

Bedömningsformulär för neonatala intensivvårdsavdelningar: en evidensbaserad vägledning för förbättrad användning av bröstmjölk

Detta bedömningsformulär fungerar som en vägledning till kvalitetsförbättrande initiativ genom att det innehåller evidensbaserade indikatorer som kan användas för självbedömning av bröstmjölks- och amningsrelaterad vård på neonatala intensivvårdsavdelningar.

Bröstmjölk från den egna mamman minskar avsevärt förekomsten av sjukdomar och dödlighet som potentiellt skulle kunna förebyggas hos för tidigt födda och andra sårbara barn. På neonatala intensivvårdsavdelningar prioriterar man därför matning med bröstmjölk från den egna mamman framför matning med ersättning.¹

Eftersom amning och matning med bröstmjölk ofta medför utmaningar på en neonatal intensivvårdsavdelning krävs andra slags resultatindikatorer för mamma och barn för att man ska kunna säkerställa att barnen får i sig bröstmjölk både under sjukhusvistelsen och under tiden därefter.¹⁻⁴

Bedömningsformulär – mammor

Bedöm den neonatala intensivvårdsavdelningens resultat baserat på följande indikatorer (→)

Välinformerat beslut

- Mammor på den neonatala intensivvårdsavdelningen får standardiserad information om värdet av bröstmjölk från den egna mamman samt om hur man bygger upp en tillräckligt stor mjölkproduktion.

När familjer på den neonatala intensivvårdsavdelningen får konsekvent information hjälper det dem att fatta ett välinformerat beslut och att få insikt om hur deras amningsresa skiljer sig från andras.^{3,5}



Tid fram till den första utdrivningen

- I sjukhusets riktlinjer anges att utdrivning ska ske inom 1–3 timmar efter förlossningen.
- Regelbundna granskningar av resultaten utförs.

Det är viktigt att stimulera bröstet under de första timmarna med hjälp av vakuumpumpning. Detta möjliggör initiering vid rätt tidpunkt och långvarig mjölkproduktion.^{1,6-9}



Frekvent utdrivning

- I sjukhusets riktlinjer anges att utdrivning genom pumpning ska ske minst åtta gånger per dygn.
- Regelbunden övervakning sker.

Frekvent utdrivning är av största vikt för att tillräckligt stora volymer ska kunna uppnås.^{1,7,9} Dubbelpumpning (samtidig pumpning) varannan till var tredje timme ger större mjölmängd på kortare tid och leder till högre prolaktinhalter.^{10,11}



Tid tills mjölken rinner till

- De dagliga mjölkvolymerna övervakas.
- Mammor med fördröjd (> 72 timmar) sekretorisk aktivering (d.v.s. att mjölken rinner till) identifieras.

När volymer på över 20 ml har pumpats ur vid tre tillfällen i rad indikerar det att mjölken rinner till.¹² Fördröjd sekretorisk aktivering har förknippats med en kortare amningsperiod och är ett tecken på att mer omfattande amningsvård behövs.¹³



Uppnåelse av önskad volym

- Mammornas utpumpade volymer loggas och utvärderas regelbundet.
- Uppnåelse av önskad volym (vilket innebär tre dagar i följd med en total volym på över 500 ml) sker dag 14.
- Efter uppnåelse av önskad volym tillhandahålls amningsvård.

När uppnåelse av önskad volym sker dag 14 indikerar det att mjölkproduktionen är tillräcklig för att uppfylla barnets långsiktiga behov.¹⁵⁻¹⁷ Amningsvården ska fortskrida även om de utpumpade volymerna överskrider de volymer som barnet äter per dag.



Bedömningsformulär – barn

Bedöm den neonatala intensivvårdsavdelningens resultat baserat på följande indikatorer (→)

Oral behandling med bröstmjölk från den egna mamman

- Oral behandling utförs regelbundet. Detta ingår i standardrutinerna tills orala matningar inleds.

Att regelbundet applicera små mängder bröstmjölk från den egna mamman på insidan av barnets kinder är ett säkert förfarande som har potentiella hälsofördelar och stärker föräldrarnas självförtroende då barnen verkar reagera positivt på smaken.^{2, 18–19}



.....

.....

.....

Hud-mot-hud-kontakt

- Hud-mot-hud-kontakt ingår i standardriktlinjerna och standardrutinerna.
- Frekvensen och varaktigheten övervakas och utvärderas.

Hud-mot-hud-kontakt underlättar övergången till direkt amning vid bröstet, bidrar till ökade mjölkvolymerna och förknippas med längre amningsperioder.^{1, 4, 14, 20}



.....

.....

.....

Dos av bröstmjölk från den egna mamman

- Sjukhuset har matningsloggar där man registrerar andelen bröstmjölk från den egna mamman, andelen donerad bröstmjölk och andelen ersättning vid varje matningstillfälle.
- Procentandelen barn som ges 100 % bröstmjölk (från den egna mamman och/eller donerad bröstmjölk) under de första 14 dagarna kontrolleras regelbundet.
- Procentandelen barn som ges över 50 ml/kg bröstmjölk från den egna mamman per dag under de första 28 dagarna kontrolleras regelbundet.

När ersättning baserad på komjölk undviks helt under dag 0–14 minskar risken för nekrotiserande enterokolit.²¹ En hög dos av bröstmjölk från den egna mamman (mer än 50 ml/kg/dag) under dag 0–28 minskar risken för sent debuterande sepsis och andra morbiditeter.^{2, 22–24}



.....

.....

.....

Övergång till direkt amning vid bröstet

- Icke-närande och närande sugning registreras och utvärderas som en del av standardrutinerna.
- Testvägning (för närande sugning) används för att utvärdera mjölköverföringen.

Dessa rutiner stödjer exklusiv, direkt amning vid bröstet.^{1, 4, 25} Övervakning av mjölkintag och liknande vid bröstet kan hjälpa vårdpersonalen att ge specifik vägledning och vård.



.....

.....

.....

Amningsfrekvens

- En utvärdering görs av amningsfrekvensen och matningsfrekvensen (med bröstmjölk från den egna mamman) vid utskrivning, 2 och 4 veckor efter utskrivning samt vid 3 och 6 månaders korrigerad gestationsålder.
- Procentandelen barn som enbart, delvis eller inte alls ammas eller matas med bröstmjölk från den egna mamman vid givna tidpunkter registreras regelbundet.

Om andelen barn som enbart ammas eller matas med bröstmjölk från den egna mamman är låg vid dessa tidpunkter kan det tyda på bristfällig amningsvård under sjukhusvistelsen.²⁶



.....

.....

.....

Om du vill lära dig mer om stöd av amning i praktiken på neonatala intensivvårdsavdelningar ska du fråga din Medela-representant om följande utbildningsmaterial:

- 1. Neonatal intensivvårdsavdelning – samtalspunkter**
- 2. Forskningsöversikter**
- 3. Utbildningsposters**

Mer finns på medela.se

Referenser

1. Every Premie-SCALE. http://www.everypremie.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.