

Ti trinn for
Mor-barn-vennlig neonatalavdeling
April 2023

Innhold

Innhold	2
Rollen til neonatalavdelingene når det gjelder små, syke og/eller premature nyfødte	5
Trinn 1a: Følg WHO-koden for markedsføring av morsmelkerstatning og tilskuddsblandinger og relevante resolusjoner fra Verdens helseforsamling	6
Forklaring	6
Implementering	6
Innkjøp	6
Eksposering av merkevarer og informasjon	7
Prosedyre om markedsføring og interessekonflikter	7
Personalets kunnskap om markedsføring av morsmelkerstatninger	7
Kriterier	8
Trinn 1b: Ha en skriftlig ammeprosedyre som rutinemessig formidles til helsepersonell og foreldre	8
Forklaring	8
Implementering	8
Innholdet i ammeprosedyren	8
Kjennskap til ammeprosedyren	9
Kriterier	9
Hud-mot-hud kontakt	9
Etablering og opprettholdelse av morsmelkproduksjonen	9
Trinn 1c: Etablere kontinuerlig evaluering av Mor-barn-vennlig standard i sykehusets eget kvalitetssystem	11
Forklaring	11
Implementering	11
Monitorere/registrere - prosedyre	11
Regelmessig gjennomgang av implementeringen	12
Kriterier	13
Trinn 2: Sikre at personalet har tilstrekkelig og oppdatert kunnskap, kompetanse og ferdigheter for å støtte amming	15
Forklaring	15
Implementering	15
Grunnutdanning og internopplæring	15
Kompetansevurdering	16
Kriterier	16
Tinn 3: Samtale med gravide og deres familier om hvorfor det er viktig å amme og hvordan få dette til	17
Forklaring	17
Implementering	18
Kriterier	18

Trinn 4: Sørge for at mor og barn kan ha uforstyrret hud-mot-hud kontakt og støtte mødre i å komme i gang med ammingen så snart som mulig etter fødselen	19
Forklaring	19
Implementering	19
Hud-mot-hud kontakt	19
Tidlig ammestart	21
Kriterier	21
Trinn 5. Veilede mødre i å etablere og opprettholde amming, og til å håndtere vanlige ammeproblemer	22
Forklaring	22
Implementering	23
Ammehjelp	23
Utmelking	23
Støtte til å etablere og opprettholde melkeproduksjonen	24
Kriterier	25
Trinn 6: Ikke gi morsmelkernærte nyfødte noen annen form for næring eller drikke enn morsmelk unntatt når det er medisinsk grunn til det	26
Forklaring	26
Implementering	26
Fullamming	26
Mulige indikasjoner på at små, syke og/eller premature spedbarn bør få tillegg	27
Bruk av donormelk	27
Støtte til ikke-ammende mødre	28
Kriterier	28
Trinn 7. Gi mor og barn anledning til å være sammen 24 timer i døgnet	29
Forklaring	29
Implementering	29
Kriterier	30
Trinn 8. Veilede mødre i å kjenne igjen og svare på barnets tegn på sult	30
Forklaring	30
Implementering	31
Kriterier	31
Trinn 9: Veilede mødre i bruk av og risiko knyttet til bruk av tåteflaske og smokk	32
Forklaring	32
Implementering	32
Generelle betraktninger	32
Hjelpemidler for å gi morens egen melk eller tillegg	32
Kriterier	34

Trinn 10. Planlegge utreise ved å etablere kontakt med kommunehelsetjenesten, slik at foreldre og deres nyfødte sikres kontinuerlig støtte og hjelp	35
Forklaring	35
Implementering	35
Kriterier	36

Innledning

Rollen til neonatalavdelingene når det gjelder små, syke og/eller premature nyfødte

WHOs rammeverk for integrerte personsentrerte helsetjenester (150) slår fast at alle mennesker bør ha lik tilgang til helsetjenester av god kvalitet som tar hensyn til individuelle behov. For at amming skal bli vellykket på neonatalavdelinger må personalet fokusere på den enkelte mor og hennes situasjon, og avdelingen bør gi en generell familiesentrert omsorg i et støttende miljø.

Administrativt ansvar

Trinn 1a: Følg WHO-koden for markedsføring av morsmelkerstatning og tilskuddsblandinger og relevante resolusjoner fra Verdens helseforsamling

Forklaring

Familiene er mest sårbare overfor markedsføring av morsmelkerstatning i perioden før fødselen, den perinatale perioden og perioden etter fødselen, da de tar beslutninger om spedbarnets ernæring (1). Sykehuspersonale vil utilsiktet kunne svekke amming ved å gi firmaer som tilbyr morsmelkerstatninger tilgang til pasienter via kommersiell litteratur og markedsstrategier for morsmelkerstatninger, som for eksempel babyklubber, gavebager og gratis morsmelkerstatning (151-153). Mat til avdelingens personale, opplæringsmateriell for pasienter med produsentens navn og andre gaver oppfattes som kostnadsfrie, men kostnadene for dette materialet er innarbeidet i prisen på morsmelkerstatningen. Helsepersonell som bruker snorer og skiltholdere eller penner, notatblokker og kaffekrus med logoen til selskaper som markedsfører morsmelkerstatninger, vil selv om det er utilsiktet, gi støtte til produsentene. Ved å tilby sykehus produkter til lav pris eller gratis, forventer produsentene at produktene deres vil bli introdusert til pasienter og familier som så vil kunne bli påvirket til å kjøpe det bestemte merket etter utskrivning. På grunn av økt behov for spesialforsyninger og utstyr, vil neonatalavdelinger som tar seg av små, syke og/eller premature spedbarn kunne være under betydelig press for å ta imot artikler som ikke koster noe fra kommersielle aktører, og som er i konflikt med amming.

Fordi markedsføring klart påvirker de valg som personale og mødre foretar (154), er det absolutt nødvendig at WHO-koden for markedsføring av morsmelkerstatning og tilskuddsblandinger og relevante resolusjoner fra Verdens helseforsamling følges. I tråd med WHO's Veileder om å stanse upassende markedsføring av mat til spedbarn og småbarn som ble publisert i 2016 (155), bør helsepersonell og helsevesenet unngå interessekonflikter med selskaper som markedsfører mat til spedbarn og småbarn. Fagmøter for helsepersonell skal ikke være sponset av barnematindustrien, og barnematindustrien skal ikke delta i undervisning av foreldre (1).

Implementering

Innkjøp

Neonatalavdelinger og relaterte områder bruker mange spesielle produkter i tillegg til morsmelkerstatning, tåteflasker og smokker. Dette omfatter forsterkere (fortifiers) (konsentrerte næringsstoffer), utstyr for brystmelkopsamling og flasker, sonder, kanyler, sterile bandasjer, laken, målebånd, vekter, etc. For å unngå eventuelle interessekonflikter bør alle forsyninger til neonatalavdelinger være innkjøpt etter vanlige innkjøpsrutiner.

Eksponering av merkevarer og informasjon

- Materiell som har logoer, varemerker, tekst eller bilder fra produsenter av morsmelkerstatning, flasker eller smokker, for eksempel: penner, skriveblokker, krus, leker, målebånd, snorer, kalendere, etc. skal ikke brukes på neonatalavdelinger og relaterte områder der mødre eller familiene deres kan se dem.
- Nødvendig spedbarnsernæring bør oppbevares i skuffer, skap eller på rom der familier eller publikum ikke kan se dem. Når man benytter morsmelkerstatning, bør man vurdere å overføre den til generiske beholdere merket for spedbarnet, og fjerne varemerket, eller dekke varemerket med spedbarnets navnelapp før den bringes inn til barnet.
- Opplæringsmateriell og annet utstilt materiale, eller materiale som gis til familier, bør gjennomgås, og alle bilder eller logoer som ikke er i samsvar med WHO-koden bør fjernes.

Prosedyre om markedsføring og interessekonflikter

Avdelingens prosedyre bør ha en bestemmelse om at:

- Gaver er markedsføringsmateriell og fremkaller et gjensidighetsforhold overfor giveren. Derfor bør neonatalavdelingen og dens personale ikke ta imot gaver, inkludert mat, ikke-vitenskapelig litteratur, materiell, utstyr, penger eller støtte til opplæring om amming eller arrangementer, fra produsenter eller forhandlere av morsmelkerstatninger, flasker eller smokker.
- Ingen gravide kvinner, eller mødre, eller familier med spedbarn på neonatalavdelingen bør få vareprøver eller kuponger for materiell som omfattes av WHO -koden, inklusive gavepakker i forbindelse med utskrivning. Klinisk nødvendige produkter som gjør det mulig trygt å fortsette med medisinsk nødvendig ernæring som del av en behandling er akseptable.
- Ansatte hos produsenter eller forhandlere av produkter som omfattes av WHO-koden bør ikke ha noe kontakt med gravide kvinner eller mødre og familier til spedbarn. Innkjøpsrutiner bør innebære at kontakten finner sted med avdelingens innkjøpsavdeling, og at avtaler om å møte personalet på neonatalavdelingen bare kan gjøres for spesifikke formål.

Personalets kunnskap om markedsføring av morsmelkerstatninger

- Som et minimum bør personalet på neonatalavdelingen kunne forklare hvorfor det å motta gaver fra produsenter og forhandlere av morsmelkerstatninger, tåteflasker og smokker er uetisk og hvorfor morsmelkerstatninger, tåteflasker og smokker ikke bør være synlige for mødre og familier på neonatalavdelingen og relaterte områder.
- Personalet på neonatalavdelingen bør utfordre hverandre dersom de ser markedsføringsmateriell som ikke er i samsvar med WHO-koden.

- Et tilfeldig utvalg av mødre bør bekrefte at de ikke har fått noe markedsføringsmateriell som inneholder artikler som er forbudt i henhold til WHO Koden.

Kriterier

- Avdelingen har en prosedyre som beskriver hvordan de følger WHO-koden:
- Morsmelkerstatning, flasker og smokker i avdelingen er innkjøpt etter vanlige innkjøpsrutiner
- Helsetjenestens lokaler skal ikke benyttes til markedsføring, presentasjon og reklame for disse produktene, eller til utdeling av materiell fra produsentene
- Helsepersonell skal ikke dele ut gratisprøver av morsmelkerstatning, flasker eller smokker
- Minst 80 % av helsepersonalet kan forklare minst to punkter fra WHO-koden

Trinn 1b: Ha en skriftlig ammeprosedyre som rutinemessig formidles til helsepersonell og foreldre

Forklaring

Prosedyrer er viktig for å sikre at pasienten mottar kunnskapsbasert veiledning og at personalet gir ensartet informasjon.

