

Möglichkeiten der stationären logopädischen Intervention bei Frühgeborenen

Sandra Krueger

Zusammenfassung

Der Begriff Prävention gewinnt in der Logopädie immer mehr an Bedeutung und bietet ein bisher kaum genutztes Arbeitsfeld für LogopädInnen. Der Gedanke der Prävention leitet auch eine Studie, die die Autorin im Rahmen ihrer Bachelorarbeit an der Fachhochschule Hildesheim verfasst hat und im vorliegenden Beitrag vorstellt. Sie untersucht die Möglichkeiten der logopädischen Arbeit mit Frühgeborenen an Hand von leitfadengestützten Interviews. Die Studie stellt die Notwendigkeit des logopädischen Wissens und Handelns auf Frühgeborenen-Stationen dar und äußert sich kritisch zum dortigen Bedarf an LogopädInnen und ihrer notwendigen Kompetenz.

SCHLÜSSELWÖRTER: Prävention – Frühgeborene – orofaziale Stimulation – Sondenernährung – Spezialisierung – Interviewstudie

Einleitung

Durch die heutige medizinisch-technische Entwicklung ist es möglich, immer mehr Kinder immer früher auf die Welt zu holen und am Leben zu halten. Ein Kind wird als Frühgeborenes bezeichnet, wenn die Tragzeit weniger als 37 Wochen beträgt (Dick, Weitbrecht & Lindroth, 1999). In Deutschland sind das jedes Jahr ca. 6-7 % aller Säuglinge (Zimmermann, 1997). Die gesundheitlichen Risiken dieser Kinder, durch ihre körperliche Unreife und den Stress der zu frühen Geburt, sind allerdings sehr hoch. Neben der Unreife sämtlicher Organe, Hirnblutungen, daraus resultierender infantiler Zerebralparesen und Herzinsuffizienz, ist die Unreife der Atmung eines der Hauptprobleme. Viele Frühgeborene zeigen eine Atemschwäche, bedingt durch den so genannten Surfactant-Mangel. Die Lunge fällt ohne Surfactant in der Ausatmungsphase in sich zusammen, so dass die Sauerstoffaufnahme stark vermindert oder gänzlich unmöglich

ist (Garbe, 2002). Künstliche Beatmung ist oft die Konsequenz. Welche geistigen bzw. körperlichen Schäden die Kinder davontragen, ist oft ungewiss und prognostisch nur schwer einschätzbar.

Die Saug- und Schluckproblematik bei Frühgeborenen

Frühgeborene sind prädestiniert für die Entwicklung von Essstörungen im späteren Kindesalter (Wilken, 2002). Betrachtet man ihre Situation in den ersten Lebenswochen aus logopädischer Sicht, werden einige der Ursachen dafür deutlich. Frühgeborene zeigen durch ihre gesamtkörperliche Unreife häufig Saug- und Schluckstörungen infolge motorischer und sensorischer Beeinträchtigungen (Morris & Klein, 2001). Die sich hieraus ergebende Ernährungsproblematik führt oft zur Sondierung. Hier beginnt ein Teufelskreis, da sich durch das Sondieren



Sandra Krueger

erhielt ihre Logopädie-Ausbildung 1999-2002 in Koblenz. Im Anschluss absolvierte sie, neben der Tätigkeit in einer logopädischen Praxis, den Bachelor-Studiengang für Medizinalfachberufe an der Fachhochschule Hildesheim. Ihre Abschlussarbeit befasste sich mit dem Thema „Möglichkeiten der stationären logopädischen Intervention bei Frühgeborenen“. Nach einem Auslandsaufenthalt ist sie seit 2005 in einer logopädischen Praxis in Siegburg beschäftigt. Sie betreut unter anderem ein Kinderheim für körperlich und geistig behinderte Kinder und hat dort die Möglichkeit, Kinder mit orofacialen Dysfunktionen und Essstörungen zu behandeln.

wiederum das Saug- und Schluckverhalten nicht wie bei einem reif geborenen Kind weiter entwickeln kann.

