



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 75/2017 z dnia 13 kwietnia 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program wsparcia
psychoprofilaktycznego i pielęgnacyjnego kobiet w ciąży i młodych
matek oraz rodziców zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem
społecznym”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program wsparcia psychoprofilaktycznego i pielęgnacyjnego kobiet w ciąży i młodych matek oraz rodziców zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Projekt programu polityki zdrowotnej zakłada prowadzenie szerokiej edukacji kobiet w ciąży oraz młodych matek jak również poradnictwa specjalistycznego. Zaplanowane interwencje stanowią spójną całość i mogą stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń. Należy jednak wskazać, że część elementów projektu wymaga doprecyzowania.

Cele programowe warto przeformułować, aby możliwe było ich zmierzenie. Mierniki efektywności należy uzupełnić o mierniki odnoszące się do zmniejszenia ryzyka wad rozwojowych płodu czy też zmniejszenia odsetka patologicznych ciąż matek.

Część dotyczącą populacji docelowej należy uzupełnić i doprecyzować. Należy wskazać w jaki sposób oszacowana została populacja docelowa oraz jaka jest przewidywana liczba uczestników programu w zakresie poszczególnych interwencji. Ponadto, w projekcie nie wskazano uzasadnienia dla zawężenia populacji do osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym. Biorąc pod uwagę dostępne dane epidemiologiczne zasadne jest skierowanie działań programowych do wszystkich kobiet w okresie okołoporodowym.

Zaplanowane w projekcie interwencje stanowią działania zgodne z wytycznymi. Należy jednak doprecyzować:

- sposób finansowania badań przedmiotowych w ramach modułu I
- kwestie związane z czasem trwania poszczególnych części w ramach szkoły rodzenia
- Sposób realizacji szkoleń z zakresu poradnictwa laktacyjnego.

Ponadto sugeruje się, aby w projekcie jasno określić harmonogram prowadzonych działań oraz ewentualne przechodzenie uczestników pomiędzy poszczególnymi etapami programu.

Monitorowanie i ewaluacja zostały opracowane poprawnie, jednak warto je rozszerzyć o wskaźniki wskazane w dalszej części opinii.

Budżet programu został przygotowany w sposób niejasny. Nie zawiera niezbędnych informacji, które pozwoliłyby na jego weryfikację. Ze względu na brak liczby potencjalnych uczestników nie wiadomo,



czy zaplanowana kwota jest wystarczająca na przeprowadzenie wszystkich interwencji. Ponadto nie oszacowano kosztów związanych z zakupem laktatorów, a także nie określono kosztu z wiążanego z utworzeniem oraz utrzymaniem strony internetowej programu. Brakuje także jasnego wskazania jakie środki zostaną zabezpieczone w budżecie województwa na realizację programu poza planowaną kwotą dofinansowania z Europejskiego Funduszu Społecznego.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu opieki okołoporodowej. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 15 000 000 PLN, zaś okres realizacji to lata 2017-2020.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Oceniany projekt programu odnosi się do problemu zdrowotnego jakim jest opieka okołoporodowa w kobiet w ciąży oraz młodych matek, a także rodziców zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym. W projekcie poprawnie przedstawiono problem zdrowotny.

Opiniowany projekt wpisuje się w priorytet dotyczący poprawy jakości i skuteczności opieki zdrowotnej nad matką i noworodkiem”, należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 21 sierpnia 2009 r. (Dz.U. 2009, Nr 137, poz. 1126).

Odniesiono się także do sytuacji epidemiologicznej, przedstawiając w sposób szczegółowy zarówno dane ogólnopolskie, jak i z obszaru województwa podkarpackiego.

Zgodnie z przedstawionymi danymi najczęściej poczęcie dziecka jest potwierdzane przez ginekologa w 5-6 tygodniu (31%) oraz w 78 tygodniu (27%), natomiast około połowa kobiet nie korzysta z tego rodzaju opieki w I trymestrze ciąży i stosunkowo duża grupa zgłasza się do lekarza dopiero w II połowie ciąży. Wskazano także dane dot. przyrostu naturalnego, wg których w 2015 r. w większości powiatów województwa podkarpackiego przyrost naturalny w przeliczeniu na 1000 mieszkańców przyjmował wartości ujemne, przy czym najniższe w Przemyślu (-3,7%), w powiatach: lubaczowskim (-2,7%) oraz leskim i jasielskim (po -1,5%). Najwyższe wartości współczynnika przyrostu naturalnego odnotowano m.in. w Rzeszowie (2,2%) i powiecie łańcuckim (1,9%). Na podstawie danych GUS za 2015 r. można stwierdzić, że przyrost naturalny w całym woj. podkarpackim wyniósł 0,1/1 tys. osób. Dane dla Polski wskazują na ujemną wartość przyrostu naturalnego na poziomie 0,8/1 tys. osób. Wydaje się zatem, że sytuacja województwa podkarpackiego jest korzystniejsza niż ogólna sytuacja w Polsce w odniesieniu do przyrostu naturalnego.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „poprawa jakości opieki nad kobietą przygotowującą się do macierzyństwa w ciągu najbliższego roku, w ciąży, młodą matką z grupy osób zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym do pierwszego roku od urodzenia dziecka. Zwiększenie dostępności rodzicom z w/w grupy do edukacji przedkoncepcyjnej, okołoporodowej, dostępności do szkół rodzenia, podniesienie umiejętności w zakresie opieki nad małym dzieckiem, jak również wsparcie w podejmowaniu naturalnego karmienia piersią.” W projekcie określono także 13 celów szczegółowych, z czego część przedstawia działania możliwe do podjęcia nie zaś ich rezultaty. Należy wskazać, że wszystkie cele programowe powinny być tworzone zgodnie z regułą SMART, wg której cel powinien być m.in. szczegółowy, mierzalny, osiągalny, istotny i terminowy.

