



Ernæringsundersøgelsen

Evidensbaseret ammevejledning
Undervisning på GN
25. 26. og 27. September
24. 25 og 26. oktober 2017



1

1



Dagens program

- Ernæringsundersøgelsen
- Amning af præmature børn
 - Neo-BFHI
- Resultater fra Ammeundersøgelsen 2009-2011 og forundersøgelsen 2016-2017
 - 6 praksis'er associeret med amning
 - Rooming-in, hud-mod-hud-kontakt, udmalkning, suttebrikker, narresutter og kontrolvejning
- Ammeanamnese
- Ammestuegang
- Forældrepjece, udmalkningsdagbog

2

2



Præmature børn

Udfordringer i forhold til amning

- Øget morbiditet (respiratorisk, gastrointestinelt, immunologisk, neurologisk) Horbar 2012, Sahni 2013
- Langsommere hjerneudvikling efter præmatur fødsel Inder 2005, Mewes 2006 – NIDCAP og hud-mod-hud-kontakt kan kompensere delvist for dette Als 2004, Sher 2009
- Barnets kompromitterede fysiske tilstand Callen 2005
- Begrænsede vågne perioder og bliver hurtigere træt
- Overstimuleres nemt Nyqvist 1996
- Lav muskeltonus
- Generel manglende styrke, lavt intraoralt vakuum Sahni 2013, Nyqvist 1996
- Lille mund

3

3



Præmature børns mødre

Udfordringer i forhold til amning

- Lav socioøkonomisk status/lav uddannelse Flacking 2007, Zachariassen 2010, Pineda 2011
- Rygning Zachariassen 2010
- Forsinket mælkeproduktion Cregan 2002
- Igangsætte mælken med udmalkning
- Modsatrettet vejledning Nyqvist 2002b

4

4



Præmature børns mødre

Flere udfordringer

- Stress pga.
 - Separation Franck 2005, Flacking 2013a
 - præmatur fødsel/udfordringer med barnet Swanson 2012
 - Neonatalafdelingen Flacking 2013b
- Separationen skaber angst, følelse af at være outsider og ikke have kontrol Nyström 2002
- Brug for balanceret hjælp fra personalet Björk 2012
- Brug for emotionel, praktisk og psykisk støtte fra barnets far Tohtoa 2009

5

5



Amnings fordele for præmature børn

- Sepsis, NEC, ROP Rønnestad 2005, Cristofalo 2013, Hylander 2001
- Fordøjelse Duman 2000, Zachariassen 2014
- Mere fysisk stabil under amning end flaske Meier 1988, Chen 2000
- Intelligens Eriksen 2013, Fonseca 2013

Mødrene:

- "Det eneste man kan gøre rigtigt" Flacking 2007
- Reparerer bruddet Haslund 2014
- Nærhed og tilknytning Kavanaugh 1997

- Vigtigt for barn, mor og samfund

6

6



Plejerutiner som kan påvirke amning

- Sutteflaske (Collins 2004)
- Hud-mod-hud-kontakt (Flacking 2011, Cattaneo 1998, Maastrup 2014)
- Timing af udmalkning og amning (Wheeler 2000, Maastrup 2014)
- Forældreinformation (Eckström 2014, Jones 2004)
- Personaleundervisning (Renfrew 2009)
- "Spædbarnsvenlig" (Dall'Oglio 2007, Merewood 2003)

7

7



Ernæringsundersøgelsen

Projektet søger at løse problemet med, at præmature børn ammes mindre end mature børn, selvom de mindste har flere fordele af amning. Projektet ønsker at **omsætte forskningsbaseret viden til praksis på danske neonatalafdelinger** gennem undervisning af sundhedsprofessionelle, indførelse af amnestuegang og ammeanamnese, brug af evidensbaserede skriftlige vejledninger og forældrepjecer, og derefter evaluere effekten på andelen af præmature børn, der ammes fuldt ved udskrivelse.

8

8



Formål med undervisningen

At personalet skal blive i stand til:

- At sikre tidlig information og støtte til mødre før eller umiddelbart efter præmatur fødsel, så udmalkning påbegyndes inden seks timer efter fødslen. Arbejde for flere medindlæggelser af mødre på neonatalafdelingen.
- At støtte minimering af brug af narresut under ammeetablering, begrænse brugen af suttebrikker, og anvende kontrolvejning, når mødrene ønsker det.
- At facilitere daglig hud-mod-hud-kontakt mellem stabile børn og forældre gennem hele indlæggelsen.
- At give individuel støtte på baggrund af amme-anamnese, og prioritere ekstra indsats til grupper med særlig risiko for ikke at amme(s) fuldt.

9

9



Forventet effekt af Ernæringsundersøgelsen

Interventionsprojekt kan

- **Hæve kvaliteten** i klinisk sygeplejepraksis til denne **sårbare gruppe børn og mødre**.
- **Minimere barrierer for amning af præmature børn ved optimeret praksis**.
- Mødre, der ønsker at amme deres præmature barn, får individualiseret og evidensbaseret ammevejledning.
- Andelen af præmature børn, der ammes fuldt ved udskrivelse, stiger fra 68 % til 76 %.
- Indlæggelsen forkortes gennemsnitligt med en dag.

10

10



Etiske aspekter

Sygeplejen skal rette sig mod at støtte moderen i at opfylde egne mål for amning.

Det er altid moderens individuelle beslutning, om hun vil amme og hvor længe.

Indførelse af en "ammeanamnese" skal sikre individuel vejledning og støtte til amning i den udstrækning moderen ønsker at amme. Opmærksomhed rettes også mod, at moderens ønsker kan ændre sig undervejs.

11

11



Mødre, der ikke ammer

- Ønsker ikke at amme, må ikke, kan ikke, mislykkes
- Respekter moderens ønske
- Undersøg om moderen må amme
- Når det mislykkes
 - Knuste forventninger, skuffelse, føler sig ubrugelig
 - Skyld, skam, lav tiltro til egne evner
 - Giver sig selv skylden
- Nogle gange er vores attitude for "pro-amning"

Larsen 2008, Flacking 2007, Björk 2012, Niela-Vilén 2014

12

12



Ernæringsundersøgelsen

- Et samarbejde mellem
 - Videnscenter for amning af børn med specielle behov
 - Eksperthgruppen i amning af børn med specielle behov
 - 11 neonatalafdelinger: i Aalborg, Randers, Skejby, Kolding, Aabenraa, Odense, Nykøbing, Holbæk, Herlev, Hillerød og Rigshospitalet.

13

13



Tidsplan og deltagere

- Base-line-måling – Spørgeskemaer til 569 mor-barn-par okt. 2016 – sommer 2017. Spsk 1 Indlæggelse (487). Spsk 2 Udskrivelse (383). Spsk 3 opfølgning v. 1, 4, 6 og 12 mdr. korrigeret alder.
- Intervention maj-oktober 2017
- Effektmåling – Spørgeskemaer til 500 mor-barn-par forår 2018 – dec 2018
- GN baselineundersøgelsen

14

14



Sundhedsstyrelsens anbefaling

- Alle børn (både mature og præmature) bør ammes fuldt indtil 6 måneder efter fødslen. Når grød/mos/skemad påbegyndes bør barnet fortsat ammes indtil 1 år, eller længere (så længe mor og barn trives med det).
- Husk at informere forældrene om anbefalingerne.

15

15

Neo-BFHI Package Edition 2015



https://ilca.org/neo-bfhi/

16

16



Neo-BFHI: The Baby-friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards

www.ilca.org/main/learning/resources/neo-bfhi

Guidende principper

Personalets holdning overfor moderen skal fokusere på den enkelte mor og hendes situation.

- Neonatalafdelingen skal yde familiecentreret pleje og miljøet skal støtte dette.
- Sundhedssystemet skal sikre kontinuitet i plejen fra graviditet til efter barnets udskrivelse.

Steps

- Hav en skriftlig ammepolitik, som rutinemæssigt bliver formidlet til alt sundhedspersonale.
- Uddan og oplær alt sundhedspersonale den specifikke viden og de færdigheder, der er nødvendige for implementering af ammepolitikken.
- Informér indlagte gravide kvinder med risiko for tidlig fødsel eller fødsel af et sygt barn om fordele ved amning, og hvordan de håndterer udmalkning og amning. (Nykviist et al 2012, 2013 og 2015)

17

17



Neo-BFHI: The Baby-friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards

- Opfordre til tidlig, vedvarende og forlænget hud-mod-hud-kontakt.
- Vejled mødre i, hvordan de påbegynder og opretholder mælkeproduktionen, og hvordan de påbegynder tidlig amning med barnets stabilitet som eneste kriterie
- Giv ikke nyfødte børn anden ernæring end modermælk medmindre der er en medicinsk indikation.
- Gør det muligt for mødre og børn at forblive sammen 24 timer i døgnet.
- Tilskynd til selvregulering af amning og – når der er brug for det – delvis selvregulering af amning som en overgangsstrategi for præmature og syge børn.
- Brug alternativer til flaske som minimum til amning er veletableret, og anvend kun narresut og suttebrikker på begrundet indikation.
- Forbered forældrene til fortsat amning og sørg for adgang til sundhedsplejerske eller støttegrupper efter udskrivelse.

18

18



Neo-BFHI

- Barnet skal ammes, hvis det kan - Det kliniske personale sikrer sig at børn, som er i stand til at die, ikke bliver afskåret fra dette, heller ikke om natten, under stuegang eller vagtskifte.
- Prænatal information
- Barnets stabilitet er eneste kriterie for påbegyndelse af amning
- Suttebrikker bliver kun anbefalet, når ammeproblemer fortsætter på trods af kvalificeret ammevejledning mhp. at løse de underliggende problemer.

KODEKS

- Dåser og brikker med modermælkserstatning placeres uden for synsvidde på jeres neonatalafdeling, medmindre de er i brug.

19

19



Definitioner amning

- Fuld amning/delvis amning/noget amning (any BF)
- Amning eller modermælksernæring
WHO 2008, Labbok 2012

Hvorfor er direkte amning vigtigst?

- Appetitregulering *LI R Pediatrics 2012;125:e1386-93*
- Flere er ammede v. 6 mdr (45 % vs 23 %, $p<0,0001$) *Maastrup 2014*
- Længere periode med modermælk *Klein 2017*

- Forskellige målepunkter:
 - Initiere amning
 - Amning ved udskrivelse
 - Ammeperiodens varighed PNA/korrigeret alder
- PNA, PMA

20

20



Formål med den første ammeundersøgelse

At undersøge sammenhængen mellem klinisk praksis og

- Fuld amning ved udskrivelse
- Adækvat varighed af fuld amning
- Hvor tidligt fuld amning etableres

Ammeundersøgelse af præmature børn på neonatalafdelinger i Danmark 2009 - 2011



21

21



Den første ammeundersøgelse Metoden - Hvordan fik vi svar?

- En national spørgeskemaundersøgelse, etablering af en kohorte af præmature børn.
- 21 deltagende afdelinger.
- Baseret på 3 spørgeskemaer besvaret af de præmature børns mødre.

Q1	Q2	Q3	Q3	Q3	Q3
After delivery	At discharge	1 month corr. age	4 months corr. age	6 months corr. age	12 months corr. age

Q1 besvaret (median) 8 dage efter fødslen (8)

22

22



Hvem deltog?

Nationale data står først. (Lokale data i parentes) Data fra Før-undersøgelse med rødt

	Nationale (lokale data)	Før-undersøgelse
1488 børn (GN 86)		
Flerfødsbørn, %	36 (54)	
Small for gestational age, %	18 (21)	
Drenge, %	51 (47)	
Indlagt på flere afdelinger, %	24 (14)	
1221 mødre		
Uddannelse: høj/mellem/lav, %	19/47/34 (41/37/22)	
Rygere, %	10 (4)	3
Førstegangs fødende, %	65 (70)	
Indlagt på neonatal efter fødslen, %	29 (8)	74 hele
Ammet tidligere børn fuldt >4 måneder, %	17 (14)	

81% har været på THO

23

23



Mødre

Planlagt at amme mindst 6 måneder 87% (86)

Hvor stor betydning har det at amme?

