

Evidenz-basierte Nabelpflege

Autor(en): **Blöchlinger, Patricia / Junker Meyer, Regula / Gleicher, Christine**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **104 (2006)**

Heft 2

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-949850>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Neue Guideline des SHV

Evidenz-basierte Nabelpflege

Trotz viel Literatur zum Thema »Nabelpflege« steht die beste Art der Nabelpflege nicht eindeutig fest, denn bis heute ist der Heilungsprozess des Nabels nicht wirklich verstanden. Deshalb sind weitere Forschungsarbeiten nötig. Auch fehlen Studien zur Nabelpflege nach einer Hausgeburt und es gibt nur beschränkt Studien zur Nabelpflege bei Frühgeborenen und kranken Kindern.

**Patricia Blöchliger,
Christine Gleicher,
Regula Junker-Meyer,
Simone Rütschi Dysli**

DIE Pflege des Nabels wird unterschiedlich gehandhabt. Eine Untersuchung aus Schottland [1] kommt zum Schluss, dass nur etwa die Hälfte aller Spitäler festgeschriebene Richtlinien

über Nabelpflege haben und die Unterschiede in ihrer Handhabung gross sind. Eine von den Autorinnen im Sommer 2004 durchgeführte nicht repräsentative Umfrage bei 11 Spitälern und zwei Geburtshäusern in der Schweiz kommt zum selben Schluss. Sieben Spitäler/Geburtshäuser gaben an, Richtlinien zu haben, fünf Spitäler hatten keine, in einem Spital war die

Richtlinie in Bearbeitung. Die Bandbreite der Mittel zur Behandlung ist gross und reicht von Antibiotikasalben über antiseptische Flüssigkeiten oder Puder bis zur trockenen Nabelpflege [2, 3].

WHO-Empfehlungen

Die untenstehende Tabelle der WHO, von den Verfasserinnen auf schweizerische Verhältnisse angepasst, verdeutlicht die empfohlene Vorgehensweise bei der Nabelpflege.

Welche Behandlung ist die Beste?

Zwei Reviews aus den Jahren 2003 und 2004 [2, 4] zeigen auf, dass für eine abschliessende Beurteilung nicht genü-

Intervention	Hausgeburt	Geburt in Institution
Nabelpflege bei der Geburt		
Sauberkeit	Hände waschen mit sauberem Wasser und Seife vor der Geburt und bevor die Nabelschnur durchtrennt wird. Das Baby soll auf einer sauberen Unterlage empfangen werden. Handschuhe tragen (in Institutionen)	
Zeitpunkt des Durchtrennens der Nabelschnur	Warten bis die Nabelschnur aufhört zu pulsieren oder bis die Plazenta geboren wird	Dito für normale Geburten; wenn aktives Management für die Plazenta üblich ist, kann die Nabelschnur früher durchtrennt werden
Welche Art von Klemmen	Sterile Nabelklemme, Klemme oder sauberes Nabelband, eng gebunden, an mütterlicher und kindlicher Seite befestigen	
Länge des übrig gelassenen Nabels	2–3 cm oder länger	
Durchtrennen der Nabelschnur	Sterile Schere (allenfalls 10 Minuten im Wasser auskochen)	Sterile Schere
Lokale antiseptische Substanz auf den Nabel nach dem Durchtrennen	Keine notwendig, geeignete antiseptische Substanz möglich	24 Std. Rooming-in: wie bei Hausgeburt Kinderzimmer, Neonatologie: Desinfektion mit geeigneter antiseptischer Substanz sinnvoll
Postpartale Nabelpflege		
Sauberkeit und Schutz vor Kontamination	Hände mit sauberem Wasser und Seife vor und nach Nabelpflege waschen Den Nabelstumpf an der Luft oder leicht bedeckt mit sauberen Kleidern halten Die Windeln unterhalb des Nabels falten Berühren der Nabelschnur vermeiden Den Nabel nicht mit Nabelbinden bedecken	
Vorteilhafte Praktiken zur Vermeidung von Nabelinfektionen	Baby bei der Mutter lassen (in Institutionen: 24 Std. Rooming-in, keine Kinderzimmer) Hautkontakt Mutter – Kind fördern, frühes und häufiges Stillen	
Wie die verschmutzte Nabelschnur waschen	Mit sauberem Wasser und Seife waschen, gut trocknen	
Antiseptische Substanzen auf Nabelstumpf	Keine notwendig, geeignete antiseptische Substanz möglich	24 Std. Rooming-in: wie bei Hausgeburt Kinderzimmer, Neonatologie: Desinfektion mit geeigneter antiseptischer Substanz sinnvoll

