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

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 107 (2009)

Heft: 6

Artikel: Fallbesprechungen : ein Instrument zur Reflexion und Qaulitätssicherung in der Hebammenarbeit

Autor: Cignacca, Eva

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-949812

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

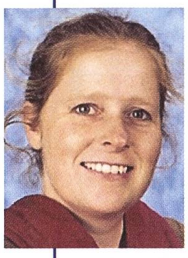
Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 07.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

EDITORIAL



Hebammen reden häufig über ihre beruflichen Erlebnisse. Kaum sind mehrere Hebammen unter sich, werden Geschichten über «komplizierte» Schwangere, Geburtserlebnisse, Stillproblematiken und ähnliches ausgetauscht. In einem informellen Rahmen finden «Fallbesprechungen» statt. Der Fall wird vorgestellt, das Problem beschrieben und analysiert. Oft folgt dann Kritik an der Institution und an der Ärzteschaft. Nicht selten enden solche Gespräche mit «deswegen ist das passiert...». Wir Hebammen stellen uns gern selbst ins bessere Licht. Sollten wir nicht selbstkritischer sein? Selbst- und gegenseitige konstruktive Kritik sollte Platz haben bei solchen Gesprächen. Diese Art von Fallbesprechungen bleibt jedoch leider meist unvollendet und gerne in der Kritik von Spital, Organisation und Ärzten stecken. Es stellt sich die Frage, wer oder was denn nun reflektiert wird. Der Arzt? Die Schemata des Spitals? Die Prozesse? Oder das eigene Handeln? Um sich weiterzuentwickeln und zu verbessern, müssen wir voneinander lernen. Wir sind meist offen für andere (Hebammen-) Meinungen und konstruktive Kritik. Es kommt immer darauf an, wer in welcher Form und in welchem Ton die Kritik vorbringt. Wir sollten offen sein für Neues. Ich wünsche mir, dass Hebammen ihre Arbeit offener und ehrlicher reflektieren. Es mag sein, dass dieser Austausch oft ein Ventil ist, den Ärger über die Institution loszuwerden. Es kann auch sein, dass wir Fälle mit Hebammenkolleginnen besprechen wollen, die gleich wie wir denken, die uns bestätigen in unserer Kritik an anderen. Es ist auch möglich, dass wir im Hebammenrahmen loswerden und verarbeiten möchten, was uns beschäftigt. Und immer wieder sind wir interessiert an den Fällen anderer Hebammen.
Damit wir noch mehr voneinander lernen und unseren Beruf noch professioneller ausüben können, sind Reflexionen der eigenen Tätigkeit auch in formellen Rahmen wünschenswert. Rahmen, die Raum bieten für Synthesen, Evaluationen und für Fehlerkultur. Rahmen, die uns Hebammen in unserer Individualität gerecht werden.

Dagmar Ittig

Fallbesprechungen

Ein Instrument zur Re in der Hebammenarbeit

Die im Gesundheitswesen vorherrschende Forderung nach evidenzbasierter Betreuung, integrierten Versorgungskonzepten, Qualitätssicherung und Patientenpartizipation legt auch Hebammen nahe, ihre bisherigen Arbeitsformen zu reflektieren. Fallbesprechungen sind ein Instrument, um die heutigen Versorgungsmodelle auf individueller aber auch institutioneller Ebene zu reflektieren.

Eva Cignacco

Der berufliche Alltag von Hebammen ist – sei es innerhalb wie auch ausserhalb eines Spitals – von hoher Komplexität gekennzeichnet, in welchem Hebammen täglich Verantwortung übernehmen für sehr differenzierte Denk- und Entscheidungsprozesse, die das professionelle Handeln leiten. Diese Handlungen beruhen oft auf impliziten Denkprozessen, die ein fachliches Wissen und Können voraussetzen. Trotz dieser Professionalität im Denken und Handeln sind kritische Ereignisse (bspw. Medikationsfehler, nosokomiale Infektionen) in komplexen Versorgungssystemen nicht selten (Kohn et al., 2000). Auch «Serious Adverse Events», die schwere Folgeschäden bis hin zum Tod Betroffener mit sich ziehen können, treten trotz der heute ausgeprägten medizinisch-technologischen Versorgungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen mit einer Prävalenz von 3,7% auf (Brennan et al., 2004).

