



# **Sihtasutus Tartu Ülikooli Kliinikumi naistekliinik**

## **Rinnaga toitmise strateegia aastateks 2014 – 2019**

*Kinnitamise kuupäev 27.11.2013*

**Tartu 2013**

## Sisukord

Rinnaga toitmise strateegia koostamise tööühm .....	3
Kasutatud mõisted ja lühendid.....	4
Rinnaga toitmise toetamine SA Tartu Ülikooli Kliinikumi naistekliinikus.....	6
Rinnaga toitmise edendamise strateegilised eesmärgid ja tegevused .....	10
Beebisõbraliku Haigla Algatuse hindamiskriteeriumid .....	31
Kasutatud allikad .....	42

## Rinnaga toitmise strateegia koostamise töörühm

### **Pille Teesalu RM, MSc**

ülemämmaemand

SA Tartu Ülikooli Kliinikumi

Naistekliinik

### **Marge Mahla RM, MSc, IBCLC**

SA Tartu Ülikooli Kliinikumi

ämmaemand

Naistekliinik

### **Maie Veinla MD**

Arst-õppejõud,

pediaatria eriala

SA Tartu Ülikooli Kliinikumi

Lastekliinik

### **Anne Ilves RM**

ämmaemand

SA Tartu Ülikooli Kliinikumi

Naistekliinik

### **Liina Annuk RM**

ämmaemand

SA Tartu Ülikooli Kliinikumi

Naistekliinik

### **Triinu Adlas RM**

ämmaemand

SA Tartu Ülikooli Kliinikumi

Naistekliinik

## Kasutatud mõisted ja lühendid

**Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI)** – Beebisõbraliku Haigla Algatus, millele pandi alus UNICEF-i ja MTO-i (Maailma Tervishoiu Organisatsioon) poolt 1991.a. BFHI koondab ridamisi tegevusi, mille eesmärgiks on kaitsta ja edendada laste rinnaga toitmist vähemalt nende kuue kuu vanuseks saamiseni. [Baby Friendly Hospital Initiative](#)

**Naistekliinik** – SA TÜK naistekliiniku personal

**Koostööpartnerid** – naistekliinikuga koostösse haaratud kliinikumi struktuuriüksused, mille töötajad puutuvad oma töös kokku rasedate, vastsündinute, imetavate emade ja nende peredega: SA TÜK lastekliinik, neonatoloogia osakond; SA TÜK anestesioloogia ja intensiivravikliinik: lasteintensiivravi osakond, üldanestesioloogia osakond, erakorralise meditsiini osakond.

**Kliiniline personal** - kõik meditsiinilist haridust omavad kliiniku töötajad, kes puutuvad oma töös kokku rasedatega, vastsündinute, imetavate emade ja nende peredega – imetamisnõustajad, ämmaemandad, pediaatrid, günekoloogid, lasteanestesioloogid- ja anestesioloogid, lasteõed, lasteintensiivraviõed, intensiivraviõed, anestesistid, günekoloogiaõed.

**Tugipersonal** – hooldajad, põetajad, sotsiaaltöötajad, hingehoidja, psühholoog, raseduskriisinõustaja, jurist, sünnitusosakonna sekretär, kes puutuvad oma töös kokku rasedatega, vastsündinute, imetavate emade ja nende peredega.

**Perekool** - peredele lapseootuse ajal ja sünnitusjärgsel perioodil rasedust, sünnitust ja sünnitusjärgset perioodi toetavaid loenguid pakkuv naistenõuandla juurde kuuluv üksus.

**Antenataalne periood** - rasedusaegne, sünnitusele eelnev periood

**Intranataalne** – sünnitusaegne periood

**Postnataalne periood** – sünnitusele järgnev e sünnijärgne periood

**Imetamise tugigrupp** – mitteformaalne vabatahtlik organiseeritud tegevus, mis koondab imetamisnõustajaid, imetamiskogemustega emasid jt. ning mille eesmärgiks on motiveerida ja toetada rinnaga toitvaid emasid.

**Rahvusvaheline imiku piimasegude turustamise koodeks** – reguleerib imiku piimasegude reklaami, turustamist ning kokkupuudet sihtrühmaga eesmärgiga kaitsta ja edendada rinnaga toitmist ning tagada õige ning eakohase toidu pakkumine imikule.

[International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes](#)

*International Board Certified Lactation Consultant (IBCLC)* - rahvusvaheliselt sertifitseeritud imetamisnõustaja, kes on sooritanud vastavasisulise eksami ja tulemused on hinnatud rahvusvahelise organisatsiooni (*IBLCE*) *International Board of Lactation Consultant Examiner* esindajate poolt. Resertifitseerimine toimub iga viie aasta järel.

*Hospital Self-Appraisal Tool* – UNICEF-i ja WHO poolt tunnustatud BFHI rakendamise ja sertifitseerimise aluseks olev asutuse enesehindamise mõõdik.

[Hospital self-appraisal and monitoring](#)

## Rinnaga toitmise toetamine SA Tartu Ülikooli Kliinikumi naistekliinikus

### Taustakirjeldus

Teaduspõhine kirjandus kinnitab, et rinnapiim on optimaalne toit vastsündinutele. Maailma Tervishoiu Organisatsioon (MTO), UNICEF, Ameerika Pediaatrite Akadeemia (*The American Academy of Pediatrics*), *The Academy of Breastfeeding Medicine* ja paljud teised professionaale koondavad organisatsioonid soovivad esimesel kuuel elukuul pakkuda imikule ainult rinnapiima ning jätkata imetamist paralleelselt lisatoidu andmisega vähemalt lapse esimese eluaasta lõpuni või pikemalt, kui ema ja laps seda soovivad.

Tänapäevased soovitusel, mis põhinevad aastakümneid kestnud teaduspõhistel uurimistööde tulemustel, peavad kõige ideaalsemaks imiku toiduks esimesel elupoolaastal ainult rinnapiima. Rinnapiim sisaldab kõiki vastsündinu ja imiku tervislikuks arenguks vajalikke toitaineid. Uurimused on näidanud, et imetamisel on märkimisväärne kasu nii toiteväärtuslikust, arengulisest, psühholoogilisest, immunoloogilisest, sotsiaalsest, ökonoomsest kui keskkondlikust aspektist. Rinnapiima saavatel lastel esineb vähem seedeprobleeme, põletikke ja allergiaid. Imetamine vähendab ülekaalulisuse ja südame-veresoonkonna haiguste riski hilisemas elus. Rinna imemine rahustab last, on hea tema suuõõne arengule ja hambumuse kujunemisele. Rinnapiim on alati õigel temperatuuril, puhas ja odav. Imetamiseks ei ole vaja ühtegi abivahendit ja last saab rinnaga toita praktiliselt kõikjal. Rinnapiim kaitseb last nakkuste eest, sisaldades komponente, mida imiku piimasegudes ei ole: hormoone, ensüüme, kasvufaktoreid, asendamatuid rasvhappeid, immunoloogilisi kaitsefaktoreid. Imikud, keda toidetakse piimaseguga või kelle rinnaga toitmine lõpetatakse varem, on enam ohustatud ülekaalust, diabeedist, hingamisteede ja kõrva infektsioonidest ning imiku äkksurma sündroomist, vajades seejuures arvuliselt rohkem arsti visiite ja sagedasemat hospitaliseerimist.

Kuna rinnaga toitmine on osa normaalsest sünnitusjärgsest protsessist, sobib see ideaalselt ka naisele. Imetamine soodustab kiiremat sünnitusjärgset taastumist, kiiremini väheneb ka rasedusaegne lisakaal. Imetanud naistel on väiksem risk haigestuda rinnanäärme- või munasarjavähki, väheneb ka osteoporoosi risk menopausi perioodil.

Teaduspõhises kirjanduses on ulatuslikult kirjeldatud erinevaid takistusi, mis ei võimalda

imikuid toita ainult rinnapiimaga vähemalt kuus esimest elukuud. Peamiste põhjustena, miks emad lõpetavad imetamise enne lapse kolme kuu vanuseks saamist, kirjeldatakse tajutud rinnapiima vähesust, valu imetamisel, esimestel elupäevadel haiglas antud piimasegu jpm. Lisaks tuuakse välja erinevaid imetamise tehnikaga seotud probleeme, näiteks vale imemisvõte ja valulikud rinnanibud.

Imetamisega seotud otsused on mõjutatud paljudest erinevatest teguritest, näiteks ema varasem imetamiskogemus, perekonna ja sotsiaalse võrgustiku toetus või selle puudumine, tööle või kooli naasmine ning ühiskondlik aktsepteeritus.

Eestis sünnib enamus lapsi haiglas, kus ema ja laps saavad oma esimese rinnaga toitmise kogemuse. SA Tartu Ülikooli Kliinikumi naistekliiniku sünnitus- ja sünnijärgses osakonnas on nahk-naha kontakti, esmase imetamise alustamist ja ema-lapse ööpäevaringset koosolemist samm haaval rakendatud alates 1990-datest aastatest ning personal ja emad on teadlikud selle kasuteguritest. Nimetatud tegevused moodustavad vaid väikese osa Beebisõbralikust praktikast, mis eelkõige loob tingimused rinnaga toitmise alustamiseks ning edukaks jätkumiseks. Ema esmane toimetulek imetamisega ning tema pühendumus jätkata hoolimata võimalikest probleemidest, võivad suurel määral olla mõjutatud tervishoiutöötajate toetusest ning imetamisega seotud hoiakutest. Esimene kogemus omab kestvat mõju hilisemale imetamiskäitumisele, mistõttu on emadushooldust osutaval haiglal väga oluline võimalus mõjutada rinnaga toitmise edukust. Uurimistööde tulemused annavad kinnitust, et Beebisõbraliku algatuse rakendamine mõjutab olulisel määral laste ainult rinnaga toitmise määra.

Kokkuvõtvalt võib öelda, et rinnaga toitmise alustamine sünnijärgselt ning selle jätkumine läbi imiku esimese eluaasta kannab endas arvukalt kasutegureid nii lapsele, emale, perele kui ühiskonnale tervikuna.

## **Eesmärk**

Käesoleva strateegia eesmärk koondab kolme olulist aspekti rinnaga toitmise kaitsmisel ja edendamisel:

1. Julgustada ja toetada emasid tunnustama rinnaga toitmist, selle kasutegureid lapsele ja

neile endile; julgustada neid alustama esmast imetamist võimalikult varakult peale sünnitust ning jätkama rinnaga toitmist vähemalt lapse kuue kuu vanuseks saamiseni ja muutma see endale positiivseks kogemuseks.

2. Osaleda aktiivselt rinnaga toitmise edendamisel ja kaitsmisel, väärtustades imetamist, kui normaalset vastsündinu toitmiseviisi luues võimalused pakkuda emadele ja peredele toetust ning juhendust, mõjutades seeläbi suuremat arvu emasid imetamisega alustama ja jätkama.
3. Panustada turvalise ja rinnaga toitmist toetava keskkonna loomisesse, tunnustades imetavate emade ja perede enesemääramisõigust.

### **Protsess**

Väärtustades kliiniku olulist rolli imikute rinnapiimaga toitmise edukuses, moodustati SA Tartu Ülikooli Kliinikumi naistekliinikus rinnaga toitmise strateegia koostamise töörühm soovitude välja töötamiseks, mis tugevdavad ja parandavad olemasolevat emadushoolduse praktikat. SA TÜK naistekliiniku rinnaga toitmise strateegia edukaks rakendamiseks, Beebisõbraliku Haigla põhimõtete elluviimiseks kaasati koostöösse SA TÜK struktuuriüksused, mille töötajad puutuvad oma töös kokku rasedate, vastsündinute, imetavate emade ja nende peredega (SA TÜK lastekliiniku, neonatoloogia osakond; SA TÜK anestesioloogia ja intensiivravikliiniku: lasteintensiivravi osakond, üldanestesioloogia osakond, erakorralise meditsiini osakond).

Töörühm moodustati kaasates aktiivselt praktiseerivad ämmaemandad, ämmaemand-imetamisnõustajad ning pediaater.

Esimeses etapis tehti infootsingut, et leida sarnase sotsiaal-majandusliku taustaga riikide vabalt kättesaadavaid imetamistrateegiaid. Lähtudes rinnaga toitmise unikaalsusest ja universaalsusest piirduti leitud strateegiatega ning töötati materjal läbi strateegiliste eesmärkide püstitamiseks, mille aluseks võeti hetkeolukorra analüüs ning MTO BFHI 10 sammu edukaks imetamiseks.



Teises etapis jätkati tööd teaduspõhise kirjandusega, et tuua välja ajakohastatud teave püstitatud strateegiliste eesmärkide ja nende saavutamiseks vajalike tegevuste seostamiseks ning põhjendamiseks. Strateegiliste eesmärkide saavutamiseks vajalike tegevuste põhjalik lahti kirjutus täidab töörühma hinnangul kahte eesmärki. Selge ja kriteeriumipõhine tegevuste kirjeldus aitab elluviijal eesmärke saavutada ja toetada kõiki oma uusi liikmeid tegevuste realiseerimisel. Naistekliinik ja kõik struktuuriüksused, millega koostööd tehakse peavad olema strateegiast teadlikud, mis omakorda aitab kaasa rinnaga toitmise seotud teadlikkuse parandamisele üldises plaanis. Kasutatud lühendite ning mõistete selguse ja üheselt mõistetavuse huvides loodi vastav alapeatükk.

Kolmandas etapis kaasati koostatud rinnaga toitmise strateegia esialgse versiooni täiendamisprotsessi naistekliiniku juhtkond, lastearstid, ämmaemandus- ja õendusjuhid. Kogutud konstruktiivne tagasiside ning esitatud ettepanekud arutati läbi ning nendest lähtuvalt lisati täiendused olemaolevasse dokumenti.

Neljandas etapis loodi sihtrühmale ja kõikidele kliiniku töötajatele võimalus strateegiaga tutvuda ning esitada täiendavaid ettepanekuid ja/või kommentaare. Sisulised ettepanekud arutatakse töörühma poolt läbi ning tehakse täiendused strateegia lõppversiooni.

Viiendas etapis esitati rinnaga toitmise strateegia lõppversioon kinnitamiseks Naistekliiniku nõukogu liikmetele.

Käesolev rinnaga toitmise strateegia tervikversioon koosneb kahest osast. Esimene osa sisaldab sõnastatud strateegilisi eesmärke ja tegevusi nende saavutamiseks. See strateegia osa on avalik kogu kliiniku personalile ja sihtrühmale. Rinnaga toitmise strateegia teise osa moodustavad Beebisõbraliku Algatuse hindamiskriteeriumid, mis moodustades terviku strateegia esimese osaga reguleerib naistekliiniku tegevusi Beebisõbraliku Haigla sertifikaadi taotlemiseks.

