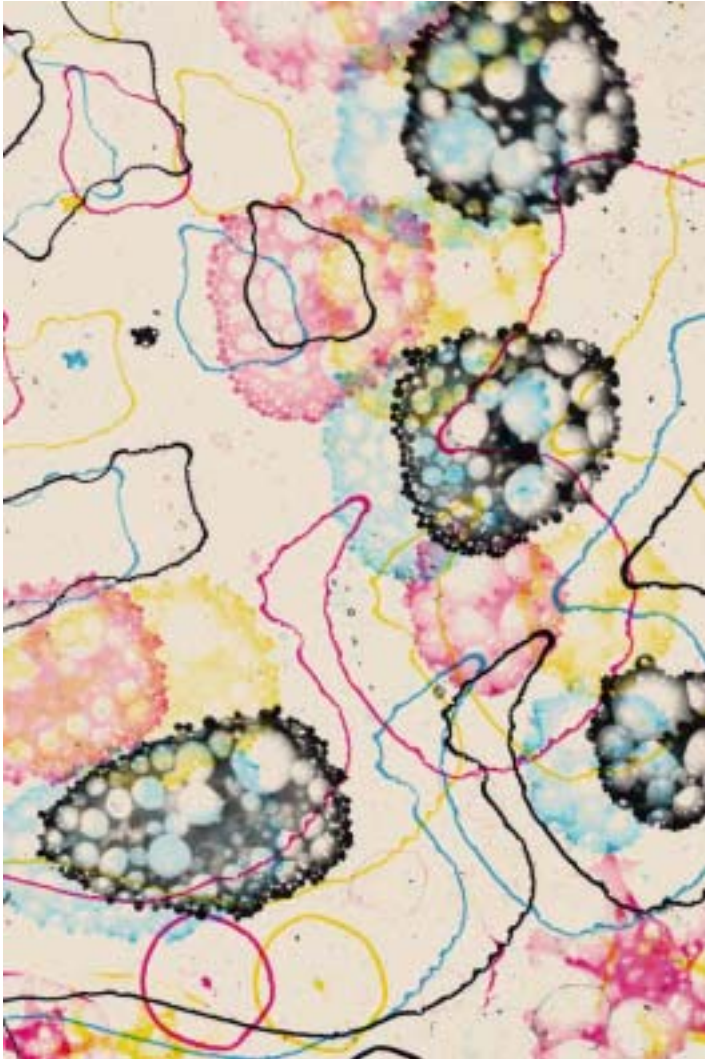


Hebamme
Sage-femme
Levatrice
Spendrera

6/2012

ch



Geburtshilfliches Schmerzassessment

Concept obstétrical de maîtrise de la douleur



Vitamin D3

NEU

Unentbehrlich für den gesunden
Aufbau von Knochen und Zähnen



Für eine optimale Entwicklung der Knochen (Rachitisprophylaxe) empfiehlt die Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie eine tägliche Zufuhr von 300-500 IE Vitamin D3 für Säuglinge und Kleinkinder, egal ob sie gestillt werden oder nicht, und dies zumindest während dem 1. Lebensjahr.¹⁾

Vitamin D3 Wild Öl: 1 Tropfen = 667 I.E. Vitamin D3

Vitamin D3 Wild Öl: enthält Vitamin D3 in öliger Lösung

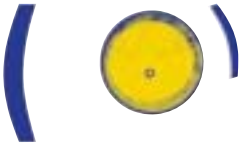
Vitamin D3 Wild Öl: enthält als Lösungsmittel mittelkettige Triglyceride ohne Allergierisiko

Zus: 1 Tropfen enthält 667 I.E. (16.7µg) Cholecalciferolum in öliger Basis (mittelkettige Triglyceride aus Kokosnuss- und Palmöl, nicht allergen). **Ind:** Prophylaxe und Therapie der Rachitis, Osteomalazie, Vitamin-D-Mangel. **Dos:** Rachitis-Prophylaxe: 1 Tropfen/Tag, Rachitis-Therapie: 2-8 Tropfen, Osteomalazie: 2-8 Tropfen täglich. **KI:** Hypercalcämie, Hypercalciurie, kalziumhaltige Nierensteine, Sarkoidose, Pseudohypoparathyroidismus. **IA:** Phenytoin und Barbiturate, Thyazid-Diuretika, Herzglykoside. **UW:** in Folge von Überdosierungen. **VK:** D. Ausführliche Angaben entnehmen Sie bitte dem Arzneimittelkompendium.

¹⁾Empfehlungen für die Säuglingsernährung 2008, Paediatrica, 19, 19-21, 2008.



Dr. Wild & Co. AG, 4132 Muttenz www.wild-pharma.com



Schweizerischer Hebammenverband
Fédération suisse des sages-femmes

Geschäftsstelle/Secrétariat central
Rosenweg 25C, Postfach, CH-3000 Bern 23
Tel. +41 (0)31 332 63 40 Fax +41 (0)31 332 76 19
Öffnungszeiten von Montag bis Freitag:
8.15–12 Uhr/13.30–17.15 Uhr
Heures d'ouverture: lundi–vendredi:
8h15–12h/13h30–17h15
info@hebamme.ch
www.hebamme.ch
www.sage-femme.ch

Offizielle Zeitschrift des
Schweizerischen Hebammenverbandes
Journal officiel de la Fédération suisse
des sages-femmes
Giornale ufficiale della Federazione
svizzera delle levatrici
Revista uffiziala da la Federaziun svizra
da las spendreras

110. Jahrgang/110^e année

Erscheinungsweise: 11 Mal im Jahr
(Juli/August Doppelausgabe)
Parution: 11 éditions par année
(numero double juillet/août)

Impressum

Herausgeberin/éditeur

Schweizerischer Hebammenverband (SHV)
Fédération suisse des sages-femmes (FSSF)
Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht
unbedingt die Meinung des SHV wieder.
Nachdruck nur mit Genehmigung der Redaktion.
Les articles signés ne reflètent pas forcément
l'opinion de la FSSF. Toute reproduction est soumise
à autorisation de la rédaction.

Redaktion/rédaction

Deutschsprachige Redaktion und
verantwortlicher Redaktor:
Wolfgang Wettstein, Geschäftsstelle SHV,
Rosenweg 25 C, Postfach, CH-3000 Bern 23
Tel. +41 (0)31 331 35 20, Fax +41 (0)31 332 76 19
w.wettstein@hebamme.ch

Rédaction de langue française

Josianne Bodart Senn, Chemin du Bochet 4a,
CH-1196 Gland, tél. +41 (0)22 364 24 66,
portable +41 (0)79 755 45 38,
j.bodartsenn@sage-femme.ch

Redaktioneller Beirat

Sue Brailey (sb), Martina Gisin (mg),
Zuzka Hofstetter (zh), Inge Loos (il), Ans Luyben (anl)
Edith de Bock-Antonier (ea), Lorraine Gagnaux (lg),
Lisa Mees-Liechti (lml)

Titelbild

www.dolorographie.ch

Layout/graphisme

Tygraline AG, Bern

Jahresabonnement/Abonnement annuel

Nichtmitglieder/Non-membres CHF 109.–
inkl. 2,5% MWST/TVA
Ausland/Etranger CHF 140.–
Einzelnnummer/Prix du numéro CHF 13.20
inkl. 2,5% MWST/TVA + Porto
Das Abonnement verlängert sich um ein weiteres Jahr,
wenn es nicht bis zum 31. Oktober des laufenden
Jahres schriftlich beim SHV gekündigt wird.
L'abonnement est automatiquement renouvelé pour
un an s'il n'est pas résilié par écrit auprès de la FSSF
au 31 octobre de l'année en cours.

Inseratemarketing/Régie d'annonces

Kömedia AG, Geltenwilenstrasse 8a,
CH-9001 St. Gallen, Tel. +41 (0)71 226 92 92,
Fax +41 (0)71 226 92 93, info@koemedia.ch,
www.koemedia.ch

Druck/Impression

Vogt-Schild Druck AG,
Gutenbergstrasse 1, CH-4552 Derendingen
www.vsdruck.ch

WEMF-beglaubigt
ISSN 1662-5862

Ausgabe 6 Geburtshilfliches Schmerzassessment

- 2** **Aktuell**
- 4** **Editorial**
Regula Hauser, Winterthur
- 4** **Das geburtshilfliche Schmerzassessment**
Brigitte Nussbaum und Rahel Schneider, Bern
- 10** **Die Chlamydieninfektion und ihre Komplikationen:
wie wirken sich verschiedene Screeningprogramme aus?
Ein Ländervergleich**
Nicole Bender, Bern
- 14** **Brücken bauen in Europa**
Andrea Stiefel, Winterthur
- 15** **Rücktritte aus dem Redaktionsbeirat**
- 19** **Verband**
- 21** **Sektionen**
- 22** **Fortbildung SHV**
- 39** **Stellenangebote**

*Thema der Ausgabe 7–8/2012:
Hebammenkongress 2012 in Schwyz
Erscheint Anfang Juli 2012*

Édition 6 Concept obstétrical de maîtrise de la douleur

- 26** **Actualité**
- 28** **Editorial**
Regula Hauser, Winterthur
- 28** **Concept obstétrical de maîtrise de la douleur**
Brigitte Nussbaum et Rahel Schneider, Berne
- 33** **Les cosmétiques sont une source importante
de contamination**
Résumé de l'article de Nicole Concin, Linz
- 34** **L'infection à Chlamydia et ses complications?
Une comparaison transnationale**
Résumé de l'article de Nicole Bender, Berne
- 35** **Construire des ponts en Europe**
Andrea Stiefel, Winterthur
- 36** **Il est temps de s'appropriier les bases du SwissDRG**
Josianne Bodart Senn, Gland
- 37** **Mosaïque**
- 38** **Livres**
- 19** **Fédération**
- 21** **Sections**
- 23** **Formation FSSF**
- 39** **Offres d'emploi**

*Thème de l'édition 7–8/2012:
Congrès des sages-femmes 2012 à Schwyz
Parution: début juillet 2012*

Dieses Foto spaltet die USA



Ein einzelnes Foto hat eine hitzige Diskussion in den USA ausgelöst: Es zeigt die 26-jährige Jamie Lynne Grumet, die ihren fast vierjährigen Sohn Aram stillt, und das Bild zielt die neueste Ausgabe des Magazins «Time». «Are you Mom enough?», lautet die Frage dazu: «Bist du mütterlich genug?»

«Provokant und empörend» sei das Bild, heisst es in unzäh-

ligen Kommentaren, Internet-Foren und Blogs. In den USA ist das Stillen von Babys in der Öffentlichkeit ein Tabu.

Doch es gibt auch Zuspruch für Grumet und das von ihr praktizierte «Attachment Parenting», der «berührungsorientierten Elternschaft». Die Theorie dahinter wurde in den 1950er Jahren entwickelt und 1993 durch den Bestseller «The Baby-Book» des Kinderarztes William Sears popularisiert.

Die Bindung zwischen Eltern und Kind, so die Idee, soll so eng wie möglich sein: durch eine Geburt möglichst zu Hause, durch das Tragen des Babys in einem Wickel eng am Körper, durch das Schlafen des Kindes im Bett der Eltern, und eben durch das Stillen an der Mutterbrust bis zu einem Alter, in dem sich ein Kind selbst entwöhnt.

www.time.com/time/magazine
Ausgabe vom 21. Mai 2012

Gegen die Verstümmelung weiblicher Genitalien

Bundesrat setzt neue Strafnorm auf den 1. Juli 2012 in Kraft

Der Bundesrat hat die neue Strafnorm gegen die Verstümmelung weiblicher Genitalien auf den 1. Juli 2012 in Kraft gesetzt. Die Gesetzesänderung trägt zur Verhinderung und Bekämpfung solcher Praktiken bei.

Bereits nach geltendem Recht sind sämtliche Formen der Verletzung weiblicher Genitalien strafbar, da sie den Tatbestand der schweren oder der einfachen Körperverletzung erfüllen. Die neue spezifische Strafnorm gegen die Verstümmelung weiblicher Genitalien setzt ein klares Zeichen gegen diese schwerwiegende Men-

schenrechtsverletzung. Zudem ermöglicht sie, gegen Täter in der Schweiz vorzugehen, auch wenn die Tat im Ausland begangen wurde und am Tatort nicht strafbar ist.

Mehr Informationen unter:
www.ejpd.admin.ch > themen > kriminaltaet > ref_gesetzgebung > ref_genitalverstuemmelung

Junge Schweizerinnen und Schweizer: Zufrieden und schlank, aber bewegungsarm

Die Jugendlichen in der Schweiz sind im europäischen Vergleich zufrieden mit dem Leben, putzen sich regelmässig die Zähne, sind aber bewegungsarm, wie eine Studie der WHO zeigt.

Die Studie – sie steht in Englisch und Französisch zur Verfügung – wurde 2009/2010 in 39 Staaten der WHO-Regionen Europa und Nordamerika durchgeführt. Es wurden rund 200 000 Kinder und Jugendliche im Alter von 11, 13 und 15 Jahren zu gesundheitsrelevanten Themen befragt. Der Bericht stellt vor allem die subjektiven Einstellungen und Verhaltensweisen der Jungen dar. So sind die Schweizer Jugendlichen europaweit am schlanksten: Nur fünf Prozent

der Elfjährigen sind übergewichtig, während es in den USA dreissig und in Portugal zwanzig Prozent sind. Die Schweizer Jugendlichen schauen europaweit auch am wenigsten fern: Nur ein Viertel schaut wochentags mehr als zwei Stunden. An der Schule gefallen den Schweizer Kindern vor allem ihre Klassenkameraden. Die Schule an sich mag jedoch nur ein Drittel der Schülerinnen und Schüler.

Die WHO ruft mit dem Bericht zur Prävention auf. Generell würden sich einmal aufgetretene Probleme im Laufe der Jugend verschärfen und könnten Grundlage für Krankheiten im weiteren Leben sein. Besonders für die seelische Gesund-



heit sei das Jugendalter eine Schlüsselphase – vor allem bei Mädchen. Bei ihnen nimmt die Zufriedenheit mit dem Leben zwischen elf und 15 Jahren ab. Deutlich wird das an Zahlen zum Körperbild der 15-jäh-

rigen Schweizer Mädchen: nur 7 Prozent von ihnen sind gemäss Body-Mass-Index übergewichtig. Doch ganze 41 Prozent halten sich selbst für zu dick.

Der Bericht ist zu finden unter:
www.euro.who.int/en > what we publish/abstracts

Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey, © WHO, 2012.

By Candace Currie, Cara Zanotti, Antony Morgan, Dorothy Currie, Margaretha de Looze, Chris Roberts, Oddrun Samdal, Otto R.F. Smith and Vivian Barnekow. Health Policy for Children and Adolescents, No. 6, 2012, xviii +252 pages, ISBN 978 92 890 1423 6, CHF 40.00, Order no. 13400117.

Prävention der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz

Die Prävention und die Gesundheitsförderung sind die Hauptinstrumente zur Bekämpfung der nichtübertragbaren Krankheiten. Aus diesem Grund hat die Schweiz 2008 drei nationale Programme lanciert, die sich mit den vier Hauptrisikofaktoren der chronischen Krankheiten befassen: Tabak, Alkohol, Ernährung und Bewegung. Da sich die Programme Tabak, Alkohol sowie Ernährung und Bewegung für die Gesundheitspolitik als nützlich und

relevant erwiesen haben, hat der Bundesrat am 9. Mai 2012 beschlossen, sie für vier Jahre bis 2016 zu verlängern. Damit stellt er die Kontinuität der in den vergangenen Jahren geleisteten Präventionsarbeit sicher. Diese Kontinuität ist umso wichtiger, als das Präventionsmassnahmen erst mittel- und langfristig erfolgreich sind.

Mehr Informationen unter: www.bag.admin.ch > themen > medizin

Honolulu, 26. – 28. Oktober 2012

Weltkonferenz

Die nächste «Mid-Atlantic Conference on Birth and Primal Health Research» findet in Honolulu auf Hawaii statt. Sie bietet die Möglichkeit zur Weiterbildung und informiert über die aktuellen Stand der Forschung zu Schwangerschaft und Geburt.

Mehr Informationen unter: www.midpacificconference.com

EDI neu mit nationaler Tuberkulosestrategie

Das Department des Innern (EDI) will in Absprache mit den kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren die Tuberkulose mit einer nationalen Strategie bekämpfen. Ziel ist, die Übertragung der Krankheit sowie die medizinischen und sozialen Folgen unter Kontrolle zu halten. Gleichzeitig sollen die Aktivitäten von Bund und Kantonen besser koordiniert und die verfügbaren Ressourcen optimal eingesetzt werden.

Die Nationale Strategie zur Bekämpfung der Tuberkulose 2012–2017 definiert Rollen und Zuständigkeiten aller Beteiligten klar, schafft damit mehr Transparenz und bringt einen optimaleren Ressourceneinsatz. Sie richtet sich in ers-

ter Linie an Personen, die in der Tuberkulosebekämpfung tätig sind oder punktuell mit der Krankheit zu tun haben. In der Schweiz werden jährlich rund 550 Fälle von Tuberkulose gemeldet. Auch wenn diese Zahl seit Jahren konstant ist und es keine Hinweise auf eine starke Zunahme gibt, stellt diese Erkrankung ein Problem für die öffentliche Gesundheit dar: Die Diagnose ist schwierig, die Behandlung lang und kostspielig, und die Erfahrung der Gesundheitsfachpersonen im Umgang mit dieser Krankheit nimmt wegen der relativ geringen Anzahl Fälle ab.

Die Strategie und das Handbuch sind zu finden unter: www.bag.admin.ch/tuberkulose

Initiative zur Abtreibungsfinanzierung: Bundesrat lehnt sie ohne Gegenvorschlag ab

Der Bundesrat empfiehlt die Volksinitiative «Abtreibungsfinanzierung ist Privatsache – Entlastung der Krankenversicherung durch Streichung der Kosten des Schwangerschaftsabbruchs aus der obligatorischen Grundversicherung» ohne Gegenvorschlag zur Ablehnung. Nach seiner Ansicht sollen auch weiterhin moralische, religiöse oder soziale Kriterien im Vordergrund stehen, bevor sich eine Frau für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch entscheidet.

Die von einem überparteilichen Komitee lancierte Initiative will unter Vorbehalt weniger Ausnahmen, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten eines Schwangerschaftsabbruchs nicht mehr übernimmt. Der

Bundesrat dagegen will die bestehende Regelung nicht ändern, die in der Volksabstimmung vom 2. Juni 2002 mit einem Ja-Stimmenanteil von über 72 Prozent angenommen wurde.

Nach Auffassung des Bundesrates ist es richtig, dass die geltende gesetzliche Regelung nicht nur die Voraussetzungen für einen straflosen Schwangerschaftsabbruch unter sicheren Bedingungen festschreibt, sondern auch die Finanzierung umfasst. Ein Eingriff darf erst nach einem obligatorischen Beratungsgespräch und auf schriftliches Verlangen der Frau hin vorgenommen werden. Ansonsten werden die Kosten von der Grundversicherung nicht übernommen.

Mehr Informationen unter: www.bag.admin.ch > dokumentation > medieninformationen

(0041) 800 24 7 365 – EDA-Helpline

Seit dem 1. Mai 2012 steht die Helpline 24 Stunden pro Tag, 7 Tage pro Woche und an 365 Tagen pro Jahr zur Verfügung. Die Nummer des Eidgenössischen Departements für Auswärtige Angelegenheiten (EDA) entspricht einem grossen Bedürfnis, da 700 000 Schweizerinnen und Schweizer ausserhalb der Landesgrenzen leben und die Bevölkerung der Schweiz etwa 16 Millionen Auslandsreisen unternimmt. Die EDA-Helpline gibt Auskunft über:

- die aktuelle Sicherheitslage an Reisedestinationen im Ausland
- allgemeine Fragen bezüglich Auswanderung und das Leben im Ausland (Auslandsschweizer-Organisation, Vertretungsnetz, Schweizer Revue, Swissinfo).

Für Bürgerinnen und Bürger, die sich im Ausland in einer Notlage befinden, ist die Helpline EDA eine Anlaufstelle, um die Unterstützung durch die Angehörigen in der Schweiz sowie die Vertretungen zu koordinieren.

Aus der Schweiz lautet die Nummer 0 800 24-7-365 und ist gratis. Aus dem Ausland braucht es die Vorwahl für die Schweiz, 0041, und danach 800 24-7-365. Dieser Anruf kostet etwas. Mit Skype – «helpline-eda» – ist der Anruf gratis.

- die Dienstleistungen der Schweizer Vertretungen im Zusammenhang mit Ausweisdokumenten, Immatrikulation, Zivilstand, Bürgerrecht, Beglaubigungen, Bestätigungen, Bescheinigungen, Erbschaftsangelegenheiten/Nachlässen, Fürsorge, Hinterlagen usw.



Liebe Leserin, lieber Leser

Was hat geburtshilfliches Schmerzmanagement mit einer Chlamydieninfektion gemeinsam? Eine Frau, die mit Chlamydien infiziert ist, kann allenfalls nicht schwanger werden, oder sie kann ihr Kind aufgrund einer extrauterinen Schwangerschaft verlieren. Somit wird die Frau, obwohl es ihr Wunsch ist, dieses Kind nicht gebären können. Daraus folgend benötigt sie auch kein geburtshilfliches Schmerzmanagement.

Die Gemeinsamkeit besteht jedoch darin, dass beides Themen sind, die für Frauen, die wir Hebammen betreuen, von grosser Bedeutung sein können. Mit ihrer Bachelorarbeit «Das geburtshilfliche Schmerzassessment» greifen die Autorinnen, Brigitte Nussbaum und Rahel Schneider, ein für uns Hebammen sehr relevantes Thema auf. Mit ihrer Literaturrecherche gehen sie der Frage nach, wie unter der Geburt Wehenschmerzen erhoben werden können und welche Empfehlungen die Literatur dazu abgibt.

Die Chlamydieninfektion ist nach wie vor die häufigste sexuell übertragbare Infektion in der Schweiz. Nicole Bender, die am Institut für Sozial- und Präventivmedizin in Bern arbeitet, geht in ihrer Studie der Frage nach, welche Screenings geeignet sind, um die Chlamydienrate in der Bevölkerung zu senken.

In unserem Berufsalltag sind wir Hebammen darauf angewiesen, unsere Arbeit wissenschaftlich fundiert zu begründen und nach bester Praxis zu arbeiten. Forschungsprojekte wie die beiden vorliegenden Arbeiten, die unsere Klientinnen einschliessen, bilden dazu eine wesentliche Grundlage.

*Regula Hauser, MPH
Leiterin Weiterbildung,
Institut für Hebammen
Zürcher Hochschule für Angewandte
Wissenschaften (ZHAW), Winterthur*

Das geburtshilfliche

Förderung der individuellen Begleitung der Wehenschmerzen



Brigitte Nussbaum und **Rahel Schneider** haben im Sommer 2008 die Ausbildung zur Hebamme in Bern begonnen und absolvieren zur Zeit das Zusatzmodul B zur Berufsankennung.

Kontakt:
nussb2@bfh.ch
schnr15@bfh.ch

Für Hebammen ist die Begleitung von Frauen unter der Geburt, die den Wehenschmerz nicht mehr bewältigen können, eine besondere Herausforderung. Ist die Wirkung der Massage, dem Bad, der Akupunktur oder anderer komplementärer Methoden zur Schmerzerleichterung ausgeschöpft, kommt die Periduralanästhesie (PDA) und zunehmend die patientinnenkontrollierte intravenöse Analgesie (PCIA) zum Einsatz. Im Rahmen dieser Bachelor-Thesis haben wir untersucht, wie der Geburtsschmerz adäquat begleitet und die Entscheidung für erleichternde Methoden individuell gestaltet werden kann. Ein Schmerzassessment, das sowohl während der Schwangerschaft als auch kontinuierlich unter der Geburt durchgeführt wird, kann für Frau und Hebamme hilfreich sein, damit frühzeitig Bewältigungsstrategien aktiviert und unter der Geburt personenzentriert interveniert werden kann.

Hintergrund

In der Praxis wird beobachtet, dass nebst der Epiduralanästhesie (EDA) zunehmend auch die patientinnenkontrollierte intravenöse Analgesie (PCIA) einge-

In diesem Beitrag werden die Ergebnisse der Literaturreview vorgestellt, die vollständige Arbeit steht zur Verfügung unter: www.gesundheit.bfh.ch > hebamme > publikationen > Nussbaum Brigitte, Schneider Rahel (2011): «Geburtsschmerz ist ein unendlich starker Schmerz, den jede Frau anders erlebt»

setzt wird, um Schmerzen unter der Geburt zu erleichtern. In der Geburtshilfe sollten schmerzstillende und betäubende Medikamente jedoch nicht routinemässig, sondern nur zur Behandlung oder Verhütung einer Geburtskomplikation eingesetzt werden (CIMS, 1996). Schmerzmedikation ist auch immer mit unerwünschten Wirkungen verbunden (Hinova & Fernando, 2009) und kann Geburtskomplikationen, wie die vaginale operative Geburt, zur Folge haben. Die grosse Herausforderung für Hebammen und Gesundheitsfachpersonen liegt also darin, durch adäquate Kommunikation herauszufinden, wie die Frau mit Schmerzen umgehen kann, Änderungen festzustellen und angemessen zu reagieren (NICE, 2007).

Frauen empfinden die Schmerzerleichterung befriedigender, wenn ihre Erwartungen hinsichtlich des Schmerzes und die Wahl der Bewältigungsstrategie berücksichtigt werden (NICE, 2007). Das Verhalten und die Einstellung der Betreuungspersonen haben einen grösseren Einfluss auf die Zufriedenheit mit dem Geburtserlebnis, als der erlebte Schmerz, die Schmerzlinderung und die medizinischen Eingriffe unter der Geburt (Hodnett, 2002).

