



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 69/2016 z dnia 14 kwietnia 2016 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Będę MAMA, będę TATA” – wieloletni program dla gminy Kleszczów obejmujący opiekę zdrowotną nad populacją w wieku rozrodczym na lata 2016–2018”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Będę MAMA, będę TATA” – wieloletni program dla gminy Kleszczów obejmujący opiekę zdrowotną nad populacją w wieku rozrodczym na lata 2016–2018.

Uzasadnienie

Przedmiotowy projekt programu polityki zdrowotnej dotyczy istotnej kwestii jaką jest opieka nad kobietą w ciąży oraz edukacja seksualna.

Na negatywną opinię Prezesa Agencja składa się szereg nieścisłości oraz niedociągnięć, które wynikają z przedstawionych informacji.

W projekcie wskazano cele, oczekiwane efekty i mierniki efektywności. Należy jednak zwrócić uwagę, aby cele nie przedstawiały działań możliwych do podjęcia, a były zgodne z regułą SMART.

Zaplanowana do włączenia populacja wydaje się być dobrze dobrana, jednak w projekcie pojawiają się niepewności co do szacunków jej liczebności. Sprzeczne informacje dotyczące długości trwania programu wpływają na niepewność oszacowania populacji docelowej, co przekłada się na koszty. Ponadto wątpliwości budzą przyjęte odsetki osób, które skorzystają z programu oraz niepewność co do włączenia do programu partnerów kobiet ciężarnych.

W odniesieniu do interwencji zasadne jest prowadzenie szeroko zakrojonych działań edukacyjnych, zarówno z edukacji seksualnej jak również z zakresu planowania ciąży. Również zgodne z rekomendacjami i wytycznymi jest prowadzenie szkoły rodzenia, która obejmować powinna zarówno przekazywanie wiedzy teoretycznej jak i praktycznej.

W odniesieniu do zaplanowanych badań diagnostycznych w projekcie nie wskazano o jakie badania chodzi w przypadku grupy wiekowej 15-19 lat. Natomiast zaplanowane badania w grupie kobiet ciężarnych stanowią powielenie świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych.

Należy mieć na uwadze, że program polityki zdrowotnej swoim działaniem powinien uzupełniać świadczenia gwarantowane i stanowić wartość dodaną, zatem zasadne jest rozwinięcie działań edukacyjnych i z zakresu szkoły rodzenia (np. o ćwiczenia fizyczne w ciąży jak i w okresie połogu z dzieckiem). Być może warto rozważyć prowadzenie poradnictwa psychologicznego, dietetycznego i laktacyjnego, które stanowić będzie element edukacji. Niezasadne jest natomiast finansowanie świadczeń, które wydają się być łatwo dostępne w ramach NFZ.

W projekcie pojawia się także informacja na temat stosowania produktów leczniczych, jednak kwestia ta nie została rozwinięta. Należy dokładnie określić jakie leki i w jakich



okolicznościach/przypadkach maja być podawane. Należy podkreślić, że jest to ważna kwestia, która powinna zostać przeanalizowana, zwłaszcza w kontekście kobiet ciężarnych.

Monitorowanie i ewaluacja programu może zostać uzupełniona o wskaźniki dotyczące oceny przydatności pozyskanych informacji przez kobiety w ciąży, tak aby ocena efektywności została przeprowadzona dokładnie i kompleksowo.

Zaplanowany budżet budzi zastrzeżenia zarówno pod kątem efektywności wydatkowania środków jak i założeń w nim przyjętych. W toku prac analitycznych zdiagnozowano nieścisłości dotyczące liczebności populacji oraz błędy obliczeniowe, które przekładają się na szacunki kosztowe. Sugeruje się, aby budżet został skalkulowany ponownie po uwzględnieniu powyższych uwag.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej obejmujący opiekę zdrowotną nad populacją w wieku rozrodczym. Program ma być realizowany w latach 2016-2018. Planowany całkowity koszt realizacji programu został określony na ok. 375 tys. zł.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Przedstawiony program polityki zdrowotnej dotyczy ważnej kwestii, jaką jest przygotowywanie kobiety i jej towarzysza do porodu oraz opieki nad dzieckiem. W projekcie poprawnie opisano problem zdrowotny, oraz wskazano dane demograficzne oraz epidemiologiczne z zakresu m.in. chorób prenatalnych i wad wrodzonych, chorób cywilizacyjnych i rozpowszechnienia szkół rodzenia.

