



**Opinia**  
**Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych**  
**nr 290/2013 z dnia 9 grudnia 2013 r.**  
**o projekcie programu „ABC dla przyszłych rodziców” – program**  
**profilaktyczno-edukacyjny w zakresie edukacji przedporodowej**  
**powiatu bieruńsko-lędzkiego**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości wydaję negatywną opinię o projekcie programu „ABC dla przyszłych rodziców” – program profilaktyczno-edukacyjny w zakresie edukacji przedporodowej powiatu bieruńsko-lędzkiego.

**Uzasadnienie**

Przedmiotowy program nie zawiera wszystkich elementów programu zdrowotnego proponowanych przez AOTM. Określono cele główne oraz cele szczegółowe, opisano etapy programu, zakres interwencji oraz jej kluczowe elementy. Autorzy nie sprecyzowali jednakże kwestii kwalifikacji uczestniczek do programu, która zgodnie z zaleceniami powinna być przeprowadzona przez lekarza prowadzącego. Nie podano kryteriów kwalifikacji, więc nie jest jasne, które uczestniczki mają możliwość wzięcia udziału w programie.

W projekcie przewidziano monitorowanie i ewaluację programu, jednak nie wskazano, w jaki sposób będą się one odbywały. Jedynym miernikiem ujętym w treści projektu programu jest ocena zgłaszalności, tym samym nie jest możliwa pełna ewaluacja efektywności interwencji i osiągnięcia obranych celów. Nawiązując do treści programu, autorzy planują przeprowadzenie badania ankietowego. Nie sprecyzowano jednak, jakiego aspektu programu ankietę będzie dotyczyła; czy jest to ocena jakości programu, czy ocena świadomości i wiedzy dot. problemu zdrowotnego przed i po przeprowadzeniu interwencji.

Ponadto autorzy podają koszt całkowity interwencji, ograniczając się wyłącznie do szacunkowego kosztu udziału w programie dla jednej pary. Nie podano informacji dot. kosztów kampanii informacyjnej oraz obsługi programu.

**Przedmiot wniosku**

Przedmiotem opinii jest projekt programu zdrowotnego profilaktyczno-edukacyjnego w zakresie opieki przedporodowej dla powiatu bieruńsko-lędzkiego. Programem ma zostać objęte 80 par zamieszkujących powiat bieruńsko-lędzki. Program będzie realizowany w 2014 r. od chwili podpisania umowy z wybranym realizatorem do 15 grudnia 2014 r., bądź do wyczerpania środków na cel programu. Na realizację programu przeznaczono 20 000 zł.

**Problem zdrowotny**

Edukacja stanowi istotny element opieki przedporodowej, szczególnie w odniesieniu do kobiet przygotowujących się do pierwszego porodu. Opiniowane programy jst przewidują finansowanie edukacji przedporodowej w szkołach rodzenia o programach ukierunkowanych na ogólnie rozumiane przygotowanie do porodu i połogu, w ogólnej populacji kobiet w ciąży.



W opiniowanych projektach problem zdrowotny, któremu mają zapobiegać proponowane działania profilaktyczne, nie został jednolicie zdefiniowany; zakres oczekiwanych przez samorządy konsekwencji organizowania szkół rodzenia obejmuje różnorodne skutki: od przygotowania do porodu i podniesienia poziomu edukacji, poprzez poprawę stanu zdrowia ciężarnych i noworodków, po zmniejszenie liczby powikłań okołoporodowych.

Finansowanie szkół rodzenia (pod warunkiem ich skuteczności) przez jednostki samorządu terytorialnego wydaje się zbieżne z celem operacyjnym nr 7 Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015, sformułowanym jako „Poprawa opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem”; ponadto administracja samorządowa, w myśl dokumentów programowych NPZ, ma być jednym z podmiotów odpowiedzialnych za realizację wspomnianego celu. „Poprawa jakości i skuteczności opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem do lat 3” należy do priorytetów zdrowotnych, określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia.

