

"Gesundheit für alle" und die Rolle der Hebamme

Autor(en): **Monney-Hunkeler, Marie-Claude**

Objektyp: **Article**

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

Band (Jahr): **86 (1988)**

Heft 3

PDF erstellt am: **08.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-951018>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

«Gesundheit für alle» und die Rolle der Hebamme

Die verschiedenen Gruppen im Gesundheits- und Pflegewesen sind aufgerufen, sich zum Ziel der WGO «Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000» Gedanken zu machen und ihren Teil zu dessen Verwirklichung in ihrem Land beizutragen. Der Schweizerische Hebammenverband hat im November 1987 zu diesem Thema einen Informations- und Studientag organisiert. «Gesundheit für alle» soll auch Thema des Schweizerischen Hebammenkongresses vom 26., 27. und 28. Mai in Solothurn sein.

Wir haben Ihnen die Ergebnisse der verschiedenen Gruppenarbeiten anlässlich der Tagung vom 25. November in Bern zusammengestellt sowie notwendige Hintergrundinformationen, an denen wir uns für die weitere Arbeit am Projekt «Gesundheit für alle» orientieren können.

Ergebnisse der Gruppenarbeiten

Zusammenfassung

von Marie-Claude Monney-Hunkeler,
Mitglied des Zentralvorstandes

Einige statistische Angaben:

Teilnehmerinnen	144
Ausbildung:	
– Hebamme	68
– Hebamme und AKP	40
– Hebamme und KWS	11
– Hebamme und anderer Beruf	28
– Hebammenschülerinnen	12
– Lehrerin für Hebammen	18
– Hebammen in Kaderstellung	16
N.B. Viele der anwesenden Hebammen haben eine doppelte, drei- oder vierfache Ausbildung.	
Tätigkeitsbereich:	
– freipraktizierende Hebamme	42
– Spitalhebamme	72
– Schülerin	12
– anderer Beruf	5
– arbeitslos	5
– pensioniert	4
– aus dem Beruf ausgetreten	4

Die Gruppenarbeiten vom Nachmittag zeigten das grosse Interesse der Hebammen, Möglichkeiten zu finden, ihren Arbeitsbereich auszuweiten, neue Schwerpunkte zu suchen und aktiv mitzuarbeiten bei der Verwirklichung des Projektes der WGO «Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000».

Der Gedankenaustausch basierte auf den individuellen Erfahrungen, auf den gemeinsamen Hoffnungen für die Zukunft des Hebammenberufes, auf der Hinterfragung

und vor allem auf den Bedürfnissen und Ansprüchen der Familie unserem Beruf gegenüber.

Diese Gespräche können wir wie folgt zusammenfassen:

- erweiterter Berufshorizont
- aufgeschlossene Hebammen
- Gespräche und Zusammenarbeit mit anderen Berufen und Sektoren
- erhöhte Verantwortung
- Bedürfnis nach Ausbildung, Weiterbildung und Wiedereinstiegskursen
- politisches Engagement
- bessere Arbeits- und Lohnbedingungen.

Es war leicht, die Tätigkeiten aufzulisten, die mit der primären Gesundheitsversorgung in Zusammenhang stehen. Die meisten unserer Leistungen gehören bereits dazu. Wir konnten durch diese Überlegungen unser ganzes Wirkungsfeld überblicken.

Einer der oben erwähnten Punkte verlangt etwas mehr Erklärungen:

- das Bedürfnis nach Ausbildung, Weiterbildung und Wiedereinstiegskursen.

Über dieses Thema wurde aktiv diskutiert. Die Hebammen sind sich bewusst, dass die Durchführung der primären Gesundheitsversorgung neue Anforderungen an die Grundausbildung stellt. Sie verlangt eine andere Grundausbildung, die sich nach dem Diplom als Weiterbildung fortsetzt.

Der Wunsch nach mehr Wissen ist bei den Hebammen stark, und er zeigt, dass wir bereit sind, unsere Leistungen immer besser an die Bedürfnisse der Bevölkerung anzupassen.

