

Qualitätsmanagement in der stationären Geburtshilfe richtig nutzen

Autor(en): **Steiner, Anne-Kristin**

Objektyp: **Article**

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

Band (Jahr): **113 (2015)**

Heft 12

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-949635>

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.

Qualitätsmanagement in der stationären Geburtshilfe richtig nutzen

Die Qualität der geburtshilflichen Versorgung lässt sich einerseits an harten Fakten messen, andererseits ist das persönliche Erleben der Frauen dafür ein wichtiger Indikator. In Spitälern werden unter anderem CIRS – ein elektronisches Meldesystem für kritische Zwischenfälle –, Fallbesprechungen, Simulationstrainings und geburtshilfliche Standards genutzt. Doch welche Methoden führen zur Wurzel eines Problems? Eine persönliche statt anonyme Fehlerbetrachtung in interprofessionellen Teams würde nachhaltige Verbesserungen begünstigen.

.....
Anne-Kristin Steiner

Was ist Qualität? Der Duden beschreibt Qualität als Gesamtheit von charakteristischen Eigenschaften, als Güte oder als die Eignung für einen bestimmten Zweck, einen Zustand, dass etwas besonders gute Eigenschaften hat und daher wertvoll ist.

Das machen wir doch alle, oder? Wir geben uns Mühe, arbeiten fleissig und im Sinne der Frauen, die uns nach der gelungenen Geburt dankbar sind. Weshalb also initiiert der Bund ein «Netzwerk für mehr Qualität in der Gesundheitsversorgung» (Bundesamt für Gesundheit, 2015)? Schliesslich sind die von uns betreuten Familien

doch zufrieden. Oft ist uns als Gesundheitsfachpersonen nicht bewusst, welchen Risiken sich Menschen bei einem Spitalaufenthalt aussetzen. Auch wenn es für die Schweiz keine eigenen Zahlen gibt, können wir uns mit anderen Gesundheitssystemen vergleichen und deren Zahlen als Richtwerte nehmen. In einer Metaanalyse aus dem Jahr 2013 (James, 2013) wird davon ausgegangen, dass es in US-Krankenhäusern pro Jahr zu mindestens 210 000 vermeidbaren Todesfällen aufgrund eines Spitalaufenthaltes kommt. Nach Einschätzung von Sicherheitsexperten haben Spitäler eine «Defektrate» von zwei bis drei Prozent. Würden wir in eine Boeing 747 einsteigen mit dem Wissen, dass mindestens zwölf Personen nach dem Flug neue Gesundheitsprobleme bekommen und mindestens ein Passagier stirbt (Walker et al., 2015)?

.....
Autorin



Anne-Kristin Steiner, MSc Gesundheitsmanagement mit Vertiefung Midwifery, Systemmanagerin Qualität im Gesundheitswesen, Lean-Healthcare-Expertin und frei praktizierende Hebamme. Neben ihrem Amt als Co-Präsidentin der Sektion Aargau-Solothurn des Schweizerischen Hebammenverbandes engagiert sie sich als Projekt- und Prozessmanagerin für die Verbesserung von Versorgungsstrukturen in Spitälern.

Harte Fakten und persönliches Erleben

Gelten diese Zahlen denn auch für unsere stationäre Geburtshilfe? In diesem Ausmass sicher nicht. Unsere Klientel ist in der Regel jung und gesund, gut ernährt, lebt in hygienischen Verhältnissen und ist daher weniger anfällig für nosokomiale Infektionen oder gravierende Behandlungsfehler. Trotzdem sind wir als Hebammen Teil eines Systems mit qualitativen Mängeln. Am häufigsten geschehen Fehler in der Kommunikation, bei fehlenden Absprachen und ungenügenden Standardisierungen, aber auch teilweise bei mangelnder Fachkompetenz. Diese Ereignisse sind nicht schicksalhaft, sondern müssen im Rahmen eines gelebten Qualitätsmanagements aktiv bearbeitet werden.

