



**Opinia Prezesa**  
**Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**  
**nr 45/2021 z dnia 10 sierpnia 2021 r.**  
**o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Szkoła rodzenia –**  
**program edukacji przedporodowej dla przyszłych rodziców**  
**w Gminie Kozienice na lata 2022-2024”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Szkoła rodzenia – program edukacji przedporodowej dla przyszłych rodziców w Gminie Kozienice na lata 2022-2024”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych 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. Projekt wpisuje się w 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 dn. 27 lutego 2018 r. (Dz. U. z 2018 r. poz. 469). Populacja docelowa została zdefiniowana poprawnie. Zaplanowane interwencje mogą stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń. Należy jednak dopracować niektóre elementy programu, aby jego realizacja była jak najwyższej jakości. Uwagi zostały zawarte w treści opinii, zaś najważniejsze z nich wskazano w poniższych akapitach.

Interwencje edukacyjne są zgodne z wytycznymi i zostały zaplanowane prawidłowo. Przedstawiono treści nauczania wraz z podziałem na bloki tematyczne. Przewidziano sprawdzenie poziomu wiedzy. Projekt należy jednak uzupełnić o opis metody weryfikacji opanowania umiejętności praktycznych oraz wykorzystujący jej wyniki miernik efektywności, który będzie korespondował z odpowiednim celem szczegółowym.

Warunki realizacji zostały przedstawione w sposób zdawkowy. Niezbędne jest uzupełnienie projektu o opis wymagań dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych, które są niezbędne dla uzyskania wysokiej efektywności interwencji oraz będących ich następstwem osiągnięcie celu głównego programu. W szczególności należy doprecyzować termin „wykwalifikowana kadra”.

W budżecie poprawnie przedstawiono koszty jednostkowe i całkowite. Projekt wymaga uzupełnienia o jednoznaczne wskazanie do czego odnosi się „koszt jednostkowy”, tj. do udziału w pełnym kursie szkoły rodzenia jednej kobiety ciężarnej wraz z ewentualną osobą towarzyszącą. Nie odniesiono się do ewentualnych kosztów związanych



z monitorowaniem realizacji programu, jego ewaluacją i przygotowaniem raportu końcowego, co również należy uzupełnić.

### **Przedmiot opinii**

Przedmiotem oceny jest projekt programu polityki zdrowotnej zaplanowany do realizacji przez gminę Kozienice, zakładający prowadzenie edukacji przedporodowej dla kobiet ciężarnych. Program ma być realizowany w latach 2022-2024. Planowany roczny koszt realizacji programu został oszacowany na 36 000 zł, co daje całkowity koszt na poziomie około 108 000 zł. Program ma być finansowany z budżetu gminy Kozienice.

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. z 2021 r. poz. 1285, 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

Oceniany projekt programu dotyczy opieki okołoporodowej. Odniesiono się do definicji zdrowia prokreacyjnego oraz do zadań należących do szkół rodzenia. W projekcie zwrócono uwagę na istotność edukacji przedporodowej, która wpływa na utrzymanie dobrostanu psychofizycznego nie tylko ciężarnej kobiety, ale również rodziny.

Projekt wpisuje się w 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 dn. 27 lutego 2018 r. (Dz. U. z 2018 r. poz. 469).

Projekt programu zawiera referencje bibliograficzne, na podstawie których przygotowany został on przygotowany. Nie budzą one zastrzeżeń.

W projekcie zdawkowo przedstawiono sytuację epidemiologiczną. Przytoczono dane ogólnopolskie oraz lokalne. Wskazano, że współczynnik przyrostu naturalnego w tych latach 2019 i 2020 w gminie Kozienice wyniósł  $-3,95/1000$  oraz  $-3,93/1000$  i był niższy niż średnie dla Polski, odpowiednio  $1,4/1000$  oraz  $-2,0/1000$ . W projekcie nie odniesiono się do map potrzeb zdrowotnych.

#### Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „profesjonalne przygotowanie do świadomego rodzicielstwa, bezpiecznego odbycia ciąży, bezpiecznego porodu, położu a także opieki nad noworodkiem/niemowlęciem wszystkich osób uczestniczących w programie”. Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany, precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie. Jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności planowanych działań, czyli prowadzić do wykrywania i realizowania określonych potrzeb zdrowotnych oraz do poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców. Efektem udziału w interwencjach ma być opanowanie wiedzy i umiejętności na określonym poziomie. Cel główny wymaga przeformułowania tak, aby odnosił się do stanu uzyskanego po realizacji programu, np. odsetka uczestników, którzy uzyskali zadowalające wyniki we wszystkich blokach tematycznych planowanych w ramach interwencji.

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 rozwoju umiejętności współpracy z położną”;
- (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 w celu zapobiegania choroby często towarzyszącej ciąży, czyli cukrzycy ciężwowej mającej zły wpływ na organizm matki i dziecka”;
- (5) „wykształcenie u przyszłych rodziców umiejętności pielęgnacji noworodka ukierunkowanej na zdrowy rozwój i zapobieganie chorobom cywilizacyjnym wieku dziecięcego”;
- (6) „wykształcenie u przyszłych rodziców umiejętności udzielania pierwszej pomocy noworodkowi”.

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. Przedstawione cele szczegółowe nr 1-6 odnoszą się do poszczególnych obszarów tematycznych szkoły rodzenia. Zasadnym jest przedstawienie osobnego celu szczegółowego dla każdego z obszarów wiedzy lub umiejętności tylko w sytuacji, gdy towarzyszy im taka sama liczba testów obiektywnie sprawdzających efektywność danego modułu interwencji. Należy przy tym podkreślić, że weryfikacja umiejętności powinna odbywać się w formie praktycznego egzaminu indywidualnego, w którym poprawność wykonanych czynności oceniana jest przez instruktora posiadającego odpowiednie kompetencje, co powinno zostać uwzględnione w projekcie. Dodatkowo każdy z celów powinien zostać uzupełniony o wartość docelową, do uzyskania której dąży się w czasie realizacji interwencji, np. odsetek osób objętych daną interwencją, które uzyskały pożądaną stan po interwencji.

W treści projektu programu zaproponowano następujące mierniki efektywności interwencji:

- (1) „wzrost poziomu wiedzy u uczestników programu zweryfikowanym testem wiedzy podczas pierwszego spotkania oraz powtórzenie testu na ostatnim spotkaniu. Porównanie wyników będzie głównym miernikiem efektywności programu”;
- (2) „spadek liczby porodów zabiegowych (cesarskie cięcie) bez wskazań medycznych na życzenie pacjentki”;
- (3) „wzrost liczby kobiet wskazujących chęć do karmienia piersią”.

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. Zapisy zaproponowane jako mierniki efektywności interwencji nr 1-3 nie spełniają tych funkcji. Miernik efektywności nr 1 odnosi się do celów szczegółowych nr 1, 2, 3 i 4, co jest podejściem niepoprawnym. Należy utworzyć po jednym mierniku efektywności dla każdego z celów albo pozostawić jeden miernik efektywności odnoszący się do pomiaru wiedzy i zredukować liczbę celów szczegółowych do jednego. Liczba mierników efektywności powinna być tożsama z liczbą testów. Zarówno przeprowadzenie jednego testu po każdym module, jak i przeprowadzenie w sumie tylko jednego testu obejmującego wszystkie moduły, będzie podejściem prawidłowym. Należy mieć przy tym na uwadze, że zapisy projektu powinny być w tym zakresie spójne. Miernik efektywności nr 2 odnosi się do zdarzeń, które mają miejsce po zakończeniu programu. Analiza wpływu przeprowadzenia programu na dane statystyczne dotyczące zdrowia populacji przeprowadzana jest na etapie przygotowania raportu końcowego. Zapis należy przenieść do odpowiedniej części projektu. Miernik efektywności nr 3 nie odnosi się do faktów występujących w programie, a subiektywnych deklaracji uczestników. Choć zebranie tego rodzaju informacji może pełnić rolę w procesie edukacji, to wyniki te nie będą podstawą do wnioskowania na temat efektywności interwencji. W miejsce „wskazywania chęci” można wykonać pomiar wiedzy lub umiejętności związanych z tematyką. Projekt należy uzupełnić o mierniki efektywności odnoszące się do umiejętności praktycznych.

