

Das erste Ansetzen im Gebärsaal

Optimales Management des Stillbeginns durch die Hebamme

Bachelor-Thesis

Barbara Naef

Nadia Kälin

Berner Fachhochschule Fachbereich Gesundheit
Bachelor of Science Hebamme

Bern, 01. 08. 2012

INHALTSVERZEICHNIS

1	Abstract	4
2	Einleitung	5
	2.1 Ziele, Fragestellung und Eingrenzung	6
3	Theoretische Grundlagen	7
	3.1 Definition „erstes Ansetzen“	7
	3.2 Physiologie der Laktation	8
	3.3 Mütterliche und kindliche Kompetenzen und Stillreflexe	9
	3.4 Sensible Phase und Haut-zu-Haut Kontakt.....	11
	3.5 Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen nach WHO/UNICEF	13
	3.6 Salutogenese	15
4	Methoden	16
	4.1 Methoden der Soll-Zustandserhebung	18
	4.1.1 Literaturrecherche	18
	4.1.2 Literaturanalyse	20
	4.2 Methoden der Ist-Zustandserhebung	21
	4.2.1 Schriftliche Befragung zur Handhabung am Praxisort	21
	4.2.2 Kontexterhebung.....	23
	4.2.3 Analyse der Fragebogen	23
	4.3 Methode Planung der Implementierung	23
	4.4 Ethische Aspekte.....	24
5	Ergebnisse	25
	5.1 Ergebnisse Soll-Zustand	25
	5.1.1 Ergebnisse Literaturrecherche	25
	5.1.2 Ergebnisse Literaturanalyse	25
	5.2 Ergebnisse Ist-Zustand.....	42
	5.2.1 Ergebnisse Kontexterhebung	42
	5.2.2 Ergebnisse schriftliche Befragung zur Handhabung am Praxisort	46
	5.3 Vergleich Ist-Soll-Zustand.....	48
	5.4 Veränderungsbedarf, resultierend aus Ist-Soll-Vergleich.....	54
6	Diskussion	56
	6.1 Diskussion der Ergebnisse	57
	6.2 Massnahmen	61

6.3	Implementierung	61
6.3.1	Ziele und Massnahmen	61
6.3.2	Projektplan	66
7	Schlussfolgerung	67
8	Literaturverzeichnis	69
9	Abbildungsverzeichnis.....	74
10	Tabellenverzeichnis	74
11	Abkürzungsverzeichnis	74
12	Anhang.....	76
12.1	Projektplan	76

1 ABSTRACT

Hintergrund: Die ersten Stunden postpartum (p.p.) stellen eine sensible Phase dar. Erfolgt der erste Kontakt ungestört Haut-zu-Haut, entwickeln Mutter und Kind angebotene Verhaltensmuster (Righard & Alade, 1990). Diese können wegen Zeitdruck oft nicht berücksichtigt werden, da es unter anderem am ausgewählten Praxisort als Standard gilt, eine Frau innert 120 Minuten p.p. auf die Wöchnerinnenabteilung zu verlegen. Ziel dieser Arbeit ist es, das optimale Management des ersten Ansetzens anhand eines Praxisprojekts zu planen, so dass ein erfolgreicher Stillbeginn ermöglicht wird. Die zentrale Fragestellung dieser Arbeit lautet: Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Evidenzen aus der Literatur und der Handhabung des ersten Ansetzens am Praxisort liegen vor und welche Empfehlungen können abgeleitet werden?

Methode: Die aktuellen wissenschaftlichen Empfehlungen zum Management des ersten Ansetzens wurden durch eine systematische Review ermittelt, die Handhabung am ausgewählten Praxisort durch Fragebogen erhoben. Aus einem Ist-Soll-Vergleich wurde der Veränderungsbedarf herausgearbeitet und Massnahmen für die Praxisinstitution entwickelt. Deren Implementierung wurde anhand eines Projektentwurfes geplant.

Ergebnisse: Hervorgegangene Parallelen aus dem Ist- und Soll-Zustand sind der Zeitpunkt des ersten Ansetzens, die Informationsgabe und Beachtung einzelner kindlicher und mütterlicher Reflexe. Der Ist-Soll-Vergleich zeigt Veränderungsbedarf bezüglich der Unterstützung beim ersten Ansetzen, Berücksichtigung der physiologischen Verhaltensmuster von Mutter und Kind sowie Bereitstellung und Nutzen von Ressourcen.

Diskussion: Durch eine spezifische Fortbildung, kann das erste Ansetzen in der Praxis einheitlich und evidenzbasiert gehandhabt werden. Eine Anpassung der Arbeitsbedingungen würde zeitliche Flexibilität für die postpartale Phase zulassen. Durch die Erstellung von Richtlinien könnte den Hebammen zusätzliche Ressourcen für die Handhabung in physiologischen und komplexen Stillsituationen zur Verfügung gestellt werden.

Schlussfolgerungen: Das optimale Management des Stillbeginns liegt in der Unterstützung der natürlichen Verhaltensmuster von Mutter und Kind. Wo nötig soll verbale Unterstützung der aktiven Ansetzhilfe vorgezogen werden. Da diese Empfehlungen der Gesundheitsförderung dienen, ist eine gesamtschweizerische Ausweitung dieser Arbeit anzustreben.

Schlüsselbegriffe: Stillbeginn, Management erstes Ansetzen, sensible Phase, physiologisches Verhalten des Neugeborenen, Haut-zu-Haut Kontakt

2 EINLEITUNG

In der ersten Stunde nach einer Geburt ist die Hebamme verantwortlich für die Unterstützung der kindlichen Adaptation, das Management der Plazentarperiode, das Assistieren bei der Versorgung der Geburtsverletzung, das Bonding, Aufräum- und Schreibarbeiten und nicht zuletzt das erste Ansetzen des Säuglings an die mütterliche Brust. Die Koordination dieser Arbeiten ist in der Praxis oft mit Zeitdruck verbunden, da es in einigen Institutionen als Standard gilt, eine Frau nach der Geburt innert 120 Minuten (Min.) auf die Wöchnerinnenabteilung zu verlegen. Dies erfuhren auch die Studierenden selber bei ihrem eigenen Management des ersten Ansetzens: meistens konnte das Bonding mittels Haut-zu-Haut-Kontakt zwischen Mutter und Kind baldmöglichst gewährleistet werden, was sich laut Forster und McLachlan (2007) positiv auf das erste sowie auf das spätere Stillen auswirkt. Das erste Ansetzen schien jedoch oft nicht individuell abgestimmt. Diesem Vorgang wird in der Praxis meist viel weniger Bedeutung zugeschrieben, als die wissenschaftliche Literatur dies empfiehlt. Örün et al. (2010) beschreibt es als einen sehr intimen Moment zwischen Mutter und Kind, der für die weiterführende Stillbeziehung von Bedeutung ist. Die Autorinnen machten die Erfahrung, dass die Hebamme meist die Initiative ergriff und das Kind an die mütterliche Brust ansetzte. Die Mütter wurden oft nur spärlich angeleitet und es gab erhebliche Unterschiede bei der Dauer des ersten Saugens. Auch wurde beispielsweise erlebt, dass bereits im Gebärsaal vereinzelt Stillhütchen zum Einsatz kamen. Diese Beobachtung widerspricht der Empfehlung von Forster und McLachlan (2007), dass vor allem Frauen mit Stillhindernissen, wie beispielsweise Flachwarzen, zusätzlich besondere Unterstützung durch die Hebamme gewährleistet werden muss, um das Stillen erfolgreich zu initiieren. Zeitdruck ist sicherlich ein Grund für diesen Umgang mit dem ersten Ansetzen am Praxisort, ein anderer könnte die Überzeugung der Hebamme sein, dass Stillförderung vor allem Thema im Wochenbett sei und dementsprechend nicht Hauptaufgabe der Hebamme im Gebärsaal.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt allen Müttern weltweit zum ausschliesslichen Stillen ihrer Kinder bis zum Ende des 6. Lebensmonats. Ausschliessliches Stillen hat längerfristige Vorteile für Mutter und Kind, wie Schutz vor Infektionen und chronischen Krankheiten beim Neugeborenen oder ein geringeres Risiko für Eierstock- und Brustkrebserkrankungen der Mutter (WHO, 2011). Weltweit werden jedoch

weniger als 40% der Säuglinge unter sechs Monaten ausschliesslich gestillt (WHO, 2012). Dem Jahresbericht 2010 der schweizerischen Stiftung zur Förderung des Stillens kann entnommen werden, dass 2007 fast 90% der Mütter ihr Kind initial gestillt haben und mehr als die Hälfte davon länger als 3 Monate. Aktuellere amtliche Statistiken bestehen leider nicht (Bundesamt für Statistik, schriftliche Mitteilung, 15. Juni, 2012).

Verschiedene Faktoren und Handlungen können sich auf den Stillbeginn und das weitere Stillen unterschiedlich auswirken. Dabei spielt die Einstellung der Mutter gegenüber dem Stillen ebenso eine Rolle wie Handlungen, die von der Hebamme ausgehen (Forster & McLachlan, 2007). Ein kontrovers diskutierter Faktor ist unter anderem der optimale Zeitpunkt des ersten Ansetzens. Die WHO beschreibt in ihren 10 Schritten zum erfolgreichen Stillen in Schritt 4: „Den Müttern soll ermöglicht werden, ihr Kind innerhalb der ersten halben Stunde nach der Geburt anzulegen“ (WHO, 1998). Pandit, Yeshwanth, und Albuquerque (1994) belegen, dass der Saugreflex in der ersten halben Stunde am stärksten ausgeprägt ist. Hingegen haben Nakao, Moji, Honda, und Oishi (2008) belegt, dass die meisten Neugeborenen zu dieser Zeit noch nicht zum Saugen bereit sind.

Es gibt also Studien, die belegen, dass frühes Ansetzen nach der Geburt für Mutter und Kind in gesundheitlicher Hinsicht sehr wichtig ist und den Stillerfolg stark beeinflusst. Das heisst, das optimale Management dieser entscheidenden Phase ist für das Wohl von Mutter und Kind bedeutsam. In der Praxis wird dieser Vorgang jedoch teilweise vernachlässigt. Aufgrund dessen und der beschriebenen Erlebnisse haben sich die Autorinnen entschieden, eine Praxisprojektplanung zu diesem Thema zu erarbeiten. Die Hebamme könnte somit wesentlich zur Still- und Gesundheitsförderung von Mutter und Kind beitragen (Örün, et al., 2010). Im Einzelnen befasst sich die Arbeit mit dem folgenden Ziel und spezifischen Fragen.

2.1 Ziele, Fragestellung und Eingrenzung

Ziel der Arbeit ist es, Möglichkeiten aufzuzeigen, wie das erste Ansetzen optimal gestaltet werden kann, so dass Mutter und Kind der bestmögliche und physiologische Start zum Stillen ermöglicht wird. Anhand einer Praxisprojektplanung sollen Empfehlungen zum ersten Ansetzen entwickelt werden, die dazu beitragen, dass die Gesundheit von Mutter und Kind gefördert wird.

Die genannten Ziele führen zu folgenden Fragestellungen:

- Welche Faktoren, laut Literatur, beeinflussen oder stehen im Zusammenhang mit dem ersten Ansetzen und welche Auswirkungen haben sie auf das Stillen?
- Wie kann die Hebamme das erste Ansetzen für Mutter und Kind optimal und evidenzbasiert gestalten?
- Wie handhaben Hebammen am ausgewählten Praxisort das erste Ansetzen im Gebärsaal und wie unterstützen sie die Mütter dabei?
- Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Evidenzen aus der Literatur und der Handhabung des ersten Ansetzens am Praxisort liegen vor und welche Empfehlungen können abgeleitet werden?
- Wie könnte die Implementierung der Empfehlungen zum ersten Ansetzen am Praxisort aussehen?

Im Zentrum dieser Arbeit steht das erste Anlegen des gesunden Termingeborenen nach einer Spontangeburt (SG). Besondere Situationen wie das erste Ansetzen nach einer Sectio caesarea so wie auch das Thema Frühgeburtlichkeit und dem damit verzögerten ersten Ansetzen (Nakao et al., 2008; Örün et al., 2010), werden nicht behandelt. Ebenso werden mütterliche Erkrankungen, die Verwendung von Analgetika und Anästhetika subpartu (Örün et al., 2010), sowie Komplikationen direkt postpartum (p.p.), die Einfluss auf das erste Ansetzen haben (Nakao et al., 2008), ausgeschlossen.

3 THEORETISCHE GRUNDLAGEN

Dieses Kapitel schafft die Grundlagen für die Beantwortung der Fragestellung. Die physiologischen Vorgänge, die im Zusammenhang mit dem Stillen stehen, werden erörtert.

3.1 Definition „erstes Ansetzen“

In der wissenschaftlichen Literatur finden sich keine Definitionen des Begriffes „erstes Ansetzen“. Ebenfalls gibt es keinen einheitlich beschriebenen Zeitpunkt, welcher das erste Ansetzen definiert und auch bezüglich des Ablaufes des Geschehens gibt es keine klare Auslegung. Aus diesen Gründen wurde eigen eine Begriffsbestimmung vorgenommen. Unter dem Begriff „erstes Ansetzen“ fällt in dieser Arbeit das erste Anlegen des Neugeborenen (NG) an die mütterliche Brust innerhalb der ersten 120 Lebensminuten im Gebärsaal, wobei es die Mamille und Teil der Areola vollständig mit dem Mund

umfasst und daran saugt. In Bezug auf die vorliegende Praxisprojektplanung wurde diese Zeitspanne gewählt, da es Sitte des Praxisortes ist, Frau und Kind zwei Stunden nach einer problemlosen vaginalen Geburt auf die Wochenbettstation zu verlegen. Im Gegensatz zur ersten Stillmahlzeit geht es beim ersten Ansetzen nicht hauptsächlich um die Nahrungsaufnahme, sondern vielmehr um das Auslösen der Stillreflexe durch das Saugen des Kindes an der Brust und um das Bonding (Geist, Friedrich, & Tegethoff, 2007).

3.2 Physiologie der Laktation

Die Laktation kann nach Coad und Dunstall (2007) in vier Phasen eingeteilt werden:

1. Laktogenese: Volumenzunahme und Differenzierung des Drüsengewebes
2. Galaktogenese: Auslösung der Milchsekretion nach der Plazentageburt
3. Galaktopoese: Aufrechterhaltung der Milchproduktion
4. Galaktokinese: Entleerung der Milch

Bereits während der Schwangerschaft wird die Brust unter der Wirkung verschiedener Hormone auf das Stillen vorbereitet. Die von der Plazenta gebildeten Hormone Progesteron und Östrogen haben Einfluss auf die Entwicklung des Brustdrüsengewebes und der Milchausführungsgänge (Neville & Morton, 2001). Das humane Plazentalaktogen, welches nur in der Schwangerschaft vorhanden ist, bewirkt die Differenzierung des Epithels in den Alveolen (Laktogenese) (Geist et al., 2007; Neville & Morton, 2001). Es bewirkt ausserdem eine Hemmung des vom Hypophysenvorderlappen gebildeten Prolaktins, so dass während der Schwangerschaft eine übermässige Produktion von Kolostrum und Muttermilch verhindert werden kann (Coad & Dunstall, 2007).

Mit der vollständigen Plazentageburt und dem Wegfall des hohen Spiegels der in der Plazenta gebildeten Hormone, entfällt der hemmende Effekt und die Blockade der Prolaktinrezeptoren, so dass Prolaktin wirksam werden kann (Kuhn, 1983, zit. in Neville & Morton, 2001). Parallel steigt die Zahl der Prolaktinrezeptoren steil an, sofern das NG in den ersten Stunden nach der Geburt die Mamille und Areola durch Lecken und Saugen stimuliert (Bohnet et al., 1988, zit. in Huch, 2006). Mithilfe von Prolaktin wird das Alveolarepithel innerhalb 2-3 Tagen zu milchbildenden und –sezernierenden Zellen umgebildet (Galaktogenese) (Huch, 2006).

Die Aufrechterhaltung der Milchproduktion (Galaktopoese) und Milchentleerung (Galaktokinese) ist vom regelmässigen Anlegen und effektiven Saugen abhängig (Huch,

2006; Neville & Morton, 2001). Die dafür erforderlichen kindlichen und mütterlichen Reflexe und Verhaltensmuster werden nachfolgend näher beschrieben. Sie bilden einen komplexen Regelkreis, der die Milchproduktion laufend dem Bedarf des Säuglings anpasst.

3.3 Mütterliche und kindliche Kompetenzen und Stillreflexe

Ein gesundes NG, das unmittelbar nach der Geburt nackt auf das ebenfalls nackte mütterliche Abdomen gelegt wird, zeigt ein angeborenes Verhaltensmuster (Widström et al., 1987, zit. in Moore, Anderson, Bergman, & Dowswell, 2012; Widström et al., 2011; Winberg, 2005). Dieses kann laut Widström et al. (2011) in verschiedene Phasen eingeteilt werden. Sobald das NG den Geburtsschrei beendet hat, tritt es in eine kurze „Entspannungsphase“, in der keinerlei Bewegungen stattfinden. Darauf beginnt die „Erwachensphase“ wobei kleine Bewegungen von Kopf, Schultern und Armen beobachtbar sind, gefolgt von der „Aktivphase“, wo bestimmtere Bewegungen stattfinden. Diese stehen ganz im Zusammenhang mit der Kontaktaufnahme zur Mutter und dem ersten Saugen an der Brust: Die NG schauen zum Beispiel zur Brust oder zum mütterlichen Gesicht, machen Suchbewegungen mit dem Kopf, führen eine Hand zum Mund, bewegen aber auch die Beine und machen kleine Geräusche zur Kontaktaufnahme. Anschliessend sind die Beinbewegungen in der „Krabbelphase“ so stark, dass das NG sich in Richtung Brust fortbewegt. Hat es die Areola und Mamille erreicht, beginnt die „Gewöhnungsphase“ wobei Hand-Brust-Mund-Bewegungen beobachtet werden können sowie die Mamille berührt und geleckt wird, bevor die „Saugphase“ beginnt. Das NG ist somit fähig, laut Widström (2011) nach durchschnittlich 62 Min p.p., laut Righard und Alade (1990) nach durchschnittlich 49 Minuten p.p. die Brust ohne Hilfe zu erreichen und daran zu saugen.

Geleitet wird das Kind in erster Linie vom *Suchreflex*, welcher sich durch das Drehen des Kopfes, Schmatzen und Hand zum Mund führen äussert (Geist et al., 2007). Im hungrigen Zustand dreht das NG seinen Kopf in Richtung eines Berührungsreizes, ausgelöst zum Beispiel durch die Brust oder den Finger. Bei Berührungen der Lippen öffnet es den Mund (U.S. Departement of Agriculture. Food and Nutrition Service., 2009). Der Suchreflex scheint durch den natürlichen Geruch der mütterlichen Brust unterstützt zu werden, denn Varendi, Porter und Winberg (1994) konnten zeigen, dass Neugebore-

ne eine ungewaschene Brust einer gewaschenen vorziehen, indem sie gezielt in Richtung ungewaschener Brust krabbeln.

Nicht nur der Geruchssinn hilft dem NG die Brust zu finden, auch die in der Schwangerschaft stärker pigmentierte Areola und Mamille lenkt die Aufmerksamkeit des NG auf sich (Widström, 2011). Hat das NG einmal die Areola und Mamille erreicht, berührt es diese für einige Zeit mit den Lippen und leckt daran (Matthiesen, Ransjö-Arvidson, Niessen, & Uvnäs-Moberg, 2001). Dadurch kontrahieren sich die ringförmigen Muskeln um die Mamille, wodurch diese sich aufrichtet – der *Brustwarzenerektionsreflex* wird ausgelöst (Friedrich, 2005). Thermische und mechanische Reize haben den gleichen Effekt, was beispielsweise bei Flachwarzen ausgenützt werden kann (Geist et al., 2007). Eine aufgerichtete Mamille ist für das NG einfacher zu fassen (Moore, 2005, zit. in Moore, Anderson, & Bergman, 2009). Berührt die Mamille die Zunge und vor allem den Gaumen, wird der *Saugreflex* ausgelöst. Das NG zeigt eine rhythmische Kieferaktivität, die einen negativen intraoralen Druck verursacht. Durch die wellenförmige Bewegung der Zunge wird die Milch aus der Brust gesaugt, zum Hals befördert und so bei genügend angesammelter Milch der *Schluckreflex* ausgelöst (Coad & Dunstall, 2007). Der Such- und Saugreflex scheint innerhalb eines gewissen Zeitraumes nach der Geburt sein erstes Maximum zu haben. So gibt Friedrich (2005) ein Zeitraum von 1-2 Stunden p.p., Pandit et al. (1994) ein Maximum innerhalb der ersten halben Stunde an.

