

**Zeitschrift:** Schweizerische Blätter für Krankenpflege = Revue suisse des infirmières

**Herausgeber:** Schweizerisches Rotes Kreuz

**Band:** 52 (1959)

**Heft:** 7-8

## Heft

### Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 13.01.2026

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

Solothurn / Soleure **7/8** Juli / August - juillet / août 1959



**Schweizerische Blätter für  
Krankenpflege**

**Revue suisse des infirmières**

Herausgegeben vom Schweizerischen Roten Kreuz - Edité par la Croix-Rouge suisse

**Schweizerischer Verband diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger**  
**Association suisse des infirmières et infirmiers diplômés**

Dem Weltbund der Krankenpflegerinnen angeschlossen - Membre du Conseil international des infirmières  
 (ICN, 1, Dean Trench Street, Westminster, London S.W. 1, Sekretärin Miss Daisy C. Bridges)

**Zentralvorstand · Comité central**

Präsidentin a. i. - Présidente a. i. . .	Mlle E. Guisan, 4, boulevard des Tranchées, Genève, téléphone 25 12 32
1. Vizepräsidentin - 1re Vice-présidente	Schw. I. Pappa, Gloriastrasse 14-18, Zürich 7/6
2. Vizepräsidentin - 2e Vice-présidente	Mlle N.-F. Exchaquet, 11, place des Augustins, Genève
Aktuarin - Secrétaire . . . . .	Schw. Marlies Fluck, Bürgerspital Basel, Telephon 22 28 00
Quästorin - Trésorière . . . . .	Mlle M. Schoor, 29, Pérrolles, Fribourg, téléphone 2 66 46
Mitglieder - Membres . . . . .	Schw. C. Beerli, Mlle L. Bergier, Schw. Ruth Graf, Dora Kunz, V. Lehmann, Mme V. Mouche, Oberin A. Nabholz, Mlle O. Peter, Schw. R. Spreyermann, F. Wavre, Heidi Zinniker
Sekretariat - Secrétariat . . . . .	Mlle Hélène Nussbaum, 4, bd. des Tranchées, Genève, tél. 25 12 32, c. p. VIII. 42274
Paritätische Stellenvermittlung SVDK/VESKA: Schw. Nina Bänziger, Kreuzstrasse 72, Zürich 8, Telephon 34 52 22	

**Dem SVDK angeschlossene Verbände - Associations membres de l'ASID**

Verein diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger der Krankenpflegeschule Kantons-	Schw. H. Zinniker
spital Aarau, Enfeldenstrasse 80, Aarau, PC VI 7190, Tel. (064) 2 30 47	
Verband der dipl. freien Baldegger Schwestern, Bürgerspital Basel, PC VI 2207, Tel. (061) 22 28 00	Schw. M. Hodel
Krankenpflegeverband Basel, Leimenstrasse 52, Basel, PC V 3488 *, V 5665 **, Tel. (061) 22 20 26	Frau Dr. T. Keller
Krankenpflegeverband Bern, Niesenweg 3, Bern, PC III 11348, Tel. (031) 2 29 03	Schw. E. Eichenberger
Krankenschwesternbund Bethesda, Gellerstrasse 144, Basel, PC V 7704, Tel. (061) 41 58 88	Schw. A. Rolli
Association des infirmières de Bon Secours, 5, plateau de Frontenex, Genève, c. p. I. 4829 *, I 2277 **, tél. (022) 36 25 57	Mme A. M. Frommel
schwesternverband der bernischen Pflegerinnenschule Engeried, Tiefenausspital Bern, PC III 6620, Tel. (031) 2 04 73	Schw. Emma Ott
Association des infirmières de Fribourg, 18, Mont paisible, Lausanne, c. p. IIa 1826 *, IIa 785 **	Mlle M.-A. Berclaz
Association des infirmières et infirmiers diplômés de Genève, 4, bd. des Tranchées, Genève, c. p. I. 2301, tél. (022) 25 12 32	Mme G. Vernet
Verband der freien diplomierten Ilanzer Krankenschwestern, Kantonsspital Zürich, PC X 5456, Tel. (051) 32 98 00	Schw. A. Waldegg
Verein diplomierter freier Ingenbohler Krankenschwestern, Asylstr. 120, Zürich, PC VIII 36073, Tel. (051) 32 71 72	Schw. H. Eggenschwiler
Schwesternverband der Pflegerinnenschule bernische Landeskirche, Bern, Zeughausgasse 5 (Schmiedstube), PC 2510	Schw. Ruth Sahli
Association des infirmières et infirmiers de l'Hôpital cantonal Lausanne, 5, avenue de Cour, c. p. II. 2867, tél. domicile (021) 26 23 27, bureau (021) 21 43 01/408	Mme Marthe Aubert
Verband der Rotkreuzschwestern Lindenhof Bern, Donnerbühlweg 35, Bern, PC III 12488, Tel. (031) 3 05 67	Schw. E. Schwarz
Krankenpflegeverband Luzern, Museggstrasse 14, Luzern, PC VIII 7878, Tel. (041) 2 05 17	Schw. J. von Segesser
Verband diplomierter Pflegerinnen der Pflegerinnenschule der Spitalschwestern Luzern, Andlauer-	Schw. E. Köpfli
klinik Basel, PC VII 11203, Tel. (061) 23 65 20	Schw. D. Kunz
Verband freier Neumünsterschwestern Zollikerberg, Kantonsspital Chur, PC VIII 50155, Tel. (081) 2 20 22	Schw. H. Kronauer
Krankenschwestern der Schweiz, Pflegerinnenschule Zürich, Frohburgstrasse 63, Zürich 6, PC VIII 20960, Tel. (051) 26 45 61	Schw. M. Ernst
Verband freier Riehener Schwestern, Diakonissenhaus Riehen, PC V 28257	Schw. G. Schümperli
Schwesternverband der Schwesternschule vom Roten Kreuz Zürich-Fluntern, Kantonsspital Winter-	Mme V. Mouche
thur, PC IX 10844, Tel. (052) 2 35 11	Mme M. Schneiter-Amiel
Association des infirmières diplômées de l'Ecole de Sion, 3, route d'Oron, Lausanne, c. p. IIc 3323, tél. (021) 22 60 55	Schw. G. Hungerbühler ad int.
Association des infirmières de la Source, 20, avenue de Villardin, Pully, c. p. II. 1015 *, II. 2712 **, tél. (021) 28 29 45	Mme M. Michaud
Krankenpflegeverband St. Gallen, Wassergasse 23, St. Gallen, PC IX 6560, Tel. (071) 22 33 40	Pfl. H. Schmid-Rohner

Section Vaudouise ASID, 12, rue Etraz, Lausanne, c. p. II. 4210, tél. (021) 22 43 79

Verband diplomierter Krankenpfleger der Krankenpflegeschule Kantonsspital Winterthur,

Kantonsspital Winterthur, PC VIIIb 4591, Tel. (052) 8 64 11

Krankenpflegeverband Zürich, Asylstrasse 90, Zürich 7, PC VIII 3327, Tel. (051) 32 50 18

\* du bureau de placement \*\* de l'association

**Zugewandte Mitglieder - Membres Sympathisants**

Schwestern-Institut Baldegg; Diakonissenhaus Bern; Institut der barmherzigen Schwestern, Ingenbohl; Spitalschwestern Kantonsspital Luzern; Institut der Schwestern von Menzingen; Kranken- und Diakonissenanstalt Neumünster, Diakonissenanstalt Riehen; Institution des diaconesses de St-Loup.

Präsident - Président . . . . . Prof. Dr. med. A. v. Albertini, Zürich

Zentralsekretariat des Schweizerischen Roten Kreuzes - Secrétariat général de la Croix-Rouge suisse  
 Taubenstrasse 8, Bern, Telephon 2 14 74, Postcheck III 877  
 Zentralsekretär - Secrétaire général . . . . . Dr. iur. H. Haug, Bern

**Kommission für Krankenpflege - Commission du personnel infirmier**

Präsident - Président . . . . . Dr. med. H. Büchel, Zürich

Mitglieder - Membres . . . . . Mlle G. Augsburger, Lausanne; Pfarrer R. Baumgartner, Zollikerberg-Zürich; Oberst H. Bürgi, Rotkreuzchefarzt, Bern; Oberpfleger G. Davatz, Basel; Oberschwester M. Egli, Zürich; Mlle E. Guisan, Genève; PD Dr. med. H. Lüdin, Basel; Oberin Käthi Oeri, Bern; Mlle de Roulet, Genève; Frau Dr. med. I. Schindler-Baumann, Küsnacht; Generalrätin M. L. Stöckli, Menzingen ZG; Dr. med. E. Sturzenegger, Zürich; Dr. med. H. Wehrle, St. Pirmisberg-Pfäfers; Frau E. Zimmermann-Trog, Thun

Sekretärin - Secrétaire . . . . . Schwester M. Comtesse, Bern

**Rotkreuz-Fortbildungsschule für Krankenschwestern**

Kreuzbühlstrasse 15, Zürich 32 . . . . . Oberin N. Bourcart  
 Directrice adjointe  
 Mlle M. Baechtold

**Ecole Croix-Rouge de perfectionnement pour infirmières**

48, avenue de Chailly, Lausanne, téléphone 28 66 24

**Vom Schweizerischen Roten Kreuz anerkannte Krankenpflegeschulen**  
**Ecoles reconnues par la Croix-Rouge suisse**

Rotkreuz-Pflegerinnenschule Lindenhof Bern . . . . .	Oberin K. Oeri
La Source, Ecole Romande d'infirmières de la Croix-Rouge suisse, Lausanne . . . . .	Directrice G. Augsburger
Schweiz. Pflegerinnenschule Zürich . . . . .	Oberin Dr. M. Kunz
Krankenpflegeschule St. Claraspital, Basel . . . . .	Frau Generalrätin C. M. Wieser
Krankenpflegeschule Theodosianum, Zürich . . . . .	Oberin A. Haus
Schwesternschule und Krankenhaus vom Roten Kreuz, Zürich-Fluntern . . . . .	Schwester M. Esterina
Pflegerinnenschule Baldegg, Sursee . . . . .	Frau H. Steinmann
Bernische Pflegerinnenschule Engeried, Bern . . . . .	Pfarrer R. Bäumlin
Krankenpflegeschule Diakonissenhaus Bern . . . . .	Oberin F. Liechti
Pflegerinnenschule bernische Landeskirche Langenthal, Gutenbergstrasse 4, Bern . . . . .	Mlle M. Duvillard
Ecole d'infirmières Le Bon Secours, Genève . . . . .	Mère Marie-Victorine
Ecole d'infirmières Fribourg-Pérolles . . . . .	Pfarrer R. Baumgartner
Krankenpflegeschule der Diakonissenanstalt Neumünster, Zürich . . . . .	Oberschw. M. van Vloten
Krankenpflegeschule der Diakonissenanstalt Riehen . . . . .	Oberin J. v. Segesser
Krankenpflegeschule Kantonsspital Aarau . . . . .	Direktor W. Mühlenthaler
Krankenpflegeschule Diakonissenhaus Befanien, Zürich . . . . .	Mlle F. Wavre
Ecole d'infirmières et d'infirmiers de l'Hôpital cantonal, Lausanne . . . . .	Schwester M. Stocker
Pflegerinnenschule der Spitalschwestern des Kantonsspitals Luzern . . . . .	Pasteur C. L. Gagnebin
Ecole d'infirmières de l'Institution des Diaconesses de Saint-Loup . . . . .	Oberin A. Nabholz
Pflegerinnenschule Bürgerspital Basel . . . . .	Direktor S. F. Müller
Krankenpflegeschule Diakonat Bethesda Basel . . . . .	Schwester Pia Dominica Bayer
Krankenpflegeschule Ilanz, Spital St. Nikolaus, Ilanz GR . . . . .	Frau Generalrätin M. L. Stöckli
Pflegerinnenschule des Instituts Menzingen, Nofkerianum, St. Gallen . . . . .	Sœur Marie-Zénon Bérard
Ecole valaisanne d'infirmières, Sion . . . . .	Schwester M. Keller
Krankenpflegeschule Männedorf des Diakonissenmutterhauses «Ländli» . . . . .	Schwester M. Röllin
Pflegerinnenschule der St.-Anna-Schwestern Luzern . . . . .	Oberin S. Haehlen
Krankenpflegerschule Kantonsspital Winterthur . . . . .	Frau Dr. D. Balmer
Pflegerinnenschule des Bezirksspitals Thun . . . . .	Dr. W. Huber
Pflegerinnenschule Bezirksspital Biel . . . . .	Oberpfleger J. Bättig
Pflegerschule Kantonsspital Luzern . . . . .	Schwester Barbara Kuhn
Krankenpflegeschule des Bürgerspitals Solothurn . . . . .	

**Krankenpflegeschulen, denen die Anerkennung vom Schweizerischen Roten Kreuz zugesichert ist**  
**Ecoles ayant l'assurance d'être reconnues par la Croix-Rouge suisse**

Anerkennung zugesichert im Jahr

Scuola Cantonale Infermieri Bellinzona . . . . .	1955	Dr. C. Molo
Evangelische Pflegerschule Kreisspital Männedorf . . . . .	1956	Verw. C. Graf
Krankenpflegeschule des Institutes Heiligkreuz Cham, Bürgerspital Zug . . . . .	1957	Schw. Michaelis Erni

# Stellen-Gesuche

Diplomierte

## kath. Krankenschwester

gesetzten Alters, mit langjähriger Erfahrung, sucht selbständigen Posten, evtl. als Leiterin eines Kurbetriebes oder Altersheims, auf 1. November oder nach Uebereinkunft. Zeugnisse und Referenzen stehen zu Diensten. Genaue Offerten bitte unter Chiffre 3082 Bl. an den Rotkreuz-Verlag, Solothurn.

## Krankenschwester

mit mehrjähriger Praxis, sucht selbständigen Posten als Gemeindeschwester. Bevorzugt wird grössere Landgemeinde von Bern und Umgebung. Offerten unter Chiffre 3087 Bl. an den Rotkreuz-Verlag, Solothurn.

Junge, diplomierte

## Krankenschwester

sucht Stelle in Spital oder Klinik, auch in der französischen Schweiz. Offerten sind zu richten unter Chiffre 3088 Bl. an den Rotkreuz-Verlag, Solothurn.

## Ältere Schwester

langjährige Operationsschwester, sucht Wirkungskreis in kleinerem Spital oder Privatklinik. Würde evtl. auch auf der Abteilung arbeiten und im Röntgen und Operationssaal ablösen. Ausführliche Offerten mit Gehaltsangaben unter Chiffre 3079 Bl. an den Rotkreuz-Verlag, Solothurn.

## Dipl. Krankenschwester

sucht Halbtagsstelle in Winterthur, Schaffhausen oder Umgebung. Offerten unter Chiffre 3086 an den Rotkreuz-Verlag, Solothurn.

## Narkoseschwester

sucht neuen Wirkungskreis, evtl. auch nur aushilfsweise. Offerten unter Chiffre 3078 Bl. an den Rotkreuz-Verlag, Solothurn.

# Stellen-Angebote

Gesucht in Pflegeheim

## Krankenpflegerin und Schwesternhilfe

Hoher Lohn. Zeitgemäss Anstellungsbedingungen. Offerten mit Zeugniskopien unter Chiffre 3084 Bl. an den Rotkreuz-Verlag, Solothurn.

Hôpital de Fleurier NE cherche:

## Sage-femme infirmières diplômées aides-infirmières

pour le 1<sup>er</sup> octobre ou date à convenir. Faire offres à la Sœur Directrice, téléphone (038) 9 10 81.

Wir suchen für unsere gut eingerichteten Werkspitäler im Kanton Graubünden tüchtigen

## Pfleger

Wir verlangen: Ausbildung auf chirurgischer Abteilung, wenn möglich mit Erfahrung im Operationssaaldienst, Maschinenschreiben, Führerausweis für leichte Motorfahrzeuge, gute Gesundheit. — Bewerber, die über Italienischkenntnisse verfügen, erhalten den Vorzug.

Wir bieten: Interessante, vielseitige und selbständige Tätigkeit sowie gute Entlöhnung.

Schriftliche Offerten mit Zeugnisabschriften, Praxisausweisen, Lebenslauf, Angabe des Gehaltsanspruches sind einzureichen an den Chef der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt, Kreisagentur St. Gallen, Unterstrasse 15.

Der Krankenpflegeverein Thunstetten-Bützberg BE sucht für das Gebiet der Einwohnergemeinde Thunstetten auf 1. Oktober 1959, evtl. etwas später, eine diplomierte Krankenschwester, evtl. eine tüchtige Heimpflegerin als

## Gemeindeschwester

Enflöhnung nach den Richtlinien des SVDK bzw. für Heimpflegerin nach Vereinbarung. Offerten mit Ausweisen über Ausbildung und bisherige Tätigkeit sind bis 31. August 1959 schriftlich zu richten an den Ver einspräsidenten W. Nyffenegger, Gemeindeschreiber, Bützberg. Persönliche Vorstellung nur auf Vereinbarung hin.

Kleines Spital nahe Bern sucht

## Säuglings- oder Krankenschwester

Selbständiger Posten. Eintritt nach Uebereinkunft. Offerten sind zu richten unter Chiffre 3085 Bl. an den Rotkreuz-Verlag, Solothurn.

Das Krankenhaus Meyriez am Murtensee sucht ab 1. September oder nach Vereinbarung

## 1 dipl. Krankenschwester

(evtl. als Dauernachtwache). Offerten sind an die Oberschwester zu richten. Telephon (037) 7 26 32.

Gesucht zu pflegebedürftiger Dame in Hotel in Gstaad tüchtige, nette

## Krankenschwester

30 bis 50 Jahre alt. Etwas Kenntnisse in Bein- und Handmassage erwünscht. Offerten unter Chiffre 3081 Bl. an den Rotkreuz-Verlag, Solothurn.

Gesucht für die physikalische Therapie

## Krankenschwester

für fast ausschliesslich administrative Arbeiten. Stenographie und Maschinenschreiben erforderlich. Geregelte Arbeitszeit. Anmeldungen sind erbeten an die Verwaltung des Kantonsspitals Winterthur.

Gesucht nach Basel

## Pfleger

zu 80jährigem invalidem Herrn in Privathaus. Offerten an Fr. I. Neuhaus, Kapellenstr. 20, Basel, Telephon (061) 41 13 28.

Im Rahmen des Flüchtlingsjahres werden dringend

## dipl. Krankenpflegerinnen

für die Homes des Werkes « Entraide protestante » gesucht. Angebote an folgende Adresse: Bureau central, 29, route Provinciale, Wasmes (Belgique).

Zu günstigen Bedingungen werden tüchtige

## Narkoseschwestern

vom Kantonsspital Aarau gesucht. Anmeldungen erbeten an die Spitaloberin, Schw. J. von Segesser. Verwaltungsdirektion.

L'Hôpital de Meyriez-Morat cherche pour le 1<sup>er</sup> septembre ou date à convenir

## une infirmière diplômée

(éventuellement comme veilleuse). Faire offres détaillées à la sœur-directrice, téléphone (037) 7 26 32.

Dans le cadre de l'année du réfugié on demande d'urgence

## infirmières diplômées

pour les homes de l'Entraide protestante. Ecrire au Bureau central, 29, route Provinciale, Wasmes, Belgique.

## Sage-Femme

responsable d'un service de maternité (100-120 accouchements) est demandée dans hôpital modernisé, région Jura, pour l'automne. Faire offres avec curriculum vitae, références, préférences sous chiffre P 3707 N à Publicitas, Neuchâtel.

## Einwohnergemeinde Brienz

### Stellenausschreibung

Die Stelle einer

## Gemeindekrankehswester

(dipl. Krankenschwester) wird hiermit zur Wiederbesetzung ausgeschrieben. Anmeldungen über Lebenslauf, Ausbildung und bisherige Tätigkeit sind mit Zeugnisabschriften und Photo bis und mit 29. August 1959 dem Gemeinderat Brienz einzureichen.

Der Einwohnergemeinderat.

Wir suchen per sofort oder nach Uebereinkunft dipl. Krankenschwester als

## Hausnachtwache

auf einen Boden (Dauernachtwache), möglichst mit Fremdsprachkenntnissen; ferner

## 1 oder 2 dipl. Krankenschwestern

auf unsere medizinisch-chirurgischen Abteilungen und eine Schwester für die gynäkologische Abteilung. Anmeldungen sind erbeten an Klinik Hirslanden, Witel- likerstrasse 40, Zürich 8/32.

Wir suchen zu baldigem Eintritt:

## 2 dipl. Krankenschwestern

## 2 dipl. Wochen-Säuglingsschwestern

## 1 dipl. Schwester

welche den Operationssaal lernen möchte. Offerten sind an die Oberschwester des Bezirksspitals Zofingen zu richten.

Gesucht

## Hebamme

wenn möglich diplomierte Krankenschwester, für Dauerstelle, eventuell Ferienablösung. Gehalt nach kantonalem Anstaltsreglement, geregelte Freizeit. Offerten sind erbeten an das Krankenhaus Uster ZH.

Gesucht in gutes Privathaus aufs Land froh- mütige und selbständige

## Krankenschwester oder Pflegerin

zur Betreuung einer aufsichtsbedürftigen Tochter. Gutes Gehalt. Eintritt nach Vereinbarung. Offerten mit Zeugnissen und Bild sind erbeten unter Chiffre 3077 Bl. an den Rotkreuz-Verlag, Solothurn.

Gesucht für sofort oder nach Uebereinkunft

## 2 dipl. Schwestern

Gute Anstellungsbedingungen. Modernes Schwesternhaus. Offerten an ärztliche Leitung des Sanatoriums Hohenegg, Meilen.

L'Hôpital communal de La Chaux-de-Fonds cherche

## une narcotiseuse ou une infirmière diplômée désirant se mettre au courant des narcoses

Entrée en fonctions de suite ou à convenir. Prière d'adresser les offres détaillées à l'Hôpital communal de La Chaux-de-Fonds, Arbres 41.

Pflegeanstalt sucht

## Schwester

an selbständigen Posten. Geregelte Freizeit und rechtes Gehalt. Wir legen Wert auf gute Zusammenarbeit der Mitarbeiter. Eintritt nach Uebereinkunft. Offerten an Pflegeanstalt Pfrundweid, Wetzikon ZH, Telefon (051) 97 81 41.

SVDK

**Schweiz. Blätter für Krankenpflege**

Herausgegeben vom Schweiz. Roten Kreuz  
Offizielles Organ  
des Schweiz. Verbandes diplomierter Kranken-  
schwestern und Krankenpfleger

ASID

**Revue suisse des Infirmières**

Éditée par la Croix-Rouge suisse  
Organe  
officiel de l'Association suisse des infirmières  
et infirmiers diplômés

52. Jahrgang

Juli / August 1959 **Nr. 7/8** juillet / août 1959

52<sup>e</sup> année

Erscheint monatlich - Parait mensuellement

Inseratenschluss: am 1. des Monats — Annones: dernier délai le 1<sup>er</sup> du mois

**Inhaltsverzeichnis - Sommaire**

Zur Einführung - Editorial 201 — Die Eingliederung 202 — Die «Milchsuppe» 206, 213 — Eingliederung von der Schwester aus gesehen 219 — Die Krankenschwester im modernen Eingliederungsteam 222 — Eingliederungsarbeit in Amerika 229 — Solferino 1859 - 1959 233 — Diskussionsbeitrag 234 — SVDK - ASID 236 — SVDK-Fortbildungskurs 240 — Verbände und Schulen 241 — Mitteilungen und

Berichte 243 — Vorübergehender Wechsel in der Redaktion 245. — Tendances actuelles des programmes de l'hygiène publique et leur application en Suisse 246 — En marge du centenaire de La Source 255 — Exigences professionnelles - Exigences humaines 257 — Echos et nouvelles 258 — Associations et écoles 260 — Bibliographie 262 — A travers les revues 263

## **Zur Einführung - Editorial**

*Eingliedungsprobleme im deutschen Teil, Fragen des öffentlichen Gesundheitswesens im französischen Teil stellen das vorliegende Heft in den Rahmen des grossen Gebietes der Sozialmedizin. Wie dem Invaliden ein neuer Weg zur aktiven Teilnahme am Leben, ein sinnvoller Platz in der Gesellschaft gefunden werden kann, wenn sich ein grosses Team von medizinischen, fürsorgerlichen und technischen Helfern um ihn bemüht, zeigen die Ausführungen der Aerzte und der Krankenschwester, des Eingliederungsstättenleiters und der Fürsorgerin, des Patienten auch, der selbst mitarbeitet als das zentrale Glied des Teams. Und in den Schilderungen dieser Arbeit aus den Gesichtswinkeln der verschiedenen Beteiligten zeichnet sich der pflegerische Teil der Eingliederungsarbeit als fesselndes modernes Arbeitsgebiet in der Krankenpflege ab.*

*Les articles de fond qui sont dans ce numéro, sont consacrés à la réadaptation des invalides dans la partie en allemand, à la santé et à l'hygiène publique dans la partie en français. Comme on le verra, l'hygiène mentale, inclue dans les problèmes de l'hygiène publique, y occupe une place de premier plan. C'est un des signes de notre époque, et sa solution dépend pour une bonne part de celle que chaque membre du personnel soignant y donnera.*

## Die Eingliederung

Von Prof. Dr. med. Hans Debrunner<sup>1</sup>

**M**an nennt das heute «Rehabilitation» und begeht damit gleich zwei Ungerechtigkeiten. Eine erste gegen die Sprache, eine zweite gegen die Geschichte. Rehabilitation — an sich ein praktisches Verständigungswort für internationale Kongresse — bedeutet Wiederinstandsetzen, Wiedergeschicktmachen, also Wiederherstellung. Wiederherstellung wessen? Vor allem der Arbeitsfähigkeit. Das Wort scheint eine Erfindung der pragmatischen Soziologen zu sein. Im Deutschen haben wir das beziehungsreiche Wort «Eingliederung»! Wiederhineinnehmen als Glied in den Verband der menschlichen Gesellschaft, nicht bloss und doch auch die Einreihung als Kettenglied in den Arbeitsprozess anvisierend. Und daneben klingt noch leise mit der Sinn von Glied, Gliedmassen, deutet also hin auf das, was meist gestört ist und wodurch das Herausfallen aus der Mitgliedschaft verursacht war. Das zum Sprachlichen.

Zum Geschichtlichen ist zu sagen, dass der Gedanke der Eingliederung in Deutschland schon um die Jahrhundertwende praktische Verwirklichung gefunden hatte. Er ging von der Orthopädie aus, die sich in erster Linie der verkrüppelten Kinder annahm. Diese Kinder wurden in sogenannten Krüppelheimen gesammelt. Die Heime waren mit orthopädischen Anstalten und Kliniken kombiniert. Der Erste Weltkrieg vergrösserte und veränderte die Zahl der Gebrechlichen. Sie wurden in analogen Klinikanstalten vereinigt und in ähnlicher Weise betreut. Die Unfallversehrten kamen dazu. Der Gedanke, der in Deutschland Wurzel gefasst und Frucht getragen hatte, wurde von den kriegsführenden Nationen aufgenommen und in England dank einer weitgehenden Sozialisierung, in den Vereinigten Staaten dank riesiger Geldmittel mustergültig verwirklicht. Doch sind die Rehabilitation-Centers der Anglosachsen nach dem Vorbild der deutschen Krüppelheime aufgebaut.

Wir haben in der Schweiz keine Kriegsinvaliden. Die Zahl der Hilfsbedürftigen ist daher klein und vor allem nicht binnen weniger Jahre sprunghaft angestiegen. Auch fehlte der Antrieb der staatlichen Verpflichtung, die dem Kriegsbeschädigten als einem Opfer der Staatsraison zusteht. Damit erklärt sich der Umstand, dass wir mit dem Ausbau unserer entsprechenden Institutionen mehr als einen Schritt zurückblieben. Heute spürt man auch bei uns den Druck einer Verantwor-

<sup>1</sup> Aus der Arbeit «Ueber einige orthopädische Probleme», «Praxis», Schweizerische Rundschau für Medizin, 13. März 1958, mit freundlicher Erlaubnis des Verfassers.

tung der Gesellschaft gegenüber dem Benachteiligten. Die materielle Hilfe der Kranken-, Unfall- und Altersversicherungen muss ergänzt werden durch die Invalidenversicherung, durch die praktische Hilfe, durch den Versuch, die vorhandenen Schäden am Individuum so weit als möglich auszubessern und das Individuum auf dem Wege einer Auswertung seiner Leistungsfähigkeiten Glied der menschlichen Gesellschaft werden zu lassen. Das will die Eingliederung. Wie sie das Ziel zu erreichen versucht, will ich in Kürze auseinandersetzen.

Zeitlich und dringlich an erster Stelle steht die ärztliche Behandlung. Sie ist gesichert durch die Versicherungspflicht der Werkätigen und kommt zur Durchführung in den Distrikтsspitälern, die vorläufig in der Schweiz in genügender Zahl vorhanden sind. Immerhin hört man auch bei uns Klagen der Chirurgen über die Füllung ihrer Krankenhäuser mit Unfallpatienten. Die medizinische Behandlung ist aber nicht gleichbedeutend mit der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Viele der Patienten werden aus der Behandlung nach Hause entlassen, obschon sie noch nicht arbeitsfähig sind. Sie werden dem Hausarzt überbunden, der sie dann oft mit ungenügenden Hilfsmitteln nachbehandeln soll. Es ist nicht immer zu umgehen, dass solche Patienten den Auftrieb verlieren und ihre Energie im Kampf um Versicherungsbezüge verzetteln. Der praktische Arzt wird seiner Vermittlerrolle zwischen Patient und Versicherung überdrüssig und ist froh, wenn er sein Sorgenkind in eine Badekur abschieben kann. Nur in seltenen Fällen wird damit viel gewonnen.

Auf der Suche nach einem besseren Ausgleichsverfahren begann man die wirklich schweren Fälle von den leichten zu sondern und sie erneut zu sammeln, um sie einer geregelten Erziehung zur menschlichen Vollwertigkeit zuzuführen oder sie wenigstens soweit zu bessern, dass sie sich wieder in die Gesellschaft eingliedern lassen.