### Populacja docelowa

Populacją docelową programu będą zamieszkujące gminę Kozienice kobiety ciężarne wraz z osobami towarzyszącymi. Do programu ma rocznie zostać zakwalifikowanych około 20 kobiet, co stanowi około 7-8% populacji docelowej. Jako przyczynę ograniczenia wielkości populacji objętej działaniami programu wskazano możliwości finansowe jednostki.

Jako kryteria kwalifikacji wskazano: ciążę o przebiegu fizjologicznym powyżej 21 tygodnia oraz poniżej 25 tygodnia (5-6 miesiąc ciąży); skierowanie od lekarza ginekologa z zaświadczeniem o braku przeciwwskazań do uczestnictwa w szkole rodzenia; zamieszkiwanie na terenie gminy Kozienice. Zapisy nie budzą zastrzeżeń. Kryterium wyłączającym jest brak spełnienia jednego z kryteriów włączenia. Mając na uwadze, że niezbędne jest łączne spełnienie wszystkich kryteriów włączenia, to ponowne odnoszenie się do nich w kryteriach wyłączenia jest niezasadne. Z uwagi na fakt, że program planowany jest na kilka lat, kryterium wyłączenia mogłoby być np. wcześniejsze uczestniczenie w działaniach edukacyjnych obejmujących ten sam zakres tematyczny w ciągu ostatnich 2 lat.

### Interwencja

W ramach programu zaplanowano zorganizowanie w każdym roku czterech kursów szkoły rodzenia. Projekt zakłada, że w zajęciach będzie uczestniczyło maksymalnie 5 kobiet ciężarnych. Każdej kobiecie ciężarnej może towarzyszyć maksymalnie jedna osoba towarzysząca.

Jeden kurs szkoły rodzenia trwa w sumie 16 godzin. W tym czasie zrealizowane zostaną cztery bloki tematyczne, obejmujące zagadnienia teoretyczne i praktyczne związane z zachowaniem zdrowia w ciąży i prawidłowym odżywianiem (blok I), przygotowaniem do porodu oraz jego przebiegiem (blok II), opieką nad noworodkiem i karmieniem piersią (blok III) oraz ćwiczeniami gimnastycznymi (blok IV).

Tematyka zaproponowana w projekcie programu jest zgodna z odnalezionymi dowodami naukowymi i rekomendacjami.

Autorzy metaanalizy Akgün 2019 wskazują, że psychoedukacja jest skutecznym podejściem do redukcji łagodnego lęku przed porodem oraz wskaźnika cięć cesarskich. Ogólny wpływ psychoedukacji na poziom lęku przed porodem u kobiet był istotny statystycznie, a wartość współczynnika wskazuje na umiarkowany efekt. Psychoedukacja zmniejszyła poziom wskaźnika cięć cesarskich (OR 1,73; 95%CI: 1,285; 2,330).

W przeglądzie systematycznym Bryanton 2013 oceniano skutki ustrukturyzowanej edukacji poporodowej prowadzonej przez osobę lub grupę związaną z ogólnym stanem zdrowia lub opieką noworodka oraz relacjami między rodzicem a dzieckiem. Edukacja na temat zachowań niemowląt spowodowała wzrost wiedzy matki na temat zachowań niemowlęcia w cztery tygodnie po porodzie o średnią różnicę w wynikach 2,85 punktu (95%CI: 1,78; 3,91).

