

Bewertungsbogen für die neonatologische Intensivstation: ein evidenzbasierter Leitfaden zur optimalen Nutzung der Muttermilch

Der Bewertungsbogen unterstützt die Qualitätsoptimierung anhand evidenzbasierter Indikatoren für die neonatologische Intensivstation. Diese dienen dazu, die eigenen Praktiken im Umgang mit Muttermilch und in der Unterstützung rund um die Laktation selbst zu beurteilen.

Die eigene Muttermilch reduziert signifikant vermeidbare Erkrankungen sowie die Sterblichkeit von Frühgeborenen und anderen gefährdeten Säuglingen. Die Versorgung mit der eigenen Muttermilch hat daher gegenüber der künstlichen Säuglingsnahrung auf der neonatologischen Intensivstation Priorität.¹

Da das Stillen und die Versorgung mit Muttermilch auf der neonatologischen Intensivstation schwierig sein können, sind alternative Leistungsindikatoren für Mutter und Kind gefragt: So lässt sich sicherstellen, dass Säuglinge während des Spitalaufenthaltes und auch anschließend ausreichend Muttermilch erhalten.¹⁻⁴

Bewertungsbogen für Mütter

Beurteilen Sie die Leistung der neonatologischen Intensivstation anhand folgender Indikatoren (→)

Informierte Entscheidungen

- Mütter auf der neonatologischen Intensivstation erhalten einheitliche Informationen zum Wert der eigenen Muttermilch und wie eine ausreichende Milchproduktion aufgebaut werden kann.

Die Bereitstellung konsistenter Informationen für Eltern auf der neonatologischen Intensivstation ermöglicht ihnen eine informierte Entscheidung zu treffen und fördert ihr Verständnis für alternative Wege des Stillens.^{3,5}



.....

.....

.....

Die Zeit bis zum ersten Abpumpen

- Spital-Richtlinien empfehlen das Abpumpen innerhalb der ersten 3 Stunden nach der Geburt.
- Es werden regelmässige Leistungsprüfungen durchgeführt.

Die Stimulierung der Brust mithilfe eines Vakuums in den ersten Stunden ist sehr wichtig. Dies unterstützt die zeitgerechte Initiierung und langfristige Milchbildung.^{1,6-9}



.....

.....

.....

Häufiges Abpumpen

- Spital-Richtlinien empfehlen, innerhalb von 24 Stunden mindestens achtmal abzupumpen.
- Eine regelmässige Kontrolle wird durchgeführt.

Häufiges Abpumpen ist entscheidend, um eine ausreichende Muttermilchmenge zu erreichen.^{1,7,9} Durch beidseitiges (gleichzeitiges) Abpumpen alle zwei bis drei Stunden wird mehr Milch in kürzerer Zeit gewonnen und der Prolaktin-Gehalt wird erhöht.^{10,11}



.....

.....

.....

Die Zeit bis zur initialen Brustdrüsen-Schwellung

- Die tägliche Milchmenge wird dokumentiert.
- Es wird festgestellt, ob bei der Mutter eine verzögerte (mehr als 72 Stunden) initiale Brustdrüsenanschwellung vorliegt.

Wenn dreimal hintereinander eine Menge von mehr als 20 ml abgepumpt wurde, spricht dies für einen erfolgreichen Laktationsstart.¹² Bei einer verzögerten sekretorischen Aktivierung geht man von einer verkürzten Laktationsdauer und von der Notwendigkeit einer intensiveren Laktationsbetreuung aus.¹³



.....

.....

.....

Ausreichende Muttermilchmenge

- Die Menge der abgepumpten Muttermilch wird dokumentiert und regelmässig evaluiert.
- Eine ausreichende Muttermilchproduktion (definiert als abgepumpte Gesamtmenge von mehr als 500 ml in drei aufeinanderfolgenden Tagen) ist bis zum 14. Tag erreicht.
- Auch bei ausreichender Muttermilchproduktion wird eine Laktationsbetreuung angeboten.

Eine ausreichende Muttermilchproduktion am 14. Tag zeigt, dass der langfristige Muttermilchbedarf des Kindes erfüllt werden kann.¹⁵⁻¹⁷ Die Laktationsbetreuung sollte dennoch fortgesetzt werden, auch wenn pro Tag mehr Milch abgepumpt wird als der Säugling benötigt.



.....

.....

.....

Bewertungsbogen für den Säugling

Beurteilen Sie die Leistung der neonatologischen Intensivstation anhand folgender Indikatoren (→)

Orale Therapie mit der eigenen Muttermilch

- Die orale Therapie wird standardmässig durchgeführt, bis das Kind direkt an der Brust gestillt werden kann.

Es lässt sich ein positiver Gesundheitseffekt erzielen, wenn regelmässig kleinere Mengen der eigenen Muttermilch auf die Innenseite der Wangen des Säuglings verabreicht werden. Dieser Vorgang ist sicher und motiviert die Eltern zudem, da das Kind auf den Geschmack reagiert.^{2, 18-19}



.....

.....

.....

Haut-zu-Haut-Kontakt

- Ein intensiver Haut-zu-Haut-Kontakt zwischen Mutter und Kind ist Standard.
- Die Häufigkeit und Dauer wird dokumentiert und evaluiert.