Die Qualität unserer geburtshilflichen Versorgung lässt sich an harten Fakten messen: Mütter- und Kindersterblichkeit, Anteil an Sectiones, Episiotomien, Einleitungen, Rate an ausschliesslich gestillten Neugeborenen, Anteil Frauen mit wunden Brustwarzen oder auch Rehospitalisationen. Auf der anderen Seite ist das persönliche Erleben der Frauen ein wichtiger Indikator für die erbrachte

Qualität. Hierzu gibt es in den einzelnen Kliniken Feedback-Bögen und koordinierte Befragungen zur Patientenzufriedenheit. Es werden Vergleiche zwischen ausgewählten Spitälern erstellt, ebenso wissenschaftliche Studien zur Versorgungsqualität in der Geburtshilfe (Luyben et al., 2013).

CIRS-Meldungen (elektronisches Meldesystem für kritische Zwischenfälle), Fallbesprechungen, Simulationstrainings, geburtshilfliche Standards und die Bereitstellung von Kennzahlen im Rahmen eines jährlichen Qualitätsberichtes zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit und der einzelnen Kantone sind inzwischen allgemein anerkannt und werden in der Regel in den Spitälern genutzt. Dadurch ist die Hebamme, auch ohne ihre aktive Beteiligung, Teil des klinischen Qualitätsmanagements.

Anonymisierung verhindert nachhaltigen Fortschritt

Bei CIRS hat jede angestellte Hebamme die Möglichkeit, kritische Ereignisse zeitnah und anonym zu erfassen. Diese Meldungen werden dann von einer ausgesuchten Gruppe bearbeitet, die nach Verbesserungen sucht. Wünschenswert wäre eine direkte und persönliche Fehlerbetrachtung in interprofessionellen Teams. So angenehm es auch sein mag, seinen Namen nicht nennen zu müssen, wird hier eine grosse Chance auf eine nachhaltige Verbesserung der spitalinternen Strukturen verpasst, da durch die Anonymisierung nicht aktiv nach Fehlerursachen gesucht, sondern nur spekuliert werden kann.

Fallbesprechungen werden in der Regel als Lernsituation genutzt. Natürlich ist das positiv, nur stellt sich die Frage, ob wir damit auch immer in der Lage sind, die Wurzel unseres Qualitätsproblems zu finden. Ein Beispiel: Grosser Arbeitsanfall auf einer Geburtsstation, Frau B., eine 31-jährige IG, IP, MM 6 cm, VGT -1, Kardiotokografie (CTG) bis jetzt als unauffällig beurteilt, neu ausgestattet mit einer Periduralanästhesie und einem Syntocinontropf, schläft. Ihre Hebamme betreut zeitgleich noch zwei andere Frauen. Nach ca. einer halben Stunde entdeckt die Hebamme auf dem CTG eine bereits seit 15 Minuten bestehende Bradykardie. Notfallsectio und CIRS-Meldung, alle hatten Glück, da es Mutter und Kind (Apgar 6/8/9, pH 7,18) gut geht. Welche Fragen werden nun gestellt und welche Konsequenzen sollen ergriffen werden? Es wird eine Fallbesprechung organisiert, sowohl die betreuende Hebamme wie auch die diensthabende Ärztin sind betroffen und gerne bereit zur Mitarbeit. Die beiden stellen gemeinsam den Fall vor, für alle Beteiligten ist die Sache schnell klar: Die Überwachung des CTG war ungenügend, hierauf muss in Zukunft auch bei besonders grossem Arbeitsanfall besser geachtet werden.

Wo liegen die wahren Gründe für den Fehler?

Diese Form des Qualitätsmanagements ist für uns alle bekannt und angenehm. Wir müssen nicht tatsächlich etwas ändern, sondern eben das nächste Mal besser aufpassen. Nehmen wir an, wir steigen nun wieder in unsere Boeing 747 – sind wir nun nachhaltig sicherer aufgehoben? Eine Möglichkeit, aus einem kritischen Ereignis zu lernen, bietet z. B. die sogenannte Root-Cause-Analysis, die in der Luftfahrt beinahe flächendeckend eingeführt ist. Bei dieser Form der Ursachenanalyse ist es das Ziel, die Gründe für Fehler zu finden und durch

konkrete Verbesserungsmaßnahmen in Zukunft zu verhindern. Es wird grundsätzlich davon ausgegangen, dass auch Handlungsfehler von Menschen oft tieferliegende Ursachen haben, die hinterfragt werden müssen (Luftfahrt Bundesamt, 2011).