Zgodnie z przedstawionymi informacjami w gminie Kleszczów od 2011 roku obserwuje się spadek przyrostu naturalnego. Wydaje się zatem, że prowadzenie edukacji seksualnej oraz objęcie opieką kobiet w wieku rozrodczym zostało odpowiednio uzasadnione w projekcie.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest prowadzenie całościowej opieki edukacyjnej i zdrowotnej obejmującej populację w wieku rozrodczym zamieszkującą w gminie Kleszczów. Dodatkowo wskazano 10 celów szczegółowych. Proszę zwrócić uwagę, że cel główny oraz część celów szczegółowych przedstawiają działania możliwe do podjęcia, nie zaś ich rezultaty. Należy zwrócić uwagę, aby cele programowe były tworzone zgodnie z zasadą SMART, według której cel główny powinien być m. in. szczegółowy (zawierający czytelny przekaz), mierzalny (liczbowe określenie stopnia jego realizacji), realistyczny (możliwy do osiągnięcia), ambitny/atrakcyjny i terminowy (określony w czasie).

Oczekiwane efekty wydają się być określone poprawnie.

W projekcie określono mierniki efektywności, które wydają się być adekwatne do postawionych celów i umożliwią ocenę stopnia ich realizacji.

Populacja docelowa

Podstawowymi adresatami programu są kobiety, ale ze względów praktycznych program skierowany będzie również do mężczyzn będących ich partnerami. Będą to osoby w wieku 15-49 lat w przypadku kobiet oraz 15-65 lat w przypadku mężczyzn. Populację docelową w ocenianym projekcie stanowią mieszkańcy Gminy Kleszczów. Łącznie jest to 3710 osób (1811 kobiet oraz 1899 mężczyzn).

W projekcie programu pojawiają się nieścisłości co do liczby włączanej w kolejnych latach populacji a okresem trwania programu. W tytule zaznacza się, że program będzie 3 letni, zaś przedstawione szacunki wskazują na 4 letni okres trwania programu. Kwestię tą należy wyjaśnić i poprawnie określić szacunkową populację docelową, względem której zostanie oszacowany budżet.

W projekcie programu określono że odsetek osób, które skorzystają z programu będzie się różnił w zależności od grupy wiekowej (od ok. 10% (w odniesieniu do całości populacji) do nawet ok. 90% (dla dzieci i młodzieży). Nie jest jasne w jakim celu i na podstawie jakich dowodów oszacowano takie odsetki. Wymaga to doprecyzowania.

Założono także, że w programie odsetek uczestniczących osób w grupie młodzieży będzie na poziomie 80%, w przypadku działań edukacyjnych w grupie osób dorosłych – na poziomie 60%. Przyjęto również, że w trakcie trwania programu zostaną przeprowadzone działania zaplanowane dla ok. 150 kobiet w ciąży.

Interwencja

W ramach zaplanowanych interwencji przewidziano działania edukacyjno-informacyjne, świadczenia profilaktyczne oraz badania diagnostyczne. Program został podzielony na trzy etapy.

I etap zakłada przeprowadzenie kampanii informacyjnej. W ramach tych działań osoby z grupy docelowej zostaną poinformowane o wszelkich zagadnieniach związanych ze świadomym macierzyństwem oraz o uwarunkowaniach organizacyjnych akcji. Zostaną wyjaśnione także wszelkie kwestie problematyczne dotyczące programu.

