

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: 94 (1996)

Heft: 10

Rubrik: Mitteilungen = Communications

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: 11.01.2026

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

49. Weltgesundheitsversammlung

Einige der behandelten Themen verdienen unsere ganz besondere Aufmerksamkeit: die Ernährung der Säuglinge und Kleinkinder, die Mutter-Kind-Sterblichkeit, sowie die Verstärkung der Kranken- und geburtshilflichen Pflege.

Die Ernährung der Säuglinge und Kleinkinder

Im WHA-Communiqué 11 vom 27. Mai 1996 steht auf Seite 3: «Die Versammlung hat bekräftigt, dass der Kodex über den Handel mit Muttermilch-Ersatzprodukten, die späteren Beschlüsse der Weltgesundheitsversammlung, die «Innocenti-Erklärung» sowie die weltweite Erklärung und der weltweite Aktionsplan für Ernährung unbedingt in die Tat umgesetzt werden müssen. Die Versammlung hat zur Kenntnis genommen, dass auf Kliniken und Gesundheitsministerien manchmal subtiler Druck ausgeübt wird, damit sie eine ungeeignete finanzielle Unterstützung annehmen, um eine Berufsausbildung auf dem Gebiet der Säuglings- und Kindergesundheit zu finanzieren. Die Versammlung hat inständig an die Mitgliederstaaten appelliert: Sie sollen dafür sorgen, dass die Art und Weise, wie die Zusatznahrungsmittel verkauft oder verwendet werden, das ausschliessliche und verlängerte Stillen nicht gefährden. Weiter, dass die finanzielle Unterstützung an die Berufsleute der Säuglings- und Kindergesundheit keinerlei Interessenkonflikte herbeiführt, im Hinblick namentlich auf die WHO/UNICEF-Initiative «Baby friendly hospital». Sie sollen ebenfalls für die Umsetzung des internationalen Kodex eine transparente und unabhängige Kontrolle gewährleisten, ohne Beeinflussung durch Wirtschaftskreise.»

Der ICM hat sich für einen Resolutionsentwurf mit dem oben zusammengefassten Inhalt stark gemacht. Im Namen des ICM erklärte Ruth Ashton vor der Versammlung, dass der ICM in der Frage der Stillförderung seit 1983 Stellung bezogen hat. Ergänzend sagte sie, dass sein Standpunkt auch der des International Council of Nurses ist.

1986 beschloss der ICM, es sollen beim Sponsoring von Kongressen, Vorträgen oder Versammlungen keine Patenschaften

von Herstellern von Säuglingsnahrung angenommen werden.

Der ICM hat bei der Entstehung der Initiative «Baby friendly hospital» eine entscheidende Rolle gespielt. Somit konnten die Hebammen in den Spitälern und Gemeinschaften ihres jeweiligen Landes eine zentrale Rolle bei der Verwirklichung der Initiative einnehmen.

Im Resolutionsentwurf befürwortet der ICM vor allem die Klausel, «dass die finanzielle Unterstützung an die Berufsleute der Säuglings- und Kindergesundheit keinerlei Interessenkonflikte herbeiführt, im Hinblick namentlich auf die WHO/UNICEF-Initiative «Baby friendly hospital». Die Erfahrung zeigt ja, wie stark die Hebammen versucht sind, Angebote von Herstellern für finanzielle oder sonstige Unterstützung anzunehmen. Dies kann dann bei den Hebammen die Motivation für das Gelingen des erfolgreichen und langen Stillens beeinträchtigen.

Verstärkung der Kranken- und geburtshilflichen Pflege: Krankenschwestern und Hebammen bilden in vielen Ländern die wichtigste Gruppe unter den Gesundheitsfachleuten. Die Versammlung stellte fest, dass die Kranken- und geburtshilfliche Pflege ganz stark zur Qualität und Wirksamkeit der Gesundheitsdienste beitragen kann. Deshalb forderte sie die Mitgliederstaaten eindringlich auf, die Pflegenden und die Hebammen vermehrt in die Reform der Gesundheitspflege, wie auch in die Erarbeitung von nationalen Gesundheitsstrategien einzubeziehen. Die Versammlung bat den Generaldirektor, die Länder noch stärker zu unterstützen bei der Erarbeitung, der Umsetzung und der Evaluation der nationalen Gesundheitsentwicklungspläne, inkl. Kranken- und geburtshilflicher Pflege.

Quelle: Communiqués WHA, Mai und Juni 1996, zusammengefasst von dv

Die WHO wird 50

Wir möchten dieses Jubiläum zum Anlass nehmen, um an die zwei wichtigen Ziele dieser UNO-Institution zu erinnern: einerseits leitende und koordinierende Instanz sein für alle Arbeiten mit internationalem Charakter im Bereich der Gesundheit; andererseits die technische Zusammenarbeit unter den mittlerweile 190 Mitgliedstaaten zugunsten der Gesundheit fördern.

Da das Schweizer Volk den UNO-Beitritt verweigerte, ist die Schweiz nicht Mitglied der WHO.

Die Hebammen der Schweiz haben jedoch wohl etwas zu tun mit der WHO, denn der SHV vertritt der ICM bei der UNO.

Wir verfolgen ebenfalls regelmässig die Informationen aus der UNICEF (UNO-Fonds für die Kindheit) und fühlen uns besonders angesprochen, wenn es da um das Stillen geht. Die UNICEF unterstützt sowohl die Initiative «Baby Friendly Hospital» als auch alle Bestrebungen des 1992 gegründeten Weltbundes für das Stillen.

Stillen – die Verantwortung der Gemeinschaft

Der Weltbund für das Stillen ruft jedes Jahr eine weltweite Woche des Stillens aus. Es ist eine Gelegenheit, das Stillen zu fördern und die verschiedenen Faktoren zu untersuchen, welche die Wahl und die Möglichkeit zu stillen beeinflussen können. In den letzten Jahren verlangte die Bewegung unter anderem eine Reglementierung für den Handel mit Muttermilchersatzprodukten.

Das diesjährige Motto heisst: «Stillen – die Verantwortung der Gemeinschaft.»

Die Woche des Stillens soll also 1996 alle Gemeinschaftsformen dazu auffordern, ihr Verhalten im Zusammenhang mit dem Stillen einzuschätzen und auf Stillfreundlichkeit zu prüfen.

Wir Schweizer Hebammen sind von dieser Frage auch angesprochen: wir können in unseren geburtshilflichen Abteilungen die noch herrschenden, divergierenden Standpunkte hinterfragen. **Die weltweite Woche des Stillens findet vom 7. bis 13. Oktober 1996 statt.**

L'OMS ha 50 anni

Questa ricorrenza ci offre l'occasione per ricordare le due funzioni di questo organismo delle Nazioni Unite: agire nell'ambito sanitario in quanto autorità direttrice e coordinatrice dei lavori che hanno un carattere internazionale e favorire la cooperazione tecnica a favore della salute all'interno degli Stati membri che attualmente sono 190.

La Svizzera, visto il rifiuto popolare di entrare nell'organizzazione della Nazioni Unite (ONU), non fa parte dell'OMS.

Quest'organismo ci riguarda però direttamente in quanto levatrici svizzere, perché l'ASSF rappresenta l'ICM all'interno delle Nazioni Unite.

Inoltre prestiamo attenzione regolarmente all'informazione che ci viene data dall'UNICEF (Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia) in modo particolare quando questa concerne l'allattamento. L'UNICEF sostiene l'iniziativa «Ospedali amici dei bambini» e incoraggia anche tutti gli sforzi intrapresi da «l'Alleanza mondiale per l'allattamento al seno» del 1992.

L'allattamento al seno: una responsabilità della collettività

Ogni anno viene lanciata da «l'Alleanza mondiale per l'allattamento al seno» una Settimana mondiale per l'allattamento. Questa settimana diventa così l'occasione per promuovere l'allattamento al seno e per esaminare i diversi fattori che possono incidere sulla scelta e la possibilità di allattare. Negli anni scorsi la Settimana ha fatto richiesta, tra l'altro, di una regolamentazione della commercializzazione dei sostituti materni.

Il tema di quest'anno sarà: «Allattamento: La responsabilità della Comunità». Si è ritenuto che la Settimana 1996 permetterà ad ogni collettività di valutare il proprio atteggiamento riguardante l'allattamento al seno, verificando così se si è realmente favorevoli.

Come levatrici operanti in Svizzera possiamo chiaramente porci la stessa domanda e riesaminare le posizioni divergenti che ancora sussistono nelle maternità elvetiche.

Riassunto, dv

Procreazione assistita: Berne veut rassurer sans tout interdire

Non au fondamentalisme: le Conseil fédéral entend combattre l'initiative des partisans du dogmatisme.

En matière de procréation médicalement assistée – insémination artificielle, fécondation in vitro (FIV) et techniques apparentées – la Suisse n'entend pas devenir un flot de refus fondamentaliste au milieu de l'Europe. Mais face aux réticences apparues dans la population (surtout alémanique), elle n'entend pas davantage s'aligner sur le (relatif) libéralisme français ou anglais. Arnold Koller a annoncé hier que le Conseil fédéral propose le rejet de l'initiative maximaliste déposée en début 1994. En guise de contre-projet indirect, il lui oppose une première loi d'application de l'article constitutionnel sur le sujet que les citoyens avaient approuvé en 1992.

Avec des garde-fous

L'initiative en question vise à réintroduire, au niveau national, les exigences d'une loi bâloise si restrictive que le Tribunal fédéral l'avait annulée. Elle veut interdire à la fois la FIV et l'insémination avec l'aide d'un donneur. «Ce serait faire marche arrière et empiéter sur la liberté personnelle des couples qui désirent un enfant malgré tout», proteste Arnold Koller, «l'article actuel est assez bon.» Ce dernier admet la FIV, mais avec des garde-fous, et interdit toute manipulation génétique de l'embryon humain – seul point qui fasse l'unanimité. Le projet de loi du Conseil fédéral se base sur deux principes: le bien de l'enfant d'une part, de l'autre la protection de l'embryon chère au PDC. La procréation assistée sera la solution ultime en cas de stérilité ou de risque de transmission d'une maladie grave. Les médecins qui la pratiquent devront se plier à une foule de règles et seront surveillés.

Points controversés

A la différence de l'insémination artificielle entre partenaires, l'insémination avec le sperme d'un donneur sera réservée aux couples mariés. Cela par analogie au régime de l'adoption: par rapport à son père social

(le mari de sa mère), l'enfant aura le même statut qu'un fils adoptif. Dès l'âge de 16 ans, il pourra connaître l'identité de son père biologique, mais n'aura pas le droit de le rencontrer si celui-ci refuse pour protéger sa sphère intime. Une action en paternité contre le donneur est exclue (cela dissuaderait définitivement les dons de sperme, qui d'ailleurs doivent rester gratuits). Au chapitre de la FIV, trois points étaient très controversés:

1. – Pas question de féconder des ovules en surnombre pour pouvoir les sélectionner et augmenter les chances de réussite. On n'en fécondera et n'en réimplantera pas plus que trois. Mais s'il faut répéter le traitement, la femme sera dispensée d'une nouvelle stimulation douloureuse des ovaires. On pourra utiliser des ovules congelés au stade de pénétration qui précède immédiatement le stade d'embryon (défini par la fusion des deux noyaux). Une solution salomonique qui vient d'Allemagne.

2. – Il sera interdit d'analyser une cellule de l'embryon avant la réimplantation pour savoir s'il porte un grave défaut héréditaire. On attendra jusqu'à l'amniocentèse pour savoir (avec le risque de devoir procéder à un avortement). Le Conseil fédéral a préféré renoncer à un procédé pas encore pratiqué et réservé par définition à des circonstances très rares, mais qui inquiéterait la population. Car entre analyse et manipulation génétique, la limite est difficile à tracer.

3. – Le projet de loi interdit les mères porteuses et le don d'embryon, ce que personne ne regrettera. Mais si le don de sperme sera licite, le don d'ovule ne le sera pas, ce qui crée une sorte d'inégalité entre les sexes. Réponse en substance d'Arnold Koller: un enfant est sûr d'être issu de l'ovule de sa mère, mais pas forcément du sperme de son père. Cette inégalité existe dans la nature, maternité et paternité ne sont pas symétriques. D'ailleurs, plusieurs organisations féminines consultées approuvent cette interdiction.

Par Alain Pichard
24 Heures, 27.06.96

La stérilité, notion mal définie

Résultats d'une enquête auprès de 128 couples «stériles»

Claude Revaz, Blaise Bourrit, Franceline James, Paul Janecek et E. Perrin

Introduction

S'intéresser au désir pressant d'enfant, à la psycho-endocrinologie de la fertilité et des stérilités inexplicables, c'est découvrir une immense zone floue, dans laquelle des concepts divers se côtoient, et souvent se superposent ou se mélangent dans une grande confusion. Confusion involontaire, liée à un domaine où interviennent plusieurs niveaux conceptuels et plusieurs types d'évaluation temporelle. Confusion volontaire parfois, quand certaines équipes de recherche de pointe souhaitant améliorer leurs résultats mélangent allégrement des données qui devraient rester distinctes.

La recherche actuelle est partie sur la base de cette situation floue et a utilisé les dénominations habituelles dans le domaine de la stérilité. 13 thérapeutes ont participé à cette recherche: 10 gynécologues, une psychiatre-psychanalyste et une sociologue. Un questionnaire anonyme de six pages a été adressé à 275 patientes ayant accouché en 1989 et 1990 après une période de «stérilité» quelle qu'en soit l'origine.

Sur les 275 questionnaires envoyés, 128 sont revenus dans les délais, soit près de la moitié, ce qui peut être considéré comme un résultat très satisfaisant.

Cette étude rétrospective a une valeur scientifique indicative à cause du nombre important de cas étudiés et parce que ces cas proviennent de 13 thérapeutes.

Résultats de l'enquête

Les résultats de notre enquête sont résumés dans deux tableaux.

Discussion

1. Une enquête de 13 gynécologues auprès de 128 couples «stériles» a confirmé le **flou qui entoure la notion de stérilité.**

Ainsi 23% des grossesses sont survenues sans traitement, 8% avant même les investigations et un certain nombre à la suite d'un événement particulier sans rapport avec un traitement (vacances, déménagement par exemple). Cela signifie que ces patientes ne se sont pas considérées comme stériles ou ont préféré attendre avant de se lancer dans la médicalisation de leur désir d'enfant. Pourtant leurs gynécologues les ont classées dans la rubrique stérilité puisque les questionnaires de l'enquête leur ont été adressés.

Nos résultats montrent à l'évidence l'urgence d'une redéfinition stricte des concepts que tous, patientes et médecins, nous utilisons.

Voici donc les définitions que nous proposons:

La stérilité est l'impossibilité primaire ou secondaire de concevoir pour des raisons médicales ou psychologiques diverses.

L'infertilité est l'impossibilité primaire ou secondaire **de mettre au monde un enfant vivant** pour des raisons médicales diverses. La conception est possible mais des avortements à divers stades de la grossesse empêchent sa poursuite jusqu'à terme.

L'hypofertilité concerne la **difficulté de concevoir** pour des raisons médico-psychologiques diverses et désigne simplement un retard plus ou moins important dans la survenue de la conception, soit qu'il s'agisse de couples à fécondabilité faible ou fécondabilité normale, mais impatients ou malchanceux.

La littérature médicale qui fait état de 10 à 20% de cas de stérilité inclut les cas d'hypofertilité ou des cas normaux que l'on va trop hâtivement médicaliser. La notion de stérilité,

			Femmes	Hommes
Age	26-35 ans	=	76%	50%
	>35 ans	=	24%	36%
Durée de la non-fécondité	<5 ans	=	71%	
	5-10 ans	=	23%	
	>10 ans	=	3%	
Formes de «stérilité»	primaire	=	2/3	
	secondaire	=	1/3	
Étiologie	féminine	=	60%	
	masculine	=	11%	
	mixte	=	20%	

Table 1: 128 couples stériles: âge, formes, étiologie et durée de la «stérilité».

Contraception antérieure	Pratiquée par		76%
	Aucune contraception		20%
Investigations	Aucune	=	15%
	Endocrinologique	=	58%
	Radologiques	=	55%
	«Chirurgicales»	=	45%
	Psychologies	=	5%
Résultats des traitements	Grossesse sans traitement	=	23%
	Grossesse pendant traitement	=	49%
	Grossesse après traitement	=	28%

Table 2: 128 couples stériles: contraception antérieure, investigations et résultats des traitements.

qui n'est parfois qu'une crainte ou une illusion, devrait être accompagnée dans les publications médicales du délai d'attente, élément essentiel de la décision d'intervention (1).

La stérilité définitive, c'est-à-dire l'impossibilité de procréer naturellement, ne concerne que 3 à 4% des couples. Ce chiffre doit être rappelé à l'heure où les indications aux procréations médicalement assistées deviennent abusives dans certains pays, en France en particulier, comme le relève Jacques Testart (6).

La demande d'enfant est actuellement l'objet d'un activisme médical de plus en plus lourd et précoce. Aujourd'hui, à deux ans (délai d'attente considéré autrefois comme normal), beaucoup de couples sont traités depuis plus d'un an.

2. Le tiers des femmes européennes donne naissance à leur premier enfant après l'âge de 30 ans (1). Dans notre série, le quart a plus de 35 ans. Il s'agit le plus souvent de «nouvelles femmes» qui ont sans doute de bonnes raisons, sociales surtout, de différer l'âge de leur première grossesse. Ainsi dans près d'un cas sur deux le désir d'enfant ne s'est manifesté qu'après cinq ans de mariage ou de vie commune. Le problème, lorsque ce désir est pressant aux environs de 35 ans, réside dans la diminution naturelle et spontanée de la fécondité, surtout lorsqu'une contraception hormonale de longue durée a été pratiquée chez des femmes hypofertiles.

3. Il faut relever le cas particulier des «stérilités inexplicables» (définies par l'élimination des étiologies connues et accessibles au diagnostic à ce jour) qui guérissent parfois sans intervention médicamenteuse après une prise en charge psychologique qui consiste entre autres à calmer l'impatience. Evoquer la patience chez les femmes de plus de 35 ans n'est sans doute pas satisfaisant et dans ces cas-là, un traitement en particulier hormonal doit être entrepris. Chez les jeunes femmes, la disponibilité d'écoute et de dialogue, la bonne relation médecin-patiente ou couple et parfois l'aide de la psychanalyse sont autant de facteurs thérapeutiques à ne pas négliger (2). Les travaux de A. Cabau et coll. (3) et de A.A. Templeton (5) sont très explicites à cet égard.

4. La stérilité diagnostiquée ou tout au moins nommée entraîne rapidement le

besoin d'en parler, principalement au gynécologue (dans quatre cas sur cinq). Ce dernier est l'exemple du fonctionnement culturel dans lequel nous vivons: la question de la stérilité est d'emblée adressée au détenteur du pouvoir technique, comme si la rationalité scientifique pouvait répondre à toutes les questions existentielles, dont l'une est le désir d'enfant (4).

5. Les thérapeutes de la stérilité n'oublieront pas les aspects de la vie sexuelle du couple qui, dans notre enquête, a été perturbée à différents moments et dans des proportions variables: de 11% par le diagnostic à 19% lors des investigations et 28% pendant le traitement, au cours duquel il est thérapeutique d'instituer des pauses.

Adresse de correspondance:

Dr méd. Claude Revaz

FMH Gynécologie et obstétrique
Av. de Rumine 35, 1005 Lausanne

Bibliographie:

1. Athena N.: La stérilité: une entité mal définie. Le magasin des enfants. Ed. François Bourin: Paris, 1990.
2. Bydlowski M., Dayan-Lintzer M., Cahen F., & Fonty B. et L.: Le Vagueresse: Approche psychomédicale de l'infertilité. J. Gyn. Obst. Biol. Repr. 12, 267-269, 1983.
3. Cabau A., Krulik D. & Reboul J.: La femme stérile, le médecin et le temps. J. Gyn. Obst. Biol. Repr. 19, 102-106, 1990.
5. Templeton A.A. & Penney G.C.: The incidence, characteristics and prognosis of patients, whose infertility is unexplained. Fert. Steril. 37, 175-182, 1982.
6. Testart J.: Le magasin des enfants, ouvrage collectif. Ed. François Bourin, Paris, 1990.

Le cancer du col de l'utérus

Des experts confirment qu'un virus est la cause principale de la maladie et qu'il existe de nouvelles techniques de dépistage

Communiqué OMS/47 2 juillet 1996

Des experts ont officiellement confirmé que les types 16 et 18 du virus du papillome humain (VPH) sont «cancérogènes pour l'être humain» et que les types 31 et 33 du VPH sont «probablement cancérogènes», laissant entendre que certains autres types de VPH sont «peut-être cancérogènes». Des études de cohortes en cours sur l'histoire naturelle de l'infection à VPH et des lésions précancéreuses doivent encore répondre à de nombreuses questions relatives à l'importance des marqueurs de la charge virale et à la persistance de l'apparition des tumeurs.

Ces informations ont été confirmées par 55 spécialistes de 17 pays qui assistaient récemment à Genève à une réunion organisée conjointement par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'Organisation européenne de Recherche sur les Infections et les Tumeurs de l'Appareil génital (EUROGIN*). Les participants ont examiné, pour la première fois au cours des dix dernières années, l'organisation et l'exécution de programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus et les progrès accomplis dans ce domaine.

Le cancer du col de l'utérus, ou cancer du col, est un problème de santé publique mondial. C'est le cancer le plus fréquent chez les femmes des pays en développement et il figure au deuxième rang parmi les cancers féminins dans le monde. Il entraîne une morbidité et une mortalité importantes, avec plus de 500'000 nouveaux cas et plus de 300'000 décès par an dans le monde. Trois quarts de ces décès se produisent dans les pays pauvres.