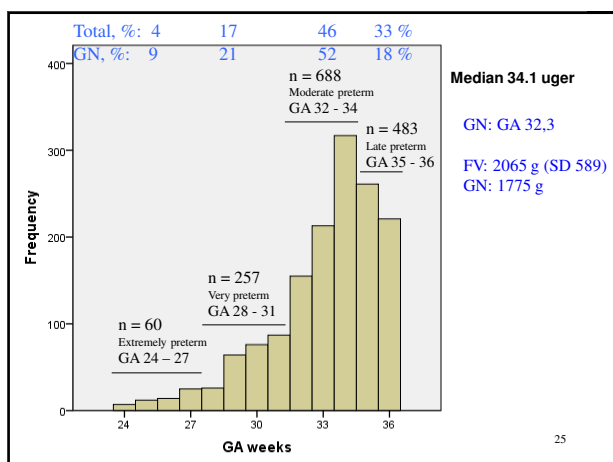
- Meget stor, % 59 (55)
- Stor, % 32 (40)
- Nogen, lille, ingen, % 9 (5)

Hvor sikker på at gennemføre sin plan? (self-efficacy)

- Meget sikker 26 (21)
- Sikker 36 (40)
- Ved ikke, usikker, meget usikker 38 (39)

24

24

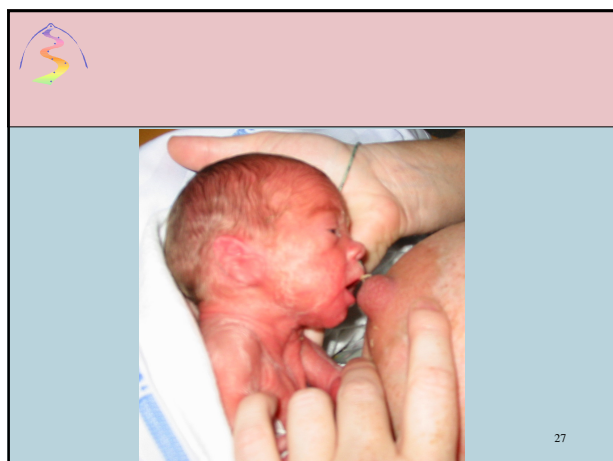


25

GN's deltagere

- Flere af de mindste, færre sen-præmature (mere udtalt i den nye)
- Flere tvillinger
- Færre medindlagte mødre
- Færre rygere
- Flere højtuddannede

26



27

Resultater – Amning

Ved udskrivelse	Ammet	Modermælksernæret
Fuldt	68 % (59)	77 % (74)
Delvist	17 % (30)	15 % (22)
Ikke	15 % (11)	8 % (4)

2016-17 resultater

Fuldt		
Delvist		
Ikke		

Fortroligt – ikke publiceret endnu

28

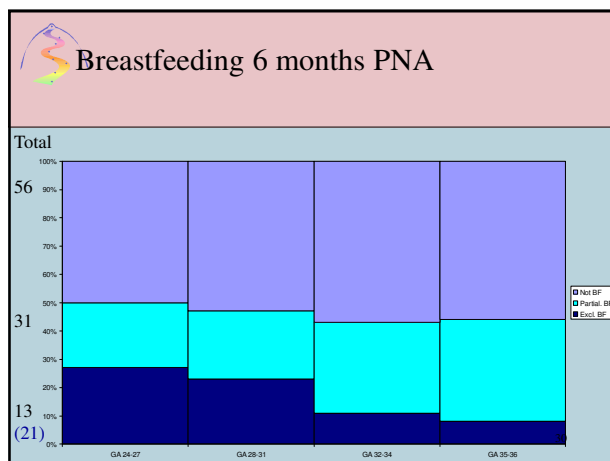
Resultater – Amning 2009-11

98% af alle påbegyndte amning (99% hvor mor havde planlagt at amme)

Variation mellem afdelinger i andel af fuldt ammede børn ved udskrivelse:
51 – 83 %

31% opfyldte Sundhedsstyrelsens anbefaling om varighed af fuld amning

29



30

Kvalitetsindikator 4. Amning

Andelen af indlagte børn, hvor der er etableret fuld amning ved udskrivelse til hjemmet eller ved udskrivelse fra/afslutning af tidligt hjemmeophold med nasogastrisk sonde.

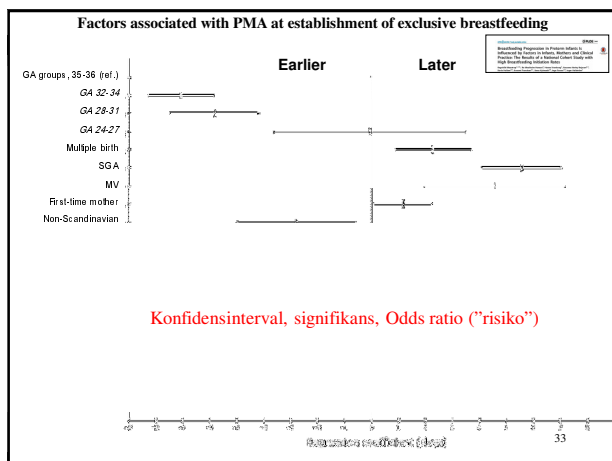
- Standard: 70 % (Alle børn indlagt <2 dage efter fødslen med indlæggelsesvarighed $\geq$ fem døgn på børnsafdeling, der udskrives til hjemmet inden 44 postmenstruelle uger)
- Opfølgelse: Udskrivende børnsafdeling
- Procedurekode ZPP0004E - Fuld amning etableret ved udskrivelse
- Definition:
 - Fuld amning: Ikke anden ernæring end bryst. Fortifier defineres som medicin, dvs. barnet anses for fuldt ammet, hvis det ved udskrivelse får "shots" af fortifier blandet i modermælk.
 - Ved brystet: Barnet ammes direkte ved og fra brystet. Dette inkluderer evt. suttebrik men ekskluderer brug af ammesugerør/lact aid ved udskrivelse.
 - Varighed: Barnet må have fået donormælk/erstatning under indlæggelse, men ved udskrivelse ammes det fuldt ved brystet, og der er ikke planer om tilskud det kommende døgn.

31

Resultater – faktorer hos børn

- Ekstremt og meget præmature børn
- Flerfoldsbørn (tvillinger/trillinger)
- Drengene
- Small for gestational age
- Respiratorbehandlede

32

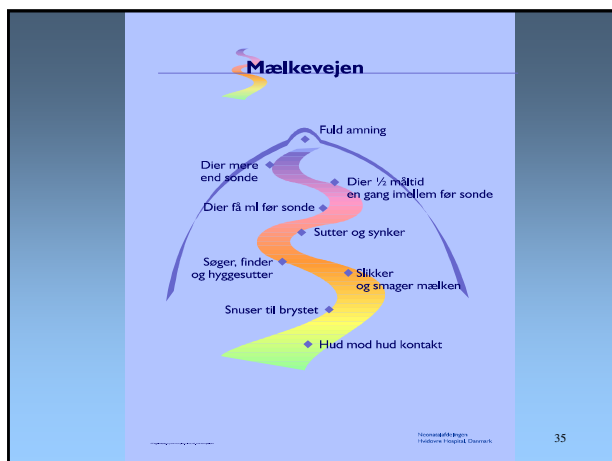


33

Resultater – faktorer hos mødre

- Førstegangsfødende
- Tidligere varighed af fuld amning
- Uddannelse
- Rygning

34



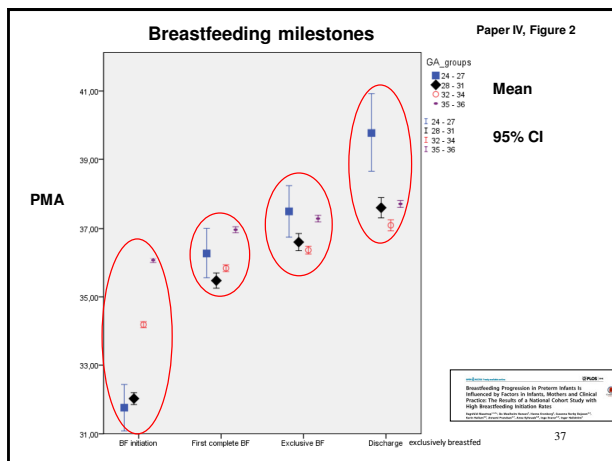
35

Ammemilepæle 2009-11

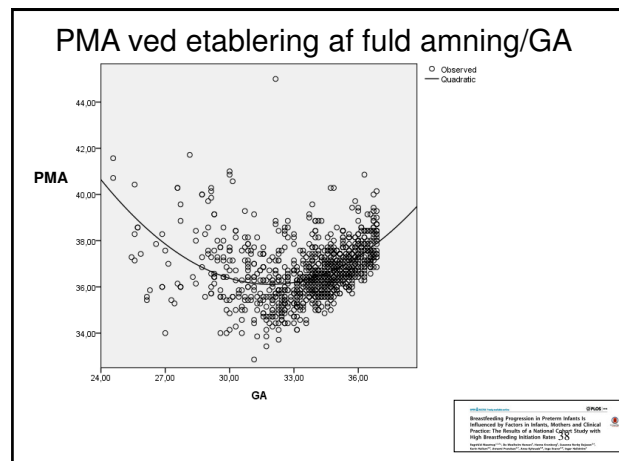
Nationale resultater

- Amning blev påbegyndt ved (median) 39, 8, 2 og 0 dage PNA for ekstremt/meget/moderat/sen præmature børn. Omvendt proportionalt med PMA.
- De meget præmature børn havde laveste PMA ved "første hele måltid" (35,5 uger).
- Ved etablering af fuld amning havde de moderat præmature lavest PMA (36,3 uger) og de ekstremt præmature højest (37,5 uger).
- PMA ved etablering af amning var ikke associeret med fuld amning ved udskrivelse
- Ammemilepæle nåes ikke ved en fast PMA.

36



37



38



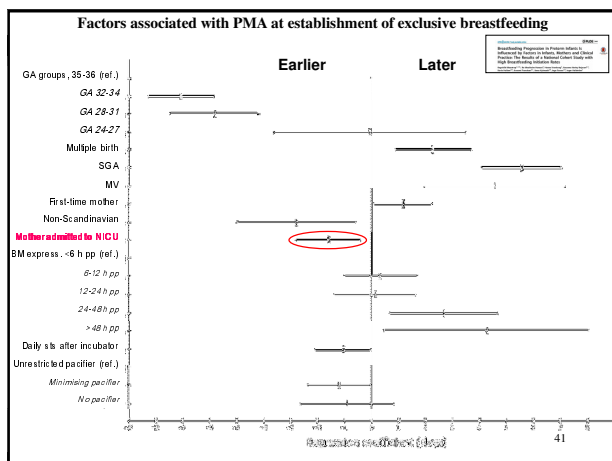
39

Rooming-in – vores resultater

- 5 neonatalafdelinger med obstetrisk pleje
- 8 afdelinger har plads til mor efter barselafdeling
- Mulighed for overnatning de sidste dage på alle danske neonatalafdelinger. (Barselgang op til 3 dage efter fødslen afhængig af mors behov og ønsker. Herefter neonatalafdel. Evt om natten McDonald huset eller gæsteværelse.)
- 29 % af mødrene indlagt direkte (8), nye tal: 93 % i samme rum, 74 % hele indlæggelsen, 15 % mere end halvdelen af indlæggelsen
 - Etablerer fuld amning 1,5 dage tidligere (95% CI 0,3-2,6)
 - Formodet forklaring: flere amninger, responderer straks, ingen separationsstress
- Ingen association med amning ved udskrivelse, hvorfor?
- Denne gang spørger vi mere specifikt ☺

40

40



41

2009-11

Medindlæggelse af moderen er associeret med højere GA

GA-grupper	n	Medindlagt
24 - 27 uger	64	3%
28 - 31 uger	254	16%
32 - 34 uger	605	27%
35 - 36 uger	420	41%
Total	1343	28%

p<0,0001

42

42



Hvor tidligt hmh påbegyndes er associeret med medindlæggelse af mor 2009-11

Initiering af hud-mod-hud-kontakt med mor er associeret med medindlæggelse af mor