Der Facharzt, Orthopäde oder Unfallchirurg, wird zuallererst die Voraussetzungen schaffen für die Erreichung einer späteren möglichst hohen Leistungsfähigkeit. Das tut er mit seinen konservativen oder operativen Behandlungsmassnahmen. Dann folgt, wenn immer möglich innerhalb der gleichen Anstalt, der Ausbau des Erreichten durch die Aufnahme der funktionellen Therapie: Gymnastik, Massage, hyperämierende Massnahmen usw. All diese Vorkehrungen sollten, wenn immer möglich, sinnvoll gestaltet werden, sinnvoll nicht nur für den Theoretiker der Physiotherapie, sondern sinnvoll für den Patienten. Darum geben wir der angewandten Therapie, zum Beispiel dem therapeutischen Spiel, dem Versehrtensport, der Beschäftigungs- und der Arbeitstherapie den Vorzug vor dem mechanischen Training ausgesonderter Gelenk- und Muskelfunktionen. Die Uebung soll eine Bezie-

hung haben zu einem sinngemässen Bewegungskombinat, zu einer echten Tätigkeit. Man wird zum Beispiel eine ältere Frau nach einem Speichenbruch nicht ausgeklügelte Fingerübungen machen lassen, sondern ihr ein Strickzeug in die Hand geben usw. Der Patient muss verstehen, dass das, was er zu tun angefordert wird, einen weiteren Bedeutungskreis umfasst als nur die lokalisierte Funktion. Er muss aus dem Stadium herauskommen, das ihn als Person hinter die Vordringlichkeit einer lokalisierten Verletzung zurückdrängt. Darum wird der Arbeitstherapie heute ein besonderer Wert zugesprochen. Sie soll dem Patienten zeigen, dass seine Fähigkeiten nach und nach dahin verbessert werden, dass er seine Arbeit und damit seinen Lebensunterhalt und schliesslich sein bedrohtes Selbstvertrauen zurückgewinnen kann. Da die Arbeitstherapie vielfältige Beschäftigungsmöglichkeiten bereitstellen muss — jeder Verletzte sollte in den seinem Beruf entsprechenden Handfertigkeiten geübt werden — ist ein weitverzweigter Apparat nötig mit Werkstätten, Werkzeug und einfacheren Maschinen, an denen gearbeitet werden kann.

In dieser Phase können die orthopädischen Behelfe als Schienen, Bandagen, Einlagen usw. wertvolle Hilfe leisten. Das bedingt die Überwachung der Patienten durch den orthopädischen Facharzt, der allein imstande ist, das Nützliche und Erforderliche zu bestimmen. Alte Vorurteile werden in diesem Sektor mitgeschleppt, die günstige Gelegenheiten für die äusseren mechanischen Hilfen verpassen lassen. Das gilt namentlich für Kinderlähmungsfälle. Was da an unsinnigen Vorwürfen gegen die Schienenbehandlung herumgeboten wird, bedarf einer kurzen Richtigstellung. Ich kann sie geben mit den Worten eines bekannten Orthopäden, die er am IV. Symposium für Poliomyelitis vor einem Jahr in Bologna gesprochen hat: « Orthopedic supports should be given as early as possible in the treatment of severe paralysis. The orthopedic brace is a true exercise splint » (O. Hepp). Exercise splint, Übungsbandagen, Übungsschienen helfen namentlich da in überraschender Weise, wo die Standfähigkeit der Beine gelitten hat. Es hat keinen Sinn, solche Patienten nach ihrer Lähmung monatelang im Bett zu halten und täglich durch die Gymnastin behandeln zu lassen, wenn es möglich wäre, durch einfache Feststellschienen für die Kniegelenke den aufrechten Stand und damit die einzige sinnvolle Übung zu sichern, nämlich das Gehen.

Auf diesem Wege gelingt es, einen grossen Teil der nachbehandlungsbedürftigen Störungen mit der Zeit zu normalisieren und die Patienten ihrem Beruf zu erhalten. Wo dies nicht möglich ist, kommt es zu den schwierigen Fragen der Verwendungsfähigkeit überhaupt, zur Frage der Berufsumschulung. Derartige Entscheidungen können nur im

Teamwork des orthopädischen Facharztes mit dem berufsberatenden Psychologen und dem Fürsorgedienst gefällt werden. Sehr wichtig ist immer der Rat des Hausarztes, der durch seine Einblicke in die häuslichen Verhältnisse der Patienten imstand ist, den gangbarsten Weg zu weisen.

Man wird aus dieser Skizze schon erkennen, dass die Eingliederung namentlich im sozialen Nachbehandlungsbereich grosse pädagogische Aufgaben stellt. Rehabilitation ist — wie Franz Becker das so prägnant sagt — zu einem ganz wesentlichen Anteil Menschenführung. Die Vertreter der Orthopädie liefern durch Tradition und Fachausbildung die besten Anwärter für die Leitung derartiger Eingliederungszentren. Sie können aber ihre Aufgabe nur bewältigen im ständigen Kontakt mit den behandelnden Aerzten, den Gymnasten, den Sportlehrern, den Beschäftigungstherapeuten, den Fürsorgestellen, den Berufsberatern und Stellenvermittlern und schliesslich mit dem Patienten selbst, an dem die schöne Pflicht der Menschenbildung im weitesten Wortsinn erfüllt werden muss.

Wir haben in der Schweiz verschiedene Stellen, an denen solches getan wird. Da sind die beiden orthopädischen Anstalten Balgrist in Zürich und Hospice orthopédique in Lausanne. Daneben bestehen zahlreiche, aber recht versplittete Möglichkeiten der Eingliederung in einzelnen Spitäler. Für die Finanzierung sorgen die verschiedenen Fürsorgeämter und charitativen Vereinigungen, sorgt «Pro Infirmis». Basel hat den Versuch unternommen, im Areal der «Milchsuppe» eine Eingliederungsstätte für stationäre und ambulante Patienten zu schaffen, die das gesamte Rehabilitationswesen umfasst. Das Verdienst, diesen grosszügigen Gedanken verwirklicht zu haben, gebührt Gottfried Moser, dem ehemaligen Direktor des Bürgerspitals. Er hat mit beispielhaftem Optimismus und unermüdlichem Einsatz die Voraussetzungen geschaffen für das Werk und es sozusagen aus dem Nichts zu einer fruchtbaren Institution gemacht.

Die «Milchsuppe» ist mit ihren Abteilungen für Schuhmacherei und Apparatebau, für Arbeitstherapie, Umschulung, Berufsberatung, Stellenvermittlung und Fürsorge dem Bürgerspital angegliedert. Dort besteht eine vom Chirurgen unter Beistand des Orthopäden geleitete Unfallstation, eine orthopädische Poliklinik mit Turnsaal, ein physiotherapeutisches Institut. Die orthopädische Klinik ist für die dritte Bauetappe des Bürgerspitals vorgesehen und wird das Ganze ergänzend abschliessen. Die Patienten des Bürgerspitals, ganz gleich aus welcher Spezialklinik sie kommen, werden, wenn ihr Zustand das erfordert, in den Behandlungsgang dort eingeschleust, wo das wünschenswert scheint. Aber auch von aussen können Patienten eingewiesen werden,

damit sie die nötige Förderung finden bis zur Selbständigkeit, bis zur vollkommenen Eingliederung. Sie geniessen dabei neben der individuellen Betreuung auch die Vorteile der Kollektivwirkungen, die wir gerade im Hinblick auf die Stimulierung der Einsatzbereitschaft für überaus wichtig halten.

Die Erfahrungen, die im Laufe der Jahrzehnte in den grossen Zentren des Auslandes gesammelt wurden, haben uns vom Nutzen derartiger Massnahmen auch für die Schweiz überzeugt. Im Basler Institut ist — soweit mir bekannt, zum erstenmal überhaupt — die logische Forderung verwirklicht worden, dass die Bemühungen um den Patienten an einer einzigen Stelle zusammengefasst werden, dass er ohne Anstaltswechsel vom Operationstisch bis zur endgültigen Rückkehr ins selbständige Zivilleben umsorgt und betreut wird. Das ist das Ziel, dem wir zustreben und von dem wir eine Verbesserung für viele Schwerbeschädigte erhoffen.

**Résumé:** L'article traite de la réadaptation de l'invalide telle que l'orthopédiste l'entrevoit. Son travail le plus urgent consiste à prévoir un traitement permettant au malade d'acquérir un maximum de capacité fonctionnelle. Ensuite intervient l'aide des professeurs de gymnastique, de sport, de thérapie occupationnelle, du service social et de l'office d'orientation professionnelle. L'expérience a montré qu'une centralisation dans un même institut de ces divers moyens de réintégration, offrait au malade un maximum de chances de succès. La «Milchsuppe» à Bâle, qui dépend du Bürgerspital a été la première institution à réaliser la réadaptation du malade à partir de la salle d'opération jusqu'au moment de son retour à une vie indépendante.

## Die «Milchsuppe»

### I. Entwicklung und Organisation der Eingliederungsstätte

Von Dr. med. Ed. Burckhardt-Vischer, Basel<sup>1</sup>

Ich übergehe die vielen andern parallelen und sicher nicht weniger weitsichtigen Bemühungen, die andernorts in der Schweiz das Ziel der Eingliederung verfolgten. 1945 bis 1946 hat Pro Infirmis den Gedanken aufgegriffen und gefördert; so wurde schliesslich 1947 die Bundesfeierspende der Eingliederung gewidmet und führte 1948 zur Gründung des «Vereins für die Errichtung einer schweizerischen Stätte für berufliche Eingliederung Gebrechlicher».

<sup>1</sup> Aus der Arbeit «Die Wiedereingliederung Gebrechlicher vom Orthopäden gesehen», «Praxis», Schweizerische Rundschau für Medizin, 6. Dezember 1956, mit freundlicher Erlaubnis des Verfassers.

Schon 1935 hatte anderseits der Basler Spitaldirektor Moser die Milchsuppe gegründet, die auch der Eingliederung galt. Sie sollte Spitalentlassene, aber noch nicht voll arbeitsfähige Patienten vorübergehend aufnehmen und beschäftigen. Seine Ausbaubestrebungen deckten sich mit den Zielen der Schweizerischen Eingliederungsstätte, so dass die beiden Institutionen sich zusammenfanden. Es ist zurzeit noch die einzige Einrichtung dieser Art in der Schweiz. Es soll eine Stätte sein, wo körperlich Gebrechliche wohnen, wo sie durch kompetente Leiter beobachtet, beraten und geführt werden können. Es soll ihnen auf diese Weise ein Beruf erschlossen werden, der ihnen wegen ihres Leidens bisher unzugänglich war. Die Wiedereinzugliedernden sollen in dieser Stätte umgeschult und so lange trainiert werden, bis sie wieder in eine definitive Arbeitsstelle eingesetzt werden können.

Es sind dies also besonders die körperlich gebrechlichen Patienten, die durch unsere Eingliederungsstätte gehen, während die geistig oder moralisch Schwachen unter Umständen noch in den Filialen der Milchsuppe betreut werden. Die Eingliederungsstätte will die schon bestehenden Institutionen keineswegs konkurrenzieren. Epileptiker zum Beispiel gehören nach wie vor in die Epileptischenanstalt nach Zürich. Für Blinde sind Blindenheime zuständig, obwohl gerade für solche auch durch den Geschäftsführer der Eingliederungsstätte in den letzten Jahren eine «Lehrwerkstätte für blinde Metallarbeiter in den ostschweizerischen Blindenheimen St. Gallen» und eine Blindenwerkstätte bei Brown Boveri in Baden sehr sinnvoll haben eingerichtet werden können. Gehör- und Sprachgeschädigte gehören zweifellos auch in besondere Umgebungen. Die Tuberkulösen bekommen zwar auf der Milchsuppe auch ein besonderes Pavillon. Für solche ist aber auch anderweit, zum Beispiel in Appisberg, schon wirksam für die Eingliederung gesorgt.

Die Eingliederungsstätte in Basel hat in der Schweiz eine ganz besondere Lücke auszufüllen, indem sie in spezieller Weise für die Gebrechlichen des Haltungs- und Bewegungsapparates, also speziell für die orthopädischen Gebrechlichen sorgt.

### *Die Eingliederungsarbeit*

Das Ziel der Eingliederung ist klar. Es ist die berufliche Eingliederung. Es genügt also nicht, den Kandidaten ein paar anregende Kurswochen zu vermitteln oder ihnen nur ein Stück weit zu helfen, so dass sie von einer relativen Höhe der Förderung wieder in den dumpfen Alltag, in die Enttäuschung zurück sinken, sondern der strenge Maßstab, der uns gesetzt ist, das ist die schliessliche Bewährung des Kandidaten in dem ihm adäquaten und ihn ganz befriedigenden Arbeitsplatz. Darum

ist die Eingliederung zur **Hauptsache Fürsorgemedizin**, wir können auch sagen **Sozialmedizin**.

### *Ausgangspunkt für die Eingliederung*

Der Fall soll vorher medizinisch abgeschlossen sein. In der Eingliederungsstätte darf auch keine Spitalatmosphäre aufkommen. Die Patienten müssen zu ihrem Zustand einmal ja gesagt und das Fehlende abgeschrieben haben und bereit sein, mit dem Rest, der ihnen an Gesundheit verblieben ist, einen neuen konstruktiven Anfang zu machen, einen neuen Lebensabschnitt zu beginnen. Das heisst aber nicht, dass sie nicht doch noch eine gewisse medizinische Betreuung nötig haben. In Wirklichkeit soll die Eingliederung schon unter dem erstbehandelnden Arzt im Spital beginnen. Aber umgekehrt muss eine ärztliche Behandlung und Betreuung oft auch noch während der Eingliederungsarbeit in der Stätte fortgeführt werden. Es muss aber verlangt werden, dass diese Behandlung nicht mehr wie im Spital **Hauptsache**, sondern nur noch eine **Mithilfe** ist, die nicht allzuviel Kraft in Anspruch nehmen darf.

### *Zusammensetzung des Mitarbeiterstabes*

Die Aufzählung des Mitarbeiterstabes will nicht Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Immerhin sind als wichtigste Mitarbeiter eines engeren Ausschusses folgende Personen vorhanden: ein Leiter, in unserem Fall identisch mit dem Berufsberater, eine Hausmutter, ein Hausarzt, ein Orthopäde, eine Oberschwester mit einer Schwester und zwei Pflegern, eine Krankengymnastin, eine Arbeitstherapeutin, eine Fürsorgerin, dann die Leiter der verschiedenen Werkstätten: Uebungsbüro, technisches Zeichnen, Metallbearbeitung, Holzbearbeitung, Malerei, eine orthopädische Werkstätte, Weberei, Kartonage, Gärtnerei und andere mehr. Von Fall zu Fall werden auch noch verschiedene Spezialärzte zugezogen. Daneben sind natürlich noch andere Hilfskräfte nötig, so für den Hausdienst, für den Transport, freiwillige Mitarbeiter für die Freizeitgestaltung u. a. m.

Organisatorisch ist die Eingliederungsstätte dem Bürgerspital angegliedert, und ist das Zentrum der sozial-medizinischen Abteilung des Bürgerspitals. Die Werkstätten sind die eigentlichen Spitalwerkstätten. Somit ist die Eingliederungsstätte administrativ dem Spitaldirektor zugeteilt, der ja auch am Ausbau der Hauptinitiant war und dessen riesige und uneigennützige Hilfe wir nicht genug hoch einschätzen können. Daneben ist die Eingliederungsstätte aus ihrem Entstehen heraus noch dem Verein für eine Schweizerische Eingliederungsstätte unterstellt.

**Das, was Sie aber in erster Linie interessieren wird, ist die Arbeit, die den eigentlichen Funktionären zugeschrieben ist und von ihnen bewältigt werden soll.**

Die *ärztliche Leitung* liegt in den Händen von Herrn Dr. med. Nigst, Privatdozent für Unfallchirurgie an der Universität Basel. Er macht regelmässige Visiten und entscheidet, wann die Patienten unter Umständen spezialärztliche Betreuung benötigen. Er wird dann die entsprechenden Spezialärzte kommen lassen oder die Patienten in entsprechende Polikliniken schicken.

Der *Heimleiter*, Herr W. Schweingruber, ist in unserem Fall ein Berufsberater. Er verfügt über eine eminente praktische und theoretische Erfahrung. Er hat als Leiter der Stätte die Fäden in der Hand.

Die Patienten werden in den meisten Fällen von regionalen schweizerischen Fürsorgeinstitutionen der Eingliederungsstätte zugewiesen. Anfänglich beschränkten wir uns auf die Empfehlung und die sorgfältig ausgefüllten Fragebogen. Heute lassen wir aber die Kandidaten womöglich immer zuerst zu einer Beratung nach Basel kommen, damit der Leiter selbst vorher schon den Eindruck über ihre Eignung bekommen, den Grad ihrer Pflegebedürftigkeit abklären und überhaupt einen ersten provisorischen Behandlungsplan machen kann.

Die *Hausmutter*. Im Heim wird der aufgenommene Kandidat durch die Hausmutter empfangen. Sie sorgt für die häusliche Atmosphäre und muss dem Bedürftigen eine Mutter sein, und das ist viel. Sie hat eine grosse erzieherische Aufgabe und hilft, die Patienten selbständig zu machen.

Der *Orthopäde*. Da es sich nun vielfach um orthopädische Fragen handelt, habe ich als Orthopäde schon in den Kursen mitwirken und dadurch auch Einsicht in das Ganze bekommen können. — Es hat sich herausgestellt, dass in sehr vielen Fällen, namentlich bei Patienten vom Lande, noch keine hinreichende orthopädische Versorgung besteht, wenn sie bei uns eintreten. So passen die Apparate sehr oft nicht. Neue, zweckmässigere Apparate sind nötig, die Prothesen müssen neu angepasst werden. Unter Umständen sind neue Prothesen notwendig und nach besonderen Bedürfnissen einzurichten. Der Orthopäde wird darum sehr häufig den *Orthopädiemechaniker*, den Bandagisten oder auch den orthopädischen Schuhmacher herbeirufen müssen und mit ihnen die Patienten betreuen. Ein Orthopädiemechaniker ist deshalb auch vorgesehen, damit die notwendigen Behelfe ohne allzugrosse Kosten und in tunlichster Frist erledigt werden können. Diese Handwerker gehören nicht zum eigentlichen Team, es wäre denn, dass einmal ein Kandidat beim Orthopädiemechaniker direkt arbeitet, und dieser als Werkmeister Auskunft über die Fähigkeit des Kandidaten geben müsste.

Die *Krankengymnastin*. Ganz wesentlich ist nun die enge Mitarbeit des Orthopäden mit der Krankengymnastin. Die Mehrzahl der orthopädischen Fälle sind nämlich längst nicht im optimalen Allgemeinzustand, wenn sie eintreten. Die meisten Poliomyelitisfälle zum Beispiel haben nach dem Spitalaustritt nicht mehr viel zu ihrem körperlichen Training getan, so dass sie mit fehlerhaften Haltungen, mit schlechtem Tonus und mit ungenügender Vitalkapazität eintreten. Sie sollten ja, wie ein Athlet für seine Wettkämpfe, immer im Höchstleistungsstadium sein. Denn ihre optimalen Funktionen sind die Voraussetzung für ihre Arbeitsfähigkeit. Darum muss die Krankengymnastin mit diesen Kandidaten, aber auch mit allen anderen, vom ersten Tag an regelmässig bis zum Schluss orthopädisch turnen. Eine bis zwei Stunden sind dafür bei jedem Kandidaten täglich vorgesehen. Dies darf natürlich niemals schematisch sein, ja es ist selbstverständlich, dass das Training möglichst mannigfaltig, psychologisch und auch lustbetont durchgeführt wird. Spiel und Sport tragen ganz entscheidend zur Förderung des Selbstvertrauens, der Ausdauer und der Geschicklichkeit bei. Auch ein Schwimmbad ist geplant. Wir haben

in den Kursen gesehen, dass durch die orthopädische Gymnastik der Geist im ganzen Haus günstig beeinflusst wurde. Die Krankengymnastin muss eine reife Persönlichkeit mit erzieherischen Fähigkeiten sein.

Die *Leiterin der funktionellen Arbeitstherapie*. Sie ist besonders dafür ausgebildet, die Bewegungsübungen und das Training bei motorischer Gebrechlichkeit an verschiedenen Arbeitsvorgängen durchzuführen. Die funktionelle Arbeitstherapie ist ausserordentlich segensreich zur Behandlung von Armlähmungen, schlaffer und spastischer Natur, von Gelenksteifen aller Art, zur Verbesserung der Trophik geschädigten Gewebes usw. Sie benützt dazu, wenn nötig, auch Schienen, Aufhängungen oder alle möglichen sonstigen technischen Kompensationen. Der Hauptzweck ihrer Arbeit liegt nicht im Arbeitsprodukt, das heisst in dem, was materiell aus der Arbeit hervorkommt, sondern in der Förderung mangelnder Körperfunktionen. Diese Behandlung ist also getrennt von den Trainingswerkstätten, die nur gute, qualitativ brauchbare Ware liefern müssen.

Die funktionelle Arbeitstherapeutin kann gleich wie die Gymnastin sehr wertvolle Erkenntnisse über die Leistungsfähigkeit ihrer Schützlinge beibringen. Aus ihren Beobachtungen ergeben sich auch manchmal Vorschläge für neue ärztliche Behandlungen, für Operationen, für Apparate, Korsette, Schienen, Arbeitsprothesen und dergleichen.

Andere *Spezialärzte*. Es ist selbstverständlich, dass, wenn bei der Untersuchung irgendwelche übrige körperliche Veränderungen erkannt werden, man dafür gegebenenfalls weitere Spezialisten zuzieht. Bei den körperlich Gebrechlichen wird es wohl seltener sein, kann aber auch zutreffen, dass ein Psychiater benötigt wird. Das Urteil dieser Spezialärzte wird selbstverständlich bei den Teambesprechungen ebenfalls massgeblich sein.

Der *Berufsberater*. In den ersten Tagen nach seinem Eintritt wird der Kandidat einer eingehenden psychologischen Untersuchung durch den Berufsberater unterzogen. Es ergeben sich die für die Weiterentwicklung so überaus wichtigen Erkenntnisse über Intelligenz, geistige Fähigkeiten, Neigungen, Charakter usw. Sie sind nebst den körperlichen Fähigkeiten wegleitend für die Berufsberatung, ja unter Umständen wichtiger als die rein körperlichen Defekte.

Die *Werkstattleiter*. Da das Berufsproblem aber nicht mit der theoretischen Erfassung und Beratung gelöst ist, und man bei der verschiedenen körperlich und teilweise auch geistig verminderten Leistungsfähigkeit auf die praktische Erfahrung angewiesen ist, gehört zur Eingliederung die Beobachtung in der Arbeit selbst. Die erste Beratung ist wegweisend für die Richtung, in die der Beruf zu gehen hat. Einzelne sind für kaufmännische Arbeit berufen. Sie werden ins Uebungsbüro geführt und bekommen dort von einem Fachlehrer Unterricht. Auch das technische Zeichnen gehört in diese Kategorie. Andere Kandidaten sind mehr nur praktisch begabt. Sie werden in die verschiedenen Werkstätten eingeteilt und dort unterrichtet und beobachtet. Es würde zu weit führen, wenn ich alle die verschiedenen Werkstätten genauer erläutern würde. Diese Seite gehört ja auch zur Berufsberatung. Es ist nur wichtig, dass die leitenden Personen in diesen Werkstätten auch dafür begabt sind, die Kandidaten zu beobachten und dem Berufsberater in dieser Beziehung helfen können. Die Werkstattleiter werden darum auch ganz besonders ausgesucht und auf ihre Aufgabe noch in speziellen Kursen ausgebildet und vorbereitet. Ihre viel Geduld und Optimismus erfordernde Mitarbeit ist sehr wichtig.

Die *Fürsorgerin*. Auch die Fürsorgerin hat sich einzuschalten. Sie hat vielleicht schon von Anfang an die Korrespondenzen über die betreffenden Kandidaten geführt und finanzielle Schwierigkeiten lösen helfen. Ihre Aufgabe ist aber haupt-

sächlich sehr wichtig, wenn der Fall berufsberaterisch abgeklärt ist und wenn das Training in ganz bestimmter Richtung seinem Ende entgegengesetzt. Gewiss sind die regionalen Fürsorgestellen für die Placierung am Domizil zuständig, und gewöhnlich sind es spezialisierte Fürsorger, welche dieselbe besorgen. Die Korrespondenzen und persönlichen Besprechungen gehen aber vielfach über die Eingliederungsfürsorgerin, und diese wird auch noch später für die Nachsorge besorgt sein und mit dem Berufsberater und Leiter eng zusammenarbeiten.

### *Die Teambesprechungen*

Es ist nun die Kunst, die Beobachtungen aller dieser Mitarbeiter zu einer Synthese zusammenzubringen, damit der Gebrechliche schliesslich da eingesetzt werden kann, wohin seine Eignung, seine Freude, seine Fähigkeiten ihn führen. Regelmässig müssen solche Besprechungen im engeren und weiteren Kreis der Mitarbeiter stattfinden. Meistens ist die berufsberaterliche Abklärung, wie gesagt, in den ersten Wochen schon deutlich abgezeichnet und lässt eine bestimmte Richtung erkennen. Das Optimum ist aber erst mit der Zeit zu erreichen. In den meisten Fällen ist ein mehrwöchiges Training unerlässlich. Es sind noch Arbeitsprothesen und Improvisationen am Arbeitsplatz nötig, die zuerst in der Eingliederungsstätte ausprobiert werden müssen. Nur wenn alle Mitarbeiter ihre Erfahrungen austauschen können und der Kandidat von allen Seiten richtig beleuchtet ist, können schwerwiegende Fehler vermieden und Enttäuschungen erspart werden.

### *Der Schritt ins Leben*

Bei jungen Leuten wird womöglich auf eine Vollehre tendiert. Eine solche ist nicht in der Eingliederungsstätte möglich, sondern soll, wenn irgend angängig, am Domizil des Kandidaten oder doch nicht zu weit davon entfernt ermöglicht werden. Die Fürsorgerin hat da die Verbindung mit den regionalen Behörden und Institutionen so früh aufzunehmen, dass nach vollendeter Beratung und bestmöglichen körperlichen und geistigen Trainings der Bezug der neuen Lehrstelle ohne Zeitverlust möglich wird. Handelt es sich um Kandidaten, die schon einen Beruf ausgeübt hatten, so wird die Umschulung auf ein dem alten Beruf möglichst verwandtes Gebiet angestrebt und so weit als möglich in der Eingliederungsstätte durchgeführt. Eine günstige Stelle zu finden und dann auch gleich zu beziehen, ist das grosse fürsorgerische Bestreben. Dass da oft viele und recht grosse Schwierigkeiten zu überwinden sind, kann hier nur angedeutet werden. Oft gilt es zuerst noch die Angehörigen, die Arbeitgeber und die Mitarbeiter des künftigen Betriebs zu überzeugen. Darum muss auch die Fürsorge noch lange Zeit nach der Placierung andauern.

### *Gestaltung der Heimstätte*

Es sei aber noch etwas zum Heim selbst gesagt. Für die Kandidaten bedeutet der Eintritt in die Eingliederungsstätte einen unerhört wichtigen Schritt. Die Krankheit, die im Zentrum der vorhergehenden Spitalbehandlung gestanden hat, oder das unbefriedigte Dahinvegetieren, wie es zu Hause war, wo oft der Kranke in unzweckmässiger Art von den Angehörigen verwöhnt wurde, das muss abgeschüttelt werden. Wir müssen aus den Leuten, die nur das Siechtum, die Verkrüppelung, die enggesteckten Grenzen und ihre Abhängigkeit von der Umwelt gesehen hatten, wir müssen aus diesen Leuten selbständige Persönlichkeiten machen. Sie dürfen also nicht mehr verwöhnt werden. Manche müssen noch lernen, ihre Toilette und alle möglichen Bedürfnisse selbst zu verrichten. Sie sollen womöglich auch ihr Bett und ihr Zimmer selbst in Ordnung halten. Prothesengänger kommen oft zum erstenmal in eine richtige Gehschule, obwohl sie natürlich schon im Spital hätten lernen sollen, sich sicher und ohne fremde Hilfe fortzubewegen. Ihnen muss gezeigt werden, wie sie Treppen überwinden und trotz der Behinderung ganz selbständig werden können.

Die Leute sollen auch lernen, miteinander auszukommen. Ihrer Freizeitbeschäftigung muss daher auch ganz besonderes Interesse entgegengebracht werden. Das passive Anhören von Radio oder der Wirtschaftsbesuch befriedigen nicht. Es soll ein gutes Spiel, leichter Sport sowie auch Musik und Theater gepflegt werden. Wir sind da auch noch auf manche Hilfskräfte angewiesen, die freiwillig den Heiminsassen Kameraden und Erzieher sein sollen. Darum möge auch die Eingliederungsstätte, gleich einem College, den Hilfesuchenden eine zweite Heimat werden, die ihnen auch noch später ihre Mithilfe nie versagt.

Es wird leider nie möglich sein, für alle Gebrechlichen einen Arbeitsplatz im öffentlichen Leben zu finden. Soweit die geistigen Fähigkeiten reichen, die Transportfrage lösbar und die charakterlichen Voraussetzungen genügend sind, werden Arbeitsplätze in Büros, Fabriken und kleineren Betrieben gesucht. Schwerste Fälle, die noch Pflege brauchen, sind vielfach auf Heimarbeit angewiesen. Auch solche anzulernen, macht sich die Eingliederungsstätte zur Pflicht. Die Stätte kann und soll aber die Invaliden nicht definitiv beschäftigen, sondern nur die Vermittlerin dafür sein. Solche Schwergebrechliche, die zu Hause nicht unterkommen können, gehören schliesslich in Dauerheime, die komfortabler eingerichtet sind und zudem eine noch nützliche Arbeit bieten können. Dass auch dies vorgesehen ist, habe ich schon gesagt. Das sind aber Ausnahmen, denn es ist unsere berechtigte Hoffnung, dass doch die Grosszahl der körperlich Versehrten noch voll eingliederungsfähig sein wird.

