

Załącznik do Uchwały nr 34/1/24

Zarządu Województwa Mazowieckiego z dnia 13 maja 2024 r.

Akceptuję

.....

Województwo Mazowieckie

03-719 Warszawa, ul. Jagiellońska 26

tel. (22) 59-79-900, email: zdrowie@mazovia.pl

Program Polityki Zdrowotnej Samorządu Województwa Mazowieckiego



Program polityki zdrowotnej w zakresie opieki poporodowej dla mieszkańców województwa mazowieckiego

okres realizacji: lata 2024-2026

Podstawa prawna: art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach
opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Warszawa 2024 r.

Spis treści

Słowniczek.....	3
1. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	4
1.1. Opis problemu zdrowotnego.....	4
1.2. Dane epidemiologiczne	6
1.3. Opis obecnego postępowania	9
2. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	14
2.1. Cel główny	14
2.2. Cele szczegółowe.....	14
2.3. Mierniki efektywności programu polityki zdrowotnej.....	14
3. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej.....	16
3.1. Populacja docelowa.....	16
3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	16
3.3. Planowane interwencje.....	17
3.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej	22
3.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	22
4. Organizacja programu polityki zdrowotnej	22
4.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	22
4.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	24
5. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	26
5.1. Monitorowanie	26
5.2. Ewaluacja	27
6. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	28
6.1. Koszty jednostkowe	28
6.2. Koszty całkowite	30
6.3. Źródła finansowania	30
Bibliografia	31
Załącznik A1. Wzór świadomej zgody i oświadczenie o miejscu zamieszkania ¹	33
Załącznik A2. Oświadczenie o wykonywanym zawodzie	34
Załącznik B. Wzór pisemnej rezygnacji z dalszego uczestnictwa w programie	35
Załącznik C1. Wzór ankiety satysfakcji uczestników programu – I grupa docelowa	36
Załącznik C2. Wzór ankiety satysfakcji uczestników programu – II grupa docelowa	39
Załącznik D. Wzór sprawozdania kwartalnego/rocznego/końcowego*	40

Słowniczek

AOTMiT – Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

ICD-10 – Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób (International Classification of Diseases).

KOC – Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży.

Koszty bezpośrednie – koszty kwalifikowane, dotyczące bezpośrednio interwencji zaplanowanych w programie.

Koszty pośrednie – koszty kwalifikowane, niezbędne do realizacji programu, ale niedotyczące bezpośrednio interwencji zaplanowanej w programie. Zalicza się do nich np.: zakup materiałów promocyjnych i informacyjnych, koszty związane z obsługą administracyjną i księgową. Do kosztów pośrednich należą także koszty związane z monitoringiem i ewaluacją programu.

Kryteria włączenia – warunki, które musi spełnić osoba aplikująca, aby skorzystać z programu.

Kryteria wyłączenia – warunki, których zaistnienie wyklucza (trwale lub czasowo) udział w programie.

Organizator – Województwo Mazowieckie.

Osoba aplikująca do programu – osoba, która zgłosiła chęć udziału w programie (np. została zapisana na minimum jedną interwencję lub szkolenie lub wpisana na listę oczekujących).

Uczestnik – osoba spełniająca kryteria włączenia do programu i bezpośrednio korzystająca z co najmniej jednej interwencji zaplanowanej w programie.

Położna POZ – osoba wykonująca zawód położnej, która spełnia warunki wskazane w art. 8 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej.

Program – Program polityki zdrowotnej w zakresie opieki poporodowej dla mieszkańców województwa mazowieckiego na lata 2024-2026.

Realizator – wybrany w drodze konkursu podmiot wykonujący działalność leczniczą w myśl ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

WHO – (ang. *World Health Organization*) Światowa Organizacja Zdrowia.

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

1.1. Opis problemu zdrowotnego

Ciąża to czas szczególny w życiu każdej kobiety. Niezależnie od tego, czy jest spełnieniem marzeń o posiadaniu potomstwa, czy zaskoczeniem – rozpatrywana jest w kontekście sytuacji stresogennej. Porodowi towarzyszy wiele emocji: dla jednych kobiet jest to zdarzenie pozytywne i radosne, innym zaś kojarzy się negatywnie, jako coś, co należałoby wymazać z pamięci. Okres po narodzinach dziecka również może przynosić nie tylko oczekiwaną radość, zadowolenie czy euforię, ale także liczne problemy i niepokojące refleksje. Owe okoliczności społeczne i emocjonalne wpływają na życie matki, jej otoczenie oraz zdrowie behawioralne i emocjonalne dzieci. Zmiany związane z całym okresem okołoporodowym, także przebiegającym prawidłowo, sprawiają, że jest to czas, gdy kobieta oczekuje szczególnego wsparcia ze strony otoczenia. Mimo postępu w naukach medycznych w ostatnich latach na całym świecie obserwuje się zwiększenie częstości występowania zaburzeń w okresie okołoporodowym.¹

Do najliczniejszych powodów wizyt młodych mam u lekarza pierwszego kontaktu należą problemy laktacyjne. Karmienie piersią jest najzdrowszym sposobem żywienia niemowląt i małych dzieci, rekomendowanym przez wszystkie autorytety w dziedzinie pediatrii, żywienia i zdrowia publicznego niezmiennie od lat 90-tych (WHO, Amerykańska Akademia Pediatrii, Dyrektoriat Zdrowia Publicznego i Oceny Ryzyka UE, Europejskie Towarzystwo Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci i wiele innych). Kraje podejmują działania na rzecz wspierania żywienia dzieci kobiecym mlekiem ze względu na udowodnione korzyści zdrowotne dla dzieci, matek i osób dorosłych. Wiąże się to z konkretnymi korzyściami ekonomicznymi w obszarze zdrowia publicznego, więc ten czynnik powinien być włączany do programów zdrowotnych.²

Karmienie piersią jest złotym standardem żywienia noworodków i niemowląt.³ Dostępne opracowania wskazują na liczne korzyści z karmienia naturalnego zarówno dla matki, jak i jej dziecka.⁴ Stwierdzono m.in. znacznie mniejszą śmiertelność z powodu zakażeń przewodu pokarmowego u dzieci karmionych wyłącznie piersią w stosunku do niemowląt karmionych w sposób mieszany od 3.–4. miesiąca życia. U matek karmiących piersią obserwowano szybszą utratę masy ciała oraz dłuższy okres niepełności laktacyjnej. Mimo niezaprzeczalnych korzyści płynących z takiego sposobu żywienia okres laktacji jest czasem, w którym kobieta może doświadczyć wielu trudności. Matki karmiące piersią niejednokrotnie zgłaszają się do gabinetów lekarzy POZ, by uzyskać poradę w związku z dolegliwościami laktacyjnymi. W trakcie karmienia piersią może też dochodzić do zaostrzenia chorób przewlekłych, rozwoju infekcji czy pojawienia się schorzeń wymagających pilnej interwencji medycznej. Nieprawidłowości w przebiegu procesu karmienia mogą prowadzić do wystąpienia zaburzeń zarówno u dziecka (np. niedobór masy

¹ Pieniążek A., Ocena stanu emocjonalnego kobiet w ciąży i po porodzie, 2021;

² Centrum Nauki o Laktacji im. Anny Osłisło, <https://cnol.kobiety.med.pl/sytuacja-w-polsce/>, dostęp 1 grudnia 2023 r., godz. 13:36

³ Eidelman AI, Schanler RJ, Johnston M i wsp. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 2012; 129: e827-841.

⁴ Szajewska H, Horvath A, Rybak A, Socha P. Karmienie piersią. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci. Standardy Medyczne Pediatria 2016; 13: 9-24.

ciała), jak i u matki (np. schorzenia piersi i brodawek). Kluczowe w procesie diagnostycznym jest zatem określenie, czy karmienie przebiega prawidłowo.⁵

W ramach kampanii realizowanej w 2015 r. pod patronatem Centrum Nauki o Laktacji powstał raport dotyczący karmienia piersią w Polsce. Wyniki pokazały, że mimo polskich regulacji prawnych i standardów wypracowanych w systemie opieki zdrowotnej nad kobietą i dzieckiem w okresie karmienia piersią wsparcie to jest niewystarczające i nie jest oferowane rutynowo. Przekłada się to na gwałtowne obniżenie wskaźników karmienia piersią w pierwszych tygodniach po porodzie. W badaniu 75% kobiet podało, że doświadczyło problemów laktacyjnych. W przypadku uszkodzenia brodawek lub ich bolesności – jednych z najczęstszych przyczyn wczesnej rezygnacji z karmienia piersią – 1/3 kobiet nie uzyskała żadnej pomocy od położnych, 1/5 kobiet uzyskała pomoc w skorygowaniu sposobu ssania u dziecka. W przypadku pozostałych kobiet najczęściej zalecano stosowanie kapturków ochronnych oraz maści ochronnych na brodawki, co bez korekty ssania nie jest pomocne. 70% kobiet z problemem laktacyjnym udało się do doradcy laktacyjnego. Kobiety, które nie skorzystały z profesjonalnej porady (30%) jako przyczynę tego podało brak wiedzy na temat istnienia doradców i możliwości odbycia takiej wizyty.⁶

Uroginiekologia to dziedzina medycyny obejmująca patologie dna miednicy, tj. nietrzymanie moczu i zaburzenia statyki narządów miednicy mniejszej. Dokuczliwe objawy wpływają negatywnie na codzienne życie pacjentek, a także na ich funkcjonowanie w rodzinie i społeczeństwie. Obniżają jakość życia i mogą być źródłem dalszych dysfunkcji, takich jak depresja czy zaburzenia seksualne. Ze względu na poczucie wstydu i zażenowania związane z dolegliwościami oraz ograniczoną wiedzą, od pojawienia się objawów do rozpoczęcia leczenia często mija wiele lat. Większość schorzeń dna miednicy można skutecznie leczyć, a terapia powinna być prowadzona w sposób interdyscyplinarny i zindywidualizowany. W powyższym problemie zdrowotnym rekomendowana jest pomoc fizjoterapeuty uroginiekologicznego, gdzie fizjoterapia powinna być prowadzona przez co najmniej 3 miesiące.⁷

Poza aspektami, które dotyczą zdrowia i samopoczucia przyszłej mamy, bardzo istotnym aspektem w opiece okołoporodowej jest rozwój nowonarodzonego dziecka. Według Światowej Organizacji Zdrowia rehabilitacja to kompleksowe działania mające na celu przystosowanie pacjenta do życia i umożliwienie mu uzyskania jak największej sprawności. Jednak, gdy mamy do czynienia z noworodkiem owa fizjoterapia przypomina bardziej kształtowanie człowieka, jego korektę i budowę funkcji życiowych przydatnych w życiu dorosłym, dlatego też potrzebne jest wielotorowe podejście oraz zaangażowanie.

Zwykle pierwsze objawy zaburzeń pojawiają się w pierwszym roku życia. Niekiedy sygnały są bardzo wyraźne i nie ulega wątpliwości, że dziecko wymaga pomocy fizjoterapeuty. W innych przypadkach jednak różnice i odstępstwa od normy mogą nie rzucać się w oczy i problem może się długo pogłębiać, pozostając niezauważonym.

⁵ K. Suchocka, „Najczęstsze problemy laktacyjne kobiety karmiącej piersią”, „Opieka nad matką i dzieckiem w POZ” 2/2022, Białystok, 2022,

⁶ Tałaj A., Pruszek P., Karmienie naturalne dziecka i poradnictwo laktacyjne w Polsce, 2019;

⁷ Szymanowski P., Gierat A., Szweida H., Józwiak M., Choroby uroginiekologiczne - poważny problem społeczny, Kraków, 2017;

Poza widocznymi chorobami wymagającymi pomocy fizjoterapeuty u dzieci m.in.: rozszczepy kręgosłupa, choroby nerwowo-mięśniowe, zaniki rdzeniowe mięśni, zwichnięcia stawów i złamania u dzieci a także koślawość kolan, konieczność rehabilitacji dziecka może się pojawić także na tle problemów w rozwoju poznawczym. U najmłodszych dzieci jedne z możliwych objawów to m.in. brak reakcji na bodźce słuchowe i/lub wzrokowe lub nadmierne reakcje, brak umiejętności utrzymywania kontaktu wzrokowego, brak gaworzenia, brak reakcji na imię czy wołanie; najogólniej mówiąc, objawy wskazujące na brak komunikacji dziecka ze światem zewnętrznym. Te i inne sygnały mogą wskazywać na problemy z grupy całościowych zaburzeń rozwojowych. Zdarza się, że już w pierwszych miesiącach życia dziecka pojawia się nawet drobny sygnał, który przy pomocy fizjoterapeuty pediatrycznego pozwoli zdiagnozować dziecko.⁸

Ponadto ogromnie istotnym w prawidłowym rozwoju płodu i późniejszym zdrowiu dziecka, ma wpływ sposób żywienia wraz ze stylem życia kobiety, jeszcze przed ciążą. Coraz częściej zwraca się uwagę na tzw. płodowe programowanie metaboliczne, ponieważ już w okresie ciąży można wpływać na zwiększone, bądź zmniejszone ryzyko rozwinięcia się chorób cywilizacyjnych tj. otyłość, cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze, choroby wieńcowe, osteoporoza, czy niektóre nowotwory u dzieci. Dlatego tak istotne jest promowanie zdrowego trybu życia. W czasie ciąży zwiększa się zapotrzebowanie na energię, składniki odżywcze i płyny, ponieważ w ciąży organizm kobiety zużywa więcej energii w związku ze wzrostem płodu i łożyska, oraz intensywniejszą pracą serca i płuc. W normach polskich zalecono zwiększoną o 360 kcal na dzień energetyczność diety od II trymestru ciąży i 475 kcal więcej w III trymestrze. Są to wartości odpowiadające 1-2 dodatkowym przekąskom lub dodatkowemu posiłkowi.⁹ Warto także w tym miejscu zaznaczyć, że kobieta w trakcie ciąży w związku z m.in. zwiększeniem masy ciała, także narażona jest na rozwinięcie chorób cywilizacyjnych, dlatego tak istotne jest poszerzanie wiedzy w temacie odpowiedniego odżywiania.