	Straks	0-6 t	pp 6 - 24 t pp	12 - 48 t pp	Senere end 48 t pp	ikke været hmh
Medindlagt	47%	29%	16%	5%	1%	2%
Ikke-medindlagt	23%	26%	28%	12%	10%	2%
Total	30%	27%	25%	10%	7%	2%

p<0,0001

43

43



Rooming-in

Svensk/engelsk

- Familierum som forlænget livsmode
 - Ingen separationsstress
 - Mor og barn er ét, "tunet ind" på hinanden
 - Straks-respons på sulttegn *Flacking 2013*

Dansk

- Forældreseng ved kuvøsen/vuggen
 - Føler sig som en familie *Beck 2009*

Overholde FN's børnekonvention Artikel 5, 7 og 9 (non-separation) og Neo-BFHI Step 7

44

44



Rooming-in

Norsk

- Familiestuer hele indl, stabile børn >33,0 PMA på FS vs. standardafd.
 - flere ammede 3 mdr efter udskr. (74 % vs. 43 %, p =0,04) *Wataker 2012*

Amerikansk

- Ombygning af NICU til familiestuer
 - Flere ammede v udskr. (70% vs. 50%)
 - Modermælksernæret flere dage (p =0,001) *Domanico 2011*

Forbedrer amning i forskellige ammekulturer

45

45



FNs Børnekonvention

Deltagerstaterne skal

- respekttere og sikre barnets rettigheder uden hensyn til ... handicap, fødsel (artikel 2).
- respekttere det ansvar og de rettigheder og pligter, som forældrene har til at yde passende vejledning og støtte til barnet (artikel 5).
- sikre, at barnet ikke adskilles fra sine forældre mod deres vilje (artikel 9).
- Barnet skal fra fødslen have ret til ... at kende og blive passet af sine forældre (artikel 7).

46

46



Forbedring af lokal praksis Rooming-in

- GN: 93 % i samme rum, 74 % hele indlæggelsen, 15 % mere end halvdelen af indlæggelsen
- Hvilke knapper kan I skrue på?
- Brainstorm
- Hvis mor forbliver på barsel for at far kan sove ved barnet, hvem profiterer af det?
- Velkomsten og forventningsafstemning
- Tilknytningsprocessen: Større søskende og mor er tilknyttede – tilknytning mellem mor og den nyfødte bør få højest prioritet

47

47



Udmalkning

48

48

Hovedregel

- Når barnet ikke dier tilstrækkeligt, bør moderen malke ud
- Trippel-mad
- Ingen mælk – ingen amning
- Manglende mælk er en af de største barrierer mod amning af præmature børn *Callen 2005*

49

49

Udmalkning – vores resultater

- 89% af NICUs anbefaler udmalkningsstart inden 6 t
 - 22% af mødre
- 79% af NICUs anbefaler udmalkning 6-8 gange/døgn
 - 64% af mødre (minimum 6 gange)
- Flere mødre, der påbegynder udmalkning <6 timer pp, har mere end 400 ml mælk/døgn dag 4-8 pp. (48% vs. 39%, p <0,02)
- 45% fortsatte udmalkning ved udskrivelse

	2009-2011	2016-2017
Ja	35	37
Ja	69	67
	56	38

50

50

Udmalkning - vores resultater

Første udmalkning	%	2009-2011	2016-2017
Inden 6 timer pp	22	35	37
6 – 12 timer pp	40	31	36
12 – 24 timer pp	24	22	19
24 – 48 timer pp	12	7	7
Senere end 48 timer pp	3	5	1

100 % påbegyndt 93 % GN

51

51

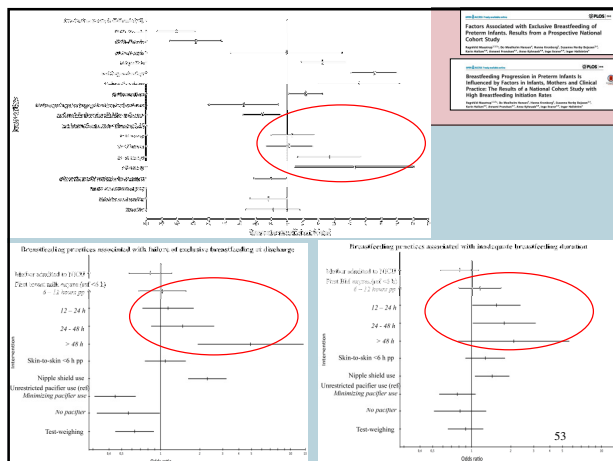
Udmalkning - vores resultater

- Jo senere udmalkning, des senere etableres fuld amning
- Jo senere udmalkning, des højere OR for
 - Ikke at amme fuldt ved udskrivelse
 - At amme fuldt kortere tid end anbefalet

Senere påbegyndelse af udmalkning er negativt for amning		
Senere etablering af fuld amning		
	Dage	p
24 - 48 timer pp	2.7 (0.7 - 4.7)	**
> 48 timer pp	4.3 (0.5 - 8.0)	*
Ikke fuldt ammet ved udskrivelse		
	OR	
> 48 timer pp	4.9 (1.9 - 12.6)	**
Ammet fuldt kortere tid end anbefalet		
12 - 24 timer pp	1.6 (1.0 - 2.4)	*
24 - 48 timer pp	1.8 (1.0 - 3.1)	*

52

52



53

Mødre med komplikationer påbegyndte udmalkning signifikant senere

Maternal complications		First breast milk expression		Total
		< 24 hours	> 24 hours	
No	n	1037	163	1200
	%	86,4%	13,6%	100,0%
Yes	n	61	31	92
	%	66,3%	33,7%	100,0%
Total	n	1098	194	1292
	%	85,0%	15,0%	100,0%

P <0.0001

Det tværfaglige samarbejde er vigtigt.

54

54



Hvorfor begynde udmalkning tidligt?

- Brystet skal stimuleres tidligt for optimal mælkeproduktion
- Moderen kan noget, som de professionelle ikke kan
 - At malke ud til sit barn opfattes, som at give liv Rossman 2013
- Syge børn har også brug for colostrum
- IgA coater barnets tarm
- Alternativet er erstatning (eller ammemælk, hvis man opfylder kriterier)

55

55



Prolaktin

Prolaktinreceptorteorien

- Antallet af prolaktinreceptorer i brystkirtlerne stiger den første tid afhængig af stimulation af brystet, og forbliver konstant herefter.
- Mælkeproduktionen afhænger mere af antallet af prolaktinreceptorer end af prolaktinniveauet

De Carvalho et al. Effect of frequent breast-feeding on early milk production and infant weight gain. Pediatrics. 1983 Sep;72(3):307-11.

- Ingen mælk uden prolaktin
- Normalt prolaktinniveau: 10-20 ng/ml
- Prolaktinniveau ved termin: 200-400 ng/ml
- Ingen amning: normalt niveau efter 7 dage
- Eksklusiv amning/udmalkning: Niveau falder til det halve efter en uge
- Højere under søvn/om natten

56

56



Udmalkning, hvor tidligt?

- Inden 60 min pp
 - mere mælk de første 3 uger Parker 2010
- Inden 6 timer pp
 - flere udmalker fortsat/ammer v. termin Furman 2002
 - flere børn var fuldt modernælksernærede 28 dage PNA Murphy 2014
- Inden 24 timer pp
 - >500 ml mælk 6 uger pp, Hill 2005
- Dosis-respons-effekt Maastrup 2014a og b

57

57



Vellykket udmalkning

- Tidlig og hyppig udmalkning indtil mælken løber til (prænatal information om muligt)
- derefter jævnlig udmalkning til opretholdelse af 4-500 (600) ml/døgn (eller mere, hvis barnets behov er større) Hill 2005
- 6 timers pause om natten, hvis der ikke forudses problemer
- Manuel stimulering af nedløbsreflekse
- Brystmassage før og under udmalkning

Hartmann PE, Cregan MD, Ramsay DT, Simmer K, Kent JC. Physiology of lactation in preterm mothers: initiation and maintenance. Pediatr Ann. 2003 May;32(5):351-5.

58

58



Hvor ofte?

- Indtil mælken er løbet til
- Mindst 6/mindst 7 gange i døgnet (Hill 1999, Hill 2001, Morton 2009, Neo-BFHI 2015)
- Frekvens og mængde korrelerer (Hill 1999)
- Mødre malker ikke ud så ofte, som de bliver anbefalet (Becker 2011, Cochrane)

Mødre med rigelig mælkemængde kan "freestyle" tiden – mængden er vigtigst.

Hvor længe ad gangen

- Til mælken kun drypper langsomt
- Undertryk i mælkegange er smertefuld

• Fortsæt regelmæssig udmalkning indtil barnet dier nok til at tage på af det – gerne indtil termin.

59

59



Vakuum

- Når mødre malker ud med det højst komfortable vakuum, øges flow hastighed og mælke mængde. Kent 2008
- Ingen sammenhæng vakuum og mængde. Det skal styres af komfort. Mitoulas 2002
- Hvis brystet vænnes til stort vakuum, har mælken sværere ved at løbe ved lavere vakuum.
- Hypotone børn frembringer kun lille vakuum.
- Opstart af mælkeproduktion mere effektiv med elektrisk dobbeltudmalkning end håndudmalkning, men begge metoder førte til adækvat mængde dag 7 Slusher 2012

60

60



Dobbelt?

- Mælken løber hurtigst i begyndelsen af udmalkningen, en meget stor andel af den udmalkede mælk malkes ud i løbet af de første 6 min. (Hvorfor dobbeltudmalkning er vigtigt)
- Jo mere fyldt moderens bryst er, des mindre andel af den tilrådighedsværende mælk udmalkes/dies, ($p < 0,001$) (=for at øge mælkemængden bør moderen afstå fra lange intervaller mellem udmalkningerne) (Prime 2012)

61

61



Hands on pumping (Morton 2009)

- Håndudmalkning af colostrum de første 3 dage giver mere mælk de første 8 uger ($p < 0,05$).
- Hands on pumping/komprimerings/massageteknikker under udmalkning giver mere mælk ($p < 0,003$)
- Mødre der malker ud 7 eller flere gange i døgnet har mere mælk i uge 2 ($p = 0,03$), men ikke i uge 8, dvs. hyppig udmalkning er mere vigtigt for etablering af mælkeproduktion end for vedligeholdelse.
- Alle grupper af mødre havde sufficient mælkemængde efter 2 uger (mere end 4-500 ml), de opstartede alle udmalkning inden 6 timer pp.
- Link:
<http://med.stanford.edu/newborns.professional-education/breastfeeding/maximizing-milk-production.html>

62

62



Implementering af tidlig udmalkning

- Faciliterer tidlig udmalkning *Murphy 2014*
 - Tidlig information fra neonatologen (prænatal/straks pp) – alle mødre
 - Læger opfordret til at diskutere mælkemængde ved hver stuegang
 - Alle læger og ammekonsulenter undervist i vigtighed af tidlig udmalkning
 - Ammekonsulent prioriteret dagligt med målet at tale med alle mødre inden 6 t pp
- Flere påbegynder tidlig udmalkning (6 vs. 9 timer pp, $p = 0,06$)
- Flere børn af mødre, der påbegynder udmalkning inden 6 t var fuldt modermælksernærede 28 dage PNA (93% vs. 44%, $p = 0,008$) *Murphy 2014 – ikke-justerede analyser*

63

63



Forbedning af lokal praksis Udmalkning

- GN: 37% inden 6 timer. 38% v udskr.**
- Hvor er barriererne på afdelingen?
- Hvilke knapper kan I skrue på?
- Brainstorm
- Udmalkningsdagbog
- Giv far ansvaret ☺

64

64



SKEMA FOR UDMALKNING

Dato: _____

Dagens vægt: _____

Udmalket kl. _____	Antal ml _____
Udmalket kl. _____	Antal ml _____
Udmalket kl. _____	Antal ml _____
Udmalket kl. _____	Antal ml _____
Udmalket kl. _____	Antal ml _____
Udmalket kl. _____	Antal ml _____
Udmalket kl. _____	Antal ml _____
Udmalket kl. _____	Antal ml _____
Udmalket kl. _____	Antal ml _____
Udmalket kl. _____	Antal ml _____

I alt udmalket i dag: _____ ml.