Solche Ereignisse sind für beteiligte Fachpersonen sehr belastend. Bei ihrem Auftreten wird heute noch allzu oft die Frage nach dem individuellen «Selbstverschulden» gestellt und ausser Acht gelassen, dass kritische Ereignisse und «Serious Adverse Events» oftmals durch Systemfaktoren, das heisst durch Lücken und Schwächen im Organisationssystem (z.B. zu wenig Personal, unklare Kompetenzregelung usw.) verursacht werden (Reason, 2000).

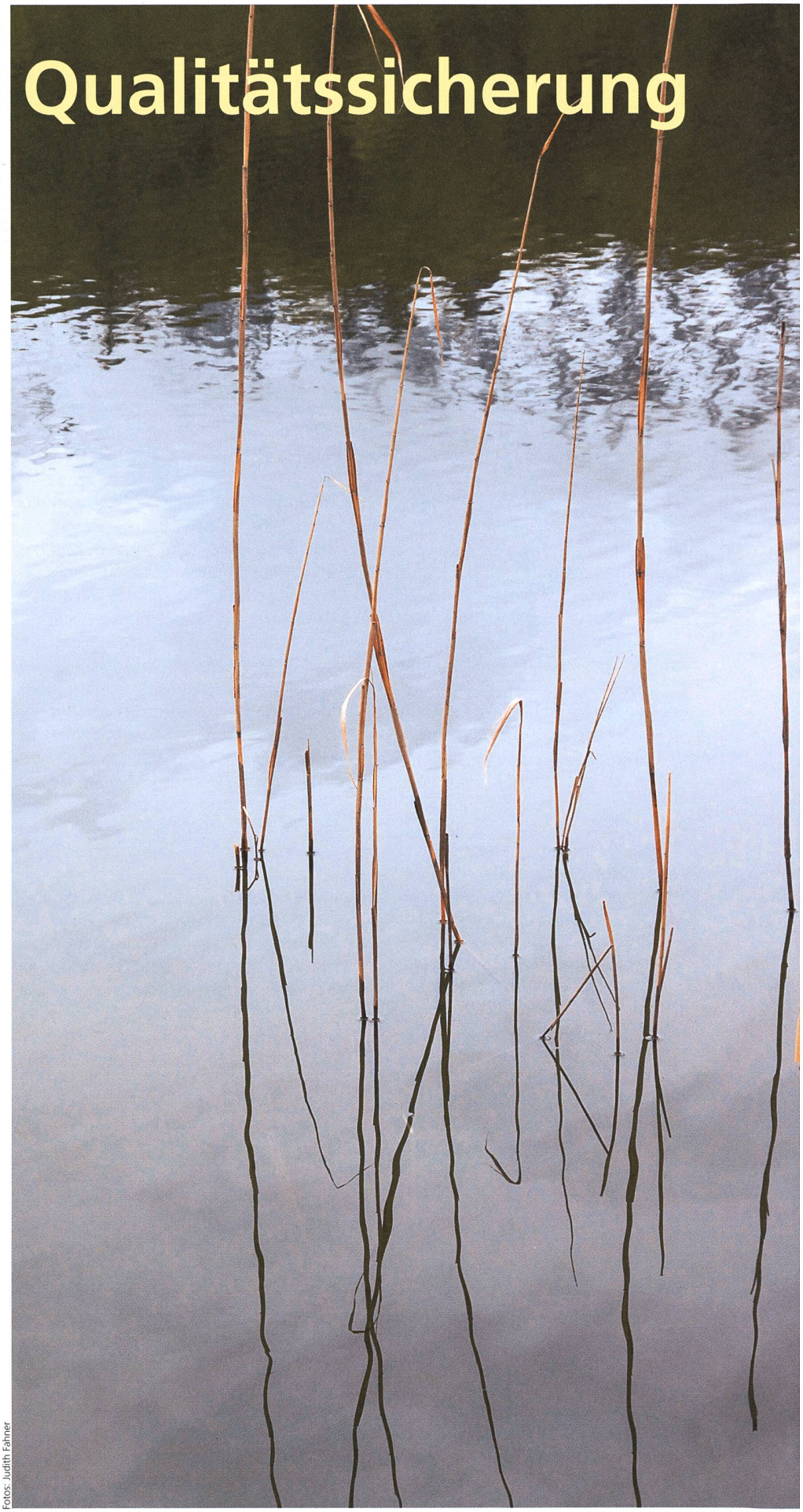
Detaillierte Prozessevaluation

Im Rahmen zunehmender Qualitätsbestrebungen in Gesundheitseinrichtungen wird das professionelle Handeln und damit verbundene mögliche negative Folgen immer deutlicher zum Gegenstand gemeinsamer Reflexion und Diskussion, der sogenannten «Reflexiven Praxis». Das Ziel gemeinsamer Reflexion ist die detaillierte Prozessevaluation, um Defizite innerhalb eines Systems zu eruieren und Verbesserungen zur Optimierung des Behandlungsprozesses abzuleiten.

In diesem Kontext ist die nun seit Jahren stattfindende Umsetzung einer konstruktiven, da lernorientierten, «Fehlerkultur» mittels des «Critical Incident Reporting Systems» (CIRS) in verschiedenen Universitätsspitälern der Schweiz zu verstehen (Staender et al., 1997; Critical Incident Re-

