



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 29/2024 z dnia 19 kwietnia 2024 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie opieki poporodowej
dla mieszkańców województwa mazowieckiego”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej w zakresie opieki poporodowej dla mieszkańców województwa mazowieckiego” 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 towarzystw naukowych stanowi istotny element przygotowania do rodzicielstwa. Zaplanowane interwencje mogą stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń.

Projekt programu polityki zdrowotnej dzięki swoim założeniom może stanowić wsparcie w zabezpieczeniu zdrowia populacji. Zaplanowane interwencje określono zgodnie z wytycznymi, co wzięto pod uwagę przy wydaniu opinii.

Opiniowany projekt zawiera jednak uchybienia, które wpływają na efekty, w tym na jakość. W związku z tym warunkiem pozytywnej opinii jest należyte uwzględnienie uwag przedstawionych w dalszej części opinii, a w szczególności uwag dotyczących: sformułowania celu głównego, doprecyzowania miernika efektywności, uściślenia kosztów całkowitych oraz jednostkowych dotyczących kwalifikacji uczestników.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej zaplanowany do realizacji przez Województwo Mazowieckie, zakładający edukację okołoporodową opiekunów prawnych dzieci do ukończenia 1 r.ż. oraz połączonych zatrudnionych lub wykonywujących zawód na terenie województwa mazowieckiego. Program ma być realizowany w latach 2024-2026. Planowane koszty całkowite na realizację programu zostały oszacowane na 2 100 000 zł. Program ma być finansowany z budżetu Województwa Mazowieckiego.

Wskazano, że w projekcie ma wziąć udział ok. 1 566 opiekunów prawnych dzieci do ukończenia 1 r.ż., przy założeniu, że z programu skorzysta dwóch opiekunów. Podkreślono także, że w przypadku dużego zainteresowania programem i dużej liczby chętnych do udziału w nim, Zarząd Województwa

Mazowieckiego może podjąć decyzję o zwiększeniu środków przeznaczonych na realizację programu, uwzględniając posiadane środki finansowe.

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. 2024 poz. 146) 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

W projekcie przedstawiono zagadnienie opieki okołoporodowej. Odniesiono się najpowszechniejszym problemom młodych matek takich jak problemy laktacyjne. Podkreślono także, że poza aspektami, które dotyczą zdrowia i samopoczucia przyszłej mamy, bardzo istotnym aspektem w opiece okołoporodowej jest rozwój nowonarodzonego dziecka.

Projekt programu zawiera referencje bibliograficzne oraz wykaz piśmiennictwa, na podstawie którego przygotowana została treść problemu zdrowotnego.

W treści projektu odniesiono się do danych epidemiologicznych korespondujących z wybranym problemem zdrowotnym. Odniesiono się do danych ogólnokrajowych oraz regionalnych. Powołując się na dane GUS wskazano, że „liczba ludności Polski spadła w 2021 r. najmocniej od II wojny światowej. Na świat przyszło najmniej dzieci i zmarło najwięcej osób od ponad 70 lat”. Podkreślono także, że w Polsce „w 2022 r. urodziło się 306 155 dzieci, w 2020 r. było to 356 540 dzieci, znaczący spadek jest widoczny”. Odnosząc się do danych regionalnych wskazano, że „według danych statystycznych GUS w 2022 roku w województwie mazowieckim urodziło się 50 405 dzieci”.

W projekcie nie odniesiono się do Map Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026. Należy zaznaczyć, że zgodnie z informacjami zawartymi w MPZ „na terenie województwa mazowieckiego obserwuje się spadek liczby urodzeń. 2019 r. był kolejnym, w którym odnotowano spadek ich liczby”.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest: „objęcie opieką poporodową minimum 783 opiekunów prawnych dzieci do 1. roku życia z województwa mazowieckiego w latach 2024-2026”. 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 potrzeb zdrowotnych oraz do poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców. Cel główny został sformułowany nieprawidłowo, w postaci działania. Należy także zaznaczyć, że samo objęcie opieką poporodową nie musi przełożyć się na efekt zdrowotny.

