



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 33/2017 z dnia 28 lutego 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Maluch – edukacja
przedporodowa w szkole rodzenia, wczesne wykrywanie zaburzeń
ośrodkowej koordynacji nerwowej u dzieci oraz terapia dzieci z
zaburzeniami rozwojowymi” realizowany przez gminę Polkowice**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Maluch – edukacja przedporodowa w szkole rodzenia, wczesne wykrywanie zaburzeń ośrodkowej koordynacji nerwowej u dzieci oraz terapia dzieci z zaburzeniami rozwojowymi” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej, zakłada interwencje, których realizacja może częściowo uzupełniać świadczenia gwarantowane. Należy jednak zaznaczyć, że pomimo iż działania zawarte w projekcie są rekomendowane przez wytyczne kliniczne, projekt nie został opracowany szczegółowo i wymaga dopracowania. W odniesieniu do poszczególnych części programu wskazuje się następujące uwagi:

- Cele programowe wymagają przeformułowania, tak aby nie przedstawiały możliwych do realizacji działań. Mierniki efektywności natomiast powinny być spójne z celami.
- Populacja docelowa nie budzi zastrzeżeń
- W zakresie panelu I zaplanowano działania, które mogą stanowić uzupełnienie obecnie finansowanych świadczeń. Warto jednak zwrócić uwagę na indywidualne podejście do uczestniczek zajęć edukacyjnych oraz obowiązujące regulacje prawne co do osób mogących udzielać porad laktacyjnych.
- W zakresie panelu II w projekcie brak jest dokładnych i szczegółowych informacji co do planowanych do wykorzystania metod przesiewowych i terapeutycznych. Wskazano, że podejście będzie indywidualne do każdego pacjenta, jednak warto wskazać, na podstawie jakich standardów opieki będą prowadzone te działania. Część tą należy doprecyzować i uzupełnić.
- Monitorowanie programu zostało opracowane poprawnie. Ewaluacja wymaga poprawy, gdyż w obecnym kształcie nie spełnia swojego zadania.
- Budżet programu nie budzi zastrzeżeń.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący opieki okołoporodowej skierowanej do rodziców oraz dziecka. Budżet przeznaczony na realizację działań wynosi 132 000 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

Projekt programu został podzielony na dwa panele (I: szkoła rodzenia, II: wczesne wykrywanie zaburzeń ośrodkowej koordynacji nerwowej u dzieci oraz terapia dzieci z zaburzeniami rozwoju), które zgodnie stanowią kompleksowe podejście do pacjenta. Jednak biorąc pod uwagę treść i strukturę ocenianego projektu każdy z paneli stanowi odrębny program polityki zdrowotnej. W projekcie nie określono jednego założenia głównego, natomiast przedstawiono odrębne dla każdego z paneli: cele, oczekiwane efekty, mierniki efektywności, populację docelową, interwencje oraz inne podstawowe punkty schematu projektu programu proponowanego przez Agencję.

W sposób pobieżny odniesiono się do problematyki okresu okołoporodowego. W treści problemu zdrowotnego podkreślono wagę regularnych badań ginekologicznych i laboratoryjnych. Wskazano także korzyści płynące z doskonalenia standardów opieki nad kobietą ciężarną. Opiniowany projekt wpisuje się w priorytet dotyczący „poprawy jakości i skuteczności opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem do lat 3”, należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 21 sierpnia 2009 r. (Dz.U. 2009, Nr 137, poz. 1126). W projekcie przedstawiono wskaźniki epidemiologiczne korespondujące z wybranym problemem zdrowotnym. W treści projektu programu zaprezentowano ogólnopolskie dane odnoszące się do umieralności niemowląt.

Zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych, w okresie 2012-2014 w Województwie Dolnośląskim stwierdzono 233 zgony z powodu przyczyn okołoporodowych. Współczynnik umieralności z powodu ww. przyczyn w województwie wynosił 2,9 na 1000 urodzeń żywych. Wartość wskazanego współczynnika plasuje omawiane województwo na 1-2. miejscu w Polsce. Współczynnik umieralności okołoporodowej w powiatach wahał się pomiędzy 0,9 a 5,7. W przypadku powiatu polkowickiego współczynnik rzeczywisty umieralności osiągnął wartość niższą niż wartość ogólna dla województwa (przekraczając jednak wartość ogólnopolską).