Anstelle von Schmerzfreiheit entscheidet die Kontrolle über den Schmerz über die Zufriedenheit mit der Geburt (Lebovits, Zenetos, O'Neil, Cox, Dubois & Jansen et al., 2001).

Das Empfinden des Geburtsschmerzes ist subjektiv und wird von jeder Frau individuell beurteilt und verarbeitet (Deutscher Hebammenverband, 2010). Die Messung der Schmerzintensität alleine reicht nicht aus, um beurteilen zu können, ob die Frau eine Massnahme zur Schmerzerleichterung braucht. In der Geburtshilfe gibt es kaum Instrumente, die regelmässig zur Erhebung des Umgangs mit dem Geburtsschmerz eingesetzt werden.

Ziel der Arbeit war es, herauszufinden, wie unter der Geburt der Umgang mit Wehenschmerzen erhoben werden kann und welche Empfehlungen dazu in der Fachliteratur gegeben werden, um daraus Vorschläge für die Praxis zu entwickeln.

Theoretische Grundlagen

Für die Analyse der Literatur wurden Theorien zum Geburtsschmerz nach Lowe (2002), Schmerzbewertung, Schmerzbe-

Schmerzassessment

unter der Geburt

wältigung und physiologische Auswirkungen auf endokrine Prozesse nach Schmid (2005), Bewältigungsstrategien nach Fitzgerald Miller (2003) und beeinflussende Faktoren nach Yerby (2003) einbezogen.

Methoden

Die systematische Literaturrecherche nach wirksamen Methoden zur Erhebung von Geburtsschmerzen wurde in den Datenbanken Medline, Cochrane und dem Midwives Information and Resource Service (MIDIRS) durchgeführt. Mit den Suchbegriffen *pain, pain assessment, assessment, labour, labor, birth, intrapartum, midw* und coping* wurde nach systematischen Reviews, Studien und Guidelines gesucht. Die Suche beschränkte sich auf den Zeitraum 2000 bis 2011. Quantitative Studien, Reviews und Leitlinien wurden nach den Vorgaben der Deutschen Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2001) analysiert, qualitative Studien nach Steinke (1999).

Ergebnisse der Literaturrecherche

Entsprechend der Fragestellung wurden nach der Volltextsichtung drei unsystematische Reviews, zwei Guidelines und eine qualitative Studie ausgewählt und für die Erhebung der Evidenz analysiert.

Die Grundlage zu den geburtshilflichen Empfehlungen lieferte die Leitlinie des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE 2007) zur Betreuung gesunder Frauen und deren Kinder unter der Geburt. Um spezifischere Aussagen machen zu können, wie beim Schmerzassessment vorgegangen werden sollte, wurden die Empfehlungen des Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI, 2008) hinzugezogen. Geburtsschmerz ist eine Art von akutem Schmerz, deshalb wurde die Leitlinie als Teil der Empfehlungen zur Schmerztherapie sind jedoch nur beschränkt auf die Geburtshilfe übertragbar. Des Weiteren wurde eine unsystematische Review von Roberts, Gulliver, Fisher, Kristin & Gloyes (2010), die einen



ausführlichen Algorithmus zur Erhebung von Geburtsschmerz beinhaltet, analysiert. Die qualitative Studie von Escott, Spiby, Slade & Fraser (2004) thematisiert die Anwendung von Bewältigungsstrategien hinsichtlich der Geburt. Ergänzend wurden die unsystematischen Reviews von Mc Lafferty & Farley (2008) und Briggs (2010) in die Analyse mit einbezogen. Diese beschreiben und vergleichen verschiedene Schmerzassessmentinstrumente.

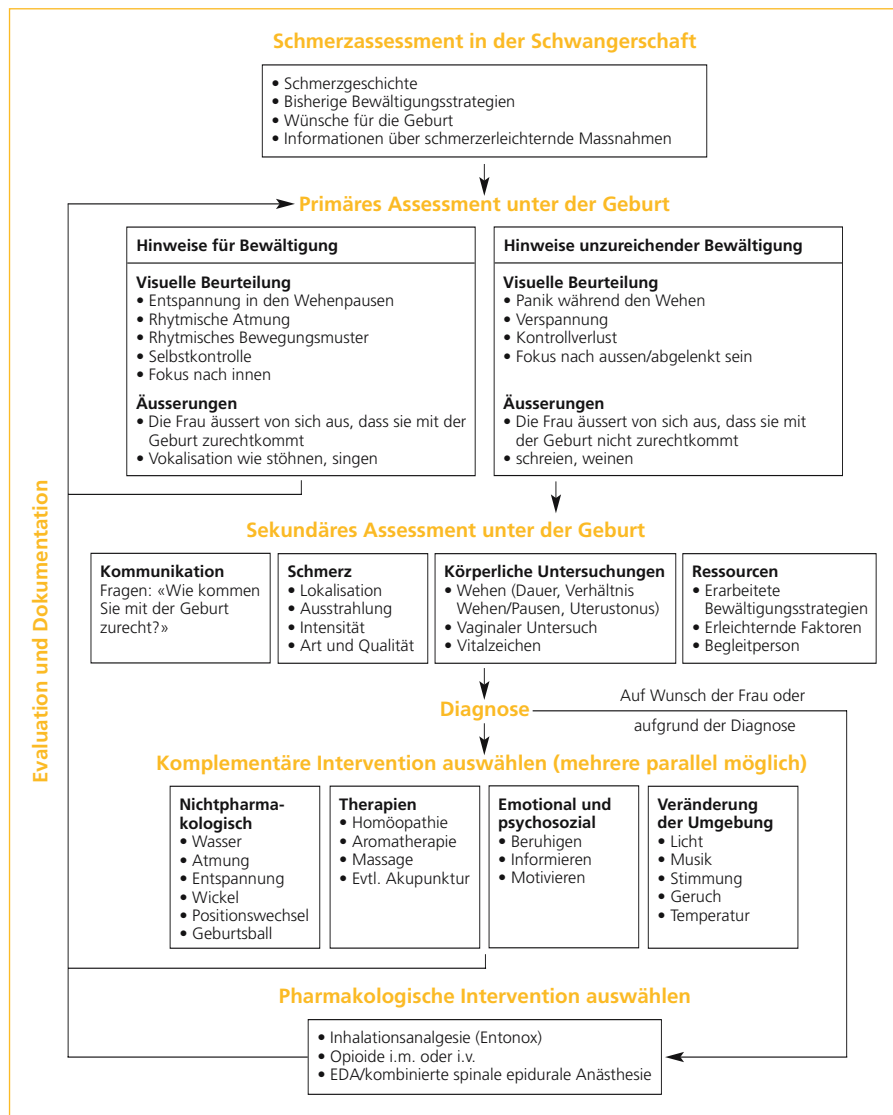
Zentrale Erkenntnisse aus der Literaturanalyse wurden in einen Algorithmus zur

Erhebung und Begleitung von Geburtsschmerzen integriert (siehe Abb. 1).

Schmerzen erheben

Beim Schmerzassessment gilt der Selbstbericht als verlässlichster Schmerzindikator (ICSI, 2008). Die Wahl des idealen Schmerzassessmentinstruments erleichtert es, bestehende Schmerzen zu identifizieren. Das Assessmentinstrument sollte unabhängig von Alter, Ethnie, Glauben, sozioökonomischem, psychologischem oder emotionalem Hintergrund

Abbildung 1: Algorithmus zur Erhebung des Umgangs mit dem Geburtsschmerz. Adaptiert und erweitert nach Roberts et al. (2010)



anwendbar sein und die Betreuungsperson in dessen Anwendung unterrichtet werden (ICSI, 2008).

NICE (2007) empfiehlt beim Erstassessment geburtshilfliche Aspekte wie vaginale Abgänge, Vitalzeichen, Kontraktionen und fetale Herzfrequenz, Uterustonius und eventuell einen vaginalen Befund zu erheben. Es wird beschrieben, dass ein Schmerzassessment gemacht werden soll, welches den aktuellen Schmerz, die Wünsche für den Umgang mit dem Geburtsschmerz und der Schmerzerleichterung beinhaltet. Die Schmerzintensität sollte nicht routinemässig mit einer numerischen Schmerzskala erhoben werden. Empfehlungen zur Erhebungsform und zum Zeitpunkt des Erstassessments werden keine gegeben (NICE, 2007).

Beim Schmerzassessment sollte nach ICSI (2008) zuerst eine Anamnese erfolgen. Diese umfasst die aktuelle Krankheit, Medikamenteneinnahme, Medikamentenallergien, frühere Behandlungen, die soziale Anamnese sowie die Schmerzgeschichte mit Beginn, Dauer, Qualität und Charakter des Schmerzes. Erleichternde oder verschlimmernde Faktoren werden ermittelt und die Schmerzintensität eingeschätzt. Dazu kommen Beobachtung von Schmerzäusserungen, Messung von Vitalzeichen und Untersuchung der schmerzenden Körperregion (ICSI, 2008). McLafferty & Farley (2008) präzisieren den Inhalt der Schmerzassessments und liefern konkrete Beispiele zur Erhebung (siehe Abb.1).

Durch das primäre Assessment unter der Geburt wird beurteilt, wie die Frau die Schmerzen bewältigen kann. Dazu wird die Gebärende beobachtet und auf ihre Äusserungen geachtet. Es werden bewusst keine Fragen zum Schmerz gestellt, welche die Neokortex anregen und so den Geburtsverlauf stören können (Lang, 2009). Roberts et al. (2010) empfehlen, die Gebärende zu fragen, wie sie «mit der Geburt zurechtkommt», anstatt sie zu fragen wie sie «mit dem Schmerz zurechtkommt», damit der Fokus nicht auf den Schmerz gelegt wird. Weiter wird erhoben, wie sie die Schmerzen empfindet, ob diese in der Wehenpause fortbestehen und wohin sie ausstrahlen.

Bewältigungsstrategien erheben

Escott et al. (2004) beschreiben, dass erstgebärende Frauen bereits in der Schwangerschaft über ein breites Repertoire an bisher angewandten Strategien verfügen, mit denen sie Angst und Schmerzen bewältigen können. Es ist

Die Bilder in diesem Artikel sind aus:

Dolorographie – Ein visuelles Kommunikationsinstrument zur Beschreibung von Schmerz

Die Arbeit von Sabine Affolter und Katja Rüfenacht entstand im Jahr 2011 im Rahmen der Bachelor-Thesis an der Hochschule der Künste Bern und wird seither von Sabine Affolter weitergeführt.

Wie sieht körperlicher Schmerz aus? Jeder empfindet Schmerz anders, jeder sieht den Schmerz anders; und dementsprechend unmöglich muss es für Gestalter sein, Schmerz verbindlich zu visualisieren. Wir haben es dennoch versucht und uns diese Subjektivität zu Nutzen gemacht, indem wir das Problem genau umgekehrt angegangen sind: Erst erstellten wir – mit Hilfe unterschiedlicher Techniken – ein Arsenal von Bildern, das wir danach 60 von körperlichem Schmerz betroffenen Personen vorlegten. Aus der Aufgabe, diejenigen Bilder auszuwählen, die ihrem Schmerz ent-

sprechen, entstanden plötzlich anschauliche, übersichtliche und nicht selten aufschlussreiche Schmerzporträts. Durch die Kontextualisierung werden vermeintlich «abstrakte» Bilder konkrete Visualisierungen von Schmerz.

Wir sind davon überzeugt, dass die Sammlung der Schmerzbilder einen offenen und unbeschwerten Zugang zu einem meist vorbelasteten Thema bieten kann. Durch das Auswählen, Anordnen und Beschreiben der Bilder externalisiert der Betroffene seinen Schmerz und schafft sich so eine emotionale Distanz zu seinem Leiden – was die Dolorographie zu einem potenziellen Hilfsmittel für die Schmerztherapie auszeichnet.

www.dolorographie.ch

sinnvoll, die Frau darin zu unterstützen bisherige Bewältigungsstrategien zu identifizieren, da diese potenziell unter der Geburt angewendet werden können. Positive Strategien sollten gefördert und Alternativen für negative Strategien gefunden werden. Dabei ist zu bedenken, dass kognitive Bewältigungsstrategien die Neokortex stimulieren. Die Anwendung verschiedener Strategien hängt in erster Linie davon ab, ob die Frau in ihre Bewältigungsfähigkeiten vertraut (Lowe, 2002).

Als nicht hilfreiche Gedanken zur Angstbewältigung beschreiben Escott et al. (2004) die Ungewissheit, wie beispielsweise Zweifel, ob es dem Kind gut geht, und das Gefühl, die Geburt nicht bewältigen zu können. Im Umgang mit dem Schmerz wurden insbesondere Gedanken wie, dass sich der Schmerz verschlimmert oder noch lange dauert, als negativ empfunden (Escott et al., 2004). Sie wurden in das sekundäre Assessment des Schmerzalgorithmus integriert (siehe Abb. 1).

Mit der Geburt zurechtkommen

Roberts et al. (2010) stellten Veränderungen und Zeichen zusammen, die darauf hinweisen, ob die Frau den Schmerz bewältigen kann oder nicht. Diese werden im primären Assessment unter der Geburt erhoben (siehe Abb. 1). Die Autorinnen weisen darauf hin, dass in der Schmerzbewältigung unter der Geburt Ängste oder traumatische Erfahrungen (z. B. erlebte sexuelle Gewalt) zum Ausdruck kommen können. Solche Ängste sollten frühzeitig in der Schwangerschaft mit der Gesundheitsgeschichte erhoben und im Verlauf der Schwangerschaft bearbeitet werden.

Angemessene Methoden zur Schmerzerleichterung

Hat eine Frau sich für schmerzerleichternde Massnahmen entschieden, sollte die Betreuungsperson dafür sorgen, dass sie diese nutzen kann (NICE, 2007). Die Frau sollte ermutigen werden, jederzeit nach Möglichkeiten zur Schmerzerleichterung zu fragen (NICE, 2007). Roberts et al. (2010) beschreiben drei mögliche Ansatzpunkte, Schmerzen zu erleichtern: adäquate Umgebung herstellen, Ursache des Schmerzes klären und die Wahl von pharmakologischer oder nicht-pharmakologischer Schmerzbehandlung durch die Frau.

Die Zufriedenheit bezüglich der Schmerztherapie kann mit nicht-pharma-



kologischen Ansätzen verbessert werden (ICSI, 2008). Auch NICE (2007) empfiehlt die Anwendung nicht-pharmakologischer Massnahmen wie Wasser, Atmungs- und Entspannungstechniken zu fördern. Roberts et al. (2010) befürworten zudem warme oder kalte Wickel, Massage, Positionswechsel und den Geburtsball anzuwenden.

Wünscht die Frau pharmakologische Unterstützung, soll je nach Situation ein intravenöses Medikament verabreicht oder eine Epiduralanästhesie angewendet werden (Roberts et al., 2010). Zur pharmakologischen Schmerztherapie empfiehlt NICE (2007) die Medikamente Entonox, Opiode wie Pethidine und Diamorphine, anzubieten. Auf deren beschränkte Schmerzerleichterung und deren möglichen Nebenwirkungen sollte hingewiesen werden. Bevor eine Epiduralanästhesie eingesetzt wird, sollte die

Gebärende über deren Effektivität und möglichen Auswirkungen auf den Geburtsverlauf informiert werden (NICE, 2007). Damit eine Frau informiert entscheiden kann, sollte darüber bereits in der Schwangerschaft gesprochen werden.

Evaluation der Schmerzerleichterung

In der Evaluation wird ermittelt, ob die Schmerzen ausreichend gelindert, ob Nebenwirkungen ausgelöst wurden und abgeklärt, ob weitere Massnahmen ergriffen werden sollten (ICSI, 2008).

Roberts et al. (2010) empfehlen, die Beurteilung alle 15 bis 30 Minuten durchzuführen. Das ICSI (2008) geht von einem erneuten Schmerzassessment nach 30 Minuten bei parenteraler Schmerzmedikation, 60 Minuten nach oraler

Tabelle 1: Übersicht der ausgewählten Dokumente

Nr.	Art der Literatur	Titel	Jahr	AutorInnen	Inhalt	Evidenz-level
1	Guideline	Intrapartum care of healthy women and their babies during childbirth	2007	National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)	Erstassessment zur Geburt Empfehlungen zum Schmerzmanagement	A
2	Guideline	Health Care Guideline: Assessment and Management of Acute Pain	2008	Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), Inc.	Vorgehen bei der Betreuung einer Person mit akuten Schmerzen	A
3	Unsystematische Review	Assessing pain in patients	2008	Mc Lafferty E. & Farley A.	Inhalt eines Assessments zur Schmerzbeurteilung	IV
4	Unsystematische Review	Assessment and expression of pain	2010	Briggs E.	Inhalt eines Schmerzassessments Mögliche Erhebungsinstrumente	IV
5	Unsystematische Review	The Coping with Labor Algorithm®	2010	Roberts L., Gulliver B., Fisher J. & Gloyes K.G.	Geburtshilflicher Algorithmus zur Beurteilung der Schmerzbewältigung	IV
6	Qualitative Studie	The range of coping strategies women use to manage pain and anxiety prior to and during first experience of labour	2004	Escott D., Spiby H., Slade P. & Fraser R.B.	Erkennung und Förderung von bestehenden Strategien zur Bewältigung von Angst und Schmerzen hinsichtlich der Geburt	–

Schmerzmedikation und zwischen 30 und 60 Minuten nach Beginn einer nicht-pharmakologischen Intervention aus.

Briggs (2010) betont, dass die klare Dokumentation des Verlaufs und der Ergebnisse sehr wichtig ist, um entscheiden zu können, ob weiteren Interventionen notwendig sind. Zudem erleichtert sie die interprofessionelle Zusammenarbeit und dient der rechtlichen Absicherung.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Schmerz ist in der Regel ein Bestandteil der Geburt. Die Schmerzen setzen geburtserleichternde und die Mutter-Kind-Bindung stärkende endokrine Prozesse in Gang. Übermässige Schmerzen weisen auf regelwidrige Verläufe hin.

Wichtigste Botschaften

1. Geburtsschmerzen sollten in der Schwangerschaft angesprochen werden.
2. Erfahrungen mit Schmerzen, beeinflussende Faktoren und Bewältigungsstrategien sollten während der Schwangerschaft ermittelt werden.
3. Ein kontinuierliches Assessment unter der Geburt kann die individuelle Schmerzbegleitung erleichtern.

Im Laufe der medizinischen Entwicklung wurde ein breites Spektrum an Möglichkeiten zur Schmerzerleichterung unter der Geburt entwickelt. Die pharmakologischen Massnahmen zur Schmerzreduktion gehören heute zum geburtshilflichen Alltag. Es ist deshalb umso erstaunlicher, dass kaum Standards zur Schmerzbegleitung in der Geburtshilfe gefunden werden konnten.

Die Ergebnisse der Literaturrecherche sind limitiert, da nur auf den wichtigsten Datenbanken und zeitlich beschränkt nach Studien gesucht wurde.

Das Assessment soll dazu dienen, den Geburtsschmerz umfassend zu erheben und die Frau in der Schmerzbewältigung zu unterstützen. Aus der Literatur wurde ein Algorithmus entwickelt, der noch in der Praxis evaluiert werden sollte. Im Algorithmus wird lediglich auf das Befinden der Frau eingegangen. Das Wohlergehen des Kindes wird durch die erhobenen Aspekte nicht berücksichtigt und sollte zusätzlich ermittelt werden. Lowe (2002) beschreibt, dass nicht auf Schmerzfreiheit geschlossen werden kann, wenn Schmerzäusserungen fehlen, da Schmerz kulturspezifisch unterschiedlich ausgedrückt werden kann. Ob der Assessmentalgorithmus eine transkulturelle Schmerzbegleitung erleichtern kann, müsste noch überprüft werden.

Für die Bewertung des Wehenschmerzes scheinen Visuelle Analog-Skalen

(VAS) unzureichend zu sein, da sie nur quantifizieren und die emotionalen, sozialen und kulturellen Aspekte des Schmerzes nicht berücksichtigt (Lowe, 2002). Deshalb wurden die VAS nicht in den Algorithmus mit einbezogen. Werden jedoch Medikamente eingesetzt, können sie ein nützliches Instrument sein, um festzustellen, wie die Medikamente wirken.

Das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten hat einen starken Zusammenhang mit einem verminderten Schmerzempfinden und geringerer Schmerzmedikation unter der Geburt (Lowe, 2002). Deshalb sollte die Gebärende durch die Betreuungsperson in ihrer Art der Bewältigung unterstützt werden.

Professionelle Schmerzbegleitung unter der Geburt kann nur dann frauenzentriert erfolgen, wenn bereits in der Schwangerschaft Schmerzerfahrungen und beeinflussende Faktoren ermittelt und bearbeitet wurden. Dann besteht zudem für die Frau die Möglichkeit in der Geburtsvorbereitung neue Bewältigungsstrategien kennenzulernen und unter der Geburt informiert schmerzerleichternde Methoden auszuwählen (Donna, 2011).

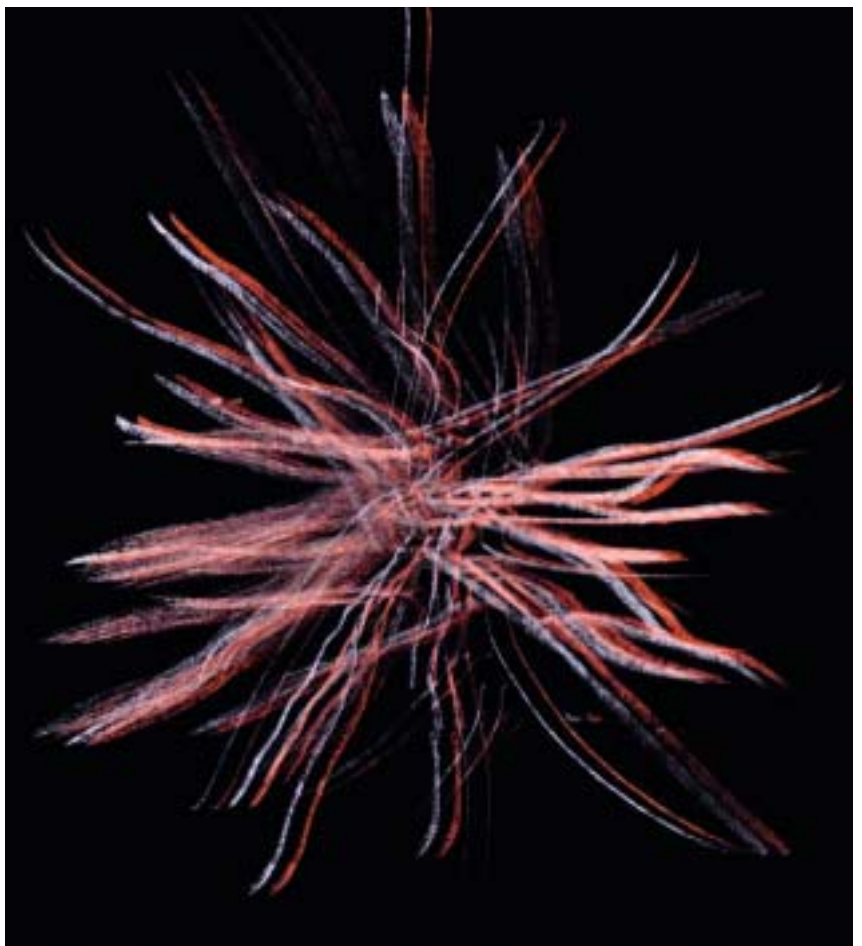
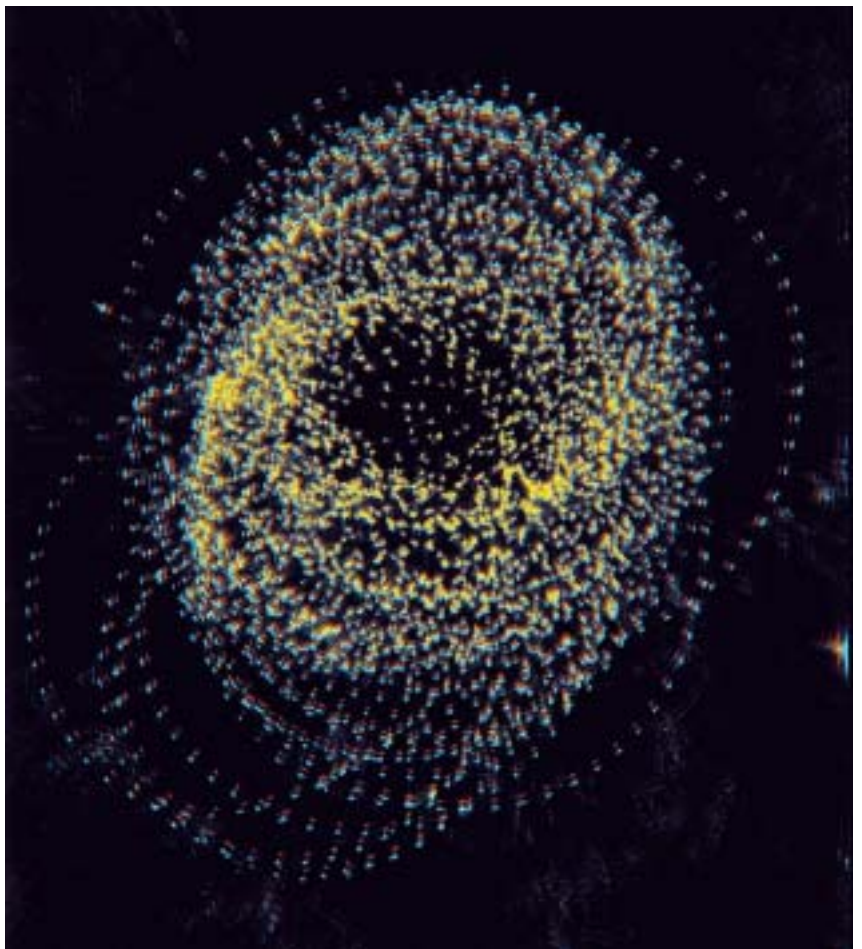
Hatem et al. (2008) stellten fest, dass kontinuierliche Hebammenbetreuung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett den Einsatz von Schmerzmedikamenten unter der Geburt verrin-

gert. Ein Grund dafür kann sein, dass die Wehen in der Schwangerschaft angesprochen werden und die Frau befähigt wird, die Schmerzen eigenständig zu bewältigen. ◀

*Zusammenfassung: Inge Loos,
Mitglied redaktioneller Beirat
Hebamme.ch*

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2001). Systematische Evidenz-Recherche. In: AWMF. Das Leitlinien-Manual von AWMF und ÄZQ. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung. Supplement 1, Kapitel 5, München: Urban & Fischer. Abgefragt am 3.3.2011 unter www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/index.html
- Briggs E. (2010). Assessment and expression of pain. *Nursing Standard*. 25, 2, 35–38.
- Coalition for Improving Maternity Services (CIMS). (1996). Retrieved March 16, 2011, from www.motherfriendly.org/pdf/CIMS_Evidence_Basis.pdf
- Deutscher Hebammenverband (2010). *Geburtsarbeit* (1. Aufl.). Stuttgart: Hippokrates Verlag
- Donna S. (2011). Promoting normal birth-research, reflections & guidelines. Fresh Heart Publishing: United Kingdom.
- Escott D., Spiby H., Slade P., Fraser R. (2004). The range of coping strategies women use to manage pain and anxiety prior to and during first experience of labour. In *Midwifery*, Volume 20, Issue 2, p. 144–156.
- Fitzgerald Miller J. (2003). *Coping fördern – Machtlosigkeit überwinden*, 1. Auflage, Bern: Hans Huber
- Hatem M., Sandall J., Devane D., Soltani H., Gates S. (2008). Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No.: CD004667. OI:10.1002/14651858.CD004667.pub2
- Hinova A. & Fernando R. (2009). Systemic Remifentanyl for Labor Analgesia. *International Anesthesia Research Society*. Vol. 109, No.6, 1925–1928.
- Hodnett E.D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: S160–72.
- Institute for Clinical Systems Improvement Inc. (ICSI, 2008). *Health Care Guideline: Assessment and Management of Acute Pain*. Sixth Edition/ March 2008. Retrieved March 08, 2011, from www.icsi.org
- Lang C. (2009). *Bonding: Bindung fördern in der Geburtshilfe*. München: Urban & Fischer Verlag.
- Lebovits A.H., Zenetos P, O'Neil D.K., Cox D., Dubois M.Y., Jansen L.A. et al. (2002). Satisfaction with epidural and intravenous patient controlled analgesia. *Pain Med* 2002; 2: 280–6.
- Lowe N. (2002). The nature of labour pain. *Am J Obstet Gynecol*, 2002; 186: 16–24.
- McLafferty E. & Farley A. (2008). Assessing pain in patients. *Nursing Standard*. 22, 25, p.42–46. Date of acceptance: August 28, 2007.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2007). *Coping with pain in labour: non-epidural. Intrapartum care of healthy women and their babies during childbirth*. Retrieved March 3, 2011, from www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/IPC-NICEGuidance.pdf
- Roberts L., Gulliver B., Fisher, J. & Gloyes, K.G. (2010). The Coping with Labor Algorithm®. In *Midwifery Womens Health*, 2010; 55: p. 107–116.
- Schmid V. (2005). *Der Geburtsschmerz: Bedeutung und natürliche Methoden der Schmerzlinde- rung*. Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Steinke I. (1999). *Kriterien qualitativer Forschung: Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung*. Weinheim: Juventa Verlag
- Yerby M. (2003). *Schmerz und Schmerzmanagement in der Geburtshilfe* (1. Aufl.). Bern: Huber.