## Rinnaga toitmise edendamise strateegilised eesmärgid ja tegevused

SA TÜK naistekliinik järgib, tulenevalt UNICEF-i ja WHO Beebisõbraliku Haigla Algatuse 10 sammust (*BFHI The Ten Steps to Successful Breastfeeding*), rinnaga toitmise toetamiseks ja edendamiseks järgmisi samme:

1. Omake kirjalikku imetamisstrateegiat, mida teadvustatakse reeglipäraselt kogu asutuse personalile ja mis on kättesaadav rasedatele/sünnitajatele/ peredele.
2. Koolitage personali vajalike teadmiste, oskuste, vilumuste ja hoiakute saamiseks.
3. Teavitage kõiki rasedaid imetamise kasulikkusest ja selle korraldamisest.
4. Aidake emal alustada imetamist lapse esimesest elupooltunnist võimaldage ema ja vastsündinu nahk-naha kontakti vähemalt üheks tunniks, aidake emal ära tunda, kui laps on imemiseks valmis ning vajadusel abistage.
5. Õpetage emadele, kuidas imetada ja laktatsiooni säilitada isegi siis, kui ema ja laps asuvad eraldi.
6. Vastsündinu söök ja jook on rinnapiim, kui arst ei ole määranud teisiti.
7. Võimaldage emal ja lapsel olla koos ööpäevaringselt.
8. Ergutage/õpetage emasid imikut rinnaga toitma lapse nõudmisel.
9. Ärge pakkuge rinnaga toidetavatele vastsündinutele rõngaslutte, pudelilutte või nibukaitseid ilma meditsiinilise näidustuseta.
10. Soosige imetamise tugigruppide moodustamist ja suunake emasid nendesse pärast sünnitusmajast lahkumist

**1. Omage kirjalikku imetamisstrateegiat, mida teadvustatakse reeglipäraselt kogu kliiniku personalile ja mis on kättesaadav rasedatele/sünnitajatele/ imetavatele emadele ja nende peredele**

1.1. Koostatud strateegia on laiaulatuslik ja lähtub UNICEF/WHO Beebisõbraliku Haigla Algatuse 10 sammust edukaks imetamiseks.

1.2. Rinnaga toitmise strateegia välja töötamiseks moodustatakse multidistsiplinaarne meeskond, kuhu kuuluvad inimesed kliiniku administratsioonist, arstid, ämmaemandad, imetamisnõustajad ja teised valdkonnaga seotud spetsialistid ning lapsevanemate esindajad.

1.3. Spetsialistid, kes töötavad imetavate emade, vastsündinute ja nende peredega on teadlikud strateegia soovitustest ning rakendavad neid parimal võimalikul viisil.

1.4. Strateegia on kättesaadav kõikidele spetsialistidele, emadele ja peredele ning tunnustatud kui haiglas kehtiv juhendmaterjal.

1.5. Strateegiliste eesmärkide saavutamise hindamist viiakse läbi periooditi, kasutades Beebisõbraliku Haigla Algatuse enesehindamise mõõdikut, mis on tegevusanalüüsi aluseks.

*Allikad: 3,13,17,18,35,36,38,39,41,42,43*

**Tegevused eesmärkide saavutamiseks**

1.1. Rinnaga toitmise strateegia on laiapõhjaline teaduspõhisele kirjandusele ja UNICEF-i ja WHO Beebisõbraliku Algatuse põhimõtetele tuginev juhendmaterjal. Strateegia sisaldab UNICEF-i ja WHO „10 sammust edukaks imetamiseks“ lähtuvaid strateegilisi eesmärke ning põhjalikke kirjeldusi tegevustest, mis võimaldavad püstitatud eesmärke efektiivselt saavutada.

1.2. Rinnaga toitmise strateegia välja töötamiseks moodustatakse töörühm, kes töötab läbi teaduspõhise Beebisõbraliku Haigla Algatusega seotud kirjanduse ning koostab esialgse strateegia versiooni. Ekspertgruppi kaasatakse esmalt kliiniku juhtkond, lastearstid ja ämmaemandus- ja õendusjuhid, seejärel kõik kliiniku töötajad ja sihtgrupp, kellele antakse võimalus tutvuda strateegiaga ja esitada oma kommentaarid veebipõhiselt. Konstruktiivsed kommentaarid analüüsitakse ning lisatakse strateegia lõppversiooni.

1.3. Kinnitatud rinnaga toitmise strateegia lõppdokument on teadvustatud kõikide kliiniku töötajate poolt ning sellest lähtutakse emadushoolduse osutamisel. Läbi rinnaga toitmist edendavate tegevuste ja sihtgrupi teavitamise perekooli loengutes, perikeskuses ämmaemanda vastuvõtul, veebipõhise imetamisnõustamise käivitamise jms on kogukond teadlikum imetamise kasuteguritest ning võimalikest toetusüsteemidest imetamise jätkupidavuse säilimiseks.

1.4. Strateegia on kättesaadav paber kandjal naistenõuandlas, perikeskuses, sünnieelses, sünnitus- ja sünnitusjärgses, günekoloogia, neonatoloogia, lasteintensiivravi- ja üldanestesioloogia osakonnas ning veebipõhiselt naistekliiniku kodulehel [www.kliinikum.ee/naistekliinik/strateegia](http://www.kliinikum.ee/naistekliinik/strateegia)

1.5. Püstitatud strateegiliste eesmärkide saavutamise hindamiseks viiakse naistekliiniku ämmaemandusjuhi eestvedamisel iga aastaselt läbi enesehindamine kasutades Beebisõbraliku Haigla Algatuse enesehindamise mõõdikut – *Hospital Self-Appraisal Tool* – [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241594998\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241594998_eng.pdf)) ja sihtgrupi rahulolu küsitlust, et analüüsida positiivseid ning arendamist vajavaid aspekte ja püstitada/täpsustada strateegilisi eesmärke ning nende saavutamiseks vajalikke tegevusi.

<b>2. Koolitage personali strateegiliste eesmärkide saavutamiseks vajalike vilumuste saamiseks ja säilitamiseks</b>
2.1. Imetavate emade ja vastsündinute hooldusesse kaasatakse vähemalt üks põhjaliku imetamise füsioloogia ja juhendamise alase ettevalmistusega inimene, kes vastutab personali põhjaliku koolitamise ning seeläbi efektiivse strateegia rakendumise eest.
2.2. Kogu kliiniku personali, kes on kaasatud imetavate emade, vastsündinute hooldusesse sünnitusjärgses perioodis koolitatakse jätkupidevalt vähemalt üks kord aastas imetamise füsioloogia, juhendamise ja edendamise osas lähtudes koolituskavast.
2.3. Emadushooldusesse on kaasatud vähemalt üks määratud tööajaga rahvusvaheliselt sertifitseeritud imetamisnõustaja (IBCLC), kes osaleb imetamisnõustamises ning toetab nii emasid kui personali.
2.4. Kogu kliiniku personal k.a. tugipersonal, kes puutuvad kokku rasedate, imetavate emade ja nende peredega omavad rinnaga toitmisega seonduvalt positiivseid hoiakuid.

Allikad: 3,4,12,13,17,18,25,35,36,38,39,41,42,43

### **Tegevused eesmärkide saavutamiseks**

2. Rasedate naiste, vastsündinute, imetavate emade ja nende peredega kokku puutuvate töötajate koolitusvajadus (teadmised ja praktilised oskused) hinnatakse lähtudes pädevusnõuetest ning koostatakse strateegiliste eesmärkide saavutamiseks vajalike teadmiste, oskuste omandamiseks ja säilitamiseks koolituskava.

2.1.1. Tervishoiu Kõrgkoolides ämmaemanda õppekava läbinud ämmaemandad töötavad läbi rinnaga toitmisega strateegia ning täidavad veebipõhise hindamisvormi oma pädevuse kinnitamiseks.

2.1.2. Koostatakse koolituskava imetavate emade toetamiseks ja juhendamiseks, mis käsitleb „10 sammu edukaks imetamiseks“, „Rahvusvahelise piimasegude turustamise koodeksit“ ja „Emasõbraliku hoolduse mudelit“. Emade adekvaatseks toetamiseks vajalike teadmiste ja oskuste omandamiseks peab läbitud koolituse maht olema vähemalt 20 tundi, sisaldades vähemalt 3 tundi juhendatud praktilist kogemust.

2.1.3. Koostatakse koolituskava, mis käsitleb mitte- imetavate emade toetamist.

Kursusel käsitletavat teemasid on:

- erinevate toitmisviiside kasutegurid ja riskid;
- toitmisviisi valikuid mõjutavad tegurid, sobiva toitmisviisi valik;
- nõuetekohane piimasegu valmistamine, toitmine ja säilitamine;
- juhendamine ja pedagoogika;

2.1.4. Kõik uued töötajad läbivad tööle asudes koolituse imetavate emade toetamise ja juhendamise läbiviimiseks vähemalt kuue kuu jooksul alates tööle asumisest.

2.2. Vähemalt üks kord aastas korraldatakse rinnaga toitmise edendamisega seonduv teabepäev, millel käsitletakse imetamise füsioloogiat, juhendamist ning korraldatakse keeruliste juhtumite arutelusid.

2.3. Naistekliinik toetab rahvusvaheliselt sertifitseeritud imetamisnõustajate ettevalmistust esmasel eksamil osalemiseks ning jätkuvalt sertifikaadi säilitamiseks vajalikul resertifitseerimisprotsessis. Luuakse võimalused imetamisnõustajate kaasamiseks koolituskava rakendamisse, sihtrühma teadlikkuse parandamisse ja imetamise edendamisse tervikuna.

2.4. Kogu kliiniku personal, kes puutuvad kokku rasedate naiste, imetavate emade ja nende peredega on teadvustanud rinnaga toitmise strateegia eesmärke seoses rinnaga toitmise edendamisega, on teadlikud oma rollist imetamise õnnestumise mõjutajana ning omavad rinnaga toitmisega seonduvalt positiivseid hoiakuid.

<b>3. Teavitage kõiki rasedaid ja nende lähedasi imetamise kasulikkusest ja selle korraldamisest</b>
3.1. Antenataalsetes vastuvõttudes viiakse raseduse 24.-30 nädalal ämmaemanda poolt läbi rindade läbivaatus ning antakse hinnang rindade arengule ning füsioloogilisele ettevalmistusele imetamiseks, motiveerides ja innustades seeläbi naist oma last rinnaga toitma. Ema varasem imetamiskogemus analüüsitakse ning leitakse probleemide ilmumise põhjused, et neid vältida järgmise lapse rinnaga toitmisel.
3.2. Kõikidele rasedatele naistele/peredele on tagatud osalemine Perekooli imetamise loengus, kus edastatakse struktureeritud, kallutamata (reklaamivaba) teavet imetamise füsioloogiast, kasuteguritest emale ja lapsele, vastunäidustustest, piimasegu kasutamise riskidest ning imetamise edendamisest viisil, mis võimaldab naisel langetada informeeritud otsus oma lapse toitmisviisi valikul.
3.3. Emadele soovitatakse ainult rinnapiimaga toitmist kui vastsündinule sobivaimat ja ideaalset toitmisviisi, kui ei ole näidustatud teisiti.
3.4. Ante- ja postnataalselt on jagamiseks ja kättesaadavad kirjalikud juhendmaterjalid.
3.5. Piimasegude, lutipudelite ja luttide tootjate töötajatel või turustajatele ei looda võimalust saada otsest ega kaudset kontakti rasedate, imetavate emade ega nende peredega.

Allikad: 1,2,3,4,6,12,15,19,35

## Tegevused eesmärkide saavutamiseks

3.1. Paljud naised otsustavad oma lapse toitmiseviisi raseduse ajal. See pakub tervishoiutöötajatele, kes emaga tema raseduse ajal kohtuvad, suurepärase võimaluse kinnitada sõnumit, et rinnapiim on ema ja lapse jaoks parim. Seega on vajalik, et rinnaga toitmist käsitletakse antenataalsete visiitide käigus. Vestluse käigus selgitatakse välja ema eelteadmised rinnaga toitmise kohta ning väärarusaamad ja hirmud seoses imetamisega. Nõustamisel pakutakse korraga väikeses koguses teavet, mis on spetsiaalselt kohandatud iga ema individuaalsetele vajadustele. Nõustamisel kasutatakse motiveerivat vestlustehnikat, esitades avatud küsimusi, võimendades positiivseid kogemusi ning analüüsides eelnevaid negatiivseid kogemusi. Naisele võimaldatakse antenataalsete konsultatsioonide käigus arutada rinnaga toitmise üle korduvalt ning antakse seeläbi võimalus langetada informeeritud otsus. Antenataalsete konsultatsioonide käigus antakse rasedatele ja nende peredele teavet imetamise tugirühmade ja imetamisteemaliste veebilehtede kohta. Imetamise suhtes kõhklevad naised soovivad osaleda rinnaga toitmise tugirühmas juba raseduse ajal, et luua võimalus kohtuda rinnaga toitvate emadega ning saada julgustust ja toetust.

3.2. /3.3. Rinnaga toitmine on, kuigi osaliselt instinktiivne, õpitav oskus, mis nõuab kogemust. Edukas rinnaga toitmine sõltub ema poolt õpitust ning kvalifitseeritud õpetamisest ja asjakohasest toetusest. Rinnaga toitmise õnnestumine on mõjutatud raseduse, sünnituse ja sünnitusjärgsel perioodil osutatud juhendamise ja toetuse kvaliteedist. Kliiniku personalil, eriti ämmaemandatel, peavad olema oskused täpse ja asjakohase nõu andmiseks emadele. Samuti on olulised kliiniku personali hoiakud rinnaga toitmise suhtes. On leitud, et rinnaga toitmise kestus on märkimisväärselt pikem nende emade puhul, kes tajusid, et nendega tegelenud meditsiinitöötajad suhtusid soosivalt rinnaga toitmisesse võrreldes emadega, kes tundsid, et nende nõustajad olid neutraalsed või ei soosinud rinnaga toitmist. Kliiniku töötajad edastavad imetamisega seonduvat informatsiooni positiivses võtmes. Vastukäivate nõuannete jagamine ning ebapiisav ja mitteadekvaatne nõustamine võib imetamist negatiivselt mõjutada ja sellest hoidutakse.

Kõik tulevased emad ja sünnitusjärgsed naised saavad adekvaatset toetust rinnaga toitmiseks. Parim viis tulevaste emade ettevalmistamiseks on nende osalemine antenataalselt perekooli imetamise loengutes. Loengute käigus saadav informatsioon peab pakkuma rasedate naiste ja

nende perede jaoks võimalusi õppida väärtustama rinnaga toitmist ning võimaldama naistel teha informeeritud otsus rinnaga toitmise osas. Antenataalne koolitamine peab sisaldama ka informatsiooni sünnitusjärgsete tugiteenuste kohta. Oluline on kaasata naise partner või teised olulised tugiisikud antenataalsesse õpetusse. Perekooli loenguid viiakse läbi väikestes asjakohastes gruppides. Perekooli loengutes ja antenataalsete visiitide käigus jagatakse informatsiooni õigest imetamisasendist ja imemisevõttest; rinnapiima tootmise ja vallandumise mehhanismidest; imetamise sagedusest, rõhutades sagedast, vastavalt nõudmisele imetamise tähtsust (eriti esimestel nädalatel, kui rinnapiima teke on reguleeritud vastavalt beebi nõudmisele); rinnapiima käsitsi väljasõõrutamisest ja vajadusel rinnapumba kasutamisest; kuidas määratleda, kas lapsel on kõht täis ning probleemidest, mille korral kontakteeruda imetamise nõustajaga, ämmaemanda või naistearstiga. Informatsiooni jagatakse kõikidele naistele nii suulises kui kirjalikus vormis.

