



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 4/2019 z dnia 15 stycznia 2019 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki
zdrowotnej Gminy Miasta Marki na lata 2019-2021 w przedmiocie
działań edukacyjnych dla przyszłych rodziców zamieszkujących
Gminę Miasta Marki”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej Gminy Miasta Marki na lata 2019-2021 w przedmiocie działań edukacyjnych dla przyszłych rodziców zamieszkujących Gminę Miasto Marki” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Projekt programu polityki zdrowotnej zakłada prowadzenie edukacji w zakresie opieki okołoporodowej. Zaplanowane interwencje mogą stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń. Należy jednak wskazać, że część elementów projektu wymaga uzupełnienia.

Zaproponowane cele programowe warto doprecyzować zgodnie z zasadą SMART. Uzupełnienia wymaga również kwestia dotycząca mierników efektywności, które powinny umożliwić ocenę skutków programu.

Zaplanowane interwencje dotyczące prowadzenia szkoły rodzenia oraz uwzględniona populacja są zgodne z wytycznymi, należy jednak mieć na uwadze zapobieganie podwójnemu finansowaniu świadczeń. Ponadto należy określić liczbę osób, która będzie miała możliwość wzięcia udziału w programie. Nie jest również jasna długość trwania jednego cyklu, co również należy doprecyzować.

Monitorowanie zostało poprawnie zaplanowane, natomiast ewaluacja wymaga poprawy zgodnie z uwagami w dalszej części opinii.

Budżet programu wymaga uzupełnienia w zakresie kosztów jednostkowych.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej gminy i miasta Marki w zakresie opieki okołoporodowej w populacji kobiet ciężarnych oraz ich partnerów. Całkowity koszt realizacji programu wynosi 75 000 zł, zaś okres jego realizacji to lata 2019-2021.

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 z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 z późn. zm.), 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 opisany w projekcie programu polityki zdrowotnej wpisuje się w priorytet zdrowotny zgodny z §1 ust. 8) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. z 2018 r. poz. 469): „poprawa jakości i skuteczności opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem do lat 3”.

W projekcie w sposób szczegółowy odniesiono się do zagadnień dotyczących ciąży oraz porodu, podkreślając znaczenie edukacji przedporodowej i istotę tworzenia szkół rodzenia. Ponadto przedstawiono dane epidemiologiczne z przedmiotowego zakresu.

Przytoczono dane dotyczące ludności zamieszkującej miasto Marki (na podstawie informacji z Banku Danych Lokalnych GUS). Liczba kobiet w wieku reprodukcyjnym w 2017 r. wynosiła 8 926. W latach 2013-2017 w mieście zarejestrowano wzrost liczby urodzeń żywych na 1 000 ludności.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „wzrost o 10% liczby osób świadomie sprawujących całościową opiekę rodzicielską nad nowo narodzonym dzieckiem na terenie Gminy Miasto Marki, w latach 2019-2021 poprzez zwiększenie kompetencji z zakresu zagadnień dot. ciąży, porodu, porodu i opieki nad niemowlęciem, poprzez uczestnictwo w działaniach edukacyjnych”. W projekcie programu zostały sformułowane również 3 cele szczegółowe:

- wzrost o 10% poziomu świadomości populacji w wieku rozrodczym na terenie gminy miasta Marki w latach 2019-2021, w kwestii czynników ryzyka wystąpienia chorób zakaźnych u nowo narodzonych dzieci;
- wzrost o 10% poziomu świadomości kobiet i mężczyzn na terenie gminy miasta Marki w latach 2019-2021, w zakresie profilaktyki chorób przenoszonych drogą płciową oraz edukacji seksualnej;
- spadek zagrożenia w odczuciu rodziców o 20% stanów nagłych u dzieci w 1 roku życia. Poprzez wzrost nabytych umiejętności oraz podniesienie poziomu wiedzy z zakresu prawidłowej opieki nad dzieckiem, a także pierwszej pomocy przedmedycznej u rodziców na terenie gminy miasta Marki w latach 2019-2021.

