

Dr hab. n. o zdr. Beata Pięta, prof. UM  
Zakład Praktycznej Nauki Położnictwa  
Uniwersytet Medyczny w Poznaniu  
Ul. Jackowskiego 41  
60-512 Poznań

Poznań, 10 października 2023

## **RECENZJA**

**rozprawy doktorskiej na stopień doktora w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu  
w dyscyplinie nauki medyczne mgr Marty Gallas**

**„Bezpieczeństwo świadczeniobiorców w Programie Koordynowanej**

**Opieki nad Kobieta w Cięży”**

Promotor : dr hab. Aleksandra Gaworska-Krzemińska, prof. uczelni

Promotor pomocniczy - dr Katarzyna Pogorzelszyk

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 zdrowotnego kontraktowanego odrębnie. W założeniu polega ona na zapewnieniu kobietom w ciąży skoordynowanej opieki realizowanej na I poziomie opieki perinatalnej, tj. nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem, położeniem oraz opieki nad zdrowym noworodkiem. Opieka w ramach KOC obejmuje: specjalistyczne poradnictwo ambulatoryjne, przedporodową i poporodową opiekę położnej, poród – a w przypadku wskazań medycznych – także niezbędne hospitalizacje.

Nadrzędnym celem KOC jest wprowadzenie zmian w opiece okołoporodowej, które poprawią jej jakość oraz pozwolą na bezpieczne zakończenie ciąży poprzez urodzenie zdrowego dziecka. Idea programu polega przede wszystkim na wdrażaniu odpowiednich praktyk okołoporodowych, które mają na celu uzyskać dobry standard stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu do niezbędnego minimum interwencji medycznych. Koordynowana opieka nad kobietą w założeniach pozwala na przepływ informacji oraz dokonanie dokładnego podziału zadań pomiędzy świadczeniodawców. Dzięki temu kobieta

powinna mieć zapewnioną kompleksową opiekę na każdym etapie ciąży, co teoretycznie zmniejsza ryzyko ewentualnych powikłań.

Dotychczasowy model opieki nad kobietami w ciąży również przewiduje różnego rodzaju uprawnienia w korzystaniu ze świadczeń gwarantowanych z zakresu m.in: leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, podstawowej opieki zdrowotnej, standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego oraz z zakresu standardu postępowania medycznego w przypadkach występowania powikłań. Jednakże działania podejmowane w okresie ciąży pacjentki oraz wszelkiego rodzaju świadczenia realizowane są przez różnych świadczeniodawców, w większości niezależnych od siebie.

Problem może pojawić się, gdy występuje potrzeba przepływu informacji pomiędzy świadczeniodawcami. Nie zawsze lekarz prowadzący ciążę pracuje w szpitalu, w którym kobieta zdecyduje się urodzić dziecko. Również wybór położnej obecnej przy porodzie jest jedynie zależny od tego, w którym szpitalu kobieta rodzi. Tak naprawdę lekarz prowadzący ciążę może nie mieć możliwości kontaktu z lekarzem czy też położną, przyjmującymi poród. W przypadku udziału w programie KOC ustawodawca zakłada, że zarówno lekarz prowadzący, jak i położna pracują w jednym szpitalu, gdzie przepływ informacji pomiędzy nimi jest łatwiejszy, bardziej sprawny. W praktyce realizacja założeń programu jest nieco trudniejsza, a stosowanie rozwiązań KOC przysparza wiele problemów i nieścisłości. Kobieta w pierwszej kolejności wybiera szpital w którym chce, aby odbył się poród, a następnie to szpital przydziela kobiecie „zespół specjalistów”, którzy mają się nią opiekować w czasie trwania ciąży.

Właściwe rozwiązania organizacyjne w systemie opieki zdrowotnej mogą wpłynąć na jej jakość oraz poziom bezpieczeństwa i zadowolenia, zarówno świadczeniobiorcy jak i świadczeniodawcy. W opiece okołoporodowej, są także jednym z czynników mających wpływ na stan zdrowia noworodka czy współczynnik umieralności niemowląt, który zarazem jest jednym ze wskaźników oceny stanu zdrowia populacji. Mając na uwadze powyższe w niniejszej Dysertacji, Autorka podjęła się bardzo istotnego opracowania naukowego dotyczącego analizy bezpieczeństwa świadczeniobiorców w Programie Koordynowanej Opieki nad Kobieta w Ciąży, które jest uzasadnione zarówno z poznawczego jak i praktycznego punktu widzenia.

Przedstawiona do recenzji rozprawa doktorska liczy 110 stron wydruku komputerowego, a jej bibliografia zawiera 102 aktualne pozycje piśmiennictwa, poprawnie dobrane, dotyczące omawianego zagadnienia. W pracy zamieszczono 127 tabel i 17 wykresów.