1.2. Dane epidemiologiczne

Liczba ludności Polski spadła w 2021 r. najmocniej od II wojny światowej - wynika z danych GUS. Na świat przyszło najmniej dzieci i zmarło najwięcej osób od ponad 70 lat.

W 2022 r. według GUS urodziło się 306 155 dzieci, w 2020 r. było to 356 540 dzieci, znaczący spadek jest widoczny.¹⁰

Według informacji zawartych w Mapach Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 na terenie województwa mazowieckiego obserwuje się spadek liczby urodzeń. 2019 r. był kolejnym w którym odnotowano spadek ich liczb.

Pandemia odbiła się w wysokim stopniu na liczbie urodzeń - wysoka niepewność nie sprzyja decyzji o posiadaniu dziecka. Z danych GUS wynika, że w grudniu 2022 r. urodziło się ok. 25,4 tys. dzieci - to taki sam wynik jak w styczniu 2021 r. i najniższy poziom od listopada 2003 r. W całym 2021 r. nad Wisłą przyszło na świat zaledwie 331 tys. dzieci, najmniej od II wojny światowej i o 24 tys. mniej niż w 2020 r.

⁸ [Fizjoterapia pediatryczna \(rehabilitacjadladzieci.pl\)](https://fizjoterapia.pediatryczna.rehabilitacjadladzieci.pl), fizjoterapeuta Paweł Michałowicz, (dostęp: 07.11.2022);

⁹ Ehmke vel Emczyńska-Seliga E, Narodowe Centrum Edukacji Żywnościowej, [Narodowe Centrum Edukacji Żywnościowej | Dieta kobiety ciężarnej w świetle zaleceń międzynarodowych \(pzh.gov.pl\)](https://www.pzh.gov.pl), (dostęp: 18.11.2022 r.);

¹⁰ Rocznik Demograficzny, GUS, Warszawa 2023

Program polityki zdrowotnej w zakresie opieki poporodowej dla mieszkańców województwa mazowieckiego na lata 2024-2026

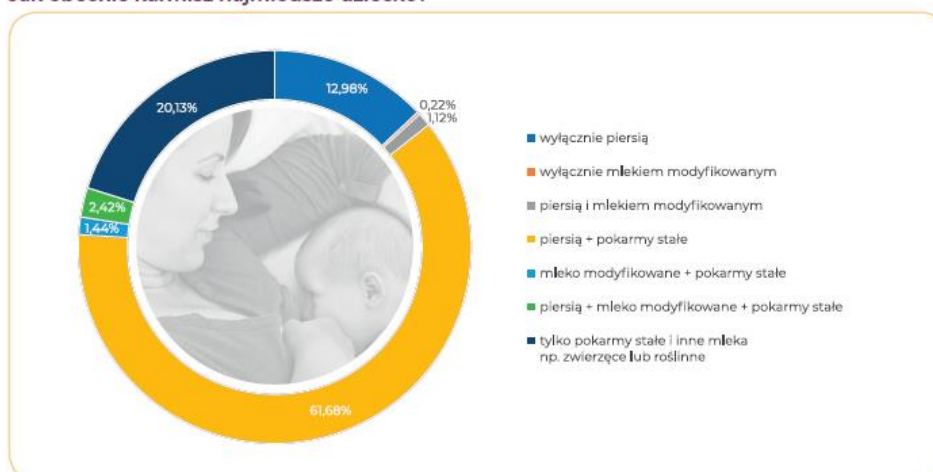
Jeszcze w latach 50-tych w Polsce rodziło się ponad 700 tys. dzieci rocznie. Pod koniec kolejnej dekady liczba ta spadła do ponad pół miliona, by odciec i w 1983 r. sięgnąć przeszło 720 tys. Dołek urodzeń przypadł 20 lat później - w 2003 r. było to raptem 351,1 tys.

Według danych statystycznych GUS w 2022 roku w województwie mazowieckim urodziło się 50 405 dzieci.

Zgodnie z Raportem na temat długiego karmienia piersią w Polsce – „Długość ma znaczenie”, przeprowadzonego w 2021 r. na 8033 respondentkach, zdecydowana większość ankietowanych mam karmi aktualnie swoje najmłodsze dziecko piersią oraz pokarmem stałym. Warto również zauważyć, że wśród grupy badanej śladowa liczba mam karmi swoje dzieci wyłącznie mlekiem modyfikowanym i jest to 0,22% respondentek.

Grafika 1. Jak obecnie karmisz dziecko?

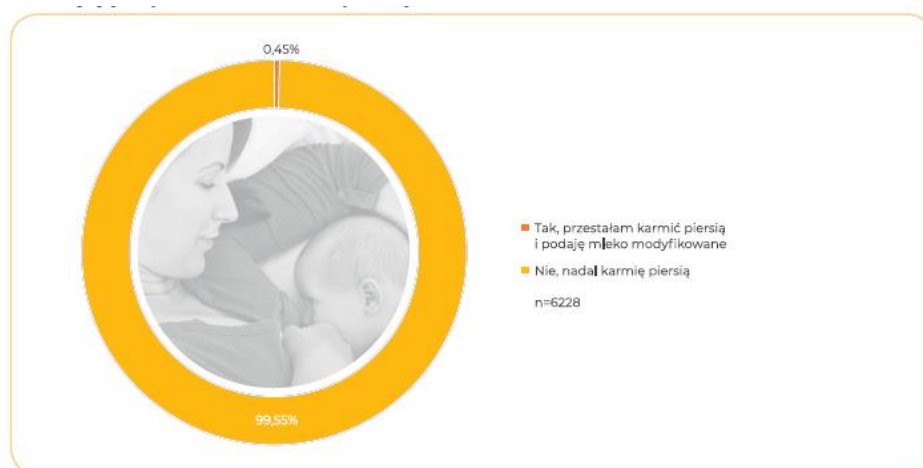
Jak obecnie karmisz najmłodsze dziecko?



Źródło: Raport na temat długiego karmienia piersią w Polsce – „Długość ma znaczenie”,

Prawie 100% mam zadeklarowało, że sytuacja pandemiczna nie zniechęciła ich do dalszego karmienia piersią (lub nie spowodowała rezygnacji z karmienia piersią).

Grafika 2. Czy sytuacja pandemiczna wpłynęła na decyzję o sposobie karmienia piersią?



Źródło: Raport na temat długiego karmienia piersią w Polsce – „Długość ma znaczenie”,

Zgodnie z danymi Raportu – „Czy Polska jest krajem przyjaznym matce karmiącej i jej dziecku” 23% odpowiedzi kobiet, które nie miały w ogóle możliwości uzyskania pomocy w zakresie laktacji. W związku z tym, że nadal ilość certyfikowanych doradców laktacyjnych jest niewielka, nie dziwi wysoki odsetek 62% negatywnych odpowiedzi dotyczących możliwości skorzystania z porady konsultanta na terenie szpitala. Większość mam – 63% była zachęcana do karmienia piersią przez położne na oddziale, niemniej, jeśli chodzi o szczegółowość i merytorykę samego instruktażu przystawiania do piersi, to niestety 38% mam oceniało instruktaż jako pobieżny, 26% mam w ogóle nie zostało poinstruowanych jak przystawiać dziecko, a ponad 1/4 nie otrzymała żadnej praktycznej informacji na temat pozycji do karmienia. Te wyniki mają także odzwierciedlenie w odczuciach kobiet co do poczucia kompetencji w karmieniu. Aż 53% mam stwierdziło, że po instruktażu nie poczuły się pewniej.¹¹

Według badania oceniającego wiedzę żywieniową kobiet karmiących piersią w pierwszych dobach po porodzie, badane deklarowały, że wiedzę czerpały z telewizji, prasy oraz Internetu (n = 199; 79%), Jedynie 6,3% respondentek (n = 16) korzystało z porad dietetyka. Wiedza na temat prawidłowej diety jest zdecydowanie niewystarczająca.¹²

Z przeprowadzonego badania „Opieka i pielęgnacja noworodka – ocena poziomu wiedzy kobiet po porodzie” wynika, że uczestnictwo w typowych szkołach rodzenia nie różnicuje wiedzy matek na temat opieki i czynności pielęgnacyjnych noworodka. Kobiety w okresie połogu prezentowały przeciętny poziom wiedzy na temat opieki i czynności pielęgnacyjnych noworodka. Przeprowadzone badanie wskazuje, jak cenne jest podnoszenie poziomu wiedzy na temat opieki i pielęgnacji noworodka, a wiodącą rolę w edukacji rodziców powinny odgrywać pielęgniarki i położne, opierając się na aktualnych normach postępowania opiekuńczo-pielęgnacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego.¹³

¹¹ Raport – „Czy Polska jest krajem przyjaznym matce karmiącej i jej dziecku”

¹² E. Niewiadomska, J. Furman, B. Łabuz-Roszak „Ocena poziomu wiedzy na temat żywienia wśród kobiet karmiących piersią w pierwszych dobach po porodzie”, Zakład Biostatystyki, Katedra Epidemiologii i Biostatystyki, Wydział Zdrowia Publicznego w Bytomiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Bytom, 2018

¹³ M. Kaźmierczak, G. Gebuza, D. Krasieńska i in., „Opieka i pielęgnacja noworodka – ocena poziomu wiedzy kobiet po porodzie”, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, 2018

Badanie „Wiedza rodziców na temat okresu noworodkowego i ich oczekiwania wobec pielęgniarek i położnych” jasno wskazuje, czego oczekują młodzi rodzice od personelu medycznego. Zdecydowana większość ankietowanych oczekiwała głównie od pielęgniarek/ położnych informacji dotyczących: rodzaju karmienia (85,6%), postępowania w nagłych sytuacjach zagrożenia życia dziecka (81,1%), szczepień ochronnych (74,8%) i występowania fizjologicznych stanów przejściowych u noworodka (73,0%). Według respondentów, pielęgniarka/położna powinna nauczyć ojca noworodka przede wszystkim takich czynności jak: kąpiel noworodka (92,0%), przewijanie noworodka (82,0%), pielęgnowanie kikutu pępowiny (61,3%), karmienie noworodka (39,6%). Natomiast badane matki oczekiwały od personelu głównie pomocy w: przystawianiu dziecka do piersi (68,9%), kąpieli (64,4%), zmianie bielizny (28,9%), pieluszek (26,7%) i regulacji wypróżnień dziecka (17,8%). Respondentki liczyły również na wsparcie w przezwyciężaniu lęku i strachu związanego z urodzeniem dziecka (52,2%) oraz na zapewnienie im podczas pobytu w szpitalu spokoju i komfortu psychicznego (60,0%). Ankietowani wiedzę na temat opieki nad noworodkiem czerpią przede wszystkim od pielęgniarki/położnej (73,9%) oraz z książek i czasopism (58,6%), Internetu (46,9%), od matek innych dzieci (46,0%), lekarza (45,1%), rodziny (39,6%), ze szkoły rodzenia (8,1%). Wysoki odsetek respondentów (78,4%) uznał, że potrzebuje uzupełnienia wiedzy w opiece nad noworodkiem, 10,9% badanych podało, że chciałoby udoskonalić swoje umiejętności dotyczące pielęgnowania dziecka, natomiast tylko 5,4% ankietowanych stwierdziło, że nie widzi potrzeby, by pogłębiać swoją wiedzę.¹⁴

1.3. Opis obecnego postępowania

1 stycznia 2019 r. wszedł w życie nowy standard organizacyjny, który obejmuje organizację opieki sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu oraz nad noworodkiem. Standard powinien obowiązywać we wszystkich podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej. Głównym celem powyższego rozporządzenia jest zapewnienie przyszłym matkom i ich nienarodzonym dzieciom bezpieczeństwa, zdrowia i dostępu do opieki na najwyższym poziomie. Zostały w nim zebrane wszystkie najnowsze trendy i wytyczne dotyczące opieki okołoporodowej.

