

# Hebammen unterstützen die Klientinnenzentrierte Plazentaperiode

Autor(en): **Arnold, Patricia / Studer, Janine / Münst, Mirjam**

Objektyp: **Article**

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

Band (Jahr): **108 (2010)**

Heft 6

PDF erstellt am: **16.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-949666>

## **Nutzungsbedingungen**

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

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

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

## **Haftungsausschluss**

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

Hebammenstudentinnen unterstützen die Praxis

# Klientinnenzentrierte Plazentarperiode

**Muss eine Frau vom aktiven Management der Plazentarperiode überzeugt werden, obwohl sie ausdrücklich keine Medikamente und eine späte Abnabelung wünscht? Diese Frage stellte sich eine Gruppe Hebammenstudentinnen der Berner Fachhochschule im Seminar «Evidenzbasiert arbeiten».**

Eine Studentin hatte im Praxiseinsatz erlebt, dass eine schwangere Frau, die ein passives Management wünschte, von Hebammen und Ärzten darüber aufgeklärt wurde, wie verantwortungslos das sei. Obwohl die Frau nicht in die aktive Leitung der Plazentarperiode einwilligt hatte, wurde Oxytocin gegeben und früh abgenabelt.

In der Projektgruppe sollte die Frage geklärt werden, was die Fachliteratur zu diesem Thema sagt und wie das Vorge-

hen in der Praxis verändert werden könnte, wenn eine von der Evidenz abweichende Vorgehensweise empfohlen wird. Nachgewiesene wirksame Methoden in den klinischen Alltag einzuführen ist in der Regel eine anspruchsvolle Herausforderung. An der bestehenden Praxis wird gerne festgehalten, wenn Veränderungen nicht belohnt werden, die persönliche Erfahrung höher gewichtet wird als wissenschaftliche Erkenntnisse oder organisatorische Barrieren nicht

abgebaut werden können (Rycroft Malone et al. 2002). Besonders schwierig wird es, wenn die Massnahmen nicht auf die Bedürfnisse der Klientinnen, sondern auf die Sicherheit der Fachpersonen ausgerichtet sind (Schwarz 2009). Darum orientierten sich die Studentinnen für die Projektplanung an dem Konzept von Rycroft-Malone und Kolleginnen vom Royal College of Nursing (2002), die sich seit Jahren mit dem Problem auseinandersetzen, wie das aktu-



Patricia Arnold, Mirjam Münst, Janine Studer, Judith Sutter, Mirjam Thomi, Priska Troxler

Foto: Paola Origlia, BFH

**Tabelle 1: Zeitliche und inhaltliche Planung zur Implementierung eines bedarfs- und bedürfnisorientierten Managements der Plazentarperiode**