Hinzu kommen die Probleme bei sensorischen Prozessen. Oft werden die Frühgeborenen Situationen ausgesetzt, in denen sie z. B. durch den oft nicht optimal angepassten Tubus bei der notwendigen Beatmung, das Absaugen oder durch die frühe Sondierung schlechte, traumatisierende Erfahrungen im orofazialen Bereich machen. Die Frühgeborenen sind in vielen Fällen oral hypersensibel und zeigen eine so genannte sensorische „Deprivation oraler Erfahrungen“ (Wilken, 2002). Bei einer sich später entwickelnden frühkindlichen Essstörung möchte das Kind also verhindern, dass sich diese traumatisierenden Erfahrungen wiederholen. Es ist nicht in der Lage, mit Nahrung bzw. Ernährung etwas Befriedigendes und Lustvolles zu verbinden (Wilken, 2002).

Eine weitere Ursache für eine frühkindliche Essstörung kann sein, dass das Kind nicht

lernt, ein Hungergefühl zu entwickeln, da es je nach Frühgeborenen-Station (Neonatalogie) in einem bestimmten von außen festgesetzten Rhythmus sondiert wird. Aufgrund dessen kann sich keine Verbindung zwischen dem oralen Geschehen (Konsistenz und Geschmack der Nahrung, Saugen, Schlucken) und dem Gefühl der Sättigung bilden. Die Folgen der Sondierung sind weitreichend, da die Frühgeborenen die normalen Erfahrungen bei der Nahrungsaufnahme später nicht mehr aufholen können.

Bei der Betrachtung der orofazialen Problematik der Frühgeborenen mit deren Folgen und ihrem Vergleich mit den logopädischen Tätigkeitsfeldern vermutet diese Studie eine definitive Interventionsmöglichkeit für LogopädInnen bei Frühgeborenen.

Methodisches Vorgehen: Experteninterview

Um die vermuteten Interventionsmöglichkeiten für LogopädInnen aufzuzeigen und zu belegen, wurde das Experteninterview als qualitative Forschungsmethode gewählt. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden die Daten anhand von zwei leitfadengestützten Experteninterviews erhoben und ausgewertet.

Die befragten Personen verfügen über langjährige Erfahrung in der logopädischen Arbeit mit Frühgeborenen. Ihnen wurden Fragen aus dem im Vorfeld konzipierten Interviewleitfaden gestellt (Tab.1). Dieser besteht aus 13 Fragen in Bezug auf

charakteristische Handlungsabläufe und das konkrete Vorgehen einer LogopädIn auf einer Frühgeborenen-Station, auf das Feedback von anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen bezüglich der eigenen logopädischen Arbeit, auf die Wichtigkeit der logopädischen Arbeit aus Expertensicht und auf die notwendigen Kompetenzen, die sich LogopädInnen aneignen sollten, um auf einer Frühgeborenen-Station kompetent intervenieren zu können. Die Dauer der Interviews betrug jeweils ca. 90 Minuten.

Auswertung

Auf die Frage nach den Möglichkeiten der stationären logopädischen Intervention bei Frühgeborenen konnten in der Interviewauswertung der vorliegenden Studie die Aussagen der Experten in drei Kategorien eingeteilt werden:

► Logopädische Arbeitsbereiche bei Frühgeborenen

Die Aussagen in dieser Kategorie beziehen sich auf die unmittelbare logopädisch-therapeutische Intervention bei Frühgeborenen, auf die Elternarbeit sowie auf die Integration der LogopädIn im interdisziplinären Team.

► Logopädische Arbeitssituation auf der Frühgeborenen-Station

Hier werden die gegenwärtigen Bedingungen geschildert, unter denen LogopädInnen in diesem Arbeitsfeld tätig sind und dafür mögliche Ursachen genannt.

► Konsequenzen für die Entwicklung und Erschließung der Frühgeborenen-Station für die Logopädie

Diese Kategorie beinhaltet Aussagen bezüglich des spezifisch logopädischen Wissens, das in der Arbeit mit Frühgeborenen benötigt wird. Außerdem werden die Veränderungen dargestellt, die als Konsequenz für die zukünftige Entwicklung und Erschließung dieses Arbeitsfeldes stattfinden müssen.

Exemplarisch wird nachstehend auf einzelne Unterpunkte der Kategorien „Logopädische Arbeitsbereiche bei Frühgeborenen“ und „Konsequenzen für die Entwicklung und Erschließung der Frühgeborenen-Stationen für die Logopädie“ eingegangen.