Zgodnie z rekomendacjami, kobiety w ciąży powinny być poinformowane, że rozpoczęcie lub kontynuowanie umiarkowanych ćwiczeń w czasie ciąży nie wiąże się z negatywnymi skutkami (NICE 2019, NHMRC 2019, WHO 2016) oraz o potencjalnych zagrożeniach związanych z niektórymi czynnościami w czasie ciąży, np. sportami kontaktowymi, sportami o dużej intensywności i energicznymi sportami rakietowymi, które mogą wiązać się z ryzykiem urazu brzucha, upadkiem lub nadmiernym obciążeniem stawów, a także nurkowanie co może skutkować wadami wrodzonymi płodu i chorobą dekompresyjną płodu (NICE 2019, NHMRC 2019).

Towarzystwa naukowe wskazują na zasadność uczestniczenia kobiet w ciąży w zajęciach rodzenia typu *participant-led* (tj. z elastycznym programem uwzględniającym potrzeby danej grupy kobiet/par uczestniczących w zajęciach), w tym w warsztatach karmienia piersią (HSE 2020, NICE 2019, NHMRC 2019).

Rekomendacje zalecają, aby kobiety w ciąży poinformować, że suplementacja diety kwasem foliowym przed poczęciem i przez pierwsze 12 tygodni zmniejsza ryzyko urodzenia dziecka z wadą cewy nerwowej. Zalecana dawka to 400 µg na dobę (NICE 2019) lub 500 µg na dobę (NHMRC 2019).

### Monitorowanie i ewaluacja

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 realizacji programu prowadzona będzie analiza: „liczby osób, które wyraziły chęć udziału w programie” oraz „liczby osób, które zgłosiły się do programu, ale z niego zrezygnowały w trakcie trwania kursu”. Na bieżąco mają być rozpatrywane skargi i uwagi od uczestników. Nie przedstawiono monitorowania w zakresie uzyskiwanych efektów, co należy uzupełnić.

Ewaluacja powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w programie.

### Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Pierwszym wskazanym etapem są działania informacyjne, następnie rekrutacja uczestników oraz działania edukacyjne. Natomiast ostatnim etapem będzie opracowanie danych dla monitorowania oraz ewaluacji.

W projekcie zdawkowo odniesiono się do informacji nt. warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Wskazano na konieczność zapewnienia „wykwalifikowanej kadry”, jednak nie sprecyzowano jakie kwalifikacje są niezbędne dla osiągnięcia celów projektu. Brak ten należy uzupełnić.

Akcja informacyjna prowadzona będzie za pomocą strony internetowej oraz plakatów zamieszczanych na tablicach informacyjnych w gminie Kozenice, w przychodniach lekarskich i w siedzibie Urzędu Miejskiego w Kozenicach. Zapisy nie budzą zastrzeżeń.

Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co jest zgodne z przepisami ustawy.

Projekt zawiera zdawkowe przedstawienie budżetu. Podano, że koszt jednostkowy „kursu w szkole rodzenia” wynosi 550 zł. Należy doprecyzować czego dotyczy „koszt jednostkowy”, np. udziału w kursie jednej kobiety ciężarnej wraz z ewentualną osobą towarzyszącą czy organizacji pełnego kursu, niezależnie od liczby uczestników. Przedstawiono także koszty promocji, które mają wynieść około 1000 zł rocznie. W projekcie nie odniesiono się do kosztów monitorowania realizacji programu oraz ewaluacji i przygotowania raportu końcowego, co należy uzupełnić.

Całkowity roczny koszt programu oszacowano na 36 000 zł.

Program będzie finansowany ze środków budżetu gminy Kozenice.

## **Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję**

### Problem zdrowotny

Edukacja przedporodowa obejmuje praktyczne i teoretyczne przygotowanie ciężarnej oraz osoby bliskiej do podejmowania zachowań prozdrowotnych w okresie ciąży, podczas porodu, połogu oraz do rodzicielstwa. Jest to również kształtowanie właściwych zachowań prozdrowotnych i przygotowanie do sprawowania opieki nad noworodkiem i niemowlęciem wpływające na obniżenie wskaźnika umieralności okołoporodowej, zmniejszenie liczby cięć cesarskich, porodów przedwczesnych, interwencji medycznych oraz łagodzenie lęku i niepokoju związanego z porodem, wzmocnienie zdrowia i poprawę samopoczucia matek i dzieci.

