Gesundheit

Maternity care und Frühe Förderung

Mittagsveranstaltung der Frühen Förderung Winterthur

Prof. Dr. Jessica Pehlke-Milde

Leiterin Forschung Institut für Hebammen

18. Mai 2021

Scope of Midwifery Care

Quelle: Verbund Hebammenforschung, Geburtshilfe neu denken

Leistungen während der Mutterschaft
Hebammenhilfe

- **7 Kontrolluntersuchungen während der Schwangerschaft**, einschliesslich Anordnung einer Ultraschallkontrolle und vorgeburtliche Untersuchungen mittels Kardiotokografie
- Die **Entbindung** zu Hause, in einem Spital oder einem Geburtshaus
- **Geburtsvorbereitungskurse** (Kostenbeteiligung)
- **3 Stillberatungen**
- **Nachgeburtliche Betreuung zu Hause in den ersten 56 Tagen nach der Geburt**:
  - nach einer Frühgeburt, einer Mehrlingsgeburt, bei Erstgebärenden und nach einem Kaiserschnitt höchstens 16 Hausbesuche und in den ersten 10 Tagen nach der Geburt maximal fünfmal ein zweiter Besuch am selben Tag.
  - in allen anderen Situationen höchstens 10 Hausbesuche und in den ersten 10 Tagen nach der Geburt zusätzlich höchstens fünfmal ein zweiter Besuch am selben Tag.
  - Weitere Hausbesuche aufgrund ärztlicher Anordnung
- **Nachgeburtliche Kontrolle** zwischen der sechsten und zehnten Woche nach der Geburt

Anton

Die junge Mutter erlebte die erste Geburt als traumatisierend…

Die junge Frau geht eine neue Partnerschaft ein. Ihr neuer Partner, kommt wie sie aus dem Dorf und wünscht sich ein «eigenes» Kind. An dem Erstgeborenen hat er wenig Interesse…

Während der Schwangerschaft mit Anton ist die Frau oft verzweifelt und die Angst vor der zweiten Geburt begleitete sie Tag und Nacht. Die betreuende Gynäkologin versucht sie zu beruhigen, willigt dann aber in einen geplanten Kaiserschnitt ein…

Anton wird 10 Tage vor dem errechneten Termin per Kaiserschnitt entbunden. Es wirkt unreif und zeigt schwere Anpassungsstörungen, so dass er auf die Neonatologie verlegt wird. Es wird nicht gestillt, schreit viel und gedeiht schlecht. Anton ist häufig krank, er ist aufgrund einer chronischen Bronchitis in kinderärztlicher Behandlung…

Die Mutter hat Angst, dass das Amt sich einschaltet und möchte keine Beratung oder Unterstützung annehmen. Sie verlässt nur selten das Haus und vermeidet Kontakte zur Dorfgemeinschaft…

..

Teil I
Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit als ein bio-psycho-soziales Ereignis

Postpartale Belastungsstörungen
Postpartale Depression

© iStock.com/SolStock

Gesundheitliche Folgen des unnötigen Kaiserschnittes

Optimising caesarean section use 2

Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children

Jane Sandall, Rachel M Tribe, Lisa Avery, Glen Mola, Gerard HA Visser, Caroline SE Homer, Deena Gibbons, Niamh M Kelly, Holly Powell Kennedy, Hussein Kidanto, Paul Taylor, Marleen Temmerman

A caesarean section (CS) can be a life-saving intervention when medically indicated, but this procedure can also lead to short-term and long-term health effects for women and children. Given the increasing use of CS, particularly without medical indication, an increased understanding of its health effects on women and children has become crucial, which we discuss in this Series paper. The prevalence of maternal mortality and maternal morbidity is higher after CS than after vaginal birth. CS is associated with an increased risk of uterine rupture, abnormal placentation, ectopic pregnancy, stillbirth, and preterm birth, and these risks increase in a dose–response manner. There is emerging evidence that babies born by CS have different hormonal, physical, bacterial, and medical exposures, and that these exposures can subtly alter neonatal physiology. Short-term risks of CS include altered immune development, an increased likelihood of allergy, atopy, and asthma, and reduced intestinal gut microbiome diversity. The persistence of these risks into later life is less well investigated, although an association between CS use and greater incidence of late childhood obesity and asthma are frequently reported. There are few studies that focus on the effects of CS on cognitive and educational outcomes. Understanding potential mechanisms that link CS with childhood outcomes, such as the role of the developing neonatal microbiome, has potential to inform novel strategies and research for optimising CS use and promote optimal physiological processes and development.

Lancet 2018; 392: 1349–57

This is the second in a Series of three papers on optimising caesarean section use

See Editorial page 1279

See Comment pages 1286, 1288, and 1290

Department of Women and Children's Health, School of Life Course Sciences, Faculty of Life Sciences and Medicine, St Thomas' Hospital Campus (Prof J Sandall PhD; Prof R M Tribe PhD, N M Kelly BSc, P Taylor PhD) and Peter Gorer Department of Immunobiology, School of Immunology and Microbial Sciences (D Gibbons PhD)

Gesundheitliche Folgen des unnötigen Kaiserschnittes

Der TK-Kindergesundheitsreport 2019 hat die Abrechnungsdaten von rund 38.800 TK-versicherten Kindern von der Geburt bis zum achten Lebensjahr analysiert.

Für Kaiserschnitt-Kinder ist das Risiko für eine **chronische Bronchitis** in den ersten acht Lebensjahren um fast zehn Prozent erhöht ist.

Das Risiko für leichte und mittlere **Entwicklungsstörungen** ist um neun Prozent erhöht, das Risiko für **ADHS** um 16 Prozent.

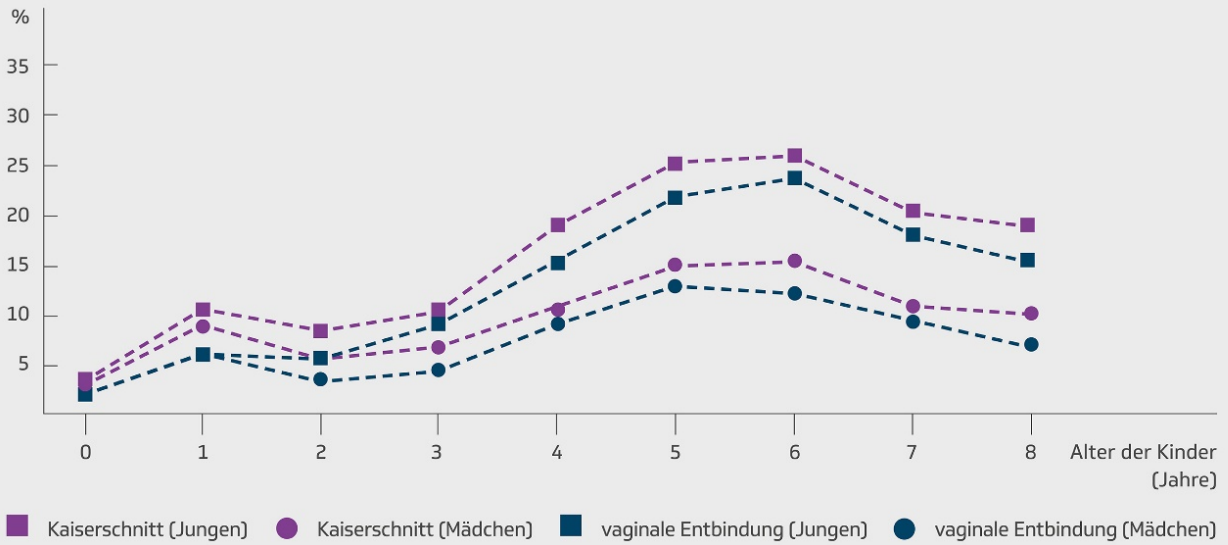
Der Report zeigt ebenfalls Auffälligkeiten beispielsweise bei **Ernährungsproblemen** (11 Prozent höheres Risiko), **Magen-Darm-Erkrankungen** (7 Prozent) und **Adipositas** (36 Prozent).