Dr. Eva Cignacco ist Hebamme, promovierte Pflegewissenschafterin, Fachexpertin für Geburtshilfe und forscht zu verschiedenen Aspekten des neonatalen Schmerzes. Sie arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel, und ist für den Forschungsschwerpunkt «Schmerzmanagement bei Neugeborenen» verantwortlich. Eva Cignacco verfügt über mehrjährige Erfahrung als Pflegeexpertin Geburtshilfe, wobei sie regelmässig «Fallbesprechungen» mit Teams durchführte. Sie bietet bei Anfragen im neonatologischen Setting, in der ambulanten häuslichen Geburtshilfe und in der klinischen Geburtshilfe ihre Fachexpertise für Fallbesprechungen an.
eva.cignacco@unibas.ch

flexion und Qualitätssicherung



Fotos: Judith Fahner

porting System, 2009). Das CIRS soll einen positiven Umgang mit kritischen Ereignissen ermöglichen, in welchem durch die gemeinsame Analyse Prozesse optimiert und die Handlungskompetenz einzelner sowie ganzer Teams gefördert werden. Auch die Stiftung für Patientensicherheit in der Schweiz hat ein Vorgehen zur Systemanalyse klinischer Zwischenfälle publiziert (Stiftung für Patientensicherheit, 2007).

Aus diesem Grunde gewinnt auch das Thema der Fallbesprechung mit wachsenden Qualitätsanforderungen der Kostenträger zunehmend an Bedeutung. In Deutschland beginnen mehr und mehr Einrichtungen das Instrument der «pflegerischen Fallbesprechung» einzuführen. Diese Form der «Reflexiven Praxis» in Form eines regulären Angebotes einer Gesundheitseinrichtung ist für die Hebammenarbeit selbst noch nicht weit verbreitet.