gend Evidenzen vorhanden sind. Es scheint aufgrund der heute bekannten Fakten bei gesunden termingeborenen Kindern sowohl sinnvoll und möglich, die Nabelschnur natürlich abtrocknen zu lassen als auch sie lokal mit einer antiseptischen Substanz zu behandeln.

Wie die Reviews zu Recht bemängeln, sind die Fallzahlen aller durchgeführten Studien zu klein, um einen Unterschied in der Infektionsrate der verschiedenen Arten der Nabelpflege zu erkennen. Die WHO [3] schreibt, dass es nicht genügend Evidenz gibt, die ausgedehnte Anwendung von Antiseptika zu empfehlen. Andererseits zeigt eine Studie aus Kanada [5], dass bei der trockenen Nabelpflege die bakterielle Besiedelung der Nabelschnur signifikant häufiger ist, und eine andere Studie [6] stellt fest, dass Absonderung und fauliger Geruch häufiger diagnostiziert werden.

Von der bakteriellen Besiedelung kann aufgrund der bekannten Daten jedoch nicht auf eine erhöhte Infektionsrate geschlossen werden.

Einige Autoren [4,6] weisen darauf hin, dass der Heilungsprozess bei der trockenen Nabelpflege gut überwacht werden muss.

Frühgeborene oder kranke Kinder sind anfälliger für Infektionen und müssen häufig länger im Spital bleiben. Durch die Anwendung von lokalen Antiseptika können nosokomiale Infektionen vermieden werden, weil die Bakterienkolonisation von Haut und Nabel reduziert wird. Es ist unwahrscheinlich, dass der Gebrauch dieser Antiseptika schädlich ist. Deshalb ist es sinnvoll, den Nabel dieser Kinder mit einem Antiseptikum zu behandeln [2,3].

Zeitdauer bis zum Abfallen der Nabelschnur

Die WHO vermutet, dass bei der Desinfektion des Nabels auch diejenigen Bakterien abgetötet werden, die für das Ablösen der Nabelschnur nützlich sind. Diese Hypothese wird gestützt durch Untersuchungen, welche die Zeitdauer bis zum Abfallen untersucht haben. Beim Desinfizieren des Nabels mit flüssigen Antiseptika dauert es länger bis der Nabel abfällt, als wenn er natürlich getrocknet wird, und je öfter ein Antiseptikum angewendet wird, desto länger dauert es, bis die Nabelschnur abfällt [6,7,8]. Am schnellsten fällt der Nabel nach einer Behandlung mit Puder ab [8,9].

Zwei Studien [8,9] zeigen auch, dass frühes Abfallen des Nabels einhergeht mit häufigerem Nachbluten (und damit häufigeren Hausbesuchen der Hebammen).



Klares Wasser ist bei der trockenen Nabelpflege das Mittel der Wahl. Foto: Hebammenzentrale Bern

Antibiotische Salben werden wegen der möglichen Nebenwirkungen nur noch bei Zeichen einer Infektion empfohlen.

Was Pflegende und Eltern zufrieden stellt

Eltern und Pflegende zeigen sich beunruhigt, wenn der Nabel nässt, übel riecht oder blutet [5,6,9]. Sie haben es nicht gern, wenn die Nabelpflege aufwändig ist, oder, wie mit Triple dye, Flecken verursacht [7,8,10]. Der Gebrauch von Antiseptika vermindert die Besorgnis der Mütter [2].