Therapie mit dem Frühgeborenen

Grundsätzlich sind in der Behandlung Frühgeborener interdisziplinär angelegte Therapieformen sinnvoll, wie z. B. nach Bobath oder Castillo Morales, in denen sich auch LogopädInnen weiterbilden können. Ebenfalls ist es sehr wichtig, dass die TherapeutIn das Wissen über die normale kindliche Entwicklung während der stationären logopädischen Intervention bei Frühgeborenen präsent hat.

Arbeitsinhalte und Handlungsabläufe

Das übergeordnete Therapieziel ist die korrekte Saug- und Schluckanbahnung und deren Festigung. Sie ist Grundvoraussetzung für das Stillen oder die Ernährung mit der Flasche. In der Auswertung der Interviews zeigte sich, dass die LogopädIn mit dem Frühgeborenen ganzkörperlich arbeitet und es nicht nur auf den orofazialen Bereich beschränkt betrachtet.

Die Lagerung und die gesamtkörperliche Haltung werden beurteilt, da die korrekte Lagerung des Frühgeborenen der erste Schritt in der Therapie ist. Die Aktionen und Reaktionen des Frühgeborenen im grobmotorischen und orofazialen Bereich werden beobachtet. Die orofazialen Bewegungen bzw. das Saugen und Schlucken werden qualitativ beurteilt und es wird geprüft, ob Sensibilitätsstörungen im und am Mundbereich vorliegen. Gearbeitet wird laut Experten immer im so genannten Entwicklungsdreieck (Abb. 1, nächste Seite).

Tab. 1: Interviewleitfragen

Nr.	Frage
1	Der berufliche Weg zum Arbeitsfeld Frühgeborenen-Station?
2-5	Skizzieren eines typischen Handlungs- bzw. Tagesablaufes einer LogopädIn auf einer Frühgeborenen-Station? Vorgehen in der logopädischen Diagnostik und Therapie? Einbeziehung der Eltern bzw. Elternarbeit? Beispielschilderungen von Ergebnissen und Erfolgen in der Therapie?
6	Reaktionen von KollegInnen, weiteren Angehörigen der Gesundheitsberufe, Ärzten bzw. des Pflegepersonals auf die logopädische Arbeit mit Frühgeborenen?
7	Hauptprobleme bzw. Hindernisse in der logopädischen Behandlung von Frühgeborenen?
8	Abgrenzung der eigenen Arbeit zu der einer Physio- bzw. ErgotherapeutIn?
9	Verwendung welcher Literatur zur Einarbeitung in dieses spezifische Thema?
10	Was könnte eine LogopädIn im Idealfall auf einer Frühgeborenen-Station leisten?
11	Empfehlungen an eine KollegIn, die dort tätig werden möchte?
12-13	Wie wurde das Interview bzw. die Interviewsituation empfunden? Wichtige Themen, die noch nicht erwähnt wurden?

Abb. 1: Entwicklungsdreieck



Das Entwicklungsdreieck ist schon intrauterin festgelegt, d.h. Hand, Fuß und Mund entwickeln sich ungefähr zur gleichen Zeit (ca. vierten oder fünften Schwangerschaftswoche). Bei einem Neugeborenen wird dieser Zusammenhang z.B. dadurch deutlich, dass ein Druckreiz an der Fußinnenfläche eine Reaktion der Hände bzw. auch im oralen Bereich zur Folge hat. Für die Behandlung des orofazialen Bereiches bedeutet das, zuerst den Füßen und dann den Händen eine klare Information zu geben und sie in Kontakt zu bringen. Erst im Anschluss widmet sich die Therapeutin dem orofazialen und dann dem oralen Bereich. Zusammengefasst wird mit dem Kind in jedem Kontakt immer über die Grobmotorik, d.h. von Hand und Fuß hin zum Mund gearbeitet.

Orofaziale Stimulation beim Frühgeborenen als präventive Maßnahme

Speziell die Wichtigkeit und Notwendigkeit der orofazialen Stimulation werden in der Auseinandersetzung mit dem komplexen Störungsbild eines Frühgeborenen deutlich. Das Ziel bei der orofazialen Stimulation ist der Tonusaufbau in der orofazialen Muskulatur. Als Vorbereitung auf die orale Stimulation bei den Frühgeborenen wurden nach Expertenaussage gute Erfahrungen mit der Methode der vorbereitenden Behandlung bei Fazialispareesen nach Castillo Morales gesammelt. Hier werden erst die mimische Muskulatur und im Anschluss daran die orale Muskulatur stimuliert.