Pere saab pakkuda olulist toetust ja julgustust imetavale emale. On oluline, et lähedased pereliikmed ja toetajad mõistavad imetava naise vajadusi. Pereliikmed peavad olema võimelised pakkuma imetavale emale asjakohast emotsionaalset ja praktilist toetust. Seetõttu on vajalik võimaldada imetamisalast koolitust ka pereliikmetele. Mõlema vanema koolitamine nii enne kui pärast lapse sündi on eduka imetamise oluliseks komponendiks.

3.4. Naistekliiniku personal jagab kirjalikke infomaterjale rinnaga toitmise kohta, mis on koostatud imetamise spetsialistide poolt nii ante- kui postnataalselt. Infomaterjalid sisaldavad soovituslikke veebilinke artiklite, filmide jms. leidmiseks. Infomaterjalid on saadaval nii ambulatoorse vastuvõtu kabinettides, perekeskuses, sünnieelses kui sünnitus- ja sünnijärgses osakonnas. Antenataalselt ja naistekliinikus viibimise ajal informeeritakse emasid rinnaga toitmise eelistest ning imetamisnõustamise korraldamisest viisil, mis tagab tervishoiutöötajate ja kogukonnas tegutsevate imetamise tugigruppide toetuse kättesaadavuse.

3.5. Piimasegude, lutipudelite ja luttide tootjate töötajatel või turustajatel ei ole otsest ega kaudset kontakti rasedate naiste ega emadega. Kliinikus ei jagata tasuta näidiseid, reklaamikuponge ega firmade logosid presenteerivaid esemeid (kandekotte, plakateid, pastakaid vms).

**4. Aidake emal alustada imetamist lapse esimesel elupooltunnil, võimaldage ema ja vastsündinu nahk-naha kontakti ning abistage ema lapse toitmisel siis, kui beebi on imemiseks valmis**

4.1. Sünnitusosakonnas soodustatakse ja teostatakse nahk-naha kontakti kõikidele vastsündinutele ja emadele vastsündinu esimese elupooltunni jooksul peale sündi, kui nende seisund seda võimaldab.

4.2. Emasid julgustatakse ja õpetatakse ära tundma viiteid lapse toitmiseelsest käitumisest, lapse valmidust rinnast imemiseks ning vajadusel abistatakse ema.

4.3. Vastsündinu kaalumine, mõõtmine ja profülaktilised protseduurid teostatakse võimalusel vastsündinu esimese elutunni möödumisel, et mitte katkestada loodud nahk-naha kontakti ning esmast imetamist.

4.4. Toetatakse sünnitusaegseid tegevusi, mis soodustavad varast imetamist 30 minutist ja toetavad ema vastsündinuga suhtlemisel.

4.5. Kogu haiglas viibitud aja vältel julgustatakse emasid jätkama rinnaga toitmist ainult rinnapiimaga, kui arst ei ole määranud teisiti.

4.6. Keisrilõikega sünnitanud emade lastele võimaldatakse esmast nahk- naha kontakti isaga; emadele võimaldatakse nahk-naha kontakti lapsega ja esimest imetamist nii kiiresti kui võimalik, potentsiaalselt operatsioonitoas või ärkamisruumis vastavalt ema või lapse tervislikule seisundile.

4.7. HIV positiivseid emasid julgustatakse ja toetatakse looma oma lapsega füüsilist kontakti, hoidma ja hellitama last.

4.8. Emasid informeeritakse rinnapiimaga toitmise vastunäidustustest ning toetatakse lapse toitmisel lähtudes individuaalsest situatsioonist.

4.9. Vastsündinu arengulukku märgitakse nahk-naha kontakti alguse ja lõpu aeg, esmase imetamise kestus.

*Allikad: 3,4,5,8,9,10,11,17,21,23,26,27,28,32,34,35,37,40*

**Tegevused eesmärkide saavutamiseks**

4.1. Sünnitusosakonnas vahetult peale sündi asetatakse vastsündinu emaga nahk-naha kontakti vähemalt 1 tunniks või rohkem kuni on toimunud esimene imetamine (1-3 tundi) ja toetatakse sellist käitumist kogu sünnitusjärgsel perioodil, eriti kui on tegemist imetamisprobleemidega. Nahk-naha kontakt tähendab, et kohe peale sündi laps kuivatatakse ja pannakse paljalt kõhuli asendis (pikisuunas) ema kõhule, rindkerele. Ema on selili, ülakeha veidi tõstetud, poollamavas asendis, emal on mõlemad käed vabad, ta saab last toetada - sellises asendis võtab laps kõige kauem ja paremini rinda, selline asend on vajalik nahk-naha kontaktiks sünnitusjärgselt, mitte külili asend! Laps kaetakse eelsoojendatud kahekordse suure froteerätikuga, pähe pannakse müts. Ideaalis kestab ema ja lapse nahk-naha kontakt 2 tundi kuni laps on ise rinnani jõudnud, rinnast imema hakanud ja on toimunud esimene imetamine. Vältitakse lapse tagantkiirustamist rinnale või lapsele ise rinna suhu panemist! Ei avaldata survet emale ja lapsele, kui ruttu esimene imetamine peaks toimuma, kui kaua see



peaks kestma, kui hästi laps rinna haarab või kui palju kolostrumi laps imeb.

Kaksikute sünnil pannakse võimalusel esimene kaksik ema kõhule nahk-naha kontakti, kuni ema hakkab teist last sünnitama. Siis antakse esimese lapse isale nahk-naha kontakti, kuni teine laps on sündinud. Seejärel pannakse mõlemad lapsed ema kõhule ja aidatakse hiljem imetamisel.

Varane nahk-naha kontakt ja edukas imetamine on doosist sõltuvad: mida pikem on esmane ema-lapse nahk-naha kontakt esimese 3 tunni jooksul peale sünnitust (ideaalis kestus minimaalselt 2 tundi) seda suurem on tõenäosus, et laps on ainult rinnapiimatoidul sünnitusmajas ja ka hilisemas perioodis (kogu imetamisperioodi õnnestumine, kvaliteet ja kestus on pikemad).

Emal ja lapse nahk-naha kontakt vahetult peale sünni on väga tähtis ja vajalik, kuna hoiab ema keha soojusega lapse soojana, rahustab ema ja last, aitab stabiliseerida lapse südametegevust ja hingamist, aitab metaboolset adaptatsiooni, veresuhkru stabiliseerumist lapsel, võimaldab lapsel rinda otsida ja ise rinda haarata, mis resulteerib efektiivse imemisega, koloniseerib lapse keha ema normaalsete keha bakteritega, vähendab lapse karjumist ning sellega vähendab stressi ja energia kaotust, tugevdab lähedase sideme teket ema ja lapse vahel. Lapsed, kelle seisund sünnijärgselt ei ole stabiilne – saavad emaga nahk-naha kontakti hiljem, seisundi stabiliseerumise järgselt.

4.1.1. Nahk-naha kontakti ajal on võimalik üliharva esinev risk vastsündinu postnataalseks kollapsiks esimese 24 tunni jooksul (s.o. juhuslik, õnnetus asfüksia, mis on asendist tingitud hingamisteede obstruktsioonist). Nahk-naha kontakti ajal on asfüktiline asend kui: laps on kõhuli ema rindkerel, rinnal või külili asendis ema kõrval ning nägu (nina, suu) on surutud tihedalt ema rinna või kõhu vastu ja/või kaetud tekiga - see võib põhjustada ülemiste hingamisteede obstruktsiooni, ohtlik ka lapse selili asend voodis või selili ema kõrval!

See ei tohiks olla põhjuseks, et vähendada või vältida nahk-naha kontakti, millel on selge teaduslikult tõestatud positiivne mõju emale ja lapsele. Oluline on teada riski faktoreid ja kindlustada, et - laps oleks ämmaemanda poolt sageli jälgitud esimesel 2-3 elutunnil. Lapse asend peaks olema ohutu nahk-naha kontakti ajal – s.t. nina ja suu oleksid vabad, hingamine oleks vaba, mitte suletud ülemised hingamisteed ema kõhuga või rinnaga; vältida pikaajast lapse üleni (eriti näo) kaetuna teki all olekut. Riski faktorid: esmassünnitaja – kogemuste puudus lapse õigeks jälgimiseks, õige asendi sättimiseks, ema ja lapse väsimus, ülekaaluline ema. Väsinud ema kõrvale voodisse ei peaks laps magama jääma, panna voodisse, ema kõrvale, külili asendisse.

4.2. Emadel aidatakse ära tunda viited lapse toitmiseelsele käitumisele. Kui laps on emaga nahk-naha kontaktis, toitmiseelne käitumine võib kesta minuteid, tund ja rohkem. Lapse toitmiseelne käitumine sisaldab: lühikest puhkust peale sünni uue ümbrusega tutvumiseks, otsimisrefleksi vallandumisel aktiivselt suuga otsimist, käe suu juurde toomist, sõrmede imemist, imemisliigutuste tegemist, keele suust välja ajamist, häälitsemist, rinna ja nibu katsumist käega; fookuseerimist rinna tumedale areoolile ja roomamist ema rinna suunas, jalgadega tõukamist, liikumist otse ja külgsuunas, rinnanibu leidmist ja laia suuga nibu haaramist.

4.3. Nahk-naha kontakti mittevajalikuks katkestamiseks ja esmase imetamise õnnestumiseks oodatakse vastsündinule vajalike rutiinsete protseduuridega nagu kaalumine, mõõtmine, vannitamine, lihasesiseselt K-vitamiini manustamine, pediaatri läbivaatus, riietamine või teki sisse mähkimine enne ema kõhule panekut, kuni on toimunud esimene imetamine. K-vitamiini süsti peaks tegema 6 tunni jooksul peale sünni. Vajadusel tagatakse personali teadmised ja oskused läbivaatuse tegemiseks ema kõhul. Laps võib selleks ajaks ema kõhule jääda, kui õmmeldakse episiotoomia või keisrilõike haava.

4.4. Toetatakse sünnitusaegseid tegevusi, mis soodustavad varast imetamist 30 minutist:

4.4.1. tegevused, mis toetavad ema vastsündinuga suhtlemisel: emotsionaalne sünnitusaegne toetus (tugiisik), limiteeritud invasiivsed protseduurid, tähelepanu pööramine ema valu leevendamisel ravimite toimest lapsele, varasel sünnitusaegsel perioodil lubada madala riskiga naisel süüa kerget toitu ja jooki energiavarude säilitamiseks, liikumisvabadus sünnituse ajal, vältida mittevajalikke keisrilõikeid ja soodustada varast ema-lapse kontakti, esimest imetamist. Ema toetamine sünnituse ajal realiseerub: varase ja sagedase imetamisega, lapsega kergemini lähedase sideme tekkega; lapsel pikema ärkvelolekuga peale sünni, vähenenud riskiga hüpotermiaks, hüpoglükeemiaks, stressiks ja vähemaks energiakaoks.

4.4.2. Võimalusel välditakse tegevusi, mis pidurdavad, takistavad ema-lapse kontakti ja imetamist: voodis lamamise nõudmine sünnitustegevuse ajal ja sünnitusel, emotsionaalse toetuse puudumine, söögi- ja joogi mitte lubamine, valu leevendamiseks ravimite kasutamine, millel on sedatiivne toime emale ja lapsele, episiotoomia teostamine, pidev loote monitooring. I/v infusioonravi - rakendada kindlatel näidustustel - piirab ema liikumist, liigse vedeliku infusioon emale võib beebil sünnijärgselt tekitada elektrolüütide düsbalansi ja suurt kaalukaotust; lapse kinnimähkimine peale sünni, lapse ja ema eraldamine sünnitusjärgselt.

4.5. Kui laps ei alustanud rinna imemist sünnitustoas, siis tagatakse emale lapsega nahk-naha kontakti jätkumine sünnitusjärgses palatis. Kui sünnitustoas on kiire, kohtade puudus, võib

ema ja lapse transportida nahk-naha kontaktis olles palatisse, kus kontakt jätkub.

Kui ema ei soovi oma last hoida, võib see olla sünnitusjärgse depressiooni-, lapsest loobumise või väärkohtlemise suuremaks riskiks. Julgustades kontakti võib see vähendada lapsele ema poolt kahju tekitamist.

4.6. Keisrilõike järgselt julgustatakse esmast imetamist nii kiiresti kui võimalik, potentsiaalselt operatsioonitoas või ärkamisruumis. Keisrilõike järgselt rutiinseks praktikaks võiksid olla varane ema–lapse nahk-naha kontakt ja abistamine imetamisel.

4.6.1. Spinaal- või epiduraalanesteesia korral laps sünnitatakse ema rindkerele, nahk-naha kontakti ja imetamise alustamine toimub 1. elutunnil nagu vaginaalse sünnituse korral.

4.6.2. Üldanesteesia korral nahk-naha kontakti tehakse ärkamisruumis, kui ema on adekvaatne, võib olla veel unine, seni võib olla nahk-naha kontakt isaga (tagab soojuse, rahulolu). Tavaliselt ~4 tundi pärast üldanesteesias keisrilõiget on ema adekvaatne ja võib alustada nahk-naha kontaktiga. Terve, heas seisundis ajaline vastündinu, võib seniks esimese toitmiskorraga oodata. Aidata ema, kui laps näitab valmisolekut imemiseks, otsib, leiab rinna ja imeb, juhul kui ema on veel unine

4.6.3. Isaga nahk-naha kontakt - on rutiinselt rakendatav alternatiivne sünnijärgne lapse eest hoolitsemise viis, kui ema ja lapse nahk-naha kontakt ei ole võimalik (keisrilõige). Suurendab lapse heaolu, soodustab suhtlemist ja vokaalset kommunikatsiooni vastündinud lapsega, aitab lapse temperatuuri soojana hoida, kuni emaga on kontakt võimalik.

Emaga võimaldatakse nahk-naha kontakti lapsega esimesel võimalusel vastavalt ema või lapse tervislikule seisundile.

4.6.4. Keisrilõike järgselt aidatakse emal leida sobiv imetamisasend: selili lamades, laps ema rindkerel; ema külili asendis - aitab emal valu vähendada esimestel tundidel SC järgselt ja võimaldab imetada isegi kui ema lamab lõdvalt ka spinaalanesteesia järgselt, padi panna selja taha, kui ema lamab külili; istuv asend, padi haavast kõrgemal või laps hoituna ema küljel käega, mis on rinnale lähemal; istuv asend, padi ema põlvede alla või ühe põlve alla.

4.6.5. Ema ja laps on keisrilõike järgselt ühes ruumis, vajadusel koos abistamisega, kuni ema on võimeline ise lapse eest hoolitsema.

4.7. Kui emal on HIV infektsioon, ema ei imeta last, kuid laps võib ikka ema juurde jääda. HIV positiivne ema peaks kindlasti oma last hoidma, hellitama, olema temaga füüsilises kontaktis.

4.8. Emasid informeeritakse imetamise kasuteguritest, esmase imetamise tähtsusest ning imetamise vastunäidustustest ja tagatakse piisav toetus ja juhendamine lähtudes situatsioonist.

