



Raport

Opieka neonatologiczna wcześniaków na Mazowszu

Warszawa, marzec 2014 r.



WOJEWODA MAZOWIECKI

Jacek Kozłowski

Szanowne Państwo,

Przekazuję na Państwa ręce raport „Opieka neonatologiczna wcześniaków na Mazowszu”. Opracowanie jest zbiorem informacji na temat opieki neonatologicznej nad noworodkami, a w szczególności noworodkami przedwcześnie urodzonymi. W województwie mazowieckim każdego roku rodzi się ponad 60 tys. dzieci, w tym ponad 3 tys. to wcześniaki.

Nadrzędnym celem w sprawowaniu opieki zdrowotnej nad kobietą ciężarną jest zapewnienie prawidłowego przebiegu ciąży oraz jak najwcześniejsza identyfikacja czynników ryzyka, która umożliwi objęcie profilaktyczną opieką zdrowotną kobiet w pierwszym trymestrze ciąży. To jak będzie ona sprawowana rzutuje w dużej mierze na przebieg ciąży, a także na zdrowie noworodka. Jednym z czynników stymulujących prawidłowy rozwój noworodka i zapewniających ochronę przed chorobami jest sposób karmienia w pierwszym okresie życia. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wskazuje na istotne zalety karmienia naturalnym pokarmem do 6 miesiąca życia dziecka. Ministerstwo Zdrowia rekomenduje karmienie naturalnym pokarmem jako wzorcowy sposób żywienia. Jest to szczególnie istotne dla dzieci urodzonych przedwcześnie.

Mazowiecki Urząd Wojewódzki uznając potrzebę wspierania działań mających na celu poprawę opieki nad matką i dzieckiem, koordynował badania ankietowe dotyczące warunków i sposobu karmienia wcześniaków na Mazowszu. W raporcie przedstawiono wyniki ankiet oraz dobre praktyki stosowane w celu wspierania naturalnego karmienia. Analiza ankiet potwierdziła właściwy kierunek podejmowanych działań organizacyjnych i edukacyjnych oraz wskazała obszary, które wymagają dopracowania mechanizmów wspierających karmienie naturalnym pokarmem kobiecym dzieci przedwcześnie urodzonych. Istotne jest także zwiększenie działań edukacyjnych oraz promujących korzyści naturalnego karmienia dla kobiet w wieku prokreacyjnym i przyszłych rodziców.

Opracowanie:

pod kierunkiem Elżbiety Nawrockiej - zastępcy dyrektora Wydziału Zdrowia Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie

Barbara Kosmalska – st. inspektor wojewódzki w Oddziale Statystyki Medycznej i Programów Zdrowotnych

Nadzór merytoryczny:

Prof. dr hab. n. med. Maria Katarzyna Borszewska - Kornacka - Kierownik Kliniki Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka Szpitala Klinicznego WUM im. Ks. Anny Mazowieckiej, Konsultant Wojewódzki w dziedzinie neonatologii

Opracowanie ankiet:

Prof. dr hab. n. med. Maria Katarzyna Borszewska - Kornacka

Dr n. biol. Aleksandra Wesołowska - Prezes Fundacji Bank Mleka Kobiecego Mazowiecki Urząd Wojewódzki

Konsultacje:

Prof. dr hab. n. med. Teresa Jackowska - Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pediatrii

Dr n. med. Bronisława Pietrzak - Konsultant Wojewódzki w dziedzinie położnictwa i ginekologii,

Dr n. med. Grażyna Bączek – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego

Dr n. med. Maria Wilińska - Kierownik Oddziału Klinicznego Neonatologii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. prof. W. Orłowskiego CMKP

Udostępnienie materiałów dotyczących funkcjonowania organizacji pozarządowych:

Fundacja Bank Mleka Kobiecego, Fundacja Wcześniak Rodzice-Rodzicom, Fundacja Rodzić po Ludzku, Fundacja MaMa, Fundacja Mleko Mamy.

Spis treści

Wprowadzenie

1. Kierunki opieki nad matką i dzieckiem w Polsce
 - 1.1. Etiologia wcześniactwa
 - 1.2. Epidemiologia
 - 1.3. Zadania położnej i pielęgniarki – wykaz świadczeń gwarantowanych
2. Opieka zdrowotna nad noworodkami urodzonymi przedwcześnie
 - 2.1. Infrastruktura i kadra
 - 2.2. Problemy zdrowotne wcześniaków
 - 2.3. Skutki zdrowotne wcześniactwa
3. Dostęp do opieki laktacyjnej
 - 3.1. Analiza ankiet dotycząca sposobu karmienia wcześniaków na Mazowszu
 - 3.1.1. Ankieta II Żywienie wcześniaków urodzonych od 32 do 37 t
 - 3.1.2. Ankieta I Warunki karmienia piersią i pokarmem kobiecym noworodków w szpitalach województwa mazowieckiego”.
 - 3.2. Dobre praktyki w opiece laktacyjnej
 - 3.3. Działalność Banku Mleka Kobiecego
4. Promocja karmienia naturalnego
 - 4.1. Narodowy Program Zdrowia
 - 4.2. Szpital Przyjazny Dziecku
 - 4.3. Działalność organizacji pozarządowych
5. Podsumowanie
6. Wnioski do realizacji
7. Wykaz załączników

Wprowadzenie

Niniejsze opracowanie zawiera podstawowe informacje dotyczące sprawowania opieki ginekologiczno - położniczej nad kobietą w ciąży oraz realizacji opieki neonatologicznej nad wcześniakami, a także etiologii, epidemiologii oraz problemów zdrowotnych związanych z przedwczesnym urodzeniem. W raporcie przedstawiono również zagadnienia związane z opieką laktacyjną, sposobem karmienia wcześniaków wynikające z analizy ankiet przeprowadzonych na terenie mazowieckich szpitali jak również z działalności Banku Mleka Kobięcego powstałego na terenie Szpitala Klinicznego im. prof. W. Orłowskiego CMKP w Warszawie. Raport zawiera dane dotyczące funkcjonującej w województwie mazowieckim infrastruktury oraz kadry medycznej sprawującej opiekę nad matką i dzieckiem, a także opisuje działania organizacji pozarządowych wspierające karmienie naturalne.

Raport powstał na podstawie danych z lat 2008-2012 uzyskanych ze sprawozdań gromadzonych na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej oraz analiz własnych Wydziału Zdrowia Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie. Za źródło informacji posłużyły także wyniki ankiet dotyczące sposobu karmienia wcześniaków, przeprowadzone w szpitalach z II i III stopniem referencji w 2012 roku. W raporcie wykorzystano informacje pozyskane z Ministerstwa Zdrowia, Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych oraz od konsultantów wojewódzkich w dziedzinach położnictwa i ginekologii, neonatologii, pediatrii oraz w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego.

1. Kierunki opieki nad matką i dzieckiem w Polsce.

Opieka zdrowotna nad matką i dzieckiem, obejmuje profilaktykę i leczenie we wszystkich etapach życia zarówno matki jak i dziecka. Opieka medyczna dla kobiet w okresie okołoporodowym sprawowana jest przez położną podstawowej opieki zdrowotnej oraz przez lekarza ginekologa.

Wśród kierunków opieki zdrowotnej wyróżniamy:

- Położnictwo - prowadzenie ciąży i porodu; Szkoły Rodzenia;
- Patologię ciąży, która obejmuje prowadzenie ciąż o podwyższonym ryzyku. Konsultacje lekarzy zajmujących się chorobami serca w ciąży, cukrzycą ciężarnych, nadciśnieniem tętniczym w ciąży, zakażeniami tętniczymi w ciąży, zakażeniami w ciąży (toksoplazmoza, opryszczka);
- Diagnostyka prenatalna obejmująca metody nieinwazyjne tzw. program badań prenatalnych;
- Poradnictwo genetyczne obejmujące ocenę ryzyka występowania chorób dziedzicznych;
- Ginekologia obejmuje leczenie stanów zapalnych narządu rodniego;
- Pediatria i neonatologia, wśród których znajduje się opieka nad dziećmi od 0 do 18 roku życia, w tym wizyty patronażowe, bilanse, profilaktyka, zakres szczepień obowiązkowych, wskazania do dalszej opieki specjalistycznej i wykonanie badań diagnostycznych.

W ciągu ostatnich 25 lat z uwagi na ogromny postęp cywilizacyjny systematycznie zaczął wzrastać odsetek dzieci urodzonych przed wyznaczonym terminem.

Neonatologia to dziedzina medycyny zajmująca się opieką nad dzieckiem w okresie noworodkowym, schorzeniami okresu noworodkowego, wadami wrodzonymi, a także najmniejszym dzieckiem, które przychodzi na świat przedwcześnie. Neonatologia zajmuje się także intensywną terapią noworodka, prawidłowym żywieniem, promocją karmienia piersią oraz wczesną profilaktyką zaburzeń rozwoju i chorób cywilizacyjnych. Cechą tej specjalizacji jest prowadzenie działań edukacyjnych, propagowanie zachowań wpływających na prawidłowy rozwój dzieci w najwcześniejszym okresie ich życia. Nieodzowna w neonatologii jest praca zespołowa lekarza, pielęgniarki, położnej, psychologa, rehabilitanta, neurologopedy, fizjoterapeuty i doradcy laktacyjnego.

Ministerstwo Zdrowia na lata 2009-2014 w zakresie opieki nad kobietą w ciąży oraz dla noworodków finansuje dwa programy profilaktyczne:

1. Program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu – jako element poprawy stanu zdrowia płodów i noworodków na lata 2009-2013.
2. Program badań przesiewowych noworodków w Polsce na lata 2009-2014.

Opieka zdrowotna nad kobietą w ciąży, matką oraz noworodkiem regulowana jest przez akty prawne Ministra Zdrowia:

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164 poz. 1027 z póź. zm.);
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2013 r. poz. 1248);
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. 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 2012 r. poz. 1100).

Standardy wymienione w rozporządzeniu zawierają procedury medyczne i określają poszczególne elementy opieki medycznej mającej na celu uzyskanie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu do niezbędnego minimum interwencji medycznych z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa zdrowotnego, których kobiety mają prawo oczekiwać w związku z ciążą, porodem i położeniem oraz wprowadzają obowiązki dla osób sprawujących opiekę nad kobietą w ciąży, rodzącą oraz położnicą i noworodkiem.

W tym zakresie wyróżniamy m.in.:

1. Bezpośrednio po urodzeniu należy umożliwić dziecku nieprzerwany kontakt z matką „skóra do skóry”, który będzie trwał co najmniej dwie godziny po porodzie. W tym czasie należy zachęcać matkę do rozpoznania momentu, kiedy dziecko jest gotowe do ssania piersi, a także obserwować matkę i dziecko, kontrolując cechy dobrego przystawienia i pozycji przy piersi, a w razie potrzeby zaoferować pomoc. Kontakt ten może być przerwany w sytuacji wystąpienia zagrożenia życia lub zdrowia matki lub noworodka, odnotowanego w dokumentacji medycznej.
2. W okresie noworodkowym należy zapewnić warunki prawidłowej laktacji i odżywiania noworodka przez:
 - 1) dostarczenie matce wyczerpujących informacji na temat korzyści i metod karmienia piersią;
 - 2) przeprowadzenie instruktażu matki w zakresie prawidłowego karmienia piersią, uwzględniającego informację, że z wyjątkiem pierwszych 12 godzin życia dziecka, kiedy z powodu obniżonej aktywności dziecka wybudzanie nie musi występować

co 3 godziny, we wczesnym okresie karmienia piersią należy podejmować próby przystawienia noworodka do piersi do kilkunastu razy na dobę na przynajmniej 15 minut do każdej piersi, a jeżeli noworodek nie budzi się, należy go budzić do karmienia po 3–4 godzinach, licząc od początku ostatniego karmienia;

3) zachęcanie matki do przystawiania noworodka do piersi po zaobserwowaniu wczesnych oznak głodu (czuwanie i zwiększona aktywność, poruszanie ustami, odruch szukania);

4) dokonywanie, w okresie pierwszych dni po urodzeniu, podczas karmienia bieżących obserwacji cech dobrego przystawienia i pozycji przy piersi oraz objawów skutecznego i nieskutecznego karmienia. W przypadku stwierdzenia nieskutecznego karmienia piersią, należy zdiagnozować problem i wdrożyć postępowanie zgodnie z aktualną wiedzą na temat laktacji, w celu umożliwienia skutecznego nakarmienia noworodka mlekiem matki z piersi, a jeżeli nie jest to możliwe – odciągniętym mlekiem matki. Należy przy tym uwzględnić prawidłowy dobór metody dokarmiania. Diagnozę i przeprowadzone postępowanie należy odnotować w dokumentacji medycznej;

5) niepodawanie noworodkom karmionym piersią do picia wody, roztworu glukozy oraz niedokarmianie ich sztucznym mlekiem początkowym, jeśli nie wynika to ze wskazań medycznych;

6) niestosowanie w okresie stabilizowania się laktacji (pierwsze 4 tygodnie), smoczków w celu uspokajania noworodka.

Opieka nad kobietą w ciąży to udzielanie świadczeń medycznych przez lekarza i położną poprzez umożliwienie dostępu do badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, ale także podejmowanie działań w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia.

Zadaniem lekarza jest przekazywanie informacji na temat konieczności wykonania dodatkowych badań lekarskich w kierunku takich chorób jak żółtaczka, kiła, toksoplazmoza, cytomegalia, AIDS, cukrzyca oraz badania w kierunku wykrywania wad uwarunkowanych genetycznie. Do programu badań prenatalnych kierowane są kobiety w ciąży powyżej 35 roku życia, obciążone występowaniem chorób genetycznych w rodzinie.

Świadczenia w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób obejmują przede wszystkim edukację w zakresie prozdrowotnego stylu życia kobiety, szczepień ochronnych, zapobiegania zakażeniom HIV oraz chorobom przenoszonym drogą płciową. Świadczenia obejmują także przygotowania do porodu z uwzględnieniem do porodu rodzinnego, poradnictwo w zakresie higieny odżywiania w okresie połogu, w zakresie pielęgnacji i prawidłowego żywienia

noworodka i niemowlęcia do 2 miesiąca życia jak również poradnictwo laktacyjne i promowanie karmienia piersią.

Opieka zdrowotna nad kobietą w ciąży, matką oraz noworodkiem regulowana jest także przez dokumenty o skali międzynarodowej.

W roku 1981 Zgromadzenie Ogólne Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) przyjęło "Międzynarodowy Kodeks Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobiące". Celem Kodeksu jest przyczynianie się do bezpiecznego żywienia niemowląt przez ochronę i promowanie karmienia piersią. W świetle powyższych wskazań, a także biorąc pod uwagę szczególną wrażliwość niemowląt w pierwszych miesiącach życia i niebezpieczeństwa związane z niewłaściwym żywieniem, obejmujące m.in. niepotrzebne lub nieodpowiednie stosowanie produktów zastępujących mleko kobiece, istnieje konieczność szczególnego traktowania marketingu tych produktów, ujawniającego niewłaściwość stosowania w odniesieniu do nich ogólnie przyjętych metod marketingowych.

W roku 1989 ONZ opracowało dokument określający prawa dziecka "Konwencja Praw Dziecka", którą Polska ratyfikowała w 1991 roku. W Konwencji w Art.24 pkt. 2, czytamy min.:

Państwa-Strony będą dążyły do pełnej realizacji tego prawa, a w szczególności podejmą niezbędne kroki w celu:

- a) zmniejszenia śmiertelności wśród noworodków i dzieci;
- b) zapewnienia udzielania koniecznej pomocy oraz opieki zdrowotnej wszystkim dzieciom, ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej;
- d) zapewnienia matkom właściwej opieki zdrowotnej w okresie przed i po urodzeniu dziecka,
- e) zapewnienia, aby wszystkie grupy społeczne, w szczególności rodzice oraz dzieci, były informowane i posiadały dostęp do oświaty oraz otrzymywały wsparcie w korzystaniu z podstawowej wiedzy w zakresie zdrowia dziecka i karmienia, korzyści z karmienia piersią, higieny i warunków zdrowotnych otoczenia, a także zapobiegania wypadkom.

1 sierpnia 1990 Polska i 29 innych krajów podpisało we Florencji dokument zwany Deklaracją Innocenti. Dokument zobowiązuje sygnatariuszy do zapewniania niemowlętom kobiecego pokarmu do 4-6 miesiąca życia.

Deklaracja o ochronie, promowaniu i wspieraniu karmienia piersią wskazuje, że karmienie piersią to jedyny w swoim rodzaju proces, który:

- zapewnia idealne odżywianie niemowląt przyczyniając się do ich zdrowego wzrostu i rozwoju;
- zmniejsza stopień zapadalności na choroby zakaźne i osłabia ich przebieg, redukując przez to zachorowalność i śmiertelność wśród niemowląt;

- ma korzystny wpływ na zdrowie kobiety zmniejszając ryzyko zachorowań na nowotwory piersi i jajników oraz wydłużając okresy pomiędzy ciążami;
- przysparza społecznych i ekonomicznych korzyści zarówno rodzinie jak i całemu narodowi;
- przebiegając w pomyślny sposób daje karmiącym matkom poczucie satysfakcji.

Globalnym celem dla możliwie najlepszego stanu zdrowia matki i dziecka jest umożliwienie wszystkim matkom karmienia wyłącznie piersią od urodzenia do 6 miesiąca życia.

1.1.Etiologia wcześniactwa

Poziom stanu zdrowia społeczeństwa zależy w znacznym stopniu od stanu zdrowia kobiet ciężarnych i stanu zdrowia noworodków. Dane statystyczne charakteryzujące ten problem w Polsce są nadal niezadowalające. Pomimo, że udało się poprawić znacząco rokowania dla noworodków urodzonych z ciąż powikłanych konfliktem serologicznym, zahamowaniem wzrostu wewnątrzmacicznego płodu, cukrzycą u matek czy też niektórymi wadami wrodzonymi, to nie można zredukować odsetka ciąż powikłanych porodem przedwczesnym.

Od roku 1969 prowadzone są badania dotyczące opracowania metod służących do przewidywania i zapobiegania porodom przedwczesnym. W roku 1984 stworzono i opublikowano klasyfikację różnych czynników ryzyka porodu przedwczesnego, wyróżniając dwie grupy: czynniki medyczne i socjalne. W następnych latach opracowano wiele systemów oceny ryzyka występowania porodu przedwczesnego, których celem było wyodrębnienie grupy wysokiego ryzyka i objęcie optymalną opieką przedporodową aby zapobiec przedwczesnemu zakończeniu ciąży.

Czynnikami predysponującymi do wystąpienia porodu przedwczesnego są:

- niski status socjoekonomiczny,
- wiek ciężarnej < 18 roku życia oraz > 40 roku życia,
- niska masa ciała przed ciążą,
- ciąża wielopłodowa,
- poród przedwczesny w wywiadzie,
- przebyte poronienia samoistne lub indukowane,
- choroby przenoszone drogą płciową,
- ciąża wysokiego ryzyka spowodowana chorobami matki: cukrzyca, padaczka,
- nadciśnienie, choroby nerek, wady serca,
- nikotynizm, alkoholizm, narkomania,
- niedostateczna opieka prenatalna.

Na całym świecie urodzenia przedwczesne są najczęstszą przyczyną okołoporodowej zachorowalności i umieralności noworodków. Poród przedwczesny stanowi przyczynę zgonów prawie połowy bo 47%, przed wadami rozwojowymi 24%, chorobami dróg oddechowych 8% oraz chorobami zakaźnymi i pasożytniczymi 8% łącznie z posocznicą i zakażeniami szpitalnymi. Około 30% dzieci urodzonych przed terminem obarczonych jest dodatkowymi problemami zdrowotnymi, co wiąże się z kilkumiesięcznym pobytem na oddziale noworodkowym. Znaczna część dzieci urodzonych przedwcześnie wymaga intensywnej i długotrwałej opieki medycznej oraz różnorodnych interwencji specjalistycznych: hospitalizacji na oddziałach intensywnej terapii noworodka, umieszczenia w inkubatorach i poddawanie terapii oddechowej. Wśród noworodków o masie poniżej 1500g obserwuje się 200 krotne ryzyko zgonu w pierwszym roku życia w porównaniu z noworodkami o masie powyżej 2500g.

Postępy w opiece neonatologicznej zwiększyły szansę na przeżycie noworodków urodzonych przedwcześnie, jednak towarzyszy jej nadal wysokie ryzyko powikłań przewlekłych oraz wzrastająca liczba ciąż wielopłodowych, która ma również wpływ na występowanie porodów przedwczesnych. Z danych Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie położnictwa i ginekologii wynika, że na terenie Mazowsza w latach 2008-2012 najczęstszymi przyczynami porodów przedwczesnych były: cukrzyca matki - 2354 przypadków, cholestaza - 1788, wady wrodzone płodu – 1247, rzucałka - 726, przedwczesne odklejenie łożyska – 339 oraz łożysko przodujące – 307 przypadków.

1.2. Epidemiologia

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) za noworodka przedwcześnie urodzonego uważa się dziecko urodzone po ukończeniu 22 tygodnia ciąży, a przed ukończeniem 37 tygodnia ciąży. W Unii Europejskiej każdego roku przychodzi na świat ponad 500 000 wcześniaków. Odsetek porodów przedwczesnych w 2012 roku w Europie wynosił od 5% do 8% , w Polsce wynosił 5,8% a na Mazowszu 5,3%.

Poniższa tabela przedstawia zestawienie liczby wszystkich urodzeń z liczbą urodzeń przedwczesnych w województwie mazowieckim w latach 2008-2012.

Tabela 1. Liczba urodzeń przedwczesnych w latach 2008-2012 na terenie woj. mazowieckiego.

Rok	Liczba urodzeń ogółem	Liczba urodzeń przedwczesnych	Odsetek urodzeń przedwczesnych
2008	60 982	3 408	5, 5%
2009	62 680	3 771	6, 0%
2010	63 050	3 650	5, 7%
2011	59 683	3 269	5, 4%
2012	60 850	3 278	5, 3%

Źródło: Dane statystyczne zebrane z oddziałów ginekologiczno-położniczych MZ-29

W roku 2009 odsetek urodzeń przedwczesnych w województwie mazowieckim wynosił 6,0%, zaś w roku 2012 zmniejszył się do 5,3%.

W przypadku noworodka donoszonego masa urodzeniowa powinna wynosić 2500 gramów. Dziecko o masie poniżej 2500g zaliczane jest do noworodków o małej masie urodzeniowej, o masie 1500g do bardzo małej masy urodzeniowej, a dziecko ważące mniej niż 1000g do ekstremalnie małej masy urodzeniowej.

Poniższa tabela przedstawia urodzenia żywe według masy ciała w latach 2008-2012 w województwie mazowieckim.

Tabela 2. Noworodki żywo urodzone w latach 2008-2012 wg masy ciała na terenie woj. mazowieckiego.

Rok	do 499g	500g – 999g	1000g - 1499g	1500g – 1999g	2000g – 2499g	2500g – 3999g	4000g i więcej	Razem
2008	47	229	283	688	2 074	48 845	8 094	60 260
2009	64	275	313	667	2 154	51 133	7 624	62 230
2010	46	217	318	639	2 079	51 394	7 909	62 602
2011	29	210	294	669	1 934	48 428	7 535	59 099
2012	25	204	337	674	1 983	49 142	8 199	60 564

Źródło: Roczne sprawozdania MZ-29 za lata 2008-2012

Z danych wynika, że wyraźnie zmalała liczba żywych urodzeń z ekstremalnie małą masą ciała do 500g, zaś liczba dzieci w pozostałych grupach wagowych od roku 2008, utrzymuje się mniej więcej na tym samym poziomie.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 1985 roku odsetek cięć cesarskich nie powinien przekraczać 15% wszystkich porodów. W większości publikacji podkreśla się, że w przypadku, gdy poród przebiega bez powikłań i bez zagrożenia płodu nie ma potrzeby wykonywania cięcia cesarskiego, nie ma ono też wpływu na przebieg okresu noworodkowego i dalsze losy dziecka. Podstawą do podjęcia decyzji o cięciu cesarskim w porodzie przedwczesnym jest wystąpienie dodatkowych czynników wnikających ciążę i poród (np. nieprawidłowe położenie płodu czy objawy zagrażającej zamartwicy).

Stanowisko Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące cięć cesarskich: „Decyzja o chirurgicznym wkroczeniu w jamę brzuszną powinna należeć wyłącznie do lekarza specjalisty ginekologa – położnika, który opierając się na wiedzy, posiadanym doświadczeniu klinicznym oraz dogłębnej analizie indywidualnej sytuacji – wybiera rozwiązanie najbardziej korzystne dla zdrowia i życia pacjentki oraz jej dziecka”.

Jak wynika z przestawionych poniżej danych wzrasta liczba porodów poprzez wykonanie cięcia cesarskiego w Polsce; z 30,5% w roku 2008 do 37,1% w roku 2012, podobna sytuacja występuje w województwie mazowieckim.

Tabela 3. Cięcia cesarskie w latach 2008 – 2012 w Polsce i na terenie woj. mazowieckiego.

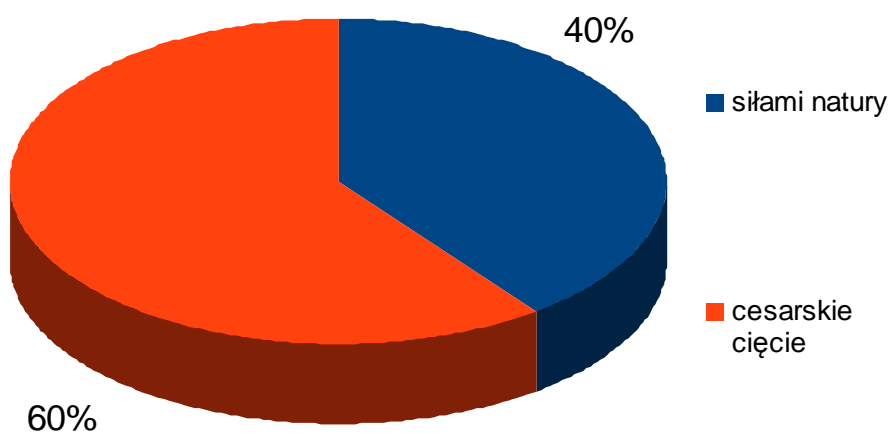
Rok	2008	2009	2010	2011	2012
Polska	30,5%	32,0%	33,9%	35,4%	37,1%
Województwo mazowieckie	30,7%	31,8%	32,4%	33,9%	35,6 %

Źródło: Sprawozdanie MZ-29 za lata 2008-2012

Wynoszący 35,6% ogólny odsetek cięć cesarskich na terenie województwa mazowieckiego w 2012 roku w znacznej mierze może być spowodowany koniecznością szybkiego ukończenia ciąży w każdej sytuacji zagrożenia dobrostanu płodu.

Nie ustalono dotąd rekomendacji dotyczących najkorzystniejszej drogi porodu dla dzieci urodzonych przedwcześnie.

Poniższa rycina pokazuje odsetek porodów drogami natury oraz za pomocą cięcia cesarskiego wykonanych u ankietowanych pacjentek rodzących przedwcześnie na terenie 22 oddziałów szpitalnych z III i II stopniem referencji w okresie od października do grudnia 2012 roku.



Ryc. 1. Porody drogami natury i cięcia cesarskie w przypadku porodu przedwczesnego na podstawie ankiet „Żywienie wcześniaków urodzonych od 32 do 37 t.c.”

Odsetek porodów drogą cięcia cesarskiego w przypadku porodów przedwczesnych wyniósł 60%, zaś drogami natury 40%.

Z badań przeprowadzonych na terenie szpitala ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie na oddziale III stopnia referencji przez Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie neonatologii wynika, że 70% odsetek cięć cesarskich u noworodków o skrajnej niedojrzałości < 750 gramów skutkuje lepszą przeżywalnością ale nie ma wpływu na odsetek zaburzeń przyszłego rozwoju. Wzrastająca liczba cięć cesarskich w znacznej mierze może być także spowodowana powikłaniami w okresie ciąży lub przed ciążą i może być zalecana z powodu następujących schorzeń: cukrzycy ciążowej, cholestazy ciążowej, chorób układu krążenia matki, infekcji wewnątrzmacicznych, stanów przedrzucawkowych i rzucawek, zakażeń nerek lub z powodu niedokrwistości i innych.

1.3. Zadania położnej i pielęgniarki – wykaz świadczeń gwarantowanych.

Zadania pielęgniarki i położnej określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej z dnia 24 września 2013 r. (Dz. U. z 2013 r. poz. 1248).

Zadania położnej POZ:

Położna POZ sprawuje kompleksową pielęgnacyjną opiekę położniczą i ginekologiczną nad kobietą oraz opiekę neonatologiczną nad noworodkiem.

Położna prowadzi także edukację kobiet w ciąży, w tym kobiet w ciąży wysokiego ryzyka, przygotowuje kobiety do porodu od 21 tygodnia ciąży do terminu rozwiązania. Po porodzie położna opiekuje się kobietą w czasie porodu do 42 dnia po porodzie oraz noworodkiem do 6 tygodnia życia.

Wykaz świadczeń gwarantowanych położnej podstawowej opieki zdrowotnej obejmuje wizyty realizowane w warunkach ambulatoryjnych, wizyty realizowane w domu świadczeniobiorcy, wizyty patronażowe oraz wizyty profilaktyczne.

Świadczenia gwarantowane położnej podstawowej opieki zdrowotnej są realizowane z zachowaniem następujących warunków:

1. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń położnej POZ od poniedziałku do piątku, w godzinach od 8.00 do 18.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy;
2. W przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia świadczeniobiorcy, świadczenie jest udzielane w dniu zgłoszenia;
3. W pozostałych przypadkach wynikających z zakresu zadań położnej POZ, świadczenia są udzielane w terminie uzgodnionym ze świadczeniobiorcą;

4. Świadczenia lecznicze realizowane na podstawie zlecenia lekarskiego, są wykonywane zgodnie z terminami określonymi w treści zlecenia lub skierowania.

