

FAGLIGE RETNINGSLINJER FOR EN MOR-BARN-VENNLIG NEONATALAVDELING

BASERT PÅ WHO/UNICEFS 10 TRINN FOR VELLYKKET AMMING

En Mor-barn-vennlig neonatalavdeling skal:

1. Ha en skriftlig ammeprosedyre som rutinemessig formidles til alt helsepersonell ved avdelingen.

Avdelingsleder har ansvaret for at det utarbeides en skriftlig ammeprosedyre som inngår i sykehusets kvalitetssystem. Ammeprosedyren skal beskrive hvordan de faglige retningslinjene for en Mor-barn-vennlig neonatalavdeling, basert på WHO/UNICEFs 10 trinn, blir iverksatt i avdelingen og hvordan WHO-koden for markedsføring av industrifremstilte melkeblandinger for spedbarn følges. Prosedyren skal finnes lett tilgjengelig, og alt helsepersonell som tar hånd om mor og barn skal være kjent med den og følge den i sin praksis. Innholdet i ammeprosedyren bør være tilgjengelig for foreldrene i lettfattelig form. Avdelingsleder har ansvaret for at prosedyren blir fulgt og for at den blir oppdatert jevnlig.

2. Tilby opplæring slik at det er mulig for personalet å følge ammeprosedyren.

Avdelingsleder har ansvaret for at det foreligger en opplæringsplan som også angir hvordan vikarer skal informeres. Planen skal sikre at helsepersonell ved avdelingen har oppdatert kunnskap om morsmelk og amming, slik at de er i stand til å følge ammeprosedyren i sin praksis. Opplæringen skal omfatte amming av friske fullbårne barn og av barn med spesielle behov. Opplæringen skal også omfatte hvordan man kan veilede og støtte mødre som ikke ammer. Opplæringen skal bestå av både teori og klinisk praksis; minst 12 timers opplæring i ammeveiledning hvorav minst 3 timer med kvalitetssikring av de praktiske ferdighetene. Opplæringen skal ha vært gjennomført i løpet av de siste 3-5 årene. Det er utarbeidet en egen opplæringsplan for leger på føde/barsel og neonatal.

Nyansatte skal få opplæring så snart som mulig, gjennomført senest innen 3 måneder. Avdelingsleder har ansvar for dokumentasjon av gjennomført opplæring. Planen bør angi hvordan fortsatt oppdatering av kunnskaper og ferdigheter skal foregå, etter at hovedopplæringen er gjennomført.

3. Bidra til å spre informasjon til gravide om fordelene ved brysternæring og om hva de kan gjøre for å få til ammingen.

Ansatte fra neonatalavdelingen bør besøke inneliggende gravide i de tilfeller der det forventes at barnet overflyttes etter fødsel. Gravide skal få informasjon om foreldrenes tilgang til avdelingen samt hvordan amming/ morsmelkernæring kan etableres. De skal informeres om betydningen av tidlig stimulering av melkeproduksjonen og få konkret informasjon om hvordan man gjør dette. Samtalen

med den gravide skal belyse fordelene ved brysternæring, betydningen av ro og hudkontakt med barnet etter fødselen så snart barnets medisinske tilstand er stabil, og at barnet tidlig får komme til brystet. Informasjon om barnets kompetanse til å die bør også være en del av samtalen. Det må tas hensyn til alvorlighetsgraden av barnets forventede tilstand. Informasjonen må gis med utgangspunkt i den enkelte gravides kunnskaper og evt. tidligere ammeerfaring. Skriftlig informasjon om morsmelk og amming, inklusive håndmelking og pumping skal være tilgjengelig. Det skal foreligge en kortfattet skriftlig oversikt over hvilken ammeinformasjon inneliggende gravide skal få. Det skal dokumenteres at informasjonen er gitt.

4. Sørge for at mor og barn etter en normal fødsel kan ha uforstyrret hudkontakt i minst en time, eller til barnet er rede til å suge og den første ammingen har funnet sted.

Ansatte fra neonatalavdelingen skal hjelpe mødre til å få hud-mot -hud kontakt med sitt nyfødte barn så snart det er medisinsk forsvarlig. Det er gunstig om syke/barnepleier fra neonatalavdelingen kan være til stede umiddelbart etter prematur fødsel, og i samarbeid med barnelege/jordmor bidra til å gi foreldre og barn mulighet til forlenget kontakt når barnets medisinske tilstand tillater det. Det skal legges tilrette for og oppmuntres til at foreldrene kan ha utstrakt hudkontakt med barnet under hele oppholdet på neonatalavdelingen.

5. Vise mødre hvordan de skal amme og hvordan de kan opprettholde melkeproduksjonen selv om de midlertidig skilles fra sine spedbarn.

Mødrene skal få informasjon, støtte og praktisk hjelp slik at de tidlig kan starte stimulering av brystene og melkeproduksjonen med pumping eller håndmelking. Informasjonen om pumping og håndmelking skal foreligge skriftlig. Moren bør få hjelp til håndmelking eller pumping innen de første 6 timene etter fødsel hvis hennes tilstand tillater det. Kvinnen må få informasjon om at brystknoppene bør stimuleres (utdrivningsrefleksjonen) før håndmelking eller bruk av elektrisk pumpe. Brystene bør håndmelkes/pumpes minimum 6-8 ganger i døgnet, totalt minst 120 min. pr. døgn. Dobbeltpumping kan øke melkemengden og redusere tidsbruken. Avdelingen skal tilrettelegge for pumping for eksempel ved et eget pumperom og gjerne mulighet for å pumpe ved kuvøsen eller i adskilt rom.