Kaiserschnitt-Kinder und Entwicklungsstörungen

Kaiserschnitt-Kinder und Entwicklungsstörungen

Jeder vierte Junge, der per Kaiserschnitt entbunden wurde, ist betroffen

Häufigkeit von leichten und mittleren Entwicklungsstörungen nach Alter und Geschlecht



Quelle / Grafik: TK-Kindergesundheitsreport 2019

EPIIC hypthesis

The EPIIC hypothesis: Intrapartum effects on the neonatal epigenome and consequent health outcomes

H.G. Dahlen [a,*], H.P. Kennedy [b,1], C.M. Anderson [c], A.F. Bell [d], A. Clark [b], M. Foureur [e,2], J.E. Ohm [f,3], A.M. Shearman [g,4], J.Y. Taylor [b,5], M.L. Wright [c,6], S. Downe [h,7]

[a] School of Nursing and Midwifery, University of Western Sydney, Locked Bag 1797, Penrith South DC, NSW 2751, Australia
[b] School of Nursing, Yale University, 100 Church Street South, Room 295, P.O. Box 9740, New Haven, CT 06536, USA
[c] College of Nursing and Professional Disciplines, University of North Dakota, 430 Oxford Street, Stop 9025, Grand Forks, ND 58202-9025, USA
[d] University of Illinois at Chicago, College of Nursing, Department of Women, Children, and Family Health Science, 845 South Damen Ave, MC 802, Chicago, IL 60612, USA
[e] Centre for Midwifery, Child and Family Health, Faculty of Health, University of Technology Sydney, PO Box 123, Broadway, Ultimo, Sydney, NSW 2700, Australia
[f] University of North Dakota, School of Medicine, Department of Biochemistry and Molecular Biology, Stop 9037, 501 N Columbia Road, Grand Forks, ND 58203, USA
[g] School of Health, University of Central Lancashire, Preston, Lancashire PR1 2HE, UK
[h] University of Central Lancashire, Preston, Lancashire PR3 2LE, UK

ARTICLE INFO

Article history:
Received 22 July 2012
Accepted 14 January 2013

ABSTRACT

There are many published studies about the epigenetic effects of the prenatal and infant periods on health outcomes. However, there is very little knowledge regarding the effects of the intrapartum period (labor and birth) on health and epigenetic remodeling. Although the intrapartum period is relatively short compared to the complete perinatal period, there is emerging evidence that this time frame may be a critical formative phase for the human genome. Given the debates from the National Institutes of Health and World Health Organization regarding routine childbirth procedures, it is essential to establish the state of the science concerning normal intrapartum epigenetic physiology. EPIIC (Epigenetic Impact of Childbirth) is an international, interdisciplinary research collaboration with expertise in the fields of genetics, physiology, developmental biology, epidemiology, medicine, midwifery, and nursing. We hypothesize that events during the intrapartum period – specifically the use of synthetic oxytocin, antibiotics, and cesarean section – affect the epigenetic remodeling processes and subsequent health of the mother and offspring. The rationale for this hypothesis is based on recent evidence and current best practice.

© 2013 Elsevier Ltd. All rights reserved.

Dahlen, H. G., Kennedy, H. P., Anderson, C. M., Bell, A. F., Clark, A., Foureur, M., ... & Downe, S. (2013). The EPIIC hypothesis: intrapartum effects on the neonatal epigenome and consequent health outcomes. *Medical hypotheses*, *80*(5), 656-662.

Geburt als ein neuro-psycho-soziales Ereignis

PLOS ONE

COLLECTION REVIEW

Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth

Ibone Olza[1]*, Kerstin Uvnas-Moberg[2], Anette Ekström-Bergström[3], Patricia Leahy-Warren[4], Sigfridur Inga Karlsdottir[5], Marianne Nieuwenhuijze[6], Stella Villarmea[7,8], Eleni Hadjigeorgiou[9], Maria Kazmierczak[10], Andria Spyridou[11], Sarah Buckley[12]

1 Faculty of Medicine, University of Alcalá, Henares, Spain, **2** Swedish University of Agricultural Sciences, Skara, Sweden, **3** Department of Health Sciences, University of West, Trollhättan, Sweden, **4** School of Nursing and Midwifery, University College, Cork, Ireland, **5** School of Health Sciences, University of Akureyri, Akureyri, Iceland, **6** Research Centre for Midwifery Science Maastricht, Zuyd University, Heerlen, The Netherlands, **7** Faculty of Philosophy, University of Alcalá, Henares, Spain, **8** Faculty of Philosophy, University of Oxford, Oxford, United Kingdom, **9** Nursing Department, Faculty of Health Sciences, Cyprus University of Technology, Limassol, Cyprus, **10** Institute of Psychology, Uniwersytet Gdanski, Gdansk, Poland, **11** Nursing Department, Faculty of Health Sciences, Cyprus University of Technology, Limassol, Cyprus, **12** School of Public Health, The University of Queensland, Herston, Qld, Australia

* iboneolza@gmail.com

Check for updates

OPEN ACCESS

How much synthetic oxytocin is infused during labour?