Warunki realizacji wizyt patronażowych:

<p>0-4 doba życia</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. W przypadku porodu fizjologicznego prowadzonego samodzielnie przez położną <ul style="list-style-type: none"> - badanie przedmiotowe dziecka, z uwzględnieniem oceny stanu ogólnego bezpośrednio po urodzeniu według skali Apgar. 2. Wprowadzenie postępowania umożliwiającego tworzenie więzi matki z dzieckiem i prawidłowe rozpoczęcie karmienia piersią. 3. Wykonanie pomiarów masy i długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej. 4. Profilaktyka zakażeń przedniego odcinka oka.
<p>1-6 tydzień życia</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wizyty patronażowe położnej, co najmniej 4, mające na celu: opiekę nad noworodkiem lub niemowlęciem, w tym: <ol style="list-style-type: none"> a) obserwację i ocenę rozwoju fizycznego w zakresie: adaptacji do środowiska zewnętrznego, stanu skóry i błon śluzowych, pępka, wydaliny, wydzieliny, rozwoju psychoruchowego, funkcjonowania narządów zmysłów, b) ocenę odruchów noworodka, sposobu oraz technik karmienia, c) wykrywanie objawów patologicznych, d) ocenę relacji rodziny z noworodkiem, 2) prowadzenie edukacji zdrowotnej i udzielanie porad w zakresie: pielęgnacji noworodka, karmienia piersią, szczepień ochronnych badań profilaktycznych, opieki medycznej, socjalnej oraz w zakresie laktacji, kontroli płodności, samoopieki: 3) promowanie zachowań prozdrowotnych rodziców; 4) identyfikowanie czynników ryzyka w rodzinie; 5) formułowanie diagnozy i ustalanie hierarchii podejmowanych działań; <p>2. Po zakończeniu wizyt patronażowych położna przekazuje opiekę nad niemowlęciem pielęgniarce POZ.</p>

Zródło: Załącznik nr 3. Wykaz świadczeń gwarantowanych położnej podstawowej opieki zdrowotnej oraz warunki ich realizacji.

Pierwsza wizyta patronażowa powinna odbywać się nie później niż 48 godzin po opuszczeniu szpitala przez matkę i dziecko. Głównym celem wizyty patronażowej jest udzielenie pomocy i wsparcia rodzinie, znajdującej się w nowej sytuacji. Zgodnie z prawem położna wizytuje

rodzinę od 4 do 6 razy i każda wizyta jest refundowana przez NFZ. Położna opiekuje się dzieckiem do 2 miesiąca życia, zaś do ukończenia przez dziecko 1 roku życia opiekę sprawuje pielęgniarka środowiskowa (rodzinna).

Zadania pielęgniarki POZ:

1. Świadczenia gwarantowane pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej obejmują:
 - 1) wizytę realizowaną w warunkach ambulatoryjnych;
 - 2) wizytę realizowaną w domu świadczeniobiorcy;
 - 3) wizytę patronażową;
 - 4) świadczenia w ramach profilaktyki gruźlicy;
 - 5) testy przesiewowe mające na celu monitorowanie rozwoju dziecka oraz wykrywanie odchyleń od normy rozwojowej.
2. Świadczenia gwarantowane pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej są realizowane z zachowaniem następujących warunków:
 - 1) świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej od poniedziałku do piątku, w godzinach od 8.00 do 18.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy;
 - 2) w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia świadczeniobiorcy, świadczenie pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej jest udzielane w dniu zgłoszenia;
 - 3) w pozostałych przypadkach wynikających z zakresu zadań pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej są udzielane w terminie uzgodnionym ze świadczeniobiorcą;
 - 4) świadczenia lecznicze realizowane na podstawie zlecenia lekarskiego są udzielane zgodnie z terminami określonymi w treści zlecenia lub skierowania.
3. Świadczenia pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej realizowane w domu świadczeniobiorcy. Realizacja świadczeń odbywa się zgodnie z ustalonym dla świadczeniobiorcy indywidualnym planem opieki.

Warunki realizacji wizyt patronażowych oraz testów przesiewowych:

0-6 miesiąc życia (w terminach odpowiadających szczepieniom ochronnym)	1. Wykrywanie zaburzeń rozwoju fizycznego - pomiary: masy i długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej. 2. Podstawowa ocena rozwoju psychomotorycznego. 3. Orientacyjne badanie wzroku.
3-4 miesiąc życia	Wizyta patronażowa pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej mająca na celu: 1. przeprowadzenie instruktażu w zakresie pielęgnacji niemowlęcia, w tym karmienia piersią, pielęgnacji jamy ustnej; 2. w razie stwierdzenia nieprawidłowości – rozpoznanie problemów zdrowotnych i społecznych rodziny.

9 miesiąc życia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wykrywanie zaburzeń rozwoju fizycznego - pomiary: masy i długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej, 2. Orientacyjna ocena rozwoju psychomotorycznego, 3. Wizyta patronażowa pielęgniarki w przypadku gdy w czasie poprzedniej wizyty stwierdzono zaburzenia stanu zdrowia dziecka.
12 miesiąc życia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wykrywanie zaburzeń rozwoju fizycznego – pomiary masy i długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej, 2. Orientacyjna ocena rozwoju psychomotorycznego, 3. Orientacyjne badanie wzroku i słuchu, 4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi, 5. Instruktaż w zakresie higieny jamy ustnej.
2 lata	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wykrywanie zaburzeń rozwoju fizycznego – pomiary masy i długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej, 2. Orientacyjna ocena rozwoju psychomotorycznego, 3. Orientacyjne badanie słuchu, 4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi, 5. Test Hirschberga w kierunku wykrywania zęza.
4 lata	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wykrywanie zaburzeń rozwoju fizycznego – pomiary wzrostu i masy ciała 2. Orientacyjne wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku i uszkodzeń słuchu, 3. Orientacyjne wykrywanie zaburzeń statyki ciała, 4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.
5 lat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientacyjne wykrywanie zaburzeń rozwoju fizycznego 2. Orientacyjna ocena rozwoju psychomotorycznego, 3. Orientacyjne wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku i uszkodzeń słuchu 4. Orientacyjne wykrywanie zaburzeń statyki ciała, 5. Orientacyjne wykrywanie zaburzeń wad wymowy 6. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.

Źródło: Załącznik nr 2. Wykaz świadczeń gwarantowanych pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz warunki ich realizacji.

Obowiązujący Standard Opieki Okołoporodowej dotyczący noworodka urodzonego w terminie zakłada nie mniej niż 4 wizyty patronażowe położnej do 6 tygodnia życia dziecka. Brak standardu opieki dla noworodków przedwcześnie urodzonych powoduje, iż znaczna część wizyt patronażowych nie może się odbyć w ustalonym terminie, ponieważ wcześniak przebywa na oddziale neonatologicznym czasami nawet do 3-4 miesięcy.

W ramach podstawowej opieki zdrowotnej liczba wizyt patronażowych pielęgniarek i położnych przedstawia się następująco:

Tabela 4. Liczba dzieci i wizyt patronażowych pielęgniarek położnych w latach 2008-2012.

Rok	Liczba dzieci	Zrealizowana liczba wizyt	Szacunkowa liczba wizyt (4 wizyty)
2008	60 413	116 079	241 652
2009	60 527	129 242	242 108
2010	60 913	126 486	243 652
2011	57 646	136 137	230 584
2012	59 005	114 748	236 020

Zródło: Sprawozdanie MZ-11 za lata 2008-2012.

Powyższa tabela przedstawia zależność pomiędzy liczbą dzieci, u których powinna się odbyć wizyta, liczbą zrealizowanych wizyt, a szacunkową liczbą wizyt patronażowych. Biorąc pod uwagę liczbę zrealizowanych wizyt oraz szacunkową liczbę wizyt patronażowych, można wnioskować, że w stosunku do liczby dzieci liczba wykazanych wizyt w sprawozdaniach jest zbyt niska.

W 2009 roku pod kierunkiem Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie neonatologii w Klinice Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka WUM w Warszawie zostały przeprowadzone badania ankietowe wśród 30 rodzin dzieci z masą ciała $\leq 1000g$, które dotyczyły oceny organizacji opieki, dostosowanie jej do potrzeb dziecka i jego rodziny, a także dostępności do placówek specjalistycznych oraz skoordynowane wszystkich działań leczniczo-rehabilitacyjnych. Badania wykazały, iż proces opieki nad dzieckiem urodzonym z małą masą ciała jest wielodyscyplinarny i jednocześnie nieskoordynowany. Wizyta patronażowa nie odbyła się u ponad 43% analizowanych rodzin, a u 60% odbyła się po 14 dniu pobytu w domu. Ponad 60% rodzin wskazywało na potrzebę powołania koordynatora, który zajmowałby się sprawami organizacyjnymi związanymi z kompleksową oceną i leczeniem dziecka przedwcześnie urodzonego.¹ Według zaleceń lekarzy neonatologów pierwsza wizyta patronażowa powinna się odbyć w następnym dniu po wypisaniu ze szpitala. Wyniki badań potwierdzają, iż utworzenie systemu kompleksowej opieki nad wcześniakami, przyczyniłoby się także do uregulowania systemu wizyt patronażowych.

Osobą sprawującą opiekę nad kobietą w ciąży może być: lekarz specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii, lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie położnictwa i ginekologii, lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub

¹ „Ocena jakości opieki nad noworodkiem urodzonym z małą masą ciała po wypisie z oddziału neonatologicznego” zostały opublikowane w *Family Medicine & Primary Care Review* 2009, 11, 4.

położna. Podczas opieki osoba sprawująca opiekę nad ciężarną ustala plan opieki oraz plan porodu, który obejmuje wszystkie procedury medyczne związane z opieką przedporodową wraz z określeniem czasu ich wykonania.

Liczbę porad udzielonych kobietom w ciąży w latach 2008-2012 w woj. mazowieckim przedstawia poniższa tabela.

Tabela 5. Liczba porad udzielonych kobietom w ciąży w latach 2008 – 2012 w woj. mazowieckim.

Rok	Liczba porad udzielonych kobietom w ciąży
2008	357 672
2009	537 476
2010	350 883
2011	314 712
2012	246 907

Zródło: Sprawozdania MZ-12 za lata 2008 – 2012

Od roku 2012 realizowane są przez Mazowiecki Urząd Wojewódzki kontrole problemowe w zakresie zapewnienia świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu w poradniach dla kobiet (realizacja rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu i opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2012 r. poz.1100).

W trakcie kontroli oceniana jest baza lokalowa poradni, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, obsada kadrowa, organizacja czasu pracy poradni, działania w zakresie promocji zdrowia, udostępnienie informacji o prawach pacjenta oraz o wysokości opłat za świadczenia nie finansowane ze środków publicznych, opieka nad kobietą w ciąży, dokumentację medyczną, zlecenie i wykonanie wybranych badań diagnostycznych, identyfikacja ciąż wysokiego ryzyka, świadczenia zdrowotne w okresie porodu, opieka patronażowa nad położnicą i noworodkiem w miejscu zamieszkania albo pobytu. Pracownicy przeprowadzają kontrolę m.in. w oparciu o dokumentację medyczną dotyczącą wybranej liczby pacjentek z udokumentowanym zakończeniem ciąży - porodem.

W latach 2012-2013 przeprowadzono kontrole na terenie 74 podmiotów leczniczych w zakresie zapewnienia świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w ciąży, porodu w poradniach dla kobiet. Łącznie przeanalizowano 2871 kart historii zdrowia i choroby kobiet ciężarnych. W trakcie kontroli zwracano

szczególną uwagę na wykonanie pełnego katalogu badań diagnostycznych, o których mowa w części II załącznika do rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej. Pełnego katalogu badań diagnostycznych nie wykonano w 53 poradniach (71,6%). Drugi istotny obszar kontroli dotyczył sporządzania planu opieki przedporodowej dla kobiet ciężarnych objętych opieką okołoporodową, zgodnie z wymogiem określonym w części IV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej. Planu opieki przedporodowej i planu porodu nie sporządzały 34 poradnie (45,9%). Ważnym elementem kontroli było przeanalizowanie przeprowadzanych przez położną wizyt patronażowych w ciągu 48 godzin od otrzymania zgłoszenia o urodzeniu dziecka (nie mniej niż 4 wizyty patronażowe) w miejscu zamieszkania albo pobytu położnicy i jej dziecka, co zawarte jest w ust. 8 części XIV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej. W 4 podmiotach były nieprawidłowości w zakresie liczby i terminowości realizowania wizyt patronażowych.

W roku 2012 skontrolowano 45 poradni dla kobiet, analizie poddano 1766 kart zdrowia kobiet ciężarnych. Wyniki kontroli pokazały, że 32 poradnie (71,1%) nie wykonały pełnego katalogu badań diagnostycznych w tym: badań w kierunku HIV nie przeprowadzono u 786 (44,5%) kobiet, w kierunku HCV u 902 (51,1%) kobiet. W 16 poradniach (35,5%) nie sporządzano planów opieki a 2 poradnie nie realizowały właściwej liczby i terminowo wizyt patronażowych.

W roku 2013 skontrolowano 29 poradni, analizie poddano 1105 kart zdrowia kobiet ciężarnych. Wyniki kontroli wskazały na nie wykonanie pełnego katalogu badań diagnostycznych w przypadku 21 poradni (72,4%) w tym: badań w kierunku HIV nie wykonano u 464 (42%) kobiet, zaś w kierunku HCV u 505 (45,7%) kobiet. W 18 poradniach (62,0%) nie sporządzano planów opieki a w przypadku 2 poradnie nie realizowały właściwej liczby i terminowo wizyt patronażowych.

Wojewoda Mazowiecki zobowiązuje w wystąpieniach pokontrolnych podmioty lecznicze do:

1. Wykonywania u wszystkich kobiet w okresie ciąży pełnego katalogu zalecanych badań diagnostycznych, zgodnie z normą ustaloną w części II załącznika do rozporządzenia w sprawie opieki okołoporodowej;
2. Ustalania planów opieki okołoporodowej ciężarnych objętych opieką okołoporodową zgodnie z wymogiem określonym w części IV;
3. Wykonywania przez położną pierwszej wizyty patronażowej nie później niż w ciągu 48 godzin od otrzymania zgłoszenia o urodzeniu dziecka oraz nie mniej niż 4 wizyt w miejscu zamieszkania położnicy i jej dziecka zgodnie z wymogami określonymi w ust. 8 części XIV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej.

2. Opieka zdrowotna nad noworodkami urodzonymi przedwcześnie.

Z informacji Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie neonatologii wynika, że noworodki urodzone przedwcześnie charakteryzują się znacznie gorszym stanem pourodzeniowym niż noworodki urodzone o czasie. Około 30% dzieci urodzonych przed terminem obarczonych jest dodatkowymi problemami zdrowotnymi.

Przedwczesne narodziny wiążą się z kilkumiesięcznym pobytem na oddziale noworodkowym, z czego znaczna część wymaga intensywnej, często długotrwałej opieki medycznej oraz różnorodnych interwencji specjalistycznych: pielęgnacji w inkubatorze, leczenie na oddziałach intensywnej terapii, stosowania różnych metod terapii oraz karmienia enteralnego (dojelitowo). Noworodki, które ukończyły 34 tydzień dobrze koordynują funkcję ssania i połykania i mogą być karmione piersią. Noworodki z masą ciała mniejszą niż 1500g mają trudności w ssaniu ale po ustabilizowaniu oddechu mogą być przystawiane do piersi w celu stymulacji laktacji oraz nauki ssania. Dlatego warunkiem powodzenia w karmieniu piersią wcześniaków jest pobyt matki wraz z dzieckiem na oddziale.

Żywienie enteralne i karmienie noworodków urodzonych przedwcześnie zwłaszcza tych z masą ciała poniżej 1000g jest stale dużym wyzwaniem współczesnej neonatologii. W sytuacji karmienia enteralnego pozyskiwanie mleka własnej matki lub mleka kobiecego z uwagi na prozdrowotne jego właściwości ma największe znaczenie.

Z informacji przekazanych przez Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w roku 2012 udzielono ogółem 26 477 świadczeń w zakresie neonatologii. Natomiast szczegółowe dane dotyczące hospitalizacji noworodków o dojrzałości poniżej 28 tygodnia oraz pomiędzy 28 do 37 tygodnia ciąży w poszczególnych jednorodnych grupach pacjentów (JGP) w zależności od rozpoznania przedstawia poniższa tabela.

Tabela 6. Leczenie szpitalne wcześniaków w grupach w zależności od rozpoznania w 2012r.

Grupa	P07.0	P07.1	P07.2	P07.3	Razem
N 21	19	3	95	78	195
N 22	19	36	141	742	938
N23	2	103	33	1 765	1 903
Ogółem	40	142	269	2 585	3 036

Źródło: Dane z Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ za 2012 r.

N21 – ciężka patologia noworodka,

N22 – noworodek wymagającej intensywnej terapii,

N23 – noworodek wymagający intensywnej opieki,

P07.0 – skrajnie niska masa ciała,

P07.1 – inna niska masa ciała,

P07.2 – skrajnie wcześniactwo (czas trwania ciąży poniżej 28 tygodni),

P07.3 – inne przypadki wcześniactwa (czas trwania ciąży pomiędzy 28-37 tygodni).

Z danych przedstawionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia wynika, że w roku 2012 hospitalizowanych było ogółem 3036 noworodków przedwcześnie urodzonych wymagających intensywnego leczenia.

W leczeniu zespołów klinicznych u noworodków urodzonych przedwcześnie stosuje się następujące, wyznaczone kody jednorodnych grup pacjentów JGP:

N21. Ciężka patologia noworodka uwzględniająca jako priorytetowe takie procedury jak: podawanie surfaktantu, leczenie chirurgiczne przewodu tętniczego czy leczenie inhalacyjnym tlenkiem azotu. Warunkiem kwalifikacji do tej grupy jest pobyt noworodka ponad 30 dni w oddziale noworodkowym. Patologia tego typu dotyczy najczęściej noworodków < 1000g.

N22. Noworodek wymagający intensywnej terapii. Jest to bardzo duża grupa pacjentów w leczeniu, której stosuje się między innymi takie procedury jak: leczenie surfaktantem, sztuczna wentylacja i inne formy wspomagania oddechu, cewnikowanie naczyń pępkowych i przezskórne cewnikowanie naczyń żylnych, podawanie katecholamin, leczenie zespołów ucieczek powietrza, leczenie niewydolności nerek, leczenie retinopatii wcześniaków. Patologia kwalifikowana do tej grupy dotyczy najczęściej noworodków z masą ciała < 1500 g

N23. Noworodek wymagający intensywnej opieki. Jest to największa grupa noworodków urodzonych przedwcześnie, dla której zarezerwowana jest taka patologia jak: tlenoterapia cewnikowanie naczyń, monitorowanie biofizyczne i biochemiczne, żywienie pozajelitowe, enteralne oraz obserwacja noworodka w inkubatorze.

Konsultant Wojewódzki w dziedzinie neonatologii dokonał obliczeń kosztów w oparciu o dane z oddziału neonatologii III stopnia referencji Szpitala ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie hospitalizującego największą grupę noworodków z ekstremalnie małą i bardzo małą masą ciała.

Poniżej przedstawiamy dane dotyczące leczenia szpitalnego w grupach JGP w zależności od rozpoznania; średni koszt leczenia noworodków z małą (< 2500g) z bardzo małą (< 1500g) i ekstremalnie małą masą ciała (< 1000g) oraz średni czas hospitalizacji.

Tabela 7. Koszty leczenia noworodków z małą, bardzo małą i ekstremalnie małą masą ciała.

Parametr	< 1000g	1001-1500g	1501-2500g
Średni koszt leczenia wszystkich noworodków	30 538,89 zł	41 591,17 zł	24 692,34
Średni koszt leczenia noworodków, które przeżyły	50 478,51 zł	43 348,80 zł	25 556,83
Średni czas leczenia wszystkich noworodków	39,09 dni	54,43 dni	38,42 zł
Średni czas leczenia noworodków, które przeżyły	71,78 dni	57,47 dni	40,17 zł

Źródło: Opracowanie Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie neonatologii na podstawie danych MOW NFZ za 2012 r. i danych szpitalnych

Na przykładzie leczenia noworodków z ekstremalnie małą masą ciała < 1000g stwierdza się, że występuje znaczna różnica kosztów leczenia w tej grupie z zależności od dzieci, które przeżyły w stosunku do średnich kosztów noworodków z tą masą ciała, a także różnice czasu hospitalizacji wskazują na :

- występowanie znacznej różnicy kosztów leczenia noworodków, które przeżyły w stosunku do średnich kosztów noworodków z daną masą ciała, a także różnice czasu hospitalizacji;
- ogólne bardzo wysokie koszty noworodków związane są z wysoką zachorowalnością w tej grupie dzieci i z długim czasem hospitalizacji dzieci, które przeżywają;
- umieralność skrajnie niedojrzałych noworodków głównie w pierwszych dniach czy godzinach życia związana jest z ciężką patologią przebiegu ciąży doprowadzającą do porodu przedwczesnego przed 28 t.c.;
- noworodki, które przeżyły przebywają w oddziałach neonatologicznych III stopnia średnio ponad 2 miesiące a dzieci z masą ciała < 750g zwykle około 4 miesięcy;
- brak różnic w średnich kosztach leczenia i czasu hospitalizacji w grupach noworodków z masą ciała 1001-1500g i 1501-2500g, co może świadczyć o pojedynczych zgonach noworodków w tej grupie, ale także o około 2 miesięcznym pobycie na oddziale noworodkowym co dowodzi dużej zachorowalności w tej grupie dzieci.

Z danych statystycznych wynika, że w Polsce współczynnik umieralności okołoporodowej w 2012 roku wyniósł średnio 5,65 promili. Poniższa tabela przedstawia umieralność okołoporodową noworodków > 500g. wg województw w latach 2008-2012.

Tabela 8. Umieralność okołoporodowa noworodków > 500g. wg województw w latach 2008-2012.

Lp.	Województwo	2008	2009	2010	2011	2012
	Polska	6,42	6,17	6,00	5,8	5,65
1	Dolnośląskie	7,44	7,05	6,85	6,08	6,05
2	Kujawsko-pomorskie	6,36	6,28	6,04	7,48	5,5
3	Lubelskie	5,99	6,26	5,20	4,37	4,83
4	Lubuskie	6,06	5,81	7,13	5,36	6,60
5	Łódzkie	8,07	8,34	7,03	7,66	7,18
6	Małopolskie	5,46	4,77	4,77	4,73	5,09
7	Mazowieckie	6,15	6,37	6,01	5,65	6,05
8	Opolskie	7,07	6,43	5,72	5,00	6,5
9	Podkarpackie	6,00	4,99	6,11	6,34	5,56
10	Podlaskie	6,32	5,21	5,10	5,69	4,33
11	Pomorskie	6,89	6,33	6,34	6,50	5,66
12	Śląskie	6,42	6,03	5,62	5,54	5,37
13	Świętokrzyskie	4,71	5,19	6,93	4,73	5,03
14	Warmińsko-mazurskie	5,97	5,21	4,80	4,60	5,35
15	Wielkopolskie	6,72	6,68	5,78	5,82	5,44
16	Zachodniopomorskie	6,54	6,25	6,27	6,58	5,63

Źródło: Sprawozdanie MZ-29 za lata 2008-2012.

Na terenie województwa mazowieckiego umieralność noworodków > 500g w ciągu ostatnich 5 lat spada. Z informacji Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie neonatologii wynika, że umieralność noworodków na Mazowszu dotyczy głównie noworodków z ekstremalnie małą masą ciała (najwięcej niemowląt umiera w pierwszych czterech tygodniach życia) oraz noworodków donoszonych z wadami rozwojowymi.

2.1. Infrastruktura i kadra

W Polsce funkcjonuje model opieki perinatalnej dzielący się na trzy poziomy referencyjne:

- I poziom referencji to opieka nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem i położeniem oraz zdrowym noworodkiem, a także zapewnienie krótkotrwałej opieki nad niespodziewanie występującą patologią;
- II poziom referencji to opieka nad patologią ciąży i patologią noworodka – średniego stopnia;
- III poziom referencji znajduje się w klinikach neonatologicznych – leczenie najcięższej patologii ciąży, intensywne leczenie i noworodki < 1000g.

W zakresie położnictwo i ginekologia świadczenia lecznicze na terenie województwa mazowieckiego (stan na dzień 31.12.2013 r.) udzielane były przez 53 podmioty lecznicze z ogólną liczbą łóżek - 2168. Kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia posiadało 49 podmiotów z liczbą łóżek - 2124.

Podmioty lecznicze z oddziałami ginekologiczno-położniczymi według poziomów referencyjnych, posiadające kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia:

- 8 podmiotów leczniczych – III poziom referencji - 483 łóżka;
- 14 podmiotów leczniczych – II poziom referencji - 711 łóżek;
- 27 podmiotów leczniczych – I poziom referencji - 930 łóżek.

Ogólna liczba stanowisk porodowych wynosiła łącznie 192, w tym 124 stanowiska do porodów rodzinnych.

Świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie położnictwo i ginekologia na terenie woj. mazowieckiego udziela 1100 poradni: położniczo-ginekologicznych, ginekologicznych, patologii ciąży oraz poradni ginekologicznych dla dziewcząt.

Na terenie województwa funkcjonują 52 podmioty lecznicze z oddziałami neonatologicznymi z liczbą łóżek - 1327, z czego 50 posiada kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia z liczbą łóżek 1311.

Podmioty lecznicze z oddziałami neonatologicznymi według poziomów referencyjnych, posiadające kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia:

- 10 podmiotów leczniczych - III poziom referencji - 453 łóżka;
- 13 podmiotów leczniczych – II poziom referencji - 370 łóżek;
- 27 podmiotów leczniczych – I poziom referencji - 488 łóżek.

W województwie mazowieckim funkcjonują 34 poradnie neonatologiczne, w których lekarze neonatolodzy i pediatrizy dokonują okresowych kontroli stanu zdrowia i oceniają postępy rozwojowe noworodków do 12 miesiąca życia, w tym wcześniaków monitorują i rejestrują na bieżąco parametry rozwoju dziecka oraz kierują do lekarzy specjalistów.

Noworodki urodzone przedwcześnie po wypisie ze szpitala wymagają szczególnej specjalistycznej opieki, gdyż są bardziej narażone na choroby układu oddechowego, ośrodkowego układu nerwowego, chorób serca i oczu, a także wymagają konsultacji psychologa, neurologopedy czy fizjoterapeuty.

Liczbę wybranej kadry zatrudnionej w podmiotach leczniczych na terenie województwa mazowieckiego w ostatnich pięciu latach przedstawia poniższa tabela.

Tabela 9. Liczba lekarzy, pielęgniarek i położnych zatrudnionych na terenie woj. mazowieckiego.

Wyszczególnienie	2008	2009	2010	2011	2012
Lekarze pediatrizy z I i II stopniem specjalizacji	832	763	802	826	843
Lekarze neonatolodzy	123	120	137	131	152
Lekarze o specjalności ginekolog- położnik	589	528	633	652	685
Pielęgniarki	24 637	25 799	23 190	23 578	27 660
Położne	2 659	3 046	2 467	2 516	2 984

Źródło: Roczne sprawozdania MZ-88 i MZ-89 za lata 2008-2012.

W dziedzinie położnictwa i ginekologii specjalizuje się 218 lekarzy, w dziedzinie pediatrii 363 lekarzy, zaś w dziedzinie neonatologii 53 lekarzy (stan na 31.12.2013 r.).

W zakresie priorytetowych dziedzin medycyny znajdują się neonatologia i pediatria. Od roku 2013 roku zostały wprowadzone nowe specjalizacje pediatryczne: choroby płuc dzieci, endokrynologia i diabetologia dziecięca, gastroenterologia dziecięca, nefrologia dziecięca oraz pediatria metaboliczna. Podmiotowe specjalizacje wprowadzono w systemie modułowym w celu dopasowania polskiego systemu do standardów europejskich, co pozwoli na wykształcenie większej liczby lekarzy w zakresie tych specjalizacji.

Liczba pielęgniarek zatrudnionych w podmiotach leczniczych na terenie województwa wzrasta; w roku 2008 było zatrudnionych 24 637, a w roku 2012 liczba pielęgniarek wzrosła do 27 660. Wzrosła również liczba zatrudnionych położnych z 2659 w roku 2008 do 2984 w roku 2012. Kształcenie przeddyplomowe dla pielęgniarek i położnych odbywa się w ramach 3 letnich studiów uniwersyteckich i kończy się uzyskaniem licencjata położnictwa. W zakres kształcenia praktycznego wchodzi elementy laktacji i karmienia piersią, położnictwo i opieka położnicza oraz neonatologia i opieka neonatologiczna.

W zakresie kształcenia szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z art. 10c ust. 3 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r., o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2009 r. Nr 151, poz. 1217 i Nr 219, poz. 1706), ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę, położną specjalistycznych kwalifikacji w określonej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia oraz tytuł specjalisty w danej dziedzinie.

Wybrane specjalizacje pielęgniarek i położnych na Mazowszu (stan na 31.12.2013.):

- specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego – 141 osób;
- specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego – 28 osób;
- specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego – 110 osób;
- specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego – 39.

Z informacji uzyskanych z Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych wynika, że wg stanu na 31.12.2013 r. szkolenia specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego, ginekologicznego, pediatrycznego oraz neonatologicznego realizowało:

- 25 osób w dziedzinie pielęgniarstwo położnicze dla położnych;
- 49 osób w dziedzinie pielęgniarstwo ginekologiczne dla położnych;
- 58 osób w dziedzinie pielęgniarstwo pediatryczne dla pielęgniarek;
- 22 osoby w dziedzinie pielęgniarstwo neonatologiczne dla pielęgniarek.