Reflexion der eigenen Hebammenarbeit – noch keine Selbstverständlichkeit

Erfahrungen der Autorin zeigen, dass Hebammen mit einem ausgeprägt impliziten Berufsverständnis arbeiten, in welchem die individuell betreuten Frauen und Familien im Vordergrund stehen. Hebammen vollziehen ihre Handlungen mit einer gewissen Selbstverständlichkeit. Die Evidenzbegründung einzelner Handlungen und deren Einbettung in eine soziale wie auch gesundheitspolitische Perspektive (z.B. Public Health) fallen den meisten Hebammen aber schwer. Auch verfügen sie selten über ein übergreifendes Verständnis, welches die Handlungen in ein institutionelles Konzept der Qualitätssicherung und -entwicklung einzubetten vermag. So sind Hebammenleistungen stark von jeder individuellen Hebamme geprägt, was hinsichtlich inkonsistenter Informationsvermittlungen bei betreuten Frauen nicht selten zu Beanstandungen und Unzufriedenheit mit dem Betreuungssystem führt. Die eigene Arbeit, das eigene Handeln sowie empfundene Belastungsmomente kritisch zu durchleuchten und einer gemeinsamen Diskussion zu unterbreiten, sind sich viele Hebammen sowie Hebammenteams nicht gewohnt.

Denk- und Entscheidungsprozesse aus der «impliziten Selbstverständlichkeit» herauszuholen und explizit darzulegen, diese

FALLBESPRECHUNG

Prozessschritte und Fragen

1. Vorbereitungsphase vor der Fallbesprechung
Hebammen, die eine schwierige oder belastende Betreuungssituation erlebt haben, melden den «Fall» der zuständigen Person für Fallbesprechungen. In den Spitälern ist dies in der Regel die Qualitätsbeauftragte oder eine Pflegeexpertin mit abgeschlossenem Masterstudium. In der freien Praxis kann dies eine von freipraktizierenden Hebammen gewählte Vertrauensperson sein. Der Fall wird kurz mündlich erläutert und mit der zuständigen Person in ihrer Relevanz für eine gemeinsame Fallanalyse besprochen. Die Hebamme wird in der Folge gebeten, in Vorbereitung auf die gemeinsame Fallbesprechung den Fall auf max. einer A4 Seite zu dokumentieren. Die Dokumentation dient einer ersten Rekapitulierung des Geschehens und der Ordnung der Gedanken. Dieser schriftliche Teil dient als Grundlage für die Problembeschreibung an der eigentlichen Fallbesprechung.

2. Problembeschreibung durch betroffene Hebamme (5 Minuten)
Die Situation wird aufgrund des schriftlichen Dokumentes von der Hebamme mündlich vorgestellt. Es können in dieser Phase Klärungsfragen gestellt werden.

3. Analysephase: Erste Hypothesenbildung zur Problematik/Problemursachen, Formulierung von Annahmen durch betroffene Hebammen und anschliessende Diskussion mit allen Anwesenden (zirka 10 Minuten)
Die Gesprächsleitung stellt folgende Frage: «Was ist aus deiner (betroffene Hebamme) Sicht das vordergründige Problem?» Ziel dieser Frage ist es, vorhandenes Wissen abzurufen, vorhandene Evidenzen einbeziehen und/oder allfällige Wissenslücken formulieren zu lassen.
Anschliessend wird der Kreis geöffnet und die Anwesenden gefragt, was aus ihrer Sicht das vordergründige Problem in der geschilderten Situation sei. Dabei steht das Interesse im Vordergrund, ob die Situation von anderen Hebammen allenfalls unterschiedlich wahrgenommen wird/wurde oder noch weitere Informationen durch Mitbeteiligte eingebracht werden können.

