Bydgoszcz, 30.12.2023 r.

Oznaczenie reprezentanta:
Stowarzyszenie Małyssak
ul. Łochowskiego 2/8
85-796 Bydgoszcz
KRS: 0000772483
NIP: 5542973931
https://stowarzyszenie.malyssak.pl
kontakt@malyssak.pl

Sz. P. Izabela Leszczyna
Ministra Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Petycja w sprawie zmian prawnych i podjęcia działań mających na celu poprawę opieki laktacyjnej w Polsce

Na podstawie art. 63 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej oraz art. 2 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o petycjach (Dz.U.2014.1195), działając w interesie publicznym, Stowarzyszenie Małyssak z siedzibą w Bydgoszczy, którego głównym celem statutowym jest ochrona i promocja zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem działań na rzecz ochrony i promocji karmienia piersią i pokarmem kobiecym, reprezentując „Koalicję na rzecz zmian w opiece laktacyjnej w Polsce", składa niniejszą petycję z żądaniem wprowadzenia zmian prawnych i podjęcia działań mających na celu poprawę opieki laktacyjnej w Polsce, o które postulujemy w dalszej części.

W każdym momencie, w którym kobieta w okresie ciąży, po porodzie oraz w okresie całej laktacji oraz jej dziecko/dzieci karmione piersią lub mlekiem kobiecym mają styczność z systemem opieki zdrowotnej, powinni mieć zapewnioną opiekę uwzględniającą ten fakt, czyli opiekę laktacyjną. Aby zmiany w opiece laktacyjnej były realne i trwałe, potrzeba działań na wielu płaszczyznach. Zostało to wykazane w "Raporcie z monitoringu opieki laktacyjnej w Polsce za lata 2018-2022" opublikowanym przez Stowarzyszenie Małyssak i stworzonym w ramach projektu "Karmienie mlekiem mamy prawem mamy i dziecka" (realizowanego z dotacji z programu Aktywni Obywatele – Fundusz Krajowy, finansowanego przez Islandię, Liechtenstein i Norwegię w ramach Funduszy EOG) i co znalazło odzwierciedlenie w dalej wymienionych postulatach. Ww. raport załączamy do niniejszej petycji. Opieka laktacyjna wymaga zmian, a uczynienie zadość postulatom tej petycji leży w interesie milionów Polek, dzieci jak i całego społeczeństwa. W ww. raporcie w części

pt. „Zdrowie w mleku matki" powołujemy się na liczne badania naukowe wskazujące na wiele powodów, dla których warto karmić piersią. Karmienie piersią jest profilaktyką zdrowotną i jest optymalnym i pożądanym sposobem żywienia niemowląt i małych dzieci. Światowa Organizacja Zdrowia zaleca wyłączne karmienie piersią przez pierwsze 6 miesięcy życia dziecka oraz kontynuowanie go przy jednoczesnym rozszerzaniu diety do dwóch lat i dłużej. Badacze liczą koszty niekarmienia piersią, stworzono nawet narzędzie pokazujące szacunkowe koszty ludzkie i ekonomiczne niekarmienia piersią na poziomie krajowym, regionalnym i globalnym[1]. Karmienie piersią zapewnia krótko- i długoterminowe korzyści zdrowotne, ekonomiczne i środowiskowe. Karmienie piersią jest kwestią szeroko pojętego zdrowia publicznego, więc jeszcze raz podkreślamy, że petycja przedstawia interes publiczny.

Jednak muszą zostać podjęte odpowiednie działania na szczeblu krajowym, aby kobiety nie musiały rezygnować przedwcześnie z karmienia piersią w wyniku przeszkód, z których wiele udało się zidentyfikować w ww. raporcie. W związku z powyższym postulujemy:

1. Utworzenie krajowego programu ochrony, promocji i wsparcia karmienia piersią wraz z zapewnieniem adekwatnego budżetu, powołaniem organu koordynującego i jego koordynatora.
2. Powołanie konsultanta krajowego i konsultantów wojewódzkich ds. laktacji.
3. 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.
4. 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.

[1] Walters D.D., Phan L.T.H., Mathisen R., *The cost of not breastfeeding: global results from a new tool*, Health Policy Plan 2019, 34(6):407-417, https://doi.org/10.1093/heapol/czz050 [dostęp: 31.12.2023]

5. Pełne wdrożenie do prawa polskiego Międzynarodowego Kodeksu Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobiece (International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes) wraz z następującymi po nim rezolucjami WHA (Kodeks WHO) wraz z wytycznymi WHO z 2016 r. w sprawie zakończenia niewłaściwej promocji żywności dla niemowląt i małych dzieci (Guidance on ending the inappropriate promotion of foods for infants and young children) poprzez zainicjowanie stosownych zmian na szczeblu unijnym, a także jak najszybsze wykorzystanie przez ustawodawcę polskiego możliwości, jakie daje prawo unijne w celu zapewnienia pełniejszej zgodności prawa krajowego z zaleceniami Kodeksu WHO, a w międzyczasie zarekomendowanie przez Ministerstwo Zdrowia szpitalom z oddziałami położniczymi i neonatologicznymi oraz POZ-om wdrożenia tych dokumentów w ramach dobrych praktyk, na wzór inicjatywy „Szpital Przyjazny Dziecku".
6. 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.
7. Wypracowanie sposobów realnego monitorowania i egzekwowania rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. (Dz. U. 2018 poz. 1756, z późn. zm.) w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (dalej „SOOO").
8. Przeprowadzenie kontroli NIK opieki laktacyjnej w placówkach zdrowia publicznego w związku z wykazanymi w niniejszym raporcie nieprawidłowościami oraz ich regularne przeprowadzanie w przyszłości.
9. Wprowadzenie wyższej stawki 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.
10. Regularne prowadzenie kampanii społeczno-edukacyjnych o roli położnych środowiskowo-rodzinnych, z naciskiem na wskazywanie możliwości odbycia u położnej środowiskowo-rodzinnej edukacji przedporodowej oraz uzyskania porady laktacyjnej przez cały okres laktacji.
11. Monitoring dostępności edukacji przedporodowej w podstawowej opiece zdrowotnej (apelujemy o przeprowadzenie takich kontroli przez NFZ).