Kształcenie w zakresie opieki nad matką i noworodkiem może odbywać się także poprzez kursy specjalistyczne, które zgodnie z ustawą z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z póź. zm.) mają na celu uzyskanie przez pielęgniarkę/położną wiedzy i umiejętności do wykonywania określonych czynności zawodowych przy udzielaniu świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych lub rehabilitacyjnych. Celem kształcenia jest – położna, edukator do spraw laktacji. Obejmuje specjalistyczną opiekę nad kobietą i jej dzieckiem w okresie przygotowania, rozpoczęcia i trwania karmienia piersią.

Certyfikat Doradcy Laktacyjnego powstał w 2006 roku po nieudanej próbie rejestracji zawodu Konsultanta Laktacyjnego jako rozwiązanie kompromisowe zaproponowane przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie neonatologii. Doradca laktacyjny to osoba, która została przeszkolona w zakresie wiedzy medycznej i psychologicznej dotyczącej umiejętności do profesjonalnego i odpowiedzialnego prowadzenia poradnictwa laktacyjnego. Doradcy laktacyjni mają za zadanie korzystanie z nauki o laktacji zgodnej z aktualnymi światowymi standardami, prowadzenie dokumentacji porad laktacyjnych oraz kierowanie się specjalnym Kodeksem Etycznym i Zawodowym. Aktualnie tytuł Certyfikowanego Doradcy Laktacyjnego posiada 231 osób. W województwie mazowieckim w 10 podmiotach leczniczych na stanowisku Edukatora ds. laktacji zatrudnionych jest 18 osób.

2.2. Problemy zdrowotne wcześniaków

Z wieloletniej praktyki Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie neonatologii wynika, że wcześniactwo pociąga za sobą zwiększoną zachorowalność, jest przyczyną zaburzeń rozwoju i najczęstszą przyczyną umieralności niemowląt. Największe ryzyko jest u noworodków urodzonych przed 32 tygodniem ciąży, a szczególnie przed 28 tygodniem.

Obecnie w dobrych wysoko specjalistycznych ośrodkach w Polsce noworodki z masą ciała pomiędzy 750 a 1000 gramów cechują się średnią przeżywalnością zdecydowanie powyżej 90 proc. W przypadku wcześniaków ważących 500-750 gramów odsetki są znacznie niższe

od 1-5% dla masy 500g. (co odpowiada najczęściej 23 tygodniowi ciąży) do 50-75% w przypadku masy ok. 750 g (25 tydzień ciąży). Szanse na prawidłowy rozwój zależą nie tylko od stopnia niedojrzałości biologicznej danego wcześniaka, nie zawsze tożsamej z wiekiem ciążowym. Istotne znaczenie mają także: przebieg ciąży, przyczyny porodu przedwczesnego, stan w jakim rodzi się dziecko.

Noworodek urodzony przedwcześnie z nieprawidłowo przebiegającej ciąży czy patologicznego porodu jest narażony na znacznie większą zachorowalność w okresie noworodkowym i jest obciążony gorszym rokowaniem. Podobnie noworodek, który urodził się na skutek zakażenia wewnątrzmacicznego, procesu zapalnego toczącego się w drogach rodnych, jamie macicy ma gorsze szanse na prawidłowy rozwój.

Hospitalizacja noworodków urodzonych przedwcześnie trwa równie długo i zależy w dużej mierze od stopnia niedojrzałości dziecka i wiążącą się z nią zachorowalnością, które to wartości są odwrotnie proporcjonalne.

Niewydolność oddechowa i zespół zaburzeń oddychania (ZZO) spowodowany niedoborem surfaktantu są najczęstszymi problemami zdrowotnymi noworodków urodzonych przedwcześnie. Dysplazja oskrzelowo-płucna stanowi najczęstsze powikłanie ZZO definiowane jako długotrwałą zależność od tlenoterapii związaną ze zmianami włóknistymi w płucach. Zaawansowanie zmian w dysplazji oskrzelowo-płucnej oparte są o kryteria zaproponowane przez Jobe i Bancalari w 2001 roku dla dzieci urodzonych poniżej 32 tygodnia ciąży.

Uwzględniają one przede wszystkim konieczność stosowania tlenoterapii $FiO_2 > 0,21$ przez ponad 28 dni życia oraz:

- Stopień I - oddychanie powietrzem atmosferycznym w 36 tygodniu wieku korygowanego, lub w momencie wypisu ze szpitala;
- Stopień II - konieczność stosowania tlenoterapii $FiO_2 < 0,3$ w 36 tygodniu wieku korygowanego, lub w momencie wypisu ze szpitala;
- Stopień III - konieczność stosowania tlenoterapii $FiO_2 > 0,3$ lub wsparcia oddechowego w 36 tygodniu wieku korygowanego, lub w momencie wypisu ze szpitala.

Stosowanie surfaktantu u przedwcześnie urodzonych noworodków z zespołem zaburzeń oddychania zmniejsza śmiertelność, częstość dysplazji oskrzelowo-płucnej i występowania zespołów ucieczki powietrza. Wcześniejsze zastosowanie leczenia wiąże się z lepszymi wynikami w stosunku do zastosowania późnego. Dysplazja oskrzelowo-płucna powoduje często zakażenia górnych i dolnych dróg oddechowych i zapaleń płuc po wypisie z oddziału noworodkowego. Należy przyjąć, że ponad 50% dzieci wypisywanych z dysplazją

oskrzelowo-płucną z oddziałów noworodkowych zachoruje w pierwszych dwóch latach. U części z nich zakażenie może przebiegać z niewydolnością oddechową wymagającą intensywnego leczenia. Najczęstszym patogenem wywołującym ostre zakażenia układu oddechowego, które mogą się objawiać zapaleniem płuc i zapaleniem oskrzelików z ich skurczem zwłaszcza w okresie zimowo-wiosennym jest wirus RS (respiratory syncytial virus). Zakażenie może spowodować dodatkowe powikłania, takie jak: odma opłucnowa, zapalenie ucha środkowego, czy zakażenia związane z hospitalizacją. Przebiec choroby wywołanej przez wirus RS w pierwszych latach życia dziecka, szczególnie u dzieci przedwcześnie urodzonych, może w przyszłości prowadzić do rozwoju niewydolności oddechowej lub astmy. Podawanie przeciwciał monoklonalnych (paliwizumab) jest jedyną skuteczną metodą profilaktyki wirusa, co udowodniono także w polskich badaniach w oparciu o kilkuletnią obserwację. W sezonie 2012/13 w województwie mazowieckim 101 dzieci objętych było tą profilaktyką.

Od 1 lipca 2013 roku dzięki staraniom neonatologicznego nadzoru krajowego Ministerstwo Zdrowia rozszerzyło kryteria stosowanej profilaktyki dla najbardziej zagrożonej zakażeniem grupy dzieci (Program lekowy o nazwie: Profilaktyka zakażeń wirusem RS u dzieci przedwcześnie urodzonych). Do tego programu finansowanego przez NFZ powinny być włączane: wszystkie wcześniaki urodzone przed 28 tygodniem ciąży oraz wszystkie niemowlęta z rozpoznaną dysplazją oskrzelowo-płucną. Warunkiem koniecznym jest wiek dziecka poniżej 12 miesiąca życia na początku sezonu występowania zakażeń RS (1 październik). Podawanie przeciwciał odbywa się w 26 ośrodkach o III stopniu referencji w Polsce. Zaburzenia hemodynamiczne u noworodków przedwcześnie urodzonych związane są przede wszystkim z przetrwałym przewodem tętniczym (PDA). Przetrwwały przewód tętniczy PDA dotyczy przetrwałej po urodzeniu jego drożności występującej u około 25% przedwcześnie urodzonych noworodków o dojrzałości mniejszej niż 33 tygodnie wieku ciążowego.

Zaburzenia hemodynamiczne wcześniaków, którego występowanie jest odwrotnie proporcjonalne do wieku płodowego i urodzeniowej masy ciała: maleje ono z 42% u noworodków urodzonych przed terminem o masie ciała mniejszej niż 1000g do 7% u noworodków przedwcześnie urodzonych o masie ciała od 1500g do 1750g. Niezależnie od występowania objawów klinicznych (szmer skurczowo-rozkurczowy, hiperkinetyczne uderzenie koniuszkowe, krwawienie z płuc) u każdego noworodka urodzonego przedwcześnie w pierwszych godzinach i dniach życia należy wykonać badanie echokardiograficzne i ocenić drożności przewodu tętniczego, charakter przepływu krwi

w przewodzie tętniczym i jego szerokość. Leczenie przewodu tętniczego polega na podawaniu Ibuprofenu lub Indometacyny.

Krwawienia dokomorowe i okołokomorowe występują najczęściej w pierwszych dniach życia noworodka ale związane są z wpływającymi na dobrostan płodu zaburzeniami hemodynamicznymi rozpoczynającymi się w życiu wewnątrzmacicznym. Ich patogenezą wiąże się z niedojrzałością naczyń macierzy przykomorowej. Główne czynniki ryzyka krwawień to poza samym wcześniactwem:

- przedwczesne pęknięcie błon płodowych;
- nadciśnienie indukowane ciążą;
- zaburzenia wewnątrzmacicznego wzrastania;
- krwawienia w ciąży i w czasie porodu;
- hipoksemia;
- hiperkapnia;
- kwasica metaboliczna (pH 7,1 BE/-15/);
- zespół zaburzeń oddychania;
- hipotermia;
- zaburzenia koagulologiczne.

Obecność krwawień około i dokomorowych oraz ich rozległość ocenia się przezcięmiączkowym badaniem ultrasonograficznym i klasyfikuje według rozległości w skali 4-stopniowej. Pierwszy stopień dotyczy krwawienia w obrębie macierzy przykomorowej, drugi charakteryzuje się wynaczynieniem krwi do komór mózgowych bez ich poszerzenia a trzeci związany jest w poszerzeniem komór w następstwie znacznej ilości krwi zgromadzonej w komorach. Czwarty stopień oznacza największe zaawansowanie zmian, dotyczy zawału krwotocznego i krwawienia do mięszu mózgu i zwykle wiąże się z powikłaniem w postaci wodogłowia i złym rokowaniem co do przyszłego rozwoju.

Przykomorowa leukomalacja (PVL) to martwica ogniskowa okołokomorowej substancji białej, występująca obustronnie w charakterystycznym umiejscowieniu (bocznie i ponad komorami bocznymi mózgu) w regionie granicznego unaczynienia mózgu. Stanowi najczęstsze uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego (OUN) i jest najbardziej charakterystycznym dla wcześniaków urodzonych przed 32. tygodniem życia. PVL występuje u około 11% noworodków o dojrzałości 27 t.c. i u 2% w 32 t.c. płodowego . Zmiany te wiążą się z zaburzeniami przyszłego rozwoju i są najczęstszą przyczyną mózgowego porażenia dziecięcego. Najczęstszy typ uszkodzeń OUN spowodowany przykomorową leukomalacją to spastyczna paraplegia, tetraplegia i głuchota a także problemy emocjonalne.

Martwicze zapalenie jelit (NEC) jest najczęstszym nagłym, ciężkim stanem klinicznym spowodowanym patologią w obrębie przewodu pokarmowego. Charakteryzuje go stan zapalny przebiegający z martwicą krwotoczną, zwykle obejmującą końcowy odcinek jelita krętego i bliższy jelita grubego. Podstawowe znaczenie w profilaktyce tego schorzenia ma wczesne żywienie troficzne pokarmem matki lub pasteryzowanym mlekiem bankowanym. U wcześniaków karmionych mlekiem kobiecym martwicze zapalenie jelit rozwija się rzadziej niż u karmionych sztucznymi mieszankami. Pokarm kobiecy sprzyja rozwojowi stabilnej, korzystnej mikroflory jelit, przez co to wzmacnia barierę jelitową i tym samym utrudnia penetrację chorobotwórczych patogenów do krwi. Mleko kobiece/ pokarm kobiecy zmniejsza możliwość wystąpienia NEC, ale nie redukuje go całkowicie. Dzieci często demonstrują objawy NEC po rozpoczęciu karmienia lub zwiększeniu objętości podawanego pokarmu.

Zgodnie z aktualnymi zaleceniami AAP wydanymi w latach 1992-1998 i uaktualnionymi w 2003 roku i rekomendacjami polskiej grupy ekspertów wcześniaki powinny być szczepione według wieku chronologicznego, zgodnie z kalendarzem szczepień, tak jak dzieci urodzone o czasie niezależnie od dojrzałości i urodzeniowej masy ciała.

U wszystkich noworodków urodzonych przedwcześnie prowadzona jest od pierwszych dni życia wczesna opieka rozwojowa. Wszystkie te dzieci wymagają intensywnej stymulacji rozwoju, wczesnej opieki rozwojowej, szczegółowej oceny rozwoju w kluczowych momentach rozwojowych i stałego i systematycznego śledzenia postępów rozwojowych przez lekarzy rodzinnych i prawidłowo przygotowanych do tej roli rodziców. Interakcje pomiędzy opiekunami a dzieckiem mają największy wpływ na jego rozwój poznawczy i społeczny, a te dotyczące wcześniaków różnią się od tych, które widać u dziecka urodzonego o czasie. Dzieci urodzone przedwcześnie z małą i ekstremalnie małą masą ciała co najmniej do 18, a najlepiej do 24 miesiąca życia miesiąca powinny być oceniane według wieku skorygowanego obliczanego ze wzoru.

2.3. Skutki zdrowotne wcześniactwa.

Wraz z postępem medycyny, intensywnym rozwojem neonatologii w ostatnich latach mamy z jednej strony znaczące zmniejszenie wskaźnika umieralności noworodków, ale także wzrost liczby dzieci urodzonych przedwcześnie, szczególnie tych z bardzo małą (VLBW) i ekstremalnie niską (ELBW) masą urodzeniową. Wiadomym jest, że niższa masa urodzeniowa wiąże się ze zwiększeniem odległych powikłań. W okresie noworodkowym opiekę nad wcześniakiem sprawuje neonatolog, która może być przedłużona do 6 miesiąca życia. Później część dzieci trafia do poradni neonatologicznych, a pozostałe są pod opieką pediatrów, specjalistów z różnych dziedzin pediatrii lub lekarzy rodzinnych. Znajomość

problemów związanych z tym okresem powinna być priorytetem w szkoleniu lekarzy i opracowaniu jasnych, przejrzystych standardów, które byłyby pomocne w codziennej pracy lekarza. Problemy związane z wcześniactwem mogą dotyczyć także dziecka starszego, będącego w okresie dojrzewania, w szkole, w środowisku.

Problemy, z którymi możemy mieć do czynienia dotyczą praktycznie wszystkich narządów. Pierwszym niezwykle istotnym elementem oceny wcześniaka jest jego prawidłowe żywienie z systematycznym monitorowaniem masy i długości ciała. Zalecane powinno być karmienie piersią, a w przypadku trudności mieszanki mleczne, często wzbogacane kalorycznie, poprzez dodanie do mleka tzw. wzmocniaczy pokarmu kobiecego (HMF – human milk fortifiers) lub specjalne mieszanki przeznaczone tylko dla wcześniaków.

Taki sposób odżywiania powinien być dobierany indywidualnie i zależny od przyrostu masy ciała i zapotrzebowania energetycznego.

Ustalanie indywidualnego kalendarza szczepień, kontrolne badania laboratoryjne i konsultacje specjalistyczne to codzienne problemy dziecka urodzonego przedwcześnie. Program szczepień zasadniczo nie różni się od kalendarza noworodka donoszonego. Niestety często nieuzasadnione obawy lekarza w poradni prowadzą do jego opóźnienia, a dotyczą częstszego występowania niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP), braku wystarczającej skuteczności (immunogenności) szczepionek z powodu znacznej niedojrzałości układu odpornościowego wcześniaka. Światowe rekomendacje bezwzględnie zalecają szczepienia u wcześniaków zarówno szczepionkami u nas nazywanymi jako obowiązkowe oraz zalecane. Niezwykle ważnym elementem zapobiegania ciężkim zakażeniom u wcześniaków jest tzw. „strategia kokonu”, czyli szczepienie osób z otoczenia dziecka (rodziców, rodzeństwa, personelu medycznego, pracowników żłobka) przeciwko grypie, krztuścowi, czy ospie wietrznej. Skutki wcześniactwa mogą dotyczyć :

Narządów zmysłu:

- zaburzenia widzenia - konieczność systematycznych porad okulistycznych: retinopatia wcześniaków (ROP), niedowidzenie mózgowe, czyli ślepotą związaną z uszkodzeniem dróg wzrokowych lub obszarów kory mózgowej odpowiedzialnej za widzenie, opóźnienie dojrzewania funkcji widzenia czyli zwiększone ryzyko występowania wad wzroku np. zez, zaburzenia widzenia, które może wystąpić po leczeniu z powodu retinopatii (zez, krótkowzroczność, brak widzenia obuocznego i stereoskopowego);
- zaburzenia słuchu i wtórnie zaburzenia rozwoju mowy i języka - konieczność systematycznych porad okulistycznych, neurologicznych, laryngologicznych:
 - uszkodzenie obwodowego układu nerwowego (ślimak, nerw słuchowy);
 - uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego;

- uszkodzenie ucha środkowego.

Rozwoju somatycznego:

- zaburzenia wzrastania - konieczność porad endokrynologicznych;

- zaburzenia odżywiania - konieczność porad gastroenterologicznych, dietetyka, zwiększone zapotrzebowanie kaloryczne, brak łaknienia, stosowanie mieszanek mlecznych dla wcześniaków oraz wzmacniaczy pokarmu kobiecego - konieczność porad żywieniowych, refluks żołądkowo-przełykowy i wymioty, zespoły złego wchłaniania po przebyciu martwiczego zapalenia jelit, uszkodzenie wątroby wskutek długotrwałego żywienia pozajelitowego, częste problemy z karmieniem na skutek długiego czasu karmienia pozajelitowego, zaburzenia ssania i połykania (przejściowa niedojrzałość układu nerwowego, uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego, zaburzenia oddychania, refluks żołądkowo-przełykowy)- konieczność porad gastroenterologicznych, neurologicznych, logopedycznych powikłania po leczeniu chirurgicznym: zespół krótkiego jelita z zespołem złego wchłaniania, przewlekła biegunka, refluks żołądkowo-przełykowy, niedrożność przewodu pokarmowego związana z powstaniem zrostów i zwężeń.

Choroby związane z niedoborem składników pokarmowych - konieczność porad gastroenterologicznych, metabolicznych, hematologicznych

- osteopenia wcześniaków (obniżona mineralizacja układu kostnego wskutek niedostatecznej podaży wapnia i fosforu w żywieniu oraz ograniczonej aktywności fizycznej), choroba krwotoczna noworodka (zaburzone wchłanianie jelitowe), niedokrwistość z niedoboru żelaza (zmniejszone zapasy żelaza),

Zaburzenia oddychania - konieczność porad pulmonologicznych, alergologicznych: bezdech (konieczność monitorowania przez co najmniej 6-12 miesięcy lub kilka miesięcy po ostatnim epizodzie bezdechu), przewlekły katar (reakcja na zabiegi w jamie nosogardła podczas pobytu w szpitalu po porodzie), dysplazja oskrzelowo-płucna i związane z tym zwiększone ryzyko występowania obturacyjnego zapalenia oskrzeli i astmy (nadreaktywność oskrzeli na czynniki infekcyjne i nieinfekcyjne) oraz infekcji układu oddechowego (w tym ucha środkowego).

Zaburzenia układu krążenia - konieczność porad kardiologicznych, nadciśnienie tętnicze, przedłużone utrzymywanie się krążenia płodowego (PFO, PDA), przerost mięśnia sercowego jako skutek przewlekłej sterydoterapii,

Zaburzenia układu nerwowego - konieczność porad neurologicznych, zaburzenia napięcia mięśniowego, mózgowe porażenie dziecięce, padaczka, upośledzenie umysłowe, zaburzenia neuropsychologiczne (patologia emocjonalna, minimalna dysfunkcja mózgu, zaburzenia

poznawcze- dysleksja, dysgrafia, dyspraksja , zwiększone ryzyko zaburzeń psychicznych np. depresja i uzależnień u dorosłych) trudności szkolne, zaburzenia więzi.

Problemy chirurgiczne: przepukliny (najczęściej pępkowa), niedrożność przewodu pokarmowego.

Problemy hematologiczne: niedokrwistość, postać późna choroby krwotocznej noworodka.

Wielość i różnorodność problemów sprawia, że opieka pediatry w poradni musi być zaplanowana, skoordynowana z wieloma wizytami u specjalistów. Konieczne są konsultacje specjalistyczne, ponadto opieka psychologiczna, logopedyczna, audiologiczna, rehabilitacyjna. To wszystko powoduje, że oprócz szczególnego nadzoru w pierwszym roku życia wcześniaka, często konieczna jest wieloletnia opieka, w której pediatra odgrywa znaczącą rolę.

3. Dostęp do opieki laktacyjnej.

Liczne badania naukowe potwierdzają, że mleko kobiece ma niezastąpioną wartość odżywczą, terapeutyczną, troficzną, stymulującą i profilaktyczną. Karmienie dziecka piersią jest nieodzownym elementem macierzyństwa i stanowi element silnie wzmacniający unikalną więź łączącą matkę i dziecko.

Poradnictwo laktacyjne jest wymagana szczególnie tam, gdzie karmienie napotyka na przeszkody i bariery. Jedną z poważniejszych przyczyn braku możliwości karmienia swojego dziecka jest poród przedwczesny. Noworodki urodzone w okresie do 37 tygodnia ciąży, dla których pokarm matki ma szczególne znaczenie terapeutyczne, jak wynika z badań znajdują się w grupie ryzyka dzieci karmionych sztucznie. Karmienie noworodków urodzonych przed terminem jest uzależnione w znacznym stopniu od ich kondycji zdrowotnej. Na oddziałach szpitalnych dostęp do porad laktacyjnych i korzystania z profesjonalnego sprzętu gwarantuje personel medyczny; położne i osoby zatrudnione na stanowisku edukatora ds. laktacji.

W sytuacji kiedy na oddziale położniczym przebywa matka karmiąca z dzieckiem powyżej piątej doby z powodu stanu zdrowia dziecka Narodowy Fundusz Zdrowia refunduje koszty pobytu matki tzw. procedura przedłużonej hospitalizacji matki karmiącej piersią z powodu stanu zdrowia dziecka. Na terenie niektórych oddziałów neonatologicznych utworzone są warunki do hospitalizacji matki wraz z wcześniakiem tak długo jak wymaga tego stan kliniczny ich dzieci. Pobyt matki wraz z dzieckiem urodzonym przedwcześnie wpływa korzystnie na rozwój dziecka i stwarza możliwość lepszego przygotowania do karmienia piersią i opieki nad dzieckiem po wypisie ze szpitala.

Po powrocie do domu matka i dziecko mają zagwarantowany dostęp do świadczeń położnej środowiskowej podczas wizyt patronażowych (nie mniej niż 4 wizyty) oraz do lekarza

w poradniach lekarza rodzinnego. W zakres wizyt patronażowych wchodzi również postępowanie umożliwiające prawidłowe rozpoczęcie karmienia piersią oraz prowadzenie edukacji w zakresie laktacji.

Na terenie województwa mazowieckiego funkcjonuje ponadto 40 poradni laktacyjnych, w których poradnictwo laktacyjne udzielane jest odpłatnie.

3.1. Analiza ankiet dotycząca sposobu karmienia wcześniaków na Mazowszu.

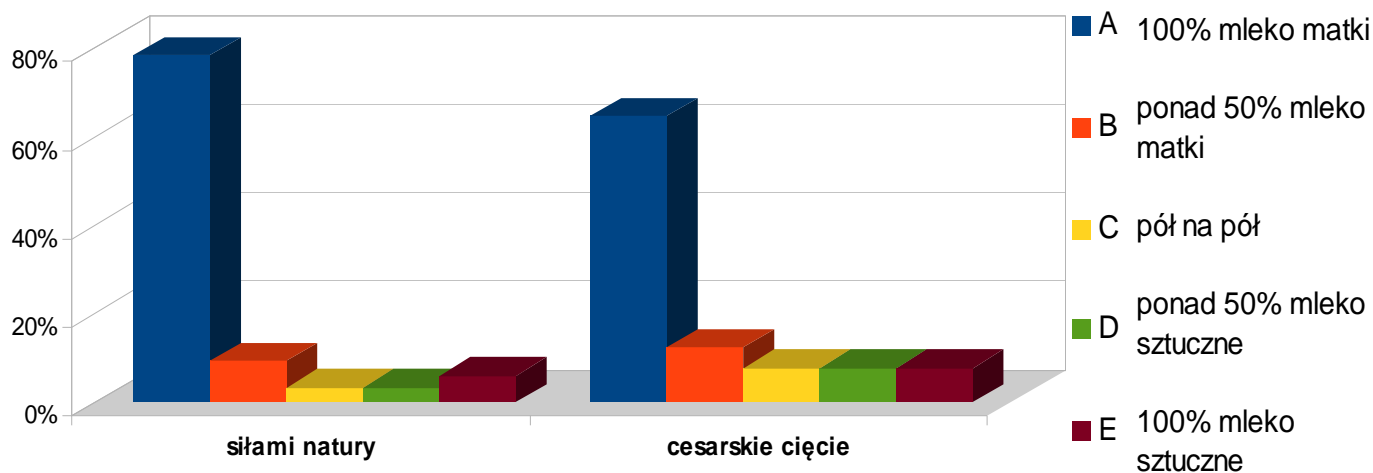
Mazowiecki Urząd Wojewódzki uznając potrzebę wspierania działań podejmowanych na rzecz poprawy opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem w szczególności nad dzieckiem urodzonym przedwcześnie, koordynował w IV kwartale 2012 roku drugie na terenie Polski (pierwsze odbyły się w województwie kujawsko-pomorskim), badania ankietowe na temat warunków wspierania karmienia piersią i pokarmem kobiecym noworodków w szpitalach województwa mazowieckiego. Z uwagi na brak aktualnych danych opisujących model karmienia noworodków urodzonych przedwcześnie wspólnie z Panią prof. dr hab. n. med. Marią K. Borszewską - Kornacką, Konsultantem Wojewódzkim w dziedzinie neonatologii oraz Fundacją Bank Mleka Kobięcego zostały przeprowadzone anonimowe badania ankietowe na terenie 22 oddziałów noworodkowych i położniczych z II i III poziomem referencji – jeden podmiot nie przeprowadził badań i nie przesłał ankiet.

Ankieta I określała warunki wspierania karmienia piersią i pokarmem kobiecym dla matek na terenie oddziału szpitalnego. Ankieta II zawierała odpowiedzi matek wcześniaków urodzonych w okresie od 32 do 37 tygodnia ciąży na temat możliwości oraz sposobu karmienia dziecka podczas pobytu w szpitalu.

Analizy dokonano na podstawie 497 wypełnionych ankiet dotyczących warunków wspierania karmienia piersią i pokarmem kobiecym noworodków urodzonych przedwcześnie. Wśród badanych - 75% noworodków urodziło się powyżej 32 tygodnia ciąży, zaś 25% poniżej 32 tygodnia ciąży, z czego 38% urodziło się z masą urodzeniową powyżej 2500g., a reszta poniżej 2500g. Z uwagi na poród przed wyznaczonym terminem tylko 25% wcześniaków urodzonych poniżej 32 tygodnia przebywało razem z matką, zaś noworodki urodzone powyżej 32 tygodnia w 80% przypadków przebywały razem z matką, co jest uzasadnione stanem zdrowia dziecka. W 88% przypadków badanych matek poprzednie dziecko karmione było piersią.

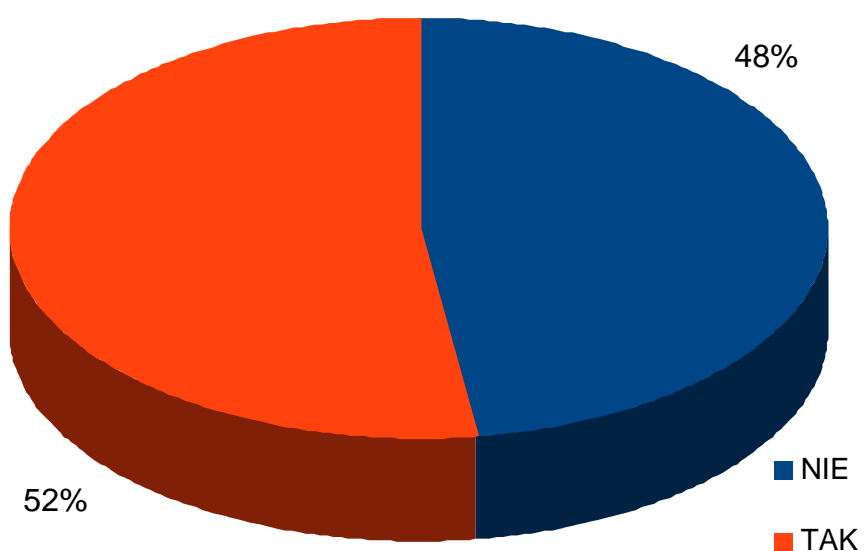
3.1.1. Ankieta II Żywienie wcześniaków urodzonych od 32 do 37 t.c.

Poniższe wykresy pokazują zależności pomiędzy rodzajem porodu a sposobem karmienia dziecka.