Institusjoner som har omfattende ammeprosedyrer, har sannsynligvis bedre støttetjenester for amming og bedre ammeresultater (4, 34, 41, 156-158). Fordi ammeprosedyren tar for seg tverrfaglig praksis, bør utarbeidelsen og implementeringen av den utføres av et bredt sammensatt tverrfaglig team (3, 4, 15).

Implementering

Innholdet i ammeprosedyren

- Neonatalavdelingen bør ha en evidensbasert ammeprosedyre som omfatter alle punktene som er oppført i Boks 2, som et minimum.
- Prosedyren bør inneholde et utsagn om at alle mødre, uansett hvordan de ernærer spedbarna sine, får den støtten de har behov for.
- Prosedyren kan bestå av ett enkelt dokument eller flere dokumenter og bør revideres og oppdateres med jevne mellomrom basert på gjeldende kunnskap / evidens og retningslinjer.
- Andre prosedyrer som kan være enkeltstående eller del av en samlet ernæringsprosedyre for neonatalavdelingen, må være i samsvar med MBVS.

Kjennskap til ammeprosedyren

- Et sammendrag av avdelingens ammeprosedyre bør være lett tilgjengelig. Størrelsen på og plasseringen av sammendraget vil kunne variere avhengig av utformingen av neonatalavdelingen, venteværelset, barselavdelingen og relaterte områder. Sammendraget bør være på de språk som er mest vanlig blant foreldrene og familiene til barna på neonatalavdelingen.
- Alt helsepersonell på neonatalavdelingen må være kjent med ammeprosedyren, samt ha mer detaljert kunnskap om prosedyrene for små, syke og/eller premature barn.
- Nyansatte på neonatalavdelingen må være orientert om prosedyren. Alle fast ansatte helsepersonell bør være kjent med innholdet i og implementeringen av prosedyren. Ansatte som roterer gjennom neonatalavdelingen, bør orienteres om de viktigste bestemmelsene i prosedyren.

Kriterier

- Avdelingen har en skriftlig ammeprosedyre som forklarer hvordan de åtte kliniske trinnene (trinn 3-10) blir iverksatt, hvordan WHO koden blir implementert, og hvordan kunnskapen til personalet blir evaluert
- Observasjoner i avdelingen bekrefter at ammeprosedyren er lett tilgjengelig for gravide, mødre og deres familier
- Alle dokumenter som omhandler amming, er i samsvar med Mor-barn-vennlig standard
- Minst 80 % av personalet kan forklare minst to punkter fra ammeprosedyren som påvirker deres arbeid i avdelingen

Boks 2. Neonatalavdelingens prosedyre for spedbarnsernæring

Hud-mot-hud kontakt

- Starte hud-mot-hud kontakt rett etter fødselen når det er mulig
- Stabilitet og trygghet for mor og barn er de viktigste kriteriene
- Hyppig og kontinuerlig hud-mot-hud kontakt når det er mulig
- Prosedyrer for å bringe mor og barn sammen når det er mulig dersom moren er for syk til å besøke neonatalavdelingen
- Opplæring i sikkerhetstiltak, innbefattet overvåkning og trygg overføring til og fra mor

Etablering og opprettholdelse av morsmelkproduksjonen

- Umiddelbar opplæring i hygienisk håndmelking/pumping

- Trygg, hygienisk oppsamling, håndtering, merking, oppbevaring av morsmelk og hvordan den skal gis til barnet
- Tilrettelegging for brystpumping, oppsamling, merking og matingsutstyr

Tillegg/forsterkning/fremskritt i matingen

- Gi kolostrum/råmelk
- Innhenting, lagring, håndtering og bruk av donormelk
- Metoder for å gi tilleggsføde, brystskjold og smokker
- Overgang fra sondemating til mating gjennom munnen som er basert på sulttegn heller enn gestasjonsalder eller vekt.
- Prosedyrer bør klart angi indikasjoner for donormelk, forsterkning og andre tilskudd enn morens egen melk

Plassutnyttelse på institusjonen

- Mor og barn bør ikke skilles med mindre det er medisinsk nødvendig
- Plass for mødre til å sove eller hvile nært pleieområdet for små, syke og/eller premature spedbarn
- Ubegrenset adgang for foreldre til neonatalavdelingen til enhver tid
- Tilgang til ammerom nær pleieområdet for små, syke og/eller premature spedbarn, med plass til amming, pumping og kjøling/frysing for å oppbevare morsmelk frem til utskrivning av spedbarnet

Diverse

- Prosedyrer som skal følges dersom det ved en feil blir gitt én mors melk til et annet spedbarn
- Støtte til sent premature spedbarn
- Opplæring av ikke-ammende mødre i hvordan de skal tilberede og gi morsmelkerstatning
- Kontraindikasjoner mot å bruke morens egen melk
- Koordinering med andre avdelinger for å sikre kompatible retningslinjer som støtter amming
- Rådgivning før fødselen for kvinner som er i risiko for prematur fødsel bør omfatte amming

Trinn 1c: Etablere kontinuerlig evaluering av Mor-barn-vennlig standard i sykehusets eget kvalitetssystem

Forklaring

Evidensbaserte kvalitetsforbedringstiltak viser fortsatt at det er viktig å måle nåværende praksis for å forbedre fremtidig praksis (29, 159). Det eksisterer en kvalitetsforskjell mellom den helseomsorgen vi har og den vi kunne ha hatt. Et godt eksempel er manglende bruk av morsmelk på neonatalavdelinger til tross for den overveldende dokumentasjonen av kort- og langsiktige fordeler ved bruk av morsmelk til små, syke og/eller premature spedbarn (160). Kontinuerlig måling sammen med kvalitetsforbedringstiltak er nødvendig for å forklare store variasjoner i omsorgspraksis og resultater for å kunne endre helsevesenet.

Implementering

Monitorere/registrere - prosedyre

Enhver institusjon bør kunne registrere omsorgen for små, syke og premature spedbarn, både inne på neonatalavdelingen og utenfor. Den optimale måten å samle inn data på er å gjøre det til en del av den daglige rutinen på neonatalavdelingen, enten i form av elektroniske data eller papirbasert kartlegging. Utskrivningssamtaler og spørreskjemaer vil også kunne benyttes for å vurdere foreldrenes oppfatning av støtten de fikk.

En liste over mulige indikatorer som kan registreres i journalen til den nyfødte og/eller moren, er gitt i Boks 3.

Boks 3. Mulige indikatorer som kan registreres fra individuelle pasientjournaler ¹

Vekstparametre

- Vekt (veksthastighet)
- Alder da fødselsvekten gjenoppnås
- Lengde
- Hodeomkrets

Mål for ernæring

- Munnstell ved bruk av råmelk (colostrum)
- Første amming
- Matingshistorikk (volum, hyppighet, metode og type ernæring ved hver mating)
- Første ernæring / måltid (morens egen melk, donormelk og morsmelkerstatning)

- Tidspunkt for første måltid (timer etter fødselen)
- Ernæring ved utskrivning (morens egen melk, donormelk, morsmelkerstatning, kombinasjon av disse)
- Prosentandel morsmelk (morens egen melk, donormelk) under sykehusoppholdet
- Metode (direkte fra brystet, sonde, kopp og flaske)
- Parenteral ernæring (start, varighet, avsluttet)
- Antall dager med sentral tilgang (med eller uten parenteral ernæring)
- Alder da full måltidsmengde oppnås (mer enn 140 ml/kg av kroppsvekten per dag eller annen fastsatt parameter)

Hud-mot-hud kontakt

- Første hud-mot-hud kontakt
- Hyppighet
- Varighet

Laboratorietesting

- Metode og protokoll for standardiserte blodprøver
- Dager med S-urinstoff eller albumin i blodet innenfor det aksepterte området

Relaterte kliniske diagnoser

- Spontan perforasjon av tarmen
- Nekrotiserende enterokolitt
- Blodbaneinfeksjoner påført via cvk

Mål som gjelder mor

- Dokumentasjon av ammeopplæring (type opplæring, tid som er brukt)
- Tid før første håndmelking eller pumping
- Mors melkemengde (skriftlig oversikt)

Regelmessig gjennomgang av implementeringen

- Dataene fra pasientjournalene bør oppsummeres regelmessig for å danne grunnlag for en vurdering av hele enheten hva angår klinisk praksis og kvalitetsforbedring. Mulige oppsummeringsindikatorer er oppført i Boks 4.
- De ansatte bør regelmessig diskutere ernæringen og veksten til spedbarna på neonatalavdelingen. Tilførselen av morsmelk bør diskuteres og registreres på arbeidsrunder på neonatalavdelingen. Neonatalavdelinger med elektroniske

databasesystemer kan ofte programmere spesifikke rapporter slik at de oppfyller målkrav. På neonatalavdelinger med mindre ressurser kan papirregistreringer tjene samme formål.

- Det trengs et tverrfaglig team for å gjennomgå, analysere og gi anbefalinger på grunnlag av de dataene som er samlet inn, slik at man kan gjøre effektive endringer hvis nødvendig. Dersom man står foran kvalitetsforbedringsperioder, kan det være nødvendig med hyppigere gjennomgang av dataene. Gjennom ukentlige eller månedlige diagrammer kan man finne trendene tidligere enn ved gjennomgang hver 6. måned. Inkludering av foreldrene i gjennomgangen av data kan ofte være nyttig for å forbedre informasjonssystemet og prosedyrer på neonatalavdelingen.
- Feilmodus- og effektanalyser (161): Gjennomgang av pasientjournalene for de spedbarna som skrives ut bare med morsmelkerstatning kan ofte avdekke problemer som må adresseres.
- Regionale nettverk av institusjoner som har neonatalavdelinger, kan tjene som et forum for å dele prosedyredata, data som gjelder praksis og resultater. Det følgende er noen eksempler: The Vermont-Oxford Network (162) og nettverket for Newborn Stabilization Units and Special Newborn Care Units på underdistrikts- og distriktsnivå i India (18). Slike nettverk gjør det mulig for avdelinger å sammenligne seg med andre lignende avdelinger og å ta i bruk prosedyrene og praksisen til de avdelingene som presterer best (26, 163).

