

Scorekort nyfødt intensiv avdeling: en evidensbasert veiledning til å forbedre bruken av brystmelk

Dette scorekortet leder initiativ som tar sikte på å forbedre kvalitet ved å gi bevisbaserte indikatorer som muliggjør selvvurderingen av brystmelk og laktasjonspraksis ved nyfødt-intensivavdelinger.

Egen brystmelk reduserer faren for sykdommer og dødsfall som kan avverges hos premature og andre sårbare spedbarn. Mating med egen brystmelk anbefales derfor fremfor morsmelkerstatning på nyfødt intensiv avdeling.¹

Fordi nyfødt-intensivavdelinger kan medføre utfordringer ved amming og mating med brystmelk, er det nødvendig med andre prestasjonsindikatorer for mor og spedbarn for å sikre at spedbarn får brystmelk på sykehuset og i ettertid.¹⁻⁴

Scorekort for mor

Ranger resultatene ved
nyfødt-intensivavdelingen
etter følgende indikatorer (→)

Informert avgjørelse

- Standardisert informasjon for mødre ved nyfødt-intensivavdelingen om verdien av egen brystmelk og hvordan man bygger opp tilstrekkelig melkeforsyning.

Konsistent informasjon til familier på nyfødt intensiv avdeling bidrar til at de kan ta en informert avgjørelse og forstå sin alternative ammebane.^{3,5}



.....

.....

.....

Tid til første utpumping

- Sykehusprosedyrer fastsetter utpumping til 1–3 timer etter fødselen.
- Det foretas regelmessige evalueringer av resultatene.

Det er viktig å stimulere brystene med vakuumpumping de første timene. Dette støtter igangsetting til riktig tid og langvarig melkeproduksjon.^{1,6-9}



.....

.....

.....

Hypig utpumping

- Sykehusprosedyrer fastsetter utpumping til 8 eller flere ganger i døgnet.
- Det foretas regelmessig overvåking.

Det er viktig med hypig utpumping for å oppnå tilstrekkelige mengder.^{1,7,9} Dobbelpumping (samtidig utpumping) hver 2.-3. time gir mer melk på kortere tid, og gir høyere konsentrasjon av prolaktin.^{10,11}



.....

.....

.....

Tid til melken «kommer inn»

- Daglig melkemengde spores.
- Mødre med forsinket (> 72 timer) aktivering av sekresjon (melken «kommer inn») identifiseres.

Tre påfølgende utpumpingsmengder på > 20 ml indikerer at melken «kommer inn».¹² Forsinket aktivering av sekresjon er forbundet med en forkortet laktasjon og er et tegn på at det er nødvendig med økt laktasjonspleie.¹³



.....

.....

.....

Økt melkemengde

- Mødrenes utpumpingsmengder loggføres og evalueres regelmessig.
- Økt melkemengde (definert som tre påfølgende dager med > 500 ml i totalvolum) oppnås ved dag 14.
- Laktasjonspleie etter økt melkemengde.

Økt melkemengde ved dag 14 viser at melkeforsyningen utvikler seg i henhold til spedbarnets langsiktige behov.¹⁵⁻¹⁷ Laktasjonspleie skal fortsette selv når utpumpingsmengdene overstiger spedbarnets daglige matbehov.



.....

.....

.....

Scorekort for spedbarn

Ranger resultatene ved
nyfødt-intensivavdelingen
etter følgende indikatorer (→)

Munnbehandling med brystmelk

- Munnbehandling utføres med jevne mellomrom som standard prosedyre til matning via munnen kan begynne.

Det er trygt å innføre små mengder brystmelk på innsiden av spedbarnets kinn med jevne mellomrom. Dette har potensielle helsefordeler og motiverer foreldrene, ettersom spedbarn ser ut til å respondere på smaken.^{2, 18-19}



.....

.....

.....

Hudkontakt

- Hudkontakt er en viktig del av standard retningslinjer og praksis.
- Hyppighet og varighet følges og evalueres.

Hudkontakt støtter overgangen til direkte matning ved brystet, bidrar til å øke mengden melk, og er forbundet med amming med lengre varighet.^{1, 4, 14, 20}



.....

.....

.....