### *Schlusswort*

Ich habe mit diesen Ausführungen noch wichtige Dinge berührt, die nicht mehr zur eigentlich orthopädischen Betreuung gehören. Aber da es sich um die Organisation der Eingliederungsstätte handelt, wollte ich sie nicht unerwähnt lassen. Für das Sichzurechtfinden und das Wiederselbständigen im öffentlichen Leben ist schliesslich nicht so sehr der Grad der körperlichen Schädigung massgebend, als der Charakter des Versehrten. Wie Hoske in seinem schönen Buch «Zur Wiederherstellung der Lebenstüchtigkeit geschädigter Menschen» sagt, gilt da kein Schema. Vielmehr ist die Eingliederung immer wieder eine individuelle Aufgabe. Sie mögen selbst gemerkt haben, dass man schliesslich nicht ein Rezept der Eingliederung geben kann. Eine solche ist immer Improvisation, ja, wie der gleiche Autor mit Recht sagt, eine Kunst. Sie braucht seitens der leitenden Personen viel Menschenkenntnis, Berufskenntnis, Anpassungsfähigkeit, technische Begabung, Ausdauer, Liebe. Die Zusammenarbeit einer Gruppe von Fachleuten ist nötig. Alle haben sich einzufügen und auszurichten auf ein gemeinsames Ziel. Freude und Zuversicht, viel Geduld und Humor gehören zu dieser Arbeit. Diese wird schliesslich belohnt durch das Glück, dass auch die Ausgestossenen, die Unwerten, die Invaliden, trotz aller ihrer Mängel den ihnen zuvor versperrten Weg ins berufstätige öffentliche Leben wieder finden. Sie lernen sich aus der eigenen, ihnen verbliebenen Kraft, selbst zu erhalten, ohne das Gefühl, nutzlos brach zu liegen und auf Almosen angewiesen zu sein. Diese Hoffnung und diese Erkenntnis wecken auch die Freude, die über der Eingliederungsarbeit liegen muss.

## **II. Aus der Arbeit**

Von *W. Schweingruber*, Milchsuppe, Basel<sup>2</sup>

**V**or zehn Jahren hat der Verein Eingliederungsstätte seine Arbeit aufgenommen als erste schweizerische Organisation, die das Ziel verfolgte, Invaliden im berufsfähigen Alter einzugliedern, das heisst einem Beruf und Verdienst zuzuführen. Das sollte dadurch geschehen, dass planmässig versucht wird, die den Invaliden gebliebenen geschmälererten Fähigkeiten auszunützen und ihnen entsprechend spezialisierte Arbeiten zu vermitteln. Dieser Leitgedanke war an und für sich nicht neu. Sporadisch wurde er im Land herum in aller Stille viel angewendet. Unser Verein war es, der ihn zuerst zum alleinigen Zweck seines Wirkens machte.

<sup>2</sup> Aus dem Tätigkeitsbericht der Eingliederungsstätte Milchsuppe für das Jahr 1958.

## Was ist aus diesem Samenkorn geworden?

Am meisten Mühe machten uns die verhältnismässig häufigen Fälle von *Querschnittsgelähmten*, die wir aufnehmen mussten. Es handelte sich dabei um Männer mit verletztem Rückenmark, deren ganze untere Körperhälfte gelähmt und zudem gefühllos ist. Von der Lähmung sind aber nicht nur die Beine, sondern auch die innern Organe, also Blase und Darm betroffen. Das macht es oft unmöglich, dass solche Patienten einen Arbeitsplatz aufsuchen können. Die Eingliederung kann dann nur in Beschaffung einer geeigneten Heimarbeit geschehen. Noch schwieriger wird dieses Problem dadurch, dass die Querschnittslähmten wegen der allgemeinen Gefühllosigkeit der untern Extremitäten keine Schmerzen empfinden und darum auch nicht merken, wenn sie wundliegen. Fast alle unsere Invaliden, die an Querschnittslähmung leiden, müssen deshalb auf Liegewunden hin behandelt werden. Einerseits beanspruchen sie infolgedessen viel Pflegepersonal und eine lange Aufenthaltsdauer, und anderseits können sie doch nie so weit gebracht werden, dass die Gefahr neuer Wunden verschwinden würde. Die Vorbeugung kann nur so geschehen, dass sie regelmässig, das heisst alle zwei Stunden ungefähr ihre Körperlage ändern, damit andere Stellen belastet werden. Das eine Mal sitzen sie also im Fahrstuhl, nachher liegen sie auf dem Bauch, dann wieder auf der rechten oder der linken Körperseite und das nicht nur während einiger Wochen, Monate oder Jahre, sondern das ganze Leben lang.

Es ist begreiflich, dass in solchen Fällen eine Eingliederung grosse Mühe macht und lange Zeit beansprucht. Dass sie aber doch gelöst werden kann, zeigt uns das Beispiel eines Arbeiters aus einer Schuhfabrik. Unsere Aufgabe war zunächst eine therapeutische. Wir mussten vorerst versuchen, seine Wunden zum Schliessen zu bringen — was nie ganz gelungen ist — und dann sein Tagesregime so einrichten, dass keine Gefahr neuer Wunden mehr entstand. Dann verhandelten wir mit seinem bisherigen Arbeitgeber, welcher bereit war, den Invaliden in irgend einer Form weiterzubeschäftigen. Es zeigte sich aber, dass in den Fabrikräumen der Arbeitsplatz sich nicht so gestalten liess, dass die Körperlage regelmässig gewechselt werden konnte. Zu Hause liess sich das aber einrichten. Die Schuhfabrik suchte daher passende Heimarbeit und die Eingliederungsstätte motorisierte den Invaliden, damit er in die Lage versetzt wurde, die Aufträge jeweils in der Fabrik abzuholen und wieder zu bringen. Auf diese Weise liess sich dieses schwierige Eingliederungsproblem lösen.

Wer Querschnittsgelähmte kennt, weiss, dass sie trotz ihrer schweren Behinderung nichts sehnlicher suchen als regelmässige Arbeit. Sie spüren keine Schmerzen und fühlen sich nicht krank. Sie haben gesunde Hände und einen wachen Kopf. Wie mancher von ihnen fühlt sich aber durch seinen Unfall aus der menschlichen Gesellschaft und von jeglicher Berufsarbeite völlig ausgeschlossen, so dass er oft sein Leben selber zu beenden wünscht! Wie gross ist da die Genugtuung, wenn auch bei diesen Schwerstinvaliden eine Eingliederung gelingt.

Von den andern Invaliditätsformen sind es die *Hemiplegien*, das heisst Lähmungen einer ganzen Körperhälfte nach Hirnstörungen, welche die Eingliederung ausserordentlich erschweren. In den meisten Fällen ist nämlich mit diesen Lähmungen eine starke Veränderung der gesamten Persönlichkeit verbunden, gewöhnlich durch Verlangsamung aller Denkvorgänge und Bewegungen, affektive Veränderung zu Weinerlichkeit oder umgekehrt zu Wurstigkeit und Willensschwäche, und in nicht seltenen Fällen sind damit auch Sprachschwierigkeiten verbunden, weil der Invalide die Worte und Ausdrücke nicht mehr finden kann und in schweren Fällen selbst nicht mehr in der Lage ist, ganze Sätze zu bilden. Er muss sich dann mit einzelnen Wörtern verständlich machen, die er auch mühsam genug reproduziert. Feine Nuancierungen sind dabei unmöglich. Dennoch bleibt das seelische Bedürfnis nuanciert. Es entstehen daraus Verstimmungen, denen nur schwer auf den Grund zu kommen ist.

Trotzdem sind auch hier Eingliederungen gelungen.

Ein ehemaliger Lehrer aus dem Kanton Aargau erlernte bei uns das Fünffingersystem im Maschinenschreiben. Mit der gelähmten Hand brauchte er dabei nur Hilfsbewegungen zu machen. Das Wortfindevermögen war gestört, der Gedankenablauf aber nicht. Darum war es möglich, ihn im Büro eines grossen Unternehmens in seinem Wohnort einzugliedern.

Einen etwas aussergewöhnlichen Weg mussten wir einschlagen bei einem schon 58jährigen Hemiplegiker, der vor der Erkrankung Bauschlosser war. Alle therapeutischen Bemühungen im Spital und in der Eingliederungsstätte brachten ihn nicht mehr so weit, dass er seinen früheren Beruf wieder hätte ausüben können. Aber auch eine eigentliche Umschulung war nicht zu empfehlen, weil er nachher seines Alters wegen nirgends mehr untergekommen wäre. Seine Frau war aber bedeutend jünger und arbeitstüchtig. Sie hatte eine Halbtagsstelle annehmen müssen während der Krankheit ihres Mannes. Den andern Halbtag brauchte sie zur Führung des Haushaltes. Nun lernte bei uns der gelähmte Mann die Haushaltarbeiten samt Kochen und Waschen, so dass nach seiner Heimkehr die Frau den ganzen Tag dem Verdienst nachgehen konnte. Die kleine Familie hat keine Unterstützung mehr nötig.

Bei Invaliden, die an *Littleschen Krankheitsformen* leiden, ist in der Mehrzahl der Fälle keine eigentliche Eingliederung möglich. Diese Invaliden können keine exakten Bewegungen machen und in den meisten Fällen auch nicht normal sprechen. Auch das Schreiben, selbst das Maschinenschreiben ist so erschwert, dass es beruflich ungenügend ist. In leichteren Fällen sind einige Eingliederungen gelungen, zum Beispiel als Bürogehilfin, Gärtnergehilfe, Haushalthilfe. Der Verdienst bleibt aber klein entsprechend den oft bescheidenen Leistungen, die sich heute noch nicht verbessern lassen. In den schweren Fällen kann das Ziel unserer Bemühungen nur darin bestehen, dass wir diesen In-

validen irgend eine sinnvolle Tätigkeit innerhalb des elterlichen Haushaltes ermöglichen, die ihrem Leben einen gewissen Inhalt und den Eltern eine spürbare Entlastung und Ruhe geben kann. Regelmässig lernen sie dazu noch soviel Selbsthilfe, dass sie selber den grössten Teil ihrer körperlichen Bedürfnisse befriedigen können, wodurch ihr Selbstbewusstsein in ganz bedeutendem Masse gehoben werden kann.

Ein schönes Beispiel dieser Art ist ein junger Mann, dessen ganzer Körper so versteift ist, dass praktisch nur die Gesichtsmuskeln vom Krampf nicht betroffen sind. Aber schon die Halsbewegungen sind blockiert. Der Kopf kann nur mühsam und wenig bewegt werden. Der linke Ellbogen beugt und streckt sich um wenige Grade. Der Mann konnte bis jetzt überhaupt nichts ohne fremde Hilfe machen. Das Essen musste ihm Löffel für Löffel eingegeben werden. Briefe oder Notizen musste er in eine fremde Hand diktieren und jede Buchseite musste ihm umgeblättert werden. Wir haben bei uns durch intensive Therapie die Hals- und Ellbogenmuskeln soweit lockern können, dass er es zustande brachte, auf einer elektrischen Schreibmaschine zu schreiben und mit einer besondern Einrichtung eine einfache Mahlzeit selber einzunehmen. So bescheiden diese Zielsetzung scheint, so gross ist doch die subjektive Hilfe für die Seele des noch jungen Invaliden und für die Beanspruchung der Umgebung. Heute ist sein Tag so ausgefüllt, dass er sich äusserte, der Tage habe nun zu wenig Stunden für ihn.

Von den *Kinderlähmungsgeschädigten* nehmen wir in der Eingliederungsstätte in der Regel nur die schweren Fälle intern auf. Die leichteren können ambulant beraten und placierte werden. Wer aber sein Leben lang auf den Fahrstuhl angewiesen bleibt und vielleicht auch im Oberkörper noch gelähmte Partien aufweist, der braucht besondere Schulung, besondere Therapie und besondere Einrichtungen. Die Poliokrankheit greift glücklicherweise die Intelligenz nicht an. Das ist für die Eingliederung eine Erleichterung. Sie trifft aber oft die gesamte Vitalität des Patienten, so dass er schonungsbedürftig wird. Das ist eine Erschwerung der Eingliederung. Es braucht daher auch bei diesen Invaliden viel Vorarbeit, bis sie zur Placierung reif sind und viele Gänge und Betriebsbesichtigungen, bis ein geeigneter Platz gefunden ist.

Das Beispiel eines jungen Mannes aus dem Berner Oberland mag das zeigen. Seine Krankheit hatte eine Lähmung aller vier Extremitäten zur Folge. Auch die Bauch- und Brustmuskeln wurden schwer betroffen. Die Wirbelsäule verkrümmte sich daher so stark, dass der Patient in sich zusammensank und der Kopf tief zwischen die Schultern kam. Ein einziger Muskel wies normale Kraft auf. Nur die linke Hand war zu gebrauchen, aber selbst das dazugehörige Ellbogengelenk war nur teilweise brauchbar. Intelligenz und Lebenswille waren aber unverkümmert und darum wagten wir uns an die kühne Aufgabe heran, diesem Schwerstgebrechlichen eine Vollehre teilwerden zu lassen; eine Vollehre einem Lehrling, der nicht gehen kann und einzig eine Hand zur Verfügung hat und nur über ganz bescheidene Muskelkräfte verfügt, die so bescheiden sind, dass wir mit dem Versuch, ihn ein Auto steuern zu lehren, keinen Erfolg hatten. Allein zum Einstiegen hätte er eine gute Viertelstunde Zeit gebraucht. — Wir brachten ihm in unserer Weberei die

Anfangsgründe des Patronierens bei. Das geht mit einer Hand allein, und als wir sahen, dass auch sein Verständnis und seine Freude positiv waren, machten wir uns auf die Suche nach einer Lehrstelle. Es ist uns in der ganzen Berufs- und Wirtschaftswelt keine einzige Tätigkeit bekannt, die mit den winzigen körperlichen Voraussetzungen unseres Invaliden eine Vollehre erlauben würde. Dazu ist der Beruf des Patroneurs erst noch selten und darum die Lehrstellenanzahl gering. Dennoch machten wir uns auf die Suche. Zunächst mussten alle Betriebe besichtigt werden, in welchen dieser Beruf zu Hause ist. Es sind ihrer 17, nur auf die Ostschweiz verteilt, wovon die meisten in Zürich. Nur einer war unter ihnen, bei dem der Arbeitsplatz mit dem Fahrstuhl zu erreichen war — zuerst vom Trottoir ins Hausinnere, von da in den Lift, dann in die Geschäftsräume und schliesslich an den Arbeitsplatz und auf die Toilette. Nirgends Treppentritte, nirgends zu hohe Schwellen. Welch wunderbarer Fund! — Nun bearbeiteten wir den Betriebsinhaber und den Bürochef und erklärten ihnen, dass sie in der ganzen Schweiz allein uns helfen könnten. Und siehe da, sie hatten schon nach der zweiten Unterredung ein Einsehen und als sich unser Jüngling persönlich vorstellen konnte, sagten sie eine Vollehre zu. Jetzt mussten aber noch das Kantonale Lehrlingsamt und die Gewerbeschule einverstanden und bereit sein, die besonderen Umtriebe zu ihren Lasten zu nehmen. Der Stundenplan und der gesamte Lehrplan waren anzupassen und im Schulhaus musste der Schüler samt Fahrstuhl treppauf und treppab getragen werden. Es hat alles geklappt. (Den Gewerbeschulen Basel, Zürich und St. Gallen möchte der Berichterstatter hier ein Kränzleinwinden. Alle drei haben schon Schwerinvaliden zur Ausbildung übernommen und alle die müheverursachenden Umstände nicht nur ertragen, sondern mit Elan auf sich genommen.) — Und schliesslich hat auch die Logisbeschaffung und die Lösung des Transportproblems geklappt. Wir haben ein Haus des CVJM gefunden ohne Schwellen aber mit Lift, in dem unser Jüngling Anschluss an gute Kameraden fand. Außerdem liess sich ein Taxidienst organisieren, der den Strassentransport übernahm von der Pension ins Geschäft und in die Gewerbeschule. Seit Ostern 1958 läuft nun diese Vollehre. Es hat sich alles bewährt bis auf den Taxidienst. Er war zu unpünktlich und hielt sich nicht an die finanziellen Abmachungen. Heute wird der Fahrstuhl von Hand durch die Strassen gefahren von einem Arbeitskameraden aus der gleichen Firma.

*Erfolge und Misserfolge:* Im vergangenen Jahr hatten wir 88 Austritte:

In Vollehren wurden placierte . . . . .	6
In Anlehren wurden placierte . . . . .	5
In Hilfsarbeiterstellen vermittelt . . . . .	29
Mit Heimarbeit versorgt . . . . .	9
In Dauerheime eingewiesen . . . . .	5
In den Spital zurückversetzt . . . . .	9
Zur alten Arbeit entlassen . . . . .	8
Nach Hause entlassen ohne Beruf . . . . .	10
Erfolglos bleiben . . . . .	6
Pendent . . . . .	1
<b>Total</b>	<b>88</b>

Diese Zahlen weisen auf die Tatsache hin, dass die Eingliederungsstätte in der letzten Zeit schwerere Fälle aufgenommen hat als früher. Der Grund dafür ist ein doppelter.

Zunächst ist die Wirksamkeit der drei seit kurzem bestehenden Regionalstellen für die Eingliederung Behindter in Bern, St. Gallen und Zürich bereits deutlich spürbar. Diese erledigen einen grossen Teil von Fällen, welche früher der Eingliederungsstätte zufielen und machen damit gleichzeitig eine wirksame Triage. Es bleiben uns so automatisch die schweren Fälle, nämlich alle jene, die ohne besondere körperliche oder beruflische Wiederertüchtigung nicht placiert werden können.

Der zweite Grund liegt darin, dass es in der Schweiz immer noch keine andere Station gibt, welche die spezifische Therapie übernehmen kann, wie wir sie durchführen. Darum müssen wir viele Patienten aufnehmen, bei denen sich nicht eigentliche Eingliederungsprobleme mit Berufsberatung und Stellenvermittlung stellen, sondern nur körperliche Erüchtigung zur Erreichung grösserer Selbständigkeit in den täglichen Verrichtungen. Das betrifft vor allem die Gruppe der zehn Patienten, die ohne Beruf nach Hause entlassen wurden. Der grössere Teil unter ihnen sind Little-Kranke, die nicht vermittelungsfähig sind (auch nicht für Heimarbeit).

Bei der Gruppe, die in Dauerheime eingewiesen werden mussten, handelt es sich um je einen Fall von Multipler Sklerose, Schlafkrankheit, extremem Muskelschwund, Querschnittslähmung und Kombination von Körperinvalidität mit schwacher Begabung. Sie alle sind wohl beschäftigt, aber können ihren Lebensunterhalt nicht verdienen.

Die Zahl derer, die in das Spital zurückversetzt werden mussten, ist relativ gross. Der Grundsatz, einen Patienten möglichst frühe für die Wiedereingliederung zu erfassen, hat sich als richtig erwiesen. Er bringt uns meistens Erfolg. Er kann aber auch Rückversetzungen nötig machen. Es handelt sich um Nachamputationen, Ausheilen von Liegewunden, Neuerkrankungen, zu grosse Schwäche des Allgemeinzustandes. Mitgezählt sind auch zwei Fälle, die in die Irrenanstalt zurückgewiesen werden mussten, weil die körperliche Invalidität sich wegen Geisteskrankheiten (?) nicht überwinden liess.

Unter den Erfolglosen haben wir diejenigen gezählt, die wir entlassen mussten, ohne für die Sicherung ihrer Zukunft eine merkliche Besserung zu erreichen. In zwei Fällen war es die Krankheit (schwerer Muskelschwund und Nervenschmerzen) welche die Patienten so hoffnungslos machte, dass sie alle weiteren Bemühungen aufgaben. Einer von ihnen verzweifelte vor allem deshalb, weil wir seinen Muskelschwund nicht mit technischen Mitteln kompensieren konnten. Ein Ausländer musste wegen Arbeitsscheu von der Fremdenpolizei ausgewiesen werden. Ein anderer erlag dem Alkohol schon vor Antritt der Stelle, die wir ihm vermittelten, verunglückte im Rausch und liegt nun wieder tief im Spital. Ein Fünfter musste aus disziplinarischen Gründen aus dem Hause ausgewiesen werden. Die Stelle, die wir ihm nachträglich noch vermittelten, trat er nicht an. Der Sechste schliesslich wurde von seiner Braut schon wenige Tage nach dem Eintritt, bevor wir nur mit äusseren Bemühungen einsetzen konnten, wieder abkommandiert.

Betrachten wir diese Zahlen im Gesamten, so geht daraus hervor, dass von 88 Ausgetretenen volle 30 nicht eingliederungsfähig waren. Unter

ihnen sind aber nur sechs, bei denen die Situation wirklich unbefriedigend ist. Alle andern sind betreut und haben diejenige Lebensform gefunden, die ihnen zusagt und in der sie sich wohl befinden.

Wir haben eine grosse Warteliste von Männern und Frauen, die in die Eingliederungsstätte eintreten möchten. Auf die Länge dürfen wir es kaum verantworten, die freiwerdenden Plätze Invaliden zu geben, von denen wir zum vornherein wissen, dass sie nicht voll eingegliedert werden können. Wir denken dabei vor allem an Little-Kranke und Hemiplegiker. Wir denken aber auch an jene, die nur wegen der Therapie zu uns kamen. Wir würden es daher sehr begrüssen, wenn auch in andern Spitälern Abteilungen entstehen würden, in denen die funktionelle Therapie durchgeführt werden kann, eine Therapie, für die der Arzt allein zuständig ist und der Berufsberater entbehrt werden kann.

*Nous renvoyons les lecteurs à l'article sur la «Milchsuppe» qui a paru en français dans le n° 9, 1958, page 297, de ce bulletin.*

## Eingliederung von der Schwester aus gesehen

*Von Schwester Erika Christ, Milchsuppe, Basel*

**U**eben die Arbeit der Krankenschwester zu schreiben, scheint mir ein ziemlich schwieriges Unterfangen. Da die Eingliederung in der Schweiz ein relativ neues Gebiet ist, haben wir auch noch kein speziell geschultes Personal. Ich selber wurde auch einfach ins Wasser beziehungsweise in die «Milchsuppe» geworfen, und es hiess: «jetzt schwimm!» Durch Fachliteratur und Gespräche mit ausgebildeten Kolleginnen im Ausland habe ich versucht, mir die nötigen Kenntnisse anzueignen, was aber leider nicht heissen will, dass ich «specialised» bin. Ich gestehe offen, dass ich am Anfang, das heisst vor vier Jahren, auch nicht sehr begeistert von dieser Arbeit war, aber jetzt hat die Aufgabe mich gepackt. Hauptsächlich, wenn man sieht, was auf diesem Gebiet alles zu tun ist und wie vernachlässigt es bis vor kurzem war.

Die Arbeit der Schwester ist vielfältig und eigenartig. Es ist keine reine Pflegearbeit, sondern es wird ebenso viel psychisches und erzieherisches Verständnis verlangt; daneben ist man oft auch Mädchen für alles! Trotzdem haben die Leute, und es gibt immer noch solche an recht exponierten Stellen, unrecht, wenn sie sagen, dass es in einer Eingliederungsstätte überhaupt keine diplomierte Schwester braucht. Dazu möchte ich Prof. Howard Rusk, Bellevue Center, New York, zitieren, der in seinem neusten Buch zu diesem Problem folgendes sagt: «Die

*Krankenschwester hat eine Schlüsselstellung im Rehabilitationsteam. Erstens als pflegende Schwester und zweitens als koordinierendes Element. Die Schwester soll zu allen Besprechungen zugezogen werden, und zwar soll sie nicht nur ihre eigenen Erfahrungen mitteilen, sondern sie kann von den übrigen Mitarbeitern sehr viel lernen und dann bei der eigentlichen Pflege am Krankenbett im Sinn des Besprochenen auf den Patienten einwirken.»*

*Rehabilitation beginnt eigentlich schon am Tage des Unfalles beziehungsweise bei Eintritt in das Spital. Ich bin mir völlig bewusst, dass es bei uns in der Schweiz einfach eine Personalfrage ist, und dass die Schwester auf der Abteilung nie und nimmer Zeit hat, den Patienten, wie man so sagt, «machen zu lassen». Es geht viel schneller, den Patienten routinemässig zu waschen und zu kämmen, als dabei zu stehen und zuzusehen, wie der Patient sich selber abmüht. Trotzdem wäre das in vielen Fällen bereits der Anfang seiner Wiedereingliederung. Auch bei Paraplegikern fehlt meist die Zeit für ein richtiges Blasen- und Darmtraining. Hier kann der Patient allerdings weitgehend tatkräftig selber mithelfen, indem er seine eigene Zeitkurve führt, seine Uebungen macht, genau kontrolliert wieviel Flüssigkeit er zu sich nimmt. Erst muss ihm das alles natürlich genau erklärt und gezeigt werden und anfänglich auch kontrolliert. Aber eben: Personal!*

*Vielfach werden auch Fehler bei der Lagerung gemacht, und die Folge davon sind dann Kontrakturen, die beinahe nicht mehr oder nur durch langes und mühseliges Arbeiten mit der Heilgymnastin und Therapeutin zum Verschwinden gebracht werden können. Es ist klar, dass jede pflegende Schwester sich bewusst sein muss, wieviel von ihr abhängt, ob ihr Patient einer jener «Chronischen» wird, wie wir sie alle von Spitätern und Heimen kennen. Oft werden Patienten auch ohne Therapie nach Hause entlassen, die Angehörigen behandeln sie als Säuglinge oder unerwünschte Mehrbelastung und der Patient versinkt immer tiefer in ein Gefühl der Abhängigkeit und des Unzufriedenseins. Es ist erstaunlich, was bei intensiver Therapie oft doch noch herauszuholen ist und wie der psychische Barometer dann steigt. Schade, dass oft soviel Zeit vergeht, ehe wir diese Leute in die Eingliederungsstätte bekommen; Zeit, die einfach verloren ist.*

*Das Erstrebenswerteste wären natürlich Eingliederungsstätten in allgemeine Krankenhäuser eingebaut, wo die Patienten so früh als möglich aus der Spitalzimmeratmosphäre hinaus und in die Eingliederungsstätte hineingebracht werden könnten. Ich habe diesen Idealzustand in Amerika gesehen und war beglückt über die erzielten Resultate. Allerdings stand das Verhältnis Patient - Personal dort 1:1! Das Personal schien vom heiligen Feuer erfüllt, und der Ton auf dieser Abteilung war mehr*

als vergnügt, trotz eisernen Lungen und Schaukeltischen mitten im Saal. Was ich Ihnen nun da erzähle, ist für uns leider vorwiegend noch Theorie. Die Milchsuppe in Basel bemüht sich, ihr Möglichstes zu tun, aber wir sind personell so kurz gehalten, dass wir die Fälle, die sehr viel Pflege brauchen, einfach nicht oder nur in sehr kleinem Umfang aufnehmen können. Um dem Feind Nr. 1 bei Lähmungen, dem Dekubitus, entgegentreten zu können, müssten die Patienten zweistündlich gedreht werden können. Das bedingt eine Nachtwache, und die haben wir nicht! Dazu sorgfältigste und ausgedehnte Körperpflege, die der Patient wohl eventuell selber ausführen könnte, aber es braucht auch wieder Zeit, um es ihn zu lehren. Es braucht Zeit und Geduld, neben einem Patienten zu stehen, die Hände auf dem Rücken, und zuzusehen, wie er sich anstrengt einen Strumpf anzuziehen, einen Knopf ins Knopfloch zu bringen, einen Schuh zu binden oder mit einem Spiegel bewaffnet seine Druckstellen einzureiben. Aber so paradox es klingt, wir helfen ihm nur, wenn wir ihm nicht helfen! Er muss selbstständig werden und ohne fremde Hilfe auszukommen suchen. Natürlich wird es immer Fälle geben, die zeitlebens pflegebedürftig bleiben, aber wenn sie nur lernen, ihre Zähne selber zu putzen oder allein zu essen, so ist schon etwas erreicht. Die Anregungen zu diesen Dingen müssen zum grossen Teil von der Schwester ausgehen, natürlich mit Erlaubnis des Arztes. Oft sind die Aerzte nicht genug daran interessiert. Wenn der Patient, von ihnen aus gesehen, entlassungsreif ist, dann wird er halt entlassen. Und nachher? *Après nous le déluge.* Viele Aerzte kennen die Eingliederungsmöglichkeiten gar nicht genügend, denn ein Lehrstuhl für Sozialmedizin existiert meines Wissens in der Schweiz nicht.

Es scheint mir, diese Ausführungen sollten Ihnen einen Einblick in die Arbeit der Schwester geben und Ihnen zeigen, wie viel noch zu tun ist auf diesem Gebiet, und wie sehr wir uns noch anstrengen müssen, um den Vorsprung der anderen Länder aufzuholen. Wenn die Invalidenversicherung kommt, kann hoffentlich auch der jetzige finanzielle Engpass überwunden werden, denn an erster Stelle steht ja die Beihilfe zur körperlichen und beruflichen Wiedereingliederung der Invaliden. Das ermöglicht die Einstellung von mehr Personal und damit die Erzielung besserer Resultate. Es bleibt nur zu hoffen, dass sich das Personal auch findet; bis jetzt macht es leider nicht den Anschein. Eine Schwester zu finden, die Freude hat an der Arbeit bei Behinderten, die auch über den nötigen Humor verfügt, ist ein mühseliges Unterfangen; ich rede leider aus Erfahrung. Trotzdem kann ich nur sagen, wenn man einmal angefangen hat, lässt es einem nicht mehr los, oder wie der Engländer sagt : « it gets under your skin ». Hoffentlich

liest eine Schwester diesen Bericht, die Lust und Freude hat, sich in diesem neuen Fach zu spezialisieren. Sicher, wir sind kein klinischer Betrieb, manches ist bei uns ganz anders, als im Spital, es werden auch Dinge verlangt, die nicht unbedingt Schwesternarbeit sind, aber eben, siehe oben: « it gets under your skin! »

**Résumé:** L'auteur, infirmière-chef du centre de réadaptation de la « Milchsuppe » à Bâle, décrit son champ de travail qui est nouveau, peu connu encore, et qui est passionnant. Ce genre de soins infirmiers donne de grandes satisfactions. Plus vite la réadaptation sera entreprise, parfois sitôt après l'opération, et plus grandes seront les chances de succès. Ce travail demande de la part du malade et de l'infirmière, une patience infinie; mais les résultats en valent la peine. C'est un nouveau domaine des soins infirmiers qui s'ouvre.

## Die Krankenschwester im modernen Eingliederungsteam

Von *Ellen Zanger*, Zentralsekretariat Pro Infirmis

Auf dem langen Wege zum Sieg über eine Behinderung kommt ein Gebrechlicher mit einem ganzen Team von Helfern in Berührung. Unter ihnen fällt der Krankenschwester eine wichtige Aufgabe zu. So verschieden sich diese auch stellt — anders in Spital- oder Poliklinik als in der Gemeindepflege und Privatpraxis, anders bei Kindern als bei Erwachsenen, anders bei jeder Behinderungsform, neu vor allem für jeden einzelnen Menschen — sie erfordert in der modernen Eingliederung stets eine *planvolle Zusammenarbeit mit den übrigen Helfern*, die ihren spezifischen Teilbeitrag leisten an das Ziel, einen infirmen Menschen so weitgehend als möglich in die familiäre, berufliche und soziale Gemeinschaft einzugliedern.

Zur Zusammenarbeit mit dem *Arzte* ist die Krankenschwester durch ihre ganze Ausbildung in besonderem Masse vorbereitet. Aus dem engen Kontakt mit dem Patienten heraus wird die pflegende Schwester dem Arzte mit mancherlei Beobachtungen helfen können, den Invaliden besser zu verstehen und zum Beispiel die Ursachen zu finden, wenn er nicht richtig mitarbeiten will. Man sei sich darüber klar, dass Gebrechliche — und zwar häufig bereits Kinder — oft im Laufe der Zeit selbst zu einer Art Fachkundigen für ihren Zustand und dessen Prognose geworden sind und äusserst empfindlich reagieren, wenn man sie unreal vertrösten oder im Unklaren lassen will. Die Krankenschwester muss daher vielleicht dann und wann dafür eintreten, dass die ärztlichen Helfer bei der Beratung über das weitere Vorgehen in

allererster Linie den Patienten selbst beziehen. Denn es kommt noch viel zu häufig vor, dass wichtige Entscheide lediglich mit den Familienangehörigen besprochen werden und der Patient selbst erst am Schluss vor die beschlossene Tatsache gestellt wird. Ein Gebrechlicher — und könnte er keinen Finger mehr rühren — ist kein willenloses Stück Holz, sondern der Mittelpunkt der ganzen Wiederherstellungs-bemühungen, auf dessen aktive Mitarbeit es gerade in der Behinderten-hilfe in höchstem Masse ankommt!

Und damit zum wichtigsten Teamglied: dem *Gebrechlichen selber und* — davon vor allem bei Kindern kaum zu trennen — *seinen Angehörigen*. Sie brauchen beide Hilfe, um die Tatsache eines Gebrechens positiv zu verarbeiten.

Besonders wichtig ist dies ganz zu Beginn des Eingliederungsweges. Wie oft bricht eine ganze Welt zusammen, wenn der Arzt Eltern eröffnen muss, dass ihr Kind zum Beispiel mit einer schweren Missbildung geboren oder taub ist. Ratlosigkeit, lähmende Verzweiflung oder Auf-lehnung mögen jedoch genau so gross sein, wenn der Arzt einem Pa-tienten nur die bittere Bestätigung seiner uneingestandenen Befürch-tungen gibt. Damit diese schwere Stunde trotz allem zum Anfang eines neuen, gangbaren Weges wird, ist durch den Arzt und — je belasteter dessen Arbeitspensum wird und je spezialisierter sich verschiedene medizinische Zweige um einen Patienten bemühen — ergänzend durch die Schwester eine zweifache Hilfe notwendig: Einmal eine ein-gehende, sachliche Erklärung des Befundes und seiner Bedeutung. Wo-möglich gehe man auch auf die Ursache ein, denn viele quält diese Frage sehr. Es ist zum Beispiel eine wesentliche Hilfe für Eltern, wenn man ihnen sagen kann, dass in einer Grosszahl von Fällen weder Ver-erbung noch Lebenswandel des Partners oder der Vorfahren das Ge-brechen ihres Kindes verursacht haben. Und als Zweites ist es nötig, einen Weg in die Zukunft zu weisen, gerade jetzt, da alles zu Ende scheint. Eltern und Gebrechliche sollen sehen, dass sie nicht allein stehen und dass trotz einer Behinderung ein Leben erfüllt und sinnvoll und in sehr vielen Fällen auch von fremder Hilfe unabhängig sein kann.

So selbstverständlich eine solche Hilfe scheint, so häufig fehlt sie oder genügt sie in der Praxis nicht. Besonders die Eltern behinderter Kin-der klagen mit erschreckender Eintönigkeit, dass ihnen wohl gesagt worden sei, was ihrem Kinde fehle, was defekt sei; aber sie erhielten keinen Ausblick auf das Verbleibende, keine Hilfe zu einem ver-trauensvollen «Dennoch», von dem für die ganze weitere Entwicklung von Kind und Familie Wesentlichstes abhängt.

Später ist es wichtig, ein waches Auge darauf zu halten, dass gesunde Geschwister neben einem viel Pflege erforderten Kind sich seelisch trotzdem harmonisch entwickeln und dass ein infirmes Kind weder überfordert noch verweichlicht wird. Es kann den Eltern wesentlich helfen, ihr Kind innerlich zu akzeptieren, wenn sie durch Fachleute (z. B. Heilpädagogen) genaue Anleitung erhalten, wie sie es daheim fördern und selbstständig machen können. So lernen sie es in seinen verbleibenden Möglichkeiten ganz sachlich kennen und tragen aktiv zu seiner Entwicklung bei. Dadurch brauchen sie die so häufigen, unbewussten Schuldgefühle nicht mehr durch Verwöhnen des Kindes zu kompensieren, was leicht schwerere Folgen hat als seine ganze Behinderung.

Beim erwachsenen Behinderten kann die pflegende Schwester das Selbstvertrauen des Patienten wecken und stärken, indem sie ihn immer wieder erleben lässt, was er trotzdem alles auszuführen imstande ist, wenn sie ihn anleitet, wie er Ausfälle kompensieren kann und ihn alles selbst tun lässt, was nur möglich ist, obwohl es im Arbeitsdruck viel leichter wäre, die Handreichungen selbst schnell zu erledigen. Sie suche auch seinen eigenen Erfindungsgeist für kleine «Vörteli» und technische Hilfen anzuregen, wo noch keine Beschäftigungstherapeutin planmässiges Selfcare-Training und Aids vermitteln kann.

Bei schwerbehinderten Kindern und Erwachsenen lassen sich manche möglichen Reibungsflächen im Zusammenleben vermindern, wenn man der Familie hie und da eine «Atempause» und dem Invaliden gleichzeitig neue Eindrücke durch Ferien vermittelt. Auch die Zugehörigkeit zu einer Jugendgruppe, einer Invalidenvereinigung, gelegentliche Ausflüge und Besuche «von aussen», zum Beispiel durch Rotkreuzhelferinnen, und vor allem eine sinnvolle Beschäftigung helfen mit, dass der Behinderte nicht nur auf seine enge Umgebung ausgerichtet bleibt.

*Invalide und ihre Angehörigen können auch zu eigentlichen Helfern für andere werden — eine Möglichkeit, die man noch weit mehr ausnützen sollte.*

So hat sich zum Beispiel eine Gruppe von Eltern schwachsinniger Kinder einem Frauenspital zur Verfügung gestellt, um andern Eltern beizustehen, denen ein geistesschwaches Kindlein geboren wurde. Und wie oft kehren Gebrechliche von einem Schwerhörigenkurs, einem Invalidenlager, einer gemeinsamen Wallfahrt mit einer neuen Einstellung zurück. Was gesunde Helfer vergeblich versuchten, ist einem invaliden Schicksalskameraden gelungen.

Die Hilfe durch solcherart selbst Betroffene setzt allerdings voraus, dass diese sich mit den Fragen ehrlich auseinandergesetzt haben und zu einem gewissen Frieden gekommen sind. Wer dagegen sein Gebrechen noch überkompensiert,

richtet höchstens bei andern Schaden an! Es bestehen heute vielerlei Möglichkeiten, sich neutralen und kirchlichen Zusammenschlüssen von erwachsenen Behinderten, von Eltern gebrechlicher Kinder anzuschliessen, ferner die Gruppen von behinderten Pfadfindern — und Pfadfinderinnen — trotz-allem.

Erinnert sei auch daran, dass der zuständige *Geistliche* mit zum Helferteam gehört und dass zum Teil spezialisierte Einrichtungen bei beiden Konfessionen bestehen: besondere Taubstummen- und Schwerhörigen-Gottesdienste, Einkehrtage, Besinnungswochen und Wallfahrten für Gehörlose, Schwerhörige und Invaliden, eine eigene Blindenpastoration usw.

Die Zusammenarbeit mit dem *medizinischen Hilfspersonal* sollte mancherorts noch planmässiger werden. Wenn Patienten aus Spitätern mit einem bestimmten Uebungsprogramm entlassen werden, hängt viel von einer gewissen Ueberwachung desselben ab. Einige Gemeindeschwestern haben sich selbst in ein Turnprogramm einführen lassen und helfen auf diese Weise mit, dass es regelmässig und ohne allmähliche Abstriche eingehalten wird. Ebenso ist es eine wertvolle Hilfe, wenn die Schwester über Stumpfpflege bei Amputierten Bescheid weiss und beim richtigen Unterhalt und Gebrauch von Prothesen, Stützapparaten, Gipsschalen usw. raten kann. Besondere Kenntnisse — über welche die Spezialkliniken gerne orientieren — verlangt die Pflege von Querschnittgelähmten zur Verhütung von Dekubitus- und Nierenkomplikationen, ebenso allgemein die Lagerung von Gelähmten, damit nicht die gefürchteten Deformationen auftreten. Dabei wird es oft nötig sein, auch Angehörige anzuleiten.

Ein Wort noch zu den zahlreichen *technischen Hilfen* für Invaliden. Was heute auf den Markt kommt, sind gute, erprobte Produkte. Doch weil sie Lebendiges zu ersetzen oder ergänzen haben, können sie selten einfach «verschrieben» werden.

So werden allzu oft *Invalidenfahrstühle* bestellt, ohne dass Art und Ausmass der Behinderung (z. B. genügend Kraft zur Betätigung von Greifräder, Kurbeln, Bremsen, Versteifungen), Verwendung und örtliche Verhältnisse genau abgeklärt wurden. Die Spezialfürsorgestellen für Gebrechliche, die mit einem schweizerischen Invalidenfahrzeugdienst zusammenarbeiten, helfen gerne raten und vermitteln auch Fahrstühle zur Probe und Occasionen.

Erfreuliche Möglichkeiten bestehen heute für *invalides Hausfrauen*. Insbesondere in der Eingliederungsstätte von Basel wurden die verschiedensten Hilfsgeräte für Küche und Haushalt entwickelt, die auch einhändige Arbeit ermöglichen oder einer an den Fahrstuhl gebundenen Hausfrau ihre Pflichten erleichtern. Doch muss dabei immer individuell vorgegangen werden; die Hausfrau darf nicht mit Apparaten überschüttet werden, sondern muss spezifisch ausgesuchte und angepasste Behelfe gebrauchen lernen. Das geschieht oft am besten als internes Training in der Uebungsküche und -wohnung der Eingliederungsstätte.

Auch *Kunstglieder* bedürfen sorgfältigster Anpassung unter ärztlicher Aufsicht, und der Amputierte muss eine Uebungsprogramm mit ihnen durchmachen, damit die Prothese nicht unbenutzt in einer Ecke landet.

Für *Blinde* besteht heute eine grosse Auswahl an Hilfsmitteln für Beruf und Leben. Bei späteraubten Blinden und erblindeten Taubstummen bedeuten die speziell für sie entwickelten Verständigungsmittel das einzige Tor zur Aussenwelt. Grossen Segen bringt auch die Blindentonbücherei, welche Blinden und Sehschwachen durch Tonbandaufnahmen wertvolle Werke der Weltliteratur zugänglich macht und nötigenfalls die Anschaffung von Abhörgeräten erleichtert.

Wohl am häufigsten taucht die Frage eines *Hörapparates* für Schwerhörige auf. Hier gilt in ganz besonderem Masse, dass ein passendes Gerät sorgfältigst ausprobiert werden muss. Nur der praktische und wiederholte Versuch zeigt, welche der vielen ausgezeichneten Hörhilfen nicht bloss lauteres Hören — denn das vermittelt jeder Apparat — sondern das Entscheidende, leider oft Uebersehene: besseres Verstehen vor allem der Sprache ermöglicht. Jedem Kauf muss eine ohrenärztliche Untersuchung vorausgehen, um allfällige Behandlungsmöglichkeiten oder Gegenindikationen für das Tragen eines Apparates mit Ohrstück abzuklären, ferner ein Sprach-Audiogramm. Es gibt leider eine ganze Anzahl von Schwerhörenden, bei denen eine Hörhilfe wenig oder nichts nützt — ein Umstand, über den geschickte Reklame hinwegtäuscht (so dass sogar Totaltaube sich immer wieder Apparate andrehen lassen), genauso wie über die Tatsache, dass selbst der beste Apparat nur einen teilweisen Ausgleich bringt und sein richtiges Ausnützen geübt sein will. Man weise darum Schwerhörende an die neutralen, prinzipiell in Verbindung mit den Ohrenkliniken und Ohrenärzten arbeitenden Hörmittelzentralen des Bundes schweizerischer Schwerhörigen-Vereine, die — im Gegensatz zu den Geschäften — alle Marken nebeneinander führen und über die nötigen Prüfungs- und Anpassungsmöglichkeiten (Sprachaudiogramm usw.) verfügen. Zur Ergänzung organisieren die Schwerhörigen-Vereine Kurse in Hörtraining, Sprachpflege und vor allem Absehkurse mit spezieller Methode für Erwachsene — alles unerlässliche Voraussetzungen für eine wirkliche Schwerhörigenhilfe.

Von grosser Bedeutung ist die gute Zusammenarbeit mit den *Heilpädagogen und der Schule* überhaupt. Man weise die Eltern von blinden, taubstummen und schwerhörigen Kindern früh an die entsprechenden Spezialheime oder -Fürsorgestellen, wo sie Anleitung erhalten, wie sie ihr Kind vorbereiten können. Gerade taubstumme Kleinkinder, mit denen fast keine Verständigungsmöglichkeit besteht, können sonst schwerste Erziehungsprobleme bringen.

Ein grosses Anliegen der Fachkreise ist es vor allem, dass kein *infolge Krankheit ertaubtes Kind* aus einem Spital entlassen wird, ohne dass bereits die Verbindung mit einer Taubstummen- oder Schwerhörigenschule angeknüpft wurde. Denn ertaubte Kleinkinder verlieren innert kurzer Zeit die bereits erworbene Sprache vollkommen und müssen nachher das Reden wie Geburtstaube mühsamst künstlich erlernen, wenn nicht sofort Fachhilfe einsetzt. Auch ältere ertaubte Kinder bedürfen besonderer Massnahmen zur Spracherhaltung und müssen das Absehen der Sprache von den Lippen erlernen, ebenso erwachsene Ertaubte, bei denen dies zusätzlich des psychischen Schocks wegen wichtig ist.

Wenn bei *invaliden Kindern* der Schulweg zu beschwerlich ist, sind die Schwierigkeiten vielleicht durch ein Invalidenvelo oder die Placierung in eine im Schul-

haus wohnende Hauswartfamilie zu überwinden. Manchmal müssen Lehrer dafür gewonnen werden, dass ein Kind während der entscheidenden Wachstumsjahre dem Unterricht liegend auf einem transportablen Feldbett beiwohnen darf — oft die einzige Möglichkeit, um die umheilvollen Skoliosen wenigstens stationär zu behalten. Leider besitzen noch lange nicht alle Spitäler ausgebauten Klinikschulen. Wenn Kinder länger hospitalisiert werden müssen — und das ist bei Gebrechlichen häufig — suche man Lösungen mit Privatunterricht durch pensionierte Lehrkräfte, ebenso bei langer Bettlägerigkeit daheim, damit dem Kind nicht noch zusätzliche Schulschwierigkeiten erwachsen.

Besonders eingehender Aufklärung bedarf die Schulung *schwachbegabter Kinder*; wohl nirgends bestehen so viele Vorurteile wie hier. Man muss es miterlebt haben, wie Kinder, die bei der Ueberforderung durch die Normalschule längst passiv den Kampf aufgegeben haben oder schwierig wurden, in einer Sonderklasse mit besonderer Methode aufleben, Mut gewinnen und ihre Kräfte entwickeln! Hier mag manchmal ein Besuch in einem Heim oder einer gut geführten Hilfsklasse den Eltern beim Entschluss helfen.

So geht es immer wieder darum, *auf Hilfsmöglichkeiten hinzuweisen, Fäden zu knüpfen, «Wachtposten» und «Wegweiser» zu sein*, damit keine Lücken im Hilfsplan entstehen und dem Gebrechlichen als ganzem Menschen geholfen wird.

Vieles davon ist im Grunde eigentlich Fürsorgearbeit, und manche Leser mögen sich vielleicht bereits gegen die Aufbürdung solcher zusätzlicher Aufgaben innerlich gewehrt haben. So sind diese Ausführungen auch nicht gemeint. Wesentlich ist vor allem, dass jemand solche Lücken sieht und nicht ruht, bis ungelöste Fragen von zuständiger Seite angepackt werden. Wer dieser Zuständige ist, lässt sich dann bei gutem Willen immer ausmachen, wenn nur einmal der Notstand erkannt wurde; und dafür ist die *Krankenschwester* in besonderem Masse befähigt. Sehr oft wird dann zum Beispiel eine Fürsorgerin weiterführen können, was eine Schwester erkannt und gemeldet hat. Darum zum Schluss noch einiges über die Zusammenarbeit mit der beruflichen *Gebrechlichenfürsorgerin*. Ihre Aufgabe ist es, ihren «Klienten» durch gemeinsames Besprechen und Planen zu helfen, innere und äussere Schwierigkeiten möglichst aus eigener Kraft zu überwinden. Dafür muss sie die tiefere Ursache hinter einem Symptom der Hilfsbedürftigkeit ebenso erforschen, eine soziale Diagnose stellen und darnach einen Hilfsplan aufstellen, wie es auf seinem Gebiete der Arzt tun muss. Die Fürsorgerin hat so einen spezifischen Beitrag zu leisten. Eine zwei- bis dreijährige praktisch-theoretische Ausbildung bereitet sie zur planmässigen Zusammenarbeit mit Arzt, Schwesternschaft, Berufsberatung, Schule und andern Helfern vor. Die Gebrechlichenfürsorgerin bringt dazu noch ein reiches Fachwissen über die besondern Fragen im Zusammenhang mit einem Gebrechen, über Hilfsmöglichkeiten und Institutionen mit. Weil sie täglich mit den sich dauernd weiterentwickeln-

den, hochspezialisierten Fachgebieten der verschiedenen Helfer des Teams zu tun hat, kann sie andern Helfern, die seltener mit Gebrechlichen in Berührung kommen, raten, Adressen nennen, Literatur vermitteln usw. Durch Ausbildung und Funktion ist daher die Gebrechlichenfürsorgerin für die Schwester so etwas wie ein verlängerter Arm und damit einer ihrer wichtigsten Helfer. Die Zusammenarbeit sei an einigen Beispielen gezeigt:

In vielen Gegenden hat es sich eingespielt, dass Gemeindeschwestern, Hebammen und Aerzte neugeborene Kinder mit Wolfsrachen oder Hasenscharten gleich der Fürsorgestelle Pro Infirmis melden, damit diese sofort mit den Eltern Kontakt nehmen, ihren Schock abfangen (z. B. mit Bildern gut operierter Kinder) und sie für die spezialisierte Frühbehandlung gewinnen kann.

Wenn in einer Poliklinik Invalide von der regelmässigen ärztlichen Kontrolle wegbleiben, ermöglicht eine Meldung an Pro Infirmis, der Ursache (z. B. Abwandern zu einem Kurpfuscher bei Epileptikern) nachzugehen und für das erneute Innehalten der ärztlichen Ueberwachung zu sorgen; nötigenfalls wird dies zudem durch Abgabe von Fahrscheinen für verbilligte Billets erleichtert.

Bei erwachsenen Taubstummen, manchmal auch Geistesschwachen, kann es vorkommen, dass sie plötzlich «den Rappel» bekommen und davonlaufen, kündigen, drohen oder bocken. Hinter diesem unerklärlichen Verhalten stehen häufig relativ harmlose Missverständnisse, die eine erfahrene Spezialfürsorgerin, die sich darin auskennt, meist bald aufzuklären versteht. Sonst kommt es mit der Zeit leicht zu eigentlichen geistigen Störungen. Solche vermittelnde Hilfe ist auch oft nötig, wenn Gehörlose oder Geistesschwache vor Behörden erscheinen müssen oder wenn sich schwierige Ehefragen stellen.

\*

Teamarbeit setzt genaue Kenntnis der eigenen typischen Funktionen und derjenigen der übrigen Teamglieder sowie eine Erziehung zur planmässigen (und nicht nur zufälligen) Zusammenarbeit mit andern Helfern voraus. Bis heute wird solche Teamarbeit in der Grundausbildung der einzelnen beteiligten Berufe erst wenig vorbereitet. Am ehesten sind Schwestern und Fürsorgerinnen dafür geschult, und auch die Art ihrer Arbeit bringt es mit sich, dass sie leichter als noch spezialisiertere Helfer das Ganze sehen und Brücken schlagen können. So sind sie beide es, die vor allem mithelfen müssen, dass sich um einen Behinderten ein wirkliches Team bildet, damit nicht Arzt, Pädagoge, Invalidentechniker usw. nur jeder einen Teil des Menschen «behandeln», sondern dass sie einander beziehen, miteinander reden, ihr Vor-

gehen aufeinander abstimmen. Gelingt dies, so hat jeder teil am beglückenden Erleben, dass vereintes Bemühen weit mehr ist als die blosse Summe der Einzelbeiträge, weil daraus etwas Ganzes entsteht. Etwas Ganzes sogar und gerade dort, wo scheinbar ein Gebrechen nur Bruchstücke hinterlassen hat<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Adressen der erwähnten Institutionen und allgemeine Auskünfte: Zentralsekretariat Pro Infirmis, Hohenbühlstrasse 15, Zürich 32.

**Résumé:** L'auteur, assistante au Secrétariat central de Pro Infirmis, dépeint la place de l'infirmière dans la conception moderne de la réadaptation des invalides. Elle donne des exemples concrets montrant comment l'infirmière, qui est la mieux placée pour observer le malade de près, peut lui venir en aide. Il est nécessaire d'apprendre à connaître où et comment elle peut être le plus utile à un invalide en voie de réadaptation. Pro Infirmis est prêt à donner ces renseignements.

## Eingliederungsarbeit in Amerika

*Aus dem Bericht eines schweizerischen Patienten*

Die nachfolgenden Ausführungen, die ursprünglich nur für private Sphäre geschrieben wurden, geben nicht nur lebendigen Einblick in die Methoden der amerikanischen Rehabilitation und die Einstellung der amerikanischen Bevölkerung zum Invalidenproblem: Sie zeigen in ergreifender Weise die kluge, mutige Haltung des Patienten selbst und bilden so den denkbar schönsten Beschluss unseres Heftes über Invaliden- und Eingliederungsprobleme.

**E**s ist nun mehr als ein Jahr, seitdem ich mich auf dieser Insel im East River östlich Manhattans niedergelassen habe. Mein letzter Bericht beschrieb Euch meine ersten Eindrücke und Erfahrungen vom letzten Jahr. Um es gleich vorweg zu nehmen: bitte erwartet kein Wunder; es sind keine passiert. Wohl hat sich mein Allgemeinbefinden sehr gebessert, besonders weil ich die künstlichen Atmungsmaschinen mehr benütze. Es war dies für mich ein schwerer Entschluss, besonders da ich meine bisherige Einstellung zum Atmungsapparat vollständig ändern musste. Währenddem ich in der Schweiz bekanntlich immer aufgefordert wurde, die künstliche Atmung ganz zu unterlassen, musste ich vom ersten Moment meiner Ankunft hier die entgegengesetzte Einstellung anhören. Man betrachtet den schweizerischen Standpunkt hier als altmodisch und falsch; vor zehn Jahren habe man hier in den USA auch so gedacht. Seither sei man zur Einsicht gekommen, dass der Atmungsbehinderte leistungsfähiger und strapazierfähiger bleibe, wenn zeitweise ein Respirator zur Mithilfe beigezogen werde. Die Zeit des

künstlichen Atmens wird «wissenschaftlich» vorgeschrieben. Man misst Vitalkapazität und CO<sub>2</sub>-Gehalt des Atmens und setzt dann die Respiratorzeit und Druckstärke der Maschine usw. fest. In meinem Falle hat man in der Nacht Schaukelbett, am Tage Pneumogurt vorgeschrieben. Ferner benütze ich auch zu Hause eine Cuirasse zum Schlafen. Ich benütze nun heute ungefähr zweimal so viel Respiratorzeit als bei meiner Ankunft in den USA und glaube aber, dass ich dafür zweimal so frisch bin als zuvor. Der amerikanische Standpunkt ist sehr beeinflusst von der allgemeinen amerikanischen Einstellung gegenüber mechanischen Hilfen (why walk when you can ride?). Es handelt sich aber nicht um Faulheit, sondern um Gewinnung von efficiency. Ich glaube, dass man hier den goldenen Mittelweg suchen muss, und ich hoffe ihn gefunden zu haben. So benütze ich heute den Respirator, wenn ich es für nötig erachte, das heisst die halbe Nacht zum Schlafen und für konzentrierte Arbeit tagsüber, ohne Sklave der Maschine geworden zu sein. Ich habe nun eingesehen, dass man durch kategorisches Ablehnen von Maschinenhilfe weder in der Atmung noch im Allgemeinbefinden Fortschritte machen kann. Forcieren nützt nichts.

Orthopädische Eingriffe sind dieses Jahr zwei erfolgt. Im Januar wurde ich an der rechten Hand operiert. Diese Operation war erfolgreich, und ich kann heute meine Finger besser bewegen. Besonders wurde die Oponens-Bewegung von Zeigefinger und Daumen verbessert. Weniger erfolgreich dagegen war die Operation am linken Bein (im Mai). Wenigstens ist der Zustand meines Beines heute schlechter als vor der Operation. Man wollte das Bein stärken (es war mein bestes Bein), indem man einen Muskel hinter dem Knie nach oben versetzte. Der Orthopäd behauptet, das Bein sei theoretisch besser. Ich kann nur praktisch sagen, dass es weniger beweglich ist und dass ich es heute noch nicht bis zum rechten Winkel biegen kann. Man hofft aber, dass es durch weitere Therapie wieder normal gemacht werden kann. Ich glaube, dass hier eine gute schweizerische Heilquelle noch Wunder wirken könnte. Allerdings lächelt man hierzulande über die Nützlichkeit des Heilbades und der Kurorte im allgemeinen. Sogar die berühmte Quelle in Warm Springs, die selbst Präsident Roosevelt besuchte, gelangt heute fast in Vergessenheit. In den letzten Jahren ist die Rehabilitationsschule von Dr. Rusk eben Trumpf geworden. Dieses «Institut for Physical Medicine and Rehabilitation» in New York (unser Goldwater Inselspital ist eine Zweigstelle davon) hat in der ganzen Welt grosses Aufsehen erregt. Der Schwerpunkt dieser Schule liegt in der Rehabilitation, weniger im Heilen. Rehabilitieren, nützlich machen, sich in die Gesellschaft wieder einfügen, heisst die Parole. Ich muss feststellen, es bleibt oft bei der Theorie, in der Praxis fehlt es oft an Zeit und Beweglichkeit. Man geht oft zu straff nach dem Buche

und es fehlt eine gewisse *Improvisation*. Besonders die Quantität lässt zu wünschen übrig. Ich hatte in der Schweiz zeitlich mehr Therapie als hier. Aber eben, alles was nicht zweckmässig ist wird ausgeschaltet. Ich kann heute weniger gut knien als vor einem Jahr, reklamierte ich einmal. «Warum wollen Sie denn knien», gab man mir zur Antwort. Hingegen bin ich heute mit Hilfsapparaten gut ausstaffiert: Gehwagen, Fahrstuhl, Krücken, besondere Vorrichtung zum Selberessen usw.

Eine weitere *Operation* wurde am Nacken vorgesehen. Ich habe aber nicht zugesagt, da der Erfolg zu unsicher gewesen wäre. In der Folge suchte man um so mehr das Problem der Kopfposition zu lösen (Kopfhängen beim Gehen). Das Resultat kann Gott sei Dank als gut betrachtet werden. Ein Korsett (Kopfhängevorrichtung) erlaubt es mir, auf Krücken zu gehen, allerdings noch sehr langsam und wegen der Atmung nur für begrenzte Zeit.