W projekcie wskazano również 7 celów szczegółowych:

- (1) „zwiększenie poziomu wiedzy z zakresu udzielania pierwszej pomocy u niemowląt u minimum 70% uczestników warsztatów w latach 2024-2026”,
- (2) „zwiększenie poziomu wiedzy z zakresu wzorca ruchowego dziecka oraz wczesnego wychwytywania ewentualnych nieprawidłowości i wsparcia rozwoju niemowlęcia u minimum 70% uczestników konsultacji z fizjoterapeutą pediatrycznym, w latach 2024-2026”,
- (3) „zwiększenie poziomu wiedzy z zakresu uroginekologii u minimum 70% uczestników warsztatów z fizjoterapeutą uroginekologicznym w latach 2024-2026”,
- (4) „zwiększenie poziomu wiedzy z zakresu prawidłowego karmienia dziecka piersią u minimum 70% uczestników konsultacji z doradcą laktacyjnym w latach 2024-2026”,

- (5) „zwiększenie poziomu wiedzy z zakresu zdrowego żywienia matki i dziecka u minimum 70% uczestników warsztatów z dietetykiem w latach 2024-2026”,
- (6) „zwiększenie poziomu wiedzy z zakresu wzmocnienia kompetencji rodzicielskich oraz psychologii rozwoju dzieci u minimum 70% uczestników konsultacji z psychologiem”,
- (7) „zwiększenie poziomu wiedzy z zakresu opieki nad noworodkiem i niemowlakiem u minimum 70% uczestników szkoleń spośród II grupy docelowej, tj. położnych w latach 2024-2026”.

Wszystkie cele szczegółowe odnoszą się do wzrostu poziomu wiedzy uczestników PPZ i wydają się możliwe do realizacji za pomocą zaplanowanych w projekcie działań edukacyjnych. Możliwy jest wzrost wiedzy w związku z wdrażanymi działaniami edukacyjnymi oraz pomiar tego wzrostu za pomocą zaplanowanych pre- i post-testów. Do projektu nie załączono wzorów ww. testów, w związku z tym nie było możliwe zweryfikowanie ich treści. Należy zaznaczyć, że oszacowano poziom zdawalności testu, wskazując, że „wynik o co najmniej jeden punkt lepszy w ponownym badaniu wiedzy świadczy o wzroście wiedzy”. Warto podkreślić, że prawidłowo zaplanowana akcja edukacyjna powinna zakończyć się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy u wszystkich osób uczestniczących w programie. Należy przy tym zdefiniować co oznacza wysoki poziom wiedzy (np. min. 75% poprawnych odpowiedzi w pre-teście)”

W projekcie programu wskazano 8 mierników efektywności:

- (1) „liczba opiekunów prawnych dzieci do 1. roku życia, którzy uczestniczyli w minimum jednej interwencji w ramach programu skierowanej do I grupy docelowej. Wartość docelowa miernika: minimum 783 osoby”,
- (2) „iloraz liczby osób, u których wzrósł poziom wiedzy z zakresu udzielania pierwszej pomocy u niemowląt i liczby osób z I grupy docelowej, które uczestniczyły w warsztatach z udzielania pierwszej pomocy u niemowląt. Wartość docelowa miernika: minimum 70%”,
- (3) „iloraz liczby osób, u których wzrósł poziom wiedzy z zakresu wzorca ruchowego dziecka oraz wczesnego wychwytywania ewentualnych nieprawidłowości i wsparcia rozwoju niemowlęcia i liczby osób z I grupy docelowej, które uczestniczyły w konsultacji z fizjoterapeutą pediatrycznym. Wartość docelowa miernika: minimum 70%”,
- (4) „iloraz liczby osób, u których wzrósł poziom wiedzy z zakresu uroinekologii i liczby osób z I grupy docelowej, które uczestniczyły w warsztatach z fizjoterapeutą uroinekologicznym. Wartość docelowa miernika: minimum 70%”,
- (5) „iloraz liczby osób, u których wzrósł poziom wiedzy z zakresu prawidłowego karmienia dziecka piersią i liczby osób z I grupy docelowej, które uczestniczyły w konsultacjach z doradcą laktacyjnym. Wartość docelowa miernika: minimum 70%”,
- (6) „iloraz liczby osób, u których wzrósł poziom wiedzy z zakresu zdrowego żywienia matki i dziecka i liczby osób z I grupy docelowej, które uczestniczyły w warsztatach z dietetykiem. Wartość docelowa miernika: minimum 70%”,
- (7) „iloraz liczby osób, u których wzrósł poziom wiedzy z zakresu wzmocnienia kompetencji rodzicielskich oraz psychologii rozwoju dzieci i liczby osób z I grupy docelowej, które uczestniczyły w konsultacji z psychologiem. Wartość docelowa miernika: minimum 70%”,
- (8) „iloraz liczby osób, u których wzrósł poziom wiedzy z zakresu opieki nad noworodkiem i niemowlakiem i liczby osób z II grupy docelowej, które uczestniczyły w szkoleniu. Wartość docelowa miernika: minimum 70%”.

