

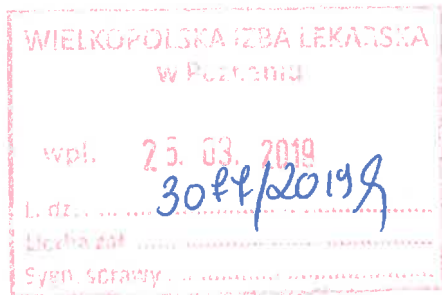


Minister Zdrowia

Warszawa,

2019-03-18

MDP.073.10.2019.JKO



Pan
Artur de Rosier
Prezes
Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

Seamusy Carré Pucier

W odpowiedzi na pismo z dnia 14 lutego br. (data wpływu do Ministerstwa Zdrowia – 21 luty br.), znak: L.dz. WIL/Sk.-076-30/1847/2019 dotyczące obowiązku przeprowadzenia przez osoby sprawujące opiekę nad kobietą w ciąży oceny ryzyka i nasilenia objawów depresji - wynikającego z przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U., poz. 1756), uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

Nowy standard organizacyjny opieki okołoporodowej uwzględnia potrzebę wczesnego rozpoznawania przez lekarzy położników i położne depresji przez ocenę ryzyka i nasilenia jej objawów u pacjentek w okresie ciąży i porodu. Ocena ta powinna zostać wykonana trzykrotnie - dwa razy w czasie ciąży, w I trymestrze pomiędzy 11-14 tc., w III trymestrze, pomiędzy 33-37 tc. oraz w porodu - w czasie wizyty położnej w miejscu zamieszkania lub pobytu matki i jej dziecka. Ponadto, problemy psychologiczne i emocjonalne kobiety i jej rodziny w okresie ciąży, porodu i porodu stały się niezbędną częścią ramowego programu edukacji przedporodowej, prowadzonej w formie indywidualnej lub grupowej przez położną. Powyższe kładzie nacisk na ocenę stanu psychicznego pacjentki przez osoby sprawujące opiekę nad kobietą w ciąży (lekarz położnik, położna), jak również uświadomienie kobietom i osobom im bliskim, jakie zachowania mogą świadczyć o depresji, aby jak najszybciej objąć kobietę właściwą

opieką i leczeniem. Należy przy tym zauważyć, że rozpoznanie ryzyka wystąpienia objawów depresyjnych nie nakłada na lekarza ginekologa lub położną rozpoznania występującej jednostki chorobowej. Celem oceny ryzyka jest zwrócenie uwagi pacjentki lub jej rodziny na występowanie możliwych objawów, ich obserwacji i zalecenia ewentualnej konsultacji psychiatrycznej, bądź psychologicznej. Rozporządzenie nie narzuca lekarzowi sposobu realizacji tego działania oraz nie daje mu uprawnienia do dokonania formalnej oceny takiego stanu, która to ocena leży po stronie innych specjalistów (lekarzy psychiatrów i psychologów klinicznych). Zatem lekarz może dokonać takiej oceny w dowolny sposób wpisując jednocześnie do dokumentacji medycznej pełną informację dotyczącą jej sposobu przeprowadzenia. Należy pamiętać, że każdy lekarz ginekolog posiada odpowiednie kwalifikacje do oceny ryzyka i nasilenia objawów depresji u kobiet w okresie ciąży. Lekarz odbywający szkolenie zgodnie z treścią programu specjalizacji w dziedzinie położnictwa i ginekologii powinien nabyć wiedzę i umiejętności praktyczne w zakresie prowadzenia podstawowej oraz specjalistycznej opieki profilaktycznej i leczniczej nad kobietą w poszczególnych okresach jej życia. Oczekuje się, że lekarz po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego wykaże się znajomością zaburzeń psychosomatycznych w ginekologii i położnictwie, a także po ukończeniu stażu lekarz jest zobowiązany wykazać się umiejętnością: m.in. w zakresie zbierania ukierunkowanego wywiadu z oceną stanu psychoemocjonalnego ciężarnej lub rodzącej. Ponadto, lekarz w trakcie odbywania szkolenia specjalizacyjnego zapoznaje się ze sposobem dokonywania oceny stanu psychoemocjonalnego pacjentek i w takim też zakresie należałoby rozumieć prowadzenie opieki nad ciężarną. Należy również podkreślić, że lekarz w trakcie kształcenia przeddyplomowego odbywając zajęcia na oddziałach psychiatrii posiadał podstawową wiedzę na temat rozpoznawania i leczenia chorób psychicznych, w tym depresji, co dodatkowo musiał potwierdzić zaliczeniem egzaminu końcowego.

W odniesieniu do sposobu oceny ryzyka wystąpienia objawów depresji u kobiety w okresie ciąży zaznaczam, że podstawowym narzędziem, w które wyposażony jest każdy lekarz jest wywiad diagnostyczny. W ocenie Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii, to lekarz decyduje czy do oceny występowania możliwych objawów wystarczający jest wywiad, czy uważa za zasadne posługiwanie się kwestionariuszem, aby zobrazować nasilenie objawów. Z dostępnych metod kwestionariuszowych: Inwentarz-Skala Depresji Becka, Skala Depresji Hamiltona, skala Montgomery-Asberg (MADRS), Edynburska Skala Depresji Poporodowej oraz ocena ryzyka w oparciu o kryteria ICD-10. Podobny sposób diagnostyczny skutecznie funkcjonuje także w innych dziedzinach medycyny, gdzie lekarz internista, neurolog, dermatolog czy inne

specjalności dokonuje oceny ryzyka wystąpienia objawów i kieruje na konsultację psychiatryczną lub psychologiczną. W ocenie Konsultanta nie istnieje potrzeba opracowania wzorcowego testu na ocenę ryzyka lub nasilenia depresji u ciężarnej. Wywiad diagnostyczny, czy ocena za pomocą ogólnodostępnych skal jest wystarczająca do oceny możliwych symptomów depresji przez lekarzy innych specjalności niż psychiatrzy.

