**Załącznik nr 1** do otwartego konkursu ofert z dnia 7 lipca 2023 roku na realizację programu polityki zdrowotnej Poprawa jakości opieki okołoporodowej mieszkanek Wrocławia pn. „Pokoje Narodzin”

PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ

**Poprawa jakości opieki okołoporodowej mieszkanek Wrocławia pn. „Pokoje Narodzin”**Pilotaż Programu w 2023 roku

Opracowano na podstawie art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285) 

**Spis treści**

[1. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej 4](#_Toc139533288)

[1.1. Opis problemu zdrowotnego 4](#_Toc139533289)

[1.1.1. Opieka okołoporodowa 4](#_Toc139533290)

[1.1.2. Standard opieki okołoporodowej w Polsce 4](#_Toc139533291)

[1.1.3. Wskaźniki jakości opieki okołoporodowej 7](#_Toc139533292)

[1.1.4. Okołoporodowe zaburzenia psychiczne 9](#_Toc139533293)

[1.2. Dane epidemiologiczne 12](#_Toc139533294)

[1.2.1. Polska 12](#_Toc139533295)

[1.2.2. Miasto Wrocław 13](#_Toc139533296)

[1.3. Opis obecnego postępowania z pacjentkami 15](#_Toc139533297)

[1.4. Uzasadnienie wdrożenia Programu 21](#_Toc139533298)

[2. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji 29](#_Toc139533299)

[2.1. Cel główny 29](#_Toc139533300)

[2.2. Cele szczegółowe: 29](#_Toc139533301)

[2.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej 30](#_Toc139533302)

[3. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej 31](#_Toc139533303)

[3.1. Populacja docelowa 31](#_Toc139533304)

[3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej 31](#_Toc139533305)

[3.2.1. Kobiety ciężarne 31](#_Toc139533306)

[3.2.2. Szkolenie kadry medycznej 32](#_Toc139533307)

[3.2.3. Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej 33](#_Toc139533308)

[3.3. Interwencje planowane w Programie 34](#_Toc139533309)

[3.3.1. Moduł I – Kampania informacyjno-promocyjna 34](#_Toc139533310)

[3.3.2. Moduł II – Szkolenia dla przedstawicieli kadry medycznej Realizatora Programu 35](#_Toc139533311)

[3.3.3. Moduł III – Kwalifikacja kobiet ciężarnych do Programu 35](#_Toc139533312)

[3.3.4. Moduł III – Poród rodzinny 36](#_Toc139533313)

[3.3.5. Moduł IV – Zamknięcie udziału w Programie (w czasie hospitalizacji związanej z porodem). 37](#_Toc139533314)

[3.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej 37](#_Toc139533315)

[3.4.1. Spójność merytoryczna i organizacyjna 38](#_Toc139533316)

[3.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej 39](#_Toc139533317)

[4. Organizacja programu polityki zdrowotnej 40](#_Toc139533318)

[4.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów 40](#_Toc139533319)

[4.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych 41](#_Toc139533320)

[4.2.1. Szkolenie kadry medycznej 41](#_Toc139533321)

[4.2.2. Opieka w czasie ciąży i porodu 41](#_Toc139533322)

[5. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej 45](#_Toc139533323)

[5.1. Monitorowanie 45](#_Toc139533324)

[5.2. Ewaluacja 46](#_Toc139533325)

[6. BUDŻET PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ 50](#_Toc139533326)

[6.1. Źródła finansowania 50](#_Toc139533327)

[6.2. Koszty całkowite 50](#_Toc139533328)

[Załączniki 51](#_Toc139533329)

[7.1. Kwestionariusz PHQ 9 51](#_Toc139533330)

[Spis tabel, wykresów i rysunków 53](#_Toc139533331)

[Bibliografia 54](#_Toc139533332)

# **1. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej**

## Opis problemu zdrowotnego

### Opieka okołoporodowa

Opieka okołoporodowa obejmuje okres ciąży, porodu i połogu. Kobieta i dziecko mają zapewnioną opiekę ginekologiczno-położniczą oraz pomoc w zakresie odżywiania[[1]](#endnote-2), aktywności fizycznej, badań przesiewowych, szczepień ochronnych oraz wsparcie psychologiczno-psychiatryczne.

Poprawa jakości oraz skuteczności tej opieki jest jednym z priorytetów polskiej ochrony zdrowia od 2009 (aktualizacja w 2018 roku[[2]](#endnote-3)). Zapewnienie prawidłowej opieki zdrowotnej kobiecie w ciąży poprzez wdrażanie standardu opieki, umożliwienie dostępu do konsultacji, badań, edukacji zdrowotnej oraz przestrzeganie praw pacjentek w opiece okołoporodowej, są kluczowe dla dobrego startu w nowe życie dziecka i rodziny. W Polsce, zgodnie ze standardami okołoporodowymi opieka dla kobiet w ciąży powinna być kompleksowa, multidyscyplinarna, obejmująca, nie tylko interwencje kliniczne ale także edukację zdrowotną i monitorowanie zachowań prozdrowotnych w czasie ciąży i po porodzie. Nieprawidłowa opieka oraz niewłaściwy styl życia kobiety w ciąży mogą wpłynąć na słabszy rozwój dziecka w okresie prenatalnym i niemowlęcym, m.in. na powolniejszy wzrost, pogorszenie funkcjonowania niektórych narządów czy rozwój intelektualny. Jednocześnie w okresie ciąży, porodu i połogu mogą występować czynniki wpływające negatywnie na rozwój dziecka. Mogą być to świadome lub nieświadome działania lub zaniechania, głównie przez kobietę lub przez jej otoczenie, które ujemnie wpływają na zdrowie, rozwój fizyczny i psychospołeczny oraz życie dziecka.

Rozpoznanie potrzeb kobiet w okresie ciąży i połogu oraz wdrożenie właściwego postępowania polegającego na wsparciu edukacyjnym oraz zapewnieniu dostępu do opieki specjalistycznej w znacznym stopniu przyczyni się do zapewnienia kobiecie bezpieczeństwa oraz szybkiego reagowania na nieprawidłowości stanowiące zagrożenie dla matki i dziecka.

### Standard opieki okołoporodowej w Polsce

Celem opieki okołoporodowej jest doskonalenie jej jakości poprzez przestrzeganie standardów opieki medycznej nad kobietą, tak aby zmniejszyć częstość zachorowań i zgonów matek, umieralność okołoporodową noworodków, obniżyć odsetek porodów przedwczesnych i urodzeń noworodków o niskiej masie.

Brak jest danych ogólnych dotyczących jakości z prowadzonej opieki okołoporodowej przez cały okres ciąży i połogu. Fundacja „Rodzić po Ludzku” prowadzi badania monitorujące przestrzeganie standardu i jakości głównie w zakresie samego porodu. Zdrowie kształtuje się od wczesnego okresu życia osobniczego, tak więc od prawidłowo przebiegającej ciąży i porodu, zależny jest rozwój fizyczny i intelektualny. W ostatnich latach opieka nad kobietą w ciąży fizjologicznej ulega systematycznej poprawie poprzez wprowadzenie zmian w standardzie opieki okołoporodowej (ostatnia zmiana w 2018 roku - Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16.08.2018 r., Dz. U. z 2018 r. poz. 1756 z późn. zm.). W ramach standardu zostały wprowadzone interwencje dotyczące nie tylko postępowania w zakresie ginekologii i położnictwa, lecz także w zakresie dietetyki, edukacji zdrowotnej czy psychologii i psychiatrii. Nie określono pełnego zakresu świadczeń i formy realizacji wszystkich zadań np. edukacji zarówno kobiet, jak i personelu medycznego. Tymczasem edukacja przedporodowa ma ogromne znaczenie dla rodziców, którzy oczekują narodzin swojego dziecka. Dla wielu z nich jest ona pierwszym i często jedynym źródłem aktualnej, medycznej wiedzy, przekazanej przez profesjonalistów. Nabycie wiedzy a przede wszystkim umiejętności w zakresie zachowań prozdrowotnych pozwoli zadbać o stan zdrowia własnego i dziecka, co korzystnie wpływa na zmniejszenie patologii położniczych, wcześniactwa i porodów dzieci z niską masą urodzeniową.

**Tabela 1. Postępowanie w ciąży fizjologicznej w ramach standardu opieki okołoporodowej**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Termin badania** | **Świadczenia profilaktyczne**  **wykonywane przez lekarza lub położną**  **i działania w zakresie promocji zdrowia** | **Badania diagnostyczne i konsultacje medyczne** |
| Do 10 tyg. ciąży lub w chwili pierwszego zgłoszenia się | 1. Badanie podmiotowe  i przedmiotowe.  2. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.  3. Badanie gruczołów sutkowych.  4. Określenie wzrostu i masy ciała i wskaźnika BMI.  5. Ocena ryzyka ciążowego.  6. Propagowanie zdrowego stylu  Życia.  7. Przekazanie informacji  o możliwości wykonania badań  w kierunku chorób uwarunkowanych  genetycznie.  8. W przypadku opieki sprawowanej przez położną obowiązkowa konsultacja lekarza położnika.  9. Zebranie danych dotyczących zdrowego stylu życia i nawyków żywieniowych, w tym spożywania alkoholu i innych używek. | 1. Grupa krwi i Rh, o ile ciężarna nie posiada odpowiednio udokumentowanego badania grupy krwi.  2. Przeciwciała odpornościowe do antygenów krwinek czerwonych.  3. Morfologia krwi.  4. Badanie ogólne moczu.  5. Badanie cytologiczne, o ile nie było wykonywane w ciągu ostatnich 6 miesięcy.  6. Badanie stężenia glukozy we krwi na czczo, ewentualnie OGTT u kobiet z czynnikami  ryzyka GDM.  7. Badanie VDRL.  8. Zalecenie kontroli stomatologicznej.  9. Badanie HIV i HCV.  10. Badanie w kierunku toksoplazmozy (IgG, IgM), o ile ciężarna nie przedstawi wyniku potwierdzającego występowanie przeciwciał IgG sprzed ciąży.  11. Badanie w kierunku różyczki (IgG, IgM), o ile ciężarna nie chorowała lub nie była szczepiona lub w przypadku braku informacji.  12. Oznaczenie TSH. |
| 11-14 tydz. ciąży | 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe.  2. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.  3. Pomiar masy ciała.  4. Ocena ryzyka ciążowego.  5. Ocena ryzyka i nasilenia objawów depresji.  6. Propagowanie zdrowego stylu życia. | Badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników (PTGiP). |
| 15-20 tydz. ciąży | 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe.  2. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.  3. Pomiar masy ciała.  4. Ocena ryzyka ciążowego.  5. Propagowanie zdrowego stylu życia. | 1. Morfologia krwi.  2. Badanie ogólne moczu. |
| 18-22 tydz. ciąży |  | Badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami PTGiP. |
| 21-26 tydz. ciąży | Rozpoczęcie edukacji przedporodowej. |  |
| 21-26 tydz. ciąży | 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe.  2. Ocena czynności serca płodu.  3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.  4. Pomiar masy ciała.  5. Ocena ryzyka ciążowego.  6. Propagowanie zdrowego stylu życia.  7. W przypadku opieki sprawowanej przez  położną konsultacja lekarza | 1. Badanie stężenia glukozy we krwi po doustnym podaniu 75 g glukozy (w 24–26 tygodniu ciąży) – trzypunktowe oznaczenie stężenia glukozy: przed podaniem glukozy (na czczo), po 1 i 2 godz. od podania glukozy.  2. Badanie ogólne moczu.  3. Przeciwciała anty-D u kobiet Rh (–).  4. U kobiet z ujemnym wynikiem w I trymestrze – badanie w kierunku toksoplazmozy (IgM). |
| 27-32 tydz. ciąży | 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe.  2. Ocena czynności serca płodu.  3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.  4. Pomiar masy ciała.  5. Ocena ryzyka ciążowego.  6. Propagowanie zdrowego stylu życia. | 1. Morfologia krwi.  2. Badanie ogólne moczu.  3. Przeciwciała anty-D u kobiet Rh (‑).  4. Badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami  PTGiP.  5. W przypadku występowania wskazań – podanie  immunoglobuliny anty-D (28–30 tydzień  ciąży). |
| 33-37 tydz. ciąży | 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe.  2. Badanie położnicze.  3. Ocena wymiarów miednicy.  4. Ocena czynności serca płodu.  5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.  6. Ocena ruchów płodu.  7. Badanie gruczołów sutkowych.  8. Pomiar masy ciała.  9. Ocena ryzyka ciążowego.  10. Ocena ryzyka i nasilenia objawów depresji.  11. Propagowanie zdrowego stylu życia. | 1. Morfologia krwi.  2. Badanie ogólne moczu.  3. Badanie antygenu HBs.  4. Badanie HIV.  5. Posiew z pochwy i odbytu w kierunku paciorkowców B-hemolizujących (35–37 tydzień ciąży).  6. Badanie VDRL, HCV w grupie kobiet ze zwiększonym populacyjnym lub indywidualnym ryzykiem zakażenia. |
| 38-39 tydz. ciąży | 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe.  2. Badanie położnicze.  3. Ocena ruchów płodu.  4. Ocena czynności serca płodu.  5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.  6. Pomiar masy ciała.  7. Ocena ryzyka ciążowego.  8. Propagowanie zdrowego stylu życia.  9. W przypadku opieki sprawowanej przez  położną konsultacja lekarza położnika. | 1. Badanie ogólne moczu.  2. Morfologia krwi. |
| Po 40 tyg. ciąży | 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe.  2. Badanie położnicze.  3. Ocena ruchów płodu.  4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.  5. Pomiar masy ciała.  6. Ocena ryzyka ciążowego.  7. Przy prawidłowym wyniku KTG i USG oraz przy prawidłowym odczuwaniu ruchów płodu – kolejne badanie za 7 dni, z ponownym KTG i USG. W trakcie tej wizyty należy ustalić datę hospitalizacji, tak aby poród miał miejsce przed końcem 42. tygodnia. W przypadku odstępstw od normy – indywidualizacja postępowania. | 1. Badanie KTG.  2. Badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami PTGiP.. |

### Wskaźniki jakości opieki okołoporodowej

W najnowszych wytycznych WHO „Intrapartum care for a positive childbirth experience”[[3]](#endnote-4) oraz ICHOM[[4]](#endnote-5) coraz mocniej podkreśla się potrzebę uwzględniania oczekiwań i monitorowania jakości życia kobiet (w trakcie i po zakończeniu porodu) a ich ocena wpływa na budowanie pozytywnego doświadczenia porodowego. Na doświadczenie porodowe i satysfakcję z samego porodu mają wpływ czynniki związane ze świadczoną opieką oraz czynniki osobnicze. Można je rozpatrywać w trzech obszarach: **jakości świadczonej opieki** (warunki zapewniane przez placówkę, wsparcie, komunikacja z personelem medycznym), **cech osobowych kobiety** (zdolności radzenia sobie w trakcie porodu, przygotowanie do porodu, relacja z dzieckiem), **stresu doświadczanego podczas porodu** (silny niepokój, urazy położnicze, interwencje medyczne, ból, długi poród, zły stan urodzonego dziecka). Ze względu na ograniczony zakres ogólnokrajowych danych dotyczących okresu okołoporodowego oraz samej opieki na poziomie pojedynczego świadczeniodawcy (czy grupy świadczeniodawców) obecny zakres danych nie pozwala na monitorowanie przebiegu opieki nad pojedynczą pacjentką przez ośrodek prowadzący czasami wyłącznie poród.

Wskaźniki EURO-PERISTAT to najbardziej kompleksowa ocena na temat zdrowia okołoporodowego, zawierająca wskaźniki dotyczące zdrowia i opieki nad kobietami ciężarnymi i dziećmi w Europie. Dane EURO-PERISTAT wskazują, że w Polsce, podobnie jak w innych krajach europejskich, obserwuje się dalsze obniżanie wskaźnika umieralności niemowląt, noworodków i martwych urodzeń. Porównanie lat 2010 i 2014 wykazuje spadek umieralności noworodków (z 3,1 do 2,4 na 1000 urodzeń) i niemowląt (z 5 na 4,2 na 1000 urodzeń) oraz martwych urodzeń (z 3 do 2,5 na 1000 urodzeń). Tempo spadku jest jednak niezadowalające, ponieważ w większości krajów europejskich te wskaźniki są niższe[[5]](#endnote-6),[[6]](#endnote-7).Jednocześnie w Polsce brak jest danych dotyczących poszczególnych grup ryzyka, a jednocześnie odsetek cięć cesarskich w Polsce jest jednym z najwyższych w Europie i wynosi 42,2% podobnie jak w Bułgarii (43,0%), Rumunii (45,9%), na Węgrzech (39,0%) i na Cyprze (56,9%).