Należy wskazać, że dobrze sformułowane cele powinny być zgodne z zasadą SMART, według której powinny one być: sprecyzowane, mierzalne, osiągalne, istotne i zaplanowane w czasie. Założenie główne oraz trzeci cel szczegółowy są trudno mierzalne, zatem warto je przeformułować.

W projekcie określono 11 mierników efektywności, z czego mierniki dotyczące zwiększenia liczby osób posiadających umiejętności praktyczne w zakresie opieki nad nowo narodzonym dzieckiem oraz wzrostu wiedzy uczestników bardziej spełniają kryteria celów niż mierników.

Zgodnie z definicją, mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji celów. Należy pamiętać, aby wartości wskaźników określane były przed i po realizacji programu. Dopiero uzyskana zmiana w zakresie tych wartości oraz jej wielkość, stanowią o wadze uzyskanego efektu programu.

Populacja docelowa

Populacją docelową stanowią kobiety ciężarne wraz z osobą towarzyszącą. W projekcie nie określono ile kobiet będzie mogło wziąć udział w programie, określono jedynie, że o uczestnictwie w programie będzie decydowała kolejność zgłoszeń, a limit osób zostanie określony przez ofertę realizatora, zgodnie z dostępnymi środkami finansowymi. Należy określić przynajmniej zakres liczebności osób, którym zostanie umożliwiony udział w programie, ponieważ jego brak stanowi znaczne ograniczenie projektu. Zgodnie z oszacowaniami przedstawionymi w budżecie programu oraz rynkowymi cenami podobnych kursów zweryfikowanymi przez Agencję, liczba osób, która będzie mogła wziąć udział w programie, będzie wynosiła około 50 osób, co stanowi niewielki odsetek populacji docelowej. Warto podkreślić, że programy polityki zdrowotnej realizowane przez samorządy, mają charakter

populacyjny, w związku z czym swoim zasięgiem powinny obejmować jak największą liczbę osób. Liczebność populacji spełniającej kryteria włączenia do programu określono na 8 926 osób, co jest zbliżone z danymi pochodzącymi z GUS.

Kryteria włączenia do programu obejmują: miejsce zamieszkania na terenie Marek oraz brak stałych lub czasowych przeciwwskazań wykluczających z udziału w zajęciach (na podstawie zaświadczenia od lekarza POZ lub ginekologa). Wskazane kryterium dotyczące braku przeciwwskazań do uczestniczenia w zajęciach szkoły rodzenia jest zgodne z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (PTG).

Zaplanowano objęcie wsparciem kobiet w ciąży od ukończenia 24 tygodnia ciąży wraz z mężczyznami (ojcami dziecka lub partnerami). Zgodnie z rekomendacjami HAS 2005 konsultacje, w ramach których kobieta powinna zostać poinformowana o ewentualnym uczestnictwie w szkołach rodzenia (po ocenie potrzeb edukacyjnych danej pacjentki przez położną), przewidziano w okresie od 4 do 9 miesiąca ciąży (tj. od ok. 16 tyg. ciąży). W wytycznych ISCI 2008 wskazuje się z kolei, że informacja o możliwości udziału w szkole rodzenia może być przekazywana już od 12-24 tygodnia ciąży.

Interwencja

W ramach programu przewidziano przeprowadzenie zajęć z zakresu edukacji przedporodowej.

Przedstawiony w programie przykładowy zakres tematyczny zajęć jest zbliżony do standardów opracowanych przez Instytut Matki i Dziecka. Ponadto tematyka jest zgodna z rekomendacjami (AAP 2012, PTG 2005). Podczas wykładów w ramach programu poruszane będą zagadnienia na zasadzie *participant-led* (tj. z elastycznym uwzględnieniem potrzeb danej grupy kobiet/par uczestniczących w zajęciach). Powyższe podejście jest zgodne z rekomendacjami NICE 2008.