II etap programu to działania edukacyjne odnoszące się do grupy wiekowej 15-18 lat (dziewczęta i chłopcy). Etap ten będzie uzupełniony działaniami z zakresu opieki lekarskiej nad tą grupą wiekową – wykonane zostaną m. in. badania profilaktyczne. W projekcie opisano tematykę zaplanowanej edukacji, jednak nie wskazano jakie badania profilaktyczne mają zostać w tej grupie wiekowej wykonane, co należy doprecyzować, mając na uwadze świadczenia już finansowane w ramach NFZ.

III etap programu to rekrutacja uczestniczek oraz uczestników do akcji polegającej na prowadzeniu szeroko zakrojonych działań z zakresu opieki nad kobietami w ciąży oraz ojcami dzieci. Będzie on dotyczyły osób w wieku 19–49 lat w przypadku kobiet oraz 19–65 lat w przypadku mężczyzn. W projekcie pojawia się nieścisłość dotycząca zapraszania do tego etapu mężczyzn, co należy wyjaśnić. Wszystkie zaplanowane świadczenia profilaktyczne oraz badania diagnostyczne planowane w tym etapie programu zostały podzielone w czasie na tygodnie związane z trwaniem ciąży. Należy zaznaczyć, że świadczenia te (poza szkołą rodzenia) są obecnie finansowane w ramach świadczeń gwarantowanych, więc istnieje ryzyko podwójnego finansowania.

Należy zaznaczyć również, że na terenie Gminy Kleszczów jest jeden świadczeniodawca, który ma podpisany kontrakt na świadczenia położnej w zakresie edukacji przedporodowej oraz świadczeń położnej POZ.

W projekcie zamieszczono także informację, że w ramach programu stosowane będą produkty lecznicze, jednak nie wymieniono jakie i w jakich okolicznościach. Kwestię tą należy uzupełnić oraz określić sposób finansowania tej części programu.

Istotne jest aby działania programowe uzupełniały świadczenia już dostępne i stanowiły wartość dodaną. Zasadne zatem jest rozszerzenie działań edukacyjnych oraz zajęć w ramach szkoły rodzenia z jednoczesną rezygnacją z badań dostępnych w ramach świadczeń gwarantowanych. Pozwoli to na uniknięcie podwójnego finansowania oraz pozwoli na objęcie dodatkową opieką kobiet w ciąży. Być może wartym rozważenia będzie prowadzenie zajęć z aktywności fizycznej dla kobiet w ciąży oraz w okresie połogu, w których uczestniczyć będzie zarówno kobieta z dzieckiem jak i osoba jej towarzysząca oraz prowadzenie porad laktacyjnych, psychologicznych i dietetycznych w ramach szkoły rodzenia.

Podsumowując odnalezione zalecenia oraz wytyczne należy stwierdzić, że edukacja zdrowotna w zakresie przedstawionym w projekcie jest zasadna i powinna być prowadzona.

Należy mieć na uwadze, że działania z zakresu szkół rodzenia są rekomendowane przez liczne towarzystwa naukowe. Jest niewiele dowodów, że uczestnictwo w szkole rodzenia wpływa na parametry porodu (takie jak droga porodu czy zastosowanie znieczulenia), niemniej jednak istnieją pewne dane, pochodzące z badań jakościowych, wskazujące na możliwość poprawy w zakresie doświadczeń porodu i rodzicielstwa w wyniku uczestnictwa w szkołach rodzenia typu participant-led

(tj. z programem elastycznym, uwzględniającym rozpoznanie potrzeb uczestniczek, np. co do zakresu przekazywanych informacji i sposobu prowadzenia zajęć) w porównaniu z udziałem w typowej szkole rodzenia.

Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie odniesiono się do monitorowania i ewaluacji, jednak kwestia ta wymaga doprecyzowania. Należy przede wszystkim określić czas trwania monitorowania oraz ewaluacji po zakończeniu programu.

Ocena zgłaszalności została przedstawiona w sposób prawidłowy, a wskaźniki oceny nie budzą wątpliwości. W przypadku oceny jakości autor projektu stwierdził, że zostanie wykorzystana ankieta satysfakcji pacjenta, która ma być analizowana przez zewnętrznego eksperta z dziedziny ginekologii.

