Klinikum Saarbrücken gGmbH
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität des Saarlandes
Ein Unternehmen der Landeshauptstadt Saarbrücken

Bonding fördern - **Primäres Bonding**

Etablierung des primären Bondings auf unserer Level 1 Station 2011-2012 zur Unterstützung des Bondings

Evidenzen:

•**WHO**-Initiative „Kangaroo Mother Care“ http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241590351_ger.pdf
•**Velandia M, Matthisen A-S, Uvnäs-Moberg K, Nissen E**: Onset of Vocal Interaction Between Parents and Newborns in Skin-to-Skin Contact Immediately After Elective Cesarean Section Birth 37:192-201, 2010
•**Mehler K, Wendrich D, Kissgen R, Roth B, Oberthuer A, Pillekamp F, Kribs A**: Mothers seeing their VLBW infants within three hours after birth are more likely to establish a secure attachment behavior: evidence of a sensitive period with preterm infants? Journal of Perinatology (2010), 1–7
•**Bystrova,K. et al.,2009**:Effect of closeness versus separation after birth and influence of swaddling on mother-infant interaction one year later: A study in St. Petersburg.Birth,36(2),S.97–109
•**S.O‘Connor et al**: Reduced Incidence of Parenting Inadequacy Following Rooming-in Pediatrics 66 (1980) : 176-82
•**Cattaneo 1998**: Cattaneo A, Davanzo R, Worku B, Surjono A, Echeverria M, Bedri A, Haksari E, Osorno L, Gudetta B, Setyowireni D, Quintero S, Tamburlini G. Kangaroo mother care for low birthweight infants: a randomised controlled trial in different settings. Acta Paediatr 1998; 87:976-85.
•**Charpak 1997**: Charpak N, Ruiz JG, Figueroa Z, Tessier R et al. Kangaroo Mother Care (KMC): A method of protecting high-risk premature infants. In: Pediatric Academic Societies, Annual Meeting. New Orleans, LA, May 1-5, 1998.
•**Sloan 1994:** Sloan NL, Leon Camacho LW, Pinto Rojas E, Stern C, and Maternidad Isidro Ayora Study team. Kangaroo mother method: randomised controlled trial of an alternative method of care for stabilised low-birthweight infants. Lancet 1994; 344:782-5.

Problem:

In der Perinatalmedizin gibt es die tradierte Vorstellung, dass Mutter und Kind in verschiedenen Disziplinen / Fakultäten behandelt werden. Dies impliziert, dass es normal sei, die Dyade aufzulösen. Die gemeinsame Versorgung von Mutter und Kind, in der Entbindungsklinik inzwischen Standard, ist auf der Neonatologie leider noch Zukunftsmusik.

Zielformulierung:

WER? Mindestens 50% aller im Perinatalzentrum geborenen Kinder kommen …
WIE? ...nach der Erstversorgung und Stabilisierung in den ersten 6-12 Lebensstunden zu der Mutter auf die Brust. Alternativ, wenn wegen Instabilität nicht möglich: Hautkontakt durch Handauflegen, Ansprechen, Blickkontakt. Falls die Mutter nicht zur Verfügung steht, erfolgt das Bonding mit dem Vater .
ZEIT? Dauer des Bondings möglichst ein - zwei Stunden, es richtet sich nach den Möglichkeiten der Mütter und Kinder.
WO? Auf der Kinderintensivstation im Patientenzimmer
ENDE? Ende April 2012

Ergebnis:

	September 2011 bis April 2012	
Anzahl der Kinder, die in diesem Zeitraum in unserem Perinatalzentrum geboren und primär auf die Neonatologie verlegt wurden	89	100 %
gebondet	63	71%
Nicht gebondet	26	29%
Extern entbunden und deswegen ausgeschlossen	58	

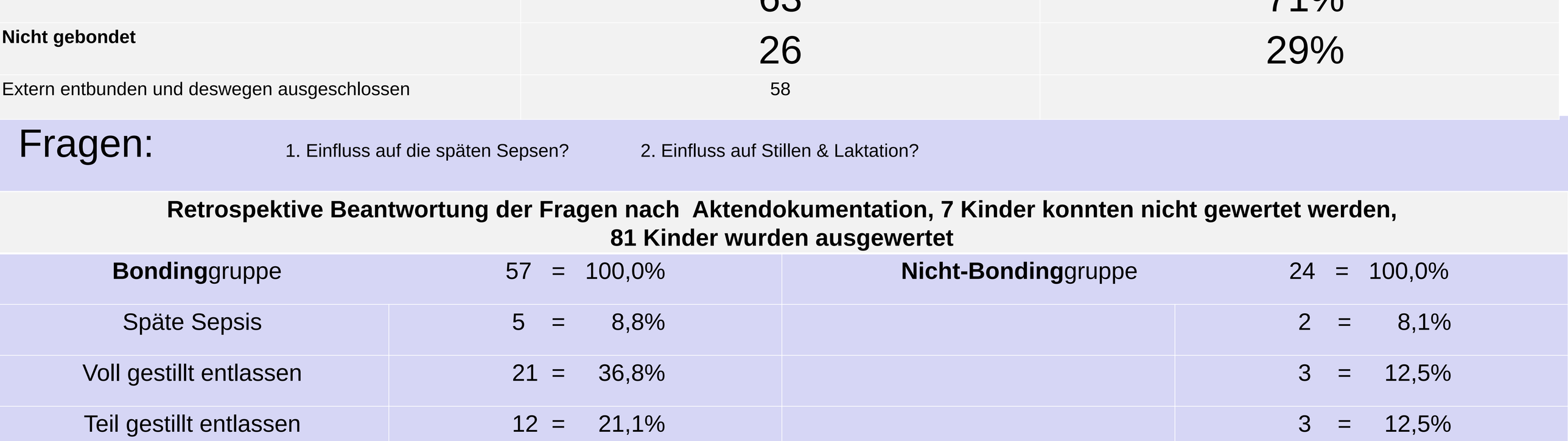
Fragen:

1. Einfluss auf die späten Sepsen?
2. Einfluss auf Stillen & Laktation?

Retrospektive Beantwortung der Fragen nach Aktendokumentation, 7 Kinder konnten nicht gewertet werden, 81 Kinder wurden ausgewertet

Bondinggruppe	57 = 100,0%	**Nicht-Bonding**gruppe	24 = 100,0%
Späte Sepsis	5 = 8,8%		2 = 8,1%
Voll gestillt entlassen	21 = 36,8%		3 = 12,5%
Teil gestillt entlassen	12 = 21,1%		3 = 12,5%
Formula ernährt entlassen	24 = 42,1%		18 = 75,0%

Das primäre Bonding wurde auf unserer Level 1 Station dauerhaft implementiert



Thema: Primäres Bonding • Autorin: Eva Vogelgesang
Datum: GNPI Mai 2015 / Stuttgart

www.klinikum-saarbruecken.de