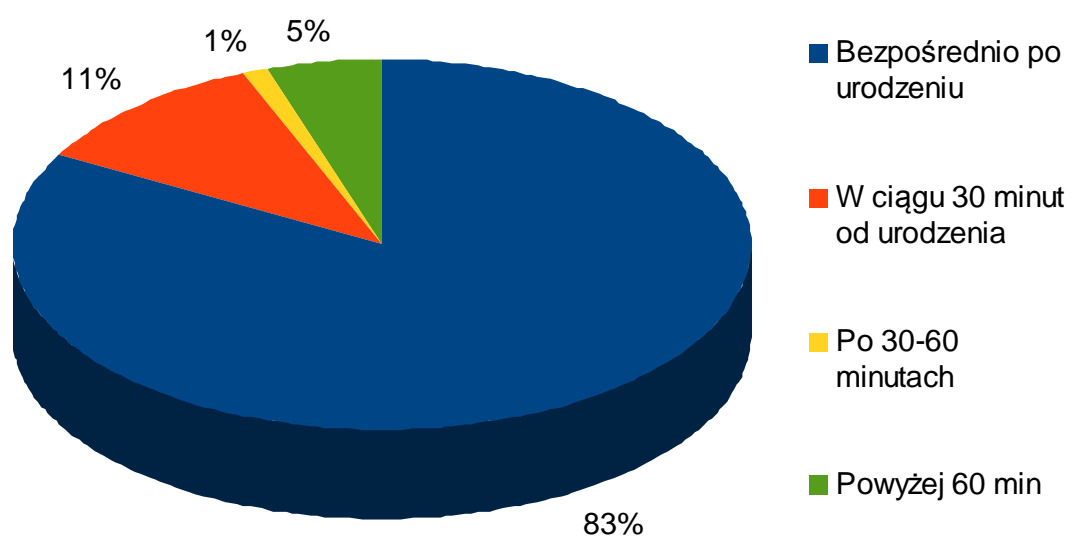


Ryc. 2. Proporcja mleka kobiecego do sztucznego w zależności od rodzaju porodu.

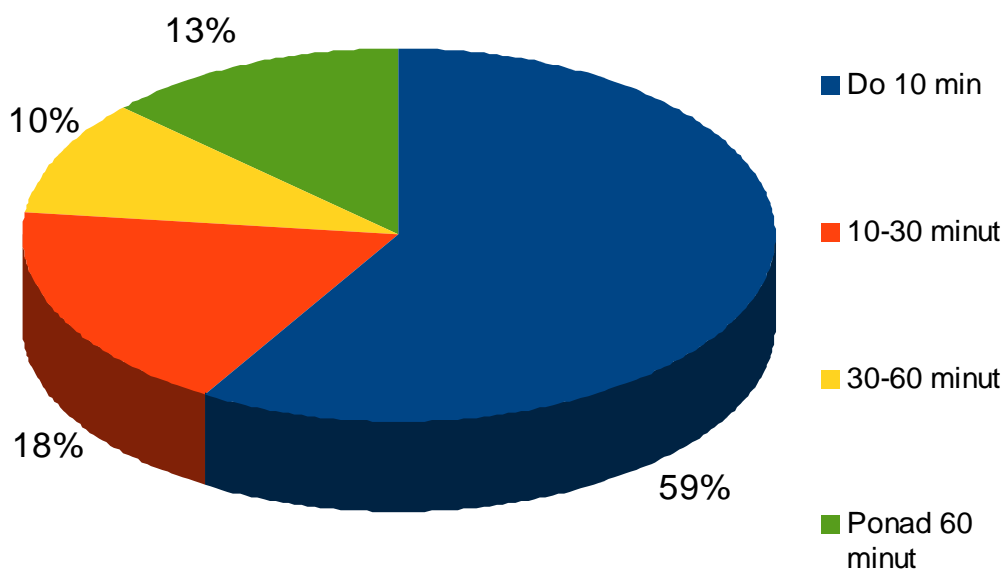
Rodzaj porodu wpływa na proporcje udziału mleka matki w żywieniu dziecka - w grupie rodzących poprzez cesarskie cięcie mniej matek karmi w 100% własnym mlekiem oraz jest większy odsetek matek dokarmiających dzieci. Wyraźnie więcej jest matek w grupie rodzących zabiegowo, które dokarmiają swoje dzieci w 50% lub powyżej. Nieznacznie więcej jest w tej grupie matek karmiących wyłącznie sztucznie.



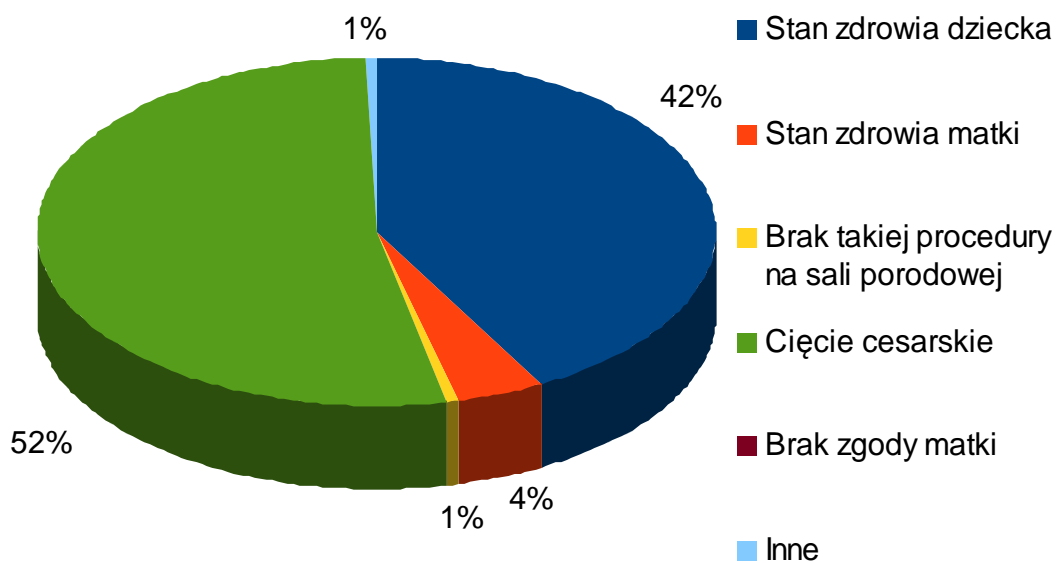
Ryc. 3. Kontakt „skóra do skóry”



Ryc. 3a. Jakość kontaktu „skóra do skóry”



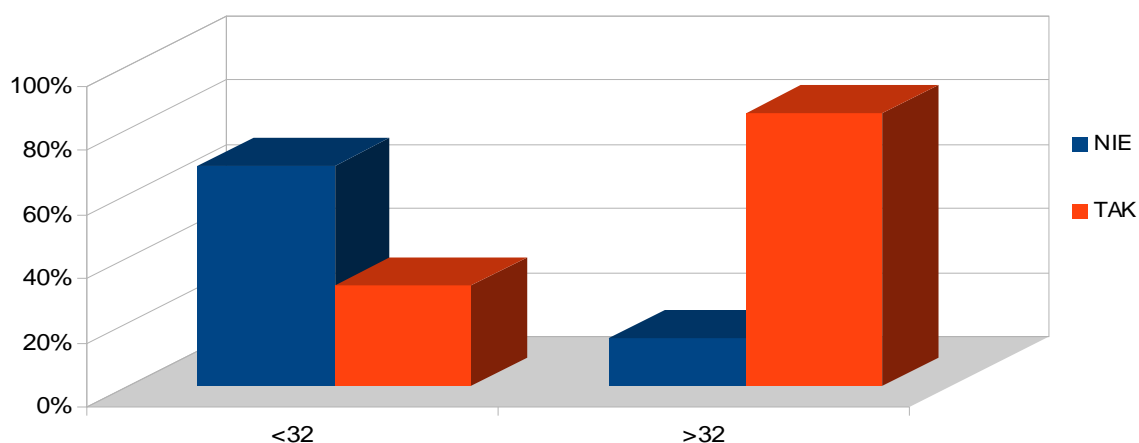
Ryc. 3b. Czas trwania kontaktu „skóra do skóry”



Ryc. 3c. Przyczyny opóźnienia kontaktu „skóra do skóry”

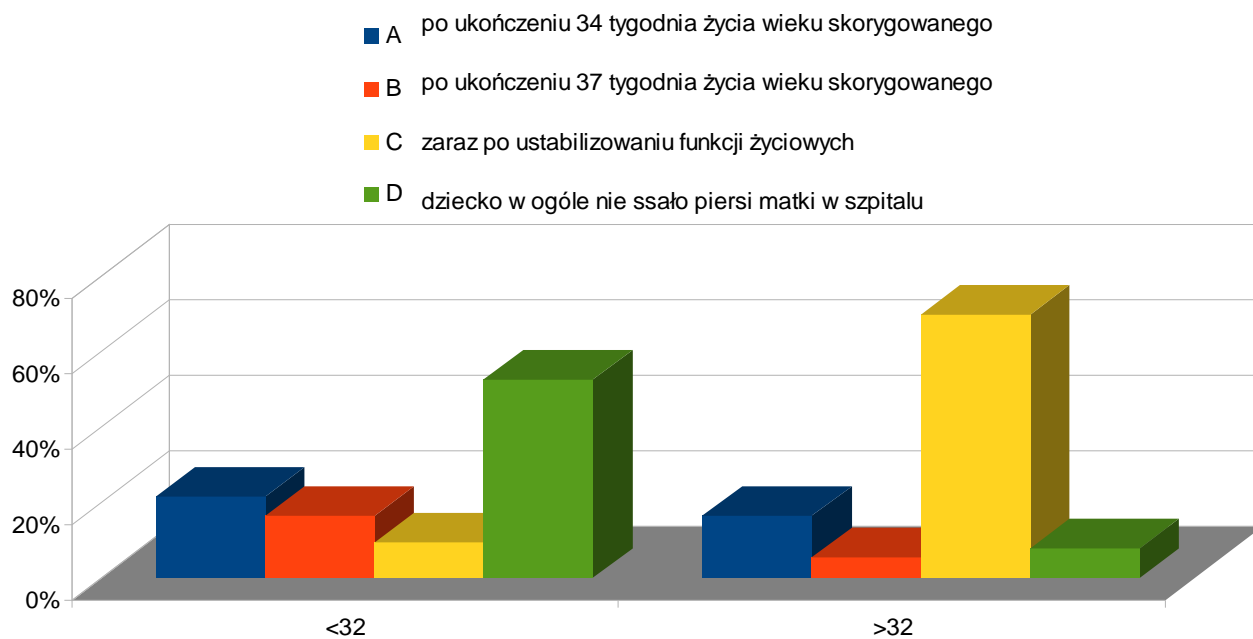
Ryciny 3, 3a, 3b, 3c pokazują że kontakt „skóra do skóry” realizowany jest w mazowieckich szpitalach II i III stopnia referencji w 52%. Jednocześnie wiadomo, że jest on możliwy w 83% bezpośrednio po urodzeniu wcześniaka. Dowodzi to rozwijającego się prawidłowego kierunku opieki nad dzieckiem urodzonym przedwcześnie realizowanego przez personel medyczny sal porodowych (położnik, położna, neonatolog, pielęgniarka neonatologiczna). Kontakt „skóra do skóry” realizowany jest jednak bardzo krótkotrwałe

i w 59% trwa tylko 10 minut, co może być związane ze stanem dziecka po urodzeniu. Jeden procent szpitali nie ma opracowanej takiej procedury co dowodzi niedociągnięć organizacyjnych także w odniesieniu do postępowania z noworodkami przedwcześnie urodzonymi. Często przyczyną opóźnionego kontaktu „skóra do skóry” jest poród przez cięcie cesarskie niezależnie od stanu zdrowia matki i dziecka.



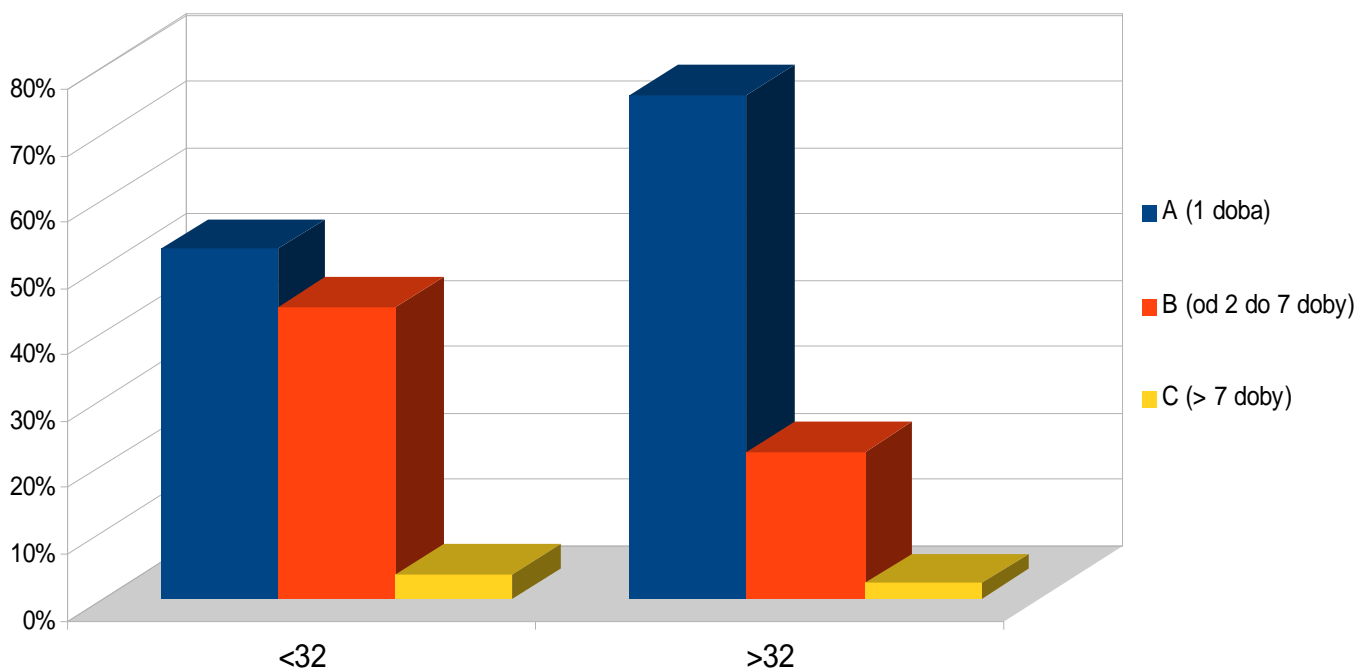
Ryc. 4. Możliwość realizacji systemu „matka z dzieckiem” w zależności od wieku ciążowego w chwili urodzenia

Zdecydowanie większa grupa noworodków oddzielonych od matek była w grupie urodzonych przed 32 tyg. ciąży. Wynika to najczęściej z potrzeby intensywnej terapii tych dzieci. Jak wynika z badań forma przebywania matki wraz z dzieckiem jest realizowana w stopniu zadowalającym. Matka jest ważnym ogniwem terapeutycznym w opiece nad noworodkiem, a jej pokarm jest dla dziecka cennym lekiem.



Ryc. 5. Czas przystawiania do piersi w zależności od dojrzałości dziecka

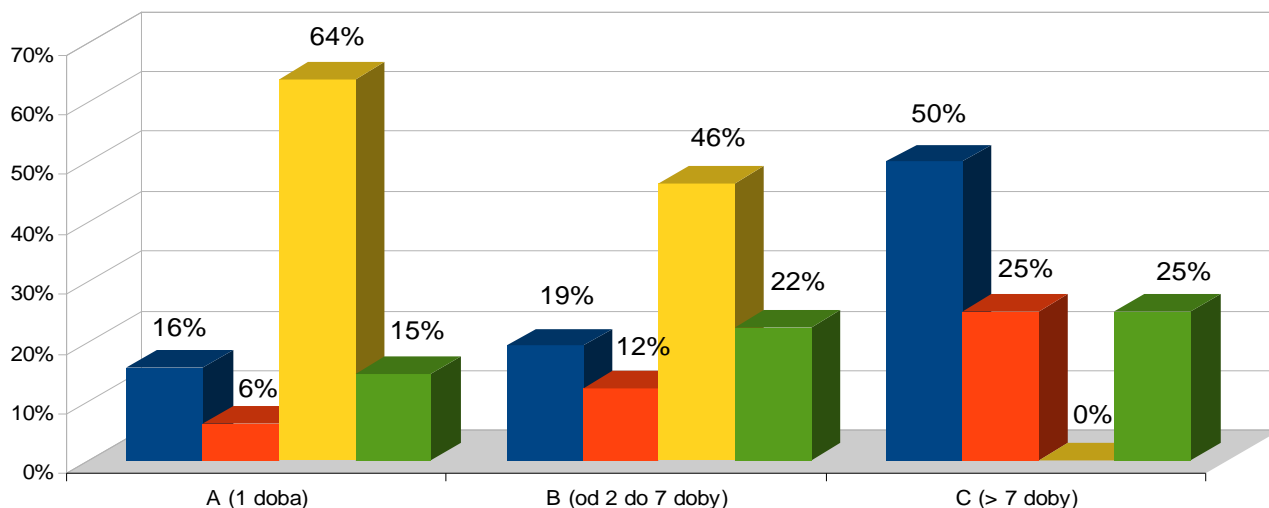
Noworodki o znacznej niedojrzałości, aż w 50% nie są przystawiane do piersi przed wypisem ze szpitala. Proporcje te kształtują się znacznie lepiej w grupie dzieci o większej dojrzałości w ponad 60% są podejmowane próby ssania piersi.



Ryc. 6. Doba życia osiągnięcia pełnego żywienia enteralnego

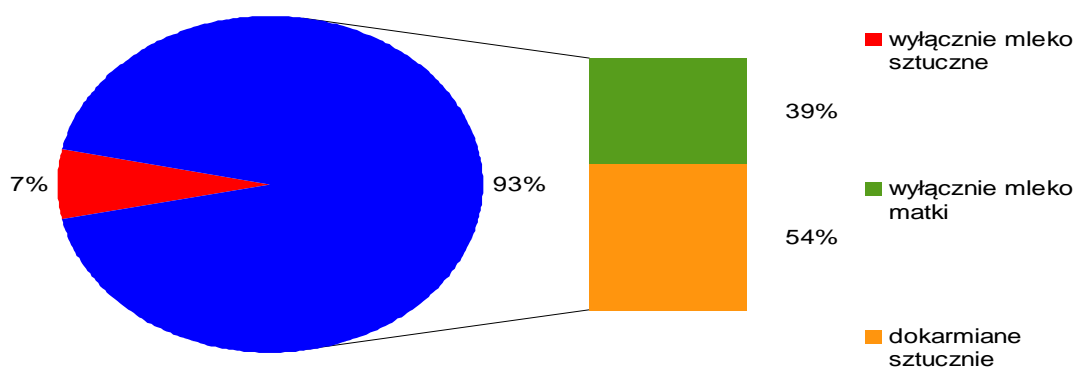
Ponad 70% noworodków urodzonych powyżej 32 tyg. rozpoczyna żywienie dożołądkowe w pierwszej dobie, zaś w grupie noworodków urodzonych poniżej 32 tygodnia prawie 50%. W późniejszym okresie (od 2 do 7 doby) rozpoczyna się karmienie grupy dzieci niedojrzałych: 40% w grupie poniżej 32 tygodnia i prawie 20% powyżej 32 tygodnia.

- A po ukończeniu 34 tygodnia życia wieku skorygowanego
- B po ukończeniu 37 tygodnia życia wieku skorygowanego
- C zaraz po ustabilizowaniu funkcji życiowych
- D dziecko w ogóle nie ssało piersi matki w szpitalu



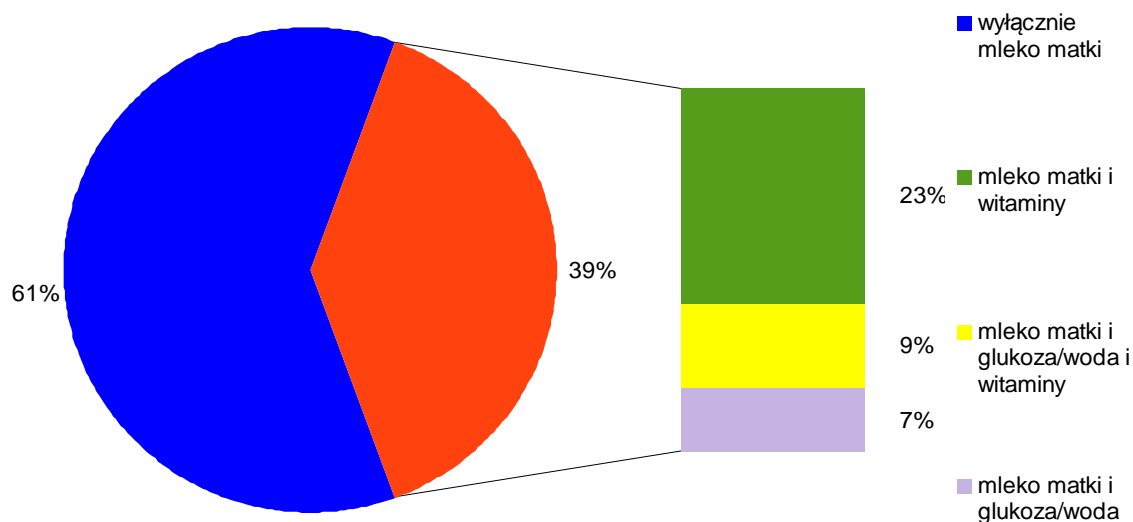
Ryc. 7. Czas przystawiania do piersi w zależności od doby rozpoczęcia żywienia enteralnego

Wczesne rozpoczęcie żywienia enteralnego wpływa na szybsze i lepsze osiągnięcie stabilizacji funkcji życiowych noworodka urodzonego przedwcześnie, zwiększa częstość przystawiania do piersi i tym samym stwarza większą możliwość wcześniejszego karmienia piersią.



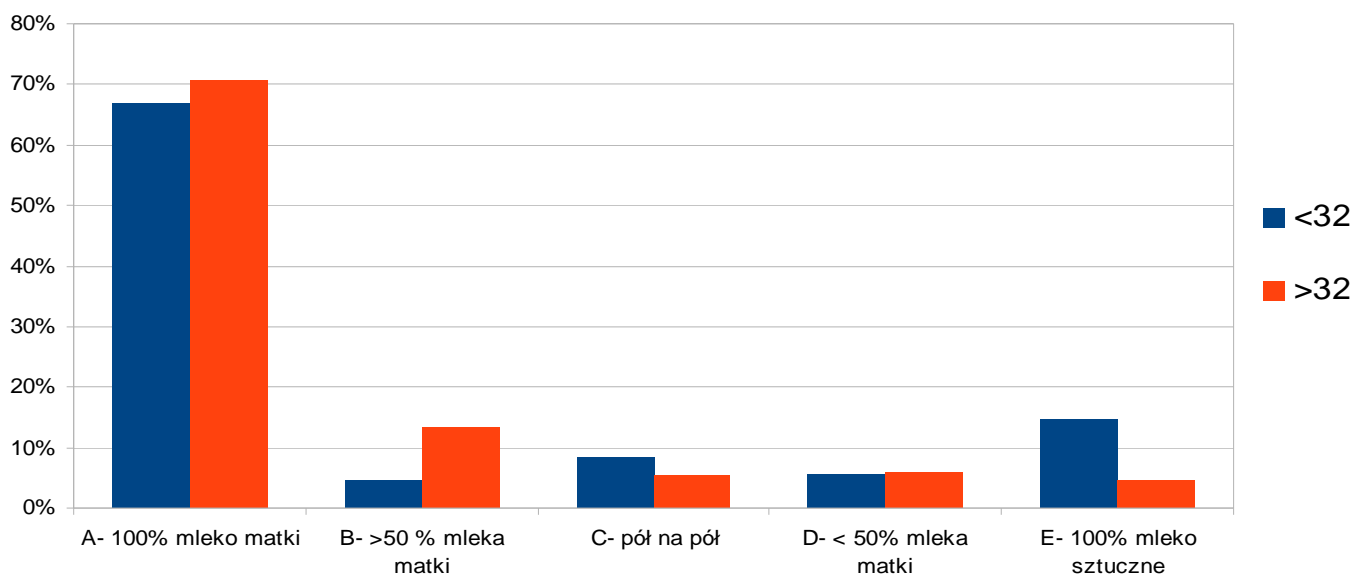
Ryc. 8. Udział mleka matki w żywieniu wcześniaków n-488

W grupie 488 badanych wcześniaków 7% karmionych było wyłącznie mieszanką sztuczną, zaś 93% wcześniaków było karmionych mlekiem matki, z czego 54% noworodków dokarmiano innymi substancjami, a pozostałe 39% żywionych było wyłącznie mlekiem matki.



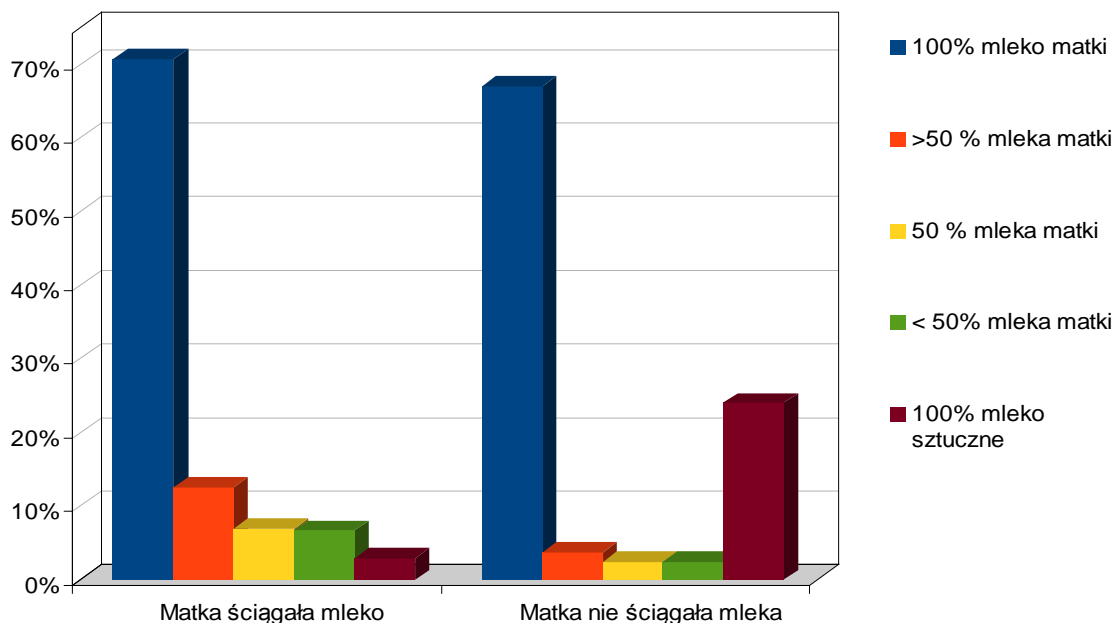
Ryc. 9. Karmienie mlekiem matki wcześniaków n-190

W grupie 190 wcześniaków, które stanowią 39% karmionych wyłącznie mlekiem matki z ryciny numer 8 karmionych wyłącznie pokarmem matki jest 61%, zaś pozostała część noworodków oprócz mleka matki otrzymuje dodatkowo wodę, glukozę lub witaminy.



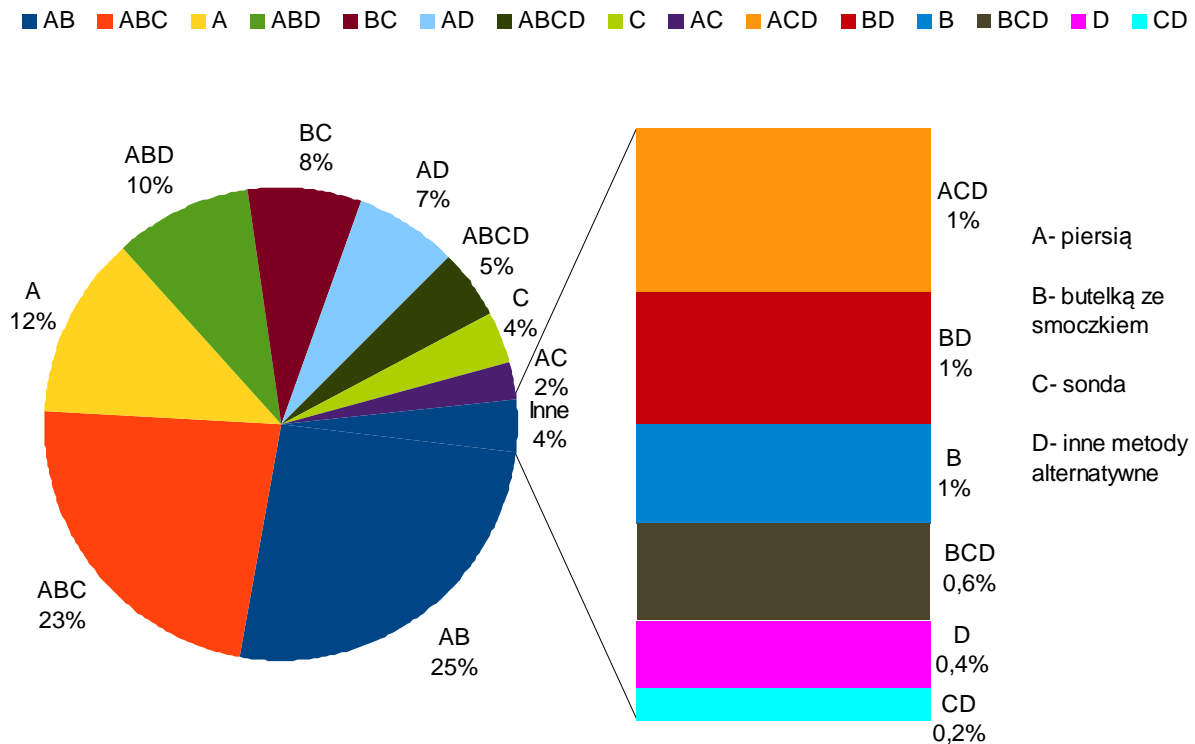
Ryc. 10. Proporcja mleka kobiecego do sztucznego w dniu wypisu.