Eine qualitative Studie aus Kanada [10] berichtet, dass 6 von 30 Müttern sich nicht erinnern konnten, im Spital über die Nabelpflege aufgeklärt worden zu sein, und weitere 11 Mütter waren beunruhigt, weil sie widersprüchliche Informationen

erhalten hatten. Die Autorinnen empfehlen, dass Mütter eine gute und einheitliche Information über Nabelpflege erhalten. Eine weitere kanadische Studie [6] schliesst sich diesen Empfehlungen an, ergänzt aber, dass auch die Pflegenden über die Evidenzen informiert sein müssen und bereit sein sollten, historisch begründete Praxis auf ihre Evidenz hin zu überprüfen.

Was kostet mehr?

Es ist offensichtlich, dass die trockene Nabelpflege am wenigsten Materialkosten verursacht, gefolgt von der Pflege mit Alkohol. Werden die Kosten des Pflegepersonals einbezogen, sieht die Rechnung anders aus. Eine Studie aus dem Jahr 1986 [9] rechnet aus, dass die Pflege mit Alkohol am wenigsten Kosten verursacht,



Die Bandbreite der Nabelpflege ist gross, für eine abschliessende Beurteilung fehlt bislang die Evidenz.

Foto: Martina Bürgler

weil dabei am wenigsten Hausbesuche gemacht werden müssen. Je aufwändiger die Nabelpflege ist, desto mehr Zeit wird dafür gebraucht und desto teurer ist die Nabelpflege im Endeffekt.

Nicht berücksichtigte Faktoren

Es gibt einige Faktoren, die in den aufgelisteten Studien nicht oder nur am Rande berücksichtigt werden, aber einen Einfluss auf die Nabelheilung und Infektionsrate haben könnten, z.B. das (tägliche) Baden, Stoffwindeln oder Wegwerfwindeln, den Nabel einzupacken oder offen zu lassen, die Art der Nabelklemme, die Klemme zu entfernen oder bis zum Abfallen dranzulassen, die Länge des Nabelstumpfes. Wenig erforscht ist auch die Bereitschaft der Mütter (Compliance), die empfohlene Nabelpflege daheim weiterzuführen. Dies ist deshalb bedeutsam, weil sich die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Spital in den letzten Jahren laufend verkürzt und immer mehr Eltern daheim allein für die Nabelpflege zuständig sind. Und letztlich wurde die Zufriedenheit der Kinder mit den einzelnen Methoden nie erforscht.

Nutzen, Nebenwirkungen und Kosten

Die für die Nabelpflege benutzten Mittel haben sich über die Jahre immer wieder verändert.

Es wurde und wird immer wieder versucht, die Nabelheilung durch ein bestimmtes Mittel zu beschleunigen und die Infektionsrate tief zu halten. Wie sich gezeigt hat, wurden bei einigen der angewandten Mittel im Nachhinein Nebenwirkungen entdeckt [3], die ungünstige Folgen für die Kinder haben können. Deshalb scheint es sinnvoll, möglichst wenig Mittel zu verwenden und die natürliche Heilung des Nabels abzuwarten. Es scheint, dass zwar die Zeitdauer bis zum Abfallen der Nabelschnur, nicht aber der Heilungsverlauf beschleunigt wird.

Zusammenfassende Empfehlungen

- Bei der Geburt auf hygienische Verhältnisse achten, mit sauberen (desinfizierten) Händen arbeiten und die Nabelschnur mit einem sterilisierten Instrument durchtrennen, nach Möglichkeit nach dem Auspulsieren der Nabelschnur. Nabelklemme oder Nabelbändchen müssen steril sein. Nach der Geburt im Spital ist ein einmaliges Desinfizieren des Nabels sinnvoll.
- Die Nabelpflege kann »trocken« oder durch ein lokales Antiseptikum, wie z.B. Alkohol 70%, erfolgen.
- «Trockene Nabelpflege» heisst, dass der Nabel nur bei Verschmutzung mit sauberem Wasser oder Seifenwasser gewaschen wird, ansonsten möglichst trocken gehalten wird.
- Bei der trockenen Nabelpflege kommt es häufiger zu fauligem Geruch und einer

Absonderung aus dem Nabel, die als Eiter missinterpretiert werden kann.