Wskazano, że „winno odbyć się w ciągu roku minimum 2 pełne cykle obejmujące przynajmniej po 7 dwugodzinnych spotkań”. Z kolei w punkcie dotyczącym sposobu udzielania świadczeń wskazano, że „jeden cykl zajęć składać się powinien co najmniej z 16 godzin zajęć grupowych. Minimum osiem modułów po dwie godziny zegarowe, raz w tygodniu, w ustalony dzień”. Nie jest zatem do końca jasny czas trwania jednego cyklu zajęć grupowych.

Zajęcia z zakresu edukacji przedporodowej będą prowadzone przez wykwalifikowaną, specjalistyczną kadrę posiadającą wymagane kwalifikacje uprawniające do przeprowadzania zajęć z zakresu edukacji przedporodowej.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 roku w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej 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. Zakres tematyczny poruszany w ocenianym programie jest zbliżony do zakresu przedstawionego w ww. rozporządzeniu, zatem należy mieć na uwadze zapobieganie podwójnemu finansowaniu świadczeń.

Należy podkreślić, że działania z zakresu szkół rodzenia są rekomendowane przez liczne towarzystwa naukowe. Natomiast istnieje niewiele dowodów na to, że uczestnictwo w szkole rodzenia wpływa na parametry porodu (takie jak droga porodu czy zastosowanie znieczulenia).

Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie odniesiono się do monitorowania oraz ewaluacji podejmowanych działań, jednak wymagają one poprawy.

W ramach oceny zgłaszalności do programu liczba uczestników programu zostanie odniesiona do wartości liczbowych wynikających z harmonogramu akcji i zakładanej populacji docelowej. Monitorowaniu poddana zostanie również liczba zgód na udział w programie. Zmiana liczby zgód w trakcie poszczególnych lat trwania projektu, zostanie porównana z liczebnością populacji docelowej, co będzie użytecznym wskaźnikiem skuteczności działań informacyjnych i promocyjnych. Dodatkowo analizie podlegać będą przyczyny nieuczestniczenia w programie. Bieżąca ocena realizacji programu będzie polegała na analizie raportów okresowych tworzonych w miesięcznych oraz rocznych interwałach czasowych.

Ocena jakości świadczeń w programie dokonana zostanie na podstawie analizy anonimowych ankiet satysfakcji.

W ramach oceny efektywności programu zaplanowano m.in. analizę:

- stopnia opanowania treści zawartych w programie ocenianego przez wyliczenie wskaźnika przyrostu wiedzy dla każdego uczestnika na podstawie wyników testów – docelowo minimum 10%;
- stopnia opanowania nowych umiejętności praktycznych udzielania pierwszej pomocy w sytuacjach zagrożenia życia lub zdrowia u 20% uczestników programu;
- liczby chorób zakaźnych w latach 2019-2021 wśród dzieci w 1 roku życia zamieszkujących Gminę Miasto Marki, również w odniesieniu do lat poprzednich;
- liczby wizyt ambulatoryjnych z powodu zachorowań na infekcje u dzieci w 1 roku życia, a także wartości w odniesieniu do lat poprzednich – spadek o minimum 20%.

Dodatkowo wskazano, że „do oceny efektywności mogą zostać wykorzystane mierniki epidemiologiczne rutynowo stosowane w analogicznych interwencjach. Są to m.in. wskaźniki zapadalności i chorobowości dotyczące problemu zdrowotnego objętego programem”. W punkcie dotyczącym ewaluacji przytoczono również dwa wskaźniki w postaci „wzrostu wiedzy minimum 10% uczestników programu na podstawie ankiety ewaluacyjnej” oraz „wzrostu wiedzy wśród mieszkańców Gminy Miasto Marki o 30% liczby kobiet zgłaszających się na badania profilaktyczne w czasie ciąży i wizyty kontrolne u ginekologa w latach 2019-2021”, które spełniają bardziej kryteria celów niż prawidłowo sformułowanych mierników efektywności.