Główne korzyści wynikające z opieki sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży:

- stawia kobietę w okresie okołoporodowym i jej dziecko w centrum zainteresowania personelu medycznego sprawującego nad nimi opiekę,
- zapewnia podmiotowe traktowanie, dialog i respektowanie praw pacjenta,
- ułatwia podjęcie najlepszej decyzji co do zachowań prozdrowotnych w okresie ciąży, sposobu i wyboru miejsca porodu oraz opieki nad noworodkiem,
- wyposaża w wiedzę i możliwość odniesienia, porównania, czy zastosowane wobec niej działania były właściwe,
- ujednolica sposób postępowania personelu medycznego, bez względu na miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych,

¹⁴ A. Deluga, E. Olkuska, B. Ślusarska, „Wiedza rodziców na temat okresu noworodkowego i ich oczekiwania wobec pielęgniarek i położnych”, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2012, Tom 18, Nr 4

- dla lepszego komfortu rodzącej pozwala na zapoznanie się ciężarnej z miejscem porodu, wypełnienie dokumentacji medycznej oraz odbycie konsultacji anestezjologicznej przed porodem (w miarę możliwości organizacyjnych podmiotu leczniczego),
- nie wyklucza spożywania przez rodzącą posiłków w trakcie porodu (pozostawiając tę kwestię do decyzji osoby sprawującej opiekę);
- pozwala na objęcie matki i dziecka uniwersalnymi zasadami, również w przypadku czasowo pojawiających się powikłań.

Korzyści i zadania dla personelu medycznego

Standard:

- jest podstawą, do której personel medyczny powinien się odnieść, aby jakość wykonywanej przez niego pracy była jak najlepsza,
- zapewnia właściwą i jednolitą organizację pracy, w sposób najbardziej efektywny wykorzystując cały potencjał kadry, przy jednoczesnym zagwarantowaniu bezpieczeństwa pacjentom,
- zapewnia poczucie bezpieczeństwa pacjentom jak również personelowi, który postępuje zgodnie z jego zasadami,
- pomaga przyczynić się do zmniejszenia liczby interwencji medycznych, niewynikających ze wskazań medycznych, w tym liczby cięć cesarskich,
- zobowiązuje podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej do ustalenia wskaźników opieki okołoporodowej i ich monitorowania, nie rzadziej niż raz w roku, kierując się w szczególności ograniczaniem interwencji medycznych oraz oceną satysfakcji kobiet objętych opieką w celu oceny skuteczności zaplanowanych i podejmowanych działań.

Jednocześnie standard:

- podnosi rangę zawodu położnej, wskazując właściwe jej miejsce w opiece nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem, porodem i opieką nad zdrowym noworodkiem (opieka w sali porodowej/oddziale porodowym powinna być realizowana wyłącznie przez położną);
- wyznacza ramowy program edukacji przedporodowej co w znacznym stopniu ujednolici treści przekazywane kobietom w ciąży i wskazanym przez nią osobom bliskim, zapewni właściwą jakość edukacji, lepsze przygotowanie do porodu, a także zmniejszy lęk przed porodem i opieką nad dzieckiem,
- wskazuje na konieczność zakończenia ciąży przed końcem 42 tyg. bez wcześniejszej hospitalizacji, jeżeli nie występują niepokojące objawy zagrażające zdrowiu i życiu matki i dziecka,
- wprowadza konieczne zmiany w świadczeniach profilaktycznych i działaniach w zakresie promocji zdrowia oraz badaniach diagnostycznych i konsultacjach medycznych u kobiet w okresie ciąży,
- doprecyzowuje przepisy dotyczące wyboru położnej jeszcze przed porodem (w 21-26 tygodniu);
- definiuje zalecane metody łagodzenia bólu porodowego, zakres współpracy pracowników medycznych sprawujących opiekę nad rodzącą i ich kwalifikacje, odpowiedzialność za przebieg porodu z zastosowaniem tych metod, zakres i sposób monitorowania rodzącej i płodu,

- uwrażliwia na potrzeby i wskazuje właściwą organizację opieki nad kobietą w sytuacji szczególnej, do której zalicza się rozpoznanie podczas ciąży ciężkiej choroby lub wady dziecka, poronienie, urodzenie dziecka martwego, niezdolnego do życia, chorego lub z wadami wrodzonymi,
- wspiera karmienie piersią przez zapewnienie właściwej organizacji i warunków prawidłowej laktacji i odżywiania noworodka, w tym:
 1. właściwą edukację przedporodową dotyczącą wsparcia w laktacji i rozwiązywania problemów z nią związanych,
 2. wzmocnienie znaczenia nieprzerwanego kontaktu noworodka z matką bezpośrednio po porodzie (kontakt „skóra do skóry”), aby jak najszybciej zainicjować pierwsze karmienie,
 3. dostarczenie matce przez położną informacji spójnych i zgodnych z aktualną wiedzą na temat laktacji w zakresie korzyści i metod karmienia piersią,
 4. podawanie sztucznego mleka początkowego na zlecenie lekarza lub zgodnie z decyzją matki, po wcześniejszym udzieleniu jej informacji o takim żywieniu,
 5. zapewnienie każdej potrzebującej matce sprzętu do skutecznego pozyskiwania mleka kobiecego (obowiązek od 2022 r.),
 6. zachęcanie podmiotów leczniczych do podawania mleka z Banku Mleka Kobiecego noworodkom przedwcześnie urodzonym, w tym o znacznej niedojrzałości, które nie mogą być karmione mlekiem biologicznej matki, jednocześnie rekomendując prowadzenie działań na rzecz stymulacji laktacji u matki dziecka,
 7. przestrzeń, w których udzielane są świadczenia zdrowotne skierowane do kobiet w ciąży i noworodków wolna od treści i działań reklamowych i marketingowych związanych z preparatami do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt, aby zmniejszyć ryzyko przedwczesnej rezygnacji z karmienia piersią,
 8. profesjonalna opieka położnej w miejscu zamieszkania albo pobytu matki i jej dziecka,
 9. wsparcie w zakresie karmienia piersią i poradnictwo laktacyjne udzielane przez położną nie kończy się po odbyciu wizyt patronażowych.¹⁵

Kolejnym działaniem jest koordynowana opieka nad kobietą w ciąży wprowadzona została na podstawie Zarządzenia nr 22/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2016 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie. Nadrzędnym celem KOC jest wprowadzenie zmian w opiece okołoporodowej, które poprawią jej standard oraz pozwolą na bezpieczne zakończenie ciąży poprzez urodzenie zdrowego dziecka. Założenia oraz idea programu polega przede wszystkim na wdrażaniu odpowiednich praktyk okołoporodowych, które mają na celu w teorii uzyskać dobry standard stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu do niezbędnego minimum interwencji medycznych. Celem koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży (KOC) jest zapewnienie kobietom w ciąży skoordynowanej opieki realizowanej na I poziomie opieki perinatalnej, tj. nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem, położeniem oraz opieki nad zdrowym noworodkiem.

¹⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej

Program polityki zdrowotnej w zakresie opieki poporodowej dla mieszkańców województwa mazowieckiego na lata 2024-2026

Opieka w ramach KOC obejmuje: specjalistyczne poradnictwo ambulatoryjne, przedporodową i poporodową opiekę położnej, poród – a w przypadku wskazań medycznych – także niezbędne hospitalizacje.¹⁶

Nieustannie należy ulepszać standardy opieki okołoporodowej, tak aby prowadziły one do skutecznych działań na rzecz zmniejszenia częstości zachorowań i zgonów matek oraz umieralności okołoporodowej, noworodków i niemowląt, a także obniżenia odsetka porodów przedwczesnych i urodzeń noworodków o małej masie urodzeniowej. Dlatego też edukacja okołoporodowa stanowi kluczowy element efektywnej opieki sprawowanej nad kobietą ciężarną i jej rodziną, ponieważ prawidłowy rozwój dziecka zależy w pierwszej kolejności od prawidłowo przebiegającej ciąży oraz porodu. Ważny element edukacji okołoporodowej stanowią również działania skierowane do par planujących potomstwo lub borykających się z trudnościami z zajściem w ciążę.

Edukacja przedporodowa stanowi nieodłączony element efektywnej opieki sprawowanej nad ciężarną, ponieważ rozwój fizyczny i intelektualny dziecka, a potem dorosłego człowieka w dużej mierze zależy od prawidłowo przebiegającej ciąży i porodu. Edukacja w skuteczny sposób (pod warunkiem przestrzegania zaleceń i wytycznych ekspertów), prowadzona jest przez szkoły rodzenia.¹⁷

Wg Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego podstawowym zadaniem szkół rodzenia jest przygotowanie obojga rodziców do rodzicielstwa, pojmowanego jako całokształt zagadnień psychofizycznych związanych z ciążą, porodem, położeniem i wczesnym okresem życia dziecka.

Wyposażenie kobiet ciężarnych w niezbędną wiedzę oraz ułatwienie im zdobywania odpowiednich umiejętności, przyczynią się do zmniejszenia dolegliwości ciężarnej podczas porodu.

Znajomość przebiegu ciąży, porodu i położenia znacznie obniża lęk przed wydarzeniem, jakim jest przyjście na świat dziecka. Edukacja przedporodowa skutecznie łączy teorię z praktyką. Systematyczne spotkania z personelem medycznym mają na celu pobudzenie świadomości i sprzyjanie kształtowaniu prawidłowego wyobrażenia o porodzie. Działania w ramach edukacji przedporodowej mogą skutecznie zapobiegać problemom okresu poporodowego m. in. zaburzeniom emocjonalnym.¹⁸

Program stanowi wsparcie w zabezpieczeniu zdrowia populacji i stanowi wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych.

Problem zdrowotny opisany w programie wpisuje się w Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025¹⁹ w zakresie celu operacyjnego nr 5: „Wyzwania demograficzne” oraz jest zgodny z „Kierunkami działań w zakresie polityki zdrowotnej Województwa Mazowieckiego na lata 2022-2026” w zakresie kierunków nr 6: „Edukacja zdrowotna i kształtowanie wśród mieszkańców Mazowsza postaw prozdrowotnych” oraz 7: „Wsparcie rozwoju kadry medycznej”²⁰.

Program będzie uzupełnieniem świadczeń zdrowotnych oferowanych i finansowanych przez NFZ, w tym świadczeń gwarantowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej takich jak porady

¹⁶ <https://www.nfz.gov.pl/>, (dostęp: 08.11.2022);

¹⁷ Program polityki zdrowotnej Miasta Słupsk, Opieka okołoporodowa dla mieszkańców Miasta Słupsk 2022-2030, Słupsk, 2022;

¹⁸ Program polityki zdrowotnej Opieka okołoporodowa dla mieszkańców Miasta Słupska na lata 2022-2030, Słupsk, 2022;

¹⁹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025

²⁰ Uchwała nr 313/303/22 Zarządu Województwa Mazowieckiego z dnia 8 marca 2022 r. w sprawie przyjęcia dokumentu pn.: „Kierunki działań w zakresie polityki zdrowotnej Województwa Mazowieckiego na lata 2022–2026”

Program polityki zdrowotnej w zakresie opieki poporodowej dla mieszkańców województwa mazowieckiego na lata 2024-2026

specjalistyczne – położnictwo i ginekologia. Program kładzie nacisk na edukację i podniesienie świadomości na temat znaczenia opieki okołoporodowej i zdrowia prokreacyjnego.

2. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

2.1. Cel główny

Wzrost lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy dotyczącej opieki poporodowej u minimum 70% opiekunów prawnych dzieci do 1. roku życia z województwa mazowieckiego w latach 2024-2026, którzy wezmą udział w przynajmniej jednej interwencji.

2.2. Cele szczegółowe

Cel szczegółowy nr 1

Zwiększenie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy z zakresu udzielania pierwszej pomocy u niemowląt u minimum 70% uczestników warsztatów w latach 2024-2026.

Cel szczegółowy nr 2

Zwiększenie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy z zakresu wzorca ruchowego dziecka oraz wczesnego wychwytywania ewentualnych nieprawidłowości i wsparcia rozwoju niemowlęcia u minimum 70% uczestników konsultacji z fizjoterapeutą pediatrycznym, w latach 2024-2026.

Cel szczegółowy nr 3

Zwiększenie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy z zakresu uroginekologii u minimum 70% uczestników warsztatów z fizjoterapeutą uroginekologicznym w latach 2024-2026.

Cel szczegółowy nr 4

Zwiększenie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy z zakresu prawidłowego karmienia dziecka piersią u minimum 70% uczestników konsultacji z doradcą laktacyjnym w latach 2024-2026.

Cel szczegółowy nr 5

Zwiększenie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy z zakresu zdrowego żywienia matki i dziecka u minimum 70% uczestników warsztatów z dietetykiem w latach 2024-2026.

Cel szczegółowy nr 6

Zwiększenie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy z zakresu wzmocnienia kompetencji rodzicielskich oraz psychologii rozwoju dzieci u minimum 70% uczestników konsultacji z psychologiem.

Cel szczegółowy nr 7

Zwiększenie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy z zakresu opieki nad noworodkiem i niemowlakiem u minimum 70% uczestników szkoleń spośród II grupy docelowej, tj. położnych w latach 2024-2026.

2.3. Mierniki efektywności programu polityki zdrowotnej

- 1) Iloraz liczby osób, u których wzrósł poziom wiedzy z zakresu co najmniej jednej interwencji i liczby osób, które, wzięły udział w minimum jednej interwencji w ramach programu skierowanej do I grupy docelowej.(dotyczy celu głównego).

Wartość docelowa miernika: minimum 70%

Wartość docelowa miernika na poziomie minimum 70 % przyjęta została na podstawie szacunkowej liczby uczestników z I grupy docelowej możliwej do przyjęcia w ramach planowanych środków (zakładając udział 1 opiekuna w zajęciach).