Die Chlamydieninfektion und ihre Komplikationen: wie wirken sich verschiedene Screeningprogramme aus? Ein Ländervergleich

Der Erfolg von Screeningprogrammen zur Reduktion von Komplikationen der sexuell übertragenen Chlamydieninfektionen ist unklar. Ein Ländervergleich zeigt, dass PID, Extrauterinschwangerschaft und Infertilität keine guten Indikatoren für die Rate der Chlamydieninfektionen auf Populationsebene sind. Daher ist es schwierig den Erfolg bisheriger Screeningprogramme abzuschätzen. Es müssen bessere Indikatoren gefunden werden, um feststellen zu können, welche Screeningbemühungen die Chlamydieninfektionen und deren Komplikationen auf Bevölkerungsebene tatsächlich reduzieren.



Nicole Bender, MD PhD MSc, ist Fachärztin in Prävention und Gesundheitswesen am Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM) der Universität Bern. Ihre Fachgebiete sind sexuell übertragbare Infektionen wie Chlamydien und HIV sowie auch nicht übertragbare Krankheiten wie Übergewicht. Dieser Artikel ist eine übersetzte Zusammenfassung einer Originalarbeit, die im Oktober 2011 in der Fachzeitschrift «Sexually Transmitted Infections» erschienen ist.

«Sexually Transmitted Infections», an international peer-reviewed journal for health professionals and researchers in all areas of sexual health:
<http://sti.bmj.com/>

Einführung

Die Infektion mit *Chlamydia trachomatis* ist die häufigste sexuell übertragbare Infektionskrankheit in der Schweiz und in Europa [1]. Sie kann eine Entzündung des Unterleibes (pelvic inflammatory disease = PID) verursachen, die wiederum zu Extrauterinschwangerschaften und Unfruchtbarkeit führen kann [2]. In verschiedenen Ländern der Welt wird die Chlamydieninfektion mit einem Screeningprogramm bekämpft, das je nach Land Risikogruppen, eine gewisse Altersgruppe oder alle Frauen im gebärfähigen Alter erfasst. Durch regelmässige Kontrollen und allenfalls Behandlung soll die Infektionsrate auf Bevölkerungsebene gesenkt werden. Es gibt jedoch eine lebhaft diskutierte Diskussion über die längerfristige Wirksamkeit des Chlamydien Screenings auf Bevölkerungsebene [3]. Während randomisierte kontrollierte Studien darauf hinwei-

sen, dass ein Chlamydien screening die PID-Rate im darauffolgenden Jahr senken kann [4], gibt es solche Studien für Extrauterin-Schwangerschaften oder für Unfruchtbarkeit nicht. In einzelnen Ländern wie in den USA oder in Schweden wurde festgestellt, dass sowohl die Chlamydieninfektionsrate wie auch die Raten für PID und für Extrauterin-Schwangerschaften in den 1980er und 1990er Jahre gesunken sind, also zu einer Zeit, in der in diesen Ländern Chlamydien screeningprogramme eingeführt wurden [5,6]. In den letzten Jahren waren diese Zusammenhänge jedoch nicht mehr klar ersichtlich. In unserer Studie verglichen wir Routinedaten aus verschiedenen hochentwickelten Ländern, um den Zusammenhang zwischen Screeningbemühungen, Chlamydieninfektionsrate und Komplikationsraten zu klären [7].

Methode

Die Schweiz, Dänemark, Schweden, die Niederlande, Australien und Neuseeland wurden ausgewählt, da sie vergleichbar gute Gesundheitssysteme haben und kontinuierlich Zahlen zu Chlamydieninfektionen und ihren Komplikationen sammeln. Für unseren Vergleich haben wir die Jahre 1999–2008 gewählt, sowie Frauen zwischen 15 und 39 Jahren. Wir sammelten Daten zu Chlamydien screeningprogrammen, zur Anzahl gemeldeter Chlamydienfälle und wenn möglich zur Anzahl der durchgeführten Tests. Die Anzahl diagnostizierter Chlamydieninfektionen hängt von der Anzahl durchgeführter Tests und daher von den Screeningempfehlungen ab. Sie widerspiegeln somit nicht die Infektionsrate in der Bevölkerung.

Als mögliche Chlamydienkomplikationen wählten wir ICD-10-codierte Hauptdiagnosen zu PID, Extrauterin-Schwangerschaft und Unfruchtbarkeit aus allen öffentlichen

Spitälern des jeweiligen Landes. Unfruchtbarkeit wird jedoch in einigen Ländern eher in Privatspitälern behandelt und die hier wiedergegebenen Raten sind somit womöglich niedriger als die tatsächliche Unfruchtbarkeitsrate in der Bevölkerung. Ähnliches gilt für die PID, die in einigen Ländern zunehmend ambulant behandelt wird. Da diese Verzerrung jedoch sehr wahrscheinlich in allen hier untersuchten Ländern ähnlich ist, sollte sie sich im Ländervergleich und vor allem im Vergleich über die Zeit innerhalb eines Landes nicht negativ auswirken.

Alle Raten wurden pro 100 000 Frauen derselben Alterskategorie im jeweiligen Land berechnet. Eine Ausnahme war die Extrauterin-Schwangerschaft, die pro 1000 Lebendgeburten berechnet wurde, womit wir die unterschiedlichen Geburtenraten in den verschiedenen Ländern berücksichtigen konnten.

Resultate

Ausser in der Schweiz haben alle Länder Richtlinien zu Chlamydien screening und -management, sei es von der Regierung oder von ärztlichen Berufsverbänden. Die Richtlinien variieren vom gezielten Testen von Frauen aus Risikogruppen, wie in Dänemark, bis zur Empfehlung, alle sexuell aktiven Frauen unter 25 Jahren alljährlich zu testen, wie in Australien, den Niederlanden und Neuseeland.

Die Anzahl gemeldeter Chlamydienfälle stieg in allen Ländern über die Zeit an (Abb. 1A). Die höchsten Raten fanden wir in Neuseeland, Dänemark und Schweden. In den drei Ländern mit verfügbaren Daten zur Anzahl durchgeführter Chlamydientests hatte Neuseeland die höchste Testrate (9801 pro 100 000 Frauen im Jahr 2008), gefolgt von Dänemark (6175 pro 100 000 Frauen im Jahr 2008) und Schweden (5309 pro 100 000 Frauen im Jahr 2008) (Abb. 1B).

In allen drei Ländern war die Rate an positiven Tests ähnlich und nahm im Verlauf der Studienzeit kontinuierlich zu (Abb. 1C), vor allem bei den 15- bis 24-jährigen Frauen.

Die Raten der in öffentlichen Spitälern diagnostizierten PID variierten im Ländervergleich um mehr als den Faktor 5, mit den höchsten Raten in Neuseeland (193.7 pro 100 000 Frauen im Jahr 2008), Dänemark (106.0 pro 100 000 Frauen im Jahr 2004) und Australien (88.8 pro 100 000 Frauen im Jahr 2007) (Abb. 2A) und der niedrigsten Rate in Schweden (37.1 pro 100 000 Frauen im Jahr 2008). In allen Ländern wurde die niedrigste PID-Rate bei den 15- bis 19-Jährigen gemeldet, ausser in Neuseeland, wo die Rate in dieser Altersklasse über die Zeit anstieg und ab 2006 in dieser Altersklasse am höchsten war. Die PID-Rate zeigte eine negative Korrelation zur Rate der positiven Chlamydientests in Dänemark (RR 0.79, 95% CI 0.75–0.84) und Schweden (RR 0.86, 95% CI 0.84–0.88), aber nicht in Neuseeland (RR 1.05, 95% CI 0.96–1.15).

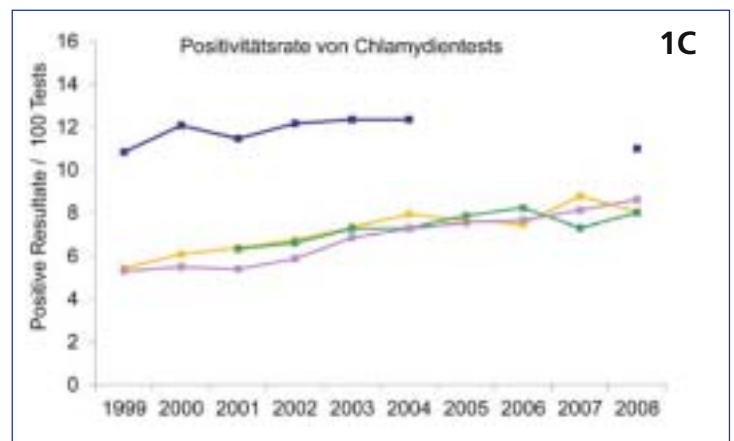
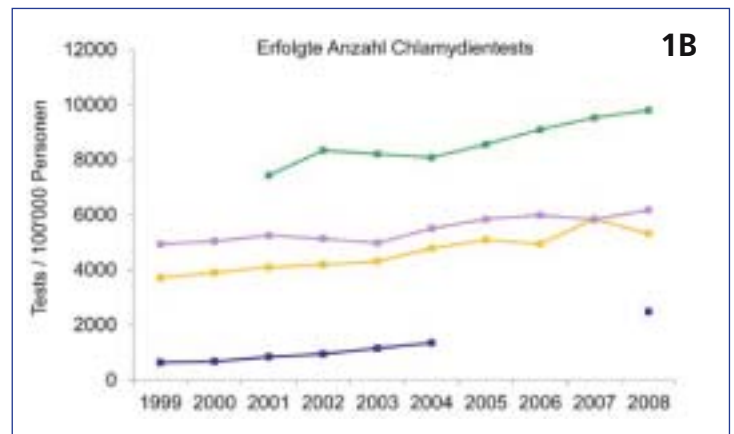
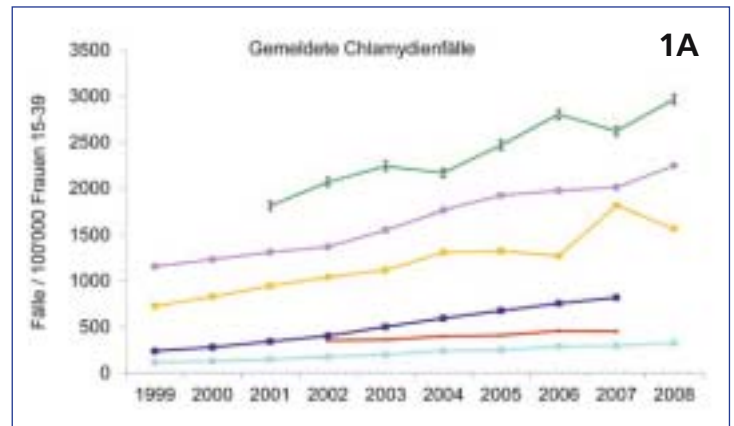
Die Varianz der Extrauterin-Schwangerschaftsrate zwischen den Ländern war kleiner als bei PID, mit der höchsten Rate in Neuseeland (17.5 pro 1000 Lebendgeburten im Jahr 2008) und der niedrigsten Rate in den Niederlanden (10.1 pro 1000 Lebendgeburten im Jahr 2008) (Abb. 2B). Während die Extrauterinschwangerschaftsraten bei den meisten Altersklassen stabil war oder sank, stiegen die Raten in der Altersklasse der 15- bis 19-Jährigen während der Studienzeit in Dänemark, den Niederlanden, Schweden und der Schweiz an und waren am Schluss in dieser Altersklasse am höchsten. In den Ländern mit verfügbaren Daten (Dänemark, Schweden und Neuseeland) korrelierte die Anzahl positiver Tests negativ mit der Extrauterin-Schwangerschaftsrate. Diese Korrelation blieb auch erhalten, wenn zwischen den positiven Tests und der Extrauterinschwangerschaftsrate eine Zeitverschiebung von bis zu vier Jahren in die Berechnung eingeführt wurde.

Bei der in öffentlichen Spitälern diagnostizierten Unfruchtbarkeitsrate war die Varianz zwischen den Ländern besonders gross (Abb. 2C). Im Zeitvergleich nahmen die Unfruchtbarkeitsraten in allen Ländern ab oder blieben konstant und waren am höchsten bei den 25- bis 34-Jährigen.

Diskussion

Dies ist die erste Studie, die chlamydienassoziierte Komplikationen in sechs verschiedenen Ländern vergleicht. Wir haben festgestellt, dass in allen Ländern die Anzahl gemeldeter Chlamydienfälle in den Jahren 1999–2008 gestiegen ist. Anhand der Länder, welche die Anzahl durchgeführter Tests erfassen, konnten wir feststellen, dass dieser

Chlamydienraten (Abbildung 1)



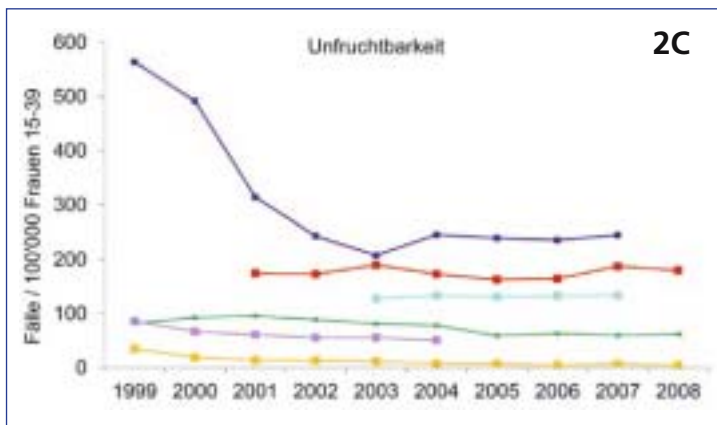
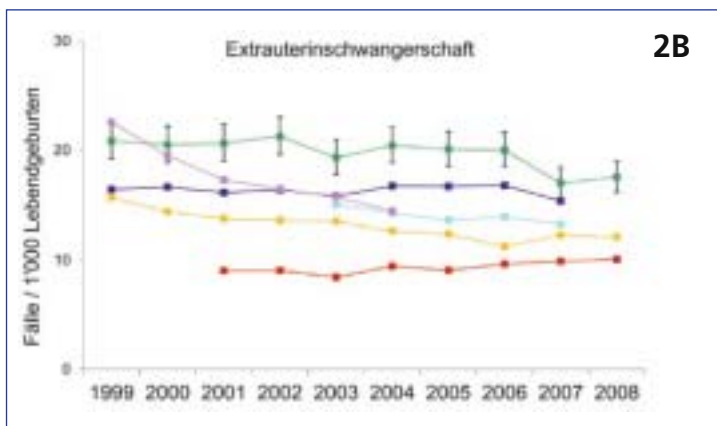
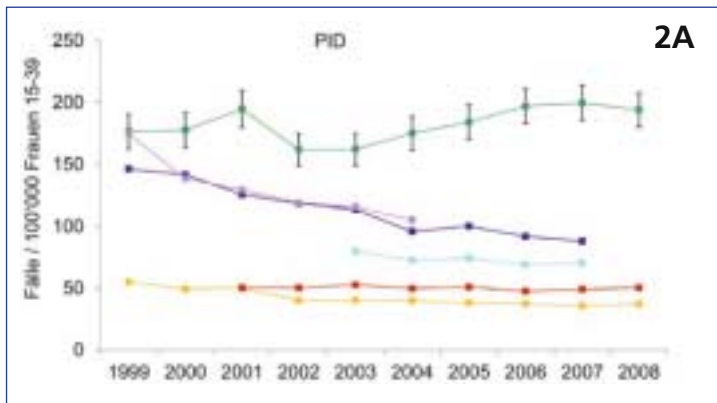
— Australia — Schweden — Schweiz — Neuseeland — Dänemark — Niederlande

Anstieg auf eine vermehrte Testtätigkeit zurückzuführen ist. Interessanterweise ist die Rate der positiven Tests in diesen drei Ländern sehr ähnlich, was darauf schliessen lässt, dass die Chlamydieninfektionsrate auf Populationsebene dieser Länder ähnlich ist, obwohl sie sich in ihren Screeningbemühungen unterscheiden.

Wir konnten keine konsistenten Zusammenhänge über die Zeit zwischen Screeningrichtlinien, Chlamydieninfektionsraten und Komplikationsraten in den untersuchten Ländern feststellen. Theoretisch sind

zwei Extremszenarien denkbar 8: wenn die Testrate hoch ist, führt dies zu einer hohen Rate an erfassten Chlamydieninfektionen, die wiederum nach einer gewissen Zeit zu einer niedrigen Infektionsrate in der Bevölkerung und zu einer niedrigen Komplikationsrate führt. Wenn die Testrate hingegen niedrig ist, ist die Anzahl erfasster Chlamydieninfektionen niedrig und die Infektionsrate auf Bevölkerungsebene bleibt hoch. In diesem Fall bleiben auch die Komplikationsraten hoch. In Dänemark, Neuseeland und Schweden gibt es breite Screeningprogram-

Komplikationsraten (Abbildung 2)



— Australien — Schweden — Schweiz — Neuseeland — Dänemark — Niederlande

me, die sich auch in den hohen Testraten dieser Länder widerspiegeln. Trotzdem sind die Komplikationsraten in Dänemark und Neuseeland hoch. Es ist gut möglich, dass diese Länder in einer Übergangsphase zwischen den beiden oben beschriebenen Extremen liegen, womit steigende Testraten mit steigenden Positivitätsraten zu erklären wären. Die Schweiz ist ein Beispiel für ein Land, in dem es keine spezifischen Richtlinien zum Chlamydien-Screening gibt, und in der Tat ist die Testrate sehr niedrig. Trotzdem nehmen die Komplikationsraten auch in der Schweiz über die Zeit ab. Möglich ist auch,

dass die von uns untersuchten Komplikationen (PID, Extrauterinschwangerschaft und Unfruchtbarkeit) keine guten Indikatoren für die Chlamydieninfektionsrate in der Bevölkerung darstellen oder dass die bisherigen Screeningbemühungen ungenügend waren, um die Chlamydieninfektionsrate und die Komplikationsrate auf Bevölkerungsebene zu senken^[3].

Die Interpretation wird noch dadurch erschwert, dass nicht alle Diagnosen der Chlamydienkomplikationen in öffentlichen Spitälern gemacht und somit nicht alle Fälle erfasst werden. Des Weiteren können die

berücksichtigten Komplikationen auch durch andere Ursachen als Chlamydieninfektionen verursacht werden. Unklar ist auch, inwiefern positive Testraten die Chlamydieninfektionsrate auf Bevölkerungsebene widerspiegeln, da die Testraten von den getesteten Bevölkerungsgruppen abhängen^[9]. So stimmen die von uns festgestellten steigenden Testraten mit Chlamydieninfektionsraten von Frauen in australischen Spezialkliniken für sexuell übertragbare Infektionen überein^[10], nicht aber mit den konstanten oder leicht sinkenden Infektionsraten einer grossen, in den USA durchgeführten Studie^[11]. Ein weiteres Problem liegt in der Tatsache, dass es nicht möglich ist, von zusammengefassten Bevölkerungsdaten kausal auf individuelle Risiken zu schliessen^[12].

Fazit

Zurzeit ist noch nicht bekannt, welche Screeningbemühungen und in welchem Ausmass sie geeignet sind, um die Chlamydienkomplikationsraten auf Bevölkerungsebene zu senken. Um die Wirksamkeit von Screeningprogrammen abschätzen zu können, sind verlässliche Indikatoren unerlässlich. Diese Indikatoren sollten idealerweise routinemässig in allen Ländern gesammelt werden und international vergleichbar sein. Sie sollten auch erlauben, einzelnen Individuen über die Zeit zu folgen und so kausale Zusammenhänge erkennbar zu machen. Grosse Kohortenstudien mit hohen Testraten könnten ebenfalls dazu beitragen, die komplexen Zusammenhänge zwischen Testrate, Infektionsrate und Komplikationsraten zu verstehen. ◀

Dank

Ich danke den Ko-Autorinnen und -Autoren der Originalpublikation für die Bereitstellung der Daten aus den verschiedenen Ländern (Björn Herrmann, Schweden; Berit Andersen, Dänemark; Jane Hocking, Australien, Jan van Bergen und Ingrid van den Broek, Niederlande; Jane Morgan, Neuseeland). Ich danke auch Marcel Zwahlen für seine Unterstützung bei der statistischen Auswertung und Nicola Low für ihre Hilfe bei der Projektplanung und beim Verfassen des Originalmanuskriptes.

Referenzen

- [1] European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance Report: Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe. 1–19. 2010. Stockholm, ECDC.
- [2] Cates W Jr., Wasserheit JN. Genital chlamydial infections: epidemiology and reproductive sequelae. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 164(6 Pt 2): 1771–1781.
- [3] Low N. Screening programmes for chlamydial infection: when will we ever learn? *BMJ* 2007; 334(7596): 725–728.
- [4] Oakeshott P, Kerry S, Aghaizu A, Atherton H, Hay S, Taylor-Robinson D et al. Randomised controlled trial of screening for Chlamydia trachomatis to prevent pelvic inflammatory disease: the POPI (prevention of pelvic infection) trial. *BMJ* 2010; 340: c1642.

- [5] Egger M, Low N, Davey Smith G, Lindblom B, Herrmann B. Screening for chlamydial infections and the risk of ectopic pregnancy in a county in Sweden: ecological analysis. *Br Med J* 1998; 316: 1776–1780.
- [6] Hillis SD, Nakashima A, Amsterdam L, Pfister J, Vaughn M, Addiss D et al. The impact of a comprehensive chlamydia prevention program in Wisconsin. *Fam Plann Perspect* 1995; 27(3): 108–111.
- [7] Bender N, Herrmann B, Andersen B, Hocking JS, van Bergen J, Morgan J et al. Chlamydia infection, pelvic inflammatory disease, ectopic pregnancy and infertility: cross-national study. *Sex Transm Infect* 2011; 87(601) :608.
- [8] Wasserheit JN, Aral SO. The dynamic topology of sexually transmitted disease epidemics: implications for prevention strategies. *J Infect Dis* 1996; 174 Suppl 2: S201–13.
- [9] Miller WC. Epidemiology of chlamydial infection: are we losing ground? *Sex Transm Infect* 2008; 84(2): 82–86.
- [10] O'Rourke KM, Fairley CK, Samaranayake A, Collignon P, Hocking JS. Trends in Chlamydia positivity over time among women in Melbourne Australia, 2003 to 2007. *Sex Transm Dis* 2009; 36(12): 763–767.
- [11] Johnson RE, Berman SM. Sexual Transmission: Chlamydia trachomatis. In: Kraemer A, Kretzschmar M, editors. *Modern Infectious Disease Epidemiology*. New York: Springer; 2010.
- [12] Piantadosi S, Byar DP, Green SB. The ecological fallacy. *Am J Epidemiol* 1988; 127(5): 893–904.

