



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 105/2017 z dnia 17 maja 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Będziemy rodzicami”
- program polityki zdrowotnej przygotowujący do świadomego
rodzicielstwa dla Gminy Kleszczów na lata 2017–2019**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Będziemy rodzicami” - program polityki zdrowotnej przygotowujący do świadomego rodzicielstwa dla Gminy Kleszczów na lata 2017–2019 pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Projekt programu polityki zdrowotnej zakłada prowadzenie szerokiej edukacji i promocji zdrowia prokreacyjnego wśród populacji w wieku rozrodczym. Zaplanowane interwencje stanowią spójną całość i mogą stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń. Należy jednak wskazać, że część elementów projektu wymaga doprecyzowania.

Cele programu i mierniki efektywności nie budzą zastrzeżeń.

W zakresie populacji docelowej oszacowania liczby uczestników są nieprecyzyjne i rozbieżne z danymi GUS, co należy zweryfikować.

Zaplanowane interwencje z zakresu edukacji i szkół rodzenia stanowią działania rekomendowane. Natomiast w zakresie badań diagnostycznych nie wskazano, jakie procedury i w jakim zakresie będą realizowane, co stanowi ograniczenie programu i uniemożliwia weryfikację poprawności tych założeń. Biorąc pod uwagę, że dla kobiety spodziewającej się dziecka dostępny jest szeroki zakres świadczeń diagnostycznych finansowanych ze środków publicznych, uwzględnienie tej części w projekcie nie znajduje uzasadnienia.

Monitorowanie i ewaluacja nie budzą większych zastrzeżeń.

Budżet programu wymaga weryfikacji po ostatecznym określeniu liczby uczestników programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej gminy Kleszczów obejmujący opiekę zdrowotną nad populacją w wieku rozrodczym. Całkowity koszt realizacji programu wynosi ok. 362 tys. zł, zaś okres jego realizacji to lata 2017-2019.

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

Problem zdrowotny został opisany w sposób prawidłowy. Edukacja stanowi istotny element opieki przedporodowej, szczególnie w odniesieniu do kobiet przygotowujących się do pierwszego porodu. Ponadto finansowanie szkół rodzenia (pod warunkiem ich skuteczności) przez jednostki samorządu terytorialnego wydaje się zbieżne z celem operacyjnym nr 7 Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) na lata 2007-2015, sformułowanym jako „Poprawa opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem”; dodatkowo administracja samorządowa, w myśl dokumentów programowych NPZ, ma być jednym z podmiotów odpowiedzialnych za realizację wspomnianego celu. „Poprawa jakości i skuteczności opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem do lat 3” i należy do priorytetów zdrowotnych, określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia.

Przedstawione w projekcie dane epidemiologiczne dotyczące chorób zakaźnych, nowotworów, chorób cywilizacyjnych (związane z edukacją) czy też szkół rodzenia nie budzą zastrzeżeń.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest prowadzenie całościowej opieki edukacyjnej i zdrowotnej obejmującej populację w wieku rozrodczym zamieszkującą Gminę Kleszczów. Sformułowano także 10 celów szczegółowych. Określone jako cele szczegółowe „rzetelne informowanie o prowadzonym programie” i „monitorowanie równego dostępu do świadczeń zdrowotnych” stanowią działania programu, natomiast „zapewnienie równego dostępu do świadczeń zdrowotnych” wydaje się bardziej stanowić oczekiwany efekt niż cel szczegółowy. Pozostałe cele wydają się zasadne i uzupełniają główne założenie. Cele należy formułować zgodnie z zasadą SMART, wg której cel powinien być szczegółowy, mierzalny, osiągalny, istotny i terminowy.

Mierniki efektywności odpowiadające celom programu zostały określone w prawidłowy sposób i są zbieżne przedstawionymi celami projektu programu.

Populacja docelowa

Populacją docelową są kobiety w wieku 15-49 lat, ale ze względów praktycznych program skierowany będzie również do mężczyzn w wieku 15-65 lat, będących ich partnerami. Łącznie w programie będzie uczestniczyć 3710 osób (1811 kobiet oraz 1899 mężczyzn), zamieszkujących na terenie gminy Kleszczów. W kolejnych latach trwania programu będzie włączanych ok. 50 os. rocznie (oszacowano w projekcie na podstawie danych demograficznych). Łącznie w ciągu 3 lat projektu programem zostanie objętych ok. 3 810 mieszkańców gminy. Przedstawiona w projekcie całkowita liczebność populacji objętej programem w liczbie ok. 3 850 mieszkańców gminy jest nieprawidłowa, co wynika z błędnie przyjętych lat trwania programu (w projekcie błędnie przyjęto 4 zamiast 3 lata). Dodatkowo w projekcie popełniono omyłkę dotyczącą ujętej tabelarycznie sumy mężczyzn w grupie wiekowej 19-65 lat, należy podać liczbę 1838 mężczyzn zamiast 1883. Dane przedstawione w projekcie są zbieżne z danymi GUS za 2015 i 2016 r.

Interwencja

W ramach interwencji w projekcie wskazano następujące działania:

- Działania informacyjno-edukacyjne,
- Świadczenia profilaktyczne oraz badania diagnostyczne,
- Szkoły rodzenia.

Program jest uzupełnieniem świadczeń specjalistycznych dostępnych w ramach NFZ, uwzględnia edukację młodzieży, nauczycieli, rodziców oraz profilaktykę skutecznie i powszechnie stosowaną w innych systemach opieki zdrowotnej.