Szkoły rodzenia powstały z potrzeby złagodzenia bólu porodowego, który powodowany ogólnym napięciem organizmu – zarówno fizycznym, jak i psychicznym, ma swoje podłoże w lęku kobiet przed tym wyzwaniem. Edukacja kobiet, ale także ich partnerów, w kwestii przebiegu samego porodu, jak również ciąży i połogu przyczynia się do poprawienia komfortu rodzącej, która mając świadomość tego, co się wydarzy, czym to jest spowodowane i do czego zmierza, znacznie lepiej znosi cierpienie

fizyczne, które w wielu wymiarach nabiera dla niej nowego sensu. Funkcja edukacyjna szkół rodzenia obejmuje przekazanie przez profesjonalistów – położne, lekarzy ginekologów-położników, dietetyków, fizjoterapeutów czy psychologów – wiedzy, niezbędnej do dobrego przeżycia ciąży, zarówno przez kobietę, jak i jej partnera.

Oczekiwanie na narodziny dziecka powinno stanowić dla rodziców źródło motywacji do poszerzania wiedzy na temat jego zdrowia i rozwoju, jak również kondycji całej rodziny. Podstawowym zadaniem dydaktycznym szkół rodzenia jest przygotowanie obojga rodziców do rodzicielstwa, pojmowanego jako całość zagadnień psychofizycznych związanych z ciążą, porodem, połogiem i wczesnym okresem życia dziecka.

#### Alternatywne świadczenia

Standard organizacyjny w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu oraz nad noworodkiem, określa poszczególne elementy organizacji opieki mającej na celu zapewnienie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu do niezbędnych interwencji medycznych, w szczególności: amniotomii, indukcji porodu, stymulacji czynności skurczowej, podawania opioidów, nacięcia krocza, cięcia cesarskiego, podania noworodkowi mleka modyfikowanego – z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa zdrowotnego, w ramach których opieka medyczna opiera się na praktykach o udowodnionej skuteczności (Dz. U. z 2018 r. poz. 1756).

Warunki realizacji porady położnej podstawowej opieki zdrowotnej zostały zawarte w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 540).

Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku porady specjalistycznej w zakresie położnictwa i ginekologii oraz warunki ich realizacji zostały zawarte w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357 z późn. zm.).

W polskim systemie ochrony zdrowia funkcjonuje świadczenie pn. dziecięcej opieki koordynowanej (DOK; Zarządzenie Nr 30/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dn. 30 marca 2018 r.), które obejmuje zintegrowaną opiekę neonatologiczną, wielospecjalistyczną opiekę pediatryczną oraz programy rehabilitacyjne. Jest ono skierowane do dzieci do ukończenia 3 r. ż, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą ich życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu. Świadczenia te dedykowane są także noworodkom urodzonym przedwcześnie z ciąży o czasie trwania poniżej 33 tygodni, klasyfikowanym jako noworodki VLBW (ang. *very low birth weight*).

Zgodnie z Ustawą z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. z 2020 r. poz. 1329) z uprawnień skorzystać może: każda kobieta, w ciąży i jej rodzina (w zakresie informacji i poradnictwa na temat rozwiązań wspierających rodzinę), rodziny, w których przyjdzie albo przyszło na świat ciężko chore dziecko (ciężkie i nieodwracalne upośledzenie, nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu), kobiety, które otrzymały informację o tym, że ich dziecko może umrzeć w trakcie ciąży lub porodu, kobiety, których dziecko zmarło bezpośrednio po porodzie na skutek wad wrodzonych, kobiety, które po porodzie nie zabiorą do domu dziecka z powodu: poronienia, urodzenia dziecka martwego, urodzenia dziecka niezdolnego do życia, urodzenia dziecka obciążonego wadami wrodzonymi albo śmiertelnymi schorzeniami.

