



KARMIENIE
MLEKIEM MAMY
PRAWEM MAMY I DZIECKA



PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Do wypełnienia ankiety na temat opieki laktacyjnej w Polsce zaprosiliśmy kobiety, które rodziły w latach 2018-2022 oraz korzystały ze świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej (refundowanej z NFZ), a które karmiły bądź chciały karmić piersią lub swoim mlekiem. Otrzymałyśmy 2504 wypełnione ankiety – w większości przez kobiety z wykształceniem wyższym - 84,9% (Ryc. 1.2.), których średnia wieku wyniosła 32,2 lata, zaś ponad połowa – 66,1% ankiet została wypełniona dla porodu pierwszego dziecka i w znacznej większości dla porodu jednego dziecka (Ryc. 1.6.). Kobiety rodziły i były pod opieką medyczną w placówkach w całej Polsce (Ryc. 1.3., Ryc. 3.5.). Przeprowadziłyśmy 57 wywiadów z kobietami spośród tych, które wypełniły ankiety i wyraziły chęć wzięcia udziału w wywiadzie pogłębionym. 10 wywiadów z osobami z personelu medycznego (położne środowiskowo-rodzinne, położna oddziału poporodowego, lekarki, farmaceutka, neurologopedka), które specjalizują się w tematyce laktacji i karmienia piersią, a także na co dzień pracują z kobietami przygotowującymi się do karmienia piersią i karmiącymi, poszerzyło nasze spojrzenie na opiekę laktacyjną w Polsce. Pytania zadawane kobietom oraz personelowi medycznemu dotyczyły obszarów takich jak: opieka przedporodowa, opieka okołoporodowa w szczególności w szpitalu, opieka środowiskowa w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistyczna opieka nad dzieckiem karmionym piersią, opieka medyczna nad matką w okresie laktacji i jej zdrowie psychiczne. Danych dostarczyły nam również odpowiedzi na zapytania publiczne Narodowego Funduszu Zdrowia i jego oddziałów wojewódzkich dotyczące w szczególności świadczeń gwarantowanych w obszarze podstawowej opieki zdrowotnej.

Na tej podstawie wyłania się obraz stanu wsparcia laktacyjnego kobiet i dzieci w Polsce. Jest to obraz miejscami napawający nadzieją, że wśród personelu medycznego pracują osoby z powołaniem i odpowiedzialnie realizujące swoje zadania zawodowe. Niemniej jednak naszym oczom ukazuje się także ogrom historii przepelnionych bólem, żalem i poczuciem osamotnienia w obliczu napotykanym trudności. Niniejszy raport pokazuje, że na każdym etapie poczynszy od zajścia w ciążę, po urodzenie i dalszą opiekę nad dzieckiem, kobiety stykają się z przeszkodami wynikającymi z wad systemu opieki zdrowotnej. Naszym zdaniem nierzadko nie jest to nawet brak pomocy, ale działanie na szkodę matki i dziecka, poprzez nieświadomą lub świadomą ingerencję w proces karmienia piersią lub mlekiem matki. Każda spośród 57 kobiet, które udzieliły nam wywiadu,



wskazała, że potrzebne są zmiany w opiece laktacyjnej w Polsce, poprawienie jakości tej opieki. Kobiety wymieniały też potrzebę monitorowania wdrażania i realizacji Standardu Organizacyjnego Opieki Okołoporodowej (S000), potrzebę powszechnej edukacji w zakresie laktacji i karmienia piersią, zarówno personelu medycznego, jak i samych kobiet i całego społeczeństwa. Potrzebę wprowadzenia zmian w opiece laktacyjnej również potwierdziła każda z 10 osób z personelu medycznego, które udzieliły nam wywiadu. Aby móc wdrażać zmiany w opiece laktacyjnej w Polsce ważne jest, abyśmy jako społeczeństwo posiadali wiedzę o stanie karmienia naturalnego w Polsce, a więc potrzebne jest centralne sporządzanie statystyk karmienia naturalnego. Dlatego apelujemy o opracowanie i wdrożenie systemu monitorowania sposobu żywienia niemowląt i małych dzieci (w celu pozyskiwania realnych informacji m.in. o ilości kobiet karmiących piersią, statystyk co do długości karmienia piersią, w tym wyłącznego karmienia piersią itp.). Ważne, aby takie dane były publicznie dostępne, a publikacja tych danych mogłaby się regularnie odbywać przez Główny Urząd Statystyczny.

Poniżej zamieszczamy podsumowanie najważniejszych według nas wyników monitoringu opieki laktacyjnej w Polsce podzielonych na kilka obszarów tematycznych.

EDUKACJA PRZEDPORODOWA

Decyzja o podjęciu karmienia piersią jest decyzją matki. Jednak należy dążyć do tego, aby decyzja ta została podjęta w sposób świadomy, na podstawie rzetelnej wiedzy dotyczącej ryzyka niekarmienia dziecka mlekiem kobiecym. Niektóre z kobiet w naszym monitoringu podjęły decyzję o chęci karmienia piersią już w ciąży, co jak się wydaje pozytywnie wpłynęło na ich determinację w rozwiązywaniu trudności, kiedy takowe się pojawiły. Duże znaczenie ma tutaj edukacja przedporodowa, która oprócz wiadomości dotyczących ciąży oraz opieki nad noworodkiem, duży nacisk powinna kłaść na poszerzanie wiedzy kobiet spodziewających się dziecka, dotyczącej laktacji, właściwości mleka kobiecego, rozwiązywaniu podstawowych trudności. Zgodnie z S000 za edukację przedporodową odpowiada położna środowiskowo-rodzinna, a także jest ona (w formie indywidualnej) obowiązkiem lekarza ginekologa/ginekologa położnika.

Zaobserwowałyśmy bardzo niski poziom informowania kobiet w ciąży przez lekarzy ginekologów, o korzyściach płynących z karmienia piersią, w tym korzyściach dla matki. U 98,7% ankietowanych kobiet ciążę prowadził ginekolog/ginekolog położnik (Ryc. 2.1.)



i w związku z tak dużą stycznością tej grupy lekarzy z kobietami w ciąży, rekomendujemy położenie nacisku na przekazywanie przez nich zgodnych z najnowszą wiedzą informacji o karmieniu piersią. Niestety u 86,7% ciężarnych temat karmienia piersią nie został w ogóle poruszony w trakcie wizyt u lekarza ginekologa, zaś 6,0% kobiet tego nie pamięta (Ryc. 2.4.). Tylko 4,8% ankietowanych, które miały wizyty u ginekologa, usłyszało informacje o karmieniu piersią i mlekiem kobiecym o charakterze pozytywnym (Ryc. 2.5.). Lekarze ginekolodzy mogliby **przekazywać kobietom informacje w szczególności związane z korzystnym związkiem pomiędzy karmieniem piersią a profilaktyką nowotworów ginekologicznych u matek, tzn. nowotworów piersi, jajnika i trzonu macicy, jednak z monitoringu wynika, że w znacznej większości kobiety takich informacji nie dostają** (zob. podrozdział 2.1.1.). Rekomendujemy dodanie takiego punktu do S000.

Lekarz ginekolog prowadzący ciążę powinien między 21. a 26. tygodniem ciąży poinformować kobietę o możliwości skorzystania przez nią od 21. tygodnia ciąży z edukacji przedporodowej w ramach NFZ u wybranej przez siebie położnej środowiskowo-rodzinnej oraz powinien odnotować fakt skierowania kobiety do objęcia opieką przez położną POZ w dokumentacji medycznej ciężarnej. Elementem takiej opieki jest edukacja o laktacji i karmieniu piersią. Poziom informowania kobiet o możliwości kontaktu z położną środowiskowo-rodzinną w ciąży i odbycia edukacji przedporodowej jest zbyt niski, gdyż z monitoringu wynika, że w 62,9% przypadków kobiety NIE były o tym poinformowane przez lekarzy ginekologów (Ryc. 2.6.). Stoimy na stanowisku, że rzetelne przekazywanie takiej informacji kobietom w ciąży mogłoby poprawić wskaźniki uczestnictwa przez kobiety ciężarne w edukacji przedporodowej u położnej POZ i w ogóle poszerzyć świadomość o jej roli w opiece nad kobietą. Położna środowiskowo-rodzinna nie ma możliwości dowiedzieć się o ciąży pacjentki, jeśli ta się sama do niej nie zgłosi. Okazuje się, że aż jedna czwarta kobiet (23,7%) nie wiedziała na etapie ciąży, czym zajmuje się położna środowiskowo-rodzinna (Ryc. 2.7. po prawej), nie mogła więc zgłosić się na edukację przedporodową i nawiązać relacji z położną już w ciąży. Taką wiedzę powinna mieć każda kobieta. Cztery na dziesięć kobiet (41,4% ankietowanych) miało w ciąży kontakt osobisty z położną środowiskowo-rodzinną, ale już prawie połowa kobiet (47,2% ankietowanych) nie miała z nią żadnej styczności w tym okresie (Ryc. 2.12.). Kobiety poproszone o opisanie zadań położnej środowiskowo-rodzinnej tylko w 43,4% odpowiedzi wskazały na możliwość prowadzenia przez położną środowiskowo-rodzinną edukacji przedporodowej czy sprawowania przez nią opieki nad kobietą w ciąży (Ryc. 2.9.) i tylko w 20,3% wskazały bezpośrednio na wspieranie w karmieniu piersią (Ryc. 2.10.). Naszym zdaniem **świadomość roli położnej środowiskowo-rodzinnej u kobiet, w szczególności o realizacji edukacji przedporodowej w ciąży i opieki**



laktacyjnej w całym okresie laktacji jest niewystarczająca, a postrzeganie roli zawężone jest do realizacji wizyt patronażowych czy udzielania wsparcia w połogu. Więcej o doświadczeniach kobiet związanych z opieką położnych POZ w połogu oraz opieką laktacyjną zawrzemy w części podsumowującej opiekę środowiskową.

Z jednej strony, informacja o możliwości poszerzania wiedzy w zakresie przygotowania się do porodu, opieki nad noworodkiem oraz karmienia piersią u położnej POZ, która powinna być zagwarantowana, nie dociera do wszystkich zainteresowanych. Z drugiej strony, zdarza się całkowity brak dostępności edukacji przedporodowej świadczonej przez położne środowiskowo-rodzinne. Zdarzało się, że kobietom, które poszukiwały kontaktu z położną POZ w ciąży odmawiano takich spotkań argumentując, że w danej przychodni POZ takich świadczeń się po prostu nie oferuje. Uważamy, że **fakt dostępności edukacji przedporodowej powinien być przedmiotem monitoringu NFZ**, czyli płatnika tych świadczeń. Porównując ilość zrealizowanych świadczeń w edukacji przedporodowej z ilością urodzeń w danym roku poziom ich realizacji wciąż mocno odbiega od teoretycznie możliwych (oszacowano, że w 2018 było to w przybliżeniu 12,0% przy założeniu, że jedna ciężarna może odbyć 26 spotkań w ramach świadczeń gwarantowanych, zob. podrozdział 2.2.2.). Pociesza natomiast fakt, że większość ankietowanych, które miały kontakt z położną POZ w ciąży, spotykała się z nią na edukacji przedporodowej, choć nadal było to tylko 38,8% wszystkich ankietowanych (60,5% kobiet nie spotykało się na edukacji przedporodowej a 0,5% nie pamięta tego faktu, zob. Ryc. 2.14.). **Konieczne jest podjęcie działań mających na celu promowanie powszechnej edukacji przedporodowej prowadzonej przez położne środowiskowo-rodzinne, której niezbędnym elementem jest edukacja o karmieniu piersią i mlekiem kobiecym.** Kampanie informujące o takim prawie kobiet są pożądane. Można przypuszczać, że zwiększenie czasu poświęconego na edukację przyszłych rodziców (zgodnie z S000 edukacją przedporodową jest objęta również osoba bliska) przez przygotowany do tego personel medyczny, mogłoby znacząco wpłynąć na zwiększenie motywacji do podjęcia karmienia naturalnego oraz pozwoliłoby na uniknięcie problemów laktacyjnych wynikających z niewiedzy.

Warunkiem koniecznym do tego, aby edukacja przedporodowa miała pozytywny wpływ na podejmowanie przez kobiety świadomych i opartych na rzetelnej wiedzy decyzji o karmieniu swojego dziecka w przyszłości, a tym samym zwiększenie odsetka kobiet karmiących piersią, jest aktualna wiedza położnych o laktacji. Ostatecznie **tylko trzy na dziesięć kobiet (31,4% ankietowanych) uzyskało jakąkolwiek wiedzę o karmieniu piersią i mlekiem kobiecym od swoich położnych środowiskowo-rodzinnych, a zdarzało się, że temat karmienia piersią nie był poruszany podczas edukacji przedporodowej w ogóle**



(Ryc. 2.16.). Aż trzy kobiety na dziesięć (34,8% spośród tych, które odbyły edukację przedporodową), oceniło przygotowanie do karmienia piersią w ramach tej edukacji jako bardzo słabe lub słabe (ocena 1 lub 2 w skali od 1 do 5, zob. Ryc. 2.17.). **W zakresie przygotowania kobiet w ciąży do karmienia piersią gorzej oceniane są położne, które NIE szkoliły się na dodatkowych kursach z poradnictwa laktacyjnego** (zob. podrozdział 2.2.3.). Analiza odpowiedzi kobiet wskazujących, że ich położna środowiskowo-rodzinna szkoliła się lub otrzymała certyfikat z poradnictwa laktacyjnego (np. doradczynie laktacyjnej CDL, konsultantki laktacyjnej IBCLC, edukatorki ds. laktacji), pokazuje, że aż 68,1% z nich oceniło przygotowanie do karmienia piersią na dobre i bardzo dobre (ocena 4 lub 5 w skali od 1 do 5, zob. Ryc. 2.19.). Zaś 51,9% spośród kobiet, które zaznaczyły, że ich położna nie szkoliła się/nie posiadała ww. certyfikatów z poradnictwa laktacyjnego, oceniło to przygotowanie jako bardzo słabe lub słabe (ocena 1 lub 2 w skali od 1 do 5, zob. Ryc. 2.19.). Wypowiedzi i historie kobiet potwierdzają, że zdarza się, iż wiedza przekazywana podczas edukacji przedporodowej przez położne POZ jest nierzetelna i nieaktualna. Edukacja przedporodowa, w tym o karmieniu piersią, powinna opierać się na aktualnej wiedzy. Jest to niezmiernie istotne, gdyż w zakresie wiedzy i rekomendacji odnośnie do karmienia piersią dużo się zmienia, w związku z tym istotne jest kształcenie ustawiczne.

Należy dodać, że na każdym etapie kontaktu przed porodem z pracownikami ochrony zdrowia przynajmniej część kobiet styka się z marketingiem produktów zastępujących mleko kobiece objętych Kodeksem WHO (czyli żywności dla niemowląt i małych dzieci, butelek do karmienia i smoczków do nich, zob. podrozdział 2.3. *Ochrona kobiet w ciąży, matek i dzieci przed wpływami komercyjnymi*), o czym więcej w części podsumowującej ochronę przed wpływami marketingowymi.

OPIEKA OKOŁOPORODOWA W SZPITALU

Aż 98,7% ankietowanych rodziło w szpitalu lub znajdowało się pod opieką szpitalną wkrótce po porodzie (Ryc. 3.1.). Spośród dzieci tych kobiet – 83,4% urodziło się bez trudności zdrowotnych, zaś 16,6%, jak wskazały matki, z trudnościami (Ryc. 3.2.). Kobiety, które znajdowały się pod opieką szpitalną po porodzie, rodziły siłami natury (21,6%), drogami natury (33,8%) oraz przez cięcie cesarskie (44,6%, zob. Ryc. 3.3.). Większość z tych dzieci urodziła się o czasie (80,6%), ale były również dzieci urodzone po terminie, czyli w 42 tygodniu ciąży i później (10,0%) oraz przed terminem – w 37 tygodniu ciąży i wcześniej (9,5%, zob. Ryc. 3.4.).



W niniejszym monitoringu skupiliśmy się na prawach kobiet i dzieci do opieki okołoporodowej świadczonej w szpitalach i na tych jej elementach, które mają wpływ w szczególności na inicjację karmienia piersią i jego kontynuowanie, czyli są elementem opieki laktacyjnej w szpitalach. Niestety wciąż, jak wskazują zebrane przez nas dane i historie kobiet z ankiet i wywiadów, w niektórych szpitalach te prawa są łamane, pomimo obowiązywania S000, który w szerokim zakresie wskazuje na obowiązki personelu medycznego związane ze wspieraniem kobiet i dzieci w karmieniu piersią. W niniejszym raporcie zwróciliśmy uwagę na szereg zapisów S000 i w każdym z opisywanych obszarów odnotowaliśmy przypadki ich nieprzestrzegania. W odniesieniu do niektórych zagadnień nieprawidłowości zdarzały się często. Sytuacji nie zmienia fakt, że Polska w latach 90-ych dołączyła do globalnego programu WHO i UNICEF, mającego na celu przywrócenie prawidłowego sposobu żywienia dzieci na świecie, poprzez wdrożenie w jak największej ilości szpitali (w krajach, które do programu dołączyły) inicjatywy "Szpital Przyjazny Dziecku"³¹¹. Szpitale, które chcą uzyskać tytuł "Szpitala Przyjaznego Dziecku" zobligowane są do podjęcia wielu działań poprawiających opiekę laktacyjną, w tym do wdrożenia i przestrzegania „10 Kroków do Udanego Karmienia Piersią”. Niestety, wciąż po ponad 30 latach zadeklarowania przez Polskę wdrażania tej światowej (i ocenianej przez nas bardzo pozytywnie) inicjatywy, tytuł „Szpitala Przyjaznego Dziecku” w naszym kraju posiadają i utrzymują tylko nieliczne szpitale – obecnie 6,8% ze wszystkich szpitali w Polsce (zob. podrozdział 3.2.). Jak wobec tego wygląda opieka laktacyjna w polskich placówkach leczniczych?

Warto zacząć od tego, że zjawiskiem, które wzbudza najwięcej emocji jest pojawiający się brak empatii oraz szacunku ze strony personelu medycznego wobec pacjentek. Komunikaty kierowane w stronę kobiet bywają lekceważące, a czasem także poniżające, co kwalifikujemy jako przemoc słowną. Takie zachowania mogą przyczynić się do trudności natury psychicznej, a te z kolei zwiększają ryzyko wystąpienia trudności w karmieniu piersią i zachorowania na depresję poporodową (zob. podrozdział 3.2.1. *Dobrostan psychofizyczny matki*, ale również dział 7. *Zdrowie psychiczne matki*). Na problem przemocy położniczej zwracała wielokrotnie uwagę Fundacja Rodzic po Ludzku m.in. w swoich monitoringach opieki okołoporodowej w Polsce³¹². Poszanowanie godności i intymności pacjentek jest

³¹¹ WHO i UNICEF, *Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018 implementation guidance. Frequently asked questions*, Genewa 2020, Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO,

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240001459> [dostęp: 30.11.2023]

³¹² <https://rodzicpoludzku.pl/co-robimy/raporty/> [dostęp: 30.11.2023]



bardzo ważnym aspektem opieki okołoporodowej i laktacyjnej, a w aspekcie wsparcia laktacyjnego ma ono swoje szczególne znaczenie. Z punktu widzenia opieki laktacyjnej przyjrzałyśmy się podejściu personelu medycznego do tego, jak traktowana jest fizyczność kobiet, w szczególności kobiece piersi.

