

Uchwała Nr XL/541/18
Rady Miejskiej w Gostyniu
z dnia 2 sierpnia 2018 roku

w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego w zakresie „Wspierania i propagowania
karmienia piersią wśród mieszkańców gminy Gostyń”

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 oraz art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (tekst jednolity Dz. U. z 2018 roku, poz. 994 ze zmianami) w związku z art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2017 roku, poz. 1938 ze zmianami)

Rada Miejska w Gostyniu uchwala, co następuje:

§ 1. Uchwala się program zdrowotny w zakresie „Wspierania i propagowania karmienia piersią wśród mieszkańców gminy Gostyń”, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Gostynia.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady
/-/ Mirosław Żywicki

Uzasadnienie
do Uchwały Nr XL/541/18
Rady Miejskiej w Gostyniu
z dnia 2 sierpnia 2018 roku

w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego w zakresie „Wspierania i propagowania karmienia piersią wśród mieszkańców gminy Gostyń”

Zadaniem własnym gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, jest opracowywanie i realizacja programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców. Niniejsze obowiązki wynikają w szczególności z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym oraz z art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Proponowany program zdrowotny dotyczy edukacji zdrowotnej i udzielania pomocy tym mieszkankom gminy Gostyń, których problemy laktacyjne nie zostały rozwiązane w ramach oferowanej standardowej opieki okołoporodowej. Program będzie kontynuacją działań realizowanych przez gminę w tym zakresie w latach 2016 - 2018. Środki finansowane będą określone i zabezpieczone w budżecie gminy na poszczególne lata objęte programem.

Program posiada pozytywną opinię nr 150/2015 Rady Konsultacyjnej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w Warszawie.

Przewodniczący Rady
/-/ Mirosław Żywicki

PROGRAM

ZDROWOTNY W ZAKRESIE WSPIERANIA I PROPAGOWANIA KARMIENIA PIERSIĄ WŚRÓD MIESZKAŃCÓW GMINY GOSTYŃ



Okres realizacji programu: od 2019 roku do 2020 roku

Autorzy programu: Gmina Gostyń

1. Opis problemu zdrowotnego.

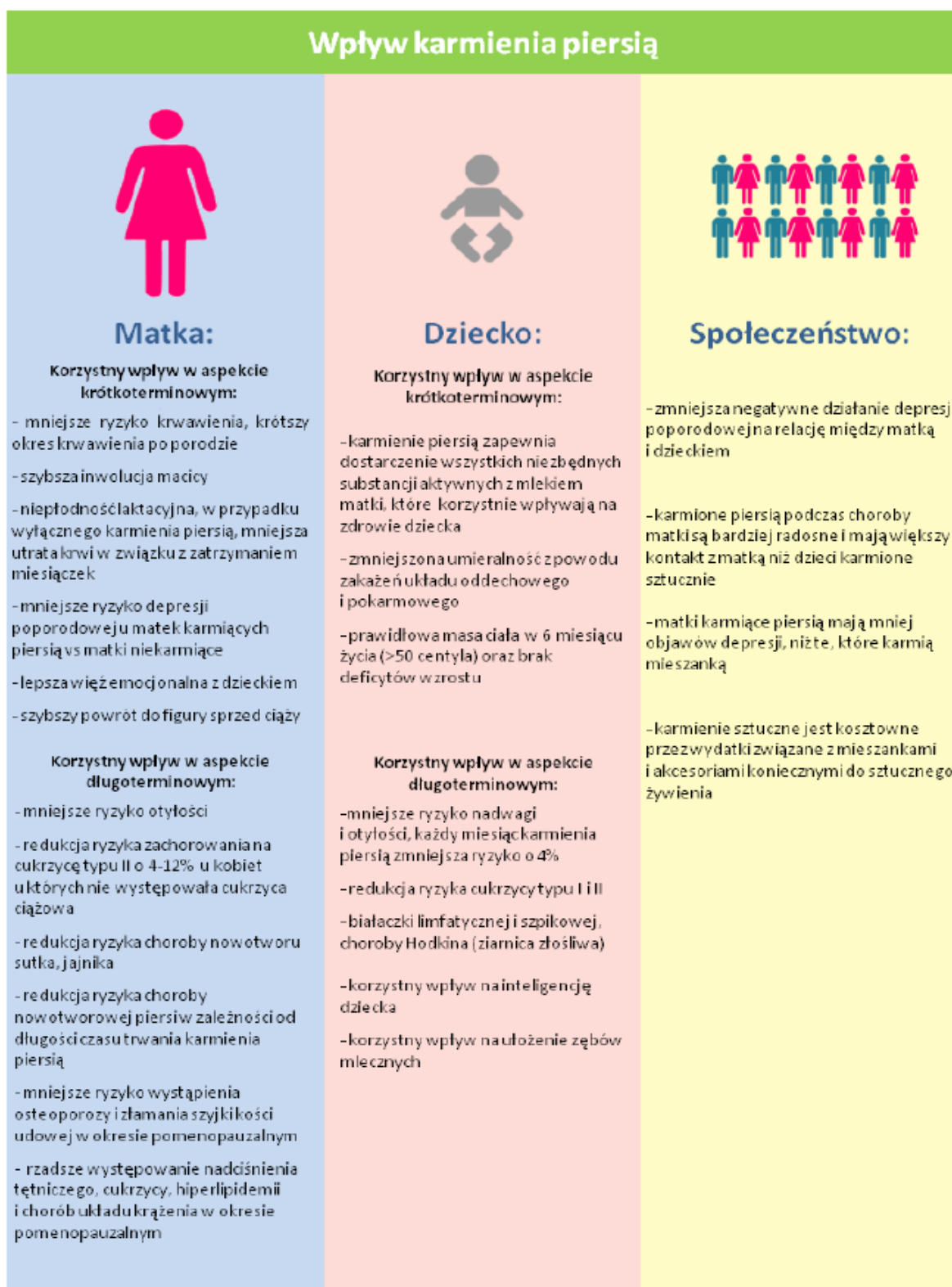
1.1 Problem zdrowotny

Wyłączne karmienie piersią do minimum 6 miesięcy życia dziecka to „złoty standard” żywienia niemowląt, uznany przez wszystkie towarzystwa naukowe i autorytety w dziedzinie zdrowia, pediatrii, żywienia, m.in. Amerykańską Akademię Pediatrii, Światową Organizację Zdrowia, Dyrektoriat Zdrowia Publicznego UE. Mleko matki jest pokarmem pierwszego wyboru dla dzieci zdrowych i chorych, urodzonych o czasie i przed terminem. Jest to pokarm unikalny i idealnie dopasowany do potrzeb żywieniowych niemowlęcia. Mleko ludzkie spełnia nie tylko funkcje odżywcze, ale chroni dzieci przed czynnikami chorobotwórczymi. Pokarm kobiecy to zmieniający się dynamicznie aktywny biologicznie płyn, unikalna kompozycja czynników przeciwzapalnych (cytokiny, interferon, lizozym), substancji aktywnych immunologicznie (laktoferyna, leukocyty, IgA, lizozym), prebiotyków (oligosacharydy ludzkiego mleka), ludzkich białek, węglowodanów, tłuszczów (m.in. DHA), minerałów i witamin, a także enzymów, hormonów oraz czynników wzrostu (EGF, IGF-I). Najnowsze badania pokazują, że w mleku matki znajdują się komórki macierzyste działające jak „wewnętrzny system naprawczy” w organizmie dziecka. Dzieńne dziecko przyjmuje nawet kilkanaście miliardów tych komórek. Badania Foteini Hassiotou z Uniwersytetu Zachodniej Australii pokazały, że w mleku matki znajdują się komórki macierzyste, które z mleka przechodzą poprzez żołądek dziecka do krwioobiegu a stamtąd do potrzebujących narządów. Dopiero w tych narządach przekształcają się w inne komórki, m.in. w neurony. W mleku matki znajduje się ponad 130 prebiotyków, które pomagają chronić jelita dziecka przed różnymi rodzajami drobnoustrojów. Zawiera ono również ponad 415 protein, z których część pomaga zabijać patogeny.

Z licznych badań i obserwacji naukowych wynika, że dzieci od urodzenia karmione mlekiem matki unikają wielu nieprawidłowości w okresie noworodkowym, głównie chorób infekcyjnych. Karmienie piersią ma też korzystny wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne matki. Jest też ważnym zachowaniem społecznym, sprzyja nawiązywaniu i utrwalaniu więzi między matką a dzieckiem.

Korzyści dla dziecka, matki i społeczeństwa w aspekcie krótkoterminowym i długoterminowym związane z karmieniem piersią przedstawia poniższy rysunek.