W ramach informatora „Za życiem” wsparcie jest realizowane przez: zapewnienie dostępu do informacji w zakresie rozwiązań wspierających rodziny oraz kobiety w ciąży, zapewnienie kobietom w ciąży dostępu do diagnostyki prenatalnej, zapewnienie odpowiednich świadczeń opieki zdrowotnej dla kobiety w okresie ciąży, porodu i połogu, ze szczególnym uwzględnieniem kobiet w ciąży powikłanej oraz w sytuacji niepowodzeń położniczych.

Wsparcie obejmuje także zapewnienie: dostępu do poradnictwa w zakresie rozwiązań wspierających rodzinę; jednorazowego świadczenia z tytułu urodzenia dziecka, u którego zdiagnozowano ciężkie

i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu; odpowiednich świadczeń opieki zdrowotnej dla dziecka, ze szczególnym uwzględnieniem dziecka, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu; dostępu do usług koordynacyjno-opiekuńczo-rehabilitacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem dziecka, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu; możliwości przeprowadzenia porodu w szpitalu III poziomu referencyjnego; innych świadczeń, w tym w zakresie wspierania rodziny i pieczy zastępczej.

Uprawnienia na rzecz kobiety w ciąży oraz dziecka obejmują w szczególności: diagnostykę prenatalną, świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i leczenia szpitalnego, w tym zabiegi wewnątrzmaciczne, wsparcie psychologiczne, rehabilitację leczniczą, zaopatrzenie w wyroby medyczne, opiekę paliatywną i hospicyjną oraz poradnictwo laktacyjne, ze szczególnym uwzględnieniem matek dzieci urodzonych przed ukończeniem 37 tygodnia ciąży lub urodzonych z masą urodzeniową poniżej 2500 g. Podstawą do skorzystania z uprawnień jest zaświadczenie, które potwierdza ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu.

#### Ocena technologii medycznej

##### *Wpływ programów edukacji prenatalnej na wyniki ciąży*

Przegląd systematyczny i metaanaliza (Hong 2020) wykazał, że wyniki fizyczne matki w zależności od udziału w edukacji przedporodowej nie różniły się istotnie, jednak odsetek urodzeń przez cesarskie cięcie był niższy w grupie poddanej edukacji przedporodowej (RR 0,90 [95% CI: 0,82;0,99]). Wyniki dotyczące zdrowia psychicznego matki w zakresie stresu i poczucia własnej skuteczności uległy istotnej poprawie w grupie edukacji przedporodowej, chociaż nie było różnicy w lęku i depresji. Wyniki płodu dotyczące masy urodzeniowej lub wieku ciążowego w chwili urodzenia również nie różniły się między grupami.

W przeglądzie systematycznym (Brixval 2015) wskazano, że nie ma wystarczających dowodów na to, czy edukacja przedporodowa w małych grupach ma jakikolwiek wpływ na wyniki położnicze lub psychospołeczne.

##### *Wpływ grupowej opieki prenatalnej na wyniki okołoporodowe w porównaniu z tradycyjną opieką prenatalną*

W przeglądzie systematycznym z metaanalizą (Carter 2016) wskazano, że uczestnictwo w grupowej opiece prenatalnej nie wiązało się z niższym odsetkiem porodów przedwczesnych (RR 0,87 [95%CI: 0,70; 1,09]), przyjęć na OIOM lub rozpoczynania karmienia piersią w ujęciu ogólnym ani według schematu badania.

W przeglądzie systematycznym z metaanalizą (Catling 2015) nie odnotowano statystycznie istotnych różnic między kobietami, które otrzymały grupową opiekę przedporodową a kobietami, które otrzymały standardową indywidualną opiekę przedporodową w zakresie pierwszorzędowych punktów końcowych „porodu przedwczesnego” (RR 0,75 [95%CI: 0,57; 1,00]; trzy badania; N = 1888; dowody umiarkowanej jakości).

