

**Zeitschrift:** Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

**Herausgeber:** Schweizerischer Hebammenverband

**Band:** 86 (1988)

**Heft:** 7-8

**Artikel:** 95e Congrès de l'Association suisse des sages-femmes

**Autor:** Brügger-Cergneux, Marianne / Schulthess, Marie-Françoise / Schneider, H.

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-951036>

### **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:** 10.08.2025

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

# Soleure 1988: 95<sup>e</sup> Congrès de l'Association suisse des sages-femmes

Par Marianne Brügger-Cergneux, sage-femme, membre de la commission du journal.

## L'assemblée des déléguées 1988

En attendant la parution du procès-verbal, j'aimerais vous informer des principaux objets traités par les quelque 70 déléguées, représentant 87 mandats.

Les **rapports annuels 1987** ainsi que les **comptes** ont été acceptés.

Les déléguées se sont ralliées à la proposition du Comité central pour la **répartition des bénéfices 1987**: le bénéfice de la caisse centrale reste à la caisse centrale, celui du journal reste dans la caisse du journal.

Les **budgets 1988** ont également été acceptés, de même que la proposition visant à donner une **indemnité** plus équitable aux membres du Comité central.

Les déléguées ont entériné de nouveaux **règlements**, mieux adaptés aux statuts et à la situation actuelle, pour la Commission de formation continue et la Commission du journal.

**Elections.** Vous l'avez lu dans l'éditorial, les déléguées n'ont pas élu Mme Marie-Noëlle Bovier au poste de présidente. Mme Irene Lohner a été brillamment élue vice-présidente.

Pour remplacer Mmes Erika Balmer et Vreni Huser, démissionnaires, et porter à 9 (au lieu de 7) l'effectif du Comité central, les déléguées ont élu Mmes Barbara Aeschbacher, Francesca Coppa, Ruth Jucker et Anne-Marie Mettraux. Ces 4 collègues, apportant une riche moisson d'expériences professionnelles les plus diverses, rejoignent au Comité central Mmes Marie-Noëlle Bovier, Ruth Brauen, Erika Grünenfelder, Irene Lohner et Marie-Claude Monney. Mmes Balmer et Huser ont été chaleureusement remerciées pour tout ce qu'elles ont apporté à l'Association par leur travail et leur grand engagement.

Pour la Commission d'entraide, il fallait également remplacer deux membres démissionnaires, Mmes Anni Bucher et Hanni Lerch. Les déléguées ont élu Mmes Renée Bally et Blandine Zufferey qui assureront la gestion du fonds d'entraide en compagnie de Mme Hanni Schwab.

Le mandat de Mme Veronika Vogel, membre de la Commission du journal, arrivait à échéance. Mme Vogel a été réélue.

La rédaction félicite chaleureusement les nouvelles élues et leur souhaite beaucoup de succès et de satisfaction dans l'exercice de leurs fonctions.

Il est de tradition qu'une section présente son **rapport** à l'Assemblée des déléguées. Cette année, c'était le tour de la section d'Argovie, fondée en 1904, et qui compte aujourd'hui 102 membres. Mme Rita Roth rappela les grands événements du passé et décrit la situation actuelle des sages-femmes argoviennes.

La section de Berne avait présenté une motion demandant l'établissement d'un **programme-cadre pour la réinsertion professionnelle** des sages-femmes. Selon les motionnaires, il faut établir un tel programme au niveau de l'Association. Il pourrait être repris et utilisé par les sections selon leurs besoins. En effet, de nombreux postes de

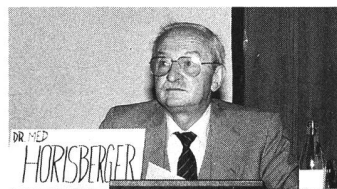
sages-femmes sont vacants dans tout le pays, alors que bien des sages-femmes hésitent à reprendre une activité professionnelle, faute d'un cours de recyclage qui leur donne les connaissances et l'appui nécessaires pour ce nouveau départ.

Un groupe de travail, réunissant des représentantes des sections, de la Commission de formation continue et du Comité central, va se mettre à la tâche.

Pour le **Congrès 1989**, la section Vaud-Neuchâtel est déjà au travail et se réjouit de nous accueillir, vraisemblablement à Yverdon. Rendez-vous donc à l'année prochaine!

Marianne Brügger

## Journée de perfectionnement sur le thème



## «La sage-femme en l'an 2000»

Conscientes de l'importance de l'enjeu, environ 300 sages-femmes sont accourues à Soleure pour cette journée. La traduction simultanée a permis à chaque participante de suivre les divers exposés et interventions dans la langue de son choix. Après l'introduction par Monica Herzig et Lorenza Bettoli, membres de la Commission de formation permanente, le **Docteur B. Horisberger**, médecin cantonal saint-gallois, fut le premier à prendre la parole. Le Dr. Horisberger dirige à Saint-Gall un institut de recherche sur la santé (IFZ). J'aimerais vous résumer son exposé qui a captivé l'auditoire.

### L'explosion des coûts dans le domaine de la santé

#### Le titre

Le Dr. Horisberger préfère parler d'augmentation plutôt que d'explosion: le phénomène n'est pas si nouveau.

#### Les coûts de la santé

ne se définissent pas seulement en termes d'argent. Il faut distinguer

- l'utilisation de moyens, tels que travail, services, objets, argent;
- l'appel à des prestations pour la prévention, la guérison, le maintien de la santé;

c) le prix à payer pour l'utilisation de biens: consultations, hospitalisation, médicaments.

#### Qui paie?

L'individu, les caisses-maladie, les pouvoirs publics. Pour ne citer que quelques chiffres: de 1955 à 1984, la part des dépenses totales consacrée par les pouvoirs publics à la santé a passé pour la Confédération de 2,4% à 3,9%; pour les cantons, de 14,3% à 17%; pour les communes, de 5% à 14,4%.

# Elections / Wahlen



De gauche à droite: M.-C. Monney, M.-N. Bovier, E. Balmer, E. Grünenfelder, R. Brauen, I. Lohner (vice-présidente nouvellement élue), V. Huser (quitte le Comité central).  
V.l.n.r.: M.-C. Monney, M.-N. Bovier, E. Balmer, E. Grünenfelder, R. Brauen, I. Lohner (neugewählte Vizepräsidentin), V. Huser (aus dem Zentralvorstand zurückgetreten).



Irene Lohner remet des fleurs à Erika Balmer en remerciement des services rendus.  
Irene Lohner überreicht Erika Balmer Blumen zum Dank für die geleisteten Dienste.



Assemblée des délégués.  
Delegiertenversammlung.



Veronika Vogel-Metzker (réélue à la Commission du journal).  
Veronika Vogel-Metzker (wiedergewählt in die Zeitungskommission).



De gauche à droite: Francesca Coppa, Anne-Marie Mettraux, Ruth Jucker (nouvellement élues au Comité central, manque Barbara Aeschbacher).  
V.l.n.r.: Francesca Coppa, Anne-Marie Mettraux, Ruth Jucker (neu gewählte Mitglieder in den Zentralvorstand, wobei Barbara Aeschbacher fehlt).



De gauche à droite: Blandine Zufferey et Renée Bally (nouveaux membres de la commission d'entraide).  
V.l.n.r.: Blandine Zufferey, Renée Bally (Unterstützungskommission).

Liebe Kolleginnen wie Ihr an den Bildern unschwer erkennen könnt, sind der Zentralvorstand und die Unterstützungskommission wieder komplett. Doch das Wichtigste fehlt: die Präsidentin des Zentralvorstandes. Frau Marie-Nöelle Bovier verfehlte das absolute Mehr knapp, und so steht der Hebammenverband vor ei-

ner unangenehmen Situation. Das sollte uns allen zu denken geben! Wenn wir ein aktiver Verband bleiben wollen, müssen wir uns engagieren, und zwar nicht nur eine Handvoll Hebammen, die dann dauernd überlastet sind, nein, der Verband muss unser Anliegen sein, denn nur er kann unsere gemeinsamen Interessen vertreten!

Noch an der Delegiertenversammlung wurde eine Arbeitsgruppe gebildet, deren Aufgabe es ist, Kandidatinnen für das Amt der Präsidentin zu suchen. Es gibt viele Talente, die im Verborgenen blühen. Darum denkt daran: Es braucht immer Hebammen, die in vorderster Front mitkämpfen ...

sf

De 1966 à 1985 les dépenses des caisses-maladie ont passé de 1235 à 8416 millions de francs.

### Pourquoi les coûts augmentent-ils?

A cause de l'évolution des structures (toujours plus de médecins, de lieux de traitement, de personnes âgées, de risques pour la santé) et de l'évolution des prestations (davantage de prestations spécialisées, d'hospitalisations). Les résultats s'améliorent-ils dans la même proportion?

### Les risques menaçant la santé

augmentent sans cesse. N'oublions pas que

- les risques encourus volontairement par l'individu ne doivent pas être supportés par la collectivité;
- les risques auxquels l'individu ne peut échapper doivent être pris en charge par la collectivité.

### Venons-en aux soins obstétricaux

Au cours des 20 dernières années, l'évolution de l'obstétrique a produit une diminution de la mortalité infantile et des complications, ainsi qu'une augmentation des coûts.

Il est important d'évaluer les résultats de façon objective et systématique pour pouvoir mettre en balance les coûts et les bénéfices. Cependant cette évaluation n'est rationnellement possible que dans certains cas bien précis.

Par ailleurs, l'évaluation systématique permet de mettre en lumière les différences régionales. Citons l'exemple du taux de mortalité infantile entre 1979 et 1982: pour une moyenne suisse de 8,7‰, on trouve selon les régions du pays des taux allant de 2,6‰ à 19,5‰!

Des statistiques, il ressort aussi clairement que le taux de mortalité infantile est inversement proportionnel au poids de naissance. D'où l'importance de la surveillance prénatale. Il s'agit de reconnaître les femmes qui risquent le plus de mettre au monde des enfants de trop petit poids.

La surveillance prénatale permet de faire des économies:

- moins de traitements sophistiqués,
- diminution de la mortalité infantile,
- moins de cas d'invalidité.

### Perspectives

L'augmentation des coûts va continuer, dans le secteur de la santé comme dans les autres secteurs de l'économie. Le freinage des coûts n'est pas un but en soi. N'oublions pas les bénéfices de cette évolution!

Où se situent les problèmes majeurs?

- au niveau des structures de prévention?
- au niveau des procédés de prévention?
- au niveau de la médecine de pointe?

Quelles sont les possibilités de la sage-femme?

- pendant la grossesse?
- lors de l'accouchement?
- après la naissance?

Quels sont les buts concrets à atteindre?

- diminution des coûts?
- amélioration des prestations?
- ou les deux à la fois?

### En bref:

- il faut fixer des objectifs;
- il faut surveiller la réalisation de ces objectifs;
- la qualité doit correspondre aux moyens engagés.

### Conclusion

Le domaine où l'on peut réaliser les plus grands progrès dans ce sens est le domaine de la prévention, surtout de la prévention précoce. A ce propos, un exemple: on a pu prouver pendant les 3 premiers mois de la grossesse produit de meilleurs résultats que l'argent investi dans les 3 premiers jours de vie!

Cela souligne l'importance du secteur extra-hospitalier. Malheureusement, celui-ci présente des défauts, entre autres l'existence de structures proches ou ressemblantes qui font double emploi et qui se concurrencent.

La solution: moins de discussions, moins d'institutions, et plus de cœur!

M.B.

Le deuxième exposé fut celui de Mme Susanne Houd. Nous en reproduisons le texte ci-après. Mme Houd, sage-femme danoise, travaille au Ministère de la santé de son pays, et est également conseillère temporaire de l'OMS.

La principale source de renseignements utilisée par Mme Houd est une publication de l'OMS, déjà parue entre autres en anglais et en allemand («Wenn ein Kind unterwegs ist»). Cette publication devrait être également disponible en français à partir de juillet 1988, sous le titre «Un bébé en Europe». Vous pouvez l'obtenir auprès des Editions Hans Huber S.A., Länggassstrasse 76, 3012 Berne.

M.B.

## Etre sage-femme en Europe

par Susanne Houd, sage-femme, Danemark

### Définition de la sage-femme



La définition de la sage-femme adoptée par la Confédération internationale des sages-femmes et la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique, en 1972 et 1973 respectivement, modifiée par l'Organisation mondiale de la santé en 1986, est la suivante:

«La sage-femme est une personne qui, après avoir été régulièrement admise à un programme de formation de sages-femmes dûment homologué dans le pays où il est réalisé, a achevé avec succès les cours prescrits de sages-femmes et acquis les qualifications nécessaires pour être immatriculée comme sage-femme ou légalement autorisée à exercer la profession de sage-femme.

Elle doit être capable d'assurer la supervision, de donner les soins et les conseils

nécessaires aux femmes pendant la grossesse, le travail et le post-partum, d'effectuer des accouchements sous sa propre responsabilité et de s'occuper du nouveau-né et du nourrisson. Ces soins comprennent des mesures préventives, la détection d'infections anormales chez la mère et l'enfant, la fourniture d'une assistance médicale et l'application de mesures d'urgence en l'absence d'aide médicale. Elle joue un rôle important en matière de conseil et d'éducation pour la santé, non seulement pour les patients, mais aussi au sein de la famille et dans la collectivité. Son travail devrait comporter l'éducation prénatale et la préparation à la parenté et il couvre certains domaines de la gynécologie, de la planification familiale, et des soins infantiles. Elle peut exercer dans des hôpitaux, des cliniques, des centres de santé à domicile, ou dans tous autres services.»

La principale conclusion de la publication intitulée «Avoir un bébé en Europe» est qu'il y a une grande différence, dans les

pays d'Europe, entre les soins qui sont recommandés et ceux qui sont effectivement dispensés. Nous nous intéresserons dans ce qui suit aux sages-femmes en Europe, en examinant les lieux et les modalités d'exercice de leur profession, les différences existant d'un pays à l'autre, et les conséquences que cela peut avoir pour le «produit» de leur travail, à savoir l'enfant et, au-delà, sa famille.