We Wrocławiu odsetek cięć cesarskich wynosi 56% (dane miasta z narady ordynatorów i oddziałowych, oddziałów położniczo-ginekologicznych i neonatologicznych szpitali województwa dolnośląskiego) 5, 6.

**Tabela 2. Wskaźniki podstawowe - Euro Peristat**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wskaźniki podstawowe** | **Wskaźniki rekomendowane** |
| C1:Zgony płodów (według czasu trwania ciąży, masy urodzeniowej i wielorakości porodu)  C2:Zgony noworodków (według czasu trwania ciąży, masy urodzeniowej i wielorakości porodu)  C3:Zgony niemowląt(według czasu trwania ciąży, masy urodzeniowej i wielorakości porodu)  C4:Masa urodzeniowa(wedługrodzajuurodzenia,czasutrwaniaciążyiwielorakościporodu)  C5:Czas trwania ciąży(według rodzaju urodzenia i wielorakości porodu)  **C6:Zgony matek**  C7:Ciąże mnogie(według liczby płodów)  C8:Wiek matki  C9:Kolejność urodzenia  **C10:Sposób porodu(według kolejności urodzenia, wielorakości porodu, położenia płodu, poprzednich cięć cesarskich i czasu trwania ciąży).** | R1: Wybrane wady wrodzone  R2: Punktacja Apgar w 5 minucie  R3: Zgony płodów i noworodków z powodu wad wrodzonych  R4: Porażenie mózgowe  **R5: Przyczyny zgonów matek**  **R6: Poważne zachorowania matek**  **R7: Pęknięcie krocza**  **R8: Palenie tytoniu w czasie ciąży**  R9: Wykształcenie matek  R10: Grupy zawodowe rodziców  R11: Kraj urodzenia matki  **R12: Indeks masy ciała matki przed ciążą**  R13: Ciąże w wyniku leczenia niepłodności  **R14: Czas trwania ciąży w momencie pierwszej wizyty**  **R15: Sposób rozpoczęcia porodu**  **R16: Miejsce porodu według rocznej liczby porodów**  R17: Noworodki bardzo przedwcześnie urodzone w szpitalach bez oddziału intensywnej opieki nad noworodkiem  R18: Nacięcie krocza  R19: Urodzenia bez interwencji położniczej  R20: Karmienie piersią bezpośrednio po porodzie. |

### Okołoporodowe zaburzenia psychiczne

Okołoporodowe zaburzenia psychiczne należą do najważniejszych problemów, jakie mogą występować u kobiet w końcowym okresie ciąży lub w połogu. Ponieważ zaburzenia te rozpoznaje się zbyt rzadko, wiele chorych potrzebujących pomocy nie otrzymuje właściwego leczenia. Dotyczy to także okresu perinatalnego. Zatem, aby zmniejszyć ryzyko zachorowania, ważna jest odpowiednia diagnostyka i edukacja przyszłych matek już na etapie ciąży oraz dostęp kobiet po porodzie z określonymi objawami zaburzeń psychicznych do psychologów. Z uwagi na fakt, że w ramach szkół rodzenia Program jest skoncentrowany głównie na przygotowaniach kobiet do porodu i obejmuje przede wszystkim edukację zdrowotną, konieczne jest szersze podjęcie badań przesiewowych w kierunku identyfikacji zaburzeń psychicznych oraz bezpośredniego szybkiego dostępu do specjalistów w zakresie zaburzeń psychicznych.

Depresja w czasie ciąży może dotyczyć 13% kobiet, a dane z badań w USA wskazują, że jedynie ok. 15% pacjentek z rozpoznaniem [depresji](https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/choroby/69882,depresja?autolink=1) korzysta z terapii[[7]](#footnote-2). Rozpoznawanie okołoporodowych zaburzeń psychicznych oraz stosowanie odpowiedniego leczenia pozwoliłoby zmniejszyć skalę problemu samobójstw wśród młodych matek (będących jedną z głównych przyczyn śmierci kobiet w okresie poporodowym w krajach wysoko rozwiniętych)[[8]](#endnote-8). Choć na ogół w badaniach naukowych, oraz w opiece klinicznej największy nacisk kładzie się na okres poporodowy, należy pamiętać, że duże znaczenie ma także obecność objawów depresji u kobiet w okresie ciąży. Według danych pochodzących z metaanalizy badań dotyczących częstości występowania depresji w ciąży i okresie poporodowym szacuje się, że epizody dużej depresji to 3,8% pod koniec pierwszego, 4,9% pod koniec drugiego i 3,1% pod koniec trzeciego trymestru ciąży7.

**Tabela 3.Stopnie nasilenia depresji7**

|  |
| --- |
| Depresja łagodna, depresja poronna   * Subdepresja - podstawowe objawy i cechy depresji mają niewielkie nasilenie; mogą występować pojedyncze charakterystyczne cechy depresji (zmęczenie, zniechęcenie, złe samopoczucie, brak zadowolenia, pogorszenie snu, gorszy apetyt) * Depresja maskowana (w obrazie klinicznym zwykle dominuje jeden z objawów przy braku wyraźniejszych psychopatologicznych objawów zespołu, zwłaszcza smutku, zniechęcenia, anhedonii) |
| Depresja o średnim nasileniu, depresja umiarkowana  podstawowe objawy i cechy depresji wykazują średnie nasilenie; zniechęcenie do życia; występuje wyraźne pogorszenie funkcjonowania społecznego i zawodowego |
| Depresja o dużym nasileniu, depresja ciężka   * Depresja ciężka bez objawów psychotycznych - dominuje smutek lub zobojętnienie, spowolnienie psychoruchowe, niekiedy lęk, niepokój, myśli i tendencje samobójcze występują często; bardzo duże zaburzenia funkcjonowania społecznego, niezdolność do pracy zawodowej * Depresja ciężka z objawami psychotycznymi - objawy jak wyżej oraz:   – urojenia winy, kary, hipochondryczne  – zahamowanie ruchowe, niekiedy osłupienie depresyjne (stupor)  – podniecenie ruchowe (depresja „agitowana”) |

Z występowaniem depresji wiąże się szereg poważnych konsekwencji społecznych i zdrowotnych zarówno dla matki, jak i jej dziecka. Istotny jest też tutaj status społeczno-ekonomiczny ciężarnej. Rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych wynosi 12,7% w okresie ciąży do 7-19%, depresji postnatalnej, co jest najczęstszym powikłaniem poporodowymi[[9]](#endnote-9). 5,7% od momentu porodu do 2 miesięcy po urodzeniu dziecka, 6,5% po 6 miesiącach i 21,9% po 12 miesiącach.

W literaturze wskazuje się trzy główne zaburzenia emocjonalne okresu poporodowego:

1) przygnębienie poporodowe (baby blues), 2) depresja poporodowa, 3) psychoza poporodowa 7.

W ramach klasyfikacji ICD 10 zostały wyróżnione zaburzenia:

* F31 – zaburzenia afektywne dwubiegunowe,
* F32 - epizody depresyjne,
* F33 – zaburzenia depresyjne nawracające,
* F34 – uporczywe zaburzenia nastroju (afektywne) m.in. cyklotymia, dystymia,
* F53 – depresja poporodowa.

Obniżenie nastroju, do którego dochodzi po urodzeniu dziecka (czasami określane jako baby blues), jest zjawiskiem bardzo powszechnym, dotykającym od 30 do 80% kobiet w pierwszych 2 tygodniach po porodzie, przy czym jego przebieg jest zwykle łagodny, a objawy ustępują samoistnie, w związku z czym należy je różnicować z objawami klinicznej depresji poporodowej.

Do czynników sprzyjających rozwojowi depresji poporodowej zalicza się:

* wcześniejsze występowanie depresji w ciąży - co pięciokrotnie zwiększa ryzyko rozwinięcia depresji poporodowej, stąd tak istotne jest także diagnostyka w czasie ciąży,
* epizody depresji niezwiązane z ciążą w wywiadzie,
* baby blues,
* depresja lub inne zaburzenia psychiczne w rodzinie,
* stresujące wydarzenia życiowe w ostatnim okresie,
* brak wsparcia społecznego, także ze strony partnera, złe relacje małżeńskie,
* bezrobocie, trudna sytuacja finansowa matki.

Standard opieki okołoporodowej zakłada trzykrotną ocenę ryzyka i nasilenia objawów depresji u kobiety w okresie okołoporodowym, w tym dwie w czasie ciąży (w 11.-14. tyg. ciąży i w 33.-37. tyg. ciąży) oraz jedną po porodzie podczas wizyty patronażowej w miejscu zamieszkania albo pobytu matki i jej dziecka. W ramach rozporządzenia nie wskazano konkretnych narzędzi oceny ryzyka wystąpienia depresji. Lekarz położnik czy położna mogą wykorzystać dowolne narzędzia, przede wszystkim kwestionariusze przesiewowe zgodnie z aktualnymi zaleceniami i wiedzą medyczną - PHQ-9 (patrz załącznik nr 1), skala depresji Becka BDI-II[[10]](#endnote-10).

## Dane epidemiologiczne

### Polska

Od lat spada dzietność Polek i to bez względu na miejsce zamieszkania. W 2000 r. tzw. współczynnik dzietności (określający liczbę urodzonych dzieci przypadających na jedną kobietę w wieku rozrodczym) wynosił odpowiednio 1,367; na wsi 1,652, w miastach 1,201. Według ostatnich danych GUS za 2018 r. współczynnik dzietności w Polsce wyniósł średnio 1,43; na wsi 1,45 w miastach 1,42[[11]](#endnote-11). W 2017 r. w większości powiatów województwa dolnośląskiego w przeliczeniu na 1 000 mieszkańców przyrost naturalny przyjmował wartości ujemne (21 powiatów), przy czym najniższe w powiecie wałbrzyskim i ząbkowickim. Najwyższe wartości współczynnika przyrostu naturalnego odnotowano m.in. w powiecie wrocławskim, milickim, polkowickim i oławskim. Współczynnik urodzeń żywych w województwie wyniósł 9,8 promila w 2017 roku. Powyżej 10 urodzeń na 1000 mieszkańców w roku 2017 odnotowano w powiecie wrocławskim, Wrocławiu, powiatach polkowickim, milickim, oławskim, strzelińskim, oleśnickim, średzkim, trzebnickim, legnickim, wołoskim oraz Legnicy. Na 1000 mieszkańców województwa w 2017 roku przypadało 11,0 zgonów. Wśród powiatów najniższy poziom umieralności odnotowano w Wałbrzychu, Jeleniej Górze, powiatach ząbkowickim, dzierżoniowskim, wałbrzyskim, kłodzkim, jeleniogórskim, zgorzeleckim oraz jaworskim10.

Miasto Wrocław ma dodatni przyrost naturalny wynoszący -624. Odpowiada to przyrostowi naturalnemu -1,0 na 1000 mieszkańców Wrocławia. W 2020 roku urodziło się 7 281 dzieci. Średnia waga noworodków to 3 369 gramów. Współczynnik dynamiki demograficznej, czyli stosunek liczby urodzeń żywych do liczby zgonów wynosi -1,0 i jest znacznie niższy od średniej dla województwa oraz znacznie większy od współczynnika dynamiki demograficznej dla całego kraju[[12]](#endnote-12) (tabela 4).

Tabela 4. Dane demograficzne województwa Dolnośląskie w 2020 r.10

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Obszar** | **Urodzenia** | **Przyrost naturalny** | **Współczynnik dynamiki demograficznej** | **Urodzenia żywe na 1000 mieszkańców** | **Płodność (urodzenia żywe na 1000 kobiet w wieku 15-49 lat)** | **Współczynnik dzietności** |
| **Polska** | **356540** | **-3,2** | **0,74** | **99,7** | **40,0** | **1,38** |
| **Dolnośląskie** | **25 806** | **-4,0** | 0,68 | 99,6 | **38,3** | **1,33** |
| **Wrocław** | **7 281** | **-1,0** | **0,66** | **99,6** | **46,8** | **1,57** |

### Miasto Wrocław

Województwo dolnośląskie zamieszkuje 2 891 321 mieszkańców, z czego kobiety w wieku rozrodczym 672 582 (23,2% populacji województwa). We Wrocławiu mieszka 641 928 mieszkańców, z czego liczba kobiet wynosi 342 215, zaś liczba kobiet w wieku rozrodczym 154 156 (24,05% populacji Wrocławia). Średnio roczna liczba narodzin we Wrocławiu w ostatnich latach wynosi 11,7 na 1000 mieszkańców (dane za rok 2020), czyli 7 281 urodzin i w okresie pandemii obserwuje się spadek liczby narodzin w mieście Wrocław10, 11.

Dane dotyczące dzietności kobiet wskazują, iż województwo dolnośląskie plasuje się poniżej średniej dla kraju w zakresie wskaźników epidemiologicznych dla liczby urodzeń w populacji ogólnej. W województwie dolnośląskim obserwuje się ujemny przyrost naturalny, zaś we Wrocławiu w roku 2020 przyrost naturalny wyniósł -624 osób12.

**Infrastruktura w województwie dolnośląskim i we Wrocławiu w zakresie porodów**

W Polsce funkcjonuje tzw. **trójstopniowy** system opieki perinatalnej:

* **I stopień referencyjności** – np. Szpital Powiatowy. To tutaj kieruje się wszystkie ciężarne, u których nie przewiduje się komplikacji przy porodzie, a także te, które mają wykonywane [cięcie cesarskie ze wskazań planowych](http://dumnamama.pl/wskazania-do-cesarskiego-ciecia/) (np. położenie miednicowe płodu). W razie wystąpienia komplikacji, ośrodek o tym stopniu referencyjności zapewnia krótkotrwałą opiekę nad kobietą bądź dzieckiem, do momentu dostarczenia do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności.
* **II stopień referencyjności** – np. Szpital Wojewódzki. W tym ośrodku pełni się zadania, które należą do ośrodków I stopnia, ale głównie ośrodki te przewidziane są dla ciąż wysokiego ryzyka w odniesieniu dla matki lub płodu przyjętych z ośrodka o niższym stopniu referencyjności lub bezpośrednio. W ośrodku takim leczy się noworodki z małą masą urodzeniową (ok. 1500 g) i chorych z patologią średniego stopnia, przyjętych bezpośrednio lub przekazanych z ośrodka o niższym stopniu referencyjności.
* **III stopień referencyjności** – np. Klinika – wszystkie trudne przypadki z danego terenu. Klinika zapewnia opiekę perinatalną matkom i noworodkom wszystkich stopni ryzyka przyjętych lub przekazanych z ośrodków niższego poziomu oraz sprawuje opiekę nad noworodkiem z niewydolnością krążeniowo – oddechową, wymagającego leczenia chirurgicznego, o masie urodzeniowej mniejszej niż 1250g lub urodzonych przed 32 tyg. ciąży oraz z niewydolnością nerek. Stosuje inwazyjne metody leczenia i przeprowadza badania naukowe.

W 2016 roku w województwie dolnośląskim 28 świadczeniodawców sprawozdawało hospitalizacje związane z porodami. Największy świadczeniodawca pod względem ilości sprawozdał ich ponad 2 700 zaś najmniejszy około 170. We Wrocławiu hospitalizacje związane z porodami były sprawozdawane przez 4 świadczeniodawców, z których każdy posiadał 3 stopień referencyjności.