4.9. Vastsündinu arengulukku märgitakse nahk-naha kontakti alguse ja lõpu aeg, kuna laps rinda võttis, mis näitab, et nahk-naha kontakt on sama tähtis kui teisedki tegevused, mida peab fikseerima haigusloos.

<b>5. Õpetage emadele, kuidas imetada ja laktatsiooni säilitada ka siis, kui ema ja laps asuvad eraldi</b>
5.1. Kõiki imetavaid emasid õpetatakse ja toetatakse rinnaga toitmise alustamisel esimese kuue sünnitusjärgse tunni jooksul ning tagatakse nõustamise järjepidevus osakonnas. Jagatakse informatsiooni, kuidas saada vajadusel kontakti imetamisnõustajaga.
5.2. Kõiki emasid juhendatakse rinnapiima tootmise stimuleerimise alustamise vajalikkuse osas esimese kuue sünnitusjärgse tunni jooksul ka siis kui ema ja laps asuvad eraldi ning tagatakse nõustamise järjepidevus osakonnas.
5.3. Kõikidele emadele õpetatakse käsitsi rinnapiima väljasõõrutamist. Kui rinnaga toitmine ei ole võimalik, püütakse tagada, et laps saaks oma ema välja sõõrutatud rinnapiima vähemalt 8 korda ööpäevas.
5.4. Kui ema ja lapse seisund lubab, püütakse tagada, et intensiivravil viibivate vastsündinute emad saavad käia oma last rinnaga toitmas.
5.5. Kui imetav ema on sünnitusjärgselt rehospitaliseeritud, luuakse võimalused ja toetatakse rinnaga toitmise jätkamist.
5.6. Emadele ei anta piiravaid soovitusi toidukordade kestuse ja arvu suhtes.
5.7. Kogu personali seas on vähemalt üks koolitatud imetamisnõustaja, kes on kättesaadav ning, kes omab valmidust imetavate emade toetamiseks ja õpetamiseks.
5.8. Osakonnas pakutakse personali poolt ööpäevaringselt abi imetamisel ning kontrollitakse korduvalt (vähemalt 1 kord päevas) imetamisvõtte õigsust ja lapse imemise efektiivsust.
5.9. Kõiki rinnaga toitvaid emasid juhendatakse ja jagatakse kirjalikke juhendmaterjale, mis käsitlevad järgmisi teemasid: <ul style="list-style-type: none"><li>• nahk-naha kontakt;</li><li>• rinnapiima positiivne mõju lapsele;</li><li>• rinnaga toitmise positiivne mõju emale;</li><li>• lapse õige asendi rinnal;</li><li>• õige imemisvõte;</li><li>• efektiivse imemise tunnused;</li><li>• toitmiskordade sagedus;</li><li>• nälja- ja täiskõhutundele viitavad lapse kehamärgid;</li><li>• nõudmisel imetamine;</li><li>• käsitsi rinnapiima välja sõõrutamine;</li><li>• imiku/lapse eakohane urineerimine ja roojamine;</li><li>• imetamisnõustaja, ämmaemanda või lastearsti poole pöördumise põhjused ja kontaktid</li><li>• luttide ja lutipudelite vältimine;</li><li>• lisatoidu (joogi) rutiinselt pakkumisest hoidumine;</li><li>• rindade hooldus;</li><li>• (tööseadusandlus imetamispauside õiguse kohta töööl.)</li></ul>

5.10. Kui last ei saa erinevatel põhjustel rinnaga toita (nt. ema või lapse haigus), siis juhendatakse ema last toitma alternatiivsete meetoditega lutipudelit vältides.

**Alternatiivsed toitmismeetodid:**

- suu kaudsed meetodid (tassist, lusikast, süstlast, otse rinnast piima suhu tilgutamine, pipetist, sõrmelt toitmise sondiga)
- pudelist toimine
- intragastraalse sondiga toimine.

5.11. Kõik lapse toimisega seonduv dokumenteeritakse vastsündinu arenguloos

5.12. Tagatakse piisav informatsioon (sh. piimasegu valmistamisjuhised ja toitmistehnikad) ja individuaalne nõustamine emadele, kelle puhul rinnaga toimine on vastunäidustatud või kui lisatoidu andmise vajadus on põhjendatud ja dokumenteeritud;

5.13. Tagatakse individuaalne nõustamine ning piisav informatsioon (sh. piimasegu valmistamisjuhised ja toitmistehnikad ning rindade hooldus) emadele, kes ei ole plaaninud ja/või ei soovi last rinnaga toita. Nõustamise läbiviimine ja ema otsus on nõuetekohaselt dokumenteeritud.

*Allikad: 3,4,12,35*

### **Tegevused eesmärkide saavutamiseks**

5.1. Antenataalselt teavitatakse kõiki lapseootel naisi imetamise kasuteguritest, füsioloogiast, rinnapiima koostisest jms. Sünnitus- ja sünnitusjärgses osakonnas on kättesaadavad infovoldikud, mis sisaldavad konkreetset teavet imetamise alustamisel sagedamini esineda võivate probleemide ja nende lahenduste kohta.

5.3. Imetavate emade ja vastsündinutega töötav personal omab piisavalt teadmisi, ja väljaõpet rinnapiima väljasõrutamise kohta ning õpetab seda sünnitanud naistele

5.3.2 Imetavate emade ja vastsündinutega töötav personal omab piisavalt teadmisi ja väljaõpet sõõrutatud rinnapiima säilitamise kohta.

5.4.1 Imetavate emade ja vastsündinutega töötav personal omab piisavalt teadmisi ja väljaõpet rinnapiima tootmise stimuleerimiseks ka siis kui ema ja laps asuvad eraldi ja õpetab seda sünnitanud naistele.

5.4.2 Sünnitus- ja sünnitusjärgne osakond teeb tihedat koostööd neonatoloogia osakonnaga, et tagada intensiivravil viibivate vastsündinute emadele võimalus käia oma last rinnaga toitmas esimesel võimalusel ja/või, et laps saaks väljasõõrutatud rinnapiima.

5.10 Imetavate emade ja vastsündinutega töötav personal omab piisavalt teadmisi ja väljaõpet väljasõõrutatud rinnapiima või vajadusel näidustatud lisatoidu alternatiivsete manustamisviiside kasutamiseks lutipudelit vältides ning õpetab seda sünnitanud naistele

## 6. Vastsündinu söök ja jook on rinnapiim, kui meditsiinilistel näidustustel ei ole määratud teisiti

6.1. Kogu kliiniku personal ja emad on teadlikud ternespiima koostisest ja kasuteguritest ning mittevajalikust lisavedeliku andmisest. Emasid informeeritakse lisavedeliku ja lutipudeli kasutamise potentsiaalsest negatiivsest mõjust. Vastsündinutele ei anta steriilset vett, glükoosilahust või piimasegu ilma näidustuseta.

6.2. Naise rinnaga toitmise soov ja realiseerumine dokumenteeritakse sünnitus- ja vastsündinu arenguloos.

6.3. Kõiki naisi informeeritakse lisatoidu (-joogi) kasutamisest ning selle võimalikust negatiivsest mõjust imetamise alustamisele, et emadel oleks võimalik langetada infomeeritud otsus lisatoidu kohta. Otsuse langetamise järgselt kliiniku personal aktsepteerib ja toetab ema poolt tehtud valikut.

6.4. Kliinikus ei ole imetavatele emadele lubatud jagada tasuta piimasegude kuponge, näidiseid ja reklaamesemeid.

6.5. Piimasegu pakkumise vajadus näidustusel hinnatakse ja põhjendatakse haigetele ja erivajadustega lastele ning dokumenteeritakse vastsündinu arenguloos.

6.6. Piimasegusid ja valmistamiseks vajalikke vahendeid hoitakse eraldi selleks ettenähtud ruumis, kuhu emad ei pääse.

Allikad: 2,4,14,17,30,35

### Tegevused eesmärkide saavutamiseks

6.1. Kõik kliiniku töötajad omavad piisavat ettevalmistust, et tagada emadele asjakohane toetus ja nõustamine. Terved ja ajalised vastsündinud, kes on sünnitusjärgses osakonnas koos emadega ei vaja piimasegu, seega välditakse mittevajaliku lisa andmist. Kui esineb probleeme rinnaga toitmisel on vajalik ema aidata, nõustada, mitte anda piimasegu ja ignoreerida probleemi. Kliiniku töötajal, kes pakub piimasegu probleemide lahendamiseks (rahutu laps, valulik imetamine, vms) võivad olla puudulikud teadmised ja oskused toetamiseks rinnaga toitmist. Piimasegu sage kasutamine võib viidata stressirohkele keskkonnale, kus pigem valitakse kiire, ajutine lahendus, mitte ei proovita lahendada probleemi ennast. Emasid teavitatakse, et on väga vähesed juhud, kui rinnaga toitmine tuleb meditsiinilistel põhjustel katkestada. Emadele on kättesaadav informatsioon ravimite kasutamise kohta imetamise ajal. Ante- ja postnataalne hooldus on personaalne ja lähtub individuaalsetest vajadustest. Vanematele suunatud teave peab andma ülevaate rinnapiima kasulikkusest, kuidas rinnaga toita ja kui see ei ole võimalik, kuidas toita turvaliselt piimasegu ja lutipudeliga. Imetamise toetamisel lähtutakse järgmistest põhimõtetest:

- imetamise kestvust ja sagedust ei tohiks piirata. Soodustatakse nõudmisel toitmist ja vajadusel toita mõlemast rinnast

- Öist toitmist tuleks soodustada.
- Emadele antakse nõu, kuidas ära tunda näljast imikut (millal imik annab märku, et teda tuleks toita).
- Toitmise kestvus ja sagedus on lastel erinev.
- Emad kellel on olnud instrumentaalne sünnitus või keisrilõige peaksid saama lisatoetust rinnaga toitmise alustamisel.
- Emadele tuleb pakkuda objektiivset ja üheselt mõistetavat informatsiooni.
- Tasuta näidised, kingitused või kirjandust, mis kajastavad otseselt imiku piimasegu ei edastata rasedatele või nende lähedastele.
- Personal peab olema toetav kui ema on otsustanud rinnaga mitte toita ja nendele emadele pakutakse igakülgset toetust nende poolt valitud toitmismeetodi kasutamiseks.

6.2. Naise rinnaga toitmise soov ja realiseerumine dokumenteeritakse sünnitus- ja vastsündinu arenguloos igapäevaselt lähtuvalt imetamise füsioloogiast.

6.3. Praktikas esineb olukordi, mil ilmneb meditsiiniline vajadus anda lisa- või laktatsioonieelset toitu tervele ajalisele vastsündinule. Lisatoidu, laktatsiooni eelse toidu andmine võib aga põhjustada:

- Imiku kõht on täis ja ta imeb vähem rinda.
- Imikul on raskusi rinna õige haaramisega, kui teda on eelnevalt lutist toidetud.
- Imik imeb ja stimuleerib vähem rinda.
- Piim tuleb hiljem rinda ning esineb raskusi imetamise väljakujunemisel.
- Imik võib kergemini haigestuda seedetrakti nakkustesse.
- Tal võib kergemini välja kujuneda piimasegu valgu talumatus.
- Tal võivad kergemini välja areneda allergilised haigused.
- Väheneb ema eneseusaldus, kui piimasegu kasutatakse nutva lapse rahustamiseks.
- Lisatoidu andmine on sageli ebavajalik ja võimalikku kahju tekitav kulutus.

Rinnapiima kasulikkus enneaegsetele lastele on leidnud kinnitust, seetõttu julgustatakse ja toetatakse emasid rinnaga toitmisel. Kui laps vajab ravi, jälgimist lastekliinikus ja/või lasteintensiivraviosakonnas nõustatakse ema, et lapsest lahusolek ei takista/välista rinnaga toitmist ning personal toetab ema rinnapiima tootmise alustamisel ning laktatsiooni säilitamisel.

6.5. Raskelt haiged, kirurgilist ravi vajavad ja väga väikese sünnikaaluga lapsed vajavad ravi neonatoloogia või lasteintensiivraviosakonnas. Nende toitmisel arvestatakse nende vajadusi ja erisusi, kuid rinnapiima püütakse anda igal võimalusel.

Erihooldust vajavate laste hulka kuuluvad sageli ka < 1500g või < 32 rasedusnädalal sündinud ja väga ebaküpsed, raske hüpoglükeemia ohuga või hüpoglükeemia tõttu ravi vajavad lapsed, kelle seisund rinnaga toitmise intensiivistamise või rinnapiima andmise järel ei parane.

Et hinnata, kas osakond kasutab vedelikke või piimasegusid ebaotstarbekalt, peab iga laps, kes saab lisavedelikku või -toitu, kuuluma ühte järgmistest gruppidest:

- ema on raskelt haige (psühhoos, eklampsia või šokk);
- kaasasündinud ainevahetushäire (galaktoseemia, fenüülketonuuria, vahtrasiirupitõbi);
- äge veekaotus (n: fototeraapia korral, kui rinnaga toitmise intensiivistamine ei taga adekvaatset hüdratatsiooni);
- laps, kelle ema saab ravimeid, mille korral on rinnaga toitmine vastunäidustatud (tsütotoksilised või radioaktiivsed ained, antitüreoidsed preparaadid peale propüülthiouratsiili).

#### **6.5.1. Järgmised lastegrupid võivad ajutiselt vajada piimasegu 1.-3. elupäeval:**

- ebaküps laps (dehüdreeritud, kõhn, turgor langenud).
- ülierutatud laps (närviline).
- enneaegne laps.
- sünnikaal <2500g või SGA (s.o. üsasisese kasvupeetusega).
- sünnikaal >4500g või LGA (s.o. liiga suur gest. aja kohta).
- janupalavikuga laps (alati mõtle, kas pole tegemist infektsiooniga).

NB! Alati on vaja iga last individuaalselt hinnata!

#### **6.5.2. Järgmised lastegrupid võivad vajada piimasegu pärast 3. elupäeva:**

- kaalulangus >10%.
- lapsed, kes keelduvad imemast või on imevad loiult;
- otsida põhjust, miks ta ei ime efektiivselt.
- ikterus, bilirubiin > 300 mmol/l.
- selgitada ikteruse põhjus ja ravida vastavalt.
- kehatemperatuuri tõus (janupalavik või infektsioon?).



## 7. Praktiseerige ema ja lapse ühes ruumis olekut – võimaldage emal ja lapsel olla koos ööpäevaringselt

7.1. Kõikidele sünnitusjärgsetele naistele luuakse võimalus emal ja lapsel olla koos ööpäevaringselt, et ema saaks imetamise soodustamiseks last rinnaga toita vastavalt lapse nõudmisele ja sageli kogu haiglas viibimise ajal.

7.2. Ema innustatakse hoolitsema iseseisvalt oma vastsündinu eest, pereliikmeid motiveeritakse osalema vastsündinu eest hoolitsemisel võimaldades emal puhata.

7.3. Imetavaid emasid informeeritakse öiste toidukordade vajalikkusest kinnitades, et see on normipärane vastsündinu ja imiku vajaduste rahuldamine.

7.4. Meditsiinilisi protseduure/läbivaatusi teostatakse ema palatis, kui see on võimalik ning praktiliselt teostatav. Kui laps on rinnal, loobutakse nii ema kui vastsündinu läbivaatustest/protseduuridest.