W treści problemu zdrowotnego panelu II zaznaczono, iż niepełnosprawność staje się problemem coraz większej liczby osób, oraz opisano schorzenia występujące najczęściej w wieku dziecięcym (odnosząc się do zaburzeń ośrodkowej koordynacji nerwowej, zaburzeń integracji sensorycznej, mózgowego porażenia dziecięcego, autyzmu oraz zespołu Downa).

Panel II opiniowanego projektu wpisuje się w następujące priorytety: „zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych”, „poprawa jakości i skuteczności opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem do lat 3”, „zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia” oraz „rozwój opieki długoterminowej, ze szczególnym uwzględnieniem kompensowania utraconej sprawności”, należące do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 21 sierpnia 2009 r. (Dz.U. 2009, Nr 137, poz. 1126).

W projekcie, odnosząc się do danych WHO oraz GUS przedstawiono trendy ogólnoswiatowe związane ze wzrostem liczby osób niepełnosprawnych. Powołując się na dane ogólnopolskie wskazano także liczbę dzieci niepełnosprawnych w przedziale wiekowym 0-15 lat (stan na rok 2011). Warto jednak podkreślić, że w treści Panelu II nie odniesiono się do sytuacji charakteryzującej obszar Województwa Dolnośląskiego (na terenie którego znajduje się Gmina Polkowice). Uzupełniając, warto zaznaczyć, że w Powiecie Polkowickim było 206 osób niepełnosprawnych prawnie (posiadających orzeczenie) w wieku 0-15 lat (stan na rok 2011, dane GUS).

Cele i efekty programu

Głównym celem panelu I jest przygotowanie ciężarnej i jej partnera do porodu i opieki nad dzieckiem. Cel główny obejmuje także promowanie karmienia piersią. Ponadto sformułowano 7 celów szczegółowych, uzupełniających przytoczony powyżej cel główny. Ważnym jest, aby cele szczegółowe nie przedstawiały działań możliwych do podjęcia, a ich rezultaty. W związku z powyższym zaproponowane założenia (m.in. „prowadzenie samoobserwacji oraz podejmowanie działań w celu wczesnego wykrywania i likwidacji czynników ryzyka okołoporodowego”) nie zostały przedstawione w sposób prawidłowy i wymagają przeformułowania. Tworzenie celów powinno odbywać się w zgodzie z regułą SMART, wg której cel powinien być szczegółowy, mierzalny, osiągalny, istotny i terminowy.

W projekcie zaproponowano 3 mierniki efektywności, które odnoszą się głównie do oceny zgłaszalności do programu. Należy wskazać, że mierniki efektywności powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym miejscu/otoczeniu/programie w odpowiednich jednostkach miary. Wartości wskaźników powinny być określone przed i po realizacji programu. Dlatego też ankieta sprawdzająca stan wiedzy kobiet (wzoru ankiety nie załączono do treści projektu programu) powinna być przeprowadzona nie tylko po zakończeniu, ale także przed przystąpieniem do kursu. Dzięki temu możliwe będzie sprawdzenie, czy poziom wiedzy rzeczywiście uległ zmianie. Istotnym jest, aby mierniki efektywności odpowiadały wszystkim celom programu. W związku z powyższym wato odnieść się także do liczby porodów naturalnych, liczby porodów drogą cięcia cesarskiego wykonywanych na życzenie pacjentki, a nie ze wskazań medycznych, liczby powikłań poporodowych czy też liczby kobiet, które po porodzie karmią piersią.

Celem głównym panelu II jest „dążenie do prawidłowego rozwoju dzieci i pomoc ich rodzicom poprzez rehabilitację medyczną oraz działania terapeutyczne prowadzące do zmniejszenia skutków niepełnosprawności”. Cel główny powinien być określony jako oczekiwany, docelowy stan i precyzyjnie zdefiniowana zmiana, zatem cel głównym wymaga przeformułowania. Wątpliwości budzi także sposób sformułowania celów szczegółowych, które są trudne do zmierzenia.