Monat	Woche 1	Woche 2	Woche 3	Woche 4
1	Praxisbeispiel, <b>Reflexion der eigenen Handlung</b> in der Plazentarperiode	<b>Eigenes Hintergrundwissen aktualisieren</b> , Studien, Reviews lesen	<b>Gespräche im Team</b> mit Hebammen und Ärzten. Ansichten und Haltungen aufnehmen, diskutieren und zuhören. Info und Zustimmung Klinikleitung	Überlegungen bezüglich <b>Erleichterung</b> : Wer wird involviert, Leader im Team, Stakeholder, Erfassung von Funktionen verschiedener Teammitglieder
2	Problembewusstsein entwickeln: Hebammen konkret nach Werten und Erfahrungen befragen, Fallbeispiel bearbeiten, Ideen und Anliegen aufnehmen, Begründung der Ärztinnen/Ärzte für ihr Vorgehen	IST-Zustand erheben, nachfragen ob das Management der Plazentarphase im Vorgespräch (von der Hebamme aus) thematisiert wird? Ist es Thema im Geburtsvorbereitungskurs? Motivation für EBM, wird Sinn hinter Aufwand gesehen?	Einbezug von Belegärzten, Vorbereitung einer ausserordentlichen Teamsitzung (Ärzte und Hebammen) für Information und Zeitplanung. Rekrutierung/Auswahl von MA für Erarbeitung eines Sollzustandes, Danken für Engagement	Durchführung Teamsitzung, Bildung der Projektgruppe mit folgenden Personen: – Chefarzt/evtl. Oberarzt – 2 Assistenzärzte – 3 Hebammen (1 Hebamme Leitung oder Stv.) – Stakeholder Start Erarbeitung
3	<b>Erarbeitung des Algorithmus</b>	<b>Erarbeitung des Algorithmus Planung der Dokumentations- und Evaluationsinstrumente</b>	Erarbeitung des Algorithmus <b>Planung Workshop</b> : Inhalt: Ausgangslage, Evidenz, Zielsetzung, Zeit für Diskussion, Präsentation Algorithmus, Einführung Dokumentationsinstrument	<b>Konkretisierung des Dokumentationsinstrumentes: Algorithmus</b> , geplanter/durchgeführter Weg, BV (wiegen), Hb, Phototherapie ja/nein Evaluationsinstrument für qualitative Daten (offene Fragen) verfassen
4	<b>Durchführung Workshop</b> für alle Mitarbeitenden (MA) obligatorisch innerhalb einer Woche (Informationsgefälle). Ein Vormittag, muss in der Dienstplanung berücksichtigt werden	Fragezettel im Stationszimmer aufhängen Täglicher Besuch im Forum (Schnittstelle Frühdienst – Spätdienst). <b>Fragen klären, motivieren, loben für kritische Anmerkungen</b>	<b>Fixdatum:</b> ab Tag _____ gilt neuer Algorithmus	<b>Anwendung</b> 2 mal wöchentlicher Besuch im Forum während der 4 Wochen, Fragen der MA sollen aufgeschrieben werden
5	<b>Anwendung</b>	<b>Anwendung</b>	<b>Anwendung</b>	<b>Evaluation mittels beschriebener Instrumente</b>
6	<b>Evaluation mittels beschriebener Instrumente</b>	Evaluation mittels beschriebener Instrumente Planung der Präsentation über Evaluation	<b>Präsentation</b> der Evaluation in einer Teamsitzung, Diskussion anregen, danken, bestärken, loben	<b>Durchführung des Algorithmus Begleitung</b>
6–12	Durchführung des Algorithmus Begleitung			
Ab 12	Anpassung und Überprüfung			

elle Wissen in der Praxis verankert werden kann.

Demnach beeinflussen folgende Faktoren die Implementierung von Evidenz in der Praxis wesentlich:

1. **Die Qualität der Evidenz.** Wie gut sind aktuelle Empfehlungen für die Praxis durch Studien belegt? Sind Betroffene und Expertinnen oder Experten einbezogen worden?
2. **Kontext.** Welche Arbeitsbedingungen beeinflussen die Umsetzung der Massnahmen? Ist in Organisationen die Bereitschaft zur Veränderung vorhanden? Wird eine Qualitätsentwicklung durch Wertschätzung der Mitarbeitenden und transformationale Leitung gefördert? Werden Ressourcen zur Verfügung gestellt? Orientieren sich die Massnahmen an den Arbeitsbedingungen?

3. **Erleichterung.** Werden die Mitarbeitenden im Veränderungsprozess adäquat begleitet und unterstützt? Können sie das neue Vorgehen üben? Werden Probleme im Veränderungsprozess aufgenommen und bearbeitet?

4. **Evaluation.** Wird der Prozess ausgewertet und werden bei Bedarf Anpassungen im Vorgehen vorgenommen? Wird festgestellt, ob auch wirklich eine Veränderung stattgefunden hat? Werden alle Beteiligten und die Verantwortlichen über die Ergebnisse informiert?