Kriterier

- Avdelingens ammeprosedyre viser at de har en pågående evaluering av egen praksis
- Personalet/MBVS ansvarlige skal møtes minst hver 6. måned for å evaluere resultatene

Boks 4. Mulige avdelingsbaserte indikatorer¹

Vekstparametre

- Gjennomsnittlig vektøkning
- Gjennomsnittlig alder da fødselsvekten ble gjenvunnet
- Gjennomsnittlig lengdevekst
- Gjennomsnittlig hodeomkretsvekst
- Prosentandel av spedbarn som hadde normal vekt, lengde og hodeomkrets i forhold til gestasjonsalder ved fødselen og var små i forhold til gestasjonsalder ved utskrivning

Ernæringsmål

- Prosentandel av pasientene som fikk kolostrum i en gitt periode

- Gjennomsnittstid fra fødsel til første måltid (mors egen melk, donormelk og morsmelkerstatning)
- Måltider med morens egen melk som en prosentandel av alle måltider
- Mors egen melk ved utskrivning
- Målinger av parenteral ernæring
 - Prosentandel av spedbarn som startet parenteral ernæring innen 24 timer etter fødsel
 - Proteininntak på mer enn 3g/kg av kroppsvekten per dag etter dag tre etter fødsel.
 - Mer enn 80 kcal/kg av kroppsvekten per dag etter dag fem etter fødsel
 - Gjennomsnittsalder når lipider utgjør mer enn 3g/kg av kroppsvekten per dag
 - Prosentandel av pasientene som får parenteral ernæring i mer enn 30 dager
- Antall dager med sentrale tilganger uavhengig av parenteral ernæring
- Spedbarnets gjennomsnittsalder når det får full matmengde
- Spedbarnets gjennomsnittsalder når den første ammingen finner sted

Hud-mot-hud kontakt

- Gjennomsnittlig tid og varighet fra fødselen til hud-mot-hud kontakt etableres
- Gjennomsnittlig hyppighet av hud-mot-hud kontakt i løpet av en gitt periode
- Gjennomsnittlig varighet av hud-mot-hud kontakt i løpet av en gitt periode

Forekomst av relaterte kliniske diagnoser

- Spontan perforasjon av tarmen
- Nekrotiserende enterokolitt
- Blodbaneinfeksjon relatert til sentrale kateter

Målinger som gjelder mor

- Prosentandel av alle mødre som fikk ammeopplæring
 - Opplæring før fødselen
 - Førstegangsoplæring på neonatalavdelingen
- Gjennomsnittstid fra fødsel til første ammeveiledning eller råd fra noen i samme situasjon (likemenn)
- Gjennomsnittstid fra fødsel til første pumping og/eller håndmelking

- Prosentandel av mødre som dokumenterer egen melkeproduksjon
- Prosentandel av mødre som rapporterer at de er fornøyde med omsorgen

Trinn 2: Sikre at personalet har tilstrekkelig og oppdatert kunnskap, kompetanse og ferdigheter for å støtte amming

Forklaring

God ammeveiledning gitt til rett tid, kan bare gjennomføres hvis personalet har fått opplæring slik at de har kunnskap, kompetanse og ferdigheter i å støtte og veilede kvinner som ammer. Det er evidens for at på avdelinger som ikke er godkjente som Mor-barn-vennlige, var sykepleiernes kunnskap ikke i samsvar med dagens beste praksis, og sykehusets prosedyrer var ikke basert på evidensbasert praksis (164). Opplæring av alt helsepersonell på neonatalavdelingen, som har kontakt med spedbarn, foreldre eller familier, danner grunnlaget for entydig informasjon, kommunikasjon og praksis (3, 4, 165-167). Opplæringskravene kan variere basert på enkeltansattes roller. En betydelig økning i kunnskapen er mulig gjennom opplæring av sykepleiere og andre ansatte, mens det synes vanskeligere å endre holdninger (168-170).

Spesifikk internopplæring på neonatalavdelinger må finne sted på grunnlag av policy og være støttet av ledende og overordnede ansatte for å dekke de spesielle kravene knyttet til amming av små, syke og/eller premature barn. Hele neonatalavdelingen må gradvis utvikle en kultur der bruk av brystmelk og amming er normen. Opplæring av tverrfaglig personell har vært effektivt for å bedre rådgivningspraksisen med hensyn til amming. Kompetent støtte fra opplært personell kan være kostnadseffektiv på neonatalavdelingen (171). På side 15 i implementeringsveiledningen er det en oversikt over spesifikke emner som skal dekkes og hvilken kompetanse som skal vurderes for alle ansatte som hjelper mødre med mating av spedbarn. Dette omfatter hvordan en mor kan hjelpes til å amme et barn med lav fødselsvekt eller en syk baby (1).

Implementering

Grunnutdanning og internopplæring

- Alt klinisk personale som arbeider på neonatalavdelingen må ha kompetanse, kunnskap og ferdigheter som er nødvendig for å gi riktig omsorg når det gjelder ernæring av premature og nyfødte med lav fødselsvekt. Denne kompetansen må holdes oppdatert gjennom kontinuerlig medisinsk utdanning.
- Avdelingene kan utvikle sine egne utdanningsprogrammer eller tilpasse allerede tilgjengelige programmer for å oppfylle sine spesifikke behov. Ethvert program må omfatte både kunnskap og ferdigheter, samt klinisk veiledning. Nettbasert utdanning kan gi grunnutdanning og være kostnadseffektiv, men interaksjon mellom personer trengs også for å vise hvordan kunnskap og ferdigheter anvendes (167).

- En oversikt over de Ti trinn bør være en del av den første orienteringen til alle nyansatte på neonatalavdelingen, slik at de blir kjent med den generelle ernæringsstrategien og omfanget av opplæringen de vil få.
- Opplæring av ansatte med forskjellige profesjoner på neonatalavdelingen kan gjøre teamarbeid og en tverrfaglig tilnærming til problemer enklere. Ansatte med forskjellige oppgaver på neonatalavdelingen vil trenge grunnleggende opplæring om amming, inkludert veiledning i pumping med hensyn til teknikker, til mødre som er avhengige av pumping. Studenter, praktikanter og annet midlertidig personale som roterer gjennom neonatalavdelingen, må få opplæring i samsvar med sine roller.
- Selv om alle ansatte på neonatalavdelingen bør ha utdanning og opplæring i grunnleggende støtte til små, syke og/eller premature spedbarn, er personer med avansert og/eller spesialisert opplæring når det gjelder spedbarnsernæring (for eksempel ernæringsfysiologer, sertifiserte ammeveiledere, ammehjelpere, yrkes- og taleterapeuter) verdifulle og bør benyttes dersom de er tilgjengelige.
- Mødre støttegrupper, spesielt hvis de veiledes av opplært personale, kan være svært effektive når det gjelder opplæring av og støtte til mødre med små, syke og/eller premature spedbarn både i lav- og middelsinntektsland, og i ressurssterke land.

Kompetansevurdering

Utdanning av helsepersonell er viktig, og bruk av denne kunnskapen til høyrisikomødre før fødselen og sårbare pasienter på neonatalavdelingen er nøkkelen til å fremme og støtte amming. Kompetanse kan vurderes gjennom øvelse av ferdigheter viet ulike emner. Disse kan planlegges på rotasjonsbasis og organiseres av en kvalifisert ammeveileder eller en annen kompetent helsefaglig person. I tillegg kan kompetanse vurderes ved direkte, uanmeldt observasjon, som når man gjør en observasjon av håndvask. Et system og ansvar for å opprettholde utdannings- og kompetanseoversikt bør integreres med annen nødvendig opplæring, som for eksempel hjerte-lunge-redning (CPR), håndvask, sikkerhet, etc.

Kriterier

- Minst 80 % av helsepersonell som er i kontakt med gravide, mødre og spedbarn bekrefter at de har fått ammeundervisning i løpet av de to siste årene
- Minst 80 % av helsepersonell som er i kontakt med gravide, mødre og spedbarn bekrefter at de har fått vurdert sin kompetanse om amming i løpet av de siste to årene
- Minst 80 % av helsepersonell som er i kontakt med gravide, mødre og spedbarn er i stand til å svare riktig på tre av fire spørsmål om kunnskap og ferdigheter for å støtte amming

Klinisk praksis

Tinn 3: Samtale med gravide og deres familier om hvorfor det er viktig å amme og hvordan få dette til

Forklaring

Alle gravide kvinner og mødre bør få evidensbasert rådgivning om amming som et tiltak innenfor den offentlige helsetjenesten for å øke ammehyppigheten og forbedre ammepraksis (172). Personale som arbeider på neonatalavdelinger vil kunne bli bedt om å ha konsultasjoner før fødselen med mødre som man vet risikerer å føde små, syke og/eller premature barn. Siden støtte fra helsepersonell i betydelig grad øker ammestart blant kvinner med alle typer sosial og etnisk bakgrunn (173-176), bør konsultasjonen før fødselen omhandle morsmelk og amming, på lik linje med at man snakker om medisinske prosedyrer, mulige valg og resultater. Sykehusopphold før fødselen gir anledning til å avkrefte myter (for eksempel mødres oppfatning om at amming ikke er mulig når risikoen for prematur fødsel er høy). Det er også nyttig for å gi veiledning om betydningen av morsmelk og risikoen knyttet til morsmelkerstatning for små, syke og/eller premature barn. Konsultasjoner før fødselen bør alltid inkludere nytten av morsmelk samt hvordan etablere og opprettholde mors melkeproduksjon. Ammeveiledningen må gis individuelt med utgangspunkt i den gravides kunnskap, kulturelle bakgrunn og eventuelt tidligere ammeerfaring. Skriftlig informasjon på flere språk og henvisning til nettsider, er en måte å formidle relevant informasjon på.

Helsepersonell har ansvar for å gi nøyaktig, evidensbasert informasjon om konsekvensene av en mors valg på samme måte som når det gjelder andre anbefalinger og foreldreavgjørelser på neonatalavdelingen. Til tross for betydelig dokumentasjon om at amming og morsmelk er et helse spørsmål, er det fortsatt en del helsepersonell som oppfatter det som et livsstilvalg. Det er mulig at helsepersonell er redde for å "pushe" amming fordi de er redde for at mødre skal få skyldfølelse hvis de ikke ammer (174, 177). Men faktisk vil mødre kunne få skyldfølelse senere, dersom de oppdager at noen av barnets helseproblemer kunne vært unngått dersom de hadde ammet. Det er uetisk å holde tilbake slik informasjon (178).