Aktualnie jako główne cele, do jakich prowadzić ma poprawa poziomu opieki perinatalnej w Polsce, wymienia się obniżenie częstości występowania wcześniactwa i małej masy urodzeniowej ciała. Przeanalizowane dane naukowe (przeeglądy systematyczne i wytyczne praktyki klinicznej oparte na przeglądzie systematycznym) nie umożliwiają jednak wyciągnięcia jakichkolwiek wiarygodnych wniosków w odniesieniu do hipotetycznego wpływu uczestnictwa w szkole rodzenia na poprawę w zakresie wymienionych wskaźników (patrz niżej: efektywność szkół rodzenia). Nie należy jednak umniejszać wagi ewentualnego wpływu edukacji w szkołach rodzenia na takie aspekty jakości życia kobiet (i ich rodzin) jak zmniejszenie niepokoju i lęku przed porodem, m.in. poprzez poczucie posiadania niezbędnej wiedzy dotyczącej przebiegu porodu czy opieki nad niemowlęciem.

### **Alternatywne świadczenia**

Opieka zdrowotna nad kobietami ciężarnymi i niemowlętami, w tym w szczególności przygotowanie kobiety do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa, jest sprawowana przede wszystkim w ramach podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, finansowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Organizacja edukacji w szkołach rodzenia nie należy w Polsce do standardu opieki nad ciężarną. Kobiety mogą poszukiwać tego typu edukacji w prywatnych szkołach rodzenia (płatnych) lub w szkołach przyszpitalnych, finansowanych lub dofinansowywanych ze środków samorządowych.

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

Wnioski z oceny problemu zdrowotnego

Podsumowanie rekomendacji klinicznych dotyczących opieki nad kobietą ciężarną:

Diagnostyka w kierunku cukrzycy ciężarnych

- Diagnostyka ciężarnych w kierunku cukrzycy ciążyowej powinna być wykonywana przez wszystkich lekarzy położników w warunkach ambulatoryjnych. Tylko w nielicznych, wybranych przypadkach celowa jest hospitalizacja.

Depresja poporodowa

- Kobiety przed lub w trakcie 36 tygodnia ciąży powinny być informowane m. in o baby blues i depresji poporodowej.
- Z wszystkimi kobietami ciężarnymi powinno się przeprowadzać wywiad w kierunku wcześniejszych zaburzeń psychicznych oraz obciążenia rodzinnego;
- Kobiety po urodzeniu powinny wypełniać EPDS w ramach skryningu depresji poporodowej;

Podsumowanie dowodów naukowych dotyczących opieki nad kobietą ciężarną oraz edukacji przedporodowej:

Aktywność fizyczna w czasie trwania ciąży

- Ze względu na niewystarczającą liczbę dowodów, nie można wnioskować o wpływie ćwiczeń fizycznych na występowanie stanu przedrzucawkowego;
- Regularne ćwiczenia aerobowe w trakcie ciąży przyczyniają się do poprawy sprawności fizycznej kobiety, jednak dostępne dowody są niewystarczające, aby wnioskować o znaczącym ryzyku lub korzyściach dla matki i dziecka;
- Brakuje dostatecznej liczby dowodów, aby rekomendować lub odradzać kobietom w ciąży z cukrzycą uczestniczenia w programach ćwiczeń fizycznych, jednak wyższy poziom aktywności fizycznej przed i na początku trwania ciąży jest związany ze znacząco niższym ryzykiem rozwoju cukrzycy;
- Istnieje trochę dowodów wskazujących na to, że ćwiczenia PFMT wykonywane przez kobiety spodziewające się pierwszego dziecka mogą zapobiegać nietrzymaniom moczu w późnym okresie ciąży oraz po porodzie.

Karmienie piersią oraz porady laktacyjne

- Poradnictwo okazało się skuteczniejszą metodą niż standardowa opieka mająca na celu zainicjowanie karmienia piersią. Jednak, ponieważ większość włączonych badań była słaba metodologicznie, a efekty edukacji dotyczącej karmienia piersią były stosunkowo niewielkie, nie można rekomendować, żadnej specyficznej metody edukacji dotyczącej karmienia piersią;
- Nie odnaleziono wystarczających dowodów, aby wykazać efektywność jakiegokolwiek interwencji (włączając w to edukację dotyczącą karmienia piersią, leczenie farmakologiczne oraz alternatywne terapie) w zapobieganiu zapaleniu sutków w okresie karmienia piersią;
- Wszystkim kobietom powinno się oferować wsparcie w zakresie karmienia ich dzieci piersią w celu wydłużenia czasu trwania karmienia piersią;
- Wsparcie może być oferowane zarówno przez specjalistów jak i przez wolontariuszy;
- Wsparcie powinno być udzielane zgodnie z potrzebami oddziału jak i potrzebami populacji docelowej;