On sait que la maladie est étroitement liée au début précoce de l'activité sexuelle et à la multiplicité des partenaires sexuels. Dans les pays développés comme dans les pays en développement, plus de 90% des nouveaux cas sont dus à une infection à VPH sexuellement transmissible du col. Si le cancer du col

* EUROGIN est une organisation sanitaire à but non lucratif qui rassemble des chercheurs et des praticiens dans le domaine des infections, des lésions précancéreuses et des cancers de l'appareil génital, en s'attachant à encourager et développer la recherche dans ce domaine.

est dépisté au premier stade asymptomatique, il peut être guéri dans la quasi-totalité des cas par la chirurgie ou la radiothérapie. Il est encore plus important de noter que le dépistage précoce des lésions précancéreuses par examen cytologique est l'axe principal de la lutte mondiale contre la maladie.

Selon les experts, le succès des programmes de dépistage mis en oeuvre dans un certain nombre de pays développés varie d'un pays à l'autre. Néanmoins, les programmes de dépistage de masse, dans le cadre desquels les femmes se font faire un frottis du col au moins une fois tous les trois à cinq ans, ont permis de réduire les taux de mortalité et de morbidité dus au cancer du col. En Colombie britannique (Canada) et en Finlande, par exemple, un dépistage organisé a permis de réduire les taux de mortalité de 70% et même davantage.

Dans les pays où les programmes de dépistage ont moins bien réussi, il a été jugé essentiel d'améliorer la formation des médecins, d'instaurer des projets éducatifs à l'intention des femmes et de mettre en place des systèmes efficaces «d'appel et de rappel» pour inciter les femmes à se présenter pour des frottis.

Dans les pays qui ne disposent pas de programmes de dépistage, l'incidence et les taux de mortalité demeurent élevés. Dans la majorité des cas, le cancer du col est détecté chez des femmes qui n'ont pas eu de frottis. L'incidence de ce type de cancer demeure beaucoup trop élevée également chez celles qui en ont eu. Il semble que la principale raison en soit des intervalles prolongés (plus de cinq ans) entre les tests et le nombre élevé (de 10 à 30%) de faux résultats négatifs. Les deux causes principales d'erreurs sont la mauvaise qualité des échantillons et l'interprétation inappropriée des résultats. Les participants à la réunion ont souligné le danger qu'il y avait à établir un certain rythme de frottis du col avant de s'être assuré de leur qualité. Il a été recommandé que des programmes d'assurance de la qualité des frottis soient élaborés et appliqués sur une base nationale.

Dans la majorité des pays en développement, on ne peut organiser de programmes de dépistage à cause du manque de fonds et de personnel qualifié. On a donc recommandé pour ces pays des mesures simples visant à détecter très tôt la maladie. Parmi celles-ci figurent la sensibilisation des femmes au cancer du col et leur éducation en la matière, ainsi que le dépistage précoce. Celui-ci

consiste à faire détecter la maladie, de manière expérimentale et à un stade où elle est encore guérissable, par le personnel infirmier et les agents de santé autres que médicaux, à l'aide d'un spéculum standard permettant l'inspection visuelle du col. On ne connaît pas encore les avantages que présente cette approche.

Les technologies récemment mises au point permettent d'optimiser la détection précoce du cancer du col, notamment dans les pays où les programmes de dépistage sont moins efficaces ou ne sont pas organisés du tout. Elles comprennent des dispositifs automatisés et des techniques de cytodétection. Ces technologies sont prometteuses mais leur sensibilité, leur spécificité et leur rapport coût/efficacité n'ont pas encore été déterminés par des études scientifiques indépendantes de grande ampleur.

La recherche de l'ADN est une nouvelle méthode qui est étudiée de manière active; elle peut compléter et améliorer la cytodétection du cancer du col, notamment chez les malades pour lesquels les résultats au test de Papanicolaou prêtent à confusion. Cette méthode s'est avérée efficace pour déterminer s'il est nécessaire d'orienter ces malades vers la colposcopie.

La colposcopie, technique déjà largement utilisée dans le diagnostic du cancer du col, a également été étudiée à la réunion. Des experts ont jugé qu'elle constituait une méthode de choix pour déterminer la

nature et l'extension des lésions du col chez les femmes ayant un frottis anormal. Pour être sûre, cette méthode doit être utilisée par des spécialistes compétents et expérimentés. Bien qu'elle soit très intéressante, il a été estimé qu'elle n'offrait pas un bon rapport coût/efficacité pour un dépistage systématique.

Les participants sont tombés d'accord sur le fait que la mise au point de vaccins prophylactiques et thérapeutiques contre le HPV dans plusieurs pays devrait devenir la stratégie de lutte efficace à long terme la plus prometteuse. Les scientifiques sont vivement encouragés par le succès rencontré dans l'élaboration de vaccins efficaces pour prévenir et traiter les tumeurs liées au virus de papillome chez les bovins, les chiens et les lapins.

Le rapport scientifique de la réunion sera disponible d'ici à la fin du mois d'août 1996.

Pour plus de renseignements, s'adresser à Igor Rozov, Communication pour la Santé et Relations publiques, OMS, Genève. Tél (41 22) 791 25 32, télécopie (41 22) 7891 48 58.

Tous les communiqués de presse, aide-mémoire et OMS Information peuvent être obtenus sur Internet à la page d'accueil <http://www.who.ch>

La médecine traditionnelle et l'OMS

par Xiaorui Zhang, l'auteur est chef de l'Unité de la Médecine traditionnelle à l'Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27.

La médecine traditionnelle joue un rôle très important dans les soins primaires et son utilisation s'est encore accrue ces dernières années.

Soucieuse d'en améliorer la plus possible la sûreté et l'efficacité, l'OMS appuie les actions de recherche et de formation menées dans les Etats Membres.

En 1977, lorsque fut créé le Programme de médecine traditionnelle de l'OMS, une résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé a instamment invité les gouvernements intéressés «à accorder une importance adéquate à l'utilisation appropriée, dans le contexte de leurs systèmes sanitaires nationaux».

L'OMS est bien consciente que si de nombreux aspects de la médecine traditionnelle sont bénéfiques, d'autres ne le sont pas. A cet égard, l'Organisation encourage et aide les pays qui s'efforcent de trouver des médicaments et des pratiques à la fois efficaces et sans danger, susceptibles d'être utilisés par les services de santé. Mais

il ne s'agit pas pour autant d'accueillir les yeux fermés toutes les formes de médecine traditionnelle; il faut faire en sorte que la médecine traditionnelle soit examinée dans un double esprit d'ouverture et de saine critique.

Un rapport de situation sur la médecine traditionnelle et la médecine moderne soumis à l'Assemblée mondiale de la Santé en 1991 distinguait cinq sujets de préoccupation principaux: le développement des programmes nationaux; les systèmes de santé et la recherche opérationnelle; les investigations cliniques et scientifiques; l'éducation et la formation; l'échange d'informations. Le programme devait privilégier à l'avenir trois axes principaux: les orientations nationales, les plantes médicinales et l'acupuncture. Puis, en 1994, à l'Assemblée mondiale de la Santé, les gouvernements ont demandé au Directeur général «d'étudier la contribution que pourrait apporter l'OMS lorsqu'il s'agit de promouvoir le respect et le maintien du savoir, des traditions et des médicaments autochtones et, en particulier, les pharmacopées».

Politique nationale

Etant donné qu'il y a pénurie de médecins et de produits pharmaceutiques, la plupart des habitants des pays en développement continuent à s'en remettre pour les soins primaires aux tradipraticiens et aux plantes médicinales locales. Parmi ces praticiens, on trouve des accoucheuses traditionnelles, des herboristes et des rebouteux. C'est ainsi que le Ghana, par exemple, compte un médecin pour 20'000 habitants et un tradipraticien traditionnel pour 1200 habitants. Au Swaziland, les chiffres correspondants sont de un pour 10'000 et de un pour 100 respectivement. Dans certains pays, les accoucheuses traditionnelles assurent 95% des accouchements dans les campagnes et 70% en ville.

Au cours des dix dernières années, on a assisté dans les pays industrialisés à un regain d'intérêt pour la médecine traditionnelle et les médecines parallèles. En 1992, une enquête a montré qu'aux Etats-Unis environ un tiers de la population avait recours, au moins partiellement, à des formes de traitement différentes, qu'il s'agisse de plantes médicinales, d'acupuncture, de chiropraxie ou d'homéopathie. Les enquêtes menées dans des pays européens ont fait apparaître le même intérêt, 60% des Hollandais et des Belges s'étant par exemple déclarés disposés à accepter un

relèvement de leurs cotisations d'assurance-maladie pour pouvoir bénéficier des médecines parallèles, et 74% des Britanniques souhaitent que le Service national de santé leur donne accès aux thérapeutiques d'appoint.

Herboristerie

Les plantes et les herbes médicinales revêtent une grande importance pour la santé des individus et des collectivités; entre 35'000 et 70'000 espèces de plantes ont été utilisées une fois ou l'autre à des fins médicinales et, sur le plan international, le recours aux médicaments à base de plantes et aux produits naturels est en régulière expansion. En 1993, les ventes totales de médicaments à base d'herbes ont atteint en Chine plus de 14 milliards de yuans (US\$ 2,4 milliards), auxquels il convient d'ajouter US\$ 400 millions d'exportations. Le Gouvernement malaisien estime que les ventes de médicaments traditionnels atteignent aujourd'hui US\$ 60 millions. Aux Etats-Unis d'Amérique et au Canada, les ventes de médicaments à base d'herbes médicinales ont connu un taux de croissance de 15% en 1990, tandis que dans les pays d'Europe occidentale les taux d'accroissement se trouvaient compris entre 5 et 22%. Au Japon, entre 1979 et 1989, les ventes de plantes médicinales ont été multipliées par quinze, tandis que les ventes de produits pharmaceutiques n'étaient multipliées que par 2,6.

Bien que les plantes médicinales soient connues depuis des temps immémoriaux, un nombre relativement réduit d'espèces végétales – 5000 environ – a fait l'objet d'études destinées à en déterminer les éventuelles applications médicales. Quant aux données relatives à la sécurité et à l'efficacité, elles n'existent que pour un bien plus petit nombre de plantes, y compris leurs extraits, leurs principes actifs et les préparations qui les contiennent. L'institution et l'application d'une réglementation et d'un contrôle de qualité figurent depuis quelque temps au premier rang des préoccupations de tous les pays.

L'acupuncture

L'acupuncture doit à la simplicité de son application, à ses effets secondaires minimes et à son coût peu élevé d'être aujourd'hui répandue dans le monde entier. Utilisée sans interruption en Chine depuis des milliers d'années, il y a fort longtemps

qu'elle a été adoptée par d'autres pays orientaux. Au cours des deux dernières décennies, on a assisté dans le monde entier à un développement considérable de l'acupuncture et des activités de formation et de recherche qui lui sont consacrées. En 1990, le nombre total des acupuncteurs s'élevait en Europe à 88'000, dont 62'000 médecins, pour 20 millions d'utilisateurs. Les enquêtes auxquelles il a été procédé dans le public ont montré que celui-ci était systématiquement favorable aux disciplines médicales d'appoint; 90% des centres antidouleurs du Royaume-Uni et 77% de leurs homologues allemands pratiquent l'acupuncture.

La compréhension des mécanismes de l'acupuncture a considérablement progressé. C'est le cas notamment des recherches cliniques consacrées à l'analgésie par l'acupuncture, utilisée lors des interventions chirurgicales et pour le traitement de la douleur aiguë et chronique. Le développement de l'acupuncture s'est naturellement accompagné d'un accroissement des besoins en matière de formation. Depuis les années 70, l'OMS encourage la formation en acupuncture en créant des centres collaborateurs et en attribuant des bourses d'étude. Selon un rapport émanant de trois centres collaborateurs OMS pour la médecine traditionnelle implantés en Chine, plus de 6000 étudiants étrangers, venus d'une bonne centaine de pays, ont reçu une formation au cours des dix dernières années. Il existe, en Europe, 242 établissements permanents qui donnent une formation en acupuncture à plus de 7800 étudiants.

Formation et recherche

Soucieuse de garantir l'inocuité et l'efficacité de la médecine traditionnelle, l'OMS appuie un certain nombre d'activités de recherche et de formation. Il existe aujourd'hui 24 centres collaborateurs OMS pour la médecine traditionnelle; huit d'entre eux se consacrent à la formation et à la recherche en acupuncture, tandis que les autres s'occupent de recherche sur les plantes médicinales. Ces centres collaborateurs ont pour rôle principal d'aider l'OMS à mettre en oeuvre ses politiques et ses décisions en matière de médecine traditionnelle. Ces centres ont apporté une contribution majeure à la normalisation internationale des médicaments à base de plantes médicinales et de l'acupuncture, ainsi qu'à l'échange d'informations.

Fort- und Weiterbildungskommission des Schweizerischen Hebammenverbandes
 Commission de formation continue et permanente de l'Association suisse des sages-femmes
 Comitato di formazioni continua e permanente dell'associazione svizzera delle levatrici



Bildungsangebote Offre de formation Corso aggiornamento

Anmeldungen, Informationen, Kursbroschüren, usw. bei:

Inscription, informations, brochure des cours, etc. à:

Iscrizione, informazioni, opuscoli, eccetera al:

Zentralsekretariat SHV ■ Secrétariat central ASSF ■ Segretariato centrale ALS:
 Flurstrasse 26 ■ 3000 Bern 22 ■ Tel. 031 332 63 40 ■ Fax 031 332 76 19 ■ PC 30-19122-7

Anwesenheit ■ Ouvert ■ Apertura: Mo/Lu–Do/Je/Gi 09.00–11.00 Uhr, 14.00–16.30 Uhr/Fr/Ve 09.00–11.00 Uhr

Anmeldeschluss: In der Regel ein Monat vor Kursbeginn
Délai d'inscriptions: normalement un mois avant le début du cours
Inscrizione un mese prima d'ell inizio del corso

Datum Date Data	Thema Thème Tema	Ort Lieu Luogo	ReferentIn Intervenant(e) Docente	Preis/Frais/Prezzo Mitglied SHV/SBK Nichtmitglied Membre ASSF/ASI Non membre Soci ASL/ASI Non soci	
-----------------------	------------------------	----------------------	---	---	--

OKTOBER ■ OCTOBRE ■ OTTOBRE 1996

je 17 et 24 octobre 1996	Perfectionnement en Shiatsu	Fribourg	Nicole Jalil praticienne de Shiatsu	Fr. 210.–	Fr. 280.–
sa 19 et di 20 octobre 96 Inscription tout de suite!	Yoga et maternité	Lausanne	Martine Texier professeure de yoga	Fr. 210.–	Fr. 280.–

NOVEMBER ■ NOVEMBRE ■ NOVEMBRE 1996

Do 7. oder Fr 8. Nov. 1996 Anmeldeschluss: Mo 7. Oktober 1996	Reanimation des Neugeborenen	Kantonsspital Aarau	Prof. Dr. med. W. Stoll und MitarbeiterInnen	Fr. 140.–	Fr. 210.–
Fr 15./Sa 16. Nov. 1996 Anmeldeschluss: Di 27. August 1996	Homöopathie VI – Augenprophylaxe/Probleme – Hautprobleme/Erkrankungen – Ernährung/Milchproblem usw.	Bildungszentrum Matt, 6103 Schwarzenberg LU	Dr. med. F. Graf, homöopathischer Arzt und Geburtshelfer	Vollpension DZ: Fr. 289.– Schülerinnen: Fr. 269.–	Fr. 370.– Fr. 300.–

Datum Date Data	Thema Thème Tema	Ort Lieu Luogo	ReferentIn Intervenant(e) Docente	Preis/Frais/Prezzo Mitglied SHV/SBK Nichtmitglied Membre ASSF/ASI Non membre Soci ASL/ASI Non soci
-----------------------	------------------------	----------------------	---	---

NOVEMBER ■ NOVEMBRE ■ NOVEMBRE 1996

Sa 16./So 17. Nov. 96 Anmeldeschluss: Sofort!	Homöopathiekurs III – Arzneireaktion – Die 2. Verordnung – Anwendung in der Schwangerschaft	Bildungszentrum Matt, 6103 Schwarzenberg LU	Dr. med. F. Graf, homöopathischer Arzt und Geburtshelfer	Vollpension DZ: Fr. 289.– Fr. 370.– Schülerinnen: DZ: Fr. 269.– Fr. 300.–
Mo 25.– Mi 27. Nov. 1996 Anmeldeschluss: Fr 11. Oktober 1996	Watsu allgemeine Einführung	Hotel Blümlisalp 3624 Goldiwil (über dem Thunersee)	Cathy Frischknecht, Watsuthe rapeutin/Krankenschwester Assistenz: A. Kalasek, Hebamme U. Plogmaker, Watsutherapeutin	Vollpension DZ: Fr. 484.– Fr. 584.–

DEZEMBER ■ DÉCEMBRE ■ DICEMBRE 1996

lu 2 – ve 6 dicembre 1996 Ultimo termine del iscrizione: ve 1 novembre	corso in acqua di preparazione al parto	Centro Panoramico 6965 Cadro	Annemarie Kalasek, (CH) Levatrice Benny Vermeire (B) infermiere	Fr. 900.– (corso) (pensione completa per 5 giorni) Fr. 725.–
---	---	---------------------------------	--	---

JANUAR ■ JANVIER ■ GENNAIO 1997

Fr. 17./Sa. 18./ So. 19. Januar 1997 Anmeldeschluss: Do. 19. Dez. 1996	Modul-Nachdiplomkurs für Hebammen in Geburts- vorbereitung: (3 Tage) Methodik/Didaktik	variabel: Zürich/Bern/St. Gallen usw.	Kursleitung: Herta Wunderlin Dorothee Eichenberger	Fr. 170.– Fr. 280.– pro Tag pro Tag
Di. 21.–Sa. 25. Januar 1997 und Di 28. Januar Sa. 1. Februar 1997	Reflexzonen-therapie am Fuss – Einführung in die Reflexzonen-therapie für Hebammen	Bachtelenweg 17 4455 Zünzgen BL AUSGEBURT	Eva Maria Eichmann, langjährige Mitarbeiterin von H. Marquardt und Leiterin der Zweiglehrstätte in Zünzgen BL	Fr. 610.– Fr. 810.– ohne Essen und Übernachtung

FEBRUAR ■ FÉVRIER ■ FEBBRAIO 1997

Fr 7./Sa 8. Februar 1997 Anmeldeschluss: Fr 13. Dezember 1996	Homöopathiekurs I Einführung	Bildungszentrum Matt 6103 Schwarzenberg LU	Dr. med. F. Graf, homöopathischer Arzt und Geburtshelfer	Vollpension DZ: Fr. 289.– DZ: Fr. 370.– Schülerinnen: Fr. 269.– Fr. 300.–
Sa 8./So 9. Februar 1997 Anmeldeschluss: Fr 13. Dezember 1996	Homöopathiekurs VII Die Salze und ihre Verbindungen	Bildungszentrum Matt 6103 Schwarzenberg LU	Dr. med. F. Graf, homöopathischer Arzt und Geburtshelfer	Vollpension DZ: Fr. 289.– DZ: Fr. 370.– Schülerinnen: Fr. 269.– Fr. 300.–
Do. 20./Fr. 21./ Sa. 22. Februar 1997 Anmeldeschluss: Mo. 20. Januar 1997	Modul-Nachdiplomkurs für Hebammen in Geburts- vorbereitung: (3 Tage) Gruppendynamik	variabel: Zürich/Bern/St. Gallen usw.	Kursleitung: Herta Wunderlin Dorothee Eichenberger	Fr. 170.– Fr. 280.– pro Tag pro Tag
du lu 24 au me 26 février 1997 Délai d'inscription: ve 24 janvier 1997	Connaissance et maîtrise du périnée niv. I	Yverdon les Bains	Dominique Trinh Dinh, sage-femme	sfr. 750.–



Hebammen

Literaturdienst

Zusammengefaßte Fachartikel von Hebammen für Hebammen

Hebammenausbildung in Großbritannien
Hebamme und Forschung
Fruchtbarkeitsbewußtsein bei Jugendlichen

SCHWANGERSCHAFT

Jodversorgung während Schwangerschaft und Stillzeit
Mekoniumhaltiges Fruchtwasser
Vorzeitiger Blasensprung

GEBURT

Unterstützung während der Geburt
Neugeborenen-Zustand nach Nabelschnurumschlingung

WOCHENBETT

Frühgeborene in der Intensivpflege
Nichtraucherschutz gegen Passivrauchen
Säuglinge in ökologisch stark belasteter Umwelt
Leitlinien für hüftsonographisches Screening

Liebe Hebammenschülerinnen und Hebammen,

an der vorliegenden Ausgabe des HebLit haben Schülerinnen der Hebammenschule Osnabrück maßgeblich mitgearbeitet, wofür wir Herausgeberinnen uns an dieser Stelle ganz herzlich bedanken möchten. Beim letzten Forschungsworkshop in Hünfeld/Fulda kam die Idee auf, Schülerinnen stärker für eine Mitarbeit am Hebammenliteraturdienst zu motivieren. Im Rahmen des Unterrichts kann dieses im Fach „Sprache und Schrifttum“ geschehen. Die Osnabrücker Lehrerinnen für Hebammenwesen, Frau Freff und Frau Huhn, setzten diese Idee sogleich in die Tat um. Das Resultat sind viele interessante Beiträge in dieser Ausgabe.