PLOS ONE

RESEARCH ARTICLE

How much synthetic oxytocin is infused during labour? A review and analysis of regimens used in 12 countries

Deirdre Daly[1]*, Karin C. S. Minnie[2], Alwiena Blignaut[2], Ellen Blix[3], Anne Britt Vika Nilsen[4], Anna Dencker[5], Katrien Beeckman[6], Mechthild M. Gross[7], Jessica Pehlke-Milde[8], Susanne Grylka-Baeschlin[8], Martina Koenig-Bachmann[9], Jette Aaroe Clausen[10], Eleni Hadjigeorgiou[11], Sandra Morano[12], Laura Iannuzzi[13], Barbara Baranowska[14], Iwona Kiersnowska[15], Kerstin Uvnäs-Moberg[16]

1 School of Nursing and Midwifery, Trinity College Dublin, Dublin, Ireland, **2** NuMIQ research focus area: Research to promote quality of Nursing and Midwifery, North-West University, Potchefstroom, South Africa, **3** Faculty of Health Sciences, OsloMet—Oslo Metropolitan University, Oslo, Norway, **4** Department of Health and Caring Sciences, Western Norway University of Applied Sciences (HVL), Bergen, Norway, **5** Institute of Health and Care Sciences, Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg, Gothenburg, Sweden, **6** Department of Public Health, Nursing and Midwifery Research group (NUMID), UZ Brussel, Vrije Universiteit Brussel; Midwifery Research Education and Policymaking (MidRep), University of Antwerp, Brussel, Belgium, **7** Midwifery Research and Education Unit, Hannover Medical School, Hannover, Germany, **8** Research Unit for Midwifery Science, Zurich University of Applied Sciences, Winterthur, Switzerland, **9** Health University of Applied Sciences Tyrol, Innsbruck, Austria, **10** Bachelor Degree Program in Midwifery, Copenhagen University College, Copenhagen, Denmark, **11** Nursing Department, Faculty of Health Science, Cyprus University of Technology, Limassol, Cyprus, **12** Department of Neurologic, Oculist, Gynaecologic, Maternal and Infant Sciences, University of Genoa, Genoa, Italy, **13** Department of Midwifery and Health Sciences, Faculty of Health and Social Sciences, Bournemouth University, Bournemouth, United Kingdom, **14** Department of Midwifery, Centre of Postgraduate Medical Education, Warsaw, Poland, **15** Department of Obstetrics and Perinatology, Medical University of Warsaw, Warsaw, Poland, **16** Swedish University of Agriculture, Skara, Sweden

* dalyd8@tcd.ie

Check for updates

OPEN ACCESS

Citation: Daly D, Minnie KCS, Blignaut A, Blix E, Vika Nilsen AB, Dencker A, et al. (2020) How much synthetic oxytocin is infused during labour? A review and analysis of regimens used in 12 countries. PLoS ONE 15(7): e0227941. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227941

esis:

Intervening in childbirth…

frei übersetzt nach Dahlen, H., 2007.The Effect of a Rising Caesarean Section Rate on Maternal and Perinatal Health. Paper Presented at the NSW Health Department Caesarean Section Forum.

In die Geburt einzugreifen ist wie einen Stein in einen Teich zu werfen. Die Wellen laufen weiter und man weiß nicht, wo sie landen werden - aber man kann darauf wetten, dass es an irgendeinem entfernten Ufer eine Wirkung geben wird. Erst seit relativ kurzer Zeit schauen wir über den Wurf des Steins hinaus auf das ferne Ufer. Was wir sehen, ist sehr, sehr beängstigend."

Hebammengeleitete kontinuierliche Versorgungsmodelle

Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. In *The Cochrane Library*

Frauen, die in Modellen der hebammengeleiteten, kontinuierlichen Betreuung versorgt wurden, erhielten **weniger häufig eine instrumentelle vaginale Entbindung, Frühgeburt vor der 37. SSW und weniger fetale Verluste vor und nach der 24. SSW und neonatale Todesfälle**. Frauen, die in Modellen der hebammengeleiteten, kontinuierlichen Versorgung betreut wurden, hatten eine höhere Wahrscheinlichkeit eine **Spontangeburt** zu erleben.
Die Mehrheit der eingeschlossenen Studien berichtete von einer höheren Rate **mütterlicher Zufriedenheit** in der Versorgung in hebammengeleiteten, kontinuierlichen Modellen. Ebenso gab es einen Trend in Richtung eines **Kosteneinsparungseffekts** bei Modellen der hebammengeleiteten, kontinuierlichen Versorgung im Vergleich zu anderen Versorgungsmodellen.