Zur Anbahnung des Saugens wird ein bestimmter Griff nach Castillo Morales angewandt. Bei diesem Griff unterstützt die Therapeutin mit Daumen und Mittelfinger die Mm. buccinator und mit dem Ringfinger den Mundboden des Kindes. Der Zeigefinger befindet sich im Mund des Frühgeborenen und bewegt die Zunge von hinten her

vibrierend nach vorne. Als Reaktion auf diese Vibration nach vorne zeigt die Zunge eine tendenzielle Saugbewegung nach hinten.

Orofaziale Stimulation bei Sondierung

Die Sondierung eines Frühgeborenen stellt eine besondere Therapieindikation für die orale Stimulation dar. Denn bei Kindern, die nicht frühzeitig sondenernährt werden können, ist eine langfristige Sondenernährung in vielen Fällen vorprogrammiert. Dadurch wird ihnen ein großes Stück an Lebensqualität genommen. In der Therapie bei sondierten Frühgeborenen ist es das primäre Ziel, durch die Einführung fester Sondierungszeiten einen Rhythmus in die Nahrungsaufnahme einzuführen, so dass ein Hungergefühl entwickelt werden kann. Damit das Frühgeborene die Verbindung zwischen oralem Geschehen und Sättigung lernen kann, wird konstant während jeder Nahrungsaufnahme über die Sonde orofazial stimuliert. Auch hier wird im Entwicklungsdreieck gearbeitet.

Durch diese Maßnahmen wird das Kind beim Saugen, Schlucken und in letzter Konsequenz bei der oralen Ernährung unterstützt. Auf diesem Weg kann zudem die mundmotorische Entwicklung des Kindes gefördert werden, was sich positiv auf die gesamte spätere Sprach- bzw. Sprechentwicklung auswirkt. Damit wird einerseits die umfassende und qualitativ gute Versorgung hinsichtlich des orofazialen Bereichs bei Frühgeborenen gewährleistet, andererseits kann in präventiver Arbeit späteren Ess-, Sprach- und Wahrnehmungsstörungen vorgebeugt werden.

Elternarbeit

Elternberatung und -anleitung nehmen einen großen Stellenwert in der Therapie bei Frühgeborenen ein. Für die Eltern und insbesondere für die Mütter ist es wichtig, eine Ansprechpartnerin zu haben, die sie über die Situation der Nahrungsaufnahme des Kindes aufklärt und sich auch ihrer Sorgen und Ängste annehmen kann. Von Beginn an und parallel zur logopädischen Therapie werden die Eltern konsequent angeleitet, auf welche Weise sie über den Tag verteilt therapeutische Reize setzen können. Das sind vor allem grundsätzliche Dinge, z.B.: Wie fasse ich mein Kind richtig an? Wie wische ich seinen Mund ab? Den Eltern soll das Gefühl vermittelt werden, dass sie

die Experten für ihr Kind sind und dass sie mit der Therapeutin gemeinsam Hand in Hand arbeiten. Natürlich ist auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Ärzten, Schwestern und anderen Therapeuten ein wichtiger Bestandteil der Behandlung Frühgeborener.

Veränderungen

Unter diesem Punkt sind die Veränderungen zusammengefasst, die für die zukünftige Entwicklung und Erschließung dieses Arbeitsfeldes in der Logopädie stattfinden müssen. Sie können in vier Ebenen eingeteilt werden.

► Ebene der Kompetenz der Logopädin

Die Veränderung auf der Ebene der Kompetenz bedeutet eine Spezialisierung der Logopädin auf dieses Arbeitsfeld. Voraussetzungen dafür sind sowohl persönliche Eigenschaften, Erfahrungen und Fähigkeiten der Logopädin, z.B. eine gute Beobachtungsgabe, der ganzheitliche Blick auf den Patienten sowie das Wissen über Abläufe in der normalen Kindesentwicklung als auch notwendige Zusatzqualifikationen in Form von Aneignung eines speziellen fachlichen Wissens durch eine Bobath- bzw. Castillo Morales-Zusatzausbildung.