W grupie noworodków urodzonych przed 32 tygodniem ciąży więcej dzieci żywionych jest wyłącznie sztucznie. Wiek ciążowy nie wpływa na liczebność grupy dzieci żywionych wyłącznie mlekiem matki. W grupie noworodków urodzonych powyżej 32 tygodniem ciąży jest dzieci karmionych mlekiem, co może oznaczać, że bardziej niedojrzałe noworodki są w grupie ryzyka karmienia sztucznego.



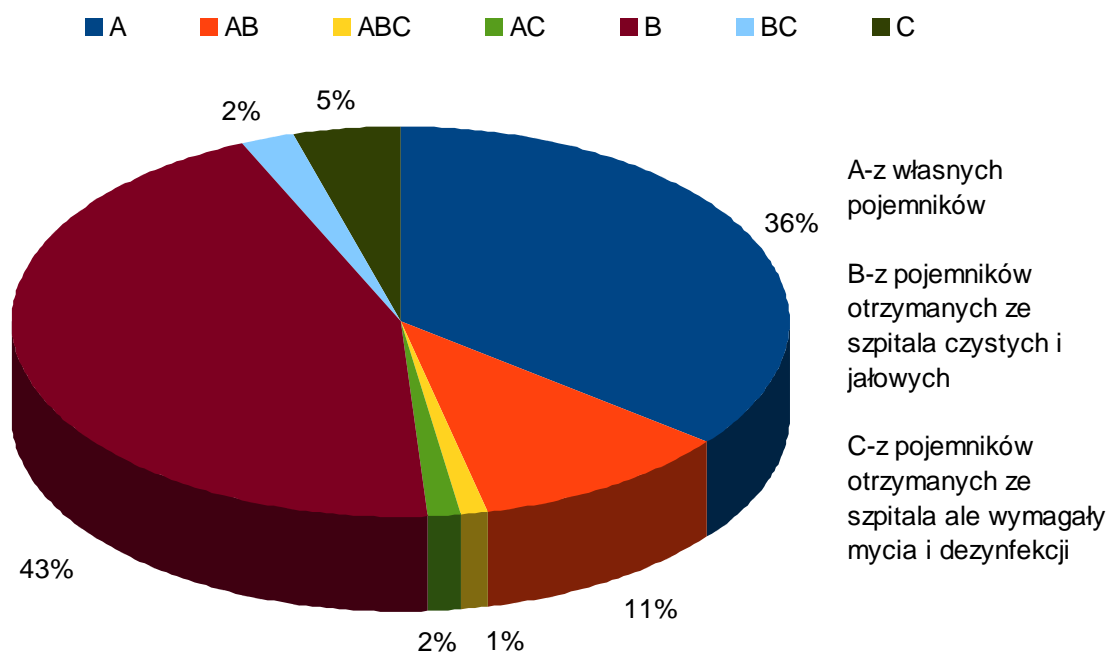
Ryc. 11. Zależność udziału mleka matki od stymulacji laktacji poprzez odciąganie

Stymulacja laktacji poprzez odciąganie mleka wpływa na liczebność grupy dokarmianej – jest większa grupa matek ściągających mleko dla dzieci, które otrzymują 50% i więcej mleka kobiecego, a także dokarmianych mlekiem matki w ilości mniejszej niż połowa objętości. Zaniechanie ściągnięcia pokarmu wpływa na kilkakrotnie większy odsetek dzieci karmionych wyłącznie sztucznie. Odciąganie pokarmu nie ma dużego wpływu na odsetek dzieci karmionych wyłącznie mlekiem matki zapewne dlatego, że w grupie matek, które nie odciagały pokarmu są matki, które mogły karmić dziecko od chwili urodzenia.



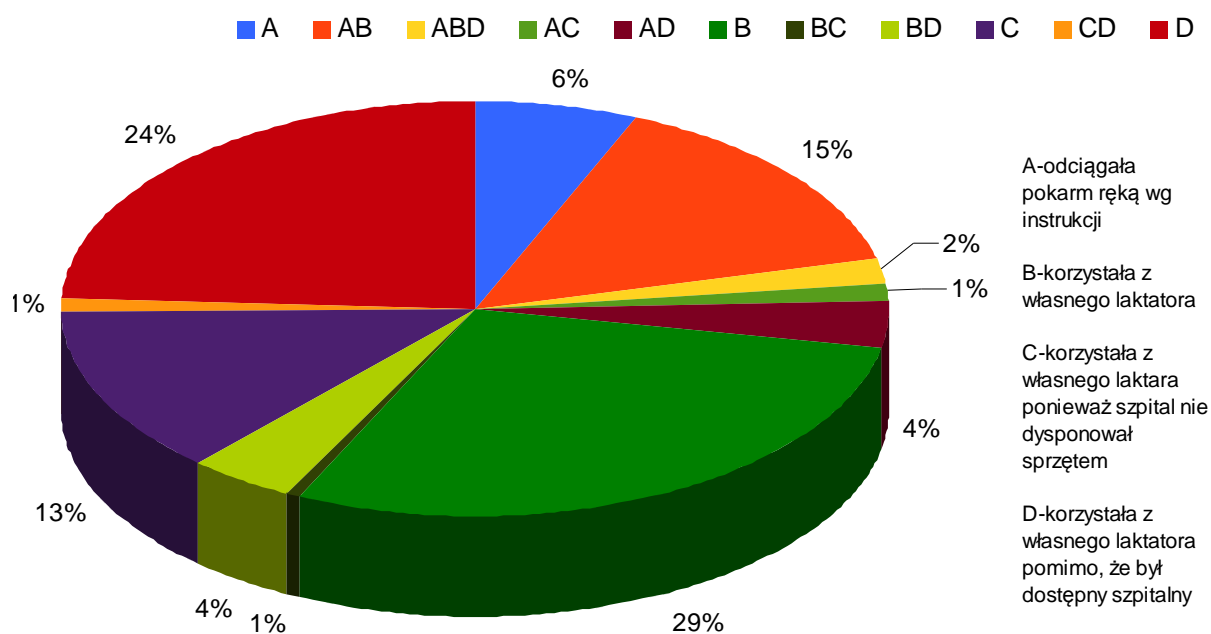
Ryc. 12. Sposób podawania pokarmu

Sposób podawania pokarmu matki jest zróżnicowany - 12% kobiet karmiło wyłącznie piersią bezpośrednio, reszta kobiet podaje dzieciom swój pokarm na przemian piersią, przez butelkę, sondę czy innymi sposobami alternatywnymi. 16% badanych matek nie karmiło swoich dzieci piersią w ogóle.



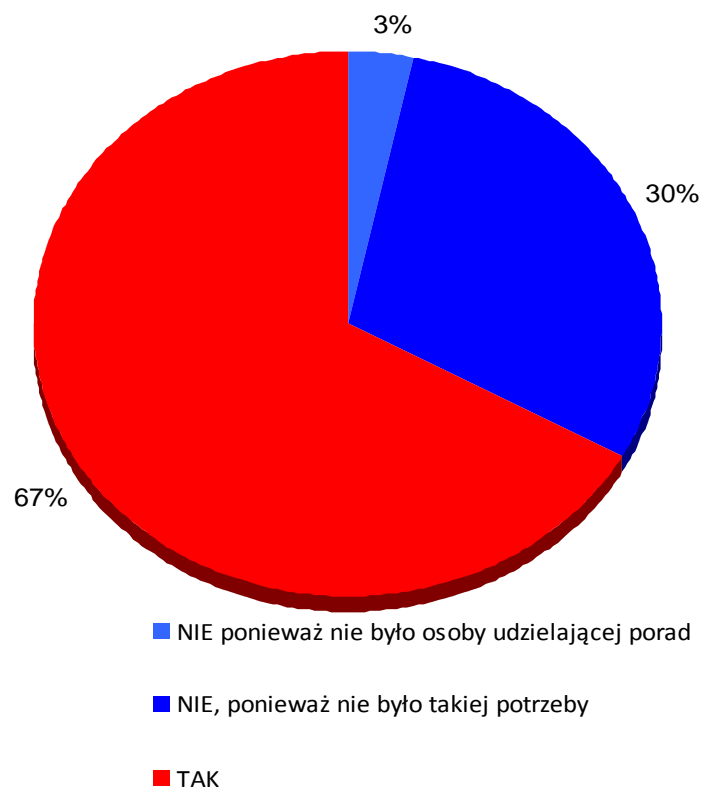
Ryc. 13. Dostępność pojemników w szpitalu

Większość badanych oddziałów zapewnia dostęp do pojemników na mleko odciągane, z czego 43% kobiet badanych korzystało tylko z pojemników szpitala czystych i jałowych, 36% matek badanych korzystała wyłącznie z własnych pojemników, pozostała część kobiet korzystała z pojemników szpitala jednak wymagały one mycia i dezynfekcji.



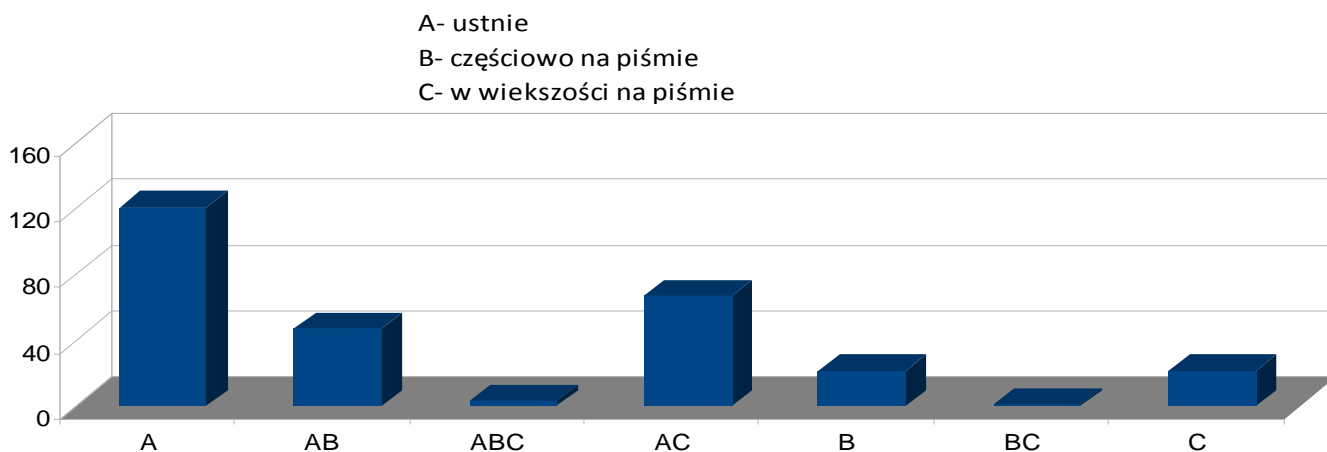
Ryc. 13a. Korzystanie ze sprzętu laktacyjnego – laktatory

Dostęp do laktatorów zapewnia 87% badanych oddziałów, jednak ponad 50% ankietowanych kobiet zdecydowała się na korzystanie z własnych laktatorów, natomiast 6% matek odciągała pokarm ręką zgodnie z instrukcją.



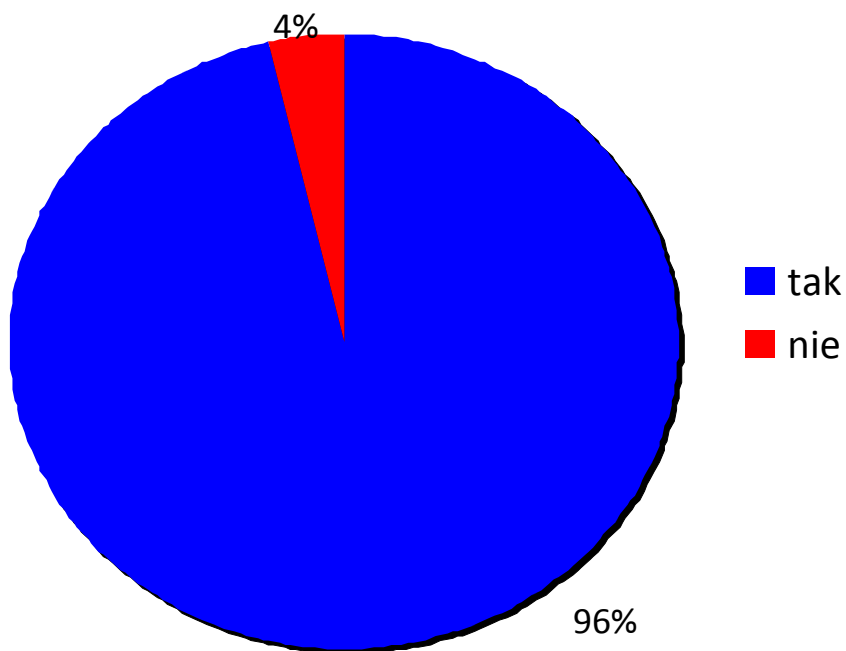
Ryc. 13b. Potrzeby korzystania z porad laktacyjnych

Wśród ankietowanych matek wcześniaków 67% skorzystało z porad laktacyjnych, zaś 30% badanych nie widziało potrzeby uzyskania takiej porady. W 3% przypadków nie było osoby udzielającej takich porad.

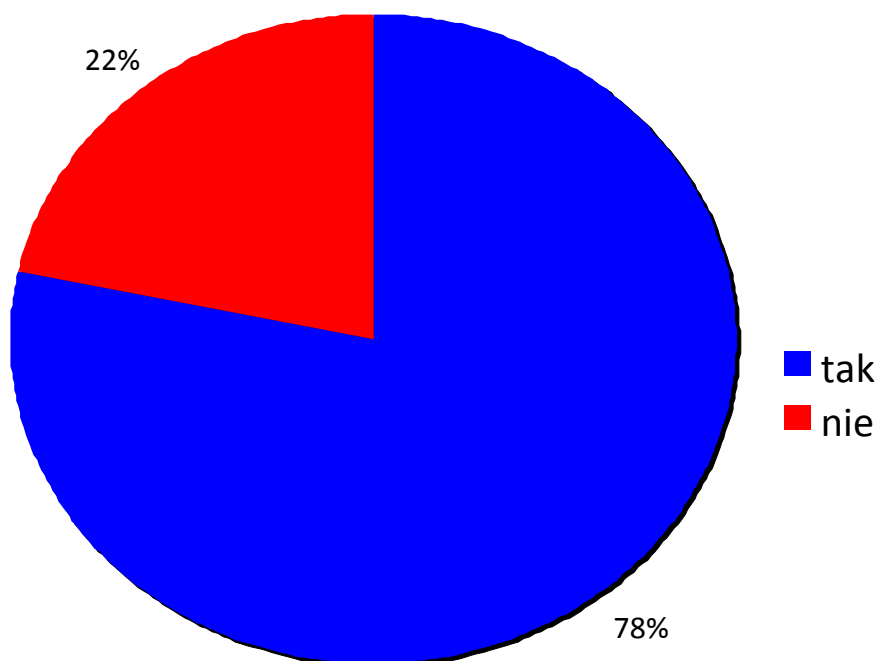


Ryc. 14. Sposób przekazania informacji podczas porady laktacyjnej

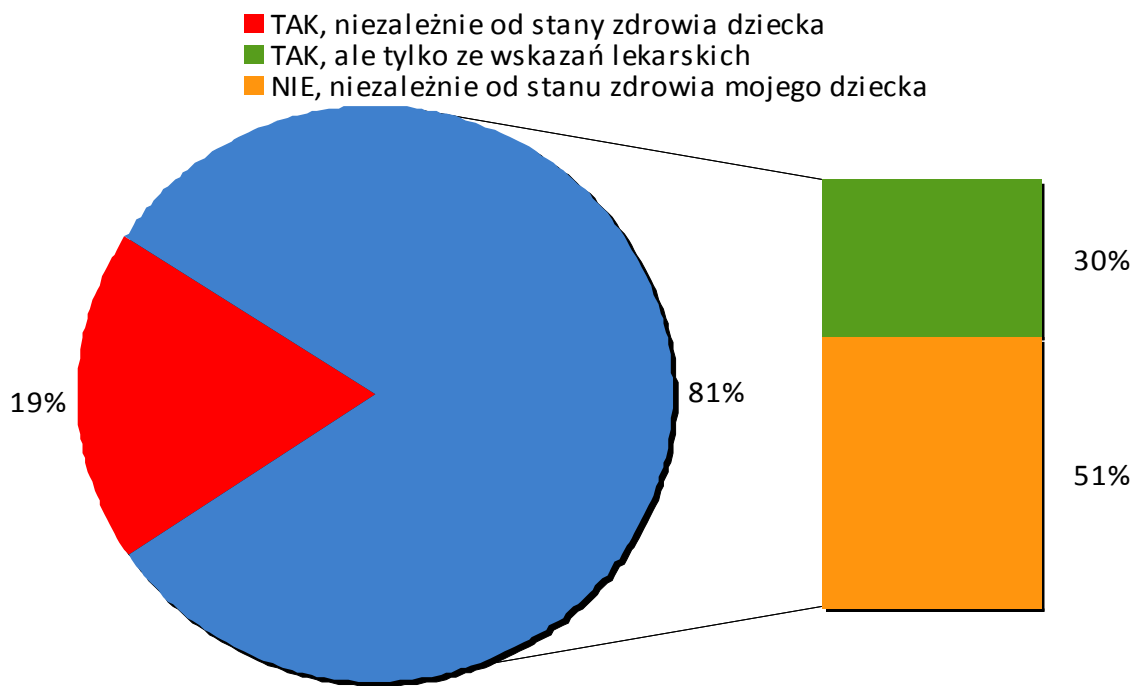
W większości przypadków porady laktacyjne przekazywane są ustnie. Zbyt mały jest odsetek szpitali gdzie informacja przekazywana jest pisemnie, a jest to forma przekazu, którą należałoby rozpowszechnić.



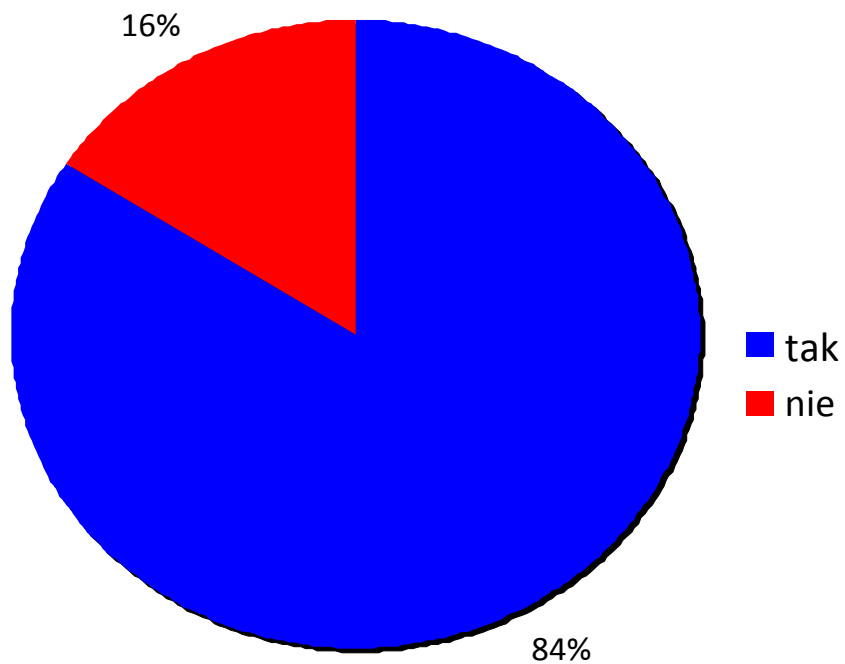
Ryc. 14a. Wiedza matek na temat terapeutycznych wartości mleka



Ryc. 14b. Wiedza matek dotycząca działalności banków mleka



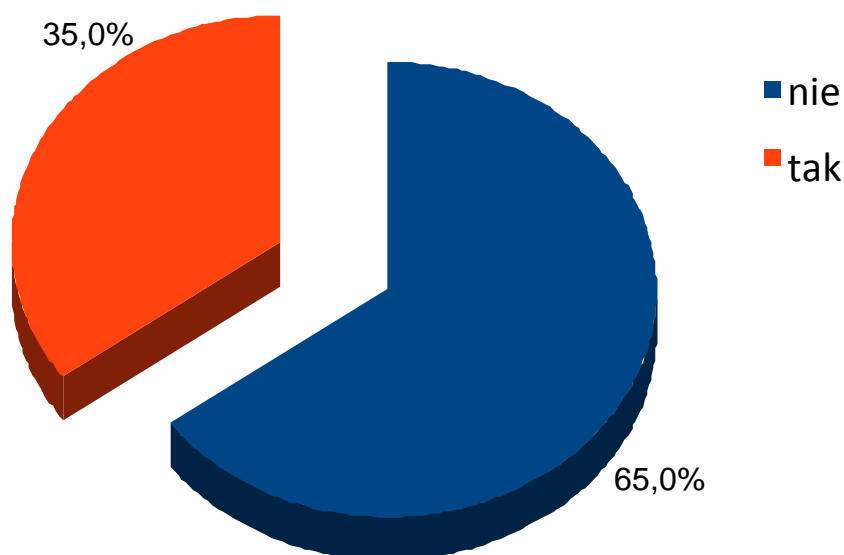
Ryc. 14c. Gotowość matek do współpracy z bankiem mleka jako biorca



Ryc. 14d. Gotowość matek do współpracy jako honorowa dawczyni

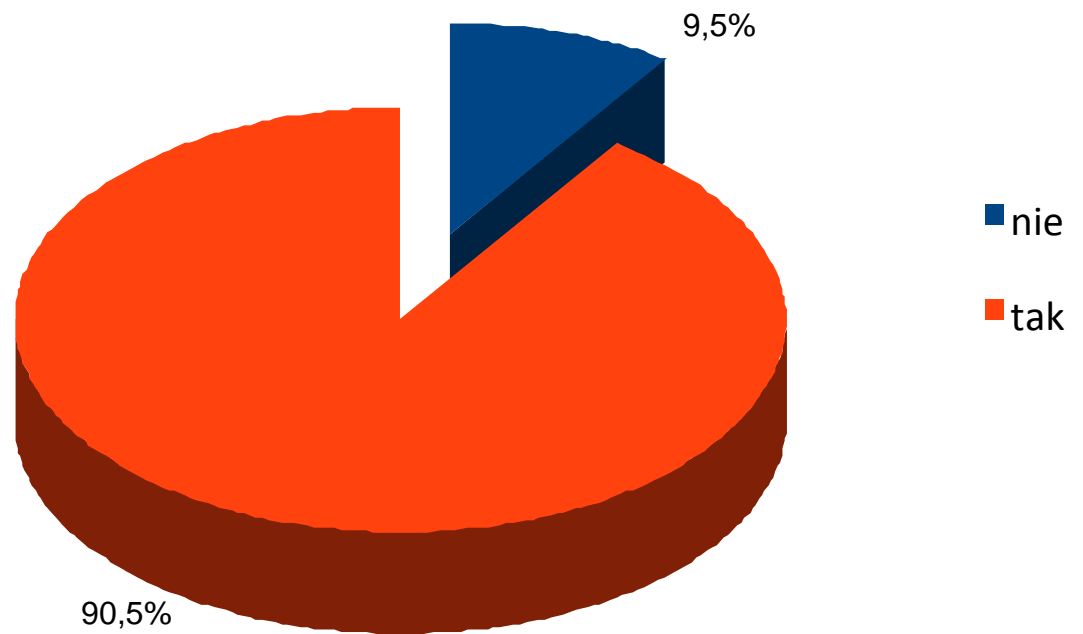
Ryciny 14, 14a, 14b, 14c, 14d pokazują, że 96% badanych matek wcześniaków słyszała o leczniczych właściwościach mleka i jego wpływie wspomagającym na terapię i rozwój dziecka. Duży odsetek kobiet bo 78% posiada informacje o działalności banków mleka, 49% wykazuje gotowość pozyskiwania mleka z banku dla swojego dziecka w sytuacji zbyt małej ilości własnego pokarmu zwłaszcza gdy zostanie poinformowana o wskazaniach leczniczych, zaś 84% kobiet wyraża gotowość oddawania nadmiaru swojego mleka do banku.

3.1.1. Ankieta I Warunki karmienia piersią i pokarmem kobiecym noworodków w szpitalach województwa mazowieckiego



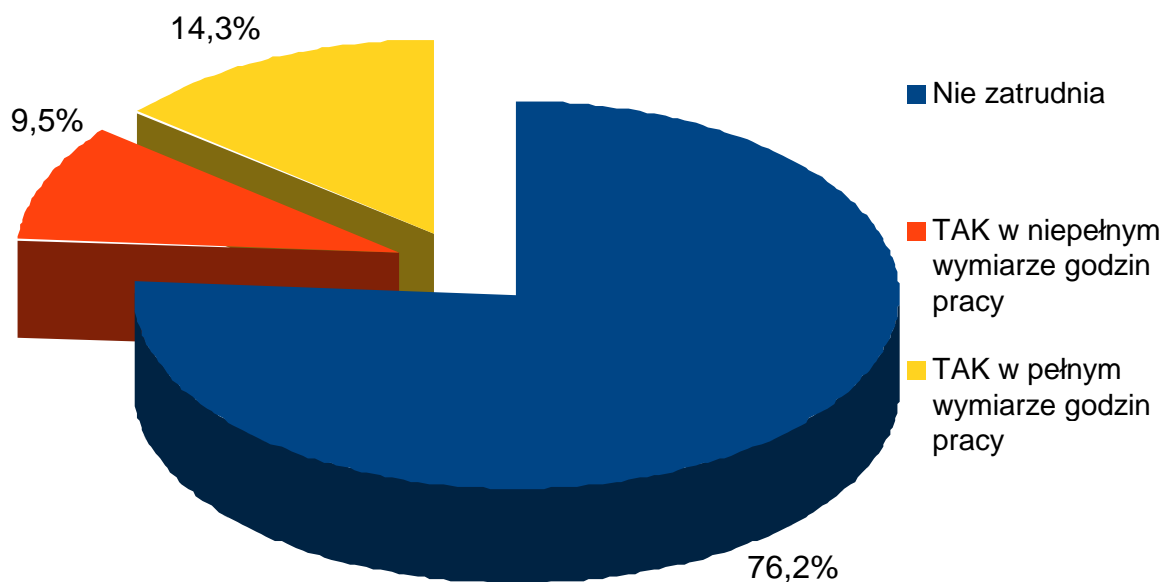
Ryc. 15. Odsetek Szpitali Przyjaznych Dziecku

Certyfikat „Szpital Przyjazny Dziecku” posiada 35% badanych podmiotów, co poprawia odsetek dzieci karmionych piersią i karmionych mlekiem ściągniętym w tych placówkach ale jak wynika z ankiet nie wpływa na procent dzieci karmionych wyłącznie piersią.



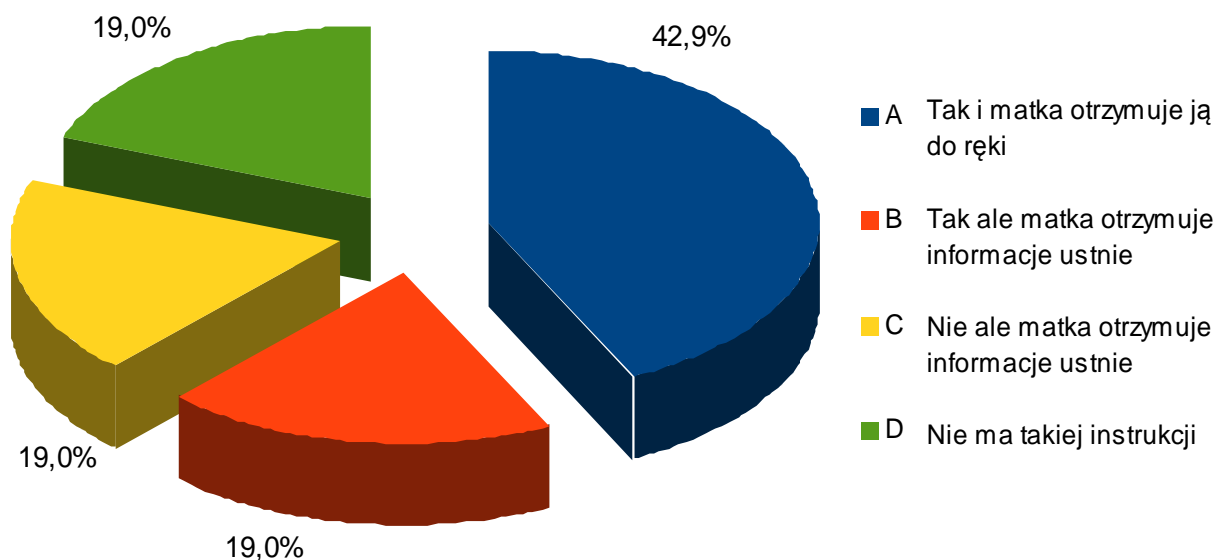
Ryc. 16. Czy szpital prowadzi lub współpracuje ze Szkołą Rodzenia

90,5% szpitali, w których przeprowadzono badania ankietowe prowadzi lub współpracuje ze Szkołami Rodzenia. Tylko 9,5% badanych szpitali nie współpracuje ze Szkołami Rodzenia.