Bei unserem Fallbeispiel sehen wir mit dieser Methode nun nicht nur das Versäumnis der Hebamme, sondern suchen nach den wahren Gründen für diesen Fehler. Vielleicht war die frisch diplomierte Kollegin mit der gleichzeitigen Betreuung von drei Frauen überfordert? Hier stellt sich die Frage, wie viel Berufserfahrung für welche Aufgaben erforderlich ist. Haben wir zur Thematik der Berufsanfänger in unserer Klinik einen Standard? Und wenn nein, wer erstellt ihn und bis zu welchem Termin? Oder gab es keine Richtlinie, wie häufig ein CTG bei einer Syntocinongabe zu kontrollieren, am besten nach einem Score zu bewerten ist? Dazu wäre auch ein neuer oder verbesserter Standard eine nachhaltige Lösung, dessen Einhaltung zur Erhöhung der Patientensicherheit regelmässig kontrolliert wird. Oder es gab ganz andere Ursachen, die wir mit Hilfe der vertieften Fragetechnik bei alltäglichen Fehlern finden können. So kann uns gut genutztes Qualitätsmanagement helfen, in unserer Arbeit immer besser zu werden.

Noch ein praktisches Beispiel

Der Anteil an Episiotomien bei vaginalen Geburten wird schweizweit als Qualitätskennzahl erfasst. Ein möglichst niedriger Anteil an Dammschnitten, besonders in Verbindung mit wenig höhergradigen Dammrissen, gilt als qualitativ gutes Ergebnis. 2013 lag der Anteil an Episiotomien schweizweit bei 22,9 Prozent. Mithilfe der Spitalstatistik des Bundesamtes für Gesundheit lassen sich bequem und schnell Vergleiche zwischen einzelnen Spitälern anstellen. Woran kann es liegen, wenn wir feststellen müssen, dass unser Spital in diesem Qualitätsindikator schlechtere Zahlen hat als der landesweite Durchschnitt? Auch hier ist unsere Ursachenanalyse hilfreich. So wird aus der Antwort «Dr. Müller schneidet halt immer» schnell die Frage, weshalb Dr. Müller immer schneidet. Möglicherweise meint er tatsächlich, den Frauen Gutes zu tun (mangelndes Fachwissen). Wieso akzeptiere ich als Spital mangelndes Fachwissen (Organisationsverantwortung)? Oder die Hebamme hat Angst vor einem hochgradigen Dammriss und fordert deshalb zur Episiotomie auf oder schneidet sie selber (wieder fehlendes Fachwissen bzw. Organisationsverantwortung). Oder interessiert sich niemand in der Leitung oder im Qualitätsmanagement für die Episiotomierate und daher finden alle das hohe Ergebnis normal (wieder Verantwortung der Organisation)?

Standards als Verbündete betrachten

In jedem Spital sollten regelmässig interprofessionelle Notfalltrainings stattfinden. Hier werden sowohl das Fachwissen wie auch die Fähigkeit zur Kommunikation als Team in kritischen Situationen geübt. CIRS steht in den meisten Spitälern zur Verfügung, dieses System sollte genutzt werden, und am besten nicht nur anonym. Fallbesprechungen sind ein wichtiger Bestandteil jedes

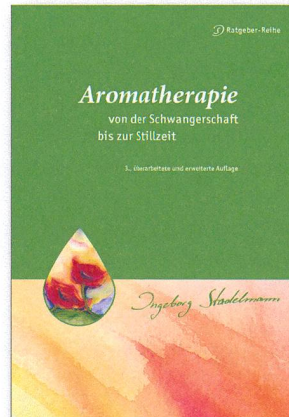
Qualitätsmanagementsystems. Versuchen wir gemeinsam zu lernen, aber auch nach der «Wurzel» des Fehlers oder kritischen Ereignisses zu suchen. Wir sollten unsere Qualitätsindikatoren kennen und falls nötig gemeinsam daran arbeiten. Wer z. B. die spitalinterne Episiotomierate senken will – nur Mut, der bundesweite Qualitätsindikator steht auf unserer Seite. Wir können uns Unterstützung im Qualitätsmanagement holen und so diese Kollegen auch einmal kennenlernen, Fortbildungen organisieren und die aktuellen Zahlen im Stationszimmer für alle sichtbar machen. Wir sollten die Standards als Verbündete zu einer hohen Versorgungsqualität ansehen, denn sie können helfen, damit «jeder weiss, wie es geht». So nutzen wir das Qualitätsmanagement als Hilfe auf dem Weg zu unserem gemeinsamen Ziel: grösstmögliche Gesundheit für Mutter und Kind.