Die spezialisierte Logopädin muss also auch, neben dem spezifisch logopädischen Wissen den orofazialen Bereich betreffend, über ein ausreichendes Wissen in den Bereichen Sensorik und Motorik hinsichtlich der Entwicklung und Problematik bei Frühgeborenen verfügen. Ein weiterer Aspekt in der Kompetenz der Logopädin ist die Eigeninitiative zur Wissensentwicklung. Er beinhaltet auch die Erstellung von logopädischen Handlungskonzepten für Frühgeborene.

► Ebene der logopädischen Berufsfachausbildung

Die Veränderung auf der Ebene der logopädischen Berufsfachausbildung ist von struktureller Natur. Der inhaltliche Aufbau des Curriculums sollte überdacht, die Ausbildungsinhalte sollten um verschiedene Themen erweitert werden, so dass Logopädinnen bereits durch die Ausbildung die Voraussetzungen mitbringen, Frühgeborene adäquat behandeln zu können. Solche Themen wären laut Experten z. B. die normale Bewegungs-, Ess-, Trink- und Sprachentwicklung beim Kind von Geburt an.

► Ebene der Publikation

In Zukunft muss logopädische Fachliteratur zu dem Thema „Logopädische Intervention bei Frühgeborenen“ verfasst und veröffentlicht werden, um dieses Gebiet als Arbeitsfeld bekannt zu machen.

► Ebene des professionellen Umfeldes

Diese Ebene bezieht sich auf die Notwendigkeit, das medizinisch-therapeutische Umfeld zu informieren und aufzuklären, so dass ein Verständnis für die Zusammenhänge zwischen Logopädie und den Problemen von Frühgeborenen entwickelt wird. Dies gilt auch in präventiver Hinsicht.

Diskussion

Zusammenfassend wird in der Studie festgestellt, dass die orofazialen Beeinträchtigungen der Frühgeborenen eine definitive Interventionsmöglichkeit für LogopädInnen bieten. Das spezifisch logopädische Wissen sollte dementsprechend ein wichtiger Bestandteil in der Behandlung und Versorgung Frühgeborener sein.

In diesem Zusammenhang stellt sich die berufspolitisch motivierte Frage nach dem Bedarf an LogopädInnen auf Frühgeborenen-Stationen, da dort momentan fast ausschließlich Physio- und auch ErgotherapeutInnen beschäftigt sind. Um diese Frage angemessen und im Sinne einer optimalen Patientenversorgung beantworten zu können, sollte sie aus der Perspektive des Frühgeborenen betrachtet werden.

Auf der Neonatologie muss das Frühgeborene innerhalb von 24 Stunden viele Pflegeeingriffe über sich ergehen lassen. Ärzte, Schwestern und TherapeutInnen sondieren, nehmen Blut ab, waschen, wickeln, etc. Diese Menge an Eingriffen kann in vielen Fällen eine Reizüberforderung für das empfindliche Frühgeborene darstellen. Unter Berücksichtigung seiner gesamten gesundheitlichen Situation ist es dementsprechend sinnvoll, das Frühgeborene vor einer zusätzlichen Reizüberflutung durch drei über den Tag verteilte therapeutische Interventionen, wie Logopädie, Physio- und Ergotherapie, zu bewahren.

Diese Studie kommt zu dem Schluss, dass das Frühgeborene von einer TherapeutIn mit allen Zusatzqualifikationen stationär betreut werden sollte. Wichtig ist, dass sie sich auf diese Patientengruppe spezialisiert hat. Sie sollte dementsprechend ein umfassendes therapeutisches Wissen und Können

bezüglich des Patientenguts Frühgeborene aufweisen, welches sich aus den Inhalten der Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie zusammensetzen muss.