Przegląd systematyczny i metaanaliza (Ruiz-Mirazo 2012) wskazuje, że badania porównujące grupową opiekę prenatalną z indywidualną opieką prenatalną są w większości niskiej jakości i przeprowadzane w grupach wysokiego ryzyka, chociaż dwa badania z randomizacją oraz jedno wtórne, wykazały poprawę niektórych wyników, w tym odsetka porodów przedwczesnych u kobiet uczestniczących w grupowej opiece prenatalnej.

##### *Wpływ karmienia piersią na wskaźniki stanu zdrowia matek i ich dzieci*

Problem ten poruszono w pracy (Patnode 2019), w której przedstawiono aktualne dane naukowe dotyczące związku pomiędzy historią karmienia piersią i stanem zdrowia niemowląt, dzieci oraz matek. Wskazują one, że historia karmienia piersią wiąże się ze zmniejszonym ryzykiem w zakresie wielu

różnych wyników zdrowotnych w okresie niemowlęcym i dziecięcym, w tym ostrego zapalenia ucha środkowego (OR 0,67 [95% CI: 0,56-0,80]), astmy (OR 0,88 [95% CI: 0,82-0,95]), atopowego zapalenia skóry (OR 0,74 [95% CI: 0,57-0,97]), zakażeń przewodu pokarmowego, występowania biegunki, białaczek wieku dziecięcego, cukrzycy typu 2 (OR 0,65 [95% CI: 0,49-0,86]) i otyłości. Jeśli zaś chodzi o stan zdrowia matki, wykazano powiązanie historii karmienia piersią („zawsze” vs „nigdy”) ze zmniejszonym ryzykiem raka piersi (OR 0,78 [95% CI: 0,74-0,82]), raka jajnika (OR 0,70 [95% CI: 0,64-0,77]) oraz („dłużej” vs „krócej”) cukrzycy typu 2 (OR 0,68 [95% CI: 0,57-0,82]).

#### *Wpływ psychoedukacji*

Wyniki metaanalizy Akgün 2019 wskazują, że psychoedukacja jest skutecznym podejściem do redukcji łagodnego lęku przed porodem (FOC) oraz wskaźnika cięć cesarskich (CS). Ogólny wpływ psychoedukacji na poziom FOC u kobiet był istotny statystycznie, a wartość współczynnika wskazuje na umiarkowany efekt (hedges' g 0,59, [95% CI: 0,46;0,72, p=0,000; 931 kobiet). Psychoedukacja zmniejszyła poziom CS o 1,73 (OR 1,730, [95% CI: 1,285; 2,330], p=0,000; 682 kobiet). Autorzy wskazują, że włączenie psychoedukacji do rutynowych praktyk pielęgnarskich (w wynikach badania nie wskazano na opiekę położniczą i psychiatryczną) poprawi jakość opieki zdrowotnej. Uważa się, że kobiety otrzymujące psychoedukację z rutynową opieką pielęgnarską będą miały bardziej pozytywne doświadczenia ciążowe i porodowe. Zaleca się by osoby zajmujące się zdrowiem kobiet uświadamiały o skuteczności psychoedukacji na wskaźniki FOC i CS (Akgün 2019).

#### *Rekomendacje towarzystw naukowych*

Polskie Towarzystwo Ginekologiczne rekomenduje prowadzenie porodu w warunkach szpitalnych, z zagwarantowanym dostępem do wydzielonej dla cięć cesarskich sali operacyjnej, gdyż tylko takie postępowanie, niezależnie od ryzyka szacowanego przed rozpoczęciem porodu, w sposób zasadniczy zwiększa szansę na uniknięcie wielu niebezpiecznych powikłań zarówno u matki, jak i u płodu oraz szybkie podjęcie interwencji w razie ich wystąpienia (PTG 2009).