Das erste Saugen ist massgeblich für die Galaktogenese. Die automatisch ablaufenden physiologischen Änderungen p.p. genügen nicht für ein erfolgreiches Ingangkommen der Laktation (Neville & Morton, 2001). Der Zeitpunkt des ersten Ansetzens und die Stillhäufigkeit in den ersten zwei Tagen p.p. korrelieren positiv mit der Milchmenge am fünften Tag p.p. (Chen, Nommsen-Rivers, Dewey, & Lonnerdal, (1998), zit. in Neville & Morton, 2001), was dafür spricht, dass frühes Ansetzen die Effizienz der Milchbildung fördert. Neville und Morton (2001) assoziieren ein verspätetes Entleeren des Ko-lostrums mit einer schlechten Prognose für eine erfolgreiche Laktation. Durch dass der Serumprolaktinspiegel im mütterlichen Blut in den ersten Wochenbetttagen sinkt, sind ein regelmässiges Saugen an der Brust und eine genügende Entleerung notwendig, um diesen wieder zu steigern (Friedrich, 2005). Die Stimulation der sensiblen Nervenfasern der Mamille löst einen Reiz aus, der über afferente Nervenendigungen der Mamille über das Rückenmark und Mittelhirn zum Hypothalamus geleitet wird. Von dort wird durch ein Releasing-Hormon der Hypophysenvorderlappen zur Freisetzung von Prolaktin an-

geregt. Dieses gelangt über die Blutbahn zu den milchbildenden Alveolen der Brustdrüse (Geist et al., 2007; Huch, 2006). Je öfter ein Kind an der Brust saugt, desto höher ist der Prolaktinspiegel und desto mehr Milch wird gebildet (Friedrich, 2005). Ein regelmässiger Saugreiz an der Mamille ist folglich verantwortlich für den *Milchbildungsreflex* und somit für die Galaktopoese. Ein weiterer mütterlicher Reflex ist der *Milchspendereflex*. Er ist ebenfalls vom Verhalten und Saugen des Kindes, als psychosomatischer Reflex jedoch auch im hohen Masse von der seelischen Verfassung der Mutter abhängig. Wie beim Milchbildungsreflex wird der Hypothalamus durch den Saugreiz stimuliert und regt den Hypophysenvorderlappen zur Oxytocinausschüttung an (Geist et al., 2007). Oxytocin gelangt über die Blutbahn zu den Myoepithelien im Brustdrüsengewebe und führt dort zu einer Kontraktion der perialveolären Muskelfasern. Damit wird die Milch in die Milchgänge befördert (Galaktokinese) von wo sie durch die Saugbewegung des Kindes in die Mundhöhle gelangt (Huch, 2006).

Das anfänglich beschriebene, angeborene Verhaltensmuster p.p. gleicht dem von anderen Säugetieren. Vor allem die Hand-Brust-Mund-Bewegungen, die eine Art Brustmassage darstellen, gleichen dem Milchtritt von Jungtieren, die so den Milchfluss anregen. Matthiesen et al. (2001) konnte zeigen, dass diese Massagebewegungen eine signifikante Oxytocinausschüttung bei der Mutter auslösen. Diese Oxytocinausschüttung dürfte insofern wichtig sein, als sie den zu Beginn noch nicht mit dem Saugen konditionierten Milchspendereflex zusätzlich stimulieren. Ausserdem scheint sie eine wichtige Rolle in der sensiblen Phase nach der Geburt zu spielen, wo sie Einfluss auf das spätere Stillen und die Mutter-Kind-Bindung hat.

3.4 Sensible Phase und Haut-zu-Haut Kontakt

Während der Geburt werden verschiedene Hormone von Mutter und Kind ausgeschüttet, welche einige Zeit nach der Geburt noch im Körper bleiben oder beispielsweise beim Stillen erneut ausgeschüttet werden. Jedes dieser Hormone hat seine spezifische Funktion (Odent, 2002). So können bei Mutter und Kind hohe Anteile von Adrenalin und Endorphinen direkt nach der Geburt nachgewiesen werden. Diese bewirken bei der Mutter eine wache, euphorische Aktivität, so dass sie das Kind zu sich nehmen, anschauen, berühren und kennen lernen will. Beim Kind bewirken sie Wachheit und Offenheit für die neue Umgebung und vor allem für seine Mutter (Odent, 2002; Geist, 2007). Ein weiteres und gleichzeitig ein Schlüsselhormon im physiologischen Geburt-

prozess ist das Oxytocin. Nebst seinen Effekten auf Uteruskontraktionen und den Milchspendereflex, spielt es eine wichtige Rolle im Bindungsprozess von Mutter und Kind (Odent, 2002). Odent (2006) nennt Oxytocin auch das Hormon der Liebe, da es in allen Vorgängen, die mit Liebe zu tun haben, ausgeschüttet wird. Oxytocin löst ein altruistisches, fürsorgliches und selbstloses Verhalten aus (Odent, 2006). Während der Austreibungsphase und kurz nach der Geburt erreicht der Oxytocinspiegel im mütterlichen Blut sein Maximum (Odent, 2002). Obwohl Adrenalin wichtig für die erste Kontaktaufnahme von Mutter und Kind ist, bremst es die Ausschüttung von Oxytocin. Daher ist es wichtig, dass das erste Kennenlernen im geschützten Rahmen stattfindet, damit Adrenalin tief gehalten werden kann (Buckley, 2005; Odent, 2006). Der hohe Oxytocinspiegel wird von einem hohen Prolaktinlevel begleitet (Odent, 2002). Das sogenannte Mutterschaftshormon führt neben der Milchbildung auch zu einem wachsamem und ängstlichen Befinden der Mutter. Die Bedürfnisse des NG stehen im Vordergrund. Zusammen mit Oxytocin fördert das Prolaktin die selbstlose und entspannte Hingabe für das Baby (Buckley, 2005).

Die beschriebenen Hormone spielen eine wichtige Rolle in der sogenannten sensiblen Phase nach der Geburt (Odent, 2002), die nur ein bis zwei Stunden andauert (Geist, 2007). In dieser Zeit sind Mutter und NG besonders empfänglich füreinander. Mit der Vorstellung, dass Mutter und Kind nach der Geburt geradezu von Hormonen und Opiaten eingehüllt sind und mit dem Wissen, dass Opiate abhängig machen können, ist es einfacher zu verstehen, dass sich in dieser Phase eine voneinander abhängige Bindung entwickelt (Odent, 2002). Nebst dem dass sich Mutter und Kind mit all ihren Sinnen kennenlernen, laufen auch unsichtbare Prozesse ab, die für das seelische Wohlbefinden von Mutter und Kind von grösster Bedeutung sind (Koschorz, 2004). Die erste Kontaktaufnahme in der sensiblen Phase ist also für die Entwicklung der Mutter-Kind-Bindung (Bonding) prägend und sollte möglichst mittels Haut-zu-Haut Kontakt stattfinden, denn Klaus und Kennell (1976, zit. in Winberg, 2005) fanden heraus, dass um 18 Stunden verlängerter Mutter-Kind-Kontakt während den ersten drei Tagen p.p. die liebevolle, mütterliche Zuwendung zum Kind längerfristig steigert.

Unter Haut-zu-Haut Kontakt versteht man die Platzierung des nackten Kindes in Bauchlage auf die nackte Brust der Mutter (Moore et al., 2012). In dieser Arbeit wird der Begriff in Zusammenhang mit dem ersten Hautkontakt von Mutter und Kind direkt nach

der Geburt verwendet und dafür der englische Begriff Skin-to-skin contact (SSC) gebraucht.

Das Grundprinzip des SSC kommt aus dem Tierreich, wo direkter Kontakt nach der Geburt für das Auslösen angeborener Verhaltensweisen von Mutter- und Jungtier notwendig ist, was wiederum zu einer erfolgreichen Nahrungsaufnahme und somit zum Überleben führt. Eine Trennung vom mütterlichen Milieu resultiert in sofortige Hilferufe des Jungtieres (Alberts, 1994, zit. in Moore et al., 2012). So konnte Michelsson, Christensson, Rothganger, & Winberg (1996, zit. in Moore et al., 2012) zeigen, dass Neugeborene, die p.p. in ein Kinderbettchen gelegt werden, zehn Mal mehr weinen, als NG mit SSC. Dies zeigt, dass menschliche NG ebenfalls Hilferufe von sich geben, wenn sie von der Mutter getrennt werden. Neugeborene in SSC nach der Geburt zeigen das unter Kapitel 3.3 beschriebene angeborene Verhaltensmuster. Dabei ist erstaunlich, dass der mütterliche Körper die kindliche Körpertemperatur stabiler hält, als eine externe Heizquelle (Christensson, 1992, zit. in Winberg, 2005; Christidis, 2003, zit. in Moore et al., 2012). Dies kann dadurch erklärt werden, dass SSC den Nervus Vagus stimuliert, was zur Oxytocinausschüttung führt, dies wiederum führt zur Erwärmung der mütterlichen Brust (Uvnäs-Moberg, 1998 zit. in Moore et al., 2012). Ein weiterer Vorteil hat SSC auf die Plazentarperiode: So konnte Marin (2010, zit. in Moore et al., 2012) in seiner Studie eine kürzere Plazentarperiode verzeichnen, wenn Mutter und Kind SSC hatten. NG, die ungestört SSC haben und nach der Brust zu krabbeln beginnen, führen mit den Knien und Beinen eine Massagebewegung auf die Gebärmutter aus und stimulieren sie so zum Kontrahieren. In der Prägungsphase unmittelbar nach der Geburt und durch SSC werden also entscheidende körperliche und seelische Funktionen in Gang gesetzt, die für das Wohlbefinden von Mutter und Kind, wie auch für die Milchbildung und das Stillen äusserst wichtig sind.

3.5 Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen nach WHO/UNICEF

In der von der United Nations (1989) verfassten Kinderrechtskonvention gehört das Stillen zum Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmass an Gesundheit. UNICEF und WHO haben sich daher zum Ziel gesetzt, die erste Lebensphase eines Neugeborenen besonders zu schützen. Sie publizierten 1990 gemeinsam eine Erklärung über die Verantwortung der Geburtskliniken und der besonderen Rolle des Gesundheitspersonals beim Schutz und bei der Förderung des Stillens - die sogenannte Innocenti Declaration

on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding (UNICEF, n.d.). Zur Umsetzung dieser Erklärung waren einfach anwendbare Empfehlungen für die Geburtskliniken und für das Gesundheitspersonal notwendig (Schweizerisches Komitee für UNICEF, n.d.). Worauf 1991 die «Baby-Friendly Hospital Initiative» (BFHI) entstand, ein weltweites Programm, welches auf den „Zehn Schritten zum erfolgreichen Stillen“ basiert. Diese Empfehlungen schützen, fördern und unterstützen das Stillen (UNICEF, n.d.).

Die 10 Schritte zum erfolgreichen Stillen:

Nach UNICEF (2005), Übersetzung durch Eugster (2004).

1. Es liegen schriftliche Richtlinien zur Stillförderung vor, die dem gesamten Personal in regelmäßigen Abständen nahe gebracht werden.
2. Das gesamte Mitarbeiterteam wird in Theorie und Praxis so geschult, dass es die Richtlinien zur Stillförderung erfüllen kann.
3. Alle schwangeren Frauen über die Vorteile und die Praxis des Stillens informieren.
4. Den Müttern ermöglichen, ihr Kind innerhalb der ersten halben Stunde nach der Geburt anzulegen.
5. Den Müttern das korrekte Anlegen zeigen und ihnen erklären, wie sie ihre Milchproduktion, auch im Falle einer Trennung von ihrem Kind, aufrechterhalten können.
6. Neugeborenen Kindern weder Flüssigkeiten noch sonstige Nahrung zusätzlich zur Muttermilch geben, wenn es nicht aus gesundheitlichen Gründen angezeigt erscheint.
7. Rooming-in praktizieren; Mutter und Kind dürfen Tag und Nacht zusammen bleiben.
8. Zum Stillen nach Bedarf ermuntern.
9. Gestillten Kindern keine Gummisauger oder Schnuller geben.
10. Die Entstehung von Stillgruppen fördern und Mütter bei der Entlassung aus der Klinik/der Entbindungseinrichtung mit diesen Gruppen in Kontakt bringen.

3.6 Salutogenese

Der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky entwickelte 1970 das salutogenetische Modell. Darin beschreibt er Gesundheit und Krankheit nicht als dichotome Zustände, sondern als zwei sich gegenüberliegende Pole eines Kontinuums. Antonovsky geht davon aus, dass es absolute, stabile Gesundheit nicht gibt, sondern dass Menschen sich immer in Richtung Krankheit bewegen (Borrmann, 2005). Daher stellte er sich die Frage, warum sich Menschen dennoch in Richtung positiven Pol bewegen können. Mit diesen Fragen ist die salutogenetische Orientierung beschrieben, denn sie fragt nicht nach, warum Menschen krank werden, sondern setzt den Fokus auf die Entstehung von Gesundheit (Antonovsky, 1997). Antonovsky versteht Gesundheit nicht als Zustand, sondern als Prozess. Ob sich nun ein Mensch eher in Richtung Gesundheits- oder Krankheitspol bewegt, hängt laut Antonovsky (1997) von verschiedenen Einflussfaktoren, sogenannten Stressoren und Ressourcen ab. Dabei werden Widerstandsressourcen als Möglichkeit zur Bekämpfung der Stressoren gesehen. Je mehr Widerstandsressourcen ein Mensch besitzt, desto besser ist das Coping und desto mehr bewegt man sich Richtung Gesundheit. Je schlechter das Coping, desto mehr bewegt sich ein Mensch in Richtung Krankheit (Schmid, 2011). Antonovsky beschreibt die Fähigkeit des Copings mit dem Kohärenzgefühl. Es kann in Übergangsphasen des Lebens, beispielsweise der Geburt, erheblich beeinflusst werden. Das Kohärenzgefühl setzt sich aus drei Faktoren zusammen:

- **Verstehbarkeit:** Ausmass, in welchem man interne und externe Stimuli als sinnhafte und geordnete Information wahrnimmt (Antonovsky, 1997).
- **Handhabbarkeit:** Ausmass, in dem man wahrnimmt, dass man geeignet Ressourcen zur Verfügung hat, um Herausforderungen zu begegnen. Diese Ressourcen kann man selber unter Kontrolle haben oder sie werden von jemandem kontrolliert, dem man vertraut (Antonovsky, 1997).
- **Bedeutsamkeit:** Ausmass, in dem man das Leben emotional als sinnvoll empfindet. Die Anforderungen des Lebens werden als Herausforderungen gesehen, die es wert sind, dass man Energie in sie investiert (Antonovsky, 1997). Diese Komponente repräsentiert die emotionalen und motivationalen Elemente des Kohärenzgefühls. Copingmechanismen können besser mobilisiert werden, wenn

das Leben als kognitiv wie auch emotional sinnvoll empfunden wird (Borrmann, 2005).

Das salutogenetische Modell ist auf gesundheitsförderliche Faktoren ausgerichtet und beinhaltet ein allgemein-gesundheitsförderliches Gesamtkonzept. Es ist eine Ergänzung zum völlig gegensätzlichen medizinischen Modell der Pathogenese, die im Sinn des Wortes auf die Entstehung von Krankheiten und somit auf die Prävention von Gesundheitsrisiken ausgerichtet ist um Gesundheit zu erlangen (Borrmann, 2005). Hebammen nehmen einen wichtigen Platz ein wenn es um Gesundheitsförderung geht. Das Stillen hat bedeutsame gesundheitliche Vorteile (WHO, 2011). Es fördert ausserdem die Mutter-Kind-Beziehung, was die physische und psychische Gesundheit von Mutter und Neugeborenem stärkt, da zum Beispiel die Resilienz der Kinder durch eine stabile emotionale Basis gefördert wird (Schön, 2006; UNICEF, n.d.).

Wie bereits oben erwähnt, stellt die Geburt eines Kindes einen neuralgischen Punkt im Leben einer Frau aber auch im Leben des Neugeborenen dar. Er ist reich an Stressoren, wobei Stressoren laut Schmid (2011) weder negativ noch positiv sind. Aufgabe der Hebamme ist es, die Frau in ihrem Kohärenzgefühl bezüglich des Stillens zu stärken. Das heisst, dass die Hebamme die Frau in der Identifizierung und Aktivierung ihrer Ressourcen unterstützt, so dass ein physiologischer Stillbeginn möglich ist (Schmid, 2011). Ebenso sollte es Aufgabe der Hebamme sein, jegliche Stressoren in der unmittelbar postpartalen Phase, die einen negativen Einfluss auf das physiologische Verhaltensmuster von Mutter und Kind haben, zu verhindern oder möglichst tief zu halten. So dass die sensible Phase nicht gestört wird und das NG das Stillen selber initiieren kann.

4 METHODEN

Die vorliegende Arbeit möchte aufzeigen, wie das erste Ansetzen in der Praxis optimal gestaltet und somit der physiologische Stillbeginn gefördert werden kann. Um dies zu erreichen, entschieden sich die Autorinnen für die Planung eines Praxisprojekts. Diese Form der Bachelor-Thesis eignete sich am Besten für die Beantwortung der von den Autorinnen gestellten Fragen. Das Vorgehen basiert auf dem evidenz-basierten Praxisprozess nach Behrens und Langer (2006), wie im folgenden Abschnitt zusammengefasst und in Abbildung 1 illustriert ist. Der Prozess beinhaltet, dass erst ein erkanntes Problem aus der Praxis formuliert und anschliessend daraus Ziel und Fragestellung für die Arbeit abgeleitet wurden. Danach wurde anhand einer systematischen Literaturreview

der Soll-Zustand ermittelt, welcher anschliessend mit dem aus der Praxis erhobenen Ist-Zustand verglichen wurde. Aus diesem Vergleich konnten der Veränderungsbedarf und Empfehlungen ermittelt, Projektziele festlegt und Massnahmen dementsprechend formuliert werden. Die Implementierung dieser Massnahmen wurde mittels eines Projektplans und einer Evaluation geplant.

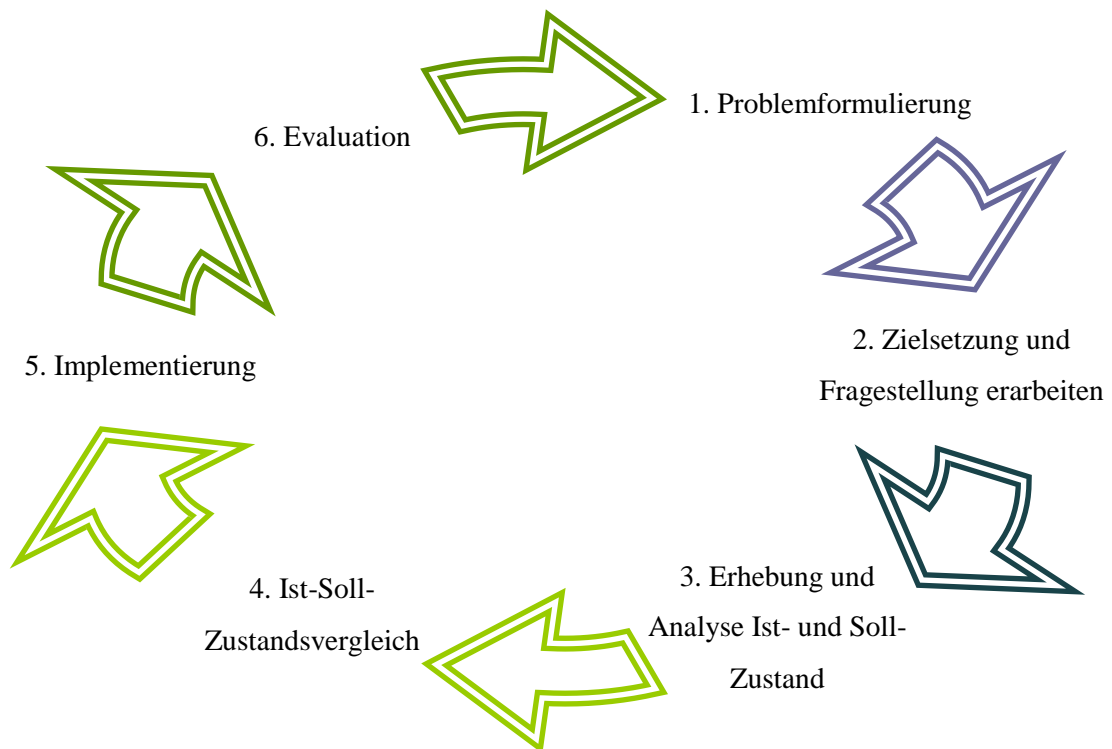


Abbildung 1: Evidenz-basierter Praxisprozess adaptiert nach Behrens und Langer (2006).

