Ermittlung des Hebammenbedarfs in Geburtsabteilungen

Die optimale Personalplanung – ein Dauerthema aufseiten der Planenden wie auch der Mitarbeitenden. Wie kann genügend Personal in einem wirtschaftlich orientierten Gesundheitssystem objektiv begründet werden? Ein Blick in andere Länder liefert Lösungsansätze.

TEXT: LIVIA RAMSEIER UND LUISA EGGEN-SCHWILER

Die Wichtigkeit von systematischer Personalbedarfsermittlung wird international betont und als Grundlage für eine hohe Versorgungsqualität angesehen. Die Einschätzung einer sicheren Personalausstattung im Gesundheitswesen allgemein und spezifisch in der Geburtshilfe stellt sich jedoch als schwierig heraus (Cronie et al., 2022).

Es existieren viele unterschiedliche Methoden und Instrumente zur Ermittlung des Personalbedarfs, aber nur wenige davon wurden spezifisch für die Geburtenabteilung entwickelt. Dies stellt jedoch die Voraussetzung dar, um die dynamische Natur der Betreuung von Frauen unter der Geburt, die regelmässigen Aufnahmen und Austritte sowie die Triage der Patient*innen korrekt erheben zu können (AWHONN, 2011).

Strukturelle Ermittlung des Personalbedarfs

Bei der Wahl des Instrumentes ist darauf zu achten, was man als Ganzes erheben will. Es gibt Langzeiterhebungen, deren Ziel es ist, den grundsätzlichen Hebammenbedarf über das Jahr berechnen zu können. Daraus resultiert die Anzahl an Vollzeitäquivalenten (VZÄ) für die entsprechende Geburtenabteilung. Dies ist der strukturellen Personalbedarfsermittlung zuzuordnen.

Tools zur Erhebung

Birthrate Plus® wurde spezifisch für die Erhebung des Personalbedarfs von Hebammen entwickelt und spricht somit für dessen Anwendung (Ball & Washbrook, 2010). Die Erhebung basiert auf der Voraussetzung einer Eins-zu-eins-Betreuung, die als anzustrebender Standard für eine optimale Betreuungsqualität gilt. Im Rahmen einer Masterarbeit wurde das Instrument Birthrate Plus® angewendet und dessen Eignung für das Schweizer Setting überprüft. Die retrospektive Datensammlung für jede einzelne Patientin in der analysierten Geburtenabteilung über einen Zeitraum von drei Monaten erwies sich als äusserst arbeitsintensiv. Der erhobene Personalbedarf anhand Birthrate Plus® lag leicht unter-

halb der vorhandenen VZÄ im analysierten Setting. Doosty et al. (2019) stellten jedoch fest, dass der Personalbedarf in Geburtenabteilungen mit weniger als 2000 Geburten durch diese Methode tendenziell unterschätzt wird. Dies kann dadurch erklärt werden, dass bei kleineren Geburtenabteilungen höhere Vorhalteleistungen anfallen. Dies bedeutet, dass bei fehlendem oder tiefem Arbeitsanfall trotzdem mindestens eine Hebamme präsent sein muss beziehungsweise die eingeplanten Hebammen anwesend sind. Diese Aussage konnte anhand der empirischen Daten bestätigt werden und spricht somit gegen eine personelle Überbesetzung in der analysierten Klinik.

Nicht erfasste Schwankungen

Die strukturelle Personalbedarfsermittlung eignet sich grundsätzlich zur Überprüfung und möglichen Anpassung der vorhandenen VZÄ. Ein wesentlicher Nachteil besteht darin, dass die Schwankungen im Arbeitsaufkommen nicht erfasst werden, wodurch eine der Kernproblematiken in der Geburtshilfe ungelöst bleibt.

Operative Ermittlung des Personalbedarfs

Um die Schwankungen im Arbeitsaufkommen einer Geburtenabteilung darstellen zu können, werden Methoden zur operativen Personalbedarfsermittlung benötigt. Durch die kontinuierliche Erhebung und Erfassung des Hebammenbedarfs und den direkten Vergleich mit dem vorhandenen Personal wird der schwankende Bedarf in Echtzeit aufgezeigt («Acuity-Scoring»-System). Ziel dieser Instrumente ist es, bei resultierender Unter- beziehungsweise Überbesetzung direkt mit Personalanpassungen reagieren zu können. Die Dokumentation dieser Daten über einen längeren Zeitraum kann helfen, die zukünftige Schichtplanung zu optimieren. Ein «Acuity-Scoring»-System fungiert somit als prospektive Ergänzung zur retrospektiven Berechnung der VZÄ.

Es existieren viele unterschiedliche Methoden und Instrumente zur Ermittlung des Personalbedarfs, aber nur wenige davon wurden spezifisch für die Geburtenabteilung entwickelt.

Einzelne Methoden auf dem Prüfstand

Für die Anwendung des «Intrapartum Acuity Tool» von Bithrate Plus® wird eine Lizenz benötigt, weshalb die Anwendbarkeit durch die Autorinnen nicht beurteilt werden konnte. Der «Labor and Delivery Staffing Acuity»-Algorithmus von Jones und Hall (2022) ist überschaubar und einfach anwendbar, folgt jedoch dem Standard der Eins-zu-zwei-Betreuung in der Eröffnungsphase und erst einer Eins-zu-eins-Betreuung in der Austreibungsphase und dem frühen Wochenbett (Jones & Hall, 2022). Das POAK kann an das jeweilige Setting und Klientel sowie den anzustrebenden Betreuungsschlüssel angepasst werden und ist somit breit einsetzbar und wird zurzeit in einer Schweizer Klinik pilotiert (Sutter, Wyssmüller, König & Soldati, 2024).