W panelu II wskazano 4 mierniki efektywności, które odnoszą się do oceny zgłaszalności nie zaś efektywności programu. Należy uwzględnić także mierniki, które posłużą sprawdzeniu osiągniętego efektu terapeutycznego. Mając na uwadze treść projektu, zasadnym wydaje się odniesienie m.in. do wzrostu poziomu sprawności ruchowej (w przypadku dzieci z zaburzeniami ośrodkowej koordynacji nerwowej i mózgowym porażeniem dziecięcym), liczby dzieci z zaburzeniami SI, u których nastąpiło znormalizowanie deficytów integracji sensorycznej (wraz z uwzględnieniem podziału na stopień zaburzeń wskazany w treści projektu: lekki, średni, ciężki), liczby dzieci z zaburzeniami SI skierowanych na kolejną serię ćwiczeń, czy też wzrostu poziomu sprawności językowej w przypadku dzieci z zaburzonym rozwojem mowy. Aby wskazane mierniki odnosiły się do wszystkich wymienionych w treści projektu programu celów, należy uwzględnić także kwestie związane z poprawą dostępności do usług rehabilitacyjnych i psychologicznych oraz edukacji rodziców (wymienionej wśród celów szczegółowych dwukrotnie). Ponadto wartości ww. wskaźników powinny być określone przed i po realizacji programu.

Populacja docelowa

Działania panelu I kierowane są do wszystkich kobiet ciężarnych z terenu gminy Polkowice oraz ich partnerów. Dostęp do punktu laktacyjnego będą miały wszystkie kobiety ciężarne oraz matki karmiące, będące mieszkankami Gminy (przyjęto, że będzie to ok. 100 uczestniczek).

W treści projektu oszacowano liczbę kobiet ciężarnych na ok. 200 – przyjęto jednak, że w trakcie realizacji programu do Szkoły Rodzenia zgłosi się ok. 20% z ww. liczby, założono zatem uczestnictwo ok. 40 par spodziewających się potomka (nie sprecyzowano czy jest to założenie roczne). Oszacowania zawarte w programie zostały uzasadnione wynikami wcześniejszych edycji programu i nie budzą zastrzeżeń.

W ramach kryteriów i sposobu kwalifikacji wskazano, że każda uczestniczka będzie zobowiązana dostarczyć zaświadczenie wystawione przez lekarza ginekologa kwalifikujące ją do udziału w Szkole Rodzenia. W ramach realizacji programu zaznaczono także, że kwalifikację do zajęć poprzedzi badanie przeprowadzone przez położną.

W treści panelu II zawarto cztery składowe adresowane do różnych grup dzieci:

- badania przesiewowe w kierunku zaburzeń koordynacji nerwowej obejmą ok. 200 dzieci w wieku 0-1 r.ż.;
- ok. 70 dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej, zakwalifikowanych przez psychologa, skorzysta z terapii SI;
- ok. 40 dzieci z zaburzeniami ośrodkowej koordynacji nerwowej i mózgowym porażeniem dziecięcym skorzysta z programu indywidualnej rehabilitacji ruchowej.
- Program „Świetlica terapeutyczna” skierowany będzie do ok. 20 dzieci.

Zgodnie z treścią panelu II wielkość populacji docelowej będzie wynosiła łącznie ok. 330 dzieci (dostęp do programu będą mieli także rodzice/opiekunowie prawni dzieci). Oszacowania zawarte w programie zostały uzasadnione wynikami wcześniejszych edycji programu i nie budzą zastrzeżeń. Warto jednak zaplanować sposób postępowania w przypadku zgłoszenia się do programu większej liczby osób niż zaplanowana.

W ramach kryteriów i sposobu kwalifikacji uczestników określono, że badanie przesiewowe będzie skierowane do wszystkich dzieci z terenu gminy Polkowice w przedziale wiekowym od 0 do 1 r.ż. Należy wskazać, że nie odniesiono się do szczegółów planowanych badań przesiewowych. Dostęp do programu w ramach zajęć „Świetlica terapeutyczna” będą miały dzieci z rozpoznanym autyzmem, zespołem Aspergera, zespołem Downa oraz zaburzeniami SI (z przewagą zaburzeń w zachowaniu społecznym). W projekcie sprecyzowano, że kwalifikacji na zajęcia grupowe dokona psycholog.

Interwencja

W ramach panelu I planuje się przeprowadzenie: zajęć z położną, wykładów z udziałem psychologa, wykładów z udziałem lekarza neonatologa; zajęć z udziałem fizjoterapeuty oraz prowadzenie punktu laktacyjnego.

W projekcie określono zakres tematyczny prowadzonych wykładów i prelekcji. Tematyka zajęć jest zbieżna ze standardami opracowanymi przez Instytut Matki i Dziecka oraz zaleceniami PTG (Grochans i wsp. 2003). Należy jednak zaznaczyć, że nie odnajduje się szczegółowych wytycznych, które jednoznacznie definiują zakres zajęć, jakie powinny być prowadzone w ramach szkoły rodzenia. Istotne jest jednak, aby warsztaty posiadały elastyczny program, który uwzględni będzie potrzeby uczestników.