Kvinner med økt risiko for prematur fødsel, eller for å føde et sykt barn, må så snart det er mulig få veiledning av kyndig helsepersonell om de spesielle forholdene som er knyttet til å mate et prematurt eller sykt barn, eller et barn med lav fødselsvekt. Dersom, i den første samtalen, en kvinne med høy risiko ikke ønsker å amme, kan hun fortsatt gi råmelk og morsmelk i et visst tidsrom når hun har fått den medisinske informasjonen som forklarer hvorfor brystmelk er viktig for hennes spedbarns medisinske behov (179). Helsearbeideren som har omsorgsansvaret for moren, kan forsterke betydningen av morsmelk og amming ved å spørre om morens melkeproduksjon og ved å rose morens anstrengelser under den rutinemessige omsorgen etter fødselen. En systematisk oversikt over støtten helsepersonell gir til amming viste at gjentatte samtaler fra perioden før fødselen gjennom perioden etter fødselen var mer effektive enn enkeltstående veiledninger på et hvilket som helst tidspunkt (180).

Implementering

- En institusjon bør ha en plan for å gi opplæring og veiledning om laktasjon og amming til gravide kvinner som er i risiko for å føde barn som vil bli innlagt på neonatalavdelingen. Konsultasjoner før fødselen om betydningen av morsmelk og amming kan være en del av neonatalavdelingens forberedende informasjon som gis av neonatologer, barneleger eller fødselsleger, eller av teammedlemmer som har spesiell ekspertise innenfor laktasjon. Konsultasjoner både med leger og annet helsepersonell bør registreres i morens journal.
- Ammeveiledning før fødselen bør omfatte alle punktene som er oppført i kriteriene for ammeveiledning før fødsel. I tillegg er informasjon om betydningen av tidlig produksjon av kolostrum og de spesielle fordelene ved brystmelk for premature eller syke spedbarn svært viktig i forbindelse med disse fødselene. Gravide kan beroliges med at melkeproduksjonen vil komme i gang selv etter en ekstremt prematur fødsel. De bør få opplæring i hvordan de kan etablere og opprettholde melkeproduksjonen ved hjelp av håndmelking og hyppig pumping, dersom brystpumper er tilgjengelige. De kan få veiledning om at tegn på sult kanskje ikke kan sees umiddelbart hos svært premature spedbarn, men at de vil vise seg etter hvert. Betydningen av hud-mot-hud kontakt for små, syke og/eller premature barn bør vektlegges. Dersom donormelk er tilgjengelig, er det viktig å understreke at den kun brukes som en overgang til morens egen melk, og at den ikke erstatter behovet for morens egen melk.
- Ammeveiledningen må gis individuelt med utgangspunkt i den gravidens kunnskap, kulturelle bakgrunn, eventuelt tidligere ammeerfaring og nåværende planer for ernæring av spedbarnet. Gjentatte konsultasjoner kan være nødvendig dersom moren er engstelig, har spørsmål eller er innlagt over lengre tid
- Informasjon om amming kan gis én-til-én eller i form av rådgivning til små grupper, i skriftlig form, via fjernsynskanaler for pasienter eller gjennom nettressurser. Alle medier bør vurderes med henblikk på kommersiell påvirkning.

Kriterier

- Prosedyre om ammeveiledning til gravide skal, som et minimum, inneholde følgende punkter:
 - Fordelene ved amming, for mor og barn
 - Informasjon om Nasjonal faglig retningslinje for spedbarnsernæring, og risiko ved å gi morsmelkerstatning uten medisinsk grunn
 - Betydningen av umiddelbar og fortsatt hud-mot-hud kontakt
 - Betydningen av tidlig oppstart av amming
 - Betydningen av å være sammen 24 timer i døgnet
 - Grunnleggende kunnskap om ammestilling og sugetak
 - Kjenne til tidlige tegn på sult fra barnet

- Minst 80 % av mødrene som har fått svangerskapsoppfølging ved sykehuset, kan rapportere at de har fått informasjon om amming
- Minst 80 % av mødrene som har fått svangerskapsoppfølging ved sykehuset, kan beskrive to temaer fra ammeveiledningen som ble diskutert

Trinn 4: Sørge for at mor og barn kan ha uforstyrret hud-mot-hud kontakt og støtte mødrene i å komme i gang med ammingen så snart som mulig etter fødselen

Forklaring

Umiddelbar hud-mot-hud kontakt og tidlig diing er to tiltak som er nært knyttet til hverandre, og som må finne sted sammen og umiddelbart etter fødselen for å gi optimalt resultat (1). Umiddelbar og vedvarende hud-mot-hud kontakt gjør amming lettere, former spedbarnets mikrobiom, bidrar til å forhindre hypotermi og hypoglykemi og stabiliserer respirasjonen (181). Tidlig diing ved brystet stimulerer laktogenese II (sekretorisk aktivering) og overfører kolostrum, som er rik på immunaktive stoffer og spesielt viktig for premature spedbarn (182). En nylig gjennomgang viste en økning på 33 % spedbarnsdødelighet dersom ammestart ble utsatt i mer enn én time, og en økning på 100 % dersom ammingen startet mer enn 24 timer etter fødselen (183).

Omfattende forskning støtter at hud-mot-hud kontakt er fordelaktig for både mor og barn. Når det gjelder barnet, reduseres både spedbarnsdødelighet og sykелighet (183-187), fullamming øker, oppholdet på neonatalavdelingen og reinnleggelser reduseres, i tillegg til forbedring av tilstanden på kort (188) og lang (189-190) sikt. Hud-mot-hud kontakt reduserer reaksjonen på smerte hos premature spedbarn under de mange smertefulle prosedyrene de gjennomgår under sykehusoppholdet (191, 192). Det finnes også en del dokumentasjon på bedre søvnmønstre og bedre modning av hjernen (193-195). Når det gjelder moren, øker hud-mot-hud kontakt melkemengden (27, 196, 197), bidrar til binding og tilknytning (19, 198, 199), styrker foreldrenes engasjement og forbedrer ammingen (200, 201). Fedrene drar også fordeler (202, 203). Hud-mot-hud kontakt er en integrert del av «Nurturing Care Framework» (204).

Implementering

Hud-mot-hud kontakt

- Da umiddelbar og vedvarende hud-mot-hud kontakt ikke er mulig for alle premature, spesielt svært premature, anvendes ikke grensen på 80 % som er angitt i MBVS globale kriterier på denne gruppen. Avdelinger bør likevel oppfordres til å sette egne både realistiske og ambisiøse mål.
- Utsatt bading av spedbarnet i 12-24 timer er blitt assosiert med sensorisk signal fra fostervannet som fører til økt amming, bedre temperaturstabilitet og mindre stress for spedbarnet; gjennom umiddelbar hud-mot-hud kontakt som gjør ammestart lettere (205).

- Utsatt avnavling i minst ett minutt bør være standard for alle nyfødte (206), med forsiktig navlesnormelking for spedbarn som trenger umiddelbar gjenoppliving/resuscitering (207). K-vitamin og hepatitt B-vaksinen kan gis til spedbarnet under hud-mot-hud kontakt, med veiing etter én time med hud-mot-hud kontakt.
- Små, syke og/eller premature spedbarn bør plasseres i hud-mot-hud kontakt med moren så snart etter fødselen som morens og spedbarnets tilstand tillater det (det vil si at begge ansees for å være stabile). WHO definerer "stabil" som fravær av alvorlig apné, lav oksygenmetning og bradykardi (1). I praksis varierer definisjonene av "stabil" og "stabilisert" mye, men de bør ikke være unødvendig restriktive og bør være basert på dokumentasjon (innbefattet spesialisters erfaringer og oppfatninger) og være klart definert i neonatalavdelingens prosedyre for hud-mot-hud kontakt (208). Definisjonen av stabil kan også inneholde fravær av betydelige svingninger i blodtrykket. Hud-mot-hud kontakt kan begynne så snart både mor og barn ansees som stabile og kan være sammen (209). Det følgende er noen eksempler:
 - Et aktivt, stabilt spedbarn forløst ved keisersnitt av en våken og oppmerksom mor bør plasseres liggende på magen på morens bryst etter forløsningen, med navlestrengen intakt, eller etter utsatt avnavling med hodet mot morens hake og vendt mot siden, og med kroppen og baksiden av hodet dekket av et varmt teppe etter en kort tørking. En egen pleier bør få i oppgave å vurdere og stabilisere spedbarnet på morens bryst for trygghetens skyld. Hvis moren er under generell anestesi eller sterkt sedert, bør et annet familiemedlem ha hud-mot-hud kontakt inntil moren er våken og i stand til å forholde seg til barnet.
 - Et spedbarn med mild respiratorisk distress med nesekateter eller kontinuerlig positivt luftveistrykk. (CPAP) kan plasseres på morens bryst på fødestuen eller operasjonsrommet og transporteres til neonatalavdelingen på moren dersom man har adekvat hjelp tilgjengelig til å overvåke spedbarnet.
 - Et spedbarn som trenger betydelig gjenoppliving, vil kanskje måtte flyttes til neonatalavdelingen for videre observasjon og pleie i timer eller dager før hud-mot-hud kontakt er mulig.
 - Spedbarn som har kjent terminal tilstand kan plasseres med hud-mot-hud kontakt umiddelbart dersom foreldrene ønsker det.
 - Et stabilt, sykt eller prematurt spedbarn som er født under generell anestesi bør plasseres hud-mot-hud så snart moren er stabil, responderer og er oppmerksom. Hvis moren er ustabil eller fortsatt merker virkningen av den generelle bedøvelsen, bør morens partner eller et annet familiemedlem oppfordres til å ha hud-mot-hud kontakt med spedbarnet inntil moren er i stand til å forholde seg til barnet.
- Hud-mot-hud kontakt må praktiseres trygt. I de aller første timene etter fødselen bør helsepersonell observere mor og barn og håndtere eventuelle tegn på problemer (210). Hvis moren ikke er helt våken og i stand til å forholde seg til

barnet, bør helsepersonell, en doula, en venn eller et familiemedlem være hos moren for å hindre uheldige hendelser som kan skade barnet.

- Hud-mot-hud kontakt gjelder alle spedbarn enten de ammes eller ikke. Hud-mot-hud kontakt bør benyttes for alle stabile spedbarn både i høy- og lavteknologiske omgivelser. Det reduserer hypotermi, hypoglykemi og gråt samtidig som det gjør ammestarten lettere.
- Når sammenhengende hud-mot-hud kontakt ikke er mulig, bør føde- og neonatalavdelingens personale læres opp til å flytte barnet til og fra mor for å minimere eventuelt stress for spedbarnet.