4. Gemeinsame Formulierung primärer und sekundärer Hebammendiagnosen/med. Diagnosen (Förderung diagnostischer Prozess) und Ableitung der notwendigen Interventionen
(5 Minuten)
Gemeinsame Formulierung primärer Diagnosen (medizinische, hebammenspezifische, psychosoziale), das heisst des hauptsächlichen Problems in der konkreten Situation, das durch Hebammenarbeit beeinflusst werden kann. Hier sollte auf geburtshilfliche/hebammenrelevante Termini geachtet und bestehende Klassifikationen wie beispielsweise Hebammendiagnosen (Georg & Cignacco, 2006) oder Pflegediagnosen nach NANDA (Doenges et al., 2002) verwendet werden. Gemeinsame Formulierung sekundärer Diagnosen (medizinische, hebammenspezifische, psychosoziale), das heisst eines prominenten, aber nicht im gleichen Masse dringlichen Problems wie die primäre Diagnose. Dieser Schritt soll dazu verhelfen, in komplexen Situationen die primär notwendigen Entscheidungen für die Behandlung zu treffen und die Prioritäten für das professionelle Handeln zu setzen.

5. Gemeinsame Überprüfung/Diskussion über im konkreten Fall erfolgte Interventionen (Reflexion)
(10 Minuten)
Folgende Fragen sollen hier zur Diskussion anregen:
- Mit welchem Ziel habe ich welche Intervention durchgeführt?
- Zu welchem Ergebnis (Outcome) hat diese Intervention geführt?
- Wie habe ich die Wirksamkeit der Intervention überprüft?
- Welche weiteren Interventionen waren notwendig/wären notwendig gewesen?
- Was hat zu einer positiven Beeinflussung des Ergebnisses geführt?
- Was hat zum «nachteiligen» Ergebnis geführt?
- Elemente der «Patientinnensicherheit»? Elemente der «PatientInnenzufriedenheit»?

6. Diskussion über im konkreten Fall erzielte Ergebnisse sowie über erwünschte Ergebnisse (Outcome)
(10 Minuten)
Folgende Fragen sollen das kritische Denken anregen:
- Was waren die Folgen meines Handelns?
- Was konnte ich erreichen?
- Was hätte ich erreichen können/wollen?
- Ist ein «kritisches Ereignis» eingetreten?
- Wenn ja, welches, und wie wurde darauf reagiert?

7. Synthese: Überprüfung der ersten Hypothesen, der gestellten Hebammendiagnosen und -interventionen, sowie Reflexion des Prozessverlaufs
(10 Minuten)
- Hat die erste Analyse ihre Richtigkeit?
- Haben die ursprünglich gestellten Diagnosen ihre Richtigkeit?
- Auf welchen theoretischen Grundlagen basierten meine Annahmen, Interventionen?
- Welche Faktoren haben meine Interventionen beeinflusst?
- Welche Faktoren haben die Ergebnisse massgeblich beeinflusst?
- Wie hängen die Faktoren allenfalls zusammen?

8. Schlussfolgerung (Reflexion, Lernprozesse die noch zu vollziehen sind)
(10 Minuten)
- Was folgere ich aus dem Geschehen?
- Verfüge ich über genügend Wissen, um in Zukunft mit ähnlichen Situationen kompetent umzugehen?
- Was weiss ich, was weiss ich noch nicht?
- Was kann für die Hebammenarbeit gefolgert werden?
- Was nehme ich als «Take Home-Message» aus dieser Fallbesprechung mit?

zu beschreiben, sozusagen «zur Sprache zu bringen» und einem analytischen Prozess und Reflexion zu unterziehen, ist Teil zunehmender Qualitätsbestrebungen in Gesundheitseinrichtungen. Fallbesprechungen stellen neue Anforderungen an LeistungserbringerInnen im Gesundheitswesen und sind auch für Hebammen sicherlich ein wichtiges Instrument zur Entwicklung der professionellen Hebammenarbeit und zur Festigung ihrer Kompetenzen. Erfahrungen zeigen, dass Fallbesprechungen unter Hebammen oft negativ konnotiert sind: Sehr oft wird darunter eine «Massregelung» Einzelner verstanden. Fallbesprechungen dienen jedoch dem Zweck der «Reflexiven Praxis», das heisst, das professionelle Handeln und seine Auswirkungen wie auch begünstigende und verhindernde Systemfaktoren sollen im Mittelpunkt der Analyse und Diskussion stehen, und weniger das «individuelle Versagen» einer einzelnen Hebamme.