Wir würden uns freuen, wenn auch andere Schulen diese Initiative aufgreifen und nachahmen würden. Für Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Die Herausgeberinnen

Jutta Posch, Wilhelmstraße 32, 79098 Freiburg, Tel. (07 61) 3 42 32
Gabi Merkel, Spendgasse 3, 78234 Engen, Tel. (0 77 33) 25 36
Mechthild Groß, Am Herzogenkamp 3, 28359 Bremen, Tel. (04 21) 24 23 47

HEBAMMENAUSBILDUNG IN GROSSBRITANNIEN

Evaluation der neuen Hebammenausbildung in Großbritannien

Kent J 1995. Evaluating pre-registration midwifery education. Nursing Times 91 (24): 38-40

Ziel der Evaluation war es, herauszufinden, ob es notwendig ist, daß Hebammen zunächst eine Krankenschwesternausbildung machen (wie dies in Großbritannien bislang üblich war: Krankenschwesternausbildung, danach 18 Monate Hebammenausbildung). Die Ausbildung besteht jetzt aus einer 3jährigen Hebammenausbildung ohne vorherige Krankenschwesternausbildung (EU-Richtlinie).

Im Auftrag des Gesundheitsministeriums wurde die Erhebung in 16 Ausbildungsstätten in England durchgeführt, die Hebammenschülerinnen ausbilden. Untersuchungsschwerpunkte waren die gemeinsame Ausbildung mit KrankenpflegeschülerInnen sowie der praktische Teil der Ausbildung. Die Datenerhebung erfolgte u.a. mittels halbstrukturierter Interviews mit SchülerInnen, LehrerInnen, MentorInnen und GeburtshelferInnen.

Als Probleme bezüglich der gemeinsamen Ausbildung wurden genannt: zuviel Krankenpflege, zu wenig hebammenspezifische Beispiele, Probleme in der Stundenplanung, Hebammen als Minorität, mangelnde Grundausbildung, Unzufriedenheit mit Inhalt und zeitlichem Ablauf, Minderbewertung hebammenrelevanter Inhalte. Als Vorteile wurden die Kosteneffizienz erwähnt und daß eine gemeinsame Ausbildung die Isolation von Hebammen verhinderte.

Inhalt und Dauer der Praktika waren unterschiedlich. Studierende in den ersten 18 Monaten ihrer Ausbildung waren enttäuscht darüber, daß die Hebammentätigkeit erst sehr verspätet ein Schwerpunktthema war; im 2. Jahr der Ausbildung beklagten sie sich darüber, daß sie vieles bereits wieder „verlernten“, nachdem sie gerade etwas Selbstvertrauen gewonnen hatten. Bezüglich des praktischen Einsatzes von Hebammenschülerinnen (u.a. auf der Kinderstation, auf der Station für innere Medizin, in der psychiatrischen Abteilung, in der Neonatologie) wurden unterschiedliche Ansichten und Ausbildungsphilosophien vertreten.

Der Inhalt der Ausbildung wurde stark kritisiert. Da die Krankenschwestern nicht mit den genannten Ausbildungsinhalten der Hebammentätigkeit vertraut waren, konnten die Hebammenschülerinnen nur einen oberflächlichen Überblick über die Krankenpflege gewinnen.

Die befragten Hebammen bestätigten, daß es nicht notwendig sei, eine Krankenpflegeausbildung zu machen, bevor man Hebamme werden kann. Über den gewünschten Inhalt der Ausbildung gab es keine einheitliche Meinung, doch herrschte Optimismus darüber, daß neue Ausbildungsprogramme das Berufsbild festigen und den Betreuungsstandard verbessern würden.

Dieser Artikel macht deutlich, wofür die Hebammenschaft gekämpft hatte, als sie sich dagegen wehrte, daß die Hebammenausbildung ein Teil der Krankenpflegeausbildung werden sollte. Sowohl die gemeinsame Ausbildung mit KrankenpflegeschülerInnen als auch die praktischen Klinikeinsätze sollten so organisiert werden, daß sie einen wesentlichen Beitrag zur Hebammenausbildung leisten.

Zusammenfassung aus MIDIRS 1995; 5:392, Ans Luyben, Bern

HEBAMME UND FORSCHUNG

Gute Forscherin - schlechte Hebamme?

Hicks C 1995. Good researcher, poor midwife. Midwifery 11: 81-7

In Zentral-England wurden 30 Hebammen, die einen Weiterbildungskurs besuchten, danach befragt, was ihrer Meinung nach die spezifischen Charakteristika einer „guten Forscherin“ bzw. einer „guten Hebamme“ seien.

Grund dieser Untersuchung war die geringe Anzahl von Publikationen im Bereich der Hebammenforschung. Ziel war es, herauszufinden, ob die Charakteristika der professionellen Hebammenrolle mit einer Forschungsaufgabe in Konflikt stehen.

Eine Analyse der Resultate ergab, daß eine „gute Forscherin“ im Vergleich zu einer „guten Hebamme“ als ehrgeiziger beschrieben wurde, weniger gesprächig, weniger freundlich, stärker, eher logisch denkend, weniger emotional, außerdem als selbstsicherer, weniger beliebt, weniger mitfühlend, rationaler, besser organisierend und analysierend.

Diese Resultate deuten darauf hin, daß Hebammen meinen, wenn sie forschen möchten, können sie dies nur auf Kosten ihrer Rolle als „gute

Hebamme“ tun. Wenn die Hebammenschaft die Forschung als einen Teil ihrer professionellen Verantwortung akzeptieren sollte, scheint eine radikale Veränderung ihres vorurteilsbehafteten Selbstbildes notwendig, um gute klinische Praxis, solide Forschung und Weiblichkeit zu integrieren.

Zusammenfassung aus MIDIRS 1995; 5:400, Ans Luyben, Bern

FRUCHTBARKEITSBEWUSSTSEIN BEI JUGENDLICHEN

Verbesserung des Fruchtbarkeitsbewußtseins bei Jugendlichen - Verhaltensänderungen durch das „Teen-STAR-Programm“

Klaus H 1996. Sozialpädiatrie und Kinderärztliche Praxis 18 (6): 312-8.

Um die Zahl der Schwangerschaften und Abtreibungen bei Teenagern zu reduzieren, wurde 1980 in den Vereinigten Staaten das „Teen-STAR-Programm“ (= Sexuality Teaching in the context of Adult Responsibility = Sexualunterricht, verbunden mit Verantwortung des Erwachsenen) für Mädchen und Jungen ins Leben gerufen.

Diesem liegt die Idee zugrunde, bei den Jugendlichen das Bewußtsein für ihren Körper, ihre Sexualität und die damit verbundene Fruchtbarkeit zu schärfen. In einem einjährigen Programm werden sämtliche Aspekte der Sexualität aufgegriffen, wobei die Jugendlichen direkt einbezogen werden. Auf diese Art und Weise wird versucht, den körperlichen, sozialen, emotionalen und geistigen Reifeprozess der Jugendlichen voranzutreiben. Ziel ist ein verantwortungsvoller Umgang mit der Sexualität und ihren möglichen Folgen. Im großen und ganzen läßt sich feststellen, daß das Programm einen positiven Einfluß auf die Heranwachsenden hat. Die Teilnehmer haben im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ihre sexuelle Aktivität reduziert oder gar nicht erst aufgenommen.

Sabine Makowsky, Carola Markgraf, Osnabrück

SCHWANGERSCHAFT

Jodversorgung während Schwangerschaft und Stillzeit

Fink M, Koletzko B 1996. Sozialpädiatrie und Kinderärztliche Praxis 18 (6): 333-4

In vielen Ländern, darunter auch in der Bundesrepublik, herrscht Jodmangel. Besonders wichtig ist eine ausreichende Jodversorgung während der Schwangerschaft und der Stillzeit.

Die Versorgung des Fötus mit Schilddrüsenhormonen über die Plazenta ist nicht ausreichend. Daher ist der Fötus auf Jodid aus dem mütterlichen Kreislauf angewiesen, um eigene Schilddrüsenhormone produzieren zu können. Auch in der Stillzeit ist eine ausreichende Jodversorgung der Mutter erforderlich, da Jod in die Muttermilch übergeht.

Es ist empfehlenswert, mit der Jodprophylaxe bereits vor der Schwangerschaft zu beginnen und diese dann kontinuierlich fortzuführen.

Ernährungsempfehlungen für schwangere und stillende Frauen:

- ausschließliche Verwendung von jodiertem Speisesalz im Haushalt
- Verwendung von Back-, Fleisch- und Wurstwaren sowie von Fertiglebensmitteln, die mit jodiertem Speisesalz hergestellt wurden
- regelmäßiger Verzehr von Seefisch und Milch
- täglich 200 Mikrogramm Jodid in Tablettenform

Katrin Petersen, Silke Breda, Osnabrück

Mekoniumhaltiges Fruchtwasser

Houlihan CM, Knuppel RA. Journal of Reproductive Medicine, Nov. 1994, 39: 888-98

Dieser Übersichtsartikel untersucht die neuesten Arbeiten zum Problem des mekoniumhaltigen Fruchtwassers und dessen Verhältnis zum Mekoniumaspirationssyndrom (MAS). Aus nicht bekannten Gründen scheint die Mekoniumaspiration in Amerika wesentlich häufiger vorzukommen als in Großbritannien. Früher wurde angenommen, daß Mekonium mechanische und chemische Irritationen der kindlichen Lunge hervorruft und verantwortlich ist für die nachfolgende Hypoxie und den andauernden pulmonalen Hochdruck mit den Symptomen der Mekoniumaspiration. Es ist immer noch eine häufige Annahme, daß die Mekoniumaspiration während des ersten kindlichen Atemzuges bei der Geburt geschieht. Diese Annahmen haben zu verschiedenen Strategien geführt, z.B. Absaugen nach Kopfdurchtritt, um eine Aspiration zu vermeiden oder – falls dies nicht gelingt –

endotracheale Intubation und Absaugen, ja sogar bronchiale Spülung mit Salz, um aspiriertes Mekonium zu entfernen, bevor es Schäden anrichtet. Heute jedoch scheint es so zu sein, daß Mekonium NICHT die Ursache eines Mekoniumaspirationssyndroms ist. Je reifer das Baby, umso wahrscheinlicher ist es, daß Mekonium in utero ausgeschieden wird. Vor der 37. SSW – so eine Studie – geschieht es bei nur 3% der Babies. Zwischen der 37. und der 40. SSW sind es 13%, zwischen der 41. und 42. SSW sind es 19%, und > 42. SSW sind es 23% der Babies, die in utero Mekonium ausscheiden. Die mit dem Gestationsalter zunehmende Mekoniumausscheidung geht nicht mit vermehrtem Mekoniumaspirationssyndrom (MAS) einher, obwohl mit höherem Gestationsalter häufiger Mekonium an den Nabelschnüren gefunden wurde. Es ist nicht bekannt, warum Babies in utero Mekonium ausscheiden. Es mag sein, daß es als Reaktion auf eine fetale Hypoxämie geschieht oder als Antwort auf eine angestiegene Aktivität des Vagus in utero oder als eine normale physiologische Funktion, die in Beziehung steht zur zunehmenden Darmreifung oder vielleicht aus einer Kombination aller dieser Faktoren. Falls dies so ist, dann wird Mekonium wahrscheinlich ausgeschieden und eingeatmet als Reaktion auf geringen Streß von – eher darauf ansprechenden – reifen Babies.

Mekoniumaspiration geschieht sicherlich vor der Geburt, jedoch ist die normale flache Atmung des Feten nicht ausreichend, um dickes Mekonium zu aspirieren. Die Flüssigkeitsbewegung in utero geschieht überwiegend aus den Lungen heraus ins Fruchtwasser. Der Fetus macht wenige tiefe Atemzüge in utero. Deren Frequenz wächst mit wachsender Reifung und mit Perioden eines angestiegenen fetalen pCO₂. Aus Tierversuchen ist bekannt, daß eine fetale Azidose notwendig ist, um Mekoniumaspiration in utero zu verursachen.

Nur eine Minderheit von Babies, die Mekonium einatmen, entwickelt ein Mekoniumaspirationssyndrom. Tritt jedoch ein persistierender pulmonaler Hochdruck (PPHN) auf, verkompliziert sich die Mekoniumaspiration und verursacht die bekannten Probleme. In post mortem Studien bei Mekoniumaspiration wurde vermehrt muskulares Gewebe in Alveolarwandarterien der Lungen gefunden, vorzugsweise dort, wo der PPHN entsteht.

Die Stärke dieser Veränderung steht jedoch in KEINER Beziehung zu der alveolaren Erkrankung. Mit anderen Worten, es ist unwahrscheinlich, daß Hypoxie – als Folge von Mekonium in den Alveolen – die Veränderungen in den Alveolararterien verursacht. Einige andere Faktoren sind wahrscheinlich dafür verantwortlich. Tierversuche haben gezeigt, daß eine induzierte chronische fetale Hypoxämie eine ähnliche Entwicklung des Muskelgewebes zur Folge hat, welche ebenfalls die Wahrscheinlichkeit von sowohl einer frühen Mekoniumausscheidung als auch einer kräftigen Atmung erhöht, die notwendig ist, um Mekonium in die Lungen in utero einzuatmen.

Zum Schluß diskutiert der Artikel die Möglichkeit, daß eine salzhaltige Fruchtwasserinfusion bei dickem Mekonium die nachfolgende Morbidität der Babies signifikant reduzieren kann.

Übersetzung aus MIDIRS, 1995, 3:318, Mechthild Groß, Bremen

Management des vorzeitigen Blasensprungs am Termin: Eine randomisierte Untersuchung

Natale R, Milne JK, Campbell MK, Potts PGG, Webster K, Halinda E 1994. Management of premature rupture of membranes at term: Randomized trial. American Journal of Obstetrics and Gynecology 171: 936-9

Die Hypothese dieser Untersuchung lautete, daß eine abwartende Haltung bei vorzeitigem Blasensprung (VBS) am Termin die Sectorate reduziert, ohne die maternalen, fetalen und neonatalen Infektionen zu erhöhen.

262 Frauen mit VBS am Termin wurden nach dem Zufallsprinzip 2 Gruppen zugeordnet. In der einen Gruppe wurde 8 Stunden abgewartet, bis die Geburt mit einer Syntocinoninfusion eingeleitet wurde. In der anderen Gruppe wurde 48 Stunden abgewartet, bevor eingeleitet wurde (expektative Gruppe).

Mittels einer sterilen SpekulumEinstellung wurde der Blasensprung bestätigt. Die Frauen in der 2. Gruppe wurden auf eine Schwangerschaft verlegt und nicht vaginal untersucht, bis sie unter der Geburt waren. In den beiden Gruppen war die Kaiserschnitttrate gleich hoch, ebenso die Häufigkeit der postpartalen Endometritis. Pathologische Diagnosen einer Infektion (u.a. Chorioamnionitis) waren in der expektativen Gruppe signifikant häufiger ($p < 0,005$), außerdem

wurden in dieser Gruppe mehr Kinder auf die neonatologische Abteilung verlegt (6: 2; $p < 0,005$). Demnach reduziert eine abwartende Haltung bei VBS die Sectorate nicht, sie erhöht jedoch die Häufigkeit der Infektionen.

Zusammenfassung aus dem Englischen, Ans Luyben, Bern

Geburtseinleitung versus abwartendes Verhalten bei vorzeitigem Blasensprung am Termin

Hannah ME, Ohlsson A, Farine D, Hewson SA, Hodnett ED, Myhr TL, Wang EEL, Weston JA, Willon AR für die TERMPROMGruppe 1996. Induction of labor compared with expectant management for prelabor rupture of the membranes at term. New England Journal of Medicine 334: 1005-10

Wenn die Zeit zwischen Blasensprung und Geburt am Termin länger wird, gibt es eine Zunahme des Risikos für kindliche und mütterliche Infektionen. Es ist nicht bekannt, ob eine Geburtseinleitung das Risiko reduziert und welche Methode der Einleitung zu bevorzugen ist. Die Resultate dieser Untersuchung beziehen sich auf 5041 Frauen mit vorzeitigem Blasensprung am Termin (>37. SSW) mit einem Kind in utero. Die Studie wurde zwischen 1992 und 1995 in verschiedenen Kliniken in Kanada, England, Australien, Israel, Schweden und Dänemark durchgeführt.

Die Frauen wurden randomisiert in 4 Gruppen: Einleitung mit Oxytocin, Einleitung mit vaginalem Prostaglandin E₂ Gel, Abwarten bis 4 Tage nach Blasensprung und dann Einleitung mit Oxytocin oder Abwarten bis 4 Tage nach Blasensprung und dann Einleitung mit Prostaglandin-Gel.

Der Blasensprung wurde mittels Lackmusprobe oder Farnkrauttest bestätigt. Eventuell wurde, wenn notwendig, eine SpekulumEinstellung vorgenommen. Es wurde nicht vaginal untersucht.

Die Zahl der neonatalen Infektionen war für alle Gruppen ungefähr gleich. Klinische Chorioamnionitis und Fieber im Wochenbett waren seltener bei Frauen mit Einleitung mittels Oxytocin als bei der expektativen Gruppe (und danach evtl. Einleiten mit Oxytocin). Bezüglich der Zahl der Kaiserschnitte gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Es gab 4 kindliche Todesfälle, alle in der expektativen Gruppe, wobei kein ursächlicher Zusammenhang hergestellt werden konnte zu dieser spezifischen Handhabung im Vergleich zu den Einleitungsgruppen. Eine frühe Einleitung mit Oxytocin hatte weniger mütterliche Infektionen zur Folge als die abwartende Handhabung.

Auch die Meinung der Frauen im Bezug zu den Behandlungsmethoden wurde erforscht. Die Frauen in den Einleitungsgruppen waren zufriedener mit der Behandlung und positiver eingestellt gegenüber einer Geburtseinleitung als die Frauen, bei denen zunächst abgewartet wurde.

Zusammenfassung aus dem Englischen, Ans Luyben, Bern

GEBURT

Unterstützung während der Geburt durch Kreißsaalpersonal: Eine Arbeitsanalyse

Gagnon AJ, Waghorn K 1996. Supportive Care by Maternity Nurses: A work Sampling Study in an Intrapartum Unit. Birth 23: 1-6

Diese Studie analysierte, wieviel Zeit Krankenschwestern in einem Kreißsaal für unterstützende Betreuung aufwandten. Die Untersuchung wurde in einem Universitätskrankenhaus in Montreal mit 4000 Geburten durchgeführt, rund um die Uhr während aller Arbeitsschichten (auch am Wochenende).

Das Verhältnis Gebärende zu Pflegepersonal betrug 2:1. Vierstündige Überwachungsperioden wurden per Zufallsstichprobe ausgewählt und in jeder Zeiteinheit wurden acht 15minütige Beobachtungsperioden zufällig bestimmt. Die Beobachter begleiteten eine Krankenschwester während ihrer Arbeit und beschrieben ihre Tätigkeit. Unterstützende Betreuung schloß körperliches Wohlbefinden ein, emotionale Unterstützung, Anweisungen und Beistand. Nur 6,1% der beobachteten Arbeitszeit wurde tatsächlich zur Unterstützung während der Geburt aufgewandt. Krankenschwestern mit weniger als sieben Jahren Erfahrung waren länger bei einer Gebärenden als Krankenschwestern mit mehr als sieben Jahren Berufserfahrung. Primiparae wurden länger persönlich begleitet als Mehrgebärende (9,2%). 27,3% der Zeit verbrachten die Krankenschwestern außerhalb der Abteilung. 47,6% der Arbeitszeit wurden für Übergaben und Admini-

stration benötigt sowie für Medikamenten- und Gerätevorbereitung oder -versorgung.

Die Autorinnen schließen aus ihrer Studie, daß die zeitliche Verteilung der Tätigkeiten von geburtshilflichen Krankenschwestern seitens der Krankenhausorganisation größere Aufmerksamkeit bekommen sollte. Verschiedene Studien haben die Wichtigkeit der kontinuierlichen Betreuung während der Geburt und ihr Verhältnis zu den besseren Geburtsresultaten aufgezeigt. Besonders die fragwürdige Prioritätsverteilung (Administration, Geräteversorgung etc.) der Arbeitszeit sollte geändert werden. Zusammengefaßt aus dem Englischen, Ans Luyben, Bern

Zum Einfluß fetaler Nabelschnurumschlingungen auf den postnatalen Zustand des Neugeborenen

David M, Rumland B. Zentralblatt für Gynäkologie 1995; 117: 114-7

Zum Zeitpunkt der Geburt haben bis zu 30% der Neugeborenen eine Nabelschnurumschlingung (NSU).

Eine retrospektive Studie am Universitätsklinikum Rudolf Virchow, Berlin, untersuchte 1843 lebendgeborene Einlinge des Geburtsjahrgangs 1990, davon 203 mit NSU. Ergebnisse:

1. Kinder mit NSU hatten signifikant häufiger leicht bis mittelgradig azidotische NS-pH-Werte (7,10-7,19),
2. dies war jedoch nicht mit signifikant schlechteren APGAR-Werten verbunden.
3. Die Zahl der NSU (1 bis 3) geht nicht einher mit einem schlechteren arteriellen NS-pH-Wert postpartum.
4. Mikrolutuntersuchungen subpartum wurden beim Gesamtkollektiv häufiger durchgeführt als in der NS-Gruppe; NSU führen also nicht immer zu auffälligen CTG-Mustern, die eine MBU (nach Klinikstandard) notwendig erscheinen ließen.
5. NSU korrelierten nicht mit einer erhöhten Rate an operativen Entbindungen.

Kindliche Hypoxiezustände subpartum infolge von NSU im Halsbereich sind demnach relativ rasch reversibel. Deshalb sprechen sich die AutorInnen für die Möglichkeit einer expektativen Geburtsleitung aus bei entsprechender kindlicher Kontrolle. Jutta Posch, Freiburg

WOCHENBETT

Frühgeborene in der Intensivpflege. Wie erinnern Eltern die Bewältigung der psychischen Belastung?

Sarimski K 1996. Sozialpädiatrie und Kinderärztliche Praxis 18 (3): 149-54.

Nachgewiesenermaßen ist die psychische Belastung der Eltern, die ihre zu früh geborenen Kinder auf der Intensivstation erleben, hoch.