## Législation

Jusqu'au début du 20<sup>e</sup> siècle, il n'y avait, dans la plupart des pays, aucune législation concernant le travail des sages-femmes. Les premières dispositions ont été prises en Autriche, en Suède et en Norvège en 1801, en France en 1803, en Belgique en 1818, en Union soviétique, aux Pays-Bas et en Allemagne en 1865, en Angleterre et au Pays de Galles en 1902. Déjà, il y avait des différences dans ce que les sages-femmes étaient autorisées à faire. Il semble que dans les pays où il y a pénurie de médecins et d'auxiliaires de santé, ce soient les sages-femmes sans formation qui fassent encore les accouchements, et que dans les pays où les services de santé publique sont bien développés, les accouchements sont de plus en plus pratiqués par des médecins, les quelques exceptions étant le Danemark, la France et la Suède.

On observe dans certains pays un phénomène très intéressant, à savoir que les activités des sages-femmes ne sont pas seulement décrites dans les lois édictées par les autorités nationales, mais qu'elles sont soumises aussi aux règlements des établissements locaux. Ces règlements sont le plus souvent rédigés dans un sens restrictif par ceux qui donnent les consultations, et les sages-femmes n'ont en général pas leur mot à dire. Il semble que les règlements locaux sont d'autant plus stricts, dans les pays d'Europe, que le niveau de développement est élevé. Une question amplement débattue est de savoir quand il faut un médecin pour un accouchement, et il semble là encore que plus le pays est développé et plus le médecin est appelé tôt – peut-être simplement parce qu'il est disponible. Il faut aussi mentionner le problème de l'accouchement à domicile, considéré parfois comme la norme et parfois comme un acte quasi criminel s'il n'y a pas de médecin présent. Notre étude a révélé que les sages-femmes sont légalement habilitées à participer aux soins pendant la grossesse dans 22 pays sur 23, et qu'elles y participent effectivement dans 19 pays. Il existe dans presque tous les pays des règlements ou des recommandations concernant le partage des responsabilités des soins pendant la grossesse entre les sages-femmes et les médecins. Nous verrons plus

loin ce qu'il en est en réalité. Il y a une tendance à modifier les règlements dans un sens: plus il y a d'obstétriciens et plus augmente le nombre de visites recommandées aux obstétriciens. Cela est vrai en particulier dans les pays où intervient une transaction monétaire entre le client et le médecin. La plupart des pays adoptent la définition de l'OMS en théorie et dans leur législation. C'est au niveau local (c'est-à-dire dans les établissements) que les règlements restreignent, sans exception, le domaine de compétence des sages-femmes, sous l'effet, apparemment, de deux facteurs, d'une part, le nombre de médecins dans le pays en question, d'autre part, l'aspect financier – c'est-à-dire le paiement des actes.

## Le nombre de sages-femmes

Comment varient les effectifs de sages-femmes? Il y a une concentration élevée dans les pays à système de santé monopoliste et une concentration minimale dans les pays à système pluraliste. On peut en déduire que, dans les pays à système pluraliste, le médecin joue un rôle clé dans les soins au cours de la période périnatale.

## Le problème de la formation et la pénurie de sages-femmes

La moitié environ des sages-femmes exercent sans avoir reçu de formation, l'autre moitié a une préparation venant s'ajouter à une formation d'infirmière. Les lois et les règlements applicables sont encore très différents selon les pays. En Belgique, par exemple, une élève sage-femme doit avoir effectué elle-même 100 examens prénatals et 30 accouchements au cours de l'année de formation pratique. En Norvège et au Danemark, elle doit assister et participer à 50 accouchements au moins. Il y a un vaste débat dans toute l'Europe sur les avantages d'une filière par rapport à l'autre. Il ne s'agit pas d'entrer ici dans ce débat, mais seulement d'attirer l'attention sur le fait qu'une forte proportion des infirmières ayant reçu une formation de sage-femme, ou bien ne mettent pas du tout à profit ce supplément de qualification, ou bien quittent très rapidement la profession.

## Où travaillent les sages-femmes?

D'une façon générale, les sages-femmes exercent dans moins d'endroits et ont un éventail d'activités plus restreint que la législation ne leur en donne la possibilité. Elles ont tendance à délaissier les services de santé primaires pour les soins de santé secondaires. Il est intéressant de noter que les pays où elles travaillent surtout dans des centres de santé, à savoir les pays scandinaves et les Pays-Bas, sont ceux qui

ont la mortalité périnatale la plus faible de la Région, et l'on peut se demander s'il y a là un lien de causalité.

Dans quelques pays, les sages-femmes se rendent au domicile des femmes enceintes, mais c'est généralement si ces dernières ne vont pas aux visites prénatales. Dans les pays de l'Est, il y a beaucoup de consultations prénatales à domicile, mais ce sont des visiteuses de santé, et non des sages-femmes, qui les effectuent. Dans la plupart des pays, les sages-femmes se répartissent entre les soins prénatals, les soins pendant l'accouchement, et les soins postnatals. Il n'y a qu'au Danemark et aux Pays-Bas que les sages-femmes travaillent à la fois dans des centres de santé ou à domicile, et à l'hôpital. Dans tous les pays, elles travaillent dans des hôpitaux, et plus on va vers l'est et le sud de l'Europe, plus elles travaillent dans les hôpitaux.

On peut dire pour conclure qu'il n'y a pratiquement plus, dans la plupart des pays européens, de sages-femmes exerçant de façon indépendante, si ce n'est dans le secteur privé et aux Pays-Bas.

## L'activité des sages-femmes

Beaucoup des répondants au questionnaire, dans les 23 pays de l'enquête, admettaient qu'ils ignoraient en quoi consistait le travail des sages-femmes. Cela est peut-être dû au fait que ces dernières s'y prennent fort mal pour décrire ce qu'elles font. Des études récentes essaient heureusement d'attirer l'attention sur elles. L'enquête a montré clairement que si les administrateurs de santé et les législateurs s'intéressent de près à la structure – les acteurs, le lieu de l'action, le temps de l'action, les modalités de l'action – ils ont tendance à délaissier le **contenu** des soins.

## Pendant la grossesse

Deux tiers des pays ont des directives officielles pour les soins pendant la grossesse, mais elles portent en majorité sur la structure, et lorsqu'elles concernent les soins, aucune information ne permet de dire s'il y a correspondance entre la réalité du contenu des soins et les directives.

Le dépistage et l'application de l'approche des risques sont très souvent cités dans le contenu. Certains pays indiquent qu'il est avantageux d'avoir des sages-femmes, car elles sont «sensibles aux besoins sociaux et se sentent impliquées dans la promotion de la santé».

## Pendant l'accouchement

Dans 17 pays sur 21, la sage-femme est la personne qui donne les soins dans les accouchements sans complications. Dans

dix de ces 17 pays, ce sont elles qui sont présentes dans 100% des cas. D'une façon générale, la situation est la suivante: Dans les pays à système de santé monopoliste, les sages-femmes interviennent dans les accouchements sans complications et les obstétriciens dans les accouchements avec complications, tandis que dans les pays à système pluraliste les médecins interviennent dans tous les accouchements avec complications et dans un nombre croissant d'accouchements sans complications. Il n'y a de véritable continuité dans les soins donnés par des sages-femmes que dans un pays, et pour 40% seulement des femmes; dans les autres pays, il n'y a pas de continuité, malgré le vif désir des familles.

Les pratiques les plus courantes sont l'épisiotomie, l'extraction par ventouse, l'intervention en cas de présentation du siège, la suture des épisiotomies et des déchirures. Dans presque tous les pays, la sage-femme est autorisée à effectuer une épisiotomie, mais très rarement à la suturer. Dans certains pays, il y a un lien entre le nombre d'épisiotomies et l'autorisation donnée aux sages-femmes de les suturer ou non. Les épisiotomies sont généralement plus nombreuses dans les pays où les sages-femmes ne suturent pas. La Suède est le seul pays où les sages-femmes pratiquent l'extraction par ventouse. Dans la plupart des pays, les sages-femmes ne font des accouchements avec présentation du siège qu'en cas d'urgence, mais dans certains pays scandinaves, cela faisait partie, jusqu'à une date récente, de leurs attributions courantes.

### L'autonomie des sages-femmes

Les résultats de l'étude étant difficiles à interpréter, il faut faire des hypothèses et utiliser d'autres sources. L'éventail est très ouvert, allant de l'absence totale d'autonomie dans de nombreux pays de l'Est à des praticiennes indépendantes aux Pays-Bas et dans certains pays scandinaves. Les sages-femmes semblent aussi n'avoir qu'une autonomie limitée dans les pays d'Europe méridionale, où les parents préfèrent appeler un médecin, car le recours à la sage-femme est interprété comme un signe de pauvreté. Il y a également des différences à l'intérieur d'un même pays, l'autonomie étant plus grande dans les petits hôpitaux que dans les grands. En revanche, si l'on considère le niveau décisionnel, les différences ne sont pas si marquées: les sages-femmes sont partout peu nombreuses.

Si l'on considère les relations entre les sages-femmes et les autres personnels de santé, on observe que les médecins occupent dans tous les cas le sommet de la

hiérarchie et que les sages-femmes et les infirmières sont presque partout en situation de rivalité et s'épuisent en des luttes inutiles. Cela nous amène à nous poser la question fondamentale: Les sages-femmes sont-elles nécessaires?

En examinant les résultats de l'étude, j'ai fait certaines comparaisons afin de répondre à la question suivante: quelle influence l'activité des sages-femmes a-t-elle sur la mortalité périnatale, les taux d'intervention et la satisfaction des clientes? Y a-t-il un lien entre les soins qu'elles dispensent pendant la grossesse, leur présence à l'accouchement et la mortalité périnatale? Je suis arrivé aux conclusions suivantes.

Les familles semblent vouloir recourir aux sages-femmes, bien qu'elles se plaignent du manque de continuité. Cela dit, l'existence des sages-femmes est-elle justifiée – ou bien le temps des sage-femmes est-il révolu?

En 1985, l'Office of Technology Assessment de Washington a fait ce que l'on pourrait appeler une évaluation technologique des soins obstétricaux. Il a constaté, par exemple, que les sages-femmes prescrivent moins de médicaments, que le séjour de leurs clientes pour le travail et l'accouchement est plus court – même si les taux de morbidité et de mortalité sont comparables à ceux des obstétriciens. Elles s'occupent elles-mêmes de leurs clientes et passent plus de temps avec elles.

Une étude faite en 1980 par Perry (USA) a montré que 88% des femmes étaient très satisfaites de leur sage-femme, alors que 45% seulement étaient satisfaites de leur obstétricien.

Beal (USA) a constaté de son côté que les sages-femmes avaient recours de façon moins systématique à la surveillance électronique et utilisaient moins d'analgésiques.

Il y a parmi les clientes des sages-femmes, moins d'accouchements spontanés avec anesthésie locale et une incidence plus faible d'accouchements par voie instrumentale, d'anesthésies péridurales, d'épisiotomies et de déchirures. Cette étude a été réalisée aux Etats-Unis, où cela est plus facile qu'ailleurs, dans la mesure où les sages-femmes ont, en quelque sorte, «le vent en poupe». En Europe (Angleterre) une seule initiative a été prise dans ce sens. Il s'agit du programme «connaissez votre sage-femme?» Les résultats montrent que parmi le groupe des femmes ayant reçu des soins dans le cadre de ce programme, il y avait moins d'admissions prénatales, moins d'interventions, moins d'analgésiques, moins de déclenchement auxiliaire.

Il apparaît donc que nous devons persévérer et continuer à travailler comme sages-femmes.

Fort bien, mais comment s'y prendre? Il est vrai que les sages-femmes commencent à réagir et à protester. Mais pour faire quoi? L'étude, déjà mentionnée, des services alternatifs de huit pays européens, des Etats-Unis et du Canada, peut peut-être apporter un élément de réponse. Je souhaiterais pour terminer, indiquer quelques-unes des conclusions sur le rôle de la sage-femme dans les soins alternatifs et attirer l'attention du système officiel sur le fait qu'il peut tirer certains enseignements des dispensateurs de soins alternatifs.

- La grossesse, l'accouchement et la période postnatale sont avant tout des phases normales de la vie de la plupart des femmes et c'est une réalité que la sage-femme essaie de réinstaller.
- Les soins sont fondés sur une approche holistique.
- Il y a continuité des soins.

Les services périnatals alternatifs insistent en priorité sur le rôle de la sage-femme et sur la façon dont l'autonomie de cette dernière, en tant que responsable des accouchements normaux, s'est diluée au fil des années. Il y a un intérêt commun fondamental entre les sages-femmes et les femmes enceintes en ce qui concerne l'approche actuelle et future de la grossesse. C'est là où les mères et les sages-femmes ont reconnu la nécessité de cette alliance objective et se sont organisées qu'elles ont le mieux réussi à introduire des changements.

Le mouvement des services périnatals alternatifs n'est pas un simple rassemblement des adeptes de la médecine par les plantes et de l'accouchement à domicile dans l'enthousiasme. Il s'articule autour d'un modèle de soins périnatals qui s'écarte du modèle médical, pour lequel les femmes enceintes se répartissent en deux groupes: celles pour lesquelles l'accouchement comporte en quelque sorte un risque intrinsèque, et celles pour lesquelles il ne devrait pas en principe y avoir de risque. Il y a même une tendance, dans certains services alternatifs, à considérer que les femmes à plus haut risque, selon les critères médicaux traditionnels, sont celles qui ont le plus besoin de soins alternatifs. Un autre élément important de ce nouveau modèle est le partage: partage de ce que l'on sait et de ce que l'on ne sait pas sur la meilleure façon de préserver la santé et d'assurer la survie des mères et des enfants, et partage de la prise de décisions. En d'autres termes, une absence de hiérarchie entre les utilisatrices et les soignants, c'est-à-dire l'abolition des barrières existant aujourd'hui dans le système officiel de soins de la plupart des pays développés.

Il est intéressant de noter que nombre des questions évoquées ci-dessus sont directe-

ment liées au comportement favorable à la santé et pourraient fort avoir une incidence sur l'instauration de la Santé pour tous d'ici l'an 2000.

### Conclusion

Chaque année de ce 20<sup>e</sup> siècle voit la médecine mettre davantage l'accent sur la technologie de pointe. Les coûts des prestations augmentent. Les médecins reçoivent une formation toujours plus coûteuse et plus longue, au terme de laquelle ils pratiquent une médecine hautement spécialisée. Pourtant la majeure partie de la population n'a besoin que de médecine préventive. Cela est particulièrement vrai dans les domaines de la gynécologie et de l'obstétrique.