Okazuje się, że 56,1% ankietowanych, które przebywały pod opieką szpitalną miało dotykane piersi/brodawki przez personel (Ryc. 3.10. po lewej), co mogłoby wskazywać na zainteresowanie personelu tym aspektem i w wielu przypadkach rzeczywiście było tak, że dotykanie piersi było powiązane z umiejętnym udzielaniem pomocy w przystawieniu do piersi. Jednak aż 36,0% spośród kobiet, którym dotykano piersi/brodawek, wskazało, że nie zapytano ich o zgodę, zanim ktoś dotknął ich piersi, a 16,2% nie pamiętało, czy pytano je o zgodę (czyli łącznie ponad połowa kobiet, zob. Ryc. 3.10. po prawej). Niepokojące są historie kobiet opisujące dotykanie piersi/brodawek jako bolesne i niekomfortowe, nagłe. Zdarzały się przy tym suche, zdawkowe i bezcelowe komentarze dotyczące rozmiaru, budowy piersi czy brodawek, które podważały w kobietach zdolność do wykarmienia dziecka, odbierały wiarę w powodzenie w karmieniu, wzbudzały lub wzmacniały w nich lęk o to, że nie będą w stanie wykarmić własnego dziecka, na co wskazywały same kobiety w ankietach i wywiadach. Zdarzało się, że uwagi personelu dotyczące wyglądu w szczególności brodawek były także formą przemocy słownej. Niektóre z kobiet zapamiętały te słowa na długo i jeszcze wypełniając ankietę czy udzielając wywiadu budziły one w nich silne i trudne emocje. Zdarzało się, że kobiety słyszały krzywdzące komentarze o brodawkach jeszcze przed pierwszym przystawieniem dziecka do piersi (które powinno odbyć się w kontakcie „skóra do skóry”, na co zwrócimy uwagę w dalszej części). Zdarzało się, że kobietom naciskano brodawki obserwując czy popłynie mleko i komentowano ilość mleka, pomimo że **takie działanie nie stanowi podstawy do oceny ilości mleka czy efektywności karmienia piersią**. Ewentualne sprawdzenie wpływu pokarmu powinno być odpowiednio zakomunikowane i poprzedzone każdorazową zgodą pacjentki na dotknięcie brodawek. Wartość w takim sprawdzaniu wpływu pokarmu widzimy **wyłącznie wtedy, gdy jest to okazja do nauczenia kobiety samodzielnego powodowania takiego wpływu, a co za tym idzie do udzielenia jej instruktażu, jak odciągać pokarm ręcznie**, czyli bez używania przyrządów do odciągania.



Ręczne odciąganie pokarmu jest ważną i podstawową umiejętnością, która jest wskazywana jako **podstawowa** metoda odciągania mleka przez światowe autorytety^{313, 314}, a która wg SOO0 powinna być opanowana przez kobiety dzięki instruktażowi udzielonemu przez personel medyczny szpitala. Umiejętność ta może być pomocna kobiecie w sytuacjach codziennej opieki nad dzieckiem, w razie trudności z karmieniem piersią, ale też w sytuacjach klęsk żywiołowych, gdyż nie wymaga sprzętu, wody ani prądu. Pomimo że, jak wskazałyśmy wyżej, wielu kobietom dotykano piersi/brodawek, to **87,6% kobiet będących pod opieką szpitalną nie zostało poinstruowanych jak pozyskiwać pokarm ręcznie** (Ryc. 3.13.). Nadzieję jednak budzą te historie, w których odnoszono się do kobiet z empatią i wyczuciem, w których informowano kobiety o fizjologii laktacji w pierwszych dniach po porodzie, pokazywano, że kobieta ma siarę (tzw. pierwsze mleko) po porodzie i instruowano, jak odciągać mleko ręcznie. To w tych przykładach należy upatrywać wzorców pracy z kobietami po porodzie.

W pierwszych dobach po porodzie w piersiach znajduje się siara, która ma wyjątkowe właściwości immunomodulacyjne, przeciwzapalne, odżywcze³¹⁵. Jest to pokarm szczególnie istotny z punktu widzenia zdrowia dziecka. Siary jest fizjologicznie „mało”, dzięki czemu dziecko może nauczyć się koordynacji oddychania, ssania i połykania na relatywnie miękkiej (nieprzepełnionej mlekiem) piersi. Pierwsze karmienie piersią powinno odbyć się w nieprzerwanym, najlepiej dwugodzinnym kontakcie „skóra do skóry”, który jest istotny z punktu widzenia inicjacji laktacji³¹⁶, ma wpływ na prawidłowe kształtowanie mikrobiomu dziecka i daje matce i dziecku wiele innych korzyści. W powodzeniu karmienia piersią bardzo ważny jest czas bezpośrednio po urodzeniu dziecka, a wczesna inicjacja laktacji przyczynia się do zmniejszenia występowania problemów laktacyjnych w późniejszym czasie. Pomimo całej wiedzy o korzyściach z kontaktu SDS, jaką współcześnie posiadamy, zaobserwowałyśmy w wyniku monitoringu pojawiające się lekceważenie tego tak ważnego

³¹³ UNICEF United Kingdom – The Baby Friendly Initiative, *Guide to the Unicef UK Baby Friendly Initiative standards*, 2017, <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/wp-content/uploads/sites/2/2014/02/Guide-to-the-Unicef-UK-Baby-Friendly-Initiative-Standards.pdf> [dostęp: 30.11.2023]

³¹⁴ CDC, *Hand Expression*, 2023, <https://www.cdc.gov/nutrition/emergencies-infant-feeding/hand-expression.html> [dostęp: 30.11.2023]

³¹⁵ Wilińska M., Warakomska M., Nowicka K. i wsp., *Siara - znaczenie wczesnej podaży dla noworodka urodzonego przedwcześnie oraz praktyczne aspekty zastosowania w oddziale intensywnej terapii noworodka. Część 1.*, w: Program wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego, Helwich E. (red.), *Standardy Medyczne Pediatria 2014*, T. 11., s. 26., https://www.kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/Publikacje/wczesna_stymulacja.pdf [dostęp: 30.11.2023]

³¹⁶ WHO, *Skin-to-skin contact helps newborns breastfeed*, 2020 <https://who.int/westernpacific/news-room/feature-stories/item/skin-to-skin-contact-helps-newborns-breastfeed> [dostęp: 30.11.2023]



czasu. Wciąż przez nieuzasadnione wykonywanie różnych procedur bywa, że kobietom odbierana jest możliwość optymalnej inicjacji karmienia piersią w kontakcie SDS. Czasem brak takiego kontaktu lub jego przerwanie wynikały właśnie z priorytetowego podejścia personelu medycznego do takich czynności, jak pomiary ciała dziecka. Zdarzało się, że po tych czynnościach dziecko wracało do matki już ubrane.

Niestety u **jednej na trzy kobiety (31,9% ankietowanych, które rodziły w szpitalu) nie zapewniono pełnego (czyli nieprzerwanego i dwugodzinnego) kontaktu SDS z powodu wykonywania procedur niewynikających z zagrożenia życia matki lub dziecka ani ich złego stanu ogólnego, czyli: ważenia, mierzenia czy ubrania noworodka, w tym z przyczyn organizacyjnych placówki** (Ryc. 3.8.). Kolejne 12,1% kobiet uznało, że rozdzielenie z dzieckiem nastąpiło bez podawania wskazań medycznych lub ze wskazań dla nich niezrozumiałych, a były to: rodzenie łożyska, szycie krocza, zabranie na dogrzanie, umycie, czynności pielęgnacyjne, neonatologiczne badanie noworodka, sam fakt porodu drogą cięcia cesarskiego i in. Z naszych danych wynika, że **przez nieuzasadnione wykonywanie różnych procedur prawie połowie kobiet (łącznie 44,0%) odebrana została możliwość optymalnej inicjacji laktacji. Takie postępowanie zwiększa ryzyko problemów laktacyjnych.** Kobiety wskazywały również, że nie zawsze podczas kontaktu SDS personel był obecny, przez co zdarzało się, że pierwsze karmienie piersią nie zostało zainicjowane w tym czasie. Personel powinien udzielić uważnego i należytego wsparcia w pierwszym przystawieniu dziecka do piersi. Ponadto już na etapie obserwacji kontaktu SDS personel może określić gotowość dziecka do ssania i zauważyć ew. trudności po stronie dziecka. Z uzyskanych przez nas danych wynika, że zdarzało się, iż przez nieobecność personelu takie trudności nie były wychwycone na tak wczesnym etapie. W 20,4% przypadków kobiety zostały rozdzielone z dziećmi ze zrozumiałych dla nich powodów medycznych, zaś **35,5% kobiet wskazało, że miało pełen kontakt SDS** (Ryc. 3.8.). **Sądzymy jednak, że to wciąż zbyt mało, porównując chociażby liczbę dzieci, które urodziły się bez trudności zdrowotnych (wspomniane 83,4% dzieci).**

Przy wysokich wskaźnikach porodów drogą cięcia cesarskiego (prawie połowa kobiet – 44,6%) należy zwrócić również baczną uwagę na umożliwienie kobietom po tej operacji jak najszybszego i jak najpełniejszego kontaktu SDS. Niestety część kobiet po porodzie drogą cięcia cesarskiego wskazywało, że doświadczały nieadekwatnych do stanu ich i ich dziecka ograniczeń związanych z kontaktem „skóra do skóry”. Wydaje się, że w Polsce kontakt SDS od razu po urodzeniu jeszcze na sali operacyjnej jest niezmiernie rzadki, ale jak wiemy nie niemożliwy, jak wskazują pojedyncze przykłady w niniejszym raporcie. Stoimy na stanowisku, że do takiego kontaktu SDS, jeszcze podczas zszywania powłok brzusznych, gdy dziecko



leży na klatce piersiowej/piersiach matki, powinniśmy dążyć. Czasami zdarza się, że dziecko przekazywane jest do kangurowania osobie bliskiej na czas dokończenia operacji, choć wciąż nie jest to standardowa procedura. Jednak wciąż zdarza się, że kontakt SDS nie jest zapewniony nawet na sali pooperacyjnej, a **bywa, że rutynowo (czyli nawet wówczas, gdy nie było zagrożenia życia matki ani dziecka) dzieci po porodzie drogą cięcia cesarskiego są przekazywane matce dopiero po jej pionizacji lub następnego dnia rano**. Takie rutynowe podejście jest naszym zdaniem niedopuszczalne, gdyż łamie prawo kobiet i dzieci do przebywania przez całą dobę razem w tzw. systemie „matka z dzieckiem”, a przypomnijmy, że zapisy S000 nie rozgraniczają tego prawa w zależności od rodzaju porodu (zob. podrozdział 3.2.3. *Przebywanie matki i noworodka razem po porodzie*). Każda sytuacja kobiety po cięciu cesarskim powinna być rozpatrywana indywidualnie, uwzględniając potrzeby i stan zdrowia pacjentki, z jednoczesną z uważnością i priorytetem na zapewnienie ciągłego przebywania matki i dziecka razem i umożliwienia matce karmienia piersią. Ponadto zdarzało się wśród personelu przekonanie, że po cesarskim cięciu »nie ma« mleka, co bywało usprawiedliwieniem, jak wskazały ankietowane braku udzielenia pomocy w inicjacji karmienia piersią i jego kontynuowaniu i powodowało szkodliwą ingerencję w proces karmienia poprzez nieuzasadnioną interwencję medyczną w postaci dokarmiania mieszanką dzieci w czasie, w którym były oddzielone od matki (w szczególności w nocy). Tymczasem, personel powinien udzielić kobiecie po cięciu cesarskim wsparcia i pomocy w przystawianiu dziecka do piersi (odnotowałyśmy w raporcie pozytywne przykłady również takiego postępowania).

Podkreślamy, że: 1) zagwarantowanie matkom i noworodkom pełnego, nieprzerwanego, dwugodzinnego kontaktu „skóra do skóry” po porodzie (a w przypadkach zagrożenia życia matki lub dziecka jak najszybciej, kiedy to możliwe) oraz wsparcie matek w rozpoczęciu karmienia piersią; a także 2) umożliwienie matkom i noworodkom przebywania razem przez całą dobę – to praktyki (wymieniane odpowiednio jako 4. i 7. w „10 Krokach do Udanego Karmienia Piersią” wdrażanych w inicjatywie „Szpital Przyjazny Dziecku”, a także zawarte w S000), które wyeliminowałyby część pojawiających się problemów laktacyjnych w początkowym okresie po porodzie. Duży wpływ ma tutaj świadomość personelu medycznego dotycząca znaczenia kontaktu SDS matki z dzieckiem bezpośrednio po porodzie, którą, jak pokazuje nasz raport, należy systematycznie zwiększać (zobacz również podrozdział 3.2.2. *Kontakt skóra do skóry*).

Wielu kobietom, które wzięły udział w monitoringu, a które miały trudności z karmieniem lub były oddzielone od dziecka, **nie zaoferowano wbrew S000 pomocy mającej na celu skuteczne nakarmienie dziecka piersią lub odciągniętym mlekiem matki**, tylko od razu



zaproponowano mieszankę. Zgodnie z S000, a także z opisywaną inicjatywą „Szpital Przyjazny Dziecku” w przypadku zdiagnozowania nieskutecznego karmienia piersią należy:

- 1) wdrożyć postępowanie w celu umożliwienia skutecznego nakarmienia noworodka mlekiem matki bezpośrednio z piersi; 2) w następnej kolejności odciągniętym mlekiem matki; 3) dobór metody dokarmiania mlekiem matki powinien uwzględniać najnowszą wiedzę o zmniejszeniu ryzyka trudności ze ssaniem; 4) postępowanie winno być odnotowane w dokumentacji medycznej. Należy podkreślić, że nie chodzi tu o całkowitą eliminację stosowania mieszanek, w sytuacjach które tego faktycznie wymagają, a jedynie o unikanie wprowadzania żywienia sztucznego w przypadkach, w których rzetelna pomoc laktacyjna wystarczyłaby do podjęcia skutecznego karmienia piersią lub mlekiem matki. Pomimo tego zdarzało się, że z pominięciem ww. kroków personel oceniał, że kobiety miały za mało mleka. Wywierano presję na kobietach, aby dokarmiły noworodka mieszanką, podając jako argument płacz dziecka, „głód” dziecka, czy wręcz straszono kobiety, że „zagłodzą” dziecko lub że nie wyjdą ze szpitala, jeśli nie przybierze ono na wadze, co miało być równoznaczne z koniecznością podania mieszanki. Bywało, że personelowi medycznemu łatwiej było zalecić podanie mieszanki dziecku z żółtaczką, niż pomóc skutecznie karmić je piersią lub mlekiem matki, mimo że aktualne zalecenia wskazują, iż ważne jest jak najczęstsze karmienie dziecka piersią, a skuteczne pobieranie pokarmu matki jest kluczowe dla szybkiego wydalania bilirubiny przez noworodka (zob. podrozdział 3.2.8 *Postępowanie w przypadku nieskutecznego karmienia*). Zdarzało się, że personel medyczny proponował podanie noworodkom smoczków lub sam je podawał, co jest niewskazane w okresie stabilizacji laktacji i łamie S000 (zob. podrozdział 3.2.10.).

Brakowało tego, aby ocena jamy ustnej i diagnoza umiejętności ssania odbywała się u każdego dziecka. Niektóre kobiety biorące udział w ankiecie, mierzące się z trudnościami w karmieniu piersią, deklarowały, że wskazanie przyczyn problemów laktacyjnych po stronie dziecka następowało zbyt późno (nawet kilka miesięcy po porodzie), a wiele osób mających kontakt z dzieckiem i matką na wcześniejszych etapach opieki medycznej, nie zwróciło uwagi na budowę jamy ustnej (w szczególności zbyt krótkich wędzidełek). 33,2% kobiet wskazało, że w szpitalu nie dokonano oceny umiejętności ssania, zaś 12,7% nie pamiętało, czy taka ocena była dokonana (Ryc. 3.12.). Wypowiedzi i historie kobiet wskazują, że nie wszystkim noworodkom bada się jamę ustną pod kątem jej budowy czy trudności ze ssaniem, podczas gdy taka wiedza pozwoliłaby zarówno kobietom, jak i personelowi medycznemu zawczasu ustalić podejście do rozwiązywania ewentualnych trudności z karmieniem piersią, jak również skierować dziecko do dalszej diagnozy specjalistycznej (konieczne jest określenie takiej ścieżki). Również zrozumienie tego, że ewentualne problemy



mogą w dużej mierze wynikać z problemów po stronie dziecka (a nie z tego, że kobieta „nie ma” mleka lub „nie potrafi” karmić piersią), mogłoby zwiększyć zaufanie kobiet do samych siebie w kwestii możliwości wykarmienia swojego dziecka. **Rekomendujemy opracowanie protokołu mającego na celu ocenę m.in. budowy jamy ustnej noworodka i odruchów reakcji oralnych** (lub przyjęcie istniejącego „Protokołu oceny umiejętności ssania piersi”, na który powoływałyśmy się w podrozdziale 3.2.7. *Ocena umiejętności ssania i efektywności pobierania pokarmu*) i **zawarcie w SOO obowiązku jego stosowania**. Taki protokół obowiązywałby w szpitalach w całej Polsce, tak aby każda matka wychodząc ze szpitala знаła taką ocenę (na zasadzie popularności oceny w skali Apgar, którą, jak sądzimy, każdy rodzic łatwo zapamiętuje). Na tej podstawie dziecko byłoby, w razie takiej potrzeby, kierowane do dalszej diagnostyki. W związku z tym pożądanym będzie również przeszkolenie w tym zakresie osób z personelu diagnozujących dziecko w tym obszarze.

Bywa również, że brakuje podstawowej oceny wskaźników skutecznego karmienia (które opierają się na ocenie liczby karmień, stolców i mikcji na dobę, czasu trwania i rytmu odgłosu połykania podczas karmienia, przyrostu masy ciała, z uwzględnieniem fizjologicznego spadku wagi u noworodka po porodzie). Stoimy na stanowisku, że cały personel szpitala powinien mieć wiedzę o laktacji, aby przede wszystkim nie szkodzić i nie popełniać podstawowych błędów, aby mógł udzielić kobietom przynajmniej podstawowej pomocy w karmieniu piersią, czyli ocenić wskaźniki skutecznego karmienia, dać wskazówki odnośnie do przystawiania dziecka do piersi, przekazać podstawowe fakty o laktacji oraz rozwiązać podstawowe problemy laktacyjne. Osoby, które szkolą się dodatkowo z poradnictwa laktacyjnego (nazywane najczęściej doradczyniami laktacyjnymi lub położnymi laktacyjnymi, które w praktyce, najczęściej we własnym zakresie, zdobyły certyfikaty: doradczyni laktacyjnej CDL lub międzynarodowy certyfikat konsultantki laktacyjnej IBCLC albo ukończyły kurs edukatorki ds. laktacji) powinny być delegowane do rozwiązywania problemów wymagających pogłębionej wiedzy (czyli na tzw. III poziomie wiedzy o laktacji, opisywanym w podrozdziale 3.2.6. *Pomoc i wskazówki udzielane matce*). Zaobserwowałyśmy jednak, że jeśli pomoc w karmieniu piersią była udzielana przez personel medyczny szpitali, wsparcie to było bardzo niejednolite. Kobiety odpowiadały na pytanie o to, czy otrzymały pomoc personelu medycznego lub wskazówki w karmieniu piersią lub mlekiem odciągniętym z piersi. **Tylko 16,0% z nich wskazało, że w tym zakresie pomoc oferował cały sprawujący opiekę personel**. W 34,5% przypadków pomoc była dostępna, ale w zależności od zmiany personelu (czyli nie wszyscy tej pomocy udzielili). Zaś w przypadku 19,2% kobiet personel kierował je do osoby „od laktacji”, która tej pomocy udzieliła (Ryc. 3.11.). Kobiety wskazywały z jednej strony na to, że pomoc osoby „od laktacji” była fachowa, a z drugiej strony



doskwierał im brak dostępności doradczyń laktacyjnych/położnych laktacyjnych wieczorami i w weekendy, czyli poza ich standardowymi godzinami pracy (najczęściej bez trybu zmianowego) lub na ograniczoną ilość czasu, jaką mogły poświęcić pacjentce. Bywało także, iż kompetencje osób „od laktacji” były podważane przez pozostały personel. Zdarzało się, że fakt zatrudnienia takiej osoby wpływał na postawę pozostałego personelu, który nie czuł się odpowiedzialny za pomoc przy karmieniu piersią i jej nie udzielał. Problemy laktacyjne nie są problemami, z którymi można poczekać kilka dni. Szybka interwencja jest kluczowa zarówno dla matki, jak i dla dziecka. Ostatecznie **aż 30,3% kobiet odpowiedziało, że nie otrzymało żadnej pomocy ani wskazówek w karmieniu piersią** (Ryc. 3.11.).