Was die Tracheotomie anbetrifft, wollte man zuerst abwarten, ob sich meine Atmung noch weiter bessern würde. Man ersetzte die lange Metallkanüle durch eine ganz kurze plastische Stopfkanüle (Nylon). Der Vorteil ist, dass ich seit Monaten nicht mehr abgesaugt werden muss, da keine Reizung im Halse entstehen kann. Ferner kann ich durch Herausziehung des Zapfens in der Nacht die Schaukelbettzeit halbieren. Nachteile sind, dass die Kanüle oft hinausfällt und das Ganze als Schönheitsfehler betrachtet wird. Man wollte mir nun auch nach Abschluss der Operationen das Loch zumachen (bei den Operationen war das Loch für die Narkose nützlich). Nachdem ich aber gesehen habe, wie so viele meiner Mitpatienten bei der geringsten Erkältung in die Eiserne Lunge gesteckt werden müssen, habe ich es vorgezogen, mit der Schliessung noch zuzuwarten. Es ist bei dieser Krankheit eben so, dass minimale, kaum erkennbare Fortschritte immer wieder vorkommen.

Ich habe zu Anfang dieses Briefes erklärt, dass keine grossen Fortschritte eingetreten sind. Ich meinte dies vor allem betreffend des körperlichen Befindens. Was meine psychische Einstellung anlangt, so ist das Bild jedoch ganz anders. Und hier liegt der Wert meines Amerika-Aufenthaltes. Schuld daran ist ganz einfach die Einstellung des Amerikaners. Nichts von falschem Mitleid, traurigem Kopfschütteln oder gar verwundertem Bestaunen. Mag sein, dass hier eine gewisse Gleichgültigkeit mitspielt. Es ist dies aber viel angenehmer als übertriebene Teilnahme. Die Einstellung meiner Mitpatienten (wir sind alle in grossen Sälen) ist einfach fabelhaft. Die meisten sind viel schlimmer daran als ich. Solche, die seit zehn Jahren ständig in der Eisernen Lunge liegen, andere, die sonst kein Glied bewegen können, leben fröhlich, interessiert in allem was vorgeht, die meisten mit einer natür-

*lichen, frischen religiösen Haltung, die beispiellos ist. Es fehlen mir die Worte, diese Helden zu beschreiben. Aber nicht nur die Einstellung des Patienten, sondern auch die des gesunden Amerikaners gegenüber den Behinderten ist hervorragend.*

*Man wird als normaler Mensch aufgenommen und behandelt. Es wird versucht, dem Behinderten ein möglichst normales Leben zu gestalten. Allerdings ist dies vielleicht in Amerika, wo man im Auto praktisch alles machen kann, eben leichter als in Europa. (Es gibt überall «Drive-in»-Kinos, «Drive-in»-Banken, «Drive-in»-Restaurants, ja sogar «Drive-in»-Kirchen.) In einer mechanisierten Sitz-Zivilisation ist dies natürlicher als in einer Zivilisation, wo das Gehen und andere körperliche Betätigungen grösseres Ansehen giessen. Es ist leichter, unätig zu sein, wenn ohnehin alles den Fussballmatch im Televisionsapparat beschaut, statt aktiv mitzumachen. Auch ist es angenehm, überall zirkulieren zu können ohne Aufsehen zu erregen. Der Amerikaner hat Taktgefühl. Als ich letzthin in New York im Theater war und wir nachher im Times-Square-Viertel von New York auf und ab spazierten (im Fahrstuhl) hat sich kein einziger Mensch nach uns umgedreht. Auch in den kleinsten Ortschaften ist dies so, auch bei Kindern. Wird aber Hilfe benötigt, so genügt ein Blick, und schon springen hilfsbereite Menschen heran. Am wichtigsten aber bleibt die Haltung des Patienten, und diese hat mir grossen Eindruck gemacht. Wenn es mir gelingt, die in Amerika erworbene psychische Einstellung auch in der Schweiz bewahren zu können, dann war mein Amerikaaufenthalt ein Erfolg.*

**Résumé:** *Cet article, écrit d'abord pour un cercle privé, est d'un invalide suisse qui a séjourné dans un centre de réadaptation en Amérique. Il donne une description des méthodes de réadaptation employées, qui consistent surtout en un large usage d'appareils (pour la respiration dans le cas particulier). En Amérique, il va de soi que l'invalide est intégré dans la société. Cet article impressionne par l'attitude courageuse et intelligente de son auteur qui a su accepter sa maladie.*

## Solferino 1859—1959

Von Schwester Emma Ott

*Die Verfasserin unseres Berichtes hat die Feierlichkeiten des Rotkreuz-Gedenktages als Mitglied der Schweizer Delegation miterlebt*

Nachdem am 24. Juni 1959 die Staatsmänner der Nachbarländer Italien und Frankreich das erfolgreiche Ende einer grossen, erbitterten Schlacht gefeiert hatten, folgte am 27. Juni ein Gedenktag anderer Art. Delegationen von 45 nationalen Gesellschaften des Roten Kreuzes, des Roten Halbmondes und der Roten Sonne mit dem Roten Löwen, pilgerten nach eben jenem Schlachtfelde, um die Geburt einer Idee zu feiern, jener Idee, aus der das Rote Kreuz sich entwickelte. Auf Einladung des italienischen Roten Kreuzes kamen sie aus allen Himmelsrichtungen der Erde.

Der Empfang der Behörden von Mailand in den prächtigen Räumen der Villa Comunale gab Gelegenheit zur ersten Kontaktnahme. Dann stellte das italienische Rote Kreuz Cars zur Verfügung, um die Delegationen nach ihren Quartieren in der näheren und weiteren Umgebung zu führen. Die schweizerische Delegation wohnte in Sirmione del Garda, einem herrlichen Ferienort am Gardasee. Die Schönheit des Ortes sahen wir freilich erst am andern Tag.

27. Juni 10.00 Uhr: Am Hang des Hügels von Solferino um den damals die Heere erbittert kämpften befindet sich die Gedenkstätte, deren Steine von allen nationalen Gesellschaften zusammengetragen worden waren. An einer Mauer rechts vom Denkmal sind Tafeln angebracht von allen nationalen Gesellschaften mit dem Datum ihrer Gründung. Hier versammelten sich Behörden, Delegierte und die Bewohner der Umgebung. Oberhalb der Gedenkstätte hingen hinter- und übereinander die Flaggen des Roten Kreuzes, des Roten Halbmondes und der Roten Sonne mit dem Roten Löwen. Zypressen säumen den Weg hügelan bis zur Kuppe, von wo der Blick ringsum weit über das frucht-

bare Land schweifen kann. Dass diese ganze Gegend damals ein Feld des Grauens war, ist kaum vorstellbar.

Fanfaren eröffnen die Feier, dicht gedrängt stehen die Menschen und denken an Henri Dunant, den Gründer des Roten Kreuzes. Freiwillige des italienischen Roten Kreuzes, in blendendem Weiss, stehen Ehrenwache. Lorbeerkränze werden niedergelegt, einen davon haben die Sektionen des Jugendrotkreuzes gestiftet. In Anwesenheit der Gemahlin des italienischen Staatsoberhauptes eröffnet der Bürgermeister von Solferino den Reigen der offiziellen Ansprachen. Aus den vielen Reden, die italienisch, französisch und englisch gehalten werden, möchte ich nur den einen Satz von Herrn Prof. Boissier, dem Präsidenten des Internationalen Komitees vom Roten Kreuz, herausgreifen, der folgendermassen lautet: «Wir dürfen bei dem Erreichten nicht stehen bleiben, sondern müssen unsere Anstrengungen verdoppeln, um den vor uns liegenden Aufgaben gerecht werden zu können.»

Während der Reden steigen weisse Ballone mit rotem Kreuz und einer Etikette versehen in das Blau des Himmels. Ein junger Franzose spricht als Vertreter des Jugendrotkreuzes, während der italienische Gesundheitsminister das Schlusswort hält. Fanfaren beschliessen die Feier. In Viererkolonne schreiten die Teilnehmer des internationalen Lagers des Jugendrotkreuzes zur Gedenkstätte und erweisen ihr die Ehre. Fünfzehn Nationen sind mit je zwei Samaritern und zwei Vertretern des Jugendrotkreuzes anwesend. Sie kamen von ihrem Lager in Salò am Gardasee, das ebenfalls vom italienischen Roten Kreuz organisiert worden ist.

Bunt ist das Bild der talwärts schreitenden Menge, weithin leuchten die weissen Kleider, Hauben und Schleier der Italienerinnen, die sie mit vorbildlicher Korrektheit tragen.

Das geplante gemeinsame Mittagessen aller Delegationen auf Einladung der italienischen nationalen Gesellschaft kam wohl aus praktischen Gründen nicht zustande.

*Castiglione delle Stiviere, 16.00 Uhr:* Auf dem weiten Platz vor der Kirche Maria Maggiore in Castiglione findet die zweite Feier statt. Auf einer Tribüne sitzen Frau Gronchi, die Vertreter der Behörden und des Klerus, die Redner und Delegierten. Nach dem Fahnenaufzug gegenüber dem Kirchenportal begrüßt der Bürgermeister des Städtchens die festliche Menge. Diese Feier ist vor allem dem Andenken der Frauen von Castiglione gewidmet, der ersten Freiwilligen Henri Dunants, die seine Idee in die Tat umzusetzen versuchten, aber auch der jetzigen und zukünftigen Freiwilligen und Schwestern. Ein Helikopter kreist über dem Platz und lässt rote Kreuze zur Erde flattern. Kränze stehen an die Tribüne gelehnt, Jugendliche des Ortes legen Riesensträusse frischer Blumen vor die Statue in Bronze, die eine Reproduktion der Pietà Rondanini von Michelangelo ist. Es ist schwer, sich die Kirche voller Verwundeter vorzustellen, noch schwe-

rer das Grauen zu fühlen, das jene in ihrer Hilflosigkeit empfanden.

Ein eiliger Gang durch das kleine Museum zeigt Dokumente und Briefe aus jener Zeit, ebenso Verwundetentransportmittel des vergangenen Jahrhunderts. Autobusse entführten uns nach Mantua, in den herzoglichen Palast. Aus einem Saal, der längst nicht alle zu fassen vermag, erklingt klassische Musik. Es ist herrlich, auch diese Sprache zu vernehmen, die von allen verstanden wird. In den Gärten des weiten Innenhofes sitzen und stehen die Gruppen und Grüpplein der Geladenen. Es sind die Stadt Mantua und ihre Provinz, die den Delegationen diesen festlichen Empfang bereiten. Das überaus reiche Buffet in einem Säulengang des Palastes findet ebenfalls Anklang. Dies ist der Abschluss der offiziellen Feiern.

Vor den Toren des Palastes stehen die Wagen bereit, um die Delegationen nach den verschiedenen Orten ihrer Unterkunft zu führen.

So wie sich damals der Gedanke Henri Dunants über die Erde breitete, so tragen die Delegierten die Idee der Bruderschaft mit dem leidenden Menschen abermals hinaus in alle Welt, um ihr erneut Gestalt zu verleihen.

Dem italienischen Roten Kreuz gebührt Anerkennung und herzlicher Dank für den festlichen Empfang und die gutgelungene Organisation dieser eindrücklichen Feiern.

## Diskussionsbeitrag

### **Blue Jeans und Autostop**

Beim Lesen des Artikels «*Wette um Femina*» im Juniheft (Seite 184) sind mir Erinnerungen schönster Ferienreisen aufgestiegen. Sie liessen mich tiefes Mitleid empfinden mit dem offenbar in argen Vorurteilen steckengebliebenen Einsender.

Meine Freundinnen und ich haben in früheren Jahren diesem Sport selbst gehuldigt, und keine von uns hat deswegen einen Stein aus ihrer Krone verloren, oder sich, um die Worte des Einsenders zu gebrauchen, verlegen über ihre Erlebnisse ausgeschwiegen. Aber

wir alle haben eine Menge herrlicher Bilder, Andenken und Erinnerungen mitgebracht.

Es ist nur zu leicht verständlich, dass die jungen Menschen von heute so schnell und so viel wie möglich von anderen Ländern sehen wollen. Es gibt nur wenige, die sich der Illusion eines dauerhaften Weltfriedens hingeben. Nun gehört aber zum Reisen bekanntlich Geld, und das ist bei den meisten während der Lehr- und Studienzeit rar. Es ist indessen nicht reiner Materialismus, der die Jugend «stoppen» lässt, denn es gehört eine ziemliche Portion Mut, Geduld und Selbstvertrauen dazu. Von «Wegwerfen auf diese billige Art» kann keine Rede sein, obwohl ich bereit bin, Ausnahmen gelten zu lassen. Uebrigens wartet ein Stopper gewöhnlich nicht auf Vertreter des anderen Geschlechts, sondern auf einen leeren Platz im Wagen!

Hat der Schreiber einmal einen Abend in einer ausländischen Jugendherberge miterlebt, an dem in unzähligen Sprachen gesungen, gespielt und erzählt wird? Von herrlichen Erlebnissen, freundlichen Menschen, einer wildfremden, bezaubernden Natur und vielem mehr? Hat er überhaupt erfasst, wie unendlich der Hunger der Jungen ist, Neues zu sehen und zu erfahren, und wie glücklich strahlend sie jeweilen mit leerem Beutel heimkommen, schon wieder Pläne schmiedend fürs nächste Jahr? Dass das Geld für Eintritte, Andenken usw. oft am Munde abgespart wird, ist nicht so selten. Und drei bis vier Wochen auf einer harten Pritsche in einer unruhigen Jugendherberge zu schlafen ist auch nicht gerade eine Kleinigkeit. Aber all das wird fröhlich auf sich genommen, wenn es ein weiteres Stück unserer Erde uns erschliessen kann. — Hat der Einsender auch einmal Camp-Ferien mitgemacht? In «Röhrlihosen» am Feuer neben dem Zelt gesessen und

träumend das Weichwerden der Spaghetti erwartet?

Ich glaube, es ist noch selten über ein Produkt der Mode so viel kritisiert worden wie über diese Blue-Jeans. Waren sie nicht praktisch und hätten sie nicht einen Zug von Romantik an sich, würde man sie längst auf keinem Ladenstisch mehr vorfinden. Ob ein kurzer Rock, wie er heute wieder Mode ist, besser aussieht, als zwei dünne gewinkelte Beine in «Röhrlihosen», bleibe dahingestellt. Es werden natürlich viele dieser Dinge bei unpassender Gelegenheit getragen. Doch muss man sich auf jeden Fall hüten, über Menschen in diesem Kleidungsstück vorschnell zu urteilen.

Die Zeit, da einem solche Eskapaden möglich sind, dauert sowieso nur ein paar kurze Jahre, und später erzählt man mit Begeisterung «von damals»!

Es interessiert Sie vielleicht zu hören, dass im Sommer 1958 in der Jugendherberge von Inverness im Norden von Schottland alle Nationen der Erde vertreten waren, ausgenommen Russland und seine Satelliten. Welch grosser Beitrag an die Völkerverständigung, die Brüderlichkeit zwischen den Nationen und das gegenseitige Verstehenwollen! Ein bedeutender Prozentsatz dieser Jungen sind jeweils Studenten, und in ihren Händen liegt doch zum Teil die Gestaltung unseres Schicksals.

Betrachten Sie dieses Problem nicht so griesgrämig — lachen Sie über die Aeusserlichkeiten, und nehmen Sie selbst einmal einige der Geschmähten mit auf Ihren Reisen, Sie werden staunen, wie viele interessante und kultivierte Menschen Ihnen begegnen.

Wenn das Ganze der Gefahren wegen auch nicht unbedingt zu befürworten ist, so ist es doch sicher nicht rundweg zu verdammten, denn das Risiko liegt auf beiden Seiten.

G. St.

# SVDK - ASID

## Tätigkeitsbericht der Kommission zur Reorganisation des SVDK-Sekretariates für die Delegiertenversammlung des SVDK vom 23. Mai 1959

### *Commission de réorganisation du Secrétariat*

### *Rapport pour l'Assemblée des délégués de l'ASID, 23 mai 1959*

#### *Introduction*

*Le 26 juillet dernier lorsque notre assemblée s'est tenue à Zurich dans le cadre de la Saffa, nous vous avons présenté le premier rapport sur notre activité.*

*Dix mois ont passé et quoique notre travail ne soit pas encore terminé, nous nous trouvons aujourd'hui devant une association mieux connue dont nous avons appris à comprendre la force et la faiblesse.*

*En cours de route, nous avons cherché à vous tenir au courant de notre travail. Faisant suite au rapport à l'assemblée de juillet, deux communiqués ont paru dans la « Revue suisse des Infirmières », l'un en février, l'autre en mars 1959. En outre, par la présence de M<sup>me</sup> Guisan à toutes nos séances, nous savons que le Comité central est constamment informé de la marche de nos travaux.*

#### *Travail de la Commission*

*L'Assemblée des délégués de 1957 nous a confié la tâche de proposer un plan de réorganisation du Secrétariat de l'ASID. Très vite nos travaux nous ont amenés à constater que rien dans les statuts ni dans la structure actuelle de l'ASID n'offrait une base pour l'existence d'un Secrétariat permanent, où seraient coordonnées toutes les activités de l'ASID. Nous avons dû admettre que s'il existait des « secrétaires » à Zurich et à Genève, il n'existe pourtant pas de « Secrétariat » au sens propre du terme et que, par conséquent, notre*

#### *Einleitung*

Am 26. Juli des vergangenen Jahres, als wir im festlichen Rahmen der Saffa unsere Delegiertenversammlung in Zürich abhielten, haben wir Ihnen unseren ersten Tätigkeitsbericht vorgelegt.

Seither sind zehn Monate verflossen. Unsere Arbeit ist zwar noch nicht beendet, aber wir kennen heute den Aufbau und die Aufgaben des SVDK, seine Stärke und seine Schwächen, viel besser. Wir haben uns auch im verflossenen Jahr immer bemüht, Sie auf dem laufenden zu halten über unsere Arbeit.

So erschienen als Fortsetzung zu unserem Bericht an der Delegiertenversammlung zwei Mitteilungen in den «Schweizerischen Blättern für Krankenpflege», die erste im Februar, die zweite im März 1959. Wir wissen auch, dass der Zentralvorstand ständig über den Verlauf unserer Arbeiten orientiert wird durch M<sup>me</sup> Guisan, die an allen unsren Sitzungen teilnimmt.

#### *Arbeit der Kommission*

Durch die Delegiertenversammlung 1957 wurde uns die Aufgabe anvertraut, den Plan für eine Reorganisation des SVDK-Sekretariates auszuarbeiten. Sehr bald erkannten wir im Verlauf unserer Studien, dass weder in den Statuten, noch in der jetzigen Struktur des SVDK die nötigen Voraussetzungen für die Existenz eines ständigen (Zentral)sekretariates, wo die ganze Aktivität des SVDK koordiniert wird, vorhanden sind. Wir konstatierten, dass wohl in Zürich und

*tâche serait plutôt de proposer un plan pour la création et l'organisation du dit Secrétariat.*

*C'est précisément parce que nous n'avons pas trouvé dans les statuts des bases suffisantes pour l'exécution de ce travail que nous avons entrepris d'interroger les infirmières pour savoir ce qu'elles attendent de leur association et comment elles entendent collaborer à son travail.*

*Pendant les dix mois qui font l'objet de ce rapport, les cinq membres de notre commission ont tous été particulièrement chargés dans l'exercice de leurs fonctions régulières. En outre, ils ont tous eu à supporter la maladie, soit personnellement, soit par l'atteinte particulièrement sérieuse d'un être proche.*

*Malgré ces inconvénients, notre commission a tenu cinq séances (douze séances ont été tenues depuis la création de notre commission), consacrées pour la plupart à l'étude des résultats du questionnaire auquel vous avez répondu. Sur les 3500 questionnaires envoyés, nous avons reçu les réponses d'environ 2000 infirmières et infirmiers.*

*L'interprétation et le résumé de ces réponses, la traduction en deux langues des textes et l'étude de l'organisation actuelle de notre association s'est avérée, pour notre commission, une tâche beaucoup plus importante que nous ne l'avions prévu.*

### **Réponses des infirmières au questionnaire**

*Les réponses et les propositions que nous ont apportées le questionnaire sont d'une importance fondamentale:*

*Pour guider le travail de notre commission.*

*Pour orienter l'avenir de l'ASID.*

*D'une façon générale, il ressort que la majorité des infirmières sont d'accord sur les tâches que doit assumer l'ASID et sur la façon dont celle-ci devrait s'en*

in Genf Sekretärinnen an der Arbeit sind, dass aber kein Zentralsekretariat im eigentlichen Sinn des Wortes existiert, so dass wir unsere Aufgabe darin sahen, den Plan der *Gründung* und Organisation eines solchen Sekretariates auszuarbeiten.

Weil wir in den Statuten keine genügenden Grundlagen für einen solchen Plan fanden, sind wir unter anderem auf die Idee gekommen, die Schwestern und Pfleger selber zu befragen, um zu wissen, was sie von ihrem Berufsverband und seinem Sekretariat erwarten und wie sie dabei mitzuarbeiten gedenken.

Während der zehn vergangenen Monate, über die wir Ihnen berichten, waren alle fünf Kommissionsmitglieder aufs Äußerste eingespannt an ihren beruflichen Posten. Dazu erkrankte noch das eine oder andere Kommissionsmitglied selber oder hatte in der nächsten Familie ernster Krankheit zu begegnen.

Trotz dieser persönlichen Hindernisse hielt die Kommission fünf Sitzungen ab (seit der Gründung der Kommission fanden total 12 Sitzungen statt). In diesen fünf letzten Sitzungen beschäftigten wir uns vor allem mit der Sichtung und Auswertung der Resultate des Fragebogens, auf den Sie so zahlreich geantwortet haben.

Auf die 3500 versandten Fragebogen gingen die Antworten von etwa 2000 Schwestern und Pflegern ein.

Das Klassieren, die Auswertung und Zusammenfassung der Antworten und deren Übersetzung in zwei Sprachen sowie die Untersuchung der jetzigen Organisation unseres Verbandes, das alles gab uns viel mehr zu tun, als wir am Anfang vorausgesehen hatten.

### **Zu den Antworten auf die Fragebogen**

Die Vorschläge, die uns aus den beantworteten Fragebogen entgegneten, sind von grundlegender Wichtigkeit und wegleitend sowohl für die weitere Arbeit der Kommission als auch für die Zukunft des ganzen SVDK.

acquitter par l'entremise d'un Secrétariat permanent. En outre, il y a sur ce plan identité de vues entre les infirmières de Suisse alémanique et de Suisse romande.

Par contre, il y a différentes opinions sur la structure même de l'Association et des organes qui la composent.

Parmi les tâches pressantes que les infirmières attribuent à l'ASID, nous avons résumé ci-dessous, par ordre de priorité, celles qui sont le plus souvent mises en évidence par les réponses au questionnaire.

1° L'ASID doit veiller à l'application correcte du contrat-type: *dans les grands et petits hôpitaux en ville et à la campagne.*

2° L'ASID doit informer constamment les infirmières diplômées et les élèves infirmières:

*sur l'ASID elle-même,  
sur la profession d'infirmière.*

3° L'ASID doit trouver le moyen d'assurer plus complètement la sécurité matérielle et sociale des infirmières.

4° L'ASID doit encourager le perfectionnement sous toutes ses formes et se préoccuper que les infirmières aient largement accès aux diverses sources de perfectionnement qui leur sont offertes. Elle doit éveiller chez les infirmières le goût du perfectionnement et des responsabilités et en faire comprendre l'utilité à leurs employeurs.

5° L'ASID doit travailler en vue d'obtenir que la profession d'infirmière soit légalement reconnue.

6° L'ASID doit être en mesure de contrôler l'activité professionnelle du personnel diplômé étranger travaillant en Suisse.

7° L'ASID doit contrôler l'activité des aides hospitalières et des aides infirmières dans la mesure où il intervient des conflits de compétence entre ce personnel et les infirmières diplômées.

8° L'ASID doit pouvoir recourir à des conseillers juridiques et en faire bénéficier les membres individuellement.

Allgemein geht daraus hervor, dass die meisten Schwestern und Pfleger sich einig sind über die Aufgaben, die dem SVDK zustehen und über die Art und Weise, wie er sich dieser Aufgaben mit Hilfe eines Zentralsekretariates entledigen muss. In diesen Punkten bestehen keine Meinungsverschiedenheiten zwischen den Schwestern und Pflegern der deutschen und der französischen Schweiz. — Vielfältiger sind die Ansichten, was die Struktur und die Organe des Verbandes betrifft.

Wir geben Ihnen nun einen kurzen Ueberblick über die Aufgaben des SVDK, die den Schwestern und Pflegern am dringendsten erscheinen und am meisten notiert wurden in den Antworten.

1. Der SVDK muss darüber wachen, dass der *NAV überall mit all seinen Bedingungen angewandt wird*, dies in den grossen und kleinen Spitälern, in der Stadt und auf dem Land.

2. Der SVDK muss die diplomierten Schwestern und Pfleger und die Schülerinnen ständig *informieren* und auf dem laufenden halten über die *Verbands-tätigkeit* und über die *Entwicklung des Schwesternberufes*.

3. Der SVDK muss Mittel und Wege finden, um die *materiellen und sozialen Bedingungen der Schwestern noch weiter zu verbessern* und zu sichern.

4. Der SVDK muss die *Fortbildung* der Schwestern mit allen Mitteln fördern und unterstützen und dafür sorgen, dass sie die Fortbildungsmöglichkeiten vermehrt ausnützen können. Der Verband muss bei seinen Mitgliedern den Drang nach Fortbildung und Verantwortung vermehrt wecken und die Notwendigkeit und Nützlichkeit davon den Arbeitgebern plausibel machen.

5. Der SVDK muss die *gesetzliche Anerkennung unseres Berufes* anstreben.

6. Der SVDK muss imstande sein, die *Tätigkeit des ausländischen Pflege-personals in der Schweiz* genau zu überwachen.

9° *L'ASID et tous ses membres doivent collaborer en vue d'améliorer les conditions de travail existantes offertes aux infirmières et, en particulier aux infirmières faisant des services privés, aux infirmières d'hygiène sociale quant à:*

*l'horaire de travail  
les congés et vacances  
la nourriture et le logement.*

*Il ressort en outre nettement des réponses au questionnaire, que les infirmières souhaitent vivement:*

1° *Intensifier l'unité de leur profession en adhérent plus nombreuses à l'ASID, à condition que celle-ci réponde à leur attente.*

2° *Collaborer au travail de l'ASID en y apportant leur participation active.*

### **Conclusions**

*Ce résumé de vos réponses évoque à lui seul tout un programme d'action et notre Commission ne manquera pas de s'en inspirer.*

*Cependant, pour que l'ASID se développe, pour qu'elle réponde à vos vœux et aux exigences d'une association professionnelle moderne, elle devra subir des transformations assez profondes.*

*Nos travaux ont bien avancé depuis le début de cette année. Une doctrine s'ébauche, une structure se dessine et le champ d'activité de l'ASID se précise pour nous.*

*D'ici quelques mois un rapport final résumera nos travaux et nos propositions. Il sera tout d'abord étudié avec des experts que nous consulterons puis après avoir été soumis au Comité central de l'ASID il sera envoyé aux Comités des Associations membres collectifs de l'ASID qui auront à leur tour loisir de l'étudier.*

*Ce travail préparatoire accompli, le document sera enfin prêt à être présenté à une Assemblée des délégués responsable des décisions finales.*

7. Der SVDK muss die *Tätigkeit der Spitalgehilfinnen und Schwesternhilfen kontrollieren* und bei Kompetenzstreitigkeiten die Grenze zwischen diplomiertem Pflegepersonal und diesem Hilfspersonal genau festlegen.

8. Der SVDK und alle seine Mitglieder müssen zusammenarbeiten, damit die heutigen *Arbeitsbedingungen noch weiter verbessert* werden; dies vor allem im Hinblick auf die *Privat- und Gemeindeschwestern*, in Beziehung auf die *Arbeitseinteilung und Arbeitszeit, auf Freitage und Ferien, auf Nahrung und Unterkunft.*

Weiter geht aus den Antworten eindeutig hervor, dass die Schwestern

1. einen *besseren Zusammenhang im Beruf* wünschen, indem sie vermehrt dem SVDK angehören wollen, wenn dieser ihren Erwartungen entspricht;
2. dass sie aufrichtig wünschen, *aktiv* an der Arbeit des SVDK teilzunehmen.

### **Schlussfolgerungen**

Die Zusammenfassung der wichtigsten und häufigsten Antworten stellt an sich schon ein ganzes Programm dar, und unsere Kommission lässt sich immer wieder leiten von diesen Ideen.

Doch muss der SVDK, um sich entwickeln zu können, um Ihren Wünschen und Erwartungen wirklich zu entsprechen und den Anforderungen eines modernen Berufsverbandes standhalten zu können, ziemlich tiefgreifend erneuert und verändert werden.

Unsere Arbeiten sind seit Neujahr in erfreulicher Weise vorangeschritten. Wir erkennen nun die grundlegenden Aufgaben des Verbandes, und ein Aufbau, der diesen alten und neuen Aufgaben entspricht, beginnt sich abzuzeichnen.

In einigen Monaten werden wir Ihnen in unserem Schlussrapport ausführlich Rechenschaft ablegen über unsere gesamte Arbeit, und dieser Schlussbericht wird unsere Vorschläge enthalten. Wir werden ihn vorher noch Experten zur

*Nous osons espérer que les membres de l'ASID réservent un accueil favorable à nos propositions et que face aux décisions à prendre et aux transformations à réaliser, ils agiront dans un esprit de collaboration, en pleine maturité professionnelle, pour que l'ASID vive et prospère et nous rende les services que nous attendons d'elle.*

*La Commission de réorganisation du Secrétariat de l'ASID soumet son rapport à l'approbation de cette assemblée et remercie la Présidente et la Secrétaire de l'ASID pour l'aide qu'elles n'ont cessé de lui apporter durant les dix mois qui viennent de s'écouler. Elle exprime sa reconnaissance aux infirmières pour la confiance qu'elles ont témoignée et pour l'aide concrète qu'elles lui ont apportée par leurs réponses au questionnaire.*

*M. Duvillard.*

Begutachtung unterbreiten. Dann wird er dem Zentralvorstand und hierauf den Kollektivverbänden zum ausführlichen Studium vorgelegt werden.

Wenn alle diese Vorarbeiten geleistet sind, wird das Dokument endlich bereit sein, um der Delegiertenversammlung vorgelegt zu werden, die die letzten, verantwortungsvollen Entscheidungen zu treffen hat.

