



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 89/2024 z dnia 16 grudnia 2024 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
pn. „Szkoła rodzenia – program edukacji przedporodowej
dla przyszłych rodziców w Gminie Debrzno na lata 2024-2026”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Szkoła rodzenia – program edukacji przedporodowej dla przyszłych rodziców w Gminie Debrzno na lata 2024-2026” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej zakłada przeprowadzenie edukacji w zakresie opieki okołoporodowej. Zwiększenie wiedzy i nabycie umiejętności praktycznych w przedmiotowym obszarze stanowi istotny element przygotowania do rodzicielstwa, szczególnie w odniesieniu do kobiet przygotowujących się do pierwszego porodu. Zaplanowane interwencje korespondują z odnalezionymi wytycznymi klinicznymi, co wzięto pod uwagę w niniejszej opinii.

Opiniowany projekt zawiera jednak uchybienia, których skorygowanie jest niezbędne dla realizacji programu z zachowaniem wysokiej jakości. Uwagi Prezesa Agencji dotyczą przede wszystkim konieczności:

- przeformułowania celu głównego i celów szczegółowych, ponieważ w większości zostały one określone w postaci działań. Cel główny nie zawiera uzasadnienia dla podanej wartości docelowej, a w przypadku celów szczegółowych wartość docelowa nie została wskazana,
- korekty wskaźników zaproponowanych w projekcie, gdyż nie spełniają funkcji mierników efektywności,
- weryfikacji i ujednoczenia liczby osób założonej do uczestnictwa w projekcie, gdyż istnieje rozbieżność w tym zakresie,
- doprecyzowania opisu planowanych interwencji, gdyż zostały opisane w sposób ogólny.

Dodatkowo należy także mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w programie nie powielały u danego pacjenta świadczeń finansowanych ze środków publicznych, co zostało uwzględnione w ocenianym projekcie.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej zaplanowany do realizacji przez Gminę Debrzno, zakładający edukację przedporodową dla kobiet ciężarnych zamieszkujące gminę wraz z osobami towarzyszącymi. Program ma być realizowany w latach 2024-2026. W ramach programu przewidziano kampanię informacyjną oraz kursy w szkole rodzenia z zakresu edukacji przedporodowej. Planowane koszty całkowite na realizację programu zostały oszacowane na 29 000 zł (14 500 zł rocznie).

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 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

W projekcie przedstawiono zagadnienie opieki okołoporodowej. Odniesiono się do najczęściej występujących powikłań ciąży, do których należą m.in. cukrzyca czy zaburzenia emocjonalne okresu poporodowego.

Oceniany projekt programu zawiera wykaz piśmiennictwa, na podstawie którego przygotowana została treść problemu zdrowotnego.

W projekcie programu przedstawiono sytuację epidemiologiczną korespondującą z wybranym problemem zdrowotnym. Odniesiono się do danych ogólnokrajowych, regionalnych oraz lokalnych. Wskazano, że na podstawie aktualnych statystyk (GUS 2023) w gminie Debrzno odnotowano 54 urodzenia, co stanowi wzrost o ok. 30% w porównaniu z rokiem poprzednim (42 urodzenia).

W projekcie nie odniesiono się do Map Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026. Należy zaznaczyć, że zgodnie z informacjami zawartymi w MPZ na terenie woj. pomorskiego „współczynnik dzietności ogólnej wyniósł 1,6 (Polska 1,4)”.

Cele i efekty programu

W projekcie wskazano, że w ramach celu głównego „*planuje się, że 80% uczestników programu zostanie profesjonalnie przygotowanych do świadomego rodzicielstwa, bezpiecznego odbycia ciąży, bezpiecznego porodu, połogu, a także opieki nad noworodkiem/niemowlęciem*”. 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. Cel nie zawiera uzasadnienia dla podanej wartości docelowej. Powyższe kwestie wymagają korekty.