Układ pracy można nazwać konwencjonalnym, powszechnie przyjętym w dysertacjach doktorskich z dziedziny medycyny i nauk o zdrowiu. Zawiera bowiem, za spisem treści: wstęp, który jest niezbędny do uzyskania właściwych informacji wprowadzających nas w problematykę podjętego badania, cel pracy, materiał i metodę, wyniki przeprowadzonych badań, dyskusję, wnioski, streszczenie w języku polskim i angielskim, piśmiennictwo, spis tabel i wykresów oraz aneks. Wszystkie części tworzą logicznie powiązaną całość.

W części teoretycznej, liczącej 18 stron, Autorka w sposób niezwykle wyczerpujący przedstawia zagadnienia opieki w ujęciu historycznym, oraz w wybranych państwach europejskich. Szczegółowo przedstawia również aspekty prawne poprzez analizę dwóch modeli opieki położniczej - klasycznego i programu koordynowanej kobiet w ciąży. W kolejnym podrozdziale prezentuje zasady rozliczeń świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia, ponownie w podziale na dwa modele, rozliczenia świadczeń w klasycznym modelu opieki i rozliczenia świadczeń w opiece koordynowanej.

Za cel pracy Autorka przyjęła ocenę funkcjonowania Programu Koordynowanej Opieki nad Kobieta w Cięży (KOC) oraz jego skutków w aspekcie bezpieczeństwa pacjentek, ich dzieci oraz słuszności wprowadzenia rozwiązań systemowych w zakresie zdrowia publicznego. Założyła zrealizowanie celu poprzez porównanie dwóch modeli opieki tj. KOC i klasycznego modelu opieki nad kobietami ciężarnymi w Polsce. Doktorantka wyszczególniła sześć celów szczegółowych, oraz wyodrębniła główny problem badawczy: „Czy wprowadzenie Programu KOC wpłynęło na zmianę roli położnej, zwiększenie poziomu wiedzy, poczucia bezpieczeństwa i zadowolenia kobiet w ciąży, oraz słuszność rozwiązań systemowych w Polsce?”, jak również sześć hipotez badawczych. W mojej ocenie zarówno cel główny, cele szczegółowe oraz problem i hipotezy badawcze są zrozumiałe i poprawnie sformułowane.

Badanie zostało przeprowadzone w latach 2019-2021 na grupie 4939 osób, w tym: 3216 kobiet korzystających z Programu KOC, 1642 kobiet, które zostały objęte klasycznym modelem opieki, oraz 81 lekarzy i położnych, (jako świadczeniodawców w programie KOC, a wcześniej w klasycznym modelu). Zastosowano cztery narzędzia badawcze, w tym jedno opracowane przez NFZ i trzy autorskie, dostosowane do celów badawczych. W celu pozyskania opinii od kobiet korzystających z klasycznego modelu opieki, na stronach ogólnopolskich, tematycznie związanych z ciążą, umieszczono link do badania z prośbą o wypełnienie. Do wszystkich szpitali w Polsce realizujących Program KOC wysłano linki do ankiet skierowanych do lekarzy i położnych. Badania były dobrowolne, świadome i anonimowe. Na realizację uzyskano pozytywną opinię Komisji Bioetycznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego (nr NKBBN/530/2019-2020). Badanie zostało zrealizowane w 4 etapach. Ograniczeniem badania, jak wskazała Autorka był brak możliwości pełnego porównania wszystkich danych, szczególnie pozwalających na analizę charakterystyki kobiet ciężarnych, oraz ograniczony dostęp do Internetu.

Aby zobiektywizować wyniki badań, doktorantka poddała je analizie statystycznej stosując odpowiednie metody, na właściwym poziomie istotności. Analizy statystyczne przeprowadzono przy użyciu pakietu IBM SPSS Statistics 28 oraz programu statystycznego STATA 13. Zmienne typu jakościowego zostały przedstawione za pomocą licznosci oraz wartości procentowych. W celu wykrycia zależności pomiędzy cechami jakościowymi wykonano test chi-kwadrat. Próg istotności statystycznej zdefiniowano na  $p < 0,05$ . Dobór metod statystycznych uważam za prawidłowy, odpowiedni do zakresu przeprowadzonych badań, dający dobre podstawy do wyciągnięcia wiarygodnych wniosków.