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. Należy podkreślić, że mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań.

Wskaźnik nr 1 nie spełnia funkcji miernika efektywności, może natomiast zostać wykorzystany podczas monitorowania. Pozostałe mierniki odnoszą się do poszczególnych celów szczegółowych.

Populacja docelowa

Zgodnie z treścią projektu, populacją docelową programu będą zamieszkujący woj. mazowieckie opiekunowie prawni dzieci do ukończenia 1 r.ż. oraz położne zatrudnione lub wykonywujące zawód na terenie województwa mazowieckiego. Podkreślono, że biorąc pod uwagę powyższe szacowania i budżet programu w trakcie jego trwania można będzie przeprowadzić interwencje dla ok. 1 566 opiekunów prawnych dzieci do ukończenia 1 r.ż., przy założeniu, że z programu skorzysta dwóch opiekunów. Wnioskodawca podkreślił także, że w kalkulacji założono, że ze szkoleń dla położnych skorzysta 146 grup (ok. 1 460 osób).

W dokumencie określono kryteria włączenia i wyłączenia, które nie wzbudzają zastrzeżeń.

Interwencja

W ramach programu zaplanowano: warsztaty z udzielania pierwszej pomocy u niemowląt, konsultację z fizjoterapeutą pediatrycznym, warsztaty z fizjoterapeutą uroinekologicznym, konsultację z doradcą laktacyjnym, warsztaty z dietetykiem, konsultacje z psychologiem oraz szkolenia dla położnych.

Interwencje skierowane do I grupy docelowej – opiekunów prawnych dzieci poniżej 1 roku życia

Warsztaty z udzielania pierwszej pomocy u niemowląt

W trakcie warsztatów z udzielania pierwszej pomocy u niemowląt opiekunowie dziecka zapoznani zostaną z podstawowymi zasadami postępowania z niemowlętami w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia oraz sposobami im zapobiegania. W ramach działań profilaktycznych zdarzeń niepożądanych omówione zostaną kwestie prawidłowego postępowania w domu, podczas podróży oraz innych miejscach popularnych i wskazanych przez uczestników warsztatów. Zaznaczono, że warsztaty składać się będą z części teoretycznej i praktycznej przy zastosowaniu profesjonalnego fantomu.

Podkreślono, że uczestnicy szkolenia będą poddani dwukrotnemu badaniu poziomu wiedzy za pomocą testów (pre-test – przed rozpoczęciem szkolenia, post-test – po przeprowadzeniu szkolenia) w celu zmierzenia realnego przyrostu wiedzy uczestników. Wynik o co najmniej jeden punkt lepszy w ponownym badaniu wiedzy świadczyć będzie o wzroście wiedzy. Test wiedzy oferent zobowiązany będzie przedstawić na etapie konkursu na wybór realizatorów programu.

Podkreślono, że w warsztatach z udzielania pierwszej pomocy może uczestniczyć maks. 2 opiekunów dziecka (w ramach kosztu jednego uczestnika). Warsztaty prowadzone mogą być grupowo – w grupach maks. 10 osobowych. Każde spotkanie powinno trwać min. 120 minut, a wydłużenie czasu trwania interwencji ponad ten czas nie będzie dodatkowo finansowane.

Konsultacja z fizjoterapeutą pediatrycznym

W ramach konsultacji z fizjoterapeutą pediatrycznym przeprowadzona zostanie ocena wzorca ruchowego dziecka (dostosowana do wieku dziecka), pozwalająca na wczesne wychwycenie ewentualnych nieprawidłowości, wad i wsparcie rozwoju niemowlęcia. Podkreślono, że w przypadku wykrycia nieprawidłowości fizjoterapeuta przekaże zalecenia dotyczące postępowania w celu zniwelowania nieprawidłowości. Ponadto zaznaczono, że podczas konsultacji przeprowadzona zostanie edukacja rodziców dotycząca tempa rozwoju dziecka, zdobywanych nowych umiejętności, poprawnego wykonywania codziennych czynności związanych z opieką nad niemowlęciem.