Erwartungen der Hebammen:

- sich selber kennen
- das Berufsbild bei den Hebammen, bei den Ärzten und bei der Bevölkerung verbessern
- die Bevölkerung, die Ärzte und die Behörden (auf Gemeinde-, Kantons- und Bundesebene) über den Beruf besser informieren

- die Grundausbildung den neuen Anforderungen anpassen: dem spitalexternen Bereich mehr Platz einräumen (50%), neue Fächer einführen, die die spitalexterne Arbeit der spitalinternen gleichstellen (einige Stichwörter: Epidemiologie, Gemeindegesundheit, Volksgesundheit, Pädagogik, Forschung, Prophylaxe)
 - Wiedereinstiegskurse schaffen
 - ein Weiterbildungskonzept, das die Ziele der Grundausbildung weiterführt
 - Zentren und Tätigkeiten in der Gemeinde schaffen, die von Hebammen geleitet werden, im Rahmen der kantonalen Gesetzgebungen.
- Das alles zeigt, dass sich die Situation auf dem Gebiet des schweizerischen Gesundheitswesens ziemlich rasch ändert. Die Hebammen nehmen diese Veränderungen wahr und wollen rechtzeitig in diesen Zug einsteigen. Wir haben jetzt Gelegenheit, unsere Aus- und Weiterbildung anzupassen. Es geht um die Zukunft der Geburtshilfe, der Familien- und Schwangerenbetreuung.

Die Hebammen stellen an den SHV, und besonders an dessen Zentralvorstand, hohe Anforderungen

Davon die wichtigsten:

- die Rolle und den Arbeitsbereich der Hebammen definieren
- den Stand und die Leistungen des Berufs wahren
- den Hebammen Unterstützung und Rückendeckung geben
- den Beruf wieder «à jour» bringen
- eine beratende Rolle beim SRK bekommen bezüglich Grundausbildung
- eine gute Weiterbildung auf die Beine stellen
- einen Wiedereinstiegskurs schaffen
- über eine allfällige Kaderausbildung nachdenken
- politische Rolle
- einen Forschungsfonds schaffen, mit dem Berufsstudien finanziert werden (z.B. Statistiken, Gesetze, Berufsleistungen, Alternativverfahren usw.)

Zum Schluss dürfen wir behaupten, dass diese Tagung uns allen ein positives, konstruktives Bild unseres Berufes und dessen Zukunft hinterlässt. Die Atmosphäre der ganzen Tagung war geprägt durch die **Freude am Zusammensein, am Miteinander-schaffen und Miteinanderüberlegen.**

Wir besitzen Ideen, Elan und Mittel, um uns auf beruflicher Ebene voll und glücklich zu entfalten. Dafür braucht es aber noch viel Einsatz. Machen wir uns also an die Arbeit! Der diesjährige Kongress des SHV in Solothurn bietet uns allen die Gelegenheit, das am 25. November Angefangene zu vertiefen und weiterzuführen.

Rahmeninformationen zu:

«Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000»

1977 haben die Mitgliedstaaten der WGO beschlossen: «... das soziale Hauptziel der Regierungen und der WGO in den kommenden Jahrzehnten soll sein, dass die Bürger der Welt bis zum Jahr 2000 ein Gesundheitsniveau erreichen, das ihnen erlaubt, ein sozial und wirtschaftlich produktives Leben zu führen.»

Die WGO ist ein Zusammenschluss von rund 160 Staaten. Sie hat keine politische Macht. Ihre Stärke ergibt sich aus dem gemeinsamen Willen der Mitgliedstaaten, die Lebensbedingungen auf der Welt zu verbessern. Indem die Mitgliedstaaten Beschlüsse annehmen, verpflichten sie sich, gemeinsam mit ihren Regierungen sich für deren Realisation in ihrem Land einzusetzen.

Um das Ziel «Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000» zu erreichen, wurden 38 Teilziele für Europa ausgearbeitet, die beschreiben, was in Europa gemacht werden muss, um das Gesundheitsniveau zu heben und die Probleme der Gesundheitswesen zu vermindern.

