Hebamme
Sage-femme
Levatrice
Spendrera

1/2011

Foto: Elena Bigler

Spätabbrüche
Interruptions de grossesse tardives

Nestlé

BEBA®

Einzigartige 3-fach-Wirkung für eine deutliche Symptomlinderung

BEBA Sensitive* mit **L reuteri** ist hypoallergen, laktosereduziert und leicht verdaulich, geeignet zur Reduktion von Verdauungsproblemen wie **Koliken, Blähungen, Bauchkrämpfen und Verstopfung.**

*Diätetisches Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke

Wichtiger Hinweis: Stillen ist ideal für Ihr Kind. Die WHO empfiehlt ausschliessliches Stillen während 6 Monaten. Informieren Sie sich beim Fachpersonal des Gesundheitswesens, falls Ihr Kind eine Zusatznahrung benötigt, oder wenn Sie nicht stillen. Darf nur unter ärztlicher Aufsicht verwendet werden.

www.nestlebaby.ch

Gesundheitspersonal in der Schweiz

Gefährliche Auslandabhängigkeit

Erstmals zeigt eine nationale Studie auf, wie stark die Schweiz auf zugewanderte Ärzte und Pflegefachkräfte angewiesen ist. Im Pflegebereich standen im Jahr 2008 zehn in der Schweiz ausgebildeten höheren Fachkräften neun aus dem Ausland zugewanderte gegenüber, hiervon 49 Prozent aus Deutschland. Noch alarmie-

render ist die Situation bei den Ärzten: Bei einem Verhältnis von zehn zu fünfzehn schlägt das Pendel klar in Richtung zugewanderte Ärzte aus, wobei über 60 Prozent aus Deutschland stammen. Im OECD-Vergleich liegt die Schweiz mit einem Anteil von 28 Prozent ausländischer Ärzte an siebter Stelle. Im Vergleich dazu liegt dieser Anteil in Deutschland bei 11, in Österreich bei gegen 15 und in Frankreich bei 17 Prozent.

Sollte es unseren Nachbarländern gelingen, ihre Gesundheitssysteme attraktiver zu gestalten oder sie die Abwanderung ihrer Gesundheitsspezialisten wirksam stoppen, würde dies die Schweiz hart treffen. Sie dürfte sich allenfalls vermehrt in Entwicklungsländern umsehen, wodurch deren schwache Gesundheitssysteme zusätzlich geschwächt würden. Um für solche Auswirkungen der Migration zu sensibilisieren, hat die Weltgesundheitsorganisation WHO 2010 einen globalen Kodex für die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften verabschiedet. Dieser empfiehlt den Mitgliedstaaten eine aktive Rekrutierung von Pflegepersonal in Entwicklungsländern zu unterlassen und im Rahmen des Möglichen inländische Arbeitskräfte anzustellen. Spätestens im Zuge der Umsetzung dieses Code of Practice sollte die Schweiz eine Strategie der Personalrekrutierung und -ausbildung entwickeln. Eine stärkere Kooperation aller betroffenen Ebenen von Bund, Kantonen, Verbänden und Betrieben ist dabei nötig.

politfocus gesundheitspolitik November 2010

EMA Bildungskonferenz Madeira 2010

Hebamme: Fachperson für Frauengesundheit

Am 19./20. November 2010 fand in Funchal, Madeira, die 3. Bildungskonferenz der European Midwives Association (EMA) mit dem Titel «Educators leading the challenges of midwifery education in Europe» statt. Zentrale Themen waren die Verbesserung der Frauengesundheit und damit auch die Gesundheit ihrer Kinder (MDG 4 und 5), sowie die anstehenden Reformen im Gesundheitswesen in mehreren europäischen Ländern.

Jennifer Bremner (European Health Management Association Brüssel) beleuchtete die Notwendigkeit solcher Reformen, die eine Neuverteilung der Aufgaben für die einzelnen Gesundheitsberufe nach sich ziehen wird. Sie forderte die Hebammen explizit auf, sich aktiv im Gebiet der Frauengesundheit zu engagieren und damit eine aktive Rolle in der Reform einzunehmen. Hebammen-Leadership in Europa wurde damit als Schlüsselthema für berufliche Weiterentwicklungen aufgeworfen.

Folglich wurden, mit der Ausbildung als Grundlage, verschiedene Elemente für diese Leadership vorgestellt: die neuen Global Standards für Midwifery Education von ICM (Ans Luyben), Hebammenkompetenzen und ihre Bedeutung für die Ausbildung (Jessica Pehlke-Milde), und die gesetzliche Regulierung des Berufes in Europa. Ebenso wurden die Bedeutung von Mobilität und Migration und die berufliche Situation der Hebammen in den einzelnen Ländern präsentiert. Betroffen reagierten die Anwesenden auf die Gesundheitsreform in Portugal, in der Hebammen neu offiziell als «Spezialistinnen in der Pflege» («nurse-midwives») bezeichnet werden; ein absolutes Novum und ungebräuchlich für Europa. Die portugiesischen Kolleginnen hatten sichtbar Mühe mit der Situation, die auch für Hebammen aus anderen Ländern beängstigend ist. Die berufliche Autonomie zu erhalten wurde damit das zentrale politische Anliegen; mehr denn je mit Hebammen-Leadership. Die Aufforderung der Konferenz an die Hebammen ist deshalb, sich in den anstehenden Reformen klar als die geeignetste Expertin für Frauengesundheit zu positionieren.

Ans Luyben, BFH, Bern

Pressemitteilung des SHV

2009: Jede dritte Geburt ein Kaiserschnitt

Neuste Zahlen des Bundesamtes für Statistik zeigen weiterhin eine hohe Kaiserschnittrate (1998: 22.7%, 2008: 33.0%, 2009: 32.8%). Der Schweizerische Hebammenverband plant Aufklärungs- und Sensibilisierungsarbeit in Zusammenarbeit mit GynäkologInnen, KinderärztInnen und NeonatologInnen und ruft weitere Akteure zu konkretem Handeln auf.

Der minime Rückgang von 0,2% im Vergleich zum Vorjahr ist auf eine leichte Senkung der Rate in den öffentlichen Spitälern zurückzuführen. Bei den privaten Spitälern war ein erneuter Anstieg zu verzeichnen. Liliane Maury Pasquier, Ständerätin und Präsidentin des SHV, hält angesichts der Zahlen fest: «Einmal mehr zeigen unter anderem die Unterschiede zwischen den Kantonen, dass ein wesentlicher Teil der Kaiserschnittgeburten nicht medizinisch begründbar ist. Es gibt keinen plausiblen Grund, warum Frauen im Kanton Jura nur zu 19,5% durch Kaiserschnitt entbinden müssen, während in den Kantonen Uri und Zug 40% der Frauen auf eine Kaiserschnitt-Geburt angewiesen sein sollen».

Der SHV plant zusammen mit weiteren Fachgesellschaften eine Informationsbroschüre für Frauen und Paare. Darin sollen Informationen rund um Kaiserschnittgeburten auf verständliche Weise aufgearbeitet und zur Verfügung gestellt werden. Ziel muss es sein, den Kaiserschnitt dort anzuwenden, wo er Leben rettet und dort darauf zu verzichten, wo er einen unnötigen Eingriff darstellt und Mutter und Kind unnötigen Risiken aussetzt. Während der Bund eine Studie zur hohen Sectiorate plant und die nationale Ethikkommission die Thematik diskutiert, haben bislang weder die Krankenkassen noch die Kantone reagiert.

Pressemitteilung SHV, 30.11.2010.

Deutschland

Kirche unterstützt Hebammen

Die Zahl der freiberuflichen Hebammen in Schleswig-Holstein sinkt. Nachdem ihre Berufshaftpflichtversicherung zum 1. Juli 2010 erneut massiv erhöht worden ist, haben 30 von noch 130 Hebammen aufgegeben. So kann es nicht weitergehen, fand der Bischöfliche Bevollmächtigte der Diözese Schleswig und Holstein. Die Bischofskanzlei verteilte im Dezember in ihren 365 Gemeinden 100 000 an den Bundesgesundheitsminister adressierte Postkarten. Darauf können ihn Bürgerinnen und Bürger auffordern, die den Finanzproblemen zu Grunde liegende Regelungslücke für Hebammen im Sozialgesetzbuch zu schliessen. «Das gut begleitete Auf-Die-Welt-Kommen ist ein zentrales Anliegen für die Kirche», betonte der Kirchenmann.

www.hebammenverband.de

Hebamme muss nicht jeden Fehler selber machen

«Fälle-für-Alle»

Praxisberichte erstellen, lesen, kommentieren, und natürlich davon lernen: Diese Möglichkeit bietet ein neues Fallberichtsportal für Hebammen, das ab sofort im Internet unter der Adresse www.Fälle-für-Alle.org abrufbar ist.

Hebamme sein ist mehr, als nur auf dem Laufenden zu sein. Es gehört auch dazu, die berufliche Praxis zu hinterfragen. Fallbesprechungen haben dabei eine lange Tradition und spielen eine wichtige Rolle im wachsenden Bekenntnis zur Fehlerkultur. Kritische Situationen können nach dem Vorbild der Luftfahrt (Critical Incident Reporting, CIR) anhand von Fallbeispielen systematisch ausgewertet und analysiert werden, um den grösstmöglichen Lerneffekt davon zu haben.

Was kompliziert tönt, lässt sich in der Praxis mit dem Hilfsmittel «Fälle-für-Alle» umsetzen: Fallberichte werden von Hebammen aus allen Arbeitsbereichen eingereicht und von den Mitarbeiterinnen des Berichtsportals anonymisiert. Anschliessend findet eine systematische Analyse nach verschiedenen Kriterien und die Zuordnung von (beinahe)-Fehlern zu verschiedenen Bereichen statt. Die Initiative wird wissenschaftlich begleitet.

Kritische Situationen haben ein grosses Lernpotenzial – «frau muss nicht jeden Fehler selber machen». Betreuungen, die besonders erfolgreich für alle Beteiligten waren, sind ebenso lehrreich und ermuntern zum «Nachmachen». Die Initiative zielt auf mehr Qualität in der Hebammenarbeit, was künftig auch für Haftpflichtversicherer interessant sein könnte. Hebammen, die aus ihren Fällen lernen, schützen Frauen, Kinder und Familien vor Fehlerauswirkungen.

Die Gründerinnen des Vereins kommen aus Deutschland, der Schweiz und Österreich und aus allen Bereichen des Hebammenwesens. Sie sind Praktikerinnen, Wissenschaftlerinnen, Lehrerinnen, Gutachterinnen, juristisch und psychologisch arbeitende Personen aus klinischen und ausserklinischen Bereichen. Fälle-für-Alle steht allen Hebammen im deutschsprachigen Raum offen, indem sie Vereinsmitglied werden können. Fälle können bereits jetzt gemeldet werden an info@fallbesprechungen.de, damit im Frühjahr 2011 bereits ausreichend Fälle vorliegen.

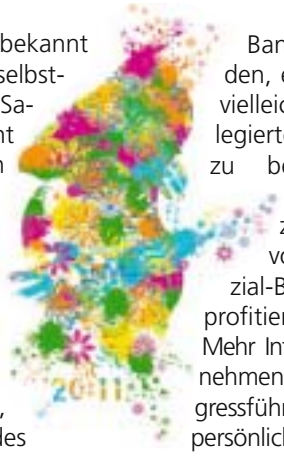
Patricia Gruber und Christiane Schwarz (D), Isabelle Romano und Ans Luyben (CH)

Informationen: www.fälle-für-alle.org

Schweizerischer Hebammenkongress
12./13. Mai 2011, Fribourg

«Zeit für…»

Dieses Jahr haben wir für Sie ein interessantes Programm mit Referentinnen aus der Schweiz, Australien und Kanada zusammengestellt. Wir möchten Ihnen aufzeigen, dass in einer Zeit, in der Technik, Fortschritt, Forschung und Studien einen hohen Stellenwert bekommen haben, der Faktor Zeit noch immer das wichtigste Element unserer Arbeit als Hebamme ist. Deshalb der Titel «Zeit für...»



Ina May Gaskin, bekannt durch ihr Buch «Die selbstbestimmte Geburt», Sarah Buckley, bekannt mit den Büchern «Ecstatic Birth» oder «Gentle birth, gentle mothering», Elisabeth Kurth, Claude Didierjean, Verena Geissbühler... Schwangerschaft, Geburt, Steissgeburt, Stillen, der Beginn des Familienlebens: Kompetente Referentinnen erwarten Sie am Kongress im Forum Fribourg.

Die Sektion Fribourg hat mit viel Enthusiasmus ein unterhaltsames Rahmenprogramm zusammengestellt. Verpassen Sie es nicht, sich auch für das Bankett anzumelden, einen Tag davor vielleicht auch die Delegiertenversammlung zu besuchen, eine Übernachtung zu buchen und von unserem Spezial-Billet der SBB zu profitieren.

Mehr Informationen entnehmen Sie dem Kongressführer, der Ihnen persönlich zugestellt wird.

Herzlich willkommen am Hebammenkongress 2011 in Fribourg!

Ihr Kongresskomitee:
Lorraine Gagnaux, Daniela Vetter Richards, Susanne Leu, Andrea Ruffieux, Marianne Indergand-Erni

Posterwettbewerb – Posterpräsentation

Mit Ihrem Poster bereichern Sie einerseits den Kongress und haben andererseits die Chance, einen Preis zu gewinnen. **Neu** unterscheiden wir zwischen zwei Arten von Postern: Studie und Projekt. Entsprechend wird es zwei Ranglisten geben.

Das Poster ist ein anerkanntes Medium, um Studien, wissenschaftliche Arbeiten und interessante Projekte bekannt zu machen. Auch Studentinnen sind zur Teilnahme herzlich eingeladen.

Die drei besten Poster jeder Gruppe gewinnen einen Geldpreis zwischen Fr. 200.– und Fr. 500.–, gesponsert von SWICA.

Kriterien der Jury:

- Relevanz zur Hebammentätigkeit oder Aufwertung der eigenen Berufswelt
- Aussagekraft und Verständlichkeit des Posters (Schlüsselbegriffe)
- Darstellung, Illustration sowie grafisches Layout
- Studien-Design und angewandte Methoden

Bitte Anmeldung der Poster mit Titel bis 31. März 2011 bei:
Marianne Indergand-Erni, indererni@bluewin.ch

EDITORIAL

Mitten in meiner Ausbildung zur Trauerbegleiterin kam die Anfrage von Dorin Ritzmann, mit ihr zusammen Spätabbrüche aus psychosozialer Indikation zu begleiten. Ein Kind abtreiben zu müssen, weil es keinen Platz im Leben seiner Mutter findet, sie deshalb in eine Notlage bringt, hat mich sehr bewegt. Diesen vergewaltigten, sozial ausgegrenzten, um Asyl suchenden, blutjungen, ethnisch benachteiligten, teilweise um ihr Leben fürchtenden Frauen half ich, ihre sie noch zusätzlich peinigende Schwangerschaft menschenwürdig beenden zu können. Die Geschöpfe, die deshalb nicht sein durften, waren die Opfer dieser Lösung. Jedes eine Anklage an unsere Gesellschaft.
Die verzweifelten Frauen kamen etwa in der 18. SSW zu uns, nach dem sie lange ihre Schwangerschaft nicht wahr haben wollten. Oder sie mussten lange Hilfe suchen, bis sie uns fanden. Einige versuchten, trotz widrigen Umständen ihr Kind behalten zu können.
Uns blieb, den letzten Weg des Abschieds mit ihnen zu gehen und mit ihnen auszuhalten.
Während der schmerzhaften Geburt, weil uns keine PDA zur Verfügung stand, brach der angestaute Seelenschmerz der Gebärenden durch, den es aufzufangen galt. Oft standen wir an der Grenze unserer physischen und psychischen Kräfte, bis der Körper der Frau das tote Kind hergab. Die Bestätigung der Frauen, sich trotz ihrer elenden Situation bei uns gut aufgehoben gefühlt zu haben, motivierte uns weiter zu machen.
Nach der Geburt forderte ich die Frau jeweils auf, sich auf ihre eigene Weise von ihrem Kind zu verabschieden. Es war für sie stets ein grosser Schritt vom verdrängten, ungewollten zu ihrem real toten Kind. Es folgten herzzerreissende Momente der Trauer, wenn die Frauen, Paare, Grosseltern das tote Kind sahen, berührten und ihre Abschiedsworte an es richteten. Eine Türkin hat ihr Kleines wehklagend mit Rosenwasser gewaschen und eingewickelt. Ein sehr junges Paar hat mit einem vorgelesenen und beigelegten Abschiedsbrief seiner Trauer Ausdruck verliehen. Die meisten schmückten ihre toten Kinder mit selbst gepflückten Blumen aus unserem Garten und begossen sie mit ihren Tränen.

Marika Koch, Hebamme

Schwangerschaftsabbruch

So früh als möglich,

Am 1. Oktober 2002 ist in der Schweiz die Fristenregelung in Kraft getreten, nachdem sie in der Volksabstimmung vom 2. Juni 2002 mit 72 Prozent der Stimmen angenommen wurde. Grundsätzlich wurde damit das Selbstentscheidungsrecht der Frau beim Schwangerschaftsabbruch anerkannt.

Anne-Marie Rey

In der Praxis wurde die Gesetzesänderung erstaunlich rasch umgesetzt und im Grossen und Ganzen funktioniert sie heute gut. Recherchen der APAC-Suisse[1] haben jedoch ergeben, dass es noch gewisse Probleme gibt, im Besonderen bei Schwangerschaftsabbrüchen (SA) nach der 12. Woche (*post menstruationem*, p.m.).

Positive Entwicklung

Das Inkrafttreten der Fristenregelung hat nicht zu der von den Gegnern prophezeiten Zunahme der SA geführt. Die Abortrate in der Schweiz ist mit 6,4 auf 1000 Frauen im Alter von 15 bis 44 Jahren eine der niedrigsten weltweit. Das gilt auch für die Teenager. Die Abortrate der 15- bis 19-Jährigen beträgt 5/1000, wobei Abbrüche bei den 15- bis 17-Jährigen sehr viel seltener vorkommen als bei den 18- bis 19-Jährigen. Der Anteil der unter 15-Jährigen ist mit 0,2 Prozent aller SA minim. Den höchsten Anteil haben Frauen zwischen 20 und 25 Jahren.

Anne-Marie Rey, Dolmetscherin, Mitbegründerin und später Ko-Präsidentin der Schweiz. Vereinigung für Straflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs (SVSS). 30 Jahre lang an vorderster Front engagiert in der Informations- und Lobbyarbeit für die Fristenregelung und in den vier Abstimmungskampagnen zu diesem Thema bis zum Erfolg 2002. Autorin des Buches «*Die Erzengelmacherin*» zur Geschichte der Fristenregelung in der Schweiz. Sie betreibt heute die Website Schwangerschaftsabbruch-Infos www.svss-uspda.ch und ist Geschäftsführerin der APAC-Suisse. Verheiratet und Mutter von drei erwachsenen Kindern.

Entgegen einer landläufigen Vermutung ist die Zahl der Schwangerschaften bei Teenagern gegenüber früheren Jahrzehnten deutlich rückläufig. Allerdings: wenn sie schwanger werden, entscheiden sich Jugendliche häufiger zum Abbruch der Schwangerschaft als früher.

Die bereits in den 80er Jahren einsetzende Liberalisierung der Praxis des SA hat zu einem Rückgang des «Abtreibungstourismus» geführt.

Heute werden etwa noch 800 Abbrüche in einem anderen als dem Wohnkanton der Frau durchgeführt. Demgegenüber wurden 1980 allein im Kanton Genf über 1800 Frauen aus anderen Kantonen behandelt und etwa ebenso viele im Kanton Zürich.

Die Einführung der medikamentösen Methode mit Mifegyne® im Jahr 1999, welche bis zur 7. Schwangerschaftswoche p.m. (SSW) angewendet wird, hat einen Trend zum frühzeitigeren SA eingeleitet. Der Zeitgewinn durch den Wegfall des Zweitgutachtens hat diese Entwicklung unterstützt. Im Jahr 2009 wurden 60 Prozent der Abbrüche mit dieser Methode vorgenommen, 70 Prozent fanden in den ersten 8 SSW statt, gegenüber bloss 30 bis 40 Prozent in den 80er und 90er Jahren.

Der Anteil der Abbrüche im 2. Trimester hat sich hingegen in den letzten 30 Jahren kaum verändert. Er schwankte im Kanton Bern (der als einziger über Zahlen bis ins Jahr 1980 verfügt) zwischen 3 und 7 Prozent. Gesamtschweizerisch wurden 2009 rund 5 Prozent, das heisst ungefähr 480 Eingriffe, nach der 12. SSW durchgeführt. Davon fast drei Viertel in der 13. bis 16. Woche, also im frühen 2. Trimenon. 30 Abbrüche oder 0,3 Prozent des Totals wurden nach der 22. SSW vorgenommen.

aber auch so spät wie nötig

Fotos: Annette Hesselbarth

Versorgungslücke im 2. Trimenon

Trotz dieser grundsätzlich positiven Entwicklung vermuteten wir aufgrund einzelner Erfahrungen gewisse Versorgungslücken. Wir hatten den Eindruck, dass es bei den «Spätabbrüchen» (2. Trimenon) Probleme gab und dieser Bereich tabuisiert wurde. Die Praxis schien ziemlich willkürlich und wenig transparent. Niemand sprach darüber, niemand wusste wirklich, was wo unter welchen Voraussetzungen angeboten wurde. Wir haben daher im Jahr 2008 die Familienplanungsstellen dazu befragt. Von 41 angeschriebenen Stellen erhielten wir 40 Antworten:

- Fast die Hälfte der Stellen (44%) stossen in ihrer Region auf Schwierigkeiten bei Abbrüchen im 2. Trimenon.
- Ein Viertel kennen in ihrer Region keine Möglichkeit für solche Eingriffe.
- Die Grenze, bis wann psychosoziale Gründe jenseits der 12. SSW akzeptiert werden, wird sehr unterschiedlich gesetzt – bei 14, 16, 18 Wochen...
- Frauen werden manchmal von Spitälern einfach abgewiesen, manchmal in andere Kantone oder ins Ausland gewiesen.
- 14 Stellen hatten 1 bis 6mal pro Jahr mit Frauen zu tun, die vom Arzt/Spital abgewiesen wurden, obwohl nach Meinung der Beraterin triftige Gründe für einen SA vorlagen.
- 27 Stellen haben schon Frauen ins Ausland verwiesen. Insgesamt waren es 20 bis 30 Frauen pro Jahr.
- Aufgrund unserer Nachforschungen bei Kliniken im Ausland schätzen wir diesen «Abtreibungstourismus» auf mindestens 50 bis zu 100 Fälle pro Jahr.

Was sagt das Gesetz zu Abbrüchen nach der 12. Woche?[2]
Ein Arzt muss der Überzeugung sein, dass die körperliche Gesundheit der Schwangeren gefährdet ist oder dass sich diese in einer «schweren seelischen Notlage» befindet. Gemäss einem Bundesgerichtsentscheid[3] sind die Kantone nicht befugt, eine Zweitmeinung vorzuschreiben.
Die Gefahr muss umso grösser sein, je weiter die Schwangerschaft fortgeschritten ist.

Im Jahr 2009 sandte APAC-Suisse allen öffentlichen Spitälern und Privatkliniken mit gynäkologischer Abteilung sowie uns bekannten Tageskliniken in der Schweiz per E-Mail einen Fragebogen[4] zu ihrer Praxis des SA. Spitälern, die nach zweimaliger Mahnung nicht geantwortet hatten, wurde der Fragebogen nach telefonischem Kontakt ein viertes Mal zugeschickt. Bei Kliniken mit Belegarztsystem wurden die ÄrztInnen direkt angeschrieben. Die Auswertung stützt sich in diesen Fällen auf die Antworten eines Arztes, manchmal mehrerer ÄrztInnen.

Das Ergebnis bestätigte weitgehend die Angaben der Familienplanungsstellen. Von 157 angeschriebenen Kliniken erhielten wir 113 auswertbare Antworten. In 93 dieser 113 Kliniken werden SA durchgeführt, in fast einem Drittel davon jedoch nur im 1. Trimenon, und nicht einmal in der Hälfte werden «schwere seelische Notlagen» als Grund für einen Abbruch im 2. Trimester akzeptiert. Häufig wird zudem ein psychiatrisches Gutachten eingeholt, in zwei Kantonen sogar der Kantonsarzt beigezogen, obwohl nichts dergleichen im Gesetz vorgesehen ist.

Unter den 46 Kliniken, die psychosoziale Gründe akzeptieren, tun dies ein gutes Viertel höchstens bis zur 14. SSW, weitere 13 Prozent bis zur 15. oder 16. SSW. Nach der 20. Woche sind SA, bei welchen nicht eine strikte somatische oder fötale Indikation vorliegt, eine absolute Seltenheit. Nach der 23. SSW wird nur bei extrem seltener, vitaler mütterlicher Indikation oder bei letaler fötaler Missbildung abgebrochen.

Gesetzlicher Ermessensspielraum nicht ausgeschöpft

Unsere Vermutung wurde durch die beiden Umfragen bestätigt: Obwohl die Schweiz seit 2002 über eine der liberalsten Gesetzgebungen verfügt, ist im Fall einer schweren seelischen Notlage der Zugang zum SA im 2. Trimester sehr beschränkt, insbesondere nach der 14. oder 16. SSW. Der Ermessensspielraum, den der Begriff «schwere seelische Notlage» im Gesetz dem Arzt oder der Ärztin in der Beurteilung des Einzelfalls lässt, wird nicht ausgeschöpft.

Bei den parlamentarischen Beratungen war diese Umschreibung nicht umstritten. Die Berichterstatterin der Rechtskommission hielt 1998 im Nationalrat fest, man habe die Formulierung bewusst weit gefasst und nicht einen traditionellen Indikationenkatalog gewählt, damit «der Vielfalt der denkbaren Lebenssituationen genügend Rechnung getragen werden» könne.