Konsultacja realizowana będzie dla każdego dziecka indywidualnie (zaznaczono możliwość uczestnictwa maks. 2 opiekunów dziecka – w ramach kosztu jednego uczestnika). Podkreślono, że dla każdego dziecka uczestnika przewidziane są maks. 3 spotkania, w zależności od potrzeb. Ponadto

wskazano, że każde spotkanie powinno trwać min. 45 minut, a wydłużenie czasu trwania interwencji ponad ten czas nie będzie dodatkowo finansowane.

Warsztaty z fizjoterapeutą uroginekologicznym

W warsztatach z fizjoterapeutą uroginekologicznym uczestniczyć będą wyłącznie kobiety po porodzie siłami natury lub cesarskim cięciu. Wskazano, że w ramach warsztatów fizjoterapeuta uroginekologiczny przedstawi wiedzę na temat ergonomii dnia codziennego w okresie poporodowym, profilaktyki nietrzymania moczu i stolca, obniżenia narządów miednicy mniejszej, dysfunkcji okołoporodowych oraz zaburzeń funkcji mięśnia prostego brzucha, jako powikłania poporodowego.

Warsztaty prowadzone będą indywidualnie lub grupowo – w grupach maks. 5 osobowych. Wskazano, że zaleca się, aby grupy tworzone były w zależności od formy porodu. Ponadto zaznaczono, że każde spotkanie powinno trwać min. 90 minut, a wydłużenie czasu trwania interwencji ponad ten czas nie będzie dodatkowo finansowane.

Konsultacja z doradcą laktacyjnym

W ramach programu zaplanowano konsultację z doradcą laktacyjnym skierowaną do kobiet z dziećmi. Dopuszczana będzie możliwość uczestnictwa maks. 2 opiekunów dziecka – w ramach kosztu jednego uczestnika. Podczas konsultacji przeprowadzony zostanie wywiad, obserwacja i badanie matki, obserwacja i badanie dziecka, obserwacja procesu karmienia, skorygowanie techniki karmienia oraz przekazanie zaleceń.

Konsultacja z doradcą laktacyjnym prowadzona będzie indywidualnie. Wskazano, że dla każdej uczestniczki przewidziane będzie 1 spotkanie trwające min. 90 minut, a wydłużenie czasu trwania interwencji ponad ten czas nie będzie dodatkowo finansowane.

Warsztaty z dietetykiem

Podczas warsztatów z dietetykiem przeprowadzona zostanie edukacja dotycząca zasad zdrowej diety kobiety karmiącej zapobiegania lub ograniczania za pomocą odpowiedniej diety dolegliwości występujących po porodzie, np. zapaść, niedoborów pokarmowych, insulinooporności, dopasowania diety kobiety karmiącej do najczęstszych alergii pokarmowych występujących u dzieci oraz rozszerzania diety dziecka. Uczestnicy warsztatów otrzymają przykładowy 7-dniowy jadłospis dla dziecka wraz z komentarzem.

Warsztaty prowadzone będą indywidualnie lub grupowo – w grupach maks. 10 osobowych. Każde spotkanie powinno trwać min. 90 minut, a wydłużenie czasu trwania interwencji ponad ten czas nie będzie dodatkowo finansowane. Wskazano, że warsztaty będą mogły być realizowane stacjonarnie lub przy zastosowaniu narzędzi teleinformatycznych. Podkreślono, że narzędzie teleinformatyczne musi umożliwiać interakcję pomiędzy prowadzącym a uczestnikiem.