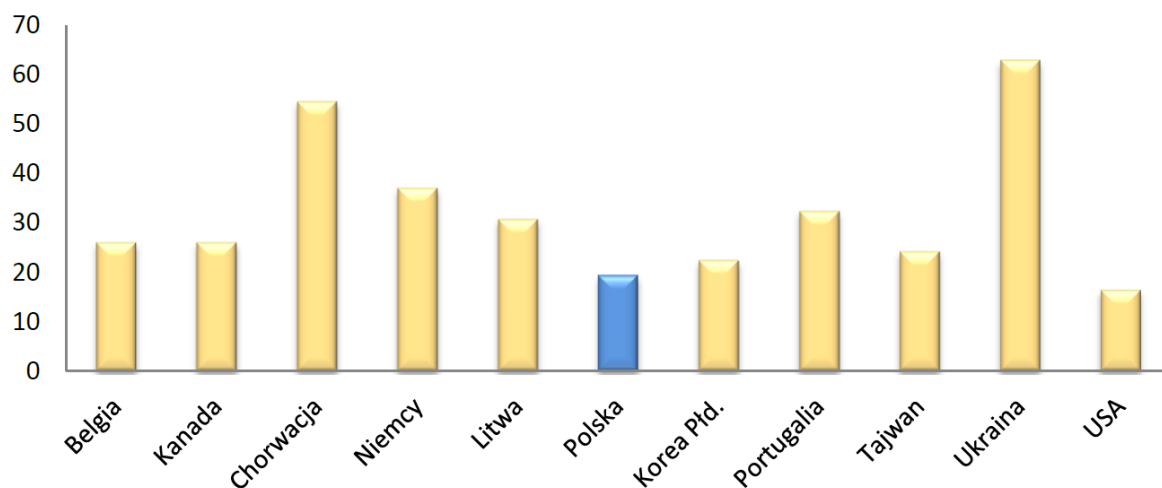
Rysunek 1. Korzyści dla dziecka, matki i społeczeństwa w aspekcie krótkoterminowym i długoterminowym związane z karmieniem piersią



Źródło: „Karmienie piersią w Polsce. Raport 2015”.

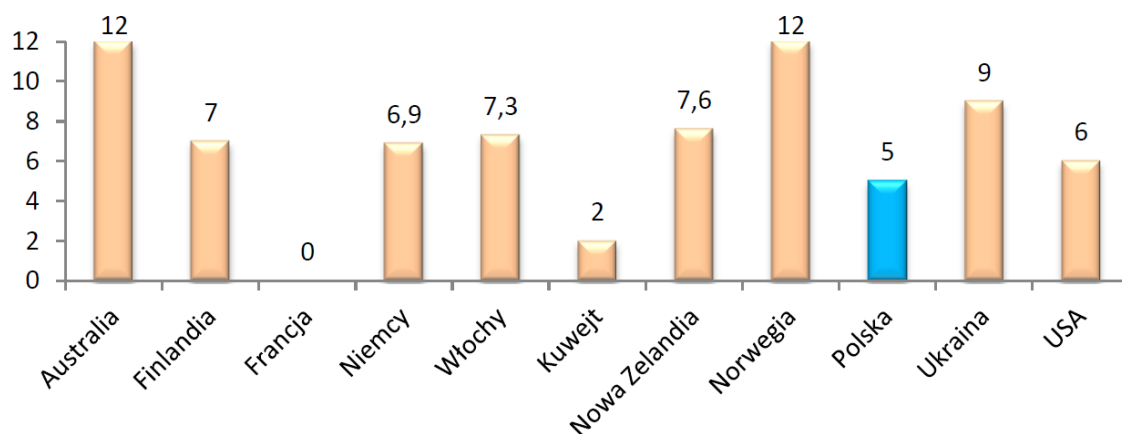
Celem, jaki stawia sobie Europa na podstawie aktualnej wiedzy, jest wyłączenie karmienia piersią do około 6 miesiąca życia (Europejskie Towarzystwo Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci, ESPGHAN 2009; Wzorzec działania dla Europy, Dyrektoriat Zdrowia Publicznego UE 2006).

Wykres 1. Odsetek niemowląt karmionych wyłącznie piersią w okresie 0-6 m-cy w krajach wysokorozwiniętych (WHO 2014)



Źródło: „Karmienie piersią w Polsce. Raport 2015”.

Wykres 2. Długość okresu karmienia w krajach wysokorozwiniętych (WHO 2014)



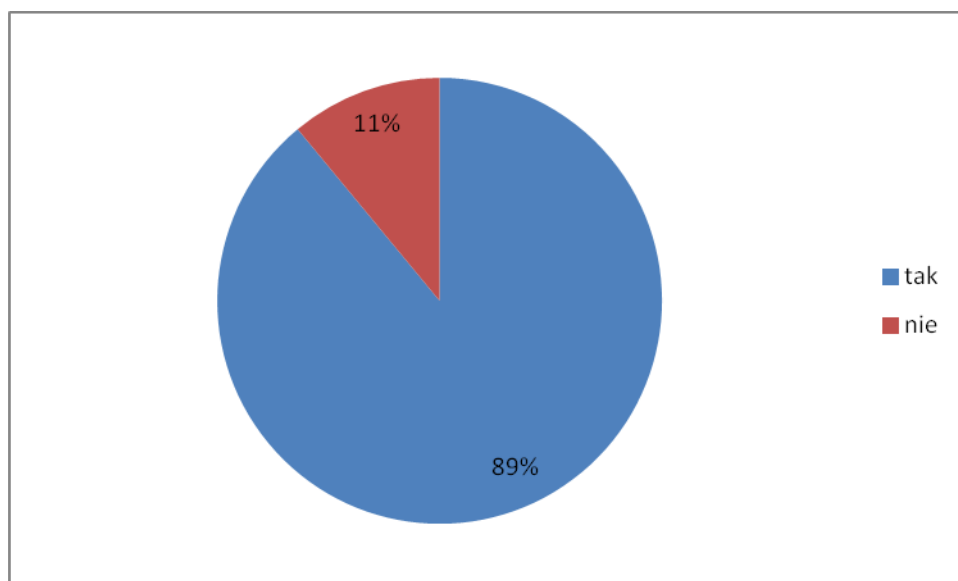
Źródło: „Karmienie piersią w Polsce. Raport 2015”.

Na tle Europy Polska plasuje się wśród 10 krajów, z wysokim odsetkiem rozpoczynania karmienia. Gorzej sytuacja wygląda, jeśli chodzi o całkowitą długość karmienia piersią. W Polsce średnia długość karmienia wynosi bowiem 4,8 miesiąca, zaś najwięcej matek rezygnuje z karmienia w 2-3 miesiącu. W świetle innych krajów, wskaźnik ten stawia Polskę na jednym z ostatnich miejsc.

1.2 Epidemiologia

Badania przeprowadzone w gminie Gostyń na przełomie maja/czerwca 2015 roku wskazują, iż 89% kobiet karmiło naturalnie dzieci (wykres 1).

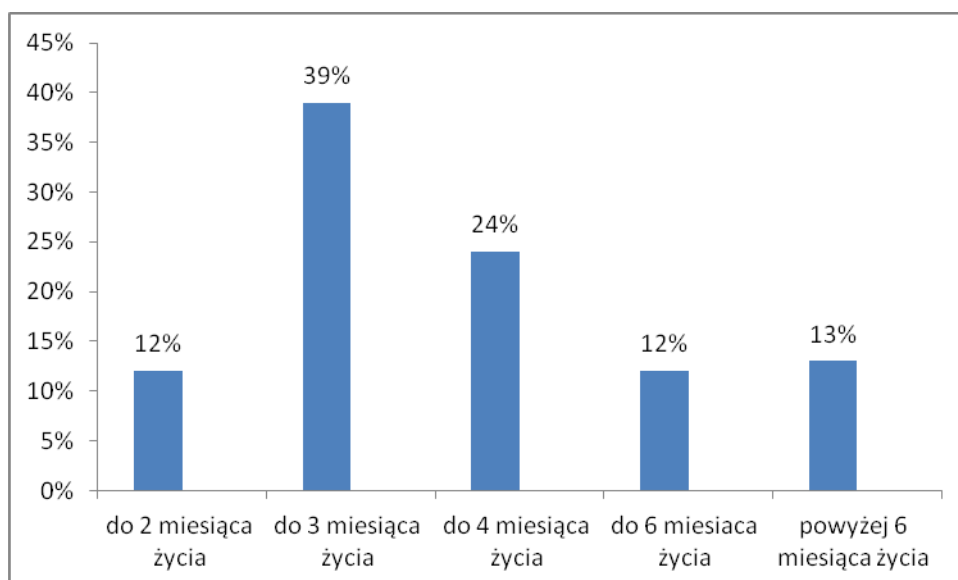
Wykres 3. Czy karmiła Pani naturalnie dziecko/dzieci?



Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych ankiet

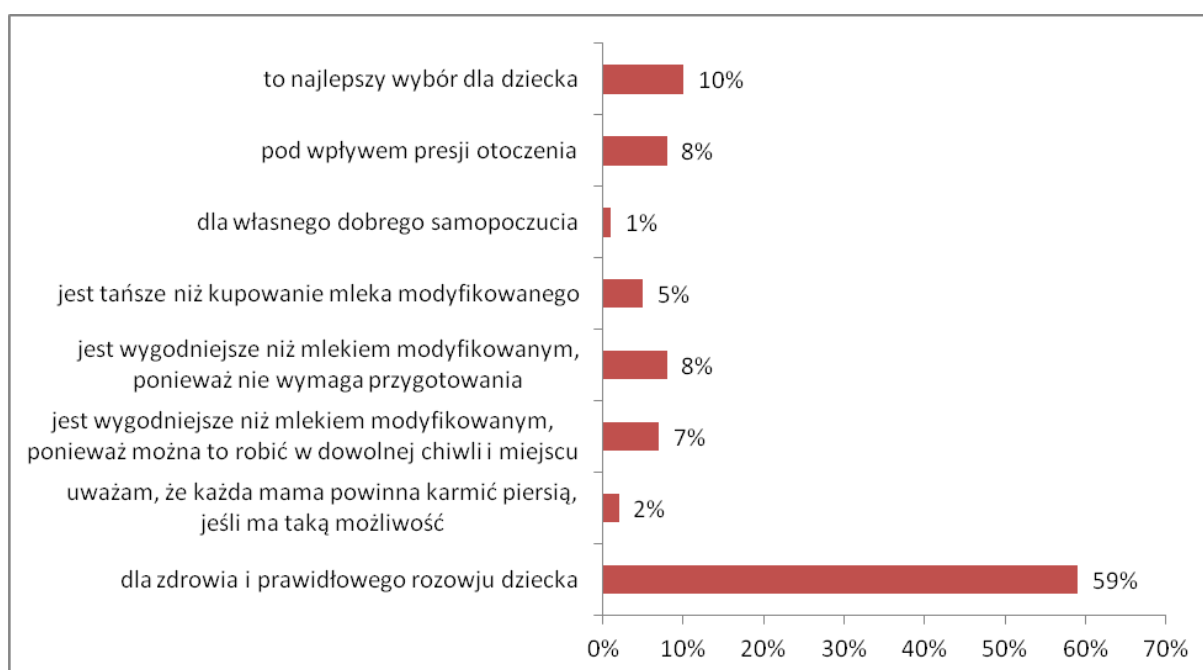
Z powyższego badania wynika, iż mamy chęć karmić swoje dzieci naturalnie. Ponad 89% gostyńskich mam zadeklarowało, iż karmiło swoje dziecko piersią. Sytuacja wygląda trochę mniej optymistycznie, gdy zadaliśmy ankietowanym pytanie do którego miesiąca karmiła Pani dziecko/dzieci naturalnie. Tylko 13% ankietowanych wskazało, iż karmiło dziecko naturalnie po 6 miesiącu życia.

