

Advanced Practice Midwifery im Bereich perinatale psychische Gesundheit



Lena Sutter
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Geburtshilfe
Hebammenexpertin, Universitätsklinik
für Frauenheilkunde, Inselspital Bern
lena.sutter@insel.ch



Prof. Dr. Eva Cignacco Müller
Co-Leiterin Fachbereich Geburtshilfe
eva.cignacco@bfh.ch

Perinatale psychische Erkrankungen werden oftmals nicht systematisch erfasst und konsequent behandelt. Im Rahmen einer Master-Thesis wurde ein interprofessionelles Versorgungsmodell entwickelt, das diese wichtige Lücke schliessen soll.

Co-Autorin/Co-Autoren:
Simone Büchi
Fachbereichsleiterin Geburtshilfe
Universitätsklinik für Frauenheilkunde,
Inselspital Bern

Prof. Dr. med. Daniel Surbek
Chefarzt Geburtshilfe und Feto-
maternale Medizin, Universitätsklinik
für Frauenheilkunde, Inselspital Bern,
Universität Bern

Prof. Dr. Sebastian Walther
Stv. Direktor und Chefarzt
Universitätsklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie Bern, Universität Bern

In der Schweiz nimmt jede sechste Frau (16,7 %) im Verlauf der Perinatalzeit professionelle Hilfe infolge psychischer Probleme in Anspruch. Diese Häufigkeit ist mit anderen Industrienationen vergleichbar, jedoch ist hierzulande die Detektionsrate (1–3 %) in der stationären wie ambulanten Gesundheitsversorgung tief (Berger et al., 2017). Die Folgen perinataler psychischer Erkrankungen (PPE) sind weitreichend und betreffen die Gesundheit der Frau und ihres Kindes nachhaltig (Gentile & Fusco, 2017; Surbek, 2012). Zudem gibt es keine na-

tionalen Leitlinien zur Versorgung von Frauen mit PPE (Berger et al., 2017) und nur wenige spezialisierte Versorgungsangebote (Amiel Castro et al., 2015). Weltweit unterscheiden sich Modelle der psychischen Gesundheitsversorgung in der Perinatalzeit. Ein interessantes Modell existiert beispielsweise in Grossbritannien, dort arbeiten Hebammen als «Specialist Maternal Mental Health Midwives». Diese spezialisierten Hebammen koordinieren unter anderem die Unterstützung schwangerer Frauen mit psychischen Problemen, diskutieren Bedürfnisse, zeigen Behandlungsoptionen auf und planen deren Betreuung. Sie fungieren als Kontaktstelle für andere Dienste und unterstützen Kolleginnen mit ihrem Expertenwissen (Crabbe & Hemingway, 2014).

Advanced Practice Midwifery: Definition

«Advanced Practice Midwifery zeichnet sich durch ein hohes Mass an Hebammenpraxis aus, bei der Hebammen ihr Fachwissen, ihre Management- und klinischen Führungsqualitäten einsetzen, um Frauen und ihren Familien unabhängig und autonom evidenzbasierte, massgeschneiderte Pflege zu bieten. Es werden professionelle Führungs- und Forschungsfähigkeiten eingesetzt, um die Praxis zu bewerten und zu verbessern und die Hebammen als Beruf und Wissenschaft voranzutreiben.» Goemaes et al., 2016

Erstes interprofessionelles Modell in der Schweiz

Angelehnt an das britische Angebot und inspiriert von den Inhalten des hebammenspezifischen Moduls «Perinatale psychische Gesundheit» im Master-Studium Hebamme an der Berner Fachhochschule BFH, wurde im Rahmen einer Master-Thesis die Entwicklung einer Advanced-Practice-Midwifery-Rolle (APM) (siehe Infobox) im Bereich der perinatalen psychischen Gesundheit (PPG) vorangetrieben (Sutter, 2020). Diese spezialisierte

Hebammenrolle im Bereich PPG ist in der Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Inselspital Bern (UFKB) angesiedelt und steht in enger Kooperation mit den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern (UPD).

Wie bereits bei der Entwicklung von Advanced-Practice-Nursing-Rollen im In- und Ausland wurde auf das Modell «Participatory, Evidence-Based, Patient-Focused Process for Advanced Practice Nursing Role Development, Implementation and Evaluation» (PEPPA) von Bryant-Lukosius & DiCenso (2004) zurückgegriffen (Boyko, Carter, & Bryant-Lukosius, 2016; Serena et al., 2015). Um den Bedarf eines neuen Versorgungsmodells aufzuzeigen (PEPPA, Schritte 1 & 3), wurden Interviews mit betroffenen Frauen analysiert und mit Aussagen von Gesundheitsfachpersonen ergänzt (Berger et al., 2020). Die Ergebnisse wurden den Leitungspersonen der UFKB

und der UPD präsentiert und mit ihnen diskutiert. Daraufhin wurden Schwerpunkte für eine optimierte Versorgung (Schritt 4) benannt sowie die APM-Rolle und das neue Angebot definiert (Schritt 5).