## Ergebnisse

Im Rahmen des Seminars wurde das Projekt mit Einschränkungen geplant. Die Literaturrecherche und -analyse war auf

sechs Studien, sechs Reviews und eine Leitlinie begrenzt. Von der Studentin, die den Fall erlebt hatte, wurden die Arbeitsbedingungen eingeschätzt und beschrieben, nicht systematisch erhoben. Die Gruppe kam zu folgenden Ergebnissen:

### Evidenz (Soll-Zustand):

- Die Geburt soll in ihrer Gesamtheit betrachtet werden, der Verlauf der ersten und zweiten Geburtsphase beeinflusst das Management der Plazentarperiode (McDonald, 2007)
- NICE-Guideline (Intrapartum care, 2001) empfiehlt, das Management der Plazentarperiode abhängig von Risikofaktoren zu bestimmen. Dies bedeutet, Frauen mit einem niedrigen Risiko (komplikationslose Schwangerschaft, keine anamnestisch erhobene Risiko-

# Planung der Evaluation

## Prozess

Prozessauswertung in der Projektgruppe  
Notierte Fragen des Teams verarbeiten  
Teamsitzungsprotokolle auswerten  
Ermittelte Probleme und Anpassungen  
Dokumentationseinsicht

## Ergebnis

*Mitarbeitende:* Hat das neue Instrument meine Arbeit erleichtert?  
Arbeitsablauf klar und einleuchtend? Sicherheit bei der Anwendung?  
Zeitlicher Aufwand? Adäquate Unterstützung erhalten?  
*Klientinnen:* Fragebogen zur Selbstbestimmung, Zustand 2 Stunden pp,  
Befinden im Wochenbett, Anzahl Management aktiv/passiv, Blutverlust,  
Phototherapie  
*Wirtschaftlichkeit:* Verbrauch Oxytocin, EC-Konzentrate, Eisentabletten,  
Material

faktoren, SSW 37 0/7–41 6/7) eine informierte Wahl zu ermöglichen. Schwangeren Frauen mit einem hohen Risiko (nach Schneider 2006: Mehrlingsschwangerschaft, vorhergehende postpartale Blutung, Einleitung, Myome, nah aufeinanderfolgende Schwangerschaften, Gerinnungsstörungen, Multiparae) wird das aktive Management empfohlen.

- Die Studie von Orji et al. (2007) zeigt eine signifikante Reduktion des Blutverlusts nach Uterotonika-Gabe. Nach Kashanian et al. (2008) ist eine Reduktion des Blutverlustes nicht zwingend an den Zeitpunkt der Verabreichung der Uterotonika gebunden.
- Oxytocin zeigte sich als effektivstes Medikament (Orji et al, 2007, Cotter et al, 2009) zur Vermeidung von Blutverlusten. Nebenwirkungen wie Nausea, Emesis, Kopfschmerzen, Bluthochdruck wurde nach Ergometringabe vermehrt beobachtet (Orji et al., 2007, Cotter et al. 2009, McDonald et al., 2009).
- Eine Review stellte nach spätem Abnabeln (passives Management) positive Auswirkungen für das Kind fest. Die untersuchten Kinder profitierten vom Blutvolumen und hatten höhere Ferritinspiegel. Nachteile für die Mutter wurden als vernachlässigbar beurteilt (McDonald & Middleton, 2009).
- In Entwicklungsländern sind die Folgen der postpartalen Blutung (Blutverlust über 500 ml in 24 Std.) gravierender als in Industrieländern (McDonald, 2007), wegen konstitutioneller Gegebenheiten (z. B. Ernährungszustand) und fehlenden postpartalen Versorgungseinrichtungen. Deshalb wird in diesen Gebieten ein aktives Management empfohlen.
- Weiterer Forschungsbedarf wird festgestellt: Auswirkungen eines Blutverlusts über 1000ml (McDonald, 2007), Nebenwirkungen von Oxytocin bei

höherer Dosierung (Cotter et al. 2009), andere Erhebungsorte einbeziehen, wie z. B. Geburtshäuser (Cotter et al., 2009), Daten zum passiven Management erheben (McDonald & Middleton, 2009).