Wir hoffen, dass die SVDK-Mitglieder unsere Vorschläge positiv aufnehmen werden und dass sie ihre Entscheidungen im Blick auf all diese Änderungen in einem guten Geist der Zusammenarbeit und beruflichen Reife treffen werden, damit der SVDK lebendig bleibt und gedeiht und uns die Dienste erweisen kann, die wir von ihm erwarten.

Die Kommission zur Reorganisation des SVDK-Sekretariates unterbreitet diesen Bericht von 1959 der Delegiertenversammlung zur Genehmigung. Wir danken der Präsidentin und der Sekretärin des SVDK für alle Hilfe, die sie uns unermüdlich angedeihen liessen während der vergangenen zehn Monate. Wir danken auch allen Schwestern und Pflegern für das Vertrauen, das sie uns erwiesen haben, und für die konkrete Hilfe, die uns ihre Antworten auf die Fragebogen bedeutete.

*M. Duvillard.*

---

## SVDK-Fortbildungskurs

Vom 21. bis 24. Oktober 1959 wird der zweite Fortbildungskurs in Gunten durchgeführt (analog dem Boldernkurs vorigen Januar — siehe Bericht im Aprilheft). Leitung: Frau Dr. Kelber. — Frl. Jost, Fürsprech. — 1. Thema: «Warum ein Berufsverband» / Mitdenken — Mitreden — Mittun; 2. Thema: «Gabe und Aufgabe der Schwester» (auf den verschiedenen Arbeitsgebieten). — Anmeldungen an: Schw. Hedi Kronauer, Frohburgstrasse 63, Zürich 6.

*Nous rendons les infirmières attentives au programme du cours annoncé ci-dessus. C'est le pendant du cours qui fut donné à Boldern du 28 au 31 janvier 1959 et dont les participants ont tellement bénéficié.*

## Verbände und Schulen

**Krankenpflegeverband Basel:** *Aufnahme:* Schwester Ursula Lohrer, Pflegerinnenschule Bürgerspital Basel.

**Krankenpflegeverband Bern:** Während der Ferienwochen, bis Ende August, können die *Sprechstunden im Sekretariat* nicht ganz regelmässig eingehalten werden; wollen Sie sich bitte schriftlich oder telephonisch rechtzeitig anmelden, damit Sie nicht umsonst an den Niesenweg kommen (Tel. 229 03). Wir wünschen Ihnen allen eine erholende und frohe Ferienzeit.

*Anmeldung:* Schwester Verena Schori, geb. 1932, von Radelfingen bei Aarberg BE (Pflegerinnenschule des Bezirksspitals Biel). — *Aufnahmen:* Die Schwestern Rita Räss-Stucki, Alice Rüttimann, Grete Gutmann. — *Todesfälle:* Frau Lina Frei-Wälti, geb. 1887; Frau Oberin Erika Michel, geb. 1878, Ehrenmitglied des Krankenpflegeverbandes Bern.

**Schwesternverband der bernischen Pflegerinnenschule Engeried, Bern:** *Aufnahme:* Schwester Erika Schmid. — *Gestorben:* Schwester Hulda Bracher-Jungen, geb. 1924.

**Verband der Rotkreuzschwestern Lindenhof, Bern:** *Repetitionskurs, April 1959:* Die Teilnehmerinnen am Repetitionskurs vom 6. bis 9. April möchten an dieser Stelle nochmals all denen danken, die sich mit viel Geduld, Einsicht und Liebe einsetzten, um der «älteren Garde» allerlei Neues und Wissenswertes beizubringen. Da sassen wir wieder in der Schulbank, im hübschen, neuen Schulzimmer des Lindenhofs, voller Erwartung und Freude. Wir waren nur zwölf Teilnehmerinnen, waren aber dankbar, dass dies uns erlaubte, mehr Zeit und Uebung im praktischen Unterricht zu gewinnen. Dieser wurde von unseren Schulschwestern geleitet und führte uns in die Kunst der Bluttrans-

fusionen, intravenösen Injektionen, des Blutdruckmessens, der Infusionen, der Sterilität usw. ein. Theoretisch wurden wir von Herrn Dr. A. Schmid unterrichtet. Er erläuterte uns «die Uebertragung des Hepatitisvirus und ihre Bedeutung in der Pflege» sowie den «Blutdruck und die blutdruckbeeinflussten Medikamente». Herr Dr. Schmid verstand es, durch seine überaus lebhaften, fesselnden Ausführungen, uns die Wichtigkeit dieser Probleme recht nahezubringen und das Verantwortungsgefühl zu steigern. — Viele interessante theoretische Stunden hatten wir sodann bei unseren Schulschwestern, die uns von neueren Medikamenten, Flüssigkeitersatz, Anticoagulantien und deren Anwendung und Beobachtung berichteten. Eine Fragestunde schloss sich jeweils an. Einen Nachmittag durften wir in der Beratungsstelle für cerebral gelähmte Kinder verbringen, wo uns die Schwester alles erklärte und einige dieser armen Kleinen vorführte. Frau Oberin Käthi Oeri unterrichtete uns über den jetzigen Werdegang der Schülerinnen und gab uns Einblick in die sehr kompliziert gewordene Einteilung des Unterrichts, der Arbeit auf den Abteilungen, der Ferien usw. Allein in dieser Hinsicht hat unsere Frau Oberin ein grosses Mass Arbeit zu bewältigen, neben allem andern, das auf ihren Schultern ruht. — Am letzten Nachmittag vor dem Auseinandergehen wurden wir noch zu einem gemütlichen Beisammensein an hübsch geschmückten Tischen eingeladen. Ein Lichtbildervortrag entführte uns schnell nach Amerika, und dann nahmen wir dankerfüllt und frohen Herzens Abschied in der Hoffnung, uns bald wieder im lieben «Mutterhaus» zu kollegialem Beisammensein treffen zu dürfen. Möge dieser Bericht recht viele Schwestern dazu bewegen, den nächsten Repetitionskurs zu besuchen!

Für die Teilnehmerinnen: *Schw. E. K.*

**Gruppe Thun:** Wir treffen uns wieder einmal in der «Schadau» in Thun, und zwar am *Donnerstag, 3. September, etwa um 14 Uhr*. Bei schönem Wetter könnte auf allgemeinen Wunsch eine kurze Fahrt auf dem See per Motorboot durchgeführt werden. Anmeldungen erwünscht. Auf Euer zahlreiches Erscheinen und auf ein frohes Wiedersehen hofft Eure Gruppenleiterin Schw. *Eva Keller*.

**Krankenpflegeverband Sankt Gallen:** *Aufnahme:* Schw. Edith Vuilliomenet.  
**Krankenschwesternverein der Schweizerischen Pflegerinnenschule Zürich:** *Aufnahmen:* Die Schwestern Lina Bardill und Vreni Furrer.

**Zürcher Krankenpflegeverbände:** *Voranzeige:* Die Zürcher Krankenpflegeverbände führen den alle zwei Jahre stattfindenden Fortbildungskurs vom *14. bis 16. Oktober 1959* in der Turnhalle der Pflegerinnenschule durch. — Das Programm erscheint in der Septembernummer.

**Krankenpflegeverband Zürich:** *Aufnahmen:* Schwester Helene Rutishauser, Frau Hedy Feller-Heusser (Wiederaufnahme). — *Gestorben:* Die Schwestern Lydia Grob, geb. 1899, und Frieda Gautschi, geb. 1888.

*Voranzeige:* Wir machen unsere lernbegierigen Schwestern und Pfleger darauf aufmerksam, dass ab September jeweils am Freitag abend im Kantonsspital Zürich wieder ein interessanter *Vortragszyklus* stattfinden wird.

*Die Jubiläumsfeier und Hauptversammlung vom 19. April:* Zahlreich pilgerten die Schwestern an dem regnerischen Sonntag in den Rigiblick. Sie fanden dort den Frühling im blumengeschmückten Saal und wurden sich bewusst, dass ein Krankenverband mit 50 Jahren eigentlich noch jung ist. So konnte der Interimspräsident, Herr Keller, verschiedene Gäste aus der Schwestern-Verwandt-

schaft begrüssen, den ehemaligen Schuloberinnen danken für ihre Erzieherarbeit an der fachbüchtigen jungen Garde, und den Verbandsmitgliedern eine glückliche Besetzung des Präsidentinnenamtes in Aussicht stellen. — Die Traktandenliste präsentierte den *Jahresbericht*: der Vorstand vertritt etwa 450 Mitglieder und pflegt den Kontakt mit der Schweizerischen Pflegerinnenschule und dem Schwesternverband des Roten Kreuzes in der Arbeitsgruppe für berufliche Fragen. Die Stellenvermittlung wird von Krankenanstalten und Privaten in Stadt und Kanton in Anspruch genommen; leider genügt das Angebot nicht der Nachfrage. Die Tarife sind zwar erhöht worden, aber die Schwestern ziehen die geregelte Arbeits- und Freizeit in den Spitälern dem Wanderleben einer Privatpflegerin vor. — Die Finanzen sind wohl geordnet, wenn sie auch der Konjunkturzeit in Industrie und Gewerbe nicht entsprechen. Der Verband freut sich trotzdem, dass die besseren Arbeitsbedingungen den tätigen Mitgliedern eine bessere Entlohnung gewährt, und für die älteren, kranken oder bedürftigen Schwestern können Beiträge aus einer Fürsorgestiftung geleistet werden, die wohltun, weil sie aus schwesternlichen Händen fliessen.

Ein *Geburtstagskind* darf immer mit Erstaunen feststellen, wie man sein Dasein beachtet. Zusammenfassend sei nur erwähnt, wie die Vertreterinnen der Schweizerischen Pflegerinnenschule, der Pflegerinnenschule vom Roten Kreuz, des Wochen- und Säuglingspflegeverbandes ihre Glückwünsche darbrachten, da der Zürcher Verband als erster seiner Art in der Schweiz zum Gedanken der beruflichen Solidarität viel beigetragen hat und sich stets für die berufliche Weiterbildung und die finanzielle Beserstellung eingesetzt hat. Heute stehen die Schulverbände in günstigeren Positionen, da sie automatisch mit ihrem eigenen Nachwuchs rechnen dürfen. — Es war für alle eine frohe Überraschung, Schw. Anni von Segesser und Frau Oberin Schneider in launigen Wor-

ten aus der Gründungs- und Entwicklungszeit des Verbandes erzählen zu hören. — Musikvorträge boten Gelegenheit zu stiller Sammlung und Besinnung, worauf die Teepause ein munteres Stimmengewirr auslöste; Tee und belegte Brötchen, Kaffee und Kuchen spendierte der Verband seinen lieben Gästen, und dann wurde die Verbandsfahne gehisst: ein frisch-grünes Blatt deutete auf das frohe Wachstum — der Goldfisch erinnerte an die blühende Entwicklung, und die kluge Eule wacht heute in Weisheit und Geduld über dem Zeitgeschehen. Es wurde auch der Versuch gewagt, die

Gäste durch Wettspiele und -Fragen zum Mitmachen anzuregen. Die Stimmung wurde dabei ganz fröhlich, die Preisgewinnerinnen freuten sich an einer bescheidenen Auszeichnung, die sie ihrer glücklichen Hand oder dem Gedächtnis zu verdanken hatten. Unsere neue Präsidentin, Frau *Esther Schöni-Schüle*, erwies sich als taktfeste Dirigentin, und sie brachte ohne grosse Mühe alle Anwesenden zu einem harmonischen Singen. Dieser beglückende, friedliche Ausklang zeigte, wie die Schwestern im Grunde ihres Herzens doch einig sind.

*Schw. Meta Ganz.*

## Mitteilungen und Berichte

### **Die Delegiertenversammlung des Schweiz. Roten Kreuzes**

Am 30. und 31. Mai fand in Luzern die ordentliche Delegiertenversammlung des Schweizerischen Roten Kreuzes statt. Der Präsident, Prof. Dr. *A. von Albertini*, erinnerte in seiner Ansprache an die Erlebnisse von Henri Dunant auf dem Schlachtfeld von Solferino, im Jahre 1859 und an die schöpferische Leistung, die zur Gründung des Roten Kreuzes führte. Diese Gründung hatte tiefgreifende Auswirkungen auf die Entfaltung der Menschlichkeit in einer von furchtbaren Katastrophen heimgesuchten Zeit. In einem Ueberblick über die Arbeit des Schweizerischen Roten Kreuzes stellte Prof. von Albertini fest, dass Dunants Erbe gut verwaltet wurde, dass aber stets neue Anstrengungen nötig sind, damit das Rote Kreuz die wachsenden Aufgaben angemessen erfüllen kann. Er wies besonders auf die *Krankenpflege* hin, die noch starker Förderung auch von seiten der Behörden bedarf, sowie auf die *freiwillige Sanitätshilfe* (Rotkreuzsanitätsdienst), die mangels freiwilliger Anmeldungen in einzelnen Personalkategorien ungenügende Bestände aufweist. Durch eine «Werbeaktion Solferino» soll der Gedanke der

freiwilligen Sanitätshilfe neu belebt werden und begeisterte Anhänger finden.

Nach der Erledigung der geschäftlichen Traktanden hielt Prof. Dr. *Léopold Boissier*, Präsident des Internationalen Komitees vom Roten Kreuz, ein mit grosser Aufmerksamkeit entgegengenommenes Referat zum Thema «Das Rote Kreuz vor den Problemen unserer Zeit». Der Vortrag, der zum eigentlichen Kernstück der Delegiertenversammlung wurde und über die Probleme, die Arbeitsmethoden, die Bestrebungen und Ziele des Internationalen Komitees in bewundernswerter Klarheit und Vielfalt Aufschluss gibt, wird in der Zeitschrift «Das Schweizerische Rote Kreuz» in zwei Folgen in deutscher Uebersetzung abgedruckt. Der erste Teil erschien im Juliheft, Nr. 5, der Schluss wird in Nr. 6 erscheinen.

Zum Abschluss der Delegiertenversammlung überbrachte Minister *Jean de Rham* den Dank des Bundesrates für die vom Schweizerischen Roten Kreuz im In- und Ausland geleistete Arbeit. *W. J. Phillips* entbot die Grüsse der Liga der Rotkreuzgesellschaften, wobei er die enge Zusammenarbeit zwischen der Liga und dem Schweizerischen Roten Kreuz hervorhob. Für die Behörden von Kanton

und Stadt Luzern sprachen Regierungsrat Josef Isenschmid und Stadtrat Louis Schwegler.

### **Ein Fortbildungskurs für Schwestern**

Das Bundesamt für Industrie, Gewerbe und Arbeit, Sektion für berufliche Ausbildung, veranstaltet in Verbindung mit den zuständigen kantonalen Behörden den folgenden Kurs:

#### **Methodische Fragen im Unterricht in Gesundheits-, Kinder- und Kranken- pflege.**

*Arbeitsprogramm:* Durcharbeiten eines Kursprogrammes für Gesundheits-, Kinder- und Krankenpflege. Methodische Anleitung. Lektionsbeispiele. — *Kursort:* Zürich. — *Zeit:* 24. bis 29. August 1959.

Diplomierte Säuglings- und Krankenpflegerinnen, welche an *hauswirtschaftlichen Fortbildungskursen unterrichten*, können sich durch Vermittlung der kantonalen Amtsstelle, welcher der hauswirtschaftliche Unterricht unterstellt ist, für diesen Kurs umgehend anmelden. Auch das Anmeldeformular ist dort zu beziehen. Der Bund entrichtet den Kursbesucherinnen Beiträge an ihre Auslagen für Reise, Unterkunft und Verpflegung, sofern ihnen auch von dritter Seite (Kanton, Gemeinde, Schule) Beiträge zugesichert werden.

### **Finanzielle Unterstützung der Krankenpflegeschulen durch den Bund**

Anlässlich der Jubiläumsfeier der «Source» gab Bundesrat Chaudet die Bereitschaft des Bundesrates bekannt, im Sinne des Gesuches des Schweizerischen Roten Kreuzes um eine wirksame finanzielle Unterstützung der Krankenpflegeschulen durch den Bund den eidgenössischen Räten *den Entwurf zu einem Bundesbeschluss* zu unterbreiten, betonte indessen, dass es sich bei

der vorgesehenen Bundeshilfe darum handeln wird, die Leistungen der Kantone und Gemeinden zu *ergänzen*, nicht aber zu ersetzen. Die Krankenpflege solle eine kantonale Angelegenheit bleiben, und der Bund werde nur dann Beiträge ausrichten, wenn auch die Kantone angemessene Leistungen erbrächten.

### **Wo bezieht man, wie trägt man die Verbandsbrosche ?**

Dass der SVDK seine eigene Verbandsbrosche besitzt, ist wohl allen Schwestern bekannt. Und verständlich ist es, dass sich der Verband freut, wenn recht viele seiner Mitglieder sich durch das Tragen der Brosche zu ihrem Landesverband bekennen. Vielleicht ist es weniger bekannt, dass die Brosche nicht nur zur Tracht oder Uniform, sondern auch *zu ziviler Kleidung*, zum Beispiel auf der Jacke eines Kostüms, getragen werden kann. — Zu beziehen ist die Brosche nicht beim SVDK selbst, sondern beim zuständigen *Mitgliedkollektivverband*, der jede Bestellung gern entgegennimmt.

### **Eindrücke von einer Besinnungswoche in Seewis**

Trotz dem ungünstigen Wetter gefiel es auch mir im Hotel Seesaplana in Seewis. Obschon ausser uns viele Gäste da waren, herrschte in der Hausgemeinschaft ein überaus netter Ton. Das Essen war gepflegt, stets genügend, der Kaffee herrlich, und es wurde geheizt. Auch die liebevoll besorgte Bedienung ist uns in bester Erinnerung. Das schönste jedoch war die gläubige Schwesterngemeinschaft, die sich aus ungefähr zwölf Schwesternarten zusammenfügte. Was man wiederum in den Gedankenkreis aufnehmen durfte durch die Leiter der Besinnungswoche, Pfr. Cadonau, Dr. Jaeger, die gewandte, begeisternde Geangslehrerin Rupflin, Schwester Lydia Locher und Schwester Anna Milt, war

einfach grossartig und erfüllt uns mit Dankbarkeit. — Selbst der unermüdlich auf- und niederfahrende Chauffeur, war trotz der schmalen Strassen und Kurven stets freundlich. *Schw. L. W.*

### **Bund schweizerischer Frauenvereine**

Der Bund schweizerischer Frauenvereine, dem der SVDK als Kollektivmitglied angehört, hielt am 2. und 3. Mai in Neuenburg seine gut besuchte *Delegiertenversammlung* ab. Anstelle der zurücktretenden Präsidentin, M<sup>e</sup> Denise Berthoud, wurde einstimmig Frau Dr. phil. *Dora Rittmeyer-Iselin* aus St. Gallen gewählt. In die *BSF-Kommision für Frauenberufsfragen* wurde als neues Mitglied Fräulein *Edith Guisan*, Präsidentin des SVDK, aufgenommen.

### **Neues von der «Lady mit der Lampe»**

Das im letzten Jahr anlässlich des Saffa-Theaterwettbewerbs mit dem ersten Preis ausgezeichnete *Florence-Nightingale-Schauspiel «Die Lady mit der*

*Lampe»*, von Elsie Attenhofer, das auszugsweise in den «Schweizerischen Blättern für Krankenpflege» erschien, ist kürzlich in Osnabrück neu inszeniert und mit der Verfasserin in der Titelrolle aufgeführt worden. Das Stück wurde von Publikum und Presse mit grossem Beifall begrüßt.

### **Eingliederung in internationaler Sicht**

Im vergangenen April veranstaltete die *Weltgesundheitsorganisation* in Kopenhagen eine Arbeitstagung über die Probleme der medizinischen Eingliederung, an der acht Länder vertreten waren. Als gemeinsame Anliegen kristallisierten sich die Wichtigkeit einer *praktischerwerbsmässigen Zielsetzung der Beschäftigungstherapie* und die Dringlichkeit der *Ausbildung von spezialisiertem Personal* in erster Linie heraus.

Eine interessante Lösung des Ausbildungsproblems wurde in Rumänien gefunden, wo eine gut ein Jahr dauernde Spezialausbildung den Aerzten erlaubt, nicht den Grad der Invalidität, sondern die *verbleibende Arbeitsfähigkeit* eines Patienten festzustellen.

## **Vorübergehender Wechsel in der Redaktion**

Aus persönlichen Gründen sehe ich mich gezwungen, die Redaktion des deutschen Teils der «Schweizerischen Blätter für Krankenpflege» vorübergehend in andere Hände zu legen. Zu meiner Freude ist es mir gelungen, in der Journalistin Fräulein *Regina Wiedmer*, *Terrassenweg 12, Bern*, eine Vertreterin zu finden, die unsere «Blätter» in der Zwischenzeit mit grosser Umsicht, mit Geschick und Interesse betreuen wird. Fräulein Wiedmer ist nicht nur eine gewandte, erfahrene Berufsjournalistin, sie hat auch die Probleme der Krankenpflege seit je mit Teilnahme verfolgt und ist mit ihnen wohlvertraut. So darf ich die Leserinnen und Leser der «Blätter» mit gutem Gewissen bitten, das Vertrauen und das Wohlwollen, das sie mir von Anfang an freundlich entgegenbrachten, voll und ganz auf Fräulein Wiedmer zu übertragen.

Fräulein Wiedmer übernimmt ihre Arbeit am 1. August. Sämtliche Korrespondenz und alle Einsendungen für das Septemberheft und die folgenden Nummern sind somit an ihre Adresse, *Terrassenweg 12, Bern*, zu senden.

***A. K. Ulrich-Debrunner.***

# Tendances actuelles des programmes de l'hygiène publique et leur application en Suisse<sup>1</sup>

Par le Dr A. Sauter, directeur du Service fédéral de l'hygiène publique

La question fondamentale que nous devons nous poser tout d'abord est: « Existe-t-il somme toute en matière d'hygiène publique des tendances communes sur le plan international? » L'état de la santé publique varie énormément dans les divers pays du monde, et il est clair que dans chacun d'eux on doit aborder les problèmes dans leur ordre d'urgence. On y est contraint par la force des choses. De vastes territoires du monde ont une mortalité des nouveau-nés et infantile encore très élevée et là tout naturellement les mesures prises en faveur de l'hygiène de la mère et de l'enfant ont la priorité, tandis qu'en d'autres régions — dans notre pays entre autres — s'imposent en première ligne aujourd'hui les problèmes que soulève la longévité de plus en plus accentuée de la population. Dans de nombreux pays, il s'agit d'unir forces et moyens pour combattre les maladies transmissibles. Ne songeons qu'au paludisme dont, il n'y a pas bien longtemps encore, étaient atteints 300 millions d'êtres humains sur les 2700 millions qui peuplent la terre. En d'autres parties du monde, on ne trouve plus les maladies transmissibles au premier plan des préoccupations, mais bien les affections dégénératives comme les maladies cardio-vasculaires, le rhumatisme et le cancer.

On ne peut donc parler de nouvelles tendances, qui soient véritablement fondamentales et générales, que si elles ont été reconnues comme déterminantes par un grand nombre de pays. Cela nous amène tout naturellement à chercher à déceler de tels mouvements dans cet arrangement international qu'aujourd'hui 88 Etats, c'est-à-dire la plupart des peuples de la terre, ont adopté comme charte de la santé: la *constitution de l'Organisation mondiale de la Santé*.

La constitution de l'OMS a dix ans d'existence. Elle définit la santé comme *un état de complet bien-être physique, mental et social*. Y a-t-il vraiment là quelque chose de neuf? Pas nécessaire d'aller bien loin pour répondre par l'affirmative. Autrefois, en effet, on pensait en venant à l'aide des malades à améliorer avant tout leur état physique. L'assistance aux pauvres était toute inspirée de cette idée. Elle ne venait en aide que lorsque le malade n'avait plus les possibilités matérielles nécessaires de se soigner, c'est-à-dire qu'elle n'apportait son appui qu'une fois que le malade se trouvait dans une situation écono-

<sup>1</sup> Conférence faite à la séance d'ouverture du cours pour infirmières d'hygiène sociale à l'Ecole d'infirmières « Le Bon Secours », Genève, le 12 janvier 1959.

mique et sociale précaire. Toutefois, depuis quelques décennies des efforts sont faits pour empêcher à temps la ruine du malade sur le plan financier et pour qu'il ne tombe pas à la charge de l'assistance publique. Ce fut là toujours un des buts par exemple de l'assistance-tuberculose. Mais il va de soi qu'elle aussi, du point de vue financier, ne peut vraiment venir en aide que s'il y a nécessité, car en tant qu'organisation qui vit des deniers publiques et de générosités, ce ne sera jamais sa mission de maintenir *tout* malade dans sa situation économique antérieure et de le secourir avant qu'il y ait danger qu'il s'effondre sur le plan social. Une assistance de caractère privé même bien organisée comme l'assistance tuberculose ne peut donc assurer au malade « un état de complet bien-être social ».

Nous approchons bien plus de la réalisation de cette très généreuse conception par le système des assurances, car l'assureur s'acquitte de ses prestations dès le début de la maladie et accorde l'indemnité journalière prévue quelle que soit la situation financière du malade. Ici encore dans notre pays, c'est de nouveau l'assurance-tuberculose qui se montre la plus généreuse envers les patients, car pour être reconnues par la Confédération et bénéficier des subventions particulières qu'elle leur verse, les caisses-maladie doivent garantir aux malades tuberculeux: une contribution journalière aux frais de cure ou une indemnité journalière, une contribution aux frais qu'entraînent les examens radiologiques, les interventions chirurgicales importantes et les traitements médicamenteux. L'indemnité journalière peut être assez élevée; la Confédération accorde sa subvention à une indemnité journalière allant jusqu'à 32 francs. Les prestations doivent être accordées à partir du premier jour de cure pour au moins 1800 jours dans une période de sept années consécutives. A quoi il faut ajouter que, pour les prestations de l'assurance-tuberculose, il n'y a pas de participation personnelle à verser.

Pour atteindre au degré de protection de la santé tel qu'il découle de la définition de la constitution de l'OMS, il y a en Suisse une première tâche à accomplir: celle de développer le système des assurances de manière qu'une meilleure protection puisse être accordée avant tout lorsqu'il s'agit de maladies de longue durée. L'assurance-maladie verse aujourd'hui de très grosses sommes dans les cas où le malade, s'il n'est pas un nécessiteux, n'en est pas réduit à ses seules prestations; mais le système actuel protège trop peu précisément lorsqu'il s'agit de maladies graves ou de longue durée, qui obligent même les mieux situés à avoir recours à une aide.

Comment tenons-nous compte en Suisse de cette conception nouvelle que la santé est aussi un état de « *complet bien-être mental* »? De plus

en plus, chez nous aussi, on prête attention à l'étroite liaison qui unit le bien-être physique et le bien-être mental. Disons que les efforts visant à assurer le bien-être mental ne sont pas nouveaux. Depuis des années, le Comité national d'hygiène mentale déploie une précieuse activité. En outre, depuis peu a été constitué un « Cartel suisse pour la protection de la santé mentale », qui a pour but de rapprocher tous les milieux qui exercent une activité dans laquelle la protection de la santé mentale est d'importance. La fondation de ce cartel montre que la nécessité de protéger la santé mentale est reconnue par de larges cercles. Il ne fait pas de doute qu'en matière de protection de la santé mentale de l'enfant, les travaux de Bowlby et surtout son livre « Soins maternels et santé mentale », travaux effectués sur l'initiative de l'OMS, n'ont pas été sans exercer une influence considérable sur les responsables. La révélation que le développement mental de l'enfant, élevé sans amour maternel, est fortement menacé, a eu chez nous aussi de profonds échos. C'est la raison pour laquelle de plus en plus des établissements de notre pays, tels que orphelinats, homes pour enfants, maisons d'éducation se sont organisés de manière que des groupes de familles soient constitués et que l'enfant qui en est dépourvu puisse s'attacher néanmoins, par substitution, à un lien maternel.

Nous nous rendons bien compte cependant que, comme partout ailleurs, chez nous aussi, il sera très difficile d'arriver à ce que la santé mentale de l'enfant fasse l'objet de soins réellement adéquats et durables et que de telles mesures se développent dans tous les établissements qui élèvent des enfants. Orphelinats et autres maisons pour enfants sans famille, qui — surtout dans nos régions alpines — sont le plus fréquemment financés par des communes sans grands moyens, ont de très grandes difficultés pratiques — et non seulement pour des raisons pécuniaires — de trouver du personnel qualifié pour que leurs petits pensionnaires reçoivent des soins appropriés en matière d'hygiène mentale, à moins qu'un service d'assistance complet pour tout un canton soit organisé comme c'est le cas au Valais depuis longtemps déjà, grâce aux efforts du Dr Repond. La Fédération mondiale de la santé mentale organisera en 1960 une année de la santé mentale. Ce sont le Comité national suisse d'hygiène mentale et le Cartel suisse pour la protection de la santé mentale qui se chargeront de l'organisation. Nous avons proposé qu'on puisse, en Suisse, choisir comme thèmes de cette année de la santé mentale non pas la santé mentale prise dans son ensemble, mais limitée à deux domaines bien spécifiés: la santé mentale à l'âge d'enfant et la santé mentale à l'âge avancé. Nous croyons qu'une année consacrée à la santé mentale nous apportera déjà beaucoup, si l'on parvient à faire prendre corps partout dans notre pays à l'idée qu'en matière d'hygiène publique, la santé mentale de l'enfant est une des

tâches les plus impérieuses de l'avenir. Là où toute l'attention nécessaire est accordée aux troubles psychiques, à l'âge de l'enfance, on constate aussi leur fréquence même chez les enfants élevés en milieu familial, et le but devrait être donc qu'à tout service médical des écoles soit rattaché un service de psychologie et de psychiatrie scolaire. Ce sera difficile à réaliser, car l'autonomie cantonale en matière d'instruction publique ne permet pas de mener à chef un tel projet sur le plan national. C'est pourquoi d'ailleurs de tels services se sont développés jusqu'ici selon un rythme fort différent: en plusieurs villes, ils existent depuis des décennies, ailleurs — en particulier dans les campagnes — on est encore bien éloigné de leur réalisation.