Konsultacje z psychologiem

W ramach programu zaplanowano także zajęcia z psychologiem. Podkreślono, że zajęcia te będą miały na celu promocję i wzmocnienie kompetencji rodzicielskich oraz obejmować będą psychologię rozwoju dzieci. Zaznaczono, że konsultacje prowadzone będą indywidualnie dla każdego uczestnika (możliwość uczestnictwa maksymalnie dwóch opiekunów dziecka – w ramach kosztu jednego uczestnika). Wskazano, że konsultacja będzie trwała min. 60 minut. Podkreślono jednocześnie, że konsultacje z psychologiem będą miały za zadanie zwiększenie umiejętności komunikacyjnych, nawiązywania kontaktów, rozwiązywania konfliktów, radzenia sobie z własnymi emocjami, umiejętności adekwatnego zachowania wobec dziecka oraz podtrzymania konsekwencji w kontaktach z dzieckiem.

Szkolenia dla położnych – II grupy docelowej

W ramach interwencji zaplanowano szkolenie przeznaczone dla położnych. Zaznaczono, że podczas szkolenia omówione zostaną tematy dotyczące opieki nad noworodkiem lub niemowlęciem. Poruszona zostanie także kwestia podejścia psychologicznego do rodziców oraz sposobu rozmowy

z nimi. Zaznaczono również, że przekazywane informacje muszą być zgodne z aktualną wiedzą medyczną.

W treści projektu wskazano, że uczestnicy szkolenia poddani zostaną dwukrotnemu badaniu poziomu wiedzy za pomocą testów (pre-test – przed rozpoczęciem szkolenia, post-test – po przeprowadzeniu szkolenia) w celu zmierzenia realnego przyrostu wiedzy uczestników. Zaznaczono także, że test wiedzy przedstawiony zostanie przez realizatora na etapie konkursu.

Szkolenie prowadzone będzie w grupach min. 10 osobowych, maks. 15 osobowych. Wskazano, że szkolenie dla każdej grupy powinno trwać co najmniej 180 minut w ramach jednego spotkania, a wydłużenie czasu trwania interwencji nie będzie dodatkowo finansowane. Zaznaczono także, że szkolenie będzie mogło być prowadzone stacjonarnie lub przy zastosowaniu narzędzi teleinformatycznych.

Interwencje zostały zaplanowane zgodnie z wytycznymi. Niemniej przy realizacji programu zaleca się, aby mieć na uwadze także wytyczne i inne dowody naukowe wskazane w rozdziale „Ocena technologii medycznej” niniejszej opinii.

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.

Ocena zgłaszalności będzie prowadzona na podstawie sprawozdań kwartalnych/rocznych/końcowych realizatora Wskazano m.in. na „liczbę przeprowadzonych kwalifikacji do programu”, „liczbę uczestników, którzy wzięli udział w warsztatach z udzielania pierwszej pomocy u niemowląt”, „liczbę przeprowadzonych konsultacji z fizjoterapeutą pediatrycznym”, „łączną liczbę osób, które wzięły udział w co najmniej jednej interwencji w ramach programu”, „łączną liczbę osób, które zrezygnowały z udziału w programie”, „łączną liczbę osób, które wzięły udział w szkoleniach dla położnych”.

Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie oparta zostanie na analizie wyników ankiety satysfakcji. Zaplanowano dwie ankiety satysfakcji: dla rodziców dzieci do 1 r.ż. biorących udział w interwencjach oraz dla położnych biorących udział w szkoleniach. Wzory ww. ankiet zostały dołączone do projektu i nie budzą zastrzeżeń.

Ocena efektywności programu obejmie analizę przedstawionych w projekcie mierników efektywności. Siedem wskazanych mierników zostało zaprojektowanych w sposób prawidłowy. Należy zaznaczyć, że jeden ze wskazanych przez wnioskodawcę mierników odnosi się bardziej do monitorowania tj. „liczba opiekunów prawnych od 1 roku życia, którzy uczestniczyli w minimum jednej interwencji w ramach programu skierowanej do I grupy docelowej. Wartość docelowa miernika: minimum 783 osoby.” Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało zaznaczone w projekcie programu.

Warunki realizacji

W projekcie przedstawiono szczegółowy opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu.

Odniesiono się do warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych niezbędnych do realizacji programu.

W projekcie wskazano, że realizator programu wybrany zostanie w drodze konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi.

W projekcie programu przedstawiono koszty jednostkowe i całkowite oraz źródła finansowania.

W projekcie nie odniesiono się szczegółowo do kosztu obejmującego kwalifikację uczestnika do programu, zatem nie jest jasne, co będzie wchodziło w zakres ww. kosztu jednostkowego. Kwestę tę należy doprecyzować.

