and neonatal mortality and stillbirths: a Lives Saved Tool modelling study. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2021., 9(1):e24-32. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30397-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30397-1)
2. Yuill C., Keraudren S., Murphy R., Uddin N., Rocca-Ihenacho L., Developing the midwifery Unit Self-Assessment (MUSA) Framework: A mixed methods study in six European midwifery units. *Sex Reprod Healthc.* 2023., 35 (February).
3. Podder L., Bhardwaj G., Siddiqui A., Agrawal R., Halder A., Rani M., Utilizing Midwifery-Led Care Units (MLCU) for Enhanced Maternal and Newborn Health

- in India: An Evidence-Based Review. *Cureus*. 2023., 15(8).
4. Rocca-Ihenacho L., Batinelli L., Thaelis E., Rayment J., Newburn M., McCourt C., Midwifery Unit Standards. The Midwifery Unit Network and City, University of London. 2018.
  5. Murray-Davis B., Grenier L. N., Plett R. A., Mattison C. A., Ahmed M., Malott A. M., et al. Making Space for Midwifery in a Hospital: Exploring the Built Birth Environment of Canada's First Alongside Midwifery Unit. *Heal Environ Res Des J*. 2023., 16(2):189-207.
  6. Rooks J., *Midwifery and Childbirth In America*. Temple University Press; 1997.
  7. Adelson P., Fleet J. A., McKellar L., Eckert M., Two decades of Birth Centre and midwifery-led care in South Australia, 1998.-2016. *Women and Birth* [Internet]. 2021., 34(1):e84-91.
  8. Darling E. K., Easterbrook R., Grenier L. N., Malott A., Murray-Davis B., Mattison C. A., Lessons learned from the implementation of Canada's first alongside midwifery unit: A qualitative explanatory study. *Midwifery* [Internet]. 2021., 103(September):103146.
  9. Rayment J., Rocca-Ihenacho L., Newburn M., Thaelis E., Batinelli L. M. C., The development of midwifery unit standards for Europe. *Midwifery*. 2020., 86(102661).
  10. Rayment J., Rocca-Ihenacho L., Newburn M., Thaelis E., Batinelli L., McCourt C., The development of midwifery unit standards for Europe. *Midwifery* [Internet]. 2020., 86:102661.
  11. Batinelli L., Thaelis E., Leister N., McCourt C., Bonciani M., Rocca-Ihenacho L., What are the strategies for implementing primary care models in maternity? A systematic review on midwifery units. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2022., 22(1):1-21.
  12. Sandall J., Soltani H., Gates S., Shennan A., Devane D., Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016., 2016(4).
  13. NICE Guidelines Intrapartum care (NG235). 2023.

14. Schroeder L., Patel N., Keeler M., Rocca-Ihenacho L., Macfarlane A. J., The economic costs of intrapartum care in Tower Hamlets: A comparison between the cost of birth in a freestanding midwifery unit and hospital for women at low risk of obstetric complications. *Midwifery* [Internet]. 2017., 45:28-35.
15. Thiessen K., Nickel N., Prior H. J., Banerjee A., Morris M., Robinson K., Maternity Outcomes in Manitoba Women: A Comparison between Midwifery-led Care and Physician-led Care at Birth. *Birth*. 2016., 43(2):108-15.
16. Wellfens K., Derisbourg S., Costa E., Englert Y., Pintiaux A., Warnimont M., et al. The "Cocoon", first alongside midwifery-led unit within a Belgian hospital: Comparison of the maternal and neonatal outcomes with the standard obstetric unit over 2 years. *Birth*. 2020., 47(1):115-22.
17. Rocca-Ihenacho L., Yuill C., McCourt C., Relationships and trust: Two key pillars of a well-functioning freestanding midwifery unit. *Birth*. 2021., 48(1):104-13.