- Die bakterielle Besiedelung des Nabels ist bei der trockenen Nabelpflege höher als bei der Behandlung mit einem lokalen Antiseptikum, jedoch ohne nachgewiesene erhöhte Infektionsrate.
- Bei der Pflege mit einem lokalen Antiseptikum genügt es, den Nabel einmal täglich zu desinfizieren. Je häufiger der Nabel desinfiziert wird, desto länger dauert es, bis die Nabelschnur abfällt.
- Den Nabel möglichst trocken halten, die Windeln möglichst nicht über den Nabel gefaltet.
- Den Heilungsprozess täglich beobachten, um eine mögliche Nabelinfektion frühzeitig zu erkennen.
- Eine Behandlung mit einem Puder (Salicylpuder, Milchzucker, Wecesein, usw.) verkürzt zwar die Zeit bis zum Abfallen der Nabelschnur, kann aber zu häufigeren Nachblutungen führen.
- Bei der Wahl der Mittel auf solche ohne unerwünschte Nebenwirkungen achten. Nicht geeignet für die routinemässige Anwendung sind Triple dye (toxisch im Tierversuch, Verschmutzung der Hände und Kleider der Pflegenden), Betadine (Unterdrückung der Schilddrüsenfunktion), und Mittel mit Hexachlorophen (neurotoxisch).

Guideline Nabelpflege

Gut zu wissen

Für die Informationen zu dieser Guideline wurde im Sommer 2005 eine Literaturrecherche in der Cochrane Library, in Medline, Midirs und Google gemacht, mit den Stichwörtern «Nabelpflege» und «umbilical cord care». Ausserdem wurden Lehrbücher berücksichtigt und Artikel in deutschsprachigen Fachzeitschriften gesucht. Die Guideline wurde im Auftrag des SHV erstellt und nicht von Sponsoren unterstützt.

Bei dieser Publikation handelt es sich um einen Vorabdruck. Die ungekürzte Version der Guidelines wird demnächst fertig gestellt und enthält zusätzlich ein Kapitel über Nabelinfektionen sowie eine Tabelle mit den gebräuchlichen Nabelpflegemitteln sowie ihrer Beurteilung.

Die vollständigen Guidelines können nach ihrer Fertigstellung auf der Webseite des SHV unter Qualitätsmanagement heruntergeladen werden. Der Zeitpunkt wird noch bekannt gegeben.

- Der Nabel kann für einige Eltern ein Quell der Besorgnis sein. Deshalb ist gute und einheitliche Information über die Pflege wichtig.
- Bei Frühgeborenen oder kranken Neugeborenen ist es wahrscheinlich sinnvoll, den Nabel mit einem lokalen Antiseptikum zu desinfizieren. ◀