Dose med egen brystmelk

- Sykehusets matelogg definerer den relative sammensetningen av hver matning med egen brystmelk: donormelk: morsmelkerstatning.
- Prosentandelen spedbarn som får 100 % brystmelk (egen brystmelk og/ eller donormelk) de første 14 dagene evalueres med jevne mellomrom.
- Prosentandelen spedbarn som får > 50 ml /kg brystmelk per dag de første 28 dagene evalueres med jevne mellomrom.

Totalt fravær av kumelkbasert morsmelkerstatning dag 0-14 reduserer nekrotiserende enterokolitt (NEC).²¹ Stor mengde egen brystmelk (> 50 ml/kg/ dag) fra dag 0-28 reduserer risikoen for sepsis med sen inntreden og andre morbiditeter.^{2, 22-24}



.....

.....

.....

Overgangen til direkte matning ved brystet

- Ikke-nærende og nærende suging registreres og evalueres som del av standard praksis.
- Testveiling (for nærende suging) brukes til å evaluere melkeoverføringen.

Disse praksisene støtter utelukkende direkte matning ved brystet.^{1, 4, 25} Overvåking av erfaringer ved brystet kan hjelpe helsepersonale med å gi spesifikk veiledning og pleie.



.....

.....

.....

Ammerater

- Rater ved fullamming og matning med egen brystmelk ved utskrivning; 2 og 4 uker etter utskrivning; Korrigert gestasjonsalder ved 3 og 6 måneder evalueres.
- Prosentandelen spedbarn med utelukkende, delvis og ingen amming eller egen brystmelk registreres på hvert tidspunkt med jevne mellomrom.

Lav fullamming eller egen brystmelk på disse tidspunktene kan indikere suboptimal laktasjonspleie under sykehusoppholdet.²⁶



.....

.....

.....

Spør din Medela-representant om følgende utdanningsmateriale for å finne ut mer om hvordan du kan støtte laktasjonspraksis ved nyfødt-intensivavdelingen:

- 1. Samtalepunkt nyfødt intensiv avdeling**
- 2. Forskningsrapporter**
- 3. Undervisningsplakater**

Finn ut mer på medela.no

Referanser

1. Every Premie-SCALE. http://www.everypreemie.org/wp-content/uploads/2017/07/HBM_7.2.17.pdf. 2017.
2. Bigger HR et al. J Perinatol. 2014;34:287-291.
3. Spatz DL. Adv Neonatal Care. 2017;17:417-423.
4. Spatz DL. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2012;41:138-143.
5. Edwards TM, Spatz DL. J Perinat Neonat Nurs. 2010;24:246-253.
6. Parker LA et al. FASEB J. 2017;31:650.19.
7. Spatz DL. J Perinat Neonatal Nurs. 2004;18:385-396.
8. Froh EB et al. J Pediatr Nurs. 2015;30:521-523.
9. Meier PP et al. J Perinatol. 2016;36:493-499.
10. Prime DK et al. Breastfeed Med. 2012;7:442-447.
11. Hill PD et al. J Hum Lact. 2001;17:9-13.
12. Meier PP et al. J Perinatol. 2012;32:103-110.
13. Nommsen-Rivers LA et al. Am J Clin Nutr. 2010;92:574-584.
14. Meier PP et al. Clin Perinatol. 2017;44:1-22.
15. Spatz DL et al. J Perinat Educ. 2015;24:160-170.
16. Meier PP et al. Clin Perinatol. 2017;44:1-22.
17. Hoban R et al. Breastfeed Med. 2018-Epub ahead of print.
18. Sohn K et al. J Perinatol. 2016;36:106-111.
19. Lee J et al. Pediatrics. 2015;135:e357-e366.
20. Acuña-Muga J et al. J Hum Lact. 2014;30:41-46.
21. Sisk PM. J Perinatol. 2007;27(7):428-33.
22. Patel AL et al. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2017;102(3):F256-F261.
23. Patel AL. J Perinatol 2013 Jul;33(7):514-9.
24. Patra K et al. Neonatology. 2017;112:330-336.
25. Narayanan I et al. Arch Dis Child. 1991;66:241-244.
26. WHO. 1991. Report No.: WHO/CDD/SER/91.14, Corr.1.