- 2) Iloraz liczby osób, u których wzrósł poziom wiedzy z zakresu udzielania pierwszej pomocy u niemowląt i liczby osób z I grupy docelowej, które uczestniczyły w warsztatach z udzielania pierwszej pomocy u niemowląt – wynik wyrażony w procentach (dotyczy celu szczegółowego nr 1).

Wartość docelowa miernika: minimum 70%.

- 3) Iloraz liczby osób, u których wzrósł poziom wiedzy z zakresu wzorca ruchowego dziecka oraz wczesnego wychwytywania ewentualnych nieprawidłowości i wsparcia rozwoju niemowlęcia i liczby osób z I grupy docelowej, które uczestniczyły w konsultacji z fizjoterapeutą pediatrycznym – wynik wyrażony w procentach (dotyczy celu szczegółowego nr 2).

Wartość docelowa miernika: minimum 70%.

- 4) Iloraz liczby osób, u których wzrósł poziom wiedzy z zakresu uroinekologii i liczby osób z I grupy docelowej, które uczestniczyły w warsztatach z fizjoterapeutą uroinekologicznym – wynik wyrażony w procentach (dotyczy celu szczegółowego nr 3).

Wartość docelowa miernika: minimum 70%.

- 5) Iloraz liczby osób, u których wzrósł poziom wiedzy z zakresu prawidłowego karmienia dziecka piersią i liczby osób z I grupy docelowej, które uczestniczyły w konsultacjach z doradcą laktacyjnym – wynik wyrażony w procentach (dotyczy celu szczegółowego nr 4).

Wartość docelowa miernika: minimum 70%.

- 6) Iloraz liczby osób, u których wzrósł poziom wiedzy z zakresu zdrowego żywienia matki i dziecka i liczby osób z I grupy docelowej, które uczestniczyły w warsztatach z dietetykiem – wynik wyrażony w procentach (dotyczy celu szczegółowego nr 5).

Wartość docelowa miernika: minimum 70%.

- 7) Iloraz liczby osób, u których wzrósł poziom wiedzy z zakresu wzmocnienia kompetencji rodzicielskich oraz psychologii rozwoju dzieci i liczby osób z I grupy docelowej, które uczestniczyły w konsultacji z psychologiem – wynik wyrażony w procentach (dotyczy celu szczegółowego nr 6).

Wartość docelowa miernika: minimum 70%.

- 8) Iloraz liczby osób, u których wzrósł poziom wiedzy z zakresu opieki nad noworodkiem i niemowlakiem i liczby osób z II grupy docelowej, które uczestniczyły w szkoleniu – wynik wyrażony w procentach (dotyczy celu szczegółowego nr 7).

Wartość docelowa miernika: minimum 70%.

Wartości docelowe mierników z pkt 2) – 8) przyjęte zostały na poziomie minimum 70% uwzględniając poziom wiedzy uczestników przed przystąpieniem do konsultacji/warsztatów oraz czynniki niezależne od Organizatora, tj. m.in. sposób przekazywania informacji przez osoby edukujące, mające wpływ na skuteczność podejmowanych działań.

Za wysoki wynik wiedzy uznaje się wynik minimum 75% poprawnych odpowiedzi w teście.

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

3.1. Populacja docelowa

Do programu włączone zostaną osoby, które spełniły kryteria kwalifikacji do udziału w programie wskazane w rozdziale 3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.

W programie wyróżnia się dwie grupy uczestników:

- I grupa – opiekunowie prawni dzieci do ukończenia 1 roku życia;
- II grupa – położne;

Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego w 2022 r. w województwie mazowieckim odnotowano 50 249 urodzeń żywych.²¹ Na potrzeby programu uznaje się, że w interwencjach uczestniczyć będzie dwóch opiekunów prawnych dziecka. Koszty udziału w programie nie zmieniają się, niezależnie czy udział w nim bierze jeden, czy dwoje opiekunów.

Zgodnie z danymi Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych w Polsce w 2022 r. (stan na 31 grudnia 2022 r.) zawód położnej wykonywało 29 326 osób²².

Budżet programu wynosi 2 100 000 zł. Na przeprowadzenie interwencji dla I grupy docelowej planuje się przeznaczyć około 90% środków budżetu programu (1 890 000 zł). Na przeprowadzenie szkoleń dla II grupy docelowej planuje się przeznaczyć około 10% (210 000 zł) środków budżetu programu.

Biorąc pod uwagę powyższe szacowania i budżet programu w trakcie jego trwania można przeprowadzić interwencje dla około 1566 opiekunów prawnych dzieci do ukończenia 1 roku życia – I grupy docelowej. (zakładając, że z programu skorzysta dwóch opiekunów).

W kalkulacji założono, że ze szkoleń dla II grupy docelowej skorzystają 146 grupy (około 1460 osób).

W przypadku dużego zainteresowania programem i dużej liczby chętnych do udziału w nim, Zarząd Województwa Mazowieckiego może podjąć decyzję o zwiększeniu środków przeznaczonych na realizację programu, uwzględniając posiadane środki finansowe.

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

Kryteria włączenia do programu polityki zdrowotnej:

Do programu zostaną zakwalifikowane osoby spełniające jednocześnie wszystkie kryteria wskazane w pkt 1-4. Niespełnienie przynajmniej jednego kryterium określonego w pkt 1-4 stanowi przeciwwskazanie do udziału w programie.

Kryteria kwalifikacji do udziału w programie – I grupa docelowa:

Osoba aplikująca do programu w dniu kwalifikacji musi:

²¹ Rocznik Demograficzny 2023, GUS, Warszawa 2023

²² <https://nipip.pl/liczba-pielegniarek-polozonych-zarejestrowanych-zatrudnionych/> (dostęp: 4.12.2023 r.)

- 1) być opiekunem prawnym dziecka poniżej 1 roku życia,
- 2) co najmniej jeden opiekun prawny dziecka poniżej 1 roku życia musi mieszkać na terenie województwa mazowieckiego, tj. być osobą fizyczną mieszkającą na terenie województwa mazowieckiego w rozumieniu Kodeksu cywilnego;
- 3) przedłożyć wypełniony druk świadomej zgody na udział w programie;
- 4) złożyć pisemne oświadczenie, że nie jest obecnie uczestnikiem innego programu o podobnym charakterze finansowanym ze środków publicznych.

Weryfikacja kryteriów odbywa się na podstawie wypełnionego i podpisanego druku – zgodnego z treścią zawartą w załączniku A1 do programu.

Kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej – I grupa docelowa:

Niespełnienie kryterium włączenia do programu lub przedłożenie realizatorowi przez uczestnika programu pisemnej rezygnacji z udziału w programie, zgodnej z treścią załącznika B do programu lub ustnej rezygnacji.

Kryteria kwalifikacji do udziału w programie – II grupa docelowa:

Do udziału w szkoleniu kwalifikują się położne zatrudnione w placówkach na terenie województwa mazowieckiego lub wykonywujące zawód na terenie województwa mazowieckiego.

Weryfikacja kryterium miejsca zatrudnienia oraz wykonywanego zawodu odbywa się na podstawie wypełnionego i podpisanego druku – zgodnie z treścią zawartą w załączniku A2 do programu.

Kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej – II grupa docelowa:

Niespełnienie kryterium włączenia do programu lub przedłożenie realizatorowi przez uczestnika programu pisemnej rezygnacji z udziału w programie, zgodnej z treścią załącznika B do programu lub ustnej rezygnacji. W przypadku odmowy uczestnika do złożenia pisemnej rezygnacji z udziału w programie lub braku możliwości jej uzyskania (np. rezygnacja podczas rozmowy telefonicznej) realizator odnotowuje w dokumentacji fakt rezygnacji z udziału w programie wraz ze wskazaniem sposobu przekazania informacji. Odstąpienie od udziału w programie możliwe jest na każdym jego etapie.

3.3. Planowane interwencje

Program zakłada przeprowadzenie następujących interwencji:

- 1) warsztaty z udzielania pierwszej pomocy u niemowląt;
- 2) konsultacje z fizjoterapeutą pediatrycznym;
- 3) warsztaty z fizjoterapeutą uroginekologicznym;
- 4) konsultacje z doradcą laktacyjnym;
- 5) warsztaty z dietetykiem;
- 6) konsultacje z psychologiem;
- 7) szkolenia dla położnych.

Program polityki zdrowotnej w zakresie opieki poporodowej dla mieszkańców województwa mazowieckiego na lata 2024-2026

Kwalifikacje personelu wymaganego do przeprowadzenia poszczególnych interwencji wskazano w rozdziale 4.2.

Przystąpienie do programu:

Osoby chętne do udziału w programie zgłaszają się do realizatorów rejestrując się poprzez stronę internetową lub telefonicznie lub też osobiście w podmiocie realizującym program podając obowiązkowe dane. Aby zostać uczestnikiem programu należy spełnić kryteria kwalifikacji. Istnieje możliwość uczestnictwa maksymalnie dwóch opiekunów dziecka – w ramach kosztu jednego uczestnika we wszystkich interwencjach skierowanych do I grupy docelowej, z zastrzeżeniem, że w konsultacjach z fizjoterapeutą uroinekologicznym udział mogą wziąć wyłącznie kobiety. Interwencje udzielane są niezależnie od siebie, w dowolnej kolejności.

Interwencje skierowane do I grupy docelowej – opiekunów prawnych dzieci poniżej 1 roku życia:

Warsztaty z udzielania pierwszej pomocy u niemowląt

W trakcie warsztatów z udzielania pierwszej pomocy u niemowląt opiekunowie dziecka zapoznani zostaną z podstawowymi zasadami postępowania z niemowlętami w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia oraz sposobami im zapobiegania. Podczas warsztatów omówione zostaną następujące kwestie: resuscytacja oddechowo-kръżeniowa u niemowląt, postępowanie w przypadku refluksu, krztuszenia-zachłyśnięcia, ciała obcego w drogach oddechowych lub jego połknięcia, niezamierzonego spożycia leku, oparzenia i porażenia prądem, urazów, ukąszenia przez owady – wstrząsu anafilaktycznego. W ramach działań profilaktycznych zdarzeń niepożądanych omówione zostaną kwestie prawidłowego postępowania w domu (np. podczas snu, kąpieli, karmienia, zabawy), podczas podróży (spacer, samochód, samolot) oraz innych miejscach popularnych i wskazanych przez uczestników warsztatów.

Warsztaty składać się będą z części teoretycznej i praktycznej przy zastosowaniu profesjonalnego fantoma. Uczestnicy szkolenia będą poddani dwukrotnemu badaniu poziomu wiedzy za pomocą testów (pre-test – przed rozpoczęciem szkolenia, post-test – po przeprowadzeniu szkolenia) w celu zmierzenia realnego przyrostu wiedzy uczestników. Wynik o co najmniej jeden punkt lepszy w ponownym badaniu wiedzy świadczy o wzroście wiedzy. W przypadku uczestnictwa dwóch opiekunów jednego dziecka wypełniają oni test wspólnie. Test wiedzy oferent zobowiązany będzie przedstawić na etapie konkursu na wybór realizatorów programu.

W warsztatach z udzielania pierwszej pomocy może uczestniczyć maksymalnie dwóch opiekunów dziecka (w ramach kosztu jednego uczestnika). Warsztaty prowadzone mogą być grupowo – w grupach maksymalnie 10 osobowych (w jednej grupie może uczestniczyć maksymalnie dziesięcioro opiekunów pięćki dzieci). Dla każdego uczestnika przewidziane jest jedno spotkanie.

Każde spotkanie powinno trwać minimum 120 minut. Wydłużenie czasu trwania interwencji ponad ten czas nie jest dodatkowo finansowane.

Konsultacja z fizjoterapeutą pediatrycznym

W ramach konsultacji z fizjoterapeutą pediatrycznym przeprowadzona zostanie ocena wzorca ruchowego dziecka (dostosowana do wieku dziecka), pozwalająca na wczesne wychwycenie ewentualnych nieprawidłowości, wad i wsparcie rozwoju niemowlęcia. W przypadku wykrycia nieprawidłowości fizjoterapeuta prześle zalecenia dotyczące postępowania w celu zniwelowania nieprawidłowości. Ponadto podczas konsultacji przeprowadzona zostanie edukacja rodziców dotycząca tempa rozwoju dziecka, zdobywanych nowych umiejętności, poprawnego wykonywania codziennych czynności związanych z opieką nad niemowlęciem, czyli karmieniem, podnoszeniem, odkładaniem, przewijaniem itp.

Uczestnicy konsultacji będą poddani dwukrotnemu badaniu poziomu wiedzy za pomocą testów (pre-test – przed rozpoczęciem szkolenia, post-test – po przeprowadzeniu szkolenia) w celu zmierzenia realnego przyrostu wiedzy uczestników. Wynik o co najmniej jeden punkt lepszy w ponownym badaniu wiedzy świadczy o wzroście wiedzy. W przypadku uczestnictwa dwóch opiekunów jednego dziecka wypełniają oni test wspólnie.

Konsultacja realizowana będzie dla każdego dziecka indywidualnie (możliwość uczestnictwa maksymalnie dwóch opiekunów dziecka – w ramach kosztu jednego uczestnika). Dla każdego dziecka uczestnika przewidziane są maksymalnie trzy spotkania, w zależności od potrzeb. Każde spotkanie powinno trwać minimum 45 minut. Wydłużenie czasu trwania interwencji ponad ten czas nie jest dodatkowo finansowane.