La politique de santé doit correspondre aux besoins de base de la société, et non pas seulement aux besoins exceptionnels. Elle devrait permettre des soins peu coûteux,

accessibles, non aigus. Les sages-femmes sont justement à même de dispenser de tels soins. Avec une formation de base solide, la formation permanente et une législation appropriée, ces soins répondent à la plupart des besoins des femmes.

Ce n'est pas parce qu'il existe des moyens techniques sophistiqués et des services de pointe qu'il faudrait en abuser. Il faut plutôt réévaluer les besoins quotidiens, mais non moins importants, de la plus grande partie de la population.

La réponse aux besoins en matière de soins périnataux est un élément décisif pour atteindre le but de la «Santé pour tous». Les buts régionaux pour l'Europe mettent spécialement l'accent sur la réduction de la mortalité infantile et maternelle (but 8). Un élément important de la stratégie est de donner à tous les enfants «de meilleures chances... d'être mis au monde en bonne santé par des parents qui les ont désirés et qui ont le temps, les moyens et capacités

nécessaires pour s'occuper convenablement d'eux» (but 9). Un autre élément important est «l'humanisation des services de santé, surtout ceux où ont lieu les événements les plus importants de la vie, soit la naissance et la mort. Les femmes enceintes devraient bénéficier de conditions satisfaisantes pour leur accouchement, en évitant le recours inutile à la technique...» (but 10).

Un champ d'activité plus large donné aux sages-femmes peut aider à réaliser ces objectifs. En permettant aux sages-femmes de prendre en charge de façon autonome les femmes et leur famille pendant la grossesse et l'accouchement, on peut réaliser un gain important en matière d'accès aux soins de santé, de qualité des soins et de sélection des patientes. Une telle extension du rôle de la sage-femme pourrait représenter un grand pas en avant vers le but de la «Santé pour tous d'ici à l'an 2000».

## La table ronde

de l'après-midi fut animée par Marie-Noëlle Bovier. Dans un premier temps, chacun des sept participants apporta son point de vue sur le thème de la «Santé pour tous en l'an 2000». Voici, de façon très succincte, leur position.



De gauche à droite: Georgette Grossenbacher, le Dr Lüthi, Elisabeth Winkelmann, Thérèse Spoerri, Marie-Noëlle Bovier, Marie-France Schulthess, Martina Apel, le Prof. Schneider.

V.l.n.r.: Georgette Grossenbacher, Dr. Lüthi, Elisabeth Winkelmann, Thérèse Spoerri, Marie-Noëlle Bovier, Marie-France Schulthess, Martina Apel, Prof. Dr. Schneider.

**Mme Georgette Grossenbacher**, infirmière, sage-femme, responsable du projet de formation supérieure pour sages-femmes, Aarau:

«Si l'on veut atteindre le but, l'image professionnelle de la sage-femme doit changer. Nous devons oser davantage, avoir davantage confiance en nous.»

**M. le Dr R. Lüthi**, sociologue à l'Institut de médecine préventive, Berne:

«Ne confondons pas lutte pour la santé et lutte contre les maladies. Il faut donner moins de poids aux expertises, davantage à la connaissance de soi-même. Chacun doit chercher à mieux comprendre les composantes politiques, sociales, financières du système de santé.»

**Mme Elisabeth Winkelmann**, diététicienne à l'Hôpital de l'Ile, Berne:

«Une alimentation adéquate est une condition importante pour le bon déroulement de la grossesse, de l'accouchement et du

post-partum. La sage-femme doit y veiller en collaboration avec les autres professionnels de la santé.»

**Mme Martina Apel**, directrice de l'Ecole de sages-femmes de Lucerne:

«Réexaminer le travail des écoles et la valeur de leur enseignement par rapport à la Santé 2000.»

**Mme Therese Spörri**, sage-femme chef à la Maternité de l'Hôpital universitaire de Zurich:

«Il faut renforcer le rôle de la sage-femme dans les contrôles de grossesse, englober

dans la prise en charge les facteurs socio-culturels, émotionnels, l'alimentation, les peurs, etc.»

**M. le Professeur H. Schneider**, médecin-chef de la Maternité de l'hôpital universitaire de Berne:

«L'éducation à la santé passe par les femmes. Il faut les sensibiliser et les informer pour qu'elles agissent ensuite sur leur famille. Il faut développer l'information et la prévention pré-conceptionnelles.»

Après ces exposés, ce fut au tour des auditrices d'intervenir pour poser des questions, émettre des souhaits, des propositions ou des critiques.

A l'heure de la conclusion, Lorenza Bettoli nous montra le chemin à suivre: «Nous devons lutter contre le morcellement de notre profession. Il nous faut nous montrer créatives. Nous devons considérer la femme de façon globale, sans la détacher de son cadre social.» Pour terminer ce compte-rendu, j'aimerais citer l'appel de Mme Houd: «Si vous voulez encore exister en tant que sages-femmes dans 10 ans, il faut vous mettre au travail dès aujourd'hui!»

MarianneBrügger



## Assistance postnatale

Thème présenté par Marie-Françoise Schulthess, sage-femme, Genève, lors de la table ronde

En date du 1<sup>er</sup> février 1983, la Section genevoise des sages-femmes a annoncé la création d'un service d'aide et conseils aux accouchées en ville de Genève.

Ces sages-femmes, habituées aux problèmes spécifiques de la maternité, offrent chaque jour aux nouveaux parents une écoute attentive sous la forme d'une permanence téléphonique et assurent de pair un service d'accouchement ambulatoire.

### Objectifs

L'assistance postnatale s'efforce d'apporter une réponse aussi immédiate et efficace que possible aux divers problèmes que rencontrent les mères dès leur retour à domicile.

Le bref séjour dans les services hospitaliers n'est qu'un premier pas dans le post-partum; cette phase si importante du cycle de la maternité devrait marquer pour la mère – et pour le père – l'apprentissage de la vie avec le nouveau-né. Il faut apprendre à concilier les besoins de l'enfant, qui demande une attention constante, et les exigences de la vie quotidienne dans une activité sans répit. La fatigue qui en résulte se double souvent chez les parents d'inquiétude et d'anxiété concernant la normalité des expériences vécues avec l'enfant.

La plupart des mères, au moment où elles rentrent chez elles, se trouvent subitement privées des renseignements, des informations et des conseils qui les avaient aidés jusqu'à cet instant. Il n'est évidemment pas possible de prévoir, lors de la préparation, tous les problèmes particuliers qui se poseront à chacune, et lorsqu'ils se présentent, la mère souhaite une action immédiate.

En donnant aux mères la possibilité de discuter leurs problèmes avec une sage-femme, à l'heure où ils se présentent et sans autre formalité qu'un simple appel téléphonique, la permanence, telle que nous l'avons organisée, répond à un réel besoin.

### Accouchement ambulatoire

En plus des tâches que nous venons de décrire, l'APN a été le point de départ de l'organisation du service d'«accouchement ambulatoire». La demande pour un tel service existait à Genève, mais aucune structure ne permettait d'y répondre de façon satisfaisante. Il est actuellement possible aux mères qui le désirent de retrouver leur environnement familial quelques heures seule-

ment après avoir donné naissance à leur enfant en milieu hospitalier. La mère bénéficie alors de l'accompagnement d'une sage-femme qui prend en charge quotidiennement la surveillance et les soins nécessaires pendant cette période.

Les soins ambulatoires, quoique plus personnalisés, sont les mêmes que ceux pratiqués en maternité. Nous éviterons donc cette fastidieuse énumération.

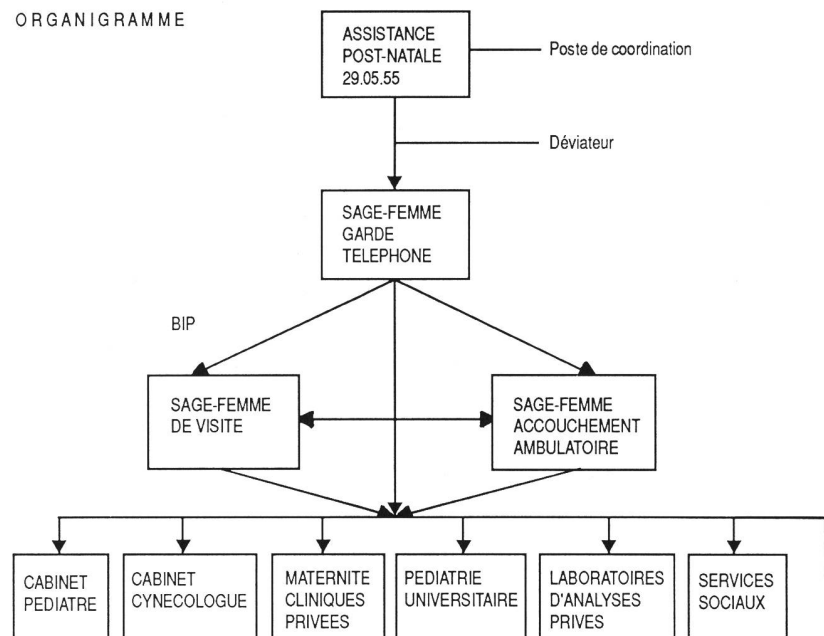
Un organigramme permet de voir de quelle manière s'établit, si nécessaire, la coordination avec les services existants: pédiatrie, gynécologie, laboratoire, etc.

### Assistance prénatale

En 1986, notre service d'Assistance a étendu son champ d'activité à la période prénatale. En effet, grâce au soutien du Professeur Béguin (responsable de la division d'obstétrique de la Maternité de Genève), il est désormais possible, dans un objectif de prévention de la prématurité, d'assurer à domicile la surveillance et les contrôles des grossesses nécessitant une attention particulière.

Les soins sont dispensés conformément aux prescriptions médicales et remboursés par les assurances.

ORGANIGRAMME



Quelques motifs évoqués par les couples pour le choix de l'accouchement ambulatoire:

- Préserver l'intimité du couple; désir du père de garder une part active dès les premiers instants.
- Souhait d'intégrer plus rapidement ce bébé à la fratrie.
- Echec antérieur d'allaitement, fatigue attribuée au rooming-in en salle commune.
- Première expérience non satisfaisante en maternité (discipline institutionnelle peu compatible avec les rythmes personnels).
- Solution plus sécurisante que l'accouchement à domicile.
- Raisons idéologiques ou financières, etc.

### Remarques

Les sages-femmes de l'APN se rencontrent très fréquemment pour planifier les gardes et les soins du post-partum. Ces colloques leur permettent de faire le point de leur activité, de confronter leurs expériences et d'analyser les situations problématiques. Après plus de 5 ans d'activité, nous sommes en mesure de cerner plus précisément l'intérêt que représente ce type d'accompagnement familial. Le retour précoce entretient l'atmosphère de fête qui entoure la naissance du bébé. Nous constatons que ce choix favorise le jaillissement d'une foule d'émotions et de sentiments très forts qui, dans un cadre plus intime et avec l'aide de la sage-femme, peuvent s'extérioriser dans toute leur ambivalence.



Il est vrai que dans cette période de profond remaniement un couple peut se sentir désemparé devant la multiplicité inévitable des avis qu'il reçoit de la part d'une équipe soignante.

Malgré des améliorations considérables apportées en maternité à l'accueil du nouveau-né, nous constatons qu'un certain nombre de cassures dans la relation restent inévitables, notamment pour le père.

Lorsqu'un retour à domicile peut se faire dans les 2 à 48 heures, le père envisagera plus rapidement, s'il le désire, sa participation à part entière et osera au même titre que la mère les premiers gestes avec son enfant. Il n'est plus ce visiteur à heures fixes, esseulé et coupé de ses émotions premières...

De même à domicile, chaque parent pourra prendre conscience dans son milieu, à l'abri de tout esprit de compétition/comparaison, de ses propres aptitudes au nursing. Ce couple se référera à une seule sage-femme et, grâce à cette relation suivie et confiante, l'intérêt profond pour la relation et les soins à l'enfant pourront s'élaborer plus harmonieusement. Telle est du moins une des ambitions de notre service d'Assistance postnatale!

Il conviendrait toutefois de ne pas sous-estimer les difficultés relationnelles que peut susciter cette alternative. Son caractère novateur fait qu'elle est malheureusement encore bien souvent perçue comme inquiétante par l'entourage familial. Le champ d'action de la sage-femme se trouve ainsi élargi à toute la famille, grands-parents compris.

## Conclusion

Nous sommes conscientes que ce service ne peut apporter une solution à tous les problèmes soulevés dans cette délicate période. Souhaitons plus simplement que, par leur imagination et l'esprit de tolérance qui les anime, les sages-femmes sauront créer un nouveau *modus vivendi* grâce auquel le couple engagera une tendre conversation gestuelle, visuelle et verbale indispensable à son propre équilibre, ainsi qu'à l'épanouissement de son enfant!

## Quelques mots encore sur nos statistiques

En 5 ans le nombre de post-partum à domicile a passé de 24 pour 1983 à 112 pour 1987.

En ce qui concerne les surveillances de grossesses à domicile, nous avons suivi 40 femmes en 1986 et 102 femmes en 1987. Pour la permanence téléphonique, les appels ont plus que doublés en 5 ans de fonctionnement.

Groupe assistance postnatale

# Podium

## Die besondere Bedeutung der weiblichen Bevölkerung für die Gesundheit aller

Prof. Dr. H. Schneider, Klinikleiter der Universitäts-Frauenklinik Bern



### «Gesundheit 2000» in der Dritten Welt

«Gesundheit für alle im Jahre 2000» bedeutet für Hebammen und Geburtshelfer gemeinsam vor allem: Gesundheit für Frauen, Kinder und Neugeborene. Diese Aussage mag banal erscheinen, es muss jedoch daran erinnert werden, dass in weiten Teilen der Welt wesentliche Voraussetzungen für die Gesundheit nicht in gleicher Weise zwischen männlicher und weiblicher Bevölkerung verteilt sind. Ich denke dabei insbesondere an Ernährung und Ausbildung. Ernährungszustand und Ausbildung sind erwiesenermaßen wesentliche Faktoren für den allgemeinen Gesundheitszustand in der Bevölkerung, und in den Ländern, in denen nicht der Überfluss wie bei uns herrscht, gibt es teilweise erhebliche Unterschiede in der Zuteilung der Nahrungsmittel und der Möglichkeit des Schulbesuches, wobei Knaben und Männer häufig noch seit Jahrhunderten angestammte Vorrechte gegenüber Mädchen und Frauen geniessen.