Przedstawione mierniki efektywności jedynie częściowo są adekwatne do postawionych celów. Nie odniesiono się do zmniejszenia ryzyka wad rozwojowych płodu czy też zmniejszenia odsetka

patologicznych ciąży matek. Sugeruje się doprecyzowanie punktu związanego z miernikami tak żeby odnosiły się one do wszystkich założonych celów projektu.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią kobiety w wieku 15-49 lat oraz ich rodziny ze środowisk charakteryzujących się wykluczeniem społecznym oraz zagrożonych ubóstwem zamieszkałe na terenie województwa podkarpackiego. Projekt zawiera szczegółowe dodatkowe kryteria kwalifikacji. Zastrzeżenie budzi zapis wskazujący, że do modułu I. kwalifikować będzie „ciąża o przebiegu fizjologicznym, potwierdzona badaniem lekarskim”. Natomiast w innej części projektu, dotyczącej modułu I, opisywane są działania prowadzone w ramach opieki przedkoncepcyjnej czyli przed zajściem w ciążę. Należy zweryfikować i ujedynolnić zapisy dotyczące tej kwestii.

Zgodnie z oszacowaniami w projekcie do programu kwalifikować się będzie 9-10 tysięcy osób. Oszacowania te budzą jednak wątpliwości, gdyż niejasne jest w jaki sposób zostały przeprowadzone. Należy doprecyzować na podstawie jakich szacunków z ww. dokumentu zostały wskazane powyższe oszacowania.

W projekcie nie określono, jaka wielkość populacji zostanie objęta interwencjami w ramach programu. W części projektu dotyczącego budżetu nie przedstawiono kosztów jednostkowych całkowitych z określeniem liczebności populacji kobiet. Należy również nadmienić, że populacją docelową mają być również osoby biorące udział w szkoleniach laktacyjnych. Ta grupa została również pominięta przy szacowaniu wielkości populacji. Należy uzupełnić i jasno sprecyzować wielkości poszczególnych grup. Należy uzupełnić tą część z podziałem na poszczególne moduły projektu.

Z projektu nie wynika, dlaczego populacja docelowa została zawężona jedynie do populacji kobiet ze środowisk charakteryzujących się wykluczeniem społecznym oraz zagrożonych ubóstwem. Dostępne dane GUS dotyczące okresu karmienia piersią i porad lekarskich wskazują, że problem niskiej dostępności do świadczeń oraz zbyt krótkiego okresu karmienia piersią dotyczy wszystkich kobiet, nie tylko tych ze wskazanej w projekcie subpopulacji. Warto zatem rozważyć rozszerzenie populacji programu również o kobiety, które nie należą do grupy ze środowisk charakteryzujących się wykluczeniem społecznym oraz zagrożonych ubóstwem. Objęcie działaniami całej populacji kobiet może wpłynąć korzystanie na przyrost naturalny poprzez świadome podejmowanie decyzji o posiadaniu potomstwa oraz zapewnić równość w dostępie do świadczeń.

Interwencja

Program został podzielony na 3 moduły.

1. Moduł I - opieka przedkoncepcyjna oraz przygotowanie do rodzicielstwa, opieka nad kobietą ciężarną w przebiegu ciąży fizjologicznej
2. Moduł II - szkoła rodzenia , opieka nad niemowlęciem
3. Moduł III - karmienie piersią

Ad.1

Opieka przedkoncepcyjna oraz przedporodowa dedykowana jest kobietom, które planują zajść w ciążę w przeciągu najbliższego roku aby właściwie je przygotować do macierzyństwa. Obejmować będzie spotkania grupowe, w trakcie których uczestniczki uzyskają informacje na temat m.in. standardów opieki medycznej nad kobietą w ciąży w Polsce, naturalnych metod planowania rodziny i antykoncepcji hormonalnej, propagowania zachowań prozdrowotnych w okresie przedkoncepcyjnym i w czasie ciąży czy też przyjmowania kwasu foliowego na co najmniej 2 miesiące przed planowaną koncepcją.

Kolejnym elementem opieki ma być prowadzone poradnictwo przedporodowe w ramach, którego ma zostać przeprowadzony kurs (3 spotkania po 4 godz.). W ramach spotkań ze specjalistami z zakresu ginekologii i położnictwa lub też położną zostaną poruszone m.in. zagadnienia dotyczące przebiegu ciąży, diety jaką należy stosować, higieny okresu ciąży, współżycia w czasie ciąży, objawów

porodu przedwczesnego, objawów rozpoczynającego się porodu, metod znieczulenia przy porodzie, przygotowania dokumentacji i rzeczy dla kobiety i dziecka do szpitala, pobytu w szpitalu.