## Kontext (Ist-Zustand):

- Gesundheitspolitisch wird in diesem Kanton Gesundheitsförderung und Prävention unterstützt.
- Die Organisation ist ein Zentrumsspital mit humanistischem Menschenbild
- Mitarbeitende: Hebammen, Studierende, Praktikantin, PA, Stationssekretärinnen, Ärzteschaft, Beleghebammen
- 0–20 Jahre Berufserfahrung, Weiterbildungen in Akupunktur, Geburtsvorbereitung, Rückbildung, MSc Midwifery
- Das Arbeitsklima ist angespannt wegen Unsicherheit, Ungewissheit und Unstimmigkeiten
- Auf die Bedürfnisse und Wünsche der Frauen wird im Rahmen des Möglichen eingegangen. Im beschriebenen Fall wurden sie jedoch nicht berücksichtigt.
- Qualitative Daten zum Problem (eingeschätzt): Erfahrungen bestehen nur mit aktivem Management. Das Personal ist überzeugt, dass mit der aktiven Leitung signifikant weniger Blutungen auftreten. Die Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der Frauen ist allen wichtig.
- Weiter müsste abgeklärt werden: Interne Evidenz, quantitative Daten zum Problem (z. B. Häufigkeit des aktiven/passiven Managements, Blutverlust).

## Erleichterung

- Personalfriedenheit und Fluktuationsrate sind nicht bekannt, der Führungsstil kann wegen eines Leitungswechsels nicht beurteilt werden.
- Pflegeexpertinnen unterstützen Veränderungsprozesse.
- Lernbetrieb, Weiterbildungsangebote vorhanden

## Problembeschreibung nach Vergleich IST-/Soll-Zustand

In diesem Fall wurde das Bedürfnis der Frau nach passivem Management erhoben, aber gegen den Willen der Frau gehandelt. Die Einwilligung für die invasive Massnahme wurde nicht eingeholt. Das Recht auf Autonomie und Unversehrtheit der Frau wurde verletzt. Unter sicheren Bedingungen ist ein passives Management der Plazentarperiode möglich und nützlich für das Kind. In dieser Organisation sind die Bedingungen für die Veränderung der Praxis günstig.

## Mögliche Ziele eines Projektes zur Praxisveränderung

- Aktualisierung des Wissens über die Leitung der Plazentarperiode
- Bedarfs- und bedürfnisgeleitete Entscheidung zur Leitung der Plazentarperiode (Algorithmus)
- Indikationen für das aktive Management müssen dokumentiert sein
- Die Einwilligung der Frau für das aktive Management muss vorliegen

Der Projektplan wurde im Seminar präsentiert. Die Studienkolleginnen konnten sich vorstellen, dass dieses Projekt auch in ihren Praktikumsorten durchgeführt werden könnte. Die zeitliche und inhaltliche Planung macht zudem deutlich, dass Veränderungsprozesse einen längeren Atem brauchen, da Menschen neue Verhaltensweisen nur integrieren, wenn sie mit ihren Erfahrungen wertgeschätzt und im Veränderungsprozess unterstützt werden. ◀

Projektplan EBM WA3, Mai 2010, Berner Fachhochschule Fachbereich Gesundheit, Hebammenausbildung. Redaktionelle Bearbeitung: Inge Loos, Gerlinde Michel.

## Referenzen

- Brezinka C. (2006). Pathologische Plazentarteriode. In H. Schneider, P. Husslein und K. Schneider (Eds.), Die Geburtshilfe (3ed., pp 858–869) Heidelberg: Springer.
- Cotter A.M., Ness A., Tolosa J.E. (2009). Prophylactic oxytocin for the third stage of labour (Review). The cochrane collaboration (1–29). Abgerufen Dezember 2009, unter <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001808/frame.html>
- Orji E., Agwu F., Loto O., Olaleye O. (2007). A randomized comparative study of prophylactic oxytocin versus ergometrine in the third stage of labor. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (2008); 101, 129–132.
- Althabe F., Bergel E., Buekens P., Sosa C., Belizàn J. (2006). Controlled cord traction in the third stage of labor. (Review) *International Federation of Gynecology and Obstetrics*. (2006); 5 126–127. Elsevier Ireland Ltd.
- Fenton J.J., Baumeister L., Fogarty J. (2005). Active Management of the third stage of labour among American Indian women, *Fam Med*; 37(6): 410–4.
- Festin M., Lumbiganon P., Tolosa J., Finney K., Ba-Thike K., Chipato T., et al. (2003). International survey on variations in practice of the management of the third stage of labour, *Bulletin of the World Health Organisation* (2003); 81: 286–291.
- Kashanian M., Fekrat M., Masoomi Z., Ansari N. (2008). Comparison of active and expectant management on the duration of the third stage of labour and the amount of blood loss during the third and fourth stages of labour: a randomised controlled trial [Electronic version]. *Midwifery*, 26 (2), 241–245. Abgerufen Dezember 2009 unter: [http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=ArticleURL&\\_udi=B6WN9-4T72K33-1&\\_user=10&\\_rdoc=1&\\_fmt=&\\_orig=search&\\_sort=d&\\_docanchor=&view=c&\\_searchStrId=1173404815&\\_rerunOrigin=google&\\_acct=C000050221&\\_version=1&\\_urlVersion=0&\\_userid=10&md5=e420ed8a5d30311ece13c58d3e6f30c2](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6WN9-4T72K33-1&_user=10&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_searchStrId=1173404815&_rerunOrigin=google&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=e420ed8a5d30311ece13c58d3e6f30c2)
- McDonald S., Abbott J., Higgins S. (2004). Comparison of active and expectant management on the duration of the third stage of labour and the amount of blood loss during the third and fourth stages of labour: a randomised controlled trial [Electronic version]. (Review) *The cochrane collaboration*. Abgerufen Dezember 2009 unter: <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000201/frame.html>
- McDonald S. (2007). Management of the third stage of labor, *Midwifery Womens Health* (2007); 52: 254–261.
- National Institute of Clinical Excellence (NICE) (2007). *Intarpartum care: normal labour third stage*. Abgerufen Dezember 2009 unter <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/IPCNICEGuidance.pdf>
- Rycroft-Malone J., Kitson A., Harvey G., McCormack B., Seers K., Titchen A., Estabrooks C. (2002). Ingredients for change: revisiting conceptual framework. *Quality and safety in health care*, 11, 174–180.
- Schwarz C. (2009). CTG: Wer braucht es wofür. *Hebamme.ch*, 3, 4–7.
- Winter C., Macfarlane A., Deneux-Tharoux C., Zhang W., Alexander S., Brocklehurst P., et al. (2007). Variations in policies for management of the third stage of labour and the immediate management of postpartum haemorrhage in Europe. *BJOG*; 114: 845–854 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17567419>

## ICM-Umfrage

# Nachgeburtsbetreuung

Mit einer international durchgeführten Untersuchung wollte die Internationale Hebammenvereinigung ICM mehr über die übliche Hebammenpraxis während der Nachgeburtsperiode herausfinden. Auch Hebammen aus der Schweiz nahmen an der Umfrage teil.