12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. 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.
16. Uwzględnienie w systemie ochrony zdrowia wsparcia laktacyjnego osób niemedycznych, np. poprzez stworzenie zawodu asystentek laktacyjnych, na wzór asystentów zdrowienia funkcjonujących w opiece psychiatrycznej.
17. 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.
18. 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 protokołu mającego

na celu ocenę m.in. budowy jamy ustnej noworodka i odruchów reakcji oralnych (lub wdrożenie istniejącego opublikowanego w 2014 roku „Protokołu oceny umiejętności ssania piersi”[2]) i wpisanie w SOOO obowiązku jego stosowania, aby każda matka wychodząc ze szpitala znała taką ocenę i aby na tej podstawie w razie potrzeby kierowano noworodka do dalszej diagnostyki lub specjalistycznego poradnictwa laktacyjnego.

19. 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).
20. Wprowadzenie oddzielnie finansowanej wizyty położniczej u kobiety w połogu (odrębnej od wizyty patronażowej u noworodka), aby kobiety, które wyjdą ze szpitala bez dziecka mogły otrzymać realną pomoc ze strony położnej środowiskowo-rodzinnej.
21. 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.
22. Wyraźne zawarcie w SOOO obowiązku przekazywania przez osobę sprawującą opiekę nad kobietą w ciąży informacji dotyczących roli karmienia piersią w profilaktyce nowotworów.
23. 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.
24. 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

[2] Nehring-Gugulska M., Żukowska-Rubik M., Stobnicka-Stolarska P., Paradowska B., Protokół oceny umiejętności ssania piersi, 2014, https://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2018/10/PROTOKOL-OCENY-UMIEJETNOSCI-SSANIA-PIERSI.pdf [dostęp: 30.11.2023]

podstawowych informacji o karmieniu piersią i mlekiem kobiecym oraz roli położnej środowiskowo-rodzinnej w opiece laktacyjnej.

25. Promowanie zawodu położnej w społeczeństwie w celu zachęcenia do kształcenia się w tym kierunku.
26. Edukacja personelu medycznego z zakresu laktacji: 1) szczególnie zajmującego się opieką nad kobietami w okresie okołoporodowym, 2) ale także pracowników medycznych, do których kobieta karmiąca i w ciąży może przyjść na wizytę lekarską (czyli lekarzy wszelkich specjalizacji).
27. Wprowadzenie oceny ryzyka wystąpienia depresji poporodowej u matki już po zakończeniu połogu.
28. 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.

Poniżej zamieszczamy listę podmiotów wnoszących petycję. Reprezentantem grupy podmiotów i podmiotem do korespondencji w sprawie petycji jest Stowarzyszenie Małyssak. Wyrażamy zgodę na ujawnienie danych podmiotów wnoszących petycję.

Z poważaniem
Katarzyna Kołodziejczyk

(osoba upoważniona do reprezentowania Stowarzyszenia Małyssak)

Petycję wnoszą:

Stowarzyszenie Małyssak z siedzibą w Bydgoszczy, reprezentowane przez Katarzynę Kołodziejczyk

Stowarzyszenie Ochrony, Promocji i Wsparcia Karmienia Piersią z siedzibą we Wrocławiu, reprezentowane przez Annę Koronkiewicz-Wiórek

Fundacja „Mlekiem Mamy” z siedzibą w Warszawie, reprezentowana przez Marlenę Świrk

Fundacja Matecznik z siedzibą w Skórzewie, reprezentowana przez Annę Furmaniuk

Stowarzyszenie Tulimy Mamy z siedzibą w Cieszynie, reprezentowane przez Małgorzatę Bryl-Sikorską

Fundacja „Specjaliści Dzieciom” z siedzibą we Wrocławiu, reprezentowana przez Agnieszkę Browarską

Fundacja Mama na Huśtawce z siedzibą w Zgierzu, reprezentowana przez Sandrę Haus

mgr Karolina Morze z Poznania (laktaceuta.pl)

mgr Agata Brojanowska-Aleksandrowicz z Warszawy (hafija.pl)

dr nauk prawnych Anna Koronkiewicz-Wiórek z Wrocławia (prawoilaktacja.pl)

Grzegorz Wójkowski z Katowic

Załącznik 1. Raport z monitoringu opieki laktacyjnej w Polsce za lata 2018-2022