Polskie Towarzystwo Ginekologiczne zaleca w miarę możliwości organizacyjnych wprowadzanie trójstopniowej opieki prenatalnej i prowadzenie porodów zależnie od zaawansowania ciąży i przewidywanych komplikacji na odpowiednim poziomie opieki (PTG 2009).

Organizatorzy edukacji prenatalnej powinni posiadać kompetencje wymagane do zapewnienia wysokiej jakości edukacji prenatalnej skoncentrowanej na rodzicach (HSE 2020, SoQ 2018, WHO 2016).

Kierownicy placówek świadczących usługi w zakresie edukacji prenatalnej powinni zapewniać, że ich siła robocza posiada kompetencje i przeszkolenie wymagane do ułatwienia i zapewnienia wysokiej jakości edukacji prenatalnej (HSE 2020, SoQ 2018).

Zalecana jest przedporodowa opieka zorganizowana i zapewniana wszystkim kobietom w sposób zapewniający im godność, prywatność i poufność, zapewniająca wolność od krzywdy i złego traktowania oraz umożliwiająca świadomy wybór i ciągłe wsparcie podczas porodu i połogu (WHO 2018, SoQ 2018). Kobietom w ciąży należy oferować informacje oparte na aktualnych dostępnych dowodach, a także wsparcie umożliwiające im podejmowanie świadomych decyzji dotyczących opieki (HSE 2020, NICE 2019).

Kobiety w ciąży powinny zostać poinformowane o celu każdego badania przed jego wykonaniem. Pracownik systemu opieki zdrowotnej powinien upewnić się, że kobieta zrozumiała te informacje i ma wystarczająco dużo czasu na podjęcie świadomej decyzji. Należy jasno określić prawo kobiety do zaakceptowania lub odrzucenia badania (HSE 2020, NICE 2019, WHO 2018).

Kobiety w ciąży powinny być poinformowane, że rozpoczęcie lub kontynuowanie umiarkowanych ćwiczeń w czasie ciąży nie wiąże się z negatywnymi skutkami (NICE 2019, NHMRC 2019, WHO 2016). Kobiety w ciąży powinny być informowane o potencjalnych zagrożeniach związanych z niektórymi czynnościami w czasie ciąży, np. sportami kontaktowymi, sportami o dużej intensywności i energicznymi sportami raketowymi, które mogą wiązać się z ryzykiem urazu brzucha, upadkiem lub nadmiernym obciążeniem stawów, a także nurkowanie co może skutkować wadami wrodzonymi płodu i chorobą dekompresyjną płodu (NICE 2019, NHMRC 2019).



Podczas pierwszej wizyty przedporodowej należy doradzić kobietom, aby w razie potrzeby poddały się badaniu stanu zdrowia jamy ustnej i leczeniu, ponieważ dobry stan jamy ustnej jest ważny dla zdrowia kobiety, a leczenie można bezpiecznie zapewnić w czasie ciąży (NHMRC 2019).

Kobiety powinny być informowane o ograniczeniach rutynowych badań ultrasonograficznych oraz o tym, że wskaźniki wykrywalności różnią się w zależności od typu wady płodu, wskaźnika masy ciała kobiety i pozycji nienarodzonego dziecka w momencie badania (NICE 2019, NHMRC 2019).

**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 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr OT.431.53.2021 pn. „Szkoła rodzenia – program edukacji przedporodowej dla przyszłych rodziców w Gminie Kozienice na lata 2022-2024” realizowany przez: gminę Kozienice, Warszawa, sierpień 2021; aneksem do raportów pn. „Programy z zakresu opieki nad kobietą ciężarną i w położu ze szczególnym uwzględnieniem edukacji przedporodowej (szkoły rodzenia) – wspólne podstawy oceny” z czerwca 2021 r.; oraz opinii Rady Przejrzystości nr 111/2021 z dnia 9 sierpnia 2021 roku o projekcie programu „Szkoła rodzenia – program edukacji przedporodowej dla przyszłych rodziców w Gminie Kozienice na lata 2022-2024”.