Nach Ansicht der Kommission sollte «allein das Gewicht der Gründe den Ausschlag geben». Der Arzt oder die Ärztin müsse sich als Vertrauensperson der Frau davon überzeugen, «dass nach medizinischem Fachwissen und menschlichem Ermessen der Abbruch gerechtfertigt» sei.

An einem Seminar der Universitäts-Klinik Lausanne 2009 legte Nathalie Brunner vom Institut für Gesundheitsrecht der Universität Neuenburg dar, ein Arzt urteile unweigerlich aufgrund seiner Werthaltungen. Er könne kaum strafrechtlich belangt werden, wenn er seine Überlegungen genügend dokumentiere und den Abbruch nach den Regeln der Kunst ausführe.

Christian Peter vom Rechtsdienst des Inselspitals Bern bestätigt, dass es sich bei Art. 119, Absatz 1 des Strafgesetzbuches um eine «sozial-medizinische Gesamtindikation» handle. Der drohende psychische Zustand müsse nicht einem Krankheitsbild entsprechen. Vielmehr seien neben der Persönlichkeitsstruktur auch die gegenwärtigen und zukünftigen Lebensumstände der Schwangeren zu berücksichtigen. Dem ärztlichen Urteil komme grosse Bedeutung zu. Ein Urteil, dem ein kaum überprüfbares Ermessen innewohne[5].

In diesem Kontext sei daran erinnert, dass die Gesundheit, gemäss WHO, das soziale Wohlbefinden mit einschliesst[6].

Zu den Fotos

Als bewussten Gegensatz zum schwierigen Thema Spätabbruch haben wir die wunderschönen Blumenbilder der Thuner Hebamme Annette Hesselbarth ausgesucht.

Gründe für Spätabbrüche

Die Datenlage ist lückenhaft in Bezug auf die Gründe für den SA. Eine Extrapolation aus den Daten von drei Kantonen ergibt:

- In etwa 2% der Fälle ist eine fötale Missbildung der ausschlaggebende Grund.
- Vergewaltigung/Inzest machen 0,4% aus.
- Offensichtlich sind es aber überwiegend psychosoziale Gründe, die zum Abbruch führen, auch im (frühen) 2. Trimester.

Abgesehen von strikt medizinischen Indikationen – warum beantragen Frauen erst im 2. Trimenon einen SA?

Gemäss einer Studie in England[7] spielen mehrere Gründe mit:

- Eine starke Ambivalenz nannten 80% der Frauen
- Gut 70% hatten die Schwangerschaft spät bemerkt (unregelmässige Periode, Menstruation durch hormonelle Verhütungsmethode unterdrückt)
- Angst vor der Reaktion der Eltern, des Partners
- Angst vor dem Eingriff
- Plötzliche Veränderung in der Paarbeziehung.

Ähnliche Befunde liegen aus anderen Ländern vor. In der Schweiz hat die Gynäkologin Dorin Ritzmann, die während einigen Jahren medikamentöse Abbrüche bis zur 21. SSW durchführte, eine Statistik über Gründe und Lebensum-

stände ihrer Patientinnen erstellt[8]. Die Frauen waren zu einem grossen Teil

- arm, jung, Opfer von Gewalt,
- oft kamen sie aus einem fremden kulturellen Milieu,
- sie waren oft von andern Ärzten oder einem Spital abgewiesen und durch eine Familienplanungsstelle überwiesen worden.

Der Grund, warum sich diese Frauen erst im 2. Trimenon an die Ärztin wandten, waren oft – wie in der englischen Studie – unregelmässige Menses. Nicht selten lag die Schuld aber bei Fachpersonen:

- Falschinformationen wie: «nach der 12. Woche ist ein SA verboten»
- Fehldiagnose
- Verzögerung durch Nachlässigkeit oder gar bewusste Hinhaltetaktik.

Weshalb sollte die schwere seelische Notlage einer Frau, die ihre Schwangerschaft spät bemerkt, weil das für absolut sicher gehaltene Implantat die Menses unterdrückte, oder die Notlage einer jungen Frau, die zu Hause Verstossung oder Gewalt riskiert, weniger schwer wiegen als diejenige einer Frau, die nach pränataler Untersuchung einen schlechten Befund erhält?

Unter den (wenigen) Frauen, mit welchen ich persönlich zu tun hatte, waren mindestens zwei, die trotz Implanon schwanger geworden waren, die Schwangerschaft erst nach der 16. Woche realisierten und sich in einer schwierigen Situation befanden. Einige Male handelte es sich um weit fortgeschrittene Schwangerschaften von ganz jungen Mädchen oder um Frauen, bei denen erst spät (über 22. SSW) eine schwere, aber nicht letale Fehlbildung des Fötus festgestellt wurde.

Keine Frau verlangt aus trivialen Gründen einen Abbruch bei fortgeschrittener Schwangerschaft. Es sind immer dramatische Situationen. Es darf nicht sein, dass wir immer noch jährlich 50 bis 100 verzweifelte Frauen aus der Schweiz für einen Abbruch ins Ausland schicken oder die Frauen gar dem Risiko einer selbst provozierten Abtreibung aussetzen.

Das Dilemma später Abbrüche

Ein SA ganz zu Beginn der Schwangerschaft ist auf der Gefühlsebene etwas völlig anderes als ein Spätabbruch. Abbrüche bei fortgeschrittener Schwangerschaft sind für alle Beteiligten belastend. Frauen in solch extremen Situationen, oft hin- und hergerissen in ihren Gefühlen, sind besonders verletzlich und brauchen verständnis- und respektvolle Begleitung und Betreuung. Eine emotional schwierige Aufgabe, die hohe Anforderungen an das ärztliche und pflegerische Personal sowie an die Hebammen stellt, deren Mitwirkung bei solchen Eingriffen meist notwendig ist. (Spätabbrüche werden in der Schweiz in der Regel mittels Einleitung einer Fehlgeburt durchgeführt, im Gegensatz zu Ländern wie England, Niederlande, USA, wo die chirurgische Methode bis zur 22. SSW und darüber hinaus angewendet wird.) Nicht nur fachliches Können ist gefragt, sondern Empathie, soziale, psychologische und ethische Kompetenz.

Die Aufgabe ist umso schwieriger, als sie bei nicht direkt Involvierten oft wenig Verständnis findet oder gar auf scharfe – häufig religiös motivierte – Ablehnung und Kritik, ja Aggression stösst.

Es verwundert daher nicht, dass Fachpersonen sich dieser Aufgabe – manchmal unter Berufung auf ihr Gewissen – zu entziehen suchen. Doch das Recht auf Gewissensverweigerung ist nicht absolut. Der Leistungsauftrag eines öffentlichen Spitals muss erfüllt, die Behandlungen müssen durchgeführt werden. Ein Chefarzt darf Spätabbrüche an «seinem» Spital nicht generell untersagen. Eine Ärztin oder Hebamme, die nicht bereit ist mitzuwirken, hat keinen Anspruch auf Anstellung. Beruflicher Auftrag und Verantwortung gegenüber der Frau sind von den eigenen Werthaltungen zu trennen. Massgebend muss das Wohl der betroffenen Frau sein.

Die Arbeit in diesem Bereich kann andererseits aber auch grosse persönliche und berufliche Befriedigung bringen. «Wir alle sind überzeugt, dass wir eine wichtige Arbeit tun, die positive Veränderungen im Leben von Menschen bewirkt», sagt der kanadische «Abtreibungsarzt» Garson Romalis.

«Nichts gibt mir soviel Befriedigung und ein so grosses Selbstwertgefühl wie die Arbeit im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbruch. (...) Nirgends sonst erhalte ich soviel Dankbarkeit. Es gibt mir die Gelegenheit, mit progressiven, humanistischen, feministischen KollegInnen zusammenzuarbeiten.»

Dr. med. Dominique Roynet, Belgien

Was bleibt zu tun?

Die Situation in Bezug auf den SA ist in der Schweiz vergleichsweise gut. Seit der Neuregelung von 2002 wird das Entscheidungsrecht der Frau respektiert, und der Zugang zu diesem Eingriff ist grundsätzlich im ganzen Land gewährleistet. Und doch gibt es Probleme. Es werden nicht alle Methoden angeboten: Die Lokalanästhesie im ersten und der chirurgische Eingriff im zweiten Trimester sind so gut wie inexistent in der Schweiz. Der Zugang zum SA im 2. Trimenon bleibt sehr beschränkt, weil der gesetzliche Ermessensspielraum zur Beurteilung der «schweren seelischen Notlage» nicht ausgeschöpft wird.

Die Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte, der Hebammen und des Pflegepersonals ist in diesem Bereich zu verbessern, sie sind für die Problematik zu sensibilisieren, insbesondere für die Notwendigkeit, manchmal auch im 2. Trimenon einen Abbruch vorzunehmen. Der Devaluation, Stigmatisierung und Marginalisierung dieser Tätigkeit ist entschieden entgegenzuwirken. Den Fachleuten, die auf diesem Gebiet tätig sind, ist Unterstützung und Supervision anzubieten und Respekt zu bezeugen.

Wir müssen daran arbeiten, dass in der Schweiz jede Frau so früh als möglich, aber – bei fortgeschrittener Schwangerschaft – auch so spät wie nötig Zugang zum fachgerecht durchgeführten SA und eine einfühlsame Betreuung erhält. In liberaler Anwendung des Gesetzes. ◀

«Ich halte die Rückweisung einer Frau, die einen Abbruch wünscht, für einen Akt unsäglicher Gewalt. Zu wissen, dass wir einer Frau helfen, die Komplexitäten ihres Lebens zu meistern, ist die grosse Belohnung für eine Arbeit, die sonst vielleicht allzu belastend wäre.»

Lisa Harris, Gynäkologin, Assistenzprofessorin, Universität von Michigan

Originalartikel

---

[1] Association de professionnels de l'avortement et de la contraception/Arbeitskreis Abruptio und Kontrazeption, eine Gruppe von Fachleuten, die im Bereich des Schwangerschaftsabbruchs tätig sind.

[2] Art. 119, Abs. 1 StGB: «Der Abbruch einer Schwangerschaft ist straflos, wenn er nach ärztlichem Urteil notwendig ist, damit von der schwangeren Frau die Gefahr einer schwerwiegenden körperlichen Schädigung oder einer schweren seelischen Notlage abgewendet werden kann. Die Gefahr muss umso grösser sein, je fortgeschrittener die Schwangerschaft ist».

[3] BGE 129 I 402 vom 14.10.2003.

[4] Gefragt wurde: Bis zu welcher SSW werden Abbrüche durchgeführt? Bis zu welcher SSW werden nach der 12. Woche Abbrüche aus psychosozialer Indikation (Art. 119, 1 StGB: «schwere seelische Notlage») durchgeführt? Welche Methoden kommen zur Anwendung? Dauer des Klinikaufenthaltes?

[5] Peter C. Strafloser Schwangerschaftsabbruch. SÄZ 2010; 91 (21): 825–6.

[6] «Gesundheit ist ein Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit und Gebrechen» (WHO-Verfassung 1948).

[7] Ingham R., Lee E. et al. Reasons for Second Trimester Abortions in England and Wales. In: Second trimester abortion. Reproductive Health Matters. Vol 16. No 31, Supplement May 2008.

[8] Referat an der Fachtagung des VSSB, 7.5.2009.

Emotionaler Umgang mit Abbrüchen

Mit dem «Seelchen» sprechen

Seit 1989 begleite und betreue ich Frauen und ihre Partner beim Anlocken, Aufnehmen, Wachsen lassen und Gebären wie auch beim wieder Gehen lassen von Seelchen. In diesen Jahren habe ich gelernt, dass der Ausdruck «Seelchen» der Wahrnehmung von schwanger Werden und schwanger Sein am Nächsten kommt. Der Schwangerschaftsabbruch beschäftigt sich speziell mit dem Begrüssen, Bedanken und wieder Verabschieden der Seelchen.

Dorin Ritzmann

Nehmen wir einmal an, und vieles spricht für diese Annahme, dass es freiwillig ist, ob uns Seelchen besuchen oder nicht, und dass es auch freiwillig ist, ob sie bleiben oder nicht. Dann dürfen wir auch annehmen, dass das Aufnehmen und Pflegen eines Seelchens von Seite der Mutter freiwillig ist. In dieser Freiwilligkeit steckt ja die Liebe, mit der die Verantwortung für ein neues Wesen erträglich wird. Ohne diese Liebe wird keine Mutter freiwillig Verantwortung übernehmen wollen und können.

Nehmen wir einmal an, und vieles spricht für diese Annahme, dass Liebe nur in Freiwilligkeit entstehen und wachsen kann, dann ahnen wir, was Zwang, Gewalt, Kontrolle und Reglementierung auf diesem Gebiet anrichten.

Drei Schwierigkeiten können uns im Weg stehen, Frauen mit Zweifeln und Wünschen nach einem Schwangerschaftsabbruch anständig zu begleiten. Diese drei Schwierigkeiten heissen Misstrauen gegenüber Frauen, Angst vor der Selbstbestimmung der Frau und Angst vor sozialem Ungehorsam.

In fünf Schritten werde ich das Thema abschreiten. Jeder Schritt kann vertieft, besprochen, hinterfragt und erarbeitet werden. Jeder einzelne Schritt ist einen Vortrag oder Workshop wert. Beginnen wir den Rundgang:

Dr. med. Dorin Ritzmann, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Erfahrung in Allgemeinmedizin, Frauenheilkunde, Hausgeburtshilfe und Betreuung Drogenabhängiger. Abgeschlossene Zusatzausbildungen in psychosomatischer Medizin und medizinischer Hypnose, praktische Erfahrungen in manueller Medizin und Pflanzenheilkunde. Arbeitet in einer Gemeinschaftspraxis in Dietikon mit breitem Angebot: www.medizinfeminin.ch. Verheiratet, ein erwachsener Sohn.

Schritt EINS: Akzeptanz der Frauenrealität

Die weltweite Frauenrealität ist heute gut untersucht und niedergelegt. Weltweit und schweizweit hat die Abnahme der Bevormundung eine Zunahme der Selbstbestimmung der Frauen bewirkt, und interessanterweise damit eine Verbesserung der Situation in jedem untersuchten Gebiet: seit die WHO Frauenprojekte unterstützt, kommt die Entwicklungshilfe vorwärts, seit Frauen Auto fahren dürfen, fahren sie sicherer als Männer, seit Frauen Banken leiten, sind sie weniger Krisen anfällig als jene der Männer, seit Frauen selber über ihren Körper und ihre Zukunft bezüglich Kinder entscheiden dürfen, hat die Rate an späten Abbrüchen sowie insgesamt an Abbrüchen abgenommen. Im Grunde nicht verwunderlich.

Nehmen wir einmal an, dass Mädchen und Frauen jeden Monat zwischen dem 13. und dem 53. Lebensjahr schwanger werden können. Dies sind immerhin etwa 480 Möglichkeiten in einem Frauenleben. Rechnen wir mit der sehr tief geschätzten Zahl von einem Drittel bis zur Hälfte der Mädchen und Frauen weltweit, die körperlicher Gewalt ausgesetzt sind, dann ist die Anzahl unerwünschter Schwangerschaften doch erstaunlich tief. Gewalt in der Kindheit ist auch später im Leben mit Schwangerschaftsabbrüchen korreliert: die Möglichkeiten, sich abzugrenzen und einen respektvollen Partner zu suchen, sind offensichtlich vermindert.

Und dann haben wir die Schwangerschaften mit ihren Tücken: ist man schwanger, wenn die Menstruation ausbleibt? Und wenn sie sowieso sehr selten kommt? Wenn man stillt? Wenn das Verhütungsmittel eine Amenorrhoe produziert (wie Implanon oder die Drei-Monatsspritze)? Oft ist es wie bei der Geburt: wann sie begonnen hat, weiss man erst im Nachhinein.

Nehmen wir einmal an, und es spricht vieles dafür, dass die meisten Thesen zur Frauenwelt aus Männermund falsch und unvollständig sind, dann ahnen wir die

Situation in Skandinavien

Ich komme soeben vom FIAPAC Kongress in Sevilla zurück und habe mit Hebammen aus Norwegen und Schweden Kontakte geknüpft. In Schweden gibt es Hebammen, die im Ultraschall ausgebildet werden und Abbrüche (medikamentöse) selbständig von Anfang bis Ende durchführen. Anderswo in Schweden und Norwegen haben Hebammen die Betreuung der Frauen rund um einen medikamentösen Abbruch übernommen.

Im Skandinavien werden fast ausschliesslich medikamentöse Abbrüche durchgeführt. Nur bei Versagen dieser Methode kommt eine Absaugung in Frage (um 2% bis 10 Wochen, um 5% bis etwa 17 Wochen, etwa um 10% bis 21 Wochen).

Dorin Ritzmann

Tiefe der Schwierigkeiten, der einzelnen Frau zu trauen.

Schritt ZWEI: Trau der Frau

Dürfen wir Frauen trauen? Oder stimmt es, was ich noch in der Ausbildung gelernt habe, «jede Frau lügt, jede Frau ist schwanger und jede Frau hat eine EUG (Extrauteringravidität)»? Auch wenn wir aus einer Kultur stammen, deren Nährwasser aus Misstrauen, Ablehnung und Gewalt gegenüber Frauen besteht, sind wir dabei, diesen Schritt in jeder Hinsicht zu unternehmen.

Nehmen wir einmal an, dass die Frauen fähig sind, selber für sich und ihre Familie, für ihre Gemeinde, ihre Gesellschaft und die Zukunft der Erde zu entscheiden. Nehmen wir einmal an, der Entscheid für einen Schwangerschaftsabbruch ist eine verantwortungsvolle Tat, vergleichbar der Redimensionierung eines Unternehmens, der Organspende für ein Familienmitglied: schmerzhaft, aber nachhaltig.

Emotional ist dieser Schritt wahrscheinlich der Schwierigste, so tief sind unsere Zweifel an unserer eigenen Glaubwürdigkeit und Verantwortungsfähigkeit.

Machen Sie einen Test: eine meiner Jugendlichen (17-jährig) berichtete, sie sei in Italien (sie lebt in Mailand) auf dem Schulweg gepackt, betäubt und verschleppt worden. Sie erwachte an einem ihr unbekannten Ort mit starken Schmerzen im Unterbauch und Beckenboden. Das Gebäude war offen und sie konnte nach Hause finden, aber der Mutter nichts erzählen. Sie stand unter Schock, als die Menstruation ausblieb, wusste sie nicht, was tun. Sie erzählte alles dem Bruder (19-jährig). Zusammen überzeugten sie die Mutter, sie in die Schweiz zu einer Tante reisen zu lassen. Als alles soweit war, wusste die Tante auch nicht weiter. Die ersten 12 Wochen waren schon vorbei. Nach 14 Tagen Suche erreichte mich die Familienplanungsstelle jenes Kantons. Als die Jugendliche bei mir war, waren es schon 18 Wochen. Ein erfahrener Psychiater schrieb ein Gutachten. Der Bruder begleitete sie auch während des Abbruches auf sehr einfühlsame Weise. Da sie noch immer in einem traumatisierten Zustand war, rief ich den Psychiater an, ob er eine Nachbetreuung übernehmen würde. Er sagte: die Geschichte stimme ja so wohl nicht. Was denken und was fühlen Sie?

Schritt DREI: Anständiges Verabschieden der Seelchen

Wie können wir ein Seelchen verabschieden, das bleiben will? Wie sprechen wir mit der Frau, wie spricht sie mit dem Ungeborenen? Ich skizziere im Folgenden mein Vorgehen in drei Schritten, das sich im Laufe der Jahre so entwickelt hat:

Wenn der Entscheid für einen Abbruch gefallen ist, jedoch bevor der medikamentöse oder chirurgische Abbruch beginnt, in dieser Zwischenzeit empfehle ich, diese drei Schritte durchzuführen:

Das Seelchen begrüssen:
Ich sage der Frau, dass es eine Potenz, eine Macht ist, schwanger zu werden. Dass es schön ist, besucht zu werden. Dass ihre Fruchtbarkeit damit zunimmt, dass sie sich einen Moment lang bedanken und sich stolz fühlen darf.

Dem Seelchen genau erklären, warum es nicht bleiben kann:
Ich spreche dies oft im Detail mit der Frau durch: dass es sie von hinten angesprungen hat, dass es nicht gefragt hat, ob es der richtige Moment sei, dass es wiederkommen könne oder zu einer anderen

Frau wechseln dürfe, die auf das Seelchen wartet. Auch die Umstände sollen genau erklärt werden: dass kein Geld da ist, dass der Vater des Seelchens der eigene Onkel oder Chef oder ein Unbekannter ist, dass schon andere Kinder da sind, dass sie krank ist, dass sie eine Lehre beginnen will, dass es zu früh ist und und und…

Das Durchsprechen und laut Äussern der Umstände und Gründe hat einen heilsamen Effekt auf die Betroffenen, auch auf den allfälligen Partner oder Ehemann. Die Sachlage wird klarer, anständig. Dies kann oft ganz nebenbei geschehen, aber es lohnt sich, laut zu sprechen.

Einen Ort suchen, an dem das Seelchen warten kann:

Einen Baum, einen Strauch, einen Steinhaufen, eine Ecke: ich habe bis anhin meinen Garten hierfür zur Verfügung gestellt, da ich auch Frauen mit Kinderwunsch empfehle, durch den Garten zu streifen und bei einem sie ansprechenden Busch oder Baum inne zu halten. So kann ein informeller Seelentausch stattfinden. Was unabhängig von «Wahrheit» passiert, ist, dass es für die Gebenden und die Empfangenden einfacher wird. Schuld und Scham und Schande, die zähen Begleiter so vieler Frauen, können so minimiert werden.

Schritt VIER: Gegenseitige Unterstützung der «Care Givers», der Anbietenden

Wir alle kennen den Ausdruck «Drecksarbeit» (dirty work). Er wird in Sozialanalysen benützt für jene Arbeit, die zwar getan werden muss, die aber als unsauber, sozial niedrig, verachtenswert oder sonst wie dreckig gilt. Es sind dies zum Beispiel Kehricht abräumen, Strassen fegen, öffentliche Toiletten bedienen, die gesamten Strassenstrichdienste, und eben: Abbrüche durchführen. Personen, die Drecksarbeit verrichten, werden sozial abgestuft und isoliert. Dies kann subtiler oder offenkundiger geschehen: man spricht schlecht über diese Personen, man gibt ihnen keine Stelle mehr, man nimmt sie nicht in einem Club oder einer Partei auf, man greift sie an, man diffamiert und isoliert sie politisch (vor allem gegenüber Ärzten, die Abbrüche anbieten, angewandt), man greift sie körperlich an. Ich erinnere hier an Dr. Georges Tiller, einen feinen, tief gläubigen nordamerikanischen Arzt, der im Mai 2009 ermordet wurde. Es ist wichtig, dies als eine gesellschaftliche Struktur zu durchschauen. Das Verachten und Isolieren kommt nur in hierarchischen Gesellschaften vor, es ist unbekannt in kooperativen Systemen. Für uns wichtig ist, dass die gegenseitige Unterstützung von grösster Bedeutung ist, wie zum Beispiel in der weltweit tätigen FIAPAC (www.fiapac.org Fédération Internationale des Associés Professionnels de l'Avortement et de la Contraception). Auch in der Schweiz gibt es eine kleine Vereinigung, die versucht sich gegenseitig Unterstützung zu geben (APAC Suisse: www.schwangerschaftsabbruch.org). Wer den Weg wählt, Frauen in ihrem Selbstbestimmungsrecht zu unterstützen, wird tausendfach belohnt, aber manchmal gesellschaftlich isoliert. Es ist schlussendlich auch eine Gewissensfrage, die Freiheit der Frau bezüglich eines Abbruches zu unterstützen oder nicht.

Schritt FÜNF: Wo stehe ich?

Man kann sich selber genauer kennen lernen, noch schöner und einfacher im Austausch mit anderen Frauen, mit Müttern, Jugendlichen, mit Frauen mit und ohne Abbruch-Erfahrung, mit Frauen aus früheren Generationen, aus anderen Kulturen: uns alle vereint die Möglichkeit, unerwartet schwanger zu werden, und die Frage: was tun?

Einige Hilfen sind folgende Fäden:

Die geistige Position:

Was denke ich über Schwangerschaft, Sicherheit von Verhütung, körperliche Sicherheit von Frauen, Dummheit und Klugheit von Frauen, Schuld und Scham, Bestrafung von Frauen, Freiheit und Verantwortlichkeit von Frauen. Welche Stimmen sind es und woher kommen sie? Sind es männliche Stimmen? Kann ich sie genauer orten?

Die spirituelle Position:

Sind Frauen genauso spirituell begabt wie Männer? Könnte «HaRuachHaOlam», der Atem der Welt, auch etwas anderes sein als ein männliches menschliches Wesen? Sind Zweifel an den männlich religiösen Vorgaben erlaubt? Könnte es sein, dass hier das weibliche Kerngeschäft falsch interpretiert wurde, sagen wir aus fehlender Erfahrung?

Die emotionale Position:

Habe ich mehr Mitleid mit dem Embryo als mit der Frau? Warum? Könnte es sein, dass mein Mitgefühl missbraucht wird? Dass die körperlich-seelische Einheit der Mutter mit dem Ungeborenen nicht trennbar ist? Dass Mitgefühl immer beiden gilt? Dass Ärger, Wut und Aggression nicht den Müttern, sondern den gesellschaftlichen Entscheidungsträgern gelten würde, falls dies erlaubt wäre? Wie gehe ich mit Trauer um? Mit Abschied nehmen? Bin ich ein erwünschtes Kind oder eventuell ein Unerwünschtes? Was passiert mit mir, wenn ich mit dem in den Tod Begleiten konfrontiert werde eines sich in einer ähnlichen Situation befindenden Wesens? Will ich es mit Zwang retten? Dürfen nicht auch Seelchen frei sein, wieder zu kommen, in eine bessere Situation?

Die körperliche Situation:

Habe ich Kinder? Musste ich darauf warten? Konnte ich keine haben? Wie stehe ich zu Frauen, die einfach schwanger werden, aber zur falschen Zeit oder vom falschen Partner? Kommen hier negative Gefühle, Ärger, Neid, Rachegefühle ins Spiel? Was haben sie mit der Frau, was mit mir selber zu tun?