1984 wurden diese Teilziele angenommen. Die 32 europäischen Mitgliedstaaten haben sich verpflichtet, alle drei Jahre über die erzielten Fortschritte einen Rapport abzuliefern. So besteht die Möglichkeit, die Fortschritte zu überwachen und zu beurteilen. (Auch der SHV wird einen Rapport schreiben.)

Zwei Jahre später veröffentlichte die Schweizerische Gesellschaft für Sozial- und Präventivmedizin (SGSPM) das «Leitbild 1986 – Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz».

Gemessen am heutigen Wissensstand über die auslösenden Faktoren bestimmter Krankheiten kann in der Schweiz in Sachen Prävention sehr viel zur Verwirklichung einiger Teilziele beigetragen werden.

Die SGSPM hat eine Zusammenstellung ihrer Ziele nach Altersgruppen gegliedert. In jedem Alter stehen andere Krankheiten im Vordergrund. Die Probleme und die Möglichkeit zu deren Prävention müssen unterschiedlich angegangen werden.

Der Gedanke der «Gesundheit für alle» bedingt eine Neuordnung des Gesundheitsversorgungssystems. Das heisst, die primäre Gesundheitsversorgung (PGV) müsste die Grundlage des Systems bilden, wobei die Integration und die Koordination auf allen Ebenen, die multisektorale Arbeit in der Gesundheitsförderung, Prävention,

Rehabilitation und Pflege stärker zu betonen wären. Darüber hinaus muss offiziell anerkannt werden, dass der einzelne, die Familie und das Gemeinwesen bei den Bemühungen um die Gesundheit eine grössere Rolle spielen können und sollen. Für Krankenschwestern und Hebammen bringt das grosse Veränderungen, aber auch grosse Möglichkeiten mit sich. Durch die Systeme der primären Gesundheitsversorgung erweitern sich der Gehalt und der geographische Arbeitsbereich dieser Berufsgruppen, aber auch ihre Beziehungen zu Patienten und anderen Beschäftigten des Gesundheitswesens und die Gedanken und Vorstellungen, die sie sich von sich selbst machen.

Primäre Gesundheitsversorgung (PGV)

Definition

Primäre Gesundheitsversorgung ist die unbedingt notwendige Gesundheitspflege – allgemein zugänglich für die einzelnen Personen und die Familien in der Gemeinde durch von ihnen annehmbare Mittel, mit ihrer vollen Beteiligung und zu einem Kostenpreis, den sich die Gemeinde und das Land leisten können. Sie ist ein wesentlicher Teil sowohl des Gesundheitssystems des Landes – von dem sie der Nukleus ist – als auch der allgemeinen sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung der Gemeinde.

Grundprinzipien

1. Das Recht und die Pflicht des einzelnen und der Gemeinden, selbständig zu werden und voll und ganz teilzunehmen in Angelegenheiten, die mit der Gesundheit zu tun haben.
2. Die Programme ergeben sich aus den einzigartigen typischen Merkmalen/ Charakteristiken eines Landes.
3. Die Programme sprechen die Hauptgesundheitsprobleme an und bieten fördernde, präventive Heil- und Rehabilitationsdienste an.
4. Auf allen Niveaus ist Verlass auf ein angemessen ausgebildetes Gesundheitspersonal, um als Team zu handeln und auf die zum Ausdruck gebrachten Bedürfnisse einzugehen.
5. Die Programme beruhen auf entsprechenden Forschungen und Erfahrungen.
6. Das Gesundheitspersonal und die Regierungen tragen die Verantwortung dafür, der Bevölkerung Information über Gesundheit zu liefern.
7. Die PGV zieht ausser dem Gesundheitssektor zusammenhängende Sektoren und Aspekte der nationalen und Gemeindeentwicklung hinzu.