Referenzen

- Bundesamt für Gesundheit (2015)** www.bag.admin.ch › Themen › Krankenversicherung › Qualitätssicherung › Aktuelles Rechtsetzungsprojekt
- James, J. T. (2013)** A New, Evidence-based Estimate of Patients Harms Associated with Hospital Care, *Journal of Patient Safety*.
- Walker, D. et al. (2015)** Lean Hospital, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Luyben, A. et al. (2013)** Berner Fachhochschule, MatHER.ch.ch: Maternal Health Experiences Research during Childbirth in Switzerland.
- Luftfahrt-Bundesamt (2011)** Aircraft Continuing Airworthiness Monitoring, Root-Cause-Analysis.
- Bundesamt für Gesundheit (2015)** www.bag.admin.ch › Themen › Krankenversicherung › Statistiken › Spitäler › Spitalstatistiken › Qualitätsindikatoren

Ingeborg Stadelmann

Aromatherapie von der Schwangerschaft bis zur Stillzeit



Stadelmann Verlag
281 Seiten, 3. überarbeitete und erweiterte Auflage, CHF 23.90
ISBN 978-3-943793-37-6

In der erweiterten Auflage zehn Jahre nach der ersten Ausgabe «Aromatherapie in Schwangerschaft bis zur Stillzeit» ist es Ingeborg Stadelmann gelungen, ein sorgfältiges und umfassendes Standardwerk zu erstellen. Im persönlichen Vorwort ist es der Autorin ein besonderes Anliegen, ihr erweitertes Erfahrungswissen in der Aromatherapie speziell an Hebammen weiterzugeben.

Zur Unterstützung und Behandlung von Schwangeren, Müttern und ihren Kindern sind Stadelmann-Produkte bekannt als wohltuend und gleichzeitig hilfreich. Alle möglichen Beschwerden rund um das Elternwerden und deren Therapiemöglichkeiten sind mit den verschiedenen, ätherischen Aromen spannend beschrieben. Die verschiedenen Öle sind in ihrer Herkunft und Gewinnung aufgezeigt. Anwendungshinweise, Dosierungen sowie Wechselwirkungen bei der Kombination von verschiedenen Ölen sind differenziert dargestellt.

Die Autorin gibt Hebammen mit diesem Buch einen guten Wissensgrundstock, um die Aromatherapie zu verstehen und auch anwenden zu können. Das Buch ist sehr übersichtlich gegliedert. Die Leserin findet rasch nach dem Beschwerdebild, das sie sucht. Es wird ausführlich auf mögliche Nebenwirkungen hingewiesen, und das Thema Allergiker und ätherische Öle ist sehr gut erklärt. Dadurch erhält die Leserin Sicherheit im Umgang mit den Ölen. Nützlich sind die Angaben von weiterführender Literatur und Kontaktadressen. Suchende finden Bezugsquellen für verschiedene Öle und Aromamischungen. Ingeborg Stadelmann weist auch auf die unterschiedlichen Erfolge der Aromatherapie hin. Persönlich kann ich das durch meine Hebammentätigkeit in der freien Praxis nur unterstützen. Die Verwendung verschiedener Stadelmann-Rezepturen tut nicht nur den Frauen und Kindern gut, sondern es ist eine Wohltat, mit diesen Aromen zu arbeiten. Auch Hebammen können die Aromatherapie für sich selber gut anwenden. Die Leserin taucht in die Vielfalt der Natur ein, glaubt die verschiedenen Düfte bereits riechen zu können, und es ist ein Genuss, dieses Buch zu lesen. Dieses Standardwerk könnte in jede Hebammentasche gehören.

*Elisabeth Spiegel-Hefel, MSc Midwifery, Dozentin
Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften*