

RAPORT O STANIE KARMIENIA PIERSIĄ W POLSCE 2014

Dr n. med. Magdalena Nehring – Gugulska, Dr n. o zdr. Beata Szytber

Wersja angielska: lek. Piotr Nehring

Na podstawie zebranych danych dotyczących barier dla karmienia piersią oraz prowadzonych badań dotyczących wskaźników karmienia, praktyk oraz wiedzy w dziedzinie laktacji wśród pracowników ochrony zdrowia zajmujących się matką i dzieckiem przedstawiamy naszą ocenę rzeczywistości laktacyjnej w Polsce, a także propozycje poprawy sytuacji poprzez wykorzystanie już istniejących i dobrze funkcjonujących w Polsce strategii.

Sytuacja obecna

Od roku 1997 nie prowadzono ogólnopolskich badań epidemiologicznych dotyczących sposobu żywienia dzieci, w tym karmienia piersią w Polsce. Dopiero w 2014 roku Ministerstwo Zdrowia przedstawiło pierwsze po 17 latach wskaźniki ogólnopolskie zebrane przez POZ i przekazane do GUS. Wyniki są smutne, wskaźniki dotyczą tylko jakiegokolwiek karmienia piersią. W sprawie wyłącznego karmienia mlekiem matki możemy wyciągać pośrednio z badań na mniejszych grupach. Wynika z nich, że wskaźniki **nie poprawiają się** od badań prof. Mikiel-Kostyry z 1997 roku. Nadal mamy wysoki odsetek rozpoczynania karmienia po porodzie, ale jego wyłączność (tylko mlekiem matki, bez dokarmiania substytutami) jest sporo niższa niż była.

W 1997 roku rozpoczynało karmienie 92%, a wyłącznie piersią 68%, (*Mikiel-Kostyra K, Pediatrya Pol 1999*).

W 2007 rozpoczyna 97,7% matek, ale 50% dokarmianych jest sztucznie (*Zagórecka i wsp. 134 niemowląt 6-miesięcznych, 2007, Pediatrya Pol.*),

Wskaźniki są wyższe tam, gdzie polscy konsultanci laktacyjni prowadzą programy zdrowotne przy udziale władz województw. W kujawsko-pomorskim rozpoczyna 99,4% matek, 65% wyłącznie karmionych w czasie pobytu w szpitalu (*Bernatowicz-Łojko woj. kujawsko-pomorskie, 1000 niemowląt, 2010 Standardy Med.*),

WSKAŹNIKI KONTYNUACJI KARMIENIA **nie poprawiły się** od badań z 1997 roku, a nawet pogorszyły. Warto dodać, że w 1997 roku zakończono finansowanie programu promocji karmienia piersią, wskaźniki były ukoronowaniem programu:

w 1 miesiącu karmiło 92%, wyłącznie 68%

w 2 miesiącu karmiło 81%, wyłącznie 47%

w 4 mc karmiło 65%, wyłącznie 29%;

w 6 mc karmiło 57%, wyłącznie 9%

w 12 mc karmiło jeszcze 15%

Wyniki podane przez GUS w 2014 roku (zebrane od lekarzy POZ, populacja 360 195 dzieci urodzonych w 2013 roku)

w 6 tygodniu - 46% (167663 dzieci)
w 2-6 mc karmi 42% (151629)
w 9 mc karmi 17 % (62274)
w 12 mc karmi 11,9 % (43129)

Jeszcze gorzej wyglądają wyniki wyłącznego karmienia, choć badania mamy tylko na małych grupach:

W 4 mc – 59%, ale wyłącznie 30%, (Bernatowicz-Łojko, 2010)

W 6 mc 68,6% jest karmionych piersią, ale tylko 3,7% wyłącznie (Zagórecka, 2007)

Tam gdzie w ostatnich latach podjęto konkretne działania, wskaźniki poprawiły się:

- Kujawsko-pomorskie (program Promocji Karmienia Piersią i Mlekiem Kobiecym stworzony i realizowany przez konsultanta laktacyjnego IBCLC), w 6 mc - 14% dzieci karmionych wyłącznie w kujawsko-pomorskim (Bernatowicz-Łojko, 2010)