Danke für alle Rückmeldungen:
dorin.ritzmann@medizinfeminin.ch

European Master of Sciences in Midwifery

Im Fernstudium zum Mastertitel

Aus einer Vision wurde 2009 Realität: Der europäische Masterabschluss MSc in Midwifery. Fünf Hochschulen in ganz Europa machen mit, darunter auch die Fachhochschule HES-SO in der französischen Schweiz.

Patricia Perrenoud ist Hebamme, Dozentin an der Fachhochschule HECVSanté Lausanne und Mitglied im Programmausschuss des Europäischen Masters für Hebammen. Sie doktoriert in Gesundheitsanthropologie an der Universität Lausanne.
pperrenoud@hecvsante.ch

Foto: Glasgow Caledonian University

Patricia Perrenoud

Im Jahr 2004 phantasierten mehrere europäische Hebammenausbildnerinnen zusammen über einen europäischen Master. Dank Finanzierung aus dem *Programm für Ausbildung und lebenslange Weiterbildung* der Europäischen Kommission wurde das Projekt konkret. Die Westschweizer Fachhochschulen für Gesundheit (HES-SO), HEDS Genf und HECVSanté Lausanne, waren von Anfang an dabei. Unsere unvergessene Kollegin Odile Robin machte unsere Teilnahme selbst als Nicht-Mitglied der EU möglich. Der EU MSc für Hebammen vereinigt folgende Hochschulen: Glasgow Caledonian University, Medizinische Hochschule Hannover, Academie Verloskunde Maastricht, University of Ljubljana College of Health Studies, und die HES-SO. Weitere Partnerhochschulen sind mit Zusatzmodulen dabei.

Eine Masterausbildung zu durchlaufen ist eine Herausforderung. Warum entscheiden sich Hebammen dazu, trotz beruflichen Aktivitäten und Belastungen? Der Weiterbildungsprozess erlaubt die Vertiefung von wesentlichen Grundkompetenzen. Informationen zu suchen, zu evaluieren und angepasst in die tägliche Praxis zu integrieren ermöglicht es, die Gesundheit von Frauen und Kindern besser zu fördern. An aktuellen Debatten teilzunehmen, gängige Praktiken zu hinterfragen und zu erneuern sind neue Möglichkeiten für die Teilnehmerinnen des Masterprogramms. Im Zusammenhang mit Forschung, Projektentwicklung, Management und Ausbildung erworbene Kompetenzen öffnen den Wagemutigen neue Türen!

Europäische Diversität

Das Programm ist offen für europäische Diversität und unterschiedliche Gesundheitssysteme. Professionelles Wissen entsteht durch die Interaktion zwischen unserem körperlichen und gleichzeitig auch geistigen Erleben und unserer Umwelt (Lave & Wenger 2001). Die Vertrautheit mit unserem Arbeitsort macht uns sicher und erlaubt uns wirkungsvolles Arbeiten. Aber gleichzeitig schränkt jedes Umfeld wegen seiner Begrenztheit und seinen Eigenschaften unsere Entwicklung und Ideen auch ein. Vorstellungen und Praktiken werden teilweise zu Gefangenen der Alltagsroutine. In einer europäischen Ausbildung begegnet man anderen Menschen, anderen Visionen und Praktiken rund um die Geburt. Oder anders gesagt, der Vorstellungskraft werden neue Ziele und Wege präsentiert.

Wer sind die Studierenden?

Zwei Jahrgänge haben inzwischen mit dem Studium begonnen, darunter auch fünf Schweizerinnen aus der französischen und der Deutschschweiz. Vier von ihnen haben uns freundlicherweise ihre persönlichen Erfahrungen mitgeteilt.
Sie sind zwischen 30 und 44 Jahre alt und haben ihr Hebammendiplom zwischen 1989 und 2008 erworben. Zwei von ihnen sind Familienfrauen. Trotz unterschiedlichen Laufbahnen sind alle nahe am Hebammenalltag, drei darunter auch als Stillberaterinnen. Einige haben sowohl als frei schaffende wie auch als Spitalhebamme gearbeitet, eine hat im Ausland gearbeitet (UK, USA) und eine ist Spezialistin für Intensivpflege auf der Neonatologie. Zwei sind Ausbildnerinnen.

Ihre Motivationen sind unterschiedlich; sie kreisen um Teilnahme und Begegnung, um intellektuelle Stimulierung und den Wunsch, Frauen und Familien noch besser zu begleiten.
Bénédicte Michoud soll hier zu Wort kommen:
«Nach vier Jahren Arbeit im Spital fühlte ich mich zunehmend verwirrt angesichts der Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt. Ich hatte Schwierigkeiten meinen Platz als Hebamme, als ‹Hüterin der Physiologie› zu finden und merkte, dass ich bei der Arbeit gegen meine persönliche und professionelle Überzeugung verstiess. Ich bekam den Eindruck gegenüber Paaren Entscheidungen zu rechtfertigen, die ich eigentlich gar nicht vertreten konnte. Da man während meiner Ausbildung nie wirklich über evidenzbasierte Medizin sprach, hatte ich Mühe, meine Ansichten wissenschaftlich zu begründen.
Der europäische Master ist für mich eine ideale Gelegenheit, meine professionelle Identität zu festigen. Das abwechslungsreiche Programm erlaubt mir, mein geburtshilfliches Wissen zu vertiefen, auf dem Gebiet der wissenschaftlichen Forschung dazuzulernen und mich anderen Themen zu öffnen, z.B. dem Management und Funktionieren von Gesundheitssystemen. Die europäische Perspektive erlaubt mir, den Blick auf andere Praktiken zu richten, unsere schweizerischen Praktiken zu hinterfragen und einen konstruktiv-kritischen Sinn zu entwickeln. Modulen verschiedener Universitäten folgen zu können garantiert einen offenen Zugang zum Hebammenberuf».

Bénédicte, Suzanne, Andrea und Françoise schätzen die Begegnungen, welche die Gruppenarbeit bietet, und den Blick auf andere Gesundheitssysteme, auf die Vielfalt an Konzepten und Praktiken im Hebammenberuf. Dieser Austausch und die Vervielfältigung des eigenen Wissens machen die Hauptattraktion des Studiengangs aus. Der Master ermöglicht intellektuelle Stimulation und über sich hinaus zu wachsen.
Hören wir noch einmal Bénédicte:
«Im Rahmen der Gruppenreflexion habe ich den Reichtum der Andersartigkeit entdeckt. Jede einzelne, mit ihrem Alter, ihrer Erfahrung, ihrem Leben, ihren Ansprüchen teilt ihre Fragestellungen mit. Scheuklappen fallen, die Blicke treffen sich, wagen endlich weiter zu gehen, tiefer oder manchmal auch näher, dorthin, wo man von allein nie draufgekommen wäre hinzublicken».

Keine der Teilnehmerinnen weiss jetzt schon, was sie mit ihrem Master machen wird. Sie schätzen den Lern- und Entdeckungsprozess an sich.
Françoise meint dazu:
«Jeder Tag ist eine Entdeckung, eine neue Lernerfahrung, verbunden mit neuen Ideen zu meinem Beruf. Der Master trägt zu besserem Wissen und Verständnis aller Faktoren bei, welche die Gesundheit von Müttern und Kindern beeinflussen. Die Geburtshilfe ist ein faszinierendes Gebiet, in dem jede Hebamme eine wesentliche Rolle spielt».

Das Masterstudium ist nicht immer einfach. Die Studentinnen unterstreichen, dass es manchmal schwierig ist, Berufsleben, Familienleben und Studium unter einen Hut zu bringen. Die Arbeitslast ist hoch. Andrea denkt darüber nach, ihr Arbeitspensum herunterzufahren. Und wie bei allen Aktivitäten gibt es Hochs und Tiefs, beflügelnde und weniger beflügelnde Momente. Doch alles in allem ist das Abenteuer für Bénédicte, Suzanne, Andrea und Françoise begeisternd und voller Versprechungen, aber auch eine echte Herausforderung. Wir wünschen den Vieren alles Gute auf ihrem Weg!

Aufnahmebedingungen, Studienorganisation

Einschreiben kann man sich entweder in Glasgow oder Hannover, mit Bewerbungsunterlagen, die einen Bachelortitel ausweisen müssen. Hebammen ohne Bachelor müssen ein individuelles Anerkennungsverfahren durchlaufen, bevor sie sich anmelden.

Der Mastertitel ist europäisch, die schriftlichen Arbeiten können in der jeweiligen Muttersprache geschrieben werden. Vorlesungen und Austausch erfolgen auf Englisch. Ein Englischkurs vor Studienbeginn kann den Einstieg erleichtern. Vorausgesetzt werden Kenntnisse in Forschungsmethodologie, in Recherche und Analyse von professioneller Literatur. Die Ausbildungsorte der HES-SO bieten Unterstützung bei der Studienvorbereitung.

Fernstudium und Lernen mittels Fragestellungen

Der europäische Master wird im Fernstudium erworben, die erste Studienwoche erfordert jedoch Anwesenheit. Sonst stehen die Module im Internet auf speziellen Plattformen der Hochschulen zur Verfügung. Diese Studienform reduziert die Reisekosten, macht die Organisation einfacher und kompatibel mit dem Erwerbs- und Familienleben.

Die Module erlernen sich über Fragestellungen. Regelmässig werden Szenarien präsentiert. Die Studierenden analysieren sie, definieren Fragestellungen, führen eine dokumentierte Recherche durch und beantworten schliesslich ihre eigenen Fragen. Gearbeitet wird in kleinen Gruppen, deshalb gehören regelmässige Treffen über Skype integral dazu.

Zu jedem Modul werden ECTS erworben; jeder Kreditpunkt entspricht 30 Arbeitsstunden. Den eigenen Zeitbedarf realistisch abschätzen zu können ist deshalb ein Schlüsselelement für den Erfolg. Die Hebammenschulen stehen den Studierenden mit persönlicher Beratung zur Seite. Wird das Studium in Teilzeit absolviert, darf es bis zu fünf Jahren dauern. Hebammen können einzelne Module absolvieren auch ohne die ganze Ausbildung zu machen, was ein guter Selbsttest ist (Angleichung der Erwartung an die Realität!). ◀

Übersetzung: Gerlinde Michel

Mehr Informationen auf:
www.mastermidwifery.eu

Lave J. & Wenger E. (1991). Situated Learning, Legitimate Peripheral Participation. Cambridge: Cambridge University Press.

Foto: zvg

Hebammenaustausch DE-CH-CZ in Prag

Internationale Solidarität ist wichtig

Im Rahmen eines Seminars fand im Oktober in Prag ein Deutsch-Tschechischer Hebammen-Austausch statt, an dem auf Einladung des Deutschen Fachverbands für Hausgeburtshilfe (DFH; www.dfh-hebammen.de) auch Hebammen aus der Schweiz teilnahmen.

Es zeigte sich, dass die Hebammen aus allen drei Ländern ähnliche Wünsche und Schwierigkeiten haben. Letztere sind je nach politischer und rechtlicher Situation des betreffenden Landes unterschiedlich ausgeprägt.

Allen Hebammen gemeinsam ist das Anliegen, den werdenden Eltern individuelle Unterstützung zu bieten, so dass sie Schwangerschaft, Geburt vertrauensvoll erleben dürfen und einen guten Start ins Familienleben erfahren. Die Eltern sollen in allen Ländern die Wahlfreiheit haben, wo und wie sie ihr Kind auf die Welt bringen und von wem sie dabei betreut werden möchten. Sie sollen vollumfängliche Informationen und die für die Entscheidungsfindung notwendige Unterstützung bekommen.

In Tschechien ist die ausserklinische Geburtshilfe gesetzlich nur ansatzweise und sehr widersprüchlich geregelt. So brauchen Hebammen eine Bewilligung zur selbständigen Berufsausübung, können sich aber gleichzeitig nicht als Einzelperson sondern nur als Institution registrieren lassen. Die Registrierbedingungen sind auf ein Spital ausgerichtet und für eine Hebammenpraxis oder ein Geburtshaus nicht erfüllbar. Hausgeburtshebammen agieren dadurch dauernd in einem rechtlichen Graubereich.

Die tschechischen Krankenkassen vergüten, abgesehen von drei Wochenbettbesuchen bei Frühentlassung, keinerlei Leistungen von frei schaffenden Hebammen. Ausserklinische Betreuung während Schwangerschaft und Geburt muss von den Eltern selber bezahlt werden, woraus eine sehr schlechte Honorierung der Hebammen resultiert.

Der Druck der Spitäler und Ärzte gegen die ausserklinische Geburtshilfe ist enorm. Die Zusammenarbeit bei der Verlegung einer Hausgeburt in die Klinik gestaltet sich dementsprechend schwierig. Die Hebammen sind dabei oftmals massiven Anschuldigungen ausgesetzt.

Die sechs Prager Spitäler betreuen je 3000 bis 5000 Geburten pro Jahr. Unvorstellbar, unter welch schwierigen Arbeitsbedingungen und sozialem Druck auch die angestellten Hebammen stehen. Die Zusammenarbeit mit den Ärzten ist immer noch hierarchisch und autoritär geprägt; auch zwanzig Jahre nach dem Mauerfall ist die kommunistische Vergangenheit noch deutlich spürbar.

Auch in Deutschland ist die Freiberuflichkeit, unter anderem aufgrund der massiv gestiegenen Haftpflichtprämien bis 4000 Euro jährlich, zum Überlebenskampf geworden. Das Einkommen von netto 7.50 Euro Stundenlohn reicht nicht mehr, die Ausgaben zu decken. Etliche Hebammen sahen sich daher gezwungen, ihre originäre Hebammentätigkeit aufzugeben und sich auf alternative Kurs- und Beratungsangebote auszurichten. Die Wahlfreiheit der Eltern ist durch diese Entwicklung und die Schliessung regionaler Kliniken bereits deutlich eingeschränkt.

In allen drei Ländern ist die Bevölkerung mit dem Trend zur Geburtsmedizin und den daraus resultierenden Folgen konfrontiert. Für die Hebammen stellen sich somit folgende brennenden Fragen:

- Wie können Hebammen ihre ursprüngliche Tätigkeit als Expertinnen für die natürliche Schwangerschaft, Geburt und das Wochenbett erhalten?
- Wie machen die Hebammen den unersetzbaren Wert ihrer präventiven Arbeit für die Gesellschaft wieder bewusst?
- Wie können Hebammen ihr originäres Hebammenwissen erhalten und weitergeben?
- Und wie schaffen es Hebammen, obenstehende Probleme zu lösen, bevor sie durch die Geburtsmedizin komplett an den Rand und durch ungenügende Entlöhnung in den wirtschaftlichen Ruin gedrängt werden?

Die Zeit drängt enorm, Antworten auf diese Fragen zu finden. In den beiden Kurstagen haben wir erfahren, welch wichtige Rolle die Solidarität unter Hebammen dabei spielt. Europäische Zusammenarbeit, Informationsfluss und Schulterschluss unter den Hebammen machen uns stark und als Minderheit gewichtig.

Cyrille Meyenhofer, Kathrin Gurtner, Miriam Wille-Grämiger, Tanja Fögele, Hannah Küffer

ICM: Hebammen für Frauen

Zum Thema Spätabbrüche in dieser Nummer

Die Rolle der Hebammen bei einem Schwangerschaftsabbruch wird je nach nationalem, kulturellem und religiösem Hintergrund, nach Situation der Frauen und persönlichen Werthaltungen sehr kontrovers diskutiert. 2008, an der Delegiertenversammlung des ICM in Glasgow, wurde nach langer und emotionaler Diskussion und mit 58,3 Prozent Zustimmung ein Positionspapier des ICM verabschiedet, das im Wesentlichen einem Antrag der Ghana Midwives Association folgte.
Das Positionspapier geht auf die Tatsache ein, dass ein fachkundig durchgeführter Schwangerschaftsabbruch die Mortalitätsrate gegen Null sinken lässt (WHO 2003). Etliche Länder mit hohen Raten an unsicheren Abbrüchen haben erkannt, dass ausgebildete Hebammen gut verlaufende Abbrüche kompetent durchführen können, und ihre gesetzlichen Bestimmungen entsprechend abgeändert. Eine Gesetzesänderung in Südafrika beispielsweise erlaubt den Hebammen, Abbrüche und hinterher Verhütungsberatungen durchzuführen; sie hat zu einer Reduktion der Mortalität nach Abbrüchen von 90% geführt.
Hebammen können bei dieser spezifischen Gefährdung der Frauengesundheit gerade in Entwicklungsländern eine eminent wichtige Rolle spielen.
Aufgrund des Stigmas «Hebamme = Hexe» haben sich ein paar europäische Hebammen von einer solchen Aufgabe distanziert. Dies ist verständlich. Generell ist es dem ICM wichtig, dass Hebammen die legale Möglichkeit und die entsprechende Ausbildung, Schwangerschaftsabbrüche zu leisten, erhalten oder anstreben können, je nach der Situation in ihrem Land. Vor allem ist es ein Auftrag an die Hebammenverbände, die vom ICM verabschiedete Erklärung zu nutzen und ihren Hebammen Unterstützung und Schutz zu bieten.
Der ICM fordert deshalb, dass die sichere Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs im Interesse der Frauengesundheit Teil der Hebammenausbildung sein darf und sollte, und ermutigt die Mitgliedsverbände, sich in ihrem Land dahingehend einzusetzen.

Zuzka Hofstetter
ICM Delegierte des SHV

Zu H.ch 11/2010

Hebamme als Miss Schweiz?

Unbedingt! Warum um Himmels Willen auch nicht?! Hebammen sind doch ganz normale Menschen und ich glaube als solche darf man uns auch wahrnehmen. Und überhaupt, wo würden wir dann die Grenzen ziehen? Frau Maury Pasquier ist doch auch in der Politik, obwohl vielleicht nicht ganz alle Hebammen SP wählen, und trotzdem sind wir (alle) stolz auf sie.

Anja Distel, Sins

Zu H.ch 11/2010

Sichtbar im Rampenlicht

Hebammen dürfen und sollen sich durchaus in den Medien präsentieren. Wenn sie in Shows oder Ähnlichem auftreten, kann das nur positiv sein. Denn keine will unserem Berufsstand schaden, sondern zeigen, dass da Talente schlummern und Hebammen zwar verantwortungsbewusste Frauen, aber eben auch Menschen sind.

Ursula Bühler-Müller, Gümligen

PR-WERBUNG

Vielfalt als Chance

Weiterbildungsmöglichkeiten für Hebammen

Schwangerschaftsyoga für Hebammen und PhysiotherapeutInnen

Yoga in der Schwangerschaft ist eine wundervolle Möglichkeit, sich bewusst Zeit für sich und sein heranwachsendes Kind zu nehmen. Schwangerschaftsyoga ist auf die Bedürfnisse von Mutter und Kind abgestimmt. Die Yogapositionen sind ein herrlicher Weg, bewusst die Erde unter den Füssen zu spüren und den Körper mit neuer Energie zu stärken. Das Erteilen von Schwangerschaftsyoga ist eine sinnvolle wie auch bereichernde Aufgabe. Als Vertrauenspersonen von werdenden Müttern können Hebammen mit dem Erlernen der für die Schwangerschaft sinnvollen Asanas ihren Erfahrungsschatz ideal erweitern. Als optimale Ergänzung dazu bietet sich für Hebammen und PhysiotherapeutInnen die Rückbildung nach J.H. Pilates an.
Viele Frauen sind nach der Schwangerschaft verunsichert, ob sie für die Rückbildung die richtigen Übungen machen – oft noch verbunden mit der Ungeduld, bald wieder top in Form zu sein. Ein gutes Pilates Rückbildungstraining gibt präzise Anleitungen, die dazu verhelfen, die Tiefenmuskulatur von innen zu kräftigen. Die Frau spürt eine Herausforderung, wird motiviert, fühlt und sieht Resultate und ist beruhigt, dass sie es korrekt ausführt.

www.karolinaschmid.ch
Weiterbildungen für eine moderne Hebammenarbeit

Berner Fachhochschule
Gesundheit

Schwangeren-Untersuchung manuell

Leopold und mehr – präventiv-therapeutische Manualdiagnostik TaKE©

Der 2-tägige Workshop ist praktisch und themenzentriert ausgerichtet. Er zielt darauf ab, manualdiagnostische Hebammenfertigkeiten zu vertiefen und die klinische Anwendung zu fördern.

ZIELE Die Teilnehmenden lernen – manuelle Fertigkeiten methodisch klar zu beschreiben – die Untersuchung systematisch zu erweitern, zu üben und zu vertiefen – Aussagen zur Gesundheit der schwangeren Frau und des ungeborenen Kindes zu formulieren – Regelrichtiges zu ertasten und nachvollziehbar zu dokumentieren – Regelabweichendes vorgezogen und berufsaufgabenorientiert zu therapieren.

INHALTE Manualdiagnostik adressatinnengerecht anwenden, dokumentieren, gegenseitiges partnerschaftliches Üben.

ZIELGRUPPE diplomierte Hebammen HF und FH, freipraktizierende Hebammen, studierende Hebammen.

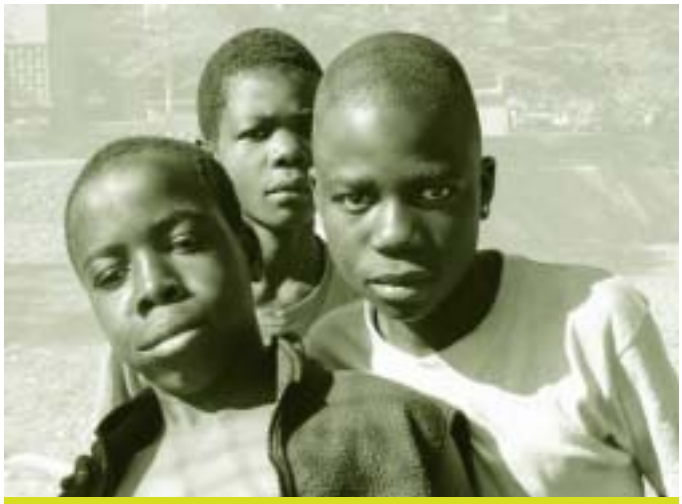
Organisation, Administration
Béatrice Gilgen-Ulmann, Sekretariat
beatrice.gilgen@bfh.ch,
+41 31 848 45 45

Kosten CHF 640.–

Kursdaten und Ort
14. und 28. Mai 2011, 10–18 Uhr
Skills-Center, BFH,
Fachbereich Gesundheit:
Stadtbachstrasse 64, Bern

Anmeldung
unter www.gesundheit.bfh.ch/kurse

Anmeldeschluss 14. April 2011



Geben Sie ihnen Kredit: 40-260-2

Für ein selbstbestimmtes Leben ohne Gewalt.

terre des hommes schweiz

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

- **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:

seit 1910

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

Berner Fachhochschule
Gesundheit

Schulterdystokie im Hebammenalltag

Evidenzbasiertes Handeln in einer unvorhersehbaren Notfallsituation

Fachkurs zur Vertiefung von Wissen zum pathophysiologischen Geschehen bei Schulterdystokie, zur Förderung der Physiologie des Geburtsmechanismus‘ und Entwicklung geeigneter Strategien bei Notfallsituationen.

INHALTE – Relevanz für den Berufsalltag – Konsequenzen für Mutter und Kind – Risikofaktoren zur Schulterdystokie – Evidenzbasiertes Handeln im akuten Notfall – Strategien gegen die eigene Angst – Verhaltensweisen und Kommunikation im Notfall – Üben sinnvoller Massnahmen zur Lösung der Schultern und Handlungsabläufe.

ZIELGRUPPE diplomierte Hebammen HF und FH, freipraktizierende Hebammen.