Tabela 5. Liczba świadczeniodawców w Polsce i w województwie dolnośląskim14

| **Region** | **Liczba świadczeniodawców** | **Liczba świadczeniodawców na 100 tys. mieszkańców** |
| --- | --- | --- |
| Województwo dolnośląskie (dane za 2016) | 28 | 0,97 |
| Polska (dane za 2014) | 395 | 1,03 |
| Wrocław | 4 | 0,63 |

Tabela 6. Struktura świadczeniodawców w Wrocławiu i województwie dolnośląskim14

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ID szpitala** | **Nazwa świadczeniodawcy** | **Powiat** | **Poziom referencyjny** | **Liczba urodzeń wg IMiD [tys.]** | **Liczba porodów wg IMiD [tys.]** | **Liczba porodów wg JGP [tys.]** | **Liczba CC wg JGP [tys.]** |
| 01.0008 | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu | m. Wrocław | 3 | 2,76 | 2,72 | 2,82 | 0,9 |
| 01.0022 | Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza we Wrocławiu | m. Wrocław | 3 | 2,5 | 2,45 | 2,52 | 0,9 |
| 01.0003 | Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza - Radeckiego we Wrocławiu | m. Wrocław | 3 | 2,25 | 2,16 | 2,23 | 0,93 |
| 01.0004 | SPSK nr 1 we Wrocławiu (od 01.12.2017 Uniwersytecki Szpital  Kliniczny im. Jana Mikulicza Radeckiego we Wrocławiu) | m. Wrocław | 3 | 1,92 | 1,88 | 1,95 | 0,82 |
| 01.0029 | Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno - Położniczy im. E. Biernackiego w Wałbrzychu | m. Wałbrzych | 3 | 1,95 | 1,91 | 1,96 | 0,32 |
| 01.0006 | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy | m. Legnica | 2 | 1,67 | 1,63 | 1,69 | 0,6 |
| 01.0016 | Regionalne Centrum Zdrowia sp. z o.o. | lubiński | 2 | 1,46 | 1,44 | 1,47 | 0,68 |
| 01.0007 | SP ZOZ w Świdnicy | świdnicki | 2 | 1,31 | 1,28 | 1,32 | 0,16 |
| 01.0005 | Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej | m. Jelenia Góra | 2 | 1,18 | 1,16 | 1,2 | 0,45 |
| 01.0013 | ZOZ w Oławie | oławski | 1 | 1,09 | 1,08 | 1,12 | 0,48 |
| 01.0012 | Szpital im. sw. Jadwigi Slaskiej w Trzebnicy | trzebnicki | 1 | 0,84 | 0,84 | 0,86 | 0,34 |
| 01.0021 | Głogowski Szpital Powiatowy sp. z o.o. | głogowski | 1 | 0,81 | 0,8 | 0,8 | 0,36 |
| 01.0024 | Powiatowy Zespół Szpitali | oleśnicki | 1 | 0,61 | 0,61 | 0,62 | 0,33 |
| 01.0010 | Wielospecjalistyczny Szpital - SP ZOZ w Zgorzelcu | zgorzelecki | 1 | 0,58 | 0,58 | 0,58 | 0,30 |
| 01.0018 | ZOZ w Bolesławcu | bolesławiecki | 1 | 0,58 | 0,58 | 0,59 | 0,21 |
| 01.0042 | NZOZ Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie | wołowski | 1 | 0,54 | 0,53 | 0,55 | 0,28 |
| 01.0014 | Specjalistyczne Centrum Medyczne s.a. | kłodzki | 2 | 0,52 | 0,51 | 0,52 | 0,19 |
| 01.0023 | NZOZ Szpital Powiatowy w Dzierzoniowie sp. z o.o. | dzierżonowski | 1 | 0,5 | 0,5 | 0,52 | 0,13 |
| 01.0019 | ZOZ w Kłodzku | kłodzki | 1 | 0,49 | 0,49 | 0,51 | 0,23 |
| 01.0026 | NZOZ Łuzyckie Centrum Medyczne w Lubaniu sp. z o.o. | lubański | 1 | 0,42 | 0,42 | 0,43 | 0,19 |
| 01.0028 | Milickie Centrum Medyczne sp. z o.o. | milicki | 1 | 0,41 | 0,41 | 0,42 | 0,16 |
| 01.1819 | Szpital Powiatowy im. A. Wolanczyka sp. z o.o. | złotoryjski | 1 | 0,33 | 0,33 | 0,34 | 0,20 |
| 01.0037 | NZOZ Strzelinskie Centrum Medyczne | strzeliński | 1 | 0,31 | 0,31 | 0,32 | 0,16 |
| 01.0034 | Mikulicz sp. z o.o. | świdnicki | 1 | 0,3 | 0,3 | 0,32 | 0,08 |
| 01.0035 | NZOZ Powiatowe Centrum Zdrowia w Kowarach | jeleniogórski | 1 | 0,29 | 0,29 | 0,31 | 0,14 |
| 01.0025 | Szpital sw. Antoniego w Zabkowicach Slaskich | ząbkowski | 1 | 0,28 | 0,28 | 0,29 | 0,10 |
| 01.0033 | Powiatowe Centrum Zdrowia w Kamiennej Górze sp. z o.o. NZOZ Szpital Powiatowy | kamiennogórski | 1 | 0,28 | 0,27 | 0,28 | 0,09 |
| 01.0045 | SP ZOZ w Bogatyni | zgorzelecki | 1 | 0,17 | 0,17 | 0,2 | 0,08 |
| **Woj.** |  |  |  | **26,32** | **25,93** | **26,73** | **9,79** |

## Opis obecnego postępowania z pacjentkami

Zgodnie z art. 68 ust. 3 Konstytucji Rzeczpospolitej Polskiej kobieta w ciąży i okresie okołoporodowym objęta jest szczególną troską ze strony Państwa. Znalazło to odzwierciedlenie w priorytetach zdrowotnych Ministra Zdrowia jako jeden z 10 priorytetów. Szczegółowe kwestie dotyczące zasad sprawowania opieki zdrowotnej nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu regulują:

* Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2022.2561.)
* Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2022.633)
* Ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. **z** 2020 **r**. poz. 1329),
* Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U.2021.540),
* Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U.2023.870),
* Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U.2016.357),
* Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych ( Dz.U.2023.916),
* Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz.U.2021.2148),
* Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U.2018.1756)

Opieka perinatalna wg założeń organizacyjnych oparta jest na systemie opieki trójstopniowej finansowanej przez NFZ:

* I° - opiekę nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem i połogiem oraz zdrowym noworodkiem, a także zapewnia krótkotrwałą opiekę w przypadkach niespodziewanie występującej patologii, w tym finansowanie Kompleksowej Opieki nad Ciężarnymi
* II° - obejmuje opiekę nad patologią średniego stopnia,
* III° - zajmuje się najcięższą patologią.

W ramach opieki I stopnia nad fizjologiczną ciążą prowadzone są następujące świadczenia:

* opieka przedkoncepcyjna (planowanie rodziny i przygotowanie do macierzyństwa),
* prowadzenie ciąży, porodu fizjologicznego i połogu,
* rozpoznanie i leczenie niemożliwych do wcześniejszego przewidzenia problemów matczyno-płodowych do czasu przekazania do ośrodka wyższego rzędu,
* możliwość wykonania cięcia cesarskiego w ciągu 30 minut od chwili podjęcia decyzji,
* ciągła dostępność opieki anestezjologicznej, preparatów krwi,
* ciągła możliwość wykonania ktg, usg oraz podstawowych badań laboratoryjnych,
* zapewnienie ciągłej opieki noworodkom zdrowym z możliwością wczesnego rozpoznania zagrożeń stanu zdrowia i transportu do ośrodka wyższego rzędu,
* prowadzenie tlenoterapii i stabilizacja podstawowych czynności życiowych do czasu przybycia zespołu transportującego,
* prowadzenie badań przesiewowych, szczepień ochronnych zgodnie z kalendarzem, a także edukacja prozdrowotna rodziców,
* zbieranie i przekazywanie danych statystycznych,
* kontynuacja opieki nad pacjentkami przekazanymi z ośrodków II i III poziomu.

Dodatkowo, w ramach działalności POZ prowadzona jest opieka położnych. Położna podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) zwana też często położną środowiskową czy też rodzinną to samodzielna profesjonalistka, która wykonuje świadczenia w środowisku pacjentek w bardzo szerokim zakresie. Poradnictwo zdrowotne dla kobiet powinno obejmować nie tylko ocenę przebiegu ciąży, lecz także identyfikowanie nieprawidłowych zmian podczas ciąży i odniesienie się do nich. Dodatkowe umiejętności z zakresu opieki i poradnictwa w czasie ciąży obejmują poradnictwo zdrowotne dla kobiet w kwestii odżywiania, aktywności fizycznej, alkoholu oraz innych używek[[13]](#endnote-13).

Zakres opieki jest regulowany zarówno poprzez kwestie organizacyjne (Rozporządzenia MZ i Zarządzenia Prezesa NFZ) jak i medyczne (zakres merytoryczny jest określony rozporządzeniem w sprawie standardu opieki okołoporodowej).

W kwietniu 2016 roku, w celu koordynacji opieki okołoporodowej w ramach pilotażu w wybranych placówkach w Polsce wprowadzono przez NFZ - Koordynowaną Opiekę nad kobietą w Ciąży (KOC)13, nad matką i dzieckiem w okresie ciąży fizjologicznej, porodu oraz połogu[[14]](#endnote-14). Założeniem programu KOC było zapewnienie kobietom uzyskania pełnoprofilowej opieki w okresie ciąży, porodu oraz w okresie 6 tygodni po urodzeniu dziecka.

Do programu mogły przystąpić te placówki, które deklarowały minimum 600 porodów rocznie i jednocześnie zabezpieczały dostęp do poradni ginekologiczno-położniczych oraz położnej. Proponowana forma opieki nad kobietami w ciąży miała docelowo zastąpić obecną formę opieki, która podzielona jest pomiędzy poszczególne zakresy świadczeń, od POZ, poprzez ambulatoryjną opiekę specjalistyczną i leczenie szpitalne. Dodatkowo KOC miało na celu wprowadzenie jasnej i zgodnej z standardami klinicznymi opieki nad kobietami w sposób kompleksowy oraz skoordynowany przez co najmniej 8 wizyt w czasie ciąży – obecnie szacuje się ze średnia liczba wizyt wynosi 5.

W nowym modelu założono, że szpital koordynuje opiekę nad ciężarną przez zespół medyczny, złożony z lekarza ginekologa, [położnej](https://www.mjakmama24.pl/porod/porod-naturalny/wybor-poloznej-w-ciazy-w-czasie-porodu-i-w-pologu,544_8796.html) oraz innych lekarzy danego szpitala. Program jest obecnie kontynuowany jedynie w 40 szpitalach. Jednocześnie jest brak danych dotyczących poprawy zdrowia kobiet i dzieci włączonych do programu pilotażowego. Przypomnijmy, że Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży wprowadzona została na podstawie Zarządzenia nr 22/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2016 r. KOC ma zapewniać kobietom w ciąży skoordynowanej opiekę realizowanej na I poziomie opieki perinatalnej, tj. nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem, połogiem oraz opieki nad zdrowym noworodkiem. Do końca 2021 r. Narodowy Fundusz zdrowia chce wydłużyć ciągłości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży (KOC I). Nie będzie konieczności zawierania nowych umów między świadczeniodawcą, a Funduszem dla ośrodków już z umową. Opieka w ramach KOC obejmuje: specjalistyczne poradnictwo ambulatoryjne, przedporodową i poporodową opiekę położnej, poród – a w przypadku wskazań medycznych – także niezbędne hospitalizacje. Każda kobieta w ciąży ma prawo wyboru poradni położniczo-ginekologicznej i oddziału położniczego udzielających świadczeń w ramach umowy z NFZ. Dotyczy to zarówno świadczeń planowych, jak i sytuacji nagłej. Nie wiąże się ze składaniem jakichkolwiek deklaracji. Pisemnej akceptacji kobiety wymaga korzystanie przez nią z programu koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży.

Rysunek 1. Schemat Koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży[[15]](#endnote-15).



Wprowadzenie modelu opieki koordynowanej w ramach pilotażu ma na celu poprawę jakości opieki nad kobietą w ciąży poprzez:

* kompleksową opiekę oraz poprawę dostępności do świadczeń we wszystkich tygodniach ciąży, podczas porodu i w okresie połogu;
* zwiększenie dostępności do świadczeń realizowanych bez kolejki przez ten sam zespół medyczny;
* udzielanie świadczeń zgodnie ze wskazaniami medycznymi niezwłocznie w razie potrzeby (dostępność 24h/dobę);
* realizację świadczeń zgodnie z przyjętymi standardami zarządzeniem wprowadziło koordynowaną opiekę nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie opieki perinatalnej (KOC II/III).

Uruchomiono także program KOC II/III, którego założeniem jest zapewnienie kobietom w ciąży skoordynowanej opieki realizowanej na II lub III poziomie opieki perinatalnej, przy czym II poziom – zapewnia opiekę nad patologią ciąży średniego stopnia, a III poziom – nad najcięższą patologią ciąży.

W ramach opieki koordynowanej (KOC) zespół zapewnia całość opieki nad matką i dzieckiem od momentu potwierdzenia ciąży, aż do zakończenia okresu połogu. Opieka obejmuje także okres po urodzeniu dziecka, gwarantując wizyty w domu położnej podstawowej opieki zdrowotnej, w tym edukację zdrowotną podnoszącą poziom wiedzy oraz umiejętności praktyczne z zakresu opieki nad noworodkiem i karmienia piersią. Dzięki takiemu rozwiązaniu kobieta zyskuje kompleksową opiekę, a co za tym idzie poczucie bezpieczeństwa na każdym etapie ciąży i porodu oraz opieki nad nowonarodzonym dzieckiem.

Jednocześnie w ramach pilotażu nie wprowadzono żadnych dodatkowych świadczeń w zakresie edukacji prozdrowotnej, interwencji w zakresie odżywiania, aktywności fizycznej czy wsparcia psychologicznego. W 2019 roku został uruchomiony osobny program pilotażowy dotyczący jedynie standardu szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym - Dieta Mamy (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2019 r.), który może uzupełnić kompleksowe podejście do kwestii ciąży, porodu i połogu.

Oprócz przedstawionych powyżej świadczeń oraz programów w 2016 wprowadzono ustawę „Za życiem” (ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”) oraz uruchomiono program (uchwałą nr 160 Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2016 r.), którego celem było wprowadzenie zadań przewidzianych do realizacji przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Celem tego programu jest zapewnienie wsparcia dla kobiet w ciąży i ich rodzin, ze szczególnym uwzględnieniem kobiet w ciąży powikłanej oraz w sytuacji niepowodzeń położniczych, a także dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą ich życiu, powstałe w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.

Głównym celem programu „Za życiem” jest kompleksowe wsparcia dla rodzin w zakresie następujących działań:

1. koordynacji opieki neonatologiczno-pediatrycznej na rzecz dzieci,
2. odżywiania mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt,
3. wczesnej rehabilitacja dzieci.

Obecnej nie jest finansowana ze środków publicznych edukacja pielęgniarek, położnych, lekarzy POZ z zakresu wczesnego rozpoznawania i leczenia depresji w ciąży czy poporodowej. W zakresie działań edukacyjnych i promocji zdrowia brakuje również odpowiednio dostosowanych, długofalowych działań skierowanych do społeczeństwa, których celem byłoby uświadomienie problemu depresji, w tym w przebiegu ciąży i po porodzie oraz zwiększenie zgłaszalności do lekarza POZ/psychiatry/psychologa. Finansowane są przede wszystkim porady psychiatryczne i psychologiczne w ramach poradni zdrowia psychicznego (PZP).

Do lekarza psychiatry nie jest wymagane skierowanie. Natomiast aby skorzystać z pomocy psychologicznej wymagane jest skierowanie od lekarza POZ lub psychiatry. Dostęp do doświadczeń psychiatrycznych i psychologicznych w wielu miejscach w Polsce jest jednak niewystarczający, kolejki oczekujących sięgają kilku miesięcy. Ponadto, zapewnione w ramach NFZ świadczenia nie są powiązane z wypełnieniem wcześniej kwestionariuszy. Jednocześnie w Polsce na podstawie nowej edycji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 został wdrożony pilotażowy program, który ma na celu przetestowanie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej oparty na centrach zdrowia psychicznego. Wdrożenie środowiskowego modelu ochrony zdrowia psychicznego ma zapewnić osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej blisko miejsca ich zamieszkania opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Pilotaż rozpoczął się od 1 lipca 2018 r. i ma trwać do 30 czerwca 2021 r. a jednym z wskaźników jego realizacji ma być ocena jakości i dostępności do tego rodzaju świadczeń oraz zadowolenia z nich świadczeniobiorców.

Programem realizowanym na szczeblu krajowym jest „Program Zapobiegania Depresji na lata 2016-2020”[[16]](#endnote-16). Głównym celem programu jest wzrost poziomu świadomości społecznej na temat zaburzeń depresyjnych poprzez prowadzenie określonych działań profilaktycznych. Realizacja tego programu będzie się odbywać na trzech etapach działań. Działania te swoim zakresem obejmują: opracowanie rekomendacji w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia depresji w kraju; promocję zdrowia psychicznego na poziomie całego społeczeństwa oraz profilaktykę depresji w wybranych grupach o podwyższonym ryzyku zachorowania, w tym przede wszystkim u kobiet po porodzie oraz młodych matek. W ramach ww. programu zostały opracowane zalecenia dotyczące depresji poporodowej[[17]](#endnote-17).