Abstract

Die Chlamydieninfektion ist die häufigste sexuell übertragbare Infektionskrankheit in der Schweiz und in Europa. Sie kann eine Unterleibsentzündung (PID) verursachen, die wiederum zu Extrauterinschwangerschaften und zu Unfruchtbarkeit führen kann. Wir haben untersucht, wie sich die Bemühungen in mehreren westlichen Ländern, Chlamydieninfektionen mit Screeningprogrammen zu bekämpfen, auf die Anzahl Chlamydieninfektionen und ihrer Komplikationen auswirkt. Wir haben Daten aus der Schweiz, Dänemark, Schweden, den Niederlanden, Australien und einem Teil Neuseelands miteinander verglichen.

Im Ländervergleich zeigten sich keine klaren Zusammenhänge zwischen den verschiedenen nationalen Screening-Richtlinien und der jeweiligen Anzahl Chlamydientests oder der Anzahl diagnostizierter Chlamydieninfektionen. Die Anzahl Chlamydieninfektionen sowie die Anzahl positiver Tests stiegen über die letzten zehn Jahre an, vor allem bei

den 15- bis 24-jährigen Frauen. Die Zahl der PID und der Extrauterin-Schwangerschaften blieb im selben Zeitraum gleich oder nahm leicht ab, war jedoch am höchsten bei den jüngeren Frauen. Bei den 15- bis 19-Jährigen stiegen die Extrauterin-Schwangerschaften in einigen Ländern sogar an. Die Unfruchtbarkeitsrate war im Ländervergleich sehr variabel, nahm aber ebenfalls eher ab und war bei den 35- bis 44-jährigen Frauen am höchsten.

Der Zusammenhang zwischen Chlamydieninfektionsrate und den Komplikationsraten war aber innerhalb der einzelnen Länder nicht klar ersichtlich, so dass diese Komplikationsraten keine guten Indikatoren für die Chlamydieninfektionsrate in der Bevölkerung darstellen. Es müssen daher neue Indikatoren für chlamydienassoziierte Infektionen und Erkrankungen entwickelt und validiert werden. Dies ist eine Voraussetzung für die korrekte Evaluation der Präventionsbemühungen durch Screeningprogramme.



Burgerstein Schwangerschaft & Stillzeit:

Kinderleichte Unterstützung für Mutter und Kind.

Burgerstein Schwangerschaft & Stillzeit deckt den erhöhten Bedarf der Mutter an Mikronährstoffen während der Schwangerschaft und Stillzeit und unterstützt damit die gesunde Entwicklung des Kindes.

Tut gut. Burgerstein Vitamine

Erhältlich in Ihrer Apotheke oder Drogerie.



Brücken bauen in Europa

20. Jahrestreffen des Florence Network in Malmö, Schweden

Andrea Stiefel, MSc, stellvertretende Studiengangleitung, ECO, Bachelorstudiengang Hebammen, Institut für Hebammen, Departement Gesundheit, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Winterthur

Das europäische Netzwerktreffen fand vom 10. bis 14. April an der Universität von Malmö statt. Gastgeberin war die Faculty of Health and Society des Department of Care Science. Die Universität wurde 1998 gegründet und hat aktuell 20000 eingeschriebene Studierende in Vollzeit- und Teilzeitstudiengängen sowie 300 Mitarbeitende.

Malmö ist mit 300000 Einwohnern die drittgrösste Stadt Schwedens. Über 100000 der Einwohner sind nicht schwedischer Herkunft. Sie stammen aus 176 Ländern und prägen die Stadt mit ihrer kulturellen Vielfalt. Durch die Brückenverbindung über den Öresund nach Kopenhagen pendeln zudem täglich mehrere tausend Menschen von Schweden nach Dänemark und umgekehrt.

Das Florence Network ist ein Zusammenschluss von Universitäten und Hochschulen, die Pflege- und Hebammenstudiengänge anbieten und dient dem Austausch von Studierenden (Student Board), Koordinatorinnen und Koordinatoren für internationale Kontakte (ECO = Exchange Coordinators) und den Leitungen (Deans) dieser Fachbereiche. Es existiert seit 20 Jahren, jedes Mitgliedsland ist mit maximal drei Hochschulen vertreten. Diese Limitierung verhindert, dass grössere Länder mit einer Vielzahl Universitäten das Florence Network dominieren.

Globale Herausforderungen im Gesundheitswesen

In diesem Jahr waren aus 16 europäischen Ländern 61 Lehrpersonen und 65 Studierende angereist. Die Schweiz war mit Delegationen der Bachelorstudiengänge Hebammen und Pflege der Fachhochschulen ZHAW Winterthur und BFH Bern sowie Vertreterinnen des Masterstudiengangs Pflege aus St. Gallen und insgesamt 9 Studierenden vertreten. Neben vielen Arbeitssitzungen, die einen wichtigen Teil der Netzwerkarbeit darstellen, gab es ein breites Angebot an Fachreferaten und Diskussionen. Ein Dialog über die Herausforderungen globaler Gesund-

heit für Praxis, Lehre und Forschung, gefolgt von einer Debatte mit Studierenden über ethische Dimensionen der Globalisierung unterstrich die Abhängigkeit der Gesundheitsversorgung von demographischen Strukturen, sozioökonomischen Verhältnissen und Umweltbedingungen.

Hebammenarbeit in Schweden

Die akademische Ausbildung der Hebammen und Pflegenden in Schweden begann 1977. Aktuell gibt es im Land 1000 Dokortitel und 60 aktive Professuren. Der Pflegeverband wurde 1910 gegründet. Eine zweijährige Hebammenausbildung besteht allerdings bereits seit dem Jahr 1711.

1751 wurde die erste Statistik über maternale Mortalität in Schweden erstellt. Sie lag bei 900 Frauen auf 100000 Lebendgeburten und sank dank der nationalen Ausbildungsprogramme, die seit 1757 eine Hebamme für jede Gemeinde verlangten, auf 230 auf 100000 im Jahr 1900. Schweden zählt heute weltweit zu den Ländern mit der niedrigsten fetalen und maternalen Mortalität. Alle Hebammen durchlaufen heute zuerst ein Pflegestudium. Es gibt kein direktes Hebammenstudium. Zusammen dauert die Ausbildung somit fast 5 Jahre. Hebammen haben ein breites Aufgabenfeld. So befassen sie sich neben ihren originären Tätigkeiten unter anderem mit Sexualerziehung und Sexualberatung für Teenager, junge Familien und Frauen in der Menopause. In zwei Workshops gaben schwedische Kolleginnen ihre Erfahrungen an uns weiter.

Die Präsentationen der Forschungsarbeiten von vier PhD-Studierenden, darunter eine Hebamme, waren eindrucksvoll. Ebenso eindrucksvoll war der Besuch der Gebärabteilung des Skåne Universität Hospitals in Malmö, in der jedes Jahr über 5000 Kinder geboren werden, davon



Blick auf Malmö.

80,5 % spontan und nur 13,9 % per Sectio. Die Frauen gehen in Malmö im Schnitt nach 1,8 Tagen Spitalaufenthalt nach Hause. Zur Kontrolle des Kindes (Nabel, Ikterus usw.) oder bei Fragen zur eigenen Gesundheit und zur Stillberatung suchen sie nachher die Hebammen in der Klinik (open clinics) auf. Hausbesuche sind nicht üblich. Auch in der Schwangerschaft kommen Frauen zur Vorsorge zur Hebamme in die Klinik (ante-natal clinics). Dieses System ist etabliert und für die Familien Normalität.

Nach drei intensiven Tagen wurden die Teilnehmenden des Florence Network mit einem Empfang im Rathaus der Stadt Malmö festlich verabschiedet. Die nächste Tagung wird im kommenden Jahr in Groningen in den Niederlanden stattfinden. Davon sind wiederum neue Einblicke in Lehre und Praxis zu erwarten, die bereichern und zum Erfahrungsaustausch anregen. ◀

Rücktritte aus dem Redaktionsbeirat

Lisa Mees-Liechti. Angefangen hat es mit einem Gespräch mit Christiane Allegro im Sommer 2002, als mein Interesse an der Redaktionskommission geweckt wurde. Kurz darauf rief mich Gerlinde Michel an und lud mich zur Oktobersitzung ein.

Nachdem wir die Jahre zuvor aus beruflichen Gründen meines Mannes in Appenzell, Basel und Freiburg gelebt hatten, war ich glücklich, wieder in der Region Bern zurück zu sein. Ich sehnte mich nach Kontakten und Austausch mit Hebammen und beruflichem Engagement.

Da ich auch in der Fortbildungskommission und im Vorstand der HebammenZentrale Bern mitarbeitete, war es für uns alle eine

gute Verknüpfung dieser drei Gebiete. Die Jahre als Mitglied des Redaktionellen Beirates habe ich sehr genossen. Sie waren geprägt von Herausforderung, Kreativität, Freundschaft, Lernen, Austausch, Wachsen, Diskussion, Gemeinsamkeiten, Respekt, Mut und vielem mehr.

Drastische familiäre und persönliche Veränderungen verlangen jetzt jedoch ihren Tribut. Hinzu kommt, dass ich beruflich sehr ausgelastet bin und mir kaum Zeit für mich und meine Kinder bleibt. Deshalb habe ich mich entschlossen, auf einige Aufgaben zu verzichten. Aus diesem Grund habe ich auch das Präsidium der HebammenZentrale Bern



und davor die Mitarbeit in der Fortbildungskommission abgegeben.

Ich möchte mich von Herzen bei Gerlinde Michel bedanken. Sie war mir in ihrer Professionalität und Herzlichkeit ein grosses Vorbild und ich habe sehr, sehr viel von ihr gelernt und hoffe, noch viele spannende Krimis von ihr lesen zu dürfen. Auch Wolfgang Wettstein und Josianne Bodart Senn und allen Hebammen des Redaktionsbeirates danke ich für die gute Zeit. Ich wünsche Euch allen für die Zukunft weiterhin viel Freude, Kreativität und Motivation für Euer Engagement.

Lisa Mees-Liechti

Susan Brailey. In November 2001 kam ich in die Schweiz. Ich wusste wenig über die Hebammenkultur und die Aktivitäten in der Schweiz, hatte keinen Job und nur wenige Kontakte zu Hebammen. Das einzige, das ich schon kannte, war die Hebammenzeitschrift. Ein Freund hatte diese für mich abonniert als ich noch in London wohnte. Beim Durchblättern habe ich einmal gesehen, dass neue Mitglieder für den Redaktionellen Beirat gesucht werden. Ich dachte, das könnte ein interessanter Einstieg in «Swiss Midwifery» sein – und das war es auch!

Als ich zum ersten Mal zu einer Beiratssitzung kam, war ich zuerst ein bisschen überrascht, weil diese in einer kleinen Wohnung stattfand – und in dieser Wohnung schien der Schweizerische Hebammenverband zu Hause

zu sein. Von England her war ich an viel grössere, imposantere Institutionen gewohnt. Ich war auch ein bisschen nervös wegen meinen Deutschkenntnissen, die ja nun durchaus nicht perfekt waren – und noch nicht sind. Zum Glück habe ich dann Gerlinde Michel, die ehemalige Redaktorin getroffen, die zufällig eine Anglophile mit perfektem Englisch war. Meine Mitgliedschaft im Redaktionellen Beirat hat mir geholfen, mich damals in der Schweiz zu integrieren, zu lernen «who's who in the zoo» und auch zu experimentieren mit dem Artikelschreiben. Gerlinde hat mir immer erlaubt meine Artikel auf Englisch zu schreiben. Sie hat sie dann nachher übersetzt und dafür bin ich ihr noch immer sehr dankbar! Es war eine



sehr spannende Zeit und meine Arbeit mit dem Redaktionellen Beirat hat mir wirklich geholfen, mich hier bewegen zu lernen. Vielleicht habe ich als ausländische Hebamme auch ab und zu einen anderen Blickwinkel beitragen können. Jetzt ist es aber Zeit

für mich, nach Hause nach London zu gehen. Ich habe meine Zeit in der Schweiz genossen, aber freue mich auf meine Heimkehr. Dort muss ich mich auch wieder neu orientieren. Wer weiss, vielleicht werde ich auch in London einer Beiratskommission beitreten, denn das macht auch Spass. Für die Zukunft wünsche ich Hebamme.ch alles Gute und viel Erfolg.

Susan Brailey

Zuzka Hofstetter. 1998 war ich gerade nach Italien umgezogen, um dort mit meinem Mann Hausrenovation plus Obst-Gemüse-Reben-Anbau in Angriff zu nehmen, als mir klar wurde, dass ich den Kontakt zu meinem Hebammenberuf in irgendeiner Form beibehalten wollte. In Florenz genoss ich bei Verena Schmid bereichernde Weiterbildungen, arbeitete wochenweise als Ferienablösung in Schweizer Spitälern (die bilateralen Verträge zwischen Italien und der Schweiz gab es noch nicht) und übersetzte ein Buch aus dem Englischen über die empathische Betreuung von Frauen. Da erfuhr ich, dass Gerlinde Michel noch Rezensorinnen für die Hebammenzeitschrift suchte. Super! Ich liebe Bücher, das Schreiben und Lesen. So war das der erste Schritt Richtung Zusammenarbeit mit der Redaktion. Der zweite folgte nach der Rückkehr in die Schweiz 2002, als neue Mitglieder für die Redaktionskommission (heute Redaktio-

neller Beirat) gesucht wurden und ich freudig die Gelegenheit beim Schopfe packte. Die Mitarbeit in der Kommissionsgruppe war spannend und interessant und unsere Treffen mit den Kolleginnen aus der Romandie inspirierend. Wir konnten in den Sitzungen spontan und aktiv neue Einsichten und Ideen für die Redaktorinnen einbringen und waren Mitdenkerinnen, Mitschreiberinnen und im kreativen Prozess dabei. Mein Mandat ab 2005 als SHV-Delegierte bei ICM (International Confederation of Midwives) und EMA (European Midwives Association) führte zum «Unterwegs-sein», physisch und gedanklich, während 6 Jahren. Ich wurde beschenkt mit neuen Einsichten und erweiterte mein Verständnis über die Berufspolitik und der Hebammensituation weltweit. Diese Einblicke fanden auch in kleinen und grösseren Artikeln ihren Platz in der «Hebamme.ch».



Es ist mir ein Anliegen über die Landesgrenze hinauszuschauen und damit den Fokus auf das was hier ist zu weiten. Wir lernen schätzen, was wir haben, nicht darum, weil es immer so war, sondern weil wir erkennen, wie und warum es entstanden ist und wie wir es einordnen können.

Nun habe ich mich entschlossen, meinen Weg zu verändern und mich von dieser tollen Arbeit zu verabschieden. Alles hat seine Zeit. Ich finde es gut, dass andere Kolleginnen die Chance ergreifen, im Redaktionsbeirat weiterzumachen und zusammen mit Wolfgang Wettstein und Josianne Bodart unsere Zeitschrift beleben und neu entwickeln zu helfen. Dazu wünsche ich allen viel Freude und Befriedigung.

Zuzka Hofstetter

Neutra-Medica

Der verlässliche Versicherungspartner im Medizinalbereich

Jede Berufsgattung ist anders, besonders in Versicherungsfragen. Um den versicherungstechnischen Ansprüchen der medizinischen und paramedizinischen Berufsgruppen gerecht zu werden, hat die Neutrass Versicherungs-Partner AG mit Sitz in Rotkreuz vor über 10 Jahren den Verein Neutra-Medica gegründet. Seit Beginn können die Vereinsmitglieder im Privat- und Geschäftsbereich von attraktiven Rahmenverträgen profitieren. Dabei wird nebst den günstigen Tarifen auch sehr genau auf die passende Versicherungsdeckung geachtet. Denn jede Versicherung ist nur gut, wenn sie auch zu den Bedürfnissen des Kunden passt! Dank unserem nationalen Netzwerk an qualifizierten Neutra-Medica-Beratern können Versicherungs- und Vorsorgelösungen beim Kunden vor Ort besprochen und ausgearbeitet werden. Denn nur wer seine Kunden kennt,

kann Ihnen auch die richtigen Empfehlungen abgeben. Ist die passende Lösung für das Vereinsmitglied gefunden, bietet das Neutra-Medica-Team den Vereinsmitgliedern zusätzlichen Support. Ob Unterstützung im Schadenfall oder Support bei der Versicherungsadministration, wir helfen gerne weiter.

Lassen Sie sich die Vorteile der Mitgliedschaft Neutra-Medica nicht entgehen und fordern Sie noch heute Ihr persönliches Angebot an. Besuchen Sie unsere Homepage www.neutra-medica.ch und bestellen Sie bequem von zu Hause aus Ihre Offerte oder finden die Kontaktangaben zu Ihrem nächstgelegenen Neutra-Medica-Berater!

Neutra-Medica – eine Mitgliedschaft, die sich lohnt!



**neutra-medica, c/o neutrass
versicherungs-partner ag**
schöngrund 26, 6343 rotkreuz
tel. 041 799 80 50
info@neutra-medica.ch
www.neutra-medica.ch



Natürliches Eisen

Eisen-Rasayana – Nahrungsergänzung mit Eisen, indischen Früchten und Kräutern

Eisen, eines der wichtigsten Spurenelemente ist unter anderem verantwortlich für:

- Sauerstofftransport und Sauerstoffaufnahme
- Zellfunktionen und Energiestoffwechsel

Erhöhter Eisenbedarf:

- Schwangerschaft
- Geburt
- Stillzeit

Um den erhöhten Bedarf von Eisen zu decken empfiehlt der **Ayurveda** (Wissen vom langen und gesunden Leben) neben einer ausgewogenen und abwechslungsreichen Nahrung entsprechende Kräuter und natürliche mineralhaltige Nahrungsergänzungsmittel.

Eisen-Rasayana

- ist 100% natürlich
- ist sehr gut verträglich
- wird optimal vom Körper aufgenommen, da es Amalaki Frucht (natürliches Vitamin C) enthält

1 Kräuter-Tablette enthält 7 mg Eisen, 60 Tabletten pro Packung.

Eisen-Rasayana erhalten Sie bei:
AyurVeda AG
Dorfstrasse 71, 6377 Seelisberg,
Tel. 041 820 55 44
www.eisen-rasayana.ch



medela

Bahnbrechende wissenschaftliche Entdeckungen zeigen der Still- und Laktationsforschung neue Wege auf

Bei Medela's 7. Internationalem Still- und Laktationssymposium am 20. und 21. April in Wien präsentierte ein internationales Expertengremium bahnbrechende Entdeckungen. Diese neuen Forschungserkenntnisse zeigen, dass Muttermilch einzigartige Fähigkeiten besitzt. Ausserdem sollen die Entdeckungen dazu beitragen, stillende Mütter und ihre Säuglinge in der Praxis bestmöglich zu unterstützen.

Eine dieser neuen Forschungserkenntnisse hat Dr. Foteini Hassioutou, eine PhD Studentin des Teams der Hartman Human Lactation Group an der University of Western Australia (UWA), entdeckt. Sie beweist erstmals, dass Muttermilch-Stammzellen in der Lage sind sich in andere körpereigene Zelltypen wie Knochen-, Fett-, Leber- und Gehirnzellen zu verwandeln. Ethische Barrieren der embryonischen Stammzellenforschung könnten somit schon bald der Vergangenheit angehören.

Dr. Leon Mitoulas, Head of Research bei der Medela AG, fasst das Symposium folgendermassen zusammen: «Beim diesjährigen Still- und Laktationssymposium wurden bahnbrechende

Forschungsergebnisse präsentiert, die weit über tagesaktuelle Themen hinausgehen. Medela ist als langjähriger Unterstützer der Laktationsforschung stolz darauf, ein Teil dieser wissenschaftlichen Reise zu sein. Es ist uns ein besonderes Anliegen sowohl Familien als auch Fachpersonal beim Thema Stillen und Laktation erfolgreich zur Seite zu stehen».

Informationen zum Symposium und den wissenschaftlichen Entdeckungen sowie rund ums Stillen finden Sie unter www.medela.ch.

Die anerkannte Hebammen-Fortbildung
für den deutschsprachigen Raum!

Das Kombi-Congress-Event 2013

Mannheim
... da bin ich dabei!



Internationaler Congress

Geburtshilfe im Dialog

>> **Oh, schon weg?**
„Ja, auch Ihre Kollegin will nach
Mannheim!“

Kein Problem.

konsensuell, integrativ – innovativ

Integrative Geburtshilfe in Klinik & Praxis

Bitte fordern Sie das aktuelle
Congress-Programm 2013
kostenlos an.
Wir senden es Ihnen gerne zu.

Für Hebammen & FrauenärztInnen
und alle in der Geburtshilfe
E-Mail: info@pro-medico-fortbildung.com

oder
Telefon +49 (0) 18 05 - 34 32 32
Fax +49 (0) 18 05 - 34 25 26

www.Geburtshilfe-im-Dialog.de

ReferentInnen

M. Adam; M. Beichert; U. Blume-Pey; C. Bucher; U. Eldering;
L. Fehrenbacher; C. Fehrer; E. Gobel; F. Grack; S. Klein;
S. H. Kahl; M. vd. Kolk; M. Kroll; S. Leu; F. Louwen;
M. Luder; M. Mitterhuber; E. Oberzauchen; M. Oblasser;
U. Petrus; A. Pögemann; M. Pöfner; M. Radl; S. Samerski;
J. Sengschmid; I. Steinhilber; M. Thierling

Sie können das Programm auch im
Internet herunterladen, unter:
www.Geburtshilfe-im-Dialog.de
www.TCM-im-Dialog.de

>> Congress-Programm
>> Congressprogramm-Download



Ihr Forum für den
Dialog in der Chin. Medizin



Ihr Forum für den
Dialog in der Geburtshilfe

Themenstark. Vielfältig. Einzigartig.

1.-2. März 2013

Congress Centrum Mannheim



SANEX®

für Geburt und Säuglingspflege

Gebärwanne GENEROSA®
Gebärbett AVE
Wickeltische
Wickelkommoden
Badewannen
Bettchen
Wärmeschränke
Waschtischabdeckungen



Topol AG Sanitär-Medizintechnik CH-4936 Kleindietwil Tel. 062 923 04 43 Fax 062 923 04 41 info@topol.ch www.topol.ch

Schule für
klassische Homöopathie
Zürich

anspruchsvoll
zeitnehmer
praxisorientiert

Klassische Homöopathie

3-jährige Ausbildung
berufsbegleitend

www.skhz.ch
schule@skhz.ch
041 750 82 24

Femcon-Vaginalkonusen

Beckenboden-Aktivierung post partum:

- wissenschaftlich anerkannte Methode
- Set mit 5 tamponförmigen Konusen
- zur Vorbeugung und Behandlung von weiblicher Harninkontinenz
- als Hilfsmittel zugelassen (Nr. 15.25.19.0001)
- belastet den Etat des Arztes nicht
- Musterset auf Anfrage (medala@medala.de)



weitere Informationen: www.myfemcon.de

Femcon®

MS

Schweizerische
Multiple Sklerose
Gesellschaft

Zeit spenden – Freiwilligenarbeit leisten!