Women who received continuity of midwifery care

7 X MORE LIKELY TO BE ATTENDED AT BIRTH BY A KNOWN MIDWIFE

16% LESS LIKELY TO LOSE THEIR BABY

19% LESS LIKELY TO LOSE THEIR BABY BEFORE 24 WEEKS

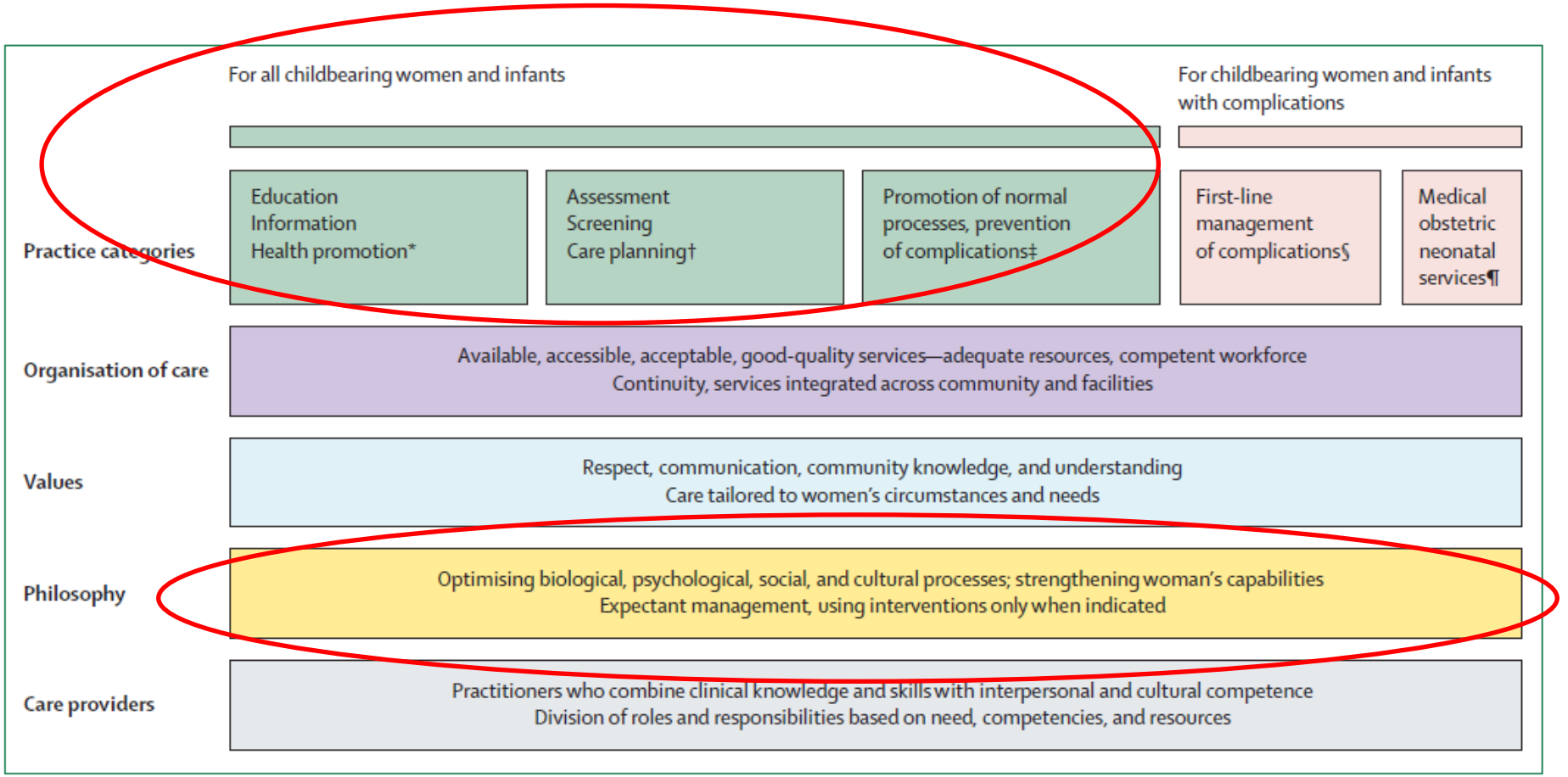
15% LESS LIKELY TO HAVE REGIONAL ANALGESIA

24% LESS LIKELY TO EXPERIENCE PRE-TERM BIRTH

16% LESS LIKELY TO HAVE AN EPISIOTOMY

https://www.rcm.org.uk/media/2265/continuity-of-care.pdf

Framework for quality maternal and newborn care (QMNC)



Renfrew, M.J. et al. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. Lancet

RESPECTFUL MATERNITY CARE:

THE UNIVERSAL RIGHTS OF CHILDBEARING WOMEN

The Distinctive Importance of the Childbearing Period

In every country and community worldwide, pregnancy and childbirth are momentous events in the lives of women and families and represent a time of intense vulnerability. The concept of "safe motherhood" is usually restricted to physical safety, but childbearing is also an important rite of passage, with deep personal and cultural significance for a woman and her family. Because motherhood is specific to women, issues of gender equity and gender violence are also at the core of maternity care. Thus, the notion of safe motherhood must be expanded beyond the prevention of morbidity or mortality to encompass respect for women's basic human rights, including respect for women's autonomy, dignity, feelings, choices, and preferences, including companionship during maternity care.

By design, this document focuses specifically on the interpersonal aspects of care received by women seeking maternity services. A woman's relationship with maternity care providers and the maternity care system during pregnancy and childbirth is vitally important. Not only are these encounters the vehicle for essential and potentially lifesaving health services, women's experiences with caregivers at this time have the impact to empower and comfort or to inflict lasting damage and emotional trauma, adding to or detracting from women's confidence and self-esteem. Either way, women's memories of their childbearing experiences stay with them for a lifetime and are often shared with other women, contributing to a climate of confidence or doubt around childbearing.

https://www.who.int/woman_child_accountability/ierg/reports/2012_01S_Respectful_Maternity_Care_Charter_The_Universal_Rights_of_Childbearing_Women.pdf

Teil II
Vom präventiven zum intervenierenden Kinderschutz

Kinderschutzleitlinie

AWMF online
Das Portal der wissenschaftlichen Medizin

RSS | AWMF-aktuell | Termine | GMS e-journal | Kontakt | Presse

Suchbegriff eingeben → suchen

Leitliniensuche / Seiteninhaltssuche

Darstellungsoptionen: A A Sprache:

Die AWMF | Fachgesellschaften | Leitlinien | Forschung & Lehre | Medizin. Versorgung | Service

→ Home → Leitlinien → Detail

- Leitlinien-Suche
- Aktuelle Leitlinien
- Angemeldete Leitlinien
- Patienteninformation
- Leitlinienprogramme
- AWMF-IMWi
- Leitlinien-Kommission
- LL-Glossar
- Interessenerklärung Online
- AWMF-Regelwerk
- LL- Partner & Links
- LL- Veranstaltungen
- Dokumentenarchiv
- Leitlinien-Statistik
- Leitlinien-News

Leitlinien

Leitlinien-Detailansicht

Kindesmisshandlung, - missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie)

Registernummer 027 - 069

Klassifikation S3

Stand: 05.02.2019 , gültig bis 31.01.2024

⚠ 23.02.2021:Kitteltaschenkarte "Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung" ausgetauscht / 02.06.2020: "Distribution of haematomas in healthly children under the age of 6" publiziert / 20.05.2020: Kitteltasche "Hämatome" ausgetauscht

Basisdaten | Anwender- & Patientenzielgruppe | Herausgeber & Autoren | Inhalte

Verfügbare Dokumente

Kurzfassung der Leitlinie "Kindesmisshandlung, - missbrauch, -vernachlässigung unter → Download | PDF | 4,15 MB

Nr. 12 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung	Starker Konsens (100%)

Fachkräfte aus Gesundheitswesen, Jugendhilfe, Justiz und Pädagogik sollten* im Kinderschutz mit dem Ziel kooperieren, Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder –vernachlässigung als solche zu erkennen, festzustellen und zu beenden (vgl. § 3 KKG).

Nr. 13 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung	Konsens (95%)

Der Informationsaustausch zwischen den beteiligten Kooperationspartnern aus Gesundheitswesen, Jugendhilfe, Justiz und Pädagogik sollte* stattfinden. Damit eine kontinuierliche Zusammenarbeit möglich ist, sollte* dieser abgesprochen, einvernehmlich geregelt und regelmäßig überprüft werden.

Training und Seminare sollten* als wirksame Methoden durchgeführt werden, um die unterschiedlichen Professionen im Kinderschutz zu motivieren und sie dabei zu qualifizieren, zielführend zu kommunizieren und erfolgreich zu kooperieren.

Quelle: **LoE 2++ bis 4**	Amt für Soziale Dienste Bremen 2009; Deutscher Kinderschutzbund 2014; Gerber und Lillig 2014; Goad 2008; Saunders und Goodall 1985; Carter et al. 2006	**Empfehlungsgrad B***

Nr. 42 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung	Starker Konsens (96%)

Alle Frauen sollen* während der Schwangerschaft oder kurz nach Geburt des Kindes durch Gesundheitsdienstleistende[1] oder durch einen Einschätzungsfragebogen systematisch angesprochen werden, um einen möglichen Unterstützung- und Hilfebedarf der Frau/Familie frühzeitig zu erkennen.

[1] z.B. Frauenarzt/-ärztin, Geburtshelfer/-in, Hebamme, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in, Pädiater/-in, psychosozialer Dienst oder andere in der Geburts- und Frauenheilkunde erfahrene Person

Quelle: **LoE 1++ bis 2+**	Carroll et al. 2005; Dennis et al. 2013; Fisch et al. 2016; Fraser et al. 2000; Mejdoubi et al. 2013; Sharps et al. 2016; Taft et al. 2015	**Empfehlungsgrad A***

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.42

Es wäre am besten, wenn die Frau selbst entscheiden kann, wie sie die Informationen zur Verfügung stellen möchte, entweder durch das Ausfüllen des Fragebogens selbst oder durch ein Gespräch mit einer Gesundheitsdienstleistenden. Die Frau sollte sich während der Durchführung so wohlfühlen wie möglich.

