

NICU-scorekaart: een wetenschappelijk onderbouwde handleiding ter verbetering van het gebruik van moedermelk

Deze scorekaart geeft richting aan initiatieven voor kwaliteitsverbetering via wetenschappelijk onderbouwde indicatoren voor de interne beoordeling van de procedures rondom moedermelk en lactatiekundige zorg binnen de NICU.

Moedermelk van de eigen moeder (OMM - own mother's milk) reduceert potentieel te voorkomen morbiditeiten en mortaliteit bij premature en anderszins kwetsbare baby's significant. Voeden met OMM in plaats van met kunstvoeding is daarom een prioriteit voor de NICU.¹

Omdat borstvoeding of moedermelk geven op de NICU uitdagingen met zich mee kan brengen, zijn er andere prestatie-indicatoren nodig voor moeder en kind om te waarborgen dat baby's tijdens het gehele ziekenhuisverblijf en daarna worden gevoed met moedermelk.¹⁻⁴

Scorekaart moeder

Beoordeel de prestaties van de NICU aan de hand van de volgende indicatoren (→)

Geïnformeerde beslissing



- Moeders krijgen in de NICU gestandaardiseerde informatie over het belang van OMM en het opbouwen van een adequate melkproductie.

Doordat gezinnen in de NICU consistente informatie krijgen, kunnen ze een goed geïnformeerd besluit nemen en begrijpen ze hoe hun alternatieve borstvoedingsproces gaat verlopen.^{3,5}

.....

.....

.....

Tijd tot de eerste kolfessie



- Ziekenhuisprotocollen schrijven kolven binnen 1-3 uur na de geboorte voor.
- Er worden regelmatige prestatiebeoordelingen uitgevoerd.

Het is van belang dat de borsten tijdens de eerste uren worden gestimuleerd door te kolven met behulp van vacuümtechnologie. Dit ondersteunt tijdige initiatie en de melkproductie op de lange termijn.^{1,6-9}

.....

.....

.....

Frequent afkolven



- De ziekenhuisprotocollen schrijven 8 keer of meer afkolven per 24 uur voor.
- Dit wordt regelmatig gemonitord.

Frequent kolven is essentieel om adequate hoeveelheden te bereiken.^{1,7,9} Elke 2-3 uur dubbelzijdig kolven (simultaan afkolven) levert meer melk in kortere tijd op en zorgt dat er meer prolactine wordt aangemaakt.^{10,11}

.....

.....

.....

Tijd tot de melkproductie 'op gang komt'



- Dagelijkse melkproductie wordt geregistreerd.
- Moeders met een vertraagde (> 72 uur) secretoire activatie ('op gang komen' van de melkproductie) worden geïdentificeerd.

Een afgekolfd volume van > 20 ml tijdens drie opeenvolgende sessies is een indicator dat de melkproductie 'op gang is gekomen'¹². Vertraagde secretoire activatie is in verband gebracht met een kortere lactatieperiode en is een indicatie dat er meer lactatiekundige zorg nodig is.¹³

.....

.....

.....

Melkproductie is op gang gekomen



- De door de moeder afgekolfd volumes worden geregistreerd en regelmatig beoordeeld.
- Op dag 14 is de melkproductie op gang gekomen (gedefinieerd als drie opeenvolgende dagen met een totaal volume van > 500 ml).
- Er wordt lactatiekundige zorg geboden nadat de melkproductie op gang is gekomen.

Als de melkproductie op dag 14 is opgebouwd als hierboven gedefinieerd duidt dat erop dat de melkproductie op schema ligt om in de langetermijnbehoeften van de baby te voorzien.¹⁵⁻¹⁷ De lactatiekundige zorg dient te worden voortgezet, zelfs indien het afgekolfd volume groter is dan het totale voedingsvolume van de baby.

.....

.....

.....

Scorekaart baby

Beoordeel de prestaties van de NICU aan de hand van de volgende indicatoren (→)

Orale therapie met OMM

- Er wordt standaard en regelmatig mondverzorging uitgevoerd tot op het moment van aanvang van orale voedingen.

Het regelmatig inbrengen van kleine hoeveelheden OMM in de mond van de baby is veilig, heeft potentiële gezondheidsvoordelen en is prettig voor ouders, omdat baby's op de smaak lijken te reageren.^{2,18-19}



.....

.....

.....

Huid-op-huidcontact

- Huid-op-huid contact is opgenomen in het standaardbeleid en in de standaardprocedures.
- De frequentie en duur worden geregistreerd en beoordeeld.

Huid-op-huidcontact helpt bij het maken van de overstap naar rechtstreeks voeden aan de borst, helpt om de melkproductie te verbeteren en wordt in verband gebracht met een langere borstvoedingsperiode.^{1,4,14,20}



.....

.....

.....

Dosering van OMM

- Voedingslogboeken van het ziekenhuis specificeren de relatieve samenstelling van elke voeding OMM:DHM:Kunstvoeding (DHM - donormelk).
- Het percentage baby's dat 100% moedermelk krijgt (OMM en/of DHM) tijdens de eerste 14 dagen wordt regelmatig beoordeeld.
- Het percentage baby's dat > 50 ml /kg/dag OMM krijgt tijdens de eerste 28 dagen wordt regelmatig beoordeeld.

Het volledig vermijden van kunstvoeding van dag 0-14 vermindert het risico op NEC²¹. Een hoge dosering OMM (> 50 ml/kg/dag) van dag 0-28 vermindert het risico op sepsis met late aanvang en andere morbiditeiten.^{2,22-24}



.....

.....

.....

Overgang naar rechtstreeks voeden aan de borst

- Niet-voedend en voedend zuigen wordt standaard geregistreerd en beoordeeld.
- De melkoverdracht (bij voedend zuigen) wordt middels testweging beoordeeld.

Deze praktijk ondersteunt exclusieve rechtstreekse voeding aan de borst.^{1,4,25} Het monitoren van ervaringen aan de borst kan zorgverleners helpen bij het geven van specifieke aanwijzingen en zorg.



.....

.....

.....

Borstvoedingspercentages

- Percentages exclusieve borstvoeding en OMM worden beoordeeld op het moment van ontslag uit het ziekenhuis; bij 2 en 4 weken na ontslag; en bij 3 en 6 maanden gecorrigeerde zwangerschapsleeftijd.
- Het percentage baby's met exclusieve, gedeeltelijke en geen borstvoeding of OMM wordt regelmatig en op elk tijdstip geregistreerd.

Lage percentages voor exclusieve borstvoeding of OMM op deze momenten kunnen indicatief zijn voor een suboptimale lactatiekundige zorg tijdens het ziekenhuisverblijf.²⁶



.....

.....

.....

Om meer te weten te komen over het ondersteunen van lactatiekundige zorg in de NICU, kunt u uw Medela vertegenwoordiger vragen naar de volgende educatieve materialen:

- 1. Gesprekspunten NICU**
- 2. Onderzoeksoverzichten**
- 3. Educatieve posters**

U kunt meer informatie vinden op medela.nl

Literatuur

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.