7.5. Vastsündinu emast eraldamine toimub vaid juhul, kui laps viibib ravil intensiivravipalatis või ema tervislik seisund on raske ja/või ei võimalda lapse eest hoolitseda.

Allikad: 2,4,5,8,9,10,11,17,21,23,26,35

### Tegevused eesmärkide saavutamiseks

7.1. Kõikidel emadel ja lastel võimaldatakse koos olla ööpäevaringselt, et ema saaks imetamise soodustamiseks last rinnaga toita vastavalt lapse nõudmisele ja sageli kogu haiglas viibimise ajal. Laps on kas voodikeses ema voodi kõrval, et ema näeks kergesti last ja saaks last enda juurde võtta või emaga ühes voodis, kui voodi on lai ja kõvema madratsiga.

7.2. Ema innustatakse hoolitsema iseseisvalt oma vastsündinu eest, pereliikmeid motiveeritakse osalema vastsündinu eest hoolitsemisel võimaldades emal puhata.

7.3. Imetavaid emasid informeeritakse öiste toidukordade vajalikkusest kinnitades, et see on normipärane vastsündinu ja imiku vajaduste rahuldamine. Emadele on kättesaadavad infomaterjalid imetamise füsioloogia ja laktatsiooni säilitamise kohta.

7.4. Lapse meditsiinilisi läbivaatusi pediatrivi või ämmaemanda poolt, vaksineerimisi teostatakse koos emaga/isaga (või ema/isa juuresolekul) selleks ettenähtud läbivaatustoas. Skriiningvere võtmine ainevahetushaiguste diagnostikaks võetakse ema palatis, valu leevendamiseks soovitatavalt kui laps on ema rinnal.

7.5. Ema ja lapse eraldamisel on negatiivne mõju imetamisele, lapsed karjuvad rohkem, emade rahulolu on väiksem, võib esineda psühholoogiline trauma nii emale kui lapsele. Kõik emad, kelle lapsed vajavad erilist hooldust, peavad olema teadlikud rinnapiima tähtsusest/vajalikkusest lapsele. Emadele tuleks õpetada: piima sõõrutamist ja kogumist, laktatsiooni säilitamist, enese eest hoolitsemist, selgitada puhkuse vajalikkust, piisava toidu ja joogivajalikkust, õigeid imetamisvõtteid, kui last on võimalik panna rinnale.

7.6. Laps ja ema on koos ühes toas ka keisrilõike järgselt – ei tohiks eraldada!

## **8. Julgustage/õpetage emasid vastsündinut/imikut rinnaga toitma lapse nõudmisel**

8.1. Emasid julgustatakse nõudmisel imetama. Rinnaga toitmise sagedus ja kestus põhineb iga vastsündinu individuaalsel vajadustel, kuid mitte harvem kui 8 korda ööpäevas. Rõhutatakse öise imetamise vajalikkust.

8.2. Sünnitusjärgselt õpetatakse emasid ära tundma vastsündinu imemissoovi ja õiget asendit rinnal; kontrollitakse imemisevõtte õigsust ja imemise efektiivsust; ööpäevaringselt pakutakse igakülget abi imetamisel.

8.3. Sünnitusjärgseks kohanemiseks uue olukorra ning imetamiskäitumise omaks võtmiseks lühendatakse sünnitusjärgseid külastustunde.

8.4. Kõiki emasid julgustatakse piimapaisu ja/või mastiidi puhul imetama sageli ning antakse juhiseid imetamise õnnestumiseks.

8.5. Kõik imetamishõustamisega seonduv dokumenteeritakse vastsündinu arenguloos.

*Allikad: 2,4,17,35,43*

### **Tegevused eesmärkide saavutamiseks**

8.1. Emadele on kättesaadav nõustamine ning vajalikud infomaterjalid imetamise kasuteguritest ja füsioloogiast.

8.2. Kogu kliiniku personal omab teadmisi vastsündinu kohanemisest imetamisega, õigetest imetamisasenditest ja –võtetest. Emasid õpetatakse ära tundma lapse imemissoovi väliste tunnuste alusel ning korrigeerima enda ja lapse imetamisasendit.

8.3. Antenataalse ettevalmistuse ja visiitide käigus vesteldakse vajadusest sünnitusjärgses perioodis haiglas oleku ajal külastusaja lühendamise, mis võimaldab emal ja perel pühendada rohkem aega vastsündinu eest hoolitsemisele, imetamisele ning puhkusele. Peretubades on olemas ustele riputatavad sildid mittetülitamise põhjustega – puhkus, imetamine vms.

8.4. Personal omab ettevalmistust, et nõustada imetamise alguses ning jätkudes ilmnedu võivate probleemide osas. Piimapaisu likvideerimiseks soovitatakse sageli imetada. Rinnanibulõhede ilmnemisel õpetatakse ema korrigeerima imemisasendit ja-võtet.

## **9. Ärge pakkuge rinnaga toidetavatele vastsündinutele rõngaslutti, pudelilutte või nibukaitseid ilma meditsiinilise näidustusega**

9.1. Kliiniku personal ei soovita tervetele ja ajalistele vastsündinutele rinnaga toitmise käivitumise perioodil lutti, lutipudelit ega rinnanibukaitseid; ka piimasegu pakkumise vajadusel.

9.2. Emasid nõustatakse rõngasluti ja nibukaitsete ebasoovitava mõju eest imetamise alustamisele, eriti lapse esimestel elupäevadel/nädalatel.

9.3. Lapsevanematele õpetatakse alternatiivseid piimasegu andmise viise (nt toitmine tassist/topsist/ süstlast/ lusikast).

9.4. Valu ja ebamugavust põhjustavate protseduuride ajal soovitatakse kasutada nahk-naha kontakti ja imetamist.

9.5. Kliinik ei kasuta ega reklaami tasuta lutipudeleid ega lutte ei otseselt ega kaudselt.

Allikad: 2,4,7,12,14, 16,17,24,29,35

### **Tegevused eesmärkide saavutamiseks**

9.1. AAP (*The American Academy of Pediatrics*) Ameerika Pediaatrite Akadeemia ei toeta kategoorilist rõngasluttide keelustamist, kuna luttide kasutamine võib vähendada riski SIDS-i (*sudden infant death syndrome*) imiku äkksurma sündroomi tekkeks ja neil on kasulik analgeetiline toime valulike protseduuride korral, kui imetamine ei saa tagada analgeesiat. Rõngasluttide kasutamine haiglas neonataalperioodis peaks olema limiteeritud eriliste meditsiiniliste näidustustega nagu näiteks: valu vähendamine ja lapse rahustamiseks ravimitega kokku puutumisel või oraalse motoorse funktsiooni parandamiseks haigel lapsel.

Kliiniku personal ei soovita emadele ja peaks vältima rõngasluttide ja lutipudelite kasutamist tervetele ajalistele vastsündinutele rinnaga toitmise ja laktatsiooni väljakujunemisperioodil esimestel elupäevadel ja nädalatel.

Tervete ajaliste vastsündinute emasid teavitatakse, et varajane rõngasluttide kasutamine on seotud vähem eduka imetamisega ja on vajalik edasi lükata kuni imetamine on hästi välja kujunenud, tavaliselt 3-4 nädalat peale lapse sünni, kui rõngaslutti võib kasutada lapse uinumisel või une ajal selili asendis magamisel.

9.2. Emasid nõustatakse varase rõngasluti ja kunstliku lutiga pudelist toitmise ebasoovitava, kahjuliku mõju eest imetamise alustamisele, ainult rinnaga toitmise edukusele ja kogu imetamisperioodi lühemale kestusele.

Rinnanibukaitseid ei kasutata rutiinselt imetamisprobleemide korral, rinnalõhede vältimiseks või raviks, lamedate ja sissepöördunud rinnanibude korral. Rinnanibukaitseid kasutatakse ainult ajutise abivahendina kooskõlastatult imetamisnõustajaga, kui teised võtted probleemi lahendamiseks on ebaõnnestunud.

9.2.1. Rõngasluttide kasutamist tuleks vältida ja mitte soovitada, kuni ei ole edukas imetamine väljakujunenud.

- Imikul on raskusi rinna õige haaramisega, kui teda on eelnevalt lutist toidetud.
- Mõnikord võivad lapsed eelistada lutti ja keelduda imemast ema rinda.
- Kui näljasele lapsele pakutakse söögi asemel lutti, laps saab vähem piima ja võtab kaalus vähe juurde.

- Lutid ja pudelid võivad kanda edasi nakkust ja ei ole vajalikud isegi mitte rinnaga toitvatele emadele.
- Kõrvapõletikud ja hambumuse probleemid on sagedasemad piimasegu või lutti saavatel imikutel.
- Üksikutel juhtudel, kui on vajalik anda piimasegu on soovitatav toita topsist, kuna seda on kergem puhastada ja kindlustab selle, et laps on hoitud õigesti ja teda jälgitakse toitmise ajal. Topsiga toitmine ei võta kauem aega kui pudeliga.
- Lapsed, kes on imenud lutti, lõpetavad tavaliselt varem rinnast imemise.

9.3. Lapsevanematele õpetatakse lisatoidu andmise vajadusel alternatiivseid lisatoidu andmise viise (tassist, topsist, lusikast, süstlast).

9.4. Valu leevendamiseks ja ebamugavust põhjustavate protseduuride ajaks soovitatakse kasutada nahk-naha kontakti ja imetamist. Lapse rahustamiseks luti asemel soovitatakse kasutada nahk-naha kontakti ja imetamist, süles hoidmist, kõndimist, massaaži, rahulikku muusikat.

9.5. Kliiniku personal ei reklaami rinnapiima alternatiive, lutipudeleid ega lutte ei otseselt ega kaudselt. Samuti ei kasuta kliiniku personal piimasegusid tootvate firmade logosid kandvaid reklaamtooteid, näiteks postreid, kalendreid, kruuse, kirjutusvahendeid, märkmikke jm.

## **10. Soosige imetamise tugigruppide moodustamist ja suunake emasid nendesse pärast sünnitusmajast lahkumist**

10.1. Riskigrupi kuuluvatele emadele koostatakse vajadusel kirjalik plaan imetamise jälgimiseks, mille meeskonda kaasatakse vajadusel teisi spetsialiste.

10.2. Imetavatele emadele jagatakse nii suulist kui kirjalikku informatsiooni rinnaga toitmise ajal ilmnedavate probleemide lahendamiseks ja imetavate emade toetamiseks ning julgustamiseks. Naistekliinik tagab kättesaadava imetamisnõustamise kõikidele imetavatele emadele, luues selleks erinevaid võimalusi – veebinõustamine, imetamisnõustajate vastuvõtt, 24 tunni nõuandetelefon jms.

10.3. Jätkuhoolduse osutamiseks ning rinnaga toitmise edendamiseks ja emade sünnitusjärgseks toetamiseks analüüsitakse võimalusi ja vajadust sünnitusjärgsete koduvisiitide juurutamiseks.

10.4. Rinnaga toitmise edendamiseks kogukonnas arendatakse süsteemset imetamise tugigruppide ja imetamisnõustajate võrgustiku koostööd.

Allikad: 1,2,3,4,6,15,17,19,20,22,35

## Tegevused eesmärkide saavutamiseks

10.1. Päevad, mis järgnevad haiglast lahkumisele, otsustavad rinnaga toitmise õnnestumise või ebaõnnestumise. Seetõttu on oluline, et ema on teadlik, kes teda rinnaga toitmisel tekkivate probleemide korral aidata võib. Peamine põhjus varasele piimasegu kasutamisele üleminekul on emade poolt tajutud raskused rinnaga toitmisel. Kõige sagedamini kirjeldatud imetamisprobleemid esimesel sünnitusjärgsel kuul on: magav laps, valulikum rinnanibud, "lekkivad" ja piimapaisu tõttu tursunud rinnad, rinnapiima tagasiheide, liiga sagedane imetamine ja ema kurvameelsus. Sagedaseima rinnaga toitmise loobumise põhjusena mainitakse siiski ebapiisavat rinnapiima kogust. Kirjanduse andmetel on enamus emasid füsioloogiliselt võimelised tootma oma lapse vajaduste tarbeks piisavas koguses rinnapiima, seega on emade poolt tajutud rinnapiima vähesuse põhjuseks pigem ebaõiged imetamisvõtted, ebapiisav imetamise nõustamine ning jätkupidev toetuse puudumine haiglast lahkumise järgselt.

10.2. Kõiki rinnaga toitvaid emasid informeeritakse, kuidas saada vajadusel kontakti imetamisnõustaja, ämmaemanda, naistearsti või imetamise tugigruppidega. Seda informatsiooni pakutakse kõikidele suuliselt ja kirjalikus vormis. Imetamisnõustamine on kättesaadav kõikidele. Rinnaga toitvate emade jaoks tagatakse hoolduse järjepidevus sünnitusjärgselt haigla personali poolt ja haiglast lahkumise järgselt kogukondlike tugivõrgustike ja imetamisnõustajate poolt. Selleks pakutakse järjekindlalt teaduspõhist nõustamist ja toetust emadele ja nende peredele, et julgustada rinnaga toitmise jätkamist. Nõustamise järjepidevuse tagamiseks rakendatakse järgmisi meetmeid:

- 24-tunni nõuandetelefon, mille abil rinnaga toitvad emad saavad probleemide tekkimisel asjakohast nõu ja abi;
- emadele antakse põhjalikku korrektset nõustamist ja toetust nende lühikese sünnijärgses osakonnas oleku ajal;
- kliiniku personali positiivne suhtumine ja hoiak aitab hajutada hirme;
- naistekliinikust lahkumisel antakse emadele nimekiri kliiniku ja tugivõrgustiku kontaktisikutega, kes on vajadusel kättesaadavad.

Rinnaga toitva ema nõustamisel arvestatakse imetamise alustamist ja jätkamist mõjutavaid tegureid: ema vanus, haridustase, sotsiaal-majanduslik staatus, perekonnaseis, tööhõive, kahjulikud harjumused, imetamisega seonduvad teadmised ja hoiakud, varasem

imetamiskogemus ning sotsiaalse tugivõrgustiku olemasolu ja hoiakud, aga ka laiemas ühiskonnas valdavad hoiakud. Erilist tähelepanu tuleb pöörata noortele, madala sissetulekuga, tugivõrgustiku toetuseta naistele.

10.3. Emadushoolduse jätkupidevuse loomiseks, rinnaga toitmise edendamiseks ning imetavate emade ja noorte perede sünnitusjärgseks toetamiseks ja kohanemiseks analüüsitakse sünnitusjärgsete koduviitide vajadust ja kulutõhusust. Lähtudes analüüsist alustatakse sünnitusjärgsete koduviitide juurutamisega.