Dato: _____

Dagens vægt: _____

Udmalket kl. _____	Antal ml _____
Udmalket kl. _____	Antal ml _____
Udmalket kl. _____	Antal ml _____
Udmalket kl. _____	Antal ml _____
Udmalket kl. _____	Antal ml _____
Udmalket kl. _____	Antal ml _____
Udmalket kl. _____	Antal ml _____
Udmalket kl. _____	Antal ml _____
Udmalket kl. _____	Antal ml _____
Udmalket kl. _____	Antal ml _____

I alt udmalket i dag: _____ ml.

Dato: _____

Dagens vægt: _____

Dato: _____

Dagens vægt: _____

65

65



Hud-mod-hud-kontakt

66

66



Hud-mod-hud State of the art

- Præmature børn skal betragtes som extero-gestationelle fostre, der har brug for KMC for at fremme modningen.
- Al perinatal og postnatal pleje bør lægge sig op ad et non-separationsparadigme.
- KMC bør anvendes til opvarmning, komfort, fysiske og psykiske fordele, vækst, udvikling, familiens psykosociale udvikling, fremme af mælkeproduktion, ammestart og ammevarighed.

Nyqvist KH et al; Expert Group of the International Network on Kangaroo Mother Care. State of the art and recommendations. Kangaroo mother care: application in a high-tech environment. Acta Paediatr. 2010 Jun;99(6):812-9

67



Hud-mod-hud og præmature børn

- Fysiologiske fordele
- Barnet får en roligere adfærd
- Forbedrer barnets miljø
- Hurtigere psykologisk heling
- Styrker forældrekompetencen
- Forbedrer barnets kognitive udvikling
- Størst effekt på høj-risiko-børn

Charpak N et al. Kangaroo Mother Care: 25 years after. Acta Paediatr. 2005 May;94(5):514-22.

68



Adfærdsmæssige fordele

• Dyb søvn • Irregulær søvn • Aktiv søvn • Meget aktiv søvn • Døsigt • Stille vågen • Stille og opmærksom • Aktiv vågen • Urolig • Gråd • Stærk gråd	• Mere dyb søvn • Mere vågen og opmærksom • Mindre døsigt • Falder hurtigere til ro • Mindre gråd
--	---

Ludington 1990, Chwo et al. A randomized controlled trial of early kangaroo care for preterm infants: effects on temperature, weight, behavior, and acuity. J Nurs Res. 2002 Jun;10(2):129-42.
Chwo MJ, Anderson GC, Good M, Dowling DA, Shiao SH, Chu DM. A randomized controlled trial of early kangaroo care for preterm infants: effects on temperature, weight, behavior, and acuity. J Nurs Res. 2002 Jun;10(2):129-42.

69



Adfærdsmæssige fordele

EEG på børn, der er hud-mod-hud viser:

- Mere organiseret søvn med færre opvågninger.
- Mere dyb søvn
- Barnet har et mere maturt søvnmønster
- Søvnncyklus 60-90 minutter
- Adfærd afhænger af rammer
- Børn i kuvøse har intet fast søvnmønster

Ludington-Hoe SM, Johnson MW, Morgan K, Lewis T, Gutman J, Wilson PD, Scher MS. Neurophysiologic assessment of neonatal sleep organization: preliminary results of a randomized, controlled trial of skin contact with preterm infants. Pediatrics. 2006 May;117(5):e909-23

70



Hud-mod-hud-kontakt

National kvalitetsindikator

- Indikator 5. Andelen af indlagte børn (GA>28 uger), der indenfor de første 6 timer efter fødslen har mindst 60 min hud-mod-hud-kontakt
- Standard: 60 % (63 % af børn >27 uger)

Klinisk retningslinje om hud-mod-hud-kontakt mellem præmature børn og deres forældre Måstrup & Vinther 2015

71



Her-og-nu effekter

- Fysisk stabilitet
- Rligere adfærd

Langsigtede effekter

- Søvnmonster
- Vækst
- Amning
- Forældre-barn-tilknytning

Juliane Marie Centret
NeonatalKlinikken GN

72



Øget fysisk stabilitet og roligere adfærd

- Færre apnøer under hmh $p=0,006$. Færre tilfælde af hypotermi under hmh $p=0,001$. Færre tilfælde af lave BS under hmh $p=0,001$ *Suman 2008*
- Samlet score for RF, P og SAT, højere under hmh $p=0,03$ og $0,01$. Færre tilfælde af hypotermi $p=0,006$ og lave BS under hmh $p=0,02$ *Bergman 2004*
- Højere temp under hmh $p=0,001$, roligere adfærd under hmh $p<0,000$ *Chwo 2002*
- Roligere adfærd efter hmh $p<0,01$ *Feldman 2002*

73



Bergman 2004

	SSC (n = 20)	CMC (n = 14)	χ^2
H1a Transferred to NICU	2 (10%)	1 (7%)	n.s.
H1b Exceeded parameters	3 (15%)	12 (86%)	<0.001
Temperature <35.5°C	1	8	0.006
Heart rate <100, >180 bpm	0	0	n.s.
Apnoea >20 s	0	1	n.s.
Oxygen saturation <89%	1	0	n.s.
Blood glucose <2.6	1	3	0.02

Table 4. Outcomes of SCRI scores.

	SSC (n = 18)	CMC (n = 13)	t-test	Mean difference (95% CI)
SCRIP first 6 h (mean)	77.11	74.23	0.031	2.88
(standard deviation)	1.23	4.19		(0.3-5.46)
Number perfect scores (78)	10 (56%)	2 (15%)		
SCRIP in 6th hour (mean)	24.0	23.0	0.012	1.00
(standard deviation)	0	1.22		(0.26-1.74)
Number perfect score (24)	18 (100%)	6 (46%)		

Nyt studie i gang i Stavanger:
<https://www.fhk.no/rosgaard/xi/hudkontakten-som-redder-ix-4-1348> 74 50

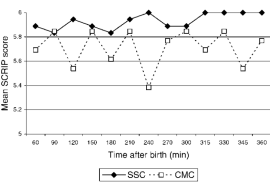


Fig. 3. Average SCRIP scores through study period.

74



Større vækst, bedre søvn-mønster øget forældre-barn-tilknytning

- Større vægt (+18 %), længde (+39 %) og hovedomfangsøgning (+26 %) $p<0,05$ *Gathwala 2010*
- Bedre organisering af søvn-vågen-stadier efter hmh $p<0,01$ *Feldman 2002*
- HMH bidrager til udviklingen af forældre-barn-relation $p<0,01$ *Feldman 2003*

75



Længere ammeperiode (HMH vs ingen HMH)

- Flere eksklusivt ammede v 6 uger $p<0,05$ (86 % vs. 43 %) *Ramanathan 2001*
- Flere (88 % vs. 72 %) ammet v 3 mdr $p<0,05$ *Gathwala 2010*
- Længere ammeperiode $p=0,003$, (5 mdr vs. 2 mdr), højere eksklusivitet $p<0,05$ *Hake-Brooks 2008*
- Flere ekskl. ammede v 6 mdr $p=0,04$ (41 % vs. 15 %) *Nagai 2011*
- Hmh-kontakt accelererer neurofysiologisk udvikling *Scher 2009*
- Tæt på bryst, tidlige sultegn, vækkes af bevægelse

76



Mere HMH, mere amning

- Meget præmature børn: Jo mere tid hmh, jo flere ammede 1, 2, 5 og 6 mdr (samlet $p=0,04$) *Flacking 2011*
- Når daglig HMH-kontakt fortsættes, etablerer barnet fuld amning 1,1 dag tidligere ($p=0,046$) (justeret analyse) *Måstrup 2014*

77



Klinisk retningslinje Anbefaling 1

Det anbefales at stabile præmature børn med postmenstruel alder 28⁺⁰ – 36⁺⁶ uger får hud-mod-hud-kontakt hurtigst muligt efter fødslen, så længe ad gangen som muligt, og vedblivende under indlæggelsen så længe barnet har brug for støtte til at holde sig fysiologisk stabilt (B).

Der er begrænset viden om børn under 30 gestationsuger, men man finder ingen skadelige effekter (D).

Hud-mod-hud-kontakt kan påbegyndes direkte efter fødslen med stabile børn ældre end 31 gestationsuger (B).

78



Juliane Marie Center for Neonatal Intensive Care

Klinisk retningslinje

Anbefaling 2

Det anbefales at præmature børn med postmenstruel alder ældre end 28⁺⁰ uger har hud-mod-hud-kontakt dagligt under hele indlæggelsen på neonatalafdelingen til gavn for amning (B og C).

Det er ikke muligt at fastsætte en mindste dosis af hud-mod-hud-kontakt for effekten på amning, adfærd, forældre-barn-tilknytning og vækst.

79



Juliane Marie Center for Neonatal Intensive Care

Klinisk retningslinje

Monitorering

60 % af præmature børn med gestationsalder 28 - 36 uger har haft mindst 60 minutters hud-mod-hud-kontakt med en eller begge sine forældre inden for de første 6 levetimer.

80% af præmature børn med postmenstruel alder ældre end 28 uger har daglig hud-mod-hud-kontakt under hele indlæggelsen på neonatalafdelingen.

80

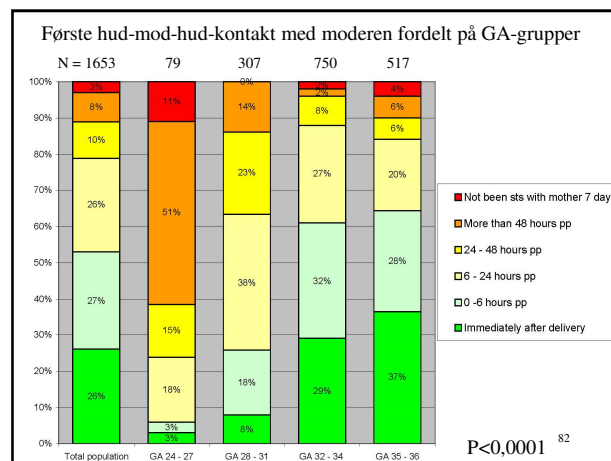


Kvalitetsindikator 5

Hud-mod-hud-kontakt

- Andelen af indlagte børn, der indenfor de første 6 timer efter fødslen har mindst 60 min hud-mod-hud-kontakt (GA ≥ 28 +0)
- Standard: 60 % (Alle børn (GA ≥ 28 +0) indlagt på børneafdeling <6 timer efter fødslen)
- Opgørelse: Første behandlende børneafdeling.
- Procedurekoden BKVC2 Hud-mod-hud-kontakt i mindst 60 minutter indenfor 6 timer efter fødslen
- Definition:
 - Initial hud-mod-hud-kontakt: Barnet, kun iført ble og evt. hue, ligger bryst mod bryst på forældrenes bare hud (forældre = mor, far eller anden omsorgsperson).
 - kan udgøres af flere perioder med hud mod hud kontakt, der samlet set giver mindst 60 minutter
 - skal være foregået indenfor de første seks timer efter fødselstidspunktet

81





Hud-mod-hud-kontakt - vores resultater

Første hud-mod-hud-kontakt efter fødslen

2009-2011

2016-2017

	Total population	GA 24 - 27 n=60	GA 28 - 31 n=256	GA 32 - 34 n=687	GA 35 - 36 n=478		
Straks	27%	16	20	2%	7%	30%	37%
Fra minutter til 6 timer	27%	23	21	3%	17%	32%	29%
6-24 timer	27%	36	24	18%	40%	27%	21%
24-48 timer	10%	13	23	10%	23%	7%	6%
senere end 48 timer	7%	14	12	52%	13%	2%	4%
Ikke HMM den første uge	3%	1	0	15%	0%	2%	4%