### Zielgruppe: Frauen und Mädchen

Andererseits kann aber kein Zweifel daran bestehen, dass die Bemühungen um die Verwirklichung des Ziels «Gesundheit für alle» sich in erster Linie auf die weibliche Bevölkerung, insbesondere die heranwachsenden Mädchen und die Frauen im gebär-

fähigen Alter, konzentrieren müssen. Die Veränderung der Lebensbedingungen in der Bevölkerung wie verbesserte Ernährung und medizinische Versorgung einschliesslich Impfung und Verhütung von Infektionskrankheiten, verbesserte hygienische Verhältnisse und Wohnbedingungen, wirkt sich zunächst auf die allgemeine Sterblichkeit aus, während der Effekt auf die Perinatalsterblichkeit erst mit einer Latenzzeit von 10–15 Jahren erkennbar wird. Die Komplikationen während Schwangerschaft und Geburt, die für die Perinatalsterblichkeit von Bedeutung sind, sind zumindest teilweise durch den körperlichen Entwicklungsstand der Frau vorprogrammiert. Die körperliche Entwicklung jedoch ist Ausdruck der Ernährung und der Fürsorge, die die Frau als junges Mädchen in den Jahren des Wachstums erfahren hat. Somit wird ein Rückgang der Perinatalsterblichkeit erst deutlich, wenn die Mädchen, die in den Jahren ihres Wachstums in den Genuss von verbesserten Ernährungs- und Lebensbedingungen gekommen sind, in das gebärfähige Alter gelangen.

Durch die Verbesserung der Gesundheit der Mütter und durch die Entwicklung eines Gesundheitsbewusstseins bei Frauen und Müttern wird eine weitreichende Wirkung auf die Gesundheit der Gesamtbevölkerung erzielt, einmal dadurch, dass gesunde Mütter gesunde Kinder gebären, dann aber auch dadurch, dass sie den Kindern von klein auf ein gesundheitsbewusstes Verhalten vermitteln und so den Lebensstil der Kinder und Heranwachsenden wesentlich beeinflussen. Dies erfolgt zum Beispiel dadurch, dass die Frau und Mutter den Ernährungsplan der Familie bestimmt. Sie kann auch die Verhaltensweise des Ehemannes und damit der männlichen Bevölkerung gesamthaft beeinflussen und verändern. Es muss daher gefordert werden, dass bei allen Bemühungen um Gesundheit der weibliche Teil der Bevölkerung nicht nur der männlichen Bevölkerung gleichgestellt sein muss, sondern dass den Frauen besondere Priorität eingeräumt wird. Dies gilt besonders bei den Bemühungen um Erziehung und Ausbildung in Richtung gesundheitsorientierter Lebensweise, denn eine veränderte Einstellung der Frauen wird zu einer Verbesserung der Gesundheit in der Gesamtbevölkerung führen.

# Auf verletzte Haut Vita-Merfen® desinfizierende Wundsalbe

## Desinfizierend

Phenylhydrargyri boras blockiert die Vermehrung gramnegativer und grampositiver Keime und pathogener Pilze. Dadurch werden Sekundärinfektionen vermieden.

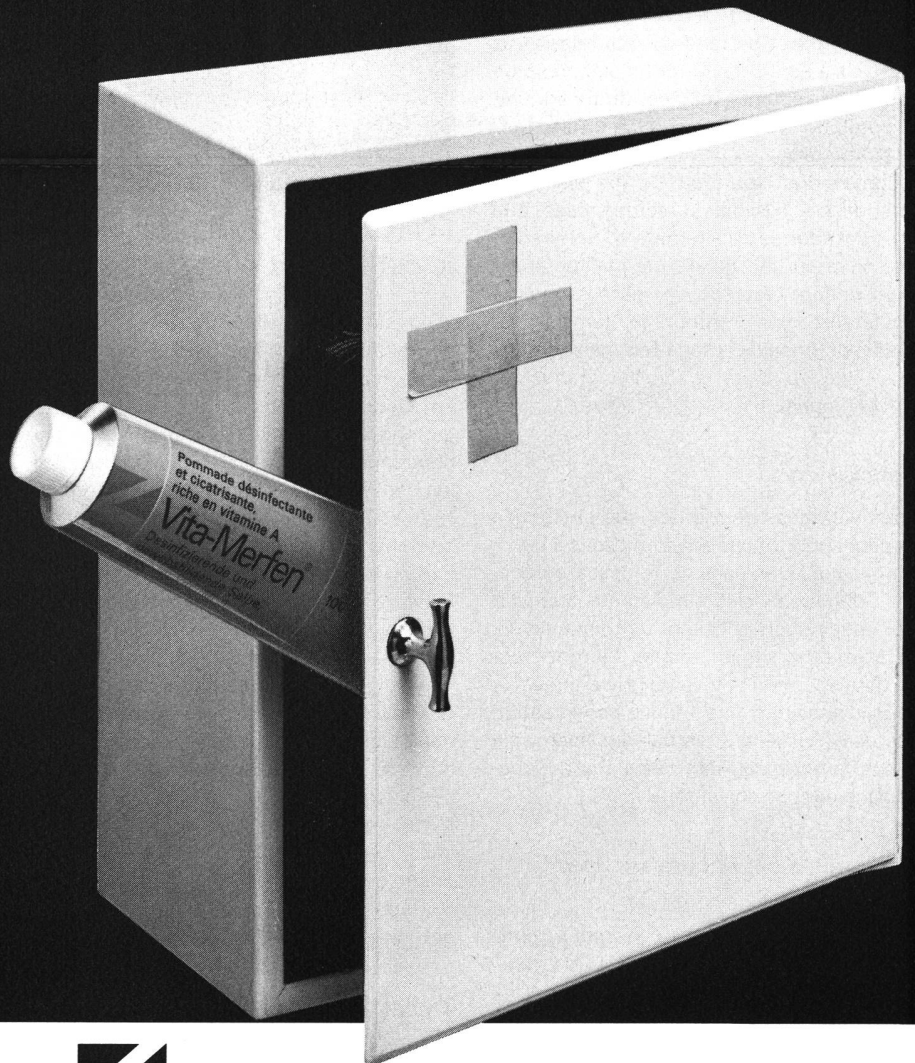
## Vernarbend und lindernd

Vitamin A begünstigt die Vernarbung und Epithelisierung von Hautverletzungen.

Der geruchlose Lebertran hilft Wunden von nekrotischem Gewebe befreien und gibt der Salbe gut eindringende, mildernde und ausgezeichnete kosmetische Eigenschaften.

# Vita-Merfen®

Tuben zu 20, 40 und 100 g



Für weitere Informationen  
siehe Basisdokumentation.



Zyma

## Überernährung – Unterernährung

Wenn die Thematik auch auf die Betrachtung der Verhältnisse bei uns beschränkt werden soll, können wir uns gegenüber den Zuständen in anderen Teilen der Welt nicht verschliessen. Ein Grossteil der weltpolitischen Probleme unserer Zeit sind Ausdruck einer zunehmenden Ungleichheit in der Verteilung der Güter, die für ein gesundes Leben erforderlich sind. Auf der einen Seite finden sich die privilegierten Länder und Völker, deren Probleme paradoxerweise häufig aus dem Überschuss an Mitteln resultieren, und auf der anderen Seite gibt es die weniger bemittelten Länder, bei denen ein Mangel unterschiedlichen Ausmasses herrscht. Man darf allerdings nicht ausser acht lassen, dass ja auch in den privilegierten Ländern innerhalb der Bevölkerung beträchtliche Ungleichheiten in der Verteilung der Mittel bestehen.

In weiten Teilen der Welt herrscht Mangel an Grundversorgungsgütern; es fehlt nicht nur an Nahrung, sondern auch an medizinischer Versorgung, sowohl an ausgebildetem Personal wie an Medikamenten und Apparaten. Darüber hinaus sind die Möglichkeiten der Schulbildung und Berufsausbildung der Bevölkerung in diesen Ländern unzureichend oder völlig fehlend. Die Liste der hier exemplarisch aufgeführten drei Grundgüter wie **Ernährung, medizinische Versorgung und Ausbildung** könnte natürlich noch erheblich verlängert werden. Demgegenüber steht der Überschuss an Lebensgütern, die der Bevölkerung oder zumindest erheblichen Teilen der Bevölkerung der Länder der westlichen Welt zur Verfügung stehen. Es ist eine einfache Erkenntnis, dass das Fehlen dieser wichtigen Lebensgüter in **einem Teil** das Gesundheitsrisiko erhöht und in einem **anderen Teil** der Überschuss der gleichen Lebensgüter zu einer Gefährdung der Gesundheit führen kann. So wie die Krankheiten in den minderbemittelten Ländern häufig auf mangelhafter Ernährung und unzureichender medizinischer Versorgung, Fehlen von lebensnotwendigen Medikamenten wie Impfstoffen und Antibiotika beruhen, ist das Krankheitsspektrum, das in den zivilisierten Ländern vorherrscht, im wesentlichen Ausdruck von Überernährung oder Fehlernährung; es seien hier die sogenannten Zivilisationserkrankungen genannt, wie Diabetes mellitus, Adipositas, Hypertonie, Herz- und Kreislauferkrankungen. Auch der für die Entstehung und Verbreitung dieser Erkrankungen wesentliche Stressfaktor ist ja nicht zuletzt Folge des uns zur Verfügung stehenden Überschusses und des sich dadurch ergebenden hohen Lebensstandards mit immer neuen Forderungen und immer höheren Ansprüchen, zu deren Erfüllung immer grössere Anstrengungen und Lei-

stungen erbracht werden müssen. Es mag vielleicht ketzerisch klingen, aber es ist kein Geheimnis, dass auch ein Überschuss an medizinischer Versorgung zu einer Bedrohung für die Gesundheit werden kann. Der Verbrauch an Medikamenten und die Häufigkeit von medizinischen Untersuchungen oder therapeutischen Eingriffen korrelieren nun einmal mit der Ärztedichte in der Bevölkerung. Die Verabreichung von Medikamenten, die Durchführung von Untersuchungen und von therapeutischen Eingriffen sind aber mit Nebenwirkungen und Risiken behaftet, so dass ein überschüssiger Einsatz dieser Mittel eine Gefährdung der Gesundheit nach sich zieht. Die Auswirkung des Überschusses an medizinischer Versorgung auf die Kosten des Gesundheitswesens sei nur am Rande erwähnt.

Die Lösung der weltweit bestehenden Probleme erscheint auf den ersten Blick denkbar einfach, indem man durch eine Verschiebung des Zuviel in einem Teil der Welt die Behebung der Mangelsituation in anderen Teilen herbeiführen könnte, und dies müsste zu einer Verbesserung der Gesundheitslage in beiden Teilen, sowohl in den Ländern mit Mangel wie auch in den Ländern mit Überschuss, führen. Wir wissen alle, dass eine Realisierung dieses simplen Konzeptes ausserordentlich schwierig ist und unter den heute vorherrschenden Bedingungen in den Bereich des Wunschdenkens gehört.

## «Gesundheit 2000» in der Schweiz

Um im Rahmen der Realität zu bleiben, müssen wir uns in erster Linie mit den bei uns in der Schweiz vorherrschenden Verhältnissen befassen und uns Gedanken darüber machen, welche Massnahmen uns der Zielsetzung **«Gesundheit für alle im Jahr 2000»** näherbringen können.

Wie bereits oben ausgeführt, sollte auch bei uns der jugendlichen Bevölkerung, insbesondere den heranwachsenden Mädchen und dann den Frauen und Schwangeren besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Die Anstrengungen müssen hier in Richtung Erziehung und Ausbildung zur Schaffung eines selbstverständlichen Gesundheitsbewusstseins und der Entwicklung des entsprechenden Lebensstils gehen. Informationsvermittlung mit Aufklärung über die Risiken des Rauchens, von Alkohol sowie Überernährung oder Falschernährung muss in vermehrtem Masse betrieben werden. Für die Verbesserung der Gesundheit der Schwangeren und der Neugeborenen sollte der Schwerpunkt auf Aspekte der Schwangerschaftsverhütung und

Familienplanung, die Vermeidung von unerwünschten Schwangerschaften oder Schwangerschaften zum falschen Zeitpunkt, die präkonzeptionelle Beratung zur Erfassung von möglichen Risiken vor Beginn der Schwangerschaft, die engmaschige Betreuung während der Schwangerschaft und die Betreuung unter der Geburt gelegt werden.

Zum Schluss noch ein Wort zu der präkonzeptionellen Beratung. Es wäre wünschenswert, wenn auch vielleicht unrealistisch, dass eine derartige Beratung allen Frauen vor ihrer ersten Schwangerschaft zuteil würde; dabei sollten sie über Risiken in der Frühschwangerschaft durch Einnahme von Medikamenten, Alkohol, Nikotin usw. aufgeklärt werden. Eventuell vorhandene familiäre Erbkrankheiten oder bei der Frau vorbestehende Erkrankungen sollten eruiert werden. Abklärung von bestehenden oder durchgemachten Infekten, die für den Schwangerschaftsverlauf von Bedeutung sein könnten sowie Impfung der Frauen gegen Infektionen wie etwa Röteln, wenn keine Immunität gegeben ist usw., wären wünschenswerte Massnahmen. Zumindest sollte diese präkonzeptionelle Beratung zu einem festen Gegenstand der Betreuung aller Frauen mit bekannten chronischen Erkrankungen, wie Diabetes mellitus, Epilepsie, Lupus erythematosus und anderen, werden, um Risiken für eine mögliche Schwangerschaft oder umgekehrt die durch eine Schwangerschaft für den Krankheitsverlauf entstehenden Auswirkungen zu besprechen. Auswahl sowie Dosisanpassung von notwendigen Medikamenten für den Fall einer Schwangerschaft bedürfen der sorgfältigen Überlegung, die nicht erst nach Eintreten einer Schwangerschaft angestellt werden sollten.