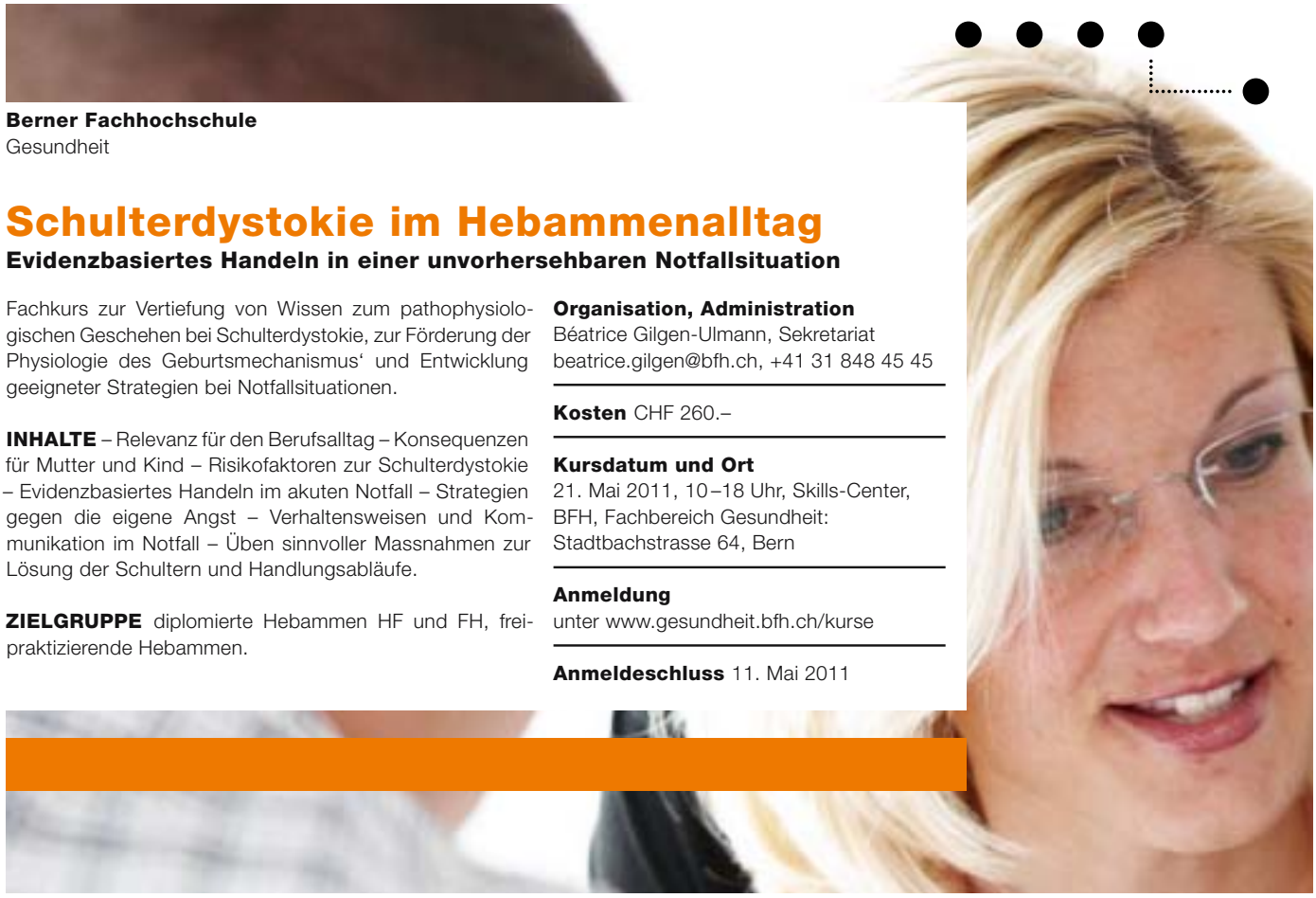
Organisation, Administration
Béatrice Gilgen-Ulmann, Sekretariat
beatrice.gilgen@bfh.ch, +41 31 848 45 45

Kosten CHF 260.–

Kursdatum und Ort
21. Mai 2011, 10–18 Uhr, Skills-Center, BFH, Fachbereich Gesundheit: Stadtbachstrasse 64, Bern

Anmeldung
unter www.gesundheit.bfh.ch/kurse

Anmeldeschluss 11. Mai 2011



Rikepa Demo

ab €150

ab €209

ab €1198

Warum woanders suchen,
wenn Sie bei uns alles finden!
Wir sind spezialisiert auf geburtshilfliches
Lehr- u. Demonstrationsmaterial

wie:
Becken-, Fetal-, Uterus-, Plazentamodelle
Still, Geburtsatlanten, Simulatoren, Doppler,
CTG Geräte, Waagen, Instrumente, Matten, Bälle,
Praxisbedarf und vieles mehr.

•Wir garantieren für unsere Preise und Qualität.

Fragen Sie nach unseren monatlichen Angeboten.
Fordern Sie unseren kostenlosen Katalog an!

Odenwaldring 18A
64747 Breuberg-Germany.

•Fon: +49 6165 912 204
•Fax: +49 6165 912 205
•E-Mail: info@rikepademo.de
•Internet: www.rikepademo.de

Neuerscheinung:
der Geburtsatlas in Deutsch

神氣精
ACADEMY OF CHINESE HEALING ARTS

Klassische und Traditionelle Chinesische Medizin

Berufsbegleitende und Vollzeitausbildung in:

- **Neuer Lehrgang in Akupunktur:** Kursbeginn: 26. März 2011
- Kräuterheilkunde
- Tui Na/An Mo Massage
- Diätetik
- Qi Gong

Academy of Chinese Healing Arts | Unterer Graben 1 | 8400 Winterthur
Telefon 052 365 35 43 | info@chiway.ch | www.chiway.ch

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

Schweizerischer Hebammenverband **SHV**/Fédération suisse des sages-femmes **FSSF**/Federazione svizzera delle levatrici **FSL**/Federaziun svizra da las spendreras **FSS**

Präsidentin/ Présidente
Liliane Maury Pasquier
Rosenweg 25 C, 3000 Bern 23

Sektionen/Sections

Aargau-Solothurn:
Priska Meier-Steffen, Ausserrainstr. 22, 4703 Kestenholz, Tel. 062 396 17 28, E-Mail: hexenzauber@windowslive.com
Daniela Hari, Solothurnerstrasse 53, 4702 Oensingen, Natel 078 625 54 43, danielahari@hotmail.com

Bas-Valais:
Danielle Meizoz Monney
Ch. Des Amandiers 68, 1950 Sion
Tél. 079 484 60 82
e-mail: rdmonney@netplus.ch

Beide Basel (BL/BS):
Sandra Aeby, Hechtweg 31, 4052 Basel, Tel. 061 693 31 71
E-Mail: sandra_aeby@yahoo.com
Regina Burkhardt
Ostenbergstrasse 3, 4410 Liestal
Telefon 061 322 33 64
gina99ch@yahoo.de

Bern:
vakant
shv-sektionbern@bluewin.ch

Fribourg:
Daniela Vetter, Rte des Muguets 3, 1484 Aumont, Tél. 026 660 12 34
e-mail: fssf_fr@hotmail.com

Genève:
Viviane Luisier
Rue des Grottes 28, 1201 Genève 4
G: 022 733 51 12, N: 079 631 74 60
fssf.ge@bluewin.ch
jflorett@worldcom.ch

Oberwallis:
Ruth Karlen
Mühlackerstrasse 26a, 3930 Visp
Tel. P: 027 945 15 56
ruthkarlen@gmx.ch
Priska Andenmatten, Weingartenweg 4, 3930 Visp, Tel. 027 946 29 88
E-Mail: u.hildbrand@bluewin.ch

Ostschweiz (SG/TG/AR/AI/GR):
Madeleine Grüninger
Weidenhofstrasse 3, 9323 Steinach
Tel. 071 440 18 88, 079 238 40 78
grueninger.madeleine@bluemail.ch

Schwyz:
Christine Fässler-Kamm
Chappelihof 26, 8863 Buttikon
P: 055 445 21 54, N: 079 733 18 48
christinessler@bluewin.ch
Marie-Gabrielle von Weber
Urenmatt, 6432 Rickenbach
P: 041 811 13 26, N: 079 516 08 59
mgvonweber@pop.agri.ch

Ticino:
Simona Margnetti,
Via Tarchini 24, 6828 Balerna,
Tel. 076 349 31 53
E-Mail: fsl.ti@hotmail.com

Vaud-Neuchâtel-Jura (VD/NE/JU):
Fabienne Rime,
Route du Martoret 5, 1870 Monthey,
Tél. 079 654 64 71
E-Mail: f.rime@bluemail.ch

Zentralschweiz (LU/NW/OW/UR/ZG):
Esther Waser-Christen
Melchtalerstrasse 31, Postfach 438, 6064 Kern, Tel. P 041 661 09 93
E-Mail: ester-waser@gmx.ch
Susanne Leu, Untere Gründlistrasse 20, 6055 Alpnach, Tel. P 071 440 25 14
E-Mail: susanne.leu@swissonline.ch

Zürich und Umgebung (ZH/GL/SH):
Claudia Putscher, Tösstalstr. 10, 8492 Wila, Tel. 052 385 55 67
E-Mail: claudia@putscher.ch
Nancy Bellwald-Pedegai, Katharina Sulzer Platz 10, 8400 Winterthur
Tel. 052 203 26 11
E-Mail: nancy.bellwald@bluewin.ch

Zentralvorstand SHV

An seiner letzten Sitzung 2010 hat der Zentralvorstand...

... folgende Mitglieder in die Arbeitsgruppe zur Realisierung von Wahlpflichtmodulen bei frei praktizierenden Hebammen für Studierende delegiert: Susanne Clauss, Zentralvorstand; Cyrille Meyenhofer, Sektion Aargau-Solothurn; Petra Graf Heule, Sektion Zürich und Umgebung; Andrea Weber, Sektion Ostschweiz; Evelyne Moreillon Delachaux, Sektion Vaud-Neuchâtel-Jura und Doris Güttinger, Geschäftsführerin.

... die zukünftige Strategie für den Bereich Fort- und Weiterbildung diskutiert und verabschiedet.

... die Jahresziele 2010 evaluiert und die Jahresziele 2011 verabschiedet.

... ein neues Mitglied in den redaktionellen Beirat gewählt.

... einen ersten Entwurf für die Revision der Statuten verabschiedet. Dieser geht nun zur Vernehmlassung in die Sektionen und soll der Delegiertenversammlung 2011 vorgelegt werden.

... einen ersten Entwurf für das Leitbild verabschiedet. Dieser geht nun zur Vernehmlassung in die Sektionen, bevor er der Delegiertenversammlung 2011 zur Annahme vorgelegt wird.

... die Stellungnahme zur Totalrevision des Alkoholgesetzes verabschiedet.

... die Stellungnahme bezüglich der Entwürfe zur Teilrevision der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA) verabschiedet.

... Sabrina Schipani für die nächsten sechs Monate aus dem ZV verabschiedet, weil sie einen Einsatz für Médecins sans frontières im Kongo leistet.

Liliane Maury Pasquier
Präsidentin SHV

Comité central de la FSSF

Au cours de sa dernière séance 2010, le Comité central de la FSSF...

... a désigné les membres du groupe de travail pour la réalisation de modules à option auprès de sages-femmes indépendantes: Susanne Clauss, Comité central; Cyrille Meyenhofer, section Argovie-Soleure; Petra Graf Heule, section Zurich et environs; Andrea Weber, section Suisse orientale; Evelyne Moreillon Delachaux, section Vaud-Neuchâtel-Jura et Doris Güttinger, secrétaire générale.

... a discuté et approuvé les nouvelles stratégies pour la formation continue

... a évalué les objectifs de l'année 2010 et adopté ceux de l'année 2011.

... a élu une nouvelle membre pour le Conseil rédactionnel.

... a adopté un projet de révision des statuts. Celui-ci est maintenant mis en consultation auprès des sections et devrait être soumis à l'Assemblée des déléguées 2011.

... a adopté un premier projet de Charte de la FSSF qui est aussi maintenant mis en consultation auprès des sections, en vue de son adoption lors de l'Assemblée des déléguées 2011.

... a adopté une prise de position en matière de révision totale de la Loi sur l'alcool.

... a adopté une prise de position concernant le projet de révision partielle de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) et celle concernant l'ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCoR).

... a pris congé de Sabrina Schipani du Comité central pour les six prochains mois, en raison d'une mission au Congo pour Médecins sans frontières

Liliane Maury Pasquier
présidente FSSF

Swiss Working Group for Cystic Fibrosis (SWGCF)
Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie (SGPP)

Neugeborenen-Screening auf Cystische Fibrose – ab 1. Januar 2011 auch in der Schweiz

Jürg Barben[1], Toni Torresani[2], Martin H. Schöni[3], Sabina Gallati[4], Matthias Baumgartner[5] und task force CF-Neugeborenen-Screening*

[1] PD Dr. med., Präsident Swiss Working Group for Cystic Fibrosis (SWGCF), Sekretär Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie (SGPP), Leitender Arzt Pneumologie/Allergologie, Ostschweizer Kinderspital St. Gallen
[2] Dr. phil. Leiter Neugeborenen Screening Schweiz und Proteinhormonlabor Endokrinologie, Universitätskinderkliniken Zürich
[3] Prof. Dr. med. Chefarzt ambulante Pädiatrie, Universitätskinderklinik Bern
[4] Prof. Dr. phil. Leiterin Abteilung Humangenetik, Medizinische Universitäts-Kinderklinik Bern
[5] Prof. Dr. med. Leiter Abteilung Stoffwechsel und Molekulare Pädiatrie, Universitätskinderkliniken Zürich

* weitere Mitglieder: Carmen Casaulta (Bern), Regula Corbelli (Genf), Ralph Fingerhut (Zürich), Gaudenz Hafen (Lausanne), Alexander Möller (Zürich), Anne Mornand,(Genf), Nicolas Regamey (Bern)

Ein Neugeborenen-Screening auf verschiedene angeborene Stoffwechsel-Krankheiten besteht in der Schweiz bereits seit über 40 Jahren und wird landläufig auch «Guthrie-Test» genannt. Dabei wird am 4. Lebenstag bei jedem Neugeborenen in der Schweiz etwas Blut an der Ferse abgenommen und auf einem Filterpapier getrocknet. Seit Herbst 2005 wird dies zentral im Neugeborenen-Screening-Labor an der Universitätskinderklinik Zürich verarbeitet. Bis anhin wurde auf sechs behandelbare Krankheiten getestet; neu kommt ab 1. Januar 2011 die Cystische Fibrose hinzu *(vgl. Tab. 1)*.

Häufigste Stoffwechselkrankheit in der Schweiz

Die Cystische Fibrose (CF) ist die häufigste angeborene Stoffwechselerkrankung in der Schweiz mit einer Inzidenz von etwa 1:2500, das heisst, die CF kommt häufiger vor als alle bisher getesteten Krankheiten. Mit Ausnahme des Mekoniumileus hat auch die CF ein symptomfreies Intervall unmittelbar nach der Geburt. Die Diagnose wurde bisher klinisch aufgrund der später auftretenden Symptome (rezidivierender Husten bzw. obstruktive Bronchitis, Gedeihstörung, Fettstühle, chronische Bauchschmerzen, chronische Rhinosinusitis bzw. Nasenpolypen usw.) mit einer Verzögerung von mehreren Monaten, teilweise auch Jahren gestellt. In den letzten Jahren haben sich die Therapiemöglichkeiten deutlich verbessert und die Lebenserwartung hat in den letzten Jahrzehnten dramatisch zugenommen. Gemäss dem amerikanischen CF-Patienten-Register beträgt heute das mediane Durchschnittsalter bereits knapp 40 Jahre und in England schätzt man das mittlere Überlebensalter auf 50 Jahre für diejenigen Patienten, die im 21. Jahrhundert geboren sind[1].

Neu zuverlässige Analysemethode

Seit 1979 gibt es mit dem immunreaktiven Trypsin (IRT) eine einfache und recht zuverlässige Analysemethode für das CF-Screening im Blut, die bei Neugeborenen gut angewandt werden kann[2]. Die ersten grossen CF-Screening Programme wurden bereits 1981 in Neuseeland und Australien begonnen[3]. Heute gibt es ein CF-Neugeborenen-Screening (CF-NGS) in allen Staaten der USA sowie in zahlreichen europäischen Ländern wie England, Irland, Schottland, Frankreich, Österreich und Polen sowie in vielen Regionen in Italien und Spanien[4,5]. Inzwischen gibt es auch amerikanische und europäische Richtlinien, wie solche Programme aufgebaut, umgesetzt und erfolgreich geführt werden können[6,7].

Nutzen des CF-Screening?

Bis vor 10 Jahren gab es keine kontrollierten Studien, die einen grossen Vorteil einer frühzeitigen CF-Diagnose durch ein Screening zeigten. In den letzten Jahren wurden aber zahlreiche Studien veröffentlicht, die bei frühzeitiger Diagnosestellung eine verbesserte Ernährung und besseres Wachstum, eine bessere Hirnentwicklung (infolge adäquat substituiertem Vitamin E) sowie weniger Erkrankungen bzw. Spitalaufenthalte und teilweise auch eine verbesserte Lungenfunktion zeigten[1,8]. Einige Studien konnten auch eine erhöhte Überlebenszeit nachweisen. Alle Screening-Programme weisen auf den grossen psychologischen Vorteil hin, die Leidenszeit bis zur Diagnose bzw. die Ungewissheit der Eltern zu verkürzen. Ausserdem ermöglicht die frühzeitige Diagnose eine bewusstere Familienplanung mit der Möglichkeit einer pränatalen Diagnostik bei weiterem Kinderwunsch[4].

Gibt es auch Nachteile?

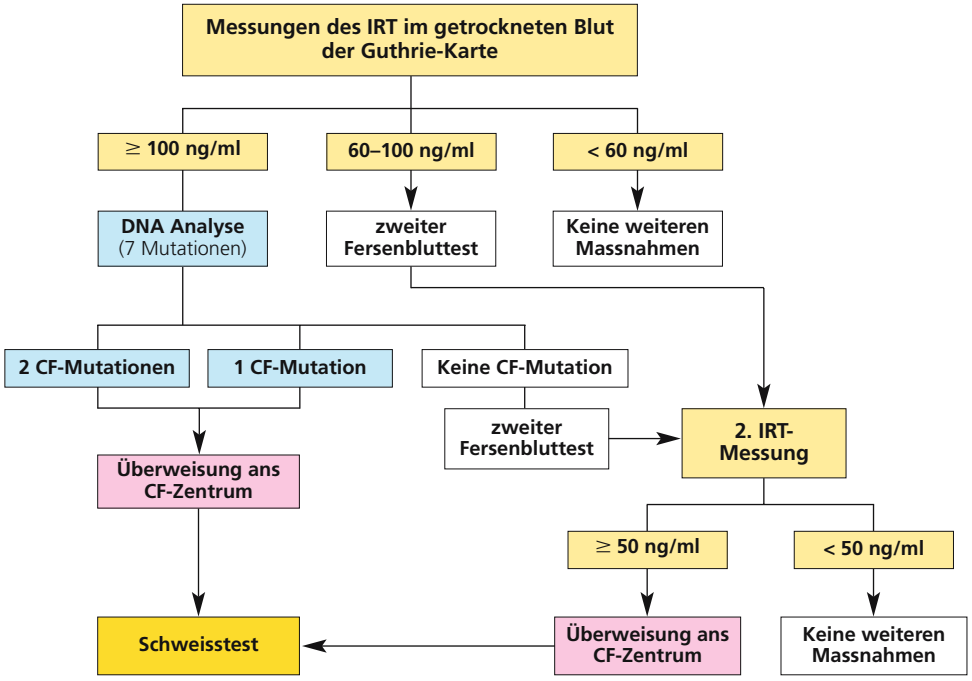
Wie bei jedem Screening-Test gibt es falsch-positive und falsch-negative Resultate. Die falsch-positiven Resultate werden mit dem bei uns eingeführten zweistufigen Verfahren *(siehe Abb. 1)* möglichst klein gehalten, wobei eine optimale Balance angestrebt wurde, um möglichst viele Kinder mit CF frühzeitig zu erfassen (= gute Sensitivität), dabei aber möglichst nur diejenigen zu erfassen, die auch wirklich eine CF mit entsprechenden Symptomen entwickeln (= gute Spezifität). Der Schweisstest gibt letztlich Aufschluss über das Vorhandensein einer CF mit relevanten Symptomen (klassische CF). Die Zeit bis zu diesem Test wird von den Eltern unterschiedlich wahrgenommen. Die falsch-negativen Resultate, das heisst diejenigen mit CF, die aber im Screening-Test nicht erfasst werden, werden in den USA auf ca. 2 bis 4% geschätzt[4]. Dies hängt hauptsächlich davon ab, nach wie vielen verschiedenen von den heute über 1600 bekannten CF-Genmutationen beim CF-NGS gesucht wird. Das bedeutet aber auch, dass auch in Zukunft bei entsprechender klinischer Symptomatik immer an eine CF gedacht werden muss, denn auch das beste CF-NGS kann nicht alle Kinder mit CF erfassen. Je mehr Mutationen gesucht werden, desto höher ist die Erkennungsrate von mild verlaufenden Formen von CF (atypische CF), die vielleicht erst mit

Tabelle 1: Aktuell gescreente Krankheiten im Schweizer Neugeborenen-Screening Programm

- Phenylketonurie (PKU)
- Galactosämie (Transferase-, Kinase-, Epimerase-Mangel)
- Biotinidase-Mangel
- MCADD (Medium Chain Acyl-CoA Dehydrogenase Mangel)
- Kongenitaler Hypothyroidismus
- Kongenitales Adrenogenitales Syndrom
- **Neu: Cystische Fibrose (CF)**

20 oder 30 Jahren Symptome entwickeln würden. Aus diesem Grunde werden im Schweizer CF-NGS nur die sieben häufigsten CF-Genmutationen bestimmt. Ein weiterer möglicher Nachteil kann sein, dass gescreente Kinder mit CF schon früh in einem CF-Zentrum mit Mikroben infiziert werden können, mit denen sie sonst nie in Kontakt gekommen wären. Aus diesem Grund kommt den Hygiene-Empfehlungen in den Spitälern grosse Bedeutung zu. Bei jedem CF-Screening werden auch gesunde Träger von CF-Mutationen gefunden (solche, die im Screening positiv sind, aber einen normalen Schweisstest haben) und es gibt Menschen, die einen solchen Trägerstatus gar nicht wissen möchten.

Abb.1: Flow chart CF-Neugeborenen-Screening



Wie funktioniert ein CF-Screening?

Wird im Guthrie-Test ein erhöhter IRT-Wert gefunden, werden im gleichen Blutstropfen die sieben in der Schweiz häufigsten Genmutationen (DNA-Analyse) gesucht. Ist auch dieser zweite Test positiv (Nachweis mindestens einer CF-Genmutation), gilt das Screening als positiv. Da das NGS eine Reihenuntersuchung gemäss dem heute geltenden Gesetz für genetische Untersuchungen beim Menschen darstellt, ist keine schriftliche Erlaubnis der Eltern notwendig. Wird durch das Screening ein Verdacht auf eine CF gestellt, so wird eines der acht pädiatrischen CF-Studienzentren informiert, die die Eltern mit dem Kind zur weiteren Abklärung aufbieten. Bei negativer DNA-Analyse bzw. Borderline-Resultaten im IRT-Test wird – analog dem etablierten Neugeborenen-Screening – ein zweiter Guthrietest direkt vom NGS-Labor beim zuständigen Kinderarzt bzw. der zuständigen Hebamme eingefordert. Sollte bei diesem zweiten IRT-Test der Grenzwert von 50 ng/ml überschritten sein, wird ebenfalls ein CF-Zentrum zur weiteren Abklärung informiert *(vgl. Abb. 1)*.

Im CF-Zentrum werden die weiteren diagnostischen Abklärungen gemäss den internationalen Richtlinien[9, 10] (Schweisstest, genetische Untersuchungen im Blut usw.) nur bei Zustimmung der Eltern gemacht und der Verdacht einer CF erhärtet oder verworfen. Ist der Schweisstest positiv, ist die Diagnose CF gesichert. Ist der Schweisstest negativ, werden keine weiteren Abklärungen gemacht. Diese Kinder können gesund sein und keine weiteren Erkrankungen haben, oder sie sind gesunde CF-Genträger, oder haben eine atypische CF, die erst im Erwachsenenalter Symptome macht und meistens mild verläuft. Diese Eltern werden über die Möglichkeit des CF-Trägertums bzw. des Vorliegens einer milden atypischen CF-Variante aufgeklärt. Allen Eltern wird eine ausführliche genetische Beratung betreffend CF-Trägertum an einer der offiziellen genetischen Beratungsstellen in der Schweiz angeboten und sie erhalten ein Merkblatt dazu. Der betreuende Kinderarzt oder Hausarzt wird – im Einverständnis der Eltern – dementsprechend informiert, damit er bei allfällig später auftretenden Symptomen auch adäquate Abklärungen machen kann.

Das jetzige Pilotprojekt ist vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) für 2 Jahre bewilligt. Bei erfolgreicher Durchführung werden wir beim BAG frühzeitig eine reguläre Aufnahme der CF ins NGS beantragen, um eine kontinuierliche Fortsetzung zu gewährleisten.

Korrespondenz: PD Dr. med. Jürg Barben, Präsident SWGCF, Leitender Arzt Pneumologie/Allergologie, Ostschweizer Kinderspital, 9006 St. Gallen.

Literatur:

[1] Balfour-Lynn I.M. Newborn screening for cystic fibrosis: evidence for benefit. Arch Dis Child 2008; 93: 7–10.
[2] Crossley J.R., Elliott R.B., Smith P.A. Dried-blood spot screening for cystic fibrosis in the newborn. Lancet 1979; 1: 472–474.
[3] Massie J., Clements B., Australian Paediatric Respiratory Group. Diagnosis of cystic fibrosis after newborn screening: the Australasian experience – twenty years and five million babies later: a consensus statement from the Australasian Paediatric Respiratory Group. Pediatr Pulmonol 2005; 39: 440–446.
[4] Grosse S.D., Boyle C.A., Botkin J.R. et al. Newborn screening for cystic fibrosis: Evaluation of benefits and risks and recommendations for state newborn screening programs. MMWR Recomm Rep 2004; 53 (RR-13): 1–36.
[5] Southern K.W., Munck A., Pollitt R. et al. A survey of newborn screening for cystic fibrosis in Europe. J Cyst Fibros 2007; 6: 57–65.
[6] Comeau A.M., White T.B., Campbell P.W. 3rd et al. Guidelines for implementation of cystic fibrosis newborn screening programs: Cystic Fibrosis Foundation workshop report. Pediatrics 2007; 119: e495–e518.
[7] Castellani C., Southern K.W., Brownlee K. et al. European best practice guidelines for cystic fibrosis neonatal screening. J Cyst Fibros 2010; 8: 153–173.
[8] Brice P., Jarrett J., Mugford M. Genetic screening for cystic fibrosis: an overview of the science and the economics. J Cyst Fibros 2007; 6: 255–261.
[9] Rosenstein B.J., Cutting G.R., for the Cystic Fibrosis Foundation Consensus Panel. The diagnosis of cystic fibrosis: A consensus statement. J Pediatrics 1998; 132: 589–595.
[10] Farrell P.M., Rosenstein B.J., White T.B. et al. Guidelines for diagnosis of cystic fibrosis in newborns through older adults: Cystic Fibrosis Foundation Consensus Report. J Pediatr 2008; 153: S4–S14.