Tidlig ammestart

- Stabile spedbarn bør gis ubegrenset adgang til brystet uavhengig av gestasjonsalder eller -vekt (211-213). Mødre til spedbarn som er ustabile etter nedkomsten må kanskje utsette ammestarten inntil mor og barn ansees som stabile og kan være sammen. Det er av denne grunn at MBVS kriterier om at 80 % av mor-barn par skal ha hud-mot-hud kontakt rett etter fødsel, ikke gjelder premature barn. Men på samme måte som for hud-mot-hud kontakt bør avdelingene oppfordres til å sette både realistiske og ambisiøse mål for egen praksis.
- Noen svært premature spedbarn er kanskje ikke i stand til å die effektivt umiddelbart etter fødselen, selv ikke svært små mengder kolostrum. Hos spedbarn som ikke er stabile nok til umiddelbart å bli ammet, bør kolostrum umiddelbart håndmelkes og appliseres på slimhinnene i barnets munn ved hjelp av en 1-ml-sprøyte eller bomullspinne. Dette tolereres godt og kan tjene som immunmodulær behandling (214, 215).

Kriterier

- Minst 80 % av mødre som har født til termin, normalt eller er forløst med keisersnitt uten narkose, skal kunne bekrefte at de fikk anledning til å ha barnet hos seg rett etter fødselen, eller innen 5 minutter, med uforstyrret hudkontakt i minst én time, med mindre det var dokumenterte medisinske grunner til forsinket kontakt.
- Minst 80 % av mødre til fullbårne barn rapporterer at barnet kom til brystet innen én time etter fødselen, med mindre det var dokumenterte medisinske grunner til at dette ikke kunne skje.

Trinn 5. Veilede mødrene i å etablere og opprettholde amming, og til å håndtere vanlige ammeproblemer

Forklaring

Flere studier har vist lavere ammeforekomst hos premature spedbarn sammenlignet med barn født til termin. Små, syke og/eller premature spedbarn har høyere risiko for ikke å etablere fullamming både på grunn av deres egen fysiologi og på grunn av kliniske miljøer som ikke gir støtte (144, 216, 217). Etablering og opprettholdelse av laktasjon er ofte den største utfordringen for å oppnå vellykket amming på neonatalavdelingen.

En systematisk oversikt som så på hindringer for fullamming i lav- og middelinntektsland viste at aktiv støtte, inkludert oppmuntring, veiledning og opplæring, både på helseinstitusjonen og i kommunehelsetjenesten, førte til en økning på 152 % når det gjaldt fullamming (218). Et miljø som fremmer amming, omfatter flere tilnæringer som involverer familien. Familiesentrert omsorg anerkjenner familien som en partner i helseomsorgen og fremmer samarbeid for bedre resultater når det gjelder helse og utvikling, gir bedre opplevelse for familien, økt tilfredshet blant ansatte og en bedre fordeling av ressurser (219). Omsorgsfull pleie (204) oppnås lettere gjennom hud-mot-hud kontakt, amming og en ledsager som støtter moren. En sammenhengende helhetlig omsorg (163) har som mål å forbedre praksis og tjenester fra førgravid til omsorgen etter fødselen, inkludert spesialisert veiledning om amming og støtte til mødre til små, syke og/eller premature spedbarn. WHO's rammeverk for kvalitet i omsorgen (220) omfatter råd om hvordan omsorg for små, syke og/eller premature nyfødte kan organiseres og fokuserer på en pasientsentrert omsorg når det gjelder respekt, følelsesmessig støtte, fysisk velvære, informasjon og kommunikasjon, kontinuitet og overgang, koordinering av omsorgen, involvering av pasienter og familiene deres og tilgang på omsorg.

Mødre som er nødt til å håndmelke eller bruke brystpumpe står overfor større utfordringer hva angår etablering og opprettholdelse av melkeproduksjonen (145). Mødre til premature spedbarn står overfor ytterligere utfordringer. Barnets diemønster er umodent. Mor får ikke den siste hormonelle påvirkning av melkekjertlene, laktogenese II (sekretorisk aktivering) blir forsinket, håndmelking/pumping kan gi en mindre effektiv tømning av brystet enn barnets diing. Mors utdrivningsrefleks kan være påvirket av stress.

Melkemengden som en mor må håndmelke/pumpe, produsere, er den mest avgjørende faktor når det gjelder fullamming og varigheten av ammingen for premature og syke spedbarn. Etableringen av melkeproduksjon er en tidssensitiv prosess som krever hyppig og fullstendig tømning av brystene så snart som mulig etter fødselen (14, 141, 221-225). For å opprettholde melkeproduksjonen må mødre og helsepersonell forstå endringen fra endokrin til autokrin regulering av melkemengden og betydningen av å etablere en melkemengde på minst 500 ml/d i løpet av de første 14 dagene etter fødselen. Det er ofte vanskelig for mødre som i utgangspunktet har en lav melkeproduksjon, å øke melkemengden etter de første to ukene (145).

Sent fødte premature spedbarn (født mellom 34 til 37 uker av svangerskapet) har behov for spesiell oppfølging hva angår amming fordi deres evne til å die kan være overvurdert, noe som kan føre til hyperbilirubinemi, hypoglykemi og dehydrering, enten de er i samme rom som moren eller på neonatalavdelingen (226-228). Mødrene til disse spedbarna vil ha

behov for ekstra hjelp til å etablere og opprettholde melkeproduksjonen fordi barnet kanskje ikke er i stand til å die på en effektiv måte.

Implementering

Ammehjelp

- Mødre til små, syke og/eller premature spedbarn som legges inn på neonatalavdelingen bør få hjelp med ammingen så snart det er mulig etter at spedbarnet er innlagt.
- Ammestillinger kan være ganske annerledes for premature og syke barn, og dette vil man lære i løpet av oppholdet på neonatalavdelingen. Støtten kan gis “hands-off” eller “hands on” avhengig av morens kultur, behov eller spesielle ønsker. Små og premature spedbarn trenger ofte ekstra støtte for hode og nakke, og det er viktig at moren lett kan se sugetaket og barnets ansikt for å vurdere barnets sikkerhet og overføringen av melk.
- Å etablere et godt sugetak kan være vanskelig for små, syke og premature spedbarn og må vises og observeres jevnlig til både moren og spedbarnet er komfortable med sugetaket.
- Standardiserte, relativt objektive ammevurderinger (229), som for eksempel Infant Breastfeeding Assessment Tool (IBFAT) (230), Mother-Baby Assessment (MBA) (231), LATCH (232) eller UNICEF b-r-e-a-s-t tool (233), bør benyttes rutinemessig. Non-nutritive amming (omdiskutert begrep, da det alltid vil være melk i brystet) har vist seg å øke melkemengden og varigheten av amming etter utskrivning (234).

Utmelking

- Etablering av en fullstendig melkeproduksjon er spesielt utfordrende for mødre til små, syke og/eller premature nyfødte. Derfor bør mødre tilbys hjelp til håndmelking eller pumping innen den første eller de første to til tre timene etter fødsel, eller så snart som mulig hvis moren er ustabil (235).
- Mødre bør oppfordres til å amme eller håndmelke / pumpe minst 7 – 8 ganger eller flere per døgn, inkludert minst én gang i løpet av natten, for å etablere og opprettholde melkeproduksjonen. Håndmelking må ikke nødvendigvis skje med jevne mellomrom, men man må passe på å tømme brystene helt hver gang for å unngå melkestase og at melkeproduksjonen hemmes.
- Ettersom den gjennomsnittlige utmelkede melkemengden uten utdrivningsrefleks er mindre enn 4 % av den tilgjengelige melken (236, 237), kan psykologiske hindringer for den nevro-endokrine utdrivningsrefleksen (frykt, smerte og sjenerthet) sette melkeproduksjonen i fare. Håndmelking / pumping ved barnets seng eller med positive stimuli som for eksempel at moren ser, hører eller berører spedbarnet, som for eksempel under hud-mot-hud kontakt, kan øke melkeproduksjonen (238).

- Alle mødre bør få opplæring i hygienisk håndmelking. Hyppig håndmelking (mer enn fem ganger per dag) de første tre dagene etter fødselen i tillegg til elektrisk pumping kan øke melkeproduksjonen betydelig etter dag 14 ved bedre tømning av brystene, samt øke kaloriinnholdet i melken (239, 240). Hvis elektrisk dobbelpumping (begge brystene samtidig) ikke er mulig, kan manuelle pumper benyttes.
- Selv om melkemengdene vil variere, er et mål for melkemengde som skal utmelkes hver dag vist i Tabell 1.
- Dersom moren ønsker å bruke en brystpumpe, bør hun få opplæring i hvordan hun kan bruke den trygt og riktig og hvordan alle deler må rengjøres godt.
- I løpet av de første to ukene, mens melkemengden øker, bør personalet på neonatalavdelingen vurdere morens teknikk og forsøke å avverge problemer, inklusive smerter og størrelsen på pumpeglass. Ytterligere vurderinger bør fortsette med jevne mellomrom.
- Mødre bør oppmuntres til å holde oversikt over utmelket melkemengde for å gi tidlig mulighet til å forbedre situasjonen hvis melkemengdene avtar. Personalet på neonatalavdelingen bør kjenne til en mors melkemengde og gi veiledning dersom mengdene blir mindre enn forventet.
- En hvilken som helst ren, tørr, glass- eller beholder beregnet for mat / BPA-fri med et sikkert lokk kan benyttes for oppsamling og oppbevaring av melk. I høyinntektsland anbefales sterile oppbevaringsbeholdere som sykehuset skaffer til veie for kritisk syke NICU-pasienter (242). Man bør ikke bruke en flaskesmokk som lokk. Man må være svært nøye med håndhygiene ved håndmelking / pumping og behandling av brystmelk. Dokumenter om beste praksis for å pumpe, oppbevare og håndtere brystmelk kan fås fra morsmelkbanker over hele verden (242) og andre spesialkilder (243, 244).