Fallbesprechungen – unverzichtbares Instrument der Prozessevaluation

Fallbesprechungen sind in den Disziplinen Medizin, Jurisprudenz, Sozialarbeit und Psychologie ein in der Praxis häufig angewandtes Instrument des gemeinsamen kritischen Denkens. Durch Fallbesprechungen im Gesundheitswesen wird die strukturierte Orientierung von Handlungen an den Behandlungs- und Pflegeprozess gefördert. Auch können Fallbesprechungen den bestehenden heutigen Forderungen nach evidenzbasiertem professionellem Handeln gerecht werden, zumal gemeinsame Analysen von Situationen auf Wissenslücken hindeuten oder überholte Praktiken erhellen, die einer Anpassung bedürfen. Demzufolge sind Fallbesprechungen heute auch in der Geburtshilfe ein unverzichtbares Instrument der Prozessevaluation mit dem Ziel, die perinatale Versorgung von Frauen, Kindern und deren Familien zu optimieren und eine interdisziplinäre Arbeitsweise im gesamten Behandlungsprozess zu fördern.

Ziele der Fallbesprechung

Die Ziele von Fallbesprechungen sind auf zwei Ebenen anzusiedeln: Zum einen dienen Fallbesprechungen dazu, die Kompetenzen von Hebammen zu erweitern, um sich mit stetigem Wissenszuwachs in einem bestimmten Fachgebiet zurecht zu finden. Zum anderen bilden Fallbesprechungen ein Instrument der institutionellen Qualitätssicherung und -entwicklung.

Ziele in Bezug auf die *Kompetenzentwicklung* von Teilnehmenden:

- Wissenszuwachs in Bezug auf konkrete und komplexe Behandlungssituationen. Dabei soll eine strukturierte Vorgehensweise in komplexen Situationen reflektiert werden, mit dem Ziel, zukünftige vergleichbare Situationen mit dem erworbenen Wissen und gefestigter Kompetenz optimal bewältigen zu können.
- Das Wissen wird verknüpft mit der Fähigkeit, gezielt wahrzunehmen, die Wahrnehmung in Sprache zu fassen und schriftlich zu dokumentieren.
- Die Analysefähigkeit in Bezug auf Behandlungsprobleme wird gefördert.
- Aktive Unterstützung von Problemlösungen/Handlungsweisen, die evidenzbasiert sind.
- Wissensdefizite sollen entdeckt und die benötigte Weiterbildung eines Individuums oder eines ganzen Teams eruiert werden.
- Kompetenz im Umgang mit vorhandener Fachliteratur in Bezug auf eine besprochene Thematik wird erworben.
- Das kritischen Denken in der Hebammenarbeit wird gefördert (Greenwood, 2000; Müller-Staub, 2002).

Ziele in Bezug auf die *Qualitätssicherung und -entwicklung* einer Institution:

- Fallbesprechungen führen durch die strukturierte Vorgehensweise zu einer Optimierung von Behandlungsprozessen, beispielsweise durch die Formulierung angestrebter und realistischer Behandlungsergebnisse oder das Ausarbeiten detaillierter Behandlungspläne in komplexen Situationen.
- Die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den verschiedenen involvierten Akteuren und Akteurinnen (med. Dienst, Zuweisende, Physiotherapie, Stillberaterinnen, Mütterberaterinnen, Sozialdienste usw.) wird gefördert.
- Belastende Situationen können bearbeitet werden und zu einer Entlastung führen. Dieser konstruktive Umgang mit herausfordernden Situationen begegnet einer Hilflosigkeit der Hebammen gegenüber komplexen Behandlungssituationen und steigert damit die Kompetenz im Umgang mit herausfordernden Situationen.
- Es wird ein positiver und offener Umgang mit kritischen Ereignissen bei Behandlungsabläufen im Sinne einer «Lernkultur» erschaffen, die es der individuellen Hebamme und dem Hebammenteam ermöglichen, aus «Fehlern» zu lernen und mit gefestigter Kompetenz die weitere Arbeit zu vollbringen.