Die Konzentrierung auf diese Anstrengungen setzt die enge Kommunikation und Zusammenarbeit der verschiedenen Mitglieder unseres Gesundheitsapparates voraus; hier seien genannt die Hebammen, Gesundheitsschwestern oder Spezialistinnen in Fragen der Familienberatung und Kontrazeption, Ernährungsberaterinnen, Allgemeinärzte, Fachärzte für Geburtshilfe und Gynäkologie, Sozialarbeiterinnen sowie Epidemiologen. Letztere sind für die Dokumentation der Trends von besonderer Wichtigkeit, um uns über den Fortschritt unserer Bemühungen oder auch die Auswirkung verschiedener Aktionen zu orientieren und entsprechende Anpassungen vornehmen zu lassen.

# Integration der Hebamme in der Schwangerenvorsorge bis zum Jahr 2000

Theresa Spörrli, Oberhebamme der Universitätsfrauenklinik Zürich



Gesundheit für alle im Jahr 2000 – ist das möglich? frage ich mich. Die Diskrepanz der primären Gesundheitsversorgung zwischen den Industriestaaten und den Drittweltländern ist gross.

In der dritten Welt mangelt es an der primären Gesundheitsversorgung, während die Industriestaaten die Wohlstandskrankheiten bewältigen müssen. Wohlstand und Stress gehören somit zur Hauptbelastung des modernen Menschen. In diesem Zusammenhang möchte ich erwähnen, dass die Schwangere besonders betroffen ist. Einer der Stressoren ist der Umgang mit den vielen Informationen.

Sie werden mit technischen und medizinischen Ausdrucksweisen überschwemmt. Als Ergebnis erfahren sie gefühlsmässige, geistige und körperliche Unsicherheit und Hilflosigkeit. Oft macht sich eine Schwangere während der ganzen Schwangerschaft unnötige Sorgen. Diese Angst aus Ungewissheit kann zur Folge haben, dass es zur Frühgeburtsbestrebung oder zu einer erschwerten Geburt kommen kann. Leider fehlt in den meisten Spitälern der Schweiz die Betreuung der Schwangeren durch die Hebamme. Die Zusammenarbeit der Hebamme mit dem Geburtshelfer sollte sich nicht nur auf die Betreuung unter der Geburt beschränken, sondern bereits im Vorfeld.

Das heisst, sie sollte auch in grossen Zentren in der Poliklinik sowie in der Schwangerenabteilung tätig sein.

## Die Hebamme als Beraterin in der Schwangerenvorsorge

Um die Frühgeburtsbestrebung bis zum Jahr 2000 zu senken, benötigen wir dringend Hebammen, welche in der Schwangerenvorsorge tätig sind. Es sollte möglich sein, dass eine Hebamme eine Schwangere in folgenden Punkten berät:

– Gesunde Ernährung in der Schwangerschaft  
– Untersuchungsmethoden zur Diagnostik erklären  
– Die Frau vorbereiten auf die psychischen und physischen Veränderungen in der Schwangerschaft.  
– Ängste abbauen  
– Beistand, um soziale Probleme zu klären  
– Umgang mit Stress usw.

Um diese Ziele zu erreichen, fordert es eine Umstrukturierung des Poliklinikbetriebes und ein gezieltes Schwangerenvorsorge-Weiterbildungsprogramm für die Hebammen.

### Der Einsatzplan von Hebammen in der Poliklinik könnte folgendermassen aussehen:

*Schwangerschaftskontrollen durch den Arzt und die Hebamme*

*Alle Schwangeren mit Risiken werden während der ganzen Schwangerschaft durch den Arzt und die Hebamme betreut.*

- |                        |   |
|------------------------|---|
| <b>1. Untersuchung</b> | Kontrolle durch den Arzt und die Hebamme.<br>Ausschliessen von anamnestischen Risiken.<br>Erstuntersuchung durch den Arzt.<br>Abklären von eventuellen Risiken.<br>Anamnese wird von der Hebamme erhoben. |
| <b>2. Untersuchung</b> | Kontrolle durch die Hebamme.<br>12.SSW  |

- |                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>3. Untersuchung</b>  | Kontrolle durch die Hebamme.<br>16. SSW              |
| <b>4. Untersuchung</b>  | Kontrolle durch die Hebamme.<br>20. SSW              |
| <b>5. Untersuchung</b>  | Kontrolle durch den Arzt und die Hebamme<br>24. SSW  |
| <b>6. Untersuchung</b>  | Kontrolle durch die Hebamme.<br>28. SSW              |
| <b>7. Untersuchung</b>  | Kontrolle durch die Hebamme.<br>32. SSW              |
| <b>8. Untersuchung</b>  | Kontrolle durch den Arzt und die Hebamme.<br>36. SSW |
| <b>9. Untersuchung</b>  | Kontrolle durch die Hebamme.<br>38. SSW              |
| <b>10. Untersuchung</b> | Kontrolle durch den Arzt und die Hebamme.<br>40. SSW |

Der Einsatz durch die Hebammen in der Schwangerenvorsorge besteht bereits in verschiedenen Ländern Europas, zum Beispiel in Dänemark, England, Finnland, Holland, Norwegen und Schottland.

Wie eine Studie der WHO 1985 zeigte, werden die Hebammen in den obengenannten Ländern voll für die normale Schwangerenvorsorge und normale Geburt eingesetzt.

Eine Untersuchung von Professor Papiernick aus Frankreich ergab, dass durch den Einsatz von Hebammen in der Schwangerenvorsorge die Frühgeburtsrate bis zu 3 bis 4 % gesenkt werden konnte.

Zurzeit läuft auch in Los Angeles von Professor Hobel eine breit angelegte Untersuchung über eine bessere Beratung der Schwangeren durch Hebammen und Sozialarbeiter.

Ich glaube, es wäre an der Zeit, unser System der Ausbildung sowie den Einsatz von Hebammen zu überdenken.

Abschliessend möchte ich nochmals betonen, dass sich die Zusammenarbeit von Hebamme und Arzt nicht nur auf die Geburt beschränken darf, sondern sich auf den gesamten Tätigkeitsbereich des Geburtshelfers ausdehnen sollte.

## «LLL»

Georgette Grossenbacher, Leiterin der «Höheren Fachausbildung für Hebammen» an der Kaderschule in Aarau



Die drei L stehen für **LebensLanges Lernen**. Sie sind aus der heutigen Berufswelt nicht mehr wegzudenken.

Fortbildung ist zum «täglichen Brot» jeder Fachfrau geworden, sei es, dass sie Fachzeitschriften studiert, an innerbetrieblichen Angeboten teilnimmt oder sich ausserhalb des Arbeitsortes fortbildet.

Ich möchte zu Beginn zwei Thesen in Erinnerung rufen:

### 1. Fortbildung ist ein Instrument, das verändert.

Das heisst: Wir vertiefen und erweitern *mittels* Fortbildung das bestehende Wissen und Können.

**2. Mit Fortbildung lassen sich Prozesse auslösen.**

Erstarrte Beziehungsfelder kommen so neu in Bewegung.

Die Elemente der Erwachsenenbildung kommen uns da entgegen, zum Beispiel:

- das Arbeiten mit den eigenen Erfahrungswerten
- das Auskosten der Wegstrecken, die zum gesteckten Ziel führen. Die Besinnung auf das, was bei mir und den anderen abläuft während des Lernprozesses.

Nochmals: Fortbildung **verändert** die bisherige Sichtweise; sie kann bis ins Mark gehen – sie kann auch weh tun.

Diese Einsicht scheint mir wichtig zur Beantwortung der Frage, welchen Beitrag die Fortbildung den Hebammen erbringen kann zur Verwirklichung der WGO-Ziele «Gesundheit für alle bis im Jahr 2000». Denn es dürfte jedermann klar sein, dass sich das Berufsbild der Hebamme tiefgreifend verändert, wenn die WGO-Ziele verfolgt werden. Ohne jetzt die Frage zu stellen, ob wir überhaupt die Überzeugung und den Mut haben, den WGO-Zielen nachzuleben, stelle ich fest, dass wir heute – und schon seit Jahrzehnten – mit einer absurden Konstellation, mit einem verkümmerten Verständnis unseres Berufs, leben:

*Bereits die Grundausbildung richtet sich vorwiegend nach geburtsmedizinischen, kurativen Anforderungen. Was uns aber vorschwebt, ist die präventive und die gesundheitsfördernde Tätigkeit mit der Bevölkerung.*

Um das einigermassen hinzubringen, nehmen einige wenige unter uns den Weg in die andere Richtung auf sich; sie trennen sich schmerzvoll von den institutionellen Rummelplätzen, gehen ins Offside, in den beruflichen «Untergrund» und suchen mittels

Fortbildung den neuen Kurs, oft unter Anfechtungen und selten finanziell abgestützt.

Wenn nun die Fortbildung erklärermassen auf die WGO-Ziele hin arbeiten sollte, so sind Korrekturen in der Grundausbildung – und damit auch an der Berufspraxis unumgänglich. Erst dann könnten Fortbildungsprogramme darauf aufgebaut werden, die mit einer klaren Optik für die Gesunderhaltung von Mutter und Kind zum Ziel führen. Das wäre auch mein Wunsch.

**Die Rolle der Hebamme im Hinblick auf die Ziele der WGO «Gesundheit für alle im Jahr 2000»**

**Aus der Sicht der Hebammenschule**

*Martina Apel, Schulleiterin der Hebammenschule Luzern*

Der Beruf der Hebamme und damit auch die Hebammenausbildung hat immer einen Schwerpunkt im Bereich der Gesundheits-erziehung und Prävention gehabt. Ich gebe zu, dass der Fortschritt in der Geburtsmedizin und die damit verbundene Faszination an den medizinischen Möglichkeiten diesen Teil der Geburtshilfe etwas in den Hintergrund gedrängt hat.

Eine Hebammenschule ist immer bestrebt, den Schülerinnen das Rüstzeug mitzugeben, das das Arbeitsumfeld und damit in gewisser Weise auch die Gesellschaft fordert.

In den letzten Jahren hat sich die Einstellung gegenüber der Geburtsmedizin etwas geändert. Man möchte heute die Errungenschaften der Medizin zwar nicht missen,

**Es gibt viele Gründe, weshalb das Spital-, Heim- und Pflegepersonal eine eigene Pensionskasse braucht.**



Pensionskasse für Spital-, Heim- und Pflegepersonal, Gladbachstrasse 117, 8044 Zürich, Telefon 01/252 53 00

Vormals: Pensionskasse des Schweiz. Verbandes dipl. Schwestern für Wochenpflege, Säuglings- und Kinderkrankenpflege (WSK), gegründet 1930.

Seit 1930 versichern wir ausschliesslich Spital-, Heim- und Pflegepersonal. Wir kennen deshalb Ihren Beruf! Unsere Bedingungen und Leistungen sind vollumfänglich auf Ihre Vorsorgebedürfnisse ausgerichtet.

Gruppen- und Einzelmitglieder finden bei uns die massgeschneiderte Vorsorge.

Ihre sichere Zukunft beginnt mit einer Beratung durch die SHP. Besser heute als morgen. Nehmen Sie mit uns Kontakt auf für die Vereinbarung einer Besprechung oder die Zustellung unserer Dokumentation: «7 gute Gründe für eine gute Sache».

Ich/wir wünsche(n) gerne nähere Informationen. Bitte senden Sie mir/uns Ihre Dokumentation.

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_



aber der Wunsch nach mehr Geburtshilfe und weniger Geburtsmedizin ist spürbar. Dieser Tendenz müssen auch die Ausbildungsstätten Rechnung tragen. Weniger Medizin kann aber nur möglich werden, wenn die Prävention verstärkt wird. Hier sind die Ziele der WGO für uns eine Herausforderung und eine Chance, unser Ausbildungskonzept zu überdenken.

Für mich stellt sich hier die Forderung nach einem Nah- und einem Fernziel. Unter Nahziel verstehe ich die Integration der Ziele «Gesundheit 2000» in das laufende Ausbildungskonzept. Wir können nicht warten, bis ein Gesamtkonzept ausgearbeitet ist. Die gültigen Ausbildungsrichtlinien und -ziele geben uns Raum, den Bereich Gesundheitserziehung und Prävention zu fördern. Schwierigkeiten entstehen nur dort, wo Gelerntes nicht in die Praxis umgesetzt werden kann.

Hebammen sind in vielen Bereichen der Geburtshilfe nicht oder nur wenig vertreten. Dies wirkt sich auf die Ausbildung aus. Das Zusammenspiel zwischen Theorie und Praxis ist sehr wichtig. Nur was in der Praxis erlebt werden kann, erscheint berufsrelevant.

In der Hebammenschule gehen wir von einem breiten Berufsspektrum aus. Es umfasst neben der eigentlichen geburtshilflichen Tätigkeit auch die Bereiche der Schwangerenvorsorge, Wochenbett und Neugeborenenpflege, Familienplanung, also Bereiche, in denen es um Beratung und Gesundheitserziehung geht. Die Praxisrealität sieht anders aus. Das heutige Ausbil-

dungsspektrum und damit die Ausbildungsinhalte basieren auf Berufsgeschichte, Berufserfahrung und medizinischen Bedürfnissen. Ob dieses Spektrum und die Inhalte in Zukunft noch Gültigkeit haben, muss untersucht werden.

Hier sehe ich, oder besser gesagt wir, nämlich die Schulleiterinnen aller Hebammen-schulen in der Schweiz, unser Fernziel.

Um dieses Fernziel zu erreichen, haben die Schulleiterinnen Arbeitsgruppen gebildet. In den Arbeitsgruppen sind Hebammen aus verschiedenen Berufsbereichen und Hebammenschülerinnen vertreten.

Untersucht werden:

- Trägerschaft und Finanzierung der Ausbildungsstätten
- Bedürfnisse der Forschung und Medizin
- Bedürfnisse der Bevölkerung/Familie
- Internationale Tendenzen
- Anliegen der Hebammen/Berufsbild
- Konkurrenz zu anderen Berufen
- Ausbildungs- und Arbeitsplätze
- Funktionsstrukturen
- Gesundheitsgesetze und politische Tendenzen
- Rekrutierung/Nachwuchs

Der Plan, die jetzige Hebammenausbildung zu untersuchen, ist unabhängig von den Zielen der WGO «Gesundheit für alle im Jahr 2000» entstanden. Wir sind mit unserer Arbeit erst am Anfang, können aber feststellen, dass die Ziele der WGO immer berührt werden. Ganz besonders bei den Punkten - Bedürfnisse der Bevölkerung,

Anliegen der Hebammen, Gesundheitsgesetze und politische Tendenzen.