Swiss Working Group for Cystic Fibrosis (SWGCF)
Société suisse de pneumologie pédiatrique (SSPP)

Dépistage néonatal de la mucoviscidose également en Suisse – dès le premier janvier 2011

Jürg Barben[1], Toni Torresani[2], Martin H. Schöni[3], Sabina Gallati[4], Matthias Baumgartner[5] et task force dépistage néonatal de la mucoviscidose*

[1] PD Dr. med. Président du Swiss Working Group for Cystic Fibrosis (SWGCF), secrétaire de la société suisse de pneumologie pédiatrique (SSPP), médecin-chef de pneumologie/allergologie, Ostschweizer Kinderspital St Gall
[2] Dr. phil. Directeur du dépistage néonatal suisse et du Proteinhormonlabor Endokrinologie, Cliniques pédiatriques universitaires Zurich
[3] Prof. Dr. med. Médecin-chef de la pédiatrie ambulatoire, Clinique pédiatrique universitaire, Berne
[4] Prof. Dr. phil. Directrice du département de génétique humaine, clinique pédiatrique universitaire, Berne
[5] Prof. Dr. med. Directeur du département des maladies métaboliques, cliniques pédiatriques universitaires Zurich

* Autres membres : Carmen Casaulta (Berne), Anne Mornand (Genève), Ralph Fingerhut (Zurich), Gaudenz Hafen (Lausanne), Alexander Möller (Zurich), Nicolas Regamey (Berne)

Nous disposons en Suisse, depuis plus de 40 ans, d'un dépistage néonatal pour de nombreuses maladies métaboliques congénitales, communément appelé «test de Guthrie». Le 4ème jour de vie, on prélève chez chaque nouveau-né en Suisse un petit échantillon de sang qu'on laisse sécher sur un papier-filtre. Depuis l'automne 2005, l'évaluation est centralisée dans le laboratoire de dépistage néonatal de la Clinique pédiatrique universitaire de Zurich. Jusqu'ici, six maladies traitables étaient dépistées et, dès le 1er janvier 2011, la mucoviscidose sera ajoutée à ce dépistage *(tabl. 1)*.

Avec une incidence d'environ 1:2500, la mucoviscidose est le trouble du métabolisme congénital le plus fréquent en Suisse, ce qui signifie que la mucoviscidose est plus fréquente que toutes les maladies testées jusqu'ici. Exception faite de l'ileus méconial, la mucoviscidose connaît elle aussi un intervalle asymptomatique immédiatement après la naissance. Le diagnostic, souvent tardif, après des mois, voire des années, se basait jusqu'ici sur des symptômes cliniques (toux récidivante ou bronchite chronique, troubles de la croissance staturo-pondérale, stéatorrhée, douleurs abdominales chroniques, rhinosinusite chronique, polypes nasaux, etc.). Durant les dernières années, les possibilités thérapeutiques se sont considérablement améliorées et l'espérance de vie a augmenté de façon dramatique. D'après le registre américain de patients avec mucoviscidose, l'âge médian est en moyenne déjà de presque 40 ans et en Grande-Bretagne on estime l'âge de survie moyen à 50 ans pour les patients nés au XXIème siècle[1].

Depuis 1979, avec la trypsine immunoréactive (IRT), nous disposons d'une méthode simple et très fiable pour le dépistage de la mucoviscidose dans le sang, facilement applicable chez le nouveau-né[2]. Les premiers grands programmes de dépistage de la mucoviscidose ont été lancés en 1981 déjà en Nouvelle-Zélande et en Australie[3]. A ce jour, un programme de dépistage néonatal de la mucoviscidose existe dans tous les états américains et dans un grand nombre de pays européens comme la Grande-Bretagne, l'Irlande, l'Ecosse, la France, l'Autriche et la Pologne ainsi que dans certaines régions d'Italie et d'Espagne[4,5]. Entre-temps, des recommandations américaines et européennes ont été également édictées pour le développement, la mise en pratique et la gestion de tels programmes[6,7].

Quels sont les avantages du dépistage néonatal de la mucoviscidose?

Jusqu'il y a une dizaine d'années, il n'existait pas d'études contrôlées démontrant l'avantage du dépistage précoce de la mucoviscidose. De nombreuses études publiées ces dernières années montrent par contre que le diagnostic précoce permet une amélioration de l'état nutritionnel et de la croissance, un meilleur développement cérébral (grâce à une substitution adéquate en vitamine E), moins de maladies et de séjours à l'hôpital et, en partie, également une meilleure fonction pulmonaire[1,8].

Certaines études ont aussi démontré une survie prolongée. Tous les programmes de dépistage soulignent le grand bénéfice psychologique, le diagnostic précoce abrégeant le temps de souffrance et d'incertitude des parents. Le diagnostic précoce permet en outre un planning familial réfléchi et la possibilité d'un diagnostic prénatal pour la fratrie à venir, en cas de nouveau désir de grossesse[4].

Quels sont les inconvénients?

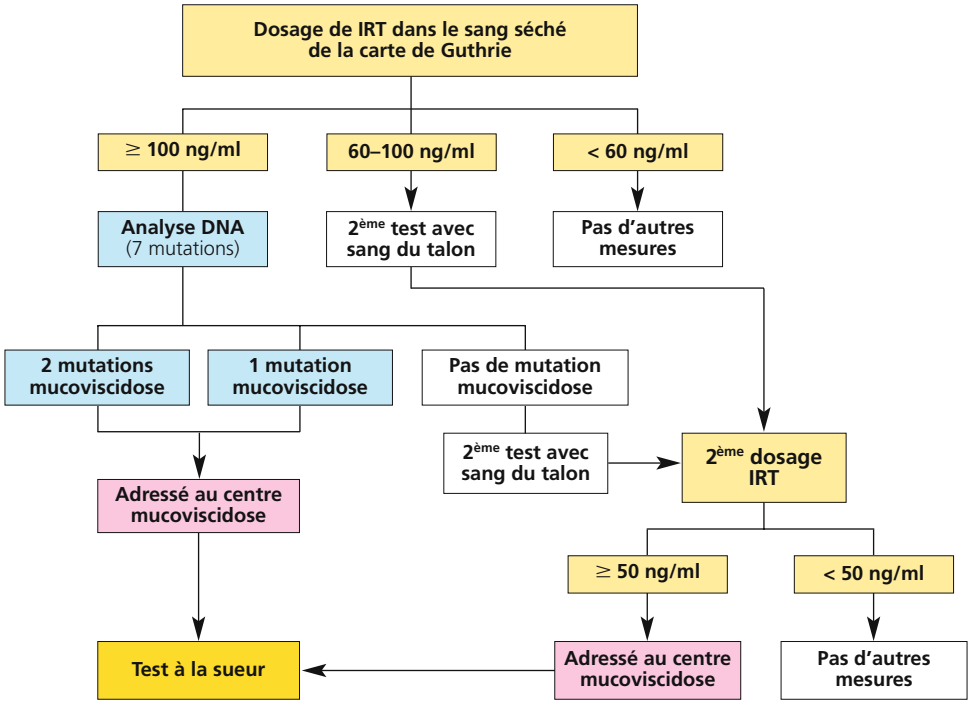
Tout examen de dépistage connaît des résultats faux négatifs et faux positifs. Par l'introduction d'un procédé en deux étapes *(fig. 1)*, les faux positifs sont limités au minimum. Le but est de viser un équilibre optimal afin de dépister précocément le plus possible d'enfants avec une mucoviscidose (= bonne sensibilité), en ne retenant que ceux qui développent effectivement une mucoviscidose symptomatique (= bonne spécificité). Le test à la sueur précisera finalement la présence d'une mucoviscidose avec ses symptômes typiques (mucoviscidose classique). Le délai jusqu'à l'obtention de ce résultat n'est pas perçu uniformément par les parents. Les taux de faux négatifs, c'est-à-dire les enfants ayant une mucoviscidose et n'ayant pas été décelés par le test de dépistage sont estimés aux USA à 2–4%[4]. Cela dépend essentiellement du nombre de mutations génétiques, estimées actuellement à 1600, englobées

Tableau 1: Maladies dépistées actuellement par le Programme national de dépistage systématique néonatal

- Phénylcétonurie
- Galactosémie (déficit en transférase, kinase, épimérase)
- Déficit en Biotinidase
- MCADD (Déficit en déshydrogénase des Acyl-CoA à chaine moyenne)
- Hypothyroïdie congénitale
- Hyperplasie congénitale des surrénales
- **Nouveau: Mucoviscidose**

dans le test de dépistage. Mais cela signifie aussi qu'à l'avenir il faudra quand même penser, en présence de symptômes évocateurs, à une mucoviscidose, car même le plus performant des tests de dépistage ne pourra déceler tous les enfants atteints de cette maladie. Plus grand est le nombre de mutations recherchées, plus grand sera le nombre décelé de formes frustes de mucoviscidose (formes atypiques), qui ne développeront peut-être des symptômes qu'à l'âge de 20 ou 30 ans. Pour cette raison, en Suisse, ne sont identifiées que les sept mutations génétiques les plus fréquentes de la mucoviscidose. Un autre inconvénient potentiel est qu'un enfant diagnostiqué précocément soit infecté, lors d'un séjour dans un centre pour enfants avec mucoviscidose, par des germes avec lesquels il ne serait jamais entré en contact en dehors d'un tel centre. Les recommandations d'hygiène dans les hôpitaux se justifient donc pleinement. Tous les tests de dépistage détectent aussi des porteurs sains d'une mutation pour la mucoviscidose (test de dépistage positif mais test à la sueur normal), condition que certaines personnes ne souhaitent pas connaître.

Fig. 1: Algorithme du dépistage néonatal de la mucoviscidose



Comment fonctionne exactement le test de dépistage pour la mucoviscidose?

Lorsqu'on constate une valeur élevée de IRT, on cherche dans la même goutte de sang, par analyse de l'ADN, les sept mutations génétiques les plus fréquentes en Suisse. Si ce deuxième test est également positif (découverte d'au moins une mutation génétique), le dépistage est considéré comme positif. Le dépistage néonatal étant une analyse proposée de manière systématique selon la Loi fédérale sur l'analyse génétique humaine (LAGH), le consentement écrit des parents n'est pas nécessaire. Si le test de dépistage fait suspecter une mucoviscidose, un des huit centres pédiatriques d'étude de la mucoviscidose sera informé. Il convoquera les parents et l'enfant pour des investigations complémentaires. Lorsque l'analyse de l'ADN est négative ou le test IRT à la limite de la norme, un deuxième test de Guthrie sera demandé au pédiatre ou à la sage-femme responsable – par analogie à la démarche établie pour le dépistage néonatal. Si, lors de ce deuxième test IRT, la limite de 50 ng/ml est dépassée, un centre pour enfants avec mucoviscidose sera informé afin de procéder aux examens nécessaires *(fig. 1)*.

Dans un des huit centres pédiatriques de la mucoviscidose, les examens complémentaires pour confirmer ou écarter le diagnostic de mucoviscidose, selon les directives internationales[9,10] (test à la sueur, examens génétiques dans le sang, etc.), ne seront effectués qu'avec le consentement des parents. Un test à la sueur positif confirme le diagnostic. S'il est négatif, aucun autre examen ne sera pratiqué. Ces enfants sont soit sains, soit porteurs sains d'une mutation pour la mucoviscidose. Ils peuvent aussi avoir une mucoviscidose atypique, qui ne se manifestera qu'à l'âge adulte et qui aura généralement un décours bénin. Les parents sont informés du possible état de porteur, respectivement de la présence d'une variante atypique, bénigne de la mucoviscidose et on leur proposera un conseil génétique détaillé à ce sujet par un des centres de génétique officiels en Suisse; ils recevront aussi un aide-mémoire. Avec le consentement des parents, le pédiatre ou le médecin de famille sera informé, ce qui lui permettra de mettre en route les investigations nécessaires dès qu'apparaîtront des symptômes évocateurs.

Le projet pilote actuel est reconnu par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) pour une durée de 2 ans. Si l'expérience s'avère positive, nous demanderons auprès de l'OFSP l'inclusion définitive de la mucoviscidose dans le programme de dépistage néonatal, afin d'en garantir la poursuite.

Correspondance PD Dr. med. Jürg Barben, Präsident SWGCF, Leitender Arzt Pneumologie/Allergologie, Ostschweizer Kinderspital, 9006 St. Gallen.

Références

Voir dans ce numéro page 19.

Traduction: Rudolf Schlaepfer, La Chaux-de-Fonds

Natürlicher Schutz
für die sensible Baby-Schnupfen-Nase

Emser® Nasentropfen

- befeuchten und befreien die Nasenschleimhaut bei vermehrter Schleim- und Krustenbildung
- unterstützen durch ihre Mineralstoff- und Spurenelementkombination die Schleimhautfunktion
- stärken die lokale Abwehrkraft
- unterstützen die Verflüssigung zäher Sekrete und neutralisieren saure Stoffwechselprodukte mit ihrem Hydrogencarbonat-Puffer-System

SIEMENS & CO, D-56119 Bad Ems www.emser.ch

Alle Termine und Kurse immer aktuell **online!**

Deutscher Hebammenverband

PRO MEDICO

Info-Hotline: +49 (0) 18 05. 34 32 32

www.Pro-Medico-Fortbildung.com

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 Kombinationsausbildung

Shiatsu für Hebammen

Geburtshilfliche Hypnotherapie

... für Hebammen seit fast 20 Jahren die Kompetenz in Akupunktur & Chinesischer Medizin im deutschsprachigen Raum.

- *Ausbildungszyklus und Kurse entsprechen den SHV-Ausbildungsempfehlungen!*
- ***Konstanz** – nah' an der Schweiz, unser Kursort für die Schweiz.*

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

www.Pro-Medico-Fortbildung.com
Informationen und Kursbuchungen

Bodyfeet

NaturheilpraktikerIn
Berufsbegleitende Ausbildung (4 Jahre)

Beginn im März in Thun und Rapperswil sowie August in Aarau

www.bodyfeet.ch

"Durch die fundierte Ausbildung wurde ich gut auf den Praxisalltag vorbereitet
Nicole Zuber, Naturheilpraktikerin

Info 033 225 44 22

Ausbildung in
Pränatal- und Geburtstherapie
in Winterthur

Die prozessorientierte Ausbildung lehrt die Fähigkeit, mit ganz frühen Prägungen aus Schwangerschaft und Geburt therapeutisch zu arbeiten, sei es mit Erwachsenen, Babys oder werdenden Eltern. Die Ausbildung ist berufsbegleitend.

Wir bieten im Institut Informationsabende zur Ausbildung an:

Mo, 17.01.2011, 19.15-21.30 Uhr
Mo, 06.06.2011, 19.15-21.30 Uhr

Ausbildungsbeginn: 16.-20.11.2011

Weitere Informationen sowie ausführliche Ausbildungsunterlagen erhalten Sie vom Institut oder über unsere Homepage. Wir freuen uns auf Ihren Besuch.

Da-Sein Institut - Unterer Graben 29 - CH-8400 Winterthur
Tel +41 52 203 24 55 - Fax +41 52 203 24 56
info@energiearbeit.ch - www.da-sein-institut.ch

BEIDE BASEL BL/BS

061 693 31 71
061 322 33 64

Neumitglieder:
Contessi Nadia, Basel, 2009, Bern; Kummli Mirjam, Ormalingen, Studentin an der BfH

BERN

Neumitglieder:
Gebhart Cecilia Madlaina Lara, Münchenbuchsee, Studentin an der ZHAW; Gehrich Manuela, Solothurn, Studentin an der BfH; Wyss Engler Kathrin, Rüfenacht, 1999, Bern

Frei praktizierende Hebammen
Wir treffen uns am Montag, 31. Januar 2011, 19.30 bis 21.30 im Frauenberatungszentrum Aarbergergasse 16, Bern

Yvonne Studer Badertscher

FRIBOURG

026 660 12 34

Nouveau membre:
Pillonel Anne-Marie, Fribourg, 1977, Ecosse

OSTSCHWEIZ

071 440 18 88

Hauptversammlung
Die HV Sektion Ostschweiz findet am
7. April 2011 in der Migros-Clubschule, Bahnhof St. Gallen statt.
– Morgens: ordentliche HV
– Nachmittags: ***Fortbildung***
– «Hintergründe zum plötzlichen Kindstod – Diskussion über die aktuellen Empfehlungen»
– «Schiefhals/Kopfdeformitäten: erkennen, vorbeugen, behandeln»

Eine persönliche Einladung mit ordentlicher Traktandenliste folgt Anfang März.

Madeleine Grüninger

Weiterbildungsprogramm 2011

- *19. Februar 2011:* Reanimation unter einfachen Umständen, mit Dr. Anna Rockel-Loenhoff in Berneck, SG. – *Hinweis:* Es hat noch **einen** freien Platz
- *30. Mai 2011:* Reanimation unter einfachen Umständen mit Dr. Anna Rockel-Loenhoff in Berneck, SG. – *Hinweis:* Wiederholung der Weiterbildung vom 19. Februar 2011
- *2. Juli 2011:* Schüsslersalze Nr. 13 bis 27, die sogenannten «Erweiterungsstoffe der Biochemie nach Dr. Schüssler» für Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett; Aufbaukurs mit Jo Marty. – *Hinweis:* Zielpublikum sind Teilnehmerinnen des Grundkurses vom 20. November 2010 und Interessierte, die die Salze 1 bis 12, die sogenannten «Grundsalze» bereits anwenden.
- *8./9. November 2011:* Obligatorische Kantonale Hebammenfortbildung in St.Gallen. – *Hinweis:* Die Sektion Ostschweiz führt diese Fortbildung neu im Auftrag des Gesundheitsdepartements des Kantons St.Gallen durch. Hebammen, die im Kanton St.Gallen angestellt sind oder eine Berufsbewilligung für die freiberufliche Tätigkeit im Kanton St.Gallen haben, werden zu dieser – für sie unentgeltlichen – Fortbildung aufgeboten. Inhalt: Aktuelle Themen aus Geburtshilfe, Perinatologie und Neonatologie, referiert durch ausgewiesene Fachpersonen.

Anmeldung & Information bei
Anna Heldstab Indermaur
Telefon 071 744 70 12
info@praxisheldstab.ch

Anna Heldstab Indermaur

Foto: Josianne Bodart Senn

VAUD-NEUCHÂTEL-JURA

021 903 38 57
021 653 86 32

Nouveaux membres:
Altevogt Noemi, Neuchâtel, 2010, Lausanne; D'ans Joanne, Moutier, étudiante à l'HES de Lausanne; Von Kaenel Cyndie, La Chaux-de-Fonds, 2009, Genève

ZENTRALSCHWEIZ

041 661 09 93
071 440 25 14

Voranzeige: Hauptversammlung
31. März 2011
Restaurant Adler, Emmenbrücke
Genauere Infos folgen

Sektionsfortbildung
«Frau! Frau? Frau...» – Frau zwischen «Au» und «Wow»
13. Januar 2011
9.00 bis 17.00 Uhr
Haus Bruchmatt, Luzern

Dozentin:
Frau Annina Hess Cabalzar, M.A Psychotherapeutin SPV/ASP

Anmeldung:
Judith Ulrich-Appert
Telefon 041 850 14 93

Kosten:
M Fr. 150.–, NM Fr. 180.–, Lernende Fr. 100.–

Silvia Schmid-Baur

ZÜRICH UND UMGEBUNG

052 385 55 67
052 203 26 11

Neumitglieder:
Harling Macha, Richterswil, 2001, Zürich; Leo Leandra, Zürich, 2007, St. Gallen; Szancsik Izabel, Zürich, 2004, Rostock DE; Walser Nicole, Uster, 1993, St. Gallen

Kursorganisation:

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

Internationaler TCM Kongress in Mannheim

Traditionelle Chinesische Medizin

Vom 26. bis 28. November 2010 fand in Mannheim der vierte internationale TCM Kongress statt. Nebst TCM Therapeuten und Ärzten nahmen auch viele Hebammen aus verschiedenen Ländern daran teil. Nicht selten hörte man in den Pausen Teilnehmende, die sich im heimatlichen Dialekt unterhielten.

Foto: Ansgar Römer

Am Freitag nutzten die 300 TeilnehmerInnen die Gelegenheit, in verschiedenen Workshops ihr Wissen zu vertiefen. Das vielseitige Angebot umfasste Themen wie Ernährung in der Schwangerschaft nach TCM Aspekten, Shiatsu für Hebammen, Hyperemesis & Co – Syndrome und Therapiestrategien, Massage von Hand und Fuss in der Geburtshilfe, oder Einsatz des Aku-Taping bei Schwangerschaftsbeschwerden.
Am Samstag und Sonntag fanden Referate zu den unterschiedlichsten Themenschwerpunkten statt. Viele interessante Inhalte wurden durch kompetente Dozenten vermittelt und Ergebnisse aus Studien vorgestellt. Den 500 TeilnehmerInnen wurde ein vielseitiges und abwechslungsreiches Programm geboten.
Am Samstag fand zudem eine Sonderveranstaltung statt, das «Experten Konsens Meeting». An diesem waren nebst TCM Spezialisten und Ärzten auch Vertreterinnen der Berufsverbände für Hebammen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz vertreten. Schwerpunktthema war die Akupunktur für Hebammen. Dabei ging es um einen Austausch, eine Analyse des Ist-Zustandes in den verschiedenen Ländern, um Fragen zur Forensik und Qualitätssicherung sowie das Erarbeiten einer Indikationsliste für Hebammen. Am Abend wurde dieses Thema mit Einbezug der KongressteilnehmerInnen in einem «Rund-Tisch-Gespräch» vertieft behandelt.
Der Kongress bot Gelegenheit, bereits bestehendes Wissen zu vertiefen und mit Neuem zu ergänzen. Für mich war die Teilnahme zudem eine gute Gelegenheit, das Thema Akupunktur für Hebammen grenzüberschreitend zu betrachten und gewonnene Erkenntnisse in meine Arbeit einfliessen zu lassen.

Am 2.–3. März 2012 ist unter dem Titel «Hebammen im Dialog – integrative Hebammenarbeit für Klinik und Praxis» der nächste Kongress in Mannheim geplant. Ab Mai 2011 kann das detaillierte Programm unter www.Hebammen-im-Dialog.de angeschaut werden.

Marianne Luder, Bildungsbeauftragte Deutschschweiz

Fortbildungsangebot 2011

Kursnummer und -themen		Datum	DozentIn	Kursorte
7	Krisenintervention in der Geburtshilfe	**8.3.2011** **12.4.2011**	Michael Freudiger, Notfallpsychologe, Psychotherapeut	Winterthur
8	Yoga in der Schwangerschaft	**11.3.2011**	Brigitte Bruni, Hebamme, Yogalehrerin	Bern
9	Trauma erkennen – Trauma begleiten 4 x 3 Tage	**15.–17.3.2011**	Christiane Sautter, systemische Familientherapeutin Selma Müller, Pflegefachfrau, systemische Beraterin	Zürich
10	Babymassage für das gesunde und auffällige Kind Grundkurs	**18./19.3.2011** **29./30.4.2011** **17./18.6.2011**	Sybille Graber, Pflegefachfrau, Erwachsenenbildnerin Giovanna Caflisch Allemann, Hebamme, Atemtherapeutin, Kinästehic Trainerin	Bern
11	Homöopathie in der Geburtshilfe Dr. Friedrich Graf / Teil 3	**18./19.3.2011**	Dr. Friedrich Graf Homöopatischer Arzt, Geburtshelfer	Olten
12	Grundkurs Informatik Windows / MS-Office für den Einstieg	**22./23.3.2011** **5./6.4.2011**	Josef Müller, Stv. Schulleiter Seminarzentrum Eiger, Computer Schule Bern	Bern
13	Unruhige Babys – erschöpfte Mütter	**1./2.4.2011**	Dr. Elisabeth Kurth, Hebamme, Pflegewissenschaftlerin Ursula Dolder, Mütterberaterin, Dozentin	Olten

Organisation des cours de la FSSF:

Chargée de la formation Suisse romande et Tessin, **Valentine Jaquier-Roduner**, En Champ Didon 134, 1740 Neyruz, tél. 026 477 07 44, 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**

Cours 5/2011

Massage pour bébés: cours de base

Les objectifs du cours:
Intégrer et développer une technique de massage bébé afin de pouvoir l'enseigner aux couples:
– en connaissant une technique de massage bébé et en sachant l'appliquer dans son domaine d'activité;
– en sachant transmettre un massage bébé aux parents tout en tenant compte de la santé de l'enfant et des interactions mère-bébé, père-bébé;
– en ayant les notions de base pour l'organisation d'un cours.

Le contenu de ces journées:
– La peau et le toucher
– Les techniques de base du massage bébé
– Brève introduction à la kinesthétique
– Les effets thérapeutiques du massage bébé; les pleurs
– Le port du bébé en écharpe comme complément au massage
– L'organisation d'un cours de massage bébé.

Madame Giovanna Caflisch Allemann, infirmière sage-femme, monitrice de cours de massage pour bébés, formation en thérapie respiratoire LIKA, trainer en Kinaesthetics Infant Handling, conseillère en «Premiers Secours Emotionnels» (Emotionelle Erste Hilfe).

Renseignements et inscription jusqu'au 11 janvier 2010: www.sage-femme.ch.

Formation organisée par la FSSF, en partenariat avec la HEdS-Genève.
11–12 février, 8–9 avril, 20–21 mai 2011 de 9 h à 17 h, Monthey.

Accompagnatrices de cours:

Pour optimiser le pool des accompagnatrices de cours de la FSSF, nous sommes à la recherche de collègues prêtes à accompagner 3–5 cours par année. Pour cela, il faut de la motivation à gérer la logistique durant les jours de formation, de la souplesse en cas d'imprévus et idéalement une formation de formateur d'adultes.

Renseignements: Valentine Jaquier-Roduner, tél. 026 477 07 44, mail v.jaquier@sage-femme.ch

Il reste encore quelques places pour les cours suivants:

1. Accouchement et plancher pelvien: un confit évitable? 12 janvier 2011 à Lausanne
2. La provocation. 18 janvier 2011 à Lausanne
3. Le périnée au centre du corps. Module I 20–21 janvier à Colombier/Neuchâtel
4. Sages-femmes et médicaments. 4 février 2011 à Lausanne
5. Massage pour bébés: cours de base. 11–12 février, 8–9 avril, 20–21 mai 2011 à Monthey

Les formations de cette année suscitent beaucoup d'intérêt. Les cours se remplissent très rapidement. Si une formation vous tient à cœur, n'attendez pas la dernière minute pour vous inscrire. Si, par contre, vous n'avez rien trouvé qui soit à votre goût, je suis toujours ouverte à recevoir des propositions. Ce programme est fait sur mesure pour vous. Plus je reçois de suggestions et plus vous serez satisfaite.