Edukacja dotycząca antykoncepcji w okresie połogu i karmienia piersią

- Edukacja w okresie połogu, dotycząca stosowania antykoncepcji, prowadzi do częstszego stosowania metod antykoncepcyjnych i mniejszej ilości nieplanowanych ciąży. Efektywne są zarówno krótkoterminowe interwencje, jak i te obejmujące kilka spotkań;

Zapobieganie negatywnym skutkom psychologicznym ciąży

- Interwencje typu „umysł-ciało” (np. joga) mogą pozytywnie wpływać na redukcję lęku w ciąży;
- Prowadzenie treningu relaksacyjnego przez pielęgniarki dla kobiet ciężarnych z grup niskiego ryzyka z wysokim poziomem lęku i niepokoju, może zmniejszyć liczbę niepotrzebnie wykonywanych cięć cesarskich;
- Żadne z odnalezionych badań nie dostarczyło wystarczających dowodów aby rekomendować rutynową ocenę psychologiczną w ciąży jako interwencję, która wpływa na poprawę zdrowia psychicznego w okresie około-porodowym;

- Interwencje psychospołecznie nie redukują liczby kobiet, u których występuje depresja poporodowa, mimo to, obiecujące są interwencje polegające na udzielaniu intensywnego wsparcia po porodzie przez wykwalifikowane osoby.
- Brakuje dowodów przemawiających za ty, że przekazywanie dużej liczby lub małej liczby informacji w trakcie wykonywania badania USG wpływa na redukcję niepokoju kobiety ciężarnej lub na poprawę jej zachowań zdrowotnych.

#### Redukcja stosowania używek w trakcie trwania ciąży

- Wnioski z ograniczonej liczby dowodów sugerują, że psychologiczne i edukacyjne interwencje mogą skutkować zwiększeniem liczby kobiet ciężarnych, które nie piją alkoholu, a także zredukowaniem ilości spożywanego alkoholu.
- Interwencje dotyczące zaprzestania palenia przez kobiety w ciąży redukują liczbę kobiet, które kontynuują palenie tytoniu w późniejszym okresie ciąży, a także redukują liczbę dzieci o niskiej masie urodzeniowej i liczbę przedwczesnych porodów. Interwencje dotyczące zachęcania kobiet ciężarnych do zaprzestania palenia, powinny być stosowane na każdym oddziale położniczym.

Nie odnaleziono analiz ekonomicznych badających efektywność kosztów prowadzenia szkół rodzenia w ogólnej populacji ciężarnych (bez dodatkowych czynników ryzyka).

#### **Wnioski z oceny programu zdrowotnego powiatu bieruńsko-lędzkiego**

Przedmiotowy program nie zawiera wszystkich elementów programu zdrowotnego proponowane przez AOTM. Określono cele główne oraz cele szczegółowe. Opisano etapy programu, zakres interwencji oraz jej kluczowe elementy. Autorzy nie sprecyzowali kwestii kwalifikacji uczestniczek do programu, która zgodnie z zaleceniami powinna być przeprowadzona przez lekarza prowadzącego. Nie podano kryteriów kwalifikacji, więc nie jest jasne, które uczestniczki mają możliwość wzięcia udziału w programie. Tryb zgłaszania do programu nie został określony, domyślnie, jak wynika z treści projektu, ma on charakter spontaniczny. Autorzy określili wyłącznie wymiar godzinowy zajęć edukacyjnych (teoretycznych i praktycznych). Projekt przewiduje przeprowadzenie akcji informacyjnej wykorzystując stronę internetową Starostwa Powiatowego, broszurek oraz plakatów. Nie uwzględniono jednak, w jakich miejscach plakaty zostaną umieszczone i w jaki sposób rzeczony broszurki zostaną rozdysponowane. Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Określono także zakres wymagań wobec realizatora, które są niezbędne do przeprowadzenia interwencji. Autorzy nie uwzględnili sposobu zakończenia udziału w programie. Działania z zakresu szkół rodzenia są rekomendowane przez liczne towarzystwa naukowe. Jest niewiele dowodów, że uczestnictwo w szkole rodzenia wpływa na jakiegokolwiek parametry porodu (takie jak droga porodu czy zastosowanie znieczulenia), niemniej jednak istnieją pewne dane, pochodzące z badań jakościowych, wskazujące na możliwość poprawy w zakresie doświadczeń porodu i rodzicielstwa w wyniku uczestnictwa w szkołach rodzenia typu participant-led w porównaniu z udziałem w typowej szkole rodzenia. Poprawnie przeprowadzone badania jakościowe wskazują na ogólnie pozytywny odbiór szkół rodzenia przez kobiety. Większość kobiet wyraża zadowolenie z zajęć prowadzonych w ramach szkół rodzenia, w kwestiach odnoszących się do ciąży i porodu; jednocześnie istnieje wyraźne zapotrzebowanie na więcej informacji dotyczących zagadnień związanych z okresem po porodzie, w tym z ogólnie rozumianą opieką nad niemowlęciem. Z odnalezionych przeglądów systematycznych wynika, iż: regularne ćwiczenia aerobowe w trakcie ciąży przyczyniają się do poprawy sprawności fizycznej kobiety, jednak dostępne dowody są niewystarczające, aby wnioskować o znaczącym ryzyku lub korzyściach dla matki i dziecka; istnieje trochę dowodów wskazujących na to, że ćwiczenia PFMT wykonywane przez kobiety spodziewające się