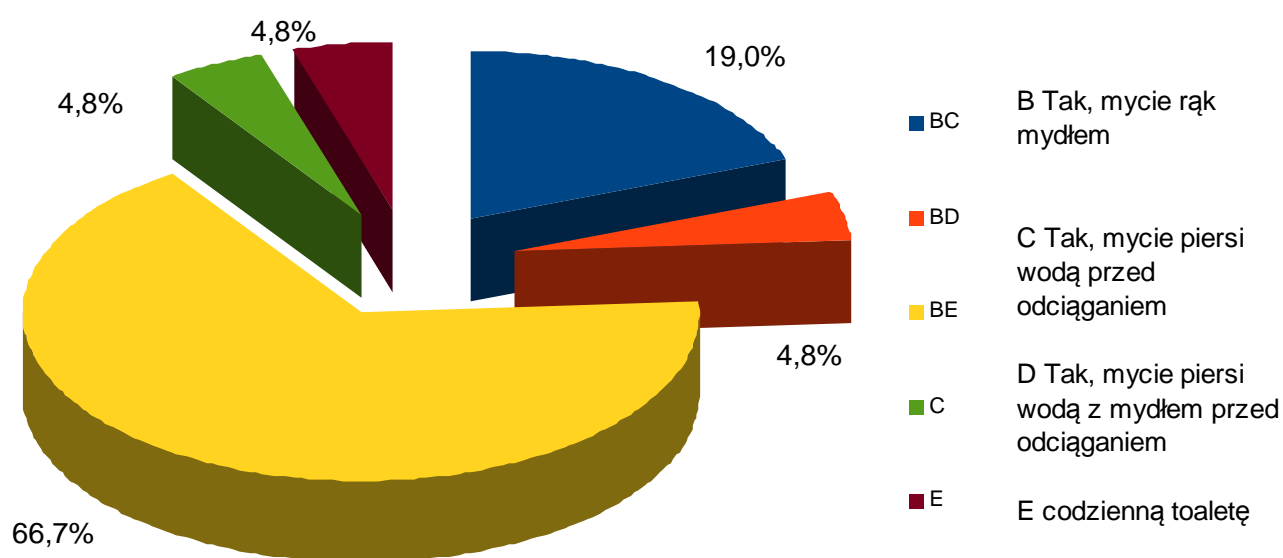
Ryc. 17. Zatrudnienie w szpitalu osoby posiadającej Certyfikat Doradcy Laktacyjnego

Zatrudnienie personelu medycznego z certyfikatem doradcy laktacyjnego na terenie badanych podmiotów jest na poziomie 23,8%.



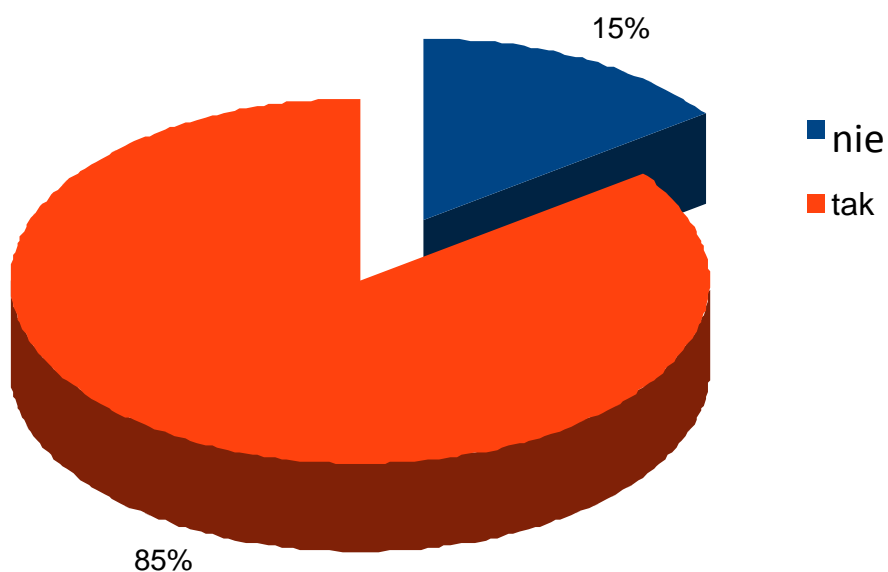
Ryc. 18. Sposób przekazania informacji matce dotyczącej zasad odciągania i higieny sprzętu laktacyjnego

Na terenie 42,9% oddziałów matka otrzymuje pisemną instrukcję dotyczącą zasad odciągania i higieny sprzętu laktacyjnego do ręki, 19% oddziałów utrzymuje, iż posiada instrukcję na piśmie ale matki otrzymują informacje ustnie. Na terenie 38% oddziałów nie ma instrukcji pisemnej z czego na terenie 19% oddziałów matki są informowane ustnie, a pozostała część badanych nie udziela instrukcji w ogóle.



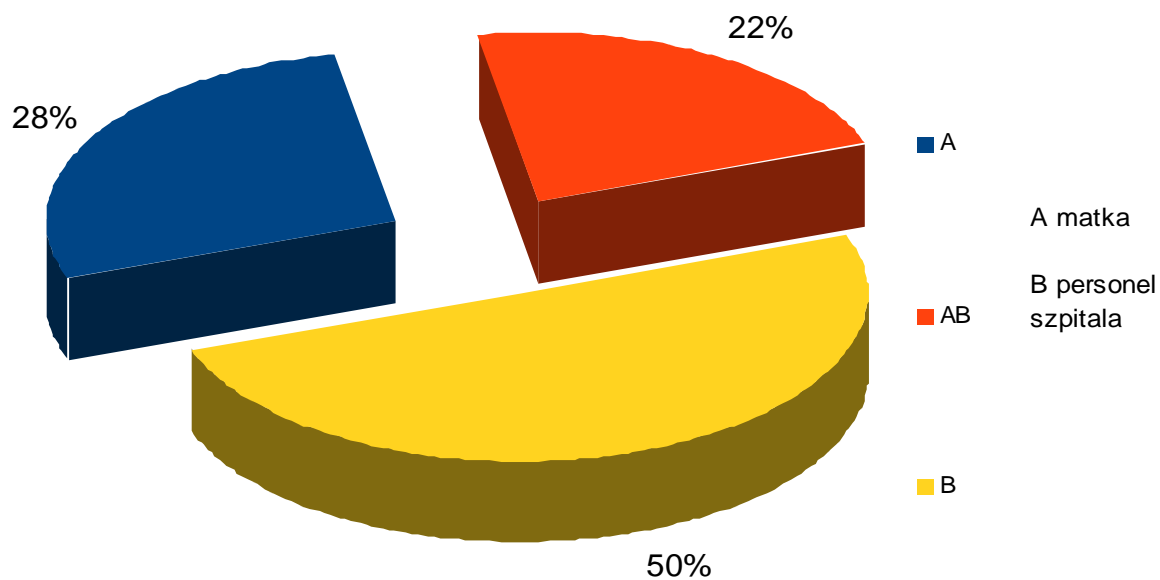
Ryc. 19. Czy szpital rekomenduje zasady higieny matkom odciągającym mleko

W większości oddziałów personel szpitala rekomenduje swoim pacjentkom zasady dotyczące higieny podczas odciągania mleka.



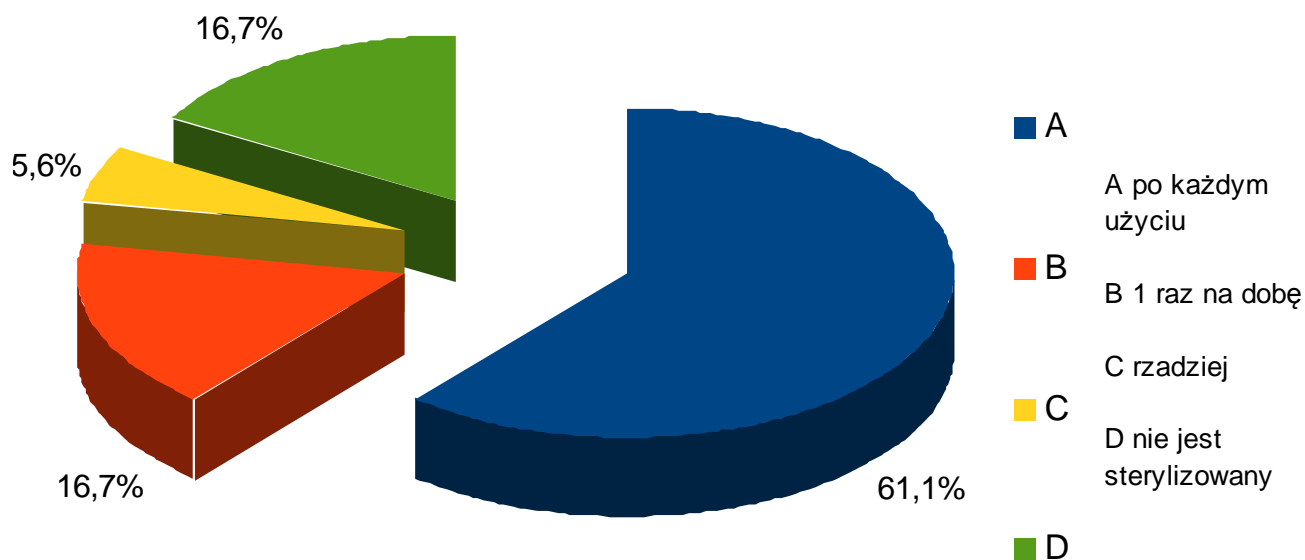
Ryc. 20. Czy szpital dysponuje laktatorami spełniającymi wymogi czystości

Z danych wynika, iż 85% szpitali II i III stopnia referencji posiada laktatory spełniające wymogi czystości, zaś 15% badanych szpitali nie udostępnia laktatorów w ogóle.



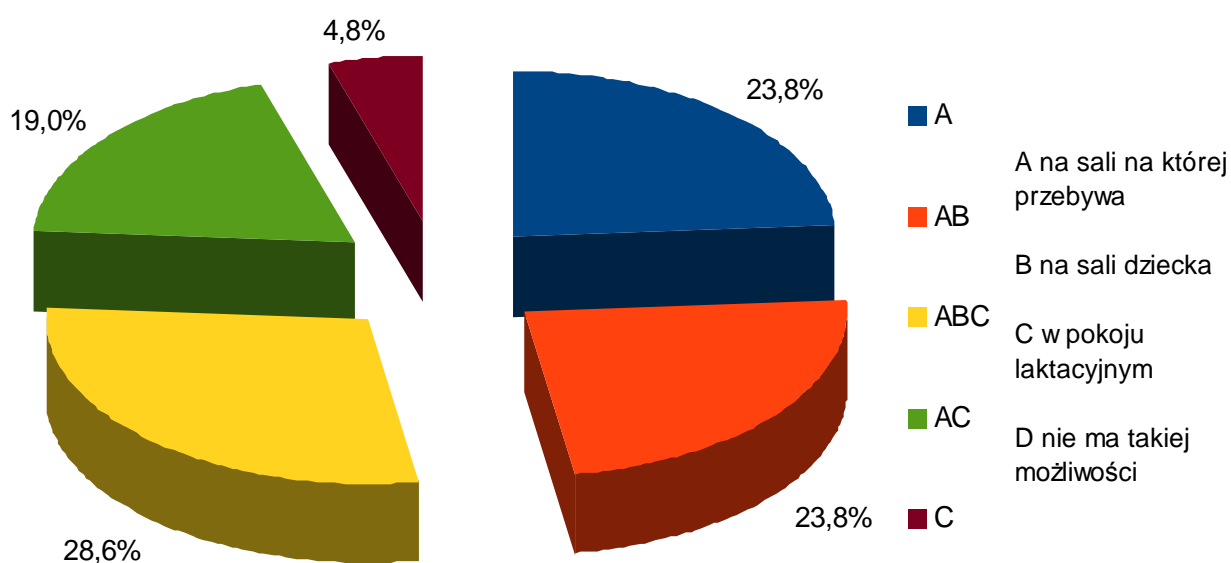
Ryc. 21. Kto odpowiada za utrzymanie czystości sprzętu laktacyjnego

W przypadku 50% badanych podmiotów za czystość sprzętu laktacyjnego odpowiada personel szpitala, w 22% personel i matka, a w pozostałych 28% podmiotów za czystość sprzętu odpowiada matka.



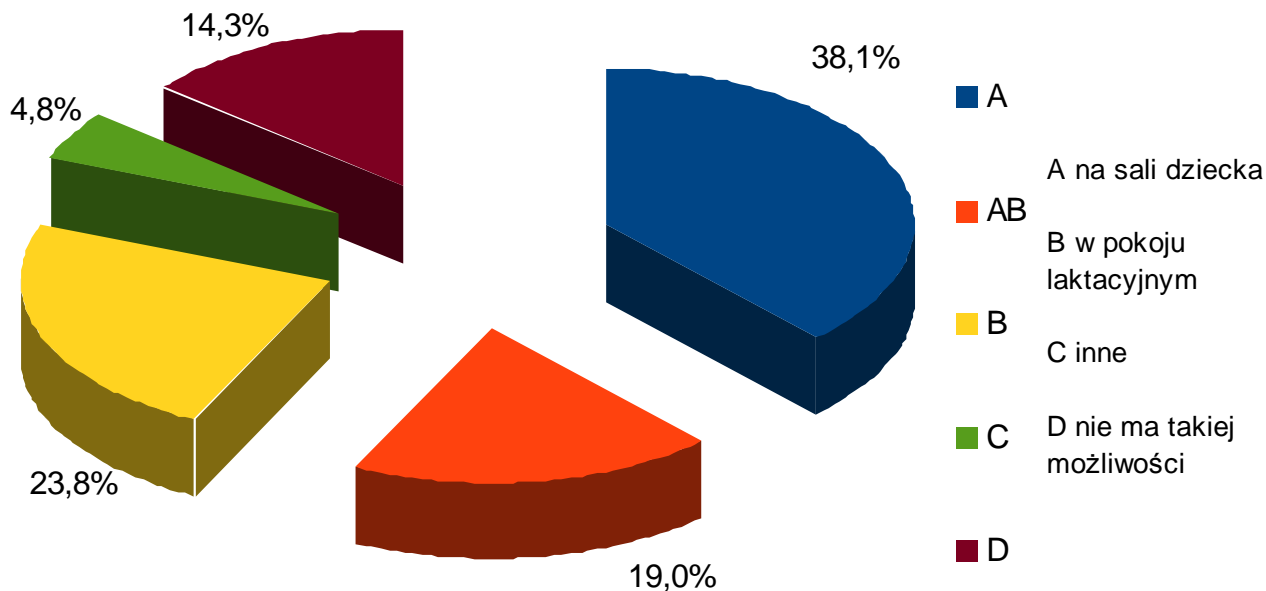
Ryc. 22. Jak często sprzęt laktacyjny jest sterylizowany dla wcześniaka

Na terenie 61,1% szpitali zaznaczone są dobre tendencje sterylizowania sprzętu laktacyjnego przeznaczonego dla wcześniaków po każdym użyciu. W 22,3% badanych podmiotów sprzęt sterylizowany jest raz na dobę lub rzadziej. Jednak w przypadku 16,7% szpitali sprzęt nie jest sterylizowany.



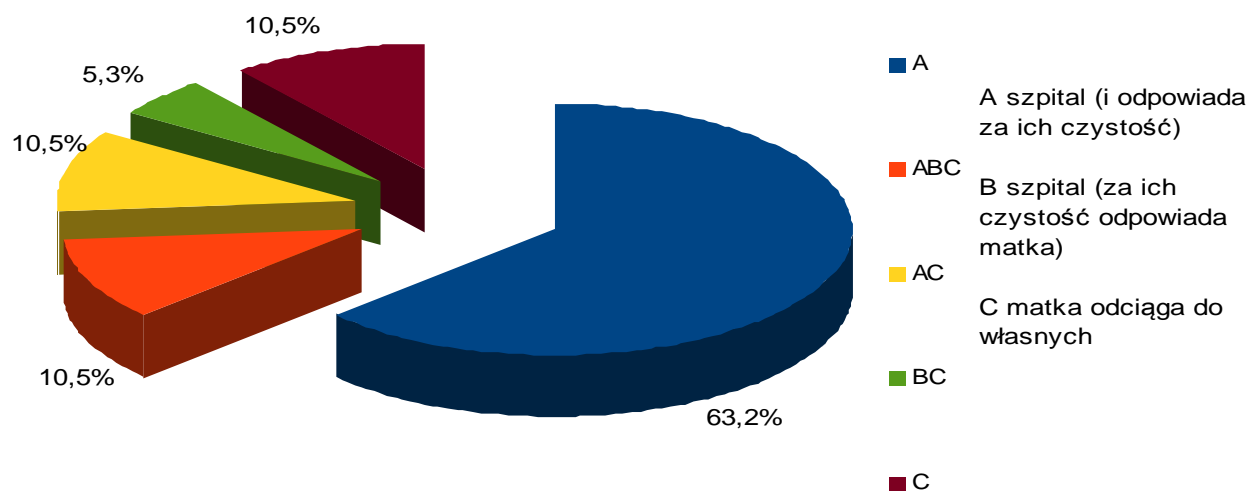
Ryc. 23. Warunki odciągania pokarmu w oddziale

Pokarm przez kobiety może być odciągany w specjalnym pokoju laktacyjnym na terenie 52,4% oddziałów, pozostała część matek odciągała pokarm na swojej sali lub na sali dziecka. Odciąganie pokarmu powinno się odbywać w pokoju laktacyjnym lub przy inkubatorze czy łóżeczku dziecka do jałowych pojemników, które zapewnia szpital.



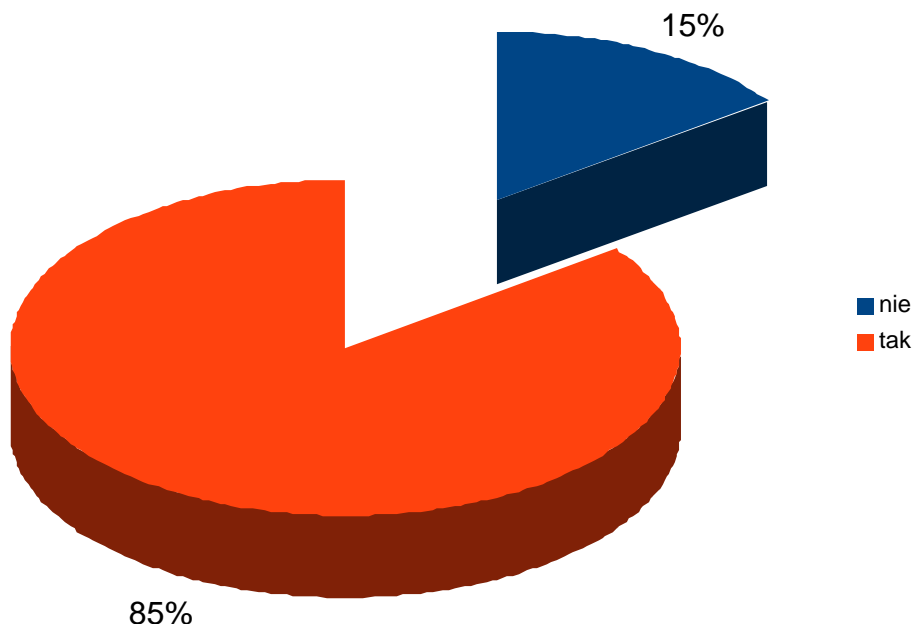
Ryc. 24. Warunki odciągania pokarmu dla matki wypisanej ze szpitala

Znaczna większość - 85,7% oddziałów zapewnia warunki do odciągania pokarmu dla matek po wypisie ze szpitala. Na terenie 14,3% szpitali nie ma takiej możliwości.



Ryc. 25. Kto dostarcza pojemniki pacjentkom leżącym na oddziale

W 63,2% szpitala odpowiadają za czystość pojemników na mleko, w przypadku reszty badanych pokarm był odciągany do pojemników własnych, a za ich czystość odpowiadał szpital lub matka.



Ryc. 26. Możliwość przechowywania pokarmu w szpitalu

Na terenie 85% szpitali są dobre warunki do przechowywania odciągniętego pokarmu, tylko w 15% szpitali nie ma warunków (brak lodówek) do przechowywania pokarmu.

Wnioski wynikające z analizy ankiet:

1. Kontakt „skóra do skóry” jest realizowany w mazowieckich szpitalach II i III stopnia referencji w 52%. Częstą przyczyną opóźnionego kontaktu „skóra do skóry” jest poród przez cięcie cesarskie niezależnie od stanu zdrowia matki i dziecka.
2. Udział mleka matki w żywieniu dzieci wynosi 93%, z czego 39% dzieci karmionych jest wyłącznie mlekiem matki, 54% dokarmiana jest sztucznie, zaś pozostałe 7% żywionych jest wyłącznie sztucznie. Rodzaj porodu nie powinien być czynnikiem różnicującym sposób karmienia dziecka przedwcześnie urodzonego.
3. Z liczby 190 badanych wcześniaków karmionych wyłącznie mlekiem matki stanowiącej 39%, 61% karmiona jest wyłącznie mlekiem matki, zaś pozostała część otrzymuje do mleka dodatkowe substancje jak woda, glukoza i witaminy, co jest uzasadnione tylko w wypadku podawania witamin. Udział mleka w żywieniu wcześniaków zależy także od praktyk szpitalnych.

4. Ponad 70% noworodków urodzonych powyżej 32 tygodnia rozpoczyna żywienie enteralne w pierwszej dobie, zaś noworodki poniżej 32 tygodnia tylko w 50%. Wczesne rozpoczęcie żywienia enteralnego wpływa na szybsze i lepsze osiągnięcie stabilizacji funkcji życiowych noworodka urodzonego przedwcześnie, zwiększa częstość przystawiania do piersi wcześniaków i tym samym stwarza większą możliwość wcześniejszego karmienia piersią.
5. Noworodki o znacznej niedojrzałości, aż w 50% nie są przystawiane do piersi przed wypisem ze szpitala. Proporcje te kształtują się znacznie lepiej w grupie dzieci o większej dojrzałości w 60% przypadków podejmowane są próby ssania piersi.
6. Sposób podawania pokarmu matki jest zróżnicowany; 12% kobiet karmiło wyłącznie piersią bezpośrednio, reszta kobiet podaje dzieciom swój pokarm na przemian piersią, przez butelkę, sondę czy innymi sposobami alternatywnymi. Tylko 16% badanych matek nie karmiło swoich dzieci piersią w ogóle.
7. W grupie badanych matek wcześniaków 67% skorzystała z porad laktacyjnych, zaś 30% nie wymagała potrzeby uzyskania takich porad, tylko w 3% podmiotów nie było osoby udzielającej porad. W większości badanych przypadków porady laktacyjne przekazywane są ustnie przez położne.
8. Wśród badanych szpitali 87% zapewnia dostęp do sprzętu laktacyjnego, 24% badanych kobiet korzystała z laktatorów szpitalnych. Badania pokazują, że 13% szpitali II i III stopnia referencji nie zapewnia dostępu do laktatorów. Dostępność do czystego wysterylizowanego sprzętu laktacyjnego na oddziale poprawia odsetek kobiet karmiących piersią i mlekiem odciągniętym.
9. W większości badanych podmiotów - 63,2% za czystość sprzętu laktacyjnego odpowiada personel szpitala. Reszta badanych korzystała z własnych pojemników lub sama odpowiadała za ich czystość. W większości szpitali - 61,1% zaznaczone są dobre tendencje sterylizowania sprzętu laktacyjnego przeznaczonego dla wcześniaków po każdym użyciu, jednak w 22,3% badanych podmiotów sprzęt sterylizowany jest raz na dobę lub rzadziej. W przypadku 16,7% szpitali sprzęt nie jest sterylizowany i nie są tam praktykowane dobre standardy sterylizowania sprzętu laktacyjnego przeznaczonego dla wcześniaków po każdym użyciu.
10. Pokarm przez kobiety jest odciągany w specjalnym pokoju laktacyjnym na terenie 52,4% oddziałów, pozostała część matek odciągała pokarm na swojej sali lub na sali dziecka. Odciąganie pokarmu powinno się odbywać w pokoju laktacyjnym lub przy inkubatorze czy łóżeczku dziecka do jałowych pojemników, które zapewnia szpital.
11. Na terenie 42,9% oddziałów matka otrzymuje pisemną instrukcję dotyczącą zasad odciągania i higieny sprzętu laktacyjnego do ręki, 19% oddziałów utrzymuje, iż posiada instrukcję na piśmie ale matki otrzymują informacje tylko ustnie. Na terenie 38% oddziałów

nie ma instrukcji pisemnej, z czego na terenie 19% oddziałów matki są informowane ustnie, a pozostała część badanych nie udziela instrukcji w ogóle.

12. Aż 96% badanych matek wcześniaków słyszała o leczniczych właściwościach mleka i jego wpływie wspomagającym na terapię i rozwój dziecka. Duży odsetek kobiet 78% posiada informacje o działalności banków mleka, z czego tylko 39% wykazuje gotowość pozyskiwania mleka z banku dla swojego dziecka, zaś 84% kobiet badanych wyraża gotowość do oddawania nadmiaru mleka do banku. Z danych wynika, że znaczna większość matek posiada wiedzę na temat korzyści karmienia naturalnego.

13. Na terenie 85% szpitali są dobre warunki do przechowywania odciągniętego pokarmu, tylko w 15% szpitali nie ma specjalnych lodówek przeznaczonych do przechowywania pokarmu. Szpitale powinny zapewnić odpowiednie warunki do przechowywania odciągniętego pokarmu.

14. Ponad 90% szpitali, w których przeprowadzono badania ankietowe prowadzi lub współpracuje ze Szkołami Rodzenia. Pozostałe szpitale nie współpracują ze Szkołami Rodzenia, co ogranicza możliwości przygotowania do porodu, położu oraz pozyskania wiedzy na temat pielęgnacji noworodka.

15. Certyfikat Szpital Przyjazny Dziecku posiada 35% ankietowanych szpitali.

3.2. Dobre praktyki w opiece laktacyjnej

Według Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie neonatologii opieka laktacyjna nad kobietą i dzieckiem przedwcześnie urodzonym powinna mieć charakter systemowy oraz wystandaryzowany. Powinna być włączona odpowiednio wcześnie oraz prowadzona systematycznie. Zasadą przewodnią strategii postępowania personelu tzw. zespołów neonatologicznych jest maksymalne i skuteczne wspieranie rodziców, tak by im samym ułatwić opiekę, pielęgnację oraz dojrzewanie dziecka w warunkach szpitalnych. Dla upowszechnienia karmienia naturalnego należy realizować działania i procedury szpitalne oparte na aktualnej wiedzy oraz wspierać merytorycznie i emocjonalnie rodziców noworodków przedwcześnie urodzonych poprzez:

- zapewnienie każdemu dziecku mleka własnej matki poprzez stosowanie efektywnych metod inicjowania i utrzymywania laktacji m.in. przez kontakt „skóra do skóry”, kangurowanie i opieka w systemie „matka z dzieckiem”;
- bieżąca analiza ilościowa i jakościowa karmienia oraz właściwy dobór metod podaży pokarmu w fazie przejściowej, z uwzględnieniem stanu klinicznego dziecka, poziomu jego umiejętności w zakresie jedzenia;

- zapewnienie warunków bezpiecznego pozyskiwania i przechowywania mleka kobiecego;
- najwcześniej jak to możliwe wspieranie i włączanie rodziców do opieki, pielęgnacji i stymulacji rozwoju dziecka.

W Szpitalu powinien istnieć plan szkolenia, obowiązkowy i spójny dla wszystkich pracowników mających kontakt z dzieckiem i matką. Wiedza i umiejętności, jakie personel zdobędzie w wyniku szkolenia, powinny obejmować:

- korzyści dla noworodków, niemowląt i matek związane z karmieniem piersią i zaletami mleka kobiecego;
- czynniki istotne dla wczesnej inicjacji wytwarzania mleka w piersi oraz utrzymania laktacji na takim poziomie, który zapewni im wyłączność karmienia mlekiem matki w pierwszych 6 miesiącach życia;
- zgodność z aktualną wiedzą medyczną i rekomendacjami w dziedzinie żywienia, a w szczególności karmienia piersią;
- właściwe postępowanie z pozyskiwanym pokarmem matki oraz sprzętem laktacyjnym;
- postępowanie z dzieckiem i matką (rodziną) w przypadku nie karmienia piersią, w tym znajomość ryzyka związanego z karmieniem sztucznym.

3.3 Działalność Banku Mleka Kobiecego

Pierwszy Bank Mleka Kobiecego powstał 28 marca 2012 roku w Warszawie na terenie Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. prof. W. Orłowskiego CMKP. Bank Mleka Kobiecego jest integralną częścią Kliniki Neonatologii, w którym nadzór merytoryczny sprawuje Kierownictwo Kliniki. Dane medyczne, organizacyjne i finansowe z pracy banku są prowadzone prospektywnie przez pracowników kliniki, opracowywane statystycznie po każdym 6 miesiącach pracy, a bilans dokonywany przez dział księgowy szpitala. Po 1,5 roku placówki można ocenić efekty wyłącznego karmienia naturalnego wszystkich noworodków przedwcześnie urodzonych i chorych w klinice oraz porównać je z wynikami z analogicznego okresu sprzed istnienia banku mleka.

W ciągu 18 miesięcy pracy banku pozyskano 70 dawczyń mleka kobiecego, wyłonionych spośród pacjentek szpitala. Pozyskiwaniem dawczyń, a następnie weryfikowaniem ich pod kątem spełniania warunków Karty Honorowej Dawczyni, zajmuje się personel Kliniki.

Wykonano 353 procesy pasteryzacji mleka kobiecego, podlegających kontroli w systemie HACCP – (system analizy zagrożeń i krytycznych punktów kontroli). Uzyskano około

500 litrów mleka kobiecego, z którego skorzystało około 500 noworodków Kliniki, głównie przedwcześnie urodzonych pacjentów oddziału intensywnej terapii, oraz noworodki donoszone, dla których podaż pokarmu kobiecego okazała się szczególnie ważna (urodzone z posocnicą, nietolerancją mleka krowiego, schorzeniami przewodu pokarmowego, z niektórymi wadami wrodzonymi).