83



Hud-mod-hud-kontakt - vores resultater

Varighed af hud-mod-hud-kontakt på en given dag

Infant median postnatal age: 6 days (IQR 5 - 10). N 1,644

2009-2011

2016-2017

Duration	Total (%)	Gestational age groups (%)					
		24-27	28-31	32-34	35-36		
8	4	No skin-to-skin contact	15	12	4	14	22
17	9	<1 hour	16	9	3	14	25
25	14	1-2 hours	19	30	17	19	20
31	34	2-4 hours	26	26	38	26	18
12	20	4-6 hours	15	15	24	15	9
6	13	6-8 hours	7	8	12	7	4
1	5	8-12 hours	3	0	2	3	3
0	1	> 12 hours	1	0	0	1	1

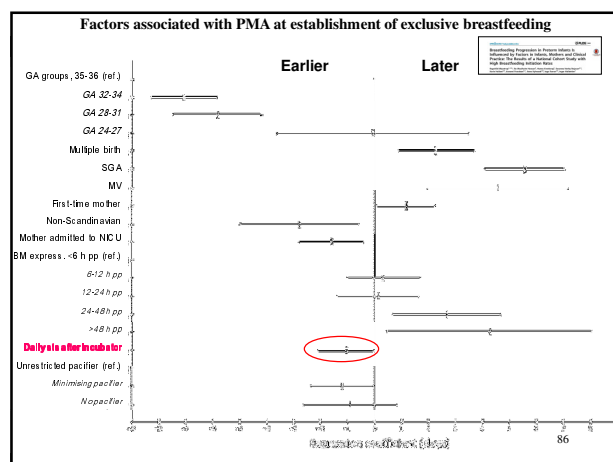
IQR = Interquartile range

84

Hud-mod-hud-kontakt - vores resultater

- 57% (61 88) fortsatte daglig hud-mod-hud-kontakt efter kuvøsen blev seponeret.
- Fortsat daglig hud-mod-hud-kontakt efter kuvøse-sep
 - Etablerer amning 1,1 dag (95% CI 0,0 – 2,1, p=0,046)

85

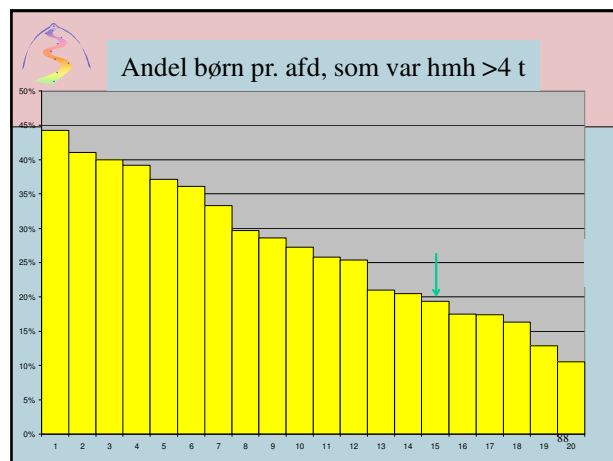


Første hud-mod-hud-kontakt

Odds ratio for at hud-mod-hud-kontakt påbegyndes inden 6 timer pp

	OR (95% CI)	p-værdi
Mor medindlagt direkte efter fødslen	2,6 (2,0 - 3,5)	<0,0001
GA <28 uger	0,04 (0,01 - 0,1)	<0,0001
GA 28 - 31 uger	0,2 (0,1 - 0,3)	<0,0001
GA 32 - 34 uger	0,9 (0,7 - 1,2)	0,42
GA 35 - 36 uger (ref)	1	

87



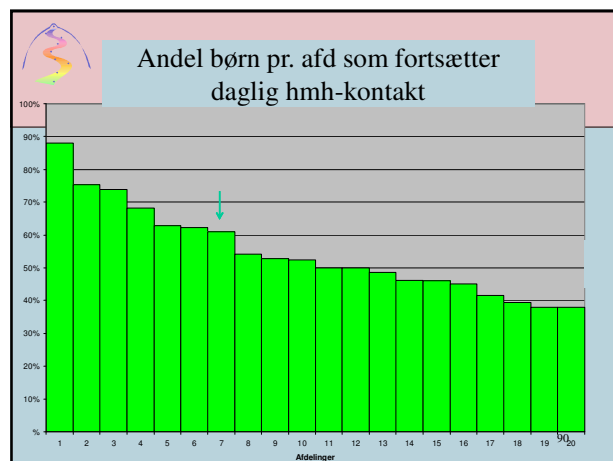
Fortsat hud-mod-hud-kontakt

Daglig hud-mod-hud-kontakt efter barnet er kommet i vugge er associeret med lavere GA

GA-grupper	n	HMH
24 - 27 uger	44	71%
28 - 31 uger	207	66%
32 - 34 uger	534	57%
35 - 36 uger	384	50%
Total	1169	57%

p<0,0001

89





Forbedring af lokal praksis hud-mod-hud-kontakt

- GN: 63% hmh-indikator/41% hmh inden 6 timer.
- 39% mere end 4 t hmh "i går"
- 88% fortsætter daglig hmh
- Hvor er barriererne på jeres afdeling?
- Hvilke knapper kan I skrue på?
- Brainstorm
 - Forventningsafstemning med far v indlæggelse (60 minutter)
 - Afskaf vugger dag/aften?

91



92

Maternal & Child Nutrition

Maternal & Child Nutrition

DOI: 10.1111/mcn.12251

Original Article

Why do mothers use nipple shields and how does this influence duration of exclusive breastfeeding?

Hanne Kronborg^a, Else Foverskov^{a,†}, Ingrid Nilsson^{a,‡} and Ragnhild Maastrup[§]

^aDepartment of Public Health, Section for Nursing, Aarhus University, Aarhus C, Denmark; [†]Department of Public Health, Section of Social Medicine, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark; [‡]Danish Committee for Health Education, Copenhagen, Denmark; and [§]Knowledge Centre for Breastfeeding Infants with Special Needs at Department of Neonatology, Copenhagen University Hospital Rigshospitalet, Copenhagen, Denmark

Table 2. Odds ratios from logistic regression for cessation of exclusive breastfeeding before week 17 and stratified by parity

Use of nipple shield	Primiparous N = 1739	Multiparous N = 2194	All women N = 3933
	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)
Never	1	1	1
All the time	3.89 (2.61–5.53)	3.33 (1.88–5.93)	3.41 (2.51–4.63)
In the beginning	1.63 (1.27–2.09)	1.13 (0.84–1.52)	1.40 (1.17–1.69)

CI, confidence interval; OR, odds ratio. Use of nipple shields estimates adjusted for the following: maternal factors (age, body mass index, education, smoking and breastfeeding experience), infant factors (gestational age, birthweight and pacifier used in the first 2 weeks) and early breastfeeding factors (problems in week 1 with latching, damaged nipples, mastitis and worries about insufficient milk supply).

93

Why do mothers use nipple shields and how does this influence duration of exclusive breastfeeding?

Hanne Kronborg^a, Else Foverskov^{a,†}, Ingrid Nilsson^{a,‡} and Ragnhild Maastrup[§]

^aDepartment of Public Health, Section for Nursing, Aarhus University, Aarhus C, Denmark; [†]Department of Public Health, Section of Social Medicine, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark; [‡]Danish Committee for Health Education, Copenhagen, Denmark; and [§]Knowledge Centre for Breastfeeding Infants with Special Needs at Department of Neonatology, Copenhagen University Hospital Rigshospitalet, Copenhagen, Denmark

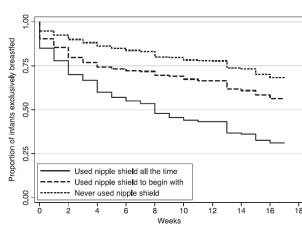


Fig. 2. Proportion of infants exclusive breastfed according to mothers' use of nipple shield as a function of the age of the infant (weeks 0–17).

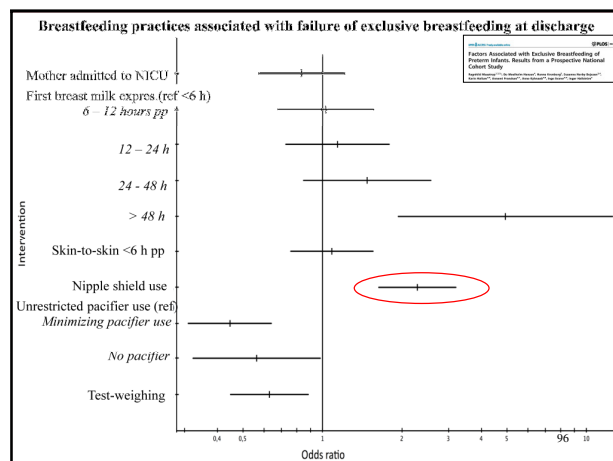
94



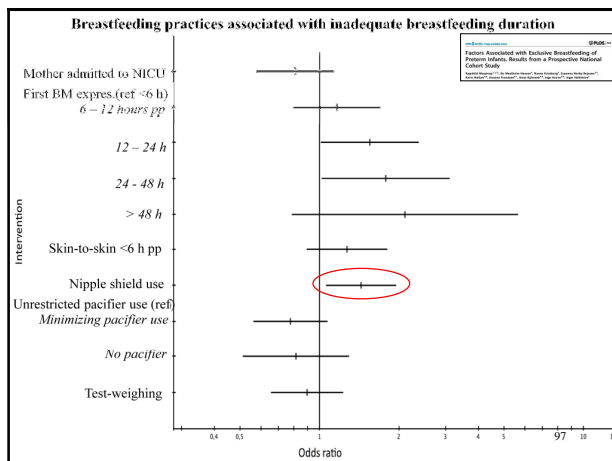
Suttebrikker - vores resultater

- Anvendelse af suttebrik associeret med højere risiko for ikke at amme fuldt ved udskrivelse
 - OR 2.3 (95% CI 1.6–3.2), p <0.0001
- og for ikke at amme så længe som anbefalet
 - OR 1.4 (95% CI 1.1–1.9), p <0.05
- Ingen association med tidlig etablering af fuld amning (p = 0.743)

95



96



97

Suttebrikker - vores resultater

2009-2011 2016-2017

Suttebrik blev anvendt hos 58% af børnene.
Forskel mellem afdelinger (35-67%, $p < 0.0001$) (44 35)

Ved udskrivelse:
GN: 15 af 25 børn anvender SB (73 % af dem malder fortsat ud).
GN nye tal: 5 af 11 (60 % malder fortsat ud)

98

Karakteristik af SB-brugere

Signifikant forskelle:

- Flere SGA børn ($p = 0,003$)
- Færre mødre, der før har ammet fuldt >4 mdr ($p < 0,0001$)
- Færre mødre med meget høj Self-efficacy ($p = 0,0003$)
- Flere førstegangsfødende ($p < 0,0001$)
- Flere mødre <30 år ($p = 0,009$)