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.

W treści projektu wskazano, że punkt laktacyjny prowadzony będzie przez wykwalifikowane położne (wymagany ukończony kurs szkoły rodzenia, kurs samobadania piersi). Warto zaznaczyć, że kompetencje do prowadzenia działań w ramach szkół rodzenia i w zakresie opieki okołoporodowej posiada personel, który znajduje się na liście zawodów zawartym w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. 2014 poz. 1145). W projekcie określono jaki zakres tematyczny może być poruszany w ramach wizyt w punkcie konsultacyjnym. Należy podkreślić, że poradnictwo laktacyjne stanowić może wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń.

Projekt zakłada także zajęcia z udziałem fizjoterapeuty. Fizykoterapia stanowi jedną z nefarmakologicznych metod leczenia bólu w okresie ciąży, porodu i połogu. Ma ona szczególnie zastosowanie w zespołach bólowych związanych ze wzmożonym napięciem grup mięśniowych,

nieprawidłową postawą, unieruchomieniem związanym z bólem. W projekcie wskazano także rodzaje ćwiczeń jakie będą wykorzystywane w ramach programu, które pozostają zgodne z rekomendacjami.

W ramach panelu II zaplanowano przeprowadzenie następujących działań:

- Badanie przesiewowe w kierunku zaburzeń koordynacji nerwowej (badanie lekarskie, ćwiczenia ogólnokondycyjne indywidualne wg metod NDT Bobath, FITS/ konsultacje rehabilitacyjne z instruktązem dla każdego opiekuna dziecka, edukacja rodziców);
- Terapia grupowa dla dzieci z zaburzeniami rozwojowymi typu autyzm, zespół Aspergera, zespół Downa, zaburzenia SI (świadczania terapeutyczne grupowe prowadzone przez psychologa i terapeutę zajęciowego, świadczania terapeutyczne indywidualne prowadzone przez logopedę i psychologa).
- Indywidualna rehabilitacja ruchowa (wg metod NDT Bobath, FITS) dla dzieci z zaburzeniami ośrodkowej koordynacji nerwowej i mózgowym porażeniem dziecięcym.
- Konsultacje psychologiczne, indywidualna terapia prowadzona przez rehabilitanta dla dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej.

W projekcie nie sprecyzowano jakie działania będą podejmowane w ramach zaplanowanych interwencji, ani nie podano dokładnych wskazań do rozpoczęcia rehabilitacji, tym samym niemożliwe jest odniesienie się do skuteczności i bezpieczeństwa tych interwencji. Wobec wskazanych powyżej braków niemożliwe jest również określenie, czy działania te nie będą powielaty świadczeń gwarantowanych. Należy jednak podkreślić, iż większość z nich będzie miała charakter indywidualny (wyjątek: świadczenia terapeutyczne prowadzone przez psychologa i terapeutę zajęciowego w ramach „Świetlicy Terapeutycznej”), ściśle dostosowany do potrzeb danego uczestnika, co uznać należy za zasadne.

Wskazano dwie metody, zgodnie z którymi prowadzone będą ćwiczenia indywidualne, jest to metoda NDT Bobath oraz metoda FITS. W projekcie określono liczbę przypadających zajęć na uczestnika jednak zaznaczono, że ilość i zakres terapii ustalać będzie lekarz przeprowadzający badanie lub mgr fizjoterapii.

W treści projektu programu, przewidziano współpracę fizjoterapeutów, lekarza neonatologa, psychologów, terapeutów zajęciowych, logopedów, lekarzy pediatrów a także pielęgniarek i położnych, co jest działaniem zgodnym z rekomendacjami.

Program zakłada także prowadzenie terapii integracji sensorycznej. Zaznacza, że terapia SI realizowana przez rehabilitanta prowadzona będzie 1 raz w tygodniu przez 30 min. Określono także czas trwania terapii - do momentu znormalizowania deficytów. W wyniku szczegółowej diagnostyki dziecka ustalony zostanie plan terapii, obejmujący stymulację poszczególnych układów z wykorzystaniem specjalistycznego sprzętu. Serię ćwiczeń zakończyć ma diagnoza, w wyniku której ustalone zostanie dalsze postępowanie z dzieckiem. W razie konieczności (w treści projektu programu nie sprecyzowano w jakich przypadkach) przewiduje się kolejną serię ćwiczeń. Podejście to nie budzi zastrzeżeń.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie programu w obydwu panelach został zaplanowane poprawnie. Warto jednak ocenę zgłaszalności uzupełnić o dane dotyczące partnerów kobiet ciężarnych w zakresie panelu I oraz liczbę rodziców biorących udział w planowanych działaniach edukacyjnych panelu II.