Fragestellung: Wie wirkt die Krisenerfahrung im weiteren Lebensverlauf nach?

Methode: Retrospektive Befragung zwei Jahre post partum; 3 Fragebögen

Auswahlkriterien: Eltern von 30 ehemals Frühgeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht und Schwangerschaftsdauer < 31 SSW.

Ergebnisse:

- a) Am stärksten erinnert werden die klinische Atmosphäre und die technische Ausstattung
- b) Eltern-Arzt Beziehung wird überwiegend positiv bewertet
- c) Kontakt zu anderen Betroffenen über die Selbsthilfegruppe hat positive Auswirkungen
- d) Die Bewältigungsstrategie während der Krise der Mütter läuft über die Mobilisierung von sozialer Unterstützung und den Versuch, dem Ereignis eine Bedeutung zuzuordnen. Die Männer verdrängen häufiger das Ereignis oder versuchen, über Akzeptanz das Beste daraus zu machen.
- e) Nachwirkungen bis heute:

Positiv: Gesteigertes Vertrauen in eigene Bewältigungsfähigkeiten und Stärkung der Partnerschaft;

Negativ: Immer noch emotional belastet

Schlußfolgerung: Die Möglichkeit der inneren Auseinandersetzung mit dem Ereignis und die Erfahrung von sozialer Unterstützung wirken langfristig für eine bessere Bewältigung.

Forderung: Das Angebot an psychologischer Unterstützung der Eltern auf der Neugeborenen-Intensivstation muß verbessert werden.

Ulla Schepers, Ariana Haider, Osnabrück

Nichtraucherschutzgesetz gegen Passivrauchen gefordert – Schutz vor pädiatrischen Erkrankungen

Schmidt F 1996. Sozialpädiatrie und Kinderärztliche Praxis 18 (4): 185-6

Die Gesundheitsschädlichkeit des Passivrauchens wird mit Hinweisen auf - in erster Linie - amerikanische Untersuchungen belegt. Die Gefahr des Passivrauchens ist vor allem für Fötus und Säugling besonders gravierend, da sie eine wesentlich erhöhte Früh- und Totgeburtenrate mit sich bringt. Weitere Untersuchungsergebnisse zeigen auch, daß sie eine deutlich verzögerte körperliche und geistige Entwicklung bei Kindern von Frauen bedingt, die während der Schwangerschaft geraucht haben. Die Verzögerung läßt sich noch im Alter von 10 Jahren nachweisen. Zusätzlich dazu müssen diese Kinder auch mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko an Bronchitis und Pneumonie rechnen. Letztendlich erhöht das Passivrauchen auch die Anfälligkeit für Asthma bzw. den Schweregrad von Asthma. Im Tabakrauch sind fünfzig Kanzerogene nachgewiesen!

Die Forderung nach einem Nichtraucherschutzgesetz hält der Autor somit in vollem Umfang für berechtigt.

Aynur Cilingir, Osnabrück

Physische und psychische Entwicklung bei Muttermilchernährung von Säuglingen in einer ökologisch stark belasteten Umwelt

Staudt-Spychalowicz G 1996. Sozialpädiatrie und Kinderärztliche Praxis 18 (3): 155-7

Zielsetzung: Das Ziel dieser Arbeit war die Bestimmung des Einflusses der Muttermilchernährung auf die physische und psychische Entwicklung der Säuglinge, die in ökologisch verseuchten Gebieten aufwachsen.

Untersuchung: Zum Vergleich herangezogen wurden 115 Säuglinge im Alter von 3 bis 12 Monaten, die in den Jahren 1989 bis 1991 in den oberschlesischen Industriestädten Chorzow Siemianowice, Slaskie und Swietochlowice geboren wurden. Davon wurden 52 Säuglinge ausschließlich gestillt und 63 durch Flaschennahrung ernährt. Die Bewertung der physischen Entwicklung dieser Kinder wurde auf folgende anthropomorphe Parameter beschränkt:

- Körpergewicht und Körperlänge
- Schädelumfang und Brustumfang
- Hautfaltenstärke: abdominal, subskapular, brachial

Ergebnisse: Die muttermilchernährten Kinder zeigten in allen Parametern hinsichtlich der physischen Entwicklungskontrolle von Wolanski einen höheren Entwicklungsstandard. Auch die psychomotorische Entwicklung der Kinder, die an den geltenden Normen der Entwicklungen des Mutter- und Kind-Instituts in Warschau orientiert war, weist eine wesentlich positivere Entwicklung der Stillkinder auf.

Schlußfolgerung: Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, daß Stillen in extrem ökologisch belasteten Gegenden weitaus sinnvoller ist, da die Milchdrüse einige Eigenschaften besitzt, die die Konzentration von toxischen Substanzen reduzieren. Dazu wurde die sogenannte negative Korrelation zwischen der Konzentration eines bestimmten Ökotoxins im Blut der Mutter und in ihrer Milch bestimmt. Somit stellt die Muttermilchernährung einen Schutzfaktor gegen Ökotoxine dar. Als einzige Kontraindikation zum Stillen könnten entsprechende Vergiftungssymptome der Mutter gelten.

Tanja N. König, Alexandra Temme, Osnabrück

Leitlinie für das hüftsonographische Screening im Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder

Schirm H 1996. Sozialpädiatrie und Kinderärztliche Praxis 18 (3): 172-3

Seit dem 1.1.1996 ist die hüftsonographische Untersuchung bei gesetzlich versicherten Säuglingen in der U2 oder in der U3 durchzuführen. Ziel ist die Früherkennung von angeborenen Hüftgelenksluxationen und die Vermeidung von Spätfolgen, insbesondere operativer Maßnahmen, die durch eine Früherkennung zu vermeiden gewesen wären. Alle Neugeborenen sollten spätestens mit der U3 hüftsonographisch untersucht werden, damit eine notwendige Therapie vor der 6. Lebenswoche beginnen kann. Steht einem Arzt keine Möglichkeit der sonographischen Untersuchung zur Verfügung, so muß er das Kind für diese Untersuchung an einen anderen Arzt überweisen.

Die Dokumentation muß im Hinblick auf Risikomerkmale, wie z.B. Geburt aus Beckenendlage, Fehlbildungen in der Familie etc., besonders präzise sein. Yvonne Beckmann, Jeannine Wloka, Osnabrück

Datum Date Data	Thema Thème Tema	Ört Lieu Luogo	ReferentIn Intervenant(e) Docente	Preis/Frais/Prezzo Mitglied SHV/SBK Nichtmitglied Membre ASSF/ASI Non membre Soci ASL/ASI Non soci	
-----------------------	------------------------	----------------------	---	---	--

MÄRZ ■ MARS ■ MARZO 1997

Fr. 14./Mi. 15. März 1997 Anmeldeschluss: Fr. 14. Februar 1997	Modul-Nachdiplomkurs für Hebammen in Geburts- vorbereitung: (2 Tage) Atmung I	variabel: Zürich/Bern/St. Gallen usw.	Kursleitung: Herta Wunderlin Dorothee Eichenberger	Fr. 170.– pro Tag	Fr. 280.– pro Tag
---	--	--	--	-----------------------------	----------------------

APRIL ■ AVRIL ■ APRILE 1997

Sa. 12. bis Di. 15. April 1997 Anmeldeschluss: Mi. 12. März 1997	Modul-Nachdiplomkurs für Hebammen in Geburts- vorbereitung: (4 Tage) Atmung II	variabel: Zürich/Bern/St. Gallen usw.	Kursleitung: Herta Wunderlin Dorothee Eichenberger	Fr. 170.– pro Tag	Fr. 280.– pro Tag
---	---	--	--	-----------------------------	----------------------

MAI ■ MAI ■ MAGGIO 1997

Sa. 24./So. 25./ Mo. 26. Mai 1997 Anmeldeschluss: Do. 24. April 1997	Modul-Nachdiplomkurs für Hebammen in Geburts- vorbereitung: Methodik/ Didaktik (2 Tage) und Werbung (1 Tag)	variabel: Zürich/Bern/St. Gallen usw.	Kursleitung: Herta Wunderlin Dorothee Eichenberger	Fr. 170.– pro Tag	Fr. 280.– pro Tag
---	---	--	--	-----------------------------	----------------------

JUNI ■ JUIN ■ GIUGNO 1997

Do. 5./Fr. 6./ Sa. 7. Juni 1997 Anmeldeschluss: Mo. 5. Mai 1997	Modul-Nachdiplomkurs für Hebammen in Geburts- vorbereitung: (3 Tage) Körperwahrnehmung und Rückbildung I	variabel: Zürich/Bern/St. Gallen usw.	Kursleitung: Herta Wunderlin Dorothee Eichenberger	Fr. 170.– pro Tag	Fr. 280.– pro Tag
--	--	--	--	-----------------------------	----------------------

JULI ■ JUILLET ■ LUGLIO 1997

Fr. 11./Sa. 12./ So. 13. Juli 1997 Anmeldeschluss: Mi. 11. Juni 1997	Modul-Nachdiplomkurs für Hebammen in Geburts- vorbereitung: (3 Tage) Körperwahrnehmung und Rückbildung II	variabel: Zürich/Bern/St. Gallen usw.	Kursleitung: Herta Wunderlin Dorothee Eichenberger	Fr. 170.– pro Tag	Fr. 280.– pro Tag
---	---	--	--	-----------------------------	----------------------

AUGUST ■ AOÛT ■ AGOSTO 1997

Mo. 11. August bis Fr. 15. August 1997 Anmeldefrist: Fr. 11. Juli 1997	Reflexzonentherapie am Fuss – Einführung in die Reflexzonentherapie für Hebammen	Bachtelenweg 17 4455 Zünzgen BL	Eva Maria Eichmann, langjährige Mitarbeiterin von H. Marquardt und Leiterin der Zweiglehrstätte in Zünzgen BL	Fr. 610.– ohne Essen und Übernachtung	Fr. 810.–
Fr. 15./Sa. 16./ So. 17. August 1997 Anmeldeschluss: Di. 15. Juli 1997	Modul-Nachdiplomkurs für Hebammen in Geburtsvorbereitung: (3 Tage) Ernährung und Stillen, Säuglingspflege	variabel: Zürich/Bern/ St. Gallen usw.	Kursleitung: Herta Wunderlin Dorothee Eichenberger	Fr. 170.– pro Tag	Fr. 280.– pro Tag



Datum Date Data	Thema Thème Tema	Ort Lieu Luogo	ReferentIn Intervenant(e) Docente	Preis/Frais/Prezzo	
				Mitglied SHV/SBK Membre ASSF/ASI Soci ASL/ASI	Nichtmitglied Non membre Non soci

OKTOBER ■ OCTOBRE ■ OTTOBRE 1997

Fr. 10./Sa. 11. Oktober 1997 Anmeldeschluss: Mi. 10. September 1997	Modul-Nachdiplomkurs für Hebammen in Geburts- vorbereitung: (2 Tage) Pränatale Diagnostik, Sexualität	variabel: Zürich/Bern/St. Gallen usw.	Kursleitung: Herta Wunderlin Dorothee Eichenberger	Fr. 170.– pro Tag	Fr. 280.– pro Tag
du ma 21 au je 23 oct. 97 Délai d'inscription: lu 22 septembre	Connaissance et maîtrise du périnée niv. II	Yverdon les Bains	Dominique Trinh-Dinh, sage-femme	Fr. 810.–	

NOVEMBER ■ NOVEMBRE ■ NOVEMBRE 1997

Fr. 14./Sa. 15./ So. 16. November 1997 Anmeldeschluss: Di. 14. Oktober 1997	Modul-Nachdiplomkurs für Hebammen in Geburtsvorbereitung: – Umsetzung in Lektion (1 Tag) – Körperwahrnehmung und Rückbildung III (2 Tage)	variabel: Zürich/Bern/St. Gallen usw.	Kursleitung: Herta Wunderlin Dorothee Eichenberger	Fr. 170.– pro Tag	Fr. 280.– pro Tag
---	---	--	--	-----------------------------	----------------------

DEZEMBER ■ DÉCEMBRE ■ DICEMBRE 1996

Do. 11./Fr. 12. Dezember 1997 Anmeldeschluss: Di. 11. November 1997	Modul-Nachdiplomkurs für Hebammen in Geburts- vorbereitung: (2 Tage) Traumen: Angst, Schmerz, Abhängigkeit	variabel: Zürich/Bern/St. Gallen usw.	Kursleitung: Herta Wunderlin Dorothee Eichenberger	Fr. 170.– pro Tag	Fr. 280.– pro Tag
---	--	--	--	-----------------------------	----------------------

1997 WIEDEREINSTEIGERINNENKURS

Fr. 28. Februar Sa. 01. März 1997	Wiedereinstiegkurs für Hebammen	Hebammenschule Luzern	Martina Apel, Hebamme und Mitarbeiterinnen	Fr. 1200.– ohne Verpflegung und Unterlagen	
Fr. 14./Sa. 15. März 1997	Teil I: Standortbestimmung, physiologische Abläufe in der Geburtshilfe				
Fr. 4./Sa 5. April 1997					
Zeit für das Praktikum	Gebärsaalpraktikum min. zwei Wochen				
Fr. 17./ Samstag 18. Oktober 1997	Teil II Regelwidrige und pathologische Abläufe in der Geburtshilfe				
Fr. 7./Sa. 8 Nov. 1997 und Fr. 21./Sa. 22. Nov. 1997 Anmeldeschluss: Di. 28. Januar 1997					

Les gouvernements des pays où la médecine traditionnelle est largement pratiquée ne sont pas les derniers à s'intéresser aux recherches consacrées à la discipline. C'est ainsi qu'en Chine, on trouve dans chaque province un institut universitaire et un institut de recherche spécialisé en médecine traditionnelle chinoise. En Inde, les pouvoirs publics fournissent une aide financière pour l'étude et le développement des systèmes ayurvédique et unani qu'ils souhaitent voir prendre une place croissante dans les services de santé. Les promoteurs des soins primaires voient dans ces systèmes de précieux auxiliaires. Des instituts nationaux de recherche ont été créés dans des pays tels que le Burundi, le Cameroun, le Mali, le Pérou, les Philippines, le Soudan et le Viet Nam.

Plusieurs pays industrialisés se sont également dotés d'instituts et de fondations pour la recherche. Aux Etats-Unis d'Amérique, par exemple, le Bureau des médecines parallèles, créé grâce à une initiative du Congrès, s'est installé dans les locaux des Instituts nationaux de la santé en 1992. Au Royaume-Uni, il existe depuis longtemps plusieurs conseils de recherche en acupuncture et médecine parallèle. La Coopération européenne en matière de recherche scientifique et technique (COST), qui a pour but d'améliorer la collaboration communautaire en matière scientifique et technologique a été mise en place par la Commission européenne, laquelle assure également le financement du projet. En juin 1993, un groupe COST a reçu pour mission d'étudier la valeur thérapeutique de la

médecine non conventionnelle, sa rentabilité et son importance socio-culturelle. L'OMS appuie ardemment la promotion et le développement de la médecine traditionnelle dans le monde entier. Il ne fait aucun doute que cette branche de la médecine apporte et apportera une contribution tout à fait remarquable aux efforts que nous déployons pour réaliser l'objectif de la santé pour tous.

Article paru dans «Santé du Monde», No. 2, 1996



Zentralsekretariat Secrétariat central

Flurstrasse 26 • 3000 Bern 22

Tel. 031/332 63 40 • Fax 031/332 76 19

Öffnungszeiten/Heures d'ouverture:

Mo-Do/lu-je 9.00-11.00 und 14.00-16.00
Fr./ve 9.00-11.00

An alle interessierten Hebammen!

Der nächste HöFa I Kurs für Hebammen beginnt am 27. Januar 1997.

Für nähere Informationen und
Anmeldung:
Kaderschule für die Krankenpflege
Mühlemattstr. 42, 5001 Aarau
Tel. 062 837 58 58

Infos

Ab sofort können die Mitglieder des Verbandes Europäischer Laktationsberaterinnen (VEBL) und die Mitglieder des Schweizerischen Hebammenverbandes (SHV) Kurse, Tagungen und Kongresse des SHV bzw. des VELB für Verbandsmitglieder gegenseitig zu Mitgliedspreisen gewähren.

Beschluss des ZV/SHV vom 26. August 1996

Voranzeige

Nächstes Treffen der
IG Geburtsvorbereitung:
Samstag, 23. November 1996,
10-13 Uhr,
im Schulungszentrum Unispital,
Gloriastrasse 19, 8006 Zürich

Weitere Infos folgen in der
SH 11/96
Kathrin Antener-Bärtschi,
3144 Gasel

Annulationskosten

Eine Annulation hat schriftlich an das Zentralsekretariat zu erfolgen. Sofern keine Ersatzteilnehmerin ernannt werden kann, werden Annulationsgebühren wie folgt verrechnet:

Bis 1 Monat vor Kursbeginn	15%
Bis 10 Tage vor Kursbeginn	50%
Später oder bei Nichterscheinen	100 %

Bei jeder Abmeldung werden 10% Bearbeitungsgebühren verrechnet, maximal jedoch Fr. 50.-.

Frais d'annulation

L'annulation doit être faite par écrit au secrétariat central. Dans la mesure où aucune participante de remplacement ne peut être trouvée, les frais d'annulation seront facturés comme suit:

Jusqu'à 1 mois avant le début du cours	15%
Jusqu'à 10 jours avant le début du cours	50%
Plus tard ou en cas de non présentation	100 %

Pour chaque désistement les frais administratifs seront facturés à raison de 10%, au maximum fr. 50.- cependant.

Costi per un'eventuale rinuncia

L'annullamento dell'iscrizione deve essere inoltrato per iscritto alla segreteria centrale. Nel caso in cui un'altra partecipante non possa prendere il posto della rinunciataria, i costi dell'annullamento saranno suddivisi nel modo seguente:

Fino ad un mese dall'inizio del corso	15%
Fino a dieci giorni dall'inizio del corso	50%
Più tardi o in caso di non presentazione	100 %

In ogni caso di rinuncia saranno fatturate per il 10% e spese amministrative fino ad un massimo di fr. 50.-

Wechsel und Wandel im Geburtshaus



Foto: H. Widmer

Das Geburtshaus Mötschwil zieht nach Oberburg um und nennt sich neu: Geburtshaus «Villa Oberburg».

Das Geburtshaus bietet eine ganzheitliche Betreuung von fachlich kompetenten Hebammen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett an. Ziel ist die Rückbesinnung der Frau auf ihre ureigenen Stärken als Voraussetzung für eine sichere Geburt.

Gut eingespielt hat sich die Zusammenarbeit mit dem Spital Burgdorf, dem Frau-

enspital und Kinderspital Bern usw. sowie mit Ärztinnen und Ärzten.

Ein weiterer Pluspunkt ist die gute Erreichbarkeit der «Villa Oberburg» mit öffentlichen Verkehrsmitteln. Der Bus aus Burgdorf hält nur gerade 60 m vor dem Haus.

Villa Oberburg
Emmentalstr. 240 • 3414 Oberburg
Tel. 034 429 11 11

Marie-Luise Friedemann

Familien- und umweltbezogene Pflege

Die Theorie des systemischen Gleichgewichts

1996, Huber Verlag Bern, ISBN 3-456-82716-4, 206 Seiten, Fr. 56.–

Jede Hebamme weiss aus Erfahrung, dass die Familiensituation einen grossen Einfluss auf die Befindlichkeit der zu begleitenden Frau hat. Die Familiendynamik kann die Situation der Frau sowohl positiv wie auch negativ beeinflussen. Der Umgang mit diesen komplexen Situationen erfordert von der Hebamme Fachwissen und Erfahrung. Für die Besprechung und gegenseitige Beratung von schwierigen beruflichen Situationen ist eine gemeinsame Sprache sehr hilfreich. Die Theorie von M.L. Friedemann führt zu einem gemeinsamen Verständnis der wichtigsten Einflussfaktoren bei der Begleitung von Frauen, Männern und Kindern. In ihrer Theorie beschreibt sie gut nachvollziehbar die Konzepte Umwelt, Mensch, Gesundheit, Familie und Pflege und bringt diese zueinander in Beziehung. Die Autorin sieht den Menschen als System in ständiger Verbin-

dung zu anderen sozialen Systemen. In diesem Sinne muss die Familie in die Betreuung und Begleitung der Frau miteinbezogen werden, da sie eine wichtige Rolle spielt. (Die Definition der Familie überlässt Friedemann den Beteiligten selbst).

Die wichtigsten Begriffe der Theorie stellt sie in ihrem Modell gut verständlich dar. Das Modell zeigt die Ziele jedes Menschen in den vier Dimensionen: Stabilität, Wachstum, Regulation/Kontrolle und Spiritualität.

Das Modell hilft der Hebamme zu erkennen, welche Unterstützung die Frau und die Familie braucht und wie sie ihre Begleitung wahrnehmen kann. Dies verlangt einen hohen Grad an Flexibilität und kreativen Umgang mit verschiedensten Situationen. Das Modell bietet eine Grundlage für die Praxis, aber keine fertigen Rezepte, weil das Verhalten von Personen vom Kontext

ParEpi

Schweizerische
Vereinigung der
Eltern epilepsie-
kranker Kinder

Association Suisse
de Parents d'Enfants
Epileptiques

Associazione
svizzera genitori di
bambini epilettici

An der diesjährigen Generalversammlung vom 4. Mai 1996 hat die Schweizerische Vereinigung der Eltern epilepsiekranker Kinder eine Namensänderung und ein neues Erscheinungsbild vorgestellt. Sie wird ab sofort und gesamtschweizerisch unter dem Namen **ParEpi** auftreten. Der neue Name setzt sich zusammen aus den Worten **Par**(ents oder para) und **Epi**(lepsie) und weist damit auf Sinn und Tätigkeit der Organisation hin. Die Eltern- und Selbsthilfeorganisation wurde im Jahr 1970 gegründet und hat heute über 800 Mitglieder. Die Ziele sind nach wie vor:

- Rat- und hilfesuchenden Eltern beistehen
- Informationen über Epilepsie und Hilfe im Umgang mit der Krankheit anbieten
- Öffentlichkeitsarbeit zum Abbau von Vorurteilen über Epilepsie leisten

Kontaktperson für Auskünfte:

Regina M. Henggeler,

ParEpi-Geschäftsstelle,

Walldorfstrasse 21, 6314 Unterägeri

Tel. 041 750 50 02, Fax 041 750 40 34

abhängig ist und nicht eindeutig zugeordnet werden kann. Die Anwendung der Theorie wird an Pflegesituationen mit akuten somatischen und psychischen Krankheiten, bei chronischen Leiden und bei sterbenden Menschen und deren Familien aufgezeigt. Insbesondere werden Familienkrisen thematisiert.