Wykres 4. Wyłączne karmienie piersią w %?



Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych ankiet

Wykres 5. Powody dla których kobiety zdecydowały się karmić piersią



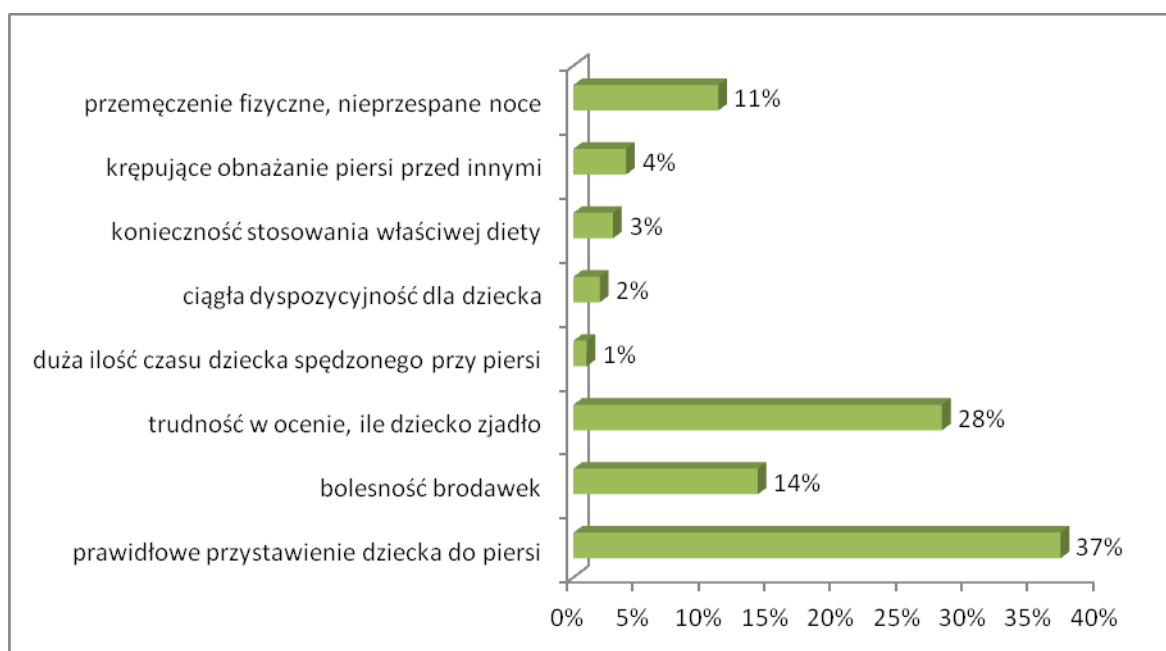
Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych ankiet

59% matek wskazało, iż główną motywacją do karmienia dziecka piersią było zapewnienie zdrowia i prawidłowego rozwoju dziecka. 10% wskazywało również, iż to najlepszy wybór dla dziecka. 15% matek wskazywało, iż karmienie naturalne jest wygodniejsze niż mlekiem modyfikowanym ponieważ można to robić w dowolnej chwili i

miejsu oraz nie wymaga przygotowania. 8 % kobiet przyznało, iż karmiło ze względu na presję otoczenia a 5% wskazywało na aspekt ekonomiczny.

Częstymi dolegliwościami związanymi z karmieniem piersią, są zastój pokarmu, bolące i pękające brodawki, a także zbyt mała ilość pokarmu, bądź zbyt duża ilość pokarmu. 37% mieszkanek gminy Gostyń, które karmiły piersią, wskazywały, iż największą trudnością było prawidłowe przystawienie dziecka do piersi. 28 % nie umiało ocenić, ile dziecko zjadło a 14% miało bolesność brodawek. Najmniejszą trudnością dla mam była dyspozycyjność i ilość czasu poświęcanego na karmienie.

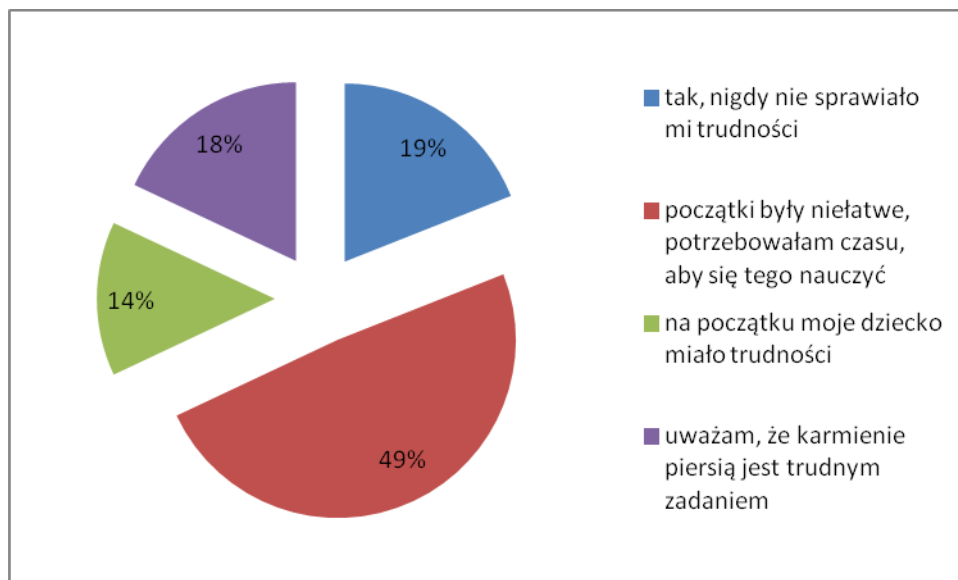
Wykres 6. Trudności w karmieniu naturalnym wśród mieszkanek gminy Gostyń



Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych ankiet

Blisko połowa badanych kobiet uważa, że karmienie piersią jest procesem, którego można się nauczyć, mimo, iż początki są niełatwe. W grupie kobiet karmiących piersią mniej więcej taki sam odsetek respondentek stwierdził, że karmienie piersią nigdy nie sprawiało im trudności (19%) i przeciwnie, że karmienie piersią jest trudnym zadaniem (18%). 14% ankietowanych przyznało, że na początku ich dziecko miało problemy podczas karmienia.

Wykres 7. Czy w Pani ocenie karmienie piersią jest łatwym zadaniem



Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych ankiet

Powody rezygnacji z karmienia są niezmiennie od wielu lat. W większości pokazują, że matki nie mogą utrzymać laktacji na odpowiednim dla dziecka poziomie i zgłaszają niedobór pokarmu jako główną przyczynę kłopotów.

Dane międzynarodowe przeprowadzone wśród 4000 kobiet na różnych kontynentach wskazują, że jako najważniejszą przyczynę rezygnacji z karmienia piersią mamy wskazują niewystarczającą ilość pokarmu. Podobno sytuacja ma miejsce wśród matek gminy Gostyń.

Najczęściej wskazywanym powodem rezygnacji z karmienia piersią wśród mieszkanek gminy Gostyń był fakt, iż kobieta uważała, iż miała mało pokarmu (23%). 17% ankietowanych podało, iż miało wrażenie, że dziecko się nie najadało i to było powodem rezygnacji z karmienia piersią.

W grupie kobiet karmiących piersią mniej więcej taki sam odsetek respondentek stwierdził, że powodem zaprzestania karmienia piersią był fakt, iż napotkało na trudności po stronie swojej lub dziecka, których nie udało się przezwyciężyć (14%) a 13% podało, iż dziecko nie chciało już ssać piersi.

Tabela 1. Problemy laktacyjne występujące u kobiet karmiących piersią powodujące zaprzestania karmienia piersią.

%	<i>Dlaczego zrezygnowała Pani z karmienia piersią</i>
23%	miałam mało pokarmu
4%	uznałam, że dziecko było już zbyt duże, by karmić piersią
17%	miałam wrażenie, że dziecko się nie najadało
2%	ze względów medycznych
5%	konieczność powrotu do pracy
14%	napotkałam na trudności po stronie mojej albo dziecka, których nie udało się przezwyciężyć
13%	dziecko nie chciało już ssać piersi
5%	w trakcie karmienia występował ból
3%	karmienie piersią bywało krępujące (np. w miejscach publicznych)
1%	brak udogodnień dla kobiet karmiących w moim miejscu pracy
4%	kolejna ciąża
8%	utrata pokarmu
0,5%	obawiałam się deformacji moich piersi
0,5%	moja mama nie karmiła mnie piersią

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych ankiet

Brak wsparcia laktacyjnego jest powtarzającym się problemem, na które sukcesywnie zwracają uwagę mamy oraz środowiska działające na rzecz działań prozdrowotnych. Również badania przeprowadzone wśród mieszkanek gminy Gostyń pokazują, iż w lokalnym środowisku matki borykają się z problemami dotyczącymi karmienia piersią. Większość tych problemów, dzięki profesjonalnemu wsparciu, można rozwiązać.