Unbedingt erforderliche Elemente

1. Erziehung bezüglich der vorherrschenden Gesundheitsprobleme und der Methoden, um sie zu verhindern und zu kontrollieren;
2. Förderung der Nahrungsmittelversorgung und der richtigen Ernährung;
3. ausreichende Versorgung an sicherem Wasser und sanitären Anlagen;
4. Gesundheitspflege von Mutter und Kind, einschliesslich Familienplanung;
5. Immunisierung gegen die wichtigsten Infektionskrankheiten;
6. Vorbeugung und Kontrolle von lokalen, endemischen Krankheiten;
7. angemessene Behandlung der häufigsten Krankheiten und Verletzungen;
8. Versorgung mit unbedingt erforderlichen Arzneimitteln.

Die **Gesundheitsförderung** umfasst in einem weiten Sinn alle der Gesundheit dienlichen Massnahmen im Rahmen einer Gesellschaft, während die **Prävention** (Prophylaxe) schon auf ein bestimmtes Ziel gerichtet ist, nämlich das der Bewahrung der Gesundheit sowie der Verhütung und Früherkennung von Krankheit.

Zur näheren Bezeichnung von präventiven Massnahmen spricht man von primärer, sekundärer und tertiärer Prävention.

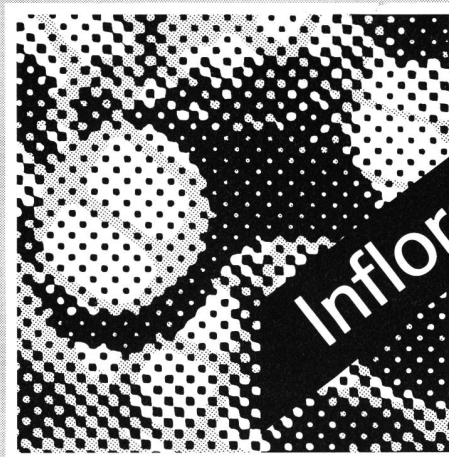
Primäre Prävention bedeutet die Förderung der Gesundheit und die Verhütung von Krankheit durch Beseitigung eines oder mehrerer ursächlicher Faktoren, Veränderung von gesundheitsschädigenden Einstellungen und Verhaltensweisen, Erhöhung der Resistenz von Individuen und Veränderung von Umweltfaktoren, die ursächlich oder als Überträger an der Krankheitsentstehung beteiligt sind. Sekundäre Prävention beinhaltet die Krankheitsfrüherkennung, wenn subjektiv noch keine Beschwerden (Symptome) wahrgenommen werden, mit dem Ziel, die Prognose durch Frühbehandlung zu verbessern.

Tertiäre Prävention beinhaltet die Wiederherstellung und die Rehabilitation nach abgelaufener Krankheit.

Quellenangabe: Vortrag von Frau Dr. Krebs anlässlich der Tagung vom 25. November 1987 in Bern: «Erster Einstieg in die primäre Gesundheitsversorgung – das Konzept der primären Gesundheitsversorgung und die Praxis der Hebamme» (siehe «Schweizer Hebamme» 1/88), Zeitschrift «Sozial- und Präventivmedizin» (Leitbild 1986).

Die 38 Teilziele für Europa

Die 38 Ziele lassen sich nach ihrer Zielvorgabe und dem Datum ihrer Verwirklichung in drei miteinander verwandte Gruppen einteilen. Diese Daten spiegeln die logische Reihenfolge der Schritte wider, die zur Erreichung der «Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000» notwendig sind. Wie die Steine



**Verdauungsstörungen
bei künstlich
ernährten Säuglingen**

Infloran Berna
mit **zwei** Lebendkeimen
dämmt die Proliferation pathogener Bakterien
(wie Kolibazillen und Enterokokken) ein

1 Kapsel enthält:
min. 1000 million. *Lactobacillus acidophilus*
min. 1000 million. *Bifidobacterium infantis*

Für weitere Informationen
beachten Sie bitte den Packungsprospekt
oder fragen Sie uns an.

BERNA

Präparate

Schweiz.
Serum- & Impfinstitut Bern

Postfach 2707, 3001 Bern
031-34 41 11

einer Pyramide, so nahtlos passt jedes Ziel zu den folgenden, wobei das höchste als letztes seinen Platz findet.