Należy pamiętać, że proces ewaluacji jest analizą danych, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań, który powinien rozpocząć się po zakończeniu realizacji programu i opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu oraz po jego zakończeniu. Ponadto powinien uwzględniać co najmniej mierniki efektywności odpowiadające zdefiniowanym celom.

Warunki realizacji

Realizatorem programu będzie podmiot leczniczy wyłoniony w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. W programie zostały opisane etapy i działania podejmowane w ramach programu.

Podczas prowadzenia działań edukacyjnych będą przekazywane informacje o celach i zakresie realizowanego programu oraz o zakresie i dostępności świadczeń gwarantowanych finansowanych przez NFZ (np. porady lekarskiej czy wizyty patronażowej położnej). W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w przebiegu ciąży kobieta zostanie poinformowana o konieczności zgłoszenia się do poradni patologii ciąży, w ramach placówek udzielających świadczeń kontraktowanych przez NFZ. Uczestnicy będą mieli możliwość zakończenia udziału w programie na każdym jego etapie, co nastąpi na wyraźne życzenie uczestnika, na podstawie deklaracji.

Całkowity koszt realizacji programu określono na 75 000 zł. Koszt jednostkowy nie został przedstawiony co stanowi znaczne ograniczenia oszacowań budżetu, w szczególności uwzględniając brak minimalnej liczby uczestników. Zweryfikowana przez Agencję rynkowa cena kursu wynosi od 400 do 550 zł. Koszt samej interwencji oszacowano na 23 000 zł rocznie, natomiast pozostałymi kosztami będą działania organizacyjne (kampania informacyjna; zaprojektowanie i przygotowanie ulotek oraz plakatów w ramach kampanii informacyjnej; przygotowanie wniosków aplikacyjnych i opracowanie sposobu rekrutacji realizatorów; koszty monitorowania i ewaluacji; koszty administracyjno-biurowe), przygotowanie materiałów edukacyjnych oraz związane z zarządzaniem programem (wydruki ankiet, przygotowanie raportów i sprawozdań, usługi kurierskie, transport materiałów, koszty marketingu). Program będzie w całości finansowany ze środków budżetu miasta Marki.

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 16 sierpnia 2018 roku w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej 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. Powyższe zalecenia obejmują: badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe; pomiar ciśnienia tętniczego krwi; badanie gruczołów sutkowych; pomiar wzrostu, masy ciała i wskaźnika BMI; ocenę ryzyka ciążowego; ocenę czynności serca płodu; propagowanie zdrowego stylu życia; przekazanie informacji o możliwości wykonania badań w kierunku wad ukierunkowanych genetycznie; zebranie danych dotyczących zdrowego stylu życia i nawyków żywieniowych, w tym spożywania alkoholu i innych używek; badanie położnicze. W przypadku opieki sprawowanej przez położną powinna się odbyć obowiązkowa konsultacja lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa.

Za prowadzenie edukacji przedporodowej, która obejmuje wymiar godzin dostosowany do potrzeb kobiety ciężarnej, z uwzględnieniem zajęć teoretycznych i praktycznych realizowanych w formie indywidualnej lub grupowej, odpowiada położna. Edukacja przedporodowa w formie indywidualnej jest również obowiązkiem lekarza położnika. Ramowy program edukacji przedporodowej obejmuje okres prenatalny (ciąża), porodu, poporodowy (połóg) oraz wsparcie społeczne ciężarnej, położnicy i rodziny w okresie okołoporodowym. Ww. rozporządzenie określa szczegółowy zakres tematyczny prowadzonych działań.

Ocena technologii medycznej

Szkoły rodzenia

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

Zidentyfikowano także dowody naukowe dotyczące efektywności szkół rodzenia: National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) – przegląd systematyczny przeprowadzony na potrzeby

wytycznych CG62 (do 2007); Przegląd systematyczny CDSR nr CD002869: Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both (2009; dane do maja 2007).