Nr. 43 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung — Konsens (93%)

Das Gespräch bzw. der Einschätzungsfragebogen zur Erkennung eines möglichen Unterstützungs- und Hilfebedarfs der Schwangeren und Wöchnerinnen (siehe Nr. 42) soll* mindestens die folgenden Belastungsfaktoren beinhalten: mütterliche, psychosoziale und familiäre Belastungsfaktoren.

Quelle: **LoE 1++ bis 3**	Carroll et al. 2005; Dennis et al. 2013; Fisch et al. 2016; Fraser et al. 2000; Grietens et al. 2004; Mejdoubi et al. 2013; Sharps et al. 2016; Taft et al. 2015	**Empfehlungsgrad A***

Hintergrundtext zu der Handlungsempfehlung Nr.43

Belastungsfaktoren		
Mütterliche	**Psychosoziale**	**Familiäre**
1. Missbrauchs- und Misshandlungserfahrungen in der Gegenwart und/oder Kindheit der Mutter 2. junges Alter 3. postpartale Depression 4. mütterlicher Stress 5. sozioökonomische Nachteile	6. psychische Erkrankungen der Eltern (z.B. Depression) 7. (finanzieller) Stress im Familienalltag 8. Stress der Eltern 9. Substanzmissbrauch	10. Gewalt in der Familie 11. Probleme in partnerschaftlicher Beziehung* 12. fehlende soziale Unterstützung, belastende Lebenserfahrungen der letzten Zeit **Die Erhebung geschieht möglichst in Abwesenheit des_r Lebenspartners_in.*

Anton

Teil III
Netzwerkarbeit von Hebammen

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften

zh aw Gesundheit

NATIONALES PROGRAMM GEGEN ARMUT

FAMILY START ZÜRICH

Netzwerkarbeit der freipraktizierenden Hebammen in der Schweiz:

Zugang der Familien mit Neugeborenen zu weiteren Angeboten der Frühen Förderung

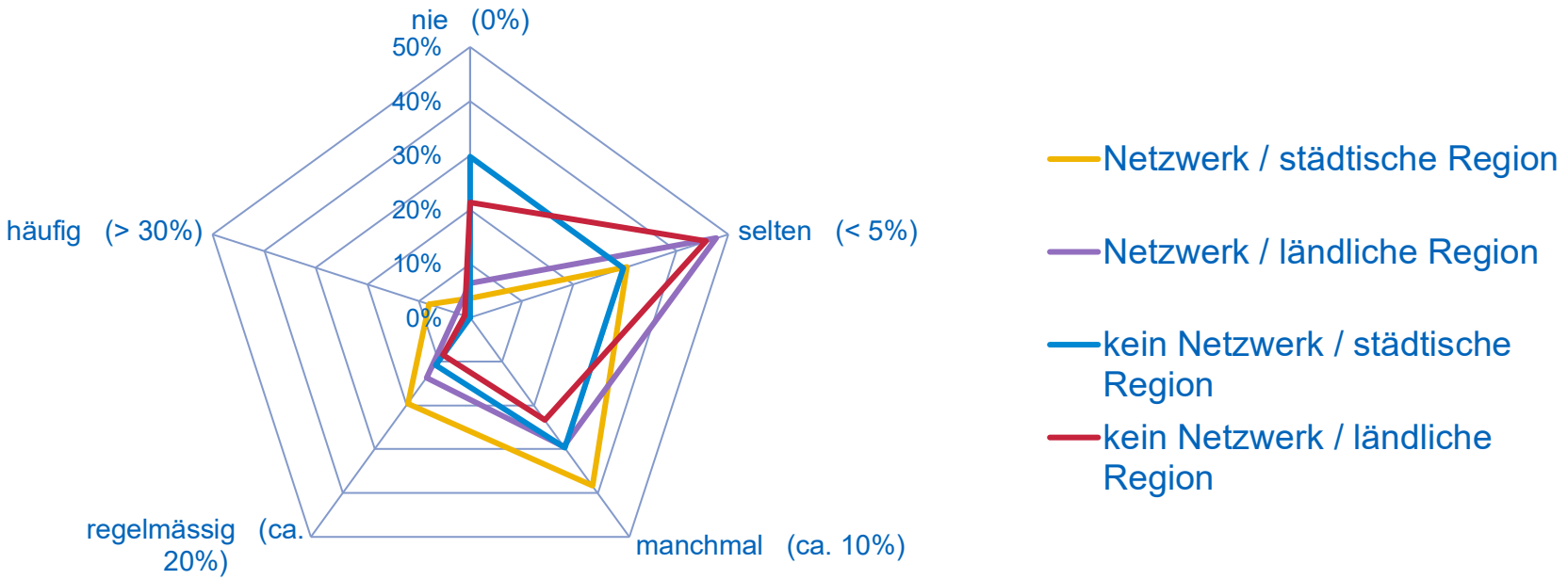
Dr. Astrid Krahl, Rebekka Erdin, Dr. Susanne Grylka, Prof. Dr. Jessica Pehlke-Milde,
Forschungsgruppe Hebammenwissenschaft

Methodisches Vorgehen

Zielgruppe	• Alle frei praktizierenden Hebammen in der Schweiz, die in 2016 Familien postpartal betreut haben (n=1‘379).
Feldzugang	• Einladung über die E-Mail Liste des Schweizer Hebammenverbandes • Aufklärung Studienbedingungen, Einwilligung • Reminder nach 2 Wochen • Verlosung von Kinogutscheinen
Pilotierung	n=4, alle drei Sprachen
Erhebungszeitraum	25.04.2017 – 12.06.2017
Rücklauf	29,1 Prozent

Vernetzte u/o im städtischen Bereich arbeitende Hebammen betreuen einen höheren Anteil an sozial benachteiligten Familien

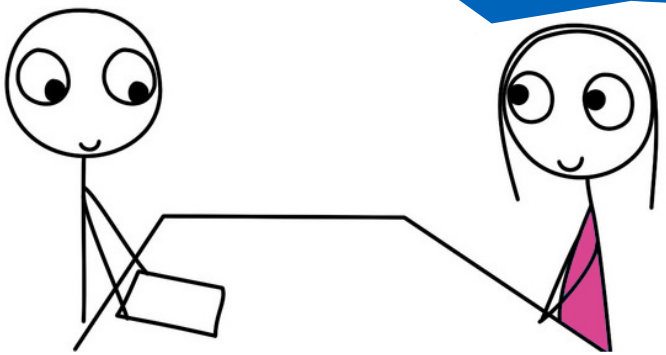
Betreuung sozial benachteiligter Familien