Warsztaty z fizjoterapeutą uroinekologicznym

W warsztatach z fizjoterapeutą uroinekologicznym uczestniczyć będą wyłącznie kobiety po porodzie siłami natury lub cesarskim cięciu.

W ramach warsztatów fizjoterapeuta uroinekologiczny przedstawi wiedzę na temat ergonomii dnia codziennego w okresie poporodowym, profilaktyki nietrzymania moczu i stolca, obniżenia narządów miednicy mniejszej, dysfunkcji okołoporodowych, zaburzeń funkcji mięśnia prostego brzucha, jako powikłania poporodowego, oraz gojenia się krocza i gojenia nacięcia (po cesarskim cięciu) Podczas warsztatów powinny zostać zaprezentowane ćwiczenia do samodzielnego wykonywania w domu, mające na celu zniwelowanie powyższych objawów.

Uczestnicy warsztatów będą poddani dwukrotnemu badaniu poziomu wiedzy za pomocą testów (pre-test – przed rozpoczęciem szkolenia, post-test – po przeprowadzeniu szkolenia) w celu zmierzenia realnego przyrostu wiedzy uczestników. Wynik o co najmniej jeden punkt lepszy w ponownym badaniu wiedzy świadczy o wzroście wiedzy. Test wiedzy przedstawiony zostanie przez realizatora na etapie konkursu.

Warsztaty prowadzone będą indywidualnie lub grupowo – w grupach maksymalnie 5 osobowych. Zaleca się, aby grupy tworzone były w zależności od formy porodu. Dla każdej uczestniczki przewidziane jest jedno spotkanie. Każde spotkanie powinno trwać minimum 90 minut. Wydłużenie czasu trwania interwencji ponad ten czas nie jest dodatkowo finansowane.

Konsultacja z doradcą laktacyjnym

Konsultacja z doradcą laktacyjnym skierowana jest do kobiet z dziećmi. Podczas konsultacji dopuszcza się możliwość uczestnictwa maksymalnie dwóch opiekunów dziecka – w ramach kosztu jednego uczestnika. Podczas konsultacji przeprowadzony zostanie wywiad (dotyczący m.in. dotychczasowego karmienia dziecka i problemów, które są z nim związane, przebiegu porodu, stanu zdrowia matki i dziecka, karmienia poprzednich dzieci), obserwacja i badanie matki (w tym badanie piersi), obserwacja i badanie dziecka (w tym jamy ustnej, funkcji języka, funkcji ssania, ważenie dziecka), obserwacja procesu karmienia, skorygowanie techniki karmienia oraz przekazanie zaleceń dotyczących odciągania mleka i stosowania ciepłych lub zimnych okładów, w zależności od preferencji.

Uczestnicy szkolenia będą poddani dwukrotnemu badaniu poziomu wiedzy za pomocą testów (pre-test – przed rozpoczęciem szkolenia, post-test – po przeprowadzeniu szkolenia) w celu zmierzenia realnego przyrostu wiedzy uczestników. Wynik o co najmniej jeden punkt lepszy w ponownym badaniu wiedzy świadczy o wzroście wiedzy. Test wiedzy przedstawiony zostanie przez realizatora na etapie konkursu.

Konsultacja prowadzona będzie indywidualnie. Dla każdej uczestniczki przewidziane jest jedno spotkanie trwające minimum 90 minut. Wydłużenie czasu trwania interwencji ponad ten czas nie jest dodatkowo finansowane.

Warsztaty z dietetykiem

Podczas warsztatów z dietetykiem przeprowadzona zostanie edukacja dotycząca zasad zdrowej diety kobiety karmiącej (m.in. nauka komponowania zdrowych posiłków, określanie wielkości porcji dostosowanych do potrzeb podczas regeneracji organizmu po ciąży oraz powrotu do masy ciała sprzed ciąży), zapobiegania lub ograniczania za pomocą odpowiedniej diety dolegliwości występujących po porodzie, np. zaparc, niedoborów pokarmowych, insulinooporności, dopasowania diety kobiety karmiącej do najczęstszych alergii pokarmowych występujących u dzieci oraz rozszerzania diety dziecka. Tematyka rozszerzania diety dziecka powinna w szczególności zwrócić uwagę rodziców na wpływ nieprawidłowego żywienia w okresie wzrostu i rozwoju organizmu na zwiększone ryzyko występowania niedoborów żywieniowych oraz rozwoju nadwagi i otyłości. Uczestnicy warsztatów otrzymają przykładowy 7-dniowy jadłospis dla dziecka wraz z komentarzem.

Uczestnicy szkolenia będą poddani dwukrotnemu badaniu poziomu wiedzy za pomocą testów (pre-test – przed rozpoczęciem szkolenia, post-test – po przeprowadzeniu szkolenia) w celu zmierzenia realnego przyrostu wiedzy uczestników. Wynik o co najmniej jeden punkt lepszy w ponownym badaniu wiedzy świadczy o wzroście wiedzy. W przypadku uczestnictwa dwóch opiekunów jednego dziecka wypełniają oni test wspólnie. Test wiedzy przedstawiony zostanie przez realizatora na etapie konkursu.

W warsztatach z dietetykiem może uczestniczyć maksymalnie dwóch opiekunów dziecka (w ramach kosztu jednego uczestnika). Warsztaty prowadzone będą indywidualnie lub grupowo – w grupach maksymalnie 10 osobowych (w jednej grupie może uczestniczyć maksymalnie dziesięcioro opiekunów pięćki dzieci). Każdy uczestnik może wziąć udział w jednym spotkaniu. Spotkanie powinno trwać minimum 90 minut. Wydłużenie czasu trwania interwencji ponad ten czas nie jest dodatkowo finansowane.

Warsztaty mogą być realizowane stacjonarnie lub przy zastosowaniu narzędzi teleinformatycznych. Narzędzie teleinformatyczne musi umożliwiać interakcję pomiędzy prowadzącym a uczestnikiem.

Konsultacje z psychologiem

Zajęcia ta będą miały na celu promocję i wzmocnienie kompetencji rodzicielskich oraz obejmować będą psychologię rozwoju dzieci. Konsultacje prowadzona będą indywidualnie dla każdego uczestnika (możliwość uczestnictwa maksymalnie dwóch opiekunów dziecka – w ramach kosztu jednego uczestnika). Konsultacja trwała będzie minimum 60 minut. Wydłużenie czasu trwania interwencji nie jest dodatkowo finansowane. Konsultacje z psychologiem będą miały za zadanie zwiększenie umiejętności komunikacyjnych, nawiązywania kontaktów, rozwiązywania konfliktów, radzenia sobie z własnymi emocjami, umiejętności adekwatnego zachowania wobec dziecka oraz podtrzymania konsekwencji w kontaktach z dzieckiem. Ponadto psycholog powinien przekazać uczestnikom wiedzę z zakresu rozwoju dziecka, jego potrzeb, specyfiki etapów jego rozwoju poznawczego, emocjonalnego, fizycznego. Ponadto powinien poruszyć tematy oddziaływania wychowawczego w relacji z dzieckiem oraz roli i odpowiedzialności w procesie wychowania.

Uczestnicy konsultacji będą poddani dwukrotnemu badaniu poziomu wiedzy za pomocą testów (pre-test – przed rozpoczęciem szkolenia, post-test – po przeprowadzeniu szkolenia) w celu zmierzenia realnego przyrostu wiedzy uczestników. Wynik o co najmniej jeden punkt lepszy w ponownym badaniu wiedzy świadczy o wzroście wiedzy. W przypadku uczestnictwa dwóch opiekunów jednego dziecka wypełniają oni test wspólnie. Test wiedzy przedstawiony zostanie przez realizatora na etapie konkursu.

Konsultacja realizowana będzie dla każdego uczestnika indywidualnie. Dla każdego uczestnika przewidziane jest jedno spotkanie (przy uczestnictwie maksymalnie dwóch opiekunów dziecka – w ramach kosztu jednego uczestnika).

Szkolenia dla położnych – II grupy docelowej

Szkolenie skierowane jest do położnych. Podczas szkolenia omówione zostaną tematy dotyczące opieki nad noworodkiem lub niemowlęciem, tj.: obserwacja i ocena rozwoju fizycznego wraz ze wskazaniem prawidłowości dostosowanych do wieku dziecka, sposobu oraz technik karmienia (w tym: prawidłowego przystawiania dziecka do piersi, rozpoznawania, że dziecko się najada), pielęgnacji noworodka (m.in. podczas kąpieli, ubierania dziecka stosownie do temperatury, postępowania w przypadku odparzeń), szczepień ochronnych – obowiązkowych i zalecanych. W trakcie szkolenia poruszona zostanie także kwestia podejścia psychologicznego do rodziców oraz sposobu rozmowy z nimi. Przekazywane informacje muszą być zgodne z aktualną wiedzą medyczną.

Uczestnicy szkolenia będą poddani dwukrotnemu badaniu poziomu wiedzy za pomocą testów (pre-test – przed rozpoczęciem szkolenia, post-test – po przeprowadzeniu szkolenia) w celu zmierzenia realnego przyrostu wiedzy uczestników. Wynik o co najmniej jeden punkt lepszy w ponownym badaniu wiedzy świadczy o wzroście wiedzy. Test wiedzy przedstawiony zostanie przez realizatora na etapie konkursu.

Program polityki zdrowotnej w zakresie opieki poporodowej dla mieszkańców województwa mazowieckiego na lata 2024-2026

Szkolenie prowadzone będzie w grupach minimalnie 10 osobowych, maksymalnie 15 osobowych. Szkolenie dla każdej grupy powinno trwać co najmniej 180 minut w ramach jednego spotkania. Wydłużenie czasu trwania interwencji nie jest dodatkowo finansowane.

Szkolenie może być prowadzone stacjonarnie lub przy zastosowaniu narzędzi teleinformatycznych. Narzędzie teleinformatyczne musi umożliwiać interakcję pomiędzy prowadzącym a uczestnikami szkolenia, przeprowadzenie testów wiedzy oraz ankiety satysfakcji. O czasie, miejscu i formie przeprowadzenia działań szkoleniowych decyduje realizator.

3.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Dostępność do świadczeń finansowanych w ramach programu powinna być zapewniona przez realizatora przez co najmniej 5 dni w tygodniu. Realizator programu musi zapewnić równocześnie możliwość rejestracji osobistej, telefonicznej lub elektronicznej.

Zaplanowane interwencje będą udzielane zgodnie z opisem wskazanym w rozdziale 3.3.

3.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Uczestnik zakończy udział w programie w przypadku, gdy:

- 1) zostaną mu udzielone wszystkie należne interwencje przewidziane w programie;
- 2) bez wcześniejszego zgłoszenia realizatorowi, nie będzie uczestniczył w zaplanowanej interwencji;
- 3) zaistnieje kryterium wyłączenia, o którym mowa w rozdziale 3.2.

Uczestnik, któremu zostaną udzielone wszystkie należne interwencje przewidziane w programie nie może wziąć w nim ponownego udziału. Z zastrzeżeniem, że w przypadku urodzenia kolejnego dziecka w trakcie trwania programu, ponowny udział w programie jest możliwy. W przypadku rezygnacji z udziału w programie, uczestnik może powrócić do udziału w nim, ale tylko skorzystać może ze świadczeń, z których jeszcze nie skorzystał przed rezygnacją. Warunek ten jest spełniony, jeśli dziecko nie ukończyło 1 r.ż.

Uczestnicy programu będą mogli skorzystać ze świadczeń zdrowotnych finansowanych przez płatnika publicznego lub prywatnego w przypadku potrzeby/chęci skorzystania z dalszych konsultacji lub wsparcia. Realizator jest zobowiązany do wskazania uczestnikowi programu, podmiotów/jednostek, gdzie może on otrzymać pomoc w zakresie opieki okołoporodowej ze szczególnym nastawieniem na jednostki udzielające świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Działania prowadzone w ramach trwania programu nie mogą stanowić żadnego zagrożenia dla zdrowia i życia uczestników. Wymagane jest, aby w przypadku korzystania ze sprzętu w programie, spełniał on wszystkie normy zgodne z obowiązującymi prawem oraz posiadał niezbędne certyfikaty.

4. Organizacja programu polityki zdrowotnej

4.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

W ramach programu zaplanowano następujące etapy:

- 1) wybór realizatorów programu w drodze otwartego konkursu ofert;

- 2) działania informacyjno-promocyjne;
- 3) kwalifikacja uczestników do programu;
- 4) przeprowadzenie interwencji wskazanych w programie;
- 5) rozliczenie finansowe programu;
- 6) monitorowanie realizacji programu oraz ewaluacja programu po jego zakończeniu.

Ad 1. Realizatorzy programu będą wybrani w drodze konkursu ofert, zgodnie z art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Warunki konkursu zostaną określone w ogłoszeniu o konkursie. Ogłoszenie zostanie opublikowane na stronie www.mazovia.pl w zakładce „Otwarte konkursy ofert” oraz w siedzibie Organizatora tj. na tablicy ogłoszeń w siedzibie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie, ul. Jagiellońska 26, 03-719 Warszawa.