I Bis zum Jahr 2000 «Gesundheit für alle in Europa» (Ziele 1–12)

Ziel 1: Bis zum Jahr 2000 sollten die derzeit bestehenden Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen den Ländern sowie zwischen verschiedenen Gruppen innerhalb der Länder um mindestens 25 Prozent verringert werden, und zwar durch Verbesserung des Gesundheitsniveaus der benachteiligten Völker und Gruppen.

Ziel 2: Bis zum Jahr 2000 sollten die Menschen die grundlegende Gelegenheit erhalten, ihr Gesundheitspotential zu entwickeln und auszunutzen, um ein gesellschaftlich und wirtschaftlich erfülltes Leben zu führen.

Ziel 3: Bis zum Jahr 2000 sollten Behinderte die physischen, sozialen und wirtschaftlichen Möglichkeiten erhalten, die ihnen zumindest erlauben, ein sozial und wirtschaftlich erfülltes sowie geistig kreatives Leben zu führen.

Ziel 4: Bis zum Jahr 2000 sollte die durchschnittliche Zahl der Lebensjahre, die frei von schweren Krankheiten oder grösseren Funktionsbehinderungen verbracht werden, um mindestens 10 Prozent erhöht werden.

Ziel 5: Bis zum Jahr 2000 sollten folgende Krankheiten in der europäischen Region nicht mehr vorkommen: einheimische Form der Masern, Poliomyelitis, Tetanus bei Neugeborenen, angeborene Röteln, Diphtherie, angeborene Syphilis und einheimische Form der Malaria.

Ziel 6: Bis zum Jahr 2000 sollte die mittlere Lebenserwartung bei der Geburt in der Region mindestens 75 Jahre betragen.

Ziel 7: Bis zum Jahr 2000 sollte die Säuglingssterblichkeit in der Region weniger als 20 pro 1000 Lebendgeburten betragen.

Ziel 8: Bis zum Jahr 2000 sollte die Müttersterblichkeit in der Region weniger als 15 pro 100000 Lebendgeburten betragen.

Ziel 9: Bis zum Jahr 2000 sollte die Sterblichkeit infolge von Kreislaufkrankheiten bei Personen unter 65 Jahren in der gesamten Region um mindestens 15 Prozent verringert werden.

Ziel 10: Bis zum Jahr 2000 sollte die Sterblichkeit infolge von Krebskrankheiten in der Region bei Personen unter 65 Jahren um mindestens 15 Prozent verringert werden.

Ziel 11: Bis zum Jahr 2000 sollte die Zahl der Todesfälle infolge von Unfällen in der Region durch verstärkte Bemühungen zur Verringerung der Unfallhäufigkeit im Strassenverkehr, zu Hause und am Arbeitsplatz

um mindestens 25 Prozent vermindert werden.

Ziel 12: Bis zum Jahr 2000 sollte eine Umkehr des gegenwärtig steigenden Trends zum Suizid und zu Suizidversuchen in der Region herbeigeführt werden.

II Was für die «Gesundheit für alle» getan werden muss (Ziele 13–31)

Ziel 13: Bis zum Jahr 1990 sollten die politischen Rahmenmassnahmen in allen Mitgliedstaaten gewährleisten, dass legislative, administrative und wirtschaftliche Mechanismen eine breit angelegte und intersektorale Hilfestellung und Ressourcen für die Förderung gesunder Lebensgewohnheiten bieten sowie die wirksame Beteiligung des Menschen auf allen Ebenen der politischen Entscheidungsfindung bewirken.

Ziel 14: Bis zum Jahr 1990 sollten alle Mitgliedstaaten Programme haben, welche die wichtige Rolle der Familie und anderer sozialer Gruppen bei der Entwicklung und Unterstützung gesunder Lebensgewohnheiten unterstreichen.

Ziel 15: Bis zum Jahr 1990 sollten die Schul- und Ausbildungsprogramme in allen Mitgliedstaaten Wissen, Motivation und Fähigkeit des Menschen, gesund zu sein und zu bleiben, stärken.