Laut Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes und Richardson (1996) bedeutet evidenz-basierte Praxis die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestverfügbaren externen Evidenz aus systematischer Forschung.

Eine erfolgreiche Implementierung von Forschungserkenntnissen in der Praxis bedingt laut Rycroft-Malone (2009) eine Verhaltensänderung auf den Ebenen Individuum, Team und Organisation. Dieser Veränderungsprozess ist von verschiedenen Faktoren abhängig, welche in Wechselwirkung und Abhängigkeit zueinander stehen. Die drei Elemente Evidenz, Kontext und Begleitung bilden dabei den PARIHS-Bezugsrahmen (Promoting Action on Research Implementation in Health Services), der die erfolgreiche Implementierung als Funktion der Beziehung zwischen diesen Elementen darstellt (Rycroft-Malone, 2009).

- **Evidenz:** Erkenntnisse in der Pflegepraxis können aus unterschiedlichen Quellen genutzt werden. Der PARIHS-Bezugsrahmen teilt Evidenz in Forschung, klinische Erfahrung und Patientenerfahrung (Rycroft-Malone, 2009).
- **Kontext:** Unter dem Begriff Kontext wird die Umgebung oder das Setting verstanden, wo Forschungsergebnisse implementiert werden. Faktoren, die auf diesen Kontext einen wesentlichen Einfluss haben und somit über die erfolgreiche Implementierung entscheiden, sind die Kultur, der Führungsstil und die Evaluation (Rycroft-Malone, 2009).
- **Begleitung:** Dem Begleiter kommt im Implementierungsprozess eine wichtige Rolle zu, denn er unterstützt den Ausführenden bei den Veränderungen in der Praxis und beeinflusst den Kontext. Er ist aufgrund seiner Rolle, Fähigkeiten und Kenntnissen geeignet, Individuen, Teams und Organisationen bei der Nutzung von Evidenz in der Praxis zu unterstützen (Rycroft-Malone, 2009).

Für die Erhebung der Evidenz in der vorliegenden Praxisprojektplanung wurden die Komponenten Forschung und klinische Erfahrung des PARIHS-Bezugsrahmens verwendet. Forschung wurde anhand einer Literaturreview umgesetzt, klinische Erfahrung durch eine schriftliche Befragung zur Handhabung am Praxisort. Die Erhebung des Kontextes mit seinen Faktoren laut dem PARIHS-Bezugsrahmen wurde anhand einer schriftlichen Befragung der Stationsleitung sowie durch eine Recherche auf der Homepage des Praxisortes durchgeführt. Folgend sollen nun die dazu verwendeten Methoden beschrieben und begründet werden.

4.1 Methoden der Soll-Zustandserhebung

4.1.1 Literaturrecherche

Die Datensammlung in Form einer Literaturrecherche fand im Zeitraum vom 15. Oktober 2011 bis 6. Juni 2012 statt und umfasste die Onlinesuche, Handsuche aus diversen Literaturverzeichnissen sowie die Literaturhinweise von Fachpersonen.

Die Literatursuche nach Studien und Reviews fand auf den Onlinedatenbanken Medline via OvidSP, PubMed und The Cochrane Library statt. Ausserdem wurde der Empfehlung von Behrens und Langer (2006) Rechnung getragen und ebenfalls Internet-Suchmaschinen wie Google Scholar oder Google zu benützen. Nach Leitlinien wurde

auf Geneva Foundation for Medical Education and Research (GFMER), National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), WHO und Google gesucht.

Für die Suche auf den Onlinedatenbanken wurden die in Tabelle 1 aufgelisteten Schlüsselwörter und MeSH-Begriffe verwendet. Gegebenfalls wurde der Boole'sche Operator AND für die Verknüpfungen von Suchbegriffen bei der Datenbankabfrage benützt (Behrens & Langer, 2006).

Tabelle 1: Überblick der verwendeten Schlüsselwörter und MeSH-Begriffe

Schlüsselwörter	MeSH-Begriffe
Attachment Baby friendly hospital Breast Breastfeeding Breastfeeding after birth Birth Crawling First breastfeed Initiation Postpartum Start Timing Time of first breastfeed	"Breast Feeding"[Mesh] "Delivery Rooms"[Mesh] "Nurse Midwives"[Mesh] "Postpartum Period"[Mesh]

Der Suchzeitraum wurde auf den Onlinedatenbanken mit wenigen Ausnahmen auf 2002-2012 eingeschränkt. Ebenfalls wurden bei PubMed weitere verschiedene Limitationen wie Humans, Clinical Trial, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial (RCT) und Review zum Eingrenzen der Suchanfrage verwendet. Die genaue Suchstrategie ist im Anhang 12 ersichtlich. Die Suchergebnisse wurden anhand der Titel und Abstracts auf Relevanz für die Beantwortung der Fragestellung der vorliegenden Arbeit überprüft. Die als geeignet erachteten Publikationen wurden von beiden Autorinnen gelesen und unabhängig auf Ein- und Ausschlusskriterien überprüft. Gemeinsam wurde dann entschieden welche Artikel analysiert werden. Die Datenaufbereitung fand anhand folgender Ein- und Ausschlusskriterien statt.

Einschlusskriterien

Bei den Studien und Reviews wurde besonders auf die angewandten Interventionen im Zusammenhang mit dem ersten Ansetzen und auf relevante Ergebnisparameter bezüglich des Stillens geachtet, wie beispielsweise die Stilldauer. Fand die Intervention beim ersten Ansetzen auf der Wochenbettstation statt, wurde die Publikation trotzdem einge-

schlossen, da die Autorinnen davon ausgehen, dass relevante Ergebnisse auf das erste Ansetzen im Gebärsaal übertragen werden können. Eingeschlossen wurden sowohl experimentelle Studien wie auch Observationsstudien, da einige Interventionen kein randomisiert kontrolliertes Studiendesign zuliessen. Folglich wurden auch Studien mit tieferem Evidenzniveau eingeschlossen.

Ausschlusskriterien

Ausgeschlossen wurden Publikationen, die nicht als Studie oder Review identifiziert werden konnten, sowie qualitative Studien, da sie nicht zur Beantwortung der Fragestellung geeignet waren. Ebenfalls wurden keine Studien eingeschlossen, die explizit Sectiones, Frühgeburtlichkeit und mütterliche Krankheiten während der Schwangerschaft oder Komplikationen während der Geburt behandelten und untersuchten. Es wurden keine Studien analysiert, deren Ergebnisse sich explizit in einem bereits analysierten Review wiederfanden.

4.1.2 Literaturanalyse

Die ausgewählten Studien und Reviews wurden nach Behrens und Langer (2006), Kunz, R., Khan, K. S., Kleijnen, J, und Antes, G. (2009) und Polit, Beck, und Hungler (2004) kritisch analysiert (siehe Anhang **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** und **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). Unter anderem wurden dabei die fünf Schritte nach Polit et al. (2004) berücksichtigt:

- 1) Analyse der Glaubwürdigkeit der Ergebnisse
- 2) Bestimmen ihrer Bedeutung
- 3) Betrachtung ihrer Wichtigkeit
- 4) Bestimmen der Verallgemeinerbarkeit
- 5) Beurteilen der Implikationen im Hinblick auf die Theorie, die Pflegepraxis und zukünftige Forschung

Die Resultate wurden danach gemeinsam besprochen und diskutiert. Die Verwendung des von der Berner Fachhochschule bereitgestellten Analyserasters zur Datenanalyse war den Autorinnen aus dem wissenschaftlichen Unterricht bekannt. Anhand der Instrumente der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2001) wurde eine Evidenzniveaubestimmung durchgeführt. Die

Leitlinien wurden nach dem Leitlinienmanual der AWMF (2001) analysiert und beurteilt (siehe Anhang **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**).

4.2 Methoden der Ist-Zustandserhebung

4.2.1 Schriftliche Befragung zur Handhabung am Praxisort

Für die Erhebung des Ist-Zustands wurde die Stationsleiterin der Gebärabteilung des ausgewählten Praxisortes für die Zusammenarbeit angefragt. In einem persönlichen Gespräch wurde der Sinn und Zweck der Bachelor-Thesis erläutert, über das Vorgehen der Erhebung des Ist-Zustandes mittels strukturierter Befragung informiert, sowie das bis dahin erarbeitete Erhebungsinstrument für die Hebammen und die Stationsleitung vorgestellt.

Die Autorinnen entschieden sich zu einer schriftlichen Befragung für die Datensammlung aus folgenden Gründen und Vorteilen: Die Durchführung mittels Fragebogen bewahrt absolute Anonymität (Mayer, 2007; Polit et al. 2004) und erlaubt zeitliche Flexibilität für die Beantwortung.

Die vorgängige Literaturrecherche und Auseinandersetzung mit dem Thema half bei der Formulierung geeigneter Fragen. Diese Herangehensweise ist laut Polit et al. (2004) Voraussetzung für eine strukturierte Befragung. Der Fragebogen wurde mithilfe von Höpflinger's (2011) „Wichtige Regeln der Fragenbogen-Konstruktion“ und Polit et al (2004) entwickelt. Er ist unterteilt in Fragen zum Handling des ersten Ansetzens und Fragen zu demographischen Daten der Hebammen. Der Fragebogen enthält mehr offene als geschlossene Fragen, da laut Polit et al. (2004) offene Fragen umfangreichere und reichhaltigere Informationen hervorbringen. Ausserdem soll verhindert werden, dass wichtige Antworten verloren gehen, da diese eventuell in Antwortvorgaben nicht enthalten sind.

Der fertig konstruierte Fragebogen wurde einer fachfremden Person auf Lesbarkeit hin zum Überprüfen gegeben. Der Fragebogen wurde am 13. April 2012 am Praxisort zum Auflegen abgegeben sowie eine Sammelbox für ausgefüllte Fragebogen aufgestellt. Ein einleitender Instruktionsbrief informierte die Teilnehmerinnen über den Zweck, die mögliche freiwillige Teilnahme, die Anonymisierung und Vertraulichkeit der erhobenen Daten sowie das späteste Abgabedatum des Fragebogens. Die Fragebogen waren rund

vier Wochen (Wo) in der Praxis. Aufgrund einer sehr geringen Rücklaufquote wurde das Abgabedatum um zwei Wochen verlängert.

4.2.2 Kontexterhebung

Teil der Ist-Zustandserhebung und damit der Datensammlung ist die Erfassung der Rahmenbedingungen und Umgebungsfaktoren der Praxisinstitution oder, wie es Rycroft-Malone (2009) beschreibt, die Erfassung von Set und Setting. Faktoren, die auf diesen Kontext einen wesentlichen Einfluss haben und somit über die erfolgreiche Implementierung entscheiden, sind die Kultur, der Führungsstil und die Evaluation (Rycroft-Malone, 2009). Diese Faktoren wurden von den Autorinnen anhand einer schriftlichen Befragung der Stationsleitung mittels Fragebogen erhoben. Der Fragebogen enthält offene und geschlossene Fragen und ist unterteilt in Fragen zu Organisation, Leitung und Kultur des Spitals sowie Fragen bezüglich des ersten Ansetzens. Wo die Stationsleitung keine direkten Angaben machen konnte, wurden die Informationen durch Angaben auf der Homepage ergänzt.

4.2.3 Analyse der Fragebogen

Um die Fragebogen auszuwerten, wurde eine Modifikation der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) angewendet. Die ursprüngliche Methode bezieht sich auf auditiv aufgezeichnete Interviews und hat zum Ziel, mit den Schritten der Paraphrasierung, der Generalisierung und der anschliessenden Reduktion die wesentlichen Inhalte eines Interviews in Kategorien zusammenzufassen. Diese Kategorien können gegebenenfalls mittels einer weiteren Reduktion in Hauptkategorien zusammengefasst werden. Durch dieses Vorgehen werden qualitative Textinhalte gekürzt und Daten vergleichbar gemacht (Mayring, 2003). Zur Datenaufbereitung wurden die jeweiligen Antworten einer Frage in ein Raster paraphrasiert. Anschliessend wurde die Datenanalyse anhand der Generalisierung und Reduktion durchgeführt.

4.3 Methode Planung der Implementierung

Die Ergebnisse aus dem Soll- und Ist-Zustand wurden mittels einer Tabelle miteinander verglichen. Anhand der Unterschiede und Gemeinsamkeiten dieses Vergleichs wurden der Veränderungsbedarf und Empfehlung für die Praxis in Bezug auf das optimale Management des ersten Ansetzens ermittelt. Anschliessend wurden Projektziele festgelegt und Massnahmen zur Veränderung der Praxis und Erreichung der Ziele formuliert. Zur Implementierung der Massnahmen wurde ein Projektplan (siehe Anhang 12.1) mithilfe der Arbeitsinstrumente von der Gesundheitsförderung Schweiz, Quint-Essenz (2000-2012) erstellt, welcher in Kapitel 6 vorgestellt wird. Um herauszufinden, ob die Imple-

mentierung der Massnahmen sinnvoll ist (Polit et al., 2004) und ob die Veränderungen angemessen, wirksam und effizient sind (Rycroft-Malone, 2009), wurden regelmässige Evaluationen eingeplant.

4.4 Ethische Aspekte

Bei der Entwicklung der vorliegenden Arbeit wurde auf diverse Ethikprinzipien geachtet. Die eingeschlossenen Studien und Reviews wurden auf eine sorgfältige Studienplanung, -durchführung und -analyse, Information und Einwilligung der Teilnehmenden, Anonymisierung und vertraulicher Umgang mit Daten, den Einbezug einer Ethikkommission, Abwägung der Chancen und Risiken, finanzielle Aspekte und Umgang mit schutzbedürftige Personen überprüft (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), 2009).

Folgende Ethikprinzipien wurden bei der Leitlinienanalyse überprüft: Systematische Ermittlung, Qualität und Vollständigkeit von Leitlinienaussagen, Evidenzstufe, Nutzen/Schaden Abwägung, Einbindung der Zielgruppen, Einbindung der Praxis, Konsensbildung und systematische Verbreitung (AWMF, 2001).

Bei der Erhebung des Ist-Zustandes sowie der Evaluation des Praxisprojektes wurde auf eine gute Information der Teilnehmerinnen über das freiwillige Ausfüllen der Fragebogen, die Anonymisierung und den vertraulichen Umgang mit den Daten geachtet. Es wurden keine Wissensaspektfragen gestellt und das Nichtbeantworten von Fragen respektiert. Da keine Datenerhebung an Klientinnen durchgeführt wurde, musste keine Ethikkommission für die Befragung einbezogen werden.

Die gesamte Praxisprojektplanung wurde unter Berücksichtigung der vier bioethischen Prinzipien von Beauchamp und Childress (2001) entwickelt. Demnach beabsichtigt es, Gutes zu tun, Schaden zu vermeiden, Gerechtigkeit zu gewähren und die Autonomie der involvierten Personen zu respektieren.

5 ERGEBNISSE

Dieses Kapitel widmet sich den Ergebnissen der Literaturrecherche, -analyse und der schriftlichen Befragung zum Kontext und zur Handhabung des ersten Ansetzens am ausgewählten Praxisort. Anschliessend werden die aus der Literaturreview gewonnenen Empfehlungen zum ersten Ansetzen mit den Ergebnissen zur Handhabung aus der Praxis verglichen (Ist-Soll-Vergleich) und daraus Veränderungsbedarf und Empfehlungen ermittelt.

5.1 Ergebnisse Soll-Zustand

5.1.1 Ergebnisse Literaturrecherche

Die Literatursuche ergab nach dem Lesen der Titel und Abstracts insgesamt 23 Artikel für das Volltextstudium. Nach unabhängiger Beurteilung der Publikationen, wurden 17 Artikel ausgeschlossen, weil sie die Einschlusskriterien nicht erfüllten. Es verblieben ein RCT, eine randomisierte prospektive Kohortenstudie, eine Umfrage, zwei systematische Reviews und eine Leitlinie zum analysieren. Nach der Analyse wurden keine Artikel mehr ausgeschlossen.

Zwei Studien (Ingram, Johnson & Greenwood, 2002; Nakao et al., 2008) wurden trotz niedrigem Evidenzniveau eingeschlossen, da sie dennoch wichtige Ergebnisse lieferten und keine wissenschaftliche Literatur mit ähnlichen Ergebnissen aber höherem Evidenzniveau gefunden wurden. Die eingeschlossenen Publikationen unterscheiden sich stark im Design und lediglich zwei untersuchen dieselbe Intervention (Ingram et al., 2002; Wallace et al., 2005). Dies ist absichtlich so gewählt, da die Fragestellung nach unterschiedlichen Faktoren bezüglich des ersten Ansetzens fragt und keine Homogenität der Publikationen verlangt. Vier Leitlinien wurden ausgeschlossen, weil ihre Entwicklung nicht transparent beschrieben wurde oder Evidenzniveaus der eingeschlossenen Artikel nicht ersichtlich waren, was die Qualität minderte.

5.1.2 Ergebnisse Literaturanalyse

Tabelle 2 bis Tabelle 4 geben einen Überblick über die analysierte Literatur. Die relevanten Ergebnisse der analysierten wissenschaftlichen Literatur sind in der separaten Tabelle 5 aufgeführt.

Stärken und Schwächen der eingeschlossenen wissenschaftlichen Literatur

Die von Ingram et al. (2002) durchgeführte, nicht randomisierte Kohortenstudie untersucht die von der Hebamme angewandte Hands-off Stilltechnik in Bezug auf das erfolgreiche spätere Stillen. Sie wurde in 4 Phasen durchgeführt, wobei jede Phase 340-360 Teilnehmerinnen aus einer englischen Region beinhaltete, was eine repräsentative Stichprobengröße ist. Da nur Frauen aus einer bestimmten Region – jedoch vergleichbar mit anderen englischen Regionen - in der Studie eingeschlossen wurden, wurden die Ergebnisse nicht durch eine starke Heterogenität verfälscht, die Übertragung der Ergebnisse auf andere Populationen ist möglich. Die Aufteilung in Phasen stellt ein Risiko für einen Bias dar, da es vor allem in der 4. Phase zu Teilnehmerausfällen kam. Aufgrund des Studiendesigns kann der Studie ein mittleres Evidenzniveau zugeschrieben werden. Im Gegensatz dazu kann Wallace et al. (2005), die eine randomisiert kontrollierte Studie zur selben Fragestellung lanciert haben, aufgrund des Studiendesigns ein hohes Evidenzniveau verliehen werden. Zusätzlich spricht eine grosse Stichprobe, die Vermeidung von Selektionsbias durch verdeckte Zuordnung, doppelte Verblindung, die Überprüfung der Effektivität des Trainings der Interventionsgruppe durch einen Wissenstest für die Qualität der Studie und deren Ergebnisse. Die Reliabilität der Ergebnisse ist teilweise eingeschränkt, da laut dem Autor gewisse Ergebnisse von Subjektivität beeinflusst waren. Nakao et al. (2008) verwendete eine Umfrage mittels eines ungestützten Fragebogens, um herauszufinden, inwiefern der Zeitpunkt des ersten Ansetzens mit dem späteren Stillen zusammenhängt. Eine repräsentative Stichprobe konnte rekrutiert werden. Bei einem Fragebogen besteht jedoch die Gefahr, dass Mütter sich an Details der Geburt, postpartalen Phase und somit an den Zeitpunkt des ersten Ansetzens nicht mehr erinnern können. Die Datenqualität ist dadurch vermindert. Aufgrund des deskriptiven Studiendesigns hat diese Studie ein tiefes Evidenzniveau. Die eingeschlossene systematische Review von Moore et al. (2012) kann als Review mit hohem Evidenzniveau eingestuft werden. Grund dafür ist vorwiegend der ausschliessliche Einbezug von RCT's, die frühen SSC mit Standardkontakt verglichen. Die durchschnittliche methodische Qualität war jedoch gering, oft fand keine Verblindung statt. Die Suche nach der Literatur ist ausführlich beschrieben, jede eingeschlossene Studie ist separat aufgelistet und analysiert. Meta-Analysen wurden durchgeführt, erschwert durch teils hohe Heterogenität der Ergebnisse. Die systematische Review von Beake, Pellowe, Dykes, Schmied und Bick (2011), welche Auswirkungen von strukturierten versus unstrukturierten Stillprogrammen auf den Stillbeginn und die Stilldauer untersuchte, ist ebenfalls von guter Qualität. Einzig musste das Evidenzniveau etwas tiefer eingestuft werden als bei Moore

et al. (2012), da sowohl quantitative wie auch qualitative Studien einbezogen wurden, die Ergebnisse sehr heterogen waren und daher keine Meta-Analysen durchgeführt werden konnten. Somit wurde ein Selektionsbias nicht vermieden, was die Qualität der Review mindert. Die einzige eingeschlossene Leitlinie von The National Collaborating Centre for Primary Care (NCCPC) kann mit einem sehr hohen Evidenzniveau ausgezeichnet werden, da sie vorwiegend auf Level I-Evidenzen basiert. Ausserdem sind Zweck und Geltungsbereich, Interessengruppen und Methoden der Leitlinienentwicklung ausführlich beschrieben. Eine allgemeine Anwendbarkeit der Leitlinie ist gewährleistet.