Jedną z najważniejszych kwestii związanych z poprawą opieki laktacyjnej jest zapewnienie personelowi medycznemu szpitala kształcenia dającego stosowne kwalifikacje i wiedzę pozwalającą na wsparcie laktacyjne kobiet po porodzie w szpitalu. Regularne kształcenie się całego personelu oddziałów położniczych i neonatologicznych jest wymogiem zdobycia i utrzymywania przez szpital certyfikatu „Szpital Przyjazny Dziecku”. Jednocześnie istotne jest zwiększenie na oddziałach dostępu do osób, które szkolą się dodatkowo z poradnictwa laktacyjnego i mogłyby swój czas poświęcać bardziej złożonym problemom laktacyjnym, czy współtworzyć wewnętrzne procedury szpitalne mające na celu zadbanie o jak najwyższy odsetek matek karmiących wyłącznie piersią w szpitalach. Jednak wydaje się, że nie jest to możliwe bez rozwiązań systemowych pozwalających na usankcjonowanie zatrudnienia o takim charakterze (również refundacji takich świadczeń), przy jednoczesnym jasnym określeniu kwalifikacji osób, które potocznie nazywane są doradczyniami laktacyjnymi lub położnymi laktacyjnymi. W ramach szpitalnego systemu utworzono stanowisko edukatorki ds. laktacji, na którym mogą pracować położne, które ukończyły odpowiedni kurs, jednak wciąż nie uwzględnia się w strukturze zatrudnienia osób szkolących się na specjalistycznych kursach, np. wspomnianych osób z międzynarodowym certyfikatem konsultanta laktacyjnego IBCLC (w wielu krajach uznawanego jako zawód), czy polskim certyfikatem doradczynie laktacyjnej CDL. Również w tym obszarze **rekomendujemy zmiany, aby wymagające szczególnej uwagi i specjalistycznej wiedzy problemy laktacyjne mogły być rozwiązywane i aby specjalistyczne doradztwo laktacyjne mogło zaistnieć w systemie**. Zmiany są również potrzebne na samym etapie kształcenia personelu medycznego (na studiach), gdzie można by było stworzyć ścieżkę kształcenia specjalistycznego. Co jeszcze wskazuje na to, że jest to tak istotne?

Nasz monitoring pokazuje, że **połowa noworodków (50,6%) była dokarmiana mieszanką w szpitalach** (Ryc. 3.15.), **z czego 9 na 10 dzieci (90,4% spośród tych, które zostały dokarmione lub były dokarmiane) otrzymało mieszankę już w pierwszej lub w drugiej dobie**



życia (Ryc. 3.18.), czyli w newralgicznym czasie – z punktu widzenia nauki ssania piersi przez dziecko i stymulacji laktacji wtedy, gdy w piersiach jest wciąż cenna siara. 8,8% dzieci było karmionych w szpitalu wyłącznie mieszanką (Ryc. 3.17.), a przypomnijmy, że do wypełnienia ankiety zaprosiliśmy kobiety, które chciały karmić piersią. Czy rzeczywiście aż w tylu przypadkach podanie mieszanki było uzasadnione? Historie kobiet pokazują, że nie. Przekazane przez kobiety informacje świadczą, o tym że **zdarzało się dokarmianie bezpodstawne, bez wskazań medycznych, bez zlecenia lekarskiego. Zdarzało się, że odbywało się z inicjatywy położnych lub pielęgniarek po to, aby kobieta „odpoczęła”, a czasem nawet bez zgody czy świadomości matki.** Niejednokrotnie bywało, że uniknięcie bezpodstawnego dokarmiania wymagało od kobiet dużej wiedzy (jeśli udało im się pozyskać ją przed porodem, np. same monitorowały wskaźniki skutecznego karmienia), a czasem po prostu asertywności (kiedy musiały stanowczo wrazić sprzeciw przeciw rutynowemu dokarmianiu podczas badań czy czynności pielęgnacyjnych nad dzieckiem). Nawet jeśli kobiety same zabiegały o dokarmienie dziecka mieszanką, to często były to decyzje podyktowane brakiem wsparcia ze strony personelu. Zdarzało się, że dokarmianie mieszanką nie było odnotowywane w dokumentacji medycznej, co rodzi ryzyko zaburzenia statystyk dokarmiania w danym szpitalu, **a zgodnie z S000 szpitale powinny monitorować wskaźniki opieki okołoporodowej, kierując się ograniczaniem interwencji medycznych, a jedną z nich jest właśnie podanie mieszanki.** Stoimy na stanowisku, że taki monitoring pod kątem ilości i zasadności dokarmiania noworodków mieszanką powinien być zewnętrzny i centralny, a kontrole powinny być przeprowadzane regularnie. Apelujemy także o podjęcie dyskusji na temat sposobów realnego egzekwowania S000 i ewentualne zmiany legislacyjne w tym zakresie.

Nasz monitoring pokazuje, że często to niewłaściwa opieka w szpitalu staje się kolejnym ogniwem pogłębiania, a czasem nawet przyczyną powstawania problemów laktacyjnych. Okazało się, że poziom dokarmiania dzieci mieszanką był na zbliżonym poziomie niezależnie od stopnia referencyjności szpitala (47,3% – dla szpitali o I stopniu referencyjności, 54,1% – dla szpitali o II stopniu referencyjności oraz 50,3% – dla szpitali o III stopniu referencyjności, zob. Ryc. 3.22.). Z naszych danych wynika również, że częściej dokarmiane mieszanką w szpitalach były dzieci urodzone przez cięcie cesarskie (63,1% dzieci urodzonych przez cesarskie cięcie zostało dokarmionych, podczas gdy pośród dzieci urodzonych drogami natury – 47,7%, zaś siłami natury 29,2% dzieci, zob. Ryc. 3.19.) oraz te, które urodziły się z trudnościami zdrowotnymi (65,5% dzieci z trudnościami zostało dokarmionych, podczas gdy pośród dzieci, które urodziły się bez trudności dokarmiono 47,5%, zob. Ryc. 3.21.) lub przedwcześnie (61,5% wcześniaków zostało dokarmionych,



podczas gdy pośród dzieci urodzonych o czasie dokarmiono 49,4%, zob. Ryc. 3.20.). Działo się tak, pomimo że żywienie sztuczne stanowi szczególne ryzyko pogłębienia problemów zdrowotnych u dzieci w powyższych grupach. Pokarm kobiecy posiada udowodniony wpływ na zmniejszanie ryzyka wystąpienia martwiczego zapalenia jelit o 50%, a martwiczego zapalenia jelit wymagającego leczenia chirurgicznego o 90%, czyli choroby dotykającej szczególnie wcześniaki³¹⁷. Wartość profilaktyczna, terapeutyczna i zdrowotna mleka matki wciąż nie jest należycie doceniana i zdarza się, że decydują o tym niestety: względy organizacyjne placówki, zasoby personelu, uprzedzenia osobiste, brak wiedzy na temat roli mleka kobiecego w żywieniu noworodka oraz o ryzyku związanym z karmieniem sztucznym. Nie bez znaczenia są również działania marketingowe podejmowane przez producentów lub dystrybutorów żywności dla niemowląt i małych dzieci, butelek do karmienia i smoczków do nich (o czym w dalszej części podsumowania i wniosków). Opieka laktacyjna w szpitalach z pewnością wymaga zmian.

W przypadku dzieci urodzonych z trudnościami, przedwcześnie i chorych zaobserwowałyśmy również niepokojące zjawiska. Zdarza się, że matki tych dzieci w sytuacji oddzielenia nie zawsze otrzymują należyte wsparcie w pozyskaniu siary i stymulacji laktacji. Niestety nawet wtedy, gdy kobiety odciągały siarę/mleko zdarzało się, że pozyskiwane ilości były wyśmiewane albo i tak ostatecznie podawano dziecku mieszankę. Zdarzał się brak dostępności do laktatora na oddziale, pomimo że w SOOO zawarto obowiązek zapewnienia sprzętu do skutecznego pozyskiwania mleka kobiecego każdej potrzebującej matce. Dzieci chore i przedwcześnie urodzone mają ograniczony dostęp do mleka kobiecego od dawczyń z Banku Mleka Kobiecego, pomimo że jest to mleko dedykowane dla tych dzieci.

W odniesieniu do dzieci urodzonych przedwcześnie i skrajnie przedwcześnie odnotowałyśmy, że tylko 8,5% z nich otrzymało mleko z BMK (1,6% spośród wszystkich dzieci będących pod opieką szpitalną po porodzie, zob. Ryc. 3.17.), a jest ono drugim rekomendowanym sposobem karmienia po karmieniu mlekiem własnej matki. Zdarza się, że podczas pobytu dziecka urodzonego przedwcześnie lub chorego na innym oddziale (najczęściej intensywnej terapii noworodka) personel nie zapoczątkowuje przystawiania dziecka do piersi, czy wręcz zakazuje podejmowania prób czy karmienia bezpośrednio z piersi, jak również nie wspiera bliskiego kontaktu matki i dziecka „skóra do skóry”, czy tzw. kangurowania. Zdarza się, że łamane jest prawo dostępu kobiet do przedwcześnie

³¹⁷ Borszewska-Kornacka M.K, Bernatowicz-Łojko U., *Znaczenie karmienia naturalnego dla dziecka urodzonego przedwcześnie i jego matki*, w: *Banki Mleka w Polsce. Funkcjonowanie w podmiotach leczniczych – idea i praktyka*, Wesołowska A. (red.), 2017, s. 22, <https://bankmleka.pl/wp-content/uploads/2023/01/BANKI-MLEKA-W-POLSCIE.-Funkcjonowanie-w-podmiotach-leczniczych-idea-i-praktyka.pdf.pdf> [dostęp: 30.11.2023]



urodzonych lub chorych noworodków, zarówno kiedy jeszcze kobiety przebywają w szpitalu, jak i po ich wypisie lub po przewiezieniu dziecka do innego szpitala. Bywa, że rola rodziców w opiece nad tymi dziećmi jest marginalizowana, a wręcz zachęca się kobiety do jak najszybszego wypisu wkrótce po porodzie i opuszczenia placówki, w której nadal przebywa dziecko. Noworodek, jak każdy inny pacjent, ma prawo do tzw. dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, czyli nieprzerwanej opieki, którą może sprawować osoba bliska, w tym przede wszystkim matka. To prawo bywało łamane.

Jak wskazują wyniki naszego monitoringu, problemy, które mogą prowadzić ostatecznie do przedwczesnej rezygnacji z karmienia piersią, pojawiają się niejednokrotnie jeszcze w czasie pobytu kobiety i dziecka na oddziale położniczym czy neonatologicznym. Wczesne wsparcie i rozwiązywanie problemów na bieżąco byłoby niewątpliwie czynnikiem zwiększającym odsetek dzieci karmionych piersią. Dyrektorzy placówek muszą mieć jednak wiedzę, możliwości i środki, aby wprowadzać zmiany, a to wymaga na pewno, przynajmniej na początkowym etapie wdrażania wszystkich koniecznych procedur, więcej pracy i uwagi personelu medycznego. Procesy te szczegółowo zostały opisane w światowych dokumentach, takich jak wielokrotnie wspomniana inicjatywa „Szpital Przyjazny Dziecku”. Uzyskanie przez szpital takiego certyfikatu jest dobrowolne, a wymaga dodatkowych środków, zasobów osobowych i nakładów finansowych od szpitala, który do tej inicjatywy przystępuje. Zachętą do uzyskania certyfikatu mogłoby być zwiększenie wartości świadczeń dla szpitali posiadających ten certyfikat, jednak należałoby wówczas przeprowadzać regularne monitoringi w placówkach. **Postulujemy o wzmocnienie inicjatywy „Szpital Przyjazny Dziecku”, przeznaczenie na jej wdrażanie adekwatnych środków finansowych i organizacyjnych i pełne jej zintegrowanie z systemem opieki zdrowotnej (objęcie nią co najmniej wszystkich szpitali z oddziałami położniczymi i neonatologicznymi).** Zachętą do zachowywania jak najlepszych praktyk wspierania karmienia naturalnego mogłyby być również wyższe stawki refundacji świadczeń dla szpitali, które zachowują niskie wskaźniki interwencji medycznych w postaci podania mieszanki, jednak znów warunkiem koniecznym jest centralny i regularny monitoring placówek pod kątem dokarmiania noworodków mieszanką oraz regularnie przeprowadzane kontrole. Apelujemy o przyjrzenie się ww. tematom i podjęcie realnych działań w tym zakresie.



OPIEKA POŁOŻNEJ ŚRODOWISKOWO-RODZINNEJ

Opieka w szpitalu po porodzie ma wpływ na karmienie piersią i może zdecydować o jego powodzeniu, jednak nie należy zapominać o wspieraniu kobiet i dzieci opuszczających oddziały położnicze i neonatologiczne. Jak wskazuje nasz monitoring, zdarza się, że kobiety wychodząc ze szpitala pilnie potrzebują pomocy w karmieniu piersią. Problemy laktacyjne mogą pojawić się lub nasilić także w późniejszym czasie. Opieka położnej środowiskowo-rodzinnej to jeden z ważniejszych elementów w kontekście opieki laktacyjnej, gdyż porada laktacyjna zdefiniowana jest w zakresie obowiązków właśnie położnych POZ (w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej). Takiej porady położna środowiskowo-rodzinna może udzielić podczas wizyt patronażowych w miejscu zamieszkania matki i dziecka, ale również ambulatoryjnie przez cały okres laktacji kobiety, na co również wskazuje S000. Oznacza to, że położne środowiskowo-rodzinne są osobami „pierwszego kontaktu” w kontekście problemów laktacyjnych, a ich pomoc może mieć kolosalne znaczenie dla kontynuowania karmienia piersią i rozwiązania ewentualnych problemów na każdym etapie karmienia. Jednocześnie opieka laktacyjna nie jest jedynym zadaniem położnej środowiskowo-rodzinnej, a jedynie częścią jej obowiązków. Z jednej strony, w naszym monitoringu przyjrzałyśmy się ogólnie dostępności opieki położnej środowiskowo-rodzinnej. Z drugiej strony, monitoring dostarczył nam wiele danych co do jakości opieki laktacyjnej świadczonej przez położne POZ.

W części dot. edukacji przedporodowej wspomnieliśmy, że kobieta w ciąży może uczęszczać na taką edukację do położnej środowiskowo-rodzinnej. Poznanie swojej położnej na tym etapie ma duże znaczenie, co pokazują historie kobiet, które odbyły rzetelną edukację o kamieniu piersią i nawiązały relację z położnymi POZ przez porodem. Kobiety te czuły pewność, że położna będzie w stanie pomóc w trudnościach z karmieniem piersią już po porodzie, gdy wrócą do domu ze szpitala. W naszym raporcie pokazujemy historie kobiet, dla których szybka interwencja położnej była kluczowa w rozwiązaniu problemów laktacyjnych. W tych historiach duże znaczenie miał fakt szybkiego poinformowania położnej o wyjściu ze szpitala, często przez samą kobietę, co było możliwe właśnie dzięki poznaniu jej już na etapie ciąży i na przykład umówieniu się z położną na taką formę kontaktu. Warto jednak odnotować, że szpital ma obowiązek w dniu wypisu poinformować położną POZ o wyjściu matki i dziecka ze szpitala i to po stronie położnej leży skontaktowanie się z matką i umówienie się na pierwszą wizytę patronażową w ciągu 48h. Odnotowałyśmy jednak pewne mankamenty systemowe wokół realizacji pierwszej wizyty patronażowej, z którymi stykają



się położne środowiskowo-rodzinne, a konsekwencje tego odczuwają same kobiety i ich dzieci. Jednym z nich jest fakt, że nie zawsze szpitale dopełniają obowiązku informowania położnej środowiskowo-rodzinnej o wyjściu matki i dziecka w dniu wypisu i informację tę przekazują później, a nawet zdarza się, że nie przekazują jej wcale. **Konieczny jest monitoring szpitali pod kątem sprawności przekazywania informacji o wypisie matki i dziecka ze szpitala i być może wdrożenie rozwiązań, które usprawniłyby taką komunikację.** W szczególnie trudnej sytuacji są kobiety, które rodzą przed weekendem czy świętami, gdyż godziny pracy położnej środowiskowo-rodzinnej obejmują wyłącznie dni powszednie, a kiedy nałoży się jeszcze na to opóźnienie powiadomienia ze strony szpitala, to pierwsze wizyta może odbyć się zbyt późno z punktu widzenia pomocy w laktacji. Pomocne byłoby zatem dokonanie takich zmian, które umożliwiłyby pracę położnym w niestandardowym czasie pracy.

Kolejnym mankamentem jest to, że dokumenty nie precyzują, co w sytuacji, gdy szpital opuszcza sama matka, a dziecko jest nadal hospitalizowane. Kobiety w takiej sytuacji mogą szczególnie potrzebować skorzystać z porady laktacyjnej (choćby w kwestii stymulacji laktacji, przechowywania pokarmu, w razie problemów ze stanem brodawek/piersi itd.). Problemem jest fakt, że wizyty patronażowe zostały w dokumentach płatnika świadczeń, czyli NFZ, zdefiniowane jako wizyty tylko u dziecka i tylko wówczas są rozliczane jako osobne świadczenie. Pomimo że w S000 nakłada się na położne obowiązek przeprowadzenia również badania kobiety w położu to w praktyce większość takich wizyt u samej kobiety się nie odbywa (choć podajemy również przykłady, gdy takie wizyty miały miejsce i były kobietom potrzebne). W związku z tym **postulujemy wyodrębnienie oddzielnie finansowanej wizyty położniczej u kobiety w położu od wizyty u noworodka, aby kobiety, które wyjdą ze szpitala bez dziecka mogły otrzymywać realną pomoc ze strony położnej środowiskowo-rodzinnej.** W związku z hospitalizacją dziecka odnotowałyśmy jeszcze jeden problem. Zdarza się, że hospitalizowane dłużej dzieci chore i przedwcześnie urodzone (w szczególności skrajnie przedwcześnie), są wypisywane do domu po czasie przysługiwania im wizyt patronażowych, co w praktyce sprawia, że wizyty te nie są realizowane, a kobiety i dzieci pozostają bez opieki położnej środowiskowo-rodzinnej. W tym obszarze również widzimy **konieczność wypracowania rozwiązań, które pozwolą na realne odbywanie się wizyt patronażowych u dłużej hospitalizowanych dzieci chorych i przedwcześnie urodzonych.** Propozycją rozwiązania może być zmiana przysługiwania wizyt patronażowych zamiast do konkretnego wieku dziecka, to od momentu wyjścia dziecka ze szpitala. Taka zmiana zapewne musiałaby wiązać się również z wydłużeniem czasu opieki położnej środowiskowej nad dzieckiem. Obecnie zgodnie z S000 od 8 tygodnia



życia dziecka opiekę nad nim przejmuje pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej. Jednak przepisy w tej kwestii nie są jednolite, gdyż w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej wskazano, że wizyty patronażowe położnej środowiskowo-rodzinnej odbywają się w 1-6 tygodniu życia dziecka.

Z pewnością należałoby ujednoczyć przepisy dot. sprawowania opieki położnej środowiskowo-rodzinnej nad dzieckiem, jednocześnie wydłużając okres opieki położnej POZ nad dzieckiem.