Ponadto w ramach tego modułu planuje się udzielanie porad psychologicznych i dietetycznych.

Opisane wyżej działania nie budzą zastrzeżeń i zostały przygotowane w poprawnie. Są one także zgodne z odnalezionymi rekomendacjami.

Wątpliwości budzi opisanie w ramach tego modułu interwencji dotyczących badania przedmiotowego, badania dodatkowego, badania morfologii krwi, badania wymazu z szyjki macicy, badania przeciwciał różyczki i toksoplazmowy. Są to interwencje, które nie znajdują odzwierciedlenia w kosztach jednostkowych projektu programu. Brakuje uwzględnienia powyższych interwencji w budżecie. Nie jest zatem jasne w jaki sposób mają być finansowane powyższe interwencje. Wymaga to wyjaśnienia i doprecyzowania.

Ad. 2

W ramach modułu II program zakłada stworzenie tzw. „mini szkół rodzenia” w powiatach, w których wdrożone zostaną interwencje lub utworzenie mobilnych Szkół Rodzenia, dzięki którym wykwalifikowana kadra medyczna będzie dojeżdżać do określonego miejsca w województwie podkarpackim. W spotkaniach mogą wziąć udział kobiety wraz z partnerami lub członkami rodzin już od 21 tygodnia ciąży. W ramach uczestnictwa w module II kobieta ma uzyskać pełną edukację, poszerzoną o wsparcie dietetyczne i psychologiczne.

W sposób niejasny opisane zostały kwestie związane z czasem trwania poszczególnych części w ramach szkoły rodzenia. Wskazano, że „każde spotkanie składa się z dwóch części. Pierwszą stanowią ćwiczenia (około 30 minut), druga część obejmuje przedstawienie kolejnych tematów (60 minut). Jeden cykl będzie składał się z 10 spotkań po 2 godziny 45 minut każde (2 godziny stanowi doradztwo położnej, natomiast 45 minut – ćwiczenia z fizjoterapeutą)”. Wymaga wyjaśnienia określenie czasu trwania poszczególnych części i ujednoczenia czasu przewidzianego na ćwiczenia oraz porady położnej oraz omówienie pozostałych aspektów.

W projekcie nie zdefiniowano pojęcia „pozostałych aspektów” oraz kolejnych tematów” jakie będą poruszane podczas spotkań w ramach szkół rodzenia. Należałoby doprecyzować program w tym zakresie.

W realizacji modułu II zostanie również uwzględnione korzystanie z dydaktyki, psychoterapii i fizjoprofilaktyki. Zgodnie z informacjami z projektu dydaktyka będzie wykorzystywana podczas zajęć teoretycznych do przedstawienia przebiegu ciąży, porodu, porożenia i promocji karmienia piersią. Psychoterapia ma obejmować działania zmierzające do uwrażliwienia rodziców na potrzeby mającego się narodzić dziecka w ramach działających grup wsparcia psychologicznego. W przypadku fizjoprofilaktyki prowadzonej w ramach „mini szkoły rodzenia” ma zostać przedstawiony proces rozwoju wewnątrzmacicznego płodu, omówione znaczenie porodu naturalnego i karmienia piersią. Całość działań prowadzonych w ramach szkół rodzenia na terenie województwa podkarpackiego ma odbywać się na zasadzie programu typu participant-led (tj. z elastycznym programem uwzględniającym potrzeby danej grupy kobiet/par uczestniczących w zajęciach).

Należy zaznaczyć, że w odniesieniu do odnalezionych rekomendacji, działania przewidziane w ramach modułu II są zasadne i poprawnie zaplanowane.

Ad. 3

Trzeci moduł ma być związany z poradnictwem laktacyjnym. W ramach programu kobiety wraz z partnerami będą mogły uczestniczyć w szkoleniach i spotkaniach dotyczących karmienia piersią. Moduł III ma być skierowany do kobiet w ciąży, które powinny zdobyć wiedzę i przygotować się do laktacji jeszcze przed porodem. W ramach programu poruszone zostaną 3 podstawowe aspekty: karmienie piersią jako zagadnienie medyczne, społeczne, ekonomiczne, edukacja, wsparcie, komunikowanie się z matką karmiącą oraz najczęściej występujące problemy w okresie karmienia piersią i sposoby ich rozwiązywania.

W projekcie nie założono maksymalnej liczby porad co wydaje się słusznym podejściem. Dzięki temu poradnictwo laktacyjne ma szansę być bardziej zindywidualizowane pod potrzeby określonej uczestniczki programu. Jedna porada ma trwać od 30 do 60 minut. Kobieta powinna zgłosić się wraz z dzieckiem oraz partnerem lub członkiem rodziny.

Dobrym rozwiązaniem, zaproponowanym w projekcie jest stworzenie warsztatów „Być mamą”. Mają one dać możliwość spotkania się kobiet będących w podobnej sytuacji związanej z narodzinami dziecka, karmieniem piersią oraz jego wychowaniem. Warsztaty będą dotyczyć kobiet posiadających dziecko w wieku 0-1 r.ż. i poruszać będą tematykę związaną m.in. z prawidłowym sposobem przystawiania dziecka do piersi, doradztwem w zakresie długości i częstotliwości karmienia piersią, metod pozyskiwania oraz prawidłowego przechowywania odciągniętego pokarmu czy też stopniowego oduczania dziecka ssania piersi i hamowania laktacji.