Organisation und Struktur von Fallbesprechungen

Jede geburtshilfliche Einrichtung sollte in Anbetracht der oben erwähnten Entwicklungen im Rahmen der Qualitätsbestrebungen über die Möglichkeit von Fallbesprechungen verfügen. Auch freipraktizierende Hebammen haben die Möglichkeit, sich als Gruppe zu organisieren, um gemeinsame Fallbesprechungen durchzuführen. Die Erfahrung der Autorin während ihrer Arbeit in einem Universitätsspital zeigte, dass für jedes Team (Wochenbett, geburtshilfliche Sprechstunde, Geburtsstation usw.) mindes-

tens alle zwei Monate eine geplante Fallbesprechung stattfinden sollte. Für Situationen, die «ad hoc» von Hebammen als schwierig erlebt werden, sollte die Möglichkeit bestehen, eine möglichst «alltagsnahe» Fallbesprechung durchzuführen, um den aktuellen Behandlungsprozess noch beeinflussen zu können.

Phasen einer Fallbesprechung

Die Fallbesprechung selbst beinhaltet verschiedene Phasen und sollte nicht länger als eine Stunde dauern. Die vorgestellte Form der Fallbesprechungen orientiert sich an den Elementen des Pflegeprozesses (Fiechter & Meier, 1992) und wurde von der Autorin durch jahrelange praktische Erfahrung selbst in der vorliegenden Form modifiziert (Cignacco, 2002):

1. Vorbereitungsphase vor der Fallbesprechung
2. Problembeschreibung durch betroffene Hebamme
3. Analysephase: Erste Hypothesenbildung zur Problematik/Problemursachen, Formulierung von Annahmen durch betroffene Hebamme und anschliessende Diskussion mit Anwesenden
4. Gemeinsame Formulierung von primären und sekundären Hebammendiagnosen/med. Diagnosen (Förderung diagnostischer Prozess) und Ableitung der notwendigen Interventionen
5. Gemeinsame Überprüfung/Diskussion über im konkreten Fall erfolgte Interventionen (Reflexion)
6. Diskussion über im konkreten Fall erzielte Ergebnisse, sowie erwünschter Ergebnisse (Outcome)
7. Synthese: Überprüfung der Hypothesen, über Hebammendiagnosen – und interventionen, sowie über den Prozessverlauf
8. Schlussfolgerung (Reflexion, Lernprozesse die noch zu vollziehen sind)

Im Kasten *(siehe Seite 6)* werden die einzelnen Prozess-Schritte und die dazugehörenden Fragen beschrieben.

Leitung von Fallbesprechungen

Die Leitung von Fallbesprechungen bedarf hoher Fach- und Sozialkompetenz und einer sehr strukturierten Gesprächsführung. Die Gesprächsleitung muss in den Teams eine hohe Akzeptanz haben, um offene und transparente Diskussionen, auch über schwierige Anteile der Hebammenarbeit, zu ermöglichen. Es ist vorteilhaft, wenn im Prozess nicht involvierte Personen diese Fallbesprechungen führen, damit die notwendige Objektivität bewahrt bleibt. Dies könnten beispielsweise Hebammen mit Funktionen als Qualitätsbeauftragte, Hebammen in der Rolle als Pflegeexpertinnen oder als sogenannte «Advanced Nurse Practitioners» (ANP) (De Geest et al., 2008) sein, die über einen Masterabschluss verfügen. Die Gesprächsleitung muss über die Fähigkeit verfügen, individuell erlebte Situationen in einen gesundheitspolitischen oder theoretischen Kontext einzubetten, Handlungen auf ihre Evidenzbasierung zu beurteilen und Wissensdefizite zu erkennen und so zu formulieren, dass sie auch von den Teams als solche anerkannt werden.

