



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 59/2020 z dnia 2 września 2020 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Gminna Szkoła
Rodzenia – program edukacji przedporodowej dla przyszłych
rodziców w gminie Wyszków”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Gminna Szkoła Rodzenia – program edukacji przedporodowej dla przyszłych rodziców w gminie Wyszków”, pod warunkiem uwzględnienia wszystkich przedstawionych poniżej uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej zakłada prowadzenie edukacji w zakresie opieki okołoporodowej. Opanowanie wiedzy i umiejętności praktycznych w obszarach zgodnych z rekomendacjami stanowi istotny element przygotowania do rodzicielstwa, szczególnie w odniesieniu do kobiet przygotowujących się do pierwszego porodu. Zaplanowane interwencje mogą stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń. Należy jednak dopracować niektóre elementy programu, aby jego realizacja była jak najwyższej jakości.

Zaproponowane w projekcie cele i mierniki efektywności należy przeformułować zgodnie z uwagami w dalszej części opinii. W szczególności należy przedstawić uzasadnienia dla podawanych wartości docelowych. Projekt należy także uzupełnić o miernik efektywności dla celu głównego.

Populacja docelowa została zdefiniowana poprawnie. W treści projektu nie zawarto jednoznacznej informacji wskazującej, że podawane wartości odnoszą się do pojedynczego roku realizacji programu, a nie do pełnego okresu pięciu lat, co należy doprecyzować.

Interwencje są zgodne z wytycznymi i zostały zaplanowane prawidłowo. Przedstawiono szczegółowe treści nauczania wraz z podziałem na bloki tematyczne. Zaplanowano sprawdzenie poziomu wiedzy. Projekt należy uzupełnić o opis metody weryfikacji opanowania umiejętności praktycznych oraz wykorzystujący jego wyniki miernik efektywności, które wynikają z przedstawionych celów szczegółowych w tym zakresie.

Warunki realizacji zostały przedstawione w znacznej części poprawnie. Pewne zastrzeżenia budzi zaplanowanie jednoczesnej obecności dwóch specjalistów w czasie zajęć teoretycznych. Z uwagi na istotny wpływ na budżet programu ww. rozwiązania, treść projektu powinna zostać uzupełniona o opis zadań wykonywanych przez drugiego ze specjalistów lub zmodyfikowana tak, aby w czasie zajęć teoretycznych obecny był jedynie specjalista je prowadzący.



W budżecie przedstawiono zarówno koszty jednostkowe, jak i całkowite. Na podstawie analizy cen rynkowych zaplanowany koszt udziału w szkole rodzenia wydaje się niedoszacowany.

Projekt przewiduje przeprowadzenie zarówno monitorowania, jak i ewaluacji. Działania te zostały zaplanowane poprawnie, jednak zapisy będą wymagały aktualizacji po wdrożeniu zmian zgodnych z zawartymi w opinii warunkami dotyczącymi celów i mierników.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej gminy Wyszków w zakresie opieki okołoporodowej w populacji kobiet ciężarnych oraz ich partnerów. Realizację programu przewidziano na lata 2021-2025. Wśród zaplanowanych interwencji przewidziano grupowe kursy edukacyjne (teoretyczne i praktyczne) w ramach szkoły rodzenia. Całkowity koszt realizacji planowanych działań oszacowano na 61 500 zł przez cały okres trwania programu. Program będzie finansowany w całości z budżetu gminy Wyszków.

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 opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2020 poz. 1398), 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 odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego ciąży oraz porodu, jakim jest potrzeba prowadzenia edukacji przedporodowej w ramach tzw. szkół rodzenia.

Oceniany projekt realizuje priorytet „poprawa jakości i skuteczności opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem do lat 3”, który należy do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 469).

Projekt programu zawiera wykaz piśmiennictwa, na podstawie którego przygotowano jego treść. Przedstawione informacje są poprawne.