Na podstawie odnalezionych dowodów naukowych można sformułować następujące wnioski.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Zebranie dokładnego wywiadu rodzinnego może mieć istotne znaczenie, zwłaszcza jeśli w rodzinie któregoś 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 (stałe i doraźnie), aktywnością zawodową, fizyczną oraz potencjalnie szkodliwymi czynnikami występującymi w środowisku pracy i domowym. Kobieta planująca ciążę powinna uzyskać informację dotyczącą ewentualnej konieczności zmiany trybu życia i stanowiska pracy oraz eliminacji używek (alkohol, papierosy, narkotyki).

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

Wytyczne NHS 2017, PTG 2005 zalecają wszystkim kobietom przyjmowanie kwasu foliowego (400 mikrogram na dobę) przed poczęciem (najmniej 3 miesiące przed) i do 12 tygodni w czasie trwania ciąży w celu zmniejszenia ryzyka uszkodzenia cewy nerwowej. Wytyczne AG 2012 sugerują spożywanie kwasu foliowego w tym samym okresie, natomiast określają dawkę na 500 mikrogramów na dobę. Zaleca się przyjmowanie kwasu foliowego w ilości 5 mg zamiast 400 mikrogramów na dobę w określonych grupach ryzyka

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

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

Kobiety karmiące piersią powinny odżywiać się podobnie jak w okresie ciąży. Zaleca się stosowanie u nich diety wzbogaconej o produkty w postaci prenatalnych suplementów witaminowych podczas laktacji. Dieta matek karmiących piersią powinna uwzględniać codzienne spożycie np. kwasów Ω -3 na poziomie 200-300 mg na dzień. Dodatkowo zaleca się spożywanie produktów rybnych

z częstotliwością 1-2 posiłków w tygodniu. Wytyczne wskazują również na ryzyko związane ze spożywaniem ryb drapieżnych np. makreli, szczupaka, marlina, u których możliwy jest wyższy poziom rtęci. Kobiety stosujące diety wegańskie powinny być dodatkowo wspomagane suplementami diety w postaci witamin oraz kwasu DHA.

Zapotrzebowanie kaloryczne również powinno zostać omówione z kobietą planującą ciążę. Wytyczne są zgodne w tym zakresie, że dobowe zapotrzebowanie energetyczne kobiety ciężarnej powinno wynosić od 2200 do 2500 kcal/dobę, a w połogu 3000 kcal/dobę. Ogólna wartość energetyczna codziennej diety w odniesieniu do stanu z przed ciąży nie musi ulec zmianie w I trymestrze ciąży, natomiast w II i III trymestrze powinna być zwiększona o około 300 kcal/dobę. Wytyczne AAP 2012 sugerują natomiast, że kobiety karmiące piersią mają zwiększone zapotrzebowanie na energię na poziomie 450-500 kcal/dzień. Natomiast w przypadku diety kobiet otyłych zalecenia PTG 2012 wskazują, że powinno dążyć się do ograniczenia wartości energetycznej spożywanych posiłków do nie więcej niż 2000 kcal/dobę. W przypadkach, gdy 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 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.214.2018 „Program polityki zdrowotnej Gminy Miasta Marki na lata 2019-2021 w przedmiocie działań edukacyjnych dla przyszłych rodziców

zamieszkujących Gminę Miasto Marki” realizowany przez: miasto Marki, Warszawa, grudzień 2018 oraz Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy z zakresu opieki nad kobietą ciężarną i w położeniu ze szczególnym uwzględnieniem edukacji przedporodowej (szkoły rodzenia) – wspólne podstawy oceny” z listopada 2012 r. oraz Opinia Rady Przejrzystości nr 5/2019 z dnia 14 stycznia 2019 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej Gminy Miasto Marki na lata 2019-2021 w przedmiocie działań edukacyjnych dla przyszłych rodziców zamieszkujących Gminę Miasto Marki”