10.4. Toetus rinnaga toitvatele emadele on väga oluline esimestel päevadel pärast haiglast lahkumist. Vabatahtlikud imetamise tugigrupid on tähtsaks kogukonnapoolseks abiallikaks, mis on naistele kättesaadavad ning ei eelda olulisi lisakulutusi. Emasid informeeritakse raseduse ajal ja peale haiglast lahkumist erinevatest rinnaga toitvate emade tugigruppide kogukonnas. Tugeva, riiklikult toetatud tugigruppide võrgustiku olemasolu on üheks mõjutavaks teguriks, mis on kirjanduse andmetel aidanud mitmes Euroopa riigis suurendada rinnaga toitmise mõju. Imetamise tugigruppide eesmärgiks on motiveerida ja toetada rinnaga toitvaid emasid ning aidata neil, kes ei saa, või on otsustanud mitte rinnaga toita, alustada rinnaga toitmist. Kogukondlikud imetavate emade tugigrupid on väga efektiivseks vahendiks tervise edendamisel. Emade tugigrupid teevad tihedat koostööd haigla imetamisnõustajatega. Soovituslikult peaksid toimuma kohalikul tasandil regulaarsed kohtumised tervishoiutöötajate ja vabatahtlike tugigruppide vahel. Koostöös imetamise tugigruppidega korraldatakse vajaduspõhiselt täiendkoolitusi tugigrupiliikmetele. Kliiniku personal on informeeritud kogukonnas tegutsevatest vabatahtlikest tugigruppidest ning edastab emadele haiglast lahkumisel tugigruppide kontaktandmed. Infomaterjalid tugigruppide kontaktandmetega on selgelt nähtaval ja kättesaadav nii naistenõuandlas, perekeskuses kui sünnijärgses osakonnas. Haiglast varajane koju saatmine võib olla imetamise jätkamist takistavaks teguriks. Varajane koju saatmine peab olema paindlik ning selle rakendamine sõltub iga naise individuaalsest valmisolekust. Ema teadlikkus erinevate usaldusväärsete toetusgruppide olemasolust ja asukohast peaks olema üheks koju saamise kriteeriumitest. Jätkupidev toetussüsteem tagab rinnaga toitmise edukuse.

## Beebisõbraliku Haigla Algatuse hindamiskriteeriumid

Naistekliiniku andmed kinnitavad, et vähemalt 75% eelmisel aastal sündinud lastest on toidetud üksnes rinnapiimaga või välja pumbatud piimaga sünnist kuni väljakirjutamiseni või kui ei ole, on selleks dokumenteeritud meditsiiniline näidustus.

Kõikide kliiniliste protokollide või standardite ülevaade rinnaga toitmise või imikute toitmise, mida kasutakse emadushoolduses on kooskõlas beebisõbraliku haigla standarditega (BFHI) ja sisaldavad teaduspõhiseid juhiseid.

<b>1. Omage kirjalikku imetamisstrateegiat, mida teadvustatakse reeglipäraselt kogu asutuse personalile ja mis on kättesaadav rasedatele/sünnitajatele/ peredele!</b>		
Tervishoiuasutusel on kirjalik rinnaga toitmise või imiku toitmise strateegia, mis lähtub 10 sammust edukaks imetamiseks ja kaitseb ning edendab rinnaga toitmist järgides Rahvusvahelist piimasegude turustamise koodeksit.		
HIV positiivsetele emadele jagatakse informatsiooni ning tagatakse asjakohane nõustamine imiku toitmise kohta, et võimaldada neil teha olukorrale vastav otsus toitmisevalikute osas.		
Strateegia sisaldab juhiseid/tegevusi, mille abil „10 sammu edukaks imetamiseks“ rakendatakse ning strateegilised eesmärgid saavutatakse.		
Strateegia on kättesaadav kõikidele personali liikmetele, kes tegelevad rasedate, imetavate emade ja vastsündinutega ning oskavad vajadusel anda suuniseid, kuidas strateegiat leida.		
Strateegia kokkuvõtte, mis sisaldab vähemalt ülevaadet peamistest eesmärkidest ja tegevustest, „10 sammu edukaks imetamiseks“, „Rahvusvaheline piimasegude turustamise koodeksit“ ja HIV positiivsete emade toetamist, on kirjalikult kättesaadav ja nähtaval kõikides osakondades (perekeskus, naistenõuandla, sünnieelses, sünnitus- ja sünnitusjärgses, neonatoloogia- ja lasteintensiivraviosakonnas), kus osutatakse tervishoiuteenust rasedatele, imetavatele emadele, vastsündinutele ja/või imikutele.		
Strateegia kokkuvõtte on esitatud keeles, mis on üldiselt emade ja personali poolt kasutatud ja mõistetud		
<i>Hindamisküsimused</i>	JAH	EI
1.1 Kas tervishoiuasutusel on kirjalik rinnaga toitmise/vastsündinu toitmise strateegia, mis lähtub emadushoolduses ja HIV positiivsete emade toetamisel kõikidest „10 sammust edukaks imetamiseks“ ?		
1.2 Kas strateegia kaitseb rinnaga toitmist keelates piimaasendajate kasutamise ja reklaami, pudelist toitmise ja kunstlikke luttide kasutamise?		
1.3. Kas strateegia keelustab piimasegude reklaamide, näidiste ja reklaamide edastamise naistele ja emadele?		
1.4 Kas rinnaga toitmise strateegia on kättesaadav kogu personalile, kes tegelevad rasedate, imetavate emade ja vastsündinutega?		



1.5. Kas imetamise strateegia kokkuvõte, mis sisaldab UNICEF-I „10 sammu edukaks imetamiseks“, „Rahvusvaheline piimasegude turustamise koodeksit“ ja HIV positiivsetele emadele osutatava hoolduse põhimõtteid, on nähtaval kõikides tervishoiuasutuse osakondades, kus osutatakse emadushooldust?		
1.6 Kas rinnaga toitmise strateegia on kirjutatud ja sõnastatud üldarusaadavas keeles?		
1.7 Kas on loodud/olemas mudel strateegia efektiivsuse hindamiseks?		
1.8 Kas kõik rinnaga toitmise ja vastsündinu toitmise seotud strateegiad/protokollid on kaasajastatud tuginedes teaduspõhiste standarditele?		

## 2. Koolitage personali strateegiliste eesmärkide saavutamiseks vajalike vilumuste saamiseks ja säilitamiseks

Emadushooldusüksuse juht tagab, et kogu personal, kes puutub kokku rasedate, imetavate emade ja vastsündinutega, on teadvustanud rinnaga toitmise strateegia sisu ja juhised.

Imetamisnõustamise ja edendamise õppe- või koolituskava erinevate tasemel personali liikmetele on hindamiseks kättesaadav, koolituskava uutele töötajatele on kavandatud ja ülevaatamiseks kättesaadav.

Koolituste ülevaated/ tunnistused kinnitavad, et 80% või enam personali liikmetest, kes puutuvad kokku rasedate, imetavate emade ja vastsündinutega ja on töötanud 6 kuud või enam, on saanud imetamisalase koolituse kohe töötamist alustades või läbinud hästi juhendatud iseseisvalt õppides või osalenud veebipõhisel kursusel, mis käsitleb „10 sammu edukaks imetamiseks“, „Piimasegude turustamise koodeksit“ ja emasõbraliku hoolduse mudelit. Emade adekvaatseks toetamiseks vajalike teadmiste ja oskuste omandamiseks peab läbitud koolituse maht olema vähemalt 20 tundi, sisaldades vähemalt 3 tundi juhendatud praktilist kogemust.

Dokumentatsioon kinnitab, et tugipersonal on saanud koolituse, mis tagab adekvaatse ettevalmistuse, et toetada ja julgustada imetavaid emasid ning mõista oma rolli emade suunamisel ja positiivsete hoiakute kujundamisel.

Personalile on korraldatud koolitusi, mis käsitlevad mitte imetavate emade toetamist. Kursuse ülevaade ja väljundid on hindamiseks kättesaadavad. Kursusel käsitletavat teemat on:

- erinevate toitmiseviiside kasutegurid ja riskid;
- toitmiseviisi valikuid mõjutavad tegurid, sobiva toitmiseviisi valik;
- nõuetekohane piimasegu valmistamine, toitmise ja säilitamine;
- juhendamine ja pedagoogika;
- imetavate emade toetamine ning seeläbi piimasegude kasutamise tõenäosuse vähendamine.

***Koolituse tüüp ja selle läbinud personali liikmete hulk on antud asutuse vajaduste rahuldamiseks adekvaatne, kui juhuslikult valitud kliinilise personali liikmetest:***

vähemalt 80% kinnitab, et nad on osalenud kirjeldatud koolitusel või, kui nad on emadushoolduses töötanud vähem kui 6 kuud, on saanud ülevaate strateegiast ning mõistab oma rolli selle rakendamisel.

Vähemalt 80% on võimelised vastama imetamise toetamise ja edendamise seotud neljale küsimusele viiest õigesti.

Vähemalt 80% suudavad nimetada kaks olulist teemat, mida on vajalik arutada rasedaga, kes kaalub oma last toita piimasegu mitte rinnapiimaga.



<b>Juhuslikult valitud tugipersonalist:</b>		
vähemalt 70% kinnitavad, et nad on asutuses töötamise ajal osalenud rinnaga toitmise strateegiat tutvustaval koolitusel ja/või imetamise toetamist ja edendamist käsitleval koolitusel.		
Vähemalt 70% suudavad nimetada vähemalt ühe põhjuse, miks rinnaga toitmine on oluline/tähtis.		
Vähemalt 70% suudavad kirjeldada ühte võimalikku tegevust emadushoolduses, mis edendab või kaitseb rinnaga toitmist.		
Vähemalt 70% suudab välja tuua vähemalt ühe võimaluse, kuidas nemad saavad toetada emasid imetamise alustamisel ja/või jätkamisel.		
<b><i>Hindamisküsimused</i></b>	<b>JAH</b>	<b>EI</b>
2.1 Kas kõik rasedate, imetavate emade ja vastsündinutega tegelevad personali liikmed, kes alustavad tööd, on teadvustanud rinnaga toitmise strateegilisi põhimõtteid?		
2.2 Kas personali liikmed, kes tegelevad rasedate, imetavate emade ja vastsündinutega on teadlikud rinnaga toitmise tähtsusest ja tuttavad asutuse tegevustega, mis võimaldavad kaitsta, edendada ja toetada rinnaga toitmist?		
2.3. Kas personali liikmed, kes tegelevad rasedate, imetavate emade ja vastsündinutega on saanud imetamise edendamist ja toetamist käsitleva koolituse kuue kuu jooksul alates oma tööle asumisest, kui ei ole läbitud arvestatav imetamisega seonduv koolitus mujal?		
2.4 Kas koolituskava käsitleb kõiki „10 sammu edukaks imetamiseks“ ja „Rahvusvahelise piimasegude turustamise koodeksi“ teemasid?		
2.5. Kas koolitusprogrammi kogumaht kliinilisele personalile on vähemalt 20 tundi, sisaldades minimaalselt 3 tunni ulatuses kliinilist juhendamist?		
2.6 Kas tugipersonali koolitus on piisav, käsitledes nende rolli ja võimaldades edukaks imetamise toetamiseks vajalikke teadmisi ja oskusi?		
2.7 Kas koolitusprogramm käsitleb teemasid seonduvalt mitte rinnapiimaga toidetud laste toitmise ning emade toetamisega, kes on otsustanud oma last mitte imetada?		
2.8 Kas tugipersonal (hooldajad, sotsiaaltöötajad, koristajad, sanitarid on võimelised vastama imetamise ja imetavate emade toetamisega seotud lihtsatele küsimustele?		
2.9. Kas tervishoiuasutus on korraldanud spetsiaalseid kursusi imetamishooldajate koolitamiseks?		

### 3. Teavitage kõiki rasedaid ja nende lähedasi imetamise kasulikkusest ja selle korraldamisest

Kui kliiniku juurde kuulub antenataalset hooldust pakkuv üksus või sünnieelne osakond statsionaarsete patsientidele:

Rasedatele naistele jagamiseks on kättesaadavad kirjalikud juhendmaterjalid, mis sisaldavad elementaarset informatsiooni imetamise kohta.

Antenataalsete konsultatsioonide käigus käsitletakse järgmiseid teemasid: imetamise tähtsus, varase ja püsiva nahk-naha kontakti tähtsus, rinnaga toitmise varane algatamine, ema ja lapse koosolemine kogu ööpäeva vältel, toitmine lapse nõudmisel, toitmise sagedus piisava piimakoguse tagamiseks, õige imetamisasend ja imemisevõte, ainult rinnaga toitmine esimese 6 kuu jooksul, piimasegu pakkumise riskid, rinnaga toitmise jätkumise tähtsus ka peale 6. elukuud, mil laps hakkab saama lusikatoitu.

**Raseduse kolmandal trimestril juhuslikult valitud rasedate hulgast, kes on käinud vähemalt kahel antenataalsel visiidil:**

vähemalt 70% kinnitavad, et personal on vestelnud nendega individuaalselt või grupivestluse vormis (perekooli loengutes) imetamisest,

vähemalt 70% on võimelised adekvaatselt kirjeldama, mida arutati kahel teemal järgnevatest: nahk-naha kontakti tähtsus, ema ja lapse koosolemine ööpäevaringselt ning lisatoidu andmise riskid rinnaga toitmise ajal esimese 6 kuu jooksul.

<i>Hindamisküsimused</i>	JAH	EI
3.1 Kas kliiniku juurde kuulub antenataalset hooldust pakkuv üksus või statsionaarsete patsientide sünnieelne osakond?		
3.2 Kui jah, siis kas rasedaid naisi, kes saavad antenataalset hooldust, on informeeritud rinnaga toitmise tähtsusest ja selle korraldamisest?		
3.3 Kas antenataalne dokumentatsioon näitab, et rasedate naistega on arutletud rinnaga toitmise teemal?		
3.4 Kas antenataalne õpetamine, nii suuliselt kui kirjalikus vormis, hõlmab rinnaga toitmise tähtsust ja korraldamist?		
3.5 Kas rasedad on kaitstud suulise või kirjaliku piimaseguga toitmise reklaami eest?		
3.6 Kas rasedad naised, kes saavad antenataalset hooldust, on võimelised kirjeldama toidulisandite andmise riske rinnaga toitmise ajal esimese kuue kuu jooksul?		
3.7 Kas rasedad, kes saavad antenataalset hooldust, on võimelised kirjeldama varase nahk-naha kontakti tähtsust emale ja lapsele ning ema ja lapse kogu ööpäeva vältel koosolemise tähtsust?		
3.8 Kas rasedate antenataalse jälgimise dokumentatsioon on kättesaadav sünnituse ajal?		

**4. Aidake emal algatada imetamist lapse esimesel elupooltunnil, võimaldage ema ja vastsündinu nahk-naha kontakti ning abistage ema lapse toitmisel siis, kui beebi on imemiseks valmis**

**Juhuslikult valitud vaginaalselt või ilma üldanesteesiata teostatud keisrilõike teel sünnitanud emad sünnitusjärgses osakonnas:**

Vähemalt 80% sünnitanutest kinnitavad, et lapsed pandi emaga nahk-naha kontakti vahetult peale sündi või viie minuti jooksul peale sündi ja see kontakt kestis ilma ema-lapse eraldamiseta vähemalt üks tund või rohkem, v.a. juhul kui ei esinenud õigustatud meditsiinilisi põhjusi kontakti katkestamiseks.

Vähemalt 80% kinnitavad, et neid julgustati, õpetati ära tundma viiteid lapse toitmisele käitumisele, lapse valmidusele rinnast imemiseks esimese kontakti ajal ja vajadusel abistati.