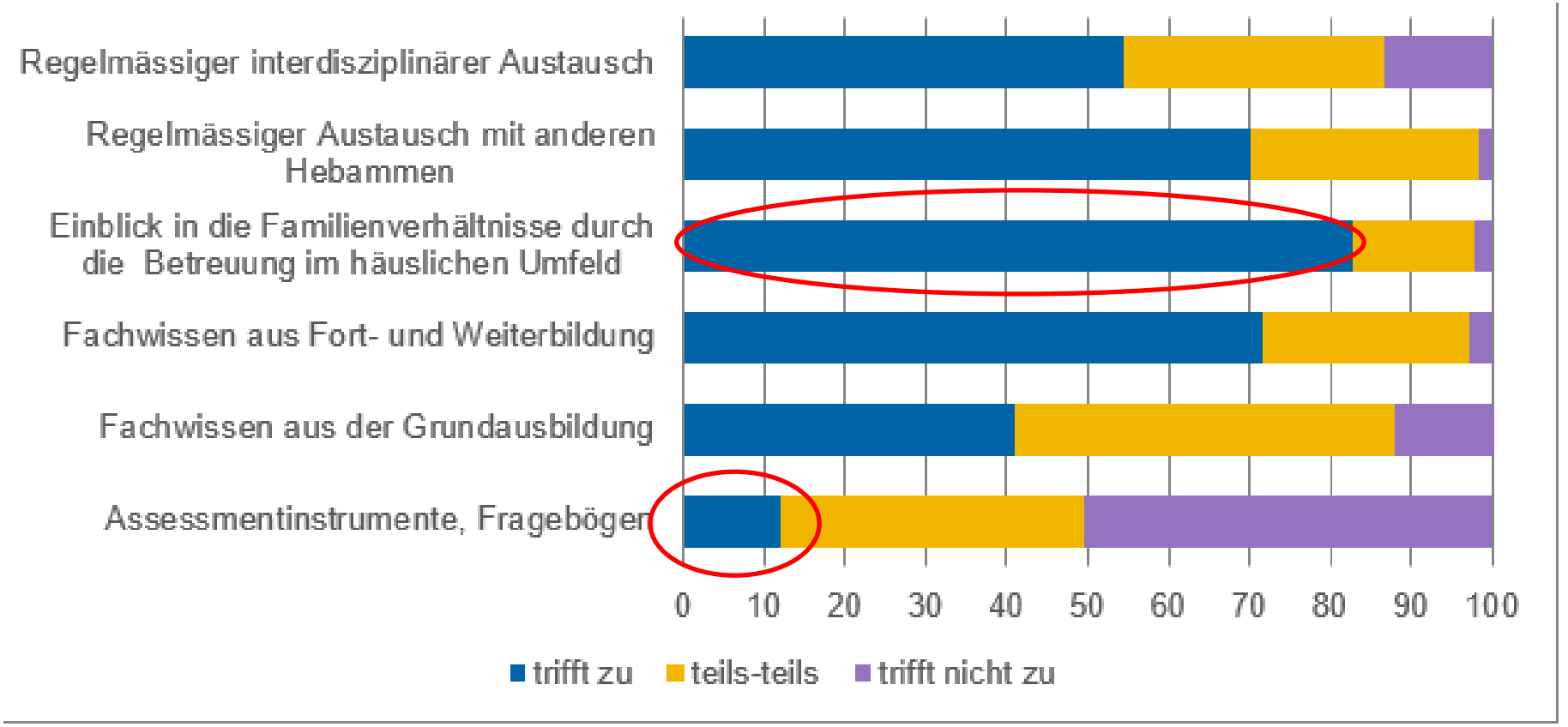
Zugang zu den Familien

„Wie ist der Zugang zu Familien mit psychosozialen Belastungen?“

„Die Hausbesuche sind wie ein normaler Ablauf. Das steht praktisch jeder Familie zu. Und somit habe ich den Eindruck, dass wir den Zugang logischerweise haben. Und auch das wir das Vertrauensverhältnis zu den Familien nicht lange aufbauen müssen.“



Einschätzung des Unterstützungs- und Hilfebedarfs



INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH PROFESSIONS
Volume 4, Issue 1, ISSN 2296-990X, DOI: 10.1515/ijhp-2017-0002

DE GRUYTER OPEN

Postpartum midwifery care and familial psychosocial risk factors in Switzerland: A secondary data analysis

Hebammenbetreuung im Wochenbett und familiäre psychosoziale Risikofaktoren in der Schweiz: eine Sekundäranalyse

Rebekka Erdin*, Irina Iljuschin, Jessica Pehlke-Milde

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
ZHAW, School of Health Professions, Institute of Midwifery,
Technikumstrasse 81, 8400 Winterthur, SWITZERLAND
**rebekka.erdin@zhaw.ch*

Received 26 April 2016, accepted 20 August 2016, available online 20 February 2017

