

Załącznik do uchwały Nr 2520/2016
Zarządu Województwa Opolskiego
Z dnia 23 sierpnia 2016 r.



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem, w ramach Programu SSD w województwie opolskim do 2020 roku „Opolskie dla Rodziny”

OKRES REALIZACJI PROGRAMU 2016-2020

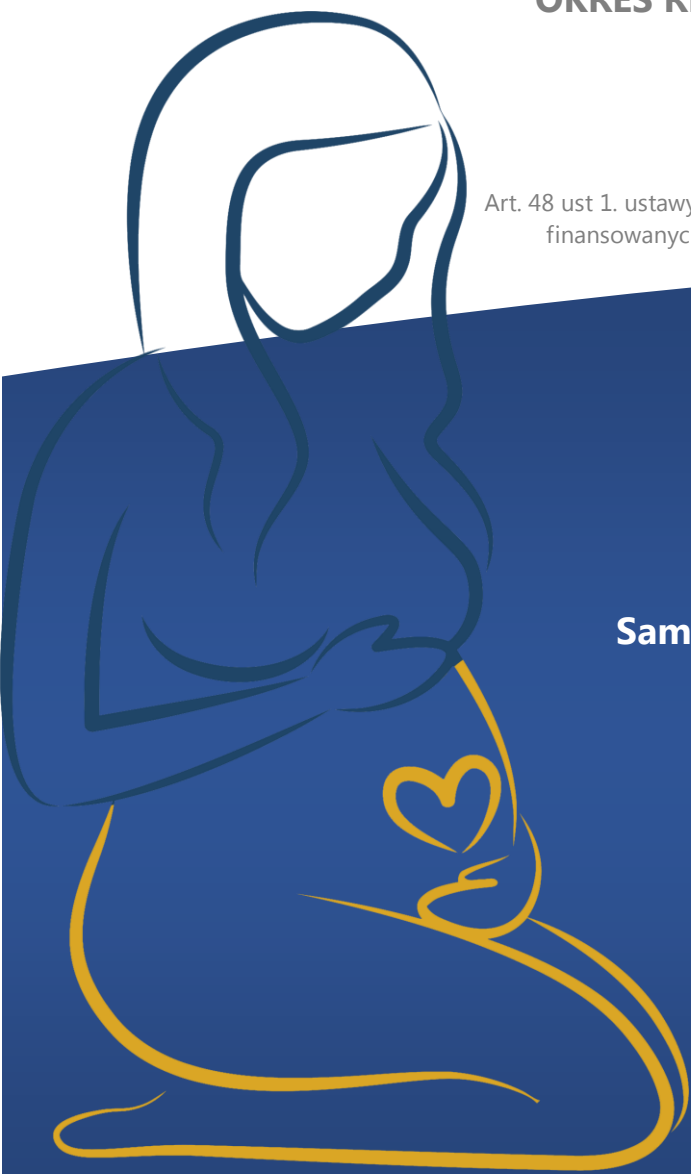
Podstawa prawna realizacji programu

Art. 48 ust 1. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2015 poz. 581 ze zm.).

Autor programu:

Samorząd Województwa Opolskiego

OPOLE 2016



Spis treści

1. Opis problemu zdrowotnego	3
Krótki opis Programu Polityki Zdrowotnej	3
Problem zdrowotny	4
Epidemiologia	5
Populacja podlegająca JST i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu	12
Obecne postępowanie.....	13
Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	14
2. Cele programu	32
Cel główny:	32
Cele szczegółowe:	32
Oczekiwane efekty:.....	33
Mierniki efektywności	34
3. Adresaci programu.....	35
Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe.....	35
Tryb zapraszania do programu.....	36
4. Organizacja programu.....	36
Części składowe, etapy i działania organizacyjne	36
Planowane interwencje	39
Zasady udzielania świadczeń w ramach programu.....	50
Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych	50
Spójność merytoryczna i organizacyjna.....	52
Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania.....	52
Bezpieczeństwo planowanych interwencji oraz kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu.....	54
Dowody skuteczności planowanych działań.....	55
5. Koszty.....	61
Koszty jednostkowe oraz planowane koszty całkowite.....	61
Źródła finansowania, partnerstwo.....	64
Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne	65
6. Monitorowanie i ewaluacja	65
Ocena zgłaszalności do programu	65
Ocena jakości świadczeń w programie	66
Ocena efektywności programu	66
7. Okres realizacji programu	66
8. Piśmiennictwo.....	66

1. Opis problemu zdrowotnego

Krótki opis Programu Polityki Zdrowotnej

W ramach Strategii Rozwoju Województwa Opolskiego do 2020 r., horyzontalnym wyzwaniem rozwojowym jest zapobieganie i przeciwdziałanie procesom depopulacji. Zidentyfikowano przyczyny wyludniania się województwa opolskiego, spośród których do najważniejszych zaliczono ujemny przyrost naturalny, w tym niską dzietność. Ustalono, że na zachodzące procesy demograficzne w województwie opolskim wpływa szereg czynników. W związku z powyższym rozwój kompleksowej opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem stał się jednym z podstawowych założeń Programu Specjalnej Strefy Demograficznej w województwie opolskim do 2020 roku "Opolskie dla Rodziny".

Wdrożenie „Programu poprawy opieki nad matką i dzieckiem (...)” przyczyni się do zwiększenia dostępu do wysokiej jakości usług w zakresie zdrowia, a pośrednio może mieć wpływ na zwiększenie liczby urodzeń i poprawę stanu zdrowia młodego pokolenia, mieszkańców naszego regionu, a dzięki temu wpłynie dodatkowo na stan zdrowia populacji regionu, w tym na wydłużenie życia w zdrowiu.

W okresie ciąży i porodu, zdrowie matki i dziecka powinno być szczególnie chronione i wymaga zapewnienia odpowiedniej opieki medycznej. Istotne w tym zakresie będą działania profilaktyczne oraz promocja i edukacja zdrowia, co wpłynie na rozwój kultury zdrowotnej społeczeństwa. Ponadto działania zwiększające bezpieczeństwo przebiegu ciąży, umożliwią „zdrowy start” dziecku, promując również jego bezpieczeństwo i dobrostan.

Zgodnie z diagnozą sytuacji społeczno-gospodarczej województwa opolskiego wszystkie badania oraz długookresowe opracowania prognostyczne zgodne są, co do oceny tendencji zmian demograficznych w województwie opolskim (m.in. analizy i prognozy ONZ, służb statystyki publicznej, instytutów naukowych). Jest wiele czynników determinujących liczbę urodzeń. Nie na wszystkie czynniki można mieć wpływ, ale konieczne jest podejmowanie wysiłku w celu zmiany tych czynników, na które można wpłynąć. Istotnym wyzwaniem, wobec narastających przemian demograficznych staje się zapewnienie wysokiej jakości usług z zakresu opieki nad matką i dzieckiem. Wyzwanie to wynika z wielu nakładających się czynników, do których należy m.in. Wzrost oczekiwań z zakresu: kompleksowej opieki nad matką i dzieckiem, w tym m.in. z zakresu profilaktyki wad wrodzonych, oferty szkół rodzenia, zwiększania bezpieczeństwa i komfortu porodu oraz opieki poporodowej, dostępu do usług z zakresu wykrywania wad rozwojowych u niemowląt i dzieci, a także profilaktyki zakażeń wśród dzieci.

Jak wskazuje Strategia Ochrony Zdrowia dla Województwa Opolskiego na lata 2014 - 2020, rozwój opieki nad matką i dzieckiem stanowi istotną szansę rozwojową. Dotychczasowa diagnostyka i leczenie chorób rozwojowych niemowląt i dzieci, w tym niepełnosprawnych, w dużej mierze opierała się na działaniach zinstytucjonalizowanych. Obecnie opieka nad kobietami w ciąży i dzieckiem jest podzielona pomiędzy podstawową opiekę zdrowotną, ambulatoryjną opiekę specjalistyczną i leczenie szpitalne. Proces przechodzenia od opieki instytucjonalnej do alternatywnych rozwiązań rodzinnych oraz opieki świadczonej na szczeblu lokalnym, pomimo że został już zapoczątkowany, dalej nie w pełni odpowiada potrzebom społeczeństwa¹.

Odpowiednia opieka nad kobietą w ciąży, porodu oraz jej małym dzieckiem/dziećmi daje poczucie bezpieczeństwa rodzinie, jak również zwiększa szanse na wczesne rozpoznanie wszelkich pojawiających się patologii umożliwiających niezwłoczne skierowanie pacjentki do odpowiedniego podmiotu. Dzięki zaangażowaniu położnych, pielęgniarek, fizjoterapeutów oraz innych profesjonalistów medycznych, zakładamy, iż poprawie ulegnie jakość i dostępność do świadczeń zdrowotnych, a dzięki wprowadzanym działaniom edukacyjnym, podniesiona zostanie świadomość grupy docelowej, której dedykowany jest program.

Rozwój systemu ochrony zdrowia do 2020 r. został określony w przyjętym w 2014 r. przez Ministra Zdrowia

¹ Diagnoza wyzwań, potrzeb i potencjałów obszarów/sektorów objętych RPO WO 2014-2020, Zarząd Województwa Opolskiego, Opole 2014

dokumencie Krajowe Ramy Strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Dokument określa kierunek działań oraz priorytety w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej oraz profilaktyki. W dokumencie tym określono cele operacyjne. Wśród nich znalazł się rozwój profilaktyki i diagnostyki, ukierunkowany na główne problemy epidemiologiczne w Polsce, przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym oraz działania o charakterze systemowym, konieczne w procesie dostosowania zasobów zmieniających się potrzeb społecznych.

Zapewnienie opieki nad kobietą w ciąży pozwoli na zmniejszenie częstości zachorowań i zgonów matek, umieralności okołoporodowej, obniżenia odsetka porodów przedwczesnych i urodzeń noworodków o małej masie urodzeniowej. Odpowiednia opieka okołoporodowa zmniejszy jednocześnie zachorowalność i umieralność wśród niemowląt oraz obniży ryzyko wystąpienia wad rozwojowych płodu, a tym samym zmniejszy koszty opieki zdrowotnej w przyszłości.

W celu zabezpieczenia dobrostanu zdrowia, oraz dostępu do świadczeń dzieci do lat 2 niniejszy program wprowadza szczepienia przeciwko pneumokokom, dzięki czemu zwiększy dostępność do skutecznej szczepionki i w ten sposób może przyczynić się do poprawy zdrowia lokalnej społeczności wyrażonej w spadku zapadalności na choroby pneumokokowe, liczby hospitalizacji i wizyt ambulatoryjnych oraz liczby stosowanych kuracji antybiotykowych.

Prezentowany program polityki zdrowotnej zawiera wszechstronną paletę działań i obejmuje szeroką grupę odbiorców. Ze względu na przejrzystość programu podzielono go na 3 Podprogramy i zgodnie z tą strukturą będzie on opisywany w dalszej części dokumentu:

- 1. Poprawa jakości opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu**
- 2. Ochrona zdrowia dziecka w kierunku wsparcia jego rozwoju psychospołecznego**
- 3. Profilaktyka zakażeń pneumokokowych**

Problem zdrowotny

Istotą programu jest stworzenie kompleksowych rozwiązań w zakresie opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim, stąd prezentowana diagnoza obejmuje opis zidentyfikowanych problemów (konsultowanych zarówno w gronie praktyków, konsultantów krajowych oraz wojewódzkich, jak i potwierdzonych w badaniach naukowych), w odpowiedzi, na które przygotowany został niniejszy program. Należą do nich:

1. depopulacja w regionie opolskim,
2. niedostateczna opieka okołoporodowa kobiet w ciąży i po porodzie, oraz niedostateczna edukacja przyszłych rodziców w zakresie:
 - a. zachowań prozdrowotnych w okresie ciąży i połogu,
 - b. zaburzeń rozwojowych u dzieci.
3. niedostateczna, albo zbyt późna diagnoza wad wrodzonych u dzieci, ze względu na brak dostępu do badań prenatalnych finansowanych w ramach NFZ dla znacznej grupy kobiet,
4. niedostateczna edukacja przyszłych rodziców w zakresie zaburzeń rozwojowych u dzieci, oraz niedostateczna diagnostyka i opieka medyczna wobec dzieci z wadami rozwojowymi,
5. duże ryzyko zakażenia dzieci do lat 2 pneumokokami wywołującymi inwazyjną chorobę pneumokokową (IChP).

Wszystkie badania oraz długookresowe opracowania prognostyczne, zgodne są co do oceny tendencji zmian demograficznych w województwie opolskim. Obserwowany i przewidywany spadek liczby ludności, przy jednoczesnym starzeniu się populacji, nowych wzorcach postaw i zachowań prokreacyjnych, tworzy nową sytuację w poszczególnych obszarach rzeczywistości społeczno-gospodarczej.

Depopulacja wpływa negatywnie na społeczeństwo, gospodarkę oraz sytuację w zakresie ochrony zdrowia

w województwie opolskim. Zjawisko to stwarza jednocześnie nowe wyzwania dla rozwoju społeczno-gospodarczego. Przeciwdziałając negatywnym trendom depopulacji, konieczne jest między innymi rozwiązanie problemów z obszaru prokreacji i zdrowia rodziny. W województwie opolskim priorytetem stała się zatem poprawa jakości opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem.

Aby poród stał się doświadczeniem pozytywnym, warto się do niego przygotować. Właściwe przygotowanie zapewni ciężarnej i dziecku nie tylko bezpieczeństwo, ale też komfort i radość. Nastawienie kobiety ciężarnej do porodu jest niezwykle ważnym czynnikiem i ma realny wpływ na wiele jego aspektów, takich jak czas trwania porodu, tempo, odczuwanie bólu, konieczność zastosowania interwencji medycznych.

Szczegółowy opis zdiagnozowanych problemów ze względów technicznych znalazł się w punkcie „Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu”.

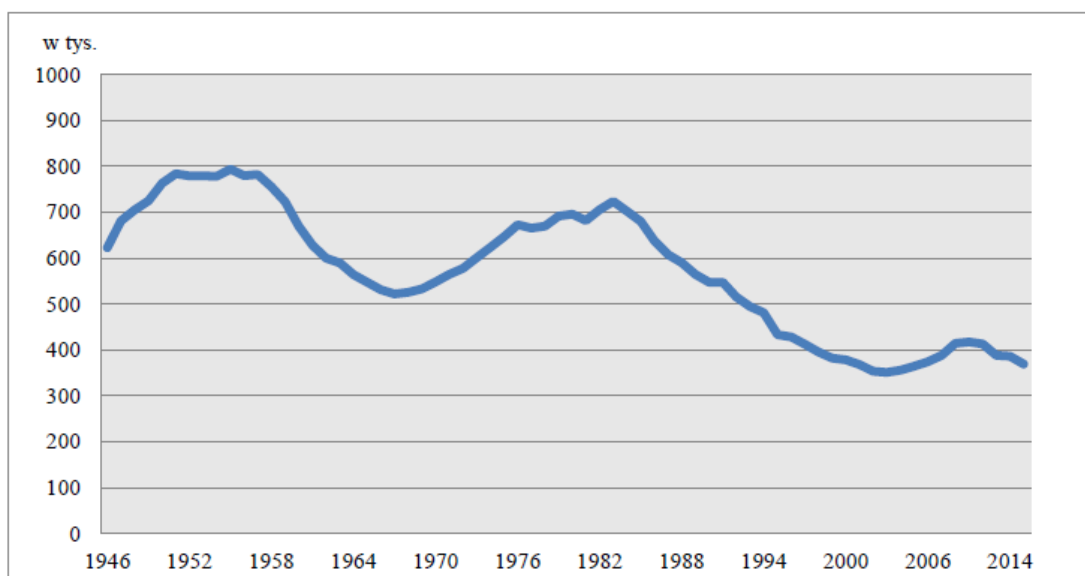
Epidemiologia

Spadek poziomu zaludnienia w województwie opolskim wymaga podjęcia działań na rzecz poprawy stanu zdrowia mieszkańców regionu. Przede wszystkim ma to kluczowe znaczenie w kontekście opieki nad kobietą w ciąży i małym dzieckiem.

1. Poprawa jakości opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu

Według danych z Głównego Urzędu Statystycznego, w 2014 roku zarejestrowano 376 tys. urodzeń żywych. Po notowanym przez cztery lata spadku liczby urodzeń, nastąpił wzrost urodzeń o około 6 tys. dzieci więcej niż w 2013 roku. Współczynnik urodzeń wyniósł 9,8‰ i był o 0,2 punktu wyższy w stosunku do poprzedniego roku, ale także o blisko połowę mniejszy niż w 1983 roku (był to rok ostatniego „baby boom” w Polsce - urodziło się wówczas ponad 723 tys. dzieci)².

Wykres 1 Urodzenia żywe w latach 1946-2014 - wyże i niżej demograficzne w Polsce



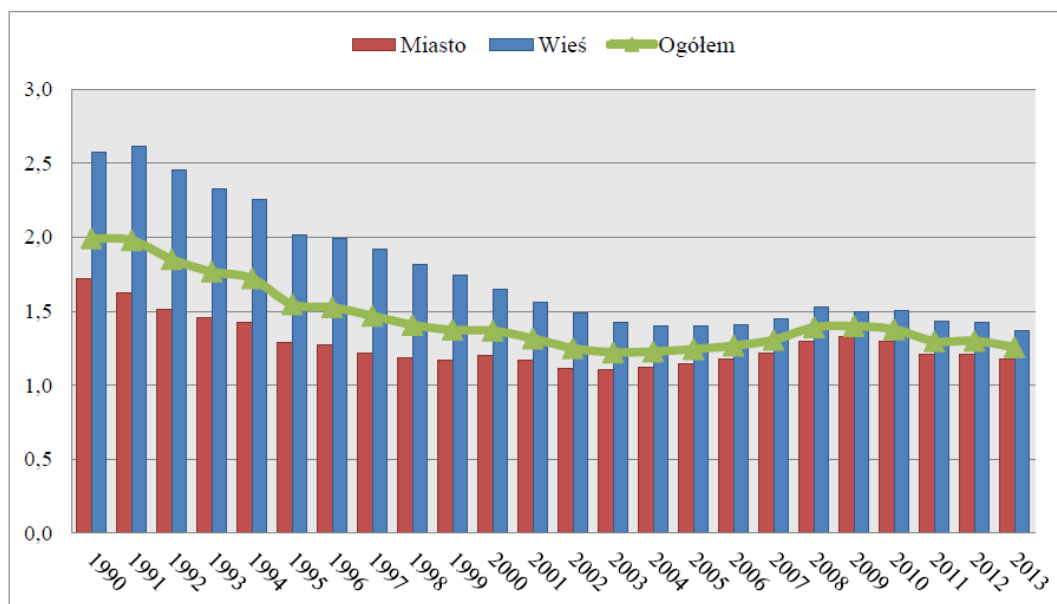
Źródło: Główny Urząd Statystyczny

Niska liczba urodzeń nie gwarantuje – już od prawie 25 lat - prostej zastępowalności pokoleń, od 1989 roku utrzymuje się okres depresji urodzeniowej. W 2013 roku współczynnik dzietności ogólnej wyniósł 1,26 (wykres 2), co oznacza, że na 100 kobiet w wieku rozrodczym (15-49 lat) przypadało 126 urodzonych dzieci (w miastach – 118, na wsi – 137). Od lat 90. XX wieku wartość współczynnika dzietności ogólnej kształtuje się poniżej 2, podczas gdy wielkość optymalna - określana jako korzystna dla stabilnego rozwoju

² GUS, Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2014 roku, Warszawa 2015, s. 4.

demograficznego – to 2,10-2,15, tj. gdy na 100 kobiet w wieku 15-49 lat przypada średnio 210-215 urodzonych dzieci.

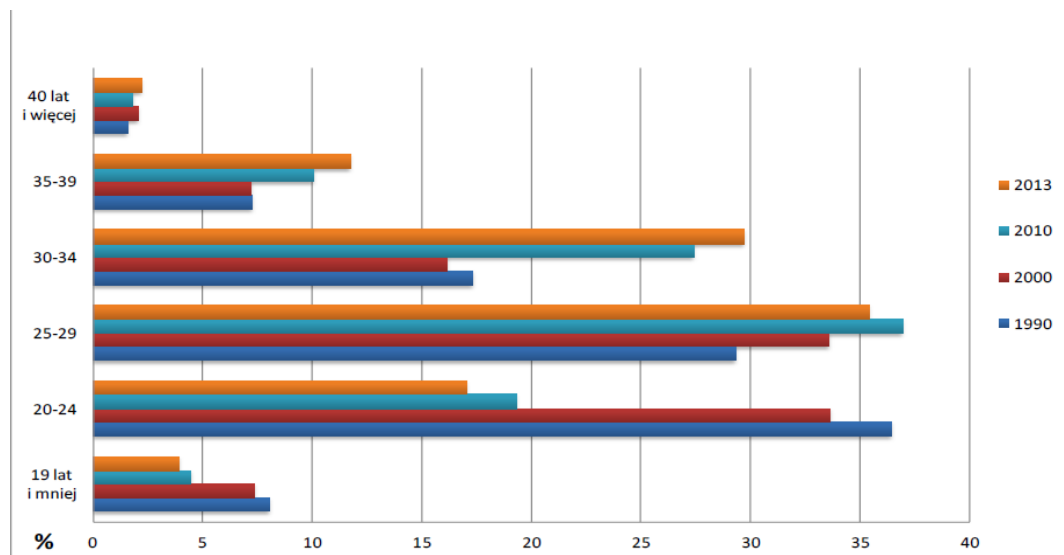
Wykres 2 Współczynniki dzietności ogólnej w latach 1990-2013 w Polsce



Źródło: Główny Urząd Statystyczny

Zapoczątkowane w latach 90. ubiegłego wieku przemiany demograficzne są przede wszystkim efektem wyborów, jakich dokonywali młodzi ludzie, decydując się najpierw na osiągnięcie określonego poziomu wykształcenia oraz stabilizacji ekonomicznej, a dopiero potem (wiek około 30 lat) na założenie rodziny³.

Wykres 3 Urodzenia żywe według wieku matki w latach 1990-2013 w Polsce



Źródło: Główny Urząd Statystyczny

Obserwowane zmiany spowodowały przesunięcie najwyższej płodności kobiet z grupy wieku 20-24 lat do grupy 25-29 lat, a także znaczący wzrost płodności w grupie wieku 30-34 lata. W konsekwencji nastąpiło podwyższenie (w szczególności w minionych 10 latach) mediany wieku kobiet rodzących dziecko, która w 2013 r. wyniosła 29,2 lat wobec 26,1 lat w 2000 r. W tym okresie zwiększył się także średni wiek urodzenia

³ GUS, Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2014 roku, Warszawa 2015, s. 5.

pierwszego dziecka z 23,7 do 27,2 lat⁴.

Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań z 2011 r. Wskazał, iż zmiany demograficzne były zróżnicowane przestrzennie - spadek liczby ludności w latach 2002-2011 wystąpił w sześciu województwach, podczas gdy w dziesięciu odnotowano wzrost. Zjawisko depopulacji miało różne natężenie w poszczególnych regionach, ale najbardziej niekorzystne było właśnie w województwie opolskim. W okresie tym liczba mieszkańców województwa zmniejszyła się o 4,6%, podczas gdy w Polsce zwiększyła się o 0,7%.

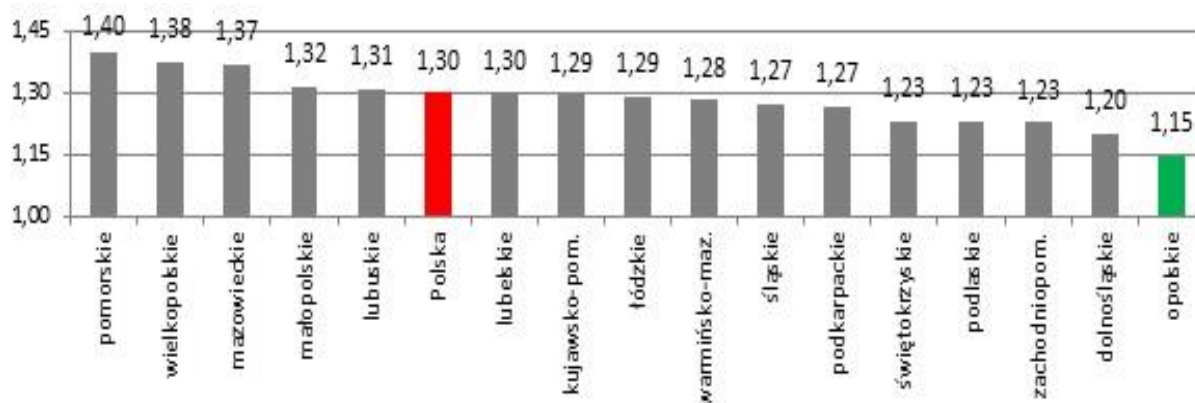
Według stanu w dniu 31 grudnia 2015 r. ludność województwa opolskiego liczyła 996 tys. osób, tj. mniej o 4,9 tys. niż przed rokiem (wg stanu na 31.12.2014 ludność województwa stanowiła 1 000 900 osób). W województwie opolskim w 2015 r. zarejestrowano 8289 urodzeń żywych, tj. mniej o 304 niż przed rokiem i o 874 niż w analogicznym okresie 2010 r.

Struktura ludności według płci w województwie opolskim w ostatnich latach nie ulegała większym zmianom. W ogólnej liczbie mieszkańców nieznacznie przeważały kobiety, których odsetek w końcu grudnia 2015 r., podobnie jak przed rokiem wyniósł 51,6%. W miastach mieszkało 51,9% ludności województwa⁵.

W naszym województwie rodzi się najmniej dzieci w kraju. Stale rośnie liczba zgonów. W 2014 roku współczynnik dzietności kobiet był najniższy w kraju i wynosił 1,139 (przy współczynniku dla Polski 1,290).⁶

Negatywny trend pogłębia się z roku na rok. W 2012 roku dzietność kobiet również była w województwie opolskim najniższa spośród wszystkich województw - 100 kobiet rodziło średnio 115 dzieci, czyli znacznie poniżej granicy prostej zastępowalności pokoleń. Sytuację w tym zakresie obrazuje poniższy wykres.

Wykres 4 Współczynnik dzietności w Polsce wg województw w 2012 roku.



Źródło: Program Specjalnej Strefy Demograficznej w województwie opolskim do 2020 roku. Opolskie dla rodziny, Opole 2014.

Umieralność okołoporodowa noworodków jest jednym z najbardziej czułych wskaźników oceny opieki nad matką i dzieckiem, a także kondycji ochrony zdrowia i społeczeństwa.

Z ogólnej liczby zmarłych niemowląt, około 70% umiera przed ukończeniem pierwszego miesiąca życia (w okresie noworodkowym), w tym ponad połowa w okresie pierwszego tygodnia życia. Przyczyną prawie połowy zgonów niemowląt są choroby i stany okresu okołoporodowego, czyli powstają w ciąży matki i w okresie pierwszych 6 dni życia noworodka. Kolejne 37% zgonów jest wynikiem wrodzonych wad rozwojowych, a pozostałe zgony są powodowane chorobami nabytymi w okresie niemowlęcym lub urazami⁷.

Wady wrodzone są ważnym czynnikiem przyczyniającym się do śmiertelności okołoporodowej. Wg danych

⁴ GUS, Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2014 roku, Warszawa 2015, s. 6.

⁵ Raport o sytuacji społeczno-gospodarczej województwa opolskiego w 2015 r, Urząd Statystyczny w Opolu, Maj 2016

⁶ Rocznik Demograficzny 2015, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, październik 2015 r.

⁷ GUS, Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2014 roku, Warszawa 2015, s. 6.

EUROCAT ogólna rejestrowana częstość późnych zgonów/urodzeń martwych płodów z wadami wrodzonymi wyniosła 0,44 na 1000 urodzeń w latach 2006-2010, a wskaźnik zgonów w pierwszym tygodniu życia kształtował się na poziomie 0,36 na 1000 urodzeń. Natomiast całkowita śmiertelność okołoporodowa noworodków z wadami wrodzonymi wynosiła 0,81 na 1000 urodzeń. Głównymi wrodzonymi anomaliami przyczyniającymi się do umieralności okołoporodowej w latach 2006-2010 były anomalia chromosomowe (27% zgonów okołoporodowych), wady wrodzone serca (24%), wady układu nerwowego (16%). Są one zarazem najczęstszą przyczyną niepełnosprawności fizycznej u dzieci i nierzadko współistnieją z niepełnosprawnością intelektualną (32-56% dzieci z niepełnosprawnością intelektualną ma wady rozwojowe)⁸.

2. Ochrona zdrowia dziecka w kierunku wsparcia jego rozwoju psychospołecznego

Jak zaznaczono powyżej opieka okołoporodowa stanowi bardzo ważny element działań na rzecz zdrowia całej populacji. Wszelkie niedociągnięcia w tym zakresie ujawniają się poprzez liczbę martwych urodzeń i zgonów płodu, które stanowią miernik stanu zdrowia społeczeństwa oraz poziomu świadczeń zdrowotnych. Współczynnik umieralności niemowląt tzn. dzieci które nie ukończyły 1 r.ż. jest w województwie opolskim wyższy (wynosi 6,2/1000 urodzeń żywych w 2012 r.) od średniej krajowej (wynosi 4,6/1000 urodzeń żywych w 2012 r.). Zgodnie z Krajowymi Ramami Strategicznymi - Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020 w województwie opolskim odnotowano największy wzrost poziomu umieralności niemowląt w roku 2012 w porównaniu do 2011 roku (wzrost o 40%).

Najbardziej wyraźna różnica pomiędzy Polską a krajami UE występuje w przypadku zgonów niemowląt w okresie neonatalnym tzn. W pierwszych 4 tyg. życia, wówczas umieralność niemowląt w Polsce jest wyższa o 1/3 od przeciętnej w UE. Powyższym zgonom w sposób szczególny może przeciwdziałać skuteczna opieka medyczna. W tym celu prowadzone powinny być spójne długookresowe działania na rzecz podnoszenia jakości i dostępności usług medycznych w tym obszarze.

W Unii Europejskiej każdego roku przychodzi na świat ponad 500 000 wcześniaków. Odsetek porodów przedwczesnych w Europie wynosi średnio 7,1% i waha się pomiędzy 5,5% (Irlandia) a 11,4% (Austria)⁹. W roku 2010 w Polsce spośród 413 tysięcy wszystkich urodzeń żywych, ponad 27 tysięcy stanowiły noworodki urodzone przed 37. tygodniem ciąży, czyli wcześniaki¹⁰.

Wcześniactwo stanowi w Polsce najczęstszą przyczynę zgonów noworodków¹¹.

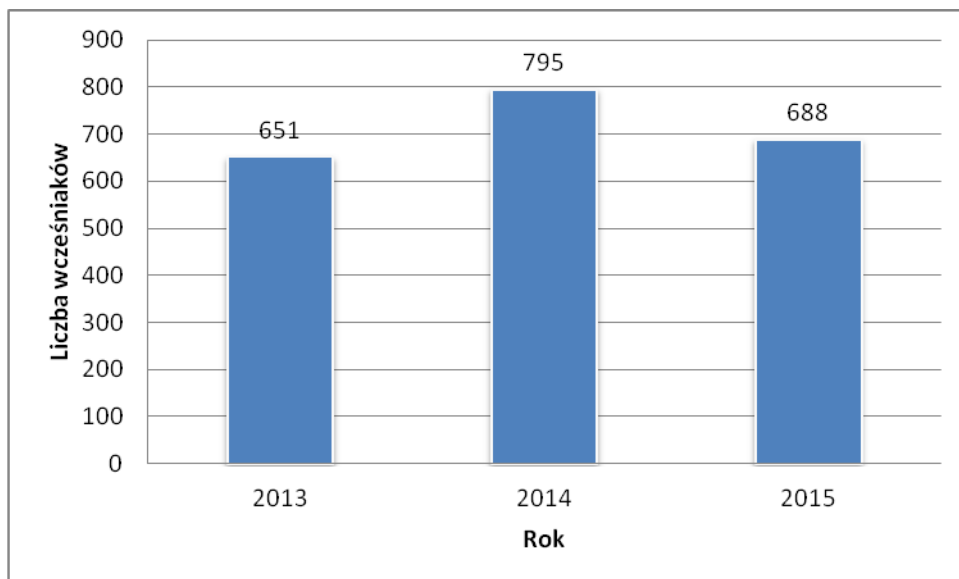
⁸ Wrodzone wady rozwojowe w Polsce w latach 2005 - 2006. Dane z Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych. Poznań 2010, s. 11.