Ziel 16: Bis zum Jahr 1995 sollte in allen Mitgliedstaaten das positive Gesundheitsverhalten wesentlich gestärkt werden, wie ausgewogene Essgewohnheiten, Nichtrauchen, geeignete körperliche Betätigung und positive Stressbewältigung.

Ziel 17: Bis zum Jahr 1995 sollte in allen Mitgliedstaaten das gesundheitsschädigende Verhalten drastisch verringert werden, darunter der übermässige Genuss von Alkohol und pharmazeutischen Produkten, die Verwendung verbotener Drogen und gefährlicher chemischer Substanzen, das gefährliche Fahrverhalten und das gewalttätige Sozialverhalten.

Ziel 18: Bis zum Jahr 1990 sollten die Mitgliedstaaten über sektorübergreifende Konzepte für einen nachhaltigen Schutz der Umwelt des Menschen gegen gesundheitsschädigende Einflüsse verfügen, die Ausbildung eines Umweltbewusstseins mit entsprechendem Engagement in der breiten Öffentlichkeit sicherstellen und die internationalen Bemühungen um eine Eindämmung grenzüberschreitender Umweltgefahren unterstützen.

Ziel 19: Bis zum Jahr 1990 sollten alle Mitgliedstaaten über ein angemessenes Instrumentarium zur Überwachung, Abschätzung und Bekämpfung der Umweltgefahren – einschliesslich potentiell toxischer Chemikalien, Strahlung, schädlicher Konsumgüter und biologischer Wirksubstanzen, die die menschliche Gesundheit bedrohen – verfügen.

Ziel 20: Bis 1990 sollte allen Menschen in der Region hygienisch unbedenkliches Trinkwasser in ausreichender Menge zur Verfügung stehen, und bis zum Jahr 1995 sollte die Verschmutzung der Flüsse, Seen und Meere für die menschliche Gesundheit keine Gefahr mehr darstellen.

Ziel 21: Bis 1995 sollten alle Menschen in der Region nachhaltig gegen Belastungen durch erkannte und gesundheitsgefährdende Luftschadstoffe geschützt werden.

Ziel 22: Bis zum Jahr 1990 sollten in allen Mitgliedstaaten die Gesundheitsgefährdungen durch kontaminierte Lebensmittel signifikant verringert werden und Massnahmen zum Schutz der Verbraucher gegen schädliche Lebensmittelzusätze ergriffen worden sein.

Ziel 23: Bis zum Jahr 1995 sollten in allen Mitgliedstaaten die grössten, im Zusammenhang mit der Beseitigung gefährlicher Abfälle bekannten Gesundheitsgefahren gebannt worden sein.

Ziel 24: Bis zum Jahr 2000 sollten alle Menschen in der Region eine grössere Chance haben, in Häusern und Siedlungen zu leben, die ein gesundes und sicheres Umfeld bieten.

Ziel 25: Bis zum Jahr 1995 sollte die Bevölkerung in der Region nachhaltig gegen berufsbedingte Gesundheitsgefahren geschützt sein.

Ziel 26: Bis zum Jahr 1990 sollten alle Mitgliedstaaten unter Beteiligung der Bevölkerung ein Gesundheitsversorgungssystem entwickelt haben, das auf der primären Gesundheitsversorgung basiert und durch eine sekundäre und tertiäre Versorgung gemäss der Erklärung von Alma-Ata ergänzt wird.

Ziel 27: Bis zum Jahr 1990 sollte in allen Ländern die Infrastruktur der Versorgungsdienste organisationsmässig gewährleisten, dass die Ressourcen bedarfsgerecht verteilt werden, die Dienste aus praktischer und wirtschaftlicher Sicht zugänglich sind und von der Bevölkerung auch im kulturellen Zusammenhang akzeptiert werden können.