Wyniki badań zawarte na 64 stronach przedstawione zostały w pięciu podrozdziałach, w sposób bardzo ciekawy i dokładny. W pierwszych podrozdziałach przedstawiono ogólne dane uzyskane z NFZ dotyczące liczby porodów w Polsce, liczby udzielanych świadczeń, między innymi z podziałem na lekarzy i położne. Przedstawiono również wyniki badań pacjentek objętych Programem KOC, z podziałem na ocenę opieki ambulatoryjnej, szpitalnej oraz w trakcie porodu. Wśród pacjentek, które były objęte standardową opieką okołoporodową (tradycyjnym modelem opieki) skupiono się na analizie wiedzy i opinii kobiet na temat opieki okołoporodowej, oraz propozycji zmian w opiece okołoporodowej. W kolejnych podrozdziałach przedstawiono wyniki badań uzyskane od położnych i lekarzy, w których wskazano między innymi plusy i minusy koordynowanej opieki dla kobiet ciężarnych, poczucie bezpieczeństwa pacjentek w Programie KOC, jak również propozycje zmian. Zarówno lekarze, jak i położne, za największy plus Programu uznają możliwość prowadzenia pacjentki od momentu ciąży do porodu przez jeden zespół, ale również lepszą wycenę świadczeń, czy też zwiększenie bezpieczeństwa pacjentek będących pod opieką jednego zespołu specjalistów. W kolejnym podrozdziale doktorantka dokonała weryfikacji hipotez badawczych, gdzie dowiedziono kilku niezwykle istotnych zależności statystycznych.

O dojrzałości badawczej Doktorantki świadczy rozdział, w którym Autorka dyskutuje swoje wyniki z wynikami innych autorów. Jest on napisany bardzo wnikliwie i stanowi doskonałą podstawę do stworzenia rekomendacji i zaleceń na przyszłość.

Na podstawie przeprowadzonych badań Doktorantka wyciągnęła sześć wniosków odpowiadających na postawione cele badawcze.

1. Wprowadzenie modelu opieki nad kobietą ciężarną KOC nie wpłynęło na diametralną zmianę roli położnej. Mimo, zwiększenia liczby porodów prowadzonych samodzielnie przez położne, to nadal większość kobiet w Polsce nie posiada pełnej wiedzy w zakresie aktualnych rozwiązań systemowych, roli położnej i lekarza w zakresie świadczeń udzielanych w trakcie ciąży.
2. Aktualne kompetencje położnych w Polsce, pozwalają na bezpieczne prowadzenie kobiet ciężarnych (w ciąży fizjologicznej) samodzielnie.
3. Wśród pacjentek panuje przekonanie, że lekarz posiada większą wiedzę i kompetencje do prowadzenia ciąży, niż położne. Przekłada się to, na niepełne wykorzystywanie środków gwarantowanych przez NFZ na realizację świadczeń położnych.
4. Kobiety, które korzystały z Programu KOC wyżej oceniają otrzymywane świadczenia w ramach opieki okołoporodowej, niż pacjentki, które korzystały z klasycznego modelu opieki.
5. Bezpieczeństwo świadczeniobiorców w ramach Programu KOC jest wyżej oceniane przez pacjentki, położne i lekarzy, niż w klasycznym modelu opieki.
6. Wprowadzenie Programu KOC jest pozytywnie oceniane przez kobiety ciężarne, położne i lekarzy. Uważają, że ciągłość opieki sprawowanej przez ten

sam personel medyczny jest jednym z najważniejszych elementów wpływających na bezpieczeństwo pacjentek i ich dzieci, potwierdzają to również badania międzynarodowe.

Wnioski wysunięte przez Doktorantkę mają, w mojej ocenie, bardzo ważny wymiar praktyczny i sugestie w nich zawarte powinny zostać uwzględnione oraz wdrożone w szeroko rozumianej opiece nad matką i dzieckiem. Na szczególne podkreślenie zasługuje zaproponowana przez Doktorantkę rekomendacja, że należy zwiększyć poziom wiedzy kobiet ciężarnych w zakresie aktualnych rozwiązań systemowych, roli położnej i lekarza odnośnie świadczeń udzielanych w trakcie ciąży, aby każda kobieta mogła samodzielnie podjąć decyzję o wyborze modelu i osoby prowadzącej.

Reasumując, merytoryczna strona pracy zasługuje na uznanie i nie budzi zastrzeżeń. Praca od strony redakcyjnej przygotowana została poprawnie, układ jest czytelny i logiczny. Drobne błędy redakcyjne nie wymagają omówienia. Doktorantka dowiodła w swojej pracy o dojrzałości naukowej i badawczej.

Przedstawiona mi do recenzji dysertacja mgr Marty Gallas spełnia warunki określone w art. 187 ustawy z dnia 20 lipca 2018 Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce ( Dz.U z 2020 r. poz.85 z późn.zm.), dlatego też wnoszę do Wysockiej Rady Dyscypliny Nauk o Zdrowiu Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego o dopuszczenie Doktorantki do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Dr hab. n. o zdr. Beata Pięta, prof. UM