⁹ Caring for tomorrow – EFCNI White Paper on Maternal and Newborn Health and Aftercare Services

¹⁰ GUS, Rocznik Demograficzny 2011

¹¹ Raport Instytutu Matki i Dziecka „Umieralność okołoporodowa wczesna płodów i noworodków w szpitalach publicznej służby zdrowia” za lata 1999-2003

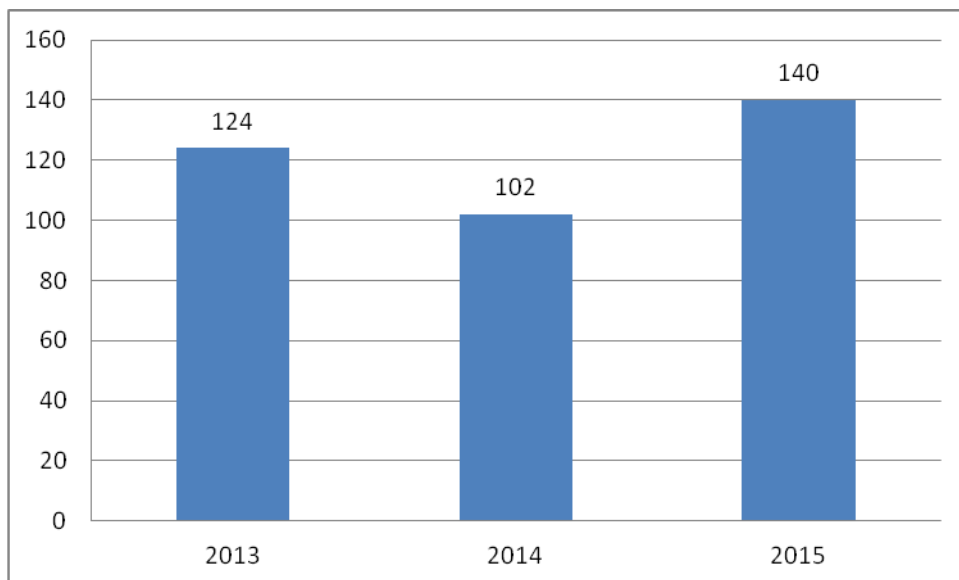
Wykres 5 Liczba urodzonych wcześniaków w Województwie Opolskim w latach 2013, 2014 i 2015



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z OOW NFZ

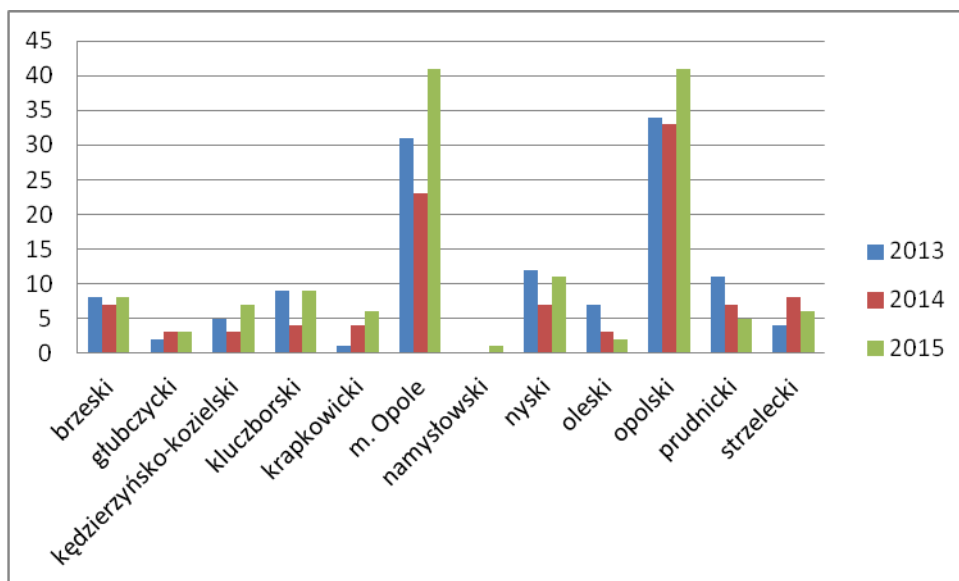
Wg danych Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2013-2015 zabiegom rehabilitacyjnym u dzieci do 2 roku życia poddawano średniorocznie 122 dzieci. W roku 2015 – liczba dzieci objętych zabiegami rehabilitacyjnymi u dzieci z rozpoznaniem wady rozwojowej było 140 dzieci z woj. opolskiego. Oprócz tej grupy, zabiegi rehabilitacyjne były realizowane na rzecz 18-20 dzieci, gdzie powodem skierowania nie była wada rozwojowa (Grupa Q wg klasyfikacji ICD-10), ale w świadczeniach, które udzielano tym dzieciom w innych rodzajach świadczeń wykazano rozpoznanie z grupy Q.

Wykres 6 Liczba dzieci w wieku do lat 2 rehabilitowanych z powodu wad rozwojowych w woj opolskim w latach 2013-2015



Źródło: Opracowanie na podstawie danych OOWNFZ 2015

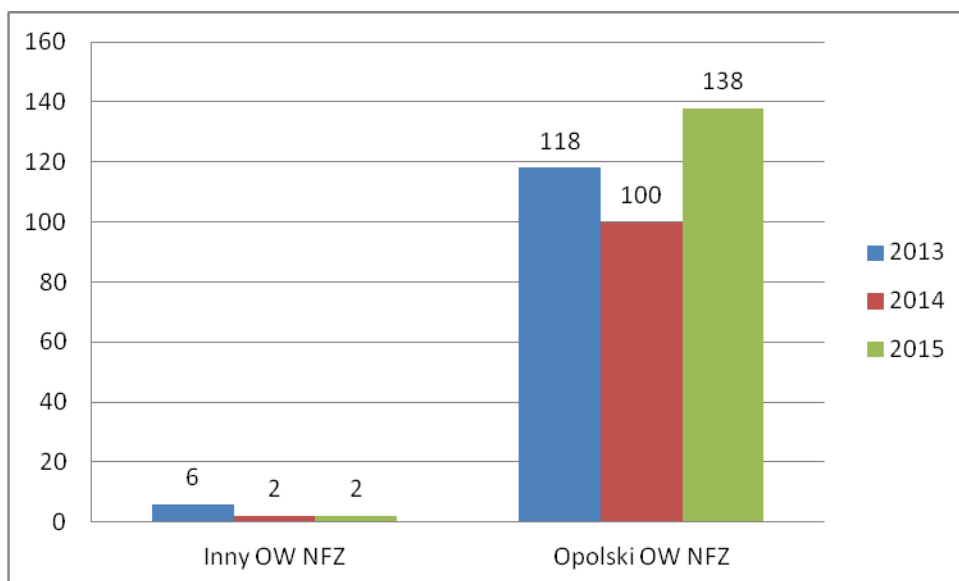
Wykres 7 Liczba dzieci w wieku do lat 2 rehabilitowanych z powodu wad rozwojowych w woj opolskim w latach 2013-2015 wg powiatu zamieszkania



Źródło: Opracowanie na podstawie danych OOWNFZ 2015

Jak obrazuje powyższy wykres największa liczba dzieci była rehabilitowana w tych powiatach, w których dostęp do tego typu usług jest stosunkowo duży.

Wykres 8 Liczba dzieci w wieku do lat 2 rehabilitowanych z powodu wad rozwojowych w woj opolskim i poza województwem w latach 2013-2015



Źródło: Opracowanie na podstawie danych OOWNFZ 2015

3. Profilaktyka zakażeń pneumokokowych

W Stanach Zjednoczonych, jeszcze przed wprowadzeniem w 2000 r. obowiązkowych szczepień ochronnych przeciwko pneumokokom zapadalność na inwazyjne choroby pneumokokowe (IChP) w 1998 r. Wnosiła dla dzieci poniżej 12 m.ż. – 165,3/100 tys. i dla dzieci od 12 do 23 m.ż. - 202,5/100 tys.. Dla porównania te same współczynniki dla wszystkich grup wiekowych i osób powyżej 65 r.ż. Wnosiły odpowiednio 24,1 i 60,5/100

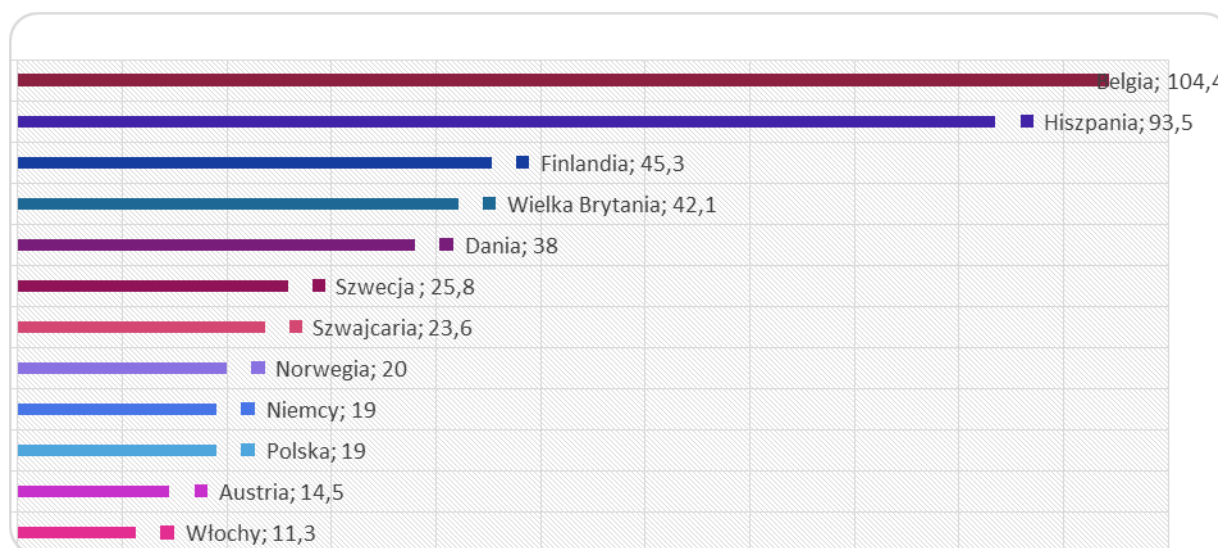
tys¹².

W kolejnych latach 1999-2000 zapadalność na IChP wynosiła dla dzieci między 0 a 5 m.ż. - 73,4/100 tys., między 6 a 11 m.ż. - 227,8/100 tys., oraz między 12 a 23 m.ż. - 184,2/100 tys¹³.

Według danych WHO zapadalność na choroby pneumokokowe wśród dzieci poniżej 5 r.ż. zróżnicowana jest pod względem kraju i regionu świata i występuje na poziomie od 188 do 6387/100 tys¹⁴.

Na wykresie nr 9 zaprezentowana została zapadalność na IChP wśród dzieci od 0 do 23 m.ż. W wybranych krajach europejskich przed wprowadzeniem masowych szczepień. Najwyższą zapadalność w Europie odnotowano w Belgii (104,4/100 tys./rok), co prawdopodobnie związane było z aktywnym sposobem poszukiwania i rejestrowania zachorowań na IChP.

Wykres 9 Zapadalność wśród dzieci od 0 do 23 m.ż. (na 100 tysięcy) na IChP w krajach Europejskich w okresie 1990-2003 r.



Źródło: McIntosh E., Fritzell B., & Fletcher M., *Burden of pediatric invasive pneumococcal disease in Europe, 2005*

W Polsce ogólna częstość występowania inwazyjnej choroby pneumokokowej (IChP) u dzieci wyniosła¹⁵:

- w wieku 0-59 m.ż. - 17,6/100 tys./rok
- w wieku 0-23 m.ż. - 19/100 tys./rok
- w wieku 24 a 59 m.ż. 5,8/100 tys./rok

Średnia częstość pneumokokowych zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych w Polsce w tym czasie wyniosła 3,8/100 tys./rok u dzieci do 59 m.ż., w tym 4,1/100 tys./rok u dzieci w wieku 0-23 m.ż. oraz 1,2/100 tys./rok u dzieci w wieku 24-59 m.ż.

Dane te zbliżone są do danych europejskich i są znacznie niższe od amerykańskich prawdopodobnie z powodu częstszego pobierania posiewów krwi przy wysokiej gorączce w USA niż w Europie¹⁶ ().

¹² Centers for Disease Control and Prevention (CDC), *Active Bacterial Core Surveillance (ABCs) Report, Emerging Infections Program Network (EIP), Streptococcus pneumoniae, 1998*. W *US Department of Health and Human Services, CDC, Atlanta, GA.; 1998*

¹³ Overturf G. A., *Technical Report: Prevention of Pneumococcal Infections, Including the Use of Pneumococcal Conjugate and Polysaccharide Vaccines and Antibiotic Prophylaxis*, *Pediatrics* (106), 200, s. 367-376

¹⁴ O'Brien, Wolfson, Watt, & al, 2009

¹⁵ Grzesiowski P., Skoczyńska A., Albrecht P., et al., *op. cit.*, s. 883-885

¹⁶ Albrecht, Patrzalek, Kotowska, & Radzikowski, 2009

Dane WHO są jednak alarmujące, wg najnowszych szacunkowych danych (rok 2010), rocznie w Polsce zapada na inwazyjną chorobę pneumokokową 25 razy więcej dzieci w porównaniu z danymi z badania przeprowadzonego w latach 2001-2004, tj. od 11 666 do 14 565 dzieci, z których od 28 do 71 umiera.

Jedną z przyczyn tak dużych różnic pomiędzy danymi statystycznymi, a szacunkowymi może być fakt, że w Polsce nie pobierano materiału do badań bakteriologicznych¹⁷.

Populacja podlegająca JST i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu

Według stanu w dniu 31 grudnia 2015 r. ludność województwa opolskiego liczyła 996 tys. osób, tj. mniej o 4,9 tys. niż przed rokiem (wg stanu na 31.12.2014 ludność województwa stanowiła 1 000 900 osób). W województwie opolskim w 2015 r. zarejestrowano 8289 urodzeń żywych, tj. mniej o 304 niż przed rokiem i o 874 niż w analogicznym okresie 2010 r.,

1. Poprawa jakości opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu

W ostatnich latach w województwie opolskim średnio rocznie około 8500 kobiet było w ciąży. Czyli populacja kwalifikująca się do objęcia wsparciem stanowi 0,85% ludności województwa.

Według danych z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia ok. 89% rodzących stanowiły kobiety do 35 roku życia.

2. Ochrona zdrowia dziecka w kierunku wsparcia jego rozwoju psychospołecznego

Program skierowany jest do dzieci do 2 roku życia, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci urodzonych przedwcześnie, dzieci z wadami rozwojowym oraz ich rodziców zamieszkujących województwo opolskie.

Działania realizowane w ramach projektu mają służyć usprawnieniu diagnostyki zaburzeń rozwojowych, co stanowi uzupełnienie świadczeń realizowanych w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. W zakresie programu realizowana zostanie również edukacja zdrowotna w zakresie prawidłowego rozwoju dziecka, poradnictwo żywieniowe dzieci z zaburzeniami odżywiania oraz konsultacje psychologiczne rodziców i dzieci. Wszystkie ww. działania będą skierowane bezpośrednio do rodziców. Zrealizowane zostaną również szkolenia dla personelu świadczącego usługi medyczne. Program będzie prowadzony przez podmioty wyłonione w konkursie.

3. Profilaktyka zakażeń pneumokokowych

Do programu zostaną zaproszone dzieci do 2 r.ż. zamieszkałe na terenie województwa opolskiego, które nie zostały wcześniej zaszczepione przeciw pneumokokom. Przy założeniu, że z grupy populacji, ok. 5 % dzieci zostało zaszczepionych w ramach finansowania z NFZ - z uwagi na przynależność do grup wysokiego ryzyka i ok. 20 % dzieci zostało zaszczepionych indywidualnie przez rodziców w okresie wcześniejszym. Daje to możliwość objęcia programem 75 % pozostałej populacji dzieci urodzonych w latach 2014-2016 oraz 95 % dzieci urodzonych w województwie opolskim w latach 2016-2020. Wskazana populacja kształtuje się na poziomie ok. 8500 dzieci w danym roczniku. W chwili obecnej szczepienia przeciwko pneumokokom znajdują się na wykazie szczepień rekomendowanych, stąd popularyzacja idei tego szczepienia stanowić będzie o poziomie realizacji tego modułu programu.

W okresie realizacji programu planuje się objąć wsparciem w sumie 39 150 osób, w tym 19 575 kobiet oraz 19 575 dzieci do 2 roku życia.

¹⁷ Bernatowska E., *Szczepienia Ochronne*, Warszawa, 2010

Obecne postępowanie

1. Poprawa jakości opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu

Obecnie świadczenia edukacyjne dla kobiet ciężarnych finansowane przez NFZ udzielane są w ramach edukacji przedporodowej opiekę w okresie ciąży, porodu i połogu, w tym edukację przedporodową realizowaną u kobiet w ciąży (w tym w ciąży wysokiego ryzyka), poczynając od 21. tygodnia ciąży do terminu rozwiązania, a także opiekę nad kobietą, noworodkiem i niemowlęciem do ukończenia 2. miesiąca życia w ramach działalności Położnej Środowiskowej POZ. Przewidziane w ramach niniejszego Programu działania mobilnej opieki okołoporodowej nie są finansowane w ramach NFZ w województwie opolskim. JST w innych województwach realizują programy zawierające elementy proponowane w niniejszym programie, ale nie są to programy, z których mogą skorzystać mieszkańcy województwa opolskiego. JST wspierają w różny sposób funkcjonowanie szkół rodzenia, oddziałując poprzez edukację zdrowotną na świadomość rodziców, przygotowują ich w ten sposób do przyszłej roli rodziców. Niemniej jednak działania te są fragmentaryczne oraz nie mają cech kompleksowości.

W czasie 4 wizyt patronażowych położne powinny prowadzić edukację zdrowotną i udzielać podstawowych porad w zakresie kamienia piersi i laktacji. Matka może korzystać z opieki położnej do końca laktacji, a dziecko po ukończeniu 2 miesiąca życia zostaje przekazane pielęgniarce POZ. Przedstawiona opieka odpowiada opisanej w literaturze „podstawowej poradzie laktacyjnej”, którą może zapewnić osoba sprawująca opiekę nad matką i dzieckiem, posiadająca II poziom wiedzy o laktacji. Opieka laktacyjna w obecnym systemie jest niewystarczająca, zwłaszcza w przypadku złożonych, skomplikowanych, trudnych diagnostycznie problemów. Brak wiedzy i czasu na zajęcie się problemami laktacji podczas rutynowych wizyt u lekarza pediatry, ginekologa czy położnej jest dobrze udokumentowane w literaturze światowej¹⁸.

Wiele kobiet po porodzie, pomimo dobrej opieki prowadzonej przez położne POZ będzie potrzebowało dodatkowej, specjalistycznej porady laktacyjnej, którą warto im zapewnić.

Dostępny, finansowany ze środków publicznych świadczeniami opieki zdrowotnej w zakresie przedstawionego problemu zdrowotnego objętego programem są badania prenatalne dla kobiet z grupy ryzyka. Program Narodowego Funduszu Zdrowia obejmuje wykonanie testu biochemicznego i badania USG pomiędzy 11. a 13. tygodniem ciąży, w celu oszacowania ryzyka wystąpienia aberracji chromosomalnej, poradę genetyczną obejmującą wywiad lekarski z uwzględnieniem wywiadu genetycznego, ocenę i interpretację wyników badań oraz decyzję, co do dalszego postępowania (w przypadku wskazań medycznych skierowanie na badania inwazyjne po wyrażeniu przez pacjentkę zgody na ich wykonanie). Do włączenia do programu z NFZ uprawnione są kobiety w ciąży, spełniające co najmniej jedno z następujących kryteriów: wiek matki powyżej 35 lat; wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka; stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenetycznie lub wieloczynnikową; stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu.

Od miesiąca czerwca 2016 kobiety będą mogły korzystać z koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży¹⁹, którą Narodowy Fundusz Zdrowia przedstawił pod koniec grudnia 2015 r. Celem programu jest zapewnienie przyszłym mamom pełnej, dostępnej, bezpiecznej opieki wysokiej jakości w czasie fizjologicznej ciąży, porodu i pierwszych 6 tygodni po urodzeniu dziecka.

Nad bezpieczeństwem kobiety i dziecka czuwać ma zespół złożony z lekarza ginekologa, położnej oraz lekarzy ze szpitala. Zespół ma zapewniać opiekę od momentu potwierdzenia ciąży do zakończenia okresu połogu. Kobieta w ciąży będzie mogła zgłosić się do programu na każdym etapie ciąży.

¹⁸ Karmienie piersią w Polsce Raport 2015 Kampania Mleko Mamy Rządu Patronat merytoryczny Centrum Nauki o Laktacji

¹⁹ „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).

W myśl zarządzenia²⁰, kobiety w ciąży, które zgłoszą się do programu koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży, uzyskają w ramach opieki finansowanej przez NFZ, pełnoprofilową opiekę w okresie ciąży, porodu oraz w okresie sześciu tygodni po urodzeniu dziecka.

Szpital - współkoordynator programu zapewni jakość, ciągłość i kompleksowość opieki - będzie mógł przystąpić do programu, jeżeli realizował minimum 600 porodów rocznie i jednocześnie zabezpieczy dostęp do poradni ginekologiczno-położniczych oraz położnej.

Oznacza to dalszą instytucjonalizację wsparcia i ogranicza dostęp grupie zamieszkującej tereny oddalone od wskazanych palcówek. W województwie opolskim wymogi przystąpienia do konkursu spełnia tylko 6 szpitali. Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem (...) będzie, więc niezbędnym uzupełnieniem programu koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży (KOC).

2. Ochrona zdrowia dziecka w kierunku wsparcia jego rozwoju psychospołecznego

Realizowane działania służące diagnozowaniu i eliminowaniu nieprawidłowości rozwoju u dzieci do 2 roku życia proponowane w ramach niniejszego programu nie są objęte środkami Narodowego Funduszu Zdrowia wykazują jednak komplementarność do działań finansowanych z NFZ. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej ma obowiązek przeprowadzenia w odpowiednich okresach życia dziecka bilansów zdrowotnych, które są jednym z najważniejszych badań profilaktycznych. Ocenie podlega zarówno rozwój fizyczny, jak i podstawowy stan neurologiczny dziecka. W wypadku wykrycia nieprawidłowości lekarz może skierować dziecko na badania diagnostyczne niezbędne do rozpoznania choroby i postawienia diagnozy. Następnie w uzasadnionych przypadkach dziecko kierowane jest do opieki specjalistycznej, w tym rehabilitacji finansowanej ze środków NFZ. Niemniej jednak wczesne rozpoznanie nieprawidłowości rozwojowych małych dzieci jest niezwykle trudne i wymaga wnikliwej obserwacji, która w wielu wypadkach nie jest możliwa podczas rutynowego badania przeprowadzanego w czasie bilansu zdrowotnego. Stąd w ramach projektów realizowane będą działania o charakterze dodatkowym, wspomagające proces wykrywania nieprawidłowości rozwoju oraz ich eliminacji.

3. Profilaktyka zakażeń pneumokokowych

W Polsce od marca 2006 r. szczepienia przeciwko pneumokokom wpisane są do Programu Szczepień Ochronnych (PSO), jako zalecane dla wszystkich dzieci poniżej 2 r.ż. oraz dzieci w grupie 2 do 5 r.ż. z grup wysokiego ryzyka, w tym dzieci chodzące do żłobka lub przedszkola.

Od października 2008 r. szczepionka przeciwko pneumokokom znajduje się w obowiązkowym Programie Szczepień Ochronnych dla dzieci do 5 r.ż., o podwyższonym ryzyku zachorowania na inwazyjną chorobę pneumokokową (IChP).

Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

W odpowiedzi na zdiagnozowane problemy przygotowano program, którego cele korespondują z wymienionymi wcześniej problemami.

1. Wsparcie rodziny w celu odwrócenia trendu depopulacji,.
2. Poprawa dostępu do opieki okołoporodowej kobiet w ciąży i po porodzie, oraz zwiększenie wiedzy i umiejętności przyszłych rodziców w zakresie:
 - a. zachowań prozdrowotnych w okresie ciąży i połogu,
 - b. zaburzeń rozwojowych u dzieci.

²⁰ Tamże

3. Rozszerzenie badań prenatalnych (nieinwazyjne badania prenatalne) na grupy nieobjęte finansowaniem w ramach NFZ.
4. Wdrożenie odpowiedniej diagnostyki i opieki medycznej wobec dzieci z wadami rozwojowymi oraz zwiększenie zaangażowania rodziny w proces leczenia i rehabilitacji.
5. Zapobieganie inwazyjnej chorobie pneumokokowej oraz poprawa stanu zdrowia dzieci poprzez przeprowadzenie skutecznych szczepień przeciwko zakażeniom pneumokokowym.

1. Poprawa jakości opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu

Ad-1

Poprawa opieki nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem stanowi jeden z celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 oraz cel strategiczny ujęty w Strategii Ochrony Zdrowia dla Województwa Opolskiego na lata 2014-2020. Ze względu na szczególną na tle kraju sytuację województwa opolskiego zaistniała potrzeba skoordynowania i prowadzenia skutecznej polityki demograficznej we wszystkich jej aspektach. W odpowiedzi na obecne i prognozowane zmiany demograficzne przyjęto Program Specjalnej Strefy Demograficznej w województwie opolskim do 2020 r. „Opolskie dla rodziny”. Wśród celów szczegółowych tego Programu jest rozwój opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem, gdzie rodzina staje się centralnym punktem odniesienia dla skierowanego do niej systemu usług publicznych oferujących wsparcie i opiekę. Wsparcie w tym zakresie zostało również wskazane, jako jedno z narzędzi implementacji celów operacyjnych Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020 (narzędzie nr 19 Opracowanie i wdrożenie programów wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i niepełnosprawnych).

Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem (...) będzie realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020, w ramach celu tematycznego 9 Promowanie włączenia społecznego, walka z ubóstwem i wszelką dyskryminacją, osi priorytetowej VIII Integracja społeczna (Priorytet Inwestycyjny 9 iv).

Celami programu Światowej Organizacji Zdrowia – Zdrowie 21, zajmującego istotne miejsce wśród celów i zadań Narodowego Programu Zdrowia²¹ oraz mającego szczególną podbudowę legislacyjną w zapisach Konstytucji RP, Konwencji o prawach dziecka i w dokumentach Światowego Szczytu w Sprawach Dzieci ONZ, jest wczesne inwestowanie w zdrowie²². Wspieranie dobrego stanu zdrowia w całym cyklu życia przynosi zysk w postaci zwiększającej się średniej długości życia w zdrowiu oraz ogólnej długości życia, co przekłada się na istotne korzyści społeczno-ekonomiczne i indywidualne.

Zachodzące w wielu krajach zmiany demograficzne powodują konieczność wdrożenia strategii cyklu życia²³, która nada priorytet nowym podejściom i metodom promowania zdrowia i profilaktyki chorób. Poprawa poziomu zdrowia i zwiększenie równości w zdrowiu rozpoczyna się już w życiu płodowym, i w okresie wczesnego rozwoju dziecka²⁴.

Podstawy zdrowia kształtują się w okresie prenatalnym i wczesnym dzieciństwie. Niska waga urodzeniowa

²¹ Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020

²² Bogdan Chazan, POPRAWA STANU ZDROWIA MATEK ORAZ DZIECI PRZED URODZENIEM i NOWORODKÓW, [w:] Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa, pod red. Janusza Szymborskiego, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa 2012, s. 24

²³ Poprawa poziomu zdrowia i zwiększenie równości w zdrowiu rozpoczyna się w życiu płodowym i w okresie wczesnego rozwoju dziecka. Zdrowe dzieci lepiej się uczą; zdrowi dorośli są bardziej produktywni; zdrowe starsze osoby mogą nadal aktywnie uczestniczyć w życiu społecznym. Zdrowe i aktywne starzenie się stanowi ważny priorytet dla polityki, jak również prowadzonych badań. Wspieranie dobrego stanu zdrowia w całym cyklu życia przynosi dywidendę w postaci zwiększającej się średniej długości życia w zdrowiu oraz długości życia, co przekłada się na istotne korzyści społeczno-ekonomiczne i indywidualne.

²⁴ Zdrowie 2020 Europejska polityka wspierająca działania rządów i społeczeństw na rzecz zdrowia i dobrostanu człowieka, Europejski Komitet Regionalny WHO, Malta 2012, s. 8

bywa oznaką przynależności do ubogiej grupy społecznej i zawiera w sobie czynniki ryzyka. Powolny wzrost i rozwój oraz brak emocjonalnego wsparcia w okresie wczesnego dzieciństwa może wprowadzić dziecko na ścieżkę słabego rozwoju społecznego i intelektualnego, co stwarza ryzyko dla zdrowia fizycznego i psychicznego. Wpływa to oczywiście na fizyczne, intelektualne i emocjonalne funkcjonowanie człowieka w życiu dorosłym. Polityka zdrowotna powinna przyczyniać się nie tylko do powstawania sieci bezpieczeństwa, lecz także powinna stwarzać możliwości wczesnego unikania strat²⁵.

W ostatnim czasie przywiązuje się większą wagę do martwych urodzeń, jako niedoszacowanego do tej pory problemu zdrowotnego, którego rozmiary można zmniejszyć przez poprawę opieki medycznej podczas ciąży i porodu. Dopiero niedawno, w krajach rozwiniętych zaczęto przywiązywać wagę do znaczenia martwego urodzenia dla rodziny i jej przyszłości²⁶.

Poprawę opieki medycznej nad matką i dzieckiem, w kontekście polityki ludnościowej, wiązano z działaniami na rzecz:

- kształtowania prozdrowotnych postaw i przeciwdziałanie antyzdrowotnym zachowaniom kobiet w wieku rozrodczym,
- poprawę dostępności i jakości świadczeń profilaktyczno-leczniczych dla kobiet w ciąży, podczas porodu i położu,
- zapewnienie kompleksowej opieki medycznej noworodkom o niskiej masie i wcześniakom, z realizacją sprawdzonego w praktyce trójstopniowego systemu referencyjnego²⁷.

Nadrzędnym zagadnieniem w sprawowaniu opieki zdrowotnej nad kobietą w ciąży jest zapewnienie prawidłowego jej przebiegu oraz jak najwcześniejsza identyfikacja czynników ryzyka, umożliwiająca objęcie kobiety profilaktyczną opieką na każdym etapie. **Działania zaplanowane w ramach programu, w tym ukierunkowane na edukację przyszłych rodziców w zakresie zachowań prozdrowotnych w okresie ciąży i porodu** (w tym konsekwencji i ubocznych skutków cesarskiego cięcia), powinny przełożyć się na donoszenie ciąży oraz zwiększenie przeżywalności niemowląt. Udowodniono, że prawidłowa opieka medyczna nad kobietą przed ciążą, nad matką i dzieckiem podczas ciąży, porodu i po porodzie mają znaczący wpływ na przebieg procesów prokreacji, zmniejszenie częstości jej niepowodzeń oraz na prawidłowy rozwój dziecka i jego zdrowie²⁸.

Ad-2

Obecnie opieka okołoporodowa jest dostępna przede wszystkim dla mieszkank dużych miast - w regionie funkcjonuje 8 szkół rodzenia (przede wszystkim przy oddziałach ginekologiczno - położniczych), a w Centralnym Rejestrze Pielęgniarek i Położnych zarejestrowanych jest 820 położnych (wg stanu na 31.12.2014 r.).

W przypadku urodzeń poprzez cesarskie cięcie, niepokoi rosnąca liczba tego typu zabiegów i wykonywanie ich bez wskazań medycznych, „na życzenie pacjentki” (z danych NFZ wynika, iż odsetek cesarskich cięć w Polsce wyniósł w 2015 r. 43,32%, a na Opolszczyźnie jeszcze więcej - 46,38%, podczas gdy wskaźnik ten w 1999 roku wynosił dla Polski 18,1 %, a dla województwa opolskiego 15,0%). Jednym z niekorzystnych skutków cesarskiego cięcia są zaburzenia w rozwoju psychosomatycznym dziecka.

Światowe i europejskie strategie zdrowotne zalecają, aby państwowe systemy opieki zdrowotnej organizowały system fachowego poradnictwa i pomocy w zakresie karmienia niemowląt i małych dzieci

²⁵ ZDROWIE 21, ZDROWIE DLA WSZYSTKICH w XXI WIEKU, Podstawowe założenia polityki zdrowia, dla wszystkich w Regionie Europejskim WHO, dostępne dnia 14.04.2016 r. <http://www.parpa.pl/index.php/alkohol-w-europie/zdrowie-21-zdrowie-dla-wszystkich-who>

²⁶ Bogdan Chazan, POPRAWA STANU ZDROWIA MATEK ORAZ DZIECI PRZED URODZENIEM i NOWORODKÓW, [w:] Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa, pod red. Janusza Szymborskiego, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa 2012, s. 33.

