



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 100/2017 z dnia 17 maja 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Zdrowa Matka
i Dziecko” Regionalny Program Zdrowotny Województwa Śląskiego
na lata 2017-2020 w zakresie poprawy opieki nad matką i dzieckiem
w kontekście budowania postaw świadomego rodzicielstwa oraz
wczesnego wykrywania i leczenia wad rozwojowych u dzieci od
okresu prenatalnego do trzeciego roku życia a także dzieci
urodzonych przedwcześnie i po przebyciu niedotlenienia
okołoporodowego”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Zdrowa Matka i Dziecko” Regionalny Program Zdrowotny Województwa Śląskiego na lata 2017-2020 w zakresie poprawy opieki nad matką i dzieckiem w kontekście budowania postaw świadomego rodzicielstwa oraz wczesnego wykrywania i leczenia wad rozwojowych u dzieci od okresu prenatalnego do trzeciego roku życia a także dzieci urodzonych przedwcześnie i po przebyciu niedotlenienia okołoporodowego” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej zakłada wiele interwencji z zakresu opieki nad matką i dzieckiem. Część z nich stanowi działania rekomendowane, które mogą stanowić uzupełnienie dostępnych świadczeń. Niemniej jednak program wymaga modyfikacji, tak aby prowadzone w jego ramach działania stanowiły interwencje o potwierdzonej skuteczności i bezpieczeństwie.

Cele programowe i mierniki efektywności nie budzą większych zastrzeżeń.

W zakresie populacji zastrzeżenia budzi sposób oszacowania liczby osób uczestniczących w programie. Liczba uczestników jest rozbieżna w części dot. populacji od informacji i informacji zawartych w kosztorysie programu, co stanowi duże ograniczenie programu.

W zakresie interwencji zgodne z rekomendacjami są działania w ramach szkoły rodzenia, badania prenatalne oraz szkolenia i edukacja zdrowotna. Należy jednak wskazać, że interwencje związane z przygotowaniem do macierzyństwa oraz szkoleniami nie zawierają szczegółowych informacji, które pozwolą zweryfikować ich poprawność, co wymaga uzupełnienia. Moduł II programu nie budzi zastrzeżeń.

Wątpliwości budzi natomiast prowadzenie postępowania opisanego w module III. Należy zaznaczyć, że nie odnaleziono publikacji potwierdzających przedstawiony schemat postępowania. Ponadto biorąc pod uwagę dostępne świadczenia w ramach świadczeń gwarantowanych, dzieci z wadami wrodzonymi mają zapewnioną wyskospecjalistyczną opiekę pod kontrolą neonatologa.



Postępowanie w projekcie może powielać świadczenia już dostępne. Ponadto wydaje się niezasadne ustalanie jednakowego sposobu postępowania dla wszystkich dzieci z tej grupy. Bardziej zasadne jest ustalanie indywidualnego postępowania z tymi pacjentami. W opinii Prezesa Agencji zasadne jest wyłączenie tej części z realizacji w programie polityki zdrowotnej i rozdysponowanie środków na pozostałe moduły. Natomiast osoby z grupy docelowej dla tego modułu powinny być kierowane pod opiekę w ramach NFZ. Należy zatem wskazać sposób kontynuowania świadczeń i odpowiednio informować uczestników o dostępnych świadczeniach.

Monitorowanie nie budzi zastrzeżeń. Ewaluację warto doprecyzować i uzupełnić o wskaźniki wskazane w dalszej części opinii.

Budżet programu został przygotowany w sposób nieprecyzyjny, zaś oszacowania charakteryzują się wieloma niepewnościami. Konieczna jest jego rzetelna weryfikacja.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu opieki nad matką i dzieckiem. Budżet programu wynosi 23 mln PLN, zaś okres realizacji programu 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

Projekt programu przygotowany przez województwo śląskie odnosi się do występowania wad wrodzonych. W projekcie poprawnie opisano problem zdrowotny. W obszerny sposób przedstawiono także dane epidemiologiczne ogólnopolskie oraz lokalne dotyczące liczby urodzeń, uwzględniając m.in. dane z Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych. Określono, że w województwie śląskim w latach 2005-2006 częstość występowania wad serca wynosiła 51,0/10000 urodzeń, wady układu mięśniowo szkieletowego 43,9, wady mnogie (zespoły wad) 18,8 oraz aberracje chromosomowe 12,7, wady układu nerwowego 15,4, rozszczepy wargi i podniebienia 17,5, wady układu moczowego 14,6, wady układu płciowego 14,3, wady przewodu pokarmowego 11,1/10000 urodzeń.