Redaktionelle Bearbeitung: Gerlinde Michel

Literatur

- [1] Ireland J., Rennie A.-M., Hundley V., Fitzmaurice A., Graham W. (2000): Cord-care practice in Scotland. *Midwifery* 16, 237–245.
- [2] Zupan J., Garner P.: Topical umbilical cord care. *The cochrane library*, Issue 1 2004, Chichester, UK, John Wiley sons, Ltd. (Grad I).
- [3] WHO Care of the umbilical cord: a review of the evidence (1998) – WHO/RHTMSM/98.4 http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_98_4/MSM_98_4_abstract.en.htm
- [4] Mullany L. C., Darmstadt G.L. Tielsch, J. M., (2003): Role of antimicrobial applications to the umbilical cord in neonates to prevent bacterial colonization and infection: a review of the evidence. *Pediatric Infection and Disease Journal* 22; 996–1002.
- [5] Janssen P.A., Selwood, B.L., Dobson S.R., Peacock D. and Thiessen, P.N., (2003): To Dye or Not to Dye: A Randomized, Clinical Trial of a Triple Dye/Alcohol Regime Versus Dry Cord Care. *Pediatrics* 111; 15–20.
- [6] Dore, S. Bichan, D., Coulas S., Hamber L. Stewart, M., Cowan, D., Jamieson, L.; (1998): Alcohol Versus Natural Drying for Newborn Cord Care. *JOGNN* 27; 621–627.
- [7] Gladstone, I.M., Clapper, L. Thorp, J.W., Wright, D.I. (1988): Randomized study of six umbilical cord care regimens. *Clinical Pediatrics* 27, 127–129.
- [8] Pezzatti, M., Biagioli, E., Martelli, E., Gambi, B. Biagiotti, R., Rubatelli, F.F. 2002: Umbilical Cord Care: The Effect of Eight Different Cord-Care Regimens on Cord Separation Time and Other Outcomes. *Biology of the Neonate*. 81; 38–44.
- [9] Mugford M., Somchiwong M., & Waterhouse I.L. (1986): Treatment of umbilical cord: a randomised trial to assess the effect of treatment methods on the work of midwives. *Midwifery*, 2, 177–186.
- [10] Ford, L.A., Ritchie, J.A. 1999: Maternal Perceptions of Newborn Umbilical Cord Treatments and Healing. *JOGNN* 28; 501–506.
- [11] Gallagher P.G., Shah, S. S.; Omphalitis Last updated: June 19, 2002 <http://www.emedicine.com/ped/topic1641.htm>
- [12] Sawardekar, K.P. 2004: Changing spectrum of neonatal omphalitis. *Pediatr Infect Dis J* 23, 22–26.
- [13] Robert Koch Institut, 2002: RKI Ratgeber Infektionskrankheiten – Merkblätter für Ärzte. Tetanus Epidemiologisches Bulletin 27, online: <http://www.rki.de>
- [14] Sawin R.S., Schaller R.T., Tapper D. (1994): Early recognition of neonatal abdominal wall necrotizing fasciitis. *Am J Surg* May; 167; 481–484.
- [15] Davies-Adetingbo, A. A., Torimomiro, S.E.A. & Ako-Nai, K.A., (1998): Prognostic factors in neonatal tetanus. *Tropical medicine and International Health* 3; 9–13.

Buchtipps

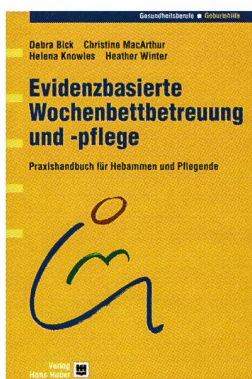
Debra Bick et al.

Evidenzbasierte Wochenbettbetreuung und -pflege

Praxishandbuch für Hebammen und Pflegendende

2004. 267 Seiten, 2 Abb., 1 Tab., Fr. 59.90

Verlag Hans Huber, Bern



Endlich hat die evidenzbasierte Medizin mit einem Thema aus unserem Fachbereich auch Einzug in die deutsche Sprache gehalten und steht so

einem breiteren Hebammenpublikum zur Verfügung. Basis des Buches ist die randomisierte, kontrollierte IMPaCT-Studie, die aus den Bedürfnissen des britischen Gesundheitssystems abgeleitet und entwickelt wurde. Der zentrale Gedanke war, die physische und psychische Gesundheit der Frauen nach der Geburt durch systematische Identifizierung und Behandlung postpartaler Probleme in der ausserklinischen, hebammenbegleiteten Wochenbettbetreuung zu verbessern.

Die Ergebnisse der Studie wurden in einem neuen Hebammenmodell umgesetzt und überprüft. Um Symptome und Probleme im Wochenbett systematisch aufzudecken, wurde von den Hebammen nicht nur wie bisher bis zum 10. Tag, sondern bis zum 28. Tag postpartal sowie bei einer Abschlussuntersuchung nach 10–12 Wochen eine Symptomcheckliste als Diagnosehilfe eingesetzt. Zur Aufdeckung postpartaler Depressionen wurde die Edinburgh Postnatal Depression Scale EPDS mehrfach über einen Zeitraum bis zur Abschlussuntersuchung benutzt.

Das Buch besteht aus zehn eigenständigen Leitfäden, die jeweils in drei Unterkapiteln präsentiert werden: zunächst eine vollständige Übersicht über die verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse, dann die praxisorientierte