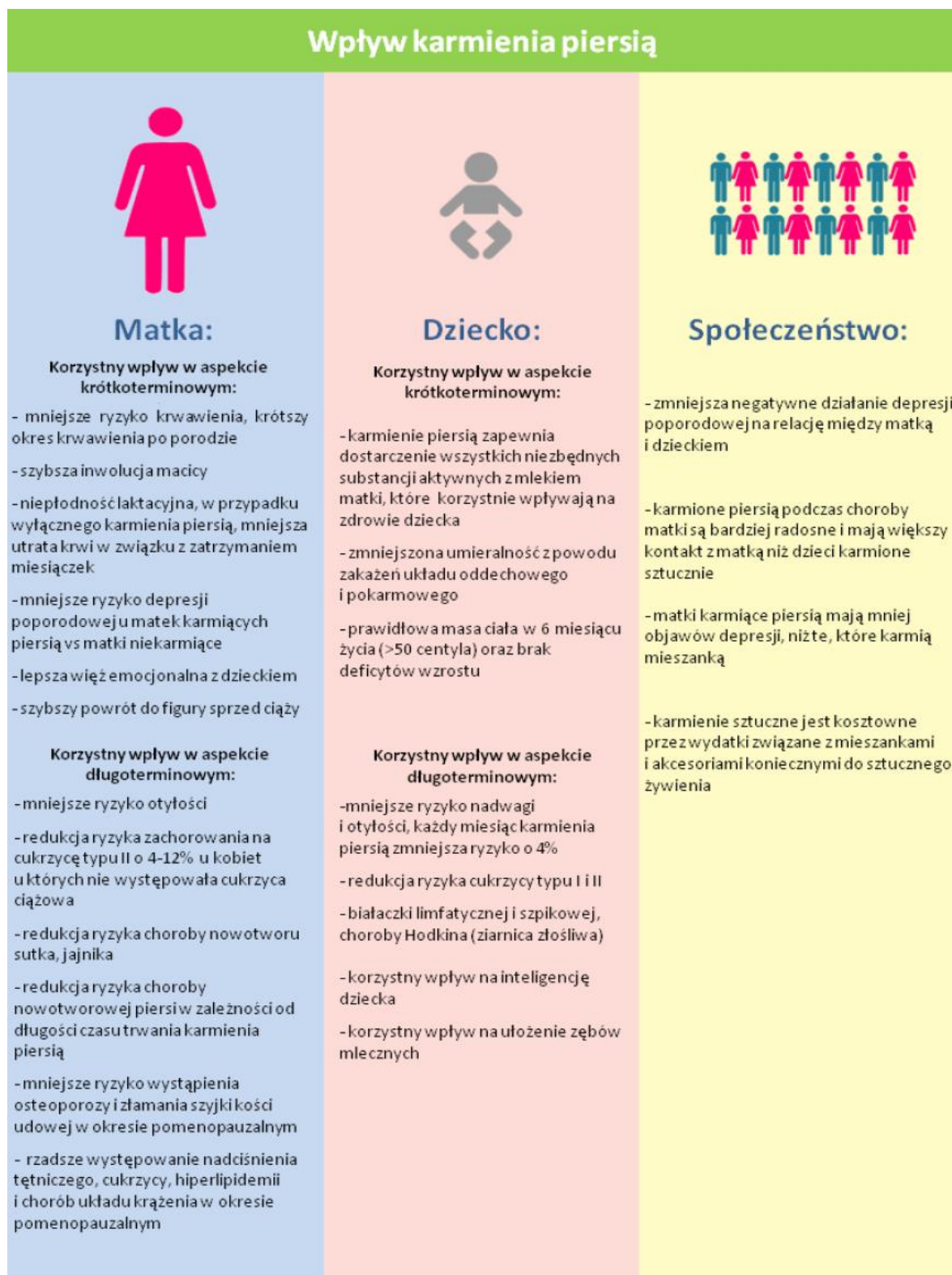
²⁷ Janusz Szymborski, ZDROWIE PUBLICZNE w PROJEKTACH PROGRAMOWYCH POLITYKI LUDNOŚCIOWEJ, [w:] Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa, pod red. Janusza Szymborskiego, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa 2012, s. 14

²⁸ Szymborski J., Zdrowie publiczne i polityka rozwojowa, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012, s. 35

sprawowanej przez doradców matek i certyfikowanych konsultantów laktacyjnych. (WHO, 2002; Dyrektoriat Zdrowia UE 2004).

Jak pokazano na poniższym diagramie karmienie piersią przynosi liczne korzyści:

Rysunek 1 Wpływ karmienia piersią na różne grupy społeczne



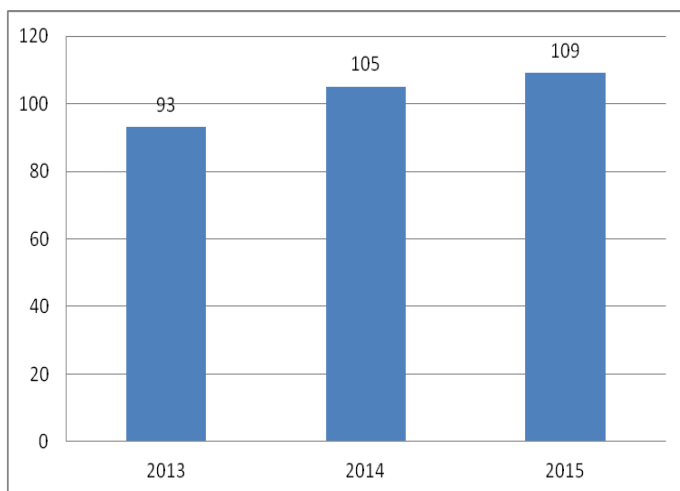
Źródło: *Karmienie piersią w Polsce Raport 2015 Kampania Mleko Mamy Rządzi Patronat merytoryczny Centrum Nauki o Laktacji*

Skuteczność różnych form pomocy matkom karmiącym została potwierdzona wielokrotnie w literaturze. Każda forma dodatkowej opieki oferowanej karmiącym kobietom w porównaniu z rutynową opieką medyczną niesie korzyści dla karmienia piersią, a zwłaszcza poprawia jego jakość, wydłużając okres wyłącznego karmienia piersią. Około 60% karmiących matek napotyka na różnego typu problemy laktacyjne oraz brak wiedzy na temat postępowania w laktacji pomimo edukacji przedporodowej. Napotykając na problemy kobiety poszukują pomocy w różnych formach, często nie docierają do specjalistów ds. laktacji, natomiast uzyskują nieaktualne informacje i błędne porady skutkujące zaburzeniami, powikłaniami laktacji, niepotrzebnym dokarmianiem i skracaniem czasu karmienia naturalnego. Wielokrotnie „ratują się same” poprzez dokarmianie mlekiem modyfikowanym lub zupełnie rezygnują z karmienia piersią. Pracownicy ochrony zdrowia, często nie mając możliwości konsultacji u specjalisty ds. laktacji, rozwiązują problem poprzez suplementację produktami mlekozastępczymi (Niczyporuk, Szyber 2014). Podsumowując, obecny system opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem w Polsce nie uwzględnia potrzeb karmiących matek i nie sprzyja poprawie wskaźników karmienia piersią, która jest jednym z założeń Narodowego Programu Zdrowia (cel op. 3 i 7). A obecnie karmienie mlekiem kobiecym jest traktowane na świecie jako poważne zadanie zdrowia publicznego, a nie tylko jako kwestia wyboru stylu życia. (Eidelman, 2012)²⁹.

W związku z powyższym planowane działania będą prowadzone w szczególności w środowiskach lokalnych w formule dopasowanej do potrzeb grupy docelowej – zarówno grupowej, jak i indywidualnej. Działania te będą miały charakter informacyjny, edukacyjny, szkoleniowy, doradczy. Kompleksowy zakres usług uzupełnią świadczenia finansowane ze środków NFZ.

Obserwuje się, wg danych OOWNFZ za lata 2013-2015 nieznacznie zwiększającą się liczbę ukończonych ciąż mnogich u pacjentek woj. opolskiego. W roku 2015 było takich ciąż 109.

Wykres 10 Liczba porodów ciąż mnogich w woj opolskim w latach 2013-2015 (porody w woj opolskim i poza)

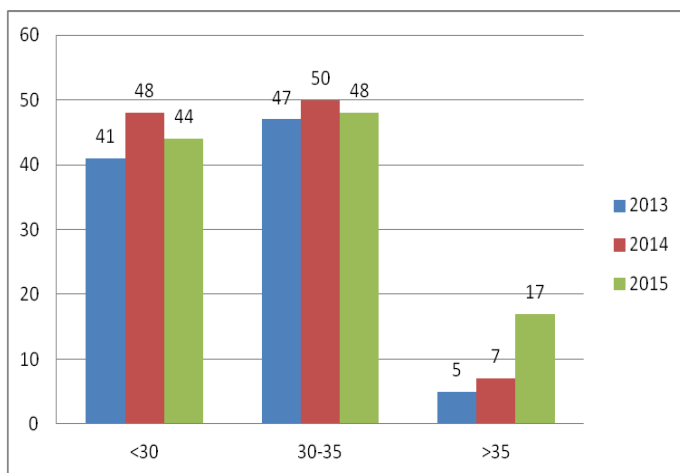


Źródło: Opracowanie na podstawie danych OOW NFZ

W grupie wiekowej <30 r.życia matek oraz w grupie 30-35 lat, liczba ciąż mnogich była zbliżona. Wyraźnie zwiększa się liczba ciąż mnogich w wieku >35r.życia.

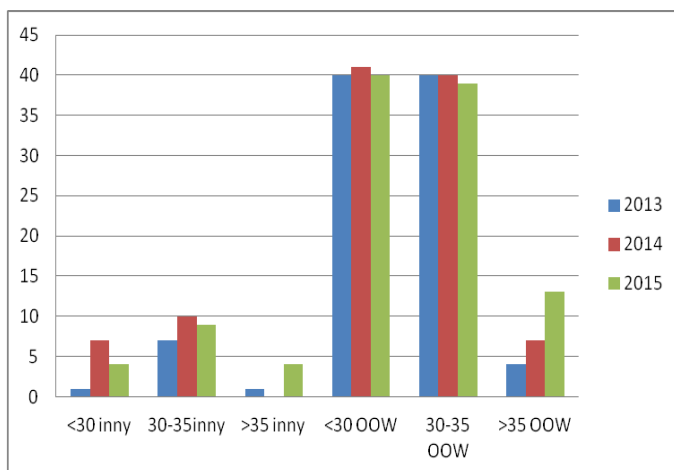
²⁹ Karmienie piersią w Polsce Raport 2015 Kampania Mleko Mamy Rządzi Patronat merytoryczny Centrum Nauki o Laktacji

Wykres 11 Liczba porodów cięż mnogich w woj opolskim w latach 2013-2015 wg grup wiekowych matki (porody w woj opolskim i poza)



Źródło: Opracowanie na podstawie danych OOW NFZ

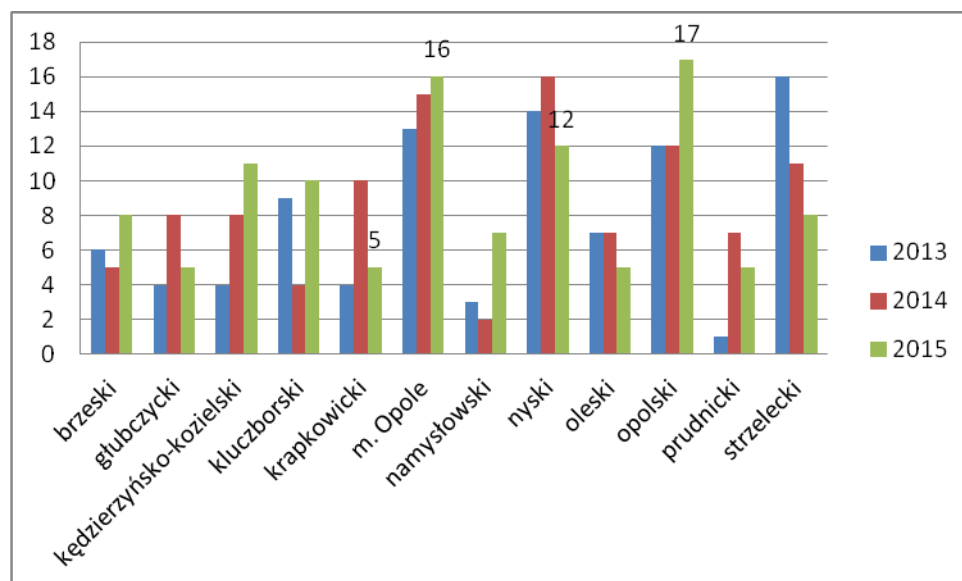
Wykres 12 Liczba porodów cięż mnogich w woj opolskim w latach 2013-2015 wg grup wiekowych matki. Porody w woj opolskim i poza (inne)



Źródło: Opracowanie na podstawie danych OOW NFZ

91% porodów w grupie pacjentek <30 r. życia w przypadkach cięż mnogich były rozwiązywane w woj. opolskim, w grupie 30-35 r. życia – ok 81%, a w grupie >35 r. życia – 76,5%, czyli od 10-24% pacjentek z ciążą mnogą kończyła ciążę poza regionem.

Wykres 13 Liczba porodów ciąż mnogich w woj opolskim w latach 2013-2015 wg powiatu zamieszkania



Źródło: Opracowanie na podstawie danych OOW NFZ

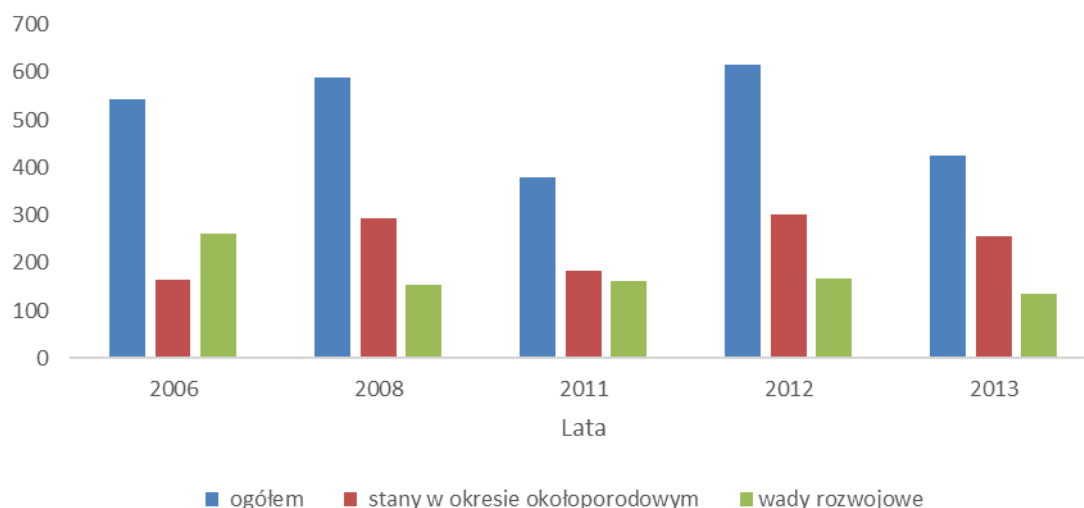
Rocznie od 5 do 17 ciąż wg powiatu zamieszkania matek, to ciążę mnogie. Liczba ciąż mnogich nie w pełni koreluje z wielkością populacji powiatu i liczbą kobiet w ciąży rodzących.

Sytuacja matki wydającej na świat bliźniaki, czy trojaczki jest zdecydowanie trudniejsza, ponieważ dwoje, czy troje dzieci naraz oznacza większe zmęczenie, większy stres oraz wiele dodatkowych dylematów związanych z karmieniem, czy pielęgnacją. Powyższa sytuacja jest stosunkowo najtrudniejsza w pierwszym okresie po porodzie, stąd w ramach programu zaplanowano wsparcie ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb kobiet w ciąży mnogiej oferując dodatkowe wsparcie położnej po jej rozwiązaniu.

Ad-3

Współczynnik umieralności niemowląt tzn. dzieci, które nie ukończyły 1 roku życia wyniósł w województwie opolskim 4,7 % w 2014 r. i był wyższy od średniej krajowej, która w 2014 r. wyniosła 4,2 %. Liczba zgonów niemowląt w województwie opolskim mierzona na 1000 urodzeń żywych, w ostatnich latach utrzymuje się na stałym, zbliżonym do średniej krajowej poziomie i nie odnotowuje się w tym zakresie wyraźnej poprawy. Wysoki udział w liczbie zgonów (pomiędzy 30% a 60%) stanowią przyczyny związane ze stanami okołoporodowymi, zwłaszcza zaburzeniami spowodowanymi czasem trwania ciąży i rozwojem płodu, w tym urodzenia przedwczesne oraz wady rozwojowe (wykres 7).

Wykres 14 Zgony niemowląt wg wybranych przyczyn w województwie opolskim



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Roczników Demograficznych 2008, 2009, 2012, 2013, 2014, GUS

Zgodnie z danymi Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych, wady wrodzone występują u 2-4% noworodków będąc zasadniczą (pierwsze lub drugie miejsce) przyczyną zgonów niemowląt. Są one zarazem najczęstszą przyczyną niepełnosprawności fizycznej u dzieci i nierzadko współistnieją z niepełnosprawnością intelektualną. Między 32% a 56% dzieci z niepełnosprawnością intelektualną ma wady rozwojowe³⁰. Według rejestru EUROCAT (European Surveillance of Congenital Anomalies) całkowita częstość występowania poważnych wad wrodzonych w latach 2008-2012 wynosiła 26,1 na 1 000 urodzeń, natomiast częstość występowania poważnych wad wrodzonych wśród żywych urodzeń w tym samym okresie stanowiła 21,3 na 1 000 urodzeń³¹.

W województwie opolskim częstość występowania wrodzonych wad rozwojowych w latach 1998 - 2008 wyniosła 15,5 na 1 000 urodzeń ogółem³². W latach 2005 - 2006 odnotowano 264 przypadki narodzin dzieci z wadami, wśród których dominowały wady serca oraz wady układu mięśniowo - szkieletowego³³. Analizując dane statystyczne z lat 2006 - 2013, wady rozwojowe, w tym zwłaszcza wady wrodzone serca, stanowią w województwie opolskim przyczynę ok. 30 - 40% wszystkich zgonów³⁴.

Wsparcie w ramach programu przewiduje badania prenatalne, które pozwalają na wczesne wykrycie wad wrodzonych płodu i często ich efektywne leczenie jeszcze przed narodzinami dziecka. Poza tym nawet jeżeli nie da się wyleczyć zdiagnozowanej wady w życiu płodowym wówczas lekarze wiedząc, że będzie się rodziło dziecko chore lepiej się przygotowują do porodu i będą w stanie szybko udzielić noworodkowi fachowej pomocy. Badania prenatalne przewidziane w programie będzie mogła wykonać każda matka, która zechce sprawdzić stan zdrowia rozwijającego się płodu. Zakłada się, że w ramach programu nie będą mogły skorzystać z tej formy wsparcia kobiety, które kwalifikują się do objęcia programem finansowanym w ramach NFZ.

Konieczność rozszerzenia grupy objętej badaniami prenatalnymi podkreśla między innymi Najwyższa Izba Kontroli. NIK wskazuje, że dotychczasowe efekty wdrażania Programu badań prenatalnych oraz ustalenia

³⁰ Wrodzone wady rozwojowe w Polsce w latach 2005 - 2006. Dane z Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych. Poznań 2010, s. 11.

³¹ <http://www.eurocat-network.eu/accessprevalencedata/prevalencetables>. Stan na 30.03.2016 r.

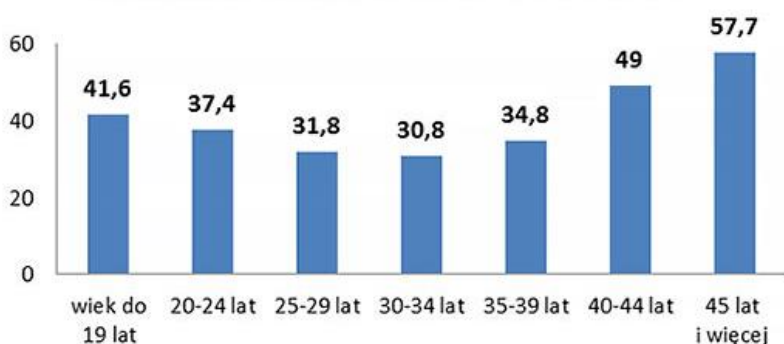
³² Materna-Kiryluk M. *Polski Rejestr Wrodzonych Wad Rozwojowych jako źródło danych do badań epidemiologicznych, etiologicznych i planowania opieki medycznej*, Poznań 2014, s. 33.

³³ Wrodzone wady rozwojowe w Polsce w latach 2005 - 2006. Dane z Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych. Poznań 2010.

³⁴ Roczniki Demograficzne 2008, 2009, 2012, 2013, 2014, Główny Urząd Statystyczny.

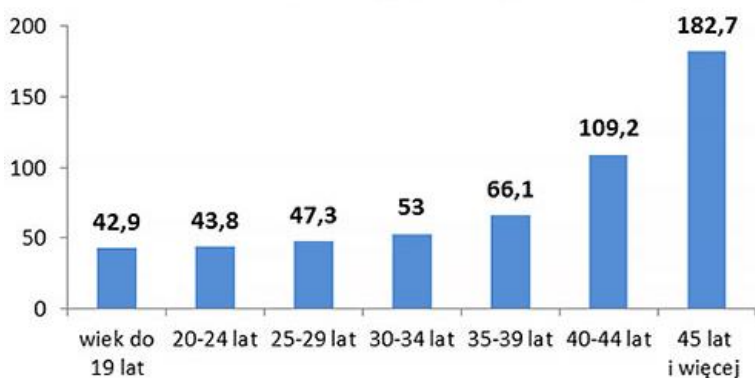
przeprowadzonej kontroli potwierdzają, że dostęp i szansę ewentualnego skorzystania z bezpłatnych nieinwazyjnych badań prenatalnych, umożliwiających wykluczenie lub stwierdzenie u nienarodzonego dziecka wad rozwojowych i szybkie podjęcie leczenia, powinny uzyskać wszystkie kobiety w Polsce, niezależnie od wieku. W ocenie NIK obowiązujące obecnie wiekowe (+35 lat) ograniczenie dostępności do bezpłatnego Programu badań prenatalnych nie ma uzasadnienia w sytuacji, gdy częstotliwość występowania wad wrodzonych u dzieci jest zbliżona u matek powyżej i poniżej 35 r.ż. Statystyki pokazują, że żadna grupa wiekowa przyszłych mam nie jest wolna od ryzyka wystąpienia wad wrodzonych u dzieci. Prawdopodobieństwo ich wystąpienia jest oczywiście zróżnicowane, nie są to jednak w ocenie NIK różnice tak znaczące, żeby pozbawiać którąkolwiek z grup przyszłych mam prawa do bezpłatnych nieinwazyjnych badań prenatalnych³⁵.

Wykres 15 Częstość występowania wrodzonych wad rozwojowych układu mięśniowo-szkieletowego na 1000 urodzeń.



Źródło: Najwyższa Izba Kontroli³⁶

Wykres 16 Częstość występowania wrodzonych wad układu sercowo-naczyniowego na 1000 urodzeń



Źródło: Najwyższa Izba Kontroli³⁷

Uniwersytet Medyczny w Poznaniu przeanalizował na polecenie NIK dane z Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych. z analizy tej wynika, że aż 85 proc. dzieci z wadami układu mięśniowo-szkieletowego urodziły kobiety przed 35 rokiem życia. Podobnie wygląda statystyka wad układu sercowo-naczyniowego. z danych wynika też, że szansa na wystąpienie wady płodu u kobiety w wieku 35-39 lat jest niższa, niż u kobiet między 20 a 24 rokiem życia. Statystyka pokazuje, że wiek matki nie ma nic wspólnego z ryzykiem wystąpienia u potomstwa m.in. małogłowia, wodogłowia, wad nerek czy przepukliny przeponowej.

Zdaniem prof. Mirosława Wielgosia, krajowego konsultanta ds. perinatologii wskazanie wieku jako kryterium do darmowych badań jest archaizmem i nie ma uzasadnienia we współczesnej wiedzy medycznej. Ekspert

³⁵ <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-dostepnosci-badan-prenatalnych.html> stan na dzień 18-05-2016

³⁶ Ibidem

³⁷ <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-dostepnosci-badan-prenatalnych.html> stan na dzień 18-05-2016

podkreśla, że ryzyko urodzenia dziecka z zaburzeniami chromosomowymi istnieje w każdym wieku, u każdej kobiety ³⁸.

NIK wskazuje, że dzięki poprawie jakości opieki perinatalnej, realizacji Programu badań prenatalnych a także realizacji Programu kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej i realizacji zadań określonych w Narodowym Programie Zdrowia poprawiła się opieka zdrowotna nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem oraz obniżyły się wskaźniki umieralności okołoporodowej i noworodkowej³⁹.

Do podobnych wniosków można dojść analizując dane z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Tabela 1 Liczba porodów w woj. opolskim i poza wg grup wiekowych wg danych OOWNFZ za lata 2013-2015

wiek matki	brzeski	głubczycki	kędzierzyńsko-kozielski	kluczborski	krapkowi	namysłowski	nyski	oleski	opolski	prudnicki	strzelecki	m. Opole	ŁĄCZNIE
2013													
<30	469	234	403	320	303	227	621	297	607	263	407	436	4587
30-35	226	115	238	170	186	125	345	198	358	138	197	406	2702
>35	85	38	80	41	56	24	108	63	105	42	79	127	848
2014													
<30	423	226	502	302	322	186	624	354	567	283	370	481	4640
30-35	283	131	246	204	199	139	386	193	433	162	223	511	3110
>35	88	40	87	56	58	40	131	63	128	40	64	158	953
2015													
<30	400	210	410	315	293	212	547	300	576	259	406	453	4381
30-35	292	120	279	176	177	130	347	189	419	146	243	478	2996
>35	103	36	96	59	63	30	112	71	147	50	79	174	1020

Źródło: Opracowanie na podstawie danych OOWNFZ za lata 2013-2015

Jak widać, z roku na rok liczba wykonanych badań prenatalnych rośnie. Założeniem programu badań prenatalnych jest umożliwienie jak najwcześniejszego diagnozowania wad wrodzonych płodu. Wczesna diagnoza wady pozwala na odpowiednie ukierunkowanie dalszej diagnostyki i prowadzenia ciąży.

Zwiększa się liczba porodów w grupie kobiet powyżej 35 roku życia, wobec zmniejszania się liczby rodzących kobiet młodszych.

Tabela 2 Liczba urodzeń z postawionym rozpoznaniem głównym lub współistniejącym z grupy Q wg ICD-10 w u noworodków z woj. opolskiego wg powiatu zamieszkania w latach 2013-2015 wg danych OOWNFZ

ROK	2013												
wiek matki	brzeski	głubczycki	kędzierzyńsko-kozielski	kluczborski	krapkowi	namysłowski	nyski	oleski	opolski	prudnicki	strzelecki	m. Opole	łącznie
<30	21	32	39	15	12	9	28	12	37	16	20	37	278
30-35	12	11	20	4	14	6	18	4	19	8	4	38	158
>35	3	4	5	3	6		4	2	10	2	2	10	51
Łącznie	36	47	64	22	32	15	50	18	66	26	26	85	487
ROK	2014												

³⁸ <http://www.rynekzdrowia.pl/serwis-ginekologia-i-poloznictwo/bezplatne-badania-prenatalne-tylko-dla-kobiet-po-35-r-z-eksperti-to-archaizm,161993,209.html> stan na dzień 19-05-2016

³⁹ tamże

wiek matki	brzeski	głubczycki	kędzierzyńsko-kozielski	kluczborski	krapkowicki	namyśłowski	nyski	oleski	opolski	prudnicki	strzelecki	m. Opole	łącznie
<30	12	18	33	21	18	8	29	17	41	25	16	34	272
30-35	9	11	19	16	12	3	23	10	30	10	9	37	189
>35	1	3	6	3			11	2	6	3	4	14	53
łącznie	22	32	58	40	30	11	63	29	77	38	29	85	514
ROK	2015												
wiek matki	brzeski	głubczycki	kędzierzyńsko-kozielski	kluczborski	krapkowicki	namyśłowski	nyski	oleski	opolski	prudnicki	strzelecki	m. Opole	łącznie
<30	18	27	50	24	11	8	28	8	40	10	17	28	269
30-35	22	11	20	18	10	5	21	10	30	14	14	38	213
>35	9	4	17	2	2	2	7	5	7	4	7	18	84
łącznie	49	42	87	44	23	15	56	23	77	28	38	84	566

Źródło: Opracowanie na podstawie danych OOWNFZ za lata 2013-2015

Można zaobserwować, że systematycznie zwiększa się liczba noworodków, u których rozpoznano wady rozwojowe (z zakresu rozpoznania grupy Q wg klasyfikacji ICD-10). Największa liczba tych noworodków występuje u matek w wieku poniżej 30 r. życia.

Tabela 3 Odsetek pacjentek z rozpoznaniem wady u noworodków z grupy Q wg ICD-10 wg danych OOWNFZ za lata 2013-2015

2013													
wiek matki	brzeski	głubczycki	k-kozielski	kluczborski	krapkowicki	namyśłowski	nyski	oleski	opolski	prudnicki	strzelecki	m.Opole	ŁĄCZNI
<30	4,48%	13,68%	9,68%	4,69%	3,96%	3,96%	4,51%	4,04%	6,10%	6,08%	4,91%	8,49%	6,06%
30-35	5,31%	9,57%	8,40%	2,35%	7,53%	4,80%	5,22%	2,02%	5,31%	5,80%	2,03%	9,36%	5,85%
>35	3,53%	10,53%	6,25%	7,32%	10,71%	0,00%	3,70%	3,17%	9,52%	4,76%	2,53%	7,87%	6,01%
2014													
<30	2,84%	7,96%	6,57%	6,95%	5,59%	4,30%	4,65%	4,80%	7,23%	8,83%	4,32%	7,07%	5,86%
30-35	3,18%	8,40%	7,72%	7,84%	6,03%	2,16%	5,96%	5,18%	6,93%	6,17%	4,04%	7,24%	6,08%
>35	1,14%	7,50%	6,90%	5,36%	0,00%	0,00%	8,40%	3,17%	4,69%	7,50%	6,25%	8,86%	5,56%
2015													
<30	4,50%	12,86%	12,20%	7,62%	3,75%	3,77%	5,12%	2,67%	6,94%	3,86%	4,19%	6,18%	6,14%
30-35	7,53%	9,17%	7,17%	10,23%	5,65%	3,85%	6,05%	5,29%	7,16%	9,59%	5,76%	7,95%	7,11%
>35	8,74%	11,11%	17,71%	3,39%	3,17%	6,67%	6,25%	7,04%	4,76%	8,00%	8,86%	10,34%	8,24%

Źródło: Opracowanie na podstawie danych OOWNFZ za lata 2013-2015

Należy zwrócić uwagę, że odsetek noworodków z rozpoznaniem wady rozwojowej stanowi ok. 6% wszystkich nowonarodzonych. Wg danych OOWNFZ za rok 2015, w grupie matek powyżej 35 r. życia noworodki te stanowią ponad 8%. W zależności od powiatu zamieszkania matki, największy odsetek wad rozwojowych stwierdza się u noworodków powiatu kędzierzyńsko-kozielskiego (nawet 17,71%), głubczyckiego (11,11%) oraz miasta Opole (10,34%). Zdecydowanie najmniejszy odsetek noworodków z wadami rozwojowymi jest stwierdzany w grupie powiatów: krapkowickiego (3,17%), kluczborskiego (3,39%) oraz opolskiego (4,76%).

W grupie kobiet do 30 r. życia odsetek noworodków z wadami rozwojowymi przekracza 6%.

Tabela 4 Liczba noworodków z województwa opolskiego z rozpoznaniem z grupy Q ICD-10 wg. Wiek matki w latach 2013-2015

ROK	2013			
	wiek matki			łącznie
powiat zamieszkania matki	<30	30-35	>35	
Brzeski	21	12	3	36
Głubczycki	32	11	4	47
kędzierzyńsko-kozielski	39	20	5	64
Kluczborski	15	4	3	22
Krapkowicki	12	14	6	32
m. Opole	37	38	10	85
Namysłowski	9	6		15
Nyski	28	18	4	50
Oleski	12	4	2	18
Opolski	37	19	10	66
Prudnicki	16	8	2	26
Strzelecki	20	4	2	26
Suma końcowa	278	158	51	487
ROK	2014			
powiat zamieszkania matki	wiek matki			łącznie
	<30	30-35	>35	
Brzeski	12	9	1	22
Głubczycki	18	11	3	32
kędzierzyńsko-kozielski	33	19	6	58
Kluczborski	21	16	3	40
Krapkowicki	18	12		30
m. Opole	34	37	14	85
Namysłowski	8	3		11
Nyski	29	23	11	63
Oleski	17	10	2	29
Opolski	41	30	6	77
Prudnicki	25	10	3	38
Strzelecki	16	9	4	29
Suma końcowa	272	189	53	514
ROK	2015			
powiat zamieszkania matki	wiek matki			łącznie
	<30	30-35	>35	
Brzeski	18	22	9	49
Głubczycki	27	11	4	42
kędzierzyńsko-kozielski	50	20	17	87
Kluczborski	24	18	2	44
Krapkowicki	11	10	2	23
m. Opole	28	38	18	84
Namysłowski	8	5	2	15
Nyski	28	21	7	56
Oleski	8	10	5	23

Opolski	40	30	7	77
Prudnicki	10	14	4	28
Strzelecki	17	14	7	38
Suma końcowa	269	213	84	566

Źródło: Opracowanie na podstawie danych OOWNFZ za lata 2013-2015

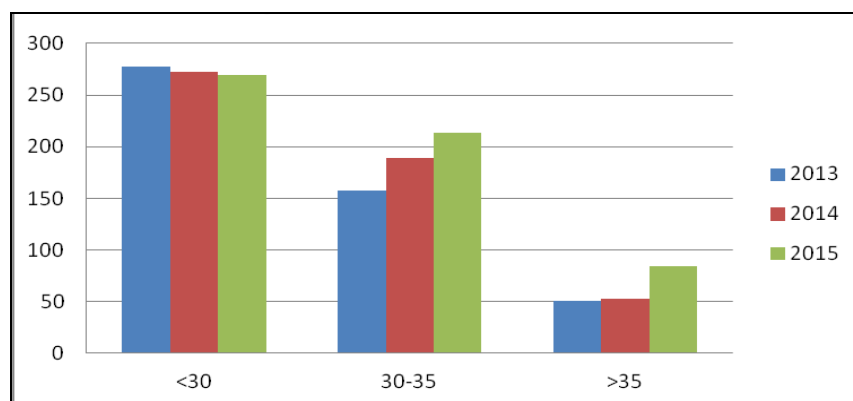
Tabela 5 Najczęstsze rozpoznania grupy Q wg ICD-10 u noworodków z województwa opolskiego bez względu na wiek pacjentek w roku 2015.