W projekcie wskazano również 3 cele szczegółowe:

- (1) „*zwiększenie wiedzy przyszłych rodziców w zakresie: zachowań prozdrowotnych okresu ciąży oraz profilaktyki zaburzeń zdrowotnych wieku noworodkowego, niemowlęcego i dziecięcego; znajomości poszczególnych faz porodu oraz rozwoju umiejętności współpracy z położną; występowania zaburzeń emocjonalnych okresu poporodowego i ich profilaktyki; zdrowego sposobu odżywiania w okresie ciąży w celu zapobiegania choroby często towarzyszącej ciąży, czyli cukrzycy ciążowej mającej zły wpływ na organizm matki i dziecka*”,
- (2) „*nauka dla przyszłych rodziców umiejętności pielęgnacji noworodka ukierunkowanej na zdrowy rozwój i zapobieganie chorobom cywilizacyjnym wieku dziecięcego*”,
- (3) „*wykształcenie u przyszłych rodziców umiejętności udzielania pierwszej pomocy noworodkowi*”.

Cel szczegółowy nr 1 odnosi się do wzrostu wiedzy uczestników PPZ i wydaje się możliwy 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 załączono wzór ww. testu. Należy jednak zaznaczyć, że nie oszacowano poziomu zdawalności testu, a więc nie jest jasne, jaki jego wynik będzie uznawany za istotną poprawę poziomu wiedzy uczestnika programu. 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. 85% poprawnych odpowiedzi w pre-teście). Prawidłowe byłoby również zdefiniowanie pożądanej wartości wzrostu wiedzy uczestników (np. o 30%). Cel szczegółowy nr 2 został sformułowany nieprawidłowo, w postaci działania. Cel szczegółowy nr 3 dotyczący „wykształcenia u przyszłych rodziców umiejętności udzielania pierwszej pomocy noworodkowi” w rzeczywistości odnosi się do wzrostu wiedzy uczestników na temat udzielania pierwszej pomocy noworodkowi i wydaje się możliwy do realizacji za pomocą zaplanowanych w programie działań edukacyjnych. Należy także podkreślić, że do projektu załączono wzór kwestionariusza oceniającego poziom umiejętności praktycznych dla uczestników szkoły rodzenia. Należy zaznaczyć, że w programie założono, że 80% uczestników zwiększy swoją wiedzę z zakresu tematów poruszanych podczas kursu, lecz nie przedstawiono uzasadnienia dla podanej wartości docelowej. Podsumowując cele wymagają przeformułowania zgodnie z uwagami.

W projekcie programu wskazano 4 mierniki efektywności:

- (1) *„sprawdzian poziomu wiedzy teoretycznej u uczestników programu na podstawie testu wiedzy podczas pierwszego spotkania oraz powtórzeniem testu na ostatnim spotkaniu. Porównanie wyników będzie głównym miernikiem efektywności programu. Zakłada się uzyskanie wyniku testu po zakończeniu kursu na poziomie minimum 80% u każdego z uczestników”,*
- (2) *„sprawdzian wiedzy praktycznej po zakończeniu kursu u każdego z uczestników w zakresie prawidłowej pielęgnacji noworodka oraz udzielania mu pierwszej pomocy przeprowadzony na fantomach. Zakłada się uzyskanie stopnia przygotowania na poziomie zadowalającym w minimum 6/7 wyszczególnionych umiejętności niezbędnych przy opiece nad noworodkiem”,*
- (3) *„wzrost liczby kobiet deklarujących poród siłami natury, pod warunkiem braku przeciwwskazań lekarskich, zweryfikowany na podstawie ankiety przed i po odbyciu kursu”,*
- (4) *„wzrost liczby kobiet wykazujących chęć do karmienia piersią, zweryfikowany na podstawie ankiety przed i po odbyciu kursu”.*

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. Wskaźniki nr 1 i 2 w swoim brzmieniu przypominają bardziej działania. Z kolei wskaźniki nr 3 i 4 przypominają bardziej cele programu. Tym samym brak jest prawidłowo określonych mierników efektywności. Efekt realizacji celów programu należy mierzyć np. poprzez odsetek uczestników, u których osiągniętą zamierzoną wartość docelową poprzez działania zaplanowane w programie w porównaniu z wartościami na początku programu, przed realizacją działań.

