

Scorecard for neonatalafdelingen: en evidensbaseret vejledning til bedre anvendelse af brystmælk

Dette scorecard giver vejledning til kvalitetsforbedringsinitiativer ved at angive evidensbaserede indikatorer, der muliggør selvvrdering af neonatalafdelingens praksisser for brystmælk og amning.

Egen mors mælk (EMM) nedsætter signifikant potentielt forebyggelig morbiditet og mortalitet hos for tidligt fødte og andre udsatte spædbørn. Madning med EMM frem for moderermælkserstatning må derfor prioriteres på neonatalafdelingen.¹

Da det kan være en udfordring at amme og made med brystmælk på neonatalafdelingen, kræves der et andet sæt præstationsindikatorer for mødre og spædbørn for at sikre, at spædbørn får brystmælk under hospitalsopholdet og derefter.¹⁻⁴

Scorecard for moderen

Bedøm neonatalafdelingens præstation ud fra følgende indikatorer (→)



Informeret valg

- Mødre på neonatalafdelingen får standardiseret information om værdien af EMM og om, hvordan de opbygger en tilstrækkelig mælkeproduktion.

Når familier på neonatalafdelingen får overensstemmende information, bliver de i stand til at træffe et informeret valg og forstå deres alternative vej til amning.^{3,5}

.....

.....

.....

Tid til første udpumpning

- Hospitalsprotokoller foreskriver udpumpning inden for 1-3 timer efter fødslen.
- Der udføres regelmæssig evaluering af præstationen.

Stimulering af brysterne de første timer via udpumpning med vakuum er vigtigt. Det understøtter rettidig igangsættelse og langsigtet mælkeproduktion.^{1,6-9}



.....

.....

.....

Hypig udpumpning

- Hospitalsprotokoller foreskriver udpumpning otte eller flere gange i døgnet.
- Der udføres regelmæssig overvågning.

Hypig udpumpning er afgørende for at opnå tilstrækkelige mængder.^{1,7,9} Dobbeltpumpning (simultan udpumpning) hver 2.-3. time giver mere mælk på kortere tid og giver højere koncentrationer af prolaktin.^{10,11}



.....

.....

.....

Tid til "mælken løber til"

- Daglige mælkemængder overvåges.
- Mødre med forsinket (> 72 timer) aktivering af sekretion (mælken "løber til") identificeres.

Tre på hinanden følgende udpumpede mængder på > 20 ml er tegn på, at mælken "løber til".¹² Forsinket aktivering af sekretion er sat i forbindelse med en kortere ammeperiode og er et tegn på behov for ekstra ammeomsorg.¹³



.....

.....

.....

Opnåelse af volumen

- Mødrenes udpumpningsmængder registreres og vurderes regelmæssigt.
- Opnåelse af volumen (defineret som tre på hinanden følgende dage med en samlet mængde på > 500 ml) nås inden dag 14.
- Der ydes ammeomsorg efter opnåelse af volumen.

Opnåelse af volumen inden dag 14 er tegn på, at mælkeproduktionen er godt på vej til at opfylde spædbarnets langsigtede behov.¹⁵⁻¹⁷ Ammeomsorgen bør fortsætte, selv når de udpumpede mængder overstiger de mængder, spædbarnet indtager dagligt.



.....

.....

.....

Scorecard for spædbarnet

Bedøm neonatalafdelingens præstation ud fra følgende indikatorer (→)

Oral terapi med EMM

- Der udføres oral terapi regelmæssigt som standardpraksis, indtil oral madning begynder.

Regelmæssig tilførsel af små mængder EMM på indersiden af spædbarnets kinder er sikkert, har potentielle sundhedsmæssige fordele og giver forældrene selvtillid, da spædbørnene synes at reagere på smagen.^{2, 18-19}



Hudkontakt

- Hudkontakt indgår i hospitalets politik og praksis som standard.
- Hyppigheden og varigheden registreres og vurderes.

Hudkontakt letter overgangen til direkte amning, er med til at forbedre mælkemængderne og er forbundet med en længere ammeperiode.^{1, 4, 14, 20}



EMM-dosis

- Hospitalets ammelogge definerer EMM:DBM:modermælkserstatning-forholdet for hvert enkelt måltid.
- Den procentvise andel af spædbørn, der får 100 % brystmælk (EMM og/eller DBM) i de første 14 dage, evalueres regelmæssigt.
- Den procentvise andel af spædbørn, der får > 50 ml EMM/kg/dag i de første 28 dage, evalueres regelmæssigt.

Total undgåelse af komælksbaseret modermælkserstatning fra dag 0-14 mindsker NEC (tarmbetændelse).²¹ En høj dosis EMM (> 50 ml/kg/dag) fra dag 0-28 mindsker risikoen for sent opstået sepsis og andre morbiditeter.^{2, 22-24}



Overgangen til direkte amning

- Ikke-næringsgivende og næringsgivende sugning registreres og vurderes som en del af hospitalets standardpraksis.
- Testvejning (for næringsgivende sugning) bruges til at evaluere mælketilførslen.

Disse praksisser understøtter fuld direkte amning.^{1, 4, 25} Overvågning af ammesituationer kan hjælpe sundhedspersonalet med at give specifik vejledning og pleje.



Amningsomfang

- Omfanget af fuld amning og madning med EMM ved udskrivning; 2 og 4 uger efter udskrivning; 3 og 6 måneders korrigeret svangerskabsalder vurderes.
- Den procentvise andel af spædbørn med fuld, delvis og ingen amning eller EMM på de enkelte tidspunkter registreres regelmæssigt.

Et lavt omfang af fuld amning eller EMM på disse tidspunkter kan være tegn på suboptimal ammeomsorg under hospitalsoopholdet.²⁶



Hvis du vil vide mere om, hvordan du støtter amningspraksis på neonatalafdelingen, skal du bede din Medela repræsentant om følgende undervisningsmaterialer:

- 1. Samtaleemner på neonatalafdelingen**
- 2. Videnskabelige oversigtsartikler**
- 3. Undervisningsplancher**

Find mere på medela.dk

Kildehenvisninger

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.