Lp.	Rozpoznanie wg ICD-10	Nazwa rozpoznania	Liczba rozpoznań
1.	Q38.1	Przyrośnięcie języka	148
2.	Q21.1	Ubytek przegrody międzyprzedsionkowej	95
3.	Q25.0	Drożny przewód tętniczy	42
4.	Q53.1	Niezstąpienie jąder, jednostronne	32
5.	Q82.5	Wrodzone znamię barwnikowe nie złośliwiejące	31
6.	Q21.0	Ubytek przegrody międzykomorowej	27
7.	Q54.0	Spodziectwo żołądne	23
8.	Q66.0	Stopa końsko-szpotała wrodzona	15
9.	Q70.3	Zrost palców stóp	14
10.	Q38.3	Inne wrodzone wady rozwojowe języka	13
11.	Q62.0	Wrodzone wodonercze	13
12.	Q62.3	Inne wady miedniczki nerkowej i moczowodu z zastojem moczu	10
13.	Q17.0	Małżowina dodatkowa	9
14.	Q89.8	Inne określone wrodzone wady rozwojowe	8
15.	Q24.9	Wrodzona wada rozwojowa serca, nieokreślona	7

Źródło: Opracowanie na podstawie danych OOWNFZ 2015

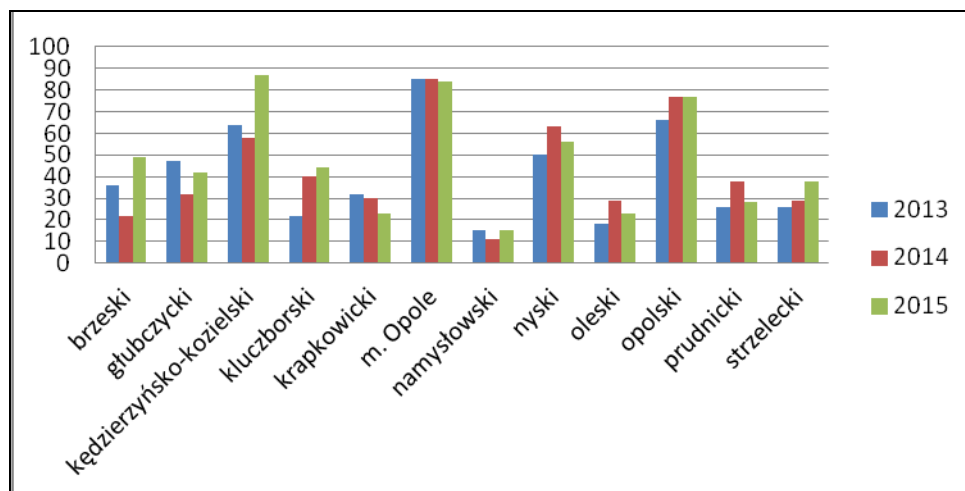
Poza przyrośnięciem języka, w którym postępowanie wydaje się najprostszym, najczęstsze problemy rozwojowe dotyczyły chorób serca, chorób układu moczowo-płciowego oraz zaburzeń rozwojowych narządu ruchu. **Nie obserwuje się różnic w kolejności występowania wad wrodzonych w zależności od grup wiekowych matek.**

Wykres 17 Liczba noworodków z województwa opolskiego z rozpoznaniem z grupy Q ICD-10 wg. Wiek matki w latach 2013-2015



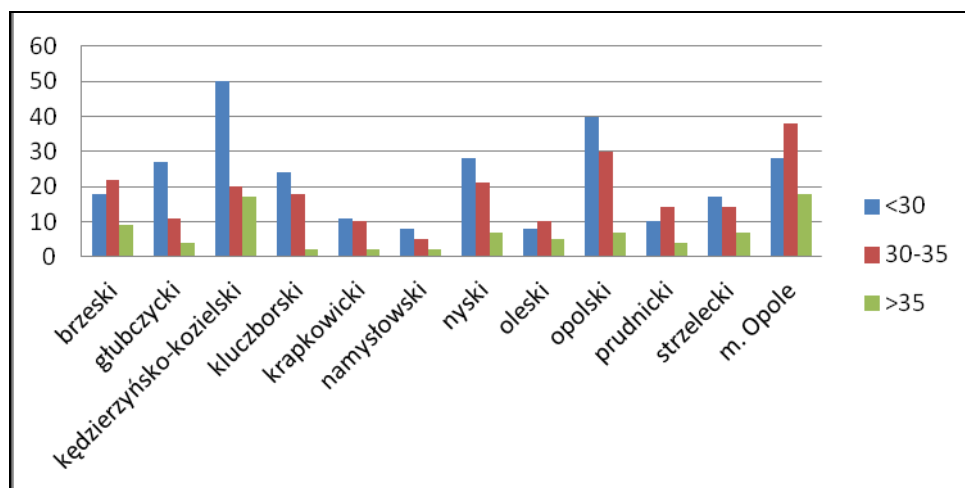
Źródło: Opracowanie na podstawie danych OOW NFZ

Wykres 18 Liczba noworodków z województwa opolskiego z rozpoznaniem z grupy Q ICD-10 wg. powiatu zamieszkania matki w latach 2013-2015



Źródło: Opracowanie na podstawie danych OOW NFZ

Wykres 19 Liczba noworodków z województwa opolskiego z rozpoznaniem z grupy Q ICD-10 wg. powiatu zamieszkania matki i według wieku matki w roku 2015

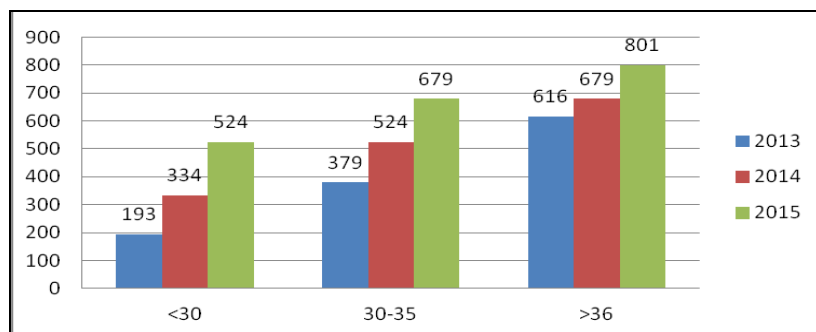


Źródło: Opracowanie na podstawie danych OOW NFZ

Jak pokazują powyższe dane to w grupie kobiet <30 roku życia rozpoznaje się największą liczbę wad.

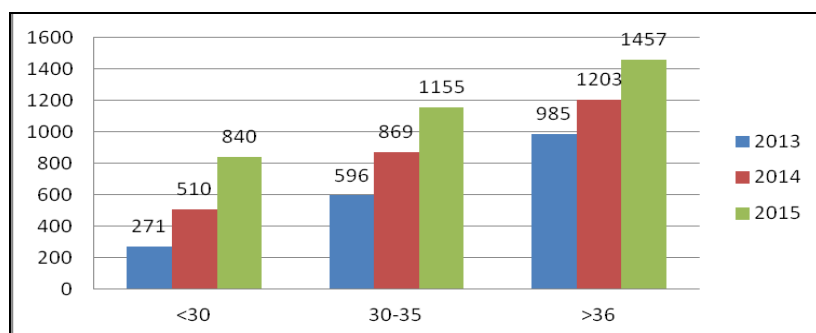
Obserwuje się dynamiczny wzrost liczby pacjentek, które korzystały z tej grupy świadczeń w latach 2013-2015.

Wykres 20 Liczba pacjentek województwa opolskiego, u których wykonano badania prenatalne w ramach finansowania NFZ wg. grup wiekowych w latach 2013-2015



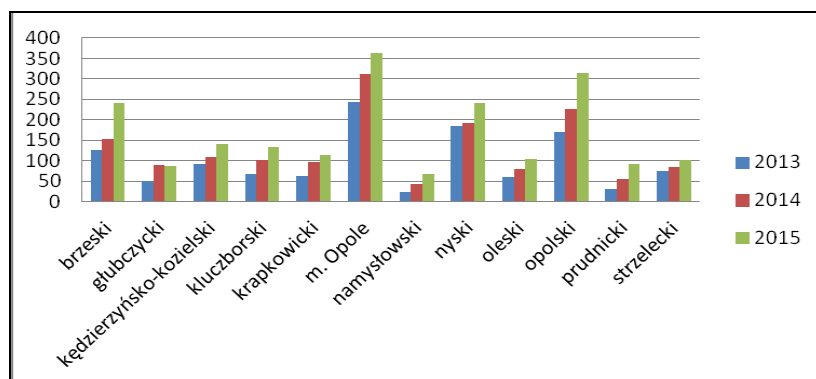
Źródło: Opracowanie na podstawie danych OOW NFZ

Wykres 21 Liczba pacjentek województwa opolskiego, u których wykonano badania prenatalne w ramach finansowania NFZ wg. grup wiekowych w latach 2013-2015



Źródło: Opracowanie na podstawie danych OOW NFZ

Wykres 22 Liczba pacjentek województwa opolskiego, u których wykonano badania prenatalne w ramach finansowania NFZ wg. powiatu zamieszkania w latach 2013-2015



Źródło: Opracowanie na podstawie danych OOW NFZ

Tabela 6 Liczba badań USG wykonanych w ramach badań prenatalnych u pacjentek woj. opolskiego w roku 2015.

ROK	2015			
	wiek pacjentki			łącznie
powiat zamieszkania	<30	30-35	>36	
brzeski	125	145	156	426
głubczycki	54	45	45	144
kędzierzyńsko-kozielski	50	65	117	232
kluczborski	71	91	76	238

krapkowicki	40	68	79	187
m. Opole	120	238	280	638
namysłowski	22	29	62	113
nyski	93	132	186	411
oleski	44	54	90	188
opolski	151	181	206	538
prudnicki	38	46	71	155
strzelecki	32	61	89	182
Suma końcowa	840	1155	1457	3452

Źródło: Opracowanie na podstawie danych OOW NFZ

Zauważalne jest, iż w roku 2015 z grupy 2004 pacjentek, które uzyskały pomoc w ramach finansowanych przez NFZ świadczeń w ramach programu badań prenatalnych, pacjentek w wieku powyżej 35 roku życia było 801, czyli 40%. Pozostałe 60% stanowiły pacjentki młodsze.

Zdiagnozowanie choroby przed porodem pozwala na opracowanie schematu postępowania, gdy dziecko już przyjdzie na świat. Lekarze są wtedy przygotowani na przykład na zoperowanie chorego dziecka zaraz po porodzie, co zwiększa jego szanse na wyzdrowienie. W wyjątkowych przypadkach możliwe jest rozpoczęcie leczenia jeszcze w łonie matki - dotyczy to na przykład poważnych wad układu moczowego. Nie wszystkie wady rozwojowe płodu można jednak leczyć i w takich przypadkach diagnostyka prenatalna pozwala rodzicom oswoić się z myślą o obciążeniu wadą dziecka i przygotować się na jego narodziny, w tym zorganizować szczególnie wymaganą opiekę.

Istnieją więc trzy główne powody, dla których warto przeprowadzić badania:

- kontrola stanu płodu oraz przebiegu ciąży w celu podjęcia ewentualnego leczenia,
- wykrycie niektórych nieprawidłowości pozwala na przeprowadzenie operacji na płodzie jeszcze w trakcie ciąży, bądź przygotowania się do niej zaraz po porodzie,
- przygotowanie przyszłych rodziców do wychowywania dziecka z wrodzoną wadą rozwojową.

W tym celu prowadzone powinny być spójne długookresowe działania na rzecz podnoszenia jakości i dostępności usług medycznych w tym obszarze. Niemożliwe jest prawidłowe postępowanie prewencyjne w medycynie dorosłych bez profilaktyki we wcześniejszych okresach rozwoju człowieka.

2. Ochrona zdrowia dziecka w kierunku wsparcia jego rozwoju psychospołecznego

Ad-4

Jednym z istotnych problemów zdrowotnych w zakresie opieki neonatologicznej i pediatrycznej jest występowanie wad rozwojowych. Oznaczają one wszelkiego rodzaju zewnętrzne lub wewnętrzne uszkodzenia morfologiczne budowy organizmu. Powstają one na etapie życia płodowego w skutek nieprawidłowych procesów na różnych etapach embriogenezy, często jednak w przypadku uszkodzeń wewnętrznych zostają zauważone w okresie niemowlęcym. Wśród wad rozwojowych można wyróżnić m.in.: deformacje, malformacje, dysplazje i przerwania⁴⁰

Wady rozwojowe mogą występować pojedynczo- wówczas są określane jako izolowane lub mnogo tzw.

⁴⁰ L. Korniszewski, Typy wad wrodzonych w: Dziecko z zespołem wad wrodzonych, red. L. Korniszewski Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005

wielowadzie. Ocenia się jednak, że większość pojawiających się uszkodzeń to wady izolowane (2/3 spośród wszystkich wad), pozostałe zaś to wady mnogie⁴¹. Wiele z nich powstaje z przyczyn nieznanych. Zwykle jednak są one uwarunkowane genetyczne, najrzadziej natomiast środowiskowo.

Występowanie wad rozwojowych często dotyczy dzieci urodzonych przedwcześnie tzn. przed 37 tygodniem ciąży. Dane Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych wskazują, że wady wrodzone występują u 2-4% noworodków⁴². Według rejestru EUROCAT (European Surveillance of Congenital Anomalies) całkowita częstość występowania poważnych wad wrodzonych w latach 2006-2010 wynosiła 25,5 na 1 000 urodzeń (całkowita częstość występowania obejmuje urodzenia żywe oraz zgony płodu po 20 tygodniu ciąży (w tym martwe urodzenia). Analizując te dane można stwierdzić, że w stosunku do wszystkich mieszkańców Unii Europejskiej wystąpiło około 140 tysięcy takich przypadków w 2010 roku. Częstość występowania poważnych wad wrodzonych wśród żywych urodzeń zarejestrowanych przez EUROCAT wynosiła 20,9 na 1 000 urodzeń w latach 2006-2010.

Wady rozwojowe stanowią najczęstszą przyczynę niepełnosprawności zarówno fizycznej, jak i intelektualnej. Szacuje się, że 32-65% dzieciom z niepełnosprawnością intelektualną towarzyszą wady rozwojowe. Większość chorób i wad wrodzonych ujawnia się w wieku niemowlęcym i we wczesnym dzieciństwie. Niezwykle ważne jest wówczas zapewnienie odpowiedniej opieki w tym okresie, począwszy od specjalistycznej diagnostyki, aż po kompleksową rehabilitację. Wczesne rozpoznanie przyczyn nieprawidłowości rozwoju zarówno w sferze fizycznej, psychicznej, jak i emocjonalnej umożliwia dobór odpowiedniej metody postępowania⁴³.

Pierwsze oznaki występowania zaburzeń rozwojowych mogą zaobserwować rodzice. Często jednak, nie posiadają oni odpowiedniej wiedzy na temat poszczególnych etapów rozwoju dziecka. Mogą lekceważyć niepokojące objawy i biernie czekać, aż same ustąpią wraz z wiekiem. Konieczna jest więc edukacja rodziców, która obecnie jest niewystarczająca, a niezwykle potrzebna. Znajomość informacji na temat prawidłowego rozwoju dziecka pozwala na wczesne wykrycie wady oraz zapobieganie późniejszym nieprawidłowościom.

Narodziny dziecka z wrodzoną wadą rozwojową całkowicie zmieniają sytuację rodziny. Konieczne jest wdrożenie odpowiedniej opieki medycznej oraz zwiększenie zaangażowania rodziny w proces leczenia i rehabilitacji. Rodzice dziecka chorego muszą nauczyć się odpowiedniego postępowania, co często wzbudza w nich niepokój i rodzi wiele obaw, że nie sprostają zadaniu. Niezwykle ważne jest w tej sytuacji zapewnienie terapii psychologicznej. Rodzice dzieci z wadami rozwojowymi często muszą zmienić dotychczasowe życie. Konieczne jest zastosowanie wieloletniej terapii, która zwykle jest kosztowna i wymaga dużego zaangażowania. Aby postępowanie było efektywne rodzice powinni współuczestniczyć w przebiegu leczenia i rehabilitacji.

3. Profilaktyka zakażeń pneumokokowych

Ad-5

Pneumokoki (*Streptococcus pneumoniae*) to bakterie należące do najczęstszych przyczyn poważnych zakażeń bakteryjnych u dzieci. Bakterie te niejednokrotnie osiedlają się w gardle lub nosie nie wywołując objawów choroby u zdrowych dzieci (tzw. nosicielstwo, zwłaszcza u dzieci uczęszczających do żłobka lub przedszkola). Dzieci te, ze względu na niedojrzały układ immunologiczny, są szczególnie narażone na zachorowanie wywołane pneumokokami. Pneumokoki mogą wywoływać zapalenie układu oddechowego, spojówek, zapalenie otrzewnej oraz zapalenie stawów lub też być przyczyną powikłań lub zgonów.

⁴¹ K. Szczałuba, E. Obersztyń, T. Mazurczak, Zastosowanie nowoczesnych technik cytogenetyki molekularnej w diagnostyce wrodzonych wad rozwojowych, *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, tom 3, zeszyt 2, 108-116, 2010

⁴² Zespół Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych, *Wrodzone wady rozwojowe w Polsce w latach 2003-2004*, Dane Polskiego Rejestru Wad Wrodzonych, Wydanie II, Ośrodek Wydawnictw Naukowych, Poznań 2010, s. 11, <http://rejestrwad.pl/upload/file/RWWR-2010%20part-1.pdf> [dostęp:09.05.2016]

⁴³ K.J. Zabłocki, *Udział rodziny we wczesnym wspomaganium małego dziecka z zaburzeniami rozwojowymi*, w: *Wspomaganie rozwoju małego dziecka*, red. G. Pańtak, Zeszyty naukowe 1/2014 *Pedagogika, Wszechnica Polska, Szkoła Wyższa w Warszawie* 2014, s. 21

Inwazyjna choroba pneumokokowa (IChP) ma charakter uogólniony, będący najczęściej następstwem rozsiewu krwiopochodnego, stanowi zagrożenie życia i może mieć trudne do leczenia postaci posocznicy, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, inwazyjnego zapalenia płuc z bakteriami, stawów, kości, wsierdza lub otrzewnej. Zakażenia wywołane przez pneumokoki stanowią wiodącą przyczynę zgonów u dzieci poniżej 5 r.ż. Wśród infekcji, którym można zapobiegać przez szczepienia.

W Polsce, nosicielstwo *Streptococcus pneumoniae* u dzieci w wieku 6 m.ż. - 5 r.ż. Występuje u 80-98% dzieci. Największa zapadalność na inwazyjną chorobę pneumokokową (IChP) u dzieci występuje w wieku 0-2 r.ż. i w Polsce wynosi ona 19/100 tys., a w przedziale wiekowym od 0-5 r.ż. Wynosi 17,6/100 tys.

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia około 14,5 mln dzieci poniżej 5 r.ż. choruje rocznie na świecie na inwazyjne choroby pneumokokowe (IChP), a blisko 1 mln dzieci w wieku od 1 do 59 m.ż. rocznie umiera z ich powodu.

Choroby pneumokokowe są jedną z głównych przyczyn groźnych zachorowań i zgonów wśród noworodków i dzieci młodszych.

W Polsce brak jest masowych refundowanych szczepień przeciwko pneumokokom w powszechnym kalendarzu szczepień ochronnych.

Wprowadzenie ww. programu szczepień przeciwko pneumokokom zwiększy dostępność do skutecznej szczepionki i w ten sposób może przyczynić się do poprawy zdrowia lokalnej społeczności.

Potencjalnie jak wykazały badania ww. program może przyczynić się do:

- ponad 95% redukcji zapadalności na IChP u dzieci do 2 r.ż.⁴⁴,
- 65% redukcji hospitalizacji z powodu zapalenia płuc u dzieci do 1 r.ż.⁴⁵,
- ponad 40% zmniejszenia częstości występowania zapaleń płuc leczonych ambulatoryjnie⁴⁶,
- ponad 40% redukcji liczby wizyt ambulatoryjnych i kursów antybiotykowych z powodu OZUŚ (ostre zapalenie ucha środkowego) u dzieci do 2 r.ż.⁴⁷,
- redukcji zachorowalności na IChP wśród młodszego i starszego rodzeństwa⁴⁸.

Szczepienia ochronne przeciwko pneumokokom, ze względu na swoją skuteczność zostały już włączone do narodowego programu szczepień dla dzieci nowonarodzonych w ponad 45 krajach.

Podobnie WHO zaleca wprowadzenie skoniugowanej szczepionki przeciwko pneumokokom do narodowych programów szczepień ochronnych, jako działanie priorytetowe we wszystkich krajach i PCV7/PCV13 włączono do narodowych programów szczepień ochronnych w ponad 45 państwach.

Amerykański Komitet ds. Chorób Zakaźnych wydał rekomendację, w której zaleca stosowanie szczepionki PCV13 wszystkim dzieciom w wieku od 2 do 59 m.ż. oraz dzieciom w wieku do 71 m.ż. z grupy podwyższonego ryzyka zachorowania na choroby⁴⁹.

⁴⁴ Albrecht P., Patrzalek M., Kotowska M., Radzikowski A., Kliniczne i praktyczne efekty szczepień koniugowaną szczepionką pneumokokową w zapobieganiu inwazyjnej chorobie pneumokokowej, zapaleniom płuc i ucha środkowego u dzieci w świetle doświadczeń polskich i światowych, *Pediatrics Polska*, 84 (1), 2009, s. 3-12

⁴⁵ Patrzalek M., Albrecht P., & Sobczyński, M., Significant decline in pneumonia admission rate after the introduction of routine 2+1 dose Schedule heptavalent pneumococcal conjugate vaccine (PCV7) in children under 5 years of age in Kielce, Poland, *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.*, 29 (7); 2010

⁴⁶ Patrzalek M., Albrecht P., & Sobczyński, M., Significant decline in pneumonia admission rate after the introduction of routine 2+1 dose Schedule heptavalent pneumococcal conjugate vaccine (PCV7) in children under 5 years of age in Kielce, Poland, *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.*, 29 (7); 2010

⁴⁷ Albrecht P., Patrzalek M., Kotowska M., Radzikowski A., Kliniczne i praktyczne efekty szczepień koniugowaną szczepionką pneumokokową w zapobieganiu inwazyjnej chorobie pneumokokowej, zapaleniom płuc i ucha środkowego u dzieci w świetle doświadczeń polskich i światowych, *Pediatrics Polska*, 84 (1), 2009, s. 3-12

⁴⁸ Bernatowska E., *Szczepienia Ochronne*, Warszawa, 2010

⁴⁹ Committee on Infectious Diseases, *Policy Statement Recommendations for the Prevention of Streptococcus pneumoniae Infections in Infants and Children: Use of 13-Valent Pneumococcal Conjugate Vaccine (PCV13) and Pneumococcal Polysaccharide Vaccine (PPSV23)*, *Pediatrics*, 126 (1), 2010, s.

W Polsce dnia 12 sierpnia 2009 roku Minister Zdrowia wydał rozporządzenie, w którym określił aktualne priorytety zdrowotne. Należą do nich między innymi:

- zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom, w szczególności poprzez szczepienia ochronne,
- poprawa jakości i skuteczności opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem do 3 r.ż. (Rozporządzenie Ministra Zdrowia, 2009)⁵⁰.

Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 opublikowany przez Ministerstwo Zdrowia z dn. 15 maja 2007 r. określa w Celu strategicznym nr 7 priorytet w zakresie zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom, polegający na zmniejszeniu zapadalności na choroby zakaźne, którym można zapobiegać przez szczepienia⁵¹.

W Polsce Pediatryczny Zespół Ekspertów ds. Programu Szczepień Ochronnych rekomenduje jak najpilniejsze wprowadzenie powszechnych szczepień przeciwko pneumokokom dla wszystkich dzieci do 2 r.ż. Wprowadzanie ww. programu szczepień przeciwko pneumokokom zwiększy dostępność do skutecznej szczepionki i w ten sposób może przyczynić się do poprawy zdrowia lokalnej społeczności wyrażonej w spadku zapadalności na choroby pneumokokowe, liczby hospitalizacji i wizyt ambulatoryjnych oraz liczby stosowanych kuracji antybiotykowych.

2. Cele programu

Cel główny:

Poprawa zdrowia i związana z nim poprawa jakości życia oraz zmniejszenie nierówności w zdrowiu poprzez zwiększenie dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych w zakresie opieki nad matką i dzieckiem w województwie opolskim do 2020 r.

Cele szczegółowe:

- Zwiększenie wiedzy przyszłych rodziców z zakresu ciąży, porodu, połogu i opieki nad niemowlęciem
- Zwiększenie świadomości kobiet w zakresie konieczności fizycznego i psychicznego przygotowania się do porodu,
- Nabycie umiejętności przez kobiety ciężarne w zakresie stosowania technik relaksacyjnych, wykonywania ćwiczeń usprawniających, prawidłowego oddychania podczas porodu, karmienia piersią, pielęgnacji i kąpieli noworodka/niemowlęcia,
- Zmiana nastawienia do bólu porodowego i samego porodu,
- Wyuczenie umiejętności samodzielnego kontrolowania przebiegu porodu, a co za tym idzie zwiększenie poczucia bezpieczeństwa w trakcie porodu,
- Wzrost motywacji kobiet do stosowania zachowań prozdrowotnych w okresie ciąży i po porodzie,
- Zwiększenie dostępu do wysokiej jakości opieki okołoporodowej, w szczególności dla osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym,
- Zwiększenie wykrywalności wad wrodzonych i rozwojowych,

1-5

⁵⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. W sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. z 2009 r. Nr 137, poz 1126)

⁵¹ Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 opublikowany przez Ministerstwo Zdrowia z dnia 15 maja 2007 r.

- Jak najwcześniejsze wykrycie i zlikwidowanie bądź korygowanie zaobserwowanych u dziecka nieprawidłowości w rozwoju,
- Zwiększenie zaangażowania rodziny w proces leczenia i rehabilitacji, oraz pomoc rodzinom w rehabilitowaniu dziecka w domu oraz świadomym, prawidłowym pielęgnowaniu dziecka
- Wczesna -kompleksowa profilaktyka niepełnosprawności,
- Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom,
- Zapobieganie inwazyjnej chorobie pneumokokowej,
- Poprawa stanu zdrowia dzieci poprzez przeprowadzenie skutecznych szczepień przeciwko zakażeniom pneumokokowym
- Wzmocnienie współpracy pomiędzy różnymi podmiotami w zakresie opieki okołoporodowej,
- Skuteczniejsze wsparcie specjalistów w przypadku wykrycia wad płodu, poprzez zaplanowanie postępowania medycznego,
- Podniesienie kwalifikacji personelu medycznego w obszarze opieki okołoporodowej, w tym w zakresie prozdrowotnych zachowań.

Oczekiwane efekty:

- Zwiększenie świadomości prozdrowotnej kobiet poprzez przeprowadzenie kompleksowej interwencji edukacyjno-zdrowotnej u kobiet w ciąży i w okresie połogu.
- Wzrost świadomości i wiedzy z zakresu przygotowania do porodu, macierzyństwa oraz praw wynikających ze standardów opieki okołoporodowej wśród osób objętych interwencją programu.
- Wypracowanie umiejętności wczesnego rozpoznawania symptomów rozpoczynającego się porodu.
- Zwiększenie odsetka kobiet zadowolonych z przebiegu porodu, a dzięki temu zainteresowanych kolejną ciążą.
- Zmniejszenie odsetka wykonywanych cięć cesarskich z uwagi na edukację i skuteczniejsze przygotowanie kobiet do porodu.
- Zwiększenie skuteczności w diagnozowaniu i postępowaniu z dziećmi do 2 roku życia z zaburzeniami rozwojowymi oraz wzrost świadomości w tym zakresie wśród osób objętych interwencją programu.
- Zwiększenie wykrywalności wad wrodzonych i rozwojowych wśród dzieci przed i po urodzeniu.
- Wdrożenie odpowiedniej diagnostyki i opieki medycznej wobec dzieci z wadami rozwojowymi.
- Wzrost świadomości i wiedzy rodziców w zakresie prawidłowej rehabilitacji i opieki nad dzieckiem.
- Zwiększenie zaangażowania rodziny w proces leczenia i rehabilitacji.
- Zwiększenie wiedzy rodziców na temat prawidłowego rozwoju dzieci.
- Zwiększenie wiedzy rodziców na temat prawidłowego żywienia dzieci.
- Profesjonalne przygotowanie kadry medycznej w zakresie nowych technik diagnostyki wad rozwojowych.
- Zmniejszenie zachorowań na inwazyjną chorobę pneumokokową.

- Redukcja hospitalizacji spowodowanych potwierdzonym radiologicznie zapaleniem płuc u dzieci w wieku do lat 2.
- Redukcja częstości wizyt ambulatoryjnych oraz zalecanych antybiotykoterapii spowodowanych ostrym zapaleniem ucha środkowego (OZUŚ).
- Wzrost liczby położnych i pielęgniarek posiadających wysokie kwalifikacje z zakresu opieki okołoporodowej, w tym w zakresie prozdrowotnych zachowań.
- Zwiększenie dostępu do usług zdrowotnych poprzez zapewnienie odbiorcom wsparcia dojazdu na rehabilitację oraz opiekę nad osobami niesamodzielnymi.

Mierniki efektywności

- liczba osób objętych usługami zdrowotnymi w programie,
- liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami zdrowotnymi w programie,
- liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, które deklarują wzrost jakości życia dzięki interwencji EFS,
- liczba zorganizowanych punktów mobilnej opieki okołoporodowej,
- liczba kobiet wspartych po porodzie,
- liczba kobiet, które zadeklarowały wzrost wiedzy z zakresu przygotowania do porodu, macierzyństwa oraz praw wynikających ze standardów opieki okołoporodowej,
- liczba dzieci do 2 roku życia u których wykryto wady rozwojowe,
- liczba rodziców poprawnie definiujących poszczególne etapy rozwoju dziecka,
- liczba rodziców korzystających z poradnictwa w zakresie prawidłowego żywienia dzieci,
- liczba dzieci do 2 roku życia, które zostały zaszczepione przeciw pneumokokom
- liczba pracowników OPS/PCPR uczestniczących w działaniach informacyjno-edukacyjnych,
- liczba pielęgniarek, położnych i lekarzy uczestniczących w szkoleniach,
- liczba kobiet karmiących piersią
- liczba kobiet objętych opieką położnej POZ do 20 tygodnia ciąży,
- liczba porodów fizjologicznych,
- liczba porodów przedwczesnych,
- liczba cięć cesarskich,
- liczba noworodków urodzonych w dobrym stanie ogólnym.

3. Adresaci programu

Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Program *poprawy opieki nad matką i dzieckiem (...)* zostanie bezpośrednio skierowany do:

- kobiet w ciąży i w okresie połogu,
- noworodków i dzieci do 2 roku życia,
- personelu służb świadczących usługi zdrowotne

Pośrednimi odbiorcami wsparcia będą rodzice/opiekunowie prawni noworodków i dzieci do 2 roku życia.

W obszarze działań informacyjno-edukacyjnych pośrednimi adresatami wsparcia będzie ogół mieszkańców województwa opolskiego, w tym w szczególności rodzice/opiekunowie noworodków i dzieci do 2 roku życia oraz pracownicy ośrodków pomocy społecznej (OPS) i powiatowych centrów pomocy rodzinie (PCPR).

Ograniczanie ubóstwa i wykluczenia społecznego, oprócz działań na rzecz wzrostu zatrudnienia, musi zakładać łatwy dostęp do usług publicznych. Przede wszystkim chodzi w tym miejscu o usługi, które pozwolą wyeliminować deficyty lub dysfunkcje osób znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej, a także będą działać profilaktycznie, zapobiegając ich marginalizacji. Zaplanowane w programie wsparcie wpisuje się w założenia Krajowego Programu Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020, który zakłada zwiększenie skali działań profilaktycznych o charakterze m.in. zdrowotnym, w konsekwencji przyczyniając się do poprawy warunków życia mieszkańców regionu, w szczególności osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym. Dlatego w każdym z obszarów realizowanych w ramach programu zdrowotnego priorytetowo będą wspierane osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.