Nie jest zatem jasne, na podstawie jakich danych stwierdzono w dalszej części projektu, że wadami wykrywanymi w ramach programu będą chociażby wady związane z rozległymi malformacjami naczyniowymi czy też izolowanym wodogłowiem. Brak uzasadnienia jest także dla nieuwzględnienia w ramach programu wad występujących najczęściej w województwie śląskim.

Cele i efekty programu

Głównym założeniem programu jest poprawa zdrowia i związana z nim poprawa jakości życia oraz zmniejszenie nierówności w zdrowiu poprzez zwiększenie dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych w zakresie opieki nad matkami i dziećmi z wadami wrodzonymi, urodzonymi przedwcześnie oraz po przebytych niedotlenieniu okołoporodowym, w województwie śląskim do 2020 r. Dodatkowo określono 6 celów szczegółowych programu, które wydają się być uzupełnieniem głównego założenia. Warto wskazać, aby cele programowe tworzone były zgodnie z zasadą SMART, zgodnie z którą cele powinny być: konkretne, szczegółowe, mierzalne, osiągalne, istotne oraz zaplanowane w czasie.

Mierniki efektywności zostały przygotowane poprawnie, w odniesieniu do poszczególnych części projektu. W punkcie dotyczącym „liczby wykrytych wad wrodzonych oraz aberracji chromosomowych” warto byłoby wskazać je z podziałem na poszczególne wady - te, które zostały uwzględnione w module II.

Populacja docelowa

Populacja docelowa została określona w zależności od danego modułu programu. Moduł I (szkoły rodzenia) będzie skierowany do 42 tys. kobiet (bez ograniczenia wiekowego), modułu II (opieka perinatalna) ma być skierowany do kobiet poniżej 35 r.ż. czyli ponad 35 tys. os., zaś w ramach III modułu (opieka specjalistyczna dla dzieci do 3 r.ż.) oszacowano, że rocznie do programu może kwalifikować się 840-1680 dzieci z wadami wrodzonymi, 2 460 dzieci przedwcześnie urodzonych oraz ok. 40 dzieci z niedotlenieniem okołoporodowym. Zaznaczono również, że ze względów finansowych do programu może zostać włączonych maksymalnie 10% populacji możliwej do objęcia działaniami programowymi, tj. 3,5 tys. kobiet, 84-168 dzieci z wadami wrodzonymi, 246 dzieci przedwcześnie urodzonych oraz ok. 4 dzieci z niedotlenieniem okołoporodowym. Moduł przekrojowy dotyczący szkoleń wśród kadry medycznej ma zostać przeprowadzony wśród 7 152 osób. Nie określono jednak jakiej dokładnie kadry ma ten etap dotyczyć. Wymaga to uzupełnienia.

Interwencja

Program realizowany będzie wieloetapowo. Interwencje w ramach programu można podzielić na moduły:

1. Moduł I: Działania związane ze szkołami rodzenia (kobiety będą w ciąży, partnerzy lub osoby z rodziny kobiety)
2. Moduł II: Badania prenatalne dla kobiet do 35 r.ż.
3. Moduł III: Wysokospecjalistyczna opieka nad dzieckiem z wadami rozwojowymi do 3 r.ż.
4. Moduł przekrojowy: Działania edukacyjne dla personelu medycznego, w tym POZ.

Ad.1.

W ramach tego modułu mają być prowadzone świadczenia związane z uczestnictwem kobiet w szkołach rodzenia. Zajęcia będą zawierać zajęcia teoretyczne oraz praktyczne wraz z ćwiczeniami fizycznymi i relaksacją. Grupy uczestników mają obejmować nie więcej jak 16-20 os., natomiast grupy warsztatowe będą mniejsze (8-10 os.). Brakuje jednak dokładnego określenia zakresu prowadzonych czynności w ramach tego modułu, co utrudnia weryfikację tej części projektu. Warto wskazać jakie zagadnienia będą omawiane podczas spotkań z dietetykiem czy też psychologiem.