Realizatorami programu będą podmioty wybrane w drodze konkursu ofert i wykonujące działalność leczniczą w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Decyzja o rozstrzygnięciu konkursu zostanie podjęta w formie odrębnej uchwały Zarządu Województwa Mazowieckiego.

Ad 2. Województwo Mazowieckie oraz realizatorzy programu na swoich stronach internetowych oraz w mediach społecznościowych będą informowali o możliwości i warunkach uczestnictwa w programie. Dopuszczone są inne formy przekazywania informacji o programie w zależności od przyjętych sposobów stosowanych przez realizatora (np. plakaty, ulotki, bezpośredni kontakt). Materiały informacyjno-promocyjne wymagają wcześniejszej akceptacji Województwa Mazowieckiego oraz muszą zawierać logo i/lub herb Województwa Mazowieckiego – szczegóły w tym zakresie regulować będzie umowa na realizację programu.

Ad 3. Realizatorzy programu będą prowadzili kwalifikacje uczestników do programu zgodnie z kryteriami określonymi w rozdziale 3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej. Po zakwalifikowaniu uczestników realizator będzie przeprowadzał interwencje wskazane w programie.

Ad 4. Przeprowadzenie przez realizatora następujących interwencji:

- 1) warsztaty udzielania pierwszej pomocy u niemowląt;
- 2) konsultacja z fizjoterapeutą pediatrycznym;
- 3) warsztaty z fizjoterapeutą uroginekologicznym;
- 4) konsultacja z doradcą laktacyjnym;
- 5) warsztaty z dietetykiem;
- 6) konsultacje z psychologiem;
- 7) szkolenia dla położnych.

Szczegółowy opis przeprowadzenia powyższych interwencji przedstawiono w rozdziale 3.3. Planowane interwencje.

Ad 5. Z realizatorami programu, wybranymi w drodze konkursu ofert, zostaną podpisane umowy, w których określone zostaną obowiązki realizatora w tym m.in warunki składania sprawozdań oraz warunki płatności za wykonane interwencje.

Ad 6. W trakcie realizacji programu prowadzony będzie monitoring obejmujący ocenę zgłaszalności do programu, oceny jakości świadczeń przewidzianych w programie, oceny efektywności programu, a po jego zakończeniu zostanie przeprowadzona ewaluacja w zakresie i na zasadach opisanych w rozdziale 5. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.

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

Realizatorem programu będzie podmiot wybrany w drodze konkursu, wykonujący działalność leczniczą w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Realizator musi podczas realizacji programu posiadać do dyspozycji następujący personel:

Wymagania dotyczące personelu:

- 1) w zakresie warsztatów z udzielania pierwszej pomocy u niemowląt:
co najmniej 1 lekarz i/lub pielęgniarka i/lub asystent medyczny i/lub i/lub położna i/lub ratownik medyczny i/lub inny pracownik medyczny, który posiada ukończony kurs instruktorski z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej oraz odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia warsztatów w tym zakresie.
- 2) w zakresie konsultacji z fizjoterapeutą pediatrycznym: co najmniej 1 fizjoterapeuta²³, który ukończył kurs/szkolenie z zakresu fizjoterapii dzieci.
- 3) w zakresie warsztatów z fizjoterapeutą uroginiekologicznym: co najmniej 1 fizjoterapeuta, który ukończył kurs/szkolenie z zakresu fizjoterapii uroginiekologicznej.
- 4) w zakresie konsultacji z doradcą laktacyjnym: co najmniej 1 konsultant laktacyjny posiadający tytuł IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant - Międzynarodowy Konsultant Laktacyjny) lub doradca laktacyjny posiadający certyfikat CDL (Certyfikowany Doradca Laktacyjny) lub osoba, która odbyła kurs/szkolenie z zakresu nauki o laktacji;
- 5) w zakresie warsztatów z dietetykiem: co najmniej 1 osoba, która ukończyła studia na kierunku dietetyka i uzyskała tytuł zawodowy co najmniej licencjata lub inżyniera.
- 6) w zakresie konsultacji z psychologiem: co najmniej 1 osoba, która uzyskała w polskiej uczelni dyplom magistra psychologii lub uzyskała za granicą wykształcenie uznane za równorzędne w Rzeczypospolitej Polskiej.
- 7) w zakresie szkoleń dla położnych: co najmniej 1 położna, posiadająca prawo do wykonywania zawodu położnej z co najmniej 3-letnim stażem pracy w zawodzie.

Wszystkie interwencje powinny być prowadzone z zachowaniem warunków sanitarnych i ustalonych dla procedur medycznych, wynikających z aktualnych norm i przepisów prawnych. Budynek, w którym mieszczą się sale/gabinety szkoleniowe/konsultacyjne powinien być dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

²³ Fizjoterapeuta to osoba, o której mowa w art. 5 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty

Realizator musi posiadać odpowiednie instrumenty diagnostyczne stosowane w ramach programu zgodne z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa oraz z przyjętymi normami i rekomendacjami. Realizator jest zobowiązany do zapewnienia zasobów technicznych niezbędnych do realizacji powierzonego mu zadania, zgodnie z obowiązującymi wytycznymi.

Dokumentacja medyczna wytworzona w trakcie realizacji programu powinna być prowadzona i przechowywana w placówce medycznej udzielającej świadczeń zgodnie z warunkami określonymi w przepisach z zakresu dokumentacji medycznej i ochrony danych osobowych.

Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej:

- 1) Realizator musi wykonywać interwencje w ramach programu stawiając dobro uczestników jako wartość nadrzędną i zapewnić im najwyższy możliwy poziom bezpieczeństwa na każdym etapie udziału w programie.
- 2) Realizator podczas udzielania świadczeń medycznych w ramach programu musi przestrzegać zapisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
- 3) Wszystkie interwencje w ramach programu muszą być udzielane uczestnikom programu bezpłatnie.
- 4) Udział w programie jest dobrowolny – każdy uczestnik musi przedłożyć realizatorowi wypełniony druk świadomej zgody na udział w programie, zgodny z treścią załącznika A1 lub A2, przed rozpoczęciem działań w ramach programu. Ponadto, uczestnik programu musi zostać poinformowany o źródłach finansowania programu.
- 5) O włączeniu do programu decyduje kolejność zgłoszeń. Realizator ma obowiązek prowadzić rejestr osób aplikujących do programu. Do programu będą zakwalifikowane osoby, które spełniły wszystkie kryteria włączenia podane w rozdziale 3.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.
- 6) Uczestnicy będą włączani do programu, do momentu osiągnięcia limitu osób lub do wysokości kwoty wskazanej w umowie zawartej pomiędzy Województwem Mazowieckim a realizatorem.
- 7) Uczestnik, który ukończył wszystkie etapy programu, nie może wziąć w nim ponownie udziału. Z zastrzeżeniem, że w przypadku urodzenia kolejnego dziecka w trakcie trwania programu, ponowny udział w programie jest możliwy.
- 8) Realizator w trakcie realizacji programu zobowiązany jest do udzielania zaplanowanych interwencji zgodnie z obowiązującymi wytycznymi i rekomendacjami.
- 9) Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu musi być prowadzona i przechowywana w siedzibie realizatora, zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych. Dane osobowe osób biorących udział w programie nie będą udostępniane osobom trzecim, a ich administratorem będzie realizator programu.
- 10) Realizator zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji programowej. Dokumentacja programowa zawierać będzie dokumenty uzyskane w trakcie realizacji programu nie będące dokumentacją medyczną. Dokumentacja programowa powinna zawierać m.in. zgody

uczestników na udział w programie, rezygnacje z dalszego uczestnictwa w programie, ankiety satysfakcji obydwu grup docelowych oraz testy wiedzy.

5. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

5.1. Monitorowanie

Monitoring programu będzie prowadzony w trzech podstawowych zakresach:

- 1) oceny zgłaszalności do programu,
- 2) oceny jakości świadczeń przewidzianych w programie,
- 3) oceny efektywności programu.

W ramach monitoringu, każdy realizator zobowiązany jest do złożenia następujących dokumentów:

- 1) sprawozdania kwartalnego/rocznego/końcowego z wykonania świadczeń w ramach programu – zgodnie z treścią wzoru stanowiącego załącznik D do programu;
- 2) analizę wyników ankiet satysfakcji uczestników programu z grupy I oraz grupy II– zgodnie z treścią wzorów ankiet stanowiących załączniki C1, C2 do programu.

Sprawozdanie kwartalne/roczne/końcowe może zawierać dodatkowe elementy, nieokreślone we wzorze, które realizator uzna za niezbędne. Warunki i terminy przekazania sprawozdań będą określać umowy zawarte z realizatorami.

Ad 1. Ocena zgłaszalności do programu

Realizator ma obowiązek prowadzić rejestr osób aplikujących do programu. Definicja osoby aplikującej do programu znajduje się w słowniczku na początku programu. Rejestr ma obowiązkowo zawierać takie dane jak:

- 1) imiona i nazwiska osób ubiegających się o udział w programie;
- 2) dane kontaktowe do osób ubiegających się o udział w programie.

Rejestr może zawierać inne dane niezbędne do prowadzenia działań z zakresu programu. Sugeruje się, żeby rejestr był prowadzony w formie elektronicznej. Rejestr zgłoszeń do programu będzie prowadzony zgodnie z przepisami dotyczącymi zbierania i przetwarzania danych osobowych. Administratorem danych osobowych osób ubiegających się o udział w programie oraz uczestników programu jest podmiot realizujący program.

Realizator ma obowiązek prowadzenia rejestru osób aplikujących do programu także w przypadku przekroczenia liczby osób, którym można zapewnić udział w programie w ramach zaplanowanych środków finansowych. Informacja dotycząca liczby osób aplikujących do programu może stanowić podstawę do podjęcia przez Zarząd Województwa Mazowieckiego decyzji o zwiększeniu środków przeznaczonych na realizację programu, uwzględniając posiadane środki finansowe. Ocena zgłaszalności do programu monitorowana będzie na podstawie danych przedstawionych przez realizatorów programu zgodnie z załącznikiem D. Wzór sprawozdania kwartalnego/rocznego/końcowego.

Ad 2. Ocena jakości świadczeń w programie

Jakość świadczeń oceniana będzie na podstawie wyników ankiet satysfakcji uczestników programu oraz uczestników szkolenia.

W przypadku uczestników programu z I grupy docelowej, jakość świadczeń oceniana będzie na podstawie wyników ankiety satysfakcji zgodnej z treścią załącznika C1 do programu. Każdy uczestnik zostanie poproszony o wypełnienie i przekazanie realizatorowi ankiety po:

- 1) udzieleniu uczestnikowi wszystkich interwencji, w których uczestniczył lub
- 2) rezygnacji z dalszego udziału w programie.

W przypadku kadry medycznej, tj.– II grupy docelowej, jakość świadczeń oceniana będzie na podstawie wyników ankiety satysfakcji zgodnej z treścią załącznika C2 do programu. Każdy uczestnik szkolenia zostanie poproszony o wypełnienie i przekazanie realizatorowi ankiety po zakończeniu szkolenia.

Ankiety mogą być prowadzone w formie papierowej lub w formie elektronicznej.

Analizy wyników ankiet satysfakcji powinny zawierać:

- 1) liczbę osób biorących udział w badaniu satysfakcji;
- 2) liczbę analizowanych ankiet satysfakcji;
- 3) powód/powody zaistnienia różnicy między liczbą uczestników programu biorących udział w badaniu satysfakcji a liczbą analizowanych ankiet – jeśli taka różnica zaistniała;
- 4) liczbę udzielonych odpowiedzi danego rodzaju w podziale na poszczególne pytania arkusza ankietowego.

Realizator musi przedstawić odrębne analizy dla poszczególnych załączników.

Sugeruje się, aby analizy wyników ankiet satysfakcji uczestników programu zawierała wykresy, tabele oraz inne formy obrazowania danych.

Analizy wyników ankiet może zawierać inne elementy, które realizator uzna za niezbędne lub pomocne.

Ponadto każdy realizator musi zapewnić możliwość zgłaszania uwag przez uczestników programu do konkretnego realizatora programu lub do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie. Realizator ma obowiązek poinformowania uczestników o takiej możliwości.

Ad 3. Ocena efektywności programu

Ocena efektywności programu będzie polegała na zbieraniu informacji o osiągnięciu mierników efektywności realizacji programu oraz informacji o ilości wykonanych świadczeń w ramach programu - zgodnie z załącznikiem D. Wzór sprawozdania kwartalnego/rocznego/końcowego.

5.2. Ewaluacja

Ewaluacja programu będzie prowadzona na podstawie analizy mierników przedstawionych w rozdziale 2.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.

Realizator jest zobowiązany do przedłożenia po zakończeniu programu, w ramach ewaluacji, sprawozdania końcowego ze świadczeń zrealizowanych w ramach programu. Sprawozdanie końcowe

Program polityki zdrowotnej w zakresie opieki poporodowej dla mieszkańców województwa mazowieckiego na lata 2024-2026

musi obejmować cały okres trwania programu oraz musi zawierać te same elementy, co sprawozdanie roczne. Sprawozdanie końcowe może zawierać dodatkowe elementy, nieokreślone w programie, które realizator uzna za niezbędne. W przypadku wprowadzenia modyfikacji w sprawozdaniu rocznym, sprawozdanie końcowe musi również zostać zmodyfikowane. Warunki i terminy przekazania sprawozdań będą określać umowy zawarte z realizatorami.