Kui mõnel juhuslikult valitud emadest oli üldanesteesiaga keisrilõige, vähemalt 50% peavad kinnitama, et nende lapsed pandi nendega nahk-naha kontakti niipea, kui ema reageeris ja oli ärkvel, millele järgnes esmane imetamine.

Vähemalt 80% juhuslikult valitud emadest, kes on lapsega erihoolduse all, kinnitavad, et neil on olnud võimalus hoida oma last nahk-naha kontaktis või kui mitte, siis personalil on selleks õigustatud põhjused, miks seda ei saanud teha.		
Vaginaalsete sünnituste jälgimine, kui on vajalik kinnitada reegli nr. 4 järgimist, vähemalt 75% juhtudest, vastsündinud peaks pandama nahk-naha kontakti oma emaga viie minuti jooksul peale sünni, kontakt peaks kestma ema-lapse eraldamiseta vähemalt 60 minutit, emadele peaks õpetatama ära tundma viited, kui laps on valmis rinnast imema, vajadusel abistama ema. Nahk-naha kontakti ära jätmiseks peab olema õigustatud meditsiiniline põhjus.		
<b>Hindamisküsimused</b>	JAH	EI
4.1. Kas lapsed, kes on sündinud vaginaalselt või regionaalanesteesias teostatud keisrilõike teel, on koheselt peale sünni asetatud nahk-naha kontakti oma emadega ning emasid julgustatakse jätkama nahk-naha kontakti vähemalt 60 minutit või kauem?		
4.2 Kas lapsed, kes on sündinud üldanesteesias teostatud keisrilõike teel, on asetatud nahk-naha kontakti oma emadega esimesel võimalusel, kui emad on ärkvel ja valmis alustama ja jätkama nahk-naha kontakti vähemalt 60 minutit või kauem?		
4.3 Kas kõiki emasid on selle aja jooksul abistatud ära tundma viiteid, kui laps on rinnast imemiseks valmis ning vajadusel osutatud abi?		
4.4 Kas emasid, kelle lapsed on erihoolduse all on julgustatud oma last hoidma nahk-naha kontaktis, või kui mitte, siis peab selleks olema õigustatud põhjus, miks seda ei saanud teha?		

<b>5. Õpetage emadele, kuidas imetada ja laktatsiooni säilitada ka siis, kui ema ja laps asuvad eraldi</b>
Emadele, kes pole kunagi rinnaga toitnud või kellel on varem esinenud probleeme imetamisega pööratakse erilist tähelepanu ja toetatakse nii sünnituseelsel kui ka sünnitusjärgsel perioodil. 75% vaatlusjuhtudest kinnitavad, et personali poolt on demonstreeritud piimasegu valmistamist ja lapse toitmist sellega ning emadel on palutud demonstreerida oma oskusi.
<b>Juhuslikult valitud personali liikmed</b> Vähemalt 80% personalist õpetab emadele õigeid imetamise asendeid ja imetamisevõtteid ning on võimelised kirjeldama või näitama õiget imetamise tehnikat. Kui mitte, siis juhendavad emasid kelle poole ja kuhu pöörduda abi või nõustamise saamiseks.
Vähemalt 80% personalist õpetab emadele käsitsi rinnapiima väljasõõrutamist, oskavad kirjeldada ja demonstreerida vastavat tehnikat. Kui mitte, siis juhendavad emasid kelle poole ja kuhu pöörduda abi või nõustamise saamiseks.
Vähemalt 80% personalist oskab kirjeldada rinnaga mitte toitvatele emadele, kuidas ohutult toidusegu valmistada. Kui mitte, siis juhendavad emasid kelle poole ja kuhu pöörduda abi või nõustamise saamiseks.

<b>Juhuslikult valitud emad (sh. keisrilõikega sünnitanud):</b> Vähemalt 80% rinnaga toitvatest emadest väidab, et keegi personalist on pakkunud abi imetamisel, sealhulgas ka esimese kuue tunni jooksul pärast sündi.			
Vähemalt 80% rinnaga toitvatest emadest väidab, et keegi personalist on pakkunud abi imetamisel juhendades õigeid imetamise asendeid ja imetamisevõtteid.  Vähemalt 80% rinnaga toitvatest emadest suudab demonstreerida või kirjeldada õiget imetamise asendit ja imetamisvõtteid.			
Vähemalt 80% rinnaga toitvatest emadest suudab kirjeldada märke, mis näitavad lapse imetamistehnika õigsust ja imemise efektiivsust.			
Vähemalt 80% rinnaga toitvatest emadest väidab, et neid on juhendatud käsitsi rinnapiima väljasõrutama või neile on antud vastavat infomaterjali ning juhendatud, kelle poole ja kuhu pöörduda abi või nõustamise saamiseks.			
Vähemalt 80% emadest, kes on otsustanud mitte imetada, väidab, et neile on pakutud igakülgselt abi toidusegu valmistamisel ja lapse toitmisel; suudavad kirjeldada saadud soovitusi ja neilt on palutud peale juhendamist ka ise segu valmistamist demonstreerida.			
<b>Juhuslikult valitud erihooldust vajavate laste emad:</b> Vähemalt 80% rinnaga toitvatest või seda teha soovivatest emadest väidab, et neile on pakutud abi rinnapiima tekke stimuleerimiseks ja rinnapiima produktsiooni säilitamiseks sealhulgas ka esimese kuue sünnitusjärgse tunni jooksul.  Vähemalt 80% rinnaga toitvatest või seda teha soovivatest emadest väidab, et neid on juhendatud käsitsi rinnapiima väljasõrutama.			
Vähemalt 80% rinnaga toitvatest või seda teha soovivatest emadest suudab adekvaatselt kirjeldada ja demonstreerida kuidas neid juhendati rinnapiima käsitsi väljasõrutama.			
Vähemalt 80% rinnaga toitvatest või seda teha soovivatest emadest väidab, et neile on räägitud rinnaga toitmise või rinnapiima väljasõrutamise vajalikkusest 6 või enam korda ööpäevas, et tagada rinnapiima jätkusuutlik produktsioon.			
	<b><i>Hindamisküsimused</i></b>	<b>JAH</b>	<b>EI</b>
5.1.	Kas personal pakub imetavatele emadele abi ja toetust sünnitusele järgneva kuue tunni jooksul?		
5.2.	Kas personal toetab lapse toitmise õnnestumist nii rinnaga toitvate kui mitteimetavate naiste puhul, kirjeldades kasutatavaid informatsiooni edastamise viise ja demonstreerides vajalikke oskusi.		
5.3.	Kas kliiniline personal või rinnaga toitmise juhendamisele spetsialiseerunud nõustajad on täis tööajaga kättesaadavad emade nõustamiseks?		
5.4.	Kas personal pakub nõuandeid imiku toitmiseks ja rindade hoolduseks emadele, kelle laps vajab erihooldust ja kes on otsustanud mitte imetada?		
5.5.	Kas imetavad emad suudavad demonstreerida lapse õiget asendit rinnal ja õiget imemisvõtet ?		

5.6. Kas imetavatele emadele on näidatud, kuidas rinnapiima väljasõrutada või neid on informeeritud, kelle kaudu nad saavad abi, kui nad peaksid seda vajama?		
5.7. Kas emadele, kes ei oma eelnevat imetamiskogemust või kellel on imetamisega varem ilmnenu probleeme, pakutakse naistekliiniku personali poolt süvendatult juhendust ja toetust nii antenataalselt kui sünnitusjärgselt?		
5.8. Kas emadele, kes on otsustanud mitte rinnaga toita, on näidatud, kuidas piimasegu valmistada ning last toita ja antud võimalus oma oskusi demonstreerida?		
5.9. Kas erihooldust vajavate laste emasid, kes soovivad imetada, on aidatud 6 tunni jooksul peale sünnitust alustada rinnapiima väljasõrutamisega, et laktatsiooni käivitada ja säilitada ning nõustatud selle sageduse osas?		

## 6. Vastsündinu söök ja jook on rinnapiim, kui meditsiinilistel näidustustel ei ole määratud teisiti

Emadele ei jaotata materjale, mis soovivad toitmisel kasutada piimasegu, ajakava järgi toitmist või muud ebasobivat praktikat,

Kliinikus on sobiv ruum ja vajalikud vahendid, et näidata kuidas valmistada piimasegu ja erinevaid toitmisevõimalusi eemal rinnaga toitvatest emadest.

Vaatlus sünnitusjärgses osakonnas/palatites ja laste vaatlus erinevates valdkondades näitavad, et vähemalt 80% lastest on toidetud ainult rinnapiimaga või on mõjuv meditsiiniline põhjus, miks on pakutud midagi muud.

Vähemalt 80% juhuslikult valitud emadest teavitavad, et nende lapsed on saanud ainult rinnapiima või kui on saanud midagi juurde on selleks arvestatav meditsiiniline põhjus, mida on selgitanud neile tervishoiutöötajad.

Vähemalt 80% juhuslikult valitud emadest, kes on otsustanud mitte toita rinnaga teavitavad, et töötajad on nendega arutanud erinevaid toitmisevõimalusi ja aidanud neil otsustada, mis on parim nende olukorras.

Vähemalt 80% juhuslikult valitud emadest, kelle lapsed vajavad erihooldust ja kes on otsustanud mitte imetada tagasisidestavad, et töötajad on nendega vestelnud erinevate toitmiseviisidega seotud võimalikest riskidest ja kasuteguritest.

<i>Hindamisküsimused</i>	JAH	EI
6.1 Kas haigla andmed näitavad, et vähemalt 75% ajalitest vastsündinutest, kes on viimase aasta jooksul väljakirjutatud, on toidetud ainult rinnapiimaga (või toidetud üksnes välja pumbatud rinnapiimaga) sünnist kuni väljakirjutamiseni või kui ei olnud, kas selleks on olnud meditsiiniline põhjus?		
6.2 Kas imikud on rinnaga toidetud, ei saa muud sööki ega jooki peale rinnapiima, kui ei ole arvestatavat meditsiinilist näidustust või on täielikult nõustatud valik?		
6.3 Kas haigla pingutab, et ei oleks välja pandud või levitatud ühtegi materjali, kus soovitatakse toiduks piimasegu, ajaliselt piiratud/ ajakava järgi toitmist või mõnda muud ebasobivat tava?		

6.4 Kas emad, kes on otsustanud mitte rinnaga toita tagasisidestavad, et töötajad on neid nõustanud erinevate toitmisvõimaluste osas ja aidanud otsustada, mis on sobivaim nende olukorras?		
6.5 Kas naistekliinikul on sobiv ruum ja vajalik varustus, et demonstreerida, kuidas valmistada piimasegu, olles eemal rinnaga toitvatest emadest?		
6.6 Kas kõik kliinilised protokollid või standardid, mis on seotud rinnaga toitmisega ja vastsündinu toitmisega on kooskõlas beebisõbraliku haigla (BFHI) standarditega ja on teaduspõhised?		

## 7. Võimaldage emal ja lapsel olla koos kogu ööpäeva vältel

Vaatlused sünnitusjärgses osakonnas ja ükskõik millised vaatlused tervete laste osakonnas ja vestlused emade ning personaliga kinnitavad, et vähemalt 80% emadest ja lastest on koos või kui mitte, siis on selleks õigustatud põhjus ema ja lapse eraldamiseks.

Vähemalt 80% juhuslikult valitud emadest kinnitavad, et nende lapsed on nendega koos ühes ruumis ilma eraldamiseta või kui mitte, siis on selleks õigustatud põhjus.

<i>Hindamisküsimused</i>	JAH	EI
7.1. Kas ema ja laps on koos ööpäevaringselt ja/või koosolemist ( <i>rooming-in</i> ) alustati otsekohe peale sündi?		
7.2. Kas emad, kellel teostati üldanesteesias keisrilõige või muu protseduur saavad olla lapsega koos nahk-naha kontaktis nii kiiresti, kui nad on võimelised hoolitsema oma laste eest?		
7.3. Kas emad ja vastsündinud on koos ööpäevaringselt, kui lahusolek ei ole põhjendatud?		

## 8. Julgustage/õpetage emasid vastsündinut/ imikut rinnaga toitma lapse nõudmisel

### Juhuslikult valitud rinnaga toitvatest emadest:

vähemalt 80% väidab, et neile on selgitatud, kuidas ära tunda, kui nende lapsed on näljased ja suudab kirjeldada vähemalt kahte märki lapse toitmiseks valmisoleku kohta.

Vähemalt 80% väidab, et talle on soovitatud toita oma lapsi nii tihti ja nii kaua kui lapsed tahavad või midagi sarnast

<i>Hindamisküsimused</i>	JAH	EI
8.1. Kas imetavatele emadele on õpetatud, kuidas ära tunda, kui nende laps on näljane?		
8.2. Kas imetavaid emasid on julgustatud toitma oma lapsi nii sageli ja pikalt, kui lapsed seda soovivad?		
8.3. Kas imetavaid emasid on nõustatud jätkama imetamist ka siis, kui rinnad on ületäitunud?		

**9. Ärge pakkuge rinnaga toidetavatele vastsündinutele kunstlikke lutte, rõngaslutte või nibukaitseid ilma meditsiinilise näidustuseta**

Vaatlused sünnitusjärgses osakonnas ja ükskõik millised vaatlused tervete laste osakonnas viitavad, et vähemalt 80%-l ainult rinnaga toidetavatest lastest ei kasutatud pudeleid või lutte või kui kasutati, siis emasid ei olnud eelnevalt informeeritud riskidest.

Juhuslikult valitud emadest 80% kinnitavad, et nende teada last ei ole lutiga pudelist toidetud.

Vähemalt 80% kinnitavad, et nende teada, lapsed ei ole saanud rõngaslutti.

<i>Hindamisküsimused</i>	JAH	EI
9.1. Kas rinnapiimatoidul olevate laste toitmisel on hoidutud pudeliga toitmisest?		
9.2. Kas emadele on personali poolt jagatud teavet lutipudeliga piimasegude või lisavedeliku pakkumisega seotud riskidest?		
9.3. Kas personal on hoidunud rinnapiimatoidul olevatele lastele rõngasluti pakkumisest?		

**10. Soosige imetamise tugigruppide moodustamist ja suunake emasid nendesse pärast sünnitusmajast lahkumist**

Emadele on jagatud informatsiooni selle kohta, kuidas nad saavad peale koju naasmist lapse toitmisel abi ja toetust ning personal oskab mainida vähemalt ühte informatsiooni saamise allikat.

Naistekliinik soodustab emade tugigruppide moodustamist ja/või koordineerib tugigruppide ja teiste kogukondlike tugiteenuste tegevust, kes pakuvad imetavatele emadele toetust. Kliiniku personal oskab kirjeldada vähemalt ühte viisi, kuidas see on läbi viidud.

Personal julgustab emasid tulema lastega pärast kliinikust lahkumist läbivaatusele (eelistavalt 2-4 päeva peale sündi ja korduvalt teisel elunädalal) naiste- või lastekliinikusse või mõne teise kvalifitseeritud imetamise tugisiku juurde, kes oskab hinnata lapse toitmist ja anda igakülgset toetust, mida vajatakse. Personal oskab kirjeldada asjakohast tugisüsteemi ja viiside õiget ajastamist.