Mit einem Einsatz in einem MS-Gruppenaufenthalt. Herzlichen Dank.



freiwilligenarbeit@multiplesklerose.ch
Telefon 043 444 43 43
www.multiplesklerose.ch

Seminare und Vorträge für Hebammen

...glückliche Mütter - glückliche Kinder

Sommer-Retreat | Säen und ernten werden zu einem Fluss, 08.-11.07.2012, CHF 1.000

Vortrag: Spirituelle Geburtsbegleitung | Traumen auflösen, Kommunikation, Glücklichein, 07.09.2012, 19.30 h, kostenlos

Führung – eine spirituelle Aufgabe | 14./15.09.2012, 9-17 h, CHF 1.400

Ausbildung zur spirituellen Geburtsbegleiterin (14-tägige Ausbildung)

Block 1-4: 10.-12.10.2012 | 15.-18.01.2013 | 16.-19.4.2013 | 03.-05.07.2013, jeweils 9-18 h

Seminar: Das Göttliche im Weiblichen, die weibliche Kraft | 10./11.11.2012, 9-17 h, CHF 540

☺ Wir senden Ihnen gerne ausführliche Informationen zu.

www.spirituellegeburtsbegleitung.com



Innere Kommunikation mit Kindern



SitaMa Zentrum
AUSBILDUNGSZENTRUM AM BODENSEE

Leitung: **Sita Kleinert**
Amriswilerstr. 53a
CH-9314 Steinebrunn

Telefon 0(041)71 / 4 70 04 34
kontakt@sitama-zentrum.ch

Präsidentin/Présidente

Liliane Maury Pasquier, SHV,
Rosenweg 25 C, Postfach,
CH-3000 Bern 23

Sektionen/Sections**Aargau-Solothurn**

Anne Steiner, Waltersburgstr. 16,
5000 Aarau, Tel. 062 822 81 21,
079 455 69 29
annehin@web.de

Daniela Freiermuth-Hari,
Solothurnerstr. 53, 4702 Oensingen,
Tel. 078 625 54 43
danielahari@hotmail.com

Bas-Valais

Daniela Sintado, Rue de Lausanne 24,
1950 Sion, tél. 079 471 41 60
dsintado@bluewin.ch

Isabelle Mabeau, Ch. Des Mûres 27,
1926 Fully, tél. 027 746 36 53
imab61@hotmail.com

Beide Basel (BL/BS)

Doris Strub, Gartenweg 156,
4497 Rütenberg, Tel. 061 983 08 44
d.strub@datacomm.ch

Regina Burkhardt, Ostenbergstr. 3,
4410 Liestal, Tel. 061 322 33 64
gina99ch@yahoo.de

Bern

Marianne Haueter, Gotthelfstr. 14,
3013 Bern, Tel. 031 333 58 73
shv-sektionbern@bluewin.ch

Fribourg

Daniela Vetter, Rte des Muguets 3,
1484 Aumont, tél. 026 660 12 34
fssf_fr@hotmail.com

Genève

Béatrice Van der Schueren,
13, chemin du Signal, 1233 Bernex
tél. 022 757 29 10, 079 328 86 77
beavds@bluewin.ch ou
fssf.ge@bluewin.ch

Oberwallis

Ruth Karlen, Mühlerackerstr. 26a,
3930 Visp, Tel. 027 945 15 56
ruthkarlen@gmx.ch

Priska Andenmatten, Weingartenweg 4,
3930 Visp, Tel. 027 946 29 88
u.hildbrand@bluewin.ch

Ostschweiz

(SG/TG/AR/AI/GR)
Madeleine Grüniger, Weidenhofstr. 3,
9323 Steinach, Tel. 071 440 18 88,
079 238 40 78
grueningermadeleine@bluemail.ch

Schwyz

Christine Fässler-Kamm, Chappelhof 26,
8863 Büttikon, Tel. 055 445 21 54,
079 733 18 48
christinessler@bluewin.ch

Marie-Gabrielle von Weber, Urenmatt,
6432 Rickenbach, Tel. 041 811 13 26,
079 516 08 59
mgvonweber@pop.agri.ch

Ticino

Federazione Svizzera delle Levatrici
Sezione Ticino c/o Claudia Berta,
6746 Lavorgo
fsl.ti@hotmail.com

Vaud-Neuchâtel-Jura (VD/NE/JU)

Fabienne Rime, Route du Martoret 5,
1870 Monthey, tél. 079 654 64 71
f.rime@bluemail.ch

Zentralschweiz

(LU/NW/OW/UR/ZG)
Esther Waser-Christen, Melchtalerstr. 31,
Postfach 438, 6064 Kern
Tel. 041 661 09 93
ester-waser@gmx.ch

Susanne Leu, Untere Gründlistrasse 20,
6055 Alpnach, Tel. 071 440 25 14
susanne.leu@swissonline.ch

Zürich und Umgebung (ZH/GL/SH)

Stephanie Hochuli,
Köschenrütistrasse 95, 8052 Zürich
Tel. 079 711 80 32
stephanie.hochuli@shinternet.ch

An der Sitzung vom 4. April 2012 hat der SHV-Zentralvorstand ...

- entschieden, alle Fachhochschulen an die Konferenz der Leitenden Hebammen vom 28. August 2012 in Bern einzuladen
- entschieden, die Mitglieder der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-S) im Vorfeld der Abstimmung zum Epidemien-gesetz vom 16. April 2012 anzuschreiben, um sie auf das geplante Impfblogatorium aufmerksam zu machen, das aus Sicht des SHV problematisch ist
- mit Marianne Indergand-Erni und Yvonne Meyer-Leu einen ZV-Ausschuss gebildet, der sich mit Unklarheiten in der Statistik der frei praktizierenden Hebammen befasst
- die Anträge, welche zuhanden der Delegiertenversammlung 2012 eingegangen sind, diskutiert und seine Position dazu formuliert

- entschieden, der Delegiertenversammlung 2012 die Firma Dr. Röthlisberger AG von Bern als Revisionsstelle vorzuschlagen
- die Kommunikation zu den möglichen Auswirkungen der DRG, die Anfang 2012 eingeführt wurden, diskutiert
- beschlossen, mit der HSK-Verhandlungsgruppe¹ in Tarifverhandlungen zu treten. Nachdem die Arbeitsgruppe Positionspapier Tarifvertrag definiert hat, welche Fachkräfte in der Verhandlungsdelegation vertreten sein müssen, wird die Mitarbeit in der Verhandlungsdelegation im Mai 2012 SHV-intern ausgeschrieben
- die Medienmitteilung zum Internationalen Hebammentag am 5. Mai 2012 verabschiedet
- die Stellungnahme zum Positionspapier der Interessengruppe für Advanced Nursing

- Practice (SwissANP) verabschiedet
- die Stellungnahme zum Entwurf des Bundesgesetzes über die Weiterbildung verabschiedet
- entschieden, die Resolution zu 10 Jahren Fristenregelung vom 2. Juni 2012 «Wir tolerieren keine Rückschritte» zu unterstützen
- entschieden, weiterhin Mitglied des Schweizerischen Verbands der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen (SVBG) zu bleiben und Susanne Clauss seitens des SHV in den Vorstand zu delegieren.

Liliane Maury Pasquier,
Präsidentin SHV

Lors de sa séance du 4 avril 2012, le Comité central de la FSSF a ...

- décidé d'inviter toutes les HES à la conférence des sages-femmes cheffes du 28 août 2012 à Berne.
- décidé de contacter les membres de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (CSSS-E) en vue du vote sur la Loi sur les épidémies du 16 avril 2012, afin de les rendre attentifs à l'obligation de vaccination prévue qui, selon la FSSF, pose problème.
- constitué un sous-groupe, composé de Marianne Indergand-Erni et d'Yvonne Meyer-Leu, qui s'occupera de clarifier certains points de la statistique des sages-femmes indépendantes.
- examiné les propositions reçues à l'intention de l'Assemblée des déléguées 2012, sur lesquelles il a pris position.

- décidé de proposer à l'Assemblée des déléguées 2012 l'entreprise Dr. Röthlisberger SA de Berne comme organe de révision.
- discuté de la communication à adopter sur les conséquences possibles des DRG, introduits début 2012.
- décidé d'entamer des négociations tarifaires avec le groupe HSK¹. Lorsque le groupe de travail «Prise de position sur la convention tarifaire» aura défini quelles compétences devront être présentes dans la délégation qui négociera, l'appel à candidatures sera ouvert au sein de la FSSF en mai 2012.
- approuvé le communiqué de presse sur la Journée internationale des sages-femmes du 5 mai 2012.

- adopté un avis sur la prise de position du groupement d'intérêts Advanced Nursing Practice (SwissANP).
- adopté la prise de position sur le projet de Loi fédérale sur la formation continue.
- décidé de soutenir la résolution du 2 juin 2012 «Pas de retour en arrière» à l'occasion des 10 ans du régime du délai.
- décidé de rester membre de la Fédération suisse des associations professionnelles du domaine de la santé (FSAS) et d'y déléguer Susanne Clauss au comité en tant que représentante de la FSSF.

Liliane Maury Pasquier,
Présidente de la FSSF

¹ Helsana Assurances SA, Sanitas Assurances SA et KPT/CPT Assurances SA

Verbandsnachrichten/Nouvelles de la Fédération

Neu im SHV-Shop



Hochwertige Tasche aus LKW-Plane
 Masse: B 37 x H 29 x T 13 cm
 Farbe schwarz matt mit Aufdruck der Website
 in den Farben orange oder grün (beide Farben in Deutsch,
 Französisch und Italienisch)

Ausstattung

- Hauptfach mit Organizer-Elementen
- Flaches Einsteckfach innen
- Bequemer Schultergurt
- Grosser Überschlag mit Klettverschluss
- Notebookmodul

Verkaufspreis CHF 72.– zuzüglich Versandkosten
 (Verpackung und Porto), inkl. MWST.



Nouveau dans la boutique de la FSSF



Etui de qualité en bâche de camion
 Dimensions: largeur 37 x hauteur 29 x profondeur 13 cm
 De couleur noire mate avec impression du site internet
 dans les couleurs orange ou vert
 (les deux couleurs en allemand, français et italien).

Equipement

- compartiment principal avec éléments de rangement
- pochette plate à l'intérieur
- sangle d'épaule commode
- grand rabat avec fermeture velcro
- poche pour PC portable

Prix de vente CHF 72.– plus frais d'envoi
 (emballage et port), TVA incluse.



Erste Hilfe für Menschen mit letzter Hoffnung.



Postfach, 8032 Zürich
 Tel. 044 385 94 44, Fax 044 385 94 45
 www.msf.ch, kontakt@zurich.msf.org
 PK 12-100-2



Ja, ich möchte mehr über die Arbeit von Médecins Sans Frontières
 erfahren. Bitte senden Sie mir:

Jahresbericht Spendeunterlagen

Name/Vorname _____ Strasse _____

PLZ/Ort _____ E-Mail _____

Sektionsnachrichten/Communications des sections

**Aargau –
Solothurn**

078 625 54 43
062 822 81 21

Neumitglieder

Bichsel Rahel, Kriegstetten;
Stadelmann Veronica, Kölliken;
Studentinnen an der BFH

Fribourg

026 660 12 34

Nouveau membre

Baechler Meloni Laure, Bulle,
2004, Genève

Schwyz

055 445 21 54
041 811 13 26

Neumitglied

Zehnder Sabrina, Rothenthurm,
2010, St. Gallen

Beide Basel BL/BS

061 983 08 44
061 322 33 64

Neumitglied

Hagermann Brigitte, Dornach,
1978, Erlangen D

**Vaud – Neuchâtel –
Jura**

021 903 38 57
021 653 86 32

Nouveau membre

Affane Melissa, Orbe, 2009,
Lausanne

**Zürich und
Umgebung**

079 711 80 32

Neumitglied

Bisig Danielle, Samstagen,
2011, St. Gallen

**«Fachgruppe freiberufliche
Hebamme» Sektion Zürich**

Fortbildung

**Neueinstieg in die
Freiberuflichkeit**

Es werden die wichtigsten
Informationen für die Tätig-
keit als freiberufliche Heb-
amme vermittelt. Sie erhal-
ten die Gelegenheit sich
mit erfahrenen Hebammen,
welche freiberuflich arbei-
ten, auszutauschen und ge-
winnen in zentralen Themen
mehr Sicherheit.

Datum:

**19.09.2012 von 8.30 bis
21.09.2012 um 16.00 Uhr**

Besuch halber Tage möglich.
Kosten: CHF 110.– bis 550.–
Ort: Zürich

Detaillierte Informationen:
Rebekka Suter
076 733 73 24
akkeber_ch@yahoo.de
Andrea Schiess
079 616 85 30
andreaschiess@gmx.ch

Open Space-Veranstaltung der Sektion AG/SO

Am 26. April 2012 fand in Aarau eine Open Space-Veranstaltung unter dem Motto «Wagen statt klagen – gemeinsam statt einsam» statt. Es trafen sich insgesamt 46 Hebammen zum regen Austausch über verschiedene, aktuelle Anliegen in der Berufstätigkeit als Hebamme. Unter der Begleitung von Catherine Pfähler entwickelten sich viele gute Inputs und Ideen, um weitere Projekte zu starten.

Diese gute Energie der Open Space möchten wir in Form eines Nachtreffens im Rahmen der nächsten fpH-Sitzung vom 21. Juni 2012 im Restaurant Einstein in Aarau nutzen und vertiefen. Somit kommen wir dem Wunsch der Hebammen nach, konkrete Arbeitsgruppen zu bilden und an den akuten Themen dran zu bleiben.

Tanja Fögele und Erika Rusterholz RingleRessort fpH, Sektion AG/SO

Rikepa Demo

Ab 148€

Alles für die Hebamme!!!
Mit super Angeboten inkl. Preis und
Qualitätsgarantie in den Bereichen:

..Lehrmaterial:
Anatomie, Schwangerschaft, Geburt,
Neugeborene, Stillen, Matten, etc..

..Praxisbedarf:
Doppler, CTGs, Diagnostik, Notfall,
Instrumente, Waagen, Taschen, etc..

..Simulatoren:
Schwangerschaft, Geburtshilfe,
Krankenpflege, Reanimation, etc..

Ab 129€

Ab 229€

Ab 179€

Ab 1139€

Ab 789€

Odenwaldring 18a,
64747 Breuberg
E-mail: rikepademo@gmail.com
Tel: +49 06165-912204 Fax: 912205
www.rikepademo.de

*Termine und Kurse
immer aktuell
online!*

PRO MEDICO

Medizinische Fortbildungsgesellschaft
Deutschland | Österreich | Schweiz

GRUND-AUSBILDUNG AKUPUNKTUR & CHINESISCHE MEDIZIN
NACH DEN RICHTLINIENVORGABEN DES SHV

TCM-VOLLAUSBILDUNG MASTER OF ACUPUNCTURE

TCM-SONDERKURSE
z.B. AKUTAPING, ERNÄHRUNGSLEHRE, QIGONG, QZ U.A.

SHONISHIN & BABYSHIATSU, SHIATSU, GEBH. HYPNOTHERAPIE

... für Hebammen seit 20 Jahren die Nummer 1 in der Ausbildung von
Akupunktur & Chinesischer Medizin im deutschsprachigen Raum.

- Ausbildungszyklus und Kurse entsprechen den SHV-Ausbildungsempfehlungen!
- **Freiburg** – nah an der Schweiz, unser Kursort für die Schweiz.
- **Sie vermissen eine Fortbildung in Ihrer Nähe?**
Laden Sie uns ein in ihre Praxis, Klinik oder Institution. Gemeinsam organisieren
wir die gewünschte Fortbildung vor Ort! – Fragen Sie uns!

„Ihr Weg“ zur Buchung **www** >> **Fortbildung buchen** >> **Hebammen** >> **Gesamtübersicht**

www.Pro-Medico-Fortbildung.com

INFO-HOTLINE: +49 (0) 18 05. 34 32 32



Kursorganisation

Bildungsbeauftragte Deutschschweiz: **Marianne Luder-Jufer**,
Huttwilstrasse 55, 4932 Lotzwil, Telefon 062 922 15 45, E-Mail: m.luder@hebamme.ch
Anmeldungen für SHV-Kurse: Schriftlich an die SHV-Geschäftsstelle in Bern.
Sie finden das Kursprogramm unter: **www.hebamme.ch**

Kurs Nr. 34/35 2012 und Nr. 44 2013

Bewegung in der Geburtshilfe professionell eingesetzt

Der Berufsalltag fordert uns, wir suchen nach neuen Handlungsmöglichkeiten. MH-Kinaesthetics ist ein Bewegungskonzept, mit dem alle Situationen detailliert analysiert und individuell angepasst werden können. Es geht um ein Erfahren von Bewegung im eigenen Körper, um dann das Gelernte für die Schwangere, die Gebärende und das Kind in der

jeweiligen Situation anzupassen. Das Anliegen ist, Bewegung als Schlüsselfunktion zu erfahren aus der sich aktives und selbstbestimmtes «Eltern werden» ergibt. Darüber hinaus ermöglicht MH-Kinaesthetics eine gezielte Analyse, um die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu fördern und Rückenschmerzen

vorzubeugen. Während im Grundkurs der Fokus auf die Einführung mit dem Blick auf den eigenen Körper und der Physiologie liegt, geht es im Aufbaukurs um ein vertieftes Verständnis und die Anwendung bei pathologischen Verläufen (Frauen mit PDA, Einstellungsanomalien, Wehenschwächen, Stillproblemen, usw.)

Der zertifizierte Anwenderkurs befähigt Fachthemen wie Schmerzen, vaginal-operative Geburten, rückschonendes Arbeiten u.a. selbst zu bearbeiten.

*Susanne Diessner,
Dozentin*

Zusatzangebot: Weiterbildung Fachmodul «Geburtsvorbereitung»

Aufgrund der grossen Nachfrage habe ich mich entschlossen das Fachmodul «Geburtsvorbereitung» in diesem Jahr als Wiederholungsangebot zu organisieren und es Interessentinnen zu ermöglichen dieses Ende 2013 abzuschliessen. Die Daten findet ihr auf der Website www.hebamme.ch.

Marianne Luder, Bildungsbeauftragte SHV

Herzlichen Glückwunsch!

Ende April 2012 haben zwölf Hebammen das Fachmodul «Rückbildungsgymnastik/Beckenbodenarbeit» mit Erfolg abgeschlossen. Die Zeit nach der Geburt erfordert von einer Mutter eine grosse physische und psychische Anpassung an die neue Situation. Die Hebamme leistet durch das Erteilen von Rückbildungskursen einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheitsförderung. Sie erkennt welche Themen in einem Kurs relevant sind und kann geeignete Interventionen daraus ableiten. In der Rückbildungsgymnastik setzen die Frauen sich mit ihrem neuen Körperbild auseinander und erkennen eigene Ressourcen, um sich in der neuen Rolle als Mutter zurechtzufinden.

Ich wünsche den Absolventinnen des Fachmoduls Rückbildungsgymnastik/Beckenbodenarbeit viele gute Begegnungen, Zufriedenheit und Erfolg in der neuen Aufgabe als Kursleiterin.

*Marianne Luder,
Bildungsbeauftragte SHV*



Hinterer Reihe von links nach rechts stehend: Susanne Leu, Ariane Bürkli, Pia Arthur, Anna Flükiger, Michèle Anklin, Ursula Bischofberger, Madeleine Fallegger, Gabriela Chiappini. Vordere Reihe sitzend: Angela Buschor-Steiner, Christine Lüönd, Helga Rovina, Susanne Nussbaumer



Organisation des cours de la FSSF

Chargée de la formation la Suisse romande et le Tessin, **Valentine Jaquier-Roduner**,
Rte de Fribourg 3, 1740 Neyruz, tél. 026 477 05 76, e-mail: v.jaquier@sage-femme.ch
Inscriptions aux cours de la FSSF: Secrétariat central de la FSSF à Berne, par écrit
Vous trouverez le programme complet des cours sur www.sage-femme.ch

Nouvelle formation hors brochure

1^{ère} Journée de formation romande d'orientation anthroposophique pour les sages-femmes organisée conjointement avec Weleda.

Weleda offre, au travers de sa riche palette de remèdes et de produits cosmétiques d'orientation anthroposophique, de nombreuses possibilités d'accompagnement durant la grossesse et l'accouchement. Le thème de la journée tournera autour du choix de 3 plantes, sorties du trésor de la pharmacie anthroposophique et couvrant des domaines d'application chez la femme durant la grossesse, pendant l'allaitement ainsi qu'au nouveau-né et à l'enfant. Peut-être connaissez-vous déjà au travers de votre pratique quotidienne quelques produits et souhaitez-vous en savoir un peu plus à leur sujet.

But de la journée

Permettre au public cible une première approche globale des remèdes Weleda.

Objectifs

Acquérir des connaissances de base pour proposer aux futures mamans et mettre en œuvre dans la pratique quotidienne des alternatives de médecines complémentaires de haute qualité.

Contenu

De la naissance à l'âge adulte	Relation mère-enfant	Introduction à la tri-partition De la conception à la naissance De la 1 ^{ère} à la 4 ^{ème} semaine
Pratique quotidienne de la sage-femme		Plaintes-Symptômes – Diagnostic
Bryophyllum		
Particularités botaniques	Indications et applications	Mise en pratique quotidienne
Calendula		
Particularités botaniques	Indications et applications	Mise en pratique quotidienne
Mercurialis		
Particularités botaniques	Indications et applications	Mise en pratique quotidienne

Intervenants

Dr. Kaspar H. Jaggi, médecin généraliste et d'orientation anthroposophique. Cabinet médical à Jegenstorf BE, Collaborateur du service médical chez Weleda SA, Arlesheim. *Evelyne Moreillon-Delachaux*, sage-femme indépendante, Maison de naissance La Grange Rouge, 1274 Grens. *Marco Giudici*, droguiste diplômé, Délégué médical Suisse romande, Formation Suisse romande

Dates: Jeudi 6 Septembre 2012 de 09h00 à 17h30

Lieu: Hôtel-Restaurant Préalpina, Route de Chardonne 35, 1071 Chexbres. (www.prealpina.ch)

Coût: CHF 150.– TVA incluse. (Documentation, repas et collations compris)

Délai d'inscription: 20 août 2012

Modalités

- Inscription:** Votre inscription sera confirmée après le délai d'inscription fixé au 20 août 2012. Vous recevrez dans le même temps toutes les informations nécessaires ainsi que la facture.
Inscription possible par fax: 021 887 66 15 ou par e-mail: mgiudici@weleda.ch en indiquant votre nom, prénom, adresse, numéro de téléphone, adresse mail et profession.
- Organisation:** les séminaires sont mis en place pour un minimum de 15 participants.
- Coûts du séminaire:** ils sont indiqués dans la description du cours. Avec votre inscription, vous vous engagez à virer le montant des frais de participation dans un délai de *10 jours avant la date du séminaire*. Les collations et les documents distribués pendant le cours sont compris dans le prix.
- Désistement:** Les désistements sont possibles, sans frais, jusqu'à la date de clôture des inscriptions. Au-delà de cette date, les absences au séminaire ou les départs anticipés ne seront pas remboursés. En cas d'annulation, vous pouvez vous faire remplacer par une personne.

Personne de contact pour la Suisse romande: Marco Giudici, tél. 079 292 95 60, e-mail: mgiudici@weleda.ch

Formation organisée par Weleda en collaboration avec la FSSF

» Schwangerschaft und Psyche «
7. | 8. September 2012
Festspielhaus Bregenz

Bodenseedialoge 2012

4-Länder-Fachtagung
zu interdisziplinären Fragen
der Frauenheilkunde

Eine Initiative von schwanger.li

Programm und Anmeldung unter
www.bodenseedialoge.li

unterstützt durch

**gynécologie
suisse**

OEGGG

EG

BREGENZ

Vorarlberg
Vorarlberg

atelier.stecher



rajoton^{plus}
alkoholfrei

- **Stärkungsmittel mit langjähriger Tradition, zur erfolgreichen Unterstützung während der Schwangerschaft und in der Stillzeit**
- **reich an Eisen, Kalzium, Magnesium und Vitamin C**
- **mit ausgesuchten Kräuterextrakten**

rajoton^{plus}
alkoholfrei

Bitte senden Sie mir mehr Informationen:

Name:

Strasse:

PLZ/Ort:

Beruf:



Kräuterhaus Keller Herboristerie
1227 Carouge-Genève
Tel. 022 300 17 34, Fax 022 300 36 79



Haptonomie
Science de l'Affectivité

Centre international de recherche et développement de l'haptonomie
CIRDH

Association Suisse
Des professionnels de la santé formés à
l'haptonomie
www.hapto.ch

Der Schweizerische Verband in Haptonomie ausgebildeten
medizinischen Fachpersonen organisiert eine

Grundausbildung in prä- und postnataler haptonomischer Eltern-Kind-Begleitung

Die haptonomische Eltern-Kind-Begleitung unterstützt
die Beziehung der werdenden Eltern zum ungeboren Kind.

Sie bereitet die Eltern optimal auf die Geburt vor,
nach der Geburt unterstützt sie die physische und psychische
Entwicklung des Kindes.

Zur Ausbildung zugelassen sind:

Hebammen, Geburtshelferinnen/Geburtshelfer,
Kinderärztinnen/Kinderärzte

Die Ausbildung richtet sich nach den Erkenntnissen von
Frans Veldmann (1921–2010), dem Gründer der Haptonomie.

Sie umfasst drei Basis-Seminare zu je vier Tagen.

Anschliessend kann die eigentliche Ausbildung in der
prä- und postnataler Eltern-Kind-Begleitung begonnen werden.

Daten Basisseminare:

8. bis 11. November 2012

23. bis 26. Mai 2013

3. bis 6. Oktober 2013

Nähere Auskünfte erhalten Sie unter:

- Mail: le_petit_prince_naissance@bluewin.ch
- oder Telefon +41 79 286 63 42

Blühen Sie auf.



Entscheide Dich für Dich.

Suchst du neue Perspektiven für die Zukunft, möchtest du deine Neigungen und Talente zu deinem Beruf machen? Dann bist du bei uns richtig. Bodyfeet ist die führende Schule für Naturheilkunde und manuelle Therapien und bietet über 70 verschiedene Aus- und Weiterbildungskurse an. Bestelle jetzt das vollständige Ausbildungsprogramm 2012 oder besuche unsere Website.



Die Fachschule für Naturheilkunde
und manuelle Therapie.

Der Weg, der zu Dir passt.

In Thun, Aarau und Rapperswil.
mail@bodyfeet.ch, www.bodyfeet.ch



SRS



Lit parc



Matelas air

Moyens auxiliaires, équipement bébé & nourrisson



Moniteur respiratoire



Surveillance - Sécurité

Tél. 021 801 46 61 • www.srssa.ch

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften

zhaw

Gesundheit Institut für Hebammen

Modul «Geburtsbetreuung durch die Hebamme»

Die Rollen der Hebamme während der Geburtsbetreuung stehen im Fokus dieses Moduls. Weitere Aspekte bilden die hebammengeleitete Geburt, die Abgrenzung von Physiologie und Pathophysiologie, die Relevanz des CTGs im Geburtsverlauf sowie die Beratung der Frau und ihrer Familie. Der Inhalt richtet sich sowohl an freiberuflich als auch in Kliniken arbeitende Hebammen.

Das Modul ist einzeln oder als Teil des CAS «Hebammenkompetenzen vertiefen – hebammenzentriertes Arbeiten stärken» absolvierbar.

Kursblöcke I-III: Mi/Do/Fr, 26.-28.9.2012 Mi/Do/Fr, 24.-26.10.2012 Mo/Di, 26.+27.11.2012

Anmeldung und Info: www.gesundheit.zhaw.ch oder bei Regula Hauser, Leiterin Weiterbildung, 058 934 64 76, regula.hauser@zhaw.ch



Zürcher Fachhochschule

Nouveau rapport OMS-Europe

Les adolescents ne sont pas égaux sur le plan de la santé

Selon un nouveau rapport concernant l'enquête sur le comportement des jeunes d'âge scolaire en matière de santé (HBSC) publié par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, beaucoup de jeunes de la Région européenne de l'OMS et d'Amérique du Nord ne sont pas en aussi bonne santé qu'ils pourraient l'être, et ce en raison d'inégalités largement répandues.