Należy mieć na uwadze, że działania z zakresu szkół rodzenia są rekomendowane przez liczne towarzystwa naukowe. Jest niewiele dowodów, że uczestnictwo w szkole rodzenia wpływa na parametry porodu (takie jak droga porodu czy zastosowanie znieczulenia), niemniej jednak istnieją pewne dane, pochodzące z badań jakościowych, wskazujące na możliwość poprawy w zakresie doświadczeń porodu i rodzicielstwa w wyniku uczestnictwa w szkołach rodzenia typu participant-led (tj. z programem elastycznym, uwzględniającym rozpoznanie potrzeb uczestniczek, np. co do zakresu przekazywanych informacji i sposobu prowadzenia zajęć) w porównaniu z udziałem w typowej szkole rodzenia.

Interwencje te stanowią wartość dodaną do obecnie funkcjonującego systemu opieki nad matką i dzieckiem finansowanym ze środków publicznych.

Ad.2.

W ramach tego modułu ma zostać przeprowadzone badanie ultrasonograficzne wykonywane pomiędzy 11+0 a 13+6 tygodniem ciąży (przy długości ciemieniowo-siedzeniowej (crown-rump length - CRL) 45-84 mm wykonane zgodnie z zaleceniami PTG oraz Fundacji Medycyny Płodu (FMF). Dodatkowo ma zostać przeprowadzone badanie biochemiczne I trymestru ciąży, tj. test PAPP-A. Badanie ma być prowadzone w skojarzeniu z badaniem USG. Na podstawie powyższych badań ma zostać określona komputerowa ocena ryzyka wystąpienia aberracji chromosomowych płodu na podstawie danych uzyskanych podczas badań przesiewowych I trymestru ciąży. W czasie II trymestru ciąży (pomiędzy 15-18 tygodniem) założono przeprowadzenie badania biochemicznego (oznaczenie w osoczu całkowitego HCG, alfafetoproteiny oraz wolnego estriolu). Natomiast w okresie pomiędzy 18-24 tygodniem ciąży ma zostać wykonane badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami PTG/FMF. Świadczenia opisane powyżej w ramach II modułu są zgodne z zaleceniami/rekomendacjami.

Wskazane badania są skierowane do kobiet poniżej 35 r.ż., zatem uzupełniają świadczenia gwarantowane, w ramach, których badania prenatalne są finansowane dla kobiet powyżej 35 r.ż. Zgodnie z odnalezionymi rekomendacjami, a także opiniami ekspertów, wszystkie kobiety ciężarne w Polsce, bez względu na wiek, powinny mieć zaproponowane przesiewowe badania prenatalne w kierunku najczęściej spotykanych wad rozwojowych i aberracji chromosomowych. Wywiad, NT (przezierność karku płodu) oraz FHR (czynność serca płodu) w połączeniu z markerami biochemicznymi (PAPP-A, wolna podjednostka β -hCG) stanowią składniki tzw. testu złożonego. Badania przesiewowe: ultrasonografia między 11+0 a 13+6 tygodniem ciąży, ultrasonografia między 18 a 24 tygodniem ciąży oraz badania biochemiczne I i II trymestru ciąży umożliwiają poza oceną ryzyka wystąpienia aberracji chromosomowych, także rozpoznanie wielu wad wrodzonych u płodu, ocenę kosmówkowości w ciąży wielopłodowej, a także ocenę ryzyka wystąpienia niektórych powikłań charakterystycznych dla II i III trymestru ciąży. Test potrójny również jest zalecany przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne. Badanie ultrasonograficzne między 11+0 a 13+6 tygodniem ciąży (CRL 45 - 84mm) musi być prowadzone zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (PTG) oraz zasadami Fetal Medicine Foundation (FMF).

Ad.3

W projekcie programu uwzględniono również wielospecjalistyczną opiekę nad dzieckiem z wadą wrodzoną do 3 roku życia, urodzonym przedwcześnie oraz po przebyciu niedotlenienia okołoporodowego. W projekcie określono szczegółowy harmonogram działań w ramach tego modułu. Niemniej jednak zaplanowane działania budzą pewne wątpliwości.

W projekcie nie wyjaśniono dlaczego od 18 miesiąca w ramach wielospecjalistycznej opieki nie zostały zaplanowane interwencje w postaci badań. Wydaje się również, że w komórce dotyczącej kadry medycznej w przypadku świadczeń prowadzonych w 18 m.ż. dziecka powielono poradę kardiologa.