- W aglomeracji miejskiej miasta Gdańska realizowany jest program pt. „Karmienie naturalne dziecka jako profilaktyka niekorzystnych wpływów środowiska” finansowany przez województwo gdańskie (stworzony i realizowany przez konsultantów laktacyjnych CDL) poprawa po realizacji programu w ciągu dwóch lat 2011-2013

w 2 mcu karmionych jest 89%, a 69% wyłącznie (Pietkiewicz, 2011; 486 mieszkanek Miasta Gdańska)

w 4 mc – 75%, a wyłącznie 59% (Pietkiewicz 2011)

w 6-mcu karmi piersią 60% matek, a wyłącznie 18% (Pietkiewicz 2012)

w 12 mc 40% (Zagórecka, 2007, Pietkiewicz 2012)

Poprawa nastąpiła , zwłaszcza w wyłącznym karmieniu piersią:

w 2 mc karmi 87%, wyłącznie 72%

w 4 mc karmi 81%, wyłącznie 67%

w 6 mc karmi 67%, wyłącznie 33%

2-6 mc – wzrost z 50% (2011) do 58% (Pietkiewicz, 2013)

6 mc – wzrost z 18% (2011) do 33% (Pietkiewicz 2013)

Porównanie wyników sposobu karmienia niemowląt w województwach lubelskim, kujawsko-pomorskim oraz wyników uzyskanych w aglomeracji miejskiej (Pietkiewicz 2011):

Wiek dziecka	sposób karmienia w %								
	wyłączne karmienie piersią			karmienie mieszane			karmienie sztuczne		
	lubelskie 2006	kujawsko-pomorskie 2010	Gdańsk 2011	woj. lubelskie 2006	kujawsko-pomorskie 2010	Gdańsk 2011	woj. lubelskie 2006	kujawsko-pomorskie 2010	Gdańsk 2011
2.mc	57		69	4		20	39		8
4.mc	34	32	59	6		16	60		20
6.mc	7	14	18	5		42	88		38

Wskaźniki dotyczące karmienia dzieci przedwcześnie urodzonych mlekiem matki wymagają szczególnej uwagi, ponieważ najbardziej odzwierciedlają stan systemu wsparcia karmiących matek w organizacji opieki okołoporodowej danego kraju. W Polsce:

60% wcześniaków jest karmionych piersią przy wypisie ze szpitali I i II poziomu referencyjności, ale tylko 30% przy wypisie ze szpitali III poziomu, który jest przeznaczony do opieki nad nimi (Wilińska 2009, 284 szpitale, Standardy Med).

Na tle Europy plasujemy się wśród 10 krajów, z wysokim odsetkiem rozpoczynania karmienia. Polskie matki chcą karmić, a personel w pierwszych dobach im to umożliwia. Na dalszym etapie nie potrafimy utrzymać laktacji, zwłaszcza jej wyłączności. W 3 mc wyłącznie piersią karmi 50% matek na Węgrzech, Słowacji, w Szwecji, Norwegii, Danii, Islandii (Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, et al. 2007). W innych krajach bloku wschodniego (Łotwa, Białoruś, Litwa, Bułgaria) wskaźniki w ostatnich latach znacznie wzrosły. *A w Polsce w 2-3 miesiącu najwięcej matek rezygnuje z karmienia (Zagórecka, 2007, Pediatria Pol), średnia jego długość to 4,8 miesiąca (Woś, Gawęda 2007, Nowa Pediatria). Celem, jaki stawia sobie Europa na podstawie aktualnej wiedzy, jest wyłączne karmienie piersią do około 6 miesiąca życia (Europejskie Towarzystwo Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci, ESPGHAN 2009; Wzorzec działania dla Europy, Dyktoria Zdrowia Publicznego UE 2006).*

W roku 2012 zgromadzone podczas organizowanego przez nas zjazdu środowiska medyczne i naukowe zajmujące się laktacją zdiagnozowały istniejące w Polsce bariery dla karmienia piersią i porównały je z barierami opisywanymi przez prof. Mikiel-Kostyrę 20 lat temu. **Wciąż aktualną barierą jest brak wiedzy na temat laktacji na odpowiednim poziomie do zadań postawionych personelowi medycznemu.** Potwierdziły to dwa badania wykonane przez nas w ramach prac doktorskich, które pokazały, że poziom wiedzy personelu medycznego sprawującego opiekę okołoporodową i środowiskową jest niesatysfakcjonujący, nie osiąga poziomu II wiedzy o laktacji*. Wnioski z prowadzonych badań wskazują na pilną potrzebę zmiany sposobu kształcenia przeddyplomowego i specjalistycznego, jak też szybkie uzupełnienie wiedzy w ramach kształcenia podyplomowego. Większość badanych osób deklarowało udzielanie porad laktacyjnych przy niewielkim zakresie wiedzy w tej dziedzinie. Najniższą wiedzę posiadały osoby, które nie odbywały kursów doszkalcających w dziedzinie laktacji, wiedzę czerpały jedynie z kształcenia przeddyplomowego oraz podyplomowego w ramach specjalizacji z neonatologii, położnictwa, pediatrii, pielęgniarstwa położniczego, a także pracujące w opiece środowiskowej oraz w klinikach. Najwyższy poziom wiedzy prezentowały osoby, które wykazywały najwyższą aktywność edukacyjną (odbywały najdłuższe kursy, zdobywały międzynarodowe certyfikaty umiejętności w dziedzinie laktacji).