Populacja docelowa

Zgodnie z treścią projektu, populacją docelową kobiety ciężarne zamieszkujące gminę Debrzno oraz ich osoby towarzyszące. Wg projektu liczba noworodków urodzonych w 2022 r. w gminie Debrzno wyniosła 42, natomiast w 2023 r. wynosiła 54. Przedstawione informacje są zbieżne z danymi przedstawionymi na stronie internetowej GUS. Zaznaczono, że w związku z ww. danymi nie należy spodziewać się wyższej liczby urodzeń w gminie niż w okolicach 55 niemowląt rocznie. W treści PPZ zaznaczono, że populację docelową w programie można oszacować na 55 kobiet ciężarnych wraz z ich

osobami towarzyszącymi. Wskazano, że „biorąc pod uwagę dane epidemiologiczne oraz możliwości finansowe planowany program polityki zdrowotnej obejmie w ciągu 3 lat około 30 kobiet ciężarnych wraz z osobami towarzyszącymi – łącznie około 60 osób”. Należy jednak zaznaczyć, że w części dot. budżetu przedstawiono koszty całkowite oszacowane na 2-letni okres realizacji PPZ przy założeniu włączenia do niego 20 kobiet rocznie (w części związanej z rozliczeniem kosztów wskazuje się organizację 4 grup rocznie po 5 kobiet ciężarnych z osobami towarzyszącymi (5 x 2 x 4 = 40 osób rocznie)). Warto zatem zaznaczyć, że istnieje rozbieżność w zakresie liczby osób, która zostanie włączona do PPZ, co wymaga poprawy.

Niemniej w dokumencie określono kryteria włączenia i wyłączenia, które nie wzbudzają zastrzeżeń. Dodatkowo w kryteriach wyłączenia należy uwzględnić ryzyko podwójnego finansowania świadczeń.

Interwencja

W treści PPZ zaznaczono, że w ramach zaplanowanego programu realizowane będą kursy w szkole rodzenia, z zakresu edukacji przedporodowej prowadzone przez specjalistów. Podkreślono, że jeden cykl kursu składał się będzie z 8 spotkań, trwających po 2 godziny każde. Zaznaczono, że w ramach każdego cyklu podczas 16 godzin zostaną zrealizowane 4 bloki tematyczne. Podkreślono, że działania prowadzone w ramach edukacji przedporodowej mogą skutecznie zapobiegać problemom okresu poporodowego takim jak zaburzenia emocjonalne. Wskazano, że „działania edukacyjne polegające na wyrobieniu nawyku odpowiedzialności na własne zdrowie, stosowanie właściwych zaleceń dietetycznych oraz nauka samokontroli wspomagają świadomy udział pacjentki w pracy szkoły rodzenia”.

1 blok tematyczny

W ramach „1 bloku tematycznego” wskazano tematy dotyczące przygotowania niezbędnych rzeczy i kwestii formalnych: pakowanie torby do szpitala, wyprawka dla mamy i dziecka, kosmetyki, które warto zakupić oraz formalności, które należy dopełnić po urodzeniu dziecka.

2 blok tematyczny

Zaznaczono, że „2 blok tematyczny” będzie obejmował zagadnienia dotyczące porodu takie jak: przygotowanie do aktywnego porodu, pozycje wertykalne w porodzie, przygotowanie mięśni dna miednicy, farmakologiczne i niefarmakologiczne metody leczenia bólu porodowego oraz ochrona/nacięcie krocza oraz cięcie cesarskie.

3 blok tematyczny

Z kolei „3 blok tematyczny” dotyczył będzie kwestii związanych z karmieniem piersią: dlaczego warto karmić piersią, jak się przygotować do karmienia, najczęstsze problemy związane z karmieniem i jak sobie z nimi poradzić oraz karmienie butelką.

4 blok tematyczny

Podkreślono, że „4 blok tematyczny” obejmował będzie zagadnienia z zakresu psychofizycznego: połów w ujęciu fizycznym i emocjonalnym oraz instrukcja obsługi noworodka - fizyczne i emocjonalne aspekty połogu - jak sobie radzić z bólem i smutkiem, potrzeba wsparcia i odpuszczenia oraz przygotowanie do opieki nad noworodkiem.

W ramach 16 godzin kursu przewiduje się 12 godzin zajęć teoretycznych, w tym ćwiczeń umiejętności np. oddychania, przewijania oraz 4 godziny ćwiczeń gimnastycznych. Należy jednak podkreślić, że zaplanowane w PPZ interwencje zostały opisane w sposób zdawkowy, wskazano jedynie główne kwestie będące tematem spotkań. Opisując interwencje istotne jest, aby przedstawić je w sposób jasny i szczegółowy. Należy dokładnie określić zakres wykonywanych działań oraz kadrę je wykonującą. W przypadku działań cyklicznych należy także określić ich częstość oraz czas trwania i sposób udzielania świadczeń w ramach programu, a także wskazanie, czy i w jaki sposób interwencje te są zgodne

z przepisami dotyczącymi świadczeń gwarantowanych oraz ze wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej.