Wichtige Koordinationsaufgabe

Gemäss dem neuen Versorgungsmodell ist die APM in den Bereichen «Gesundheitsförderung» und «Prävention» angesiedelt und übernimmt delegierte Aufgaben der psychiatrischen Fachperson (siehe Abbildung 1). Zu ihren Aufgaben zählen die Stärkung der perinatalen psychischen Gesundheit, die Förderung der Früherkennung von Symptomen einer psychischen Erkrankung, die Beratung von betroffenen Frauen und Familien sowie die Vernetzung der an der Versorgung beteiligten Fachpersonen.

Darüber hinaus wird die APM Berufskolleginnen sowie weiteren nicht-ärztlichen Gesundheitsfachpersonen inner- aber auch ausserhalb der Klinik bei Fragen ihr Expertenwissen vermitteln. Die APM stellt keine psychiatrischen Diagnosen und bietet keine Psychotherapie an. Jedoch ist die Koordination des Behandlungsverlaufs eine besonders wichtige Aufgabe der APM, da während der Perinatalzeit verschiedene Fachpersonen in die Betreuung involviert sind. Gerade bei Menschen mit psychischen Erkrankungen erweist sich die Zusammenarbeit involvierter Gesundheitsfachpersonen an den Schnittstellen als wirksam und hilfreich (Archer et al., 2012). Das neue Modell bietet somit die Möglichkeit, von perinatalen psychischen Erkrankungen betroffene Frauen und deren Familien besser zu versorgen.

Zu den Aufgaben der Advanced-Practice-Midwife zählen die Stärkung der perinatalen psychischen Gesundheit, die Förderung der Früherkennung von Symptomen einer psychischen Erkrankung, die Beratung von betroffenen Frauen und Familien sowie die Vernetzung der in der Versorgung beteiligten Fachpersonen.



Psychische Erkrankungen im Verlauf der Perinatalzeit sind verbreitet, werden aber nicht systematisch erfasst und behandelt.