Odniesiono się do danych epidemiologicznych w przedmiotowym zakresie. Przytoczono dane ogólnopolskie, regionalne i lokalne, korespondujące z wybranym problemem zdrowotnym. Wskazano, że na podstawie danych GUS, w 2019 r. w woj. mazowieckim urodziło się ok. 60 tys. noworodków, a wskaźnik urodzeń żywych wyniósł odpowiednio 11/1000 ludności. W gminie Wyszków w 2018 r. urodziło się 469 noworodków (11,9/1000 ludności). Odniesiono się również do danych dotyczących przyrostu naturalnego, umieralności niemowląt, hospitalizacji z powodu rozpoznań związanych z ciążą, porodem i porodem oraz wybranych problemów zdrowotnych. Przedstawione informacje nie budzą wątpliwości.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „profesjonalne przygotowanie do świadomego rodzicielstwa, bezpiecznego odbycia ciąży, bezpiecznego i aktywnego porodu, porodu, a także opieki nad noworodkiem/niemowlęciem, co najmniej 75% uczestników zajęć realizowanych w ramach gminnej szkoły rodzenia”. Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie (w odniesieniu do planowanego czasu) wytyczony, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Zaproponowane brzmienie celu głównego nie budzi zastrzeżeń. Należy uzupełnić treść projektu o uzasadnienie wyboru podanej wartości docelowej, przełożenia jej osiągnięcia na zrealizowanie niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych oraz oczekiwanego wpływu na dane epidemiologiczne (jeżeli jest przewidywany).

W treści projektu programu zaproponowano następujące cele szczegółowe:

- (1) „zwiększenie wiedzy przyszłych rodziców na temat zachowań prozdrowotnych okresu ciąży oraz profilaktyki zaburzeń zdrowotnych wieku noworodkowego, niemowlęcego i dziecięcego”,

- (2) „zwiększenie wiedzy ciężarnej na temat poszczególnych faz porodu oraz rozwój umiejętności efektywnej współpracy z położną i lekarzem w każdej z tych faz”,
- (3) „zwiększenie wiedzy przyszłych rodziców na temat zaburzeń emocjonalnych okresu poporodowego i ich profilaktyki”,
- (4) „zwiększenie wiedzy przyszłych rodziców w zakresie zdrowego sposobu odżywiania w okresie ciąży i laktacji, a także prawidłowych wzorców żywienia noworodków, niemowląt i małych dzieci”,
- (5) „wykształcenie u przyszłych rodziców umiejętności prawidłowej pielęgnacji noworodka i niemowlęcia ukierunkowanej na zdrowy rozwój oraz zapobieganie chorobom wieku dziecięcego”,
- (6) „wykształcenie u przyszłych rodziców umiejętności udzielania pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia noworodka, niemowlęcia i małego dziecka”
- (7) „zwiększenie liczby kobiet ciężarnych niechętnych dla rozwiązań porodu drogą operacyjną w przypadku braku wskazań medycznych”,
- (8) „zwiększenie liczby kobiet zmotywowanych do karmienia piersią”.

Cele szczegółowe powinny odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, zaś ich osiągnięcie powinno być elementem warunkującym osiągnięcie celu głównego. Podobnie jak cel główny, powinny być mierzalne i możliwe do osiągnięcia w okresie realizacji programu polityki zdrowotnej. Wszystkie zaproponowane cele szczegółowe wymagają uzupełnienia zapisów o liczbowe wartości docelowe, które mają zostać osiągnięte, zaś treść projektu o uzasadnienie sposobu ich ustalenia. Cele szczegółowe nr 1, 2, 3 i 4 odnoszą się do zwiększenia wiedzy z różnych obszarów tematycznych w ramach tej samej interwencji edukacyjnej oraz jednego miernika efektywności. Rozdzielenie na cztery osobne cele szczegółowe wydaje się nie być uzasadnione. Należy rozważyć połączenie celów szczegółowych odnoszących się do zwiększenia wiedzy w jeden cel szczegółowy. W przypadku celów szczegółowych nr 5 i 6 wykształcone mają zostać umiejętności, jednak zapisy programu nie przewidują przeprowadzenia oceny analogicznej do uzyskania wiedzy. Brak ten należy uzupełnić. Cel szczegółowy 7 oraz 8 nie budzą dodatkowych zastrzeżeń.

W treści projektu programu zaproponowano następujące mierniki efektywności:

- (1) „liczba wyników co najmniej dobrych dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącymi wiedzy przekazywanej podczas całego kursu gminnej szkoły rodzenia (wd. wzrost o 30%)”,
- (2) „liczba porodów zabiegowych bez wskazań medycznych na życzenie pacjentki (wd. 0% kobiet uczestniczących w programie)”,
- (3) „liczba kobiet deklarujących karmienie piersią (wzrost o 15% na zakończenie programu w porównaniu z deklaracjami na pierwszych zajęciach)”.

Mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań. Wartości mierników powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu realizacji. W miernikach efektywności podano wartości docelowe, które należy zamieścić w treści celów. Należy zaznaczyć, że choć w zaproponowanym brzmieniu celów szczegółowych i mierników efektywności wskazuje się na „liczbę”, to jako wartości docelowe zaproponowano odsetki (procenty) – nieścisłość tę należy skorygować. Miernik efektywności nr 1 odnosi się do celów szczegółowych 1, 2, 3 oraz 4 i jest sformułowany prawidłowo. Treść projektu należy uzupełnić o obiektywne kryterium uzyskania wyniku „dobry”, które powinno być jednakowe dla pre-testu i post-testu. Mierniki efektywności nr 2 odnosi się do celu szczegółowego nr 7. Treść projektu należy uzupełnić o sposób dokonania pomiaru, np. o wykorzystanie deklaracji wypełnianej przed pierwszymi i po ostatnich zajęciach, analogicznie do miernika efektywności nr 3. Miernik efektywności nr 3 odnosi się do celu szczegółowego nr 8.

Należy doprecyzować w treści projektu zapis dotyczący wypełnienia deklaracji – aby uzyskać informację o wzroście odsetka deklarację uczestnicy powinni wypełnić dwukrotnie, a nie jedynie „na pierwszych zajęciach”. Poważnym zastrzeżeniem jest brak miernika efektywności dla celu głównego, co należy uzupełnić. Treść projektu należy także uzupełnić o jednoznaczny i precyzyjny opis efektów, które uczestnik musi uzyskać, aby mógł zostać zakwalifikowany do grupy osób „profesjonalnie przygotowanych (...)”.

Populacja docelowa

Populację docelową określoną w treści projektu programu stanowią kobiety ciężarne wraz z partnerami. W projekcie wskazano, że w 2018 r. w gminie Wyszaków urodziło się 469 dzieci. Przytoczone informacje są zbieżne z danymi zamieszczonymi na stronie internetowej GUS. Populację docelową w programie oszacowano na 450 kobiet ciężarnych wraz z ich partnerami. Argumentując danymi z dotychczas prowadzonych działań w analogicznym zakresie, liczebność populacji, która ma zostać objęta działaniami w programie, oszacowano na 50 kobiet ciężarnych, co stanowi około 11% populacji docelowej. Działaniami zostaną objęci także partnerzy kobiet ciężarnych. Treść projektu wymaga jednoznacznego wskazania, że powyższe wartości odnoszą się do jednego roku realizacji projektu, zaś przez 5 lat działaniami planowanych jest objęcie w sumie 250 kobiet ciężarnych, gdyż w obecnym brzmieniu o takim stanie można wnioskować jedynie pośrednio, przez zapisy w budżecie.

W projekcie przedstawiono kryteria włączenia do udziału programie, które są poprawne. Kryterium wykluczenia jest uczestnictwo w zajęciach z zakresu edukacji przedporodowej w okresie obecnej ciąży finansowanych przez inny podmiot, co jest zasadne.

Interwencja

W ramach realizacji programu przewidziano przeprowadzenie zajęć z zakresu edukacji przedporodowej. Zaplanowano objęcie wsparciem kobiet w ciąży powyżej 21 tygodnia oraz poniżej 25 tygodnia ciąży. Działaniami objęty może zostać także partner kobiety. 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 ICSI 2008 wskazuje się z kolei, że informacja o możliwości udziału w szkole rodzenia może być przekazywana już od 12-24 tygodnia ciąży.

W projekcie wskazano, że kursy w szkole rodzenia, obejmujące edukację przedporodową, będą prowadzone przez interdyscyplinarny zespół specjalistów, składający się z położnej, fizjoterapeuty, dietetyka, ratownika medycznego oraz psychologa. Corocznie zaplanowano 5 cykli kursu – każdy cykl składał się będzie z 8 spotkań 2-godzinnych, odbywających się z częstotliwością raz w tygodniu w godzinach popołudniowych. Będzie to 14 godzin zajęć teoretycznych, w tym ćwiczeń umiejętności oraz 2 godziny ćwiczeń gimnastycznych (relaksacja i ćwiczenia ogólnousprawniające). Grupa nie będzie przekraczała 10 kobiet ciężarnych z osobami towarzyszącymi (łącznie do 20 osób). Podczas każdego ze spotkań opiekę nad uczestnikami sprawowało będzie równocześnie dwoje specjalistów, co nie zostało uzasadnione w treści projektu i w przypadku zajęć teoretycznych budzi pewne zastrzeżenia, gdyż rola dodatkowej osoby pozostaje niejasna, a wpływa na zwiększenie kosztu realizacji programu. W ramach każdego cyklu podczas 16 godzin zrealizowanych zostanie 5 bloków tematycznych. Zajęcia teoretyczne będą stanowić 70% realizowanych godzin, praktyczne – 30%. Uczestnicy programu poddani będą badaniu poziomu wiedzy przy zastosowaniu pre-testu przed pierwszymi zajęciami oraz post-testu po ostatnich zajęciach. Nie przewidziano weryfikacji poziomu uzyskanych umiejętności praktycznych, co należy uzupełnić.