Podsumowując pozyskane przez nas statystyki dotyczące odbywania się pierwszej wizyty patronażowej na pewno warto podkreślić fakt, że u znacznej większości kobiet (91,4% ankietowanych) odbyła się przynajmniej jedna wizyta patronażowa. Jednak były również kobiety, u których nie odbyła się żadna wizyta (8,5% ankietowanych, zob. Ryc. 4.1.). Z kolei analizując dane dotyczące kobiet, które wyszły ze szpitala razem z dzieckiem, odnotowujemy, że dla 62,4% z nich pierwsza wizyta odbyła się w ciągu 48h od wypisu ze szpitala, ale już prawie jedna trzecia z nich (29,2%) miała tę wizytę później, a kolejne 8,4% nie miało wizyty wcale lub tego nie pamięta (Ryc. 4.5.). Z kolei u kobiet, które opuściły szpital, a ich dziecko w nim pozostało tylko w 11,0% przypadków wizyta odbyła się u kobiety przed powrotem dziecka ze szpitala. U 20,5% spośród tych kobiet pierwsza wizyta miała miejsce w ciągu 48h od powrotu dziecka ze szpitala, a u 13,7% w późniejszym terminie. Natomiast u 15,1% wizyty nie odbyły się wcale (Ryc. 4.6.). Widać więc, że w porównaniu z kobietami, które opuściły szpital razem z dziećmi, wartość ta jest wyższa.

Wspomniany całkowity brak wizyt u części kobiet uniemożliwia im i ich dzieciom korzystanie z pełnego zakresu opieki poporodowej, w tym laktacyjnej. Jest to również niezgodne z S000 i zawieranyimi przez świadczeniodawców umowami z NFZ zakładającymi 4-6 wizyt patronażowych położnej środowiskowo-rodzinnej w domu położnicy. W podrozdziale 4.1.1. *Dostępność wizyt patronażowych* szczegółowo podajemy, co według kobiet było przyczyną braku wizyt (Ryc. 4.3.). Czasem kobiety nie podawały żadnego powodu (10,8%), jednak jedna czwarta z nich wskazała na pandemię Covid (26,9%). Warto dodać, że w czasie pandemii nie wydano żadnych zaleceń, które zwalniałyby położne środowiskowo-rodzinne z odbywania wizyt patronażowych u pacjentki. Zdarzało się, że kobiety były proszone o przychodzenie z noworodkiem do przychodni (18,4%), a jako uzasadnienie podawano m.in. pandemię, brak wagi przenośnej, w konsekwencji konieczność ważenia dziecka w przychodni. Zdarzało się, że położna środowiskowo-rodzinna odmawiała wizyt z powodu zbyt dużej odległości do domu pacjentki (6,6%), a nawet faktu, że to kolejne dziecko kobiety i zdaniem położnej nie ma potrzeby, aby przyjeżdżała (1,9%). W tym miejscu chcemy podkreślić, że dokumenty (S000 oraz zarządzenie Prezesa NFZ określające szczegółowe warunki zawarcia i realizacji



umów o udzielanie świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej) jasno wskazują, że wizyty patronażowe położnej POZ powinny się odbywać w domu kobiety, co również z punktu widzenia opieki laktacyjnej ma ogromny sens (choćby możliwość wskazania pozycji do karmienia w środowisku w którym matka przebywa na co dzień). Poza tym pewne obowiązki położnej środowiskowo-rodzinnej poza miejscem zamieszkania pacjentki po prostu nie mogą zostać zrealizowane. Kobiety wskazywały także na to, że nikt się z nimi nie skontaktował po porodzie (9,9%) lub dziecko w okresie odbywania się wizyt przebywało jeszcze w szpitalu (1,9%) (na co też zwracaliśmy uwagę wcześniej), a czasem nie było położnej w pracy/przychodni POZ (7,1%). Niepokoi nas również fakt odmów wizyt z inicjatywy kobiet (16,5%). Niektóre z nich wskazywały, że takich wizyt nie chcą, z uwagi na negatywne doświadczenia z wizyt patronażowych u starszych dzieci. W dalszej części dokładniej omówimy zagadnienie oceniania przez kobiety samego przebiegu wizyt patronażowych, natomiast wydaje się, że gdyby opieka była świadczona na wysokim poziomie, to kobiety rzadziej rezygnowałyby z wizyt patronażowych. Według nas podawane wyżej powody sygnalizują pewne problemy systemowe.

Fakt odbycia się pierwszej wizyty nie zawsze oznaczał kontynuację wizyt. Podsumowując pozyskane dane, w tym również przypadki braku wizyt patronażowych, **niemal u połowy kobiet (45,4% ankietowanych) wizyty patronażowe NIE odbyły się w wymaganej minimalnej ilości 4 wizyt** (Ryc. 4.7.). Analizując dane podane przez kobiety, u których położna środowiskowo-rodzinna była na co najmniej jednej wizycie patronażowej widzimy, że w 12,6% przypadków skończyło się na 1. wizycie, zaś 2. lub 3. wizyty odbyły się u kolejnych 27,7% kobiet (Ryc. 4.8.). Niestety bywało, że nawet ta jedna wizyta nie była poprowadzona rzetelnie. Kobiety wskazywały na pośpiech położnej środowiskowo-rodzinnej, czy ograniczenie czynności jedynie do uzupełnienia dokumentacji. Zdarzały się sugestie położnych środowiskowo-rodzinnych dotyczące tego, że kolejne wizyty są niepotrzebne. Niektórym kobietom to nie odpowiadało, ale były też kobiety takie, które godziły się na mniejszą ilość wizyt zwracając uwagę na problemy systemowe, jak zbyt mała ilość położnych w danym rejonie czy przeciążenie ilością pacjentek, do których położna musi dojechać. Odnotowaliśmy przypadki, kiedy kobiety poświadczają swoim podpisem większą ilość wizyt niż ta, która rzeczywiście się odbyła. Składanie większej ilości podpisów, czyli poświadczenie wizyt, które się jeszcze nie odbyły, rodzi pole do nadużyć, gdyż wizyty te mogą zostać zgłoszone do rozliczenia do NFZ oraz zostać zrefundowane przez NFZ, mimo że de facto się nie odbyły. Z uzyskanych w monitoringu danych wynika więc, że położne środowiskowe nie zawsze przestrzegają wyznaczonej liczby wizyt patronażowych. Podsumowując również dane pozyskane od wojewódzkich oddziałów NFZ



w sprawie ilości i wartości refundacji świadczenia wizyty patronażowej w latach 2018-2022 odnotowałyśmy, że są województwa, dla których oszacowana ilość wizyt patronażowych na urodzone dziecko, w każdym roku jest niższa niż wymagane 4 wizyty (np. woj. dolnośląskie, woj. lubelskie, woj. świętokrzyskie), a nawet niższa niż 3 wizyty (woj. mazowieckie). Natomiast najwyższą oszacowaną średnią ilość wizyt patronażowych odnotowujemy w woj. wielkopolskim (zob. podrozdział 4.1.1. Tab. 6.). W dalszej części będziemy opisywać to, jaki obraz przebiegu wizyt patronażowych wylania się z naszego monitoringu, jednak już teraz warto podkreślić, że regularne wizyty patronażowe, odbywające się w możliwej przewidywanej ilości są ważnym elementem opieki laktacyjnej. Chociażby regularne ważenie dziecka podczas tych wizyt stanowi istotną część oceny wskaźników skutecznego karmienia.

Już po samej ilości odbywających się wizyt można ocenić, że opieka położnych środowiskowo-rodzinnych jest bardzo zróżnicowana, gdyż w wyjątkowych przypadkach było tych wizyt patronażowych nawet 9 czy 10 (choć w ramach świadczeń gwarantowanych powinno się odbyć od 4 do 6). U 2,8% kobiet (spośród tych, u której położna środowiskowo-rodzinna była na co najmniej jednej wizycie patronażowej) odbyło się powyżej 6 wizyt patronażowych, u prawie co piątej (19,6%) odbyło się ich 6, kolejne 12,3% wskazało na 5 odbytych wizyt, zaś u prawie co czwartej kobiety (24,9%) odbyły się 4 wizyty patronażowe (Ryc. 4.8.). Aby opieka położnych POZ, a co za tym idzie opieka laktacyjna przez nie realizowana, mogła być świadczona na wysokim poziomie, to wizyty patronażowe muszą się odbywać w rekomendowanej ilości. **Postulujemy monitorowanie ilości odbywających się wizyt patronażowych i apelujemy o podjęcie działań na rzecz zniwelowania odnotowanych przez nas nieprawidłowości ograniczających możliwości korzystania z wizyt patronażowych.**

Kolejnymi aspektami, na które zwracałyśmy uwagę w monitoringu były: przebieg wizyt patronażowych, w szczególności w kontekście udzielania wsparcia w karmieniu piersią oraz to, czy po okresie odbywania się wizyt patronażowych kobiety mogły liczyć na dalszą opiekę laktacyjną. Jak wynika z naszego monitoringu, kobiety po porodzie wracające ze szpitala często mierzą się z różnego rodzaju problemami dotyczącymi laktacji. Co druga kobieta (52,2% spośród tych, u których położna była na co najmniej jednej wizycie patronażowej) zmagająca się z trudnościami z karmieniem piersią w okresie odbywania się wizyt patronażowych (Ryc. 4.9.). Podczas tych bezpośrednich wizyt w domu matki można odnotować pojawiające się trudności i w odpowiednim czasie je wyeliminować. W SOOO zostały wymienione pewne elementy porady laktacyjnej, a mianowicie: ocena anatomii i fizjologii piersi matki, ocena jamy ustnej dziecka, ocena sposobu, techniki i przebiegu



samego karmienia, w tym umiejętności ssania i skuteczności karmienia, a także udzielanie pomocy w rozwiązywaniu problemów związanych z laktacją. To jak były realizowane wymienione elementy opieki laktacyjnej dokładnie zostało opisane w podrozdziale 4.1.2. *Przebieg wizyt patronażowych a wsparcie w karmieniu piersią oraz kontakt po zakończeniu wizyt*, a poniżej krótkie podsumowanie.

Tylko u niespełna połowy kobiet (49,7%) położna środowiskowo-rodzinna obejrzała/zbadła piersi, stan brodawek, u 42,5% to się nie odbyło, zaś 7,9% kobiet tego nie pamięta (Ryc. 4.10.). Niewątpliwie ocena stanu piersi i brodawek jest elementem badania przedmiotowego stanu kobiety po porodzie i powinna być wykonywana u każdej położnicy, niezależnie od tego czy karmi ona piersią, czy nie (zgodnie z S000). Badanie piersi jest również podstawą porady laktacyjnej i diagnozowania ewentualnych problemów z laktacją, gdyż ich stan (czy nie są zaczerwienione, obrzęknięte), stan i kształt brodawek (czy nie są poranione, spłaszczone po karmieniu) i in., mogą wskazywać na ewentualne nieprawidłowości w karmieniu piersią. Niestety w wielu przypadkach badanie takie nie było wykonane. Bywało, że nawet jeśli położna środowiskowo-rodzinna obejrzała piersi, to podobnie do wspomnianych sytuacji, które miały miejsce w szpitalu, zdarzało się kobietom usłyszeć niemerytoryczne, deprymujące komentarze na temat ilości mleka, czy po prostu podważające zdolność do wykarmienia dziecka, bez udzielenia żadnych wskazówek. Zdarza się więc, że oglądanie i badanie piersi nie jest równoznaczne z udzieleniem fachowej pomocy w przypadku odnotowanych problemów, a zalecenia są niezgodne z najnowszą wiedzą o laktacji i bywają szkodliwe. Choć oczywiście odnotowujemy również przypadki odmienne, kiedy kobiety otrzymywały konieczną pomoc.

Zbadanie jamy ustnej dziecka pod kątem ssania było elementem wizyt patronażowych u 38,1% kobiet. Prawie połowa (45,4%) wskazała, że takiego badania nie było, zaś 16,6% tego nie pamiętało (Ryc. 4.11.). Zdarzało się, że kobiety uzyskały skuteczne wskazówki po takiej ocenie, co poprawiło komfort karmienia piersią, dzieci innych kobiet według położnych środowiskowo-rodziny potrzebowały dalszej diagnostyki. Aby można było udzielić porady w związku z niektórymi nieprawidłowościami w obrębie jamy ustnej u dzieci, potrzebna jest specjalistyczna wiedza, której (na co wskazują wypowiedzi położnych środowiskowo-rodziny w naszym raporcie) położne nie uzyskują w trakcie kształcenia dyplomowego, tylko muszą zdobywać ją we własnym zakresie na specjalistycznych kursach z poradnictwa laktacyjnego. **Apelujemy o podjęcie działań na rzecz systematycznego pogłębiania przez położne środowiskowo-rodzinne wiedzy w omawianym zakresie, jak i stworzenie ścieżki, na którą kobiety i dzieci z problemami w obrębie jamy ustnej mogłyby być kierowane w celu dalszej specjalistycznej diagnostyki.**



Wspominałyśmy już, jak bardzo istotnym elementem porady laktacyjnej jest ważenie dziecka. Jest podstawą określania, czy dziecko przybiera na wadze, czy są prawidłowe przyrosty oraz podstawą do formułowania dalszych zaleceń. Obserwacja i określenie przyrostu masy ciała dziecka jest również zapisanym w S000 elementem wizyty patronażowej. Większość dzieci podczas wizyt patronażowych była zważona (84,5%), jednak wciąż jedno dziecko na siedem (14,8%) nie zostało zważone przez położną środowiskowo-rodzinną, a co za tym idzie nie miało określonego przyrostu lub potencjalnego spadku masy ciała (Ryc. 4.12.). Jak pisałyśmy wyżej, brak wagi przenośnej był jednym z motywów odmawiania przez położne środowiskowo-rodzinne wizyt w domu, na rzecz wizyt w gabinecie. Zdarzało się również podczas wizyt domowych określanie przyrostów „na oko”, a takie postępowanie może uspić czujność rodziców lub wprowadzić w błąd i stwarza ryzyko zdrowotne dla dziecka. Nie zawsze położne POZ podczas wizyt patronażowych mają ze sobą wagi. Uważamy, że ważenie dziecka na każdej wizycie jest bardzo ważne dla oceny wskaźników skutecznego karmienia oraz dla oceny przyrostów masy ciała dziecka.

Obejrzenie aktu karmienia to kolejny bardzo istotny element w kontekście opieki laktacyjnej. Podczas wizyt patronażowych u co piątej kobiety (21,1%) położna nie oceniła aktu karmienia (Ryc. 4.13. po prawej). Wartość ta była zbliżona niezależnie od tego, czy w danym przypadku występowały trudności w karmieniu, czy nie, co rodzi wniosek, że część położnych środowiskowo-rodzinnych niezależnie od okoliczności nie oglądała aktu karmienia, nie prosiła o nakarmienie dziecka w swojej obecności (Ryc. 4.14. oraz Ryc. 4.15.). Kobiety wskazywały, że zdarzało się, iż położne POZ poprzestawały na pytaniu o sposób karmienia dziecka i odnotowaniu odpowiedzi w dokumentacji. Tymczasem ocena aktu karmienia jest podstawą skutecznej porady laktacyjnej, udzielenia wskazówek, które w przypadku trudności pomogłoby uczynić karmienie piersią efektywnym. Także gdy dziecko nie jest na danym etapie karmione bezpośrednio z piersi, elementem porady laktacyjnej są z reguły próby przystawiania dziecka bezpośrednio do piersi. Czas 4-6 możliwych wizyt patronażowych nawet w takich przypadkach powinien być na tyle rozległy, aby podjąć taką próbę lub próby. Biorąc pod uwagę powyższe oraz fakt, że ankieta skierowana była do kobiet, które karmiły bądź chciały karmić piersią, a więc najpewniej oczekiwały takiej pomocy, zakładamy, że karmienie piersią w obecności położnej powinno być się odbyć w każdym przypadku, a przynajmniej położna powinna była zaproponować przystawienie dziecka do piersi. Położne środowiskowo-rodzinne, które udzieliły nam wywiadu, wskazywały, że przy rzetelnym badaniu matki i dziecka, udzieleniu porady laktacyjnej oraz wykonaniu pozostałych obowiązków czas jednej wizyty patronażowej to 1,5-2 godziny. Odnotowałyśmy, że zdarzało się, że wizyty patronażowe odbywały się w pośpiechu lub nie wystarczało czasu na



udzielenie pomocy w karmieniu piersią, np. położne skupiały się tylko na zbadaniu dziecka. Ocenę aktu karmienia wraz z jednoczesnym przekazaniem wskazówek co do karmienia piersią uzyskało 36,3% kobiet, u których położna środowiskowo-rodzinna była na co najmniej jednej wizycie patronażowej (Ryc. 4.16.). Historie kobiet pokazują, że czasami pomimo zgłaszania przez nie trudności, nie otrzymały one wsparcia w karmieniu piersią od położnych środowiskowo-rodziny.

Znaczna większość kobiet (86,3% spośród tych, u których położna środowiskowo-rodzinna była na przynajmniej jednej wizycie patronażowej) nie miała kontaktu osobistego z położną środowiskowo-rodziną po zakończeniu wizyt patronażowych, choć część z nich miała kontakt telefoniczny, czy za pomocą środków elektronicznych (Ryc. 4.17.). Choć według SOOO, kobieta pozostaje pod opieką położnej środowiskowo-rodzinnej także po zakończeniu okresu wizyt patronażowych, z naszego monitoringu wynika, że w praktyce kontakt z położną często się urywa, a kobiety nie wiedzą, że mogłyby po zakończeniu wizyt patronażowych zgłosić się ze swoimi problemami, w tym w karmieniu piersią, do swojej położnej. Niektóre kobiety wskazały, że niekompetentna opieka zniechęciła je do dalszego kontaktu z położną środowiskowo-rodziną. W naszym raporcie pokazujemy również przykłady nawiązania trwałych relacji z położną, korzystania z jej pomocy w okresie całego macierzyństwa (nawet w kolejnych ciążach). Te kobiety, które miały kontakt z położną POZ po zakończeniu wizyt patronażowych zwracały się do nich w wielu problemach związanych z karmieniem piersią, np. zastoje, zapalenia piersi, grzybica brodawek, kryzysy laktacyjne, spadki masy ciała dziecka, bezpieczeństwo farmakoterapii w okresie laktacji, stymulacja laktacji (np. na czas hospitalizacji matki). Widać więc, że tych problemów, z którymi kobiety mogą się zwrócić do położnych jest wiele, a czas, w którym się to dzieje z pewnością obejmuje cały okres laktacji, która jak wiemy może trwać nawet dwa lata i dłużej (co zaleca również WHO, przy wyłącznym karmieniu piersią przez pierwsze 6 miesięcy).

Zebrane dane wskazują na to, że opieka laktacyjna położnych środowiskowo-rodziny jest mocno zróżnicowana. Poprosiliśmy kobiety o ocenę roli swojej położnej w ich laktacji i te oceny są skrajnie odmiennie (zob. podrozdział 4.2.3. *Ocena roli położnej środowiskowo-rodzinnej w całoksztalacie opieki nad laktacją*). Jak wskazują niektóre z kobiet, była to rola kluczowa w karmieniu piersią. Niektóre położne zostały nazwane „aniołami”. Dla innych kobiet położna środowiskowo-rodzinna nie odegrała żadnej roli w aspekcie karmienia piersią, na przykład wtedy, gdy nie była kompletnie nim zainteresowana i nie udzieliła wsparcia, ale też gdy to kobieta nie miała trudności w karmieniu piersią, więc takiej pomocy nie oczekiwała. W kolejnych przypadkach była to rola szkodliwa. Zdarzało się, że położne środowiskowo-rodzinne wykazywały się brakiem wiedzy i kompetencji w udzielaniu porady



laktacyjnej, czasem powielają mity laktacyjne, czyli przekonania generujące potencjalne lub realne problemy, a w konsekwencji stawały się jednym z ogniw pogłębiania problemów laktacyjnych. Położne środowiskowo-rodzinne, jak i niektóre z kobiet, odnotowują szereg problemów systemowych, które mają odzwierciedlenie w jakości poradnictwa laktacyjnego położnych, a którą to jakość niestety oceniamy jako niewystarczającą. Jakkolwiek świadczenie porad laktacyjnych przez położne środowiskowo-rodzinne jest ogromnie ważnym elementem w systemie opieki laktacyjnej, to w obecnym czasie nie jest na tyle skuteczne, aby kobiety były systemowo, rzetelnie wspierane w trudnościach laktacyjnych. Apelujemy o **wzmocnienie poradnictwa laktacyjnego położnych środowiskowo-rodzinnych, aby porady laktacyjne przez nie świadczone były na jak najwyższym poziomie.** Jednocześnie nie należy zapominać o bardzo specyficznych trudnościach w karmieniu piersią, które mogą się pojawić i stworzeniu możliwości kierowania przez położne środowiskowo-rodzinne dzieci do dalszej diagnostyki – porady laktacyjnej na poziomie specjalistycznym, kiedy uznają, że problemy matki i dziecka w karmieniu piersią wykraczają poza ich kompetencje, ale więcej o tym napiszemy w kolejnej części podsumowania i wniosków, dotyczącej specjalistycznego poradnictwa laktacyjnego oraz wsparcia niemedycegnego jako uzupełnienia opieki laktacyjnej w Polsce.