Schemat organizacyjny programu został przedstawiony w dokładny sposób, uwzględniają także zakres tematyczny edukacji. Program będzie się składał z trzech etapów. Pierwszy z nich to akcja informacyjna dotycząca zagadnień związanych ze świadomym macierzyństwem oraz uwarunkowań organizacyjnych programu. Drugi etap to działania edukacyjne odnoszące się do grupy wiekowej 15-18 lat (dziewczęta i chłopcy), który zaplanowano uzupełnić dodatkowymi działaniami z zakresu opieki

lekarskiej (m.in. badania profilaktyczne). Działania edukacyjne mają dotyczyć profilaktyki raka szyjki macicy. Nie zostały jednak wskazane jasne kryteria dotyczące włączenia ww. populacji do programu. Kwestię tą należy uszczegółowić. W ramach trzeciego etapu uczestnicy (osoby w wieku 19-49 lat w przypadku kobiet oraz 19-65 lat w przypadku mężczyzn) będą mogli wziąć udział w działaniach związanych z opieką nad kobietami w ciąży oraz ojcami dzieci w ramach szkół rodzenia.

W programie zaplanowano możliwość przeprowadzenia badań diagnostycznych. Brakuje jednak wskazania jakie badania i w jakim zakresie będą przeprowadzane poszczególnym uczestnikom programu, co stanowi jego ograniczenie. Brak tych informacji uniemożliwia także odniesienie się do poprawności interwencji oraz weryfikacji, czy program nie będzie powielać świadczeń gwarantowanych.

W projekcie zaznaczono, że program odbywać się będzie na zasadzie programu typu participant-led (tj. z elastycznym programem uwzględniającym potrzeby danej grupy kobiet/par uczestniczących w zajęciach). Działania z zakresu szkół rodzenia są rekomendowane przez liczne towarzystwa naukowe. Jest niewiele dowodów, że uczestnictwo w szkole rodzenia wpływa na jakiegokolwiek parametry porodu (takie jak droga porodu czy zastosowanie znieczulenia), niemniej jednak istnieją dane, pochodzące z badań jakościowych, 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 rodzenia.

Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie odniesiono się do monitorowania oraz ewaluacji podejmowanych działań.

Zamieszczono informację, że ewaluacja programu będzie mieć charakter „wybitnie długofalowy”, natomiast nie określono czasu trwania ewaluacji po zakończeniu programu, co należy uszczegółowić.

Ocena zgłaszalności została przedstawiona w sposób prawidłowy. Zgodnie z projektem, zgłaszalność ma być kontrolowana przez koordynatora programu. Natomiast nie jest jasne czy ocena jakości i efektywności programu również będzie wchodzić w zakres zadań koordynatora. Zasadnym wydaje się objęcie ww. ocen nadzorem koordynatora.

Ocena jakości programu i ocena efektywności zostały zaplanowane w sposób prawidłowy.

Warunki realizacji

Zaplanowane w projekcie interwencje będą prowadzone przez realizatora wybranego w drodze otwartego konkursu ofert. W projekcie określono kompetencje i warunki niezbędne do realizacji programu. W projekcie brakuje jednak określenia zadań realizatora projektu, co powinno zostać uzupełnione z uwagi na wieloetapowy charakter programu.

Koszty całkowite przewidziane na realizację programu oszacowano na ok. 362 tys. zł, w tym koszty organizacyjne – 15 tys. zł, koszty ogólne – 25 tys. zł, koszty realizacji programu – 322 tys. zł. W ramach kosztów realizacji programu oszacowano koszt działań edukacyjnych dla najmłodszej grupy wiekowej na 20 tys. zł, zaś koszt działań oferowanych dla osób dorosłych zaplanowano na 300 tys. zł.

Koszt jednostkowy został podzielony na grupy, w których będą prowadzone poszczególne interwencje. W odniesieniu do kosztów wydaje się zasadnym uszczegółowienie kwestii związanych z osobami dorosłymi. Należy podkreślić, że część świadczeń ma dotyczyć kobiet w okresie ciąży (badania diagnostyczne), a część osób które dopiero zamierzają starać się o dziecko. Zatem interwencje i koszty z nimi związane mogą się różnić. Warto byłoby wskazać koszty z nimi związane z dokładniejszym podziałem na poszczególne grupy odbiorców. W projekcie nie sprecyzowano zakresu badań diagnostycznych i ich kosztu.

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.

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 (Dz.U. 2012 poz. 1100) 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 wzorniku 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.

Organizacja edukacji w szkołach rodzenia nie należy w Polsce do standardu opieki nad ciężarną. Kobiety mogą poszukiwać tego typu edukacji w prywatnych lub w przyszpitalnych szkołach rodzenia, finansowanych lub dofinansowywanych ze środków samorządowych.

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 porodu i problemy w okresie porodu,
- karmienie naturalne i trudności związane z karmieniem,
- antykoncepcja w okresie laktacji i powrót płodności po porodzie,
- problemy psychologiczne występujące w ciąży i porodu,
- gimnastyka w ciąży, porodu 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 rodowego, 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 dawka 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 dzienne 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 dzienne 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 miesiąca 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 kamienia 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.441.75.2017, „Będziemy rodzicami” - program polityki zdrowotnej przygotowujący do świadomego rodzicielstwa dla Gminy Kleszczów na lata 2017–2019” realizowany przez: gminę Kleszczów, Warszawa, kwiecień 2017, 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 121/2017 z dnia 15 maja 2017 roku o projekcie programu „»Będziemy rodzicami« - program profilaktyki zdrowotnej przygotowujący do świadomego rodzicielstwa” (gm. Kleszczów).