## Uzasadnienie wdrożenia Programu

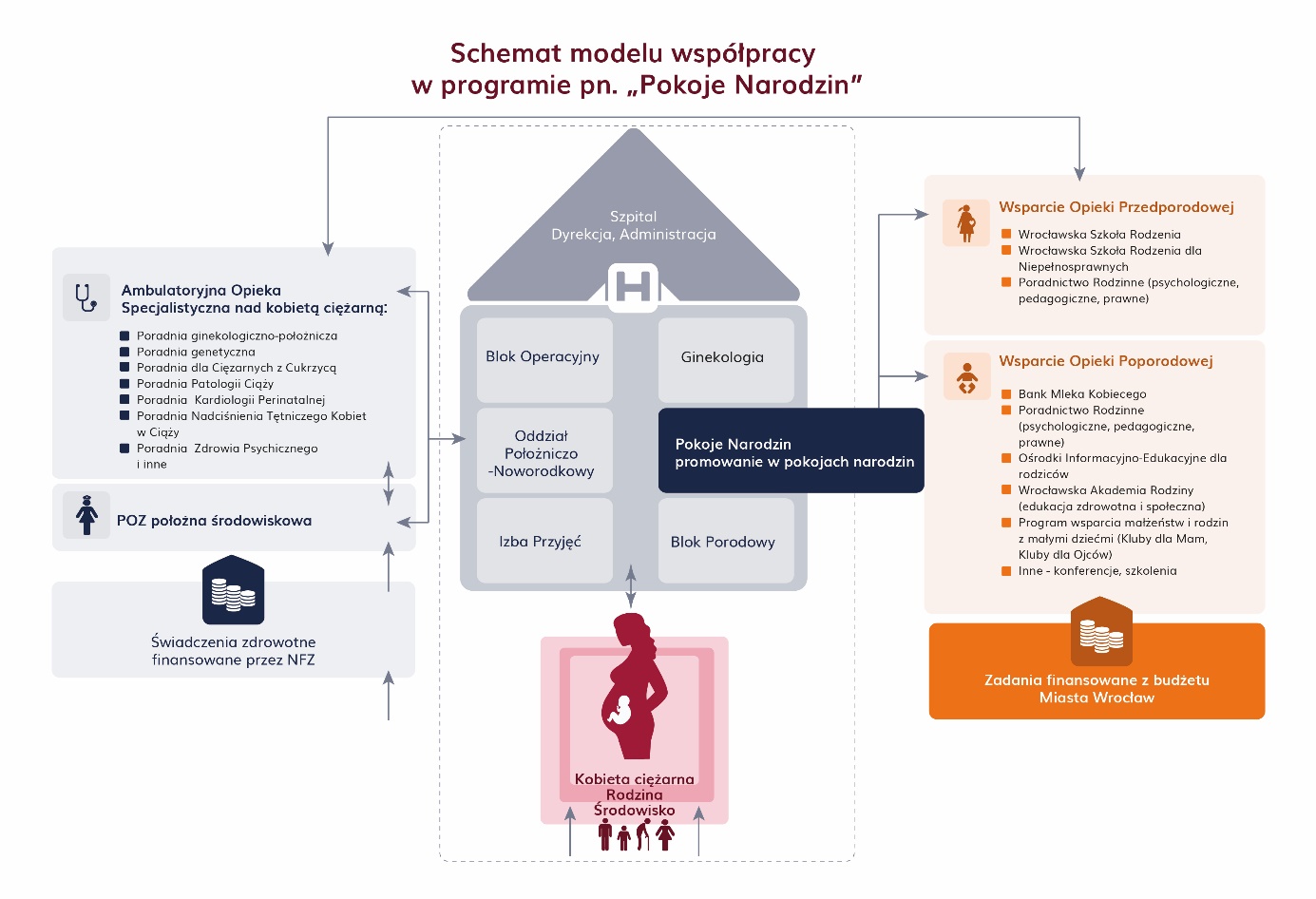
Opieka zdrowotna nad kobietami ciężarnymi i niemowlętami, w tym w szczególności przygotowanie kobiety do porodu, połogu, karmienia piersią i rodzicielstwa, jest sprawowana przede wszystkim w ramach podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, finansowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz ze środków prywatnych pacjentek. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 roku w sprawie standardów organizacyjnego opieki okołoporodowej (2018 roku Dz.U.2018.1756). Uwzględniono również badania diagnostyczne i konsultacje medyczne, wykonywanie u kobiet w okresie ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzania, które obejmują:

* badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe,
* badanie we wzierniku i zestawione,
* ocenę czynności serca płodu,
* pomiar ciśnienia tętniczego krwi,
* pomiar masy ciała,
* ocenę ryzyka ciążowego,
* ocenę ruchów płodu,
* propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej,
* praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, połogu,
* karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej,
* badanie położnicze,
* ocenę wymiarów miednicy,
* ocenę aktywności płodu,
* badanie gruczołów sutkowych,
* kontrolę stanu zdrowia jamy ustnej, w przypadku opieki sprawowanej przez położną oraz obowiązkową konsultację lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii.

W koncepcji Programu uwzględniono edukację zdrowotną i wsparcie kobiet, których celem jest poprawa jakości opieki okołoporodowej poprzez podniesienie poziomu wiedzy i świadomości porodu fizjologicznego w tym, zwiększenie liczby porodów rodzinnych oraz monitorowanie stanu zdrowia i zachowań kobiet w III trymestrze ciąży oraz początkowym okresie połogu.

Program polityki zdrowotnej „Poprawa jakości opieki okołoporodowej mieszkanek Wrocławia pn. - Pokoje Narodzin”, jako program pilotażowy (zwany w dalszej części **„Pokoje Narodzin”)** stanowi uzupełnienie działań podejmowanych przez miasto Wrocław, które mają zapewnić opiekę zdrowotną nad matką i dzieckiem oraz doskonalić jej jakość. Poniżej schemat graficzny przedstawia model kompleksowych rozwiązań, opieki okołoporodowej realizowanej przez miasto Wrocław.

Rysunek 2 Schemat modelu opieki kompleksowej nad kobietą ciężarną, w połogu oraz rodzin w mieście Wrocław



Istotnym działaniem w zakresie podnoszenia poziomu wiedzy o rodzicielstwie i budowaniu świadomości społecznej i zdrowotnej oraz kształtowaniu umiejętności praktycznych są Wrocławskie Szkoły Rodzenia.

Zgodnie z doniesieniami 95,3% badanych kobiet uznaje potrzebę prowadzenia edukacji zdrowotnej podczas ciąży[[18]](#endnote-18). Kobieta w ciąży powinna prowadzić zdrowy styl życia dostosowany do potrzeb jej stanu. Szkoły Rodzenia, finansowanie przez samorząd Wrocławia, prowadzą edukację prozdrowotną w ramach spotkań grupowych głównie w drugiej połowie ciąży. Pozwalają one na uwzględnienie indywidualnych uwarunkowań dotyczących diety czy aktywności fizycznej w zależności od wieku kobiety, wagi przed zajściem w ciążę jak i w czasie ciąży. Istotne jest jednak wprowadzenie elementów indywidualnej edukacji zdrowotnej w ramach wizyt konsultacyjnych z ginekologiem lub/i położnej przed porodem.

Celem edukacji przedporodowej jest przygotowanie rodziców do zadań i obowiązków rodzicielskich w okresie ciąży, porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem i niemowlęciem poprzez wykorzystanie różnych form i metod uczenia się. We Wrocławiu, program edukacji przedporodowej realizowany jest w 6 Wrocławskich Szkołach Rodzenia, w tym 4 działających przy oddziałach położniczo – noworodkowych. Do Szkoły Rodzenia mogą zgłaszać się kobiety od 25 – 29 tygodnia ciąży wraz z osobami towarzyszącymi. Program szkolenia trwa 40 godz. zgodnie ze standardem Wrocławskich Szkół Rodzenia. Zajęcia odbywają się dwa razy w tygodniu w godzinach popołudniowych, w grupach liczących nie mniej niż 10 osób (5 kobiet ciężarnych i 5 osób towarzyszących). Dodatkowo została uruchomiona Wrocławska Szkoła Rodzenia dla osób z różnymi niepełnosprawnościami. Wsparcie udzielane jest również rodzinom wielodzietnym (w pierwszym roku życia dzieci – trojaczków i czworaczków). Uzupełniającą formą wsparcia i pomocy dla kobiet ciężarnych i rodzin są Ośrodki Informacji Rozwoju utworzone przy Wrocławskim Centrum Zdrowia SPZOZ.

Ze względu na ograniczony zakres wprowadzenia programu KOC na terenie Polski, koordynacja opieki nad kobietą w ciąży, podczas porodu i w połogu nie została wprowadzona we wszystkich szpitalach. Skutkuje to utrudnieniem zachowania ciągłości opieki realizowanej przez ten sam zespół medyczny, jak również terminowe wykonanie wszystkich badań wynikających, ze schematu opieki. Z drugiej strony monitorowanie przebiegu i zakresu interwencji jest ograniczone. W chwili obecnej kobieta w ciąży korzysta z ok. 5 porad w ramach ambulatoryjnej opieki ginekologiczno-położniczej, pomimo tego, że ze standardu opieki wynika konieczność wykonania co najmniej 8 porad. Program umożliwia pełną diagnozę zakresu oceny realizacji standardu oraz ewentualnej związanej z tym poprawy jakości opieki okołoporodowej w Polsce. W tym celu każda kobieta ma możliwość uzyskać w trakcie wizyty informacje o zachowaniach dotyczących zdrowia, możliwości ich modyfikacji oraz konkretnych wskazówek dotyczących tych umiejętności jeszcze przed porodem. Dodatkowo ze względu na wprowadzenie w standardach opieki okołoporodowej obowiązujących od stycznia 2019 r. w stosunku do roku 2012 oceny stanu psychicznego, ryzyka wystąpienia depresji u każdej ciężarnej konieczne jest wprowadzenie propozycji uzupełnienia zakresu tych świadczeń.

Mając na uwadze, że tylko kilka szpitali uczestniczy w programie, należy zauważyć braki w sprawowaniu opieki nad kobietą w ciąży i w połogu. Niniejszy program stanowi zatem uzupełnienie zakresu opieki nad kobietą w ciąży o dodatkową wizytę ginekologiczną w III trymestrze ciąży, zgodnie z standardem opieki okołoporodowej oraz kontynuację opieki w szpitalu wraz z przeprowadzeniem porodu naturalnego. Wyniki ewaluacji programu będą podstawą do opracowania poszerzonego Programu na terenie miasta Wrocławia w celu wyrównania dostępu do świadczeń o zbliżonej jakości, zgodnych ze standardem opieki perinatalnej. Ponadto pozwolą na wzmocnienie roli i poszerzenia zakresu współpracy z Szkołami Rodzenia, innymi specjalistami oraz samymi kobietami ciężarnymi.

W ramach Programu proponowane jest wprowadzenie konsultacji z psychologiem w przypadku wykazania nieprawidłowych wyników badania w kierunku depresji z wykorzystaniem kwestionariuszy przesiewowych. W przypadku wyników wskazujących na depresję kobieta zostanie skierowana do dalszej diagnostyki i ewentualnego leczenia przez specjalistę psychiatrii.

Moduł szkoleniowy Programu skierowany do kadry medycznej będzie obejmował edukację w zakresie zmian w standardzie, odżywiania, aktywności ruchowej, interwencji prozdrowotnych oraz zaburzeń emocjonalnych w okresie perinatalnym. W uzasadnieniu Rozporządzenia dotyczącego standardu, zobowiązano kierowników podmiotów leczniczych do przeprowadzenia systematycznych szkoleń personelu medycznego ze standardu, w szczególności osób nowozatrudnionych oraz monitorowania jego przestrzegania. Jednocześnie w samym standardzie nie przedstawiono karty ciąży zgodnej ze standardem opieki okołoporodowej. Dodatkowo wskazano iż przestrzeganie standardu zależy od podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Działania zaplanowane w Programie są zgodne z priorytetami zdrowotnymi Ministra Zdrowia, a także wpisują się w założenia programów wymienionych w rozdziale dotyczącym obecnego postępowania. Jednym z istotnych aspektów jest również wpisywanie się w zakres działań Krajowego Programu Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020[[19]](#endnote-19). Celem tego programu jest zwiększenie skali działań profilaktycznych o charakterze m.in. zdrowotnym, poprawa warunków życia mieszkańców regionu, zapewnienie dostępności do wyższej jakości opieki okołoporodowej, w tym osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.

W programie będą mogły wziąć udział kobiety w ciąży potwierdzonej badaniem i zaświadczeniem lekarskim, które deklarują chęć porodu w „Pokoju Narodzin”, bez względu na status socjo-ekonomiczny, czy zakres wcześniejszej opieki w ciąży. Program, oprócz zwiększenia świadomości i wiedzy kobiet ciężarnych i osób towarzyszących, ma również zapewnić dostęp do świadczeń medycznych nie objętych standardem opieki okołoporodowej dla kobiet z ciążą fizjologiczną, w tym porodu naturalnego, który odbędzie się w „Pokojach Narodzin”. Jednostki samorządu terytorialnego, w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, mogą finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane (art. 9a i 9b ustawy o świadczeniach). Pośrednim celem programu jest promowanie porodów fizjologicznych, w tym szczególnie porodów rodzinnych poprzez kampanię informacyjno-promocyjną, jako formę wskazania możliwości bezpłatnego uzyskania konsultacji medycznych w ośrodkach klinicznych (w tym wykonanie co najmniej 1 wizyty zgodnie z standardem czy badań USG, które obecnie nie są finansowane dla wszystkich kobiet w ramach środków NFZ). W kampanii społecznej komunikaty będą kierowane do osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.

W programie położono nacisk na zwiększenie jakości usług przedporodowych, co zalecają instytucje polskie i międzynarodowe. Ukierunkowanie to potwierdzają wytyczne National Institute for Health and Care Excellence[[20]](#endnote-20) (NICE 2008 z aktualizacją z 2019 roku), zgodnie z którymi kobietom należy umożliwić świadome współdecydowanie o przebiegu opieki w trakcie ciąży oraz pełne uczestnictwo w planowaniu opieki i porodu[[21]](#endnote-21), w tym zgodnie z zaleceniami WHO[[22]](#endnote-22). Udział kobiety w podejmowaniu decyzji wpływa na pozytywne doświadczenia ciąży i porodu[[23]](#endnote-23). Z tego powodu włączenie kobiety w III trymestrze ciąży oraz indywidualne podejście pozwolą na motywowanie kobiet do porodu w Pokoju Narodzin. W aktualnych spośród zidentyfikowanych wytycznych praktyki klinicznej, opartych na systematycznym przeglądzie badań naukowych zaleca się, aby zakres informacji przekazywanych w ramach opieki przedporodowej obejmował informację o szkołach rodzeniach z programem typu participant-led (tj. z elastycznym programem uwzględniającym potrzeby danej grupy kobiet/par uczestniczących w zajęciach). Wytyczne NICE wskazują, że dla kobiet i ich partnerów wiedza dotycząca ciąży, porodu i rodzicielstwa wzrasta po edukacji zdrowotnej, głównie w ramach szkół rodzenia. Z opinii położnych wynika, iż kobiety uczęszczające do szkół rodzenia nie tylko są w dobrej formie fizycznej, która pozwala na sprawny i szybszy poród, ale przede wszystkim nie boją się go i potrafią świadomie łagodzić towarzyszące mu bóle oraz szybciej wracają do pełnej sprawności po porodzie. Wiedza i umiejętności uzyskane w szkole rodzenia pozwalają kobiecie czynnie i świadomie uczestniczyć w porodzie. Poród kobiety rodzącej po raz pierwszy i nieprzygotowanej trwa około 8-12 godzin, po zajęciach w szkole rodzenia około 6-8 godzin, u wieloródek zaś 4-6 godzin. Dzięki przygotowaniu w szkole rodzenia w czasie porodu stosuje się mniej środków znieczulających, uszkodzenia szyjki macicy zdarzają się u około 25% kobiet nieprzygotowanych i u 6% przygotowanych, przynajmniej dwukrotnie zmniejsza się konieczność nacięcia krocza, znacznie zmniejsza się utrata krwi. Stąd staje się zasadne wprowadzenie programu dotyczącego promocji porodu naturalnego, w tym rodzinnego w Pokoju Narodzin. Kwiatek i współautorzy wskazują w swoich wnioskach z badań, że ćwiczenia przygotowujące kobiety do porodu przyczyniają się do nieznacznego skrócenia jego pierwszego okresu, lepszej tolerancji bólu w tym okresie, zmniejszenia częstotliwości okołoporodowych urazów kanału rodnego i rzadszej potrzeby nacinania krocza[[24]](#endnote-24).