W projekcie założono także, że w ramach programu powstanie sieć edukatorów w dziedzinie laktacji, udzielających porad w placówkach ochrony zdrowia w formie dyżurów bądź w ramach telefonicznego „Pogotowia laktacyjnego”, których zadaniem będzie edukacja matek oraz ich najbliższego otoczenia, dotycząca rozpoczęcia aktu karmienia naturalnego tuż po porodzie oraz jego kontynuacja co najmniej do 6 miesiąca życia dziecka bądź i dłużej.

Zasadność prowadzenia interwencji związanych z poradnictwem laktacyjnym również znajduje potwierdzenie w wytycznych i rekomendacjach.

W ramach poradnictwa laktacyjnego przewidziano prowadzenie szkoleń w celu uzyskania co najmniej certyfikatów CDL (Certyfikowany Doradca Laktacyjny) i/ lub IBCLC (Międzynarodowy Dyplomowany Konsultant Laktacyjny) przez większą liczbę lekarzy, pielęgniarek i położnych na terenie województwa podkarpackiego, wyłonienie liderów powiatowych ds. laktacji. Nie jest jasne w jaki sposób mają przebiegać te szkolenia i na czym ma polegać wyłanianie liderów powiatowych ds. laktacji. Nie sprecyzowano również pojęcia „większej liczby lekarzy, pielęgniarek i położnych”. Brakuje uszczegółowienia tych kwestii.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie zostanie określone przy pomocy oceny zgłaszalności oraz oceny jakości programu. Ocena zgłaszalności została zaplanowana poprawnie. Należy jednak mieć na uwadze, że w przypadku analizy rezygnacji z udziału w programie powinno dążyć się do określenia rezygnacji z dokładnością do etapu, na którym do tego doszło oraz przyczyn rezygnacji.

Ocena jakości świadczeń w programie będzie opierać się przede wszystkim na wypełnieniu ankiet na początku oraz na zakończenie programu we wszystkich trzech modułach. Nie jest jedynie jasne czy w ramach prowadzonych ankiet również kadra medyczna biorąca udział w szkoleniach zostanie objęta tą oceną. Należałoby to doprecyzować.

Ocena efektywności programu zostanie określona na podstawie 4 wskaźników, które zostały zaplanowane prawidłowo. Należy jednak mieć na uwadze, że ewaluacja programu powinna mieć charakter długofalowy i wskazywać w jaki sposób działania programowe wpłynęły na zdrowie i zachowania zdrowotne populacji. Zasadne jest zatem poza wspomnianymi wskaźnikami sprawdzenie poziomu wiedzy uczestników programu, jak również stosowania się przez nich do diety i zaleceń lekarskich.

Warunki realizacji

W treści projektu programu przedstawiono części składowe, etapy, działania przygotowawcze i organizacyjne dla trzech zaplanowanych modułów. Należy jednak zwrócić uwagę, że w projekcie występuje wiele fragmentów przedstawionych w sposób chaotyczny co utrudnia weryfikację założeń programu. Nie przedstawiono dokładnego harmonogramu działań i nie określono m.in. jakie etapy programu zamierza wdrażać w poszczególnych okresach realizacji.

Realizator programu ma zostać wyłoniony w drodze konkursu ofert. Określono także kompetencje kadry realizatora, która będzie brać udział w projekcie na każdym jego etapie.

W projekcie zaplanowano prowadzenie akcji informacyjnej, przedstawiono sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych oraz wskazano sposób zakończenia udziału w programie.

Budżet całkowity programu oszacowano na ok. 15 000 000 PLN. W projekcie nie przedstawiono kosztów jednostkowych (dla pojedynczego uczestnika) wynikających z udziału wszystkich osób włączonych do programu. Brak zatem możliwości zweryfikowania poprawności przyjętego budżetu całkowitego. Budżet powinien zostać określony z podziałem na każdy rok trwania programu.

Koszty jednostkowe poszczególnych składowych programu zostały przedstawione z podziałem na poszczególne moduły programu. Zostały zweryfikowane z cenami rynkowymi i nie budzą one wątpliwości. W projekcie nie określono kosztu zakupu laktatorów, a także nie określono kosztu związanego z utworzeniem oraz utrzymaniem strony internetowej programu. W projekcie nie został również jasno sprecyzowany koszt całkowity projektu programu. Wskazano, że „na realizację programu przeznaczone zostaną środki Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, w wysokości 12 750 000,00 zł (85%). Pozostałe 15% będzie finansowane ze środków Budżetu Państwa (maks. 9,5%) oraz wkładu własnego beneficjenta (min. 5,5%)”. Stosując sformułowania „minimum” oraz „maksimum” nie jest możliwe oszacowanie kosztu całkowitego środków, które będą pochodzić z Budżetu Państwa oraz od wnioskodawcy projektu. Powinno zostać to jasno sprecyzowane i określone. Przy założeniu, że 15% będzie pochodzić z Budżetu Państwa oraz od wnioskodawcy łącznie (ok. 1 912 500 zł), całkowity koszt projektu wyniesie ok. 14 662 500 zł.