W Klinice preferowane jest karmienie pokarmem matki, według wdrożonego standardu „Wczesnej stymulacji laktacji”, jednak w sytuacji braku pokarmu własnego matki, noworodkom z ekstremalnie małą masą ciała preferowana jest podaż pokarmu kobiecego pasteryzowanego. Wyniki badań banku mleka wskazują jednoznacznie, że schemat żywienia dzieci poprawia tolerancję pokarmu i przyspiesza osiągnięcie przez nie wyłącznego karmienia doustnego w porównaniu do okresu, w którym stosowano w tych przypadkach mieszankę sztuczną. Skraca się okres żywienia pozajelitowego oraz liczba dni utrzymywania centralnych linii żylnych. Zmniejsza się liczba procedur narażających na powikłania w oddziale intensywnej terapii. Dojrzewanie przewodu pokarmowego następuje u tych wcześniaków szybciej.

Stwierdzono także znamienne statystycznie spadki występowania ciężkich, zagrażających życiu wcześniaków schorzeń, takich jak martwicze zapalenie jelit i posocznica. Ponadto poprawiały się wskaźniki epidemiologiczne pracy kliniki, noworodki w mniejszym stopniu narażone są na kontakt z niebezpiecznymi bakteriami środowiska szpitalnego. Stwierdzono istotną statystycznie redukcję kolonizacji przewodu pokarmowego noworodków alertowymi szczepami bakteryjnymi. W okresie pracy banku mleka zredukowano zużycie antybiotyków w leczeniu pacjentów o 78% oraz mieszanek sztucznych w żywieniu noworodków o 77%.

Po przeanalizowaniu wpływu wprowadzenia procedury karmienia mlekiem matki z banku mleka kobiecego na wskaźniki karmienia naturalnego wcześniaków przy wypisie okazało się, że wyłącznie karmionych piersią jest 76% wcześniaków, a kolejnych 15% noworodków otrzymuje mleko matki, choć nie wyłącznie. Jest to duża poprawa wskaźników karmienia naturalnego w porównaniu do roku 2011.

Badania ankietowe, jakie zostały przeprowadzone wśród rodziców oraz personelu medycznego wykazały, iż personel banku mleka wykazuje jednoznaczną, pozytywną postawę wobec dostępności do mleka pasteryzowanego, a dla większości matek fakt istnienia banku mleka był kryterium wyboru placówki do porodu. Matki deklarowały chęć dzielenia się pokarmem, a także chęcią skorzystania z banku mleka, gdyby zaistniała taka potrzeba u ich dziecka.

Bardzo oczekiwanym przez matki parametrem jakości mleka jest jego czystość mikrobiologiczna, co jest zapewnione w restrykcyjnie przeprowadzanych procesach

pobierania, przechowywania, badań mikrobiologicznych i wreszcie dzielenia mleka dla potrzebujących.

Jak wynika z powyższych danych, korzyści zdrowotne dla leczonych pacjentów są wymierne. Szpital Kliniczny wystosował propozycję współpracy do innych szpitali na terenie Warszawy dotyczącą możliwości nabycia mleka pasteryzowanego dla noworodków najwyższego ryzyka w ich oddziałach intensywnej terapii noworodka. Od początku istnienia banku mleka współpracuje w tym zakresie z Kliniką Neonatologii i Intensywnej Terapii Szpitala WUM im. ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie.

Istnieją możliwości rozszerzenia pracy banku mleka zarówno poprzez pozyskiwanie dawczyń jak i przekazanie mleka dalszym potrzebującym.

Bank mleka kobiecego powstał na terenie Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego CMKP im. prof. W. Orłowskiego w Warszawie przy wsparciu Pani prof. Marii Borszewskiej-Kornackiej, Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie neonatologii, Prezesa Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego, Fundacji Bank Mleka Kobiecego, władz m.st. Warszawy oraz przy poparciu Wojewody Mazowieckiego.

4. Promocja karmienia naturalnego

4.1. Narodowy Program Zdrowia

Jednym z celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 monitorowanego przez Mazowiecki Urząd Wojewódzki jest poprawa opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem. W tym zakresie powinno się dążyć m.in. do:

- obniżenia wcześniactwa z 6,4 do 5,5%;
- obniżenia umieralności okołoporodowej z 8,6/1000 urodzeń do 6,0/1000 urodzeń;
- zmniejszenie częstości chorób przewlekłych i prowadzących do niepełnosprawności u dzieci;
- zmniejszenie różnic między województwami i grupami społecznymi w zakresie podstawowych mierników zdrowia dziecka.

Realizacja celu polega na monitorowaniu m.in. takich wskaźników jak: wskaźnik wcześniactwa naturalnego, małej masy urodzeniowej, umieralności okołoporodowej, odsetek kobiet poddanych opiece przedporodowej, częstość hospitalizacji dzieci według wybranych przyczyn oraz odsetek niemowląt karmionych wyłącznie piersią.

Realizatorami celu jest administracja rządowa, samorządowa, Narodowy Fundusz Zdrowia, Instytut Matki i Dziecka oraz podmioty lecznicze. Osiągnięcie oczekiwanych efektów może nastąpić dzięki skoordynowaniu działań wymienionych realizatorów w zakresie prowadzenia

promocji zdrowia i realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych dla kobiet w ciąży, matek i noworodków i małych dzieci, monitorowaniu i dokonywaniu oceny dostępności i efektywności świadczeń profilaktyczno-leczniczych.

Z danych przekazywanych corocznie w sprawozdaniach Narodowego Programu Zdrowia przez samorządy wynika, że w latach 2010 – 2012 programy skierowane do kobiet w ciąży, matek i noworodków i dzieci realizowany był przez 40% samorządów województwa mazowieckiego. Dane statystyczne pokazują, że na terenie województwa mazowieckiego na przestrzeni ostatnich lat obniżył się wskaźnik wcześniactwa do 5,3%.

4.2. Szpital Przyjazny Dziecku

W roku 1989 została podjęta inicjatywa „Szpital Przyjazny Dziecku” przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) i Fundusz Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci (UNICEF). Wydano wspólne oświadczenie pn. „Ochrona, propagowanie i wspieranie karmienia piersią”. W Polsce do realizacji inicjatywy Szpitala Przyjaznego Dziecku w roku 1992 powołano Stowarzyszenie Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią. Jest to organizacja pożytku publicznego, działająca przy Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie.

„Szpital Przyjazny Dziecku” to tytuł nadawany oddziałowi położniczemu, który spełnia kryteria wyznaczone przez UNICEF. Od 1990 roku wprowadzone zostały zasady do praktyki położniczej, zachęcając podmioty lecznicze do realizacji programu „10 kroków do udanego karmienia piersią”, którego stosowanie jest podstawą do ubiegania się ten tytuł. Dodatkowo na terenie podmiotu, który otrzyma Certyfikat musi być stosowany „Międzynarodowy Kodeks Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobiece”. W kodeksie szczególną uwagę zwraca się na dawanie kobiecie możliwości wyboru metody karmienia. Wybór ten powinien być świadomy i oparty nie na reklamie producentów sztucznych mieszanek, ale na współczesnej wiedzy medycznej. Oprócz zaleceń WHO odnośnie stosowania właściwych technik porodowych wprowadzono zasady dotyczące optymalnego żywienia noworodka:

1. Rozpocząć karmienie jak najwcześniej po porodzie.
2. Karcić często - „karmienie według potrzeb”.
3. Karcić tylko piersią około 6 miesięcy.
4. Po 6 miesiącach, kiedy wprowadzane jest pożywienie uzupełniające, przed każdym posiłkiem podawać dziecku pierś.
5. Karcić piersią jak najdłużej – do 2 r.ż.
6. Nie stosować smoczków, butelek, i innych sztucznych akcesoriów.
7. Pić i zjadać takie ilości pożywienia, żeby zaspokoić pragnienie i głód.

Wprowadzenie nowych zasad służy wypracowaniu uniwersalnego modelu opieki nad kobietą w ciąży, który jest stosowany na świecie. Szpital Przyjazny Dziecku całą swoją uwagę ma skupiać na matce i noworodku co daje gwarancję na najlepszą opiekę oraz prawo do godnego porodu.

Na terenie województwa mazowieckiego 13 szpitali posiada tytuł „Szpital Przyjazny Dziecku”, w tym na terenie m.st. Warszawy 4 szpitale uzyskały certyfikat.

Tabela 10. Szpitale Przyjazne Dziecku na terenie województwa mazowieckiego.

Lp.	Nazwa placówki	Adres	Rok przystąpienia
1	Centrum Medyczne Żelazna Sp. z o.o	ul. Żelazna 90 01-004 Warszawa	1994
2	Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie	ul. Powstańców Wielkopolskich 26-400 Ciechanów	1994
3	Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu Sp. z o.o	ul. Piotra Skargi 10 05-600 Grójec	1994
4	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej i. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku	ul. Sienkiewicza 7 09-100 Płońsk	1995
5	Szpital "Inflancka" im. Krysi Niżyńskiej "Zakurzonej" w Warszawie Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	ul. Inflancka 6 01-809 Warszawa	1996
6	Szpital Powiatowy w Wołominie Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej	ul. Gdyńska 1/3 05-200 Wołomin	1998
7	Zespół Opieki Zdrowotnej „Szpitala Powiatowego” w Sochaczewie	ul. Batalionów Chłopskich 3/7 96-500 Sochaczew	1998
8	Instytut Matki i Dziecka	ul. Kasprzaka 17a 01- 211 Warszawa	1999
9	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej- Zespół Zakładów Lecznictwa Otwartego i Zamkniętego im. Duńskiego Czerwonego Krzyża w Makowie Mazowieckim	ul. Witosa 2 06-200 Maków Mazowiecki	2003
10	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przasnyszu Szpital im. dr. Wojciecha Oczko	ul. Szpitalna 4 06-300 Przasnysz	2008
11	Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Sp. z o.o.	ul. Aleksandrowicza 5 26-617 Radom	2010
12	Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku	ul. Medyczna 19 09-400 Płock	2010
13	Szpital Specjalistyczny im. św. Rodziny Samodzielny Publiczny Zakład opieki Zdrowotnej	ul. Madalińskiego 25 02-544 Warszawa	2007

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wykazu Szpitali Przyjaznych Dziecku – www.laktacja.pl(stan na 31.12.2013r.).

4.3.Działalność organizacji pozarządowych

Fundacja Mleko Mamy

Fundacja została powołana w celu podejmowania, prowadzenia oraz popierania inicjatyw propagujących karmienie piersią w Polsce. Prowadzi działania mające na celu przekonanie kobiet, że karmienie naturalne wyłącznie do 6 miesiąca życia dziecka jest najlepszym wyborem dla matki i dziecka. Fundacja promuje, edukuje oraz wspiera specjalistów rozumiejących ideę karmienia piersią. Działania Fundacji skupiają się wokół budowania systemu poradnictwa laktacyjnego poprzez współpracę ze środowiskiem realizującym programy oraz kampanie społeczne.

1.Organizacja konkursu fotograficznego pokazującego piękno karmienia piersią (partnerem wydarzenia było Stowarzyszenie na rzecz Banku Mleka Kobiecego) - maj 2011 rok.

Celem Konkursu było promowanie karmienia naturalnego i wzrost świadomości dotyczącej korzyści, jakie przynosi karmienie naturalne kobietom, dzieciom i rodzinie. promować karmienie naturalne jako nowoczesny, naturalny sposób karmienia dzieci przez co najmniej pełne 6 miesiąca życia dziecka. Zaprezentowane zdjęcia przełamywały stereotypy związane z karmieniem piersią, wywoływały pozytywne skojarzenia z karmieniem naturalnym. Każda z wyróżnionych fotografii posiadała formę artystyczną, charakterystyczną, niepowtarzalną, oryginalną, przyjazną.

2.Strefa Karmienia Piersią.

Celem programu Strefa Karmienia Piersią jest zidentyfikowanie i promocja miejsc przyjaznych mamom karmiącym, promowanie karmienia piersią i zmiana świadomości społeczeństwa w zakresie karmienia w miejscach publicznych. Dzięki niemu mamy będą mogły w prosty sposób dowiedzieć się, w jakich instytucjach publicznych, kulturalnych, lokalach usługowych, punktach gastronomicznych i innych organizacjach mogą swobodnie i w dobrych warunkach nakarmić dziecko piersią. W 2011 roku zostały przygotowane materiały informacyjne dla potencjalnych uczestników Strefy. W 2012 roku została uruchomiona strona projektu www.strefakarmieniapiersia.pl, gdzie można zapoznać się z warunkami uczestnictwa w programie oraz sprawdzić, którym miejscom w Polsce przyznano tytuł miejsca przyjaznego mamie karmiącej piersią.

3.Piknik Wcześniaka „Mleko mamy - od wcześniaka do przedszkolaka”, 5.06.2011 r.

Celem pikniku Wcześniaka na Karowej „Mleko mamy - od wcześniaka do przedszkolaka” była animacja środowiska rodzin dzieci urodzonych przedwcześnie w Szpitalu Klinicznym im. ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie oraz promocja karmienia piersią i pokarmem kobiecym. Piknik został zorganizowany w partnerstwie: głównym patronem merytorycznym

był Szpital Kliniczny im. Ks. Anny Mazowieckiej, głównym organizatorem była Fundacja Banku Mleka Kobiecego. Fundacja Mleko Mamy była partnerem organizacyjnym i merytorycznym. Patronami honorowymi pikniku był: Wojewoda Mazowiecki, Marszałek Województwa Mazowieckiego, Urząd dz. Śródmieście, Warszawski Uniwersytet Medyczny. Partnerami wspierającymi byli: Fundacja Mleko Mamy, Fundacja Bank Mleka Kobiecego. Fundacja prowadzi profil na portalu społecznościom Facebook (1600 fanów), stronę internetową: mlekom mamy.pl, wydaje materiały promocyjne i informacyjne, przedstawiciele Fundacji są zapraszani do programów telewizyjnych/audycji radiowych; patronuje wydarzeniom promującym karmienie piersią.

Fundacja Bank Mleka Kobiecego

Fundacja powstała w 2010 roku aby promować w środowisku medycznym oraz wśród rodziców ideę dzielenia się naturalnym, przebadanym pokarmem kobiecym zgodnie z zaleceniami WHO/UNICEF. Banki mleka kobiecego to specjalistyczne placówki, które umożliwiają karmienie naturalnym pokarmem dzieci, których z przyczyn losowych nie mogą karmić własne mamy. Działalność banków mleka trzeba traktować jako stwarzanie równych szans wszystkim dzieciom w dostępie do naturalnego pokarmu mamy, choćby niespokrewnionej. Działania istniejącego przez kilka lat Stowarzyszenia na rzecz Banku Mleka skupiały się na edukacji personelu medycznego, wsparciu matek i działaniach lobbujących na rzecz reaktywacji banków mleka w Polsce. W grudniu 2011 roku dorobek Stowarzyszenia przejęła Fundacja Bank Mleka Kobiecego. Fundacja bierze czynny udział w pracach Europejskiego Stowarzyszenia Banków Mleka (ang. European Milk Bank Association, EMBA).

Fundacja prowadzi działalność w sferze pożytku publicznego obejmującą zadania w zakresie ochrony i promocji zdrowia oraz działalność na rzecz rodziny, rodzicielstwa, upowszechniania i ochrony praw dziecka. Celem Fundacji jest działalność na rzecz stworzenia i sprawnego funkcjonowania specjalistycznych placówek typu bank mleka kobiecego oraz wspieranie przedsięwzięć służących promocji karmienia piersią i pokarmem kobiecym. Fundację stanowią Prezes Fundacji, Rada Naukowa Fundacji oraz Rada Fundacji. Prezesem Fundacji jest dr n. biol. Aleksandra Wesołowska, pracownik naukowy Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, współzałożyciel Stowarzyszenia na rzecz Banku Mleka Kobiecego. Dr Wesołowska jest koordynatorem reaktywacji banków mleka z ramienia EMBA na Polskę. Radą Naukową Fundacji BMK skupiającą naukowców różnych specjalności zajmujących się mlekiem kobiecym kieruje prof. dr hab. n med. Maria Katarzyna Borszewska – Kornacka.

Fundacja jest podmiotem wdrażającym w Szpitalach „Program Mamy Mleko dla wcześniaka”, który ma na celu zwiększenie dostępu do mleka kobiecego dzieciom chorym i długo hospitalizowanym poprzez reaktywację banków mleka w Polsce. Aktualnie w Polsce funkcjonują dwa banki mleka pod patronatem Fundacji – pierwsza placówka została otwarta w Samodzielnym Szpitalu Klinicznym im. W Orłowskiego w 2012 r. oraz kolejna w Toruniu działająca na rzecz potrzebujących dzieci w całym woj. kujawsko-pomorskim. Program Fundacji „Mamy mleko dla wcześniaka” został zatwierdzony jako bazowy dla funkcjonowania placówek banków mleka na Mazowszu przez Konsultanta Wojewódzkiego ds. Neonatologii oraz Konsultanta Wojewódzkiego ds. Ginekologii i Położnictwa. Od lutego 2014 roku drugi na terenie m. st. Warszawy bank mleka zostanie otwarty w Szpitalu Ginekologiczno-Położniczym im. św. Rodziny.

Fundacja wspiera badania nad mlekiem i laktacją i jest koordynatorem Klastra „Lactofeed – rozwój leczenia żywieniowego dzieci”, który skupia 7 jednostek badawczo-naukowych oraz 8 przedsiębiorców. Poza tym prowadzi działania informacyjne i edukacyjne na rzecz kobiet w trudnej sytuacji okołoporodowej, dla których karmienie piersią stanowi wyzwanie – matek wcześniaków i dzieci długo leczonych. Dla nich została stworzona ulotka pt. „Mamy mleko w domu i w szpitalu” oraz film instruktażowy dotyczący inicjacji i podtrzymania laktacji. Fundacja prowadzi też bezpłatne poradnictwo laktacyjne i inicjuje grupy wsparcia laktacyjnego. Projekt reaktywacji banków mleka w Polsce został nagrodzony Nagrodą im. T. Sendzimira w 2008 roku nadawaną przez Fundację Kościuszkowską a powołanie placówki banku mleka w Warszawie zostało uznane za najlepszą inicjatywę organizacji pozarządowej w kategorii zdrowie w roku 2012.

Fundacja MaMa

Od początku swego istnienia organizacja stara się promować karmienie piersią. Od 2006 roku prowadzi kampanię społeczną „O Mamma mia! Tu wózkem nie wjadę”, w której zwraca uwagę na bariery architektoniczne i mentalne w kwestii wychowania dzieci w mieście i na wsi. Mentalna bariera, która może prowadzić do dyskryminacji matek jest, między innymi nietolerancja Publicznego karmienia piersią. Fundacja Mama wspiera matki karmiące „na żądanie”, czyli również w miejscach publicznych. W 2007 roku fundacja zorganizowała wspólnie z burmistrzem warszawskiego Śródmieścia konkurs na projekt altanki do karmienia piersią w parkach. W 2012 roku włączyli się także w spontaniczną akcję Fundacji Mleko mamy dotyczącą problemu braku zgody na zwieszenie wystawy przedstawiającej karmienie piersią w miejscu publicznym (chodziło o stację metra Świętokrzyska). W roku 2013

Fundacja pokazała w swojej siedzibie Mama Cafe wystawę „Stawiam na pierś” przedstawiającą pozytywne aspekty karmienia piersią.

Fundacja Wcześniak Rodzice-Rodzicom

Fundacja Wcześniak została założona w 2003 roku, a jej główne cele to:

1. Działalność na rzecz rodziny, macierzyństwa i rodzicielstwa w rodzinach, w których dzieci urodziły się jako wcześniaki tj. przed upływem 36 tygodnia ciąży;
2. Pomoc społeczna w rozumieniu ustawy o działalności pożytku Publicznego i o Wolontariacie z dnia 24 kwietnia 2003r. kierowana do rodzin wcześniaków;
3. Wspieranie rodziców wcześniaków;
4. Działalność charytatywna na rzecz rodzin wcześniaków;
5. Udzielanie informacji o wcześniakach kobietom w ciąży, rodzicom wcześniaków lub innym osobom zainteresowanym tą tematyką;
6. Wspieranie działań zmierzających do propagowania wiedzy o wcześniakach;
7. Tworzenie platformy służącej wymianie informacji pomiędzy rodzicami wcześniaków.

Fundacja Wcześniak Rodzice-Rodzicom w ostatnich latach podejmowała działania w zakresie promocji i wspierania karmienia piersi i mlekiem matki, które obejmowały:

1. Wydanie w 2013r. publikacji „Niezbędnik Rodzica Wcześniaka” nieodpłatnie dystrybuowanej na oddziałach wcześniaków oraz patologii noworodka ponad 80 szpitali w całej Polsce, w ramach której zamieszczony został artykuł Pani dr n. biol. Aleksandry Wesołowskiej, Prezes Fundacji Bank Mleka Kobiecego zatytułowany „Karmienie piersią”.
2. Uwzględnienie w ramach wypożyczalni sprzętu działającej na stronach www.wczesniak.pl, trzech profesjonalnych laktatorów, które są nieodpłatnie wypożyczane rodzicom wcześniaków ciesząc się wysokim poziomem zainteresowania.

Przez prawie 10 lat działalności Fundacja zrzeszyła w ramach Programu Mentor blisko tysiąc rodzin wcześniaków w dziale „Poznaj losy innych wcześniaków” na stronie internetowej zamieściła prawie 200 historii dzieci, zainicjowała wiele artykułów prasowych, reportaży i wystąpień radiowych oraz telewizyjnych, a także zainicjowała szereg działań i projektów; m.in. przetłumaczenie i zredagowanie oraz wydanie przy współpracy Wydawnictwa PZWL w 2007 roku polskiej wersji amerykańskiego poradnika dla rodziców wcześniaków, wystąpienie Fundacji w Parlamencie Europejskim w 2011 roku podczas Kongresu Europejskich Organizacji Wcześniakowych i podpisanie „Apelu o działanie na rzecz zdrowia wcześniaków”. Głównym punktem obchodów od 2011 roku „Światowego Dnia Wcześniaka”

w dniu 17 listopada było przedstawienie wystawy „Wcześniaki – wczoraj i dziś”, która została wystawiona m.in. na terenie Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego.

Fundacja Rodzić po Ludzku

Fundacja powstała w 1996 roku i jest organizacją pozarządową działającą na rzecz kobiet w ciąży, matek oraz dzieci. Celem Fundacji jest umożliwienie każdej kobiecie godnych warunków podczas porodu i połogu, otoczenie szacunkiem oraz troskliwą opieką ze strony personelu medycznego przy wsparciu bliskich osób. Fundacja realizuje swoje cele poprzez działania edukacyjno-szkoleniowe oraz monitoring i rzecznictwo interesów kobiet – pacjentek opieki okołoporodowej. W ciągu kilkunastu lat Fundacja zrealizowała wiele akcji, inicjatyw i projektów, dzięki którym zmieniła się świadomość społeczna w tym zakresie.

Misją Fundacji jest wspieranie i wzmacnianie kobiet w otwartym formułowaniu swoich potrzeb i respektowania ich praw.

W roku 2013 Fundacja przeszkoliła ponad tysiąc położnych, wydała tysiące egzemplarzy broszur i ulotek dla personelu medycznego oraz dla kobiet prezentujących najnowszą wiedzę naukową na temat ciąży, porodu i połogu oraz stworzyła unikalną bazę placówek położniczych w Polsce, aby pomóc kobietom w dokonywaniu świadomego wyboru miejsca porodu. Na stronie internetowej Fundacji znajduje się aktualne kompendium wiedzy na temat ciąży, porodu i połogu. Na portalu internetowym znajdują się także informacje na temat korzyści karmienia piersią. Na terenie województwa mazowieckiego realizowany był przez Fundację program cieszący się dużym powodzeniem (jednakże z powodu braku funduszy nie mógł być dalej realizowany) pn. „Dni Otwarte”, polegający na udzielaniu kobietom w ciąży i matkom bezpłatnych porad dotyczących aspektów macierzyństwa.

Wortal internetowy www.rodzicpoludzku.pl, o rocznym zasięgu ok. 700 000 indywidualnych użytkowników. Na wortalu znajduje się ogromna baza wiedzy dla kobiet o ciąży, porodzie, karmieniu piersią, pielęgnacji dziecka i połogu. Prowadzi również stronę internetową www.gdzierodzic.info z bazą wszystkich placówek położniczych w Polsce. Jest to forma monitoringu społecznego z jakości usług medycznych dostępnych w szpitalach. Kobiety znajdują tam m.in. informacje w jakim stopniu personel medyczny wspiera karmienie piersią, czy dostępna jest doradczyni laktacyjna oraz czy szpital prowadzi poradnię laktacyjną. Kobiety na bieżąco zostawiają swoje komentarze dotyczące swojego pobytu w szpitalu. Zasięg ok. 680 000 indywidualnych użytkowników. Na stronach kobiety dowiedzą się dlaczego warto karmić piersią, jaki ma to wpływ na zdrowie matki i dziecka, jak ważny w jest niezakłócony kontakt matki z dzieckiem po narodzinach dla jakości karmienia piersią. Obie

prowadzone przez nas strony mają zasięg ogólnopolski. Fundacja wydała również publikację o karmieniu piersią skierowaną do personelu medycznego w nakładzie 20 000 szt. i ulotki dla kobiet o znaczeniu pierwszego kontaktu - 45 000 szt. Dystrybucja - cała Polska.

Stowarzyszenie Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią

Jest to organizacja pozarządowa działająca na terenie Polski od 24 kwietnia 1992 roku.

Cele Stowarzyszenia:

- upowszechnianie karmienia piersią jako pożądanego wzorca zachowań wśród kobiet wychowujących małe dzieci;
- działania na rzecz organizacji opieki okołoporodowej sprzyjającej rozpoczynaniu laktacji;
- działania na rzecz realizacji międzynarodowej inicjatywy UNICEF i WHO w sprawie tworzenia klimatu i warunków do powoływania szpitali/oddziałów przyjaznych dziecku;
- działania na rzecz tworzenia podstaw prawnych umożliwiających implementację Kodeksu Marketingu Sztucznej Żywności dla Niemowląt.

Stowarzyszenie realizuje swoje cele przez inspirowanie i wspieranie wszelkich działań prowadzących do upowszechniania karmienia piersią współpracę i współdziałanie z instytucjami i organizacjami zajmującymi się opieką nad matką i dzieckiem, a przede wszystkim współdziałanie w przeprowadzaniu ocen szpitali ubiegających się o tytuł „Szpital Przyjazny Dziecku” co zostało opisane w pkt. 4.2.

Fundacja Twórczych Kobiet

Fundacja Twórczych Kobiet prowadzi szereg działań mających na celu skuteczne wsparcie karmienia piersią w Polsce poprzez odpłatne kształcenie personelu sprawującego opiekę zdrowotną nad matkami i dziećmi, tworzenie standardów, organizację profesjonalnej opieki laktacyjnej dla matek karmiących na wzór światowych rozwiązań oraz promocję karmienia naturalnego wśród rodziców małych dzieci. Jednostką realizującą te cele jest Centrum Nauki o Laktacji. Centrum prowadzi serwis internetowy www.kobiety.med.pl.cnol; w którym personel medyczny, ale również rodzice mają dostęp do aktualnej wiedzy o fizjologii i patologii laktacji, postępowaniu w różnych sytuacjach klinicznych, bazy piśmiennictwa światowego, mogą zadawać pytania. Ponadto Centrum Nauki o Laktacji wydaje ulotki, plakaty, materiały edukacyjne. Wspiera inicjatywy matek w zakresie tworzenia grup samopomocowych. Współpracuje z wieloma instytucjami promującymi karmienie piersią w Polsce i na świecie.

Podsumowanie

Postępy w opiece neonatologicznej zwiększyły szansę na przeżycie noworodków urodzonych przedwcześnie, jednak towarzyszy jej nadal wysokie ryzyko powikłań przewlekłych. Wcześnieiki charakteryzują się gorszym stanem zdrowia niż niemowlęta urodzone o czasie i towarzyszy im zwiększona śmiertelność szczególnie w pierwszych tygodniach życia. Z danych Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie neonatologii wynika, że około 30% dzieci urodzonych przed terminem obarczonych jest poważnymi dodatkowymi problemami zdrowotnymi, co wiąże się z kilkumiesięcznym pobytem na oddziale neonatologicznym. Po wypisaniu ze szpitala dzieci urodzone przed terminem często wymagają kompleksowej i skoordynowanej opieki specjalistycznej. Rozwiązaniem, które ułatwiłoby dostęp do specjalistycznych konsultacji byłoby utworzenie centrów kompleksowej opieki specjalistycznej.

Od 2012 roku obowiązują standardy zawierające procedury medyczne określające poszczególne elementy opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w fizjologicznej ciąży, podczas fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem. Dotychczas nie opracowano rekomendacji dotyczących postępowania z noworodkiem urodzonym przedwcześnie. Realizacja na większości oddziałów szpitalnych kontaktu „skóra do skóry” po porodzie zawartych w standardach okołoporodowych wskazuje na prawidłowy kierunek opieki nad dzieckiem urodzonym przedwcześnie. Jednak jak potwierdzają opisane badania ankietowe w 59% kontakt ten trwa zbyt krótko, bo tylko 10 minut. Częstą przyczyną opóźnionego kontaktu „skóra do skóry” jest poród drogą cięcia cesarskiego. Dobrym rozwiązaniem byłoby umożliwienie osobom bliskim, kobiet rodzących uczestnictwa w porodach drogą cięcia cesarskiego, co mogłoby zwiększyć częstość realizowania ze względów zdrowotnych (tam gdzie pozwala na to stan dziecka) pełnego kontaktu „skóra do skóry”. Kontakt ten ma duże znaczenie w budowaniu prawidłowych reakcji emocjonalnych w rodzinie i tym samym w realizacji właściwego modelu żywienia dzieci pokarmem matki. Jednym z elementów opieki poporodowej nad matką i dzieckiem są wizyty patronażowe udzielane w miejscu zamieszkania lub pobytu położnicy i jej dziecka przez położną, nie zawsze jednak są realizowane zgodnie z zaleceniami (m.in. pierwsza w ciągu 48 godzin po wypisaniu ze szpitala).