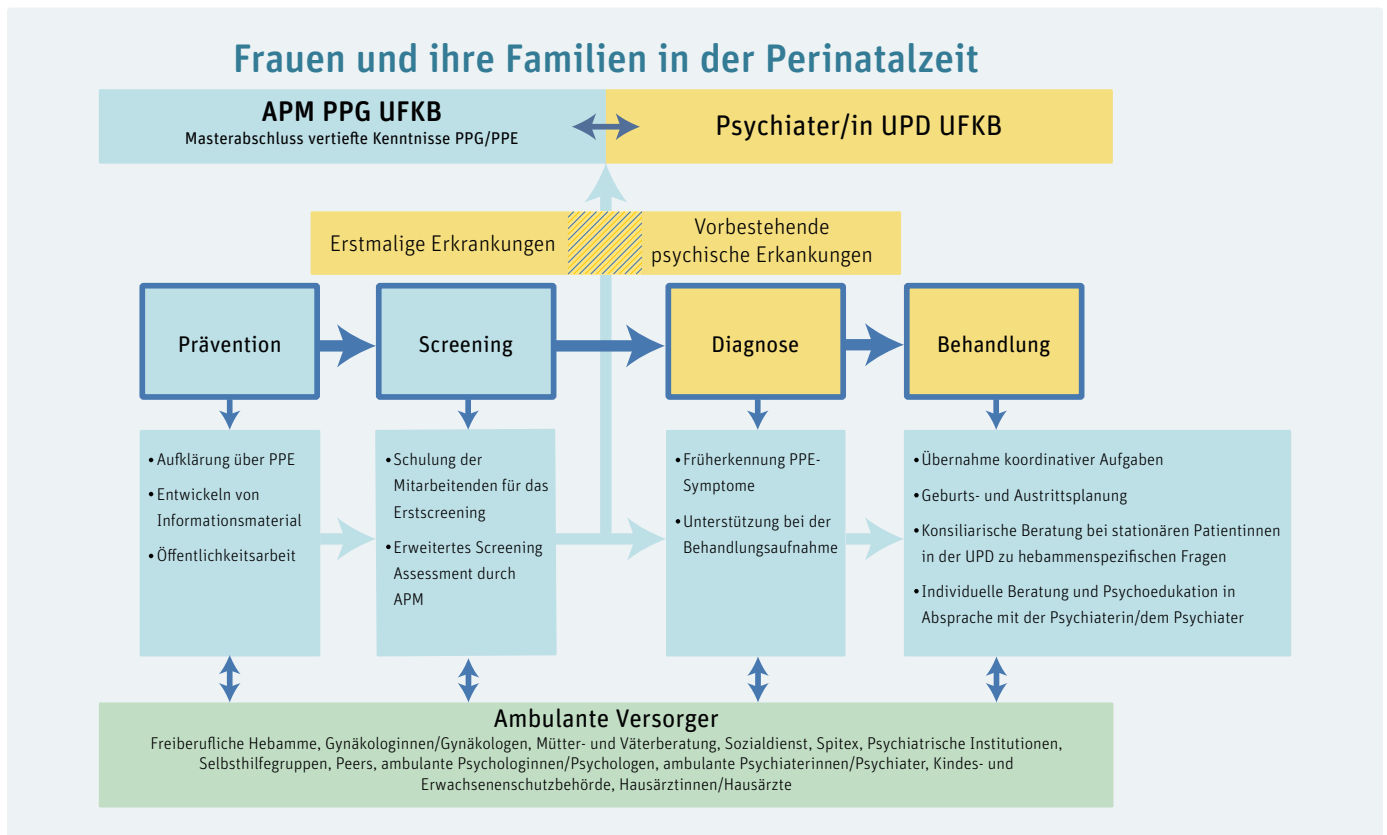


Abbildung 1: Das APM-Modell der UFKB stellt Kernaufgaben der APM (blau) sowie die Schnittstellen und die enge Zusammenarbeit mit der psychiatrischen Fachperson der UPD/UFKB dar (eigene Darstellung).

Literatur:

- Amiel Castro, R. T., Schroeder, K., Pinard, C., Blöchlinger, P., Künzli, H., Riecher-Rössler, A., & Kammerer, M. (2015). Perinatal mental health service provision in Switzerland and in the UK. *Swiss Medical Weekly*, 145, w14011.
- Archer, J., Bower, P., Gilbody, S., Lovell, K., Richards, D., Gask, L., et al. (2012). Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane database of systematic reviews* (10).
- Berger, A., Bachmann, N., Signorell, A., Erdin, R., Oelhafen, S., Reich, O., & Cignacco, E. (2017). Perinatal mental disorders in Switzerland: prevalence estimates and use of mental-health services. *Swiss Medical Weekly*, 147, 1-9. doi:10.4414/sm.w.2017.14417
- Berger, A., Schenk, K., Ging, A. et al. (2020). Perinatal mental health care from the user and provider perspective: protocol for a qualitative study in Switzerland. *Reproductive Health* 17(26) . doi.org/10.1186/s12978-020-0882-7
- Boyko, J. A., Carter, N., & Bryant-Lukosius, D. (2016). Assessing the spread and uptake of a framework for introducing and evaluating advanced practice nursing roles. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(4), 277-284. doi.org/10.1111/wvn.12160
- Bryant-Lukosius, D., & DiCenso, A. (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *Journal of advanced nursing*, 48(5), 530-540.
- Crabbe, K., & Hemingway, A. (2014). Public health and wellbeing: A matter for the midwife? *British Journal of Midwifery*, 22(9), 634-640.
- Gentile, S., & Fusco, M. L. (2017). Untreated perinatal paternal depression: effects on offspring. *Psychiatry research*, 252, 325-332.
- Serena, A., Castellani, P., Fucina, N., Griesser, A. C., Jeanmonod, J., Peters, S., & Eicher, M. (2015). The role of advanced nursing in lung cancer: A framework based development. *Eur J Oncol Nurs*, 19(6), 740-746. doi:10.1016/j.ejon.2015.05.009
- Surbek, D. (2012). 3 Pränatalmedizinisch-geburtshilfliche Aspekte bei der Betreuung von psychisch kranken Schwangeren.

In Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit (S. 17-27). Karger Publishers.

- Sutter, L. (2020), unpublizierte Masterthese, Berner Fachhochschule

Weitere Literatur zum Thema:

- Gürber, S., Baumeler, L., Grob, A., Surbek, D., & Stadlmayr, W. (2017). Antenatal depressive symptoms and subjective birth experience in association with postpartum depressive symptoms and acute stress reaction in mothers and fathers: A longitudinal path analysis. *European journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology*, 215, 68-74.
- Stadlmayr, W., Bitzer, J., Amsler, F., Simoni, H., Alder, J., Surbek, D., & Bürgin, D. (2007). Acute stress reactions in the first 3 weeks postpartum: a study of 219 parturients. *European journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology*, 135(1), 65-72.
- Stadlmayr, W., Cignacco, E., Surbek, D., & Büchi, S. (2009). Screening-Instrumente zur Erfassung von Befindlichkeitsstörungen nach der Geburt. *Die Hebamme*, 22(01), 13-19.