Pour conclure ce chapitre consacré à la santé mentale, il nous reste encore à souligner qu'en toujours plus grand nombre des hôpitaux pour personnes atteintes dans leur santé physique s'assurent la collaboration du psychiatre et que quelques cliniques spécialisées — il s'agit surtout de cliniques pour maladies internes et pour enfants — ont procédé non seulement de manière à maintenir un psychiatre dans leur personnel permanent, mais à avoir leur propre division psychiatrique. En parlant de ces efforts, il y a lieu de mentionner aussi la proposition émanant de la Société suisse de psychothérapie visant à ce que la psychologie médicale et la psychothérapie soient introduites dans le programme d'études régulier des étudiants en médecine suisses.

Une autre affirmation, que nous trouvons dans la constitution de l'OMS, caractérise bien la tendance actuelle de l'hygiène publique. La voici: « Le développement sain de l'enfant est d'une importance fondamentale; l'aptitude à vivre en harmonie avec un milieu en pleine transformation est essentielle à ce développement. » C'est ici que nous entrons dans le domaine de l'*éducation sanitaire*.

Nous sommes bien au clair à ce propos; l'éducation sanitaire n'est pas une nouveauté. Nous savons que de nombreuses prescriptions de l'Ancien Testament visent essentiellement à protéger la santé. Elles concernent avant tout la protection contre les maladies transmissibles, la prophylaxie des épidémies. Aujourd'hui, les épidémies offrant un danger général n'ont plus ce caractère menaçant d'autrefois et cela dans la plupart des parties du monde. Grâce aux mesures prises dans le domaine de l'hygiène publique en général, à l'élimination des eaux usées, à l'hygiène du logement et à la police des denrées alimentaires, grâce aussi aux vaccinations collectives, nous ne connaissons plus les grandes épidémies de variole, de peste, de choléra que par ouï-dire. Des progrès décisifs ont aussi été réalisés contre les autres maladies transmissibles au cours de ces dernières années. Elles sont maintenant très à l'arrière-plan en tant que causes de décès. D'autres menaces se

sont substituées à elles. Nous aimerions les classer en deux grands groupes:

1<sup>o</sup> menaces consécutives à la manière de vivre de l'individu

2<sup>o</sup> menaces contre lesquelles l'individu est impuissant.

Au premier groupe appartiennent les atteintes portées à la santé, dues à une alimentation inappropriée, quantitativement ou qualitativement, dues à un déséquilibre entre l'effort et le délassement, à un excès de tension psychique et à l'énerverment, au manque de mouvements corporels, mais aussi à divers abus, tels que celui de l'alcool, du tabac, des médicaments. Il est vrai que nous nous trouvons d'une part devant la réjouissante constatation que la durée moyenne de vie a augmenté fortement, mais par ailleurs nous devons enregistrer avec résignation le fait que parmi nos meilleurs et plus précieux éléments, nombreux sont ceux qui meurent subitement, fauchés à la fleur de l'âge, ou qui, comme disent les Américains, voient leur florissante carrière d'hommes à succès couronnée par les deux grands C: « Cadillac » et « Conorary disease » (la voiture de luxe et la maladie de cœur). L'hygiène publique peut-elle faire quelque chose contre ce mal? On entend souvent dire qu'elle doit intervenir contre le fait. Il y a peu de temps, un juriste écrivait au Service fédéral de l'hygiène publique: « Pourquoi ne faites-vous rien pour délivrer le fumeur impénitent de son vice? » Cette question montre dans quelle large mesure on a tendance aujourd'hui à rendre responsable l'Etat en toutes choses touchant à la santé, même individuelle, perdant de vue bien dangereusement — peut-être inconsciemment — que ce faisant on se leurre soi-même. Car, enfin, si l'hygiène publique a combattu avec succès les épidémies, qui menaçaient autrefois la santé et la vie, doit-elle aujourd'hui être tenue d'éliminer aussi toutes les autres menaces qui pèsent sur la santé? L'individu veut-il, envers et contre tout, chercher protection auprès de l'Etat, même contre sa propre faiblesse? Il en est ainsi de la pharmacomanie, cette grave propension à absorber inconsidérément des médicaments sous forme de tablettes, qui est si répandue chez nous ainsi qu'une vaste enquête l'a démontré. Toute une série de mesures ont été préconisées, qui pour finir ne sont rien d'autre qu'une barrière, un obstacle dressé devant l'abus, mais qui, à la longue, ne sauraient donner satisfaction, parce que le mal n'a pas été saisi à la racine. Attaquer le mal à la racine signifie en l'occurrence qu'il ne suffit pas de lutter contre l'abus des médicaments en réduisant le nombre des comptoirs de vente, en soumettant les grands emballages à l'obligation de l'ordonnance médicale, en exigeant qu'un avertissement figure sur les emballages, mais signifie qu'il faut instruire l'homme en matière de santé, qu'il faut lui apprendre à vivre de manière qu'il ne doive plus faire dépendre

son bien-être de tablettes. Encourager et développer l'éducation sanitaire c'est par conséquent à notre sens une des tendances les plus importantes que l'on constate dans le domaine de l'hygiène publique moderne. Une de ces tâches principales nous paraît être, sous cet angle, de démontrer aux jeunes non seulement les dangers auxquels aujourd'hui leur santé est exposée, mais de leur faire comprendre que, pour une grande part de ces dangers, de par leur nature même, il dépend de l'individu lui-même d'en devenir la victime ou non.

Si l'on veut éduquer les jeunes gens et notamment les enfants en matière de santé, on doit commencer par former des maîtres, sans quoi il est absolument impossible d'édifier un système d'enseignement en cette matière, systématique et fructueux. Se fondant sur ces constatations élémentaires, l'OMS et l'UNESCO, qui sont les organes de l'ONU responsables de la santé et de l'éducation, ont élaboré en commun un remarquable: « Guide d'étude pour l'amélioration de la formation du corps enseignant en matière de santé », qui donne à ce sujet de précieuses suggestions à tous les milieux, médecins, infirmières, éducateurs et autorités de l'instruction publique et de l'hygiène.

Comment doit-on encourager ces tendances dans notre pays? Ici aussi, nous nous heurtons à certaines difficultés dues à la structure politique du pays: comme en matière d'hygiène publique, les cantons sont aussi en principe souverains en matière d'instruction publique. Ils établissent eux-mêmes leurs programmes d'enseignement et en fixent les moyens, de telle sorte que l'enseignement sanitaire est fort différent d'une école normale cantonale à l'autre. Comment peut-on ici intervenir pour qu'une idée et un plan, tel qu'il a été élaboré par l'OMS et l'UNESCO et publié dans le « Guide » que nous venons de mentionner soient adoptés? Nous avons cherché une solution qui s'adapte dans toute la mesure du possible à notre situation particulière. Et là, une fois de plus, on a constaté quel rôle éminent remplissent dans notre pays les organisations privées lorsqu'il s'agit d'exécuter des tâches intéressant l'ensemble de la population, mais dont la Confédération ne peut se charger. C'est que ces organisations peuvent déployer leur activité par delà les frontières cantonales sans difficultés. Ainsi, nous avons obtenu que la direction générale des PTT, d'entente avec « Pro Juventute », mette à disposition, pour l'enseignement sanitaire dans les écoles et séminaires, un montant d'environ 90 000 francs, prélevé sur le bénéfice laissé par la vente des timbres Pro Juventute en 1957. Il incombe à un comité de décider de l'emploi de cette somme, comité dans lequel sont représentés Pro Juventute, la Société suisse de médecine préventive, la Société suisse des médecins des écoles et que préside le directeur du Service fédéral de l'hygiène publique. Le programme prévoit tout

d'abord l'organisation de cours à l'intention des médecins et professeurs qui enseignent l'hygiène dans les séminaires. Il y a lieu en même temps d'essayer de fixer la matière de cet enseignement, qui devrait englober tous les éléments qui, en ce domaine, entrent en considération aux degrés d'âge les plus divers, de l'école primaire à la maturité. Nous disons bien tous les éléments, car à notre avis l'éducation sanitaire ne doit pas simplement porter sur la question de savoir ce que l'individu doit faire ou ne pas faire pour rester sain en présence des exigences qu'impose la vie à la génération d'aujourd'hui (et de ce que cette même génération exige de la vie), mais il doit être également en quelque sorte un *enseignement de caractère civique* en matière de santé publique.

Nous en arrivons ainsi à la deuxième catégorie des menaces qui pèsent sur la santé et qui ne dépendent plus de la manière de vivre des individus. Ce sont les dangers contre lesquels l'individu est impuissant et qui ne peuvent être combattus que par la collectivité, c'est-à-dire en fait par l'Etat. Ces dangers posent pour l'hygiène publique d'aujourd'hui et de demain les plus gros problèmes, comme le firent autrefois les épidémies présentant un danger général. Ils sont apparus avec le développement de la technique et ils ont ceci de fatal qu'ils s'attaquent aux éléments indispensables à notre existence: l'air, l'eau et la terre. Sans exagération aucune, on peut dire aujourd'hui: les générations qui nous ont précédés avaient pour tâche de protéger l'homme contre les éléments naturels; notre mission à nous est de protéger les éléments contre les hommes, c'est-à-dire de veiller à ce que l'air, l'eau et la terre ne soient pas complètement dégradés par l'homme.

Voici les principaux problèmes dont il s'agit:

On sait qu'une grande partie de nos eaux superficielles, nos cours d'eau et lacs sont pollués dans une telle mesure qu'on ne peut plus s'y baigner et que même les eaux souterraines, qui nous fournissent l'eau potable sont, elles aussi, menacées. Cette pollution augmente rapidement avec le nombre toujours plus élevé des habitants et l'industrialisation. Il se pourrait bien qu'un jour ce soit précisément le manque d'eau qui fasse catégoriquement obstacle à l'augmentation incessante de la population.

Ainsi donc, aujourd'hui, parmi les tâches les plus impérieuses de l'hygiène publique, figurent la protection des eaux et l'épuration des eaux usées, tâches qui exigeront encore d'énormes sacrifices financiers. C'est ainsi — pour citer un exemple — que la station pour l'épuration des eaux usées de la ville de Berne est, parmi les autres installations publiques de cette ville, celle qui lui coûtera le plus cher, soit environ 30 millions de francs. La ville de Stuttgart tire maintenant son eau potable du Bodan par une conduite de plus de 100 km.

Il en va aujourd’hui pour l’air comme pour l’eau. S’il est vrai que l’air d’ici n’est pas souillé dans la même proportion que celui des grandes villes anglaises et américaines — nous rappelons les catastrophes dues au « smog » — il l’est pourtant chez nous, dans quelques-unes de nos villes et de nos centres industriels, à un degré pour le moins déjà fort incommodé. Toute aussi importante que celle due aux émanations industrielles est la pollution de l’air due aux gaz d’échappement des véhicules à moteur, et il faut remarquer ici que ce ne sont plus les grandes villes seules qui sont touchées, mais aussi les plus petites agglomérations sises aux abords des grandes voies de communications et même des contrées entières. Rappelons qu’on a bien des raisons d’admettre que l’augmentation du cancer du poumon n’est pas uniquement attribuable à l’usage de la cigarette mais aussi — quoique dans une moindre mesure — à l’air pollué par les gaz émanant des usines et des moteurs.

Le danger de cette nature, qui est apparu le plus récemment, est dû aux radiations ionisantes. La radioactivité de l’air, des précipitations et des eaux augmente à la suite des essais de bombes atomiques. Elle augmentera aussi dans le sol et, par lui, dans les plantes, le lait et autres denrées alimentaires.

Même si les essais dont la bombe atomique est l’objet devaient cesser dans un proche avenir, le problème demeurerait intact, car l’emploi pacifique de l’énergie atomique dans les réacteurs peut lui aussi porter atteinte à l’air, à l’eau et ensuite au sol, si de très rigoureuses mesures de protection ne sont pas prises.

Ce sont là les principaux problèmes qui se posent présentement en matière d’hygiène publique dans tous les pays ayant atteint un haut développement industriel et technique. Qu’en advient-il dans notre pays?

Dès qu’une nouvelle tâche touchant à la santé publique s’impose à notre pays, c’est immédiatement et de prime abord la question de compétence qui se pose: Confédération ou cantons, cantons ou communes? Si, suivant la nature ou la portée du problème à résoudre, c’est à la Confédération d’intervenir, il faut commencer le plus souvent par lui en donner la compétence constitutionnelle. Aussi bien pour la protection des eaux que pour la protection contre les radiations ionisantes, il fallut tout d’abord compléter la constitution pour que la Confédération puisse effectivement s’en charger. Ce n’est qu’il y a trois ans que les Chambres fédérales purent adopter une loi fédérale sur la protection des eaux, et elles discuteront prochainement d’un projet de loi concernant l’utilisation pacifique de l’énergie atomique et la protection contre les radiations. Un postulat est aussi déposé présentement au Conseil national, qui demande également que la Constitution soit

complétée pour que la Confédération soit en mesure d'édicter des prescriptions contre la pollution de l'air.

Il y a dans cette évolution deux points significatifs: premièrement la nécessité de centraliser les compétences, non pas sous la poussée de conceptions d'ordre politique, mais de par la nature même des problèmes. Pollution de l'air et des eaux et contamination radioactive: aucun de ces fléaux ne peut être combattu avec succès sur le seul plan cantonal. Sous cet angle, ces calamités sont comparables aux épidémies présentant un danger général qu'aucune frontière n'arrête, au point que si on veut les combattre avec un réel succès, c'est à la longue au-delà même des frontières du pays, par une étroite collaboration sur le plan international, qu'il faudra engager la lutte.

Le deuxième fait à noter est qu'il s'agit de problèmes n'ayant pas un caractère temporaire, mais qui se posent pour tout l'avenir et ne perdront jamais de leur actualité. Ce fait est d'une importance toute particulière dans une démocratie directe. Si la population continue à se développer et le pays à s'industrialiser et à se motoriser au même rythme que jusqu'ici, les exigences auxquelles il doit être satisfait dans l'intérêt de la santé publique influenceront toujours plus fortement les décisions dans les domaines les plus divers de l'activité humaine. La protection de la santé qui, jusqu'ici, était peut-être classée au troisième ou au quatrième rang des facteurs dont on a tenu compte lors de certaines décisions ou qui n'était même pas prise en considération, atteindra, avec le temps, un échelon toujours plus élevé dans le tableau des priorités et devra souvent être placée au premier rang. Un exemple doit le démontrer. Il n'y a pas très longtemps, quelques années, une importante voie de communications pour le trafic automobile devait être améliorée dans un canton de Suisse alémanique. Deux possibilités furent discutées. Devait-on conserver le tracé de l'ancienne route, qui comme il est encore de règle chez nous, passait au milieu des villages, ou devait-on donner la préférence à un autre projet qui prévoyait sa construction à une certaine distance des agglomérations? On le voit: c'est une question qui continuera à se poser à l'avenir. On a décidé de maintenir le passage de la route à grand trafic à travers les localités. Il est clair que la décision n'a pas été déterminée par des raisons sanitaires, mais uniquement économiques. Les villages craignaient d'être écartés de la circulation; une nouvelle route coûterait vraisemblablement trop cher, etc. Aujourd'hui, on regrette la solution à laquelle on s'est arrêté. Les villages sont coupés en deux, le danger d'accident est énorme, spécialement pour les enfants; le bruit et l'air empesté ne cesseront jamais d'incommoder les habitants. Et voilà maintenant ce qui nous intéresse tout particulièrement: lorsqu'on s'est rendu compte, peu

après l'achèvement de l'ouvrage, que la solution adoptée était une erreur, un représentant du gouvernement intéressé déclara: « Le peuple n'était pas mûr pour l'autre solution. » C'est la particularité que nous devons toujours avoir devant les yeux lorsque nous parlons, en Suisse, d'éducation sanitaire: que les routes aient un tracé ou un autre, que des crédits soient votés pour une station d'épuration des eaux usées, qu'une localité s'agrandisse selon un certain plan, que de nouvelles industries s'établissent à la campagne, qu'un barrage soit construit et que l'eau des rivières et des ruisseaux ne suive plus son cours naturel à travers une vallée, mais disparaisse dans une galerie souterraine, c'est toujours au citoyen, à l'homme du peuple et non seulement à une autorité ou l'autre qu'il incombe de trancher de telles questions. C'est la raison pour laquelle l'éducation sanitaire ne doit pas viser uniquement à enseigner à chacun ce qu'il doit faire pour rester sain, mais elle a pour fin de donner une juste notion des dangers auxquels la santé publique est exposée et comment s'en protéger à tout un peuple qui doit prendre lui-même les décisions les plus importantes, et de le rendre bien conscient de la portée de ses décisions.

(à suivre)

## En marge du centenaire de La Source<sup>1</sup>

*Une exposition rétrospective ouverte au public dans les nouveaux locaux de l'Ecole, a prolongé pour le peuple vaudois et les amis les fêtes du centenaire de La Source.*

*Parler d'une exposition à ceux qui ne l'ont pas vue et la leur rendre « visible », est chose impossible; on n'en peut donner qu'un reflet.*

*L'histoire d'une institution rendue par les objets, l'image et le texte, ne devient vivante qu'à la condition d'être présentée avec goût. Et là, rendons hommage à la décoratrice, Mademoiselle Julie Du Pasquier, qui a su faire le choix, éviter de tout montrer en donnant juste ce qu'il fallait de panneaux et de textes pour que le visiteur se sente conquis et instruit. M<sup>lle</sup> Du Pasquier et les organisatrices ont réussi une petite œuvre d'art, suggestive et émouvante.*

*En voyant partout le terme de garde-malade, vrai leitmotiv de l'exposition jusqu'à l'époque où infirmière l'a détrôné, nous avons cherché et fini par trouver les origines de ce nom, dans notre pays tout au moins. Le Pays de Vaud n'a-t-il pas ses poètes et ses historiens? C'est à l'un de ces derniers que nous empruntons la page suivante:*

Note de la rédaction.

\*

<sup>1</sup> La plaquette du centenaire est en vente à La Source: prix fr. 5.—.

« Les hôpitaux n'étant pas destinés aux malades n'ont pas de personnel infirmier régulier. Un malade s'y trouve-t-il par occasion, ou un accouchement s'y fait-il, on se tire d'affaire comme on peut pour les soins à donner. Il en est de même dans la vie ordinaire. Ce sont des services qu'on se rend entre voisins ou amis; la bonne volonté suppléa à la préparation professionnelle.

...On fit parfois appel à des sages-femmes pour fonctionner comme gardes-malades. Matthey<sup>1</sup> n'avait pas parlé de garde-malade; il demandait que la commune accordât aux patients, lorsque ceux-ci ne pouvaient se faire soigner convenablement, « une personne intelligente ». Le terme fit peu après son apparition dans notre pays. En 1788, Marc d'Apples publia une brochure détaillée, *Instructions pour les personnes qui gardent les malades*, dont le texte n'est que la reproduction d'un ouvrage paru une douzaine d'années plus tôt en France, auquel d'Apples ajoute quelques notes...

Tout près de la fin du siècle mourait dans sa bonne ville de Moudon, où il avait rempli les charges de secrétaire du Conseil et d'assesseur baillival, Jacques-François-Daniel Burnand. Une clause de son testament laissait à la commune une petite somme dont les revenus devaient être remis, tous les quatre ans, à deux gardes-malades, régulièrement établies par l'autorité. Dès l'année suivante, une était agréée, « sur les » bonnes relations que l'on a eues sur sa douceur, humanité et capacités » pour cet office ». La Révolution, les débuts instables du nouveau régime, retardèrent l'organisation du service; il fut enfin mis sur pied complet en 1801. On n'exigeait pas peu des titulaires: « confiance, » bonne volonté, intelligence, talents, force, sentiments d'humanité et » désintéressement » étaient les premières qualités requises. Deux citoyennes purent prouver à satisfaction qu'elles en étaient pourvues; elles durent ensuite accepter le règlement en huit articles, les obligeant à se rendre aussitôt auprès de ceux qui les appelleraient, à les soigner avec tous les égards convenables, à ne pas quitter un malade pour en soigner un autre; placées sous la surveillance du médecin pensionné, elles ne pouvaient s'absenter sans sa permission. « Elles seront de la » plus grande discrétion sur tout ce qu'elles entendront ou qui viendra à » leur connaissance dans les ménages où leur devoir les appelle... »

Tels furent, avec le siècle nouveau, les débuts des gardes-malades dans notre pays<sup>2</sup>. »

---

<sup>1</sup> Chirurgien à Grandson vers 1775.

<sup>2</sup> Médecine et santé dans le Pays de Vaud au XVIII<sup>e</sup> siècle, par le Dr E. Olivier, page 776.

# Exigences professionnelles — Exigences humaines

*Notes prises pendant le forum présidé par M. Schnyder de Wartensee  
Assemblée des délégués de l'ASID, Genève, 23 mai 1959*

## Travail en groupes

La formule de travail en groupes, dite aussi méthode active, est adoptée aujourd'hui partout où l'on veut obtenir des participants un travail personnel, durable et en profondeur. Son succès, cependant, comme en toute entreprise humaine, dépend en grande partie de la personne qui l'organise et de son aptitude à éveiller les énergies individuelles ou collectives.

La bonne fortune des participants à ce forum fut justement d'avoir l'animateur, non seulement rompu à ces méthodes, mais pour qui les techniques, si belles soient-elles, ne sont que des moyens et non des buts.

### Sujet

Le président introduisit brièvement le sujet qui allait être discuté. On peut le définir de la façon suivante:

*Trouver l'équilibre entre les exigences propres à chaque être humain et celles de la profession, et que pouvons-nous faire pour trouver cet équilibre.*

Il convient d'abord de savoir que les loisirs sont une question d'imagination et de volonté beaucoup plus qu'une question de temps. Savoir aussi que l'ambiance favorable à un renouvellement des forces physiques et psychiques peut être créée et que cela s'apprend. Il y a deux règles à observer dans le travail en groupes:

- I. — Ne pas porter de jugement sur les idées ou expériences qui seront émises par les membres du groupe.
- II. — Rassembler des faits et des expériences vécues et concrètes. Etablir un inventaire maximum d'expériences pratiques.

Les groupes devaient discuter: 1° *Les moyens de détente.* 2° *Les moyens, en tenant compte des expériences et des faits, de rétablir systématiquement son équilibre psycho-physisque.*

La bonne organisation de ce forum permit à huit groupes de travailler simultanément. Chaque rapporteur dut ensuite monter à la tribune et donner lecture de la liste des idées principales émises par son groupe.

## Résultats

### I. — *Les moyens de détente:*

On peut les résumer et les grouper comme suit: Se doucher, s'étendre yeux fermés, sur un plan dur de préférence (plancher), et pratiquer la détente musculaire non de façon empirique, mais selon une méthode qui s'apprend<sup>1</sup>; exercices respiratoires, culture physique, gymnastique. Changer de vêtements, lire les journaux, soigner sa chambre ou son ménage (oiseaux, abeilles, jardin).

### II. — *Les moyens de se reposer en faisant autre chose:*

Ils sont infinis et varient d'une personne à l'autre. L'essentiel, dans la pratique de son violon d'Ingres, c'est de le faire avec méthode et avec un plan, et de se souvenir que le loisir doit rester un choix et une joie. On retient surtout: la musique; l'écouter ou la pratiquer — avoir un abonnement de concerts ou de théâtre pour s'obliger à sortir régulièrement — faire partie d'un chœur mixte — bricoler — faire de la photo (en cou-

<sup>1</sup> Dr Schultz, Autogener Training-Méthode Vittoz.

leur surtout) — lire pour cultiver son esprit et former son goût — suivre des cours à l'Université populaire ou un cours d'instruction civique (les vaudoises le font déjà!) — apprendre une langue étrangère — retrouver des camarades ou des personnes de professions différentes — inviter régulièrement des amis et leur préparer un repas — visiter des amis — préparer des voyages — classer et écrire des souvenirs de vacances — pratiquer un sport: nage, bicyclette, alpinisme, promenades à la campagne ou en ville, pêche — soigner sa santé.

*Quelques règles générales se détachent de ces rapports:*

Il faut *vouloir* se détendre — savoir quitter son travail à l'heure, même si des camarades, trop fatiguées « traînent » — liquider ses conflits le plus vite possible — vivre à l'extérieur du milieu hospitalier (externat) — s'habituer à faire un arrêt dans la journée et à voir ses erreurs — s'intéresser à l'organisation générale du service ou du travail afin de mieux assurer ses loisirs.

### Conclusions

Elles nous sont données par M. Cl. Mailhot, docteur en psychologie<sup>1</sup>. « Quand une terre a produit pendant un certain temps, les paysans savent qu'il lui faut se « reposer » et pour cela ils ne la laissent pas sans culture, mais ils la fument, lui donnent tous les éléments nécessaires à sa réparation et surtout ils y

plantent « autre chose. » Cette nouvelle culture va transformer le sol et le rendre apte à bientôt faire lever les belles moissons.

Voilà le vrai repos, la vraie signification des loisirs, tel qu'il nous a été enseigné par la nature: il consiste, non à ne plus exister, mais à se refaire. R. J.

<sup>1</sup> Les loisirs, source d'épanouissement, M. Claude Mailhot, « Revue suisse des infirmières », n° 9 et 10, septembre/octobre 1955, pages 280-314.

« Nos loisirs, heures de libre choix », Ariane Schmitt, « Revue suisse des infirmières », n° 6, juin 1958, page 169.

## Echos et nouvelles

### Croix-Rouge suisse

*L'assemblée ordinaire des délégués de la Croix-Rouge suisse a eu lieu à Lucerne les 30 et 31 mai dernier. Dans son allocution d'ouverture, le professeur von Albertini, président, rappela les événements dont Henri Dunant fut le témoin, en 1859, sur les champs de bataille de Solferino d'où devait sortir l'idée de la Croix-Rouge.*

Le professeur von Albertini précisa encore qu'il a été fait un bon usage de l'idée d'Henry Dunant de créer des sociétés de secours sanitaires volontaires. Mais, pour faire face aux tâches crois-

santes qui l'attendent, de nouveaux efforts devront être faits par notre société nationale de la Croix-Rouge, notamment en ce qui concerne le développement des soins infirmiers.

Le professeur L. Boissier, président du C. I. C. R., présenta une conférence sur le thème: « *La Croix-Rouge devant les problèmes de notre temps*<sup>1</sup> » où il développa le projet d'une nouvelle conven-

<sup>1</sup> On peut se procurer le texte de cette conférence au C. I. C. R., rue de la Paix, Genève, Service de l'information.

tion pour la protection des civils tel qu'il a été soumis à la conférence internationale de la Croix-Rouge à la Nouvelle-Delhi en 1957. Aucun résumé ou compte rendu ne saurait donner une idée de la valeur de cette conférence, si supérieure dans sa forme aussi bien que dans son fond; il faut la lire; il faut mémoriser le texte de ces quatre Conventions de Genève que les commentaires du professeur Boissier rendent si limpides et si simples. L'orateur

conclut en disant que « la vision d'Henry Dunant est devenue une réalité de plus en plus universelle... Aujourd'hui, elle ne cesse de faire des progrès dans un monde cependant désuni, dépourvu de tout optimisme et qui ne croit plus à la fraternité universelle... Chaque jour la preuve tangible, visible, en est apportée par le Comité international de la Croix-Rouge dans son action modeste, limitée, mais qui a la valeur d'un témoignage. »

### **XII<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé Genève, mai 1959**



De gauche à droite: M<sup>me</sup> D. Nevington, infirmière-chef du Service de la santé du Buckinghamshire; M<sup>me</sup> P. Nuttall, assistante-rédactrice du « Nursing Times »; M<sup>me</sup> H. Nussbaum, ASID; M<sup>me</sup> Y. Schröder, déléguée du C. I. I.-I. C. N.; M<sup>me</sup> B. Alford, rédactrice de la « Revue sud-africaine des infirmières »; M<sup>me</sup> A. Pfirter, C. I. C. R.

#### **Discussions techniques**

« L'Education sanitaire de la population » a été choisie comme thème des discussions techniques prévues pour la XII<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé. Ce choix traduit l'intérêt croissant que, dans le monde entier, les dirigeants de la santé publique portent à l'éducation sanitaire.

Les pays membres de l'OMS avaient été invités à joindre des infirmières à leur

délégation. Deux pays seulement y ont répondu. Ce sont: le Danemark avec une infirmière, et la Suisse dont la délégation était représentée par le Dr A. Sauter, chef du Service d'hygiène publique, M<sup>me</sup> M.-C. Berch, monitrice à l'Ecole du Bon Secours, et M<sup>me</sup> Noémi Bourcart, directrice de l'Ecole de perfectionnement de la Croix-Rouge suisse.

## Repos et vacances

**Evilard/Bienne**, maison de repos de la Croix-Rouge suisse. S'adresser à la directrice, téléphone (032) 2 53 08. Prix de pension pour les infirmières fr. 11.— à fr. 12.—. La maison a subi d'importantes rénovations qui en augmentent le confort.

**Fiesole/Florence**. Casa di riposo per infermiere. Croix-Rouge italienne. S'adresser à la directrice, M<sup>me</sup> Buonini.

**Foyer de Vichy**, Croix-Rouge française, ouvert à toutes les infirmières et assistantes sociales désireuses de faire une cure thermale (voir n° 3, mars 1959, page 96). S'adresser à M<sup>me</sup> de Laprade, 25, avenue Poncelet, Vichy (Allier).

## Associations et écoles

### Autour de l'Ecole de l'Hôpital de Cery VD

Pas plus qu'une exposition, les nouveaux bâtiments de l'Hôpital psychiatrique de Cery ne se laissent décrire; il faut les voir.

Pensés et médités pendant des années, ils ont été prévus non pas tant pour augmenter le nombre des lits, que pour y appliquer la psychiatrie la plus moderne. Et là, nous le savons, que d'horizons nouveaux, que d'espoirs. Soigner le malade nerveux ou mental en vue de sa réadaptation la plus rapide suppose, comme dans l'hôpital de soins généraux, des centres de diagnostic et de traitement, mais en plus, des moyens particuliers (thérapie occupationnelle — sociothérapie), et un personnel infirmier à la page.