Docelowo projekty przyczynić się mają do objęcia bezpośrednio lub pośrednio usługami zdrowotnymi, działaniami informacyjno-edukacyjnymi, informacyjno-promocyjnymi określonymi w programie zdrowotnym cały obszar województwa opolskiego, jak najbliższej miejsca zamieszkania osób, którym usługi/działania będą świadczone.

W okresie realizacji programu planuje się objąć wsparciem w sumie około 39 150 osób, w tym 19 575 kobiet oraz 19 575 dzieci do 2 roku życia.

Potencjalni uczestnicy programu zostaną zakwalifikowani na podstawie statusu zamieszkania. Uczestnictwo w programie będzie bezpłatne.

W przypadku, kiedy szczepienia przeciwko pneumokokom zostaną objęte katalogiem szczepień refundowanych ze środków NFZ, przygotowano wariant alternatywny. Wariant ten uwzględnia, że od dnia 1 stycznia 2017 r. wejdzie w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (projekt z dnia 11 lutego 2016 r.), które zakłada, że wszystkie dzieci urodzone po dniu 31 grudnia 2016 r. w wieku od 2 m.ż. do 5 r.ż. zostaną zaszczepione przeciwko inwazyjnym zakażeniom pneumokokowym.

W takim wariantcie szczepieniem w ramach niniejszego programu zostaną objęte dzieci urodzone do dwóch lat wstecz od wejścia w życie przedmiotowego rozporządzenia. Szczepieniami zostaną objęte dzieci urodzone w przedziale 31 grudnia 2014 r. – 31 grudnia 2016 r. Zgodnie z danymi GUS w ciągu roku na terenie województwa opolskiego rodzi się ok. 8 500 dzieci. Uwzględniając dzieci z grupy wysokiego ryzyka oraz zaszczepionych indywidualnie przez rodziców w okresie wcześniejszym, populację określa się na poziomie ok. 12 tys. dzieci. Pozostałe środki zostaną ukierunkowane w większej mierze na działania w obszarze niwelowania nieprawidłowości rozwoju dzieci do 2 roku życia.

W ramach programu przewiduje się podnoszenie kwalifikacji i kompetencji służb świadczących usługi zdrowotne. Wsparcie to może stanowić jedynie część kompleksowego projektu i jest uzupełnieniem działań o charakterze wdrożeniowym. Zgodnie z dokumentem pn. „Strategia ochrony zdrowia dla województwa opolskiego na lata 2014-2020” w województwie opolskim łącznie na oddziałach (patologii noworodka, neonatologicznym, ginekologiczno-położniczym, ginekologicznym, patologii ciąży i położniczym rooming-in)

zatrudnionych jest 120 lekarzy oraz 393 pielęgniarek i położnych⁵². Szacuje się, że w ramach programu wsparciem tego typu może być objętych ok. 300 osób spośród personelu służb świadczących usługi zdrowotne, jednak liczba faktycznie przeszkolonych będzie wynikała z potrzeb wskazanych w ramach poszczególnych projektów.

Działania merytoryczne w projekcie wspierane będą działaniami informacyjno – promocyjnymi. Kampania ta będzie miała na celu zachęcenie odpowiedniej liczby osób do udziału w projekcie. Prowadzona będzie z użyciem języka wrażliwego na płeć. Wielokanałowa akcja informacyjno-promocyjna będzie miała na celu realizację zasady równych szans również w kontekście dostępu do informacji. W formularzu zgłoszeń, zawarte będzie pytanie o źródło pozyskania informacji o projekcie. Na tej podstawie możliwe będzie monitorowanie, które z kanałów wykazują największą skuteczność. Umożliwi to wprowadzenie zmian do strategii promocji oraz zapobieganie problemom w rekrutacji.

Rekrutacja będzie otwarta i powszechna, co oznacza, że swój udział będzie mogła zgłosić każda osoba spełniająca kryteria programu. Założone w Programie środki finansowe wynikające z możliwości budżetowych, powinny być wystarczające, aby każdej chętnej osobie umożliwić udział w programie (na podstawie analizowanych przypadków nigdy 100% populacji nie uczestniczy w programie). W przypadku zgłoszenia się do programu większej niż zaplanowana liczby uczestników w pierwszej kolejności będzie dokonywana optymalizacja budżetowa programu, w kierunku przesunięcia środków między działaniami. Tworzone będą listy rezerwowe, by w przypadku zwolnienia miejsca, lub uruchomienia kolejnych środków uczestniczki/uczestników z list rezerwowych będzie można zapraszać do programu. Rekrutacja do programu oraz warunki ewentualnego przechodzenia uczestników pomiędzy kolejnymi jego etapami zostaną przeprowadzone według kryteriów określonych przez beneficjenta w ramach danego projektu.

Tryb zapraszania do programu

Program jest skierowany do wyżej opisanych grup docelowych, które zgłoszą chęć uczestnictwa w zajęciach u realizatorów wyłonionych w ramach konkursów. Program będzie realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020. W ramach rekrutacji adresatów programu realizator może nawiązać współpracę m.in. z: poradniami POZ/AOS i innymi podmiotami leczniczymi, OPS-ami, MOPR-ami, PCPR-ami, organizacjami pozarządowymi i parafiami. Rekrutacja osób do udziału w projektach realizowanych na podstawie niniejszego programu, prowadzona będzie w oparciu o działania informacyjno-promocyjne (upowszechniające informacje o projekcie).

Podczas rekrutacji wykorzystywane będą narzędzia wspomagające uzyskanie maksymalnie wysokiej frekwencji np. radio, tv, regionalna prasa, internet, plakaty, ulotki, itp.

Działania prowadzone w ramach rekrutacji do projektu uwzględniać będą ukierunkowanie informacji do preferowanej grupy docelowej tj. osób zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym.

4. Organizacja programu

Części składowe, etapy i działania organizacyjne

W ramach programu poprawy opieki nad matką i dzieckiem (...) poprawiony zostanie dostęp do usług zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej i ochrony zdrowia dziecka do 2 roku życia, świadczonych przez wykwalifikowany personel medyczny. Działania te będą mieć charakter uzupełniający do usług w tym zakresie finansowanych ze środków NFZ. Kluczowe znaczenie ma zapewnienie matce i dziecku odpowiedniej opieki medycznej, w zakresie której istotne są działania profilaktyczne rozwijające kulturę zdrowotną m.in. dzięki promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

Program będzie realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020 przez podmioty wybrane w drodze konkursowej. Konkursy będą ogłaszane zgodnie

⁵² stan w dniu 31.XII.2011r

z obowiązującym Harmonogramem naboru wniosków o dofinansowanie w trybie konkursowym dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020⁵³, na warunkach określonych przez Instytucję Zarządzającą Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Opolskiego 2014-2020, tj. Zarząd Województwa Opolskiego.

Beneficjentami uprawnionymi do aplikowania o środki w ramach ww. konkursów są:

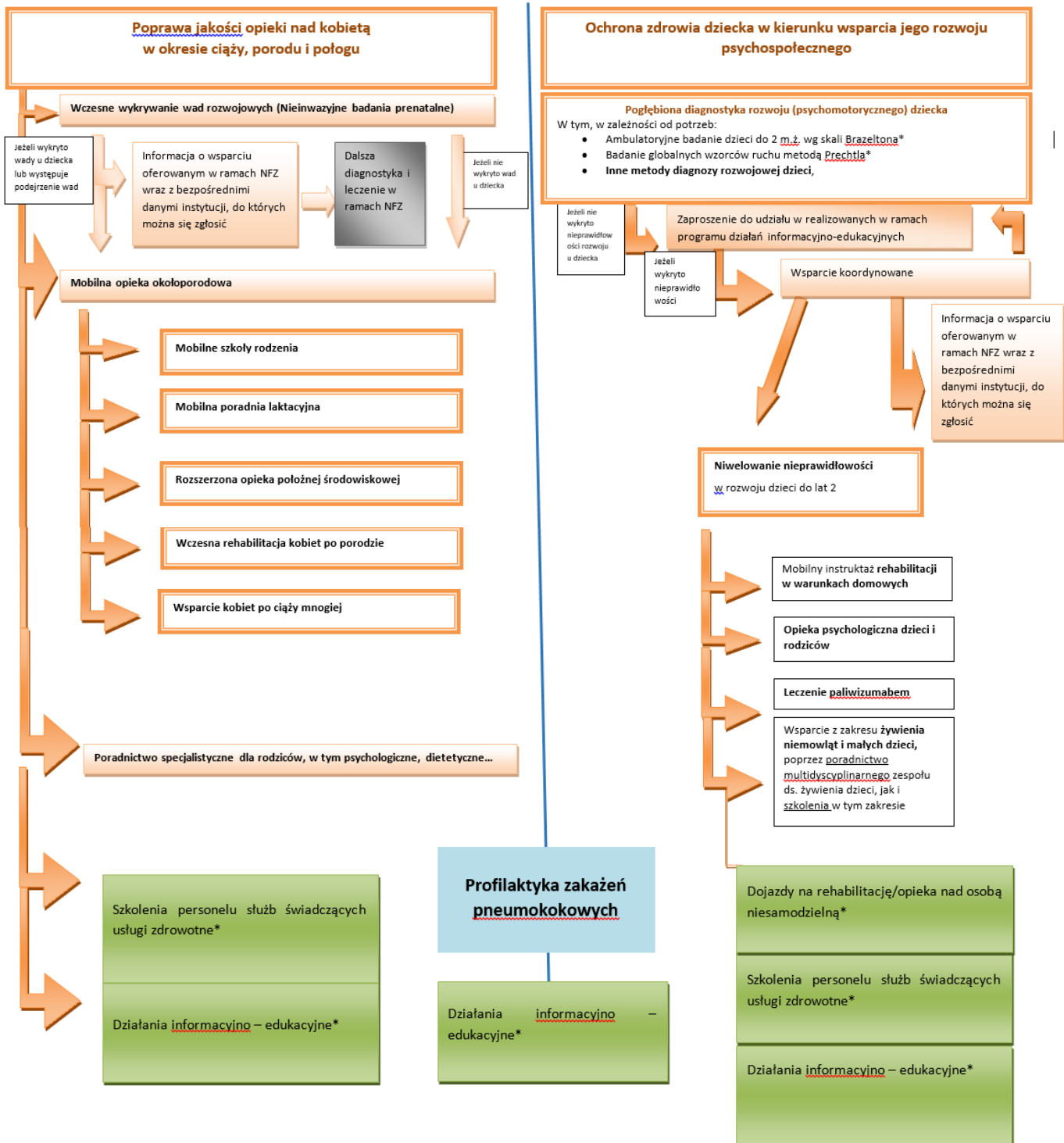
- podmioty działające w obszarze ochrony zdrowia - publiczne i prywatne,
- podmioty działające w obszarze pomocy i integracji społecznej,
- organizacje pozarządowe,
- podmioty ekonomii społecznej.

Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem (...) będzie realizowany na terenie całego województwa opolskiego, z uwzględnieniem prowadzenia działań w środowisku lokalnym. Projekty mogą być realizowane w partnerstwie. W realizację projektu musi być zaangażowany co najmniej jeden podmiot leczniczy, który będzie pełnił rolę lidera bądź partnera. Premiowana będzie współpraca z jednostkami: POZ/AOS, OPS, PCPR, organizacjami pozarządowymi, partnerami społecznymi reprezentującymi interesy i zrzeszającymi podmioty świadczące usługi w zakresie POZ.

Od uczestników projektów (grupa docelowa) wymagane będzie wyrażenie zgody na udział w zaplanowanych działaniach. W stosunku do osób niepełnoletnich, zgoda na udział w działaniach będzie musiała być potwierdzona przez rodzica/ prawnego opiekuna.

Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem (...) realizowany będzie zgodnie poniższym schematem:

⁵³ Obowiązująca wersja dokumentu dostępna na stronie internetowej: www.rpo.opolskie.pl.



*działania będące elementem projektu, niemożliwe do realizacji samodzielnie

*działania uzupełniające, niemożliwe do realizacji samodzielnie

Planowane interwencje

Zgodnie z przedstawionym schematem planuje się realizację programu, w sposób następujący:

1. Poprawa jakości opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu

Program w tym obszarze zostanie skierowany do kobiet w ciąży i w okresie połogu. W celu objęcia mobilną opieką okołoporodową jak najszerszej grupy docelowej beneficjent – realizator projektu będzie prowadził działania informacyjno-edukacyjne. Przewiduje się realizację wsparcia w obszarze opieki wczesnościążowej, przedporodowej oraz poporodowej. Zgodnie z wytycznymi National Institute for Health and Care Excellence (NICE) kobietom należy umożliwić świadome współdecydowanie o przebiegu opieki w trakcie ciąży oraz pełne uczestnictwo w planowaniu opieki i porodu, w szczególności odnosi się to do zwiększania świadomości np. na temat ciąży i porodu fizjologicznego⁵⁴. Udział kobiety w podejmowaniu decyzji wpływa na pozytywne doświadczenia ciąży i porodu⁵⁵. Dodatkowo odpowiednie przygotowanie daje poczucie bezpieczeństwa, które jest niezbędne w całym procesie okołoporodowym.

W ramach wsparcia poprawy jakości opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu realizowane będą następujące bloki:

- 1. Wczesne wykrywanie wad rozwojowych**
- 2. Mobilna opieka okołoporodowa**
- 3. Poradnictwo specjalistyczne dla rodziców**

Wczesne wykrywanie wad rozwojowych

Działania adresowane są do kobiet poniżej 35 roku życia, które nie są objęte świadczeniami gwarantowanymi z NFZ. W ramach Programu kobiety zostaną wsparte działaniami mającymi na celu wczesne wykrywanie wad rozwojowych w ramach badań prenatalnych.

Działania pozwolą na efektywniejsze leczenie płodu oraz noworodka niezwłocznie po urodzeniu. W zależności od wyniku badań realizowanych w ramach bloku, kobiety będą kierowane do objęcia wsparciem pozostałymi działaniami programu lub do dalszego postępowania diagnostycznego refundowanego ze środków NFZ.

Współczesna praktyka badań prenatalnych umożliwia nie tylko postawienie prawidłowej i dokładnej diagnozy, ale pozwala również na działania lecznicze w stosunku do płodu w okresie życia wewnątrzmacicznego lub tuż po urodzeniu.⁵⁶

Założenia Programu w zakresie wczesnego wykrywania wad rozwojowych są zbieżne z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego m.in. Przewodnik po Rekomendacjach Sekcji Ultrasonografii Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie przesiewowej diagnostyki ultrasonograficznej w ciąży o przebiegu prawidłowym – 2012, czy Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące postępowania w zakresie diagnostyki prenatalnej - 2009.

W ramach Programu będą realizowane następujące działania:

1. badanie USG genetyczne płodu wykonane zgodnie ze standardami Sekcji Ultrasonograficznej Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, które pozwolą wykryć ryzyko, dzięki niemu możliwe jest dokładne zbadanie takich parametrów jak (w zależności od wieku ciąży) pęcherzyka ciążowego

⁵⁴ Krówka D., Żur A., *Kwalifikacje zawodowe położnych a standard opieki okołoporodowej*, GinPolMedProject, 2013, nr 30, s. 78.

⁵⁵ Baston H., Hall J., *Opieka przedporodowa: przygotowanie do porodu* [w:] *Podstawy położnictwa. Przed porodem*. Baston H., Hall J. Elsevier Urban & Parner, Wrocław 2011, s. 129-141.

⁵⁶ Frączek P., Jabłońska M., Pawlikowski J., *Medyczne, etyczne, prawne i społeczne aspekty badań prenatalnych w Polsce*, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, Tom 19, Nr 2, 2013, s. 103–104

i żółtkowego, grubość fałdu karkowego, kości nosowe, zarys i wymiary poszczególnych organów płodu oraz pracę jego serca, długość kości udowych, a także łożysko, pępowinę i płyn owodniowy. USG genetyczne umożliwia wykrycie u dziecka niektórych wad genetycznych tj. zespół Downa, Edwarda lub Turnera; a także wady wrodzone tj. bezmózgowie, wady serca, rozszczep wargi lub kręgosłupa, wodogłowie oraz karłowatość. Przede wszystkim podczas badania lekarz ocenia wielkość płodu, przezierność karkową, akcje serca płodu (można również ocenić markery dodatkowe m.in. obecność/brak kości nosowej, przepływ w przewodzie żylnym, przepływ przez zastawkę trójdzielną) oraz ogólna budowę płodu.

2. badania biochemiczne -- test podwójny (oznaczenia w surowicy krwi):
 - a. PAPP-A osoczowe białko ciążowe A,
 - b. Beta-hCG – wolna gonadotropina kosmówkowa (podjednostka beta).

W teście podwójnym bada się stężenia dwóch substancji: białka PAPP-A i beta-HCG (wolnej beta gonadotropiny kosmówkowej). Biochemiczna analiza krwi jest ponadto połączona z oceną przezierności fałdu karkowego. Test podwójny służy do określenia ryzyka rozwoju trzech najczęściej występujących wad rozwojowych u dzieci, tj. zespołu Downa (trisomia chromosomu 21)⁵⁷, zespołu Edwardsa (trisomia chromosomu 18) oraz zespołu Patau (trisomia chromosomu 13). Jeśli wynik badań będzie wskazywał na istnienie wad u płodu zaleca się przeprowadzenie badań bardziej inwazyjnymi metodami, ponieważ sam wynik testu podwójnego nie daje pewności, że wykryta wada faktycznie istnieje⁵⁸.

Badania ultrasonograficzne między 11+0 a 13+6 tygodniem ciąży (CRL 45 - 84mm) będą prowadzone zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (PTG) oraz zasadami Fetal Medicine Foundation (FMF). Ponadto pacjentka przed wykonaniem badań będzie poinformowana na temat ryzyka oraz korzyści płynących z badań przesiewowych.

W przypadku wykrycia podejrzenia o występowanie wad, uczestniczki będą mogły skorzystać z dalszych badań finansowanych w ramach programu NFZ.

Mobilna opieka okołoporodowa

W ramach programu zorganizowane zostaną zajęcia edukacyjne (teoretyczne i praktyczne) dla przyszłych rodziców, na które będą składały się:

- Mobilne szkoły rodzenia
- Mobilna poradnia laktacyjna
- Rozszerzona opieka położnej środowiskowej
- Wczesna rehabilitacja kobiet po porodzie
- Wsparcie kobiet po ciąży mnogiej

Mobilne szkoły rodzenia

Jeden cykl będzie składał się z 10 spotkań po ok. 90 minut każde. Zajęcia prowadzone będą przez położną i przez specjalistów z zakresu opieki nad kobietą w ciąży, noworodkiem/niemowlęciem (m. in. lekarzy położników, neonatologów,położnych z tytułem doradcy ds. laktacji). Położna będzie prowadziła zajęcia dla kobiet do 20 tygodnia ciąży, Zajęcia będą realizowane w grupach, w ustalonym dla każdej grupy

⁵⁷ Latos-Bieleńska A., Materna-Kiryłuk A., PRCM Working Group, Polish registry of congenital malformations – aims and organization of the registry monitoring 300 000 births a year, J Appl. Genet. 46, 2005, s. 342

⁵⁸ Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące postępowania w zakresie diagnostyki prenatalnej, Ginekologia Polska nr 5/2009, opracowane przez zespół ekspertów pod przewodnictwem prof. dr. hab. J. Kotarskiego, prof. dr hab. M. Wielgosia

harmonogramie. Uwzględniając rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie opieki przedporodowej w ciąży o prawidłowym przebiegu, tematyka zajęć będzie obejmowała następujące zagadnienia:

1. ciąża - zmiany zachodzące w organizmie kobiety w czasie ciąży, zasady prawidłowego odżywiania, wpływ środków psychoaktywnych na przebieg ciąży i rozwój dziecka,
2. poród - przebieg I, II i III okresu porodu i zwiastuny zbliżającego się porodu, czynna postawa rodzącej podczas porodu, świadomość oddychania w poszczególnych fazach porodu, zasady parcia, sposoby radzenia sobie z bólem porodowym,
3. zasady opieki poporodowej, wybrane zagadnienia psychologiczne dotyczące kobiety w ciąży i połogu – stany emocjonalne w czasie ciąży, depresja poporodowa, przystosowanie się do nowej roli,
4. karmienie piersią – zalety i zasady karmienia piersią, praktyczne aspekty karmienia piersią (pozycje, pielęgnacja piersi, sprzęt wspomagający laktację), wątpliwości dotyczące karmienia piersią, problemy związane z karmieniem piersią (np. nadmiar lub niedobór pokarmu, uszkodzone brodawki, odciąganie i przechowywanie pokarmu, karmienie piersią podczas choroby matki) i sposoby radzenia sobie z nimi, odżywianie się matki karmiącej,
5. powrót płodności po porodzie, antykoncepcja w okresie laktacji, współżycie seksualne po przyjściu dziecka na świat,
6. gimnastyka ogólnie usprawniająca, techniki relaksacyjne, techniki oddychania, ćwiczenia przygotowujące do porodu, ćwiczenia w połogu, elementy muzykoterapii i tańca,
7. pielęgnacja noworodka/niemowlęcia - codzienna pielęgnacja skóry, kąpiel, przewijanie, ubieranie, sen, płacz jako forma komunikacji noworodka z rodzicami, spacer, zajęcia warsztatowe i pokazowe w noszeniu dziecka w chuście,
8. pierwsza pomoc w stanach naglących u noworodka i niemowlęcia,
9. problemy zdrowotne w okresie noworodkowym/niemowlęcym,
10. szczepienia obowiązkowe i zalecane.

Oprócz wyżej wymienionej tematyki zajęć programu, zagadnienia poruszane na wykładach w szkole rodzenia odbywać się będą na zasadzie programu typu participant-led (tj. z elastycznym programem uwzględniającym potrzeby danej grupy kobiet/par uczestniczących w zajęciach), zgodnie z wytycznym NICE, opartymi na systematycznym przeglądzie badań naukowych (2008 r.).

Warunkiem uczestnictwa w programie będzie brak przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach i ćwiczeniach w szkole rodzenia.

W przypadku dużego zainteresowania przyszłych rodziców udziałem w programie, do szkoły rodzenia przyjmowane będą w pierwszej kolejności kobiety, które dotychczas nie korzystały z zajęć w szkole rodzenia.

Mobilna poradnia laktacyjna

W ramach Mobilnej opieki okołoporodowej funkcjonować będzie Mobilna poradnia laktacyjna.

Ministerstwo Zdrowia oraz Światowa Organizacja Zdrowia zaleca wyłączne karmienie piersią przez 6 pierwszych miesięcy życia. Po 6. m.ż dieta powinna zostać rozszerzona o owoce i warzywa, które stanowią posiłki uzupełniające. Karmienie piersią należy kontynuować do ukończenia przez dziecko 2 lat lub dłużej⁵⁹.

Mleko matki jest idealnym pokarmem dla noworodków i niemowląt. Zawiera wszystkie niezbędne składniki, konieczne do prawidłowego rozwoju. Jest absolutnie bezpieczne. Zawiera przeciwciała, które pomagają

⁵⁹ Komunikat w zakresie karmienia piersią jako wzorcowego sposobu żywienia niemowląt oraz preparatów zastępujących mleko kobiece (sztucznych mieszanek), Ministerstwo Zdrowia, 2013

chronić dziecko przed chorobami wieku dziecięcego, takimi jak biegunka czy zapalenie płuc, które uważa się za dwie najczęstsze przyczyny zgonów niemowląt na świecie. Mleko matki jest łatwo dostępne, darmowe i pomaga zapewnić niemowlętom właściwe odżywienie.

Także matka czerpie korzyści z karmienia piersią - zapobiega rakowi piersi i jajników, pomaga wrócić do wagi sprzed ciąży i obniża ryzyko otyłości.

Poza doraźnymi zaletami, karmienie piersią daje także korzyści długoterminowe. Młodzież i dorośli, którzy byli w dzieciństwie karmieni piersią, są w mniejszym stopniu narażeni na nadwagę lub otyłość. Rzadziej występuje u nich także cukrzyca typu 2 i lepiej wypadają w testach na inteligencję.

Choć karmienie piersią to jedna z najbardziej naturalnych czynności, to jednak na początku niemal każda młoda mama potrzebuje instruktażu, jak się do tego zabrać. a gdy pojawi się jakiś problem – potrzebna jest profesjonalna pomoc. Niestety, często nawet położne i lekarze nie mają wystarczającej wiedzy na temat laktacji. Brak profesjonalnej pomocy to prawdopodobnie jeden z głównych powodów krótkiego karmienia piersią wśród polskich matek – średnia jego długość to 4,8 miesiąca, podczas gdy dzieci powinny być karmione wyłącznie piersią przez 6 miesięcy.

Doradca laktacyjny pomoże młodym matkom, gdy mają za mało lub za dużo pokarmu, dziecko nie potrafi prawidłowo chwycić brodawki i ssać, a pierś robi się twarda i boli, jak poradzić sobie z nawałem pokarmu, który może doprowadzić do zastoju lub nawet zapalenia piersi. Zbada piersi, sprawdzi stan brodawek i oceni prawidłowość pozycji, sposób przystawiania i efektywność ssania dziecka.

Uczestniczki na wizytę będą musiały się wcześniej umówić. Wizyta potrwa, 1-2 godzin. Kobieta będzie musiała przynieść z dzieckiem lub będzie mogła się umówić w domu. Porady będą udzielane przez kadrę medyczną znajdującą się na liście zawodów zawartych w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej wg. którego kompetencje w zakresie porad laktacyjnych mogą posiadać położne, które uzyskały tytuł doradcy ds. laktacji zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia lub ukończyły kursy realizowane przez Centrum Laktacji i są przygotowane do udzielania wsparcia kobietom w okresie karmienia piersią i do rozwiązywania problemów laktacyjnych.

Rozszerzona opieka położnej środowiskowej

W programie zakłada się wsparcie rodziców/opiekunów prawnych oczekujących na dziecko/wychowujących dziecko w ramach mobilnej opieki okołoporodowej, poprzez opiekę położnej wykraczającą poza zakres finansowania w ramach NFZ (np. do 20 tygodnia ciąży oraz specjalistyczną, kompleksową opiekę nad kobietą po urodzeniu i dzieckiem do 6 m-ca życia dziecka). Opieka ta powinna uwzględniać Indywidualizację Opieki Okołoporodowej – jej celem powinno być poszukiwanie nowych rozwiązań, poprawiających komfort życia i wychodzących naprzeciw potrzebom kobiet w ciąży, przygotowujących się do porodu.

Wczesna rehabilitacja kobiet po porodzie

W ramach programu przewidziano 3 spotkania dla kobiet po porodzie, zawierające różne formy ćwiczeń wzmacniających mięśnie dna miednicy oraz mięśnie współpracujące z mięśniami dna miednicy, ćwiczenia mobilizujące stawy kręgosłupa i obręczy biodrowej zapobiegające bólom kręgosłupa w odcinku lędźwiowym. Ćwiczenia wzmacniające i stabilizujące ciało⁶⁰.

Pierwsze miesiące po porodzie to najważniejszy okres rewitalizacyjny, w tym czasie odpowiednio stymulowane ciało kobiety ma szansę na pełny powrót do formy. Na zajęcia będą matki mogły przychodzić z dziećmi i nauczą się jak wykonywać ćwiczenia z dzieckiem w domu.

Wsparcie kobiet po ciąży mnogiej

Dwie trzecie matek bliźniąt nie ma odpowiedniego wsparcia i rad, dzięki którym mogłyby lepiej poradzić

⁶⁰ <http://jeiswiat.pl/12450,matki-blizniat-potrzebuj-a-wsparcia> na dzień 16/05.2016

sobie w pierwszych tygodniach po porodzie. Organizacje zajmujące się mnogimi ciążami stwierdziły, że takie wsparcie zapobiegałoby licznym depresjom poporodowym i sprzyjałoby lepszemu przygotowaniu młodych rodziców do nowej roli. Porady miałyby zakładać, w jaki sposób powinno się karmić piersią kilkoro dzieci urodzonych w wyniku ciąży mnogiej oraz gdzie można szukać pomocy w razie nagłych wypadków.

W ramach programu poprawy opieki nad matką i dzieckiem (...) wzorem państw zachodnich zaoferowana zostanie intensywna opieka położnej, która będzie świadczona w zależności od potrzeb nawet do 2 godzin dziennie przez pierwsze 3 m-ce życia dzieci.

Poradnictwo specjalistyczne dla rodziców

W miarę zidentyfikowanych potrzeb możliwe będzie zaoferowanie rodzicom w szczególnych sytuacjach wsparcia w postaci specjalistycznego poradnictwa np. psychologicznego, dietetycznego, czy fizjoterapeutycznego.

Działania realizowane w ramach bloku II będą miały na celu zwiększenie wiedzy na temat ciąży fizjologicznej, możliwych powikłań oraz opieki nad noworodkiem i niemowlakiem, propagowanie dobrego rodzicielstwa i prozdrowotnych zachowań. Działania będą prowadzone w szczególności w środowiskach lokalnych w formule grupowej, indywidualnej, skierowane do matek, rodziców, opiekunów. Działania te będą miały charakter informacyjny, edukacyjny, szkoleniowy, doradczy. Podczas ww. spotkań możliwe będzie m.in. skorzystanie ze specjalistycznych konsultacji. W celu zapewnienia kompleksowej opieki okołoporodowej⁶¹ w realizację działań angażowani będą specjaliści tacy jak m.in.: neurologopeda, neonatolog, pediatra, psycholog, położna, pielęgniarka (specjalista pielęgniarstwa neonatologicznego/pediatrycznego), dietetyk, fizjoterapeuta, pedagog, pracownik socjalny, prawnik.

Kobiety do 20 tygodnia ciąży będą mogły indywidualnie spotkać się z położną. Kompleksowy zakres usług uzupełnią świadczenia finansowane ze środków NFZ.

W celu zapewnienia świadczenia usług, jak najbliżej miejsca zamieszkania uczestników projektu, działania będą prowadzone w każdym powiecie (przynajmniej jedno miejsce realizacji elementów projektu). W przypadku powiatów opolskiego grodzkiego, opolskiego ziemskiego oraz nyskiego – ze względu na ich wielkość – co najmniej w trzech miejscach każdego z tych powiatów.

Częstotliwość korzystania z usług określona będzie przez beneficjenta - realizatora projektu, przy czym musi zostać zapewniona kompleksowość działań, rozumiana, jako łączenie różnych form wsparcia przewidzianych do realizacji w ramach bloku II, w tym uwzględnienie preferencji dla osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.

Zabezpieczenie odpowiedniego zaplecza lokalowego oraz technicznego niezbędnego do realizacji zadań związanych z mobilną opieką okołoporodową należy do beneficjenta – realizatora projektu. Między innymi możliwe jest wsparcie w ramach projektu zakupu wyposażenia niezbędnego do realizacji projektu, np.: sprzętu komputerowego koniecznego do prowadzenia spotkań i prezentacji informacji, akcesoriów do ćwiczeń (np.: maty gimnastyczne, piłki położnicze, taśmy rozciągające), przewijaków, wanienek, fantomów niemowląt, pieluszek oraz innych niezbędnych materiałów pokazowych. Powyższe wyposażenie musi być uzasadnione i bezpośrednio związane z realizacją projektu i zaplanowanymi w jego ramach zadaniami. Dodatkowo beneficjent może przewidzieć zakup produktów pomocnych dla matki i dziecka do 6 miesiąca życia, np. artykułów wspierających laktację.

W celu wzmocnienia efektywności realizowanych działań, uzupełniając do przedstawionej interwencji, realizowane będą szkolenia dla położnych, pielęgniarek i lekarzy w zakresie, o którym mowa w punkcie dotyczącym działań informacyjno-edukacyjnych.

Podkreślenia wymaga fakt, że zajęcia grupowe poza oczywistą funkcją edukacyjną będą realizowały funkcje społeczne, gdyż w ramach grup szkoleniowych w sposób naturalny tworzą się grupy wsparcia, które nawet po zakończeniu projektów mogą pozytywnie oddziaływać na grupę docelową.

⁶¹ Kompleksowość opieki okołoporodowej rozumiana jest jako świadczenie usługi przez więcej niż jednego specjalistę.

2. Ochrona zdrowia dziecka w kierunku wsparcia jego rozwoju psychospołecznego

W ramach wsparcia ochrony zdrowia dziecka w kierunku wsparcia jego rozwoju psychospołecznego realizowane będą następujące bloki:

1. **Pogłębiona diagnostyka rozwoju (psychomotorycznego) dziecka**
2. **Wsparcie koordynowane**
3. **Niwelowanie nieprawidłowości w rozwoju dzieci do lat 2**

Pogłębiona diagnostyka rozwoju (psychomotorycznego) dziecka

Wczesne rozpoznanie nieprawidłowości w rozwoju psychoruchowym małego dziecka (szczególnie w pierwszych tygodniach życia), a także wczesna interwencja terapeutyczna pozwala na wyrównanie deficytów rozwojowych u dziecka do 1 roku życia aż w 94% (wg. badań niemieckich).