Efektywność programu (obydwu paneli) opiera się na wskaźnikach dotyczących zgłaszalności do programu i wymaga modyfikacji. Ocena efektywności programu powinna opierać się głównie na wskaźnikach dotyczących efektywności programu. Warto w tym celu wykorzystać zaproponowane wcześniej mierniki efektywności i rozszerzyć je o wpływ na zdrowie całego społeczeństwa w perspektywie wieloletniej.

Warunki realizacji

W treści projektu programu przedstawiono jego części składowe, etapy oraz działania organizacyjne. Wskazano, że realizator programu wybrany zostanie w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Określono także kompetencje jakie posiadać powinny osoby realizujące zadania programowe.

W projekcie nie wspomniano w jaki sposób uczestnicy będą zapraszani do udziału, co należy uzupełnić.

Projekt zakłada ścieżkę postępowania z pacjentem po zakończeniu udziału w programie, co stanowi istotną informację dla uczestników.

W projekcie programu określono jego koszty jednostkowe oraz koszt roczny całkowity (oszacowany na 132 000 zł). Należy zaznaczyć, że dla osiągnięcia trwałych efektów programu warto jest w sposób dokładny rozplanować budżet na cały okres trwania programu i jego ewaluacji. Na planowane interwencje planuje się przeznaczyć kwotę 130 650 zł, działania edukacyjne (do których zaliczono wydrukowanie i kolportaż materiałów edukacyjnych – ulotek oraz wydrukowanie zestawów ćwiczeń gimnastycznych) oszacowano na 450 zł, natomiast promocję programu określono na kwotę 900 zł. Przedstawiony budżet nie budzi zastrzeżeń.

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 prowadzi 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.

Dzieciom ze stwierdzoną niepełnosprawnością, lub wymagającym terapii oraz rehabilitacji przysługują świadczenia rehabilitacyjne finansowane ze środków publicznych.

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 (ACOD, 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 rodniego, 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.

Wczesne wykrywanie zaburzeń ośrodkowej koordynacji nerwowej u dzieci oraz terapia dzieci z zaburzeniami rozwoju

Wśród interwencji zalecanych w zaburzeniach integracji sensorycznej występującej u dzieci i młodzieży wyróżnić można: terapię zajęciową dla dzieci z problemami w zmysłowym przetwarzaniu informacji; połączenie integracji sensorycznej, odpowiedniej diety oraz przejazdów terapeutycznych; zachęcanie do udziału w aktywnej zabawie dla dzieci z zaburzeniami przetwarzania sensorycznego; ćwiczenie umiejętności odtwarzania i angażowanie dzieci z autyzmem; terapię ruchową dla pasywnych zachowań u dzieci z autyzmem; integrację sensoryczną dla motoryki i umiejętności mechanicznego planowania dla dzieci z trudnościami w uczeniu się; terapię zajęciową za pomocą integracji sensorycznej dla dzieci z problemami w zmysłowym przetwarzaniu informacji, zajęcia terapeutyczne dla dzieci z zaburzeniami przetwarzania czuciowego oraz wzrokowo-ruchowymi opóźnieniami; wdrażanie integracji sensorycznej dla dzieci z podejrzeniem problemów neurologicznych; zajęcia zaadresowane do dzieci z obniżoną samooceną, dodatkowo z trudnościami w uczeniu się oraz z zaburzeniami czynności sensorycznej integracji; terapię zajęciową dla zmniejszenia uzewnętrzniania i internalizacji zachowań dzieci z problemami w przetwarzaniu sensorycznym; terapię zajęciową dla dzieci z zaburzeniami przetwarzania bodźców czuciowych wraz ze wzrokowo-ruchowym opóźnieniem; terapię dźwiękiem; masaż; terapię zajęciową celująca w zmniejszenie destrukcyjnych zachowań u dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej (AOTA Press 2011).