Die Verständlichkeit der Theorie des systemischen Gleichgewichts wird durch die schweizerische Denkweise von Friedemann unterstützt. Sie verbrachte ihre Kindheit in der Schweiz und ist hier heute noch oft als Dozentin tätig.

Jeannette Höfliger

Bedürfniserfassung der Mitglieder der Sektion Zürich und Umgebung

Durch die Neuformierung des Vorstandes in den letzten 3–4 Jahren drängte sich für uns eine Umfrage bei unseren Mitgliedern auf. Auf der einen Seite waren wir neugierig und wollten erfahren, wo diese Hebammen stehen und ob wir dem Bild unserer Mitglieder entsprechen. Auf der anderen Seite hilft es bei der Konkretisierung der Ziele für die nächsten Jahre.

Drei Frauen des Vorstandes erarbeiteten dann einen Fragebogen, um die Bedürfnisse der

Hebammen zu erfassen. An 282 Mitglieder wurde der Fragebogen versandt, 56 Bogen kamen zurück.

Die Frage nach der Teilnahme an der jährlichen Generalversammlung wurde wie folgt beantwortet: 31 Befragte nehmen teil, um sich primär über laufende Verbandsgeschäfte zu informieren (27), sich berufspolitisch zu informieren (21) und um Kolleginnen zu treffen (21). 25 Frauen nehmen aus den verschiedensten Gründen nicht teil.

36 der Befragten sind durch die GV und den Jahresbericht genügend informiert, 12 wünschen mehr Informationen über wichtige Entscheidungen und aktuelle Geschäfte.

Die Frage, wie zufrieden sie generell mit der Verbandsarbeit des Vorstandes sind, wurde 21x mit sehr zufrieden und 24 mit eher zufrieden beantwortet.

Die Detailbeurteilung des Vorstandes zeigte sich folgendermassen:

Der Vorstand

hat in wichtigen Belangen

einiges erreicht

vorwiegend gut

hat die Nase im Wind

vorwiegend gut

informiert die Mitglieder

vorwiegend gut

vertritt alle Hebammen

vorwiegend gut

ist aktiv

sehr gut

Leider ist die Bereitschaft, sich aktiv für den Vorstand zu engagieren, sehr gering (15x ja, 37x nein). Vorwiegend ist der momentane oder allgemeine Zeitmangel (!!) die Begründung.

Mit dem Themenangebot der Weiterbildungen waren die Befragten eher bis sehr zufrieden, die Anzahl der Veranstaltungen erscheint angemessen. Was uns sehr freute, war die riesige Anzahl von Themenvorschlägen für zukünftige Weiter- und Fortbildungen.

An einem Hebammenstammtisch sind 6 Kolleginnen sehr interessiert, 15 eher ja, 22 eher nein und 9 Kolleginnen gar nicht. Die Anzahl von Treffen ist zwischen 1x bis 10x pro Jahr gewünscht.

Bei der Auswertung ist uns aufgefallen, dass der Wunsch nach einem Hebammenstammtisch vor allem von Kolleginnen kam, welche zur Zeit nicht aktiv im Beruf stehen oder nicht in einer Fachgruppe engagiert sind. Obwohl der Stammtisch zahlenmässig abgelehnt wurde, werden wir interessierte Kolleginnen beim Organisieren dieses Projektes unterstützen.

Konkret bedeutet die Auswertung der Fragebogen für uns folgendes:

- Wir planen regelmässig Rundbriefe, um unsere Mitglieder über aktuelle Geschäfte und wichtige Entscheide zu informieren.
- Wir werden jene Frauen direkt angehen, welche sich für mehr aktive Mitarbeit engagieren möchten. Ebenso werden wir die Hebammen anschreiben, welche sich für den Hebammenstammtisch interessiert haben.
- Das Ressort Weiterbildung wird die zahlreichen Vorschläge für weitere Veranstaltungen nutzen.

Kursdaten für Modul-Nachdiplomkurs 1997

Kursdaten	Leitung und Organisation eines Geburtsvorbereitungskurses (9 Tage)	Körperarbeit, Körperwahrnehmung (14 Tage)	Begleitung von werdenden Eltern (7 Tage)
Januar 17./18./19.	Methodik/Didaktik (3 Tage)		
Februar 20./21./22.	Gruppendynamik (3 Tage)		
März 14./15.		Atmung I (2 Tage)	
April 12.–15.		Atmung II (4 Tage)	
Mai 24./25./26.	Methodik/Didaktik (2 Tage) Werbung (1 Tag)		Bitte Beachten Sie die veränderten Daten im Mai 1997
Juni 5./6./7.		Körperwahrnehmung/Rückbildung I (3 Tage)	
Juli 11./12./13.		Körperwahrnehmung/Rückbildung II (3 Tage)	
August 15./16./17.			Ernährung + Stillen Säuglingspflege (3 Tage)
Oktober 10./11.			Pränatale Diagnostik + Sexualität (2 Tage)
November 14./15./16.	Umsetzung in Lektion (1 Tag)	Körperwahrnehmung/Rückbildung III (2 Tage)	
Dezember 11./12.			Traumen: Angst, Schmerz, Abhängigkeit (2 Tage)

Anmeldetalon im Zentralsekretariat erhältlich, Tel. 031 332 63 40.

Auch wenn der Rücklauf der Fragebogen nicht unseren Erwartungen entsprach, haben wir uns sehr über all die Wünsche und Anregungen gefreut. Wir fühlen uns in unserer Vorstandsarbeit bestätigt. Wir sind – zusammen mit einer Fachfrau – daran, Ziele für unsere Sektion zu formulieren, und hoffen, diese mit Hilfe von unseren Kolleginnen zu erreichen.

Wir danken allen Hebammen für ihre wertvolle Mitarbeit. Die aufbauenden und auch kritischen Kommentare nehmen wir mit in unsere weitere Verbandsarbeit.

Monique Ruckstuhl-Créteur
Beatrice Bürge-Lütscher

NEU:

appella vermittelt frauenfreundliche Beratung und Behandlung auch zum Bereich Wechseljahre.
Tel. 01 273 16 60

Seit dem 8. März 1994, dem Internationalen Frauentag, besteht das appella-Informationstelefon zu Verhütung, Schwangerschaft und Kinderlosigkeit und wird rege benützt. Neu vermittelt das appella-Informationstelefon frauenfreundliche Beratung und Behandlung auch zum Bereich Wechseljahre.

Das appella-Team hat sich zum Ziel gesetzt, mittels Information und Aufklärung die Eigenverantwortlichkeit der anrufenden Frau zu unterstützen, um damit insgesamt einen frauenfreundlichen Umgang mit Medizin und Gesundheit zu fördern.

Zum Auftakt des neuen Wirkungskreises von appella stellt die Autorin Rina Nissim ihr neues Buch «Wechseljahre–Wechselzeit» vor und beantwortet Fragen zum Thema. Rina Nissim ist Heilpraktikerin, Autorin und Mitbegründerin des Genfer Frauengesundheitszentrums.

Ort: Restaurant «Weisser Wind»
Oberdorfstrasse 20, 8001 Zürich
Zeit: Samstag, 2. November 1996,
16.30 bis ca. 18 Uhr
Preis: Eintritt gratis, Unkostenbeitrag
willkommen

Weiterbildung der Sektion Schwyz

Postpartale Krisen und Depressionen

«Eigentlich sollten sie glücklich sein...»

So will es das gesellschaftliche Klischee. Dass bei vielen Frauen das Mutterglück auf sich warten lässt, ist immer noch ein Tabu. Jede zweite Mutter erlebt kürzere oder längere depressive Verstimmungen in den ersten Wochen nach der Geburt. Jede zehnte Frau rutscht in eine tiefere Krise, welche als Wochenbett- oder postpartale bzw. postnatale Depression bezeichnet wird. Sehr selten ist die Wochenbett-Psychose.

- ➔ Wie kommt es dazu?
- ➔ Wie können Sie als Hebamme oder Betreuende im Wochenbett helfen?
- ➔ Welche präventiven und therapeutischen Möglichkeiten gibt es?

Kursleiterin: Daniella Nosetti-Bürgi

- ➔ lic. phil., Psychotherapeutin FSP
in freier Praxis in Emmenbrücke LU
- ➔ Verheiratet, Mutter von 2 Kindern

Freitag, 8. November 1996

9.10 bis 17.00 Uhr (Kaffee ab 8.45 Uhr)
im Personalhaus des Spitals Einsiedeln

- ➔ Es wird Information vermittelt,
- ➔ Es werden gemeinsame Wege erarbeitet,
- ➔ die Teilnehmerinnen können eigene Erfahrungen einbringen.

Der Kurs richtet sich an Hebammen und Wochenbettschwestern.

Die Teilnehmerzahl ist beschränkt.

Bitte bis spätestens Mitte Okt. 96
anmelden bei:

Susanne Bovard, Hinterfeld 5B
8852 Altendorf (Tel. 055 442 37 83)

Das Kursgeld für Nichtmitglieder des SHV beträgt inkl. aller Verpflegung Fr. 180.–, für Mitglieder Fr. 145.–

Mit der Anmeldebestätigung erhalten Sie einen Einzahlungsschein. Die Anmeldung ist erst nach erfolgter Bezahlung definitiv.

Annullierungskosten: Sofern keine Ersatzteilnehmerin ernannt werden kann, werden bei Abmeldung bis 10 Tage vor Kursbeginn 50% des Kursgeldes zurückerstattet. Später oder bei Nichterscheinen entfällt jeder Anspruch auf Rückerstattung der Kosten.

Zugverbindungen

07.38 ab Zürich
08.04 ab Wädenswil – 08.26 Einsiedeln an
07.39 ab Luzern
07.57 ab Schwyz
08.01 ab Rapperswil
08.07 ab Pfäffikon
08.13 ab Arth-Goldau
08.37 ab Biberbrugg – 08.43 Einsiedeln an

17.13 Richtung Arth-Goldau – Schwyz und Luzern

17.30 nach Biberbrugg – Wädenswil – Zürich

17.30 nach Biberbrugg – Pfäffikon – Rapperswil

Anmeldung zur Weiterbildung vom 8.11.96

Name _____

Adresse _____

PLZ Ort _____

Tel. _____

Mitglied der SHV-Sektion _____

Mittagessen: ☐ vegetarisch
☐ mit Fleisch

Unterschrift _____

Der 24. «Triennial Congress of the International Confederation of Midwives (ICM)» fand vom 26.–31. Mai 1996 in Oslo, Norwegen statt. Am vorausgegangenen «Council Meeting» der ICM nahmen als Delegierte des SHV Georgette Grossenbacher (GG) und Penny Held (PVH) teil. Hier ist ihr Bericht:

Im folgenden werden die Berichte mit den Initialen der jeweiligen Verfasserin gekennzeichnet.

PVH: Die Hebammen aus Norwegen luden Hebammen aus aller Welt nach Oslo zum 24. Internationalen Kongress ein. Norwegen ist ein Land, das sich von seinem südlichsten Punkt bis zum äussersten Norden über eine Distanz von 1750 Kilometern ausdehnt. In keinem anderen Land wohnen die Menschen so nahe am Nordpol. In einer historischen Ausstellung im Foyer des Kongresshauses wurden die schwierigen Bedingungen, unter welchen unsere Kolleginnen im hohen Norden arbeiten müssen, dargestellt. Ein Teil der Ausstellung war der Hebamme Petra Hellesylt (89 Jahre) gewidmet. Rückblickend auf eine lebenslange Hebammentätigkeit fragt sie: «Was ist, wenn die Technologie versagt?»

Unser Reiseziel war Oslo. Die aussergewöhnlich schön gelegene Hauptstadt Norwegens ist eingebettet zwischen sanften Hügeln, an einem Fjord. Als wir im Flugzeug über die Stadt kreisten, nahmen wir die bezaubernde Lage der Stadt wahr, mit viel Wasser und Wäldern und kleinen Holzhäusern an den Ufern. In Oslo war es noch Frühling. Die Bäume wurden langsam grün, und die Tulpen und Osterglocken blühten nach einem langen Winterschlaf.

Im riesigen Hotel und Kongresszentrum Plaza fand das ICM Council Meeting statt, welches als eigentliche Delegiertenversammlung abgehalten wird. Jeder Verband ist mit zwei Stimmen vertreten. Zusätzlich gibt es die Regionalvertreterinnen der einzelnen Regionen, welche auch ein Stimmrecht haben. Europa hat fünf Regionalvertreterinnen (darunter Ruth Brauen, SHV-Regionalvertreterin für das französischsprachige Europa, und Christine Mändle, BDH-Regionalvertreterin für das deutschsprachige Europa). Asien-Pazifik, Afrika und Amerika haben je zwei Regionalvertreterinnen. Ebenfalls stimmberechtigt ist das Board of Management oder die Geschäftsleitung.

Den Vorsitz des Council Meetings hatte Sonja Sjöli, die ICM-Präsidentin aus Norwegen. Die englische Sprache dominierte klar in den Diskussionen. Simultan-Übersetzungen waren

auf Französisch, Spanisch und Norwegisch gewährleistet. Als Einstieg am ersten Morgen haben einige Verbände ihre Schwerpunktthemen bzw. Besorgnisse erörtert. Einige Punkte wiederholten sich wie ein roter Faden:

- Hebammen sollten Kontrolle über ihre Ausbildung haben und ein gutes Fort- und Weiterbildungsangebot geniessen. In vielen Ländern besteht Besorgnis um die Finanzierung der Ausbildung.
- Hebammenorientierte Forschung muss unterstützt und gefördert werden.
- Die Erhaltung von guten professionellen Standards und Qualitätssicherung.
- Aus Afrika kamen vor allem finanzielle Sorgen, welche das Inkraftsetzen des Programms zur Reduzierung der Muttersterblichkeit gefährdet.

Die Ratssitzung – ein dreitagelanger Marathon

GG: Die Geschäftsleitung der ICM hat ihre Absicht, den Ablauf der Ratsarbeit weiter zu rationalisieren und gleichzeitig Raum für Diskussionen anzubieten, erfolgreich verwirklicht. Wir reisten bereits mit mappenfüllender Dokumentation an und erhielten als Delegierte weitere erprobte Instrumente:

- ein «Handbuch» zur Einhaltung der Spielregeln während der Ratssitzung,
 - genaue zeitliche Vorgaben für die gesamte Dauer der Ratssitzung,
 - die strukturierte Traktandenliste über 52 Traktanden, die eine rasche Übersicht und sinnvolle Integration neuer Anträge ermöglichte,
 - den umfassenden Dreijahresrapport der Geschäftsleitung, von 1993–1995, in englischer Sprache, und
 - die straffe Leitung der dreitägigen Sitzung durch die ICM-Präsidentin, flankiert von der Direktorin Margaret Peters.
- Auch die äusseren Bedingungen erleichterten das Arbeiten; die Simultan-ÜbersetzerInnen waren «Spitze» (engl., franz., span., norwegisch).

Die Arbeitsweise im Rat richtete sich nach parlamentarischer Usanz: Dort wo es um Beschlussfassungen ging, diskutierten wir –

teils in den Regionalverbänden – die Geschäfte zuerst, dann kam die Eintretensdebatte im Rat, und erst am dritten Tag, mit grösserem Verständnis für die Zusammenhänge und Vernetzungen, «durchliefen» wir nochmals die Traktandenliste und stimmten ab.

Der Zeitrahmen wurde praktisch eingehalten!

Wir gehen in unserem Bericht auf einige der wichtigsten Geschäfte ein.



von links nach rechts:
Penny Held, ICM-Delegierte SHV
Sonja Sjöli, ICM-Präsidentin, Norwegen
Ruth Brauen, Präsidentin SHV

Mitgliedschaften – nicht alle sind hochwillkommen!

GG: Die «ICM-Familie» zählt mittlerweile 68 Mitgliedverbände. Die Geschäftsleitung schlug, entsprechend den Statuten, den Ausschluss von neun Mitgliedern vor, da sie seit drei oder mehr Jahren keine Jahresgebühr bezahlt hatten und offenbar auch nicht auf Rückfragen des ICM-Büros reagierten.

Nach langem Hin und Her im Rat, wo zunehmendes Mitgefühl und Entgegenkommen gegenüber diesen zumeist ärmeren oder kriegsgebeutelten Mitgliedern wuchs – und weil im Laufe der Ratssitzung plötzlich doch noch einige Zahlungen verbucht werden konnten (!)-, beschlossen die Delegierten, sämtliche Mitgliedschaften aufrechtzuerhalten. Die Geschäftsleitung schlug selbst vor, weiterhin klärende Kontakte mit den betroffenen Verbänden zu suchen.

Diese Art der Problemlösung ist keineswegs neu, im Gegenteil: Sie wiederholt sich seit Jahrzehnten, insbesondere seit dem zunehmend Verbände aus Entwicklungsländern

forciert in die ICM aufgenommen werden. Auf dem Hintergrund zahlreicher Unklarheiten schuf die Geschäftsleitung der ICM schriftliche Diskussionsgrundlagen, die beispielsweise zu folgenden Fragen führen:

Sind mehrfache Mitgliedschaften aus demselben Land zulässig?

(Momentan vertreten 21 Mitglieder aus 7 Ländern deren Interessen, 5 Mitglieder allein aus Grossbritannien.)

Wie lange soll ein Verband, der nicht zahlt und nichts von sich hören lässt, Mitglied bleiben?

Muss ein Mitglied, dessen Jahresgebühr von einem anderen Mitglied bezahlt wird, diesem womöglich bei Abstimmungen im Rat folgen?

Erfüllt die ICM mit 54 Mitgliedsländern seinen einzigartigen Status als «Sprachrohr der Hebammenwelt» gegenüber der UNO, wenn diese 179 Länder vereint?

Die Empfehlungen der Geschäftsleitung, die eindeutig auf eine Straffung der Mitgliedschaften hinauslaufen, wurden jedoch nicht zur Abstimmung vorgelegt. Sie sollen in die beschlossene Verfassungsrevision aufgenommen und 1999 in Manila diskutiert werden.

Unreifer Feldzug gegen den Begriff «Krankenschwester»

GG: Feuer im Dach verursachte ein Resolutionsantrag aus British Columbia für eine Verfassungsänderung des Paragraphen 5ii mit folgendem Inhalt:

(der neue Text ist fettgedruckt)

«In den Ländern, wo die Hebammen und die Krankenschwestern in einem einzigen Verband vertreten sind **und wo kein unabhängiger Hebammenverband existiert**, kann dieser Verband oder die Sektion, welche die Interessen der Hebammen vertritt, Mitglied werden (...)»

Diese Einschränkung ist in erster Linie gegen Krankenschwestern mit Zusatzausbildung zur Hebamme gerichtet. Die Initiantinnen sprachen von «purification», und auch einige Engländerinnen äusserten ihre Ängste gegenüber wachsenden «Landgewinnen» der Krankenschwestern in ihrem Tätigkeitsfeld. Hier stellt sich nach wie vor die Frage, ob lokale oder regionale Prozesse bereits einen Verfassungstext sprengen sollen. Ich meine; Nein! Vielmehr sollten die betroffenen Gremien das Problem an Ort und Stelle aufgreifen. Dann müssten in erster Linie die

Ärzte eingeladen werden, denn diese wurden bereits zu Beginn der Ratssitzung aus allen Regionen der Welt als wachsende Bedrohung der selbständigen Hebamme genannt.

Die Resolution kam jedoch durch. Ob sie als neuer Verfassungstext auch vor dem englischen Verfassungsrecht, dem die ICM als Non-Profit-Organisation untersteht, die Hürde nehmen wird, ist zu bezweifeln. Ich hoffe nicht.

Ein weiterer Vorstoss der radikalen Hebammen in England, der klar abgeschmettert wurde, forderte, dass Hebammen die Bezeichnung «nurse» inskünftig vermeiden sollten...

In heiklen Diskussionen kam das Ungleichgewicht zwischen den englischsprachigen Regionen und dem europäischen Kontinent stark zum Ausdruck: Kanada, Nordamerika und der Pazifik nahmen stärker Einfluss auf die Ratsgeschäfte. Diese Delegierten vertraten ihre Meinung entschiedener, sie sprachen sich rasch ab, und da sie zumeist aus jungen Mitgliedverbänden kamen, strebten sie Veränderungen ohne Rücksicht auf das Gewachsene an.

Die Vertreterinnen der deutschsprachigen Region sind entschlossen, in Manila 1999 das Heft stärker in die Hand zu nehmen und sich darauf vorzubereiten!