Każda kobieta ma prawo wyboru położnej środowiskowo-rodzinnej i złożenia do niej imiennej deklaracji. Warto wiedzieć, że jeśli opieka położnej środowiskowo-rodzinnej z dowolnego powodu kobiecie nie odpowiada, to może ona złożyć deklarację wyboru położnej POZ u innego świadczeniodawcy, czyli w innej przychodni POZ lub u innej położnej środowiskowo-rodzinnej prowadzącej własną praktykę, która podpisała umowę z NFZ. Takiego wyboru można dokonać bezpłatnie dwa razy do roku. Odnotowałyśmy jednak, że wchodzące w 2025 r. w życie przepisy o braku możliwości złożenia osobnej deklaracji do wybranej położnej środowiskowo-rodzinnej, a co za tym idzie utracie mocy deklaracji złożonej do położnej, która nie będzie współtworzyć zespołu POZ, ograniczą prawo kobiet do swobodnego wyboru swojej położnej lub będą wiązały się z realną utratą już wybranej położnej. Jako kobiety chcemy wybierać te położne, które posiadają wiedzę i doświadczenie we wspieraniu karmienia piersią, nie będąc ograniczonymi do tego, jaka położna POZ jest zatrudniona w podmiocie, w którym przyjmuje wybrany przez nas lekarz POZ. Jednocześnie istnieje ryzyko, że wiele z położnych prowadzących aktualnie indywidualne praktyki i realizujących świadczenia na NFZ po prostu zniknie z rynku, ponieważ nie znajdą one lub nie będą chciały znaleźć zespołu POZ, który miałyby współtworzyć. Być może ich działalność pozostanie wyłącznie w sferze usług prywatnych. **Apelujemy, aby nie odbierać kobietom możliwości wyboru położnej, którą uznają za kompetentną w opiece laktacyjnej.**



Potrzebne jest umożliwienie położnym realnego sprawowania opieki laktacyjnej poprzez wyodrębnienie świadczenia porady laktacyjnej. **Apelujemy o refundację porady laktacyjnej świadczonej przez położne środowiskowo-rodzinne (dodanie tej porady laktacyjnej do koszyka świadczeń gwarantowanych), przy jednoczesnym określeniu zakresu i zasad jej realizacji.** Proponujemy możliwość odbycia porad laktacyjnych (jako osobnego świadczenia) w całym okresie laktacji kobiety – ambulatoryjnie, a przez pierwsze 6 miesięcy życia dziecka u kobiety w jej domu (czyli w okresie rekomendowanego wyłącznego karmienia piersią, aby kobietom pomóc utrzymać wyłączone karmienie piersią). Jednocześnie konieczny jest monitoring jakości takich porad laktacyjnych. **Zgodnie z ustawą o podstawowej opiece zdrowotnej Minister Zdrowia może określić w drodze rozporządzenia kryteria monitorowanie jakości świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i apelujemy, aby takie kryteria powstały w obszarze poradnictwa laktacyjnego.**

Jak wspominałyśmy w raporcie, zgadzamy się z hasłem Fundacji Rodzić po Ludzku, które powstało przy okazji plebiscytu Anioły Rodzić po Ludzku z 2022 roku, że: „Położna powinna być znana”. Każda kobieta powinna znać swoją położną i mieć możliwość kontaktu z nią, ale także zawód położnej powinien być bardziej szanowany i doceniany. **Konieczna wśród kobiet, pozostałego personelu medycznego, a także społeczeństwa jest promocja wiedzy na temat roli położnej środowiskowo-rodzinnej, a w szczególności tego, że kobiety pozostają pod opieką laktacyjną swojej położnej środowiskowo-rodzinnej przez cały okres laktacji.** Naszym zdaniem taką wiedzę mogłyby otrzymać już dziewczynki w okresie dojrzewania. Promowanie wiedzy o karmieniu piersią wśród młodzieży mogłoby się odbywać dzięki wdrożeniu i refundacji świadczenia położnych środowiskowo-rodzinnych w postaci tzw. „godziny lekcyjnej z położną środowiskowo-rodzinną” w szkołach podstawowych (od siódmej klasy) i ponadpodstawowych, z uwzględnieniem m.in. informacji o karmieniu piersią i mlekiem kobiecym oraz roli położnej środowiskowo-rodzinnej w opiece laktacyjnej. Przeprowadzona przez Fundację Matecznik analiza podręczników do przedmiotu Wychowanie do życia w rodzinie oraz podstawy programowej tego przedmiotu ujawniła, że słowo „położna” nie pojawia się w nich ani razu w żadnym kontekście – ani porodu, ani edukacji przedporodowej³¹⁸. Koniecznie trzeba to zmienić. Nie odnotowałyśmy również przypadków odsyłania pacjentek przez pediatrów w przychodniach POZ z problemami laktacyjnymi do położnych środowiskowo-rodzinnych, co nie znaczy, że takie sytuacje nie

³¹⁸ Fundacja Matecznik, *Dlaczego Polki potrzebują kampanii społecznej o położnych rodzinnych? Kampania społeczna o położnych*, <https://fundacjamatecznik.pl/nasze-dzialania/kampania-spooleczna-o-polozonych/> [dostęp: 30.11.2023]



mają miejsca w ogóle. Natomiast informacja o opiece laktacyjnej świadczonej przez położną POZ powinna być rozpowszechniana również wśród samego personelu medycznego (zob. podrozdział 4.3. *Opieka pediatryczna*).

Przypominamy, że Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych od lat wskazuje na braki kadrowe wśród położnych. Aby utrzymać obecny wskaźnik 5,2 pielęgniarek i położnych na 1 tys. mieszkańców konieczne jest zwiększenie liczby absolwentów z ok 5,6 tys. do 10 tys. rocznie³¹⁹. Średnia wieku dla pielęgniarek to 53,2 lata, a dla położnych 51 lat. Osoby pracujące pomimo uzyskania uprawnień emerytalnych stanowią 25,8% wszystkich położnych, zaś do 2030 roku 60% położnych będzie w wieku uprawniającym do świadczeń emerytalnych³²⁰. Niewątpliwie należy podjąć systemowe kroki w celu poprawy warunków i jakości zatrudnienia całej grupy położnych, tak aby opieka nad grupą matek i dzieci na tym nie cierpiała, a kolejne kobiety chciały pracować w tym jakże potrzebnym zawodzie.

SPECJALISTYCZNE PORADNICTWO LAKTACYJNE ORAZ WSPARCIE NIEMEDYCZNE

Dostrzegamy konieczność wyodrębnienia specjalistycznego poradnictwa laktacyjnego oraz jego refundacji, co potwierdzają wyniki monitoringu opisywane w poprzednich częściach podsumowania i wniosków.

Celem takiego działania miałyby być z jednej strony zwiększenie dostępności osób ze specjalistyczną wiedzą na oddziałach położniczych i neonatologicznych (lub innych oddziałach, na które te osoby mogłyby się udać w razie przebywania na nich kobiet będących w okresie laktacji), a z drugiej strony, spopularyzowanie powstawania poradni laktacyjnych/zaburzeń laktacyjnych, które jak sądzimy chętniej będą zakładane przez podmioty lecznicze dzięki możliwości refundacji świadczeń w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia. Do takich poradni kobiety mogłyby być kierowane po porodzie, zarówno przy wypisie ze szpitala, jak i w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (przez położną środowiskowo-rodzinną i lekarza POZ), w przypadku stwierdzenia trudności wymagających

³¹⁹ NIPiP, *Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Pielęgniarka, położna zawody deficytowe W polskim systemie ochrony zdrowia*, 2022, S.4, https://nipip.pl/wp-content/uploads/2022/06/2022-04-30_Raport_NIPiP_KRAJ_Wojewodztwa-w-2.2.pdf [dostęp: 30.11.2023]

³²⁰ Tamże.



specjalistycznej porady. Konieczne byłoby wypracowanie ścieżki kierowania do specjalistycznego poradnictwa laktacyjnego.

W częściach podsumowania i wniosków dotyczących opieki okołoporodowej w szpitalu oraz opieki położnej środowiskowo-rodzinnej zauważyliśmy, że pomimo iż pomoc laktacyjna i opieka nad matką i dzieckiem w tym zakresie leży w gestii całego personelu medycznego oddziałów położniczych i neonatologicznych, a po opuszczeniu szpitala poradnictwo laktacyjne należy do położnych środowiskowo-rodzinnych, to ta opieka laktacyjna nie zaspokaja w pełni potrzeb kobiet karmiących piersią, a w szczególności tych zmagających się z bardziej skomplikowanymi trudnościami w karmieniu piersią lub odciągniętym mlekiem, odbiegającymi od fizjologii, wymagającymi specjalistycznej wiedzy (na III poziomie wiedzy o laktacji; poziomy te omawialiśmy przy okazji opieki nad matką i dzieckiem w szpitalu w podrozdziale 3.2.6. *Pomoc i wskazówki udzielane matce* oraz wspominaliśmy o nich omawiając rolę położnej środowiskowo-rodzinnej w podrozdziale 4.1.3. *Ocena roli położnej środowiskowo-rodzinnej*). Jak pokazują historie kobiet w niniejszym raporcie, takie trudności w karmieniu piersią zdarzają się nierzadko. Obecnie kobiety, którym zależy na karmieniu piersią lub odciągniętym mlekiem, są zmuszone szukać pomocy poza systemem, najczęściej prywatnie, na co wskazują liczne przykłady w raporcie.

Obecnie poradnictwo laktacyjne w systemie ochrony zdrowia jest przypisane wyłącznie do zakresu obowiązków położnych POZ, a osoby kończące specjalistyczne kursy i posiadające certyfikaty z poradnictwa laktacyjnego nie są uwzględnione w systemie opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Porady wielokrotnie wspomnianych konsultantek laktacyjnych IBCLC i doradczyń laktacyjnych CDL, pozostają głównie domeną opieki prywatnej. Choć takie osoby bywają zatrudnione, np. w szpitalach, to jednak placówki lecznicze nie otrzymują odrębnego finansowania za ich porady laktacyjne. Zwracaliśmy już uwagę w raporcie na problem zdarzającego się podważania kompetencji takich osób przez pozostały personel, więc uwzględnienie ich w hierarchii zatrudnienia i ustalenie ich zadań jest naszym zdaniem konieczne. Osoby takie mogłyby: 1) być kierowane do pracy z kobietami na oddziale, uzupełniając podstawową pomoc personelu oddziałów położniczych i neonatologicznych o specjalistyczną poradę laktacyjną; 2) być kierowane do hospitalizowanych kobiet będących w okresie laktacji, a znajdujących się na innych oddziałach, np. w celu pomocy w przygotowaniu do zabiegów medycznych (pod kątem zabezpieczenia laktacji, przeciwdziałania ewentualnym powikłaniom w postaci zastojów, zapaleń piersi związanych z przerwami w karmieniu, np. podczas operacji), pomocy w stymulacji laktacji (więcej o wsparciu w laktacji matek będących pod opieką szpitalną pisaliśmy w podrozdziale 6.3. *Pobyty matki w szpitalu*); 3) konsultować bezpieczeństwo



farmakoterapii i badań diagnostycznych u kobiet karmiących piersią; 4) być odpowiedzialne za ustalanie procedur szpitalnych zgodnie z najnowszą wiedzą o laktacji i pomagać wprowadzać zasady postępowania zgodnie z aktualną wiedzą; 5) pomóc w przygotowaniu placówki do uzyskania certyfikatu „Szpital Przyjazny Dziecku”. Na takie kompetencje konsultantek laktacyjnych IBCLC wskazuje Polskie Towarzystwo Konsultantów i Doradców Laktacyjnych³²¹. Jak sądzimy jasny podział obowiązków wyeliminowałby niejasności między personelem, gdyż jak do tej pory osoby ze specjalistyczną wiedzą potwierdzoną certyfikatami piastują stanowiska związane po prostu ze swoją profesją jako położne, pielęgniarki, lekarze, psycholożki i in. i nie zawsze mogą w pełni wykorzystywać swoje kompetencje. Finansowanie specjalistycznej porady laktacyjnej zachęciłoby dyrektorów placówek do zatrudniania większej ilości tego typu specjalistów, a kobiety otrzymałyby potrzebne wsparcie w trudniejszych sytuacjach z karmieniem piersią i odciągniętym mlekiem. Jak wspomnieliśmy, w niektórych placówkach są takie osoby, ale umocowanie w systemie osób dedykowanych wyłącznie specjalistycznemu wsparciu laktacyjnemu realnie zmieniłoby opiekę laktacyjną w Polsce. Obecnie zakres edukacji przeddyplomowej i podyplomowej w toku specjalizacji dla położnych czy lekarzy nie wystarcza do osiągnięcia wiedzy na poziomie ww. certyfikatów³²². Pod dyskusję warto poddać również możliwość stworzenia zawodu doradcy czy konsultanta laktacyjnego, tak jak to funkcjonuje w Stanach Zjednoczonych³²³, co było również przedmiotem starań środowisk konsultantów i doradców laktacyjnych w Polsce, jak do tej pory bezskutecznie³²⁴.

Nie można także zapominać o możliwości zakładania specjalistycznych poradni zaburzeń laktacji, do których mogłyby być kierowane kobiety znajdujące się już poza opieką szpitalną, czyli będące w opiece środowiskowej. Kobieta po porodzie pod opieką swojej położnej środowiskowo-rodzinnej powinna otrzymać poradę laktacyjną. Jak wskazywałyśmy w niniejszym raporcie, nie zawsze pomoc jest wystarczająca, a czasem same położne odsyłają kobiety do dalszej diagnostyki. Jednak obecnie nie mają żadnej formalnej ścieżki.

Apelujemy o refundację specjalistycznego poradnictwa laktacyjnego i danie możliwości położnym środowiskowo-rodzinnym, czy lekarzom POZ kierowania pacjentek na takie poradnictwo.

³²¹ PTKiDL, *Konsultanci IBCLC*, <https://laktacja.org.pl/konsultant-ibclc/> [dostęp: 30.11.2023]

³²² Żukowska-Rubik M., Nehring-Gugulska M., Dmoch-Gajzlerska E., *Konsultanci laktacyjni w systemie opieki zdrowotnej*, *Położna nauka i praktyka* 2017, 2(38), s. 16., <https://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2018/12/Konsultanci-laktacyjni-w-systemie.pdf> [dostęp: 30.11.2023]

³²³ Tamże, s. 18.

³²⁴ Tamże, s. 16.



W polskiej opiece laktacyjnej zbyt mało miejsca poświęca się niemedycznemu wsparciu laktacyjnemu i nie istnieje ono w systemie, a niejednokrotnie jest ono bardzo potrzebne kobietom mierzącym się z trudnościami. Wsparcie osób, które znają temat niejako „od podszewki”, gdyż same spotkały się z podobnymi trudnościami, potrafi zdziałać cuda, a przede wszystkim dać nadzieję i siłę do stawiania czoła problemom laktacyjnym. Potwierdzają to historie kobiet, które udzieliły nam wywiadu. Zdarzało się, że jedyną pomocną w zakresie laktacji osobą była inna, bardziej doświadczona kobieta leżąca na sali lub ktoś z rodziny, czy grona znajomych. Wspomniane problemy kadrowe wśród położnych są jednym z czynników, z powodu których zapewnienie ciągłej opieki laktacyjnej podczas pobytu matek z dziećmi w szpitalach jest wyzwaniem. Uzupełnienie tej opieki o wsparcie osób niemedycznych sprawiłoby, że „niebiały” personel mógłby skupić się na rozmowie, edukacji i wspieraniu kobiet, co w warunkach trudności z jakimi boryka się system ochrony zdrowia jest trudno dostępne. **Rekomendujemy zatem uwzględnienie możliwości skorzystania ze wsparcia osób niemedycznych na oddziałach poporodowych.** Kobiety doświadczone w karmieniu piersią, po odpowiednim przeszkoleniu, mogłyby wspierać położnice. Natomiast przykładem takiego przeszkolenia jest kurs Promotora Karmienia Piersią organizowany przez Centrum Nauki o Laktacji³²⁵. Natomiast przykładem funkcjonowania osób niemedycznych w strukturach instytucji zajmujących się opieką medyczną jest zawód asystenta zdrowienia³²⁶. **Uważamy, że zasadnym byłoby stworzenie zawodu asystentek laktacyjnych.** Takie osoby mogłyby pozostawać w kontakcie z kobietą po jej wypisie i wspierać organizowanie grup wsparcia dla kobiet karmiących piersią.

Krok 10. Inicjatywy „Szpital Przyjazny Dziecku” wskazuje, że: „Należy zadbać o to, aby rodzice i niemowlęta po wypisie do domu mieli dostęp do grup wspierających karmienie piersią”. Stowarzyszenie Małyssak jest przykładem organizacji pozarządowej, która organizuje spotkania grup wsparcia skierowane do matek karmiących i chcących karmić piersią³²⁷. Brak jest jednak systemowych rozwiązań zapewniających dostępność grup wsparcia na terenie całej Polski i dla wszystkich potrzebujących. Tymczasem na skuteczność wsparcia niemedycznego, w tym wsparcia grupowego, zwracają uwagę m.in. WHO i UNICEF³²⁸.

³²⁵ CNoL, *Jak zostać Promotorem?*, <https://cnol.kobiety.med.pl/pl/promocja/jak-zostac-promotorem-kp/> [dostęp: 30.11.2023]

³²⁶ MZ, *Kim jest asystent zdrowienia*, <https://pacient.gov.pl/aktualnosc/kim-jest-asystent-zdrowienia> [dostęp: 30.11.2023]

³²⁷ <https://malysak.pl/wsparcie-mam-karmiacych/> [dostęp: 30.11.2023]

³²⁸ WHO i UNICEF, *Implementation Guidance on Counselling Women to Improve Breastfeeding Practices*, New York 2021, <https://www.globalbreastfeedingcollective.org/media/1501/file/UNICEF-WHO-BF-Counseling-Guidance-2021.pdf> [dostęp: 30.11.2023]



Rekomendujemy więc podjęcie działań na rzecz popularyzacji grup wsparcia skierowanych do kobiet karmiących i chcących karmić piersią oraz przeznaczenie na ten cel środków, o które mogłyby ubiegać się organizacje pozarządowe działające w tym obszarze.