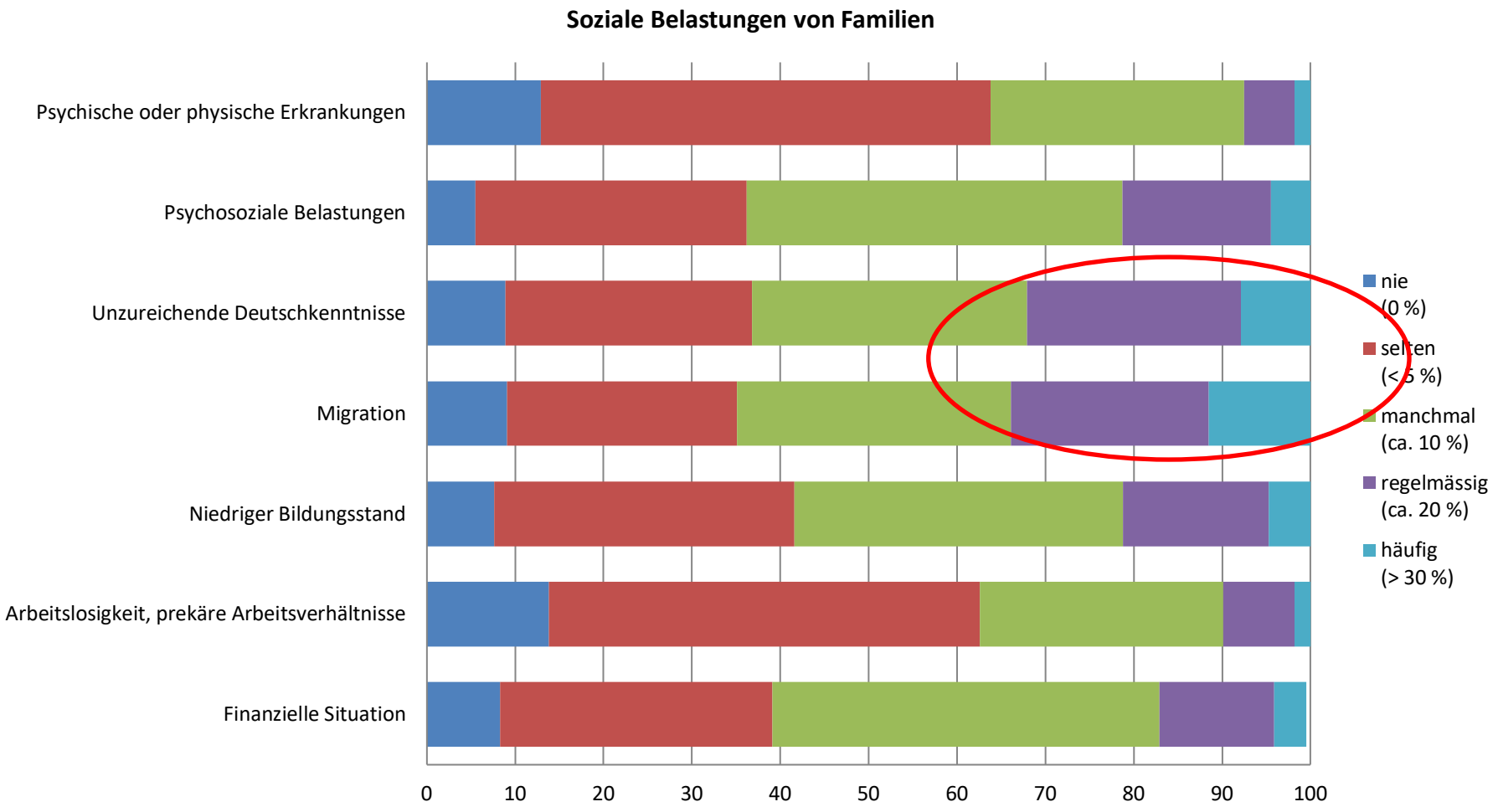
Abstract

Introduction: Psychosocial resources of parents are vital for the health and development of their children. Families in stressful circumstances should receive early seamless care to strengthen their parental resources. Independent midwives provide ambulant postpartum care in most families in Switzerland, and hence could play an important role in the early assessment and care of families at risk.

Methods: Comprehensive routine data of Swiss independent midwives were used for secondary analysis. Frequencies of known psychosocial risk factors were derived and compared to other data sources. Group comparisons were made with respect to family characteristics and midwifery care.

Results: Only some of the considered risk factors are representable in the midwives' data. 18.6% of all families have one and 6.25% have multiple such representable risk factors. Immigrant mothers from developing and emerging countries, very young or older mothers and large families are thereby particularly often affected. Burdened families receive more home visits, but have a later onset of ambulant postpartum care. They suffer more often from breast-feeding problems and are more frequently referred to other disciplines.