Le formazioni di quest'anno si riempiono molto in fretta. Se ce n'è una che vi tiene a cuore, non aspettate troppo tempo: rischiate se no di essere deluse perchè il corso è completo. Se non sono riuscita a convincervi col mio programma, se trovate che mancano formazioni su un tema ben preciso, non esitate a contattarmi e vedrò di fare il possibile per esaudire i vostri desideri. Sarebbe magnifico se nel 2012 riuscissi ad organizzare due corsi in Ticino, ma per ciò dovete darmi delle idee.

Photo: Emérentienne Cattaneo

Genève

Une vingtaine de sages-femmes dans la rue

«Sécurité pour les mères et les bébés» – «Sages-femmes oui! Bénévoles non!» – «Maternité couverte à 100%»: Munies de ces pancartes, quelque 21 sages-femmes ont rendu visite, le 7 décembre 2010, au DARES (le Département genevois de la santé) pour laisser au conseiller d'Etat Pierre-François Unger une lettre de protestation.

Nous réclamons le remboursement intégral de nos prestations auprès des assureurs, ce qui n'est plus le cas depuis 2006. En effet, la loi sur l'assurance maladie (Lamal) stipule qu'en cas de cotisations non payées par l'assuré(e), les caisses peuvent suspendre leur prise en charge. Résultat: Pour la seule année 2009, les factures non remboursées des indépendantes à Genève se montent à plus de 40 000 francs. Ce qui est grave, c'est qu'après cinq ans, il y a prescription. Certaines prestations ne sont donc jamais payées.

Les sages-femmes genevoises se sont ensuite rendues devant une agence de Helsana – caisse emblématique et particulièrement fermée à toute solution possible pour les sages-femmes – pour y coller sur la vitrine des simili-factures restées impayées (voir photo).

Un nouveau rendez-vous avec M. Unger est prévu en janvier 2011. Nous pensons que des politicien(ne)s pourraient nous aider à résoudre ce problème. Il faut savoir qu'une caisse maladie importante en Suisse romande a décidé de nous rembourser la globalité de notre dû de 2006 à 2010! Comme quoi, c'est possible...

Viviane Luisier, sage-femme

Allemagne

L'Eglise soutient les sages-femmes

Le nombre de sages-femmes indépendantes diminue en Schleswig-Holstein, un des Länder tout au nord de l'Allemagne.

Depuis que leur assurance de responsabilité civile professionnelle a été massivement augmentée le 1er juillet 2010, 30 des 130 sages-femmes se sont arrêtées.

«Cela ne peut plus durer, estime le porte-parole de l'Evêque du diocèse de Schleswig-Holstein». En décembre 2010, la chancellerie épiscopale a distribué dans ses 365 paroisses quelque 100 000 cartes postales adressées au ministre de la Santé. Les citoyennes et citoyens peuvent ainsi exposer le problème financier et soutenir la prise en compte des sages-femmes dans le budget social fédéral.

«Bien accompagner la Venue-au-Monde est une requête centrale de l'Eglise», a souligné le prêtre.

www.hebammenverband.de

Congrès suisse des sages-femmes, Fribourg, les 12/13 mai 2011

«Le Temps de…»

Cette année, nous avons composé un programme attrayant avec des oratrices venant de Suisse, d'Australie et du Canada. Nous voudrions attirer cette fois votre attention sur le fait qu'avec le développement des nouvelles techniques médicales, avec nos études «high-tech» universitaires et surtout avec la peur croissante des procédures judiciaires, l'obstétrique moderne a pris, depuis plusieurs années déjà, un bien curieux chemin. Le temps de la sage-femme qui attend, simplement, en surveillant d'un œil bienveillant sa parturiente semble révolu. Pourtant, si la sage-femme est une spécialiste de la physiologie, pourquoi a-t-elle sans cesse besoin d'intervenir? D'où le titre «Le Temps de...»

Ina May Gaskin, bien connue par son livre «Guide to Childbirth», Sarah Buckley, renommée par ses ouvrages «Ecstatic Birth» ou «Gentle birth, gentle mothering», Elisabeth Kurth, Claude Didierjean, Verena Geissbühler, etc. Grossesse, naissance, accouchement par le siège, allaitement, démarrage de la vie de famille: ce sont des oratrices compétentes qui vous attendent au Forum Fribourg.

C'est avec enthousiasme que la Section Fribourg a composé un programme divertissant. Ne manquez pas de vous inscrire à la Soirée de gala et à l'Assemblée des déléguées, de réserver votre nuit d'hôtel et de profiter du billet spécial CFF.

Vous recevrez plus d'informations dans le libretto du Congrès qui sera annexe au prochain numéro. Bienvenue au Congrès suisse des sages-femmes 2011 à Fribourg!

Votre comité du Congrès : Lorraine Gagnaux, Daniela Vetter Richards, Susanne Leu, Andrea Ruffieux, Marianne Indergand-Erni

Concours Posters – Présentation des Posters

D'abord, votre Poster enrichira le Congrès. Ensuite, il vous donnera une chance de gagner un Prix. **Nouveauté:** nous ferons un choix entre deux groupes de Posters: les Recherches et les Projets. Il y aura donc deux listes de lauréat(e)s.

Le Poster est un moyen réputé pour faire connaître une étude, un travail scientifique ou un projet digne d'intérêt. Les étudiant(e)s sont chaleureusement invité(e)s à participer.
Les trois meilleurs Posters de chaque groupe recevront un Prix variant entre fr. 200.– et fr. 500.– parrainé par SWICA.

Critères du Jury:

- Pertinence de la prestation de la sage-femme ou de l'impact dans son propre terrain de travail
- Force et clarté du Poster (concept clé)
- Présentation, illustration, de même que graphisme
- Design et méthodes utilisées

Prière d'annoncer chaque Poster avec son titre jusqu'au 31 mars 2011 auprès de:
Marianne Indergand-Erni, indererni@bluewin.ch

Césariennes de «confort»

Un risque élevé de complications

L'OMS a mis en place une enquête mondiale de surveillance de la santé maternelle et infantile, enquête transversale réalisée dans 24 pays répartis sur trois continents (Asie, Afrique et Amérique latine). Les données émanant de 373 établissements de santé ont été recueillies entre 2004 et 2008, concernant au total 286 565 parturientes.

Résultats

Le taux de césariennes réalisées était durant la période étudiée de 25,7%, dont 1% sans indication médicale, soit à la demande de la femme, soit en l'absence d'une indication médicale attestée. La palme revient à la Chine pour laquelle les données révèlent un taux de césariennes de 46,2% dont 11,6% sans indication médicale.

L'intervention n'est pourtant pas sans danger, puisque les données montrent une association significative entre tous les types de délivrance autres que l'accouchement par voie basse et une augmentation du risque de complications sévères, d'admissions aux urgences, de transfusion sanguine ou d'hystérectomie. Le risque est plus élevé pour les césariennes réalisées pendant le travail sans raison médicale (Odd Ratio Ajusté ORA 14,29, IC 95% 10,91 à 18,72), et pour celles réalisées avant la date prévue d'accouchement sans raison médicale (ORA 5,93, IC 95% 3,88 à 9,05).

Conclusions

Les auteurs estiment que, si ce mode de délivrance est à l'origine d'une baisse de la mortalité quand il répond à des indications précises, les patientes aussi bien que les praticiens doivent toutefois être mis en garde contre son utilisation excessive.

Source: Souza J. et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004–2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. In: BMC Med. Nov. 2010.

Communiqué de presse FSSF

En 2009: une césarienne pour trois naissances

Les nouveaux chiffres publiés par l'Office fédéral de la statistique montrent que le pourcentage de césariennes est toujours plus élevé (1998: 22.7%, 2008: 33.0%, 2009: 32.8%). La Fédération suisse des sages-femmes (FSSF) envisage de lancer une campagne d'information et de sensibilisation en collaboration avec les gynécologues, pédiatres et néonatologues et appelle d'autres acteurs en passer à l'action.

Le léger recul constaté par rapport à l'année dernière (0,2 points de pourcentage) s'explique par une diminution du taux de césariennes pratiquées dans les hôpitaux publics. Par contre, les cliniques privées enregistrent une nouvelle hausse. Liliane Maury Pasquier, conseillère aux États et présidente de la FSSF tire de ces chiffres la conclusion suivante: «Une fois de plus, les différences observables entre les cantons montrent qu'un grand nombre de césariennes ne sont pas justifiées d'un point de vue médical. Il n'y a pas de raison valable pour que seulement 19,5% des Jurassiennes accouchent par césarienne, alors que c'est le cas de 40% des femmes dans les cantons d'Uri et de Zoug».

La FSSF prévoit d'élaborer une brochure d'information à l'intention des femmes et des couples. Elle contiendra des informations clairement compréhensibles sur tout ce qui concerne les naissances par césarienne et sera largement diffusée. L'objectif est de faire en sorte que la césarienne soit appliquée lorsque la vie de la mère et de l'enfant sont en danger et d'éviter de faire courir des risques inutiles lorsque ce n'est pas le cas. La Confédération a prévu une étude sur les hauts taux de césariennes et la Commission nationale d'éthique discute de ce thème. En revanche, ni les caisses maladie ni les cantons n'ont réagi.

Communiqué de presse FSSF, 30.11.2010.

Santé publique

Dépendance dangereuse vis-à-vis de l'étranger

Pour la première fois, une étude nationale démontre combien la Suisse dépend des médecins et autres personnels de santé immigrés.

En 2008, pour dix personnes formées dans les soins (niveau tertiaire), on comptait neuf personnes arrivant de l'étranger, parmi lesquelles 49% venant d'Allemagne. La situation des médecins est encore plus alarmante: pour dix médecins diplômés en Suisse, on dénombrait quinze médecins venant de l'étranger, dont plus de 60% d'Allemagne. Une comparaison de l'OCDE place la Suisse en 7e position, avec 28% de médecins étrangers, alors que l'Allemagne n'en compte que 11%, l'Autriche 15% et la France 17%.

Selon cette étude, la Suisse recrute ses forces de travail dans le domaine de la santé dans les pays limitrophes et ne doit pas (encore) déployer trop d'efforts pour bénéficier de sa grande attractivité. Si nos voisins réussissaient à rendre leur système de santé plus attrayant ou s'ils parvenaient soudain à stopper l'exode des spécialistes de la santé, la Suisse serait durement frappée. Elle devrait alors se tourner vers les pays en voie de développement, ce qui affaiblirait leurs systèmes de santé déjà lacunaires. L'étude indique encore qu'en Suisse, la plupart des employeurs du secteur de la santé sont peu informés de cet «effet domino».

Pour sensibiliser sur de tels effets de la migration, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a adopté un code de pratique sur l'engagement de personnel de santé au-delà des frontières. Ce code recommande aux Etats membres de renoncer à recruter activement du personnel de santé dans les pays en voie de développement et de favoriser un recrutement à l'intérieur de leurs frontières. D'après cette étude, pour la mise en œuvre du code de l'OMS, la Suisse doit développer une stratégie de recrutement et de formation du personnel en impliquant les différents acteurs en présence. Une coopération plus intense entre tous les échelons concernés de la Confédération, des cantons, des associations et des entreprises est nécessaire.

Le conseiller fédéral Didier Burkhalter veut faire en sorte que des efforts soient renforcés pour combler les manques de personnel hospitalier à l'interne, non seulement pour soutenir les pays pauvres mais aussi dans le but de diminuer la dépendance de la Suisse vis-à-vis de l'étranger. Il veut aussi amener les cantons à augmenter leurs capacités de formation. En outre, des mesures contre l'abandon de la profession sont planifiées: il devrait être plus facile pour les médecins et les professionnel(le)s de la santé de concilier famille et profession.

Traduction: Josianne Bodart Senn/Liliane Maury Pasquier.

Source: Martina Greiter, politfocus gesundheitspolitik, novembre 2010.

EDITORIAL

Ce mois-ci, un numéro très varié. D'abord, un thème éthique: les interruptions de grossesse tardives. Il ne s'agit nullement de revenir sur le bien-fondé d'une législation suisse sur les avortements, mais d'en évaluer la mise en application à travers tout le pays. Il s'avère en effet que cette mise en application est «relativement bonne », comme l'explique Anne-Marie Rey, mais qu'elle bute principalement sur un point, celui de la marge d'interprétation qui est laissée par la loi et qui est trop peu utilisée.

Comment illustrer un tel sujet? Nous avons encore toutes en tête les associations d'idées faites lors de la campagne de votation Pour ou Contre les délais pour l'avortement. Il n'était pas question de tomber dans de tels travers. Alors, nous avons pensé, Gerlinde Michel et moi-même, à des illustrations plus symboliques, plus précisément à la métaphore de la croissance d'une fleur: le bouton de fleur est une promesse de fleur, mais pas encore la fleur. De même, l'embryon ou le fœtus sont une promesse de vie, mais pas encore la vie.

Par ailleurs, les autres thèmes propulsent la réflexion vers les réalités du métier de sage-femme typiques du début du XIXe siècle: formation à distance et études de Master, recherches spécifiques aux sages-femmes et nouveaux rôles créés et assumés par des sages-femmes. Un point commun réjouissant s'en dégage immédiatement: nous sommes en marche vers un approfondissement des compétences professionnelles et, par conséquent, vers un renforcement de la position du métier!

Je vous souhaite une bonne lecture de ce numéro. Si un sujet vous enchante ou, au contraire, vous contrarie ou vous choque, n'hésitez pas à nous en faire part. Savez-vous qu'il y a bien longtemps que nous n'avons plus reçu de lettre de lectrice à publier?

Josianne Bodart Senn

Interruptions de grossesse tardives

Fonctionnement du

En Suisse, le régime du délai est entré en vigueur le 1er octobre 2002. Il avait été approuvé lors des votations du 2 juin précédent par 72% des votants. Le principe d'autodétermination de la femme en matière d'interruption de grossesse était ainsi légalement reconnu. Dans la pratique, la modification de la loi a été mise en œuvre de manière étonnamment rapide et elle fonctionne aujourd'hui plutôt bien. Des enquêtes de l'APAC-Suisse ont toutefois montré que certains problèmes subsistent, en particulier dans les cas d'interruptions de grossesse (IG) au-delà des 12 semaines d'aménorrhée (SA).

Anne-Marie Rey

L'entrée en vigueur du régime du délai n'a pas conduit à l'augmentation des avortements prophétisée par les opposants. Le taux d'IG en Suisse s'élève à 6,4 pour 1000 femmes âgées de 15–44 ans et il est le plus bas du monde. Ce phénomène est également valable pour les teenagers. Le taux d'IG des 15–19 ans se situe à 5/1000, le taux des 15–17 ans étant beaucoup plus bas que celui des 18–19 ans. La proportion des IG avant 15 ans ne représente que 0,2% du total. C'est parmi les femmes de 20–25 ans que l'on trouve le plus grand pourcentage de toutes les IG.

Evolution positive

Contrairement à la présomption populaire, les grossesses des teenagers ont régressé par rapport aux décades précédentes. Mais, lorsqu'elles sont enceintes, les adolescentes choisissent plus souvent qu'auparavant d'interrompre la grossesse.

Déjà dans les années 80, les premiers pas de la libéralisation de la pratique des IG avait fait reculer le «tourisme de l'avortement». Aujourd'hui, 800 IG se font encore dans un autre canton que le canton de domicile de la femme concernée. Alors qu'en 1980, dans le seul canton de Genève, plus de 1800 interventions ont été faites sur des femmes venant d'autres cantons et, à Zurich, il y en avait à peu près autant.

En 1999, l'introduction de la méthode médicamenteuse avec la Mifegyne®, utilisée jusqu'à la 7e SA, a induit une tendance à l'IG de plus en plus précoce. Le gain de temps dû à la suppression du second avis a renforcé cette tendance. En 2009, 60% des IG furent pratiquées au moyen de cette méthode, 70% des IG avaient lieu dans les 8 premières SA alors qu'elles n'étaient que 30–40% dans les années 80 et 90.

Anne-Marie Rey a été la co-présidente de l'Union suisse pour décriminaliser l'avortement jusqu'à sa dissolution en 2003. Aujourd'hui, elle s'occupe du secrétariat de l'APAC-Suisse (Association de professionnels de l'avortement et de la contraception).

Par contre, durant les 30 dernières années, la proportion des IG du 2e trimestre a à peine changé. Dans le canton de Berne (le seul qui dispose de statistiques détaillées depuis 1980), elle se situait entre 3 et 7%. Pour l'ensemble de la Suisse, au cours de l'année 2009, elle était d'environ 5%, ce qui signifie quelque 480 interventions faites après 12 SA. Parmi celles-ci, près d'un tiers se situaient à 13–16 SA, c'est-à-dire au tout début du 2e trimestre. 30 IG, soit 0,3% du total, avaient lieu après la 22e SA.

Offre inappropriée au 2e trimestre

Malgré cette évolution manifestement positive, nous soupçonnions – sur la base

régime du délai – un bilan

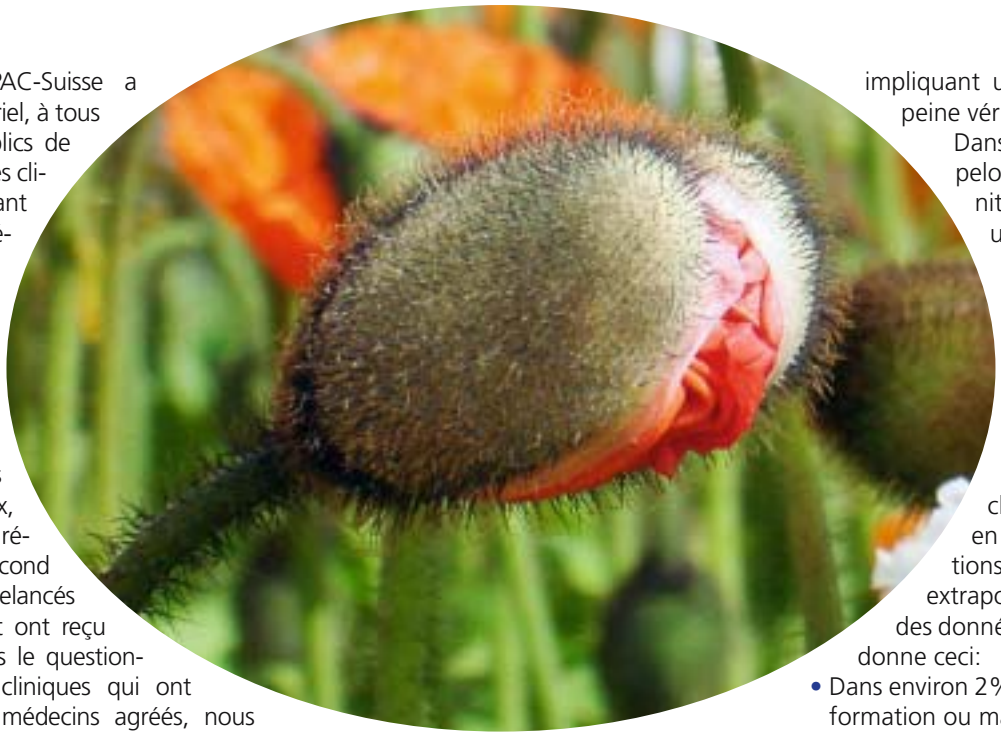
d'expériences concrètes – que l'offre n'était pas adaptée. Nous avions en effet l'impression qu'il y avait des problèmes du côté des IG tardives (au courant du 2e trimestre) et que ce sujet était l'objet d'un réel tabou. La pratique semblait tout à fait arbitraire et peu transparente. Personne n'en parlait, personne ne savait vraiment ce qui était offert, où et sous quelles conditions. C'est pourquoi nous avons interrogé en 2008 les centres de planning familial. Pour 41 questionnaires envoyés, nous avons reçu 40 réponses.

- Près de la moitié des centres (44%) disent qu'il y a des problèmes dans leur région pour les IG du 2e trimestre.
- Un quart d'entre eux ne connaissent aucune institution dans la région qui pratique ces interventions.
- Les limites jusqu'où les IG sont acceptées pour raisons psychosociales, au-delà des 12 SA, sont très disparates à 14, 16, 18 SA...
- Il n'est pas rare de voir des femmes simplement refusées par les hôpitaux, parfois renvoyées vers d'autres hôpitaux ou même à l'étranger.
- 14 centres ont vu 1 à 6 fois par an des femmes à qui l'IG a été refusée par un médecin ou un hôpital, bien qu'à l'avis de la conseillère, elles avaient des raisons très valables pour une IG.
- 27 centres ont déjà aiguillé des femmes vers l'étranger. Au total, elles étaient de 20 à 30 annuellement. (D'après nos investigations supplémentaires auprès des cliniques à l'étranger, nous estimons que le «tourisme de l'avortement» compte au moins 50 cas – voire même 100 cas – par année).

Que dit la loi sur les IG après 12 SA?[1]

Un médecin doit être convaincu que la santé physique de la femme enceinte est en danger ou que celle-ci se trouve dans un «*état de détresse profonde*». Selon un arrêté du Tribunal fédéral[2], un canton ne peut pas exiger, en sus, le deuxième avis d'un médecin spécialisé. Le danger doit être d'autant plus grand que la grossesse est avancée.

Photos: Josianne Bodart Senn



En 2009, APAC-Suisse a envoyé, par courriel, à tous les hôpitaux publics de Suisse, à toutes les cliniques privées ayant un service gynécologique ainsi qu'aux cliniques de jour dont nous avions connaissance un questionnaire[3] portant sur leurs pratiques d'IG. Les hôpitaux, qui n'avaient pas répondu après le second rappel, ont été relancés par téléphone et ont reçu une nouvelle fois le questionnaire. Pour les cliniques qui ont un système de médecins agréés, nous nous sommes adressés directement à ces médecins. Dans ce cas, l'analyse repose sur la réponse d'un médecin, parfois de plusieurs.

Les résultats confirment largement les données des centres de planning familial. Sur 157 cliniques contactées, 113 ont répondu. 93 d'entre elles pratiquent des IG, mais presqu'un tiers seulement au cours du 1er trimestre et moins de la moitié acceptent l'indication «d'un état de détresse profonde» au cours du 2e trimestre. Un avis psychiatrique est en outre fréquemment demandé. Dans deux cantons, on y ajoute même l'avis du médecin cantonal, bien que cela ne soit nullement prévu par la loi.

Parmi les 46 cliniques qui acceptent les raisons psychosociales, un bon tiers le font au plus tard jusqu'à la 14e SA, 13% jusqu'à 15e ou 16e SA. Après la 20e SA, s'il n'y a pas d'indication somatique ou fœtale graves, les IG deviennent une rareté absolue. Après la 23e SA, elles sont extrêmement rares et ne sont plus pratiquées qu'en cas de danger vital pour la femme enceinte ou de malformation létale de l'enfant à naître.

La marge d'appréciation laissée par la loi est peu utilisée

Notre suspicion est confirmée par les deux enquêtes: bien que, depuis 2002, la Suisse dispose de la législation la plus libérale, l'accès à une IG dans le cas d'un «état de détresse profonde» au 2e trimestre – en particulier après 14 ou 16 SA – est très limité. Il n'est pas fait usage suffisamment de la marge d'appréciation qui est laissée au médecin – homme ou femme – dans son évaluation d'un cas individuel à propos d'un possible «état de détresse profonde».

Dans les débats parlementaires, ce libellé n'a pas été contesté. En 1998, la rapporteuse de la Commission des affaires juridiques du Conseil national était catégorique. On avait délibérément choisi une formulation souple et renoncé à reprendre le catalogue traditionnel des indications afin qu'il puisse être tenu compte «de toutes les situations de vie envisageables».

Aux yeux de la Commission, «c'est le poids des motifs» qui devait être déterminant. En tant que personne de confiance vis-à-vis de la femme, le médecin – homme ou femme – devait être convaincu, «de par ses connaissances médicales et de par son appréciation humaine», que l'IG était justifiée.

Lors d'un séminaire à l'hôpital universitaire de Lausanne en 2009, Nathalie Brunner (Institut du droit de la santé de l'université de Neuchâtel) a démontré que le médecin jugeait inévitablement en fonction de ses propres valeurs et ne pouvait guère être poursuivi lorsqu'il fondait ses considérations sur des données suffisamment documentées et lorsqu'il pratiquait l'avortement selon les règles de l'art.

Christian Peter du service juridique de l'Hôpital de l'Isle de Berne précise qu'il s'agit dans l'Art. 119 – 1 du Code pénal d'une «indication globale socio-médicale». L'état de détresse profonde ne correspond pas à une maladie précise. A côté de la structure de la personnalité de la femme enceinte, il convient de prendre en compte sa situation de vie présente et future. L'avis médical, selon lui, revêt alors une importance primordiale tout en impliquant une appréciation à peine vérifiable[4].

Dans ce contexte, rappelons que l'OMS définit la santé comme un état qui comprend également le bien-être social[5].

Motifs pour l'IG tardive

Les données chiffrées manquent en matière d'indications pour une IG. Une extrapolation sur la base des données de trois cantons donne ceci:

- Dans environ 2% des cas, une malformation ou maladie fœtale est la raison principale pour l'IG.
- Un viol ou un inceste est la raison pour 0,4% des cas.
- Il est clair que, dans la plupart des cas, que ce soit au 1er ou au (début du) 2e trimestre, le motif est d'ordre psychosocial.

En dehors des indications strictement médicales, pourquoi la demande d'IG de la part de ces femmes vient-elle seulement au 2e trimestre? Selon une étude anglaise[6], plusieurs raisons se combinent:

- Une forte ambivalence, selon les dires de 80% des femmes
- Un constat tardif de grossesse pour plus de 70% des femmes (règles irrégulières, menstruation supprimée par la prise de contraceptifs hormonaux)
- La peur des réactions des parents ou du partenaire
- La peur de l'opération
- Un changement soudain dans la relation avec le partenaire.

Des résultats semblables existent pour d'autres pays. En Suisse, la gynécologue Dorin Ritzmann, qui a réalisé durant plusieurs années des avortements médicamenteux jusqu'à la 21e SA, a établi une statistique sur les raisons et les situations de vie de ses patientes[7].