Der Haut-zu-Haut-Kontakt erleichtert den Übergang zum Stillen an der Brust, hilft dabei, die Milchmenge zu steigern und wird mit einer längeren Stillzeit in Verbindung gebracht.^{1, 4, 14, 20}



.....

.....

.....

Die Dosierung der eigenen Muttermilch

- Spital-Ernährungsprotokolle definieren die relative Zusammensetzung jeder Milchmahlzeit aus dem Verhältnis zwischen der eigenen Muttermilch, Spendermilch und künstlicher Säuglingsnahrung.
- Es wird regelmässig geprüft, wie viel Prozent der Säuglinge in den ersten 14 Tagen mit 100% Muttermilch (eigene Muttermilch und/oder Spendermilch) ernährt werden.
- Es wird regelmässig geprüft, wie viel Prozent der Säuglinge > 50 ml/kg/Tag der eigenen Muttermilch in den ersten 28 Tagen bekommen.

Totaler Verzicht auf künstliche Säuglingsnahrung aus Kuhmilch in den ersten 14 Lebenstagen verringert die Gefahr einer NEC.²¹ Eine hohe Dosis eigener Muttermilch (> 50 ml/kg/Tag) in den ersten 28 Lebenstagen verringert die Gefahr einer erworbenen Sepsis und anderer Erkrankungen.^{2, 22-24}



.....

.....

.....

Übergang zum direkten Stillen an der Brust

- Das nutritive und non-nutritive Saugen werden standardmässig dokumentiert und evaluiert.
- Mithilfe von Gewichtüberprüfungen wird der Milchtransfer (beim nutritiven Saugen) beurteilt.

Diese Verfahren unterstützen das direkte Stillen an der Brust.^{1, 4, 25} Die Überprüfung des Stillvorgangs kann dem medizinischen Fachpersonal dabei helfen, eine individuell angepasste Beratung und Betreuung anzubieten.



.....

.....

.....

Stillraten

- Ausschliessliches Stillen sowie die Versorgung mit eigener Muttermilch werden bei der Entlassung bewertet, sowie zwei bzw. vier Wochen nach der Entlassung, und zuletzt in einem korrigierten Gestationsalter von drei bzw. sechs Monaten.
- Es wird zu jedem Zeitpunkt regelmässig geprüft, wie viel Prozent der Säuglinge ausschliesslich, teils oder gar nicht gestillt oder mit der eigenen Muttermilch ernährt werden.

Niedrige Raten beim ausschliesslichen Stillen oder Ernähren mit der eigenen Muttermilch zu diesen Zeitpunkten können auf eine unzureichende Laktationsbetreuung während des Spitalaufenthaltes hindeuten.²⁶



.....

.....

.....

Sie möchten wissen, wie Sie das Stillen auf der neonatologischen Intensivstation unterstützen können? Wenden Sie sich für folgendes Schulungsmaterial an Ihre zuständige Gebietsleiterin bei Medela:

- 1. Argumentationshilfen für die neonatologische Intensivstation**
- 2. Research Reviews**
- 3. Fachposter**

Weitere Informationen unter medela.ch

Literaturhinweise

1. Every Premie-SCALE. http://www.everypremie.org/wp-content/uploads/2017/07/HBM_7.2.17.pdf. 2017.
2. Bigger HR et al. J Perinatol. 2014;34:287-291.
3. Spatz DL. Adv Neonatal Care. 2017;17:417-423.
4. Spatz DL. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2012;41:138-143.
5. Edwards TM, Spatz DL. J Perinat Neonat Nurs. 2010;24:246-253.
6. Parker LA et al. FASEB J. 2017;31:650.19.
7. Spatz DL. J Perinat Neonatal Nurs. 2004;18:385-396.
8. Froh EB et al. J Pediatr Nurs. 2015;30:521-523.
9. Meier PP et al. J Perinatol. 2016;36:493-499.
10. Prime DK et al. Breastfeed Med. 2012;7:442-447.
11. Hill PD et al. J Hum Lact. 2001;17:9-13.
12. Meier PP et al. J Perinatol. 2012;32:103-110.
13. Nommsen-Rivers LA et al. Am J Clin Nutr. 2010;92:574-584.
14. Meier PP et al. Clin Perinatol. 2017;44:1-22.
15. Spatz DL et al. J Perinat Educ. 2015;24:160-170.
16. Meier PP et al. Clin Perinatol. 2017;44:1-22.
17. Hoban R et al. Breastfeed Med. 2018-Epub ahead of print.
18. Sohn K et al. J Perinatol. 2016;36:106-111.
19. Lee J et al. Pediatrics. 2015;135:e357-e366.
20. Acuña-Muga J et al. J Hum Lact. 2014;30:41-46.
21. Sisk PM. J Perinatol. 2007;27(7):428-33.
22. Patel AL et al. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2017;102(3):F256-F261.
23. Patel AL. J Perinatol 2013 Jul;33(7):514-9.
24. Patra K et al. Neonatology. 2017;112:330-336.
25. Narayanan I et al. Arch Dis Child. 1991;66:241-244.
26. WHO. 1991. Report No.: WHO/CDD/SER/91.14, Corr.1.