Projekt w zakresie opisu budżetu wymaga uzupełnienia o jego brakujące elementy, należy również doprecyzować wskazane nieścisłości, co pozwoli na uwiarygodnienie kosztorysu.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Istotny element opieki przedporodowej, szczególnie w odniesieniu do kobiet przygotowujących się do pierwszego porodu, stanowi edukacja. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne definiuje zadanie szkoły rodzenia, jako sprzyjanie utrzymaniu dobrostanu psychofizycznego ciężarnej, rodzącej i rodziny.

Aktualnie, jako główne cele, do jakich prowadzić ma poprawa poziomu opieki perinatalnej w Polsce, wymienia się obniżenie częstości występowania wcześniactwa i małej masy urodzeniowej dziecka.

Poza ogólnie rozumianym przygotowaniem do porodu i połogu podniesienie poziomu edukacji wpływa na poprawę stanu zdrowia ciężarnych i noworodków ukierunkowując edukację na eliminowanie jednego lub kilku czynników ryzyka.

Istotną kwestią w zakresie działań przygotowawczych w zakresie porodu i połogu ma zapobieganie chorobom występującym w tym okresie. Duże znaczenie ma zmniejszanie ryzyka takich chorób jak depresja poporodowa, zaburzenia laktacji, cukrzyca ciążowa, zaburzenia psychologiczne.

Alternatywne świadczenia

Opieka zdrowotna nad kobietami ciężarnymi i niemowlętami, w tym w szczególności przygotowanie kobiety do porodu, połogu, karmienia piersią i rodzicielstwa, jest sprawowana przede wszystkim w ramach podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, finansowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 roku w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem określa zalecany zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzania, które obejmują: badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe, badanie we wzierniku i zestawione, ocenę czynności serca płodu, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, pomiar masy ciała, ocenę ryzyka ciążowego, ocenę ruchów płodu propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej, praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, połogu, karmienia piersią

i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej, badanie położnicze, ocenę wymiarów miednicy, ocenę aktywności płodu, badanie gruczołów sutkowych, kontrolę stanu zdrowia jamy ustnej, w przypadku opieki sprawowanej przez położną obowiązkową konsultację lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii.

Ocena technologii medycznej

Szkoły rodzenia

W wyniku przeszukiwania międzynarodowych baz danych odnaleziono szereg wytycznych towarzystw naukowych oraz przeglądy systematyczne dotyczące poszczególnych zagadnień związanych z opieką nad kobietą ciężarną m.in.: Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (2005): Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie opieki przedporodowej w ciąży o prawidłowym przebiegu, brytyjskiego National Institute for Health and Clinical Excellence, National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (2008): Antenatal care routine care for the healthy pregnant woman, oraz francuskiego Haute Autorité de Santé (2005): Improving information provision for pregnant women, Opinia American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG, 2010, Scottish Intercollegiate Guidelines Network SIGN 2002; National Institute for Health and Clinical Excellence NICE 2010 oraz NCCMH 2007.

Zidentyfikowano także dowody naukowe dotyczące efektywności szkół rodzenia: National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) – przegląd systematyczny przeprowadzony na potrzeby wytycznych CG62 (do 2007); Przegląd systematyczny CDSR nr CD002869: Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both (2009; dane do maja 2007).

Na podstawie odnalezionych dowodów naukowych można sformułować następujące wnioski.

NICE w najbardziej aktualnych spośród zidentyfikowanych wytycznych praktyki klinicznej, opartych na systematycznym przeglądzie badań naukowych (2008 r.) wskazuje, że wiedza dotycząca ciąży, porodu i rodzicielstwa wzrasta po uczestnictwie w szkole rodzenia i zaleca, aby zakres informacji przekazywanych w ramach opieki przedporodowej obejmował informację o szkołach rodzenia z programem typu *participant-led* (tj. z elastycznym programem uwzględniającym potrzeby danej grupy kobiet/par uczestniczących w zajęciach).

Niewiele jest dowodów potwierdzających wpływ uczestnictwa w szkole rodzenia na jakiegokolwiek parametry porodu (takie jak droga porodu, czy zastosowanie znieczulenia), niemniej jednak istnieją pewne dane wskazujące na możliwość poprawy w zakresie doświadczeń porodu i rodzicielstwa w wyniku uczestnictwa w szkołach rodzenia typu *participant-led* w porównaniu z udziałem w typowej szkole.

Z odnalezionych wytycznych wynika, że w zakresie karmienia piersią poradnictwo okazało się skuteczniejszą metodą niż standardowa opieka mająca na celu zainicjowanie karmienia piersią. Jednak odnalezione dokumenty nie wskazują jednoznacznie żadnej specyficznej metody edukacji dotyczącej karmienia piersią.