Umsetzung, und abschliessend eine Kurzzusammenfassung. Die Themenliste umfasst neben typisch geburtshilflichen Problemen auch Kapitel über Erschöpfung, Rückenschmerzen und Kopfschmerzen. Jeder Leitfaden schliesst mit einer ausschliesslich englischsprachigen Literaturliste ab. Die klare Struktur ermöglicht neben der umfassenden Lektüre auch das Auffrischen eines Themenbereichs mit einem guten Überblick über die wichtigsten Punkte der Hebammenbetreuung. Mit diesem Praxishandbuch wurde ein grossartiger, umsetzbarer Anfang gemacht, der einer Harmonisierung der ausserklinischen Wochenbettbetreuung und damit der Qualitätssicherung dienen kann. Aus dem hier vorgestellten Hebammenmodell könnte sich in der Schweiz idealerweise eine Argumentation zur Verlängerung der Wochenbettpflege bis zum 28. Tag und einer späteren Abschlusskontrolle durch die Hebammen ergeben. Beim Aufdecken von Wochenbettdepressionen könnten wir dann sicherlich auch eine bedeutendere Rolle spielen.

Viele gebräuchliche Mittel und Themen aus unserem Berufsalltag wurden aber bisher noch gar nicht wissenschaftlich oder bloss methodisch unzureichend hinterfragt, wie zum Beispiel Mittel zur Förderung der Uterusrückbildung oder die Behandlung von Anämie. Deshalb ist dieses Buch eher als wichtiges Fundament zu verstehen, das dringend zu weiteren Studien einlädt und auf jeden Fall noch ausbaufähig ist.

Heike Emery, Hebamme

Stillfreudigkeit in der Schweiz

Einfluss der stillfreundlichen Kliniken

Wie lange stillen die Mütter in der Schweiz ihre Kinder? Stillen sie länger, wenn ihr Baby in einer stillfreundlichen Institution zur Welt gekommen ist?

Ein Forscherinnenteam des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel untersuchte die Daten von 2861 Kindern zwischen 0 und 11 Monaten, die 2003 in einer von insgesamt 145 verschiedenen Schweizer Kliniken geboren wurden. 45 dieser Spitäler trugen die Unicef-Auszeichnung als stillfreundliches Spital, 31 Spitäler befanden sich im Evaluationsprozess für die Auszeichnung. Dies gab den Forscherinnen die Möglichkeit, zwischen verschiedenen Kategorien von Spitälern zu unterscheiden.

Resultate: 2003 stillten die Mütter durchschnittlich während 31 Wochen, also erheblich länger als die durchschnittlich 22 Wochen im Jahr 1994. Voll gestillt wurde während 17 Wochen (1994: 15 Wochen). 42% der Kinder, die im Alter von 0 bis 5 Monaten ausschliesslich gestillt wurden, kamen in einem stillfreundlichen, 34% in einem anderen Spital zur Welt. Auch die Stilldauer für die in still-

freundlichen Spitälern geborenen Kindern war länger als anderswo, insofern die Spitäler die Unicef-Richtlinien eng befolgten (gute Compliance): 35 versus 29 Wochen für Stillen generell, 20 versus 17 Wochen für volles Stillen, 12 versus 6 Wochen für ausschliessliches Stillen. Begünstigend für eine längere Stilldauer wirkten sich aus: 24-Stunden Rooming-in, erstes Ansetzen innerhalb der ersten Stunde nach der Geburt, Stillen nach Bedarf und – der umstrittene Nuggi.

Schlussfolgerungen: Die Resultate legen nahe, dass sich die höhere Anzahl stillfreundlicher Spitäler in der Schweiz positiv auf Stillhäufigkeit und Dauer auswirkt. Es müssen jedoch auch andere Erklärungen diskutiert werden. In der Schweiz werben die Kliniken aktiv mit dem Unicef-Label. Es könnte sein, dass Frauen, die sowieso zum Stillen motiviert sind, vermehrt diese Institutionen zum Gebären wählen. Dies erklärt allerdings nicht die Unterschiede zwischen Unicef-zertifizierten Kliniken mit hohem und solchen mit tiefem Befolgungsgrad der Richtlinien, da die Frauen in der Regel keine Kenntnis von

der Compliance der Klinik haben.

Die stillfreundlichen Spitäler scheinen die Stillfreudigkeit generell positiv zu beeinflussen. Ihre Werbekampagnen und Ausbildungsprogramme haben Auswirkungen auf die positive Wahrnehmung des Stillens in der Öffentlichkeit. Die Initiative

für stillfreundliche Spitäler sollte deshalb weitergeführt werden, aber die Compliance der Kliniken müsste besser überwacht werden.