PVH: Erneute Zeichen des beeindruckenden Leistungsnachweises der ICM war die Präsentation eines Dokuments, welches die Visionen und Ziele für die nahe Zukunft der ICM darlegte. Die folgenden 12 Ziele sind vom Council mit Beifall angenommen worden. (frei übersetzt)

- Das Potential des Hebammenwirkens aufzeigen, die mütterliche und perinatale Mortalität und Morbidität senken.
- Erlangen des Ziels für eine sichere Mutterschaft.
- Das Wissen über das Hebammenwesen und den weltweiten Einfluss der Hebammen sollte bekanntgemacht werden an Orten, wo gesundheitspolitische Fragen diskutiert und Entscheide über geburts-hilfliche Angebote gefällt werden.
- Zusammenarbeit mit Gemeinden und Frauengruppierungen, um ihr Wissen und ihr Bewusstsein, wie sie Gesundheit erlangen können, zu entwickeln.
- Die Hebammenausbildung und die Fort- und Weiterbildungsprogramme stärken. Die Hebamme als Auszubildnerin unterstützen.
- Die Mechanismen entwickeln, um Hebammen eine volle Berufsausübung zu ermöglichen.

- Hebammenspezifische Forschung sollte gefördert und unterstützt werden. Qualitätsstandards in der Betreuung von Frauen in ihren fruchtbaren Jahren sollten angestrebt werden.
- Hebammentätigkeiten sollten klassifiziert und definiert werden.
- Die finanzielle Situation der ICM muss sichergestellt werden.
- Die Anzahl der Mitgliedverbände der ICM erhöhen, insbesondere in Ländern, wo momentan noch kein Hebammenverband existiert.
- Informationen verbreiten und ein Forum schaffen für Mitgliedverbände, damit ihre Mitglieder an der Erfahrung teilhaben und von dem Wissen anderer Hebammen profitieren können.
- Einen eigenen nationalen Ethik-Kodex entwickeln und fördern, der auf dem internationalen Ethik-Kodex für Hebammen basiert.

Eine neue Verfassung

GG: Die Verfassung von 1981 hat schon bald ausgedient. Sie soll bereits in Manila abgelöst werden.

Eine kurze Würdigung des 15 Jahre alten Werkes ist jedoch am Platz: Es brachte der ICM erstmals klare Strukturen, Geschäftsleitung, regionale Vertretungen, geregelte Kompetenzen und Arbeitsformen. Vor allem aber wurde die «Constitution» zum Schwungrad neuer Aktivitäten der ICM. Ein dichtes Netz von gegenseitigen Beziehungen nach innen und aussen begann unübersehbar zu wachsen und brachte zusehends internationale Anerkennung. Die ICM wurde so Promotor für nationale Hebammenanliegen.

Die Initiantinnen der Verfassungsrevision (Geschäftsleitung und angelsächsische Verbände) sind der Auffassung, dass vor allem die Aktivitäten der Hebammen aktualisiert werden müssen (mehr Autonomie, mehr fachliche Zuständigkeit, mehr Engagement in der Gesellschaft), weil diese von den internationalen Partnern auch erwartet werden. Das ist ein Ball, der auch den Schweizer Hebammen zugespielt wird. In der neuen Verfassung wird die Ausrichtung auf die Konsumentinnen, auf Mutter und Kind, auf die Familien, mit Sicherheit noch stärker betont.

Bis der Text aber steht, werden alle Mitgliedverbände Knochenarbeit leisten müssen. Ist doch die Verfassung das Herzstück der Organisation!

PVH: Der 5. Mai ist als Internationaler Hebammentag noch nicht international anerkannt. Ein Mitgliedstaat der Vereinten Nationen (UN) muss an der Vollversammlung einen Antrag dazu stellen. Die Geschäftsleitung der ICM drückt ihre Hoffnung klar aus, dass dies in nächster Zukunft geschehen wird. Dafür muss sich irgendwann ein Mitgliedverband zusammen mit seiner Regierung stark machen. Die Geschäftsleitung begrüsst die vielen Aktivitäten, welche von den Mitgliedverbänden für den Internationalen Hebammentag organisiert werden. Sie stellt den Antrag, dass mindestens einer der drei Internationalen Hebammentage, welcher in die Zeit zwischen den internationalen Kongressen fällt, dazu benutzt wird, um Geld zu sammeln. Dieses Geld könnte für das «Safe Motherhood Programm», das «Sponsor a Midwife Programm» oder für regionale Aktivitäten der ICM gebraucht werden. Das Thema für den 5. Mai 1997 ist «Gerechtigkeit für Frauen».

Am 22. Internationalen Hebammenkongress in Kobe im Jahr 1990 wurde die Idee für das «Sponsor a Midwife Programme» geboren. Die damaligen Kongressteilnehmerinnen äusserten den Wunsch, dass viel mehr Kolleginnen aus Entwicklungsländern teilnehmen. Dies würde einen wertvollen Austausch von Erfahrungen erlauben. In Vancouver, am 23. Internationalen Hebammenkongress im Jahr 1993, konnten dank vielen Spenden 44 Hebammen aus 28 verschiedenen Ländern unterstützt werden. Am geschäftsführenden Ausschuss in Entebbe vom Januar 1995 wurden Auswahlkriterien für Kandidatinnen des «Sponsor a Midwife Programme» ausgearbeitet. Diese Kriterien wurden durch die Delegiertenversammlung in Oslo angenommen. Am Kongress in Oslo sind total 55 Hebammen unterstützt worden; darunter Ilunga Umba Ndola aus Kinshasa, Zaire, deren Teilnahme durch Spenden des SHV möglich war.

Ein weiteres Traktandum war die Wahl des Austragungsortes für den 26. Internationalen Hebammenkongress im Jahr 2002. Die drei Bewerber Genf/Schweiz, Orlando/Florida (USA) und Wien/Österreich hatten 10 Minuten Zeit, um ihre Kandidatur und die Vorteile ihres Kongressortes vorzustellen. Trotz süßem Mitbringsel und Unterstreichung des internationalen Standorts Genf erhielt in der geheimen Abstimmung Wien die meisten Stimmen (Wien 49, Genf 41, Orlando 18). Wir beglückwünschen unsere österreichischen Kolleginnen und freuen uns schon jetzt auf den ersten Kongress im neuen Jahrtausend in nächster Nähe.

Resolutionen

GG: Jeder Resolutionsantrag muss vor Beginn der Diskussion von zwei Mitgliedverbänden unterstützt werden, sonst gilt er als abgelehnt. Nachstehend sind die Resolutionstexte, welche vom Rat überwiesen wurden, gekürzt aufgeführt. Wer sich für den ganzen Text (franz.) interessiert, kann ihn bei Georgette Grossbacher, Huttenstr. 45, 8006 Zürich, anfordern.

Nr. 28 Simultanübersetzung an ICM-Kongressen.

Beantragt von der Geschäftsleitung

Nr. 30.1 Grundsätze der Forschungskommission.

Beantragt von der Geschäftsleitung

Nr. 40.1 Der ICM verurteilt Atomversuche und den Griff zu Atomwaffen in der ganzen Welt im Interesse der heutigen und zukünftigen Generationen.

Beantragt vom Hebammenkollegium Neuseeland

Nr. 40.1a) Der ICM verurteilt den Gebrauch von Landminen gegen Menschen in der ganzen Welt zur Sicherheit von Frauen und Kindern.

Beantragt vom Hebammenverband Brit. Columbia

Nr. 40.2 Die Organisationskomitees der ICM akzeptieren keine kommerziellen Ausstellungen von Gesellschaften, die Ersatzprodukte von Muttermilch herstellen oder vertreiben.

Beantragt vom Australischen Hebammenkollegium

Nr. 40.3 Der ICM lehnt die Patenschaft von Organisationen ab, die

- den Kodex der WGO über den Handel mit Produkten zum Ersatz von Muttermilch
- die Initiative «Babyfreundliche Spitäler»
- die Erklärung Innocenti verletzen.

Beantragt vom Hebammenverband Brit. Columbia

Nr. 40.4 Der ICM unterstützt, dass Hebammenlehrerinnen eine zentrale Rolle in der Ausbildung spielen sollten, sowie über eine garantiert ebensbürtige theoretische und praktische Ausbildung verfügen.

Beantragt vom Bund Deutscher Hebammen

Nr. 40.6 Der ICM ist überzeugt, dass eine Frau nach einem Abort, gleich ob er spontan oder eingeleitet war, die gleichen Pflegebedürfnisse hat wie eine Frau nach der Geburt.

Beantragt von der Geschäftsleitung

Nr. 40.7 Der ICM setzt sich für eine geburts-hilfliche Ausbildung und Betreuung von Frauen und Familien der Ur-einwohner ein, die ihnen Sicherheit im kulturellen und geburtshilflichen Rahmen gewährt.

Beantragt vom Hebammenkollegium Neuseeland

Nr. 40.8 Die Hebamme ist verantwortlich für die notwendige Pflege des Neugeborenen und des Säuglings (mit Auflistung der Tätigkeiten gegen die hohe Kindersterblichkeit).

Beantragt von der Geschäftsleitung

Nr. 44.8 Revision der ICM-Verfassung zur Stärkung der Identität des Hebammenberufs.

Beantragt vom Hebammenverband Brit. Columbia

Nr. 44.10 Die Anstellung und Bestätigung der Generalsekretärin wird abgeschafft.

Die Geschäftsleitung nimmt diese Kompetenzen neu wahr.

Beantragt vom Hebammenverband Norwegen

Nr. 44.11 Der ICM muss Mittel und Wege finden, um die Hebammen aus Ländern, die keine Ressourcen haben (wie Luxemburg), die Teilnahme an Kongressen zu ermöglichen.

Beantragt vom Schweiz. Hebammenverband

Nr. 44.14 Hebammen haben ein Recht auf einen Arbeitsort, der ihr Anrecht auf persönliche und finanzielle Sicherheit gewährleistet, sowie auf eine Entschädigung, die den Verantwortungen entspricht, welche sie für die Gesundheit von Mutter und Kind wahrnehmen.

Beantragt vom Hebammenkollegium Neuseeland

Es waren drei anspruchsvolle, spannende, jedoch auch anstrengende Tage. Zeit für ausgiebige Diskussionen fehlte, so dass das nächste «Council Meeting» 1999 in Manila auf 4 Tage ausgedehnt wird.

«The Art and Science of Midwifery gives Birth to a Better Future»

PVH: Dieser Leitfaden manifestierte sich während der ganzen Kongresswoche. Frei übersetzt heisst er: «Die Kunst und das Wissen der Hebammen bringen eine bessere Zukunft.» Das schöne Logo mit dem Lebensbaum samt Wurzeln ist gleichzeitig auch das Logo des norwegischen Hebammenverbands. Es offenbart auch die Philosophie unserer nordischen Kolleginnen: die Verbundenheit mit der Natur und die starke Verwurzelung mit ihrem Boden.

Die Eröffnungszeremonie am Sonntag bot ein farbenprächtiges Bild. Viele der über 2500 anwesenden Hebammen haben, wie üblich bei den ICM-Anlässen, ihre Nationaltracht getragen. Nach den Begrüssungsworten, musikalischen Darbietungen, einer Standortbestimmung durch die ICM-Präsidentin und der Flaggenparade der über 70 teilnehmenden Nationen kam der Höhepunkt des Abends. Es handelte sich um ein musikalisches Theaterstück, das speziell für den ICM-Kongress komponiert worden war. Der Hauptrefrain bestand aus einem Lied über die Hebammen. Die schönen Worte klingen mir jetzt noch in den Ohren:

We're greeting the new born child through our hands,
From the dawn of our time till the day of today, throughout the lands.
We're greeting the new born child through our care.
From the east to the west, from the north to the south, everywhere.
Greatest of wonders, a woman gives birth.
Past meets the future when heaven meets earth. We'll stand beside them, the man, child and wife.
Guarding the fruits of the tree of life.

Wir begrüssen das Neugeborene mit unseren Händen,
seit Anbeginn der Zeiten bis zum heutigen Tag.
Wir begrüssen das Neugeborene mit unserer Fürsorge,
von Ost nach West, von Nord nach Süd, überall auf der Welt.
Die Geburt ist das grösste aller Wunder – Vergangenheit und Zukunft, Himmel und Erde sind eins.
Wir stehen bei Vater, Mutter und Kind und wachen über die Früchte des Lebensbaums.



Kongresslogo

Von Montag bis Donnerstag gab es ein stark befrachtetes Programm mit Vorträgen, Workshops und Filmvorführungen. Es war schwierig, unter den vielen Angeboten auszuwählen. Die Mehrheit der Referentinnen waren selber Hebammen und kamen aus aller Welt. Viel Forschungsarbeit von Hebammen wurde präsentiert. Daneben nahmen wir auch die grossen Probleme unserer Kolleginnen in den Entwicklungsländern wahr.

Die politische Situation und die Stellung der Frau in Norwegen bekamen wir ebenfalls zu spüren. Die norwegische Frau – auch mit Familie – lernt einen Beruf und übt ihn mit einer Selbstverständlichkeit aus, wie dies in der Schweiz wenig bekannt ist. Ein mitreisender Vortrag der norwegischen Abgeordneten Kristin Krohn zum Thema «Frauen verändern die Welt» riss die Kongress Teilnehmer von ihren Sitzen.

Eine grosse Ehre für die ICM bedeutete die Rede von Gro Harlem Brundtland, norwegische Premierministerin, an der Abschlusszeremonie vom Freitag. Sie nahm darin auch Bezug auf die Geburt ihres ersten Kindes – die Erinnerungen an ihre Hebamme waren noch wach.

Ganz zum Schluss und mit bewegten Worten übergab Sonja Sjoli, die scheidende ICM-Präsidentin, ihre Amtskette an Alice Sanz de la Gente aus den Philippinen. Die neue ICM-Präsidentin lud dann alle Hebammen der Welt zum nächsten Weltkongress in Manila vom 22.–26. Mai 1999 ein.

Schlussgedanken

GG: «Listen to Women» (GG: Worte auf meinem Badge)

Aus meiner Sicht war dies ein überaus schöner Kongress, wenn nicht der schönste seit über 20 Jahren, in denen ich dabei war. Grosser Dank gebührt den norwegischen Gastgeberinnen! Sechs Jahre lang haben sie an der Sinnggebung ihres Kongresses gearbeitet, gefeilt, und es gelang ihnen «ein Guss». Das Programm war vielseitig, praktisch alles klappte, ein heiteres und zugleich ernstes Klima herrschte vor. Das wurde ein starker Frauenkongress!

Das professionelle Programm bot (zu) viele Highlights. Sie wurden ausserordentlich stark besucht. Einige Forscherinnen schminkten anhand ihrer Resultate die Notwendigkeit geburtshilflicher Eingriffe ab: so z.B. die Schwedin Ulla Waldenström mit dem Thema «Die Erfahrung der Frau – ein verborgenes Ergebnis» und Nancy Fleming aus den USA über die Technik und Heilung von Episiotomien sowie in einer Vergleichsstudie mit Rupturen.

Immer wieder kam das Fazit zutage, dass die heutige geburtshilfliche Routine hinterfragt werden muss, weil ihre Gültigkeit keineswegs bewiesen ist. Wir intervenieren zuviel und arbeiten zuwenig mit den Ressourcen von Mutter und Kind! Ich konnte mich seit dem Kongress auch nicht der stillen Frage entziehen, ob unser Beruf, den wir ganzheit-

lich definieren, weltweit Chancen hat, sich weiter auszudehnen. Das müsste er: In den USA entbinden die Hebammen 3–5 Prozent aller Frauen (N. Fleming).

Im Lichte dieser Fakten ist auch die Revision der ICM-Verfassung zu sehen. Der Schulterschluss zwischen Frauen/Familien und Mitgliedverbänden soll nicht länger Vision bleiben. Die ICM wird mit neuen Forderungen antreten, zur Stärkung des Hebammenbildes in der Gesellschaft. Ganz besonders die neuen Mitglieder der letzten Jahre aus dem angelsächsischen Raum bestehen auf der ICM-Erneuerung, die sie brauchen, um weiterzukommen.

Abschied

Dieser Bericht ist mein letzter Beitrag als ICM-Delegierte. Ich verlasse die Bühne mit guten Gefühlen und wünsche Dir, liebe Delegierte Penny Held, viele fruchtbare und mutige Erfahrungen auf dem ICM-Parkett!

Georgette Grossenbacher

Kurzes Porträt der Situation unserer Hebammenkolleginnen in Tschechien, von Zuzanna Stromerova, ICM-Delegierte, für den Tschechischen Hebammenverband

PVH: Es gibt wahrscheinlich fast 4000 Hebammen in Tschechien, davon sind nur etwa 300 Mitglieder des Hebammenverbandes. Die Mehrheit arbeitet in Spitälern, eine kleine Gruppe von ungefähr 100 Hebammen arbeitet als Freischaffende, und dies zu miserablen Konditionen. Die Ärzteschaft hat das Sagen in den geburtshilflichen Abteilungen in Tschechien, und vielerorts sind die Hebammen zu Arzt-Assistentinnen degradiert. Es gibt nur ein Spital in ganz Tschechien, wo die Frauen mitreden und sich äussern dürfen, wie sie ihre Geburt gestalten möchten. Die Hebammen sind überhaupt nicht glücklich mit dieser Situation, aber im Moment tun sie noch nichts, sondern klagen nur lauthals über ihre Unzufriedenheit. Deswegen sind internationale Kontakte, z.B. innerhalb der ICM-Regionalgruppe des deutschsprachigen Europas, enorm wichtig. (Das nächste Treffen der ICM-Delegierten für das deutschsprachige Europa findet am 18. Oktober 1996 in Prag statt.)

Ab September wird die Hebammenausbildung in Tschechien auf 3 Jahre verlängert, Zulassungsbedingungen sind unter anderem abgeschlossene 12 Schuljahre. Mit den Ausbildungsrichtlinien sind sie

TAO: SELBSTTHEILUNG

陰 für 陽 FRAUEN

Für die Gesunderhaltung und das Wohlbefinden der Frau ist es notwendig, die Sensibilität und Verletzlichkeit sowie die Gesetzmässigkeit des weiblichen Körpers zu beachten und in der Behandlung, Pflege, Sexualität, Ernährung und Lebensgestaltung zu berücksichtigen. In den Kursen lernen Frauen die Sprache ihres Körpers und der Emotionen besser verstehen und lernen sich selbst zu nähren, zu stärken und zu heilen.

- 2./ 3. November **Tao der weiblichen Sexualität** in Monte Vuala
 9.–14. November **Tao der Selbstheilung** in idyllischem Tessiner Kloster
 16./17. November **Tao-Yoga-Grundkurs** in Zürich
 23./24. November **Tao der Emotionen** in Zürich
 14. Dezember **Jahrestraining: Tao der weiblichen Sexualität.** Infoabend am 16. Oktober
 28.12.–2. Januar **Taoistisches Meditationscamp**
 18./19. Januar **Chinesische Selbstheilung für Frauen** in Zürich
 Februar 97 **Beginn der Weiterbildung in Frauenarbeit** für Krankenschwestern, Therapeutinnen, Ärztinnen und andere interessierte Frauen, die mit Frauen arbeiten.

Info und Anmeldung: Maitreyi D. Piontek,
Praxis Frankengasse 13, 8001 Zürich, Tel. 01 262 22 00
 Büchertip: «Das Tao der Frau» von Maitreyi D. Piontek, Ariston Verlag

nicht zufrieden; vor allem fehlt es an praktischen Übungen; sie haben keine praktischen Unterrichtsassistentinnen.

Der tschechische Verband hat zwei grosse Probleme neben der kleinen Mitgliederzahl: Es fehlt an Geld, das sie für Übersetzungen und für das Organisieren von Tagungen usw. brauchen. Zudem können viele tschechische Hebammen keine Fremdsprachen, welche die nötige Öffnung verschaffen und eine Verbesserung der Lage unserer Kolleginnen herbeiführen würden. Die Teilnahme am internationalen Kongress in Oslo hat der tschechischen Hebamme Zuzanna Stromerova sehr viel gegeben. Sie hat viel Informationen und Material für ihre Kolleginnen in Tschechien nach Hause genommen

- das Original seit 1972 -
DIDYMOS®
Erika Hoffmann
Das Babytragtuch.

aus 100% Baumwolle, Wolle
 und Leinen, naturbelassen,
 elastisch gewebt, wasch-
 maschinenfest bis 95 Grad,
 wunderschöne Farben,
 jede gewünschte Länge



DIDYMOS-»Wiege«®



DIDYMOS-»Kreuztrage«®

Zum Binden auch als
 »Hüftsitz«, »Känguruh-« und
 »Rucksacktrage«.
 Kostenlose Prospekte,
 Beratung, Bestellung bei:

DIDYMOS®
 c/o Claudia Amadori-Eugster
 Piazza Stazione 2
 6600 Locarno
 Tel.: 091 / 743 91 20
 und 00 49 / 7141/92 10 24

Le Congrès d'Oslo de l'ICM du 25 au 31 mai 1996 fut un immense succès!

Christine Hirtzel, infirmière en soins généraux, sage-femme, et infirmière de santé publique travaille actuellement en tant qu'infirmière de santé publique auprès de toxicomanes qui tentent un sevrage (temps partiel) et comme sage-femme dans un petit hôpital régional (temps partiel).



Christine Hirtzel

C'est avec grand plaisir que j'ai fait la connaissance de Ilunga Umba Ndolo, infirmière-sage-femme responsable de la Maternité Bomoï à Kinshasa au Zaïre.

Grâce au sponsoring de l'ASSF, Ilunga a pu venir quelques jours en Suisse avant de prendre le même vol que Vreni Henggi et moi-même pour Oslo.

Nous avons piqué nos premiers fous-rires sous les arcades de Berne et très vite sympathisé, car dit Ilunga: «Tu es une vraie africaine!». Ilunga vient pour la première fois en Europe et comme moi, participe pour la première fois à un Congrès International de Sages-femmes.