Należy zaznaczyć, że wskazane w projekcie interwencje tj. kursy w szkole rodzenia z zakresu edukacji przedporodowej są realizowane w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ przez położną lub lekarza położnika. Należy zatem zabezpieczyć ryzyko podwójnego finansowania np. poprzez ujęcie w kryteriach wyłączenia z programu osób, które skorzystały z tych świadczeń w ramach NFZ.

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 do programu będzie prowadzona na podstawie analizy wskaźników takich jak: „liczba osób, które wyraziły chęć wzięcia udziału w programie” oraz „liczba osób, które zgłosiły się do programu, ale z niego zrezygnowały w trakcie trwania kursu”. Do programu załączono wzór sprawozdania realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu. W dokumencie wskazano dodatkowe wskaźniki mające zastosowanie przy monitorowaniu tj. „liczba zrealizowanych kursów”, „liczba zrealizowanych spotkań”, „liczba zrealizowanych godzin”, „liczba uczestników, którzy odbyli pełen cykl spotkań w ramach kursu” oraz „liczba uczestników, którzy przerwali cykl spotkań w ramach kursu + przyczyny”. Należy zaznaczyć, że przedstawione wskaźniki zostały zaprojektowane prawidłowo.

Ocena jakości świadczeń w programie ma obejmować analizę wyników ankiety satysfakcji oraz skarg/uwag od uczestników, a wzór ww. ankiety został dołączony do projektu i został opracowany poprawnie.

Ocena efektywności programu zostanie przeprowadzona poprzez: „określenie wpływu zajęć prowadzonych w ramach programu szkoły rodzenia na wiedzę i umiejętności przyszłych rodziców w zakresie świadomego rodzicielstwa (test wiedzy teoretycznej oraz weryfikacja umiejętności praktycznych)”, „określenie wpływu zajęć realizowanych w szkole rodzenia na decyzję o rodzaju planowanego porodu (anonimowa ankieta)”, „określenie wpływu zajęć realizowanych w szkole rodzenia na decyzję o karmieniu dziecka piersią (anonimowa ankieta)”. Należy zaznaczyć, że przedstawione wskaźniki nie zostały sformułowane poprawnie. Warto jednak podkreślić, że jako załącznik do projektu przedstawiono wzór sprawozdania realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu, w ramach którego przedstawił wskaźniki mające zastosowanie w procesie ewaluacji, tj. „liczba uczestników, u których stwierdzono wzrost wiedzy przekazywanej podczas całego kursu szkoły rodzenia”, „liczba osób deklarujących karmienie piersią na początku kursu/ oraz po jego zakończeniu” oraz „liczba kobiet deklarujących poród siłami natury na początku kursu/ oraz po jego zakończeniu”. Przy czym należy wskazać, że dwa z wymienionych wskaźników mają charakter deklaracyjny. Należy zaznaczyć, że 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.

Warunki realizacji

W projekcie przedstawiono zdawkowo opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Pierwszym wskazanym etapem są działania informacyjno-promocyjne, następnie realizacja programu wraz z monitoringiem. Ostatnim etapem będzie ewaluacja.

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.

Rozpoczęcie realizacji programu w roku 2024 może okazać się utrudnione biorąc pod uwagę termin wydania opinii przez AOTMiT, tj. 15.12.2024. Należy zaznaczyć, że istnieje rozbieżność w kwestii czasu realizacji programu. Na stronie tytułowej projektu wskazano czas realizacji na lata 2024-2026. W opisie populacji również zaznaczono, że „biorąc pod uwagę dane epidemiologiczne oraz możliwości finansowe planowany program polityki zdrowotnej obejmie w ciągu 3 lat około 30 kobiet ciężarnych wraz z osobami towarzyszącymi – łącznie około 60 osób”. Natomiast przedstawiony budżet zakłada 2-letni okres realizacji programu. Powyższe zapisy należy zweryfikować i ujednoclić.