Støtte til å etablere og opprettholde melkeproduksjonen

- God veiledning i å etablere og opprettholde melkeproduksjonen er avgjørende for at mødrene skal produsere tilstrekkelig med melk slik at spedbarnet kan vokse og utvikle seg. Entydig informasjon om igangsetting og opprettholdelse av melkeproduksjonen er avgjørende for mødre til små, syke og/eller premature spedbarn som er avhengige av håndmelking/pumping. En informasjonspakke og en opplæringsstøttegruppe kan benyttes for å sikre at mødrene får og husker den informasjonen de trenger (245). Koordinering og samarbeid mellom både mors og barnets helsepersonell, sikrer at alle gir relevant og entydig informasjon.
- Mødre som har problemer med å etablere eller opprettholde melkeproduksjonen vil kunne ha behov for fokusert, individuell ammeveiledning. Proaktive tiltak for å sikre et tilstrekkelig volum ($\geq 500\text{ml/dag}$ ved dag 14 etter fødselen) er spesielt viktig i de første to ukene etter fødselen (145).

Tabell 1: Gjennomsnittlig volum av morsmelk ved dag¹

Tid siden fødselen	Volum (ml) for hver pumping (begge brystene)	Volum per dag ² (ml)
Dag 1-2	Dråper til 20 ml	Dråper til 120 ml
Dag 3	25 til 45 ml	160 til 360 ml
Dag 4-5	50 til 60 ml	400 til 600 ml
Dag 6-9	79 til 90 ml	600 til 720 ml
Dag 10 og videre for å opprettholde produksjonen	90 ml eller mer	720 ml

¹ Tabell 1 er laget ved hjelp av data fra Hurst & Meier (177) og Neville (240)

² Volumer som forventes ved pumping kombinert med håndmelking etter pumping minst 8 ganger i løpet av et døgn

- Klinisk vurdering av melkeoverføring er upålitelig når det gjelder premature spedbarn (246). Prøveveieing utført etter standard prosedyre viser seg å være et pålitelig mål på inntak ved brystet, og kan benyttes til å vurdere behovet for tillegg (247, 248). Mødre kan læres opp til å utføre nøyaktige testveieinger.

Kriterier

- Minst 80 % ammende mødre til barn født til termin skal bekrefte at personalet tilbød hjelp med ammingen innen 6 timer etter fødselen.
- Minst 80 % av mødre til premature og/eller syke barn skal bekrefte at de har fått hjelp til å håndmelke eller pumpe innen 1-2 timer etter fødselen
- Minst 80 % av ammende mødre til barn født til termin er i stand til å vise hvordan de legger barnet til brystet, så det får et godt sugetak og at barnet dier effektivt og overfører melk.
- Minst 80 % av ammende mødre til barn født til termin kan beskrive minst to måter å stimulere melkeproduksjonen på.
- Minst 80 % av ammende mødre til barn født til termin kan beskrive minst to tegn på at diebarnet får nok melk.
- Minst 80 % av mødre til morsmelkernærte premature barn og barn født til termin kan demonstrere eller beskrive håndmelking og / eller pumping.

Trinn 6: Ikke gi morsmelkernærte nyfødte noen annen form for næring eller drikke enn morsmelk unntatt når det er medisinsk grunn til det

Forklaring

Brystmelk er arts-spesifikk, og all erstatningsføde er klart forskjellig fra brystmelk (34). Som bemerket i Del 1.2 over, er morsmelkerstatning til premature spedbarn assosiert med økt risiko for matintoleranse, late-onset sepsis, retinopati grunnet prematuritet, senere overvekt og høyt blodtrykk og spesielt nekrotiserende enterokolitt.

Morsmelkerstatning mangler de antimikrobielle faktorene, samt tarmvekst- og modningsfaktorene som finnes i morsmelk. Morsmelkerstatning endrer mikrobiomet og er assosiert med økte inflammatoriske mediatorer (70, 249, 250). Nyfødtes mager er svært små, og den premature nyfødtes mage er enda mindre. Dersom de får annen mat eller annen drikke, vil de ikke die skikkelig og på den måten skapes en syklus med utilstrekkelig mengde morsmelk og tilskudd som fører til at ammingen mislykkes.

WHO-dokumentet om Akseptable medisinske grunner for bruk av morsmelkerstatninger beskriver de få tilstandene der morsmelkerstatning kan være nødvendig eller amming frarådes (251). The Academy of Breastfeeding Medicine har publisert en protokoll for å kunne håndtere situasjoner der morsmelkerstatning kan være nødvendig for fullbårne spedbarn (252).

Implementering

Fullamming

- Morsmelkens kvalitet er av en slik art at alle spedbarn bør få morsmelk, også små, syke og/eller premature barn som er innlagt på sykehus. Små, syke og/eller premature spedbarn vil kunne ha behov for sondemating eller tillegg gitt ved hjelp av en annen metode for å ta til seg nok næringsstoffer for tilstrekkelig vekst og utvikling. I slike tilfeller vil neonatalavdelingens prosedyre eller legens forordning bestemme matmengde og måltidshyppighet for å sikre tilstrekkelig inntak.
- Siden kliniske vurderinger av melkeoverføring ved brystet har vist seg å være upålitelige (246), er testveiinger før og etter en amming ofte nyttige når spedbarnet går over fra mating ved hjelp av sonde til brystet (253).
- Kolostrum kan benyttes til munnpleie, og tidlige små matmengder (trophic feedings) er fordelaktig før et spedbarn er i stand til å die direkte fra brystet (182, 254-257).
- Mødre som har for lite melk til å dekke barnets nåværende og antatte fremtidige behov bør få spesifikk veiledning i hvordan de kan øke melkemengden.
- Melkemengden bør vies spesiell oppmerksomhet i de første to ukene etter fødselen, siden det etter dette tidspunktet kan være vanskelig å øke melkemengden på grunn av melkestase og melkekjertel involusjon. Dersom det blir registrert en manglende økning til fullt volum i de første to ukene, eller hvis en

svak nedgang i melkemengden registreres tidlig nok, kan det være mulig å øke hyppigheten og effektiviteten av håndmelking eller pumping, samt oppdage stress og utmattelse hos moren, som også kan bidra til redusert melkeproduksjon.

Mulige indikasjoner på at små, syke og/eller premature spedbarn bør få tillegg

- Spedbarn hvor amming frarådes, enten på grunn av moren eller barnet, trenger tillegg. Dessuten trenger barn av mødre som velger ikke å amme tillegg. Dersom moren ikke er i stand til å skaffe barnet en tilstrekkelig mengde morsmelk eller nok næring gjennom amming eller ved å gi utpumpet morsmelk, er tillegg nødvendig i en periode.
- Indikasjoner hos moren på at tillegg må gis omfatter følgende:
 - Forsinket sekretorisk aktivering (dag 3-5 eller senere) med utilstrekkelig inntak hos barnet.
 - Primær kjertelsvikt som synes gjennom uvanlig form på brystene, dårlig brystvekst under svangerskapet og/eller manglende indikasjoner på sekretorisk aktivering.
 - Brystpatologi eller tidligere brystoperasjon som fører til dårlig melkeproduksjon.
 - Medisinering av moren som taler mot amming.
- Indikasjoner hos barnet på at tillegg må gis omfatter følgende:
 - Laboratorie-dokumentert symptomfri hypoglykemi som ikke bedres av amming.
 - Tegn og symptomer på utilstrekkelig melkeinntak ved brystet:
 - Klinisk dokumentasjon eller laboratorie-dokumentasjon på dehydrering (forhøyet serum natrium, lite mat, letargi, nedsatt turgor i huden).
 - Uvanlig stort vekttap i forhold til fosteralder og fødselsvekt. Både når det gjelder sent fødte premature barn og barn født til termin, bør et vekttap på mer enn 8-10 % fra fødselen føre til videre evaluering og ammeveiledning.
 - Sviktende vekst på vekstkurver som er spesifikke for fosteralder.
 - Forsinkede tarmbevegelser med mekonium fortsatt på dag 5.
 - Vedvarende gulsott på grunn av manglende matinntak, med kontinuerlig vekttap, lite avføring og urinsyrekristaller i urinen.
 - De fleste spedbarn som er født med svært lav fødselsvekt (VLBW), og de som er født før 32 uker, vil ha behov for tilleggsernæring, i det minste for et begrenset tidsrom (251).

Bruk av donormelk

- Hvis en mors egen melkemengde er utilstrekkelig for å oppfylle barnets behov eller på annen måte utilgjengelig, bør førstevalget når det gjelder tillegg, spesielt

for syke eller premature barn, være donormelk fra en godkjent morsmelkbank (2). Donormelk bør brukes som en midlertidig løsning inntil morens egen melk er tilgjengelig og ikke erstatte morens egen melk. Neonatalavdelinger vil kunne inngå en avtale med en eksisterende melkebank eller vurdere å etablere en morsmelkbank for å samle inn og oppbevare melk for å oppfylle behovene til pasientene som ikke får tilstrekkelig med morens egen melk.

- I høyressursland er det vanlig å tilsette en forsterker med flere næringsstoffer til morens egen melk og donormelk for å forsøke å gjenske prematures vekstmønster i livmoren. The Cochrane Systematic Review fra 2016 (258) konkluderte med at de begrensede dataene som er tilgjengelige ikke gir noe klart belegg for at mating av premature spedbarn med morens egen melk tilsatt forsterkere som inneholder flere næringsstoffer, sammenlignet med morens egen melk uten forsterkning, påvirker viktige resultater, bortsett fra at det fører til en liten økning i veksttakten mens barna er på sykehuset. Den mest effektive måten å bedre veksten hos små og premature spedbarn på er å bruke morens egen melk og øke matmengdene til toleransegrensene nås.

Støtte til ikke-ammende mødre

- Mødre til pasienter på neonatalavdelinger som ikke er i stand til (for eksempel på grunn av mastektomi eller brystreduksjon), eller som har valgt ikke å amme, bør også få full informasjon om alternativene for ernæring (innbefattet donormelk dersom det er tilgjengelig) og risikofaktorene ved alternative former for ernæring. Siden selv delvis ernæring med brystmelk, spesielt i de første ukene av livet, er viktig for små, syke og/eller premature barn, vil kanskje noen mødre, hvis de får skikkelig informasjon, velge å gi kolostrum eller morens egen melk i en viss periode.
- Mødre som ønsker å bruke morsmelkerstatning til barnet sitt, bør få skriftlig veiledning og individuell opplæring i hvordan dette trygt kan tilberedes, oppbevares og brukes før spedbarnet utskrives fra neonatalavdelingen.

Kriterier

- Minst 80 % av premature barn og barn født til termin, har bare fått morsmelk eller bankmelk i løpet av sykehusoppholdet
- Minst 80 % av mødrene som på informert grunnlag har bestemt seg for ikke å amme, kan bekrefte at de hadde en samtale med personalet om ulike matemetoder
- Minst 80 % av mødrene som har bestemt seg for ikke å amme, kan bekrefte at de hadde en samtale med personalet om hvordan man kan tilberede og oppbevare morsmelkerstatning på en trygg måte.
- Minst 80 % av barn født til termin som har fått morsmelkerstatning, har en medisinsk grunn dokumentert i journalen
- Minst 80 % av premature eller syke barn som ikke har fått mors egen melk, har fått donormelk

- Minst 80 % av mødrene til nyfødte som er på neonatalavdelingen, kan rapportere at de har fått hjelp til å stimulere/pumpe brystene innen 1-2 timer etter fødselen og til å opprettholde melkeproduksjonen videre.

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

Forklaring

Rooming-in gjør det mulig for mødrene å kjenne igjen tegn på sult (259) og trøste spedbarna sine både dag og natt. Rooming-in fremmer amming hos premature spedbarn (221, 260-262) så vel som tilknytning og handlingsevne hos foreldrene (259). I høyinntektsland har ombygging av neonatalavdelinger slik at de har enkelrom for familier, vist seg å øke ammeforekomst ved utskrivning og tre måneder etter utskrivning, samt redusere stress (221, 260, 261, 263). Rooming-in kan hjelpe moren til i stadig større grad å gi økt omsorg for spedbarnet på alle områder. Ikke alle neonatalavdelinger har imidlertid tilstrekkelig plass eller ressurser til å plassere mors seng ved siden av barnets seng/kuvøse, eller tilby et eget rom for mor med nødvendig utstyr, slik at moren kan oppholde seg der over lengre tid. Imidlertid kan mødre og andre familiemedlemmer inviteres til hyppigere besøk i lengre perioder og ønskes velkommen som deltagere i omsorgen for sitt barn.

Implementering

- Rooming-in kan være spesielt utfordrende når spedbarna er små, syke og/eller svært premature, og spesielt dersom mødrene er utskrevet eller barna har behov for spesialisert og intensiv medisinsk behandling. Det er imidlertid viktig å finne måter som gjør det mulig for mødrene å være så nær sine syke nyfødte som mulig.
- Hvis neonatalavdelingen er et åpent rom, kan man lage skiller ved hjelp av gardiner dersom plassen tillater det. Dersom det ikke er plass til en seng som moren kan benytte for å være nære barnet, bør man vurdere et rom i et annet område av sykehuset, eller et rom på en annen avdeling rett i nærheten, i gangavstand.
- Mens noen medisinske prosedyrer gjør det nødvendig å skille mor og barn fra hverandre, kan mange barn, innbefattet barn som gjennomgår lysbehandling/fototerapi, asymptomatiske spedbarn som er til observasjon og spedbarn som får behandling for neonatalt abstinenssyndrom, være på morens rom (264, 265). Omsorgen for både mor og barn kan koordineres og gis ved barnets seng.
- Visittreglene bør gjøre det mulig å oppfordre foreldre eller andre støttepersoner til å være til stede og gi omsorg til barnet i den grad de føler seg komfortable med det. Foreldrene bør være til stede under legevisitt som omfatter deres spedbarn og ta del i diskusjon og beslutninger. Foreldrene kan også være til stede under vaktskifte, men bør informeres om at personalet ikke vil være så lett tilgjengelig i dette tidsintervallet.

- Når det ikke er mulig å unngå at mor og barn skilles, omfatter omsorgen koordinering av amming med moren, og transport av moren til spedbarnet for å unngå at barnet blir matet ved hjelp av sonde eller flaske rett før moren kommer for å amme.

Kengurumetoden

- Kengurumetoden er den foretrukne omsorgsmetoden for premature spedbarn og spedbarn med lav fødselsvekt. Etter denne metoden får spedbarnet omsorg, vanligvis av moren, gjennom hud-mot-hud kontakt. Kengurumetoden er ofte et effektivt alternativ til separate neonatalenheter og tilfredsstillende spedbarnets behov for varme, amming, beskyttelse mot infeksjoner, stimulering, trygghet og kjærlighet.
- Kengurumetoden legger vekt på hud-mot-hud, fullamming og tidlig utskrivning med oppfølging. Kengurumetoden innebærer uforstyrret kontakt mellom mor og barn og amming, barnet ligger mage mot mage vanligvis mellom morens bryst uten klær som skiller dem. Spedbarnet plasseres med bøyde armer og ben og hodet mot siden, med moren eller en annen omsorgsperson i en delvis tilbaketrukket og godt støttet stilling. Kengurumetoden praktiseres vanligvis sammenhengende 24 timer i døgnet for stabile spedbarn med lav fødselsvekt både på neonatalavdelingen og etter tidlig utskrivning. I noen omgivelser har imidlertid metoden vært gjennomført i form av intermitterende perioder med hud-mot-hud kontakt til stabile spedbarn med lav, svært lav eller ekstremt lav fødselsvekt (209, 266, 267).

Kriterier

- Minst 80 % av mødrene til terminbarn kan bekrefte at de har hatt barnet hos seg siden fødselen uten adskillelse som varte mer enn 1 time
- Observasjoner i barselavdelingen bekrefter at minst 80 % av mødre og barn er sammen dag og natt, og hvis ikke, har en medisinsk grunne for å være adskilt
- Minst 80 % av mødrene til premature barn kan bekrefte at de var oppfordret til å være i nærheten av barnet både dag og natt

Trinn 8. Veilede mødrene i å kjenne igjen og svare på barnets tegn på sult

Forklaring

På grunn av nevrologisk umodenhet eller sykdom kan det hende at selvregulering ikke er mulig til å begynne med for alle små, syke og/eller premature spedbarn på neonatalavdelingen. Etter hvert som spedbarnet modnes og/eller blir friskere, kan imidlertid delvis-selvregulert amming starte, hvor mor svarer på spedbarnets tegn på sult.

Testveing kan benyttes for å vurdere melkeoverføringen, og tilleggsnæring kan gis for eventuelle gjenværende behov ved hjelp av en annen metode. En strategi som er basert på barnets tegn på sult kan resultere i at all mating skjer per oralt tidligere (246, 268, 269). At barnet dier samtidig med sondemating kan også benyttes for å begynne diing ved brystet før spedbarnet har et fullt utviklet suge-/svelge-/pustemønster.

Implementering

- Kriteriene over anvendes ikke for premature barn da de, avhengig av gestasjonsalder, muligens ikke viser tegn på sult i de første ukene av livet. Men etter hvert som den nyfødte modnes og begynner å vise tegn på sult, kan mødre lære opp til å kjenne igjen disse tegnene. Gråt er et svært sent tegn på sult.
- Moren og andre omsorgspersoner bør oppfordres til å være til stede under så mange måltider hver dag som mulig, og lære å iaktta og svare på barnets tegn på sult, adferd og påfølgende reaksjoner på intervensjoner uavhengig av metode.
- Før tegn på sult vises må man forordne måltidsmengde og hyppighet. Avhengig av vekt, gestasjonsalder og spedbarnets tilstand kan mat gis hver time, annenhver time, hver tredje time, hver fjerde time eller kontinuerlig via en sonde med økning i volum i henhold til neonatalavdelingens prosedyre eller legens forordning.
- Ernæring med morsmelk bør igangsettes så snart spedbarnet ansees for å være stabilt (relevante vitale tegn som omfatter blodtrykk, sjeldne endringer i respirasjonsstøtte og ingen kontraindikasjoner mot mating som for eksempel alvorlig perinatal asfyksi eller misdannelser i tarmen). I de fleste tilfeller kan man gi morsmelk i de første timene av livet.
- Medisinering og annen behandling bør planlegges på en måte som forstyrrer spedbarnets måltider minst mulig.
- Noen mødre har rikelig melkeproduksjon og god utdrivningsrefleks. Dette kan gjøre at spedbarnet blir overveldet av melkestrømmen. Moren kan da forsøke å håndmelke litt før barnet legges til.
- Selv om det finnes skjemaer som angir når barnet er klar for å die, finnes det ingen evidens for å benytte disse i klinisk praksis for premature spedbarn (270). Inntil forskningen kommer frem til et validert system, bør per oral ernæring være avhengig av at spedbarnet er stabilt, og ikke av vekt og gestasjonsalder.

Kriterier

- Minst 80 % av ammende mødre med barn født til termin skal kunne beskrive minst to tegn på sult
- Minst 80 % av ammende mødre med barn født til termin kan bekrefte at de har fått råd om å amme så ofte og så lenge som barnet ønsker

Trinn 9: Veilede mødrene i bruk av og risiko knyttet til bruk av tåteflaske og smokk

Forklaring

Forskning viser at premature barn er i stand til å ta et sugetak, sugе og svelge og oppnå fullamming ved en tidligere gestasjonsalder enn tidligere antatt (211, 212, 271). Siden mange små, syke og/eller premature barn til å begynne med ikke er i stand til å være fullernært ved brystet, kan det være nødvendig med alternative matemetoder for å gi barnet melk. I noen små studier har bruk av flasker vist seg å påvirke amming for premature spedbarn negativt (272-275). Flaskemating knyttes til lavere oksygenmetning, lavere temperaturer og flere desaturerings episoder enn amming og koppmating hos premature spedbarn (276-280). Tåteflasker anbefales ikke fordi det er vanskelig å rengjøre dem og det øker risikoen for infeksjoner (2, 7).

WHOs litteraturgjennomgang fra 2017 og de reviderte Ti trinnene (7) viste at bruk av smokk ikke syntes å påvirke forekomsten eller varigheten av fullamming eller delvis amming hos barn født til termin. Ikke-nærende suging anbefales på neonatalavdelingen og kan utføres ved hjelp av en ren finger eller smokk for å gi mulighet til ikke-nærende suging når moren ikke er tilgjengelig for hud-mot-hud kontakt eller amming. Ikke-nærende suging har en smertestillende og stressreducerende effekt både hos premature og fullbårne nyfødte (281). Hvis smokker benyttes, må de holdes rene for å unngå infeksjon hos babyen.