Tabelle 2: Überblick der eingeschlossenen Studien

AutorInnen und Titel	Jahr	Fragestellung	Design/Methode	Teilnehmerinnen	Intervention/Outcome	Evidenzniveau
Ingram, J., Johnson, D., & Greenwood, R. <i>Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families</i>	2002	1°: Verbessert eine spezifische Hands-off-Stilltechnik in der unmittelbaren postnatalen Phase die Chance auf ein erfolgreiches Stillen und vermindert sie die Häufigkeit von Stillproblemen? 2°: Welche Faktoren sind mit dem Stillen nach 2 und 6 Wochen p.p. verbunden?	Nicht randomisierte prospektive Kohortenstudie Interventionen in 4 Phasen aufgeteilt = Längsschnittstudie	In jeder der 4 Phasen: 340-360 stillende Frauen aus South Bristol Alle Hebammen und assistierendes Gesundheitspersonal des Gebärsaals und Wochenbettstation, die mit Frauen aus South Bristol in Kontakt kommen.	Intervention: Phase 1: Baseline-Phase. Bestimmung bestehender Stillrate und Stillproblemen vor Intervention. Hands-off-Stilltechnik wird gelernt. Phase 2: 395 Mütter werden überprüft, ob sie Technik verstanden und umsetzen können. Phase 3: Stillanleitungs-Flyer werden verteilt und von Müttern, sowie Personal ausgewertet. Phase 4: Frauen werden ohne Anwesenheit einer forschenden Hebamme zum Stillen angeleitet, zusätzlich werden Flyer verteilt. Kontrolle: Vergleich zur Baselineerhebung Primäre Outcome-Variablen: Häufigkeit von exklusivem Stillen und teilweisem Stillen 2 und 6 Wochen p.p., Häufigkeit von Stillproblemen Sekundäre Outcome-Variablen: Berücksichtigung und Umsetzung der Technik im Berufsalltag der Hebammen	III (ÄZQ, 2001) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Repräsentative Stichprobengröße ▪ Grosse Heterogenität der Ergebnisse ▪ Übertragung Ergebnisse auf Population nicht möglich ▪ Stichprobenverlust stellt ein Risiko für Bias dar

AutorInnen und Titel	Jahr	Fragestellung	Design/Methode	Teilnehmerinnen	Intervention/Outcome	Evidenzniveau
<p>Wallace, L. M., Dunn, O. M., Alder, E. M., Inch, S., Hills, R. K., & Law, S. M.</p> <p><i>A randomised-controlled trial in England of a postnatal midwifery intervention on breastfeeding duration</i></p>	2005	Verbessert die postnatale Hands-off-Betreuung der Hebamme beim Positionieren und Anlegen des Neugeborenen die Stillzeit?	Randomisierte kontrollierte Studie	<p>599 Studienteilnehmerinnen, 370 randomisiert, 229 nicht randomisiert.</p> <p>Schwangere Nulliparas. Gestationsalter > 37SSW, Mutter und Kind im gesunden Zustand</p> <p>217 freiwillig partizipierende Hebammen aus Wochenbettstation und Gebärsaal</p>	<p>Interventionsgruppe:</p> <p>Mündliche Unterstützung beim Stillen inklusive Erklären der Grundprinzipien und Abgabe einer Stillbroschüre.</p> <p>Kontrollgruppe:</p> <p>Unterstützung beim Stillen gemäss Spitalrichtlinie (Spital war nicht Baby-Friendly zertifiziert).</p> <p>Primäre Outcome-Variablen: Stilldauer bis 17 Wochen p.p. (exklusives und teilweises Stillen).</p> <p>Sekundäre Outcome-Variablen: Erfahrene Fürsorge und Unterstützung der Mutter vor, während und nach der Geburt, Beschäftigungsgrad und exklusive Stilldauer (nur Muttermilch/zusätzlich Wasser).</p>	<p>Ib nach ÄZQ (AWMF, 2001)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Randomisierte kontrollierte Studie ▪ Grosse Stichprobe ▪ Vermeidung von Selektionsbias durch verdeckte Zuordnung ▪ Doppelte Verblindung ▪ Überprüfung der Effektivität des Trainings der Interventionsgruppe durch einen Wissenstest ▪ Die Reliabilität der Ergebnisse teilweise eingeschränkt, da gewisse Ergebnisse von Subjektivität beeinflusst

AutorInnen und Titel	Jahr	Fragestellung	Design/Methode	Teilnehmerinnen	Intervention/Outcome	Evidenzniveau
<p>Nakao, Y., Moji, K., Honda, S., & Oishi, K.</p> <p><i>Initiation of breastfeeding within 120 minutes after birth is associated with breastfeeding at four months among Japanese women: a self administered questionnaire survey.</i></p>	2008	Inwiefern hängt der Zeitpunkt des ersten Ansetzens p.p. mit der Anzahl voll stillender Mütter während ihrem Klinikaufenthalt, nach 4 und 16 Wochen p.p. zusammen?	Umfrage anhand eines ungestützten Fragebogens	318 Mütter, rekrutiert an einem 4 Monate Check-up ihrer Kinder.	<p>Intervention:</p> <p>Erstes Ansetzen innerhalb</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 0-30 Minuten p.p. ▪ 31-120 Minuten p.p. ▪ 121 Minuten bis 24 Stunden p.p. ▪ mehr als 24 p.p. <p>Primäre Outcome-Variablen:</p> <p>Anzahl voll stillender Mütter während Klinikaufenthalt, nach einem und vier Monaten</p> <p>Sekundäre Outcome-Variablen:</p> <p>Demographische Outcomes zu Mutter und Kind (Alter der Mutter, Praität, Geschlecht des Kindes, Angaben zur Geburt (Gestationsalter, Geburtsmodus, peripartale Blutungen), Outcomes zur postpartalen Phase (SSC, Formula- oder Zuckerwassergabe)</p>	<p>III nach ÄZQ (AWMF, 2001)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Repräsentative Stichprobengrösse ▪ Wahrscheinlichkeit der Verfälschung falls Mütter sich nicht mehr an korrekten Zeitpunkt erinnern können

Tabelle 3: Überblick der eingeschlossenen Reviews

AutorInnen und Titel	Jahr	Fragestellung	Design	Anzahl eingeschlossener Studien	Methode	Evidenzniveau
Moore, E.R., Anderson, G. C, Bergman, N, & Dowswell, T. <i>Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants</i>	2012	Welchen Effekt hat früher SSC für das gesunde Neugeborene verglichen zu Standardkontakt? (Neugeborenes eingehüllt oder gekleidet in den mütterlichen Armen, ins Bettchen oder unter der Wärmelampe gelegt).	Meta-Analyse	34 RCT's mit 2177 Mutter-Kind-Dyaden	Systematische Suche auf elektronischen Datenbanken und durch persönliche Kontakte mit Forschern nach randomisierten kontrollierten Studien, die im Zeitraum 1976-2011 publiziert wurden und welche frühen SSC zwischen Mutter und ihrem gesunden Neugeborenen (NG) mit Standard-Versorgung p.p. verglichen. Unabhängige Qualitätseinschätzung der eingeschlossenen Studien und Datenauswahl. Verwaltung der Daten mittels einer Review Manager Software. Durchführung von Meta-Analysen.	Level 4: I nach Canadian Hypertension Society für Studien und Empfehlungen (AWMF, 2001) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nachvollziehbare Suche nach Evidenz, Analyse jeder eingeschlossenen Studie ersichtlich ▪ Vermeidung von Bias in der Wahl von Artikel, da nur RCT's eingeschlossen wurden, jedoch durchschnittliche methodische Qualität gering ▪ Teils hohe Heterogenität der Ergebnisse ▪ Bewertung der Validität jedes eingeschlossenen Artikels ▪ Schlussfolgerung unterstützt durch die verwendeten Analysen und Daten

AutorInnen und Titel	Jahr	Fragestellung	Design	Anzahl eingeschlossener Studien	Methode	Evidenzniveau
<p>Beake, S. Pellowe, C., Dykes, F., Schmieid, V., & Bick, D.</p> <p><i>A systematic review of structured compared with non-structured breastfeeding programmes to support the initiation and duration of exclusive and any breastfeeding in acute and primary health care settings.</i></p>	2011	Welche Evidenzen gibt es zur Auswirkung von strukturierten versus unstrukturierten Stillprogrammen auf den Stillbeginn und die Stildauer?	Systematische Review	26 Studien eingeschlossen (1 RCT, 2 kontrollierte Studien, 1 Querschnittstudie, 2 deskriptive Studien, 15 Kohortenstudien, 5 systematische Reviews)	<p>Systematische Suche und Einschluss sämtlicher relevanten qualitativen und quantitativen Studien, publiziert oder nicht während 1992 und 2010, welche strukturierte oder unstrukturierte Stillprogramme untersuchten und als Outcome den Stillbeginn und/oder die exklusive Stildauer behandelten.</p> <p>Unabhängige kritische Würdigung und Datenauswahl. Unabhängige Bestimmung der methodischen Qualität anhand einer Checkliste vom Joanna Briggs Institute.</p> <p>Wegen klinischer und methodischer Heterogenität der Studiendesigns war es nicht möglich Meta-Analysen der Ergebnisse durchzuführen. Datenauswahl wurde anhand einer narrativen Synthese zusammengefasst.</p>	<p>Level 4: II nach Canadian Hypertension Society für Studien und Empfehlungen (AWMF, 2001)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nachvollziehbare Suche nach Evidenz, Analyse jeder eingeschlossenen Studie ersichtlich ▪ Mässige Vermeidung von Bias in der Wahl von Artikel, grosse Heterogenität der eingeschlossenen Studien, keine Meta-Analysen möglich ▪ Bewertung der Validität jedes eingeschlossenen Artikels ▪ Schlussfolgerung unterstützt durch die verwendeten Analysen und Daten

Tabelle 4: Überblick der eingeschlossenen Leitlinie

AutorInnen und Titel	Jahr	Zweck	Beteiligte Interessengruppen	Methode	Evidenzniveau
<p>The National Collaborating Centre for Primary Care</p> <p><i>Postnatal care. Routine postnatal care of women and their babies</i></p>	2006	<p>Eine Leitlinie, die frauen- und kinderzentrierte und evidenzbasierte Empfehlungen für die Zeit nach der Geburt bis 6-8 Wochen p.p. abgibt. Sie ist aufgeteilt in Kernbetreuung, die jede Frau und Kind erhalten sollte, sowie Spezialbetreuung für individuelle Situationen.</p>	<p>Zielgruppe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesundheitspersonal der akut und primären Gesundheitsversorgung, welche in Kontakt mit Wöchnerinnen und Babies kommen ▪ An der Schaffung und Planung von Gesundheitswesen beteiligte Personen ▪ Wöchnerinnen, deren Kinder und Familien <p>Leitlinienentwickler:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zwei Health Visitors ▪ ein Allgemeinarzt ▪ zwei Hebammen ▪ ein Gynäkologe ▪ ein Kinderarzt <p>Zusätzlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Physiotherapeut, spezialisiert auf Rückbildung ▪ Ein Neonatologe 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entwicklung klinischer Schlüsselfragen, die die Routinebetreuung p.p. beschreiben. ▪ Literatursuche zwischen März 2004 und 2005 nach publizierten, englischen Leitlinien, systematischen Literaturreviews und Studien mit hohem Evidenzniveau. Teils mussten aufgrund der Fragestellungen auch Publikationen mit tiefen Evidenzniveaus eingeschlossen werden. ▪ Die Leitlinienentwickler entwickelten in gemeinsamen Meetings die Empfehlungen. 	<p>A nach Canadian Hypertension Society für Studien und Empfehlungen (AWMF, 2001)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Leitlinie basiert vorwiegend auf Level I-Evidenzen ▪ Zweck und Geltungsbereich ist ausführlich beschrieben ▪ Interessengruppen beschrieben ▪ Methoden nachvollziehbar beschrieben ▪ Klarer Aufbau und Gestaltung ▪ Allgemeine Anwendbarkeit gewährleistet

Relevante Ergebnisse aus der wissenschaftlichen Literatur

Um eine möglichst strukturierte Analyse der relevanten Ergebnisse zu ermöglichen, erstellten die Autorinnen Schwerpunkte (SP) bezüglich des Managements des ersten Ansetzens, welche die relevanten Ergebnisse aus der Literaturanalyse darstellen. Folgende Schwerpunkte wurden herausgearbeitet:

- SP 1: Unterstützung
- SP 2: Zeitpunkt
- SP 3: Ressourcen für die Gestaltung
- SP 4: Informationen
- SP 5: Haut-zu-Haut-Kontakt (SSC)
- SP 6: Keine Verabreichung von Zusatznahrung
- SP 7: Reflexe und Kompetenzen

Hinweise zum Lesen der Tabelle 5: Besteht bei einem Faktor keine statistische Signifikanz, wird dies in der Tabelle explizit so beschrieben, dasselbe gilt für nachgewiesene signifikante Ergebnisse. Konnte in einer Studie ein Effekt auf ein Phänomen nachgewiesen werden, erreicht dieser jedoch keine Signifikanz oder ist in der Studie keine Angabe dazu gemacht, wird der Ausdruck „Einfluss“ benutzt.

Tabelle 5: Überblick Faktoren und deren Auswirkungen auf das erste Ansetzen bzw. auf das spätere Stillen geordnet nach Schwerpunkten

Schwerpunkt	Ingram et al. (2002)	Wallace et al. (2005)	Nakao et al. (2008)	Moore et al. (2012)	Beake et al. (2011)	NCCPC (2006)
SP 1: Unterstützung	<p>Auswirkungen Hands-off-Stilltechnik auf späteres Stillen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Signifikant erhöhte Anzahl voll stillender Mütter 2 und 6 Wo p.p. ▪ Signifikant erhöhte Anzahl teilstillender Mütter 2 Wo p.p. ▪ Signifikant geringere Anzahl Mütter mit "zu wenig Milch" 2 und 6 Wo p.p. 	<p>Auswirkungen Hands-off-Stilltechnik auf späteres Stillen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kein signifikanter Unterschied der Anzahl stillender Mütter 6 und 17 Wo p.p. ▪ Keine signifikante Auswirkung bezüglich Stillproblemen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine Angaben 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine Angaben 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine Angaben 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesundheitspersonal sollte reichlich Zeit investieren, um Mutter und Kind während des Stillbeginns und des weiteren Stillens zu unterstützen. ▪ Für das erste Ansetzen sollte den Frauen qualifizierte Unterstützung angeboten werden. ▪ Es ist auf eine bequeme Position für Mutter und Kind zu achten und sicher zu stellen, dass das Kind korrekt an der Brust ansetzt, sodass effektives Saugen zustande kommt und Problemen, wie wunden Mamillen vorgebeugt werden kann.

Schwerpunkt	Ingram et al. (2002)	Wallace et al. (2005)	Nakao et al. (2008)	Moore et al. (2012)	Beake et al. (2011)	NCCPC (2006)
SP 2: Zeitpunkt	<ul style="list-style-type: none"> Keine Angaben 	<ul style="list-style-type: none"> Kein signifikanter Einfluss auf Anzahl stillender Mütter 6 und 17 Wo p.p. 	<ul style="list-style-type: none"> Erstes Ansetzen innerhalb 120 Min.: Signifikante Verbesserung der Anzahl voll stillender Mütter während Klinikaufenthalt, nach 4 und 16 Wo p.p., sowie der Anzahl Mütter, die weiterhin voll stillen nach 16 Wo. Kein signifikanter Unterschied bezüglich der Stillrate beim ersten Ansetzen innerhalb 30 Min p.p. verglichen mit 31-120 Min. 	<ul style="list-style-type: none"> Keine Angaben 	<ul style="list-style-type: none"> Keine Angaben 	<ul style="list-style-type: none"> Zum ersten Ansetzen sollte so früh wie möglich nach der Geburt ermutigt werden, idealerweise innerhalb der ersten Stunde.
SP 3: Ressourcen für die Gestaltung	<ul style="list-style-type: none"> Keine Angaben 	<ul style="list-style-type: none"> Keine Angaben 	<ul style="list-style-type: none"> Keine Angaben 	<ul style="list-style-type: none"> Keine Angaben 	<ul style="list-style-type: none"> Signifikant erhöhte Rate bezüglich des Stillbeginns Signifikante Erhöhung der Anzahl stillender Mütter nach Einführung von Baby-Friendly Initiative 	<ul style="list-style-type: none"> Jede gesundheitliche Institution sollte eine schriftliche Stillrichtlinie haben, implementiert durch eine leitende Person und zugänglich für alle Mitarbeiter und Eltern. Jede Wochenbettstation soll ein extern evaluiertes strukturiertes Programm implementieren, welches das Stillen fördert. Die Baby Friendly Initiative gilt als minimaler Standard.

Schwerpunkt	Ingram et al. (2002)	Wallace et al. (2005)	Nakao et al. (2008)	Moore et al. (2012)	Beake et al. (2011)	NCCPC (2006)
SP 4: Informationen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine Angaben 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine Angaben 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine Angaben 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine Angaben 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine Angaben 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ In den ersten 24 h p.p. sollten Frauen Informationen zu den Vorteilen des Stillens und des Kolostrums, sowie zum Zeitpunkt des ersten Stillens erhalten. Unterstützung sollte der Kultur angepasst sein. ▪ Es ist nicht zu empfehlen, Frauen nach der Art der gewünschten Ernährung ihres Kindes zu fragen, bis der erste SSC stattgefunden hat.

Schwerpunkt	Ingram et al. (2002)	Wallace et al. (2005)	Nakao et al. (2008)	Moore et al. (2012)	Beake et al. (2011)	NCCPC (2006)
SP 5: Haut-zu-Haut-Kontakt (SSC)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine Angaben 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine Angaben 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ - Positiver Einfluss auf die Zeitspanne SG-erstes Ansetzen <120 Min 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Positiver Einfluss auf den Erfolg des ersten Ansetzens ▪ Positiver Effekt auf Stilldauer (keine genaueren Angaben zu Zeitraum) ▪ Signifikante Verbesserung der Stillrate 1-4 Monate p.p. ▪ Variable mütterliche Brusttemperatur wärmt Kind 30-120 Min p.p. signifikant besser als stabile Brusttemperatur ▪ Signifikante Verkürzung der Schreidauer ▪ Statistisch signifikant höhere Blutzuckerkonzentration 75-90 Min. p.p. ▪ Signifikanter positiver Effekt auf physiologische Atem- und Herzfrequenz 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine Angaben 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Trennung von Mutter und Kind innerhalb der ersten -Stunde aufgrund von Routinemassnahmen wie Wägen, Messen, Baden sollte unterlassen werden, ausser sie werden von der Mutter verlangt oder sie sind für die unmittelbare Versorgung des Kindes notwendig. ▪ Frauen sollten baldmöglichst nach der Geburt zum SSC ermutigt werden.