Ülevaade dokumentatsioonist, mis kinnitab, et emadele on enne naistekliinikust ja/või lastekliiniku neonatoloogia osakonnast lahkumist jagatud asjakohast kirjalikku informatsiooni, kuidas nad võivad leida abi imetamisel peale koju naasmist ning sisaldab informatsiooni vähemalt ühe kättesaadava abiallika kohta.

Juhuslikult valitud emadest vähemalt 80% kinnitavad, et neile on jagatud informatsiooni, kuidas saada abi naistekliinikust või kuidas kontakteeruda tugigruppidega, vabatahtlike nõustajatega või teiste kogukondlike tugiteenuste osutajatega, kui neil on küsimusi oma lapse toitmise kohta peale koju naasmist ning oskavad kirjeldada vähemalt ühte kättesaadavat abiallikat.

<i>Hindamisküsimused</i>	JAH	EI
10.1 Kas personal arutab emadega, kes on peatselt haiglast välja saamas, kuidas nad kavatsesid oma last toita peale koju naasmist?		
10.2 Kas naistekliinikul on süsteem peale haiglast lahkumist emadele jätkutoetuse pakkumiseks, nagu varane postnataalne või imetamise nõustamine, koduviisid, telefoninõustamine?		



10.3 Kas naistekliinik soodustab emadele imetamise toetust pakkuvate emade tugigruppide ja teiste kogukondlike abiallikate moodustamist ja/või koordineerib nende tegevust?		
10.4 Kas emasid on suunatud imetamisel abi saamiseks naistekliiniku jätkutoetust pakkuvasse süsteemi, emade tugigruppidesse, vabatahtlike nõustajate või teiste kogukondlike tervishoiuteenuste pakkujate (nagu esmatasandi tervishoid) juurde?		
10.5 Kas enne naistekliinikust ja lastekliiniku neonatoloogia osakonnast lahkumist on emadele kättesaadavad asjakohased kirjalikud infomaterjalid, kust saada vajadusel jätkutoetust?		
10.6 Kas emasid on julgustatud kohtuma tervishoiutöötajaga või kvalifitseeritud imetamise tugiisikuga kogukonnas varsti pärast haiglast väljasaamist (eelistavalt 2-4 päeva peale sünnitust ja korduvalt teisel nädalal), kes oskab hinnata, kuidas nad on oma lapse imetamisel toiminud ja anda vajalikku toetust?		
10.7 Kas naistekliinik võimaldab emadushooldusteenusena imetamise nõustamist kvalifitseeritud emade tugigrupi nõustajate poolt?		

<b>Ülemaailmsete hindamiskriteeriumite vastavus piimasegude turustamise rahvusvahelistele eeskirjadele</b>
Piimasegude, lutipudelite ja luttide tootjate töötajatel või turustajatel ei ole otsest ega kaudset kontakti rasedate, imetavate emade ega nende peredega.
Kliinik ei võta piimasegude, lutipudelite ja luttide tootjatelt või turustajatelt vastu tasuta kingitusi, mitte-teaduslikku kirjandust, materjale või varustust, raha või toetust koolitusteks või üritusteks.
Rasedatele, imetavatele emadele või nende peredele ei ole haigla poolt jagatud turundusmaterjale, näidiseid või kingitusi, mis sisaldavad piimasegusid, lutipudeleid, lutte või teisi imiku toitmise abivahendeid.
Keelatud on piimasegude, lutipudelite ja luttide tootjate või turustajate poolt antud posterite või teiste materjalide demonstreerimine, mis propageerib nende toodete kasutamist.
Kliinikus on keelatud igasugune otsene või kaudne kontakt tootjate töötajate või turustajate ja rasedate, imetavate emade või nende perede vahel.
Keelatud on piimasegusid, lutipudeleid ja lutte sisaldavate näidiste või kingituste jagamine või nende toodete turundusmaterjalide jagamine rasedatele naistele, emadele või nende pereliikmetele.
Keelatud on kliiniku poolt tasuta kingituste (kaasaarvatud imikutoit), kirjanduse, materjalide, vahendite, raha ja koolitusteks või üritusteks ettenähtud toetuse vastuvõtmine tootjatelt või turustajatelt.
Keelatud on imiku piimasegu valmistamise demonstreerimine emadele, kes seda ei vaja.
Keelatud on tasuta või madala hinnaga piimasegude või tarvikute vastuvõtmine.
Ülevaade kliiniku dokumentatsioonist ja tuludest kinnitab, et mistahes piimasegud ja nende juurde kuuluvad tarvikud on ostetud kliiniku poolt vähemalt hulgihinnaga.



Tähelepanekud antenataalset hooldust ja teisi emadushooldusteenuseid pakkuvates üksustes, kus töötavad toitumisspetsialistid ja dietoloogid, näitavad, et rasedatele, imetavatele emadele, ega personalile ei demonstreerita ega levitata materjale, mis reklaamivad piimasegusid, lutipudeleid ja lutte ning teisi siseriiklike õigusaktidega määratud tooteid. Tähelepanekud näitavad, et kliinik hoiab imikutoidu purgid ja ettevalmistatud piimasegupudelid vaateväljast eemal, kui neid hetkel ei kasutata.

Vähemalt 80% juhuslikult valitud kliiniku personalist oskab välja tuua kaks põhjust, miks on oluline mitte jagada emadele piimasegude tootjate tasuta näidiseid.

<i>Hindamisküsimused</i>	JAH	EI
1. Kas tervishoiuasutus keeldub tasuta või madala hinnaga piimasegude tarvikutest, soetades neid vähemalt hulgihinnaga?		
2. Kas igasugune piimasegude, lutipudelite ja luttide reklaam kliiniku poolt puudub, kaasa arvatud materjalide demonstreerimine või jagamine rasedatele või imetavatele emadele?		
3. Kas piimasegude, pudelite ja luttide tootjate töötajatel või turustajatel on keelatud igasugune kontakt rasedate naiste või emadega?		
4. Kas haigla keeldub piimasegude ja tarvikute tootjatelt või turustajatelt pakutavatest tasuta kingitustest, mitte-teaduslikust kirjandusest, materjalidest, varustusest, rahast või toetusest koolitusteks või üritusteks?		
5. Kas haigla hoiab imikutoidu purke ja ettevalmistatud piimasegupudeleid vaateväljast eemal, kui neid ei tarvitata?		
6. Kas haigla hoidub rasedatele, emadele ja nende peredele turundusmaterjalide, näidiste, piimasegude, pudelite, luttide või muude varustust sisaldavate kingituste jagamisest?		
7. Kas personali liikmed saavad aru, miks on tähtis mitte jagada emadele piimasegude tootjate tasuta näidiseid või reklaammaterjale?		

1. A Breast Feeding Policy for Malta (2000).
2. A National Breastfeeding Policy for Ireland (1994).
3. Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #7 (ABM #7): Model Breastfeeding Policy (Revision 2010). *Breastfeeding Medicine*, Volume 5, Number 4, 2010. <http://www.bfmed.org/Resources/Protocols.aspx>
4. American Academy of Pediatrics Policy Statement (2012). Breastfeeding and the Use of Human Milk, *Pediatrics*, 129(4): e827-e841.
5. Andres V, Garcia P, Rimet Y, et al. Apparent life-threatening events in presumably healthy newborns during early skin-to-skin contact. *Pediatrics*, 2011.
6. Australian National Breastfeeding Strategy 2010-2015 (2009).
7. Barros, F. C., Victoria, C. G., Semer, T. C., Filho, S. T., Tomasi, E., & Weiderpass, E., (1995). Use of pacifiers is associated with decreased breastfeeding duration. *Pediatrics*, 95(4): 497-499.
8. Becher JC, Bhushan SS, Lyon AJ. Unexpected collapse in apparently healthy newborns – a prospective national study of a missing cohort of neonatal deaths and near-death events. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2011;
9. Bramson L., Lee JW., Moore E., Montgomery S., Neish C., Bahjri K., Melcher CL. Effect of Early Skin-to-skin Mother-Infant Contact During the First 3 Hours Following birth on Exclusive Breastfeeding During the Maternity Hospital Stay. *Journal of Human Lactation*, 2010.
10. Breastfeeding Promotion and Support in a Baby Friendly Hospital - 20 hour course for staff. Section 3. Birth practices and breastfeeding – STEP 4 (WHO/UNICEF 2009).
11. Breastfeeding and the Use of Human Milk. SECTION ON BREASTFEEDING. *Pediatrics*, 2012

12. Chezem, J., Friesen, C., & Boettcher, J. (2003). Breastfeeding knowledge, breastfeeding confidence, and infant feeding plans: Effects on actual feeding practices. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 32(1): 40-47.
13. Declercq, E., Labbok, M., Sakala, C., & O'Hara, M. (2009). Hospital Practices and Women's Likelihood of Fulfilling Their Intention to Exclusively Breastfeed. *American Journal of Public Health*, 99(5): 929-935.
14. DelliFraine, J., Langabeer, J., Williams, J., Gong, A., Delgado, R., & Gill, S. (2011). Cost Comparison of Baby Friendly and Non-Baby Friendly Hospitals in the United States. *Pediatrics*, 127(4): e989-e994.
15. Dennis, C.-L.(2002). Breastfeeding Initiation and Duration: A 1990-2000 Literature Review. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 31 (1).
16. Dewey, K.G., Nommsen-Rivers, L.A., Heinig, J., Cohen, R.J. (2003). Risk Factors for Suboptimal Infant Breastfeeding Behavior, Delayed Onset of Lactation, and Excess Neonatal Weight Loss. *Pediatrics*, 112(3): 607-619
17. DiGirolamo, A. M., Grummer-Strawn, L. M., & Fein, S. (2008). Effect of Maternity-Care Practices on Breastfeeding. *Pediatrics*, 122(2): S43-S49.
18. DiGirolamo, A. M., Grummer-Strawn, L. M., & Fein, S. (2001). Maternity care practices: Implications for breastfeeding. *Birth*, 28(2): 1523-1536.
19. East Riding of Yorkshire Primary Care Trust Breast Feeding Strategy (2007). <http://www.erypct.nhs.uk/upload/HERHIS/East%20Riding%20PCTs/Document%20Store/Policies/Breast%20Feeding%20Strategy.pdf>
20. Encouraging mothers to choose breastfeeding – the antenatal period. Health Service Executive (2008). <http://www.breastfeeding.ie/uploads/files/factsheet02.pdf>
21. Erlandsson K., Dsilna A., Fagerberg I., Christensson K. Skin-to.Skin care with the Father arter Cesarean Birth and Its Effect on Newborn Crying and Prefeeding Behavior. *Birth*, 2007

22. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Family and Reproductive Health Division of Child Health and Development. World Health Organization, Geneva 1998.
23. Fleming, PJ. Unexpected collapse of apparently healthy newborn infants: the benefits and potential risks of skin-to-skin contact. *Arch Dis Child* , 2011.
24. Hauck, F.R., Omojokun, O.O., & Siadaty, M.S. (2005). Do Pacifiers Reduce the Risk of Sudden Infant Death Syndrome? A Meta-analysis. *Pediatrics*, 116(5): e716-e723.
25. Hospital Support for Breastfeeding: Preventing Obesity Begins in Hospitals. CDC VitalSigns; August 2011. <http://www.cdc.gov/VitalSigns/Breastfeeding/index.html>
26. Howard CR., Howard FM, Lanphear B., Eberly S., deBlieck EA., Oakews D., Lawrence RA. Randomized Clinical Trial of Pacifier Use and Bottle-Feeding or Cupfeeding and Their Effect on Breastfeeding. *Pediatrics*, 2003.
27. Infant and young child feeding: standard recommendations for the European Union, 2006.
28. Infant and young child feeding: Model Chapter for textbooks for medical students and allied health professionals, 2009.
29. Kramer M. S., Barr, R.G., Dagenais, S., Yang, H., Jones, P., Ciofani, L. & Jane F. (2001). Pacifier use, early weaning, and cry/fuss behavior: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 286(3): 322-326. Department of Health and Mental Hygiene | Maryland Hospital Breastfeeding Policy Recommendations 8
30. Martin-Calama, J., Bunuel, J., Valero, M. T., Labay, M., Lasarte, J. J., Valle, F., et al. (1997). The effect of feeding glucose water to breastfeeding newborns on weight, body temperature, blood glucose, and breastfeeding duration. *Journal of Human Lactation*, 13(3): 209-213.
31. Merewood A., Mehta S.D., Chamberlain L.B., Philipp B.L., & Bauchner H. (2005).

Breastfeeding Rates in US Baby-Friendly Hospitals: Results of a National Survey. *Pediatrics*, 116(3): 628-634.

32. Mohrbacher N., Breastfeeding Answers Made Simple A Guide for helping Mothers, 2010.

33. Philipp B.L., Merewood A., Miller L.W., Chawla N., Murphy-Smith M.M., Gomes J.S., Cimo S., & Cook J.T. (2001). Baby-Friendly Hospital Initiative Improves Breastfeeding Initiation Rates in a US Hospital Setting. *Pediatrics*, 108(3): 677-681.

34. Poets A, Steinfeldt R, Poets CF. Sudden deaths and Severe Apparent Life-Threatening Events in Term infants Within 24 Hours of Birth. *Pediatrics*, 2011.

35. Sample Hospital Breastfeeding Policy for Newborns. *Safe and Healthy Beginnings: A Resource Toolkit for Hospitals and Physicians' Offices*. American Academy of Pediatrics; 2009.

36. Turner-Maffei C, Cadwell K, editors. Overcoming Barriers to Implementing the Ten Steps to Successful Breastfeeding. Sandwich, MA: Baby-Friendly USA, 2004. [http://www.babyfriendlyusa.org/eng/docs/BFUSAreport\\_complete.pdf](http://www.babyfriendlyusa.org/eng/docs/BFUSAreport_complete.pdf)

37. Velandia M., Uvnas-Moberg K., Nissen E. Sex differences in newborn interaction with mother or father during skin-to-skin contact after Caesarean section. *Acta Paediatrica*, 2012.

38. United States Breastfeeding Committee (USBC). *Implementing the Joint Commission Perinatal Care Core Measure on Exclusive Breast Milk Feeding*. Revised. Washington, DC: United States Breastfeeding Committee, 2010. <http://www.usbreatfeeding.org/HealthCareSystem/HospitalMaternityCenterPractices/ToolkitImplementingTJCCoreMeasure/tabid/184/Default.aspx>

39. U.S. Department of Health and Human Services. *The Surgeon General's Call to Action to Support Breastfeeding*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General; 2011. <http://surgeongeneral.gov>

40. Walker M. Breastfeeding Management for the Clinician: using the evidence. Second Edition, Jones and Bartlett publishers, 2011
41. World Health Organization. (1981). International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes (Document WHA34/1981/REC/1, Annex 3). Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1981.
42. World Health Organization/UNICEF. *Baby Friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care*. World Health Organization, UNICEF, 2009. <http://www.unicef.org/newsline/tensteps.htm>
43. World Health Organization, United Nations Children's Fund, *Protecting Promoting and Supporting Breastfeeding: The Special Role of Maternity Services*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1989.