En tant que francophone, Ilunga a suivi tout le Congrès grâce aux écouteurs donnant une traduction simultanée de toutes les Conférences plénières. Pour ma part, j'ai dû me servir des écouteurs lors de trois discours en norvégien, dont un discours donné par un sociologue homme sur le rôle de la sage-femme en salle d'accouchement face au partenaire. Cet orateur a fait rire et vibrer toute l'assemblée de plus de 2600 personnes de 70 pays différents et a été très chaleureusement applaudi à plusieurs reprises et doublement à la fin. J'ai retenu quelques points pour ma pratique de sage-femme. Je cite: «Il est très important, voire fondamental pour le partenaire de savoir que la sage-femme n'aura pas de temps pour s'occuper de lui au moment où l'enfant naîtra».

Pour ce sociologue – père de trois enfants – il n'est pas nécessaire de toujours répéter quand il doit masser le dos de sa femme ou lui essuyer la sueur du front: celà il l'a appris lors du cours de préparation à la naissance. Et d'ajouter: «Ce que chaque homme qui assiste à un accouchement doit savoir, c'est que la sage-femme sera concentrée sur le soutien du périnée et le développement de la tête et des épaules puis qu'après avoir donné l'enfant à la mère, l'attention de la sage-femme se fixera sur la délivrance placentaire et les éventuels signes d'hémorragies.

Si le partenaire est prévenu que la sage-femme n'aura pas de temps pour lui, il ne

connaîtra pas de frustrations et ne se sentira pas forcément mis à l'écart lorsque l'enfant paraît.» Dans les heures suivant l'accouchement, il est intéressant pour le partenaire que la sage-femme lui demande comment il va, s'il veut boire quelque chose ou s'il veut raconter ses impressions.

Le deuxième point fort a été pour moi la visite de l'hôpital où Heidi, sage-femme chez qui je logeais, travaille en tant que sage-femme en salle d'accouchement. Avec Ilunga nous avons eu droit à la visite détaillée de deux services post-partum, de sept salles d'accouchement, d'une salle de réanimation pour les nouveau-nés et du service des prématurés. Nous étions partout accueillies avec le sourire. En Norvège et spécialement dans cet hôpital, la sage-femme jouit d'une très grande autonomie: elle fait les accouchements normaux toute seule de A jusqu'à Z y compris l'épisiotomie et la suture. Le médecin n'est appelé qu'en cas d'urgence que la sage-femme ne peut résoudre elle-même.

Dans le service post-partum aucune femme n'est réveillée avant huit heures par le petit déjeuner (elle peut aussi le prendre après neuf heures!).

Au courant de la matinée la sage-femme fera les contrôles habituels (hauteur utérine, suture, hémorragies, allaitement) ainsi que la «visite médicale» – sans médecin – pour s'enquérir du bien-être et des problèmes éventuels de la mère et de l'enfant. Le médecin n'est appelé qu'en cas de pathologie grave que la sage-femme n'est pas habilitée à résoudre et à traiter d'elle-même.

Le troisième meilleur souvenir regroupe la cérémonie d'ouverture avec un culte célébré dans la cathédrale d'Oslo (800 places assises pour plus de 2000 sages-femmes en costumes traditionnels) par la seule femme évêque luthérienne de Norvège – et la cérémonie de clôture avec les émotions et les larmes de la Présidente sortante Madame Sonja Irene Sjø*li et la passation de pouvoir à la nouvelle Présidente Centrale de l'ICM Madame Alice Sanz de la Gente, Chairman du Comité d'organisation du prochain Congrès

International s'est empressée de nous montrer une série de diapositives sur Manille et les Philippines en général. Le thème du 25ème Congrès de l'ICM qui aura lieu en mai 1999 aux Philippines sera: «Rôle de la sage-femme et Maternité sans risque après l'an 2000».

A noter aussi le discours de Madame Gro Harlem Brundtland elle-même médecin et Première Ministre de Norvège lors de la Cérémonie de clôture.

Une bonne surprise fut la réunion des Francophones organisée par notre chère Présidente Ruth Brauen. Une courte présentation de chaque sage-femme et de deux infirmiers-accoucheurs du Nord-Cameroun nous fit réaliser qu'une quinzaine de pays étaient représentés entre autres: Burkina Faso, Zaïre, Côte d'Ivoire (représenté par une sage-femme japonaise établie à Abidjan...), Belgique, Hollande, Liban, Tunisie, Algérie et bien sûr je n'oublie pas la France et la Guadeloupe, le Canada et la Suisse. Par des applaudissements de joie nous avons appris qu'un Congrès en français allait être organisé à Montpellier en 1998 et nous avons voté à main levée pour choisir un thème. Des informations suivront.

Les nombreux entretiens lors des pauses et des lunchs avec des sages-femmes d'autres pays tels que les USA, Japon, Corée, Allemagne, Israël, Jordanie, Norvège, Finlande etc... ont beaucoup enrichi et agrandi mon champ de vision et le nombre de connaissances... et donc mon carnet d'adresses.

Sachant que le niveau de vie est sensiblement le même qu'en Suisse, deux chiffres me laissent pensive:

Le salaire d'une sage-femme norvégienne est sensiblement égale à celui d'une sage-femme suisse. Nous payons environ 200.– FS de cotisation annuelle pour notre Association professionnelle. Une sage-femme norvégienne paie en moyenne 250 NOK (Norvegische Krone) c.à.d. 50.– FS par mois.

- De ce fait l'Association norvégienne des sages-femmes a sponsorisé une 15e de sages-femmes dont 10 de Russie et 2 d'Erythrée.

J'ai eu l'immense chance de pouvoir habiter chez Heidi pendant 14 jours, de voyager avec elle aux alentours d'Oslo et de goûter de nombreuses spécialités culinaires!! Ma préférence est toujours encore le saumon fumé!

Il me reste 180 diapositives à tirer... et à vous encourager – vous toutes, chères collègues qui lisez ces lignes – à vous engager davantage pour l'ASSF et ses différentes commissions et dès demain: commencez à économiser pour pouvoir assister au Congrès à Manille en 1999!

Christine Hirtzel

Norway is wonderful!

Christine Hirtzel, Sektion Bern

Christine Hirtzel ist Krankenschwester, Hebamme, Unterrichtsassistentin und Gesundheitsschwester. In den 18 Jahren ihrer Mitgliedschaft im SHV nahm sie zum ersten Mal an einem internationalen Hebammenkongress teil.

Anfangs Januar 1996 entschied ich mich, am Internationalen Hebammen-Kongress in Oslo teilzunehmen. Mich lockte das Thema: «The Art and Science of Midwifery gives birth to a better future» (frei ins Deutsche übersetzt heisst das in etwa: «Die Kunst und die Wissenschaft der Hebammen-geburtshilfe ist die Geburtsstätte für eine bessere Zukunft»), dazu die traumhaft schöne Fjordlandschaft Norwegens und die Nähe (keine Zeitverschiebung) des Kongressortes.

Nach dreieinhalb Stunden Flug, mit einer Zwischenlandung in Göteborg, erreichte ich Oslo. Ich hatte das Glück, für 14 Tage bei einer norwegischen Hebamme wohnen zu dürfen! Heidi, meine Gastgeberin, wohnt alleine in einer Dreizimmer-Eigentumswohnung am nordöstlichen Rand von Oslo. Oslo ist mit 450 km² die grösste Hauptstadt Europas.

Wenn frau an einem Hebammenkongress teilnehmen will, so darf sie sicher nicht an Ferien denken. Wie sieht ein solcher Kongresstag aus? Aufstehen um 7.00 Uhr. Abfahrt mit T-Bahn oder Auto gegen 8.00 Uhr, um rechtzeitig in der Kongresshalle anzukommen. Diese sogenannte «Oslo Spektrum» befindet sich in zentraler Lage, direkt neben dem Hauptbahnhof.

Im grössten Saal, in welchem eine Woche vorher der «Prix Eurovision de la Chanson» stattfand, fing es täglich um 9.00 Uhr mit einer Plenarkonferenz an. Diese fand meistens auf Englisch statt und wurde in drei Sprachen simultan übersetzt: Französisch, Deutsch und Spanisch. Darüber war ich sehr froh, denn nur bei den drei Vorträgen auf Norwegisch musste ich von den Kopfhörern Gebrauch machen. Ein Vortrag hat mir besonders gut gefallen, weil ich davon am meisten praktische Hinweise mit nach Hause nehmen konnte.

Der Vortrag eines norwegischen Soziologen hat alle Anwesenden mehrmals zum Lachen gebracht, und er wurde des öfteren durch herzlichen Applaus unterbrochen. In einer

sehr humorvollen Weise betonte er ein paar Mal, dass die Hebamme im Gebärsaal nicht immer dem Mann sagen sollte, was er zu tun hätte oder nicht, wie zum Beispiel Rücken massieren oder das Gesicht kühlen – das hat er ja im Geburtsvorbereitungskurs schon gelernt –, sondern die Hebamme solle den Vater auch intuitiv arbeiten lassen. Die Hebamme soll den Partner rechtzeitig informieren, dass sie unter der Geburt keine Zeit für ihn haben werde. «Er wird das Gefühl haben, auf die Seite geschoben zu werden.» Unter der Geburt sei die Hebamme voll mit dem Dammschutz und der Geburt des Kindes beschäftigt, anschliessend noch mit der Blutungsbeobachtung und mit der Plazentalösung. Es sei also für den Mann absolut wichtig und unerlässlich zu wissen, dass die Hebamme keine Zeit für ihn haben werde.

In der Mittagspause assen wir meistens einen einfachen Lunch in einem naheliegenden Restaurant. Am Nachmittag wurden Ausflugs-möglichkeiten und Konferenzen in verschiedenen Hotels (ohne Übersetzung) angeboten. Am letzten Nachmittag besuchte ich Workshops, in welchen Studien über Episio-

tomie und ihre schmerzhaften Folgen verglichen wurden. Eine Hebamme aus Amerika berichtete über ihre Beobachtungen während 6 Monaten in Deutschland betreffend verschiedener Gebärlpositionen und Bewegungen des Beckens mit oder ohne Massage in der AP.

Ende Mai bis anfangs Juni wird es nie dunkel in der Nacht. Problemlos, ohne gegen den Schlaf zu kämpfen, diskutierten wir bis in den frühen Morgen – meistens von unserer Hebammentätigkeit, aber auch von unseren Arbeitsbedingungen und von unseren Freizeitbeschäftigungen.

In guter Erinnerung bleibt mir die Besichtigung der Gebärabteilung, auf der Heidi arbeitet.

Mit Ilunga Umba Ndolo, der Krankenschwester-Hebamme aus Zaïre, die vom SHV gesponsert worden ist, durfte ich die Gebärsäle dieses grossen Spitals besichtigen und fotografieren. Drei Hebammen und oft noch eine Hebammenschülerin pro Schicht leiten 3300 Geburten pro Jahr. Eine 100-Prozent Anstellung beträgt 36 Stunden pro Woche.

In Norwegen trägt die Hebamme alleine die volle Verantwortung für eine normale Geburt; sie macht auch die Episiotomie und die Naht ohne Arzt. Dieser wird nur gerufen, falls ein Problem auftritt, das die Hebamme nicht selber lösen kann.

Auf der Wochenbettabteilung wird keine Frau vor 8 Uhr morgens geweckt. Um 8 Uhr kommt das Frühstück, doch die Frau kann es auch später einnehmen. Freies Stillen wird selbstverständlich überall gefördert und



Fröhliche Teilnehmerinnen

Neues aus dem ZV vom 26. August 1996

Ein sehr wichtiger Entscheid wurde an dieser Sitzung gefällt. Nach intensiver Besprechung und Mithilfe unserer Juristin Frau Bigler einigten wir uns einstimmig auf folgenden Beschluss:



Regina Rohrer

● **Lohngleichheitsklagen:** Der ZV wird nach Erwägen sowohl Einzelklagen wie auch Verbandsklagen in der ganzen Schweiz unterstützen, d.h. finanzieren. Näheres dazu bei unserer Zentralsekretärin Frau Rieben oder im Artikel von Frau Bigler in der Novembernummer dieser Zeitung.

● Ein zweijähriger Versuch wird gestartet, beim nationalen Hebammenkongress an der Fortbildung ein Pro-Kopf-Beitrag an die Zentralkasse zu bezahlen. Dies erübrigt eine komplizierte Kongressabrechnung der Sektionen. P. Held ist Kontaktperson.

Der SVE (Schweizerische Verein für Ernährung) gibt eine Broschüre zum Thema:

● **Mutter und Kind**, bei der der SHV mitgearbeitet hat, heraus. Nun wird eine Freimitgliedschaft, die auf Gegenseitigkeit beruht, angestrebt.

M. Heller ist Kontaktperson.

● Der BSF (Bund Schweizerischer Frauenorganisationen) plant eine Tagung im April 1997 zur pränatalen Diagnostik. Zur Zeit wird eine Hebamme gesucht, welche als Referentin oder Workshopanbieterin auftreten will.

B. Wenger ist Kontaktperson.

● Der SVBG (Schweizerische Verband der Berufe im Gesundheitswesen) hat einen Bericht «Profil Fachhochschule Gesundheit» erstellt, welcher von der SDK (Sanitätsdirektorenkonferenz) verabschiedet wurde. Fragen dazu bitte an A.M. Rohner.

● Die fünf Mandate vom SHV an der DV des SVBG werden wahrgenommen. Wünsche dazu an A.M. Rohner.

● AKOMAG (Stansstad) und SYNTAGME (Genf) haben zusammen vereinbart, wie sie gemeinsam für den SHV ein übergeordnetes Kommunikationskonzept entwickeln können. Eine Vorstellung dieser Firmen erfolgt an der Klausurtagung des ZV Ende Oktober. Kontaktpersonen sind E. Moreillon und R. Rohrer.

● Der SHV übernimmt die Administration des dritten deutschsprachigen Regional-ICM-Kongresses in Bregenz im Herbst 2000. P. Held ist Kontaktperson.

● Der SHV hat zusammen mit der Sektion Ostschweiz eine Stellungnahme für den Kanton Graubünden zur Verordnung über die Ausübung von Berufen im Gesundheitswesen erstellt. I. Steininger und A. Berdnik geben genauere Angaben dazu. Weitere Einzelheiten dieser Sitzung erfahren Sie direkt durch die ZV-Mitglieder ihrer Sektion oder durchs Protokoll.

Mit freundlichen Grüßen
Regina Rohrer

Berichtigung

Auf Seite 36 der SH 9/96 ist folgendes zu beachten:

Statt «Geschäftsführender Ausschuss des ZV / Bureau du comité» sollte es heissen:

Mitgliederausschuss des Zentralvorstandes/Membres de la commission du comité central sf

Séance du Comité central du 26 août 1996

Une décision importante a été prise lors de cette séance. Après d'intenses discussions et avec l'appui de notre juriste Mme Bigler, nous avons décidé à l'unanimité ce qui suit:

● **Actions en justice contre l'inégalité des salaires:** Le CC va, après examen, soutenir, c'est-à-dire financer, les plaintes individuelles de même que les plaintes collectives dans toute la Suisse. Pour plus de détails, s'adresser à la secrétaire centrale Mme Rieben ou lire l'article de Mme Bigler à ce sujet dans le numéro de novembre.

● Lors du congrès national, il sera versé à la caisse centrale un montant fixe par participante à la formation continue. Cela à titre d'essai pendant deux ans. Le but est d'éviter à la section organisatrice des calculs compliqués à l'issue du congrès. P. Held est à même de renseigner.

● La Société suisse pour l'alimentation publie une brochure sur le thème **Mère et enfant**. L'ASSF a participé à l'élaboration. Actuellement, on étudie la possibilité pour les membres de chacune des deux associations de devenir membres de l'autre. M. Heller est à même de renseigner.

● L'Alliance des sociétés féminines suisse prévoit une session sur le diagnostic prénatal en avril 1997. Pour l'heure on cherche une sage-femme disposée à y participer soit en présentant un exposé soit en animant un atelier. S'adresser à B. Wenger.

MERTINA® Tip des Monats Oktober 1996

*Wasser entzieht der Haut das Fett, zurück gibt es
ihr MERTINA® Molke Baby-Pflege-Bad
– Das Original – damit der Badespaß auch einmal
etwas länger dauern darf. Denn Baden ist mehr,
als nur Waschen – Baden ist Wohlfühlen mit:*

MERTINA®
Molke Baby-Pflege-Bad
Das Original



MERTINA® Schweiz/Suisse/Svizzera
Christa Müller-Aregger
Brünigstrasse 12 · Postfach 139 · CH-6055 Alpnach-Dorf
Telefon 041/671 01 72 und Telefax 041/671 01 71

- La FSAS (Fédération suisses des associations professionnelles du domaine de la santé) a rédigé un rapport intitulé «Profil de la haute école spécialisée du domaine de la santé» qui a été approuvé par la CDS (Conférence des directeurs des affaires sanitaires). Pour plus de renseignements, s'adresser à A.M. Rohner.
- L'ASSF ira représenter ses cinq mandats lors de l'AD de la FSAS. Communiquez vos souhaits à ce sujet à A.M. Rohner.
- Les entreprises AKOMAG de Stansstad et SYNTAGME de Genève se sont mises d'accord

sur la manière d'élaborer en commun un concept de communication pour l'ASSF. Ces deux entreprises seront présentées au CC lors de sa «retraite» à fin octobre. E. Moreillon et R. Rohrer assurent les contacts.

- L'ASSF se chargera de l'administration du 3ème congrès régional de l'ICM en langue allemande qui se tiendra à Bregenz en automne 2000. P. Held est la personne de contact.

- L'ASSF a rédigé avec la section de Suisse orientale une prise de position à l'intention du canton des Grisons. Il s'agit de l'ordonnance sur la pratique professionnelle dans le domaine de la santé. Pour plus de renseignements, s'adresser à I. Steininger et A. Berdnik. Vous pouvez obtenir davantage de détails auprès de votre représentante au CC ou en lisant le procès-verbal de cette séance.

Cordiales salutations, Regina Rohrer



Relax-pillow

♥ Das besondere Kissenprogramm ♥

Das Still- und Lagerungskissen von *Relax-pillow* ist die ideale Lösung für werdende Mamas und junge Muttis und für alle, die bequem sitzen und liegen möchten. Nichts verrutscht! Nichts drückt! Es stützt und entlastet die Muskulatur und paßt sich jeder Körperform optimal an.

Unser Prospekt zeigt Ihnen die gesamte »Kissengeneration« in über 35 Farben und Designs. Hebammenkonditionen ohne Mindestbestellmenge.

Relax-pillow Ute Kurz · Stettener Strasse 42/1 · D-73732 Esslingen
Telefon 07 11/3 70 23 62 · Telefax 07 11/37 60 32

Privatkunden bestellen bitte bei: Artemis, Geburtshaus und Hebammenpraxis, Birkenweg 1, CH-9223 Steinach, Telefon und Fax 071 446 10 13

- Still- und Lagerungskissen
- D-Kissen
- Baby- und Kindernackenkissen
- Autositz- und Schlafkissen
- Krabbeldecken
- Kinderschlaftsäcke
- Bettwäsche und Stoffe



Bekanntmachung der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern

Die Fortbildungstage für berufstätige Hebammen finden dieses Jahr an folgenden Daten statt:

Dienstag, 5. November 1996
 Dienstag, 19. November 1996

Tagesthema:

Rund um den Beckenboden

Ort: Hörsaal 1, Kinderklinik, Inselspital, Bern
Zeit: 08.30–16.30

Die im Kanton Bern berufstätigen Hebammen, deren Diplomierung drei oder mehr Jahre zurückliegt, sind zur Teilnahme verpflichtet. Die Aufgebote werden von der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern versandt. Wenn Sie (bis Ende September 1996) irrtümlicherweise kein Aufgebot erhalten haben, melden Sie sich schriftlich oder telefonisch beim Kantonsarztamt, Rathausgasse 1, 3011 Bern
 Telefon 031 633 79 31 Angaben des Wohn- und Arbeitsortes nicht vergessen!

VERSTÄNDNIS DES WEIBLICHEN BECKENBODENS ZUR INKONTINENZPROPHYLAXE

EINFÜHRUNGSKURSE

ZIELGRUPPE	HEBAMMEN, TURNLEITERINNEN FÜR RÜCKBILDUNGSGYMNASTIK
KURS DATEN	KURS I 22./23. NOV. 96 (FR 14.00-18.00/SA 8.00-12.00) KURS II 24./25. JAN. 97 (FR 14 00-18 00/SA 8.00-12.00)
KURSORT	BETAGTENWOHNHEIM VADUZ, LIECHTENSTEIN
KURSGEBÜHREN	CHF 170.-
KURSLEITUNG	VERONIKA OSPALT, DIPL. PHYSIOTHERAPEUTIN MITGLIED ICS, ASPUG, AGI
ANMELDEFRIST	30. OKTOBER 1996
KURSBESCHREIBUNG/ANMELDUNG	VERONIKA OSPALT FÜRST JOHANNES-STR. 12 9490 VADUZ TEL. 075 232 58 70, FAX 075 233 13 01

DIE BESCHRÄNKTE TEILNEHMERZAHL IST TEIL DER FORTBILDUNGSKONZEPTION

klappt sehr gut. Im Lauf des Morgens macht die Hebamme alleine die üblichen Kontrollen (Brust, Uterus, Lochien, Naht) und die Visite. Anschliessend behandelt sie die Frau selbständig z.B. mit Schmerzmittelsupp. oder Tabletten, Stillberatung usw. Ein Arzt wird nur in medizinisch-geburtshilflichen Notfällen gerufen.

Wir durften sogar auf die Intensivstation für Frühgeborene (ohne Kleider zu wechseln). Sechs winzige Kinder lagen im Brutkasten, alle sechs an Monitoren angeschlossen. Drei Kinderkrankenschwestern waren während dieser Schicht für sie zuständig.

Die für norwegische Hebammen selbstverständliche Verantwortung, der daraus folgende grosse Freiraum und die Entscheidungsfreiheit auf allen Gebieten ihrer Tätigkeit hat mich fasziniert.