Fazit

Die Erschließung neuer Tätigkeitsfelder in der Logopädie bzw. grundsätzlich im Gesundheitswesen ist ein aktuelles Thema. Die Tätigkeit auf der Neonatologie könnte für LogopädInnen ein neues Arbeitsfeld darstellen, dem bisher kaum Beachtung geschenkt wurde. Dafür müssen in Zukunft allerdings bestimmte Veränderungen in Form einer Spezialisierung der LogopädInnen stattfinden. Um dies zu ermöglichen und ihnen den Einstieg in dieses Arbeitsfeld zu erleichtern, müssen ebenfalls grundlegende Veränderungen in den Inhalten der logopädischen Berufsfachausbildung vorgenommen werden. Dadurch würden LogopädInnen bereits in ihrer Ausbildung eine gute Basis erhalten, um ein Frühgeborenes adäquat befunden und behandeln zu können. Diesen Aspekt gilt es in naher Zukunft zu überdenken und zu diskutieren. Da in der Realität bis jetzt das Problem besteht, die o.g. Inhalte zusätzlich in die dreijährige logopädische Vollzeitausbildung zu integrieren, ist es erforderlich, die Logopädie-Ausbildung zu akademisieren.

Des Weiteren muss die Entwicklung logopädischer Fachliteratur zu diesem Thema vorangetrieben werden. Durch die Veröffentlichung logopädischer Artikel und Fachbücher sowie Vorträge auf Verbandstreffen und Kongressen der Berufe im Gesundheitswesen kann dieses Thema publik gemacht, das Umfeld aufgeklärt und so die Akzeptanz im interdisziplinären Team und bei den Eltern erreicht werden. Die spezialisierte und erfahrene LogopädIn muss als TherapeutIn auf der Frühgeborenen-Station ins Gespräch kommen. Das sich daraus entwickelnde Problemverständnis

und -bewusstsein im professionellen Umfeld würde dazu beitragen, LogopädInnen den Zugang zu Frühgeborenen-Stationen zu erleichtern.

Literatur

- Dick, A.; Weitbrecht, W. & Lindroth, M. (Hrsg.) (1999). *Prävention von Entwicklungsstörungen bei Frühgeborenen*. München: Pflaum
- Garbe, W. (2002). *Das Frühchenbuch: Schwangerschaft, Geburt, das reife Neugeborene, das Frühgeborene; praktische Tipps für Eltern*, 3. neubearbeitete Auflage. Stuttgart: Thieme
- Morris, S.E. & Klein, M.D. (2001). *Mund- und Esstherapie bei Kindern; Entwicklung, Störungen und Behandlung orofazialer Fähigkeiten*, 2. unveränderte Auflage. München: Urban & Fischer
- Wilken, M. (2002). Warum willst du denn nicht essen? Frühkindliche Fütterstörungen nach extremer Frühgeburtlichkeit. *Ergotherapie und Rehabilitation* 3, 9-15
- Zimmermann, M. (1997). *Geburtshilfe als Sterbehilfe?: Zur Behandlungsentscheidung bei schwerstgeschädigten Neugeborenen und Frühgeborenen*. Frankfurt/M.: Peter Lang

Literaturempfehlungen

- Arbeitskreis Frühgeborene Berlin (1999). *Die Begleitung der Eltern auf der Intensivstation*. Herausgegeben vom Bundesverband „Das frühgeborene Kind e.V.“. Frankfurt/M.: Verein Arbeits- und Erziehungshilfe.
- Castillo Morales, R. (1998). *Die Orofaziale Regulations-therapie*, 2. durchgesehene Auflage. München: Pflaum
- Konerding, B. (2003). Ergotherapie mit frühgeborenen Kindern und frühgewordenen Eltern. In: Steding-Albrecht (Hrsg.). *Das Bobath-Konzept im Alltag des Kindes; Ergotherapeutische Prinzipien und Strategien* (134-148). Stuttgart: Thieme.
- Marcovich, M. & de Jong, T.M. (Hrsg.) (1999). *Frühgeborene – Zu klein zum Leben? Die Methode Marina Marcovich*, 2. Auflage. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch

Autorin

Sandra Krueger
Logopädin, BSc (SLT)
Rennenbergstr. 27
53639 Königswinter
minouk@web.de

Summary

In-Patient Speech Pathology Services for Premies

Prevention is of growing importance in speech pathology. It is a field that has been hardly explored by therapists. A bachelor's thesis on this important topic was completed at the College of Hildesheim. Using questionnaires, the author examines the possibilities of speech pathology services for premies. The study demonstrates the necessity of speech pathology in theory and practice in neonatal care units. It also expresses some critical points of view with regard to the need of speech pathologists working in these units and their professional expertise.

KEY WORDS: prevention – premies – orofacial stimulation – tube feeding – specialization – interview study