

Ekstremt for tidligt fødte børns reaktioner på hud-mod-hud kontakt

Forflyttelses- og lejringsguide

Forældrene informeres om undersøgelsen skriftligt og mundtligt. Skriftligt samtykke indhentes og lægges i journalen.

Næste gang barnet skønnes at være stabil nok til hmh-kontakt:

- Forældre spørges om de stadig ønsker at deltage i studiet, tidspunkt for hmh planlægges
- Forælderen skal have bar overkrop, ingen BH, hospitalsskjorte tilbydes (Birthe sørger for, vi altid har 10 i afdelingen)
- Pretest: Barnet plejes, Temperaturprobe sættes på barnet, axil-tp måles, barnet lades i ro i 2 timer
- Hue lægges til opvarmning i kuvøsen, hvis barnet ikke har en på i forvejen.
- Plasticpose i svøb lægges til opvarmning og ”opfugtning” i kuvøsen.

Når barnet skal ud:

- Nødvendig pleje udføres, barnet får målt axil-tp og får hue på.
- Barnet støttes og samler sig igen
- Barnet gøres klart, samles, svøbes, ledninger samles
- Først herefter åbnes kuvøselågen
- A: Forælderen løfter barnet op til sig, hvis det ikke er intuberet, ledninger løftes i barnets tempo
- B: Evt. respirator disconnektes og barnet flyttes til forælderen,
- A+B: Barnet placeres sternum mod sternum, svøbet flyttes fra barnets forside, så barnet får fuld hudkontakt
- B: evt. respirator connektes igen

Optimal forflyttelse:

- Personale og forældre har varme hænder
- Varmetab forhindres ved kortest mulige vej: helst stående forflyttelse (forældre står ved siden af kuvøsen og tager barnet op til sig, sætter sig derefter i stol/lægger sig i seng).
- Barnet svøbes i sit tæppe - . Sygeplejersken støtter og styrer slanger.
- Overvej om forælders hud skal varmes op med et varmt svøb forinden, hvis den føles kold (hvis de kommer udefra), eller om barnets ryg skal dækkes med varme svøb, som skiftes regelmæssigt, noter hvis dette benyttes.
- Må have diverse drop, inklusiv navlekathetre, men der må ikke være træk på dem, hverken under forflyttelse eller lejrning. Ledninger samles mens barnet ligger i kuvøsen, og løftes i samme takt som barnet.
- Være 2 sygeplejersker, hvis barnet er intuberet, eller har navlekathetre. Her vil det ofte være sygeplejersken, som løfter barnet ud til forælderen

Optimal lejring/luftfugtighed

- Der skabes et mikroklima med varm og fugtet luft om barnet ved at arrangere forældrenes tøj og et svøb om barnet, så der bygges et afgrænset rum.
 - Det rullede svøb fra kuvøsen (puttepølse) lejres i et U om og under barnet
 - Barnets yderside dækkes med svøbet (med plastik i), som barnet blev transporteret i
 - Yderst dækkes med den varme dyne fra kuvøsen (den er fugtig, så barnet skal ikke afgive fugt til den).
- Barnet lejres i mave eller sideleje hos forældrene med flexerede hofter og knæ. Barnet er kun iført ble og hue.

HMH fortsætter så længe forælderen ønsker det og barnet er stabilt, helst 1 time, gerne 2 timer eller mere

Pre-test		Test				Post-test	
Pusle/pleje	Ro 2 timer	Evt. pusle/pleje	Flyt ud	Ro min 1 time, gerne 2 timer eller mere	Flyt ind	Pusle/pleje	Ro 2 timer
Axil-tp		Axil-tp		Axil-tp efter 30 min.	Axil-tp umiddelbart før barnet flyttes ind		Axil-tp mod slutning
Får tp-føler på og mad. Lades i ro til næste måltid							

Barnet pusles og plejes med små aktiviteter ad gangen, så barnet genvinder balancen. Ikke suge, skifte CPAP, veje, skifte ble, osv. i samme omgang, fordel det. (udviklingstilpasset pleje)

Samtale med forælderen holdes på et minimum mens barnet er hmh, for ikke at forstyrre barnet, og for at gøre de ydre rammer så ens som muligt.

Ragnhild Måstrup
Videnscenter for amning af børn med specielle behov
og Neonatalklinikken
Rigshospitalet
Februar 2008