Table 1. Infant and mother characteristics in nipple shield users and non users

Infant Characteristics (1007 infants)	Total n (%)	Not using shield (%)	Using shield (%)	P-value
GA < 36 weeks	100 (10.0)	5 (5.0)	95 (9.5)	0.003
GA 36-37 weeks	273 (27.0)	15 (5.5)	258 (26.5)	0.0001
GA 38-39 weeks	405 (40.5)	25 (7.5)	380 (39.5)	0.0001
GA 40-41 weeks	227 (22.7)	15 (6.6)	212 (22.0)	0.0001
SGA	203 (20.3)	10 (5.0)	193 (19.3)	0.003
Maternal characteristics (1007 mothers)				
Parity				
Firstborn	203 (20.3)	10 (5.0)	193 (19.3)	0.0001
Secondborn	797 (79.7)	45 (5.5)	752 (75.5)	0.0001
Thirdborn	47 (4.7)	2 (2.2)	45 (4.5)	0.0001
Fourthborn	10 (1.0)	0 (0.0)	10 (1.0)	0.0001
Maternal age < 30 years	100 (10.0)	5 (5.0)	95 (9.5)	0.009
Maternal education < 12 years	100 (10.0)	5 (5.0)	95 (9.5)	0.0001
Maternal employment < 12 hours/week	100 (10.0)	5 (5.0)	95 (9.5)	0.0001
Maternal income < 1000 DKK/month	100 (10.0)	5 (5.0)	95 (9.5)	0.0001
Maternal self-efficacy < 4	100 (10.0)	5 (5.0)	95 (9.5)	0.0003
Maternal breastfeeding intention < 4	100 (10.0)	5 (5.0)	95 (9.5)	0.0001
Maternal breastfeeding knowledge < 4	100 (10.0)	5 (5.0)	95 (9.5)	0.0001
Maternal breastfeeding confidence < 4	100 (10.0)	5 (5.0)	95 (9.5)	0.0001
Maternal breastfeeding satisfaction < 4	100 (10.0)	5 (5.0)	95 (9.5)	0.0001
Maternal breastfeeding motivation < 4	100 (10.0)	5 (5.0)	95 (9.5)	0.0001
Maternal breastfeeding persistence < 4	100 (10.0)	5 (5.0)	95 (9.5)	0.0001
Maternal breastfeeding frequency < 4	100 (10.0)	5 (5.0)	95 (9.5)	0.0001
Maternal breastfeeding duration < 4	100 (10.0)	5 (5.0)	95 (9.5)	0.0001
Maternal breastfeeding volume < 4	100 (10.0)	5 (5.0)	95 (9.5)	0.0001
Maternal breastfeeding quality < 4	100 (10.0)	5 (5.0)	95 (9.5)	0.0001
Maternal breastfeeding satisfaction < 4	100 (10.0)	5 (5.0)	95 (9.5)	0.0001
Maternal breastfeeding motivation < 4	100 (10.0)	5 (5.0)	95 (9.5)	0.0001
Maternal breastfeeding persistence < 4	100 (10.0)	5 (5.0)	95 (9.5)	0.0001
Maternal breastfeeding frequency < 4	100 (10.0)	5 (5.0)	95 (9.5)	0.0001
Maternal breastfeeding duration < 4	100 (10.0)	5 (5.0)	95 (9.5)	0.0001
Maternal breastfeeding volume < 4	100 (10.0)	5 (5.0)	95 (9.5)	0.0001
Maternal breastfeeding quality < 4	100 (10.0)	5 (5.0)	95 (9.5)	0.0001

99

Suttebrik og GA

Table 3. Reasons for nipple shield use by gestational age groups

Reasons	N*	24-27 weeks	28-31 weeks	32-34 weeks	35-36 weeks	Total**	Persons Chi-Square	Linear-by-Linear Ass.
Infant slipped the nipple	708	65	63	49	48	225	0.013	0.004
Infant became frustrated at the breast	708	36	29	24	23	112	0.350	0.092
Infant fell asleep at the breast	708	23	8	15	20	66	0.017	0.056
Infant could not open mouth high enough to latch on	708	32	30	34	27	123	0.306	0.417
Inverted/flat nipples	604	15	14	23	30	82	0.012	0.002
Breast too engorged	604	4	2	14	22	42	<0.0001	<0.0001
Sore nipples	604	12	6	11	11	40	0.427	0.381

*Analysis included 710 infants and 604 mothers, respectively
**Nipple shield could be used for more than one reason

100

100

Suttebrikker - vores resultater

Sammenhæng mellem årsag til anvendelse af suttebrik og ikke at være fuldt ammet ved udskrivelse fra neonatalafdeling

Table 3. Odds for failure of exclusive breastfeeding at discharge from NICU associated with mother's self-reported motives for nipple shield use in preterm infants

Adjusted analysis (N = 574)	OR (95% CI)	p-value
Infant slipped the nipple	0.73 (0.48; 1.10)	0.127
Infant could not open mouth high enough to latch on	0.71 (0.45; 1.11)	0.131
Infant became frustrated at the breast	1.20 (0.76; 1.90)	0.430
Infant fell asleep at the breast	1.90 (1.15; 3.13)	0.012
Inverted/flat nipples	0.94 (0.56; 1.56)	0.798
Breast too engorged	0.32 (0.16; 0.63)	0.001
Sore nipples	1.44 (0.77; 2.72)	0.257

Analysert med ét barn pr mor, og justeret for GA (<32 uger), flerkold, køn, ammeerfaring (<4 mdr fuld amning) og rygning (dvs. Faktorer signf. ass. m fuld amning v udskr.)

101

101

Suttebrikker

- Suttebrikker er associeret med tidligere ammeophør *Riordan 2005*
- Amerikanske studier med 15 og 34 præmature børn finder at SB øger mælkeindtag *Cium 1996, Meier 2000*
 - Ingen indflydelse på "any breast milk feeding"
 - Forfatteren har fået støtte fra suttebrik-firma
 - Kompenserer for svagt intraoralt vakuum?
 - Anbefales som midlertidig strategi til ammeetablering indtil termindato
- Hyppigste indikation for at anbefale suttebrik er præmaturnt barn *Egash 2010*
- Ingen evidens for at suttebrik er sikker eller effektiv hos hverken præmature eller mature børn *McKechnie 2010*
- The quick fix

102

102



Suttebrikker

- Vores resultater støtter ikke tesen om, at suttebrik fremmer amning hos præmature børn
- Etablerer ikke fuld amning tidligere
- Suttebrik bør ikke være standardhjælpemiddel til præmature børn
- Forsøg alternative løsninger, hvis barnet har ammeproblemer, tal med en kollega.

103

103



Før suttebrik tilbydes

- Kun på begrundet indikation.
- Giver en hårdere stimulation af ganen
- Suttebrik bør ikke udleveres det første døgn
- Problemet skal forsøges løst uden suttebrik ved mindst to måltider, gerne to dage.
- Afvent om amnestøtte hjælper - Vær tålmodig
- Konferer altid med en kollega
- Barnet skal være ved overgangen fra sonde til bryst
- Barnet skal være suttelystent
- Man forventer at barnet sutter en større del af sit måltid selv
- Et midlertidigt hjælpemiddel, afvendes når mor-barn-parret har etableret fuld amning

104

104

Løsning skal rettes mod årsag	
Årsag hos barn Svært ved at tage fat/fastholde taget på brystet. Barnet falder hurtigt i søvn ved brystet. Barnet glider hele tiden af brystvorten, bliver måske frustreret. Brystvorten er for stor til barnets mund.	Forslag til løsning Vær tålmodig. Vis moderen hvordan hun kan støtte barnet under amning (krydsstilling, laid back-amning, se instruks "Børn med begrænset fysisk formåen"). Vær tålmodig. Barnet er måske endnu ikke klar til at sutte hærdigt ved brystet. Fortsæt hud-mod-hud-kontakt. Forsøg laid back-amning. Vær tålmodig. Lok barnet til at tage fat med mælk på sprøjte. Forsøg laid back-amning. Vær tålmodig. En lille suttebrik til en stor brystvorte er en dårlig kombination, da brystvorten komprimeres, og det bliver sværere for mælken at løbe. Barnet på billedet formår at tage fat om den store brystvorte. 
Barnet sutter ekstremt kraftigt, og det gør ondt på moderen. Årsag hos moderen Spændte bryster Ømme brystvorter, sår, rødme eller revner Komplet indadvendte brystvorter Flade brystvorter	Suttebrik kan anvendes, men obs. at brystvorten ikke bliver suget ud gennem hullerne i suttebrikken (6, 7). Forslag til løsning Det kan hjælpe at malke lidt ud inden barnets lægges til. Hvis dette ikke er tilstrækkeligt, kan suttebrik anvendes. Barnet har formentlig ikke korrekt fat. Hjælp mor og barn med korrekt sutteteknik og støttende amnestillinger f.eks. laid back. Suttebrikken korrigerer ikke barnets sutteteknik. Hvis mor ikke kan udholde smerten, kan suttebrik forsøges, men ikke alle mødre oplever, at den aflaster smerter. Suttebrik kan anvendes, hvis barnet ikke kan få fat. Husk: Barnet skal ikke sutte på brystvorten, men have en stor del af areolet i munden. Måske kan suttebrik afvendes efter nogle uger, når brystvorten er vænnet til amning. Lidskudmalkning kan hjælpe med at forme brystvorten. Mor kan også forsøge at forme brystvorten i bælte-mund.

105



Biological Nurturing

- Laid back breastfeeding
- Mor skal ligge afslappet
- Stimulerer barnets primitive reflekser
- Colson SD, Meek J, Hawdon JM (2008) Optimal Positions triggering primitive neonatal reflexes stimulating breastfeeding Early Human Development. Volume 84, Issue 7, Pages 441 - 449

106

106



Suttebrik: Bør man malke ud?

- Chertok 2009 konkluderer: *Nipple shield use may facilitate breastfeeding when clinically indicated in maternal-infants dyads without risk of decreased infant weight gain.*

Problemet med denne undersøgelse er:

- Der er ingen kontrolgruppe
- 2 uger gamle har 83% af alle børnene fået sut/sutteflaske, 41% fået MME - og når der ikke er nogen kontrolgruppe, kan vi ikke sige noget om vægtøgningen.
- (mindre studie 54)
- KONKLUSION:** Det er formentlig stadig en fordel at malke ud så længe man anvender suttebrik

107

107



Suttebrik og amning

- Hvad er succeskriteriet?
- SB mulighed for at påvirke fuld amning
- SB mulighed for at påvirke maters udmalkning
- Børn der har fået flaske inden ammeetablering
- Hvad undersøger forskerne?

108

108



Forbedring af lokal praksis Suttebrikker

- GN:35%, udmalkning fortsættes for 3/5
- Hvilke udfordringer står I overfor?
- Hvor kan I ændre?
- Brainstorm
- Hvordan dokumenteres udlevering af SB?
- Får I diskuteret med en kollega?

109

109



110



Narresutter

Hvorfor ønsker man at give præmature børn en sut?

- Adskilt fra sin mor – minimer adskillelse
- Udsættes for ubehagelige og smerte-voldende procedurer – minimer og smertedæk
- Syg og utilpas – støt barnet
- Fremmer barnets selvberoligende adfærd med nedsat puls, ilt- og energiforbrug til følge
- Reducerer stress og smerter *Cignacco 2007, Pinelli 2002*

111

111



Narresutter – vores resultater

- Narresutter anvendt i alle afdelinger efter forældresamtykke
- 10 afd. opfordrede til minimering af narresut under ammeetablering (også GN – i mors fravær, bleskift/smerte, sonde)
- 12% af børn anvendte ikke narresut (0 - 40% fra hver afd.) (16 22)
- 30% fik brugen minimeret under ammeetablering (6-50% fra hver afd.) (28 41)
 - Associeret med 1.2 (95% CI 0.1-2.3) dag tidligere etablering af fuld amning, $p=0,04$
 - Associeret med mindre risiko for ikke at amme fuldt ved udskivelse OR 0.4 (95% CI 0.3-0.6), $p>0,0001$

112

112



Narresutter – vores resultater

Effektivt at minimere, når barnet skal ammes mere:

Når narresutten kun anvendtes i mor's fravær, under smertefulde eller stressende procedurer eller blev helt fjernet var 86% fuldt ammet ved udskr.

Når narresutten anvendtes under sondemåltid var 61% fuldt ammet ved udskr. (ikke bedre end narresut hele tiden).