Istnieje nieścisłość w przedstawionych kalkulacjach dotyczących rocznych kosztów całkowitych. Należy określić jaką dokładnie liczbę populacji uwzględnił wnioskodawca w oszacowaniach.

Z treści projektu nie wynika, czy w przedstawionych oszacowaniach uwzględnione zostały koszty pośrednie, w skład których wchodzi koszty prowadzenia akcji informacyjno-promocyjnej oraz monitorowania i ewaluacji programu.

Koszt całkowity został oszacowany na 2 100 000 zł. Program ma zostać sfinansowany z budżetu Województwa Mazowieckiego.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Edukacja przedporodowa obejmuje praktyczne i teoretyczne przygotowanie ciężarnej, ale również osób bliskich 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.

Edukacja przedporodowa ma istotne znaczenie w przygotowaniu kobiety do roli matki. Położna podczas systematycznych spotkań uczy przyszłych rodziców, bardzo trudnego w początkowej fazie, nawiązywania kontaktu emocjonalnego z nienarodzonym dzieckiem. Wpaja przyszłym ojcom, że miłość dziecka do rodziców wcale nie płynie z mlekiem matki, a jest schematem działań i uczuć, które towarzyszą rodzicom na każdym etapie ciąży. Podczas zajęć kształtuje się prawidłowe postawy rodzicielskie oraz wzmacnia więź małżeńską.

Właściwe przygotowanie pacjentki do porodu ułatwia opieka przedporodowa i okołoporodowa. Ważna jest szczególnie dla tych kobiet, u których dominują strach, lęk oraz brak wsparcia najbliższych. Psychoprofilaktyka to sposób edukacji przyszłej matki. Głównie opiera się na naturalnej interpretacji doznań towarzyszących jej podczas ciąży i porodu. Nauka ukierunkowana jest całkowicie na zmianę stylu myślenia: z myślenia o sobie na myślenie o dziecku. Równocześnie opanowywana jest całkowita kontrola nad własnym ciałem.

Alternatywne świadczenia

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. 2023 poz. 1324), od 1 stycznia 2019 r. wszedł w życie nowy standard organizacyjny, który w kompleksowy sposób obejmuje organizację opieki sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu oraz nad noworodkiem. Standard obowiązuje we wszystkich podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej.

Na podstawie Zarządzenia nr 22/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2016 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, została wprowadzona koordynowana opieka nad kobietą w ciąży. Celem koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży (KOC) jest zapewnienie kobietom w ciąży skoordynowanej opieki realizowanej na I poziomie opieki

perinatalnej, tj. nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem, porodem oraz opieki nad zdrowym noworodkiem. Opieka w ramach KOC obejmuje: specjalistyczne poradnictwo ambulatoryjne, przedporodową i poporodową opiekę położnej, poród, a w przypadku wskazań medycznych – także niezbędne hospitalizacje.

Warto dodać, że zgodnie z odnalezionymi informacjami, na terenie województwa mazowieckiego funkcjonuje 1 świadczeniodawca mający podpisaną umowę na realizację koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży (KOC I).

Ocena technologii medycznej

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 dbać o kompetencje i przeszkolenie kadry wymagane do prowadzenia edukacji prenatalnej o wysokiej jakości (HSE 2020, SoQ 2018).

Zalecana jest przedporodowa opieka udzielana wszystkim kobietom w sposób zapewniający im godność, prywatność i poufność, umożliwiającą świadomy wybór i ciągłe wsparcie podczas porodu i porodu (WHO 2018, SoQ 2018).

Kobietom w ciąży należy oferować informacje oparte na aktualnych dostępnych dowodach naukowych, 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 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).

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).

Rekomendacje towarzystw naukowych w zakresie opieki poporodowej

Zgodnie z rekomendacjami Public Health Agency of Canada, kobiety potrzebują informacji i porad na temat adaptacji do zmian fizjologicznych i poporodowych takich jak: gojenie krocza, gojenie nacięcia (po cesarskim cięciu) i zmiany w piersiach i sutkach. Kobiety potrzebują też informacji o wszelkich potencjalnych problemach i postępowaniu przy ich wystąpieniu, tj.: infekcje, hemoroidy, skurcze, zaparcia, nietrzymanie moczu, bolesne oddawanie moczu, ból krocza i higiena krocza, bóle głowy, bóle pleców, niedokrwistość, późny krwotok poporodowy, separacja mięśni brzucha i karmienie piersią (PHAC 2020).