Warum dürfen wir Fachfrauen in der Schweiz nur in wenigen Situationen selbständig handeln, ohne den Arzt zu rufen?

Warum dürfen wir die normale Geburt nicht selber leiten und ohne Arzt zu Ende führen?

Zum Schluss noch ein paar Zahlen. Es gab:

- eine neue ICM-Zentralpräsidentin: die Philippinin Alice Sanz de la Gente,
- zwei Regentage während des Kongresses,
- drei tolle Ausflüge,
- vier Generationen von Hebammen,
- fünf unvergesslich-intensive Kongresstage.
- Fünfzig Schweizer Franken (250 NOK) ist der monatliche Beitrag einer Hebamme in Norwegen für den Hebammenverband, bei vergleichbarem Lohn und vergleichbaren Lebenskosten.
- Mehr als 70 Länder waren vertreten.
- Mehr als 240 Japanerinnen nahmen am Kongress teil.
- Mehr als 2600 TeilnehmerInnen, darunter auch männliche Hebammen aus Frankreich und zwei Entbindungspfleger aus Nord-Kamerun, besuchten dem Kongress.

1999 wird der Internationale ICM-Kongress in Manila auf den Philippinen stattfinden. Unterlagen wurden bereits in Oslo verteilt. Das Thema lautet: «Hebammengeburtshilfe und Sicherheit in der Mutterschaft jenseits des Jahres 2000.»

Christine Hirtzel, Sektion Bern



AQUA BIRTH

POOLS GMBH

Kastanienweg 3
6353 Weggis
Tel. 041 390 02 20
Fax 041 390 08 04

Die neue kleine
vielseitige
Gebärwanne

Mobil oder zum
Festeinbau im Spital

Verlangen Sie unsere
Broschüre und Preisliste

Wir vermieten auch
tragbare Gebärbecken
für Hausgeburten

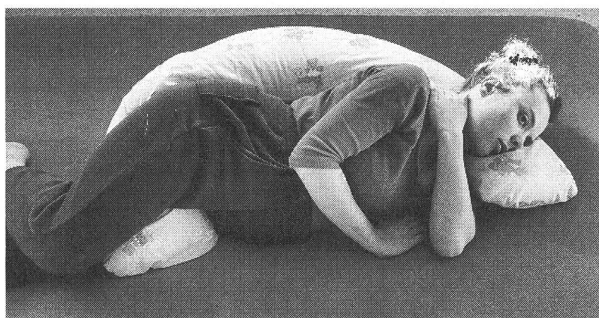
Aquarius

CorpoMed®-Kissen:

ständige Begleiter während und nach der Schwangerschaft



vor der Geburt
dient das CorpoMed®-Kissen der werdenden Mutter als hervorragende Entspannungshilfe



während der Geburt
ist mit wenigen Handgriffen eine optimale Lagerung möglich



nach der Geburt
sehr gut verwend-
bar als Still-Kissen,
auch nach operati-
ven Eingriffen

Die CorpoMed®-Kissen sind gefüllt mit kleinsten luftgefüllten Kügelchen; sie sind darum extrem modellierbar und passen sich jeder Körperform an. Sehr hygienisch durch einfache Pflege: die Bezüge sind waschbar bis 60°C, z.T. kochbar, die Inlets und Kisseninhalte bis 60°C.

Senden Sie bitte:

CorpoMed®

- Prospekte ☐
- Preise ☐

Stempel, Name

BERRO AG, Postfach, 4414 Füllinsdorf
Telefon 061 901 88 44, Telefax 061 901 88 22

Sektionsnachrichten Nouvelles des sections



Aargau • Marianne Ludi • Bachstrasse 16c • 5033 Buchs

Tel. 062/824 48 54

Bas Valais • Marie-Hélène Boret • 15, Av. Général Guisan • 3960 Sierre

Tél. 027/55 92 46

Beide Basel (BL, BS) • Franziska Suter-Hofmann • Kirschblütenweg 2 • 4059 Basel

Tel. 061/361 85 57

Bern • Regina Rohrer • Schulweg 7 • 3013 Bern

Tel. 031/331 57 00

Fribourg • Christine Bise • Les Indévis • 1612 Ecoteaux

Tél. 021/907 63 21

Genève • Lorenza Bettoli • Grands-Buissons 28 • 1233 Bernex

Tél. 022/757 65 45

Oberwallis • Ines Lehner • Kirchstrasse • 3940 Steg

Tel. 028/42 26 37

Ostschweiz (AI, AR, GR, SG, TG) • Agnes Berdnik-Schmelzer • Cunzstrasse 16 • 9016 St. Gallen

Tel. 071/288 69 35

Solothurn • Bettina Kohli-Profe-Bracht • Seetalstrasse 3 • 5102 Rapperswil

Tel. 062 897 05 67

Schwyz • Annemarie Schibli • Hofstrasse 3 • 8862 Schübelbach

Tel. 055/440 14 73

Ticino • Francesca Coppa Dotti • 6763 Mairengo

Tél. 091/866 11 71

Vaud-Neuchâtel (NE, VD) • Nicole Demieville-Garni • Av. de la Dôle 18 • 1005 Lausanne
Corinne Meyer • Bressonnaz-dessus • 1085 Vullyens

Tél. 021/312 73 93
Fax + Tél. 021/905 35 33

Zentralschweiz (LU, NW, OW, UR, ZG)

Marianne Indergand-Erni • Türlacherstrasse 16 • 6060 Sarnen

Tel. 041/660 87 42

Zürich und Umgebung (GL, SH, ZH)

Désirée Kägi Pedrina • Sihlramstrasse 8 • 8002 Zürich
M. Ruckstuhl-Créteur • Dorfstrasse 63 • 5628 Aristau

Tel. 01/281 29 60
Tel. 056/664 35 89

Veranstaltungen

- 2. Oktober 1996, 19.30 Uhr in Oensingen, Vorstandssitzung
- 27. November 1996, Wir feiern unser 100 jähriges Bestehen!!!!
Nähere Infos und Einladung folgen.
- 15. Januar 1997, Mitgliedersitzung

Haltet Euch bitte diese Daten frei und kommt recht zahlreich.

L. Graber

ZÜRICH UND UMGEBUNG



01/281 29 60
056/664 35 89

Fortbildung

Die nächste Fortbildung findet am Donnerstag 28. Nov. 1996, Aula, Gloriastrasse 19, 8006 Zürich statt.

Zeit: 9.00–15.30 Uhr

Thema: HIV in der Schwangerschaft.

Massnahmen während der Geburt und im Wochenbett.

Einladung zum

1. Hebammenstammtisch

am 31. Oktober 1996 um 20.00 Uhr
in der Arvenstube der St. Peterskirche in Zürich

Der Vorstand der Sektion Zürich und Umgebung

AARGAU



062/824 48 54

Fortbildungstag am 6. November 1996, um 09.30 h bis 17.00 h im Kantonsspital Aarau, Haus 35.
Thema: «Mysterium Präeklampsie»
Wir freuen uns auf rege Teilnahme.

BERN



031/331 57 00

Adventsfeier 1996

Die diesjährige Adventsfeier findet
bereits am 27. November statt.

Ab 12.00 Uhr im Kirchgemeindehaus
Heiligegeist, Gutenbergstrasse 4, Bern.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Frau B. Schmuckle, Ressortverantwortliche, Tugginerweg 10, 4500 Solothurn, Telefon 065 22 61 07

Wir freuen uns auf einen schönen Tag.

B. Schmuckle, Ressort Seniorinnen

BEIDE BASEL



061/361 85 57

Veranstaltungen:

Freitag, 8. Nov. 1996, 19.30 Uhr Vortrag und
Samstag, 9. Nov. 1996, 09.00–18.30 Uhr,
Workshop

Thema: «Geburt und Liebe»

Gemeinsamkeiten der hormonellen Abläufe von Zeugung, Geburt und Stillen.

Anmeldung bei IG «Geburt und Liebe»,
Postfach, 4004 Basel

Montag, 11. Nov. 1996

Sitzung der freischaffenden Hebammen, um 20 Uhr im Pfarreizentrum, Füllinsdorf

Mittwoch, 27. Nov. 1996 Adventsessen
(weitere Angaben folgen)

SOLOTHURN



062 897 05 67

Zum Gedenken an Frau Margaretha Jegerlehner-Krebs

Am 8.8.96 durfte Margaretha Jegerlehner im Beisein ihrer Nächsten ruhig einschlafen.
Frau Jegerlehner war ein sehr engagiertes und langjähriges Mitglied unserer Sektion.
Wir werden sie in bester Erinnerung behalten.

Zum Gedenken an

Frau Dagmar Krebs-Langer

In der Nacht vom 3. Juni 1996 verschied nach langer schwerer Krankheit unsere Kollegin Dagmar Krebs.

Dagmar hat ihr Hebammendiplom 1966 in Brunn, Tschechien, erworben.

Durch die politischen Wirren in ihrem Heimatland ist sie 1969 in die Schweiz geflüchtet. Nach ihrer Ankunft bis 1975 hat Dagmar im Kantonsspital Winterthur im Gebärsaal gearbeitet. Anfangs 1976 wechselte sie ihren Arbeitsort. Im Kantonsspital Frauenfeld hat Dagmar 4½ Jahre Frauen bei der Geburt begleitet.

Der 1. August 1980 war Dagmars erster Arbeitstag in den Gebärzimmern des Spital Bülach. Rasch hat sie sich eingearbeitet und war durch all die Jahre bei uns eine wertvolle, unentbehrliche Stütze im Hebammenteam. Keine Arbeit war Dagmar zuviel, sie liebte den lebhaften Betrieb – sie liebte ihre Arbeit.

Viele Frauen, die Dagmar gekannt haben, wollten wieder ihre Unterstützung bei der Geburt. Doch ihre Krankheit war stärker. Hebammen und Ärzte sind durch den Tod unserer lieben Kollegin ärmer geworden – wir vermissen Dagmar sehr

Hebammenteam Spital Bülach
Vreni Götte

L'HÔPITAL DU PAYS-D'ENHAUT ENGAGE UNE SAGE-FEMME DIPLÔMÉE

Taux d'activité: à déterminer
Date d'entrée: de suite ou à convenir
Renseignements: M. Remy, infirmier-chef, tél. 029 4 75 93

Les offres écrites avec documents usuels
doivent être adressées à:

Direction de l'Hôpital du Pays-d'Enhaut
1837 Château-d'Oex, tél. 029 4 75 93

HÔPITAL DU PAYS-D'ENHAUT

Wir suchen mit Eintritt per sofort
oder nach Vereinbarung, eine

DIPLOMIERTE HEBAMME TEILZEIT

Weitere Auskünfte erteilt:
Herr Remy, Leiter Pflegedienst, Tel. 029 4 75 93

Bewerbungen sind zu richten an:

Direction de l'Hôpital du Pays-d'Enhaut
1837 Château-d'Oex, Tel. 029 4 75 93

GEBURTSHAUS



ZÜRCHER OBERLAND

wir suchen

eine Geburtshaushebamme 100% ab Januar 1997

Interessiert **Du Dich**, in einem Frauenteam als freipraktizierende
Hebamme zu arbeiten.

Paare während der Schwangerschaft, der Geburt und dem
Wochenbett ganzheitlich zu begleiten?
Dann melde Dich bitte bei uns!

Wir freuen uns auf Deine Bewerbung  oder Dein Anruf 

Das Geburtshaus-Team:
Geburtshaus Zürcher Oberland
Tösstalstrasse 30
8636 Wald
Tel. 055 246 65 45, Fax 055 246 65 49

Es ist unser Ziel, neuste
ärztliche Kenntnisse und
modernste medizinische Technik
mit einer persönlichen Atmosphäre
zu verbinden, in der sich alle Patienten
wohl fühlen können.

Die Privatklinik Obach wird getragen von der fach-
lichen Kompetenz aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Zur Ergänzung unseres Hebammen-Teams suchen wir

Dipl. Hebamme

Als selbständig arbeitende Hebamme sind Sie für die ganz-
heitliche Betreuung während Schwangerschaft und Geburt
zuständig. Ihre Unterstützung und Förderung von natürlichen
individuellen Gebärmethoden ist für uns so selbstverständ-
lich wie Ihre Mitwirkung auf der Wochenbettabteilung und
bei Geburtsvorbereitungskursen.

Senden Sie bitte Ihre vollständigen
Bewerbungsunterlagen
an Frau Evelyn Schaub,
Leiterin Pflegedienst.



**PRIVATKLINIK
OBACH**

Leopoldstrasse 5, 4500 Solothurn
Telefon 065 28 23 23, Fax 065 28 23 33

KANTONALES SPITAL ALTSTÄTTEN

Aus familiären Gründen verlässt uns eine
unserer vier Hebammen. Wir suchen
daher auf
1. Dezember 1996 oder nach
Vereinbarung

1 dipl. Hebamme

Wenn Sie bereit sind,
in einem aufgeschlossenen Team
selbständig und positiv mitzuarbeiten und
Verantwortung zu tragen,
wollen Sie mit uns Kontakt aufnehmen.
Wir sind gern bereit,
Sie über Ihren möglichen neuen
Arbeitsplatz eingehend zu orientieren.

Für Auskünfte stehen Ihnen die leitende
Hebamme, Schwester Kirsten Kröger,
oder Verwaltungsleiter A. Rist, zur
Verfügung (Telefon 071/757 44 11).

Ihre schriftliche Bewerbung wollen Sie an
die **Verwaltung Kantonales Spital
Altstätten, 9450 Altstätten**, richten.



BEZIRKSSPITAL
3506 GROSSHÖCHSTETTEN
TEL. 031 711 21 21, FAX 031711 15 22

Wir sind ein Bezirksspital im Emmental mit 67 Akut- und 27 Pflegebetten.

Das Team der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe an unserem Bezirksspital sucht per sofort oder nach Vereinbarung eine engagierte, verantwortungsbewusste

LEITENDE HEBAMME

In unserer kleinen überblickbaren Abteilung bilden Gebä- und Säuglingszimmer, Wochenbettstation und Gynäkologie eine Einheit. Unsere Stärke liegt in der individuellen Betreuung.

Gerne erteilen wir Ihnen weitere Auskünfte: die jetzige Stelleninhaberin, Frau Regula Schmid und Herr Dr. Stephan Tresch, Chefarzt (Tel. 031 711 21 21).

Ihre schriftliche Bewerbung senden Sie bitte an:
Bezirksspital Grosshöchstetten, Frau Elisabeth Christen,
Leiterin Pflegedienst, 3506 Grosshöchstetten.

REGIONALSPITAL STA MARIA



VISP, WESTLICH-RARON, LEUK

3930 Visp, Telefon 028 48 21 11, Telefax 028 46 33 82

- Suchen Sie eine neue Herausforderung?
- Möchten Sie einen modernen Führungsstil verwirklichen?
- Ist Ihnen eine ganzheitliche Geburtshilfe ein Anliegen?
- Sind Sie der Überzeugung, dass der Betrieb Sie dabei unterstützen muss?

Auf anfangs 1997 suchen wir für unsere Geburtsabteilung eine

Leitende Hebamme

Wir unterstützen Sie durch:

- einen modernen Führungsansatz,
- engagiertes, gut qualifiziertes Team,
- fortschrittliche Anstellungsbedingungen,
- Möglichkeiten zur persönlichen Fort- und Weiterbildung.

Wir erwarten:

- abgeschlossene Diplombildung,
- Kaderausbildung oder die Bereitschaft, diese zu absolvieren,
- persönliches Engagement,
- Innovationsbereitschaft.

Sr. Priska Bühlmann, leitende Hebamme oder Hr. Urban Peter, Pflegedienstleiter, erteilen Ihnen gerne nähere Auskünfte.

Ihre schriftliche Bewerbung richten Sie bitte an:
Regionalspital Sta. Maria, z.H. Leitung Pflegedienst, 3930 Visp

Möchten Sie als Hebamme unser Team ergänzen?

Als **Privatspital mit Belegarztsystem** begleiten wir ca 700 Geburten im Jahr. Wenn Sie gerne werdenden Eltern durch individuelle Betreuung Sicherheit und Geborgenheit geben möchten, **Freude an einer selbständigen und verantwortungsvollen Tätigkeit haben** und gerne in einem kleinen, engagierten Team arbeiten möchten, sollten Sie uns anrufen. Frau Birgit Müller beantwortet gerne Ihre Fragen und erklärt Ihnen unsere Pflegephilosophie (Tel. 01 256 62 34). Ihre schriftliche Bewerbung richten Sie bitte an unsere Oberschwester, Frau Katharina Born. Herzlich willkommen im Team.

rotkreuzspital



das gönnt' ich mir
Gloriastrasse 18 8028 Zürich

Privatklinik Seeschau • Bernrainstrasse 17 • CH-8280 Kreuzlingen TG
Tel. 071 677 53 53 • Fax 071 672 55 15



Suchen Sie eine neue Teilzeitanstellung?

Wir sind eine kleine, dynamische Privatklinik, die im gynäkologisch-geburtshilflichen, chirurgischen, orthopädischen und ophthalmologischen medizinischen Fachbereich mit Belegarztsystem tätig ist.

Als Hebamme

legen Sie Wert auf eine individuelle Betreuung der werdenden Eltern.

Haben Sie einige Berufserfahrung und Freude an einer selbständigen, verantwortungsvollen Tätigkeit? Sind Sie bereit für die Übernahme von Pikettdiensten?

Fühlen Sie sich angesprochen?

Auf Ihren Anruf oder Ihre Bewerbung freut sich Frau M. Balmer, Leitung Pflegedienst.

Wir bieten Ihnen gute Sozialleistungen, fortschrittliche Arbeitsbedingungen und eine gute und aktive Zusammenarbeit in einem jungen Team.

Klinik Seeschau AG, z.Hd. Frau M. Balmer
Bernrainstrasse 17, 8280 Kreuzlingen TG, 071/677 53 53

Haben Sie Ihren Traumberuf gefunden?

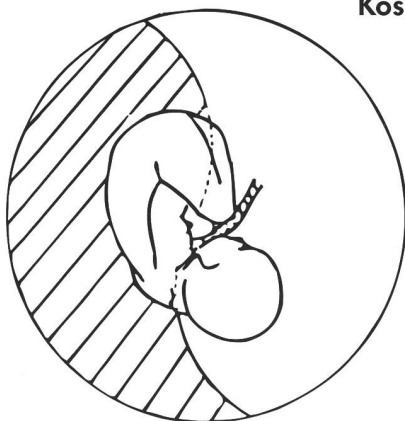
Wir möchten, dass er es vielleicht wieder wird.

AKUPUNKT-MASSAGE nach Penzel

unterstützt mit natürlichen Mitteln die natürlichste Sache der Welt.

Der Schweizer Hebammenverband empfiehlt die Ausbildung in
Akupunkt-Massage nach Penzel.

Kostenlose Informationen erhalten Sie beim:



中華按摩

Qualität seit über 30 Jahren

Internationalen Therapeutenverband
Sektion Schweiz
Fritz Eichenberger
An der Burg 4
CH - 8750 Glarus
Telefon 055 64 02 144

Lehrinstitut für
AKUPUNKT-MASSAGE nach Penzel
Willy-Penzel-Platz 2
D - 37619 Heyen
Telefon 0049 5533 1072
Telefax 0049 5533 1598

Wiederverwendbare Inkontinenzunterlagen: der technische Durchbruch!

Wiederverwendbare textile Inkontinenzunterlagen sind heutzutage, im Umfeld der leichten Inkontinenz, die reelle ökonomische und sinnvolle ökologische Alternative zu Wegwerfartikeln. Basis dieser Entwicklung ist die äusserst effiziente Flüssigkeitsabsorbierung bekannter Textilien. Doch Pflegeaspekte wie «Prävention, Schutz oder Behandlung» bei Bettlägerigkeit, können mit herkömmlichen Textil-Technologien nicht bewältigt werden.

Die neue Generation von Textilien ermöglicht nun **zum erstenmal** eine Kombination von hoher Absorbierbarkeit mit aussergewöhnlicher Rücknässesperre, Thermoregulierung und Druckausgleich. Ergänzungen, die diese wiederverwendbaren Krankenunterlagen zu einem **multifunktionalen Schutz- und Pflege-Instrument** aufwerten!

Der Vorteil einer solchen Kombination ist sicherlich deren Möglichkeit – neben der Flüssigkeits-Rückhaltung – auch Hautproblemen (aufgrund von Feuchtigkeit, Hitze oder Druckstellen) präventiv vorzubeugen, bzw. diverse Behandlungen effektiv zu unterstützen. **Pflegekosten** können mit der multifunktionalen **HyperCare**-Krankenunterlagen-Technologie in einem nicht unwesentlichen Rahmen reduziert werden. Das

prädestinierte Anwendungsgebiet findet sich deshalb nicht nur im Umfeld von «Bettlägerigkeit», sondern auch generell bei allen Personen, die eines angemessenen Schutzes bedürfen, ohne damit auf Komfort verzichten zu müssen.

Die **Lebenserwartung** der **HyperCare**-Unterlagen entspricht professionellen Anforderungen bei multifunktionalen Einsatzmöglichkeiten. Wäschereitests belegen, dass unter Extrembedingungen (Chlor- und Javelzusätze; 95°C) ohne Einbusse der

Funktionalität 150 bis 300 Waschzyklen erreicht werden. Ein Vorteil, der dem heutigen Kosteneinsparungs-Zwang von Spitälern, Heimen, aber auch Wäschereien und Familien gerecht wird. Das daraus resultierende Ertragspotential liegt – zusammen mit den Produktvorteilen – weit über den bekannten Erwartungen im Bereich der Bettlägerigkeit und Inkontinenz!

ZELLWAG AG

Grubenstrasse 56 • 8045 Zürich • Tel. 01 462 17 26



Hyper Care
Dry Systems Management

IFAS-Stand: Vlesia Nr. 117.119, Halle 1.1