Ziel 28: Bis 1990 sollte das primäre Gesundheitsversorgungssystem jedes Mitgliedstaats eine vielfältige Palette an gesundheitsfördernden, kurativen, rehabilitativen und ergänzenden Versorgungsdiensten anbieten, damit die basalen Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung befriedigt und gefährdete, benachteiligte und unterversorgte Einzelbürger sowie Gruppen besonders berücksichtigt werden können.

Ziel 29: Bis zum Jahr 1990 sollte das primäre Gesundheitsversorgungssystem in allen Mitgliedstaaten auf dem Konzept der Zusammenarbeit und der Teamarbeit von Versorgungspersonal, Einzelbürgern, Familien, Gruppen und Kommunen aufgebaut sein.

Ziel 30: Bis zum Jahr 1990 sollten alle Mitgliedstaaten im Rahmen eines primären Gesundheitsversorgungssystems über Verfahren zur Koordinierung der Dienstleistungen aller gesundheitsrelevanten Faktoren auf Gemeindeebene verfügen.

Ziel 31: Bis zum Jahr 1990 sollte es im Gesundheitsversorgungssystem jedes Mitgliedstaats effektive Verfahren zur Qualitätssicherung in der Patientenversorgung geben.

III Unterstützung der Gesundheitsentwicklung (Ziele 32–38)

Ziel 32: Noch vor dem Jahr 1990 sollten sämtliche Mitgliedstaaten Forschungsstrategien zur Förderung von Forschungsarbeiten aufgestellt haben, die eine bessere Anwendung und eine Erweiterung des nötigen Wissens zur Unterstützung ihrer Entwicklungen auf dem Wege zu «Gesundheit für alle» ermöglichen.

Ziel 33: Noch vor dem Jahr 1990 sollten alle Mitgliedstaaten gewährleisten, dass ihre Gesundheitspolitik und -strategien den Grundsätzen von «Gesundheit 2000» entsprechen und durch gesetzgeberische Massnahmen ihre Durchführung in allen Bereichen der Gesellschaft bewirkt wird.

Ziel 34: Noch vor dem Jahr 1990 sollten die Mitgliedstaaten Managementprozesse zur Entwicklung des Gesundheitswesens schaffen, die auf die Erreichung der «Gesundheit 2000» zugeschnitten sind; die aktive Einbindung der Gemeinden und aller gesundheitsrelevanten Sektoren und die präferentielle Mittelzuweisung für Prioritäten der gesundheitlichen Entwicklung sind zu gewährleisten.

Ziel 35: Spätestens bis zum Jahr 1990 sollten die Mitgliedstaaten über Gesundheitsinformationssysteme verfügen, die zur Unterstützung der einzelstaatlichen Strategien zur «Gesundheit 2000» geeignet sind.

Ziel 36: Spätestens bis zum Jahr 1990 sollten Planung, Ausbildung und Einsatz von Fachkräften auf dem Gesundheitssektor in allen Mitgliedstaaten den Grundsätzen der «Gesundheit 2000» entsprechen, wobei dem Primärversorgungskonzept besonderes Augenmerk zu widmen ist.

Ziel 37: Spätestens bis zum Jahr 1990 sollte die Ausbildung in allen Mitgliedstaaten den Fachkräften in gesundheitsrelevanten Sektoren geeignete Informationen über Strategien und Programme der Länder zur «Gesundheit 2000» und deren praktische Anwendung in ihren eigenen Sektoren bieten.

Ziel 38: Spätestens bis zum Jahr 1990 sollten alle Mitgliedstaaten einen formellen Mechanismus zur systematischen Bewer-

tung des geeigneten Einsatzes von Gesundheitstechnologien und ihrer Effektivität, Effizienz, Sicherheit und Akzeptanz eingesetzt haben, der gleichzeitig die nationalen Gesundheitspolitiken und die wirtschaftlichen Zwänge widerspiegelt.

Quellenangabe: Ziele der «Gesundheit für alle», WGO-Regionalbüro Europa.