Ce rapport donne les résultats de l'enquête HBSC de 2009/2010, couvrant 39 pays et régions de la Région européenne et d'Amérique du Nord. Dans le cadre de cette enquête, des informations ont été recueillies auprès d'adolescents de 11, 13 et 15 ans sur des thèmes en rapport avec leur santé et leur bien-être, leur environnement social et leur comportement.

Différences entre pays

Les taux de surcharge pondérale et d'obésité pour les filles âgées de 11 ans se situent entre 20% au Portugal et 30% aux États-Unis d'Amérique, mais 5% seulement en Suisse. Les taux de tabagisme, quoique relativement similaires à l'âge de 11 ans (sous les 1%), varient énormément d'un pays à l'autre à l'âge de 15 ans: plus de 25% en Autriche et en Lituanie, mais 10% en Norvège et au Portugal, ce qui laisse à penser que le contexte socio-environnemental peut être modifié en faveur d'un meilleur état de santé chez les jeunes.

Effets à long terme

Les inégalités en matière de santé apparaissent ou s'aggravent pendant l'adolescence, et

peuvent se traduire par des inégalités durables à l'âge adulte si, par exemple, les résultats scolaires sont décevants. L'adolescence est, de toute évidence, une étape clé pour la santé mentale, surtout chez les filles. Le degré de satisfaction de ces dernières par rapport à leur vie diminue entre 11 et 15 ans. En outre, les comportements dommageables pour la santé s'intensifient pendant l'adolescence. Entre 11 et 15 ans, la proportion moyenne de jeunes qui signalent fumer et boire toutes les semaines augmente de 17%.

Beaucoup de ces jeunes fumeurs garderont cette habitude pendant toute leur vie adulte. De même, une activité sexuelle précoce est un important indicateur préfigurant une santé sexuelle médiocre à l'âge adulte, de même que d'autres comportements à risque à l'adolescence. Ce rapport révèle qu'en moyenne, 26% des jeunes de 15 ans ont une vie sexuelle. Par ailleurs, les comportements sains, comme par exemple déjeuner et manger des fruits, sont en recul.

**Différences entre les sexes**

Les garçons et les filles présentent différents types de comportements sains et malsains, notamment à l'âge de 15 ans. Ainsi, les filles s'inquiètent davantage de leur poids et de

leur régime, mais sont moins susceptibles d'être en surpoids que les garçons. Dans l'ensemble, quelque 40% des filles de 15 ans signalent être insatisfaites de leur corps, et 22% font un régime, quoiqu'à peine 10% soient réellement en surpoids.

Degré de richesse de la famille

Sans surprise, les familles plus riches ont un style de vie plus sain: plus haut niveau de consommation de fruits et de déjeuners, ainsi qu'une plus grande activité physique. Il existe un lien entre la richesse et une meilleure communication avec les parents, un soutien plus ferme de la part des condisciples et un nombre plus élevé d'amis proches, ainsi qu'une meilleure santé mentale. Le tableau est plus complexe en ce qui concerne les comportements à risque.

Dans beaucoup de pays et de régions, le degré de richesse de la famille a moins d'importance sur la consommation de tabac et d'alcool; d'autres facteurs sociaux – tels que l'influence des camarades – peuvent être plus déterminants. En outre, les traumatismes augmentent avec le degré de richesse de la famille.

Facteurs protecteurs

Le soutien de la famille et des condisciples protège les jeunes des influences négatives; ceux qui signalent avoir une bonne communication avec leurs parents sont plus susceptibles de déclarer qu'ils sont en bonne santé. Le fait d'avoir des amis proches et de bénéficier du soutien de ses camarades est aussi un paramètre qui préfigure souvent un bon état de santé. Plus les jeunes sont soutenus, plus ils sont susceptibles de se déclarer en bonne santé.

En savoir plus: Déterminants sociaux de la santé et du bien-être chez les jeunes. Enquête sur le comportement des jeunes d'âge scolaire en matière de santé (HBSC): Rapport international sur l'étude de 2009/2010. OMS/Europe, 2012: Politique de santé pour les enfants et adolescents, n° 6, 252 p.

Texte en anglais «Social determinants of health and well-being among young people», téléchargeable depuis le site: www.euro.who.int > what we publish

Phase de dilatation

Plus longue qu'il y a 50 ans

Des chercheurs américaine ont comparé les données obstétricales des années 1959–1966 (n = 39 491) avec celles des années 2002–2008 (n = 98 359). N'ont pas été inclus: les accouchements déclenchés et les naissances multiples.

Il en résulte que la phase de dilatation dure à présent 2,6

heures de plus pour une primipare et 2 heures de plus pour une multipare.

Ces différences peuvent en partie s'expliquer par:

- L'âge de parturientes – 26,8 ans au lieu de 24,1 ans
- Leur poids – BMI 29.9 au lieu de 26.3

- Le poids des nouveau-nés – également plus lourd
- Le recours à la péridurale qui allonge de 40 à 90 minutes la phase de dilatation – utilisée aujourd'hui dans 55% des cas au lieu de 4% dans les années 1960
- Le recours à l'ocytocine – 31% au lieu de 12%

- Le recours à la césarienne – 12% au lieu de 3%
- Les standards présents dans la tête des médecins qui sont probablement tout différents.

Source: Laughon, Katherine et al. Changes in labor patterns over 50 years. In: American Journal of Obstetrics and Gynecology (2012), doi: 10.1016/j.ajog.2012.03.003.

Genève, 11 juillet 2012

Midwifery Module

Le «World Congress for the International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP)» se tiendra à Genève du 9 au 12 juillet 2012.

Dans le cadre de ce congrès médical, les filières de formation sage-femme des HES romandes (HES-SO) et de Berne (BFH) associées à des professionnelles de terrain ont élaboré un programme (Midwifery Module) qui cible plus particulièrement les sages-femmes. Des interven-

nants de renom y présenteront les dernières connaissances issues des avancées scientifiques concernant l'hypertension durant la grossesse.

La langue du congrès est l'anglais, toutefois les power-points seront traduits afin que les interventions soient accessibles à tous. Les frais de participation se montent à CHF 200.–.

Pour l'inscription, veuillez suivre sur le lien suivant: www.isshp2012.com/index.php/midwifery-module

Honolulu, 26–28 octobre 2012

Conférence mondiale

La prochaine «Mid-Atlantic Conference on Birth and Primal Health Research» est organisée par le Dr. Michel Odent avec le soutien de l'OMS. Elle constitue une occasion de formation et d'information sur les recherches les plus récentes dans le domaine de la grossesse et de la naissance.

Pour en savoir davantage: www.midpacificconference.com/index.php

(041) 800 24 7 365

Pour vous qui vivez ou voyagez à l'étranger

Depuis le 1^{er} mai 2012, la Helpline du Département fédéral des affaires étrangères (DFAE) répond aux questions des citoyens et citoyennes suisses 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et 365 jours par an.

Cette centrale d'assistance correspond à un véritable besoin dès lors que 700 000 ressortissants suisses vivent hors de nos frontières et que l'on enregistre près de 16 millions de voyages à l'étranger par an.

La Helpline DFAE fournit des renseignements détaillés sur:

- les prestations fournies par les représentations suisses en relation avec les documents d'identité, les immatriculations, l'état civil, la citoyenneté, la légalisation de documents, les attestations, les affaires de succession/legs, la prévoyance, les dépôts, etc.

- la situation sécuritaire à l'étranger
- des questions d'ordre général concernant l'émigration et le séjour à l'étranger (Organisation des Suisses de l'étranger, réseau de représentations, Revue Suisse, swissinfo).

La Helpline DFAE est le premier interlocuteur auquel les citoyens suisses peuvent s'adresser en cas d'urgence à l'étranger pour obtenir une assistance coordonnée de la part de proches en Suisse et des représentations concernées. L'appel est payant. Si l'on utilise Skype – «helpline-eda», l'appel est gratuit.

Source: Communiqué de presse DFAE du 2 mai 2012.

Label des sages-femmes suisses

C'est maintenant à vous de jouer!

Afin de faire mieux connaître la profession de sage-femme, la Fédération suisse des sages-femmes (FSSF) avait lancé en mai 2010 un Concours pour décerner un Prix à l'album franco-

phone qui représente le mieux leur travail. Les albums en compétition étaient ceux parus en 2009 et 2010, en langue française, pour un public d'enfants (0 à 12 ans), présentant d'une manière ou d'une autre la grossesse et la naissance.

Le Jury – composé de trois sages-femmes, de trois parents et de la coordinatrice du projet – avait sélectionné parmi une vingtaine d'albums celui de



Dresse Catherine Dolto «Raconte-moi ma naissance». Fin 2011, un autocollant a été apposé sur chaque exemplaire de cet album. Les 90 libraires visités en ce début d'année 2012 par le représentant suisse de

Gallimard-Jeunesse ont été sensibilisés à notre projet et ont été invités à mettre l'album bien en vue dans leur rayon Jeunesse/Puériculture.

C'est à présent à chaque sage-femme suisse de promouvoir l'album «Raconte-moi ma naissance» autour d'elle, en particulier lors des préparations à la naissance et à la parentalité!

Josianne Bodart Senn,
coordinatrice du projet

Cinéma

L'arbre et le nid

Dans un film dont la sortie est prévue pour la fin 2012, la Québécoise Valérie Pouyane illustrera les thèmes de la surmédicalisation de l'accouchement et des alternatives possibles. Au travers de témoignages et de reportages, d'interviews de spécialistes (dont Michel Odent)

ainsi que d'extraits d'une pièce de théâtre de Karen Brody «Naissance», ce documentaire posera toute une série de questions actuelles transposables à bon nombre de pays occidentaux.

Pour en savoir davantage: www.arbre-et-nid.com/

Un signe fort contre les mutilations génitales

Nouvelle norme pénale dès le 1^{er} juillet 2012

La nouvelle disposition du code pénal relative aux mutilations génitales féminines entrera en vigueur le 1^{er} juillet 2012. Elle permettra de prévenir et de réprimer ces pratiques.

Le droit en vigueur punit déjà toutes les formes de blessures infligées aux organes génitaux féminins, de tels actes constituant des lésions corporelles

simples ou graves. La nouvelle norme pénale donne un signe fort contre cette grave violation des droits de l'Homme. Elle permet de plus de poursuivre en Suisse les auteurs de mutilations commises à l'étranger si ces actes n'y sont pas punissables.

Source: Communiqué de presse OFJ du 26 avril 2012.



Chère lectrice, cher lecteur,

Qu'y a-t-il de commun entre la gestion des douleurs de l'accouchement et l'infection à Chlamydia? Une femme souffrant d'une infection à Chlamydia ne peut de toute façon pas tomber enceinte, ou bien alors elle perd son enfant en raison d'une grossesse extra-utérine. Ainsi, bien que ce soit son plus cher désir, elle ne peut accoucher de cet enfant, et elle n'a pas besoin d'une gestion des douleurs obstétricales. Le point commun est toutefois qu'il s'agit là de sujets d'une grande importance qui concernent de près les femmes autant que les sages-femmes.

Avec leur travail de Bachelor, Brigitte Nussbaumer et Rahel Schneider s'attaquent à une thématique pertinente pour nous, sages-femmes. Leur revue de la littérature leur permet d'approfondir la question de savoir comment pouvoir soulager les douleurs de l'accouchement et quelles recommandations sont fournies dans la littérature.

L'infection à Chlamydia est encore la maladie sexuellement transmissible la plus fréquente en Suisse: Nicole Bender, qui travaille à l'Institut de médecine sociale et préventive de Berne, pose dans son étude la question pleine d'intérêts qui est de savoir quels sont les dépistages appropriés pour faire baisser les taux d'infection à Chlamydia dans la population.

Dans notre travail quotidien, nous, les sages-femmes, nous sommes amenées à fonder nos prestations sur des bases scientifiques et à offrir les meilleures pratiques. Des projets de recherche tels que les deux qui sont présentés ici forment des bases essentielles pour notre profession.

Regula Hauser, MPH

*Directrice de la Formation Continue
Institut des sages-femmes
ZHAW, Winterthour*

Concept obstétrical

Promotion d'un accompagnement individuel des douleurs



Brigitte Nussbaum et **Rahel Schneider** ont commencé leur formation de sage-femme en été 2008 à Berne et elles viennent de terminer le module complémentaire B.

Contacte:
nussb2@bfh.ch
schnr15@bfh.ch

Pour les sages-femmes, l'accompagnement des parturientes qui ne peuvent plus maîtriser les douleurs de l'accouchement est un véritable défi. Au moment où les massages, le bain, l'acupuncture ou toute autre méthode complémentaire n'arrivent plus à atténuer ces douleurs, on se tourne vers les alternatives que constituent la péridurale (PDA) et, de plus en plus souvent, vers l'analgésie auto-contrôlée par voie intraveineuse (PCIA). Dans le cadre de ce travail de Bachelor, nous avons recherché comment les douleurs de l'accouchement pouvaient être accompagnées et quelle décision pouvait être prise de manière individualisée. Une évaluation de la douleur, faite déjà en cours de grossesse, puis à nouveau en cours d'accouchement, peut aider favorablement la femme qui accouche comme sa sage-femme, afin d'activer de manière précoce des stratégies de maîtrise et pouvoir intervenir «sur mesure» en cours d'accouchement.

Contexte

Dans la pratique, l'analgésie intraveineuse contrôlée par la patiente est de plus en plus utilisée aux côtés de la péridurale (EDA) pour atténuer les douleurs de l'accouchement. En obstétrique, les médicaments analgésiques et anesthésiques ne devraient toutefois pas être utilisés de manière routinière, mais seulement pour traiter ou empêcher une complication obstétricale (CIMS, 1996). Il faudrait toujours prendre en compte les

effets indésirables des antidouleurs (Hivona & Fernando, 2009) ainsi que les complications possibles qu'ils peuvent avoir, p.ex. l'instrumentation de la naissance. Le grand défi pour les sages-femmes et le personnel de santé consiste dès lors à préciser à travers une communication adéquate quelles douleurs la femme peut supporter, à déterminer les modifications et à réagir de manière adéquate (NICE, 2007).

Les femmes accueillent plus positivement l'atténuation de la douleur si elle tient compte de leurs attentes et de leur choix de stratégies de maîtrise de la douleur (NICE, 2007). Le comportement ainsi que l'engagement des personnes qui les accompagnent ont une plus grande influence sur la satisfaction qu'elles retireront de cette expérience de la naissance, que le vécu de la douleur, de son soulagement et des interventions médicales (Hodnet, 2002).

Au lieu d'une libération face à la douleur, c'est un contrôle de celle-ci qui amène une satisfaction de l'expérience de la naissance (Lebovits et al. 2001).

Le ressenti des douleurs de l'accouchement est subjectif. Il est évalué et géré de manière individuelle par chacune des femmes (Deutscher Hebammenverband, 2010). Considérée isolément, la mesure de l'intensité des douleurs ne signifie pas grand-chose pour pouvoir évaluer si la femme a besoin ou non d'un soulagement. En obstétrique, il existe très peu de moyens pour enregistrer régulièrement le contexte global des douleurs.

Le but de notre travail était de découvrir comment pouvoir enregistrer l'ampleur des douleurs dans leur contexte global et de relever dans la littérature spécialisée les recommandations à ce sujet afin de développer des propositions pour la pratique.

Bases théoriques

Pour l'analyse de la littérature, nous nous sommes basées sur les théories des douleurs de l'accouchement d'après Lowe (2002), l'évaluation de la douleur, sa maîtrise et les effets physiologiques du système endocrinien d'après Schmid (2005), les stratégies de maîtrise selon Fitzgerald Miller (2003) et les facteurs influents d'après Yerby (2003).

de maîtrise de la douleur

durant l'accouchement

Méthodes

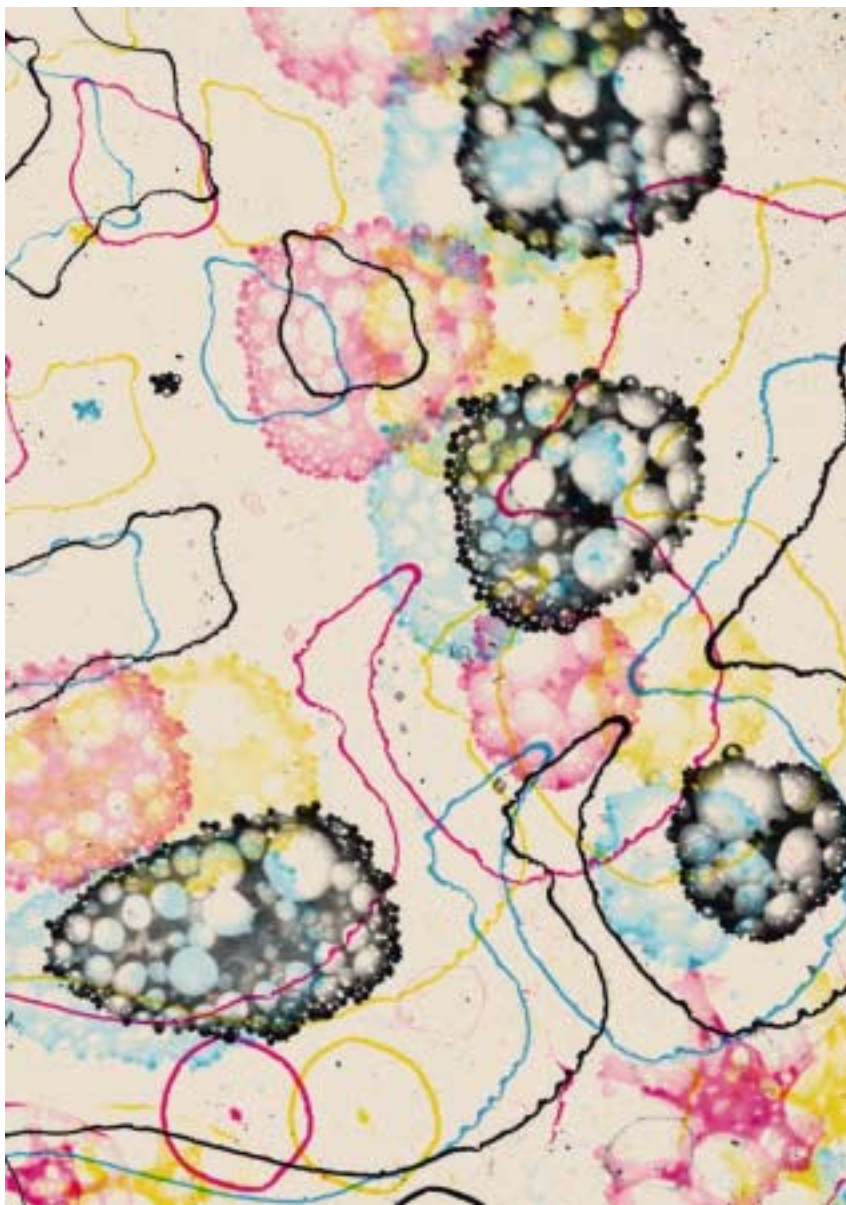
La revue systématique de littérature sur le soulagement des douleurs de l'accouchement a été réalisée dans les bases de données Medline, Cochrane et MIDIRS (Midwives Information and Resource Service) à partir des mots clés suivants: *pain, pain assessment, labour, labor, birth, intrapartum, midw** et *coping*, en incluant les revues systématiques, les études et les Guidelines. La recherche s'est limitée aux années 2000–2011.

Résultats de la recherche documentaire

En fonction de la requête et après consultation de l'ensemble des textes, trois revues non systématiques, deux Guidelines et une étude qualitative ont été choisies et analysées pour dégager leur évidence.

Les directives du «National Institute for Health and Clinical Excellence» (NICE 2007) indiquent les bases des recommandations obstétricales pour la prise en charge des femmes en bonne santé et leur enfant lors de l'accouchement. Pour pouvoir énoncer des principes plus spécifiques, par exemple comment procéder à une évaluation de la douleur, ce sont les recommandations venant du «Institute for Clinical Systems Improvement» (ICSI, 2008) qui ont été reprises. Puisque les douleurs de l'accouchement sont une sorte de douleur aiguë, ces recommandations ont été prises en compte. Les recommandations pour une thérapie de la douleur ne sont toutefois transférables que de manière limitée. En outre, une revue non systématique de Roberts, Gulliver, Fisher, Kristin & Gloyes (2010) qui comprend un algorithme détaillé pour le relevé des douleurs de l'accouchement a été analysée. L'étude qualitative d'Escott (2004) traite de la mise en œuvre de stratégies de maîtrise en lien avec l'accouchement. En complément, des revues non systématiques de Mc Lafferty & Farley (2008) et de Briggs (2010) ont été ajoutées à l'analyse. Celles-ci décrivent et comparent divers instruments d'évaluation de la douleur.

Les principaux résultats de l'analyse de la littérature ont été intégrés dans un algorithme pour le relevé et l'accompagne-



ment des douleurs de l'accouchement (voir Schéma 1).

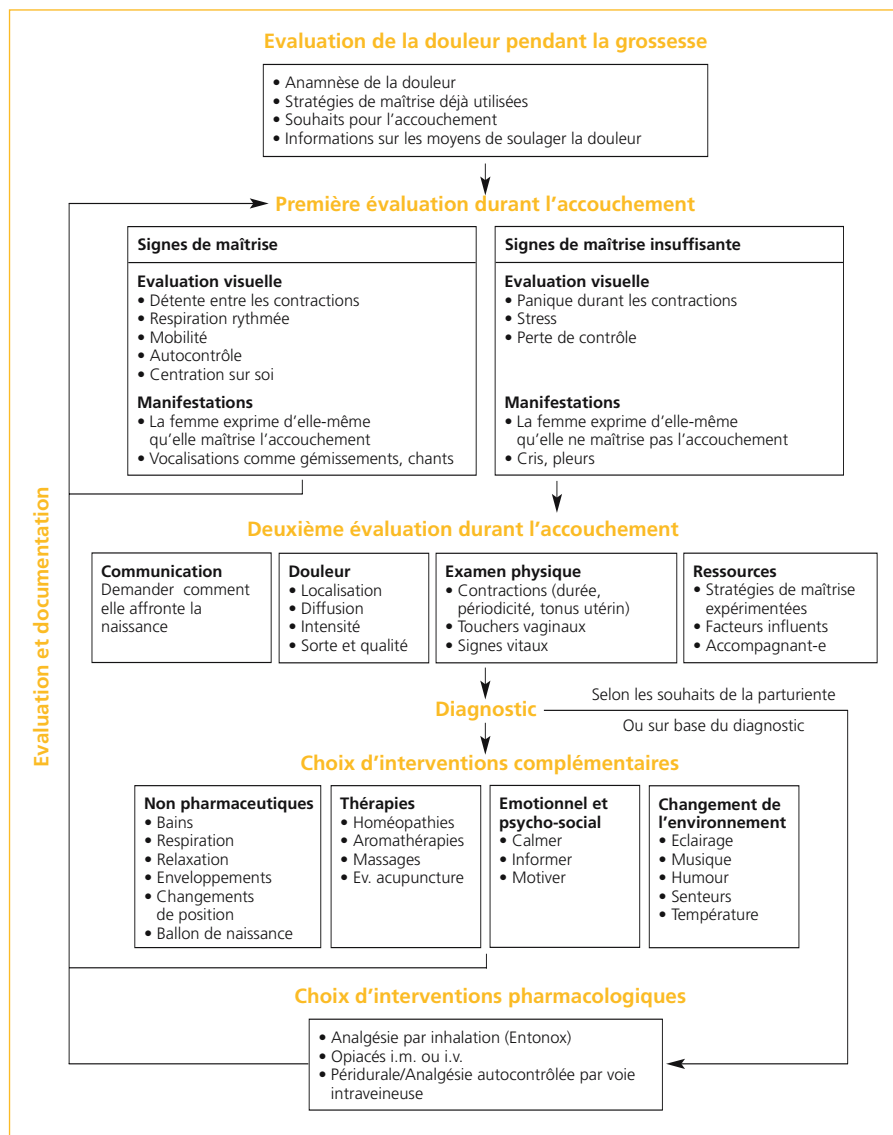
Relevé de la douleur

Pour évaluer la douleur, l'auto-examen est considéré comme l'indicateur le plus fiable de la douleur (ICSI, 2008). Le choix d'un outil optimal d'évaluation de la douleur donne l'occasion d'identifier les douleurs bien présentes qui seraient à soulager. Cet outil d'évaluation devrait être applicable indépendamment de l'âge, de

l'origine ethnique, des croyances, du niveau socio-économique, du contexte psychologique ou émotionnel, de même que de la personne soignante qui a été formée dans ce domaine (ICSI, 2008).

Pour un premier bilan, la NICE (2007) recommande de noter les éléments obstétricaux comme l'aspect du vagin, les signes vitaux, les contractions, la fréquence cardiaque du fœtus, le tonus utérin et éventuellement un toucher vaginal. Il est précisé qu'une évaluation de la douleur doit être faite en indiquant l'état

Schéma 1: Algorithme pour prendre en compte le contexte des douleurs de l'accouchement – Adapté et complété selon Roberts et al. (2010)



actuel de la douleur ainsi que les souhaits pour faire face à celle-ci et la soulager. L'intensité de la douleur ne doit pas être évaluée de manière routinière à l'aide d'une échelle numérique. Il n'y a pas de recommandations sur la forme de recueil des données ni sur le moment de faire le premier bilan.

Selon l'ISCI (2008), une anamnèse doit d'abord être réalisée lors d'une évaluation de la douleur. Celle-ci comprend les maladies actuelles, les prises de médicaments, les allergies aux médicaments, les traitements antérieurs, l'anamnèse sociale ainsi que l'historique de la douleur, avec son démarrage, sa durée, son ampleur et ses caractéristiques. Les facteurs qui soulagent ou aggravent seront recherchés et l'intensité de la douleur sera évaluée. A cela s'ajoutent une observation des expressions de la douleur, une mesure des signes vitaux et un examen des zones douloureuses (ICSI, 2008). McLafferty & Farley (2008) précisent le contenu du bilan de la douleur et donnent des exemples concrets pour le relever (voir Schéma 1).