Mor og barn skal følges opp slik at mor fra første gang barnet legges til brystet får en god ammestilling og barnet et godt sugetak. Foreldrene skal få informasjon om det premature barnets kompetanse og modningsprosess når det gjelder amming. Det skal gis støtte til mødre som ikke klarer å opprettholde melkeproduksjonen. Avdelingspersonalet skal kunne bekrefte at de veileder mødre om riktig tilberedning av morsmelkerstatning når det er behov for det.

6. Ikke gi nyfødte barn noen annen form for næring eller drikke enn morsmelk, unntatt når det er medisinsk grunn til det.

Ikke gi brystnærte barn tilleggsnæring eller vann, unntatt når det er medisinsk grunn til det (jfr. Medisinske kriterier for bruk av tillegg, oppdatert mai 2004). Avdelingen gir primært morsmelk til alle barn som tåler peroral ernæring, med eventuell forsterkning/tillegg der det er medisinsk behov. Avdelingen bør bruke morsmelk fra melkebank når mor ikke har egen melk.

Reklame for morsmelkerstatning, flasker og smokker skal ikke forekomme på avdelingen.

7. Gi mor og barn anledning til å være sammen 24 timer i døgnet.

Avdelingen skal legge til rette for døgnkontinuerlig samvær mellom barn og foreldre. Dersom det er nødvendig å stenge avdelingen for foreldrene, skal det gjøres i korte perioder og ikke mer enn 2 timer per døgn. Det bør oppmuntres til permisjon for barnet til barselavdelingen eller hjem så snart det er forsvarlig. Mødre skal ha anledning til å sove på sykehusområdet, så nært som mulig til barnet *. Ved behov skal foreldre ha mulighet til å skaffe seg mat og drikke og et sted å hvile på sykehuset.

*Sosialdepartementet 2000-12-01 nr.1217, *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon*.

8. Oppmuntre til amming etter behov, såkalt selvregulering.

Oppmuntre til tidlig kontakt mellom barnets munn og mors bryst så snart barnets tilstand tillater det, uavhengig av barnets vekt og gestasjonsalder. Oppmuntre til selvregulering når det ikke lenger er medisinske behov for skjemabundet ernæring. Hos barn som ikke evner å regulere seg selv bør det fokuseres på døgnmengde og ikke på måltidsmengde. Barnet gis hyppige muligheter for amming. Ammehjulet kan brukes som et hjelpemiddel til å forstå prosessen.

9. Unngå bruk av narresmokk eller flaskesmokk til brystbarn, iallfall til ammingen er veletablert.

Unngå bruk av flaske til barnet har etablert en effektiv og god sugeteknikk og kan ernære seg direkte fra brystet ved de fleste av døgnetts måltider, Ved sondeernæring bør barnet stimuleres til å die eller ha kontakt med mors bryst. Eventuelt tillegg til brystnærte barn bør gis med kopp, sonde, skje, hjelpebryst e.l.

Når barnet suger på *narresmokk* kan brystet bli for sjeldent stimulert og det er også mulig at smokk kan gi sugeforvirring. Syke og for tidlig fødte barn kan imidlertid ha medisinske og pleiemedisinske grunner til bruk av narresmokk. Bruk av narresmokk kan gi smertelindring, lette innsovningen og forbedre fordøyelsen ved sondeernæring. De fordelene som barnet kan ha av narresmokken, og det faktum at

mors melkeproduksjon allerede er forstyrret ved at mor og barn er adskilt gjør bruk av narresmokk mindre problematisk for amming av syke nyfødte og premature. Før bruk av narresmokk og flaskesmokk bør foreldrene informeres og gi sitt samtykke.

Brystskjold er et hjelpemiddel som bare bør brukes når ingen andre tiltak har fått barnet til å ta brystet. Det bør finnes skriftlige retningslinjer for bruk av brystskjold på avdelingen og råd til mor ved hjemreise. Brystskjold kan føre til at melkeproduksjonen blir dårligere stimulert.

10. Bidra til at det etableres en enhetlig arbeidende tiltakskjede mellom svangerskapsomsorgen, føde/barselavdelingen og helsestasjonen. Helsetjenesten bør informere om Ammehjelpen, og støtte opprettelsen av ammehjelpgrupper.

Neonatalavdelingen skal bidra til en enhetlig arbeidende tiltakskjede mellom observasjonspost for gravide, føde/barselavdeling og helsestasjon.

Foreldrene bør få en gradvis overgang fra sykehuset til omsorg i hjemmet for å øke tryggheten rundt ammingen. Avdelingen bør tilby hjemmepermisjoner, eventuelt overnatting på sykehuset før hjemreise. Avdelingen kan kontaktes for spørsmål om amming etter hjemreise.

Mødrene skal få opplysning om hvor de kan henvende seg ved behov for ammehjelp etter utskrivning, og hvilken helsestasjon de sokner til. Gi informasjon til helsestasjonen i god tid før utreise. Helsesøster bør være godt informert om barnets ernærings situasjon, evt. bruk av narresmokk og om tiltak som er avtalt med foreldrene. Avdelingen bør ta kontakt med helsestasjonen telefonisk hvis en kvinne reiser hjem med brystskjold, spesielle hjelpemidler eller ammeproblemer. Mødrene bør få mulighet til kontakt med helsestasjonen innen 2 virkedager etter hjemreise. Personalet skal kjenne til og sørge for at mødrene blir informert om Ammehjelpen og andre aktuelle foreldreorganisasjoner.

Disse retningslinjene er generelle. Tiltak må ta utgangspunkt i barnets individuelle behov og mors ønsker. På en neonatalavdeling vil det alltid finnes barn som ikke kan die, og forholdene må også legges til rette for disse barna og deres mødre.