Les femmes étaient le plus souvent:

- Pauvres, jeunes, victimes de violence
- Originaires d'un milieu culturel «étranger»
- Souvent elles avaient été refusées par d'autres médecins ou un hôpital, puis orientées vers elle par un centre de planning familial.

Les raisons pour lesquelles ces femmes s'étaient adressées à la gynécologue seulement au 2e trimestre, étaient souvent – comme dans l'étude anglaise – les règles irrégulières.

Mais il n'était pas rare que la faute relève de professionnel(le)s:

- De fausses informations, comme «après 12 semaines, une IG est interdite»
- Des diagnostics erronés
- Un retard par négligence ou même par une tactique dilatoire délibérée

Pourquoi la détresse profonde d'une femme qui est tombée enceinte malgré un implant – qu'elle croyait pourtant absolument efficace – et qui constate sa grossesse tardivement parce que le contraceptif avait supprimé ses menstruations, ou la détresse de telle autre qui risque d'être abusée ou rejetée par sa famille: pourquoi la détresse de ces personnes devrait-elle peser moins lourd que celle d'une autre femme qui vient de recevoir un diagnostic prénatal grave?

Parmi les quelques femmes qui m'ont contactée personnellement, il y en avait deux qui étaient tombées enceintes malgré un implant, qui n'avaient réalisé leur grossesse qu'après 16 SA et qui se trouvaient dans une situation difficile. Parfois, il s'agissait de grossesses déjà bien avancées de toutes jeunes adolescentes ou de femmes chez qui on n'avait constaté une malformation sévère – mais non létale du fœtus – que très tardivement (après 22 SA).

Aucune femme ne demande une IG lors d'une grossesse avancée pour des raisons triviales. Il s'agit toujours de situations dramatiques. Il n'est pas concevable qu'en Suisse nous forcions aujourd'hui encore, et chaque année, quelque 50 ou 100 femmes à aller avorter à l'étranger ou à courir le risque de tenter elles-mêmes de provoquer une fausse couche.

Le dilemme des IG tardives

Sur le plan émotionnel, une IG en tout début de grossesse est toute différente d'une IG tardive. C'est une expérience éprouvante pour toutes les personnes impliquées. Les femmes, du fait de la situation extrême où elles se trouvent, souvent déchirées entre leurs sentiments contradictoires, sont particulièrement vulnérables, si bien qu'il convient de les accompagner et de les prendre en charge avec compréhension et respect. Cette tâche émotionnellement difficile exige beaucoup du personnel médical et soignant comme des sages-femmes dont la collaboration est souvent indispensable (en Suisse, les IG tardives sont en général réalisées au moyen d'une provocation de fausse couche, contrairement aux pays comme le Royaume-Uni, les Pays-Bas, les USA où c'est la méthode chirurgicale jusqu'à la 22e SA et au-delà qui est pratiquée). Ce ne sont dès lors pas seulement des compétences techniques qui sont demandées, mais de l'empathie, des compétences sociales, psychologiques et éthiques.

Cette tâche est d'autant plus difficile que souvent elle ne rencontre que peu de compréhension ou qu'elle provoque même – pour des raisons religieuses – de vives critiques et un refus catégorique, voire une attitude agressive auprès de personnes qui ne sont pas directement impliquées.

Il n'est donc pas surprenant de voir que des professionnel(le)s cherchent à éviter cette tâche, parfois en invoquant leur conscience.

Toutefois, le droit d'objection de conscience n'est pas absolu. Le mandat de prestations d'un hôpital public doit être rempli, ces opérations doivent être réalisées. Un médecin chef ne peut pas avoir pour principe de refuser des IG tardives dans «son» hôpital. Un médecin ou une sage-femme qui ne sont pas prêts à collaborer n'ont pas le droit à être employés. Il faut faire une distinction nette entre le mandat professionnel et la responsabilité face à la femme d'une part et ses propres valeurs d'autre part. Ce qui doit être déterminant, c'est avant tout le bien-être de cette femme.

Le travail dans ce domaine peut par ailleurs apporter une grande satisfaction personnelle et professionnelle. «Nous sommes tous convaincus qu'il s'agit d'un travail important, qui induit des changements positifs dans la vie des gens», dit Garson Romalis, un médecin canadien «spécialiste des avortements».

«Rien ne me donne autant de satisfaction et un aussi grand sentiment d'estime de moi que le travail en lien avec l'interruption de grossesse (...) Nulle part ailleurs je ne reçois autant de gratitude. Cela me donne l'occasion de collaborer avec des collègues féministes progressistes et humanistes».

Dr. Dominique Roynet, Belgique

Que reste-t-il à faire?

En Suisse, la situation en matière d'IG est relativement bonne. Depuis la nouvelle législation de 2002, le droit d'autodétermination de la femme est respecté et l'accès à cette opération est en général garanti dans tout le pays. Mais, il subsiste des problèmes. Toutes les méthodes ne sont pas offertes partout. L'anesthésie locale au 1er trimestre et l'opération chirurgicale au 2e trimestre sont pratiquement inexistantes en Suisse. L'accès à une IG au 2e trimestre reste restreint, parce que la marge d'appréciation accordée par la loi pour juger de «l'état de détresse profonde» n'est pas utilisée.

La formation des médecins – homme ou femme – comme celle des sages-femmes et du personnel soignant doit être améliorée dans ce domaine: tous doivent être sensibilisés à la problématique, en particulier à la nécessité d'effectuer parfois des IG au cours du 2e trimestre. Il faut lutter contre la dévaluation, la stigmatisation et la marginalisation de cette activité. Et il convient d'offrir aux professionnel(le)s travaillant dans ce domaine à la fois soutien et supervision et de leur témoigner du respect.

Nous devons faire en sorte qu'en Suisse, chaque femme puisse accéder à une IG réalisée selon les règles de l'art, le plus tôt possible mais également – en cas de grossesse avancée – aussi tard que nécessaire, et qu'elle reçoive un accompagnement empathique. ◀

«Je considère le rejet de la femme qui souhaite un avortement comme un acte de violence indicible. De savoir combien nous aidons une femme à maîtriser les complexités de sa vie est une grande récompense pour un travail qui autrement serait peut-être une trop lourde charge».

Lisa Harris, gynécologue, professeure assistante, Université de Michigan

Traduction réalisée par Josianne Bodart Senn, relue par l'auteure.

---

[1] Art. 119, Par. 1 CP: «L'interruption de grossesse n'est pas punissable si un avis médical démontre qu'elle est nécessaire pour écarter le danger d'une atteinte grave à l'intégrité physique ou d'un état de détresse profonde de la femme enceinte. Le danger devra être d'autant plus grave que la grossesse est avancée».

[2] ATF 129 I 402 du 14.10.2003.

[3] Les questions étaient les suivantes: Jusqu'à combien de SA des IG sont-elles pratiquées/Jusqu'à combien de SA des IG au-delà de 12 SA sont-elles pratiquées avec indication psycho-sociale (Art 119, 1, Code pénal: «état de détresse profonde»)?/Quelles sont les méthodes appliquées?/Quelle est la durée de l'hospitalisation?

[4] Peter C. Strafloser Schwangerschaftsabbruch. SÄZ 2010; 91 (21): 825–6.

[5] «La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité» (Constitution OMS, 1948).

[6] Ingham R., Lee E. et al. Reasons for Second Trimester Abortions in England and Wales. In: Second trimester abortion. Reproductive Health Matters. Vol 16, No 31, Supplement May 2008.

[7] Exposé au colloque VSSB, 7.5.2009.

European Master of Sciences in Midwifery – Master Européen pour sages-femmes

Une formation à distance en vue d'un Master

Une vision devient réalité: le Master Européen (EU MSc) pour sages-femmes a débuté en 2009. Cinq universités à travers toute l'Europe, dont la HES-SO en Suisse romande, y participent.

Patricia Perrenoud

En 2004, plusieurs formatrices européennes de sages-femmes imaginèrent un Master Européen. Le projet s'est concrétisé grâce au financement du *Programme pour l'éducation et la formation tout au long de la vie* de la Commission Européenne. La HES-SO, HEDS à Genève et HECVSanté à Lausanne, a fait partie du projet dès ses débuts. Notre regrettée Odile Robin a rendu notre participation possible malgré notre situation de pays non européen. Le EU MSc pour sages-femmes réunit les écoles suivantes: Glasgow Caledonian University, Medizinische Hochschule Hannover, Academie Verloskunde Maastricht, University of Ljubljana College of Health Studies et HES-SO. D'autres universités partenaires offrent des modules optionnels.

Une formation de niveau Master est un défi. Pourquoi des sages-femmes, occupées par leurs activités et responsabilités, s'y engagent-elles? Le processus de formation permet d'approfondir des compétences essentielles. Chercher et évaluer l'information, l'intégrer avec nuance dans la pratique permet de mieux servir la santé des femmes et des enfants. Participer aux débats contemporains, questionner les pratiques, innover sont les possibilités qui s'offrent aux sages-femmes à travers ce programme. Des compétences liées à la recherche, au développement de projets, au management et à l'éducation qui ouvriront des portes aux aventurières!

Patricia Perrenoud, sage-femme, enseignante à la HECVSanté (Lausanne) et membre du programme board du Master Européen pour sages-femmes, doctorante en anthropologie de la santé.

Ce programme ouvre à la diversité de l'Europe, de ses systèmes de santé. La connaissance professionnelle est faite d'une interaction entre ce que vivent nos corps, nos esprits dans nos corps et notre environnement (Lave & Wenger, 2001). Notre lieu de travail, parce qu'il nous est connu, nous rassure et nous permet d'être efficaces. Cependant, tout environnement, par sa finitude et par ses caractéristiques, limite notre évolution et notre imagination. Les représentations et les pratiques que nous élaborons sont partiellement prisonnières de notre quotidien. S'engager dans une formation européenne, c'est rencontrer d'autres personnes, d'autres visions et pratiques autour de la naissance. En d'autres mots, c'est donner de nouvelles ambitions et ouvertures à notre imagination.

Conditions d'admission et organisation des études

L'inscription se fait dans deux universités situées à Glasgow et Hanovre. L'admission se fait sur dossier, un titre de Bachelor sages-femmes est demandé. Pour les sages-femmes avec une formation sans Bachelor, le titre a posteriori s'obtient par reconnaissance des acquis.

Le Master est européen, les travaux de certification peuvent être effectués dans les langues maternelles des étudiantes. Cependant, les lectures et les échanges sont en anglais. Prendre un cours d'anglais peut faciliter les débuts. Des connaissances en méthodologie de la recherche, une capacité à chercher et analyser la littérature professionnelle sont attendues. Des conseils peuvent être donnés par les écoles pour mieux se préparer.

Enseignement à distance et apprentissage par enquêtes

Le Master Européen fonctionne par enseignement à distance. La première semaine a cependant lieu en présentiel. Les modules se déroulent par internet sur des plateformes fournies par les universités. L'enseignement à distance réduit les coûts en voyages et rend l'organisation plus flexible et compatible avec un travail rémunéré et une vie de famille.

Les modules utilisent l'apprentissage par enquête. Des scénarios sont distribués régulièrement. Les étudiantes les analysent, définissent des questions, effectuent une recherche documentaire et enfin répondent à leurs questions. Le travail s'effectue par collaboration de petits groupes. Des rencontres régulières par Skype font partie intégrante de la formation.

Les modules sont crédités en ECTS, chaque crédit vaut 30 heures de travail. Effectuer une estimation réaliste de ses disponibilités est donc un élément clef pour réussir. Un conseil personnalisé peut être obtenu auprès des écoles de sages-femmes. La formation peut durer jusqu'à cinq ans lorsqu'elle est effectuée à temps partiel. Les modules peuvent aussi être suivis sans faire l'ensemble de la formation. C'est une bonne façon de se tester (adéquation entre attentes et réalités du Master).

Pour plus d'informations: www.mastermidwifery.eu/

Patricia Perrenoud, membre du Programme Board EU MSc Midwifery, pperrenoud@hecvsante.ch.

Informations sur les étudiantes actuelles

Le EU MSc pour sages-femmes a débuté en 2009. Deux volées d'étudiantes effectuent actuellement leurs études dont cinq suisses, romandes et alémaniques. Quatre ont eu la gentillesse de partager ces quelques lignes les concernant.

Les étudiantes du EU MSc ont entre 30 et 44 ans. Deux d'entre elles sont mères de famille. Elles ont obtenu leurs diplômes entre 1989 et 2008.

Leurs parcours professionnels sont très diversifiés. Elles sont toutes quatre proches du terrain et trois sont consultantes en lactation. Plusieurs ont une expérience de sage-femme indépendante et hospitalière, l'une a travaillé à l'étranger (Grande-Bretagne, Etats-Unis), l'autre est également spécialiste en soins intensifs de néonatologie. Deux d'entre elles enseignent.

Photo: màd

Leurs motivations sont variées, centrées sur le partage, les rencontres, la stimulation intellectuelle et le souci de mieux servir femmes et familles. Je cite ici Bénédicte Michoud:

> «Après 4 ans en milieu hospitalier, je me sentais de plus en plus désemparée devant (...) la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement. J'avais de la difficulté à trouver ma place de sage-femme, «gardienne» de la physiologie (...)». J'ai réalisé que je travaillais (...) à l'encontre de mes valeurs personnelles et professionnelles. J'avais l'impression de passer mon temps à justifier auprès des couples, des décisions auxquelles je n'adhérais pas. De plus, n'ayant pas vraiment entendu parler d'Evidence Based Medicine durant ma formation, j'avais de la difficulté à argumenter scientifiquement mes prises de position.
> (L'EU MSc pour sages-femmes) représente pour moi l'occasion idéale de renforcer mon identité professionnelle. Le programme riche et varié permet à la fois d'approfondir des connaissances d'obstétrique, de progresser dans le champ de la recherche scientifique et de m'ouvrir à d'autres thématiques telles que le management ou le fonctionnement des systèmes de santé. La perspective européenne me permet d'étendre mon regard sur d'autres pratiques, de m'interroger sur nos pratiques suisses et de développer un esprit critique constructif. La possibilité de suivre des modules dans différentes universités garantit une approche ouverte du métier de sage-femme».

Bénédicte, Suzanne, Andrea et Françoise apprécient unanimement les rencontres que permettent le travail en groupes et l'ouverture sur les autres systèmes de santé, sur la variété des conceptions et pratiques de notre métier. L'échange et la possibilité de diversifier ses connaissances forment l'attrait principal du programme. Le Master offre l'occasion de se dépasser et d'être stimulée intellectuellement.

Je cite à nouveau Bénédicte:

> «(...) j'ai découvert la richesse de l'altérité dans le cadre d'une réflexion de groupe. Chacune avec son âge, son expérience, sa vie, ses aspirations partage son questionnement (...). Les œillères tombent, les regards se croisent et osent enfin aller plus loin, plus profond ou parfois plus proche. Là où, seule, on n'aurait jamais pensé à aller voir».

Toutes ne savent pas encore ce qu'elles feront de leur Master. Le processus de découverte et d'apprentissage est apprécié en lui-même. Je cite Françoise:

> «Chaque jour est une découverte, un nouvel apprentissage, de nouvelles idées en relation avec ma profession. Ce master porte actuellement sur une meilleure connaissance et compréhension de tous les facteurs influençant la santé des mères et des enfants. Le domaine de la périnatalité est un monde fascinant, où chaque sage-femme a un rôle essentiel».

Un Master, ce n'est pas tous les jours facile. Les étudiantes soulignent une difficulté à jongler entre vie professionnelle, familiale et études. La charge de travail est élevée. Andrea suggère de réduire son temps de travail. Et, comme dans toute activité humaine, il y a des hauts et des bas. Des moments passionnants et d'autres qui le sont moins.

En résumé, pour Bénédicte, Suzanne, Andrea et Françoise l'aventure est passionnante et pleine de promesses. Mais c'est aussi un sacré défi! Bonne route à elles quatre! ◀

Lave J. & Wenger E. (1991). Situated Learning, Legitimate Peripheral Participation. Cambridge: Cambridge University Press.

Photo: © wellness for me/Nestlé

Centre médical Nestlé

Une salle de repos et d'allaitement

Depuis juin 2010, le Centre médical Nestlé qui a été intégré au Centre WellNes dispose d'une nouvelle salle d'allaitement et de repos. Des sages-femmes vaudoises ont supervisé le projet durant son élaboration.

Un petit local disposant d'une entrée discrète à l'intérieur même du Centre médical Nestlé, allie confort (lumière tamisée, fauteuil relaxant-massant, coussins d'allaitement) et équipement adéquat (tire-lait, rangements individuels, réfrigérateur, évier en inox, table à langer). Il est même possible d'appeler l'infirmière travaillant dans la salle d'à côté, en cas de malaise.

Qui peut en bénéficier?

- Les femmes enceintes pendant toute la durée de leur grossesse.
- Les jeunes mères de retour de congé maternité pour tirer leur lait et le conserver, voire même pour accueillir leur bébé pour son repas.

Une simple réservation par Intranet suffit – comme pour toutes les autres salles, des plus petites aux plus grandes – grâce au programme Meeting Room Manager.

Quelle a été l'idée initiale?

Une élève infirmière en stage, Solange Christin, avait remarqué, à deux reprises en peu de temps, que les collaboratrices souhaitant tirer leur lait devaient le faire à l'infirmerie (où sont consultés les collaborateurs malades) ou même... dans les toilettes.

«J'ai fait la même chose il y a quelques années déjà, souligne Gayle Crozier-Willi. Je m'en souviens comme si c'était hier et ce n'était pas vraiment confortable. Avec cette salle, Nestlé souhaite faciliter la vie des femmes et soutenir leur effort pour poursuivre l'allaitement après la reprise du travail. Ceci s'inscrit dans l'esprit de l'OMS qui recommande un allaitement maternel exclusif durant 6 mois. Par ailleurs, chez Nestlé, le congé de maternité est de 4 mois, soit sensiblement plus que ce qu'exige la loi».

Stéphane Cosandey ajoute: *«Le temps pris pour le repos ou pour tirer son lait est considéré comme du temps de travail. Remarquez que, pour ce qui est de l'allaitement hors lieu de travail, l'obligation légale n'est que de la moitié du temps. Avec la possibilité de tirer son lait au travail, les jeunes mères sont gagnantes».*

Ce projet fait partie d'un programme visant à maintenir et promouvoir le bien-être et la santé des employés. Il comprend toute une série de services qui vont des consultations nutritionnelles au programme de formation à la nutrition, en passant par des stations de vélos en libre service et un programme stop tabac.

Combien de femmes sont concernées, ici à Vevey?

Une soixantaine de collaboratrices chaque année.

Qui a été informé de cette nouvelle offre?

Les 3000 collaborateurs et collaboratrices. Stéphane Cosandey explique: *«On s'est d'abord demandé s'il fallait annoncer cette offre à tout le personnel ou seulement aux femmes en âge de procréer ou à celles qui sont enceintes ou qui ont accouché. Après réflexion, on s'est prononcé pour une annonce, en interne seulement, mais à tous. Car tout le monde est concerné finalement et doit en être fier. Un chef ou un collaborateur doivent savoir qu'une femme a le droit de se reposer quand elle est enceinte et qu'elle peut s'absenter un moment quand elle allaite. Une annonce détaillée est adressée aux nouveaux collaborateurs et un rappel est fait sur la première page Intranet. Dès l'annonce, j'ai reçu des remerciements par courriel ou de vive voix».*

Rencontre avec Stéphane Cosandey, responsable programme promotion santé des employés, et Gayle Crozier-Willi, nutritionniste, Nestlé-Vevey.

Propos recueillis par Josianne Bodart Senn

La parole aux sages-femmes

Au terme des 26èmes Journées du Groupement Romand de la Société Suisse de Gynécologie Obstétrique (GRSSGO), sept sages-femmes ont exposé les résultats de leurs recherches et/ou expériences professionnelles. Elles ont ainsi démontré leurs compétences sur des sujets particulièrement variés.

Consultation post-traumatique

Antonina Chilin (Genève) a évalué le travail de consultation post-traumatique de la Maternité de Genève réalisé en 2009. Elle ne trouve aucun antécédent psychiatrique ou pathologique chez les femmes demandant un entretien ni aucune revendication ou plainte, mais seulement un besoin d'en parler «sur les lieux de l'accouchement». Les raisons avancées sont variées: une analgésie inefficace ou refusée, un manque d'écoute, une mise à l'écart lors de la décision, un sentiment d'avoir été infantilisée, une information ou une explication trop succincte, des paroles maladroites, une séparation mère-enfant dans le cas d'une césarienne en urgence.

La consultation post-traumatique est réalisée par quatre sages-femmes qui sont supervisées par un médecin. Elle a lieu lorsqu'une deuxième grossesse est envisagée, ou en post-partum immédiat ou en post-partum plus tardif (4–6 mois). L'entretien est réalisé:

- en individuel ou en couple;
- en général, en une seule fois ou en deux fois;
- si possible en binôme;
- a priori sans consulter le dossier;
- parfois avec une visite des lieux (par exemple, lorsqu'il y a eu manifestement une perte de la notion du temps lors de l'accouchement).

Un projet d'entretien systématique de ce genre qui serait fait à la sortie de la Maternité est à l'étude.

Prévention du tabac et de l'alcool

Yvonne Meyer-Leu (HECVSanté, Lausanne) a présenté le nouveau Guideline de la FSSF de prévention du tabac et de l'alcool avant, pendant et après la grossesse. Ce guideline est basé sur les savoirs professionnels éprouvés à l'heure d'aujourd'hui. Il s'adresse prioritairement aux sages-femmes qui ont le rôle et la responsabilité d'aider les femmes à modifier leurs habitudes de consommation. Si l'arrêt de tabac est reconnu comme la principale visée de prévention, pour l'alcool, le consensus international sur le risque zéro n'existe pas encore. Ainsi, le Canada et l'Union européenne préconisent l'abstinence, alors que le Royaume-Uni et le Danemark visent plutôt une consommation extrêmement modérée. Quoi qu'il en soit, on sait maintenant que pour être efficace, il faut mettre en place une approche personnalisée. La question qui se pose maintenant est la suivante: faut-il proposer une prévention intégrée dans un suivi global (par toutes les sages-femmes qui font des suivis de grossesse) ou une offre spécialisée plus fragmentée?

Décollement des membranes

Deux étudiantes – Emmanuelle Ferey et Liliana Ferreira (HEDS Genève) – ont analysé, pour leur travail de fin d'études Bachelor, huit études sur le décollement des membranes pour provoquer un déclenchement du travail. Il en ressort que les femmes sont plutôt favorables à cette intervention. Leur profil type est le suivant: dès 40–41 SA, plutôt nullipare, en prévention du dépassement de terme et de provocation de convenance.

Représentation et vécu des femmes lors de l'accouchement

Michelle Pichon (professeure HEdS, Genève) a présenté les résultats d'une étude qualitative menée dans deux maternités genevoises (HUG et La Tour) auprès de 26 femmes. Celles qui avaient choisi le projet d'accouchement avec péridurale (au total 13) avançaient plus souvent des raisons liées à la modernité et à la peur du traumatisme de la douleur d'un accouchement naturellement (sans analgésie). En revanche, celles qui avaient choisi le projet l'accoucher «le plus naturellement possible» (au total 13) relevaient majoritairement des raisons liées au besoin de vivre leur côté instinctif, d'être présentes à cent pour cent, et à la peur des complications de la péridurale. Elles subissaient également plus souvent des remarques négatives de leur entourage qui jugeait dépassée l'expérience de la douleur du travail.

En revanche, toutes les femmes ont souligné l'importance de conserver les sensations corporelles même sous analgésie péridurale. Les femmes pratiquant habituellement un sport de manière intensive étaient plus attirées par l'accouchement «le plus naturellement possible». Elles appréciaient effectivement cet effort physique et savaient le contrôler. Quoi qu'il en soit, il en ressort qu'une aide à la décision serait utile pour toutes les femmes en ce qui concerne les moyens à disposition, médicamenteux ou non, pour faire face à la douleur du travail.

Une des oratrices, Samia Ravasi (au centre).

Photos: Josianne Bodart Senn

Prise en charge ostéopathique dans les syndromes ligamentaires

Samia Ravasi (Lausanne) a décrit son activité en tant que sage-femme ostéopathe, activité qui est d'abord axée sur une recherche individualisée de l'étiologie (tests de mobilité), puis sur un traitement manuel particulièrement doux. Pour la période 2008–2010, elle a réalisé quelque 747 consultations, dont 634 en prénatal. Ses résultats sont remarquables puisque les douleurs ont totalement disparu dans 73% des cas ou partiellement disparu dans 25% des cas. Trois consultations ont été nécessaires dans 57% des cas, deux dans 30% des cas et une seule dans 13% des cas.

Mission de la sage-femme conseillère de liaison

Brigitte Castaing (Lausanne) a montré l'importance de construire de la cohérence autour de la patiente dans les situations à risque psychosocial. En 2008, la Maternité du CHUV a créé la fonction de sage-femme conseillère de liaison pour garantir la sécurité mère-enfant dans le processus d'adaptation périnatale. Son action s'effectue dans la prévention des situations à risque psychosocial, dans la restitution des données psychosociales aux médecins afin qu'ils prennent les décisions adéquates. Un débriefing et coaching est proposé aux équipes touchées par des situations préoccupantes.

Diagnostic de présentation du siège et choix du mode d'accouchement

Marie-Julia Guittier (HEdS et HUG, Genève) a présenté les résultats d'une étude qualitative sur le vécu de 12 femmes (5 multipares et 7 primipares) lors du diagnostic de présentation du siège et du choix du mode d'accouchement. Les influences sont d'origines multiples et très sensibles à la subjectivité. Celles d'origine externe, comme par exemple, le discours médical, ne sont pas négligeables et peuvent être contradictoires. Les femmes disent avoir manqué de temps: au moins une nuit à la maison leur aurait permis d'avoir un minimum de temps pour réfléchir). Elles évoquent un réel sentiment de solitude face à cette décision. Quoi qu'il en soit, il ne faut pas banaliser cette situation et un travail sur la qualité de la relation s'impose afin de permettre une décision partagée.