Ocena efektywności ma opierać się o przeprowadzenie analizy na podstawie wskaźników m.in. liczby osób biorących udział w poszczególnych etapach programu polityki zdrowotnej, liczby urodzeń na terenie gminy, wskaźnika umieralności okołoporodowej, odsetka porodów przedwczesnych czy też odsetka noworodków z małą masą ciała. Dodatkowo w omawianym programie ocena efektywności może się opierać na teście z wiedzy przekazywanej w trakcie szkolenia przed i po przeprowadzeniu programu oraz na przeprowadzeniu wywiadów z kobietami, które urodziły i osobami towarzyszącymi uczestniczącymi w programie na temat przydatności i wykorzystania w praktyce zdobytych informacji w trakcie porodu oraz w późniejszej opiece nad dzieckiem.

Warunki realizacji

Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. W projekcie określono wymagania formalne wobec realizatora.

W projekcie wskazano harmonogram planowanych działań, informację o sposobie zapraszania uczestników do udziału w programie, a także o sposobie zakończenia udziału.

Całkowity budżet programu został oszacowany na . 375 tys. zł. Wskazano także koszty jednostkowe w podziale na poszczególne grupy wiekowe programu. W budżecie pojawiają się jednak rozbieżności wynikające z liczebności populacji, która ma być włączona (nie jest jasne czy program trwać będzie 3 czy 4 lata oraz do obliczeń w populacji z II etapu włączono także populację z etapu I). W związku z powyższym utrudnione jest wnioskowanie na temat efektywnego wydatkowania środków zaplanowanych w programie. Sugeruje się zatem weryfikację budżetu po dokładnym oszacowaniu populacji i przeanalizowaniu sugestii dotyczących zaplanowanych interwencji.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Istotny element opieki przedporodowej, szczególnie w odniesieniu do kobiet przygotowujących się do pierwszego porodu, stanowi edukacja. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne definiuje zadanie szkoły rodzenia, jako sprzyjanie utrzymaniu dobrostanu psychofizycznego ciężarnej, rodzącej i rodziny.

Aktualnie, jako główne cele, do jakich prowadzić ma poprawa poziomu opieki perinatalnej w Polsce, wymienia się obniżenie częstości występowania wcześniactwa i małej masy urodzeniowej dziecka.

Poza ogólnie rozumianym przygotowaniem do porodu i połogu podniesienie poziomu edukacji wpływa na poprawę stanu zdrowia ciężarnych i noworodków ukierunkowując edukację na eliminowanie jednego lub kilku czynników ryzyka.

Istotną kwestią w zakresie działań przygotowawczych w zakresie porodu i połogu ma zapobieganie chorobom występującym w tym okresie. Duże znaczenie ma zmniejszanie ryzyka takich chorób jak depresja poporodowa, zaburzenia laktacji, cukrzyca ciążowa, zaburzenia psychologiczne.

Alternatywne świadczenia

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.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 roku w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożenia oraz opieki nad noworodkiem określa zalecany zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzania, które obejmują: badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe, badanie we wzroku 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, porożenia, 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 obowiązkową konsultację lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii.

Ocena technologii medycznej

W wyniku przeszukiwania międzynarodowych baz danych odnaleziono szereg wytycznych towarzystw naukowych oraz przeglądy systematyczne dotyczące poszczególnych zagadnień związanych z opieką nad kobietą ciężarną m.in.: *Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (2005): Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie opieki przedporodowej w ciąży o prawidłowym przebiegu*, brytyjskiego *National Institute for Health and Clinical Excellence, National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (2008): Antenatal care routine care for the healthy pregnant woman*, oraz francuskiego *Haute Autorité de Santé (2005): Improving information provision for pregnant women*, *Opinia American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG, 2010, Scottish Intercollegiate Guidelines Network SIGN 2002; National Institute for Health and Clinical Excellence NICE 2010 oraz NCCMH 2007.*

Zidentyfikowano także dowody naukowe dotyczące efektywności szkół rodzenia: *National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) – przegląd systematyczny przeprowadzony na potrzeby wytycznych CG62 (do 2007); Przegląd systematyczny CDSR nr CD002869: Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both (2009; dane do maja 2007).*

Na podstawie odnalezionych dowodów naukowych można sformułować następujące wnioski.