Pozyskiwanie mleka własnej matki lub mleka kobiecego z uwagi na prozdrowotne jego właściwości ma bardzo istotne znaczenie dla wcześniaka. Rodzaj porodu nie powinien być czynnikiem różnicującym sposób karmienia dziecka przedwcześnie urodzonego. Żywienie enteralne, (dojelitowe) noworodków urodzonych przedwcześnie zwłaszcza z masą ciała

poniżej 1000g jest stale dużym wyzwaniem współczesnej neonatologii. Analiza ankiet w tym zakresie wykazała właściwy kierunek działań promujących karmienie piersią oraz motywujący i wspierający matki w dostarczaniu pokarmu swoim dzieciom jednak niewystarczający w zakresie organizacyjnym i edukacyjnym. Odsetek 50% noworodków o dojrzałości mniejszej niż 32 tygodnie nie karmionych piersią dowodzi niewystarczającego wsparcia udzielanego na oddziałach II i III stopnia referencji. Karmienie piersią dziecka przed wypisem z oddziału noworodkowego z urodzeniową masą ciała < 1000g wymaga połączonych wysiłków całego zespołu terapeutycznego. Wiąże się to z większym zaangażowaniem oraz podnoszeniem kwalifikacji średniego personelu medycznego w zakresie pielęgniarstwa neonatologicznego i opieki laktacyjnej. Wczesne pozyskiwanie siary dla dzieci o znacznym stopniu niedojrzałości powinno stanowić priorytet żywieniowy oddziałów intensywnej terapii noworodka. Wczesne rozpoczęcie żywienia enteralnego wpływa na szybsze i lepsze osiągnięcie stabilizacji funkcji życiowych noworodka urodzonego przedwcześnie, zwiększa liczbę wcześniaków przystawianych do piersi i tym samym stwarza większą możliwość wcześniejszego karmienia piersią. Jak wynika z badań ankietowych 67% kobiet skorzystało z porad laktacyjnych, a tylko 30% kobiet nie wymagało takich porad, co oznacza że większość matek wymaga wsparcia podczas karmienia piersią. Ważny jest także sposób przekazywania informacji przez personel medyczny na temat zasad i higieny podczas karmienia, odciągania i przechowywania pokarmu. Na terenie 42,9% oddziałów matki otrzymują instrukcję na piśmie, w 19% oddziałów instrukcja jest ogólnie dostępna, a matki otrzymują informację ustnie, zaś w przypadku 19% oddziałów nie udziela się takich informacji.

Badania ankietowe wykazały, iż udział mleka matki w żywieniu wcześniaków zależy m.in. od praktyk stosowanych na oddziałach szpitalnych. We wszystkich szpitalach, na oddziałach położniczych i neonatologicznych powinny być wydzielone pomieszczenia przeznaczone na pokój laktacyjny, zaopatrzone w czysty i jałowy sprzęt laktacyjny: laktatory i pojemniki na mleko oraz zapewnić prawidłowe warunki przechowywania odciągniętego pokarmu. Z analizy ankiet wynika, że zaniechanie odciągania pokarmu wpływa na kilkakrotnie większy odsetek dzieci karmionych wyłącznie sztucznie.

W większości szpitali Mazowska oddziały neonatologiczne coraz częściej są „otwarte” dla matek i rodziców, którzy stanowią ważne ogniwo terapeutyczne w procesie opieki nad noworodkiem urodzonym przedwcześnie. Warunkiem powodzenia w karmieniu piersią wcześniaków jest pobyt matki wraz z dzieckiem na oddziale.

Od roku 2012 funkcjonuje pierwszy w Polsce Bank Mleka Kobiecego na terenie Szpitala Klinicznego CMKP im. prof. W. Orłowskiego w Warszawie. Program pozyskiwania mleka

od dawczyń dla dzieci urodzonych przedwcześnie i chorych przyczynić się może do zmiany modelu karmienia wcześniaków. Z badań wynika, że znaczna większość badanych - 78% matek posiada informacje na temat działalności banku mleka, z czego 49% wykazała gotowość pozyskiwania mleka dla swojego dziecka ze wskazań lekarskich, a 84% kobiet wyraża gotowość do oddawania nadmiaru swojego pokarmu. Na Mazowszu, który jest największym regionem w Polsce, pokarm dawczyń z banku kobiecego zwłaszcza dla wcześniaków powinien być drugim po mleku własnej matki wyborem żywieniowym. Należy zwiększyć kampanię dotyczącą karmienia naturalnego w Polsce poprzez edukację i wdrożyć rozwiązania systemowe poprawiające dostęp do porad laktacyjnych.

Dane statystyczne wskazują, że dostępność na terenie Mazowsza do podmiotów leczniczych II i III stopnia referencji jest zadawalająca, z uwagi na dobrze rozwiniętą infrastrukturę oraz liczbę łóżek, gdzie średnie wykorzystanie jest na poziomie 60%.

Konsultant Wojewódzki w dziedzinie neonatologii w swoich corocznych raportach wskazuje, że w podmiotach z I stopniem referencji zatrudniony jest tylko jeden lekarz neonatolog, co znacznie ogranicza możliwości leczenia. Ponadto z danych otrzymanych z Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych wynika, iż bardzo mały odsetek średniego personelu medycznego kształci się w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego, ginekologicznego czy neonatologicznego, dlatego tworzenie warunków do podnoszenia kwalifikacji personelu medycznego ma aktualnie ogromne znaczenie.

Mazowiecki Urząd Wojewódzki w latach 2012-2013 przeprowadził kontrole w zakresie zapewnienia świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu oraz opieki nad noworodkiem w poradniach dla kobiet. Przeprowadzono 74 kontrole podmiotów leczniczych, przeanalizowano 2871 kart historii zdrowia i choroby kobiet ciężarnych. Wyniki kontroli wykazały, że z kontrolowanych poradni 71,6% nie wykonały pełnego katalogu badań diagnostycznych, w 45,9% poradni nie były sporządzane plany opieki perinatalnej oraz w 4 poradnie nie realizowały właściwej liczby i terminowo wizyt patronażowych. Wojewoda Mazowiecki zobowiązał w wystąpieniach pokontrolnych podmioty lecznicze do:

1. Wykonywania u wszystkich kobiet w okresie ciąży pełnego katalogu zalecanych badań diagnostycznych, zgodnie z normą ustaloną w części II załącznika do rozporządzenia w sprawie opieki okołoporodowej;
2. Ustalania planów opieki okołoporodowej ciężarnych objętych opieką okołoporodową zgodnie z wymogiem określonym w części IV;
3. Wykonywania przez położną pierwszej wizyty patronażowej nie później niż w ciągu 48 godzin od otrzymania zgłoszenia o urodzeniu dziecka oraz nie mniej niż 4 wizyt w miejscu

zamieszkania położnicy i jej dziecka zgodnie z wymogami określonymi w ust. 8 części XIV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej.

Z danych przekazywanych w drukach sprawozdawczych Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 wynika, że działania podejmowane przez jednostki samorządu terytorialnego na rzecz poprawy stanu zdrowia matek i dzieci są akcyjne i wymagają większego zaangażowania i skoordynowanej współpracy wielu podmiotów.

Z informacji przekazanych przez organizacje pozarządowe wynika, że ich dotychczasowa działalność prowadzona w zakresie wspierania naturalnego karmienia, ochrony kobiet w ciąży i matek oraz wzmocnienia opieki nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie jest bardzo pożądana i akceptowana. Ogólnopolskie edukacyjne działania organizacji pozarządowych przyczyniły się w znacznym stopniu do podniesienia wiedzy i świadomości społecznej w zakresie świadomego macierzyństwa oraz wspieraniu matek karmiących.

Wnioski do realizacji:

1. Zapewnienie świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, w okresie porodu i porożu oraz nad noworodkiem: wykonywanie pełnego katalogu badań diagnostycznych, ustalanie planów opieki przedporodowej oraz realizacja wizyt patronażowych zgodnie ze standardami.
2. Opracowanie rekomendacji dotyczących udzielania wizyt patronażowych u dzieci urodzonych przedwcześnie.
3. Przestrzeganie procedur zawartych w standardach okołoporodowych na oddziałach szpitalnych w zakresie umożliwienia wymaganego kontaktu „skóra do skóry”.
4. Racjonalne stosowanie zabiegu cięcia cesarskiego ze wskazań lekarskich i zwiększenie udziału osób bliskich w celu wspierania kobiet podczas porodów drogą cięcia cesarskiego.
5. Zapewnienie wszystkim kobietom na oddziałach ginekologiczno-położniczych i neonatologicznych dostępu do pisemnej instrukcji dotyczącej zasad i higieny odciążania oraz transportu i przechowywania pokarmu.
6. Zagwarantowanie możliwości korzystania na oddziałach ginekologiczno-położniczych i neonatologicznych z czystego sprzętu laktacyjnego oraz tworzenie właściwych warunków do odciążania i przechowywania mleka.
7. Zwiększenie możliwości korzystania z mleka bankowego dla dzieci przedwcześnie urodzonych i chorych jak również stworzenie mechanizmów zwiększających pozyskiwanie mleka od dawczyń.
8. Zwiększenie dostępu do wsparcia laktacyjnego dla matek po opuszczeniu szpitala.
9. Ułatwienie dostępu do specjalistycznych konsultacji lekarskich poprzez tworzenie centrów kompleksowej opieki specjalistycznej dla wcześniaków.
10. Tworzenie warunków do podnoszenia kwalifikacji kadry medycznej w zakresie opieki nad matką i dzieckiem, w tym opieki laktacyjnej.
11. Zwiększenie działań edukacyjnych dla kobiet w wieku prokreacyjnym oraz przyszłych rodziców w ramach programów profilaktycznych, akcji oraz kampanii realizowanych przez samorządy, podmioty lecznicze oraz organizacje pozarządowe.

Źródła danych:

Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia

Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych

Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie, Wydział Zdrowia, Wydział Kontroli

Raporty konsultantów wojewódzkich w dziedzinie położnictwa i ginekologii, neonatologii, pediatrii, pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego, pielęgniarstwa pediatrycznego.

Strona internetowa www.laktacja.pl;

Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015

Publikacja Pt. „Family Medicine & Primary Care Review” - 2009, 11, 4. „Ocena jakości opieki nad noworodkiem urodzonym z małą masą ciała po wypisie z oddziału neonatologicznego”.

Spis tabel:

Tabela 1. Liczba urodzeń przedwczesnych w latach 2008-2012 na terenie woj. mazowieckiego.

Tabela 2. Noworodki żywo urodzone w latach 2008-2012 wg masy ciała na terenie woj. mazowieckiego.

Tabela 3. Cięcia cesarskie w latach 2008-2012 w Polsce i na terenie woj. mazowieckiego.

Tabela 4. Liczba dzieci i wizyt patronażowych w latach 2008-2012 w woj. mazowieckim

Tabela 5. Opieka profilaktyczna nad kobietą w ciąży w latach 2008-2012 w woj. mazowieckim.

Tabela 6. Leczenie szpitalne noworodków w grupach w zależności od rozpoznania w 2012 r.

Tabela 7. Koszty leczenia noworodków z małą masą i ekstremalnie małą masą ciała.

Tabela 8. Umieralność okołoporodowa noworodków > 500g. wg województw w latach 2008-2012 r.

Tabela 9. Liczba lekarzy, pielęgniarek i położnych zatrudnionych na terenie woj. mazowieckiego.

Tabela 10. Szpitale Przyjazne Dziecku na terenie woj. mazowieckiego (stan na dzień 31.12.2013 r.).

Spis rycin:

- Rycina 1. Porody drogami natury i cięcia cesarskie w przypadku porodu przedwczesnego na podstawie ankiet „Żywnienie wcześniaków urodzonych od 32 do 37 t.c.”.
- Rycina 2. Proporcja mleka kobiecego do sztucznego w zależności od rodzaju porodu.
- Rycina 3. Kontakt „skóra do skóry”.
- Rycina 3a. Jakość kontaktu „skóra do skóry”
- Rycina 3b. Czas trwania kontaktu „skóra do skóry”.
- Rycina 3c. Przyczyny opóźnienia kontaktu „skóra do skóry”.
- Rycina 4. Możliwość realizacji systemu „matka z dzieckiem na oddziale” w zależności od wieku ciążowego w chwili urodzenia.
- Rycina 5. Czas przystawienia do piersi w zależności od dojrzałości dziecka.
- Rycina 6. Doba życia osiągnięcia pełnego żywienia enteralnego.
- Rycina 7. Czas przystawienia do piersi w zależności od doby rozpoczęcia żywienia enteralnego.
- Rycina 8. Udział mleka matki w żywieniu wcześniaków n-488.
- Rycina 9. Karmienie mlekiem matki wcześniaków n-190.
- Rycina 10. Proporcja mleka kobiecego do sztucznego w dniu wypisu.
- Rycina 11. Zależność udziału mleka matki od stymulacji laktacji poprzez odciążanie.
- Rycina 12. Sposób podawania pokarmu.
- Rycina 13. Korzystanie ze sprzętu laktacyjnego – laktatory.
- Rycina 13a. Potrzeby korzystania z porad laktacyjnych.
- Rycina 14. Sposób przekazywania informacji podczas porady laktacyjnej.
- Rycina 14a. Wiedza matek na temat terapeutycznych wartości mleka.
- Rycina 14b. Gotowość matek do współpracy z bankiem mleka jako biorca.
- Rycina 14c. Gotowość matek do współpracy jako honorowa dawczyni.
- Rycina 15. Odsetek Szpitali Przyjaznych Dziecku.
- Rycina 16. Czy szpital prowadzi lub współpracuje ze Szkołą Rodzenia.
- Rycina 17. Zatrudnienie w szpitalu osoby posiadającej Certyfikat Doradcy Laktacyjnego.
- Rycina 18. Sposób przekazania informacji matce dotyczącej zasad odciążania i higieny sprzętu laktacyjnego.
- Rycina 19. Czy szpital rekomenduje zasady higieny matkom odciągającym mleko.
- Rycina 20. Czy szpital dysponuje laktatorami spełniającymi wymogi czystości.
- Rycina 21. Kto odpowiada za utrzymanie czystości sprzętu laktacyjnego.
- Rycina 22. Jak często sprzęt laktacyjny jest sterylizowany dla wcześniaka.
- Rycina 23. Warunki odciążania mleka w oddziale.
- Rycina 24. Warunki odciążania pokarmu dla matki wypisanej ze szpitala.
- Rycina 25. Kto dostarcza pojemniki pacjentkom leżącym na oddziale.
- Rycina 26. Możliwość przechowywania pokarmu w szpitalu.

Wykaz załączników:

- Załącznik nr 1. Wykaz podmiotów leczniczych z oddziałami położniczymi i położniczo-ginekologicznymi na terenie województwa mazowieckiego z kontraktami i bez kontraktów z NFZ.
- Załącznik nr 2. Wykaz podmiotów leczniczych z oddziałami neonatologicznymi na terenie województwa mazowieckiego z kontaktami i bez kontraktów NFZ.

Załącznik nr 1. Wykaz podmiotów leczniczych z oddziałami położniczymi i położniczo-ginekologicznymi na terenie województwa mazowieckiego z kontraktami NFZ oraz bez kontraktów.

Lp.	Nazwa podmiotu leczniczego	Adres podmiotu leczniczego	Liczba łóżek ogółem	Liczba porodów	Stopień referencyjny
1	Centrum Medyczne "Żelazna" Sp. z o.o.	ul. Żelazna 90 , 01-004 Warszawa	126	5 178	III
2	Szpital Bielański im. ks. Jerzego Popiełuszki Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	ul. Cegłowska 80 , 01-809 Warszawa	75	2 706	III
3	Instytut Matki i Dziecka	ul. Kasprzaka 17 A , 01-211 Warszawa	45	1 534	III
4	Szpital Kliniczny im. Księżnej Anny Mazowieckiej w Warszawie	ul. Karowa 2 , 00-315 Warszawa	66	2 978	III
5	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. Witolda Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie	ul. Czerniakowska 231 , 00-416 Warszawa	40	1 671	III
6	Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Warszawie	ul. Wołoska 137 , 02-507 Warszawa	34	b.d.	III
7	Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	ul. Kondratowicza 8 , 03-242 Warszawa	57	1 494	III
8	Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus (do 31.12.2013.) Uniwersyteckie Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego sp. z o.o. (od 01.01.2014r.)	pl. Sokratesa Starynkiewicza 1/3 , 02-015 Warszawa	40	1 637	III
9	Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	ul. Antoniego Józefa Madalińskiego 25 , 02-544 Warszawa	52	4 273	II
10	Szpital Powiatowy w Wołominie - Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej	ul. Gdynska 1/3 , 05-200 Wołomin	50	1 732	II
11	Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku	ul. Medyczna 19 , 09-400 Płock	80	1 304	II
12	Szpital Specjalistyczny "Inflancka" im. Krysi Niżyńskiej "Zakurzonej" w Warszawie Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	ul. Inflancka 6 , 00-189 Warszawa	48	4 250	II
13	Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	ul. J. Aleksandrowicza 5 26-617 Radom	94	1 501	II
14	Radomski Szpital Specjalistyczny im. dr. Tytusa Chałbińskiego	ul. Tochtermana 1 , 26-600 Radom	67	1 883	II
15	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wyszku	ul. Komisji Edukacji Narodowej 1 , 07-200 Wyszki	29	256	II
16	Międyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie	ul. Bursztynowa 2 , 04-749 Warszawa	34	884	II
17	Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce	Al. Jana Pawła II 120A , 07-410 Ostrołęka	57	1 260	II

Lp.	Nazwa podmiotu leczniczego	Adres podmiotu leczniczego	Liczba łóżek ogółem	Liczba porodów	Stopień referencyjny
18	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokołowie Podlaskim	ul. ks. J. Bosko 5 , 08-300 Sokołów Podlaski	17	507	II
19	Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie	ul. Powstańców Wielkopolskich 2 , 06-400 Ciechanów	73	1 164	II
20	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Siedlcach	ul. Jana Kilińskiego 29 , 08-110 Siedlce	45	1 174	II
21	Szpital SOLEC spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	ul. Solec 93 , 00-382 Warszawa	26	837	II
22	Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach Sp. z o.o.	ul. Księcia Józefa Poniatowskiego 26 , 08-110 Siedlce	39	817	II
23	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przasnyszu	ul. Sadowa 9 , 06-300 Przasnysz	36	640	I
24	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie	ul. Armii Krajowej 2/4 , 05-800 Pruszków	23	1 095	I
25	Nowodworskie Centrum Medyczne w Nowym Dworze Mazowieckim	ul. Miodowa 2 , 05-100 Nowy Dwór Mazowiecki	35	413	I
26	Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o.o.	ul. Batorego 44 , 05-400 Otwock	41	1 038	I
27	Szpital Praski P.W. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o.	Al. Solidarności 67 , 03-401 Warszawa	70	1 057	I
28	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Lipsku	ul. Śniadeckiego 2 , 27-300 Lipsko	25	368	I
29	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowym Mieście nad Pilicą	ul. Tomaszowska 43 , 26-420 Nowe Miasto nad Pilicą	21	191	I
30	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej- Szpital w Iłży	ul. Bodzentyńska 17 , 27-100 Iłża	26	259	I
31	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pionkach	ul. Henryka Sienkiewicza 29 , 26- 670 Pionki	29	379	I
32	Szpital Powiatowy w Pułtuskus spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	ul. Teofila Kwiatkowskiego 19 , 06-102 Pułtusk	33	422	I
33	Zespół Opieki Zdrowotnej "Szpitala Powiatowego" w Sochaczewie	ul. Batalionów Chłopskich 3/7 , 96-500 Sochaczew	30	738	I
34	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Kozienicach	al. Gen. Wł. Sikorskiego 10 , 26-900 Kozienice	40	491	I
35	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowi Mazowieckiej	ul. Stanisława Duboisa 68 , 07-300 Ostrow Mazowiecka	28	603	I
36	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Węgrowie	ul. Kościuszki 15 , 07-100 Węgrow	41	481	I
37	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Garwolinie	ul. Lubelska 50 , 08-400 Garwolin	38	978	I

Lp.	Nazwa podmiotu leczniczego	Adres podmiotu leczniczego	Liczba łóżek ogółem	Liczba porodów	Stopień referencyjny
38	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Mińsku Mazowieckim	ul. Szpitalna 37 , 05-300 Mińsk Mazowiecki	50	1 246	I
39	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Zespół Zakładów Lecznictwa Otwartego i Zamkniętego im. Duńskiego Czerwonego Krzyża w Makowie Mazowieckim	ul. Witosa 2 , 06-200 Maków Mazowiecki	28	361	I
40	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku	ul. Henryka Sienkiewicza 7 , 09-100 Płońsk	33	531	I
41	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Żurominie	ul. Szpitalna 56 , 09-300 Żuromin	17	430	I
42	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Sierpcu	ul. Juliusza Słowackiego 32 , 09-200 Sierpc	34	433	I
43	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mławie	ul. dr Anny Dobrskiej 1 , 06-500 Mława	27	485	I
44	Płocki Zakład Opieki Zdrowotnej Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością	ul. Tadeusza Kościuszki 28 , 09-402 Płock	76	1 433	I
45	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej GIN-MEDICUS spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	ul. Generała Józefa Sowińskiego 57 , 07-200 Wyszaków	9	463	I
46	"EMC PIASECZNO" Sp. z o.o.	ul. Adama Mickiewicza 39 05-500 Piaseczno	31	1 472	I
47	Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	ul. ks. Piotra Skargi 10 , 05-600 Grójec	43	738	I
48	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Gostyninie	ul. 3-go Maja 09-500 Gostynin	31	251	I
49	Centrum Zdrowia Mazowska Zachodniego Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	ul. Limanowskiego 30 , 96-300 Żyrardów	35	657	I
Liczba łóżek ogółem			2124	56 693	

Oddziały bez kontraktu z NFZ.

1	Centrum Medyczne DAMIANA HOLDING Sp. z o.o.	ul. Wałbrzyska 46 , 02-739 Warszawa	19	226
2	Medicover Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	al. Aleje Jerozolimskie 96 , 00-807 Warszawa	13	549
3	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Lecznicza Położniczo-Chirurgiczna " IATROS" Andrzej Ostaszewski	ul. Wojskowa 13 A , 03-599 Warszawa	2	68
4	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "GINMEDICO" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	ul. Prosta 15 07-200 Wyszaków	10	256
Liczba łóżek ogółem			44	1099

Źródło: Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (stan w dniu 31.12.2013r.), roczne sprawozdanie MZ-29 za rok 2012, MOW NFZ

Załącznik nr 2. Wykaz podmiotów leczniczych z oddziałami neonatologicznymi na terenie województwa mazowieckiego z kontraktami NFZ oraz bez kontraktów.

Lp.	Nazwa podmiotu leczniczego	Adres podmiotu leczniczego	Liczba łóżek ogółem	Stopień referencyjny
1	Centrum Medyczne "Żelazna" Sp. z o.o.	ul. Żelazna 90 , 01-004 Warszawa	88	III
2	Szpital Bielański im. ks. Jerzego Popiełuszki Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	ul. Ceglowska 80 , 01-809 Warszawa	32	III
3	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokołowie Podlaskim	ul. ks. J. Bosko 5 , 08-300 Sokołów Podlaski	45	III
4	Instytut Matki i Dziecka	ul. Kasprzaka 17 A , 01-211 Warszawa	57	III
5	Szpital Kliniczny im. Księżnej Anny Mazowieckiej w Warszawie	ul. Karowa 2 , 00-315 Warszawa	68	III
6	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. Witolda Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie	ul. Czerniakowska 231 , 00-416 Warszawa	39	III
7	Instytut "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie	al. Dzieci Polskich 20 , 04-730 Warszawa	31	III
8	Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie Sp. z o.o.	ul. Kondratowicza 8 , 03-242 Warszawa	38	III
9	Uniwersyteckie Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Sp. z o.o.	pl. Sokratesa Starynkiewicza 1/3 , 02-015 Warszawa	30	III
10	Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Warszawie	ul. Wołoska 137 , 02-507 Warszawa	25	III
11	Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	ul. Antoniego Józefa Madalińskiego 25 , 02-544 Warszawa	49	II
12	Szpital Powiatowy w Wołominie - Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej	ul. Gdyńska 1/3 , 05-200 Wołomin	30	II
13	Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku	ul. Medyczna 19 , 09-400 Płock	35	II
14	Szpital Specjalistyczny "Inflancka" im. Krysi Niżyńskiej "Zakurzonej" w Warszawie Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	ul. Inflancka 6 , 00-189 Warszawa	22	II
15	Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Sp. z o.o.	ul. J. Aleksandrowicza 5 , 26-617 Radom	29	II
16	Radomski Szpital Specjalistyczny im. dr Tytusa Chałbińskiego	ul. Tochtermana 1 , 26-600 Radom	38	II
17	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wyszakowie	ul. Komisji Edukacji Narodowej 1 , 07-200 Wyszaków	20	II
18	Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie	ul. Bursztynowa 2 , 04-749 Warszawa	10	II
19	Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce	Al. Jana Pawła II 120A , 07-410 Ostrołęka	24	II

Lp.	Nazwa podmiotu leczniczego	Adres podmiotu leczniczego	Liczba łóżek ogółem	Stopień referencyjny
20	Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie	ul. Powstańców Wielkopolskich 2 , 06-400 Ciechanów	36	II
21	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Siedlcach	ul. Jana Kilińskiego 29 , 08-110 Siedlce	32	II
22	Szpital SOLEC spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	ul. Solec 93 , 00-382 Warszawa	18	II
23	Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach Sp. z o.o.	ul. Księcia Józefa Poniatowskiego 26 , 08-110 Siedlce	27	II
24	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przasnyszu	ul. Sadowa 9 , 06-300 Przasnysz	20	I
25	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie	ul. Armii Krajowej 2/4 , 05-800 Pruszków	14	I
26	Nowodworskie Centrum Medyczne w Nowym Dworze Mazowieckim	ul. Miodowa 2 , 05-100 Nowy Dwór Mazowiecki	20	I
27	Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o.o.	ul. Batorego 44 , 05-400 Otwock	27	I
28	Szpital Dziecięcy im. prof. dr. med. Jana Bogdanowicza Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	ul. Niekłańska 4/24 , 03-924 Warszawa	36	I
29	Szpital Praski P.W. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o.	Al. Solidarności 67 , 03-401 Warszawa	25	I
30	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Lipsku	ul. Śniadeckiego 2 , 27-300 Lipsko	10	I
31	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowym Mieście nad Pilicą	ul. Tomaszowska 43 , Nowe Miasto nad Pilicą	9	I
32	Szpital Powiatowy w Pułtusk Sp. z o.o.	ul. Teofila Kwiatkowskiego 19 , 06-102 Pułtusk	15	I
33	Zespół Opieki Zdrowotnej "Szpitala Powiatowego" w Sochaczewie	ul. Batalionów Chłopskich 3/7 , 96-500 Sochaczew	11	I
34	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Kozienicach	al. Gen. Wł. Sikorskiego 10 , 26-900 Kozienice	22	I
35	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowi Mazowieckiej	ul. Stanisława Duboisa 68 , 07-300 Ostrow Mazowiecka	10	I
36	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Węgrowie	ul. Kościuszki 15 , 07-100 Węgrów	15	I
37	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Garwolinie	ul. Lubelska 50 , 08-400 Garwolin	28	I
38	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Mińsku Mazowieckim	ul. Szpitalna 37 , 05-300 Mińsk Mazowiecki	26	I
39	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Zespół Zakładów Lecznictwa Otwartego i Zamkniętego im. Duńskiego Czerwonego Krzyża w Makowie Mazowieckim	ul. Witosa 2 , 06-200 Maków Mazowiecki	12	I
40	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku	ul. Henryka Sienkiewicza 7 09-100 Płońsk	17	I
41	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Sierpcu	ul. Juliusza Słowackiego 32 , 09-200 Sierpc	25	I
42	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mławie	ul. dr. Anny Dobrskiej 1 , 06-500 Mława	13	I

Lp.	Nazwa podmiotu leczniczego	Adres podmiotu leczniczego	Liczba łóżek ogółem	Stopień referencyjny
43	Samodzielny Publiczny Dziecięcy Szpital Kliniczny w Warszawie	ul. Marszałkowska 24 , 00-576 Warszawa	20	I
44	Płocki Zakład Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o.	ul. Tadeusza Kościuszki 28 , 09-402 Płock	25	I
45	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej GIN-MEDICUS spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	ul. Generała Józefa Sowińskiego 57 , 07-200 Wyszaków	5	I
46	"EMC PIASECZNO" Sp. z o.o.	ul. Adama Mickiewicza 39 , 05-500 Piaseczno	18	I
47	Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu Sp. z o.o.	ul. ks. Piotra Skargi 10 , 05-600 Grójec	20	I
48	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Gostyninie	ul. 3-go Maja 09-500 Gostynin	15	I
49	Centrum Zdrowia Mazowska Zachodniego Sp. z o.o.	ul. Limanowskiego 30 , 96-300 Żyrardów	20	I
50	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Żurominie	ul. Szpitalna 56 , 09-300 Żuromin	10	I
Ogółem			1311	

Oddziały bez kontraktu z NFZ

1	Medicover Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	al. Aleje Jerozolimskie 96 , 00-807 Warszawa	14
2	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "GINMEDICO" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	ul. Prosta 15 07-200 Wyszaków	2
Ogółem			16

Źródło: Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (stan w dniu 31.12.2013r.), roczne sprawozdanie MZ-29 za rok 2012, MOW NFZ