Lors d'un accouchement, un premier bilan évaluera comment la parturiente maîtrise ses douleurs. A cet effet, on observera la parturiente et on fera attention à tout ce qu'elle exprime. On ne posera volontairement aucune question directe sur la douleur, car le néocortex pourrait alors être stimulé et le processus de l'accouchement pourrait être perturbé (Lang, 2009). Roberts et al. (2010) recommandent de demander à la parturiente comment elle «fait face à l'accouchement» plutôt que comment elle «fait face aux douleurs», pour ne pas mettre l'accent sur la douleur elle-même. De plus, on s'intéressera à la manière de ressentir la douleur, si celle-ci persiste entre les contractions et comment elle se diffuse.

Identifier les stratégies de maîtrise

Escott et al. (2004) décrivent à quel point les primipares disposent déjà au cours de leur grossesse d'un large répertoire de stratégies déjà expérimentées pour pouvoir maîtriser à la fois la peur et la douleur. Il est dès lors important que la femme enceinte puisse identifier ces stratégies puisqu'elles constitueront un potentiel dans le courant de l'accouchement. Les stratégies positives devraient être encouragées et des alternatives aux stratégies négatives trouvées. Il faut néanmoins se souvenir que les stratégies cognitives stimulent le néocortex. L'utilisation de diverses stratégies dépend en

Les illustrations reprises dans l'article sont tirées de:

Dolorographie – Un outil de communication visuelle pour décrire la douleur

Ce travail a été entamé par Sabine Affolter et Katja Rüfenacht en 2011 dans le cadre de leur travail de Bachelor à la Haute Ecole des Arts de Berne et poursuivi par la suite par Sabine Affolter.

Comment représenter la douleur physique? Chaque personne vit autrement la douleur et cela risque de rendre impossible toute tentative pour l'artiste de visualiser la douleur. Nous avons tout de même cherché à le faire et nous nous sommes centrées sur cette subjectivité de la description, tout en prenant le problème «à l'envers»: nous avons d'abord rassemblé – en utilisant diverses techniques – une série d'images, que nous avons ensuite présentées à 60 personnes concernées par des douleurs physiques, avec pour tâche de choisir les images qui correspondaient à leurs dou-

leurs. Ce qui a provoqué subitement un portrait clair, concis et souvent perspicace de la douleur. Replacées dans un contexte, ces images soi-disant «abstraites» ont apporté en fait des visualisations concrètes de la douleur.

Nous sommes ainsi convaincues que la série d'images suggérant la douleur peut constituer un accès ouvert et inutilisé à un thème le plus souvent chargé de préjugés. Par la sélection, l'ordonnancement et la description des images, la personne externalise sa douleur et crée une distance émotionnelle vis-à-vis de sa souffrance – la dolorographie se présentant ainsi comme un moyen potentiel de thérapie de la douleur.

www.dolorographie.ch

premier lieu de la confiance que la femme a en ses propres capacités de maîtrise (Lowe, 2002).

Parmi les pensées «qui n'aident pas», il y a surtout, pour Escott et al. (2004), l'incertitude, par exemple le doute quant à la bonne santé de l'enfant, mais aussi le sentiment que l'accouchement ne pourra pas être maîtrisé et la croyance que la douleur va empirer ou qu'elle va durer encore longtemps. Ces éléments sont intégrés dans l'évaluation secondaire de l'algorithme.

Faire face à l'accouchement

Roberts et al. (2010) notent dès le premier bilan les changements et autres signes qui font penser que la femme peut maîtriser – ou non – la douleur. Les auteures indiquent que des angoisses ou des expériences traumatiques (p. ex. des violences sexuelles) peuvent surgir en cours d'accouchement, ce qui peut être relevé en cours de grossesse lors de l'anamnèse et être «travaillé» à ce moment-là déjà.

Méthodes appropriées pour soulager la douleur

Si la femme s'est décidée pour certains moyens, la personne qui s'en occupe doit veiller à ce qu'elle puisse les utiliser (NICE, 2007). Il convient d'encourager la femme à demander dès qu'elle le veut quelles possibilités s'offrent à elle pour soulager la douleur (NICE 2007). Roberts et al. (2010) décrivent trois éléments à prendre en compte: aménager un environnement adéquat, faire préciser les douleurs et faire préciser par la femme le traitement pharmacologique – ou non – de son choix.

Les moyens non pharmacologiques peuvent aussi améliorer la satisfaction de la parturiente (ICSI, 2008). La NICE (2007) recommande à ce sujet les bains, les techniques de respiration et de relaxation. Roberts et al. (2010) préconisent des enveloppements chauds ou froids, des massages, des changements de position et le recours au ballon de naissance.

Si la femme souhaite un soutien pharmaceutique, selon la situation, une intraveineuse ou une péridurale peuvent être envisagées (Roberts et al., 2010). La NICE (2007) recommande le médicament Entonox et un opiacé comme Pethidine ou Diamorphine. Une information doit être faite sur le fonctionnement limité de ces médicaments et leurs effets secondaires (NICE, 2007). Avant de pratiquer une péridurale, la femme doit être informée de son efficacité et de ses éventuels effets secondaires sur le déroulement de la nais-



sance (NICE 2007). Pour que la femme puisse prendre une décision en toute connaissance de cause, une discussion à ce sujet devrait déjà avoir eu lieu en cours de grossesse.

Evaluation du soulagement de la douleur

L'évaluation doit pouvoir révéler si la douleur est suffisamment atténuée, si des effets secondaires sont présents, et elle doit pouvoir déterminer si d'autres mesures doivent être mises en place (ICSI, 2008).

Roberts et al. (2010) recommandent de faire ces appréciations toutes les 15 à 30 minutes; l'ICSI de son côté 30 minutes

après une médication parentérale, 60 minutes après une médication orale et entre 30 et 60 minutes après le début d'une intervention non médicamenteuse.

Briggs (2010) souligne qu'une documentation claire du processus et de ses résultats est très importante pour pouvoir décider si d'autres interventions sont nécessaires. Cette documentation améliore également la coopération interprofessionnelle et elle sert éventuellement de preuve juridique.

Discussion et conclusions

Les douleurs font généralement partie intégrante de l'accouchement. Elles déclenchent un processus endocrinien qui

Tableau 1: Aperçu des documents sélectionnés

N°	Genre de littérature	Titres	Année	Auteur-e-s	Contenu	Niveau d'évidence
1	Guideline	Intrapartum care of healthy women and their babies during childbirth	2007	National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)	1 ^{ère} évaluation de l'accouchement Recommandations pour la gestion de la douleur	A
2	Guideline	Health Care Guideline: Assessment and Management of Acute Pain	2008	Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), Inc.	Protocole pour la prise en charge de la personne dans les cas de douleurs aiguës	A
3	Revue non systématique	Assessing pain in patients	2008	Mc Lafferty E. & Farley A.	Contenu d'une évaluation de la douleur	IV
4	Revue non systématique	Assessment and expression of pain	2010	Briggs E.	Contenu d'une évaluation de la douleur Instruments de recueil possibles	IV
5	Revue non systématique	The Coping with Labor Algorithm®	2010	Roberts L., Gulliver B., Fisher J. & Gloyes K.G.	Algorithme obstétrical pour l'évaluation de la maîtrise de la douleur	IV
6	Etude qualitative	The range of coping strategies women use to manage pain and anxiety prior to and during first experience of labour	2004	Escott D., Spiby H., Slade P. & Fraser R.B.	Reconnaissance et encouragement des stratégies existantes pour maîtriser la peur et les douleurs durant l'accouchement	–

Ce qui est essentiel

1. Durant la grossesse déjà, il est indispensable de discuter des douleurs de l'accouchement.
2. Durant la grossesse, on devrait déterminer les expériences de la douleur, les facteurs influents et les stratégies de maîtrise de la peur et de la douleur.
3. Dans le courant de l'accouchement, une évaluation continue peut faciliter l'accompagnement individuel des douleurs.

facilite la naissance ainsi que le lien mère-enfant. De fortes douleurs signalent cependant un processus irrégulier.

Une large palette de moyens peut être utilisée pour soulager la douleur. Aujourd'hui, les moyens pharmacologiques font partie de la routine quotidienne des maternités. Il est d'autant plus incroyable que nous disposons à peine de standards pour l'accompagnement de ces douleurs.

La confiance en ses propres capacités est fortement liée, en cours d'accouchement, à une sensation réduite de la douleur et à une faible médication contre la douleur (Lowe, 2002). C'est pourquoi la parturiente devrait être soutenue dans

sa manière propre de maîtriser la douleur.

Pour accompagner la parturiente de manière professionnelle, il faut donc se centrer sur sa personne, en cours de grossesse déjà pour recueillir des données sur ses expériences de la douleur et les facteurs influents qui la concernent et pouvoir en parler. Ceci permet à la parturiente, lors de la préparation à la naissance, d'apprendre d'autres stratégies de maîtrise de la douleur et de s'informer sur les possibilités de soulager la douleur qu'elle pourra alors choisir en cours d'accouchement en toute connaissance de cause (Donna, 2011).

Enfin, Hatem et al. (2008) démontrent qu'une prise en charge individualisée et continue (grossesse, accouchement, post-partum) par une sage-femme réduit le recours aux médications au cours de l'accouchement. Une des explications pourrait être qu'on a discuté des douleurs de l'accouchement en cours de grossesse déjà et que la femme a alors acquis la capacité de maîtriser la douleur de manière autonome. ◀

La bibliographie complète se trouve dans ce numéro p. 9.

Résumé Inge Loos, membre du conseil rédactionnel Hebamme.ch.

Traduction (légèrement raccourcie) du texte original publié dans ce numéro p. 4–9: Josianne Bodart Senn, rédactrice Sage.femme.ch

Les cosmétiques sont une source importante de contamination

Nous oublions souvent que nous absorbons les hydrocarbures pétroliers aussi bien par l'alimentation (via l'intestin) que par la respiration, mais aussi et surtout par la peau (qui atteint une superficie de 1,5–1,8m²). C'est pourquoi on retrouve plus de 1g d'hydrocarbures pétroliers dans notre corps et, dans les cas extrêmes, jusqu'à 10g. Il s'agit sans doute de la contamination humaine la plus importante.

Le lait maternel n'est pas épargné, puisque la mère qui allaite transmet à son enfant ce qu'elle a elle-même accumulé dans son corps sans avoir pu l'éliminer. Une étude autrichienne a sélectionné 144 femmes pour qui une césarienne élective avait été programmée. Des prélèvements de 1g de tissus adipeux sous-cutanés ont été collectés, de même que des échantillons de 15 ml de lait maternel au 4^e et au 20^e jour post-partum. Les analyses ont porté essentiellement sur la présence d'hydrocarbures saturés des huiles minérales (Mineral Oil Saturated Hydrocarbons, MOSH). Toutes les femmes ont en outre répondu à un questionnaire comprenant leurs données personnelles, leurs habitudes alimentaires et leur utilisation de cosmétiques.

Dans les prélèvements de tissus adipeux, les chercheurs ont trouvé entre 15 et 360mg MOSH/kg (concentration moyenne de 60,7mg/kg et une concentration médiane de 52,5mg/kg). 80% des concentrations se situaient entre 30 et 100mg/kg. Quant aux échantillons de lait maternel, il y en avait 107 du 4^e jour post-partum et 71 du 20^e jour post-partum. Ces derniers ayant été faits à domicile, sans supervision, il n'est donc pas certain qu'une contamination externe n'ait eu lieu. Au 4^e jour post-partum, les concentrations étaient plus faibles (concentration moyenne MOSH: 44,6mg/kg et concentration médiane: 30mg/kg). Il faut toutefois préciser que l'échantillon était pris après une tétée et que, durant celle-ci, la concentration baisse. Au 20^e jour post-partum, il a été observé une nette chute (concentration moyenne MOSH: 21,7mg/kg et concentration médiane: 10mg/kg).

Plus intéressant et surprenant encore: les 144 échantillons présentaient une contamination MOSH en grande partie semblable. Ainsi, notre corps accumulerait – heureusement de manière sélective – certains hydrocarbures. La composition

des prélèvements de tissus sous-cutanés et de lait maternel est pratiquement identique. Une dizaine d'échantillons de lait maternel présentaient des concentrations plus élevées. Les données contenues dans le questionnaire ont permis de mettre en cause l'utilisation d'une crème pour mamelons.

Les questionnaires ont été remplis par toutes les femmes un jour avant leur césarienne programmée. En ce qui concerne les cosmétiques utilisés, une distinction a été faite entre leur utilisation en cours de grossesse et avant la grossesse. En outre, il y été pris en compte les inflammations des mamelons durant le post-partum et leur traitement. Ces informations ont été recueillies par téléphone au 20^e jour post-partum.

L'analyse des questionnaires a permis de dégager les corrélations suivantes:

- Avec l'avance en âge et l'augmentation de l'indice de masse corporelle (Body Mass Index-BMI) mesuré avant la grossesse, la concentration MOSH dans les tissus adipeux augmente de manière significative. La contamination se fait donc bien de manière cumulative tout au long de la vie.
- Les Autrichiennes ont des concentrations MOSH plus élevées que les femmes des autres pays, en particulier que les Turques et les Allemandes.
- Les femmes ayant fait des études supérieures ont des concentrations plus élevées que les autres.
- Le fait de fumer avant la grossesse n'a pas d'incidence sur les concentrations MOSH. Mais, pendant la grossesse, les fumeuses présentent des concentrations significativement plus faibles que les non-fumeuses.
- Des périodes d'allaitement précédentes n'ont pas pu être corrélées aux concentrations actuelles. Ce qui semble indiquer que l'allaitement ne réduit pas significativement les concentrations dans le corps maternel.

- Les femmes ayant déjà eu deux ou plusieurs enfants présentent des concentrations significativement plus hautes que les femmes n'ayant eu qu'un seul enfant auparavant.
- Aucun lien n'a été établi avec les habitudes alimentaires.
- En revanche, un lien statistique significatif a été confirmé avec l'application de crème solaire durant la grossesse en cours, avec l'utilisation de lotions corporelles, de crèmes pour les mains ou pour le visage, avec l'emploi quotidien de rouge à lèvres, déjà avant la grossesse.

Une analyse multivariée a démontré que l'âge, le BMI, le lieu de résidence, le nombre de grossesses antérieures, l'application de crème solaire durant la grossesse en cours et l'usage régulier de crème pour les mains et de rouge à lèvres présentent une corrélation significative avec les concentrations MOSH dans les tissus adipeux. ◀

Résumé (Josianne Bodart Senn) de l'article du Prof. Dr. Nicole Concin, Kontamination des mütterlichen Fettgewebes und der Muttermilch mit Mineralöl-Kohlenwasserstoffen – Hinweis für Kosmetika als wichtige Quelle. In: Hebamme.ch, 5/2012, 11–13.

L'infection à Chlamydia et ses complications

Comment fonctionnent les programmes de dépistage? Une comparaison transnationale

L'infection à *Chlamydia trachomatis* est la maladie sexuellement transmissible la plus fréquente en Suisse et en Europe. Elle peut causer une infection pelvienne (PID) qui, à son tour, peut conduire à des grossesses extra-utérines et à une infertilité.

Avec ses collègues, l'auteure – qui est médecin à l'Institut de médecine sociale et préventive de Berne – a cherché à savoir quels étaient dans différents pays occidentaux les programmes de dépistage pour lutter contre les infections à Chlamydia, quel était le nombre d'infections à Chlamydia et comment s'exprimaient leurs complications. Les données couvrant les années 1999–2008 et venant de Suisse, du Danemark, de la Suède, des Pays-Bas, d'Australie et une partie de la Nouvelle-Zélande ont été comparées dans cette étude.

Dans cette comparaison transnationale, aucun lien clair n'a été établi entre les dif-

férentes mesures nationales de dépistage et le taux de tests Chlamydia ou le nombre d'infections à Chlamydia diagnostiquées. Depuis ces dix dernières années, le nombre d'infections à Chlamydia ainsi que le nombre de tests révélés positifs ont augmenté, principalement dans la tranche d'âge des 15 à 24 ans.

Simultanément, le nombre des infections pelviennes et celui des grossesses extra-utérines sont restés stables ou ont légèrement diminué mais, dans certains pays, ils étaient le plus élevé chez les femmes âgées de 15 à 19 ans. Le taux d'infertilité était très variable, mais il a tendance à diminuer et il était le plus élevé chez les femmes de 35 à 44 ans.

Le lien entre les taux d'infections à Chlamydia et les taux de complications n'a pas été clairement mis en évidence dans les différents pays, si bien que ces taux de complications ne peuvent être considérés

comme de bons indicateurs pour évaluer les taux d'infections à Chlamydia dans la population. Pour cela, il faudrait développer de nouveaux indicateurs des infections à Chlamydia et les valider. Ce qui en outre serait une condition pour pouvoir évaluer correctement les efforts de prévention par les programmes de dépistage. ◀

Résumé (Josianne Bodart Senn) de l'article de Nicole Bender, Die Chlamydieninfektion und ihre Komplikationen: wie wirken sich verschiedene Screeningprogramme aus? Ein Ländervergleich. Dans ce numéro, p. 10–13. Cet article est lui-même inspiré d'un article original en anglais paru dans le British Medical Journal en octobre 2011 sous le titre «Sexually Transmitted Infection, an international peer-reviewed journal for health professionals and researchers in all areas of sexual health».

Livre

Marie-Hélène Demey

Dites-le aux femmes enceintes

Accompagnement de la grossesse à la naissance

Dauphin, 2011, 214 p.
ISBN = 2-7163-1447-3
16 euros

Écrit par une professeure de yoga, ce livre est inspiré des techniques Leboyer et De Gasquet. L'auteure a su dégager les priorités de ces méthodes et les associer au yoga afin d'offrir aux femmes une approche très pratique et agréable.

C'est aussi un recueil de témoignages, écrit sous forme de dialogues entre l'auteure et les femmes qu'elle a rencontrées, pour répondre à leurs angoisses et leur donner des points de repère, des conseils pratiques et pour nourrir ainsi leur réflexion.

Pour nous, sages-femmes, ce livre n'apporte pas réellement de nouveaux savoirs, mais il offre un condensé très intéressant. Par ailleurs, le fait de partir du questionnement des femmes et de découvrir leurs réponses ainsi que la méthode de l'auteure est très instructif et utile à notre pratique.

Je le recommande volontiers aux sages-femmes qui offrent de la préparation à la naissance et surtout aux femmes enceintes.

Karine Allaman,
sage-femme indépendante



Construire des ponts en Europe

20^e rencontre annuelle du Florence Network à Malmö, Suède

Andrea Stiefel, MSc. Directrice adjointe du programme d'études ECO, Filière Bachelor sage-femme, Institut des sages-femmes, ZHAW Winterthour.

Du 10 au 14 avril, avait lieu la rencontre européenne du réseau à la faculté de Santé et Société («Faculty of Health and Society») de l'université de Malmö, plus précisément au sein du département de «Care Science». Cette université qui a été fondée en 1998 compte actuellement quelque 20 000 étudiants inscrits dans des filières à temps complet ou à temps partiel, ainsi que 300 collaborateurs.

Avec ses 300 000 habitants, Malmö est la troisième ville de Suède. Plus de 100 000 habitants ne sont pas d'origine suédoise, mais proviennent de quelque 176 pays différents et imprègnent la ville de leur diversité culturelle. En outre, chaque jour, plusieurs milliers de personnes empruntent la connexion par pont sur le Öresund avec Copenhague pour faire un aller-retour entre la Suède et le Danemark.

Le Florence Network est né d'un rapprochement entre les universités, les hautes écoles de soins et les filières d'études des sages-femmes et il sert aux échanges d'étudiants (Student Board), aux coordinatrices et aux coordinateurs des contacts internationaux (ECO= Exchange Coordinators) ainsi qu'aux prestations (Deans) de ce domaine d'études. Il existe depuis 20 ans, chaque pays membre étant représenté par 3 hautes écoles tout au plus. Cette limitation empêche les grands pays de dominer le Florence Network avec leurs nombreuses universités.

Défis mondiaux pour la santé

Cette année, la rencontre a rassemblé 61 enseignant(e)s et 65 étudiant(e)s venant de 16 pays différents, dont la Suisse avec ses délégations des filières de Winterthour et de Berne ainsi que les représentantes des filières de Master en soins de St-Gall et 9 de leurs étudiants. A côté des nombreuses séances de groupe qui constituent une part importante du travail de réseautage, une large offre d'exposés et de discussions était proposée. Un dialogue sur les défis mondiaux pour la santé en matière de pratiques, d'enseignements et

de recherches, suivi d'un débat avec les étudiants sur la dimension éthique de la globalisation, a souligné la dépendance des systèmes de santé aux structures démographiques, aux comportements socio-économiques et aux conditions environnementales.

Travail des sages-femmes en Suède

En Suède, la formation académique des sages-femmes et de soignants a débuté en 1977. Elle compte actuellement 1000 titres de docteurs dans le pays et 60 professeurs actifs. La création de l'association des soignants remonte à 1910, mais il existait déjà des études sage-femme à suivre durant 2 années depuis 1711.

C'est en 1751 que fut initiée la première statistique sur la mortalité maternelle en Suède, qui à cette époque se situait à 900/100 000 naissances vivantes, mais qui avait chuté grâce au programme national de formation qui dès 1757 exigeait une sage-femme pour chaque commune et avait permis d'atteindre un taux de 230/100 000 dans l'année 1900. Aujourd'hui, à l'échelle mondiale, la Suède compte parmi les pays ayant les taux de mortalité foetale et maternelle les plus bas. Toutes les sages-femmes passent à présent d'abord par des études en soins et il n'existe donc aucune formation directe. En tout, leur formation dure près de 5 ans. Les sages-femmes ont un large champ d'activités: à côté des prestations courantes, elles s'occupent également d'éducation sexuelle et de conseil en matière sexuelle pour les adolescents, les jeunes familles et les femmes ménopausées. Deux ateliers tenus par nos collègues suédoises ont permis de faire connaître leurs expériences et Katarina Falk a présenté son étude sur l'enregistrement par les sages-femmes des besoins sexuels des femmes en post-partum.

Les présentations des travaux de recherche de quatre étudiants PhD, dont une sage-femme, étaient impressionnan-



Vue sur Malmö.

tes, de même que la visite de la maternité de l'Hôpital universitaire de Skåne à Malmö, qui met chaque année plus de 5.000 enfants au monde, dont 80,5 % de manière spontanée et seulement 13,9 % par césarienne. A Malmö, les femmes rentrent chez elles en moyenne 1,8 jour après la naissance. Elles font appel à des sages-femmes des cliniques (*open clinics*) pour le contrôle de l'enfant (nombril, ictère, etc.) ou pour des questions portant sur leur propre santé et sur l'allaitement. Les visites à domicile n'y sont pas habituelles et les familles considèrent cette manière de faire comme «normale».

Pour tous les participants au Florence Network, ces trois journées intensives ont été couronnées par la réception officielle de la Ville de Malmö. La prochaine rencontre aura lieu l'an prochain à Groningen (Pays-Bas) pour diffuser à nouveau un autre regard sur le lien entre enseignement et pratique, un regard qui nous enrichit et qui suscite encore des échanges d'expériences. ◀

Traduction: Josianne Bodart Senn

Il est temps de s'approprier les bases du SwissDRG

Pour ses six ans d'activités, le centre de formation de la santé et du social «Espace Compétences» a rassemblé à Lausanne 150 personnes intéressées par le démarrage du système des forfaits par cas des prestations hospitalières (Swiss-DRG) et ses conséquences pour le personnel de santé.

Josianne Bodart Senn

Le SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups) est le nouveau système tarifaire de rémunération des prestations hospitalières en soins somatiques aigus. Il règle de manière uniforme l'indemnisation des prestations hospitalières selon les forfaits par cas, conformément à la dernière révision de la Loi sur l'assurance maladie (LAMal). Introduit au début de cette année dans toute la Suisse, le SwissDRG reste toujours nébuleux et complexe pour la plupart des soignants malgré le fait que, pour les cantons romands notamment, un système tarifaire similaire était en place depuis 2002 déjà.

Charles Vogel, chef du service de la gestion administrative des patients du CHUV, a donné aux participants de cette Journée toutes les précisions utiles pour comprendre le SwissDRG. Il s'agit d'abord d'un financement par cas – et non plus par journée ou par acte – qui a fait l'objet d'une négociation de la répartition du tarif, soit 55% pour le canton du domicile et le 45% pour l'assurance maladie obligatoire (AOS). Cette part de 55% est cependant un objectif «à terme». Il est déjà atteint dans une majorité de cantons romands (GE, JU, NE, VD). Il reste pour l'instant à 47% pour Fribourg et à 52.5% pour le Valais.

Tout compris par séjour

Pour Charles Vogel, le DRG correspond en somme à «un groupe de patients iso-consommateurs de coûts». Pour l'instant, il existe 1'039 DRG. Chacun des DRG est libellé en toutes lettres (max. 386 caractères) et est regroupé dans une des 27 catégories (MDC).

Ainsi, pour ce qui concerne les sages-femmes, la MDC 14 désigne la «grossesse, naissance et suites de couches» avec 6 DRG possibles et la MDC 15 les «nouveau-nés» avec 3 DRG possibles. Par exemple, le DRG 060A correspond à un «accouchement par voie basse avec plusieurs diagnostics de complication, dont

au moins une complication sévère et une durée de la grossesse jusqu'à 33 semaines complètes ou avec procédure de complication» alors que le DRG 060D désigne un «accouchement par voie basse sans diagnostic de complication».