W odniesieniu do zachowania aktywności fizycznej dostępne badania sugerują, że regularne ćwiczenia aerobowe w trakcie ciąży przyczyniają się do poprawy sprawności fizycznej kobiety. Na ich podstawie nie można jednak wnioskować o znaczącym ryzyku lub korzyściach dla matki i dziecka wynikających z ich wykonywania. Brakuje natomiast dowodów, aby jednoznacznie rekomendować lub odradzać kobietom w ciąży z cukrzycą uczestniczenia w programach ćwiczeń fizycznych, jednak wyższy poziom aktywności fizycznej przed i na początku trwania ciąży jest związany ze znacząco niższym ryzykiem rozwoju cukrzycy (Tobias D., Zhang C., van Dam R. Physical Activity Before and During Pregnancy and Risk of Gestational Diabetes Mellitus. Diabetes Care 2011, 34: 223-229). Wnioski z wyżej wymienionych przeglądów systematycznych wskazują na to, że ćwiczenia mięśni dna miednicy (PFMT, ang. *Pelvic Floor Muscle Training*) wykonywane przez kobiety spodziewające się pierwszego dziecka mogą zapobiegać nietrzymaniu moczu w późnym okresie ciąży oraz po porodzie. Ze względu na niewystarczającą liczbę dowodów, nie można wnioskować o wpływie ćwiczeń fizycznych na występowanie stanu przedrzucawkowego.

Interwencje typu „umysł-ciało” (np. joga) mogą pozytywnie wpływać na redukcję lęku w ciąży. Prowadzenie treningu relaksacyjnego przez pielęgniarki dla kobiet ciężarnych z grup ryzyka z wysokim poziomem lęku i niepokoju, może zmniejszyć liczbę niepotrzebnie wykonywanych cięć cesarskich.

Wnioski z odnalezionych dowodów sugerują, że psychologiczne i edukacyjne interwencje mogą skutkować zwiększeniem liczby kobiet ciężarnych, które nie piją alkoholu, a także zredukowaniem ilości spożywanego alkoholu.

Interwencje dotyczące zaprzestania palenia przez kobiety w ciąży redukują liczbę kobiet, które kontynuują palenie tytoniu w późniejszym okresie ciąży. Wpływa to na zmniejszenie liczby dzieci o niskiej masie urodzeniowej i liczby przedwczesnych porodów.

Kobiety przed upływem 36 tygodnia ciąży powinny być informowane m. in. o „baby blues” (nie będący chorobą krótkotrwały spadek samopoczucia, specyficzny stan emocjonalny, w jakim znajduje się młoda matka) i depresji poporodowej. Powinno się z nimi przeprowadzać wywiad w kierunku wcześniejszych zaburzeń psychicznych oraz obciążenia rodzinnego. Kobiety po urodzeniu powinny wypełniać EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale* - 10 pytań oceniających stan psychiczny młodej matki), w ramach screeningu depresji poporodowej.

Grochans i wsp., powołując się na standardy opracowane przez Instytut Matki i Dziecka, zastosowali w ocenie zakresu merytorycznego treści programowych szkół rodzenia następującą listę tematów, jakie powinna objąć edukacja w tej postaci; są to:

- przebieg ciąży,
- przygotowanie do porodu, w tym przebieg porodu fizjologicznego,
- przebieg porodu zabiegowego,
- metody zmniejszania bólu porodowego,
- pielęgnowanie noworodka,
- masaż noworodka,
- problemy zdrowotne w okresie noworodkowym,
- przebieg połogu i problemy w okresie połogu,
- karmienie naturalne i trudności związane z karmieniem,
- antykoncepcja w okresie laktacji i powrót płodności po porodzie,
- problemy psychologiczne występujące w ciąży i połogu,
- gimnastyka w ciąży, połogu i fizyczne przygotowanie do porodu.

W odniesieniu do edukacji seksualnej zasadne jest aby na kilka miesięcy przed planowaniem poczęcia dziecka każda kobieta powinna zacząć czynić odpowiednie przygotowania w tym zakresie. Zaliczyć do nich można również kontrolę stanu zdrowia oraz analizę obecnego stylu życia.

Zebranie dokładnego wywiadu rodzinnego może mieć istotne znaczenie, zwłaszcza jeśli w rodzinie kogoś z partnerów występowały wady genetyczne i wrodzone, choroby przewlekłe lub inne choroby mogące utrudniać poczęcie. Do badań ogólnych, które warto wykonać można zaliczyć m.in. morfologię, grupę krwi i czynnik Rh, stężenie glukozy we krwi na czczo, badanie ogólne moczu czy też ciśnienie krwi. Poza tym warto również wykonać badanie ginekologiczne (badanie ginekologiczne palpacyjne, USG narządu rodnego, cytologię).

Kolejną grupę badań powinny stanowić badania przeciwciał oraz szczepienia. Ta grupę badań określa się jako schemat TORCH czyli badanie na obecność toksoplazmozy (T), innych chorób (others, O), różyczki (R), cytomegalii (C) oraz wirusa opryszczki (Herpes, H). Na podstawie wytycznych AAP z 2012 r. każda kobieta planująca ciążę powinna wykonać badanie na obecność specyficznych przeciwciał przeciw czynnikom zakaźnym z grupy TORCH. W przypadku kobiet z ujemnymi wynikami badań

serologicznych należy unikać sytuacji zwiększających ryzyko zarażenia, jak np. spożywania nieprawidłowo przetworzonego mięsa, zabaw ze zwierzętami lub kontaktu z osobami z podejrzeniem infekcji wirusowej. Dodatkowo należy przeprowadzać badania kontrolne podczas ciąży.

Istotne aspekty na które również należy zwrócić uwagę planując ciążę oraz w trakcie jej przebiegu to szczepienie przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B., przeprowadzenie badania stomatologicznego, zachowanie odpowiedniej diety oraz unikanie alkoholu oraz palenia papierosów.