Wie die Hebammenausbildung im Jahr 2000 aussehen wird, wissen wir noch nicht, aber die Ziele der WGO «Gesundheit für alle im Jahr 2000» werden sicher im neuen Konzept integriert sein.

*Der Weiterbildungstag der Hebammen behandelt das Thema «Gesundheit 2000» und wurde von rund 300 Mitgliedern besucht.*

*Erster Referent war Dr. B. Horisberger, Kantonsarzt. Sein Thema: «Die Kostenexplosion im Gesundheitswesen».*

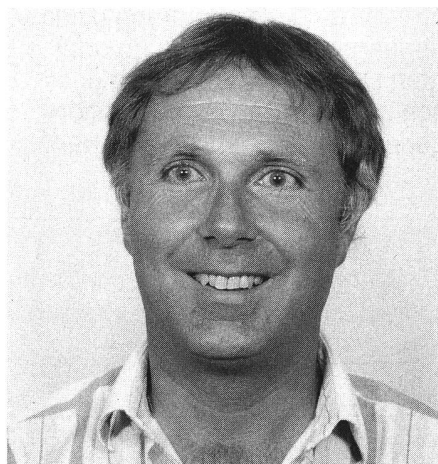
*Anschließend dozierte Frau Suzanne Houd über «Die Hebamme in der WGO». Sie sprach sehr engagiert über die Lage des Hebammenstandes in den verschiedenen Ländern.*

*Nach der Mittagspause wurde uns ein Film über die Arbeit der WGO gezeigt, dann vermittelten uns die Teilnehmer des Podiumsgesprächs einprägsame Kurzreferate. Die anschließende Diskussion gab gute Denkanstöße, führte aber zu keinen realen Lösungen. Auf jeden Fall aber wurde uns Hebammen klar, dass wir uns für unseren Berufsstand vermehrt einsetzen wollen, müssen und sollen!*

*Wir danken den Kolleginnen der Sektion Solothurn herzlich für ihren vorbildlichen Einsatz!* sf

## Die Hebamme in einem Gesundheits- statt Krankheitswesen

Dr. Roland Lüthi,  
Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern



In meiner Arbeit als Wissenschaftler befasse ich mich mit Fragen der Erhaltung und Förderung der Gesundheit bei gesunden Menschen. Wer eine Geburt nicht als Krankheit einstuft, wird die Ähnlichkeit zwischen «Gesundheitsförderern» und «Hebammen» entdecken.

Aus diesem Grunde erlaube ich mir einige kritische Gedanken als Anregung zum Nachdenken zur Sinnhaftigkeit menschlichen Tuns und Handelns: Die Kampagne «Gesundheit für alle ...» der WGO hat eine gute politische Absicht. Dass dazu sogar Ziele und Teilziele formuliert wurden, übersteigt das allgemeine Niveau politischer Absichtserklärungen.

*Die Sache hat jedoch einen Haken:*

Gesellschaftspolitisch gesehen besteht eine hohe Gefahr, dass die Gesundheit zur Krankheit gemacht wird – aus folgendem Grund: Streng genommen ist unser «Gesundheitswesen» ein «**Krankheitswesen**». Es werden vor allem Krankheiten behandelt und vorgebeugt (präventiv behandelt). Die Institutionen und Personen, die im «Gesundheitswesen» arbeiten, können diesen beiden Bereichen zugeordnet werden. Dies gilt auch für die WGO, deren grössten Erfolge auf die Bekämpfung von Krankheiten zurückgehen. Eine Ausnahme bildet der Bereich «Gesundheitsförderung», der unter der Leitung von Ilona Kicklunsh, also einer **Frau**, steht. Davon abgesehen ist die WGO auch heute noch auf die kurative und präventive Bekämpfung von Krankheiten ausgerichtet.

*Daraus folgt:*

1. Jeder, der seine Tätigkeit unter die Ziele der WGO stellt, muss sich bewusst sein, dass damit **nicht** Gesundheit, sondern Krankheit gemeint ist.



## ***DODIE transparent, der Nuggi für kleine Geniesser.***

*Für alle kleinen Geniesser hat DODIE einen neuen Nuggi für Säuglinge und Kleinkinder entwickelt. Er ist aus reinem Silikon und ermöglicht eine bessere Regulierung des Auslaufs.*

- *Ganz durchsichtig und von höchster Reinheit*
- *Sterilisationsbeständig*

*Der neue durchsichtige DODIE-Nuggi: Höchste Garantie für Reinheit, Hygiene und für das Wohlbefinden des Babies.  
Den kleinen Geniessern wird er sehr gefallen.*

## ***DODIE transparente, la tétine des petits gourmands.***

*Pour tous les petits gourmands, DODIE a créé une nouvelle tétine 2e Age en pur caoutchouc silicone, conçue pour améliorer les conditions de la tétée.*

- *Toute transparente, très pure*
- *Ultra-résistante aux stérilisations*

*Nouvelle tétine transparente DODIE: Une garantie maximum de pureté, d'hygiène et de confort pour votre bébé.  
Les petits gourmands vont l'adorer.*

Überzeugende Testerfolge  
an der Universitäts-Frauenklinik Bern  
bestätigen es:



Brustsalbe für stillende Mütter  
und Wundheilsalbe

- ▶ hat jetzt eine deutlich verbesserte Heilwirkung dank geänderter Zusammensetzung (mit 5 % Panthenol)
- ▶ bei gleichzeitiger entscheidender Verbesserung der Streich- und Penetrationsfähigkeit dank neuer Salbengrundlage.

Die Beimischung von Fenchelöl verleiht der neuen Galamila zudem einen angenehmen, frischen Duft.

Übrigens: Galamila ist kassenzulässig!

Ein Galactina Pharma-Produkt



2. Wer im Gesundheitswesen arbeitet, ist Teil eines Apparates, der nicht Gesundheit fördert, sondern Krankheit bekämpft mit Methoden, die den Menschen vor allem entmündigen und bevormunden.
3. Völlig normale und damit auch völlig gesunde Bereiche des Menschen, **wie die Geburt**, sind schon derart ins «Krankheitswesen» eingebunden, dass die betroffenen Menschen nur staunen, was mit ihnen so alles geschieht.

### Schlussfolgerung für die Hebammen

Unterstützung der WGO-Ziele, aber vorher sorgfältig überprüfen, welche gesellschaftspolitischen Zustände (wie z.B.,

dass Hebammen unnötigerweise die meiste Zeit im Spital verbringen!) stabilisiert und welche notwendigen Veränderungen durch unkritische Naivität verhindert werden (wie z.B. Rückführung der Rolle der Hebamme und der Geburten in die Nähe der Gesundheit und der Bevölkerung).

*Wichtiges ergänzendes Ziel für die Hebamme:*

Erhöhung der gesellschaftspolitischen Sensibilität, damit dieser Berufsstand sich bald einmal von der Zwangsjacke der medizinischen Expertokratie befreien kann.

*(Beachten Sie die Geschichte der Hebamme, z.B. in: «Hexen, Hebammen und Krankenschwestern» von Barbara Ehrenreich und Deirdre English, im Verlag Frauenoffensive, München, 1975.)*

### Teilnahme an der Weiterbildung:

217 Mitglieder  
 8 Nichtmitglieder  
 40 Schülerinnen Mitglieder  
 16 Schülerinnen Nichtmitglieder  


---

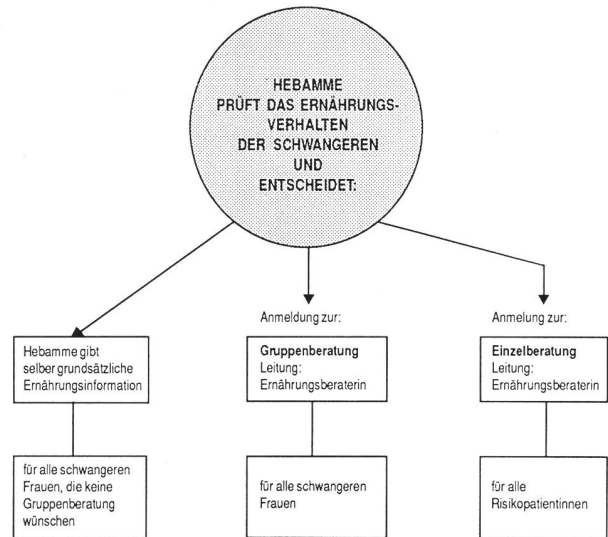
 281 Teilnehmerinnen

## Die Hebamme als Glied in der Ernährungserziehung

Elisabeth Winkelmann, Schule für Ernährungsberatung, Inselspital Bern



Abbildung 1



### Einleitung

Schwangerschaft, Geburt und das Stillen verändern den Körper und den Stoffwechsel einer Frau entscheidend. Diese Umstellung beeinflusst den täglichen Nährstoffbedarf und erfordert ein bewusstes Ernährungsverhalten. Heute gilt als erwiesen, dass eine ausreichende Versorgung mit Nährstoffen für die Gesundheit der Mutter wie auch des Feten und des Neugeborenen wichtig ist und dass eine adäquate Ernährung einen wesentlichen Beitrag zum problemlosen Ablauf der Schwangerschaft darstellt.

Die praktische Erfahrung zeigt jedoch immer wieder, dass viele Schwangere schlecht darüber informiert sind, worauf sie während der Schwangerschaft beim Essen achten müssen, und dass es auch nach der Entbindung viele offene Ernährungsfragen gibt. Ich möchte im folgenden Möglichkeiten aufzeigen, wie wir diesen Zustand ändern können.

Anhand von drei Arbeitsbereichen möchte ich aufzeigen, welche Hilfsmittel den Heb-

ammen nützlich sein können, um ernährungserzieherisch tätig zu sein:



Abbildung 2

## Hauptteil

Damit Hebammen im Bereich der Ernährung erzieherisch mitwirken, sind meines Erachtens folgende Voraussetzungen notwendig:

1. Die Hebammen verfügen über Basiswissen «Ernährung in der Schwangerschaft und Stillzeit» (Ausbildung/Weiterbildung)
2. Die Hebammen sind in der Lage, die Ernährungssituation der Schwangeren zu prüfen und zu erkennen, ob sie eine Risikopatientin ist (Checkliste/Fragebogen)

3. Die Hebamme kann Risikopatientinnen an andere Fachpersonen, z.B. Arzt/Ärztin, Ernährungsberatern, Mütterberatungsschwester weiterleiten und selbst grundlegende Informationen geben.

Alle Merkblätter, Broschüren und Fragebogen sollten von der Ernährungsberaterin vorgeschlagen und gemeinsam mit Hebammen, Ernährungsberaterinnen und Ärzten/Ärztinnen ausgearbeitet werden.

Folgendes Konzept zeigt, wie meines Erachtens die Hebamme in die Ernährungserziehung miteinbezogen werden kann und somit zur Erreichung der Ziele der WGO beitragen kann:

## Die Hebamme als Glied in der Ernährungserziehung

Grundbedingungen	Praktische Anwendung	Was ist zu tun?
1. Grundwissen muss vorhanden sein.	Die Hebamme informiert bei der Vorsorgeuntersuchung über die Grundprinzipien der Ernährung während der Schwangerschaft. Die Hebamme gibt kleine Hilfen.	Ausbildung Weiterbildung (Hebammen-Wiederholungskurs)
2. Konzepte zur Überprüfung des Ernährungsverhaltens in der Schwangerschaft müssen entwickelt und angewendet werden.	Die Hebamme hilft mit, Risikoschwangere (z.B. Fehlernahrung) frühzeitig zu erkennen. Sie gibt Informationen/Unterlagen an den Arzt/die Ernährungsberaterin weiter.	Konzept erstellen z.B. Fragebogen
3. Interdisziplinäre Zusammenarbeit sollte aufgebaut sein.	Die Hebamme kann die Schwangere weiterweisen zur optimalen Schwangerschaftsbetreuung. Sie aktualisiert ihren Wissensstand.	Spitalintern/spitalextern Kontakte herstellen. Zusammenarbeit aufbauen. Fachliche Absprachen treffen, d.h. sich widersprechende Aussagen vermeiden.

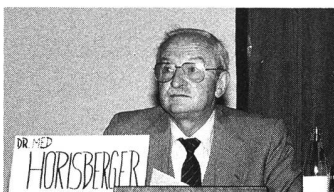
## Schluss

Die Einbeziehung der Hebammen in die Ernährungserziehung ist realisierbar und

wünschenswert, denn sie kann mithelfen, den Ernährungszustand der Schwangeren zu verbessern.

# Kostenexplosion im Gesundheitswesen – Konsequenzen in der Geburtshilfe

Vortrag von Dr. B. Horisberger, Kantonsarzt in St. Gallen.



Dr. B. Horisberger verstand es, das eher trockene Thema locker, überzeugend und humorvoll vorzutragen. Hier eine kurze Zusammenfassung und ein Versuch, Ihnen das Gesagte etwas näherzubringen – darunter auch einige trockenen Zahlen.

## Was sind Gesundheitskosten?

### Verbrauch von Mitteln

- Arbeitstätigkeiten
- Dienste
- Sachen
- Geld

### Inanspruchnahme von Leistungen

- Gesundheitsvorsorge
- Gesundheitsversorgung
- Gesunderhaltung

### Entschädigung für verbrauchte Güter

- Konsultation
- Hospitalisation
- Operation
- Medikamente

*Jedes Ding hat seinen Preis!*

## Wer deckt Gesundheitskosten?

### Das Individuum

- durch die Krankenkassenprämien
- durch Steuern
- aus der eigenen Tasche (direkt)
- durch Zeitaufwand (indirekt)

### Die Krankenkassen

- aus Prämieinnahmen
- aus Subventionen (Steuerergelder)

### Die öffentliche Hand

- die Gemeinden
- die Kantone
- der Bund

## Ausgaben der öffentlichen Krankenkassen

### Je Versicherte, pro Jahr

1966	35 Franken für Spitalbehandlung
	106 Franken total
1985	361 Franken für Spitalbehandlung
	573 Franken total

### Zunahme in 20 Jahren

- Ausgaben für Spitalbehandlung 10mal
- Totalausgaben 5mal

### Gesamtausgaben der Krankenkassen

– 1966	1235 Millionen Franken
– 1985	8416 Millionen Franken

### Wachstum der öffentlichen Ausgaben für das Gesundheitswesen seit 1955

(in Mio. Fr.)