Ocena rozwoju wg kamieni milowych

Zaleca się stosowanie **oceny rozwoju wg kamieni milowych** jest to powszechnie stosowana metoda w obserwacji rozwoju dzieci urodzonych w terminie. Metoda ta jest wystarczająco czułym narzędziem, nie wymaga wysokiego nakładu kosztów, może być stosowana przez lekarzy, położne środowiskowe, fizjoterapeutów, można też zapoznać rodziców z kolejnym etapem rozwoju ich dziecka, co korzystnie wpływa na współpracę z nimi i współodpowiedzialność za obserwację rozwoju.

Monitorowanie rozwoju najmłodszych dzieci w celu wczesnego rozpoznania cech charakteryzujących opóźnienia rozwojowe jest kluczowym zadaniem opieki pediatrycznej. Wczesna identyfikacja dzieci z istniejącymi opóźnieniami rozwojowymi lub zagrożonych ich powstaniem pozwala na wczesną interwencję, która daje możliwość wyrównania wielu deficytów lub przynajmniej prowadzi do złagodzenia niekorzystnych objawów rozwojowych. Wiek osiągania przez dzieci kamieni milowych w połączeniu z badaniem pediatrycznym jest najczęściej stosowaną metodą oceny rozwoju dzieci. Szczegółowe poznanie idealnej sekwencji rozwoju dziecka w zakresie wszystkich sfer (sfera rozwoju ruchowego, sfera rozwoju ruchów precyzyjnych, sfera rozwoju umysłowego i socjalnego oraz sfera rozwoju mowy) pozwala osobie oceniającej sformułować ocenę rzeczywistego stopnia rozwoju danego dziecka.

Monitorowanie rozwoju dziecka w czasie sprzyja zdrowemu rozwojowi i rozpoznawaniu ewentualnych nieprawidłowości. Profilaktyczne zalecenia pomagają rodzicom przewidywać następny etap rozwoju i odpowiednio kształtować typowe dla niego zachowania. Obserwacja rozwoju dziecka w gabinecie lekarskim ma istotne znaczenie dla wczesnej identyfikacji i leczenia zaburzeń rozwojowych. Dziecko można ocenić w trakcie jego spontanicznej aktywności lub po wywołaniu poszczególnych umiejętności z wykorzystaniem rekwizytów (np. bańki, lalki). Obserwacje te można prowadzić w trakcie wizyty w poradni zdrowego dziecka, w trakcie konsultacji specjalistycznych lub na wizycie związanej ze szczepieniami. Takiej oceny nie można jednak uznać za ostateczną (brak standaryzacji), ale raczej jako punkt wyjścia do podjęcia dalszych działań.

Beneficjent- realizator projektu może dodatkowo dobrać metodę do specyfiki grupy docelowej. Wśród możliwych metod najbardziej popularne są:

1. Monachijska Funkcjonalna Diagnostyka Rozwojowa metodą diagnostyczną opracowaną w Centrum Dziecięcym (Kinderzentrum) w Monachium, opierającą się na obserwacji, analizie i interpretacji zachowania dziecka. Metodę tę stosuje się do oceny rozwoju dziecka w wieku od pierwszego miesiąca do szóstego roku życia. Badanie umożliwia wykrywanie zaburzeń, opóźnień i deficytów zarówno w rozwoju ruchowym, jak i w zakresie percepcji, rozwoju mowy, funkcji manualnych i kontaktów społecznych.
2. Skala Brazeltona (NBAS) - Sygnały wysyłane przez noworodka często bywają niezrozumiałe dla

rodziców. W związku z tym często nie potrafią zaspokoić jego potrzeb. W wytworzeniu odpowiedniej więzi pomiędzy rodzicem, a dzieckiem konieczna jest odpowiednia komunikacja. Zdolność obserwacji poszczególnych zachowań dziecka umożliwia interpretację określonych sygnałów. Od momentu narodzin dziecko posiada wiele mechanizmów pozwalających na włączanie się w relacje społeczne⁶². Wśród nich można wyróżnić: płacz, ssanie, zdolność podążania wzrokiem za twarzą ludzką, przywieranie oraz zdolność skupienia wzroku na twarzy ludzkiej⁶³. Niezbędnym elementem do stworzenia więzi pomiędzy rodzicem, a dzieckiem jest równocześnie przekazywanie bodźców przez noworodka jak i odpowiedź opiekuna. Pozwala to na zapewnienie noworodkowi poczucia bezpieczeństwa.

Narzędziem pozwalającym na zrozumienie emocji i zachowań noworodka jest skala Brazeltona tzw. NBAS. Została ona stworzona przez Dr. T. Berry. Brazeltona w Bostonie, Massachusetts w USA w latach sześćdziesiątych XX wieku i opublikowana po raz pierwszy w 1973 r.⁶⁴ Skala NBAS polega na neurobehawioralnej ocenie noworodka. Jej głównym celem jest nauka umiejętności obserwacji zachowań dziecka oraz rozpoznawania jego emocji w danej chwili. Umożliwia to zrozumienie dziecka, a tym samym lepsze spełnienie jego potrzeb. z medycznego, a zarazem psychologicznego punktu widzenia pozwala dokonać oceny, w jakich obszarach rozwoju noworodka wymagana jest interwencja specjalisty. Stosowana jest u dzieci do 2 miesiąca życia⁶⁵.

Skala Brazeltona opiera się na kilku konkretnych założeniach:

- noworodki za pomocą zmysłów komunikują się z otoczeniem,
- za pośrednictwem określonych sygnałów komunikują swoje potrzeby,
- są istotami społecznymi, które czekają na interakcje społeczne⁶⁶,
- „noworodki, które wydają się słabe są wysoce uzdolnione już w chwili narodzin”⁶⁷.

Metoda NBAS opiera się na analizie 28 czynników behawioralnych oraz 18 odruchów neurologicznych (w 9 pkt. skali⁶⁸). Konstrukcja tej skali pozwala ocenić noworodka w sposób wieloaspektowy. Dzięki zastosowaniu metody możliwe jest scharakteryzowanie typowych zachowań dziecka i jednoczesne określenie jego indywidualnych potrzeb. Skala Brazeltona została utworzona w taki sposób, aby możliwe było poznanie dziecka jak i również ocena jego stanu zdrowia. Przy realizacji metod NBAS wykorzystuje się takie elementy jak: grzechotka, czerwona piłka, latarka. Znaczenie ma również twarz osoby badającej oraz jej głos. Za pośrednictwem tych narzędzi możliwe jest zbadanie pozytywnych jak i negatywnych reakcji noworodka.

Realizując skalę NBAS niezwykle ważna jest współpraca rodziców. Mogą oni wówczas zaobserwować zachowanie dziecka. Mają okazję zobaczyć reakcje dziecka na określone bodźce. Proces ten jest dla rodzica niezwykle przydatny, ponieważ pozwala na poznanie dziecka oraz stwierdzenie czy prawidłowo się rozwija⁶⁹. Skala może być stosowana zarówno jako działanie prewencyjne, jak i wzmocnienie więzi pomiędzy noworodkiem, a rodzicami.

⁶² T. Jadcak-Szumiło, Znaczenie jakości wczesnej komunikacji Matka – Dziecko dla relacji przywiązania. Wykorzystanie skali Brazeltona do oceny możliwości noworodka w zakresie budowania relacji przywiązania, <http://www.item-psychologia.pl/artykuly> [dostęp: 12.05.2016 r.]

⁶³ J. Bolwby, *Attachment and loss*. Vol.1 London: Penguin Books, 1969

⁶⁴ J. Hawthorne, *Centrum Badań nad Rodziną*, Uniwersytet Cambridge,

<http://www.nbas.edu.pl/cms/ckfinder/userfiles/files/Joanna%20Hawthorne,%20Betty%20Hutchon.pdf> [dostęp: 12.05.2016 r.]

⁶⁵ M. Gawor., *Rozwój dziecka od okresu noworodkowego do 3 roku życia*, w: *Wybrane zagadnienia z pediatrii i pielęgniarstwa pediatrycznego Tom I*, Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa i położnictwa, red. L. Sochocka, A. Wojtyłko, Opole 2012, s. 23

⁶⁶ op. cit., T. Jadcak-Szumiło

⁶⁷ op. cit., M. Gawor, s. 23

⁶⁸ Ibidem

⁶⁹ op. cit., T. Jadcak-Szumiło

3. Metoda Prechtla

Metoda Prechtla to innowacyjna metoda w stosunku do tradycyjnych sposobów stosowanych przez lekarzy. Główną techniką w tej metodzie jest obserwacja. Obserwacja ta polega na nakręcaniu krótkich, kilkuminutowych (przynajmniej 5 minut) filmików, z udziałem dziecka w jego naturalnych warunkach, bez niczyjej ingerencji. W przypadku wcześniaków jednorazowe filmy powinny trwać nawet do 60 minut. Kładzie się wtedy noworodka, czy w późniejszym stadium niemowlaka na macie i pozwala mu się zachowywać „po swojemu”. Aby wynik obserwacji był rzetelny, takie czynności należy powtarzać przez pierwszych 20 tygodni życia dziecka, przy czym nagrania z okolic 12 tygodnia są najbardziej wartościowym źródłem informacji.

Diagnostyka metodą Prechtla pozwala bardzo wcześnie stwierdzić lekkie odchylenia od prawidłowych wzorców ruchowych, które mogą prowadzić do deficytów motorycznych i problemów w wieku szkolnym. Dzięki wczesnemu rozpoznaniu dziecko można poddać szybkiej terapii w okresie, gdy jest ona najskuteczniejsza ze względu na ogromną plastyczność dziecięcego centralnego układu nerwowego⁷⁰.

Rozwój motoryki dziecka nie zawsze idzie w parze z prawidłowym kształtowaniem się określonych czynności ruchowych w odpowiednim czasie, dlatego też w niektórych sytuacjach należy wcześnie zastosować określoną terapię – pomocną w wyrównaniu nieprawidłowości rozwoju ruchowego. Praktyka wskazuje, że terapią ruchową najczęściej obejmowane są dzieci od trzeciego roku życia, mniej od momentu urodzenia do okresu 2 lat i są to w przeważającej liczbie dzieci z upośledzeniem umysłowym⁷¹.

Coraz większego znaczenia nabiera wczesna diagnoza rozwojowa dzieci z tzw. „grupy ryzyka” i rozpoczęcie zabiegów stymulujących ich rozwój. Tak wcześnie prowadzona terapia ruchowa ma swoje uzasadnienie, gdyż rozwój motoryki dziecka w pierwszych trzech latach życia jest istotny ze względu na kształtowanie się w tym okresie większości cech morfologicznych dotyczących układu kostnego i mięśniowego, układu krążenia i oddychania, koordynacji ruchowej i celowości działania⁷².

Metoda Prechtla jest metodą nieinwazyjną, bezbolesną, niewymagającą znieczulenia. Diagnostyka opiera się na obserwacji dziecka w stanie czuwania z wykorzystaniem techniki wideo. W odróżnieniu od rezonansu magnetycznego diagnostyka metodą Prechtla pozwala również formułować wnioski dotyczące jakości, to znaczy spodziewanego stopnia porażenia mózgowego.

Wsparcie koordynowane

Świadczenia realizowane w ramach projektu udzielane będą przez beneficjentów realizatorów samodzielnie na zasadzie współrealizacji w poszczególnych komórkach organizacyjnych lub we współpracy z innymi podmiotami, w tym leczniczymi na podstawie podwykonawstwa lub wspólnego wykonywania umowy.

W ramach każdego projektu zostanie stworzona komórka, która będzie realizowała koordynację wsparcia. Dzięki temu uczestnicy będą mieli jeden punkt, w którym uzyskają wszelkie informacje o możliwym wsparciu, punkt ten będzie również tworzył harmonogramy wsparcia na podstawie wyników pogłębionej diagnostyki rozwoju (psychomotorycznego) dziecka. Dodatkowo będzie tam można uzyskać informację, z jakiego wsparcia można skorzystać w ramach świadczeń finansowanych w ramach NFZ.

⁷⁰ Sochocka L., Wojtyłko A. (red.), Wybrane zagadnienia z pediatrii i pielęgniarstwa pediatrycznego, Opole 2012, t. 1

⁷¹ Kaufman B.N., Uwierzyć w cud. Terapia dzieci autystycznych, Warszawa 1991, t. II, oraz Pennock K., Ratowanie dzieci z uszkodzeniem mózgu, Toruń 1994

⁷² Przewęda R., Wybraniec B., Charakterystyka rozwoju motorycznego dziecka w wieku przedszkolnym. Wychowanie w przedszkolu nr 7/8,

Niwelowanie nieprawidłowości w rozwoju dzieci do lat 2

Wsparcie z zakresu żywienia niemowląt i małych dzieci poprzez poradnictwo multidyscyplinarnego zespołu ds. żywienia dzieci.

Terminem zaburzeń karmienia określamy sytuację, gdy niemowlę lub małe dziecko odmawia jedzenia, przyjmuje zbyt małe objętości posiłków lub wybiórcze pokarmy, jest niezdolne do przyjmowania pokarmu lub ma dolegliwości podczas karmienia. Zaburzenia karmienia dotyczą niemowląt i małych dzieci, u których objawy zaburzeń karmienia wystąpiły przed 6 rokiem życia.

Ocenia się, że 25-40 proc. ogółu rodziców dzieci do 3. roku życia zgłasza się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej właśnie z powodu problemów z karmieniem, głównie spowodowanym przez wymioty, zbyt wolne karmienie czy odmawianie przyjmowania pokarmów. Problem ten sięga 40-60 proc. W przypadku dzieci przedwcześnie urodzonych oraz ponad 80 proc. pacjentów z zaburzeniami neurologicznymi.

Najczęstszą przyczyną zaburzeń karmienia są zaburzenia zachowania związane z karmieniem (ponad 80 proc. pacjentów). Dotyczy to dzieci, które przyjmują ograniczoną liczbę i rodzaje pokarmów, są w dużym stopniu przywiązane do jakości i odpowiedniej prezentacji posiłków, wykazują specyficzne awersje pokarmowe dotyczące określonych smaków, konsystencji, koloru pokarmów. Obejmuje to także sytuacje odmawiania jedzenia spowodowane zaburzeniami więzi z rodzicem oraz pourazowe zaburzenia karmienia (np. po oparzeniu jamy ustnej, związane z długotrwałym żywieniem przez sondę nosowo-żołądkową, po zakrztuszeniu pokarmem stałym czy związane z karmieniem na siłę).

Pozostałe przyczyny zaburzeń karmienia obejmują trudności z karmieniem u pacjentów z zaburzeniami neurologicznymi (dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, padaczką, upośledzeniem umysłowym), pacjentów z wadami anatomicznymi w górnym odcinku przewodu pokarmowego (np. u dzieci z sekwencją Pierre-Robin, rozszczepem wargi lub podniebienia, zwężeniem przełyku o różnej etiologii, przetoką przetykowo-tchawiczą). Zaburzenia karmienia występują też u pacjentów z wadami układu krążenia lub układu oddechowego (np. przewlekła choroba płuc u dzieci przedwcześnie urodzonych, wady serca), zaburzeniami gastrologicznymi (alergia pokarmowa, zaburzenia czynnościowe przewodu pokarmowego, zaparcie), a także u dzieci z chorobami metabolicznymi (zaburzenia cyklu mocznikowego, kwasice organiczne).

Szeroki zakres potencjalnych przyczyn zaburzeń karmienia powoduje, że problem ten należy traktować kompleksowo, a w jego rozpoznaniu i terapii powinien brać udział wielodyscyplinarny zespół obejmujący pediatrę lub gastrologa dziecięcego, dietetyka, logopedę oraz psychologa dziecięcego. Jedynie w takim zespole mały pacjent ma szansę uzyskać całościową ocenę problemu i indywidualną, kompleksową terapię. Oczywiście nie każdy pacjent wymaga specjalistycznej opieki — w przypadku nieznacznych problemów z karmieniem często wystarcza informacja od lekarza lub dietetyka korygująca nieprawidłowe zachowania. Dopiero pacjenci z nasilonymi zaburzeniami wymagają opieki w ośrodku wyspecjalizowanym w diagnostyce i terapii tych schorzeń.

Postępowanie w zaburzeniach karmienia zależy od etiologii problemu. Jest on często złożony i z tego względu w diagnostyce proponowany jest udział multidyscyplinarnego zespołu ds. żywienia, w skład którego wchodzić będą: dietetyk, psycholog, neurologopeda, lekarz pediatra i gastrolog. Diagnostyka będzie opierała się na wywiadzie medycznym i dietetycznym.

Leczenie paliwizumabem

Działania zostaną skierowane do ok. 7 dzieci/rok z hemodynamicznie istotnymi wrodzonymi wadami serca, które nie mają możliwości skorzystania ze szczepień przeciwko wirusowi RS, finansowanych ze środków NFZ. Lek Synagis zostanie podany ww dzieciom w wieku do 2 roku życia, w okresie aktywności wirusa, tj. od listopada do kwietnia.

Najczęstszą przyczyną zakażeń układu oddechowego u dzieci są infekcje wirusowe, zwłaszcza infekcje wywołane wirusem syncytium nabłonka oddechowego – RSV. Wirus RS jest odpowiedzialny za większość przypadków zapaleń oskrzelików i zapaleń płuc występujących u dzieci w dwóch pierwszych latach ich życia. Zwiększone ryzyko wystąpienia ciężkiej choroby dolnych dróg oddechowych wywoływanej przez ten wirus,

istnieje u niemowląt urodzonych przedwcześnie, z dysplazją oskrzelowo-płucną (BPD) i wrodzoną wadą serca. Zakażenie wirusem RS może być przyczyną opóźnienia operacji kardiochirurgicznej u 35% dzieci, a co więcej przeprowadzenie operacji w trakcie zakażenia powoduje większe ryzyko powikłań pooperacyjnych, w tym pooperacyjnego nadciśnienia płucnego. W związku z brakiem skutecznych i efektywnych metod leczenia zasadniczą rolę odgrywa profilaktyka zakażeń RSV. Zapobieganie ciężkiej chorobie dolnych dróg oddechowych wywołanych przez RSV jest możliwe poprzez zastosowanie immunizacji (poprzez podanie specyficznych przeciwciał) u dzieci z grup wysokiego ryzyka.

Opieka psychologiczna dzieci i rodziców

Wspomaganie rozwoju małego dziecka wymaga obszernej wiedzy z zakresu psychologii rozwojowej i klinicznej, a także posiadania doświadczeń w zakresie pedagogiki zabawy. Przede wszystkim należy mieć świadomość, że zabawa jest podstawą rozwoju małych dzieci, które w pierwszych latach życia nie potrafią dobrze radzić sobie w sytuacjach zadaniowych. Wynika to stąd, że skupiają uwagę w dużej mierze tylko na tym, co je w danym momencie interesuje. W rezultacie w wyniku spontanicznej zabawy uczą się aktywności polegającej na eksperymentowaniu, naśladowaniu i współdziałaniu. Trudno zmusić je, by wykonywały polecenia, jeżeli nie są czymś autentycznie zaintrygowane. W praktyce oznacza to, że wczesne wspomaganie rozwoju powinno przebiegać przede wszystkim w oparciu o zabawy, które mają charakter terapeutyczny.

Odpowiednio zaplanowane zabawy terapeutyczne mogą zapobiegać występowaniu wymienionych wyżej problemów. Psycholog i pedagog znający specyfikę rozwoju dzieci niewidomych, głuchych, autystycznych, niepełnosprawnych intelektualnie czy też ruchowo jest w stanie wykorzystać inicjatywę dziecka i zaproponować mu aktywności pobudzające ciekawość i stwarzające okazję do samodzielnego działania. W kontakcie z dzieckiem terapeuta może dodawać mu odwagi do poznawania otoczenia i angażowania się w interakcje społeczne zarówno podczas zajęć indywidualnych, jak i grupowych.

Najbardziej znaną formą tej pomocy jest poradnictwo. Psycholog bądź pedagog w odpowiedzi na problemy zgłaszane przez rodziców udziela im – w oparciu o posiadaną wiedzę i własne doświadczenie zawodowe – wskazówek, jak powinni radzić sobie w trudnych sytuacjach. Tak się często dzieje, gdy pytają oni na przykład jak nauczyć dziecko samodzielnego jedzenia czy korzystania z toalety, albo jak z nim postępować, gdy ma napady złości lub czegoś się boi. Najlepiej jest wówczas porozmawiać z rodzicami o konkretnych zachowaniach dziecka i ich kontekście sytuacyjnym. Zanim zaczniesz się poszukiwanie rozwiązań, warto spytać o to, jakie ich zdaniem są przyczyny istniejących trudności. | Warto zainteresować się także, czy zdarzają się sytuacje, w których niepokojące lub trudne zachowania nie występują. Taka wspólna analiza problemu może dostarczać cennych spostrzeżeń, dzięki którym rodzice sami znajdują podpowiedź, jak powinni sobie radzić. Specjalista dostarcza im często jedynie brakujących informacji o potrzebach dziecka i specyfice jego rozwoju związanej z niepełnosprawnością. Wówczas rodzina ma poczucie, że na równi ze specjalistą jest zaangażowana w pracę nad przezwyciężaniem trudności. z większym przekonaniem wdraża w życie wspólne ustalenia i modyfikuje postępowanie w zależności od rezultatów. Taka forma współpracy jest znacznie skuteczniejsza niż arbitralne udzielanie porad, które mogą budzić opór w rodzinie, ponieważ nie czuje się gotowa do ich przyjęcia⁷³.

Mobilny instruktaż rehabilitacji w warunkach domowych

Wczesne usprawnianie ma za zadanie nie tylko poprawę aktualnego stanu funkcjonowania dziecka, ale często także zapobiega jego pogorszeniu się. Podjęcie działań stymulujących dziecko we wczesnym etapie jego rozwoju uwarunkowane jest tym, iż:

- rozwój przebiega bardzo dynamicznie, dzięki intensywnemu dojrzewaniu układu nerwowego, który ma duże możliwości adaptacyjne i kompensacyjne;
- istnieje możliwość wyrównywania lub zahamowania zaburzeń czynności psychoruchowych dziecka;

⁷³ Fundacja Instytut Rozwoju Regionalnego, *Wczesne wspomaganie. Wsparcie psychologiczno-pedagogiczne*, Kraków 2009

- brak jest zaburzeń wtórnych, mających podłoże w nawykach pojawiających się wraz z wiekiem, co często utrudnia terapię i edukację.

W programie usprawniania dokonywana jest ocena postępów dziecka, umieszczone są zadania, które będą wprowadzane, rozwijane, wzbogacane o nowe czynności. Na wstępie przedstawiony jest zwięźle powód, tło, nieodzowność każdego punktu działania. Za każdym razem, kiedy sporządzany jest plan rodzice i terapeuci mają możliwość wyboru zadań do wykonania - lepiej jest wybrać najważniejsze (dwa-trzy) zadania dotyczące danej sfery rozwoju, niż koncentrować się na wszystkich zadaniach.

Realizacja programu z małym dzieckiem odbywa się w trakcie czynności pielęgnacyjnych, samoobsługowych, jak i w formie zabawowej. Wszystkie zabawy stymulują rozwój umiejętności komunikowania się, pogłębiają więzi społeczne, ćwiczą różnorodne funkcje zmysłowe: słyszenie, widzenie, powonienie, czucie. Zabawy mają jednocześnie dużą intensywność i charakter rozluźniający; motywują dzieci do dzielenia się, słuchania; rozwijają i kształcą spostrzegawczość, umiejętność reagowania i wyobraźnię. Stymulując umiejętność wyrażania się przez mowę, mimikę, gestykulację i motorykę, zawierają częste powtórzenia, co jest konieczne podczas wspólnej zabawy. Dziecko doświadcza w zabawie pewnej regularności, aby ćwiczyć i rozwijać swoje podstawowe sprawności.

Niezmiernie ważnym jest, aby nauczyć rodziców jak mogą i powinni wspomóc rozwój swojego dziecka w warunkach domowych, ponieważ wtedy fizjoterapia nie jest dla dziecka stresująca, prowadzona w formie zabawy mobilizuje je do pracy, dostarcza prawidłowych doznań czuciowych i ruchowych oraz włącza rodziców do czynnego udziału w procesie terapii poprzez naukę odpowiedniej pielęgnacji, karmienia, noszenia, czy układania malucha. Odpowiednia stymulacja ciała dziecka wyhamowuje niepożądane odruchy, a w ich miejscu pojawiają się fizjologiczne wzorce ruchowe, które umożliwiają prawidłowy rozwój dziecka.

Prowadzenie instruktazu rehabilitacji w warunkach domowych, z dojazdem instruktora- rehabilitanta do domu dziecka będzie miało również wiele korzyści dla samej rodziny, która nie będzie musiała tracić czasu na dojazdy, jak i dla samego dziecka, dla którego kluczowe jest iż rehabilitacja przeprowadzana jest w bezpiecznym, znanym mu środowisku. Przyniesie również efekty długofalowe, gdyż rodzice będą mogli sprawnie wykonywać wiele działań rehabilitacyjnych już po zakończeniu udziału w projekcie.

Mobilny instruktaz rehabilitacji w warunkach domowych będzie stanowił program usprawniania dla dzieci, u których w ramach etapu pogłębionej diagnostyki rozwoju (psychomotorycznego) dziecka wykryto opóźnienia rozwojowe lub zagrożenie ich powstania.

Zajęcia prowadzone będą przez zespół specjalistów, posiadających przygotowanie do pracy z małymi dziećmi o zaburzonym rozwoju psychoruchowym: lekarzy, pedagogów specjalnych, psychologów, logopedów, rehabilitantów (**w zależności od potrzeb**).

W ramach zespołu realizowane będzie m.in. ustalenie kierunków i harmonogramu działań w zakresie wczesnego wspomaganie rodziny i dziecka, opracowanie i realizacja indywidualnego programu terapii, koordynowanie działań specjalistów prowadzących zajęcia, analizowanie skuteczności udzielanej pomocy i ocenianie postępów dziecka.

3. Profilaktyka zakażeń pneumokokowych

W ramach programu dzieci spełniające kryteria włączenia będą szczepione przeciw pneumokokom szczepionką skoniugowaną:

- PCV 13 (wiek: 6 tydzień-5 r.ż.) / zawiera 13 serotypów bakterii *Streptococcus pneumoniae*, co daje największe 88% pokrycie serologiczne.

Ponadto realizowane będą działania uzupełniające, związane z merytorycznym zakresem programu, jednakże niemożliwe do realizacji jako samodzielne przedsięwzięcia, tj.:

- działania informacyjne – promocyjne,
- działania informacyjno-edukacyjne,
- szkolenia dla personelu medycznego,
- dojazdy na rehabilitację/opiekę nad osobą niesamodzielną.

Odrębną kategorią są działania organizacyjne. Prawidłowa realizacja programu *poprawy opieki nad matką i dzieckiem (...)* zależy będzie od sprawnej koordynacji i zarządzania projektów realizowanych w oparciu o program. Działania poprzedzające rozpoczęcie realizacji danego projektu dotyczyć będą przede wszystkim ustalania zasad i ram współpracy pomiędzy partnerami projektu. Podczas realizacji projektu będą to działania administracyjne związane z obsługą projektu, które wchodzi w katalog kosztów pośrednich, zgodnie z *Wytycznymi dot. kwalifikowalności wydatków*⁷⁴.

Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

1. Poprawa jakości opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu

W celu sprawnej i skutecznej realizacji programu poprawy opieki nad matką i dzieckiem (...) prowadzona będzie szeroka akcja promocyjna. Zajęcia odbywać się będą w godzinach odpowiednich dla uczestników, np. w godzinach popołudniowych, co ułatwi kobietom ciężarnym, również pracującym, dotarcie do szkoły rodzenia.

2. Ochrona zdrowia dziecka w kierunku wsparcia jego rozwoju psychospołecznego

Przewidziano, że w programie weźmie udział około 19 575 osób. Programem objęte zostaną dzieci do 2 roku życia i ich rodzice.

3. Profilaktyka zakażeń pneumokokowych

Świadczenie w postaci wykonania szczepienia przeciwko pneumokokom otrzyma każde dziecko, które zostanie zakwalifikowane do programu.

Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

1. Poprawa jakości opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu

Opieka zdrowotna nad kobietami w ciąży i połogu jest sprawowana przede wszystkim w ramach podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w dużej mierze finansowanej przez NFZ. Działania programu będą uzupełnieniem usług finansowanych ze środków NFZ. Przede wszystkim zwiększą dostęp do opieki okołoporodowej i specjalistycznej opieki nad dzieckiem do lat 2 dla osób znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej, które często ze względu na posiadane deficyty i niską świadomość nie korzystają ze świadczonych usług zdrowotnych.

Oferowane w ramach bloku i badania prenatalne finansowane są w ramach NFZ wyłącznie dla kobiet w ciąży, które spełniają co najmniej jedno z poniższych kryteriów:

- wiek powyżej 35 lat;
- wystąpienie zaburzeń genetycznych u płodu lub dziecka w poprzedniej ciąży;

⁷⁴ Wytyczne w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020, s. 91-94.

- wystąpienie zaburzeń genetycznych u ciężarnej lub u ojca dziecka;
- stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą genetyczną;
- nieprawidłowy wynik badania USG lub badań biochemicznych w czasie ciąży, wskazujących na zwiększone ryzyko wady genetycznej.

W ramach programu poprawy opieki nad matką i dzieckiem (...) planuje się, zgodnie z zaleceniami PTG objąć wszystkie pozostałe kobiety w ciąży.

W ramach bloku II przewiduje się kompleksową, mobilną opiekę okołoporodową. Działania edukacyjne dotyczące porodu i przyszłego rodzicielstwa są częściowo finansowane ze środków NFZ. Szkoły rodzenia w regionie funkcjonują przede wszystkim przy szpitalnych oddziałach ginekologiczno - położniczych. Ponadto od stycznia 2006 r. przy Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu działa Bank Mleka Kobiecego, który do dnia opracowania programu zebrał ok. 23 l mleka, zarejestrował 5 biorców, a położne w nim zatrudnione udzieliły 76 porad laktacyjnych. Usytuowanie placówek świadczących usługi z zakresu opieki okołoporodowej determinuje ich dostępność - szkoły rodzenia funkcjonują w siedmiu miastach w województwie i są praktycznie dostępne wyłącznie dla ich mieszkanek. Opieka położnej jest natomiast finansowana ze środków NFZ od 21 tygodnia ciąży do 6 tygodnia po urodzeniu dziecka.

Mając na względzie opisane powyżej uwarunkowania, w programie zakłada się wsparcie opiekunów oczekujących na dziecko/wychowujących dziecko w ramach mobilnej opieki okołoporodowej, w tym: edukację prozdrowotną i szeroko pojęte poradnictwo, opiekę położnej do 20 tygodnia ciąży oraz specjalistyczną, kompleksową opiekę nad kobietą po urodzeniu i dzieckiem do 6 m-ca życia obejmującą m.in. porady fizjoterapeutyczne, psychologiczne oraz innych specjalistów w zależności od potrzeb.

Poprzez realizację usług niefinansowanych ze środków publicznych, kompleksowe podejście do opieki okołoporodowej oraz mobilny jej charakter, zwiększy się dostępność do świadczeń zdrowotnych, umożliwiające zostanie skorzystanie z usług zespołu specjalistów⁷⁵, bez konieczności szukania pomocy w odrębnych poradniach, której uzyskanie nierzadko łączy się z ograniczeniami wynikającymi z wydłużonego czasu oczekiwania.

2. Ochrona zdrowia dziecka w kierunku wsparcia jego rozwoju psychospołecznego

W ramach programu realizowane będą działania służące diagnozowaniu i eliminowaniu nieprawidłowości rozwoju u dzieci do 2 roku życia nieobjęte wsparciem środkami NFZ. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej ma obowiązek przeprowadzenia w odpowiednich okresach życia dziecka bilansów zdrowotnych, które są jednym z najważniejszych badań profilaktycznych. Ocenie podlega zarówno rozwój fizyczny, jak i podstawowy stan neurologiczny dziecka. W wypadku wykrycia nieprawidłowości lekarz może skierować dziecko na badania diagnostyczne niezbędne do rozpoznania choroby i postawienia diagnozy. Następnie w uzasadnionych przypadkach dziecko kierowane jest do opieki specjalistycznej, w tym rehabilitacji finansowanej ze środków NFZ. Niemniej jednak wczesne rozpoznanie nieprawidłowości rozwojowych małych dzieci jest niezwykle trudne i wymaga wnikliwej obserwacji, która w wielu wypadkach nie jest możliwa podczas rutynowego badania przeprowadzanego w czasie bilansu zdrowotnego. Stąd w ramach projektów realizowane będą działania o charakterze dodatkowym i pogłębionym, wspomagające proces wykrywania nieprawidłowości rozwoju oraz ich eliminacji.

3. Profilaktyka zakażeń pneumokokowych

Szczepienia przeciwko pneumokokom finansowane ze środków publicznych Ministerstwa Zdrowia dostępne są tylko dla dzieci do 5 r.ż., o podwyższonym ryzyku zachorowania na inwazyjną chorobę pneumokokową tj.:

1. dzieci od 2 miesiąca życia do ukończenia 5 roku życia:
 - a. po urazie lub z wadą ośrodkowego układu nerwowego, przebiegającymi z wyciekami płynu

⁷⁵ Brady C.L., *Understanding Learning Styles: Providing the Optimal Learning Experience, International Journal of Childbirth Education*, vol. 28, nr 2, 2013, s. 16-19.