Sonja Merten, Julia Dratva, Ursula Ackermann-Liebrich, Do Baby-Friendly Hospitals Influence Breastfeeding Duration on a National Level? Pediatrics Vol.116 N° 5 November 2005.

Kommentar von Inge Loos, Hebamme, Berufsschullehrerin:

«Die längste Stilldauer hatten Spitäler, welche die UNICEF-Richtlinien am besten umgesetzt haben, ein wichtiges Ergebnis. Welche Spitäler sind das und welche Gründe gibt es für eine weniger gute Umsetzung? Liegt es an der Überzeugung der Hebammen und Pflegenden, ist es die Arbeitsorganisation?

Stillen wird exklusiv für 24 Wochen empfohlen und überhaupt für bis zu 2 Jahren. Mit einer längeren Stilldauer kann die Gesundheit am besten gefördert werden. Stillen bedeutet für das Kind ein vermindertes Risiko für gastrointestinale und respiratorische Infekte, Allergien, SIDS, neurokognitive Störungen, Adipositas, Diabetes Typ 2, und für die Mutter ein vermindertes Risiko für Mamma- und Ovarialkarzinome, Osteoporose, Diabetes Typ 2, lauter schwerwiegende und stark belastende Erkrankungen für die Menschen und sehr kostenintensiv für das Gesundheitswesen.

Eine strikte Umsetzung der Richtlinien führt zu einer höheren Stillquote und längerer Stilldauer und damit zu einer Senkung der Risiken. Diese Tatsache scheint im Bewusstsein der Profis und der Gesellschaft zu verschwinden. In der Schweiz nimmt das Interesse an der Baby-friendly-Initiative ab. Unicef Schweiz hat eine Studie in Auftrag gegeben, die das untersuchen soll. Für uns Hebammen stellt sich die Frage, was wir tun können, um das Stillen weiter wirkungsvoll und nachhaltig zu fördern.»

Frühere Entlassung

Trotzdem kompetente Mütter

Viele Gesundheitssysteme und Institutionen beschäftigt die Frage: «Wie lange sollen Wöchnerinnen im Spital bleiben?» Eine Forschergruppe des Gesundheitswesens in Michigan USA stellte sich weitergehende Fragen: «Welches sind die Zielsetzungen des Klinikaufenthaltes nach der Geburt? Was soll im Klinikwochenbett erreicht werden? Welche Schlüsselkompetenzen müssen junge Mütter erwerben, damit der Übergang zur Mutterschaft, die vollständige Erholung und die Bindung zum Neugeborenen optimal verlaufen? Und dies alles trotz kürzerem Spitalaufenthalt?» Die Forschergruppe entwickelte ein Ausbildungsprogramm

(Comprehensive Pregnancy Program CPP) für das gesamte Gesundheitspersonal und schulte die Betreuenden entsprechend. Im Zentrum stand die Förderung der mütterlichen Kompetenzen, sich optimal um sich und um ihr Kind zu kümmern. Die ForscherInnen entwickelten Instrumente, mit denen sich die erworbenen Kompetenzen vor der Klinikentlassung messen liessen. Die Aufenthaltsdauer wurde für alle gesunden Wöchnerinnen reduziert und ein Besuchsprogramm zuhause eingerichtet. Die darauf folgende Evaluationsstudie untersuchte die Auswirkungen des CPP. Die Wissenschaftler verglichen

705 Mütter, die gemäss CPP betreut wurden, mit einer Kontrollgruppe von 722 Müttern, die ihr Wochenbett nach traditionellem Muster verbrachten. Gemessene Outcomes waren erneute Einweisung ins Spital nach Entlassung, Notfallaufnahmen, Besuche in der Poliklinik nach Entlassung, Wochenbettdauer in der Klinik und Fallkosten.