	1955	1984
<b>Ausgaben des Bundes</b>		
Gesamtausgaben	1961	21 640
Gesundheitsausgaben	47	853
davon Subvention für Krankenkasse	29	836
Gesundheitsausgaben in % der Gesamtausgaben	2,4%	3,9%
<b>Ausgaben der Kantone</b>		
Gesamtausgaben	1852	27 754
Gesundheitsausgaben	264	4 704
davon für Spitäler	223	4 448
Gesundheitsausgaben in % der Gesamtausgaben	14,3%	17,0%
<b>Ausgaben der Gemeinden</b>		
Gesamtausgaben	1507	20 950
Gesundheitsausgaben	76	3 008
Gesundheitsausgaben in % der Gesamtausgaben	5,0%	14,4%

#### bewertet werden

- Vergleich
- Gewichtung

#### beurteilt werden

- verstanden
- festgesetzt

Nur nach dem Urteil über die Bedeutung des Risikos folgt der Entschluss.

Zum Beispiel:

### Kostenentwicklung und Geburtshilfe

#### Kostenseite

- mehr Kontrolluntersuchungen (z.B. ist die Kostenentwicklung in der Geburtshilfe dank der Extremmedizin sehr teuer - ist sie auch sinnvoll?)
- teurere Verfahren
- personalintensive Pflegeeinheiten
- Medizin im Grenzbereich

#### Nutzenseite

- Säuglingssterblichkeit: «Vor 100 Jahren starben bereits 10% der Kinder bei der Geburt; 10% in den ersten Lebensjahren, wieder die Hälfte, das heisst 40%, erreichten das 20. Lebensjahr nicht.»
- Rehabilitation (Kind)
- Müttersterblichkeit (das Leben von Müttern und Kindern wurde durch Infektionen bedroht, damit bestand eine «natürliche» Bevölkerungsplanung).

#### Folgerung:

*Wirksame Kostensenkung durch Schwangerschafts-Frühdagnostik, das heisst Risikoverminderung vor, während und nach der Geburt.*

### Verdichtung des Versorgungsnetzes für Mutter und Kind

#### Strukturwandel

- Schwangerschaftskontrolle
- Geburtshilfen
- Neonatologiestationen

#### Intensivierte Leistungen

- Schwangerschaftsberatung
- Ultraschalluntersuchungen
- Beatmungstherapie
- Säuglingschirurgie
- Infektionsprophylaxe
- Ernährungsberatung

### Ursachen der Kostensteigerung

#### Struktur

- Zunahme der Zahl der Ärzte: «Es hat immer noch mehr Diagnosen als Ärzte, so kann jeder seine Spezialisierung finden!»
- Zunahme der Behandlungsstellen
- Zunahme der Betagten
- Zunahme der Gesundheitsrisiken
- Finanzierungsmechanismen (die Ausgaben sind bereits vorfinanziert, die Patienten möchten etwas dafür bekommen, das treibt die Spirale der Kosten und der Leistungen ebenfalls hinauf).

#### Leistungen

- mehr Spezialleistungen
- mehr technische Leistungen
- mehr Hospitalisation

#### Ergebnisse

- Heilung?
- Besserung?
- Invalidität?

#### Folgerung:

*Struktur und Leistungsentwicklung wirken kostensteigernd.*

*Bessere Ergebnisse als Gegenwert?*

### Gesundheitsrisiken in der modernen Gesellschaft

#### Leute nehmen Gesundheitsrisiken in Kauf

- im Sport
- bei Vergnügungen, Reisen
- durch ungesundes Verhalten

### Leute sind Gesundheitsrisiken ausgesetzt

- durch die Umwelt
- am Arbeitsplatz
- durch medizinische Eingriffe
- durch unabwendbare Krankheiten

- Gesundheitsrisiken, welche freiwillig eingegangen werden, müssen nicht durch die Allgemeinheit getragen werden.
- Gesundheitsrisiken, die der/die einzelne nicht verhindern kann, muss die Gemeinschaft tragen.

#### Risiko

*«Das Ehepaar, das früh zu Bett geht, um Kerzen zu sparen, kann Zwillinge kriegen.»*

*Chinesisches Sprichwort*

### Übernahme der Gesundheitsrisiken durch die Gemeinschaft

*Öffentliche Gesundheitsrisiken müssen:*

#### identifiziert werden

- Beschreibung
- Definition

#### quantifiziert werden

- Schätzung
- Messung

### Ergebnis

- Säuglingssterblichkeit (die Säuglingssterblichkeit ist gesunken; die Risiken werden so weit als möglich vermieden – die Kosten sind enorm gestiegen).
- Komplikationen
- Kosten (senken wir die Kosten um 10%, verlieren wir auch 10% Arbeitsplätze ...)

### Kontrolle der Ergebnisse

#### Ziel

Behandlungsverlauf und Ergebnis standardisiert erfassen. Aufwand und Gewinn an Gesundheit vergleichen ...

*Geben mehr Tests **mehr** Sicherheit – dann ja*

*Geben mehr Tests **gleiche** Sicherheit – dann nein!*

#### Vorteile

- Stärken/Schwächen treten zutage
- regionale Unterschiede erfassbar (zu prüfen gilt z.B.: Warum gibt es regionale Unterschiede hinsichtlich Säuglingssterblichkeit und untergewichtiger Kinder? *(Wenn wir uns das überlegen, müssen wir zugeben, dass das Ziel einer umfassenden Sicherheit für die Kinder nicht erreicht ist)*)
- Qualitätskontrolle möglich

#### Nachteile

- Gefühlswerte schlecht erfassbar
- in komplexen Fällen kaum durchführbar
- zusätzliche Kosten?
- fördert defensive Medizin?

#### Folgerung:

*Ergebnisorientierte Bewertung des Gesundheitswesens nur in ausgewählten Fällen praktisch sinnvoll*

### Pränatale Beratung gewinnt an Gewicht

#### Risiko des niedrigen Geburtsgewichts

- ledige Mütter
- arbeitende Mütter

#### Schwangerschaft und Geburt

- Mütterschutz
- Schwangerschaftsberatung
- Geburtsvorbereitung (zu komplizierte Organisationen der Basishilfe, z.B. Organe und Vereine, die sich teilweise be-

kämpfen ... Man rede zuviel übereinander statt miteinander! Hebammen und Ärzte sollten viel besser zusammenarbeiten! Apparaturen zur Kontrolle von **normalen Werten** treiben Kosten und Papierverbrauch in die Höhe, und ausserdem findet unsere verfeinerte Diagnostik auch bei normalen Schwangeren pathologische Werte!

#### Pränatale Beratung spart Kosten

- weniger Intensivtherapie
- senkt Säuglingssterblichkeit
- senkt kindliche Invalidität (Kosten? Entschädigungen und Tarife sind ein Politikum. Es gilt, Politik zu betreiben – nur so kommen wir weiter ...)

### Die Hebamme im Jahre 2000 – Hauptproblem: Kosten?

#### Wo liegen die Hauptprobleme?

- Vorsorgestrukturen?
- Vorsorgeverfahren?
- Extremmedizin?

### Welche Möglichkeiten hat die Hebamme?

- pränatal
- Geburtshilfe
- postnatal (für die Hebammen steht eine Fülle von Möglichkeiten offen, in denen sie aktiv werden können. Sei es im Spital, zu Hause, in der Schule, in Beratungsstellen, Polikliniken – lassen Sie sich etwas einfallen! Sprechen Sie auch mit den Ärzten über Ihre Vorschläge, arbeiten Sie nicht gegeneinander, aber «bleiben Sie am Ball»!)

#### Welches sind konkrete Ziele?

- Kosteneinsparungen?
- verbesserte Leistungen?
- beides?

#### Fazit:

- Zielsetzungen sind notwendig
- Zielerreichung muss überprüft werden
- Qualität muss mit dem Preis (Kosten) übereinstimmen

#### Haben Sie den Mut, eine Sache so zu sehen, wie sie ist –

(Dr. B. Horisberger)

#### und haben Sie den Mut zu verändern und zu verbessern?

(sf)

#### Streiflichter eines Vortrags

## Hebamme sein in Europa



*Susanne Houd, Hebamme aus Dänemark, Gesundheitsministerin und Ratgeberin in der WGO*

*(Zusammengefasst und übersetzt von Sylvia Forster, Mitglied der Zeitungskommission)*

Die Hebamme ist eine Person, die das vorgeschriebene Ausbildungsprogramm in ihrem Land absolviert hat und die nötigen Qualifikationen besitzt, als Hebamme ihren Beruf auszuüben. Die Hebamme hat vielfältige Aufgaben während der Schwangerschaft, der Geburt und der Nachgeburtssperiode. Sie spielt eine wichtige Rolle hinsichtlich Gesundheitserziehung in Familie und Gesellschaft.

Bis zum 20. Jahrhundert bestanden in den meisten Ländern kaum Gesetzgebungen, die die Arbeit der Hebamme regeln.

In gewissen Ländern bestimmen nicht nur der Staat, sondern auch die lokalen Einrichtungen die Tätigkeit der Hebammen. Je höher der Lebensstandard ist, desto strenger sind die Reglemente, und desto weniger

Kompetenzen haben die Hebammen. In den Ländern, wo die Gesundheitskosten vom Staat getragen werden, finden wir viele Hebammen. In den Ländern, wo die Patienten die Kosten selber übernehmen müssen und die Ärzte eine Schlüsselstellung rund um die Geburt innehaben, hat es wenige Hebammen.

Es gibt eine ausgedehnte Debatte in ganz Europa über **das** einheitliche Ausbildungsprogramm. Leider gibt es eine grosse Zahl von Schwestern, die von ihrer Zusatzausbildung als Hebamme nicht profitieren oder ganz aus dem Beruf aussteigen.

Je östlicher und südlicher sich die Länder Europas befinden, um so eher arbeitet die Hebamme in den Spitälern. In Dänemark und in den Niederlanden sind sie in den Ge-

sundheitszentren, bei den Frauen zu Hause sowie im Spital. Wo Frauen die Möglichkeit haben, sich in Gesundheitszentren betreuen zu lassen, finden wir die geringste perinatale Sterblichkeit. Doch die freipraktizierenden Hebammen sind nur noch vereinzelt anzutreffen!

Bei einer Umfrage in 23 Ländern (das heisst bei deren Gesundheitsministern) über die Arbeit der Hebammen gaben sie zu, nicht recht zu wissen, worin die Aufgaben der Hebammen bestehen! Sie hatten höchstens Interesse an Zeit, Ort, Art und Weise der Aktionen (die Hebammen organisierten, um sich den Frauen vorzustellen), aber die Frage der Pflege wurde vernachlässigt. Gewisse Länder aber finden es vorteilhaft, Hebammen zu haben, weil diese für die sozialen Bedürfnisse sensibel sind und die Förderung der Gesundheit wahrnehmen.

In beinahe allen Ländern ist die Hebamme bevollmächtigt, den Dammschnitt selber auszuführen, aber selten, den Damm zusammenzunähen. Wo die Hebammen nicht nähen dürfen, werden mehr Dammschnitte gemacht, Schweden ist das einzige Land, wo die Hebammen ein Vakuum machen dürfen. In den meisten Ländern dürfen die Hebammen, ausser in Notfällen, keine Steisslagen entwickeln. Ausnahmen bilden die skandinavischen Länder.

Wenn man die Beziehungen zwischen den Hebammen und dem anderen Gesundheitspersonal betrachtet, merkt man, dass die Ärzte in allen Fällen die Spitze der Hierarchie innehaben und die Hebammen und die Schwestern sich in einem sinnlosen Kampf um die Stellung erschöpfen. Dies lässt uns folgende Frage stellen: **Sind die Hebammen noch nötig?**

*Frau S. Houd gelangte zu folgender Ansicht:*

- Die Familien möchten die Hebamme wieder zurück, obwohl der Mangel an Kontinuität sie stört.

Laut einer Studie wurde bewiesen, dass der medikamentöse Einsatz der Hebammen geringer war als der von Geburtshelfern. Ausserdem war die Geburt kürzer als bei den Geburtshelfern. Hebammen betreuen ihre Patienten selber, verbringen mehr Zeit mit ihnen und brauchen dadurch auch weniger «Überwachungselektronik».

Eine andere Umfrage beweist, dass die Frauen in den USA mit ihrer Hebamme häufiger zufrieden waren (88%) als mit ihrem Geburtshelfer (45%).

*Das heisst für uns:* Hebammen sollen ausharren, weiterkämpfen und sich bekanntmachen – denn Stärke ist gut!

- Die Schwangerschaft, die Geburt und die Nachgeburtsperiode sind normale Phasen im Leben fast aller Frauen. Diese Realität versucht die Hebamme wieder bewusstzumachen.
- Die Pflege basiert auf einer ganzheitlichen Methode.
- Es gibt Kontinuität der Pflege.

- Frauen mit erhöhtem Risiko sind diejenigen, welche die alternative Pflege am meisten benötigen.
- Hebammen sollen teilhaben oder mithelfen, die Gesundheit zu schützen, das Überleben von Mutter und Kind zu sichern, und sie sollen an Entscheidungen mittragen.
- Die Gesundheitspolitik muss für die nötige Grundmedizin der Gesellschaft ver-

antwortlich sein und nicht nur eine krisenorientierte Hilfe anbieten. Die Vorsorge sollte billig und leicht zugänglich sein. Mit solider Ausbildung und kontinuierlicher Weiterbildung kann die Hebamme den schwangeren oder kranken Frauen eine solche Gesundheitsvorsorge anbieten. Gerade weil komplizierte Technologien und hohe Kosten existieren, heisst das noch lange nicht, dass wir sie überbenutzen sollen.

Es ist interessant aufzuzeigen, dass eine Anzahl der aufgeworfenen Fragen und Forderungen die Gesundheit im Jahre 2000 beeinflussen werden.

- Erste Bestrebungen der Strategie ist, – all den Kindern «eine viel bessere Chance, gesund geboren zu werden», zu bieten – bei Eltern, die sie wollen, die Zeit, Mittel, Geld und Geschicklichkeit haben, um sie aufzuziehen und anständig für sie zu sorgen.
- Eine andere wichtige Bestrebung sollte die Humanisierung der Dienste sein. Speziell, wenn wir wichtige Ereignisse begleiten, wie Geburt und Tod.
- Zufriedene Bedingungen und das Vermeiden unnötiger Technisierung sollte allen schwangeren Frauen offeriert werden.
- Eine expandierende Rolle der Hebamme kann diese Bestrebungen fördern, was ein weiterer Schritt zum Ziel «Gesundheit für alle im Jahr 2000» ist.