Zgodnie z odnalezionymi wytycznymi, należy: zalecić kobietom leczenie obrzęku piersi w okresie poporodowym; wspierać kobiety w karmieniu piersią oraz w prawidłowym ułożeniu i przystawianiu dziecka do piersi; zalecić kobietom odciąganie mleka i stosowanie ciepłych lub zimnych okładów, w zależności od preferencji. (WHO 2022) .

Wytyczne wskazują, że kobietom należy udzielać porad dietetycznych i informacji na temat czynników powodujących zaparcia i czynników zapobiegającym zaparciom poporodowym. Zgodnie z rekomendacjami kobiety po porodzie powinny ograniczyć ilość czasu spędzanego na siedzącym trybie życia. Zastąpienie siedzącego trybu życia aktywnością fizyczną o dowolnej intensywności przynosi korzyści zdrowotne. (WHO 2022) .

Odnalezione rekomendacje wskazują, że interwencje psychospołeczne lub psychologiczne w okresie przedporodowym i poporodowym zalecane są w celu zapobiegania depresji i stanom lękowym poporodowym (WHO 2022).

Zgodnie z rekomendacjami Public Health Agency of Canada, stan emocjonalny matki wpływa na dobro dziecka i rodziny. Po porodzie kobiety mogą doświadczać szeregu emocji, w tym stanów takich jak „baby blues”, depresja, stany lękowe, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, zaburzenia związane z traumą i stresem oraz psychoza poporodowa. Kluczowym podejściem jest współczucie i czujność, a także skuteczne wsparcie dostarczone kobiecie oraz jej rodzinie w tym okresie. Zadaniem pracowników służby zdrowia jest zatem wsparcie młodych matek i ich partnerów (PHAC 2020).

Odnalezione rekomendacje wskazują, że pracownicy służby zdrowia opiekujący się kobietami i dziećmi w okresie poporodowym powinni posiadać wiedzę o procesie powstawania mleka matki, oznakach dobrego przystawienia dziecka do piersi, skutecznej laktacji, sposobach zachęcania i wspierania kobiet mających problemy z karmieniem piersią oraz posiadać odpowiednie zasoby umożliwiające bezpieczne stosowanie leków i przepisywanie leków kobietom karmiącym piersią. Lekarz posiadający umiejętności i kompetencje w zakresie wspierania karmienia piersią powinien ocenić karmienie piersią, aby zidentyfikować i rozwiązać wszelkie wątpliwości (NICE 2021) .

Podsumowanie dowodów naukowych

Wpływ programów edukacji prenatalnej na wyniki ciąży

Hong 2020 wykazał, że 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 uległy istotnej poprawie w grupie edukacji przedporodowej, chociaż nie było różnicy w odniesieniu do lęku i depresji. Wyniki dotyczące masy urodzeniowej płodu 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 pierwszorzędkowych 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. Psychoedukacja zmniejszyła poziom CS o 1,73 (OR 1,730, [95%CI: 1,285; 2,330], p= .000; 682 kobiet). Autorzy wskazują, że włączenie psychoedukacji do rutynowych praktyk pielęgniarstwa (w wynikach badania nie wskazano na opiekę położniczą i psychiatryczną) poprawi jakość opieki zdrowotnej. Uważa się, że kobiety otrzymujące psychoedukację z rutynową opieką pielęgniarstwa będą miały bardziej pozytywne doświadczenia ciąży i porodowe. Zaleca się by osoby zajmujące się zdrowiem kobiet uświadamiały o skuteczności psychoedukacji na wskaźniki FOC i CS (Akgün 2019).

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.

PREZES

Daniel Rutkowski

/dokument podpisany elektronicznie/

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 2024 r., poz. 146 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.431.13.2024 „Program polityki zdrowotnej w zakresie opieki poporodowej dla mieszkańców województwa mazowieckiego” oraz opinii Rady Przejrzystości nr 53/2024 z dnia 15 kwietnia 2024 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie opieki poporodowej dla mieszkańców województwa mazowieckiego”.