Program w zakresie wspierania i propagowania karmienia piersią wśród mieszkańców gminy Gostyń ma zaspokoić i uzupełnić potrzeby kobiet oraz ich rodzin w trakcie trwania, jak i po zakończeniu projektu wykorzystując personel medyczny jako środek do promowania w społeczeństwie i wspierania karmienia piersią.

1.3 Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu

Populacja do programu pozyskana zostanie spośród pacjentek zdeklarowanych do lekarza, pielęgniarki i położnej POZ oraz pacjentek Poradni Ginekologiczno – Położniczej.

1.4 Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Sposób sprawowania opieki nad kobietą ciężarną, położnicą i noworodkiem w zakresie edukacji i poradnictwa w karmieniu piersią, regulują następujące akty prawne:

- 1) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 roku w sprawie standardów postępowania medycznego 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 2016 roku poz. 1132);
- 2) Zarządzenie nr 105/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 listopada 2008 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju – podstawowa opieka zdrowotna;
- 3) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 roku w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego.

Zgodnie z ich wytycznymi, przygotowanie do karmienia piersią rozpoczyna się na początku drugiej połowy ciąży wraz z przygotowaniem do porodu, położu i rodzicielstwa. Jego realizacja leży w gestii lekarza bądź położnej, sprawujących opiekę nad kobietą ciężarną.

Zarządzenie Prezesa NFZ opisuje sposób realizacji edukacji i zadania położnej POZ w tym zakresie *„świadczenia edukacji przedporodowej dla kobiet w ciąży, w tym ciąży wysokiego ryzyka, realizowane są na podstawie opracowanego przez położną POZ planu edukacji (także w przypadku świadczeń realizowanych w formie grupowej). Świadczenia realizowane są w formie wizyt odbywających się począwszy od 26 tygodnia ciąży do terminu rozwiązania, z częstotliwością nie większą niż 2 razy w tygodniu”*.

Niestety zaledwie 16% ankietowanych w 2015 roku mieszkanek gminy Gostyń potwierdziło, że były w ciąży edukowane przez personel medyczny (położną i/lub

ginekologa) o korzyściach karmienia piersią i postępowaniu w laktacji, zaś 39% kobiet otrzymała te informacje na zajęciach w szkołach rodzenia.

Najlepszą z dostępnych rekomendacji, standardem najlepszej praktyki w promowaniu karmienia piersią jest Inicjatywa WHO/UNICEF Szpitala Przyjaznego Dziecku. Jej wytyczne ujęte są w 10 krokach do udanego karmienia. W Polsce realizuje je potwierdzonym zdobyciem tytułu, zaledwie 20% oddziałów położniczych.

Od kwietnia 2011 roku kwestie ochrony, propagowania i wspierania karmienia piersią podlegają regulacjom zawartym w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia, które określa standardy postępowania oraz procedury medyczne przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożenia oraz opieki nad noworodkiem. Rozporządzenie to utrzymuje w mocy obecnie obowiązujący schemat edukacji kobiet ciężarnych, jak też opieki nad położnicą i noworodkiem w miejscu zamieszkania. Największe zmiany wprowadza w sposobie sprawowania opieki na oddziałach położniczych, nakazując wdrożenie praktyk sprzyjających prawidłowej inicjacji karmienia piersią, opartych na 10 Krokach do Udanego Karmienia Piersi. Brak natomiast regulacji dotyczących zmian obowiązujących programów kształcenia przed i podyplomowego, które zagwarantowałyby odpowiednie przygotowanie personelu medycznego do realizacji rozporządzenia.

1.5 Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

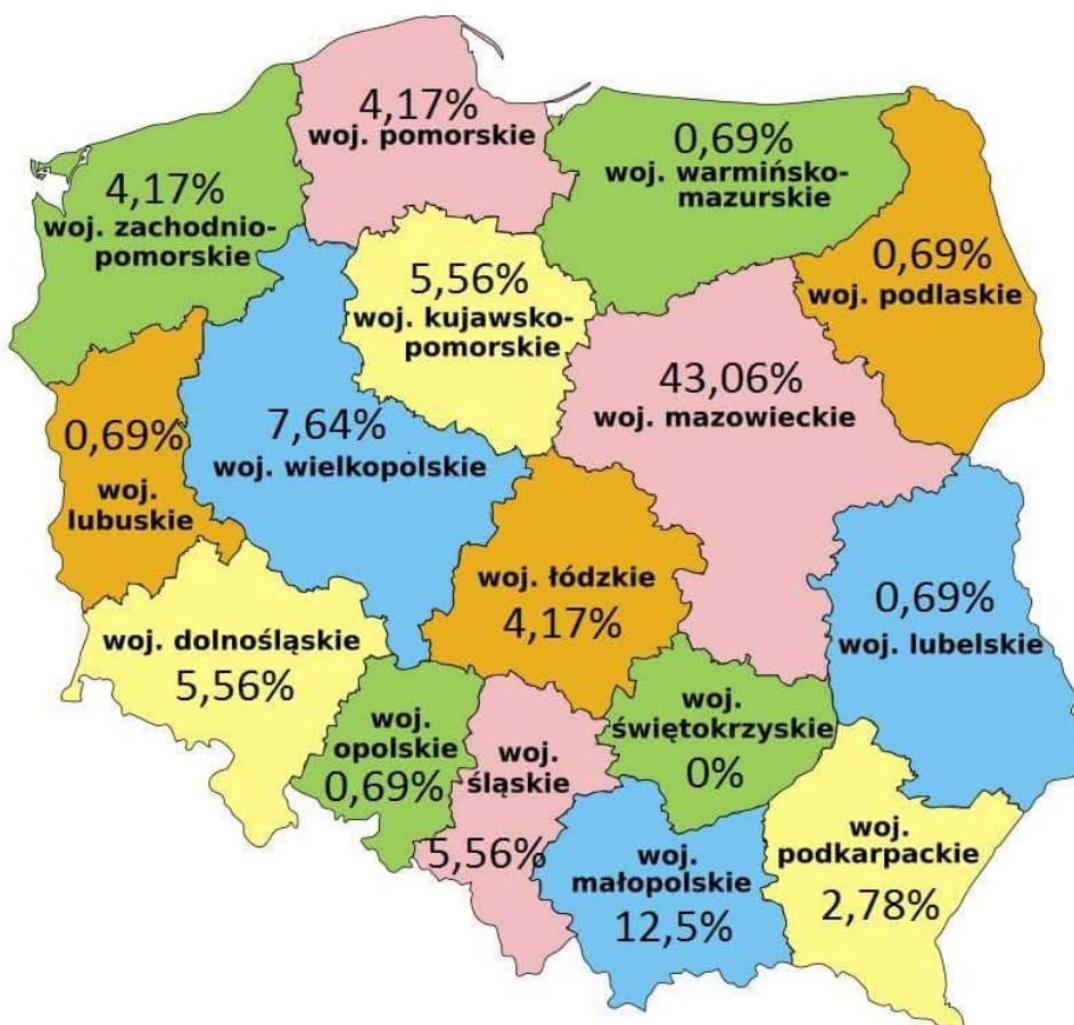
Karmienie piersią jest najlepszą metodą żywienia, która zapewnia niemowlętom optymalny rozwój psychofizyczny oraz przynosi szereg korzyści zdrowotnych zarówno dziecku, jak i matce. Zaleca się wyłączone karmienie piersią przez pierwsze sześć miesięcy życia dziecka a następnie kontynuowanie przynajmniej rok lub dłużej, przy jednoczesnym wprowadzaniu żywności uzupełniającej. Rekomendowane metody promocji naturalnego karmienia obejmują wielopoziomowe działania w obszarach polityki zdrowotnej, edukacji społeczeństwa a także praktyk realizowanych przez placówki ochrony zdrowia. Wskaźniki karmienia piersią ulegają zwiększeniu, jeśli placówki ochrony zdrowia stosują spójne procedury sprzyjające naturalnemu karmieniu, prawidłowo przeszkolony personel medyczny promuje tę formę żywienia dziecka a kobiety mają wsparcie w środowisku lokalnym i dostęp do poradnictwa laktacyjnego.

Światowe i europejskie strategie zdrowotne zalecają, aby państwowe systemy opieki zdrowotnej organizowały system fachowego poradnictwa i pomocy w zakresie karmienia niemowląt i małych dzieci sprawowanej przez certyfikowanych konsultantów laktacyjnych.

Skuteczność różnych form pomocy matkom karmiącym została potwierdzona wielokrotnie w literaturze. Każda forma dodatkowej opieki oferowanej karmiącym kobietom w porównaniu z rutynową opieką medyczną niesie korzyści dla karmienia piersią a zwłaszcza poprawia jego jakość, wydłużając okres wyłącznego karmienia piersią. Najbardziej skuteczną formą pomocy okazała się opieka sprawowana przez specjalistów ds. laktacji. Na całym świecie, również w Polsce, intensywnie się ona rozwija.

Mimo to opieka laktacyjna w obecnym systemie jest niewystarczająca, zwłaszcza w przypadku złożonych, trudnych diagnostycznie problemów.