Alison Eddy, Lesley Dixon,  
Karen Guilliland,  
Holly Powell Kennedy

Als Nachgeburtsperiode wird die Zeitspanne bezeichnet, die unmittelbar nach der Geburt des Kindes beginnt und bis nach der Geburt der Plazenta dauert. Zwei Betreuungsmethoden der Phase sind gebräuchlich:

1. *Das aktive Management* (üblich in vielen entwickelten Ländern): Dabei wird vor der Geburt der Plazenta ein Uterotonikum gegeben, die Nabelschnur frühzeitig abgeklemmt und durchtrennt, und ein kontrollierter Zug an der Nabelschnur zur Beschleunigung der Plazentalösung ausgeübt (ICM & FIGO, 2006).
2. *Das physiologische oder abwartende Management*: Diese Betreuung wird unterschiedlich beschrieben. Im Wesentlichen werden keine Uterotonika verabreicht, die GeburtshelferInnen warten, unterstützt durch die Gravitationskräfte und/oder mütterlichen Einfluss, bis sich die Plazenta spontan löst und geboren wird.

### Wenig Wissen über abwartendes Management

In vielen Entwicklungsländern haben Geburtshelferinnen und Frauen nur eingeschränkten oder gar keinen Zugriff auf Uterotonika. In solchen Situationen müssen die Betreuenden wissen, wie sie die physiologische Reaktion der Mutter in der 3. Geburtsphase verstärken können, um die Geburt sicher und ohne Blutungsrisiko zu beenden.

Viele medizinische und Hebammenausbildungen unterrichten weder Theorie noch Praxis des physiologischen Managements, daher fehlt oft auch das Verständnis dafür. Folge davon kann eine unzulängliche Betreuung der 3. Geburtsphase sein und zu erhöhtem Blutungsrisiko und Blutverlust führen, falls uterotische Medikamente fehlen. Um den Problemkreis anzusprechen, haben der ICM und der internationale Gynäkologen- und Geburtshelferverband FIGO begonnen, gemeinsam Richtlinien zur Best Practice des physiologischen Managements bei Uterotonikamangel in Entwicklungsländern zu veröffentlichen. Der fertiggestellte Entwurf

wurde inzwischen den Vorständen beider Organisationen zur Ratifizierung vorgelegt.

Zur Abstützung der Richtlinien beschaffte eine Arbeitsgruppe des ICM Hintergrundinformationen. Dazu gehörte ein systematischer Review in Form eines «Delphi Survey» bei Praxisexpertinnen, um herauszufinden, wie sie üblicherweise die Plazentaphase physiologisch betreuen. Um den «Delphi Survey» durchzuführen, wurde ein Instrumentarium geschaffen, getestet und eingesetzt. Es stellt eine Reihe von Fragen zur physiologischen Betreuung der Nachgeburtsphase, darunter solche zu

- Anzeichen der Plazentalösung
- Welche Handgriffe wendet die Betreuerin an?
- Was tut sie mit der Nabelschnur?
- Lage und Rolle der Mutter
- Rolle des Kindes
- Handlungen der Betreuerin nach der Plazentageburt
- Welcher Zeitrahmen wird für die physiologische Plazentaphase als normal angesehen?
- Wie viele Jahre Praxiserfahrung hat die Betreuerin?
- Wie oft hat sie im vergangenen Jahr eine physiologische Plazentageburt betreut?

Gemäss Delphi-Vorgaben wurde der Fragebogen zunächst von einer Gruppe internationaler «ExpertInnen» bestehend aus Hebammen, Geburtshelfern und einer traditionellen Geburtshelferin beantwortet. Die Resultate zeigten in vielen Punkten einen gewissen Konsens, in einigen Bereichen aber auch divergierende Ansichten.

### Erste internationale Umfrage

Der ICM-Vorstand beschloss darauf, eine grössere Gruppe Praktikerinnen zu befragen. Die 91 ICM-Mitgliedsverbände erhielten den Fragebogen zugesandt, zwecks Weiterleitung an interessierte Hebammen mit Erfahrung in physiologischer Nachgeburtsbetreuung. Dies war die erste internationale Befragung des ICM seit seinem Bestehen.

Der Fragebogen wurde ins Französische und Spanische übersetzt. Er konnte im Internet online ausgefüllt werden und enthielt eine Reihe von Multi-Choice-Fragen. Nur die englischsprachige Version erlaubte zusätzlich, Anmerkungen anzufügen.