OCHRONA PRZED WPŁYWAMI KOMERCYJNYMI W OBSZARZE SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

W podrozdziałach 2.3., 3.2.13. oraz 4.4 zwróciliśmy uwagę na ochronę kobiet w ciąży oraz matek niemowląt i małych dzieci przed wpływami komercyjnymi na różnych etapach opieki okołoporodowej. Odwoływałyśmy się do Kodeksu WHO i Wytocznych WHO z 2016 r., jak również do obowiązującego w tym zakresie prawa polskiego, wdrażającego niektóre zapisy Kodeksu WHO. W ankietach pytałyśmy kobiety, czy otrzymywały materiały edukacyjne/ulotki/gadżety/akcesoria dotyczące karmienia dziecka lub służące do karmienia dziecka, a następnie prosiłyśmy o doprecyzowanie „Czy wśród nich były materiały/ulotki/gadżety dotyczące mieszanek?” oraz „Czy wśród nich były akcesoria takie jak butelki/smoczki?”. Pytania te zadawałyśmy na wszystkich etapach opieki nad matką i dzieckiem, począwszy od opieki przedporodowej, poprzez opiekę okołoporodową w szpitalu po porodzie, na opiece środowiskowej kończąc, a także pod kątem tego, od kogo kobiety otrzymywały ww. materiały. Prosiłyśmy również o podanie szczegółów na temat otrzymywanych materiałów, opisanie ich. Przedmiotem naszego zainteresowania były zwłaszcza materiały dotyczące produktów objętych Kodeksem WHO.

Jak pokazuje nasz monitoring, kobiety mają styczność z marketingiem produktów zastępujących mleko kobiece i produktów pokrewnych już w ciąży. Zdarzało się, że ginekolodzy prowadząc ciążę przekazywali materiały marketingowe dotyczące mieszanek, w tym ich próbki, a także butelki do karmienia. Również położne środowiskowo-rodzinne podczas edukacji przedporodowej przekazywały kobietom w ciąży materiały dotyczące karmienia lub służące do karmienia (otrzymało je 26,5% ankietowanych, zob. Ryc. 2.20.), spośród których prawie połowa dotyczyła mieszanek (46,2%, zob. Ryc. 2.21. po lewej) oraz prawie połowa zawierała butelki/smoczki (46,9% oraz Ryc. 2.21. po prawej). Także podczas opieki w szpitalu w okresie poporodowym kobiety miały styczność ze wspomnianym marketingiem, w tym otrzymywały próbki mieszanek lub gotowe mieszanki do domu „na zapas”. 41,1% kobiet wskazało, że otrzymało po porodzie w szpitalu materiały edukacyjne/ulotki/gadżety/akcesoria dotyczące karmienia dziecka lub służące do karmienia



dziecka, z czego prawie połowa (45,2%) dotyczyła mieszanek, zaś prawie jedna trzecia (28,1%) zawierała butelki/smoczki (zob. Ryc. 3.23., Ryc. 3.24., Ryc. 3.25.). Odnotowałyśmy przekazywanie położnicom całych pakietów upominkowych zawierających ww. produkty, w szczególności przy wypisie ze szpitala. Znajdowała się w nich także żywność uzupełniająca, w tym objęta Kodeksem WHO żywność dla niemowląt poniżej 6. m.ż. Również w obszarze opieki środowiskowej kobiety miały styczność z marketingiem żywności dla niemowląt i małych dzieci oraz produktów pokrewnych. Położne środowiskowo-rodzinne rzadziej przekazywały materiały dotyczące karmienia dziecka lub służące do karmienia dziecka – otrzymało je 18,8% kobiet spośród tych, u których położna środowiskowo-rodzinną była na co najmniej jednej wizycie patronażowej, przy czym 40,5% z tych materiałów dotyczyło mieszanek (Ryc. 4.25. po lewej), w tym były to ich próbki, a jedną trzecią stanowiły butelki/smoczki (33,3%, zob. Ryc. 4.25. po prawej). Przekazywanie takich materiałów zdarzało się również podczas wizyt patronażowych pielęgniarki POZ i pediatry w domu kobiety. Prawie jedna trzecia kobiet (27,6% ankietowanych, zob. Ryc. 4.27) otrzymał lub miała dostęp w przychodniach POZ do materiałów dotyczących karmienia dziecka lub służących do karmienia dziecka, wśród których były także materiały reklamowe dotyczące mieszanek oraz próbki mieszanek, a także zdarza się, że przekazywano im również butelki do karmienia/smoczki.

Wskazywane przez kobiety materiały reklamowe i promocyjne dotyczące mieszanek (w tym ich próbki), próbki komercyjnej żywności uzupełniającej oraz butelki do karmienia i smoczki do nich, wręczane im przez pracowników ochrony zdrowia, obecne w placówkach ochrony zdrowia lub dostępne tam do wzięcia, naruszają zapisy Kodeksu WHO i Wytycznych WHO z 2016 r. Dotyczy to także firmowych materiałów z założenia informacyjno-edukacyjnych, np. opisywanych przez kobiety różnych broszur i poradników dotyczących rozszerzania diety czy karmienia piersią, które były również nacechowane komercyjnie – m.in. zawierały reklamy sztucznych mieszanek, prezent w postaci łyżeczki, czy promowały żywność uzupełniającą przeznaczoną dla niemowląt poniżej 6. miesiąca życia.

Przeprowadzony monitoring potwierdza potrzebę pełnego wdrożenia do prawa polskiego (i unijnego) Kodeksu WHO wraz z Wytycznymi WHO z 2016 r. (dokumenty te omawiamy w podrozdziale 2.3.). Podkreślić należy, że **wśród najczęściej identyfikowanych barier w rozpoczęciu i kontynuowaniu karmienia piersią wskazuje się m.in. brak wdrożenia lub**



niedostateczne wdrożenie Kodeksu WHO³²⁹. Do pełnej implementacji Kodeksu WHO i Wytycznych WHO z 2016 r. wzywa WHO oraz specjaliści sprawozdawcy ONZ, którzy uznają, że państwa są do tego zobowiązane na podstawie Konwencji o prawach dziecka i innych instrumentów ONZ dotyczących praw człowieka³³⁰. Na potrzebę pełnego wdrożenia Kodeksu WHO zwraca się także uwagę w licznych dokumentach międzynarodowych związanych z ochroną zdrowia i optymalnych praktyk żywienia niemowląt i małych dzieci, a także w piśmiennictwie zagranicznym i polskim³³¹, w tym w raporcie dotyczącym badania zgodności marketingu produktów dla niemowląt i małych dzieci w Polsce z Kodeksem WHO³³².

Obowiązujące w Polsce **przepisy w niewielkim zakresie wdrażają zapisy Kodeksu WHO wraz z Wytycznymi WHO z 2016 r., nie chroniąc w sposób należyty niemowląt i małych dzieci, ich matek i innych opiekunów, kobiet w ciąży, a także przedstawicieli ochrony zdrowia przed marketingiem żywności dla niemowląt i małych dzieci oraz produktów pokrewnych**. Regulacja krajowa jest ponadto w dużym stopniu niejasna, w konsekwencji trudno o jednoznaczną ocenę prawną niektórych przypadków **naruszeń Kodeksu WHO**, a podkreślić należy, że **miały one miejsce w każdym z badanych w ramach monitoringu obszarów opieki okołoporodowej** (zob. podrozdziały: 2.3., 3.2.13. i 4.4.). Niezależnie od tego, ocena prawna wyników raportu co do zasady nie była możliwa z przyczyn metodologicznych i z uwagi na specyfikę regulacji krajowej. W większości przypadków nie można np. ustalić, czy otrzymane przez kobiety mieszanki lub ich próbki były preparatami do początkowego żywienia niemowląt/mlekiem początkowym, a co za tym idzie, czy miało miejsce naruszenie

³²⁹ European Commission, Karolinska Institutet, IRCCS Burlo Garofolo, WHO, *Infant and young child feeding: standard recommendations for the European Union*, https://www.richtigessenvonanfangen.at/fileadmin/Redakteure_REVAN/user_upload/EUNUTNET_Infant_and_young_child_feeding.pdf [dostęp: 30.11.2023]

³³⁰ United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights, *Joint statement by the UN Special Rapporteurs on the Right to Food, Right to Health, the Working Group on Discrimination against Women in law and in practice, and the Committee on the Rights of the Child in support of increased efforts to promote, support and protect breastfeeding*, 2016, <https://www.ohchr.org/en/statements/2016/11/joint-statement-un-special-rapporteurs-right-food-right-health-working-group> [dostęp: 30.11.2023]

³³¹ Zob. Koronkiewicz-Wiórek A., *O potrzebie skorzystania przez Rzeczpospolitą Polską z prawa opcji w odniesieniu do reklamy preparatów do początkowego żywienia niemowląt i żywności specjalnego przeznaczenia medycznego opracowanej w celu zaspokojenia potrzeb żywieniowych niemowląt*, Przegląd Prawa i Administracji [w druku] i przywołana tam literatura.

³³² Wesołowska A., Brojanowska-Aleksandrowicz A., Koronkiewicz-Wiórek A., *Zalecenia programowe i zalecenia dotyczące rozwiązań ustawodawczych, [w:] Raport z badania zgodności marketingu produktów dla niemowląt i małych dzieci w Polsce z Międzynarodowym Kodeksem Produktów Zastępujących Mleko Kobięce i kolejnymi rezolucjami WHA*, Wesołowska A., Brojanowska-Aleksandrowicz A., Baranowska B. (red.), Warszawa 2019



prawa. Podobnie jest w przypadku otrzymywanych przez kobiety butelek i smoczków, choć tutaj w wielu przypadkach oczywistym było, że chodzi o butelki do karmienia niemowląt, a zatem że **przepisy (prawa żywnościowego, a od dnia 1 stycznia 2019 r. także S000) zostały naruszone**. Nie stanowi naruszenia prawa rozdawanie smoczków-uspokajaczy (za naruszające prawo uznać należy natomiast rozdawanie smoczków do butelek/do karmienia niemowląt). Smoczki-uspokajacze nie są również objęte zakresem Kodeksu WHO, jednak państwa są zachęcane do objęcia ich swoją regulacją krajową m.in. dlatego, że produkty te mogą szkodzić karmieniu piersią, zwłaszcza na początkowym etapie laktacji. Nawet S000 zaleca niestosowanie w okresie stabilizowania się laktacji smoczków w celu uspokajania noworodka, tym bardziej nie powinny być one rozdawane kobietom. Naruszenia przepisów nie stanowi także rozdawanie żywności uzupełniającej dla niemowląt i małych dzieci, w tym jej próbek (nie ma takiego zakazu). Przepisy dotyczące żywności uzupełniającej nie zawierają również wymogów wskazanych w Wytycznych WHO z 2016 r. dotyczących marketingu tej żywności, poza wymogiem w zakresie oznakowania/etykietowania dotyczącym wskazania wieku dziecka, od którego produkt może być stosowany. Jest on jednak niezgodny z tymi Wytycznymi, jak również z zaleceniami WHO dotyczącymi okresu wyłącznego karmienia piersią (według przepisów prawa żywnościowego podany wiek dziecka nie może być niższy niż ukończone 4. m.ż.). Jest to istotny deficyt regulacji polskiej (i unijnej), wpływający nie tylko na etykietowanie tej kategorii żywności, ale także na jej reklamę i informację o niej, co znajduje potwierdzenie w wynikach raportu.

Niemożliwa jest ocena prawna materiałów reklamowych oraz firmowych materiałów informacyjnych i edukacyjnych dostępnych w placówkach lub otrzymywanych przez kobiety, ponieważ w większości przypadków wymagałoby to analizy treści konkretnego materiału. Podkreślić jednak należy, że w praktyce nie ma to większego znaczenia, ponieważ **obecność w placówkach ochrony zdrowia jakichkolwiek materiałów tworzonych lub sponsorowanych przez producentów lub dystrybutorów żywności dla niemowląt i małych dzieci, butelek do karmienia i smoczków do nich jest niepożądana** i nie powinna mieć miejsca. Dotyczy to także wykorzystywania pracowników ochrony zdrowia do przekazywania kobietom w ciąży, matkom/opiekunom niemowląt i małych dzieci i ich rodzinom takich materiałów, w tym gadżetów, produktów lub ich próbek. Jest to bowiem postrzegane przez opiekunów jako dorozumiana aproba/rekomendacja placówki ochrony zdrowia i jej pracowników dla tych



produktów³³³, w konsekwencji pełniąc funkcję marketingową. Należy także pamiętać, że producenci i dystrybutorzy mają konflikt interesów i tworzone przez nich informacje nie mogą być uważane za bezstronne i wolne od wpływów komercyjnych. Nie powinni więc edukować rodziców w zakresie żywienia niemowląt i małych dzieci, w tym w temacie karmienia piersią³³⁴, a tym bardziej promować swoich produktów na terenie placówek ochrony zdrowia lub za pośrednictwem pracowników ochrony zdrowia. Podkreślić należy, że **kobiety mają prawo do podjęcia świadomej decyzji o sposobie karmienia dziecka, a to wymaga otrzymania obiektywnych, bezstronnych, rzetelnych informacji**. Pracownicy ochrony zdrowia powinni zdawać sobie sprawę z tego, że także oni są obiektem działań marketingowych firm, które próbują wpłynąć na nich oraz za ich pośrednictwem na kobiety i innych opiekunów niemowląt i małych dzieci. Powinni oni mieć świadomość, że przekazując kobietom materiały firmowe, produkty i ich próbki, uczestniczą w marketingu tych produktów, który szkodzi karmieniu piersią, a w konsekwencji zdrowiu publicznemu. Jest to sprzeczne z misją i powołaniem pracowników ochrony zdrowia, których rolą jest przecież ochrona i promocja zdrowia. Powinni więc oni chronić, promować i wspierać karmienie piersią, a co się z tym wiąże powstrzymywać się od zachowań, które szkodzą karmieniu naturalnemu. Wskazówki w tym zakresie zostały zawarte w **Kodeksie WHO i Wytocznych WHO z 2016 r. Każdy pracownik ochrony zdrowia mający kontakt z niemowlętami i małymi dziećmi oraz ich matkami/opiekunami powinien znać te dokumenty i stosować się do nich** na zasadzie dobrych praktyk, pamiętając, że nawet jeżeli konkretne zachowania nie są zabronione przez prawo, nie znaczy to, że są one etyczne i pożądane.

Monitoring potwierdza dostrzeżony również przez NIK **problem częstego dokarmiania noworodków** w szpitalach i prowadzi do wniosku, że wynika on zarówno z łatwego dostępu do mieszanki, jak i z braku wystarczającej wiedzy personelu medycznego w zakresie laktacji i braku pomocy matkom w karmieniu piersią. Lektura wypowiedzi kobiet zawartych w ankietach pokazuje smutną rzeczywistość na polskich oddziałach położniczych i neonatologicznych: prościej jest podać dziecku mieszankę, niż pomóc mamie w karmieniu piersią. W konsekwencji w tym zakresie naruszane są zarówno zapisy Kodeksu WHO, jak i przepisy prawne, na co bardziej szczegółowo zwrócono uwagę w podrozdziale 3.2.13.

³³³ Por. IBFAN i ICDC, *Code Essentials 3: Responsibilities of Health Workers under the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes and subsequent WHA resolutions. Second Edition*, Penang 2018, <https://www.babymilkaction.org/wp-content/uploads/2023/05/201804-CE3-2nd-Edition-Final.pdf> [dostęp: 30.11.2023]

³³⁴ UNICEF, *What I Should Know About 'the Code': A Guide to Implementation, compliance and Identifying Violations*, 2023, <https://globalbreastfeedingcollective.org/media/2121/file> [dostęp: 30.11.2023]



raportu, w którym poruszamy także problem darmowych lub po obniżonej cenie dostaw mieszanek do szpitali.

Powyższe ustalenia potwierdzają **potrzebę pełnego wdrożenia do prawa polskiego Kodeksu WHO wraz z Wytycznymi WHO z 2016 r.** Ponieważ wymaga to zmian prawodawczych na szczeblu unijnym, postulujemy zainicjowanie stosownych zmian oraz jak najszybsze wykorzystanie przez ustawodawcę polskiego możliwości, jakie daje już teraz prawo unijne w celu zapewnienia pełniejszej zgodności prawa krajowego z zaleceniami Kodeksu. Oznacza to w szczególności: 1) skorzystanie przez ustawodawcę z prawa opcji w celu uchwalenia całkowitego zakazu reklamy preparatów do początkowego żywienia niemowląt i żywności specjalnego przeznaczenia medycznego opracowanej w celu zaspokojenia potrzeb żywieniowych niemowląt³³⁵; 2) dostosowanie nieobjętej prawem unijnym regulacji dotyczącej marketingu przedmiotów służących do karmienia niemowląt do zaleceń Kodeksu WHO; 3) wzmocnienie systemu kontroli przepisów prawa wraz z efektywnym i całościowym uregulowaniem sankcji za ich naruszenie oraz 4) monitorowanie przestrzegania zapisów Kodeksu WHO i przepisów go wdrażających³³⁶. Ponieważ zmiany ustawodawcze wymagają czasu i – zwłaszcza w przypadku zmian na szczeblu unijnym – nie jest pewne, czy i w jakim zakresie ostatecznie wdrożą one zapisy Kodeksu WHO wraz z Wytycznymi WHO z 2016 r., jednocześnie postulujemy, aby MZ zarekomendował szpitalom z oddziałem położniczo-noworodkowym i POZ-om wdrożenie w ramach dobrych praktyk zapisów Kodeksu WHO wraz z Wytycznymi WHO z 2016 r. na wzór Inicjatywy „Szpital Przyjazny Dziecku”. Powinno to przyczynić się do zwiększenia ochrony niemowląt i małych dzieci, ich matek oraz kobiet w ciąży przed szkodliwymi praktykami marketingowymi w najbardziej newralgicznym dla karmienia piersią czasie (okres okołoporodowy), przynajmniej w obszarze systemu ochrony zdrowia. Niezależnie od powyższego (jak również w celu zapewnienia skuteczności ww. postulatów w praktyce) naszym zdaniem **konieczne jest także wprowadzenie obowiązkowych szkoleń dla pracowników ochrony zdrowia dotyczących Kodeksu WHO (wraz z Wytycznymi WHO z 2016 r.) i przepisów krajowych, a także edukacji w tym zakresie w czasie studiów medycznych**, na co zwraca się również uwagę w rekomendacjach

³³⁵ Na ten temat zob. Koronkiewicz-Wiórek A, *O potrzebie skorzystania przez Rzeczpospolitą Polską z prawa opcji w odniesieniu do reklamy preparatów do początkowego żywienia niemowląt i żywności specjalnego przeznaczenia medycznego opracowanej w celu zaspokojenia potrzeb żywieniowych niemowląt*, Przegląd Prawa i Administracji [w druku].

³³⁶ Por. Koronkiewicz-Wiórek A, *Prawa związane z karmieniem piersią, I. Szczyt Koalicji Na Rzecz Karmienia Piersią*, Warszawa 2022, <https://www.prawoilaktacja.pl/p/do-pobrania.html> [dostęp: 30.11.2023]



międzynarodowych związanych z ochroną, promocją i wspieraniem karmienia piersią na poziomie krajowym^{337, 338}.

OPIEKA MEDYCZNA NAD MATKĄ W OKRESIE LAKTACJI

W raporcie przeanalizowaliśmy także zagadnienie związane z korzystaniem z opieki medycznej przez kobiety w trakcie laktacji. Czy fakt, że karmiły piersią wpływał na postawę lekarzy oraz ich podejście do diagnozowania i zlecenia stosownych terapii? Podsumowując wyniki naszego monitoringu można dojść do wniosku, że kobiety często borykają się z konsekwencjami nieaktualnej wiedzy personelu medycznego na temat laktacji. Wbrew stanowisku NFZ, zgodnie z którym stan fizjologiczny, jakim jest laktacja, nie wpływa na refundację świadczeń kobietom karmiącym, kobiety wciąż spotykają się z odmową farmakoterapii, badań diagnostycznych, niektórych zabiegów.

36,1% spośród ankietowanych korzystało z opieki medycznej w trakcie karmienia piersią. Część z nich (16,5% w przypadku lekarza pierwszego kontaktu i 18,8% w przypadku lekarza innej specjalizacji, zob. Ryc. 6.1.) usłyszało komentarz od lekarza odnoszący się do długości i sposobu karmienia dzieckiem, choć nie było to przedmiotem problemu, z którym pacjentka zgłosiła się do specjalisty. Komentarze takie są nie na miejscu, mogą być odebrane jako przemocowe i przyczynić się do wcześniejszego odstawienia dziecka od piersi, zaniechania terapii, czy pogłębić trudności kobiety. Aż 81,8% ankietowanych, które doświadczyły komentowania karmienia piersią na wizycie lekarskiej usłyszało komentarze o negatywnym stosunku do karmienia. Wiele spośród tych komentarzy odnosiło się do kobiet, które karmiły dziecko „zbyt długo” w opinii lekarza. Te niemające poparcia w aktualnej wiedzy medycznej subiektywne oceny mogą nieść ze sobą szkodliwe konsekwencje. Nie uwzględniają one bowiem licznych korzyści dla matki i dziecka płynących z karmienia piersią, szczególnie tych,

³³⁷ Zob. European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, *EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action (revised)*, Luxembourg, 2008, <https://www.aeped.es/sites/default/files/6-newblueprintprinter.pdf> [dostęp: 30.11.2023]

³³⁸ Zob. IBFAN I BPNI, *WBTi Assessment Tool*, 2019, <https://www.worldbreastfeedingtrends.org/uploads/resources/document/wbti-tool-2019.pdf> [dostęp: 30.11.2023]



które zależne są od długości karmienia. Warto zwrócić w tym kontekście uwagę na obowiązek lekarzy związany z promowaniem wśród pacjentów postaw prozdrowotnych (art. 71. Kodeksu Etyki Lekarskiej), obniżających ryzyko zachorowania na niektóre choroby. Lekarze, którzy negatywnie komentują długie karmienie piersią nie tylko nie stosują się do tego obowiązku, ale i podważają kompetencje kobiety, sprawiając, że może ona zrezygnować z karmienia wbrew wcześniejszym założeniom. Należy podkreślić, że komentarze lekarzy często nie mają podstaw merytorycznych i są oparte na prywatnych przekonaniach. Karmienie piersią nie jest także przedmiotem konsultacji lekarskiej, więc powinno być brane pod uwagę wyłącznie w kontekście wpływu ewentualnej terapii, czy ścieżki diagnostycznej na laktację.

Kobiety, które potrzebowały konsultacji lekarskiej w okresie laktacji spotkały się także z odmową wdrożenia farmakoterapii. Aż 36,1% spośród kobiet, które leczyły się karmiąc piersią usłyszały zalecenie odstawienia od piersi. Kobietom odmawiano antybiotyków, leków psychiatrycznych, leków przeciwbólowych, ale także leków na przeziębienie, infekcje dróg moczowych itp. Nie jesteśmy w stanie stwierdzić, że we wszystkich przypadkach nie było to konieczne, ale biorąc pod uwagę opisy poszczególnych sytuacji, często było to zalecenie niepotrzebne, wynikające z braku aktualnej wiedzy lekarza. Wynikać może to z faktu, że lekarze w swojej praktyce korzystają z Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL), a biorąc pod uwagę brak obowiązku nakazującego firmom farmaceutycznym przeprowadzania badań na grupie kobiet karmiących, można stwierdzić, że informacja dotycząca zażywania danego leku podczas laktacji może być informacją wynikającą z braku badań producenta, a nie z braku badań w ogóle. Lekarz, który powinien kierować się najnowszą wiedzą medyczną, może przepisać lek off-label, posiłkując się badaniami przeprowadzonymi przez niezależne podmioty lub wiedzą wynikającą z analizy farmakodynamiki i farmakokinetyki danej substancji czynnej. Wśród naszych ankietowanych było wiele kobiet, które mają świadomość tej sytuacji, dlatego korzystają ze stron tj. e-lactancia.org, która to strona jest swego rodzaju kompendium wiedzy o lekach i ich oddziaływaniu na mleko kobiece lub z porady farmaceutki Karoliny Morze, znanej ze strony Laktacea.pl, która od lat zajmuje się konsultowaniem kobiet, które wymagają podania leków w okresie laktacji. Zakładamy jednak, że jest bardzo duża grupa kobiet, które nie mają takiej świadomości, co może prowadzić do tego, że zastosują się do zalecenia odstawienia dziecka, choć nie będzie takiej potrzeby.

Kobietom odmawia się również świadczenia medycznego/badania. Co czwarta spośród naszych ankietowanych (24,7%) spotkała się z taką odmową lekarza specjalisty, a niemal co trzecia (33,2%) spotkała się z odmową lekarza internisty. Najczęściej odmawianym



świadczeniem było skierowanie na USG piersi (22,0% spośród ankietowanych), co nie ma żadnych podstaw medycznych. Podobnie z RTG, USG innych części ciała, rezonansem magnetycznym czy tomografią komputerową. Nawet stomatolodzy odmawiają kobietom karmiącym podstawowych usług dentystycznych, np. znieczulenia stomatologicznego. W niektórych przypadkach zalecono odłożenie zabiegu na czas po zakończeniu laktacji, w innych odciążenie i wylanie mleka po znieczuleniu, do czego nie ma wskazań medycznych. Takie sytuacje mogą prowadzić do przedwczesnego odstawienia dziecka od piersi lub odłożenia badania, zabiegu czy innej usługi medycznej, co z kolei może skutkować nierozpoznanie na wczesnym etapie choroby lub zaniechaniem leczenia i w konsekwencji pogłębieniem dolegliwości. Lekarz i lekarz dentysta powinni nie tylko leczyć choroby, ale także promować postawy im zapobiegające. Badania wskazują, że karmienie piersią jest profilaktyką wielu chorób zarówno u matki, jak i u dziecka. Zalecenie odstawienia dziecka od piersi bez wskazań medycznych jest więc poważnym zaniedbaniem w kontekście profilaktyki zdrowotnej.

13,9% kobiet, które wypełniło ankietę wskazało na fakt hospitalizacji w okresie laktacji. Niemal połowa kobiet spotkała się ze wspierającą postawą personelu. Choć laktacja nie była przyczyną hospitalizacji w żadnym przypadku, kobiety przecież potrzebowały odciągnąć mleko, przechowywać je w odpowiednich warunkach, przekazać rodzinie. Wsparcie personelu wiele ułatwia. Poszanowanie intymności kobiety odciągającej pokarm, umożliwienie przechowania pokarmu w lodówce, dostosowanie się do pór odciągania, czasem udostępnienie laktatora klasy szpitalnej na szczęście zdarzają się coraz częściej. Istnieje także możliwość, aby dziecko było osobą towarzyszącą matce w hospitalizacji. Takie sytuacje nie są częste, ale jak wskazują niektóre z ankietowanych, zdarzają się. Niestety, zdarzało się także, że kobiety spotykały się z brakiem wsparcia, a nawet postawą negatywną wobec karmienia piersią. Zdarzały się komentarze dotyczące długości karmienia oraz takie, które świadczyły o braku wiary w podtrzymanie laktacji.

Karmienie piersią bywa niezwykle istotną częścią życia kobiety i jej dziecka. Stanowi ono także profilaktykę wielu chorób, zarówno u matki, jak i u dziecka. Za niedopuszczalny uważamy fakt, że wciąż kobietom karmiącym odmawia się farmakoterapii, badań profilaktycznych oraz innych usług medycznych. Uważamy, że pracownicy ochrony zdrowia mający kontakt z matkami niemowląt i małych dzieci powinni mieć zapewnioną obowiązkową edukację w zakresie karmienia piersią i laktacji, w tym w temacie farmakoterapii w laktacji. Zwracamy uwagę, że odmowa pacjentce karmiącej świadczenia medycznego wyłącznie z uwagi na laktację, bez podstaw medycznych, jest dyskryminacją, a więc łamaniem praw pacjenta. Apelujemy do Rzecznika Praw Pacjenta, aby przyjrzał się



temu problemowi. Niezwykle istotną w kontekście opieki medycznej nad pacjentką w okresie laktacji jest kwestia kompetencji miękkich personelu. Krzywdzące komentarze, niewspierająca postawa czy brak uwzględniania zdania pacjentki w kwestii jej terapii to wciąż codzienność kobiet, które korzystają z opieki medycznej w okresie laktacji. Rekomendujemy, aby personel medyczny poza szkoleniami pogłębiającymi i aktualizującymi wiedzę z dziedziny, którą się zajmuje, miał także obowiązek kształcenia swoich kompetencji związanych z komunikacją z pacjentami. Jest to bowiem niezwykle ważne w procesie zdrowienia.

EDUKACJA PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA I SPOŁECZEŃSTWA W ZAKRESIE LAKTACJI I KARMIENTA PIERSIĄ

Niniejszy raport dostarcza wielu cennych informacji na temat karmienia piersią w Polsce. Wskazuje wiele dobrych przykładów opieki laktacyjnej, o których możemy przeczytać w historiach kobiet. Są osoby spośród personelu medycznego, które swoją pełną zaangażowania pracą wspierają i pomagają kobietom w okresie laktacji oraz szerzą wiedzę na temat znaczenia karmienia naturalnego. Natomiast zdecydowana większość osób biorących udział w naszym monitoringu zgodnie dostrzegła braki w wiedzy personelu medycznego i na jakimś etapie te osoby z takimi brakami wiedzy się spotkały. Zdarzały się sytuacje, które nie powinny mieć miejsca.

Istnieje potrzeba dodatkowych szkoleń, dodatkowej edukacji personelu medycznego o karmieniu piersią i laktacji, którą zgodnie zauważają eksperci. Upewnienie się, że personel posiada niezbędną wiedzę, kompetencje i umiejętności do wspierania karmienia piersią, jest drugim, wymienianym jako procedura zarządzania krytycznego, krokiem z „10 Kroków do Udanego Karmienia Piersią”, wdrażanych w wielokrotnie omawianej już światowej inicjatywie „Szpital Przyjazny Dziecku”. Również na niezadowalający poziom wiedzy personelu jako na jedną z barier w realizacji praktyk sprzyjających laktacji, wskazuje się w „Programie wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego” (przyczyny tej bariery cytujemy w podrozdziale 3.2.13.

Podsumowanie danych o żywieniu vs. wiedza personelu szpitala i ochrona matek i noworodków przed wpływami komercyjnymi), w którym zaproponowano program szkoleń



wewnętrznych w szpitalach³³⁹. Jedną z wymienianych przyczyn jest powszechne przekonanie, że w toku kształcenia przeddyplomowego każdy pracownik ochrony zdrowia uzyskał wystarczającą wiedzę na temat karmienia naturalnego³⁴⁰.

Nasz monitoring wskazuje, że potrzebna jest edukacja o karmieniu piersią i mlekiem kobiecym zarówno wśród personelu, który z reguły jako pierwszy ma kontakt z kobietą karmiącą i dzieckiem karmionym piersią (czyli personelu oddziałów położniczych i neonatologicznych oraz po części personelu podstawowej opieki zdrowotnej – położne środowiskowo-rodzinne, pielęgniarki POZ, pediatrzy, lekarze rodzinni), jak i osób medycznych, które nie stykają się z nimi na co dzień (o czym więcej pisałyśmy w części podsumowania dotyczącej opieki medycznej nad matką w okresie laktacji).

W początkowym okresie życia dziecka kobiety stykają się z personelem przychodni POZ podczas bilansów, szczepień czy wizyt w przypadku choroby dziecka. Opisując w podrozdziałach 4.2. i 4.3. postawę pielęgniarek POZ i lekarzy pediatrów POZ wobec karmienia piersią, wskazałyśmy, że poziom ich opieki jest mocno zróżnicowany i również wśród tych osób potrzebne jest pogłębianie wiedzy o laktacji. W 3-4 miesiącu życia dziecka powinna odbyć się wizyta patronażowa pielęgniarki POZ. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej elementem tej wizyty jest instruktaż m.in. w zakresie karmienia piersią³⁴¹. Odnotowałyśmy, że w znacznej większości przypadków wizyta ta się nie odbyła (91,7% ankietowanych nie miało takiej wizyty, zob. Ryc. 4.19.) oraz że wspomniany instruktaż prowadzony jest u znikomej części kobiet (3,8% kobiet, u których pielęgniarka POZ była na wizycie patronażowej, zob. Ryc. 4.21.). Szczególne znaczenie ma też podejście do karmienia piersią lekarzy pediatrów. Są oni w częstym kontakcie z matkami niemowląt i małych dzieci, a ich wiedza, może znacząco wpłynąć na sposób karmienia dzieci.

Amerykańska Akademia Pediatrii zaznacza, że pediatra musi być w stanie ocenić skuteczność karmienia piersią, poradzić sobie z typowymi problemami, udzielić wskazówek dotyczących zachowania laktacji, jeśli konieczne jest dokarmianie, a także wystawić

³³⁹ Nehring-Gugulska M., *Szkolenie personelu Oddziałów Intensywnej Terapii Noworodka w zakresie opieki laktacyjnej*, w: *Program wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego*, Helwich E. (red.), Standardy Medyczne Pediatria 2014, T. 11., s. 17., https://www.kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/Publikacje/wczesna_stymulacja.pdf [dostęp: 30.11.2023]

³⁴⁰ Tamże.

³⁴¹ Część II. załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej



odpowiednie skierowania czy współpracować ze specjalistami ds. laktacji, a nawet szkolić pozostały personel w tym zakresie. Podkreśla również rolę pediatrów w dostarczaniu jak najbardziej aktualnych informacji oraz we wspieraniu matek karmiących i zwraca uwagę, że bezpośrednia komunikacja pediatrów z rodzinami wskazująca, że karmienie piersią jest priorytetem medycznym i zdrowotnym, może wydłużyć czas trwania i wyłączość karmienia piersią³⁴². Kobiety wskazywały na zainteresowanie pediatrów sposobem karmienia dziecka, jednak zaznaczając często, że ich odpowiedź tylko odnotowywano w dokumentacji, bez udzielania dodatkowych wskazówek, rekomendacji, uwag, również wtedy, gdy zgłaszały trudności z karmieniem piersią. Rzeczywiście istnieje wymóg sprawozdawania sposobu karmienia niemowląt w formularzu MZ-11 – sprawozdaniu o działalności i osób pracujących w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej³⁴³. Jak już wspomnieliśmy, wydaje się również, że lekarze POZ nie wiedzą, że kobietę karmiącą, która ma trudności w tym zakresie, można skierować na poradę laktacyjną do położnej środowiskowo-rodzinnej. Sądzymy, że aby pediatrzy byli bardziej zainteresowani promocją karmienia piersią i wspieraniem kobiet w karmieniu piersią, potrzebne są zmiany już w toku kształcenia przeddyplomowego.

Jak pisałyśmy wyróżnia się trzy poziomy wiedzy o laktacji (zob. podrozdział 3.2.6. *Pomoc i wskazówki udzielane matce*) i każda z ww. grup spośród personelu medycznego powinna zdobyć wiedzę na innym poziomie (w zależności od rodzaju styczności z matką i dzieckiem w swojej praktyce zawodowej). Ideałem byłoby, aby tę wiedzę zdobywano już w drodze kształcenia przeddyplomowego. Jednak wypowiedzi zarówno osób z personelu medycznego, jak i kobiet, które udzieliły nam wywiadu a posiadały wykształcenie medyczne i pracowały w zawodzie medycznym, cytowane w naszym raporcie zgodnie potwierdzają, że jest za mało wiedzy o laktacji i karmieniu piersią podczas studiów medycznych (u każdej z tych ww. grup). **Potrzebne jest wprowadzenie zmian w kształceniu pracowników ochrony zdrowia w zakresie wiedzy o karmieniu piersią i laktacji (odpowiednia edukacja w czasie studiów i szkolenia zawodowe)**. Ciekawym rozwiązaniem jest wdrażanie na uniwersytetach inicjatywy na wzór „Szpitala Przyjaznego Dziecku”, czyli tworzenie tzw. „Uniwersytetów Przyjaznych Dziecku”, których absolwenci są przeszkoleni do wdrażania tej inicjatywy

³⁴² Meek J.Y., Noble L., *Policy Statement: Breastfeeding and the Use of Human Milk*, American Academy of Pediatrics - Section on Breastfeeding 2022, <https://doi.org/10.1542/peds.2022-057988>

³⁴³ Formularz MZ-11 Sprawozdanie o działalności i pracujących w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, <https://rzeszow.uw.gov.pl/wp-content/uploads/2023/01/MZ-11-2022.pdf> [dostęp. 30.11.2023]



w placówkach ochrony zdrowia (szpitalach, przychodniach rejonowych)^{344, 345}. Potrzebna jest również edukacja uzupełniająca już pracującego personelu medycznego. Być może warto by było zagwarantować prawo do „laktacyjnego” urlopu szkoleniowego, żeby personel nie musiał szkolić się w prywatnym czasie. Ważne, aby szkolenia zawodowe były wolne od konfliktów interesów. Jak mówiła jedna z lekarek w naszym raporcie, trzeba aktualizować wiedzę, ujednolicać pewne procedury i komunikaty, nie wpadać w rutynę i koniecznie mówić do matki „jednym językiem”. Kobiety często wskazywały, że źródłem aktualnej wiedzy o karmieniu piersią nie był dla nich personel medyczny, a Internet, w tym dużą rolę odgrywały dedykowane internetowe grupy wsparcia tworzone przez kobiety, które karmią lub karmiły piersią i chcą wspierać w tym inne kobiety. Ich historie wskazują, że posiadanie aktualnej wiedzy zwiększa motywację w dążeniu do sukcesu laktacyjnego oraz daje siłę do pokonywania potencjalnych trudności. Pamiętać jednak należy, że Internet może też być źródłem wiedzy nieaktualnej, niesprzyjającej karmieniu piersią lub po prostu reklam, które zachęcają kobiety do kupna produktów zastępujących mleko kobiece.

Kobiety w ankiecie i podczas udzielanych nam wywiadów wskazywały, że nie tylko personel medyczny miał wpływ na ich decyzje, wybory czy postępowanie dot. karmienia swojego dziecka (zob. podrozdział 4.5. *Wsparcie niemedyczne*). Każda osoba, z którą styka się matka może mieć wpływ na jej decyzje, może pomóc jej w karmieniu piersią lub zaszkodzić. Czy jest to osoba bliska, czy też nie. Dlatego tak ważne jest, abyśmy jako całe społeczeństwo podnosili swoją wiedzę o fizjologii laktacji i byli uważni na to, jakie słowa wypowiadamy pod adresem matek karmiących.

Wartą odnotowania jest historia jednej z kobiet, która nie będąc jeszcze w ciąży odbyła zupełnie przypadkową rozmowę o zaletach karmienia piersią, która wpłynęła na jej przyszłą decyzję o sposobie karmienia swojego dziecka. Była to decyzja o chęci karmienia piersią. Osobą, z którą rozmawiała był fotograf, którego partnerka spodziewała się dziecka i który z zachwytem opowiadał o składzie mleka matki. Z kolei inne historie opowiadają o nietrafionych radach (dawanych jednak w dobrej wierze), o przypisywaniu przyczyn różnorodnych problemów karmieniu piersią, np. kiedy dyrektorka żłobka zasugerowała konieczność odstawienia dziecka od piersi z uwagi na jego problemy z adaptacją w żłobku.