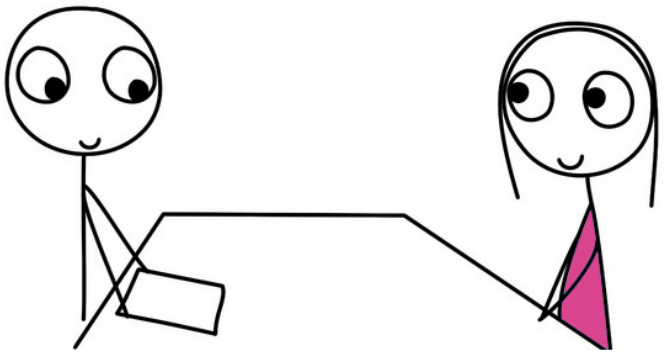
Soziale Belastungen



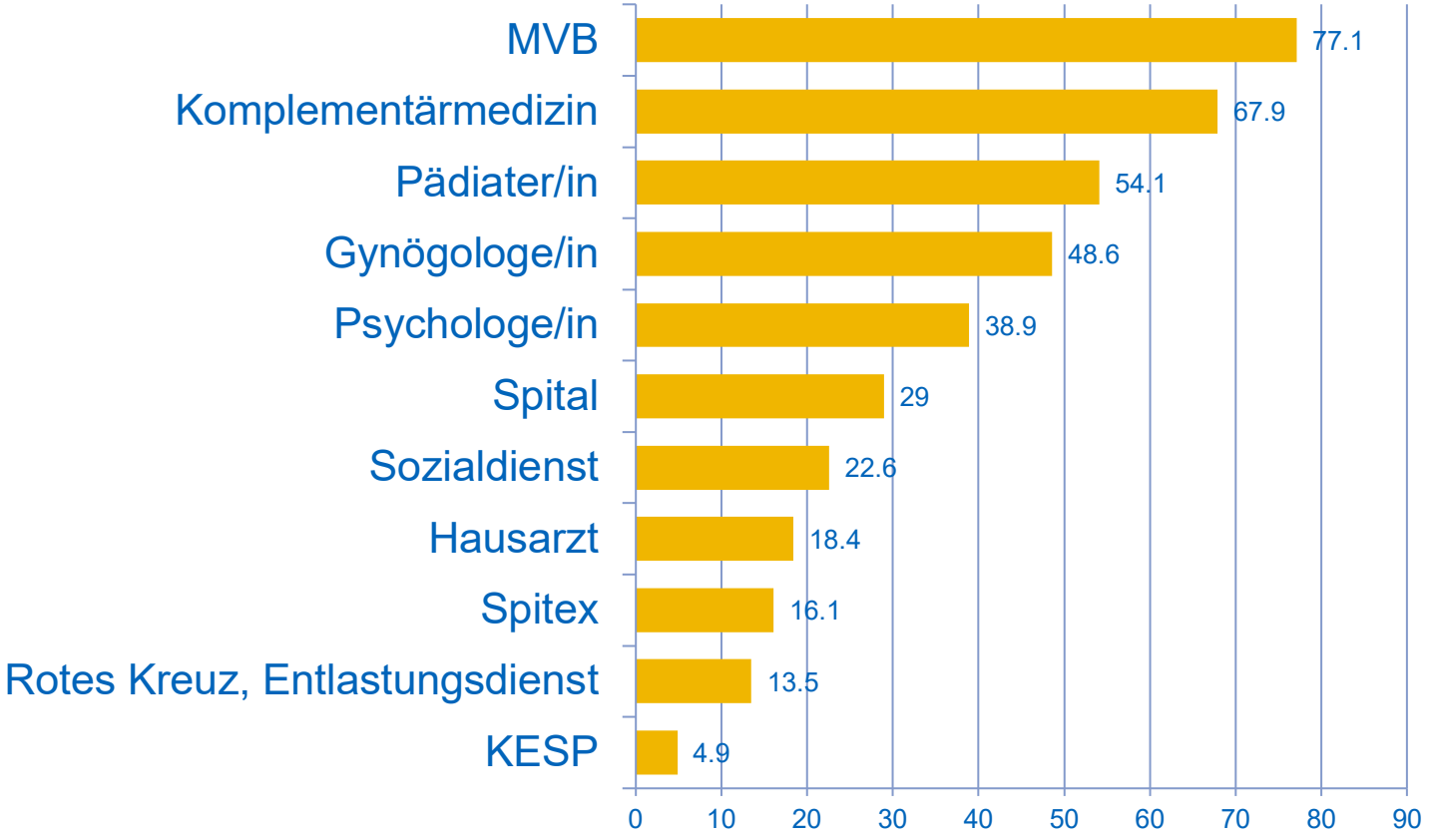
Netzwerkpartner:innen

„Du hast also ein Netzwerk in das du weiter-vermitteln kannst?“

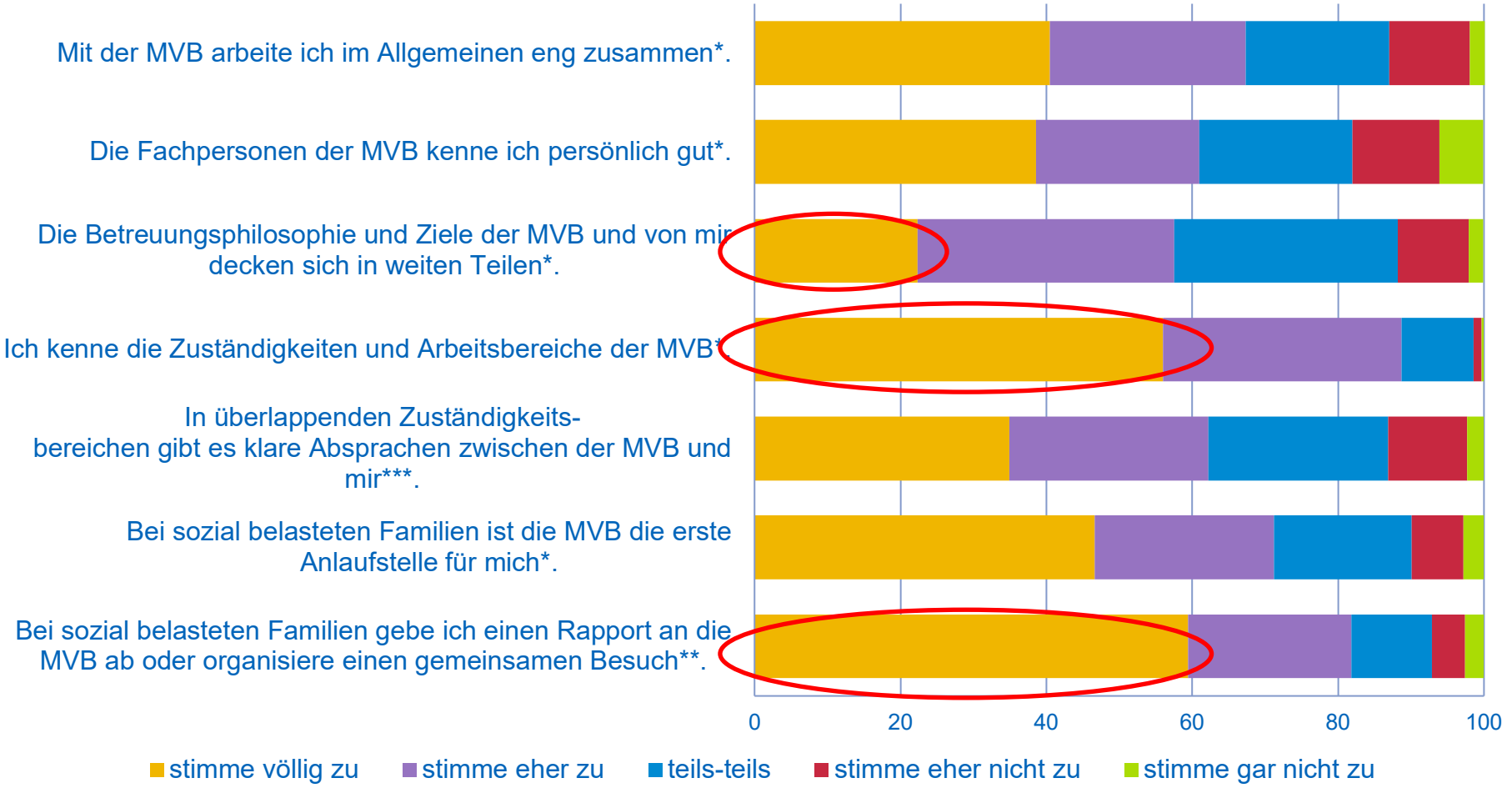
„Ich würde sagen teilweise. Manchmal wünschte ich mir es wäre besser. Also mit der Mütterberaterin klappt es hervorragend.“



Netzwerkpartner:innen



Zusammenarbeit mit der Mütter-Väter-Beratung



Schwierigkeiten in der Vermittlungsarbeit

Welche Schwierigkeiten haben Sie in der Vermittlung erlebt?	JA, n (%)
Die Frau bzw. ihr Partner wollten keine Vermittlung.	**147 (36.7)**
Es war schwierig für mich, meine Einschätzung gegenüber der Frau oder dem Partner zu kommunizieren.	69 (19.2)
Es kam zu einem Vertrauensverlust der Familie mir gegenüber.	14 (3.9)
Ich habe kein passendes Angebot gefunden.	60 (16.7)
Die Familie empfand die Angebote nicht als hilfreich oder passend.	**119 (33.1)**
Die von mir angesprochenen Fachpersonen haben keinen Unterstützungsbedarf gesehen.	63 (17.5)
Der mit der Vermittlung verbundene Aufwand war zu hoch, um ihn im Rahmen meiner Betreuung leisten zu können.	53 (14.7)
Das Angebot war zu teuer und konnte nicht finanziert werden.	**121 (33.6)**
Die Hürden von Datenschutz und Schweigepflichtentbindung waren zu hoch, um eine Vermittlung vorzunehmen.	33 (9.2)
Ich habe mir Sorgen gemacht, dass ich die Familie womöglich unnötig in ein System institutioneller oder staatlicher Kontrolle überführen würde.	91 (25.3)
Andere Gründe	49 (13.6)

Vorteile der Netzwerkarbeit

Vorteile	NW versus kein NW Trifft zu in % (* signifikant)
Familien mit komplexer Problemlage oder mit speziellen Belastungen sind umfassender versorgt.	61.3 vs. 65.3
Die Bedürfnisse des Kindes werden in den Mittelpunkt gestellt.	54.9 vs. 52.5
Ich entwickle mehr Verständnis für die Sichtweisen und Vorgehensweisen von Fachpersonen anderer Berufsgruppen.	65.1 vs. 46.9*
Der Wert meiner eigenen Arbeit und ihr Mehrwert für die betreuten Familien wird besser genutzt.	63.1 vs. 50.4*
Ich fühle mich entlastet und nicht mehr für alles zuständig und verantwortlich.	51.8 vs. 53.8
Ich fühle mich abgesichert, z. B. im Umgang mit Schweigepflicht und Dokumentation.	43.9 vs. 46.2
Ich erhalte Informationen zu Unterstützungs- und Beratungsangeboten in der Region.	70.7 vs 74.6

Teil IV: Fazit
Maternity Care und Frühe Förderung

Anton

window-1148929_480.webp

Open Window

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften

zh aw Gesundheit

Herzlichen Dank!