Les maisons de naissance facturent leurs prestations sur la même liste de DRG que n'importe quel service obstétrique hospitalier, mais leur nombre de points est abaissé de 20% (voire de 50% pour un des DRG). En revanche, lorsqu'il y a sous-traitance de l'accouchement en ambulatoire dans un hôpital de soins aigus, c'est cet hôpital qui facture directement à l'assureur.

L'expert en SwissDRG qu'est devenu Charles Vogel a expliqué comment se faisait l'encodage et la facturation. Aujourd'hui, ce sont des spécialistes en codage qui se chargent de coder et de grouper en DRG. Ce sont en général des femmes qui ont reçu une formation spécifique et qui ne font que cela, à plein temps. Elles codent entre 20 et 30 dossiers par jour. Mais, selon la complexité, elles peuvent traiter entre 5 et 50 dossiers par jour. On comprend dès lors que le codage ne peut se faire valablement qu'avec un dossier médical et infirmier complet, «validé» et transmis dans les délais les plus brefs.

Quelle évolution pour les professions de la santé?

Dans les groupes, les participants – en grande majorité infirmières et infirmiers – ont pu exprimer leurs nombreuses craintes et inquiétudes. Ainsi, certains ont l'impression de devenir «vendeurs», d'autres d'être pris sous une «chape» administrative qui dévalorise le relationnel. Tous constatent une chasse à «toujours plus de rentabilité», la logique économique «tuant» la logique humaniste. Et, puisque forfait il y a, les participants se demandent pourquoi il est nécessaire de passer par tout un travail méticuleux pour documenter un dossier médical.

D'autres interrogations ont surgi dans les discussions: Qui a été réellement in-

formé: les médecins, les soignants, les patients, le grand public? Ce système permet-il vraiment de faire des économies ou coûte-t-il davantage? A qui profite-t-il? Où est la traçabilité dans tout cela? En fin de compte, ne s'agit-il pas d'un simple fichage des patients? Et en cas de polyopathie, que fait-on?

La sortie paraît un aspect important de la problématique: Qu'en est-il de la responsabilité des soignants en matière de transferts? La lettre de sortie devrait être prête dans des délais raisonnables: dans bien des cas, on constate toutefois que ce sont des médecins assistants qui «s'y colent»... Or ils sont souvent peu expérimentés et ne maîtrisent pas toujours bien la langue locale!

Autre aspect déterminant, le codage: Quelle est la responsabilité des codeuses? Sur ce point, Charles Vogel répond que, dans l'expérience allemande sur lequel notre SwissDRG repose, il a fallu plusieurs années pour éliminer les erreurs. Au départ, il y avait même en Allemagne jusqu'à 50% d'erreurs. En Suisse, une obligation de contrôle a tout de suite été introduite. Ce qui fait que la qualité du codage est en principe assurée. Concrètement, une instance indépendante et neutre vérifie au hasard des dossiers et produit régulièrement un rapport rendu public.

Aujourd'hui, le personnel de la santé peut lui-même agir. Pour ne pas «subir» les DRG, il peut se battre pour améliorer le système et susciter une meilleure organisation. Charles Vogel reconnaît qu'il est bien plus facile de coder des interventions techniques qu'un accompagnement relationnel ou une présence réconfortante. Le défi à relever est à présent de «savoir nommer» ce que l'on fait, même quand «faire, c'est avant tout être là»; de trouver les moyens de valoriser ce qui n'est guère visible; de faire des propositions au système des SwissDRG en n'oubliant pas de les motiver avec les éléments statistiques. Tout un programme qui s'ajoute à un quotidien déjà bien chargé... ◀

Pour en savoir davantage: www.swissdrg.org

Pronostics précoces pour prématurés

Juger les facultés intellectuelles et motrices des enfants nés prématurément n'est possible qu'à l'âge d'un an. Grâce aux ondes cérébrales, un diagnostic devrait pouvoir être établi peu après leur naissance.

Vivianne Otto

Les jumeaux sont nés le jour de Noël, quinze semaines avant la date prévue de l'accouchement. Ils sont pris en charge à l'unité des soins intensifs de néonatalogie de l'Hôpital universitaire de Zurich. Un écran affiche leur fréquence cardiaque, leur fréquence respiratoire assistée par un respirateur ainsi que les concentrations d'oxygène et de dioxyde de carbone dans leur sang. Les courbes et les valeurs sont dans les normes. Mais l'angoissante question demeure: quelles chances ces minuscules bébés ont-ils de mener un jour une existence autonome?

La probabilité que les prématurés souffrent plus tard d'infirmités motrices cérébrales est importante: elle est de 7% pour les handicaps lourds (paralysie cérébrale et gros retards mentaux) et de 30 à 40% pour les handicaps légers (troubles du langage et de la coordination, déficits d'attention et de concentration, maladie motrice).

Aujourd'hui, la prise en charge des prématurés se concentre sur un apport optimal en oxygène et en nutriments. Mais si la mortalité a beaucoup baissé, la proportion d'enfants handicapés moteur cérébral est restée la même. «Pour trouver des moyens de limiter les handicaps, voire de les éviter, il est indispensable de pouvoir déterminer précocement l'état des fonctions cérébrales, explique Giancarlo Natalucci, médecin-chef de la clinique de néonatalogie. Mais actuellement, il n'existe toujours pas de méthodes de surveillance simples».

Dans cette perspective, le praticien et ses collègues étudient un nouveau procédé de mesure continue de l'activité électrique cérébrale. Les ondes cérébrales des enfants nés entre la 24^e et la 25^e semaine de grossesse se présentent comme un bruissement confus qui enfle ou s'atténue de manière fortuite. Chez les enfants qui viennent au monde sept semaines plus tard, elles apparaissent plus paisibles. Aux phases d'activité intense succèdent, à intervalles réguliers, des phases d'activité moindre. «Il s'agit d'un schéma mature, qui indique les phases de sommeil de l'enfant», explique Giancarlo Natalucci.

Les schémas d'activité cérébrale peuvent se modifier rapidement après la naissance. Chez certains enfants nés à la 25^e semaine de grossesse, le médecin a observé en trois jours une

maturation correspondant à des schémas qu'on ne rencontre en principe qu'à la 31^e semaine. L'évolution s'explique peut-être par le flux de stimuli auquel l'enfant est exposé hors du ventre de sa mère. En outre, il se trouve dans une phase de développement au cours de laquelle ses neurones établissent très rapidement un grand nombre de nouvelles connexions.

Mais on ignore encore si une maturation aussi rapide est favorable au développement ultérieur. Un point que le chercheur entend tirer au clair en vérifiant les compétences intellectuelles et motrices de ses petits patients à l'âge de trois mois et de deux ans. Il espère ainsi découvrir quels sont les schémas d'activité cérébrale et les rythmes de maturation signalant un bon développement. Cela permettrait non seulement d'apprécier plus tôt les chances d'un prématuré de mener une vie autonome normale, mais aussi d'orienter les soins et les traitements afin d'assurer une fonction cérébrale optimale.

Texte initialement paru dans le numéro de mars 2012 du magazine «Horizons» – la revue du Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS) – et reproduit avec l'aimable autorisation de sa rédaction. Pour en savoir davantage: www.snf.ch

Recommandations 2012 relatives à la prise en charge des prématurés

Le numéro 4 du Bulletin des médecins suisses, daté du 25 janvier 2012, présente les recommandations révisées sur la prise en charge périnatale des nouveau-nés prématurés à la limite de la viabilité (âge gestationnel de 22 à 26 semaines complétées). La Fédération suisse des sages-femmes (FSSF) était représentée au sein du groupe de travail.

Les premières recommandations relatives à la prise en charge des nouveau-nés à la limite de la viabilité en Suisse ont été publiées en 2002. Les révisions des recommandations provenant d'Amérique du Nord et d'Europe, les nouvelles recommandations issues d'autres pays et les plus récentes données de mortalité et morbidité néonatales, particulièrement de la Suisse, ont donné lieu à cette révision pour la Suisse.

Quelles sont les modifications?

En comparaison avec la version de l'année 2002, les nouvelles recommandations contiennent des informations obstétricales basées sur l'évidence, en particulier concernant la maturation pulmonaire fœtale et l'indication à la césarienne. Les anciennes recommandations basaient leurs stratégies princi-

palement sur l'âge de gestation. Dans celles révisées, en plus de l'âge de gestation, des facteurs prénataux supplémentaires influençant de façon significative le pronostic ont été inclus dans la prise de décision. La zone grise est ainsi plus étroitement définie, toutefois les frontières sont moins absolues pour permettre une prise en charge individuelle à la limite de la viabilité. L'importance de la communication est à nouveau soulignée, et le rôle des parents dans la prise de décision détaillé.

Le PDF de ce texte se trouve sur le site de la FSSF sous: www.sage-femme.ch > Sages-femmes > Actualités pour membres

Des données récentes sur la santé des nouveau-nés sont disponibles sous: www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/03/key/04.html

Mortinatalité et mortalité infantile 2003–2010

La proportion d'enfants pesant moins de 1000g à la naissance a doublé ces vingt dernières années, passant de 0,2% des naissances vivantes en 1990 à 0,4% en 2010.

La mortalité de ces enfants est extrêmement élevée. Un tiers d'entre eux décèdent avant d'avoir atteint l'âge d'un an, ce qui représente plus de deux décès infantiles sur cinq. De même, le risque de décès est de près de 50% parmi les très grands prématurés nés avant 28 semaines de gestation. Ceux-ci constituent moins de 0,4% des naissances vivantes, mais presque la moitié des décès infantiles.

Poids de naissance extrêmement faible et très grande prématurité sont le plus souvent liés.

Source: Communiqué de presse OFS du 20 mars 2012.

Dr T-Berry Brazelton

La naissance d'une famille

Ou comment se tissent les liens

Points Seuil, 2009, 318 p.
ISBN: 2-7578-1296-9

La réputation du Dr Brazelton n'est plus à faire! Le but de ce livre est d'aider les parents, grâce à l'étude des réactions chez le nouveau-né, à comprendre ce qui se passe chez leur enfant à chaque nouvelle étape et ainsi à pouvoir déchiffrer son langage comportemental. Ainsi, les parents savent s'ils sont en harmonie ou non avec leur enfant. Il y décrit que l'enfant est capable, dès sa naissance, d'envoyer des signaux pour dire si cela va ou non.

Le livre parle de la grossesse, de l'accouchement, de la prématurité, de la césarienne, des forces vitales du bébé, du retour à la maison et du détachement au travers de deux familles. On y retrouve de nombreux récits de consultation.

Le Dr Brazelton insiste sur l'importance d'une consultation prénatale. Pour lui, cette consultation joue un rôle actif dès le début du développement de



l'enfant et de l'évolution des parents. Un simple contact peut contribuer à resserrer les liens d'une famille et les aider à mieux se percevoir mutuellement.

Ce livre reflète tout le travail de recherche que le Dr Brazelton a pu faire sur le comportement des nouveau-nés. Le livre, écrit en 1983, date par rapport à certaines évolutions médicales, notamment du point de vue obstétrical. Il est même dommage qu'une nouvelle édition n'ait pas vu le jour.

Carole Burdet, sage-femme

Régine Prieur

Des bébés bien portés

Ed. Erès, 2012, document PDF de 153 pages – transmis par mail uniquement après règlement de la commande.
ISBN: 2-7492-3233-1

La fascination actuelle pour le portage va des écharpes indiennes aux pagnes à l'africaine, en passant par les Snugli, Tonga et autres porte-bébés kangourous. Pourquoi porter bébé et comment? Quelles sont les vraies qualités du portage? Ces pratiques de portage, culturellement marquées, sont-elles vraiment de retour ou simples effets de mode? Quel lien entre portage, allaitement, cosleeping et tous ces autres phénomènes très actuels autour des bébés et des liens d'at-



tachement? L'auteure est elle-même sage-femme et psychologue clinicienne. Elle donne la parole aux mères, sages-femmes, pédiatres, psychologues, psychanalystes, anthropologues qui exercent leur regard critique sur le portage.

Josianne Bodart Senn

Diane Drory

Au secours!

Je manque de manque!

de Boeck, 2011, 159 p.
ISBN: 2-8041-5639-7

Cet ouvrage ne s'adresse pas directement aux jeunes parents ni aux futurs parents, mais il peut les aider à réfléchir pour s'engager – à temps – dans un processus éducatif résolument «sain». Reposant sur une foule de témoignages issus de ses observations professionnelles, la psychologue et psychanalyste belge Diane Drory montre à quels risques de troubles de l'attention et de concentration, d'hyperkinésie, de perfectionnisme, de tocs ou de troubles oppositionnels on expose son enfant – ou son adolescent – quand on s' imagine qu'aimer, c'est simplement tout donner...

Comment en arrive-t-on là? Dans une société qui prône la performance, les parents se doivent de «bien faire les choses» et d'accueillir l'enfant dans les «meilleures» conditions. Pour cela, ils comblent ses désirs et vont jusqu'à les anticiper sans cesse. Ils s'imaginent que l'enfant a tout en lui-même pour grandir et qu'il s'auto-éduque en quelque sorte, au gré de ses désirs... Les parents d'aujourd'hui se leurrent en accumulant les marques d'amour, d'attention et de compassion, qui n'améliorent pas la vie de leur enfant mais, au contraire, la perturbent ou la tuent même. Ils oublient que nous ne sommes jamais seuls au monde et que ce sont les références communes, les rites, les limites, mais aussi les frustrations, voire les conflits, qui nous intègrent socialement. Ils ne font qu'entretenir un «faux» sentiment de toute-puissance qui ne fait guère le bonheur de leur enfant et le «piège» dans un développement chaotique et paradoxalement peu valorisant.

Pour Diane Drory, l'autoritarisme a été remplacé par une nouvelle forme d'emprise: la volonté de tout contrôler, tout sécuriser, qui fige au quotidien le mouvement de la vie. D'où



les colères de l'enfant ou son agitation permanente pour tenter d'échapper à cette souffrance permanente. Au fil des cas (parfois extrêmes) présentés, l'auteure fait comprendre tout ce qu'il faudrait éviter: faire croire que l'histoire du couple commence avec l'existence de l'enfant, considérer que l'enfant est lui-même responsable de l'épuisement de ses parents, faire croire que «manquer, c'est la fin du monde», penser que le conflit est un signe de non-amour, que «s'ennuyer ou ne rien faire, c'est malsain», etc.

Josianne Bodart Senn

Hebamme
Sage-femme
Levatrice
Spendera

ch

Anzeigenmarketing
Régie d'annonce

Kömedia AG
Geltenwilenstrasse 8a . 9001 St.Gallen
T 071 226 9292 . F 071 226 9293
info@koedia.ch . www.koedia.ch

Stellenangebote
Direktwahl: 071 226 92 67
Offres d'emploi
Offerte d'impiego

Anzeigenschluss für Stellenanzeigen:
Mittwoch, 13. Juni 2012
Dernier délai pour les offres d'emploi:
Mercredi, le 13 juin 2012

SPITALREGION
RHEINTAL
WERDENBERG
SARGANSERLAND

Die in der Schweiz liegende Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland mit rund 1'100 Mitarbeitenden erbringt die medizinische Grundversorgung für die Bevölkerung der Bezirke Rheintal, Werdenberg und Sarganserland. Sie betreibt dazu die Spitäler Altstätten, Grabs und Walenstadt, die als ein Unternehmen geführt werden.

Für unsere Geburtsabteilungen in der Spitalregion suchen wir per sofort oder nach Vereinbarung eine

Dipl. Hebamme 100%

Sie führen selbständig Geburten durch, betreuen Neugeborene und Wöchnerinnen und wirken bei unserem Angebot rund um das Gebären aktiv mit. Sie setzen alles daran dass die Geburt und der nachfolgende Aufenthalt zu einem unvergesslichen Ereignis für alle Beteiligten wird.

Wir wenden uns an eine Dipl. Hebamme mit einer selbständigen Persönlichkeit, ausgeprägter Sozialkompetenz, die ihr fachliches Wissen und persönliches Engagement einbringt. Wenn Sie bereits Berufserfahrung habe, wird dies Ihnen die Einarbeitung wesentlich erleichtern. Sie können Prioritäten setzen und bewahren auch in hektischen Momenten Ruhe und handeln kompetent.

Wir bieten eine kollegiale und enge interdisziplinäre Zusammenarbeit, sowie gute Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten. Es erwartet Sie eine spannende Tätigkeit. Die Anstellung erfolgt nach kantonalen Vorgaben.

Freuen Sie sich und möchten Sie Ihr Wissen und Ihre Persönlichkeit bei uns einbringen? Dann richten Sie ihre Bewerbung an: Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Barbara Frommelt, Leiterin MTT, alte Landstrasse 106, CH-9445 Rebstein. Sie gibt Ihnen gerne unter der Nr. +41 71 775 81 52 nähere Auskunft. Ein Besuch auf unserer Homepage: www.srrws.ch lohnt sich. Bitte keine Bewerbungen über unsere Homepage!



Wollten Sie's schon immer gemeinsam schaffen?

Als einer der grössten Arbeitgeber der Region Nordwestschweiz fördern wir 4'900 Menschen aus 79 Nationen in 120 Berufsfeldern. Weil wir möchten, dass sie täglich ihr Bestes geben. Teamarbeit und höchstes fachliches Niveau sind Voraussetzungen dafür, die spannenden Aufgaben im dynamischen Umfeld des Universitätsspitals zu übernehmen. Möchten Sie dazugehören?

Für unsere Geburtsabteilung mit über 2000 Geburten pro Jahr suchen wir per sofort oder nach Vereinbarung eine

Hebamme 70–100%

Ihre Aufgaben sind:

- Betreuung von schwangeren Frauen vor der Geburt
- Begleitung von Frau und Kind in geburtshilflichen und medizinischen Risiko- und Krisensituationen
- Förderung der Gesundheit von Mutter, Kind und Familie
- Mitwirkung bei präventiven, diagnostischen und therapeutischen Massnahmen
- Förderung der Qualität und Effizienz der Berufsausübung und Beteiligung an der Berufsentwicklung sowie Mitarbeit an Forschungsprojekten im Gesundheitswesen
- Ausbildung von Studierenden, Einarbeitung von neuen Mitarbeiterinnen und Praktikantinnen
- Mitwirkung beim Erreichen von Abteilungs-, Bereichs- und Gesamtspitalzielen

Sie bringen mit:

- Diplom Hebamme HF/FH
- Berufserfahrung im Akutbereich
- Freude am lebendigen Arbeitsumfeld in einer Universitätsklinik
- schnelle Auffassungsgabe, hohe Motivation und Belastbarkeit
- gute EDV-Kenntnisse

Weitere Informationen erhalten Sie gerne bei Frau Brigitte Bühler, Leiterin Schwangeren- und Geburtsabteilung, Telefon +41 61 328 76 01.

Informationen zum Universitätsspital Basel als Arbeitgeber finden Sie unter www.unispital-basel.ch/arbeitgeber.

Bitte senden Sie Ihre Bewerbung an: Universitätsspital Basel, Frau Natascha Seidlitz, Human Resources Spezialkliniken, Hebelstrasse 2, CH-4031 Basel oder hrspezialkliniken@uhbs.ch.

www.unispital-basel.ch

 **Universitätsspital
Basel**

Mehr wissen. Alles geben.

Geburtshaus Terra Alta Wir gehen neue Wege

Upssss da muss ich hin...
...und wir brauchen dich!

Für unser neues,
flexibles Arbeitsmodell suchen
wir Bezugs-Hebammen

und laden dich ein zur

Info-Veranstaltung

am Samstag, 30. Juni 2012, 10 Uhr
im Terra Alta Oberkirch (Sursee)

Anmeldung
erforderlich an:

info@terra-alta.ch

Telefon 041 921 91 51

Terra Alta



HAUS FÜR GEBURT FRAU GESUNDHEIT

www.geburtshaus-terra-alta.ch



Das Spital Einsiedeln ist ein Akutspital mit einer Notfallstation/Ambulatorium und 50 Betten. Das Ärzteteam besteht aus Klinikärzten (Innere Medizin, Anästhesie und Rheumatologie) und Belegärzten (Orthopädie, Chirurgie, Traumatologie, ORL, Gynäkologie, Geburtshilfe und Neurochirurgie) sowie mehreren Konsiliarärzten.
Für unsere Gebärabteilung suchen wir **ab 1. August 2012** oder nach Vereinbarung eine

Stv. Leitende Hebamme 80–100%

Ihre Aufgaben beinhalten:

- individuelle, respektvolle und ganzheitliche Betreuung der werdenden Eltern vor, während und nach der Geburt in Zusammenarbeit mit den Fachärzten
- Sicherstellung einer optimalen interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen der Geburts- und Wochenbett-/Gynäkologieabteilung
- Mitarbeit auf der Wochenbett-/Gynäkologieabteilung mit zusätzlich orthopädisch/chirurgischen Patienten
- Weiterentwicklung der Geburtshilfe in enger Zusammenarbeit mit den Fachärzten
- Optimierung der bestehenden Prozesse
- Organisation und Durchführung von Informationsabenden für werdende Eltern
- Stellvertretung der Leiterin Pflegestation 1. Stock/GEBS sowie Mithilfe bei der situations- und personengerechten Führung des unterstellten Personals

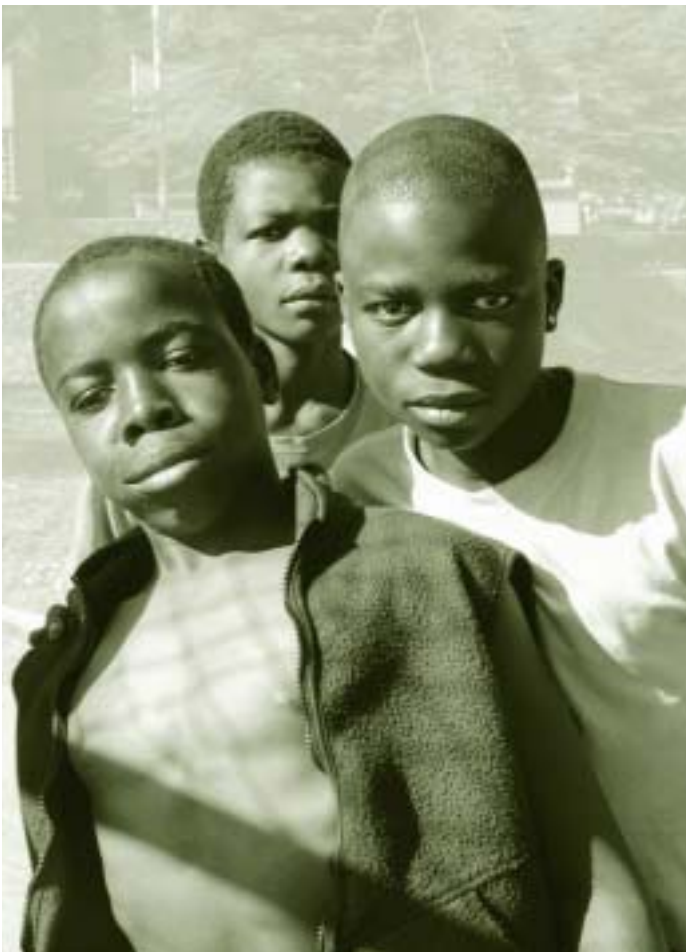
Wir erwarten von Ihnen:

- eine abgeschlossene Ausbildung zur Hebamme
- einige Jahre Erfahrung im Bereich Geburtshilfe; Führungserfahrung von Vorteil
- gute Planungs- und Organisationsfähigkeiten
- hohe Sozial- und Fachkompetenz sowie hohes Verantwortungsbewusstsein
- hohes Engagement sowie die Bereitschaft für Neues
- strukturiertes Arbeiten sowie Freude an der Projektarbeit
- gute PC-Anwenderkenntnisse

Wir bieten Ihnen:

- eine interessante, vielseitige und anspruchsvolle Tätigkeit
- ein aufgestelltes Team
- ein angenehmes Arbeitsklima
- zeitgemässe Anstellungsbedingungen

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Für nähere Auskünfte wenden Sie sich bitte an unsere Leiterin Pflegestation 1. Stock/GEBS, Frau Sandra Steiger (Telefon: +41 55 418 53 51). Ihre Unterlagen senden Sie bitte an: Spital Einsiedeln, Personaldienst, Postfach 462, 8840 Einsiedeln. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!



Geben Sie ihnen Kredit: 40-260-2

Für ein selbstbestimmtes
Leben ohne Gewalt.

Wir unterstützen Projekte in Afrika, Asien und Lateinamerika, um den Teufelskreis von Armut, Ausbeutung, Rechtlosigkeit und Gewalt zu durchbrechen. Mit Ihrer Hilfe können Kinder und Jugendliche Perspektiven für ein Leben ohne Gewalt entwickeln.

terre des hommes schweiz



Postkonto 40-260-2 • www.terredeshommes.ch

Gleich hier anfordern:
www.hippokrates.de

Jubiläumspreis

20,- € [D] sparen. Jetzt für
Neuabonnentinnen nur 34,90 € [D]!

Neues Wissen für neues Leben.

25 Jahre
die hebamme

die hebamme



25 Jahre
die hebamme

Sicherheit von Anfang an.

GEBURTSSCHMERZ BEWÄLTIGEN

Geübtes Atmen | Lernerkenntnisse zum Schwereausgewicht

Risikofaktoren: Schmerzübertrag durch gestörte Bewegungen | Akupunktur während
der Geburt | Periduralanästhesie | Eintragungsjahres zum Thema Geburtsschmerz

 Hippokrates

 Hippokrates

Alle Kleinen brauchen ein Nest.



Boppy. Das erste Nest in Form einer Umarmung.



Ab sofort finden sich die Magie des Stillens, die Zärtlichkeit des Kuschelns und das süße Relaxen in Boppy wieder. Das Kissen, das die Mutter während der Stillzeit unterstützt und das Wachstum des Kindes in allen seinen Entwicklungsphasen begleitet.

Es gibt tausend Möglichkeiten ein Kind zu umarmen.

Boppy kennt sie alle.

www.boppyworld.com



My love nest.