- mózgowo-rdzeniowego,
- b. zakażone HIV,
 - c. po przeszczepieniu szpiku, przed przeszczepieniem lub po przeszczepieniu narządów wewnętrznych lub przed wszczepieniem lub po wszczepieniu implantu ślimakowego,
2. dzieci od 2 miesiąca życia do ukończenia 5 roku życia chorujące na:
- a. przewlekłe choroby serca,
 - b. schorzenia immunologiczno-hematologiczne, w tym małopłytkowość idiopatyczną, ostrą białaczkę, chłoniaki, sferocytozę wrodzoną,
 - c. asplenię wrodzoną, dysfunkcję śledziony, po splenektomii lub po leczeniu immunosupresyjnym,
 - d. przewlekłą niewydolność nerek i nawracający zespół nerczycowy,
 - e. pierwotne zaburzenia odporności,
 - f. choroby metaboliczne, w tym cukrzycę,
 - g. przewlekłe choroby płuc, w tym astmę,
3. dzieci od 2 miesiąca życia do ukończenia 12 miesiąca życia urodzone przed ukończeniem 37 tygodnia ciąży lub urodzone z masą urodzenia poniżej 2500 g.

Szczepienia dzieci niespełniających ww. kryteriów nie są finansowane ze środków Ministerstwa Zdrowia.

Proponowany program obejmie dzieci od 6 tyg.ż. do 2 r.ż., które nie należą do grupy ryzyka zachorowania na IChP.

Spójność merytoryczna i organizacyjna

Zgodnie z ww. informacjami program poprawy opieki nad matką i dzieckiem (...) jest spójny merytorycznie i organizacyjnie ze świadczeniami gwarantowanymi objętymi programami, o których mowa w ust. 1 Ustawy, realizowanymi przez Ministra zdrowia oraz NFZ.

Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

1. Poprawa jakości opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu

Po zakończeniu programu uczestniczka będzie miała możliwość korzystania ze świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w Poradni Ginekologiczno – Położniczej w zakresie porad lekarskich oraz innych świadczeń oferowanych w ramach POZ. W uzasadnionych przypadkach opisanych we wcześniejszych punktach kobiety będą zachęcane do skorzystania z działań finansowanych w ramach NFZ w celu zachowania ciągłości prowadzenia diagnostyki wykrytych zmian lub podjęcia w specjalistycznych placówkach opieki zdrowotnej leczenia wykrytych schorzeń.

2. Ochrona zdrowia dziecka w kierunku wsparcia jego rozwoju psychospołecznego

Działania realizowane w ramach programu stanowią uzupełnienie w zakresie diagnostyki zaburzeń rozwojowych realizowanych w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Wprowadzone w projekcie metody nie są finansowane ze środków publicznych. Zwiększają jednak możliwości wczesnego wykrycia wad i nieprawidłowości zarówno w sferze fizycznej jak i psychicznej dzieci do 2 roku życia, co znajduje potwierdzenie w dowodach naukowych. Ponad to program zakłada wdrożenie terapii psychologicznej rodziców oraz poradnictwo żywieniowe niemowląt i małych dzieci, co nie podlega refundacji.

Zakończenie udziału w programie odbywa się po zrealizowaniu wymienionych w programie działań w zakresie: niwelowania nieprawidłowości w rozwoju dzieci do lat 2 (mobilnego instruktazu rehabilitacji w warunkach domowych, terapii psychologicznej dzieci i rodziców, podania paliwizumabu) oraz wsparcia i edukacji rodziców (wsparcie z zakresu żywienia niemowląt i małych dzieci, edukacji rodziców w zakresie prawidłowego rozwoju dzieci). Po zakończeniu uczestnictwa w projekcie istnieje możliwość korzystania z tych świadczeń, które są objęte finansowaniem Narodowego Funduszu Zdrowia.

3. Profilaktyka zakażeń pneumokokowych

Pełne uczestnictwo w programie polega na zrealizowaniu schematu szczepień szczepionką przeciwko pneumokokom (w przyjętym schemacie szczepień dla szczepień populacyjnych 2+1 w programie noworodków).

Uczestnicy będą mieli możliwość zakończenia udziału w programie na każdym jego etapie.

Po zakończeniu udziału w programie przeprowadzona zostanie ocena w zakresie zrealizowanych oraz sprawdzenie wiedzy rodziców w zakresie realizowanej edukacji.

Działania informacyjno-promocyjne

Ten typ działań jest głównym narzędziem rekrutacji uczestników projektów realizowanych na podstawie programu *poprawy opieki nad matką i dzieckiem (...)*. Przykładowymi działaniami o charakterze informacyjno-promocyjnym są:

- informacja o programie przedstawiona na: plakatach, ulotkach w jednostkach NZOZ/SP ZOZ, tablicach ogłoszeniowych, ogłoszeniach parafialnych,
- informacja o programie na stronie internetowej realizatora programu/partnerów,
- audycje radiowe i/lub telewizyjne poświęcone programowi w mediach,
- biuletyn informacyjny.

Przykładowo Biuletyn powinien zawierać informacje na temat m.in. możliwości:

- korzystania z programu (opis każdego bloku) oraz realizowanych w jego ramach projektów,
- listę położnych środowiskowych wraz z danymi kontaktowymi z podziałem na rejony,
- korzystania z komplementarnych do programu działań, które są finansowane z NFZ (np.: usługi lekarza dentystry dla kobiet ciężarnych, rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych).

Beneficjent dokonując wyboru działań informacyjno - promocyjnych ma mieć na względzie dotarcie do określonych w programie adresatów, ze szczególnym uwzględnieniem grup zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym.

Działania informacyjno - promocyjne zostaną skierowane do:

- ogółu mieszkańców województwa opolskiego,
- grup docelowych objętych działaniami poszczególnych bloków programu,
- opiekunów oczekujących na dziecko/wychowujących dziecko,
- pracowników OPS/PCPR (fakultatywnie, w zależności od zdiagnozowanych przez beneficjenta potrzeb).

W ramach działań informacyjno - promocyjnych będą przedstawione informacje m.in. na temat możliwości:

- wczesnego wykrywania wad rozwojowych
- mobilnej opieki okołoporodowej

Działania informacyjno-edukacyjne

Najważniejszą formą działań informacyjnych będą:

- spotkania dot. promocji zdrowia i edukacji w zakresie m.in.:
 - aspektów opieki okołoporodowej, w tym przygotowania do porodu i rodzicielstwa,
 - wsparcia matek w czasie ciąży i po porodzie, w tym rozwiązywania problemów laktacyjnych,
 - ochrony zdrowia dziecka w czasie ciąży i po urodzeniu, w tym opieki nad noworodkiem,
 - diagnostyki, wspierania rozwoju dzieci z wadami wrodzonymi/rozwojowymi.

Ponadto treści o charakterze informacyjno - edukacyjnym mogą być rozpowszechniane m.in. za pośrednictwem ulotek/innych materiałów wydawniczych, audycji radiowych/tv, itp.

Działania informacyjno - edukacyjne zostaną skierowane do:

- ogółu mieszkańców województwa opolskiego,
- grup docelowych objętych działaniami poszczególnych bloków programu (w przypadku dzieci działania skierowane zostaną również do ich rodziców/opiekunów),
- rodziców/opiekunów oczekujących na dziecko/wychowujących dziecko,
- pracowników OPS/PCPR (fakultatywnie, w zależności od zdiagnozowanych przez beneficjenta potrzeb).

Szkolenia dla personelu medycznego, które będą głównie w zakresie:

- umiejętności interpersonalnych,
- indywidualnej opieki nad wcześniakiem i noworodkiem,
- metod kompleksowej diagnostyki noworodków i niemowląt.
- metod prowadzenia badań dotyczących wykrywania wad rozwojowych.

Celem szkoleń dla personelu medycznego (pielęgniarek, położnych i lekarzy) będzie podniesienie jakości usług świadczonych w środowisku lokalnym. Działania informacyjno - edukacyjne oraz informacyjno - szkoleniowe dotyczące tematyki programu będą prowadzone na zasadach określonych w *Wytycznych dot. zdrowia*⁷⁶.

Działania szkoleniowe prowadzone będą wyłącznie przez absolwentów kierunków medycznych oraz przedstawicieli innych zawodów mających zastosowanie w ochronie zdrowia. Proponowane szkolenia zawodowe będą spełniały zalecenia odpowiednich towarzystw i instytutów branżowych, zarówno krajowych jak i międzynarodowych.

Tematyka szkoleń dla personelu medycznego, będzie wynikała z sytuacji problemowej przedstawionej w ramach poszczególnych projektów.

Harmonogram szkoleń będzie wynikał z działań projektowych

Bezpieczeństwo planowanych interwencji oraz kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Podmioty realizujące program (w roli lidera lub partnera) powinny posiadać kompetencje w zakresie opieki okołoporodowej, odpowiednie zasoby kadrowe oraz infrastrukturę, które zapewnią jego efektywną realizację. Na czas trwania projektu dopuszczalne jest, by realizator nawiązał dodatkową współpracę, z innymi osobami lub podmiotami, które posiadają przygotowanie niezbędne do realizacji działań

⁷⁶ *Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020*, s. 20.

przewidzianych w programie. Podmioty powinny dysponować odpowiednim zapleczem do realizacji programu, warunkującym uzyskanie założonych celów i wskaźników programu oraz poszczególnych etapów. Obowiązkiem podmiotów realizujących program jest zapewnienie bezpieczeństwa planowanych interwencji, pod względem zgodności postępowania ze sztuką lekarską, jak również w zakresie poszanowania praw pacjenta, w tym w szczególności w odniesieniu do ochrony danych osobowych i tajemnicy lekarskiej. Interwencje będą prowadzone zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

Program będzie realizowany jedynie przez te podmioty, które zagwarantują dostęp do wykwalifikowanej kadry medycznej. Jednostki wyłonione w konkursie na mocy Ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz. U. 1997 Nr 133 poz. 883) mają obowiązek ochrony danych osobowych pacjentów, a specjaliści udzielający świadczeń do zachowania tajemnicy lekarskiej, co z kolei wynika z art. 40 ust. 1 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996 r. (Dz. U. 1997 Nr 28 poz. 152).

Podmioty realizujące program w zakresie opieki perinatalnej, powinny mieć odpowiednie zasoby kadrowe oraz infrastrukturę, które zapewnią jego efektywną realizację. Na czas trwania projektu dopuszczalne jest, by realizator nawiązał dodatkową współpracę, z innymi osobami lub podmiotami, które posiadają przygotowanie niezbędne do realizacji działań przewidzianych w programie. Podmioty powinny dysponować odpowiednim zapleczem do realizacji programu, zgodnie z kryteriami określonymi przez FMF (Fetal Medicine Foundation), warunkującym uzyskanie założonych celów i wskaźników programu oraz poszczególnych etapów. W zakresie wyposażenie, warunków i kadry muszą spełniać minimalne warunki jak podmioty realizujące badania prenatalne w ramach kontraktów z NFZ.

Program szczepień będzie realizowany przez podmiot leczniczy, który zostanie wybrany do realizacji programu w drodze procedury konkursowej. Szczepienie dzieci będzie przeprowadzone z zachowaniem wszelkich warunków, określonych dla prawidłowego szczepienia.

W programie będą użyte szczepionki przeciwko pneumokokom, zarejestrowane i dopuszczone do obrotu w Polsce, wybrane na podstawie opinii lekarza specjalisty.

Profil bezpieczeństwa szczepionek będzie podany na podstawie charakterystyki produktu dostarczonej przez lekarza specjalistę.

Dzieci będą szczepione po wyrażeniu zgody przez rodziców/opiekunów prawnych.

Preferowane jest również nawiązanie współpracy pomiędzy beneficjentem, a poradniami POZ, AOS oraz innymi instytucjami, w tym np. organizacjami pozarządowymi oraz lekarzami, którzy zostaną zatrudnieni na czas trwania projektu. Za właściwy dobór kadry odpowiadać będzie beneficjent projektu.

Dowody skuteczności planowanych działań

Dowody naukowe świadczące o potrzebie wykonywania badań prenatalnych wskazywane są w następujących publikacjach:

- Whittle M. J., Connor J. M., Prenatal Diagnosis in Obstetric Practice, Oxford: Blackwell Scientific Publications Ltd., 1989,
- Adapted with permission from American Academy of Pediatrics Committee on Genetics, Health supervision for children with Down syndrome, Pediatrics, 1994,
- Chuchracki M. et al., Zespół Edwardsa - najczęstsze wskazania do wykonania amniopunkcji genetycznych. Analiza na przestrzeni ostatnich 5 lat, Przegląd Lekarski nr 69 /10, 2012
- Dangel J., Diagnostyka prenatalna – mity i rzeczywistość, Polska Akademia Nauk, NAUKA 3/2007,
- Frączek P., Jabłońska M., Pawlikowski J., Medyczne, etyczne, prawne i społeczne aspekty badań prenatalnych w Polsce, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, Tom 19, Nr 2, 2013,
- The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Genetics, Society for Maternal-Fetal Medicine, The Use of Chromosomal Microarray Analysis in Prenatal Diagnosis,

Committee Opinion nr 581, 2013

- Duncan A., Langlois S., Use of Array Genomic Hybridization Technology in Prenatal Diagnosis in Canada, JOGC, nr 270, 2011
- Łaczmńska I., Stembalska A., Nowoczesne metody molekularne w prenatalnej diagnostyce inwazyjnej, Ginekologia Polska 2013, nr 84, (wydawane przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne),
- Kotarski J., Wielgoś M. et al., Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące postępowania w zakresie diagnostyki prenatalnej, Ginekologia Polska 2009, nr 80, (wydawane przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne),
- Latos-Bieleńska A., Materna-Kiryłuk A., PRCM Working Group, Polish registry of congenital malformations – aims and organization of the registry monitoring 300 000 births a year, J Appl. Genet. 46, 2005,
- Stankiewicz P., Beaudet A.L. Use of array CGH in the evaluation of dysmorphology, malformations, developmental delay, and idiopathic mental retardation. Curr Opin Genet Dev 17, 2007,
- Bernaciak J. et al., Cytogenomic Evaluation of Children with Congenital Anomalies: Critical Implications for Diagnostic Testing and Genetic Counseling, Adv. Exp. Medicine, Biology - Neuroscience and Respiration, Springer 2016,
- Sahoo G.S., Butterworth A.S., Sanderson S., Shaw-Smith C., Higgins J.P., Burton H., Array CGH in patients with learning disability (mental retardation) and congenital anomalies: updated systematic review and meta-analysis of 19 studies and 13,926 subjects, Genet. Med. 11, 2006,
- Springett AL, Morris JK, Antenatal detection of Edwards (trisomy 18) and Patau (trisomy 13) syndrome: England and Wales 2005-2012; J Med Screen. 2014,
- Kozłowski P, Knippel AJ, Froehlich S, et al., Additional performance of nasal bone in first trimester screening. Ultraschall Med. 2006,
- Kroes I, Janssens S, Defoort P, Ultrasound features in trisomy 13 (Patau syndrome) and trisomie 18 (Edwards syndrome) in a consecutive series of 47 cases; Facts Views Vis Obgyn. 2014.

Stosowanie badań prenatalnych zalecają instytucje polskie i międzynarodowe, m.in.:

Wytyczne Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące opieki nad kobietą w ciąży i przeprowadzania badań prenatalnych zalecają badania prenatalne dla wszystkich kobiet niezależnie od wskazań medycznych. Znajomość tych rekomendacji obala mit, że tylko kobieta ciężarna z tak zwanej „grupy podwyższonego ryzyka” powinna wykonywać badania prenatalne wykrywające najczęstsze wady rozwojowe - w tym między innymi zespół Downa. Takie badanie powinna wykonać każda kobieta ciężarna bez względu na wiek. Do badań, które powinno się zaproponować każdej kobiecie ciężarnej należą: badanie ultrasonograficzne (USG) między 11 a 13 tygodniem ciąży, badanie krwi ciężarnej oraz badanie USG między 18 a 24 tygodniem ciąży. Badania prenatalne krwi ciężarnej obejmują ocenę stężenia białka PAPP-A oraz wolnej podjednostki beta-HCG i powinny zostać wykonane razem z badaniem USG między 11 a 13 tygodniem ciąży. Wykonanie tych badań jest dla przyszłej mamy całkowicie nieszkodliwe, a jedyną sytuacją wyjątkową, kiedy odstępuje się od ich przeprowadzenia jest ciąża trojacza lub większa.

Dopiero w oparciu o analizę wyniku badania prenatalnego pierwszego trymestru (badania USG i testu PAPP-A) lekarz podejmuje decyzję o konieczności wykonania dalszych badań – w tym inwazyjnych - takich jak amniopunkcja czy biopsja kosmówki. Wszystkie badania ultrasonograficzne (USG) muszą zostać wykonane niezależnie od wieku pacjentki przez lekarzy posiadających odpowiednie doświadczenie i uprawnienia nadawane przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne oraz Londyńską Fundację Medycyny Płodowej (certyfikat FMF Fetal Medicine Foundation). Prawidłowa ocena dobrostanu płodu jak i opieka nad kobietą ciężarną może mieć miejsce tylko wtedy gdy zaproponuje się jej wykonanie kompletu badań. Na ich podstawie podejmuje się decyzję co do dalszego prowadzenia ciąży – kobieta ciężarna powinna czuć się

bezpiecznie – to bezpieczeństwo może jej zapewnić możliwość posiadania jak największej ilości informacji.

Standardy określone osiągnięciami naukowymi w dziedzinie genetyki: znajomość przyczyny wrodzonych zaburzeń rozwojowych, w tym wad/anomalii w budowie u noworodków ułatwia prowadzenie dalszego postępowania diagnostycznego, terapeutycznego i rehabilitacyjnego, pozwala na zastosowanie odpowiedniej profilaktyki chorób współistniejących, umożliwia określenie rokowania, a także udzielenie właściwej porady rodzinnej (przedkoncepcyjnej i prenatalnej). Podjęcie próby sformułowania klinicznej diagnozy konkretnego zespołu wad/anomalii w budowie, w tym cech dysmorfii, na podstawie wywiadu i szczegółowego badania przedmiotowego pozostaje kluczowe z punktu widzenia doboru właściwego testu genetycznego. Nowoczesne metody cytogenetyki molekularnej i biologii molekularnej mają bowiem charakter celowany (MLPA mikrodelecyjne, sekwencjonowanie pojedynczego genu) lub analizują genom całościowo (CGH do mikromacierzy, sekwencjonowanie następnej generacji). Zwłaszcza ostatnie z wymienionych technik powodują obecnie lawinowy wzrost efektywności diagnostycznej w grupach chorych w różnych przedziałach wiekowych, w tym u noworodków.

Stosowanie opieki okołoporodowej zalecają instytucje polskie i międzynarodowe, m.in.:

W programie położono nacisk na zwiększenie jakości usług okołoporodowych. Ukierunkowanie to potwierdzają wytyczne National Institute for Health and Care Excellence (NICE), zgodnie z którymi kobietom należy umożliwić świadome współdecydowanie o przebiegu opieki w trakcie ciąży oraz pełne uczestnictwo w planowaniu opieki i porodu⁷⁷. Udział kobiety w podejmowaniu decyzji wpływa na pozytywne doświadczenia ciąży i porodu⁷⁸.

Polskie Towarzystwo Ginekologiczne w wytycznych eksperckich definiuje zadania szkoły rodzenia, jako sprzyjanie utrzymaniu dobrostanu psychofizycznego ciężarnej, rodzącej i rodziny. W czasie zajęć teoretycznych ciężarna wraz z ojcem dziecka powinna poznać mechanizm porodu, zasady opieki poporodowej, zaznajomić się z okresem karmienia, antykoncepcją po porodzie oraz w czasie zajęć praktycznych stosować gimnastykę ogólnie usprawniającą, poznać pozycje relaksacyjne, sposoby oddychania w różnych okresach porodu, zasady parcia i poznać zasady pielęgnacji noworodka. W najbardziej aktualnych spośród zidentyfikowanych wytycznych praktyki klinicznej, opartych na systematycznym przeglądzie badań naukowych (2008r.) NICE zaleca, 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). Autorzy wytycznych NICE stwierdzili na podstawie wyników przeglądu systematycznego, że dla kobiet i ich partnerów wiedza dotycząca ciąży, porodu i rodzicielstwa wzrasta po uczestnictwie w szkole rodzenia.

Z opinii położnych wynika, iż kobiety uczęszczające do szkół rodzenia nie tylko są w świetnej 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. Jak podaje „Przewodnik po szkołach rodzenia i poradniach laktacyjnych” wydany przez Fundację „Rodzić po ludzku” metoda wizualizacji porodu, przygotowująca do poznania przez kobietę jego przebiegu i przygotowanie się do niego, stosowana w szkołach rodzenia przynosi znaczące rezultaty. 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. Również M. Kwiatek i współautorzy w materiale „Szkoła rodzenia – profil pacjentek oraz wpływ zajęć na przebieg porodu i stan noworodka” wskazują w swoich wnioskach z badań, że ćwiczenia przygotowujące kobiety do porodu przyczyniają się do nieznacznego skrócenia jego

⁷⁷ Krówka D., Żur A., *Kwalifikacje zawodowe położnych a standard opieki okołoporodowej*, GinPolMedProject, 2013, nr 30, s. 78.

⁷⁸ Baston H., Hall J., *Opieka przedporodowa: przygotowanie do porodu [w:] Podstawy położnictwa. Przed porodem*. Baston H., Hall J. Elsevier Urban & Parner, Wrocław 2011, s. 129-141.

pierwszego okresu, lepszej tolerancji bólu w tym okresie, zmniejszenia częstotliwości okołoporodowych urazów kanału rodnego i rzadszej potrzeby nacinania krocza. W opiece nad kobietą w ciąży edukacja przedporodowa w formie zajęć w szkole rodzenia to jedna z najbardziej efektywnych strategii profilaktycznych.

Konieczność rozszerzania populacji kwalifikowanej do sezonowej profilaktyki zachorowań na RSV przede wszystkim o dzieci z hemodynamicznie istotnymi wadami serca i noworodki urodzone przedwcześnie zalecają instytucje polskie i międzynarodowe, m.in.:

- Polskie Towarzystwo Neonatologiczne zauważa konieczność rozszerzania populacji kwalifikowanej do sezonowej profilaktyki zachorowań na RSV przede wszystkim o dzieci z hemodynamicznie istotnymi wadami serca i noworodki urodzone przedwcześnie 2015,
- Standardy Opieki Medycznej Nad Noworodkiem w Polsce - Zalecenia Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego 2015,
- Women's Health And Perinatal Nursing Care Quality Draft Measures Specifications - Association Of Women's Health, Obstetric And Neonatal Nurses 2013,
- Żywnienie niemowląt i małych dzieci - Zasady postępowania w żywieniu zbiorowym pod redakcją Haliny Weker i Marty Barańskiej – Instytut Matki i Dziecka 2014,
- American Academy of Pediatrics (AAP) zaleca stosowanie profilaktyki zakażeń wywołanych wirusem RS za pomocą paliwizumabu u dzieci poniżej 12 miesiąca życia z istotną hemodynamicznie wrodzoną wadą serca (2014 r.),
- Zespół polskich ekspertów rekomenduje bezwzględne stosowanie profilaktyki paliwizumabem dzieci poniżej 12 miesiąca życia z istotną hemodynamicznie wrodzoną wadą serca (2015 r.).
- Standardy postępowania oraz procedury medyczne przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem załącznik do rozporządzenia MZ z dnia 23 września 2010 roku⁷⁹.
- Wytyczne AAP (American Academy of Pediatrics) dotyczące wypisu ze szpitala oraz najlepszej zalecanej opieki po wypisie ze szpitala dla noworodków z grup ryzyka⁸⁰.
- Wytyczne AFP (American Family Physician) dotyczące opieki pozaszpitalnej nad wcześniakami, w tym możliwych powikłań neurologicznych, pulmonologicznych, zakażeń oraz możliwości zapobiegania im oraz diagnozowania⁸¹.
- Wytyczne kliniczne dotyczące określania stanu noworodka przedwcześnie urodzonego oraz rekomendowanych metod opieki w trakcie pierwszych miesięcy jego życia⁸².
- Zalecenia dla klinicystów dotyczące określania stanu wcześniaka, ryzyka rozwoju potencjalnych komplikacji oraz rekomendowanej opieki pediatrycznej nad niemowlęciem przedwcześnie rodzonym⁸³.

⁷⁹ Rozporządzenie MZ w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem z dnia 23 września

2010 roku

⁸⁰ Hospital discharge of the high risk neonate proposed guidelines. American Academy of Pediatrics. Committee on Fetus and Newborn. Pediatrics. 1998

⁸¹ Lahood A., Bryant C.A. Outpatient care of premature infant. American Family Physician 2007. 15; 76(8)

⁸² Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN). Assessment and care of the late preterm infant. Evidence-based clinical practice guideline. Am Fam Physician. 2007 Oct 15;76(8)

Doświadczenie kliniczne i ekspertyza Centrum Zdrowia Dziecka. W Polsce obecnie nie ma kompleksowego systemu opieki nad pacjentami z zaburzeniami karmienia, który pozwalałby na pełną i szybką diagnostykę i skuteczne leczenie. Skuteczność takiego postępowania, jak to wykazano w niektórych krajach europejskich i Stanach Zjednoczonych, zależy od pracy zespołowej i sięga nawet 90 proc. W Klinice Gastroenterologii, Hepatologii i Zaburzeń Odżywiania Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” stworzony został zespół i od 2009 roku prowadzi diagnostykę i terapię zaburzeń karmienia u dzieci. W 2010 roku opracował ekspertyzę dotyczącą zaburzeń karmienia na zlecenie Komitetu Żywienia Człowieka Polskiej Akademii Nauk⁸⁴. W ogólnopolskim badaniu ankietowym ośrodków pediatrycznych, neurologii dziecięcej i poradni logopedycznych ocenił częstość występowania oraz możliwości diagnostyczno-terapeutyczne w postępowaniu w zaburzeń karmienia u dzieci. Podobnie jak w doniesieniach światowych, największą grupę pacjentów stanowiły dzieci z zaburzeniami zachowania i zaburzeniami neurologicznymi (w tym najczęściej pacjenci z mózgowym porażeniem dziecięcym). W 22 z 23 badanych ośrodków obserwowano niedożywienie u dzieci z zaburzeniami karmienia, przy czym niemal połowa ośrodków (48 proc.) podkreśliła, że niedożywienie dotyczy ponad połowy ich pacjentów. Ten smutny wniosek wskazuje, że rozpoznanie problemu zaburzeń karmienia jest stawiane późno i wiąże się z wystąpieniem poważnych konsekwencji, jakie niesie niedożywienie w pierwszych latach życia.

Stosowanie szczepień ochronnych zalecają instytucje polskie i międzynarodowe, m.in.:

- Wytyczne Pediatrycznego Zespołu Ekspertów ds. Programu Szczepień Ochronnych.
- W Polsce od marca 2006 r. szczepienia przeciwko pneumokokom wpisane są do Programu Szczepień Ochronnych (PSO), jako zalecane dla wszystkich dzieci w przedziale wiekowym od 2 m.ż. do 2 r.ż. oraz dzieci w przedziale wiekowym od 2 r.ż. do 5 r.ż. W grupach wysokiego ryzyka, np. żłobki, przedszkola i choroby przewlekłe, w tym zaburzenia odporności.
- Rekomendacje Polskiej Grupy Roboczej ds. Inwazyjnej Choroby Pneumokokowej.
- Wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia.
- Advisory Committee on Immunization Practices PCV13.
- Wytyczne Polskiego Pediatrycznego Zespołu Ekspertów ds. Programu Szczepień Ochronnych potwierdzają skuteczność szczepień przeciwko pneumokokom.

Skuteczność szczepień przeciwko pneumokokom została potwierdzona w wielu pracach naukowych:

- Od 89% do 98,8% redukcja zapadalności na inwazyjną chorobę pneumokokową dzieci w wieku od 0 do 5 r.ż. (Pavia, Bianco, Nobile, & al, 2009), (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2008), (Whitney, Pilishvili, & Farley, 2006), (Black, Shinefield, & Baxter, 2004).
- Od 65% do 84% redukcja zapaleń płuc o etiologii pneumokokowej u dzieci w wieku od 0 do 2 r.ż. (Grijalva, Nuorti, & Arbogast, 2007), (Black, Shinefield, & Baxter, 2004).
- 65% redukcja hospitalizacji z powodu zapalenia płuc u dzieci do 1 r.ż. (Patrzalek, M., Albrecht, P., & Sobczynski, M. (2010).
- Od 41,1% do 85% redukcja liczby leczonych ambulatoryjnie dzieci poniżej 2 r.ż. z powodu zapalenia płuc (Zhou, Kyaw, Shefer, & al., 2007), (Grijalva, Poehling, Nuorti, & al., 2006).
- Od 55% do 64,7% redukcja ostrych zapaleń ucha środkowego (OZUŚ) u dzieci poniżej 2 r.ż. (Pavia, Bianco, Nobile, & al, 2009), (Eskola, Kilpi, Palmy, & al., 2001).

⁸³ Engle W.A., Tomaszek K.M., Wallman C. Committee on Fetus and Newborn.

Guidance for the Clinician in Rendering Pediatric Care. American Academy of Pediatrics. Pediatrics 120 (6): 2007

⁸⁴ Rybak A., Socha P., Stolarczyk A., Socha J.: Ocena częstości występowania oraz możliwości diagnostycznych i terapeutycznych w zakresie zaburzeń karmienia u dzieci w Polsce. Standardy Medyczne. Pediaatria 2011; 8: 131-144.

- Ponad 40% redukcja liczby wizyt ambulatoryjnych związanych z OZUŚ (Ostre Zapalenie Ucha Środkowego) i kursów antybiotykowych z powodu OZUŚ u dzieci poniżej 2 r.ż. (Zhou, Szefer, Kong, et al., 2008), (Grijalva, Poehling, Nuorti, & al., 2006).
- Redukcja zapadalności na IChP wśród młodszego i starszego rodzeństwa (Bernatowska, 2010).
- 31% redukcja zapadalności na IChP u osób powyżej 65 r.ż., 20% w grupie osób w wieku 40-64 lat oraz 41% w grupie osób w wieku 20-39 r.ż. (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2008).
- 45% redukcja kosztów związanych z diagnostyką i leczeniem zapalenia płuc oraz 32 % redukcja kosztów leczenia ostrego stanu zapalnego ucha środkowego (Zhou, Kyaw, Shefer, & al., 2007), (Zhou, Szefer, Kong, & al., 2008).

Skuteczność szczepień przeciwko pneumokokom – doświadczenia polskie.

W Kielcach od 2006 r. uchwałą Rady Miejskiej szczepionką PCV7 szczepione są wszystkie noworodki w stałym schemacie 2+1 (1 dawka w 3-4 m.ż., 2 w 5-6 m.ż. i 3 w 12-13 m.ż.) wg modelu szczepień zalecanego w Polsce przez Pediatryczny Zespół Ekspertów ds. Programu Szczepień Ochronnych.

We wstępnych analizach uzyskano 65% redukcję hospitalizacji spowodowanych potwierdzonym radiologicznie zapaleniem płuc u dzieci w wieku 0-1 r.ż. i 23% u dzieci w wieku 2-4 r.ż.

Program jest kontynuowany, co pozwoli na dalszą obserwację i gromadzenie danych oraz pełniejszą analizę w okresie następnych kilku lat (Patrzałek, Albrecht, & Sobczynski, 2010).

- Podsumowanie oceny działań i skuteczności szczepień przeciwko pneumokokom podaje prof. Ewa Bernatowska w publikacji Szczepienia Ochronne, 2010:
- Masowe szczepienia szczepionką przeciwko pneumokokom zapoczątkowane w USA w 2000 r. Wykazały wśród zaszczepionych dzieci duży spadek - 98% grupa wiekowa 0 do 2 r.ż. zachorowań na zakażenia wywołane przez serotypy zawarte w szczepionce, a także wyraźny spadek nosicielstwa bakterii.
- Powszechne szczepienia niemowląt wytworzyły tzw. odporność zbiorowiskową; nastąpił spadek zachorowań na IChP wśród młodszego i starszego rodzeństwa, natomiast wśród rodziców i dziadków obserwowano spadek liczby zapaleń płuc.
- Powszechne szczepienia niemowląt szczepionką przeciwko pneumokokom pozwoliły również na zmniejszenie częstości występowania pneumokoków opornych na penicylinę na rzecz pneumokoków wrażliwych na antybiotyki.
- Szczepienia niemowląt szczepionką przeciwko pneumokokom wpływają na zmniejszenie transmisji szczepów, w tym szczepów opornych na osoby nieszczepione. Wiąże się z tym znamienny spadek zachorowań na zakażenia pneumokokowe, w grupach przedwcześnie urodzonych i donoszonych nieszczepionych niemowląt, osób powyżej 60 r.ż. oraz zakażonych HIV.
- W Polsce wprowadzenie szczepień przeciwko pneumokokom u wszystkich dzieci do 2 r.ż. W ramach szczepień obowiązkowych, refundowanych w Programie Szczepień Ochronnych (PSO) jest najpilniejszym priorytetem zmian, zgłoszonych przez Pediatryczny Zespół Ekspertów ds. Programu Szczepień Ochronnych w Polsce.