W ramach prac analitycznych nie odnaleziono publikacji potwierdzających przedstawiony schemat postępowania. Na podstawie zaleceń Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego 2017 odnoszących się do dzieci urodzonych przedwcześnie można stwierdzić, że w pierwszych latach życia, przynajmniej do ukończenia 3 roku życia, dzieci te wymagają opieki kompleksowej ze względu na ryzyko nieharmonijnego lub nieprawidłowego rozwoju. W tym czasie należy dążyć do wyrównania niedoborów żywieniowych, nieprawidłowego rozwoju ruchowego, poznawczego i emocjonalnego, pełnej realizacji kalendarza szczepień po to, aby mogły one uczęszczać do przedszkola i normalnej szkoły.

W ramach modułu III projektu programu dziecko ma być konsultowane w jednym miejscu oraz planuje się zapewnić zakwaterowanie zarówno dla dziecka jak i dla rodziców w pobliżu placówki medycznej. Podejście to jest zgodne z rekomendacją PTN 2017.

Postępowanie w projekcie może powielać świadczenia już dostępne. Ponadto wydaje się niezasadne ustalanie jednakowego sposobu postępowania dla wszystkich dzieci z tej grupy. Bardziej zasadne jest ustalanie indywidualnego postępowania z tymi pacjentami. W opinii Prezesa Agencji zasadne jest wyłączenie tej części z realizacji w programie polityki zdrowotnej i rozdysponowanie środków na pozostałe moduły. Natomiast osoby z grupy docelowej dla tego modułu powinny być kierowane pod opiekę w ramach NFZ. Należy zatem wskazać sposób kontynuowania świadczeń i odpowiednio informować uczestników o dostępnych świadczeniach.

Ad.4

W ramach tego modułu zaplanowano prowadzenie edukacji zmierzającej do zwiększenia świadomości personelu medycznego nt. znaczenia badań prenatalnych. Przewiduje się akcje informacyjne nt. schematu wsparcia opieki konsultacyjnej oraz diagnostycznej płodu z wykrytą wadą w okresie prenatalnym oraz schematu wielospecjalistycznego postępowania w oparciu o zespół wielodyscyplinarny wobec dzieci do lat 3 z wadą wykrytą w okresie prenatalnym, wadą wrodzoną rozpoznaną po urodzeniu, wcześniactwem i po przebytych niedotlenieniach okołoporodowych. Brakuje

jednak uszczegółowienia tej części projektu. Nie zostało określone chociażby kto ma prowadzić poszczególne szkolenia kadry medycznej oraz nie przedstawiono szczegółowej tematyki szkoleń, stąd też nie ma możliwości oceny poprawności założeń modułu edukacyjnego. Należy pamiętać, że w zależności od danego zawodu medycznego powinno prowadzić się szkolenie zróżnicowane i dopasowane do potrzeb danej grupy zawodowej.

Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie poprawnie określono monitorowanie programu uwzględniając zarówno ocenę zgłaszalności jak i jakości udzielanych świadczeń.

Ocena efektywności programu ma opierać się o wskaźniki związane z liczbą kobiet objętych świadczeniami w ramach realizacji projektu, w tym również z grup zagrożonych wykluczeniem społecznym i ubóstwem. Należy jednak zaznaczyć, że w pozostałych częściach programu nie odniesiono się grup zagrożonych wykluczeniem społecznym i ubóstwem. Należałoby zatem określić dokładnie do jakich grup zostanie skierowany program (np. przebywające w domu samotnej matki lub innej placówce opiekuńczej czy też osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań). Warto również uwzględnić we wskaźnikach oceny efektywności takie, które odnoszą się bezpośrednio do interwencji np.: liczba i odsetek wykrytych poszczególnych wad rozwojowych u dzieci w odniesieniu do sytuacji sprzed programu, liczba oraz rodzaj wykrytych wad rozwojowych, odsetek rodziców, u których zwiększyła się świadomość i wiedza na temat wad rozwojowych. Należy także określić wskaźniki dotyczące szkoleń kadry medycznej.

Warunki realizacji

W treści projektu programu przedstawiono części składowe, etapy, działania przygotowawcze i organizacyjne. Należy jednak zwrócić uwagę, że w projekcie występuje wiele fragmentów przedstawionych w sposób chaotyczny, co utrudnia weryfikację jego założeń. Nie przedstawiono dokładnego harmonogramu działań i nie określono m.in. jakie etapy programu zamierza się wdrażać w poszczególnych okresach realizacji. Brakuje także szczegółowych informacji dotyczących realizacji programu, jak np. liczby punktów szkół rodzenia. Zaplanowana została kampania informacyjna dotycząca programu. Osoby zainteresowane programem mają zgłosić swoją chęć uczestniczenia w programie. Nie zostało jednak określone w jaki sposób ma to nastąpić.