Schwerpunkt	Ingram et al. (2002)	Wallace et al. (2005)	Nakao et al. (2008)	Moore et al. (2012)	Beake et al. (2011)	NCCPC (2006)
SP 6: Keine Verabreichung von Zusatznahrung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Signifikante Verbesserung des Stillserfolges 2 und 6 Wo p.p. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kein signifikanter Einfluss 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Signifikant höhere Anzahl Mütter, die innerhalb 120Min p.p. ansetzen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine Angaben 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine Angaben 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zusatznahrung sollte im Spital nicht an gestillte Kinder verabreicht werden, ausser medizinisch indiziert.
SP 7: Reflexe und Kompetenzen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine Angaben 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine Angaben 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine Angaben 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine Angaben 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine Angaben 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die meisten gesunden Termingeborenen zeigen in der ersten Lebensstunde ein physiologisches Verhaltensmuster in Bezug auf das Stillen.

Empfehlungen der eingeschlossenen wissenschaftlichen Literatur

SP1: Unterstützung

Laut der NCCPC Leitlinie (2006) ist es wichtig, sich für die Unterstützung des Stillens genügend Zeit zu nehmen. Besonders beim ersten Ansetzen sollte qualifiziertes Personal zur Verfügung stehen, welches auf eine gute Lagerung und korrektes Saugen des Neugeborenen achtet, damit bereits beim Stillbeginn Komplikationen vorgebeugt werden kann. Ingram et al. (2002) konnte durch eine gezielte Hands-off-Stilltechnik der Hebamme beim ersten Ansetzen zeigen, dass mehr Mütter nach einer solchen Unterstützung ihre zwei- bis sechswöchigen Kinder noch voll stillten und dass die Anzahl teilstillender Mütter zwei Wochen p.p. ebenfalls anstieg. Sie konnten ebenfalls zeigen, dass das Gefühl der Mutter, zu wenig Milch zu haben, einen Einfluss auf den Stillerfolg hat und dass dieses Gefühl bei der angewandten Hands-off-Stilltechnik signifikant weniger auftritt. Ausserdem beschreiben sie die signifikante Verbesserung des Stillerfolges durch genügend Unterstützung durch das Spitalpersonal. Die aktuellere Studie von Wallace et al. (2005), welche die gleiche Methode untersuchte, fand hingegen keinen signifikanten Unterschied der Anzahl Mütter, die nach sechs, bzw. 17 Wochen noch voll stillten. Die Methode hat laut ihnen keine signifikante Auswirkung auf das Auftreten von Stillproblemen.

SP 2: Zeitpunkt

Die NCCPC Leitlinie (2006) rät zum ersten Ansetzen innerhalb der ersten Stunde nach der Geburt. Auch zu diesem Faktor konnte Ingram et al. (2005) keine Signifikanz nachweisen bezüglich der Anzahl Mütter, die nach sechs, bzw. 17 Wochen noch voll stillten. Eine neuere Studie hingegen zeigt einen signifikanten Zusammenhang des Zeitpunktes des ersten Ansetzens auf die Stillrate bis 16 Wochen p.p.: Das erste Ansetzen bis 120 Minuten p.p. verbesserte diese signifikant (Nakao et al., 2008). Es besteht jedoch keine signifikante Auswirkung, ob das NG innerhalb der ersten 30 Min oder innerhalb 31-120 Min p.p. angesetzt wird.

SP 3: Ressourcen für die Gestaltung

Die NCCPC Leitlinie (2006) empfiehlt allen gesundheitlichen Institutionen eine schriftliche Stillrichtlinie zu implementieren, welche allgemeine Empfehlungen zum Stillen beinhaltet. Sie sollte sowohl dem Personal wie den Eltern zugänglich sein. Als strukturiertes Programm zur Stillförderung wird von der NCCPC Leitlinie (2006) die Baby-

Friendly Initiative als minimaler Standard für jede Abteilung angesehen. Im Gegensatz zur Stillrichtlinie erfordert sie eine einheitliche Handhabung, die mit Einschränkungen verbunden ist. Laut Beake et al. (2011) haben solche strukturierten Stillprogramme eine signifikant erhöhte Rate bezüglich des Stillbeginns ergeben und seit ihrer Einführung eine ebenfalls signifikant erhöhte allgemeine Stillrate bewirkt.

SP 4: Informationen

Frauen sollten in den ersten 24 Stunden p.p. kulturgerecht über den Zeitpunkt des ersten Stillens, das Kolostrum und die Vorteile des Stillens informiert werden, jedoch sollten die Wünsche der Frau bezüglich gewünschter Ernährungsart ihres Kindes nicht vor dem ersten SSC erfragt werden (NCCPC Leitlinie, 2006).

SP 5: Haut-zu-Haut-Kontakt (SSC)

Dieser Faktor bewirkt laut Nakao et al. (2008) eine signifikante Verbesserung der Anzahl NG, die innerhalb der ersten 120 Min p.p. angesetzt werden. Moore et al. (2012) konnte nach SSC eine signifikante Auswirkung auf die Verbesserung der Stillrate 1-4 Monate p.p., auf eine verkürzte Schreidauer des NG in der unmittelbar postpartalen Phase, auf eine bessere Blutzuckerkonzentration des NG 75-90 Min. p.p. und auf eine physiologische Herz- und Atemfrequenz aufzeigen. Moore et al. (2012) beschreibt das Phänomen der variierenden mütterlichen Brusttemperatur 30-120 Min. p.p., welche das NG signifikant besser wärmt als eine konstante Wärmequelle. Neben diesen signifikanten Resultaten konnte ein positiver Effekt von SSC auf den Erfolg des ersten Ansetzens nachgewiesen werden sowie auf die Stilldauer. Moore et al. (2012) macht keine weiteren Angaben bezüglich des Zeitraumes, in dem dieser letzte Punkt untersucht wurde. Auch die NCCPC Leitlinie (2006) empfiehlt den SSC baldmöglichst nach der Geburt ohne Unterbruch innerhalb der ersten Stunde p.p., ausser bei medizinischer Indikation oder ausdrücklichem Wunsch der Mutter muss er unterbrochen werden.

SP 6: Keine Verabreichung von Zusatznahrung

Ingram et al. (2002) und Nakao et al. (2008) konnten eine signifikante Korrelation der NG, die keine Zusatznahrung erhielten, und einem Ansetzen innerhalb der ersten 120 Min. nachweisen, was wiederum laut Nakao et al. (2008) als signifikant positiv bezüglich späterem Stillen aufgezeigt wurde. Diese Ergebnisse passen zusammen mit der NCCPC Leitlinie (2006), die besagt, dass Zusatznahrung an stillende Kinder nicht ohne

medizinische Indikation abgegeben werden sollte. Wallace et al. (2005) konnte diesbezüglich keine Signifikanz belegen.

SP 7: Reflexe und Kompetenzen

Laut der NCCPC Leitlinie (2006) ist bei den meisten gesunden Termingeborenen ein angeborenes Verhaltensmuster zu beobachten. Dieses wurde im Kapitel 3.3 detailliert beschrieben.

5.2 Ergebnisse Ist-Zustand

Acht Fragebogen wurden von den Hebammen ausgefüllt, dazu kam derjenige der leitenden Hebamme. Bei einem Team von insgesamt 10 Hebammen inklusive Leitung beträgt die Rücklaufquote 80%. Die Antworten aus den Fragebogen dienen der Erhebung des Kontextes, unterteilt in Setting und Set, sowie zur Erfassung der Handhabung des ersten Ansetzens am Praxisort.

5.2.1 Ergebnisse Kontexterhebung

Setting

Beim betroffenen Spital handelt es sich um ein Akutspital. Zusammen mit drei weiteren Standorten bildet es eine Spitalgemeinschaft, die insgesamt zehn Departements enthält. Das befragte Spital stellt den kleinsten Standort dar und bietet folgende Angebotschwerpunkte: Chirurgie, Orthopädie, innere Medizin, Gynäkologie/Geburtshilfe und Anästhesie.

Die Leitung der Gemeinschaft besteht aus dem Spitalrat, einem Direktor und der Departementleitung. Im untersuchten Departement besteht die Leitung aus drei Personen, welche für die operative und koordinative Führung verantwortlich sind. Der Führungsstil wird als eher transformational eingeschätzt. Organisationsstrukturen des Spitals können als weitgehend effektiv eingeschätzt werden, die Rollen der einzelnen Mitarbeiter sind klar definiert und die interdisziplinäre Teamarbeit wird als effektiv empfunden.

Das Spital ist offen für Veränderungen. Ob Ressourcen für Projekte vorhanden sind, ist von der Art und Grösse des Projekts abhängig. Die Handhabung von Veränderungen oder Entscheidungsfindung im Spital wird situativ angepasst. Mitarbeiter werden in die Prozesse mit einbezogen, vor allem wenn es darum geht, Änderungen auf der Abteilung vorzunehmen. Zur Wahrnehmung der betrieblichen Mitwirkungsrechte der Mitarbeitenden auf höherer Ebene vertritt eine Personalkommission die Anliegen der Mitarbeitenden.

den gegenüber der Direktion. Die Transparenz dieser Entscheidungsfindungsprozesse ist jedoch meist gering und laut leitender Hebamme erfahren die Mitarbeiter teilweise erst aus der Presse über Veränderungen auf höherer Ebene, beispielsweise wenn Veränderungen vorgenommen werden, die ein anderes Departement, nur eine bestimmte Gruppe der Mitarbeiter oder die gesamtheitliche Regelung (z.B. Lohnerhöhungen) betreffen. Ansonsten wird über Veränderungen per E-Mail oder im Wochenbulletin informiert.

Die Kultur des Spitals widerspiegelt sich im Leitbild, welches für die gesamte Spitalgemeinschaft steht. Darin sind die Aspekte Wertschätzung, Wissen, Weitblick enthalten.

Bezüglich der Arbeitsleistung erhalten die einzelnen Mitarbeiter, das Team sowie die gesamte Organisation Feedbacks in Form von Mitarbeitergesprächen, Teamsitzungen und Jahresberichten.

Set

Die Frauenklinik am ausgewählten Spital ist in Gynäkologie und Geburtshilfe unterteilt. Dabei umfasst die Abteilung für Gynäkologie die ambulante Sprechstunde der ChefärztInnen und der OberärztInnen, sowie die Konsiliar- und Ultraschallsprechstunde. Die Geburtshilfe umfasst Schwangerschaftskontrollen, eine einmalig Hebammensprechstunde in der 28. Schwangerschaftswoche, Ultraschall- und genetische Untersuchungen, eine Gebärabteilung mit zwei modern ausgestatteten Gebärzimmern sowie die Abteilung für Mutter und Kind, wo nebst dem Standardwochenbett das Familienwochenbett angeboten wird. Es werden sowohl stationäre wie auch ambulante Geburten angeboten.

Das Spital bietet verschiedene Kurse wie Geburtsvorbereitung im Wasser, Kinästhetik Infant Handling und einen Tragetuchbindekurs an. Ebenfalls findet einmal im Monat ein Informationsabend rund um die Geburt statt. Weiter bietet das Spital ambulante Stillberatung, Kindersegnung und Akupunktur an.

In Tabelle 6 ist die durchschnittliche Geburtenzahl pro Tag und Hebamme im Vergleich zu zwei anderen Standorten der Spitalgemeinschaft ersichtlich.

Tabelle 6: Anzahl Geburten 2011, durchschnittliche Anzahl diensthabender Hebammen/Tag und Geburten/Hebamme/Tag im Vergleich

Departement (Dep)	Anzahl Geburten 2011	Durchschnittliche Anzahl diensthabender Hebammen/Tag	Geburten/Hebamme/Tag
Betroffenes Dep.	507	1	1.4
Dep. B	894	2	1.2
Dep. C	1754	4.5 (4-5)	1.1

Das Team im Gebärsaal setzt sich aus 10 Hebammen im Alter von 29 – 59 Jahren und einer stationsleitenden Hebamme zusammen. Sie arbeitet ebenfalls im Gebärsaal. Die Leitung der Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe wird durch eine zweite Abteilungsleiterin ergänzt. Die Hebammen arbeiten mit verschiedenen Beschäftigungsgraden von 30-90% und haben eine Berufserfahrung von 2 – 37 Jahren. Diese und weitere demographische Daten sind der Tabelle 7 zu entnehmen. Die Ärzteschaft setzt sich aus der Klinikleitenden Chefärztin, zwei Oberärztinnen, zwei Belegärzte sowie mehreren AssistenzärztInnen zusammen. Gearbeitet wird auf der Gebärsabteilung in 3 Schichten, wobei pro Schicht eine Hebamme tätig ist. Teilweise ist eine Studierende Hebamme anwesend.

Tabelle 7: Demographische Daten der befragten Hebammen

Person	A	B	C	D	E	F	G	H
Geburtsjahr	1970	1983	1983	1955	1981	1955	1953	1973
Abschlussjahr	1992	2008	2010	1976	2007	1976	1974	2005
Beschäftigungsgrad in %	50	30	80	50	90	80	80	60
Anz. besuchte Weiterbildungen zum Thema Stillen	>2	0	0	2	1	0	1	0
Anz. Jahre Berufserfahrung	20	3	2	35	5	36	37	6
Anz. Jahre auf dieser Abteilung	20	3	2	35	5	33	35	6

Richtlinien zum ersten Ansetzen bestehen auf der Abteilung keine, da das erste Ansetzen routiniert durchgeführt wird - auch nach Sectiones. Dies wird als grosse Stärke der Institution hervorgehoben. In Form von Fallbesprechungen und Rapporten steht dem

Team eine Möglichkeit für Feedback und Austausch zur Verfügung, ebenso finden zwei- bis dreimal jährlich Fortbildungen zum Thema Stillen im Hause statt.

Das betroffene Departement ist nicht als „Baby-Friendly Hospital“ ausgezeichnet und findet dies auch nicht erstrebenswert. Grund dafür ist die Art des Klientels, welches aufgrund der ländlichen Lage des Spitals zu einem grossen Teil aus in der Landwirtschaft tätigen Paaren besteht und auch eine grosse Anzahl von Mehrgebärenden beinhaltet. Die Empfehlungen der Initiative (beispielsweise Schritt 9: Zufütterung aus dem Becher anstatt per Schoppen oder kein Schnullergebrauch), bedeutet oft einen grösseren Zeitaufwand, welcher gerade in der Landwirtschaft als zusätzliche Belastung empfunden und die möglichen negativen Auswirkungen bei Nichteinhalten der Empfehlung (zum Beispiel Saugverwirrung) als nicht relevant eingeschätzt werden.

Der erhobene Kontext lässt sich anhand des PARIHS-Bezugsrahmens (Rycroft-Malone, 2009) als mehrheitlich stark einstufen, da beispielsweise eine transformationale Führung besteht, die Institution allgemein empfänglich für Veränderungen ist und die Rollen klar definiert sind.

5.2.2 Ergebnisse schriftliche Befragung zur Handhabung am Praxisort

Aus der adaptierten Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) resultierten 6 Haupt- und zahlreiche Unterkategorien, dargestellt in Tabelle 8. Im nachfolgenden Text werden die Ergebnisse zu jeder Hauptkategorie (HK) erläutert.

Tabelle 8: Hauptkategorien mit nummerierten Unterkategorien

HK 1	Beeinflussende Aspekte Mütterliche Aspekte Kindliche Aspekte Äussere Aspekte
HK 2	Informationen/Schwerpunkte Zeitpunkt Themen
HK 3	Unterstützung Von Frauen benötigte Unterstützung Von Hebamme übernommene Handlungen Vom Kind benötigte Unterstützung
HK 4	Zeitpunkt Zeitspanne Beeinflussende Faktoren
HK 5	Ressourcen für die Gestaltung Persönliche Ressourcen Institutionelle Ressourcen
HK 6	Schwierigkeiten Mütterliche Seite Kindliche Seite Äussere Faktoren Wünsche der Hebammen

HK 1: Beeinflussende Aspekte

Die Hälfte der Hebammen achtet sich beim ersten Ansetzen auf *mütterliche Aspekte* wie Motivation oder Schmerzfaktor. Als *kindlicher Aspekt* wird von allen Hebammen der Suchreflex beachtet, etwas weniger genannt wurden der Saugreflex und der Allgemeinzustand des NG, sowie sonstige Hungerzeichen wie Schmatzen oder Weinen. Ausserdem wird erwähnt, dass bezüglich des ersten Ansetzens die Plazentaretention und Blutungen mit in Betracht gezogen werden. Ob das erste Ansetzen bezüglich dieser *äusse-*

ren Aspekte als Therapiemassnahme eingesetzt wird oder verspätet stattfindet, ist jedoch unklar.

HK 2: Informationen/Schwerpunkte

In der ersten Stunde nach der Geburt ist allen Hebammen das Bonding wichtig, auch die gute Umgebungsgestaltung wird genannt und dem Paar viel Zeit zu lassen. Das Team ist sich einig, dass die unmittelbar postpartale Phase nicht der richtige *Zeitpunkt* für viele Informationen ist. Meist geben die Hebammen jedoch situativ angepasste, kurze Inputs bezüglich korrekter Lagerung zum Stillen und korrekter Saugtechnik des NG – dies sind denn auch die zwei *Themen*, die den Hebammen neben dem Bonding beim ersten Ansetzen am wichtigsten sind.

HK 3: Unterstützung

Aus der schriftlichen Befragung wird deutlich, dass einige *Frauen* instinktiv selbstständig ansetzen, während andere oft Unterstützung brauchen. Die Handhabung des ersten Ansetzens wird in der Praxis sehr unterschiedlich gehandhabt. Es gibt Handlungen, die die Hebammen beim ersten Ansetzen meist selbst übernehmen: Wenige *Hebammen* helfen bei der Lagerung der Frau oder kümmern sich um das korrekte Saugverhalten des *Kindes* (Mund- und Lippenstellung, Position zur Brust), ohne aktive Ansetzhilfe zu leisten. Das heisst, der Frau wird sämtliche Handlung selber überlassen - die Hebamme übernimmt lediglich die Kontrolle. Teilweise wird jedoch zur Entlastung der Frau nach der Geburt routinemässig aktive Ansetzhilfe geleistet. Neben den beiden Polen „Frau selber machen lassen und nur Kontrolle“ und „die ganze Handlung zur Entlastung der Frau selber übernehmen“ werden sämtliche verschiedenen Varianten genannt.

HK 4: Zeitpunkt

Bei den meisten Hebammen findet das erste Ansetzen innerhalb von *30-60 Minuten* nach einer Spontangeburt statt, die restlichen geben weniger als 30 Minuten an. *Faktoren*, die die Zeitspanne zwischen SG und erstem Ansetzen beeinflussen, sind vor allem äussere Faktoren wie das Management der Plazentarperiode und die Versorgung der Geburtsverletzung. Zusätzlich werden noch die Adaptation des NG, der Allgemeinzustand und der Wunsch der Mutter genannt. Einige Hebammen nennen spezifisch die Atonie als mögliche Komplikation, die diese Zeitspanne beeinflusst.

HK 5: Ressourcen für die Gestaltung

Als *persönliche Ressourcen* dienen den meisten Hebammen ihre Erfahrung und der Austausch mit anderen Hebammen, vereinzelt wird auch das Studium aktueller Studien genannt. *Institutionelle Ressourcen* wie Richtlinien zum ersten Ansetzen werden von wenigen Hebammen genannt, auf der Abteilung bestehen jedoch keine zu diesem Thema. Auch ist die Institution nicht zertifiziert mit der Auszeichnung Baby-Friendly.

HK 6: Schwierigkeiten

Die Schwierigkeiten, denen die Hebammen beim ersten Ansetzen häufig begegnen, kommen gleichermassen von *Seite der Mutter* (beispielsweise durch Brustwarzenanomalien oder fehlende Erfahrung) wie von *Seite des NG* (unkorrektes Saugen oder keine Bereitschaft). Der Zeitmangel ist zudem ein *äusserer Stressfaktor* – die Hälfte der Befragten *wünschte* sich, mehr Zeit für die Handlung zur Verfügung zu haben. Ein zentrales Problem diesbezüglich ist laut dem Team, dass der Gebärabteilung keine Reinigungskraft zur Verfügung steht und sie sämtliche Räume und Gerätschaften selbstständig putzen müssen. Sie wünschten sich unter anderem, dass sie weniger Zeit damit verbringen müssten, dem Arzt bei der Versorgung der Geburtsverletzung zu assistieren und allgemein mehr Verständnis der Ärzte für die Wichtigkeit des ersten Ansetzens vorhanden ist.

5.3 Vergleich Ist-Soll-Zustand

Die Evidenz aus dem Soll-Zustand kann aufgrund der teilweise niedrigen Evidenzniveaus der einbezogenen Publikationen laut dem PARIHS-Bezugsrahmen als mittelstark eingestuft werden (Rycroft-Malone, 2009).

Der Ist-Zustand wurde anhand klinischer Erfahrung erhoben. Oftmals ergab sich innerhalb der befragten Gruppe einen Konsens bezüglich aktueller Handhabung des ersten Ansetzens. Für diese Arbeit können die Antworten des Teams als Informationsquelle anerkannt werden, da nicht beabsichtigt wird, die Ergebnisse ausserhalb der Institution anzuwenden. Aufgrund dieser Aspekte kann die Evidenz aus der Praxis als stark eingestuft werden (Rycroft-Malone, 2009). Zusammenfassend kann die erhobene Evidenz (Ist- und Soll-Zustand) hoch eingestuft werden.

Folgend werden in der Tabelle 9 acht Phänomene dargestellt, die sowohl die Schwerpunkte aus dem Ist-Zustand wie auch die Hauptkategorien aus dem Soll-Zustand bein-

halten. Die Tabelle erlaubt eine Gegenüberstellung der Ergebnisse aus dem Ist- und Soll-Zustand. Aus diesem Vergleich werden der Veränderungsbedarf und Empfehlungen ermittelt und im folgenden Kapitel kritisch betrachtet.

Tabelle 9: Ist-Soll-Vergleich

Phänomen Nr.	Ergebnisse Literaturanalyse	Ergebnisse schriftliche Befragung	Veränderungsbedarf/Empfehlungen
Phänomen 1: Unterstützung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reichlich Zeit investieren, auf bequeme Position und korrekte Saugtechnik achten (NCCPC, 2006) ▪ Hands-off-Stilltechnik hat signifikanten Einfluss auf das Stillen 2-6 Wo p.p. (Ingram et al., 2002), jedoch nicht auf 6-17 Wo p.p. (Wallace et al., 2005) ▪ Signifikant geringeres Auftreten des Gefühls, „zu wenig Milch zu haben“, welches sich signifikant auf den Stillerfolg auswirkt (Ingram et al., 2002) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unterschiedliche Handhabung: meist wird auf korrekte Lagerung von Frau und Kind und korrekte Saugtechnik geachtet. Teilweise zur Entlastung der Frau routinemässiges Ansetzen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sich Zeit nehmen für die Unterstützung des ersten Ansetzens. ▪ Weiterhin auf bequeme Lagerung der Frau und korrekte Saugtechnik des NG achten. ▪ Kohärenzgefühl der Frau bezüglich des physiologischen Ablaufs der Laktation stärken. ▪ Möglichst zurückhaltend aktive Ansetzhilfe leisten. Wenn immer möglich verbal anleiten.
Phänomen 2: Zeitpunkt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erstes Ansetzen innerhalb 120 Min.: <ul style="list-style-type: none"> ○ Signifikante Verbesserung der Anzahl voll stillender Mütter während Klinikaufenthalt, nach 4 und 16 Wo p.p., sowie der Anzahl Mütter, die weiterhin voll stillen nach 16 Wo. (Nakao et al., 2008) ○ Kein Signifikanter Einfluss auf Anzahl stillender Mütter 6 und 17 Wo p.p. (Wallace et al., 2005) ▪ Kein signifikanter Unterschied bezüglich der Stillrate bei erstem Ansetzen innerhalb 30 min p.p. verglichen mit 31-120 min. (Nakao et al., 2008) ▪ Zum ersten Ansetzen sollte so früh wie möglich nach der Geburt ermutigt werden, idealerweise innerhalb der ersten Stunde (NCCPC, 2006) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erstes Ansetzen erfolgt meist in 30-60 Min., teilweise innerhalb der ersten 30 Min. ▪ Faktoren, die diese Zeitspanne beeinflussen: Plazentarperiode, Versorgung der Geburtsverletzung, Allgemeinzustand und Wunsch der Mutter, Adaptation des NG 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Weiterhin innerhalb der ersten 120 Lebensminuten, idealerweise im Rahmen des ersten SSC und innerhalb der ersten 60 Min. zum ersten Ansetzen ermutigen.

Phänomen Nr.	Ergebnisse Literaturanalyse	Ergebnisse schriftliche Befragung	Veränderungsbedarf/Empfehlungen
Phänomen 3: Ressourcen für die Gestaltung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Signifikant erhöhte Rate bezüglich Stillbeginn nach strukturiertem Stillprogramm (Beake et al., 2011) ▪ Signifikante Erhöhung der Anzahl stillender Mütter nach Einführung von Baby-Friendly Initiative (Beake et al., 2011) ▪ Jede gesundheitliche Institution sollte eine schriftliche Stillrichtlinie haben, implementiert durch eine leitende Person und zugänglich für alle Mitarbeiter und Eltern (NCCPC, 2006) ▪ Jede geburtshilfliche Station soll ein extern evaluiertes strukturiertes Programm implementieren, welches das Stillen fördert. Die Baby Friendly Initiative gilt als minimaler Standard. (NCCPC, 2006) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Persönliche Ressourcen der Teammitglieder: <ul style="list-style-type: none"> ○ Erfahrung, Austausch mit anderen Hebammen, ○ Selten Lesen aktueller Studien ▪ Institutionelle Ressourcen: <ul style="list-style-type: none"> ○ keine Richtlinien zum Thema vorhanden ○ Institution ist nicht Baby-Friendly zertifiziert ○ Regelmässige Fortbildungen zum Thema Stillen im Hause, die teilweise von den befragten Hebammen genutzt werden 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Weiterhin persönliche Erfahrungen einfließen lassen und Austausch mit anderen Hebammen fördern. ▪ Wissen zum Thema erstes Ansetzen und Stillen fortlaufend auf neuestem Stand halten. ▪ Richtlinien zum ersten Ansetzen und Stillen sollen auf der Abteilung vorhanden sein.
Phänomen 4: Informationen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ In den ersten 24 h p.p. sollten Frauen Informationen zu den Vorteilen des Stillens und des Kolostrums, sowie zum Zeitpunkt des ersten Stillens erhalten. Unterstützung sollte der Kultur angepasst sein. (NCCPC, 2006) ▪ Es ist nicht zu empfehlen, Frauen nach der Art der gewünschten Ernährung ihres Kindes zu fragen, bis der erste SSC stattgefunden hat. (NCCPC, 2006) ▪ Frau über bequeme Position und korrekte Saugtechnik informieren (NCCPC, 2006) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unmittelbar postpartale Phase nicht idealer Zeitpunkt für Informationen. ▪ Es werden kurze, situativ angepasste Informationen gegeben, teilweise Informationen zu verschiedenen Stillpositionen, Brustmassage, Kolostrum, Brustwarzenanomalien, kindliche Mundstellung ▪ Schwerpunkte: korrekte Lagerung, korrekte Saugtechnik, Bonding 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Frauen über erstes Ansetzen, Kolostrum, Brustmassage bequeme Position und korrekte Saugtechnik informieren, jedoch nicht vor dem ersten SSC. ▪ Weiterhin situativ angepasste Informationsgabe. ▪ Gute Kommunikation zwischen Gebärsaal und Wochenbettstation pflegen bezüglich Stillinformationen.

Phänomen Nr.	Ergebnisse Literaturanalyse	Ergebnisse schriftliche Befragung	Veränderungsbedarf/Empfehlungen
Phänomen 5: SSC	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Positiver Effekt auf Erfolg des ersten Ansetzens und Stilldauer (Moore et al., 2012) ▪ Signifikante Verbesserung der Anzahl NG, die innerhalb der ersten 120 Min angesetzt werden (Nakao et al. 2008) ▪ Signifikante Auswirkung auf <ol style="list-style-type: none"> 1) verbesserte Stillrate 1-4 Monate p.p. 2) kürzere Schreidauer p.p. 3) bessere Blutzuckerkonzentration 4) physiologische Herz- und Atemfrequenz (Moore et al., 2012) ▪ Temperaturschwankungen der mütterlichen Brust wärmen NG signifikant besser als konstante Wärmequelle (Moore et al., 2012) ▪ SSC sollte möglichst bald nach der Geburt stattfinden und durch Routineuntersuchungen nicht unterbrochen werden, es sei denn durch medizinische Indikation oder ausdrücklichen Wunsch der Mutter (NCCPC, 2006) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine Angaben 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Möglichst früher SSC gewährleisten und diesen nicht durch Routineuntersuchungen unterbrechen.
Phänomen 6: Zusatznahrung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Signifikant positive Korrelation der NG ohne Zusatznahrung und dem Ansetzen in den ersten 120 Min p.p. (Ingram et al., 2002. Nakao et al., 2008) ▪ Keine Signifikanz diesbezüglich (Wallace et al., 2005) ▪ Zusatznahrung sollte gestillten Kindern nicht ohne medizinische Indikation gegeben werden (NCCPC, 2006) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine Angaben 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine Verabreichung von Zusatznahrung ohne medizinische Indikation

Phänomen Nr.	Ergebnisse Literaturanalyse	Ergebnisse schriftliche Befragung	Veränderungsbedarf/Empfehlungen
Phänomen 7: Reflexe und Kompetenzen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die meisten Termingeborenen zeigen innerhalb der ersten Stunde p.p. ein angeborenes Verhaltensmuster. (NCCPC, 2006) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mütterliche Aspekte wie Motivation oder Schmerzfaktor werden beachtet. ▪ Als meistbeachteter kindlicher Reflex wird der Saugreflex genannt, aber auch Suchreflex, Hungerzeichen und Allgemeinzustand des NG werden berücksichtigt. ▪ Die Hebammen achten sich ausserdem auf äussere Faktoren wie Plazentaretention und Blutungen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angeborenes Verhaltensmuster des Kindes zulassen und nicht eingreifen. ▪ Weiterhin kindliche und mütterliche Reflexe und Kompetenzen beachten um korrekten Zeitpunkt des ersten Ansetzens zu ermöglichen. ▪ Weiterhin auf mütterliche Aspekte eingehen.
Phänomen 8: Schwierigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine Angaben 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Brustwarzenanomalien oder fehlende Erfahrung der Mutter erschweren das erste Ansetzen ▪ Unkorrektes Saugen oder keine Bereitschaft des NG erschweren das erste Ansetzen. ▪ Stärkster äusserer Stressfaktor ist der Zeitmangel auf der Abteilung durch die fehlende Reinigungskraft und das oft fehlende Verständnis der Ärzte. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ressourcen seitens der Hebamme besonders in komplexen Stillsituationen stärken. ▪ Bedeutung des ersten Ansetzens gegenüber den Ärzten verdeutlichen, um Verständnis zu fördern ▪ Mehr zeitliche Flexibilität anstreben.

5.4 Veränderungsbedarf, resultierend aus Ist-Soll-Vergleich

Unterstützung

In der Praxis findet keine einheitliche Handhabung bezüglich Unterstützung statt. Jedoch ist es wichtig, sich darauf zu achten, dass die Hebamme sich möglichst viel Zeit nehmen sollte, um Mutter und Kind beim ersten Ansetzen optimal unterstützen zu können (NCCPC, 2006). Dabei ist es besonders wichtig, das Kohärenzgefühl der Mutter bezüglich ihrer Ressourcen und Fähigkeiten im Zusammenhang mit dem Stillen zu stärken (Ingram et al., 2002). Die Hebamme soll die Mutter möglichst verbal anleiten und mit aktiver Ansetzhilfe zurückhaltend sein (Ingram et al., 2002), dabei ist jedoch stets auf eine bequeme Lagerung der Frau und die korrekte Saugtechnik des Neugeborenen zu achten (NCCPC, 2006), was in der Praxisinstitution entsprechend ausgeführt wird.

Zeitpunkt

Die momentane Handhabung in der Praxisinstitution bezüglich des Zeitpunktes des ersten Ansetzens stimmt mit den Empfehlungen aus der Literatur überein (Nakao et al., 2008). Die Mütter sollen weiterhin ermutigt werden, ihr Kind in den ersten 120 Minuten nach der Geburt und im Rahmen des ersten SSC anzusetzen (NCCPC, 2006).

Ressourcen für die Gestaltung

Als persönliche Ressource soll der Austausch mit anderen Hebammen weiterhin genutzt werden. Um diesen Austausch gehaltvoller zu machen, ist darauf zu achten, dass das Wissen stets auf neuestem Stand gehalten wird. Dazu finden auf der Abteilung bereits regelmässig Fortbildungen statt, persönliches Studium aktueller Studien wird jedoch wenig betrieben. Damit eine einheitliche Handhabung des ersten Ansetzens angestrebt werden kann, sowie als Manual für neue Mitarbeiter, sollten Richtlinien zum Thema vorhanden sein (Beake et al, 2011; NCCPC, 2006).

Informationen

Es ist wichtig, die Frau über die Bedeutung des ersten Ansetzens, das Kolostrum, die Brustmassage, eine bequeme Position und korrekte Saugtechnik des Kindes zu informieren (NCCPC, 2006). Die Hebammen der Institution achten sich darauf, dass dies situativ angepasst geschieht, was mit den Empfehlungen der Literatur übereinstimmt (NCCPC, 2006). Jedoch sollten die Informationen nicht vor dem ersten SSC abgegeben werden (NCCPC, 2006). Um eine ganzheitliche Betreuung der Frauen bezüglich Stillin-

formationen gewährleisten zu können, ist eine gute Kommunikation mit dem Team der Wochenbettabteilung zu pflegen.

SSC

Der erste Haut-zu-Haut-Kontakt soll baldmöglichst nach der Geburt gewährleistet und durch keine Routineuntersuchungen unterbrochen werden (NCCPC, 2006), da er sich positiv auf das erste Ansetzen (Moore et al., 2012; Nakao et al., 2008) und auf die kindliche Adaptation auswirkt (Moore et al., 2012).

Keine Verabreichung von Zusatznahrung

Zusatznahrung sollte nicht ohne medizinische Indikation verabreicht werden (NCCPC, 2006), um das erste Ansetzen innerhalb der ersten 120 Lebensminuten gewährleisten zu können (Ingram et al., 2002; Nakao et al., 2008).

Reflexe und Kompetenzen

Der meistbeachtete kindliche Reflex in der Praxis ist der Saugreflex. Daneben werden auch mütterliche Aspekte berücksichtigt, jedoch wird nicht auf das komplexe Verhaltensmuster geachtet, welches jedes gesunde Termingeborene innerhalb der ersten Stunde p.p. zeigt (NCCPC, 2006). Dieses Verhaltensmuster sollte zugelassen und in die Gestaltung des ersten Ansetzens mit einbezogen werden, sodass Mutter und Kind den Zeitpunkt des ersten Ansetzens bestimmen können. Ohne medizinische Indikation gibt es keinen Grund, dieses Verhaltensmuster zu stören. Wo die Rahmenbedingungen dies nicht zulassen, gilt es als Minimum, die mütterlichen und kindlichen Reflexe vor dem ersten Ansetzen zu beachten.

Schwierigkeiten

In der Praxis werden komplexe Stillsituationen erkannt, jedoch fehlt ein Schema, welches Handlungsmöglichkeiten aufzeigt. Besonders in solchen Situationen ist es nötig, Mutter und Kind eine kompetente Unterstützung zu gewährleisten, wobei besonders viel Zeit zur Verfügung stehen soll. Deswegen gilt es, die Hebamme für solche Situationen zu sensibilisieren und ihre Ressourcen für den Umgang damit zu stärken. Ausserdem sollte Verständnis der Ärzte für die Bedeutung des ersten Ansetzens vorhanden sein.

6 DISKUSSION

Ziel dieses Kapitels ist es, die Fragestellung vollständig zu beantworten. Dazu werden die Ergebnisse der Datenanalyse, der schriftlichen Befragung und des aus dem Vergleich herausgearbeiteten Veränderungsbedarfes diskutiert, interpretiert und ihre Bedeutung aus Sicht der Institution, der dort arbeitenden Hebammen und der Frauen beleuchtet. Weiter werden aus dem Veränderungsbedarf Ziele und Massnahmen für ein Praxisprojekt hergeleitet und eine Projektimplementierung geplant. Um grösstmögliche Objektivität der Diskussion zu erreichen, werden zu Beginn die Einschränkungen, Stärken und Schwächen dieser Arbeit aufgezeigt.

Einschränkungen

Die Praxisprojektplanung stellt ein sehr zeitaufwändiges Design dar. Damit der vorgeschriebene Zeitrahmen zum Erstellen dieser Arbeit eingehalten werden konnte, musste die Anzahl der ausgewählten Publikationen für die Literaturreview klein gehalten werden. Daher beschränkten sich die Autorinnen auf die wichtigsten Aspekte im Zusammenhang mit dem ersten Ansetzen und wählten jeweils lediglich eine Publikation dazu aus, mit einer Ausnahme (Hands-off-Stilltechnik).

Die Ergebnisse und Empfehlungen dieser Arbeit beziehen sich ausschliesslich auf die ausgewählte Praxisinstitution. Sie können nicht auf andere Abteilungen oder Institutionen bezogen werden und im Umgang mit den Daten ist in dieser Hinsicht Vorsicht geboten.

Stärken und Schwächen

Die Anonymität bei der schriftlichen Befragung wurde hoch gewichtet. Am Praxisort wurde ein Briefkasten aufgestellt, in den die ausgefüllten Dokumente gefaltet abgelegt werden sollten. Es stellte sich heraus, dass die Box durch eine interne Person geöffnet und die jeweiligen Verfasser anhand ihrer Handschrift identifiziert wurden. Dabei ging es jedoch nur darum, herauszufinden, welche Mitarbeiterinnen noch an das Ausfüllen des Fragebogens erinnert werden müssen. Ob der Inhalt gesichtet wurde, ist nicht bekannt. Es ist möglich, dass sich die Person von den Inhalten der Fragebogen beeinflussen liess und somit Verzerrungen der Ergebnisse zustande gekommen sind. Durch die Rückgabe der Fragebogen in verschlossenen Couverts hätte dies verhindert werden können.

Es konnte wenig Literatur gefunden werden, die als Intervention explizit das erste Ansetzen im Gebärsaal behandelten. Die Zahl der in Frage kommenden Publikationen war somit begrenzt, weshalb nicht nur Literatur mit hohem Evidenzniveau ausgewählt werden konnten. Die in dieser Arbeit verwendete Literatur erfüllt ethische Prinzipien bestmöglich. Zwei Studien untersuchen das Management des ersten Ansetzens auf der Wöchnerinnenabteilung (Ingram et al., 2002; Wallace et al., 2005).

Bei der Ausarbeitung des Ergebnisteils vorliegender Arbeit stellte sich heraus, dass der Fragebogen noch weiter hätte ergänzt werden müssen, um die Einflüsse zwei weiterer Aspekte auf das erste Ansetzen am Praxisort zu eruieren. Zum einen wäre dies der Einsatz von Zusatznahrung im Gebärsaal, zum anderen das Management des Haut-zu-Haut-Kontaktes. Grund dafür ist, dass erst nach der Abgabe des Fragebogens realisiert wurde, wie gross der Einfluss dieser beiden Faktoren auf das erste Ansetzen und den späteren Stillerfolg sein kann. Daher können aus der Praxis zu diesen beiden Faktoren keine Angaben gemacht werden.

Mit der Befragung am Praxisort konnte die aktuelle Situation detailliert dargestellt werden. Die Anzahl der Teilnehmerinnen scheint zwar gering, da aber 80 % des Teams befragt wurde, ist sie dennoch repräsentativ, weil sich diese Arbeit spezifisch auf die Praxisinstitution bezieht und nicht beabsichtigt, Aussagen über die Gesamtpopulation zu machen. Da auf der Gebärsabteilung der betroffenen Institution jeweils nur eine Hebamme pro Dienst arbeitet und die Fragebogen jeweils während oder nach dem Dienst ausgefüllt wurden, ist die Wahrscheinlichkeit gering, dass sich die Befragten gegenseitig durch Austausch beeinflussten.

Der theoretische Teil wird als Stärke dieser Arbeit angesehen, da er unter Berücksichtigung zahlreicher wissenschaftlicher Literatur sehr detailliert ausgearbeitet wurde und sehr gehaltvoll ist. Er stellt daher sowohl eine umfassende Grundlage für den Leser, wie auch einen bedeutsamen Teil zur Beantwortung der Fragestellung dar.