Bibliographie

– Ziele der «Gesundheit für alle»: Implikationen für das Pflege-/Hebammenwesen: Weltgesundheitsorganisation, Via Appia 20, 1202 Genf

– Das Pflegewesen und die 38 Regionalziele «Gesundheit für alle» – ein Diskussionspapier: Weltgesundheitsorganisation, Via Appia 20, 1202 Genf

– SBK-Projekt «Pflege 2000»: SBK-Zentralsekretariat, Choisystrasse 1, Postfach 2275, 3001 Bern

– Zeitschrift «Sozial- und Präventivmedizin» (Leitbild 86): Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Finkenhübelweg 11, 3012 Bern.

Aus den Hebammenschulen

Überlegungen zur Qualität der Geburtshilfe

Aus der Hebammenschule des Kantonsspitals Luzern

Im berufskundlichen Unterricht haben wir über unsere Auffassung von Geburtshilfe gesprochen. Im Mittelpunkt dieses Themas sollten weder praktische Massnahmen der Geburtshilfe noch medizinische Aspekte stehen, sondern etwas, was wir «Qualität der Geburtshilfe» nennen wollten.

Anstoss zu diesem Thema gab die Beschäftigung mit Pflegezielen und Pflegequalität sowie die Einführung der Mitarbeiterqualifikation im Pflegesektor.

Qualifikation und Qualität haben etwas miteinander zu tun. Schülerinnen sind es gewohnt, qualifiziert zu werden. Wie sieht es aber aus, wenn diplomierte Mitarbeiter qualifiziert werden?

Wir sind davon ausgegangen, dass jede Hebamme eine qualitativ gute Geburtshilfe leisten will. Ob wir aber alle das gleiche unter Qualität verstehen, wissen wir erst, wenn es formuliert ist und wir ja dazu sagen können.

In Anlehnung an die Stufen der Pflegequalität, die im Kantonsspital Luzern verwendet werden, haben wir folgende Kriterien erarbeitet.

Martina Apel

Qualität der Geburtshilfe – Qualifikation für die Geburtshilfe

1. Nimmt die Frau, ihre Bezugspersonen und das Kind als Persönlichkeiten ernst und schafft eine Vertrauensbasis: sich vorstellen, nachfragen, zuhören, Ruhe und Sicherheit vermitteln.
2. Fördert eine partnerschaftliche Atmosphäre im Umgang mit der Frau und al-

len Beteiligten: informiert, Zusammenarbeit auch mit den Ärzten, zusammenplanen.

3. Erfasst den Selbständigkeitsgrad der Frau/des Paares, unterstützt und fördert die Eigenaktivität je nach Situation.
4. Berücksichtigt die physische und die psychische Intimspäre.
5. Sorgt dafür, dass die werdende Familie an Leib und Seele keine vermeidbaren Schäden und zusätzliche Schmerzen erleidet.
6. Die Hebammentätigkeit wird als Unterstützung eines biologisch-physiologischen Vorgangs erfasst und wird in der Gesamtheit von der Schwangerschaft über die Geburt bis zum Wochenbett wahrgenommen.
7. Der physiologische Geburtsverlauf ist bekannt und wird unterstützt.
8. Die Pflege wird geplant, Prioritäten werden gesetzt, Grund- und Behandlungspflege werden fachlich richtig ausgeführt, Veränderungen werden berücksichtigt.
9. Kann gezielt beobachten, Veränderungen richtig interpretieren, die nötigen Massnahmen einleiten.
10. Organisiert die Verlegung bzw. den Austritt und hat eine beratende Funktion.
11. Unterstützt und begleitet die Frau/Familie in ungewöhnlichen Situationen, wie z.B. Tod des Kindes, missgebildetes, krankes Kind, Verlegung ins Kinderspital, Adoption usw.
12. Eigene Vorstellungen und Wünsche werden nicht auf die Frau/Familie projiziert.
13. Die Religions- bzw. Kulturzugehörigkeit wird beachtet und respektiert.
14. Hält die Regeln der Hygiene und der Asepsis ein, zieht bei Fehlern die nötigen Konsequenzen.
15. Wahrt das Berufsgeheimnis.

Kurs «Hippotamus», November 1987