Lesetip zu diesem Vortrag:  
«*Having a Baby in Europe*» oder in deutsch «*Wenn ein Kind unterwegs ist*».  
Herausgeber ist die WGO, erhältlich ist das Buch in etwa 4 bis 6 Wochen im Verlag Huber AG in Bern.

## Weiterbildung / Perfectionnement



Oberes Bild links / En haut à gauche:  
V.l.n.r.: Monica Herzig (Tagungsleitung), Hannah Küffer (Präsidentin der Sektion Solothurn), L. Bettoli (Begrüßungs- und Schlusswort).

De gauche à droite: Monica Herzig (organisatrice de la session), Hanna Küffer (présidente de la section de Soleure), L. Bettoli (salutations et conclusions).

Unteres Bild links / En bas à gauche:  
V.l.n.r.: Bärbel Lüchinger (Weiterbildungskommission), Susanne Houd.

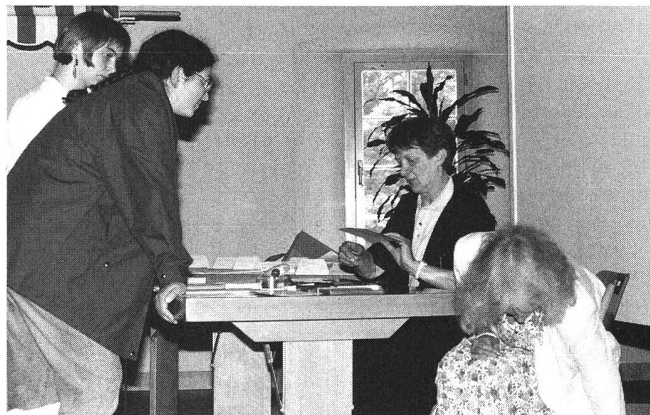
De gauche à droite: Bärbel Lüchinger (commission de formation permanente), Susanne Houd.

Bild rechts / A droite:  
Frau Wirth, Präsidentin des deutschen Hebammenverbandes.

Mme Wirth, présidente de l'Association allemande des sages-femmes.



Teilnehmerinnen der Weiterbildung.  
Participantes à la journée de perfectionnement.



Zentralsekretärin Margrit Fels beim Signieren der Testathefte.  
La secrétaire centrale Margrit Fels signe les livrets d'attestations.



## Leserbrief

Liebe Leserin

haben Sie sich über einen Artikel geärgert, sich darüber gefreut, oder erwarten Sie von Ihrer Verbandszeitung etwas ganz anderes? Ihre Reaktionen können unsere Hebammenzeitschrift lebendiger machen und geben uns Anregungen und Impulse für Neues! Wir freuen uns auf hoffentlich zahlreiche zukünftige Leserbriefe.

Ihre Redaktion

### Wahlot – Notwahl – Nichtwahl

*Stellungnahme zur Nichtwahl einer Zentralpräsidentin an der DV vom 26. Mai 1988*

Den Solothurner Hebammenkongress werde ich als Markstein: Einerseits, weil die Fortbildung entschieden neue berufspolitische Einsichten brachte und eine gewisse Aufbruchstimmung spürbar wurde. Das war grossartig! Andererseits hat die Delegiertenversammlung es fertiggebracht, die Zentralpräsidentin ohne Nachfolgerin zu verabschieden. Das ist ein Unikum in unserer Verbandsgeschichte – und möge es auch bleiben! Zwar sind wir nicht mit einem Bienenvolk ohne Königin zu vergleichen, aber ein Verband ohne gewählte Präsidentin schmälert meines Erachtens sein eigenes Ansehen.

Mit dieser Situation liesse sich überdies besser leben, wenn die Art und Weise der Wahlprozedur nicht auch die Wahlchance praktisch verunmöglicht hätte.

Zur Wahl stand ein Mitglied des Zentralvorstandes, das von diesem überredet worden war, sich als Kandidatin zu stellen. Die Empfehlung des ZV kam also aus einer Notlage; die Kandidatin wurde empfohlen, weil sie am meisten Zeit verfügbar habe... Und dies war denn auch sozusagen die einzige Begründung, welche die Delegierten zu hören bekamen. Offensichtlich waren die Sektionsvertreterinnen jedoch von vornherein entschlossen, diese Kollegin nicht zu wählen; die Würfel waren vielerorts schon zu Beginn gefallen. Auch das Knistern im Saal war nicht zu überhören.

Und doch war der Kandidatin ganz offensichtlich auch nichts vorzuwerfen! Jetzt war es nötig, sie in einem günstigen Licht kennenzulernen: Als Beobachterin hätte ich es beispielsweise geschätzt, wenn sie selbst wenigstens die Gelegenheit erhalten hätten, sich kurz vorzustellen. Damit wäre etwas über ihr persönliches Motiv zu diesem Amt zu erfahren gewesen. In solchen Situationen ist jede Kandidatin auf befürwortende Voten angewiesen. Es ist mir auch unverständlich, warum sich niemand (insbesondere aus dem ZV) zugunsten der Bewerberin persönlich äusserte.

Anschliessend hätte beantragt werden können (oder sollen?), dass sie – und alle weiteren Kandidatinnen – den Saal für die Zeit der Wahlen verlassen. Dem Antrag wäre vermutlich (stillschweigend oder mit Handerheben) zugestimmt worden. Darauf hätten die Befürworterinnen mit den Gegnerinnen die Degen kreuzen können – im besten Fall hätten sich in dieser Diskussion neue Lösungsansätze abgezeichnet.

Ein weiteres Malheur waren sicher auch die Wahlzettel. Nur bei Abstimmungen muss mit Ja oder Nein geantwortet werden. Wären die Wahlzettel handschriftlich mit dem Namen zu versehen gewesen, so wären vielleicht neue interessante Namen aufgetaucht.

Diese Kritiken wollte ich anbringen. Es sollte meines Erachtens nie mehr passieren, dass eine umstrittene Kandidatin so verheizt wird. Immerhin ging es um das höchste Amt, das unser Verband zu vergeben hat.

Dass das Debakel einer Berufskollegin zugemutet wurde, schmerzt und ärgert mich besonders. Sie selbst hat Haltung bewahrt und blieb solidarisch in allen weiteren Geschäften. «Chapeau», Marie-Noëlle!

Georgette Grossenbacher

## Neues aus den Hebammenschulen

*Stellungnahme von Hebammenschülerinnen in Bern zum Teil der neuen Hebammenverordnung, der die Voraussetzungen zum Freipraktizieren regelt*

Sehr geehrter Herr Regierungsrat

Soweit wir informiert sind, sollen in der neuen Hebammenverordnung die Voraussetzungen zum Freipraktizieren neu geregelt werden. Drei Jahre Arbeit in einem Schweizer Spital wären demnach erforder-

lich, um eine Bewilligung zum Freipraktizieren zu erhalten.

Wir sind von dieser neuen Bestimmung, die ja schon diesen Sommer in Kraft treten soll, überrascht. Das Hebammendiplom soll in Zukunft einen geringeren Gültigkeitswert besitzen, als dies zu Beginn unserer Ausbil-

ding der Fall war. Wir erfahren jetzt, dass wir als «Spitalhebammen» diplomiert werden sollen und nicht, wie wir der Meinung waren, als Hebammen in ihrer ursprünglichen Bedeutung. Für einige von uns bedeutet dies eine gravierende Beschneidung der Berufsperspektiven.

Wir nehmen an, dass mit dieser neuen Bestimmung eine optimale Qualität in der spitalexternen Geburtshilfe gewährleistet werden soll.

Als direkt Betroffene fragen wir uns, ob die neue Vorschrift uns diesem Ziel wirklich näher bringt. Die Ausbildung zur Hebamme ist heute während der Lehre vorwiegend auf die geburtshilfliche Tätigkeit im Spital ausgerichtet. Unsere Arbeitsweise ist geprägt durch die technischen und personellen Möglichkeiten, die in den Schweizer Spitälern bestehen.

Die spitalexterne Geburtshilfe bedingt eine etwas andere Arbeitsweise und spezifische Fähigkeiten. Eine weitere dreijährige Spitaltätigkeit nach der Ausbildung ist unseres Erachtens nicht in jedem Fall die ideale und vor allem nicht die einzige Möglichkeit zum Erlernen einer selbständigen und ganzheitlichen Geburtshilfe. In vielen Spitälern ist die Arbeit der Hebamme aufgeteilt und spezialisiert. Es kann vorkommen, dass eine Hebamme während Jahren keine Gelegenheit zu Säuglingspflege und Wochenbettbetreuung mehr hat oder, umgekehrt, keine Geburt leitet. Ohne auf die Vor- und Nachteile einer solchen Praxis näher einzugehen, möchten wir darauf hinweisen, dass eine nicht näher definierte Spitaltätigkeit keine Garantie für den angestrebten Weiterbildungseffekt gewährt. Andere Möglichkeiten dazu sind z. B.:

- die Arbeit in speziellen Einrichtungen wie Geburtshäuser oder Ambulatorien
- die Arbeit in Ländern, wo die spitalexterne Geburtshilfe besser ausgebaut ist als in der Schweiz (z. B. Niederlande)
- die Arbeit in Ländern, wo die Hebamme mit bescheideneren Mitteln auskommen muss als in den meisten Schweizer Spitälern
- spitalexterne Geburtshilfe unter der Verantwortung einer schon freipraktizierenden Hebamme oder einer Ärztin/eines Arztes.

Die Erfahrung zeigt, dass eine neu diplomierte Hebamme genug Fachkenntnisse und Verantwortungsgefühl besitzt, um beurteilen zu können, wie sie sich am sinnvollsten auf eine selbständige freiberufliche Tätigkeit vorbereiten kann, falls sie für sich diesen Berufsweg vorsieht.

Aus all den genannten Gründen finden wir es nicht sinnvoll, einfach drei Jahre Spitaltätigkeit in einem Schweizer Spital als unabdingbare Voraussetzung zur freiberuflichen Tätigkeit festzulegen.

Geeigneter wären unseres Erachtens offenere Bestimmungen, die die vorher erwähnten Möglichkeiten berücksichtigen

und individuelle Lösungen zulassen würden.

Es erstaunt, dass gerade jetzt, wo so viel von Kostenexplosion im Gesundheitswesen die Rede ist, wo in Spitälern zum Teil akuter Personalmangel besteht, wo die spitalexterne Gesundheitsversorgung gefördert werden soll (bekanntlich auch ein Ziel der WHO im Rahmen von «Gesundheit 2000»), eine solch restriktive Verordnung in Kraft treten soll.

Wir finden es schade, wenn durch solche Vorschriften Hebammen, die sich für die freiberufliche Tätigkeit entscheiden, in ihrer Berufsausübung derartig eingeschränkt werden sollen. Solche Einschränkungen sind ja sonst in Medizinalberufen auch nicht üblich (z. B. Kompetenzen eines Arztes/einer Ärztin zur Öffnung einer Privatpraxis unmittelbar nach dem Staatsexamen). Ist es Zufall, dass gerade in unserem traditionellen Frauenberuf eine gewisse Bevormundung angebracht erscheint?

Wir möchten den Verfasser(innen) dieser neuen Verordnung keine bösen Absichten unterstellen, befürchten aber eine kontraproduktive, das heisst auch dissuasive Wirkung dieser neuen Bestimmung.

**Unsere Anliegen sind die folgenden:**

- Unser Diplom soll die Gültigkeit haben, die das Hebammendiplom bei Beginn unserer Ausbildung hatte.
- Als Schülerinnen und somit direkt durch solche Änderungen Betroffene möchten wir in Zukunft einbezogen werden in die Vernehmlassungen darüber.
- In Zukunft sollen entweder individuelle Wege zur Vorbereitung auf die freischaffende Hebammentätigkeit zugelassen werden oder eine berufsbegleitende gezielte Zusatzausbildung angeboten werden.

Wir hoffen sehr, dass wir als direkt Betroffene in dieser Angelegenheit auch angehört werden, und dass Lösungen gefunden werden können, mit denen sich alle Beteiligten einverstanden erklären können.

Zu weiteren Auskünften sind wir gerne bereit.

Mit freundlichen Grüßen  
M. Haueter  
B. Coaz  
C. Gassmann

## Verbandsnachrichten Nouvelles de l'Association

**Aargau** ☎ 064 373388  
Präsidentin: Susanne Diemling  
Alte Stockstrasse 9, 5022 Rombach

### Weiterbildungstag:

Am 8. Septmber 1988 findet in der Aula der Krankenpflegeschulen Aarau ein Weiterbildungstag statt.

### Programm:

08.30-09.00  
09.00-10.00

Begrüßungskaffee  
Im Ultraschall diagnostizierbare kindliche Missbildungen  
Geburtshilfliche Konsequenzen.

Referent: Dr. W. Tandjung, Leitender Arzt Frauenklinik Aarau

10.00-10.30  
10.30-11.30

Pause  
Betreuung der Eltern eines missgebildeten, eines behinderten Kindes. Referent: Dr. H. Fricker, Leitender Arzt Kinderklinik Aarau

11.45-12.45

Von der Arbeit mit behinderten Kindern (mit ihren Eltern)  
Referentin: Frau Ruth Marending, Heilpädagogin, Däniken

13.00-14.30

Mittagessen im Personalrestaurant Treffpunkt

14.30-16.00

Babymassage, theoretischer Teil (evtl. Film)  
Fragen, Diskussion  
Babymassage, praktische Demonstration in zwei Gruppen  
Referentin: Frau Julia Woodfield, Männedorf

16.00-17.30

Für die praktische Demonstration der Babymassage müssen wir die Teilnehmerzahl leider beschränken. Wir bitten Sie deshalb, sich dafür mit untenstehendem Talon anzumelden.

Preise: Schülerinnen: Fr. 25.-; Mitglieder: Fr. 35.-; Nichtmitglieder: Fr. 45.-.

Wer an der Babymassage-Demo nicht teilnehmen kann, zahlt Fr. 10.- weniger.

----- ✂ -----  
Anmeldetalon:

Ich möchte gerne an einer Babymassage-Demonstration teilnehmen:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

----- ✂ -----

Bitte einsenden an: E. Vontobel-Nick, Ahornstrasse 15, 5442 Fislisbach