³⁴⁴ UNICEF United Kingdom – The Baby Friendly Initiative, *Going Baby Friendly Universities*, <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/accreditation/universities/> [dostęp. 30.11.2023]

³⁴⁵ UNICEF United Kingdom – The Baby Friendly Initiative, *University Guidance Implementing the Standards*, <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/implementing-standards-resources/university-guide-to-the-standards/> [dostęp. 30.11.2023]



Matka zamiast tego zmieniała placówkę na taką, w której podejście w tej kwestii było inne i udało się skutecznie zaadaptować dziecko. Takich przykładów jest więcej, a niektóre z nich, jak te powyższe odnotowałyśmy na łamach raportu. Historie te pokazują, **że istnieje potrzeba realizowania zakrojonych na szeroką skalę i skierowanych do całego społeczeństwa kampanii społeczno-edukacyjnych, pokazujących korzyści z karmienia piersią i przekazujących podstawową wiedzę o fizjologii laktacji.**

Sądzimy, że można to zrobić w przystępny sposób, aby świadomość ludzi na temat karmienia piersią i potrzeb noworodka w początkowym okresie życia, jak również starszego dziecka wciąż karmionego piersią, wzrosła. Kampania Centrum Nauki o Laktacji „Karmię długo” pokazała, że jedną z bardziej krytykowanych grup społecznych w Polsce są mamy długokarmiące. We wnioskach z kampanii zawarto przykład obowiązującego w Wielkiej Brytanii prawa, które zabrania dyskryminowania kobiet z powodu karmienia piersią bez ograniczeń czasowych i sugestię, że być może warto by i u nas takie prawo wprowadzić³⁴⁶. Choć nasz raport nie skupiał się na postawach społeczeństwa wobec długiego karmienia piersią, to odnotowałyśmy wiele przypadków krytykowania takiego karmienia wśród personelu medycznego. Kobiety też miały poczucie, że zakładano, iż karmienie piersią, to krótki epizod w ich życiu, tymczasem wcale tak nie musi być. Długie karmienie piersią oraz karmienie kolejnych dzieci może trwać nawet kilkanaście lat i jest to ogromna inwestycja w zdrowie całego społeczeństwa. Społeczeństwo świadome wagi karmienia piersią staje się również przyjaznym otoczeniem dla kobiet w okresie laktacji. Dotyczy to między innymi wsparcia emocjonalnego, poszanowania prawa do karmienia piersią, a także akceptacji długiego karmienia piersią oraz karmienia piersią w przestrzeni publicznej. Otoczenie rodziców może mieć ogromny wpływ na ich decyzje, w tym decyzje dotyczące sposobu żywienia dzieci.

ZDROWIE PSYCHICZNE MATKI

Kiedy kobieta jest w dobrostanie psychofizycznym łatwiej jest jej pokonywać potencjalne trudności z karmieniem. I odwrotnie – kiedy karmienie piersią jest bezproblemowe lub trudności zostaną szybko zauważone i rozwiązane, łatwiej jest utrzymać dobrostan psychofizyczny. Depresja poporodowa oraz inne zaburzenia natury psychicznej zdarzają się

³⁴⁶ Nehring-Gugulska M., Bębenek D., *Długie karmienie piersią zanim coś powiesz, spójrz spokojnie na wyniki badań*, <https://cnol.kobiety.med.pl/pl/karmie-dlugo/> [dostęp: 30.11.2023]



także matkom karmiącym, dlatego pochyliłyśmy się w monitoringu i nad tym zagadnieniem. Należy odnotować, że karmienie piersią stanowi czynnik ochronny przed zachorowaniem na depresję poporodową (na badania powoływałyśmy się w części *Zdrowie w mleku matki* oraz w rozdziale 7.). Poza aspektami związanymi z komunikacją personelu medycznego z pacjentką w okresie okołoporodowym i zdarzającym się jego przemocowym charakterem, a także odmową przepisania leków psychiatrycznych matce będącej w okresie laktacji, uwagę należy zwrócić na kwestię badań przesiewowych w kierunku depresji poporodowej. SOOO stanowi, że ocena ryzyka wystąpienia depresji poporodowej powinna być wykonywana przynajmniej trzykrotnie w okresie okołoporodowym – dwukrotnie w ciąży i po porodzie. Niemal połowa respondentek (48,5%) nie miała wykonanego badania przesiewowego zarówno w ciąży, jak i w połogu (Ryc. 7.1.). Te, które przebadano pod kątem ryzyka wystąpienia depresji poporodowej zaznaczyły, że badanie przeprowadzała głównie położna środowiskowo-rodzinna (w 60,2% przypadków), rzadziej lekarz ginekolog (43,7%), zaś w 22,2% badanie to wykonała inna osoba z personelu medycznego szpitala. Kobiety zapytane o zasadność tego badania odpowiadały różnie, w większości jednak uznają je za ważne, choć nie brakuje głosów krytycznych odnoszących się głównie do formy przeprowadzonego badania, w szczególności jeśli badanie miało formę wypełnienia ankiety, traktowanej przez personel jako zwykłej formalności, bez analizy wyniku, bez rozmowy i przekazania informacji zwrotnej, braku dalszych wytycznych w przypadku wysokiego wyniku. Jest to problem systemowy, bowiem personel medyczny obowiązany do wykonania tego badania nie ma jednoznacznych dyrektyw wskazujących metodologię badania oraz określających tryb postępowania w przypadku wyniku wskazującego na wysokie ryzyko wystąpienia depresji poporodowej. **Warto również podkreślić, że depresja poporodowa może wystąpić już po okresie połogu, więc, jak podkreślają kobiety, istotnym byłoby przeprowadzanie stosownego badania już po zakończeniu połogu.**

Rekomendujemy zatem, aby Ministerstwo Zdrowia stworzyło stosowne procedury, które będą jasno określały zasady przeprowadzania badania przesiewowego oraz wyznaczyło ścieżkę, na którą należy pokierować pacjentkę z wysokim wynikiem testu. Należy zwrócić uwagę, że samo wypełnienie ankiety jest niewystarczające, szczególnie z uwagi na zdarzającą się (i odnotowaną w raporcie, zob. rozdział 7.) dyssymulację kobiet wypełniających testy. Stąd konieczność podnoszenia kompetencji miękkich personelu medycznego, który zajmuje się kobietami w okresie laktacji. Tak jak we wcześniejszych rozdziałach, tak i w kontekście zdrowia psychicznego kobiet karmiących, rekomendujemy obowiązkowe szkolenia z komunikacji z pacjentem dla personelu medycznego. Empatyczne podejście mogłoby uczulić personel stykający się z kobietami w okresie okołoporodowym



na subtelności, które mogą wskazywać na rozwijającą się depresję. Nieadekwatność reakcji, drażliwość, obniżony nastrój lub nadmierne pobudzenie to jedne z wielu symptomów, które mogą się pojawić, a które można łatwo ukryć w ankiecie, dlatego poza wypełnianiem kwestionariusza istotna jest uważna rozmowa i obserwacja. Warto oprzeć się na standardach NICE (National Institute for Health and Care Excellence) stosowanych w Wielkiej Brytanii^{347, 348, 349}. Zalecają one zadanie dwóch pytań (o poczucie bezradności i obniżonego nastroju i o zdolność odczuwania pozytywnych emocji i zaangażowanie w codzienne czynności), a gdy przynajmniej jedna odpowiedź wskazuje na obniżony nastrój, należy przejść do testu EDPS.

Zdrowie psychiczne jest nieodłączną częścią zdrowia w ogóle, dlatego biorąc pod uwagę dobrostan kobiety karmiącej piersią i co za tym idzie, dobrostan jej dziecka, musimy wziąć pod uwagę także jej dobrostan psychiczny. Zaspokojone potrzeby fizjologiczne, energia do działania i umiejętność samoregulacji po stresującej sytuacji są ważne dla skutecznego karmienia piersią, które daje dziecku pokarm i korzyści zdrowotne, mamie profilaktykę, ale także poczucie sprawczości i satysfakcji. Według nas większy odsetek kobiet karmiących pół roku i dłużej, to nie tylko więcej zdrowych dzieci, ale i mniej przypadków wypalenia macierzyńskiego. W naszym raporcie cytujemy również słowa kobiet, dla których karmienie piersią miało duże znaczenie, niestety z różnych powodów, to karmienie nie potoczyło się tak, jakby tego oczekiwały i chciały. Uznały, że karmienie piersią im się nie udało, co było dla nich trudne i było jednym z czynników, które spowodowały stany depresyjne lub depresję. Dlatego właśnie jest tak ważne, aby zapobiegać ewentualnym trudnościom w karmieniu piersią, jakie mogą się pojawić. Wdrożenie rekomendacji, które prezentujemy w ostatniej części niniejszego raportu, jest również dbaniem o zdrowie psychiczne kobiet.

³⁴⁷ NIHR, *Two simple questions help GPs rule out depression*, <https://doi.org/10.3310/signal-000217> [dostęp: 30.11.2023]

³⁴⁸ NICE, *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance*, 2014 <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/chapter/Recommendations#treatment-decisions-advice-and-monitoring-for-women-who-are-planning-a-pregnancy-are-pregnant-or> [dostęp: 30.11.2023]

³⁴⁹ Bosanquet K., Bailey D., Gilbody S. i wsp., *Diagnostic accuracy of the Whooley questions for the identification of depression: a diagnostic meta-analysis*, *BMJ Open* 2015, 5:e008913, <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008913> [dostęp: 30.11.2023]



REKOMENDACJE

Na podstawie przeprowadzonych wywiadów, analizy ankiet oraz danych publicznych uzyskanych w ramach projektu, można wskazać elementy opieki laktacyjnej w Polsce, które wymagają bliższego przyjrzenia się i wsparcia. Karmienie piersią jest inwestycją w zdrowie zarówno pojedynczego dziecka i konkretnej kobiety, jak i całego społeczeństwa (zob. część raportu *Zdrowie w mleku matki*). Warto więc zaangażować siły i wspólnie pochylić się nad tym problemem. Aby zmiany w opiece laktacyjnej były realne i trwałe, potrzeba działań na wielu płaszczyznach. Celem jest dążenie do wzrostu odsetka dzieci karmionych wyłącznie piersią przez pierwsze 6 miesięcy życia dziecka i odsetka karmionych piersią dwa lata i dłużej.

Poniżej przedstawiamy postulaty i rekomendacje:

- Utworzenie krajowego programu ochrony, promocji i wsparcia karmienia piersią wraz z zapewnieniem adekwatnego budżetu, powołaniem organu koordynującego i jego koordynatora.
- Powołanie konsultanta krajowego i konsultantów wojewódzkich ds. laktacji.
- Opracowanie i wdrożenie systemu monitorowania sposobu żywienia niemowląt i małych dzieci (w celu pozyskiwania realnych informacji o stanie karmienia naturalnego w Polsce, w tym m.in. liczby kobiet karmiących piersią, statystyk co do długości karmienia piersią itp.) i publikacja tych danych regularnie przez Główny Urząd Statystyczny.
- Wzmocnienie inicjatywy „Szpital Przyjazny Dziecku” i pełne jej zintegrowanie z systemem opieki zdrowotnej. Objęcie nią wszystkich szpitali z oddziałami położniczymi i neonatologicznymi i w miarę możliwości rozszerzenie jej na inne podmioty odpowiedzialne za opiekę nad niemowlętami, małymi dziećmi i ich matkami, tj. zwłaszcza na przychodnie i szpitale dziecięce, a nawet – w celu zapewnienia przyszłym pracownikom ochrony zdrowia stosownej wiedzy – na uniwersytety medyczne.



- Wprowadzenie zmian w kształceniu pracowników ochrony zdrowia i specjalistów ds. żywienia w zakresie wiedzy o żywieniu niemowląt i małych dzieci, w tym karmieniu piersią i laktacji (odpowiednia edukacja w czasie studiów i szkolenia zawodowe) oraz włączenie do programu kształcenia i szkoleń wiedzy z zakresu kodeksu WHO (wraz z Wytycznymi WHO z 2016 r.) i przepisów go wdrażających.
- Pełne wdrożenie do prawa polskiego kodeksu WHO wraz z Wytycznymi WHO z 2016 r. (zainicjowanie stosownych zmian na szczeblu unijnym oraz jak najszybsze wykorzystanie przez ustawodawcę polskiego możliwości, jakie daje prawo unijne w celu zapewnienia pełniejszej zgodności prawa krajowego z zaleceniami Kodeksu), a w międzyczasie zarekomendowanie przez MZ szpitalom z oddziałami położniczymi i neonatologicznymi oraz POZ-om wdrożenia tych dokumentów w ramach dobrych praktyk, na wzór inicjatywy „Szpital Przyjazny Dziecku”.
- Wypracowanie sposobów realnego monitorowania i egzekwowania S000.
- Przeprowadzenie kontroli NIK opieki laktacyjnej w placówkach zdrowia publicznego w związku z wykazanymi w niniejszym raporcie nieprawidłowościami oraz ich regularne przeprowadzanie w przyszłości.
- Wyższa stawka refundacji świadczeń dla szpitali, które zachowują niskie wskaźniki interwencji medycznych w postaci podania mieszanki, jednak warunkiem koniecznym musi być centralny i regularny monitoring placówek pod kątem dokarmiania noworodków mieszanką, regularnie przeprowadzane kontrole NFZ.
- Regularne prowadzenie kampanii społeczno-edukacyjnych o roli położnych środowiskowo-rodzinnych, z naciskiem na wskazywanie możliwości odbycia u położnej POZ edukacji przedporodowej oraz uzyskania porady laktacyjnej przez cały okres laktacji.
- Monitoring dostępności edukacji przedporodowej w podstawowej opiece zdrowotnej (apelujemy o przeprowadzenie takich kontroli przez NFZ).
- Refundacja porady laktacyjnej świadczonej przez położne środowiskowo-rodzinne wraz z określeniem zakresu i zasad jej realizacji. Rekomendujemy możliwość odbycia porad w całym okresie laktacji kobiety ambulatoryjnie, a do 6 miesiąca życia dziecka (czyli w zalecanym okresie wyłącznego karmienia piersią) u kobiety w jej domu, dodatkowo poza wizytami patronażowymi u dziecka.



- Wypracowanie skutecznych metod i zasad monitoringu oraz kontroli wizyt patronażowych i porad laktacyjnych w opiece środowiskowej. W tym celu rekomendujemy określenie przez Ministra Zdrowia kryteriów monitorowania jakości świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w obszarze wizyt patronażowych i poradnictwa laktacyjnego, w drodze rozporządzenia zgodnie z art. 23. ust. 3. ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej.
- Dokonanie zmian w ustawie o podstawowej opiece zdrowotnej w celu zachowania przez kobiety możliwości składania indywidualnej deklaracji do położnej środowiskowo-rodzinnej, a co za tym idzie zachowania prawa kobiet do wyboru położnej środowiskowo-rodzinnej, niezależnie od wybranych lekarza POZ i pielęgniarki POZ.
- Wyodrębnienie specjalistycznego poradnictwa laktacyjnego, określenie zasad jego funkcjonowania i refundacji. Podjęte działania miałyby na celu: 1) zwiększenie dostępności osób ze specjalistyczną wiedzą na oddziałach położniczych i neonatologicznych, czy innych w razie przebywania na nich kobiet będących w okresie laktacji; 2) spopularyzowanie powstawania poradni laktacyjnych, które chętniej będą zakładane przez podmioty lecznicze dzięki możliwości refundacji takich świadczeń w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia i kierowane do nich kobiet po porodzie (kiedy istnieją wskazania) już przy wypisie ze szpitala lub przez położną środowiskowo-rodzinną czy lekarza POZ.
- Uwzględnienie w systemie ochrony zdrowia wsparcia laktacyjnego osób niemedycznych, np. poprzez stworzenie zawodu asystentek laktacyjnych, na wzór asystentów zdrowienia funkcjonujących w opiece psychiatrycznej.
- Promocja karmienia piersią oraz wspieranie działań organizacji pozarządowych działających na rzecz karmienia piersią. Realizacja kampanii społeczno-edukacyjnych skierowanych do całego społeczeństwa pokazujących korzyści z karmienia piersią i przekazujących podstawową wiedzę o fizjologii laktacji.
- Podjęcie działań mających na celu poprawę skuteczności diagnozowania problemów w obrębie jamy ustnej dziecka i problemów ze ssaniem po porodzie jeszcze w trakcie pobytu dziecka i matki w szpitalu. Rekomendujemy opracowanie (lub wdrożenie istniejącego) protokołu mającego na celu ocenę m.in. budowy jamy ustnej noworodka i odruchowych reakcji oralnych i wpisanie w SOOO obowiązku jego



stosowania, aby każda matka wychodząc ze szpitala знаła taką ocenę i aby na tej podstawie w razie potrzeby kierowano noworodka do dalszej diagnostyki lub specjalistycznego poradnictwa laktacyjnego.

- Monitoring szpitali pod kątem sprawności przekazywania informacji o wypisie matki i dziecka ze szpitala położnej środowiskowo-rodzinnej oraz wypracowanie i wdrożenie rozwiązań mających na celu usprawnienie przekazywania tej informacji. Umożliwienie odbywania się wizyt poza standardowym czasem pracy położnej środowiskowo-rodzinnej (np. dodatkowa gratyfikacja za pracę w weekendy i święta).
- Wprowadzenie oddzielnie finansowanej wizyty położniczej u kobiety w położu (odrębnej od wizyty patronażowej u noworodka), aby kobiety, które wyjdą ze szpitala bez dziecka mogły otrzymać realną pomoc ze strony położnej środowiskowo-rodzinnej.
- Wypracowanie rozwiązań, które pozwolą na odbywanie się wizyt patronażowych u dłużej hospitalizowanych dzieci chorych i przedwcześnie urodzonych, np. poprzez przysługiwanie wizyt patronażowych w danym okresie od momentu wyjścia dziecka ze szpitala. Ujednolicenie przepisów dot. sprawowania opieki położnej środowiskowo-rodzinnej nad dzieckiem i wydłużenie okresu jej opieki nad dzieckiem.
- Wyraźne zawarcie w S000 obowiązku przekazywania przez osobę sprawującą opiekę nad kobietą w ciąży informacji dotyczących roli karmienia piersią w profilaktyce nowotworów.
- Promowanie wśród ginekologów informacji o obowiązku kierowania kobiety już od 21. tygodnia ciąży do położnej środowiskowo-rodzinnej w celu objęcia jej edukacją przedporodową, a także informacji związanych z rolą karmienia piersią w profilaktyce nowotworów ginekologicznych oraz możliwości wykonywania badań USG piersi w trakcie laktacji.
- Promocja zdrowia i wiedzy o karmieniu piersią wśród młodzieży poprzez wdrożenie i refundację świadczenia położnych środowiskowo-rodzinnych w postaci tzw. „godziny lekcyjnej z położną środowiskowo-rodzinną” w szkołach podstawowych (od siódmej klasy) i ponadpodstawowych, z uwzględnieniem przekazania podstawowych informacji o karmieniu piersią i mlekiem kobiecym oraz roli położnej środowiskowo-rodzinnej w opiece laktacyjnej.



- Promowanie zawodu położnej w społeczeństwie w celu zachęcenia do kształcenia się w tym kierunku.
- Edukacja z zakresu laktacji personelu medycznego, szczególnie zajmującego się opieką nad kobietami w okresie laktacji, ale także pracowników medycznych, do których kobieta karmiąca może przyjść na wizytę lekarską (czyli lekarzy wszelkich specjalizacji).
- Wprowadzenie oceny ryzyka wystąpienia depresji poporodowej u matki już po zakończeniu porodu.
- Uściślenie procedury przeprowadzania oceny ryzyka wystąpienia depresji poporodowej oraz szkolenia personelu medycznego w tym zakresie, w celu zniwelowania trudności w przeprowadzaniu tej oceny (w tym badań przesiewowych) i wątpliwości jak postępować w przypadku wyniku wskazującego na wysokie ryzyko wystąpienia depresji poporodowej.

Wdrażanie zmian w opiece laktacyjnej niewątpliwie wiąże się ze zwiększeniem nakładów finansowych na ochronę zdrowia w tym aspekcie. Biorąc pod uwagę ryzyko związane z niekarmieniem dzieci piersią, koszty te w dużym stopniu niwelowane będą przez ograniczenie nakładów finansowych przeznaczonych na walkę z konsekwencjami zdrowotnymi żywienia dzieci w sposób sztuczny. Większość problemów występujących w trakcie laktacji można rozwiązać. I właśnie na rozwiązywaniu problemów powinna być skoncentrowana świadczona w polskiej ochronie zdrowia opieka laktacyjna.