Forskellen er signifikant ($p<0,0001$)

113

113



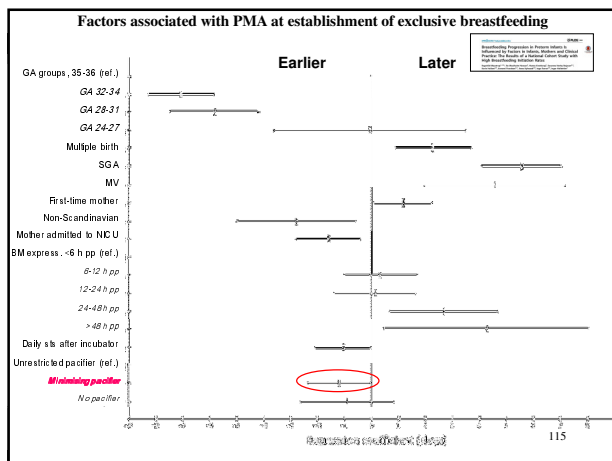
Narresutter – vores resultater

Narresutbrug associeret til ikke at være fuldt ammet ved udskrivelse

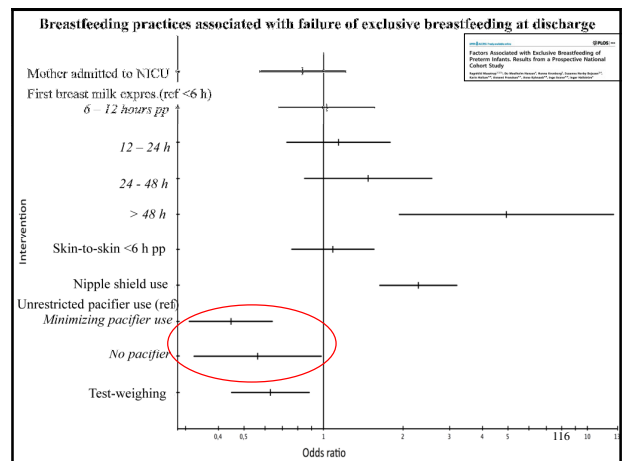
	OR (95% CI)	P-værdi
Narresut uden restriktioner (ref)		
Ingen narresut	0,6 (0,3 - 1,0)	,038 *
Minimeret: (kun i mors fravær, under smerte- og stressfyldte procedurer, eller helt fjernet)	0,3 (0,2 - 0,5)	,000 ****
Minimeret (anvendt under sondemåltid, og evt også andre grunde)	0,9 (0,5 - 1,7)	,836
Justeret analyse		

114

114



115



116

Narresutter

Forskningen er ikke enig om narresutter til præmature børn og amning:

- Der findes ikke studier af non-nutritiv sucking's negative indflydelse på amning *Pinelli 2002, review*
- Randomisering til brug/ikke brug af narresut viste ingen forskel i andel af præmature børn, der blev ammet, ej heller ammelængde, men 31% anvendte den alligevel *Collins 2004*
- Ingen brug af narresut forøgede signf. mulighed for ekskl. amning i 6 mdr. med en faktor 1,7 *Benevenuto 2007*
- Yildiz 2012*: Uklart om brugen minimeres, højere LATCH-score
- Minimering af narresutbrug under ammeetablering er tilsyneladende ikke undersøgt tidligere
- Begræns brugen når barnet skal ammes mere**

117

Hvornår må man anvende sut?

Når barnet græder og ikke kan trøstes i forældrenes favn eller hud-mod-hud med forældrene

Hvis barnet græder i forbindelse med blodprøvetagning og andre smertevoldende procedurer og når der gives sukkervand for samme

Hvis barnet græder under bleskift eller plejeprocedurer, og ikke kan trøstes.

Hvis barnet græder under moderens/forældrenes fravær, og ikke kan trøstes.

- Narresut under sondemåltid er tilsyneladende ikke positivt for amning.

118

Forbedring af lokal praksis

Mindre narresut når mere amning

- GN:41% minimerede praksis**
- Hvor er barriererne på jeres afdeling?
- Hvilke knapper kan I skrue på?
- Gode idéer til optimering af praksis
- Brainstorm

119



120



Sutteflasker

- 2 afd. tilbød flaske før fuld amning var opgivet
- 79% døde det første hele måltid
 - 2% af disse fik også flaske samme dag
- Alle afdelinger anvendte sonde som førstevalg ved supplement
 - Tidligere fundet positiv sammenhæng med sonde *Kliethermes 1999*
 - og negativ med flaske *Collins 2004*
 - Samt negativ indvirkning af flaske på fysisk stabilitet *Meier 1988, Chen 2000*

121

121



Sutteflasker

- Præmature børn etablere ikke fuld oral ernæring hurtigere med flaske end med amning. Briere 2015, review

122

122



Sutteflasker

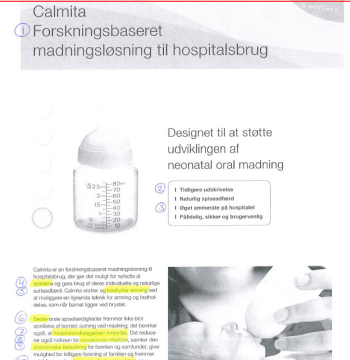
- Aggressiv markedsføring
- Hvorfor tager man det til sig lynhurtigt?
 - At give en lillefinger.....
- Ingen evidens for, at sutteflaske ikke har negativ indflydelse på fuld amning – uanset suttens udformning
- Ingen evidens for hurtigere etablering af amning/udskrivelse hos præmature børn
- Ikke ændret på indikation for sutteflaske:
KUN NÅR FULD AMNING ER OPGIVET

123

123



**Falsk markedsføring,
lovprisning af sutteflaske, overtrædelse af WHO kodeks**



Calmita
Forskningsbaseret
madningsløsning til hospitalsbrug

Designet til at støtte
udviklingen af
neonatal oral madning

- 1. Tidligere udskrivelse
- 2. Hurtigere spisevæddelse
- 3. Øget amningsrate på hospitalet
- 4. Påvirkning, sikker og trykkesvaghed

124

124



Sikkerhed
Den indbyggede, vakuumbeskyttede ventili giver spædbarnet mulighed for at sugte, synke, holde posen og ånde under madningen, hvilket skaber en spædbarns, der ligger tæt på adfærd under amning. Spædbarnet er dermed i stand til at beslutte, hvornår det vil drikke, og hvornår det vil holde pause.

Opbygning af færdigheder
Calmita findes i to udgaver, hvor den vakuumbeskyttede ventili forskellige grænseværdier afspærrer barnets orale spædbarns. Det giver mulighed for at træne spædbarnets spædbarns og opbygger gradvis opbygning af færdigheder. *Overgangen fra ventile til oral madning i høj frekvens og længden af opspisning kan dermed reduceres.*

Udførelse
Gennem udførelsesprøven i Calmita kan luft trænge ind i flasken og udføre flaskens. Den bløde tætningsring sikrer vækstatet fastgørelse inden for udvalgte af engangsflasker fra Medela.

Størrelse og form
Calmita-sutterne tilgængelige er defineret på grundlag af dimensionerne af den totale halsåbning, når barnet er 32 uger. Calmitas form og struktur ved basis er konstrueret, så der er mulighed for forskellige amningsstillinger, der tager højde for det enkelte barns orallære udvikling.

Materialer
Spidsen af Calmita er fremstillet af blødt, termoplastisk elastomer (TPE). På underdelen af Calmita understøttes elastomeret af et lag polypropylen (PP). Alle de anvendte materialer er BPA-frie, latexfrie og DEHP-frie.

Anvendelse
For at Calmita kan anvendes i overgangen, indtil barnet kan amme fuldt ud, er den egnet til bløde brystmælk, beriget brystmælk samt flydende og godt opsløst modermælkspulver.

Praktisk
Calmita er et produkt til engangsbrug. De leveres pakket enkeltvis og klar til brug, uden behov for yderligere rengøring. Calmita gør det muligt at mæde barnet med en flaske, på en naturlig måde, hvor babyen selv bestemmer tempoet, og uden de gentagne udfordringer ved et uønskede mælkeflow.



125

125



Internationalt kodeks for markedsføring af modermælkserstatning, WHO 1981

Hospitalet afslår gaver, ikke-videnskabelig litteratur, materiale eller udstyr, penge eller støtte til efteruddannelse eller arrangementer fra firmaer der fremstiller eller distribuerer modermælkserstatning, flasker og sutter.

126

126

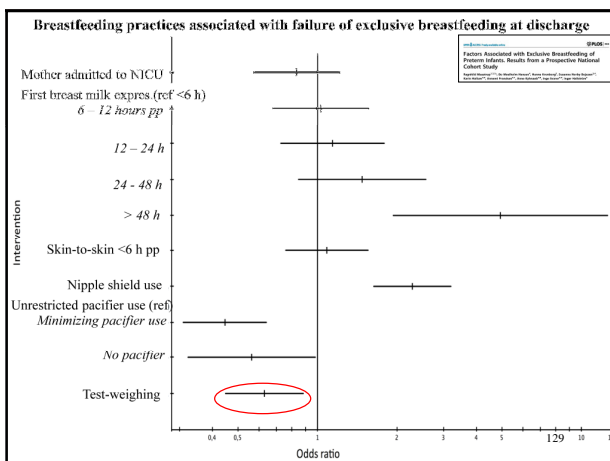


127

Kontrolvejning – vores resultater

- Rutine ved de fleste ammemåltider i 10 afdelinger (ikke GN)
- 29% ikke kontrolvejning, 41% til enkelte måltider 68; 23 71, 26)
- 30% kontrolvejning til de fleste ammemåltider (0 – 87% fra hver afd. $p < 0.0001$) (9 3)
 - Lavere risiko for ikke at være fuld ammet ved udskrivelse (OR 0.6 (95% CI 0.4-0.8) $p < 0.01$)
 - Den positive effekt ophører <1 måned efter udskr.
 - Ikke associeret med ammevarighed.
 - Ikke associeret med hvor tidligt fuld amning etableres.

128



129

Kontrolvejning

- Da svensk afd. gik fra kontrolvejning til estimeret amning, gav det dobbelt risiko for ikke at være fuldt ammet v udskr. *Ericson 2013*
- Sammenligning af to andre svenske afdelinger: Lavere PMA ved etablering af fuld amning på "kontrolvejnings-afdelingen", men ikke forskel i PNA eller fuld amning v udskr. *Funkquist 2010*
- Amerikansk studie viser ingen indflydelse på ammevarighed *Hurst 2004*
- Mødre er bekymrede for om deres præmature barn får nok *Kavanaugh 1995*
- Mødres udvikling af kompetencer og selvtillid er uafhængig af kontrolvejning *Hall 2002*
- Øger kontrolvejning mødrenes sikkerhed?

130

Kontrolvejning

- Kontrolvejning kan opfattes som mekanisk, unaturligt og stressende for mødre *Hurst 2004*
- Mødre, der kontrolvejer, vil gerne fortsætte med det efter udskrivelse *Hurst 2004*
- Mødre beskriver, at de bliver afhængige af kontrolvejningen i stedet for at have tiltro til egen vurdering *Björk 2012*
- Der ønskes yderligere forskning i, hvordan moderen kan støttes efter ophør af kontrolvejning, så positiv effekt bibeholdes.
- Vi kan være mindre restriktive, når vi undres

131

Kontrolvejning GN

- Af 31 udskrevne: 1 hver gang; 8 enkelte gange, 22 ikke 9 KV-børn = 7 mødre

Anvendt hver gang (1 mor):

- En stor hjælp, nemmere at trappe ud af sonde, hverken nemt eller svært at undvære v udskr.