W projekcie przedstawiono szczegółowe treści nauczania wraz z podziałem na bloki tematyczne. Są one zgodne z rekomendacjami AAP 2012 oraz PTG 2005. Dodatkowo na realizowanych w ramach programu wykładach poruszane będą zagadnienia na zasadzie *participant-led*, to jest z elastycznym uwzględnieniem potrzeb danej grupy kobiet/par uczestniczących w zajęciach. Podejście takie jest zgodne z rekomendacjami NICE 2019.

Zgodnie z wnioskami pochodzącymi z Raportu Najwyższej Izby Kontroli ws. opieki okołoporodowej w Polsce (NIK 2016), konsultanci krajowi w dziedzinie położnictwa i ginekologii, neonatologii, pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego, powinni opracować dla szkół rodzenia jednolity program edukacji, uwzględniający m.in. zagadnienie szkodliwości wykonywania medycznie nieuzasadnionych cięć cesarskich (ze względu na ich wysoki odsetek w Polsce). Podkreśla się, że przyszli rodzice coraz częściej poszukują wiedzy na temat właściwego przebiegu ciąży i opieki okołoporodowej w Internecie, natomiast niewielka ich część uczęszcza do tzw. szkół rodzenia. Wskazuje się więc na zasadność edukowania jak największej liczby kobiet w ciąży (np. poprzez szkoły rodzenia). Niezbędna jest w tym zakresie aktywność samorządów, mogących opracować programy dofinansowujące funkcjonowanie takich szkół.

Należy zaznaczyć, że przeprowadzone badania jakościowe wskazują na ogólnie pozytywny odbiór szkół rodzenia przez kobiety. Większość kobiet wyraża zadowolenie z zajęć prowadzonych w ramach szkół rodzenia, w kwestiach odnoszących się do ciąży i porodu; jednocześnie istnieje wyraźne zapotrzebowanie na zwiększenie informacji dotyczących zagadnień związanych z okresem po porodzie, w tym z ogólnie rozumianą opieką nad niemowlęciem. Z odnalezionych przeglądów systematycznych wynika, iż: regularne ćwiczenia aerobowe w trakcie ciąży przyczyniają się do poprawy sprawności fizycznej kobiety, jednak dostępne dowody są niewystarczające, aby wnioskować o znaczącym ryzyku lub korzyściach dla matki i dziecka (Cramer 2010); poradnictwo okazało się skuteczniejszą metodą niż standardowa opieka mająca na celu zainicjowanie karmienia piersią (Lumbiganon 2011); interwencje typu „umysł-ciało” (np. joga) mogą pozytywnie wpływać na redukcję lęku w ciąży (Marc 2011); prowadzenie treningu relaksacyjnego przez pielęgniarki dla kobiet ciężarnych z grup niskiego ryzyka z wysokim poziomem lęku lub niepokoju, może zmniejszyć liczbę niepotrzebnie wykonywanych cięć cesarskich (Khunpradit 2011); wnioski z ograniczonej liczby 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, a także redukują liczbę dzieci o niskiej masie urodzeniowej i liczbę przedwczesnych porodów (Lumley 2009). Ponadto 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 (NICE 2008).

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 uwarunkowanych 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.

Zgodnie z ww. rozporządzeniem, czas rozpoczęcia edukacji przedporodowej określono na 21-26 tydzień ciąży. 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. Osoba sprawująca opiekę, jeżeli nie jest położną podstawowej opieki zdrowotnej, informuje kobietę o możliwości korzystania z opieki położnej podstawowej opieki zdrowotnej oraz kieruje w okresie pomiędzy ukończonym 21 a 26 tygodniem ciąży w celu objęcia edukacją przedporodową oraz opieką sprawowaną nad nią i dzieckiem w miejscu, w którym będą przebywali po porodzie. Zakres tematyczny poruszany w ocenianym programie jest zbliżony do zakresu przedstawionego w ww. rozporządzeniu.

Monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Ewaluacja programu jest analizą danych realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

W ramach monitorowania przewidziano prowadzenie corocznych analiz z zakresu zgłaszalności. Ocena jakości świadczeń zostanie dokonana na podstawie analizy wyników ankiet satysfakcji uczestników. Dodatkowo uczestnicy będą mieli możliwość zgłaszania pisemnych uwag przekazywanych do realizatora oraz koordynatora programu. Rozwiązania te nie budzą zastrzeżeń.

Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w projekcie programu. Zostanie przeprowadzona analiza wszystkich zdefiniowanych mierników efektywności, co jest podejściem właściwym. Jednocześnie należy podkreślić, że po uzupełnieniu wskazanych w niniejszej opinii braków w zakresie celów i mierników konieczne będzie uwzględnienie nowych treści w części projektu dotyczącej ewaluacji.

Warunki realizacji

W projekcie przedstawiono opis etapów realizacji oraz działań podejmowanych w ramach etapów. W pierwszej kolejności planowane jest przeprowadzenie procedury konkursowej i akcji informacyjnej, następnie zaplanowano przeprowadzenie działań edukacyjnych, zaś ostatnimi elementami mają być monitorowanie i ewaluacja.

W projekcie w sposób szczegółowy odniesiono się do warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

Realizator programu zostanie wybrany na podstawie procedury otwartego konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi.

W części poświęconej budżetowi programu przedstawiono koszty jednostkowe i całkowite. Koszt udziału w kursie z zakresu edukacji przedporodowej oszacowano na 206 zł, co przy udziale maksymalnie 10 par przełoży się na koszt 2 060 zł za kurs. Na podstawie analizy cen rynkowych komercyjnych ofert kursów szkół rodzenia można przypuszczać, że zaproponowana kwota jest niedoszacowana, gdyż cena uczestnictwa w kursie komercyjnym mieści się w przedziale od 400 do 550 zł.

Roczny koszt akcji informacyjnej oszacowano na 1 000 zł. Na tyle samo oszacowano koszt monitoringu i ewaluacji.

Całkowity koszt programu wyniesie 61 500 zł. Program będzie finansowany ze środków budżetu gminy Wyszków. Gmina będzie starała się o dofinansowanie 40% kosztów działań realizowanych w programie przez Mazowiecki Oddział NFZ.

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 położeniu 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. Wymienione wyżej 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) 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 (ang. *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 lokalnego; są w wieku poniżej 20 lat; mają problemy ze zdrowiem psychicznym lub niepełnosprawnością; są ofiarami przemocy domowej; żyją w ubóstwie lub 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 µg 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 µg na dobę. Zaleca się przyjmowanie kwasu foliowego w ilości 5 mg (5 000 µg) zamiast 400 µg 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 µg 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 sprzed ciąży nie musi ulec zmianie w I trymestrze ciąży, natomiast w II i III trymestrze powinna być zwiększona o około 300 kcal/dobę. Wytyczne AAP 2012 sugerują natomiast, że kobiety karmiące piersią mają zwiększone zapotrzebowanie na energię na poziomie 450-500 kcal/dzień. Natomiast w przypadku diety kobiet otyłych zalecenia PTG 2012 wskazują, że powinno dążyć się do ograniczenia wartości energetycznej spożywanych posiłków do nie więcej niż 2000 kcal/dobę. W przypadkach, gdy codzienne spożycie kalorii było dotychczas bardzo wysokie, nie zaleca się ograniczania początkowej kaloryczności posiłków o więcej niż 33%. Węglowodany w diecie powinny stanowić źródło około 40-55% kalorii.

Porady laktacyjne

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

Wytyczne jasno wskazują, że powinno dążyć się do zapewnienia matkom odpowiedniego przygotowania w postaci przedstawienia im odpowiednich metod laktacji połączonych z treningiem danych metod. Zaleca się przy tym karmienie piersią przez kobiety do 6 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 jest możliwe karmienie piersią przez okres 6 miesięcy, powinno stosować się mleko matki po odciążeniu pokarmu lub też mleko od innego dawcy, np. 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. 2020 poz. 1398), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.69.2020 pn. „Gminna Szkoła Rodzenia – program edukacji przedporodowej dla przyszłych rodziców w gminie Wyszaków” realizowany przez: gminę Wyszaków, Warszawa, sierpień 2020; Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy z zakresu opieki nad kobietą ciężarną i w połogu ze szczególnym uwzględnieniem edukacji przedporodowej (szkoły rodzenia) – wspólne podstawy oceny”, listopad 2012 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 208/2020 z dnia 31 sierpnia 2020 roku o projekcie programu „Gminna Szkoła Rodzenia – program edukacji przedporodowej dla przyszłych rodziców w gminie Wyszaków”.