W ramach obowiązujących standardów opieki okołoporodowej personel medyczny powinien zwrócić uwagę na stan psychiczny kobiety w ciąży. Położna podczas wizyty powinna udzielać porad na temat minimalizowania stresu i radzenia sobie ze stresem. Personel opiekujący się kobietą w ciąży oraz w okresie połogu powinien udzielać informacji na temat możliwości uzyskania pomocy psychologicznej. Ponadto, ze względu na wprowadzenie programów oraz standardu dotyczących zdrowia psychicznego oprócz edukacji personelu i zastosowania narzędzi diagnostyki, konieczne są konsultacje psychologa bez barier organizacyjnych i czasowych w przypadku potwierdzenia zaburzeń psychicznych. Kobiety przed upływem 36 tygodnia ciąży powinny być informowane m. in. o „baby blues” (nie będący chorobą krótkotrwały spadek samopoczucia, specyficzny stan emocjonalny, w jakim znajduje się młoda matka) i depresji poporodowej. Powinno się z nimi przeprowadzać wywiad w kierunku wcześniejszych zaburzeń psychicznych oraz obciążenia rodzinnego. Wszystkie odnalezione rekomendacje podkreślają istotę prowadzenia wczesnego skryningu ukierunkowanego na depresję poporodową (MZ 2019, RNAO 2019, USPSTF 2019, AGDH 2018, ACOG Opinia Prezesa AOTMiT nr 73/2020 z dnia 12 października 2020 r. 7/11 2018, NICE 2018, EU 2016, BC Mental Health 2014, NICE/NCCMH 2014, SIGN 2012, Beyondblue 2011, AAFP 2010). Skryningiem powinny zostać objęte wszystkie kobiety w ciąży i w okresie poporodowym do jednego roku (MZ 2019, RNAO 2019, USPSTF 2019, AGDH 2018, ACOG 2018, NICE 2018, EU 2016, BC Mental Health 2014, NICE/NCCMH 2014, SIGN 2012, Beyondblue 2011, AAFP 2010), ze szczególnym uwzględnieniem kobiet u których stwierdzono obecność dodatkowych czynników ryzyka (m.in. przebyta depresja, doświadczenie molestowania seksualnego lub przemocy) (MZ 2019, NICE 2018, NICE/NCCMH 2014, SIGN 2012, AAFP 2010). Połowa odnalezionych rekomendacji sugeruje stosowanie edukacji pacjentek z zakresu rozpoznawania depresji poporodowej jako istotnego elementu profilaktyki (MZ 2019, USPSTF 2019, NICE 2018, EU 2016, BC 2014, NICE/NCCMH 2014). Należy prowadzić szkolenia personelu medycznego, ze szczególnym uwzględnieniem położnych i pielęgniarek zajmujących się kobietami w ciąży bądź kobietami, z m.in. rozpoznawania depresji poporodowej oraz stosowania narzędzi skryningowych (RNAO 2019, ACOG 2018, EU 2016, Beyondblue 2011). Stosowanie wsparcia psychologicznego w ramach programów przedporodowych pozytywnie wpływa na zdrowie psychiczne kobiet w ciąży.

Wytyczne RCOG 2016 podkreślają konieczność prowadzenia wsparcia psychologicznego wśród kobiet szczególnie narażonych np. nadużywających alkoholu, doświadczających przemocy domowej czy też borykających się z problemami zdrowia psychicznego. Należy dążyć do zapewnienia skoordynowanej opieki medycznej prowadzonej wśród kobiet, które mogą uskarżać się na problemy związane ze schorzeniami o podłożu psychicznym/psychologicznym. Zaleca się wypracowanie standardów postępowania związanych z koordynacją wizyt pacjentki pomiędzy specjalistami z zakresu ginekologii/położnictwa i psychologii/psychiatrii. Możliwość diagnozowania pacjentki w kierunku zaburzeń zdrowia psychicznego powinna być zarówno w okresie planowania ciąży jak i w okresie ciąży. Wytyczne NHS 2017 odwołują się do zasadności tworzenia zespołów tzw. „Poppy team”. Są to małe zespoły położnych, które nastawione są na identyfikację skomplikowanych czynników społecznych w celu zapewnienia kobietom odpowiedniego poziomu opieki oraz indywidualnego dopasowania interwencji do ich potrzeb. W ramach takiej opieki mogą być włączone kobiety, które: w przeszłości nadużywały alkoholu i/lub narkotyków; są imigrantkami lub osobami ubiegającymi się o azyl; mają trudności z mówieniem i rozumieniem języka lokalnego; są w wieku poniżej 20 lat; mają problemy ze zdrowiem psychicznym lub niepełnosprawnością; są ofiarami przemocy domowej; żyją w ubóstwie lub są bezdomnymi. Wytyczne PTG 2005 sugerują, że należy omówić z pacjentką zagadnienia związane z przyzwyczajeniami dietetycznymi, przyjmowanymi lekami (stale i doraźnie), aktywnością zawodową, fizyczną oraz potencjalnie szkodliwymi czynnikami występującymi w środowisku pracy i domowym. Kobieta planująca ciążę powinna uzyskać informację dotyczącą ewentualnej konieczności zmiany trybu życia i stanowiska pracy oraz eliminacji używek (alkohol, papierosy, narkotyki).

Kobiety po urodzeniu powinny wypełniać PHQ933, czy EPDS (EdinburghPostnatalDepressionScale[[25]](#endnote-25) - 10 pytań oceniających stan psychiczny młodej matki) w ramach wizyt patronażowych i screeningu depresji poporodowej. Niektóre badania wskazują na skuteczność wizyt pielęgniarek i położnych już podczas ciąży i po porodzie w redukcji ryzyka wystąpienia depresji postnatalnej. Obecnie nie zaleca się rutynowych wizyt środowiskowych psychoterapeuty u kobiet ciężarnych i w połogu (NICE[[26]](#endnote-26). WHO (MentalHealth Action Plan 2013-2020, WHO) oraz NICE zalecają, aby podczas każdego spotkania pytać pacjentkę o jej stan emocjonalny i wsparcie, jakie ma w najbliższym otoczeniu. Natomiast pacjentki z czynnikami ryzyka lub diagnozą w kierunku depresji w obecnej ciąży, powinny być objęte kompleksową opieką zespołu lekarzy pierwszego kontaktu, ginekologów, pediatrów, położnych i specjalistów psychiatrów praz psychologów[[27]](#endnote-27). Dla każdej takiej kobiety powinien być przygotowany indywidualny plan leczenia i wizyt. W ramach programu kobiety z grup ryzyka oraz z wynikami wskazującymi na zaburzenia psychiczne będą mogły skorzystać z konsultacji psychologicznych jako elementów wsparcia i ewentualnego wprowadzenie do opieki przez Centra Zdrowia Psychicznego. W przypadku stwierdzenia depresji poporodowej pacjentki będą kierowane do dalszej opieki min. w ramach .„Program zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016 – 2020”. Edukacja kadry medycznej w zakresie zdrowia psychicznego jest istotnym elementem warunkującym realizację standardów w Polsce.

# **2. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji**

## Cel główny

Celem głównym programu jest zwiększenie w danej placówce leczniczej o 5% odsetka porodów naturalnych z ciąż fizjologicznych w stosunku do roku poprzedzającego wprowadzenie Programu poprzez rozszerzenie zakresu świadczeń zdrowotnych udzielanych zgodnie ze standardem opieki okołoporodowej obejmującej ostatni trymestr ciąży, poród i wczesny połóg.

## Cele szczegółowe:

1. Poprawa jakości opieki okołoporodowej mieszkanek Wrocławia w ramach programu pilotażowego w „Pokojach Narodzin” i uzyskanie u ok. 60% odsetka kobiet pozytywnego doświadczenia porodu.
2. Podniesienie poziomu wiedzy nt. ciąży, porodu i połogu u 90% kobiet ciężarnych uczestniczących w programie.
3. Wykrycie niezdiagnozowanego wcześniej wysokiego ryzyka wystąpienia depresji poporodowej u 14% uczestniczących w programie kobiet za pomocą PHQ 9.
4. Zwiększenie poziomu wiedzy w zakresie opieki nad kobietą w ciąży i wczesnym okresie około porodowym w czasie szkoleń u co najmniej 60% kadry medycznej, ze szczególnym uwzględnieniem standardu opieki perinatalnej oraz ochrony zdrowia psychicznego.

Program „Pokoje Narodzin” stanowi rozszerzenie zadań realizowanych i finansowanych prze Miasto, jak:

* Wrocławskie Szkoły Rodzenia,
* Wrocławska Szkoła Rodzenia dla Niepełnosprawnych,
* Poradnictwo Rodzinne (psychologiczne, pedagogiczne, prawne),
* Ośrodki Informacyjno-Edukacyjne dla Rodziców,
* Wrocławska Akademia Rodziny (edukacja zdrowotna i społeczna),
* Program wsparcia małżeństw i rodzin z małymi dziećmi (Kluby dla Mam, Kluby dla Ojców),

## Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

|  |  |
| --- | --- |
| **Cel** | **Miernik** |
| ogólny | odsetek porodów naturalnych z ciąż fizjologicznych w placówce leczniczej realizującej Program w stosunku do odsetka porodów naturalnych roku poprzedniego (zwiększenie o 5%) |
| II.2.1 | Odsetek uczestniczek programu, u których odnotowano pozytywne doświadczenia porodu w skali NSNS (60% kobiet pozytywnym doświadczenia porodu w skali NSNS) |
| II.2.2 | Odsetek kobiet, u których w post-tesie odnotowano wzrost poziomu wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test (wzrost poziomu wiedzy o 90%) |
| II.2.3 | Odsetek kobiet - obiorców programu, u których w badaniu PHQ 9 w kierunku depresji poporodowej wykryto niezdiagnozowane wcześniej wysokie ryzyko wystąpienia depresji poporodowej (14% uczestniczących w programie kobiet) |
| II.2.4 | Odsetek personelu medycznego, u których w post-tesie odnotowano wzrost poziomu wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test (wzrost poziomu wiedzy o 70%) |

W monitorowaniu programu wykorzystane będą narzędzia:

* ankiety charakterystyki uczestniczek (wiek, płeć, wykształcenie, stan zatrudnienia, statusu socjo-ekonomiczny, palenie, spożywanie alkoholu lub inne używki, wcześniejsze porody)
* wskaźniki Euro Peristat (wraz z przedstawieniem w wynikach raportu)
* Plan Porodu danej uczestniczki, oraz opis zrealizowania planu po porodzie,
* kwestionariusz oceniający satysfakcję i realizację oczekiwań kobiet wobec opieki okołoporodowej w skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle (The Newcastle Satisfaction with NursingScale– (NSNS),
* Skala PHQ-9.
* ankieta zdobytej wiedzy kadry medycznej.
* stopień satysfakcji uczestniczek,
* zgodność realizacji zajęć z programem i harmonogramem,

# **3. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej**

## Populacja docelowa

Populację docelową w programie pilotażowym będą stanowić kobiety w ciąży fizjologicznej zamieszkałe na terenie miasta Wrocławia oraz kadra medyczna.

## Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej

### Kobiety ciężarne

Województwo dolnośląskie zamieszkuje 2 901 225 mieszkańców, z czego kobiety w wieku rozrodczym 584 051 (20,1% populacji województwa). Miasto Wrocław zamieszkuje 638 586 mieszkańców, z czego kobiety w wieku rozrodczym 154 766 (24,2% populacji województwa). Średnio roczna liczba narodzin we Wrocławiu w ostatnich latach wynosi 11,84 na 1000 mieszkańców (dane za rok 2018), czyli około 7 566 urodzin. W 2020 roku urodziło się 7 281 dzieci. **Do pilotażu programu planowane jest włączenie 100 kobiet ciężarnych**, które spełniają kryteria włączenia i wyraziły zgodę na udział w programie do 30 tygodnia ciąży oraz deklarują chęć opieki w czasie ciąży oraz porodu w szpitalu realizującym poród rodzinny.

**W celu zapewnienia równego dostępu** do porodu w „Pokoju Narodzin” dla wszystkich zainteresowanych kobiet i osób towarzyszących, na stronie internetowej realizatora będą publikowane i na bieżąco aktualizowane wolne i zajęte miejsca w Programie. Realizator zobowiązany będzie do prowadzenia ewidencji składanych wniosków /deklaracji i rozpatrywania ich w kolejności złożenia. W materiałach reklamujących program zostanie zamieszczona informacja dotycząca zaplanowanej liczby odbiorców w pilotażu programu w 2023 roku.

Program ma charakter pilotażowy. Ze względu na możliwość rezygnacji kobiety na każdym etapie realizacji Programu pilotażowego z 120 zakwalifikowanych, udział weźmie ostatecznie 100 kobiet a ok. 90 skorzysta z wizyty zamykającej Program.

Kryteria włączenia kobiet ciężarnych do Programu:

* kobiety ciężarne po 30 tygodniu ciąży, z bez przeciwwskazań do prowadzenia porodu fizjologicznego w czasie kwalifikacji do programu,
* mieszkanka Wrocławia,
* zgoda na udział w Programie, zgodnie z opracowaną procedurą.

Kryteria wyłączenia kobiet ciężarnych z Programu:

* ciąża patologiczna,
* przeciwwskazania lekarza prowadzącego lub ewentualne przeciwwskazania do uczestnictwa w programie ze strony innych specjalistów.

Przyczyny przedwczesnego zakończenia udziału w Programie,

* rezygnacja kobiety z udziału w Programie,
* w przypadku wystąpienia po zakwalifikowaniu do Programu przeciwwskazań do porodu fizjologicznego (w tym w porodu rodzinnego),
* brak zgody kobiety na poród w Pokoju Narodzin.

W przypadku wycofania zgody lub z jakichkolwiek przyczyn pacjenta będzie mogła rodzić w danym szpitalu nadal w ramach finansowania NFZ ale bez dodatkowej opieki z Programu.

### Szkolenie kadry medycznej

W celu zwiększenia poziomu wiedzy i świadomości znaczenia opieki okołoporodowej oraz zachowań prozdrowotnych kobiet w okresie ciąży kadra medyczna, zostanie objęta szkoleniem dotyczącym standardu okołoporodowego, odżywiania kobiet w okresie ciąży, aktywności fizycznej i zdrowia psychicznego.

Zgodnie z danymi z Centralnego Rejestru Lekarzy RP, w październiku 2019 roku liczba lekarzy w Polsce o specjalizacji położnictwo i ginekologia wynosi 8 432, z czego zawód wykonuje 7 783 lekarzy. Zgodnie z danymi raportowanymi w Mapach potrzeb zdrowotnych, liczba lekarzy o specjalizacji położnictwo-ginekologia  przypadająca na 100 tys. mieszkańców płci żeńskiej w województwie dolnośląskim wyniosła 36,68 (3 miejsce, za województwem mazowieckim i lubelskim) i znajduje się powyżej średniej wyznaczonej dla całej Polski, wynoszącej 34,74 lekarzy ginekologów na 100 tys. kobiet. Wymienione wskaźniki przekładają się na 553 ginekologów wykonujących zawód na terenie województwa dolnośląskiego z 7 783 ginekologów wykonujących zawód na terenie całej Polski. Zgodnie z danymi Gazety Prawnej w 2018 roku liczba pielęgniarek i położnych w całym kraju wynosiła 241 326, w tym wg Raportu Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych z 2017 roku łączna liczba położnych na terenie województwa dolnośląskiego wynosi 1 878.

Niepełne dane statystyczne dotyczące zatrudnienia w opiece ambulatoryjnej (AOS) oraz w lecznictwie szpitalnym nie pozwalają na dokładne oszacowanie populacji lekarzy oraz położnych z podziałem na miejsce zatrudniania, dlatego w ramach Programu proponowane jest przeszkolenie personelu medycznego podmiotu leczniczego w którym zostanie utworzony „Pokój Narodzin” i będzie realizowany Program. Zakłada się udział 5 lekarzy ginekologów (specjalistów lub rezydentów) oraz 15 położnych, czyli łącznie ok 20 osób na jednego realizatora.

**Kryteria włączenia kadry medycznej do szkoleń**

* Osoba wykonująca zawód medyczny: lekarz specjalista w dziedzinie ginekologii i położnictwa lub lekarz rezydent odbywający specjalizację w kierunku dziedziny ginekologia i położnictwa oraz neonatologów oraz położna.
* Osoby zatrudnione na terenie miasta Wrocławia w podmiocie, który będzie realizował Program „Pokoje Narodzin”.

### Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej

#### Kobiety ciężarne

Kampania promocyjno-informacyjna zostanie przeprowadzona w ramach współpracy z oddziałami ginekologiczno-położniczymi wrocławskich szpitali oraz POZ na terenie Wrocławia. Informacje będą umieszczone na stronie Realizatora Programu, w praktykach lekarzy POZ, szkołach rodzenia finansowanych budżetu Miasta, w mediach społecznościowych, miejscach użyteczności publicznej (www.wroclaw.pl) oraz innych jednostkach działalności leczniczej (publicznych i prywatnych). Akcja informacyjno - promocyjna przeprowadzona zostanie z wykorzystaniem komunikacji cyfrowej (np. mail, newsletter, informację w postaci pdf), plakatów oraz ulotek informacyjnych. Wybór i zakres komunikacji zostanie wybrany przez Realizatora Programu.

#### Szkolenia kadry medycznej

Kampania informacyjno-promocyjna będzie prowadzona przez Realizatora Programu i zostanie skierowana do kadry medycznej, lekarzy ginekologów i położnych. Informacja dotyczyć będzie zakresu programu, tematyki szkoleń (w tym danych do osób odpowiedzialnych za organizację szkoleń), materiałów opracowanych dla kobiet ciężarnych. Zamieszczona zostanie na stronach internetowych Realizatora i miasta Wrocławia.

## Interwencje planowane w Programie

W Programie zaplanowano realizację 4 modułów:

* Moduł I – Kampania informacyjno-promocyjna,
* Moduł II – Szkolenia dla przedstawicieli kadry medycznej Realizatora Programu (lekarzy ginekologów-położników, położnych),
* Moduł III – Kwalifikacja kobiet ciężarnych do Programu,
* Moduł III - Poród rodzinny
* Moduł IV – Zamknięcie udziału w Programie

### Moduł I – Kampania informacyjno-promocyjna

Celem kampanii informacyjno-promocyjnej jest zapewnienie zgłaszalności do Programu zarówno kobiet ciężarnych, jak i kadry medycznej (lekarzy specjalistów oraz położnych). Dodatkowo, celem kampanii promocyjno-informacyjnej jest wzmocnienie działań indywidualnych i rodzinnych oraz informowanie kobiety ciężarnej o dostępie do świadczeń finansowanych z budżetu Miasta jako uzupełnienie świadczeń gwarantowanych finansowanych z NFZ. Realizator jest zobowiązywany do opracowania własnych ulotek i materiałów oraz do przeprowadzenie kampanii społecznej. Interwencja powinna być skierowana do wszystkich mieszkanek Wrocławia oraz osobno do kadry medycznej, która będzie objęta szkoleniami w zakresie Programu. Do realizacji tego zadania mogą być zaproszone m.in.: organizacje pozarządowe (np. Fundacja Rodzić po Ludzku), stowarzyszenia naukowe, ewentualnie radio, telewizja.

Kampania będzie dotyczyła informacji o Programie a nośnikiem tych informacji będą ulotki i ewentualnie plakaty u lekarzy POZ, w szkołach rodzenia oraz w poradniach ginekologiczno-położniczych na terenie miasta Wrocławia. Dodatkowo informacje zostaną umieszczone w mediach społecznościowych oraz wybranych portalach użyteczności publicznej:.

* podmiotów leczniczych na terenie miasta Wrocław (oddziałami i poradniami ginekologicznymi, szkołami rodzenia, lekarzami POZ i ich położnymi środowiskowymi).
* Dolnośląskiej Okręgowej Izby Lekarskiej oraz Izby Pielęgniarek i Położnych.

### Moduł II – Szkolenia dla przedstawicieli kadry medycznej Realizatora Programu

Szkolenia mające na celu wzrost poziomu wiedzy kadry medycznej opiekującej się kobietami w ciąży i w okresie połogu w zakresie zachowań prozdrowotnych, zdrowia psychicznego, fizjologicznego przebiegu ciąży ze szczególnym uwzględnieniem:

1. standardu opieki okołoporodowej zgodnie z Rozporządzeniem MZ,
2. prawa kobiety podczas ciąży, porodu, połogu.
3. organizacji i funkcjonowania sali porodowej oraz opieki medycznej podczas porodu, w tym porodu rodzinnego,
4. zaburzeń psychicznych w ciąży oraz w połogu, w tym depresja ciężarnych i depresja poporodowa.

Szkolenia mogą być realizowane w trybie jednodniowym, łącznie 8 godzin dydaktycznych (45 minutowych). Planowane są szkolenia dla lekarzy i położnych. Realizator zapewni, że szkolenia prowadzone będą przez specjalistów z dziedziny ginekologii, położnictwa, psychiatrii i fizjoterapii.

### Moduł III – Kwalifikacja kobiet ciężarnych do Programu

1. **Wizyta kwalifikująca** (60 min) - jest realizowana przez położną dla kobiet od 30 tyg. ciąży, uwzględnia:

* omówienie Programu, w tym szczegółowo zakres porodu fizjologicznego także porodu rodzinnego oraz zakresu realizacji świadczeń w ramach Programu,
* badanie podmiotowe i przedmiotowe (w tym badanie gruczołów sutkowych),
* pomiar ciśnienia tętniczego krwi,
* pomiar masy ciała lub określenie wzrostu i masy ciała wraz z wskaźnikiem BMI,
* ocena ryzyka ciążowego,
* ocena ryzyka i nasilenia objawów depresji za pomocą kwestionariusza PHQ 9,
* omówienie zakresu opieki okołoporodowej zgodnej z standardem oraz w przypadku kobiet nieposiadających karty ciąży, założenie karty ciąży i skierowanie kobiety na badania w ramach świadczeń NFZ,
* ewentualne instalacja aplikacji „Zdrowa Mama”[[28]](#endnote-28).

W przypadku, gdy pacjentka nie zostanie włączona do Programu, zostanie jej zaproponowana dalsza opieka przez lekarza lub położną, w ramach świadczeń NFZ.

### Moduł III – Poród rodzinny

„Pokoje Narodzin” to miejsce przygotowane do porodu naturalnego, niezmedykalizowanego, w warunkach zbliżonych do domowych. Lokalizacja Pokoju Narodzin w szpitalu zapewnienia poczucia bezpieczeństwa kobiet i położnych prowadzących poród. Po kwalifikacji do Programu pacjentki, odbędzie się wizyta ginekologiczna, która stanowi pierwszy etap przygotowania do porodu rodzinnego.

**Wizyta ginekologiczna - 33-37 tydzień ciąży (czas wizyty 60 min):**

* badanie podmiotowe i przedmiotowe (w tym ocena wymiarów miednicy),
* badanie położnicze,
* ocena czynności serca płodu,
* ocena ruchów płodu,
* badanie gruczołów sutkowych,
* pomiar ciśnienia tętniczego krwi,
* pomiar masy ciała,
* ocena ryzyka ciążowego,
* ocena ryzyka i nasilenia objawów depresji za pomocą PHQ9,
* badanie USG i KTG,
* omówienie porodu fizjologicznego, planu porodu oraz ewentualnie zasad porodu rodzinnego.

Po badaniu, pacjentka oczekuje na poród a w momencie rozpoczęcia akcji porodowej kontaktuje się z położną (Koordynatorem Programu) i zostaje objęta dodatkową opieką/wsparciem położnej w czasie porodu fizjologicznego w odbywającego się w „Pokoju Narodzin”.

Zadania koordynatora obejmuje:

* kwalifikacja kobiety ciężarnej do porodu w pokoju narodzin,
* edukacja przedporodowa z uwzględnieniem regulaminu obowiązującego w Pokoju Narodzin u Realizatora, w tym z możliwością obecności członka rodziny przy porodzie.

Podczas porodu (średnio 6 godz. – czas wsparcia będzie zależny od czasu trwania porodu) będzie możliwe wsparcie rodzącej i jej osoby towarzyszącej przez drugą położną w ramach Programu. Celem porodu fizjologicznego jest poród w indywidualnym rytmie kobiety, zgodnie z jej potrzebami oraz planem porodu (w tym uczestniczeniem 1 członka rodziny, natomiast położna korzysta jedynie z naturalnych metod stymulacji czynności skurczowej, pozwalając na sen, relaks czy posiłek). W czasie porodu nie będą podejmowane żadne interwencje mające na celu przyspieszenie porodu. Lokalizacja „Pokoju narodzin” w sąsiedztwie oddziału położniczo-noworodkowego lub bloku porodowego umożliwi natychmiastową interwencję lekarską. „Pokój Narodzin” powinien być wyposażony w nowoczesny sprzęt medyczny, gwarantujący kobiecie komfort w każdej fazie porodu oraz bezpieczeństwo dziecku oraz możliwość uczestniczenia 1 członka rodziny rodzącej.

Jeśli w czasie porodu położne zaobserwują jakiekolwiek nieprawidłowości, pacjentka zostaje przeniesiona na Blok Porodowy w celu umożliwienia opieki w warunkach umożliwiających skorzystanie np. ze znieczulenia zewnątrzoponowego, farmakologicznej stymulacji porodu lub rozwiązania ciąży przez cesarskie cięcie.

Po porodzie w Pokoju Narodzin opiekę nad matką i jej dzieckiem przez 2 h sprawują położne. Dodatkowo dla około 13%[[29]](#endnote-29) pacjentek planowane jest wsparcie psychologiczne w czasie porodu lub po porodzie.

### Moduł IV – Zamknięcie udziału w Programie (w czasie hospitalizacji związanej z porodem).

Pacjentka podczas wizyty zamykającej w dniu wypisu ze szpitala:

* otrzymuje informacje na temat opieki i zakresu świadczeń gwarantowanych w okresie połogu po zakończeniu pobytu w szpitalu,
* otrzymuje wytyczne dotyczące dalszego postępowania prozdrowotnego, w tym informację o obowiązku regularnych kontroli stanu zdrowia, przez położną oraz lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.
* wypełnia kwestionariusz oceniający satysfakcję i realizację oczekiwań kobiet wobec opieki okołoporodowej skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle (The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale), której wyniki będą podstawą ewaluacji Programu oraz wypracowania zaleceń do poprawy przebiegu Programu,
* kończy udział w Programie.

Koordynator Programu jest zobowiązany do przekazania informacji do lekarza POZ pacjentki na temat udziału w Programie i ewentualnie o zaleceniach lekarskich.

## Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia w ramach Programu będą realizowane dobrowolne po udzieleniu świadomej zgody pacjentki na udział w Programie i nieodpłatnie. Wszystkie interwencje będą prowadzone z poszanowaniem prywatności i ochrony danych osobowych. Za zaproszenie pacjentek do Programu odpowiedzialni będą Realizatorzy wyłonieni w ramach konkursu. Dostęp do Programu będzie możliwy w określonych godzinach (co najmniej 5 godzin dziennie) ustalonych przez Realizatora na oddziałach szpitalnych lub w ramach poradni AOS. W ramach Programu możliwa będzie komunikacja z zespołem realizującym Program zarówno, co do kwestii wizyt, jak i szkoleń (osobą odpowiedzialną za komunikację z pacjentem będzie koordynator Programu lub ewentualnie osoby wskazane przez koordynatora). Wszystkie świadczenia realizowane dla pacjentek będą wykonywane przez zespół interdyscyplinarny (lekarz ginekolog, położna, psycholog).

**W celu zabezpieczenia przed podwójnym finansowaniem świadczeń zdrowotnych** finansowanych z NFZ i z budżetu Miasta, realizator będzie miał obowiązek zbierania danych osobowych, w tym PESEL kobiet zakwalifikowanych do Programu, tak aby dotujący miał możliwość we współpracy z NFZ wykrycie nadużyć, wraz z przypisaniem kadry medycznej do poszczególnych etapów Programu.

### Spójność merytoryczna i organizacyjna

Program jest spójny merytorycznie i organizacyjnie ze świadczeniami gwarantowanymi finansowanymi z NFZ. W ramach Programu, Realizator jest zobowiązany do prowadzenia następującej dokumentacji działań merytorycznych:

* dokumentacja medyczna z wizyt w ramach Programu,
* indywidualna książeczka kobiety, prowadzona przez Realizatora, (dla kobiet biorących udział w Programie wraz z harmonogramem wizyt), która będzie uzupełnieniem karty przebiegu ciąży oraz wynikami monitorowania,
* ankiety ewaluacyjne i satysfakcji.

**Program będzie realizowany w 2023 roku jako pilotaż. W kolejnych latach istnieje możliwość zwiększania liczby odbiorców Programu adekwatnie do potrzeb.** Terminy szkoleń dla kadry medycznej będą zaplanowane przez każdego Realizatora indywidualnie. Interwencje w Programie są uzupełnieniem świadczeń zdrowotnych finansowanych z Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie opieki okołoporodowej i poszerzają zakres opieki o dodatkową edukację dla kobiet w zakresie porodu fizjologicznego, oceny stanu psychologicznej oraz zapewnienia prawidłowej opieki w Pokoju Narodzin. Każda uczestniczka przed podpisaniem zgody zostanie poinformowana o zakresie Programu, czasie jego trwania, źródłach finansowania Programu i zasadach uczestnictwa.

Świadczenia w ramach Programu będzie udzielała kadra posiadająca odpowiednie kwalifikacje zgodnie z kryteriami opisanymi przepisami prawa i opisem Programu[[30]](#endnote-30). W ramach Programu będzie prowadzona dokumentacja medyczna opracowana w związku z realizacją Programu i przechowywana w siedzibie Realizatorów, zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych oraz dodatkowo zaleceniami Realizatora[[31]](#endnote-31),[[32]](#endnote-32). Interwencje będą się odbywały w siedzibie Realizatora lub przez niego wynajętych zgodnie z wymaganiami stawianymi przez obowiązujące przepisy prawa[[33]](#endnote-33),[[34]](#endnote-34).

## Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Organizator dopuszcza zakończenie udziału pacjentki w Programie na każdym etapie jego realizacji oraz kontynuowanie opieki w zakresie finansowanej NFZ w tym samym szpitalu. Program jest spójny merytorycznie i organizacyjnie ze świadczeniami gwarantowanymi realizowanymi przez NFZ i stanowi ich uzupełnienie. W przypadku wycofania zgody pacjentki na udział w Programie zostanie ona poinformowana w ramach wizyty zamykającej przez lekarza lub położną ( w przypadku potwierdzonej depresji wskazany jest udział psychologa podczas wizyty zamakającej) o możliwość kontynuacji opieki w ramach świadczeń NFZ i możliwościach porodu w danej placówce. Konieczne jest przekazanie pisemnej informacji nt. wyników Programu lub ewentualnie niezbędnych informacji lekarzowi POZ (przez koordynatora Programu) w celu włączenia pacjentki dalszego postępowania.

# **4. Organizacja programu polityki zdrowotnej**

## Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

**Części składowe programu polityki zdrowotnej są następujące:**

1. Wybór Realizatorów Programu w ramach konkursu.

Wybór Realizatorów zostanie dokonany w ramach konkursu ofert spełniających następujące kryteria:

* + - * oddział położniczo- ginekologiczny w strukturze organizacyjnej szpitala,
      * kontrakt NFZ na świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii,
      * możliwość utworzenia dodatkowego pomieszczenia do porodów fizjologicznych w tzw. „Pokojach Narodzin”,
      * wartość merytoryczna oferty, w tym: stopień, w jakim oferta odpowiada wymogom podanym w Ogłoszeniu Konkursowym,
      * racjonalność kalkulacji kosztów w relacji do zakresu rzeczowego zadania, aktualnych średnich cen i stawek na rynku usług,
      * doświadczenie oferenta w realizacji edukacji przedporodowej np. prowadzenie Szkoły Rodzenia.
      * zasoby rzeczowe oferenta (np. sprzęt medyczny, multimedialny).

1. Przeprowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnej.

W ramach pierwszego etapu zostanie przeprowadzona przez Realizatora kampania informacyjna na terenie miasta Wrocławia. Opracowane zostaną materiały w postaci plakatów, które przekazane zostaną do poradni ginekologiczno-położniczych oraz POZ na terenie Wrocławia.

1. Realizacja Modułów I-IV – opisana w ramach przebiegu programu.
2. Monitorowanie przebiegu programu.

Realizator jest zobowiązany do monitorowania przebiegu programu zgodnie z warunkami umowy oraz dokumentacją opracowaną do Programu.

1. Zamknięcie programu wraz z jego ewaluacją.

Po zakończeniu Programu, Realizator jest zobowiązany do dostarczenia danych związanych z realizacją programu oraz zestawieniem wyników badań w postaci raportu końcowego (ewentualnie z arkuszami Excel) z anonimowym zestawieniem wyników badań i ocen ankietowych.

## Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Wybór realizatorów odbędzie się procedurze konkursowej. Realizator musi zapewnić wykonanie wszystkich zadań merytorycznych, w tym przeszkolenie kadry medycznej, przeprowadzenie kampanii informacyjno-promocyjnej, kwalifikowanie pacjentek i zapewnienie opieki nad pacjentkami. Wybór Realizatora i jego podwykonawców musi odbywać się zgodnie z przepisami prawa krajowego.

Opracowanie kampanii oraz materiałów informacyjno-promocyjnych zostanie zrealizowane w ramach przyznanych środków finansowych na realizację Programu. Materiały edukacyjne dla kadry medycznej mogą być udostępnione on-line na stronie Realizatora.

### Szkolenie kadry medycznej

Realizator w zakresie szkoleń dla kadry medycznej, zaplanowanych w ramach Programu, powinien:

* zapewnić niezbędną infrastrukturę celem realizacji zaplanowanych szkoleń – sala szkolenia dla 20 osób;
* posiadać doświadczenie w prowadzeniu szkoleń/warsztatów z zakresów medycznych (w okresie ostatnich 3 lat przed dniem złożenia oferty, w wymiarze min. 10 godzin, dla min. 50 osób, poświadczone odpowiednimi dokumentami);
* zapewnić prowadzenie wykładów wyłącznie przez lekarzy specjalistów ginekologii, psychiatrii oraz fizjoterapeuty i dietetyka posiadających co najmniej 3-letnie doświadczenie zawodowe oraz doświadczenie w prowadzeniu szkoleń/kursów.

Przeprowadzenie szkolenia (8-godzinnego, 1h = 45 min) dla personelu medycznego (maksymalnie do 20 osób w grupie szkoleniowej) z zakresu standardu opieki nad kobietą ciężarną, oraz z zadań Programu. Realizator Programu zgodnie z kryteriami wybiera kadrę medyczną, może zaangażować własnych pracowników, jeśli pracownik spełnia określone w RPZ wymogi, np. co najmniej 3-letniego doświadczenia.

### Opieka w czasie ciąży i porodu

W zakresie organizacji wsparcia dla kobiet w ciąży, w czasie porodu i w okresie połogu Realizator Programu jest zobowiązany:

* **Zapewnić specjalistyczną kadrę medyczną na etapie włączania do Programu kobiety w ciąży oraz w czasie porodu:**
* Lekarz koordynator –lekarz specjalista w dziedzinie ginekologii i położnictwa co najmniej z 6 letnim doświadczeniem,
* Lekarze ginekolodzy - specjaliści w dziedzinie ginekologii i położnictwa, z co najmniej z 3 letnim doświadczeniem.
* położna z co najmniej 3 letnim doświadczeniem w dziedzinie położnictwa,
* psycholog.

Nabór i kwalifikacja pacjentek w programie jest przeprowadzana przez położną na podstawie wyników badania podmiotowego i przedmiotowego.

#### Wymogi dla kadry udzielającej wsparcia odbiorcom Programu

* + - 1. **Kwalifikacja kobiety ciężarnej do Porodu, poród rodzinny:**
* Odpowiednie specjalistyczne gabinety/sale zabiegowe umożliwiające przeprowadzenie wizyt ambulatoryjnych z kobietami w ciąży oraz badań ginekologiczno- położniczych.
* Lekarz specjalista ginekologii: wykształcenie wyższe kierunkowe, ukończona specjalizacja z ginekologii i położnictwa, doświadczenie co najmniej 3 letnie w pracy w zawodzie, doświadczenie w monitorowaniu i opiece nad kobietami w ciąży,
* Położna: położna z doświadczeniem zawodowym w pracy w szpitalu III stopnia referencyjności co najmniej 3 lata.
* Psycholog z co najmniej 3 letnim doświadczeniem w pracy z pacjentami, udzielający pomocy psychologicznej osobom chorym oraz osobom z różnymi rodzajami niepełnosprawności, a także ich rodzinom. Specjalizacja kliniczna.
  + - 1. **Zakończenie udziału pacjentki w Programie:**
    - Położna: położna z doświadczeniem zawodowym w pracy w szpitalu III stopnia referencyjności co najmniej 3 lata

lub

* + - Lekarz specjalista – lekarz specjalista ginekolog lub lekarz rezydent, min. 3 lata doświadczenia zawodowego pod nadzorem lekarza specjalisty.

#### Wymogi dotyczące Pokoi Narodzin

„Pokój Narodzin” musi być odpowiednio wyposażony w nowoczesny sprzęt medyczny, który zapewni kobiecie komfort i bezpieczeństwo w każdej fazie porodu i jej dziecku.

Wyposażenie ”Pokoju Narodzin”:

1. [**Łóżko porodowe**](https://eresmedical.com.pl/lozko-porodowe-m-2dxs-p-22.html), które umożliwi ułożenie kobiety rodzącej w wielu pozycjach, tak, aby zapewnić wygodę, ale też dostęp do niej personelowi. Pozycja leżąca, półsiedząca, siedząca, Trendelenburg, czy anty Trendelenburg. Łóżko regulowane elektrycznie. Wygodny materac oraz uchwyty i podnóżki dla rodzącej.
2. **Stołek lub krzesło porodowe** – mebel, który przypomina taboret z dużym otworem w siedzeniu. Przydaje się kobiecie rodzącej w 2 fazie porodu, kiedy dzięki sile grawitacji rodzącej łatwiej jej jest wyprzeć dziecko.
3. [**Kardiotokograf**](https://eresmedical.com.pl/kardiotokograf-cms-800g-p-27.html) –aparat do badania KTG – urządzenie do monitorowania pracy serca dziecka  oraz skurczów macicy. Kardiotokograf powinien znajdować się w pobliżu łóżka porodowego. W zależności od możliwości możemy nabyć proste kompaktowe aparaty KTG, lub wolnostojące rozbudowane urządzenia na wózku z wyświetlaczem LCD i dotykowym ekranem.
4. [**Detektor tętna płodu**](https://eresmedical.com.pl/detektor-tetna-plodu-babysound-b-p-36.html) – UDT - jest to małe przenośne urządzenie na baterie, które pozwala monitorować tętno dziecka, niezależnie od pozycji, w jakiej aktualnie znajduje się pacjentka (lub ewentualnie - tele KTG, które także umożliwia poruszanie się rodzącej),
5. **Stanowisko do pielęgnacji noworodka -** powinno znajdować się w niedalekiej odległości od łóżka porodowego. W tym miejscu oczyszcza się noworodka po porodzie, bada się je, zakłada opaskę. Temperatura tu panująca powinna być zbliżona do 37 stopni.
6. **Stanowisko do resuscytacji noworodka** niezbędne w przypadku powikłań podczas porodu.
7. [**Lampa operacyjna**](https://eresmedical.com.pl/lampy-operacyjne-c-2_103_47.html) **lub** [**zabiegowa**](https://eresmedical.com.pl/lampy-do-gabinetu-ginekologicznego-c-2_41_75.html) – ledowa, sufitowa lub jezdna, powinna dawać jasne białe światło. Najlepiej sprawdza się lampa bezcieniowa, nieoślepiająca personelu. Lampa ginekologiczna powinna mieć możliwość regulacji oświetlenia oraz łatwego manewrowania kopułą lampy, by ustawić ją pod odpowiednim kątem. Ważne są również parametry oświetlenia – natężenie, temperatura barwowa, głębokość światła oraz średnica oświetlanego obszaru.
8. **Lampa bakteriobójcza** – do odkażania pomieszczenia po porodzie.
9. **Stolik zabiegowy** - na narzędzia – metalowy na kółkach.
10. **Drabinki** – przymocowane do ściany, podobnie jak chusta zwisająca z sufitu, pozwalają kobiecie przytrzymywać się podczas skurczy i przyjmować najodpowiedniejszą dla niej pozycję, odciążając kręgosłup i nogi.
11. **Duża gumowa piłka** – pacjentki często korzystają z możliwości siadania na takiej piłce w I fazie porodu. Można na niej wykonywać delikatne ćwiczenia, kołysać się, co wspomaga szybkość posuwania się porodu i łagodzi bóle.
12. **Materac –** czasem pacjentka woli skorzystać z materaca niż z łóżka w pierwszych fazach porodu, gdzie może przyjąć dowolną pozycję lub po porodzie leżanka / łóżko – by pacjentka wraz z niemowlęciem miała chwilę czasu na odpoczęcie po porodzie, by odbyła pierwsze karmienie, a dziecko oswoiło się z nowym otoczeniem.
13. **Worek Sako –** duży miękki worek, który pozwala wygodnie usiąść oraz dopasowuje się kształtem do ciała pacjentki, łagodząc bóle pleców.
14. **Fotel lub kanapa**dla osoby towarzyszącej podczas porodu**.**

# **5. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej**

## Monitorowanie

W ramach Programu będą monitorowane dwa rodzaje wskaźników, dotyczące zasobów oraz efektywności. Bieżąca ocena realizacji będzie polegała na analizie raportów okresowych opracowywanych kwartalnie oraz rocznych interwałach czasowych.

W ocenie zasobów zostanie podana informacja dotycząca zgłaszalności oraz uczestnictwa kobiet ciężarnych w wizytach zaplanowanych w Programie. Informacja na temat realizacji zadań oraz zgłaszanych uwag od uczestniczek będzie przekazywana do Koordynatora Programu.

Druga grupa wskaźników obejmuje ocenę uzyskiwanych efektów (opisane w kolejnym rozdziale) związanych z wdrożeniem Programu oraz ich jakości w czasie realizacji Programu. Ocena jakości świadczeń zostanie dokonana przez Koordynatora Programu. Jakość świadczeń będzie oceniona za pomocą skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle oraz ankiety satysfakcji kobiet ciężarnych z udziału w Programie w momencie jego zakończenia (w czasie wizyty zamykającej). Kwestionariusz satysfakcji z Programu zostanie udostępniony wszystkim uczestniczkom podczas zakończenia Programu.

Ocena zgłaszalności do Programu prowadzona poprzez analizę następujących zasobów:

* liczbę personelu medycznego (lekarzy oraz położnych) uczestniczącą w szkoleniach dla kadry medycznej,
* liczbę pacjentek uczestniczących w wizycie kwalifikującej do Programu,
* liczbę pacjentek, które zrezygnowały z udziału w Programie,
* liczbę pacjentek w ciąży, które zakończyły Program przed porodem,
* liczba pacjentek, które odbyły poród w „Pokoju Narodzin”.

Ocena zgłaszalności do Programu będzie monitorowania poprzez dostęp do baz danych Programu lub dokumentacji medycznej, prowadzonych przez Realizatora Programu. Analizie zostanie poddana liczba osób, które aplikowały do Programu oraz liczba kobiet, którym udzielono poszczególnych świadczeń podczas jego realizacji. Dokonane zostanie porównanie ilości kobiet, którym udzielono świadczeń w ramach Programu w stosunku do populacji kwalifikującej się do Programu.

Poziom zgłaszalności będzie elementem końcowej oceny realizacji Programu dokonywanej na podstawie danych pozyskanych od realizatora Program.

**Ocena jakości świadczeń będzie obejmować**:

* ocenę satysfakcji kobiet z udziału w Programie – dokonywana na podstawie ankiety satysfakcji pacjentki wypełnianej na wizycie zamykającej udział w Programie,
* ocenę jakości szkoleń dla lekarzy – dokonywana na podstawie ankiety satysfakcji ze szkoleń dla kadry medycznej zebranej na zakończenie szkolenia przez prowadzącego zajęcia (i porównanie z danymi wyjściowymi),
* analizę uwag pisemnych przekazanych przez uczestników do Realizatora Programu,
* identyfikację ewentualnych zakłóceń w przebiegu Programu - ocena czynników zakłócających będzie oceniana na bieżąco przez Realizatora z częstotliwością dostosowaną do przebiegu Programu i zaplanowanego wsparcia.

## Ewaluacja

Ewaluacja Programu przeprowadzona zostanie na podstawie mierników efektywności. Efekty realizacji Programu powinny być spójne z celami. Koordynator Programu odpowiedzialny będzie za przeprowadzenie ewaluacji na podstawie dokumentacji medycznej oraz kwestionariuszy.

Ocena każdego parametru zostanie podsumowana po zakończeniu każdej edycji Programu. Celem ewaluacji będzie ocena stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu polityki zdrowotnej, a stanem po jego zakończeniu. Długofalowa ocena efektów Programu jest możliwa na podstawie danych przekazanych przez Realizatora Programu. Ponadto należy podkreślić, że ewaluacja będzie procesem długoterminowym. Na postawie wyników pilotażowego Programu możliwe jest rozszerzenie Programu dla większej populacji mieszkanek Wrocławia, ustalenie standardu dokumentacji dla innych ośrodków oraz procedur kwalifikacji pacjentek do opieki psychologicznej. Utrzymanie trwałości uzyskanych w Programie efektów zdrowotnych kobiet jest możliwe poprzez realizację Programu w kolejnych latach, w tym zwiększenie liczby jego uczestników. Kontynuacja Programu będzie możliwa w zależności od efektów oraz nakładów finansowych.

W ramach Programu rekomendowane jest zbieranie wskaźników zarówno podstawowych, jak i rekomendowanych za EURO-PERISTAT (pogrubieniem zaznaczono wskaźniki rutynowo nie zbierane w Polsce).

Tabela 7. Wskaźniki podstawowe i rekomendowane EURO-PERISTAT8

|  |  |
| --- | --- |
| **Wskaźniki podstawowe** | **Wskaźniki rekomendowane** |
| C1:Zgony płodów (według czasu trwania ciąży, masy urodzeniowej i wielorakości porodu)  C2:Zgony noworodków (według czasu trwania ciąży, masy urodzeniowej i wielorakości porodu)  C3:Zgony niemowląt(według czasu trwania ciąży, masy urodzeniowej i wielorakości porodu)  C4:Masa urodzeniowa(według rodzaju urodzenia, czasu trwania ciąży i wielorakości porodu)  C5: Czas trwania ciąży(według rodzaju urodzenia wielorakości porodu)  **C6:Zgony matek**  C7:Ciąże mnogie(wedługliczbypłodów)  C8:Wiek matki  C9:Kolejność urodzenia  **C10:Sposób porodu (według kolejności urodzenia, wielorakości porodu, położenia płodu, poprzednich cięć cesarskich i czasu trwania ciąży).** | R1: Wybrane wady wrodzone  R2: Punktacja Apgar w 5 minucie  R3: Zgony płodów i noworodków z powodu wad wrodzonych  R4: Porażenie mózgowe  **R5: Przyczyny zgonów matek**  **R6: Poważne zachorowania matek**  **R7: Pęknięcie krocza**  **R8: Palenie tytoniu w czasie ciąży**  R9: Wykształcenie matek  R10: Grupy zawodowe rodziców  R11: Kraj urodzenia matki  **R12: Indeks masy ciała matki przed ciążą**  R13: Ciąże w wyniku leczenia niepłodności  **R14: Czas trwania ciąży w momencie pierwszej wizyty**  **R15: Sposób rozpoczęcia porodu**  **R16: Miejsce porodu według rocznej liczby porodów**  R17: Noworodki bardzo przedwcześnie urodzone w szpitalach bez oddziału intensywnej opieki nad noworodkiem  R18: Nacięcie krocza  R19: Urodzenia bez interwencji położniczej  R20: Karmienie piersią bezpośrednio po porodzie. |

Ocena każdego parametru zostanie podsumowana raz na 6 miesięcy przez każdego Realizatora. Celem ewaluacji będzie ocena stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu polityki zdrowotnej, a stanem po jego zakończeniu i zostanie rozpoczęta po zakończeniu Programu.

Utrzymanie trwałości uzyskanych w Programie efektów zdrowotnych w populacji w mieście Wrocław zaplanowano poprzez nadanie Programowi charakteru długotrwałego. Natomiast na postawie wyników Programu możliwe jest przygotowanie szerszego zakresu realizacji Programu w kolejnych latach. Zatem utrzymanie trwałości uzyskanych w Programie efektów zdrowotnych w populacji miasta Wrocławia jest możliwe poprzez realizację Programu w kolejnych latach i zwiększenie liczby jego uczestniczek. Kontynuacja Programu będzie możliwa w zależności od uzyskanych efektów oraz dostępności środków finansowych.