Pediatrzy powinni stale komunikować się z rodzinami dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej, podkreślając jednocześnie, iż dostępne dane dotyczące stosowania terapii sensorycznych są bardzo ograniczone. Pediatra może odegrać ważną rolę w edukowaniu rodziny dziecka z zaburzeniami integracji sensorycznej, jak również może kontrolować skuteczność terapii ustalonej przez terapeutę dziecięcego. Pediatra może również zaprojektować proste sposoby monitorowania efektów leczenia. Pomoc rodzinie dziecka z zaburzeniami integracji sensorycznej powinna być konkretna i tworzyć wyraźne cele leczenia, które na początku terapii powinny być skoncentrowane na poprawie zdolności osoby do prowadzenia i uczestniczenia w codziennych czynnościach (AAP 2012).

W odniesieniu do zaleceń dotyczących wczesnego wykrywania i wczesnej interwencji u dzieci z grupy ryzyka zaburzeń rozwojowych, zalecenia praktyki klinicznej podkreślają, że obserwacja rozwoju dziecka powinna być elementem każdej wizyty w ramach opieki profilaktycznej. W przypadku stwierdzenia podczas wizyty obaw dotyczących rozwoju dziecka oraz w przypadku dzieci z grupy niskiego ryzyka zaburzeń rozwojowych przy wizycie w 9 -, 18 - i 30-miesiącu życia, zalecane jest stosowanie wystandaryzowanych narzędzi służących do badań przesiewowych.

W przypadku pozytywnego wyniku badań przesiewowych w kierunku zaburzeń rozwoju, konieczna jest ocena medyczna oraz ocena rozwoju w celu zidentyfikowania określonych zaburzeń rozwojowych i związanych z nimi problemów zdrowotnych.

Dzieci ze stwierdzonymi w badaniu przesiewowym zaburzeniami rozwojowymi powinny zostać skierowane na wczesne interwencje rozwojowe.

Na podstawie odnalezionych dowodów naukowych można stwierdzić, że zadania realizowane w zakresie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka obejmują:

- ustalenie wielospecjalistycznej diagnozy: lekarskiej, psychologicznej, logopedycznej oraz ocena sfery ruchowej dziecka (ocena stanu narządu ruchu i rozwoju ruchowego),

- opracowanie i wdrażanie szczegółowego, wielospecjalistycznego i kompleksowego programu postępowania w sferze psychicznej, ruchowej, społecznej i emocjonalnej rozwoju dziecka,
- śledzenie rozwoju dziecka poprzez ponawianie diagnozy oraz dostosowywanie programów rehabilitacyjnych i terapeutycznych do zmieniających się potrzeb rozwojowych i zdrowotnych dziecka,
- prowadzenie indywidualnych form terapii oraz edukacji dziecka,
- opracowanie i realizowanie psychologicznych programów wsparcia rodziny dziecka niepełnosprawnego,
- opracowanie i realizowanie programów terapeutyczno-edukacyjno-profilaktycznych dla rodzin, m.in. udzielanie rodzicom szczegółowych wskazówek oraz szkolenie w zakresie metod i technik pielęgnacji, opieki, stymulacji rozwoju i usprawniania dziecka w warunkach domowych, a także informacji o systemie usług i zasobach społecznych, które są dostępne i mogą być im przydatne,
- dostarczanie rodzicom informacji o uprawnieniach i możliwych formach pomocy, niezbędnych adresach itp., pomoc w skontaktowaniu się rodziców z innymi rodzicami będącymi w podobnej sytuacji i z ich organizacjami.

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.441.275.2016 „Maluch – edukacja przedporodowa w szkole rodzenia, wczesne wykrywanie zaburzeń ośrodkowej koordynacji nerwowej u dzieci oraz terapia dzieci z zaburzeniami rozwojowymi” realizowany przez Gminę Polkowice, luty 2017 r. oraz Aneksów do raportów szczegółowych: „Programy z zakresu opieki nad kobietą ciężarną i w połogu ze szczególnym uwzględnieniem edukacji przedporodowej (szkoły rodzenia) – wspólne podstawy oceny” z listopada 2012 r., „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny” z sierpnia 2016 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 43/2017 z dnia 27 lutego 2017 roku o projekcie programu „Maluch – edukacja przedporodowa w szkole rodzenia, wczesne wykrywanie zaburzeń ośrodkowej koordynacji nerwowej u dzieci oraz terapia dzieci z zaburzeniami rozwojowymi” gminy Polkowice