Porady psychologiczne i dietetyczne

Odnaleziono wytyczne: Polskie Towarzystwo Ginekologiczne (PTG 2005), National Health Service (NHS 2017), National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2016), Australian Government Department of Health and Ageing (AG 2012), American Academy of Pediatrics (AAP 2012), Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG 2016).

Stosowanie wsparcia psychologicznego w ramach programów przedporodowych pozytywnie wpływa na zdrowie psychiczne kobiet w ciąży .

Wytyczne RCOG 2016 podkreślają konieczność prowadzenia wsparcia psychologicznego wśród kobiet szczególnie narażonych np. nadużywających alkoholu, narażonych na przemoc domową czy też borykające się z problemami zdrowia psychicznego. Należy dążyć do zapewnienia skoordynowanej opieki medycznej prowadzonej wśród kobiet, które mogą uskarżać się na problemy związane ze schorzeniami o podłożu psychicznym/psychologicznym. Zaleca się wypracowanie standardów postępowania związanych z przechodzeniem pacjentki pomiędzy specjalistami z zakresu ginekologii/położnictwa i psychologii/psychiatrii. Możliwość określenia czy pacjentka posiada zaburzenia zdrowia psychicznego powinna być dostępna zarówno w okresie planowania ciąży oraz w okresie ciąży.

Wytyczne NHS 2017 odwołują się do zasadności tworzenia zespołów tzw. „Poppy team”. Są to małe zespoły położnych, które nastawione są na identyfikację skomplikowanych czynników społecznych w celu zapewnienia kobietom odpowiedniego poziomu opieki oraz indywidualnego dopasowania interwencji do ich potrzeb. W ramach takiej opieki mogą być włączone kobiety, które:

- W przeszłości nadużywały alkoholu i/lub narkotyków.
- Są imigrantkami lub osobami ubiegającymi się o azyl.
- Mają trudności z mówieniem i rozumieniem języka angielskiego.
- Są w wieku poniżej 20 lat.
- Mają problemy ze zdrowiem psychicznym lub niepełnosprawnością.
- Są ofiarami przemocy domowej.
- Żyją w ubóstwie/ są bezdomnymi

Wytyczne PTG 2005 sugerują, że należy omówić z pacjentką zagadnienia związane z przyzwyczajeniami dietetycznymi, przyjmowanymi lekami (stale i doraźnie), aktywnością zawodową, fizyczną oraz potencjalnie szkodliwymi czynnikami występującymi w środowisku pracy i domowym. Kobieta planująca ciążę powinna uzyskać informację dotyczącą ewentualnej konieczności zmiany trybu życia i stanowiska pracy oraz eliminacji używek (alkohol, papierosy, narkotyki).

Na podstawie wytycznych NICE 2016 stwierdza się, że kobiety ciężarne o wskaźniku BMI wynoszącym 30 kg/m² lub więcej podczas wizyty lekarskiej powinny otrzymać propozycję zindywidualizowanej porady dietetycznej przez odpowiednio przeszkoloną osobę w zakresie odżywiania się kobiety w ciąży. Otrzymując takie porady dietetyczne kobiety w ciąży mają większą pewność, że płód będzie rozwijać się w sposób prawidłowy przy wykorzystaniu porad omówionych przez dietetyka.

Wytyczne NHS 2017, PTG 2005 zalecają wszystkim kobietom przyjmowanie kwasu foliowego (400 mikrogram na dobę) przed poczęciem (najmniej 3 miesiące przed) i do 12 tygodni w czasie trwania ciąży w celu zmniejszenia ryzyka uszkodzenia cewy nerwowej. Wytyczne AG 2012 sugerują spożywanie kwasu foliowego w tym samym okresie, natomiast określają dawkę na 500 mikrogramów

na dobę. Zaleca się przyjmowanie kwasu foliowego w ilości 5 mg zamiast 400 mikrogramów na dobę w określonych grupach ryzyka

Wytyczne AG 2012 zalecają informowanie kobiet będących w ciąży lub będących na etapie planowania ciąży żeby zaprzestały spożywania alkoholu. Jest to jedyna skuteczna forma zabezpieczenia płodu przed niekorzystnym wpływem alkoholu. Sugeruje się również poinformowanie kobiet podczas działań edukacyjnych, że przyjmowanie suplementów witaminy A, C, E, może niekorzystnie wpływać na płód. Rutynowe przyjmowanie żelaza podczas ciąży również nie jest zalecanym postępowaniem. Lekarz powinien indywidualnie podjąć decyzję o ewentualnym podjęciu suplementacji żelaza przez pacjentkę. Dodatkowo należy im również przekazać informacje na temat suplementacji jodu (150 mikrogram dziennie). Również taka dawkę wskazują wytyczne PTG 2005

Wytyczne AG 2012 oraz AAP 2012 sugerują spożywanie 5 posiłków dziennie oraz wskazuje się na potrzebę picia dużych ilości wody w czasie ciąży oraz w okresie karmienia piersią. Spożywanie przez kobiety z niedowagą 5 posiłków dziennie może przyczynić się do wzrostu wagi i utrzymywania się jej na prawidłowym poziomie. W przypadku kwasu Ω -3 oraz kwasu DHA wytyczne również odnoszą się do tej kwestii.