Nie określono czy moduły I-III zostały przewidziane na okres 3 lat trwania programu a moduł przekrojowy dotyczący edukacji personelu medycznego na 4 lata programu. Okres trwania programu wnioskodawca określił na lata 2017-2020. Brak harmonogramu uniemożliwia zatem określenie prawidłowych założeń autorów programu, a co za tym idzie również kosztów.

Przedstawiono budżet z podziałem na poszczególne moduły. Należy jednak wskazać, że w budżecie określono inne liczebności uczestników, niż w pozostałych częściach programu, co przekłada się na oszacowania kosztowe. Należy zweryfikować liczby osób, które uczestniczyć będą w poszczególnych modułach, gdyż obecne oszacowania są mało wiarygodne.

Koszty całkowite wszystkich modułów w okresie trwania programu wnioskodawca oszacował na kwotę 23 059 883,08 zł. Wskazano również koszty pośrednie w wysokości 2 305 988,31 zł. Zgodnie z obliczeniami własnymi Agencji koszty całkowite programu wahać się mogą w granicach od 23 505 017,35 zł do 25 525 218,55 zł. Przy założeniu 10% kosztów pośrednich mogą one wynieść ok. 2,3-2,5 mln zł. Sugeruje się zweryfikowanie wszystkich założeń przedstawionych w budżecie projektu i uwzględnienie odpowiednich zmian w kosztorysie.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Przedmiotowy program jest bardzo złożony i porusza wiele problemów zdrowotnych. Obejmuje: poprawę jakości opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu (badania prenatalne dla kobiet nieobjętych finansowaniem przez NFZ, szkoły rodzenia, poradnie laktacyjne), problem urodzeń dzieci z wadami wrodzonymi, dzieci urodzonych przedwcześnie, dzieci z niedotlenieniem okołoporodowym. Również w ramach programu ma być prowadzone edukacji kadry medycznej w tym POZ.

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.

Badania prenatalne są również dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych, ale dla określonej grupy docelowej. Dzieci z wadami wrodzonymi natomiast mają zapewnioną opiekę wyspospecjalistyczna w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Organizacja edukacji w szkołach rodzenia nie należy w Polsce do standardu opieki nad ciężarną.

Ocena technologii medycznej

Szkoła 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 rodneho, 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.

W odniesieniu do edukacji seksualnej nastolatków należy także szczególną uwagę zwrócić na choroby przenoszone drogą płciową oraz aspekty psychologiczne współżycia seksualnego.

Badania prenatalne

Zgodnie ze wszystkimi odnalezionymi rekomendacjami, a także opiniami ekspertów, wszystkie kobiety ciężarne w Polsce, bez względu na wiek, powinny mieć zaproponowane przesiewowe badania prenatalne w kierunku najczęściej spotykanych wad rozwojowych i aberracji chromosomowych. Wywiad, NT (przezierność karku płodu) oraz FHR (czynność serca płodu) w połączeniu z markerami biochemicznymi (PAPP-A, wolna podjednostka β -hCG) stanowią składniki tzw. testu złożonego. Badania przesiewowe: ultrasonografia między 11+0 a 13+6 tygodniem ciąży, ultrasonografia między 18 a 24 tygodniem ciąży oraz badania biochemiczne I i II trymestru ciąży umożliwiają poza oceną ryzyka wystąpienia aberracji chromosomowych, także rozpoznanie wielu wad wrodzonych u płodu, ocenę kosmówkowości w ciąży wielopłodowej, a także ocenę ryzyka wystąpienia niektórych powikłań charakterystycznych dla II i III trymestru ciąży. Test potrójny również jest zalecany przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne.

Badanie ultrasonograficzne między 11+0 a 13+6 tygodniem ciąży (CRL 45 - 84mm) musi być prowadzone zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (PTG) oraz zasadami Fetal Medicine Foundation (FMF). Zgodnie z odnalezionymi dowodami naukowymi badanie USG jest podstawowym badaniem diagnostycznym w kierunku wad wrodzonych.

Wysokospecjalistyczna opieka nad dzieckiem z wadami rozwojowymi do 3 r.ż.