pierwszego dziecka mogą zapobiegać nietrzymaniu moczu w późnym okresie ciąży oraz po porodzie; poradnictwo okazało się skuteczniejszą metodą niż standardowa opieka mająca na celu zainicjowanie karmienia piersią; edukacja w okresie połogu, dotycząca stosowania antykoncepcji, prowadzi do częstszego stosowania metod antykoncepcyjnych i mniejszej ilości nieplanowanych ciąży; interwencje typu „umysł-ciało” (np. joga) mogą pozytywnie wpływać na redukcję lęku w ciąży; prowadzenie treningu relaksacyjnego przez pielęgniarki dla kobiet ciężarnych z grup niskiego ryzyka z wysokim poziomem leku i niepokoju, może zmniejszyć liczbę niepotrzebnie wykonywanych cięć cesarskich; wnioski z ograniczonej liczby dowodów sugerują, że psychologiczne i edukacyjne interwencje mogą skutkować zwiększeniem liczby kobiet ciężarnych, które nie piją alkoholu, a także zredukowaniem ilości spożywanego alkoholu; interwencje dotyczące zaprzestania palenia przez kobiety w ciąży redukują liczbę kobiet, które kontynuują palenie tytoniu w późniejszym okresie ciąży, a także redukują liczbę dzieci o niskiej masie urodzeniowej i liczbę przedwczesnych porodów. W projekcie przewidziano monitorowanie i ewaluację programu, jednak nie opisano dokładnie, w jaki sposób będą się one odbywały. Jedynym miernikiem ujętym w treści projektu programu jest ocena zgłaszalności, tym samym nie jest możliwa pełna ewaluacja efektywności interwencji i osiągnięcia obranych celów. Nawiązując do treści programu, autorzy planują przeprowadzenie badania ankietowego. Nie sprecyzowano jednak, jakiego aspektu programu ankietę będzie dotyczyła; czy jest to ocena jakości programu, czy ocena świadomości i wiedzy dot. problemu zdrowotnego przed i po przeprowadzeniu interwencji. Opis jest niepełny.

Autorzy podają koszt całkowity interwencji, ograniczając się wyłącznie do szacunkowego kosztu udziału w programie dla jednej pary. Nie podano informacji dot. kosztów kampanii informacyjnej oraz obsługi programu.

Odnosząc projekt opiniowanego programu do ogólnych kryteriów dobrze zaprojektowanego programu zdrowotnego (sformułowanych przez American Public Health Association) można stwierdzić, że:

I. Program odnosi się do ważnego problemu zdrowotnego, ponadto realizuje priorytety Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015.

II. Dostępność działań programu dla beneficjentów – autorzy przewidują przeprowadzenie akcji informacyjnej, jednak tryb zgłaszania ma charakter spontaniczny. Kryteria włączenia do programu nie zostały jednoznacznie określone, co nie zapewnia ograniczenia nadużywania oferowanych świadczeń.