Kobiety karmiące piersią powinny odżywiać się podobnie jak w okresie ciąży. Zaleca się stosowanie u nich diety wzbogaconej o produkty w postaci prenatalnych suplementów witaminowych podczas laktacji. Dieta matek karmiących piersią powinna uwzględniać codzienne spożycie np. kwasów Ω -3 na poziomie 200-300 mg na dzień. Dodatkowo zaleca się spożywanie produktów rybnych z częstotliwością 1-2 posiłków w tygodniu. Wytyczne wskazują również na ryzyko związane ze spożywaniem ryb drapieżnych np. makreli, szczupaka, marlina, u których możliwy jest wyższy poziom rtęci. Kobiety stosujące diety wegańskie powinny być dodatkowo wspomagane suplementami diety w postaci witamin oraz kwasu DHA.

Zapotrzebowanie kaloryczne również powinno zostać omówione z kobietą planującą ciążę. Wytyczne są zgodne w tym zakresie, że dobowe zapotrzebowanie energetyczne kobiety ciężarnej powinno wynosić od 2200 do 2500 kcal/dobę, a w połogu 3000 kcal/dobę. Ogólna wartość energetyczna codziennej diety w odniesieniu do stanu z przed ciąży nie musi ulec zmianie w I trymestrze ciąży, natomiast w II i III trymestrze powinna być zwiększona o około 300 kcal/dobę. Wytyczne AAP 2012 sugerują natomiast, że kobiety karmiące piersią mają zwiększone zapotrzebowanie na energię na poziomie 450-500 kcal/dzień. Natomiast w przypadku diety kobiet otyłych zalecenia PTG 2012 wskazują, że powinno dążyć się do ograniczenia wartości energetycznej spożywanych posiłków do nie więcej niż 2000 kcal/dobę. W przypadkach, gdy codzienne spożycie kalorii było dotychczas bardzo wysokie, nie zaleca się ograniczania początkowej kaloryczności posiłków o więcej niż 33%. Węglowodany w diecie powinny stanowić źródło około 40-55% kalorii.

Porady laktacyjne

Odnaleziono wytyczne: Australian Government Department of Health and Ageing (AG 201), *American Academy of Pediatrics* (AAP 2012)

Wytyczne jasno wskazują, że powinno dążyć się do zapewnienia matkom odpowiedniego przygotowania w postaci przedstawienia im odpowiednich metod laktacji połączonych z treningiem danych metod. Zaleca się przy tym karmienie piersią przez kobiety do 6 miesięcy lub też o ile jest to możliwe do roku lub dłużej. Podejście jest zgodne również zaleceniami WHO w tym zakresie. Takie podejście jest zalecane przede wszystkim ze względów zdrowotnych dla dziecka. Porównując 4 miesięczny schemat karmienia piersią ze schematem 6 miesięcznym należy stwierdzić, że dzieci karmione przez dłuższy czas mają mniejsze ryzyko zachorowania na choroby przewodu pokarmowego, zapalenie ucha środkowego, choroby układu oddechowego, atopie.

W przypadku gdy nie możliwe karmienie piersią przez okres 6 miesięcy, powinno stosować się mleko matki po odciążeniu pokarmu lub też mleko od innego dawcy (z banku mleka). Jeśli jest to możliwe karmienie piersią zaleca się wydłużyć do roku lub dłuższego okresu. Należy również zwrócić uwagę na skutki kamienia piersią w dłuższym okresie.

U dzieci karmionych 4-6 mies. w porównaniu do dzieci karmionych przez 1 rok lub dłużej, dzieci karmione w krótszym okresie miały 4 krotnie większe ryzyko zachorowania na zapalenie płuc. Kobiety podczas edukowania powinny również otrzymać informacje w jaki sposób utrzymywać laktację podczas przerw w karmieniu. Jeżeli nie ma przeciwwskazań niemowlę powinno otrzymywać jedynie mleko matki. Nie zaleca się stosowania innych produktów. Dodatkowo należy dążyć do wprowadzenia zasady „karmienia na żądanie”. Kolejnym punktem, na który należy zwrócić uwagę matkom podczas karmienia jest niestosowanie sztucznych sutków oraz smoczków bez ewentualnego wskazania do ich stosowania. Należy również zachęcać matki do wstępowania do inicjatyw, które mają na celu wspieranie kobiet podczas karmienia piersią już po opuszczeniu szpitala.

Zaleca się prowadzenie szkoleń mających na celu podniesienie świadomości oraz umiejętności w przekazywaniu wiedzy kobietom dotyczącej karmienia piersią.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581), z uwzględnieniem raportu: OT.441.2.2017, „Program wsparcia psychoprofilaktycznego i pielęgnacyjnego kobiet w ciąży i młodych matek oraz rodziców zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym” realizowany przez: Województwo podkarpackie, Warszawa, kwiecień 2017 oraz Aneksu: „Programy z zakresu opieki nad kobietą ciężarną i w połogu ze szczególnym uwzględnieniem edukacji przedporodowej (szkoły rodzenia) – wspólne podstawy oceny” z listopada 2012 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 88/2017 z dnia 10 kwietnia 2017 roku o projekcie programu „Program wsparcia psychoprofilaktycznego i pielęgnacyjnego kobiet w ciąży i młodych matek oraz rodziców zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym”