

ICM-Umfrage : Nachgeburtsbetreuung weltweit

Autor(en): **Eddy, Alison / Guililand, Karen / Dixon, Lesley**

Objektyp: **Article**

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

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

Heft 6

PDF erstellt am: **15.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-949667>

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.

Referenzen

- Brezinka C. (2006). Pathologische Plazentari-
periode. 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). Pro-
phylactic oxytocin for the third stage of la-
bour (Review). The cochrane collaboration
(1–29). Abgerufen Dezember 2009, unter
[http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/
clsysrev/articles/CD001808/frame.html](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 prophylac-
tic 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., Beli-
zàn 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). Inter-
national survey on variations in practice of
the management of the third stage of la-
bour, *Bulletin of the World Health Organiza-
tion* (2003); 81: 286–291.
- Kashanian M., Fekrat M., Masoomi Z., Ansari
N. (2008). Comparison of active and ex-
pectant 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=e42
0ed8a5d30311ece13c58d3e6f30c2](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 man-
agement on the duration of the third stage
of labour and the amount of blood loss dur-
ing the third and fourth stages of labour:
a randomised controlled trial [Electronic
version]. (Review) *The cochrane collabora-
tion*. Abgerufen Dezember 2009 unter:
[http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/
clsysrev/articles/CD000201/frame.html](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](http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/IPCNICEGuidance.pdf)
- Rycroft-Malone J., Kitson A., Harvey G., Mc-
Cormack 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 man-
agement 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](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17567419)

ICM-Umfrage

Nachgeburtsbetreuung

Mit einer international durchgeführten Untersuchung wollte die Interna-
tionale 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 Betreuungsmetho-
den 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 ab-
geklemmt und durchtrennt, und ein kon-
trollierter Zug an der Nabelschnur zur
Beschleunigung der Plazentalösung aus-
geübt (ICM & FIGO, 2006).
2. *Das physiologische oder abwartende Ma-
nagement*: Diese Betreuung wird unter-
schiedlich beschrieben. Im Wesentlichen
werden keine Uterotonika verabreicht, die
GeburtsshelferInnen 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 Ge-
burtshelferinnen und Frauen nur einge-
schränkten oder gar keinen Zugriff auf Utero-
tonika. In solchen Situationen müssen die Be-
treuenden 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 Hebammenausbil-
dungen unterrichten weder Theorie noch
Praxis des physiologischen Managements,
daher fehlt oft auch das Verständnis dafür.
Folge davon kann eine unzulängliche Betreu-
ung der 3. Geburtsphase sein und zu erhöh-
tem 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 Utero-
tonikamangel in Entwicklungsländern zu ver-
öffentlichen. Der fertiggestellte Entwurf

wurde inzwischen den Vorständen beider
Organisationen zur Ratifizierung vorgelegt.

Zur Abstützung der Richtlinien beschaffte
eine Arbeitsgruppe des ICM Hintergrund-
informationen. Dazu gehörte ein systemati-
scher Review in Form eines «Delphi Survey»
bei Praxisexpertinnen, um herauszufinden,
wie sie üblicherweise die Plazentaphase
physiologisch betreuen. Um den «Delphi
Survey» durchzuführen, wurde ein Instru-
mentarium geschaffen, getestet und ein-
gesetzt. Es stellt eine Reihe von Fragen zur
physiologischen Betreuung der Nachge-
burtsphase, 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 Pla-
zentageburt
- Welcher Zeitrahmen wird für die physiologi-
sche Plazentaphase als normal angesehen?
- Wie viele Jahre Praxiserfahrung hat die Be-
treuerin?
- Wie oft hat sie im vergangenen Jahr eine
physiologische Plazentageburt betreut?

Gemäss Delphi-Vorgaben wurde der Frage-
bogen zunächst von einer Gruppe interna-
tionaler «ExpertInnen» bestehend aus Heb-
ammen, Geburtshelfern und einer traditio-
nellen GeburtshelferIn beantwortet. Die
Resultate zeigten in vielen Punkten einen ge-
wissen 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 Weiterlei-
tung an interessierte Hebammen mit Erfah-
rung in physiologischer Nachgeburtsbetreu-
ung. Dies war die erste internationale Befra-
gung 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 zusätz-
lich, Anmerkungen anzufügen.

weltweit

Resultate

82 Hebammen aus der ganzen Welt antworteten. Sie zeigten damit, dass die Nachgeburtphase für Hebammen weltweit ein relevantes Thema ist. Die Mehrheit waren erfahrene Praktikerinnen (61 oder 85% 10+ Jahre, 77% oder 56 15+ Jahre Erfahrung). Mehr als die Hälfte aller Antwortenden gaben an, im vergangenen Jahr häufig oder oft (während mehr als 40% der Arbeitszeit) eine physiologische Nachgeburt betreut zu haben.

Konsensbereiche

In folgenden Bereichen herrschte unter den Befragten weitgehend Übereinstimmung:

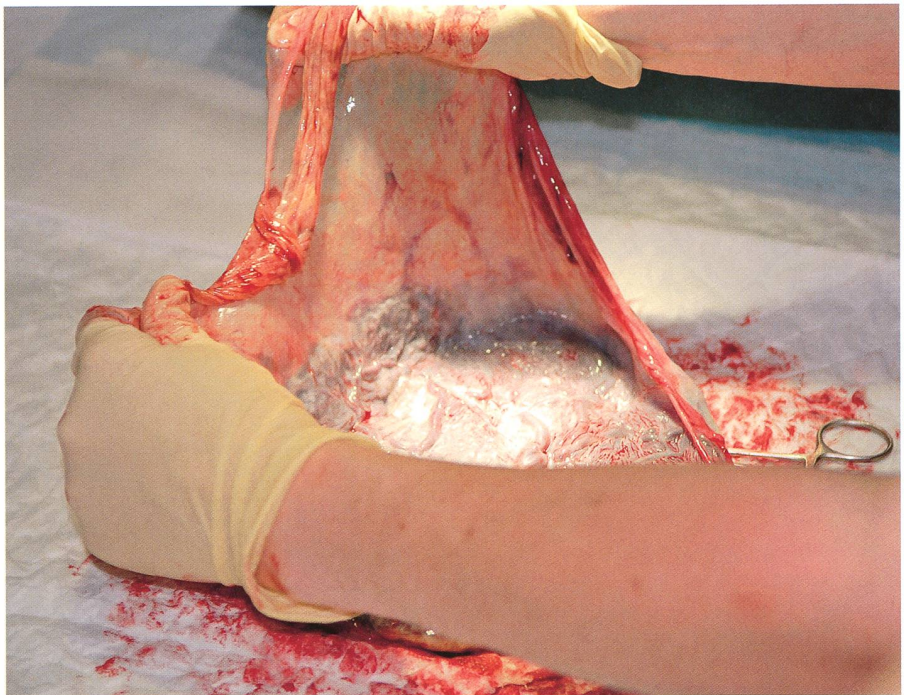
- Folgende Anzeichen zeigen der Hebamme die Plazentalösung an: Veränderung von Grösse und Position des Uterus sowie Blutschwall und Unwohlsein der Mutter
- Die Mutter spielt eine aktive Rolle beim Gebären der Plazenta (das heisst sie wird nicht «entbunden»)
- Es ist wichtig, dass Mutter und Baby unmittelbar nach der Geburt nicht getrennt werden
- Haut-zu-Haut-Kontakt und erstes Anlegen zu ermöglichen sind wichtig
- Uterusmassage nach der Plazentageburt nur im Falle einer Blutung

Bereiche ohne klaren Konsens

In einigen Bereichen war ähnlich wie bei der Delphi-Gruppe kein klarer Konsens auszumachen. Möglicherweise existieren Kontextfaktoren, welche die Entscheidungsprozesse einer Hebamme beeinflussen und vom angewandten Umfrageformat nicht vollständig erfasst wurden.

Dabei handelt es sich um folgende Bereiche:

- Optimaler Zeitpunkt für das Abklemmen und Durchtrennen der Nabelschnur: Obwohl die meisten Umfrageteilnehmerinnen die Nabelschnur normalerweise nicht sofort abklemmen und durchschneiden, gab es bezüglich des optimalen oder üblichen Zeitpunkts keine Übereinstimmung.
- Optimale Geburtsposition für die physiologische Plazentaphase: Obwohl die Befragten aufrechte Gebärhaltungen und Hautkontakt wichtig finden, trat keine bevorzugte Gebärposition in den Vordergrund.
- Handlungen, wenn es um Praktiken wie den kontrollierten Zug an der Nabelschnur oder den Credé-Handgriff geht: Eine Anzahl Hebammen gab an, diese Praktiken anzuwenden. Das Umfrageformat erlaubt jedoch keine Rückschlüsse auf Gründe oder Faktoren, welche zur Anwendung



dieser Praktiken führen, die generell nicht als Teil einer physiologischen Plazentaperiode angesehen werden.

Auf die Frage nach der Dauer einer physiologischen Nachgeburtperiode lautete die häufigste Antwort zwischen «21 und 30 Minuten». Die Antworten reichten von «weniger als 10 Minuten» (7,3%, n=6) bis «über eine Stunde» (2,5%, n=2). Eine Mehrheit von 68% (n=56) war sich einig, dass eine physiologische Nachgeburtperiode «zwischen 0 und 40 Minuten» dauern kann.

Diskussion

Das Resultat ermöglicht ein umfassenderes Verständnis und besseres Wissen davon, wie Hebammen weltweit Frauen in der physiologischen Nachgeburtphase betreuen. Limitierend wirkte sich aus, dass das Multi Choice-Format die Antwortmöglichkeiten einschränkt. Nur die englischsprachigen Teilnehmerinnen konnten freie Textantworten geben. Das Format erlaubte keine tiefergehende Untersuchung der vielen Faktoren, die Betreuung und Entscheidungsfindung in einem klinischen Szenario beeinflussen können. Beispielsweise können eine kurze Nabelschnur oder die Wünsche der Gebärenden Entscheidungen und den Zeitpunkt des Abnabelns beeinflussen.

Während das Format zwar substantziellere Schlussfolgerungen einschränkte, hat die Befragung dennoch einen wichtigen und brauchbaren Einblick in die internationale Hebammenpraxis ermöglicht. Sie hat Unterschiede in der Praxis erhellt, die eingehender diskutiert und erforscht werden sollten. Die Resultate sprechen für die Tatsache, dass sich Hebammen weltweit für die physiologische Nachgeburtperiode als natürlichen Ab-

schluss einer normalen Geburt interessieren, diese praktizieren und auch viel über sie wissen. Als Berufsstand sind wir herausgefordert, zu formulieren und zu dokumentieren was wir tun und wissen, damit wir unsere Praxis bei physiologischen Abläufen auf gesicherte Informationen stützen.

Danksagung

Wir möchten uns bei allen Hebammen bedanken, die sich die Zeit genommen haben, die Umfrage zu beantworten, sowie bei den ICM-Angestellten, welche das Umfrage-Instrumentarium übersetzt und verteilt haben. ◀

Quelle: What do midwives do when providing physiological/expectant care during the third stage of labour? ICM Newsletter Autumn/Winter 2009, Volume 1. Übersetzung und redaktionelle Bearbeitung: Gerlinde Michel.

Literatur zu Plazenta und Nabelschnur

- Pisacane A.: Neonatal prevention of iron deficiency. *BMJ* 1996; 312: 136-7.
- Mercer J. S.: Current best evidence: a review of the literature on umbilical cord clamping. *J. Midwifery Women's Health*. 2001; 46: 402-14. Review.
- Enkin et al.: A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford press 2000.
- Janus L. (1997): Wie die Seele entsteht? Heidelberg: Mattes.
- Janus L. (2000): Der Seelenraum des Ungeborenen. Düsseldorf: Walter.
- Alberti B. (2005): Die Seele fühlt von Anfang an. München: Kösel.
- Renggli F. (2003): Der Ursprung der Angst – antike Mythen und das Trauma der Geburt. Düsseldorf: Walter.
- R. Laing: Die Tatsachen des Lebens (orig. The Facts of Life, 1976).

Zusammengestellt von Zuzka Hofstetter

Mikronährstoffe

Burgerstein Schwangerschaft & Stillzeit

Burgerstein Schwangerschaft & Stillzeit ist speziell auf die Bedürfnisse von Schwangeren und Stillenden zugeschnitten. Es deckt den erhöhten Bedarf an Mikronährstoffen der Mutter und unterstützt eine gesunde Entwicklung des Kindes. Es enthält 13 Vitamine sowie 10 Mineralstoffe und Spurenelemente in einer ausgewogenen und schonenden Formulierung.

Burgerstein Schwangerschaft & Stillzeit ist in Ihrer Apotheke oder Drogerie erhältlich. Packung à 100 Tabletten zu Fr. 39.–. Unverbindliche Preisempfehlung.