III. Skuteczność działań – Działania z zakresu szkół rodzenia są rekomendowane przez liczne towarzystwa naukowe. Jest niewiele dowodów, że uczestnictwo w szkole rodzenia wpływa na jakiegokolwiek parametry porodu (takie jak droga porodu czy zastosowanie znieczulenia), niemniej jednak istnieją pewne dane, pochodzące z badań jakościowych, wskazujące na możliwość poprawy w zakresie doświadczeń porodu i rodzicielstwa w wyniku uczestnictwa w szkołach rodzenia typu participant-led w porównaniu z udziałem w typowej szkole rodzenia. Poprawnie przeprowadzone badania jakościowe wskazują na ogólnie pozytywny odbiór szkół rodzenia przez kobiety. Większość kobiet wyraża zadowolenie z zajęć prowadzonych w ramach szkół rodzenia, w kwestiach odnoszących się do ciąży i porodu; jednocześnie istnieje wyraźne zapotrzebowanie na więcej informacji dotyczących zagadnień związanych z okresem po porodzie, w tym z ogólnie rozumianą opieką nad niemowlęciem. Z odnalezionych przeglądów systematycznych wynika, iż: regularne ćwiczenia aerobowe w trakcie ciąży przyczyniają się do poprawy sprawności fizycznej kobiety, jednak dostępne dowody są niewystarczające, aby wnioskować o znaczącym ryzyku lub korzyściach dla matki i dziecka; istnieje trochę dowodów wskazujących na to, że ćwiczenia PFMT wykonywane przez kobiety spodziewające się pierwszego dziecka mogą zapobiegać nietrzymaniu moczu

w późnym okresie ciąży oraz po porodzie; poradnictwo okazało się skuteczniejszą metodą niż standardowa opieka mająca na celu zainicjowanie karmienia piersią; edukacja w okresie połogu, dotycząca stosowania antykoncepcji, prowadzi do częstszego stosowania metod antykoncepcyjnych i mniejszej ilości nie-planowanych ciąż; interwencje typu „umysł-ciało” (np. joga) mogą pozytywnie wpływać na redukcję lęku w ciąży; prowadzenie treningu relaksacyjnego przez pielęgniarki dla kobiet ciężarnych z grup niskiego ryzyka z wysokim poziomem leku i niepokoju, może zmniejszyć liczbę niepotrzebnie wykonywanych cięć cesarskich; wnioski z ograniczonej liczby dowodów sugerują, że psychologiczne i edukacyjne interwencje mogą skutkować zwiększeniem liczby kobiet ciężarnych, które nie piją alkoholu, a także zredukowaniem ilości spożywanego alkoholu; interwencje dotyczące zaprzestania palenia przez kobiety w ciąży redukują liczbę kobiet, które kontynuują palenie tytoniu w późniejszym okresie ciąży, a także redukują liczbę dzieci o niskiej masie urodzeniowej i liczbę przedwczesnych porodów.

IV. W Projekcie podjęto próbę oszacowania kosztów realizacji programu. Koszty całkowite wynoszą 20 000 zł. Koszt jednostkowy na parę rodziców wynosi 250 zł. Nie podano informacji dot. kosztów kampanii informacyjnej oraz obsługi programu.

V. W Programie opisano system monitorowania oczekiwanych efektów i jego realizacji, jednak jest on niekompletny. Jedynym miernikiem ujętym w treści projektu programu jest ocena zgłaszalności. Autorzy planują przeprowadzenie badania ankietowego. Nie sprecyzowano jednak, jakiego aspektu programu ankietą będzie dotyczyła; czy jest to ocena jakości programu, czy ocena świadomości i wiedzy dot. problemu zdrowotnego przed i po przeprowadzeniu interwencji.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, wydaję opinię jak na wstępie.

#### **Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 48 ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z uwzględnieniem „ABC dla przyszłych rodziców” – program profilaktyczno-edukacyjny w zakresie edukacji przedporodowej realizowany przez Powiat bieruńsko-lędziński, AOTM-OT-441-184/2013, Warszawa, listopad 2013 i aneksu: „Programy z zakresu opieki nad kobietą ciężarną i w połogu ze szczególnym uwzględnieniem edukacji przedporodowej”, Aneks do raportów szczegółowych, Warszawa, listopad 2012.

Inne wykorzystane źródła danych, oprócz wskazanych w ww. raporcie:

1. Nie dotyczy