C'est une infirmière diplômée qui accueille le malade à son arrivée et qui procède à toutes les formalités d'admission: sécurité pour le malade et confort pour ses accompagnants. L'infirmière d'accueil! Est-il besoin de souligner la valeur psychologique et sociale de cette innovation?

Les nouveaux bâtiments de Cery abritent aussi l'Ecole d'infirmières et d'infirmiers en psychiatrie dont l'organisation a été transformée en automne 1958. Un étage du corps central de cet ensemble architectural à secrets, est réservé à l'Ecole (internat avec monitrice, salle de cours et de démonstration). Ceci en dit long sur l'importance que

l'on attache à la collaboration intelligente et entière du personnel infirmier en psychiatrie. Ici et là on rencontre une élève de l'Ecole de l'Hôpital cantonal en stage. Evolution là aussi; car les élèves de Cery font des stages à l'Hôpital cantonal en échange.

Notre époque redécouvre cette vérité immémoriale que notre être psycho physique est un et indivisible et que l'on ne peut soigner efficacement l'un sans l'autre.

R. J.

### Remise des diplômes à l'Ecole de l'Hôpital cantonal, Lausanne

La cérémonie de la remise des diplômes à 37 lauréates infirmières et un infirmier a eu lieu le dimanche 21 juin dans la cathédrale de Lausanne. Une excellente musique, orgue et chœurs, encadrerait cette solennité qui s'est déroulée en présence des autorités civiles et médicales, des parents des élèves et des nombreux amis que compte cette jeune école pleine d'essor et de vigueur. Comme le veut la loi sanitaire vaudoise de 1952, les infirmières et l'infirmier furent assermentés par le substitut du préfet.

Ainsi que nous l'avons déjà relevé, il est beau que cette cérémonie ait lieu désormais dans le joyau de l'architecture religieuse gothique du canton de Vaud. La grandeur du cadre ne peut qu'aider les infirmières à prendre une plus juste conscience de leur mission.

R. J.

## Associations et écoles

### Association suisse des infirmières et infirmiers diplômés Section vaudoise

#### 19<sup>e</sup> cours de perfectionnement

*Hôpital cantonal de Lausanne*

23 au 26 septembre 1959

*Mercredi 23 septembre*

#### *Institut de pathologie*

9 - 10 h	Introduction	
10 - 11 h	Diagnostic histologique, possibilités et limites	Prof. J.-L. Nicod
11 - 12 h	Les analgésiques	Prof. Dolivo
14 - 15 h	L'artériographie cérébrale	Dr Zander
15 - 16 h	Traumatismes crânio-cérébraux	Dr Zander

*Jeudi 24 septembre*

9 - 10 h	Les indications modernes de la trachéotomie	Prof. Taillens
10 - 11 h	Le problème des staphylocoques résistants aux antibiotiques	Prof. Ed. Jéquier
11 - 12 h	Les collagénoses	Prof. Vannotti
14 - 15 h	La chirurgie des cancers	Prof. Saegesser
15 - 16 h	Séminaire de chirurgie	Prof. Saegesser
16 - 17 h	Science et confiance	Film Nestlé

*Vendredi 25 septembre*

9 - 10 h	Le syndrome de Little	Dr M. Jéquier
10 - 11 h	Affections urinaires de l'enfant	Dr M. Nicod
11 - 12 h	Le tétanos	Prof. Urech
14 - 15 h	Affections sanguines d'origine médicamenteuse	Dr Hemmeler
15 - 16 h	Séminaire de médecine	Dr Hemmeler

*Samedi 26 septembre*

#### *Maternité*

9 - 10 h	Les troubles de la puberté chez la jeune fille	Prof. Merz
----------	--	------------

#### *Institut d'anatomie*

10 - 11 h	Les lymphatiques	Prof. Winkler
11 - 12 h	Visite du nouvel institut d'anatomie normale	Prof. Winkler

Inscriptions avant le 15 septembre auprès de M<sup>me</sup> Dumuid, Hôpital cantonal de Lausanne, chèques postaux II. 4210.

Finance d'inscription fr. 8.—. Une journée fr. 3.—.

Billets C. F. F. demi-tarif pour Lausanne (semaine du comptoir).

## **Ecole Croix-Rouge de perfectionnement pour infirmières**

Adresse de la branche romande: 48, avenue de Chailly, Lausanne, téléphone 28 66 24.

## **Association des infirmières de Sion**

L'Association des infirmières diplômées de l'Ecole de Sion a tenu son assemblée annuelle dans le cadre de l'école. Après un mandat de quatre années M<sup>me</sup> V. Mouche se retire et une nouvelle présidente est nommée en la personne de M<sup>me</sup> H. Carraux. Parmi les autres membres du comité, notons le départ de M<sup>me</sup> A. Pralong, secrétaire, qui entre

en religion chez les Sœurs de Valère et qui est remplacée par notre ancienne présidente M<sup>me</sup> V. Mouche qui veut bien continuer son activité au sein du comité. M<sup>me</sup> Rosset, caissière, partie en Angleterre est également remplacée par M<sup>me</sup> E. Morel. Les autres membres du comité sont: Sœur Marie-Zénon, directrice de l'Ecole d'infirmières, M<sup>me</sup> Y. Karlen et M<sup>me</sup> M. Schwarz. — Au cours de cette assemblée il fut décidé d'organiser à l'Ecole d'infirmières des journées de perfectionnement pour nos stagiaires et infirmières diplômées.

*V. Mouche.*

*Admissions:* Mesdemoiselles D. Butty, G. Chenaux, M.-J. Frochaux, E. Morel, M. Parnigoni, Th. Salamin, O. Voeffray, M. Patru, M. Fournier, J. Gabioud.

## **Bibliographie**

### **La vie de Sir Alexander Fleming**

Par André Maurois, Hachette. 1959. Disraeli, Proust, a été séduit par Maurois, après les vies de Byron, celle d'un homme de science.

Comment allait-il s'y prendre? Fleming, homme discret et silencieux, était difficile à peindre et restait encore l'inconnu de la science. Pendant des semaines, l'ami de Maurois, le professeur Delauney, l'initia aux mystères de la bactériologie et refit avec lui les expériences de Fleming. Le résultat est prodigieux. Nous ne connaissons pas de biographie plus émouvante que celle de cet homme de science, modeste, génial et généreux.

Pasteur a dit: «Le hasard ne favorise que les hommes préparés.» Maurois décrit les longues, patientes et persévéantes recherches de Fleming avec son équipe de collaborateurs à Londres et à Oxford. Puis une série de hasards qui ont abouti à la plus géniale découverte de l'histoire, qui a permis de sauver des milliers de vies humaines. Hasard, cette

spore que le vent amène sur la paille de Fleming. Hasard, l'expérience concluante qui coïncide avec Dunkerque pour livrer la pénicilline aux armées. Hasard, cette moisissure trouvée en Amérique sur un cantaloup pourri, qui allait permettre la fabrication industrielle. Hasard, enfin, cette jeune bactériologiste grecque qui arrive à Londres, devient sa collaboratrice, puis sa femme et lui donne, au terme de sa carrière, alors que la gloire et les honneurs l'épuisent, un grand mais, hélas, trop court bonheur<sup>1</sup>.

*M. M. E.*

<sup>1</sup> Archives du Bon Secours, n° 140.

### **Médecine moderne et respect de la vie**

Enquête et conclusions du 6<sup>e</sup> Congrès médico-social protestant. Edition Berger-Levrault.

Ensemble des conférences présentées à ce congrès, des discussions et débats

qui les ont suivies. Le plan de l'ouvrage comprend: 1° L'expérimentation humaine en médecine et les thérapeutiques mutilantes. 2° Le respect de la vie sociale. 3° Le contrôle des naissances. 4° Les avortements provoqués. 5° Les limites extrêmes ou le respect de la vie à tout prix. 6° Les fondements du respect de la vie. Ce livre est supérieur sur tous ces points: science médico-chirurgicale et psychiatrique; humanité, réalisme, élévation de pensée et foi religieuse. Le respect de la créature humaine, dans son ensemble physique, psychique et social est le centre du débat. Le personnel infirmier et les travailleurs sociaux, souvent aux prises avec de troublantes questions (celles entre autres du contrôle des naissances et du respect de la vie à tout prix), y trouveront des réponses toniques et sans hypocrisie. La prise de position de ces médecins, sociologues et pasteurs qui ont pris part au congrès est une profession de foi. Ajoutons encore que la préface est du pasteur M. Marc Bœgner, membre de l'Institut, ce qui augmente encore le prix de ce très beau livre.

R. J.

**Aspects du XX<sup>e</sup> siècle.** Par André Siegfried †. Edition Hachette (5 fr. 30).

A l'heure où les hommes de science poussent un cri d'alarme et nous disent que la vie est une lutte où la seule morale est celle du plus fort, la voix d'hommes dont l'esprit est lucide et serin s'élève pour faire contre-poids; ainsi celle d'André Siegfried. On ne sait ce qu'il faut admirer le plus dans ce petit livre. Est-ce l'information du sociologue et de l'économiste; ses dons d'analyse et de synthèse; son style limpide, sa foi en l'Europe créatrice dont les découvertes s'étendent au monde entier; sa foi enfin en Dieu et en l'homme, sa créature? Tel qu'il est, ce livre vient rétablir en nous un équilibre menacé. En quelques chapitres lumineux, l'auteur nous fait voir les répercussions que l'âge de la machine et de la production en série, exerce dans les domaines les plus inattendus et intimes de nos vies. Ce que sont l'administration (qu'il ne faut pas confondre avec la bureaucratie), le secrétariat, la publicité, la rationalisation ménagère et le tourisme organisé, etc., ce livre le dit. Il nous aide à comprendre notre siècle fruit de la fulgurante Révolution industrielle. R. J.

## A travers les revues

### ALCOOLISME

**Un centre de rééducation pour alcooliques.** Par les docteurs J. Dublneau, P. Fouquet, J. Lereboullet. «Techniques hospitalières», n° 161, février 1959, page 33.

«La réadaptation des malades alcooliques comporte deux aspects essentiels: le traitement médical, de courte durée, et le traitement psychologique, dont l'effet ne se fait sentir qu'à échéance plus ou moins longue. En outre, au stade qui suit immédiatement la désintoxication, il est nécessaire de préparer le reclassement du malade dans les domaines: familial, professionnel et

social. L'objet de cette étude est de grouper, dans un même ensemble à caractère d'habitation, un Pavillon médical proprement dit et deux pavillons de convalescence avec tous les services communs nécessaires.»

*Chronique OMS, avril 1959, page 197.*

«Les soins hospitaliers deviennent de plus en plus coûteux, de sorte que les gouvernements, les services d'assurances sociales et les particuliers éprouvent de plus en plus de difficultés à supporter les frais d'hospitalisation. On a donc tendance maintenant à remplacer les soins hospitaliers par les soins ambu-

latoires et domiciliaires. Ce que justifie d'une part, les troubles émotifs que provoque chez certains malades — en particulier les enfants et les personnes âgées — le fait d'être arrachés au milieu familial.

» Le Comité OMS d'experts de l'Organisation des soins médicaux s'est réuni à Genève, du 16 au 20 mars, pour discuter du rôle des hôpitaux dans les soins médicaux, ambulatoires et domiciliaires. L'expression «soins médicaux» étant employée dans le sens de services médicaux complets, préventifs et curatifs, destinés aux particuliers, plutôt que dans le sens restreint de traitement de la maladie...»

### Le «Home-Care»

Le Service du «Home-Care» de Paris fonctionne depuis janvier 1957. Son but est de prolonger l'hospitalisation à domicile. De ce fait, un malade qui est admis au «Home-Care» après un séjour plus ou moins long en milieu hospitalier, peut obtenir chez lui sous le contrôle de son médecin de ville et selon ses besoins: 1° les soins d'une infirmière; 2° un appui social et matériel assuré par les assistantes sociales du service; 3° une aide ménagère.

L'infirmière «Home-Care» a trois buts: 1° donner des soins; 2° dépister, prévenir la maladie ou les rechutes; 3° cultiver la santé du malade et de son entourage par leur éducation.

L'infirmière à domicile doit donc posséder l'expérience de l'infirmière hos-

pitalière ainsi que l'aptitude à discuter les divers problèmes d'hygiène relatifs à l'individu, à la famille et à la société. Elle doit également se familiariser avec les principes psychologiques de l'enseignement, base de toute éducation familiale.

L'encadrement est d'autant plus nécessaire que l'infirmière à domicile est à la fois soignante, conseillère et éducatrice.

Comment envisager cet encadrement? La visite à domicile accompagnée, la consultation individuelle, les réunions d'équipe, l'analyse des rapports de l'infirmière.

On ne peut enfin parler de l'infirmière à domicile sans soulever le problème de la formation spéciale souhaitable après le diplôme d'infirmière hospitalière, pour éviter la transition brutale entre les soins en milieu hospitalier et les soins à la maison, le comportement du malade à l'hôpital et celui du malade entouré des siens, l'organisation d'une journée dans une salle et l'organisation d'une journée de visites à domicile.

Extrait de «*La profession d'infirmière en France*».

### ASID

Se trouve dans la partie en allemand, page 236.

---

**Redaktion:** *Deutscher Teil:* Frau A. K. Ulrich-Debrunner (abwesend), vertreten durch Fräulein *Regina Wiedmer*, Terrassenweg 12, Bern.

**Französischer Teil:** M<sup>me</sup> *Renée Jaton*, 1, pont Bessières, Lausanne, Tel. 23 79 59.

**Redaktionschluss:** Am 18. des vorhergehenden Monats. Unverlangt eingesandte Manuskripte ohne ausreichendes Rückporto können nicht zurückgesandt werden.

Die Besprechung unverlangt eingesandter Bücher behält sich die Redaktion vor.

**Druck, Verlag und Inserate:** Buchdruckerei *Vogt-Schild AG*, Solothurn, Tel. 2 64 61, Postcheck Va 4. **Abonnementspreis:** Halbjährlich Fr. 4.25, jährlich Fr. 6.50; Ausland Fr. 8.—. Einzelnummer 70 Rp. **Bestellung von Abonnementen und Inseraten** an die Buchdruckerei *Vogt-Schild AG*, Solothurn. **Schluss der Inseratenannahme** am 1. des Monats. **Adressänderungen** bitten wir direkt und sofort der Buchdruckerei *Vogt-Schild AG* in Solothurn mitzuteilen, unter Angabe der alten und neuen Adresse.

### Biel

Die Clinique des Tilleuls in Biel sucht für sofort oder später:

### dipl. Krankenpflegerinnen Säuglingspflegerinnen Hilfskrankenpflegerinnen 1 Wärterin

Ständige Posten für qualifizierte Personen. Gute Arbeitsbedingungen. Angebote an die Direktion.

Angesehene **chirurgische Privatklinik** (Mitglied des VESKA) sucht

### dipl. Krankenschwester

Geboten werden fortschrittliches Arbeitsverhältnis, nette Zusammenarbeit (25 Patientenbetten, verteilt auf drei Etagen), angemessenes Gehalt. Offerten mit Angabe der Ansprüche erbieten an Klinik Blumenau AG, Scheffelstrasse 1, St. Gallen.

Wir suchen

### erste Operationsschwester

mit Kenntnissen in Narkose, jedoch nicht Bedingung. Wir bieten interessanten, ge-regelten Betrieb, gute Anstellungsbedin-gungen. Offerten sind zu richten an die Verwaltung des Bezirksspitals Grosshöch-stetten.

La crèche d'Yverdon (30-40 enfants, 4-6 em-ployés) cherche

### directrice

connaissant soins aux enfants et conduite du personnel. Bons gages. Engagement dès que possible. Offres à Madame Petitpierre, 7, Bains, Yverdon.

### Spanien — Evangelisches Krankenhaus

Hospital Colonias Extranjeras, 93, Alegre Dalt, Barcelona, sucht baldigst

### 2 dipl. Schwestern

für chirurgische (Kenntnisse OP) und Mütterabteilung (Hebammenschwester). Verpflichtung mindestens zwei Jahre. — Angebote direkt mit Curriculum vitae und Referenzen.

Die Clinique générale, 22bis, chemin des Cottages, Genf, sucht eine

### zweite Operationsschwester

sowie

### zwei Abteilungsschwestern

Sehr gute Lohnverhältnisse für Schwestern, welche genügend Kenntnisse der französi-schen Sprache besitzen. Zeugnisabschriften mit Referenzangaben sowie Photo sind er-beten an die Direktion der Klinik.

Die Gemeinde Mönchaltorf ZH mit etwa 1000 Einwohnern sucht auf 1. Oktober 1959

### Gemeindeschwester

Anmeldungen sind zu richten an die Ak-tuarin der Gemeindekrankenpflege, Frau Lina Weber, Mönchaltorf, wo auch nähere Auskunft erteilt wird.

Die Munizipalgemeinde Altnau TG sucht auf 1. September 1959 oder nach Verein-barung eine

### Gemeindeschwester

Anstellungsbedingungen nach den all-gemeinen Richtlinien. Anfragen und An-meldungen sind zu richten mit Zeugnissen, Praxisausweisen und Lebenslauf an Ge-meindeammannt Altnau TG, Telephon (072) 8 69 83.

### **Biénné**

La Clinique des Tilleuls cherche pour de suite ou à convenir:

**infirmières diplômées .  
nurses  
aides-infirmières  
une veilleuse**

postes stables, pour personnes qualifiées. Bonnes conditions de travail. Faire offres à la Direction.

Die kantonale Heil- und Pflegeanstalt Herisau bietet

### **dipl. Krankenschwestern**

die sich für die Pflege psychisch Kranker interessieren, die Möglichkeit zur zusätzlichen Ausbildung in der Nervenpflege mit Diplomabschluss oder auch zu kürzeren Praktika. Anmeldungen sind an die Direktion zu richten, die gerne nähere Auskunft erteilt.

Wir suchen

### **Krankenpfleger und Schwesternhilfen**

zu baldmöglichstem Eintritt. Offerten unter Beilage von Zeugnisabschriften sind zu richten an Spitalverwaltung Glarus, Telefon (058) 5 15 22.

La Clinique Mont d'Or à Lausanne, cherche pour le 1<sup>er</sup> septembre 1959 une

### **infirmière tournante de salle d'opération**

Bonnes conditions de travail. Envoyer les offres à la Direction ou téléphone (024) 26 09 81.

Gesucht

### **Narkoseschwester**

(Schweizerin) für leitende Stelle in Universitätsklinik. Offerten unter Chiffre 3080 Bl. an den Rotkreuz-Verlag, Solothurn.

Gesucht

### **dipl. Krankenschwester**

als ständige Nachtwache in kleineres Landkrankenhaus mit Wochenbettabteilung. Antritt 1. September 1959. Offerten an Krankenhaus Thal SG.

Gesucht für sofort oder nach Vereinbarung

### **dipl. Krankenschwestern**

für die medizinische oder die chirurgische Abteilung. Offerten mit beigelegten Zeugnisabschriften sind erbeten an die Verwaltung des Bezirksspitals in Biel, Telefon (032) 2 25 51.

Gesucht

### **Vertrauensperson**

mit leichter Krankenpflege vertraut, zur selbständigen Führung des Haushaltes von zwei Erwachsenen in modernst eingerichtetem Einfamilienhaus, Stadtgrenze Zürich. Putzfrau vorhanden. Guter Lohn, geregelte Freizeit, schönes Zimmer mit eigenem Bad. Eintritt nach Uebereinkunft, jedoch möglichst bald. Offerten an Postfach 101, Zürich 47.

Der Krankenpflegeverein der Ev. Kirchgemeinde Walenstadt-Flums-Quarten sucht auf Anfang April 1960 diplomierte

### **Gemeindekrankeenschwester**

Wir bieten sehr vorteilhafte Bedingungen. Es steht der Schwester ein Auto zur Verfügung. Anmeldungen sind erbeten an J. Boesch, Gemeinderat, Walenstadt.

Die Elisabethengemeinde Basel hat infolge Pensionierung eine Stelle als

## Gemeindeschwester

neu zu besetzen. Anstellungsbedingungen nach den heutigen Normalien. Anmeldungen sind erbeten an den Präsidenten des «Werkes der Gemeindeschwestern vom Roten Kreuz in Basel», Pfarrer Paul Kaiser, Claragraben 43, Basel.

**Département de l'instruction publique  
Genève**

## Deux postes d'infirmières scolaires

sont à repourvoir dès l'automne 1959. Diplômes d'infirmières et d'hygiène sociale. Expérience médico-sociale. Adresser curriculum vitae, copies de certificats et une lettre manuscrite d'accompagnement au médecin-directeur du Service de santé de la jeunesse, 11, rue Calvin, Genève.

Spital in Aegypten sucht

## 1 Operationsschwester 1 Abteilungsschwester

Offeren mit Photo, Lebenslauf und Zeugniskopien unter Chiffre 3083 Bl. an den Rotkreuz-Verlag, Solothurn.

Wir suchen eine gut ausgewiesene

## Narkoseschwester

und eine tüchtige

## Instrumentierschwester

Eintritt nach Uebereinkunft. Offeren an Klinik Sonnenhof, Bern.

Gesucht auf Mitte September in **Privatklinik Bircher-Benner**, Keltenerstrasse 48, Zürich 44, tüchtige, sprachenkundige (deutsch, französisch, englisch)

## Krankenschwester

Offeren mit Zeugnissen und Photo.

Gesucht zu sofortigem Eintritt tüchtige

## Krankenschwester

in gut geführtes Privat-Altersheim. Offeren mit Bild und Referenzen an A. Rebmann, Gemeindeschreiber, Liestal.

Altersheim Brunnmatt, Liestal.

Gesucht für sofort für einige Monate eine

## dipl. kath. Krankenschwester

zur Pflege eines erholungsbedürftigen Patienten in Privatvilla in Lugano. Offeren unter Chiffre Z 8844 Q an Publicitas AG, Basel.

Gesucht für vielseitige, vorwiegend internistische Praxis tüchtige

## Schwester oder Arztgehilfin-Laborantin

mit gründlichen Kenntnissen der Laborarbeiten und Grundbegriffen im Röntgen. Stelle extern. Antritt 1. September oder nach Uebereinkunft. Gehalt nach Vereinbarung. Offeren an Dr. med. R. J. Steinmann, Rapperswil am Zürichsee.

## Bezirksspital Sumiswald

Infolge Kündigung des Stationsvertrages suchen wir auf 1. Juni 1960

## Schwesternschaft

(Oberschwester, Schwestern mit Spezialfunktionen usw.). Wir bitten Mutterhäuser, Schwesternschulen, Organisationen von freien Schwestern usw., mit uns in Verbindung zu treten. — Eventuell käme die Anstellung einer tüchtigen

## Oberschwester

in Frage, welche Freude an einem verantwortungsvollen und selbständigen Posten hat und die uns bei der Bildung einer Schwesternschaft behilflich sein wollte. Auskunft erteilt: Hans Lörtscher, Fürsprecher und Notar, Sumiswald BE, Tel. (034) 411 24.

## Gesucht Krankenschwester

Tätigkeitsgebiete: Testung und Impfung gegen Tuberkulose, Sekretariatsarbeiten. Wir bieten gutes Gehalt, Fünftagewoche, vier Wochen Ferien, Pensionsversicherung. Erfordernisse: Kaufmännische Bildung, Diplom als Krankenschwester, einige Jahre Praxis; wenn möglich sprachenkundig. Eintritt nach Vereinbarung.

Anmeldungen mit Zeugniskopien, Referenzen und Photo innert zehn Tagen nach Erscheinen dieses Inserates an: Solothurnisch-kantonale Tuberkulose-Liga, Sekretariat, Westringstrasse 5, Solothurn.

## Gesucht

## dipl. Krankenschwester

deutsch sprechend, zu Privatpflege in den Bündner Bergen. Guter Lohn, schöne Unterkunft und Freizeit zugesichert. Keine Hausarbeit. Zuschriften bitte an Herrn Dr. W. Janett, Schlossapotheke, Uster, Telephon (051) 96 85 11.

La Ligue contre la tuberculose dans le district de Neuchâtel cherche pour son Dispensaire une

## infirmière-visiteuse

diplômée, bonne dactylographe et si possible avec permis de conduire auto. Adresser offres avec références au président de la Ligue, 8, avenue Du Peyrou, Neuchâtel.

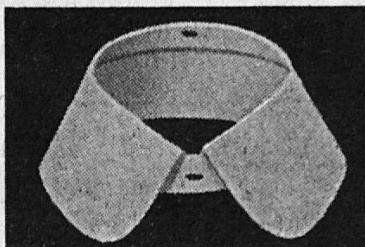
Ruhe und Erholung finden Sie im

## Ferienheim Stocker - Schwarzenmatt

Boltigen i. S., bei bester Verpflegung, 4 Mahlzeiten, Diätküche, Pensionspreis ab Fr. 9.—, Krankenkassen-Kurbeiträge.

Tel. (030) 936 44

Schw. Lisbeth Stocker  
Schw. Lisette v. Felten



und Hauben

abwaschbar

liefer

A. FISCHER

Mühlebachstr. 84

ZÜRICH 8

## An bestimmten Tagen

auftrtende Kopfschmerzen und Beschwerden bekämpft die Krankenschwester mit Melabon. Schon eine einzige Melabon-Kapsel lindert ihre Schmerzen in wenigen Minuten. Frische und Arbeitslust kehren zurück. Melabon soll rechtzeitig eingenommen, aber sparsam verwendet werden. Es ist gut verträglich und nach ärztlichem

Urteil auch für empfindliche Naturen geeignet. Besorgen Sie sich eine Packung in der Apotheke, aber verlangen Sie ausdrücklich

**Melabon**

# NAVIO

WANDER

Dragées gegen Übelkeit  
auf Reisen

Wirken krampflösend und  
beruhigend  
Hemmen den Brechreiz

Navio-Dragées helfen auch  
bei beginnendem Unwohlsein  
sehr rasch und verhindern:

**Seekrankheit  
Unlustgefühle  
Schwindel  
Ohrensausen**

DR. A. WANDER AG, BERN

**Gewebe Wäschenamen**  
3 Tage Lieferzeit

Bandetiketten - Weberei Max Windrath  
WUPPERTAL - BARMEN  
Postfach 4

## Schwesternheim des Roten Kreuzes Leubringen-Evilard

Renoviertes, komfortables Haus in schöner  
Südlage. Fliessendes Kalt- und Warmwasser  
in allen Zimmern. Gepflegte Küche. Pen-  
sionspreis für Schwestern Fr. 11.— bis 12.—.  
Telephon (032) 253 08.

# Englischkurse

für Fortgeschrittene  
und Anfänger getrennt.

Beginn ab 22. September 1959

Dauer 8 Monate, bis 30. Mai 1960

Für 1 Stunde 1 Fr. Kursgeld

Einmal pro Woche:  
18—20 oder 20—22 Uhr.

Bern: Dienstag (zwei Klassen)  
Zürich: Montag oder Freitag (4 Kl.)  
Zürich: Samstag, 14—16 Uhr (1 Kl.)  
Winterthur: Donnerstag (zwei Klassen)  
Basel: Mittwoch (zwei Klassen).

Neuaufnahmen jedes Jahr nur einmal!

An jedem Kursabend zwischen 18 und  
22 Uhr in jeder Klasse: Grammatik,  
Lesestücke, schriftl. Uebungen nach Prof.  
Treyer und mündl. Uebungen für die  
Alltagskonversation, damit auch alle  
Anfänger bald richtig Englisch reden  
können.

Kursgeld für 8 Monate (70 Stunden)  
total 70 Fr., zahlbar am vierten Kurs-  
abend. Lehrbuch 5 Fr.!

Zweck: Alle müssen im Mai 1960 Eng-  
lisch verstehen und richtig reden und  
schreiben können. Auf Wunsch gebe ich  
Referenzen und Beweise dafür.

Sofortige schriftliche Anmeldungen di-  
rekt an mich:

John Honegger, Sprachlehrer,  
Chur (Graubünden)

Obligatorisch auch bei Anfragen: Name,  
Beruf, Wohnort, nächstes Telephon und  
Arbeitsplatz, sowie Kursort angeben.

Jeder Einzelne erhält von mir direkt  
Bescheid durch Brief bis spätestens  
12. September 1959, sofern Aufnahme  
möglich.

Zur Bekämpfung von Kopfweh

Migräne

Zahnweh

Rheuma-Schmerzen

Erkältungserscheinungen

Monatsschmerzen

**Contra-Schmerz**

das altbekannte, bewährte Mittel, welches Magen,  
Darm und die übrigen Organe schont.

**DR. WILD & CO., BASEL**

**Kurheim Mon Repos  
in Ringgenberg am Brienzersee**

Erfolgreiche Kuren nach Krankheiten od. Übermüdung und herrliche Ferien in mildem Berg- und Seeklima. Neuzeitliche Ernährung und gepflegte Diätküche. Ärztliche Verordnungen (Massage, Bäder, Parafango-Packungen, u. a. m.) durch dipl. Krankenschwester. Krankenkassen-Kurbeiträge. Kalt und warm fliessendes Wasser, Ölzentralheizung. Bestens empfohlen auch für Winter- und Frühjahrskuren.

Auskunft und Prospekte durch  
Schwester Martha Rüthy, Telefon (036) 21236



Bindenwickelmaschinen  
mit elektrischem Antrieb

Gipsverbandöffner  
in verschiedenen Ausführungen

Elektrische Kreisscheren  
für Verbandstoffe usw.

Verlangen Sie bitte Vorführung durch

**A. SCHUBIGER & CO. AG, LUZERN**

Spitalbedarf seit 1873  
Telefon (041) 34343

Kapellplatz

**Christl. Pension Tabor  
Monti ob Locarno**

Aussichtsreiche, ruhige Lage  
Alles Südzimmer mit fliess. Wasser  
Mässige Preise

Prospekte durch Familie Werthmüller  
Telefon (093) 71453