Na podstawie zaleceń Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego 2017 odnoszących się do dzieci urodzonych przedwcześnie można stwierdzić, że w pierwszych latach życia, przynajmniej do ukończenia 3 roku życia, dzieci te wymagają opieki kompleksowej ze względu na ryzyko nieharmonijnego lub nieprawidłowego rozwoju. W tym czasie należy dążyć do wyrównania niedoborów żywieniowych, nieprawidłowego rozwoju ruchowego, poznawczego i emocjonalnego, pełnej realizacji kalendarza szczepień po to, aby mogły one uczęszczać do przedszkola i normalnej szkoły (PTN 2017).

Neonatolodzy są najlepiej zaznajomieni z powikłaniami wcześniactwa i świadomi potrzeb rozwojowych tej grupy dzieci w pierwszych latach życia, dlatego mogą podjąć się roli koordynatorów wielospecjalistycznej opieki rozwojowej. Zakres długofalowej opieki rozwojowej jest różny w różnych krajach i uzależniony od lokalnych możliwości oraz poziomu opieki oferowanej dla wieku dziecięcego. Analiza stanu zdrowia powinna być realizowana na podstawie wywiadu od rodziców, obejmującego informacje nt. przebytych hospitalizacji, chorób bez potrzeby hospitalizacji, a także ocenę lekarza opieki podstawowej. W przypadkach chociażby deficytu wzrastania (rozwój poniżej 10 centyla) powinno się zaplanować poradę żywieniową, realizowaną przez pediatrę, neonatologa, doradcę laktacyjnego lub dietetyka).

Wytyczne PTN 2017 sugerują, żeby w ramach opieki wielospecjalistycznej nad dzieckiem przedwcześnie urodzonym zaplanować działania, które będą prowadzone w innych przedziałach czasu niż to planują autorzy ocenianego projektu programu. W pierwszym roku życia, po wypisie ze szpitala, planowanych jest 5 wizyt w wieku 1, 3, 6, 9 i 12 miesięcy. W drugim roku życia 4 wizyty,

w tym obligatoryjnie w wieku 18 i 24 miesiące. W 3 roku - trzy wizyty, które należy już planować wg wieku kalendarzowego. W pierwszym roku życia, a w wybranych przypadkach także w następnych latach, badanie powinno być przeprowadzane jednocześnie przez neurologa i neonatologa, ze sformułowaniem zaleceń dotyczących stymulacji rozwoju lub wskazówek rehabilitacyjnych.

Szkolenia kadry medycznej

Na podstawie odnalezionych wytycznych] zaleca się prowadzenie szkoleń dla kadry medycznej, która może brać udział w opiece nad kobietą w ciąży oraz później w ramach opieki nad dzieckiem (Światowa Organizacja Zdrowia 2010). Szkolenia powinny dotyczyć tematyki związanej z informowaniem pacjentek o np. prawidłowych nawykach żywieniowych, zaprzestaniu stosowania alkoholu oraz palenia tytoniu, utrzymywaniu prawidłowej wagi czy też o ryzyku występowania czynników niekorzystnych w domu lub miejscu pracy. S

zkolenia powinny również dotyczyć umiejętności wczesnego wykrywania wad rozwojowych dziecka (WHO 2010, EUROCAT 2013). Lekarz lub położna powinna zwracać szczególną uwagę na możliwe występowanie anomalii u dziecka po urodzeniu i w przypadku podejrzenia nieprawidłowości w rozwoju dziecka, kierować na pogłębione badania (WHO 2010, EUROCAT 2013).

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.441.79.2016 „»Zdrowa Matka i Dziecko« Regionalny Program Zdrowotny Województwa Śląskiego na lata 2017-2020 w zakresie poprawy opieki nad matką i dzieckiem w kontekście budowania postaw świadomego rodzicielstwa oraz wczesnego wykrywania i leczenia wad rozwojowych u dzieci od okresu prenatalnego do trzeciego roku życia a także dzieci urodzonych przedwcześnie i po przebyciu niedotlenienia okołoporodowego” realizowany przez: Województwo Śląskie, Warszawa, maj 2017 oraz Aneksu pn. „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 116/2017 z dnia 15 maja 2017 roku o projekcie programu „Zdrowa Matka i Dziecko” Regionalny Program Zdrowotny Województwa Śląskiego na lata 2017 - 2020 w zakresie poprawy opieki nad matką i dzieckiem w kontekście budowania postaw świadomego rodzicielstwa oraz wczesnego wykrywania i leczenia wad rozwojowych u dzieci od okresu prenatalnego do trzeciego roku życia a także dzieci urodzonych przedwcześnie i po przebyciu niedotlenienia okołoporodowego”