Analiza sprawozdań pozwoli uzyskać dane na temat zgłaszalności do programu, a co za tym idzie zapotrzebowania na świadczenia w zakresie opieki poporodowej oraz fizjoterapii matki i dziecka wśród mieszkańców województwa mazowieckiego.

Po zakończeniu realizacji programu zostanie sporządzony raport końcowy z jego realizacji, według wzoru określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej. Raport końcowy przygotują pracownicy Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie. Raport końcowy zostanie opracowany na podstawie m.in. sprawozdań końcowych oraz innych danych otrzymanych od realizatorów programu.

Na podstawie, między innymi raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej, Zarząd Województwa Mazowieckiego może podjąć decyzję o aktualizacji i dalszej realizacji programu w kolejnych latach lub o zaprzestaniu jego realizacji.

6. Budżet programu polityki zdrowotnej

6.1. Koszty jednostkowe

Koszty programu zostały podzielone na dwie kategorie: bezpośrednie i pośrednie. Definicje poszczególnych kategorii kosztów znajdują się w słowniczku na początku programu. Na potrzeby oszacowania kosztu wsparcia uczestnika programu, ustalono sztywną wartość kosztów pośrednich, wynoszącą 10% wartości kosztów bezpośrednich. W ramach kosztów pośrednich uwzględniono koszty przeprowadzenia akcji informacyjno-promocyjnej oraz monitoringu i ewaluacji programu.

Budżet programu wynosi 2 100 000 zł. Na przeprowadzenie interwencji dla I grupy docelowej przeznaczono około 90% środków budżetu programu (1 890 000 zł). Na przeprowadzenie interwencji dla II grupy docelowej planuje się przeznaczyć około 10% środków budżetu programu (210 000 zł).

W związku z opracowywaniem projektu programu Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie przesłał zapytanie z prośbą o wycenę głównych świadczeń do 103 podmiotów prowadzących działalność leczniczą w zakresie położnictwa i ginekologii z terenu województwa mazowieckiego na terenie województwa mazowieckiego.

Wartości poszczególnych elementów kosztu jednostkowego zaproponowanego w programie są średnią arytmetyczną tych samych elementów z wycen uwzględnionych podczas analizy.

Tabela 1 Średnia wartość świadczeń przypadających na 1 uczestnika z I grupy docelowej (źródło: opracowanie własne)²⁴

Nazwa elementu	Koszt jednostkowy wraz z kosztami pośrednimi	Ilość	Razem
Kwalifikacja uczestnika do programu	113,00 zł	1	113,00 zł
Warsztaty z udzielania pierwszej pomocy u niemowląt	257,80 zł	1	257,80 zł
Konsultacja z fizjoterapeutą pediatrycznym	328,50 zł	3	985,50 zł
Warsztaty z fizjoterapeutą uroginekologicznym	246,80 zł	1	246,80 zł
Konsultacja z doradcą laktacyjnym	306,50 zł	1	306,50 zł
Konsultacja z psychologiem	239,25 zł	1	246,40 zł
Warsztaty z dietetykiem	256,80 zł	1	256,80 zł

Maksymalny koszt udziału w programie jednego uczestnika z I grupy docelowej wynosi 2 412,80 zł.

Koszt kwalifikacji uczestnika do programu obejmuje obsługę administracyjną zapisu uczestnika oraz wydrukowanie oświadczeń i druków, o których mowa w rozdziale 3.2 3.1. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej i weryfikacji spełnienia przez niego wskazanych kryteriów kwalifikacji.

Tabela 2 Wartość świadczeń przypadających na 1 grupę z II grupy docelowej (źródło: opracowanie własne)²⁵

Nazwa elementu	Koszt jednostkowy wraz z kosztami pośrednimi	Ilość	Razem
Działania szkoleniowe dla położnych wraz z pre-testem i post-testem (koszt przypadający na 1 grupę)	1 436,11 zł	1	1 436,11 zł

Koszty przedstawione w tabelach 1 i 2 są kwotami maksymalnymi, jakie oferenci mogą przedstawić w swoich ofertach w ramach konkursu na wybór realizatora programu.

Szacuje się, że w ramach programu w trakcie jego realizacji interwencjami można objąć około 1565 uczestników z I grupy docelowej (zakładając udział w programie dwóch opiekunów dziecka do 1. roku życia w tym:

- w 2024 r. 373 osób,
- w 2025 r. 596 osób,
- w 2026 r. 596 osób.

²⁴ Wycena została sporządzona w oparciu o analizę wycen pochodzących od 11 podmiotów, odrzucając wartości najwyższe i najniższe przypadające na 1 uczestnika (średnia wycen z 11 podmiotów).

²⁵ Wycena została sporządzona w oparciu o analizę wycen pochodzących od 9 podmiotów, odrzucając wartości najwyższe i najniższe przypadające na 1 uczestnika (średnia wycen z 9 podmiotów).

Program polityki zdrowotnej w zakresie opieki poporodowej dla mieszkańców województwa mazowieckiego na lata 2024-2026

Dodatkowo, szacuje się, że w ramach programu w trakcie jego realizacji szkoleniami dla położnych POZ można objąć około 145 grup (około 1450 osób z II grupy docelowej, zakładając, że grupa ma 10 osób), w tym:

- w 2024 r. 35 grup (350 osób),
- w 2025 r. 55 grup (550 osób),
- w 2026 r. 55 grup (550 osób).

W przypadku innej niż ww. szacunkowa liczba osób, które skorzystają ze świadczeń, środki można przeznaczyć zgodnie z realnym zapotrzebowaniem. Jednakże, suma kosztów nie może przekroczyć budżetu programu.

6.2. Koszty całkowite

Okres realizacji Programu został zaplanowany na lata 2024-2026. Planowany budżet programu został określony w wysokości 2 100 000 zł, zgodnie z poniższym podziałem:

- 2024 r.: 500 000 zł (450 000 zł – I grupa docelowa; 50 000 zł – II grupa docelowa);
- 2025 r.: 800 000 zł (720 000 zł – I grupa docelowa; 80 000 zł II grupa docelowa);
- 2026 r.: 800 000 zł (720 000 zł – I grupa docelowa; 80 000 zł II grupa docelowa).

6.3. Źródła finansowania

Program zostanie sfinansowany ze środków własnych Województwa Mazowieckiego.

W przypadku posiadania dodatkowych środków finansowanych w budżecie Województwa Mazowieckiego, budżet programu może zostać zwiększony.

Bibliografia

Publikacje:

- Deluga, E. Olkuska, B. Ślusarska, „Wiedza rodziców na temat okresu noworodkowego i ich oczekiwania wobec pielęgniarek i położnych”, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2012, Tom 18, Nr 4;
- Ehmke vel Emczyńska-Seliga E, Narodowe Centrum Edukacji Żywnościowej, Narodowe Centrum Edukacji Żywnościowej | Dieta kobiety ciężarnej w świetle zaleceń międzynarodowych;
- Eidelman AI, Schanler RJ, Johnston M i wsp. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 2012; 129: e827-841;
- E. Niewiadomska, J. Furman, B. Łabuz-Roszak „Ocena poziomu wiedzy na temat żywienia wśród kobiet karmiących piersią w pierwszych dobach po porodzie”, Zakład Biostatystyki, Katedra Epidemiologii i Biostatystyki, Wydział Zdrowia Publicznego w Bytomiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Bytom, 2018;
- K. Suchocka, „Najczęstsze problemy laktacyjne kobiety karmiącej piersią”, „Opieka nad matką i dzieckiem w POZ” 2/2022, Białystok, 2022;
- M. Kaźmierczak, G. Gebuza, D. Krasińska i in., „Opieka i pielęgnacja noworodka – ocena poziomu wiedzy kobiet po porodzie”, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, 2018;
- Pieniążek A., Ocena stanu emocjonalnego kobiet w ciąży i po porodzie, 2021;
- Program polityki zdrowotnej Miasta Słupsk, Opieka okołoporodowa dla mieszkańców Miasta Słupsk 2022-2030, Słupsk, 2022;
- Rocznik Demograficzny, GUS, Warszawa 2023;
- Raport na temat długości karmienia piersią w Polsce – „Długość ma znaczenie”;
- Raport – „Czy Polska jest krajem przyjaznym matce karmiącej i jej dziecku”;
- Rocznik Demograficzny 2023, GUS, Warszawa 2023;
- Szajewska H, Horvath A, Rybak A, Socha P. Karmienie piersią. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci. Standardy Medyczne Pediatria 2016; 13: 9-24;
- Szymanowski P., Gierat A., Szweda H., Józwick M., Choroby uroginekologiczne - poważny problem społeczny, Kraków, 2017;
- Tałaj A., Pruszek P., Karmienie naturalne dziecka i poradnictwo laktacyjne w Polsce, 2019.

Źródła internetowe:

- Centrum Nauki o Laktacji im. Anny Oslislo, <https://cnol.kobiety.med.pl/pl/sytuacja-w-polsce/>;
- <https://pzh.gov.pl/>;
- <https://www.nfz.gov.pl/>.
- <https://nipip.pl/liczba-pielgniarek-polozonych-zarejestrowanych-zatrudnionych/>;
- <https://rehabilitacjadladieci.pl>, Fizjoterapia pediatryczna fizjoterapeuta Paweł Michałowicz;

Akty prawne:

Program polityki zdrowotnej w zakresie opieki poporodowej dla mieszkańców województwa mazowieckiego na lata 2024-2026

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej;
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025;
- Uchwała nr 313/303/22 Zarządu Województwa Mazowieckiego z dnia 8 marca 2022 r. w sprawie przyjęcia dokumentu pn.: „Kierunki działań w zakresie polityki zdrowotnej Województwa Mazowieckiego na lata 2022–2026”.

Załącznik A1. Wzór świadomej zgody i oświadczenie o miejscu zamieszkania¹

(świadomą zgodę wypełnia jeden z rodziców/opiekunów prawnych)

.....
Imię i nazwisko dziecka do 1. roku życia

.....
Data urodzenia dziecka

.....
Imię i nazwisko opiekuna prawnego dziecka

.....
Adres (ulica, numer mieszkania/domu, kod pocztowy, miejscowość)

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że w chwili aplikowania do „Programu polityki zdrowotnej w zakresie opieki poporodowej dla mieszkańców z województwa mazowieckiego” na lata 2024-2026 (dalej zwany „programem”) mieszkam na terenie województwa mazowieckiego w rozumieniu Kodeksu cywilnego²⁶.

Świadoma zgoda na udział w programie

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że uzyskałam(em) informacje dotyczące programu oraz otrzymałam(em) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.

Zostałam(em) poinformowana(y) o możliwości zgłaszania uwag do konkretnego realizatora programu lub do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie.

Zostałam(em) poinformowana(y) o tym, że program finansowany jest ze środków Województwa Mazowieckiego.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w programie i jestem świadoma(y) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej jego części bez podania przyczyny.

Jednocześnie oświadczam, że nie jestem obecnie uczestnikiem innego programu o podobnym charakterze finansowanym ze środków publicznych.

Przez podpisanie zgody na udział w w/w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw.

Otrzymałem kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie realizacji programu zgodnie z obowiązującym prawem.

.....
Data i podpis uczestnika

Oryginał/kopia*

¹Miejsce zamieszkania - należy przez to rozumieć, zgodnie z normą Kodeksu cywilnego (art. 25 KC) miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będącą ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania.

* niepotrzebne skreślić

Załącznik A2. Oświadczenie o wykonywanym zawodzie

.....
Imię i nazwisko uczestnika

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że jestem położną(ym) zatrudnioną(ym) w województwie mazowieckim w placówce podstawowej opieki zdrowotnej lub wykonuję zawód na terenie województwa mazowieckiego.

.....
Nazwa pracodawcy

Oświadczam, że zostałam(em) poinformowana(y) o tym, że szkolenie realizowane w ramach „Programu polityki zdrowotnej w zakresie opieki poporodowej dla mieszkańców z województwa mazowieckiego” na lata 2024-2026 finansowane jest ze środków Województwa Mazowieckiego.

Otrzymałam(em) kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie realizacji programu zgodnie z obowiązującym prawem.

Świadoma zgoda na udział w programie

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że uzyskałam(em) informacje dotyczące programu oraz otrzymałam(em) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.

Zostałam(em) poinformowana(y) o możliwości zgłaszania uwag do konkretnego realizatora programu lub do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w programie i jestem świadoma(y) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej jego części bez podania przyczyny.

Jednocześnie oświadczam, że nie jestem obecnie uczestnikiem innego programu o podobnym charakterze finansowanym ze środków publicznych.

Przez podpisanie zgody na udział w w/w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw.

.....
Data i podpis uczestnika

Oryginał/kopia*

* niepotrzebne skreślić

Załącznik B. Wzór pisemnej rezygnacji z dalszego uczestnictwa w programie

.....
Imię i nazwisko uczestnika

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że rezygnuję z dalszego udziału w „Programie polityki zdrowotnej w zakresie opieki okołoporodowej dla mieszkańców z województwa mazowieckiego” na lata 2024-2026.