Anvendt enkelte gange (6 mødre):

- 2 Det var stressende
- 1 Det var stressende, besværligt, unaturligt
- 2 Det var rart at vide, hvor meget barnet spiser
- 1 "Vægten målte ikke korrekt, men ellers en god idé"

132

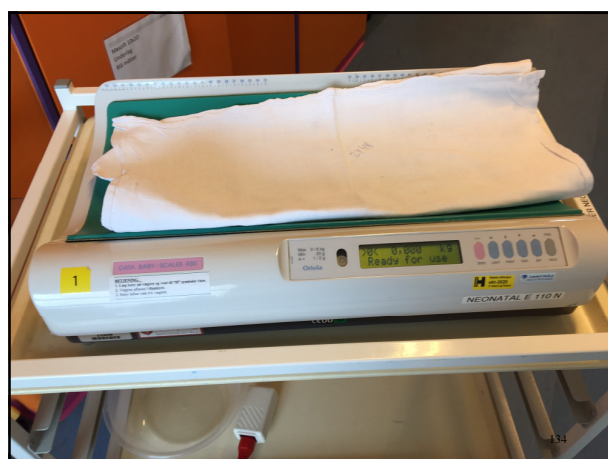


Tegn på et godt ammemåltid

- Om barnet tager fat, holder taget, sutter intenst, synker regelmæssigt
- Om barnet forbliver koncentreret
- Mælkemængde
- Nedløbsrefleks
- Moderens fornemmelse for måltidet
- Der er ingen evidens for hvor meget barnet dier på 10 minutter

133

133



134



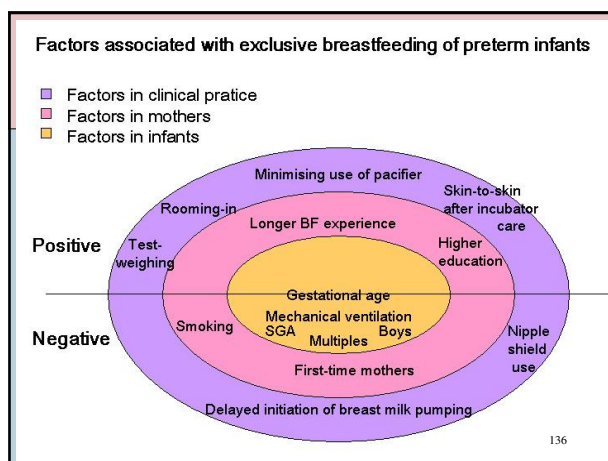
Forbedring af lokal praksis

Kontrolvejning efter mors ønske

- **GN: 3% kontrolvejede rutinemæssigt**
- Hvor er barriererne på jeres afdeling?
- Brainstorm
- Hvem bestemmer, hvad "man" må?
- FCC – individuel tilgang
- Hvordan giver vi mødrene mulighed for at vælge?
- Hvad gør vi ved målenøjagtighed

135

135



136



Implikationer for praksis

- Optimer praksis der fremmer tidlig udmalkning. Barnet har tidligt brug for kolostrum; det hjælper mælkedannelsen.
- Medtænk medindlæggelse af moderen i den udstrækning det overhovedet kan lade sig gøre.
- Fokuser på tidlig hud-mod-hud-kontakt og fortsæt daglig hud-mod-hud-kontakt under hele indlæggelsen.
- Minimering brug af narresut under ammeetablering.
- Ved amme problemer rettes løsningen mod årsag. Begræns brug af suttebril og se an uden, inden den tages i brug.
- Anvend kontrolvejning afhængig af moderens ønske... og når man undres.

137

137



Risikogrupper – amning af præmature børn

- Målet ekstra ammevejledning til risikogrupper og vær endnu mere opmærksom på praksis og støtte:
 - Tvillinger/trillinger, præmature børn <32 gestationsuger, samt mødre der ryger.
- Hav tålmodighed med tvillinger/trillinger, ekstremt præmature børn, børn der har været respiratorbehandlet eller er SGA.
 - Det er ikke vigtigt at fuld amning etableres tidligt, men at det etableres 😊
- Mødre med komplikationer, sectio, smerter
 - Vær endnu mere opmærksom på tidlig udmalkning, fortsat mælkemængde og hud-mod-hud-kontakt

138

138



Amme-anamnese

- Ammeanamnese indføres.
- En tidlig samtale med moderen/forældrene om tanker og planer om amning og evt. tidligere eller forventelige problemer mhp. at lægge planer for amning og behov for støtte for at forebygge komplikationer.
- *Obs om jordemødrene har indsamlet nogle af disse oplysninger og del viden.*
- Oplys om Sundhedsstyrelsens anbefalinger.
- Samtalen dokumenteres, og skal støtte spl. i at holde individuelt fokus.

139

139



Hvad har I brug for at vide...

for at kunne støtte optimalt?

Jeres input er vigtigt for interventionen!

140

140



Tidligere ammeforløb

- Om mor har ammet før? Og i så fald hvor længe? *(Hvis mor har ammet fuldt i kortere tid end 4 måneder, kan hun have brug for ekstra støtte og opmuntring)*
- Om mor oplevede problemer med amning af sine andre børn? Og i så fald hvilke? Hvad kan vi gøre for at forebygge disse problemer denne gang?
- Ammede mor ligeså længe, som hun havde planlagt/havde lyst? *(Hvis hun ammede kortere tid end planlagt, kan hun have brug for en plan for at forebygge "problemet" denne gang)*

141

141



Amning af dette barn

- Planer og ønsker om amning, varighed
- Om mor gerne vil amme dette barn
 - Hvis Nej, hvad er årsagen (er det på et oplyst grundlag?)
 - Hvis Nej og barnet er præmaturo: oplys om at især råmælken er vigtig:
 - Vil mor malke ud til sit barn i en begrænset periode?
 - Aftal hvor mange dage mor foreløbig vil malke ud, og derefter træffe en ny beslutning.
 - Hvis Ja:
 - Hvor længe vil mor gerne amme fuldt?
 - Hvor længe vil mor amme dette barn i alt?

142

142



Mødre, der ikke ønsker at amme

Årsag til ikke at amme	Opstartet udmalkning eller amning			Total
	Nej, hverken udmalkning eller amning	Opstartet udmalkning, men ej amning	Opstartet både udmalkning og amning	
Har ikke lyst til at amme	8	5	3	16
Kan ikke amme	2	0	3	5
Må ikke amme	0	0	3	3
Andet	6	7	0	13
Ubesvaret	2	1	3	6
Total	18	13	12	43

143

143



Self-efficacy

- Har mor før denne fødsel bestemt sig for at ville amme?
- Er mor støttet af sin partner i sit valg med hensyn til amning?
- Hvor sikker er mor på at kunne gennemføre, at barnet udelukkende bliver ammet så længe som hun har planlagt?
- Hvor stor betydning har det for mor at amme?
- Hvor vil mor placere sig på en 5-punktskala ift. hvor meget hun ved om amning?

Meget sikker ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Meget usikker

Stor betydning ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Ingen betydning

Meget ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Intet

144

144



Risikogrupper, mødre

- PCO, Diabetes, BMI over 30, Førstegangsfødende
- Komplikationer under fødslen, der kan forsinke mælkeproduktionen og *give brug for ekstra omhyggelig udmalkning så snart mor er klar*. Præeklamsi eller anden sygdom, langvarig fødsel, sectio, stor blødning, smertestillende under fødslen, smerter efterfølgende, fastsiddende placenta (rester), stress
- Årsager til vedvarende lav mælkeproduktion: Brystreduktion, brystimplantater, brystvortepiercing (mælkeudførsels gange kan være lukkede). *(Kom godt i gang med udmalkning/amning, og vær opmærksom på, at der måske ikke er tilstrækkelig mælk)*

145

145



Behov på neonatalafdelingen

- Hvad kan mor få brug for under udmalkning/amning
- En skærm, lukket dør, "udmalkningsforklæde", vende stolen med ryggen mod døren/rummet.

146

146



Ammestuegang

- Formålet er at opkvalificere sygeplejerskerne gennem aktuelle cases og praksisnær undervisning med henblik på at optimere amning for mor-barn.
- Ammestuegangen skal klæde sygeplejersken på til at kunne lægge en god plan med forældrene.
- Ammestuegangen kan være tværfaglig med inddragelse af relevante samarbejdspartnere.
- Ammestuegangen bør ledes af en ammekonsulent (IBCLC) eller en sygeplejerske med særlig erfaring i og ansvar for amning på neonatalafdelingen.
- Alle børn (så mange som muligt) på afdelingen bliver gennemgået til en ammestuegang, hvor alt (så mange som muligt) fremmødt plejepersonale er til stede (30 – 60 minutter efter behov), en eller flere gange om ugen.

147

147



Ammestuegang

Hver enkelt sygeplejerske har forberedt sig på:

- Hvor langt er barnet nået på mælkevejen?
- Hvor stor er mors mælkeproduktion?
- Hvilke problematikker er der, hvis der er nogle?
- Er der noget vi kan mere eller mindre af? – eller anderledes?
- Hvordan og hvad kan vi gøre for at optimere amningen? – hos mor? – hos barnet?

148

148



Følgende emner bør indgå

- Er mor påbegyndt udmalkning (tidligt), hvor meget mælk har mor (min. 400 ml), skal der interveneres?
- Hvordan går det med hud-mod-hud-kontakt - er det påbegyndt fra fødslen/tidligt, hvor længe kan barn og forældre klare, er der brug for støtte, fortsætter de hud-mod-hud-kontakt hele indlæggelsen?
- Kan barnet lægges til? Er barnet lagt til? Hvor langt er barnet nået på Mælkevejen. Tidlig hyggesut.
- Er mor medindlagt, kan mor medindlægges?
- Bliver brugen af narresut minimeret ved ammeetablering?
- Bliver brugen af suttebrikker begrænset?
- Kontrolvejning er en mulighed efter moderens ønske
- Vær tålmodig ☺

149

149



Ammestuegang

- Andre emner der også kan tages op:
- Mælk i munden til hvert måltid - og især til børn, der er dårlige til at tage maden.
- Biological nurturing/laid back amning
- Hjælp til børn med begrænset fysisk formåen
- Hvem skal lede ammestuegangen i jeres afdeling?

150

150



Forældrepjece

- Skal omhandle tidlig udmalkning, hud-mod-hud-kontakt, overnatte med sit barn, suttebrik, narresut og kontrolvejning/overgang til fuld amning, hvilke børn der kan være forsinkede
- Under udarbejdelse. Hvad er vigtigt at få med?

151

151



Formål med undervisningen - dagens budskaber

At personalet skal blive i stand til:

- At sikre tidlig information og støtte til mødre før eller umiddelbart efter præmatur fødsel, så udmalkning påbegyndes inden seks timer efter fødslen. Arbejde mod flere medindlæggelser af mødre på neonatalaf.
- At støtte minimering af brug af narresut under ammeetablering, begrænse brugen af suttebrikker, og anvende kontrolvejning, når mødrene ønsker det.
- At facilitere daglig hud-mod-hud-kontakt mellem stabile børn og forældre gennem hele indlæggelsen.
- At give individuel støtte på baggrund af amme-anamnese, og prioritere ekstra indsats til grupper med særlig risiko for ikke at amme(s) fuldt.
- Ammestuegang - holde hinanden fast på optimering af praksis

152

152



Publikationer

Original Research

Breastfeeding Support in Neonatal Intensive Care: A National Survey

Ragnhild Maastrup, RN, IBCLC^{1,2}, Susanne Norby Bojesen, RN, MCN¹, Hanne Kronborg, RN, MPH, PhD³, and Inger Hallström, RN, RSCN, PhD¹

Factors Associated with Exclusive Breastfeeding of Preterm Infants. Results from a Prospective National Cohort Study

Ragnhild Maastrup^{1,2,3}, Bo Møllehøj Hansen⁴, Hanne Kronborg⁵, Susanne Norby Bojesen^{1,4}, Karin Hallum^{1,4}, Annemette Frandsen^{1,2}, Anne Kyhnæs^{1,4}, Inge Svane^{1,4}, Inger Hallström¹

Breastfeeding Progression in Preterm Infants Is Influenced by Factors in Infants, Mothers and Clinical Practice: The Results of a National Cohort Study with High Breastfeeding Initiation Rates

Ragnhild Maastrup^{1,2,3}, Bo Møllehøj Hansen⁴, Hanne Kronborg⁵, Susanne Norby Bojesen^{1,4}, Karin Hallum^{1,4}, Annemette Frandsen^{1,2}, Anne Kyhnæs^{1,4}, Inge Svane^{1,4}, Inger Hallström¹

Afhandling:
<http://lup.lub.lu.se/record/4431661>

153

153



Spørgsmål?

Tak til

- De deltagende afdelinger, kontaktpersoner, mødre og børn.
- Ekspertgruppen i amning af børn med specielle behov: Annemette Frandsen, Susanne Norby Bojesen, Anne Kyhnæs, Karin Hallum, Inge Svane, Helle Berg Sandfeld, Elisabeth Mølgaard og Helle Skovgaard.

154

154