6.1 Diskussion der Ergebnisse

Aufgrund der Erhebung von Ist- und Soll-Zustand haben sich verschiedene Faktoren herauskristallisiert, welche für das optimale Management des ersten Ansetzens im Gebärsaal von Bedeutung sind. Es hat sich bei der schriftlichen Befragung herausgestellt, dass die Hebammen den Müttern unterschiedliche *Unterstützung* beim ersten Ansetzen geben, die oft nicht individuell abgestimmt ist. Da keine Richtlinie zum Thema auf der

Abteilung vorhanden ist, besteht auch kein Anhaltspunkt für eine einheitliche Handhabung. Es wird mehrheitlich aktive Ansetzhilfe geleistet – die Hebamme übernimmt die Handlung für Frau und Kind und unterbricht dabei das physiologische Verhaltensmuster. Kann das physiologische Verhaltensmuster und der SSC ungestört stattfinden, hat dies nicht nur positive Auswirkungen auf das erste Ansetzen, sondern ebenso auf das Bonding und die zukünftige Stillbeziehung (Moore et al., 2012). Ebenso werden Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit der Handlung stark reduziert durch das Eingreifen der Hebamme, was wiederum das Kohärenzgefühl der Mutter schwächt (Schmid, 2011). Ein hohes Kohärenzgefühl wirkt sich positiv auf den Stillerfolg aus (Ingram et al., 2002). Will Mutter und Kind den natürlichsten Stillbeginn ermöglicht werden, muss man laut Widström et al. (1987, zit. in Moore et al., 2012), Widström et al. (2011) und Winberg (2005) ununterbrochenen *Haut-zu-Haut-Kontakt* gewährleisten, wobei das NG nackt auf das ebenfalls nackte mütterliche Abdomen gelegt und ihm die Zeit zur Verfügung gestellt wird, bis es die mütterliche Brust selbstständig erreicht und daran zu saugen beginnt. Durchschnittlich beträgt diese Zeit 49-62 Min. (Righard & Alade, 1990; Widström, 2011). Dieses Vorgehen ist in der Praxis anzustreben, da es nicht nur positiv auf den Stillerfolg, sondern auch massgebend auf die kindliche Adaptation auswirkt (Moore et al., 2012). Es stellt sich die Frage, inwiefern dies in der heutzutage oft hektischen Gebärsaalroutine realisierbar ist. Könnten die *Arbeitsbedingungen* so angepasst werden, dass der Hebamme alle Ressourcen für diesen natürlichen Stillbeginn zur Verfügung stehen, könnte sie dadurch ein grosser Beitrag zur Still- und Gesundheitsförderung leisten (Örün et al., 2011). Eine solche Veränderung am ausgewählten Praxisort würde voraussetzen, dass die Zeitspanne zwischen Geburt und Verlegung auf die Wochenbettabteilung verlängert wird und dem Team eine abrufbare Reinigungskraft zur Verfügung steht. Diese Veränderung ist jedoch wiederum mit Kosten verbunden, was eine Hürde für die Umsetzung darstellen könnte. Es muss auch der Faktor berücksichtigt werden, dass einige Termingeborene dennoch *Unterstützung* brauchen, um die mütterliche Brust zu erreichen und daran zu saugen. Jedoch auch in diesen Fällen ist eine aktive Ansetzhilfe seitens der Hebamme nicht indiziert. Nach Ingram et al. (2002) eignet sich die sogenannte Hands-off-Stilltechnik zur Unterstützung des ersten Ansetzens, wobei die Mutter verbal angeleitet wird. Diese Methode wirkt sich positiv auf die Stilldauer aus (Ingram et al., 2002).

Einen weiteren Faktor stellt der geeignete *Zeitpunkt* des ersten Ansetzens dar. In der untersuchten Institution findet das erste Ansetzen nach einer Spontangeburt in den meisten Fällen in einem Zeitraum von 30-60 Minuten statt, einige Hebammen setzen bereits innerhalb der ersten halben Stunde p.p. an. Beide Handhabungen befinden sich in der von der Literatur empfohlenen Zeitspanne von 120 Min., was sich positiv auf die Stillrate auswirkt (Nakao et al., 2008). Es stellt sich die Frage, ob es innerhalb dieser 120 Min. einen optimalen Zeitpunkt gibt, in dem das erste Ansetzen am besten gelingt. Es ist bekannt, dass der Saugreflex innerhalb eines gewissen Zeitrahmes nach der Geburt sein erstes Maximum erreicht – die wissenschaftliche Literatur äussert sich jedoch diesbezüglich kontrovers. Aufgrund der Erkenntnisse zum Maximum des Saugreflexes von Pandit et al. (1994), müsste man in den ersten 30 Min. p.p. ansetzen, was sich mit den Empfehlungen von UNICEF und WHO deckt. Dies würde sich mit der Aussage von Friedrich (2005) widersprechen, dass das Maximum des Saugreflexes 60-120 Min. p.p. beobachtet werden kann. Da Termingeborene bei einem normalen physiologischen Verhaltensmuster nach durchschnittlich 49-62 Minuten die Brust erreichen und daran saugen (Righard & Alade, 1990; Widström, 2011), darf angenommen werden, dass dies dem optimalen und natürlichen Zeitrahmen entspricht. Es kann jedoch keine einheitliche Empfehlung für den optimalen Zeitpunkt abgegeben werden. Demzufolge sollte das erste Ansetzen individuell und unter sorgfältiger Berücksichtigung der kindlichen und *mütterlichen Kompetenzen und Reflexe* gehandhabt werden.

Für die Gestaltung und Handhabung des ersten Ansetzens kommen vorwiegend persönliche *Ressourcen* wie individuelle Erfahrung oder der Austausch mit anderen Hebammen zum Einsatz. Wie schon erwähnt, bestehen in der Praxisinstitution keine schriftlichen Stillrichtlinien, ebenso ist die Abteilung nicht Baby-Friendly zertifiziert, was laut NCCPC (2006) als minimaler Standard gilt und die Anzahl der Mütter, die ihr Baby initial stillen, signifikant erhöhen könnte (Beake et al., 2011). Die Begründung der Abteilung, dass das erste Ansetzen routiniert durchgeführt wird und es daher keiner Richtlinien bedarf, ist nicht ausreichend, denn dass die Handlung routiniert durchgeführt wird, heisst nicht, dass sie nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen stattfindet. Die Qualität der Handlung könnte dadurch vermindert werden. Dass Mehrgebärende an den Empfehlungen der Baby-Friendly Initiative nicht interessiert sind, weil sie Einschränkungen für den Alltag mit sich bringen, ist als Begründung zu wenig gewichtig, dass keine Zertifizierung angestrebt wird. Das Spital sollte zum Ziel haben, allen Klienten

tinnen den besten evidenzbasierten Stillstart zu ermöglichen. Dabei besteht die Aufgabe des Personals darin, Möglichkeiten aufzuzeigen, um den Stillerfolg zu fördern - ob die Klientinnen diese Empfehlungen nach dem Klinikaufenthalt umsetzen oder nicht, kann und muss nicht beeinflusst werden. Es darf nämlich damit gerechnet werden, dass besonders Erstgebärende über ihre Möglichkeiten informiert werden wollen und diese oft umsetzen, wenn sie deren positiven Einfluss auf das Stillen kennen. Es darf nicht vergessen werden, dass die Baby-Friendly Initiative nicht die lückenlose Erfüllung aller zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen voraussetzt. Den Spitälern ist somit ein gewisser Freiraum in der Handhabung gewährleistet.

Dass Mutter und Kind bald nach der Geburt auf die Wöchnerinnenabteilung verlegt werden, bringt einen Wechsel des betreuenden Personals mit sich. Es besteht oft die Gefahr, dass bei solchen Wechseln *Informationen* verloren gehen. Daher ist es wichtig, dass das Stillen als Kontinuum angeschaut wird, welches im Gebärsaal seinen Start hat. Obwohl beim ersten Ansetzen im Gebärsaal andere Faktoren Priorität haben als später im Wochebett, stellt es die Grundlage für die weitere Stillbeziehung dar. Es ist wichtig, dass die Frau in den ersten 24 Stunden vollumfänglich informiert wird (NCCPC, 2006). Es geht im Gebärsaal in erster Linie auch darum, die Situation für die Mutter verstehbar, handhabbar und bedeutsam zu machen und somit ihr Kohärenzgefühl zu stärken. Es muss abgewogen werden, welche Informationen im Gebärsaal und welche im Wochenbett stattfinden. Es ist darum umso wichtiger, dass die Hebamme das Wochenbettteam darüber zu informiert, welche Informationen die Mutter bereits erhalten hat.

Als zentrale *Schwierigkeit* beim ersten Ansetzen wird von den Hebammen der Zeitdruck genannt. Das Spital hat, verglichen mit seiner Kapazität im Gebärsaal, ein grosses Einzugsgebiet: auf die diensthabende Hebamme kommen pro Tag durchschnittlich 1.4 Geburten. Diese Zahl ist mit jenen von anderen Departements vergleichbar (siehe Tabelle 6), jedoch ist zu beachten, dass in der betroffenen Institution keine zusätzliche Person zur Unterstützung anwesend ist – die Hebamme ist alleine verantwortlich für die Betreuung sämtlicher Klientinnen und die Reinigung der Abteilung. Besonders, wenn noch weitere Anmeldungen ausstehen, ist die diensthabende Hebamme aus diesen Gründen gezwungen, Frau und Kind möglichst bald nach der Geburt auf die Wochenbettabteilung zu verlegen. Die Bereitstellung einer jederzeit abrufbaren Reinigungskraft würde diese Schwierigkeit massgebend mindern und würde dadurch Möglichkeiten eröffnen, das erste Ansetzen individuell und ohne Zeitdruck zu begleiten.

6.2 Massnahmen

Massnahmen, die sich aus dem Veränderungsbedarf und der Diskussion der Ergebnisse ableiten lassen, können der Tabelle 10 entnommen werden.

Tabelle 10: Massnahmenkatalog

Massnahme	Beschreibung
Fortbildung	<p>Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Physiologische Verhaltensmuster unmittelbar p.p., Hands-off-Stilltechnik ▪ Unterstützung in komplexen Stillsituationen (z.B. Flachwarzen) ▪ Information der Mutter rund um das Stillen ▪ Kohärenzgefühl der Frau stärken, Modell der Salutogenese ▪ Einbezug der Ärzteschaft in eine Fortbildung
Arbeitsbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ In der ersten Stunde p.p. finden ausser medizinisch indizierten Verrichtungen keine Interventionen statt, welche das physiologische Verhaltensmuster von Mutter und Kind und den SSC stören oder unterbrechen. ▪ Wird eine spezifische Unterstützung von der Mutter benötigt oder gewünscht (beispielsweise Ansetzen bei Flachwarzen), steht der Hebamme dieser Zeitrahmen zur Verfügung. ▪ Mehr zeitliche Flexibilität anstreben: Bei grosser Arbeitsbelastung bedarf es eines jederzeit abrufbaren Reinigungsdienstes.
Richtlinien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Institutionelle Ressource für Hebammen schaffen in Form von Richtlinien, welche die Handhabung des ersten Ansetzens einheitlich regeln, gestützt auf aktuelle wissenschaftliche Literatur. ▪ Momentane Handhabung des ersten Ansetzens am Praxisort anhand der zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen nach UNICEF und WHO überprüfen und Gründe für nichterfüllte Schritte eruieren. ▪ Die Auswirkungen von Faktoren wie SSC und Zusatznahrung auf den Erfolg des ersten Ansetzens werden darin explizit erläutert und Empfehlungen im Umgang damit abgegeben.
Interdisziplinarität	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interdisziplinäres Verständnis für das erste Ansetzen fördern. ▪ Checkliste erstellen, auf der die Wochenbettabteilung darüber informiert wird, welche Informationen die Frau noch nicht erhalten hat und welche Handlungen rund ums Stillen bereits stattgefunden haben (z.B. Brustmassage).
Evidenzbasiertes Arbeiten	<p>Zwei Teammitglieder sind verantwortlich für ein regelmässiges Recherchieren nach aktueller wissenschaftlicher Literatur zum Thema Stillen. Diese wird auf der Abteilung aufgelegt oder an einer Teamsitzung vorgestellt.</p>

6.3 Implementierung

6.3.1 Ziele und Massnahmen

Das Ziel dieses Praxisprojektes ist das optimale Management des ersten Ansetzens, um Mutter und Kind einen bestmöglichen Erfolg der Stillperiode zu ermöglichen. Dazu müssen folgende Teilziele erreicht werden:

- Das erste Ansetzen wird in der Praxis einheitlich und evidenzbasiert gehandhabt.
- Rahmenbedingungen auf der Abteilung lassen zeitliche Flexibilität für die postpartale Phase zu.
- Die Hebammen besitzen zahlreiche Ressourcen für die Handhabung des ersten Ansetzens in physiologischen sowie komplexen Situationen.

Um diese Ziele zu erreichen wurden 3 grundlegende Massnahmen für die Planung der Implementierung aus Tabelle 10 ausgewählt. Diese werden nachfolgend genauer beschrieben.

Richtlinien

In der befragten Praxisinstitution sind zurzeit keine Richtlinien zum Thema erstes Ansetzen und Stillen vorhanden. Mit dem Erarbeiten eines evidenzbasierten Vorgehens könnte die Handhabung der Hebammen vereinheitlicht werden. Eine Richtlinie würde Anhaltspunkte für das Vorgehen in komplexen Stillsituationen, sowie die Auswirkung von SSC und Zusatznahrung auf das erste Ansetzen und das weitere Stillen beinhalten. Zusätzlich sollte die betroffene Gebärabteilung die Baby-Friendly Zertifizierung anstreben. Die WHO empfiehlt dieses Programm als minimaler Standard (NCCPC, 2006). Zur Vorbereitung der Richtlinien würde die momentane Handhabung des ersten Ansetzens auf die zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen nach UNICEF und WHO überprüft und folgende Fragen beantwortet:

- Welche Schritte werden bereits erfüllt, welche nicht?
- Reichen die erfüllten Schritte bereits aus, dass die Abteilung als Baby-Friendly zertifiziert werden kann?
- Welche Schritte müssten noch erfüllt sein, damit dies der Fall ist?
- Was müsste verändert werden, damit die nicht erfüllten Schritte erreicht werden?

Geeignete Personen für die Erarbeitung dieser Richtlinien sind die leitende Hebamme, die Pflege-/Hebammenexpertin und der/die für das Erstellen von Richtlinien verantwortliche Arzt/Ärztin.

Fortbildung

Geplant wird ein obligatorischer Fortbildungstag, der an zwei Daten durchgeführt wird. Er richtet sich an das Hebammenteam, Pflegefachpersonen der Wochenbettabteilung, sowie an die Ärzteschaft der geburtshilflichen Abteilung. Interdisziplinarität und das Verständnis der Ärzte werden so gefördert. Folgende Themen werden an diesem Tag behandelt:

- Das physiologische Verhaltensmuster von Mutter und Kind unmittelbar nach der Geburt wird anhand von Videos, dessen Auswirkung auf Mutter und Kind anhand von Studien aufgezeigt.
- Im Hinblick auf dieses Verhaltensmuster und die Selbstständigkeit von Mutter und Kind bezüglich Stillen wird die Hands-off-Stilltechnik gelehrt.
- Mithilfe eines Kommunikationstrainers wird in kleinen Fallbeispielen die adäquate Informationsabgabe erprobt. Dabei wird der Schwerpunkt auf die Stärkung des Kohärenzgefühls gelegt, begründet mit dem Modell der Salutogenese.
- Das Management des ersten Ansetzens in komplexen Stillsituationen, wie beispielsweise der Umgang mit Flachwarzen, wird behandelt.

Geleitet wird dieser Fortbildungstag von einer diplomierten Stillberaterin, einer Autorin dieser Bachelorarbeit, einer Kommunikationstrainerin sowie von einem Pädiater. Vorstellbar wäre die Zusammenarbeit mit Dr. med. Cyril Lüdin. Er ist Pädiater mit Schwerpunkt Regulationsstörungen und Psychosomatik und in Ausbildung zum Fachberater in Emotionaler Erster Hilfe (EEH) für Eltern und Babies bei Thomas Harms.

Arbeitsbedingungen

Für die optimale Gestaltung des ersten Ansetzens sollte das Gesundheitspersonal reichlich Zeit investieren (NCCPC, 2006). Besonders Frauen mit Stillhindernissen sollte eine zusätzliche Unterstützung gewährleistet werden, welche oft viel Zeit in Anspruch nimmt (Forster & McLachlan, 2007). Momentan wird von vielen Hebammen der Abteilung der Zeitdruck als Stressfaktor und somit als Hindernis für ein optimal gestaltetes erstes Ansetzen erlebt. Dieser Zeitdruck wird verursacht durch die knapp berechnete Zeitspanne von 120 Min. zwischen Geburt und Verlegung der Frau auf die Wochenbettabteilung, sowie durch das alleinige Aufräumen und Reinigen der Räumlichkeiten der Abteilung durch die diensthabende Hebamme. Wie den meisten Abteilungen des Spitals

sollte auch der Gebärdabteilung eine abrufbare Reinigungskraft zur Verfügung stehen. Es sollte den Hebammen ermöglicht werden, die postpartale Phase im Gebärsaal individuell und nach Möglichkeit bis zu 180 Min. zu erweitern, sodass dem ununterbrochenen SSC von mindestens einer Stunde - gemäss Richtlinien - Rechnung getragen werden kann.

Bedeutung für Mutter und Kind

Die Implementierung von *Stillrichtlinien* würde Mutter und Kind eine einheitliche Betreuung auf neuestem Stand der wissenschaftlichen Literatur gewährleisten, die auf eine maximale Förderung der Stillbeziehung und Stilldauer hingerichtet ist. Die Gesundheit von Mutter und Kind wird dadurch bestmöglich gefördert. Durch eine interdisziplinäre *Fortbildung* profitieren Mutter und Kind indirekt vom aktuellen Wissen und einer einheitlichen Handhabung des gesamten Personals.

Hat die betreuende Hebamme durch die Anpassung der *Arbeitsbedingungen* für die postpartale Phase mehr Zeit zur Verfügung, kann das erste Ansetzen in einer stressfreien, intimen Umgebung stattfinden. Die sensible Phase wird dadurch nicht unterbrochen und die natürlichen Verhaltensmuster von Mutter und Kind können stattfinden. Dies sichert die besten Voraussetzungen für eine gute Mutter-Kind-Bindung (Odent, 2002).

Bedeutung für die Hebamme und den Berufsstand

Richtlinien dienen der Hebamme als Anhaltspunkt bei der optimalen und evidenzbasierten Gestaltung des ersten Ansetzens. Ihre persönlichen Ressourcen sollten unbedingt weiterhin genutzt werden, jedoch als Ergänzung zu den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen. Das in den *Fortbildungen* erarbeitete Wissen hilft ihr zusätzlich in der praktischen Umsetzung der Richtlinien. Gleichzeitig wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit gestärkt und das Verständnis der Ärzte für das erste Ansetzen gefördert, was ihr mehr Anerkennung für ihre Arbeit gewährt. Durch die Anpassung der *Arbeitsbedingungen* steht der Hebamme zukünftig mehr zeitliche Flexibilität für die postpartale Phase zur Verfügung. Das erste Ansetzen kann nach den Bedürfnissen von Mutter und Kind gestaltet werden. Zudem kann sich die Hebamme dank einer abrufbaren Reinigungskraft ganz ihren eigentlichen Aufgaben hingeben, die sich im Sinne der Salutogenese schlussendlich alle auf die Gesundheitsförderung von Mutter und Kind ausrichten. Die Veränderungen sind mit mehr Arbeitsaufwand verbunden, da die obligatorische Fortbil-

derung besucht werden muss und sich die Hebammen verpflichten, fortlaufend aktuelle wissenschaftliche Literatur zu studieren und in ihr Arbeiten zu integrieren.