- Tylko 7% położnych wykazywało taką aktywność i uczestniczyło w kursach. Wyższy poziom wiedzy laktacyjnej wśród personelu przekładał się na:
- lepszą organizację opieki okołoporodowej sprzyjającej laktacji (10 kroków),
- lepsze wyposażenie oddziału w sprzęt wspomagający laktację (odciągacze pokarmu,

końcówki sterylne, pojemniki do przechowywania mleka, fotele, poduszki, podnóżki i in.),

- większą ilość dostępnych form pomocy dla matek karmiących (poradnia laktacyjna, doradca w zespole terapeutycznym na oddziale, grupa wsparcia i inne),
- wyższą jakość udzielanych porad laktacyjnych w profesjonalnych formach (porada bezpośrednia, udokumentowana, instruktaż, postępowanie terapeutyczne zgodne z aktualną wiedzą).

Drugą z barier wymienianych często przez prelegentów była powszechność dokarmiania substytutami mleka kobiecego. Rozwiązywanie każdego problemu laktacyjnego przez podanie butelki z mieszanką, szeroka dostępność substytutów mleka kobiecego na oddziałach i wysokie nakłady finansowe państwa na refundację mleka początkowego i następnego dla niemowląt (82 miliony PLN w 2011 roku), brak warunków i sprzętu do odciągania oraz przechowywania pokarmu kobiecego na oddziałach (*52% nie zapewnia sprzętu, Bernatowicz-Łojko 2010, Standardy Med*) to poważne bariery. W okresie stabilizacji laktacji każde zaburzenie jej przebiegu skutkuje niższym poziomem wytwarzania pokarmu i skróceniem czasu karmienia na dalszym etapie. W przypadku konieczności dokarmiania, pokarmem z wyboru jest mleko własnej matki. Karmienie piersią jest ważnym czynnikiem prozdrowotnym i profilaktycznym w odniesieniu do wielu schorzeń. Niestety w Polsce w ogóle niedocenianym. Żaden z programów profilaktycznych przeciwko otyłości, nowotworom piersi itp. nie uwzględnia zwiększenia odsetka karmiących matek i żywionych mlekiem kobiecym dzieci.

Trzecią barierą, wartą zaznaczenia, jest niska dostępność do systemu profesjonalnej pomocy laktacyjnej po opuszczeniu szpitala. Matki poszukują pomocy w różnych miejscach, w szpitalach, przychodniach, telefonicznie, na stronach internetowych. Wiele matek poszukujących pomocy nie trafia do odpowiednio wykształconych specjalistów w tej dziedzinie i często uzyskuje nieaktualne informacje i błędne porady skutkujące zaburzeniami laktacji, powikłaniami i skracaniem czasu karmienia. Standard opieki okołoporodowej przewiduje opiekę laktacyjną II poziomu (informacje, instruktaż, rozwiązywanie niezłożonych problemów), którą ma sprawować położna rodzinna. W systemie świadczeń gwarantowanych nie istnieje porada laktacyjna III poziomu udzielana przez położne lub lekarzy odpowiednio przygotowanych do tego typu zadań. Zważając na wcześniej wspomniany fakt, że kształcenie lekarzy i położnych nie zapewnia uzyskania wiedzy o laktacji na poziomie II ogólnym, tym bardziej nie zapewnia go na poziomie III specjalistycznym. Wiele problemów laktacyjnych jest złożonych, wymaga diagnostyki, leczenia, ale też czasu, wiedzy i doświadczenia, niejednokrotnie przekraczając kompetencje położnej. A z kolei konsultanci i doradcy laktacyjni, którzy własnym wysiłkiem poszerzają wiedzę i umiejętności, często nie mają zatrudnienia.