Förderung einer reflexiven Hebammenpraxis durch systematische Fallbesprechung

Mit der heutigen im Gesundheitswesen vorherrschenden Forderung nach evidenzbasierter Versorgung, integrierten Versorgungskonzepten, Qualitätssicherung und Patientenpartizipation sind auch Hebammen dazu veranlasst, ihre bisherigen Versorgungsformen zu reflektieren. Die Anforderungen an den Hebammenberuf stehen zudem in einer hohen Abhängigkeit zum gesellschaftlichen Kontext, aus dem heraus Hebammenarbeit von den aktuellen Bedürfnissen von Frauen und deren Familien abgeleitet wird.

Fallbesprechungen sind ein Instrument, um die heutigen Versorgungsmodelle auf individueller aber auch institutioneller Ebene zu reflektieren. Die Durchführung regelmässiger Fallbesprechungen fördert eine Kultur des gegenseitigen Lernens, in welcher keine Schuldzuweisungen, sondern gegenseitige Wertschätzung und gemeinsame Lernprozesse zur Verbesserung der Hebammenpraxis ihren Platz haben. Sie heben wichtige Faktoren hervor, welche die Handlungsweise von Hebammen beeinflussen (persönliche, systemische, organisatorische, interaktive). Zudem helfen sie, den dringend notwendigen Blick über den eigenen «Tellerrand» hinaus zu werfen und durch eine interdisziplinäre Vorgehensweise die perinatale Versorgung von Frauen und ihren Familien zu optimieren. ◀

Originalartikel

Literaturangaben

Brenna T.A. et al.: Incidents of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I, Qual Saf Health Care, 2004; 13: 145–152.

Cignacco E.: Fallbesprechungen in der Geburtshilfe, Frauenklinik Inselspital Bern, 2002 (unveröffentlichtes Manuskript).

Critical Incident Reporting System. Lernen aus Zwischenfällen. www.cirs.ch (download, 28. 4. 2009).

De Geest S. et al.: Introducing Advance Practice Nurses/Nurse Practitioners in health care systems: a framework for reflection and analysis. Swiss Medical Weekly, 2008; 138 (43–44): 621–8.

Doenges M., Moorhouse M.F., Geissler-Murr A.C. (2002): Pflegediagnosen und Massnahmen. 3. Auflage. Verlag Hans Huber Bern.

Fiechter V., Meier M.: Pflegeplanung. Eine Anleitung für die Praxis. Recom Verlag, 8. Auflage 1992.

Georg J., Cignacco E.: Hebammendiagnosen und deren Bedeutung für die Professionalisierung des Hebammenberufes. In: Cignacco E. (Hrsg.): Hebammenarbeit. Assessment, Diagnosen und Interventionen bei (patho)physiologischen und psychosozialen Phänomenen. Verlag Hans Huber, Bern, 2006.

Greenwood J.: Critical thinking and nursing scripts: the case for the development of both. Journal of Advanced Nursing, 2000, 31 (2): 428–436.

Kohn L.T. et al.: To err is human: Building a safer Health System. Washington, DC: National Academy Press 2000.

Müller-Staub M.: Auswertungen Fallbesprechungen. Ausbildungszentrum Insel, Bern 2002 (unveröffentlichtes Dokument).

Reason J.: Human error: models and management. British Medical Journal, 2000; 320: 768–70.

Staender S. et al.: The anaesthesia critical incident reporting system: an experience based database. International Journal of Medical Informatics, 1997; 47: 87–90.

Stiftung für Patientensicherheit (Hrsg.): Taylor-Adams S., Vincent C.: Systemanalyse klinischer Zwischenfälle. Das London-Protokoll, 2007, Zürich, www.patientensicherheit.ch (download, 28.4.2009).