Implementering

Generelle betraktninger

- Det er ikke behov for å evaluere mating av barnet med flaske eller annen alternativ matingsmetode før ammingen påbegynnes. Amming bør påbegynnes før noen annen oral matemetode.
- Håndhygiene og god rengjøring av alle matingsredskaper, hjelpemidler og pumpedeler er svært viktig.
- Foreldrene bør oppmuntres til å trøste spedbarna under de ulike prosedyrene. Ikke-nærende suging ved brystet eller hud-mot-hud kontakt er viktig for å redusere smerte og berolige barnet.
- Ikke-nærende amming (omdiskutert begrep) før andre perorale matemetoder kan benyttes for å introdusere spedbarnet til brystet selv før det kan die ved brystet.

Hjelpemidler for å gi morens egen melk eller tillegg

- Det finnes ingen konsensus om hva som er den beste metoden eller hjelpemiddel for å få et barn til å die i stedet for mating ved hjelp av sonde. I noen tilfeller går spedbarna direkte fra sondemating til brystet, noen ganger med en overgangsfase

der moren forsiktig håndmelker direkte inn i babyens munn. I andre tilfeller er en mellomliggende metode hensiktsmessig.

- I Tabell 2 er flere matemetoder for å gi tillegg oppført, med kommentarer om fordeler, utfordringer og til grupper der de er best egnet.

Tabell 2: Matemetoder for å gi tilleggsnæring

Metode	Fordeler	Utfordringer	Optimal bruk
Kopp	Enkel å gi opplæring i, bruke og rengjøre, generelt tilgjengelig, billig hvis man ikke velger et kommersielt merke, litt bedre ammeresultater sammenlignet med flasker (282)	Søl, lengre måltider, lavere inntak, ulike oralmotoriske bevegelser sammenlignet med amming (282)	Tillegg til premature spedbarn, sent fødte premature og barn født til termin, lav- og middelinntektsland og kort- og langvarig bruk
Paladai (en liten nebbformet kopp)	Enkel å gi opplæring i, bruke og rengjøre, lett tilgjengelig i noen land, lav til moderat kostnad	Søl, lengre måltider, ulike oralmotoriske bevegelser, risiko for aspirasjon hvis melken helles inn i spedbarnets munn	Tillegg til premature spedbarn, sent fødte premature og barn født til termin, lav- og middelinntektsland og kort- og langvarig bruk
Sondemating (gjennom nese eller munn)	Effektivt, inntaket kan måles	Kostbart, krever hyppig utskifting, ingen suging eller munnbevegelser, riktig plassering krever mer opplæring, spedbarna vil kanskje kjempe mot og/eller fjerne slangen etter hvert som de blir eldre	Svært premature barn uten suge-, svelge-, pustekoordinering, langvarig bruk
Fingermating	Kan benyttes for å belønne riktig suging-svelging, vil kunne øke ammehyppigheten ved utskrivning	Vanskelig opplæring, tidkrevende, ulike oralmotoriske bevegelser, matesonden og sprøyten bør skiftes ut for hver mating, mer medisinsk avfall	Nevrologisk utsatte og premature, kortvarig bruk
Skje	Billig, lett tilgjengelig, lett å kaste eller rengjøre, kan benyttes til å fange opp kolostrum under håndmelking	Søl, tidkrevende, ulike oralmotoriske bevegelser sammenlignet med amming	Barn født til termin eller sent fødte premature med god suge-svelgekoordinering, kortvarig bruk
Pipette eller sprøyte	Kan brukes alene eller for å supplere ved brystet i munnviken, kan brukes til å samle opp kolostrum	Dyrere enn kopp eller skje, vanskelig å rengjøre, mer medisinsk avfall, ulike oralmotoriske	Barn født til termin eller sent fødte premature med god suge-svelgekoordinering, kortvarig bruk

		bevegelser sammenlignet med amming	
Hjelpebryst	Stimulerer sugetak og normal diing, gjør selvregulering mulig samt måling av inntaket	Kostbart, vanskelig å rengjøre, upraktisk å bruke, forholdsvis kompleks læring for forelder	Barn født til termin eller sent fødte premature med god suge-svelgekoordinering, langvarig bruk for adoptivamming eller tilleggsnæring.
Flaske og smokk	Effektivt, smokker med langsom melkestrøm ligner amming mer enn smokker med rask melkestrøm	Kostbart, vanskelig å rengjøre, kan føre til overmating, risiko for aspirasjon ved umoden suge-, svelge-, pustekoordinasjon, ulike oralmotoriske bevegelser	Alle spedbarn med en viss suge-, svelge-, pustekoordinasjon, langvarig bruk

- Når barnet mates med kopp, paladai eller skje, bør barnet være trygt svøpet slik at barnets hender ikke kommer borti og ha en smekke under haken. Barnet bør være i en delvis oppreist stilling. Koppen bør holdes skrått slik at melken så vidt berører babyens lepper mens koppen ligger forsiktig mot babyens underleppe. Spedbarnet kan lukte melken og drikke den i små slurker eller slurpe/leppe den i seg. Koppen må holdes på plass mens barnet svelger eller tar en pause, slik at det selv kan bestemme/regulere hastigheten av sitt eget inntak. Melk bør ikke helles inn i barnets munn siden dette gir risiko for mulig aspirasjon. Mødre bør få muntlig og skriftlig veiledning, se på at personalet på neonatalavdelingen mater barnet hennes med kopp, og øve på koppmating under direkte veiledning av personalet minst 2-3 ganger før hun mater barnet med kopp på egen hånd.
- Dersom spesielle flaske-/smokker er nødvendig ved utskrivning (for eksempel for spedbarn med leppespalte eller ganespalte som ikke har vært i stand til å oppnå fullamming) bør mødrene veiledes i riktig bruk, rengjøring og hvordan barnet skal komme til brystet samt i hvordan melkeproduksjonen kan opprettholdes.

Kriterier

- Minst 80 % av mødre til premature barn og barn født til termin, skal kunne bekrefte at de har fått informasjon om risikoen ved bruk av tåteflaske og smokk.

Trinn 10. Planlegge utreise ved å etablere kontakt med kommunehelsetjenesten, slik at foreldre og deres nyfødte sikres kontinuerlig støtte og hjelp

Forklaring

Det å få hensiktsmessig/vedvarende støtte etter utskrivning er en svært viktig faktor i forbindelse med overgangen fra delamming med alternative matemetoder, til fullamming, og opprettholdelse av fullamming dersom det er oppnådd under sykehusoppholdet. Neonatalavdelingene må kjenne til, og henvise mødre til kommunehelsetjenesten. Tidlig og hyppig oppfølging i kommunehelsetjenesten, er spesielt viktig for små og/eller premature barn, og ethvert barn som er i ferd med å komme seg etter sykdom som har gjort et opphold på neonatalavdelingen nødvendig. Den mest sårbare perioden når det gjelder å øke eller opprettholde amming synes å være den første måneden etter utskrivning (283).

En direkte overgang til vellykket fullamming er avhengig av i hvilken grad moren har etablert en tilstrekkelig melkeproduksjon, og i hvor stor grad hun har ammet på neonatalavdelingen før utskrivning (284). En vellykket overgang til fullamming er avhengig av graden av modenhet, medisinske komplikasjoner og krav til ernæring for god/tilstrekkelig vekst. Kontinuitet i omsorgen bør være prioritert både i skriftlig og muntlig kommunikasjon fra neonatalavdelingen til kommunehelsetjenesten. Kontinuerlig oppfølging er spesielt viktig for små, syke og/eller premature barn som risikerer betydelig helseutfordringer dersom en tydelig oppfølgingsplan mangler.

Implementering

- Små, syke og/eller premature barn har et spesielt stort behov for oppfølging, spesielt når det gjelder støtte i forbindelse med ernæring. Siden overgangen til fullamming kan ta uker eller måneder for noen barn, bør mødre og spedbarn henvises til helsestasjon eller ammepoliklinikk med personer med god kompetanse i ammeveiledning.
- Alternativt vil noen institusjoner, spesielt i lav- og middelinntektsland, kreve fullamming som et kriterium for utskrivning, eller lære opp lokale helsearbeidere i å støtte mor-barn-par i en overgangsperiode.
- Kengurumetoden kan fortsette etter utreise eller til og med påbegynnes etter hjemkomst (185, 286).
- Neonatalavdelingen bør samarbeide med kommunehelsetjenesten i tråd med [Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen](#), [Nasjonal faglig retningslinje for spedbarnsernæring](#) samt [Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten](#). Dette kan bidra til god helse, tilstrekkelig ernæring, responderende omsorg, sikkerhet og trygghet og muligheter til tidlig læring (204).
- Mødre bør få veiledning når det gjelder egne mål for ammingen før spedbarnet skrives ut. Dersom mødre har bestemt seg for å slutte med håndmelking/pumping, bør de bli informert om betydningen for barnet av at det fortsatt blir

fullernært på morsmelk, og hvordan de gradvis kan redusere håndmelking/pumping for å forebygge melkespreng, tilstopninger, smerte og mastitt.

- Mødre som har valgt å gi morsmelk og/eller amme på neonatalavdelingen bør bli informert om betydningen av fortsatt fullamming (med eller uten forsterkning) i omtrent 6 måneder korrigert alder (termin pluss alder etter fødselen).
- En detaljert ernæringsplan ved utskrivning kan utgjøre en del av epikrisen eller være et eget dokument. Ernæringsplanen ved utskrivning bør omfatte følgende:
 - når, hva og hvordan gi tilleggsnæring dersom dette er forordnet
 - hvordan berike måltidene dersom forordnet
 - hvordan bruke spesielle teknikker eller hjelpemidler hvis nødvendig (for eksempel flaske, smokk, hjelpebryst) og hvordan regulere håndmelking/pumping etter hvert som ammingen fungerer bedre
 - hvordan trygt transportere og oppbevare/lagre utpumpet morsmelk i hjemmet eller andre steder.
- Mor-til-mor-støtte kan gis av en ammehjelper. Ammehjelpere har vist seg å kunne bidra til å forlenge varigheten av ammingen hos mødre til spedbarn på neonatalavdelinger (287-289).

Kriterier

- Minst 80 % av mødrene til premature - og terminbarn bekrefter at personalet har informert dem om hvor de kan henvende seg for å få ammehjelp etter hjemreise
- Avdelingen kan dokumentere at den samarbeider med kommunehelsetjenesten om barselomsorgen og at det foreligger en samarbeidsavtale mellom tjenestene

¹ California Perinatal Quality Care Collaborative 2018 Toolkit: Nutritional Support of the Very Low Birth Weight Infant