Rysunek 2. Rozkład procentowy konsultantów/doradców laktacyjnych w Polsce



Źródło: „Karmienie piersią w Polsce. Raport 2015”.

Zakres podstawowej opieki laktacyjnej wymaga posiadania przez położne środowiskowo-rodzinne II poziomu wiedzy o laktacji oraz umiejętności oceny efektywności ssania piersi przez dziecko i prawidłowości przebiegu laktacji.

Niestety dostęp do specjalisty ds. laktacji jest ograniczony m.in. z powodu nieodpowiedniej do potrzeb liczby takich osób oraz braku możliwości kontraktowania

specjalistycznych porad laktacyjnych. W Wielkopolsce procent osób, którzy mają uprawnienia do prowadzenia porad laktacyjnych wynosi 7,64%.

Według opinii polskiego środowiska medycznego stan karmienia piersią w Polsce jest co najmniej niezadowolający i wynika on w dużej mierze z barier leżących zarówno po stronie opieki medycznej, jak i samych mam.

W 2012 roku zgromadzone podczas zjazdu organizowanego przez Centrum Nauki o Laktacji środowiska medyczne i naukowe zajmujące się laktacją zdiagnozowały istniejące w Polsce bariery dla karmienia piersią.

Według zgromadzonych opinii, wciąż aktualną barierą jest brak wiedzy na temat laktacji na odpowiednim poziomie wśród personelu medycznego. Wysoką wiedzą w dziedzinie laktacji odznaczają się jedynie osoby, które odbyły kształcenie w tym zakresie. Od przeszło 20 lat w Polsce funkcjonują specjaliści ds. laktacji, którzy uzyskali w toku kształcenia podyplomowego III poziomu wiedzy o laktacji i umiejętności potwierdzone certyfikatem IBCLC (Międzynarodowy Dyplomowany Konsultant Laktacyjny) lub polskim odpowiednikiem, Certyfikowany Doradca Laktacyjny (CDL).

Drugą z barier wymienionych była powszechność dokarmiania substytutami mleka kobiecego. Rozwiązywanie każdego problemu laktacyjnego poprzez podanie butelki z mieszanką, szeroka dostępność substytutów mleka kobiecego na oddziałach i wysokie nakłady finansowe państwa na refundację mleka początkowego i następnego dla niemowląt, brak warunków i sprzętu do odciągania oraz przechowywania pokarmu kobiecego na oddziałach to najpoważniejsze przeszkody w karmieniu naturalnym.

Trzecią barierą, wartą zaznaczenia, jest niska dostępność do systemu profesjonalnej pomocy laktacyjnej po opuszczeniu szpitala. Matki poszukują pomocy w różnych miejscach, w szpitalach, przychodniach, na stronach internetowych. Wiele matek poszukujących pomocy nie trafia do odpowiednio wykształconych specjalistów w tej dziedzinie i uzyskuje nieaktualne informacje i błędne porady skutkujące zaburzeniami laktacji, powikłaniami i skracaniem czasu karmienia.

Szybką i skuteczną poprawę sytuacji można osiągnąć poprzez:

- 1) podniesienie poziomu wiedzy personelu medycznego do poziomu odpowiedniego do zadań przed nimi postawionych;
- 2) skuteczne wdrożenie i monitorowanie realizacji standardu opieki okołoporodowej a szczególnie opieki okołoporodowej sprzyjającej laktacji;
- 2) umożliwienie finansowania ze środków publicznych profesjonalnych form opieki laktacyjnej, zwłaszcza na poziomie specjalistycznym.

2. Cele programu

2.1 Cel główny

Zwiększenie odsetka dzieci karmionych wyłącznie piersią w populacji gostyńskiej przez pierwszych 6 miesięcy oraz karmionych piersią do roku i dłużej.

2.2 Cele szczegółowe

Cele szczegółowe programu:

- 1) zwiększenie dostępności edukacji kobiet w okresie przygotowania i przebiegu laktacji;
- 2) przygotowanie kobiety do karmienia piersią uwzględniając jej indywidualne uwarunkowania takie jak: stan zdrowia, przeszłość położnicza, w tym doświadczenia w karmieniu piersi;
- 3) nauka matki właściwej techniki karmienia i obserwacji dziecka przy piersi oraz oceny wskaźników skutecznego karmienia;
- 4) podniesienie poziomu oraz usystematyzowanie wiedzy u osób sprawujących opiekę nad ciężarną i matką karmiącą na temat laktacji w oparciu o aktualną wiedzę naukową;
- 5) propagowanie karmienia piersią jako odpowiedniej metody żywienia niemowląt i dzieci.

2.3 Oczekiwane efekty

1. Wzrost odsetka niemowląt karmionych wyłącznie piersią przez pierwsze 6 miesięcy życia oraz karmionych piersią do roku i dłużej.
2. Zwiększenie dostępności do nieodpłatnego poradnictwa laktacyjnego dla mieszkanek gminy Gostyń.
3. Zainteresowanie programem populacji kobiet ciężarnych i matek karmiących oraz ich rodzin.
4. Znaczne pogłębienie wiedzy rodziców z zakresu karmienia naturalnego dziecka.
5. Zwiększenie świadomości prozdrowotnej kobiet.
6. Aktualizacja wiedzy na temat karmienia piersią wśród personelu medycznego.

2.4 Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

1. Wielkość populacji włączona do programu.
2. Liczba matek karmiących wyłącznie piersią przez 6 miesięcy życia dziecka.
3. Liczba przeszkolonych osób w ramach szkolenia personelu medycznego.

3. Adresaci programu (populacja programu)

Dzięki połączeniu działań edukacyjnych skierowanych do mieszkańców gminy Gostyń oraz do osób sprawujących opiekę medyczną nad nimi, korzyści z realizacji programu odnosić będzie w sposób bezpośredni i pośredni rocznie nie mniej niż 1150 kobiet wraz z rodzinami.

Adresaci bezpośredni:

Adresatami bezpośrednimi programu są kobiety wymagające porady laktacyjnej oraz personel medyczny sprawujący opiekę nad kobietami w okresie okołoporodowym.

Opieką poradni laktacyjnej powinna zostać objęta liczba co najmniej 250 kobiet rocznie. Część pacjentek będzie wymagać więcej niż jednej wizyty w poradni.

Ponadto w ramach programu przeszkolonych zostanie rocznie około 50 pracowników opieki zdrowotnej sprawujących na terenie gminy Gostyń opiekę nad kobietami w okresie okołoporodowym.

Adresaci pośredni:

Mieszkańcy gminy Gostyń: kobiety ciężarne, matki karmiące wraz z niemowlętami oraz rodziny do których skierowane zostaną ulotki i broszury na temat naturalnego karmienia. Programem działań edukacyjnych w ramach zadania powinna zostać objęta liczba nie mniej niż 750 kobiet rocznie wraz z rodzinami.

3.1 Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

27 640 osoby to populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego, z tego 0,4% zostanie objęta programem.

3.2 Tryb zapraszania do programu

Program jest skierowany do kobiet w ciąży, matek karmiących oraz ich rodzin, które zgłoszą chęć uczestnictwa w zajęciach u realizatora programu, z którym gmina Gostyń zawrze stosowną umowę. Informacja o możliwości udziału rodziców z terenu gminy Gostyń w

zajęciach edukacyjnych w poradni laktacyjnej będzie przedstawiona w lokalnej prasie, na portalach internetowych, na tablicach ogłoszeń w podmiotach leczniczych oraz gabinetach ginekologicznych. Ponadto pracownicy opieki zdrowotnej sprawujący na terenie gminy Gostyń opiekę nad kobietami w okresie okołoporodowym otrzymają pisemne zaproszenie do wzięcia udziału w szkoleniu z zakresu karmienia naturalnego.

4. Organizacja programu

4.1 Części składowe, etapy i działania organizacyjne

Części składowe, etapy i działania organizacyjne programu:

- 1) przygotowanie i przeprowadzenie konkursu ofert, o którym mowa w art. 48 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 roku poz. 1938 z późniejszymi zmianami);
- 2) wyłonienie realizatora zadania;
- 3) opracowanie szczegółowego harmonogramu działań;
- 4) opracowanie narzędzi do realizacji programu:
 - a) materiały edukacyjne,
 - b) dokumentacja programu,
- 5) opracowanie narzędzi monitorowania:
 - a) baza danych,
 - b) dokumentacja sprawozdawcza.

Części składowe, etapy i działania organizacyjne programu opracowano w oparciu o dokument „Ochrona, propagowanie i wspieranie karmienia piersią w Europie: wzorzec działania”. Dokument ten przedstawia modelowe zestawienie działań, jakie należy uwzględnić, aby kompleksowo, całościowo i skutecznie chronić, propagować i wspierać karmienie piersią. Zgodnie z wytycznymi Wzorca Działania UE programy promujące karmienie piersią powinny obejmować następujące kierunki działania:

- 1) zasady postępowania, planowanie, zarządzanie, finansowanie;
- 2) informacja, edukacja, komunikacja;
- 3) szkolenie;
- 4) ochrona, propagowanie i wsparcie;
- 5) monitoring.

Po dostosowaniu niniejszych zaleceń do warunków lokalnych wyodrębniono następujące kierunki:

- 1) informacja i edukacja dla mieszkańców gminy Gostyń;
- 2) poradnictwo laktacyjne;
- 3) warsztaty edukacyjne dla personelu medycznego;
- 4) monitoring i ewaluacja.