5. Koszty

Koszty jednostkowe oraz planowane koszty całkowite

Na realizację programu przeznaczone zostaną środki Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, w wysokości 14 000 000 euro (85%). Pozostałe 15 % będzie finansowane ze środków Budżetu Państwa (maks. 9,5%) oraz wkładu własnego beneficjenta (min. 5,5%). Zgodnie z Planem działania w sektorze zdrowia na rok 2016 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020, całościowa alokacja na program wynosi 69 835 294 PLN (wg kursu euro przyjętego dla przedmiotowego Planu działania, 1 euro= 4,2400 PLN). W latach 2014-2020 planuje się ogłoszenie 2 naborów wniosków o dofinansowanie projektów, na każdy z nich zostanie przeznaczony ok. 34 917 647 PLN⁸⁵.

Ceny jednostkowe, w oparciu o które wyliczono koszty programu, zostały ustalone na podstawie danych przekazanych przez podmioty realizujące podobne świadczenia na terenie województwa opolskiego. W programie wystąpią również koszty związane z organizacją przedsięwzięć – tzw. koszty pośrednie oraz koszty działań uzupełniających tj.: działań informacyjno - edukacyjnych, szkoleń dla personelu medycznego, dojazdu na rehabilitację/opiekę nad osobami niesamodzielnymi. Koszty przewidziane w programie muszą być ponoszone na warunkach określonych w wytycznych dot. kwalifikowalności wydatków. Zaplanowane przez beneficjenta szczegółowe wydatki, zostaną zweryfikowane podczas oceny wniosku o dofinansowanie, na warunkach określonych przez Instytucję Zarządzającą Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Opolskiego na lata 2014-2020.

Ścieżka interwencji dla poszczególnej osoby zostanie dostosowana do jej indywidualnych potrzeb, i nie każda osoba będzie musiała zostać objęta całym pakietem usług. Beneficjenci na etapie wniosku o dofinansowanie przygotują szczegółowy budżet odpowiadający na zdiagnozowane deficyty, wskazujący m.in. planowaną ilość świadczeń w poszczególnych działaniach merytorycznych i wynikające z nich koszty. Populacja uczestnicząca w danej interwencji jest uzależniona od liczby osób zainteresowanych działaniami projektowymi. Każda osoba spełniająca kryteria będzie mogła zgłosić swój udział w projekcie.

Koszty organizacyjne, w tym koszty monitorowania postępu realizacji projektu będą wchodziły w katalog kosztów pośrednich. Ich wysokość regulują zasady zawarte w wytycznych dot. kwalifikowalności wydatków. Ostatecznie będzie ona uzależniona od wartości poszczególnych projektów.

Tabela 7 Kosztorys Bloku I: Wczesne wykrywanie wad rozwojowych - badania prenatalne dla kobiet, poniżej 35 lat, nieobjęte świadczeniami NFZ.

I.p.	Czynność	Koszt jednostkowy (maks. Wysokość)
1.	Badania biochemiczne PAP P-A	200 PLN
2.	Badanie biochemiczne BETA-HCG	70 PLN
3.	Badanie genetyczne USG płodu – należy je wykonać dwa razy	250 PLN

Źródło: Opracowanie własne.

⁸⁵ W trakcie wdrażania RPO WO 2014-2020 zaprezentowane podejście może ulec zmianie. Nabory będą ogłaszane na podstawie obowiązującego *Harmonogramu naboru wniosków o dofinansowanie w trybie konkursowym dla RPO WO 2014-2020*.

Tabela 8 Kosztorys Bloku II: Poprawa jakości opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem w ramach mobilnej opieki okołoporodowej

I.p.	Czynność	Koszty jednostkowy (maks. Wysokość)
1.	Usługa specjalisty zaangażowanego w realizację mobilnej opieki okołoporodowej: <ul style="list-style-type: none"> - Mobilne szkoły rodzenia - Mobilna poradnia laktacyjna - Rozszerzona opieka położnej środowiskowej - Wczesna rehabilitacja kobiet po porodzie - Wsparcie kobiet po ciąży mnogiej 	150 PLN
2.	Artykuły wspomagające laktację w tym np.:	
	- laktator z akcesoriami	200 PLN
	- smoczki	20 PLN
	- butelki	20 PLN
	- SNS system	130 PLN
3.	Usługa specjalisty w ramach poradnictwa specjalistycznego	200 PLN

Źródło: Opracowanie własne

Tabela 9 Kosztorys – szczepienia przeciwko wirusowi RS.

I.p.	Czynność	Koszt jednostkowy (średnia wysokość)
1.	Podanie paliwizumabu wraz z kosztem podania oraz wizytą u lekarza specjalisty (pełny cykl podania)	11 000 PLN*

Źródło: Opracowanie własne

*Średnia cena 1 podania leku dla dziecka o wadze 3,3 kg wynosi 2 300 PLN, przy założeniu, że paliwizumab jest podawany w dawce 15mg/kg masy ciała raz w miesiącu, a dla zabezpieczenia przed zachorowaniem zalecane jest podanie 5 podań leku, w comiesięcznych odstępach⁸⁶. Realizator programu powinien zagwarantować prawidłową kwalifikację pacjentów oraz ocenę stanu ogólnego pacjenta przed podaniem kolejnej dawki leku.

Ze względu na wysoki koszt terapii, konieczne jest uzyskanie przez realizatora programu możliwie najniższej ceny jednostkowej leku, którą będzie on w stanie pokryć w celu realizacji działania, bądź zawęzić populację dzieci, w stosunku, do których leczenie będzie efektywne kosztowo.

⁸⁶ Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, *Zapobieganie ciężkiej chorobie dolnych dróg oddechowych wywołanej wirusem RS u dzieci z istotną hemodynamicznie wrodzoną wadą serca (ICD-10 Q20-Q24). Analiza weryfikacyjna*, Warszawa 2015, s. 18.

W przypadku nieosiągnięcia w negocjacjach ceny adekwatnej do rekomendacji i opinii AOTMiT, program w tym zakresie nie będzie realizowany.

Tabela 10 Kosztorys - niwelowanie nieprawidłowości w rozwoju dzieci do lat 2.

I.p.	Czynność	Koszty jednostkowy (maks. Wysokość)
1.	Pogłębiona diagnostyka rozwoju dziecka	250 PLN
2.	Usługa specjalisty zaangażowanego w niwelowanie nieprawidłowości w rozwoju dzieci do lat 2	150 PLN

Źródło: Opracowanie własne

Tabela 11 Kosztorys Bloku II: Ochrona zdrowia dziecka do 2 roku życia – szczepienia ochronne przeciwko pneumokokom dla dzieci do 2 r.ż.

I.p.	Czynność	Koszt jednostkowy (maks. Wysokość)	Ilość podań x koszt jednostkowy
1.	Dzieci z trzema podaniami		
1.1.	Koszt zakupu 1 szczepionki	220 PLN	3 x 220 PLN
1.2.	Koszty podania tzw. serwis	30 PLN	3 x 30 PLN
2.	Dzieci z dwoma podaniami		
2.1.	Koszt zakupu 1 szczepionki	220 PLN	2 x 220 PLN
2.2.	Koszty podania tzw. serwis	30 PLN	2 x 30 PLN

Źródło: Opracowanie własne

Koszty, o których mowa powyżej, nie powinny odbiegać od cen rynkowych.

Przy konstruowaniu szczegółowego budżetu projektu beneficjent będzie zobowiązany do uzasadnienia wyboru poszczególnych działań w programie, ich kosztu, ilości oraz czasu trwania. Wszystkie koszty w ramach projektu muszą być ponoszone w sposób racjonalny, efektywny oraz zapewniający terminową realizację.

Należy pamiętać, że każde działanie projektu powinno zostać dostosowane do indywidualnych potrzeb uczestnika projektu tak aby było ono jak najbardziej skuteczne. Beneficjent musi określić ścieżkę wsparcia dla danej osoby dostosowaną do zdiagnozowanych potrzeb która jednocześnie pozwoli na osiągnięcie zakładanych efektów. Propozycja złożona przez beneficjenta we wniosku aplikacyjnym będzie podlegała ocenie zarówno pod kątem trafności zaproponowanych działań jak i ich efektywności kosztowej.

Tabela 12 Kosztorys działań uzupełniających.

I.p.	Działania	Łączne koszty w okresie 2016-2020
1.	Działania informacyjno - edukacyjne (działania realizowane na wszystkich etapach programu na warunkach przedstawionych w treści Programu, w tym szkolenia dla personelu medycznego)	11 400 000 PLN
2.	Dojazdy na rehabilitację/opieka nad osobą niesamodzielną (działania realizowane na warunkach przedstawionych w treści Programu)	2 000 000 PLN

Źródło: Opracowanie własne

Tabela 13 Indykatorywny podział kosztów całkowitych

I.p.	Działania	Szacunkowe koszty całkowite
1.	Działania organizacyjne (koszty pośrednie)	7 800 000 PLN ⁸⁷
2.	Działania merytoryczne	48 635 294 PLN
3.	Działania informacyjno - edukacyjne (działania realizowane na wszystkich etapach programu na warunkach przedstawionych w treści Programu, w tym szkolenia dla personelu medycznego)	11 400 000 PLN
4.	Dojazdy na rehabilitację/opieka nad osobą niesamodzielną (działania realizowane na warunkach przedstawionych w treści Programu)	2 000 000 PLN
Razem:		69 835 294 PLN

Źródło: Opracowanie własne

Źródła finansowania, partnerstwo

Program będzie finansowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego 2014-2020. Na realizację programu przeznaczone zostaną środki Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, w wysokości 14 000 000,00 euro (85%). Pozostałe 15% będzie finansowane ze środków Budżetu Państwa oraz wkładu własnego beneficjenta.

⁸⁷ Wartość szacunkowa. Ostatecznie będzie uzależniona od wartości poszczególnych projektów.

Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne

Przyjęte kierunki interwencji wpisują się w priorytety zdrowotne państwa określone w dokumencie Krajowe Ramy Strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020 oraz stanowią działania zaplanowane do realizacji w ramach PI 9iv, Działania 8.1 Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych, Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego 2014-2020. Powyższe wynika ze zdiagnozowanych w regionie priorytetowych potrzeb, na które wskazuje Strategia Ochrony Zdrowia dla Województwa Opolskiego na lata 2014-2020. Wobec zmniejszającej się dzietności wzmocnienia wymagają działania na rzecz opieki nad matką i dzieckiem, gdyż niewystarczająca infrastruktura np. z zakresu ginekologii i neonatologii, nie sprzyja trosce o kobiety oraz najmłodszych mieszkańców województwa. Ponadto z coraz starszym wiekiem rodzących kobiet zwiększa się konieczność sprawowania nad nimi specjalistycznej opieki. Założone w programie działania zwiększą w szczególności dostęp do opieki okołoporodowej dla osób wykluczonych i zagrożonych ubóstwem, które często ze względu na posiadane deficyty i niską świadomość nie korzystają z proponowanych usług zdrowotnych.

6. Monitorowanie i ewaluacja

Ocena Programu obejmować będzie, m.in. ocenę zgłaszalności, ocenę jakości świadczeń w Programie oraz ocenę jego skuteczności (polegającą na porównaniu stanu końcowego w zakresie danego problemu zdrowotnego ze stanem wyjściowym) i przeprowadzona zostanie na zakończenie jego realizacji. Ewaluacja zostanie przeprowadzona na poziomie Programu, a nie na poziomie realizacji poszczególnych projektów.

Program Poprawy opieki nad matką i dzieckiem (...) będzie realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020 przez podmioty wybrane w drodze konkursowej.

Ocena programu, w tym monitorowanie mierników jego efektywności, będzie opierać się m.in. na informacjach pozyskanych w ramach obowiązków sprawozdawczych nałożonych na beneficjentów RPO WO 2014-2020, zgodnie z zapisami umowy o dofinansowanie. Beneficjent będzie przekazywał raz na kwartał oraz na każdą prośbę Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego Sprawozdanie z realizacji mierników efektywności dla Programu.

Ponadto beneficjenci będą zobowiązani do przeprowadzenia ankiet informujących o poziomie zadowolenia adresatów programu objętych realizacją danego projektu, co będzie stanowiło element oceny realizacji programu na jego zakończenie.

Ocena zgłaszalności do programu

Ocena zgłaszalności do programu będzie monitorowana na podstawie deklaracji udziału uczestników w danym projekcie. Planuje się, że program Poprawy opieki nad matką i dzieckiem (...) obejmie wsparciem ok. 39 150 osób. Preferencyjnie traktowane będą osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym. Informacja o poziomie frekwencji będzie analizowana w trakcie realizacji programu, a dokonywana będzie przez beneficjentów - realizatorów na podstawie informacji zbieranych w trakcie realizacji danego projektu. W przypadku niskiej frekwencji pozwoli to na wprowadzanie dodatkowych działań, np. w formie uzupełniającej akcji zapraszającej do udziału. Za analizę zgłaszalności do danego projektu i podejmowanie ewentualnych działań dodatkowych/naprawczych odpowiadać będzie beneficjent-realizator. Poziom zgłaszalności będzie elementem końcowej oceny realizacji programu Poprawy opieki nad matką i dzieckiem (...) dokonywanej na podstawie danych pozyskanych od beneficjentów.

Ocena jakości świadczeń w programie

Badanie jakości prowadzone będzie przez beneficjenta-realizatora na podstawie ankiet oceniających realizację danego projektu, wypełnianych przez uczestnika. Każdy uczestnik będzie poinformowany przez beneficjenta o możliwości zgłaszania uwag do organizatorów badania w zakresie jakości uzyskanych świadczeń. Beneficjent będzie przeprowadzać ocenę w każdym projekcie z częstotliwością dostosowaną do etapów realizacji projektu lub zadań w jego ramach realizowanych. Obligatoryjnie ocena będzie musiała być przeprowadzona na zakończenie realizacji projektu i obejmować wszystkie usługi, którymi w ramach projektu objęci będą świadczeniobiorcy. Ocena jakości świadczeń będzie elementem końcowej oceny realizacji programu *Poprawy opieki nad matką i dzieckiem (...)* dokonywanej na podstawie danych pozyskanych od beneficjentów.

Ocena efektywności programu

Analizie i ocenie podlegać będzie poziom osiągnięcia wskaźników określonych w programie *Poprawy opieki nad matką i dzieckiem (...)*. Ocena programu, w tym jego monitorowanie będzie opierać się m.in. na informacjach pozyskanych w ramach obowiązków sprawozdawczych nałożonych na beneficjentów-realizatorów RPO WO 2014-2020. Informacje zebrane w ww. cyklu sprawozdawczym pozwolą na przygotowanie oceny realizacji programu na zakończenie jego realizacji oraz umożliwią monitorowanie jego realizacji na poszczególnych etapach. Wykonana analiza odnosić się będzie do osiągniętych efektów w porównaniu z założonymi miernikami efektywności i przeprowadzona zostanie na zakończenie jego realizacji.

Projekt przewiduje zapewnienie trwałości efektów m.in. dzięki wzrostowi liczby lekarzy, pielęgniarek i położnych posiadających wysokie kwalifikacje w zakresie opieki okołoporodowej, , które mogą zostać wykorzystane do realizacji ewentualnych kolejnych programów lub w ramach standardowej opieki nad pacjentami.

7. Okres realizacji programu

Realizacja programu będzie trwała od 2016-2020 roku.

8. Piśmiennictwo

1. *Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) Recommended Immunization Schedules for Persons Aged 0 Through 18 Years and Adults Aged 19 Years and Older, Morbidity and Mortality Weekly Report, nr 62, 2013*
2. *Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Zapobieganie ciężkiej chorobie dolnych dróg oddechowych wywołanej wirusem RS u dzieci z istotną hemodynamicznie wrodzoną wadą serca (ICD-10 Q20-Q24). Analiza weryfikacyjna, Warszawa 2015*
3. *Albrecht P. et al., Kliniczne i praktyczne efekty szczepień koniugowaną szczepionką pneumokokową w zapobieganiu inwazyjnej chorobie pneumokokowej, zapaleniom płuc i ucha środkowego u dzieci w świetle doświadczeń polskich i światowych, *Pediatrics Polska* nr 84 (1) 2009*
4. *Albrecht P. et al., Zalecenia Polskiej Grupy Roboczej ds. Inwazyjnej Choroby Pneumokokowej (IChP) u Dzieci dotyczące stosowania siedmiowalentnej skoniugowanej szczepionki przeciw pneumokokowej (PCV7), *Pediatrics Polska*, 2007, nr 82*
5. *Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN). Assessment and care of the late preterm infant. Evidence-based clinical practice guideline. Am Fam Physician. 2007 Oct 15;76(8)*

6. Baston H., Hall J., *Opieka przedporodowa: przygotowanie do porodu* [w:] *Podstawy położnictwa. Przed porodem*. Baston H., Hall J. Elsevier Urban & Parner, Wrocław 2011
7. Bennett N. et al., *Intervals Between PCV13 and PPSV23 Vaccines: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)*, *Weekly Epidemiological Record*, 2007, nr 82, 2015
8. Bernaciak J. et al., *Cytogenomic Evaluation of Children with Congenital Anomalies: Critical Implications for Diagnostic Testing and Genetic Counseling* [w:] *Adv. Exp. Medicine, Biology Neuroscience and Respiration*, Springer 2016
9. Bernatowska E., Grzesiowski P., *Szczepienia ochronne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015
10. Bernatowska, E. et al., *Szczepionki swoiste w prewencji zakażeń dróg oddechowych*, *Nowa Medycyna* nr 2/2009
11. Black C.P., *Systematic review of the biology and medical management of respiratory syncytial virus infection*. *Respir Care* 2003, nr 48
12. Bolwy J., *Attachment and loss*. Vol.1 London: Penguin Books, 1969
13. Brady C.L., *Understanding Learning Styles: Providing the Optimal Learning Experience*, *International Journal of Childbirth Education*, vol. 28, nr 2, 2013
14. *Caring for tomorrow – EFCNI White Paper on Maternal and Newborn Health and Aftercare Services*
15. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), *Active Bacterial Core Surveillance (ABCs) Report, Emerging Infections Program Network (EIP), Streptococcus pneumoniae, 1998*. W US Department of Health and Human Services, CDC. Atlanta, GA.; 1998
16. Chazan B., *POPRAWA STANU ZDROWIA MATEK ORAZ DZIECI PRZED URODZENIEM i NOWORODKÓW*, [w:] *Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa*, pod red. Janusza Szymborskiego, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa 2012
17. *Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2014 roku*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, PZH
18. Chuchracki M. et al., *Zespół Edwardsa - najczęstsze wskazania do wykonania amniopunkcji genetycznych. Analiza na przestrzeni ostatnich 5 lat*, *Przegląd Lekarski* nr 69 /10, 2012
19. Committee on Infectious Diseases, *Policy Statement Recommendations for the Prevention of Streptococcus pneumoniae Infections in Infants and Children: Use of 13-Valent Pneumococcal Conjugate Vaccine (PCV13) and Pneumococcal Polysaccharide Vaccine (PPSV23)*, *Pediatrics*, 126 (1), 2010
20. Ćwiek D., *Szkoła rodzenia*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010
21. Dangel J., *Diagnostyka prenatalna – mity i rzeczywistość*, *Polska Akademia Nauk, NAUKA* 3/2007
22. *Diagnoza wyzwań, potrzeb i potencjałów obszarów/sektorów objętych RPO WO 2014-2020*, Zarząd Województwa Opolskiego, Opole 2014
23. Duncan A., Langlois S., *Use of Array Genomic Hybridization Technology in Prenatal Diagnosis in Canada*, *JOGC*, nr 270, 2011
24. Edmonds J.K., Cwierniewicz T., Stoll K., *Childbirth Education Prior to Pregnancy? Survey Findings of Childbirth Preferences and Attitudes Among Young Women*, *The Journal of Perinatal Education*, vol. 24, nr 2, 2015
25. Engle W.A., Tomashek K.M., Wallman C. *Committee on Fetus and Newborn*.
26. Farver M-C., *a Model For Outpatient Lactation Care*, 2015
27. Feltes T.F., Simoes E., *Palivizumab prophylaxis in haemodynamically significant congenital heart disease*. *Archives of Disease in childhood*. 2005, 90(8)

28. Frączek P., Jabłońska M., Pawlikowski J., *Medyczne, etyczne, prawne i społeczne aspekty badań prenatalnych w Polsce*, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, Tom 19, Nr 2, 2013
29. Fundacja Instytut Rozwoju Regionalnego, *Wczesne wspomaganie Wsparcie psychologiczno-pedagogiczne*, Kraków 2009
30. Fundacja Rodzić po Ludzku, "Wokół porodu". wybrane zagadnienia medycyny opartej na dowodach naukowych, Warszawa 2015
31. Gawor M., *Rozwój dziecka od okresu noworodkowego do 3 roku życia*, w: Wybrane zagadnienia z pediatrii i pielęgniarstwa pediatrycznego Tom I, Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa i położnictwa, red. L. Sochocka, A. Wojtyłko, Opole 2012
32. Guidance for the Clinician in Rendering Pediatric Care. American Academy of Pediatrics. *Pediatrics* 120 (6): 2007
33. Hamuda M., Kowalczykiewicz-Kuta A., *Przeżywalność noworodków urodzonych przedwcześnie z masą ciała poniżej 1500 g w województwie opolskim w latach 1998-2003*, <http://www.czytelniamedyczna.pl/2063,przezywalnosc-noworodkow-urodzonych-przedwcześnie-z-masa-ciala-ponizej-1500-g-w.html>, stan na dzień 24.03.2016 r.
34. Hawthorne J., Centrum Badań nad Rodziną, Uniwersytet Cambridge
35. Hospital discharge of the high risk neonate proposed guidelines. American Academy of Pediatrics. Committee on Fetus and Newborn. *Pediatrics*. 1998
36. <http://www.eurocat-network.eu/accessprevalencedata/prevalencetables>, stan na 30.03.2016 r.
37. <http://www.nbas.edu.pl/cms/ckfinder/userfiles/files/Joanna%20Hawthorne,%20Betty%20Hutchon.pdf> [dostęp: 12.05.2016 r.]
38. <http://www.rynekzdrowia.pl/serwis-ginekologia-i-poloznictwo/bezplatne-badania-prenatalne-tylko-dla-kobiet-po-35-r-z-eksperci-to-archaizm,161993,209.html> stan na dzień 19-05-2016
39. <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-dostepnosci-badan-prenatalnych.html> stan na dzień 18-05-2016
40. Iwanowicz – Palus G., *Alternatywne metody opieki okołoporodowej*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012
41. Jadczyk-Szumiło T., Znaczenie jakości wczesnej komunikacji Matka – Dziecko dla relacji przywiązania. Wykorzystanie skali Brazeltona do oceny możliwości noworodka w zakresie budowania relacji przywiązania, <http://www.item-psychologia.pl/artykuly> [dostęp: 12.05.2016 r.]
42. Kaufman B.N., *Uwierzyć w cud. Terapia dzieci autystycznych*, Warszawa 1991, t. II, oraz Pennock K., *Ratowanie dzieci z uszkodzeniem mózgu*, Toruń 1994
43. Komunikat w zakresie karmienia piersią jako wzorcowego sposobu żywienia niemowląt oraz preparatów zastępujących mleko kobiece (sztucznych mieszanek), Ministerstwo Zdrowia, 2013
44. Kornacka M. K.: <http://www.zdrowystartwprzyszlosc.pl/moja-ciaza/ty-i-dziecko/ochrona-po-cesarskim-cieciu>, stan na dzień 07.04.2016r.
45. Korniszewski L., *Typy wad wrodzonych w: Dziecko z zespołem wad wrodzonych*, red. L. Korniszewski Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005
46. Kotarski J., Wielgoś M. et al., Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące postępowania w zakresie diagnostyki prenatalnej, *Ginekologia Polska* 2009, nr 80
47. Kozłowski P, Knippel AJ, Froehlich S, et al., *Additional performance of nasal bone in first trimester screening*. *Ultraschall Med*. 2006
48. *Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020. Nowy wymiar aktywnej integracji*, MPiPS, Warszawa 2014

49. Kroes I, Janssens S, Defoort P, *Ultrasound features in trisomy 13 (Patau syndrome) and trisomie 18 (Edwards syndrome) in a consecutive series of 47 cases*; Facts Views Vis Obgyn, 2014
50. Krówka D., Żur A., *Kwalifikacje zawodowe położnych a standard opieki okołoporodowej*, GinPolMedProject, 2013, nr 30
51. Kwiatek M., Geca T., Biegaj-Fic J., Kwaśniewska A., Szkoła rodzenia – profil pacjentek oraz wpływ zajęć na przebieg porodu i stan noworodka, *Medycyna ogólna i nauki o zdrowiu*, 2011, Tom 17, Nr 3
52. Lahood A., Bryant C.A. Outpatient care of premature infant. *American Family Physician* 2007. 15; 76(8)
53. Latos-Bieleńska A., Materna-Kiryłuk A., PRCM Working Group, *Polish registry of congenital malformations – aims and organization of the registry monitoring 300 000 births a year*, *J Appl. Genet.* 46, 2005
54. Łaczmajska I., Stembalska A., *Nowoczesne metody molekularne w prenatalnej diagnostyce inwazyjnej*, *Ginekologia Polska* 2013, nr 84
55. Materna-Kiryłuk M. *Polski Rejestr Wrodzonych Wad Rozwojowych jako źródło danych do badań epidemiologicznych, etiologicznych i planowania opieki medycznej*, Poznań 2014
56. Mete S., Yenil K., Okumus H., An Investigation into Breastfeeding Characteristics of Mothers Attending Childbirth Education Classes, *Asian Nursing Research*, vol. 4, nr 4, 2010
57. Miller D.T. et al., *Consensus statement: chromosomal microarray is a first-tier clinical diagnostic test for individuals with developmental disabilities or congenital anomalies*, *Am. J. Hum. Genet.* 86, Ledbetter DH 2010
58. Nair H., Nokes D.J., Gessner B.D. et al. Global burden of acute lower respiratory infections due to respiratory syncytial virus in young children: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2010
59. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015. Załącznik do uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r.
60. Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020,
61. O'Brien K. et al., Burden of disease caused by Streptococcus pneumonia in children younger than 5 years: global estimates, *Lancet* (374) 2009
62. Overturf G. A., Technical Report: Prevention of Pneumococcal Infections, Including the Use of Pneumococcal Conjugate and Polysaccharide Vaccines and Antibiotic Prophylaxis, *Pediatrics* (106), 200, s. 367-376
63. Patrzalek, M., Albrecht, P., & Sobczyński, M., Significant decline in pneumonia admission rate after the introduction of routine 2+1 dose Schedule heptavalent pneumococcal conjugate vaccine (PCV7) in children under 5 years of age in Kielce, Poland, *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.*, 29 (7); 2010
64. Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2014 roku, GUS, Warszawa 2015
65. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, *Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie opieki przedporodowej w ciąży i prawidłowym przebiegu*, Poznań 2005
66. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, *Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące postępowania w zakresie diagnostyki prenatalnej*, *Ginekologia Polska* nr 5/2009, opracowane przez zespół ekspertów pod przewodnictwem prof. dr. hab. J. Kotarskiego, prof. dr hab. M. Wielgosia
67. Przewęda R., Wybraniec B., *Charakterystyka rozwoju motorycznego dziecka w wieku przedszkolnym*. *Wychowanie w przedszkolu* nr 7/8,
68. Raport Instytutu Matki i Dziecka „Umieralność okołoporodowa wczesna płodów i noworodków w szpitalach publicznej służby zdrowia” za lata 1999-2003

69. Raport o sytuacji społeczno-gospodarczej województwa opolskiego w 2015 r, Urząd Statystyczny w Opolu, Maj 2016
70. Resch B., Michel-Behnke I., Respiratory syncytial virus infections in infants and children with congenital heart disease: update on the evidence of prevention with palivizumab, *Curr Opin Cardiol* 2013, nr 28
71. *Roczniki Demograficzne*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2008, 2009, 2012, 2013, 2014, 2015
72. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. W sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. z 2009 r. Nr 137, poz 1126)
73. Rozporządzenie MZ w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem z dnia 23 września
74. Rybak A., Socha P., Stolarczyk A., Socha J.: Ocena częstości występowania oraz możliwości diagnostycznych i terapeutycznych w zakresie zaburzeń karmienia u dzieci w Polsce. *Standardy Medyczne. Pediatria* 2011; 8: 131-144.
75. Sahoo G. S., Butterworth A. S., Sanderson S., Shaw-Smith C., Higgins J. P., Burton H., *Array CGH in patients with learning disability (mental retardation) and congenital anomalies: updated systematic review and meta-analysis of 19 studies and 13,926 subjects*, *Genet. Med.* 11, 2006
76. Sochocka L., Wojtyłko A. (red.), *Wybrane zagadnienia z pediatrii i pielęgniarstwa pediatrycznego*, Opole 2012, t. 1
77. Springett AL, Morris JK, *Antenatal detection of Edwards (trisomy 18) and Patau (trisomy 13) syndrome: England and Wales 2005-2012*; *J Med Screen.* 2014
78. Standardy opieki medycznej nad noworodkiem w Polsce. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego, Polskie Towarzystwo Neonatologiczne, Warszawa 2015
79. Stankiewicz P., Beaudet A.L., *Use of array CGH in the evaluation of dysmorphology, malformations, developmental delay, and idiopathic mental retardation*, *Curr Opin Genet Dev* 17, 2007
80. Stembalska A., Łaczmńska I., Dudarewicz, L., *Test PAPP-A – prenatalne badanie skринingowe aneuploidii chromosomów 13, 18 i 21*, *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, tom 4, zeszyt 1, 2011
81. Stembalska A., Ślęzak R., Śmigiel R., Sasiadek M.M., *Cytogenetic examinations in the health care system: their potential role in prevention of diseases*, *Polit. Zdr.* 2013, 12
82. Stopień zagrożenia ubóstwem w woj. opolskim. Wielowymiarowa analiza porównawcza opracowana na podstawie metody wzorca rozwoju, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Opolu. Stan na 31 grudnia 2014 r., Opole, marzec 2015
83. Streszczenie Europejskiego Publicznego Sprawozdania Oceniającego (EPAR) dotyczącego leku synagis (http://www.ema.europa.eu/docs/pl_PL/document_library/EPAR__Summary_for_the_public/human/000257/WC500056736.pdf)
84. Szabo S.M., Gooch K.L., Bibby M.M., Vo P.G., Mitchell I., Bradt P., Levy A.R., The risk of mortality among young children hospitalized for severe respiratory syncytial virus infection, *Paediatr Respir Rev*, 2013, Suppl 2
85. Szczałuba K., E. Obersztyn, T. Mazurczak, Zastosowanie nowoczesnych technik cytogenetyki molekularnej w diagnostyce wrodzonych wad rozwojowych, *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, tom 3, zeszyt 2, 108-116, 2010
86. Szczepienia ochronne w Polsce w 2014 roku, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, PZH

87. Szyborski J., Zdrowie publiczne i polityka rozwojowa, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012
88. Szyborski J., ZDROWIE PUBLICZNE w PROJEKTACH PROGRAMOWYCH POLITYKI LUDNOŚCIOWEJ, [w:] Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa, pod red. Janusza Szyborskiego, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa 2012,
89. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Genetics, Society for Maternal-Fetal Medicine, *The Use of Chromosomal Microarray Analysis in Prenatal Diagnosis*, Committee Opinion nr 581, 2013
90. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. 2013, poz. 947 ze zm.)
91. WHO Position Paper, Pneumococcal conjugate vaccine for childhood immunization, Weekly Epidemiological Record, 2007, nr 82
92. *Wrodzone wady rozwojowe w Polsce w latach 2005 - 2006*. Dane z Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych. Poznań 2010
93. *Wytyczne w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020*
94. *Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020*
95. Zalecenia Konsultanta Krajowego w dziedzinie Pediatrii oraz Konsultanta Krajowego w dziedzinie Neonatologii w zakresie zasad zapobiegania zakażeniom wirusa RS w grupach wysokiego ryzyka: <http://www.korektorzdrowia.pl/wp-content/uploads/zalecenia-neonatologia-kl-11.09.12.pdf>
96. 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).
97. Zdrowie 2020 Europejska polityka wspierająca działania rządów i społeczeństw na rzecz zdrowia i dobrostanu człowieka, Europejski Komitet Regionalny WHO, Malta 2012
98. ZDROWIE 21, ZDROWIE DLA WSZYSTKICH w XXI WIEKU, Podstawowe założenia polityki zdrowia, dla wszystkich w Regionie Europejskim WHO, dostępne dnia 14.04.2016 r. <http://www.parpa.pl/index.php/alkohol-w-europie/zdrowie-21-zdrowie-dla-wszystkich-who>
99. <http://jejswiat.pl/12450,matki-blizniat-potrzebują-wsparcia> na dzień 16/05.2016, stan na dzień 6.05.2016 r.
100. <http://pediatra.ptasinski.pl/sygnaly-ostregawcze-w-rozwoju-psychoruchowym-dziecka-do-lat-3/>, stan na dzień 6.04.2016 r.
101. late preterm infant. Evidence-based clinical practice guideline. Am Fam Physician. 2007 Oct 15;76(8).