Bestellen Sie die informative Themenbroschüre oder lernen Sie mehr über den gezielten Einsatz von Mikronährstoffen in der Schwangerschaft und Stillzeit auf www.burgerstein.ch/schwangerschaftundstillzeit



Burgerstein Grosse & Allaitement

Des micronutriments pour la mère et l'enfant

Burgerstein Grosse & Allaitement est spécialement conçu pour répondre aux besoins des femmes enceintes et qui allaitent. Il couvre les besoins accrus en micronutriments de la mère et soutient un développement sain de l'enfant. Il contient 13 vitamines ainsi que 10 minéraux et oligo-éléments dans une forme galénique équilibrée et qui agissent en douceur.

Burgerstein Grosse & Allaitement est en vente en pharmacie et droguerie. Emballage de 100 comprimés à fr. 39.–. Recommandation de prix sans force obligatoire.

Commandez la brochure informative ou profitez des conseils sur l'utilisation ciblée des micronutriments durant la grossesse et l'allaitement sur le site www.burgerstein.ch/schwangerschaftundstillzeit

ARDO setzt auf Wachstum

Mit eigenen Stillhilfeprodukten

Das Schweizer Familienunternehmen Ardo medical AG ergänzt ab 1. April 2010 seine bestehenden Stillhilfeprodukte durch ein neues, komplettes Sortiment an Milchpumpen und Stillhilfen. Die Produkteinführung erfolgt gleichzeitig in 40 Ländern, darunter Deutschland, Österreich und die Schweiz. Mit der Einführung der neuen Produkte endet zugleich der internationale Vertrieb der Ameda Stillhilfen durch ARDO.

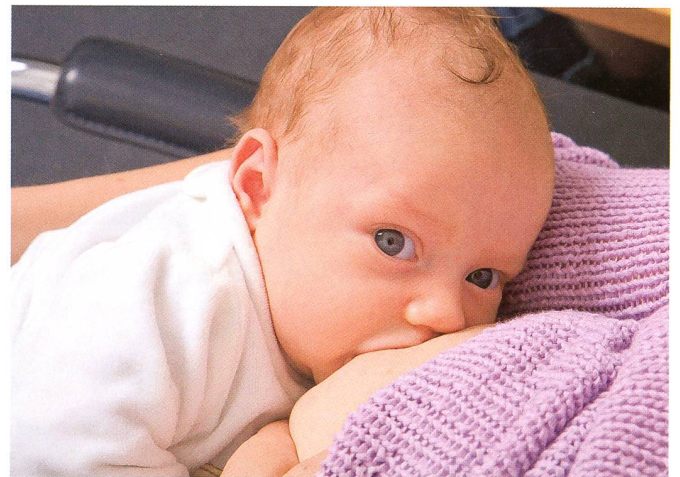
Individuell und flexibel

Die Handmilchpumpe *Amaryll* ermöglicht durch den ergonomisch drehbaren Hebel auch Linkshänderinnen und Frauen mit kleinen Händen ein angenehmes Abpumpen. Die Milchpumpe *Calypso* gibt es in zwei Versionen: Standard und Mobil als *Calypso-to-go*. Darüber hinaus bietet ARDO diverse Pump-

und Upgrade-Sets, Milchbeutel mit integriertem Wärmeindikator und weiteres Zubehör an. Neben individuell passenden Brustglocken mit weichem Massagieinsatz sorgt vor allem das Konzept der «IndividualPhases» für die Abstimmung von Pumpenrhythmus und Vakuumstärke auf die persönlichen Bedürfnisse der Mütter. Eine detaillierte Produktübersicht finden Sie unter www.ardo.ch

Einmaliges Garantiemodell – hohe Qualität

Mit dem neuen Sortiment bringt ARDO auch ein neues Garantiekonzept in den Markt. Die elektrische Milchpumpe *Calypso* enthält eine durch LED visualisierte Betriebsstundenüberwachung. ARDO kann dadurch volle Garantie für die Versorgung von zwei Säuglingen gewähren. Die üb-



liche Gewährleistungszeit wird damit teilweise um mehrere Jahre erweitert.

Höchste Standards in Nachhaltigkeit und Verantwortung

Hochwertigkeit und nachhaltige Fertigung sind für ARDO als WHO-Kodex-konformer Hersteller besonders wichtig. Die Produktion findet in der Schweiz

statt und die Komponenten werden grossenteils in der Region gefertigt. Zudem garantiert ARDO Bisphenol A (BPA)-freie Stillprodukte.

Marliese Pepe-Truffer
Marketingleiterin, IBCLC


Your Professional Way to Care
www.ardo.ch