4.2 Planowane interwencje

1. Opracowanie, wydruk i rozpowszechnienie materiałów promujących karmienie piersią przeznaczonych dla kobiet w ciąży i ich rodzin.
2. Udzielanie porad laktacyjnych mieszkankom gminy Gostyń w poradni laktacyjnej. Porady świadczone będą przez osoby posiadające certyfikat IBCLC lub CDL. Obejmować będą przeprowadzenie wywiadu, obserwację matki (ocena stanu ogólnego i psychicznego), badanie piersi, obserwacja i badanie dziecka, ocena funkcji ssania, obserwacja i korekta stanu karmienia, postawienie rozpoznania i sformułowanie zaleceń oraz sporządzenie pełnej dokumentacji. Podczas porady laktacyjnej edukowane będą również osoby towarzyszące matce np. członkowie rodziny.
3. Edukacja osób sprawujących opiekę nad kobietami w okresie okołoporodowym i ich dziećmi.
4. Monitorowanie wskaźników wyłącznego karmienia piersią niemowląt do szóstego miesiąca życia – badanie powinno być przeprowadzone w ostatnim roku programu.

Tabela 2. Harmonogram poszczególnych zdań programu

1) informacja i edukacja dla mieszkańców gminy Gostyń			
Zadania	Odpowiedzialni za realizację	Oczekiwane efekty	Okres realizacji
Opracowanie i wydruk materiałów edukacyjnych o korzyściach wynikających	Realizatorzy programu	Rozdystrybuowanie materiałów wśród beneficjentów programu	Cały okres realizacji programu

z karmienia piersią, zasadach postępowania w laktacji dla matek oraz ich rodzin			
Informowanie (poprzez lokalne media) mieszkańców gminy Gostyń o zasadach realizacji programu	Realizatorzy programu	Mieszkańcy gminy Gostyń wiedza o realizacji programu, znają jego założenia, korzystają z oferowanego wsparcia	Cały okres realizacji programu
Propagowanie we współpracy z mediami karmienia piersią jako odpowiednią metodę żywienia niemowląt i dzieci	Realizatorzy programu	Wzrost odsetka matek karmiących dzieci naturalnie	Cały okres realizacji programu
2) poradnictwo laktacyjne			
Zadania	Odpowiedzialni za realizację	Oczekiwane efekty	Okres realizacji
Zapewnie pomocy i wsparcia w poradni laktacyjnej tym mieszkankom gminy Gostyń, u których wystąpią trudności w karmieniu	Realizatorzy programu	W każdym roku realizacji programu około 250 matkom udzielona zostanie fachowa porada laktacyjna	Cały okres realizacji programu
3) warsztaty edukacyjne dla personelu medycznego			

Zadania	Odpowiedzialni za realizację	Oczekiwane efekty	Okres realizacji
Przeprowadzenie szkolenia dla personelu medycznego	Realizatorzy programu	Warsztaty przeprowadzone będą raz w roku. Okło 50 pracowników ochrony zdrowia sprawujących opiekę nad kobietą w okresie okołoporodowym przeszkolonych zostanie w zakresie wspierania karmienia piersią.	Cały okres realizacji programu
4) monitoring i ewaluacja			
Zadania	Odpowiedzialni za realizację	Oczekiwane efekty	Okres realizacji
Monitorować wskaźniki karmienia piersią w populacji gminy Gostyń	Realizatorzy programu	Uzyskanie wiedzy na temat wzrostu odsetka matek karmiących w gminie Gostyń	Cały okres realizacji programu
Publikować i rozpowszechnić wyniki	Realizatorzy programu	Wyniki publikowane wykorzystane zostaną w planowaniu kolejnych edycji programu	II połowa 2020 roku

Źródło: opracowanie własne

4.3 Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

1. Podstawowe działania informacyjne skierowane będą do mieszkańców gminy Gostyń.
2. W poradni laktacyjnej udzielane będą porady tym mieszkankom gminy Gostyń, których problemy laktacyjne nie zostały rozwiązane w ramach oferowanej standardowej opieki okołoporodowej, bez skierowania
3. W warsztatach edukacyjnych weźmie udział personel medyczny, który w ramach wykonywanej pracy będzie wspierać i promować karmienie piersią wśród kobiet w ciąży i matek gminy Gostyń.

4.4 Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

W celu sprawnej i skutecznej realizacji programu zdrowotnego w zakresie wspierania i propagowania karmienia piersią wśród mieszkańców gminy Gostyń, realizator musi zadbać o skuteczne rozpropagowanie akcji informacyjnej.

Zajęcia w poradni laktacyjnej odbywać się będą w zależności od potrzeb kobiet wymagających specjalistycznej porady. Ilość udzielonych porad będzie dostosowana do powstałego problemu laktacyjnego.

Szkolenie personelu medycznego odbywać się będzie raz w roku, prowadzone będzie przez specjalistyczną kadrę w zakresie wspierania karmienia piersią.

4.5 Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Działania programu wspierają świadczenia dostępne w ramach NFZ, ponieważ wzbogacają warsztat pracy położnej rodzinnej, aktualizują wiedzę, dają możliwość konsultowania w trudnych przypadkach, dostarczają materiałów edukacyjnych, zabezpieczają spójność przekazu informacyjnego dla matek. Oferują również świadczenia niedostępne w systemie opieki zdrowotnej. Poradnictwo laktacyjne w ramach programu udzielane przez IBCLC i CDL nie jest finansowane ze środków publicznych, a jak pokazują lokalne badania jest potrzebne matkom karmiącym.

4.6 Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

Matki, które uzyskają poradę powinny posiadać możliwość uzyskiwania dalszego wsparcia w ramach wizyt kontrolnych aż do rozwiązania istniejącego problemu laktacyjnego. W przypadku, gdy problemy wynikają z szerszych uwarunkowań, wskazywana jest potrzeba

uzyskania porady innych specjalistów ochrony zdrowia (np. dermatolog, alergolog, dietetyk, psychiatra itp.).

4.7 Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Bezpieczeństwo prowadzenia zadań programu zostanie zachowane poprzez:

- 1) zajęcia w poradni laktacyjnej wykonywać będzie kadra, która posiada uprawnienia do realizacji zadania;
- 2) warsztaty edukacyjne dla personelu medycznego przeprowadzą osoby posiadając udokumentowane doświadczenie szkoleniowe w zakresie laktacji;
- 3) sala do zajęć powinna spełniać wymogi w zakresie bezpieczeństwa i higieny.

4.8 Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Podmiot realizujący to zadanie musi spełniać określone warunki, m.in.:

- 1) posiadać doświadczenie w organizacji zajęć edukacyjnych dla personelu medycznego w zakresie przygotowania kobiet w ciąży do karmienia piersią oraz udzielania pomocy laktacyjnej matkom karmiącym. Szkolenia winny być prowadzone przez wykładowców czy trenerów umiejętności praktycznych w zakresie poradnictwa laktacyjnego;
- 2) kilkuletnie doświadczenie w organizacji pracy poradni laktacyjnej oraz udzielaniu porad laktacyjnych. Poradnia powinna mieć pełne zaplecze diagnostyczne i konsultacyjne, prowadzić pełną dokumentację porad laktacyjnych zgodnie z obowiązującymi standardami. Takie rozwiązanie stanowi gwarancję zapewnienia ciągłości i kompleksowości opieki nad matkami karmiącymi.

4.9 Dowody skuteczności planowanych działań

Opinie ekspertów klinicznych

Zalecenia, wytyczne i standardy dot. postępowania w ochronie, propagowaniu i wspieraniu karmienia piersią zawarte są w:

- 1) dokument UNICEF/WHO „Ochrona, Propagowanie i Wspieranie Karmienia Piersią - szczególna rola placówek służby zdrowia” realizowane w ramach Inicjatywy Szpital Przyjazny Dziecku „10 kroków do udanego karmienia piersią”;
- 2) dokument WHO „Globalna strategia żywienia niemowląt i małych dzieci”;

- 3) dokument Dyrektoriatu Zdrowia Publicznego i Oceny Ryzyk Komisji Europejskiej, „Ochrona, propagowanie i wspieranie karmienia piersią w Europie: wzorzec działania”. Przegląd skuteczności interwencji opublikowany w niniejszym dokumencie zawiera następujące wnioski:
- a) wieloobszarowe interwencje są szczególnie skuteczne w aspekcie poprawy wskaźników inicjacji, wyłączności czasu i trwania karmienia piersią, szczególnie przy zastosowaniu społecznych kampanii medialnych, programów edukacji zdrowotnej dostosowanych do lokalnych możliwości, kompleksowych szkoleń pracowników ochrony zdrowia,
 - b) interwencje łączące okresy przed i po narodzeniu dziecka, ze szczególnym naciskiem na opiekę w pierwszych dobach po porodzie wydają się być bardziej efektywne, niż koncentracja na jednym z w/w okresów,
 - c) interwencje w sektorze ochrony zdrowia są najbardziej skuteczne, gdy wykorzystuje się podejście łączące kilka aspektów: szkolenie personelu, korzystanie z pomocy konsultanta lub doradcy laktacyjnego oraz zapewnienie personelowi i pacjentom pisemnych informacji,
 - d) wpływ interwencji w dziedzinie edukowania matek na temat korzyści z karmienia piersią oraz zasad postępowania w laktacji jest znaczny tylko wtedy, gdy stosowane praktyki szpitalne są spójne z treścią nauczania,
- 4) stanowisko Amerykańskiej Akademii Pediatrii „Karmienie piersią i stosowanie mleka kobiecego” – dokument opublikowany w 2012 roku podkreśla szczególną rolę pediatrów w promowaniu naturalnego karmienia. AAP zwraca uwagę, że niezbędne jest aktualizowanie przez pediatrów wiedzy na temat zagrożeń zdrowotnych wynikających ze sztucznego żywienia niemowląt i zasad postępowania w laktacji;
- 5) dokument Dyrektoriatu Zdrowia Publicznego i Oceny Ryzyk Komisji Europejskiej „Żywienie niemowląt i małych dzieci: Standardy postępowania dla Unii Europejskiej;
- 6) zalecenia krajowe – „Standardy postępowania oraz procedury medyczne przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem” Rozp. Min. Zdrowia z dn. 20.09.12 r.

Zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym, którego dotyczy wniosek

Zalecenie oraz standardy dotyczące karmienia piersią zostały szczegółowo zapisane w stanowisku American Academy of Pediatrics i przedstawiają się następująco:

- 1) pediatrzy i inni pracownicy medyczni powinni aktywnie promować karmienie piersią lub mlekiem kobiecym w każdym przypadku i w każdej sytuacji, jeśli nie ma ku temu przeciwwskazań. Przed porodem i po nim powinni przekazywać obojgu rodzicom aktualne informacje o korzyściach wynikających z karmienia piersią i udzielić im szczegółowego instruktażu w zakresie techniki karmienia;
- 2) należy aktywnie zachęcać kobiety do karmienia wyłącznie piersią przez pierwsze 6 miesięcy życia dziecka i kontynuowania karmienia piersią co najmniej do 12 miesiąca życia. Rodzicom należy wyjaśnić, że karmienie wyłącznie piersią do końca 6 miesiąca życia zapewnia optymalny wzrost i prawidłowy rozwój niemowlęcia. Niektóre dzieci nie są gotowe do spożywania innych pokarmów nawet do 8 miesiąca życia, a w wyjątkowych sytuacjach może zaistnieć potrzeba wprowadzenia pokarmów uzupełniających już po 5 miesiącu życia. Nie ustalono górnej granicy wieku, do której dziecko można karmić piersią, dlatego należy kontynuować ten sposób żywienia zależnie od potrzeb dziecka i matki;
- 3) rodzicom należy poradzić, aby łóżeczko dziecka ustawili blisko łóżka matki, co ułatwi karmienie piersią, zwłaszcza w nocy;
- 4) pediatra powinien aktywnie współpracować z położnikiem, aby jeszcze w czasie ciąży przekazać przyszłym rodzicom dostateczną ilość informacji na temat korzyści i zasad karmienia piersią;
- 5) do niezbędnego minimum należy ograniczyć stosowanie podczas porodu i laktacji leków, które mogą zaburzać stan aktywnego czuwania dziecka i wpływać niekorzystnie na efektywność karmienia piersią;
- 6) należy unikać zabiegów i procedur, mogących negatywnie wpłynąć na karmienie piersią, w tym wiążących się z ryzykiem obrażeń u noworodka (np. niepotrzebne, niedelikatne i zbyt intensywne oczyszczanie cewnikiem jamy ustnej, przełyku i dróg oddechowych z wydzieliny);
- 7) po urodzeniu noworodek powinien przebywać w szpitalu w jednym pomieszczeniu z matką (*rooming-in*), co wzmacnia więź emocjonalną i ułatwia zainicjowanie karmienia piersią. W pierwszych tygodniach życia dziecka matka powinna je przystawiać do piersi zawsze, kiedy tylko zauważy wczesne oznaki głodu;

- 8) podczas pobytu w szpitalu po porodzie odpowiednio przeszkolony personel powinien co najmniej 2 razy dziennie oceniać prawidłowość techniki i skuteczność karmienia piersią, a wynik tej oceny opisać w dokumentacji lekarskiej;
- 9) noworodkom karmionym piersią nie należy podawać do picia wody, roztworu glukozy lub dokarmiać ich sztucznym mlekiem początkowym, chyba że istnieją wyraźne wskazania medyczne;
- 10) w okresie rozpoczynania karmienia piersią nie należy stosować smoczków do uspokajania dzieci i smoczków do karmienia. Smoczki zastosowane w okresie stabilizowania się laktacji mogą zaburzać naukę i utrwalanie prawidłowego wzorca ssania piersi, co może spowodować u niektórych dzieci problemy laktacyjne wymagające interwencji;
- 11) każdy noworodek karmiony piersią powinien być zbadany przez pediatrę w 3 -5 dniu życia, a następnie podczas wizyty ambulatoryjnej w 2.-3. Tygodniu;
- 12) po ukończeniu 6 miesiąca życia do diety dziecka karmionego piersią należy stopniowo wprowadzać pokarmy uzupełniające, wybierając produkty wzbogacone w żelazo. Wprowadzenie pokarmów innych niż mleko kobiece przed ukończeniem 6 miesiąca życia dziecka zazwyczaj nie przyspiesza tempa jego wzrastania i rozwoju, a pozbawia jedynie ochronnego działania naturalnego pokarmu;
- 13) niemowlęta, które są całkowicie odstawiane od piersi przed ukończeniem 12 miesiąca życia, należy karmić mlekiem początkowym lub następnym dla niemowląt wzbogaconym w żelazo. Nie należy im podawać zwykłego mleka krowiego.

Przedstawione stanowisko na temat karmienia piersią i mlekiem kobiecym opracowała grupa ekspertów z Sekcji Karmienia Piersią Komitetu ds. Żywienia Amerykańskiej Akademii Pediatrii. Jej członkami są znani autorzy artykułów naukowych, monografii i podręczników dotyczących karmienia naturalnego. Zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) dotyczące wyłącznego karmienia piersią i czasu jego trwania oraz inne publikacje na temat ochrony, propagowania i wspierania karmienia piersią (w tym szczególnej roli placówek ochrony zdrowia) a także globalnej strategii żywienia niemowląt i małych dzieci znane są w Polsce tylko gronie entuzjastów. AAP podkreśliła szczególną rolę sektora położniczego w promowaniu i aktywnym wspieraniu karmienia piersią. W Polsce zasady te zostały wdrożone w 20% Szpitalach Przyjaznych Dziecku, które monitorują co roku jakość swojej pracy. Program, rekomendowany obecnie przez WHO wszystkim placówkom położniczo-noworodkowym, oparty jest na realizacji "10 Kroków do Udanego Karmienia Piersią"

1. Doceniono rolę edukacji przedporodowej obojga rodziców (krok 3). W naszym kraju pozostaje ona w gestii położników i powinna być prowadzona w poradniach K, poradniach oraz na oddziałach patologii ciąży, a także w szkołach rodzenia. Edukacja taka ma ogromne znaczenie w podejmowaniu decyzji o sposobie karmienia dziecka.

2. Podkreślając znaczenie pierwszego kontaktu matki (oraz ojca) z dzieckiem, zwrócono baczną uwagę na procedury medyczne, które zaburzają ten kontakt oraz wpływają niekorzystnie na przebieg pierwszego karmienia po urodzeniu. Za właściwy kierunek postępowania uznano ograniczanie stosowania tego typu procedur. Zalecono ograniczenie farmakoterapii matki oraz odśluzowywania jamy ustnej i przełyku noworodka. Polscy lekarze, z wyjątkiem nielicznych ośrodków, powinni przeprowadzić pod tym względem uczciwy rachunek sumienia.

3. Sprecyzowano zalecenia dotyczące kontaktu "skóra do skóry" (krok 4). Znaczenie nawiązania tego kontaktu bezpośrednio po porodzie i nieprzerywania go, z wyjątkiem szczególnych wskazań medycznych dotyczących matki lub dziecka, pozostaje w wielu polskich szpitalach niedocenione. Wczesny kontakt "skóra do skóry" oraz prawidłowe przystawienie dziecka do piersi z aktywną pomocą personelu sali porodowej (krok 5), zakończone efektywnym ssaniem ma kluczowe znaczenie dla dalszego przebiegu laktacji i karmienia piersią. Procedura ta powinna być również wdrażana po cięciu cesarskim. Jak wynika z naszych doświadczeń, noworodka należy okryć od góry ciepłymi pieluszkami, zabezpieczając przed wychłodzeniem.

3. System opieki rooming-in (krok 7) określono jako optymalny model opieki poporodowej, sprzyjający karmieniu piersią na żądanie, zgodnie z potrzebami matki i dziecka (krok 8), oraz kształtowaniu się więzi między matką a dzieckiem. Wprawdzie system ten funkcjonuje w polskich szpitalach, często jednak niezupełnie zgodnie z założeniami - noworodki oddziela się bowiem od matek na dłużej niż godzinę w ciągu doby, np. w nocy czy podczas fototerapii.

4. AAP podkreśla znaczenie karmienia pokarmem kobiecym dzieci z grup ryzyka. Za optymalne uznano podawanie pokarmu własnej matki, a jeśli jest to niemożliwe - pokarmu dawczyń z banku mleka kobiecego. Ponieważ w Polsce takie banki nie istnieją, nie można skorzystać z drugiego rozwiązania. Dziecku nie należy natomiast podawać świeżego mleka od nieprzebadanych dawczyń.

5. AAP zdecydowanie uważa, że smoczki mogą zaburzać prawidłowy mechanizm ssania piersi, a tym samym prowadzić do problemów laktacyjnych, dlatego nie powinny być stosowane do czasu ustabilizowania się laktacji, co następuje zazwyczaj około 6. tygodnia po porodzie. Nie należy w tym okresie używać nie tylko smoczków uspokajaczy, ale także

smoczków do karmienia i nakładek na brodawki sutkowe (krok 9). Wyjątek stanowią niektóre sytuacje kliniczne dotyczące wcześniaków i dzieci chorych (ssanie nieodżywcze, rehabilitacja funkcji ssania).

Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej

Karmienie piersią poza korzyściami zdrowotnymi i społecznymi ma niebagatelne przełożenie na korzyści ekonomiczne. Jak pokazują badania, na karmieniu piersią zyskuje zarówno rodzina, społeczność lokalna, jak i państwo. W USA przeprowadzono analizę, z której wynika, że jeżeli wyłącznie piersią karmiłoby 90% mam przez pierwsze 6 miesięcy to oszczędności liczyłyby się w miliardach: 13 miliardów dolarów z tytułu zmniejszenia wydatków na leczenie dzieci i kolejnych 17 miliardów dolarów z tytułu zmniejszenia absencji chorobowej rodziców i zmniejszenia wydatków na leczenie odległych powikłań wynikających z niekarmienia tych dzieci naturalnie. Rocznie można by uniknąć śmierci ponad 900 niemowląt, jeżeli 30% mam karmiłoby przez pierwsze sześć miesięcy tylko i wyłącznie piersią.

Rezygnacja z karmienia piersią jest kosztowna, nie tylko ze względu na wydatki związane z mieszankami i akcesoriami koniecznymi do sztucznego żywienia, ale także ze względu na koszty leczenia.

Rysunek 3. Efektywność kosztowa związana z karmienia piersią

W Australii koszty hospitalizacji spowodowane 5 chorobami związanymi z wczesnym odstawieniem od piersi wynoszą **1-2 milionów dolarów rocznie**. (Smith, Thompson i Ellwood, 2002)

W USA policzono, że gdyby zwiększyć ilość dzieci **karmionych wyłącznie piersią do 90% w 6 mc to można rocznie zaoszczędzić 13 miliardów \$, uniknąć 911 zgonów niemowląt**. Do analizy włączono martwicze zapalenie jelit, zapalenie ucha, SIDS, astmę, cukrzycę I, białaczkę, otyłość. (Bartic, Reinhold, 2010)

W Holandii wykazano, że karmienie piersią przynajmniej 6 miesięcy, pozwala zaoszczędzić na wydatkach na leczenie około **250 Euro/dziecko**. Można by uniknąć 50% zakażeń przewodu pokarmowego, 25% - zapaleń ucha, 47% – choroby Leśniowskiego i Crohna, 10% – białaczki i otyłości. (Buchner i WSP. 2007)

W Australii udokumentowano, że na każde 1000 dzieci nigdy nie karmionych piersią przypada w 1. roku życia więcej o: **2033** wizyt u lekarza, **212** dni pobytu w szpitalu i **609** wypisanych recept w porównaniu z dziećmi karmionymi wyłącznie piersią przez 3 miesiące. (Ball, Wright, 1999)

W Anglii oszacowano, że gdyby 45% kobiet karmiło wyłącznie piersią przez okres 4 miesięcy, i jeśli 75% dzieci będzie karmionych piersią w momencie wypisu ze szpitala, uzyskaloby każdego roku **17 mln funtów oszczędności**, biorąc pod uwagę tylko 4 choroby. (Renfrew, 2012)

Udokumentowano również, że zapewnienie promocji karmienia piersią i wsparcia, które przyczynią się do podwojenia liczby matek karmiących przez 7-18 miesięcy, znacząco zredukuje występowanie raka sutka, a zmniejszenie kosztów opieki zdrowotnej oraz oszczędności wynikające ze zdolności do aktywności zawodowej kobiet wyniosłyby przynajmniej **31 mln funtów rocznie**. (Pokhrel, 2014)

Z danych zebranych w 2011 r. w Gdańsku (populacja 486 matek niemowląt) wynika, że: niemowlęta żywione sztucznie wymagają większej ilości wizyt lekarskich i częściej poddawane są antybiotykoterapii, a ponoszone przez rodziców koszty ich leczenia są wyższe. (Pietkiewicz, Winiarska, Żołnowska 2013)

Roczne wydatki NFZ na refundację mieszanek mlekozastępczych w 2012 roku wyniosły **76 000 000 PLN**.

Źródło: „Karmienie piersią w Polsce. Raport 2015”.

Informacja na temat podobnych programów zdrowotnych wykonywanych w zgłaszającej program lub w innych jednostkach samorządu terytorialnego (jeżeli są dostępne)

Działania programu wspierają świadczenia dostępne w ramach NFZ, ponieważ wzbogacają warsztat pracy położnej rodzinnej, aktualizują wiedzę, dają możliwość konsultowania

w trudnych przypadkach, dostarczają materiałów edukacyjnych, zabezpieczają spójność przekazu informacyjnego dla matek. Oferują również świadczenia niedostępne w systemie opieki zdrowotnej. Poradnictwo laktacyjne w ramach programu udzielane przez IBCLC i CDL nie jest finansowane ze środków publicznych.

Podobne programy zdrowotne ze środków samorządowych realizowane są m. in. w Gdańsku, Żorach, Legionowie. Od roku 2019 gmina Gostyń planuje również realizację programu zdrowotnego przygotowujący ciężarną i ojca do aktywnego porodu pod nazwą „Gostyńska Akademia Przyszłych Rodziców – zajęcia w szkole rodzenia”.

5. Koszty

5.1 Koszty jednostkowe

Koszty jednostkowe obejmować mogą:

- 1) koszty wynagrodzeń osób prowadzących zajęcia w poradni;
- 2) koszt wynagrodzeń wykładowców realizujących warsztaty dla personelu medycznego;
- 3) koszty pośrednie, tj. media, sprząatanie, utylizacja odpadów, telefon itp.;
- 4) koszty zakupu materiałów i sprzętu do prowadzenia zajęć;
- 5) koszty pozostałych materiałów, tj. materiały biurowe i papiernicze, druki ulotek;
- 6) koszty wynajmu sali do zajęć.

5.2 Planowane koszty całkowite

Koszt całkowity (roczny) realizacji programu wyniesie 40 000 złotych.

5.3 Źródła finansowania, partnerstwo

Źródłem finansowania w 100% jest budżet gminy Gostyń.

5.4 Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne

Osoba, która zadeklaruje chęć uczestnictwa w programie, otrzyma podstawowy i optymalny pakiet świadczeń edukacyjnych i praktycznych, mających na celu zwiększenie świadomości z zakresu karmienia naturalnego piersią.

Po zakończeniu realizacji programu mieszkańcy gminy Gostyń nadal będą odnosić korzyści i otrzymywać odpowiednią pomoc ze strony osób sprawujących opiekę nad ciężarnymi i matkami karmiącymi.

6. Monitorowanie i ewaluacja

6.1 Ocena zgłaszalności do programu

1. Liczba mieszkanek gminy Gostyń objętych działaniami edukacyjnymi w okresie okołoporodowym.
2. Baza danych uczestników przeprowadzanych szkoleń.
3. Prowadzenie dokumentacji medycznej w poradni laktacyjnej.

6.2 Ocena jakości świadczeń w programie

1. Ankieta ewaluacyjna dotycząca oceny programu wypełniana przez uczestniczki.
2. Ankieta ewaluacyjna dotycząca oceny przeprowadzonych szkoleń.

6.3 Ocena efektywności programu

Porównanie badania wstępnego i końcowego - odsetek dzieci karmionych wyłącznie piersią przed wdrożeniem programu i w ostatnim roku programu.

7. Okres realizacji programu

Program realizowany będzie w latach 2019-2020.

Bibliografia:

1. Dyrektoriat Zdrowia Publicznego i Oceny Ryzyk Komisji Europejskiej, Żywnienie niemowląt i małych dzieci: Standardy postępowania dla Unii Europejskiej. Oprac. polskie pred. Mikiel-Kostyra, K. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, 2006.
2. Żukowska-Rubik M, Nehring-Gugulska M. Standard wizyty w poradni laktacyjnej. Standardy Medyczne, tom 2, nr 4/2005, str:1786-1790.
3. Żukowska-Rubik M, Nehring-Gugulska M. Standard porady laktacyjnej W: M. Nehring-Gugulska, M. Żukowska– Rubik, A. Pietkiewicz (red.), Karmienie piersią w teorii i praktyce. Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna; 2012.
4. Nehring – Gugulska, M. Pietkiewicz, A. Korzyści karmienia piersią, W: M. Nehring-Gugulska, M. Żukowska– Rubik, A. Pietkiewicz (red.), Karmienie piersią w teorii i praktyce. Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna; 2012.
5. Komunikat w zakresie karmienia piersią jako wzorcowego sposobu żywienia niemowląt oraz preparatów zastępujących mleko kobiece (sztucznych mieszanek) z dn.29.03.2013. Departament Matki i Dziecka Ministerstwa Zdrowia.
6. Mikiel-Kostyra, K. Wzorzec wojewódzkiej strategii ochrony, wspierania i propagowania karmienia piersią, 2006. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
7. Komisja Europejska, Dyrektoriat Zdrowia Publicznego i Oceny Ryzyk. Ochrona, propagowanie i wspieranie karmienia piersią w Europie: wzorzec działania. Luksemburg 2004.
8. Wyniki badań Zakładu Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prezentowane podczas konferencji pt. Skutecznie o laktacji i karmieniu piersią organizowanej wspólnie z Polskim Towarzystwem Konsultantów i Doradców Laktacyjnych w grudniu 2014 roku.
9. WHO/UNICEF. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity service. WHO, Geneva, 1989.
10. WHO. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding, WHO, Geneva, 2003.
11. Eidelman, A., L., Schanler, R., J., i in.. AAP, Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 2012, 129(3), 827-41.
12. Europejskie Towarzystwo Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci, ESPGHAN 2009; Wzorzec działania dla Europy, Dyrektoriat Zdrowia Publicznego UE 2006.
13. Centrum Nauki o Laktacji im. Anny Oslislo „Karmienie piersią w Polsce. Raport 2015”.

Przewodniczący Rady

/-/ Mirosław Żywicki