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

W projekcie przedstawiono zestawienie kosztów w ciągu 2 lat trwania programu wskazując, że koszt całkowity kursu w szkole rodzenia oszacowano na 26 000 zł. Natomiast koszt całkowity działań promocyjnych (reklamy w mediach lokalnych, ulotek, plakatów) oszacowano na kwotę 3 000 zł. Ponadto zaznaczono, że „nie planuje się ponoszenia dodatkowych kosztów związanych z monitorowaniem realizacji programu, jego ewaluacją i przygotowaniem raportu końcowego”. Koszt całkowity programu został oszacowany na 29 000 zł (14 500 zł rocznie). Program ma zostać sfinansowany ze środków budżetowych Gminy Debrzno.

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 postaw prozdrowotnych i przygotowanie do sprawowania opieki nad noworodkiem i niemowlęciem, zmniejszenie liczby cięć cesarskich, porodów przedwczesnych, interwencji medycznych oraz łagodzenie lęku i niepokoju związanego z porodem, wzmocnienie zdrowia i poprawę samopoczucia matek i dzieci.

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, połogiem 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 gminy Debrzno nie funkcjonuje żaden 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 porożenia (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).

Podczas każdej wizyty przedporodowej pracownicy służby zdrowia powinni udzielać spójnych informacji i jasnych wyjaśnień, a kobiety w ciąży powinny mieć możliwość omówienia problemów i zadawania pytań (HSE 2020, NICE 2019, NHMRC 2019, SoQ 2018).

Kobiety w ciąży powinny mieć możliwość uczestniczenia 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).

Kobiety w ciąży powinny zostać poinformowane o celu każdego badania przed jego wykonaniem. Pracownik służby zdrowia 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).

Informacje na temat badań przesiewowych przed porodem należy przekazywać w miejscu, w którym można przeprowadzić dyskusję; może to mieć miejsce w grupie lub na zasadzie indywidualnej. Należy to zrobić przed umówieniem wizyty (NICE 2019).

Opiekę przedporodową powinna sprawować niewielka grupa pracowników służby zdrowia, z którymi kobieta czuje się komfortowo. Opieka powinna być kontynuowana przez cały okres ciąży (NICE 2019).

Modele ciągłości opieki prowadzone przez położną, w których znana położna lub niewielka grupa znanych położnych wspiera kobietę w okresie przedporodowym, śródporodowym i poporodowym, są zalecane kobietom w ciąży w placówkach z dobrze funkcjonującymi programami położniczymi (WHO 2016).

Programy edukacji przedporodowej powinny zapewniać uczestnikom możliwość rozwijania sieci społecznościowych i wsparcia, a zatem poświęcony czas na spotkania towarzyskie w ramach programu powinien być priorytetem (SoQ 2018).

Ustalenie harmonogramu wizyt przedporodowych w oparciu o indywidualne potrzeby kobiety. W przypadku pierwszej ciąży kobiety bez powikłań, harmonogram 10 wizyt powinien być

wystarczający. W przypadku kolejnych ciąż niepowikłanych odpowiedni harmonogram 7 wizyt powinien być wystarczający. (NICE 2019, NHMRC 2019).

Modele grupowej opieki prenatalnej mają na celu poprawę edukacji pacjentów i uwzględnienie możliwości wsparcia społecznego, przy jednoczesnym zachowaniu badań przesiewowych i oceny fizycznej indywidualnej opieki prenatalnej (ACOG 2018).

Gdy oferowany jest udział w grupowej opiece prenatalnej, powinien on stanowić alternatywę dla tradycyjnej opieki prenatalnej i nie powinien być obowiązkowy. Modele opieki indywidualnej i grupowej wymagają dodatkowych badań, których celem jest wykazanie różnic w wynikach i zidentyfikowanie populacji, które odnoszą największe korzyści z określonych modeli opieki (ACOG 2018).

Grupowa opieka przedporodowa świadczona przez wykwalifikowanych pracowników służby zdrowia może być oferowana jako alternatywa dla indywidualnej opieki przedporodowej dla kobiet w ciąży w kontekście rygorystycznych badań, w zależności od preferencji kobiety i pod warunkiem, że infrastruktura i zasoby potrzebne do porodu grupowego są dostępne w ramach opieki przedporodowej (WHO 2016).