Bedeutung für die Praxisinstitution

Mit dem Vorhandensein von *Stillrichtlinien* kann neuen Mitarbeitern eine Grundlage für ihr Arbeiten zur Verfügung gestellt werden. Die Institution setzt damit ein Zeichen, dass Wert auf eine evidenzbasierte Betreuung des Stillbeginns gelegt wird. Die Erstellung der Richtlinien ist der erste Schritt in Richtung Baby-Friendly Zertifizierung, welche an sich eine populäre und attraktive Auszeichnung für die gesamte Institution darstellt und von der Motivation zeugt, gute Betreuung zu leisten und Stillförderung zu betreiben (Beake et al., 2011). Die Planung und die Organisation einer spezifischen *Fortbildung* benötigt Zeit- und Kostenaufwand. Diese bringen jedoch positive Auswirkungen auf die Arbeitsqualität bezüglich Interdisziplinarität und Handhabung des ersten Ansetzens. Längerfristig darf also mit einer Kosteneinsparung gerechnet werden, da die optimale Gestaltung des ersten Ansetzens längerfristig den Stillerfolg steigert (Ingram et al., 2002; Moore et al., 2012; Nakao et al., 2008), womit die Klientinnen weniger Unterstützung beim Stillen benötigen.

Dasselbe gilt für die Anpassung der *Arbeitsbedingungen*, welche besonders in der Planungsphase mit Arbeits- und somit Kostenaufwand verbunden ist. Dieser Aufwand ist verhältnismässig gering, da es nur einer zusätzlichen Reinigungskraft bedarf. Die Arbeitsqualität der Hebamme wird dadurch gesteigert, indem Zeitdruck eliminiert werden kann.

Chancen und Risiken für die Implementierung

Die erfolgreiche Implementierung der Veränderungen setzt eine gute Qualität der drei Elemente des PARIHS-Bezugsrahmens nach Rycroft-Malone (2009) voraus. Da die zu implementierende Evidenz hoch eingestuft werden kann, stehen die *Chancen* für die eine erfolgreiche Implementierung gut. Zusätzlich wird dies erleichtert durch den ebenfalls starken Kontext des Praxisortes.

Aus ethischer und moralischer Sicht ist die Implementierung dieser Veränderungen wichtig, da Mutter und Kind dadurch den natürlichsten Stillstart ermöglicht wird.

Da die betroffene Institution noch nicht Baby-Friendly zertifiziert ist, scheint jede Veränderung in dieser Richtung einen Fortschritt darzustellen. Dies liegt im Interesse der gesamten Spitalgemeinschaft - somit dürfte es sinnvoll erscheinen, die Veränderungen

in Form eines Praxisprojektes zu implementieren und damit einen Beitrag zur Stillförderung zu leisten.

Es dürfte aufgrund der geringen Mitarbeiteranzahl möglich sein, dass restlos alle betroffenen Hebammen und Pflegefachpersonen an der geplanten Fortbildung teilnehmen können. Jedoch könnte ein geringeres Interesse der Ärzteschaft bestehen, da das erste Ansetzen nicht in ihren Zuständigkeitsbereich fällt.

Es bedarf seitens der Hebammen eine grosse Bereitschaft, ihre Arbeit den Empfehlungen der wissenschaftlichen Literatur entsprechend anzupassen. Besonders bei Hebammen mit jahrelanger Berufserfahrung dürfte eine grössere Hemmschwelle diesbezüglich vorhanden sein, was ein grosses *Risiko* darstellen könnte.

6.3.2 Projektplan

Ressourcen

Die Institution verfügt über einen transformationalen Leitungsstil welcher die erfolgreiche Implementierung fördert. Zusätzlich ist die Praxisinstitution offen für Veränderungen und das Team daran interessiert, seine Arbeit stets auf aktuellem Stand zu halten. Der rege Austausch zwischen den Hebammen und die effektive Teamarbeit so wie die vorhandene Feedbackkultur unterstützt den Implementierungsprozess.

Stakeholder

Stakeholder für das Praxisprojekt sind die betroffene Institution und die Spitalgemeinschaft, das Bundesamt für Gesundheit, Santé Suisse, La Leche League, sowie die schweizerische Stiftung zur Förderung des Stillens.

Evaluation

Im Rahmen von Teamsitzungen werden regelmässig kurze Feedbackrunden durchgeführt. Sie geben den Teammitgliedern die Möglichkeit, ihre Erfahrungen im Bezug auf die Änderungen, sowie Anpassungsvorschläge zu formulieren. Am Ende der Pilotzeit wird von jeder Hebamme ein Evaluationsfragebogen ausgefüllt, der das aktuelle Management des Stillbeginns erörtert. An einer spezifischen Teamsitzung werden diese Ergebnisse präsentiert und über den weiteren Verlauf des Projektes diskutiert.

7 SCHLUSSFOLGERUNG

Das optimale Management des Stillbeginns durch die Hebamme stellt die Unterstützung der natürlichen Verhaltensmuster von Mutter und Kind unmittelbar nach der Geburt dar, sodass das Kind selbstständig den bestmöglichen Zeitpunkt für den Stillbeginn bestimmt. Wo komplexe Stillsituationen bestehen, kann der Mutter verbale Unterstützung angeboten werden. So oder so stellt der Faktor Zeit eine bedeutende Komponente beim Management dar. Mutter und Kind sollte mindestens eine Stunde für ununterbrochenen Haut-zu-Haut-Kontakt und Bonding zur Verfügung stehen. In dieser Zeitspanne sind keine Interventionen zu verrichten, sodass die sensible Phase nicht gestört wird, ausser sie sind medizinisch indiziert. Dies darf als zentrale Erkenntnis und gleichzeitig als Empfehlungen dieser Arbeit angesehen werden.

Damit diese Empfehlungen erfolgreich implementiert werden können, braucht es Anpassungen in der Praxis. Namentlich bedeutet dies für die betroffene Praxisinstitution, dass dem Gebärsaalteam eine jederzeit abrufbare Reinigungskraft zur Verfügung steht, dass die Zeitspanne zwischen Geburt und Verlegung auf die Wochenbettabteilung um eine Stunde verlängert wird, dass schriftliche Richtlinien zum ersten Ansetzen im Gebärsaal erarbeitet werden und dass eine interdisziplinäre Fortbildung zum Thema durchgeführt wird. Da die Voraussetzungen am Praxisort laut dem PARIHS-Bezugsrahmen für eine Implementierung geeignet sind und mit dem Projekt sehr viel erreicht werden kann, bestehen gute Prognosen für dieses Projekt.

Nach erfolgreicher Implementierung des vorgestellten Praxisprojekts, bestünde weiterführend die Möglichkeit, die noch nicht im Detail geplanten aber im Katalog (siehe Tabelle 10) ersichtlichen Massnahmen mittels eines neuen Projekts zu implementieren.

Weiterführend könnte in ähnlichen Forschungsarbeiten das hier vorgestellte Praxisprojekt auf den gesamtschweizerischen Kontext ausgeweitet werden. Dafür müssten die Praxisinstitutionen auf die Aspekte der oben erwähnten Empfehlungen überprüft und entsprechende praxisspezifische Massnahmen abgeleitet werden.

Es scheint des Weiteren sinnvoll, die Auswirkungen der Baby-Friendly Initiative auf das erste Ansetzen in der Schweiz zu untersuchen und eventuell einzelne Schritte anzupassen. Im Speziellen Schritt 4, da aufgrund des Vergleichs mit aktueller Literatur gezeigt werden konnte, dass die ersten 120 Minuten p.p. ein optimaler Zeitrahmen für das erste Ansetzen darstellen (Nakao et al., 2008). Laut der analysierten Literatur konnte

jedoch kein optimaler Zeitpunkt für das erste Ansetzen bestimmt werden. Dieser soll aufgrund der physiologischen Verhaltensmuster von Mutter und Kind individuell erfolgen (Righard & Alade, 1990; Widström, 2011).

Mit der Umsetzung der erarbeiteten Empfehlungen trägt die Hebamme wesentlich zur Gesundheitsförderung von Mutter und Kind bei, indem sie ihnen einen natürlichen Stillbeginn ermöglicht und somit den Grundstein für eine weitere positive Stillbeziehung legt.

8 LITERATURVERZEICHNIS

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und Ärztlichen Zentralstelle für Qualitätssicherung (ÄZQ). (2001). Das Leitlinien-Manual [Elektronische Version]. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung, 95. Jahrgang*(Suppl. 1), München: Urban & Fischer.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of Biomedical Ethics* (6. Aufl.). Oxford: University Press.
- Behrens, J., & Langer, G. (2006). *Evidence-based Nursing and Caring. Interpretativ-hermeneutische und statistische Methoden für tägliche Pflegeentscheidungen. Vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft“* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Buckley, S. (2005). *Your Hormones are your Helpers*. Abgefragt am 15. Juni 2012, unter <http://www.sarahbuckley.com/pain-in-labour-your-hormones-are-your-helpers/>
- Borrmann, B. (2005). *Kurz- und mittelfristige Auswirkungen des Stillens auf die maternale Gesundheit post partum [Elektronische Version]*. Inaugural-Dissertation. Universität Osnabrück, Fachbereich Humanwissenschaften Gesundheitswissenschaften.
- Coad, J., & Dunstall, M. (2007). *Anatomie und Physiologie für die Geburtshilfe*. München: Urban & Fischer.
- Eugster G. (2004). Zehn erfolgreiche Schritte zum Stillen. Weltweit über 18000 Geburtsstätten sind von der Unicef als Baby-friendly zertifiziert [Electronic version]. *Laktation und Stillen, 4*, 162-164.
- Forster, D. A., & McLachlan, H. L. (2007). Breastfeeding initiation and birth setting practices: A review of the literature. [Electronic version]. *Journal of Midwifery & Women's Health, 52*(3), 273-280.
- Friedrich, J. (2005). Laktation und Stillen. In U. Harder (Hrsg.), *Wochenbettbetreuung in der Klinik und zu Hause* (2. Aufl., S. 67-89). Stuttgart: Hippokrates.

- Geist, C. (2007). Wochebettbetreuung in der Klinik. In C. Geist, U. Harder, & A. Stiefel (Hrsg.), *Hebammenkunde: Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (4. Aufl., S. 420-426). Stuttgart: Hippokrates.
- Geist, C., Friedrich, J., & Tegethoff, D. (2007). Laktation und Stillen. In C. Geist, U. Harder, & A. Stiefel (Hrsg.), *Hebammenkunde: Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (4. Aufl., S. 442-462). Stuttgart: Hippokrates.
- Gesundheitsförderung Schweiz. (2000-2012). *Quint-Essenz. Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention*. Abgefragt am 02. Juni 2012 unter <http://quint-essenz.ch/de>
- Höpflinger, F. (2011). Standardisierte Erhebungen – methodische Hinweise zu Umfragen. In *Forschungsmethoden und Umfragemethodik*. Abgefragt am 01. März 2012, unter <http://www.hoepflinger.com/fhtop/Umfragemethodik.pdf>
- Huch, R. (2006). Stillen. In H. Schneider, P. Husslein, & K.-T. M. Schneider (Hrsg.), *Die Geburtshilfe* (3. Aufl., 958-970). Heidelberg: Springer.
- Ingram, J., Johnson, D., & Greenwood, R. (2002). Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families [Electronic version]. *Midwifery*, 18(2), 87-101.
- Koschorz, C. (2010). Bonding. In Bund Deutscher Hebammen (Hrsg.), *Das Neugeborene in der Hebammenpraxis* (2. Aufl., S. 56-67). Stuttgart: Hippokrates.
- Kunz, R., Khan, K. S., Kleijnen, J., & Antes, G. (2009). *Lehrbuch evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis* (2. Aufl.). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Matthiesen, A. S., Ransjö-Arvidson, A. B., Niessen, E., & Uvnäs-Moberg, K. (2001). Postpartum maternal oxytocin release by newborns: effects of infant hand massage and sucking [Electronic version]. *Birth*, 28(1), 13-19.
- Mayer, H. (2007) *Pflegeforschung kennenlernen. Elemente und Basiswissen für die Grundausbildung* (4. Aufl.). Wien: Facultas.
- Mayring, P. (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse* (8. Aufl.). Weinheim: Bertelsmann.
- Merten, S., Dratva, J., & Ackermann-Liebrich, U. (2003). *Auswirkungen der Baby-Friendly Hospital Initiative auf das Stillen in der Schweiz*. Institut für Sozial-

und Präventivmedizin der Universität Basel. Abgefragt am 13. März 2012, unter <http://www.neonet.ch/assets/pdf/2-Stillen.pdf>

- Moore, E. R., Anderson, G. C., & Bergman, N. (2009). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants [Electronic version]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1).
- Moore, E. R., Anderson, G. C., Bergman, N., & Dowswell, T. (2012). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants [Electronic version]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5).
- Nakao, Y., Moji, K., Honda, S., & Oishi, K. (2008). Initiation of breastfeeding within 120 minutes after birth is associated with breastfeeding at four months among Japanese women: a self administered questionnaire survey [Electronic version]. *International Breastfeeding Journal*, 3(1).
- Neville, M. C., & Morton, J. (2001). Physiology and endocrine changes underlying human lactogenesis II [Electronic version]. *The Journal of Nutrition*, 131, 3005-3008.
- Odent, M. (2002). The First Hour Following Birth: Don't Wake the Mother! *Midwifery Today*, 61, 9-12.
- Odent, M. (2006). *Geburt und Stillen. Über die Natur elementarer Erfahrungen* (3. Aufl.). München: Beck.
- Örün E., Yalcin S. S., Madendag Y., Üstünyurt-Eras Z., Kutluk S., & Yurdakök K. (2010). Factors associated with breastfeeding initiation time in a Baby-Friendly Hospital [Electronic version]. *Turkish Journal of Pediatrics*, 52(1), 10-16.
- Pandit, N., Yeshwanth, M., & Albuquerque, S. I. (1994). Factors influencing initiation of breastfeeding in an urban set up [Electronic version]. *Indian Pediatrics*, 31(12), 1558-1560.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Lehrbuch Pflegeforschung: Methodik, Beurteilung und Anwendung*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Righard, L., & Alade, M. O. (1990). Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet*, 336, 1105-1107.

- Rycroft-Malone, J. (2009). Implementation von Erkenntnissen aus wissenschaftlichen Untersuchungen: Evidenz, Kontext und Begleitung – der PARIHS – Bezugsrahmen. In B. McCormack, K. Manley & R. Garbett (Hrsg.), *Praxisentwicklung in der Pflege* (S. 105-124). Bern: Huber.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't [Electronic version]. *British Medical Journal*, 312(7023), 71-72.
- Schmid V. (2011). *Schwangerschaft, Geburt und Mutterwerden. Grundlagen für ein salutogenetisches Betreuungsmodell*. Hannover: Staude.
- Schön, M. (2006). Medizinische Psychologie und Soziologie. In J. Prieue & D. Tümmers (Hrsg.), *Das Erste – kompakt*. Heidelberg: Springer.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. (2009). *Forschung mit Menschen – Ein Leitfaden für die Praxis [Elektronische Version]*. Basel: SAMW.
- Schweizerisches Komitee für UNICEF. Baby-Friendly Hospital Initiative. Abgefragt am 29. Juni 2012, unter http://assets.unicef.ch/downloads/FSheet_BFHI_de.pdf
- Schweizerische Stiftung zur Förderung des Stillens. (2010). *Jahresbericht 2010*. Bern: Autor.
- The National Collaborating Centre for Primary Care. (2006). *Postnatal care. Routine postnatal care of women and their babies [Electronic version]*. London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners.
- UNICEF Innocenti Research Centre. (2005). *Celebrating the Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding. Past Achievements, Present Challenges and the Way Forward for Infant and Young Child Feeding [Electronic version]*. Florence: Autor.
- UNICEF. Stillen als Teil eines gesunden Lebensstartes. Abgerufen am 02. Juni 2012, unter <http://www.unicef.ch/de/kampagnen/initiativen/bfhi/>

- United Nations. (1989). *Übereinkommen über die Rechte des Kindes (Übersetzung)*.
Abgefragt am 29. Juni 2012, unter
<http://www.admin.ch/ch/d/sr/i1/0.107.de.pdf>
- U.S. Department of Agriculture. Food and Nutrition Service. (2009). *Infant nutrition and feeding. A guide for use in the WIC and CSF programs [Electronic version]*. Alexandria: Autor.
- Varendi, H., Porter, R. H., & Winberg, J. (1994). Does the newborn baby find the nipple by smell? [Electronic version]. *Lancet*, 344, 989-990.
- Wallace, L. M., Dunn, O. M., Alder, E. M., Inch, S., Hills, R. K., & Law, S. M. (2005). A randomised-controlled trial in England of a postnatal midwifery intervention on breast-feeding duration [Electronic version]. *Midwifery*, 22(3), 262-273.
- Waller, H. (2002). *Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis von Public Health* (3. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Widström, A. M., Lilja, G., Aaltomaa-Michalias, P., Dahllöf, A., Lintula, M., & Niesen, E. (2011). Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation [Electronic version]. *Acta Paediatrica*, 100, 79-85.
- Winberg, J. (2005). Mother and newborn baby: mutual regulation of physiology and behavior. A selective review [Electronic version]. *Developmental Psychobiology*, 47(3), 217-229.
- World Health Organization. (1998). Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding [Electronic version]. Genf: WHO.
- World Health Organization. (2011). Exclusive breastfeeding. Retrieved March 12, 2012, from http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en/
- World Health Organization. (2012). 10 Facts on breastfeeding. Retrieved March 12, 2012, from <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en/index.html>

9 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Evidenz-basierter Praxisprozess adaptiert nach Behrens und Langer (2006).....	17
---	----

10 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Überblick der verwendeten Schlüsselwörter und MeSH-Begriffe	19
Tabelle 2: Überblick der eingeschlossenen Studien	28
Tabelle 3: Überblick der eingeschlossenen Reviews.....	31
Tabelle 4: Überblick der eingeschlossenen Leitlinie	33
Tabelle 5: Überblick Faktoren und deren Auswirkungen auf das erste Ansetzen bzw. auf das spätere Stillen geordnet nach Schwerpunkten	35
Tabelle 6: Anzahl Geburten 2011, durchschnittliche Anzahl diensthabender Hebammen/Tag und Geburten/Hebamme/Tag im Vergleich.....	44
Tabelle 7: Demographische Daten der befragten Hebammen	44
Tabelle 8: Hauptkategorien mit nummerierten Unterkategorien	46
Tabelle 9: Ist-Soll-Vergleich	50
Tabelle 10: Massnahmenkatalog	61

11 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
Dep.	Departement
EEH	Erste Emotionale Hilfe
GFMER	Geneva Foundation for Medical Education and Research
HK	Hauptkategorie
Min.	Minute
NCCPC	The National Collaborating Centre for Primary Care
NG	Neugeborenes

NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
PARIHS	Promoting Action on Research Implementation in Health Services
p.p.	postpartum
RCT	Randomised Controlled Trial
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
SG	Spontangeburt
SP	Schwerpunkte
SSC	Skin-to-Skin-Contact
UNICEF	United Nations Children's Fund
USDA	U.S. Department of Agriculture.
WHO	World Health Organization
Wo	Woche

12 ANHANG

12.1 Projektplan

Projektschritte	Ausführende Person/en	Dauer
<i>Planungsphase</i>		
Posterpräsentation am 6.8.2012	Studierende	30 Minuten
Mündliche Genehmigung des Projektes	Spital- und Abteilungsleitung	-
Ausarbeitung der definitiven Projektplanung	Projektleitung und -gruppe	3 Wochen
Präsentation der definitiven Projektplanung	Projektleitung	2h
Schriftliche Genehmigung des Projektes	Spital- und Abteilungsleitung	-
Ausarbeitung und Feinplanung der drei Schritte: - Erstellen von Stillrichtlinien - Planung der Fortbildung - Änderung der Arbeitsbedingungen	Projektgruppe, interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Oberärzten, Spitalleitung, ...	6 Wochen
Teamsitzung: Umfassende Information des Hebammenteams über Stillrichtlinien und veränderten Arbeitsbedingungen, Bekanntgabe der Daten für die Fortbildung	Projektleitung	3h
<i>Durchführungsphase</i>		
Pilotprojekt: Arbeit mit Stillrichtlinien und neuen Arbeitsbedingungen	Hebammenteam, Abteilungsleitung	1 Jahr
Durchführung einer interdisziplinären, spezifischen Fortbildung zum Thema "erstes Ansetzen im Gebärsaal"	Projektgruppe, Projektleitung, Hebammenteam, Abteilungsleitung, Ärzteschaft	Einmalig, ca. Ende 2. Monat des Pilotprojektes
Teamsitzung mit Rückmeldung zum Projekt, bei akuten Problemen sind sofortige Änderungen des Projektes möglich	Abteilungsleitung, Projektleitung, Hebammenteam	Anfangs Alle 2 Wochen, nach der Fortbildung alle 4 Wochen