W odniesieniu do wpływu przeprowadzanej przez osoby sprawujące opiekę nad ciężarną oceny ryzyka depresji na wywołanie u niej myśli i objawów depresyjnych w opinii Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii pierwszym lekarzem, do którego pacjentka w ciąży się zwraca, bądź który zauważa jakieś symptomy depresji jest ginekolog lub położna. W ocenie Konsultanta nie istnieją żadne przesłanki, by ocena przesiewowa w postaci pytań czy krótkiego testu mogła mieć wpływ na wywołanie u ciężarnej myśli i objawów depresyjnych. Chodzi o zwrócenie uwagi czy występuje ryzyko szczególnie w grupie kobiet, które często nie mają wsparcia w rodzinie, bądź samotnie wychowują dzieci. Często te pacjentki nie zgłaszają się z objawami depresyjnymi lub są już tak nasilone, że nie wychodzą z żadną inicjatywą rozmowy na ten temat. W ocenie Prof. P. Gałęckiego zainteresowanie personelu medycznego stanem psychicznym pacjentki nie wywołuje u ciężarnej myśli i objawów depresyjnych, a jest pytaniem ważnym, które pojawiając się z ich strony otwiera drogę do rozmowy lub zgłoszenia objawów i zasygnalizowania konieczności konsultacji specjalistycznej. Możliwość otwartej rozmowy o dolegliwościach pacjenta jest wyrazem zaufania w relacji pacjent - lekarz. Decyzja o dalszej konsultacji psychiatrycznej lub psychologicznej jest po stronie pacjentki. Jednocześnie, w przypadku potrzeby dalszej konsultacji pacjentek w kierunku depresji, zgodnie z *ustawą z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”* (Dz. U. z 2019, poz. 473), kobiety w ciąży mają prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej, co powinno w znaczny sposób ułatwić tej grupie dostępność do specjalistów psychiatrów lub psychologów.

Jednocześnie, z uwagi na potrzebę pogłębiania świadomości społecznej na temat wczesnego rozpoznawania i metod zapobiegania depresji został przyjęty Program zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016-2020. W ramach programu zaplanowano opracowanie rekomendacji w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia depresji w kraju; promocję zdrowia psychicznego na poziomie całego społeczeństwa oraz profilaktykę depresji w wybranych grupach o podwyższonym ryzyku zachorowania. Aktualnie w ramach programu prowadzona jest Kampania „Depresja. Rozumiesz – Pomagasz”, której działania są adresowane do całego społeczeństwa, jak również osób, które każdego dnia mogą stykać się z chorym m.in.: lekarzy i położnych. Przygotowane

dla nich materiały - rozbudowana strona internetowa wyleczdepresje.pl, pomogą im rozpoznać objawy depresji i zareagować. Jednocześnie dla personelu medycznego Instytut Psychiatrii i Neurologii prowadzi platformę edukacyjną, na której dostępne są materiały, z których można skorzystać w celu rozpoznania objawów depresji, jak również sposobów dalszego postępowania z pacjentem www.depresja.ipin.edu.pl.

W odniesieniu do rozliczania świadczeń gwarantowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zgodnie z informacjami uzyskanymi z Narodowego funduszu zdrowia, świadczenia w ciąży fizjologicznej rozliczane są w oparciu o kilka kategorii porad, wycenionych odrębnie w zależności od okresu ciąży i wynikającej z tego diagnostyki i opieki lekarskiej i położniczej. W związku z powyższym rozliczeniu nie podlegają poszczególne czynności wykonywane w trakcie porady. Ocena ryzyka i nasilenia objawów depresji, tak samo jak badanie podmiotowe i przedmiotowe stanowi element porady lekarskiej i nie jest przedmiotem odrębnej wyceny ani sprawozdania. Świadczenia związane z prowadzeniem ciąży fizjologicznej zarówno w AOS jak i POZ są finansowane w oparciu o poniższy wykaz produktów rozliczeniowych. Średnia cena punktu wynosi około 1 zł.

Dane NFZ na dzień 13.03.2019 r.

Świadczenia wykonywane u kobiet w ciąży w okresie do 10. tyg.	215 pkt.
Świadczenia wykonywane u kobiet w ciąży w okresie od 11. do 14. tyg.	140 pkt.
Świadczenia wykonywane u kobiet w ciąży w okresie od 15. do 20. tyg.	140 pkt.
Świadczenia wykonywane u kobiet w ciąży w okresie od 21. do 26. tyg.	168 pkt.
Świadczenia wykonywane u kobiet w ciąży w okresie od 27. do 32. tyg.	140 pkt.
Świadczenia wykonywane u kobiet w ciąży w okresie od 33. do 37. tyg.	140 pkt.
Świadczenia wykonywane u kobiet w ciąży w okresie od 38. do 39. tyg.	140 pkt.
Świadczenia wykonywane u kobiet w ciąży w okresie po 40. tyg.	140 pkt.

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Zbigniew J. Król