Określone modele grupowej opieki prenatalnej mogą być trudne do zainicjowania i utrzymania. Bariera we wdrożeniu może być koszt wprowadzenia modelu grupowej opieki prenatalnej w obecnych praktykach położniczych (ACOG 2018).

Kobiety w ciąży (oraz te, które zamierzają zająć w ciąży) należy poinformować, że suplementacja diety kwasem foliowym przed poczęciem i przez pierwsze 12 tygodni zmniejsza ryzyko urodzenia dziecka z wadą cewy nerwowej (np. rozszczep kręgosłupa). Zalecana dawka to 400 mikrogramów na dobę (NICE 2019) / 500 mikrogramów (NHMRC 2019).

Suplementacja żelaza nie powinna być rutynowo oferowana wszystkim kobietom w ciąży. Nie jest korzystna dla zdrowia matki ani dziecka i może powodować nieprzyjemne skutki uboczne u matki (NICE 2019, NHMRC 2019).

Kobiety w ciąży powinny być poinformowane, że suplementacja witaminą A (spożycie powyżej 700 mikrogramów) może mieć działanie teratogenne i dlatego należy jej unikać (NICE 2019, NHMRC 2019, WHO 2016).

Wszystkie kobiety powinny być poinformowane podczas rezerwacji wizyty o tym, jak ważne dla ich zdrowia i zdrowia dziecka jest utrzymanie odpowiednich zapasów witaminy D w czasie ciąży i karmienia piersią (NICE 2019).

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).

Przy pierwszym kontakcie z kobietą należy omówić jej status palenia, poinformować o ryzyku związanym z paleniem oraz o ryzyku narażenia na bierne palenie dla nienarodzonego dziecka. Należy zająć się wszelkimi obawami, jakie kobieta i jej partner lub rodzina mogą mieć w związku z rzuceniem palenia (NICE 2019, NHMRC 2019, WHO 2016).

Kobiety w ciąży powinny być informowane o szczególnych zagrożeniach związanych z paleniem podczas ciąży (np. o ryzyku urodzenia dziecka z niską masą urodzeniową i przedwczesnym porodem). Należy podkreślić korzyści z rzucenia palenia na każdym etapie (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).

Podsumowanie dowodów naukowych

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 pierwszorzędných punktów końcowych „porodu przedwczesnego” (RR 0,75 [95% CI: (0,57;1,00)]).

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. Zaznaczono, że aby określić możliwość uogólniania, potrzebne są lepszej jakości badania dotyczące grupowej opieki prenatalnej

Wpływ interwencji edukacyjnych na wskaźniki związane z inicjacją i kontynuowaniem karmienia piersią

Generalnie, wyniki przeprowadzonego przeglądu literatury wskazują, że edukacja w zakresie karmienia piersią wiąże się ze wzrostem liczby kobiet rozpoczynających i kontynuujących karmienie piersią (Patnode 2019 A, Cohen 2018, Balogun 2016 A).

W przeglądzie systematycznym połączonym z metaanalizą (Balogun 2016 A) znaleziono niskiej jakości dowody wskazujące, że pracownicy służby zdrowia przeszkoleni w zakresie instruktażu karmienia piersią, w tym położne, pielęgniarki i lekarze, a także przeszkoleni wolontariusze, mogą zapewnić edukację, poradnictwo oraz wsparcie rówieśnicze w celu zwiększenia liczby kobiet rozpoczynających karmienie piersią. Uzyskane wyniki wskazują na poprawę w zakresie inicjacji karmienia piersią wśród kobiet, które otrzymały edukację oraz wsparcie ze strony pracowników służby zdrowia (RR 1,43 [95% CI (1,07-1,92)]) oraz dzięki interwencjom świadczonym przez doradców innych niż pracownicy służby zdrowia wraz z grupami wsparcia (RR 1,22 [95% CI (1,06-1,40)]). Nie stwierdzono natomiast istotnego

statystycznie wpływu tej interwencji na liczbę kobiet praktykujących wczesną inicjację karmienia piersią (RR 1,70 [95% CI (0,98-2,95)]). Nie wykazano też poprawy w zakresie rozpoczęcia karmienia piersią wśród kobiet, u których doszło do wczesnego kontaktu z dzieckiem w porównaniu z kobietami, które otrzymały zwykłą opiekę (RR 1,08 [95% CI (0,97-1,20)]).