Une autre oratrice, Brigitte Castaing (à gauche).

Josianne Bodart Senn

Déni de grossesse

Des femmes dépassées par leur propre histoire

Le 2 décembre 2010, la deuxième journée de périnatalité, organisée à Genève sous la direction de la Dre Manuella Epiney, traitait du déni de grossesse et s'interrogeait sur la position que les professionnels pourrait adopter. Entre banalisation et psychiatrisation à tout prix, un accompagnement est en effet à inventer pour aider au mieux les femmes pour qui le voile du déni se lève subitement.

«Ce n'est pas possible!» C'est ce que tout le monde dit spontanément – tout à fait imprudemment pour ce qui est des professionnel(le)s de la santé – lorsqu'une grossesse cesse d'être «silencieuse». Si le déni de grossesse est contagieux, la sidération l'est tout autant, à commencer pour la femme «enceinte à son insu». C'est ainsi que l'on disait autrefois. Vers 1970, le concept de «déni» s'est imposé. Il fait référence au concept freudien qui désigne plus précisément le clivage psychotique et, pour cette raison, n'est pas très approprié. Mais, il est abondamment utilisé comme désigner l'absence de prise de conscience de l'état de grossesse, qui est un symptôme plus qu'un syndrome se prolongeant au-delà du premier trimestre.

Que faire?

Le déni du déni est bien tentant. Tous les professionnel(le)s de la santé ont rencontré, un jour ou l'autre, un déni de grossesse mais, si ce déni ne débouche pas sur des complications ou sur un infanticide, beaucoup ont tendance à «l'oublier»... Pour échapper à ce déni du déni, il faut chercher à s'informer ou – mieux – à se former. Ces dernières années, les dénis de grossesse sont souvent trop médiatisés pour que l'on puisse en apprécier les mécanismes. Ce ne sont en effet que les cas extrêmes qui sont alors relatés: jeune adolescente admise aux urgences pour une soi-disant appendicite, femme ayant pourtant d'autres enfants accouchant seule dans sa salle de bain, mère soupçonnée de néoinfanticide, etc. Or, ces cas extrêmes occultent toutes les autres formes «plus simples» qui nécessiteraient également une prise en charge «sur mesure». Ils pénalisent toutes les autres femmes déniant leur grossesse qui peuvent être «vues» comme des infanticides potentielles, ce qu'elles ne sont

Photo: Josianne Bodart Senn

nullement (voir Encadré). Les statistiques ne sont guère précises et la littérature est lacunaire. Autre difficulté à surmonter: notre vocabulaire. Tout au long de cette journée d'étude, les oratrices et orateurs – mais aussi le public – a hésité à plusieurs reprises sur la manière de NOMMER le personnage central du déni de grossesse: «Au fait, s'agit-il d'une dame, d'une femme, d'une mère?»

Pour le Prof. Israel Nissand (Photo), gynécologue-obstétricien à Strasbourg, «il y a 150 raisons de vivre un déni de grossesse comme il y a bien 150 raisons d'avoir de la fièvre! Or, cette dernière ne pose guère problème, alors que le déni dérange toujours profondément. Et pour cause: c'est le fameux «instinct maternel» qui est nié, même s'il qui n'a rien de biologique et s'il n'est qu'une construction culturelle, son absence nous met très mal à l'aise». Il en résulte aussi beaucoup d'incrédulité. Et celle-ci fait très mal, car elle ajoute de la souffrance à une situation déjà bien dramatique par elle-même.

D'abord, éviter toute forme d'incrédulité

«Mais, pourquoi? Et comment se fait-il que vous n'ayez rien senti?» Cette réaction – très spontanée de la part des professionnel(le)s de la santé – devrait disparaître. Car la femme qui a dénié sa grossesse n'est pas ni une menteuse, ni une dissimulatrice, ni une affabulatrice. Elle vit dans un état de non-expression de son corps parce qu'un mécanisme de défense s'est mis en place dans sa tête: son «corps en résistance» et son esprit ne veulent rien entendre.

Pour des raisons qui restent parfois obscures, la femme qui dénie sa grossesse ne «pense» tout simplement pas son corps. Il y a un «blanc», un «vide», dans sa tête qui correspond par ailleurs à une absence de signes de grossesse dans son corps. En général, elle ne rejette pas l'enfant. Il est même spectaculaire de constater que dès que le voile du déni est levé, le ventre s'arrondit et que le fœtus cesse d'être «verticalisé».

«Derrière chaque déni de grossesse, explique Sophie Marinopoulos, psychologue et psychanalyste à Nantes, il y a une souffrance immense: une souffrance qui ne fait pas pleurer, une détresse indicible, sourde, inaccessible, un état émotionnel non gérable». La femme est victime d'un mécanisme puissant qui peut d'ailleurs se répéter. Et pour elle, comme pour son partenaire et son entourage, le dévoilement du déni est un véritable séisme. Pour la Dre Marie-Elisabeth Sansele. Candenas, gynécologue-obstétricienne et psychanalyste à Clermont Ferrand, le déni de grossesse est «la preuve de l'énigme humaine». Pour le Prof. Israel Nissand, il est «la preuve de la puissance de l'inconscient».

Quelques chiffres clés

- Un seul néoinfanticide pour 10 000 grossesses
- 2 à 3 denis pour 1000 grossesses
- Un déni partiel sur 475 grossesses
- Un déni total pour 2500 grossesses

Ensuite, ne pas chercher à comprendre

Ce qui peut aider la femme victime de son déni de grossesse, c'est de renoncer, dans un premier temps en tout cas, à comprendre et de se montrer disponible à elle (être là tout simplement).

Il faut aussi savoir qu'il n'y a pas de profil type de la femme qui dénie partiellement ou totalement sa grossesse, ou encore par intermittence: «A certains moments, je me rendais compte de certains signes. Puis, le lendemain, j'avais oublié».

Par après, seule la femme pourra, seule ou avec une aide adéquate, trouver en elle la raison de son déni. Il faudra pour cela laisser venir les mots, car il est vrai que l'on peut réaménager «quelque chose d'humain» par la parole, témoigne Catherine Foulhy, sage-femme surveillante à Clermont Ferrand. Une parole qui peut en faire surgir le sens.

Enfin et surtout, écouter sans juger

Oublions les protocoles et les entretiens standardisés. Il s'agit d'accueillir la femme en plein chaos émotionnel et de l'entourer chaleureusement. Avant d'attirer l'attention sur l'enfant, il convient de se soucier de son bien-être à elle. Cet enfant ne deviendra «réel» que progressivement quand elle aura «repris pied» et qu'elle sera sortie de son «cauchemar». Ne perdons pas de vue qu'elle doit d'abord souvent rattraper – en quelques jours, voire en quelques heures – tout le cheminement d'une grossesse psychique que les autres femmes font en neuf mois. Il est donc bon d'aller «au même pas» qu'elle, jamais trop vite!

C'est souvent la bonne santé de l'enfant qui remet dans la réalité les femmes en déni. Mais, un indice réjouissant – comme celui de voir le bébé au sein – ne doit pas faire tomber la disponibilité, parce que tout n'est pas nécessairement réglé... et qu'une aide au long cours est généralement indispensable.

On ne connaît pas de troubles spécifiques chez l'enfant qui a été dénié par sa mère. Après la naissance, deux attitudes extrêmes sont fréquentes: ou bien une boulimie affective, «comme pour réparer»; ou bien une mise à distance. Ce sont là deux manifestations de la fragilité de la mère qui peine à construire le lien maternel.

Un bon geste serait de rassurer: «ça arrive plus souvent qu'on ne croit». Il ne s'agit pas de banaliser, mais d'ouvrir un espace de parole et de trouver une façon d'être pour montrer que parler peut être bénéfique. Il s'agit bien d'écouter sans juger et de ne rien expliquer à la place de l'autre. Le Dr. Michel Libert, pédopsychiatre à Lille, appelle cela «border avec des mots». Comme une couturière le fait pour construire une boutonnière, il s'agit d'arrêter l'effilochage autour de la coupure. Le déni est comme une déchirure: c'est à la fois une fêlure et, rétrospectivement, une frayeur et/ou une culpabilité. On ne pourra pas vraiment «réparer» l'impensable et l'inavouable que suppose le déni de grossesse, mais on pourra en stopper l'effilochage autour de la blessure...

Josianne Bodart Senn

Spital SRO
Region Oberaargau

Die SRO AG ist ein öffentliches Unternehmen im Gesundheitswesen mit Hauptsitz in Langenthal und Standorten in Huttwil, Niederbipp und Herzogenbuchsee. Unsere wichtigsten Anliegen sind das Wohl der Patienten und die Qualität der Versorgung unter Berücksichtigung sozialer, ethischer und ökonomischer Aspekte.

Am Standort Langenthal haben wir eine moderne Gebärabteilung mit vielseitigen, individuellen Angeboten an Gebärmöglichkeiten (ca. 500 Geburten pro Jahr).

Wir suchen per sofort oder nach Vereinbarung eine

Dipl. Hebamme 80–100%

Haben Sie Freude an der individuellen Geburtshilfe? Sind Sie eine kompetente Fachfrau und arbeiten Sie gerne selbständig? Sind Sie auch interessiert, Ihr Wissen an unsere Hebammenschülerinnen weiterzugeben? Dann sind Sie die richtige Mitarbeiterin für uns und wir würden Sie gerne kennen lernen.

Sind Sie interessiert oder haben Sie noch Fragen? Frau Anita Corona, Bereichsleiterin Gynäkologie und Geburtshilfe, Tel.-Nr. 062 916 32 71, erteilt Ihnen gerne weitere Auskünfte.

Ihre schriftliche Bewerbung richten Sie bitte an die SRO AG, Herr Michael Baschung, Human Resources, St. Urbanstrasse 67, CH-4901 Langenthal, E-Mail: m.baschung@sro.ch

SS
Ospedale San Sisto
7742 POSCHIAVO

Sind Sie Hebamme und haben Lust auf eine neue Herausforderung? Vielleicht erwartet Sie bei uns in Poschiavo genau das Richtige.

Das neue Ospedale San Sisto liegt in der wunderschönen, natürlichen Umgebung des Puschlavs, einem italienischsprachigen Südtal im Kanton Graubünden.

Wir suchen ab 1. Februar 2011 oder nach Vereinbarung eine

diplomierte Hebamme

für unsere neu eingerichtete Gebärabteilung.

Wir erwarten:
- Engagement und Berufserfahrung
- Selbständiges Arbeiten und organisatorische Fähigkeiten
- Individuelle und ganzheitliche Betreuung der werdenden Eltern in einer persönlichen Atmosphäre, von der Schwangerschaft bis zum Wochenbett
- Flexibilität und Offenheit
- Bereitschaft zu Pikettdienst und unregelmässigen Arbeitszeiten
- Genügende Italienischkenntnisse, oder Bereitschaft, diese zu erwerben
- Computerkenntnisse erwünscht

Wir bieten:
- Neue, gut eingerichtete Gebärabteilung in familiärem Kleinspital ISO zertifiziert (ca. 20 Akutbetten und 34 Pflegebetten)
- Selbständige Arbeitsweise mit Belegarztsystem
- Teilzeit nach Vereinbarung
- Möglichkeit zu vielseitigen Tätigkeiten, (Erweiterung des Pensums) abhängig von Ihren Neigungen und Fähigkeiten

Haben wir Sie neugierig gemacht und möchten Sie gerne mehr über diese vielfältige Arbeitstelle wissen? Dann wenden Sie sich bitte an Frau Barbara von Allmen, Pflegedienstleitung, Tel. Nr. 081 839 11 11.

Schriftliche Bewerbungen richten Sie bitte an die Direzione, Ospedale San Sisto, 7742 Poschiavo.

Weitere Informationen finden Sie unter: www.sansisto.ch

Stadt Zürich
Stadtspital Triemli

Suchen Sie eine neue Herausforderung? In unserer neuzeitlichen Gebärabteilung mit 1650 Geburten pro Jahr suchen wir zur Ergänzung des Hebammenteams per 1. Januar 2011 oder nach Vereinbarung eine eigenständige und fachkompetente

Dipl. Hebamme HF / FH, 80 – 100 %

Das Ziel der Frauenklinik im Stadtspital Triemli Zürich ist das Wohlbefinden der Schwangeren und Gebärenden zu fördern und auf individuelle Wünsche der werdenden Eltern einzugehen.

Ihr Profil
- Erfolgreich abgeschlossene Ausbildung als dipl. Hebamme HF/ FH
- Mindestens zwei Jahre Berufserfahrung
- Engagierte, belastbare und offene Persönlichkeit mit hoher Sozialkompetenz
- Selbständige und eigenverantwortliche Arbeitsweise sowie Freude an interdisziplinärer Zusammenarbeit
- Bereitschaft zu Pikettdiensten

Unser Angebot
- Interessante und anspruchsvolle Aufgaben in einem motivierten Team und in einem spannenden Umfeld
- Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten
- Attraktive Anstellungsbedingungen in der Stadt Zürich

Sie haben Freude an Ihrem Beruf und sind bereit für eine neue Herausforderung? Dann zögern Sie nicht, mit uns Kontakt aufzunehmen. Wir freuen uns auf Sie. Weitere Auskünfte gibt Ihnen gerne Carmela Méan, Leiterin, Telefon 044 466 54 66.

Die Bewerbungsunterlagen senden Sie bitte an: Stadtspital Triemli Zürich, Bereich Human Resources, Stephan Eugster, HR Berater, Birmensdorferstrasse 497, 8063 Zürich. www.triemli.ch/jobs

Gesundheits- und Umweltdepartement

An Ihrer Seite
Stadtspital Triemli

Universitätsklinik für Frauenheilkunde Geburtsstation
sucht per 01.05.2011 oder n.V.

Leitende Hebamme

100 %

An der Universitätsklinik für Frauenheilkunde decken wir das ganze Spektrum des Angebots von der normalen physiologischen Geburt (unter anderem auch ausschliesslich durch Hebammen geleitete Geburten), bis hin zur Hochrisikogeburtshilfe als Perinatalzentrum mit angeschlossener Neonatologie ab.

Als Leitende Hebamme sind Sie verantwortlich für die Führung, Organisation und Koordination der Dienstleistung und die Erfüllung des Ausbildungsauftrags von Studierenden im Hebammenbereich.

Sie bringen für diese anspruchsvolle Tätigkeit eine fundierte Berufserfahrung als Hebamme und eventuell zusätzlich als Pflegefachfrau mit. Zudem haben Sie bereits Führungserfahrung in einer ähnlichen Funktion und verfügen über eine entsprechende Managementausbildung. Sie sind eine verantwortungsbewusste, initiative und kreative Persönlichkeit, mit einer ausgeprägten Kommunikationskompetenz und engagieren sich für eine zielorientierte, interdisziplinäre Zusammenarbeit. Betriebswirtschaftlich orientiertes Denken und Handeln ist Ihnen selbstverständlich.

Möchten Sie mehr erfahren? Weitere Auskünfte erteilt Ihnen gerne Yvonne Martinelli-Kühni, Leiterin Pflegedienst, Telefon 031 632 17 01

Bitte senden Sie Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen an das Inselspital, Direktion Personal, InselStellen, Kennziffer 005/11, 3010 Bern oder inselstellen@insel.ch

www.insel.ch/stellen

INSELSPITAL
UNIVERSITÄTSSPITAL BERN
HOPITAL UNIVERSITAIRE DE BERNE
BERN UNIVERSITY HOSPITAL

zh aw
Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Gesundheit

Die ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ist eine der grössten Mehrsparten-Fachhochschulen der Schweiz mit über 9000 Studierenden.

Für den **Bachelorstudiengang Hebammen** suchen wir per Februar 2011 oder nach Vereinbarung eine

Wissenschaftliche Mitarbeiterin (50%)

- Unterstützung der Studiengangleitung sowie der Kompetenzgruppenleitenden beim Aufbau und der Organisation des Bachelorstudiengangs
- Entwicklung und Übernahme von strategischen und konzeptionellen Aufgaben
- Durchführung von wissenschaftlichen Recherchen
- Unterstützung der Teammitglieder bei administrativen und organisatorischen Aufgaben
- Mitarbeit in Gremien und Projekten
- Bei Eignung und Interesse besteht zudem die Möglichkeit, Lehrtätigkeit zu übernehmen (z.B. PBL, Skillstraining)

Für diese Tätigkeit suchen wir eine Person mit Hochschulabschluss, vorzugsweise im Bildungs- oder im Gesundheitsbereich. Ein Diplom als Hebamme und entsprechende Berufserfahrung sind erwünscht. Sie verfügen über ausgezeichnete Sprachkenntnisse in Englisch und Französisch sowie Erfahrung in Projektmanagement. Ihre Sicherheit bei der Datenbankrecherche und der wissenschaftlichen Verarbeitung von Daten erleichtert Ihnen die Arbeit wesentlich. Ausserdem bringen Sie sehr gute Anwenderkenntnisse in den üblichen MS-Office-Applikationen mit. Wir wenden uns an eine selbständige, initiative und flexible Persönlichkeit mit organisatorischem Flair sowie hoher Sozial- und Kommunikationskompetenz. Verstehen Sie es zudem, sich im Spannungsfeld verschiedener Anspruchsgruppen geschickt zu bewegen? Dann freuen wir uns, Sie kennen zu lernen!

Für Fragen steht Ihnen Mona Schwager, Leiterin des Bachelorstudiengangs Hebammen, unter Telefon 058 934 63 82 oder shwa@zhaw.ch gerne zur Verfügung. Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen senden Sie bitte bis 31. Januar 2011 an: ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Karin Graf, Human Resources, Postfach, 8401 Winterthur oder karin.graf@zhaw.ch.

Weitere Informationen finden Sie unter www.zhaw.ch

Zürcher Fachhochschule

www.spital-biel.ch

Das Spitalzentrum Biel ist das öffentliche medizinische Kompetenzzentrum der zweisprachigen Region Biel-Seeland-südlicher Berner Jura. Es bietet der gesamten Bevölkerung eine umfassende Versorgung in nahezu allen medizinischen Fachgebieten. Jedes Jahr schenken gegen 50 000 Patientinnen und Patienten unseren 1400 Mitarbeitenden ihr Vertrauen. Wir suchen per sofort oder nach Vereinbarung für unsere Wochenbettstation eine

Stationsleiterin

Unsere Stelle – Ihre Aufgaben
- Wochenbettstation mit 18 Betten in einem Spital mit rund 1000 Geburten pro Jahr.
- Verantwortung für das Stationsmanagement und Führung eines engagierten und motivierten Pflegeteams.
- Umsetzung der UNICEF-Richtlinien für eine stillfreundliche Geburtsklinik.
- Es erwartet Sie eine interessante, vielseitige Aufgabe in einem sich weiterentwickelnden Arbeitsumfeld.

Ihre Fähigkeiten – unsere Anforderungen
- Sie sind eine fachkompetente, verantwortungsbewusste und flexible Persönlichkeit mit einem Diplom in Krankenpflege (HF, Hebamme) und bringen Berufserfahrung von Mutter/Kind mit.
- Sie haben die Zusatzausbildung zur Stationsleiterin abgeschlossen oder sind bereit, diese zu absolvieren oder bringen Führungserfahrung mit.
- Sie engagieren sich für Führungs- und Organisationsaufgaben und sind bereit zur interdisziplinären Zusammenarbeit.
- Ihre hohe Sozial- und Selbstkompetenz kombinieren Sie mit Belastbarkeit und Verantwortungsbewusstsein.
- Sie sind deutscher Muttersprache und haben sehr gute Französischkenntnisse.

Unsere Zusammenarbeit
Das Spitalzentrum Biel ist Ausbildungsort für Berufe im Gesundheitswesen. Wir verfügen über eine moderne Infrastruktur und bieten Ihnen Anstellungsbedingungen nach Gesamtarbeitsvertrag. Wir legen Wert auf qualifiziertes Personal im Bereich Pflege und fördern daher auch die Fort- und Weiterbildung unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Für weitere Fragen steht Ihnen Frau D. Hafner, Leiterin Pflege Frauenklinik/Kinderklinik, Tel. 032 324 23 41* gerne zur Verfügung. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung mit Hinweis auf die ausgeschriebene Stelle an: Spitalzentrum Biel AG, Herr Fabian Schwab, Leiter Pflege, Postfach 1664, 2501 Biel oder an: pflege.sekretariat@szb-chb.ch.

Spitalzentrum
Centre hospitalier
Biel-Bienne

Le Petit Prince

CHERCHE UNE

SAGE-FEMME ENTHOUSIASTE

POUR PRINTEMPS 2011
VOLONTIERS BILINGUE FRANÇAIS/ALLEMAND

MAISON DE NAISSANCE/GEBURTSHAUS
Chemin de Nazareth 5, à 1762 GIVISIEZ FR
www.le-petit-prince.ch
Tél. 0041-(0)26-4690727

Hebamme 25% in Arztpraxis gesucht

Wir suchen per 1. Februar 2011 oder nach Vereinbarung eine Hebamme in unsere moderne Gynäkologiepraxis in Wil zur Mithilfe bei den Schwangerschaftskontrollen und je nach Zusatzausbildung für Akupunktur in der Schwangerschaft oder Beckenbodenkurse. Die Arbeitszeit beträgt 2 bis 3 Halbtage/Woche nach Absprache.

Weitere Informationen zur Praxis finden Sie unter www.praxis-lerchenfeld.ch.

Wir freuen uns über Ihre kurze schriftliche Bewerbung.

Praxis Lerchenfeld
Frau Dr.med. B. Hüberli

www.hopital-bienne.ch

Le Centre hospitalier Bienne est le centre de compétences médicales public de la région bilingue Bienne-Seeland-Sud du Jura bernois. Pour notre maternité de 18 lits, nous cherchons pour le 1er janvier 2011 ou selon date à convenir

une infirmière-cheffe

Nous offrons un poste à responsabilité et une activité variée et intéressante avec une équipe soignante engagée et motivée, mettant en pratique les directives UNICEF pour une clinique favorable à l'allaitement maternel.

Vous avez un diplôme de formation en soins infirmiers (ES, sage-femme) et de l'expérience professionnelle mère/enfant, vous êtes consciente de vos responsabilités et flexible. Vous avez suivi la formation d'infirmière-cheffe ou êtes disposée à entreprendre cette formation ou vous avez de l'expérience dans le domaine de gestion. Vous appréciez les tâches dirigeantes, la collaboration interdisciplinaire et vous avez de bonnes compétences sociales. Vous parlez français et allemand.

Vous trouverez de plus amples informations sur notre site internet www.hopital-bienne.ch (offres d'emplois/professions des soins).

Madame D. Hafner, responsable des soins, se tient volontiers à votre disposition pour tous renseignements complémentaires, tél. 032 324 23 41*.

Spitalzentrum
Centre hospitalier
Biel-Bienne

NovaVida News

Fumbee Schultergurtschoner

Das ideale Zubehör (nicht nur) zur Manduca Babytrage. Überall wo Gurte im Spiel sind, bieten Fumbee Schutz, Spass und den Extra-Kuschelfaktor für unterwegs. Natürlich aus 100% Bio-Baumwolle. Erhältlich in 2 Farbausführungen - jeweils im Doppelpack.

Pololos

sind die perfekte Alternative zum gesunden Barfuß-Laufen - als Krabbelschuhe bzw. Lauflernschuhe für die ganz Kleinen oder als super weiche Lederpuschen für größere Kinder und Erwachsene.

DVD KANGATRAINING

Ist das ultimative Workout für Mamas zusammen mit ihren Babys. Das Besondere daran ist, dass das Baby den Grossteil der Zeit in der empfohlenen Tragehilfe verbringt, sodass Sie jederzeit trainieren können, auch wenn Ihr Kind wach ist. Gemeinsam fit - einfach toll!

Manduca

Neue Standard-Farbe OLIVE

Einmaliges Angebot: Manduca Vorführ-Modell für 20.-

BabyLegs

Die praktischen Stulpen machen das Windelwechseln zum Kinderspiel, halten die Beine warm - beim Tragen, aber auch im Kinderwagen. Sie schützen die Knie beim Krabbeln auf hartem Boden und im Sommer vor zu viel Sonne.

Contact

NovaVida GmbH
info@novavida.ch
056 511 510 03

Spezialpreise für Hebammen

Willkommen im Club der Prämiensparer:

Jetzt bis zu 30 % Versicherungsprämien sparen.

Bestellen Sie Ihre Offerten unter
www.neutra-medica.ch

Für alle Personen mit Tätigkeiten im medizinischen und paramedizinischen Bereich und die im gleichen Haushalt lebenden! Profitieren Sie von der Zusammenarbeit mit über 20 Berufsverbänden im Gesundheitswesen.

Verlangen Sie unverbindlich Offerten für folgende Branchen:

- Sparversicherungen, Risikoversicherungen, Einmaleinlage, Leibrente, Sparkonto, Vorsorgekonto, Aktiensparplan, Anlagesparplan
- Motorfahrzeugversicherung
- Hausratversicherung/Privathaftpflichtversicherung
- Gebäudeversicherung
- Krankenkasse

Und zusätzlich für Selbstständigerwerbende:

- Unfall- und Krankentaggeldversicherung
- Berufshaftpflichtversicherung
- Sachversicherung

Neutrale und unabhängige Versicherungsberatung
neutrass versicherungs-partner ag | schöngrund 26 | 6343 rotkreuz | fon 041 799 80 40 | fax 041 799 80 44
suisse romand: neutrass sa | vincent vuadens | rue de la gare 18 | 1260 nyon | fon 022 362 33 34
regione ticino: neutrass sa | alessandro beretta | via fesciano 8 | 6965 cadro | fon 091 940 29 00
nordostschweiz: koch & partner ag | hauptstrasse 14 | 8280 kreuzlingen | fon 071 672 76 82
nordschweiz: neutrale versicherungsberatung wanner | kleebodenweg 1 | 4222 zwingen | fon 061 761 88 40
graubünden und st. galler-rheintal: swissbroke ag | beat martschitsch | stelleweg 4 | 7000 chur | fon 081 354 98 88
info@neutrass.ch | www.neutrass.ch

neutrass
Versicherungs-Partner AG