Czwartą barierą jest częste **pomijanie środowiska konsultantów laktacyjnych podczas tworzenia standardów, programów, rekomendacji itp. pomimo 20-letniego dorobku naukowego i niekwestionowanej wiedzy oraz umiejętności w tej dziedzinie.**

TU BYLIŚMY OBECNI, choć dopiero na etapie konsultacji społecznych:

Standard opieki okołoporodowej (*Rozp. MZ z dnia 4.10. 2012 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2012 r. poz. 1100).*

ALE TU JUŻ NAS NIE UWZGLĘDNIONO:

Departament Matki i Dziecka rozpoczął prace nad utworzeniem **Ogólnopolskiego Programu Upowszechniania Karmienia Piersią** we współpracy z Konsultantami Krajowymi, przedstawicielami Naczelnej Izby Lekarskiej oraz Pielęgniarek i Położnych, WHO, UNICEF, NFZ oraz przedstawicielami organizacji pozarządowych zajmujących się propagowaniem karmienia piersią... (???) Między innymi analizowana jest celowość porady laktacyjnej jako świadczenia gwarantowanego w podstawowej opiece zdrowotnej. Jak to chce przeprowadzić MZ bez osób, które to na co dzień robią?

Tu byliśmy obecni:

Program wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego. Helwich E, Wilińska M. (red). Borszewska-Kornacka MK, Królak Olejnik B, Nehring-Gugulska M, Bernatowicz-Łojko U, Zawitkowski P, Nowicka K, Pawlus B, Kostuch M, Baszczeska J (wsp.) Standardy Medyczne Pediatria, 2014, tom 11, nr 1, str 9-57

ALE TU JUŻ NIE:

Zasady żywienia zdrowych niemowląt. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci. Szajewska H, Borszewska-Kornacka MK, Gajewska D, Weker H, Socha P, Helwich E, Horvath A, Chybicka A, Książyk J, Rybak A, Czerwionka-Szaflarska M, Mojska H, Stolarczyk A, Dobrzańska A. Standardy Med. Pediatria 2014 (3):321-338. Pewnie dlatego w schemacie żywienia przewidziano 7 karmień piersią dla noworodka i 5 karmień dla dziecka 4 miesięcznego...

Sprawdzone strategie

Nasze wieloletnie doświadczenia w tworzeniu środowiska sprzyjającego laktacji oparte są na wypracowanych i sprawdzonych strategiach, które według nas warto upowszechnić i oprzeć na nich system promocji i wsparcia dla karmienia piersią w Polsce:

1. Kształcenie w dziedzinie laktacji prowadzone przez specjalistów w tej dziedzinie.

Zaleca się, aby kształcenie w dziedzinie laktacji prowadziły osoby posiadające wiedzę na

poziomie III specjalistycznym, praktykujące poradnictwo laktacyjne i mające doświadczenie edukacyjne*. Stworzyliśmy akredytowane, autorskie programy kształcenia podyplomowego na I, II i III poziomie wiedzy o laktacji adekwatne do zadań w ochronie zdrowia.* Według tych programów od lat organizujemy szkolenia w szpitalach oraz organizowane są kursy wiedzy o laktacji. Kursy te są szansą na szybkie uzupełnienie wiedzy pracowników ochrony zdrowia tak, aby mogli wdrożyć Standard opieki okołoporodowej oraz organizować pozaszpitalną opiekę laktacyjną na obu poziomach – ogólną i specjalistyczną. Tą ostatnią zapewnia system kształcenia dla certyfikatu umiejętności (CDL) stworzony w 2006 roku obejmujący kształcenie teoretyczne, praktyczne, egzamin teoretyczny, praktyczny i kodeks etyczny. Wydaje się, że każda położna środowiskowa powinna odbyć minimum 40-sto godzinny kurs teoretyczny i praktyczny w zakresie laktacji.

2. Opieka okołoporodowa sprzyjająca laktacji.

Zaleca się realizację opieki według programu o udowodnionej skuteczności, czyli 10 kroków WHO/UNICEF. 8 z 10 kroków zostało zawartych w Standardzie opieki okołoporodowej (Rozp. MZ z dn. 21.09.2012), co stanowi doskonałą podstawę do ich szybkiego wdrożenia. Skuteczność programu zależy też od pominiętego kroku 2-ego (kształcenie personelu), a także 10-tego (organizacja pozaszpitalnej, profesjonalnej pomocy laktacyjnej), jak również od stałego monitorowania realizacji programu (praktyk i wskaźników karmienia piersią). Braki te mogą spowodować, że w Polsce nie zostanie on prawidłowo wdrożony i nie będzie skuteczny. Dodatkowo brak procedur medycznych pozyskiwania i przechowywania pokarmu kobiecego z wykorzystaniem sprzętów wspomagających laktację sprzyja powszechnemu używaniu jego substytutów. Warto uzupełnić te niedostatki korzystając z istniejących programów kształcenia, istniejących form pomocy laktacyjnej, istniejących w niektórych szpitalach protokołów pozyskiwania, przechowywania i podawania pokarmu oraz sprawdzonych metod ewaluacji programów zdrowotnych. Jednym ze sposobów motywujących szpitale do realizacji prawidłowych praktyk może być np. wyższa stawka za poród w takiej placówce. Zwłaszcza, że realizacja programu wiąże się nie tylko z poprawą karmienia piersią, ale też z korzyściami zdrowotnymi (*Kramer i wsp. badanie PROBIT 2002*).