Reaktion auf Schwankung im Arbeitsanfall

Grundsätzlich soll bei der operativen Personalbedarfsermittlung erkannt werden, wann das geburtshilfliche Arbeitsaufkommen die Betreuungskapazität übersteigt. Nun stellt sich die grosse Frage, wie auf die Über- beziehungsweise Unterbelegung reagiert werden kann. Es bedarf personeller Ressourcen und einer hohen Flexibilität der Mitarbeitenden, um sich den ständigen Veränderungen im Arbeitsaufkommen einer Geburtenabteilung anzupassen. Es sind somit Lösungsansätze gesucht, wie flexibel auf die Schwankungen reagiert werden kann, welche für das Krankenhaus wirtschaftlich vertretbar sind und keine Verschlechterung, im besten Fall eine Verbesserung, der Arbeitsbedingungen für die Mitarbeitenden nach sich zieht.

Lösungsansätze

Mögliche Lösungsansätze sind Eskalationsstufen basierend auf den «Acuity-Scoring»-Systemen mit dazugehörigen Massnahmen, wie sie von Siddiqui (2014) beschrieben

Methoden zur Überprüfung geburtshilflicher Auslastung

Es gibt verschiedene Methoden innerhalb der «Acuity-Scoring»-Systeme: Das von Birthrate Plus® entwickelte «Intrapartum Acuity Tool», den «Labor and Delivery Staffing Acuity»-Algorithmus von Jones und Hall (2022) sowie das Punktesystem zur Operationalisierung der Auslastung im Kreisssaal (POAK). Alle drei Methoden basieren auf einer regelmässigen Überprüfung der geburtshilflichen Auslastung – somit des Arbeitsanfalls im Erhebungsmoment – und dem Vergleich mit dem aktuell vorhandenen Personal. Im Idealfall geschieht die Erhebung mehrmals pro Schicht durch die Schichtleitung.

wurden beziehungsweise direkte Massnahmen bei Unterbesetzung laut POAK (Agricola & Voss, 2022). Bei der Anwendung des POAK wird die Situation bei sich abzeichnender Überlastung gemeinsam mit dem ärztlichen Dienst besprochen, und es werden Massnahmen ergriffen, wie beispielsweise die Verlegung von Patientinnen auf periphere Stationen oder die Verschiebung geplanter Termine (Agricola & Voss, 2021).

Mit Eskalationsplänen auf Schwankungen reagieren

Eine systematische Ermittlung des Personalbedarfs sowohl strukturell als auch operativ ist sinnvoll. Dabei sind das jeweilige Ziel der Einsatzberechnung von VZÄ oder die konkrete Dienstplanung zu berücksichtigen. Routinedaten bieten die Chance, den strukturellen Bedarf ohne massiven personellen Aufwand zu erheben. Ebenfalls macht es die heutige elektronische Dokumentation möglich, «Acuity-Scoring»-Tools in die Systeme einzubetten und ein Live-Tracking des Bedarfs zu generieren. Es müssen individuelle und innovative Lösungen gefunden werden, wie auf die Schwankungen des Arbeitsanfalles reagiert werden kann – und sie sollten beispielsweise in einem Eskalationsplan festgehalten werden.

AUTORINNEN

Livia Ramseier,
Hebamme MSc, Spitalzentrum Biel,
l.ramseier@gmx.ch

Luisa Eggenschwiler,
Hebamme BSc, MScN, cand PhD, Universität Basel,
Institut für Pflegewissenschaft,
luisa.eggenschwiler@unibas.ch

Literatur

Agricola, C. & Voß, M. (2021) Ein Punktesystem zur Operationalisierung der Auslastung im Kreißsaal (POAK) – Ein «Best-Practice»-Beispiel. https://doi.org/10.13140/RG.2.2.25492.22406
Association of Women's Health, Obstetric & Neonatal Nursing (2011) Guidelines for Professional Registered Nurse Staffing for Perinatal Units Executive Summary. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*; 40(1), 131–134. https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2010.01214.x
Ball, J. & Washbrook, M. (2010) Workforce planning in midwifery: an overview of 8 years. *British Journal of Midwifery*; 18(8), 527–532. https://doi.org/10.12968/bjom.2010.18.8.49318
Cronie, D., Rosman, A. & Vries, R. (2022) Measure to improve: Is there a patient-acuity measurement tool suitable for use in maternity service provision in the Netherlands? A systematic review. *Health Science Reports*; 5(6). https://doi.org/10.1002/hsr2.756
Doosty, F., Maleki, M. & Yarmohammadian, M. H. (2019) An investigation on workload indicator of staffing need: A scoping review. *Journal of education and health promotion*; 8, 22. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_220_18
Jones, L. W. & Hall, V. L. (2022) Acuity-Based Staffing in Labor and Delivery Using Electronic Health Record Data. MCN: *The American Journal of Maternal/Child Nursing*; 47(5), 242–248. https://doi.org/10.1097/nmc.0000000000000838
Siddiqui, I., Whittingham, B., Meadowcroft, K., Richardson, M., Cooper, J. C., Belcher, J., Morris, E. & Ismail, K. M. K. (2014) Developing Objective Metrics for Unit Staffing (DOMUS) study. *BMJ Open; 4(9)*, e005398–e005398. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005398
Sutter, L., Wyssmüller, D., König, G. & Soldati, J. (2024) Hebammenexpertin am Spital: Blick über die Schultern. *Obstetrica*; (3), 22-24.