Powodem rezygnacji jest**:

.....
.....
.....

.....
Data i podpis uczestnika

Oryginał/kopia*

* Niepotrzebne skreślić

** Wskazanie powodu rezygnacji jest nie obowiązkowe

Załącznik C1. Wzór ankiety satysfakcji uczestników programu – I grupa docelowa

Ankieta ta ma na celu poznanie Pani/Pana opinii, sugestii oraz uwag dotyczących udziału w „Programie polityki zdrowotnej w zakresie opieki poporodowej dla mieszkańców z województwa mazowieckiego” na lata 2024-2026.

Badanie jest anonimowe, a jego wyniki posłużą do monitorowania jakości programu. Prosimy o wypełnienie ankiety i przekazanie wyznaczonej osobie lub pozostawienie w wyznaczonym do tego miejscu.

W pytaniach 1-4 należy zaznaczyć odpowiedź w skali 1-5, gdzie: 1 - oznacza ocenę najniższą, 5 - oznacza ocenę najwyższą.

1. Jak ocenia Pani/Pan ogólną postawę personelu (życzliwość, zaangażowanie, uprzejmość)?
1 2 3 4 5
2. Jak ocenia Pani/Pan specjalistę przeprowadzającego warsztaty z udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej u niemowląt pod względem zdobytej wiedzy i przydatności jej w przyszłości?
1 2 3 4 5
3. Jak ocenia Pani/Pan zajęcia z fizjoterapeutą pediatrycznym pod względem zdobytej wiedzy i przydatności jej w przyszłości?
1 2 3 4 5
4. Jak ocenia Pani/Pan zajęcia z fizjoterapeutą uroginekologicznym pod względem zdobytej wiedzy i przydatności jej w przyszłości?
1 2 3 4 5
5. Jak ocenia Pani/Pan zajęcia z doradcą laktacyjnym pod względem zdobytej wiedzy i przydatności jej w przyszłości?
1 2 3 4 5
6. Jak ocenia Pani/Pan zajęcia z dietetykiem pod względem zdobytej wiedzy i przydatności jej w przyszłości?
1 2 3 4 5
7. Jak ocenia Pani/Pan zajęcia z psychologiem pod względem zdobytej wiedzy i przydatności jej w przyszłości?
1 2 3 4 5
8. W jakim stopniu odpowiadała Pani/Panu atmosfera panująca w trakcie uczestnictwa w programie?
1 2 3 4 5
9. Jak ocenia Pani/Pan łatwość zapisu do programu?
1 2 3 4 5

Czy podczas zapisywania do programu wystąpiły jakieś trudności?

.....
.....

10. Jak ocenia Pani/Pan organizację programu pod względem szybkości realizacji poszczególnych interwencji. Proszę wziąć pod uwagę długość oczekiwania na poszczególne etapy programu.

1 2 3 4 5

11. Skąd dowiedział/a się Pani/Pan o możliwości aplikowania do programu? (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

- z pracy
- z Internetu
- od znajomych
- z placówki medycznej
- inne (jakie?)

12. Jakie zmiany, według Pani/Pana opinii, powinny zostać wprowadzone do Programu?

.....
.....

13. Czy według Pani/Pana program powinien być kontynuowany?

TAK/NIE

Jeśli NIE, to dlaczego

.....
.....

14. Inne uwagi

.....

Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.

Załącznik C2. Wzór ankiety satysfakcji uczestników programu – II grupa docelowa

Ankieta ta ma na celu poznanie Pani/Pana opinii, sugestii oraz uwag dotyczących udziału w „Programie polityki zdrowotnej w zakresie opieki poporodowej dla mieszkańców z województwa mazowieckiego” na lata 2024-2026.

Badanie jest anonimowe, a jego wyniki posłużą do monitorowania jakości programu. Prosimy o wypełnienie ankiety i przekazanie wyznaczonej osobie lub pozostawienie w wyznaczonym do tego miejscu.

W pytaniach 1-8 należy zaznaczyć odpowiedź w skali 1-5, gdzie: 1 - oznacza ocenę najniższą, 5 - oznacza ocenę najwyższą.

1. W jakim stopniu szkolenie spełniło Pani/Pana oczekiwania?

1 2 3 4 5

2. Jak ocenia Pani/Pan wiedzę i kompetencję osoby/osób prowadzącej/prowadzących szkolenie?

1 2 3 4 5

3. Jak ocenia Pani/Pan przydatność przekazywanych treści?

1 2 3 4 5

4. Jak ocenia Pani/Pan poziom merytoryczny szkolenia?

1 2 3 4 5

5. Jak ocenia Pani/Pan stan swojej wiedzy po zakończeniu udziału w szkoleniu?

1 2 3 4 5

6. Jak ocenia Pani/Pan formę szkolenia?

1 2 3 4 5

7. W jakim stopniu odpowiadała Pani/Panu atmosfera panująca w trakcie uczestnictwa w szkoleniu?

1 2 3 4 5

8. Jak ocenia Pani/Pan organizację szkolenia?

1 2 3 4 5

9. Czy uważa Pani/Pan, że szkolenia dotyczące opieki nad noworodkiem lub niemowlęciem dla położnych powinny być kontynuowane w następnych latach?

tak

nie

10. Jakie zmiany, według Pani/Pana opinii, powinny zostać wprowadzone do Programu?

.....

11. Inne uwagi

.....

Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety

Załącznik D. Wzór sprawozdania kwartalnego/rocznego/końcowego*

Sprawozdanie kwartalne/roczne/końcowe* z realizacji „Programu polityki zdrowotnej w zakresie opieki poporodowej dla mieszkańców z województwa mazowieckiego” na lata 2024-2026

Dane realizatora: (nazwa, adres)

Nr umowy:

Sprawozdanie za okres:

Sprawozdanie kosztowe z wykonania świadczeń w ramach programu

– (Należy pamiętać, że w przypadku uczestnictwa w programie dwóch opiekunów prawnych, wykazujemy ich jako jeden koszt, ponieważ dwóch opiekunów prawnych może uczestniczyć w programie w ramach kosztu jednego uczestnika.

Nr.	Nazwa wskaźnika	Wartość wskaźnika
1.	Liczba przeprowadzonych kwalifikacji do programu (wpisujemy 1 uczestnika, nawet jeśli w zajęciach uczestniczyło dwóch opiekunów)	
2.	Liczba uczestników, którzy wzięli udział w warsztatach z udzielania pierwszej pomocy u niemowląt (wpisujemy 1 uczestnika, nawet jeśli w zajęciach uczestniczyło dwóch opiekunów)	
3.	Liczba przeprowadzonych konsultacji z fizjoterapeutą pediatrycznym	
4.	Liczba uczestników, którzy wzięli udział w warsztatach z fizjoterapeutą uroginekologicznym (wpisujemy 1 uczestnika, nawet jeśli w zajęciach uczestniczyło dwóch opiekunów)	
5.	Liczba uczestników, którzy wzięli udział w konsultacji z doradcą laktacyjnym (wpisujemy 1 uczestnika, nawet jeśli w zajęciach uczestniczyło dwóch opiekunów)	
6.	Liczba uczestników, którzy wzięli udział w warsztatach z dietetykiem (wpisujemy 1 uczestnika, nawet jeśli w zajęciach uczestniczyło dwóch opiekunów)	
7.	Liczba uczestników, którzy wzięli udział w konsultacjach z psychologiem (wpisujemy 1 uczestnika, nawet jeśli w zajęciach uczestniczyło dwóch opiekunów)	
8.	Liczba grup, w których przeprowadzono działania szkoleniowe dla położnych wraz z pre-testem i post-testem	

Sprawozdanie statystyczne z wykonania świadczeń w programie w okresie sprawozdawczym –

(Należy pamiętać, że w przypadku uczestnictwa w programie dwóch opiekunów prawnych wykonują oni testy wiedzy wspólnie, natomiast przyrost wiedzy odnotowujemy dla 2 osób)

Nr.	Nazwa wskaźnika	Wartość wskaźnika
1.	Łączna liczba osób, które wzięły udział w co najmniej jednej interwencji w ramach programu.	
2.	Łączna liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie.	

3.	Łączna liczba osób, które wzięły udział w warsztatach z udzielania pierwszej pomocy u niemowląt.	
4.	Łączna liczba osób u których po warsztatach z udzielania pierwszej pomocy u niemowląt odnotowano wzrost wiedzy lub pozostała ona na wysokim poziomie.	
5.	Łączna liczba osób, które wzięły udział w konsultacji z fizjoterapeutą pediatrycznym.	
6.	Łączna liczba osób, u których po konsultacji z fizjoterapeutą pediatrycznym odnotowano wzrost wiedzy lub pozostała ona na wysokim poziomie.	
7.	Łączna liczba osób, które wzięły udział w warsztatach z fizjoterapeutą uroginekologicznym.	
8.	Łączna liczba osób, u których po konsultacji z fizjoterapeutą uroginekologicznym odnotowano wzrost wiedzy lub pozostała ona na wysokim poziomie.	
9.	Łączna liczba osób, które wzięły udział w konsultacji z doradcą laktacyjnym.	
10.	Łączna liczba osób u których po konsultacji z doradcą laktacyjnym odnotowano wzrost wiedzy lub pozostała ona na wysokim poziomie.	
11.	Łączna liczba osób, które wzięły udział w warsztatach z dietetykiem.	
12.	Łączna liczba osób, u których po warsztatach z dietetykiem odnotowano wzrost wiedzy lub pozostała ona na wysokim poziomie.	
13.	Łączna liczba osób, które wzięły udział w konsultacjach z psychologiem.	
14.	Łączna liczba osób, u których po konsultacji z psychologiem odnotowano wzrost wiedzy lub pozostała ona na wysokim poziomie.	
15.	Łączna liczba osób, które wzięły udział w szkoleniu dla położnych.	
16.	Łączna liczba osób, u których po udziale w szkoleniu dla położnych odnotowano wzrost wiedzy lub pozostała ona na wysokim poziomie.	

Sprawozdanie z osiągnięcia mierników efektywności programu (dotyczy sprawozdania końcowego)

Nr.	Nazwa wskaźnika	Wartość wskaźnika
1.	Liczba opiekunów prawnych dzieci do 1. roku życia, którzy uczestniczyli w minimum jednej interwencji w ramach programu skierowanej do I grupy docelowej.	
2.	Iloraz liczby osób, u których wzrósł poziom wiedzy lub pozostał na wysokim poziomie z zakresu udzielania pierwszej pomocy u niemowląt i liczby osób z I grupy docelowej, które uczestniczyły w warsztatach z udzielania pierwszej pomocy u niemowląt – wynik wyrażony w procentach.	
3.	Iloraz liczby osób, u których wzrósł poziom wiedzy lub pozostał na wysokim poziomie z zakresu wzorca ruchowego dziecka oraz wczesnego wychwytywania ewentualnych nieprawidłowości i wsparcia rozwoju niemowlęcia i liczby osób z I grupy docelowej, które uczestniczyły w konsultacji z fizjoterapeutą pediatrycznym – wynik wyrażony w procentach.	
4.	Iloraz liczby osób, u których wzrósł poziom wiedzy lub pozostał na wysokim poziomie z zakresu uroginekologii i liczby osób z I grupy docelowej, które uczestniczyły w warsztatach z fizjoterapeutą uroginekologicznym – wynik wyrażony w procentach.	
5.	Iloraz liczby osób, u których wzrósł poziom wiedzy lub pozostał na wysokim poziomie z zakresu prawidłowego karmienia dziecka piersią i liczby osób z I grupy docelowej, które uczestniczyły w konsultacjach z doradcą laktacyjnym – wynik wyrażony w procentach.	
6.	Iloraz liczby osób, u których wzrósł poziom wiedzy lub pozostał na wysokim poziomie z zakresu zdrowego żywienia matki i dziecka i liczby osób z I grupy docelowej, które uczestniczyły w warsztatach z dietetykiem – wynik wyrażony w procentach.	
7.	Iloraz liczby osób, u których wzrósł poziom wiedzy lub pozostał na wysokim poziomie z zakresu wzmocnienia kompetencji rodzicielskich oraz psychologii rozwoju dzieci i liczby osób z I grupy docelowej, które uczestniczyły w konsultacji z psychologiem – wynik wyrażony w procentach.	
8.	Iloraz liczby osób, u których wzrósł poziom wiedzy lub pozostał na wysokim poziomie z zakresu opieki nad noworodkiem i niemowlakiem i liczby osób z II grupy docelowej, które uczestniczyły w szkoleniu – wynik wyrażony w procentach.	

Uwagi:

.....
.....
.....

Część opisowa, zawierająca m.in. informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu oraz opis podjętych działań modyfikujących:

.....
.....
.....

Analiza wyników ankiet satysfakcji uczestników programu – I grupa docelowa – załącznik C1:

.....
.....
.....

Analiza wyników ankiet satysfakcji uczestników szkolenia – II grupa docelowa – załącznik C2:

.....
.....
.....

Oświadczam, że świadczenia wykazane w sprawozdaniu nie zostały jednocześnie sfinansowane z innych środków publicznych (w tym Narodowego Funduszu Zdrowia).

.....
Data i podpis osoby sporządzającej sprawozdanie

.....
Data i podpis osoby akceptującej sprawozdanie

* Niepotrzebne skreślić