W przeglądzie systematycznym i metaanalizie (Cohen 2018) wykazano, że edukacja w zakresie karmienia piersią wiązała się ze znamionym wzrostem prawdopodobieństwa rozpoczęcia karmienia piersią (RR 2,41 [95% CI (1,29-1,54)]), kontynuacji karmienia piersią (RR 1,37 [95% CI (1,14-1,65)]) w porównaniu z wynikami uzyskanymi u kobiet, które takiej edukacji nie otrzymały.

W przeglądzie systematycznym i metaanalizie (Patnode 2019) wsparcie na poziomie indywidualnym połączone z interwencjami edukacyjnymi na poziomie systemu opieki zdrowotnej wiązało się statystycznie istotnie wyższym prawdopodobieństwem jakiegokolwiek karmienia piersią przez okres <3 miesięcy (RR 1.07 [95% CI 0.91-1.11]), w okresie 3-6 miesięcy (RR 1.11 [95% CI (1.04-1.18)]), jak również wyższym prawdopodobieństwem wyłącznego karmienia piersią, bez względu na czas jego trwania. Nie odnaleziono natomiast dowodów wskazujących na istnienie

związku między wsparciem indywidualnym/interwencjami systemowymi i inicjacją jakiegokolwiek karmienia piersią (RR 1.00 [95% CI (0.99-1.02)]). Nie stwierdzono istotnego wpływu wsparcia indywidualnego i systemowego na prawdopodobieństwo jakiegokolwiek karmienia piersią w 6 miesiącu, ale też nie wykluczono potencjalnych korzyści (RR 1,07 [95% CI (0,98-1,16)]). Wykazano natomiast znamionny, ale niezbyt silny pozytywny związek między wsparciem na poziomie indywidualnym/interwencjami systemowymi i wyłącznym karmieniem piersią w wieku 6 miesięcy (RR 1,16 [95% CI (1,02-1,32)]).

Wpływ interwencji edukacyjnych w zakresie karmienia piersią na wskaźniki stanu zdrowia matek i ich dzieci

W przeglądzie systematycznym i metaanalizie (Patnode 2016) zidentyfikowano jedynie dowody dotyczące wpływu wsparcia na poziomie indywidualnym połączonego z interwencjami edukacyjnymi na poziomie systemu opieki zdrowotnej na choroby układu pokarmowego dzieci. Nie znaleziono dowodów wskazujących na korzyści polegające na redukcji ryzyka zapalenia ucha środkowego u dzieci czy też zmniejszenia liczby wizyt lekarskich z powodu chorób układu oddechowego. Nie zidentyfikowano żadnych badań, które dotyczyły wpływu interwencji polegających na wsparciu indywidualnym i systemowym w zakresie karmienia piersią na wyniki zdrowotne u matek, takie jak poporodowa utrata masy ciała i zachorowalność na raka piersi.

Opinie ekspertów

Wszyscy eksperci zgodnie stwierdzili, że PPZ powinien być skierowany do kobiet w ciąży oraz do ich mężów/partnerów życiowych. Uważają za zasadne finansowanie programów polityki zdrowotnej z zakresu opieki nad kobietą ciężarną i w porożu ze szczególnym uwzględnieniem edukacji przedporodowej (szkoły rodzenia). Jednakże 2 ekspertów wskazało, że istnieją również argumenty przeciw dotyczące wzrostu odsetka cięć cesarskich oraz wskazali ryzyko zatrudnienia pseudomedyków w postaci doul, czy osób „doświadczonych” poprzez swoją własną historię położniczą zamiast merytorycznych profesjonalistów medycznych. Eksperti kliniczni wskazywali również na aspekty jakie powinny zostać podjęte w ramach interwencji oraz potencjalny zakres tematyczny edukacji przedporodowej.

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

Z upoważnienia Prezesa
ZASTĘPCA PREZESA
Anna Kowalczyk
/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.431.78.2024 „Szkola rodzenia – program edukacji przedporodowej dla przyszłych rodziców w Gminie Debrzno na lata 2024-2026” oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 193/2024 z dnia 9 grudnia 2024 roku o projekcie programu „Szkola rodzenia – program edukacji przedporodowej dla przyszłych rodziców w Gminie Debrzno na lata 2024-2026”.