NICE w najbardziej aktualnych spośród zidentyfikowanych wytycznych praktyki klinicznej, opartych na systematycznym przeglądzie badań naukowych (2008 r.) wskazuje, że wiedza dotycząca ciąży, porodu i rodzicielstwa wzrasta po uczestnictwie w szkole rodzenia i zaleca, aby zakres informacji przekazywanych w ramach opieki przedporodowej obejmował informację o szkołach rodzenia z programem typu *participant-led* (tj. z elastycznym programem uwzględniającym potrzeby danej grupy kobiet/par uczestniczących w zajęciach).

Niewiele jest dowodów potwierdzających wpływ uczestnictwa w szkole rodzenia na jakiegokolwiek parametry porodu (takie jak droga porodu, czy zastosowanie znieczulenia), niemniej jednak istnieją pewne dane wskazujące na możliwość poprawy w zakresie doświadczeń porodu i rodzicielstwa w wyniku uczestnictwa w szkołach rodzenia typu *participant-led* w porównaniu z udziałem w typowej szkole.

Z odnalezionych wytycznych wynika, że w zakresie karmienia piersią poradnictwo okazało się skuteczniejszą metodą niż standardowa opieka mająca na celu zainicjowanie karmienia piersią. Jednak odnalezione dokumenty nie wskazują jednoznacznie żadnej specyficznej metody edukacji dotyczącej karmienia piersią.

W odniesieniu do zachowania aktywności fizycznej dostępne badania sugerują, że regularne ćwiczenia aerobowe w trakcie ciąży przyczyniają się do poprawy sprawności fizycznej kobiety. Na ich podstawie nie można jednak wnioskować o znaczącym ryzyku lub korzyściach dla matki i dziecka wynikających z ich wykonywania. Brakuje natomiast dowodów, aby jednoznacznie rekomendować

lub odradzać kobietom w ciąży z cukrzycą uczestniczenia w programach ćwiczeń fizycznych, jednak wyższy poziom aktywności fizycznej przed i na początku trwania ciąży jest związany ze znacząco niższym ryzykiem rozwoju cukrzycy (Tobias D., Zhang C., van Dam R. Physical Activity Before and During Pregnancy and Risk of Gestational Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 2011, 34: 223-229). Wnioski z wyżej wymienionych przeglądów systematycznych wskazują na to, że ćwiczenia mięśni dna miednicy (PFMT, ang. *Pelvic Floor Muscle Training*) wykonywane przez kobiety spodziewające się pierwszego dziecka mogą zapobiegać nietrzymaniu moczu w późnym okresie ciąży oraz po porodzie. Ze względu na niewystarczającą liczbę dowodów, nie można wnioskować o wpływie ćwiczeń fizycznych na występowanie stanu przedrzucawkowego.

Interwencje typu „umysł-ciało” (np. joga) mogą pozytywnie wpływać na redukcję lęku w ciąży. Prowadzenie treningu relaksacyjnego przez pielęgniarki dla kobiet ciężarnych z grup ryzyka z wysokim poziomem lęku i niepokoju, może zmniejszyć liczbę niepotrzebnie wykonywanych cięć cesarskich.

Wnioski z odnalezionych dowodów sugerują, że psychologiczne i edukacyjne interwencje mogą skutkować zwiększeniem liczby kobiet ciężarnych, które nie piją alkoholu, a także zredukowaniem ilości spożywanego alkoholu.

Interwencje dotyczące zaprzestania palenia przez kobiety w ciąży redukuje liczbę kobiet, które kontynuują palenie tytoniu w późniejszym okresie ciąży. Wpływa to na zmniejszenie liczby dzieci o niskiej masie urodzeniowej i liczby przedwczesnych porodów.

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. Kobiety po urodzeniu powinny wypełniać EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale* - 10 pytań oceniających stan psychiczny młodej matki), w ramach screeningu depresji poporodowej.