3. Dostępność profesjonalnych form pomocy oferowanych matkom karmiącym przez pracowników ochrony zdrowia na trzech poziomach – podstawowy, ogólny i specjalistyczny*.

Zaleca się organizowanie specjalistycznej pomocy laktacyjnej sprawowanej przez certyfikowanych specjalistów w tej dziedzinie (*10 Krok WHO/UNICEF 1989; Globalna Strategia WHO 2002; Żywnienie niemowląt i małych dzieci: standardy postępowania dla Unii Europejskiej, Dyrektoriat Zdrowia Publicznego UE 2006*).

W Polsce pracuje grono konsultantów (110) i doradców laktacyjnych (237), głównie położnych i lekarzy, wykształconych w Polsce profesjonalistów, którzy zajmują się poradnictwem laktacyjnym III poziomu, pracą naukową, edukacyjną i organizacyjną w swoich placówkach. Stanowią grupę zrzeszoną w towarzystwie naukowym zarejestrowanym

pod nazwą Polskie Towarzystwo Konsultantów i Doradców Laktacyjnych. Funkcjonuje przeszło 160 poradni laktacyjnych. Został opublikowany standard porady laktacyjnej i konieczne wyposażenie poradni laktacyjnej (*Mikiel-Kostyra 1999 Med. W. Rozw.; Nehring-Gugulska 2005 Standardy Med.; Nehring-Gugulska, Żukowska-Rubik 2010,*) Opracowano i opublikowano protokoły postępowania w problemach laktacyjnych zgodne z aktualną wiedzą medyczną oraz wzory dokumentacji używanej w poradnictwie laktacyjnym (*Nehring-Gugulska, Żukowska-Rubik, Pietkiewicz (red, praca zbiorowa, Med. Prakt.) 2012*). Konsultanci i doradcy, zgodnie z zasadami przyznawania certyfikatu mają obowiązek ustawicznego kształcenia (co kilka lat zdają ponownie egzaminy) oraz przestrzegania kodeksu etycznego (nie mogą m.in. zajmować się promocją i marketingiem substytutów pokarmu kobiecego, polecać substancji szkodliwych dla zdrowia i in.). Grono ekspertów w dziedzinie laktacji na stałe współpracuje ze środowiskiem akademickim w Polsce i ekspertami z tej dziedziny na świecie. Podejmują trud kształcenia, pokonują bariery organizacyjne i świadczą usługi na najwyższym poziomie, a także poddają weryfikacji swoje kompetencje. To system, który warto docenić w Polsce. Zwłaszcza że, ilość konsultantów/doradców jest brany pod uwagę wskaźnikiem zaangażowania danego kraju w promocję karmienia piersią na świecie (*Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, et al. 2007*). Udowodniono skuteczność poradnictwa laktacyjnego wobec wydłużania czasu oraz wyłączności karmienia piersią (*Sikorski 2005; Britton 2009; Woś, Gawęda 2007*).

W Polsce niska jakość porad laktacyjnych II poziomu świadczonych przez personel nie posiadający wiedzy na odpowiednim poziomie i brak refundacji porad laktacyjnych III poziomu znacznie ogranicza dostęp do profesjonalnej pomocy po opuszczeniu szpitala. Zwiększa to udział substytutów mleka kobiecego w żywieniu polskich dzieci. Przykładowym rozwiązaniem byłyby dwie wizyty patronażowe realizowane przez konsultanta/doradcę laktacyjnego na wniosek matki, lekarza czy położnej rodzinnej. W krajach sąsiednich w ten sposób refunduje się zarówno porady jak i wypożyczenie sprzętu wspomagającego laktację. Co w efekcie okazuje się tańsze dla budżetu państwa niż refundacja substytutów mleka kobiecego oraz leczenie zwiększonej liczby zachorowań dzieci i matek (*ESPGHAN 2009*).