Resultate: Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Mütter reduzierte sich um 56%, diejenige der Neugeborenen um 35%. Die durchschnittlichen Mutterschaftskosten sanken um 30%, die der Kinder um 5%. Die Anzahl Wiedereinweisungen und Notfallaufnahmen der Mütter

unterschied sich nicht gegenüber früher, diejenige der Kinder war nicht-signifikant erhöht. Die Zufriedenheit der Wöchnerinnen mit dem CPP war hoch. Das Forscherteam zieht den Schluss, dass sich der Fokus vom kürzeren Klinikaufenthalt auf den Erwerb elterlicher und mütterlicher Kompetenzen verlagern muss. Wochenbettbesuche nach der Spitalentlassung eröffnen zusätzliche Möglichkeiten, die Bindung zwischen Mutter und Kind und den Anpassungsprozess zu überwachen und zu fördern.

Johnson TRB et al, A Competency Based Approach to Comprehensive Pregnancy Care. Women's Health Issues Vol 10 N° 5 September/October 2000.

FLORADIX

Eisen für Mutter und Kind besonders wichtig

Floradix hat die entscheidenden Vorteile

- ausgezeichnete Verträglichkeit
- Gluten- und Lactosefrei
- Frei von Konservierungsmitteln
- Alkoholfrei

Floradix Kräuter und Eisen ist in folgenden Packungsgrößen erhältlich

- Floradix Kräuter und Eisen, Tonikum 250 ml, 500 ml und 700 ml
- Floradix Eisenkapseln Inhalt 40 Kapseln



Vertrieb:
Dr. Dünner AG, Immensee

Gratisinformationen

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Einsenden an: Dr. Dünner AG,
Floradix, Artherstrasse 60, 6405 Immensee

Was fehlt noch zwischen Haut und Windel?



Bepanthen®
5% Dexpanthenol

Der Tag- und Nachtschutz vor Windelentzündung: Bepanthen® Salbe mit Dexpanthenol.

Eine Windelentzündung entsteht durch längeren Kontakt der Haut mit Urin und Stuhl sowie Nässe- und Wärmestau unter der Windel. Das Ergebnis sind wundete Haut und Schmerzen. Babyhaut ist fünfmal dünner als die Haut von Erwachsenen, produziert ungenügend eigene Hautfette und ist deshalb empfindlicher. Darum sollte Babyhaut speziell geschützt werden. Mit Bepanthen Salbe. Denn Bepanthen Salbe heilt nicht nur entzündete Babyhaut, sondern schützt auch präventiv vor Windelentzündung. Eine klinische Studie bei Früh- und Neugeborenen belegt die Schutzwirkung von Bepanthen Salbe*. Beim Wechseln der Windel, nach gründlicher Reinigung, einfach Bepanthen Salbe auf Babys empfindliche Haut auftragen. Ihr hoher Fettgehalt bildet, dünn aufgetragen, einen feinen atmungsaktiven Schutzfilm. Das Provitamin Dexpanthenol in Bepanthen Salbe dringt tief in die Haut ein und unterstützt die natürliche Zellerneuerung. Bepanthen Salbe ist frei von Farb-, Duft- und Konservierungsstoffen, einfach aufzutragen und leicht zu entfernen. Bepanthen Salbe schützt und heilt. Tag und Nacht.



Bepanthen Salbe schützt und heilt.

- Ohne Konservierungsmittel
- Ohne Duftstoffe
- Ohne Farbstoffe

* Putet G et al: Etude de l'action de Bépanthène Onguent dans la prévention et le traitement des dermatites du siège chez les prématurés et les nouveau-nés. Réalités Pédiatriques 63, 33-38 (2001)

Bepanthen Salbe: **Zusammensetzung:** Dexpanthenol. **Indikationen:** Aufbau und Regeneration von Haut und Schleimhaut, Behandlung von Hautreizungen, Intervallbehandlung nach Kortisontherapie, schützende Pflege bei trockener und spröder Haut. **Anwendungen:** Je nach Bedarf ein- bis mehrmals täglich anwenden. **Unerwünschte Wirkungen:** In sehr seltenen Fällen können allergische Hautreaktionen auftreten. **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit gegen einen oder mehrere der Inhaltsstoffe. **Packungen:** Salbe: 30g, 100g. Liste D. Ausführliche Informationen entnehmen Sie bitte dem *Arzneimittel-Kompendium der Schweiz*.



Bayer (Schweiz) AG
8045 Zürich

www.bepanthen.ch