Grochans i wsp., powołując się na standardy opracowane przez Instytut Matki i Dziecka, zastosowali w ocenie zakresu merytorycznego treści programowych szkół rodzenia następującą listę tematów, jakie powinna objąć edukacja w tej postaci; są to:

- przebieg ciąży,
- przygotowanie do porodu, w tym przebieg porodu fizjologicznego,
- przebieg porodu zabiegowego,
- metody zmniejszania bólu porodowego,
- pielęgnowanie noworodka,
- masaż noworodka,
- problemy zdrowotne w okresie noworodkowym,
- przebieg połogu i problemy w okresie połogu,
- karmienie naturalne i trudności związane z karmieniem,
- antykoncepcja w okresie laktacji i powrót płodności po porodzie,
- problemy psychologiczne występujące w ciąży i połogu,
- gimnastyka w ciąży, połogu i fizyczne przygotowanie do porodu.

W odniesieniu do edukacji seksualnej zasadne jest aby na kilka miesięcy przed planowaniem poczęcia dziecka każda kobieta powinna zacząć czynić odpowiednie przygotowania w tym zakresie. Zaliczyć do nich można również kontrolę stanu zdrowia oraz analizę obecnego stylu życia.

Zebranie dokładnego wywiadu rodzinnego może mieć istotne znaczenie, zwłaszcza jeśli w rodzinie któregoś z partnerów występowały wady genetyczne i wrodzone, choroby przewlekłe lub inne

choroby mogące utrudniać poczęcie. Do badań ogólnych, które warto wykonać można zaliczyć m.in. morfologię, grupę krwi i czynnik Rh, stężenie glukozy we krwi na czczo, badanie ogólne moczu czy też ciśnienie krwi. Poza tym warto również wykonać badanie ginekologiczne (badanie ginekologiczne palpacyjne, USG narządu rodowego, cytologię).

Kolejną grupę badań powinny stanowić badania p/ciał oraz szczepienia. Ta grupę badań określa się jako schemat TORCH czyli badanie na obecność toksoplazmozy (T), innych chorób (others, O), różyczki (R), cytomegalii (C) oraz wirusa opryszczki (Herpes, H). Na podstawie wytycznych AAP z 2012 r. każda kobieta planująca ciążę powinna wykonać badanie na obecność specyficznych przeciwciał przeciw czynnikom zakaźnym z grupy TORCH. W przypadku kobiet z ujemnymi wynikami badań serologicznych należy unikać sytuacji zwiększających ryzyko zarażenia, jak np. spożywania nieprawidłowo przetworzonego mięsa, zabaw ze zwierzętami lub kontaktu z osobami z podejrzeniem infekcji wirusowej. Dodatkowo należy przeprowadzać badania kontrolne podczas ciąży.

Istotne aspekty na które również należy zwrócić uwagę planując ciążę oraz w trakcie jej przebiegu to szczepienie przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B., przeprowadzenie badania stomatologicznego, zachowanie odpowiedniej diety oraz unikanie alkoholu oraz palenia papierosów.

W odniesieniu do edukacji seksualnej nastolatków należy także szczególną uwagę zwrócić na choroby przenoszone drogą płciową oraz aspekty psychologiczne współżycia seksualnego.

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581), z uwzględnieniem raportu: OT.441.26.2016 „»Będę MAMA, będę TATA« - wieloletni program dla gminy Kleszczów obejmujący opiekę zdrowotną nad populacją w wieku rozrodczym na lata 2016-2018” realizowany przez: gminę Kleszczów, Warszawa kwiecień 2016, Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy z zakresu opieki nad kobietą ciężarną i w połogu ze szczególnym uwzględnieniem edukacji przedporodowej (szkoły rodzenia) – wspólne podstawy oceny”, listopad 2012 oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 114/2016 z dnia 11 kwietnia 2016 roku o projekcie programu „»Będę MAMA, będę TATA« – wieloletni program dla gminy Kleszczów obejmujący opiekę zdrowotną nad populacją w wieku rozrodczym na lata 2016-2018”