**Tabela 8. Wskaźniki efektywności / rezultatu w Programie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wskaźnik efektywności/rezultatu** | **Wartość docelowa** | **Sposób pomiaru** |
| Wzrost odsetka kobiet rodzących naturalnie w okresie trwania Programu w stosunku do wszystkich rodzących kobiet w ciąży fizjologicznej w danym szpitalu w roku poprzedzającym Program | Wzrost o 5% | Lista kobiet naturalnie rodzących włączonych do Programu na podstawie decyzji lekarza ginekologa i zgody samych kobiet |
| Odsetek kobiet z pozytywnym doświadczeniem porodu. Informacja z kwestionariusza oceniającego satysfakcję i realizację oczekiwań kobiet wobec opieki okołoporodowej skala zadowolenia z pielęgnacji Newcastle (the Newcastle Satisfaction with NursingScale” NSNS)[[35]](#endnote-35). | 60% | Wypełnienie kwestionariusza przez kobietę w czasie wizyty zamykającej Program po porodzie |
| Liczba kobiet ciężarnych z ciążą fizjologiczną objętych Programem. | 100 (pilotaż) | Lista ciężarnych zakwalifikowanych do porodu fizjologicznego w momencie włączenia do Programu w ramach programu pilotażowego |
| Odsetek kobiet, które stworzyły plan porodu przed porodem w ramach Programu. | 90% | Dokumentacja medyczna w czasie porodu. |
| Odsetek kobiet z wynikiem PHQ 9 powyżej i objęte opieką psychologa w czasie Programu. | 14% | Dokumentacja medyczna i wyniki kwestionariusza PHQ 9. |
| Odsetek porodów rodzinnych wśród rodzących u realizatora w ramach Programu. | 30% osób | Lista typów porodów kobiet włączonych do Programu |
| Odsetek kobiet z rozpoznaniem depresji w czasie ciąży i skierowane do dalszego leczenia w ramach centrów zdrowia publicznego. | 3% | Wyniki PHQ 9 oraz zaświadczenie lekarza psychiatrii o objęcie opieką. |
| Liczba osób personelu medycznego uczestniczących w szkoleniach dla kadry medycznej | 20 osób | Lista obecności na szkoleniach |
| Odsetek personelu medycznego, u którego zwiększono poziom wiedzy w ramach szkoleń. | Co najmniej 60% kadry medycznej uczestniczącej w szkoleniach | Uzyskanie wyników dobrych (min. 70% poprawnych odpowiedzi) dla post testu lub poprawa o 10% wyników w post teście w stosunku do wartości pre testu. |

# **6. BUDŻET PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

## Źródła finansowania

Pilotaż programu polityki zdrowotnej finansowany będzie w całości ze środków budżetowych miasta Wrocławia.

Budżet zawiera niezbędne kategorie kosztów, w tym koszty m.in.:

1. przygotowania i przeprowadzenia kampanii informacyjno-promocyjnej,
2. przeprowadzenia naboru do programu
3. przeprowadzenia szkolenia dla personelu medycznego,
4. kwalifikacji kobiet ciężarnych do Programu
5. prowadzenia edukacji zdrowotnej dla kobiet zakwalifikowanych do porodu rodzinnego
6. dodatkowa opieka podczas porodu rodzinnego
7. zbierania i przetwarzania informacji związanych z monitorowaniem i ewaluacją,
8. inne wynikające ze specyfiki programu.

Koszty jednostkowe poszczególnych pozycji nie powinny, znacząco odbiegać od cen rynkowych.

**Średni koszt na osobę na 1 uczestniczkę wynosi ok. 1000 zł.**

## Koszty całkowite

Na realizację pilotażu Programu przeznaczono kwotę **100 000 zł** w którym planowane jest 100 porodów fizjologicznych.

# **Załączniki**

## Kwestionariusz PHQ 9[[36]](#endnote-36)

<http://www.depresja.ipin.edu.pl/podejrzewasz-ze-masz-depresje-sprawdz-to-odpowiadajac-na-kilka-pytan/>

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Niewiele mnie interesuje i mało co sprawia mi przyjemność. | a) nigdy (0 punktów)  b) od czasu do czasu (1 punkt)  c) mniej więcej przez połowę tego czasu (2 punkty)  d) prawie codziennie (3 punkty) |
| 2. Czuję się smutna, załamana i nie mam nadziei. | a) nigdy (0 punktów)  b) od czasu do czasu (1 punkt)  c) mniej więcej przez połowę tego czasu (2 punkty)  d) prawie codziennie (3 punkty) |
| 3. Mam [trudności z zasypianiem](https://portal.abczdrowie.pl/trudnosci-z-zasypianiem) lub śpię za dużo. | a) nigdy (0 punktów)  b) od czasu do czasu (1 punkt)  c) mniej więcej przez połowę tego czasu (2 punkty)  d) prawie codziennie (3 punkty) |
| 4. Czuję się zmęczona, mam mało energii. | a) nigdy (0 punktów)  b) od czasu do czasu (1 punkt)  c) mniej więcej przez połowę tego czasu (2 punkty)  d) prawie codziennie (3 punkty) |
| 5. Jem za dużo lub dokucza mi [brak apetytu](https://portal.abczdrowie.pl/brak-apetytu-najczestsze-przyczyny). | a) nigdy (0 punktów)  b) od czasu do czasu (1 punkt)  c) mniej więcej przez połowę tego czasu (2 punkty)  d) prawie codziennie (3 punkty) |
| 6. Mam poczucie klęski i/lub winy. | a) nigdy (0 punktów)  b) od czasu do czasu (1 punkt)  c) mniej więcej przez połowę tego czasu (2 punkty)  d) prawie codziennie (3 punkty) |
| 7. Mam [problemy z koncentracją](https://portal.abczdrowie.pl/problemy-z-koncentracja), gdy czytam gazetę lub oglądam telewizję. | a) nigdy (0 punktów)  b) od czasu do czasu (1 punkt)  c) mniej więcej przez połowę tego czasu (2 punkty)  d) prawie codziennie (3 punkty) |
| 8. Mówię i/lub poruszam się zbyt wolno lub za szybko. | a) nigdy (0 punktów)  b) od czasu do czasu (1 punkt)  c) mniej więcej przez połowę tego czasu (2 punkty)  d) prawie codziennie (3 punkty) |
| 9. Myślę, że byłoby lepiej, gdybym nie żył. | a) nigdy (0 punktów)  b) od czasu do czasu (1 punkt)  c) mniej więcej przez połowę tego czasu (2 punkty)  d) prawie codziennie (3 punkty). |

Test na depresję PHQ-9 wykorzystujemy za zgodą Pfizer Polska. **Test Dziewięciu Pytań** opiera się bezpośrednio na kryteriach diagnostycznych dla **dużej depresji** zawartych w klasyfikacji DSM-IV.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **HQ-9-line** | **nasilenie depresji** | **Sugerowana Interwencja** |
| 0-4 | None-minimal | Żadna |
| 5-9 | Łagodny | Powtórz PHQ-9 w czasie kolejnych wizytw czasie obserwacji |
| 10-14 | Umiarkowany | Zrobić plan leczenia, należy rozważyć poradnictwo psychologiczne, follow-up i / lub leki na receptę |
| 15-19 | umiarkowanie nasilonej | Leczenie farmakolgiczne receptę i poradnictwo |
| 20-27 | Silny | Przepisać leki na receptę. Jeśli są słabe odpowiedzi na leczenie, należy natychmiast skierować pacjenta do specjalisty zdrowia psychicznego dla poradnictwa. |

# **Spis tabel, wykresów i rysunków**

[Rysunek 1. Schemat Koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży. 18](#_Toc43711382)

[Rysunek 2 Schemat modelu opieki kompleksowej nad kobietą ciężarną, w połogu oraz rodzin w mieście Wrocław 22](#_Toc43711383)

[Tabela 1. Postępowanie w ciąży fizjologicznej w ramach standardu opieki okołoporodowej 5](#_Toc43465967)

[Tabela 2. Wskaźniki podstawowe - Euro Peristat 9](#_Toc43465968)

[Tabela 3. Stopnie nasilenia depresji 10](#_Toc43465969)

[Tabela 4. Dane demograficzne województwa Dolnośląskiego 12](#_Toc43465970)

[Tabela 5. Liczba świadczeniodawców w Polsce i w województwie dolnośląskim 14](#_Toc43465971)

[Tabela 6. Struktura świadczeniodawców w Wrocławiu i województwie dolnośląskim 14](#_Toc43465972)

[Tabela 7. Wskaźniki podstawowe i rekomendowane EURO-PERISTAT8 47](#_Toc43465973)

[Tabela 8. Wskaźniki efektywności / rezultatu w Programie 48](#_Toc43465974)

[Tabela 9. Budżet Programu **Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**](#_Toc43465975)

[Tabela 10. Koszty jednostkowe w Programie - Podsumowanie **Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.**](#_Toc43465976)

# **Bibliografia**

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2019 r. w sprawie programu pilotażowego "Standard szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym - Dieta Mamy”. Dostępne na: https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzu-dziennik-ustaw/program-pilotazowy-standard-szpitalnego-zywienia-kobiet-w-ciazy-i-w-18883007 [↑](#endnote-ref-2)
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych. Dostępne na: http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20180000469/O/D20180469.pdf [↑](#endnote-ref-3)
3. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Transforming care of women and babies for improved health and well-being. WHO 2018. Dostępne na: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/ [↑](#endnote-ref-4)
4. Working Group Members for Pregnancy and Childbirth. Pregnancy & childbirthdata collection on reference guide. ICHOM 2017. https://www.ichom.org/wp-content/uploads/2019/11/20170410-Pregnancy-and-Childbirth-Reference-Guide-1.0.3.pdf [↑](#endnote-ref-5)
5. Informacja prasowa 13 lutego 2019. Instytut Matki i Dziecka. EuroPeristat. https://www.europeristat.com/images/Informacja-Prasowa-EURO-PERISTAT-IMiD-13.02.19.pdf [↑](#endnote-ref-6)
6. Euro-Peristat Project. European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015. November 2018. Dostępne na: www.europeristat.com [↑](#endnote-ref-7)
7. Martínez-Paredes JF, Jácome-Pérez N. Depression in Pregnancy. Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed). 2019 Jan-Mar;48(1):58-65. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rcp.2017.07.003. Epub 2017 Sep 3. PMID: 30651174. [↑](#footnote-ref-2)
8. Jeashke R, Brudkiewicz P. Czym są okołoporodowe zaburzenia psychiczne i jak się leczy kobiety cierpiące z ich powodu? Medycyna Praktyczna dla pacjentów - Psychiatria. Dostępne na:

   https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/choroby/123809,czym-sa-okoloporodowe-zaburzenia-psychiczne-i-jak-sie-leczy-kobiety-cierpiace-z-ich-powodu [↑](#endnote-ref-8)
9. Dominiak M, Antosik-Wójcińska AZ, Baron M, Mierzejewski P, Święcicki Ł. Rekomendacje odnośnie profilaktyki i leczenia depresji poporodowej. IPIN. Warszawa. 2019. https://wyleczdepresje.pl/wp-content/uploads/2019/04/5.-Rekomendacje-odnosnie-profilaktyki-i-leczenia-depresji.pdf [↑](#endnote-ref-9)
10. Antosik-Wójcińska A, Parnowski T, Święcicki Ł. Jak ćma– przejawy depresji w różnych okresach życia IPIN. 2012. dostępna na: <http://www.depresja.ipin.edu.pl/wp-content/uploads/2016/12/Poradnik%20Jak_%C4%86ma%2018.12.2016.pdf> [↑](#endnote-ref-10)
11. Główny Urzędu Statystyczny. Rocznik demograficzny 2021 [↑](#endnote-ref-11)
12. Polska w liczbach. Dostępne na: <http://www.polskawliczbach.pl/Wroclaw> [↑](#endnote-ref-12)
13. Europejska Strategia WHO kształcenia pielęgniarek i położnych, DLVR020301 – Strategia kształcenia – 14 maja 1999. WHO - Światowa Organizacja Zdrowia, Biuro Regionalne w Europie, Kopenhaga 2000. [↑](#endnote-ref-13)
14. Zarządzenie Nr 22/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2016 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie” wprowadzające nowy zakres świadczeń: Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC). [↑](#endnote-ref-14)
15. Dane dostępna na stronie www.nfz.gov.pl [↑](#endnote-ref-15)
16. Ministerstwo Zdrowia. Narodowy Program Zdrowia. Program zapobiegania depresji w Polsce w latach 2016-2020. Dostępny na: https://www.gov.pl/web/zdrowie/program-zapobiegania-depresji-w-polsce-na-lata-2016-2020 [↑](#endnote-ref-16)
17. Dominiak M, Antosik-Wójcińska AZ, Baron M, Mierzejewski P, Święcicki Ł. Rekomendacje odnośnie profilaktyki i leczenia depresji poporodowej. IPIN. Warszawa. 2019. https://wyleczdepresje.pl/wp-content/uploads/2019/04/5.-Rekomendacje-odnosnie-profilaktyki-i-leczenia-depresji.pdf [↑](#endnote-ref-17)
18. Olejniczak D., Krakowiak K., Ocena potrzeby edukacji zdrowotnej kobiet w ciąży w zakresie stylu życia i karmienia piersią. Nowa Pediatria 2013, 3, 97-105. [↑](#endnote-ref-18)
19. Ministerstwo Zdrowia. Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020. Nowy wymiar aktywnej integracji. Dostępna na: https://www.gov.pl/web/rodzina/bip-krajowy-program-przeciwdzialania-ubostwu-i-wykluczeniu-spolecznemu-2020-nowy-wymiar-aktywnej-integracji [↑](#endnote-ref-19)
20. NICE. Antenatal care for uncomplicated pregnancies. Clinical Guidane. NICE 2019. Dostępna na: https://www.nice.org.uk/guidance/cg62/chapter/1-Guidance#management-of-common-symptoms-of-pregnancy [↑](#endnote-ref-20)
21. Krówka D., Żur A., Kwalifikacje zawodowe położnych a standard opieki okołoporodowej, Gin Pol Med. Project, 2013, nr 30, s. 78. [↑](#endnote-ref-21)
22. WHO, United Nations Population Fund, UNICEF. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care. A guide for essential practice (3rd edition). Dostępne na: https://www.who.int/maternal\_child\_adolescent/documents/imca-essential-practice-guide/en/. [↑](#endnote-ref-22)
23. Baston H., Hall J., Podstawy położnictwa. Przed porodem. [Opieka przedporodowa: przygotowanie do porodu]. Baston H., Hall J. Elsevier Urban &Parner, Wrocław 2011, s. 129-141. [↑](#endnote-ref-23)
24. Kwiatek M., Gęca T., Biegaj-Fic J. et al. Szkoła rodzenia – profil pacjentek oraz wpływ zajęć na przebieg porodu i stan noworodka. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu. 2011, 17, 3:111-115 [↑](#endnote-ref-24)
25. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry. 1987 Jun;150:782-6. [↑](#endnote-ref-25)
26. NICE. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. Clinical guideline. NICE 2014. Dostępne na: https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/chapter/recommendations#recognising-mental-health-problems-in-pregnancy-and-the-postnatal-period-and-referral-2 [↑](#endnote-ref-26)
27. Dominiak M, Antosik-Wójcińska AZ, Baron M, Mierzejewski P, Święcicki Ł. Rekomendacje odnośnie profilaktyki i leczenia depresji poporodowej. IPIN. Warszawa. 2019. https://wyleczdepresje.pl/wp-content/uploads/2019/04/5.-Rekomendacje-odnosnie-profilaktyki-i-leczenia-depresji.pdf [↑](#endnote-ref-27)
28. Aplikacja „Zdrowa Mama”. Instytutu Żywności i Żywieni. Dostępne na: https://ncez.pl/zdrowamama/ [↑](#endnote-ref-28)
29. Martínez-Paredes JF, Jácome-Pérez N. Depression in Pregnancy. Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed). 2019 Jan-Mar;48(1):58-65. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rcp.2017.07.003. Epub 2017 Sep 3. PMID: 30651174. [↑](#endnote-ref-29)
30. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, Dz. U. z 2011 r. Nr 151, poz 896. [↑](#endnote-ref-30)
31. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. z 2016 r. poz. 922. [↑](#endnote-ref-31)
32. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, Dz. U. z 2015 r., poz. 2069 [↑](#endnote-ref-32)
33. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, Dz. U. z 2012 r., poz. 739. [↑](#endnote-ref-33)
34. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638). [↑](#endnote-ref-34)
35. Zastosowanie polskiej wersji skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle do oceny opieki pielęgniarskiej. Doktorat. Uniwersytet Medyczny Im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Wydział Nauk O Zdrowiu. 2010. Dostępne na: <Http://www.wbc.poznan.pl/content/167188/Index.Pdf> [↑](#endnote-ref-35)
36. Kwestionariusz PHQ 9. Dostępny na: http://www.depresja.ipin.edu.pl/podejrzewasz-ze-masz-depresje-sprawdz-to-odpowiadajac-na-kilka-pytan/ [↑](#endnote-ref-36)